



## **Azienda USL Toscana Centro**

# **Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023**

Documento a cura di Alessandro Sergi, Donato Papini, Antonella Gendusa della SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Pistoia, Prato ed Empoli e relazioni con Agenzie esterne

La presente lista di 403 indicatori di cui 250 quantitativi e 149 qualitativi costituisce la base da cui ogni anno nel triennio 2021-2023 sono estratti gli indicatori da includere nelle schede B di budget di attività. Il *risultato atteso* verrà declinato anno per anno; è inoltre possibile che gli indicatori siano adattati al contesto nel momento in cui sono inclusi in schede di budget. Alcuni indicatori potranno essere inoltre personalizzati a seconda delle esigenze.

Legenda colonne:

- Tipo: QT e QL rispettivamente per indicatori di tipo quantitativo e qualitativo
- Codice: codice alfanumerico che individua in modo univoco l'indicatore
- Fonte: indica la struttura /azienda/ente che ha sviluppato l'indicatore (ARS: Agenzia regionale di sanità, AZ: interni a USL TC, MES: laboratorio MES S. Anna Pisa, NSG: Nuovo sistema di garanzia, POA: Piano Operativo Annuale, RT: Regione Toscana.
- Origine dati: da dove derivano i dati per il calcolo dell'indicatore
- Ambito: gli indicatori sono classificati categorie relative all'organizzazione aziendale e/o le tipologie di utenza
- Descrizione: sintetica descrizione dell'indicatore
- Razionale / Obiettivo: viene descritto il motivo per cui è stato introdotto l'indicatore
- Tipologia indicatore: gli indicatori sono classificati in Appropriatelyzza, Attività, Efficacia, Efficienza, Formazione, Impatto, Qualità

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B28.2.11	MES	WAB	Assistenza Domiciliare	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, ≥ 65 anni	L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della efficacia dell'assistenza domiciliare, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero.	Efficacia	Assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri (ordinari, di tipo medico) durante la Presa in Carico domiciliare, ≥ 65 anni	Assistiti in ADI ≥ 65 anni	decescente	
QT	B28.2.12	MES	Flusso ADRSA, Flusso PS	Assistenza Domiciliare	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, ≥ 65 anni	L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della efficacia dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso urgente al Pronto Soccorso.	Efficacia	Assistiti in ADI con almeno un accesso al PS per assistiti ADI ≥ 65 anni	Assistiti in ADI ≥ 65 anni	decescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B28.2.5	MES	Flusso AD-RSA, Flusso SDO	Assistenza Domiciliare	Percentuale dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	La percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.	Efficienza	Dimissioni ospedaliere a domicilio di persone con età >= 75 anni con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg dalla dimissione	Dimissioni ospedaliere a domicilio di persone con età >= 75 anni	crescente	
QT	B28.2.9	MES	WAB	Assistenza Domiciliare	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per >= 65 in Cure Domiciliari	Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.	Efficienza	Prese in Carico con CIA > 0.13 (≥ 65)	Prese in Carico per persone ≥ 65	crescente	
QT	B28.3.1	MES	Flusso AD RSA	Assistenza Residenziale	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	L'indicatore monitora le tempistiche di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) secondo la normativa regionale, in base alla quale l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) deve concordare il PAP entro 30 giorni dalla data di segnalazione.	Efficienza	N° totale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione x100	N° totale di Prese in Carico	crescente	
QT	B28.3.11	MES	Flusso AD RSA, Flusso SDO	Assistenza Residenziale	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (≥ 65 anni)	L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un ricovero ospedaliero. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza residenziale, in quanto una buona presa in carico residenziale consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero.	Efficacia	Assistiti ammessi in RSA con almeno un ricovero ospedaliero >= 65 anni	Assistiti >= 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento	decrecente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B28.3.12	MES	Flusso AD RSA, Flusso PS	Assistenza Residenziale	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS $\geq$ 65 anni	L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico residenziale, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico residenziale consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso urgente al Pronto Soccorso.	Efficacia	Assistiti ammessi in RSA con almeno un accesso al Pronto Soccorso (non seguito da ricovero) $\geq$ 65 anni	Assistiti $\geq$ 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento	decrescente	
QT	AMB7	AZ	SOC Controlling	Attività ambulatoriale	Attività svolta dal personale medico	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, un maggior numero di visite per unità di personale medico rappresenta un vantaggio nell'efficienza. Questo indicatore misura in numero medio di visite per unità di personale medico.	Efficienza	N° visite specialistiche	N° unità mediche presenti in $t_n$	crescente	
QT	AMB8	AZ	SOC Controlling	Attività ambulatoriale	Attività svolta dal personale medico: procedure diagnostiche	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, un maggior numero di procedure per unità di personale medico rappresenta un vantaggio nell'efficienza. Questo indicatore misura in numero medio di procedure per unità di personale medico.	Efficienza	N° procedure diagnostiche	N° unità mediche presenti in $t_n$	crescente	
QL	CAR01	POA	Documento	Carceri	Aggiornamento del documento che descriva le caratteristiche cliniche ed i bisogni assistenziali della popolazione ospite nelle strutture penitenziarie.	Identificazione bisogni e stratificazione priorità per popolazione ospite nelle strutture penitenziarie.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	CAR02	AZ	Struttura coinvolta	Carceri	Prevenzione del rischio suicidario	Attuazione di percorsi, progetti e iniziative volte a ridurre il rischio suicidario	Qualità	NA	NA	NA	
QL	CAR03	AZ	Struttura coinvolta	Carceri	Definire il piano aziendale per garantire e riqualificare offerta in base a contesto attuale di emergenza sanitaria ed in base alle risorse umane disponibili.	Riqualificare offerta in base al contesto	Appropriatezza	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C7.10	MES	WAB	Consultori	Tasso di IVG 1.000 residenti	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.	Efficacia	Numero IVG (donne 12-49 anni) x 100	Popolazione residente (donne 12-49 anni)	decrescente	
QT	C7.13	MES	WAB	Consultori	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Il monitoraggio sulla percentuale di donne in gravidanza che effettua la prima visita tardiva viene proposto dal Rapporto Europeo sulla salute perinatale. L'indicatore prende specificatamente in considerazione le donne straniere provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, in quanto meno soggette a visite di controllo entro le prime 12 settimane di gravidanza e quindi maggiormente esposte al verificarsi di complicazioni.	Efficienza	N° donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (> 12ª settimana) x 100	N° di parti di donne straniere	decrescente	
QT	C7.14	MES	WAB	Consultori	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene insufficiente l'assistenza sanitaria erogata in gravidanza a donne che effettuano un numero di visite inferiore o uguale a 4. Analogamente al precedente indicatore vengono monitorate le donne con cittadinanza straniera in quanto ad esse si associa un minor accesso alle visite di controllo.	Efficienza	N° donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4, x 100	N° di parti di donne straniere	decrescente	
QT	C7.16	MES	WAB	Consultori	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	Per poter assicurare alle donne straniere, e in particolare a quelle irregolari, un adeguato livello di assistenza in gravidanza, è di fondamentale importanza favorire l'accesso ai consultori familiari. Queste strutture hanno infatti un ruolo strategico per il perseguimento di questo obiettivo.	Efficienza	N° di donne straniere partorienti che hanno avuto almeno 4 accessi all'area maternità nei consultori aziendali (PFPM 14-49 anni) x 100	N° di donne straniere partorienti (PFPM 14-49 anni)	crescente	

Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C7.17	MES	WAB	Consultori	Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	La nascita di un bambino è un momento da affrontare con serenità e consapevolezza. La partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita offre ai futuri genitori le informazioni utili per rafforzare le naturali competenze della donna e mettere la coppia nella condizione migliore per accogliere il figlio e far fronte alle necessità del dopo parto.	Efficacia	N° primipare residenti (14-49 anni) con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	N° primipare residenti (14-49 anni)	crescente	
QT	C7.19.1	MES	WAB	Consultori	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	I consultori rappresentano un fondamentale presidio sul territorio per la prevenzione e riduzione delle IVG e per la promozione di una procreazione cosciente e responsabile.	Efficacia	N° di giovani residenti con almeno un accesso al consultorio area contraccezione (14-24 anni) x 1.000	N° di giovani residenti (14-24 anni)	crescente	
QT	C7.25	MES	WAB	Consultori	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti	Monitorare il fenomeno dell'eccesso di IVG nelle donne straniere 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.	Efficacia	N° di IVG di donne straniere	N° di residenti straniere	decrescente	
QL	COVID03	AZ	Struttura coinvolta	Covid	Partecipare alle attività inerenti la gestione emergenziale dell'epidemia SARS-COV2.	Gestione della emergenza sanitaria SARS COV2	Efficienza	NA	NA	NA	
QL	COVID04	AZ	Struttura coinvolta	Covid	Buone pratiche di gestione del vaccino e dei dispositivi in tutte le farmacie ospedaliere per le ricadute aziendali, sia dal punto di vista economico che di salute pubblica	Gestione dell'emergenza-SARS COV2	Efficienza	NA	NA	NA	
QL	COVID05	AZ	Struttura coinvolta	Covid	Reportistica su protocolli e progetti attivati	Diagnostica COVID	Qualità	NA	NA	NA	
QT	COVID01	RT	WAB	Covid: tracciamento	Tempestività della notifica dei risultati di positività SARS-CoV-2 del tampone al paziente	L'indicatore misura l'efficienza del sistema di identificazione del caso e contact tracing	Efficienza	Numero notifiche esiti tampone trasmesse entro un giorno dalla notifica del caso * 100	Numero casi covid con tampone positivo	crescente	

Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	COVID02	RT	WAB	Covid: tracciamento	Tempestività della notifica della quarantena ai contatti stretti del paziente positivo SARS-CoV-2	L'indicatore misura l'efficienza del sistema di identificazione del caso e contact tracing	Efficienza	Numero notifiche quarantena ai contatti stretti trasmesse entro un giorno dalla notifica del caso * 100	Numero casi covid con tampone positivo	crescente	
QT	VCC1	RT	WAB	Covid: vaccinazioni	Copertura vaccinale anti-SARS-CoV-2 operatori	Il piano strategico nazionale per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 prevede che la vaccinazione sia gratuita e garantita a tutti, per adesione volontaria. Si ritiene che per una adeguata immunità di comunità debbano essere vaccinati almeno il 90 dei candidati, in tutte le categorie.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione (operatori)	crescente	
QT	VCC2	RT	WAB	Covid: vaccinazioni	Copertura vaccinale anti-SARS-CoV-2 operatori RSA	Il piano strategico nazionale per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 prevede che la vaccinazione sia gratuita e garantita a tutti, per adesione volontaria. Si ritiene che per una adeguata immunità di comunità debbano essere vaccinati almeno il 90 dei candidati, in tutte le categorie.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione (operatori RSA)	crescente	
QT	VCC3	RT	WAB	Covid: vaccinazioni	Copertura vaccinale anti-SARS-CoV-2 popolazione	Il piano strategico nazionale per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 prevede che la vaccinazione sia gratuita e garantita a tutti, per adesione volontaria. Si ritiene che per una adeguata immunità di comunità debbano essere vaccinati almeno il 90 dei candidati, in tutte le categorie.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione (popolazione)	crescente	
QT	VCC4	RT	WAB	Covid: vaccinazioni	Copertura vaccinale anti-SARS-CoV-2 ospiti RSA	Il piano strategico nazionale per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 prevede che la vaccinazione sia gratuita e garantita a tutti, per adesione volontaria. Si ritiene che per una adeguata immunità di comunità debbano essere vaccinati almeno il 90 dei candidati, in tutte le categorie.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione (ospiti RSA)	crescente	
QT	VCC5	RT	WAB	Covid: vaccinazioni	Percentuale delle dosi di vaccino Covid consumate sulle dosi consegnate	L'indicatore misura l'efficienza del sistema nell'impiego delle dosi consegnate.	Efficienza	Dosi utilizzate	Dose consegnate	crescente	

Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	AMB51	AZ	SOS Gest. Op.	Diagnostica per immagini	Percentuale di prestazioni RX torace, TC capo con MdC, TC addome con MdC di priorità D entro 60 gg	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° prestazioni RX torace, TC capo con MdC, TC addome con MdC di priorità D entro 60gg	N° prestazioni RX torace, TC capo con MdC, TC addome con MdC di priorità D		
QT	AMB52	AZ	SOS Gest. Op.	Diagnostica per immagini	Percentuale di prestazioni RX torace, TC capo con MdC, TC addome con MdC di priorità B entro 10 gg	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° prestazioni RX torace, TC capo con MdC, TC addome con MdC di priorità B entro 10gg	N° prestazioni RX torace, TC capo con MdC, TC addome con MdC di priorità B		
QT	AMB53	AZ	SOS Gest. Op.	Diagnostica per immagini	Percentuale di prestazioni Eco addome di priorità D entro 30 gg	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° prestazioni Eco addome di priorità D entro 30 gg	N° prestazioni Eco addome di priorità D		
QT	AMB54	AZ	SOS Gest. Op.	Diagnostica per immagini	Percentuale di prestazioni Eco addome di priorità B entro 10 gg	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° prestazioni Eco addome di priorità B entro 10 gg	N° prestazioni Eco addome di priorità B		
QT	AMB61	AZ	SOS Gest. Op.	Diagnostica per immagini	Percentuale di mammografie in priorità D entro 60 gg	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° mammografie in priorità D entro 60 gg	N° mammografie		
QT	AMB62	AZ	SOS Gest. Op.	Diagnostica per immagini	Percentuale di eco mammella in priorità B entro 30 gg	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° di eco mammella in priorità B entro 30 gg	N° di eco mammella		
QT	C13A.2.2.1	MES	Flusso Prestazioni ambulatoriali	Diagnostica per immagini	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato è pertanto segnale di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.	Appropriatezza	N. prestazioni RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni x 1000	Popolazione residente Toscana >=65 anni	decrescente	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C13A.2.2.2	MES	Flusso Prestazioni ambulatoriali	Diagnostica per immagini	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inapproprietezza indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inapproprietezza vi è la Risonanza Magnetica (RM), e in particolare la RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dal precedente, suggerendo un potenziale uso improprio di tale metodica.	Appropriatezza	N. assistiti che ripetono entro 12 mesi dalla prima volta la RM lombare x 100	N. Persone che eseguono la RM lombare	decescente	
QL	POA ZD D1	POA	Documento con piano di azione e report attività	Dipendenze patologiche	Servizi Residenziali e Semi-residenziali Dipendenze. Attivare sinergie per sostenere i programmi in atto attraverso azioni basate sull'appropriatezza di inserimento e sulla corretta attribuzione del livello assistenziale	L'inserimento in struttura residenziale e semi-residenziale viene disposto dalla UF SerD con modalità e durata basate sui bisogni della persona nell'ambito del progetto personalizzato. I percorsi residenziali attivabili sulla base della DGRT 513/2019 sono i seguenti: accoglienza, terapeutico-riabilitativo, specialistica, pedagogico-riabilitativo, disturbo da gioco d'azzardo.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA ZD D2	POA	Documento e report attività	Dipendenze patologiche	Sviluppo del progetto Abitare Supportato. Collaborare con le ZD SDS per lo sviluppo del progetto "Abitare Supportato" finalizzato a permettere a persone con problemi di dipendenze di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza	Consolidamento e gestione del progetto "Abitare Supportato" per le Zone che già lo implementano. Per le altre zone studio di fattibilità per l'implementazione del progetto.	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA ZD D3	POA	Documento e report attività	Dipendenze patologiche	Implementazione presa in carico per GAP (gioco d'azzardo patologico). Collaborare con le ZD SDS per sostenere e diversificare i programmi attraverso azioni basate sull'appropriatezza e sulla correttezza del livello assistenziale, al fine di attivare le linee di indirizzo contenute nella DGRT 882/2016	Percorso Presa in carico GAP (gioco d'azzardo patologico): Diagnosi, valutazione multidisciplinare, presa in carico e attivazione del percorso terapeutico individualizzato, gruppi di auto aiuto e di sostegno per familiari anche in collaborazione con le associazioni di volontariato con rimodulazione delle attività e riorganizzazione degli spazi e delle modalità di accesso tali da garantire l'applicazione delle norme anticontagio	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SERD DPZ2	POA	Piano di azione e monitoraggio	Dipendenze patologiche	Proseguire nelle azioni finalizzate alla omogeneizzazione delle procedure interne e collegate all'area Dipendenza	Consolidare il percorso intrapreso di armonizzazione, semplificazione e rivalutazione delle procedure interne.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SERD DPZ3	POA	Monitoraggio piano azione 2018	Dipendenze patologiche	Progettualità innovative nella presa in carico anche tramite residenzialità dei soggetti con problemi da gioco di azzardo patologico	Sperimentazione di interventi innovativi di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale per soggetti con GAP.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SERD001	POA	Piano di azione	Dipendenze patologiche	Supportare la progettualità specifica e condivisa con le articolazioni organizzative coinvolte per la gestione delle dipendenze in carcere	Gestione delle dipendenze in carcere	Qualità	NA	NA	NA	
QL	AM09	AZ	Responsabile struttura	Direzione Aziendale	Revisione delle procedure e modulistica per gli acquisti in economia differenziando le diverse fattispecie	Miglioramento dei processi aziendali	Attività	NA	NA	NA	
QT	RT02	RT	Esenzioni	Direzione Aziendale	Nuovi pazienti per patologie croniche ed oncologiche (nell'isoperiodo di applicabilità)	Partendo dal presupposto che non vi sia un calo dei bisogni, l'indicatore misura la capacità dell'Azienda di rispondere alla domanda per patologie croniche ed oncologiche	Efficienza	Nuove diagnosi	Popolazione residente	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	TA01	AZ	Responsabile struttura	Direzione Aziendale	Revisione e aggiornamento del sistema delle donazioni di beni o servizi alla Azienda USL definendo un modello che tenga conto degli aspetti amministrativi e normativi	Revisione e aggiornamento del sistema delle donazioni di beni o servizi	Qualità	NA	NA	NA	
QL	TA02	AZ	Struttura coinvolta	Direzione Aziendale	Avvio di un percorso condiviso con gli altri stakeholder per la condivisione a cadenza periodica dello stato di avanzamento per quanto di rispettiva competenza dei processi di esecuzione, lavori e/o installazioni collegati a forniture di arredi sanitari, attrezzature generico sanitarie, apparecchiature biomediche	Miglioramento dei processi aziendali	Qualità	NA	NA	NA	
QL	CHIR01	AZ	Struttura coinvolta	Dispositivi medici	Messa a punto di indicazioni per l'utilizzo appropriato degli emostatici in chirurgia con particolare riferimento alla colecistectomia	Utilizzo appropriato degli emostatici	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QL	CHIR02	AZ	Struttura coinvolta	Dispositivi medici	Ridurre spesa emostatici per colecistectomia seguendo le indicazioni di appropriatezza messe a punto.	Utilizzo appropriato degli emostatici	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QL	CHIR03	AZ	Struttura coinvolta	Dispositivi medici	Ridefinire i costi standard della colecistectomia alla luce della nuova gara sulla laparoscopia	Utilizzo appropriato dei dispositivi	Appropriatezza	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C16.11	MES	WAB	Emergenza Urgenza	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	L'indicatore descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).	Efficienza	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target)	NA	decrescente	
QT	C16.4.1	MES	WAB	Emergenza Urgenza	Percentuale pazienti non inviati al ricovero con tempi di permanenza ≤ 6h	L'indicatore monitora la tempestività di risposta per pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero	Appropriatezza	N. di accessi in Pronto Soccorso con permanenza <=6 ore	N. di accessi dimessi al domicilio	crescente	
QT	D9A	MES	WAB	Emergenza Urgenza	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	La rinuncia alla prestazione di Pronto Soccorso è una proxy della mancata soddisfazione dell'utente	Qualità	N° abbandoni dal Pronto Soccorso	N° accessi in Pronto Soccorso	decrescente	
QT	PS1	AZ	WAB	Emergenza Urgenza	Percentuale pazienti con codice 2 visitati entro 15'	L'indicatore monitora il rispetto dei tempi di accesso previsti dai codici di priorità.	Efficienza	N° utenti con codice 2 visitati entro 15 minuti	Totale pazienti con codice 2	crescente	
QT	PS2	AZ	WAB	Emergenza Urgenza	Percentuale pazienti con codice 3 visitati entro 60'	L'indicatore monitora il rispetto dei tempi di accesso previsti dai codici di priorità.	Efficienza	N° utenti con codice 3 visitati entro 60 minuti	Totale pazienti con codice 3	crescente	
QT	PS3	AZ	WAB	Emergenza Urgenza	Percentuale pazienti con codice 4 visitati entro 120'	L'indicatore monitora il rispetto dei tempi di accesso previsti dai codici di priorità.	Efficienza	N° utenti con codice 4 visitati entro 120 minuti	Totale pazienti con codice 3	crescente	
	PRS15	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Esiti	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.	L'indicatore misura la necessità di intervenire chirurgicamente (intervento conservativo o demolitivo) successivamente al primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella. Verso dell'indicatore: al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA Valore minimo – valore massimo: 0 – 1	Efficacia	Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella.	Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella.	decrescente	
	PRS14	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Esiti: tempo dipendenti	STEMI: proporzione PTCA 90 min.per 100	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA nel ricovero indice od in un ricovero avvenuto entro 90 minuti dal ricovero indice	Efficacia	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA nel ricovero indice od in un ricovero avvenuto entro 90 minuti dal ricovero indice	Numero di episodi di STEMI	crescente	
QT	FAR08	RT: Politich e del Farmaco	WAB	Farmaci e DM: tracciabilità	Percentuale di completezza della registrazione dei farmaci erogati ambulatorialmente /DH / Day Service	Ad oggi vi è una discrepanza residua tra dato registrato in CoAn e dato in EDF. Questo indicatore monitora l'allineamento delle due banche dati.	Qualità	n°UP registrate su EDF di farmaci somministrati in regime ambulatoriale /DH / Day Service	n° UP scaricati su CoAn	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	FAR09	RT: Politich e del Farma co	EDF, fornitori	Farmaci e DM: tracciabilità	Completezza compilazione codice fiscale nel flusso FED	Compilazione campo codice fiscale del medico prescrittore nel flusso FED nel 95% dei record inviati	Qualità	N° record con flusso CF nel FED *100	N° record del flusso FED inviati	crescente	
QT	FAR10	RT: Politich e del Farma co	Dati aziendali interni	Farmaci e DM: tracciabilità	Facilitare il percorso finalizzato allo screening tumore del colon retto	Attivazione presso tutti i punti di erogazione diretta farmaci, presidi sanitari, integrativa (obiettivo regionale), con possibilità di delega alle farmacie convenzionate territoriali, di un percorso di consegna delle provette agli utenti che si presentano con la lettera di invito ISPRO	Qualità	N° centri attivi	N° centri attivabili	crescente	
QT	FAR11	RT: Politich e del Farma co	Flussi regionali farmaceutica (FES, FED)	Farmaci e DM: tracciabilità	Percentuale di completezza della registrazione dei farmaci antiblastici infusionali erogati in DH (modello 11)	Migliorare la copertura delle registrazioni avvenute sul flusso FED modello 11 con le informazioni del FES per ATC L01	Qualità	n°UP registrate sul FED di farmaci antiblastici infusionali ATC L01 *100	n° UP registrate sul FES di farmaci antiblastici infusionali ATC L01 + n°UP registrate sul FED di farmaci antiblastici infusionali ATC L01 *100	crescente	
QT	FAR12	AZ	Dati aziendali interni	Farmaci e DM: tracciabilità	Rispetto dei lotti di gara per i dispositivi medici	Rispetto dei lotti di gara per i dispositivi medici	Qualità	N° dispositivi con reperimento in economia	N° dispositivi totali	crescente	
QT	FAR13	RT: Politich e del Farma co	FES, Report Registri AIFA	Farmaci e DM: tracciabilità	Aumentare la registrazione dei farmaci sui registri AIFA ai fini di recupero MEA	La differenza tra confezioni inserite all'interno dei registri AIFA e flusso farmaceutica FES non deve differire più del 10% per specifico registro	Qualità	Confezione di specifiche specialità medicinali inserite sul Registro AIFA	Confezioni delle stesse specialità medicinali presenti nel FES	decrescente	
QT	FAR14	RT: Politich e del Farma co	Dip. Farmaco	Farmaci e DM: tracciabilità	Migliorare la tempistica di chiusura delle schede di fine trattamento al fine di accelerare il sistema di rimborso dai MEA	80 % scheda di fine trattamento inserita per terapie senza dispensazione da più di 90 giorni (esclusi registri per malattie con prognosi > 90 giorni)	Qualità	N° registrazioni chiuse entro 90gg da ultima dispensazione	N° registrazioni chiuse + N° registrazioni ferme da oltre 90gg	crescente	
QL	FAR16	RT: Politich e del Farma co	Report Registri AIFA	Farmaci e DM: tracciabilità	Incremento esaurività dei Registri AIFA: revisione centri registri AIFA	Migliorare la qualità del dato relativamente ai soggetti prescrittori: revisione centri registri AIFA: chiusura centri «quiescenti» abilitati alla prescrizione all'interno del registro	Qualità	NA	NA	NA	
QL	FAR17	RT: Politich e del Farma co	Direzione Sanitaria	Farmaci e DM: tracciabilità	Presentazione del Progetto di Centralizzazione per l'allestimento di farmaci antiblastici	Migliorare la qualità dei dati delle oncologie e delle UFA	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	FAR18	AZ	Reportistica periodica	Farmaci e DM: tracciabilità	Analisi di qualità delle segnalazione di reazione avversa a farmaci biologici ai fini della qualità clinica (rilevanza sul nesso di causalità, consistenza delle informazioni riportate con particolare riguardo alle date (insorgenza reazione, terapia, etc), ai risultati degli esami diagnostici, alle unità di misura di dosaggio e posologia, etc.) e produzione di report trimestrale	Come per i farmaci tradizionali, il profilo di sicurezza delle proteine biologiche terapeutiche non è completamente conosciuto al momento dell'approvazione, per cui è necessario un monitoraggio post approvazione che tenga in considerazione le particolari caratteristiche di questi farmaci.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	FAR30	AZ	Dip. Farmaco	Farmaci e DM: tracciabilità	Creazione di un cruscotto per rilevare di performance di magazzino sulle scorte dedicate alla distribuzione diretta	Creazione ed applicazione del cruscotto che sia capace di rilevare almeno i seguenti indicatori di performance di magazzino: indice di rotazione delle scorte di magazzino (IR), tempo di giacenza media (TGM) applicato al magazzino in toto e ad eventuali prodotti di interesse	Qualità	NA	NA	NA	
QL	FAR31	AZ	Dip. Farmaco	Farmaci e DM: tracciabilità	Implementazione del controllo tecnico su ricette	Istruttorie da normativa e ispezioni preventive	Qualità	NA	NA	NA	
QL	FAR32	AZ	Dip. Farmaco	Farmaci e DM: tracciabilità	Manipolazione Forme farmaceutiche orali	Raccomandazione Min. n° 19	Attività	NA	NA	NA	
QL	FAR33	AZ	Dip. Farmaco	Farmaci e DM: tracciabilità	Vigilanza sul rispetto dell'accordo con le farmacie	Vigilanza sul rispetto dell'accordo con le farmacie	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ104	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Partecipare alla Task Force per l'uso appropriato delle Eparine	L'utilizzo delle Eparine in Toscana è fra i più alti a livello nazionale (Rapporto OSMED). È pertanto richiesta una maggiore attenzione nell'arruolamento dei pazienti a tale regime terapeutico nel rispetto delle linee guida toscane del trattamento del tromboembolismo venoso. Si richiede la partecipazione di almeno un rappresentante della Struttura al gruppo di lavoro sulla appropriatezza prescrittiva.	Appropriatezza	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.10.1	MES	Flussi regionali farmaceutica (SPF, FED)	Farmaci: appropriatezza	Polypharmacy sul territorio	Il fenomeno è in crescita, in larga misura a causa dell'invecchiamento della popolazione. Le preoccupazioni circa la politerapia riguardano l'aumento di potenziali reazioni avverse ai farmaci, imputabili sia alle possibili interazioni farmacologiche, sia ad una assunzione erronea del farmaco. L'indicatore monitora i pazienti anziani che assumano più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente.	Appropriatezza	Numero assistiti con più di 75 anni che assumono contemporaneamente farmaci appartenenti a più di 5 classi ATC4 (x 100)	Numero di pazienti residenti con più di 75 anni che abbiano assunto almeno un farmaco nel mese indice (aprile)	decrescente	
QT	FAR01	RT: Politich e del Farmaco	SOC Governance farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Rispetto linee di trattamento di Immunomodulatori, garantendo la qualità delle cure e nel rispetto della libertà di scelta del professionista.	Il trattamento delle patologie infiammatorie immunomediate prevede l'utilizzo, in prima linea, di farmaci modificanti la malattia (DMARDs). Solo in caso di inefficacia/perdita di efficacia o controindicazioni all'impiego di tali molecole è previsto il ricorso a farmaci anti-TNFalfa e anti-interleuchina nel rispetto delle linee di trattamento stabilite dalla scheda tecnica del farmaco.	Appropriatezza	Pazienti naive* che nei 6 mesi precedenti hanno usato DMARDs (come da ATC in lista 24B)  *paziente naive è colui che non ha assunto farmaci della lista A nei sei mesi precedenti l'analisi	Totale pazienti naive al trattamento con farmaci in lista 24A ;	crescente	
QT	FAR02	AZ	Flussi regionali farmaceutica (SPF, FED)	Farmaci: appropriatezza	Appropriatezza di utilizzo delle immunoglobuline per le malattie neurologiche immunomediate: monitoraggio della prescrizione delle immunoglobuline.	Appropriatezza di utilizzo delle immunoglobuline per le malattie neurologiche immunomediate: monitoraggio della prescrizione delle immunoglobuline.	Appropriatezza	UP di immunoglobuline prescritte nei pazienti malattie neurologiche immunomediate (*100)	UP di immunoglobuline prescritte su tutti i pazienti nell'isoperiodo	decrescente	
QT	FAR03	AZ	Flussi regionali farmaceutica (SPF, FED)	Farmaci: appropriatezza	Appropriatezza di utilizzo delle immunoglobuline per le malattie neurologiche immunomediate: utilizzo alternativo della plasmaterapia (plasma-exchange).	La plasmaterapia rappresenta una alternativa a minor costo e per alcune patologie anche con una efficacia maggiore nel trattamento delle malattie neurologiche immunomediate. L'indicatore monitora il numero di sedute di plasmaterapia nei pazienti con malattie neurologiche immunomediate.	Appropriatezza	Sedute di plasmaterapia (plasma-exchange) nei pazienti malattie neurologiche immunomediate (*100)	Sedute di plasmaterapia nell'isoperiodo	crescente	
QT	FAR04	AZ	Gestionale in dotazione al Dipartimento Risorse Umane- SOC Formazione	Farmaci: appropriatezza	Partecipazione alla formazione del progetto Mario Negri	Incentivare la partecipazione dei clinici al progetto appropriatezza farmaceutica e contenimento della spesa: monitoraggio della partecipazione alla formazione per ciascuna delle tre aree previste dal progetto	Appropriatezza	Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso	n°di partecipanti previsti	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	FAR15	RT: Politich e del Farma co	Dati SW di gestione cartella clinica	Farmaci: appropriatezza	Monitorare la viremia dei pazienti con HIV in terapia antiretrovirale verificando che sia mantenuta non rilevabile (< 50 copie/ml HIV-1 RNA)	Misurare l'efficacia della terapia antivirale adottata: messa a punto di un sistema di monitoraggio dei pazienti aviremici.	Efficacia	NA	Na	NA	
QT	FAR20	RT: Politich e del Farma co	SOC Governance farmaceutica e appropriatezz a prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Appropriatezza prescrizione Sulfaniluree e glinidi	Ridurre il consumo di sulfaniluree e glinidi	Appropriatezza	DDD di farmaci sulfaniluree e glinidi erogate sul territorio nell'anno x 1000	Popolazione al 1° Gen. , pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365 giorni)	decrescente	
QT	FAR21	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezz a prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Vitamina D e analoghi: costo medio per 10.000UI	Garantire l'appropriatezza d'uso della Vitamina DDD sul Territorio governando l'effetto di induzione generato dalle prescrizioni specialistiche al momento della dimissione ospedaliera da ricovero o da visita ambulatoriale	Appropriatezza	Costo totale Vitamina D e analoghi	UI Totali Vitamina D e analoghi /10.000UI	decrescente	
QT	FAR22	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezz a prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Rifaximina: confezioni annue ogni 100 assistibili	Garantire l'appropriatezza della rifaximina sul Territorio governando l'effetto di induzione generato dalle prescrizioni specialistiche al momento della dimissione ospedaliera da ricovero o da visita ambulatoriale	Appropriatezza	Confezioni annue Rifaximina	popolazione residente ASL TC/100	decrescente	
QT	FAR23	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezz a prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Aereosol terapia: Inc. % trattati con flaconcini e gocce per nebulizzazione/totale R03	Garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci Respiratori sul Territorio governando l'effetto di induzione generato dalle prescrizioni specialistiche al momento della dimissione ospedaliera da ricovero o da visita ambulatoriale	Appropriatezza	Pazienti trattati con flaconcini e gocce per nebulizzazione	Pazienti trattati con farmaci ad ATC R03	decrescente	
QL	FAR24	AZ	Struttura coinvolta	Farmaci: appropriatezza	Appropriatezza di utilizzo delle eparine.	Attivare gruppo di lavoro aziendale sulla appropriatezza di utilizzo delle eparine e definire gli obiettivi da monitorare per i reparti chirurgici	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QL	FAR25	AZ	Struttura coinvolta	Farmaci: appropriatezza	Appropriatezza di utilizzo dei farmaci antiretrovirali	Incontri del Tavolo appropriatezza di utilizzo dei farmaci antiretrovirali	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QL	FAR26	AZ	Struttura coinvolta	Farmaci: appropriatezza	Appropriatezza di utilizzo delle immunoglobuline per le malattie neurologiche immunomediate	Attivare gruppo di lavoro aziendale sulla appropriatezza di utilizzo delle immunoglobuline per le malattie neurologiche immunomediate	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QL	FAR27	AZ	Struttura coinvolta	Farmaci: appropriatezza	Predisporre reportistica specifica su utilizzo off-label con volumi, costi, prescrittori.	Reportistica su utilizzo off-label	Appropriatezza	NA	NA	NA	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	FAR28	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Applicazione e rispetto della nota AIFA 98 su anti-VEGF	Si richiede di privilegiare il bavacizumab per le patologie oculari che richiedono un trattamento anti-VEGF. Il benchmark dell'indicatore è la miglior performance regionale. Il mancato allineamento della best practice regionale deve essere giustificato a consuntivo con un report dettagliato.	Appropriatezza	UP intravitreali di bevacizumab	UP intravitreali di tutti gli anti-VEGF	crescente	
QL	FAR37	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Condividere le azioni di appropriatezza prescrittiva con tutte le figure professionali coinvolte	Appropriatezza prescrittiva	Appropriatezza	NA	Na	NA	
QL	FAR38	AZ	SOC Governance farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Farmaci: appropriatezza	Coinvolgere i responsabili delle Strutture del Dipartimento del Farmaco nei periodici incontri con i clinici	Appropriatezza prescrittiva	Appropriatezza	NA	Na	NA	
QT	FAR05	RT: Politich e del Farmaco	Dati aziendali interni	Farmaci: efficienza operativa	Erogazione farmaci in fascia H (ATC J01DH,J01XA,J01XX) iniettabili (distretti). Monitoraggio settore farmaceutico in attuazione della delibera n. 127/2018	Attuazione della DGR 127/2018 "Linee di indirizzo per le aziende sanitarie regionali per la somministrazione dei medicinali OSP in ambiente assimilabile all'ambiente ospedaliero (medicinali OSP)". Il rationale di questo indicatore è trattare sul territorio pazienti che necessitano di farmaci di fascia H.	Qualità	Pazienti presi in carico da ACOT con trattamento con farmaci di fascia H	NA	crescente	
QT	FAR06	RT: Politich e del Farmaco	Report Aziendale	Farmaci: efficienza operativa	Completezze di registrazione degli intravitreali: il 98% delle somministrazioni di bevacizumab intravitreale devono entrare nel FED	Debito informativo da assolvere da parte della ASL TC	Qualità	N° delle somministrazioni intravitreali registrate nel FED	N° delle somministrazioni inserite nei Registri AIFA	crescente	
QT	FAR07	RT: Politich e del Farmaco	Dati aziendali interni	Farmaci: efficienza operativa	Residuo DPC in convenzionata	Ridurre la spesa dei farmaci della DPC spediti in convenzionata: la spesa lorda dei farmaci DPC spediti in convenzionata deve essere <1% della spesa lorda totale convenzionata	Qualità	Spesa lorda farmaci lista DPC in convenzionata	Spesa lorda convenzionata	decrescente	
QL	FAR29	AZ	Struttura coinvolta	Farmaci: efficienza operativa	Implementazione della produzione di Cannabis Olio per popolazione allargata di pazienti	Produzione di farmaci galenici	Attività	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C21.2.1	MES	WAB	Farmaci: monitor. cardiovascolare	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come obbligatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con beta-bloccanti al momento della dimissione.	Appropriatezza	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione	crescente	
QT	C21.2.2	MES	WAB	Farmaci: monitor. cardiovascolare	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con ACE-inibitori o sartani al momento della dimissione.	Appropriatezza	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione	crescente	
QT	C21.2.3	MES	WAB	Farmaci: monitor. cardiovascolare	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali siano stati contestualmente prescritti antiaggreganti e statine al momento della dimissione.	Appropriatezza	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA	Numero di pazienti contestualmente eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione	crescente	
QT	C9.21	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. cardiovascolare	Percentuale di pazienti trattati con NAO sul territorio	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	Pazienti trattati con Nuovi Anticoagulanti Orali (x100)	Pazienti in Trattamento Anticoagulante Orale	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.21B	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. cardiovascolare	Numero di pazienti ogni 100 residenti pesati in trattamento con nuovi anticoagulanti orali (NAO) sul territorio	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	Numero di pazienti trattati con NAO x 100	Popolazione residente al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore	decrescente	
QT	C9.22	MES	WAB	Farmaci: monitor. cardiovascolare	Collaborare all'obiettivo aziendale sul consumo delle eparine. Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio	L'utilizzo delle Eparine in Toscana è fra i più alti a livello nazionale (Rapporto OSMED). E' pertanto richiesta una maggiore attenzione nell'arruolamento dei pazienti a tale regime terapeutico nel rispetto delle linee guida toscane del trattamento del tromboembolismo venoso	Appropriatezza	num: n° pazienti trattati con EPBM (ATC B01AB) *100 residenti pesati	denominatore: popolazione residente al 1° gennaio, pesata secondo i criteri del PSR	decrescente	
QT	B4.1.1	MES	WAB	Farmaci: monitor. dolore	Contribuire all'obiettivo regionale sul consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnalatico della presa in carico del dolore dei pazienti. La medicina, i suoi professionisti ed il Sistema Sanitario lavorano non solo per prevenire e mantenere la salute, ma anche per dare al malato sollievo dalla sofferenza. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo.	Appropriatezza	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000	Popolazione al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore x 365	crescente	
QT	B4.1.1A	MES	Flussi regionali SPF e FED	Farmaci: monitor. dolore	Contribuire all'obiettivo regionale sul consumo di oppioidi sul territorio	Gli oppioidi sono farmaci essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, moderato-severo sia di origine neoplastica sia da altre cause, quale per esempio il dolore post operatorio. Notoriamente in ambito internazionale l'Italia è sempre stata uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi. Risulta quindi fondamentale monitorare il consumo di oppioidi con l'obiettivo di raggiungere un giusto equilibrio, ricorrendo a prescrizioni appropriate senza limitare l'accesso a questi farmaci o facilitarne l'abuso.	Appropriatezza	DDD farmaci oppioidi, erogate nell'anno (x 1000)	Popolazione residente al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore x 365	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B4.1.3	MES	WAB	Farmaci: monitor. dolore	Contribuire all'obiettivo regionale sul consumo territoriale di morfina	L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il consumo pro-capite di morfina un indice importante della qualità di un Sistema Sanitario Nazionale. L'Italia storicamente si colloca agli ultimi posti in Europa per questo indicatore con conseguenti ricadute nella pratica clinica del controllo del dolore.	Appropriatezza	Milligrammi di morfina erogati	Popolazione al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore	crescente	
QT	B4.1.5	MES	Flussi regionali farmaceutica (SPF, FED)	Farmaci: monitor. dolore	Contribuire all'obiettivo regionale sulla incidenza della morfina sul territorio	L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il consumo pro-capite di morfina un indice importante della qualità di un Sistema Sanitario Nazionale. L'Italia storicamente si colloca agli ultimi posti in Europa per questo indicatore con conseguenti ricadute nella pratica clinica del controllo del dolore.	Appropriatezza	DDD per 1000 abitanti di morfina e di morfina+antispastici erogate sul territorio	DDD di oppioidi maggiori erogate sul territorio	crescente	
QT	C9.6.1.1	MES	Flussi regionali SPF e FED	Farmaci: monitor. ipolipemizzanti	Iperprescrizione di statine	Ampie evidenze cliniche, eccellente sicurezza e alta efficacia hanno determinato una crescita esponenziale della loro prescrizione nel corso degli ultimi anni. I sistemi sanitari sono chiamati a garantire l'appropriatezza prescrittiva di queste molecole per la salute del paziente e per la sostenibilità del sistema stesso. Risulta quindi importante monitorare costantemente la dimensione dell'iperprescrizione.	Appropriatezza	Numero pazienti trattati con farmaci a base di inibitori della HMG CoA riduttasi associati e non associati, con prescrizioni superiori a 420 unità posologiche all'anno (x 100)	Numero pazienti trattati con farmaci a base di inibitori della HMG CoA riduttasi associati e non associati	decrescente	
QT	C9.6.1.2	MES	Flussi regionali SPF e FED	Farmaci: monitor. ipolipemizzanti	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	E' da tempo documentato come le statine siano in grado di ridurre gli esiti non fatali e di aumentare l'aspettativa di vita nei pazienti ad alto rischio cardio-vascolare. Sebbene numerose evidenze scientifiche abbiano dimostrato che un'adeguata aderenza e persistenza alla terapia con statine sia associata a una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari, questi farmaci sono fra le categorie con la peggiore aderenza terapeutica. Risulta quindi molto importante monitorare l'aderenza dei pazienti alla terapia con statine.	Appropriatezza	N. utenti che assumono almeno 290 unità posologiche di statine all'anno x 100	Denominatore N. utenti che consumano statine	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.6.1.7	MES	WAB	Farmaci: monitor. ipolipemizzanti	Collaborazione al trattamento appropriato dei pazienti con dislipidemie. Percentuale di pazienti diabetici in trattamento con farmaci antidiabetici e contestualmente con statine sul territorio	La Nota AIFA 13 che definisce la concedibilità delle statine, considera i pazienti diabetici senza fattori di rischio CV e senza danno d'organo a rischio alto (e il loro target terapeutico è pertanto un valore di colesterolo LDL <100) mentre considera a rischio molto alto (e pertanto con target terapeutico di colesterolo LDL <70), pazienti diabetici con uno o più fattori di rischio CV e/o markers di danno d'organo (come la microalbuminuria). In base a quanto descritto l'utilizzo delle statine nei pazienti diabetici è ancora molto basso e da incrementare.	Appropriatezza	Numero pazienti diabetici (identificati come descritto al denominatore) in trattamento con farmaci antidiabetici e contestualmente con statine (ATC C10AA, ATC C10BA) (x100)	Numero totale dei pazienti diabetici in trattamento con farmaci antidiabetici (paziente diabetico se ha assunto un numero di confezioni ATC A10 nel periodo in esame >2 e/o identificato attraverso esenzione, calcolo per ex ASL residenza)	crescente	
QT	C9.1	MES	WAB	Farmaci: monitor. gastrointestinali	Collaborare all'obiettivo aziendale sul consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatezza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.	Appropriatezza	N. unità posologiche di IPP (ATC A02BC) erogate nell'anno	Popolazione al 1Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore	decrescente	
QT	C9.12	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	Consumo di antibiotici nei reparti	L'eccessivo utilizzo degli antibiotici è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Si tratta di una situazione di particolare gravità nelle realtà ospedaliere, dove la fragilità dell'utenza e la convivenza di molteplici realtà cliniche rendono più facile lo sviluppo di infezioni incrociate. La prevenzione, da un lato, e il trattamento delle infezioni, dall'altro, spingono ad un sempre maggiore utilizzo di antibiotici, che andrebbe però limitato.	Appropriatezza	N. DDD di antibiotici erogati nei reparti (x100)	N. complessivo di giornate di degenza	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.13	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità dello stesso. Gli antibiotici iniettabili rappresentano per il sistema un costo rilevante tanto da rendere importante il monitoraggio del loro utilizzo rispetto alla complessità degli antibiotici erogati nei reparti.	Appropriatezza	N. DDD di antibiotici iniettabili erogate x 100	N. DDD di antibiotici complessivamente erogate nei reparti	decrescente	
QT	C9.20.3	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	Consumo di albumina	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	Milligrammi di albumina erogati	Popolazione residente 1 Gen.	decrescente	
QT	C9.20.4	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	Albumina per giornata degenza	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	Milligrammi di albumina erogati	Giornate di degenza	decrescente	
QT	C9.22.1	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	DDD Antifungini triazolici (in R.O.) x 1000	Giornate di degenza (R.O.)	decrescente	
QT	C9.22.2	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	Numeratore DDD antifungini echinocandine (R.O.)x1000	Giornate di degenza (R.O.)	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.22.3	MES	Flussi regionali farmaceutica - SDO	Farmaci: monitor. ospedale	% di antifungini caspofungin (R.O.)	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva	Appropriatezza	Numeratore N. DDD Capsopfungin (in R.O.) x 100	N. DDD complessive antifungini famiglia echinocandine (in R.O.)	decrescente	
QT	C9.19.2	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. respiratorio	Collaborazione all'uso appropriato dei farmaci. Incidenza Salmeterolo associato sul territorio	I farmaci dell'apparato respiratorio costituiscono una delle categorie terapeutica a maggior spesa pubblica. La classe degli adrenergici e altri antiasmatici è quella con il valore più elevato sia in termini di spesa che di consumo	Appropriatezza	DDD farmaci adrenergici in associazione con corticosteroidi x 100	DDD totale dei farmaci ad uso inalatorio erogate nell'anno	decrescente	
QT	C9.19.3	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. respiratorio	Collaborazione all'uso appropriato dei farmaci. Confezioni di adrenergici sul territorio	I farmaci dell'apparato respiratorio costituiscono una delle categorie terapeutica a maggior spesa pubblica. La classe degli adrenergici e altri antiasmatici è quella con il valore più elevato sia in termini di spesa che di consumo	Appropriatezza	Numero assistiti trattati con più di 5 confezioni annue di salbutamolo x 100	Denominatore Numero assistiti trattati con salbutamolo	decrescente	
QT	C9.4	MES	WAB	Farmaci: monitor. salute mentale	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	Da un approfondimento AIFA emerge che il trend di impiego di questi medicinali risulta pressoché stabile e i consumi di antidepressivi si attestano su una media di 40 dosi giornaliere ogni mille abitanti (DDD /1000 abitanti die). Ciò significa che ogni giorno 1000 abitanti consumano in media 40 dosi di antidepressivi. Il seguente indicatore è stato introdotto con l'obiettivo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di antidepressivi. Un consumo molto superiore o inferiore alle 40 dosi giornaliere in alcune regioni rispetto ad altre potrebbe suggerire una potenziale utilizzazione inappropriata.	Appropriatezza	DDD di farmaci antidepressivi (ATC N06AB) erogate sul territorio nell'anno x 1000	Popolazione al 1° Gen. , pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365 giorni)	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.5	MES	WAB	Farmaci: monitor. salute mentale	Consumo di altri antidepressivi sul territorio	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. Gli 'altri antidepressivi' rappresentano un costo sostenuto per il sistema sanitario nazionale nonché presentano una significativa variabilità intra-regionale nei consumi (che potrebbe essere indice di inappropriatelyzza), per cui risulta importante monitorarne costantemente il consumo.	Appropriatezza	DDD di altri farmaci antidepressivi (ATC N06AX) erogate sul territorio (x 1000)	Popolazione al 1° Gen. , pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365)	decrescente	
QT	C9.5.2	MES	WAB	Farmaci: monitor. salute mentale	Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio	La Vortioxetina è un recente farmaco antidepressivo di cui non sono chiari né i vantaggi rispetto altri antidepressivi né il tipo di pazienti che potrebbe trarre beneficio di questo farmaco. Non essendoci raccomandazioni per un suo utilizzo in prima linea, la sua prescrizione è a rischio di non appropriatezza.	Appropriatezza	DDD dei medicinali a base di vortioxetina (ATC N06AX26) x 100	Totale delle DDD dei farmaci antidepressivi con ATC N06AX	decrescente	
QT	C9.9.1	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. salute mentale	Iperprescrizioni di antidepressivi	Gli antidepressivi sono tra i farmaci più utilizzati al mondo. In Italia si stima che li assumano 6 persone su 100: un dato che porta queste molecole a essere le più prescritte, tra gli psicofarmaci. Al cospicuo utilizzo si aggiunge una significativa variabilità intra-regionale che fa ipotizzare aree di inappropriatelyzza prescrittiva. Risulta quindi fondamentale monitorare frequentemente il fenomeno dell'iperprescrizione di anti-depressivi.	Appropriatezza	Numero di pazienti trattati con farmaci Antidepressivi, con prescrizioni superiori a 450 Dosi Definite Giornaliere (DDD) all'anno (x 100)	Numero di pazienti trattati con farmaci Antidepressivi	decrescente	
QT	C9.9.2	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. salute mentale	Consumo di antipsicotici sul territorio	L'Organizzazione Mondiale della Sanità da anni consiglia che l'assunzione di neurolettici non si dilunghi per periodi superiori ad alcune settimane. In ogni caso, non dovrebbero esser utilizzati in trattamenti a tempo indeterminato. Gli antipsicotici vengono sovente somministrati per anni con il risultato di cronicizzare irreversibilmente gli effetti indesiderati	Appropriatezza	DDD di farmaci antipsicotici consumati nell'anno (x 1000)	Popolazione al 1° Gen. , pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365)	decrescente	



Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.9.2	MES	SOC Governance farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Farmaci: monitor. salute mentale	Consumo di antipsicotici sul territorio	L'Organizzazione Mondiale della Sanità da anni consiglia che l'assunzione di neurolettici non si dilunghi per periodi superiori ad alcune settimane. In ogni caso, non dovrebbero essere utilizzati in trattamenti a tempo indeterminato. Gli antipsicotici vengono sovente somministrati per anni con il risultato di cronicizzare irreversibilmente gli effetti indesiderati.	Appropriatezza	DDD di farmaci antipsicotici consumati nell'anno (x 1000)	Popolazione al 1° Gen. pesata (x 365)	decrescente	
QT	C9.9.4	MES	Flussi regionali farmaceutica	Farmaci: monitor. salute mentale	Polypharmacy (salute mentale)	Monitoraggio della politerapia in salute mentale.	Appropriatezza	N. Utenti residenti trattati nel mese indice con due o più farmaci psicotropi della stessa classe ATC2 fra quelle indicate o di classe differente (x 100)	N. Utenti residenti trattati con farmaci psicotropi nel mese indice (aprile)	decrescente	
QL	AZ101	AZ	Struttura coinvolta	Generale	Descrizione delle attività svolte dalla struttura	Fornire un report dettagliato con la descrizione delle attività svolte	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ102	AZ	Struttura coinvolta	Generale	Descrizione dei processi svolti dalla struttura	Fornire un report dettagliato con la descrizione dei processi svolti	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ103	AZ	Struttura coinvolta	Generale	Identificazione dei principali indicatori di qualità del servizio	Fornire un report dettagliato con la identificazione dei principali indicatori di qualità del servizio	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ180	AZ	Verbali	Generale	Partecipazione gruppi di lavoro (con designazione aziendale)	Lavoro in team	Efficacia	NA	NA	NA	
QL	AZ181	AZ	Delibere aziendali	Generale	PRIVACY – regolamento aziendale	Rispetto normative	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ182	AZ	WHR DEDALUS	Generale	Verifica rispetto orario di lavoro	Gestione del personale	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ183	AZ	Struttura coinvolta	Generale	Privacy: compilazione delle 2 check list "verifica degli adempimenti" e "analisi del rischio e sicurezza del trattamento"	Rispetto normativa GDPR: applicazione delle disposizioni del regolamento	Attività	NA	NA	NA	
QT	INF01	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Adempimento verifica atti di nomina Privacy	Report di monitoraggio e verifica della percentuale di adesione alla sottoscrizione degli atti di nomina	Qualità	N° di persone che hanno fatto atto di nomina	Tot persone assegnate e presenti		
QT	INF02	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Area Gestionale rendicontazione straordinario	Implementazione di una nuova modalità per richiedere ore in pagamento straordinario tramite WHR.2	Qualità	N° dipendenti che utilizzano la modalità informatizzata per la richiesta di straordinario	N° Tot dipendenti assegnati e presenti		

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	INF03	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Collaborazione con la SOS Qualità e Sicurezza delle cure alla realizzazione della relazione Nucleo e Qualità e piano triennali	Produzione e collaborazione per quanto di pertinenza del documento	Qualità	NA	NA	NA	
QL	INF04	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Controllo e monitoraggio Service	Stesura di un documento che descriva il monitoraggio delle principali attività in Service: - Appalto servizio Accompagnamento pazienti - Appalto servizio Affidamento servizio Lavanolo - Appalto servizio Pulizia e sanificazione e altri servizi connessi	Qualità	NA	NA	NA	
QL	INF05	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Estendere l'operatività del CDCA anche nei giorni festivi	Garantire il processo CDCA nei giorni festivi attraverso un report di monitoraggio	Qualità	N° festivi attivati	N° festivi con saturazione p.l.	crescente	
QT	INF06	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Formazione all'utilizzo della piattaforma Prems	Favorire l'arruolamento e supporto alla formazione del personale per l'indagine Prems	Qualità		<80%	crescente	
QT	INF07	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Gestione delle risorse umane in base alla complessità assistenziale	Rispondere in modo flessibile alla variazione della complessità assistenziale nel settore materno infantile di Borgo San Lorenzo	Qualità	n° attivazione reperibilità	Totale delle rilevazioni di complessità oltre il valore soglia	crescente	
QT	INF08	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Gestione elettromedicali CROSS	Monitoraggio della distribuzione degli elettromedicali, di propria competenza, forniti dalla CROSS tra tutte le strutture aziendali	Qualità	NA	NA	NA	
QL	INF09	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Gestione omogenea dei flussi regionali consultoriali	Adozione dell'applicativo Argos nei presidi territoriali delle zone di Empoli, Pistoia e Prato	Qualità	NA	NA	NA	
QT	INF10	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Implementazione scheda infermieristica informatizzata	Formazione del personale	Qualità	N infermieri formati	N° infermieri assegnati alla SOSD 118 che lavorano sul territorio	crescente	
QT	INF11	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Infermiere di famiglia e Comunità	Conclusione dell'implementazione del modello organizzativo dell'Infermieristica di famiglia e comunità come previsto dalla Delibera Regionale 597/2018	Qualità	N° cellule territoriali attivate	Tot cellule territoriali previste	crescente	
QL	INF12	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitoraggio checklist verifica degli adempimenti – protezione dati Privacy	Verificare i percorsi all'interno della struttura riguardo la sicurezza della protezione dati sensibili	Qualità	NA	NA	NA	
QT	INF13	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitoraggio e report posti letto	Garantire il monitoraggio di sintesi dell'occupazione dei posti letto e la diffusione della reportistica alla Direzione Strategica e alle strutture interessate	Qualità	N° report inviati alle strutture interessate	N° Tot giornate lavorative 2021	crescente	

Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	INF14	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitoraggio e reportistica dei DM	Aggiornamento e invio di report alle strutture interessate sulla disponibilità dei principali DM ad alto impatto organizzativo	Qualità	N° report inviati alle strutture interessate	N° Tot giornate lavorative 2021	crescente	
QT	INF15	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitoraggio e verifica atti di nomina e checklist di verifica Privacy degli adempimenti per il Dipartimento Infermieristico	Report di monitoraggio e verifica della percentuale di adesione alla sottoscrizione degli atti di nomina e checklist di verifica adempimenti	Qualità	N° di persone che hanno fatto atto di nomina	Tot persone assegnate al Dipartimento Infermieristico	crescente	
QT	INF16	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitorare l'andamento di adesione alle Pratiche per la Sicurezza del Paziente	Realizzazione di una nuova sistema di reportistica sulle PSP di pertinenza all'interno del Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica	Qualità	Elaborazione di un report per ogni zona territoriale	TOT zone di pertinenza del DAIO	crescente	
QL	INF17	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Parto in acqua	Definizione del protocollo aziendale per il parto in acqua	Qualità	NA	NA	NA	
QT	INF18	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Predisposizione di un sistema di anagrafica per le scadenze delle visite della sorveglianza sanitaria	Implementare un sistema di monitoraggio delle scadenze attraverso l'applicativo CANOPO a tutti i dipendenti del DAIO	Qualità	N° dei dipendenti correttamente inseriti nel sistema CANOPO	N° Tot dei dipendenti afferenti al DAIO	crescente	
QT	INF19	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Privacy Adempimento verifica atti di nomina	Report di monitoraggio e verifica della percentuale di adesione alla sottoscrizione degli atti di nomina	Qualità	N° di persone che hanno fatto atto di nomina	Tot persone assegnate e presenti	crescente	
QL	INF20	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Progetti innovativi. Creazione di un sistema per la documentazione delle operazioni speciali svolte dal personale infermieristico dell'elisoccorso	Produzione di documento - report	Qualità	NA	NA	NA	
QL	INF21	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Qualità e sicurezza. sviluppo di un sistema di monitoraggio per la verifica delle checklist del materiale sanitario.	Produzione di documento – proposta di report di monitoraggio	Qualità	NA	NA	NA	
QL	INF22	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Realizzazione di un nuovo percorso per la rendicontazione della produttività aggiuntiva in collaborazione con il DPTS	Creazione di una istruzione operativa unica per il personale afferente al DAIO e al DPTS relativa alla rilevazione dell'attività svolta in produttività aggiuntiva	Qualità	NA	NA	NA	
QL	INF23	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Report percorso Alberghi Sanitari	Stesura di un documento di sintesi sul monitoraggio delle attività negli alberghi sanitari e alberghi sanitari protetti	Qualità	NA	NA	NA	

## Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	INF24	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Corsi OSS	L'organizzazione dei tirocini in ambito sanitario dei corsi OSS, OSS Abbreviato e istituti Sperimentali ad Indirizzo Socio-Sanitario in epoca Covid: attuazione delle linee di indirizzo aziendali e regionali per l'erogazione dei tirocini	Formazione	n° corsi con tirocini attivati secondo le linee di indirizzo	Tot dei corsi in atto	crescente	
QT	INF25	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Corsi OSS	L'organizzazione dei corsi OSS e OSS Abbreviato in epoca Covid: attuazione delle linee di indirizzo regionali per l'erogazione della teoria e dei laboratori	Formazione	n° corsi sui quali sono state attivate le linee di indirizzo	N° tot dei corsi attivati	crescente	
QT	INF26	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Formazione all'utilizzo della piattaforma Prems	Progettazione del corso di formazione al fine di favorire l'arruolamento del maggior numero di pazienti all'indagine Prems	Formazione	N° corsi effettuati	N° tot corsi programmati	crescente	
QT	INF27	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Incontri strutturati con studenti Laureati o Laureandi in Scienze Infermieristiche e Ostetriche	Documento di sintesi della programmazione degli incontri svolti con gli studenti	Formazione	N° studenti presentati durante i colloqui	TOT incontri programmati	crescente	
QT	INF28	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Infermiere di famiglia e Comunità	Conclusioni eventi formativi come previsto dal PAF aziendale circa il modello IFC come previsto dalla Delibera Regionale	Formazione	N° eventi realizzati	Tot n° eventi previsti	crescente	
QL	INF29	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitoraggio checklist verifica degli adempimenti – protezione dati privacy	Verificare i percorsi all'interno della struttura riguardo la sicurezza della protezione dati sensibili	Formazione	NA	NA	NA	
QL	INF30	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	Monitoraggio Lauree autorizzate	Produzione di un documento di monitoraggio sulle Tesi di Laurea e Laurea Magistrale autorizzate	Formazione	NA	NA	NA	
QT	INF31	AZ	Dati aziendali interni	Infermieristico	P.C.T.O. (ex alternanza scuola lavoro)	Organizzazione ed erogazione dei Percorsi per le Competenze Trasversali e di Orientamento rivolti agli studenti degli Istituti Superiori	Formazione	N° richieste pervenute dagli Istituti Superiori	N° richieste evase	crescente	
QL	AZAB	AZ	Strutture coinvolte	Infezioni correlate all'assistenza	Appropriatezza della profilassi antibiotica in chirurgia	L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QL	AZSEPSI	AZ	Strutture coinvolte	Infezioni correlate all'assistenza	Aggiornamento del PDTA SEPSI (obiettivo biennale)	Aggiornamento del PDTA SEPSI	Appropriatezza	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	AZTA	AZ	Strutture coinvolte	Infezioni correlate all'assistenza	Attività del Team AID Aziendale e del Team AID di Presidio nell'ambito della gestione del rischio infettivo su tematiche ritenute rilevanti. Monitoraggio integrato delle antimicrobicoresistenze e della sepsi. Revisione degli strumenti per l'informazione degli operatori, cittadini e caregiver, implementazione degli strumenti di Infection control.	Resoconto delle attività del Team AID di Stewardship integrata Antimicrobica, prevenzione e controllo Infezioni, Diagnostica Stesura del nuovo piano aziendale del Team AID.	Appropriatezza	NA	NA	NA	
QT	C6.4.1	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione	Molto spesso i casi di sepsi vengono sotto-codificati, pertanto sono probabilmente più virtuose le aziende che presentano valori più elevati, in quanto segnalano il fenomeno più di altre. L'orientamento regionale è quello di incoraggiare la segnalazione dei casi, per cui è incentivata la corretta codificazione e segnalazione degli eventi.	Qualità	N° sepsi in diagnosi secondaria x 1.000	N° interventi chirurgici in elezione	decrescente	
QT	C9.8.1.1	MES	Flussi regionali farmaceutica (SPF, FED)	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Consumo di antibiotici sul territorio	L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibioticoresistenza sia per il consumo degli antibiotici. La riduzione del consumo di antibiotici è considerato un elemento chiave nella contrasto alla antibiotico-resistenza.	Appropriatezza	DDD di antibiotici(ATC J01) erogate sul territorio x 1000	Popolazione al 1° Gen., pesata secondo i criteri del PSR in vigore (x 365)	decrescente	
QT	C9.8.1.1.1	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Consumo di antibiotici in età pediatrica	L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibioticoresistenza sia per il consumo degli antibiotici. La riduzione del consumo di antibiotici è considerato un elemento chiave nella contrasto alla antibiotico-resistenza.	Appropriatezza	N. DDD di antibiotici (J01) erogate a pazienti in età pediatrica (< 14 anni) (x 1000)	N. Residenti eta' pediatrica (< 14 anni 1° Gen. anno di riferimento) x 365	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.8.1.1.2	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Consumo di cefalosporine in età pediatrica	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. L'età pediatrica rappresenta una delle fasi della vita nelle quali maggiormente si concentra il consumo di antibiotici; la letteratura concorda nell'individuare in questa i maggiori margini di potenziale inappropriata. In particolare, le cefalosporine sono una classe di antibiotici ad ampio spettro, che nelle patologie più frequenti dovrebbero rappresentare la seconda scelta, perché costano di più e hanno uno spettro troppo ampio, favorendo la comparsa di ceppi resistenti.	Appropriatezza	N. DDD di antibiotici cefalosporine (ATC J01D) erogate a pazienti in età pediatrica (< 14 anni) (x 1000)	N. Residenti età pediatrica 1° Gen. (< 14 anni) x 365	decescente	
QT	C9.8.1.1A	MES	Flussi regionali farmaceutica (SPF, FED)	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Consumo di fluorochinoloni nel territorio	L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibioticoresistenza sia per il consumo degli antibiotici. Particolare attenzione è rivolta ad una classe di antibiotici - i fluorochinoloni recentemente riconosciuti capaci di produrre effetti indesiderati molto gravi. E' di conseguenza prevista una riduzione dell'utilizzo di questa classe di antibiotici. Questo indicatore monitora il consumo di fluorochinoloni sul territorio ed è allineato all'indicatore previsto dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.	Appropriatezza	DDD farmaci a base di fluorochinoloni(ATC J01MA) (x1000)	Popolazione residente al 1° Gennaio (x 365 )	decescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.8.1.1B	MES	Flusso FES	Infezioni correlate all'assistenza	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 100 giornate di degenza)	L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibioticoresistenza sia per il consumo degli antibiotici. Particolare attenzione è rivolta ad una classe di antibiotici - i fluorochinoloni recentemente riconosciuti capaci di produrre effetti indesiderati molto gravi. E' di conseguenza prevista una riduzione dell'utilizzo di questa classe di antibiotici. Questo indicatore monitora il consumo di fluorochinoloni sul territorio ed è allineato all'indicatore previsto dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020.	Appropriatezza	DDD di fluorochinoloni (ATC J01MA) x100	N. Complessivo di giornate di degenza	decrescente	
QT	C9.8.1.1C	MES	Flusso FES	Infezioni correlate all'assistenza	Consumo di carbapenemi nei reparti (per 100 giornate di degenza)	L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibioticoresistenza sia per il consumo degli antibiotici. La riduzione del consumo di antibiotici è considerato un elemento chiave nel contrasto alla antibiotico-resistenza.	Appropriatezza	N. DDD carbapenemi (ATC J01DH) erogati nei reparti (x100)	N. Complessivo di giornate di degenza	decrescente	
QT	C9.8.1.2	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. Gli antibiotici iniettabili rappresentano per il sistema un costo rilevante tanto da rendere importante il monitoraggio del loro utilizzo rispetto alla complessità degli antibiotici erogati sul territorio.	Appropriatezza	N. DDD antibiotici(J01) iniettabili erogate sul territorio x 100	N. DDD antibiotici(J01) complessivamente erogate sul territorio	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C9.8.1.3	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	L'associazione amoxicillina/acido clavulanico è ampiamente utilizzata sia in ambito territoriale sia ospedaliero. I dati contenuti nel Rapporto suggeriscono un probabile sovra-utilizzo di questa associazione, laddove potrebbe essere indicata la sola amoxicillina, che ha uno spettro d'azione più selettivo e quindi un minor impatto sulle resistenze. L'indicatore misura la percentuale di utilizzo di amoxicillina da sola sul totale di amoxicillina e amoxicillina combinata.	Appropriatezza	DDD di amoxicillina (ATC J01CA04) x 100	totale DDD di amoxicillina (ATC J01CA04) + amoxicillina ac.clavulanico (ATC J01CR02)	crescente	
QT	C9.8.1.5	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio	Con l'obiettivo di valutare il ricorso a farmaci appropriati l'OMS ha raggruppato gli antibiotici in tre categorie ("access", "watch" e "reserve"). I macrolidi appartengono al gruppo watch per il quale è necessaria una riduzione di uso.	Appropriatezza	DDD di macrolidi (ATC J01FA) (x100)	DDD totali della categoria J01 erogate dell'anno	decrescente	
QT	C9.8.1.6	MES	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Contribuire al corretto uso degli antibiotici. Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio	Con l'obiettivo di valutare il ricorso a farmaci appropriati l'OMS ha raggruppato gli antibiotici in tre categorie ("access", "watch" e "reserve"). Le di cefalosporine di III generazione appartengono al gruppo watch per il quale è necessaria una riduzione di uso.	Appropriatezza	DDD di cefalosporine di III generazione (ATC J01DD) x 100	DDD totali della categoria (ATC J01) erogate dell'anno	decrescente	
QT	FAR19	RT: Politich e del Farmaco	WAB	Infezioni correlate all'assistenza	Utilizzo preferenziale di Vancomicina rispetto a Teicoplanina	La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La teicoplanina rappresenta un importante costo a fronte di vantaggi marginali rispetto alla vancomicina per cui risulta importante monitorarne costantemente il consumo.	Appropriatezza	UP di vancomicina (ATC J01XA01) nel periodo * 100	UP di vancomicina(ATC J01XA01) e teicoplanina (ATC J01XA02) nel periodo	crescente	
QT	RT03	RT	Dati aziendali interni	Infezioni correlate all'assistenza	Riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero	Riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero	Qualità	N° sepsi in diagnosi secondaria x 1.000	N° ricoveri	decrescente	
QL	RT05	RT	Reportistica	Infezioni correlate all'assistenza	Riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero	Rinnovo del sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE, incluso NDM) come da circolare Ministero della Salute 1479-17/01/2020	Qualità	NA	NA	NA	



Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B6.2.2	MES	Dati aziendali interni	Laboratorio	Donazioni di Sangue	Incrementare le donazioni di Sangue	Efficienza	Numero totale delle donazioni di sangue, plasma e piastrine x 1.000	Popolazione residente (18-65 anni)	crescente	
QT	B6.2.2.1	MES	Dati aziendali interni	Laboratorio	Donazioni di Plasma	Incrementare le donazioni di Plasma	Efficienza	Numero totale delle donazioni di plasma	Popolazione residente (18-65 anni)	crescente	
QT	C10.5	MES	Flusso Prestazioni ambulatoriali	Laboratorio	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologica o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatezza di utilizzo degli stessi. Di fatto, i biomarcatori tumorali sono utili per monitorare un'eventuale recidiva della neoplasia dopo il trattamento del tumore primitivo, e non dovrebbero invece essere prescritti per screening in quanto non riducono la mortalità ma possono causare inutili complicanze da trattamento e assorbimento ingiustificato di risorse.	Appropriatezza	Numero di prestazioni ambulatoriali che misurano marcatori tumorali in soggetti con età >= 40 anni e non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica, per 10.000 abitanti	Popolazione residente al 01/01/2019 con età >= 40 anni	decrescente	
QL	LAB01	AZ	Struttura coinvolta	Laboratorio	Appropriatezza prescrittiva del dosaggio vitamina D	Report dosaggio vitamina D stratificato per fascia di Età	Attività	NA	NA	NA	
QL	LAB02	AZ	Struttura coinvolta	Laboratorio	Misure di miglioramento percorsi e nuova organizzazione emocolture	Gestione della Sepsis e dello Shock Settico, Identificazione e Trattamento.	Attività	NA	NA	NA	
QL	LAB03	AZ	Struttura coinvolta	Laboratorio	Recupero attività per screening droghe d'abuso ed altri esami - area Pistoiese	Recupero attività emergenza COVID	Attività	NA	NA	NA	
QL	LAB04	AZ	Struttura coinvolta	Laboratorio	- adeguamento tecnologia per esecuzione calcoli urinari	Ammodernamento	Attività	NA	NA	NA	
QL	LAB05	AZ	Struttura coinvolta	Laboratorio	Avvio del processo di certificazione di qualità del laboratorio per arrivare alla certificazione nel 2022	Certificazione di qualità	Attività	NA	NA	NA	
QL	LAB06	AZ	Struttura coinvolta	Laboratorio	Avvio dei processi per l'adozione del nuovo software gestionale (progetto biennale)	Ammodernamento piattaforma software	Attività	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C7.26	ARS: PROLEA	WAB	Materno Infantile	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Indicatore di qualità dell'assistenza: i neonati fortemente pretermine dovrebbero nascere in Punti Nascita con Posti Letto di terapia intensiva neonatale.	Qualità	n parti fortemente pretermine (punto nascita senza UTIN)	totale parti (punto nascita senza UTIN)	decrescente	
QT	H17C	MES	WAB	Materno Infantile	Percentuale di parti cesarei primari in maternità di I livello o con <1.000 parti	La proporzione di parti con Taglio Cesareo (TC) sul totale dei parti è un importante indicatore di qualità dell'assistenza. La letteratura mostra che vi è un eccesso di ricorso a parti cesari per fattori non clinici e l'incremento dell'utilizzo del TC oltre una certa soglia non sia accompagnato da un ulteriore effetto benefico sulla salute della madre e/o del bambino.	Appropriatezza	n. parti cesarei * 100 ( I liv. o <1.000 parti)	totale parti ( I liv. o <1.000 parti)	decrescente	
QT	H18C	MES	WAB	Materno Infantile	Percentuale di parti cesarei primari in maternità di II livello o con >=1.000 parti	La proporzione di parti con Taglio Cesareo (TC) sul totale dei parti è un importante indicatore di qualità dell'assistenza. La letteratura mostra che vi è un eccesso di ricorso a parti cesari per fattori non clinici e l'incremento dell'utilizzo del TC oltre una certa soglia non sia accompagnato da un ulteriore effetto benefico sulla salute della madre e/o del bambino. Nei centri di II livello, per la presumibile maggiore complessità clinica, si considera appropriata una percentuale maggiore di TC.	Appropriatezza	n. parti cesarei * 100 ( II liv. o >=1.000 parti)	totale parti ( II liv. o >=1.000 parti)	decrescente	
QT	M11	AZ	WAB	Materno Infantile	Gestione del dolore in travaglio e parto Percentuale di Partanalgesie effettuate	Il contenimento del dolore in travaglio di parto ha lo scopo di ottenere una riduzione del dolore fisiologicamente presente durante il travaglio. La moderna anestesiology offre alla donna la possibilità di controllare il proprio dolore durante il travaglio e il parto mediante l'analgia epidurale: alleviare il dolore nel travaglio di parto contribuisce non solo a migliorare il benessere della gestante, ma anche a ridurre i possibili effetti sfavorevoli che il dolore può provocare su madre e feto.	Qualità	N° partanalgesie	N° totale di parti	crescente	

Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	MI2	AZ	WAB	Materno Infantile	Percentuale di parti spontanei dopo pregresso taglio cesareo	La maggior parte delle donne che è stata sottoposta a taglio cesareo può partorire in modo naturale in una gravidanza successiva.	Qualità	N° parti spontanei in donne che nei 5 anni precedenti sono state sottoposte a taglio cesareo	N° donne che nei 5 anni precedenti sono state sottoposte a taglio cesareo	crescente	
QT	MI3	AZ	WAB	Materno Infantile	Percentuale di interventi per gravidanza extrauterina effettuati con approccio laparoscopico	Nel caso in cui la gravidanza extrauterina sia ad uno stadio avanzato, o qualora l'approccio farmacologico si riveli inefficace, è necessario procedere a un intervento chirurgico. Nella maggior parte dei casi è possibile effettuare un'operazione poco invasiva effettuata in laparoscopia con piccole incisioni.	Qualità	N° interventi per gravidanze ectopiche per via laparoscopica	N° interventi per gravidanze ectopiche	crescente	
QT	MI4	AZ	WAB	Materno Infantile	Numero di interventi di isterectomia per via laparoscopica (sia patologia benigna che maligna)	L'isterectomia in laparoscopia è una soluzione mini-invasiva che permette di eseguire l'asportazione dell'utero e della cervice uterina. La minima invasività dell'isterectomia laparoscopica comporta una riduzione importante dei tempi di ricovero e di recupero post-operatorio. Dovrebbe essere preferibile in ogni caso clinicamente possibile.	Qualità	N° interventi di isterectomia per via laparoscopica per qualsiasi diagnosi	N° interventi di isterectomia	crescente	
QT	MI5	AZ: Area Pediatrica	Dati aziendali interni	Materno Infantile	Percentuale ricoveri ordinari di pazienti in età pediatrica in reparti non pediatrici	Il ricorso a reparti non pediatrici per pazienti che dovrebbero essere ricoverati in reparti pediatrici è un indicatore di appropriatezza del setting.	Qualità	N° ricoveri ordinari di pazienti <16 anni in reparti non pediatrici	N° ricoveri ordinari di pazienti <16 anni	decrescente	
QT	MI6	AZ: Area Pediatrica	Dati aziendali interni	Materno Infantile	Appropriatezza del triage per il codice priorità per pazienti pediatrici	Appropriatezza del triage per il codice priorità per pazienti pediatrici	Appropriatezza	N° accessi pediatrici in codice 1, ricoverati, deceduti o trasferiti	Totale accessi in codice 1	decrescente	
QT	MI7	AZ: Area Pediatrica	Dati aziendali interni	Materno Infantile	Accesso ripetuto in PS per pazienti pediatrici	Accesso ripetuto in PS per pazienti pediatrici	Qualità	N° reingressi pediatrici in PS entro 72 ore dalla dimissione per qualsiasi motivo in qualunque PS Aziendale	Totale accessi pediatrici in PS	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA CP 16	POA	Documento	Materno Infantile	Consultorio Giovani: valutazione dei bisogni e rimodulazione, completamento e adeguamento degli spazi e delle attrezzature dei consultori in base ai livelli indicati dalla Regione (consultori principali, secondari e proiezioni)	Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali e dei Consultori Giovani, anche attraverso una redistribuzione territoriale. Riorganizzazione delle attività nel rispetto delle norme anticontagio COVID-19.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	ML01	AZ	Struttura coinvolta	Medicina legale	Tenere aggiornata procedura di gestione della necroscopica territoriale ed ospedaliera per i decessi covid	Fornire un report dettagliato su della necroscopica	Attività	NA	NA	NA	
QL	ML02	AZ	Struttura coinvolta	Medicina legale	Reportistica sull'andamento delle gestione stragiudiziale delle richieste risarcitorie	Fornire un report dettagliato su gestione stragiudiziale delle richieste risarcitorie	Attività	NA	NA	NA	
QL	ML03	AZ	Strutture coinvolta	Medicina legale	Monitorare nei tempi indicati il progetto ODP(osservatorio danno alla persona)come da convenzione con il Liderlab del S. Anna	Verifica metodologica della qualità dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	
QL	ML04	AZ	Strutture coinvolta	Medicina legale	Collaborare alla riorganizzazione e omogeneizzazione delle attività delle Commissioni Accertamento Morte in un unico modello Aziendale	Riorganizzazione e omogeneizzazione delle attività delle Commissioni Accertamento Morte in un unico modello Aziendale	Qualità	NA	NA	NA	
QT	PRS1	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Chirurgia vascolare	Intervento di riparazione per aneurisma dell'aorta addominale non rotto, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento con procedura open per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Interventi di riparazione per aneurisma dell'aorta addominale non rotto con procedura open.	decescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	PRS2	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Chirurgia vascolare	Intervento di riparazione per aneurisma dell'aorta addominale non rotto, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento con procedura endoscopica per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Interventi di riparazione per aneurisma dell'aorta addominale non rotto con procedura endoscopica	decrescente	
QT	PRS3	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Chirurgia vascolare	Endoarterectomia carotidea (CEA), rischio di ictus o morte entro 30 giorni dall'intervento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Ricoveri per ictus o decesso entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti	Interventi di endoarterectomia carotidea	decrescente	
QT	PRS4	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Medica	Scompenso cardiaco congestizio (SCC), rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'ammissione ovunque avvenuti	Eventi di ricovero per scompenso cardiaco congestizio	decrescente	
QT	PRS5	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Medica	Polmonite, rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'ammissione ovunque avvenuti	Eventi di ricovero per polmonite	decrescente	
QT	PRS6	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Medica	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Eventi di ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	PRS10	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Oncologica	Intervento per tumore allo stomaco, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Interventi di asportazione del tumore maligno allo stomaco	decrescente	
QT	PRS7	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Oncologica	Intervento per tumore del colon, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Interventi di asportazione del tumore maligno del colon	decrescente	
QT	PRS8	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Oncologica	Intervento per tumore maligno del pancreas, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Interventi di asportazione di tumore maligno del pancreas	decrescente	
QT	PRS9	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Oncologica	Intervento per tumore del retto, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Interventi di asportazione del tumore maligno del retto	decrescente	
QT	PRS11	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Ortopedia	Frattura del collo del femore, rischio di morte entro 30 giorni dall'evento	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dal ricovero per frattura del collo del femore	Ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	PRS12	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Tempodipendenti	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti	Eventi indice di ictus ischemico ricoverati in ospedale	decrescente	
QT	PRS13	ARS: PROSE	ARS: PROSE	Mortalità: Tempodipendenti	Infarto miocardico acuto (IMA) STEMI, rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100	Per diagnosi/procedure di particolare rilevanza, valutare gli esiti in termini di mortalità al fine di facilitare l'identificazione di priorità per le decisioni strategiche; supportare decisioni operative; promuovere il miglioramento continuo della qualità; garantire la trasparenza.	Efficacia	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti	Eventi di IMA STEMI ricoverati in ospedale	decrescente	
QL	FORM01	AZ	Struttura coinvolta	PDТА	In base al PDТА per patologie cutanee oncologiche aggiornato provvedere a formazione per tecnici	Formazione professionale su PDТА	Formazione	NA	NA	NA	
QT	PDТА05a	ARS	ARS PROLEA	PDТА	Diabete, aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente	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	Qualità	Numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con un tasso di controlli dell'emoglobina glicata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione $\geq 2$	Numero dei pazienti appartenenti alla coorte prevalente nell'anno di inclusione con durata dell'osservazione fuori dall'ospedale $\geq 30$ gg	crescente	
QT	PDТА05b	ARS	ARS PROLEA	PDТА	Diabete, aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente.	L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico nel paziente diabetico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente.	Qualità	Numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con un tasso di controlli del profilo lipidico nei 12 mesi successivi alla data di inclusione $\geq 1$	Numero dei pazienti appartenenti alla coorte prevalente nell'anno di inclusione con durata dell'osservazione fuori dall'ospedale $\geq 30$ giorni	crescente	
QT	PDТА05e	ARS	ARS PROLEA	PDТА	Diabete, aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente	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	Qualità	Numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con un tasso di controlli dell'occhio nei 12 mesi successivi alla data di inclusione $\geq 1$	Numero dei pazienti appartenenti alla coorte prevalente nell'anno di inclusione con durata dell'osservazione fuori dall'ospedale $\geq 30$ giorni	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	PDTA06	NSG	ARS	PDTA	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: 1° intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo 1° intervento chirurgico	Governare il percorso della donna con tumore della mammella in collaborazione con le senologie, con particolare riferimento all'inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo 1° intervento chirurgico	Qualità	Pazienti operate di tumore della mammella in cui i 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista	Pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella nell'isoperiodo	crescente	
QT	PDTA08	NSG	ARS	PDTA	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute	Governare in sinergia con le Gastroenterologie e monitorare per aumentare la proporzione dei pazienti sottoposti a intervento di tumore del colon che rispettano il timing del follow-up endoscopico	Qualità	Pazienti operati che rispettano la tempistica prevista di follow up	Pazienti operati per la prima volta per tumore del colon nell'isoperiodo	crescente	
QT	PDTA09	NSG	ARS	PDTA	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute	Governare il percorso tumore del colon e retto con particolare riferimento all' inizio della terapia medica	Qualità	Pazienti con trattamento medico o chirurgico rispettando la tempistica prevista	Pazienti con diagnosi di tumore del retto nell'isoperiodo	crescente	
QT	PDTA10	NSG	ARS	PDTA	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute	Governare in sinergia con le Gastroenterologie e monitorare per aumentare la proporzione dei pazienti sottoposti a intervento di tumore del retto che rispettano il timing del follow-up endoscopico	Qualità	Pazienti operati che rispettano la tempistica prevista di follow up	Pazienti operati per la prima volta per tumore del retto nell'isoperiodo	crescente	
QL	PDTA11	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Revisione del PDTA del paziente nefropatico	Aggiornamento periodico dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	PDTA12	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Sviluppo di un algoritmo e aggiornamento di un percorso diagnostico e terapeutico per patologie oncologiche cutanee che preveda anche l'utilizzo della tecnica di Mohs	Aggiornamento di percorso diagnostico e terapeutico per patologie oncologiche cutanee, tenendo conto delle ultime evidenze scientifiche disponibili	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PDTA15	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Collaborare con la struttura SOC Governance clinico assistenziale e le strutture Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale per la verifica della qualità dei PDTA nell'ambito dei percorsi attenzionabili	Garantire la qualità delle linee guida e dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PDTA16	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Revisione metodologica dei 5 PDTA Diabete, scompenso cardiaco, BPCO Ictus cerebrali, IMA.	Garantire la qualità delle linee guida e dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PDTA17	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Applicare checklist validate (es. Agree) sulla qualità metodologica su almeno il 50% dei PDTA aziendali.	Garantire la qualità delle linee guida e dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PDTA18	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Reportistica su aggiornamento dei PDTA attivi	Garantire la qualità delle linee guida e dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PDTA19	AZ	Struttura coinvolta	PDTA	Realizzare/implementare PDTA aziendale per accesso a chirurgia bariatrica	Garantire la qualità delle linee guida e dei PDTA	Qualità	NA	NA	NA	
QT	C10.2.1	MES	WAB	Percorso oncologico	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	Valutare la qualità del trattamento chirurgico del tumore della mammella, valutando la percentuale di interventi conservativi ed includendo gli interventi che conservano cute e capezzolo. E' una proxy della qualità del trattamento.	Qualità	Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple e skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100	Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C10.2.2	MES	WAB	Percorso oncologico	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti post-chirurgici. La percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella è una proxy della qualità del trattamento.	Qualità	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte all'applicazione della metodica del linfonodo sentinella x 100	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore maligno della mammella	crescente	
QT	C10.2.6	MES	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO	Percorso oncologico	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale. E' una proxy della qualità del percorso.	Qualità	Numero di donne che effettuano una mammografia tra 6 e 18 mesi dalla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore della mammella	crescente	
QT	C10.3.1	MES	WAB	Percorso oncologico	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	L'indicatore, calcolato su base annuale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo. E' una proxy della qualità del trattamento.	Qualità	Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (ricovero indice)	Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti ad intervento (ricovero indice) nei tre anni	decrescente	
QT	C10.3.2	MES	WAB	Percorso oncologico	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	L'indicatore, calcolato su base annuale misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo. E' una proxy della qualità del trattamento.	Qualità	Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dall'intervento al retto (ricovero indice)	Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti ad intervento nei tre anni (ricovero indice)	decrescente	
QT	C28.2B	MES	Flusso Hospice	Percorso oncologico	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. E' una proxy della appropriatezza del percorso.	Appropriatezza	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica con assistenza conclusa	crescente	

