

---

# GLI STRUMENTI OPERATIVI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE

*Il profilo di salute: gli indicatori di ricorso ai servizi*



---

# GLI STRUMENTI OPERATIVI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE

IL PROFILO DI SALUTE:  
GLI INDICATORI DI RICORSO AI SERVIZI

2024

1

# PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

## PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

B5.1.2 Adesione screening mammografico

B5.3.2 Adesione screening colorettales

B7.1 Copertura vaccino MPR

B7.2 Copertura vaccino antinfluenzale  $\geq 65$  anni

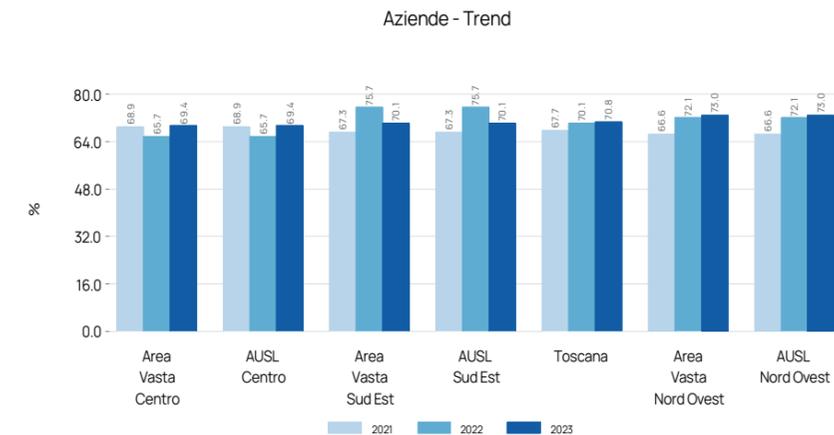
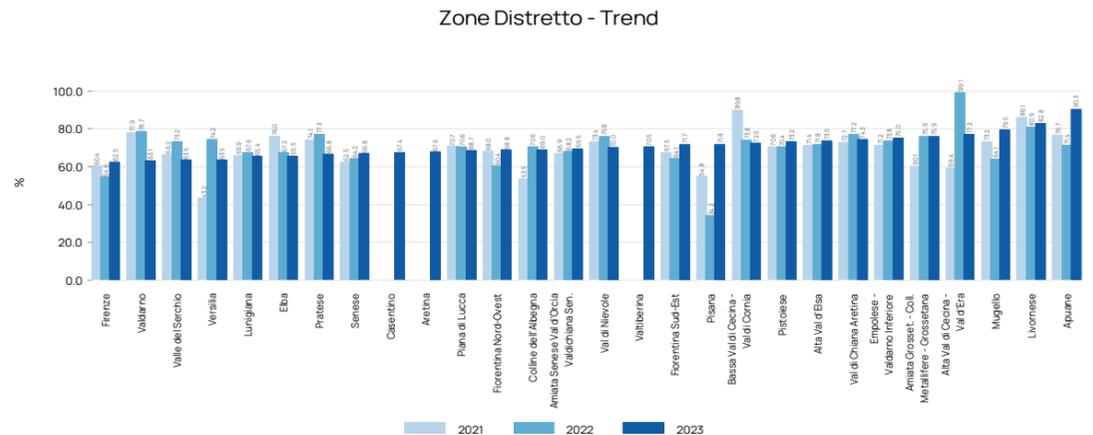
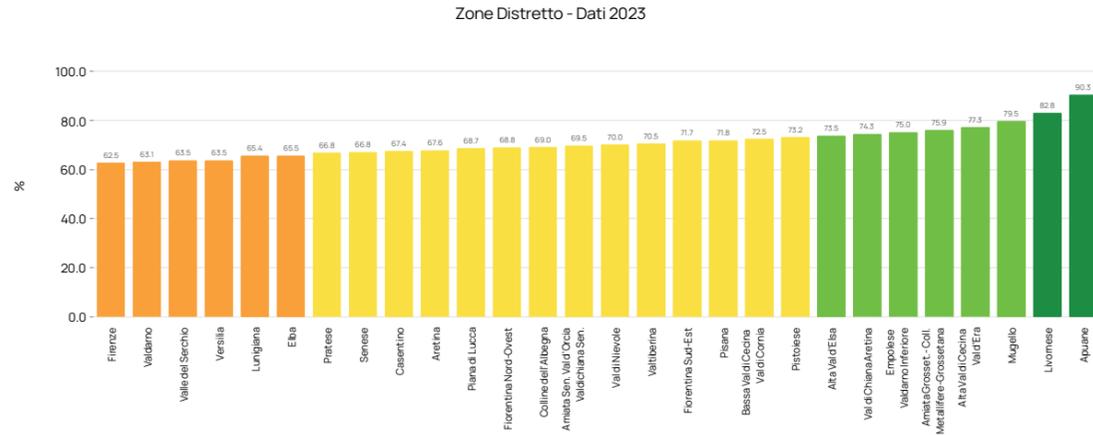
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

B7.7 Copertura per vaccino esavalente

### B5.1.2 Adesione screening mammografico

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



#### Definizione

Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate

#### Numeratore

N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico

#### Denominatore

N. donne invitate allo screening mammografico

#### Note

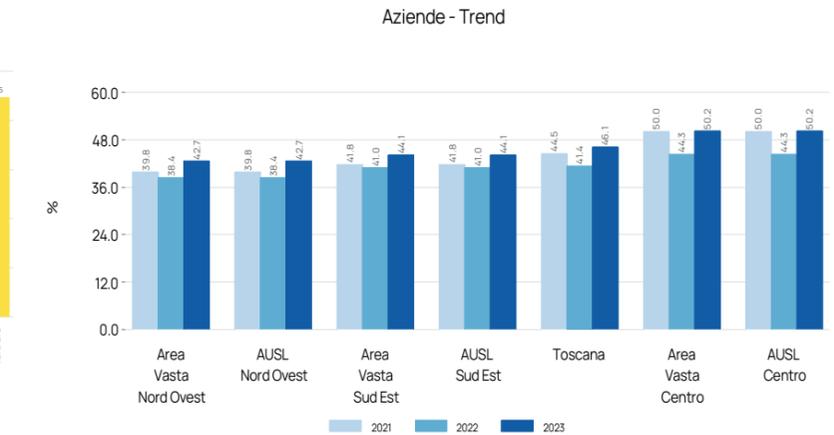
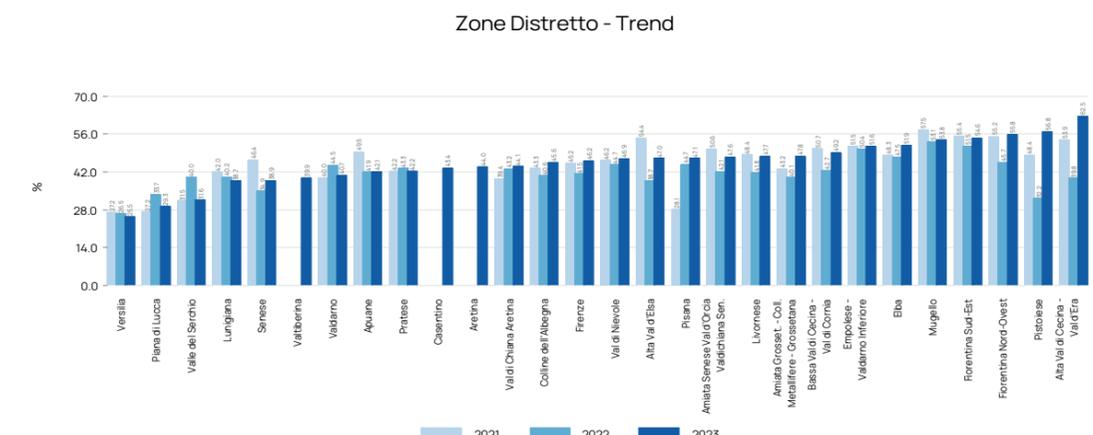
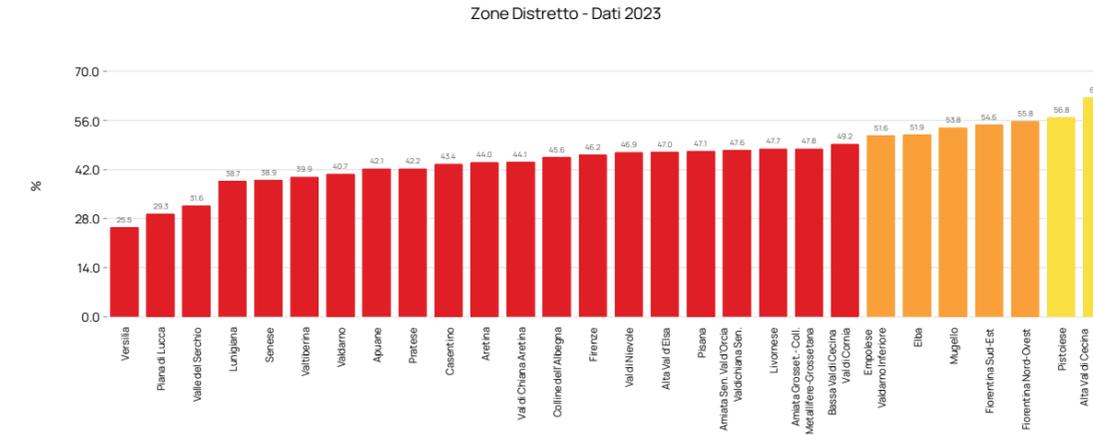
Nel calcolo dell'adesione corretta si sottraggono al denominatore il numero delle donne escluse dopo l'invito e il numero degli inviti inesitati

#### Fonte

Flussi regionali screening

### B5.3.2 Adesione screening coloretta

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



#### Definizione

Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening coloretta rispetto alle persone invitate

#### Numeratore

N. persone che hanno partecipato allo screening coloretta

#### Denominatore

N. inviti allo screening coloretta

#### Note

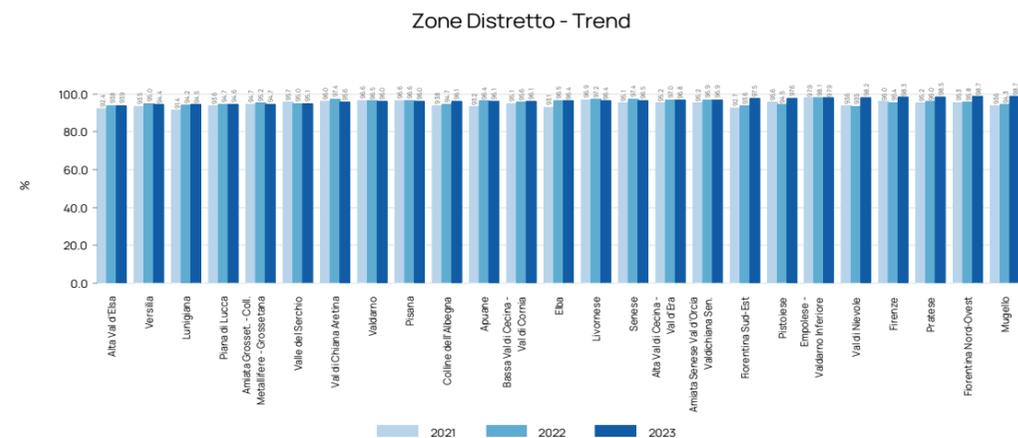
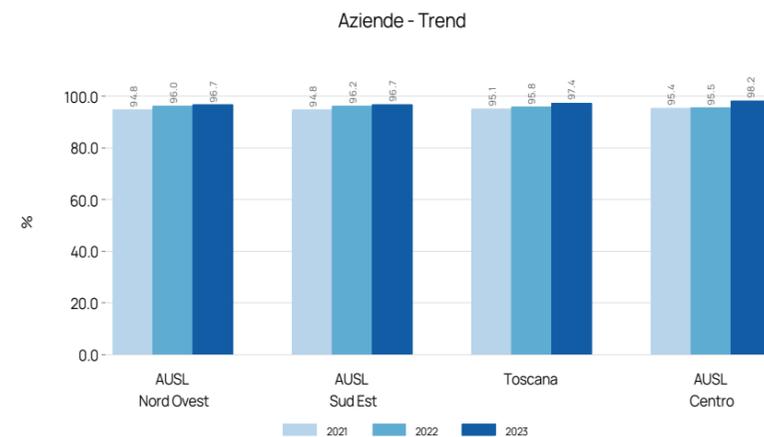
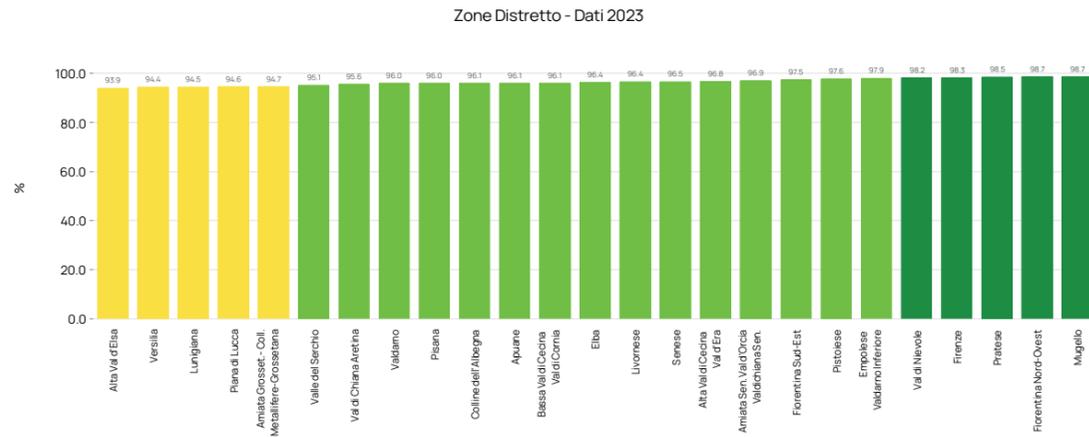
Nel calcolo dell'adesione corretta si sottraggono al denominatore il numero delle persone escluse dopo l'invito e il numero degli inviti inesitati

#### Fonte

Flussi regionali screening

### B7.1 Copertura vaccino MPR

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



**Definizione**  
Copertura per vaccino MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

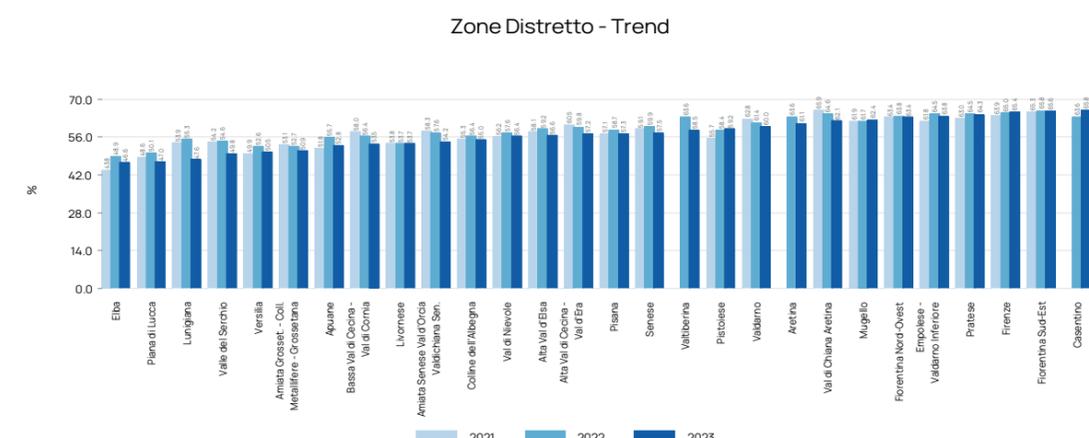
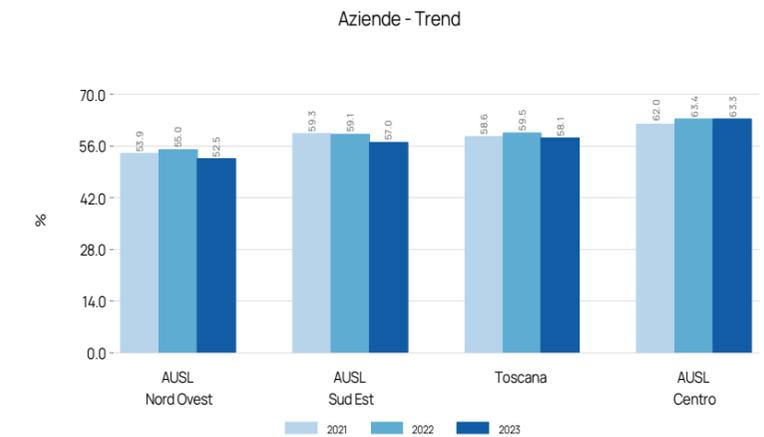
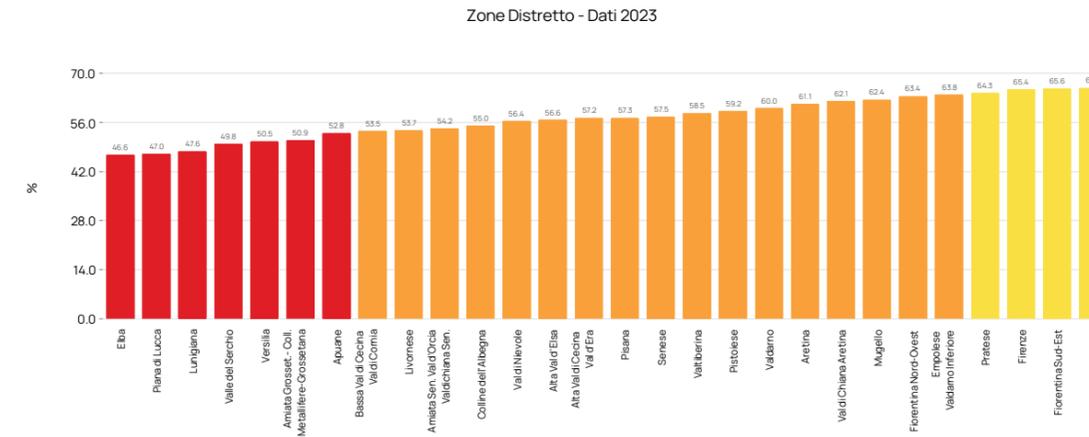
**Numeratore**  
Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)

**Denominatore**  
N. bambini vaccinabili che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

**Note**  
**Fonte**  
Flussi regionali vaccini

### B7.2 Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni

Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della AUSL ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio, come ad esempio gli anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio etc. I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono comunemente considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT. L'obiettivo regionale è fissato al 75% di copertura per la popolazione target.



