



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità



management e sanità
Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute



Osservatorio
Sociale Regionale



Centro Regionale
di documentazione
per l'infanzia e l'adolescenza

Gli Strumenti operativi a supporto della programmazione zonale

Il profilo di salute:
gli indicatori di ricorso ai servizi



Gli Strumenti operativi a supporto della programmazione zonale

Il profilo di salute:
gli indicatori di ricorso ai servizi

1

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

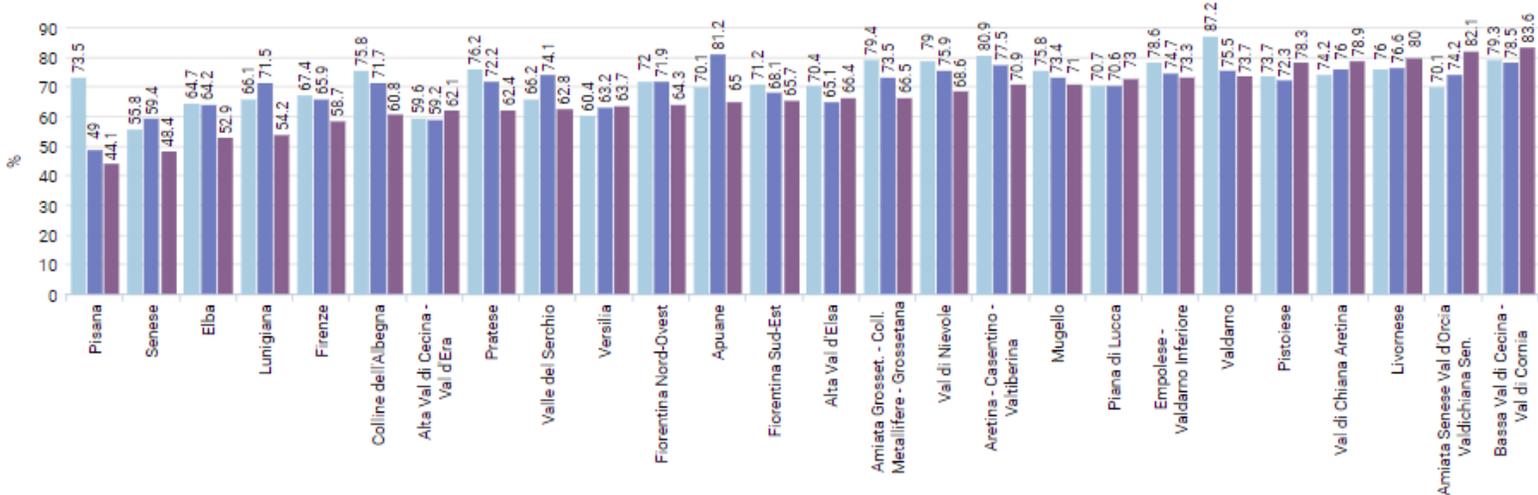
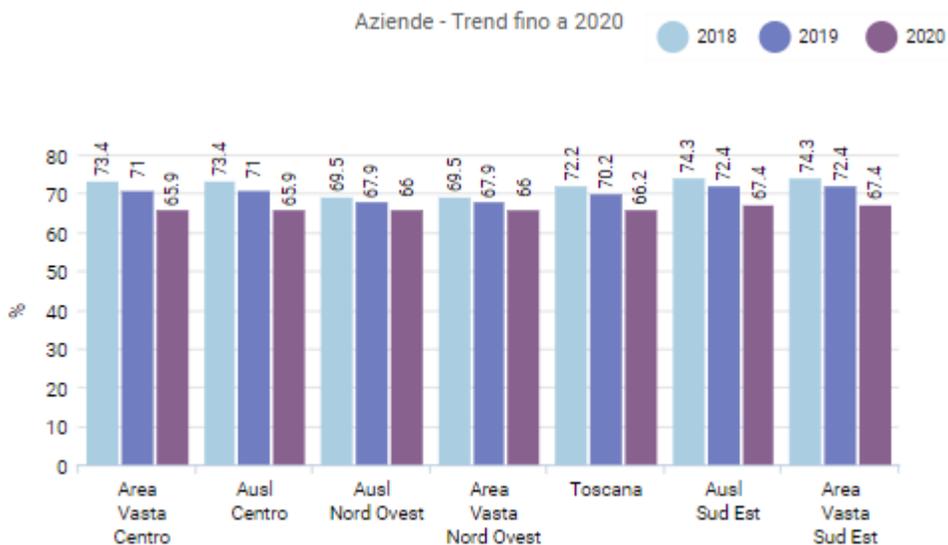
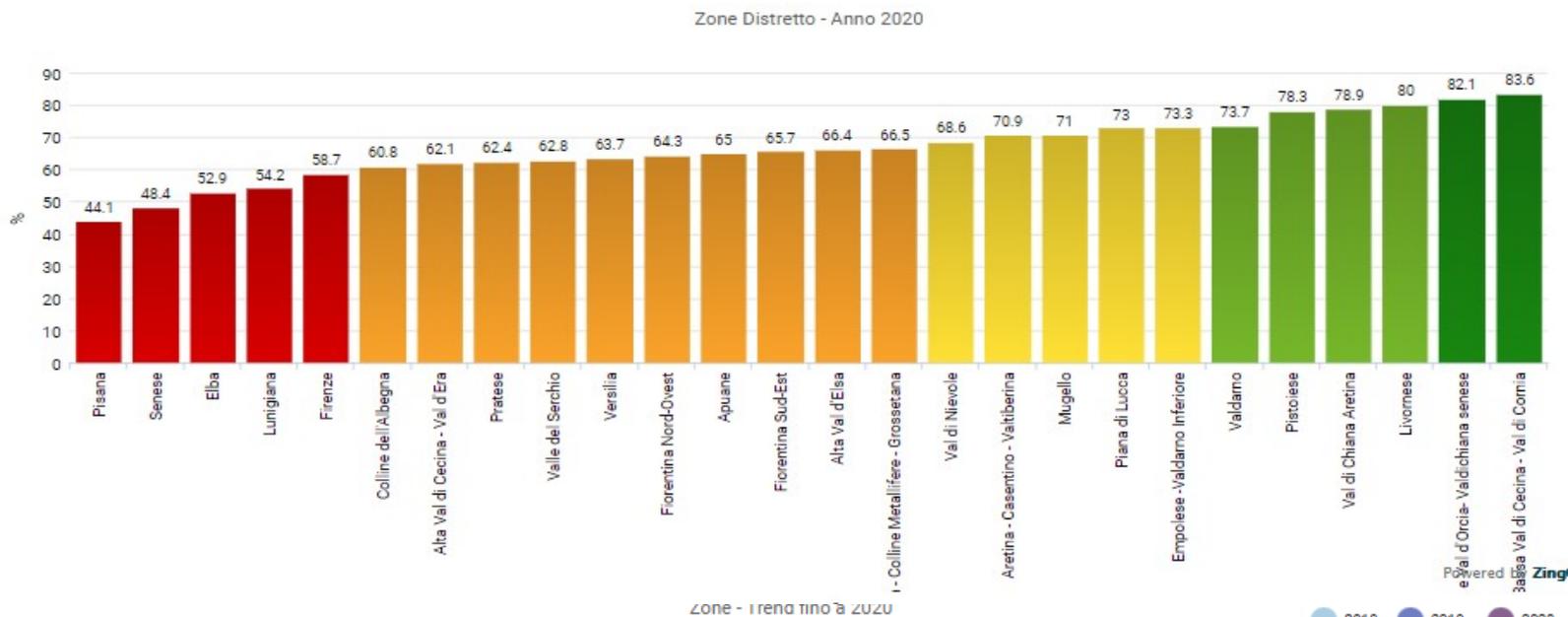
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

- B5.1.2 Adesione screening mammografico
- B5.3.2 Adesione screening coloretale
- B7.1 Copertura vaccino MPR
- B7.2 Copertura vaccino antinfluenzale \geq 65 anni
- B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)
- B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico
- B7.7 Copertura per vaccino esavalente

Prevenzione e Promozione della salute

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 Nel calcolo dell'adesione corretta si sottraggono al denominatore il numero delle donne escluse dopo l'invito e il numero degli inviti inesitati

Fonte ISPO

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

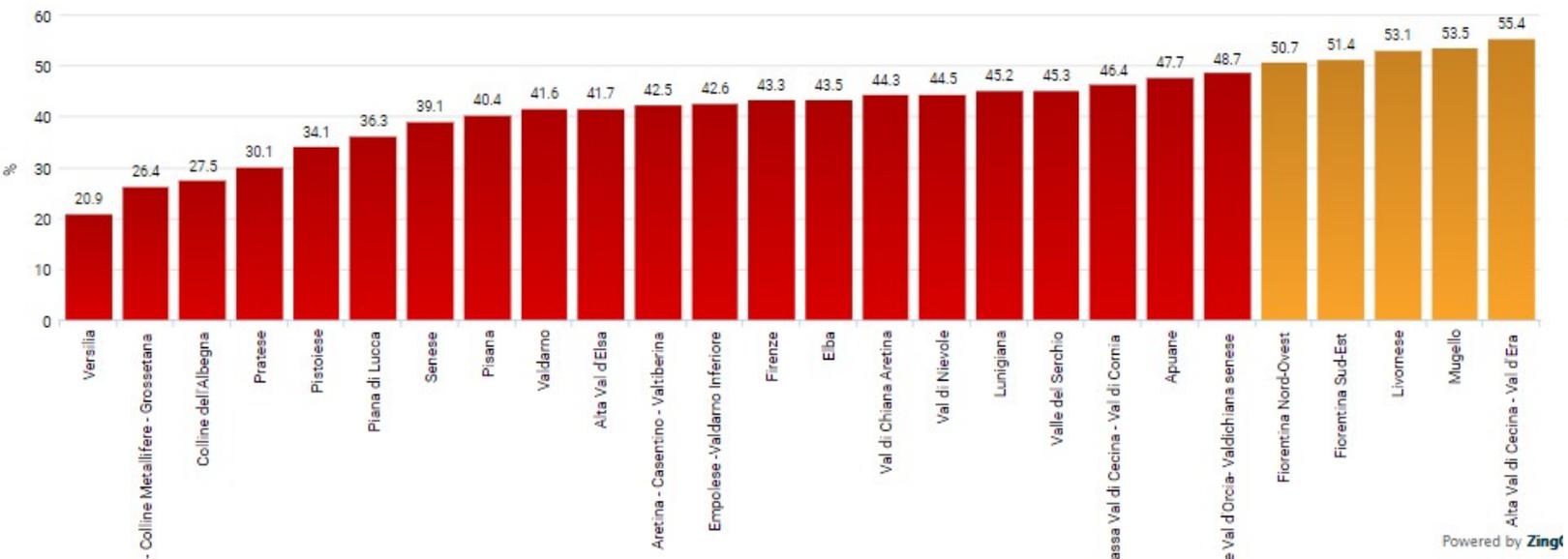
- Performance pessima per valori < 60,00
- Performance scarsa per valori compresi tra 60,00 - 66,70
- Performance media per valori compresi tra 66,70 - 73,30
- Performance buona per valori compresi tra 73,30 - 80,00
- Performance ottima per valori > 80,00

Prevenzione e Promozione della salute

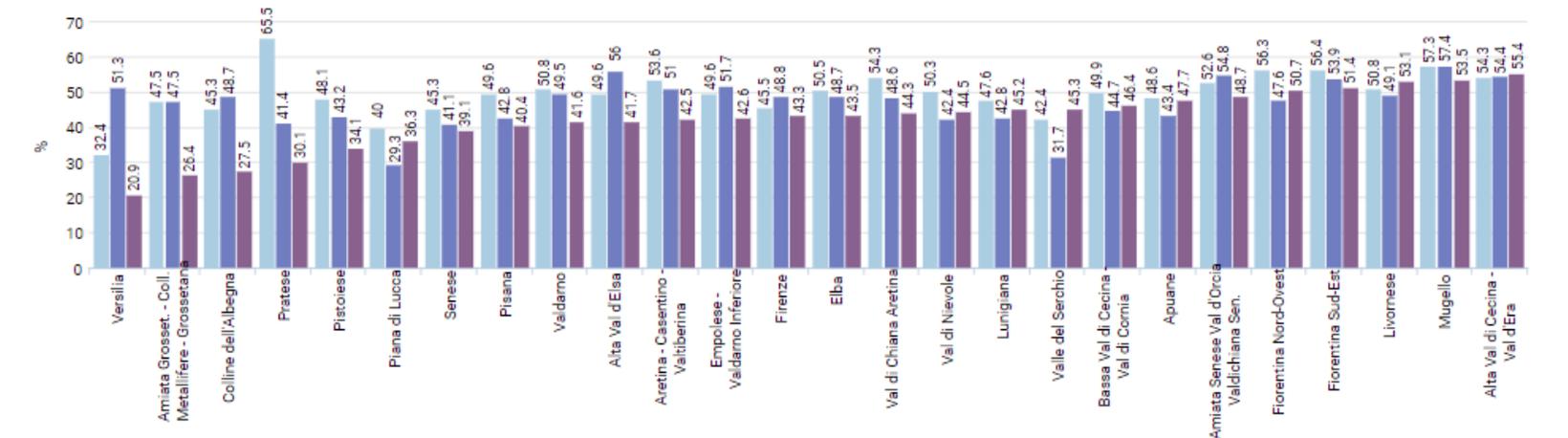
B5.3.2 Adesione screening coloretta

Lo screening coloretta 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%.

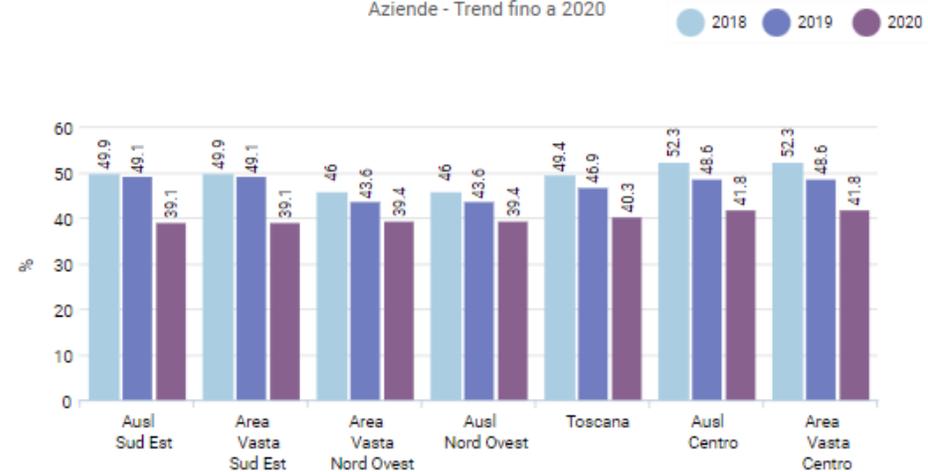
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Definizione: Adesione allo screening coloretta

Numeratore: N. persone che hanno partecipato allo screening coloretta a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)

Denominatore: N. invitati allo screening coloretta a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito) – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. persone escluse dopo

Note: Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS

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: >70%

Fonte: Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPRO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SSISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; LaP.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; P.A. Trento: Centro per i Servizi Sanitari; Veneto: Dipartimento Prevenzione; Friuli Venezia Giulia: SI

Livello: Residenza

Fasce di valutazione

L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce:

Val. pessima < 50.00

Val. scarsa 50.00 - 56.70

Val. media 56.70 - 63.30

Val. buona 63.30 - 70.00

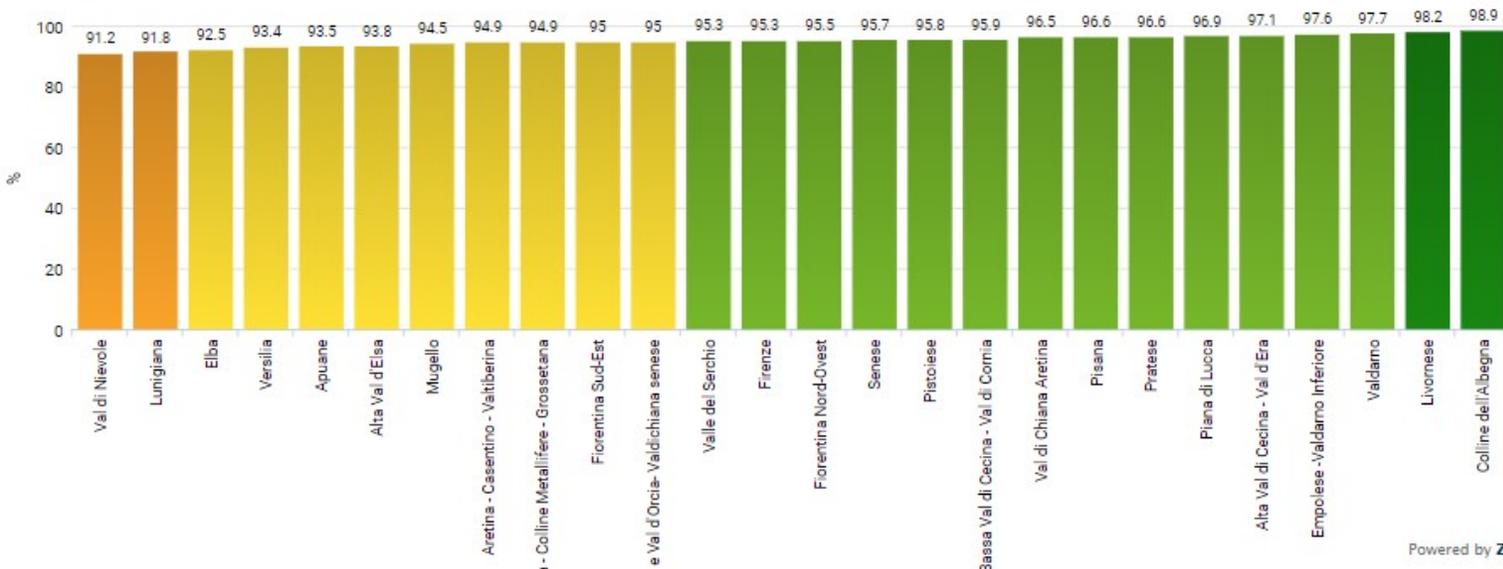
Val. ottima > 70.00

Prevenzione e Promozione della salute

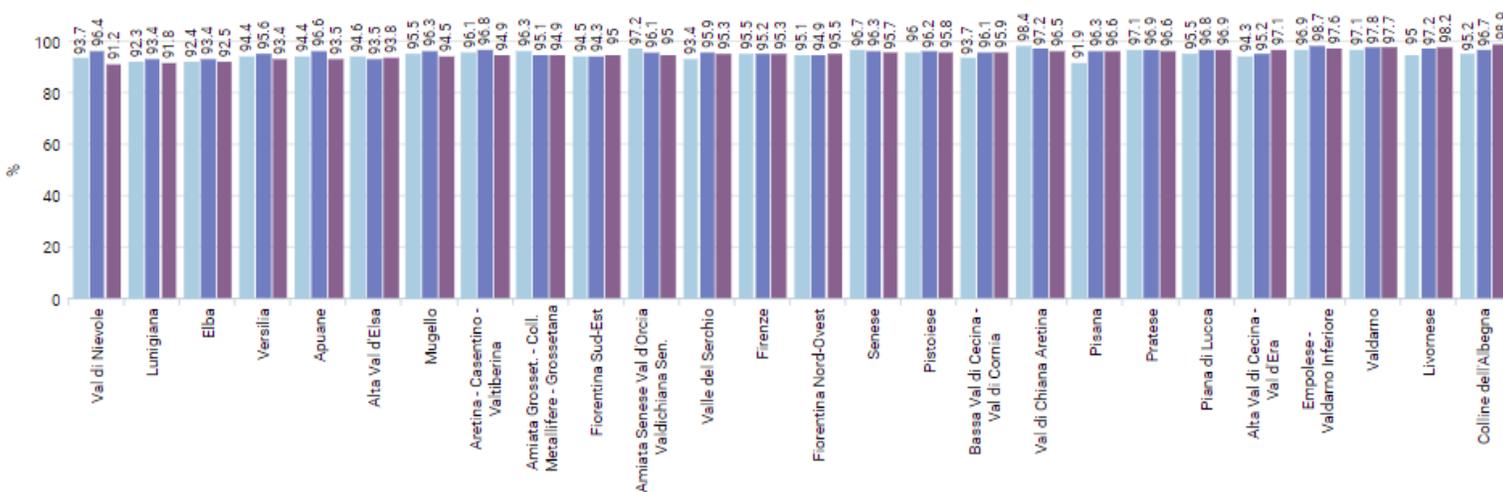
B7.1 Copertura vaccino MPR

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.

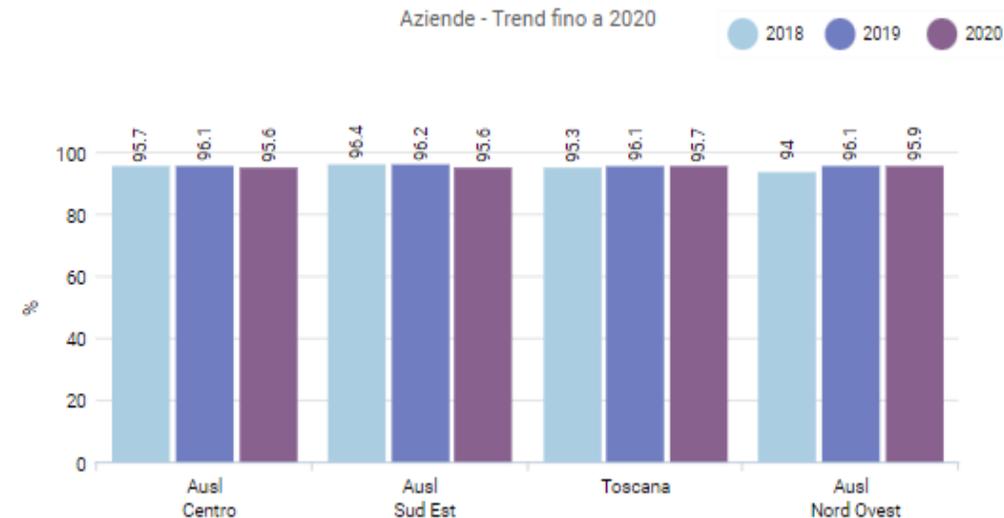
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



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 che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione residenti nel territorio di competenza
Note	
Fonte	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

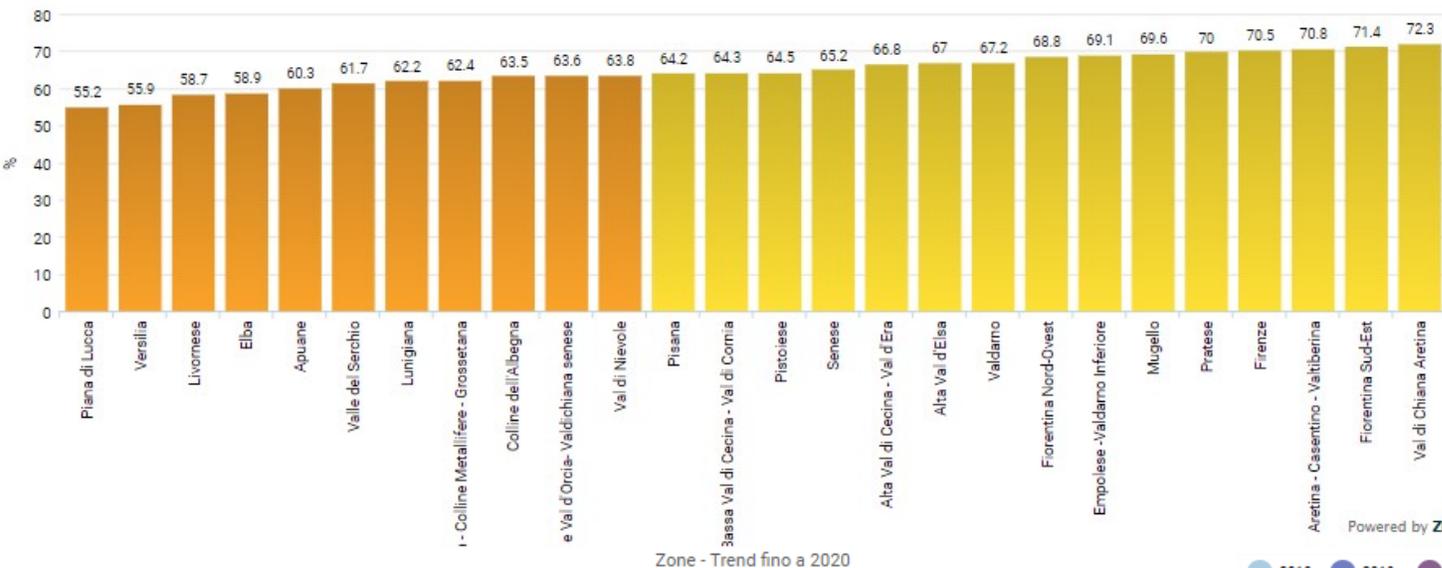
- Performance pessima per valori < 89.00 ■
- Performance scarsa per valori compresi tra 89.00 - 92.00 ■
- Performance media per valori compresi tra 92.00 - 95.00 ■
- Performance buona per valori compresi tra 95.00 - 98.00 ■
- Performance ottima per valori > 98.00 ■

Prevenzione e Promozione della salute

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 etc. 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.

Zone Distretto - Anno 2020

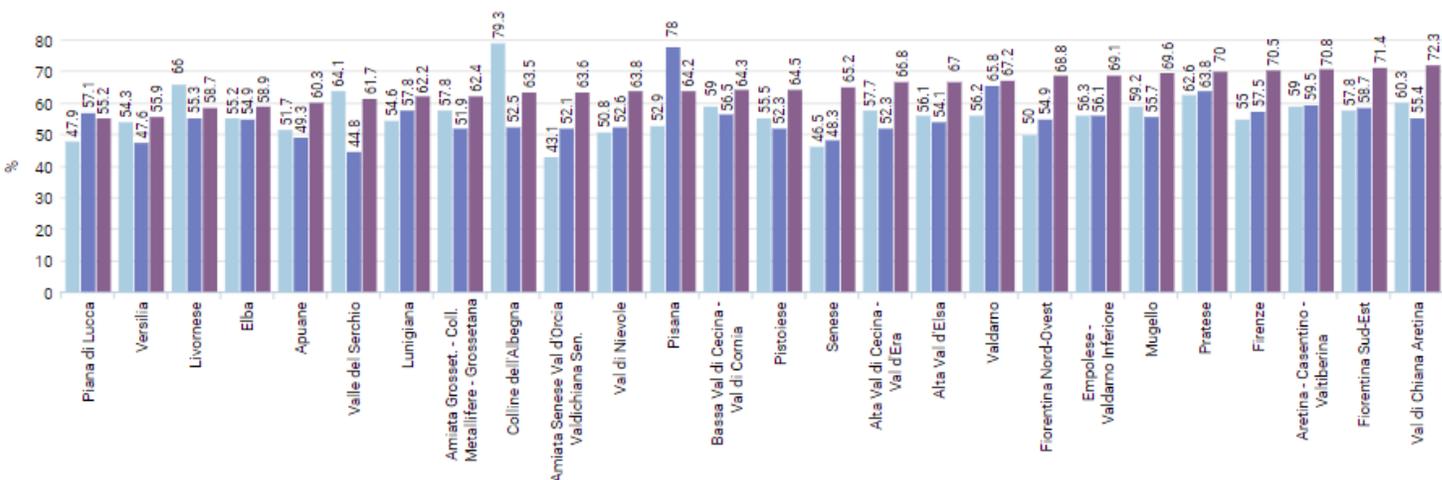
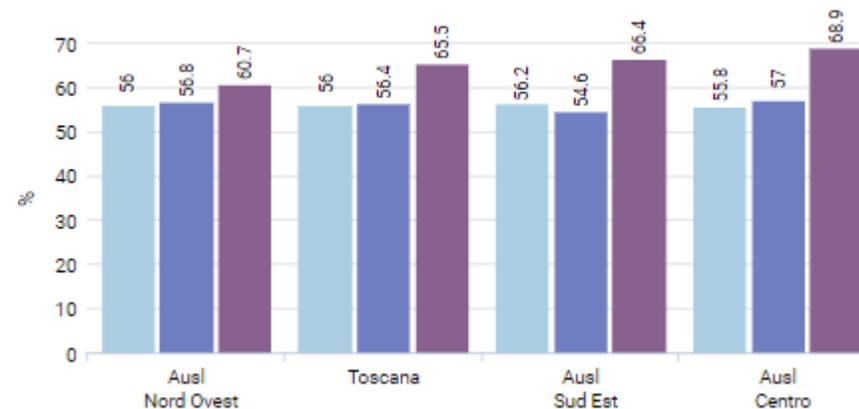


Zone - Trend fino a 2020

● 2018 ● 2019 ● 2020

Aziende - Trend fino a 2020

● 2018 ● 2019 ● 2020



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
Note	
Fonte	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

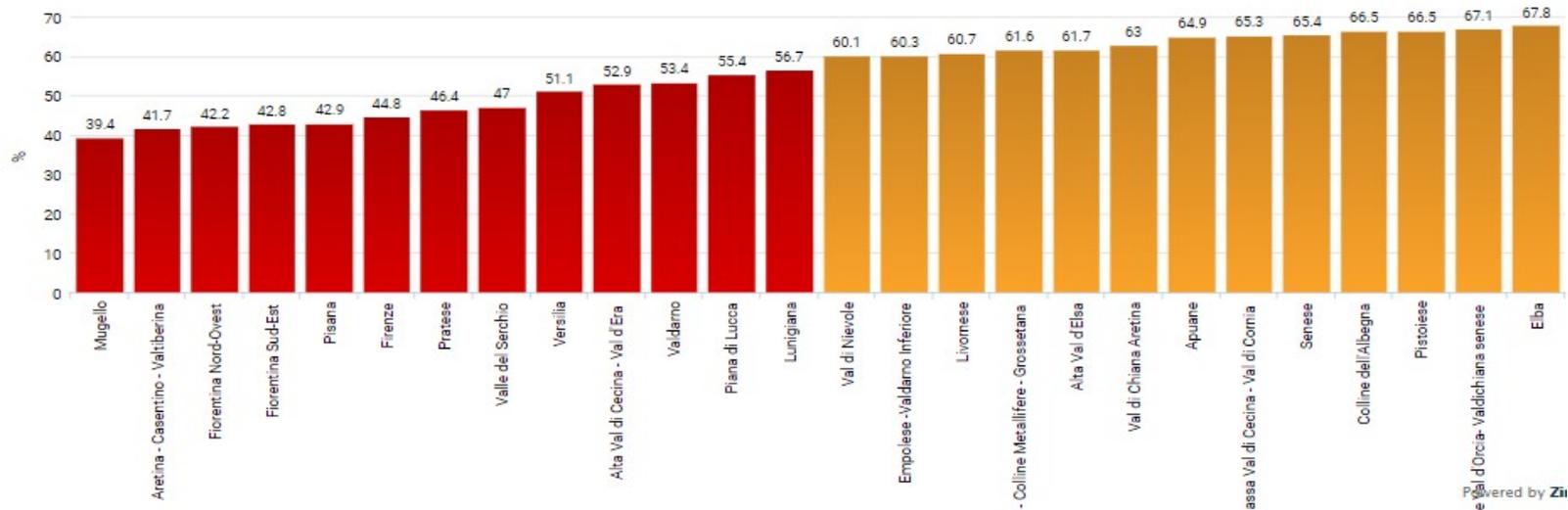
- Performance pessima per valori < 53.00
- Performance scarsa per valori compresi tra 53.00 - 64.00
- Performance media per valori compresi tra 64.00 - 75.00
- Performance buona per valori compresi tra 75.00 - 86.00
- Performance ottima per valori > 86.00

Prevenzione e Promozione della salute

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

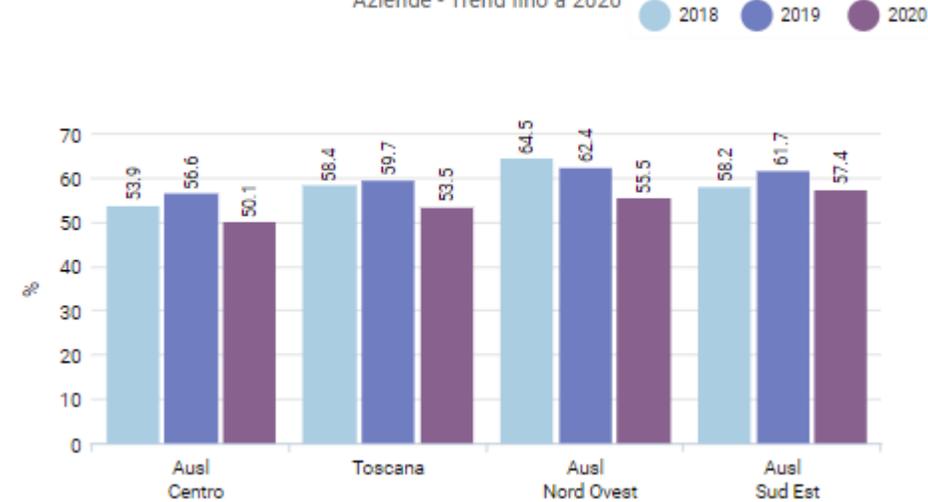
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



B7.3 Copertura per vaccino Papilloma 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 2003 nel 2015) residenti nel territorio di competenza
Denominatore	N. bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età nell'anno di rilevazione (es. della coorte 2003 nel 2015) residenti nel territorio di competenza
Note	
Fonte	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

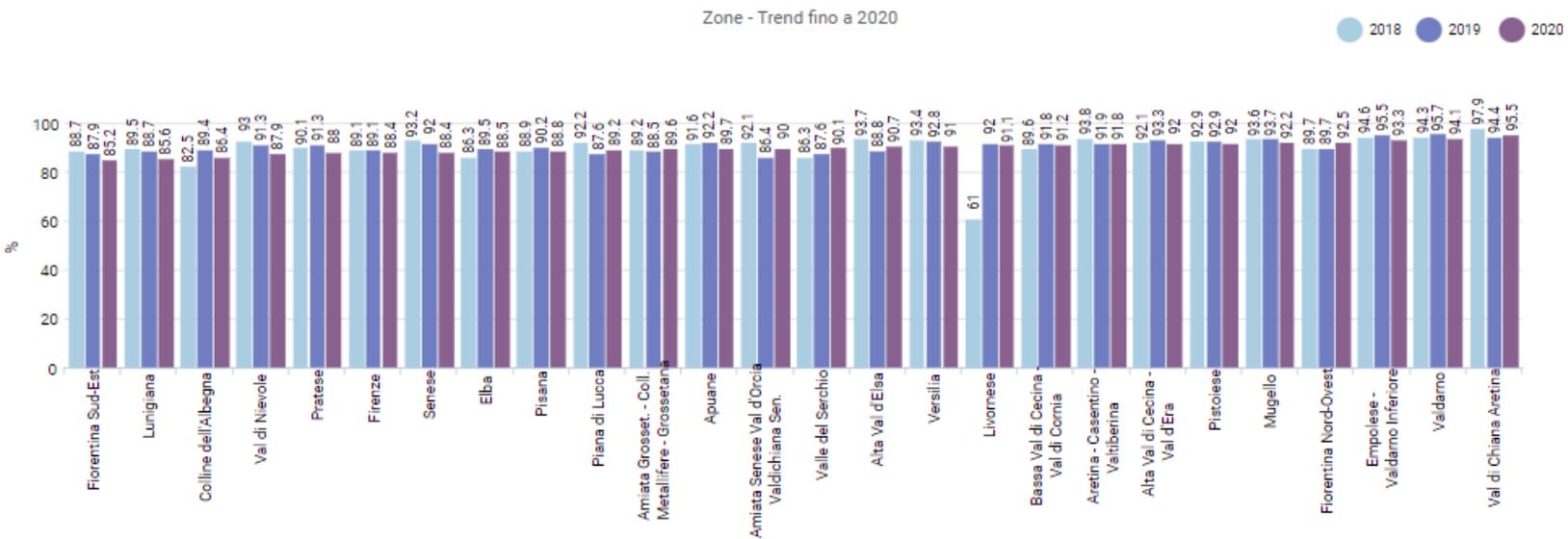
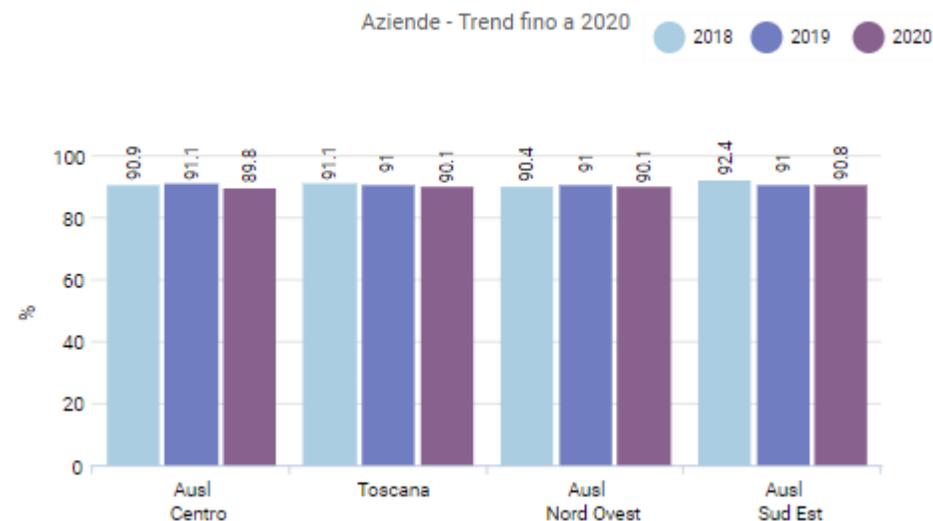
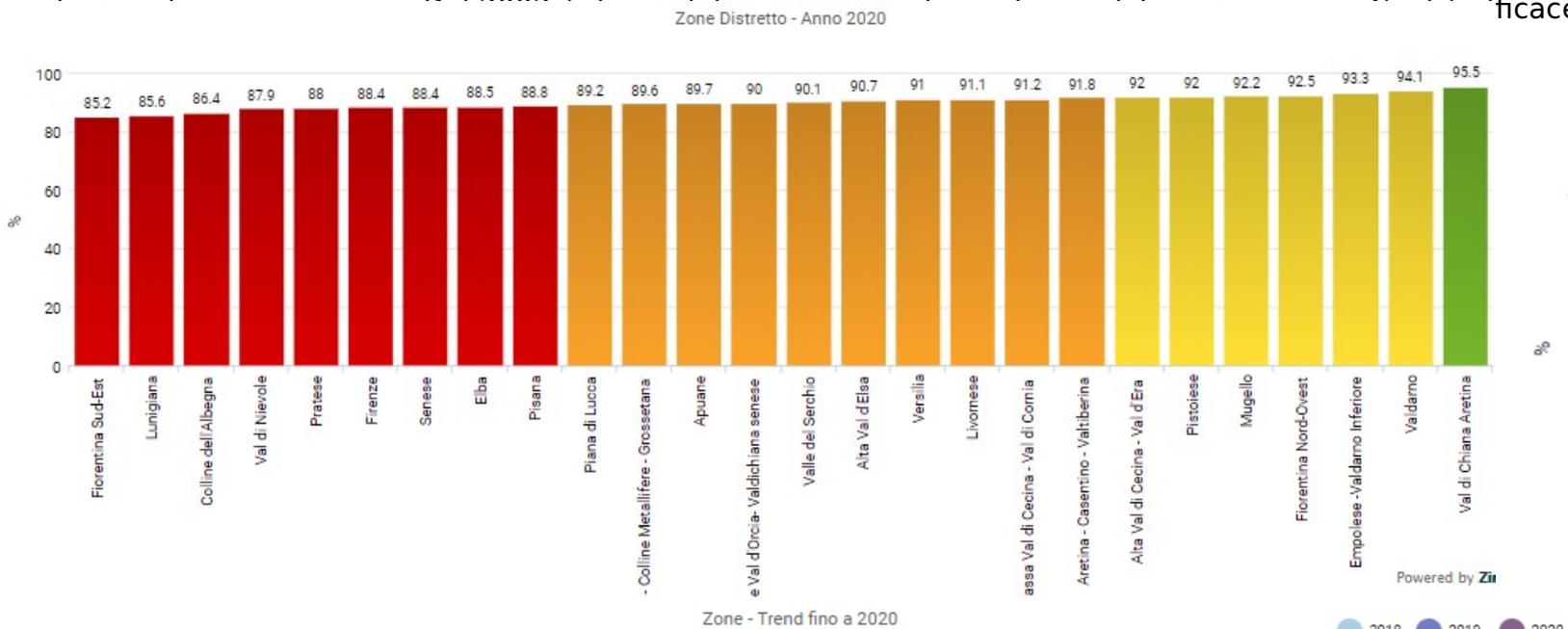
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 60.00
- Performance scarsa per valori compresi tra 60.00 - 70.00
- Performance media per valori compresi tra 70.00 - 85.00
- Performance buona per valori compresi tra 85.00 - 95.00
- Performance ottima per valori > 95.00

Prevenzione e Promozione della salute

B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

Il meningococco (o Neisseria Menigitidis) è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. 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 meningiti. La prevenzione è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni.



