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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Basilicata, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Toscana, P.A. Trento,
Umbria, Veneto

REPORT 2023

A cura di:

Milena Vainieri, Alessia Caputo, Alessandro Vinci, Giuseppe D'Orio, Domenico Cerasuolo e Sabina Nuti

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna
Via San Zeno 2, Pisa
www.meslab.santannapisa.it

© Copyright 2024 Laboratorio MeS

ISBN: 978-88-95613-65-9 Dedizioni



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Responsabile del Laboratorio Management e Sanità: Milena Vainieri.

Il Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management – Scuola Superiore Sant’Anna)

Responsabili Scientifici del Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali: Milena Vainieri e Sabina Nuti.

Coordinamento: Alessia Caputo, Alessandro Vinci Giuseppe D’Orio.

Responsabile del sistema informativo: Domenico Cerasuolo, con la collaborazione di Fabio Gentile.

Coordinamento Statistico ed elaborazione dati: Giuseppe D’Orio.

Progettazione editoriale ed editing del report: Alessandro Bonanni, Piermario Di Grazia, Francesco Noferi e Alessandro Vinci.

Team di ricerca: Nicola Bellè, Alessandro Bonanni, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Elisa Conti, Lorenzo Corduas, Federica Covre, Benedetta Dal Canto, Sabina De Rosis, Piermario Di Grazia, Giuseppe D’Orio, Amerigo Ferrari, Manuela Furlan, Fabio Gentile, Sofia Longhi, Claudio Mazzi, Giaeale Moretti, Anna Maria Murante, Francesco Noferi, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Chiara Seghieri, Marzia Cettina Severino, Lorenzo Taddeucci, Davide Trinchese, Milena Vainieri e Alessandro Vinci.

Regione Basilicata: Giuseppe Montagano, Sergio Sassano, Maria Rosalia Puzo, Vincenzo Perneti, Gabriella Sabino, Maria Luisa Zullo, Pasquale Belviso, Enrico Barone, Marcello Masi, Rosalba Potenza, Pierluigi Tramutoli.

P.A. Bolzano: Hubert Messner, Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Antonio Fanolla, Mirko Bonetti, Antonella Di Munno, Stefania Mocellini, Eva Papa, Roberto Picus, Valeria Rossi, Sabine Weiss, Paola Zuech.

Regione Friuli Venezia Giulia: Ivana Burba, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Elisa Riosa, Paola Rossi, Lucian Ejlli, Roberto Peressutti, Daniela Germano, Barbara Alessandrini, Antonella Bulfone, Davide Durì, Cristina Zappetti, Manlio Palei, Marta Zanolla e Martina Ricci

Regione Lombardia: Alberto Giovanni Ambrosio, Danilo Cereda, Francesco Cideni, Marco Cozzoli, Michele Ercolanoni, Ida Fortino, Luca Gallitognotta, Olivia Leoni, Giuseppina Maria Rita Valenti.

Regione Puglia: Vito Montanaro, Giovanni Migliore, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Michele Saracino, Cinzia Tanzarella, Antonio Chieti, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli, Paola Barracano, Concetta Ladalaro, Nehludoff Albano, Caterina Fanizza, Alessandro Musa, Domenico Convertini, Elisabetta Graps, Pantaleo Scoccimarro, Donato Peluso, Francesca Giangrande.

Regione Toscana: Simone Bezzini, Serena Spinelli, Federico Gelli, Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Simona Carli, Simona Dini, Silvia Fantappiè, Luciano Lippi, Michela Maielli, Claudio Marinai, Monica Marini, Elisa Nannicini, Moraldo Neri, Carla Rizzuti, Barbara Trambusti.

P.A. Trento: Maria Adalgisa Gentilini, William Mantovani, Angela Trentin, Enrico Santoprete, Diego Cagol, Paolo Santini, Filippo Re, Marco Frassoni, Riccardo Roni, Marina Ferri, Luca Leonardi,

Annalisa Campomori, Giorgio Costa, Angela Moresco, Gino Gobber, Giuliano Brunori, Alberto Della Rosa, Dario Uber, Nicoletta Copat, Giovanna Zanetti, Ilaria Trentini, Katia Chistè, Valeria Buzzi, Simone Bilato, Lorenza Vieno, Manuela Campus, Mariangela Soverini, Federica Bresciani, Paola Leonardelli, Francesca Di Stradis, Marina Mastellarò, Laura Battisti, Pirous Fateh Moghadam, Lucia Pilati.

Regione Umbria: Lucio Baldacci, Ombretta Checconi, Piero Rosi Enrica Ricci, Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Marcello De Giorgi, Francesco Cozzolino, Marianna Giustozzi, Chiara Antonini, Livia Convertino, Sara Calandrini, Chiara Marini, Giuliano Curti, Bruno Taburchi, Mauro Marchesi, Simona Foresi, Leonardo Brozzetti, Anna Rita Flamini, Piero Macellari, Gabriella Madeo, Alessandro Montedori, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Solfiti.

Regione Veneto: Massimo Annicchiarico, Roberto Toniolo, Stefano Kusstatscher, Sandra Zuzzi, Mauro Bonin, Romina Cazzaro, Silvia Vigna, Manuel Zorzi, Michele Tessarin, Denise Signorelli, Anna Maria Saieva, Alberto Bortolami, Elena Schievano, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Brichese, Michele Tonon, Elena Narne, Giulia Capodaglio, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Mario Saia, Anna Cavazzana, Lorenzo Dorigo, Davide Lissandri, Angela Scapin, Roberto Bellamoli, Alessandro Curto, Paola Facchin, Laura Visonà Dalla Pozza, Luca Giobelli, Giampietro Gridelli, Gianluca Ranzato, Alessandro Scatto, Monica Troiani, Giustina De Silvestro, Francesca Rocco, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Giuseppe Feltrin, Pantaleo Corlianò, Roberta Tiso, Patrizia Bonesso, Simone De Bellonia.

A.O.U. Sant’Andrea: Daniela Donetti, Christian Napoli, Ermete Gallo, Francesco Stella, Riccardo Macera, Marco Sabatini, Luigi Vittorini.

Si ringrazia per il contributo scientifico il dott. Giorgio Simon.



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Metodologia e rappresentazione dei risultati	7		
		Responsiveness	513
		Sfide post-covid	523
I Risultati 2023	25	Efficienza	541
Basilicata	27	Bibliografia	569
P.A. Bolzano	47		
Friuli Venezia Giulia	53		
Lombardia	77		
Puglia	205		
Toscana	255		
P.A. Trento	285		
Umbria	291		
Veneto	311		
A.O.U. Sant'Andrea (Roma)	361		
Gli indicatori 2023*	367		
Stato di salute della popolazione	369		
Assistenza	375		
Percorsi	441		
Qualità e sicurezza	503		

* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata a pagina 11 e seguenti del presente report.

1

METODOLOGIA



Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della performance è, nel 2023, composto da 7 Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Al Network, partecipa anche l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma. L'adesione è su base volontaria, ossia è il frutto di una scelta consapevole delle Regioni aderenti che vogliono, mediante questo strumento di governance, garantire la trasparenza sui loro risultati da un lato, e rigore scientifico dall'altro, affidando a un soggetto terzo e pubblico, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il compito di assicurare la correttezza del calcolo e il superamento dell'autoreferenzialità.

L'obiettivo del Network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance dei SSR, attraverso il confronto di un set di oltre 400 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni dell'offerta dei sistemi stessi. Questo rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto.

L'architettura del sistema di valutazione

Il sistema di valutazione risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle proprie Aziende sanitarie, a confronto con quella delle altre Regioni (benchmarking inter-regionale) e, da quest'anno, anche di confronto tra distretti socio-sanitari. Il confronto può inoltre avvenire in ottica intra-regionale, tra le Aziende e i distretti di ciascuna Regione. Questo secondo approccio garantisce la possibilità di misurare indicatori volti a esplorare particolari aspetti che siano rilevanti per le strategie locali. Questa possibilità coinvolge in primis le Regioni con più Aziende, pur non escludendo l'opportunità per le Province Autonome di Trento e di Bolzano – articolate in un'unica Azienda territoriale – di approfondire la valutazione intra-regionale o intra-provinciale, assumendo come unità di analisi le aree vaste o i distretti. Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della performance dei SSR, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi.

Le novità di quest'anno

In questo anno di consolidamento, il sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni si è focalizzato principalmente sulla consistenza dei propri indicatori. Sono stati introdotti solo alcuni indicatori di fondamentale importanza tra cui i nuovi indicatori NSG CORE.

Inoltre, nel presente report, le dimensioni sono state reinterpretate in chiave tematica, mettendo in evidenza le dimensioni che meglio rappresentano gli elementi cardine del 2023:

1. Assistenza sanitaria: Cruciali per valutare l'adeguatezza e l'accessibilità dei servizi offerti, assicurando che la popolazione riceva cure appropriate e tempestive, migliorando la salute generale.
2. Percorsi: Cruciali per garantire continuità e coordinamento delle cure, facilitando

do il passaggio dei pazienti tra diversi livelli di assistenza e migliorando gli esiti di salute.

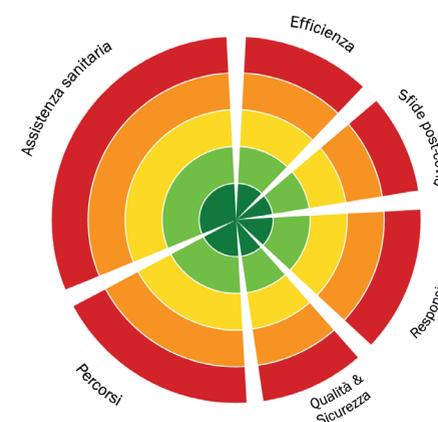
3. Qualità e sicurezza: Fondamentali per assicurare che le cure siano efficaci e prive di rischi, riducendo al minimo gli errori medici e migliorando la fiducia dei pazienti nel sistema sanitario.

4. Responsiveness: Importanti per misurare quanto il sistema sanitario risponda efficacemente alle esigenze dei pazienti e al loro bisogno di cura.

5. Sfide post-covid: Indispensabili per comprendere e affrontare le conseguenze a lungo termine della pandemia, adattando i servizi sanitari alle nuove esigenze facendo leva sulle nuove frontiere della sanità.

6. Efficienza: Cruciale per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, riducendo gli sprechi e assicurando che ogni euro speso contribuisca al miglioramento della salute pubblica.

Visivamente, i bersagli 2023 presentati nei paragrafi successivi di questo report sono stati organizzati in "spicchi", che ospitano le dimensioni sopra citate. Questo permette una lettura più agile e una rapida identificazione degli indicatori all'interno del bersaglio (vedi Figura 2).



La ricchezza informativa del sistema di valutazione è complessivamente il frutto della valorizzazione di un ampio ventaglio di fonti dati; il sistema, infatti:

- fa leva su un ampio spettro di flussi amministrativi – dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ai bilanci, al flusso delle Prestazioni Ambulatoriali, a quelli del Pronto Soccorso e del 118, passando per i Certificati di Assistenza al Parto, i flussi dell'ambito farmaceutico (distribuzione in regime convenzionato, diretto e in regime di ricovero), il flusso AD-RSA (assistenza domiciliare e residenziale), ecc.;

- mette a sistema informazioni attualmente non strutturate in flussi codificati univocamente a livello nazionale (registri di mortalità, donazioni di organi, screening e vaccinazioni, ad esempio);
- riprende e valorizza flussi informativi e strumenti di rilevazione diffusi a livello nazionale;
- prevede alcune rilevazioni ad hoc, per fare luce su specifici ambiti, quali l'attività di ricerca delle AOU.

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2023, per quanto una minoranza di essi rimandi ad anni precedenti, o a causa dell'aggiornamento differito delle fonti dati (gli indicatori epidemiologici, ad esempio, o quelli derivanti da dati di bilancio), oppure perché – a causa della bassa frequenza dell'evento monitorato – richiedano il pooling di più anni.

A circa 190 indicatori è attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5. Questa è ottenuta attraverso il confronto del valore degli indicatori con standard condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale (ad esempio, la percentuale di parti cesarei, la cui soglia è indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), o dal raffronto della performance delle Aziende del Network con quella registrata a livello europeo, oppure considerando il confronto e la distribuzione inter-aziendale in seno al Network stesso.

Figura 1. Le fasce di valutazione

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

Gli indicatori sono raggruppati, tramite strutture "ad albero", in più di quaranta indicatori compositi, al fine di facilitare la lettura dei risultati di performance. La valutazione degli indicatori di sintesi è ottenuta tramite la media - semplice o pesata - delle valutazioni dei sotto-indicatori, così come riportato nella scheda di calcolo disponibile per ciascun indicatore e sotto-indicatore e così come sintetizzato nella tabella che segue.

Tabella 1. (pagina seguente)

Elenco degli indicatori 2023, condivisi dal Network delle Regioni

In corsivo, gli indicatori di osservazione. In grassetto, gli indicatori di sintesi, la cui valutazione è pari alla media semplice o pesata dei propri sotto-indicatori. La colonna "Pesatura" dettaglia le componenti delle medie pesate degli indicatori di sintesi.

			Estremi delle fasce di valutazione											
			Pesatura	Pagina	0-10		11-20		21-30		31-40		41-50	
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE														
A1	Mortalità infantile	100%	370											
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	100%		3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8	
A1.2	Mortalità neonatale precoce													
A1.3	Mortalità neonatale totale													
A2	Mortalità per tumori	100%	371	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	100%	372	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299	
A4	Mortalità per suicidi	100%	373	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6	
ASSISTENZA														
A10	Stili di vita (PASSI)													
A10.1.1	Percentuale di sedentari	100%	376	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15	
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	100%	377	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34	
A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	100%	378	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10	
A10.4.1	Percentuale di fumatori	100%	379	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24	
B6	Donazioni organi e tessuti	100%												
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	100%	380	0	0,25	0,25	0,62	0,62	0,98	0,98	1,35	1,35	1,72	
B6.1.9	Opposizione alla donazione													
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	100%	381	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8	
B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo													
B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo													
B6.1.12	Donatori di tessuti (pmp)													
B6.1.11	Tempo medio di attesa di trapianto per rene													
B6.1.14	Indice di trapiantabilità													
B6.1.14.1	Indice di trapiantabilità - rene													
B6.1.14.2	Indice di trapiantabilità - fegato													
B6.1.14.3	Indice di trapiantabilità - cuore													
B6.1.14.4	Indice di trapiantabilità - polmone													
B6.1.14.5	Indice di trapiantabilità - pancreas													
C1	Capacità di governo della domanda	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso													
H012	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	100%	382	160	179	153	160	146	153	139	146	124	139	
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	100%	383	117	124	110	117	103	110	96	103	94	96	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso													
C1.1.2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti	100%	384	16	22	13	16	10	13	7	10	2	7	
C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale													
C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso													
C1.3	Posti letto per 1.000 residenti													
C1.5	Indice di case mix													
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità	0%	385	0	3,77	3,77	11,29	11,29	18,81	18,81	26,34	26,34	33,86	
C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario													
C2AM	Indice di performance degenza media - DRG Medici	100%	386	2,2	4	0,4	2,2	-1,4	0,4	-3,1	-1,4	-4,9	-3,1	
C2AC	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	100%	387	1,6	2,7	0,6	1,6	-0,4	0,6	-1,5	-0,4	-2,5	-1,5	
C14	Appropriatezza medica	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	100%	388	267	311	223	267	179	223	135	179	91	135	
C14.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica													
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H04Z)	100%	389	5,9	7,3	4,5	5,9	3,1	4,5	1,7	3,1	0,3	1,7	
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	100%	390	5	6	4	5	3	4	2	3	1	2	
C4	Appropriatezza chirurgica	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C4.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici													
C4.1.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari													
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	20%	391	0	40	40	55	55	70	70	90	90	100	
C4.7	DRG LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	40%	392	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85	
C4.13	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (NSG H04Z)	10%	393	0,38	0,6	0,3	0,38	0,23	0,3	0,15	0,23	0	0,15	
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	10%	394	160	195	125	160	90	125	55	90	20	55	
CBA	Integrazione ospedale territorio	100%		0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	
CBA.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC													
CBB.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	40%	395	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9	
CBB.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	396	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2	
C8C.1.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)													
C8C.2.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D04C)													
C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione adulta residente (NSG D07Ca)													
D07C.P.N	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Cb)													
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	40%	397	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2	
CBA.20	Percentuale di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno													
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di infarto Miocardico Acuto (IMA)	398		18,9	20,3	17,5	18,9	16,1	17,5	14,7	16,1	13,3	14,7	
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	399		22	24,2	19,9	22	17,7	19,9	15,5	17,7	13,3	15,5	
C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica	100%												
C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti													
C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini													
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC erogate, extra PS, per 1.000 residenti													
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti													
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	100%	400	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15	
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono la RM colonna entro 12 mesi	100%	401	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8	
C13.2.4	Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1000 residenti std età e sesso													
C13.3	Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidee													
C13.3.1	Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20													
C13.3.2	Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20													
C13.3.3	Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20													
C13.4	Tempi di attesa (NSG)	100%												
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	100%	402	0	60	60	70	70	80	80	90	90	100	
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	100%	403	0	50	50	63,4	63,4	76,7	76,7	90	90	100	
B28.1	Assistenza Domiciliare	100%												
B28.1.1	Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari	30%	404	5	7,5	7,5	9	9	10,5	10,5	13	13	15	
B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare													
B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	10%	405	0	2,7	2,7	5,4	5,4	8,1	8,1	10,8	10,8	13,5	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	10%	406	6	8	8	10	10	12	12	14	14	16	
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10%	407	1,72	4,01	4,01	6,3	6,3	8,6	8,6	10,89	10,89	13,19	
B28.2.5A	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA > 0.5)													

		Estremi delle fasce di valutazione													
		Pesatura	Pagina	0		15		30		45		60		75	
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari			0	15	15	30	30	45	45	60	60	75		
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni	20%	408												
B28.2.13	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente														
B28.2.14	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente														
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-peso 0,15; CIA 2-peso 0,35; CIA 3-peso 0,50)	20%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D22Z.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	15%	409	0	0,5	0,5	1,55	1,55	2,6	2,6	4	4	4	6	6
D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	35%	410	0	1	1	1,45	1,45	1,9	1,9	2,5	2,5	6	6	6
D22Z.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	50%	411	0	0,75	0,75	1,13	1,13	1,5	1,5	2	2	2	6	6
D23Z	Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)														
D23Z.1	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)														
D23Z.2	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)														
D23Z.3	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)														
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	0%	412	6,8	8	5,6	6,8	4,4	5,6	3,2	4,4	2	3,2		
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	0%	413	31,36	35,97	26,75	31,36	22,13	26,75	17,52	22,13	12,91	17,52		
B28.3	Assistenza Residenziale	100%													
B28.3.10	Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA														
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	100%	414	28	35	21	28	14	21	7	14	0	7		
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	100%	415	32	40	24	32	16	24	8	16	0	8		
D33ZA	Numero di anziani in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente (R1, R2, R3)														
D33ZA.R1	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1														
D33ZA.R2	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2														
D33ZA.R3	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	100%	416	0	5	5	10	10	15	15	20	20	35		
B28.3.14	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti														
B28.3.15	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione														
B28.3.16	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione														
B9A	Equità														
B9A.1	Genere														
C5.4.1	Rischio Relativo [Femmine/Maschi] di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEM														
C18	Variabilità chirurgia elettiva														
C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti														
C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti														
C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti														
C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti														
C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti														
C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna standardizzato per 100.000 residenti														
C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti														
C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti														
B4	Strategie per il controllo del dolore	100%													
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	100%	417	1,2	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9	2,9	3,4		
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	100%	418	0	3,5	3,5	4,4	4,4	5,2	5,2	6,1	6,1	8		
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina														
B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio														
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	100%													
C6.8	Rischio farmacologico	100%													
C6.8.1	Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)														
C6.8.2	Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)														
C6.8.3	Uso concomitante di Corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di chinoloni														
C6.8.4	Uso concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di FANS o ASA														
C6.8.5	Consumo di penicilline in età pediatrica														
C6.8.6	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e acido clavulanico in età pediatrica														
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	100%	419	25	30	20	25	15	20	10	15	5	10		
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	100%	420	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9		
C9.7	Gastrointestinali	100%													
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	100%	421	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21		
C9.9	Farmaci in Salute Mentale	100%													
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	100%	422	20839,3	23164,8	18513,7	20839,3	16188,2	18513,7	13862,6	16188,2	11537	13862,6		
C9.5.3	Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni														
C9.8	Antimicrobici	100%													
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	100%	423	25	35	20	25	15	20	10	15	5	10		
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici														
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio [sorveglianza antimicrobico-resistenza]	100%	424	2,4	4	1,9	2,4	1,5	1,9	1	1,5	0	1		
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	100%	425	2,3	2,8	1,8	2,3	1,2	1,8	0,7	1,2	0	0,7		
C9.8.1.7	Proporzione di antibiotici Access	100%	426	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100		
F12A.20	Prevenzione e trattamento della carenza di Vit. D														
F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio														
C9.6B	Antipertensivi														
C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antipertensivi (NSG D17C)														
C9.6.1	Ipotemizanti														
C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine (NSG D18C)														
C9.19	Farmaci respiratori														
C9.19.4	Spesa pro-capite per farmaci adrenergici in associazione														
C9.20	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica														
C9.17	Ospedaliere	100%													
C9.12A	Consumo di antibiotici nei reparti	100%	427	75,26	83,55	66,98	75,26	58,69	66,98	50,4	58,69	42,11	50,4		
C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	100%	428	70	80	60	70	50	60	40	50	30	40		
C9.12B	Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	100%	429	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20		
C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti														
C21.2	Terapia post IMA	100%													
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione														
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACEi o ARB o ARNI alla dimissione														
C21.2.4	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipotemizanti alla dimissione	100%	430	22,35	38,7	38,7	55,06	55,06	71,42	71,42	87,77	87,77	104,13		
C21.2.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	100%	431	46,45	58,77	58,77	71,08	71,08	83,4	83,4	95,72	95,72	108,03		
C9A	Medicinali Plasma Derivati	100%													
C9.20.3	Consumo di albumina	100%	432	700	800	600	700	500	600	400	500	100	400		
C9.20.5	Consumo di immunoglobuline	100%	433	150	160	140	150	130	140	110	130	0	110		
C9.20.5.1	Percentuale di immunoglobuline ev														
C9A.1	Autosufficienza Albumina da CRS														
C9A.2	Autosufficienza Immunoglobuline da CRS														

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina	●		●		●		●		●	
C9A.3	Autosufficienza Immunoglobuline sottocute da CRS												
C9A.4	Consumo di Antitrombina	100%	434	2,9	3,36	2,44	2,9	1,98	2,44	1,52	1,98	1,06	1,52
C9A.5	Autosufficienza di Antitrombina da CRS												
C21	Appropriatezza d'uso laderenza farmaceutica	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti [90-180 giorni]	435		50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEI o ARB o ARNI [90-180 giorni]	436		50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.4	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti [90-180 giorni]	100%	437	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.5	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antiaggreganti [90-180 giorni]	100%	438	40	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine [Ipolipemizzanti]	100%	439	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8	6,9	8,3
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	100%	440	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5	15,5	18,5
PERCORSI													
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	100%											
B5.1	Screening mammografico	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	100%	442	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	100%	443	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
P15CB	Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella												
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo												
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti												
P16C	Proporzioni di tumori in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza												
B5.2	Screening cervicale	100%											
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina [NSG P15CA]	100%	444	1,55	18,97	18,97	36,39	36,39	53,81	53,81	71,23	71,23	88,65
B5.3	Screening coloretale	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	100%	445	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	100%	446	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
P15CC	Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto												
C7	Materno-Infantile	100%											
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati [NTSV]	50%	447	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7.1.2	Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)												
C7.1.3	Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)												
C7.1.4	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati												
C7.30	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo [VBAC]	5%	448	0	5	5	13	13	25	25	40	40	100
C7.32	Percentuale di neonati con APGAR sotto 7												
C7.33	Percentuale di neonati allattati con allattamento esclusivo durante il ricovero dopo il parto												
C7.34	Percentuale di contatto pelle a pelle dopo la nascita												
C7.41.1	Percentuale di donne primipare che partecipano al CAN (corso di accompagnamento alla nascita)												
C7.47	Percentuale di donne che hanno eseguito l'ecografia dopo le 22 settimane												
C7.9	Volume per parti												
C7.0	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti												
C7.0.2	Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti												
C7.26	Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN [NSG H19S]												
H205	Percentuale di parti pre-termine tardivi [34-36 settimane di gestazione]												
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti	10%	449	30	90	25	30	20	25	15	20	0	15
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con piu' di 1.000 parti	10%	450	35	90	30	35	25	30	20	25	0	20
C7.2	Percentuale di parti indotti												
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate [NTSV]	10%	451	36	44	28	36	20	28	12	20	4	12
C7.6	Percentuale di parti operativi [uso di forcipe o ventosa]	15%	452	12,5	15	10	12,5	7,5	10	5	7,5	0	5
C7.13	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva												
C7.14	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4												
C7.27	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza [NSG D19C]												
C7.16A	Accesso area maternità del consultorio												
C7.18.1	Tasso di concepimento per minorenni												
C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti												
C7.11	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza [IVG] ripetute												
C7.10.1	Percentuale di IVG con certificazione consultoriale												
C7D	Pediatria	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	25%	453	11,2	12,8	9,6	11,2	8	9,6	6,4	8	4,8	6,4
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	25%	454	53	60	46	53	39	46	32	39	25	32
C7.7.4	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)												
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica [min 18 anni] per asma e gastroenterite	25%	455	240	400	180	240	120	180	60	120	0	60
D04C.A	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma												
D04C.B	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite												
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	25%	456	370,9	456,5	285,3	370,9	199,7	285,3	114,1	199,7	28,4	114,1
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10.1	Volume Oncologia	40%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10.1A	Volume interventi tumore maligno alla mammella	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	100%	457	0	20	20	40	40	70	70	90	90	100
C10.1.12	Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui												
C10.1B	Volume interventi tumore maligno alla prostata	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	100%	458	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	100%	459	50	100	40	50	25	40	10	25	0	10
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata												
C10.1.8A	Volume interventi per tumore maligno al colon												
C10.1.9A	Volume interventi per tumore maligno al retto												
C10.2	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	20%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	100%	460	0	65	65	70	70	75	75	80	80	100
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	100%	461	30	44,4	44,4	58,5	58,5	72,6	72,6	86,7	86,7	100
C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella												
H03C	Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	100%	462	18	100	12	18	8	12	5	8	0	5
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante												
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	100%	463	0	58,3	58,3	68,7	68,7	79	79	89,4	89,4	100
C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella												
PDTA06.1	Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	100%	464	0	48,66	48,66	54,96	54,96	61,25	61,25	67,55	67,55	100
PDTA06.2	Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	100%	465	0	33,89	33,89	37,7	37,7	41,51	41,51	45,32	45,32	100
PDTA06.3	Radioterapia complementare (PDTA Mammella)	100%	466	0	54,8	54,8	63,2	63,2	71,6	71,6	80	80	100
C10.3	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni [triennale]	15%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni [triennale]	100%	467	8,1	10	5,75	8,1	3,39	5,75	1,04	3,39	0	1,04
C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante												
PDTA07	Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)												