**Definizione**  
Copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione bersaglio

**Numeratore**  
Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni

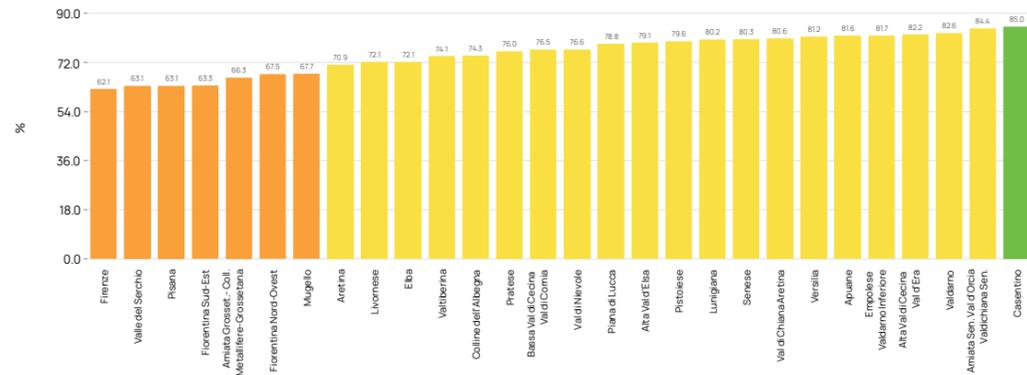
**Denominatore**  
Popolazione di età pari o superiore a 65 anni

**Note**  
**Fonte**  
Flussi regionali vaccini

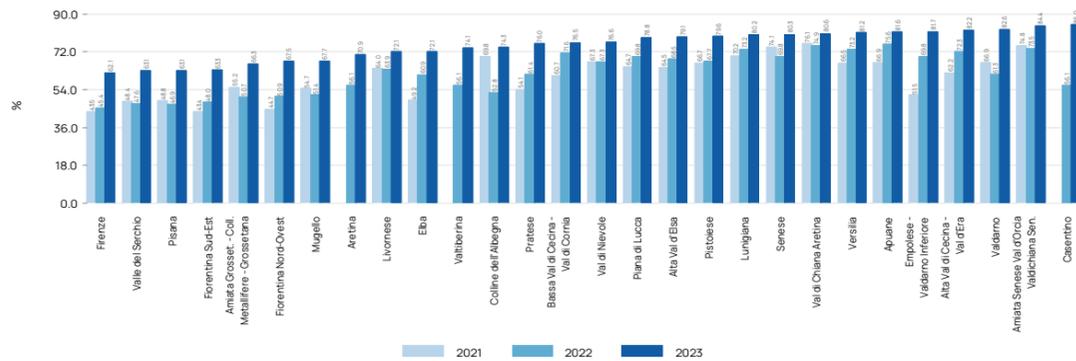
### B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'AUSL di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.

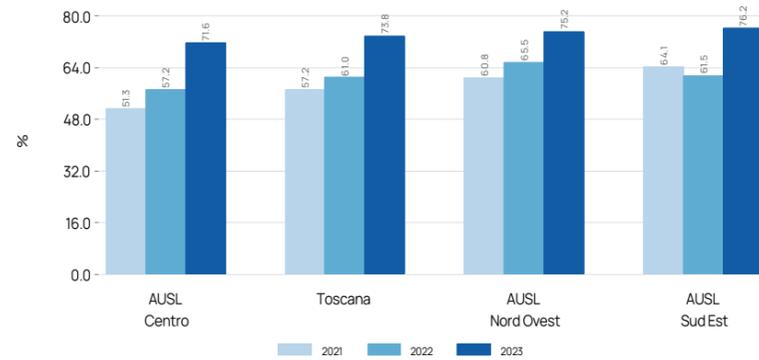
Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



Aziende - Trend



#### Definizione

Copertura per vaccinazioni HPV nella popolazione bersaglio

#### Numeratore

Cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione per le bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza

#### Denominatore

Numero bambine vaccinabili nell'anno di rilevazione, che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza

#### Note

Delibera Giunta Regione Toscana n° 1176 del 28/12/2010 - 2.4.1 - Programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV) - Delibera Giunta Regione Toscana n° 448 del 31/03/2010 Delibera Giunta Regione Toscana n° 856 del 27/10/2008

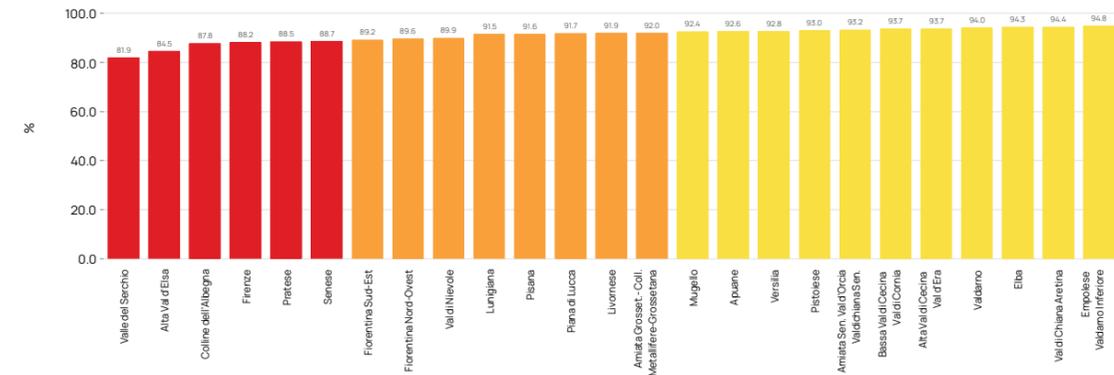
#### Fonte

Flussi regionali vaccini

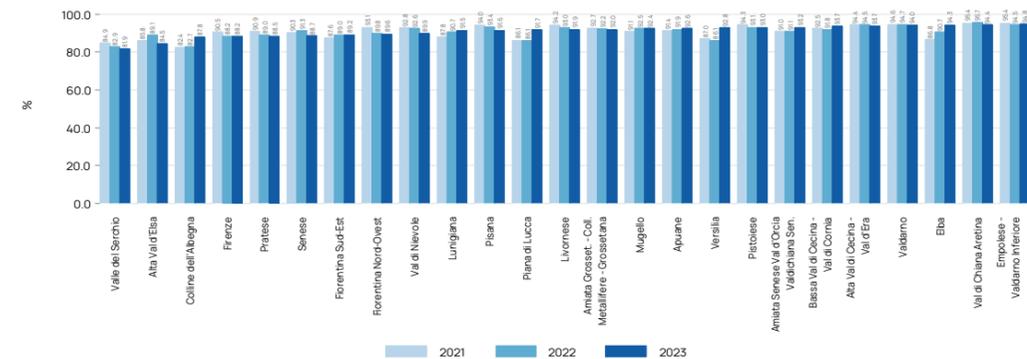
### B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

Il meningococco (o Neisseria Menigitidis) è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti posso 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.

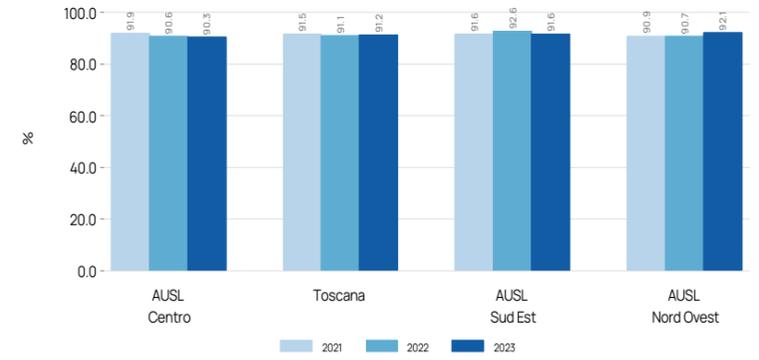
Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



Aziende - Trend



#### Definizione

Grado di copertura vaccino antipneumococcico a 24 mesi

#### Numeratore

N. cicli vaccinali completati (3A°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (\*)

#### Denominatore

N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

#### Note

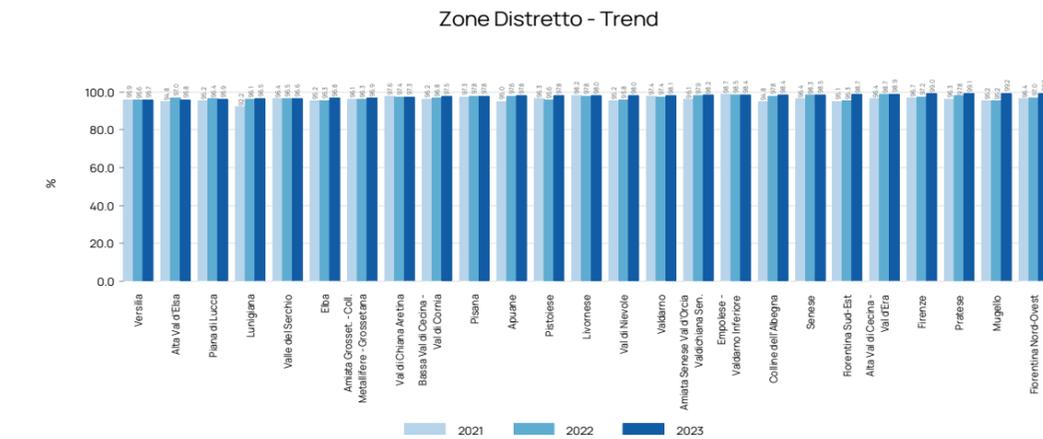
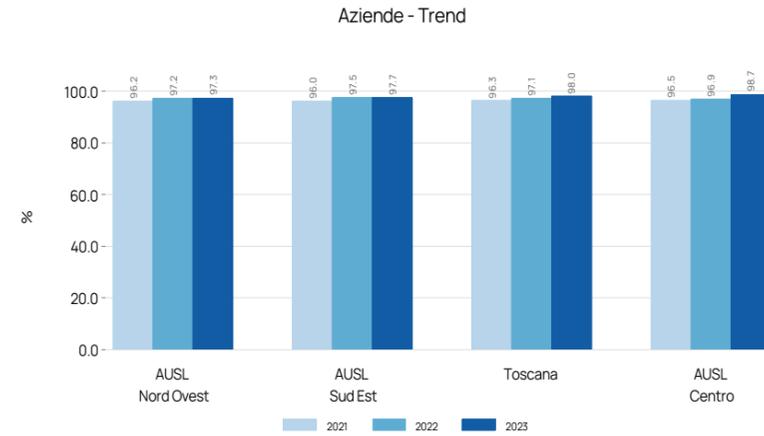
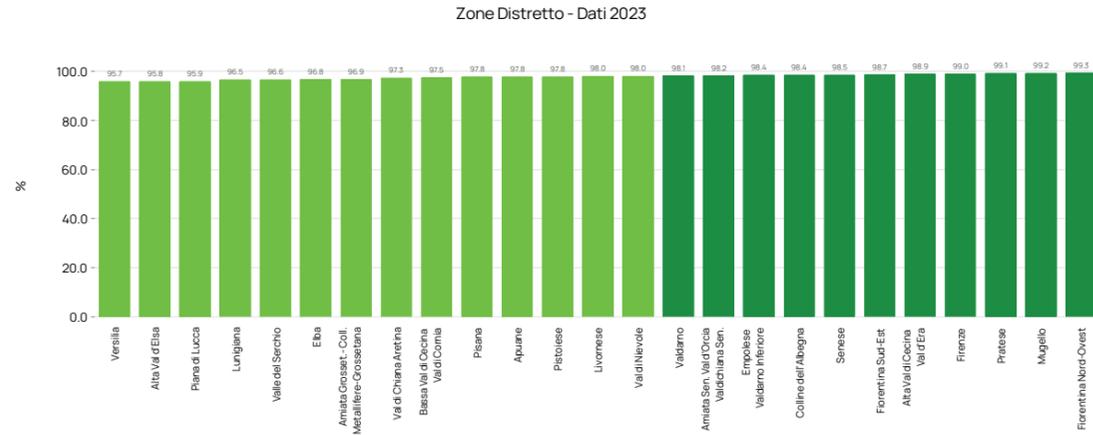
Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente

#### Fonte

Flussi regionali vaccini

### B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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



**Definizione**

Grado di Copertura vaccino esavalente al 24° mese

**Numeratore**

Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre 2015 per infezioni da Haemophilus Influenzae tipo b (Hib) (\*)

**Denominatore**

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

**Note**

Il vaccino cui si fa riferimento è l'esavalente, che comprende: poliomelite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib  
La copertura del vaccino esavalente è misurata sulla base di quella relativa al vaccino contro l'Hib, quello che risulta avere il dato di copertura più basso.

**Fonte**

Flussi regionali vaccini

2

# GESTIONE DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE

## GESTIONE DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE

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

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

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

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

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

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

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

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

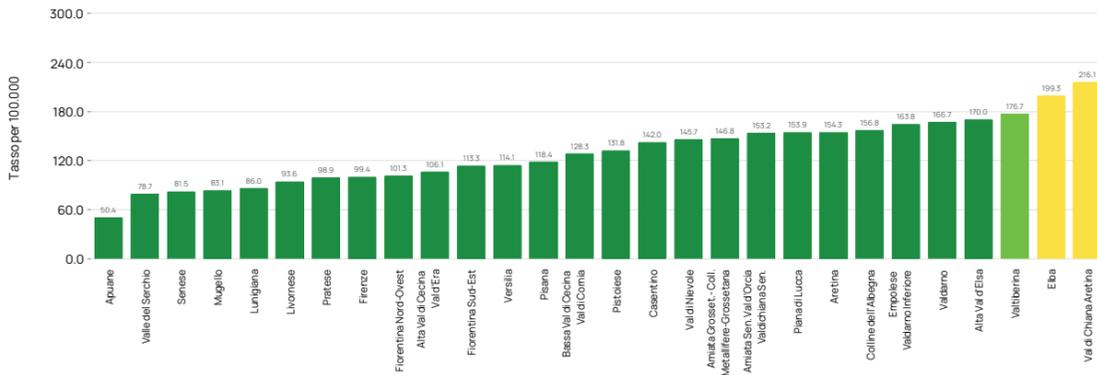
C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

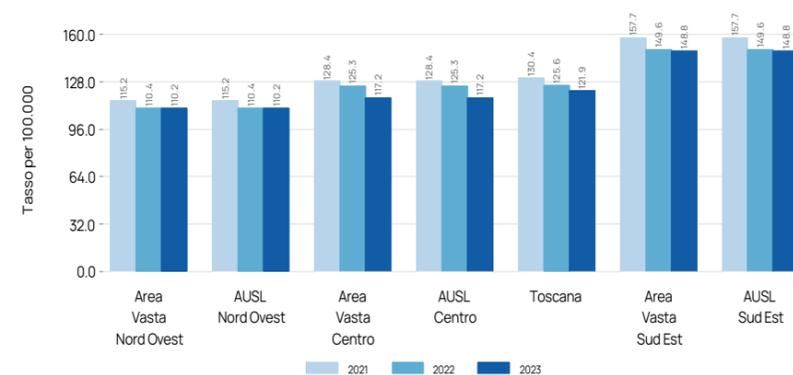
### C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

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.

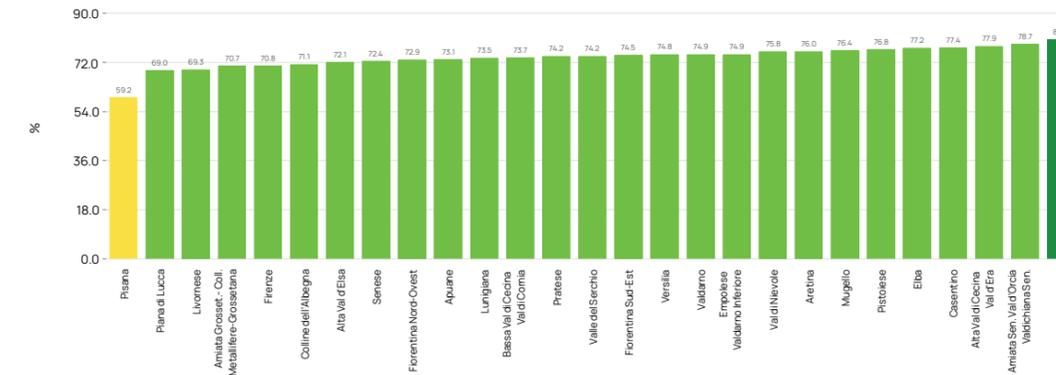
Zone Distretto - Dati 2023



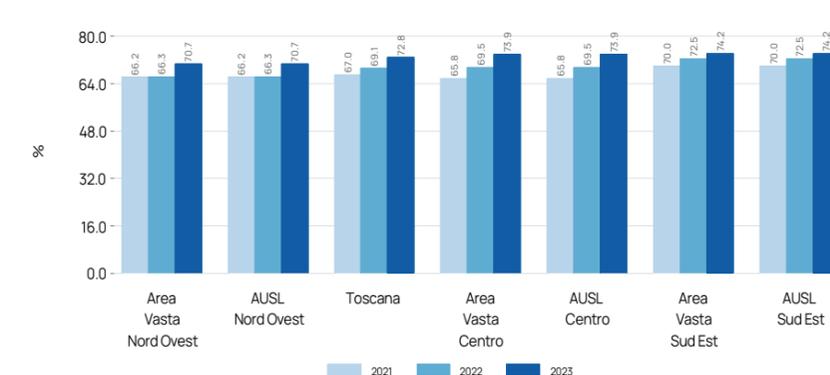
Aziende - Trend



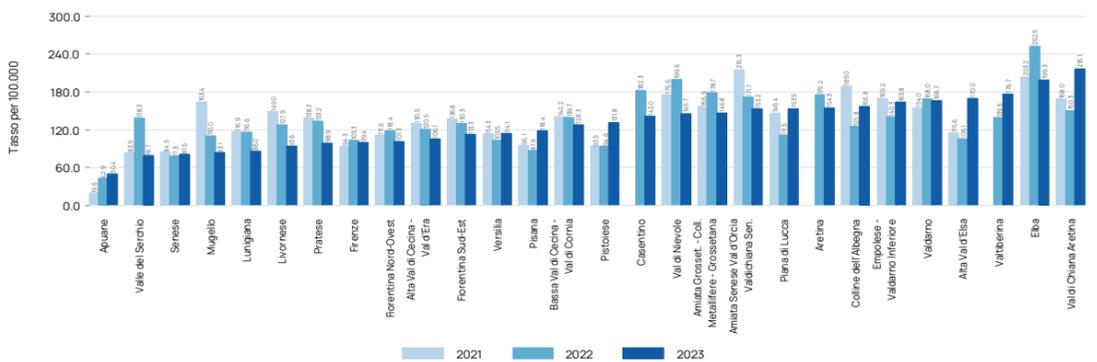
Zone Distretto - Dati 2023



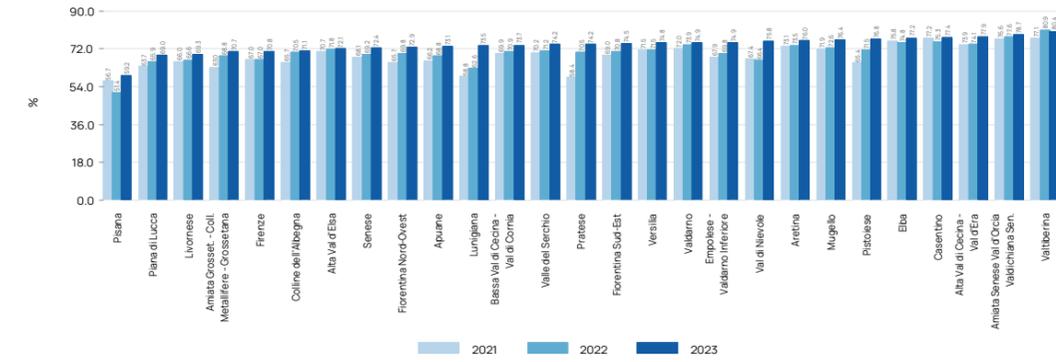
Aziende - Trend



Zone Distretto - Trend



Zone Distretto - Trend



#### Definizione

Tasso di ospedalizzazione per scopenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni

#### Numeratore

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

#### Denominatore

Popolazione 50-74 anni residente nella Zona-distretto

#### Note

Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti nella Zona-distretto. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.\*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93. Esclusi i dimessi con codici 00.5\*, 35.\*\*, 36.\*\*, 37.\*\* in uno qualunque dei campi di procedura Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neurorriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate

