

VALUTAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE: ASPETTI ORGANIZZATIVI, AUTOVALUTAZIONE E SET DI INDICATORI SULLO STATO DI SALUTE E SULL'ACCESSO AI SERVIZI

Premessa

In questi anni la Regione Toscana ha sperimentato un processo innovativo, sotto diversi aspetti, riguardante la programmazione e la Governance dei Servizi territoriali, sia grazie alla condivisione degli obiettivi con le Aziende Sanitarie e le SDS/Zone-Distretto, sia grazie anche al supporto tecnico – scientifico di diversi Enti /Istituzioni regionali quali Osservatorio Sociale Regionale, ARS, Laboratorio MES della Scuola Sant'Anna di Pisa, ANCI, Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza (Istituto degli Innocenti). In particolare sono stati favoriti processi di fusione tra ambiti territoriali, per una ottimale dimensione dei Servizi rispetto ai bisogni (L.RT. 11/2017), è stato sperimentato un biennio di programmazione operativa annuale (POA), che ha prodotto un nomenclatore condiviso dei servizi ed interventi di tipo sanitario, sociosanitario o socio-assistenziale presenti sul territorio.

Nell'ottobre 2019 è stato approvato il nuovo Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2018-2020, il documento di programmazione di livello regionale che rappresenta il punto di partenza per una nuova fase di programmazione strategica pluriennale, oltre l'ambito annuale dei POA.

In questa fase il settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Direzione dei Diritti di Cittadinanza e coesione sociale ha coordinato le SDS/Zone-Distretto nel percorso previsto dalla normativa per l'avvio del nuovo ciclo di programmazione, attraverso la stesura dei nuovi PIS/PIZ, cercando di perseguire l'omogeneizzazione dei processi locali in riferimento a linee guida regionali (DGRT n.573/2017 e DGRT n.1339/2019).

Nell'ambito di questo percorso di supporto al processo della programmazione territoriale (PIS/PIZ) è stato portato avanti un lavoro di aggiornamento dei documenti conoscitivi da mettere a disposizione delle Zone-Distretto, coordinando anche il gruppo tecnico conosciuto come "Gruppo Indicatori", costituito da Osservatorio Sociale Regionale, ARS, Laboratorio MES, Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza (Istituto degli Innocenti) e ANCI.

A partire dal 2019 le SDS/Zone-Distretto hanno potuto lavorare alla programmazione territoriale basandosi su elementi di conoscenza dei bisogni di salute dei rispettivi territori, attraverso dati e indicatori confrontabili ed elaboratori con la stessa metodologia scientifica. Questo rappresenta anche un importante elemento di conoscenza della realtà Toscana nel suo complesso.

Il passo successivo è quello di sviluppare uno strumento per la valutazione e l'autovalutazione del processo di programmazione pluriennale che le Zone stanno facendo/hanno fatto . Lo scopo del presente documento è duplice: da una parte si propongono ai territori alcuni strumenti utili ad approfondire il processo di programmazione e dall'altra si aggiorna il set di indicatori, sulla base dei quali vengono elaborati i report zonalari scaricabili dal sito dell'Osservatorio sociale, in modo da accompagnare la fase successiva di monitoraggio e valutazione/autovalutazione di questo importante processo.

Introduzione

Il presente documento è strutturato in tre sezioni, tra loro strettamente correlate e funzionali a fornire una cassetta degli attrezzi per la lettura, costruzione e miglioramento dei processi di Programmazione sociosanitaria presenti all'interno delle Zone distretto toscane:

1. **Mappatura organizzativa** a supporto della valutazione della Programmazione
2. L'**autovalutazione** della Programmazione come processo di apprendimento
3. Set di **indicatori** a supporto dei Profili di Salute zonali (stato di salute e accesso ai servizi)

La prima sezione di *Mappatura Organizzativa*, curata dal Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, riprende un lavoro sviluppato nell'ambito di un corso di formazione per Direttori di SDS/Zona Distretto, con definizione di schede di indagine sulla presenza o meno di uffici, strumenti e funzioni per la governance e gestione di una SDS/Zona Distretto. Si tratta di uno strumento di conoscenza sul livello organizzativo/professionale ed operativo territoriale, che ha le normative vigenti come punto di riferimento unitario.

La sezione relativa alla *autovalutazione* della Programmazione, curata da ANCI Toscana, individua uno strumento di ricerca-azione¹ valutativa che incentiva processi di riflessione, autodiagnosi e miglioramento relativi ad alcune aree strategiche che investono la Programmazione dei servizi socio-sanitari presenti sui territori: obiettivi di salute; coerenza con la Programmazione multilivello; governance istituzionale e territoriale; coinvolgimento e partecipazione della Comunità; processi professionali; dotazione risorse (professionali ed economiche); profilo di Salute e risposta dei Servizi.

Il modello valutativo proposto si pone come una fase del ciclo della Programmazione, ricorsiva, e in quanto tale finalizzata a retroagire sulle azioni programmatiche grazie alla propria natura "formativa", ovvero in grado di fornire apprendimenti e indicazioni utili ad orientare, in itinere, gli interventi. All'interno di una griglia quali-quantitativa che richiama i criteri di qualità sulle diverse aree strategiche considerate, la Zona individua il proprio posizionamento lungo una scala valutativa standard, accompagnando tale autodiagnosi attraverso a) la rappresentazione della situazione specifica della Zona, rispetto ai criteri standard e b) l'individuazione di obiettivi di miglioramento, con particolare riferimento alle aree con maggiori criticità.

L'obiettivo ultimo è quello di costruire processi di apprendimento, in cui cioè la Zona orienta la Programmazione e le azioni da esse legate a partire dalla lettura valutativa della propria Organizzazione (Mappatura organizzativa), processi interni (Autovalutazione) ed esiti di salute (Set di indicatori).

La sezione relativa al *set di indicatori a supporto dei Profili di Salute zonali* presenta in maniera schematica (definizione di ogni indicatore, metodo di calcolo, fonte/fornitore) tutti gli indicatori ad oggi scelti e aggiornati per le sezioni Stato di Salute e Ricorso ai servizi.

Gli indicatori del Stato di Salute e Ricorso dei Servizi, che ogni anno vengono messi a disposizione delle SDS/Zone da Regione Toscana sul sito dell'Osservatorio sociale regionale, sono il frutto di un percorso consolidato da alcuni anni sulla problematica della conoscenza dei bisogni di Salute dei territori, che si presentò alle Zone sin dall'inizio della sperimentazione sulle Società della Salute e sui Piani Integrati di salute, come un obbligo conoscitivo per poter impostare una programmazione coerente con i bisogni. Dopo una fase iniziale di libera scelta di indicatori da parte di ogni territorio, con sperimentazioni che andavano da dati ISTAT a dati OMS e via dicendo, iniziò un lavoro di coordinamento degli uffici delle Zone da parte dell'Osservatorio Sociale Regionale e poi con il supporto del Laboratorio MES e dell'ARS dal 2009, con una prima individuazione di circa 300 indicatori (per lo Stato di Salute) – pubblicazione A cura di Barsanti, Campedelli, Innocenti Edizioni ETS Pisa del 2011.

Dopo di allora si è avviato un processo di supporto alle SDS/Zone-Distretto da parte del Settore Politiche per l'Integrazione Sociosanitaria della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, che attraverso il gruppo Indicatori (Osservatorio Sociale Regionale ARS, Laboratorio MES, Istituto Innocenti), ha individuato a partire dal 2017 un set minimo di circa 50 indicatori per lo Stato di Salute, ai quali si aggiungono altri 50 indicatori tratti da Bersaglio MES delle SDS/Zone-Distretto per rappresentare il Ricorso ai Servizi; questi indicatori vengono aggiornati in maniera unitaria dal gruppo di lavoro sugli Indicatori, con la regia di Regione Toscana, per fornire i Territori di una base conoscitiva affidabile, strutturata, snella ma completa, da utilizzare per definire sulla base di quei bisogni una programmazione coerente dei servizi.

¹La ricerca-azione, che utilizza metodologie di natura prevalentemente qualitative, interviene solitamente in contesti organizzativi e/o piani, programmi e politiche complessi, accompagnando all'obiettivo conoscitivo un intervento trasformativo dei processi in atto, attraverso il coinvolgimento degli attori rilevanti all'interno del contesto osservato.

La mappatura organizzativa zonale a supporto della programmazione

Elementi organizzativi dei Distretti in Italia e la riforma della Regione Toscana

Il Distretto sanitario è considerato un nodo essenziale della rete unificata dei servizi socio-sanitari e il luogo naturale dove attuare i processi di integrazione socio-sanitaria.

La Legge Regionale della Toscana n. 84 del 28 Dicembre 2015 ha posto grande attenzione alle modalità organizzative del Distretto, innovando fortemente l'art. 64 della Legge Regionale n. 40 del 2005 «Disciplina del servizio sanitario regionale, rubricato «zone-distretto». L'architettura del sistema prevede, come già descritto in precedenza, per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, la scelta tra due possibili opzioni: la costituzione o conferma del consorzio pubblico «Società della Salute» oppure la stipula di una convenzione socio-sanitaria tra i Comuni e le Aziende sanitarie. Nelle zone nelle quali sono costituite le Società della Salute, il Direttore Generale dell'Azienda unità sanitaria locale delega al Direttore della Società della Salute le funzioni di Direttore di zona-distretto.

Dal processo di riforma così delineato, la zona-distretto si conferma quale ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative oltre che riferimento per l'erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate, compresi i servizi per la salute mentale, le dipendenze e la non autosufficienza. In questo contesto sono chiamati ad operare i Direttori della Società della Salute e i Direttori di Zona distretto.

La mappatura organizzativa: breve descrizione dello strumento

Ai fine di rilevare, le modalità organizzative, gestionali e di funzionamento delle zone-distretto e le specificità delle Società della Salute della Regione Toscana, seguendo anche lo schema individuato da Agenas (Agenas 2011) e facendo tesoro del primo questionario della Regione Toscana implementato durante il corso di formazione manageriale per i direttori di zona-distretto e di Società della Salute (Prima edizione 2017), è stato sviluppato un questionario che mira a rilevare i modelli organizzativi e gestionali territoriali, costruito sulla base delle l.r. 40/2005 e s.m.

Le dimensioni indagate sulla base di quanto previsto dalla normativa regionale per le zone- distretto e per le Società della Salute sono state le seguenti:

1. organismi istituzionali, che considera quali organismi e figure previste sono presenti, quali funzioni svolgono e come la struttura distrettuale interagisce con tali istituzioni;
2. forme di partecipazione, che indaga la presenza dei diversi organismi di partecipazione previsti dalla legge, le materie che ne sono oggetto e la frequenza degli incontri;
3. gestione dei servizi e del personale, che fa riferimento a come il Distretto è organizzato in termini di unità funzionali, quali strumenti vengono utilizzati per il loro coordinamento e focus sugli strumenti di supporto alla programmazione;
4. funzioni del Direttore di SdS/Zona Distretto in termini di esperienza, soddisfazione anche con riferimento ad eventuali criticità, a partire dalle funzioni elencate nella LR.

Il questionario comprende sia domande a risposta chiusa, sia domande a risposta aperta, in modo da facilitare la raccolta delle informazioni. E' inoltre possibile allegare dei documenti, al fine di rilevare ulteriori informazioni utili alla fotografia organizzativa. Di seguito si riporta il dettaglio delle domande.

1. Organismi e incarichi tecnico-professionali

1.1 Indica se attualmente sono presenti i seguenti organismi/professionisti nella tua ZD/SdS

	Si	No	No, ma in fase di nomina
Comitato di Coordinamento			
Ufficio di Direzione zonale			
Coordinatore sanitario			
Coordinatore socio-sanitario			
Coordinatore sociale			
Ufficio di piano			

1.2 Chi ricopre il ruolo negli organismi presenti (inserire la qualifica professionale/le qualifiche professionali)?

	Qualifica professionale
Comitato di Coordinamento	
Ufficio di Direzione zonale	
Coordinatore sanitario	
Coordinatore socio-sanitario	
Coordinatore sociale	

1.3 Con quale modalità il Direttore di zona/SdS incontra i seguenti organismi o professionisti generalmente?

	Ci incontriamo regolarmente secondo un calendario definito (indicare l'intervallo es. una volta a settimana, una volta la mese)	Ci incontriamo solo quando si presenta la necessità	Ci incontriamo quando capita	Non ci siamo mai incontrati
Comitato di Coordinamento				
Ufficio di Direzione zonale				
Coordinatore sanitario				
Coordinatore socio-sanitario				
Coordinatore sociale				
Ufficio di piano				

1.4 Quali sono le tre attività più rilevanti a supporto della zona distretto/sds degli organismi e coordinatori nella tua ZD-SdS?