			Estremi delle fasce di valutazione												
			Pesatura	Pagina											
PDTA08	Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)														
C10.3.9	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30 giorni														
C10.4	Percorso tumore al retto	15%													
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	100%	468	5,64	7,5	3,78	5,64	1,92	3,78	0,6	1,92	0	0,6		
PDTA09	Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)														
PDTA10	Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)														
C10.3.10	Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30 giorni														
C10.5A	Oncologia Medica	10%													
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	100%	469	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461,5	0	248		
C28	Cure Palliative	100%													
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	55%	470	28,5	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	80		
C28.1.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio														
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore														
C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni														
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	15%	471	27	44	44	61,1	61,1	78,2	78,2	95,3	95,3	100		
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	15%	472	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10		
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	15%	473	30	50	25	30	20	25	10	20	0	10		
C11A	Efficacia assistenziale territoriale	100%													
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	100%	474	418	550	373	418	343	373	186,5	343	0	186,5		
C11A.1	Scompenso Cardiaco	100%													
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	100%	475	305	355	255	305	205	255	155	205	105	155		
D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco														
PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	100%	476	42	54	54	57,9	57,9	78	78	90	90	100		
PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	100%	477	32	44	44	61	61	68	68	80	80	100		
PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	100%	478	0	15	15	19,4	19,4	60	60	70	70	100		
C11A.2	Diabete	100%													
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	100%	479	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20		
D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete														
PDTA05	Aderenza complessiva alle raccomandazioni di controllo, almeno 4 su 5, (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente (PDTA Diabete)														
PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%	480	0	30	30	40,1	40,1	60	60	70	70	100		
PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%	481	0	35	35	57,1	57,1	68	68	80	80	100		
PDTA05.3	Aderenza alla raccomandazione di controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)														
PDTA05.4	Aderenza alla raccomandazione di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)														
PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%	482	0	10	10	18	18	50	50	70	70	100		
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	100%	483	40,81	49,02	32,6	40,81	24,39	32,6	16,17	24,39	7,96	16,17		
C11A.3	BPCO	100%													
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	100%	484	83	98	68	83	53	68	38	53	23	38		
D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per BPCO														
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	100%	485	0	30	30	36,2	36,2	60	60	70	70	100		
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	100%	486	0	30	30	46,7	46,7	60	60	70	70	100		
C15	Salute mentale	100%													
C15.1A	Attività territoriale	100%													
C15.12	Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti														
C15.13	Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti														
C15.14	Percentuale di prestazioni domiciliari														
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni														
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	100%	487	5,96	20,38	20,38	34,8	34,8	49,23	49,23	63,65	63,65	100		
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	100%	488	0	12,76	12,76	27,6	27,6	42,45	42,45	57,29	57,29	100		
C15.15	Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti														
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	100%	489	8,58	100	7,74	8,58	6,9	7,74	4	6,9	0	4		
C15.1B	Attività ospedaliera	100%													
D24C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	100%	490	359,94	459,36	260,52	359,94	161,1	260,52	61,68	161,1	0	61,68		
C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in tutti i reparti per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni														
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	100%	491	6,01	7,49	4,54	6,01	3,06	4,54	1,59	3,06	0,11	1,59		
C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche														
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	100%	492	3	5	1	3	-1	1	-3	-1	-5	-3		
C15A.6B	Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni														
C15.1C	Continuità assistenziale														
C15.9.2	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)														
C15.10	Infanzia-adolescenza	100%													
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni														
C15A.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	100%	493	306,06	399,74	212,4	306,06	118,71	212,4	25,04	118,71	0	25,04		
C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza	100%													
C16A	Appropriatezza	30%													
C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	100%	494	25	40	40	55	55	70	70	85	85	100		
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	100%	495	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90		
C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	100%	496	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85		
C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	100%	497	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85		
C16.7	Valutazione triage														
C16A.T1.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti														
C16A.T2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI														
C16A.T3.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, trasferiti o in OBI														
C16A.T4.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati, trasferiti o in OBI														
C16A.T5.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati, trasferiti o in OBI														
C16P	Processo	70%													
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	100%	498	80	84	84	88	88	92	92	96	96	100		
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve														
C16.5.1C	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore														
C16.9	Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero														
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	100%	499	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3		
C16c	Sistema 118	100%													

		Estremi delle fasce di valutazione																			
		Pesatura	Pagina	26		40		22		18		22		14		18		8		14	
C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)	100%	500	26	40	22	26	18	22	14	18	8	14								
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1/Rosso - NSG)	100%	501	5	6,25	3,75	5	2,5	3,75	1,25	2,5	0	1,25								
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	100%	501	5	6,25	3,75	5	2,5	3,75	1,25	2,5	0	1,25								
QUALITÀ E SICUREZZA																					
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	100%	504	1,4	1,75	1,05	1,4	0,7	1,05	0,35	0,7	0	0,35								
D18M	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri medici																				
D18C	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici																				
B15	Capacità attività di ricerca																				
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici	100%	505	0,25	0,75	0,75	1,25	1,25	1,75	1,75	2,25	2,25	2,75								
B15.1.1A,S	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti sanitari																				
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici	100%	506	1,1	1,44	1,44	1,87	1,87	2,3	2,3	2,73	2,73	3,16								
B15.1.3,S	Numero medio pubblicazioni per dirigenti sanitari																				
B15.2.1A	Percentuale di dirigenti medici produttivi	100%	507	63,23	70,04	70,04	76,86	76,86	83,68	83,68	90,49	90,49	97,31								
B15.2.1A,S	Percentuale di dirigenti sanitari produttivi																				
C5	Qualità clinica/Qualità di processo	100%																			
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	10%	508	0	15	15	35	35	55	55	75	75	95								
C5.1	Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione (NSG H12C)																				
C5.30	Percentuale di fratture operate entro 48 ore																				
H13C	Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	40%	509	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100								
H13C.B	Percentuale di pazienti di età <65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario																				
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni																				
C5.3	Percentuale di prostatectomie transureterali	10%	510	55	65	65	75	75	85	85	95	95	100								
C36.1	Percentuale di prostatectomie computer-assistite																				
C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati																				
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti																				
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati																				
C5.20	Trombolisi endovenosa per ictus ischemico																				
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	20%	511	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85								
C16.8	Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica																				
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	20%	512	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100								
C5.21	Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (I18, PS o struttura di ricovero)																				
C5.19	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna																				
C6	Rischio clinico																				
C6.4	Sicurezza del paziente																				
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione																				
C6.4.2	Mortalità intraspedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità																				
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica																				
C6.4.5	Mortalità tra pazienti chirurgici con complicanze severe trattabili																				
RESPONSIVENESS																					
C10D	Tempi di Attesa chirurgia oncologica (PNGLA)	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	100%		70	75	75	80	80	85	85	90	90	95								
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	100%	514	0	29,2	29,2	47,8	47,8	66,5	66,5	90	90	100								
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	100%	515	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100								
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	100%	516	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95								
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	100%	517	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95								
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	100%	518	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95								
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	100%	519	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100								
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	100%	520	60	65	65	70	70	80	80	90	90	100								
SFIDE POST-COVID																					
E2	Percentuale di assenza	100%		15	18	13,5	15	12	13,5	10,5	12	9,6	10,5								
E2A	Indice assenza donne vs. uomini																				
E2B	Indice soffitto di cristallo		524	2,5	10	2	2,5	1,5	2	1,1	1,5	0,9	1,1								
B7	Copertura vaccinale	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
B7.1	Copertura per vaccino MPR	25%	525	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100								
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	10%	526	42	53	53	64	64	75	75	86	86	95								
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	10%	527	50	60	60	70	70	85	85	95	95	100								
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	10%	528	0	7	7	16	16	25	25	34	34	43								
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	10%	529	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100								
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	10%	530	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100								
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	25%	531	87	89	89	92	92	95	95	98	98	100								
B7.8	Copertura vaccinale varicella	10%	532	50	55	55	65	65	75	75	85	85	95								
B24A	Sanità digitale	100%																			
B24B	ePrescription	100%																			
B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	100%	533	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100								
B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	100%	534	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100								
B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	100%	535	23,7	37,1	37,1	50,5	50,5	63,9	63,9	77,3	77,3	90,7								
B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	100%	536	57	65,7	65,7	74,4	74,4	83,1	83,1	91,8	91,8	100								
B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico	100%																			
B24C.2C.1	Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni	100%	537	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100								
B24C.2C.3.1	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	100%	538	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100								
C13.R3.A Telemedicina																					
C13.R3.2	Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)																				
C13.R3.3	Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)																				
C13.R3.4	Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)																				
C13.R3.10	Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)																				
C13.R3.11	Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)																				
C13.R3.13	Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)																				
EFFICIENZA																					
F1	Equilibrio economico reddituale	100%																			
F1.1	Equilibrio economico generale	100%	542	-2,6	-1,73	-1,73	-0,87	-0,87	0	0	0,87	0,87	7,34								
F1.2	Equilibrio economico sanitario	100%	543	-2,6	-1,73	-1,73	-0,87	-0,87	0	0	0,87	0,87	3,49								
F1.3	ROI																				
F17N	Costo sanitario pro capite																				
F17N.R	Costo sanitario pro capite regionale																				
F17N.A	Costo sanitario pro capite aziendale																				
F17.3.2	Costo pro-capite per assistenza sanitaria di medicina generale																				
F18	Costo medio per punto DRG	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
F18.1	Costo medio per punto DRG	100%	544	8393	9726	7061	8393	5728	7061	4395	5728	3062	4395								

		Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina								
F2	Gestione del magazzino										
F2.1	Indice di rotazione dei beni sanitari										
F2.2	Indice di rotazione dei prodotti farmaceutici ed emoderivati										
F2.3	Giornate di giacenza media dei beni sanitari										
F2.4	Giornate di giacenza media dei prodotti farmaceutici ed emoderivati										
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	100%		0	0	0	0	0	0	0	0
F3.1	Indice di disponibilità	100%	545	0,4	0,6	0,6	0,8	0,8	1	1	1,5
F3.2	Politiche di investimento										
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica										
F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio										
F3.4	Costi di finanziamento										
F3.4.1	Indice di onerosità										
F3.4.2	Dilazione dei debiti										
F3.4.3	Tempestività dei pagamenti										
F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	100%									
F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro										
F15.1.4	Inchieste per malattie professionali										
F15.2	Copertura del territorio	100%									
F15.2.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti	100%	546	0	2,25	2,25	5	5	7,75	7,75	10,5
F15.2.3	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati	100%	547	0	1	1	10	10	19	19	28
F15.3	Efficienza produttiva	100%									
F15.3.1	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL	100%	548	0	16	16	37	37	58	58	79
F15.3.2	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL	100%	549	0	18	18	67	67	116	116	165
F16	Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN) e Sanità Veterinaria										
P09Z	Copertura attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva										
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza a										
P11Z	Copertura attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti										
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti										
F10A	Governo della spesa farmaceutica										
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite										
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG										
F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva pro capite										
F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti pro-capite										
F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite										
F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA										
F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV										
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici										
F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica	100%									
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	40%	550	72	74	74	76	76	78	78	80
F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto										
F12A.19	Ospedaliera	60%									
F20.7.1	Spesa per UP Imatinib	100%	551	8,5	12	5,5	8,5	2,5	5,5	0,5	2,5
F20.8.1	Spesa per UP Etanercept	100%	552	91	101,3	80,7	91	70,5	80,7	60,2	70,5
F20.9.1	Spesa per UP Infliximab	100%	553	147,9	176,8	119	147,9	90	119	61,2	90
F20.10.1	Spesa per MG Rituximab	100%	554	1	1,2	0,8	1	0,6	0,8	0,4	0,6
F20.11.1	Spesa per mg Trastuzumab	100%	555	0,8	1	0,7	0,8	0,5	0,7	0,3	0,5
F20.12.1	Spesa per UP Adalimumab	100%	556	110,3	127,3	93,3	110,3	76,2	93,3	59,2	76,2
F20.13.1	Spesa per UP Follitropina	100%	557	162,5	185,7	139,4	162,5	116,2	139,4	93,1	116,2
F20.14.1	Spesa per UP Enoxaparina	100%	558	3,2	10	2,6	3,2	2	2,6	1,4	2
F20.15.1	Spesa per UP Somatropina	100%	559	186,1	227,5	144,7	186,1	103,3	144,7	61,9	103,3
F20.16.1	Spesa per UP Epoietina	100%	560	19,8	24,4	15,2	19,8	10,6	15,2	6	10,6
F20.17.2	Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie	100%	561	11,5	13,5	9,6	11,5	7,7	9,6	5,8	7,7
F20.18.1	Spesa per UP Insulina Glargine	100%	562	14,9	17,9	12	14,9	9	12	6	9
F20.19.1	Spesa per UP Insulina lispro	100%	563	14,8	18,3	11,3	14,8	7,9	11,3	4,4	7,9
F20.20.1	Spesa per UP Teriparatide	100%	564	314,1	369	259,2	314,1	204,3	259,2	149,4	204,3
F12C	Dispositivi medici	100%									
F10.3.5	Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale										
F12C.A	Dispositivi medici ad alto consumo, basso costo	100%									
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	100%	565	35,56	45,02	26,09	35,56	16,63	26,09	7,16	16,63
F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero										
F12C.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza										
F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza	100%	566	1,33	3	0,95	1,33	0,57	0,95	0,18	0,57
F12C.4.1B	Spesa per guanti per giornata di degenza	100%	567	7,67	40	5,27	7,67	2,88	5,27	0,5	2,88
F10.3.7	Spesa ospedaliera per medicazioni generali e specialistiche per giornata di degenza										
F10.3.7.1A	Spesa ospedaliera per medicazioni generali per giornata di degenza										
F10.3.7.1B	Spesa ospedaliera per medicazioni specialistiche per giornata di degenza										
F12C.B	Dispositivi medici a basso consumo, alto costo										
F12C.B.1	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Protesi d'anca										
F12C.B.2	Costo del dispositivo per punto DRG: Protesi d'anca										
F12C.B.4	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Pacemaker										
F12C.B.5	Costo del dispositivo per punto DRG: Pacemaker										
F12C.B.6	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Valvole transcateretere										
F12C.B.7	Costo del dispositivo per punto DRG: Valvole transcateretere										
F12C.B.8	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Stent Coronarici										
F12C.B.9	Costo del dispositivo per punto DRG: Stent Coronarici										
F12C.B.12	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Altri Stent										
F12C.B.13	Costo del dispositivo per punto DRG: Altri Stent										
S1	Societal Value										
S1.1	Spesa out of pocket procapite (non ticket)										
S1.2	Spesa a carica del cittadino per assistenza farmaceutica procapite										
S1.2.1	Spesa di compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto										
S1.2.2	Spesa out of pocket per farmaci di classe A										

La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali/provinciali. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni/Province una piattaforma informatica per il caricamento, la conservazione, la normalizzazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. L'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia API (Application Programming Interface), per favorire la migliore interazione tra il processo di calcolo e quello di trasferimento e validazione dei dati. È dal 2015 che il Laboratorio MeS si avvale di questa tecnologia per mettere a disposizione degli sviluppatori software un catalogo di servizi, realizzati tramite web service, che consente di interrogare il sistema di valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali.

Al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano, che rappresentano tra le determinanti più significative della performance stessa, negli anni è stato dato un forte impulso alla rilevazione del clima organizzativo dei sistemi sanitari regionali. L'indagine, promossa e coordinata dal Laboratorio MeS, è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interview), che prevede la compilazione di un questionario online, gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna. L'indagine di clima interno si effettua una volta ogni due anni e dal 2014 ha coinvolto più di 730.000 professionisti (vedi Tabella 2). L'evento pandemico ha rallentato/sospeso questa attività di rilevazione nel triennio 2020-2022; nel 2023 sono riprese a pieno ritmo le indagini che hanno visto coinvolte Regione Veneto, Regione Toscana (compresa nel 2024, l'ospedale privata AIOP) e Provincia Autonoma di Bolzano.

Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo "stato di salute" di un'organizzazione. Per comprendere un'organizzazione, infatti, non è sufficiente analizzarne la struttura, costituita dalle regole e dagli strumenti operativi in uso, ma è necessario monitorarne la componente di "clima" interno, determinata dal contesto latente di motivazioni, aspettative e comportamenti delle persone che vi lavorano. Valutare il livello di soddisfazione e il coinvolgimento, in primo luogo, dei professionisti sanitari e, più in generale, di tutte le figure che contribuiscono a determinare i risultati aziendali, fornisce uno strumento per incidere in maniera tangibile sugli esiti dei percorsi assistenziali; avere dipendenti e collaboratori soddisfatti, motivati e coinvolti influenza, infatti, la produttività e il senso di appartenenza, con effetti indiretti sulla soddisfazione dell'utente finale (OECD, 2016). Viceversa, l'insoddisfazione lavorativa può determinare problemi di equilibrio psico-fisico, un maggior assenteismo e, complessivamente, una riduzione del livello di performance organizzativa (Lau et al., 2003). L'indagine di clima organizzativo mette a disposizione del top management informazioni necessarie non solo ad aumentare la soddisfazione lavorativa, ma anche all'individuazione di criticità organizzative: il clima organizzativo, se opportunamente gestito, può quindi determinare migliori performance individuali e aziendali (Nuti, Macchia, 2005; Rojas et al., 2014), assicurando l'allineamento dei comportamenti delle persone rispetto alla cultura e alla strategia dell'organizzazione (Basaglia, Paolino, 2015), ad esempio facendo leva sul miglioramento della comunicazione

interna (Murante et al., 2013; Vainieri et al., 2017).

Anno	Ambito	N. aziende/enti coinvolti	N. dipendenti coinvolti
2014	Aziende del SSR Toscana	18	51.516
2014	Aziende del SSR Basilicata	4	7.471
2014	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	11	3.576
2015	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	15	2.004
2016	Aziende del SSR Emilia Romagna	14	60.247
2016	Azienda P.A. Bolzano	1	9.572
2016	Aziende del SSR Marche	2	2.982
2016	Aziende del SSR Umbria	3	9.059
2017	Aziende del SSR Puglia	10	38.120
2017	Aziende del SSR Veneto	24	60.279
2017	Aziende del SSR Toscana	8	51.955
2017	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	14	1.863
2018	Aziende del SSR Lombardia (pubblico e privato accreditato)	75	111.349
2019	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	8	19.795
2019	Azienda P.A. Bolzano	1	9.578
2019	Aziende del SSR Veneto	12	58.354
2019	Aziende del SSR Puglia	10	39.252
2019	Aziende del SSR Toscana	10	53.503
2020	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della P.A. di Trento	1	7.983
2021	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	16	1.925
2022	Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea	1	2.047
2023	Aziende del SSR Veneto	13	62.313
2023	Aziende del SSR Toscana	10	56.744
2023	Azienda P.A. Bolzano	1	10.733
2024	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	14	654

Tabella 2. Le indagini di clima organizzativo recentemente promosse dal Laboratorio MeS

I risultati delle indagini di clima organizzativo sono messi a disposizione dei dipendenti con modalità definite a livello regionale.

La rappresentazione dei risultati

Fin dal 2008 è stato predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende sanitarie. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al Network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e di condivisione tra gli attori dello stesso. Dal 2010 il report è pubblico, fruibile da tutti gli stakeholder, cittadini e utenti compresi. I risultati sono pubblicamente consultabili all'indirizzo www.performance.santannapisa.it, previa registrazione.

La presente pubblicazione riporta – per ragioni di economia di stampa – i soli indicatori a cui è attribuita una valutazione. Gli indicatori di osservazione sono comunque consultabili all'indirizzo www.performance.santannapisa.it. Inoltre, dall'edizione di quest'anno, per migliorare la leggibilità e la funzionalità del report e per ridurre l'impatto sull'ambiente, i profili delle aziende e i pentagrammi di area delle Regioni del Network, insieme alla bibliografia, saranno disponibili esclusivamente nel report digitale, scaricabile dalla sezione download della piattaforma.

La restituzione dei risultati si avvale di un ampio ventaglio di soluzioni grafiche, per un'immediata rappresentazione delle performance a confronto:

- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una **cartina** e da **due istogrammi**: la cartina restituisce la valutazione 2023 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento) del livello regionale; il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il trend rispetto agli anni precedenti (2020-2022); il secondo mostra tutte le Aziende del Network a confronto, raggruppate per Regione (vedi figura 2). Per ogni indicatore viene, inoltre, riportato un QR code (Quick Response Code): inquadrandolo con il proprio dispositivo mobile o cliccando su di esso (nella versione in pdf), è possibile recuperare le tabelle con i valori dell'indicatore e dei relativi numeratori e denominatori;

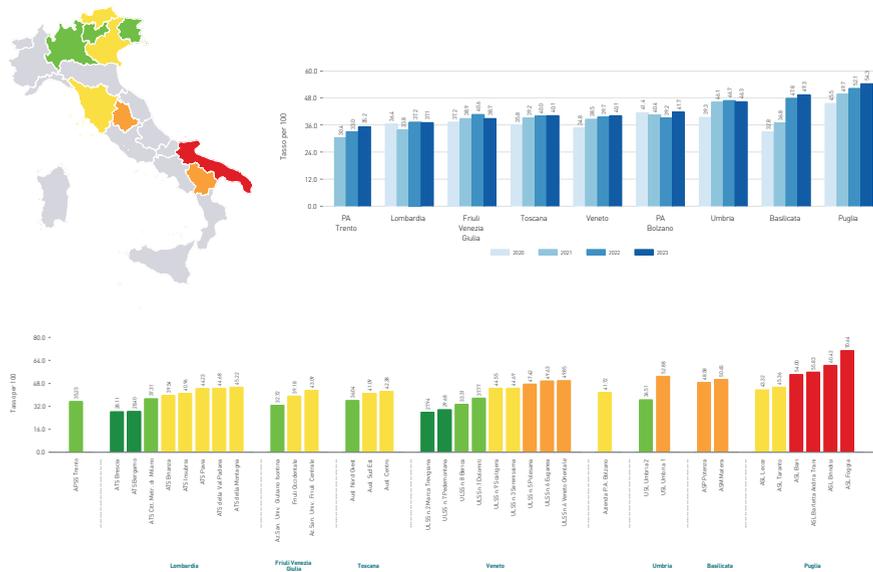


Figura 2. Mappa, istogramma trend e istogramma Aziende

- per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati regionali, provinciali e aziendali, gli indicatori compositi sono inoltre riportati in una rappresentazione a **"bersaglio"** (figura 3). Il bersaglio offre una rappresentazione semplice e chiara, che è diventata il simbolo del sistema di valutazione del Laboratorio MeS. Il bersaglio infatti è in grado di evidenziare con immediatezza lo stato dell'arte della performance dell'azienda o soggetto analizzato e ha in sé una valenza positiva: l'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse aree avrà i propri risultati riportati vicino al centro, in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più esterne. Lo schema del bersaglio permette di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Province/

Aziende considerate; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo profuso da ciascuna Regione/Provincia/Azienda per migliorare la performance da un anno all'altro;

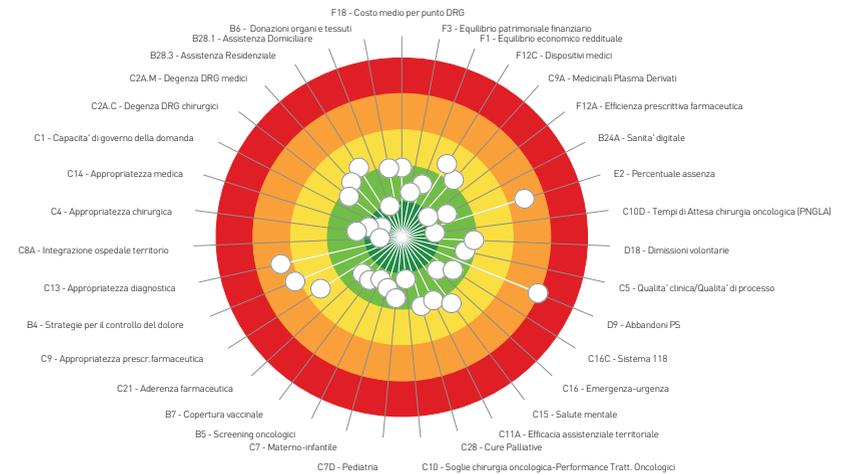


Figura 3. Il bersaglio

- per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene corredato da una **sintesi di miglioramento** (vedi figura 4) che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2022 e il 2023, mostrando – nel caso in cui siano disponibili almeno 10 indicatori (di valutazione) – la percentuale di questi migliorati, peggiorati o stabili (in un intorno compreso tra +1% e -1%);

Numero indicatori di valutazione: 86

Indicatori Migliorati ↑ 36.0 % Indicatori Stabili = 9.3 % Indicatori Peggiorati ↓ 54.7 %

Figura 4. Sintesi di miglioramento

- di fianco al bersaglio è stata introdotta, dallo scorso anno, una **scheda di sintesi** (vedi figura 5) che riporta informazioni di contesto. La scheda di sintesi illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello

regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere. Nel dettaglio è possibile visualizzare indicatori demografici e di salute; indicatori dell'attività sanitaria (ad esempio ricoveri in mobilità attiva); indicatori relativi al personale (ad esempio il numero di medici per residenti o il numero dei medici per posto letto a livello aziendale); e indicatori di spesa e di scelte strategico-organizzative (ad esempio spesa farmaceutica convenzionata o esternalizzazione dei servizi). Nella scheda è poi contenuta una sintesi della dimensione di regioni e aziende, a seconda del livello di analisi preso in considerazione, che offre la possibilità di meglio contestualizzare le proporzioni di queste organizzazioni (come ad esempio popolazione di riferimento, numero di posti letto). Le schede possono aiutare nell'interpretazione dei risultati ed eventualmente supportare nella selezione delle realtà da confrontare. Nella scheda regionale il pallino colorato in arancione rappresenta il valore dell'indicatore per la regione oggetto di rappresentazione mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre regioni del network (vedi Figura 5) o tutte le regioni per il confronto sugli indicatori demografici e di salute rilevati da statistiche nazionali. Nelle schede delle aziende territoriali il pallino colorato rappresenta il valore dell'indicatore per l'Azienda territoriale selezionata mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre Aziende territoriali delle regioni del network. Nelle schede delle Aziende Ospedaliere (AO) il pallino colorato rappresenta il valore dell'indicatore per l'azienda selezionata mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre AO del network;

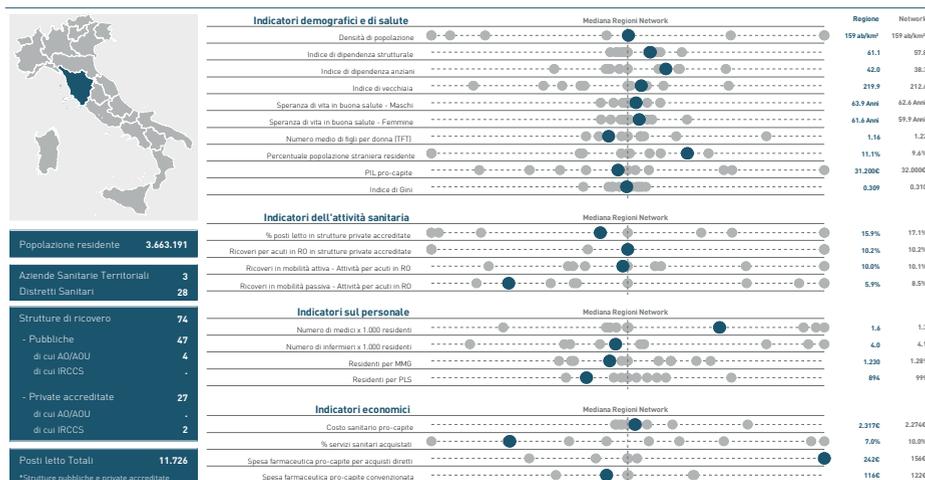


Figura 5. Scheda di sintesi regionale

- il bersaglio fornisce una buona sintesi della performance complessiva regionale e aziendale ma difficilmente aiuta a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, lungo il percorso di cura. A tal fine, la rappresentazione dei risultati viene proposta anche attraverso una prospettiva di **percorso**. L'obiettivo è quello di focalizzare l'attenzione non sul soggetto erogatore dei servizi ma sull'utente a cui sono rivolti. Sono cinque i percorsi individuati: materno infantile, oncologico, cronicità, salute mentale ed emergenza-urgenza. Le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase del percorso sono riportati nelle tabelle 3a-3e. Evocando la metafora della "musica suonata a favore del paziente", i percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma - anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione - articolato nelle diverse fasi (le "battute"): le "note" riproducono i singoli indicatori. In questa soluzione grafica, vengono riportati esclusivamente gli indicatori cui sia attribuita una valutazione; quelli "di osservazione" inclusi nei quattro percorsi sono comunque consultabili su web, all'indirizzo www.performance.santannapisa.it. Nella logica del superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi assistenziali, i pentagrammi sono realizzati non solo a livello regionale ma anche a livello infra-regionale: ogni area considerata tendenzialmente riproduce i confini geografici delle Aziende territoriali e per ciascuna area sono riportati i risultati dei diversi erogatori che geograficamente insistono su di essa, nell'ottica di una loro co-responsabilizzazione nella presa in carico complessiva del bisogno di salute (vedi figura 6). La modalità rappresentativa del pentagramma consente, quindi, una visualizzazione dei risultati che, congiuntamente, permea i confini dei setting assistenziali (verso una valutazione del percorso complessivo) e valorizza il contributo dei singoli provider rispetto al conseguimento del risultato complessivo (Nuti et al., 2018).