#### Fonte

Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO

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

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

#### Definizione

Percentuale di residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

#### Numeratore

Pazienti scompensati con almeno una misurazione annuale di creatinina x100

#### Denominatore

Prevalenti per scopenso cardiaco

#### Note

Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore Algoritmo definizione scopenso cardiaco SDO Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di uno dei seguenti codici: 428\*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493 SEA Presenza di una esenzione con codice 428 AD-RSA Patologia prevalente o concomitante ICD9CM con codice 428 o presenza di Insufficienza cardiaca o Causa principale di disabilità =Insufficienza cardiaca [13] Soggetti che nell'anno hanno registrato almeno un monitoraggio di ciascuno dei seguenti valori: creatinina (codice prestazione 90.16.4 o 90.16.3)

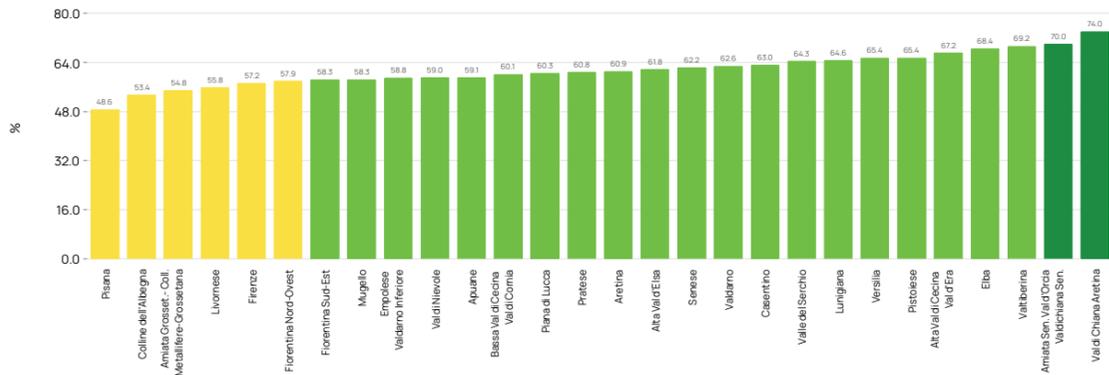
#### Fonte

Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO Flusso SPA Flussi farmaceutica e esenzioni

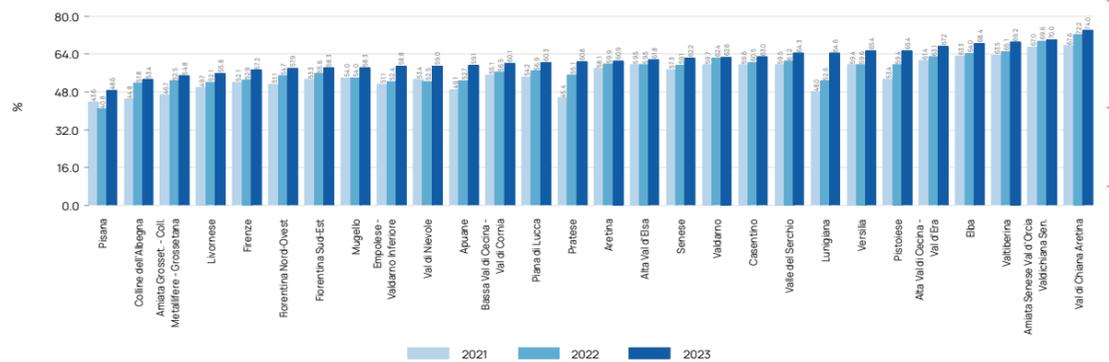
### C11a.1.2b Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio

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

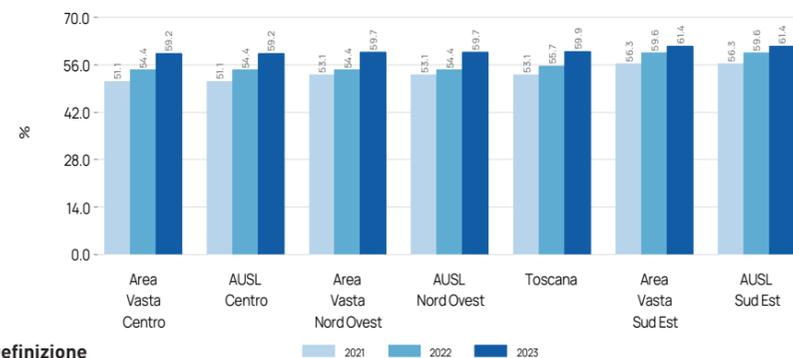
Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



Aziende - Trend



#### Definizione

Percentuale di residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio

#### Numeratore

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

#### Denominatore

Prevalenti per scompenso cardiaco

#### Note

Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore Algoritmo definizione scompenso cardiaco SDO Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di uno dei seguenti codici: 428\*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493 SEA Presenza di una esenzione con codice 428 AD-RSA Patologia prevalente o concomitante ICD9CM con codice 428 o presenza di Insufficienza cardiaca o Causa principale di disabilità =Insufficienza cardiaca (13). Soggetti che nell'anno hanno registrato almeno un monitoraggio di ciascuno dei seguenti valori: creatinina (codice prestazione 90.16.4 o 90.16.3)

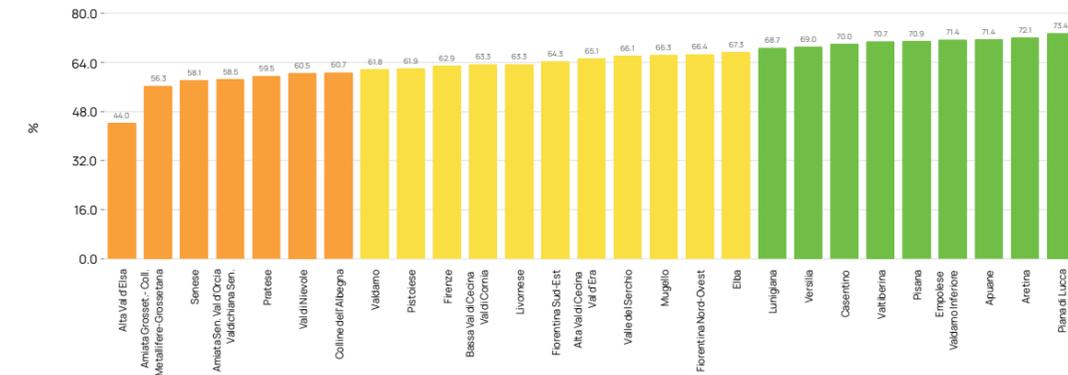
#### Fonte

Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO Flusso SPA Flussi farmaceutica e esenzioni

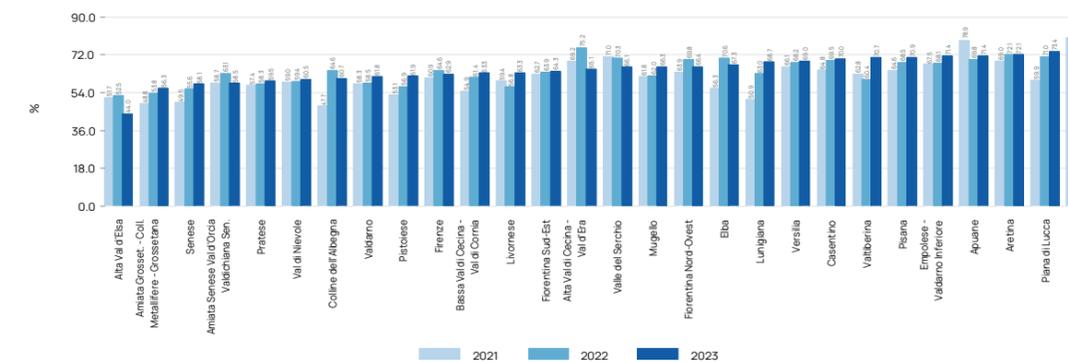
### PDTA03B Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti

La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data della prima prescrizione del farmaco (beta-bloccanti)(a) dopo il ricovero indice(b). Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2020.

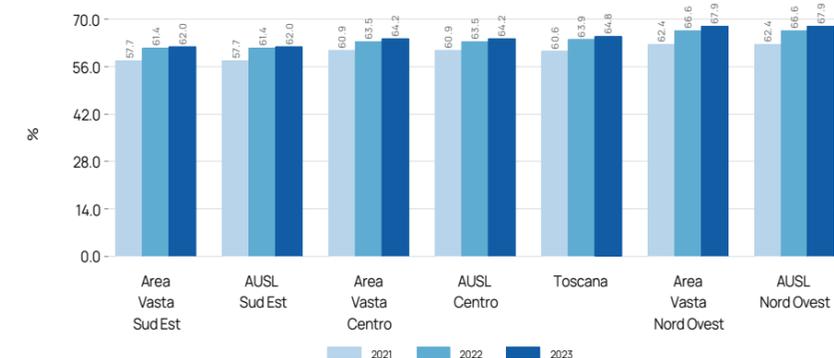
Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



Aziende - Trend



#### Definizione

Prescrizioni di beta-bloccanti a pazienti scompensati nei tre mesi successivi alla dimissione da ricovero indice Percentuale di residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

#### Numeratore

Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con copertura nei successivi 12 mesi >= 75%

#### Denominatore

Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice

#### Note

Per ogni paziente viene calcolata la Proportion of Days Covered come numero di giorni distinti con almeno un farmaco (beta-bloccante) disponibile sul numero di giorni di osservazione accumulati da quel paziente. ATC considerata: C07. L'indicatore è calcolato per la coorte che precede di due anni solari quello della valutazione. Nell'anno di valutazione 2022 vengono considerati i casi dimessi nel 2020. [Link al manuale operativo](#)

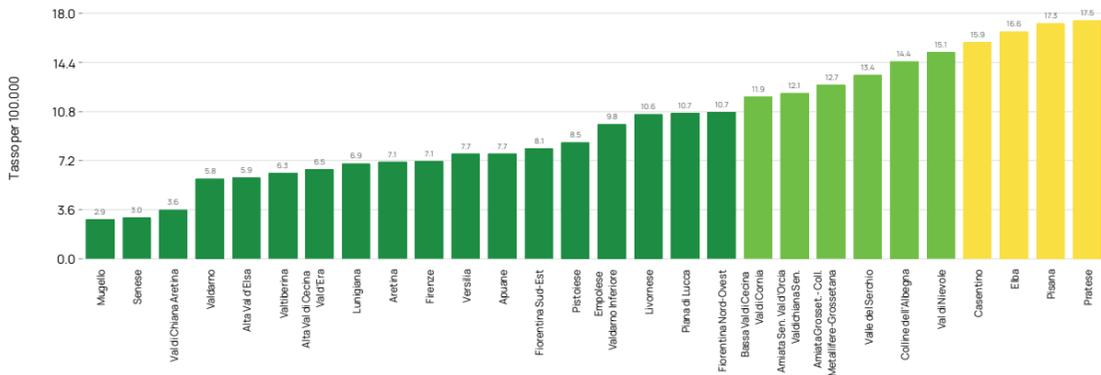
#### Fonte

Anagrafe assistiti, Farmaceutica territoriale, Distribuzione diretta dei farmaci e SDO

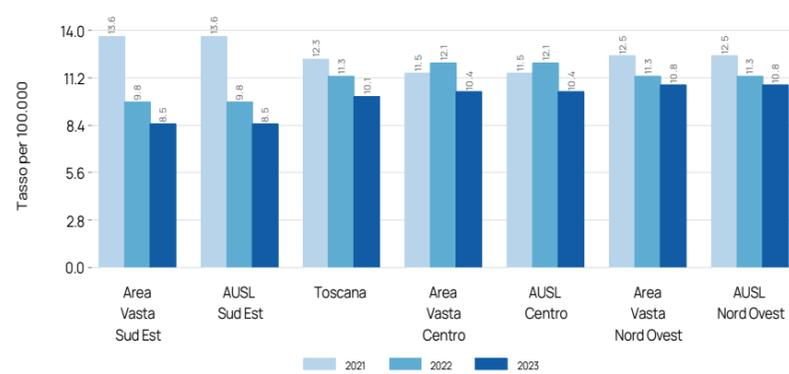
### C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica che può determinare complicanze di lungoperiodo 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.

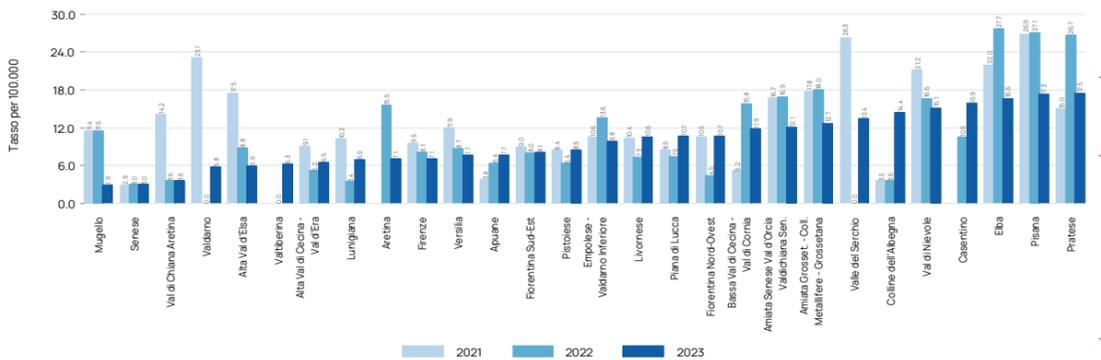
Zone Distretto - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Trend



#### Definizione

Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni

#### Numeratore

N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti nella Zona-distretto x 100.000

#### Denominatore

Popolazione 35-74 anni residente nella Zona-distretto

#### Note

Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti nella Zona-distretto Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx (Diabete mellito). Sono esclusi: - i DRG 113 e 114; - i codici di procedura 36\* e 39.5\*; - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale); - i ricoveri in strutture private non accreditate.

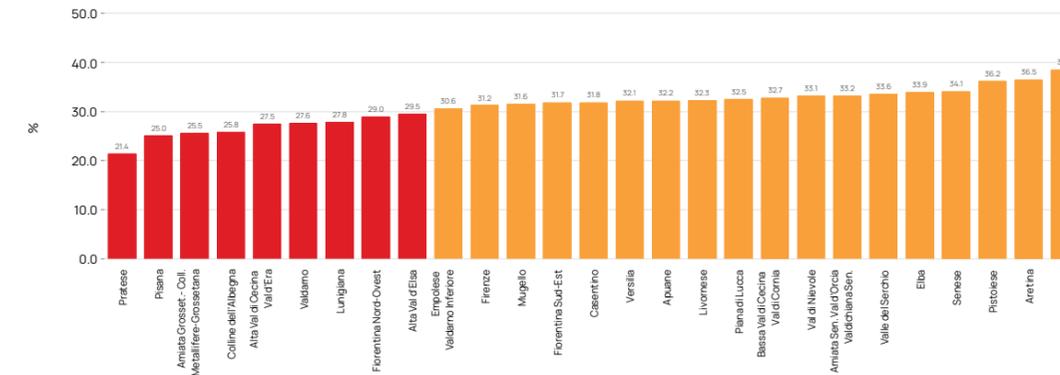
#### Fonte

Flusso scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

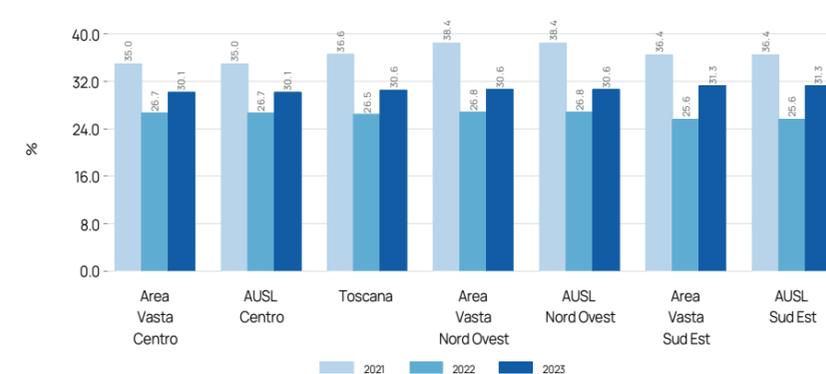
### PDTA05.1 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi

L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata nel paziente diabetico almeno due volte l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2020.

Zone Distretto - Dati 2023



Aziende - Trend



#### Definizione

L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata nel paziente diabetico almeno due volte l'anno dopo la diagnosi.

#### Numeratore

Prevalenti per diabete con un tasso di controlli dell'emoglobina glicata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione >= 2

#### Denominatore

Totale dei pazienti prevalenti per diabete

#### Note

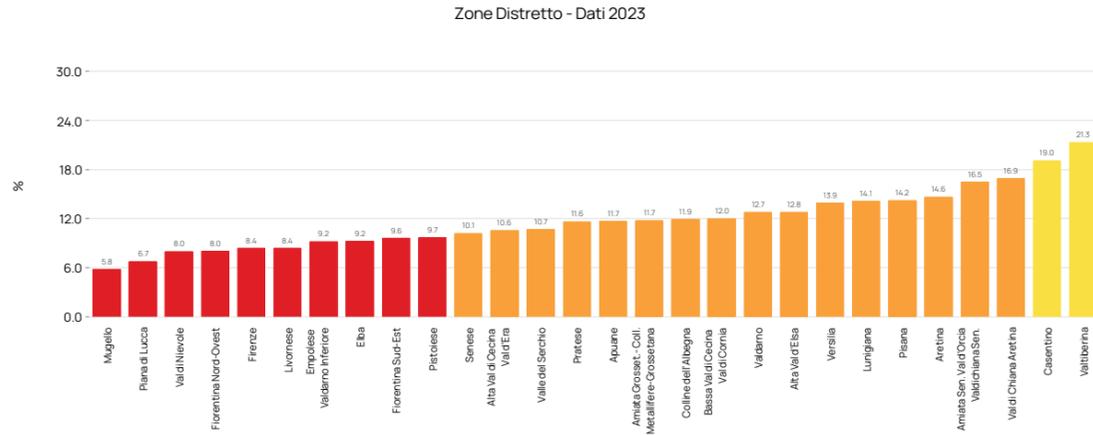
Per ogni paziente diabetico viene calcolato il tasso di controlli dell'emoglobina glicata come rapporto tra il numero di controlli eseguiti e il numero di giorni di osservazione accumulati da quel paziente Codice controllo: Hb-EMOGLOBINA GLICATA, 90.28.1. Nell'anno di valutazione 2022 vengono considerati i pazienti prevalenti nel 2020. [Link al manuale operativo](#)

#### Fonte

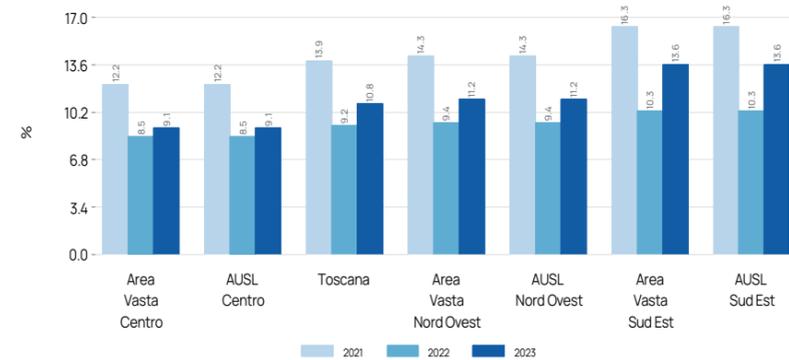
Anagrafe assistiti, Farmaceutica territoriale, Distribuzione diretta dei farmaci e SDO

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

L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio nel paziente diabetico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2020.



Aziende - Trend



### Definizione

L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio nel paziente diabetico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi.