	Attività	Attività	Attività
Comitato di Coordinamento			
Ufficio di Direzione zonale			
Coordinatore sanitario			
Coordinatore socio-sanitario			
Coordinatore sociale			
Ufficio di piano			

1.5 Con quale modalità il Direttore di zona distretto/SdS incontra i seguenti professionisti?

Opzioni di risposta	Ci incontriamo regolarmente secondo un calendario definito	Ci incontriamo solo quando si presenta la necessità	Ci incontriamo quando capita	Non ci siamo mai incontrati	Non è previsto dal mio ruolo
Direttore dipartimento territorio					
Direttore dipartimento Salute Mentale e dipendenze					
Direttore Servizi Sociali					
Direttore Sanitario Aziendale					
Direttore rete ospedaliera					
Direttore di presidio ospedaliero della tua ZD/SdS					
Altri Responsabili ZD/Direttori SDS della tua Azienda					
Direttore dipartimento della medicina generale					
Coordinatori di AFT della tua zona					
Comuni e/o dirigenti comunali					

1.6 Nel corso dell'anno 2019, in quanti incontri con l'Assemblea Sds/Conferenza Integrata e Giunta Sds sono state fatte?

	Assemblea/Conferenza	Giunta
n. incontri		

1.7 Nel corso dell'anno 2019, quali sono stati i principali argomenti discussi per la programmazione zonale negli incontri con l'Assemblea Sds/Conferenza Integrata e Giunta Sds?

	Assemblea/Conferenza	Giunta
Argomenti incontri su programmazione		

2. Forme di partecipazione

2.1 Nella tua zona distretto o SdS sono presenti i seguenti organismi di partecipazione (LR 40/2005 e s. m., art. 64 ter e art. 71 undecies, Art. 16 quater.

	Si, zonale	Si, sovra-zonale	No	No, ma in fase di nomina	Non previsto
Comitato di partecipazione					
Consulta Terzo Settore					

2.2 Il comitato di partecipazione zonale (LR 40/2005 e s. m. art 64 ter)/comitato di partecipazione (LR 40/2005 e s. m., art. 71 undecies, comma 1, Art. 16 quater è dotato di un regolamento interno?

- Sì
- No
- No, ma in fase di definizione

2.3 Da quali associazioni è composto il comitato di partecipazione zonale (LR 40/2005 e s. m. art 64 ter) /comitato di partecipazione (LR 40/2005 e s. m., art. 71 undecies, comma 1, Art. 16 quater)?

2.4 Quando hai incontrato l'ultima volta nel corso del 2019 il comitato di partecipazione zonale (LR 40/2005 e s. m. art 64 ter) /comitato di partecipazione (LR 40/2005 e s. m., art. 71 undecies, comma 1, Art. 16 quater e in relazione a quale attività?

	Attività	Data
Incontro		

2.5 Da quali organizzazioni del volontariato e del terzo settore è composta la Consulta del Terzo Settore (LR 40/2005 e s. m., art. 71 undecies, comma 1, Art. 16 quater)?

2.6 Quando hai incontrato l'ultima volta nel corso del 2019 la Consulta del Terzo Settore (LR 40/2005 e s. m. art 64 ter) /comitato di partecipazione (LR 40/2005 e s. m., art. 71 undecies, comma 1, Art. 16 quater) e in relazione a quale attività?

	Attività	Data
Incontro		

2.7 Rispetto al comitato di partecipazione e alla Consulta del terzo settore, quali sono i punti forza e le criticità che hai riscontrato rispetto al loro ruolo nei processi e funzioni della zona distretto o SdS?

	Punti forza	Criticità
Comitato di partecipazione zonale		
Comitato di partecipazione sovra-zonale		
Consulta del terzo settore		

3. Organizzazione e strumenti a supporto della programmazione

3.1 Come è organizzata la zona distretto o SdS in termini di unità funzionali (UUFF)- Indica il nome delle UUFF e il numero complessivo di unità di personale assegnato (compreso personale dipendente di SDS) per ciascuna UF.

Unità Funzionale	Totale personale assegnato numero
Risposta aperta	Risposta aperta

Quali sono gli strumenti che si utilizzano principalmente per coordinare le UUFF (LR 40/2005, art. 66)?

- Riunioni regolari con i responsabili di unità funzionale
- Sistemi di monitoraggio e valutazione della performance
- Negoziazione del budget e obiettivi
- Programmazione congiunta dei progetti/percorsi
- Sistema informatico di raccolta dati ed informazioni
- Formazione congiunta
- Altro (descrivi)

3.2 Il diretto di SdS/Zona Distretto ha partecipato alla definizione dell'ultimo Accordo Integrativo Aziendale della Medicina Generale per la tua Azienda?

- Sì
- No

3.3 Nel corso del 2019, in quanti incontri di Direzione Aziendale ha partecipato il Direttore di SdS/Zona Distretto?

N. Incontri	
-------------	--

3.4 Oltre all'Ufficio di Piano, nella tua zona distretto/SdS di quali altre figure professionali hanno supportato il processo di programmazione?

Figure professionali per la programmazione
Risposta aperta

3.5 Nella tua SdS/Zona Distretto ti sei avvalso di un supporto di professionisti esterni per supportare il processo di programmazione?

Supporto esterno
Risposta aperta

4. Funzioni Del Direttore (dedicata al Direttore di zona-distretto e SdS)

4.1 Rispetto alle funzioni definite nell'articolo 64 della LR 40/2005 e s.m., su quali ritieni ci siano maggiori difficoltà?

Funzioni zona-distretto	Livello di difficoltà 1-5	Punti forza (aperta)	Criticità (aperta)
La zona distretto, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente, nel rispetto delle zone disagiate e di confine, delle risorse messe a disposizione dall'azienda e dai comuni, organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza	1-5		
La zona distretto, sulla base degli obiettivi e delle risorse messe a disposizione dall'azienda, nel rispetto degli atti di programmazione locale, governa sulla base dei protocolli di cura e delle indicazioni dei bisogni espressi anche dalla medicina generale, i percorsi inerenti le cure primarie, la specialistica territoriale, l'attività dei consultori e la continuità assistenziale ospedale-territorio.	1-5		
[...] potranno essere definite modalità di integrazione, formazione e scambio all'interno dei percorsi ospedalieri e territoriali del personale, anche convenzionato	1-5		

4.2 Rispetto alle funzioni definite nell'articolo 71 bis della LR 40/2005 e s.m., su quali ritieni ci siano maggiori difficoltà nell'esercizio?

Funzioni SdS	Livello di difficoltà 1-5	Punti forza (aperta)	Criticità (aperta)
A) indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nei LEA territoriali previsti dal piano sanitario e sociale integrato nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;	1-5		
B) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività relative ai LEA territoriali e agli interventi e servizi sociali inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie;	1-5		
C) organizzazione e gestione delle attività socio- sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'art. 3 <i>septies, comma 3</i> del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;	1-5		
D) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;	1-5		
e) controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati	1-5		

4.3 Nella tua SDS/Zona Distretto è presente un adeguato supporto amministrativo per svolgere le funzioni che ti sono attribuite?

- Sì, completamente
- Sì, in parte
- No

4.4 Nella tua zona-distretto/SDS sono presenti adeguati gli strumenti a tua disposizione, relativi al controllo di gestione e al monitoraggio dell'andamento delle tue attività ed obiettivi?

- Sì, completamente

- Sì, in parte
- No

4.5 Nella tua zona-distretto/SDS è presente un adeguato supporto dai sistemi informativi per svolgere le funzioni che ti sono attribuite?

- Sì, completamente
- Sì, in parte
- No

L'autovalutazione della Programmazione come processo di apprendimento

La Valutazione come fase ricorsiva del ciclo della Programmazione

I documenti regionali fanno più volte riferimento alla valutazione come attività funzionale tanto alla verifica delle realizzazioni e degli impatti derivanti dai servizi/interventi programmati – secondo l'approccio più proprio della valutazione *riepilogativa* – tanto ai processi amministrativi, organizzativi e professionali su cui si regge l'offerta dei servizi socio-sanitari, ovvero la "scatola" all'interno della quale vengono processati gli input per produrre output (e outcome) per la popolazione e il territorio di riferimento. Queste ultime dimensioni richiamate fanno maggiore riferimento agli elementi di processo e di funzionamento dei servizi – che possono dipendere maggiormente dall'organizzazione locale dell'offerta dei servizi e da fattori contestuali legati alle caratteristiche del territorio e, quindi, alla domanda espressa dai cittadini – e richiedono perciò anche un necessario momento di riflessione interna rispetto ai processi di miglioramento da implementare, coerentemente con l'approccio più formativo della valutazione, ovvero rivolto all'apprendimento e alla successiva (ri)regolazione degli interventi.



Realizzazioni, impatti e processi: l'autovalutazione come processo di apprendimento

La valutazione di piani complessi richiede un'attenzione tanto a elementi conoscitivi di natura quantitativa (dati, indicatori, ...) che qualitativa (contesti, assetti e processi). In un certo senso, si può affermare che i primi (gli indicatori) possono essere strumenti utili a valutare l'efficacia e buon andamento dei secondi (i processi), così come la lettura in termini di ricerca valutativa dei processi può aiutare a "spiegare" le evidenze emerse dagli indicatori di realizzazione. Un sistema valutativo che riesca a tenere insieme, e legati, entrambi questi elementi si propone, quindi, finalità valutative tanto riepilogative che formative, considerato che – con estrema semplificazione – le domande valutative diventano due, ognuna delle quali insiste su una diversa dimensione:

- 1) Che risultati ho ottenuto? → Valutazione *riepilogativa*
- 2) Come sono arrivato a questi risultati? → Valutazione *formativa*

Se il Piano Integrato di Salute rappresenta lo strumento unitario e partecipato attraverso il quale le comunità locali governano la salute collettiva ed interagiscono con il sistema dei servizi, attraverso il ruolo di coordinamento esercitato dall'Ufficio di Piano (DGRT 269/2019), analogamente la sua valutazione richiede un processo partecipato,

sotto la guida di un'infrastruttura tecnica in grado di guidare e finalizzare l'intero processo di autovalutazione per individuare obiettivi di miglioramento.

Il processo di valutazione così disegnato, quindi, valorizza le specificità contestuali collocandole però all'interno di un quadro valutativo omogeneo per le Zone distretto, grazie alla presenza di griglie standard – di matrice mista quantitativa/qualitativa – che rispetto a dimensioni predefinite chiama l'infrastruttura tecnica che coordina l'autovalutazione a un processo di diagnosi interna, con il coinvolgimento dei soggetti interessati, sia su indicatori quantitativi (omogenei nel contenuto informativo per l'intero territorio regionale) che sulle dimensioni più processuali.

La natura mista quantitativa/qualitativa delle griglie standard potrebbe quindi chiamare la valutazione a rappresentare le informazioni su una determinata area in maniera "narrativa", esprimendo però un punteggio di autovalutazione all'interno di una scala numerica dove, ai diversi punteggi, sono associati dei giudizi in grado di richiamare elementi di valore predefiniti. Rispetto alle aree valutative caratterizzate da maggiori criticità, la Zona è quindi chiamata ad esprimere obiettivi di miglioramento verso cui orientare le Organizzazioni.

Tale struttura di modello valutativo incentiva un forte dialogo interno tra la tecnostruttura e i servizi, innescando processi di apprendimento e miglioramento continui dei processi e dei servizi offerti.

Lo strumento di autovalutazione

Lo strumento di autovalutazione individua, sulla base dell'esperienza delle due precedenti annualità di Programmazione operativa (2017-2018; 2019) e di Pianificazione strategica (Piani Integrati di Salute 2020-2022), alcune aree trasversali di interesse per l'osservazione, l'autodiagnosi e i processi di miglioramento che investono le Zone distretto.

Area valutativa	Descrizione
Obiettivi di Salute	Modalità di costruzione e condivisione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio, nonché i meccanismi che ne consentono il loro monitoraggio e valutazione.
Coerenza con la Programmazione multilivello	Forme e intensità del raccordo tra la Programmazione zonale e quella degli altri livelli territoriale e istituzionali (regionale, di Area Vasta e aziendale).
Governance istituzionale e territoriale	Governance e integrazione tra i diversi attori delle comunità territoriali, dal livello istituzionale fino ai cittadini e al Terzo settore.
Coinvolgimento e partecipazione della Comunità	Istituti di partecipazione, coinvolgimento di cittadini e Terzo settore nei processi di co-programmazione, co-progettazione e valutazione dei servizi.
Processi professionali	Percorsi assistenziali, profili assistenziali e processi professionali.
Dotazione risorse professionali	Quantificazione e qualificazione delle risorse professionali; formazione.
Dotazione risorse economiche	Quantificazione e qualificazione delle risorse economiche.
Profilo di salute e risposta dei Servizi	Quadro di salute della comunità di riferimento e risposta dei servizi.

Per ognuna di queste aree viene definita una scala di valutazione a 7 livelli (da "1=Molto critica" a "7=Eccellente"), in cui agli intervalli dispari (1, 3, 5, 7) viene associata una descrizione analitica, una sorta di guida all'espressione del giudizio, che richiama i criteri² da considerare. Gli intervalli pari della scala (2, 4, 6) rappresentano valori valutativi intermedi che contemperano i giudizi espressi all'interno dei livelli valutativi precedente e successivo.