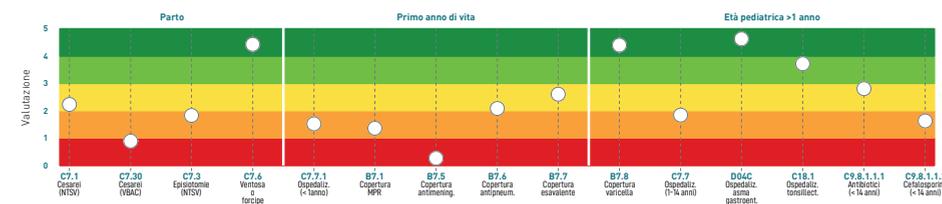


Figura 6. Un esempio di pentagramma regionale e di area del percorso materno infantile

Tabella 3a. I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO MATERNO INFANTILE	
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)
C7.30	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
<hr/>	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)
B7.1	Copertura per vaccino MPR
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico
B7.7	Copertura per vaccino esavalente
<hr/>	
B7.8	Copertura vaccinale varicella
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica

Tabella 3b. I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO CRONICITÀ	
A10.1.1	Percentuale di sedentari
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso
A10.4.1	Percentuale di fumatori
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)
<hr/>	
B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)
PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)
PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)
PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)
PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)
PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)
PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)
C21.2.4	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione
C21.2.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEi o ARB o ARNI (90-180 giorni)
C21.3.4	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti (90-180 giorni)
C21.3.5	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antiaggreganti (90-180 giorni)
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)
<hr/>	
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Tabella 3c. I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO ONCOLOGICO			
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	Screening	
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico		
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)		
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale		
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale		
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	Diagnosi	
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Trattamento	
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata		
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon		
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto		
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone		
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero		
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma		
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide		
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui		
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata		
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella		
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella		
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella		
PDTA06.1	Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)		
PDTA06.2	Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)		
PDTA06.3	Radioterapia complementare (PDTA Mammella)		
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella		Follow-up
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative		Fine Vita
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni		
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg		
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg		

Tabella 3d. I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO EMERGENZA-URGENZA		
C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)	Accesso
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	Triage
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	
C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	
C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Percorso
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	

Tabella 3e. I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO SALUTE MENTALE		
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	Attività territoriale
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Trattamenti ospedalieri
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	
C15A.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	Continuità
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Efficacia presa in carico
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	

- per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono affiancate, come di consueto, le relative **mappe di performance** (vedi figura 7). Ciascuna di esse include tutti gli indicatori di valutazione di ogni percorso e riporta, per ogni indicatore, la performance dello stesso nell'anno in corso e la sua variazione rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance, il trend (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolato, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2023-2022, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre Regioni – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione attribuito a ciascun indicatore nell'anno 2023. Si possono, quindi, individuare quattro quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio di 2,5: se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta un'ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2022 e il 2023. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2022 e il 2023 ma che il suo livello di performance 2023 ancora non può essere ritenuto soddisfacente. Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2023, ma registra un trend di peggioramento e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, la sua valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con trend in peggioramento.

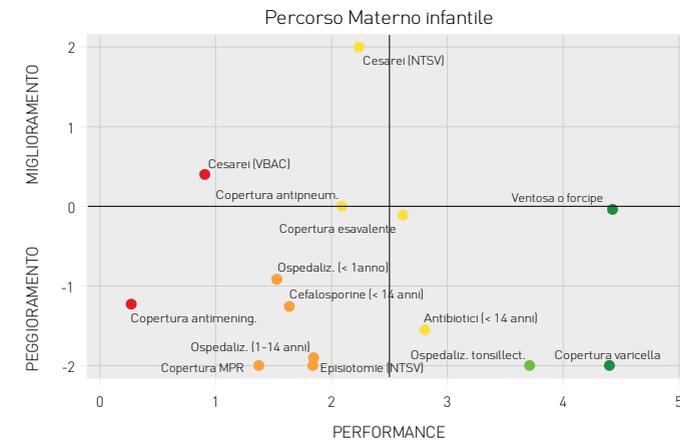


Figura 7. Un esempio di mappa di performance regionale del percorso materno infantile

L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni/Province, le tecnostutture regionali/provinciali, il gruppo dei professional affiliate e i ricercatori del Laboratorio MeS e della professoressa Milena Vainieri.

I servizi offerti della piattaforma PES (Performance Evaluation System):

- **Accesso al catalogo di tutti gli indicatori del Sistema di Valutazione.** Questa sezione consente di accedere all'elenco di tutti gli indicatori del sistema di valutazione. La ricerca può essere effettuata per anno e livello di calcolo.
- **Accesso a tutti i dati disponibili** per ciascun indicatore, in particolare è possibile visualizzare:
 - La **Struttura ad albero** dove l'indicatore è inserito. Questo permette una navigazione immediata su indicatori che monitorano aspetti diversi dello stesso

- fenomeno;
 - La **Scheda Indicatore** contenente tutte le specifiche necessarie per poter calcolare l'indicatore (fonte, modalità di calcolo, numeratore, denominatore, note, etc.);
 - **Istogrammi della valutazione**, la **variabilità** ed il **trend**, se previsti per l'indicatore selezionato con livello di dettaglio aziendale e di distretto;
 - La **Tabella dei dati scaricabile** in csv, excel e pdf che riporta i dati degli ultimi tre anni dell'indicatore. Sono disponibili il valore, la valutazione, il numeratore, il denominatore, e il criterio di calcolo.
- I **Profili**, elemento di sintesi che illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere (AOU).
 - I **Bersagli**, che offrono un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati. Lo schema permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna.
 - I **Percorsi** utilizzano come strumento di rappresentazione il pentagramma e offrono una lettura, diversa da quella del bersaglio, basata sulla logica del percorso assistenziale in una prospettiva più vicina a quella degli utenti. Nel pentagramma, le note rappresentano gli indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati per fasi, a loro volta rappresentati dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono poi disposti su una delle cinque fasce colorate, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.
 - **Sezione Download**: Qui è possibile scaricare la versione digitale del report attuale e delle edizioni passate. Come detto in precedenza, per migliorare la leggibilità e la funzionalità del report e per ridurre l'impatto sull'ambiente, per questa edizione, i profili delle aziende e i pentagrammi di area delle Regioni del Network, insieme alla bibliografia, saranno disponibili esclusivamente nel report digitale, scaricabile dalla sezione download della piattaforma.
 - **Application Programming Interface (API)** sono lo strumento scelto dal Laboratorio MeS per favorire la consultazione, l'utilizzo e la diffusione dei dati relativi ai sistemi di Valutazione. Questa funzionalità di accesso ai dati, basata sull'utilizzo di Web Service RESTful (URL HTTPS - Hypertext Transfer Protocol Secure) facilita l'accesso al sistema e rende possibile la piena integrazione dei dati all'interno in altri software, gestionali applicazioni o siti web. Tutti i dati sono accessibili tramite "Servizi RESTful": questa tecnologia consente di sviluppare moduli software di tipo B2B e quindi realizzare in modo efficiente ed efficace l'integrazione tra il sistema di valu-

tazione (indicatori, valori, valutazioni, numeratori, denominatori, schede di calcolo, razionale) e i software del controllo di gestione e gli altri strumenti di Business analysis della Regione e delle Aziende. Per poter accedere ai Servizi RESTful è necessario utilizzare l'APIKEY personale attribuita dal sistema nella fase di registrazione.

SCARICA IL TUTORIAL DELLA PIATTAFORMA PES

Per effettuare la scansione del codice QR, è sufficiente scaricare una qualsiasi applicazione da Google play o Apple store, e inquadrare il codice con la fotocamera. L'applicazione aprirà in automatico il contenuto.



2

RISULTATI 2023



Basilicata



Popolazione residente **537.577**

Aziende Sanitarie Territoriali **2**

Distretti Sanitari **6**

Strutture di ricovero **7**

- Pubbliche **7**

di cui AO/AOU **1**

di cui IRCCS **1**

- Private accreditate **.**

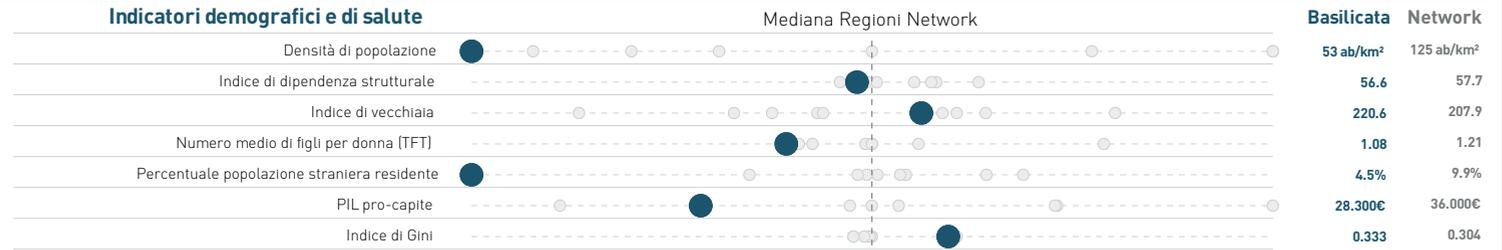
di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

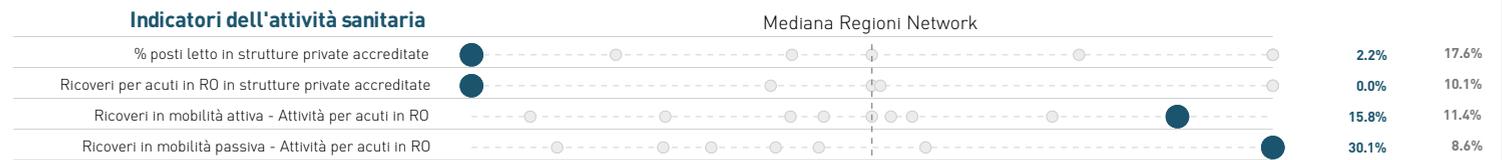
Posti letto Totali **1.851**

*Strutture pubbliche e private accreditate

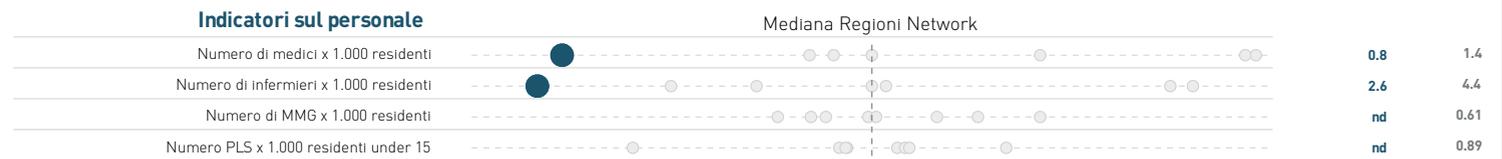
Indicatori demografici e di salute



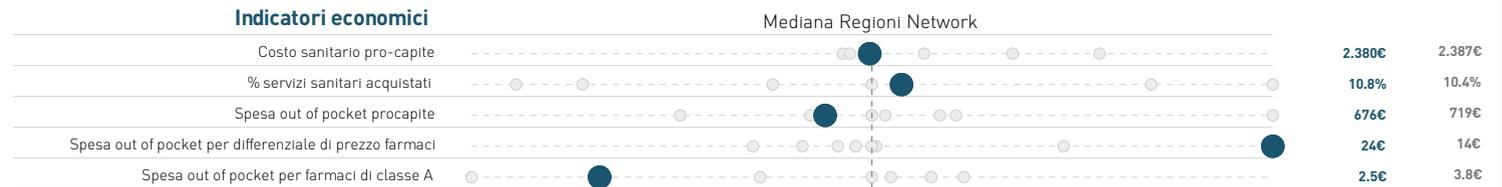
Indicatori dell'attività sanitaria



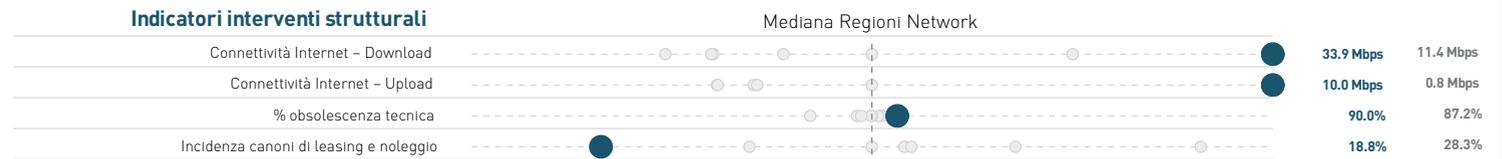
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BASILICATA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario della Regione Basilicata nel 2023. Degli 118 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024 Regione Basilicata presenta una performance complessivamente concentrata nella fascia gialla del bersaglio, seppur non manchino pallini nelle fasce verdone e rossa. In particolare, il 36% migliora rispetto al 2022, il 9,3% rimane stabile e il 54,7% peggiora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali sono così composte: **l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID** e, infine, **l'efficienza**.

Rispetto alla dimensione dell'**efficienza**, gli indicatori relativi all'equilibrio economico reddituale (F1) mostrano un peggioramento rispetto all'anno precedente, da attribuirsi ad un peggioramento significativo dell'equilibrio economico generale (F1.1), mentre mantiene una buona performance seppure con un trend in riduzione l'equilibrio economico sanitario (F1.2). Un ulteriore indicatore importante per la valutazione dell'efficienza è rappresentato dalla spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale (F103.5), e il rispetto del tetto nazionale posto al 4,4% per il 2023. Sebbene nessuna regione rispetti il tetto di spesa, Regione Basilicata registra la seconda miglior performance. Il costo medio per punto DRG (F18.1) presenta invece una performance nella media, di cui si attenziona un trend in aumento. Un'altra porzione importante della dimensione dell'efficienza è rappresentata dalla prescrizione e utilizzo di molecole a brevetto scaduto (F12A.14), che a parità di efficacia clinica consente un notevole risparmio in termini di spesa per i pazienti, per cui si registra una performance ottima.

Nella dimensione della **qualità e sicurezza** delle cure, l'indicatore che misura la percentuale di pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (H13C), riflette la capacità del sistema ospedaliero di rispondere tempestivamente al bisogno di assistenza. Regione Basilicata presenta la peggior performance per il 2023, con un trend in diminuzione rispetto al 2022. Relativamente alla percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero ospedaliero, considerato come indicatore di qualità percepita, si evidenzia una performance scarsa, con un trend in aumento rispetto al 2022. Rispetto alla valutazione dell'attività di ricerca, risulta da attenzionare il Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici nelle aziende Ospedaliere Universitarie (B15.1.1A), mentre mantiene una ottima performance la percentuale di dirigenti medici produttivi (B15.2.1A).

Relativamente alla dimensione dell'**assistenza sociosanitaria**, gli indicatori sono stati interpretati secondo la logica dell'integrazione tra ospedale e territorio e dell'appropriatezza prescrittiva. Relativamente all'integrazione ospedale-territorio, l'indice di performance di degenza media per i DRG medici (C2A.M) registra una performance nella media. Rispetto al tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti (C8B.2), la regione si presenta come fanalino di coda con il valore più elevato. La percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti over65 (C14.4) presenta criticità per l'anno 2023, sebbene vi sia una diminuzione del valore rispetto allo scorso anno. L'appropriatezza prescrittiva presenta complessivamente una valutazione nella norma, seppure con alcune classi di farmaci che necessitano di una maggiore attenzione. Tra questi, si ritrovano il consumo di antibiotici in età pediatrica (C9.8.1.1.1) e sul territorio (C9.8.1.1) che presentano una performance nella norma ma un trend in aumento da monitorare, ed una maggiore problematica rilevata per il consumo di inibitori di pompa protonica (C9.1) e per il consumo di cefalosporine in età pediatrica (C9.8.1.1.2).

All'interno della dimensione relativa alla **responsiveness** si evidenzia il rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica, dove si registrano criticità. Nel dettaglio la regione si attesta come fanalino di coda nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero, alla tiroide, al retto, al colon, e melanoma. Performance ancora critica per il tumore alla prostata e nella norma per il tumore alla mammella. Ottima invece la performance per il tumore al polmone.

La penultima dimensione analizzata è rappresentata da quella dei percorsi **clinico-assistenziali**, relativamente ai seguenti percorsi: materno-infantile, cronicità, oncologia, emergenza-urgenza, salute mentale, in cui regione Basilicata mostra risultati tendenzialmente positivi. Il percorso materno-infantile, per l'anno 2023, evidenzia una performance non uniforme lungo le tre fasi. Luci e ombre nella fase del parto: a un'ottima performance relativa alla percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa), che con solo i 2,9% si conferma best practice del network, si contrappone una performance più critica per gli indicatori relativi ai cesari e alle episiotomie. Nella fase relativa al primo anno di vita sono presenti criticità soprattutto relative alle ospedalizzazioni nel primo anno di vita (C7.7.1) e alle coperture vaccinali. Nella fase dell'età pediatrica si evidenzia una buona performance relativa al tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti (proxy dell'appropriatezza). Si registra ancora in aumento, come in tutte le altre Regioni, il consumo di antibiotici in età pediatrica. Il percorso cronicità fa invece registrare criticità diffuse in tutte le fasi, seppure con alcuni indicatori che presentano una performance ottima. In particolare, nella fase di prevenzione rimane critica la percentuale di sedentari (A10.1.1) e di obesi sovrappeso (A10.2.1). Nella fase di trattamento, le criticità riguardano gli indicatori relativi all'aderenza al trattamento con statine (C9.2), mentre si mantiene una ottima performance per il tasso di presa in carico per cure domiciliare per pazienti con CIA>0,13 (B28.2.9A). La fase degli esiti, invece, presenta risultati complessivamente buoni, fatta eccezione la percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare (B28.2.11) e la percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare (B28.2.12) che rimangono critici. Il percorso oncologico risulta sottoperformante e incompleto poiché presenta soltanto le fasi di trattamento e fine vita. La fase relativa al trattamento raffigura molti indicatori nelle fasce più basse del pentagramma (arancione e rossa). Rimane critico il rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica per tutti gli indicatori eccetto il tumore al polmone, per cui si registra invece una performance ottima (C10.4.11). Complessivamente buona invece la performance relativa alla fase del fine vita. Relativamente al percorso emergenza-urgenza, si registra una performance non uniforme lungo le quattro fasi. Rimane critico, nella fase di accesso, l'intervallo allarme target (C16.11) con un tempo di 29 minuti. Rispetto alla fase di triage, si rileva una ottima performance relativa agli accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (C16.1.NA). Buoni risultati anche nella fase di percorso e di ricovero, con Regione Basilicata si conferma best practice per l'indicatore sugli abbandoni in ps (D9), con la percentuale più bassa rilevata per le regioni del Network. Il percorso relativo alla salute mentale risulta scarsamente popolato di indicatori nelle sue tre fasi. Si registra tuttavia una buona performance sul consumo di antidepressivi (D15C) e criticità invece sull'aderenza al trattamento con gli stessi (C9.9.1.1). Criticità rilevate anche per il tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni (C15A.7), che presenta un incremento significativo (+48) rispetto al 2022.

L'ultima dimensione analizzata è quella relativa alle **sfide post-covid**, che sono ulteriormente suddivise in due sotto-sfide: quella del personale e quella della assistenza territoriale e domiciliare. Relativamente alla sfida del personale, sono presenti criticità rispetto alla percentuale di assenza, con un incremento del 3% rispetto al 2022, e per l'indice di soffitto di cristallo in cui la regione è fanalino di coda. L'ultima sfida, quella relativa all'assistenza, presenta invece maggiore variabilità in termini di risultati ottenuti. La regione presenta infatti criticità rispetto alla percentuale di anziani con almeno un accesso per cure domiciliari (B28.1.1) e alla percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (B28.2.5).