### Numeratore

Prevalenti per diabete con un tasso di controlli dell'occhio nei 12 mesi successivi alla data di inclusione >= 1

### Denominatore

Totale dei pazienti prevalenti per diabete

### Note

Per ogni paziente diabetico viene calcolato il tasso di controlli dell'occhio come rapporto tra il numero di controlli eseguiti e il numero di giorni di osservazione accumulati da quel paziente. Codice visita: Prima visita oculistica, 95.02. Nell'anno di valutazione 2022 vengono considerati i pazienti prevalenti nel 2020. [Link al manuale operativo](#)

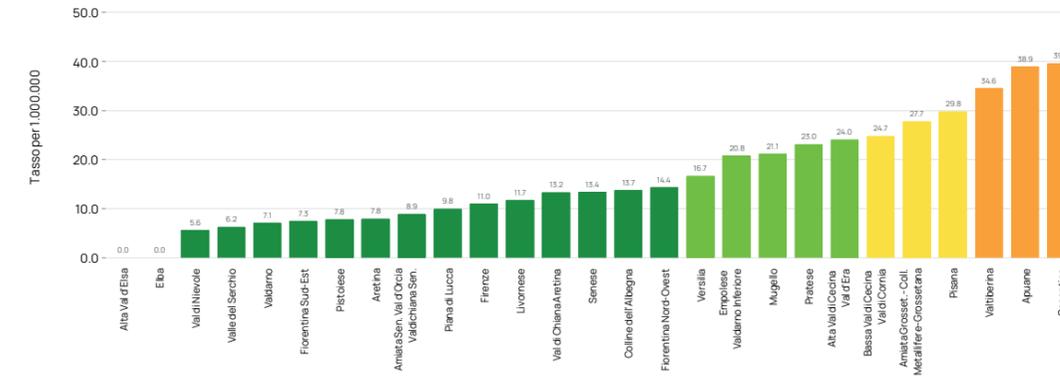
### Fonte

Anagrafe assistiti, Farmaceutica territoriale, Distribuzione diretta dei farmaci, SDO, specialistica, esenzioni

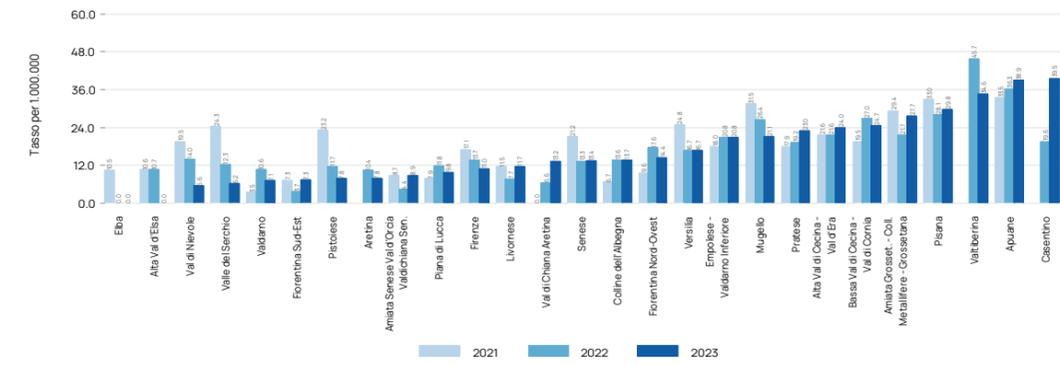
## C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

Il piede diabetico rappresenta la prima causa di amputazione non traumatica agli arti inferiori in Europa [Anichini et al. 2012]. La presa in carico tempestiva, 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 clinicoassistenziali, in particolare legati alla cronicità. Il piede diabetico è stato al centro di un progetto di confronto portato avanti su mandato della Regione Toscana dal Laboratorio MeS e dalla comunità professionale di riferimento, al fine di mettere a confronto dati ed esperienze ed individuare best practice organizzative da diffondere per ridurre la variabilità geografica tra le aziende sanitarie [Nutri et al. 2014; Nutri et al. 2016].

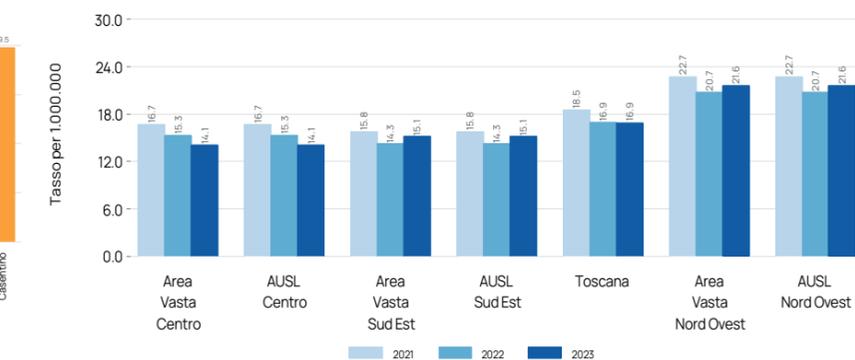
Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



Aziende - Trend



### Definizione

Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (triennale)

### Numeratore

N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) x 1.000.000

### Denominatore

N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) per Zona-distretto

### Note

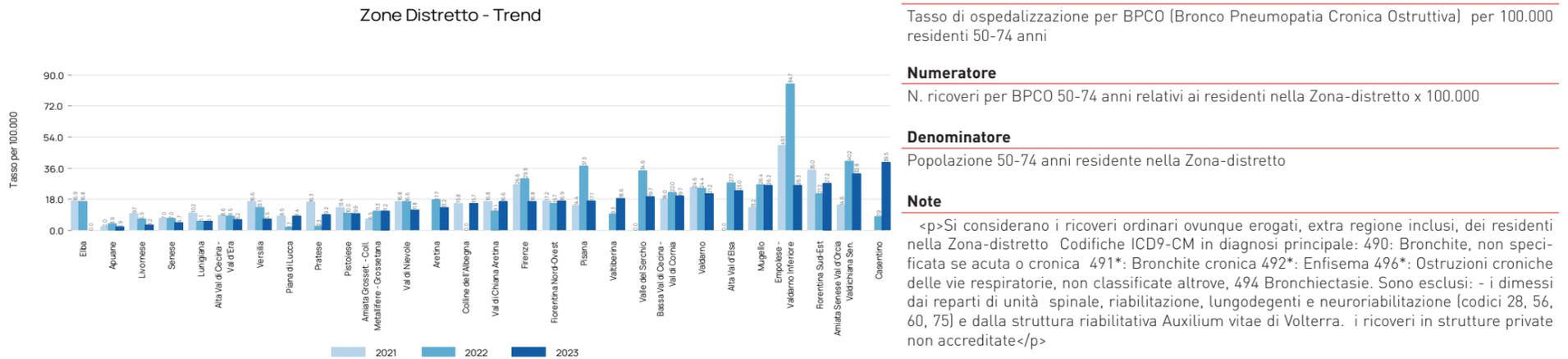
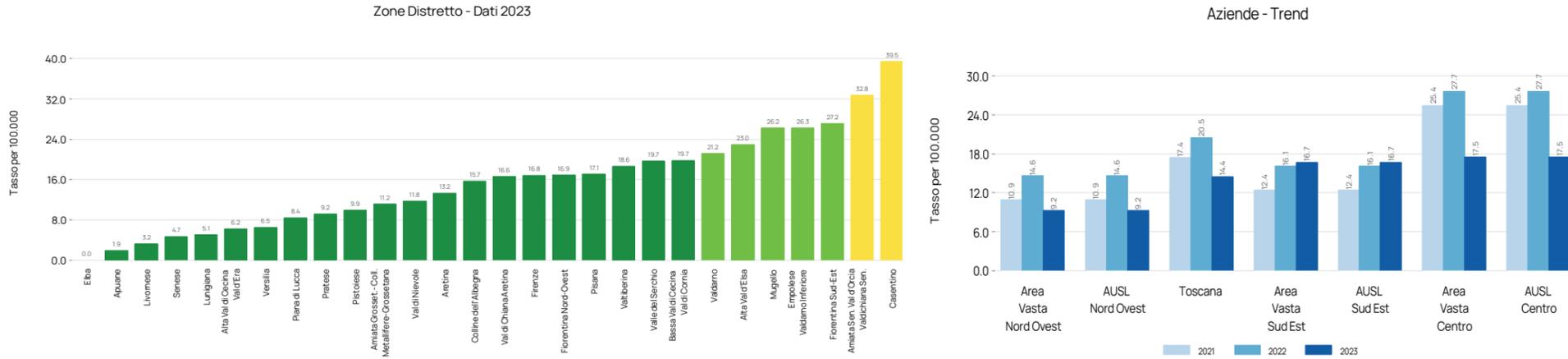
L'indicatore è calcolato su base triennale: al numeratore, ricoveri ordinari ovunque erogati dei residenti in regione per gli anni 201X0 201X1 201X2, dove 201X2 è l'anno di riferimento del bersaglio. Codici procedura ICD9-CM principale o secondarie: 84.13, 84.14, 84.15, 84.16, 84.17, 84.18, 84.19. Codice diagnosi ICD9-CM principale o diagnosi: 250.xx. Esclusioni: 895.xx, 896.xx, 897.xx; DRG: 370-391; 1707 1708; Trasferiti da altra struttura di ricovero per acuti ricoveri in strutture private non accreditate.

### Fonte

Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

Non avendo a disposizione farmaci risolutivi per le broncopneumopatie cronicoostruttive, così come per molte malattie cronicodegenerative, risultano di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto importante è l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico: è infatti possibile ridurre complicità e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005).



#### Definizione

Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni

#### Numeratore

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

#### Denominatore

Popolazione 50-74 anni residente nella Zona-distretto

#### Note

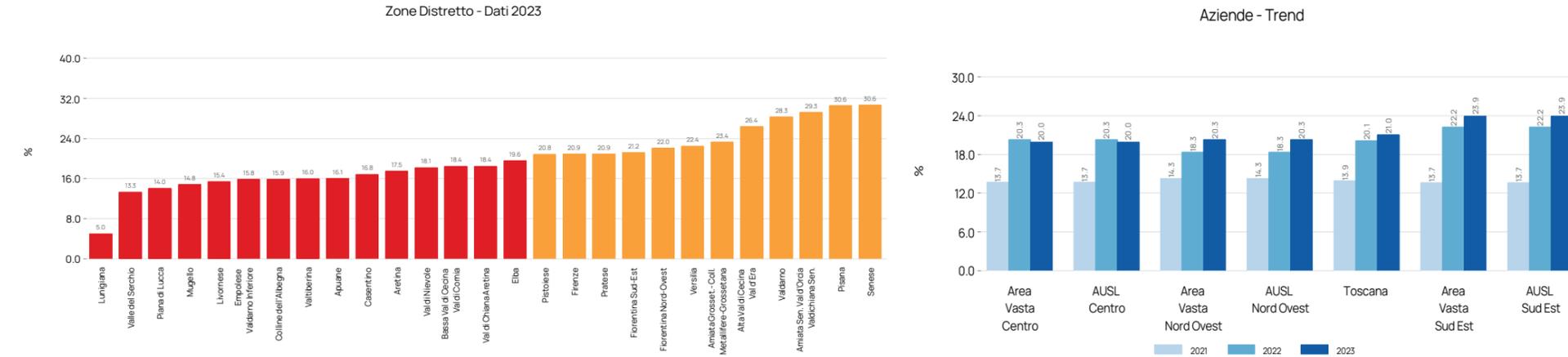
<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti nella Zona-distretto Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491\*: Bronchite cronica 492\*: Enfisema 496\*: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove, 494 Bronchiectasie. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione [codici 28, 56, 60, 75] e dalla struttura riabilitativa Auxilium vitae di Volterra. i ricoveri in strutture private non accreditate</p>

#### Fonte

Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

### C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

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



#### Definizione

Percentuale di residenti con progresso Ictus in terapia antitrombotica

#### Numeratore

Residenti con progresso Ictus in terapia antitrombotica x 100

#### Denominatore

Prevalenti per progresso ictus

#### Note

Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore. Algoritmo di definizione del progresso ictus Flusso SDO: Presenza nella diagnosi primaria di un ricovero di uno dei seguenti codici: 430, 431, 432, 434, 436; il ricovero non deve avere né come reparto di ammissione né come reparto di dimissione un reparto di riabilitazione [specialità 56] o lungodegenza [specialità 60]. Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di farmaci antitrombotici (codice ATC: B01A\*) distanti più di 180 giorni

#### Fonte

Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

3

# ASSISTENZA DOMICILIARE E ASSISTENZA AGLI ANZIANI

ASSISTENZA DOMICILIARE E ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI

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

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

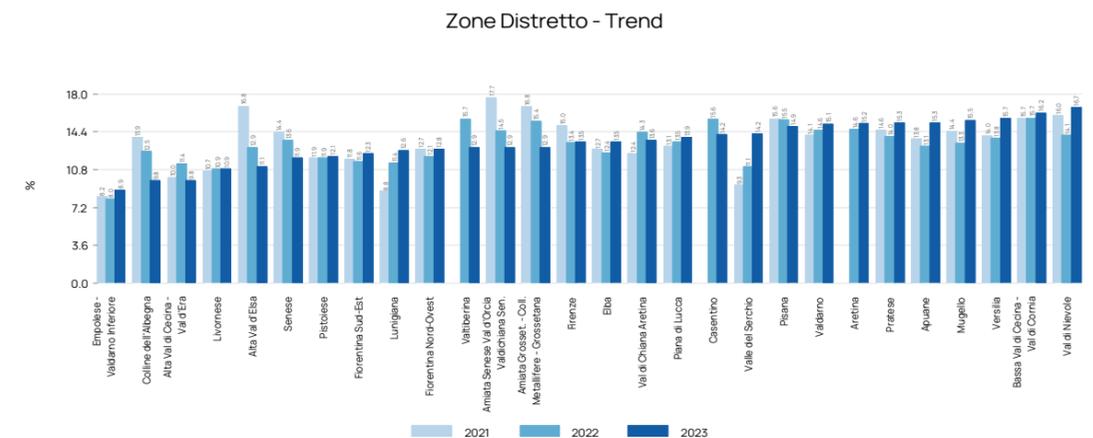
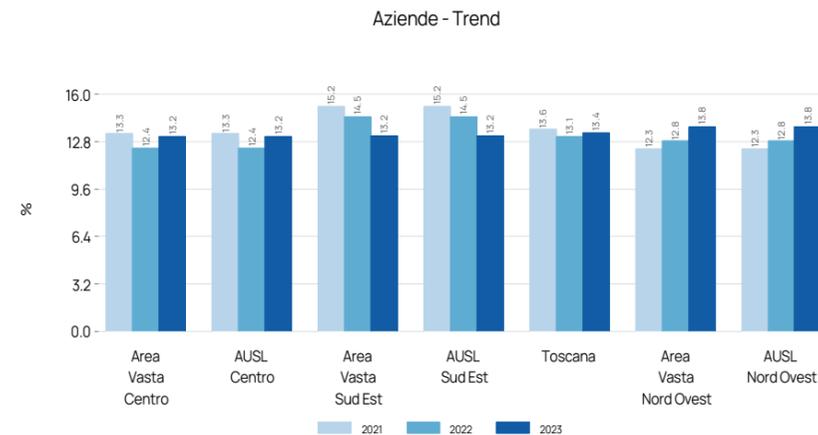
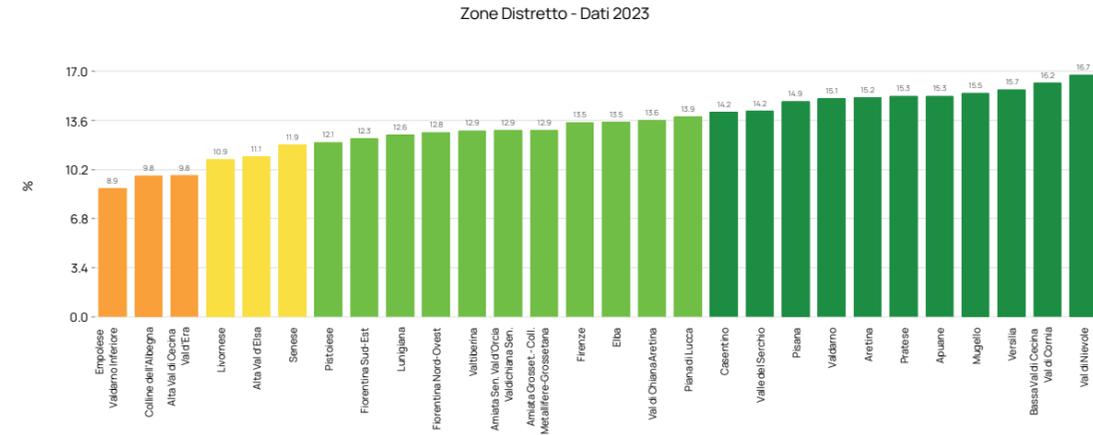
B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA

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

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

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

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



**Definizione**  
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

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

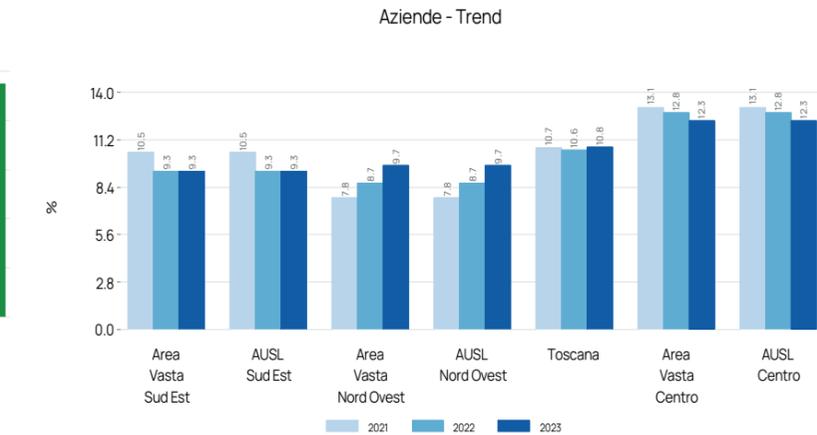
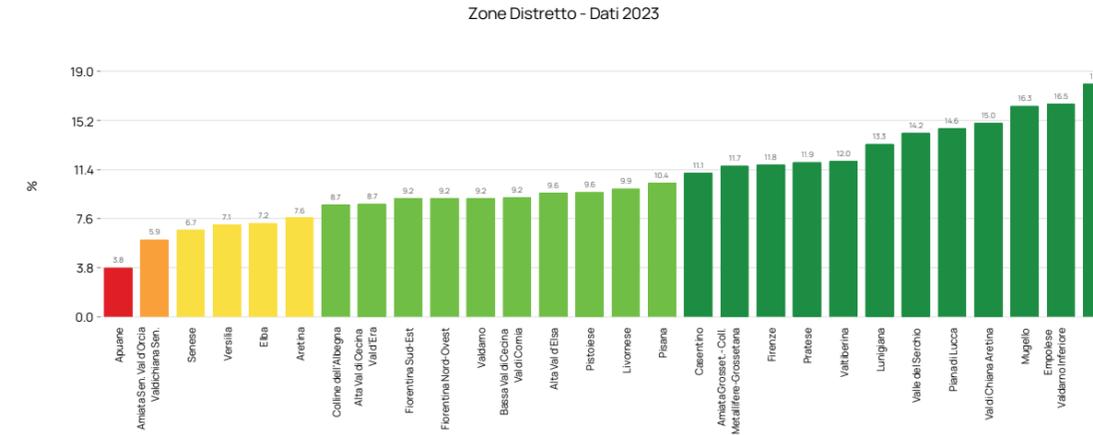
**Denominatore**  
N. di accessi domiciliari

**Note**  
Si considerano tutte le erogazioni di Assistenza Domiciliare, quindi anche gli accessi occasionali. Selezione dei giorni festivi: 1 Gennaio, 6 Gennaio, Pasqua, Lunedì di Pasqua, 25 Aprile, 1 Maggio, 2 Giugno, 15 Agosto, 8 Dicembre, 1 Novembre, 25 Dicembre, 26 Dicembre.