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 che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione residenti nel territorio di competenza
Note	
Fonte	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

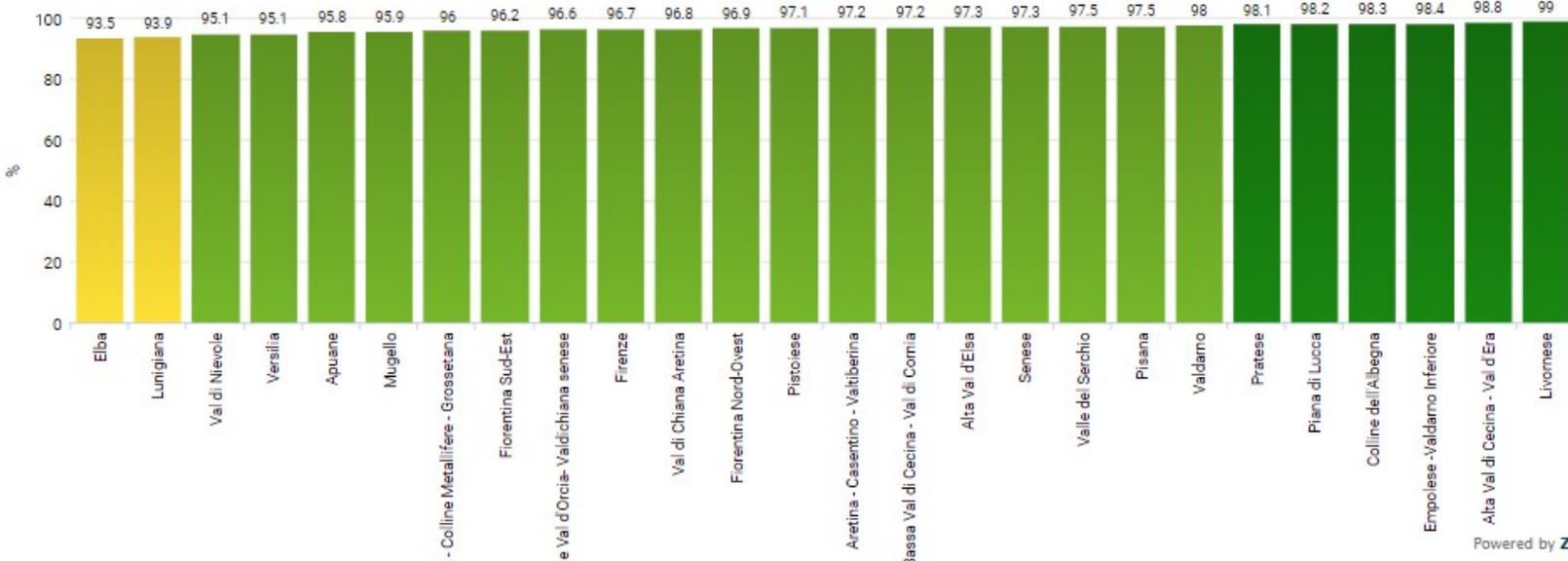
- Performance pessima per valori < 89.00
- Performance scarsa per valori compresi tra 89.00 - 92.00
- Performance media per valori compresi tra 92.00 - 95.00
- Performance buona per valori compresi tra 95.00 - 98.00
- Performance ottima per valori > 98.00

Prevenzione e Promozione della salute

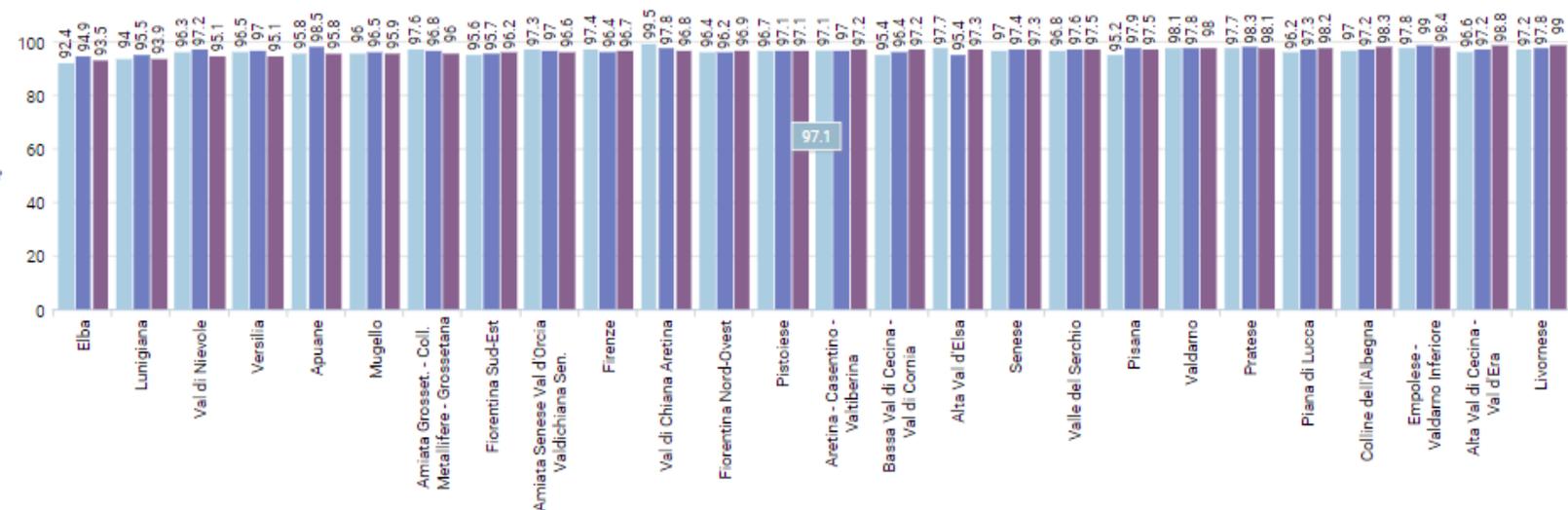
B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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

Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



B7.7 Copertura per vaccino esavalente

Numeratore

Cicli vaccinali per Esavalente HIB completati nei bambini residenti entro il 24 mese di vita al 31 dicembre dell'anno di rilevazione (ciclo di base 3 dosi)

Denominatore

Numero bambini residenti nel territorio di competenza con et  inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

Note

Usare per l'anno la coorte di bambini nati due anni prima. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. (*) Il vaccino cui si fa riferimento   l'esavalente, che comprende: poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, HIB. La copertura del vaccino esavalente   misurata sulla base di quella relativa al vaccino contro l'HIB, quello che risulta avere il dato di copertura pi  basso.

Fonte

Settore Servizi di prevenzione in sanit  pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

Fasce di valutazione

- Valutazione pessima < 89.00
- Valutazione scarsa 89.00 - 92.00
- Valutazione media 92.00 - 95.00
- Valutazione buona 95.00 - 98.00
- Valutazione ottima > 98.00

2

GESTIONE DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE
CRONICHE

GESTIONE DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE

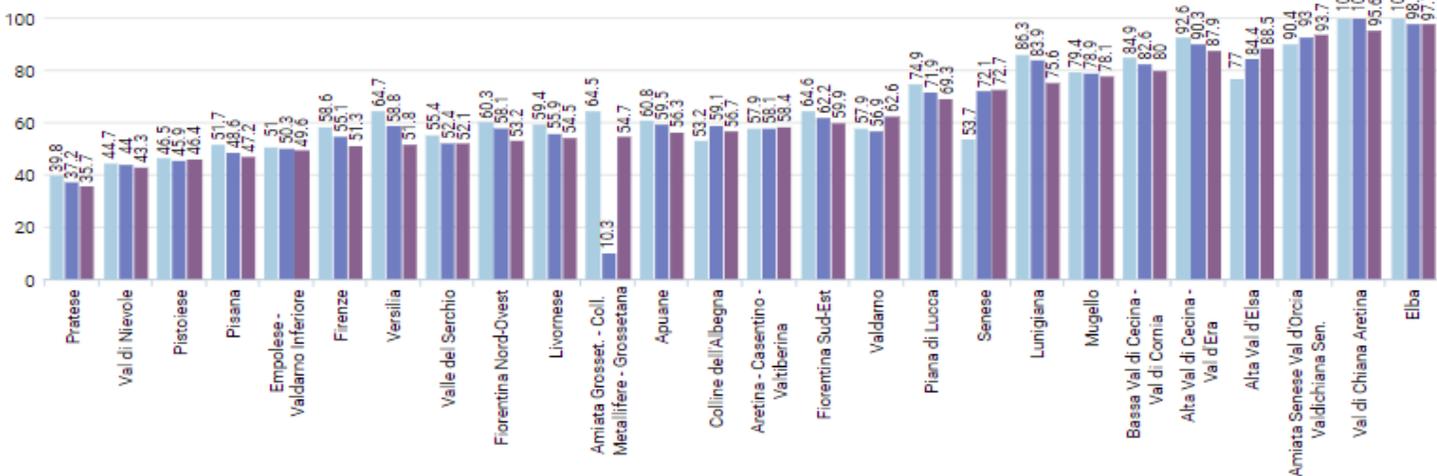
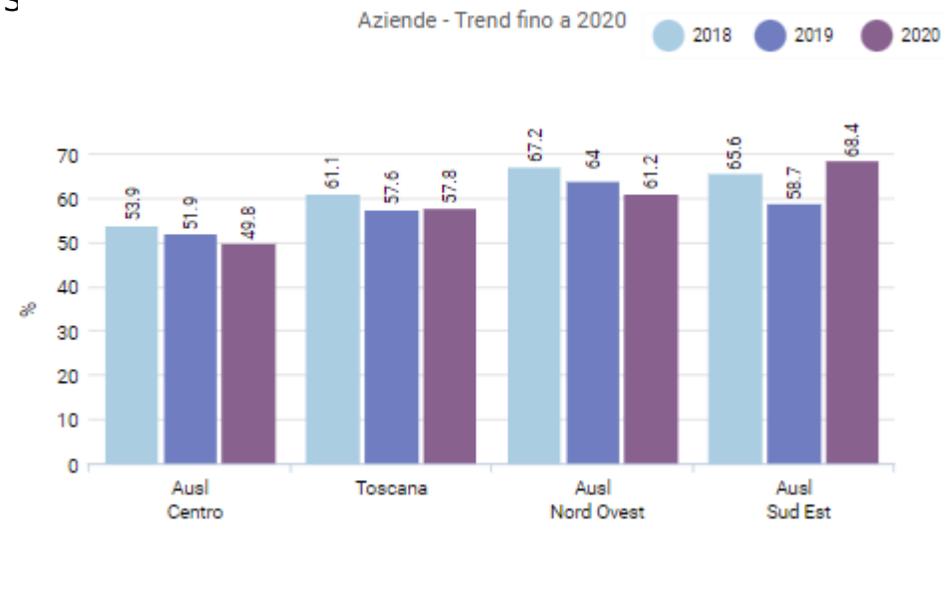
- B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa
- C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompensato Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
- C11a.1.2a Residenti con Scompensato Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina
- C11a.1.2b Residenti con Scompensato Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio
- C11a.1.4 Residenti con Scompensato Cardiaco in terapia con beta-bloccante
- C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)
- C11a.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
- C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni
- C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)
- C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
- C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

Gestione delle principali patologie croniche

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

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



B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità 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 01.01.2016 di età > 16 anni
Note	Il dato delle zone delle ex ASL 102, 103, 105, 112 si riferisce al 2015. Per l'anno 2016 non è disponibile il dato delle zone della ex ASL 103.
Fonte	Inviati Aziendali

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

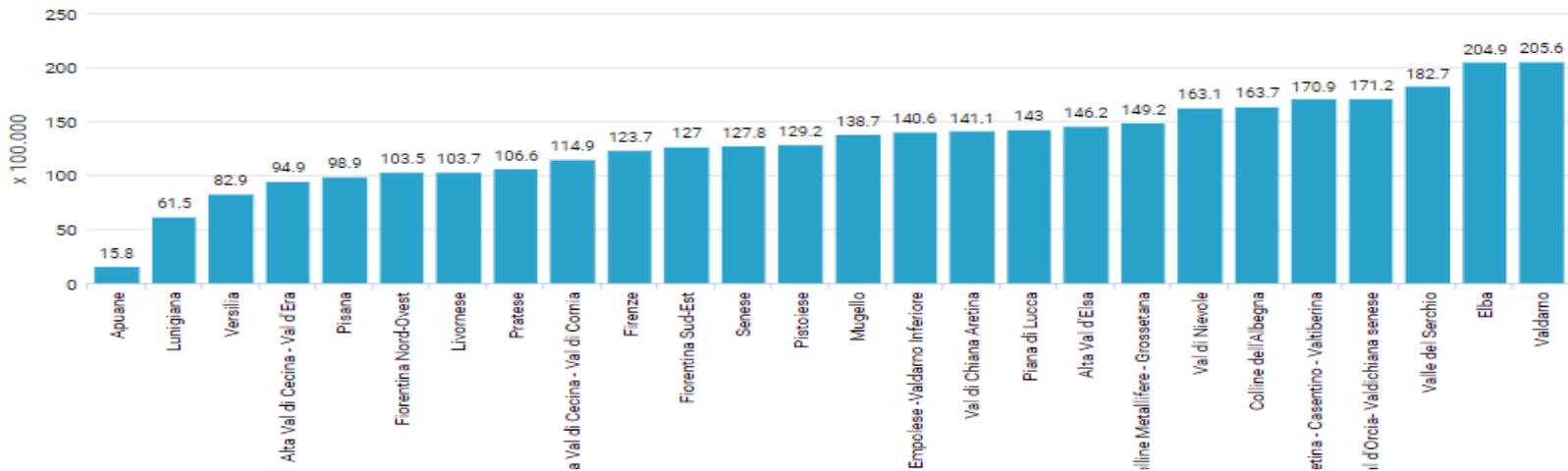
- Performance pessima per valori < 40.00
- Performance scarsa per valori compresi tra 40.00 - 50.00
- Performance media per valori compresi tra 50.00 - 60.00
- Performance buona per valori compresi tra 60.00 - 80.00
- Performance ottima per valori > 80.00

Gestione delle principali patologie croniche

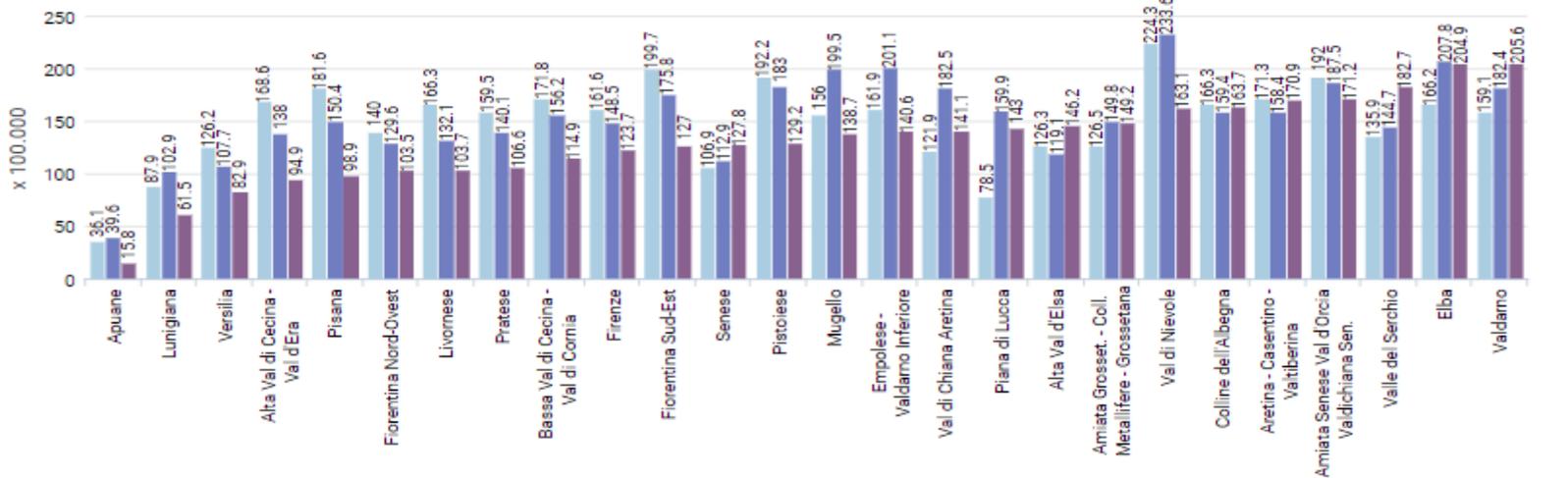
C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

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 cronicodegenerativa, 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

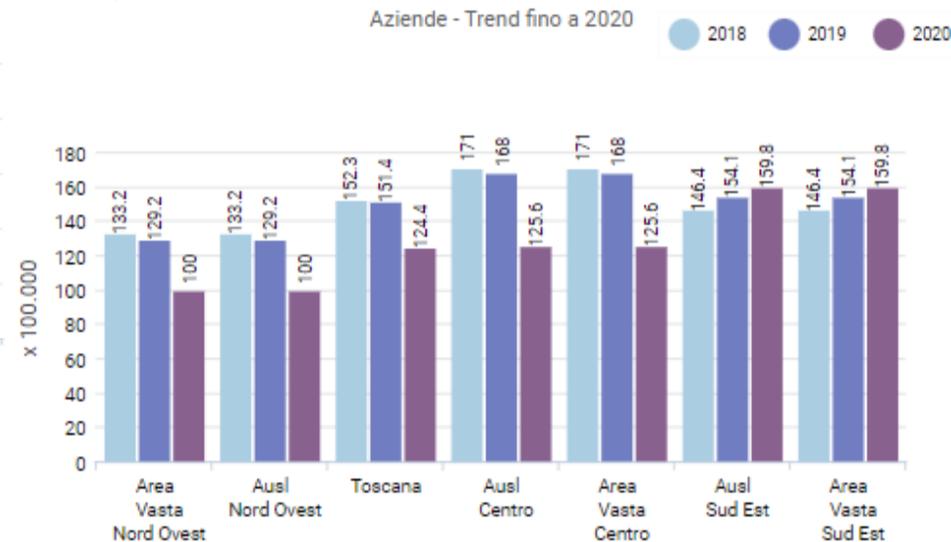
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

Definizione Razionale Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni

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

Numeratore

N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Zona-distretto x 100.000

Denominatore

Popolazione 50-74 anni residente nella Zona-distretto

Note

Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti nella Zona-distretto.

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 e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
- i ricoveri in strutture private non accreditate

Fonte

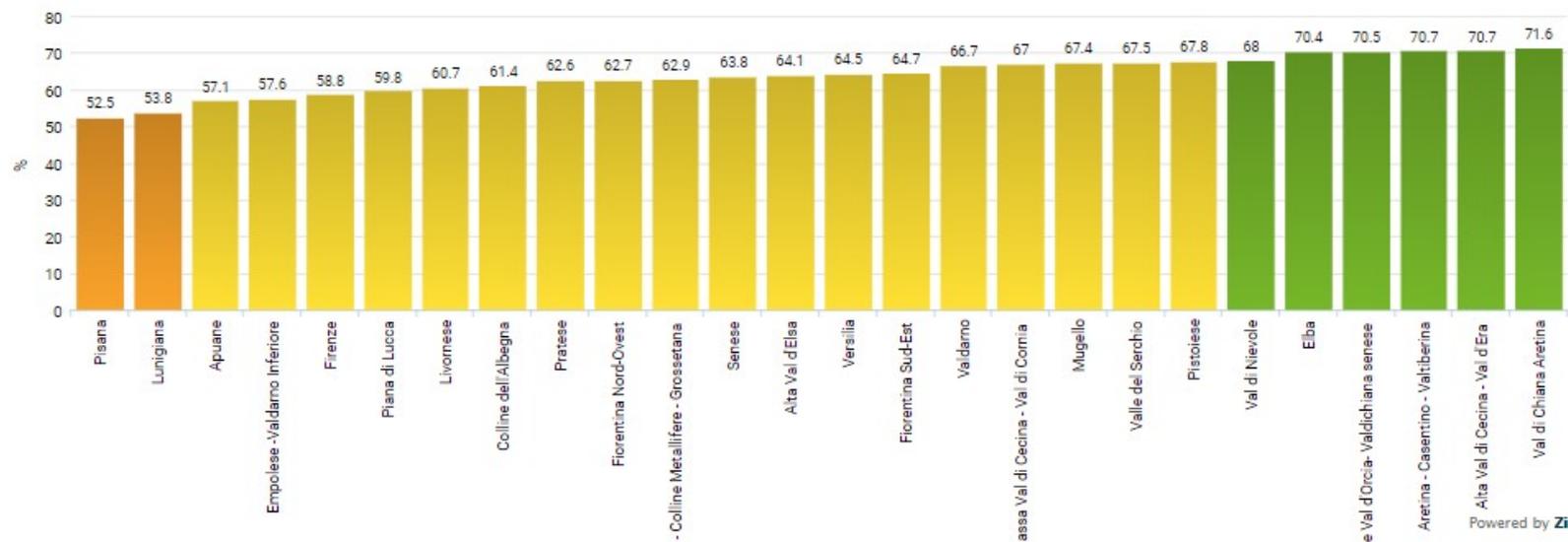
Flusso SDO

Gestione delle principali patologie croniche

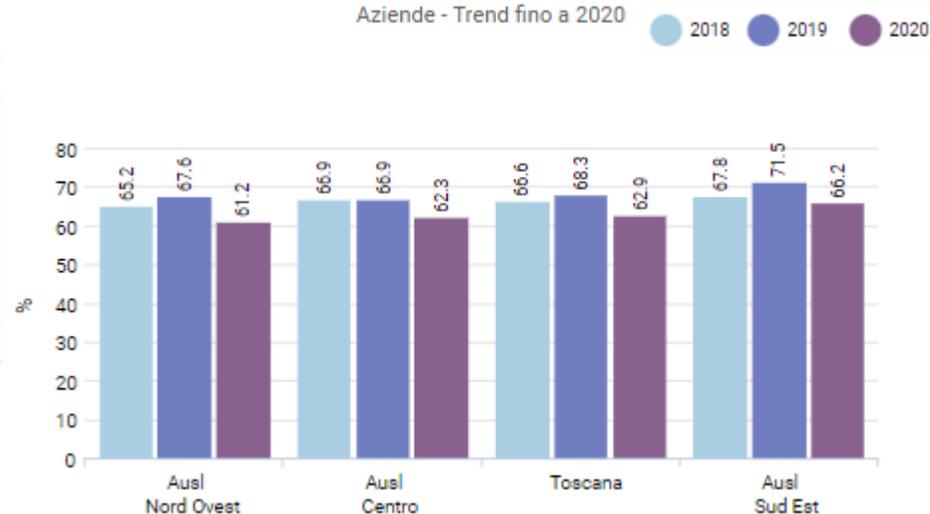
C11a.1.2a Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

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

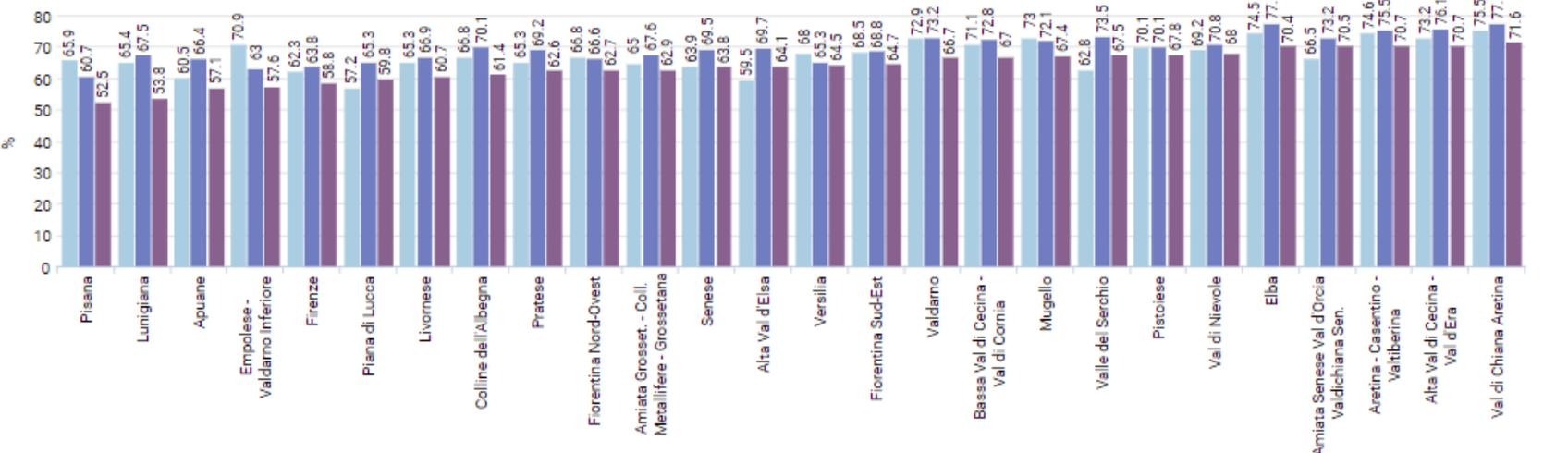
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



C11a.1.2a Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

Definizione	Percentuale di residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina
Numeratore	Pazienti scompensati con almeno una misurazione annuale di creatinina x100
Denominatore	Prevalenti per scompenso cardiaco al 01.01.2015
Note	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore: Algoritmo definizione scompenso cardiaco SDO - Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di uno dei seguenti codici: 428*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493 SEA - Presenza di un'esenzione con codice 428. AD-RSA - Patologia prevalente o concomitante ICD9CM con codice 428 o presenza di Insufficienza cardiaca o Causa principale di disabilità = Insufficienza cardiaca (13) 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)
Fonte	MaCro ARS Toscana

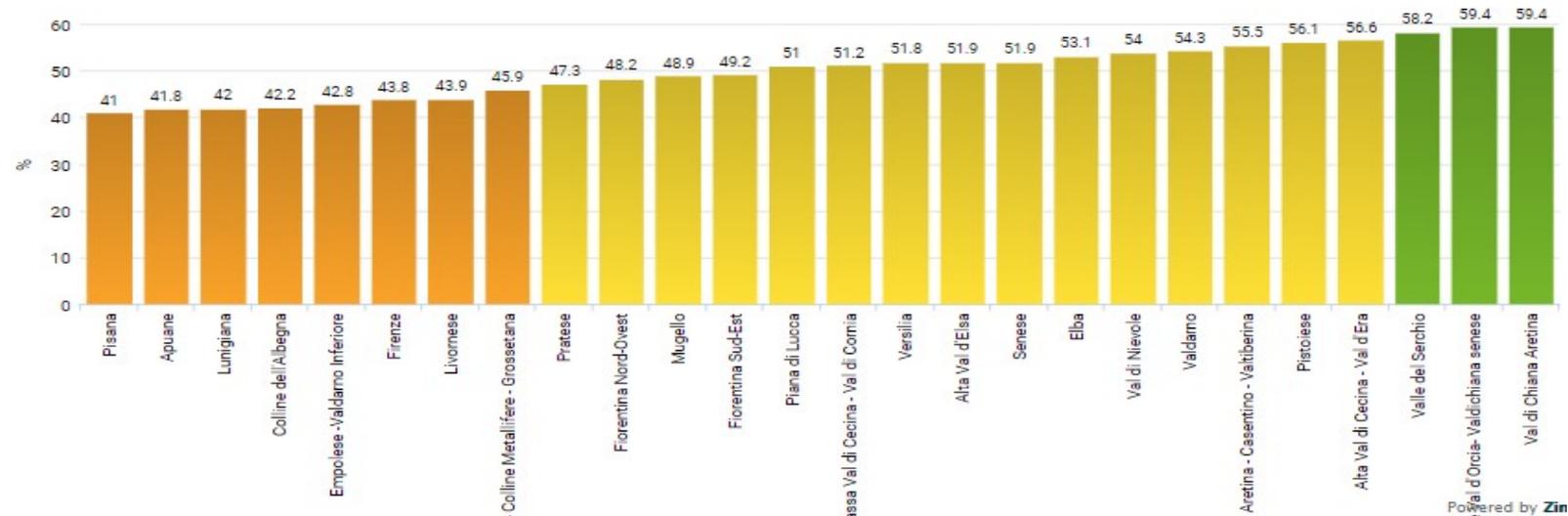
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 44,00 ■
- Performance scarsa per valori compresi tra 44,00 - 56,00 ■
- Performance media per valori compresi tra 56,00 - 68,00 ■
- Performance buona per valori compresi tra 68,00 - 80,00 ■
- Performance ottima per valori > 80,00 ■

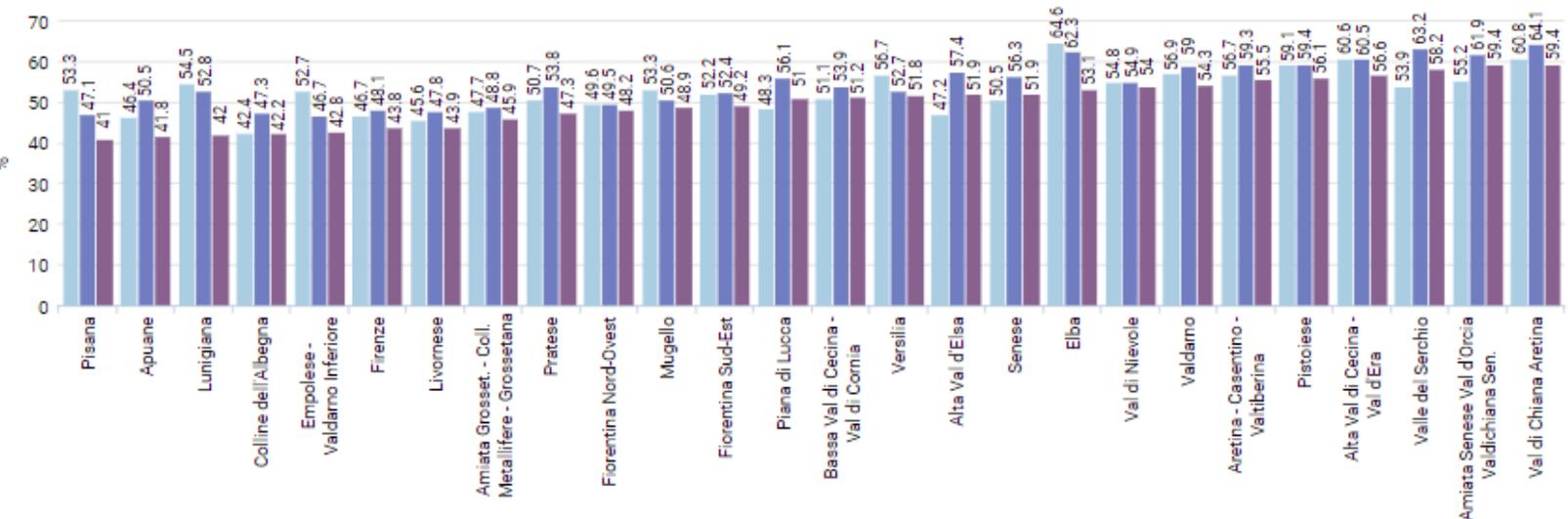
C11a.1.2b Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio

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

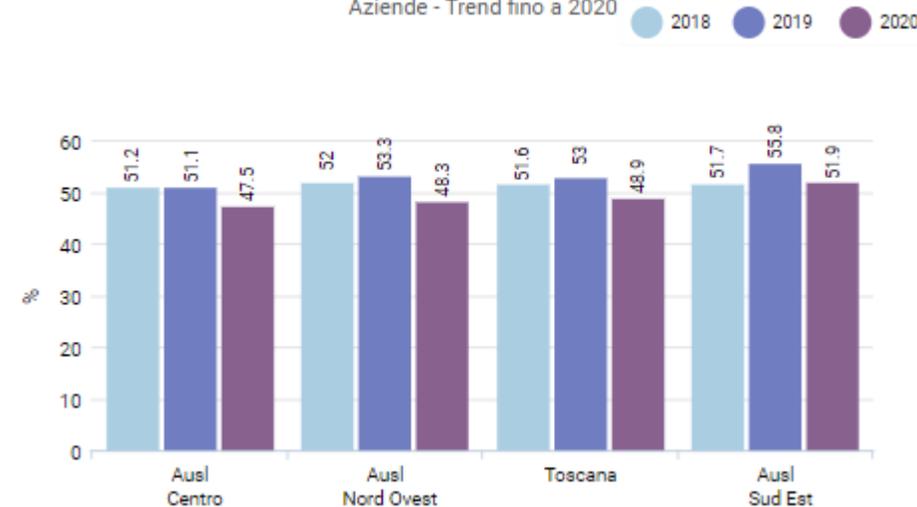
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Numeratore

Percentuali di residenti con Scompenso Cardiaco che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio

Denominatore

Prevalenti per scompenso cardiaco

Note

Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni.

Denominatore: Algoritmo definizione scompenso cardiaco

- (1) SDO - Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di uno dei seguenti codici: 428*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493;
- (2) SEA - Presenza di un'esenzione con codice 428;
- (3) AD-RSA - Patologia prevalente o concomitante ICD9CM con codice 428 o presenza di Insufficienza cardiaca o Causa principale di disabilità =Insufficienza cardiaca (13).

Numeratore: Assistiti che nell'anno hanno registrato almeno un monitoraggio di ciascuno dei seguenti valori: sodio (codice prestazione 90.40.4), potassio (codice prestazione 90.37.4).

Si considera il valore standardizzato per età.

Fonte

MaCro ARS Toscana. Flusso SPA

Fasce di valutazione

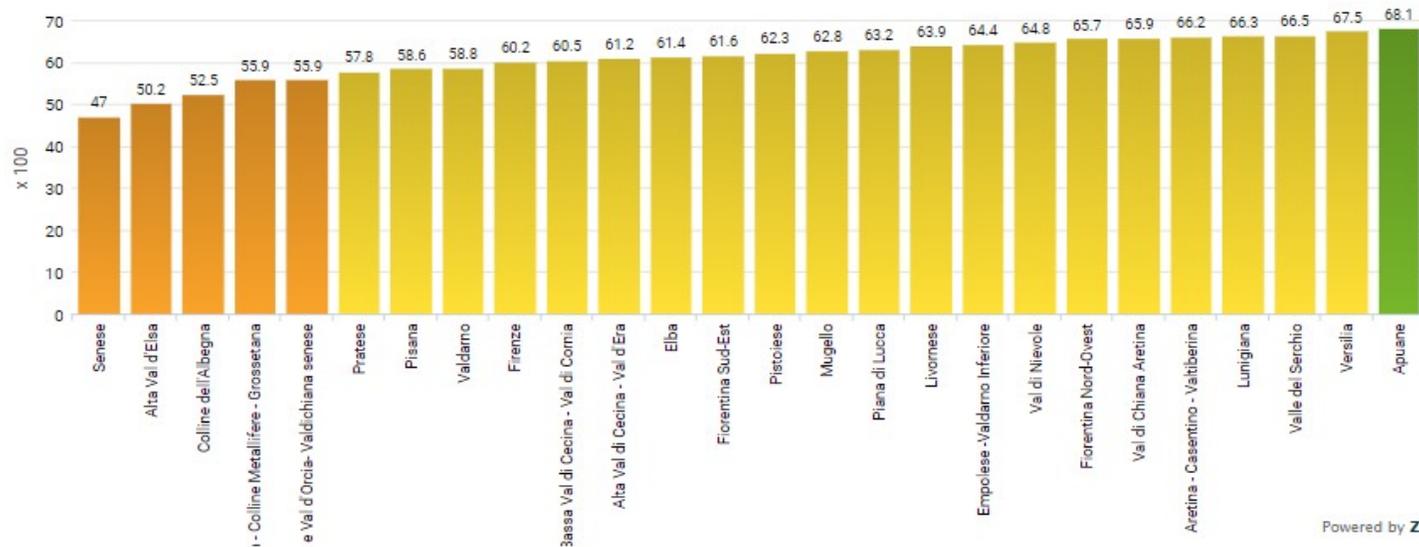
- Val. pessima < 34.00
- Val. scarsa 34.00 - 46.00
- Val. media 46.00 - 58.00
- Val. buona 58.00 - 70.00
- Val. ottima > 70.00

Gestione delle principali patologie croniche

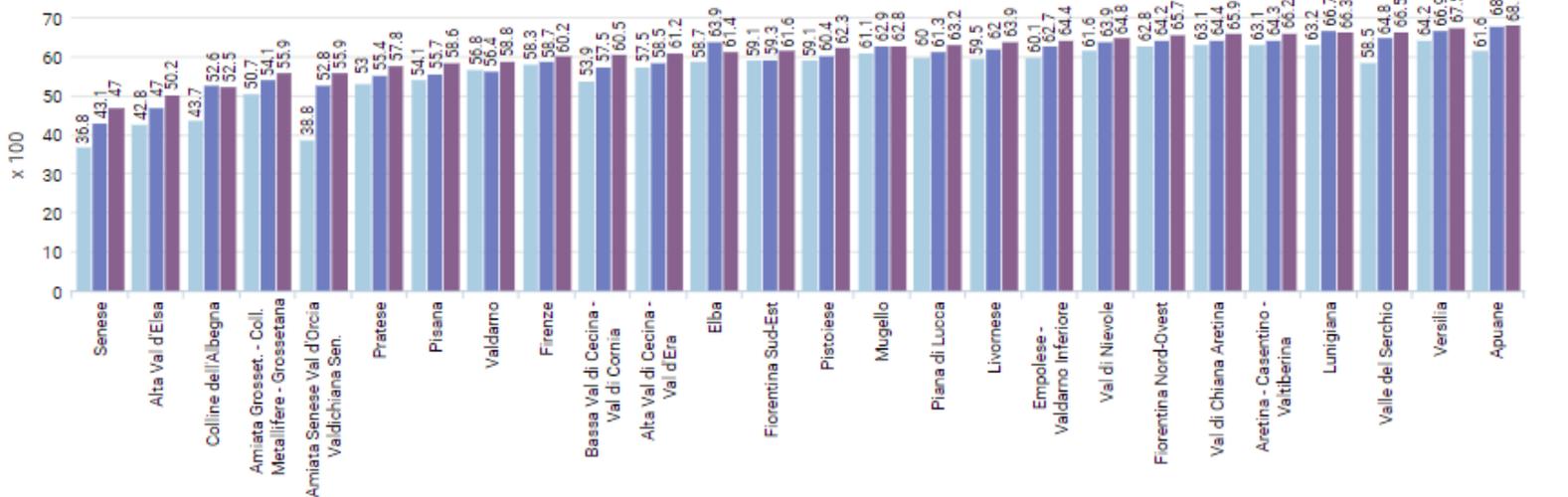
C11a.1.4 Residenti con Scompensio Cardiaco in terapia con beta-bloccante

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

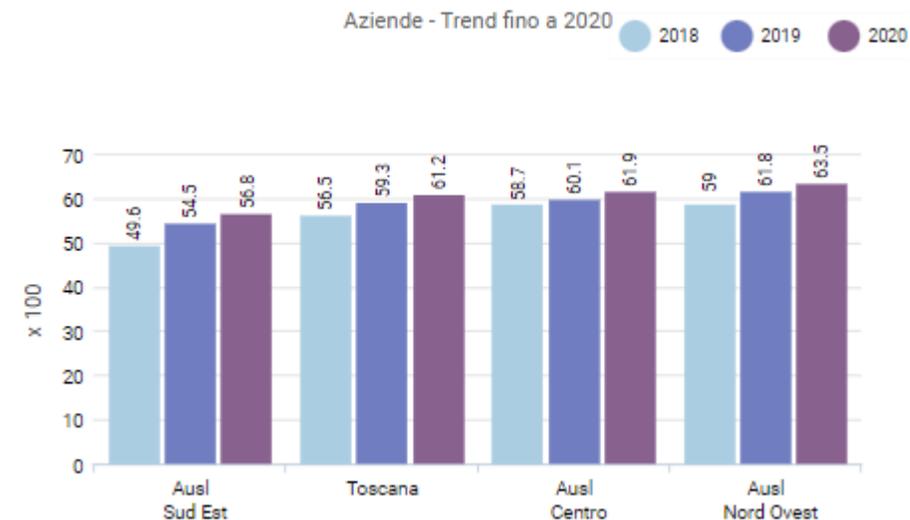
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Definizione	Percentuale di residenti con Scompensio Cardiaco in terapia con beta-bloccanti
Numeratore	Pazienti scompensati in terapia con terapia con beta-bloccanti x 100
Denominatore	Prevalenti per scompenso cardiaco al 01.01.2015
Note	<p>Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni.</p> <p>Denominatore: Identificazione residenti con scompenso cardiaco</p> <p>SDO Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di uno dei seguenti codici: 428*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493</p> <p>SEA Presenza di un'esenzione con codice 428</p> <p>AD-RSA Patologia prevalente o concomitante ICD9CM con codice 428 o presenza di Insufficienza cardiaca o Causa principale di disabilità = Insufficienza cardiaca (I3)</p> <p>Numeratore: Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di beta-bloccanti (codice ATC: C07*) distanti più di 180 giorni.</p>
Fonte	MaCro ARS Toscana.