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

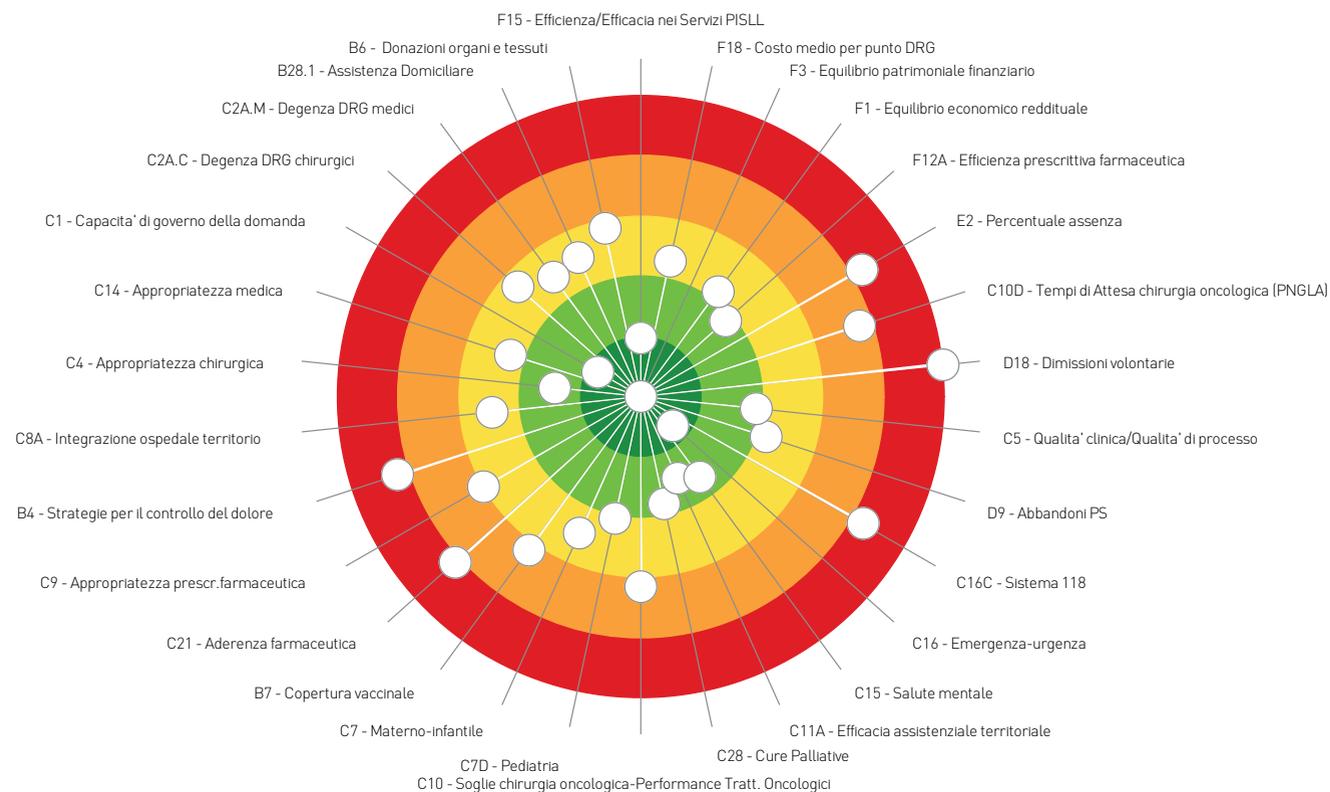
Numero indicatori di valutazione: 86

Indicatori Migliorati ↑
36.0 %

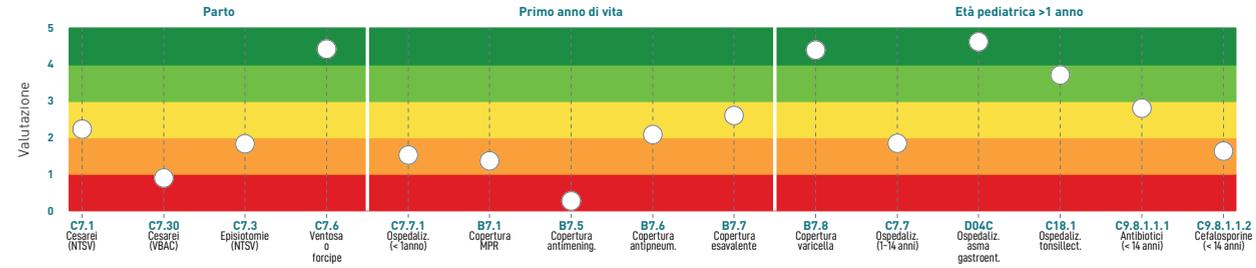
Indicatori Stabili =
9.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
54.7 %

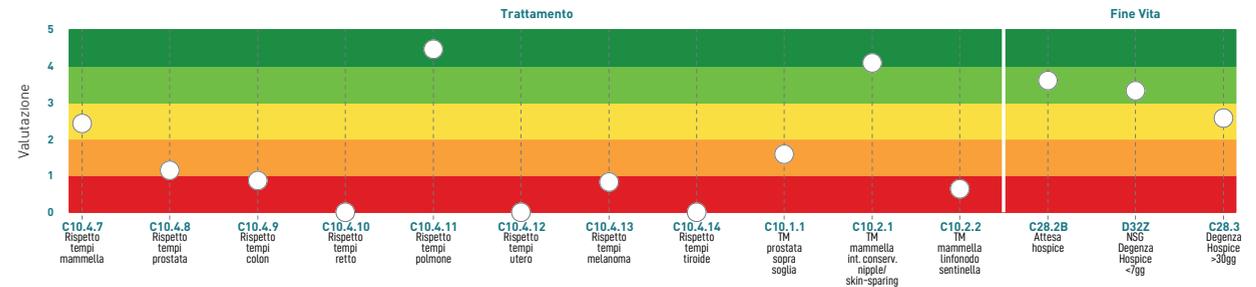
Valutazione della performance 2023



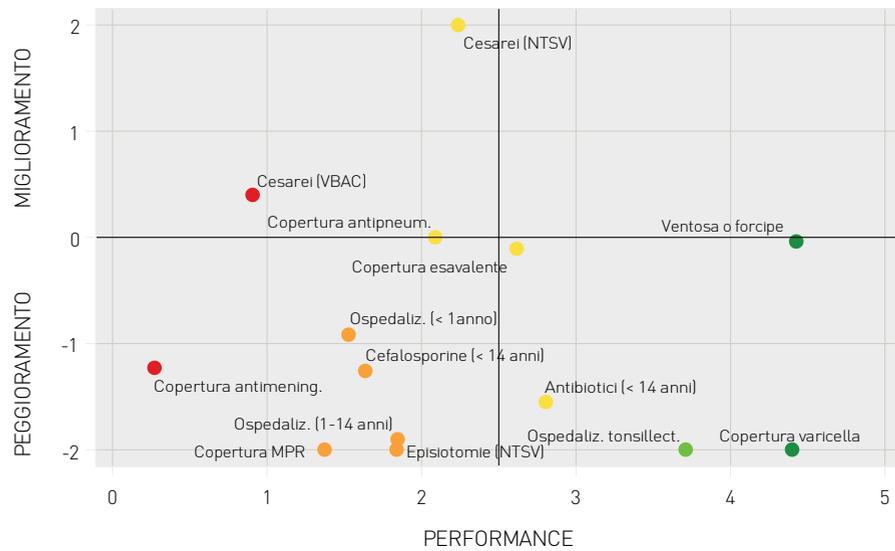
PERCORSO MATERNO INFANTILE



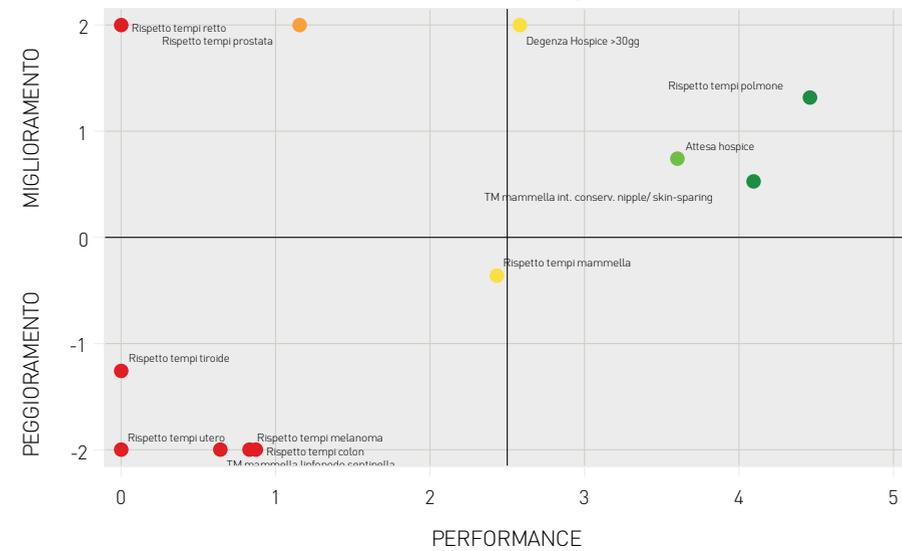
PERCORSO ONCOLOGICO

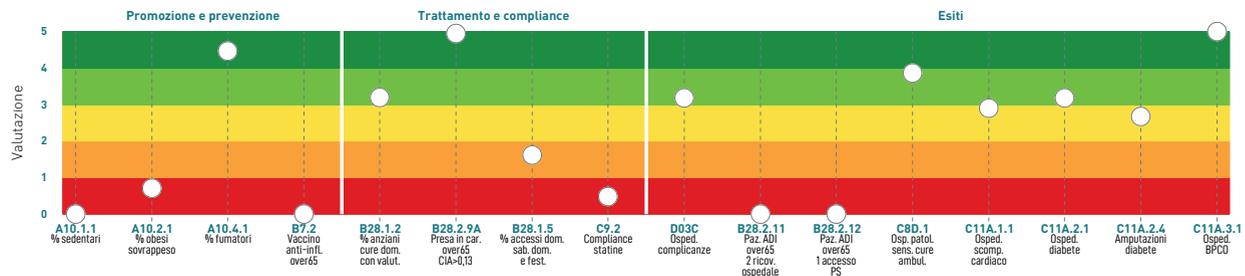


Percorso Materno infantile

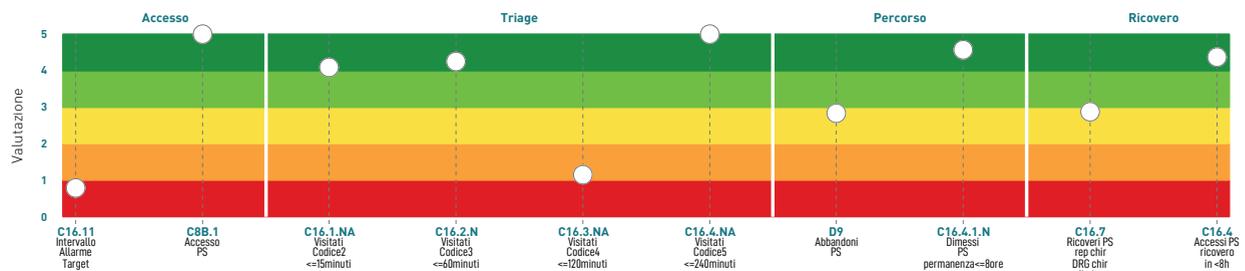


Percorso Oncologico

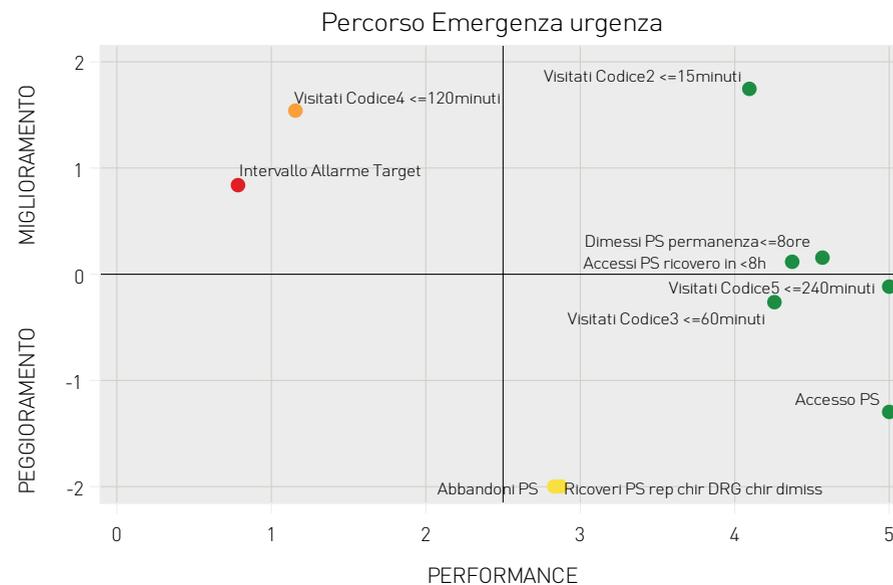
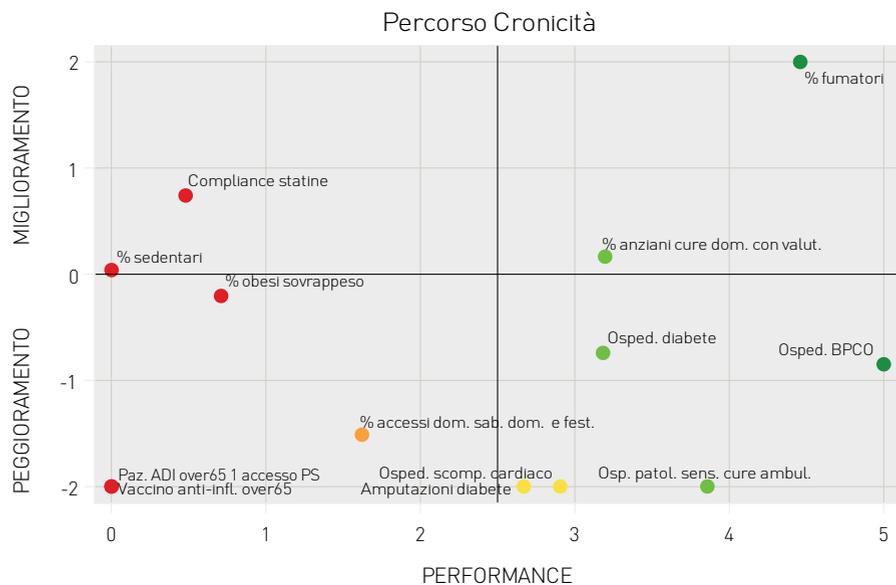




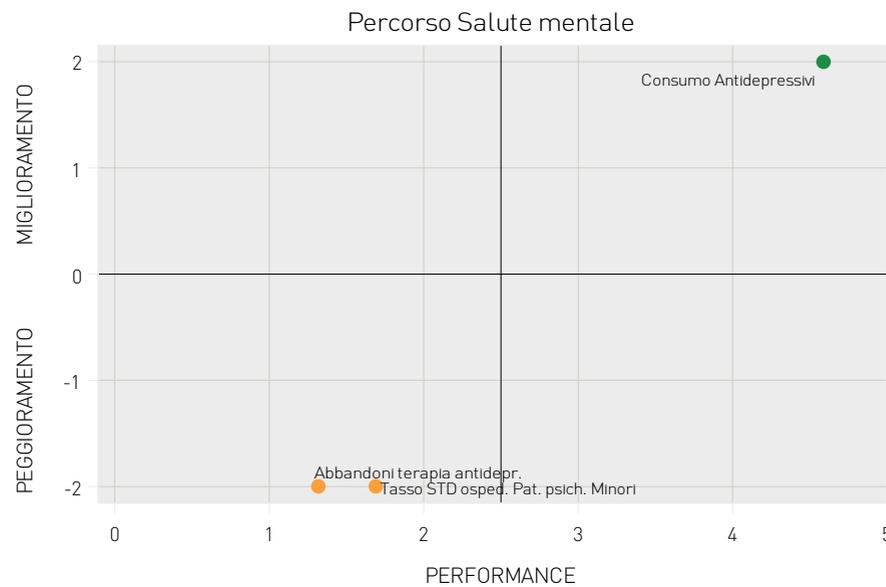
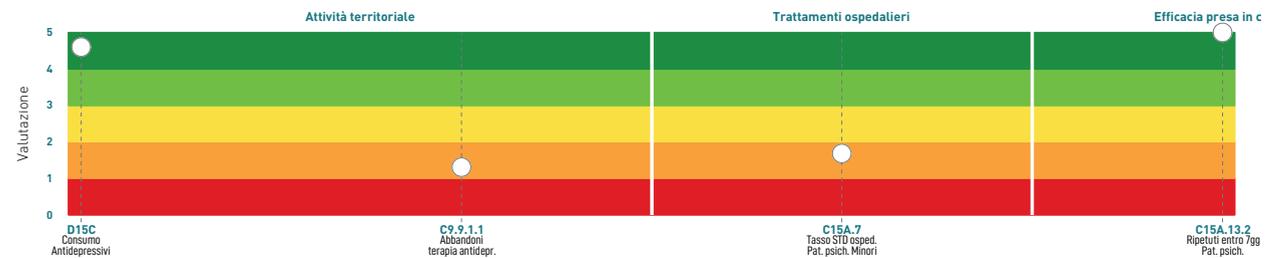
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE BASILICATA





ASP POTENZA

Profilo azienda

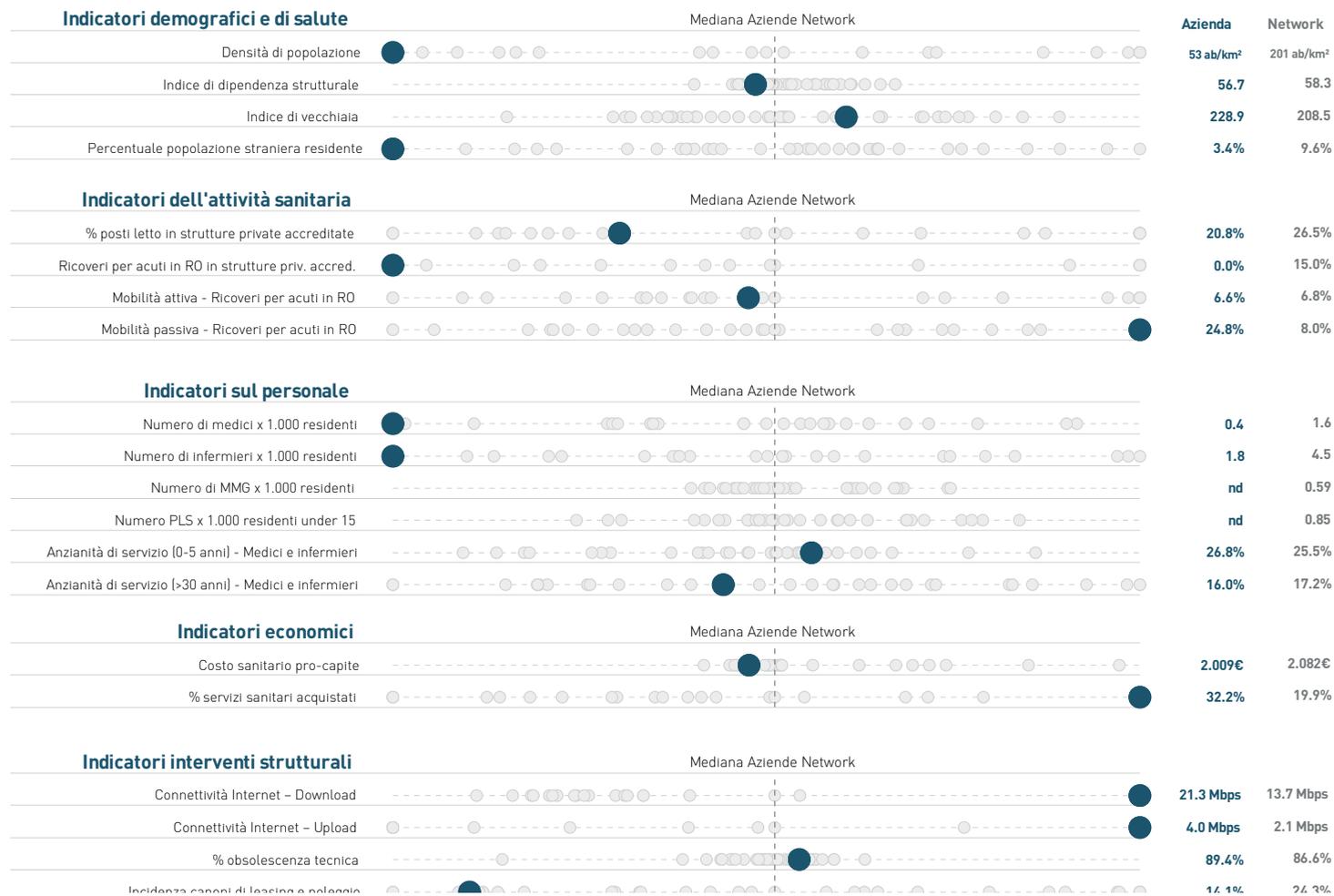


Popolazione residente **346.475**

Distretti Sanitari **4**

Stabillimenti
 - Pubblici
 - Privati accreditati

Posti letto **192**
 *Strutture pubbliche e private accreditate



ASP POTENZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 50

Indicatori Migliorati ↑

38.0 %

Indicatori Stabili =

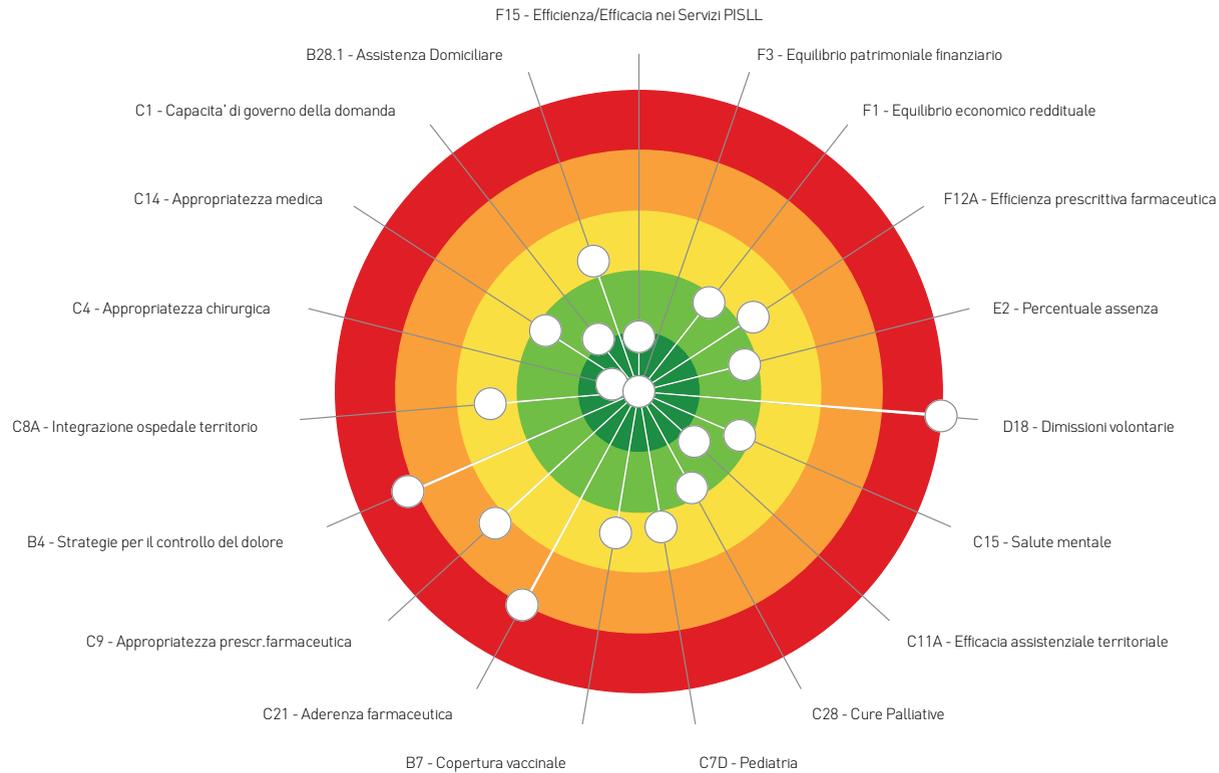
8.0 %

Indicatori Peggiorati ↓

54.0 %

A10
Stili di vita (PASSI)

Valutazione della Performance 2023



AO S. CARLO

Profilo azienda



Posti letto	1.001
- Degenza Ordinaria	931
- Day Hospital/Day surgery	70
Dimissioni totali	40.118
Giornate di degenza ordin.	219.399
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	100.105
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.350



AO S. CARLO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

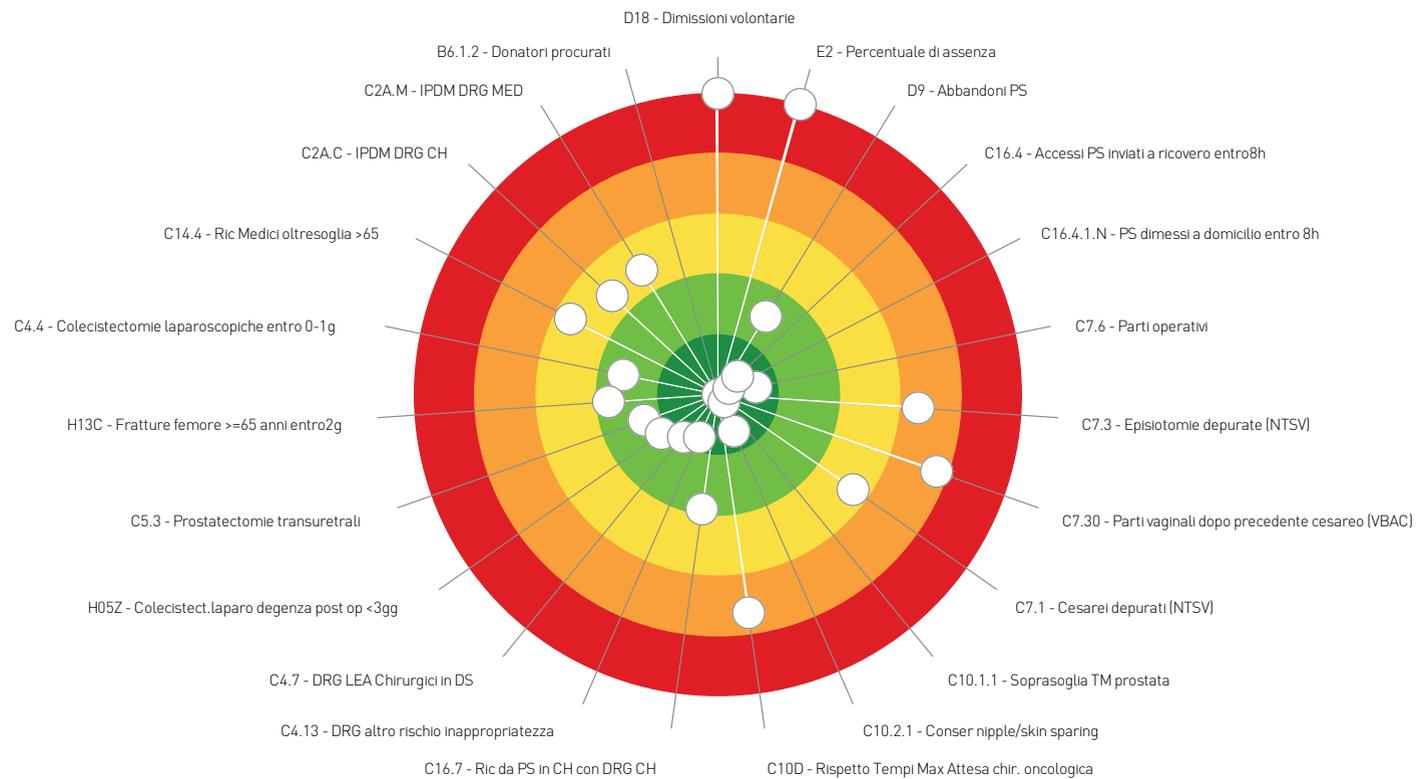
Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑
44,4 %

Indicatori Stabili =
13,9 %

Indicatori Peggiorati ↓
41,7 %

Valutazione della Performance 2023



IRCCS CROB RIONERO

Profilo azienda



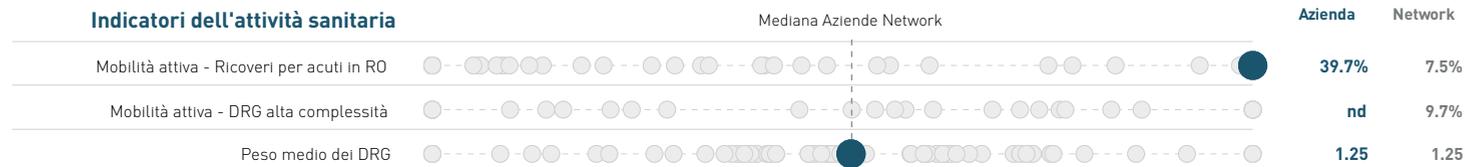
Posti letto	80
- Degenza Ordinaria	64
- Day Hospital/Day surgery	16

Dimissioni totali	5.179
Giornate di degenza ordin.	11.889

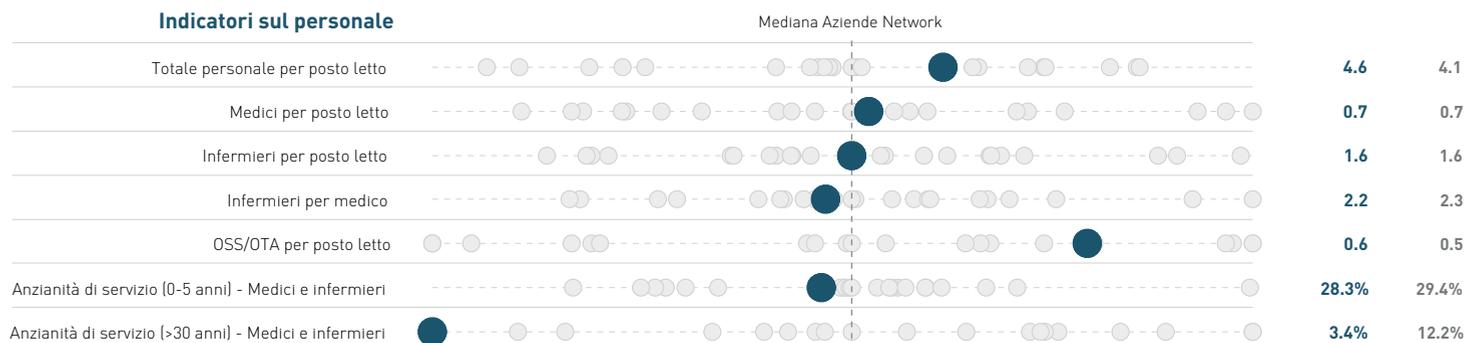
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.