**Fonte**  
Flussi amministrativi sanitari Flusso AD RSA

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

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



**Definizione**  
Percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni

**Numeratore**  
Persone con accessi CD entro 2 gg dalla dimissione >=75 anni

**Denominatore**  
Pazienti ricoverati con dimissione a domicilio

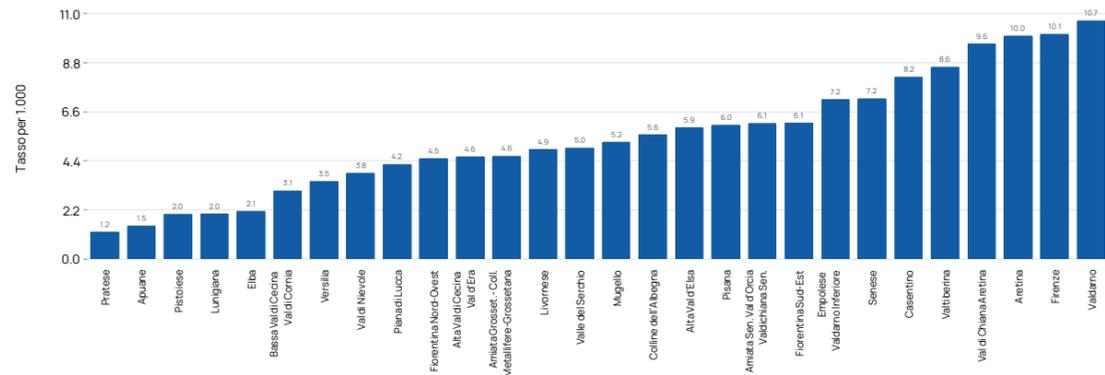
**Note**  
Residenti toscani, ricoveri erogati in Toscana e CD ricevute in Toscana Modalità dimissione ordinaria, ospedalizzazione a domicilio, ADI (modim=2, 4, 7) Ricoveri ordinari. Esclusione dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99). Ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. CD: tutte le Erogazioni di Assistenza Domiciliare

**Fonte**  
Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO Flusso AD RSA

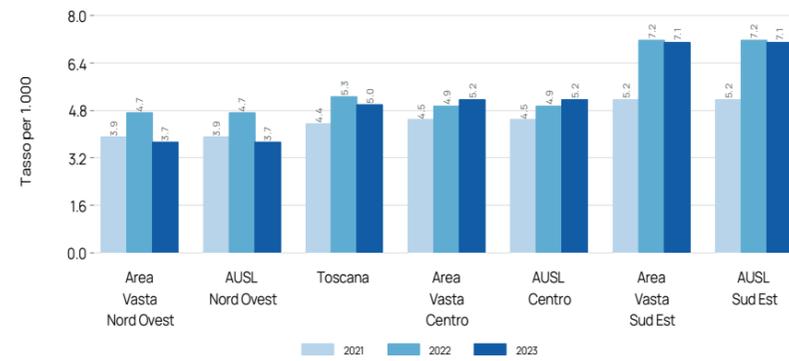
### B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA

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

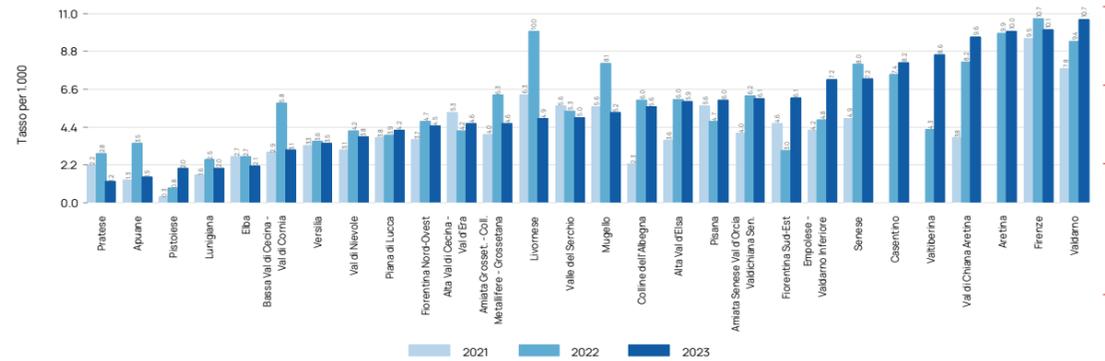
Zone Distretto - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Trend



#### Definizione

Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA

#### Numeratore

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

#### Denominatore

Popolazione residente >= 65

#### Note

Residenti in Regione. Applicazione della standardizzazione per età. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Si considerano solo i nuovi ammessi nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

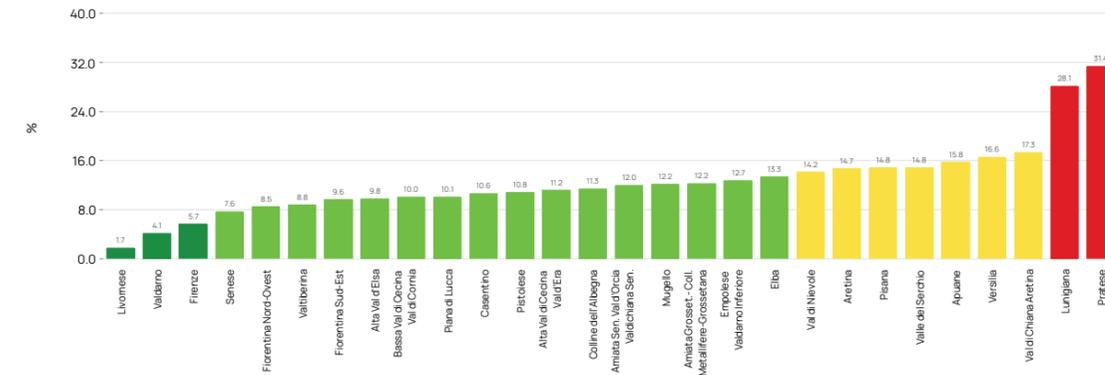
#### Fonte

Flussi amministrativi sanitari Flusso AD RSA

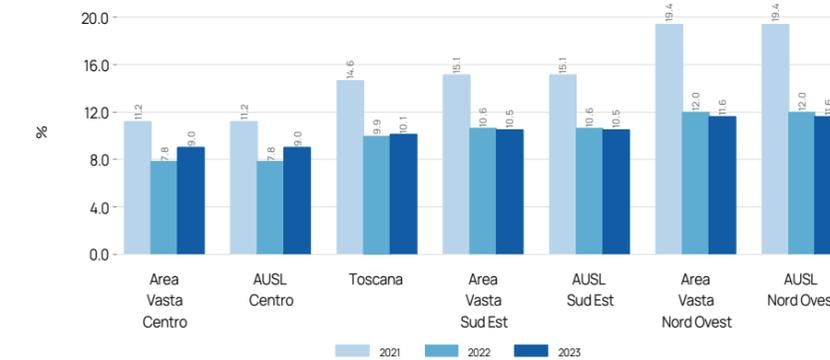
### B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni

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

Zone Distretto - Dati 2023



Aziende - Trend



#### Definizione

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

#### Numeratore

Assistiti ammessi in RSA con almeno un ricovero ospedaliero >= 65 anni

#### Denominatore

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

#### Note

Residenti in Regione. Regime di ricovero ordinario. Si considerano solo i nuovi ammessi in struttura nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

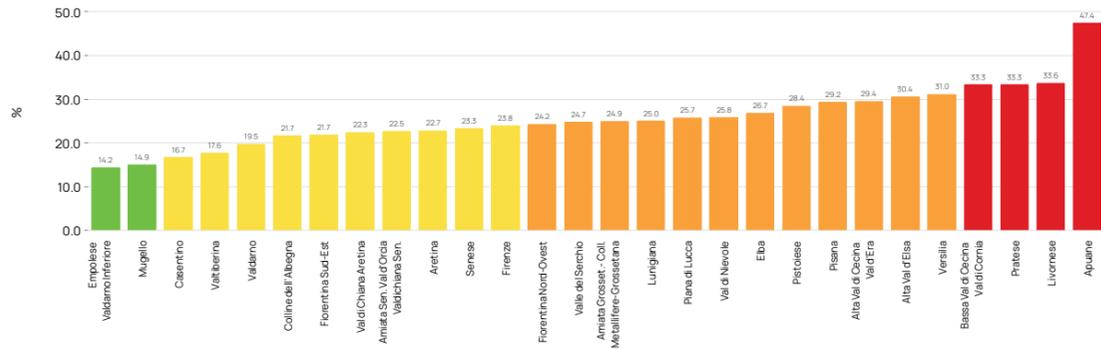
#### Fonte

Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO Flusso AD RSA

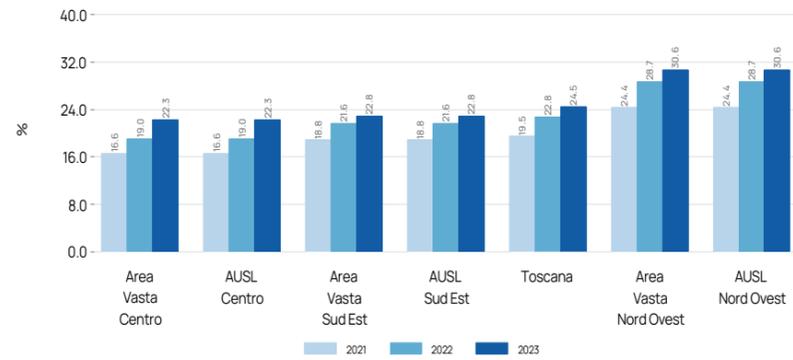
### B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

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

Zone Distretto - Dati 2023

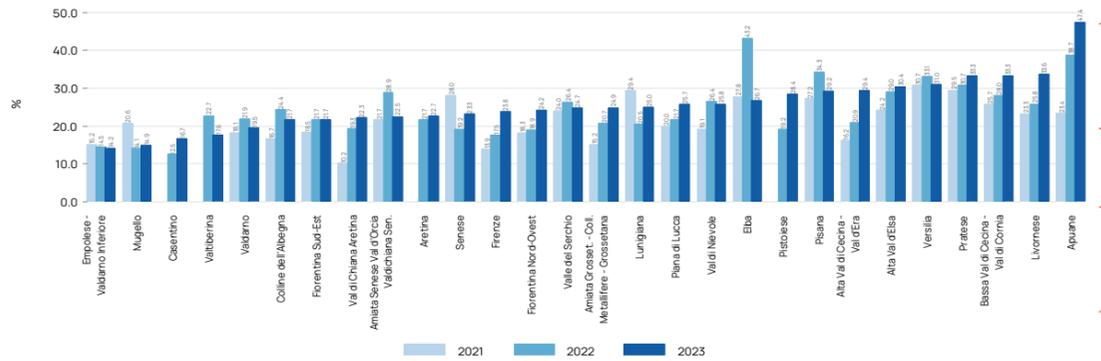


Aziende - Trend



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

Zone Distretto - Trend



#### Definizione

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

#### Numeratore

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

#### Denominatore

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

#### Note

Residenti in Regione. Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero. Si considerano solo i nuovi ammessi in struttura nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.

#### Fonte

Flussi amministrativi sanitari Flusso SDO Flusso PS

4

OSPEDALIZZAZIONI, PS E  
APPROPRIATEZZA  
DIAGNOSTICA

OSPEDALIZZAZIONI, PS E APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA

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

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

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

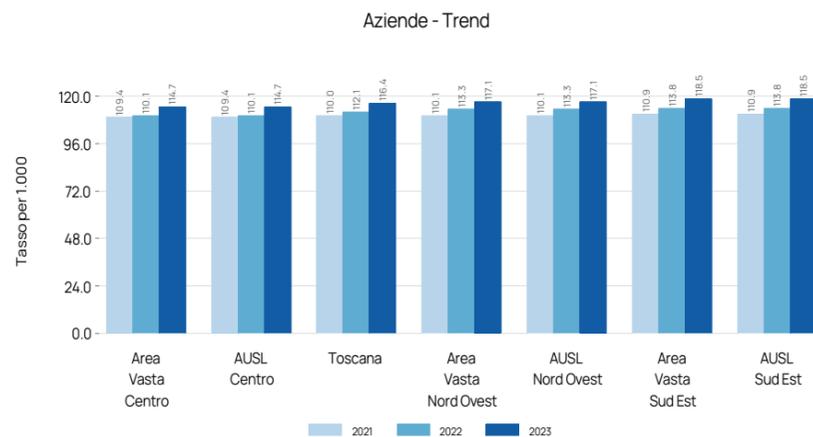
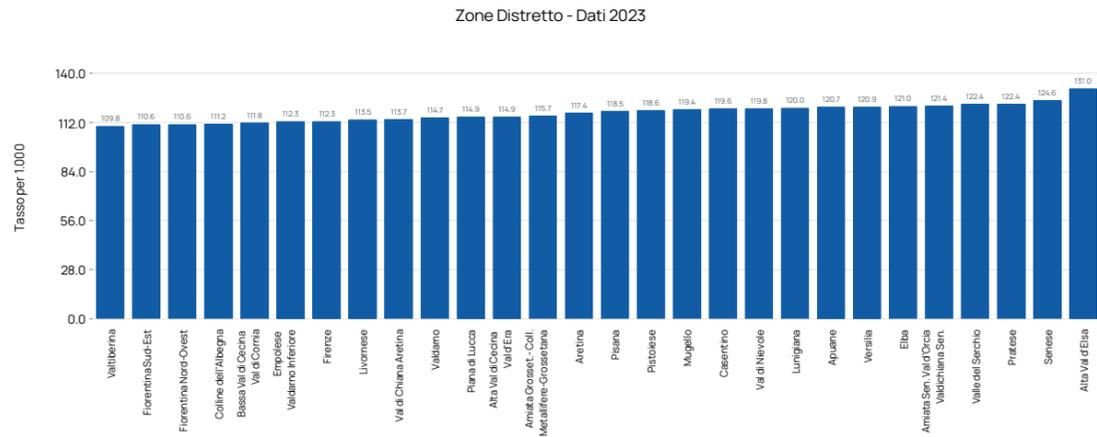
C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56

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

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

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

L'ospedale, da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, si è evoluto in una organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse. Come previsto dalla delibera della Giunta della Regione Toscana 1235 del 2012, relativa a azioni di riordino e razionalizzazione dei servizi del Sistema Sanitario Regionale, l'obiettivo regionale è posto pari a 120 ricoveri per 1.000 abitanti. Le Aziende Ospedaliere Universitarie condividono con le Aziende Territoriali la responsabilità del governo della domanda.



**Definizione**  
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti

**Numeratore**  
Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000

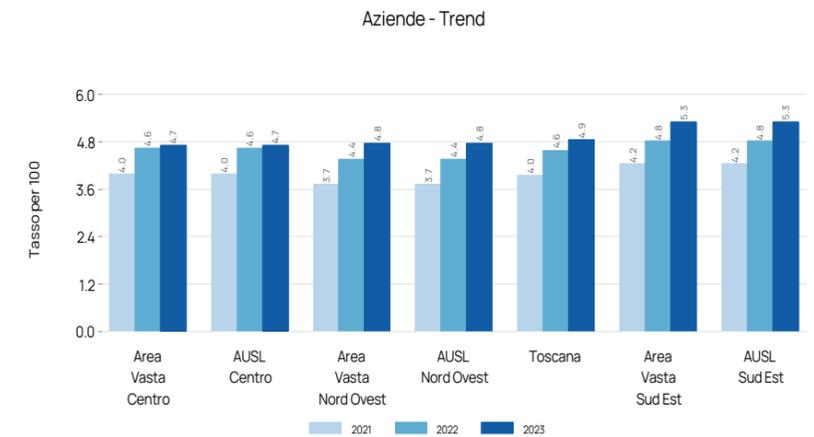
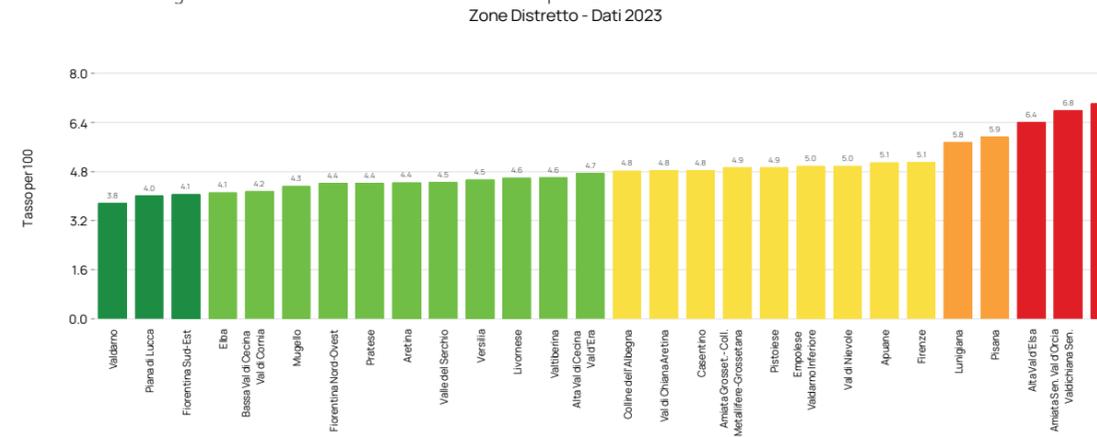
**Denominatore**  
Numero residenti

**Note**  
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani. Sono esclusi i ricoveri: Erogati da strutture private non accreditate; Relativi a neonato normale (DRG 391)

**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

In Italia si assiste ancora oggi ad un eccesso di ricoveri impropri in età pediatrica, pur se in diminuzione negli ultimi anni. Il tasso di ospedalizzazione (TO) in età pediatrica appare più elevato di quanto si possa osservare in altre nazioni del mondo occidentale, con valori quasi doppi di quelli raggiunti da altri paesi europei come Inghilterra e Francia, i quali, per di più, non dispongono del filtro costituito dalla Pediatria di Famiglia. Non essendo ipotizzabili condizioni epidemiologiche diverse da quelle degli altri paesi europei, è presumibile che tassi elevati ed alta variabilità interna siano legati ad una consistente varietà nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriata dei ricoveri in età pediatrica, come evidenziato da alcuni studi [Fortino et al., 2005; ASSR, 2002]. In accordo con le riflessioni avviate nell'ambito della rete pediatrica regionale, l'indicatore è stato tagliato sui soli ricoveri ordinari. In attesa dei dati relativi ai ricoveri effettuati fuori regione nell'anno di interesse, il calcolo del tasso include una stima della quota effettuata extra-regione calcolata con i ricoveri dell'anno precedente.