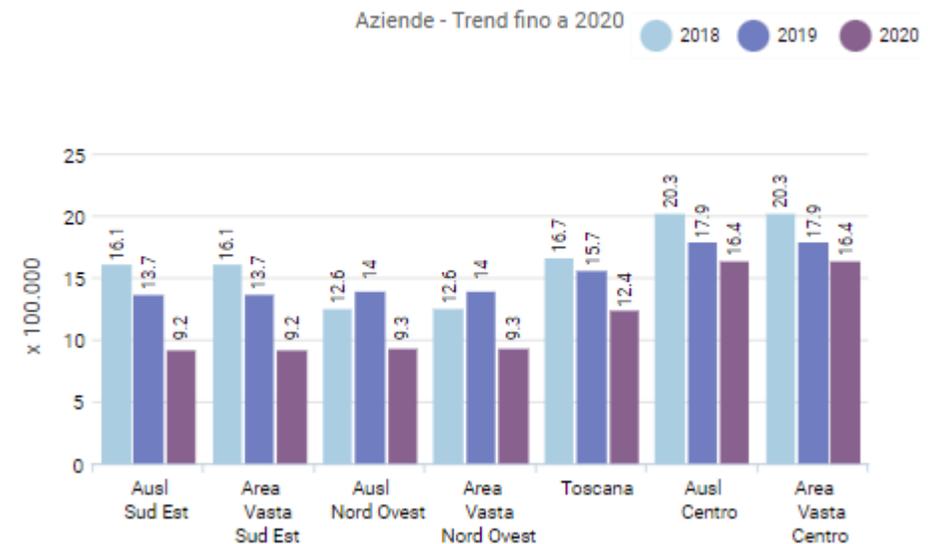
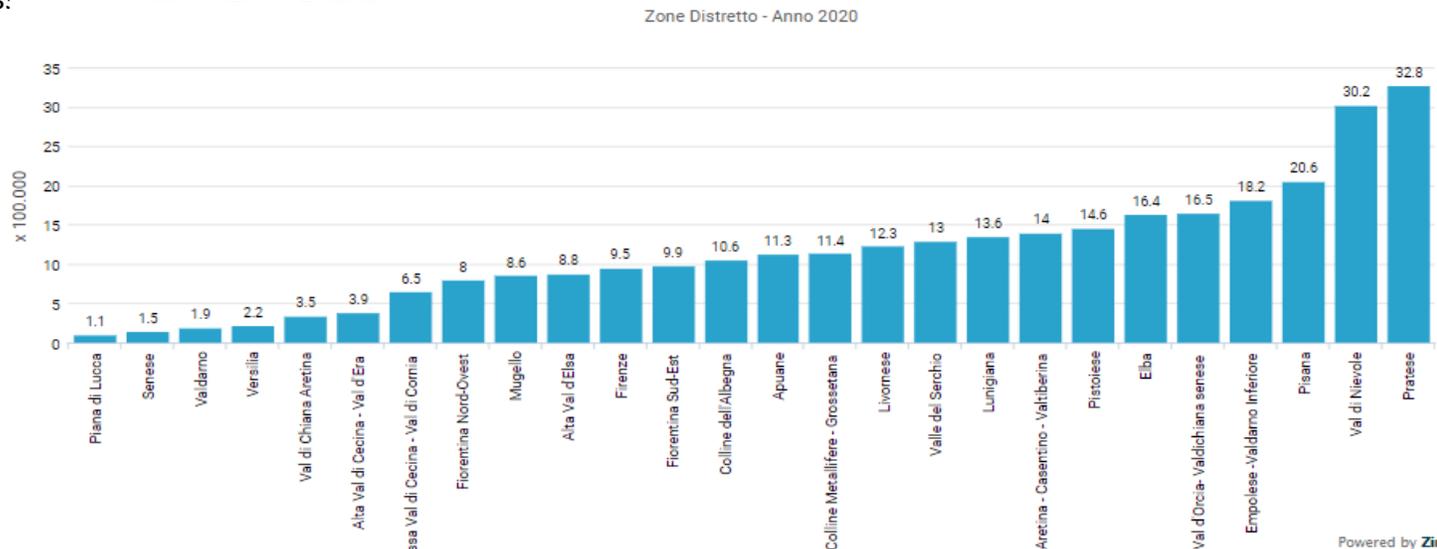
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 44.00
- Performance scarsa per valori compresi tra 44.00 - 56.00
- Performance media per valori compresi tra 56.00 - 68.00
- Performance buona per valori compresi tra 68.00 - 80.00
- Performance ottima per valori > 80.00

Gestione delle principali patologie croniche

C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 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 (35-74 anni)

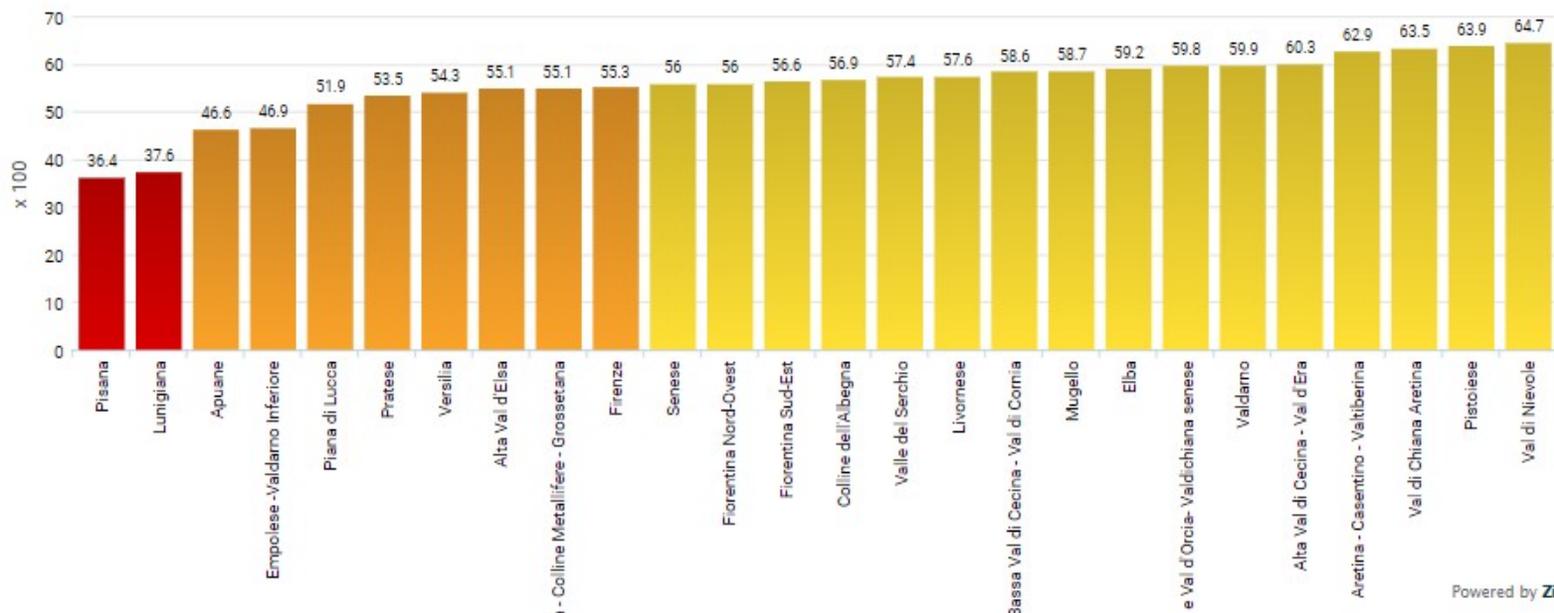
Definizione	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni
Numeratore	N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
Denominatore	Popolazione 35-74 anni residente nella Ausl
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx (Diabete mellito).</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DRG 113 e 114; - Codici di procedura 36* e 39.5*; - Dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99); - Dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale); - Ricoveri in strutture private non accreditate.
Fonte	Flusso SDO

Gestione delle principali patologie croniche

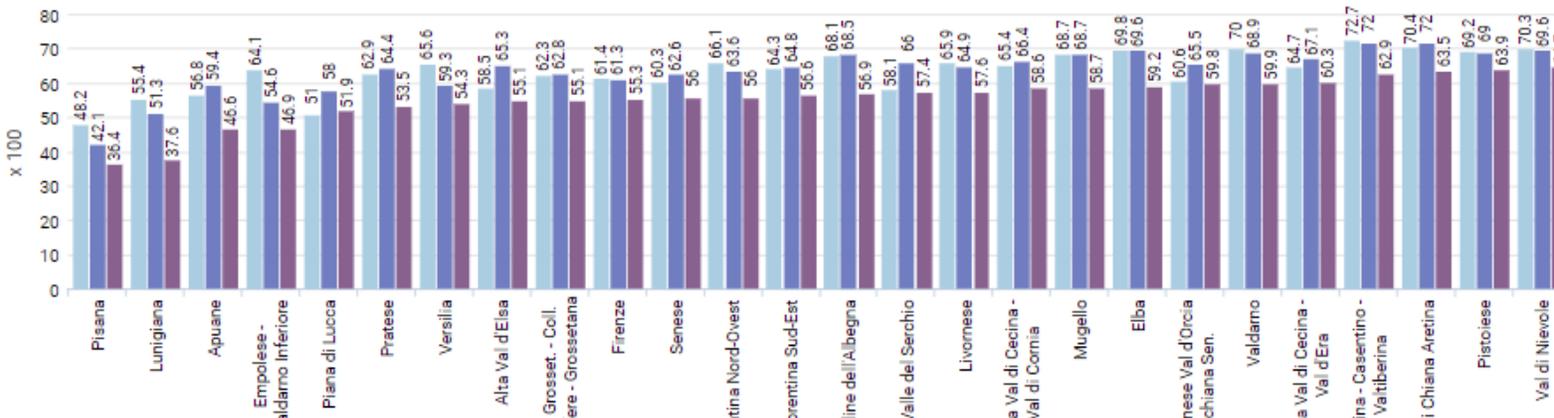
C11a.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

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.

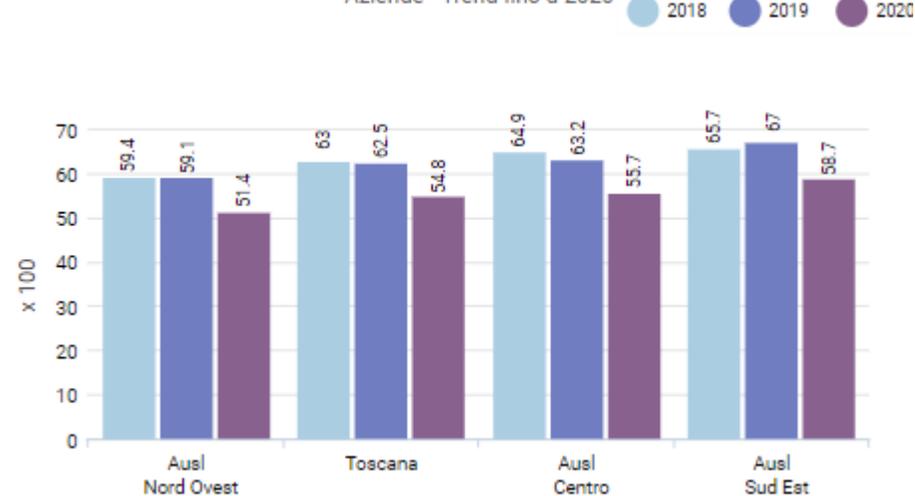
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



C11a.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

Definizione Percentuale di residenti con Diabete 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 al 01.01.2015

Note 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
AD-RSA - Patologia prevalente o concomitante ICD9CM 250*, o presenza di Diabete mellito o Causa principale = 2
Numeratore: Soggetti con almeno un monitoraggio dell'emoglobina glicata registrato nell'anno (codice prestazione 90.28.1).

Fonte MaCro ARS Toscana

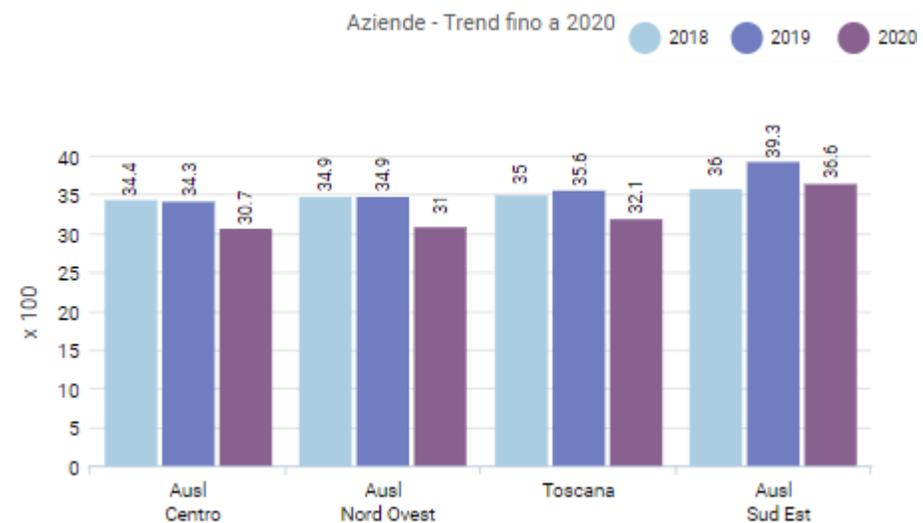
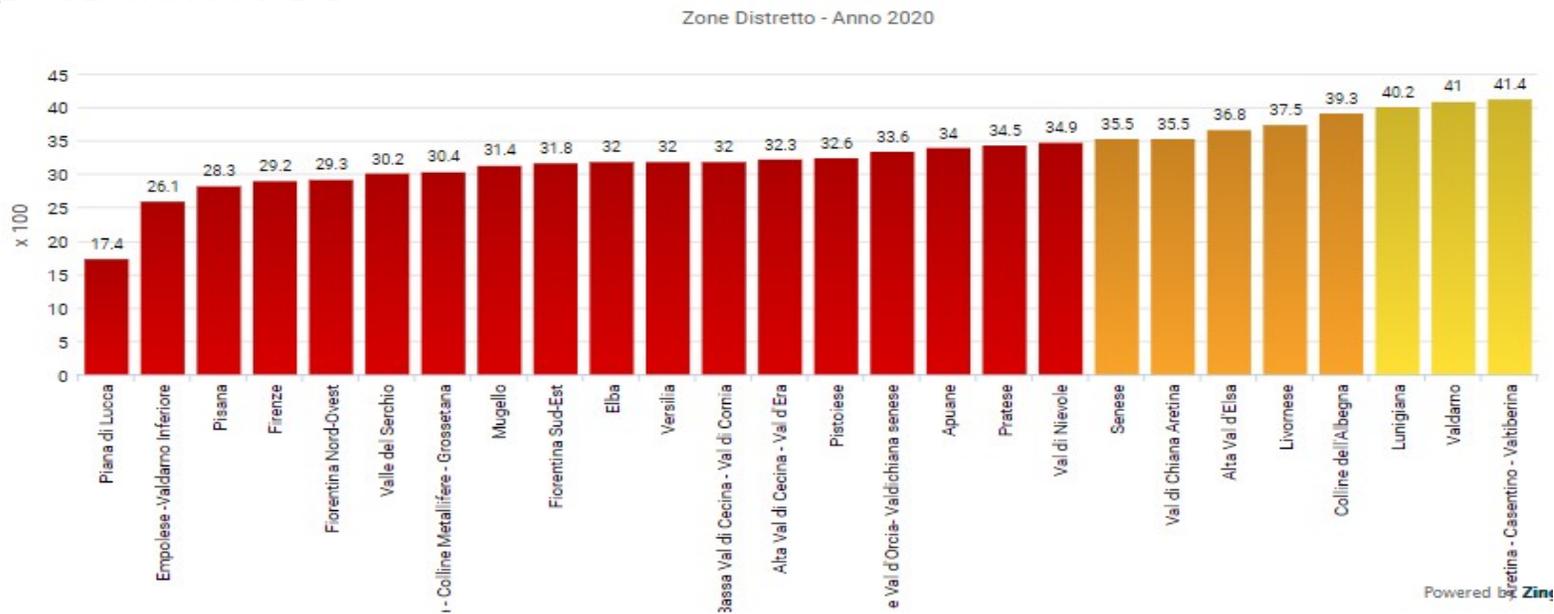
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 44,00
- Performance scarsa per valori compresi tra 44,00 - 56,00
- Performance media per valori compresi tra 56,00 - 68,00
- Performance buona per valori compresi tra 68,00 - 80,00
- Performance ottima per valori > 80,00

Gestione delle principali patologie croniche

C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni

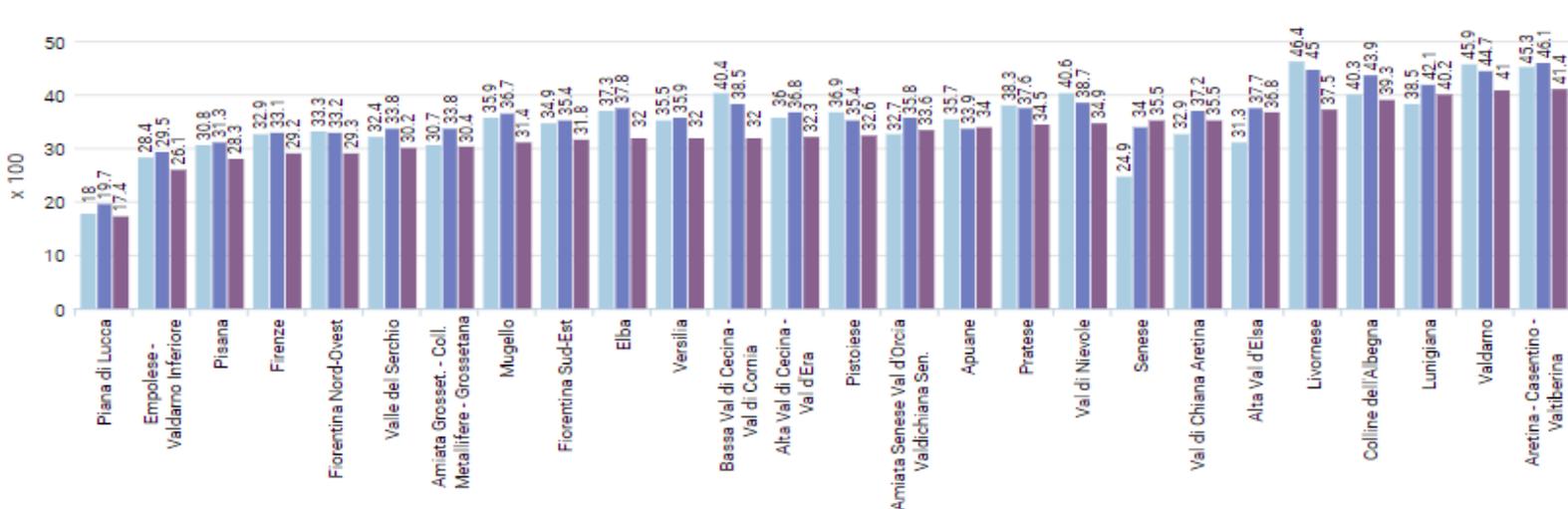
L'indicatore "Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni" è un indicatore di follow-up a livello ambulatoriale dei pazienti affetti da diabete mellito. L'esame è utile a diagnosticare precocemente l'insorgenza della retinopatia diabetica che può manifestarsi come complicanza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



Zone - Trend fino a 2020

● 2018 ● 2019 ● 2020

C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni



Definizione	Percentuale di residenti con Diabete che hanno effettuato almeno una visita oculistica negli ultimi due anni
Numeratore	Pazienti diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni x 100
Denominatore	Prevalenti per Diabete al 01.01.2015
Note	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 AD-RSA - Patologia prevalente o concomitante ICD9CM 250*, o presenza di Diabete mellito o Causa principale = 2 Numeratore: Soggetti con almeno un esame della retina o visita oculistica registrati negli ultimi due anni (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).
Fonte	MaCro ARS Toscana

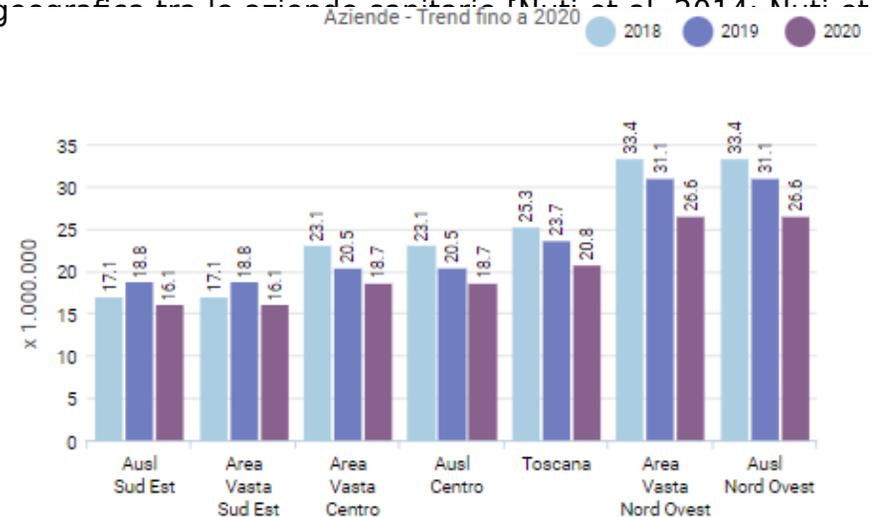
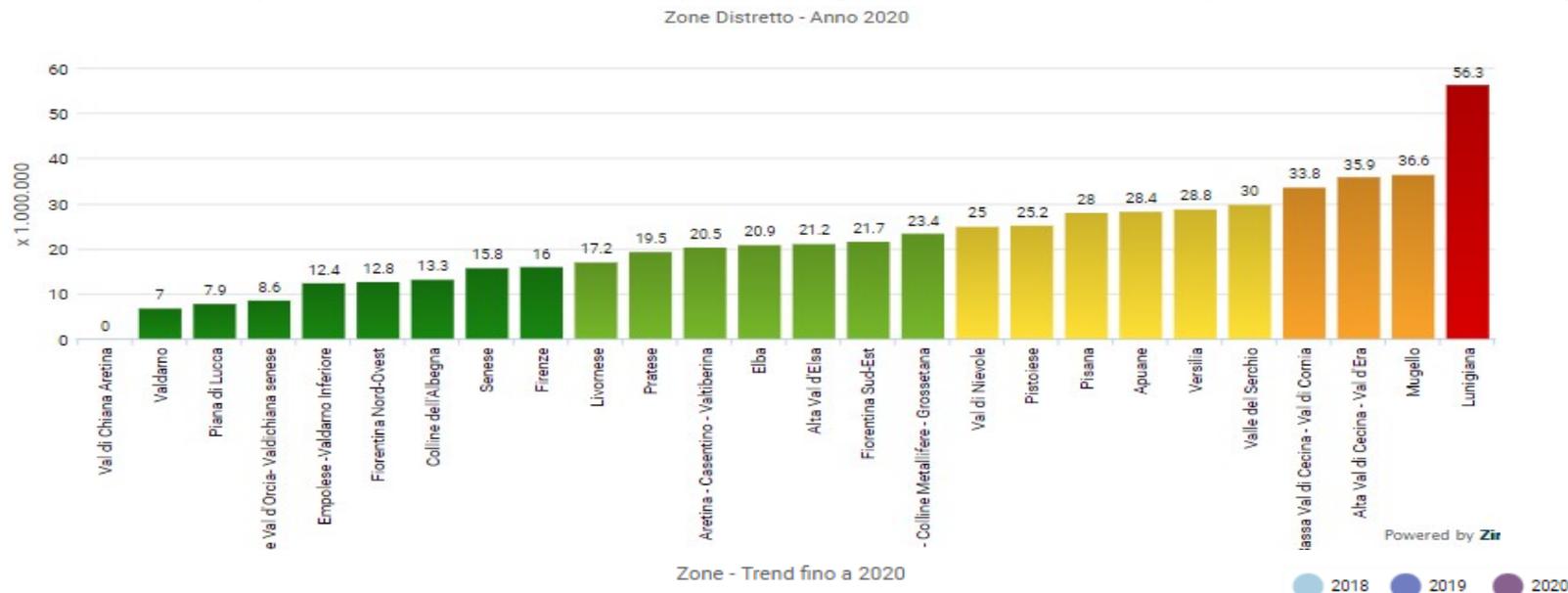
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 35,00
- Performance scarsa per valori compresi tra 35,00 - 40,00
- Performance media per valori compresi tra 40,00 - 45,00
- Performance buona per valori compresi tra 45,00 - 50,00
- Performance ottima per valori > 50,00

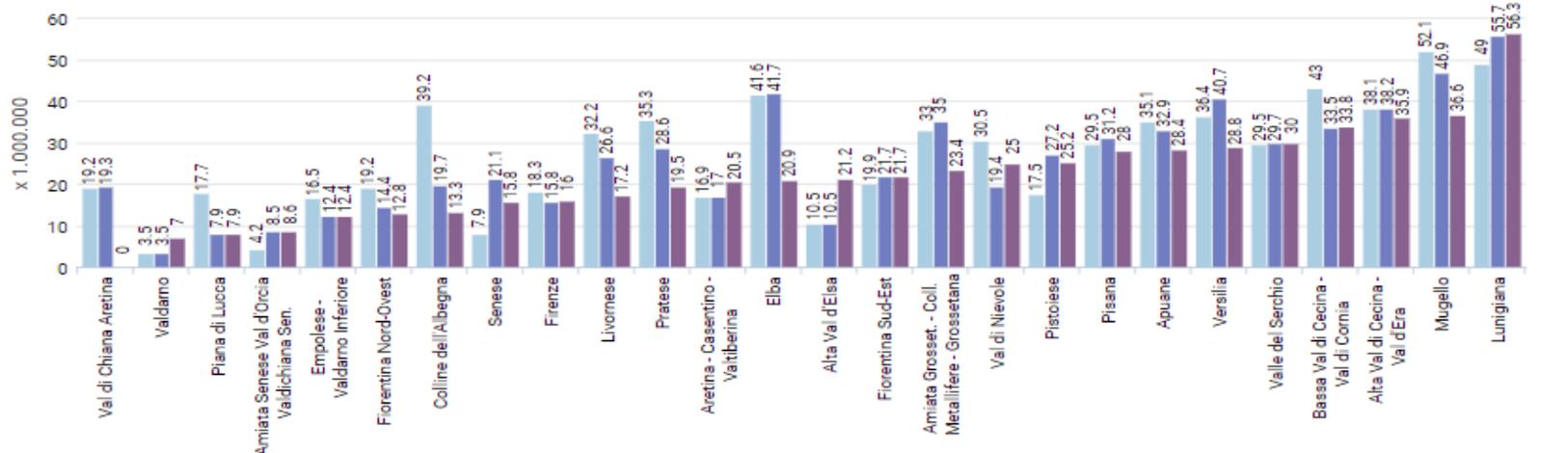
Gestione delle principali patologie croniche

C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

Il piede diabetico rappresenta la prima causa di amputazione non traumatica agli arti inferiori in Europa [Anichini et al. 2012]. La presa in carico tempestiva, multidisciplinare e multi-professionale è la chiave per evitare un esito con grande impatto sia per il paziente che per le organizzazioni sanitarie, come l'amputazione maggiore agli arti inferiori. L'indicatore è dunque considerabile una proxy dell'efficacia dei percorsi clinicoassistenziali, in particolare legati alla cronicità. Il piede diabetico è stato al centro di un progetto di confronto portato avanti su mandato della Regione Toscana dal Laboratorio MeS e dalla comunità professionale di riferimento, al fine di mettere a confronto dati ed esperienze ed individuare best practice organizzative da diffondere per ridurre la variabilità geografica tra le aziende ospedaliere. (Muti et al. 2014; Muti et al. 2014)



C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)



Definizione	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (triennale)
Numeratore	N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) x 1.000.000
Denominatore	N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2)
Note	<p>Codici ICD9-CM in procedura principale o nelle procedure secondarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -84.13 disarticolazione della caviglia -84.14 amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula -84.15 altra amputazione al di sotto del ginocchio -84.16 disarticolazione del ginocchio -84.17 amputazione al di sopra del ginocchio -84.18 disarticolazione dell'anca -84.19 amputazione addomino-pelvica. <p>Codifiche ICD9-CM in qualunque dei campi diagnostici:</p> <ul style="list-style-type: none"> 250.xx Diabete <p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismi (diagnosi 895.xx, 896.xx, 897.xx in qualunque dei campi diagnostici) - DRG: 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 - Diagnosi principali o secondarie di 1707 Tumori maligni delle ossa lunghe dell'arto inferiore, 1708 Tumori maligni delle ossa corte dell'arto inferiore - Trasferiti da altra struttura di ricovero per acuti - Ricoveri in strutture private non accreditate
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

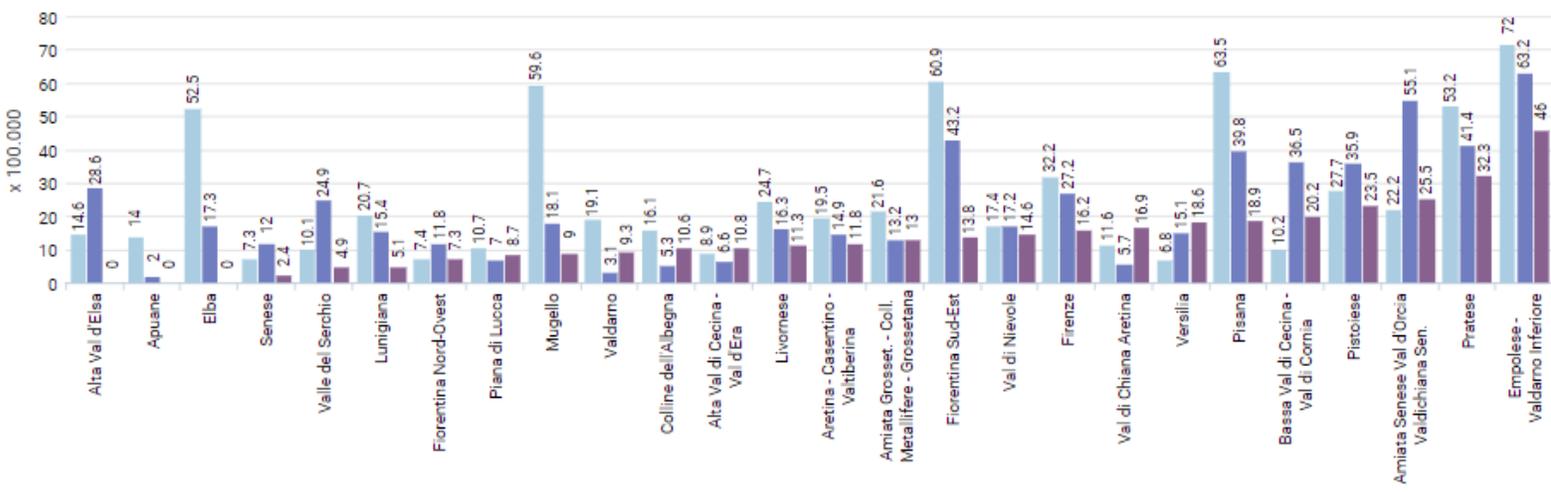
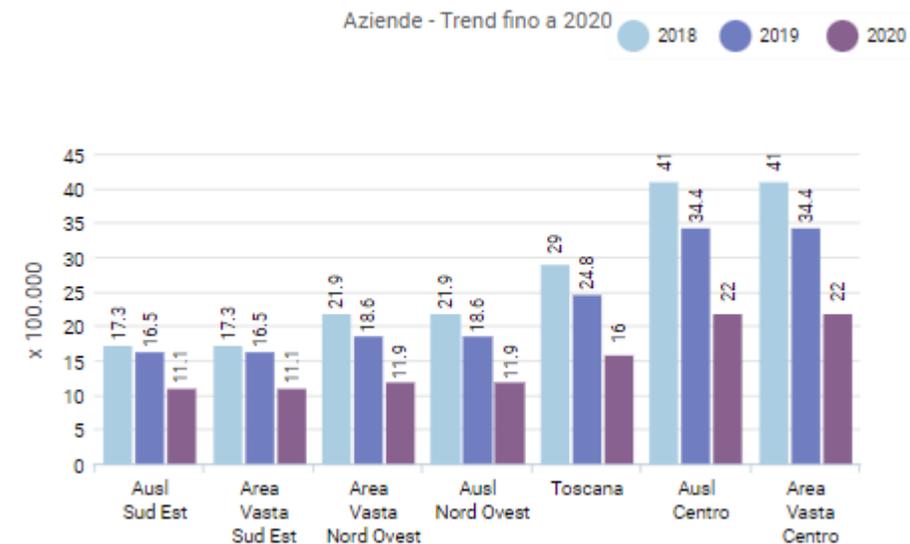
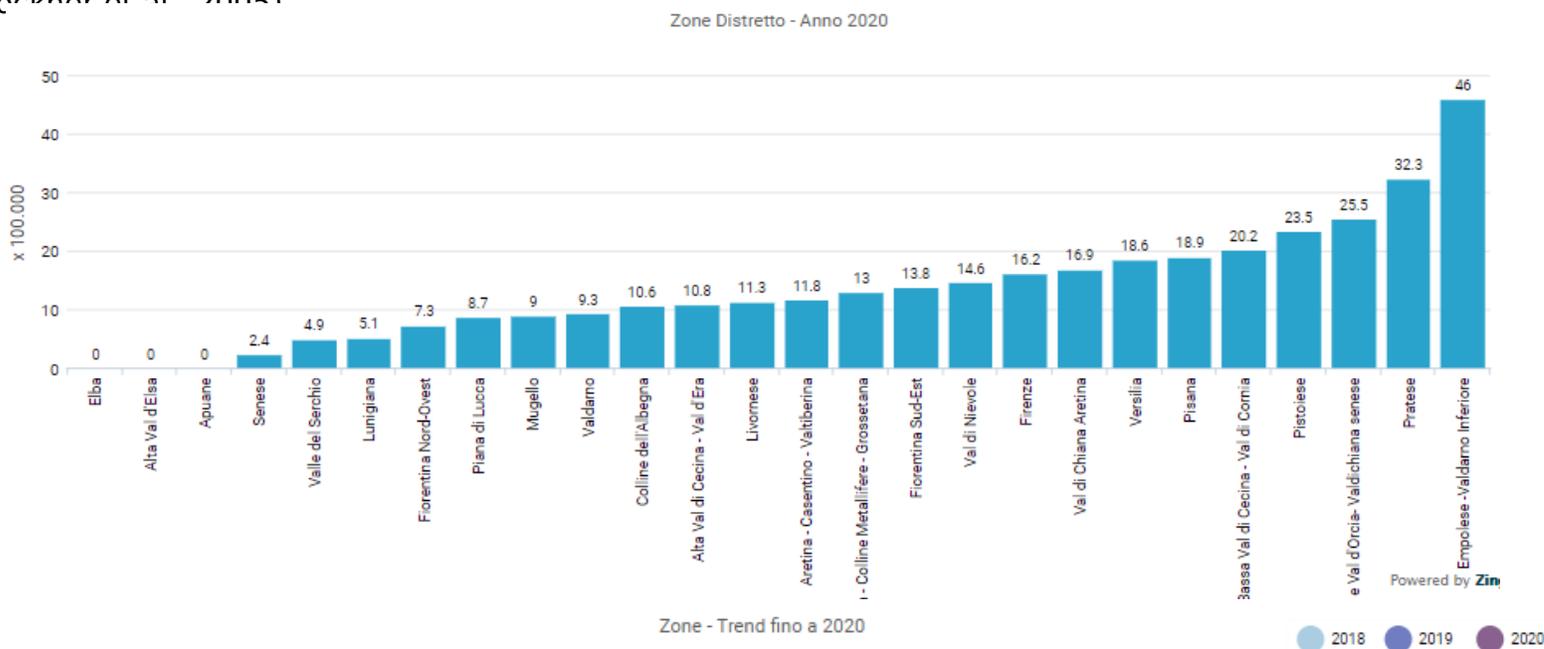
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori > 40,81
- Performance scarsa per valori compresi tra 40,81 e 32,60
- Performance media per valori compresi tra 32,60 e 24,39
- Performance buona per valori compresi tra 24,39 e 16,17
- Performance ottima per valori < 16,17

Gestione delle principali patologie croniche

C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Non avendo a disposizione farmaci risolutivi per le broncopneumopatie cronicoostruttive, così come per molte malattie cronicodegenerative, 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 (Teckner et al., 2005).