Repertorio di indicatori per le schede di budget di attività 2021-2023

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C28.3	MES	Flusso Hospice	Percorso oncologico	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	L'indicatore misura la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta superiore rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. E' una proxy della appropriatezza del percorso.	Appropriatezza	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice superiore o uguale a 30 giorni	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	decrescente	
QT	D30Z	MES	Flusso prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD), Flusso Hospice, ISTAT e dati di mortalità'	Percorso oncologico	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice). E' una proxy della appropriatezza del percorso.	Appropriatezza	Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	crescente	
QT	D32Z	MES	Flusso Hospice	Percorso oncologico	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	L'indicatore vuole mettere in luce la quota di ricoveri brevi (inferiori o uguali a 7 giorni) di pazienti che non sono stati presi in carico dalla Rete cure palliative. E' una proxy della appropriatezza del percorso.	Appropriatezza	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica con ricovero <=7gg	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica con assistenza conclusa	decrescente	
QT	H02Z	MES	WAB	Percorso oncologico	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere, utilizzando come proxy della qualità del trattamento.	Qualità	Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital	crescente	
QT	B5.1.1	MES	WAB	Percorso oncologico screening	Estensione dello screening mammografico	Promuovere, a livello di popolazione, la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie neoplastiche ad ampia diffusione. Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.	Efficienza	(N. Donne invitate nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x) + (N. Donne invitate nell'anno x-1 - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 )	(Popolazione bersaglio nell' anno x – N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x) + (Popolazione bersaglio anno x-1 - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1)	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B5.1.2	MES	WAB	Percorso oncologico screening	Adesione allo screening mammografico	Promuovere, a livello di popolazione, la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie neoplastiche ad ampia diffusione. Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.	Efficienza	N. donne 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)	(N. donne invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione - N. inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione - N. Donne escluse dopo l'invito)	crescente	
QT	B5.2.5a	MES	WAB	Percorso oncologico screening	Adesione dello screening della cervice uterina	Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.	Efficienza	N. donne che hanno partecipato allo screening della cervice 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)	(N. donne invitate allo screening della cervice nell'anno oggetto della rilevazione - N. inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione - N. Donne escluse dopo l'invito)	crescente	
QT	B5.2.5e	MES	WAB	Percorso oncologico screening	Estensione dello screening della cervice uterina	Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono stati invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.	Efficienza	(N. Donne invitate nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x) + (N. Donne invitate nell'anno x-1 - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 )	(Popolazione bersaglio nell' anno x - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x) + (Popolazione bersaglio anno x-1 - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1)	crescente	
QT	B5.3.1	MES	WAB	Percorso oncologico screening	Estensione dello screening coloretale	Promuovere, a livello di popolazione, la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie neoplastiche ad ampia diffusione. Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.	Efficienza	(N. invitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x) + (N. invitati nell'anno x-1 - N. Inviti inesitati nell'anno x-1)	(Popolazione bersaglio nell'anno x - N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x) + (Popolazione bersaglio nell'anno x-1 - N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x-1)	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B5.3.2	MES	WAB	Percorso oncologico screening	Adesione allo screening coloretale	Promuovere, a livello di popolazione, la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie neoplastiche ad ampia diffusione. Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.	Efficienza	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)	N. invitati allo screening coloretale 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	crescente	
QT	EPI01	AZ		Prevenzione	Supporto epidemiologico per la pandemia Covid-19	Supportare lo staff del Dipartimento di Prevenzione e della Direzione Aziendale e altri Enti del territorio con valutazioni epidemiologiche	Attività	Numero interventi epidemiologia	Numero totale richieste	crescente	
QT	EPI02	AZ		Prevenzione	Controllo delle criticità su ambiente e salute nell'area territoriale di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato	Valutare l'impatto sanitario l'impatto sanitario delle criticità ambientali segnalate da Enti locali o servizi IPN	Attività	Numero interventi epidemiologici	Numero totale richieste	crescente	
QL	IPN01	AZ		Prevenzione	Attività	Definire le azioni prioritarie da svolgere sul territorio, senza inficiare il percorso vaccinale, nell'ambito delle attività proprie del Servizio.	Attività	NA	NA	NA	
QL	PISLL 1	AZ		Prevenzione	Attività	Definire le azioni prioritarie da svolgere sul territorio, senza inficiare il percorso vaccinale, nell'ambito delle attività proprie del Servizio.	Attività	NA	NA	NA	
QT	PRE01	AZ		Prevenzione	Garantire l'invio dei risultati analitici al Ministero della Salute: inserire sulla piattaforma NSIS i dati relativi alle analisi chimiche che rientrano nel flusso VIG	Garantire attività	Attività	N° di analisi validati in NSIS	N° di analisi accettati dal LSP	crescente	
QT	PRE02	AZ		Prevenzione	Garantire l'invio dei risultati analitici al Ministero della Salute: inserire sulla piattaforma NSIS i dati relativi alle analisi microbiologiche che rientrano nel flusso VIG	Garantire attività	Attività	N° di analisi validati	N° di analisi	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	PRE04	AZ		Prevenzione	Maggior copertura possibile di visite di idoneità sportiva per soggetti compresi nei LEA attraverso aumento dell'offerta e programmazione sul territorio.	Volumi di attività	Attività	N. visite idoneità sportiva	NA	crescente	
QT	PRE05	AZ		Prevenzione	Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro (elenco regionale 2015) con verifica di alcuni aspetti L.R. 51/09 ma in particolare una verifica sull'applicazione delle procedure prevenzione COVID-19 con specifica CL interna di mandato.	Realizzazione di almeno 40 verifiche di 45	Attività	Verifiche programmate	Verifiche effettuate	crescente	
QT	PRE06	AZ		Prevenzione	Controllo proattivo documentale/informativo o infezioni legate all'assistenza e prevenzione covid-19 in Case di Cura	11 Strutture Programmate	Attività	Verifiche programmate	Verifiche effettuate	crescente	
QT	PRE07	AZ		Prevenzione	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	Rispetto di norme e atti	Attività	Verifiche effettuate	Verifiche richieste nell'isoperiodo	crescente	
QT	PRE08	AZ		Prevenzione	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche degli impianti di proprietà dell'Azienda USL TC nei tempi e nelle modalità previste per legge (50% verifiche).	Rispetto di norme e atti	Attività	Verifiche previste	Verifiche effettuate nell'isoperiodo	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	PRE09	AZ		Prevenzione	Programma di offerte educative alle scuole, principalmente attraverso l'approccio dell'educazione fra pari (Peer Educazion) e delle abilità per la vita (Life Skills) ai fini dello sviluppo dell'empowerment personale e della promozione di comportamenti favorevoli al mantenimento dello stato di salute e di benessere, in stretto raccordo fra scuola e territorio.	Realizzazione di un catalogo unico di offerte formative alla scuola, in collaborazione con altri servizi dipartimentali e aziendali	Attività	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	PRE10	AZ		Prevenzione	<p>L'emergenza sanitaria ha reso ancora più evidente l'importanza di costruire nei luoghi di lavoro politiche integrate per il benessere psicofisico degli operatori e per l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita salutari, attraverso la realizzazione graduale di "buone pratiche", intese come attività che hanno dimostrato di essere efficaci. I vantaggi per le aziende che aderiscono a WHP sono relativi al miglioramento della salute dei lavoratori e delle loro famiglie, il miglioramento del clima aziendale, la crescita del senso di appartenenza, in una sinergia positiva fra azienda, famiglie e comunità di appartenenza. Il programma proseguirà anche nel corrente anno perseguendo l'adesione di nuove aziende pubbliche e private e rispettando gli impegni indicati dalla Regione Toscana. L'obiettivo 2021 si propone di raggiungere è l'adesione al programma dell'Azienda USL Toscana Centro o, quanto meno, l'inizio dei raccordi con la direzione per il conseguimento di tale obiettivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attuazione azioni del programma WHP nei confronti delle aziende aderenti</li> <li>- attuazione azioni per arruolare nuove aziende</li> <li>- attuazione azioni per arruolare l'azienda AUSLTC e implementare interventi a sostegno del benessere psicofisico dei dipendenti</li> <li>- realizzazione di evento formativo rivolto ad aziende aderenti e a operatori aziendali</li> </ul>	Attività	NA	NA	NA	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	SPVSA01	AZ		Prevenzione	Attività	Definire le azioni prioritarie da svolgere sul territorio, senza inficiare il percorso vaccinale, nell'ambito delle attività proprie del Servizio.	Attività	NA	NA	NA	
QL	UOC1	AZ		Prevenzione	Formazione professionale	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2020.	Attività	NA	NA	NA	
QL	UOC2	AZ		Prevenzione	Formazione professionale	N.3 proposte di eventi formativi per l'anno 2022 presentate al tavolo di lavoro della formazione.	Attività	NA	NA	NA	
QL	UOC3	AZ		Prevenzione	Supervisione professionale	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso.	Attività	NA	NA	NA	
QL	UOC4	AZ		Prevenzione	Supervisione professionale	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	Attività	NA	NA	NA	
QT	B7.1	RT	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	Vaccinazioni pediatriche: focus vaccino MPR	Il piano nazionale per la prevenzione vaccinale 2017-2019 e gli indirizzi per la stesura del Piano 2020-2022 riconfermano la necessità di mantenere la copertura vaccinare per le vaccinazioni pediatriche ad almeno il 95%, per ottenere una adeguata immunità di comunità.	Efficienza	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)	N. bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione residenti nel territorio di competenza	crescente	
QT	B7.2r	RT	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	vaccinazioni antinfluenzale anziani in RSA	Le indicazioni provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale che indicano il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione ospiti RSA	crescente	
QT	B7.2t	RT	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	vaccinazioni antinfluenzale anziani sul territorio	Le indicazioni provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale che indicano il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione sul territorio	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B7.3	MES	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Il papilloma virus è responsabile di infezioni molto diffuse. Ne sono stati identificati più di un centinaio di tipi, la maggior parte causa lesioni come le verruche ma una quarantina di tipi di HPV infetta le mucose, soprattutto genitali. Alcune lesioni possono degenerare in forme tumorali. Il vaccino può prevenire l'infezione e, di conseguenza, ridurre nettamente il rischio di tumore alla cervice.	Efficienza	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione per le bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2004 nel 2016) residenti nel territorio di competenza	N° 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	crescente	
QT	B7.4	RT	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	vaccinazioni antinfluenzale operatori sanitari	Gli obiettivi di copertura del Ministero della Salute sono 75% come obiettivo minimo perseguibile, il 95% come obiettivo ottimale. La USL TC intende perseguire tali obiettivi in modo incrementale fissando soglie via via più vicine al target finale.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione (operatori RSA)	crescente	
QT	B7.4r	RT	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	vaccinazioni antinfluenzale operatori sanitari delle RSA	Gli obiettivi di copertura del Ministero della Salute sono 75% come obiettivo minimo perseguibile, il 95% come obiettivo ottimale. La USL TC intende perseguire tali obiettivi in modo incrementale fissando soglie via via più vicine al target finale.	Efficienza	N. soggetti vaccinati * 100	Soggetti candidati alla vaccinazione (operatori RSA)	crescente	
QT	B7.5	MES	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	Copertura per vaccino antimeningococcico	La vaccinazione è la misura più efficace per ridurre il rischio di diffusione delle infezioni trasmesse dalle malattie batteriche invasive poiché assicura una protezione diretta del vaccinato ma anche indiretta, nei confronti della popolazione generale in quanto riduce la circolazione del batterio anche negli eventuali portatori.	Efficienza	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica C	N° bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	crescente	
QT	B7.6	MES	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	Copertura per vaccino antipneumococcico	La vaccinazione è la misura più efficace per ridurre il rischio di diffusione delle infezioni trasmesse dalle malattie batteriche invasive poiché assicura una protezione diretta del vaccinato ma anche indiretta, nei confronti della popolazione generale in quanto riduce la circolazione del batterio anche negli eventuali portatori.	Efficienza	N° cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per antipneumococcica (*)	N° bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B7.7	RT	WAB	Prevenzione: Vaccinazioni	Vaccinazioni pediatriche: focus vaccino esavalente	Il piano nazionale per la prevenzione vaccinale 2017-2019 e gli indirizzi per la stesura del Piano 2020-2022 riconfermano la necessità di mantenere la copertura vaccinare per le vaccinazioni pediatriche ad almeno il 95%, per ottenere una adeguata immunità di comunità.	Efficienza	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)	Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	crescente	
QL	AZ105	AZ	Struttura coinvolta	Radioterapia	Sviluppo sistema delle cure: perseguire obiettivi inter-dipartimentali nei settori della Radioterapia e della Diagnostica Biomolecolare di Medicina Nucleare finalizzati alla realizzazione di erogazione di servizi e/o processi di cura ad alto impatto innovativo nel percorso del paziente oncologico, prevedendone anche l'attivazione	Migliorare i risultati di salute, creare o rendere servizi più accessibili e sostenibili, perseguire l'empowerment del paziente, creare nuove abilità professionali a ponte tra il settore Radioterapico e quello della Medicina Nucleare sfruttando la disponibilità della PET di centraggio e di immagini metabolico-funzionali di Medicina Nucleare per l'individuazione di target a maggior proliferazione cellulare o aree patologiche non visibili all'imaging morfologico, sulla base del quale è definito il piano di trattamento radioterapico.	Attività	NA	NA	NA	
QL	AZ106	AZ	Struttura coinvolta	Radioterapia	Valutazione dei rischi di esposizione accidentali o indebite nelle procedure di radioterapia	Redazione di protocolli operativi	Attività	NA	NA	NA	
QT	AZ001	AZ	WAB	Rete Ospedaliera	Integrazione in Argos delle consulenze radioterapiche	Le richieste di consulenze specialistiche per i pazienti ricoverati devono avvenire attraverso il software clinico Argos. Per le richieste di consulenze radioterapiche questo processo deve ancora essere attivato.	Qualità	Numero di richieste di consulenza radioterapica effettuate tramite Argos (*100)	Numero di richieste di consulenza radioterapica totali	crescente	
QT	AZ002	AZ	WAB	Rete Ospedaliera	Valutazione dei livelli di tempestività e completezza delle SDO	Garantire la tempestiva chiusura delle SDO per consentire la corretta valorizzazione degli indicatori ad essa correlati e i debiti informativi rispetto a MINSAN	Qualità	SDO definitive e complete entro 30 giorni dalla chiusura di ADT	Totale ricoveri chiusi su ADT nell'isoperiodo	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	D22Z.1	MES	Flusso AD RSA	Rete Territoriale	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.	Qualità	Numero di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata con livello di intensità di cura "CIA 1" * 1000	Popolazione residente	crescente	
QT	D22Z.2	MES	Flusso AD RSA	Rete Territoriale	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.	Qualità	Numero di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata con livello di intensità di cura "CIA 2" * 1000	Popolazione residente	crescente	
QT	D22Z.3	MES	Flusso AD RSA	Rete Territoriale	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.	Qualità	Numero di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata con livello di intensità di cura "CIA 3" * 1000	Popolazione residente	crescente	
QT	D33ZA.R1	MES	Flusso AD RSA	Rete Territoriale	Tasso di assistiti R1 in RSA di età >=75 aa	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.	Efficienza	Numero di assistiti di età >=75 aa in trattamento R1 * 1000	Popolazione residente di età >=75 aa	crescente	
QT	D33ZA.R2	MES	Flusso AD RSA	Rete Territoriale	Tasso di assistiti R2 in RSA di età >=75 aa	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.	Efficienza	Numero di assistiti di età >=75 aa in trattamento R2 * 1000	Popolazione residente di età >=75 aa	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	D33ZA.R3	MES	Flusso AD RSA	Rete Territoriale	Tasso di assistiti R3 in RSA di età >=75 aa	L'indicatore misura il numero di assistiti presenti nelle strutture residenziali di tipo R3 con età maggiore di 75 anni sulla popolazione relativa. Secondo la definizione ministeriale per R3 vengono indicate le prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento). Questo indicatore fa parte degli indicatori core del nuovo sistema di garanzia.	Efficienza	Numero di assistiti di età >=75 aa in trattamento R3 * 1000	Popolazione residente di età >=75 aa	crescente	
QL	POA CP 14	POA	Documento	Rete Territoriale	Rete Codice Rosa per gli interventi a favore delle vittime di violenza. Continuità assistenziale tra gli interventi in acuto erogati presso i Pronto Soccorso e la presa in carico territoriale delle persone vittime di violenza attraverso: a) la rilevazione del rischio in ospedale; b) l'accoglienza breve in urgenza in strutture protette; c) la valutazione del rischio a cura di team multidisciplinari; d) l'integrazione con la rete anti violenza territoriale.	Potenziamento della continuità assistenziale tra gli interventi in acuto erogati presso i Pronto Soccorso e la presa in carico territoriale delle persone vittime di violenza. Attuazione delle nuove linee di indirizzo regionali. Organizzazione di eventi formativi per la sensibilizzazione degli operatori finalizzata all'emersione della violenza in cronico, anche in gravidanza. Progetto trasversale che coinvolge più Dipartimenti aziendali (DRST, DSS, DAIO, DEU e Rete Ospedaliera)	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA CP 22	POA	Documento	Rete Territoriale	Donne che subiscono violenza ex DPCM 24/11/2017 Monitoraggio e piano di attuazione delle linee guida nazionali ex DPCM 24/11/2017 Piano di formazione ai sensi del DPCM Sviluppo di programmi per il recupero degli uomini maltrattanti. Progettazione degli interventi di educazione alla salute nelle scuole - piano formativo 2019-2020	Monitoraggio del livello di attuazione delle Linee guida nazionali previste dal DPCM 24/11/2017 e delle Indicazioni Regionali Rete Codice Rosa Percorso Donna con il conseguente adeguamento delle procedure aziendali. Sviluppo strategie per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere: piano formazione per gli operatori, interventi di supporto all'emersione, interventi di prevenzione in collaborazione con l'educazione alla salute, sviluppo di servizi per la protezione delle vittime, prevenzione della recidiva con progetti di recupero per gli autori.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA CP11	POA	Documento Stratificato per ZD	Rete Territoriale	Cure Palliative: Mappatura delle RSA operanti sul territorio zonale in possesso di specifici requisiti di copertura assistenziale e infermieristica. Verifica della disponibilità delle strutture residenziali in possesso dei suddetti requisiti disponibili ad aderire al protocollo sulle cure palliative. Organizzazione di specifici incontri di formazione per il personale delle UVM, UVMD, ACOT, anche si fini della condivisione delle procedure operative con la UFC Coordinamento Aziendale Cure Palliative	Avvio Di Un Percorso Di Implementazione Delle Cure Palliative In Strutture Residenziali Assistite sia a gestione diretta che convenzionata. Confronto con le strutture residenziali operanti sul territorio tesi a favorire la loro adesione a un protocollo per la presa in carico delle persone con necessità di cure palliative e a organizzare specifici momenti formativi destinati ai componenti delle unità di valutazione territoriali in materia di non autosufficienza, disabilità e continuità assistenziale	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA CP2	POA	Documento	Rete Territoriale	Riorganizzazione della continuità assistenziale	Attuazione del Piano di riorganizzazione della continuità assistenziale.	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA CP6	POA	Documento	Rete Territoriale	Partecipare e collaborare ai processi di armonizzazione finalizzati a garantire equità e accessibilità a tutti i cittadini del territorio dell'Azienda UsI Toscana Centro	Equità e accessibilità.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA CP7	POA	Documento Stratificato per ZD	Rete Territoriale	Ricognizione e analisi dei dati di offerta della fase pre e post acuzie e sulle dimissioni. Rivalutazione e rimodulazione del fabbisogno delle cure intermedie con definizione di criteri omogenei. Studio di fattibilità sui posti letto di cure intermedie di terzo livello - Applicazione della DGRT 909/2017 "Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera"	Le Cure Intermedie comprendono tutta la gamma di servizi sanitari residenziali finalizzati a garantire la continuità assistenziale e favorire il recupero funzionale dopo la dimissione ospedaliera o dopo una fase di riacutizzazione di una patologia cronica a domicilio. Per effetto dell'emergenza sanitaria Covid 19 le cure intermedie residenziali vengono utilizzate per le persone positive con quadro assistenziale importante ma tale da non determinare la prosecuzione del ricovero in ospedale.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA CP8	POA	Documento	Rete Territoriale	ACOT: Allineamento delle procedure operative. Definizione del processo attraverso il quale si realizza il monitoraggio informatico (flusso)	L'Agenzia di Continuità garantisce il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione. è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto. Per effetto dell'emergenza sanitaria l'Acot è coinvolta anche nelle dimissioni delle persone Covid positive che non possono permanere in Ospedale.	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA ZD CP9	POA	Documento report attività	Rete Territoriale	Infermiere di famiglia e comunità	Avvio sperimentale nuovo modello previa condivisione con le Zone Distretto. Collaborare con le ZD SDS per L'individuazione di un gruppo di infermieri di riferimento consente una presa in carico più adeguata dei bisogni assistenziali del cittadino, non legata alla singola patologia, ma alla valutazione olistica dell'individuo	Qualità	NA	NA	NA	
	TER05	AZ	Struttura coinvolta	Rete Territoriale	Progetto Medical Care Continuità Assistenziale	Formazione per applicazione del sistema informativo della continuità assistenziale, per l'implementazione e applicazione del registro di scheda clinica informatizzato e ai sensi della DGRT 488 /201810. Definizione del progetto e realizzazione di incontri formativi ai medici di continuità assistenziale	Attività	Numero corsi organizzati con partecipazione come docente	NA	NA	
QL	TER06	AZ	Struttura coinvolta	Rete Territoriale	Definizione accordi case della salute	Incontri e stesura Accordi Aziendale per le case della Salute	Attività	N di accordo firmati	totale case della salute	crescente	
QL	TER07	AZ	Struttura coinvolta	Rete Territoriale	Definizione accordi Cooperative Mediche	Incontri e stesura Accordi con le Cooperative Mediche della Toscana Centro	Attività	N di accordo firmati	Totali cooperative mediche attive nella Azienda USL Toscana centro	crescente	
QT	B22.1	MES	Dati aziendali interni	Riabilitazione	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	I corsi di Attività Fisica Adattata (intervento non sanitario) sono finalizzati a modificare lo stile di vita sia per prevenire che per mitigare una disabilità già presente. È stato infatti dimostrato che in molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dall'effetto aggiuntivo della sedentarietà. Questo circolo vizioso può essere interrotto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.	Efficienza	N° corsi AFA tipo A a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione	Popolazione residente nell'Azienda al 31.12 >= 65 anni	crescente	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	B22.2	MES	Dati aziendali interni	Riabilitazione	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	I corsi di Attività Fisica Adattata (intervento non sanitario) sono finalizzati a modificare lo stile di vita sia per prevenire che per mitigare una disabilità già presente. È stato infatti dimostrato che in molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dall'effetto aggiuntivo della sedentarietà. Questo circolo vizioso può essere interrotto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.	Efficienza	N° corsi AFA tipo C ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione	Popolazione residente nell'Azienda al 31.12 >= 65 anni	crescente	
QT	C17.1.1	MES	Dati aziendali interni	Riabilitazione	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	L'indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri in reparti di Recupero e riabilitazione funzionale (specialità 56).	Qualità	Numero di ricoveri per specialità di dimissione cod.56 (Recupero e Riabilitazione Funzionale) relativi ai residenti X 1000	Numero residenti	decrescente	
QT	C8A.20	MES	Dati aziendali interni	Riabilitazione	Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	È opinione diffusa tra i tecnici che l'ammissione in riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero debba avvenire nello stesso giorno della dimissione dal ricovero acuto che ha generato la necessità riabilitativa. L'indicatore valuta questo aspetto, evidenziando, di fatto, quanti ricoveri ordinari in codice 56 avvengano direttamente dal territorio anziché in assoluta continuità col ricovero precedente.	Qualità	Numero di ricoveri ordinari in cod. 56 non preceduti una dimissione nello stesso giorno x 100	Numero di ricoveri in cod. 56	decrescente	
QT	C1.5	MES	WAB	Ricovero	Indice di case mix, descrive la complessità della casistica trattata	L'indice di case mix indica lo scarto tra la complessità del ricovero della singola unità rispetto al peso medio aziendale per la specifica disciplina. Il peso medio è calcolato come il rapporto tra i punti DRG prodotti il numero di ricoveri. Strutture con indice di case mix maggiore di 1 curano casistiche più complesse rispetto alla media.	Efficacia	Peso medio DRG medici trattati	Peso medio aziendale DRG medici	crescente	
QT	C2A.3	MES	WAB	Ricovero	Gestione del processo di ricovero: degenza media	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, ricoveri più brevi rappresentano un vantaggio nell'efficienza. Inoltre ricoveri brevi possono essere meglio accettati del paziente. Questo indicatore misura la durata media del ricovero misurata in giorni.	Efficienza	Σ giornate degenza ricovero	N° ricoveri	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C5.1	MES	WAB	Ricovero	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30gg	Il ricovero ospedaliero per acuti è pensato come un evento unico per risolvere un episodio di malattia. La presenza di ricoveri ripetuti per la stessa categoria diagnostica indica un possibile problema di mancata efficacia del ricovero indice.	Efficacia	N° Re ricoveri entro 30 gg dalla dimissioni	N° ricoveri effettuati in tn	decrescente	