**Definizione**  
Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) ricoveri ordinari

**Numeratore**  
Numero di ricoveri ORDINARI di residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100

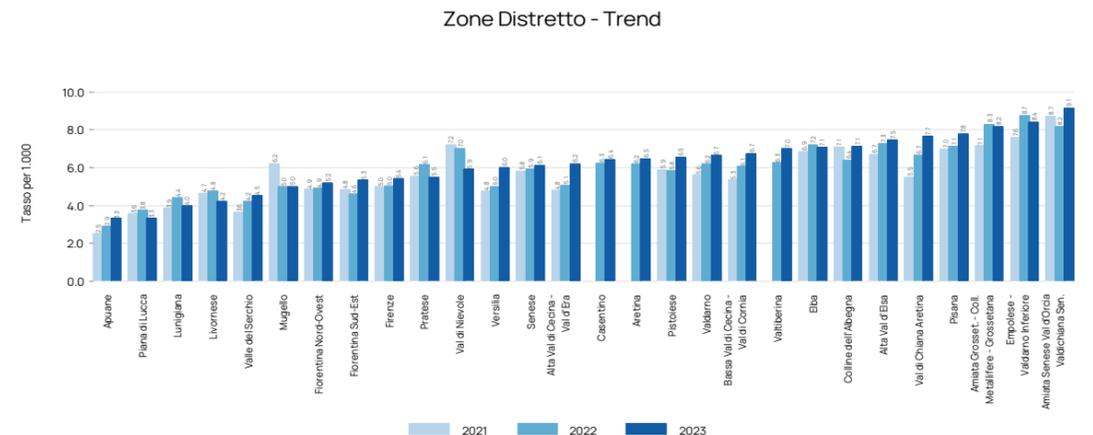
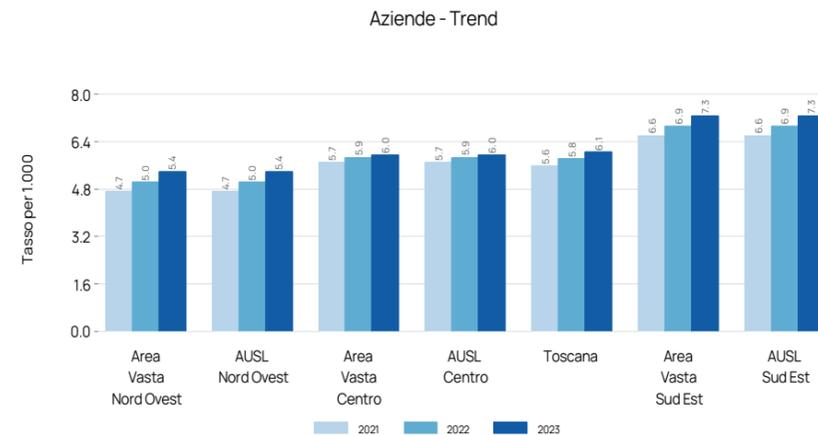
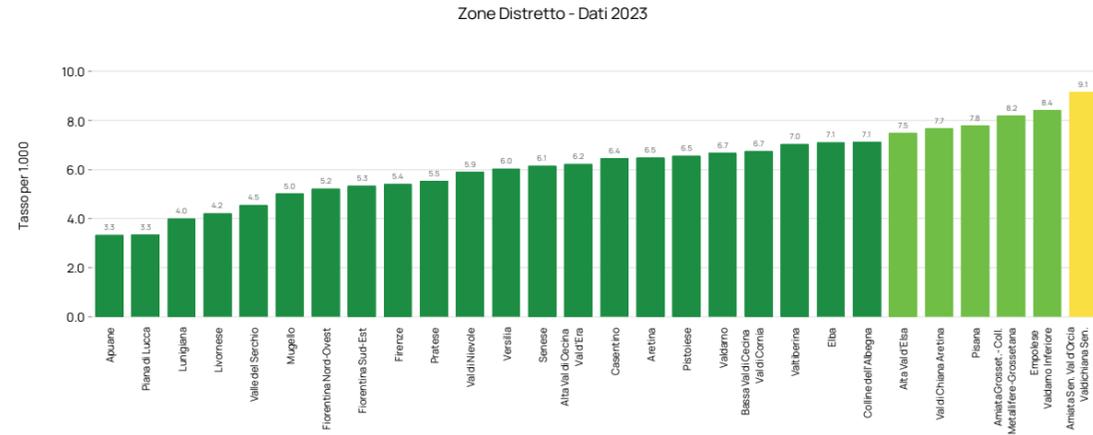
**Denominatore**  
Popolazione residente (< 14 anni)

**Note**  
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).

**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

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



**Definizione**  
Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti

**Numeratore**  
N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti x 1.000

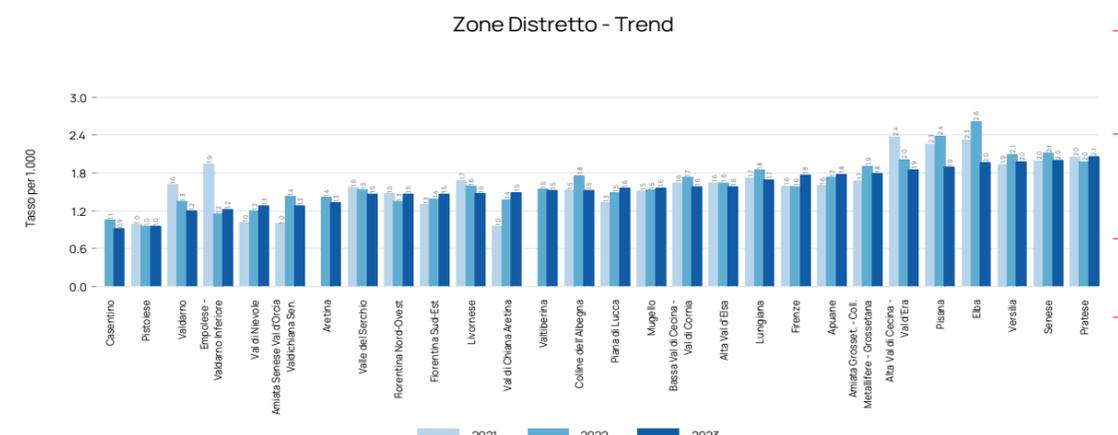
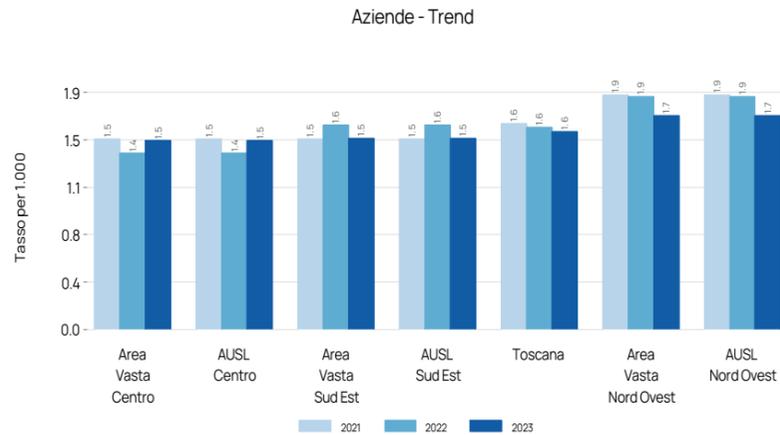
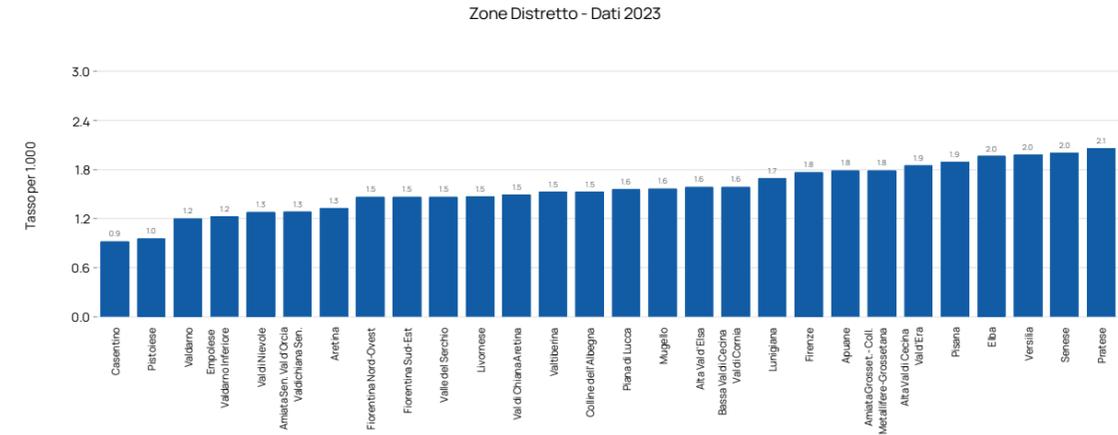
**Denominatore**  
N. residenti

**Note**  
Si considerano i ricoveri erogati a residenti toscani. Esclusi: i ricoveri erogati da strutture private non accreditate, i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99). Per maggiori dettagli sulle diagnosi considerate come patologie sensibili alle cure ambulatoriali, consultare la scheda dell'indicatore sul sito del Laboratorio Management e Sanità (<https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>)

**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

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



**Definizione**  
Tasso di ospedalizzazione per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione funzionale) per 1.000 residenti

**Numeratore**  
Numero di ricoveri per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione Funzionale) relativi ai residenti X 1000

**Denominatore**  
Numero residenti

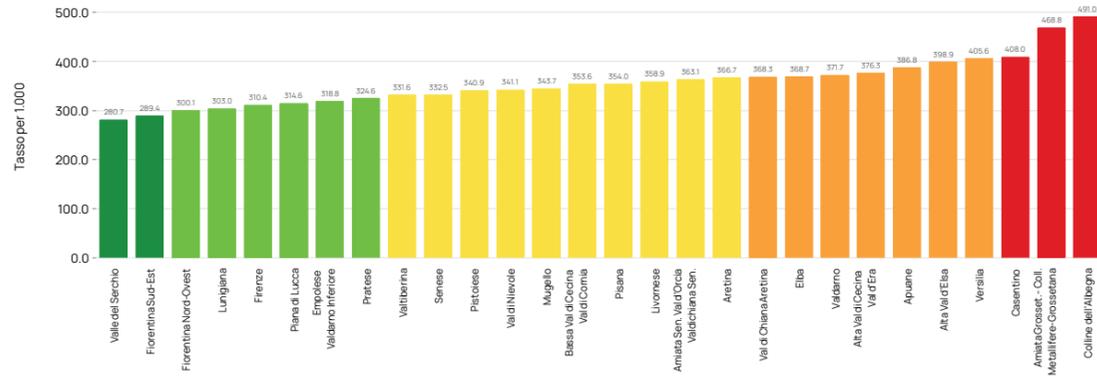
**Note**  
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra-regione inclusi, relativi a residenti toscani. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011 (fasce 0-4,5-9,10-14,....80-84,85 o più) fonte ISTAT.

**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

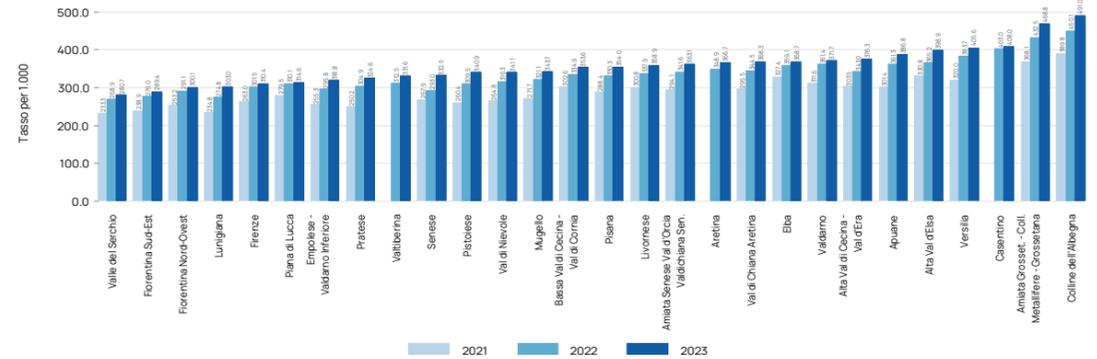
### C8B.1 Tasso di accesso al PS standardizzato per età e sesso per 1000 residenti

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

Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



#### Definizione

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

#### Numeratore

N. accessi al Pronto Soccorso x 1000

#### Denominatore

N. residenti

#### Note

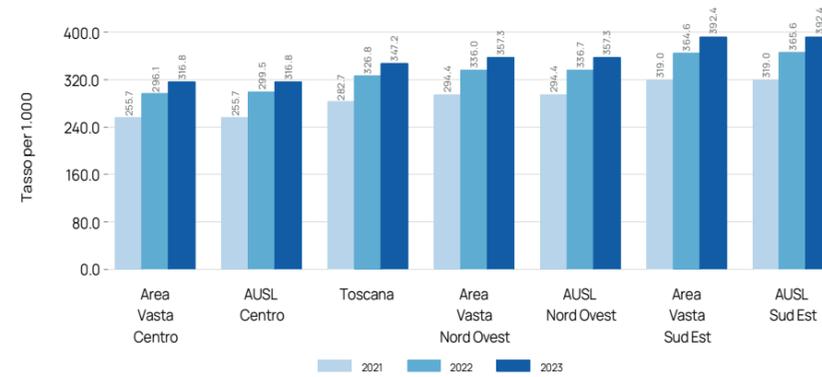
Si considerano gli accessi dei residenti Toscani nei Pronto Soccorso Toscani. Sono inclusi gli accessi provenienti dai Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, ..., 80-84, 85.

#### Fonte

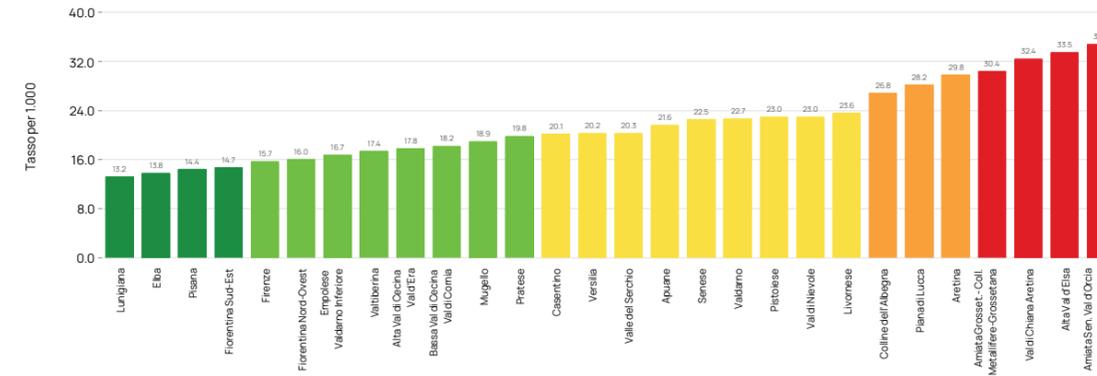
### C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni costituisce un dettaglio dell'indicatore C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la RM muscolo scheletrica è usata per problemi di artrosi degenerativa, nonostante tale strumento non sia risolutivo e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. E' necessaria una maggiore sensibilizzazione sia dei prescrittori che dei cittadini sull'uso appropriato delle risorse, per evitare l'utilizzo di prestazioni, come questa, potenzialmente inappropriate.

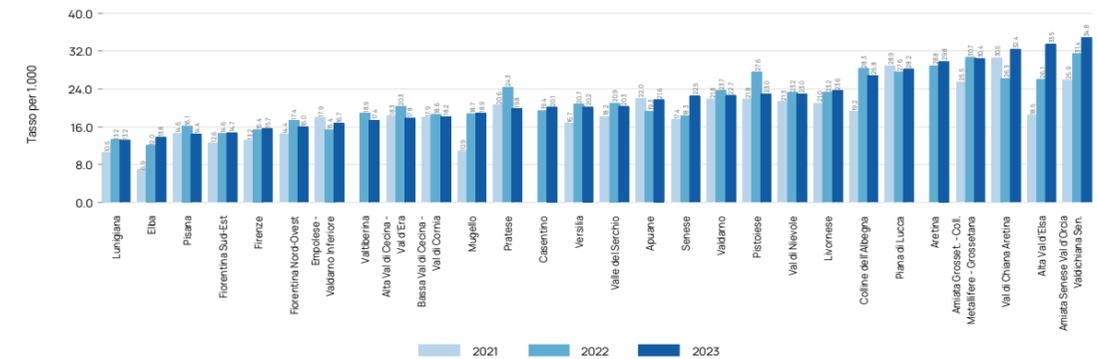
Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



Zone Distretto - Trend



#### Definizione

Tasso grezzo di prestazioni di RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)

#### Numeratore

N. prestazioni RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni x 1.000

#### Denominatore

N. residenti >=65 anni

#### Note

Residenti Toscani, erogazione intra ed extra regione. Prestazioni per esterni con codici 88.94.1 (prestazioni RM muscoloscheletriche) e 88.94.2 (prestazioni RM muscoloscheletriche con e senza contrasto). Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati. Esclusione accesso da Pronto Soccorso

#### Fonte

5

ASSISTENZA CONSULTORIALE E  
PERCORSO MATERNO  
INFANTILE

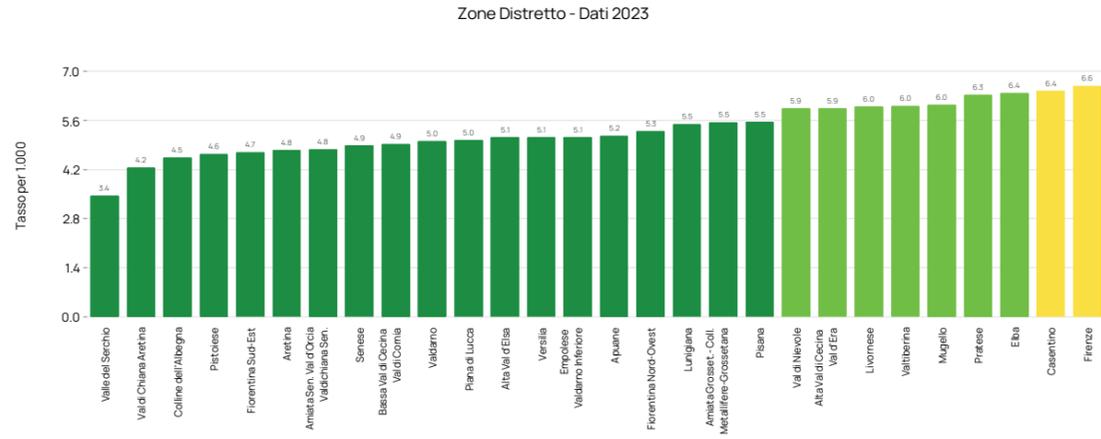
ASSISTENZA CONSULTORIALE E PERCORSO MATERNO INFANTILE

C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti

## C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

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



### Definizione

Tasso IVG per 1.000 residenti (donne 12-49 anni)

### Numeratore

Numero IVG (donne 12-49 anni) x 100

### Denominatore

Popolazione residente (donne 12-49 anni)