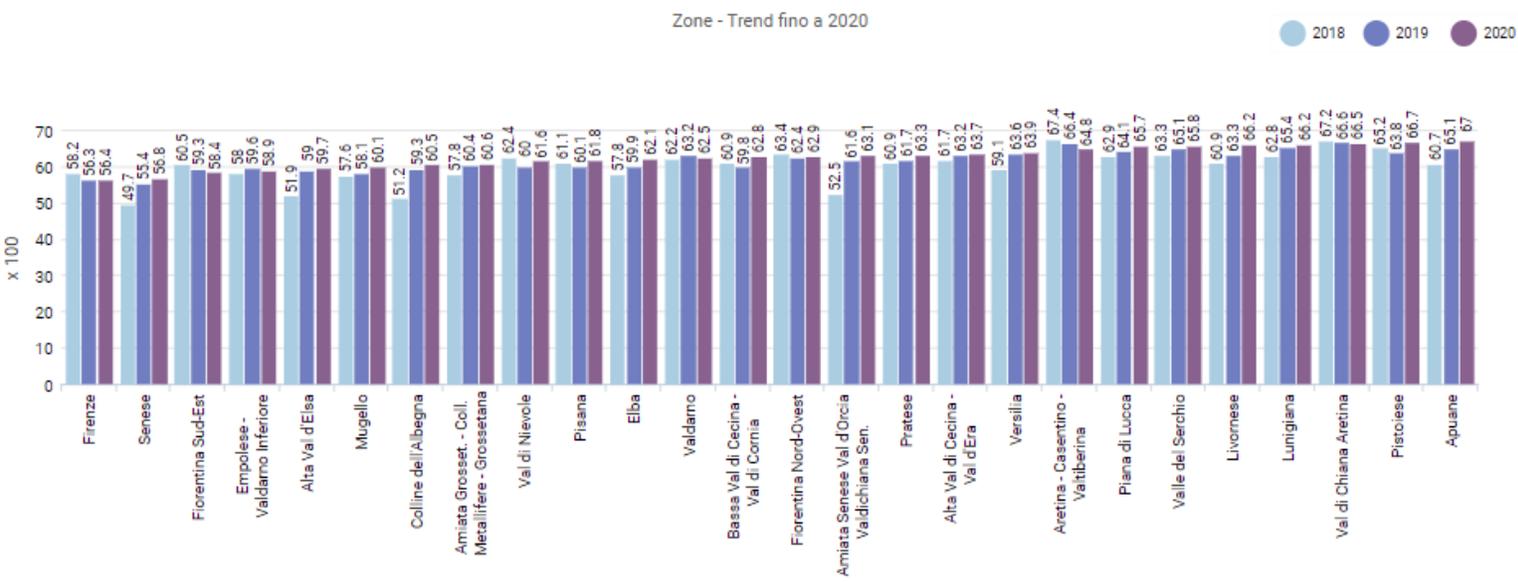
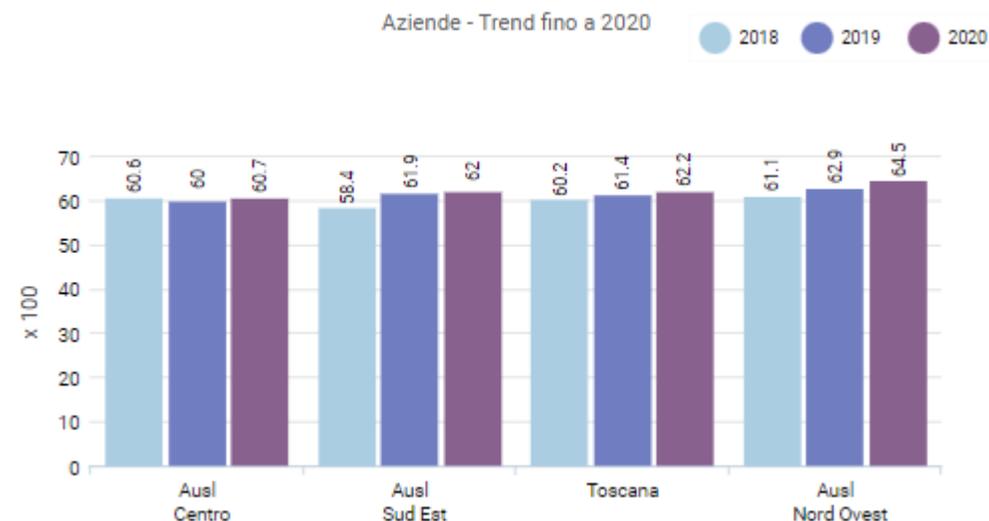
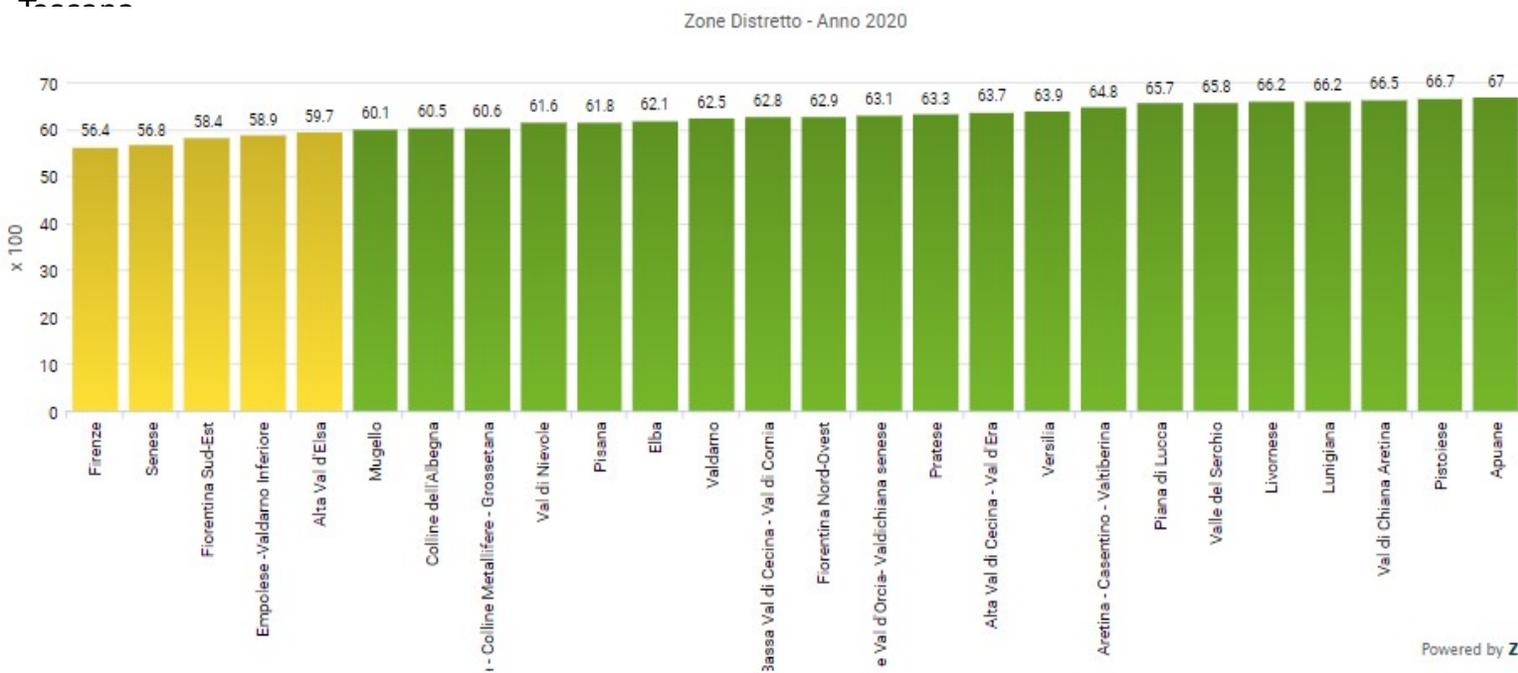


C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

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	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana.</p> <p>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, 494 Bronchiectasie.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - Ricoveri in strutture private non accreditate.
Fonte	Flusso SDO

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 progresso Ictus in terapia antitrombotica
Numeratore	Residenti con progresso Ictus in terapia antitrombotica x 100
Denominatore	Prevalenti per progresso Ictus al 01.01.2015
Note	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore: Algoritmo di definizione del progresso ictus □ Flusso SDO - Presenza nella diagnosi primaria di un ricovero di uno dei seguenti codici: 430, 431, 432, 434, 436 AD-RSA - Patologia prevalente o concomitante ICD9CM con codice, 430, 431, 432, 434, 436, o presenza di Progresso Ictus o Causa principale =14 Numeratore: Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di farmaci antitrombotici (codice ATC: B01A*) distanti più di 180 giorni
Fonte	MaCro ARS Toscana

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 20.00 ■
- Performance scarsa per valori compresi tra 20.00 - 40.00 ■
- Performance media per valori compresi tra 40.00 - 60.00 ■
- Performance buona per valori compresi tra 60.00 - 80.00 ■
- Performance ottima per valori > 80.00 ■

3

ASSISTENZA DOMICILIARE E ASSISTENZA
RESIDENZIALE AGLI ANZIANI

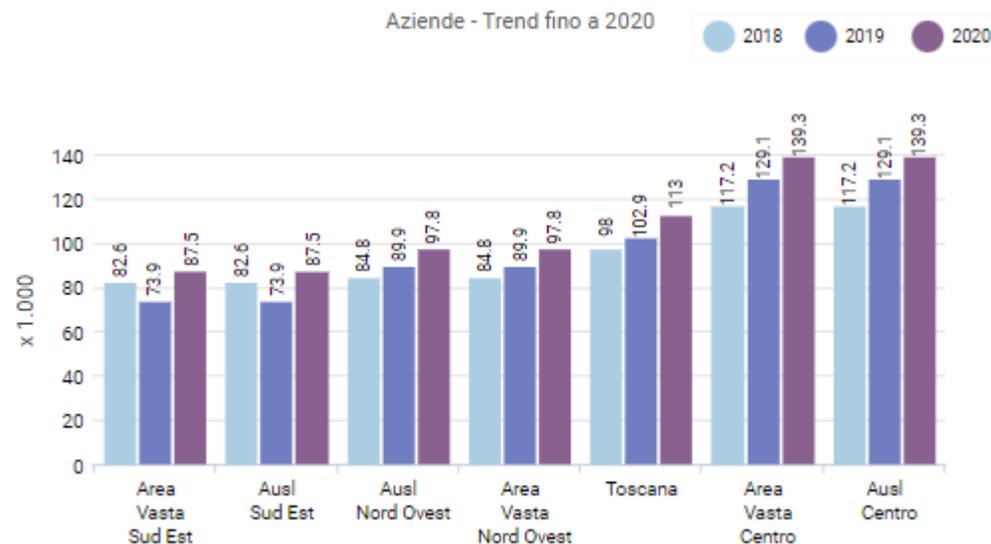
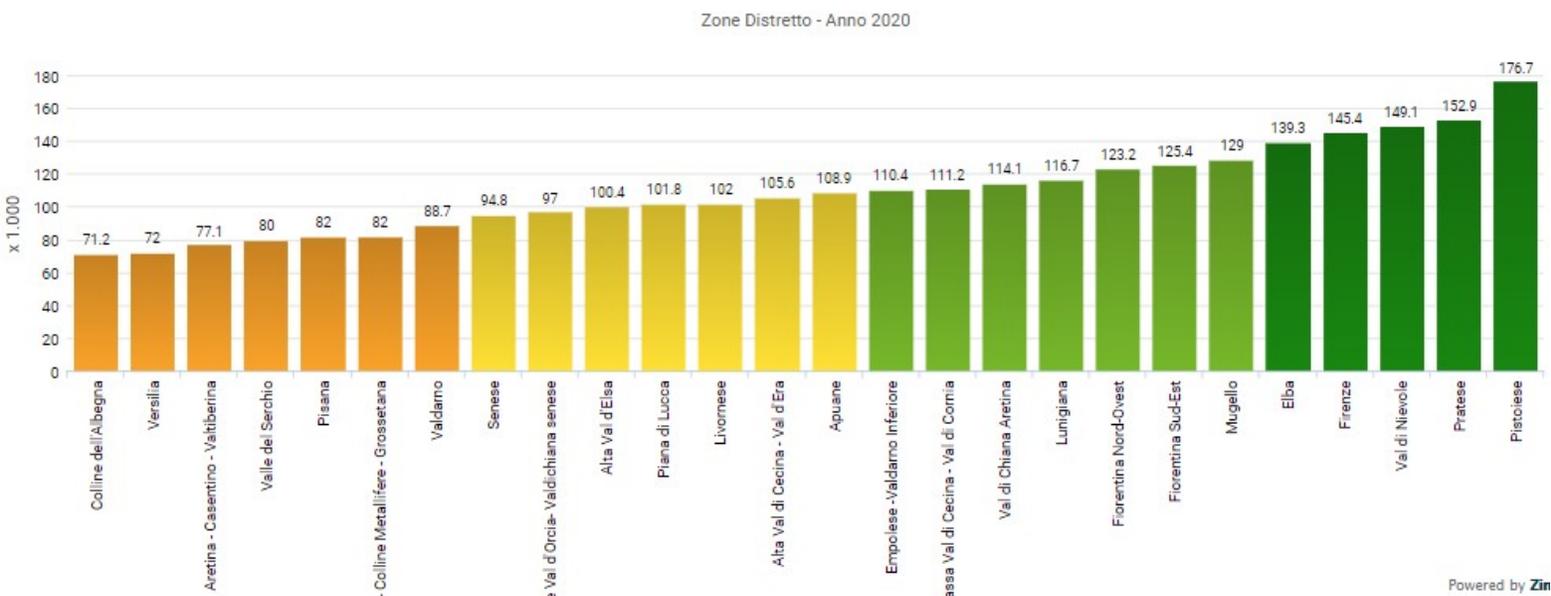
ASSISTENZA DOMICILIARE E ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI

- B28.4 Tasso di segnalazioni su popolazione over 65 anni
- B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
- B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi
- B28.2.5 Percentuale di ultra 75enni dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni
- B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari
- B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni
- B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni
- B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione
- B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico
- B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA
- B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni
- B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

B28.4 Tasso di segnalazioni su popolazione over 65 anni

L'indicatore rileva le segnalazioni avvenute nell'anno per i residenti Toscani di età maggiore uguale a 65 anni.



Numeratore

Numero totale di segnalazioni x 1.000

Denominatore

Popolazione residente >= 65 anni

Note

Numeratore: Segnalazioni avvenute nell'anno per i residenti Toscani di età maggiore uguale a 65 anni.

Denominatore: Popolazione residente di età maggiore-uguale a 65 anni.

Tabelle: Segnalazioni individuate dalla tabella Prestazioni e informazioni anagrafiche dalle tabelle Tratti_anagrafe ed Tratti_evento.

Fonte

Flusso AD-RSA

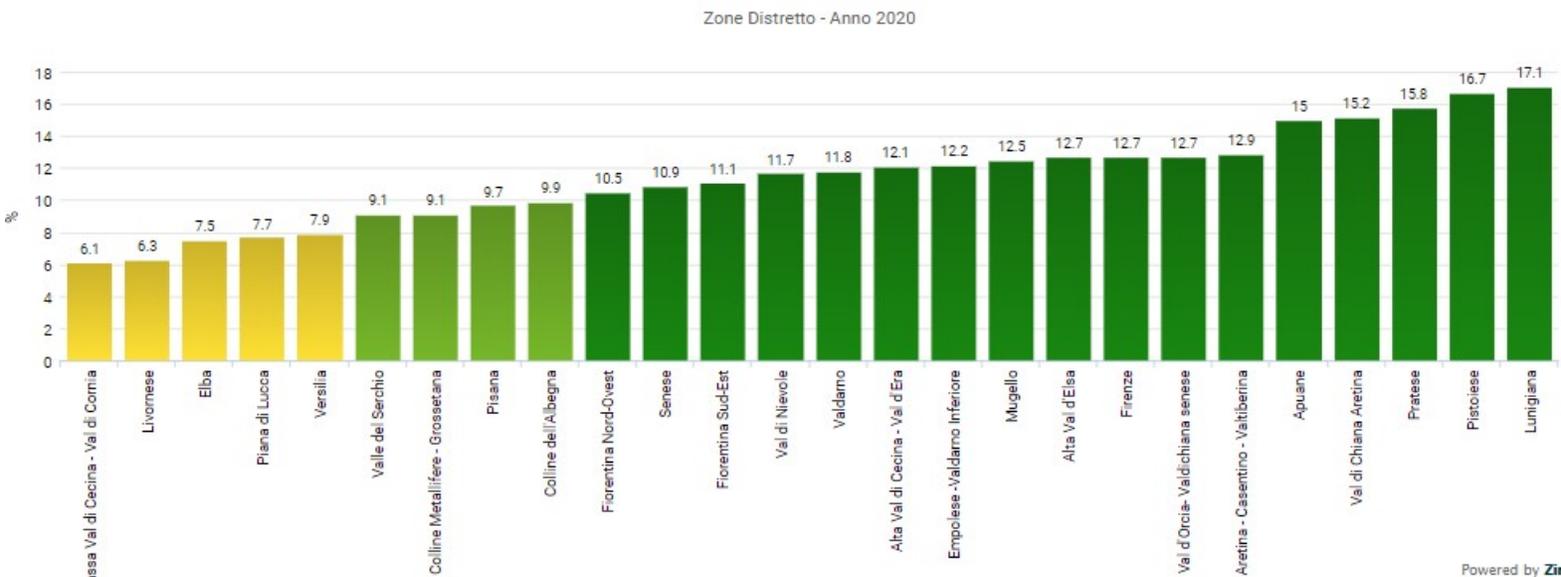
Fasce di valutazione

- Val. pessima < 70.00
- Val. scarsa 70.00 - 90.00
- Val. media 90.00 - 110.00
- Val. buona 110.00 - 130.00
- Val. ottima > 130.00

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM). Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali. A livello regionale è previsto un livello di copertura pari al 15%.



B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

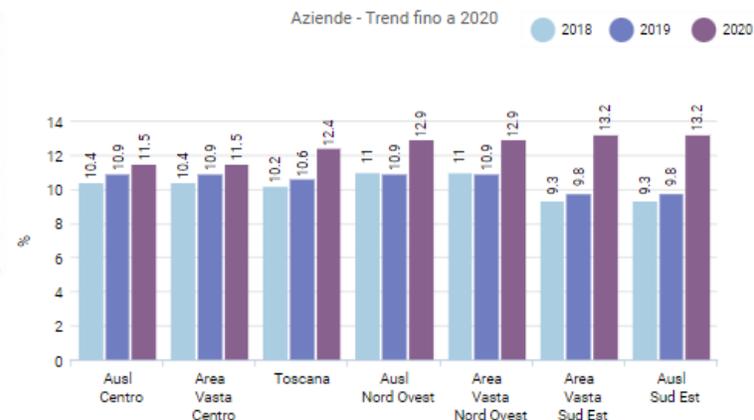
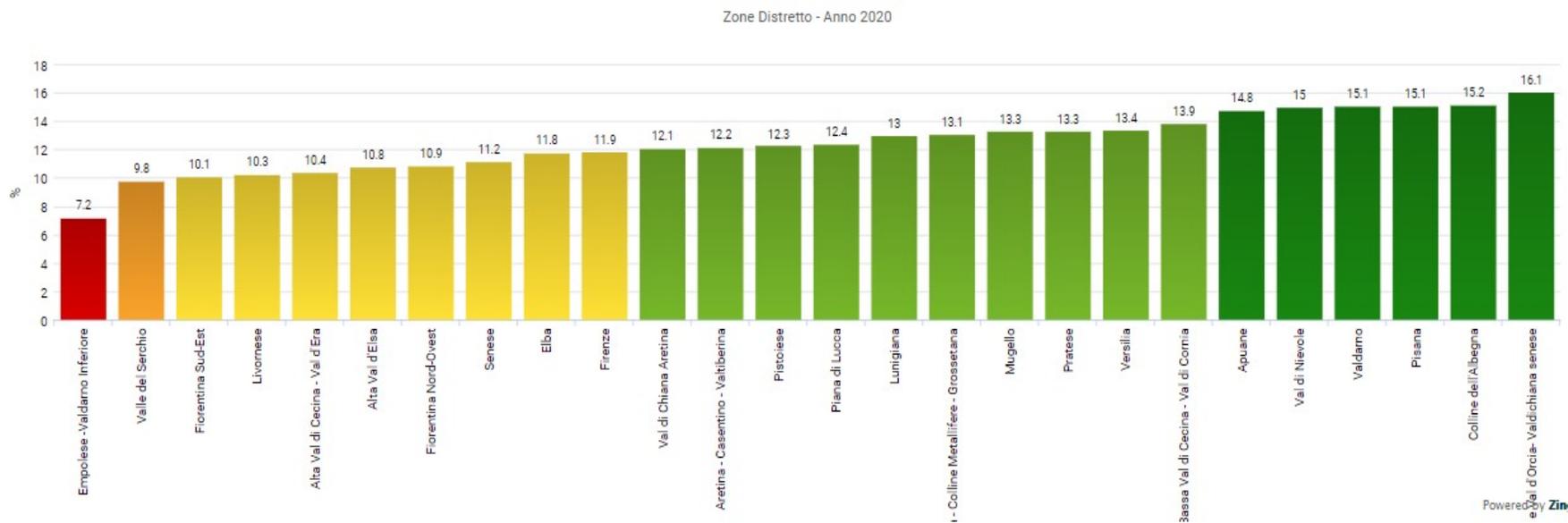
Definizione	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con Valutazione
Numeratore	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione
Denominatore	Popolazione residente >= 65 anni
Note	Numeratore: Al numeratore si considerano le persone con età maggiore o uguale a 65 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. Denominatore: Al denominatore si considerano gli abitanti della Regione Toscana di età maggiore o uguale a 65 anni. Si escludono le Cure Domiciliari prestazionali occasionali.
Fonte	Flusso AD-RSA

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 4.00
- Performance scarsa per valori compresi tra 4.00 - 6.00
- Performance media per valori compresi tra 6.00 - 8.00
- Performance buona per valori compresi tra 8.00 - 10.00
- Performance ottima per valori > 10.00

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

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



Numeratore

N. di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

Denominatore

N. di accessi domiciliari

Note

Si considerano tutte le erogazioni di Assistenza Domiciliare, quindi anche gli accessi occasionali.

Selezione dei giorni festivi: 1 Gennaio, 6 Gennaio, Pasqua, Lunedì di Pasqua, 25 Aprile, 1 Maggio, 2 Giugno, 15 Agosto, 8 Dicembre, 1 Novembre, 25 Dicembre, 26 Dicembre.

Fonte

Flusso SIAD

Fasce di valutazione

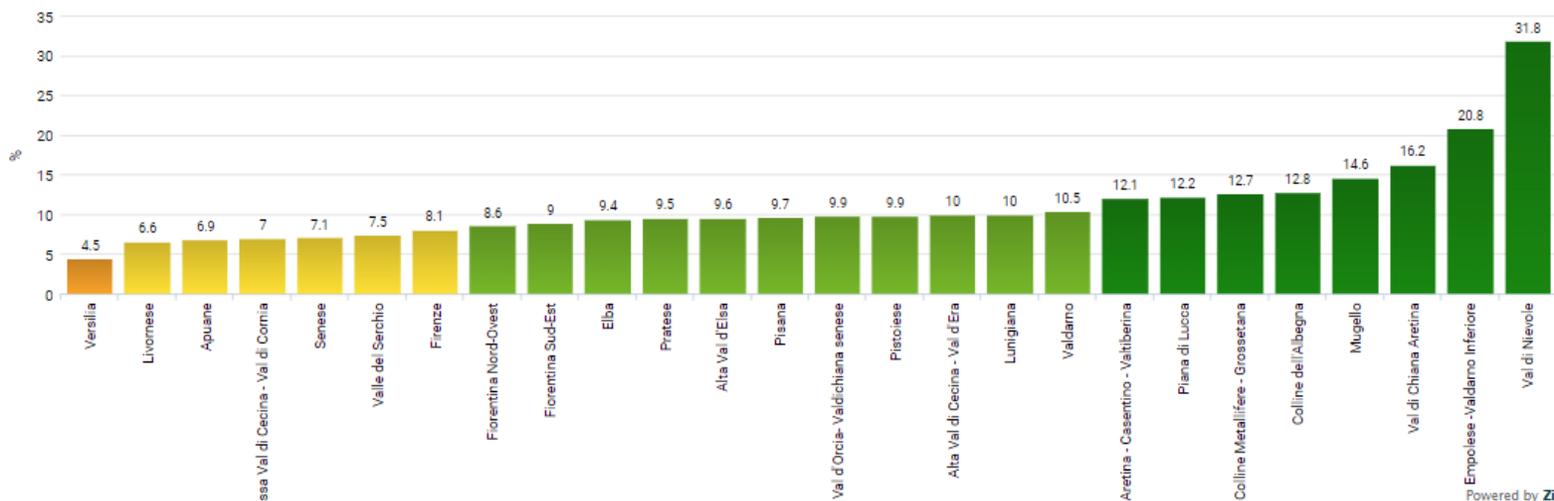
- Valutazione pessima < 8.00
- Valutazione scarsa 8.00 - 10.00
- Valutazione media 10.00 - 12.00
- Valutazione buona 12.00 - 14.00
- Valutazione ottima > 14.00

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

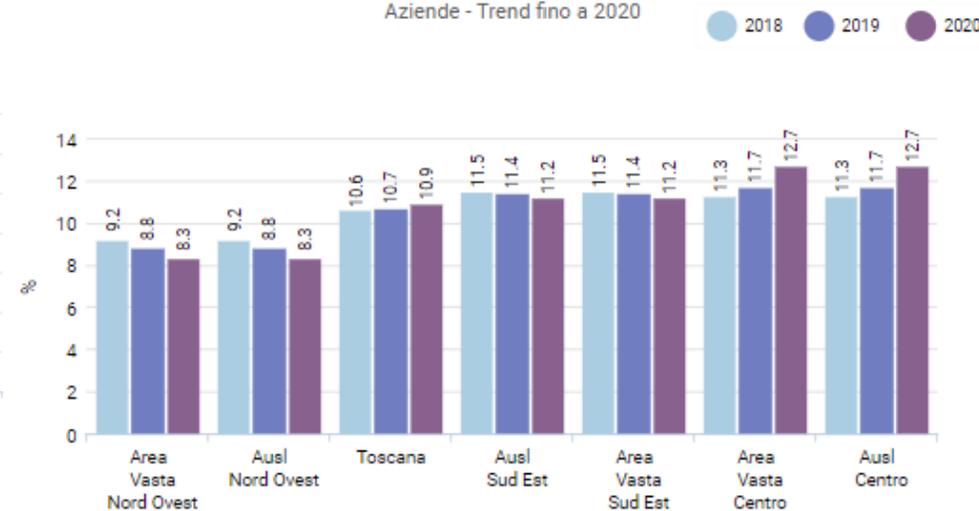
B28.2.5 Percentuale di ultra 75enni dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni

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

Zone Distretto - Anno 2020

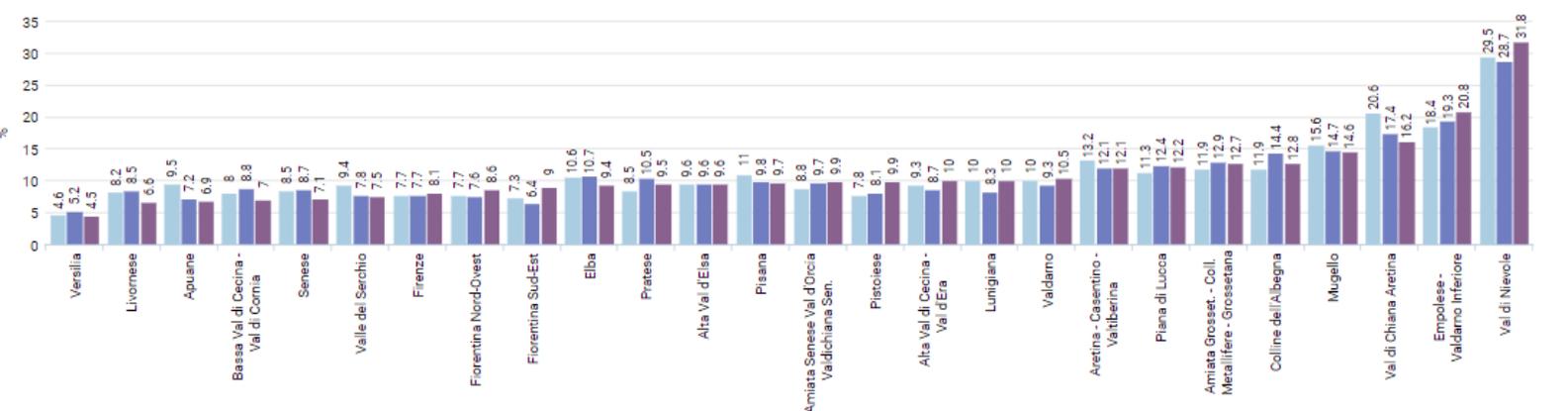


Aziende - Trend fino a 2020



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

Zone - Trend fino a 2020



Razionale

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

Numeratore

Dimissioni ospedaliere a domicilio di persone con età >= 75 anni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

Denominatore

Dimissioni ospedaliere a domicilio di persone con età >= 75 anni

Note

Residenti in Regione, ricoveri erogati in in Regione e CD ricevute in in Regione.

Si considerano esclusivamente le seguenti modalità di dimissioni: dimissione ordinaria, al domicilio del paziente e dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

Ricoveri ordinari.

Esclusione id anonimi.

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.

Si considerano tutte le erogazioni di assistenza domiciliare, quindi sono incluse le CD prestazionali.

Fonte

Flusso SIAD, Flusso SDO

Fasce di valutazione

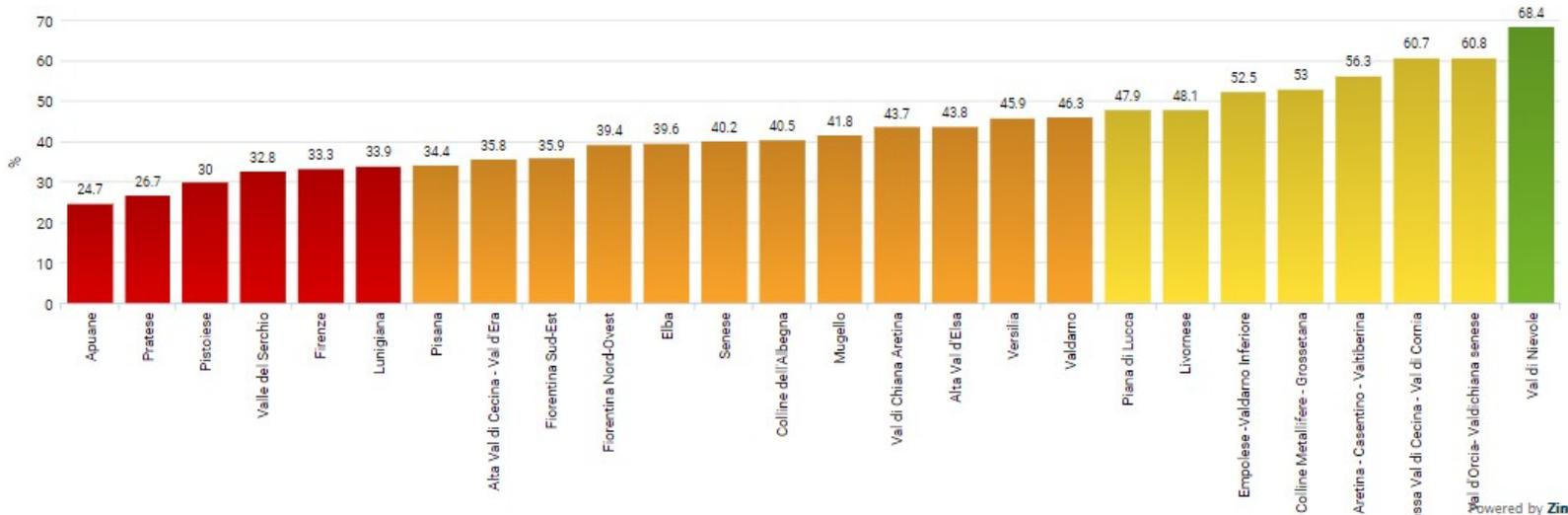
- Valutazione pessima < 4.01
- Valutazione scarsa 4.01 - 6.30
- Valutazione media 6.30 - 8.60
- Valutazione buona 8.60 - 10.89
- Valutazione ottima > 10.89

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

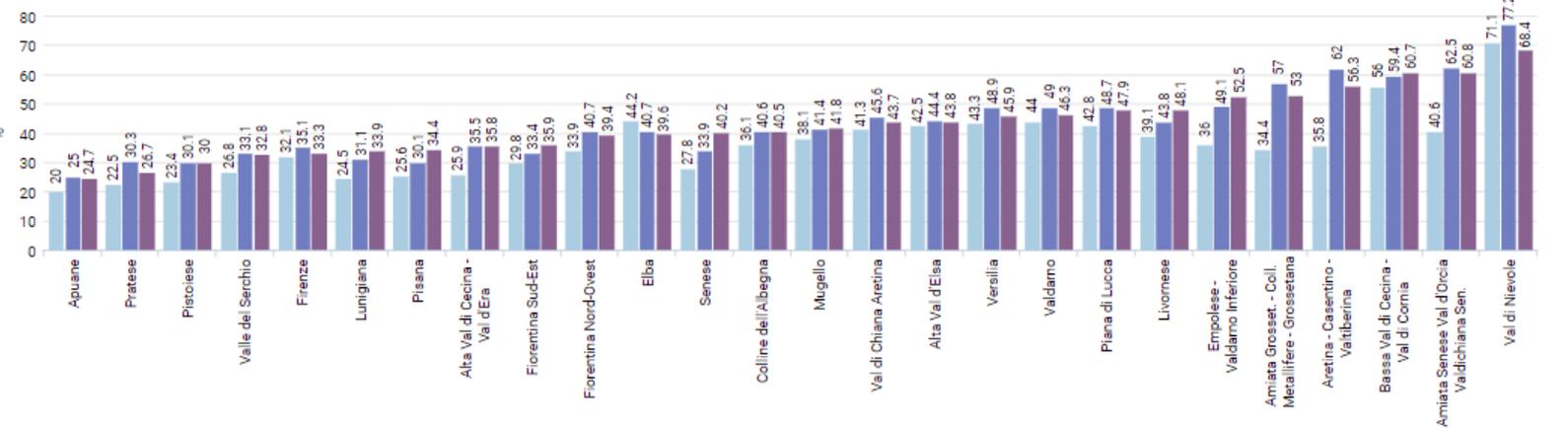
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari

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

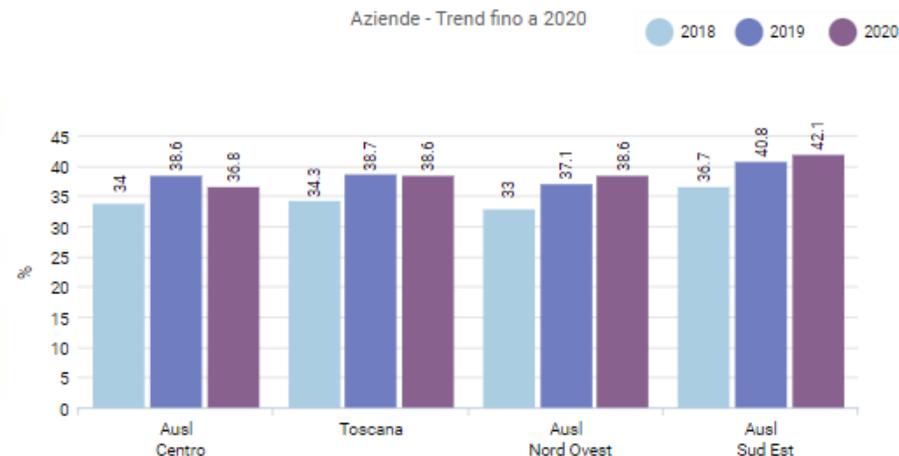
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



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

Numeratore

Prese in Carico con CIA > 0.13 (over 65)

Denominatore

Prese in Carico per persone over 65

Note

Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione. Includere le Prese in Carico con valutazione. Inclusi tutti i tipi di Cure Domiciliari. Numeratore: Numero di Prese in Carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni. CIA = Numero GEA / Numero GdC. GEA = Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore. GdC = Numero di giorni trascorsi dalla data di primo accesso nell'anno di riferimento alla data dell'ultimo accesso nell'anno di riferimento (si escludono le GdC=0, ovvero i casi con un solo accesso). Denominatore: Numero di Prese in Carico per CD, per persone con età maggiore o uguale a 65 anni (PIC erogate).

Fonte

Flusso AD-RSA

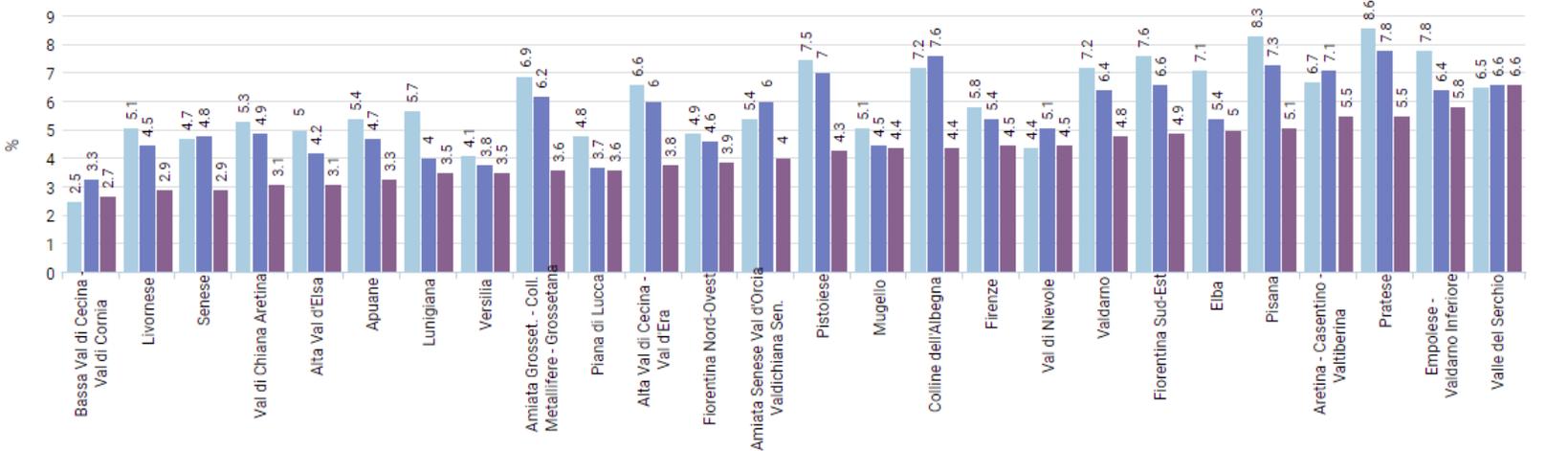
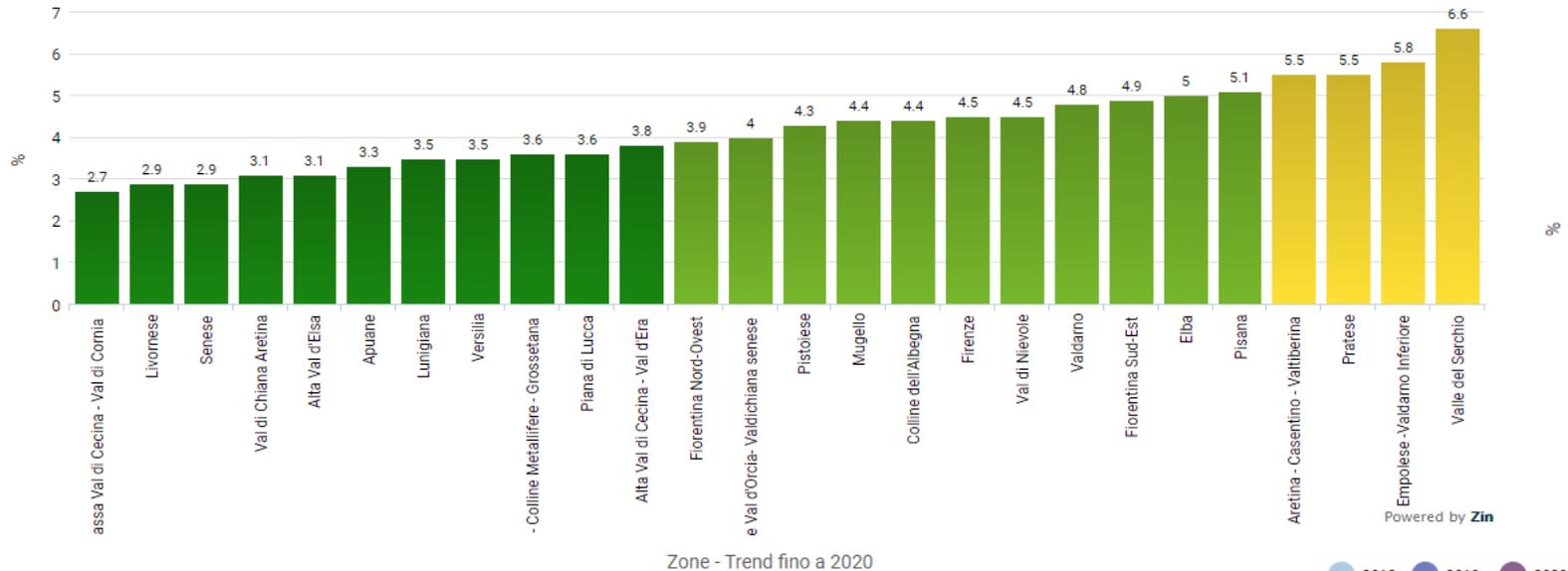
Fasce di valutazione

- Valutazione pessima < 34.10
- Valutazione scarsa 34.10 - 47.70
- Valutazione media 47.70 - 61.20
- Valutazione buona 61.20 - 74.80
- Valutazione ottima > 74.80

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

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

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



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

Numeratore Assistiti in ADI con almeno due ricoveri ospedalieri (ordinari, di tipo medico) durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

Denominatore Assistiti in ADI over 65 anni

Note Assistiti in ADI con almeno due ricoveri ospedalieri (ordinari, di tipo medico) durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni x 100 su Assistiti in ADI over 65 anni.

Residenti in Regione Toscana
Regime di ricovero ordinario
Tipologia di ricovero = Medico
Si selezionano a numeratore i casi con un numero ricoveri ospedalieri durante la Presa in Carico domiciliare >1
Si considerano tutte le Prese in Carico attive nell'anno di riferimento, quindi anche le PIC attivate in anni precedenti e non ancora concluse.