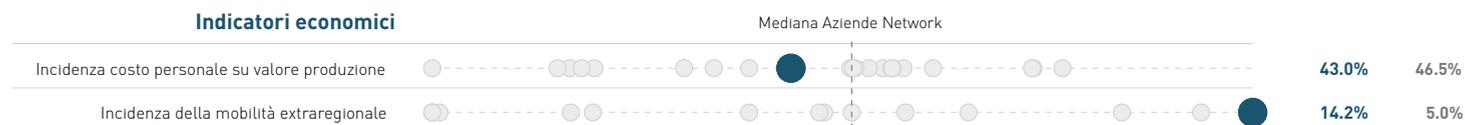
Indicatori dell'attività sanitaria



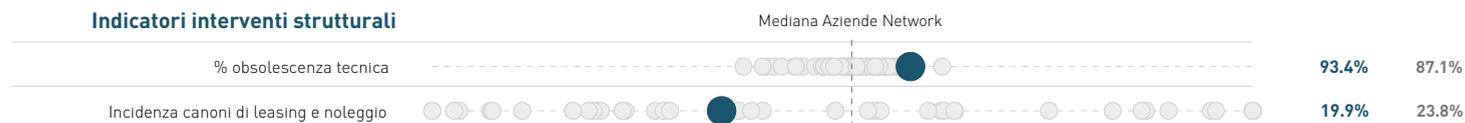
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



IRCCS CROB RIONERO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

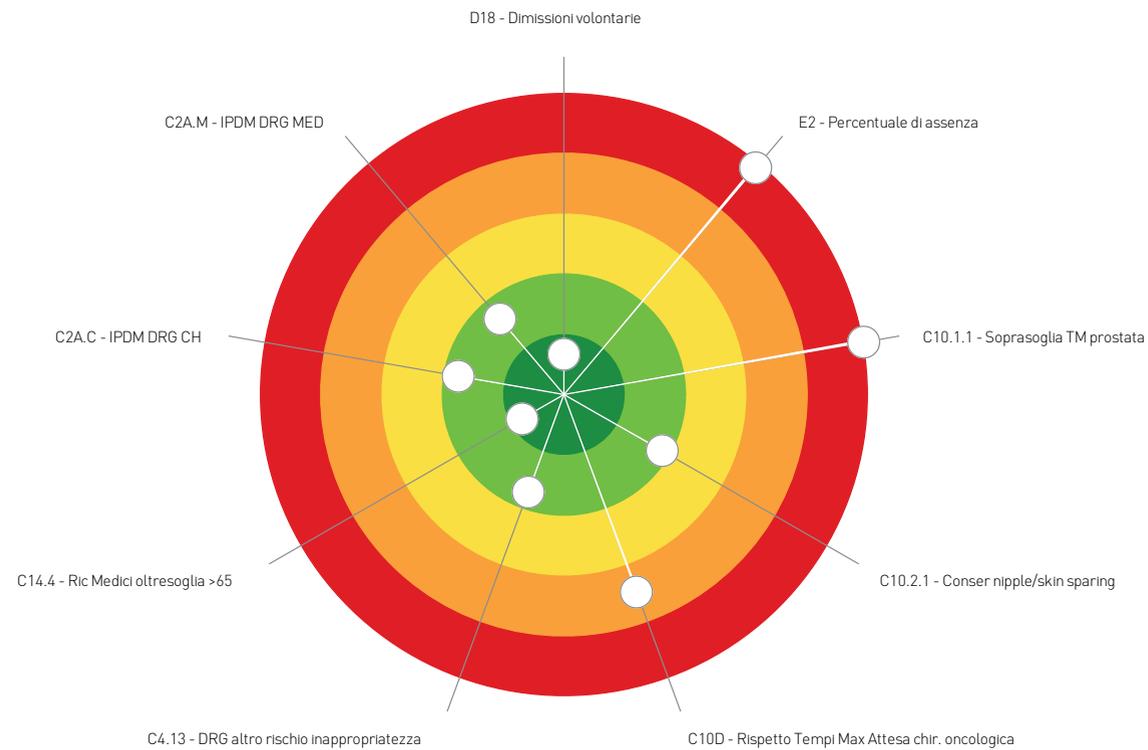
Numero indicatori di valutazione: 21

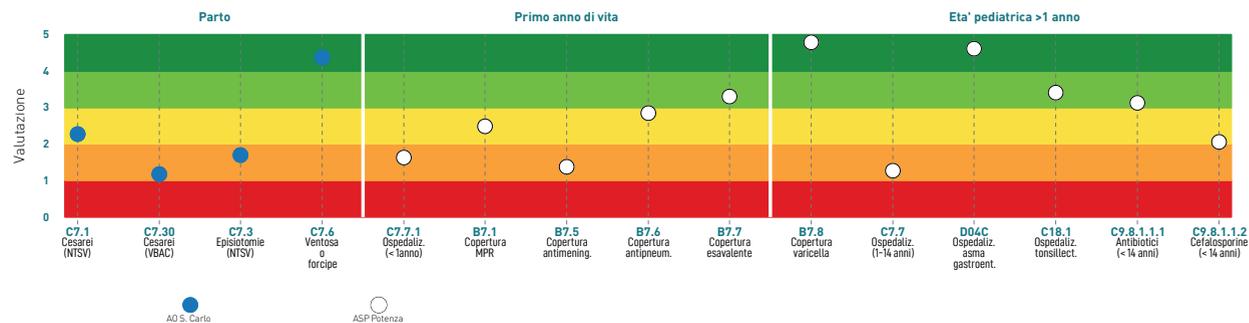
Indicatori Migliorati ↑
42.9 %

Indicatori Stabili =
4.8 %

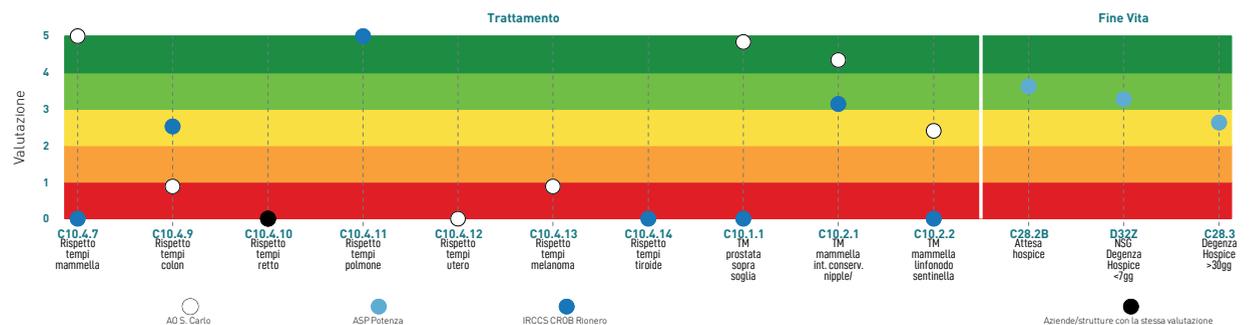
Indicatori Peggiorati ↓
52.4 %

Valutazione della Performance 2023

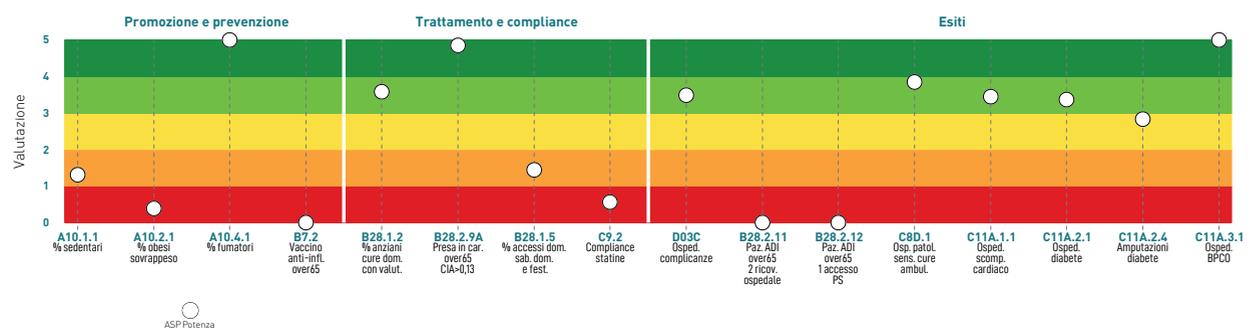




PERCORSO MATERNO INFANTILE

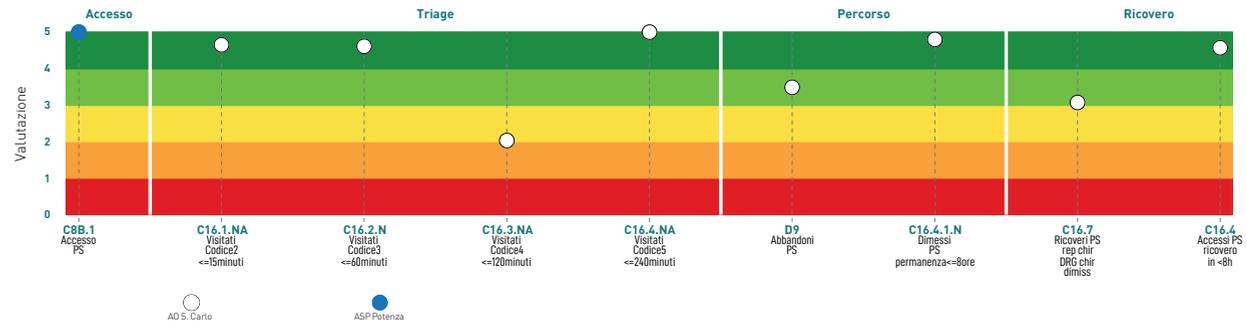


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

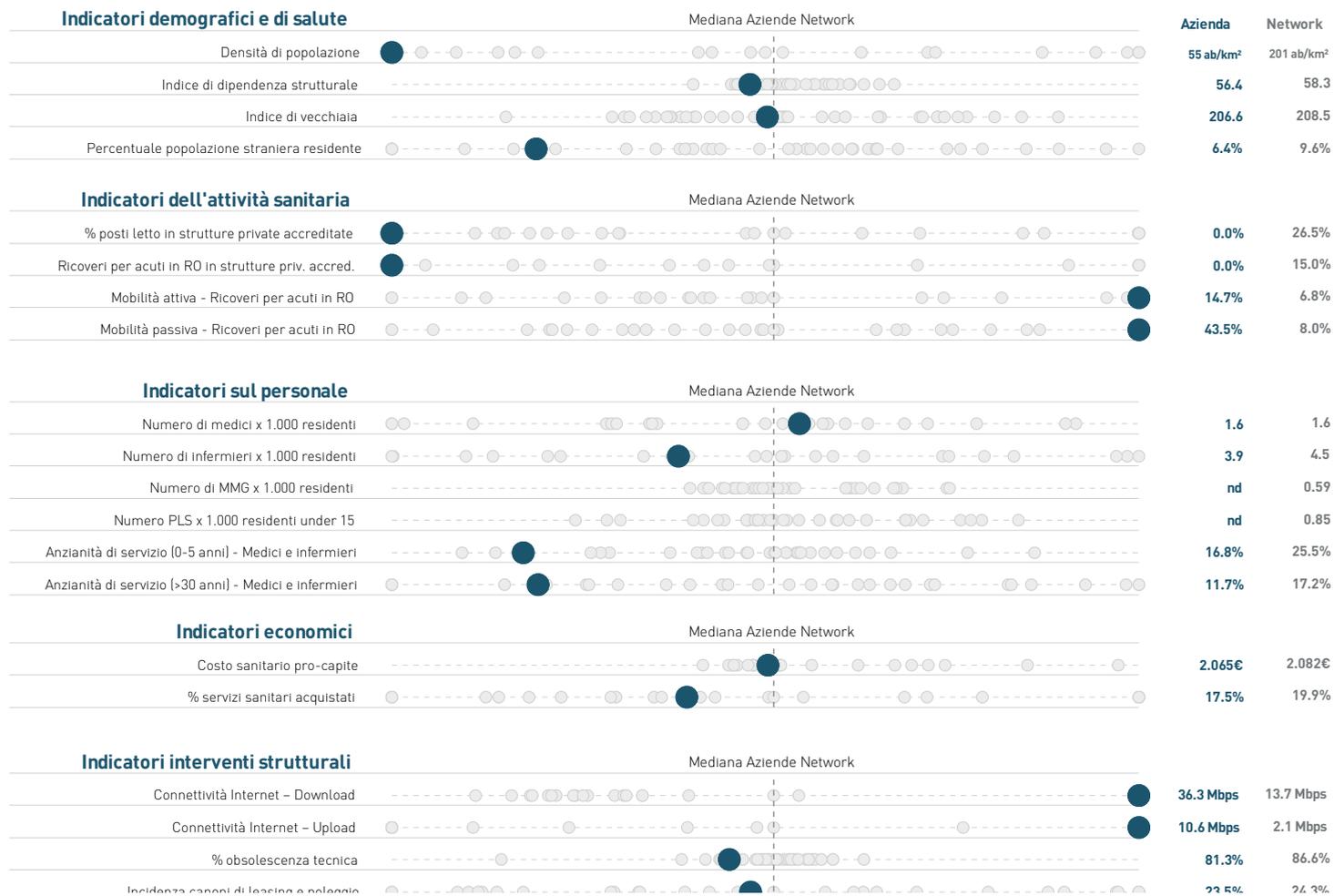


ASM MATERA

Profilo azienda



Popolazione residente	191.102
Distretti Sanitari	2
Stablimenti	2
- Pubblici	2
- Privati accreditati	.
Posti letto	578
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASM MATERA

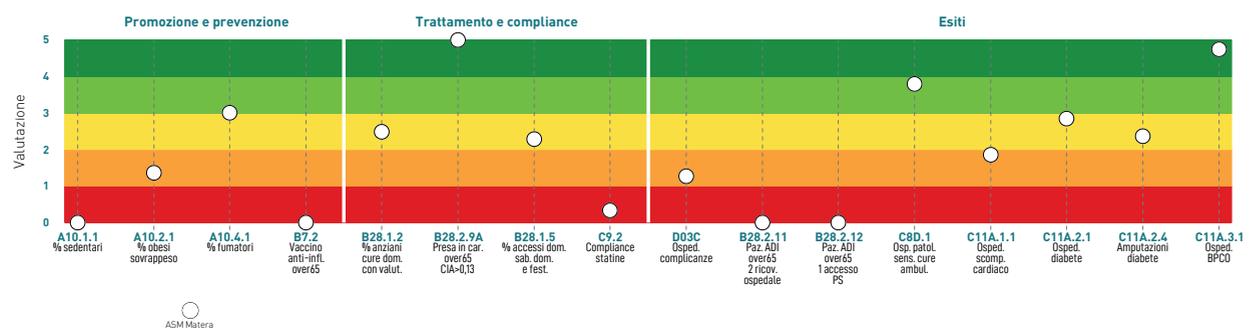
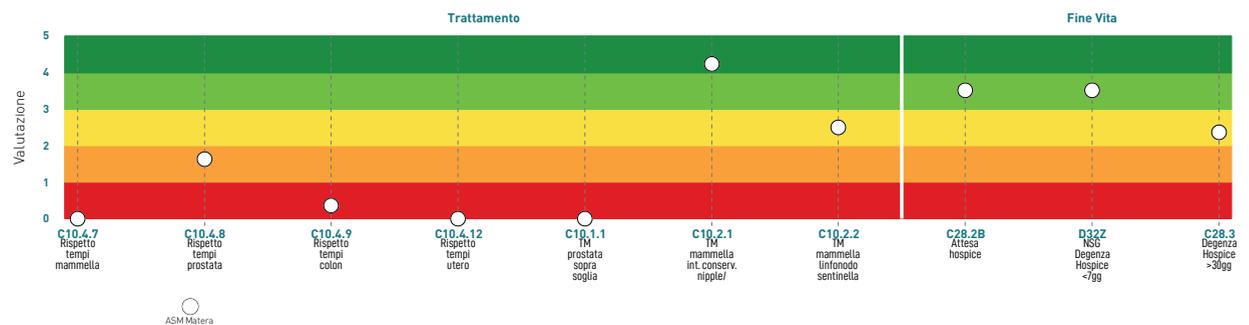
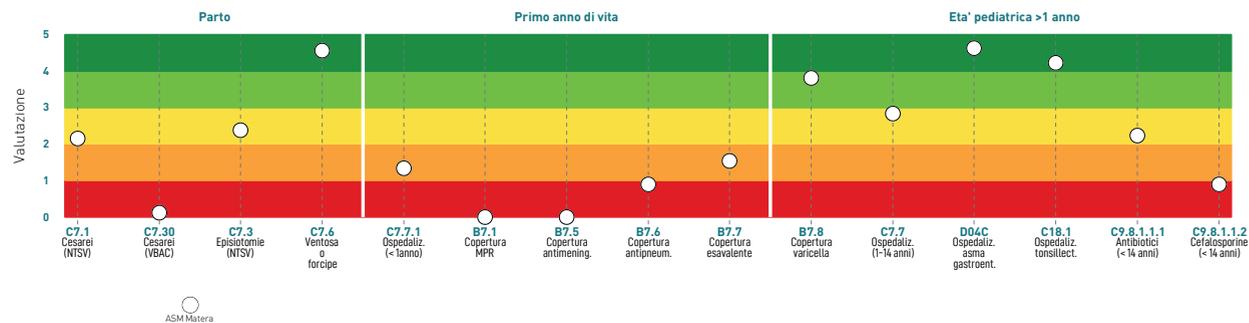
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

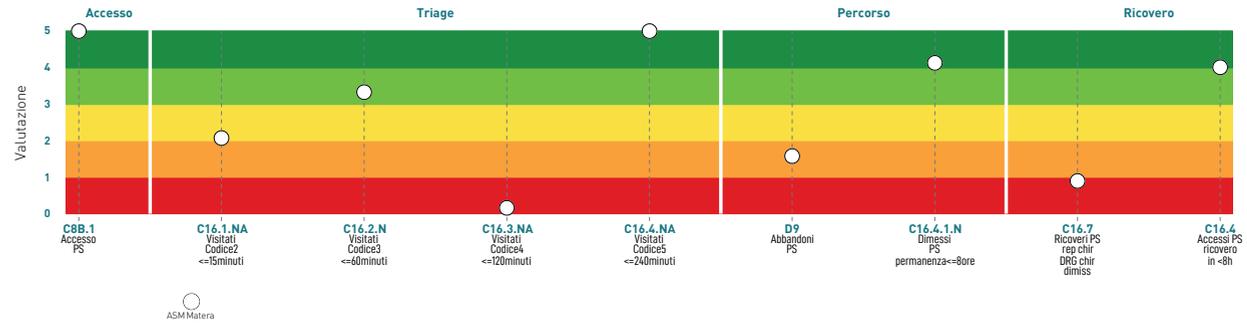


Valutazione della Performance 2023





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



Provincia Autonoma di Bolzano



Popolazione residente **534.147**

Aziende Sanitarie Territoriali **1**

Distretti Sanitari **4**

Strutture di ricovero **18**

- Pubbliche **7**

di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

- Private accreditate **11**

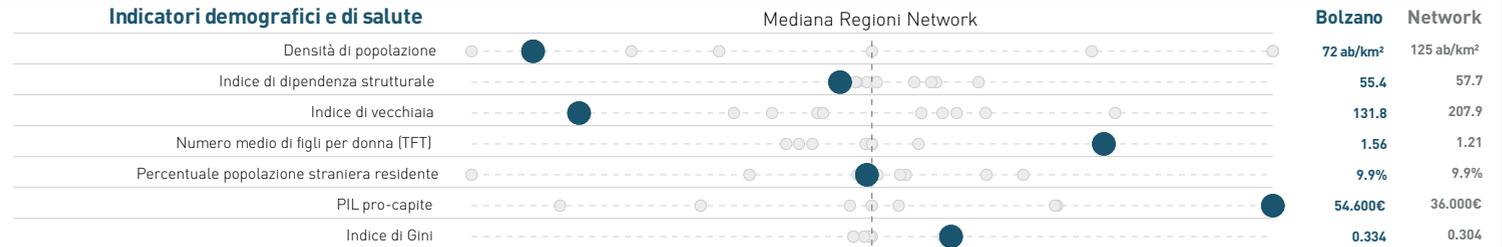
di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

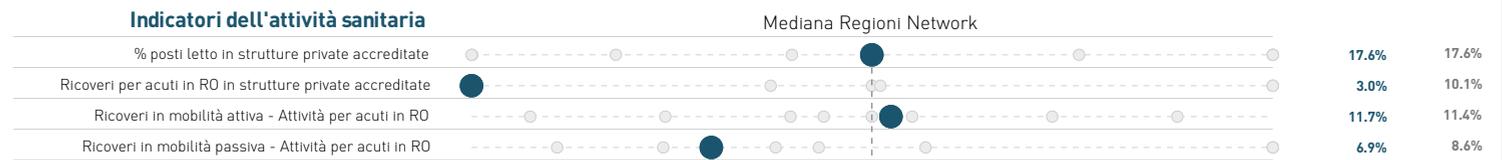
Posti letto Totali **2.097**

*Strutture pubbliche e private accreditate

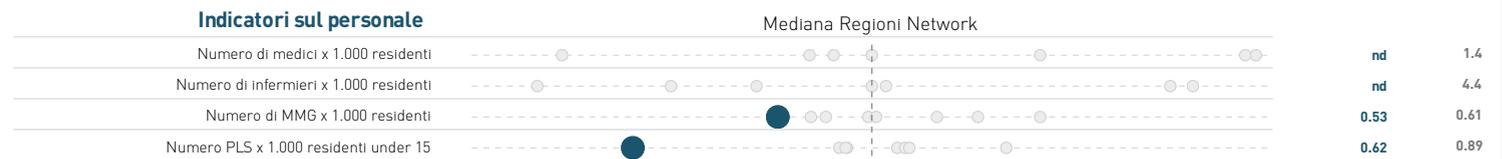
Indicatori demografici e di salute



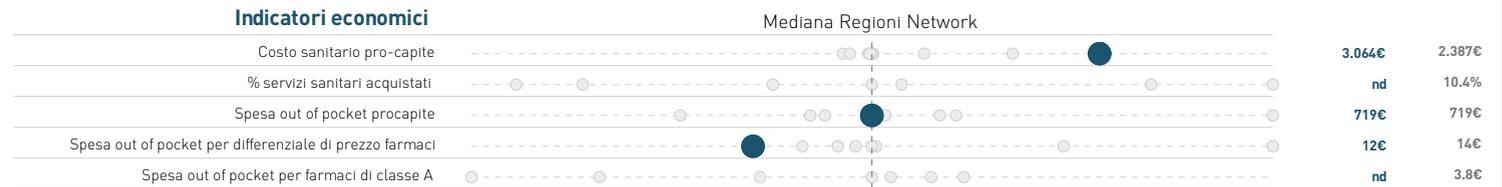
Indicatori dell'attività sanitaria



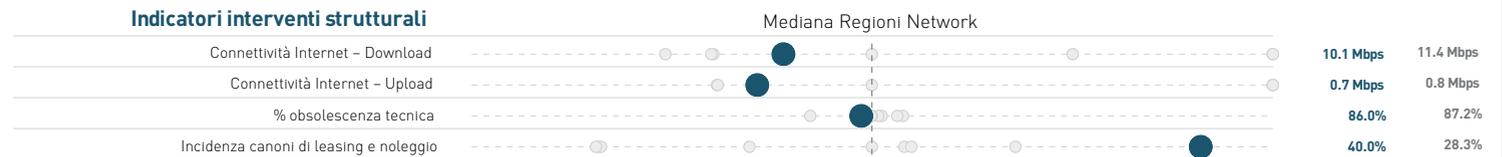
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BOLZANO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Provincia Autonoma di Bolzano. Dei 117 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024 la Provincia Autonoma di Bolzano mostra una performance complessivamente concentrata nelle fasce più interne del bersaglio, seppur con alcuni punti di criticità. In particolare, il 47% peggiora tra il 2022 e il 2023, l'11% resta stabile e il 42% migliora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID** e, infine, **l'efficienza**.

Per quanto riguarda gli indicatori che valutano complessivamente **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, la maggior parte delle misure analizzate presenta buone performance. Tuttavia, emergono alcuni punti di attenzione, in particolare per gli indicatori relativi all'assistenza domiciliare. Nonostante un lieve miglioramento rispetto all'anno precedente, la percentuale di over 65 che hanno avuto almeno un accesso per Cure domiciliari [B28.1.1] rimane in una fascia di valutazione arancione, mentre a livello di prese in carico domiciliari con valutazione multidimensionale dell'assistito [B28.1.2], invece, si posizionano in fascia gialla, mostrando un trend in crescita.