### Note

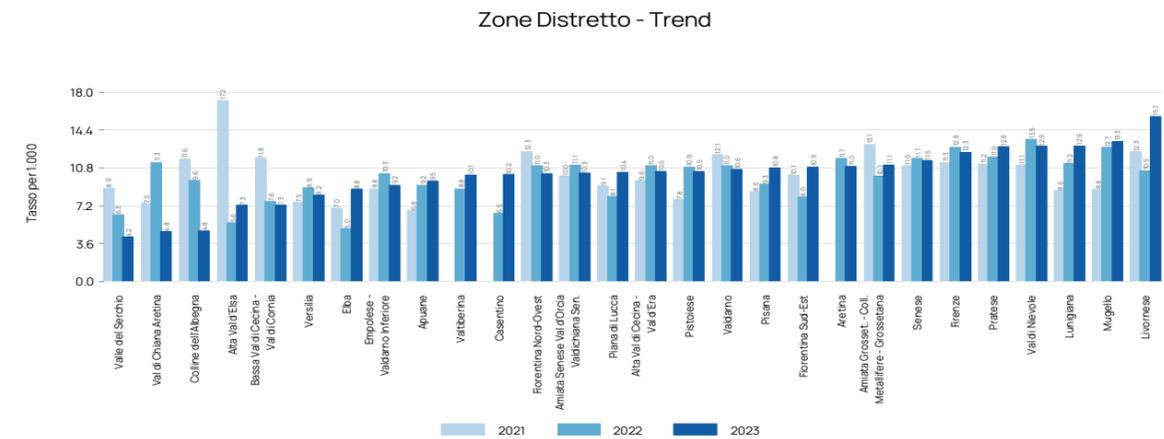
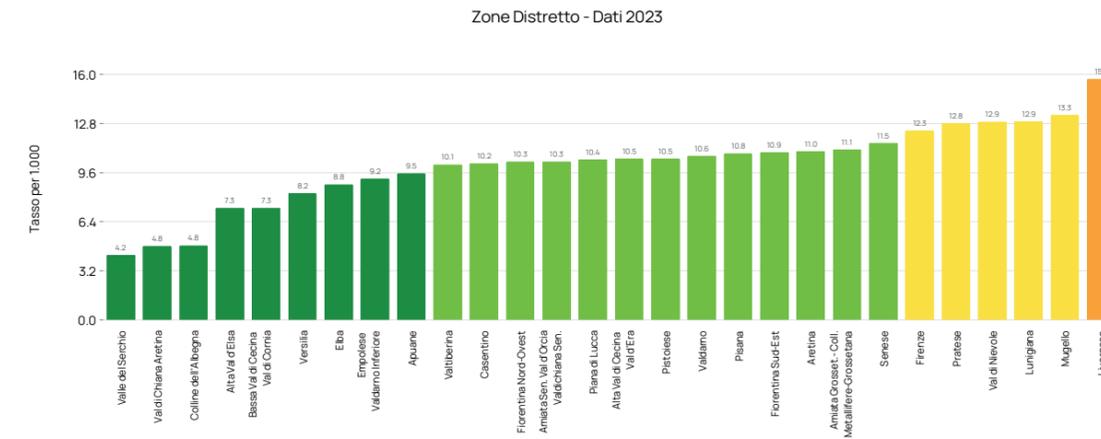
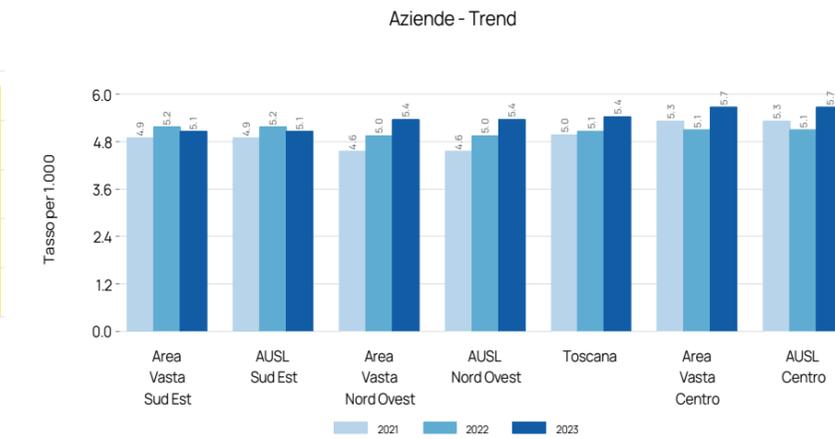
Si considerano: i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate; le donne residenti di età compresa fra i 12 e i 49 anni diagnosi principale 635.\*\* (Aborto indotto legalmente) oppure codice intervento principale 69.01 e 69.51

### Fonte

Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

Negli ultimi anni si è registrato un eccessivo aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per le donne straniere. A livello territoriale è quindi importante monitorare il fenomeno e individuare i contesti con un più frequente ricorso all'IVG al fine di pianificare e attuare strategie preventive ad hoc tramite la riorganizzazione dei servizi e la formazione degli operatori sul fenomeno.



### Definizione

Misura della diffusione di IVG tra le donne straniere residenti.

### Numeratore

Numero di IVG di donne straniere

### Denominatore

Numero di residenti stranieri

### Note

Si considerano le donne residenti straniere (paesi PFP) fra i 12 e i 49 anni che hanno subito IVG in Regione Toscana. E' considerata la mobilità passiva, stimata con l'anno precedente finché non è disponibile

### Fonte

Sistema Informativo Regionale - Flusso IVG, Popolazione straniera anno 2021, flusso SDO (mobilità)

6

# ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

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

C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

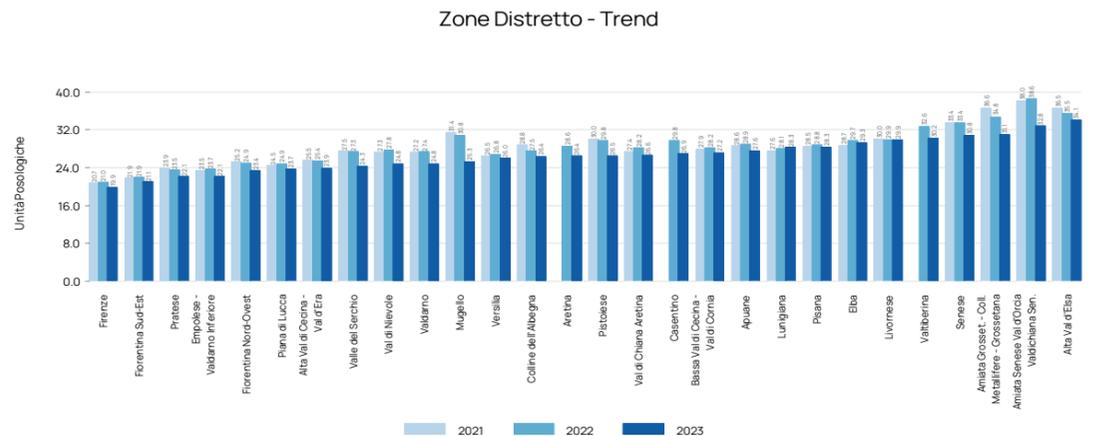
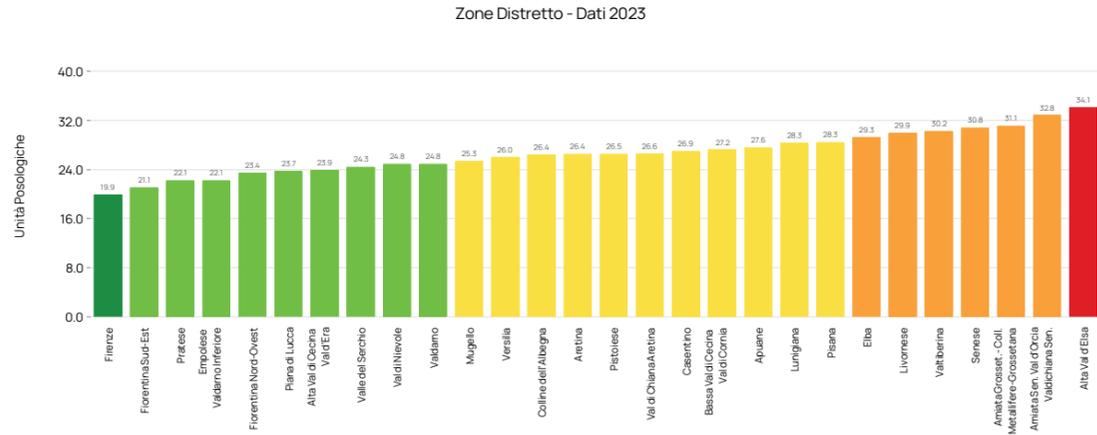
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi

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

B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)

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

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



#### Definizione

Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

#### Numeratore

N. unità posologiche di IPP erogate

#### Denominatore

Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010

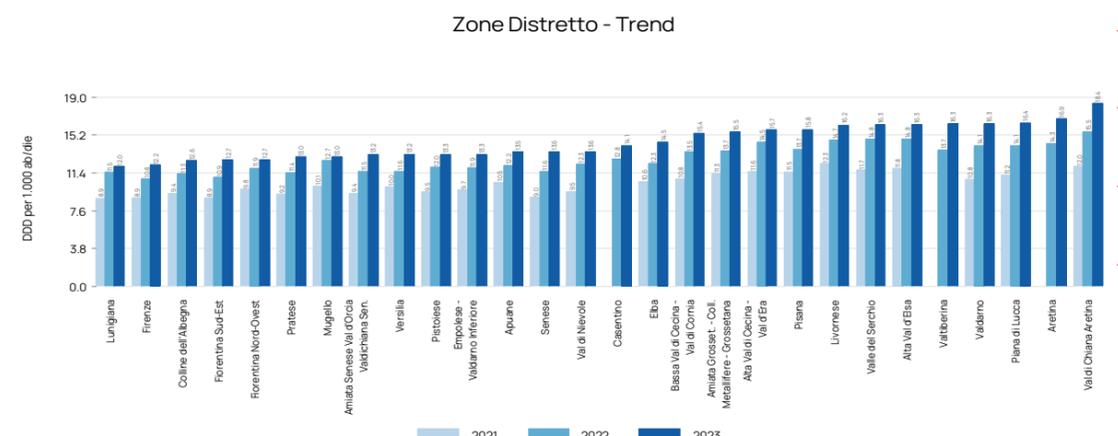
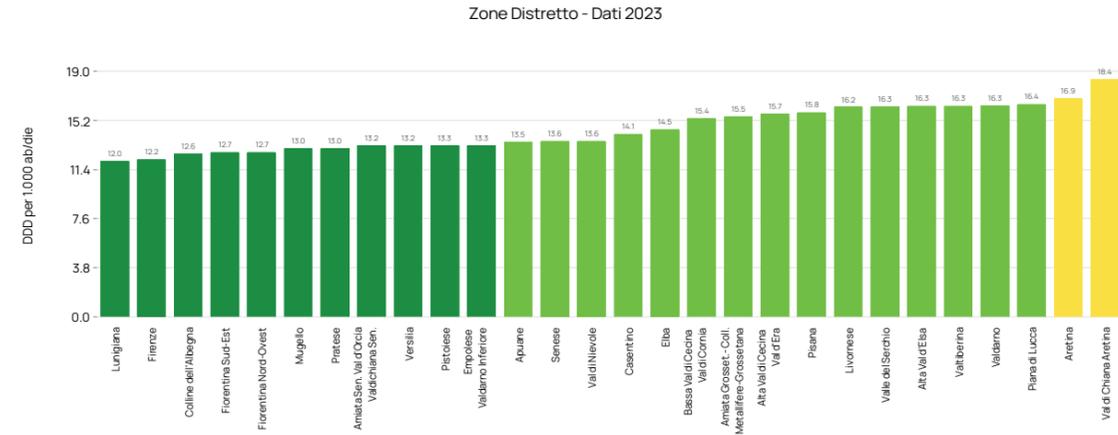
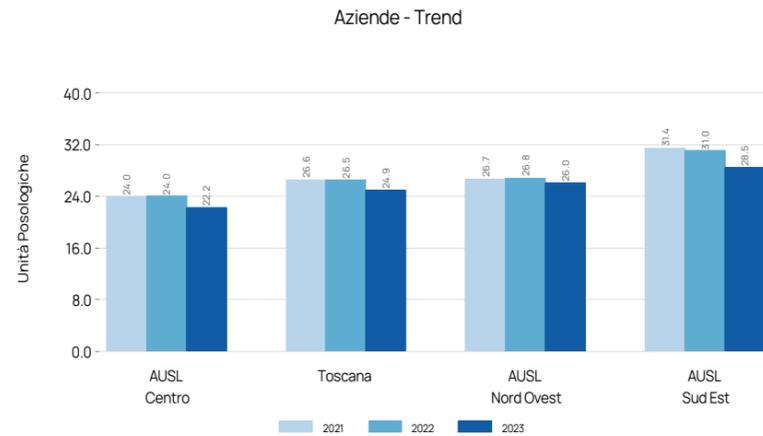
#### Note

I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomica â€” terapeutica - chimica) A02BC. È escluso il consumo privato. È inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta. I dati sono espressi per zona di residenza.

#### Fonte

### C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

La resistenza agli antibiotici da parte di microrganismi 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.



#### Definizione

Consumo di antibiotici sul territorio

#### Numeratore

DDD di antibiotici erogate sul territorio x 1000

#### Denominatore

DDD di antibiotici erogate sul territorio x 1000

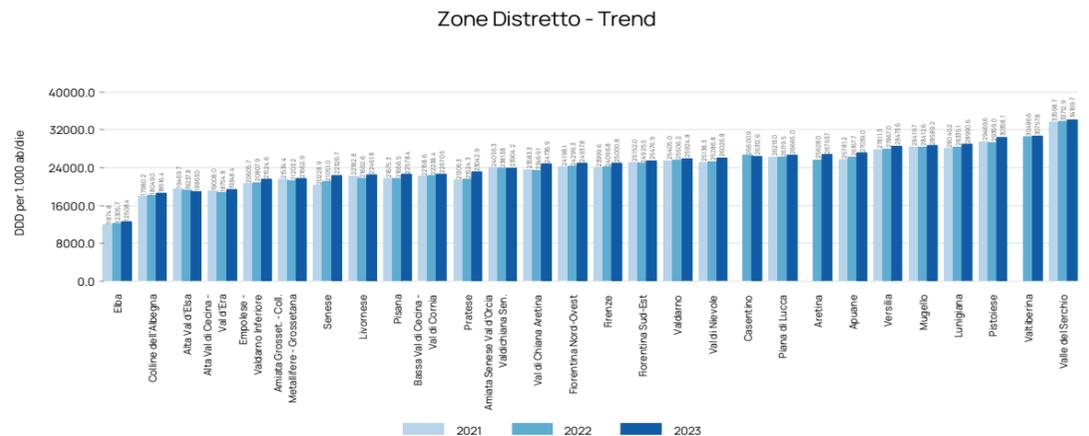
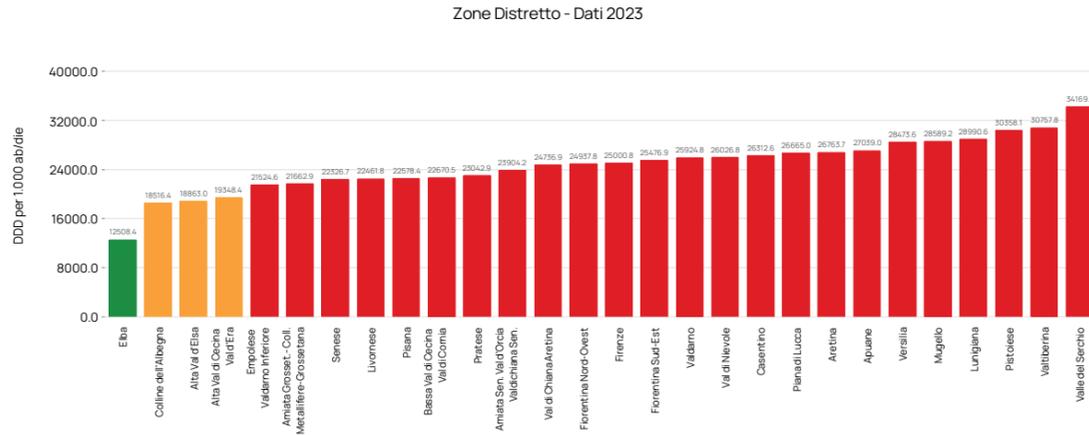
#### Note

I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per zona di residenza.

#### Fonte

### D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi

La depressione è una condizione invalidante che incide sulla qualità della vita dell'individuo generando un aumento dei costi sociosanitari. Dall'ultimo rapporto OsMed (AIFA) emerge che il trend sul consumo (DDD/1000 ab die) dei farmaci antidepressivi è in continua crescita e a testimonianza di ciò il Compound Annual Growth Rate (CAGR) 2014-2021 risulta essere del +1,9%, mentre l'aumento nel consumo dell'anno 2021 rispetto all'anno 2020 è del +2,4%. Per quanto riguarda il consumo di queste classi di farmaci si assiste storicamente ad un'elevata variabilità inter-regionale e l'indicatore ha lo scopo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di questa classe farmacologica.



#### Definizione

Monitoraggio DDD per 1000 abitanti su antidepressivi sentinella/traccianti.

#### Numeratore

DDD di farmaci antidepressivi erogate (x 1000)

#### Denominatore

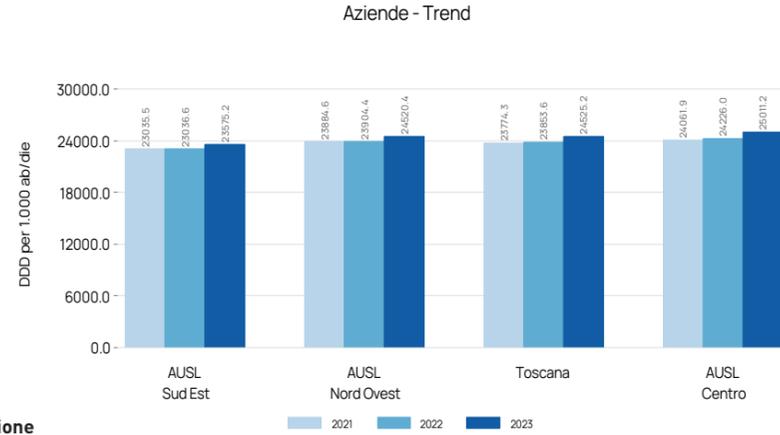
Popolazione residente al 1° Gen.

#### Note

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico. Si considerano i seguenti ATC: N06AX, N06AB

#### Fonte

Flussi della Farmaceutica



#### Definizione

Monitoraggio DDD per 1000 abitanti su antidepressivi sentinella/traccianti.

#### Numeratore

DDD di farmaci antidepressivi erogate (x 1000)

#### Denominatore

Popolazione residente al 1° Gen.