² In ambito valutativo, possiamo definire il criterio come carattere, proprietà o conseguenza di un intervento pubblico sulle cui basi sarà formulato un giudizio. Per essere usato in valutazione un criterio deve essere accompagnato da una norma (livello di successo al quale un intervento sarà considerato buono sulla base del criterio). Cfr. Means, *Evaluating socio-economic programmes*, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 1999, 61

Le singole descrizioni dei giudizi difficilmente saranno in grado di fotografare le situazioni reali, i cui livelli di complessità trascendono la capacità di rappresentazione di tale strumento. Per tale motivo, occorrerà fare riferimento a un livello della scala che si avvicini in misura “prevalente” alla situazione presente all’interno della Zona distretto rispetto all’area considerata. Anche per questo motivo, l’espressione del giudizio all’interno della griglia valutativa dovrà essere accompagnato da un testo che motivi il giudizio assegnato e che, soprattutto, riporti in maniera più puntuale la situazione reale.

Accanto all’espressione del giudizio, si auspica l’individuazione di obiettivi di miglioramento, che dovrà riguardare in misura prioritaria quelle aree caratterizzate dalla presenza di maggiori criticità.

Lo strumento, secondo i principi della valutazione formativa, intende quindi guidare la Zona all’interno di un processo di autodiagnosi in cui l’espressione di un giudizio valutativo diventa funzionale a processi di miglioramento degli assetti organizzativi e dell’offerta di servizi presenti sul territorio.

<i>Griglia di valutazione area: OBIETTIVI DI SALUTE</i>	<i>Giudizio</i>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato poco o solo in maniera formale alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio. Questi ultimi risultano scollegati dalla lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio.</p> <p>Non è stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute.</p>	<p>① Molto critica</p>
	<p>②</p>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio, anche se in maniera non integrata. La determinazione degli obiettivi di salute proviene solo parzialmente dalla lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio.</p> <p>Non è stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute.</p>	<p>③ Con qualche criticità</p>
	<p>④</p>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato congiuntamente alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio. Questi ultimi sono stati costruiti attraverso la lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio.</p> <p>È stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute, con l'individuazione di indicatori.</p>	<p>⑤ Positiva</p>
	<p>⑥</p>
<p>I livelli istituzionali (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci) e comunitari (Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, cittadini) hanno partecipato congiuntamente alla determinazione delle linee strategiche e degli obiettivi di salute del territorio. Questi ultimi sono stati costruiti attraverso la lettura del quadro epidemiologico, dei bisogni di salute e dell'offerta dei servizi del territorio, mettendoli in relazione con uno scenario più ampio di sviluppo che tenga conto anche di temi e politiche legati ai determinanti di salute (scuola, lavoro, ambiente, ...).</p> <p>È stato strutturato un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute, con il coinvolgimento degli stakeholder secondo metodologie di natura partecipativa.</p>	<p>⑦ Eccellente</p>

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

Griglia di valutazione area: COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO (REGIONALE, DI AREA VASTA E AZIENDALE)	<i>Giudizio</i>
La Programmazione strategica pluriennale (PIS/PIZ) e operativa annuale (POA) sono state condotte senza alcun confronto e scambio rispetto alla programmazione regionale di settore (PSSIR) e a quelle di Area Vasta e di Azienda Sanitaria.	① Molto critica
	②
La Programmazione strategica pluriennale (PIS/PIZ) e operativa annuale (POA) sono state condotte attraverso un parziale confronto rispetto alla programmazione regionale di settore (PSSIR) e a quelle di Area Vasta e di Azienda Sanitaria, il quale tuttavia non ha prodotto significativi impatti rispetto al ciclo programmatico di Zona.	③ Con qualche criticità
	④
La Programmazione strategica pluriennale (PIS/PIZ) e operativa annuale (POA) sono state condotte attraverso un confronto e scambio continuativo rispetto alla programmazione regionale di settore (PSSIR) e a quelle di Area Vasta e di Azienda Sanitaria, producendo anche un riorientamento degli obiettivi e delle azioni programmate, sulla base degli indirizzi prodotti a livello regionale e di azienda sanitaria.	⑤ Positiva
	⑥
La Programmazione strategica pluriennale (PIS/PIZ) e operativa annuale (POA) sono state condotte attraverso un confronto rispetto alla programmazione regionale di settore (PSSIR) e a quelle di Area Vasta e di Azienda Sanitaria, anche attraverso gruppi di lavoro che sono stati orientati in maniera specifica agli obiettivi della Programmazione multilivello. La Programmazione di zona, attraverso l'Ufficio di Piano, si coordina in maniera permanente con gli altri strumenti di ciclo programmatico sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale.	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

<i>Griglia di valutazione area: GOVERNANCE ISTITUZIONALE E TERRITORIALE</i>	<i>Giudizio</i>
Le sedi e gli strumenti di governance (Assemblea SdS, Conferenza dei Sindaci, Comitati di partecipazione, ...) non sono ancora riusciti ad attivare un dialogo tra i diversi soggetti del mondo istituzionale, tecnico/professionale e comunitario del territorio.	① Molto critica
	②
Le sedi e gli strumenti di governance sono utilizzati, anche se non tutti i soggetti coinvolti sono partecipi in misura pro-attiva all'interno di tali sedi. Pur in presenza di momenti e processi di lavoro comune, i diversi soggetti del mondo istituzionale, tecnico/professionale e comunitario del territorio operano prevalentemente in maniera poco integrata.	③ Con qualche criticità
	④
La governance dei processi che investono le materie socio-sanitarie, socio-assistenziali e della sanità territoriale del territorio coinvolge in maniera attiva e positiva gli attori del territorio, a partire dal livello comunitario (cittadini e Terzo settore), fino a quello tecnico/professionale e istituzionale. Ognuno, per proprio ruolo e competenze, agisce un'azione integrata rispetto a quella degli altri attori, anche grazie a una buona attività informativa/comunicativa che i soggetti istituzionali riescono ad attuare nei confronti degli altri Enti e della cittadinanza.	⑤ Positiva
	⑥
La concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e tra questi e la cittadinanza rappresentano un metodo di lavoro consolidato ed efficace rispetto alla programmazione, monitoraggio e valutazione degli assetti relativi agli ambiti socio-sanitario, socio-assistenziale e della sanità territoriale. Le sedi e gli strumenti di governance operano secondo modelli di costruzione partecipata e comunitaria delle politiche per la salute, operando in un'ottica di stretta integrazione dei servizi.	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

Griglia di valutazione area: COINVOLGIMENTO E PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ	Giudizio
Non sono stati costituiti gli organi previsti dagli istituti partecipativi di Società della Salute/Zona distretto. La co-programmazione e la co-progettazione non sono praticate, o lo sono soltanto in maniera episodica. Non sono previste/organizzate forme di coinvolgimento dell'utenza e dei cittadini alla programmazione e valutazione dei servizi.	① Molto critica
	②
Sono stati costituiti gli organi partecipativi della Società della Salute/Zona distretto, ma la partecipazione del Terzo settore risulta scarsa e poco rappresentativa del tessuto associativo locale. La co-programmazione e la co-progettazione sono praticate in maniera episodica. Sono previste/organizzate, anche se non in maniera strutturata, forme di coinvolgimento dell'utenza e dei cittadini alla programmazione e valutazione dei servizi.	③ Con qualche criticità
	④
Gli istituti partecipativi di Società della Salute/Zona distretto esercitano le proprie funzioni previste dalla legge, con una buona partecipazione e rappresentatività del Terzo settore locale. La co-programmazione e co-progettazione sono praticate in maniera strutturata, ma solo su alcuni temi. L'utenza e i cittadini partecipano attivamente alla programmazione e valutazione dei servizi, attraverso gli strumenti/momenti previsti dalla Zona.	⑤ Positiva
	⑥
Gli istituti partecipativi di Società della Salute/Zona distretto esercitano le proprie funzioni previste dalla legge, con una buona collaborazione/sinergia con le Istituzioni ed esprimendo una buona partecipazione e rappresentatività del Terzo settore locale. La co-programmazione e co-progettazione sono praticate in maniera strutturata. L'utenza e i cittadini partecipano attivamente alla programmazione e valutazione dei servizi, attraverso gli strumenti/momenti previsti dalla Zona. Sono realizzati strumenti/momenti di accountability rispetto all'organizzazione e gestione dei servizi.	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

<i>Griglia di valutazione area: PROCESSI PROFESSIONALI</i>	<i>Giudizio</i>
All'interno dei servizi non è stata definita in maniera formalizzata larga parte dei percorsi assistenziali, dei profili assistenziali e dei processi professionali.	① Molto critica
	②
All'interno dei servizi è stata definita in maniera formalizzata solo una parte dei percorsi assistenziali, dei profili assistenziali e dei processi professionali, comunque in maniera non integrata tra sociale e sanitario. La maggior parte dei processi professionali poggia sul ruolo di figure carismatiche e/o sull'utilizzo di prassi sedimentate.	③ Con qualche criticità
	④
All'interno dei servizi è stata definita in maniera formalizzata una parte rilevante dei percorsi assistenziali, dei profili assistenziali e dei processi professionali, anche attraverso il tentativo di integrazione tra sociale e sanitario. L'utilizzo di Linee guida, procedure e protocolli rappresenta una modalità di lavoro comune a molte equipe professionali e multiprofessionali.	⑤ Positiva
	⑥
All'interno dei servizi è stata definita in maniera formalizzata la pressoché totalità dei percorsi assistenziali, dei profili assistenziali e dei processi professionali, attraverso il tentativo sistematico di integrare processi e risposte del sociale e del sanitario. L'utilizzo di Linee guida, procedure e protocolli rappresenta la modalità di lavoro privilegiata per le equipe professionali e multiprofessionali.	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

<i>Griglia di valutazione area: DOTAZIONE RISORSE PROFESSIONALI</i>	<i>Giudizio</i>
Le risorse umane risultano sottodimensionate dal punto di vista quantitativo negli ambiti professionali, amministrativi e tecnici, con un impatto negativo sul sistema di offerta dei servizi. Dal punto di vista delle competenze necessarie, risultano scoperte alcune aree e i piani formativi non sono pienamente efficaci rispetto all'aggiornamento professionale.	① Molto critica
	②
Dal punto di vista quantitativo, le risorse umane risultano essere poco al di sotto dei fabbisogni professionali, amministrativi e tecnici. Per quanto concerne le competenze necessarie risultano scoperte alcune aree, ma anche attraverso i piani formativi la SdS/ZD sta tentando di colmare tali lacune, perseguendo allo stesso tempo l'aggiornamento professionale del proprio personale.	③ Con qualche criticità
	④
Dal punto di vista quantitativo, le risorse umane risultano essere in linea con i fabbisogni professionali, amministrativi e tecnici, coprendo complessivamente tutte le aree di competenze richieste per l'assetto locale dei servizi. I piani formativi sono programmati rispetto alle esigenze individuate dai livelli direzionali.	⑤ Positiva
	⑥
Le risorse umane risultano adeguate dal punto di vista quantitativo negli ambiti professionali, amministrativi e tecnici, con un impatto positivo sul sistema di offerta dei servizi. Dal punto di vista delle competenze necessarie, risultano coperte tutte le aree e i piani formativi sono pienamente efficaci rispetto all'aggiornamento professionale.	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

<i>Griglia di valutazione area: DOTAZIONE RISORSE ECONOMICHE</i>	<i>Giudizio</i>
Le risorse economiche non sono adeguate ad organizzare una risposta assistenziale efficace; il territorio non riesce ad intercettare risorse ulteriori destinate all'offerta di servizi, derivanti da progettazione su bandi di diversa natura (europea, nazionale, regionale, privata, ...).	① Molto critica
	②
Le risorse economiche non sono adeguate ad organizzare una risposta assistenziale pienamente efficace; il territorio riesce ad intercettare solo in maniera sporadica risorse ulteriori destinate all'offerta di servizi, derivanti da progettazione su bandi di diversa natura (europea, nazionale, regionale, privata, ...).	③ Con qualche criticità
	④
Le risorse economiche risultano adeguate ad organizzare una risposta assistenziale efficace; il territorio riesce ad intercettare con una certa efficacia risorse ulteriori destinate all'offerta di servizi, derivanti da progettazione su bandi di diversa natura (europea, nazionale, regionale, privata, ...).	⑤ Positiva
	⑥
Le risorse economiche risultano adeguate ad organizzare una risposta assistenziale pienamente efficace; il territorio riesce ad intercettare con regolarità risorse ulteriori destinate all'offerta di servizi, derivanti da progettazione su bandi di diversa natura (europea, nazionale, regionale, privata, ...).	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