Fonte Flusso ADRSA, Flusso SDO

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

Performance pessima per valori > 8,12

Performance scarsa per valori compresi tra 8,12 e 6,71

Performance media per valori compresi tra 6,71 e 5,30

Performance buona per valori compresi tra 5,30 e 3,89

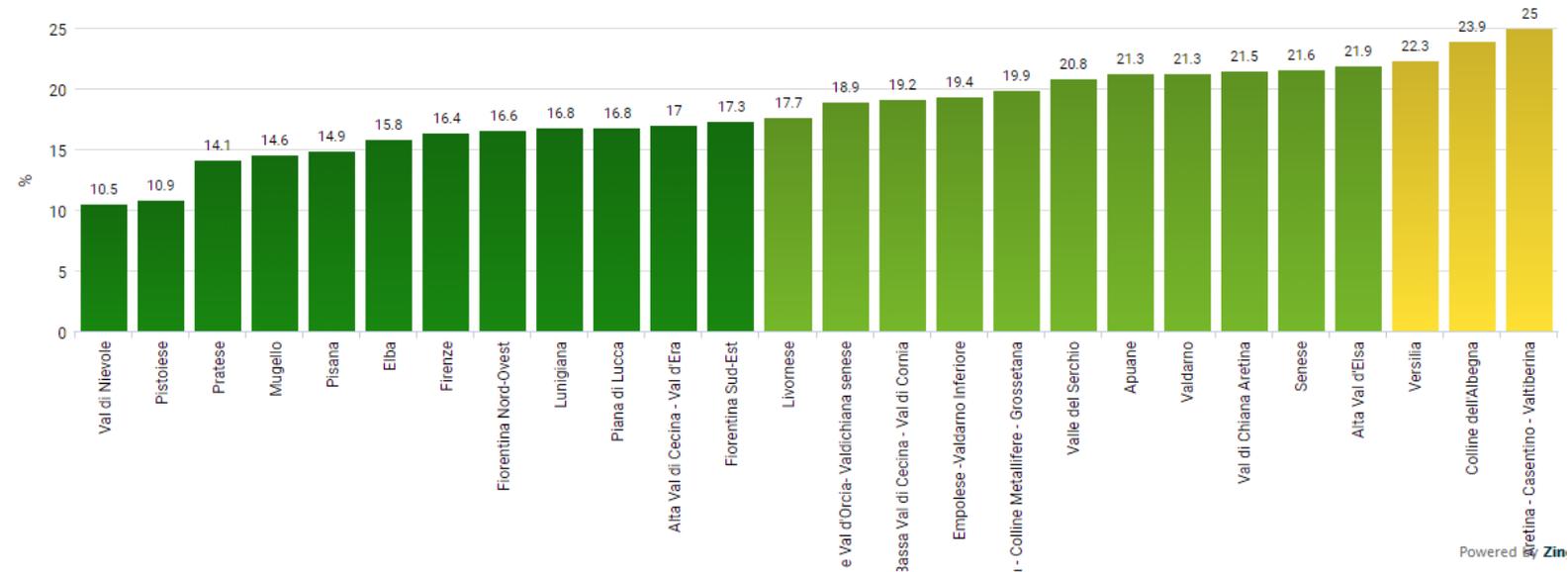
Performance ottima per valori < 3,89

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

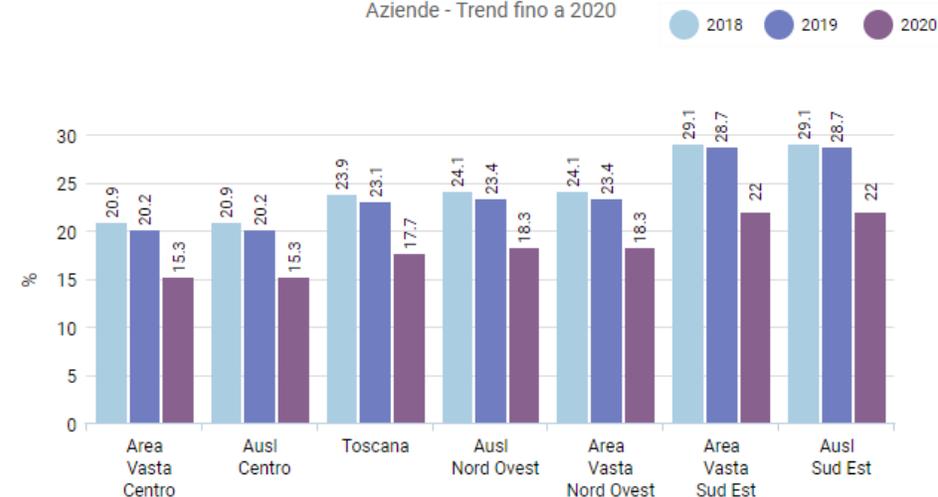
B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

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

Zone Distretto - Anno 2020

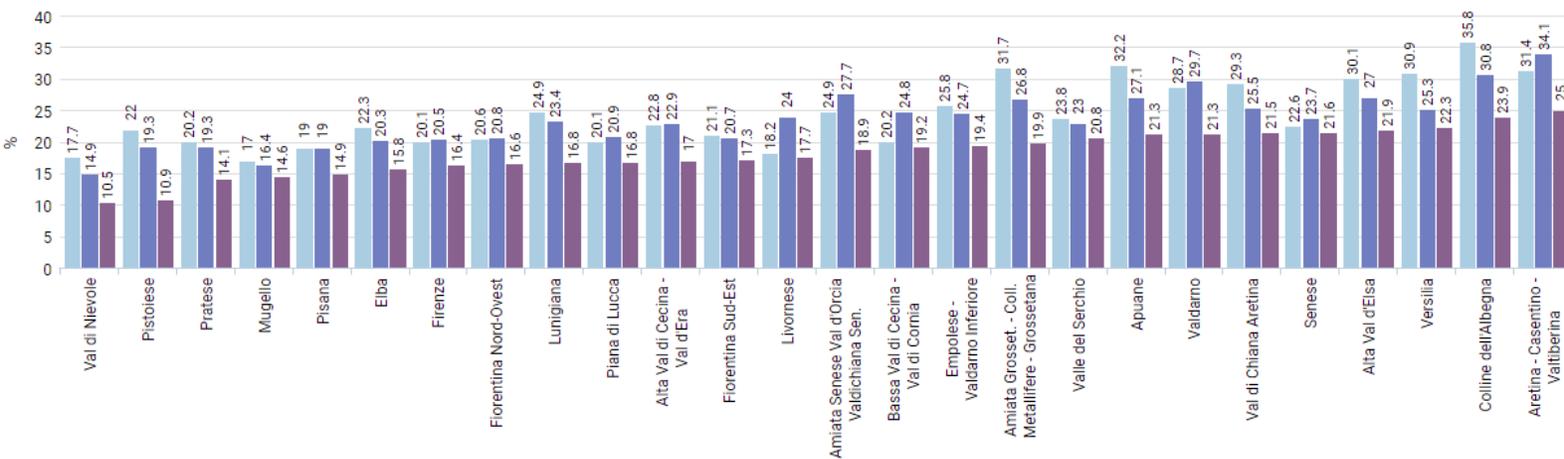


Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020

2018 2019 2020



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

Definizione	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni
Numeratore	Assistiti in ADI con accessi al PS per assistiti ADI over 65 anni
Denominatore	Assistiti in ADI over 65 anni
Note	Assistiti in ADI con accessi al PS over 65 anni X 100 su Assistiti in ADI over 65 anni Residenti in Regione Toscana Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero Si considerano tutte le Prese in Carico attive nell'anno di riferimento, quindi anche le PIC attivate in anni precedenti e non ancora concluse.
Fonte	Flusso ADRSA, Flusso PS

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

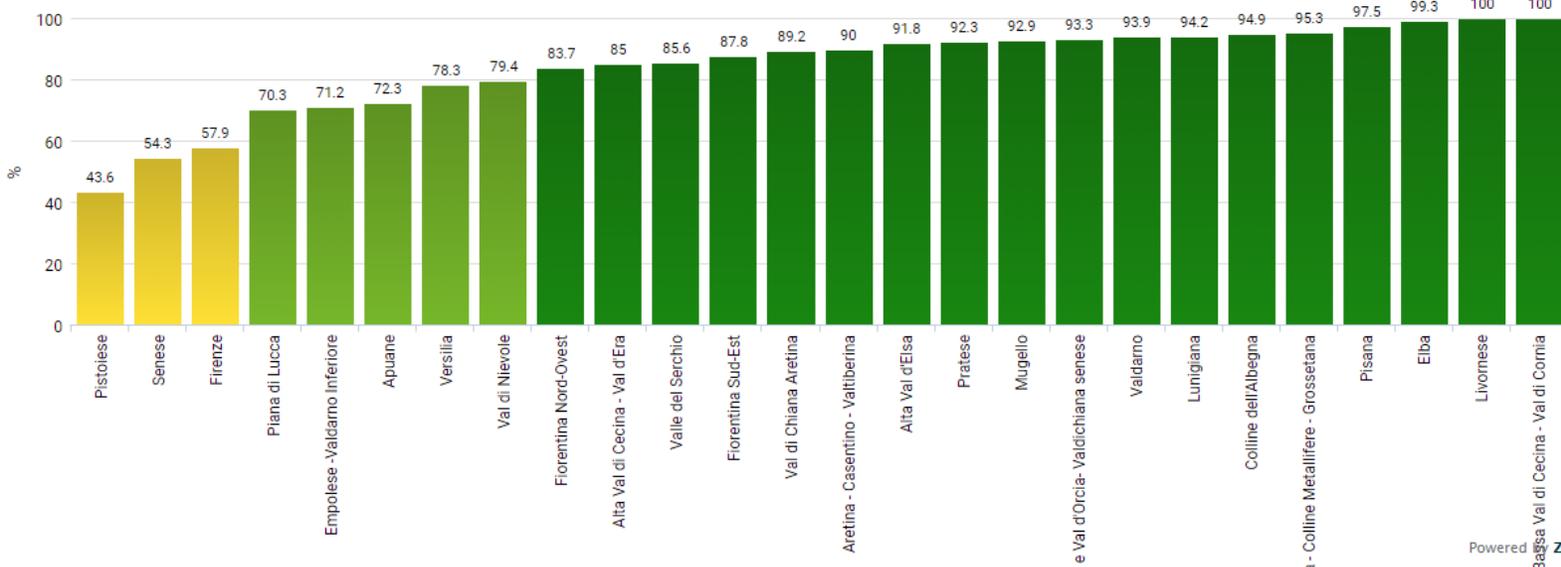
- Performance pessima per valori > 31.36
- Performance scarsa per valori compresi tra 31.36 e 26.75
- Performance media per valori compresi tra 26.75 e 22.13
- Performance buona per valori compresi tra 22.13 e 17.52
- Performance ottima per valori < 17.52

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

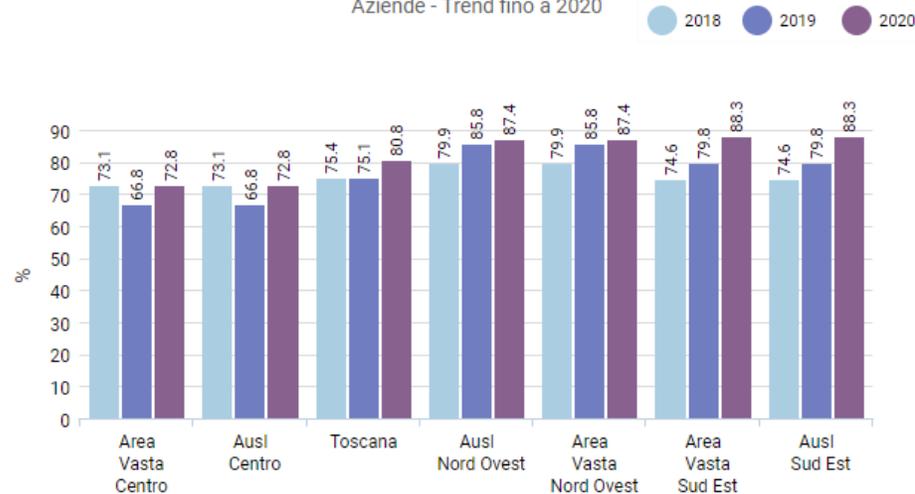
B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione

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

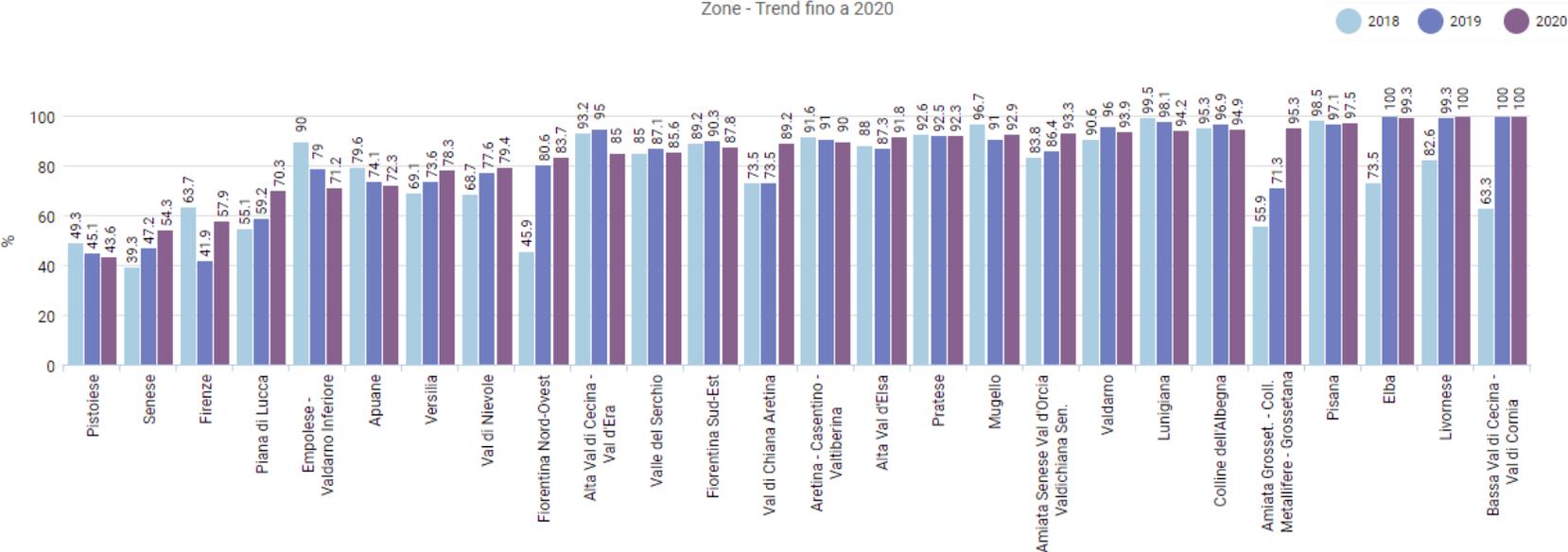
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



Definizione	Percentuale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione
Numeratore	Numero totale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione x100
Denominatore	Numero totale di Prese in Carico
Note	Selezione sulle Prese in Carico dell'anno in corso. Individuazione delle Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla Segnalazione. Elaborazione per Azienda di Presa in Carico. L'intervallo temporale dei 30 giorni è stato stabilito in riferimento alla legge regionale 66/2008 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza.
Fonte	Flusso AD-RSA

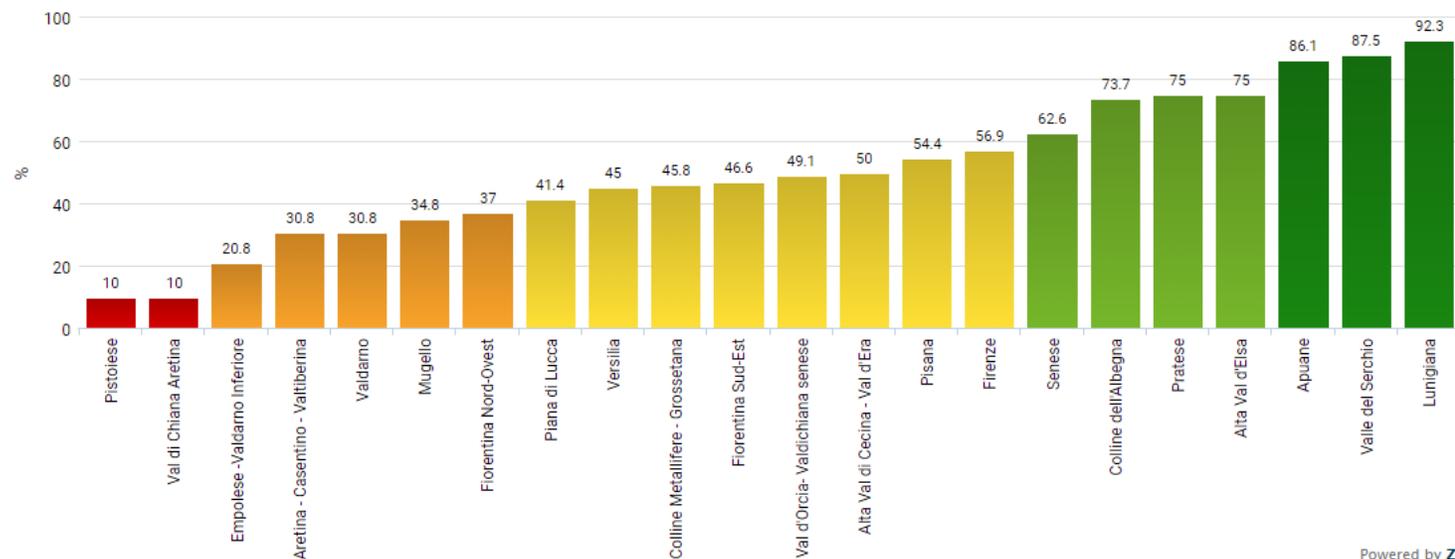
La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori < 20,00
- Performance scarsa per valori compresi tra 20,00 - 40,00
- Performance media per valori compresi tra 40,00 - 60,00
- Performance buona per valori compresi tra 60,00 - 80,00
- Performance ottima per valori > 80,00

B28.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico

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

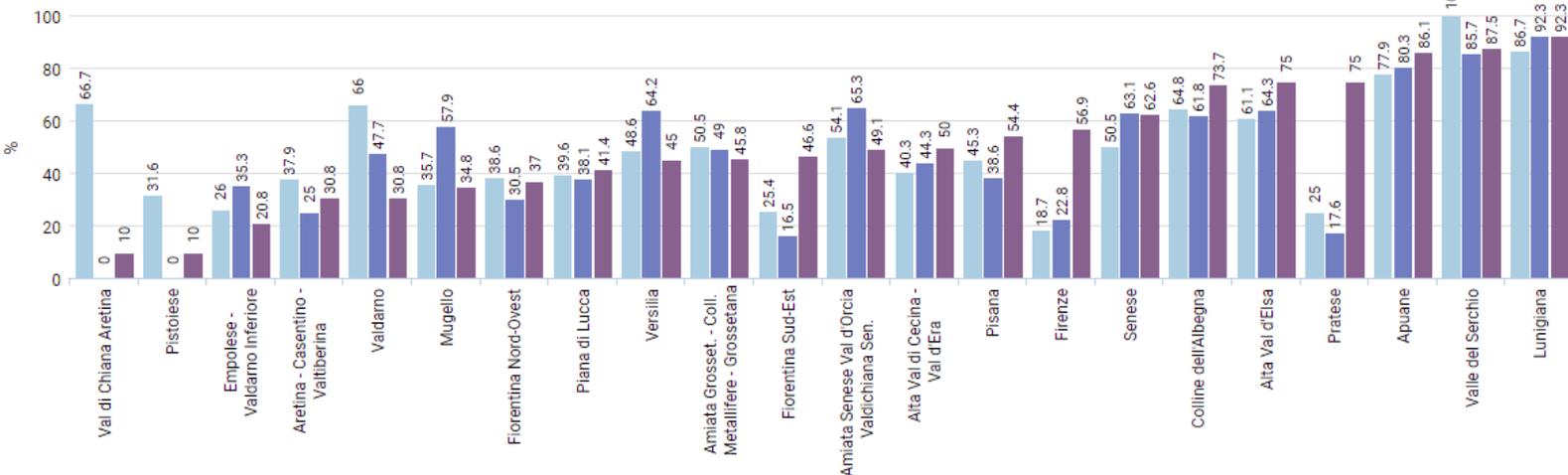
Zone Distretto - Anno 2020



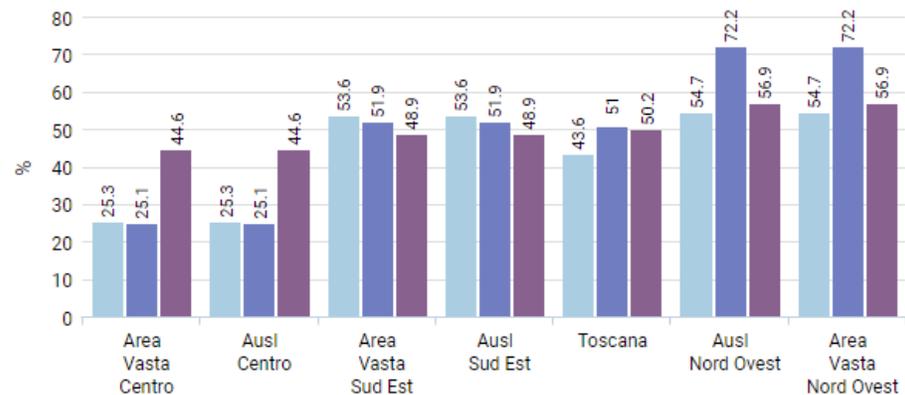
Zone - Trend fino a 2020

Powered by Zi

2018 2019 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Numeratore

Numero di prime ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico

Denominatore

Numero di prime ammissioni in RSA

Note

Numeratore: nuove ammissioni in RSA con modulo permanente avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico.

Denominatore: nuove ammissioni in RSA con modulo permanente con una presa in carico nell'anno in corso.

Si considerano gli ammessi che hanno una prima_valutazione=1 e una presa in carico nell'anno in corso.

Tabella: prestazione per individuazione della presa in carico; valutazione per l'individuazione della prima valutazione; ammissione per la rilevazione delle ammissioni in RSA nei moduli permanenti - A_tipo_prestazione "03" "05" e "08".

L'intervallo temporale dei 30 giorni è stato stabilito in riferimento alla legge regionale 66/2008 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza.

Fonte

Flusso AD-RSA

Fasce di valutazione

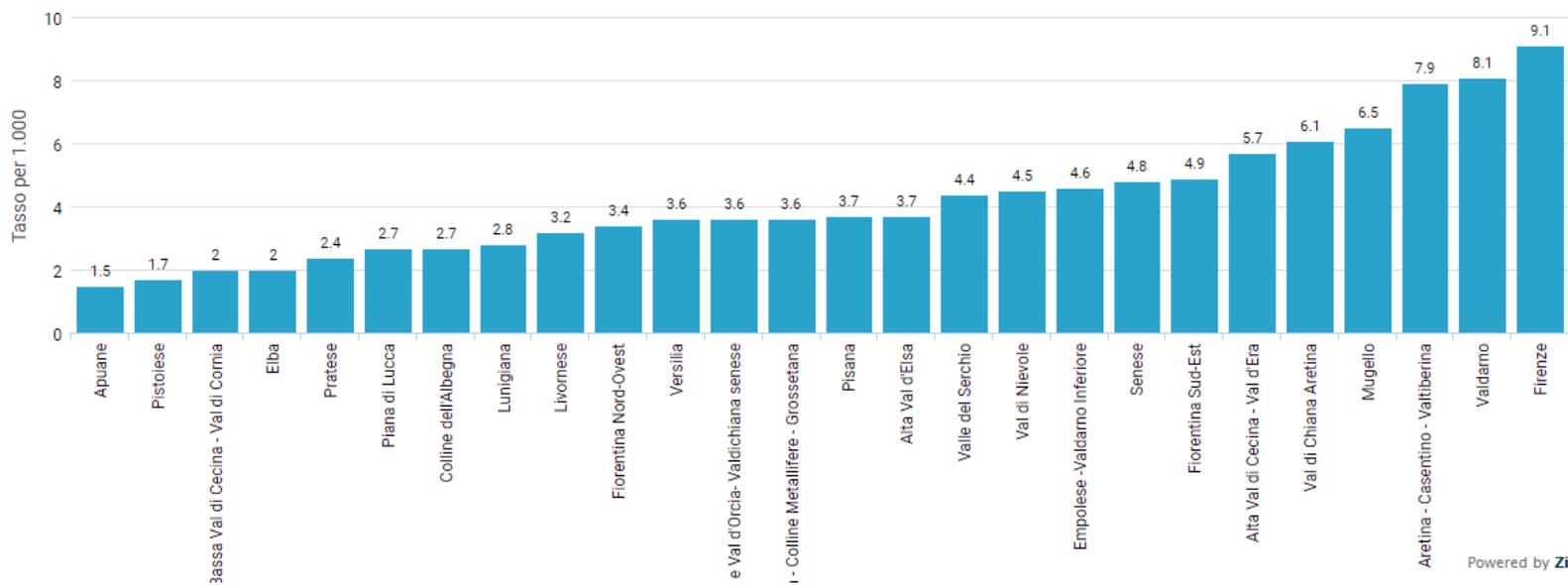
- Val. pessima < 20.00
- Val. scarsa 20.00 - 40.00
- Val. media 40.00 - 60.00
- Val. buona 60.00 - 80.00
- Val. ottima > 80.00

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

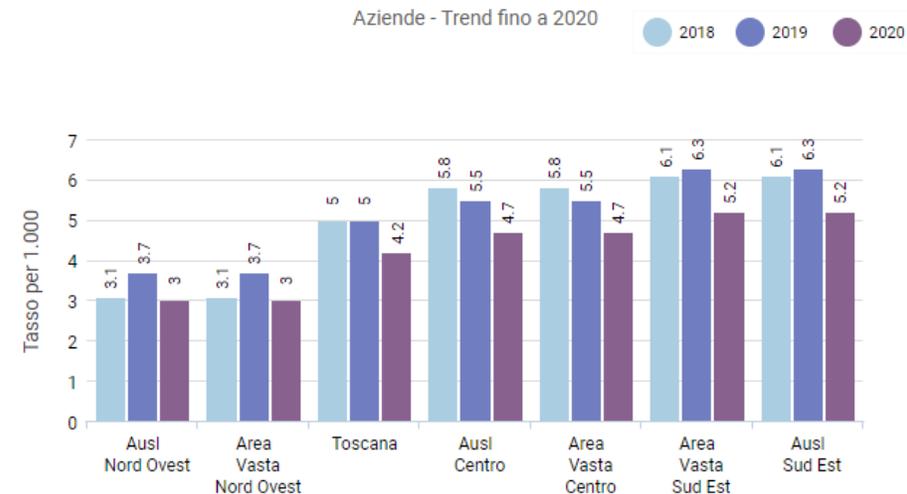
B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA

L'indicatore monitora il tasso delle ammissioni in RSA. Si considerano solo i nuovi ammessi nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

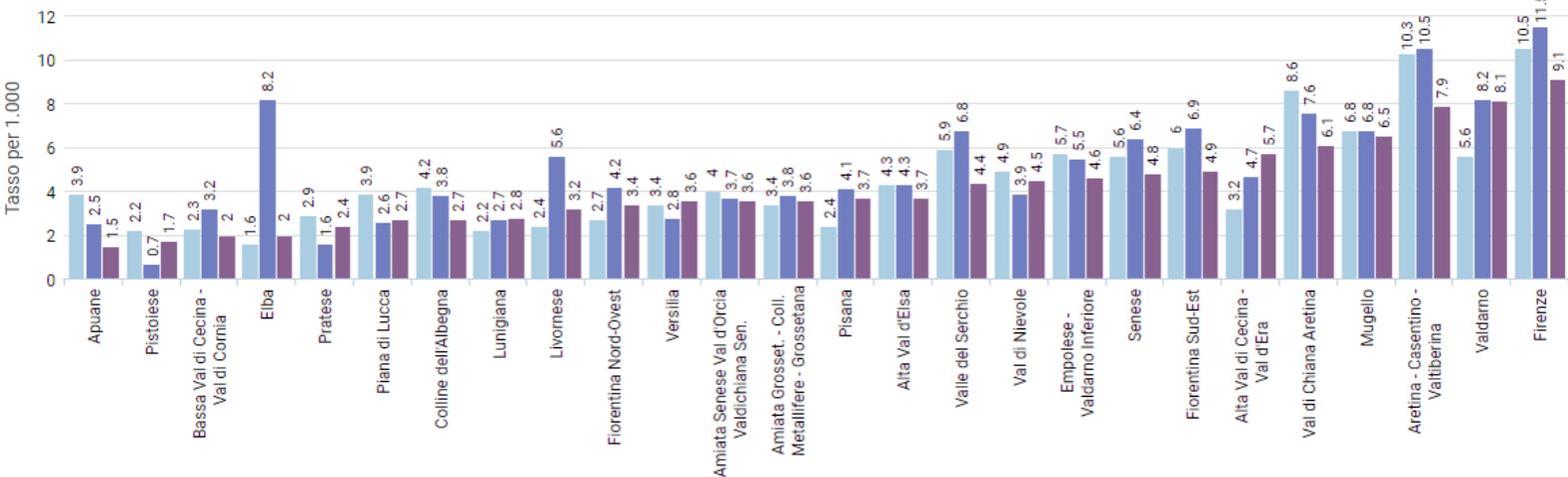
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



Powered by Zin

2018 2019 2020

Numeratore

Assistiti >= 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento x 1.000

Denominatore

Popolazione residente >= 65

Note

Residenti in Regione

Applicazione della standardizzazione per età

La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT

Si considerano solo i nuovi ammessi nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

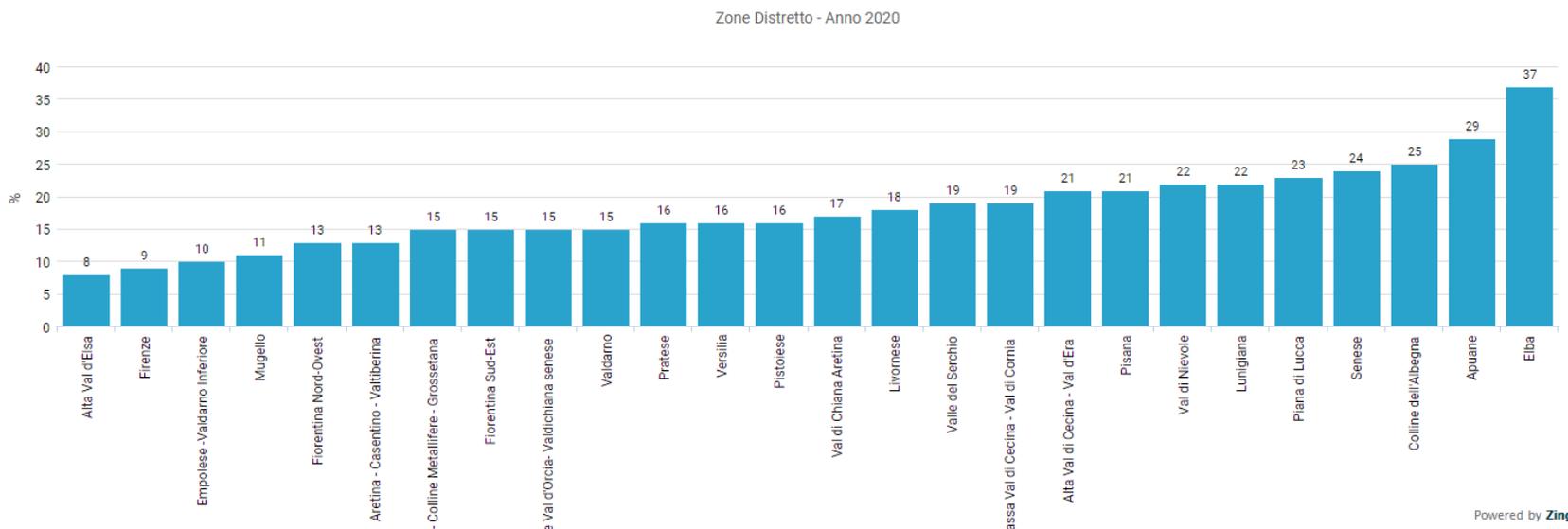
Fonte

Flusso AD RSA

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

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

L'indicatore monitora la percentuale di assistiti in RSA che sono stati ricoverati all'ospedale almeno una volta.



Numeratore

Assistiti ammessi in RSA con almeno un ricovero ospedaliero \geq 65 anni

Denominatore

Assistiti \geq 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento

Note

Residenti in Regione

Regime di ricovero ordinario

Si considerano solo i nuovi ammessi in struttura nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

Fonte

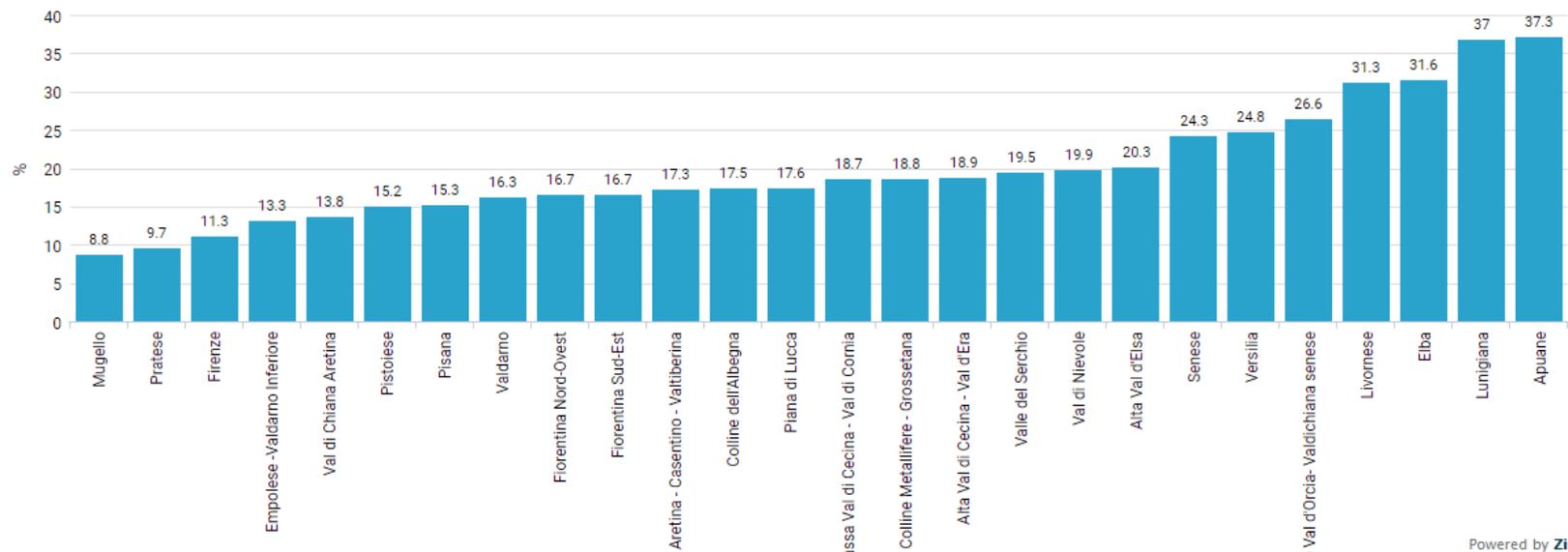
Flusso AD RSA, Flusso SDO

Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale agli anziani

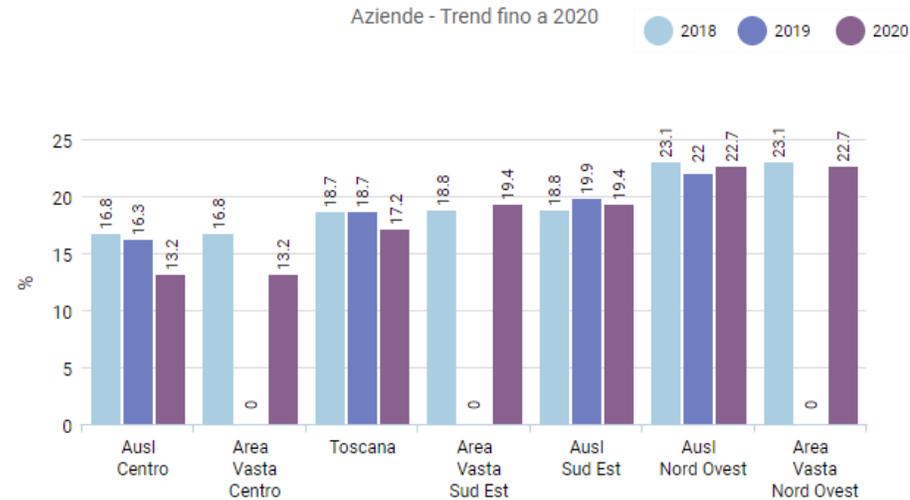
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

L'indicatore monitora la percentuale di assistiti in RSA che sono stati portati al Pronto Soccorso almeno una volta.

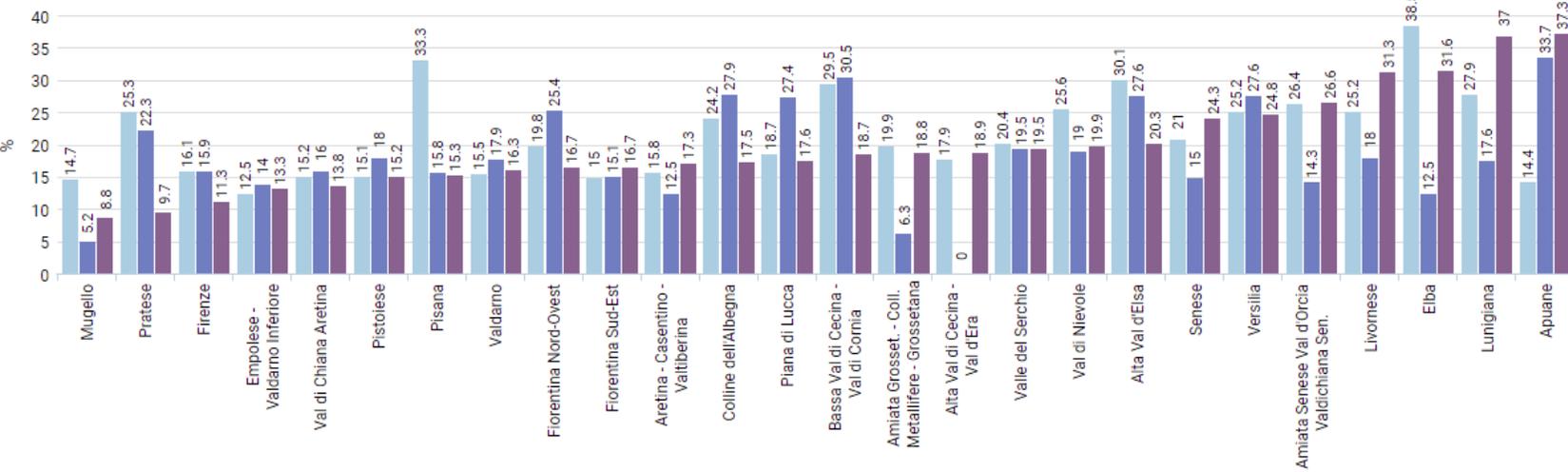
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



Numeratore

Assistiti ammessi in RSA con almeno un accesso al Pronto Soccorso (non seguito da ricovero) >= 65 anni

Denominatore

Assistiti >= 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento

Note

Residenti in Regione

Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero

Si considerano solo i nuovi ammessi in struttura nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

Fonte

Flusso AD RSA, Flusso PS

4

RICORSO ALL'OSPEDALIZZAZIONE, AL PS E
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA

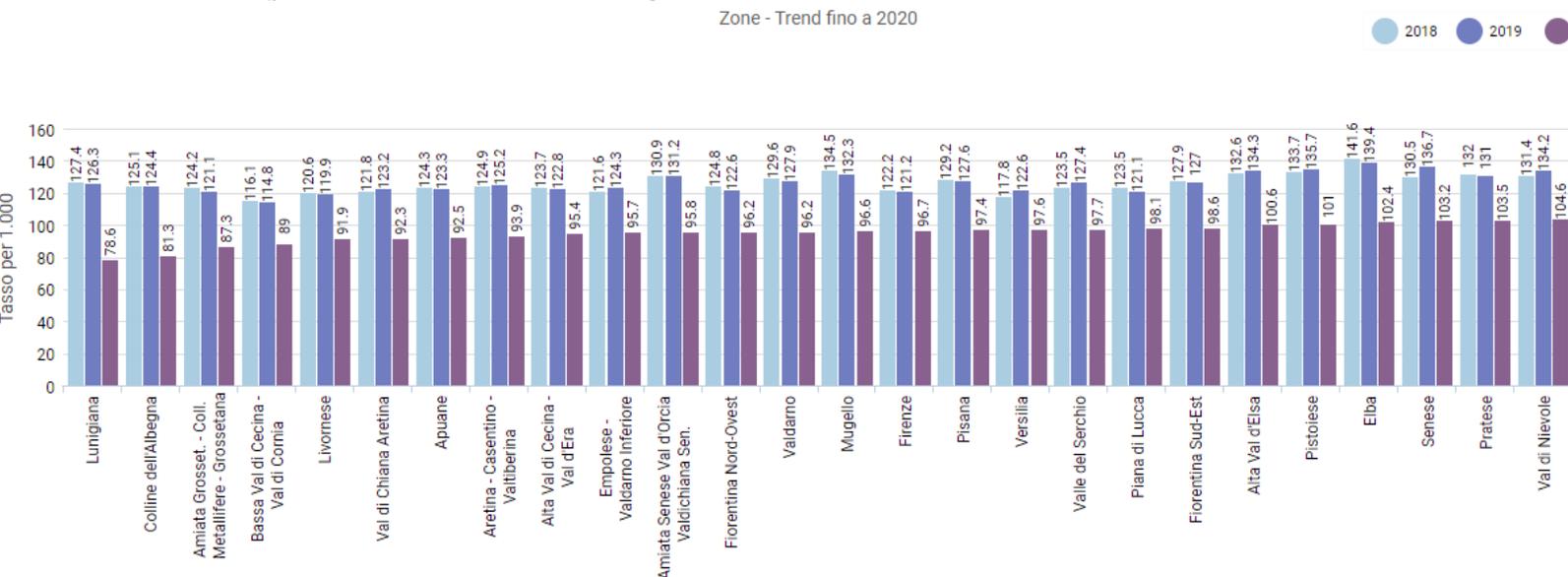
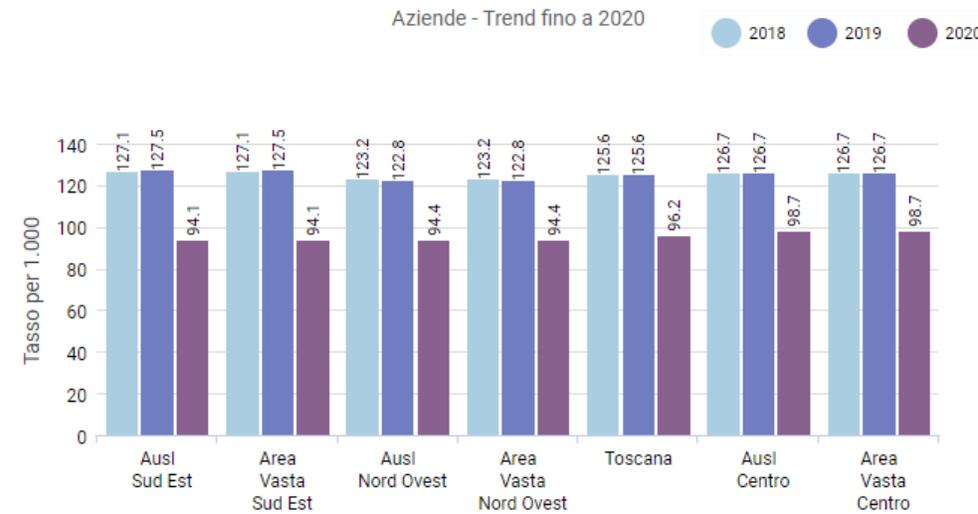
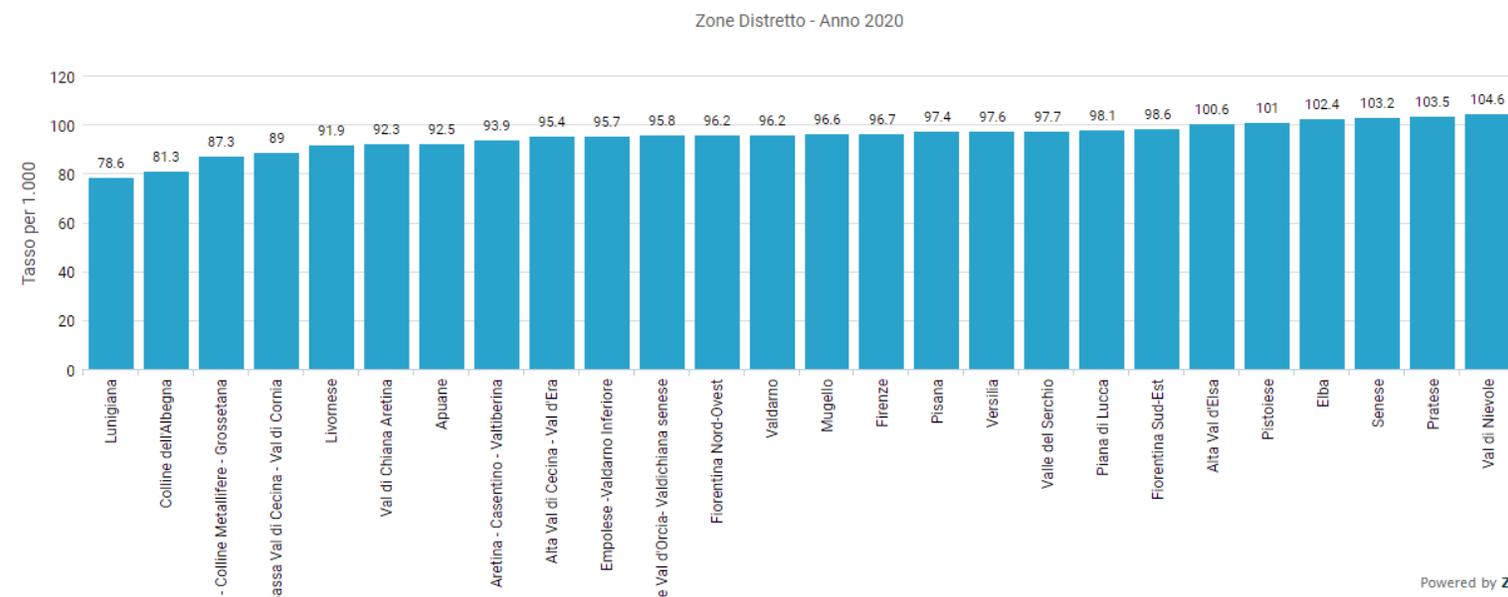
RICORSO ALL'OSPEDALIZZAZIONE, AL PS E APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA

- C1.1 Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso
- C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario
- C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti
- C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56
- C8B.1 Tasso di accesso al PS standardizzato per età e sesso per 1000 residenti
- C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)

Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

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

L'ospedale, da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, si è evoluto in una 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. Le Aziende Ospedaliere Universitarie condividono con le Aziende Territoriali la



C1.1 Tasso Ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Powered by Zini

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 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)

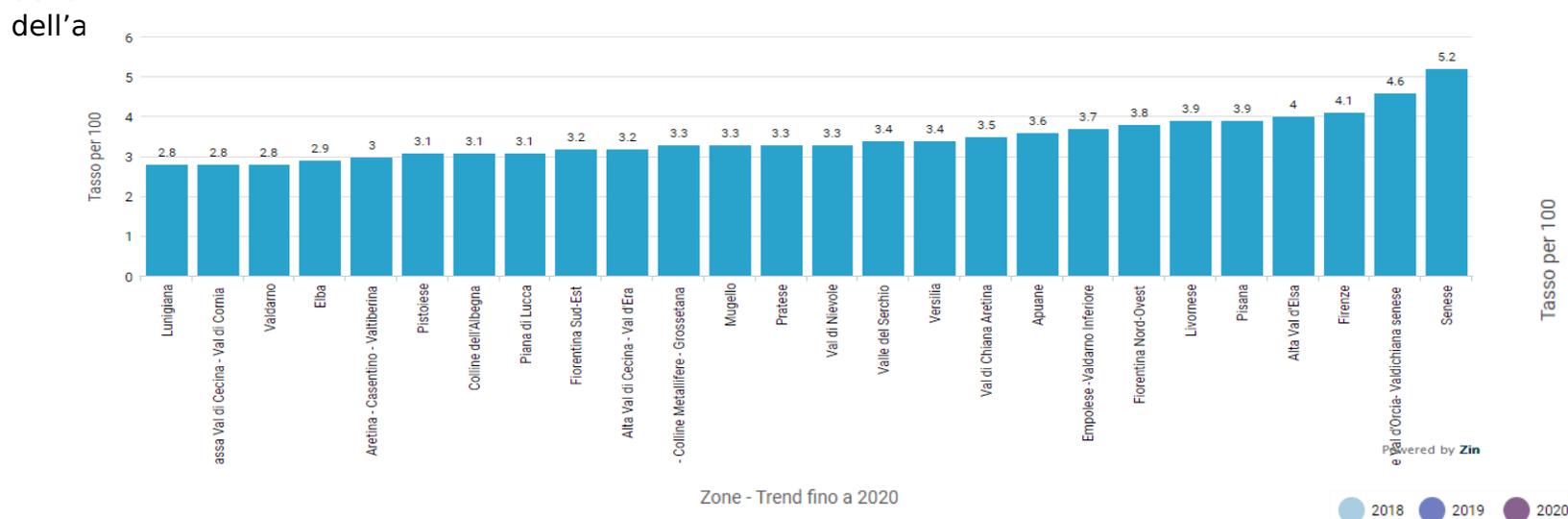
La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

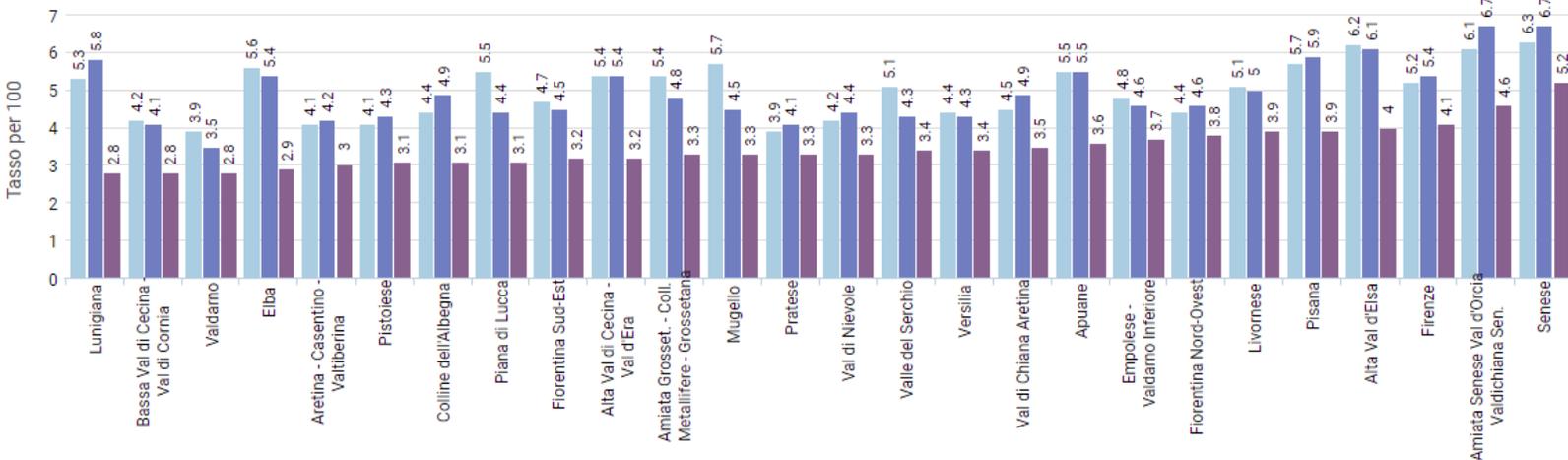
Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

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

In Italia si assiste ancora oggi ad un eccesso di ricoveri impropri in età pediatrica, pur se in diminuzione negli ultimi anni. Il tasso di ospedalizzazione (TO) in età pediatrica appare più elevato di quanto si possa osservare in altre nazioni del mondo occidentale, 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. Non essendo ipotizzabili condizioni epidemiologiche diverse da quelle degli altri paesi europei, è presumibile che tassi elevati ed alta variabilità interna siano legati ad una consistente varietà nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriata dei ricoveri in età pediatrica, come evidenziato da alcuni studi [Fortino et al., 2005; ASSR, 2002]. In accordo con le riflessioni avviate nell'ambito della rete pediatrica regionale, l'indicatore è stato tagliato sui soli ricoveri ordinari. In attesa dei dati definitivi per il 2020, è stata stimata la quota effettuata extra-regione calcolata con i ricoveri in altre regioni.



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



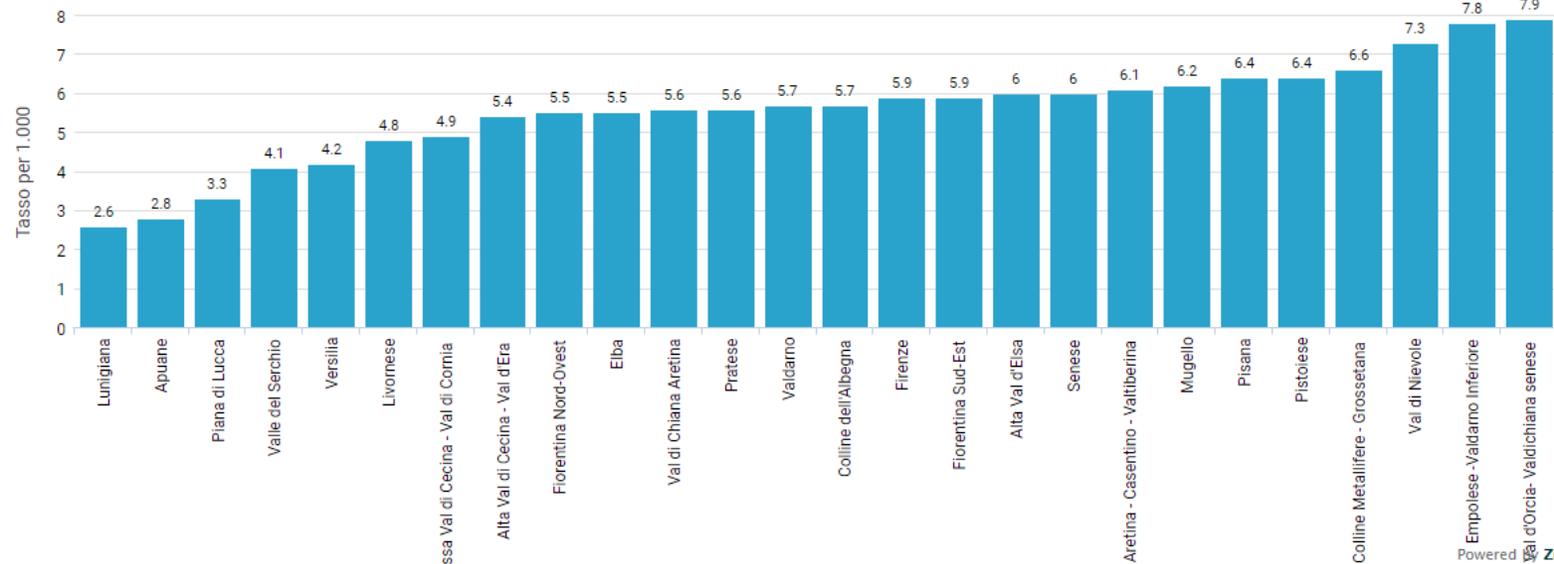
Definizione	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - ricoveri ordinari
Numeratore	Numero di ricoveri ORDINARI di residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100
Denominatore	Popolazione residente (< 14 anni)
Note	<p>Si considerano i ricoveri ORDINARI erogati ai residenti, extra regione inclusi. Finché non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erogati da strutture private non accreditate; Relativi ai neonati normali (DRG 391).
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

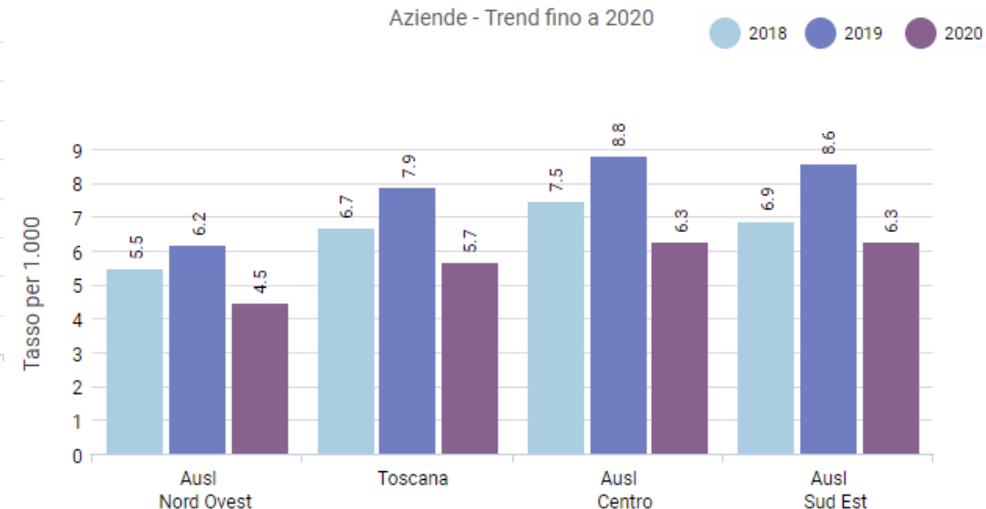
C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti

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

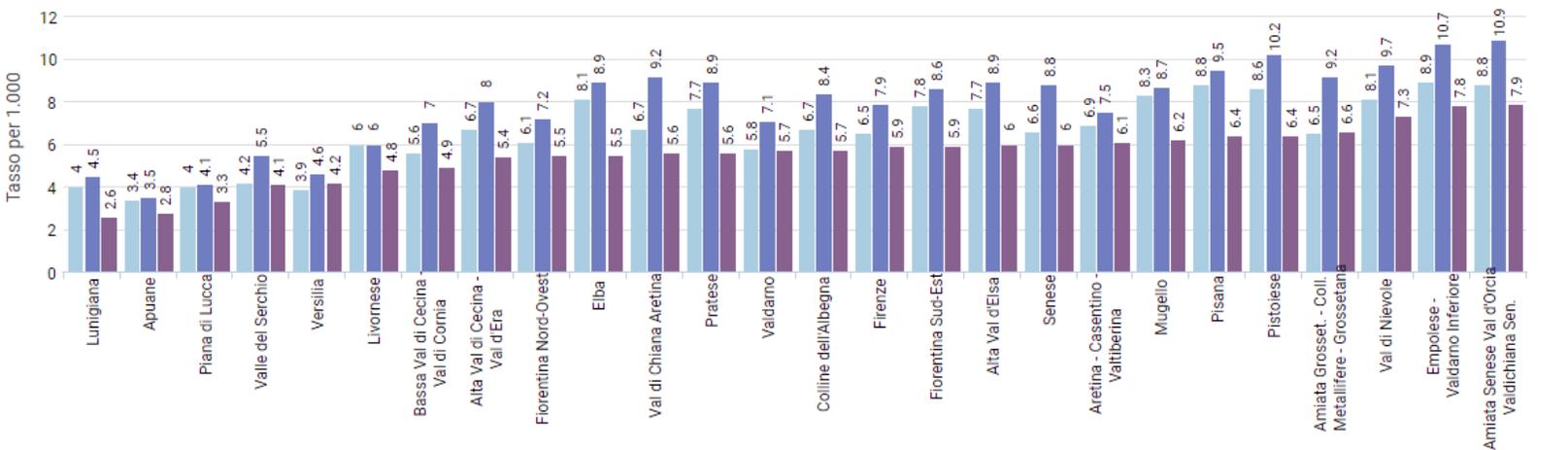
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



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

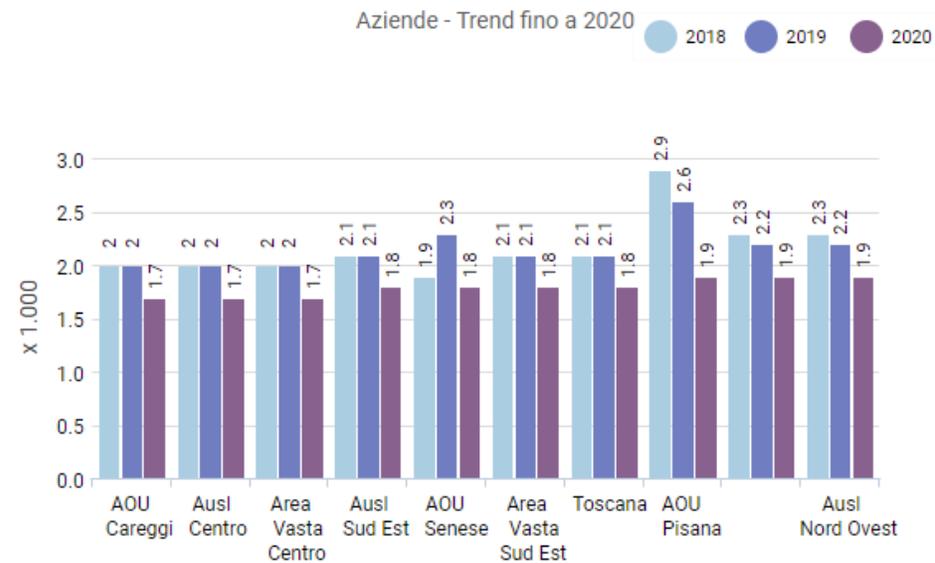
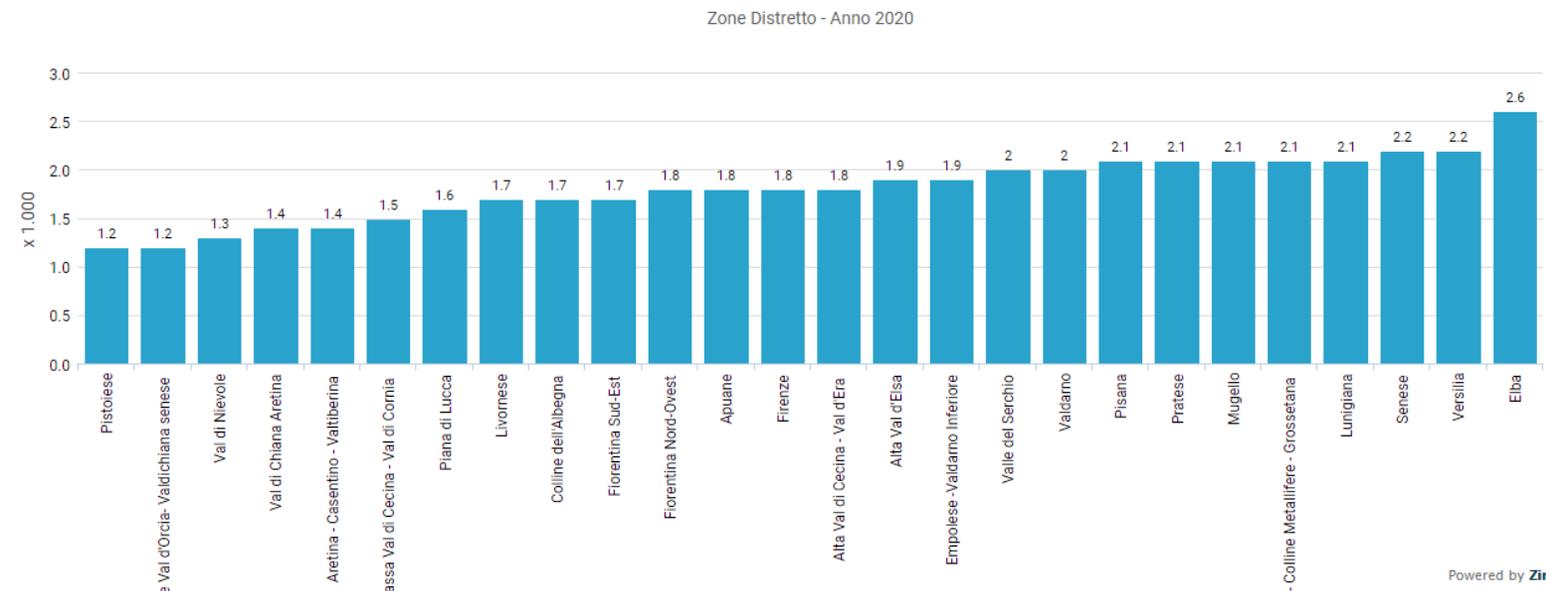
Definizione	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1,000 residenti
Numeratore	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti x 1,000
Denominatore	N. residenti
Note	<p>Si considerano i ricoveri erogati relativi a residenti toscani.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri erogati da strutture private non accreditate • i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99). <p>Si considerano patologie sensibili alle cure ambulatoriali :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sifilide; Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione;Epilessia; Convulsioni; Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola, si escludono i casi di otite media con codice di procedura di miringotomia con inserzione di tubo); Tuberculosis polmonare; Altre tubercolosi; BPCO, Bronchite acuta, Polmonite batterica, Asma, Insufficienza cardiaca congestizia, Angina, Cellulite, Diabete, ipoglicemia, Gastroenterite; infezioni delle vie urinarie-renali; Deidratazione/ipoolemia;Anemia per deficienza di ferro; Carenze nutrizionali; Ritardo nella crescita; Infiammazioni pelviche; Malattie dei denti

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

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

L'indicatore considera sia i ricoveri ordinari che quelli erogati in regime di DH. Si evidenzia una discreta variabilità tra le aziende, dovuta, almeno in parte, alla diversa disponibilità di posti letto. Sembra valere il principio per cui è l'offerta a influire sulla domanda. Questo indicatore ha un cut off pari a 30. Gli erogatori con un denominatore inferiore al valore del cut off non sono riportati. I loro ricoveri sono comunque conteggiati a livello aziendale e regionale.



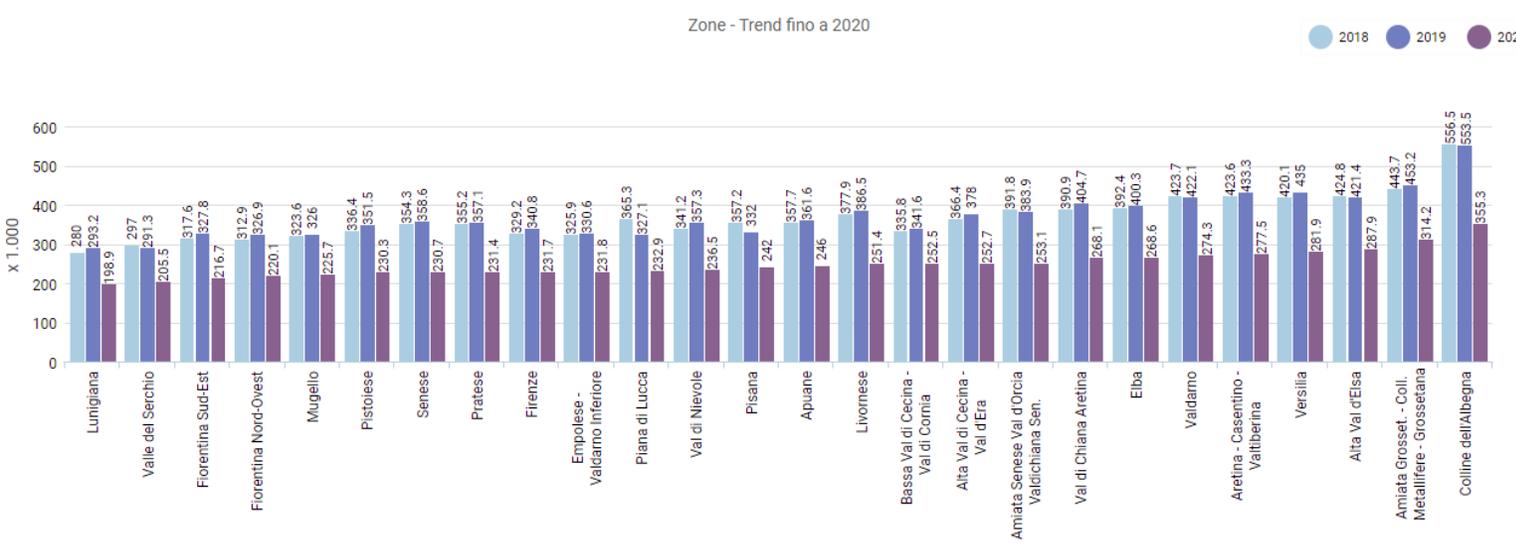
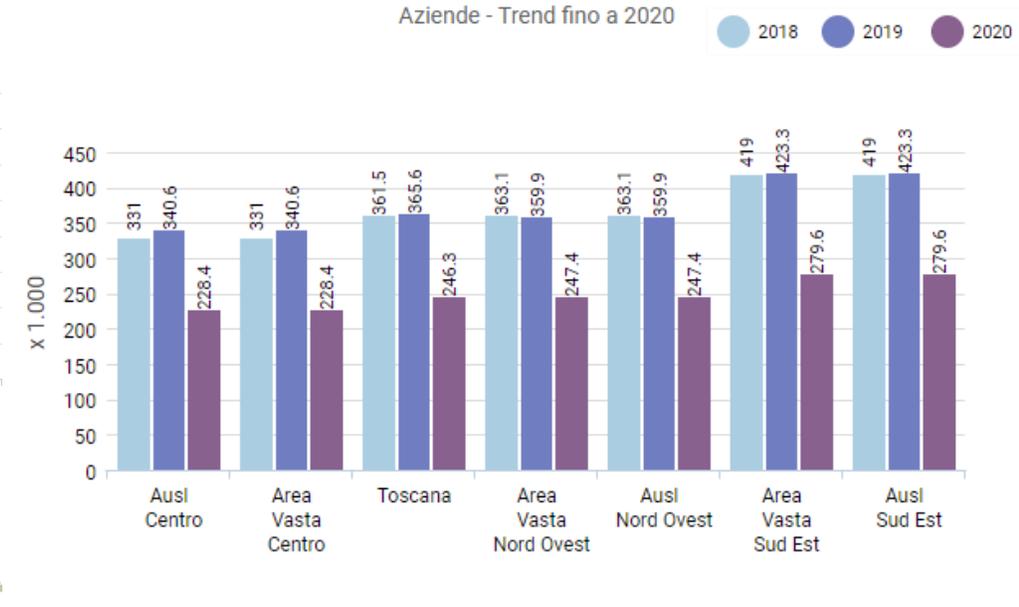
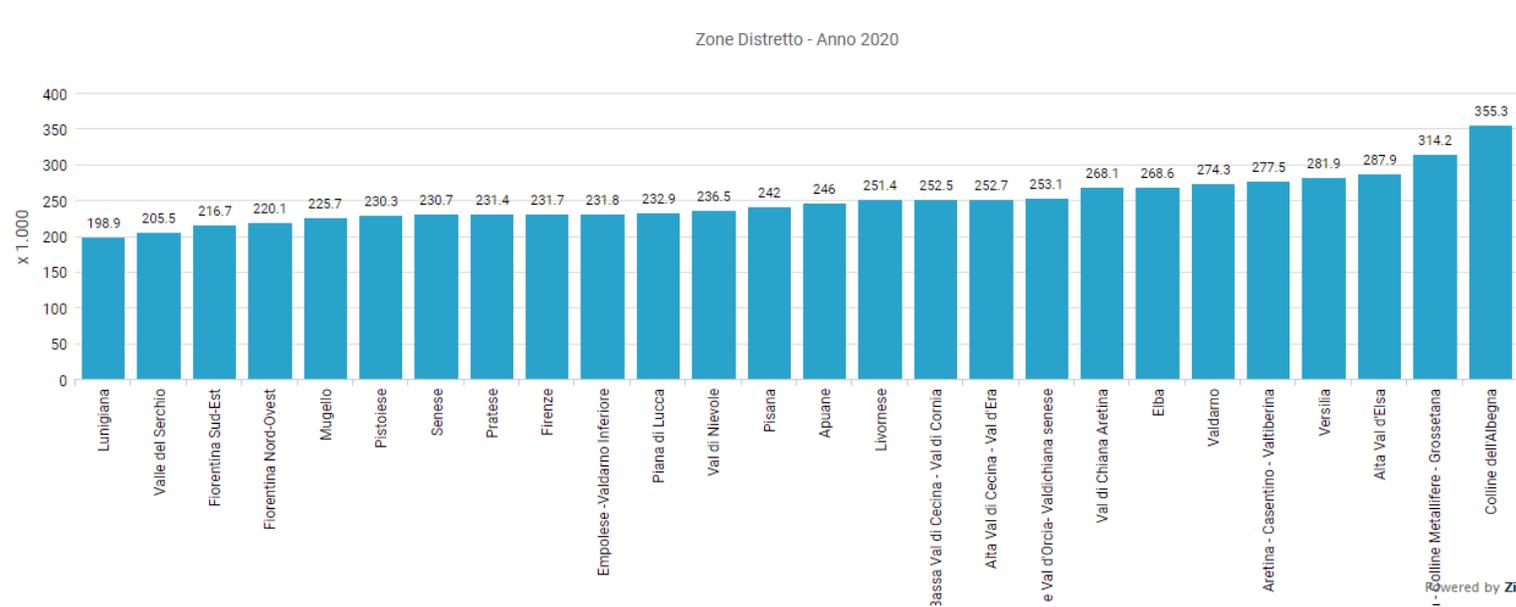
C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56



Definizione	Tasso di ospedalizzazione per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione funzionale) per 1.000 residenti
Numeratore	Numero di ricoveri per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione Funzionale) relativi ai residenti X 1000
Denominatore	Numero residenti
Note	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra-regione inclusi, relativi a residenti toscani. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011 (fasce 0-4,5-9,10-14,.....,80-84,85 o più) fonte ISTAT.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

C8B.1 Tasso di accesso al PS standardizzato per età e sesso per 1000 residenti

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



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

Numeratore
N. accessi al Pronto Soccorso x 1000

Denominatore
N. residenti

Note
Si considerano gli accessi dei residenti Toscani nei Pronto Soccorso Toscani. Sono inclusi gli accessi provenienti dai Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. 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.

Fonte
RFC 106 - Pronto Soccorso

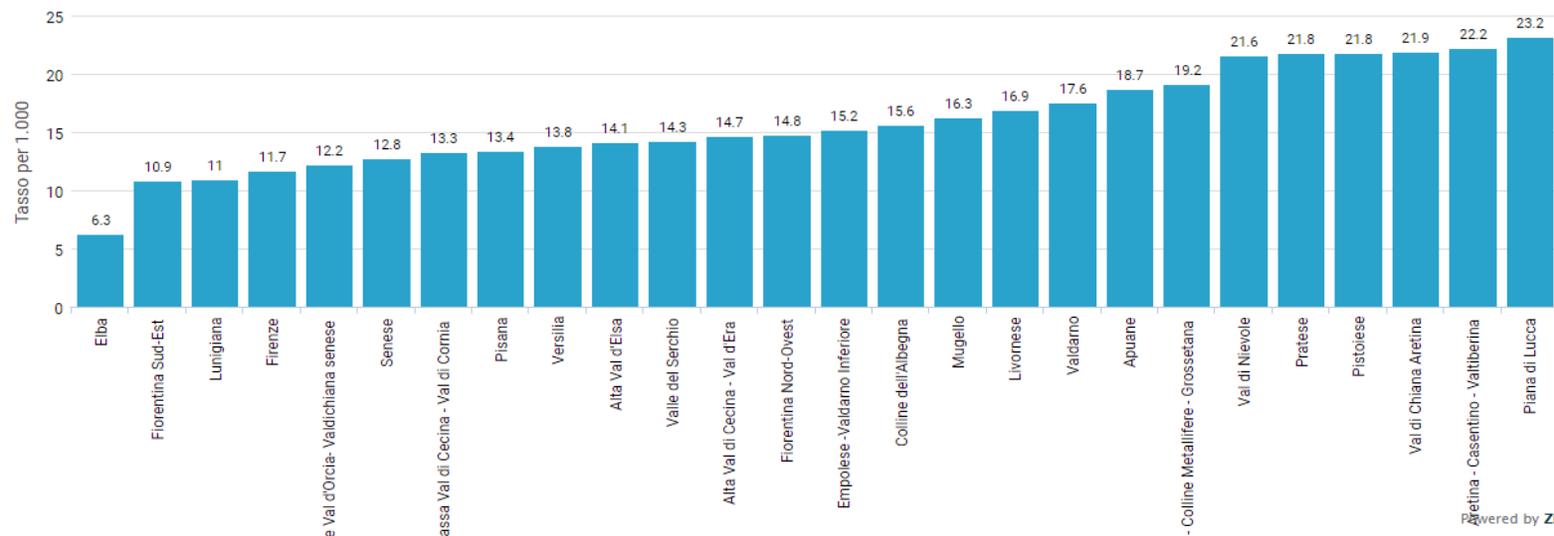
Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

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

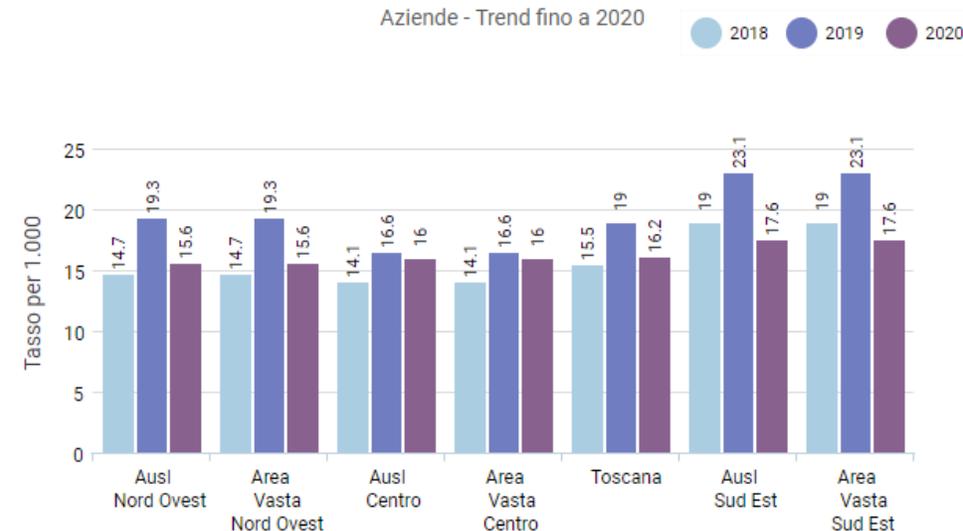
Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni costituisce un dettaglio dell'indicatore C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la RM muscolo scheletrica è usata per problemi di artrosi degenerativa, nonostante tale strumento non sia risolutivo e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. E' necessaria una maggiore

sensibilizzazione sia dei prescrittori che dei cittadini sull'uso appropriato delle risorse, per evitare l'utilizzo di prestazioni, come questa, potenzialmente inappropriata.

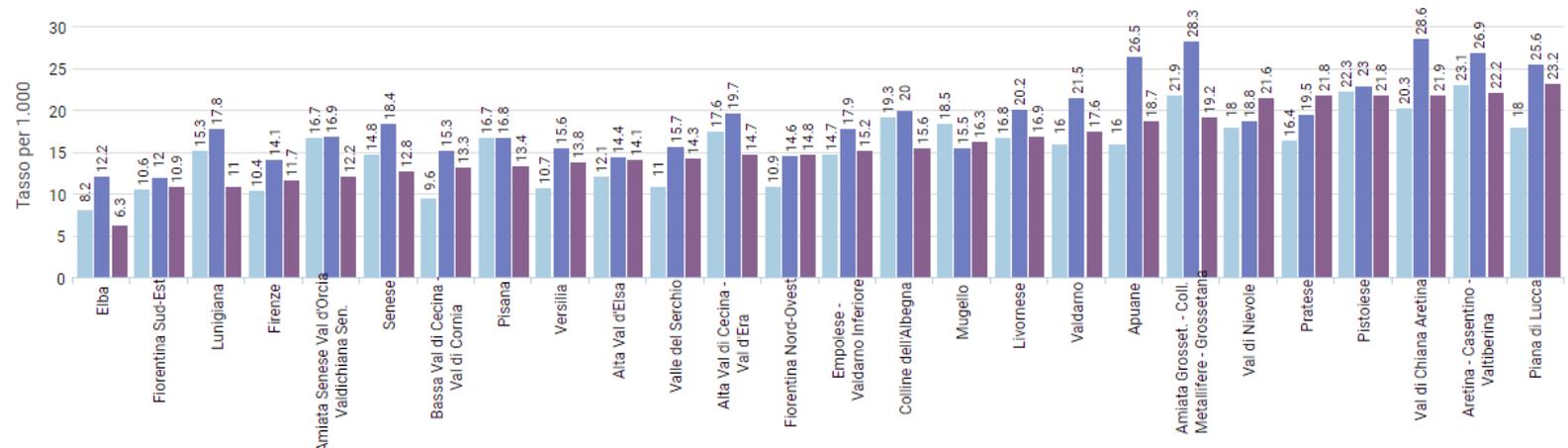
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



C13A.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	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
Fonte	Flusso SPA

5

ASSISTENZA CONSULTORIALE E PERCORSO
MATERNO INFANTILE

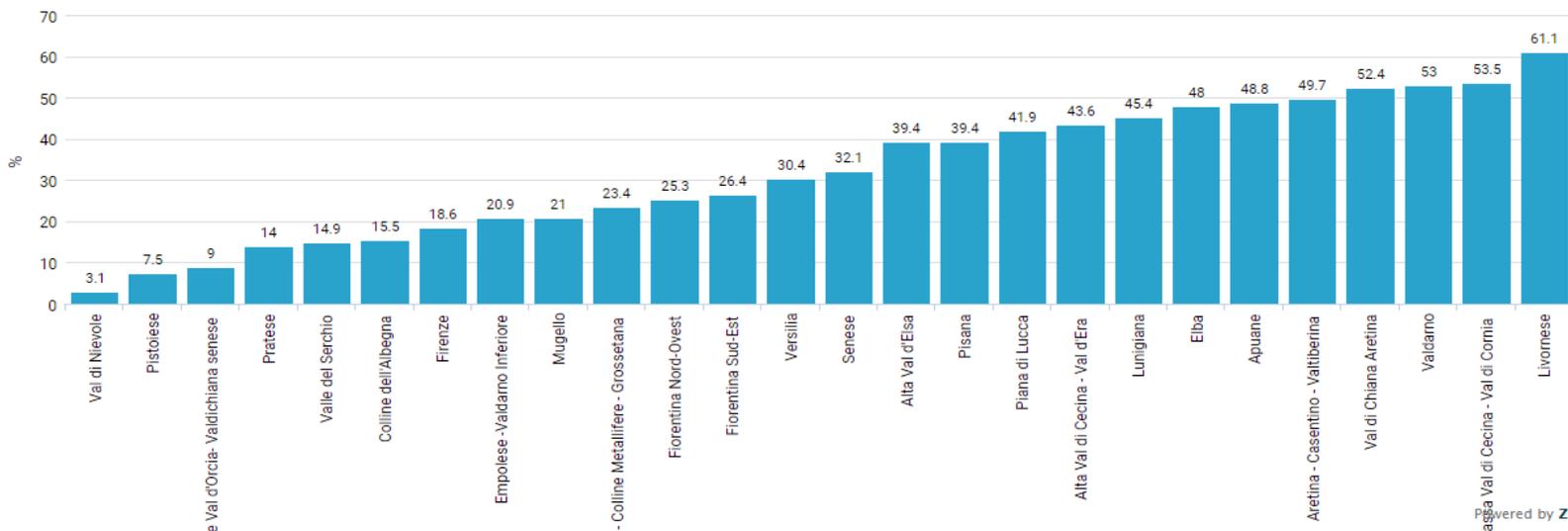
ASSISTENZA CONSULTORIALE E PERCORSO MATERNO INFANTILE

- C7.17 Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita
- C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio
- C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

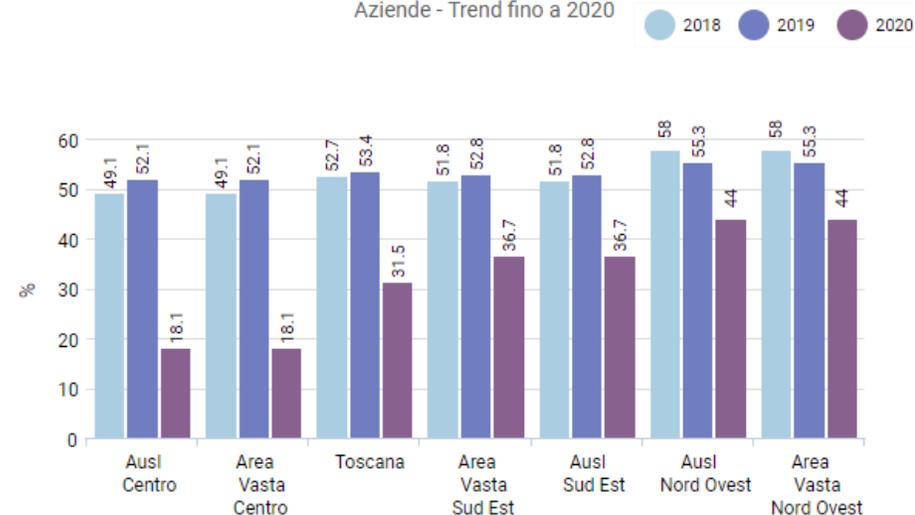
C7.17 Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita

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

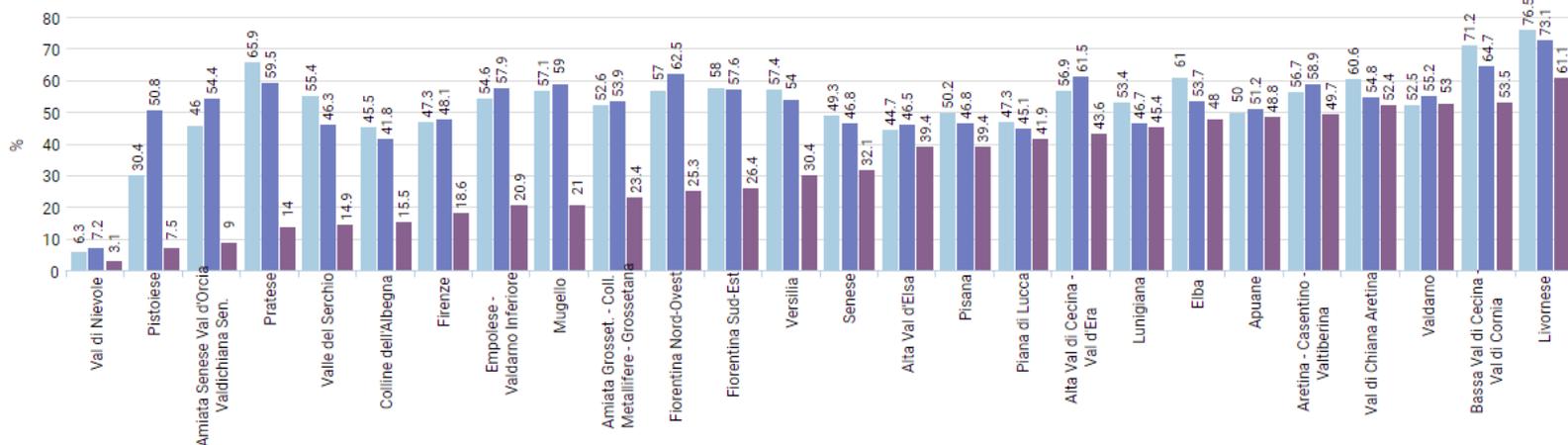
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



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

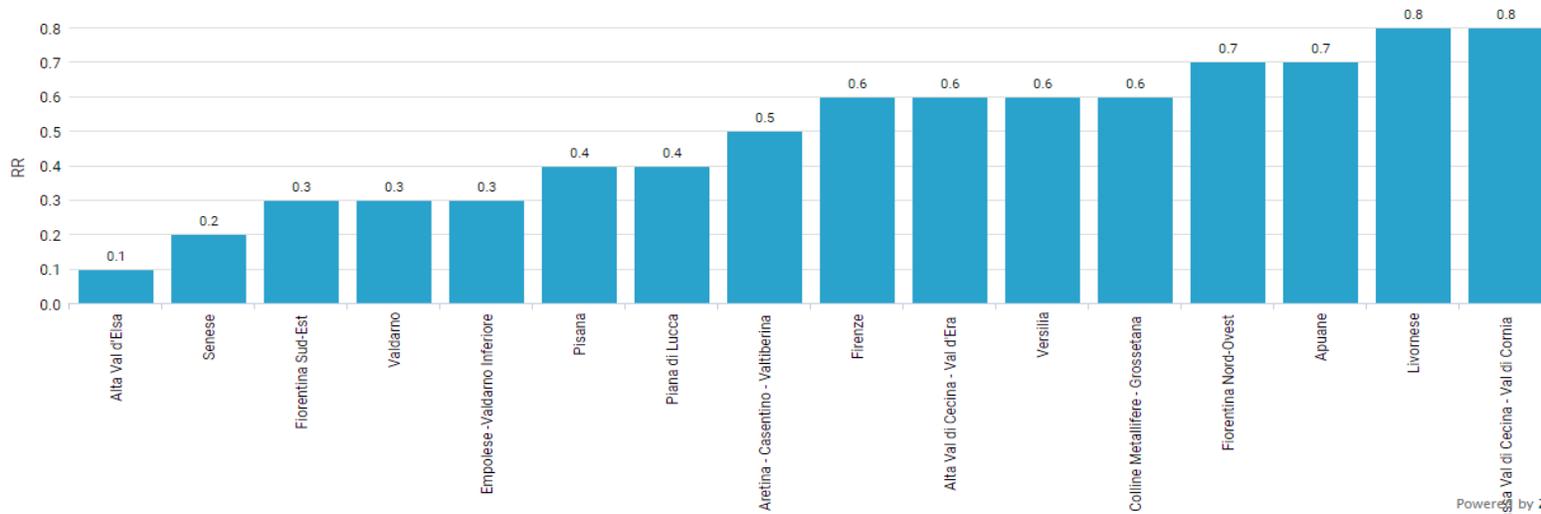
Definizione	Percentuale di donne residenti (14-49 anni) con almeno un accesso al consultorio nel post-partum
Numeratore	N. donne residenti (14-49 anni) con almeno un accesso al consultorio nel post-partum x 100
Denominatore	N. donne residenti partorienti (14-49 anni)
Note	Si considerano: - le donne residenti 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 - Flussi SPC e CAP

Assistenza consultoriale e Percorso materno infantile

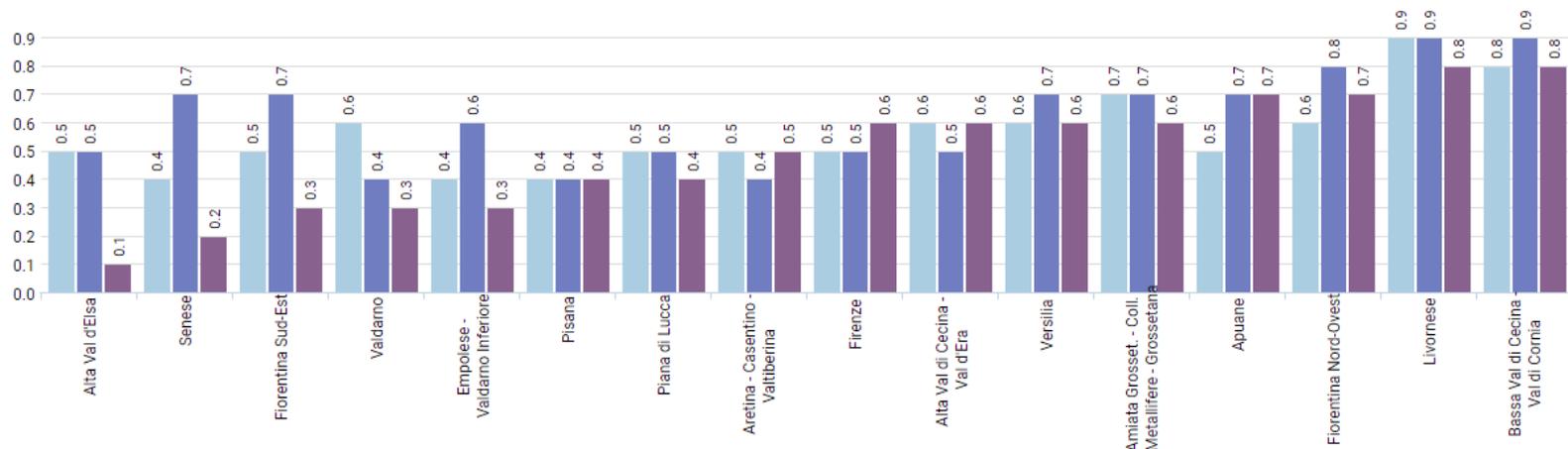
C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio

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. L'indicatore è calcolato come rischio relativo. Il rischio relativo è la probabilità che un soggetto, appartenente a un gruppo esposto a determinati fattori di rischio (in questo caso un basso titolo di studio), sviluppi l'esito (in questo caso la partecipazione al CAN), rispetto alla probabilità che un soggetto appartenente ad un gruppo non esposto (con alto titolo di studio) sviluppi lo stesso esito. Il rischio relativo si calcola quindi come il rapporto tra la probabilità di sviluppare l'esito tra gli esposti e la probabilità di sviluppare l'esito tra i non esposti. Se il rischio relativo è uguale a 1 il fattore di rischio (titolo di studio basso) è ininfluente rispetto all'esito (la partecipazione al CAN); se il rischio relativo è minore di 1, il gruppo esposto ai

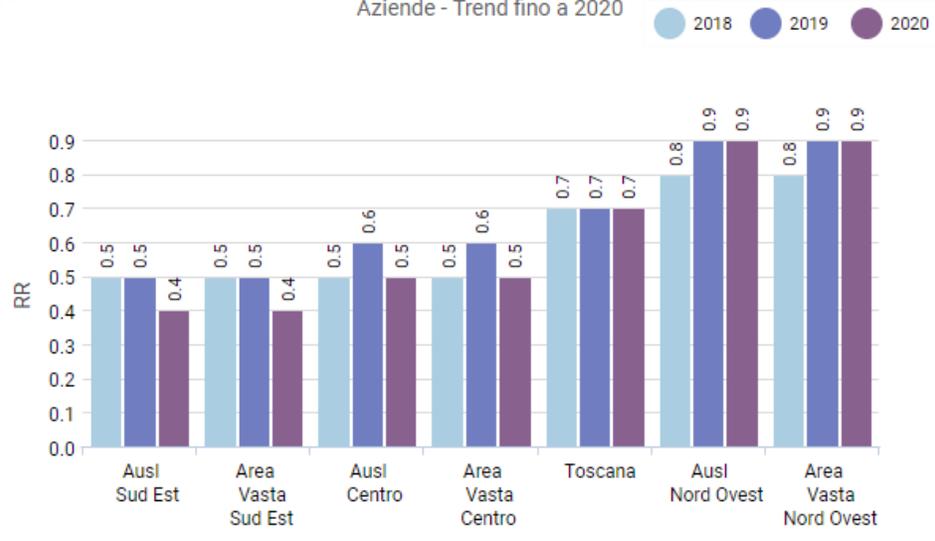
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



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

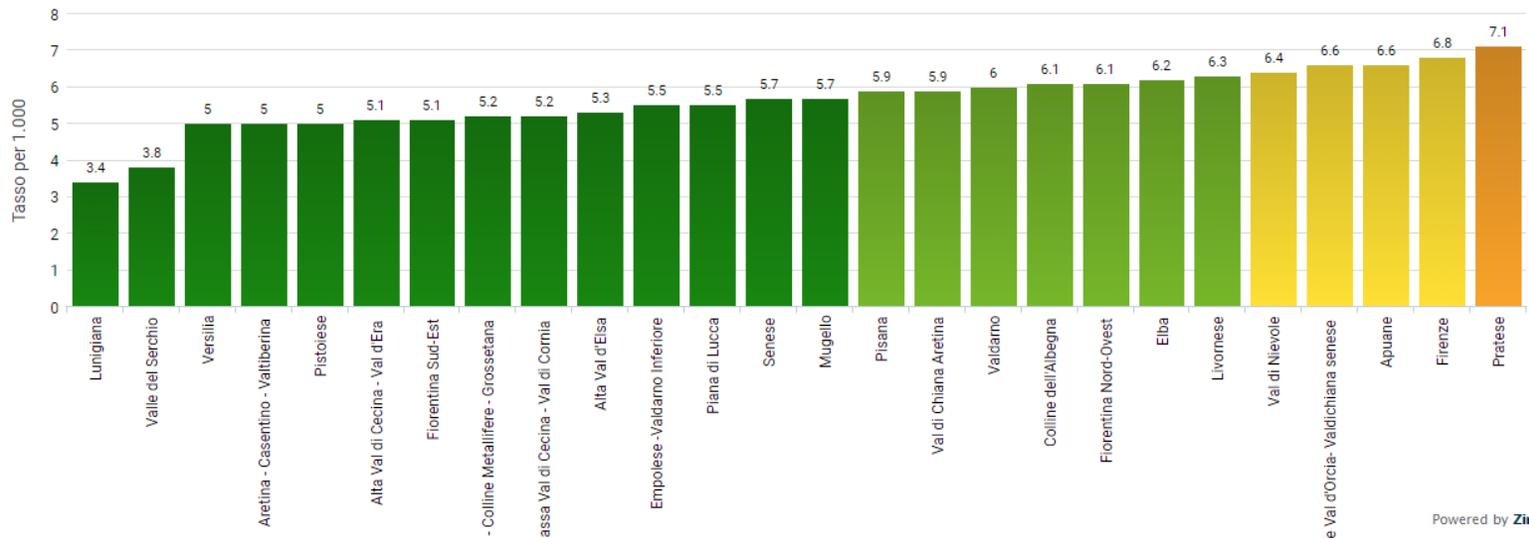
Assistenza consultoriale e Percorso materno infantile

C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

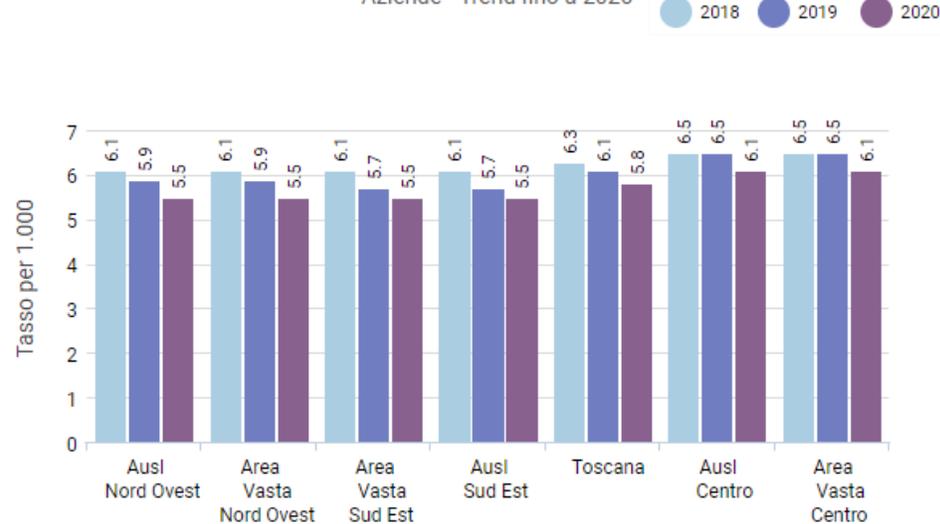
La Legge 194 del 1978 “Norme per la tutela della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza” regola le modalità del ricorso all’aborto volontario In Italia. Grazie a essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l’interruzione volontaria di gravidanza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

la promozione della procreazione consapevole e responsabile.

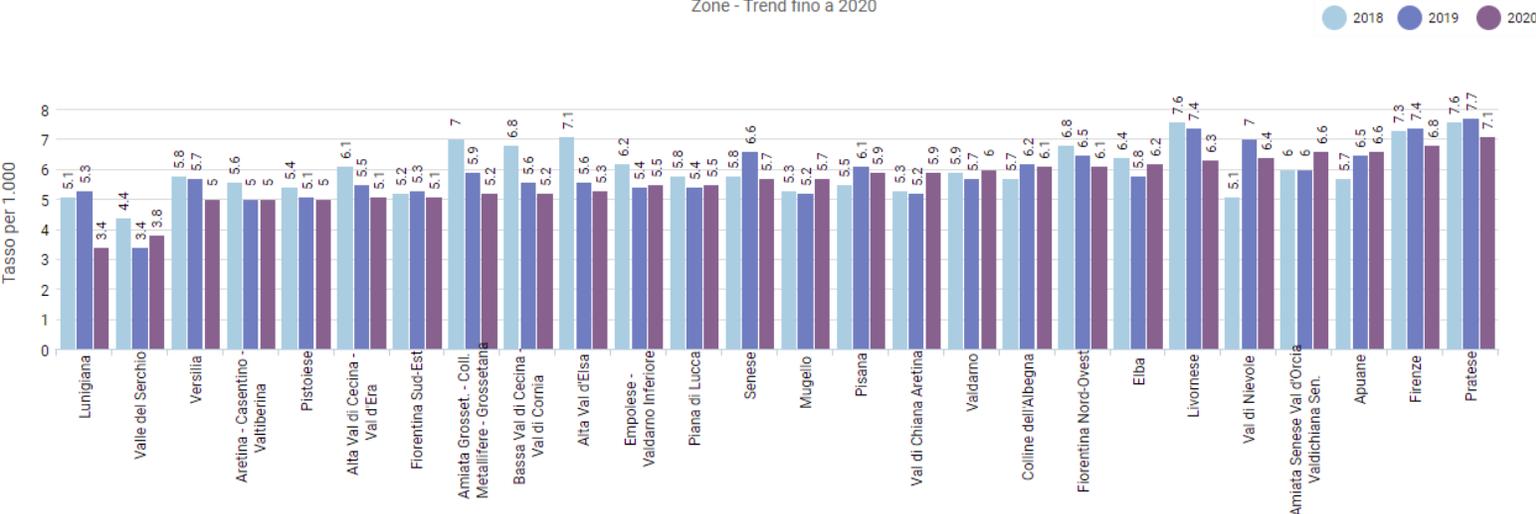
Zone Distretto - Anno 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Zone - Trend fino a 2020



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	<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) oppure codice intervento principale 69.01 e 69.51 <p>Finché non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori > 7,60
- Performance scarsa per valori compresi tra 7,60 e 7,00
- Performance media per valori compresi tra 7,00 e 6,40
- Performance buona per valori compresi tra 6,40 e 5,80
- Performance ottima per valori < 5,80

6

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

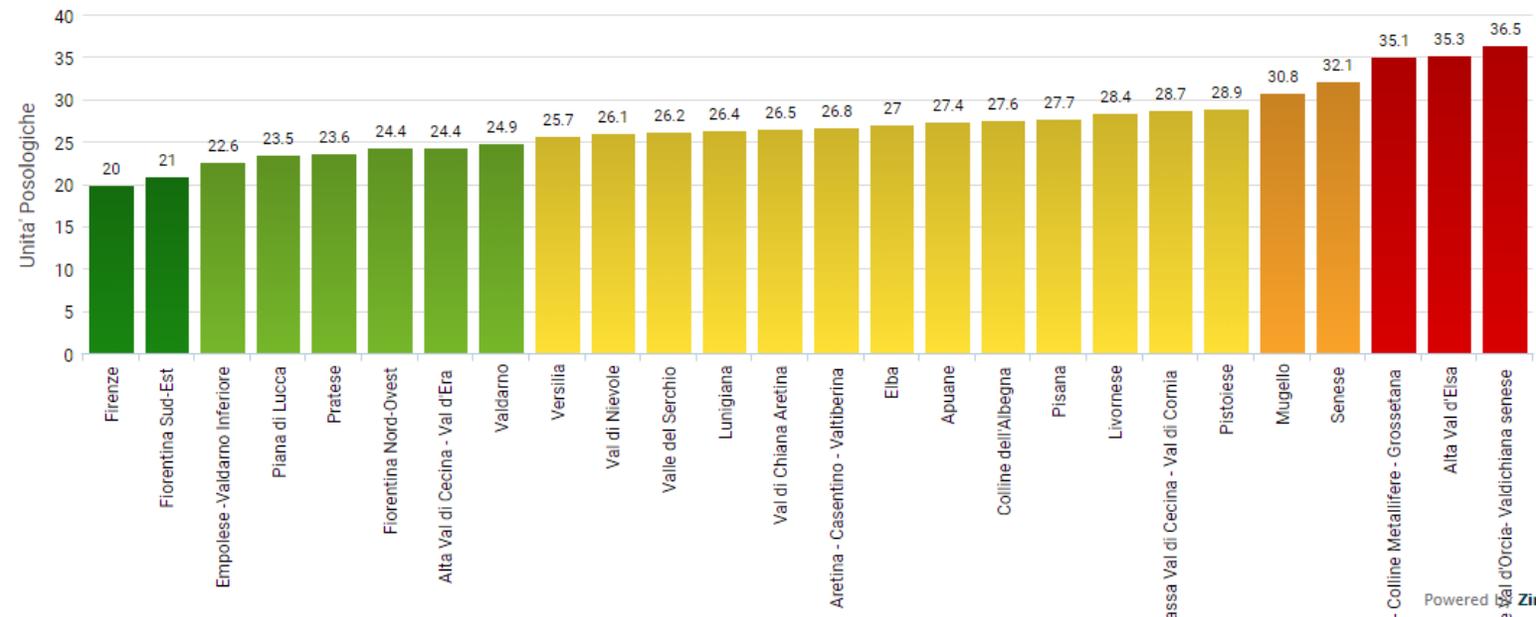
- C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio
- C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio
- C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi)
- C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
- B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)

Assistenza farmaceutica territoriale

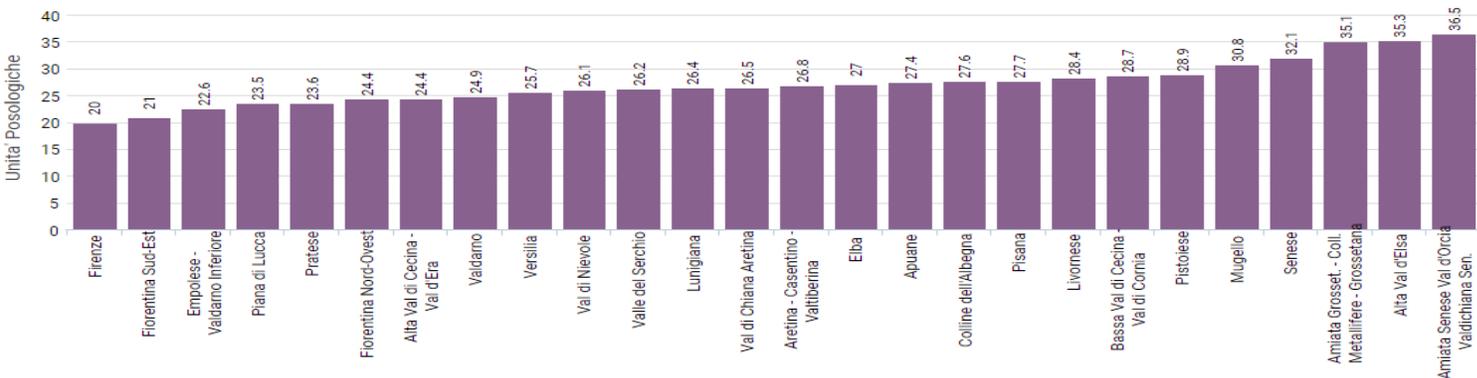
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) rappresentano una delle classi terapeutiche più prescritte in Toscana. Gli IPP hanno ampia diffusione grazie alla loro efficacia in terapie a breve termine, per i loro costi contenuti e per l'ampia disponibilità di molecole. Nonostante un incremento dell'incidenza delle malattie da reflusso gastroesofageo negli ultimi anni, non sembra essere giustificabile una così importante crescita nella prescrizione di tali farmaci. Vista anche la grande variabilità nel loro utilizzo, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni di inprescrizione. La letteratura

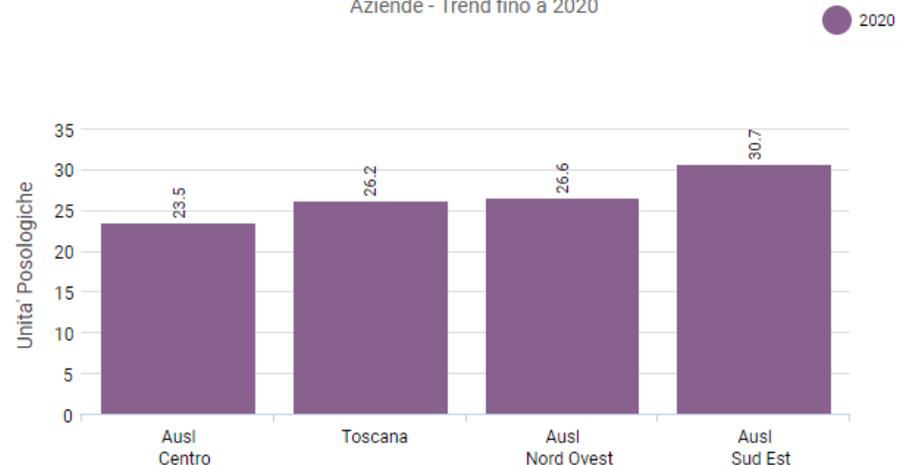
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Numeratore

N. unità posologiche di IPP erogate nell'anno

Denominatore

Popolazione al 1 Gen. , pesata

Note

I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. È escluso il consumo privato. È inclusa l'erogazione sul territorio. Popolazione pesata secondo OsMed. I dati sono espressi per azienda di residenza.

Fonte

Dati flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriata e Innovazione, Regione Toscana

Fasce di valutazione

- Val. pessima > 33.00
- Val. scarsa 33.00 - 29.00
- Val. media 29.00 - 25.00
- Val. buona 25.00 - 21.00
- Val. ottima < 21.00

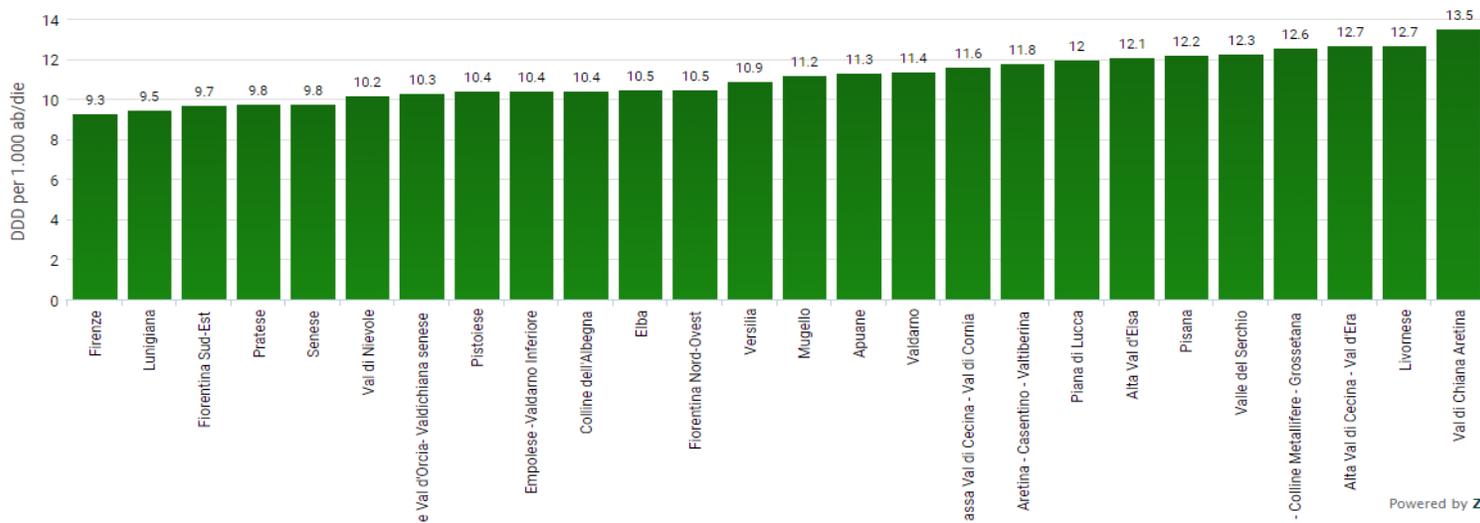
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

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

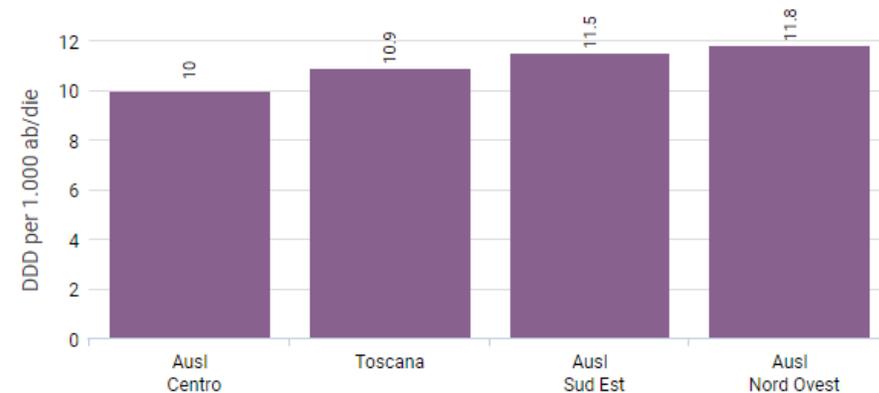
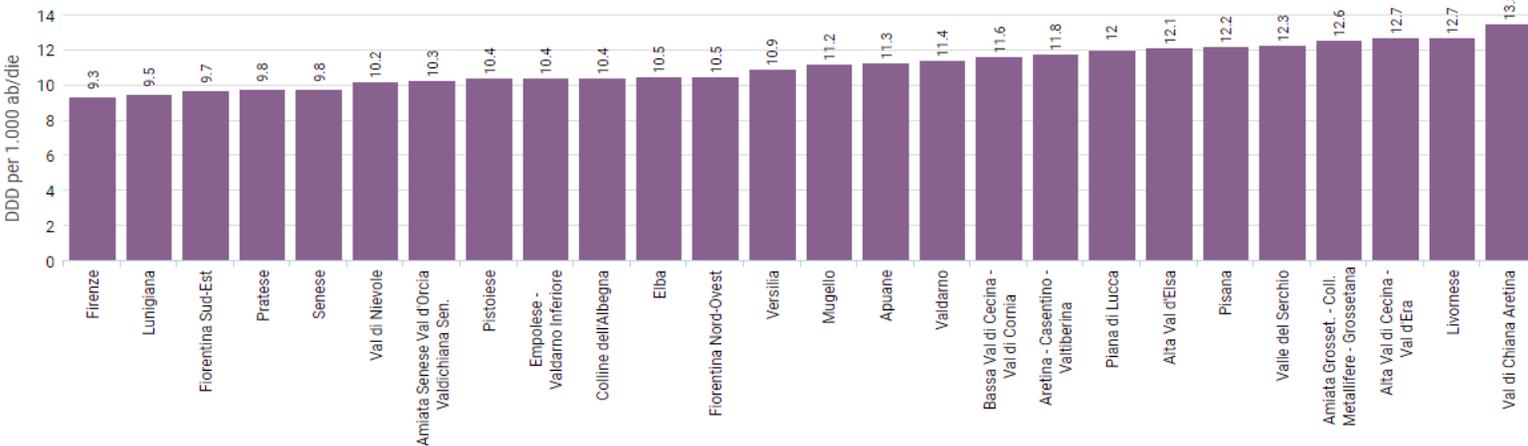
Aziende - Trend fino a 2020

2020

Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Numeratore

DDD di antibiotici erogate sul territorio x 1000

Denominatore

Popolazione al 1° Gen., pesata (x 365)

Note

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. E' presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici sul territorio. E' presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici sul territorio. I dati sono per zona di residenza. Il valore finale espresso per 1000 abitanti/die. Popolazione pesata secondo OsMed.

Fonte

Flussi regionali farmaceutica territoriale

Riferimento

Obiettivo regionale: < 19 DDD per 1000 abitanti die

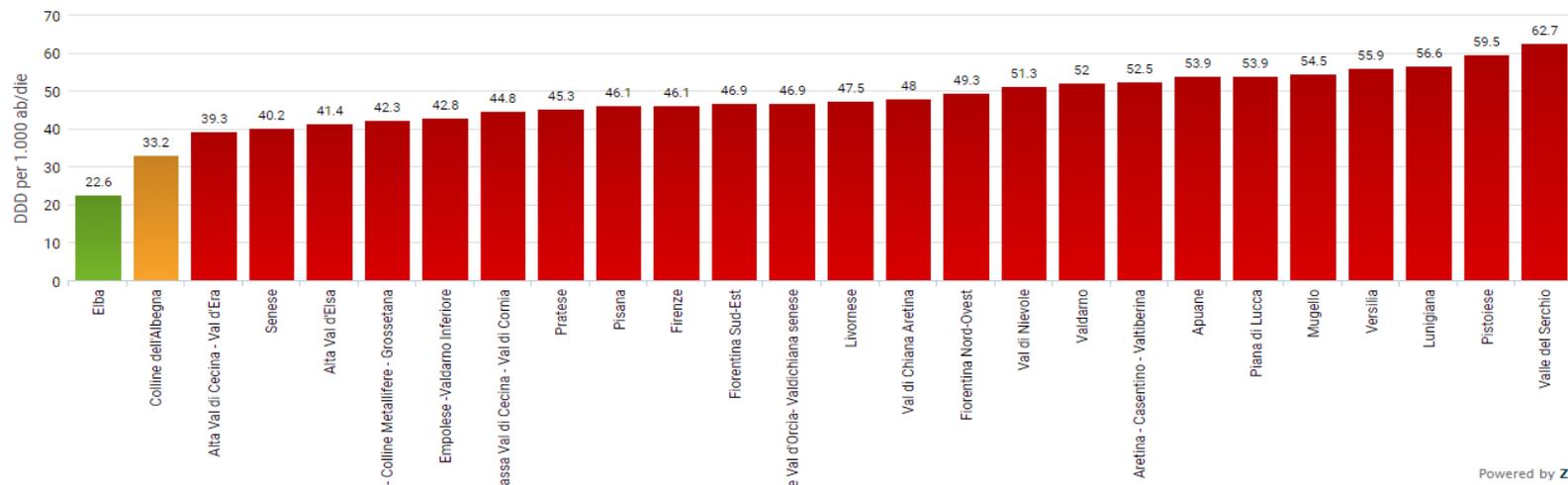
Fasce di valutazione

- Val. pessima > 22.50
- Val. scarsa 22.50 - 19.50
- Val. media 19.50 - 16.50
- Val. buona 16.50 - 13.50
- Val. ottima < 13.50

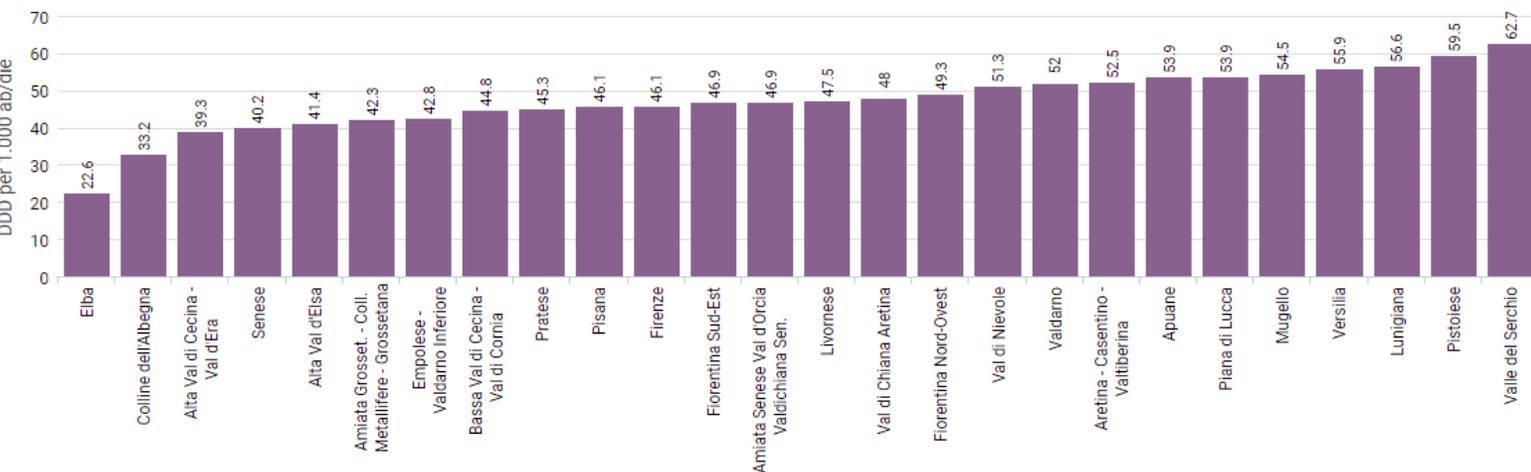
C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi)

La depressione colpisce più di 350 milioni di persone di tutte le età, in ogni comunità del mondo, e rappresenta una delle principali patologie inficianti lo stato di salute della popolazione (dato OMS). Le patologie depressive, oltre a compromettere la salute psicologica, si ripercuotono anche sulla salute fisica. Negli ultimi anni, sia in Europa che in Italia, il consumo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) ha registrato un incremento. In particolare, la Toscana è la Regione che registra il maggior consumo di antidepressivi a livello nazionale: l'indicatore è volto a individuare i potenziali margini c'

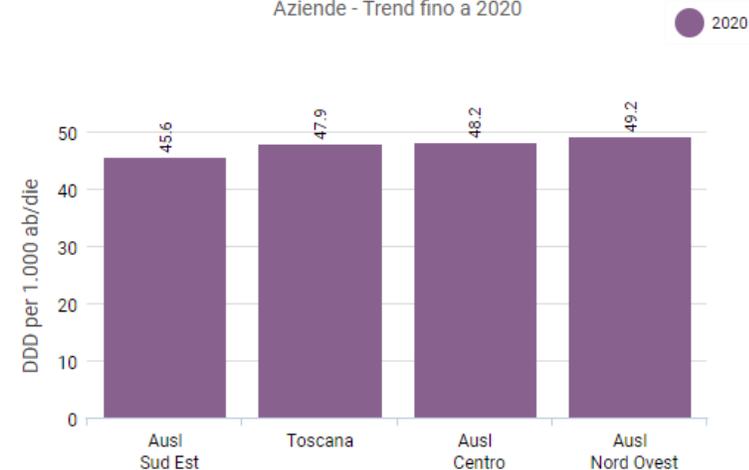
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Powered by Zin

Numeratore

DDD di farmaci antidepressivi erogate sul territorio nell'anno x 1000

Denominatore

Popolazione al 1° Gen. , pesata (x 365 giorni)

Note

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. E' escluso il consumo privato. E' preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati tramite i canali territoriali degli acquisti diretti e della convenzionata. I dati sono espressi per zona di residenza. Popolazione pesata secondo OsMed.