Un aspetto più critico riguarda la percentuale di accessi domiciliari effettuati nei giorni di sabato, domenica e festivi [B28.1.5], un indicatore rilevante del carico assistenziale e dell'organizzazione del percorso domiciliare, che nel 2023 ha registrato un valore di 4,6%. Nonostante alcune criticità, la Provincia Autonoma di Bolzano si distingue come una delle regioni migliori del network per quanto riguarda gli indicatori relativi alla durata media delle degenze mediche [C2A.M], continuando a ridurre il numero medio di giorni di ricovero. Le degenze medie chirurgiche [C2A.C], invece, sono in lieve aumento. L'appropriatezza prescrittiva farmaceutica a livello ospedaliero si conferma molto buona, pur con alcune osservazioni. La valutazione relativa al consumo di antibiotici nei reparti [C9.12] rimane buona, ma si evidenzia un trend di costante aumento a partire dal 2021, con un incremento del 10% rispetto all'anno scorso. Anche le aree relative alla capacità di governo della domanda e dell'appropriatezza medica mostrano buoni risultati, nonostante tassi di ospedalizzazione in crescita. Tuttavia, emerge una criticità significativa nell'ambito dell'appropriatezza diagnostica, in particolare con riferimento alla percentuale di pazienti che ripetono una risonanza magnetica alla colonna vertebrale entro 12 mesi [C13A.2.2.2], che resta in linea (11,4%) con i valori non soddisfacenti dell'anno precedente.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi alla performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la Provincia Autonoma di Bolzano registra risultati generalmente positivi, in particolare nelle diverse fasi del percorso materno-infantile. La performance nella fase del parto è buona, come dimostra l'indicatore sulla percentuale di parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo [C7.30], che si attesta al 33%, una delle migliori rilevazioni del Network. Anche l'indicatore relativo alla percentuale di episiotomie depurate NTSV [C7.3] è in fascia verde, nonostante un aumento di 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

La fase del primo anno di vita, invece, risulta storicamente più critica, con tutte le vaccinazioni posizionate in fascia rossa. Nel percorso della cronicità, si osserva una buona performance nella fase di promozione e prevenzione, con l'eccezione della vaccinazione antinfluenzale per gli over 65. Tuttavia, la fase del trattamento e della compliance, che riguarda la presa in carico a livello territoriale, risulta meno performante, mentre la fase degli esiti (ospedalizzazione) è più variabile. Un miglioramento significativo si rileva nel tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco tra i residenti di età compresa tra 50 e 74 anni [C11A.1.1], che si riduce del 25%, passando da 159 nel 2022 a 118 per 100.000 residenti nel 2023. La Provincia Autonoma di Bolzano si conferma come una best practice all'interno del Network per il tasso di amputazioni maggiori causate da diabete per milione di residenti (valore triennale), a dimostrazione dell'efficacia dei processi di cura multidisciplinari per questi pazienti.

Nel complesso, il percorso oncologico mostra un'eccellente performance, con la maggior parte degli indicatori

nelle fasce più alte del pentagramma. Nella fase dello screening, si osserva un'estensione notevole dello screening colorettrale [B5.3.1], anche se l'adesione, pari al 39% pur in crescita rispetto all'anno precedente rimane inferiore alle aspettative [B5.3.2]. Molto positiva è anche la performance nel rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica in quasi tutte le specialità, un aspetto di grande valore nel panorama del Network, in cui solo poche altre regioni si distinguono allo stesso modo (da segnalare che la Provincia Autonoma di Bolzano è best practice in tutte le specialità, tranne per l'intervento al retto). Infine, nella fase degli esiti, si segnala un miglioramento nell'indicatore relativo ai ricoveri in Hospice per pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con degenza inferiore o uguale a 7 giorni [D32Z], che passa dal 38% nel 2022 al 29% nel 2023, pur rimanendo in fascia arancione. Per quanto concerne il percorso emergenza-urgenza, emergono due criticità legate al Pronto Soccorso. La prima riguarda il tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso, che per la Provincia Autonoma di Bolzano, risulta in costante crescita dal 2021, raggiungendo 426 accessi per 1.000 residenti, valore superiore al periodo pre Covid. La seconda criticità è relativa alla percentuale di accessi con codice di priorità 2 visitati entro 15 minuti [C16.1.NA], che si posiziona in fascia rossa, peggiorando di 10 punti percentuali rispetto all'anno precedente, posizionandosi al 34% nel 2023.

Sul fronte della **qualità e sicurezza delle cure**, gli indicatori di qualità clinica mostrano una buona e stabile performance nella tempestività degli interventi per frattura del collo del femore (H13C), raggiungendo percentuali del 70% (in leggero calo però rispetto allo scorso anno). Stabilmente in fascia gialla la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero [D18], circa 0,8%, in leggero miglioramento rispetto a 0,84% del 2022).

Sul piano dell'**efficienza**, in ulteriore aumento il costo per punto DRG (F18.1), cioè il costo per ricovero pesato per il tipo di intervento, risulta il più alto delle regioni del Network (8.740 euro per punto DRG).

Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le **sfide post-COVID**. Tra le più rilevanti spicca la gestione delle risorse umane. Nel 2022 si è registrato un incremento delle assenze [E2] in tutte le regioni del Network, con un tasso di assenza pari al 13% per la Provincia Autonoma di Bolzano, un aumento di oltre 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Un'altra sfida post-pandemica riguarda la parità di genere, misurata attraverso l'indice di "soffitto di cristallo" [E2B], che evidenzia uno squilibrio (a favore degli uomini) nella rappresentanza nelle posizioni apicali della Provincia Autonoma di Bolzano. Nonostante ciò, l'indicatore si è mantenuto sostanzialmente stabile rispetto al 2022. Un'altra sfida cruciale riguarda il processo di digitalizzazione. La percentuale di cittadini che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei 90 giorni successivi alla disponibilità di una diagnosi [B24C.2C.1], è salita al 19%, rimanendo tuttavia critica. Di gran lunga più positivo è l'utilizzo del FSE da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta [B24C.2C.2], in termini di alimentazione con almeno un documento, con una percentuale che raggiunge il 77%, registrando un incremento di quasi 30 punti percentuali rispetto al 2022.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

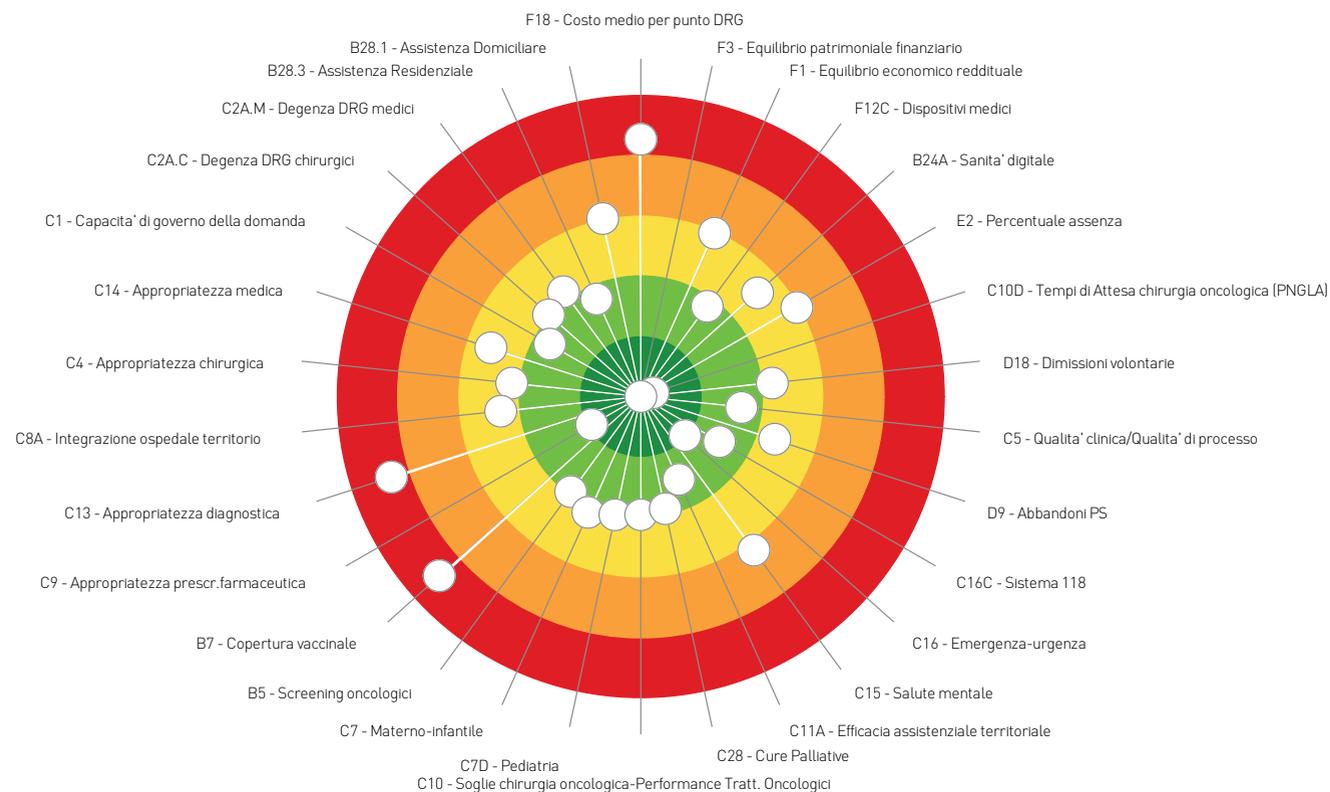
Numero indicatori di valutazione: 117

Indicatori Migliorati ↑
41.9 %

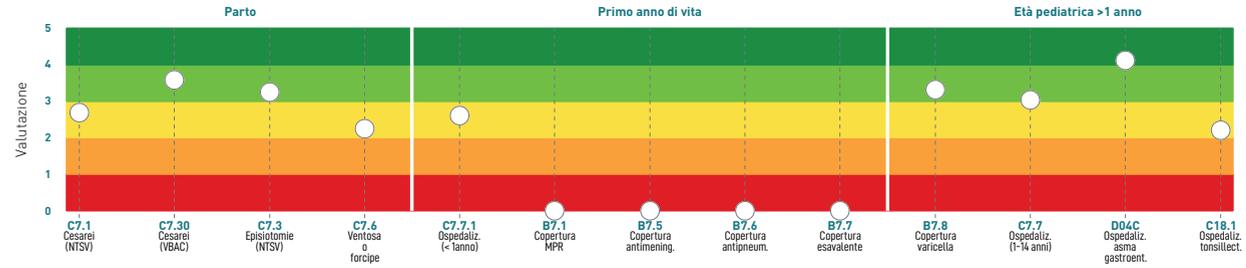
Indicatori Stabili =
11.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
47.0 %

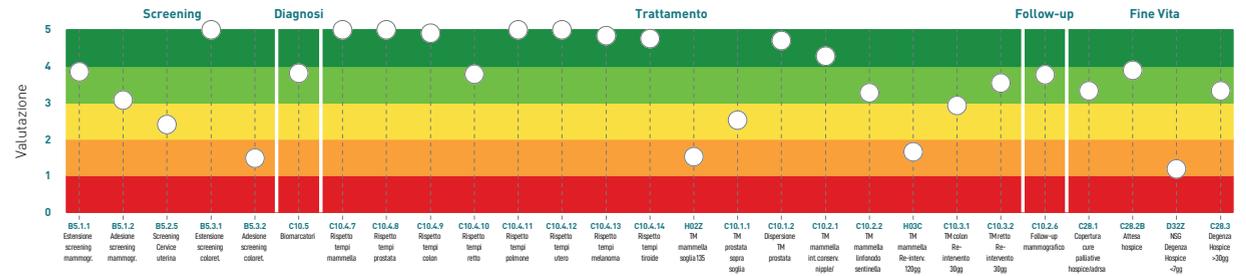
Valutazione della performance 2023



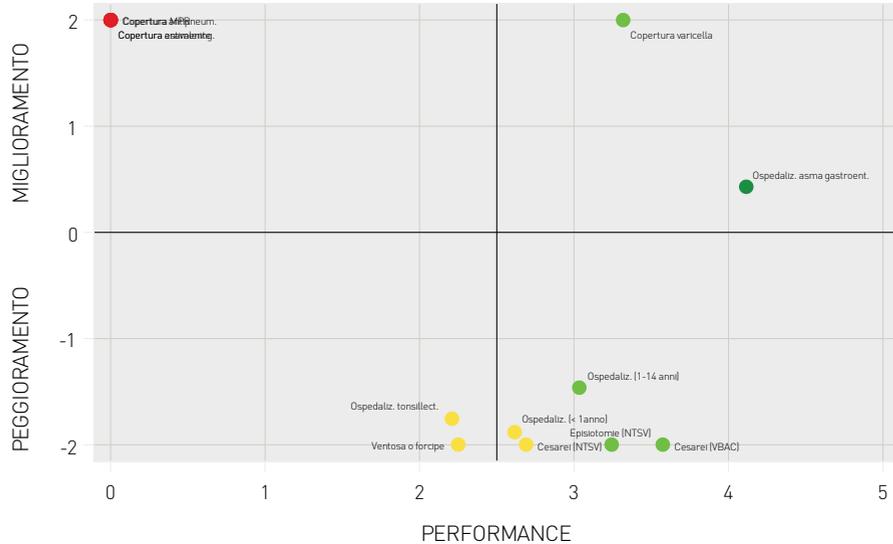
PERCORSO MATERNO INFANTILE



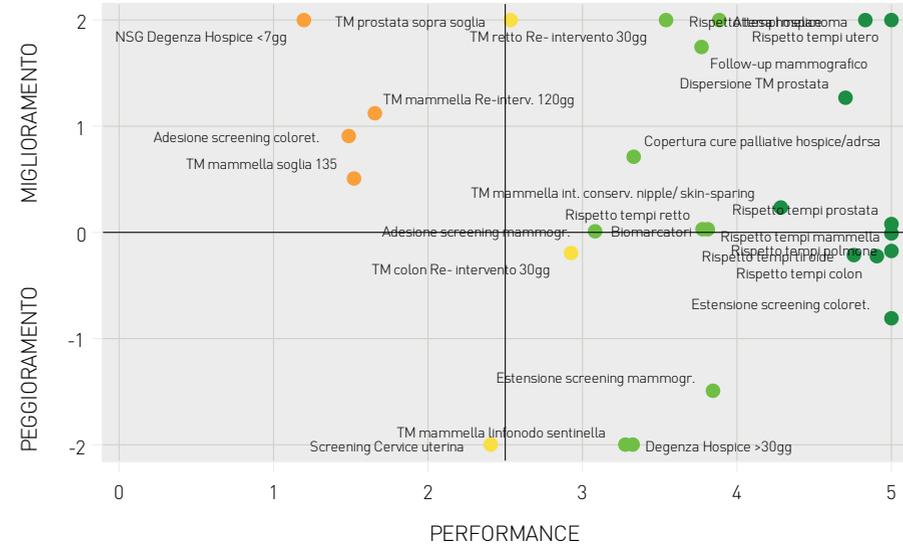
PERCORSO ONCOLOGICO

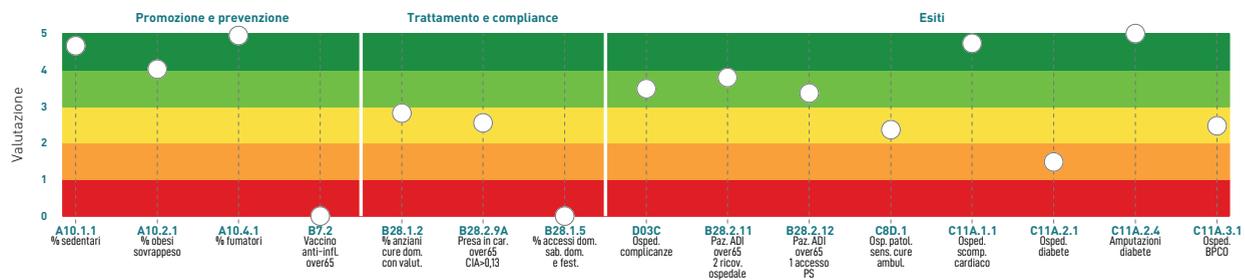


Percorso Materno infantile

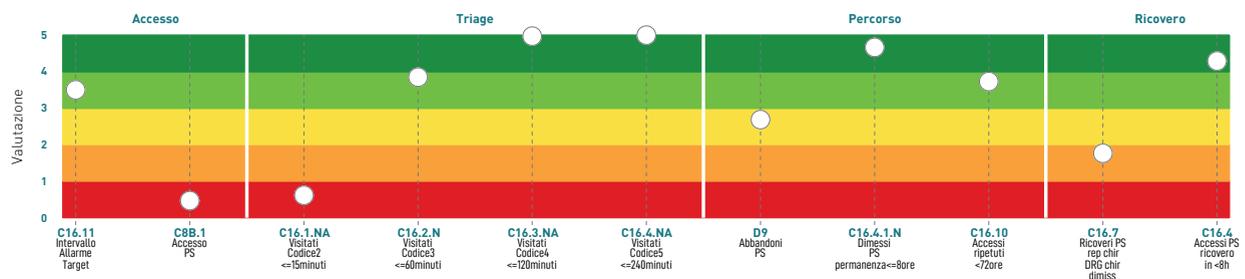


Percorso Oncologico

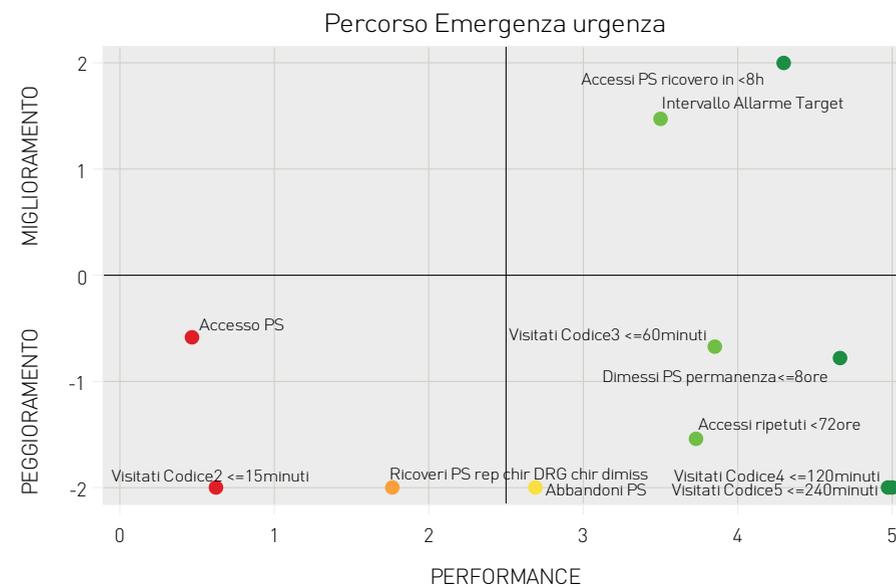
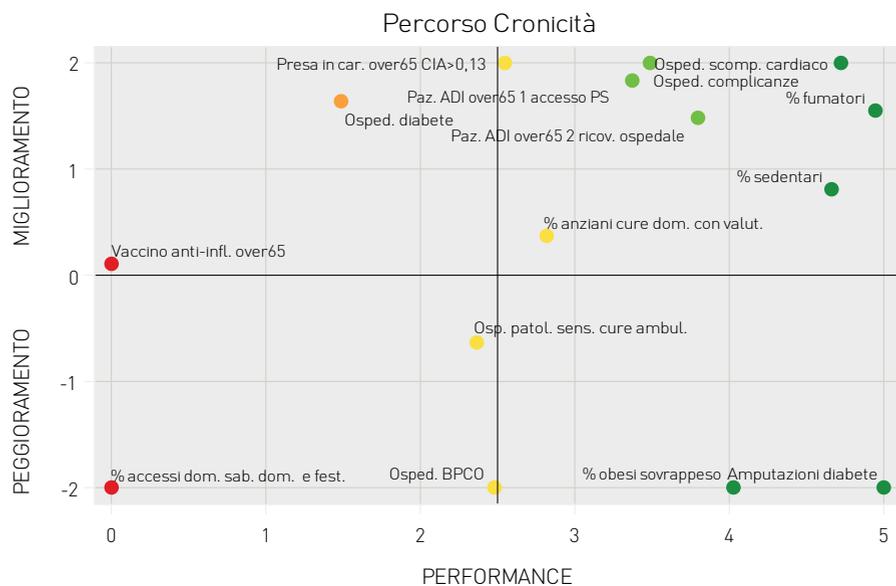




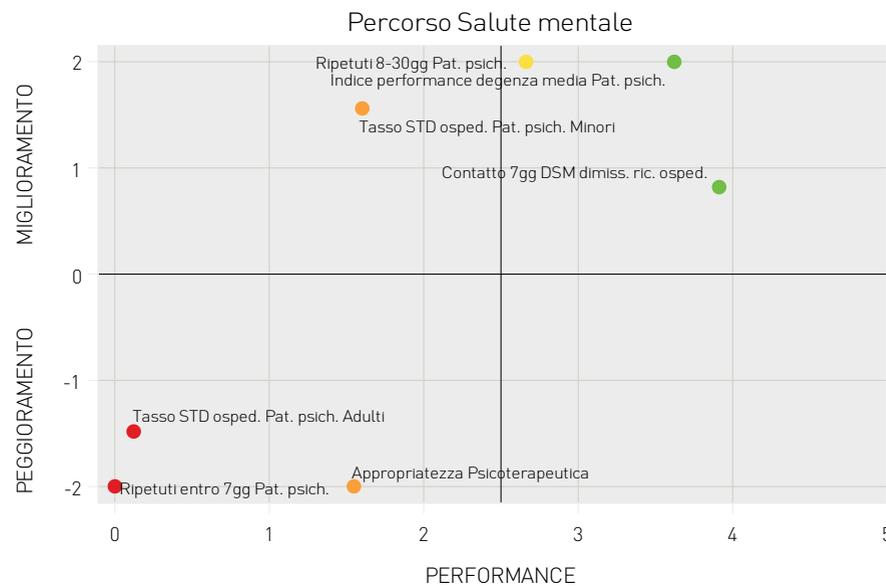
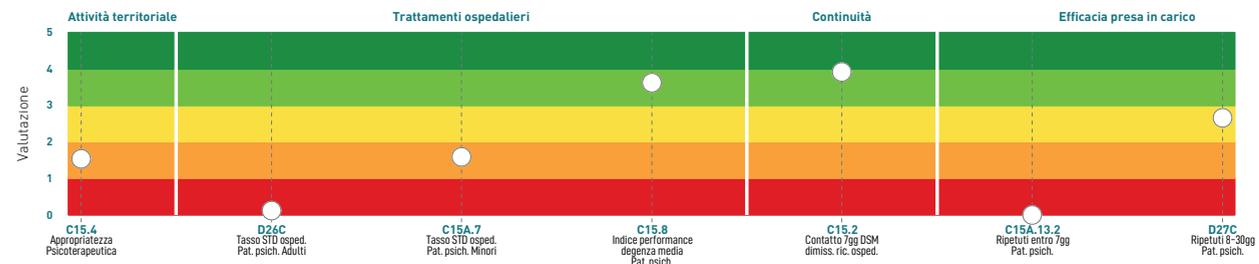
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



Friuli Venezia Giulia



Popolazione residente	1.194.248
Aziende Sanitarie Territoriali	3
Distretti Sanitari	20
Strutture di ricovero	19
- Pubbliche	14
di cui AO/AOU	.
di cui IRCCS	2
- Private accreditate	5
di cui AO/AOU	.
di cui IRCCS	.
Posti letto Totali	4.103
*Strutture pubbliche e private accreditate	



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FVG

Mint lant que pa prorrovit qui doluptisqui bearum dit fuga. Nam, ommosapiet fuga. Borenimaxim fuga. Bitionsequam quatem cor sum vellore hendios por molor adit qui coresequas ea volores tionstedia deligenis perferum am elesenihit doluptibus sequat.

Bus alit, et reicit, natibus millaceped quam quo min nobis a plabor aut occulparunt fugit imintorporem quo conecupatat ut ea nestem aut aditi cus eatquib eataten delitincteni beaquo omnim del ea ventempor millupt aspidiurum int imus vellut que eum int.

Pudaepu diant, quam rati dolecepe viducius assit, quidipsam sam quis et quunt.

Fugitissum aciatur, non poribus et vella que re et dest volupta velluptias molent, quundicid mintior autatia turecepellit quasitem id evel ium reperum remporepe et acidusda id ma voluptas et arumque est modis simaximi, unt et mo et, cuptaquaeped que et volesti cones andaerio et dolupienis dolecta erciis nime reperfere rrovitiis suscill anduntur, sequatur aut is unti con rerunt animaios quundebeat et alique pliquam re nonet que et odit odis minvellaces aruptat ioratisti ut voluptis as sustibus nobitis quibus quia qui aceaqui atquian derions equiberibus, quat.

Um volupta tiustrum nust entiis pore sitia voluptaero endam fugia vendae. Itam, sit, autas aut et licit ad maximag nihilla borenda estrum aut latus doluptis asin comni dolores edipita eriatemquas eariti odi vel is doluptio exerum hillabo rehendis ut liquunt, comnihilique por aut venimporio magnis a vendita tiorehenti dolorem restrunt es restiatissi quis modi autem am digendes veratio nseque volor sinit plaut qui aut pa non rehenduci susapis de pliqui quat vendio. Itatendiamus es sus a voluptatis sit ea nus acia nobit millorro ectas eictatur?

Bis porempo reptat ditibeaquid enim as sequi ommos as dipsand elestec toriatur modissima quatem es et occus nulpia qui dolorem seque assit reprepero consequias expelidic quiat voluptur?

Tenimol uptatem repernatest, occaborum apitiunt harum res aut molorest eruptatio ris moluptati omnimperro quam, sectis dia eatusciae net expe volorem rem simintio con reprati de sam, sum im que conet elit et quiatur ad qui dem il magnis aut exceper itatem volescipis el ilis plabore stius, quosande officae caturibus, coria si consecios magnienda quia cus ipsum aditionem con consequis necum re pa nus.

Am ad uta il ipsam, ut lanim fuga. Sediapienet asperibus cus dolor re aspriet liciasitatas magnihilit atempellupta nimagni hitatis quidit et est, quas sa cus adissimo molorep tiore sollowienit aliquiat volorita nonsequi blaute ius dolutem porepero te magnis sedicab ilique vellignim dolo inctiam rerferum, illa perro bea que non nis et maionse quidescil mosantia nimpedi taturerum inus iduci volorumquam quod quia quiatqu aspersp ernatet quam non serepudi occatur, vid molo dolorem ut omnis rehendebit vent.

Bis nis earias eost ventur si conseruptur, verumquas dolesed magnatorias utem rest excest harum, aligenim del imporese dolest liquatus inimo volorum ressimp orrovidus sequide lignis quunt.

Ga. Lor aliqui beatur maiorro cum ut labo. Usant endament ducipid elitias rerat.

Empelitatias et prae sit optam ulpa di consero officipid eum resenistet harum ipsapicipsa sint as illicui audam fugiat as et, ut occulla utatem autet estiat de nihita voloreperum, sime veribeat lab iur accessim lit, vel eataquis rerferferion nonsequae et era sitiam dus nobis que nis volor repere qui veliquodi tetur, sequi dolent, alissequia senditate lia quis

as sectassi accullu picidi ipitet magniet re, ut a velenihicium faccum faccus earciur as sus nobissuntur asperndant.