<i>Griglia di valutazione area: PROFILO DI SALUTE E RISPOSTA DEI SERVIZI</i>	<i>Giudizio</i>
Il territorio presenta un quadro epidemiologico della popolazione con criticità in molti ambiti di riferimento. L'adesione ai programmi di prevenzione e promozione della salute risulta essere scarsa. La risposta dei servizi risulta insufficiente rispetto alla domanda di assistenza.	① Molto critica
	②
Il territorio presenta un quadro epidemiologico della popolazione con criticità in alcuni ambiti di riferimento. L'adesione ai programmi di prevenzione e promozione della salute risulta essere inferiore ai valori medi regionali. La risposta dei servizi presenta degli aspetti di miglioramento in alcune aree per poter rispondere meglio alla domanda di assistenza.	③ Con qualche criticità
	④
Il territorio presenta un quadro epidemiologico della popolazione che non presenta particolari criticità in molti ambiti di riferimento. L'adesione ai programmi di prevenzione e promozione della salute risulta essere in media rispetto ai valori medi regionali, o comunque in crescita. La risposta dei servizi risulta adeguata rispetto alla domanda di assistenza.	⑤ Positiva
	⑥
Il territorio presenta un quadro epidemiologico della popolazione che non presenta particolari criticità in molti ambiti di riferimento. L'adesione ai programmi di prevenzione e promozione della salute risulta essere al di sopra dei valori medi regionali. La risposta dei servizi risulta adeguata rispetto alla domanda di assistenza e sono in atto innovazioni di processi e servizio con l'obiettivo di qualificare ulteriormente il quadro dell'offerta.	⑦ Eccellente

Motivazione del giudizio assegnato

Obiettivi di miglioramento

Indicatori a supporto dei Profili di Salute

La lettura dei bisogni di salute e del contesto della comunità rappresenta un tassello fondamentale per la programmazione dei territori. I bisogni di salute rappresentano infatti il principale determinante della domanda di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale e quindi anche dell'allocazione delle risorse ad essa destinate per soddisfare i bisogni stessi. La capacità di misurare il bisogno diventa quindi un elemento rilevante della programmazione. Dati validati, provenienti da flussi consolidati e disponibili sia in un arco temporale medio lungo, sia tra territori diversi, rappresentano una fonte informativa necessaria per la costruzione di tale lettura dei bisogni. In questi termini, Regione Toscana mette a disposizione, in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, l'Osservatorio Sociale Regionale, il Centro Regionale per l'infanzia e l'Adolescenza e il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, un set di indicatori validati utili ai territori per la programmazione dei Piani Integrati di Salute e dei Piani di Zona. Gli obiettivi di tale set di indicatori a supporto dei Profili di salute sono principalmente tre:

- fornire una serie di dati ed informazioni comuni tra i diversi territori attraverso alcuni indicatori selezionati in benchmarking;
- facilitare la lettura del dato a favore di una più concreta e contestualizzata programmazione e valutazione dei servizi e percorsi;
- valorizzare le informazioni raccolte da diversi settori e istituti in maniera sistematica con ritorno ai territori.

Il Profilo di Salute risulta così composto da due set di indicatori che rispondono a due bisogni di lettura dei territori:

a) lo Stato di Salute, che raggruppa indicatori per il monitoraggio della salute della popolazione;

b) il Ricorso ai Servizi, che raggruppa indicatori per il monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali.

Entrambi i set di indicatori sono a loro volto strutturati in macro- dimensioni di analisi che raggruppano indicatori coerenti in termini di contenuti analizzati. E' utile ricordare, infatti, che i bisogni di salute di una popolazione e di una comunità sono influenzati di diversi determinanti. Si fa spesso riferimento ai determinanti sociali di salute, tra cui sono ricompresi fattori quali comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso e qualità dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici. Le dimensioni di analisi dei due set di indicatori fanno riferimento a tale modello concettuale, oltre che ai vari target di popolazione.

Il set di indicatori è stato selezionato con un processo di condivisione e validazione sia tra gli Istituti preposti al calcolo, sia con direttamente con i territori.

Indicatori a supporto dei Profili di Salute: Stato di salute

In questa sezione si presentano in maniera schematica gli indicatori (circa 50) curati da ARS, Osservatorio Sociale Regionale, Istituto degli Innocenti, organizzati in modo da poterne cogliere una definizione sintetica, il metodo di calcolo(formula) e la fonte/fornitore del dato (con indicazione di eventuali elaborazioni).

Gli indicatori sono raggruppati nelle le seguenti aree:

Demografia;
 Determinanti di Salute;
 Famiglie e minori;
 Stranieri;
 Stato di salute Generale;
 Cronicità;
 Disabilità e Non autosufficienza;
 Salute Mentale;
 Materno Infantile;
 Prevenzione.

Area: Demografia			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Tasso di natalità</u>	Il tasso di natalità misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (normalmente un anno) ed è calcolato come rapporto tra il numero dei nati in quel periodo e la popolazione residente.	Numeratore: Numero di nuovi nati nell'anno. Denominatore: Popolazione residente al 31/12. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni ARS su dati Istat. Fornitore: ARS
<u>Indice di vecchiaia</u>	L'indice di vecchiaia misura la velocità di ricambio demografico di una popolazione, confrontando gli anziani (65+ anni) con i giovani sotto i 15 anni d'età.	Numeratore: Popolazione 65+ residente al 1/1. Denominatore: Popolazione 0-14 residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni ARS su dati Istat. Fornitore: ARS.
<u>Percentuale di over74enni</u>	Percentuale di anziani >= 75 anni sul totale della popolazione.	Numeratore: Popolazione 75+ residente al 1/1. Denominatore:Popolazione	Fonte: Elaborazioni ARS su dati Istat.

		residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. totale	Fornitore: ARS.
Determinanti di salute			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Tasso di pensioni sociali e assegni sociali</u>	Il tasso di pensioni e assegni sociali misura le possibili difficoltà economiche della popolazione anziana	Numeratore: Numero di pensioni e assegni sociali al 31/12. Denominatore: Popolazione 65+ residente al 31/12. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: INPS - Osservatorio sulle pensioni. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Reddito imponibile medio</u>	Il reddito medio imponibile IRPEF per contribuente è una misura proxy della disponibilità economica dei residenti.	Numeratore: Ammontare complessivo dei redditi imponibili al 31/12. Denominatore: Numero contribuenti al 31/12. Tipo misura: Media pro-capite.. Dettaglio: Pop. totale	Fonte: Ministero Economia e Finanze. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale. Note: Reddito imponibile è il valore sul quale si applica l'aliquota per determinare l'addizionale regionale e comunale dovuta.
<u>Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS</u>	L'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS è una misura proxy della disponibilità economica degli anziani residenti.	Numeratore: Importo complessivo mensile delle pensioni erogate dall'INPS al 31/12. Denominatore: Numero di pensioni al 31/12. Tipo misura: Media pro-capite. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: INPS - Osservatorio sulle pensioni. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Tasso di famiglie che chiedono integrazione canoni di locazione</u>	L'indicatore ha una duplice valenza: rivela difficoltà delle famiglie sia in termini di disagio economico (insufficienza di mezzi economici per far fronte all'atto) che in chiave di disagio abitativo (rischio di perdita dell'abitazione per	Numeratore: Numero di domande presentate per integrazione canone locazione al 31/12. Denominatore: Numero famiglie residenti al 31/12. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	Fonte: Regione Toscana. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale. Note: Integrazione canoni di locazione ex LR 431/98.

	morosità incolpevole).	Dettaglio: Pop. Totale.	
<u>Tasso grezzo di disoccupazione</u>	Il tasso grezzo di disoccupazione, che mette in rapporto gli iscritti ai Centri per l'Impiego disponibili al lavoro con la popolazione in età attiva (15-64 anni), è un indicatore di disagio lavorativo che misura la disoccupazione cosiddetta 'amministrativa'.	Numeratore: Numero dei disponibili rilevati ai Centri per l'Impiego al 31/12. Denominatore: Popolazione residente in età attiva (15-64 anni) al 31/12. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Osservatorio regionale Mercato del Lavoro. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Indice di presenza del terzo settore formalizzato</u>	La presenza del terzo settore formalizzato - ossia il rapporto tra organizzazioni iscritte ai registri regionali (volontariato, promozione sociale e coop sociali) per 10.000 residenti - fornisce una misura di diffusione del capitale sociale sul territorio.	Numeratore: Numero organizzazioni iscritte agli albi regionali (Volontariato, Promozione sociale, Cooperative sociali) al 31/12. Denominatore: Popolazione residente al 31/12. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 10.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Sistema Informatico Terzo Settore. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale. Note: Anno 2011 mancante.
<u>Percentuale di famiglie con ISEE <6.000 Euro</u>	La percentuale di nuclei familiari che ha presentato una Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fine Isee sotto i 6.000 € è un indicatore della situazione economica e patrimoniale che descrive la condizione di povertà dei nuclei familiari	Numeratore: Dichiarazioni Sostitutive Uniche (DSU) ai fini ISEE inferiori a 6.000 € Denominatore: Numero famiglie residenti al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: INPS Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Percentuale di 14-19enni che consuma 3+ porzioni di frutta e verdura al giorno</u>	L'OMS consiglia 400 grammi al giorno, corrispondenti a circa 5 porzioni, per seguire una dieta sana e prevenire particolari rischi cardiovascolari. L'indicatore misura la percentuale di adolescenti che consuma almeno 3	Numeratore: Ragazzi 14-19enni che riferiscono di consumare almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno. Denominatore: Totale campione 14-19enni intervistato. Tipo misura: Rapporto.	Fonte: Indagine Edit ARS. Fornitore: ARS. Note: i dati sono stati proiettati alla popolazione 14-19enne Istat utilizzando pesi campionari. I valori al numeratore possono essere interpretati come

	porzioni giornaliere.	Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	casi attesi nella popolazione 14-19enne.
<u>Percentuale di 14-19enni obesi</u>	L'obesità è definita secondo l'Indice di massa corporea (Imc), calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato. L'indicatore misura la percentuale di adolescenti che rientrano nella fascia dell'obesità.	Numeratore: Ragazzi 14-19enni obesi (sulla base dell'indice di massa corporea). Denominatore: Totale campione 14-19enni intervistato. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Indagine Edit ARS. Fornitore: ARS. Note: i dati sono stati proiettati alla popolazione 14-19enne Istat utilizzando pesi campionari. I valori al numeratore possono essere interpretati come casi attesi nella popolazione 14-19enne.
<u>Percentuale di 14-19enni che non pratica attività fisica</u>	L'indicatore misura la percentuale di adolescenti che non pratica alcuna attività fisica durante una settimana normale.	Numeratore: Ragazzi 14-19enni che in una settimana normale non praticano mai attività sportiva per almeno 1 ora. Denominatore: Totale campione 14-19enni intervistato. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Indagine Edit ARS. Fornitore: ARS. Note: i dati sono stati proiettati alla popolazione 14-19enne Istat utilizzando pesi campionari. I valori al numeratore possono essere interpretati come casi attesi nella popolazione 14-19enne.
<u>Percentuale di 14-19enni fumatori regolari</u>	L'indicatore misura la percentuale di fumatori regolari tra gli adolescenti. Per fumatore regolare, si intende un ragazzo che fuma e compra regolarmente sigarette o tabacco.	Numeratore: Ragazzi 14-19enni che fumano e comprano regolarmente sigarette. Denominatore: Totale campione 14-19enni intervistato. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. totale	Fonte: Indagine Edit ARS. Fornitore: ARS. Note: i dati sono stati proiettati alla popolazione 14-19enne Istat utilizzando pesi campionari. I valori al numeratore possono essere interpretati come casi attesi nella popolazione 14-19enne.
<u>Percentuale di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers)</u>	L'indicatore misura la percentuale di adolescenti che fa consumo di alcol eccedentario. Il consumo eccedentario è definito come il bere molto alcool in un tempo limitato	Numeratore: Ragazzi 14-19enni che nell'ultimo mese hanno bevuto 5 o più bicchieri di alcol in un'unica occasione (binge drinking). Denominatore: Totale campione 14-19enni	Fonte: Indagine Edit ARS. Fornitore: ARS. Note: i dati sono stati proiettati alla popolazione 14-19enne Istat utilizzando pesi campionari. I valori al

	(binge drinkers).	intervistato. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	numeratore possono essere interpretati come casi attesi nella popolazione 14-19enne.
<u>Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope</u>	L'indicatore misura la percentuale di adolescenti che ha consumato almeno una sostanza psicotropa nell'anno.	Numeratore: Ragazzi 14-19enni che hanno consumato almeno una sostanza psicotropa illegale nell'anno. Denominatore: Totale campione 14-19enni intervistato. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Indagine Edit ARS. Fornitore: ARS. Note: i dati sono stati proiettati alla popolazione 14-19enne Istat utilizzando pesi campionari. I valori al numeratore possono essere interpretati come casi attesi nella popolazione 14-19enne.
<u>Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne</u>	L'indicatore mette in relazione il totale della raccolta (quanto viene giocato, indipendentemente da vincite e perdite) della rete fisica dei giochi d'azzardo (il gioco via web non è territorialmente imputabile) con la popolazione maggiorenne (escludendo il target dei minori, che legalmente non possono giocare) individuando il giocato medio annuo pro-capite in €, misura proxy della propensione al gioco di azzardo in un territorio.	Numeratore: Raccolta della rete fisica del gioco d'azzardo Denominatore: Popolazione 18+ anni residente al 1/1 Tipo misura: Media pro-capite. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Agenzia dei Monopoli (AAMS) Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
Area: Famiglie e minori			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Percentuale di minori residenti</u>	L'indicatore misura la percentuale di minori sulla popolazione residente. Questa risente del trend degli indicatori demografici di natalità e invecchiamento.	Numeratore: Popolazione <18 residente al 1/1. Denominatore: Popolazione residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni ARS su dati Istat. Fornitore: ARS.