#### Note

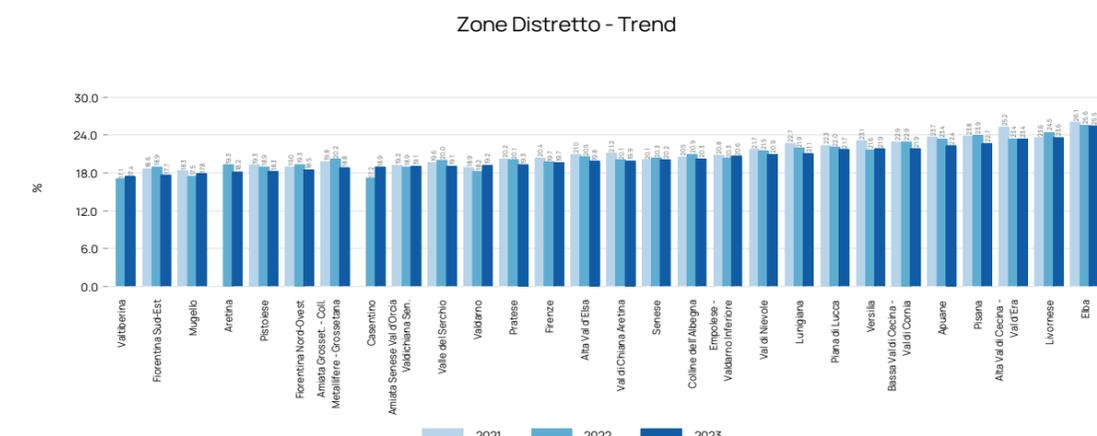
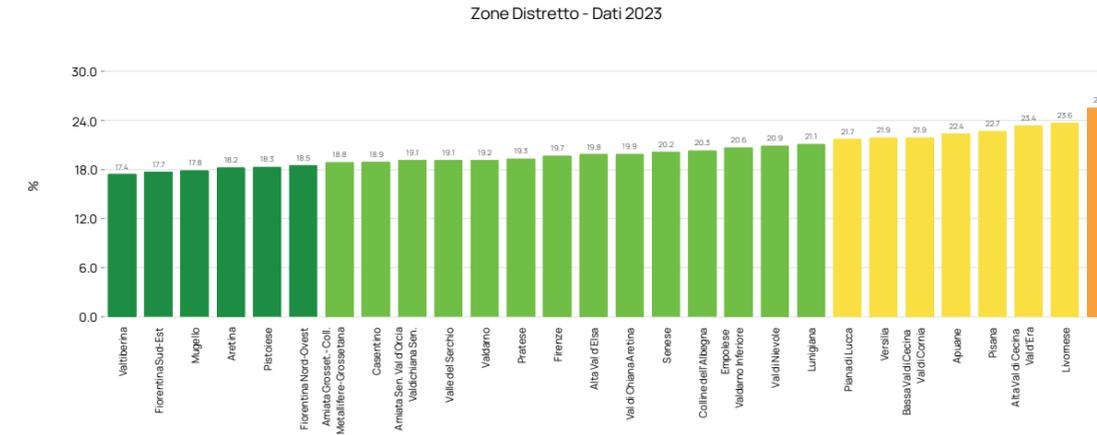
L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico. Si considerano i seguenti ATC: N06AX, N06AB

#### Fonte

Flussi della Farmaceutica

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

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



#### Definizione

Percentuale di pazienti che abbandonano la terapia con antidepressivi

#### Numeratore

N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100

#### Denominatore

N. utenti che consumano antidepressivi

#### Note

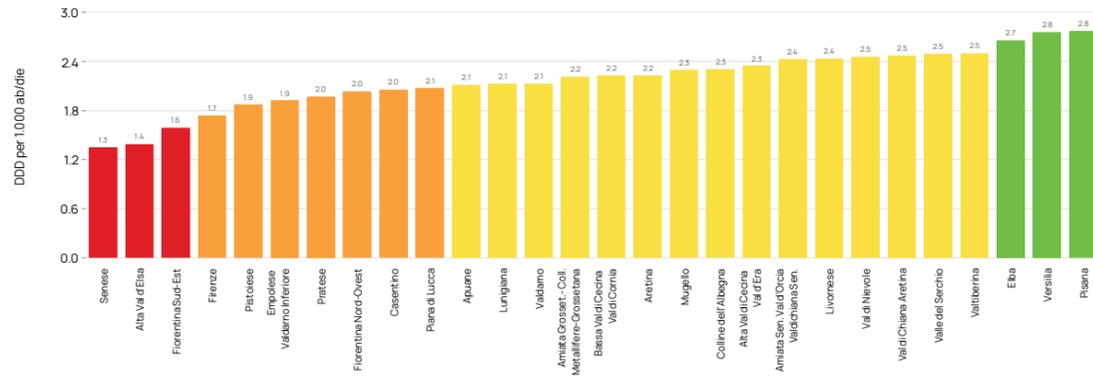
L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi). I dati sono per zona di residenza.

#### Fonte

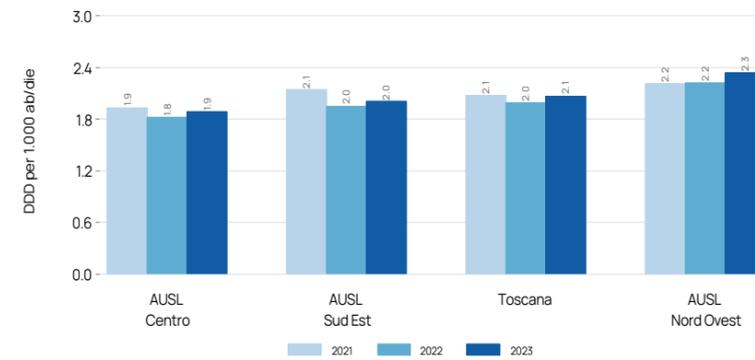
### B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)

Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.

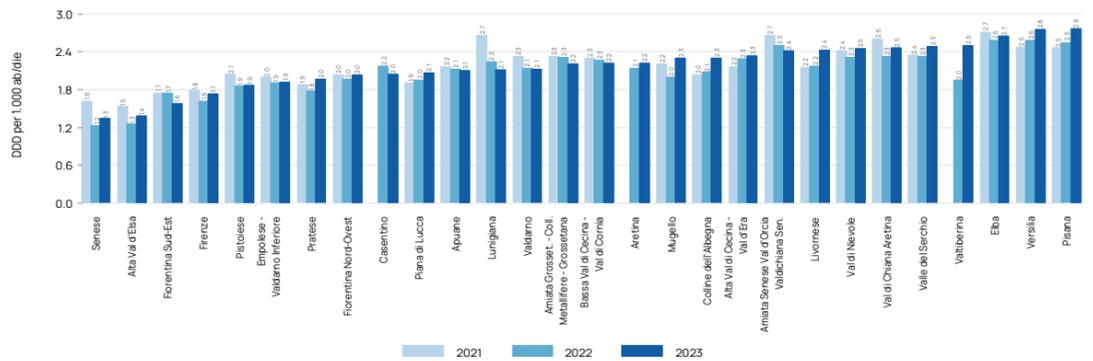
Zone Distretto - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Trend



#### Definizione

Consumo di farmaci oppioidi maggiori sul territorio

#### Numeratore

DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000

#### Denominatore

Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010 x 365

#### Note

Consumo di farmaci oppioidi maggiori di classe A erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto. Sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo, ATC: N02AA01; N02AG01; N02AE01; N02AB03; N02AA05; N02AA55; N02AA03; N02AX06. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita. Questo permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono espressi per zona di residenza.

#### Fonte

Flussi amministrativi regionali

7

# SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

## SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

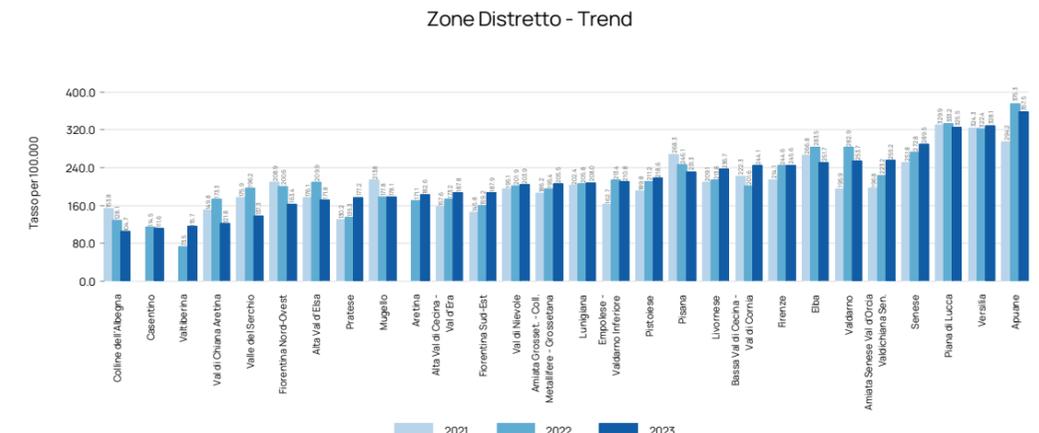
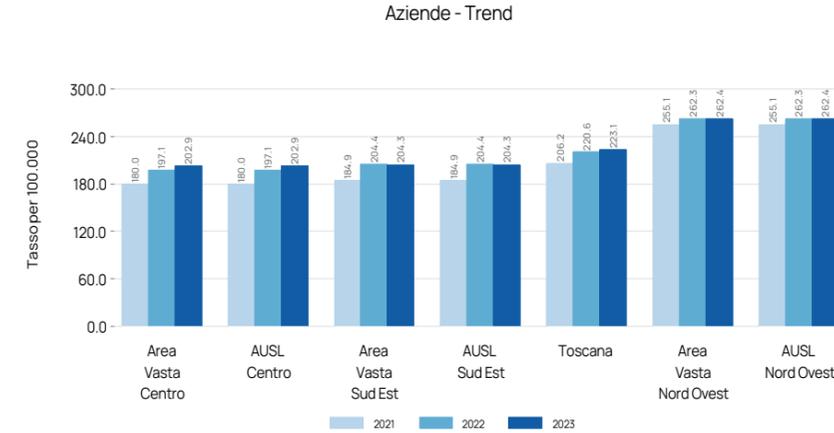
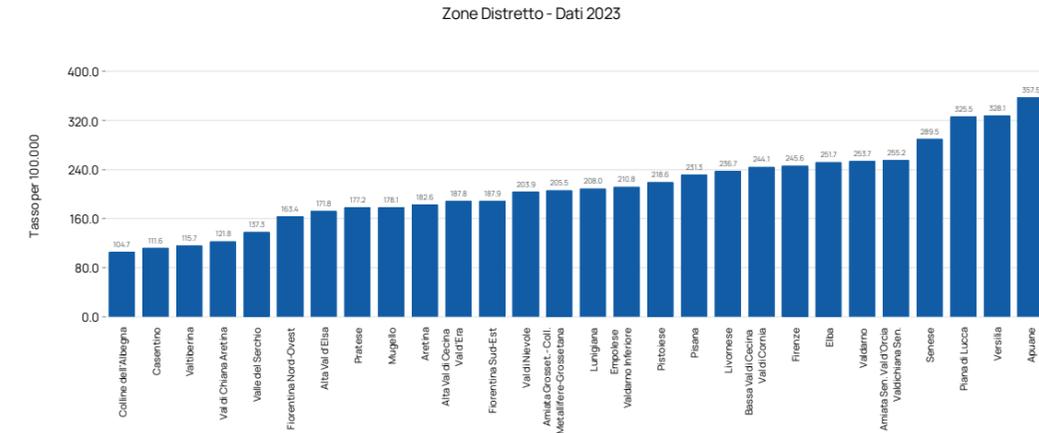
C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

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

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

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

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



**Definizione**  
Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

**Numeratore**  
Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche standardizzato per età e sesso per 100.000 residenti maggiorenni in qualsiasi reparto x 100.000

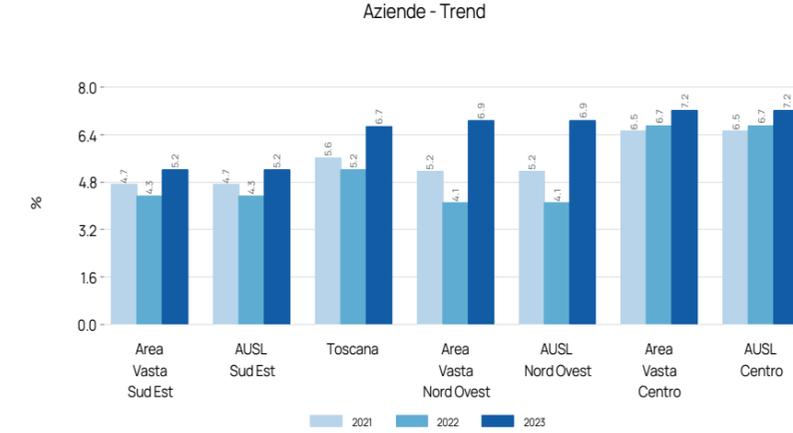
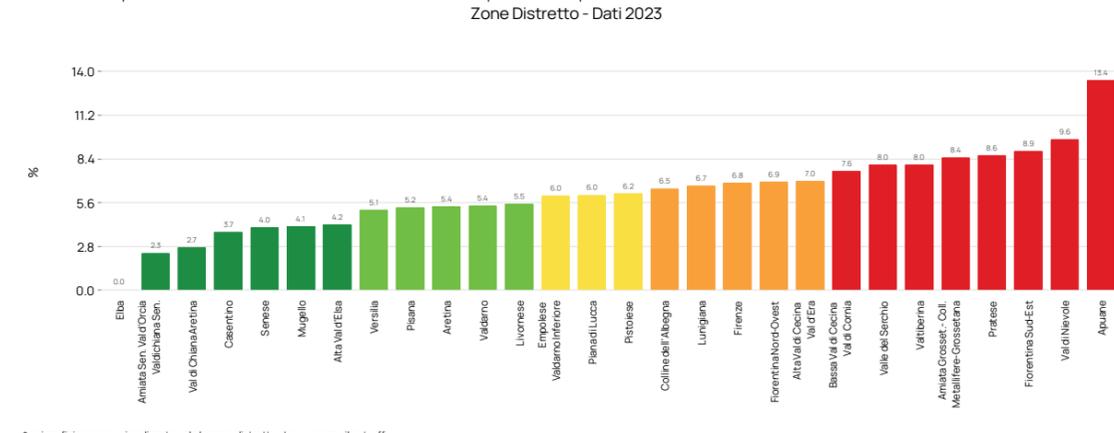
**Denominatore**  
N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni

**Note**  
Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9-CM): 290.xx-319.xx. Sono esclusi: i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx; i ricoveri per disturbi dell'età infantile e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; Standardizzazione per età e sesso.

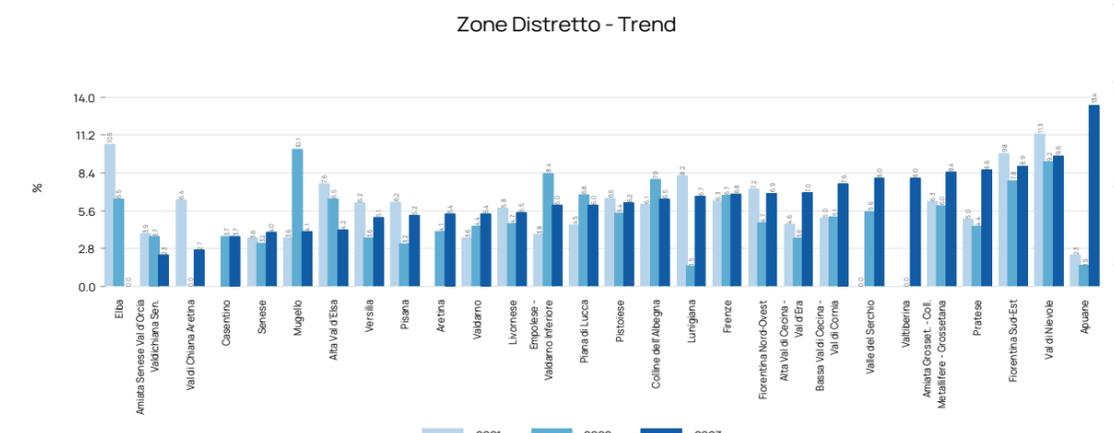
**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

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



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



**Definizione**  
% ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni

**Numeratore**  
N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)

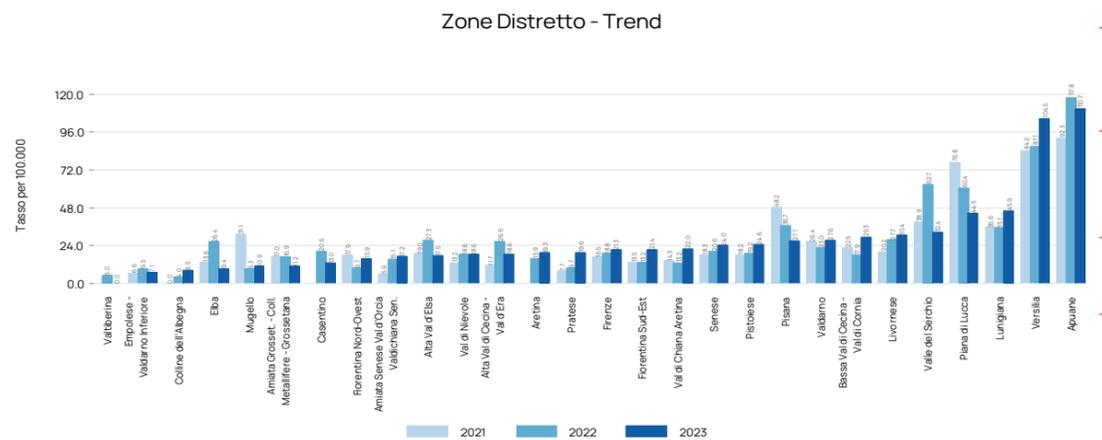
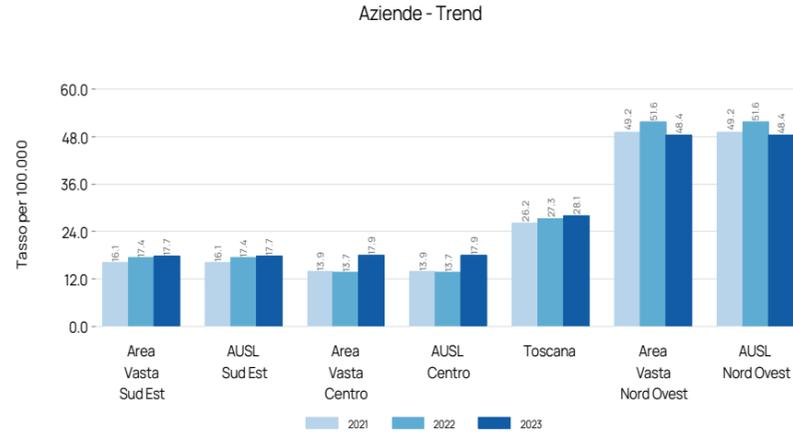
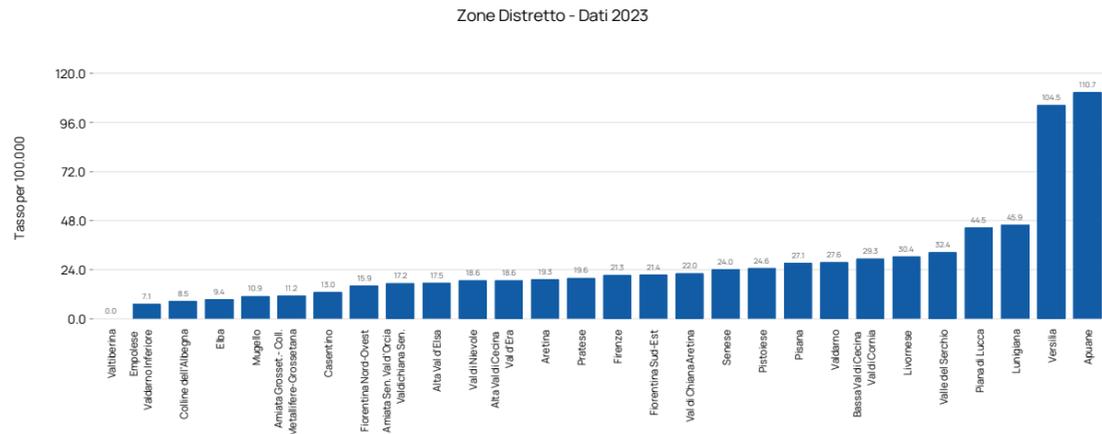
**Denominatore**  
N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre

**Note**  
Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto. Codici ICD9-CM in principale: 290.xx-319.xx. Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria. Sono esclusi i ricoveri: per disturbi dell'infanzia e adolescenza: 299.0x, 299.8x, 313-315; - in strutture private non accreditate; con modalità di dimissione deceduto. 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 ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.

**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

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

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



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

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

**Denominatore**  
Popolazione residente maggiorenne

**Note**  
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni toscani. Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze. - Codifiche ICDIX-CM: 291.xx, 292.xx, 303.xx, 304.xx, 305.xx. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate

**Fonte**  
Flussi amministrativi regionali Flusso SDO