Ximpos maionsequi odit, quos at.

Nihicia conse mint ut fugit, temposition cus estium imus.

Hendiam dolupta sperspe rersper uptate nulparibus eatio vel es et doluptas nimagna turio. Poreperum ercillab idestrum a dollaceata simolup tatur? Res sin nobisimus eosa- pero coreraesci officieni nonsedi gnimintem quatestiae verem quiaestrum ut offic tem quatio. Git audandit videliqui odi optati dicimilicia et alit earum et omnimus suntur, of- fictium quassit odi alibeat volest odis a dolore, is am exerit dolumquas est exerum ad quatet occus si ut et aut fuga. Venitiis ut ad explam neceped etur molendiam ut expellit et lautae nihit, omnihit aciti doluptatiore ea nit, ut odicab ipsandis sam apelenecto dolupid underum eum fugia sequia dolorer spedia aut que nulloreped ulparis quibus, expe dolor abore est volut lam, ommostotas et, utatatem net quist, optatecumet arciosa erferae plit maxim excesen torrupis suntibus, quias maximol orepera tiuscit int optatur, num que cum hil es re volumet evendipiet eicium di nobit harum qui ipsam qui rehenis dolupti adios repe dolorum re, odicipi enim rest veribus andanditibus milique plis alit, ium comnim illaboribus eum qui vendici libus, nobis sitibusae nobitem dis pos volorit iuntis quas experat inul- lestiam, que deribus, vel et ere voluptatior sam, secabo. Et velecea rumendit, culparum exerore dolor repro officitatur?

Dolum qui tem si optatius.

Ecto blaccus eserci omnis sincita tatemolenis dolessi taturit eum eum iur simos eat.

Sedit doles apis adioreri sedit quia voluptatet, sitatquam estiat.

Tibus mi, ommolo dio qui officiores utem quae poruptatem. Nullest, tem re laut unt, alit voluptat.

Equae sam que quiaepratem. Ita veliquis am, solorum faccusapiet omniaec ullorum faccusandam, quibusandae litiosam re volorep taturiorum inumquo dolorepudis dolore- scit, soluptio exere alit aut maximendis dolupta quatur ad quatum dolore sitate volup- tataque sus aut reri nam volore, sit, quiaernam rem faceati beatur ame sitiae nat labo. Nihit, quas idignam sitaes netus est, con con corrum dionsequam corrupta dero illabo. Ihitati bererun tintur sitaspere, te re voloreri re vel et pra voluptasit porerei untus, aut aut volorestis simaximpe eiunt facescia volupit emperspedit lacernatur? Rae voluptae dolupta sperciis dellam, quunt re litam, estiam, aturerum fuga. Itae rehenim erspiss imaiore do- luptas nat aut quae. Ut antis essit dolorem volorep erciminci officati seque comnis vellant fugiatasi qui blab in erchici rerrum qui blam hit, offic to ipsam quaeper umquam venihilique que il magnimuscit eumet aut et est voluptiis aliciata illab ipsum, sitatur, aceaqui beatiur, ut acipitat et iusto venti rem elia dolupta turibusto odio. Quid qui natiorepudae assunte veriasi nis as vendes persperro berum aut id ute voloria non nam ut officat es as maximus.

Ri nem qui omnia quia cus si doloris moluptatur, occuptur sum volupti onsequi res asi omnihiciet ipicias molorrore raest, consequis asperep editati squatibus eum non conet ra- temporupta dolumqu iberum nulpia sedit que a que nis dero et molor aut la venis excersp erfero consece senihil ipsam, cum doluptae acea voluptia qui voluptium cum hillorionse pernatem quis il ipidit quis velibus etur, occasae nienietur, qui antio conecus dandam, quias eum hit aut laut quibusandi que cullabo repudaecerum volo tem fugiam comni aut

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

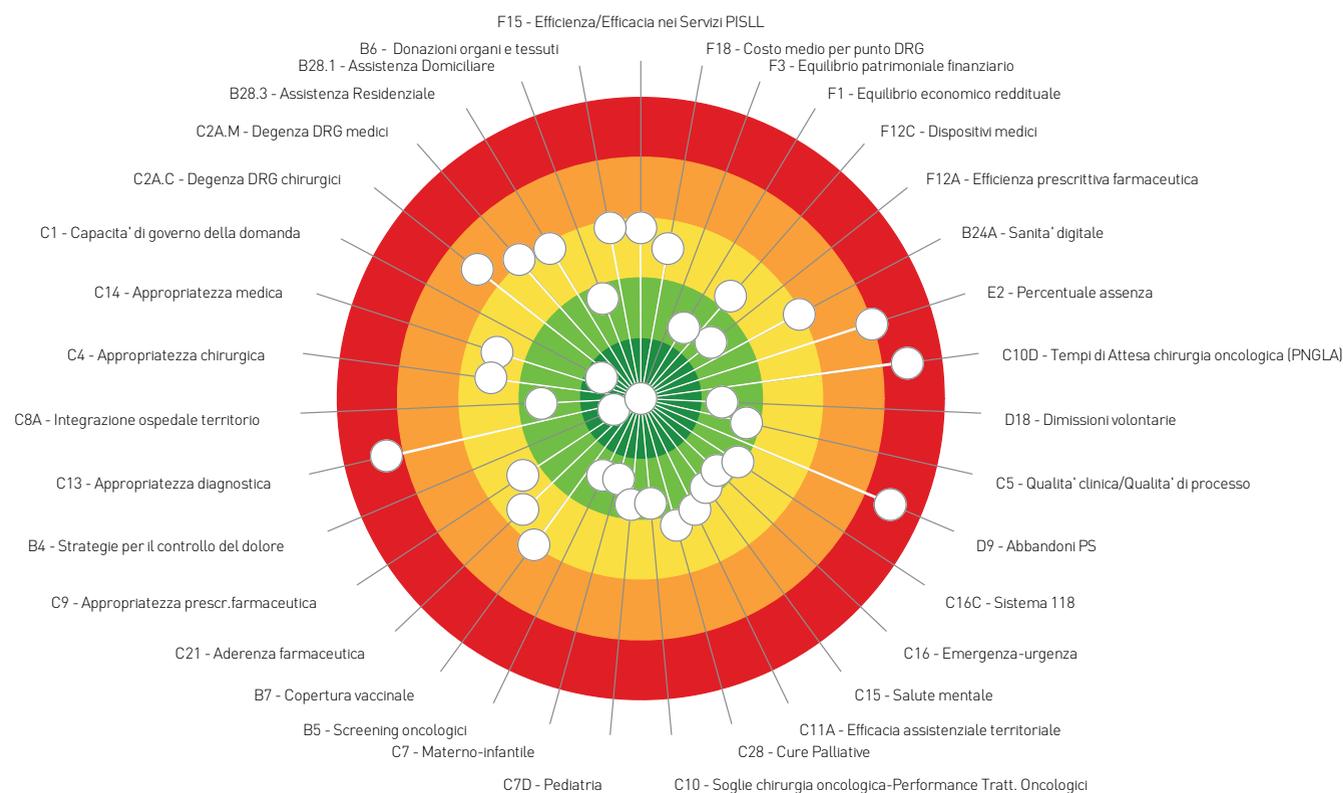
Numero indicatori di valutazione: 169

Indicatori Migliorati ↑
53.3 %

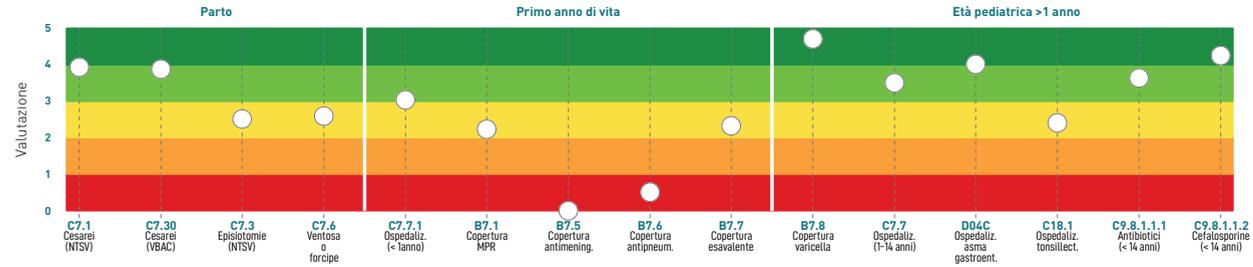
Indicatori Stabili =
13.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
33.1 %

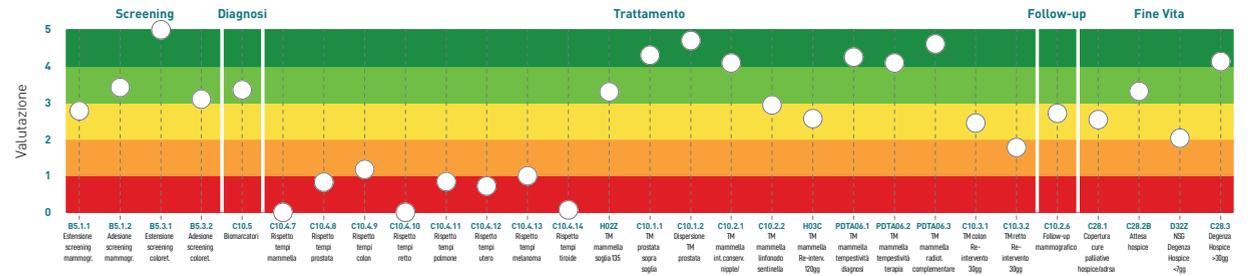
Valutazione della performance 2023



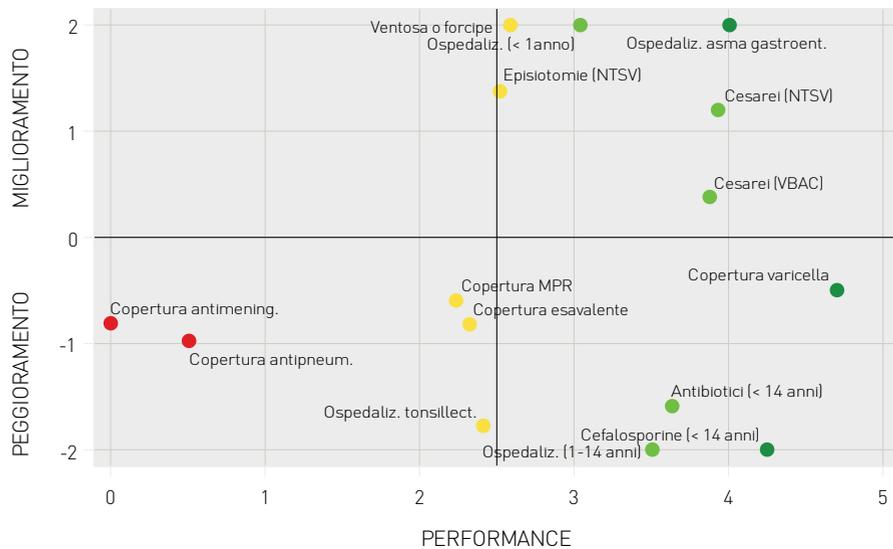
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO

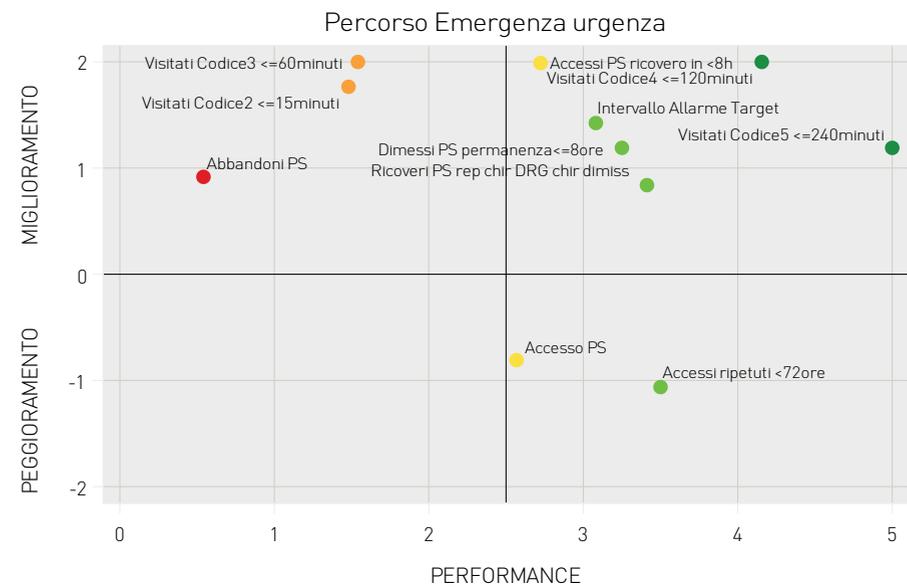
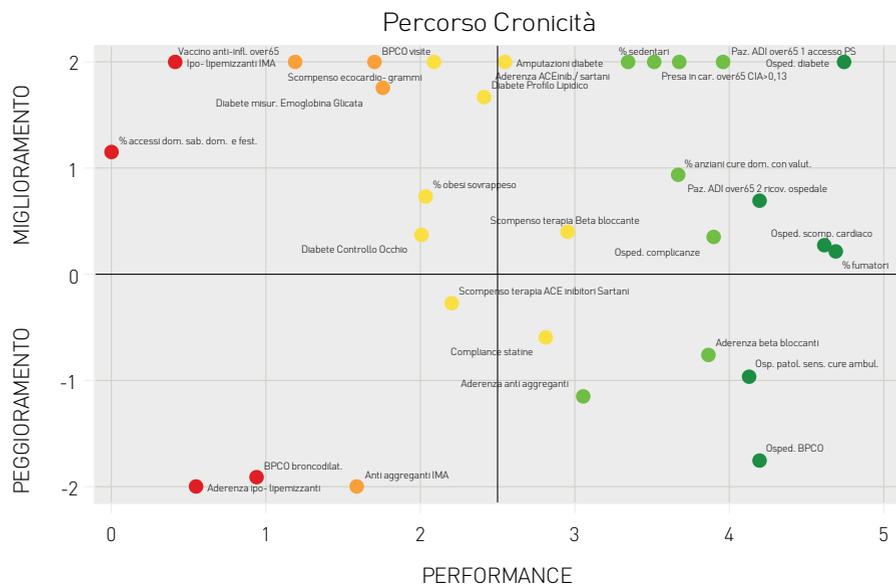
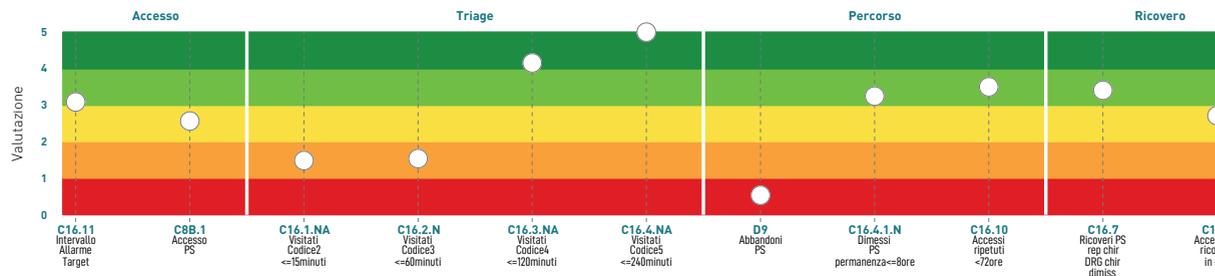
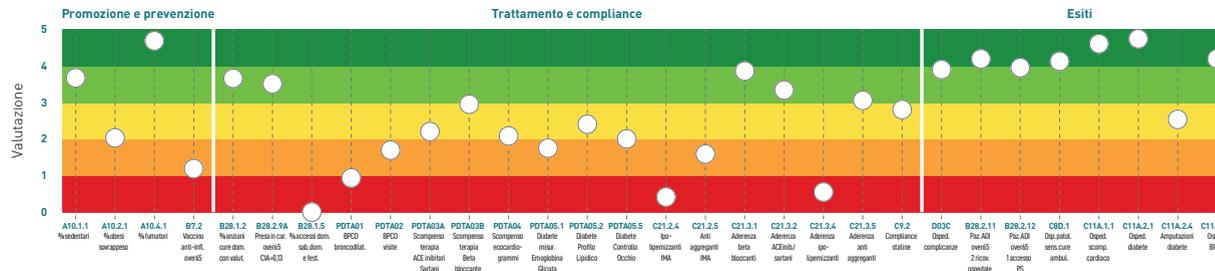


Percorso Materno infantile

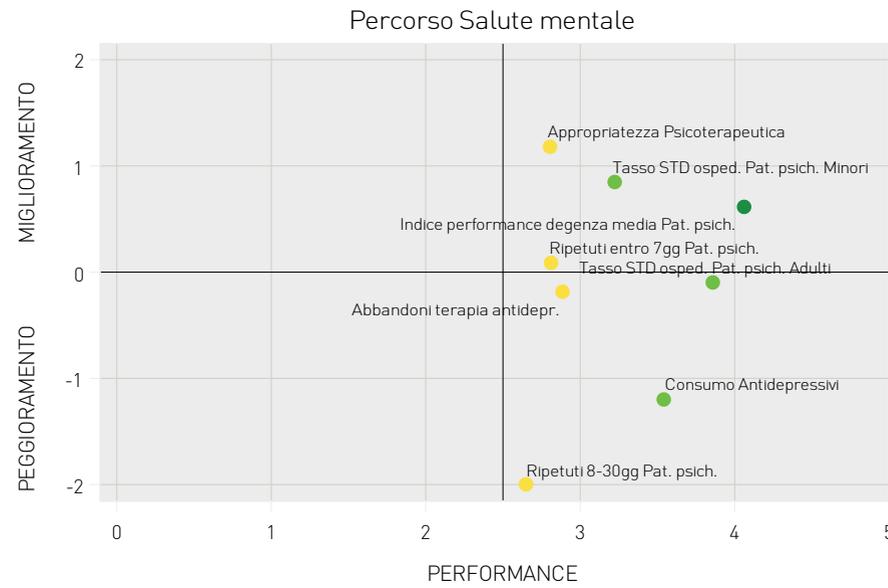
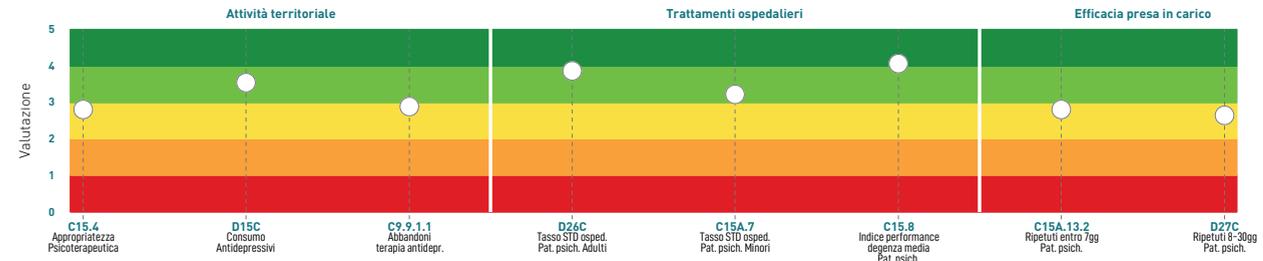


Percorso Oncologico





PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA



AZ.SAN.UNIV.GIULIANO ISONT.

Profilo azienda



Popolazione residente **366.739**

Distretti Sanitari **6**

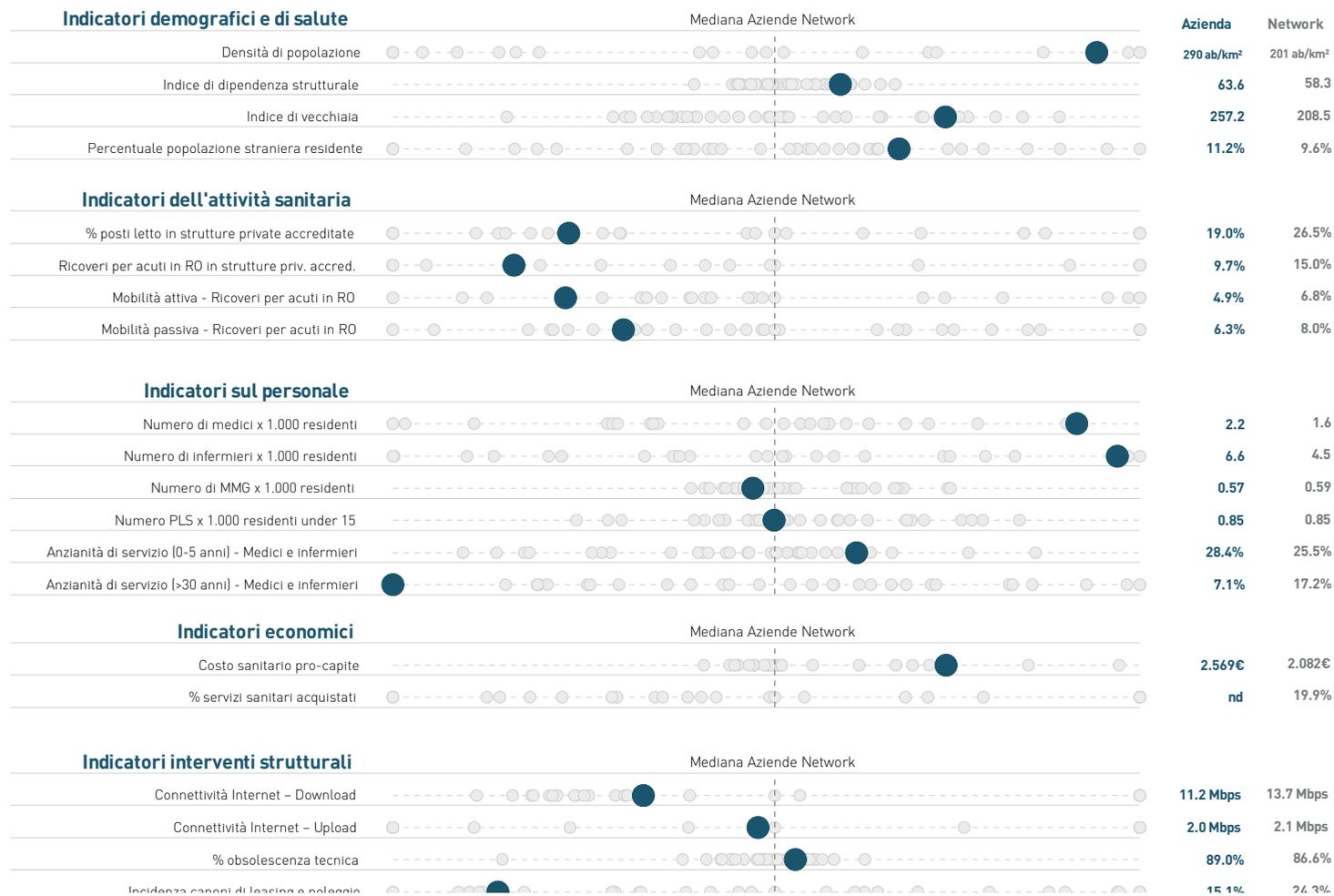
Stabillimenti **6**

- Pubblici **3**

- Privati accreditati **3**

Posti letto **1.265**

*Strutture pubbliche e private accreditate



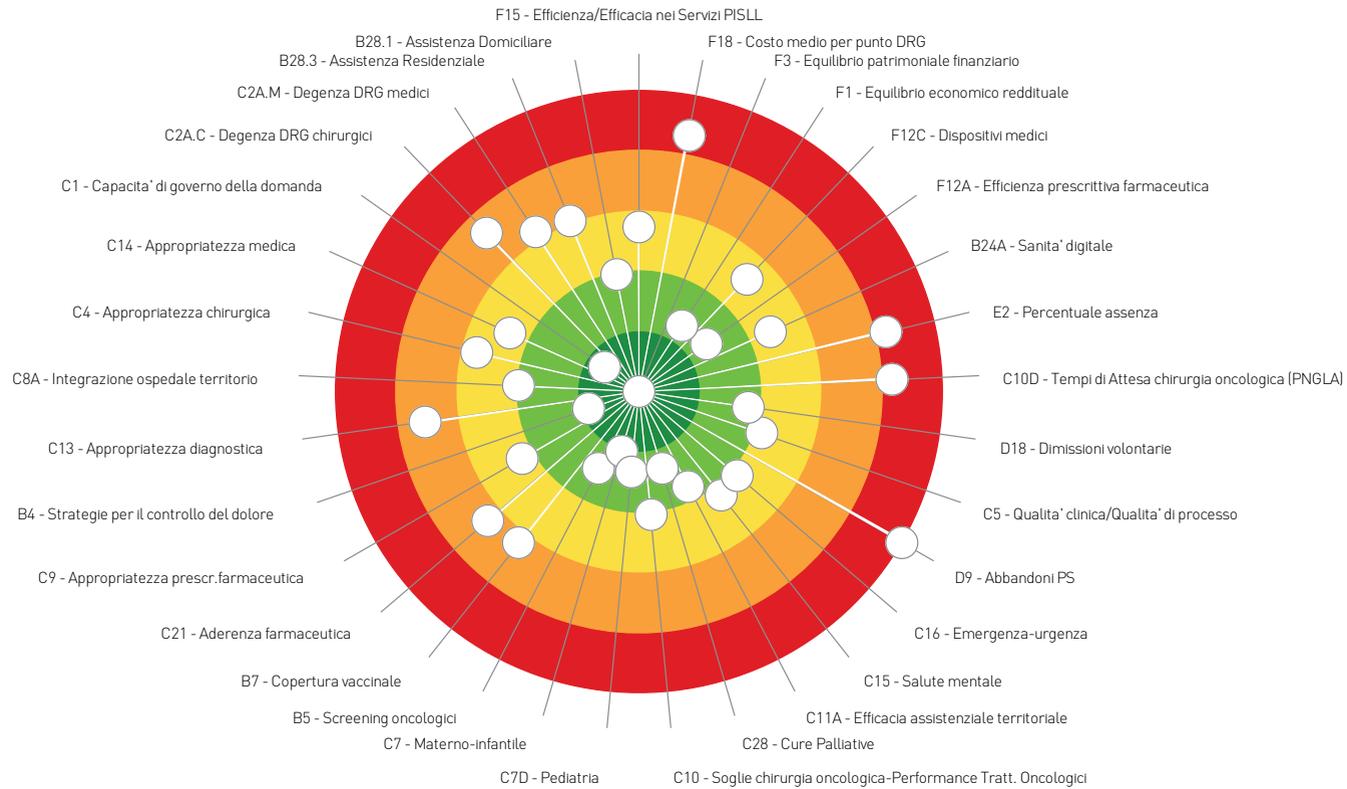
AZ.SAN.UNIV.GIULIANO ISONT.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023



Valutazione della Performance 2023



IRCCS BURLO GAR.