<u>Indice di instabilità matrimoniale</u>	L'indice di instabilità matrimoniale mette in rapporto percentuale i residenti divorziati con i residenti maggiorenni e misura soltanto una parte dell'instabilità che può interessare i contesti familiari.	Numeratore: Numero di divorziati al 31/12. Denominatore: Popolazione 18+ residente al 31/12. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Istat. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Indicatore di Lisbona servizi educativi infanzia</u>	L'indicatore di Lisbona rappresenta una misura di riferimento europea per la definizione di standard all'interno dei servizi educativi all'infanzia (nido e servizi integrativi) e prevede un obiettivo del 33% (considerando i bambini accolti, gli anticipatori ed i ritirati) come risposta da parte dei servizi sul totale dei bambini in età 3-36 mesi.	Numeratore: Bambini accolti nei servizi educativi all'infanzia (iscritti+bambini ritirati+bambini anticipatori) nell'anno educativo di riferimento. Denominatore: Popolazione 3-36 mesi residente al 31/12. Tipo misura Rapporto Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Osservatorio regionale Educazione e Istruzione. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Esiti negativi scuola secondaria di II grado</u>	L'insuccesso scolastico (insieme al ritardo e all'abbandono scolastico) è un elemento direttamente collegato al più complesso fenomeno della dispersione scolastica, relativo soprattutto alle scuole secondarie di secondo grado.	Numeratore: Studenti scuola secondaria di II grado che hanno registrato un esito negativo nell'anno scolastico di riferimento. Denominatore: Totale studenti iscritti alla scuola secondaria di II grado nell'anno scolastico di riferimento. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Osservatorio regionale Educazione e Istruzione. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Tasso di minori in affidamento familiare al 31/12 (al netto dei Minori Stranieri non accompagnati - MSNA)</u>	L'indicatore misura il numero dei minori in affidamento familiare, considerati al netto dei minori stranieri non accompagnati, in carico ai servizi sociali territoriali toscani	Numeratore: Numero di minori in andamento familiare al 31/12 (al netto dei MSNA). Denominatore: Popolazione 0-17enne residente al 1/1 Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati delle zone distretto. Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.

<u>Tasso accolti in struttura residenziale socio educativa al 31/12 (al netto dei MSNA)</u>	L'indicatore misura il numero dei minori accolti in struttura residenziale socio educativa, considerati al netto dei minori stranieri non accompagnati, in carico ai servizi sociali territoriali toscani	Numeratore: Numero di minori in struttura residenziale socio educativa al 31/12 (al netto dei MSNA). Denominatore: Popolazione 0-17enne residente al 1/1. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati delle zone distretto. Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.
<u>Tasso di minori coinvolti in interventi di educativa domiciliare nell'anno</u>	L'indicatore misura i minori per i quali è stato attivato un intervento di educativa domiciliare. Si tratta delle tipologie di attività realizzate dai servizi sociali territoriali che negli ultimi anni in Toscana hanno registrato un forte aumento.	Numeratore: Numero di minori coinvolti in interventi di educativa domiciliare nel corso dell'anno. Denominatore: Popolazione 0-17 residente al 1/1. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati delle zone Distretto. Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.
<u>Indice di benessere relazionale con i pari (IBRP)</u>	L'indicatore misura la qualità delle proprie relazioni percepita dai ragazzi (11-17 anni).	Numeratore: Ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di essere molto soddisfatti del rapporto con gli amici. Denominatore: Totale campione intervistato. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati indagine "Essere ragazzi e ragazze in Toscana". Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.
<u>Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR)</u>	L'indicatore misura la frequenza con cui i ragazzi (11 – 17 anni) svolgono attività culturali o ricreative.	Numeratore: Ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di aver svolto, negli ultimi 12 mesi, 5+ delle seguenti attività: andare a teatro, al cinema, a musei/mostre, a concerti di musica, a spettacoli sportivi, visitare monumenti o siti archeologici, praticare sport in maniera continuativa. Denominatore: Totale	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati indagine "Essere ragazzi e ragazze in Toscana". Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.

		<p>campione intervistato.</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.</p> <p>Dettaglio: Pop. Totale.</p>	
<u>Soddisfazione complessiva nei rapporti con i genitori dei ragazzi di 11-17 anni</u>	L'indicatore misura la qualità delle relazioni con i propri genitori percepita dai ragazzi (11-17 anni).	<p>Numeratore: Ragazzi di 11-17 anni che complessivamente si dichiarano molto soddisfatti nei rapporti con i genitori.</p> <p>Denominatore: Totale campione intervistato.</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.</p> <p>Dettaglio: Pop. Totale.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati indagine "Essere ragazzi e ragazze in Toscana".</p> <p>Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.</p>
<u>Ragazzi di 11-17 anni che frequentano associazioni o gruppi</u>	L'indicatore misura la percentuale di ragazzi (11-17 anni) che frequentano attività associative o comunque gruppi organizzati.	<p>Numeratore: Ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di frequentare almeno un'associazione o gruppo.</p> <p>Denominatore: Totale campione intervistato.</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.</p> <p>Dettaglio: Pop. Totale.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati indagine "Essere ragazzi e ragazze in Toscana".</p> <p>Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.</p>
<u>Ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di commettere atti di violenza, bullismo e cyber bullismo a scuola</u>	L'indicatore misura la frequenza di azioni di bullismo o simili tra i ragazzi (11-17 anni).	<p>Numeratore: Ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di commettere atti di violenza, bullismo e cyber bullismo a scuola.</p> <p>Denominatore: Totale campione intervistato.</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.</p> <p>Dettaglio: Pop. Totale.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati indagine "Essere ragazzi e ragazze in Toscana".</p> <p>Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.</p>
<u>Donne che si sono rivolte ai Centri Antiviolenza per la prima volta nell'anno (Violenza di genere)</u>	Percentuale di donne che si sono rivolte per la prima volta ad uno dei Centri antiviolenza in Toscana, che svolgono attività di accoglienza, orientamento, assistenza	<p>Numeratore: Donne che si sono rivolte ai Centri Antiviolenza per la prima volta nell'anno.</p> <p>Denominatore: Numero donne residenti al 31/12</p> <p>Tipo misura: Tasso.</p>	<p>Fonte: Centri Antiviolenza - Regione Toscana</p> <p>Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.</p>

	psicologica e legale alle donne vittime di violenza, e ai/alle loro figli/e vittime di violenza assistita.	Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	
Stranieri			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Percentuale stranieri iscritti in anagrafe</u>	L'indicatore misura la componente di origine straniera all'interno della popolazione residente.	Numeratore: Popolazione straniera residente al 1/1. Denominatore: Popolazione residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni ARS su dati Istat. Fornitore: ARS.
<u>Percentuale di stranieri nelle scuole</u>	L'indicatore misura la percentuale di bambini e ragazzi stranieri iscritti nel ciclo scolastico regionale (scuole primaria e secondarie di I e II grado) e riflette a grandi linee la presenza straniera generale sul territorio.	Numeratore: Studenti stranieri iscritti alle scuole primarie e secondarie nell'anno scolastico di riferimento. Denominatore: Totale studenti iscritti alle scuole primarie e secondarie nell'anno scolastico di riferimento. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Osservatorio regionale Educazione e Istruzione. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Tasso grezzo di disoccupazione stranieri</u>	L'indicatore mette in rapporto percentuale gli iscritti stranieri ai Centri per l'Impiego in cerca di lavoro e i residenti stranieri in età 15-64 anni.	Numeratore: Numero di stranieri disponibili al lavoro iscritti ai Centri per l'Impiego al 31/12. Denominatore: Stranieri residenti in età attiva (15-64 anni) al 31/12. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Osservatorio regionale Mercato del Lavoro. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Percentuale MSNA (Minori stranieri non accompagnati) accolti in struttura residenziale socio educativa sul totale dei minori accolti in</u>	L'indicatore misura la percentuale di MSNA tra i minori accolti nelle strutture residenziali socio educative	Numeratore: Numero di MSNA accolti in struttura residenziale socio educativa al 31/12. Denominatore: Totale minori accolti in struttura residenziale socio educativa al 31/12.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati delle zone Distretto. Fornitore: Centro

<u>struttura</u>		Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.
<u>Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura il ricorso ai servizi ospedalieri della popolazione straniera. E' una misura proxy dello stato di salute.	Numeratore: Numero di ricoveri nell'anno tra gli stranieri residenti. Denominatore: Popolazione straniera residente al 1/1/. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000	Fonte: Elaborazioni ARS su flusso SDO regionale. Fornitore: ARS.
<u>Numero richiedenti la protezione internazionale accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria</u>	L'indicatore misura il numero dei richiedenti la protezione internazionale accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria	Numeratore: Numero dei richiedenti la protezione internazionale accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria. Denominatore: Popolazione residente al 1/1. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati Prefetture toscane. Fornitore: Prefetture toscane
<u>Percentuale di minori stranieri presi in carico dal servizio sociale territoriale sul totale dei minori presi in carico (il tutto al netto dei MSNA)</u>	L'indicatore misura la percentuale di minori stranieri presi in carico dal servizio sociale territoriale sul totale dei minori presi in carico (il tutto al netto dei MSNA)	Numeratore: Numero di minori stranieri (al netto dei MSNA) presi in carico dal servizio sociale territoriale. Denominatore: Numero di minori (al netto dei MSNA) presi in carico dal servizio sociale territoriale. Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Elaborazioni Centro regionale Infanzia e Adolescenza su dati delle zone Distretto. Fornitore: Centro regionale Infanzia e Adolescenza-Regione Toscana e Istituto degli Innocenti.
<u>Stato di salute generale</u>			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Tasso di ospedalizzazione generale</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e</u>	L'indicatore misura il ricorso ai servizi ospedalieri nella popolazione. E' una misura proxy dello stato di salute	Numeratore: Numero di ricoveri nell'anno. Denominatore: Popolazione residente al 1/1. Tipo misura: Tasso.	Fonte: Elaborazioni ARS su flusso SDO regionale. Fornitore: ARS.

<u>femmine</u>		<p>Coeff. Moltiplicativo: 1.000.</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p> <p>Pop. standard Toscana 2000.</p>	
<u>Tasso di ospedalizzazione per causa</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	<p>L'indicatore misura il ricorso ai servizi ospedalieri nella popolazione. E' una misura proxy dello stato di salute e fornisce informazioni sulla diffusionsi delle singole malattie</p>	<p>Numeratore: Numero di ricoveri nell'anno per causa.</p> <p>Denominatore: Popolazione residente al 1/1.</p> <p>Tipo misura: Tasso.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 1.000.</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p> <p>Pop. standard Toscana 2000.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ARS su flusso SDO regionale.</p> <p>Fornitore: ARS.</p>
<u>Tasso di mortalità generale</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	<p>L'indicatore misura il livello di mortalità nella popolazione. E' una misura dello stato di salute.</p>	<p>Numeratore: Numero di deceduti nel triennio.</p> <p>Denominatore: Popolazione residente nel triennio).</p> <p>Tipo misura: Tasso.</p> <p>Coeff. moltiplicativo : 100.000.</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschie/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p> <p>Pop. standard Toscana 2000.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ARS su Registro regionale mortalità.</p> <p>Fornitore: ARS.</p>
<u>Tasso di mortalità per causa</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	<p>L'indicatore misura il livello di mortalità nella popolazione. E' una misura dello stato di salute e fornisce il dettaglio dell'impatto delle singole patologie.</p>	<p>Numeratore: Numero di deceduti nel triennio per causa.</p> <p>Denominatore: Popolazione residente nel triennio.</p> <p>Tipo misura :Tasso.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.000.</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p> <p>Pop. standard Toscana 2000.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ARS su Registro regionale mortalità.</p> <p>Fornitore: ARS.</p>

<u>Speranza di vita alla nascita</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u>	La speranza di vita alla nascita è un indice sintetico dello stato di salute di una popolazione. Misura quanto può attendersi di vivere una persona appena nata in un determinato paese.	Dettaglio: Pop. Maschile/femminile	Fonte: Elaborazioni ARS su Registro regionale mortalità e Istat. Fornitore: ARS.
Area: Cronicità			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Prevalenza cronicità (almeno una patologia cronica)</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura la diffusione delle malattie croniche nella popolazione. 3	Numeratore: Numero di residenti 16+ con almeno una patologia cronica al 1/1. Denominatore: Popolazione 16+ residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro). Fornitore: ARS. Note: La popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.
<u>Prevalenza diabete</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura la diffusione del diabete nella popolazione.	Numeratore: Numero di residenti 16+ con diabete al 1/1. Denominatore: Popolazione 16+ residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro). Fornitore: ARS. Note: La popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.

³ Circa un terzo della popolazione toscana soffre di almeno una malattia cronica, tra quelle rilevabili tramite i dati dei flussi sanitari. Si tratta di 1 milione e 130mila persone, nella maggioranza anziani.