Fonte

Flussi della farmaceutica territoriale SPF e FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Dispositivi, Regione Toscana

Riferimento

Obiettivo regionale: <=40 DDD per 1.000 abitanti

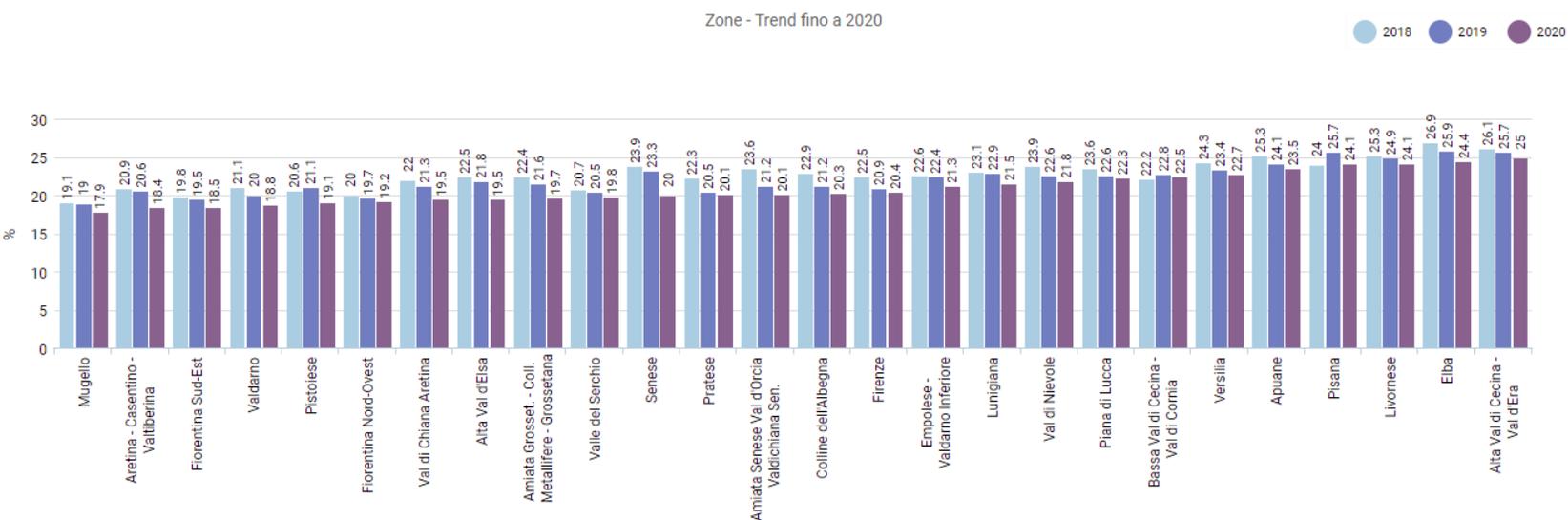
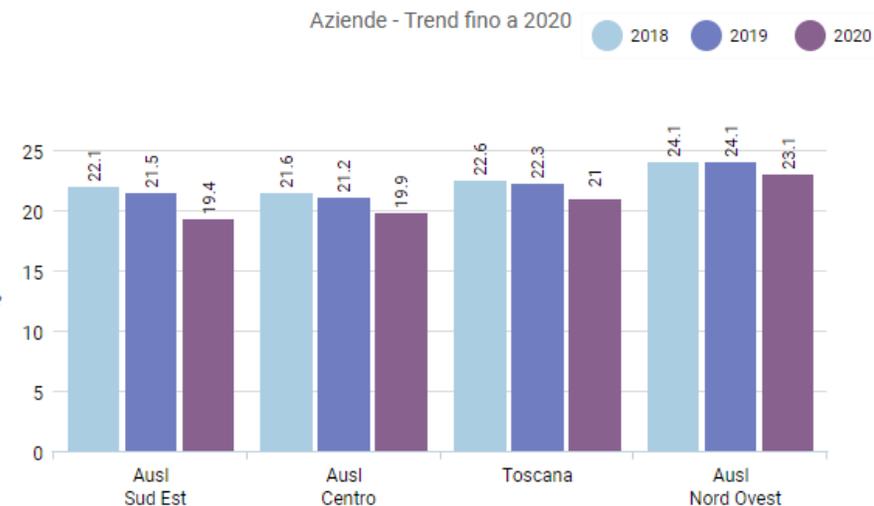
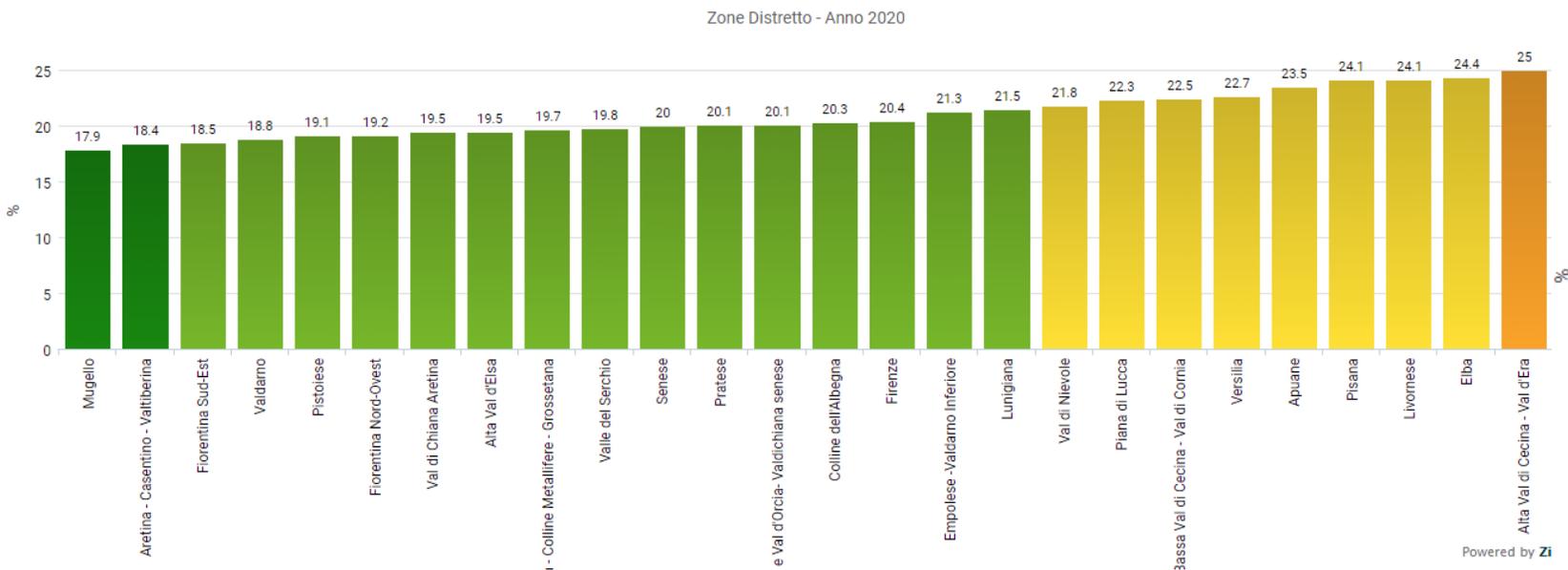
Fasce di valutazione

- Val. pessima > 34.00
- Val. scarsa 34.00 - 30.00
- Val. media 30.00 - 26.00
- Val. buona 26.00 - 22.00
- Val. ottima < 22.00

Assistenza farmaceutica territoriale

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

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



Definizione	Percentuale di pazienti che abbandonano la terapia con antidepressivi
Numeratore	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno (x 100)
Denominatore	N. utenti che consumano antidepressivi
Note	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). E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale, la distribuzione diretta e/o per conto. I dati sono per azienda di residenza.
Fonte	Dati flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatazza e Innovazione, Regione Toscana

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

- Performance pessima per valori > 27.50 ■
- Performance scarsa per valori compresi tra 27.50 e 24.50 ■
- Performance media per valori compresi tra 24.50 e 21.50 ■
- Performance buona per valori compresi tra 21.50 e 18.50 ■
- Performance ottima per valori < 18.50 ■

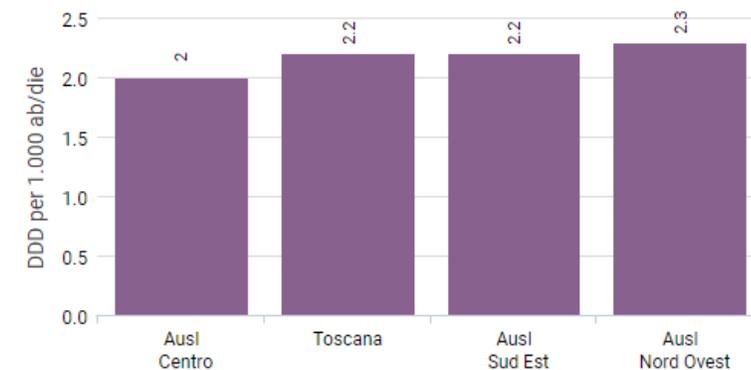
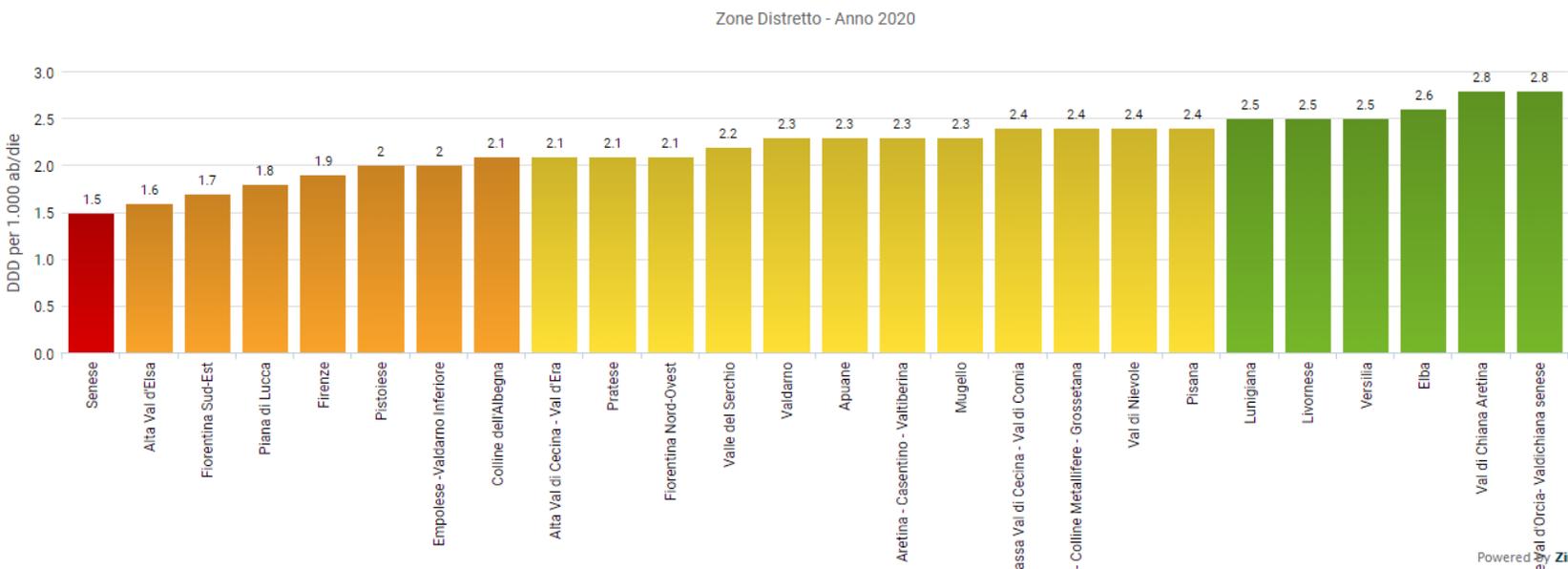
Assistenza farmaceutica territoriale

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 o per conto

Aziende - Trend fino a 2020

2020



Numeratore

DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000

Denominatore

Popolazione al 1° Gen., pesata x 365

Note

L'indicatore monitora il consumo di farmaci oppioidi maggiori erogati sul territorio, per 1.000 residenti. 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), Oxicodeone-associations (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. È 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 espressi per residenza. Popolazione pesata secondo i pesi OSMED

Fonte

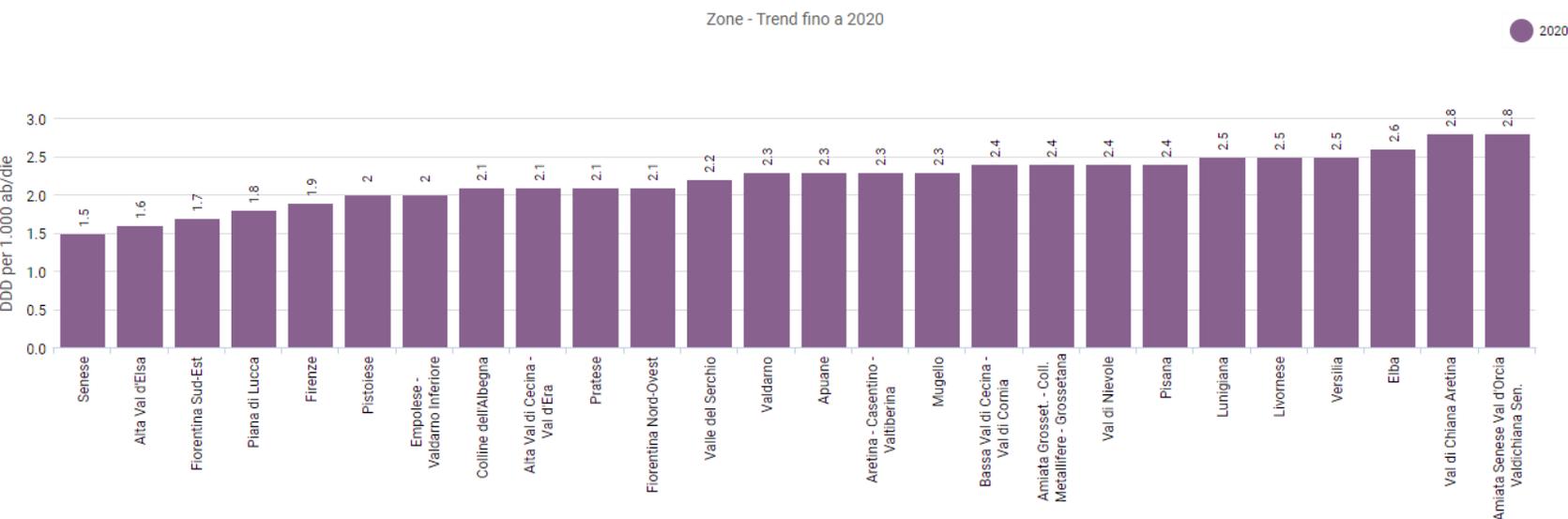
Flussi della farmaceutica regionale erogazione diretta/ erogazione convenzionata dati flusso SPF, flusso FED

Fasce di valutazione

Valutazione pessima < 1.60
 Valutazione scarsa 1.60 - 2.10
 Valutazione media 2.10 - 2.50
 Valutazione buona 2.50 - 2.90
 Valutazione ottima > 2.90

Riferimento

Obiettivo regionale: >2,5 DDD



7

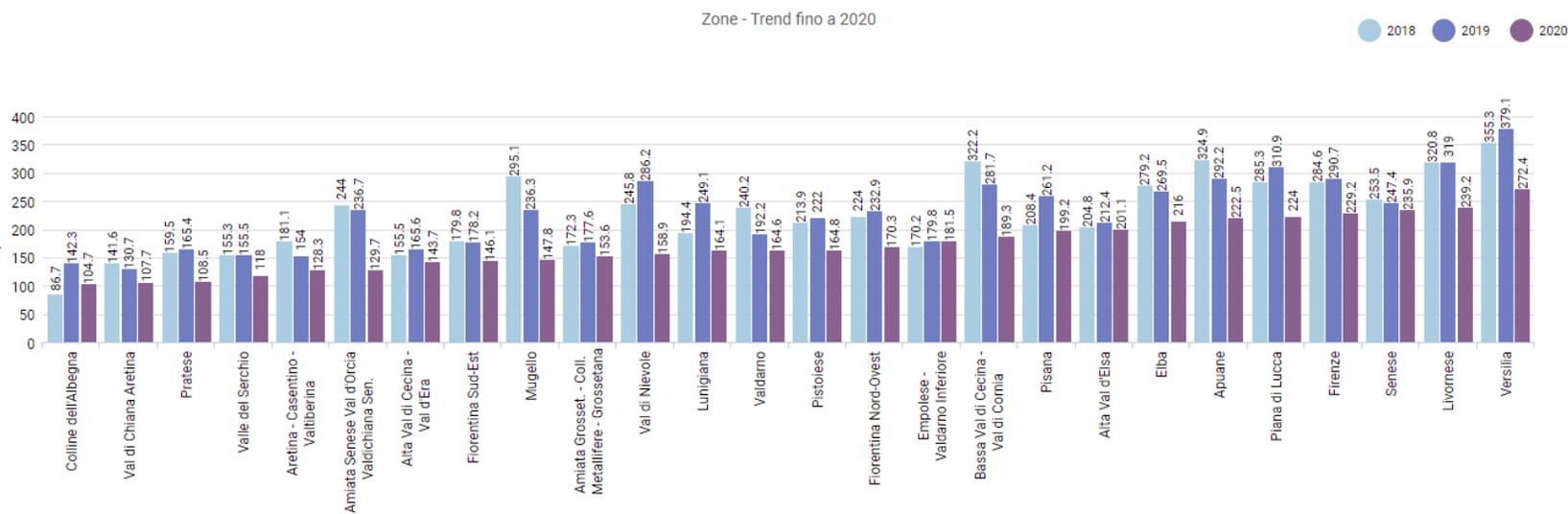
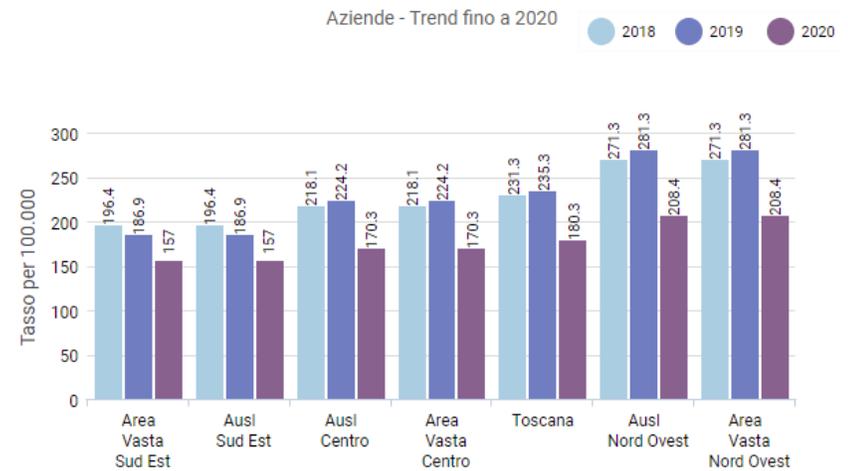
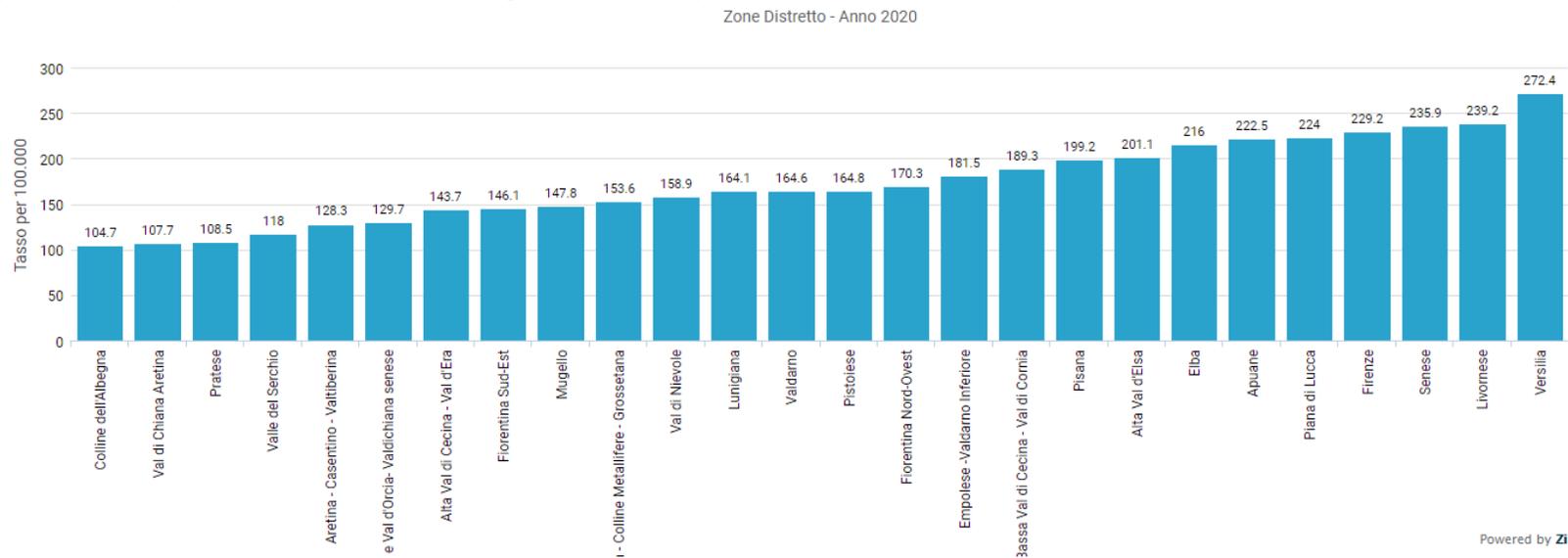
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

- C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
- C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
- C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero
- C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni

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

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

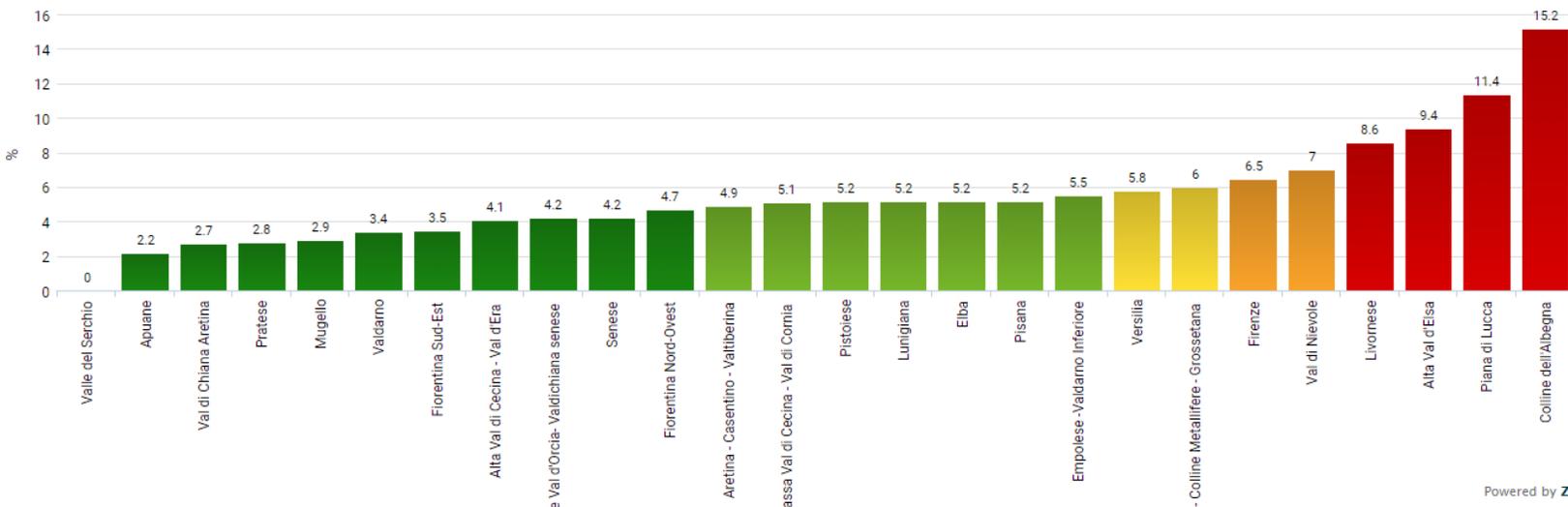


Definizione	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche standardizzato per età e sesso per 100.000 residenti maggiorenni in qualsiasi reparto x 100.000
Denominatore	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni
Note	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età >18 anni dimessi da qualsiasi reparto. Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9-CM): 290.xx-319.xx. Sono esclusi: <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx; • i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate. La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione. Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

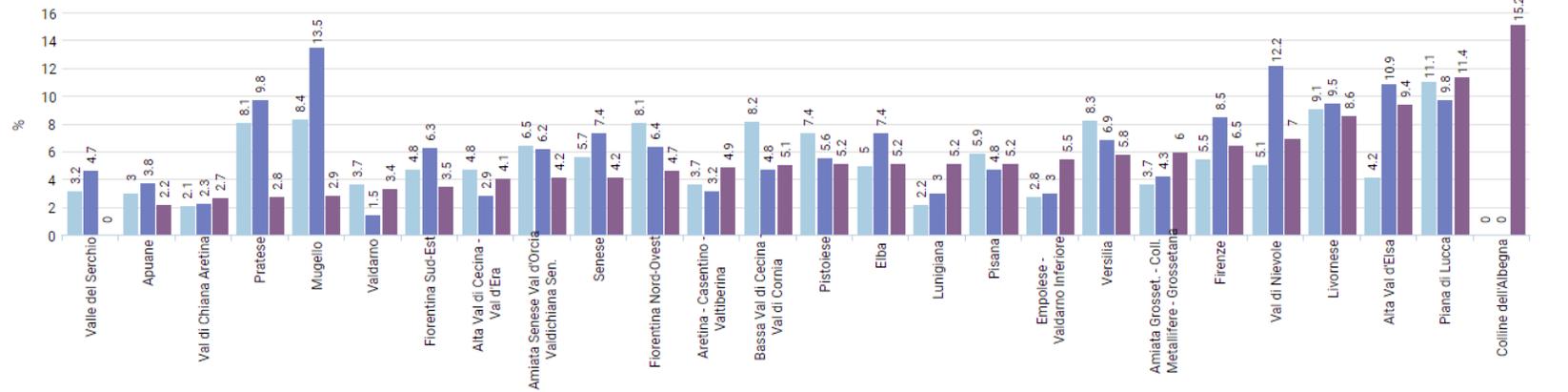
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

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

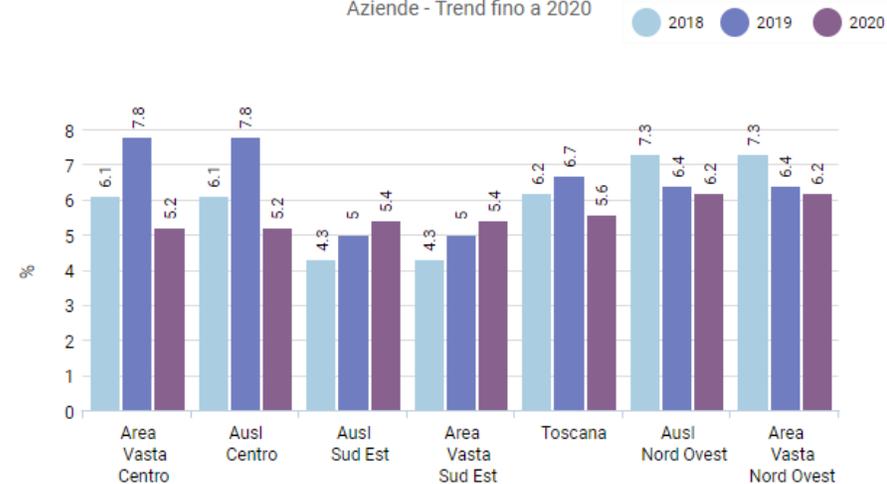
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Definizione	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
Numeratore	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1gen - 30nov, evento successivo nel periodo 1gen - 31dic) x 100
Denominatore	N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p>Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx. Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri: per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; con codice fiscale anonimo; dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto. Al numeratore si considera ripetuto: 1) il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni; 2) il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata.</p> <p>Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria, Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata.</p> <p>Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate.</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

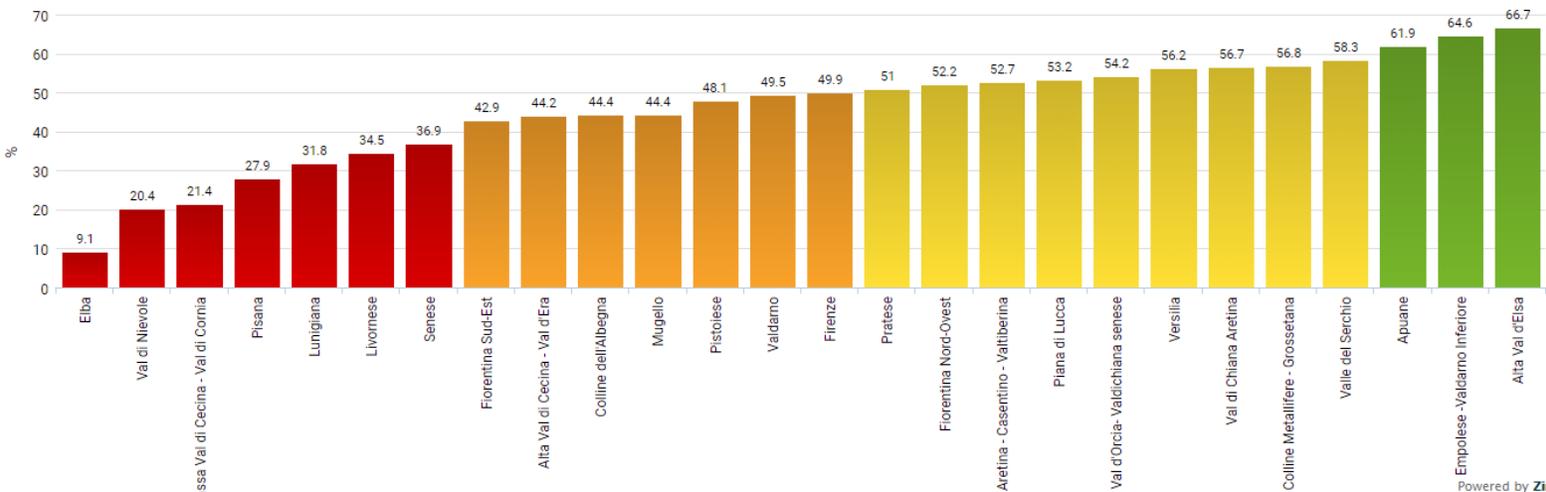
- Performance pessima per valori > 7.10
- Performance scarsa per valori compresi tra 7.10 e 6.30
- Performance media per valori compresi tra 6.30 e 5.50
- Performance buona per valori compresi tra 5.50 e 4.70
- Performance ottima per valori < 4.70

Salute Mentale e Dipendenze

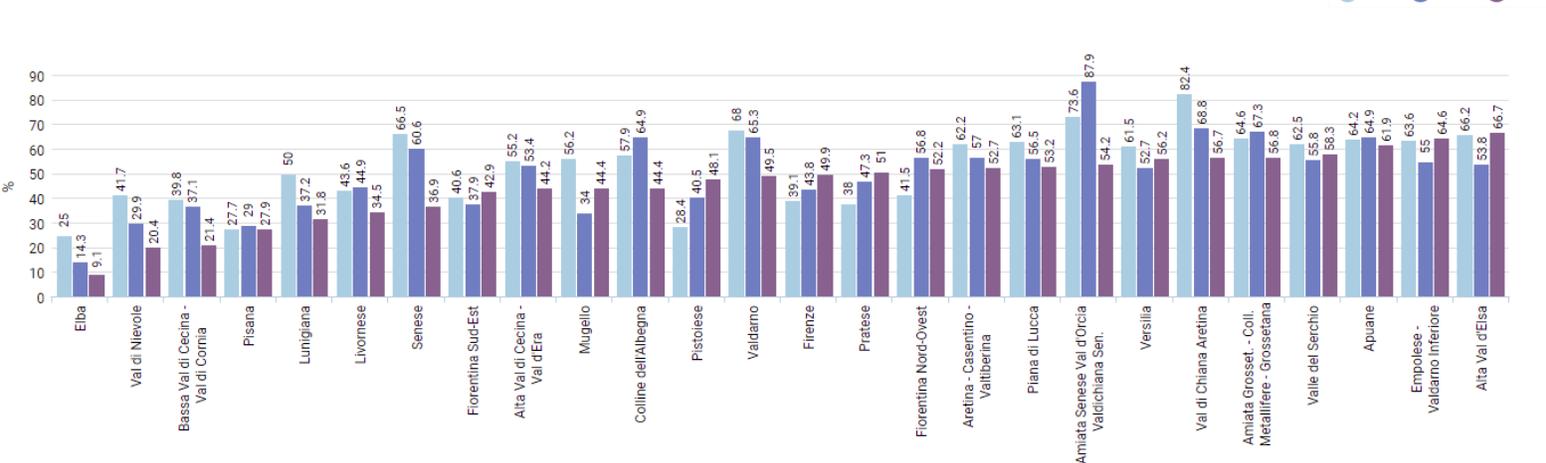
C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero

Al momento del ricovero psichiatrico, l'SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'SPDC rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'urgenza, svolgendo un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo delle condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali. L'indicatore "Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero", misurando la tempestività con cui i DSM prendono in carico i pazienti psichiatrici dimessi dagli SPDC, intende porre particolare attenzione al momento delle dimissioni, principalmente per i casi ad alta complessità e gravità clinica, al fine di garantire sempre la continuità delle cure attraverso la tempestiva presa in carico.

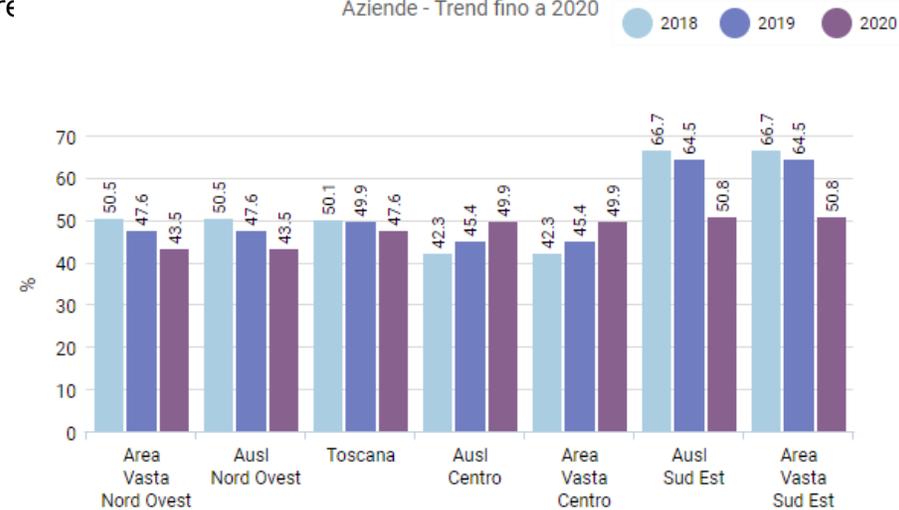
Zone Distretto - Anno 2020



Zone - Trend fino a 2020



Aziende - Trend fino a 2020



Definizione Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti con disturbi dello spettro schizofrenico, affettivi psicotici e di personalità dalla dimissione del ricovero ospedaliero

Numeratore N, ricoveri con almeno una prestazione al DSM entro 7gg dalla dimissione ospedaliera x 100

Denominatore N, ricoveri con patologie psichiatriche dei residenti

Note Si considerano i ricoveri ordinari, in strutture pubbliche e private accreditate, con disciplina di dimissione "40" dei residenti maggiorenni toscani erogati in Toscana (sono esclusi i ricoveri fuori regione).

Si considerano esclusivamente i disturbi dello spettro schizofrenico, affettivi psicotici e di personalità:

codici ICD9-CM in diagnosi principale: 295.xx-299.xx 301.xx

Sono esclusi:

- gli utenti con codice fiscale anonimo;

- codici ICD9-CM per disturbi dell'infanzia e adolescenza: 299.0x, 299.8x.

Fonte Sistema Informativo Regionale (SISM) - RFC 160 e flusso SDO

La valutazione, compresa tra 0 e 5, è attribuita sulla base delle seguenti fasce:

Performance pessima per valori < 41.00

Performance scarsa per valori compresi tra 41.00 - 50.00

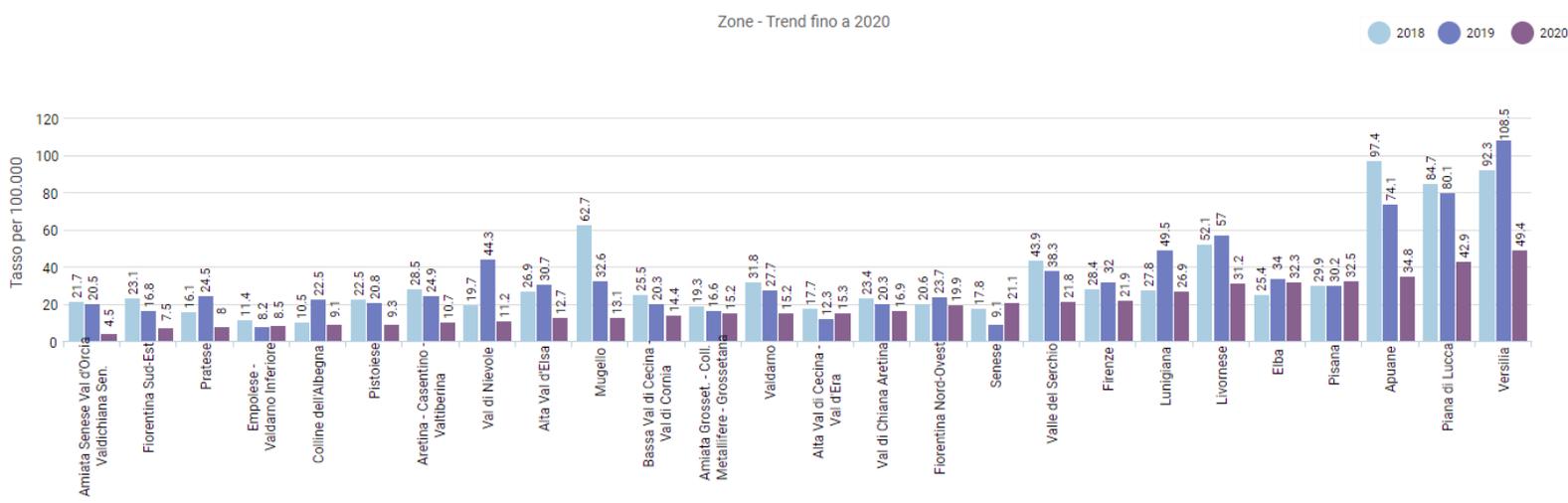
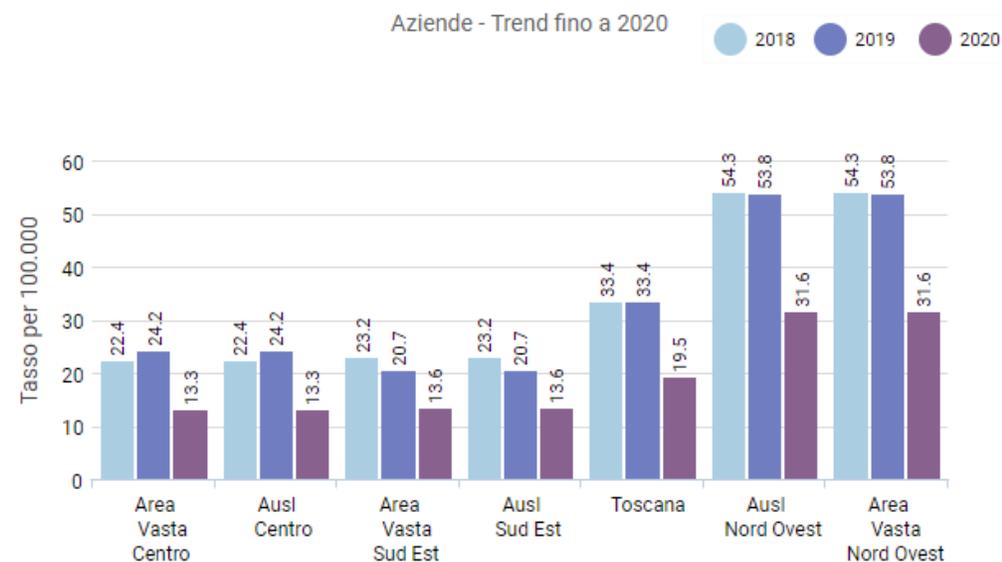
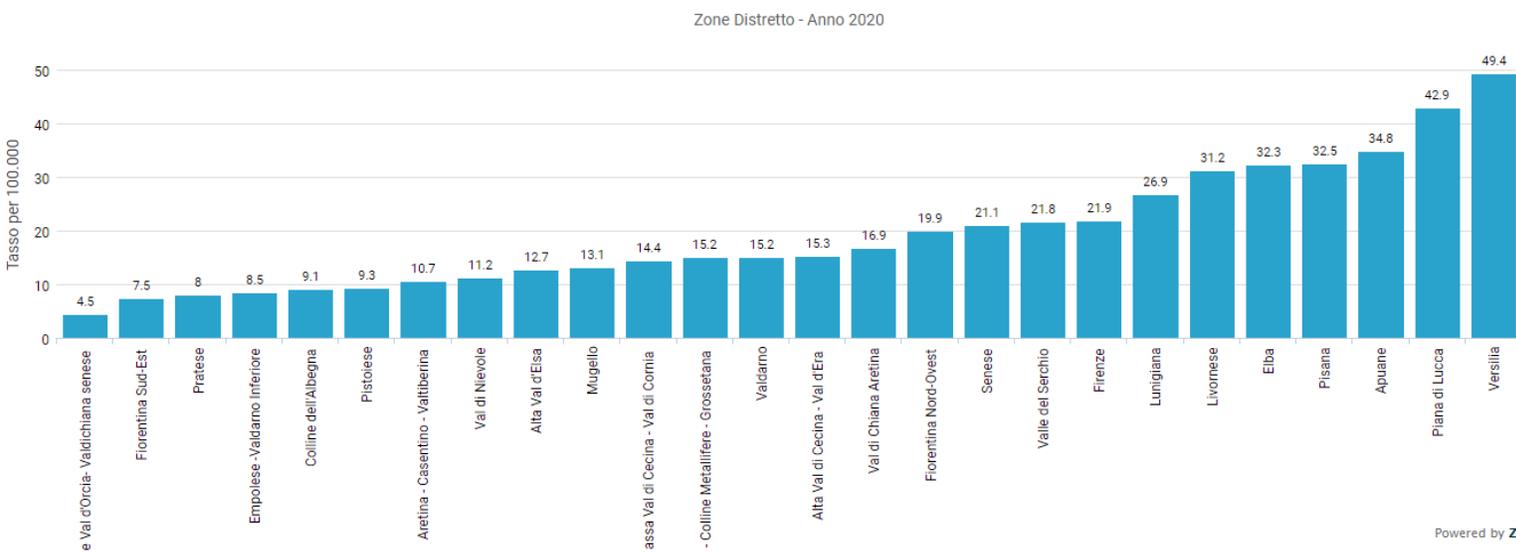
Performance media per valori compresi tra 50.00 - 59.00

Performance buona per valori compresi tra 59.00 - 68.00

Performance ottima per valori > 68.00

C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni

Il tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia di accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono opportunamente trattare le patologie alcol correlate, sia in termini di prevenzione che cura. In generale, si può ritenere che a valori elevati dell'indicatore sia associato il ricorso improprio alle strutture ospedaliere per le patologie alcol correlate e, quindi, una scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali.



Definizione

Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni

Numeratore

N. ricoveri per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze relativi ai residenti maggiorenni x 100.000

Denominatore

Popolazione residente maggiorenni

Note

Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni toscani.

Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze.

Codifiche ICDIX-CM: 291.xx, 292.xx, 303.xx, 304.xx, 305.xx

Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate

La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione.

Standardizzazione per età e sesso: la popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT

Classi di età: 18-19 20-24 25-29 80-84 85