QT	C6.4.2	MES	WAB	Ricovero	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	Si considerano DRG a bassa mortalità quei DRG con un tasso di mortalità inferiore allo 0, 5%. La variabilità della mortalità residua presente in tali DRG può essere vista come una proxy dell'efficacia delle cure.	Efficacia	N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000	N. dimessi con DRG a bassa mortalità	decrescente	
QT	D18A	MES	WAB	Ricovero	Percentuale di dimissioni volontarie	Il rapporto di fiducia reciproca che porta l'alleanza terapeutica medico-paziente, vede nelle dimissioni volontarie un momento di frattura che dovrebbe essere ridotto al minimo possibile. Tale indicatore è considerato una proxy della soddisfazione del paziente.	Efficacia	N° Dimissioni volontarie	N° Dimissioni Totali	decrescente	
QT	D20B.2.1	MES	SOC Controlling	Ricovero	Percentuale di reclutamento indagine PREMS	L'indicatore riguarda l'indagine PREMs (ricoveri) - Patient Reported Experience Measures - in cui i pazienti esprimono il proprio giudizio sull'esperienza del proprio ricovero in ospedale. L'indicatore ha come numeratore il numero di pazienti dimessi dai reparti in cui l'indagine PREMs sul ricovero ordinario è attiva*, cui è stata presentata l'iniziativa e che hanno lasciato i loro contatti per partecipare all'indagine e come denominatore il numero totale di pazienti dimessi dagli stessi reparti.	Impatto	N° reclutati	N° Eleggibili	crescente	
QT	ER1	AZ	WAB	Ricovero	Attività svolta dal personale medico: ricovero	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, un maggior numero di ricoveri per unità di personale medico rappresenta un vantaggio nell'efficienza. Questo indicatore misura in numero medio di ricoveri per unità di personale medico.	Efficienza	N° Ricoveri (dimissioni)	N° unità mediche presenti in tn	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	ER2	AZ	WAB	Ricovero	Carico medio clinico di ogni operatore per punto DRG	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, un maggior peso dei DRG per unità di personale medico rappresenta un vantaggio nell'efficienza. Questo indicatore misura il peso medio di DRG per unità di personale medico.	Efficienza	$\sum$ peso DRG	N° unità mediche presenti in tn	crescente	
QT	ER3	AZ	WAB	Ricovero	Gestione del processo di ricovero: degenza media trim10	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, ricoveri più brevi rappresentano un vantaggio nell'efficienza. Inoltre ricoveri più brevi possono essere meglio accettati dal paziente. Questo indicatore misura la durata media del ricovero misurata in giorni, escludendo gli outlayer oltre i 10 giorni.	Efficienza	$\sum$ giornate degenza ricovero trim 10gg	N° ricoveri trim 10gg	decrescente	
QT	ER4	AZ	WAB	Ricovero	Gestione del processo di ricovero: degenza media trim15	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, ricoveri più brevi rappresentano un vantaggio nell'efficienza. Inoltre ricoveri più brevi possono essere meglio accettati dal paziente. Questo indicatore misura la durata media del ricovero misurata in giorni, escludendo gli outlayer oltre i 15 giorni.	Efficienza	$\sum$ giornate degenza ricovero 15gg	N° ricoveri trim 15gg	decrescente	
QT	ER5	AZ	WAB	Ricovero	Gestione del carico del processo di ricovero	Nel rispetto della qualità e sicurezza delle cure, un maggior peso dei DRG per totale di giornate di ricovero rappresenta un vantaggio nell'efficienza. Questo indicatore misura il peso medio di DRG per giornata di ricovero.	Efficienza	$\sum$ peso DRG	$\sum$ giornate ricovero maturate	crescente	
QT	F19A	MES	SOC Controlling	Ricovero	Consumo interno di risorse per punto DRG	L'indicatore intende misurare il consumo interno di risorse (costo di produzione) dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti DRG). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti DRG relativi alle prestazioni erogate.	Appropriatezza	$\sum$ consumi interni	$\sum$ peso DRG	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	AZ003	AZ	WAB	Ricovero chirurgico	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	Nelle pazienti di sesso femminile con sospetto di appendicite acuta, la laparoscopia offre un notevole vantaggio in termini di affidabilità diagnostica rispetto al tradizionale iter diagnostico. L'intervento di appendicectomia laparoscopica è, inoltre, sicuro quanto quello eseguito in chirurgia aperta.	Appropriatezza	N° appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni	crescente	
QT	AZ130	AZ	WAB	Ricovero Chirurgico	Downgrade degli interventi di varicocele e idrocele	Almeno il 15 % degli interventi debbono essere effettuati come attività ambulatoriale complessa.	Appropriatezza	N° interventi effettuati come attività ambulatoriale complessa.	Interventi complessivi	crescente	
	C30	ARS	ARS	Ricovero chirurgico	Complicanze a 30 giorni di colecistectomia laparoscopica in regime ordinario	Indicatore riferito che traccia la qualità del trattamento per colecistectomia laparoscopica ed esplora specificamente la dimensione della competenza dei professionisti a partire dall'atto chirurgico a tutta la fase pre e post-operatoria	Qualità	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica gravati da almeno una complicanza nel corso dello stesso ricovero o in ricoveri successivi entro 30 giorni dalla data dell'intervento, ovunque avvenuti per qualsiasi causa	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	decrescente	
QT	C4.12	MES	WAB	Ricovero chirurgico	Drg LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	Con il Patto per la salute 2010-2012, il Ministero della Salute ha aggiornato l'elenco dei DRG ad alto rischio di inapproprietezza in regime di ricovero ordinario (Allegato B). Con Delibera GRT 1140/2014 la Regione Toscana ha, poi, aggiornato per ciascuno di questi DRG gli standard di erogazione in <i>day surgery</i> . Questo indicatore misura il raggiungimento di tali standard.	Appropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA	N. DRG Chirurgici LEA erogati	crescente	
QT	C5.10	MES	WAB	Ricovero chirurgico	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale ed infine minori tempi di degenza post-operatoria.	Appropriatezza	N° interventi programmati al colon in laparoscopia	N° interventi programmati al colon	crescente	
QT	C5.18.2	MES	Flusso SDO , RFC 106 Pronto Soccorso	Ricovero chirurgico	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per le fratture ossee è una determinante del recupero funzionale. E' un indicatore di controllo rispetto alla tempestività di intervento delle fratture di femore.	Efficienza	Numero giorni precedenti l'intervento chirurgico	N° dimessi sottoposti a intervento chirurgico	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C5.2	MES	WAB	Ricovero chirurgico	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale	Appropriatezza	N° interventi fratture femore entro 2gg	N° di diagnosi di fratture del femore	crescente	
QT	C5.3	MES	WAB	Ricovero chirurgico	Percentuale di prostatectomie transuretrali	L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.	Qualità	N° di interventi prostatectomia transuretrale	N° interventi di prostatectomia	crescente	
QT	D20.1	MES	Piattaforma PROMs MeS	Ricovero chirurgico	Percentuale di reclutamento indagine PROMS	PROMs è l'acronimo di Patient-Reported Outcome Measures, ovvero misure di esito riportate dal paziente. L'indicatore misura il numero di pazienti di alcuni specifici percorsi chirurgici a cui stata presentata l'iniziativa PROMs e che hanno dato il loro consenso a partecipare all'indagine sul numero totale di pazienti eleggibili.	Impatto	N° reclutati	N° Eleggibili	crescente	
QT	GO5	AZ	SOS Gest. Op.	Ricovero chirurgico	Attività per melanoma, aneurismi, ernie, colecisti e protesica in linea con i progetti Gestione Operativa	Attività per melanoma, aneurismi, ernie, colecisti e protesica in linea con i progetti Gestione Operativa	Efficienza	Attività per melanoma, aneurismi, ernie, colecisti e protesica	NA	crescente	
QT	AZ004	AZ	WAB	Ricovero chirurgico Volumi	Garantire l'offerta chirurgica ai pazienti non covid	Volumi di interventi di chirurgia oncologica priorità A (nell'isoperiodo di applicabilità)	Equità	N° interventi chirurgici 2021	N° interventi chirurgici 2019	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C16.4	MES	WAB	Ricovero medico	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	Questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, infatti, può non essere responsabilità del solo Pronto Soccorso, ma dipendere anche dalla capacità di accettazione del reparto.	Efficienza	N. inviati al ricovero medico con tempi permanenza ≤ 8 h	N. Totale accessi inviati al ricovero medico	crescente	
QT	C4.9	MES	WAB	Ricovero medico	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	Con Delibera GRT 1140/2014 la Regione ha aggiornato gli standard per i Tassi di ospedalizzazione dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza (come da Patto per la salute 2010-2012). Questo indicatore vuole monitorare quanto le aziende siano in grado di rispettare tali standard.	Appropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard	N. DRG Medici LEA erogati	crescente	
QT	C8D.1	MES	SOC Controlling	Ricovero medico	Percentuale ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perché un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.	Appropriatezza	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	N. ricoveri	decrescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA ZD SMA 1	POA	Documento report attività	Salute mentale	Inserimento in strutture residenziali e semi residenziali della salute Mentale. Attuare sinergie per il mantenimento della quantità e della qualità delle prestazioni erogate sul territorio, garantendo la continuità e l'appropriatezza della presa in carico.	L'inserimento in struttura residenziale o semi-residenziale a gestione diretta o convenzionata viene disposto dalla UF Salute Mentale Adulti (SMA) con modalità e durata basate sui bisogni della persona nell'ambito del progetto terapeutico riabilitativo individualità (PRTI). In alcuni casi l'inserimento è disposto dall'autorità giudiziaria come misura alternativa alla pena detentiva.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA ZD SMA 2 SMIA 3	POA	Documento percorso e report monitoraggio	Salute mentale	Percorso per il passaggio dall'infanzia adolescenza all'età adulta. Attuare sinergie per sostenere le fasi di passaggio fra la presa in carico dello SMIA e quella dello SMA e per definire procedure omogenee su tutte le ZD SDS	Implementazione di modalità integrate di presa in carico dell'adolescente e del giovane adulto sulla base delle modalità previste dal protocollo aziendale tra SMA e Salute Mentale Infanzia Adolescenza (SMIA)	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA ZD SMA 3 D4	POA	Documento percorso e report monitoraggio	Salute mentale	Definizione di un percorso omogeneo per gli inserimenti terapeutici lavorativi. Attuare sinergie per la definizione di un percorso omogeneo sul territorio delle SDS / ZD dell'Azienda USL Toscana Centro per l'attivazione degli inserimenti terapeutici lavorativi della Salute Mentale e delle Dipendenze	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali attraverso la definizione di un percorso omogeneo per gli inserimenti terapeutici lavorativi	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA ZD SMA 4	POA	Documento ricognizione	Salute mentale	Ricognizione bisogni e servizi offerti nell'area della Salute Mentale. Collaborare con le ZD SDS alla ricognizione dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali di competenza sia sanitaria, che socio-sanitaria. Individuazione di livelli di offerta omogenei. Ricognizione e analisi dell'offerta semi-residenziale. Mappatura dell'offerta. Valutazione dei bisogni. Definizione del percorso di accesso ai servizi	Revisione e miglioramento dei processi assistenziali attraverso la ricognizione dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali di competenza sia sanitaria che socio-sanitaria relativi alla Salute Mentale Adulti della Toscana Centro per ogni Zona Distretto	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA ZD SMA 5	POA	Documento con piano di azione	Salute mentale	Promozione e sostegno del progetto Abitare Supportato Collaborare con le ZD SDS per lo sviluppo del progetto "Abitare Supportato" finalizzato a permettere a persone con problemi di salute mentale di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza	Implementazione del progetto "Abitare Supportato" finalizzato a permettere a persone con problemi di salute mentale di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza. Consolidamento delle progettualità in essere nella prospettiva dell'autonomia personale.	Qualità	NA	NA	NA	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA ZD SMA 6	POA	Documento report attività	Salute mentale	Assistenza domiciliare nell'ambito della Salute Mentale Adulti. Attivare sinergie specifiche al contesto per realizzare interventi di supporto a persone con problemi di salute mentale nello svolgimento delle azioni quotidiane legate alla gestione domestica e alla cura del sé, favorendo il superamento dell'isolamento sociale e l'integrazione nei contesti abitativi di riferimento all'interno della comunità locale di appartenenza aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale	Interventi di supporto a persone con problemi di salute mentale, in particolare nella fase di esordio della malattia. Sostegno nello svolgimento delle azioni quotidiane legate alla gestione domestica e alla cura di sé, favorendo il superamento dell'isolamento sociale e l'integrazione nei contesti abitativi di riferimento all'interno della comunità locale di appartenenza aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA ZD SMIA 1	POA	Documento di attività	Salute mentale	Inserimento in strutture residenziali e semi residenziali della Neuropsichiatria. Collaborare con le ZD SDS, per sostenere i programmi in atto attraverso azioni basate sull'appropriatezza dell'inserimento in strutture -sia a gestione diretta con personale proprio, che appaltate o convenzionate - e sull'attribuzione del corretto livello assistenziale	L'inserimento in struttura residenziale o semi-residenziale convenzionata viene disposto dalla SMIA con modalità e durata basate sui bisogni della persona nell'ambito del progetto di vita. In alcuni casi l'inserimento in struttura residenziale è disposto dall'autorità giudiziaria come misura alternativa alla pena detentiva.	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA ZD SMIA 2	POA	Documento	Salute mentale	Percorsi di prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare Attivare Sinergie e partecipare allo sviluppo di nuove modalità di erogazione dei servizi	Potenziamento della rete di presa in carico dei Disturbi dell'Alimentazione attraverso Servizi multiprofessionali integrati per tutti i livelli di intervento previsti dalle linee di indirizzo nazionali e regionali. Nello specifico integrazione fra le attività SMIA, SMA e UFS DA per la presa in carico integrata delle persone con disturbi dell'alimentazione, garantendo il livello di assistenza ambulatoriale intensiva	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA ZD SMIA 4	POA	Documento	Salute mentale	Rendere operativa la Delibera Regionale 1339/2018 delibera 03/12/2018 n.1339 "Presa in carico delle persone con disordine dello sviluppo di origine genetica: linee di indirizzo cliniche e organizzative", con particolare riferimento alla trisomia 21.	Adeguamento e potenziamento della rete di presa in carico della persona con trisomia 21 attraverso la realizzazione di PDTAS avendo come riferimento la Delibera Regionale 1339/18 ed eventualmente integrandola con contenuti sostenuti da prove di efficacia	Qualità	NA	NA	NA	
QT	PSH1	AZ	Dati aziendali interni	Salute mentale	Gestione cronicità fase - 1- Cronicità	La salute mentale dovrebbe essere orientata alla stabilizzazione e precoce riabilitazione cercando di evitare il più possibile le ricadute in fase acuta e la cronicizzazione della patologia. Questo indicatore misura il carico nella gestione della cronicità.	Efficienza	N° Utenti in strutture residenziali	Popolazione residente	decescente	
QT	PSH2	AZ	Dati aziendali interni	Salute mentale	Gestione cronicità fase - 1- Cronicità	La salute mentale dovrebbe essere orientata alla stabilizzazione e precoce riabilitazione cercando di evitare il più possibile le ricadute in fase acuta e la cronicizzazione della patologia. Questo indicatore misura il carico nella gestione della cronicità.	Efficienza	N° Nuovi Utenti in strutture residenziali	Popolazione residente	decescente	
QT	PSH3	AZ	WAB	Salute mentale	Gestione fase acuta fase -2 - Acuzie	La salute mentale dovrebbe essere orientata alla stabilizzazione e precoce riabilitazione cercando di evitare il più possibile le ricadute in fase acuta e la cronicizzazione della patologia. Questo indicatore misura il carico nella gestione della fase acuta.	Efficienza	N° ricoveri in SPDC	Popolazione residente	decescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	PSH4	AZ	WAB	Salute mentale	Gestione fase acuta fase -2 - Acuzie	La salute mentale dovrebbe essere orientata alla stabilizzazione e precoce riabilitazione cercando di evitare il più possibile le ricadute in fase acuta e la cronicizzazione della patologia. Questo indicatore misura il carico nella gestione della fase acuta.	Efficienza	N° ricoveri in Casa di Cura	Popolazione residente	decrescente	
QT	PSH5	AZ	WAB	Salute mentale	Attività di comunità fase -3 -	La salute mentale dovrebbe essere orientata alla stabilizzazione e precoce riabilitazione cercando di evitare il più possibile le ricadute in fase acuta e la cronicizzazione della patologia. Questo indicatore misura il carico nella gestione dell'attività di comunità.	Efficienza	N° pazienti in carico anno in corso	N° pazienti anno precedente	crescente	
QT	PSH6	AZ	WAB	Salute mentale	Attività di riabilitazione fase -4 -	La salute mentale dovrebbe essere orientata alla stabilizzazione e precoce riabilitazione cercando di evitare il più possibile le ricadute in fase acuta e la cronicizzazione della patologia. Questo indicatore misura il carico nella gestione dell'attività di riabilitazione.	Appropriatezza	N° utenti coinvolti in inserimenti lavorativi	N° utenti in carico al servizio	crescente	
QT	SD1	RT	SOC Analisi dati attività sanitaria	Sanità digitale	Percentuale di visite follow up in telemedicina	La telemedicina ancor più in tempo di COVID-19 è una risorsa per rendere l'accesso alle prestazioni sicuro. Questo indicatore intende valutare il livello di utilizzo di tale modalità di accesso.	Qualità	N. visite follow up in telemedicina	N. visite follow up totali	crescente	
QT	SD2	RT	SOC Org. e progetti tecnologici	Sanità digitale	Percentuale dematerializzata ed e-prescription	La ricetta elettronica, disciplinata dal Decreto interministeriale del 2 novembre 2011, è uno strumento ormai di ampia diffusione per l'accesso alle prestazioni farmaceutiche e ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale da parte dei cittadini. In tempo di pandemia è essenziale ridurre gli spostamenti ed i contatti non necessari ed in tal senso la ricetta elettronica è uno strumento per perseguire tale obiettivo	Qualità	Numero ricette dematerializzate e eprescription * 100	Totale ricette	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	SD3	RT	Dati aziendali interni	Sanità digitale	Percentuale alimentazione del flusso referti FSE	Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è una raccolta on line di dati e informazioni sanitarie che costituiscono la tua storia clinica e di salute ed è alimentato dai soggetti che ti prendono in cura nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale. Un punto di accesso unico, comodo, sicuro e sempre disponibile alla tua storia sanitaria. Questo indicatore monitora la completezza nella trasmissione dei referti.	Qualità	Referti in FSE * 100	Totale referti	crescente	
QL	SD4	RT	Dati aziendali interni	Sanità digitale	Consolidamento cloud regionale DGR 1031 del 27-07-2020	Con DGR 1031 del 27-07-2020 la Regione Toscana ha deciso di approvare la realizzazione del Cloud del Servizio Sanitario Regionale Toscano, quale entità unica che supporta a livello infrastrutturale e tecnologico le esigenze di servizio e di governo in ambito sanitario dei livelli aziendale e regionale del SSR. Questo indicatore intende monitorare lo stato di avanzamento del dispiegamento della infrastruttura.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SD5	RT	Dati aziendali interni	Sanità digitale	Adozione dello strumento unico SAP Hana	La Regione Toscana ha adottato il software SAP HANA, scegliendo di utilizzare le componenti analitiche della piattaforma per lo studio dei dati amministrativi. Questo indicatore intende monitorare lo stato di avanzamento del dispiegamento dello strumento.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SD6	RT	Dati aziendali interni	Sanità digitale	Migrazione alla piattaforma CUP2.0 e Pubblicazione integrale dell'offerta aziendale	Il nuovo sistema di prenotazione delle prestazioni "CUP 2.0" permette maggior efficienza nella gestione delle agende, maggior sicurezza e trasparenza e maggiore accessibilità da parte dei cittadini. Questo indicatore intende monitorare il completamento della transizione nella adozione del nuovo strumento.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SD7	RT	Dati aziendali interni	Sanità digitale	Incremento dell'adesione e attivazione RSA sicura delle RSA presenti sul territorio	Da definire		NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	SD8	RT	Dati aziendali interni	Sanità digitale	Aster cloud	Da definire		NA	NA	NA	
QT	AZ006	AZ	Dati aziendali interni	SePP	Informatizzazione della gestione della Sicurezza del Lavoro tramite inserimento nella piattaforma Canopo dei dati della visita da parte dei Medici Competenti	Informatizzazione della gestione della Sicurezza del Lavoro tramite inserimento nella piattaforma Canopo dei dati della visita da parte dei Medici Competenti	Qualità	Numero inserimenti visite in CANOPO *100	Numero visite attese	crescente	
QL	SOC01	AZ	Struttura coinvolta	Sociale	Garantire i percorsi di cura per i pazienti COVID e minimizzare l'impatto dell'emergenza, sulle problematiche socio sanitarie, sui pazienti con patologie croniche e oncologiche nella gestione del follow up e degli eventi acuti.	Gestire l'emergenza COVID adattando i servizi alle mutate condizioni di contesto	Qualità	NA	NA	NA	
QL	SOC02	AZ	Struttura coinvolta	Sociale	In relazione ai futuri scenari dell'assistenza territoriale, in collaborazione con le zone Distretto e le altre strutture interessate, definire le ipotesi di sviluppo e le azioni conseguenti per la realizzazione del nuovo assetto dell'assistenza socio sanitaria territoriale	Intervento previsionale centrato sulle integrazioni socio sanitarie	Qualità	NA	NA	NA	
QL	TER01	AZ	Struttura coinvolta	Sociale	Documentare le azioni svolte per l'attività ordinaria, sulle strutture di pertinenza, durante il periodo pandemico	Gestione dell'ordinario durante l'emergenza sanitaria	Attività	NA	NA	NA	
QL	TER02	AZ	Struttura coinvolta	Sociale	Alla luce delle azioni previste dal POA, tenendo conto dell'emergenza COVID, descrivere in un sintetico documento le attività che è stato possibile svolgere nel periodo pandemico	Rendicontazione POA	Attività	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA DSS1	POA	Revisione del processo e delle prassi del progetto non autosufficienza	Socio-sanitaria	Non autosufficienza Analisi dei processi di accesso, valutazione e monitoraggio dei progetti zonale per la non autosufficienza svolta nel 2018, alla definizione di proposte di armonizzazione, alla valutazione del loro grado di fattibilità e all'avvio delle azioni per la relativa implementazione.	Attuazione del documento "Profili di armonizzazione dei Progetti per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle SdS/ZD dell'Azienda Usi Toscana Centro" di cui alla delibera Asl TC 1460 del 24/10/2019. Le linee di armonizzazione sono state definite nel 2018 e nel 2019 a seguito della costituzione di gruppi di lavoro multi-professionali e inter-zonali, con lo scopo di garantire equità e pari trattamento ai cittadini della toscana centro in materia di accesso, valutazione e monitoraggio al percorso della non autosufficienza.	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA DSS3	POA	Piano di attualizzazione e miglioramento	Socio-sanitaria	RSA. Programmazione moduli specialistici in RSA (Bia, mod. 2, mod. 3, mod. 4). Analisi del fabbisogno rispetto alla distribuzione dei ricoveri nei moduli specialistici e valutazione della ricaduta organizzativa sul governo dei moduli stessi, non soggetti a libera scelta.	Analisi del fabbisogno rispetto alla distribuzione dei ricoveri nei moduli/nuclei in RSA. Valutazione della ricaduta organizzativa sul governo dei moduli/nuclei specialistici, non soggetti a libera scelta. Pianificazione, di concerto con la Direzione dei Servizi Sociali dell'azienda sanitaria, della riqualificazione dell'offerta al fine di rispondere in modo più appropriato ai bisogni dei cittadini.	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	POA DSS4	POA	Piano di attuazione e miglioramento	Socio-sanitaria	La DGRT 1449/2017 presa in carico e il percorso per la disabilità, definisce specifiche linee di indirizzo. Il D.Lgs.vo 66/2017 prevede novità sull'inclusione scolastica. La rete Sanitaria Territoriale collabora con i Dipartimenti dei Servizi Sociali, della Salute Mentale e Dipendenze, della Riabilitazione e SDS ZD per sviluppare contestualmente ai gruppi regionali istituiti per l'attuazione dei suddetti indirizzi, le linee operative, organizzative e professionali in linea con lo sviluppo dei percorsi e in coerenza con le previsioni normative nazionali	Implementazione, in collaborazione con i Dipartimenti aziendali interessati (Servizi Sociali, Salute Mentale e Dipendenze, Medicina Fisica e Riabilitazione, Rete Sanitaria Territoriale, Assistenza Infermieristica e Ostetrica, Servizi Tecnico Sanitari) e contestualmente ai gruppi regionali istituiti per l'attuazione della DGRT 1449/2017, di linee operative, organizzative e professionali, coerenti con lo sviluppo dei percorsi e con le previsioni normative nazionali, con particolare riferimento al D.Lgs.vo 66/2017 che prevede novità sull'inclusione scolastica, per l'attuazione del Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità previsto con la DGRT 1449/2017	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA DSS5	POA	Appropriatezza e sostenibilità, gestione delle liste di attesa, gestione degli inserimenti in struttura	Socio-sanitaria	Sostenere la programmazione e la gestione risorse assegnate per inserimenti residenziali di persone non autosufficienti	Sostenere la programmazione e la gestione risorse assegnate per inserimenti residenziali di persone non autosufficienti	Qualità	NA	NA	NA	
QL	POA DSS6/2	POA	Per le Zone che attivano il servizio Attivazione del nuovo servizio e monitoraggio	Socio-sanitaria	La SdS / Zd opera per l'avvio del servizio di emergenza urgenza nell'ambito dei servizi sociali per rispondere a bisogni indifferibili anche in orario di chiusura dei servizi	Avvio del servizio di emergenza urgenza nell'ambito dei servizi sociali per rispondere a bisogni indifferibili anche in orario di chiusura dei servizi	Qualità	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C6.2.1B	MES	Struttura coinvolta	Staff DS	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	L'Audit Clinico, in quanto processo di miglioramento della qualità, finalizzato a migliorare i servizi sanitari tramite la revisione sistematica dell'assistenza, è fondamentale nelle Organizzazioni ad alta affidabilità. Porta i suoi frutti quando le azioni individuate dall'analisi e dalla ricerca di soluzione contribuiscono all'implementazione del cambiamento per assicurare sicurezza ai pazienti/parenti in tutte le fasi del processo (Principles for best practice in clinical audit, NICE, UK 2002).	Efficienza	Numero complessivo annuale delle azioni di riduzione del rischio completate nell'anno in corso a seguito degli Audit	Numero complessivo annuale delle azioni di riduzione del rischio in scadenza nell'anno in corso a seguito degli Audit	crescente	
QL	C6.4.3	MES	Struttura coinvolta	Staff DS	Interventi messi in atto per ridurre l'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	Interventi messi in atto per ridurre l'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	Efficienza	NA	NA	NA	
QT	C6.6A	MES	Dati aziendali interni	Staff DS	Incidenza delle cadute	Misura l'incidenza degli eventi avversi causati dalle cadute. Sono incluse tutte le cadute dei pazienti che accadono negli ambienti gestiti dall'azienda sanitaria. Sono escluse le cadute dei visitatori e degli operatori sanitari.	Qualità	Numero cadute ospedaliere segnalate (RLS + ES)	Numero giorni degenza	decrescente	
QL	GP1	AZ	Documento	Staff DS	Attribuire ad ogni dirigente di primo livello un obiettivo individuale direttamente o indirettamente collegato alla scheda di budget della struttura	Valorizzare le competenze delle risorse umane in azienda attraverso processi di delega espliciti	Qualità	NA	NA	NA	
QL	GP2	AZ	Documento	Staff DS	Elaborare piani di sviluppo per ogni singolo dirigente	Valorizzare le competenze delle risorse umane in azienda attraverso processi di delega espliciti	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PERF1	AZ	Documento	Staff DS	Coordinare gli atti e le attività necessarie alla predisposizione del Piano e della Relazione della performance	Rispetto di atti e norme	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PERF2	AZ	Realizzazione POA	Staff DS	Supporto metodologico e costruzione di una matrice come riferimento per i POA zonali	Rispetto di atti e norme	Qualità	NA	NA	NA	



Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	PERF3	AZ	Documento	Staff DS	Supporto metodologico per la messa a punto di reportistiche usufruibili dai clinici di lettura immediata	Rispetto di atti e norme	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PROG01	AZ	Documento	Staff DS	Predisporre e realizzare i documenti previsti dal Ciclo delle Performace.	Rispetto di norme e atti	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PROG02	AZ	Documento	Staff DS	Partecipare per la parte sanitaria alla stesura della relazione al bilancio	Rispetto di norme e atti	Qualità	NA	NA	NA	
QL	PROG03	AZ	Documento	Staff DS	Contribuire, per le parti di competenza, alla realizzazione della Relazione Sanitaria Aziendale	Rispetto di norme e atti	Qualità	NA	NA	NA	
QL	ST1	AZ	Documento	Staff DS	Definizione piano qualità aziendale	Rispetto di atti e norme	Qualità	NA	NA	NA	
QL	ST2	AZ	Reportistica con SAL (stato avanzamento lavori)	Staff DS	In relazione all'analisi dello stato documentale e di applicazione delle procedure e requisiti finalizzati all'autorizzazione, collaborare alla predisposizione, manutenzione e monitoraggio dei piani di intervento aziendali	Rispetto di atti e norme	Qualità	NA	NA	NA	
QT	AMB1	RT	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale di visite di priorità U entro 72 h	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° visite specialistiche entro 72 h	N° visite specialistiche	crescente	
QT	AMB2	RT	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale di visite di priorità B entro 10 giorni	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° visite specialistiche entro 10gg	N° visite specialistiche	crescente	
QT	AMB3	RT	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale di visite chirurgiche di priorità D entro 15 giorni	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° visite specialistiche chirurgiche entro 15gg	N° visite specialistiche chirurgiche	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	AMB4	RT	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale di visite di priorità D entro 30 giorni	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° visite specialistiche entro 30gg	N° visite specialistiche	crescente	
QT	AMB5	RT	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale di accertamenti diagnostici di priorità D entro 60 giorni	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° di accertamenti diagnostici entro 60gg	N° di accertamenti diagnostici	crescente	
QT	AMB6	RT	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale di visite di priorità P entro 120 giorni	Il rispetto dei tempi con cui viene effettuata la prestazione in base ai codici di priorità indica la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ed equamente ai bisogni della popolazione	Efficienza	N° visite specialistiche entro 120gg	N° visite specialistiche	crescente	
QL	AZ161	AZ	Struttura coinvolta	Tempi di attesa	Realizzazione di incontri con le UO cliniche per acquisire le esigenze di programmazione delle Agende	Ottimizzare i tempi di attese per visite e prestazioni	Efficacia	NA	NA	NA	
QL	AZ162	AZ	Struttura coinvolta	Tempi di attesa	Reportistica su tempi di attesa	Implementare reportistica per Dipartimento Chirurgico che inclusa anche i tempi di attesa al netto del modello competitivo.	Efficacia	NA	NA	NA	
QT	C10.4.10	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Interventi chirurgici tumore maligno retto con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al retto. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno al retto con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno al retto	crescente	
QT	C10.4.11	MES	Dati aziendali interni	Tempi di attesa	Interventi chirurgici polmone con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al polmone. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno al polmone con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno al polmone	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C10.4.12	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Interventi chirurgici utero con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno all'utero. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno all'utero con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno all'utero	crescente	
QT	C10.4.13	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Interventi chirurgici melanoma con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per melanoma maligno. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per melanoma maligno con attesa < 30gg	N° totale interventi per melanoma maligno	crescente	
QT	C10.4.14	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale Interventi chirurgici tumore maligno tiroide con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla tiroide. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno alla tiroide con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno alla tiroide	crescente	
QT	C10.4.7	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Percentuale Interventi chirurgici tumore maligno mammella con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno alla mammella con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno alla mammella	crescente	
QT	C10.4.8	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Interventi chirurgici tumore maligno prostata con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla prostata. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno alla prostata con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno alla prostata	crescente	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QT	C10.4.9	MES	SOS Gest. Op.	Tempi di attesa	Interventi chirurgici tumore maligno colon con attesa < 30gg	Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al colon. E' un indicatore di tempestività di risposta del SSR.	Efficienza	N° interventi per tumore maligno al colon con attesa < 30gg	N° totale interventi per tumore maligno al colon	crescente	
QL	AM01	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Definire le azioni necessarie per portare a compimento nel 2022 il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO) nell'ottica del superamento del LAE per transitare al nuovo piano. Laddove pertinente anche per gli altri piani ivi compresi.	Adempimenti di legge relativi al piano integrato di attività e organizzazione di cui all'art. 6 del DL 80/2021	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM02	AZ	Responsabile sovraordinato	Amministrativo	Livello di collaborazione e aderenza alle scelte strategiche della Direzione Amministrativa	5 items	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM03	AZ	Controllo di Gestione	Amministrativo	Scostamento massimo tra la media dei forecast dell'ultimo trimestre 2021 e consuntivo anno 2021 (al netto dei costi COVID)	Acquisizione e affinamento delle capacità e delle competenze previsionali nel monitoraggio dei dati di Bilancio	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM04	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Realizzare procedura per includere nelle convenzioni con le cooperative l'obbligo di registrazione delle attività svolte.	Migliorare le convenzioni con le cooperative	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM05	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Avvio di un processo di ricognizione dei bisogni informativi delle strutture afferenti alla Direzione Sanitaria Aziendale a ed allo Staff della Direzione Sanitaria Aziendale	Ricognizione dei bisogni informativi	Attività	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	AM07	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Effettuare almeno incontro per dipartimento per realizzazione reportistica funzionale alla parte clinico assistenziale.	Reportistica funzionale alla parte clinico assistenziale.	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM10	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Migrazione alla piattaforma CUP2.0 e Pubblicazione integrale dell'offerta aziendale. Realizzazione di incontri con le UO cliniche per acquisire le esigenze di programmazione delle Agende	Sanità digitale	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM11	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Implementare reportistica per le strutture del Dipartimento Chirurgico che inclusa anche i tempi di attesa al netto del modello competitivo.	Reportistica su tempi di attesa	Qualità	NA	NA	NA	
QL	AM12	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Realizzazione di incontri con le UO cliniche per acquisire le esigenze di programmazione delle Agende	Ottimizzare i tempi di attese per visite e prestazioni	Qualità	NA	NA	NA	
QL	AM15	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Definizione, condivisa con gli stakeholder, dell'algoritmo di emissione di ordinativi di fornitura di arredi sanitari, attrezzature generico sanitarie, apparecchiature biomediche.	Miglioramento procedure aziendali	Attività	NA	NA	NA	
QL	AM16	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Monitoraggio mensile delle disponibilità economiche residue per acquisti in economia.	Monitoraggio	Attività	NA	NA	NA	

Tipo	Codice	Fonte	Origine dati	Ambito	Descrizione	Razionale / Obiettivo	Dimensione	Numeratore	Denominatore	Direzione	Risultato atteso
QL	AM20	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Documentare le azioni tipiche del servizio garantite durante il periodo dell'emergenza COVID19 e le eventuali azioni a supporto dell'Azienda per rispondere a situazioni emergenziali.	Azioni per il mantenimento dell'attività durante l'emergenza pandemica	Qualità	NA	NA	NA	
QL	AM25	AZ	Responsabile struttura	Amministrativo	Dichiarazione di accessibilità redatta secondo le indicazioni AGID e pubblicata sull'home page del sito web aziendale	Rendere il sito web aziendale conforme al D.lgs 10 agosto 2018, n. 106 che ha recepito la direttiva UE 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio	Qualità	NA	NA	NA	
QL	CDG-A	AZ	CdG	Amministrativo	Concorso agli obiettivi di spesa così come individuato dal bilancio di previsione 2021	Perseguimento equilibrio economico finanziario	Qualità	NA	NA	NA	
QL	R001	AZ	Documento HTA	Area Tecnica	Realizzazione piano degli investimenti	Rispetto di atti e norme	Qualità	NA	NA	NA	
QL	AZ005	AZ	Documento di analisi	Altro	Monitoraggio della variabilità di applicazione della gara 584/2018 sugli impianti	Rispetto gara	Qualità	NA	NA	NA	