La presenza di malati cronici è più diffusa in molte zone della Asl Sud Est e alcune zone settentrionali della Asl Nord Ovest (Lunigiana, Apuane, Valle del Serchio), caratterizzate da una popolazione più anziana. Il numero di malati cronici non dipende solo dall'incidenza, ma anche dalla capacità di aumentare l'aspettativa di vita alla diagnosi grazie ad un'assistenza appropriata ed efficace nel prevenire eventi acuti. Il numero assoluto di cronici sul proprio territorio stima il carico assistenziale e permette di prevedere le risorse necessarie.

<p><u>Prevalenza scompenso cardiaco</u></p> <p><u>Maschi</u></p> <p><u>Femmine</u></p> <p><u>Maschi e femmine</u></p>	<p>L'indicatore misura la diffusione dello scompenso cardiaco nella popolazione.⁴</p>	<p>Numeratore: Numero di residenti 16+ con scompenso cardiaco al 1/1.</p> <p>Denominatore: Popolazione 16+ residente al 1/1.</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 1.000.</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p> <p>Pop. standard Toscana 2000.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro).</p> <p>Fornitore: ARS.</p> <p>Note: La popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.</p>
<p><u>Prevalenza ictus</u></p> <p><u>Maschi</u></p> <p><u>Femmine</u></p> <p><u>Maschi e femmine</u></p>	<p>L'indicatore misura la diffusione del pregresso ictus nella popolazione.</p>	<p>Numeratore: Numero di residenti 16+ con pregresso ictus al 1/1.</p> <p>Denominatore: Popolazione 16+ residente al 1/1.</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 1.000.</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p> <p>Pop. standard Toscana 2000.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro).</p> <p>Fornitore: ARS.</p> <p>Note: la popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.</p>
<p><u>Prevalenza cardiopatia ischemica</u></p> <p><u>Maschi</u></p> <p><u>Femmine</u></p> <p><u>Maschi e femmine</u></p>	<p>L'indicatore misura la diffusione della cardiopatia ischemica nella popolazione.</p>	<p>Numeratore: Numero di residenti 16+ con cardiopatia ischemica al 1/1.</p> <p>Denominatore: Popolazione 16+ residente al 1/1</p> <p>Tipo misura: Rapporto.</p> <p>Coeff. moltiplicativo 1.000</p> <p>Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.</p> <p>Standardizzazione: Età</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro).</p> <p>Fornitore: ARS.</p> <p>Note: la popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.</p>

⁴ A soffrire di scompenso cardiaco in Italia sono circa 600.000 persone e si stima che la sua frequenza raddoppi a ogni decade di età (dopo i 65 anni arriva al 10% circa). È dunque una condizione legata all'allungamento della vita media e la sua prevalenza aumenta di anno in anno a causa dell'invecchiamento generale della popolazione dovuto all'aumento della sopravvivenza e al miglioramento del trattamento dell'infarto del miocardio e delle malattie croniche (diabete, ipertensione ecc.) che lo provocano.

L'adozione di stili di vita che prevengano l'insorgenza di queste condizioni è dunque una strategia fondamentale per prevenire lo scompenso cardiaco. (Fonte: Ministero Salute)

		Pop. standard Toscana 2000.	
<u>Prevalenza BPCO</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura la diffusione della bronco pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) nella popolazione.	Numeratore: Numero di residenti 16+ con BPCO al 1/1. Denominatore : Popolazione 16+ residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. moltiplicativo 1.000 Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro). Fornitore: ARS. Note: La popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.
<u>Prevalenza demenza</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura la diffusione della demenza nella popolazione.	Numeratore: Numero di residenti 16+ con demenza al 1/1. Denominatore : Popolazione 16+ residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. moltiplicativo 1.000 Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	Fonte: Elaborazioni ARS su flussi sanitari (Archivio MaCro). Fornitore: ARS. Note: La popolazione residente è estratta dall'anagrafe sanitaria.
Area: Disabilità e non autosufficienza			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Prevalenza anziani residenti in RSA permanente</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura il ricorso ai servizi di residenzialità sanitaria assistita (RSA) tra gli anziani (65+ anni d'età). E' una misura proxy della non autosufficienza, pur cogliendo solo una parte del reale bisogno della popolazione.	Numeratore: Numero di residenti 65+ con almeno un giorno di assistenza in RSA permanente nell'anno. Denominatore: Popolazione 65+ residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età	Fonte: Elaborazioni ARS su flusso AD-RSA regionale. Fornitore: ARS.

		Pop. standard Toscana 2000.	
<u>Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura il ricorso ai servizi di assistenza domiciliare tra gli anziani (65+ anni d'età). E' una misura proxy della non autosufficienza, pur cogliendo solo una parte del reale bisogno della popolazione.	Numeratore: Numero di residenti 65+ con almeno una prestazione domiciliare nell'anno. Denominatore: Popolazione 65+ residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. moltiplicativo 1.000 Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	Fonte: Elaborazioni ARS su flusso AD-RSA regionale. Fornitore: ARS.
<u>Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale</u>	L'indicatore misura quanti persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale (con cartella sociale attiva) hanno ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale sulla popolazione residente in età 0-64 anni	Numeratore: persone con disabilità 0-64 anni in carico al servizio sociale professionale al 31/12. Denominatore: Popolazione 0-64 anni residente al 31/12 Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana – rilevazione sui soggetti disabili. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Incidenza di disabilità</u>	L'indicatore misura quante persone in età 0-64 anni nell'anno hanno avuto il primo accertamento di handicap (L. 104/92). E' una misura proxy dei nuovi potenziali utenti con disabilità dei servizi sociali professionali che annualmente viene certificata dalle Commissioni mediche di accertamento dell'INPS.	Numeratore: Persone con disabilità accertate ex l. 104/92 nell'anno Denominatore: Popolazione 0-64 residente al 1/1 Tipo misura: Tasso Coeff. Moltiplicativo: 1000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Flusso per la gestione delle domande di invalidità INPS Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
<u>Incidenza di disabilità grave</u>	L'indicatore misura quante persone in età 0-64 anni nell'anno hanno avuto il primo accertamento di handicap in gravità (L. 104/92). E' una misura proxy dei nuovi potenziali utenti con disabilità gravi	Numeratore: Persone con disabilità grave accertate ex l. 104/92 nell'anno Denominatore: Popolazione 0-64 residente al 1/1 Tipo misura: Tasso	Fonte: Flusso per la gestione delle domande di invalidità INPS Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.

	dei servizi sociali professionali che annualmente viene certificata in situazione di gravità dalle Commissioni mediche di accertamento dell'INPS.	Coeff. Moltiplicativo: 1000. Dettaglio: Pop. Totale.	
<u>Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I° grado</u>	L'indicatore misura la percentuale di bambini con disabilità iscritti nelle scuole primaria e secondaria di I grado rispetto al totale degli iscritti.	Numeratore: alunni con disabilità inseriti nelle scuole primarie e secondarie di I grado nell'anno scolastico di riferimento Denominatore: Alunni iscritti nelle scuole primarie e secondarie di I grado nell'anno scolastico di riferimento Tipo misura: Rapporto Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Regione Toscana - Osservatorio regionale Educazione e Istruzione. Fornitore: Osservatorio Sociale Regionale.
Area: Salute mentale			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale</u> _____ <u>Infanzia/adolescenza</u> _____ <u>Adulti</u> _____ <u>Totale</u>	L'indicatore misura il ricorso ai servizi per la salute mentale territoriali nella popolazione. E' una misura proxy del bisogno e dei problemi di salute mentale nella popolazione.	Numeratore: Numero di residenti con almeno un giorno di assistenza nei servizi di salute mentale territoriale nell'anno. Denominatore: Popolazione residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: infanzia/adolescenza (<18 anni)/adulti(18+)/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	Fonte: Elaborazioni ARS su flusso SALM regionale. Fornitore: ARS.
<u>Prevalenza uso di antidepressivi</u> _____ <u>Maschi</u> _____ <u>Femmine</u> _____ <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura la parte di popolazione che consuma farmaci antidepressivi in maniera continuativa. E' una misura proxy dei problemi di depressione nella popolazione.	Numeratore: Residenti che nell'anno hanno fatto uso continuativo di antidepressivi. Denominatore: Popolazione residente al 1/1. Tipo misura: Rapporto. Coeff. Moltiplicativo: 100. Dettaglio: Pop.	Fonte: Elaborazioni ARS su flussi SPF e FED regionale. Fornitore: ARS.

		Maschile/femminile/totale. Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	
Area: Materno infantile			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Tasso di mortalità infantile</u>	L'indicatore misura i decessi che avvengono nel primo anno di vita. E' un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione e, in particolare, della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale fornita alla madre e al bambino.	Numeratore: Numero di decessi nel primo anno di vita nel triennio. Denominatore: Nuovi nati nel triennio. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. totale.	Fonte: Elaborazioni ARS su flusso RMR. Fornitore: ARS
<u>Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso</u>	Il basso peso alla nascita (<2.500 grammi) è un importante indicatore della salute infantile in quanto associato ad una maggiore morbosità e mortalità. I bambini nati pretermine o di basso peso (in particolare di peso molto basso:<1.500grammi), rimangono a rischio più elevato di problemi motori e cognitivi nei primi anni di vita e anche in seguito, nonché di patologie croniche.	Numeratore: nati vivi di peso alla nascita inferiore a 1.500 gr. Denominatore: totale nati vivi Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100 Dettaglio: Pop. totale	Fonte: Elaborazioni ARS su dati RT Certificato assistenza al parto (CAP) Fornitore: ARS.
Area: Prevenzione			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>Tasso di mortalità evitabile</u> <u>Maschi</u> <u>Femmine</u> <u>Maschi e femmine</u>	L'indicatore misura l'incidenza delle morti evitabili nella popolazione. Per morti evitabili si intendono quei decessi, classificati su base amministrativa e non clinica, che sono considerati evitabili con opportuni interventi di prevenzione, diagnosi e	Numeratore: Numero di decessi evitabili nel triennio. Denominatore: Popolazione residente nel triennio. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.000. Dettaglio: Pop. Maschile/femminile/totale.	Fonte: Elaborazioni ARS su Registro regionale mortalità. Fornitore: ARS.

	cura, igiene generale.	Standardizzazione: Età Pop. standard Toscana 2000.	
<u>Infortuni sul lavoro indennizzati</u>	L'indicatore misura l'incidenza degli infortuni nella popolazione lavorativa.	Numeratore: Numero di infortuni sul lavoro indennizzati nell'anno. Denominatore: Popolazione in età attiva (15-64 anni) residente al 1/1. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Cerimp. Fornitore: ARS.
<u>Rapporto di lesività degli incidenti stradali</u>	L'indicatore misura il livello di gravità degli incidenti stradali, contando le persone che hanno riportato almeno un infortunio.	Numeratore: Numero di infortuni in incidenti stradali nell'anno. Denominatore: Numero di incidenti stradali nell'anno. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000. Dettaglio: Pop. Totale.	Fonte: Istat. Fornitore: ARS.

Indicatori a supporto dei Profili di salute: Ricorso ai servizi

In questa sezione si presentano in maniera schematica gli indicatori curati dal MES – S. Anna di Pisa (tratti dal Sistema di Valutazione della Performance del sistema sociosanitario della Regione Toscana MES per le SDS/Zone Distretto), relativi alla rete dei servizi e degli interventi zonal, per le seguenti aree:

Prevenzione e promozione della salute;
 Gestione delle principali patologie croniche;
 Assistenza Domiciliare e Residenziale agli Anziani;
 Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica;
 Assistenza consultoriale e percorso materno infantile;
 Assistenza farmaceutica territoriale;
 Salute Mentale e Dipendenze.

Area: Prevenzione e promozione della salute			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>B5.1.2 Adesione allo screening mammografico</u>	Percentuale di donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate.	<p>Numeratore: N. donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni che hanno partecipato allo screening mammografico a seguito di un invito effettuato nell'anno precedente all'oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento).</p> <p>Denominatore: (N. donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione – N. inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. Donne escluse dopo l'invito).⁵</p> <p>Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ISPO su flussi regionali screening</p> <p>Fornitore: MeS</p>
<u>B5.2.2 Adesione allo screening della cervice uterina</u>	Percentuale di donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate.	<p>Numeratore: N. donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ISPO su flussi regionali screening</p> <p>Fornitore: MeS</p>

⁵ Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS

		<p>30 aprile dell'anno successivo a quello di invito).</p> <p>Denominatore: (N. donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni invitate allo screening della cervice uterina nell'anno oggetto della rilevazione – N. inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. donne escluse dopo l'invito).⁶</p> <p>Tipo misura: Percentuale.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.</p>	
<u>B5.3.2 Adesione allo screening colorettales</u>	<p>Percentuale di persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni che hanno partecipato allo screening colorettales rispetto alle persone invitate.</p>	<p>Numeratore: N. persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni che hanno partecipato allo screening colorettales a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito).</p> <p>Denominatore: N. invitati di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni allo screening colorettales 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.⁷</p> <p>Tipo misura: Percentuale.</p> <p>Coeff. Moltiplicativo: 100.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni ISPO su flussi regionali screening</p> <p>Fornitore: MeS</p>
<u>B7.1 Copertura per vaccino MPR</u>	<p>Copertura per vaccino MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza</p>	<p>Numeratore: Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose).</p> <p>Denominatore: N. bambini vaccinabili che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza.⁸</p> <p>Tipo misura: Tasso.</p>	<p>Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali vaccini</p> <p>Fornitore: MeS</p>

⁶ Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS

⁷ Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS.

⁸ Usare per l'anno la coorte di bambini nati 2 anni prima. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

		Coeff. Moltiplicativo: 100.	
<u>B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni</u>	Copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione bersaglio ⁹	Numeratore: Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni. Denominatore: Popolazione di età pari o superiore a 65 anni. Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali vaccini Fornitore: MeS
<u>B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)</u>	Copertura per vaccinazioni HPV nella popolazione bersaglio ¹⁰	Numeratore: Cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione per le bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza. Denominatore: Numero bambine vaccinabili nell'anno di rilevazione, che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali vaccini Fornitore: MeS
<u>B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico</u>	Grado di copertura vaccino antipneumococcico a 24 mesi ¹¹	Numeratore: Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica ¹² . Denominatore: N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre. ¹³ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo:100	Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali vaccini Fornitore: MeS

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ 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

<u>B7.7 Copertura per vaccino esavalente</u>	Grado di Copertura vaccino esavalente al 24° mese ¹⁴	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 età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali vaccini Fornitore: MeS
Area: Gestione delle principali patologie croniche			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti ≥ 65 anni</u>	Grado di diffusione del programma AFA a bassa disabilità misurato attraverso il numero dei corsi attivi alla data di rilevazione. ¹⁵	Numeratore: N° corsi AFA a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione. Denominatore: Popolazione residente nella Zona Distretto al 31.12 ≥ 65 anni. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali corsi AFA Fornitore: MeS
<u>B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti ≥ 65 anni</u>	Grado di diffusione del programma AFA ad alta disabilità misurato attraverso il numero dei corsi attivi alla data di rilevazione. ¹⁶	Numeratore: N° corsi AFA ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione. Denominatore: Popolazione residente nella Zona Distretto al 31.12 ≥ 65 anni. Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 15.000.	Fonte: Elaborazioni RT su flussi regionali corsi AFA Fornitore: MeS
<u>B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da</u>	Percentuale di popolazione residente di età uguale o maggiore di 16 anni assistita	Numeratore: Numero di assistiti da MMG aderenti alla Sanità di	Fonte: Invii Aziendali - Database ARS Toscana.

(un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni.

¹² Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente

¹³ Usare per l'anno la coorte di bambini nati due anni prima. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

¹⁴ 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).

¹⁵ Misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica per persone con "bassa disabilità", diretti alle sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi (Delibera Regionale n° 459/2009).

¹⁶ Misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica per persone con "alta disabilità", diretti ai soggetti con ridotta competenza funzionale (all.B DGRT 1418/16)

<u>MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa</u>	da Medici di Medicina Generale che hanno aderito ai moduli della Sanità di Iniziativa	Iniziativa. Denominatore: Popolazione residente nell' Azienda al 01.01.2019 di età ≥ 16 anni. Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fornitore: MeS.
<u>C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)</u>	Tasso di ospedalizzazione per scopenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni ¹⁷	Numeratore: N. ricoveri per scopenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti. Denominatore: Popolazione 50-74 anni residente. ¹⁸ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.000.	Fonte: Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO. Fornitore: MeS
<u>C11a.1.2a Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina</u>	Percentuale di residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Numeratore: Pazienti scompensati con almeno una misurazione annuale di creatinina. Denominatore: Prevalenti per scopenso cardiaco. ^{19,20} Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: MaCro ARS Toscana. Fornitore: MeS
<u>C11a.1.2b Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio</u>	Percentuale di residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Numeratore: Pazienti scompensati con almeno una misurazione annuale di sodio e potassio. Denominatore: Prevalenti per	Fonte: MaCro ARS Toscana. Fornitore: MeS

¹⁷ La prevalenza dello scopenso 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 scopenso cardiaco e nel tutelare dall'insorgenza di complicazioni. Il ricovero e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74 anni, sono spesso il segno che la presa in carico manca e che il servizio offerto non è adeguato. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni si possono verificare per i casi più gravi e complessi e che quindi una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali potrebbe essere ottenuta integrando le informazioni derivate dall'indicatore con indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

¹⁸ Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti nella SDS/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 neuro-riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate

¹⁹ Si considerano gli assistiti residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni.

Denominatore: Algoritmo per la definizione dello scopenso 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 ICD9-CM con codice 428 o presenza di Insufficienza cardiaca o Causa principale di disabilità = Insufficienza cardiaca (13).

Si considera il valore standardizzato per età.

²⁰ Numeratore: Assistiti che nell'anno hanno registrato almeno un monitoraggio di creatinina (codice prestazione 90.16.4 o 90.16.3).

<u>e potassio</u>		scompenso cardiaco. ^(vedi nota 15 e 16) Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	
<u>C11a.1.4 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante con beta-bloccante</u>	Percentuale di residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Numeratore: Pazienti scompensati in terapia con terapia con beta-bloccanti. Denominatore: Prevalenti per scompenso cardiaco. ^{(vedi nota 15)²¹} Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: MaCro ARS Toscana. Fornitore: MeS
<u>C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)</u>	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni ²²	Numeratore: N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti. Denominatore: Popolazione 35-74 anni residente ²³ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.000.	Fonte: Flusso SDO. Fornitore: MeS
<u>C11a.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata</u>	Percentuale di residenti con Diabete Mellito che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina Glicata ²⁴	Numeratore: Pazienti diabetici con almeno una misurazione annuale di emoglobina glicata nell'anno. Denominatore: Prevalenti per Diabete mellito ²⁵²⁶ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: MaCro ARS Toscana. Fornitore: MeS

²¹ Numeratore: Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di beta-bloccanti (codice ATC: C07*) distanti più di 180 giorni.

²² 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.

²³ Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx (Diabete mellito).

Sono esclusi:

- DRG 113 e 114;
- Codici di procedura 36* e 39.5*;
- Dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuro-riabilitazione 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.

²⁴ 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.

²⁵ 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*

<u>C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni</u>	Percentuale di residenti con Diabete Mellito che hanno effettuato almeno una visita oculistica negli ultimi due anni ²⁷	Numeratore: Pazienti diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni. Denominatore: Prevalenti per Diabete mellito ^{(vedi nota 21) 28} Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: MaCro ARS Toscana. Fornitore: MeS
<u>C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)</u>	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) ²⁹	Numeratore: N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2). Denominatore: N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) ³⁰ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.000.	Fonte: Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Fornitore: MeS
<u>C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74)</u>	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74	Numeratore: N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl. Denominatore: Popolazione 50-	Fonte: Flusso SDO. Fornitore: MeS

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

²⁶ Numeratore: Soggetti con almeno un monitoraggio dell'emoglobina glicata registrato nell'anno (codice prestazione 90.28.1).

²⁷ Indicatore di follow-up a livello ambulatoriale dei pazienti affetti da diabete mellito

²⁸ 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).

²⁹ 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, multi-disciplinare 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 clinico-assistenziali, 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 sanitarie [Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016].

³⁰ Codici ICD9-CM in procedura principale o nelle procedure secondarie:

-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.

Codifiche ICD9-CM in qualunque dei campi diagnosi:

250.xx Diabete

Esclusioni:

- Traumatismi (diagnosi 895.xx, 896.xx, 897.xx in qualunque dei campi diagnosi)

- 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

³¹ Non avendo a disposizione farmaci risolutivi per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, così come per molte malattie cronico-degenerative, risultano di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto

<u>anni</u>	anni ³¹	74 anni residente nella Ausl ³² Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.000.	
<u>C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica</u>	Percentuale di residenti con pregresso Ictus in terapia antitrombotica ³³	Numeratore: Residenti con pregresso Ictus in terapia antitrombotica. Denominatore: Prevalenti per pregresso Ictus ³⁴ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: MaCro ARS Toscana. Fornitore: MeS
Area: Assistenza Domiciliare e Assistenza Residenziale agli Anziani			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>B28.4 Tasso di segnalazioni su popolazione over 65 anni</u>	Tasso segnalazioni su popolazione over 65 anni	Numeratore: Numero totale di segnalazioni. Denominatore: Popolazione residente ≥ 65 anni ³⁵ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1000.	Fonte: Flusso AD-RSA. Fornitore: MeS
<u>B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione</u>	L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. ³⁶	Numeratore: Persone ≥ 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione Denominatore: Popolazione	Fonte: Flusso AD-RSA. Fornitore: MeS

importante è l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico: è infatti possibile ridurre complicanze e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005).

³² Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana.

Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica, 491* Bronchite cronica, 492* Enfisema, 496* Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove, 494 Bronchiectasie.

Sono esclusi:

- Dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuro-riabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) e dalla struttura riabilitativa Auxilium vitae di Volterra;
- Ricoveri in strutture private non accreditate.

³³ 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.

³⁴ Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore: Algoritmo di definizione del pregresso ictus (1) Flusso SDO - Presenza nella diagnosi primaria di un ricovero di uno dei seguenti codici: 430, 431, 432, 434, 436; (2) Flusso AD-RSA - Patologia prevalente o concomitante ICD9-CM con codice, 430, 431, 432, 434, 436, o presenza di Pregresso Ictus o Causa principale =14. Numeratore: Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di farmaci antitrombotici (codice ATC: B01A*) distanti più di 180 giorni.

³⁵ 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 PrestazioneNA e informazioni anagrafiche dalle tabelle Tratti_anagrafe ed Tratti_evento.

³⁶ Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione. A livello regionale è previsto un livello di copertura pari al 15%.

		residente ≥ 65 anni Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	
<u>B28.2.5 Percentuale di ultra 75enni dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni</u>	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.	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 ³⁷ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA, Flusso SDO Fornitore: MeS
<u>B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari</u>	Percentuale di prese in carico con CIA ³⁸ > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari. Questo indicatore rappresenta una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.	Numeratore: Prese in Carico con CIA > 0.13 (over 65) Denominatore: Prese in Carico per persone over 65 ³⁹ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA Fornitore: MeS
<u>B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni</u>	Percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico. ⁴⁰	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 ≥ 65 anni ⁴¹ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA, Flusso SDO Fornitore: MeS

³⁷ Residenti in Regione, ricoveri erogati in in Regione e CD ricevute in Regione. Si considerano esclusivamente le seguenti modalità di dimissione: 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, neuro-riabilitazione 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.

³⁸ 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.

³⁹ Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione. Inclusive 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).

⁴⁰ In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero.

⁴¹ Residenti in Regione. Regime di ricovero ordinario. Tipologia del ricovero medico. Si selezionano a numeratore i casi con un numero ricoveri ospedalieri durante la Presa in Carico domiciliare >1. Si considerano le Prese in Carico attive nell'anno di riferimento, quindi anche quelle attivate in anni precedenti e non ancora concluse.

<u>B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni</u>	Percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un accesso al Pronto Soccorso. ⁴²	Numeratore: Assistiti in ADI con almeno un accesso al PS per assistiti ADI >= 65 anni Denominatore: Assistiti in ADI >=65 anni ⁴³ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA, Flusso PS Fornitore: MeS
<u>B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione</u>	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.	Numeratore: Numero totale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione Denominatore: Numero totale di Prese in Carico ⁴⁴ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA Fornitore: MeS
<u>B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico</u>	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).	Numeratore: Numero di prime ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico Denominatore: Numero di prime ammissioni in RSA ⁴⁵ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA Fornitore: MeS
<u>B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA</u>	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.	Numeratore: Assistiti ≥ 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento Denominatore: Popolazione residente ≥ 65 ⁴⁶ Tipo misura: Tasso.	Fonte: Flusso AD-RSA Fornitore: MeS

⁴² In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso urgente al Pronto Soccorso.

⁴³ 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.

⁴⁴ Selezione sulle prese in carico (variabile data_presa_carico) dell'anno in corso. Individuazione delle prese in carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione (variabile data_segnaazione). Elaborazione per azienda di presa in carico.
Tabella: PrestazioneNA. L'intervallo temporale dei 30 giorni è stato stabilito in riferimento alla legge regionale 66/2008 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza.

⁴⁵ 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: PrestazioneNA 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.

		Coeff. Moltiplicativo: 1000.	
<u>B28.3.11</u> <u>Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni</u>	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 ≥ 65 anni Denominatore: Assistiti ≥ 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento ⁴⁷ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA, Flusso SDO Fornitore: MeS
<u>B28.3.12</u> <u>Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni</u>	L'indicatore monitora la percentuale di assistiti in RSA che sono stati portati al Pronto Soccorso almeno una volta.	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 ⁴⁸ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fonte: Flusso AD-RSA, Flusso PS Fornitore: MeS
Area: Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>C1.1 Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</u>	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso ⁴⁹	Numeratore: Numero di ricoveri relativi ai residenti Denominatore: Numero residenti ⁵⁰ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO Fornitore: MeS
<u>C7.7R Tasso di ospedalizzazione in</u>	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100	Numeratore: Numero di ricoveri ORDINARI di residenti in età	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: Erogati da strutture private non accreditate; Relativi a neonato normale (DRG 391).

La standardizzazione è effettuata per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Le classi di età utilizzate sono 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85+.

<u>età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario</u>	residenti (< 14 anni) ricoveri ordinari ⁵¹	pediatrica (< 14 anni) Denominatore: Popolazione residente (< 14 anni) ⁵² Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100.	Fornitore: MeS
<u>C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti</u>	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.	Numeratore: N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti Denominatore: Numero residenti ⁵³ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO Fornitore: MeS
<u>C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56</u>	L'indicatore considera sia i ricoveri ordinari che quelli erogati in regime di DH.	Numeratore: Numero di ricoveri per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione Funzionale) relativi ai residenti Denominatore: Numero residenti ⁵⁴ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO Fornitore: MeS
<u>C8B.1.1 Tasso di accesso al PS con codici triage bianco e azzurro non seguiti da ricovero, standardizzato per</u>	Il tasso d'accesso dei codici bianchi azzurri non seguiti da ricoveri indica quella frazione del tasso d'accesso dei codici bianchi e azzurri non seguito da ricovero in reparto di	Numeratore: N° accessi al Pronto Soccorso con codice colore bianchi e azzurri Denominatore: Numero residenti ⁵⁶	Fonte: Flusso RFC 106 - Pronto Soccorso Fornitore: MeS

⁵¹ 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].

⁵² 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. Sono esclusi i ricoveri: Erogati da strutture private non accreditate; Relativi ai neonati normali (DRG 391).

⁵³ Si considerano i ricoveri erogati relativi a residenti toscani. Sono esclusi: i ricoveri erogati da strutture private non accreditate; i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuro-riabilitazione e cure palliative.

Si considerano patologie sensibili alle cure ambulatoriali : 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 procedura di miringotomia con inserzione di tubo); Tubercolosi polmonare; Altre tubercolosi; BPCO; Bronchite acuta; Polmonite batterica; Asma; Insufficienza cardiaca congestizia; Angina; Cellulite; Diabete; ipoglicemia Gastroenterite; Deidratazione/ipovolemia; Anemia per deficienza di ferro; Carenze nutrizionali; Ritardo nella crescita; Infiammazioni pelviche; Malattie dei denti.

⁵⁴ 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.

<u>età e sesso per 1000 residenti</u>	degenza o trasferiti ad altro istituto. ⁵⁵	Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	
<u>C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)</u>	Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	Numeratore: N. prestazioni RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni Denominatore: Popolazione residente Toscana >=65 anni ⁵⁷ Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 1.000.	Fonte: Flusso SPA Fornitore: MeS
Area: Assistenza consultoriale e percorso materno infantile			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>C7.17 Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</u>	L'indicatore si focalizza sulla percentuale di donne primipare che hanno partecipato ad almeno 3 incontri del corso di accompagnamento alla nascita.	Numeratore: N. primipare residenti (14-49 anni) con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita Denominatore: N. primipare residenti (14-49 anni) ⁵⁸ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100	Fonte: Sistema Informativo Regionale - Flussi SPC e CAP Fornitore: MeS
<u>C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</u>	Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio ⁵⁹	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 ⁶⁰ Tipo misura: Percentuale.	Fonte: Sistema Informativo Regionale - Flussi SPC e CAP Fornitore: MeS

⁵⁵ Si tratta di accessi ad alta probabilità di inappropriately, per i quali era forse possibile una soluzione in altro setting assistenziale. Pertanto tale indicatore non monitora l'attività del PS, ma è un indicatore indiretto di misura dell'efficacia della risposta assistenziale del territorio. Nel calcolo sono inclusi gli accessi nei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere - Universitarie.

⁵⁶ Si considerano gli accessi dei residenti Toscani nei Pronto Soccorso Toscani. Si considerano gli accessi con colore al triage bianco e azzurro. Si escludono gli accessi con esito: -ricovero in reparto di degenza (=2) -trasferimento ad altro istituto (=3) Sono inclusi gli accessi provenienti dai Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere-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.

⁵⁷ Nel calcolo si considerano: Residenti in regione >=65 anni; Erogazione intraregionale ed extraregionale; Prestazioni per esterni con codici 88.94.1 (prestazioni RM muscolo-scheletriche) e 88.94.2 (prestazioni RM muscolo-scheletriche con e senza contrasto); Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati.

Nel calcolo si esclude: Accesso da Pronto Soccorso (Accesso=04).

⁵⁸ Si considerano:

- le primipare residenti in Toscana di età compresa fra i 14 e i 49 anni
- l'area maternità e sub-area gestazione
- il codice di prestazione: 93.37 corso di preparazione alla nascita, training prenatale.

Si effettua il linkage tra il flusso CAP e SPC per identificare la coorte di primipare residenti che hanno partorito nell'anno di riferimento, ed all'interno di questa coorte quelle che nel flusso SPC dell'anno di riferimento e del precedente risultano aver partecipato ad almeno tre incontri del CAN (tre prestazioni con codice 93.37).

		Coeff. Moltiplicativo: 100	
<u>C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti</u>	Tasso di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) ogni 1000 residenti donne di età compresa tra 12 e 49 anni ⁶¹	Numeratore: Numero IVG (donne 12-49 anni) Denominatore: Popolazione residente (donne 12-49 anni) ⁶² Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100	Fonte: Sistema Informativo Regionale - Flussi SDO Fornitore: MeS
<u>C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti</u>	Tasso di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) per straniere per 1000 residenti ⁶³	Numeratore: Numero di IVG di donne straniere Denominatore: Numero di residenti straniere ^(vedi nota 58) Tipo misura: Tasso. Coeff. Moltiplicativo: 100	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO, Popolazione straniera Fornitore: MeS
Area: Assistenza farmaceutica territoriale			
Denominazione	Definizione	Formola	Fonte/Fornitore
<u>F10.1C Spesa farmaceutica</u>	L'indicatore rileva la spesa farmaceutica convenzionale e	Numeratore: Spesa per farmaci erogati tramite il canale della	Fonte: Flussi della farmaceutica

⁵⁹ 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 fattori di rischio ha meno probabilità di sviluppare l'esito; se il rischio relativo è maggiore di 1, il gruppo non esposto ai fattori di rischio ha più probabilità di sviluppare l'esito.

⁶⁰ 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.

⁶¹ La Legge 194 del 1978 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" regola le modalità del ricorso all'aborto volontario in Italia. Grazie a essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione, da effettuarsi presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle regioni. Il tasso di abortività volontaria è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG. Le conoscenze acquisite attraverso l'osservazione costante di questo indicatore hanno permesso di identificare strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della procreazione consapevole e responsabile.

⁶² Si considerano: i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate; le donne residenti di età compresa fra i 12 e i 49 anni; diagnosi principale 635.** (Aborto indotto legalmente) oppure codice intervento principale 69.01 e 69.51.

⁶³ Con l'aumentare della popolazione immigrata, quasi per la metà costituita da donne, negli ultimi anni si è registrato un eccessivo aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per le donne straniere. Monitorare il fenomeno, sia nella sua evoluzione temporale, che nella sua distribuzione geografica, costituisce la base per la riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali, per la formazione degli operatori sul fenomeno, sulle normative vigenti e sulle diversità culturali e per un aumento dell'accesso delle donne straniere ai servizi socio-sanitari integrati. A livello territoriale è quindi importante individuare i contesti con una maggiore concentrazione di donne straniere e con un più frequente ricorso all'IVG al fine di pianificare e attuare strategie preventive ad hoc.

<u>convenzionata</u>	si riferisce alla spesa relativa ai soli residenti.	convenzionata Denominatore: Popolazione residente al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore ⁶⁴ Tipo misura: Media pro-capite	convenzionata regionale SPF Fornitore: MeS
<u>C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio</u>	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) sul territorio ⁶⁵	Numeratore: N. unità posologiche di IPP erogate nell'anno Denominatore: Popolazione residente al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore ⁶⁶ Tipo misura: Media pro-capite	Fonte: Dati flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana Fornitore: MeS
<u>C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio</u>	Consumo di antibiotici sul territorio ⁶⁷	Numeratore: DDD di antibiotici erogate sul territorio x 1000 Denominatore: Popolazione al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365) ⁶⁸ Tipo misura: Media pro-capite die x 1000	Fonte: Flussi regionali farmaceutica territoriale Fornitore: MeS
<u>C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio</u>	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) ⁶⁹	Numeratore: DDD di farmaci antidepressivi erogate sul territorio nell'anno x 1000	Fonte: Dati flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco,

⁶⁴ Erogazione solo ai residenti** L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce alla spesa relativa ai soli residenti**. LA SPESA PER LA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E' a lordo del pay back, E' al netto degli sconti versati dalle farmacie e di tutti i tipi di compartecipazione da parte del cittadino; E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa; E' inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale; Esclude i farmaci acquistati privatamente Esclude l'eventuale erogazione di fascia C fuori LEA (*Per il calcolo della popolazione network si utilizzano i pesi del PSR in vigore)

⁶⁵ 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 inappropriatelyzza e fenomeni di iper prescrizione. La letteratura riporta infatti effetti avversi anche gravi per il loro uso prolungato.

⁶⁶ 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. Per la popolazione si utilizzano i pesi del PSR in vigore I dati sono espressi per azienda di residenza.

⁶⁷ 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 nasce quindi dalla necessità di monitorarne e valutarne il consumo.

⁶⁸ 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. Il valore finale espresso per 1000 abitanti/die

		Denominatore: Popolazione al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365) ⁷⁰ Tipo misura: Media pro-capite die x 1000	Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana Fornitore: MeS
<u>C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</u>	L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.	Numeratore: N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno Denominatore: N. utenti che consumano antidepressivi ⁷¹ Tipo misura: Percentuale. Coeff. Moltiplicativo: 100	Fonte: Dati flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana Fornitore: MeS
<u>B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)</u>	L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.	Numeratore: DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000 Denominatore: Popolazione al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365) ⁷² Tipo misura: Media pro-capite die x 1000	Fonte: Flussi della farmaceutica regionale erogazione diretta/ erogazione convenzionata dati flusso SPF, flusso FED Fornitore: MeS
Area: Salute Mentale e Dipendenze			
Denominazione	Definizione	Formula	Fonte/Fornitore
<u>C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per</u>	Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei	Numeratore: N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO Fornitore: MeS

⁶⁹ 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 di inappropriatazza.

⁷⁰ 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 azienda di residenza.

⁷¹ 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). È inclusa l'erogazione tramite tutti i canali della farmaceutica territoriale. I dati sono per azienda di residenza.

⁷² I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxycodone-associazioni (ATC N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono espressi per residenza.

<u>100.000 residenti maggiorenni</u>	servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia.	Denominatore: Popolazione residente maggiorenne ⁷³ Tipo misura: Tasso Coeff. Moltiplicativo: 100.000	
<u>C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</u>	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche ⁷⁴	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) Denominatore: N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre ⁷⁵ Tipo misura: Percentuale Coeff. Moltiplicativo: 100	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO Fornitore: MeS
<u>C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla</u>	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti con disturbi dello spettro schizofrenico e affettivi psicotici dalla	Numeratore: N. ricoveri per patologie psichiatriche con almeno una prestazione al DSM entro 7gg dalla dimissione ospedaliera	Fonte: Sistema Informativo Regionale (SISM) - RFC 160 e Flusso SDO Fornitore: MeS

⁷³ Si considerano: Ricoveri ordinari dei residenti in regione, mobilità passiva inclusa, con diagnosi principale psichiatriche di età >=18 anni dimessi da qualsiasi reparto; Selezioni su Diagnosi principali (codici ICD9-CM): 290.xx-319.xx. Sono esclusi: Ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx; Ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; 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.

⁷⁴ Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.

⁷⁵ Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.

Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx. Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri: con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx; con diagnosi principale per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM: 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: 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; il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata. 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. Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.

<u>dimissione del ricovero ospedaliero</u>	dimissione del ricovero ospedaliero ⁷⁶	Denominatore: N. ricoveri con patologie psichiatriche dei residenti ⁷⁷ Tipo misura: Percentuale Coeff. Moltiplicativo: 100	
<u>C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</u>	Tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni ⁷⁸	Numeratore: N. ricoveri per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze relativi ai residenti maggiorenni Denominatore: Popolazione residente maggiorenne ⁷⁹ Tipo misura: Tasso Coeff. Moltiplicativo: 100.000	Fonte: Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO Fornitore: MeS

⁷⁶ 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 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 da parte delle strutture territoriali.

⁷⁷ Si considerano: Ricoveri ordinari con disciplina di dimissione "40"; Residenti maggiorenni erogati in regione; Strutture pubbliche e private accreditate. Selezione sui disturbi dello spettro schizofrenico e i disturbi affettivi psicotici e di personalità: Codici ICD9-CM in diagnosi principale: 295.xx-299.xx e 301.xx.

Sono esclusi: Utenti con codice fiscale anonimo; Ricoveri fuori regione; Codici ICD9-CM in diagnosi principale per disturbi dell'infanzia e adolescenza: 299.0x, 299.8x. Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.

⁷⁸ E' 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.

⁷⁹ 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.

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