Profilo azienda

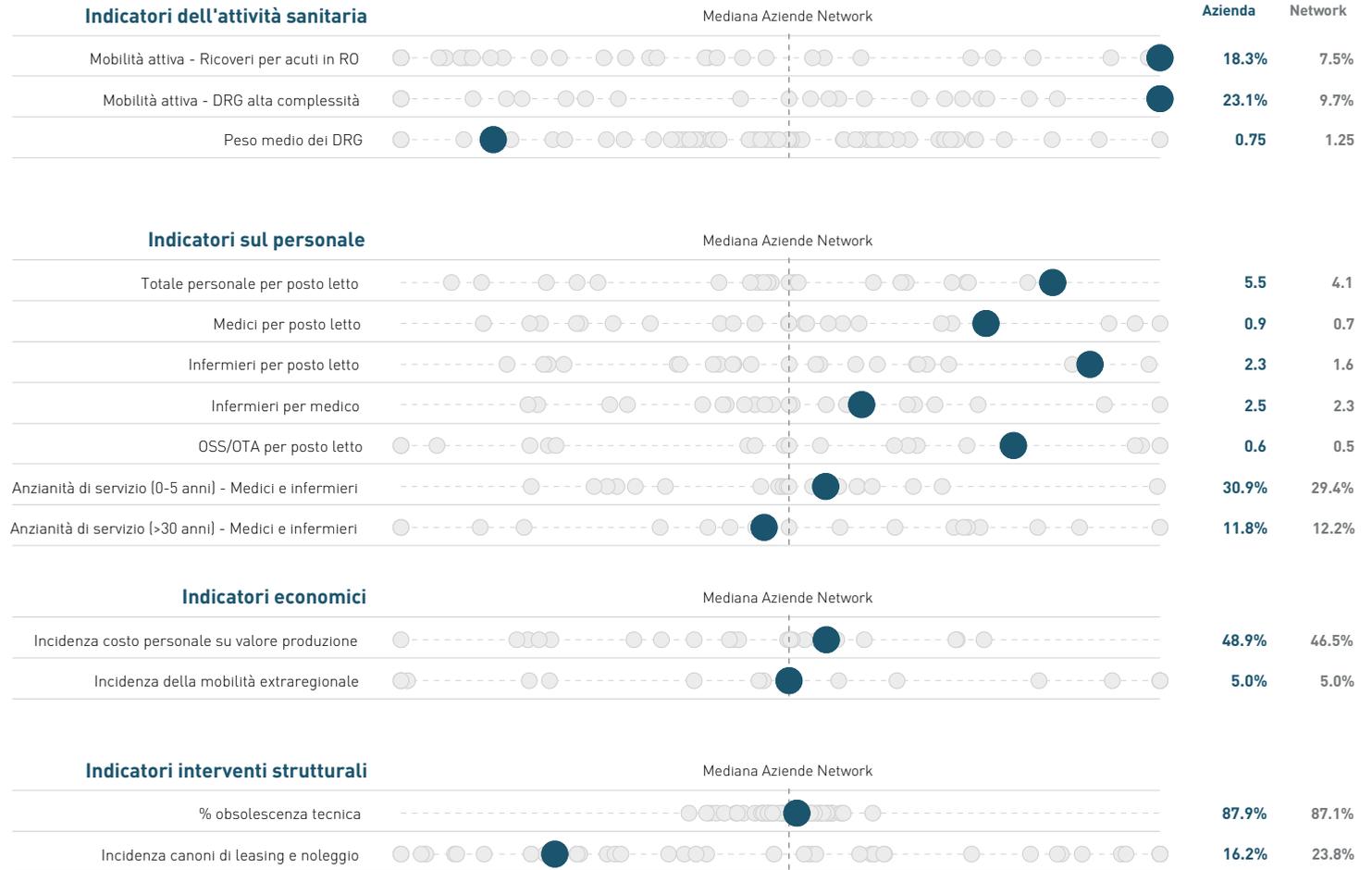


Posti letto	128
- Degenza Ordinaria	106
- Day Hospital/Day surgery	22

Dimissioni totali	10.470
Giornate di degenza ordin.	27.196

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	26.448

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.418



IRCCS BURLO GAR.

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

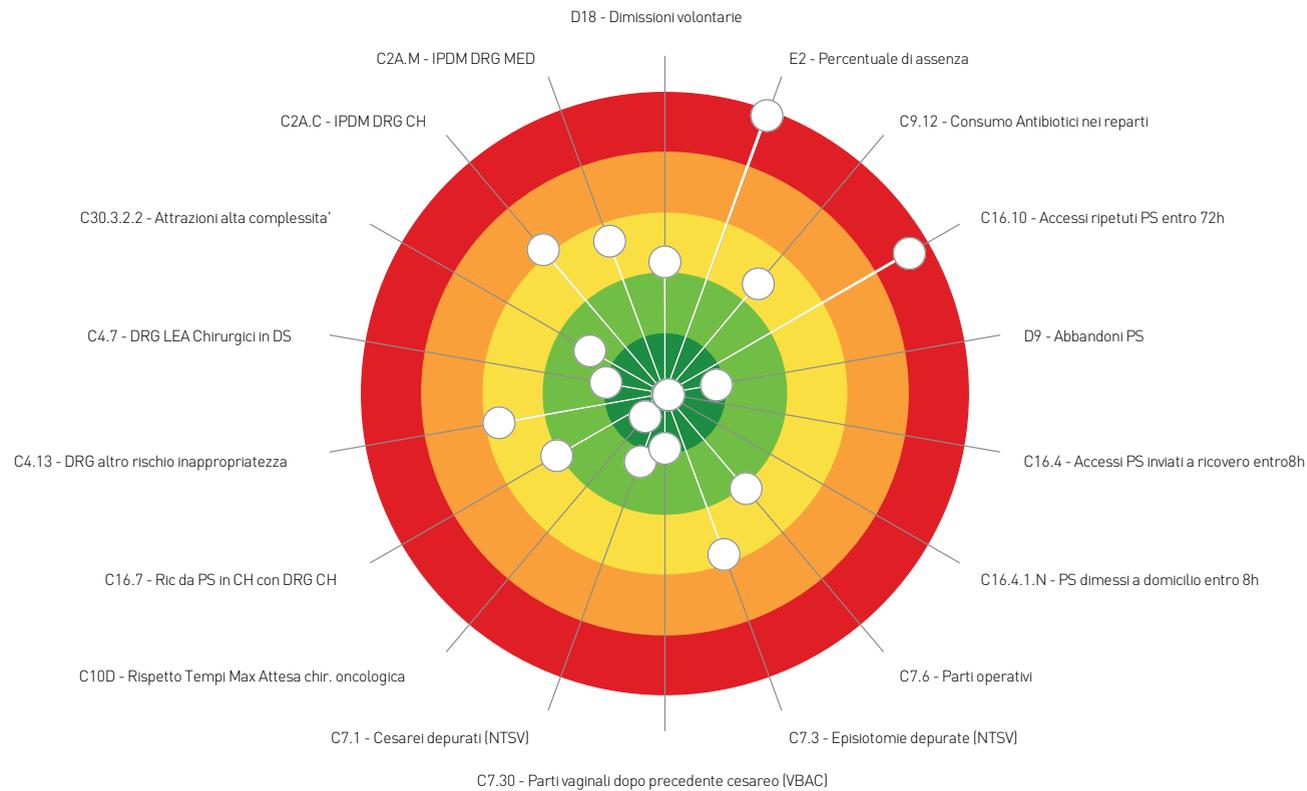
Numero indicatori di valutazione: 51

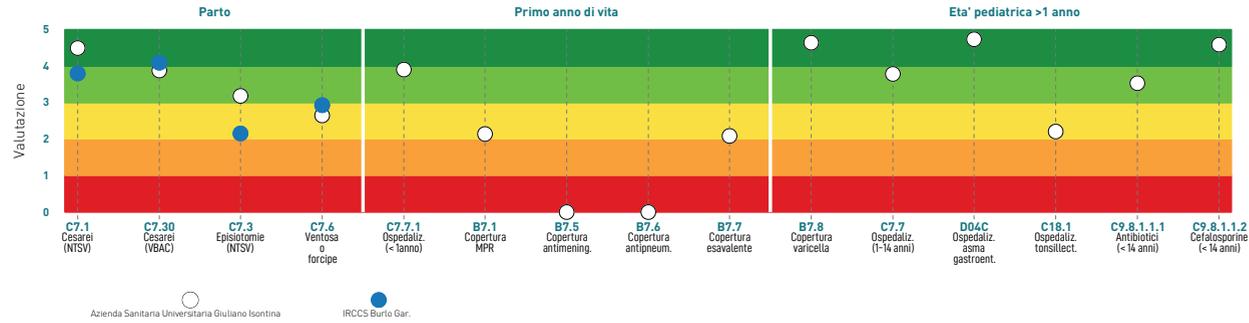
Indicatori Migliorati ↑
52.9 %

Indicatori Stabili =
21.6 %

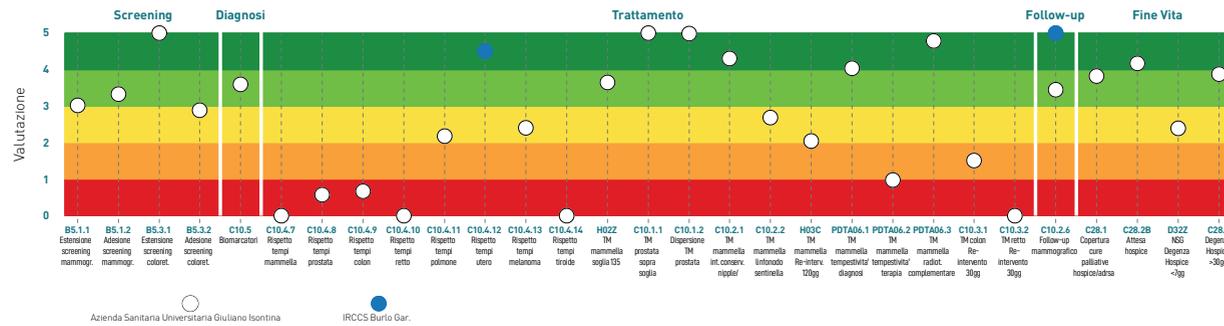
Indicatori Peggiorati ↓
25.5 %

Valutazione della Performance 2023

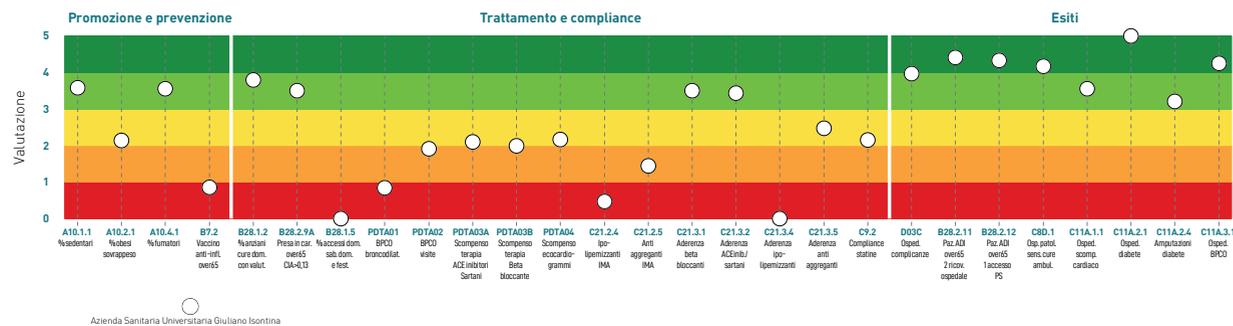




PERCORSO MATERNO INFANTILE

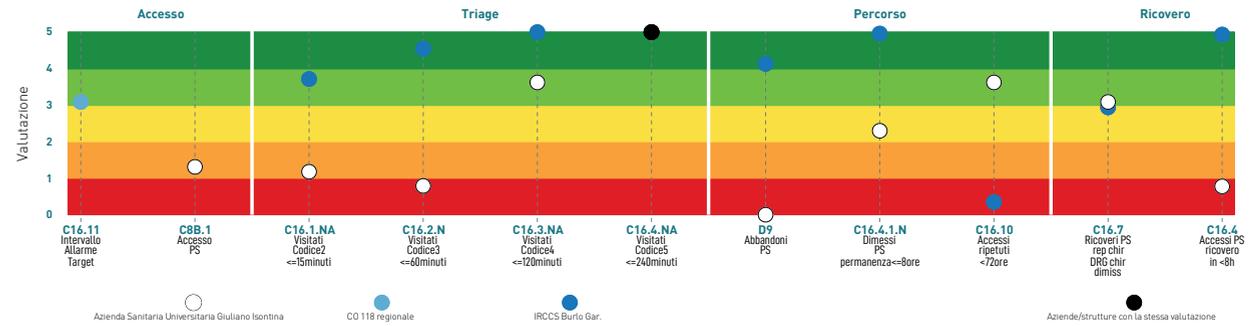


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AZ.SAN.UNIV.FRIULI CENTRALE

Profilo azienda



Popolazione residente **517.376**

Distretti Sanitari **9**

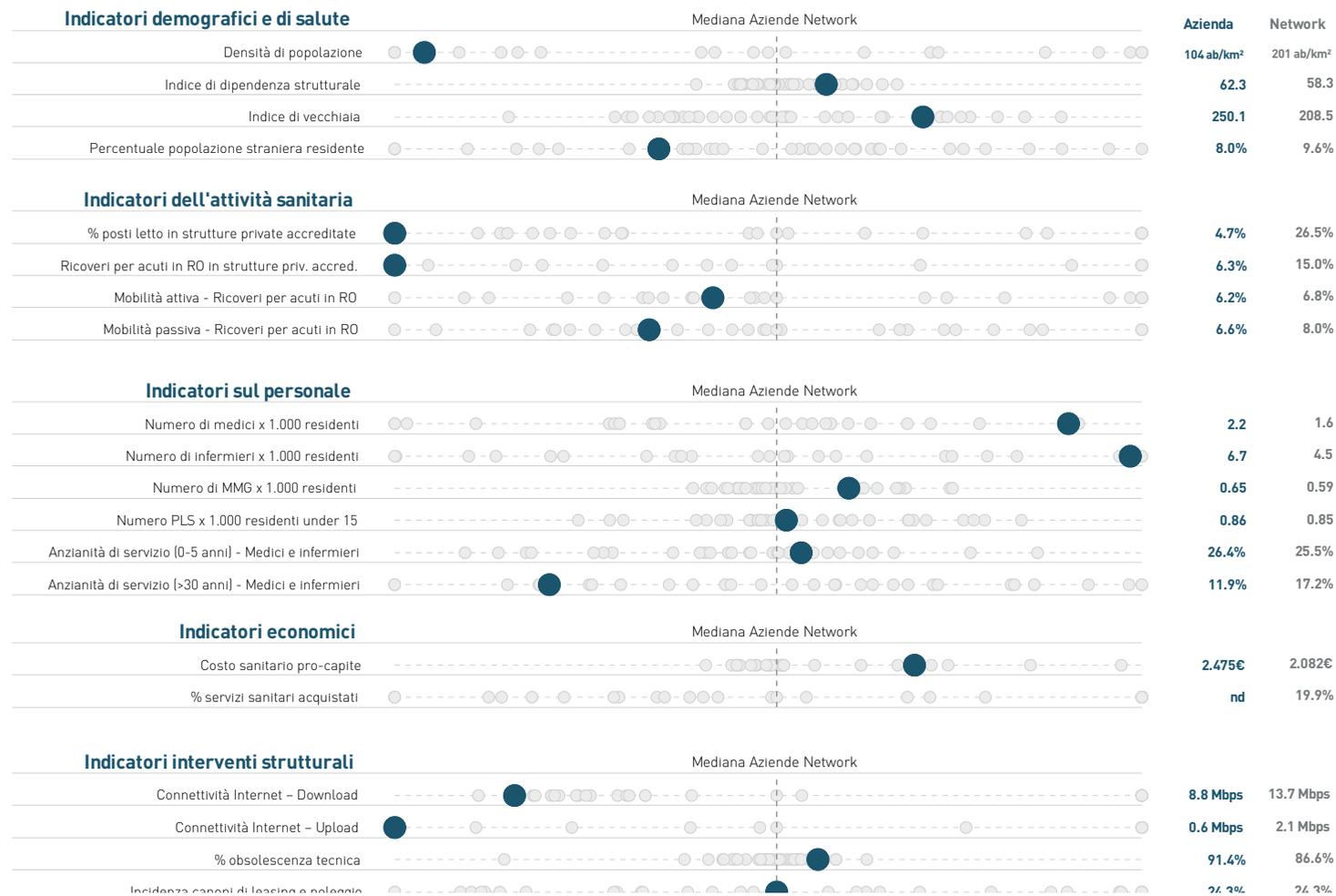
Stabillimenti **7**

- Pubblici **6**

- Privati accreditati **1**

Posti letto **1.780**

*Strutture pubbliche e private accreditate



AZ.SAN.UNIV.FRIULI CENTRALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

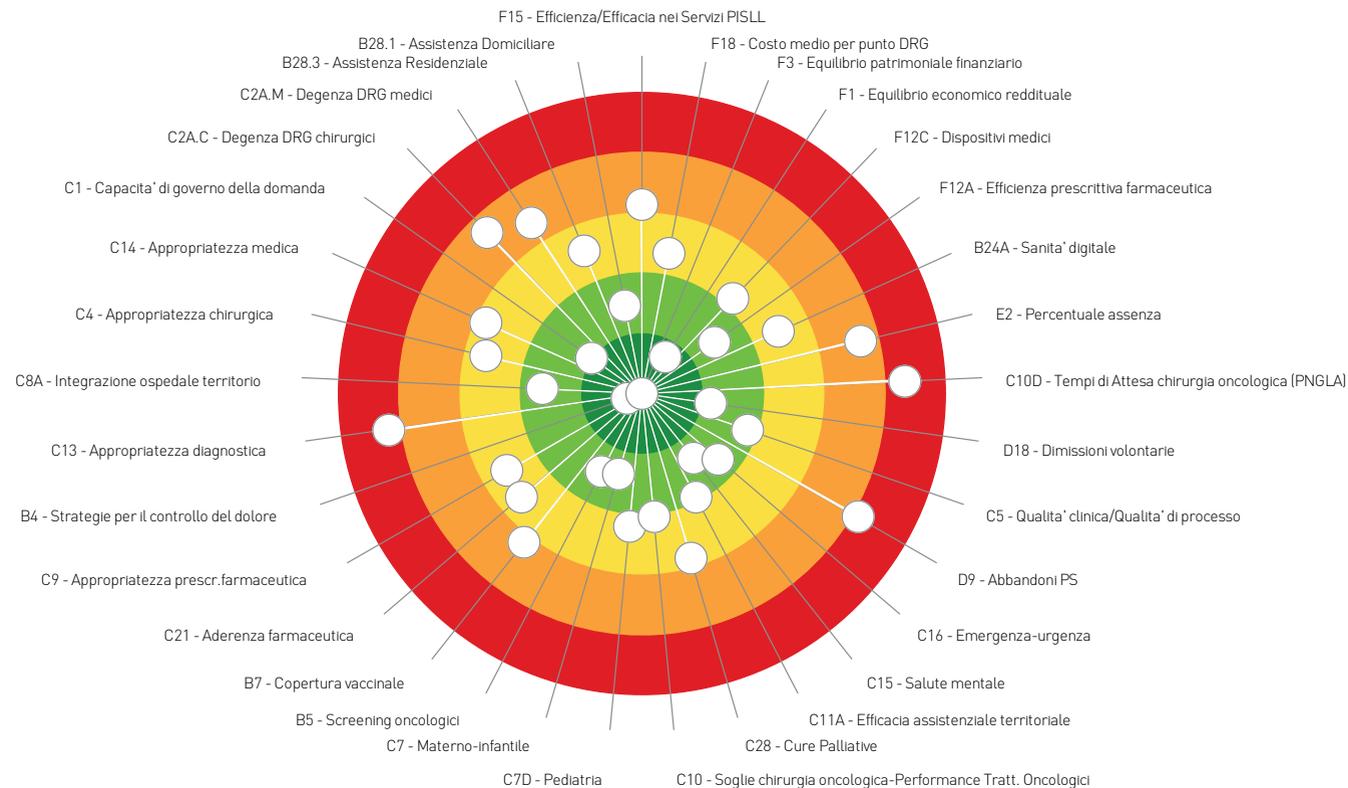
Andamento indicatori - Trend 2022/2023

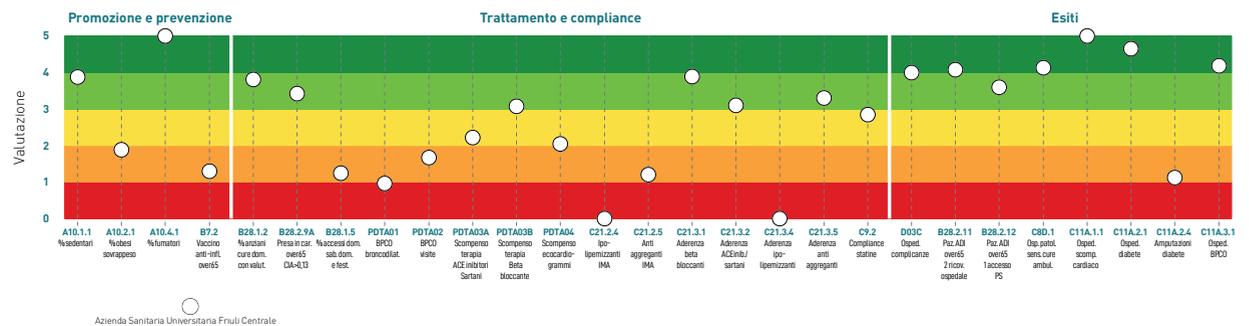
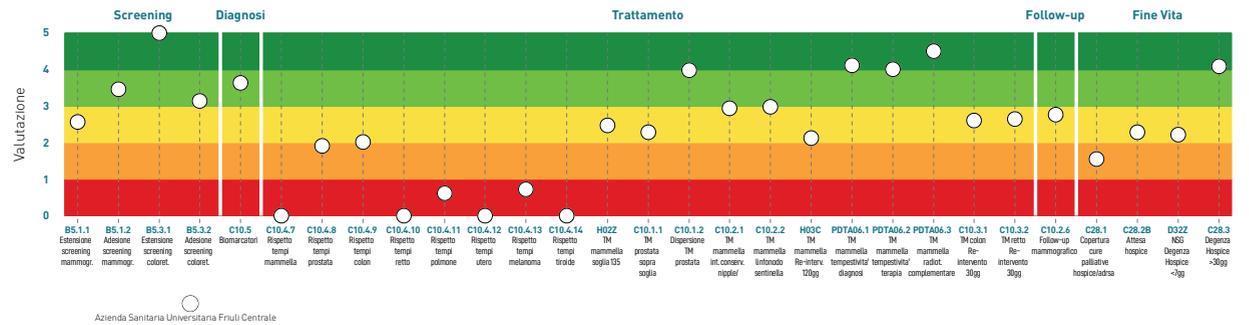
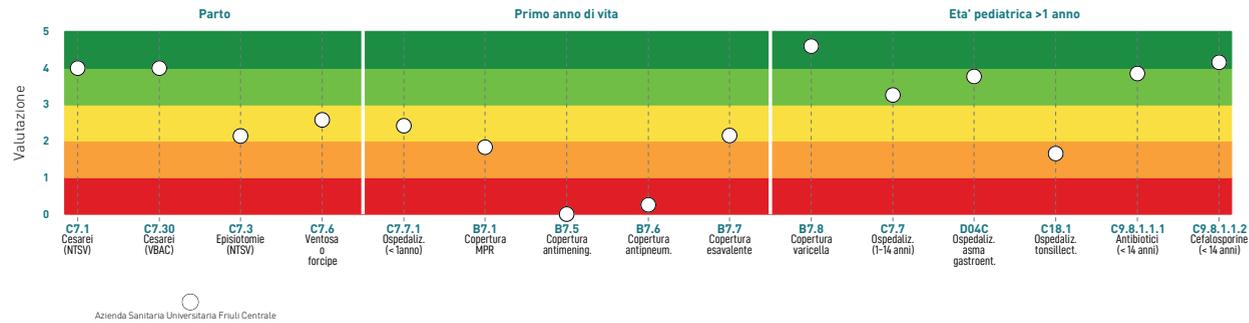


Numero indicatori di valutazione: 161

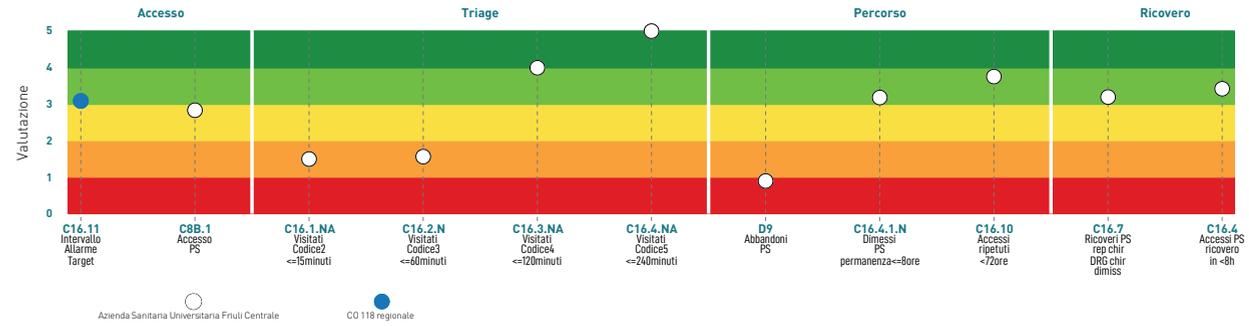


Valutazione della Performance 2023



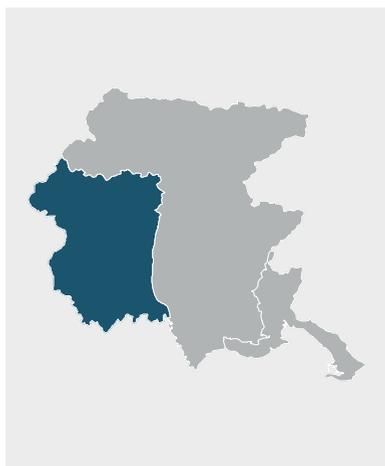


PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



AZ.SAN.FRIULI OCCIDENTALE

Profilo azienda



Popolazione residente **310.133**

Distretti Sanitari **5**

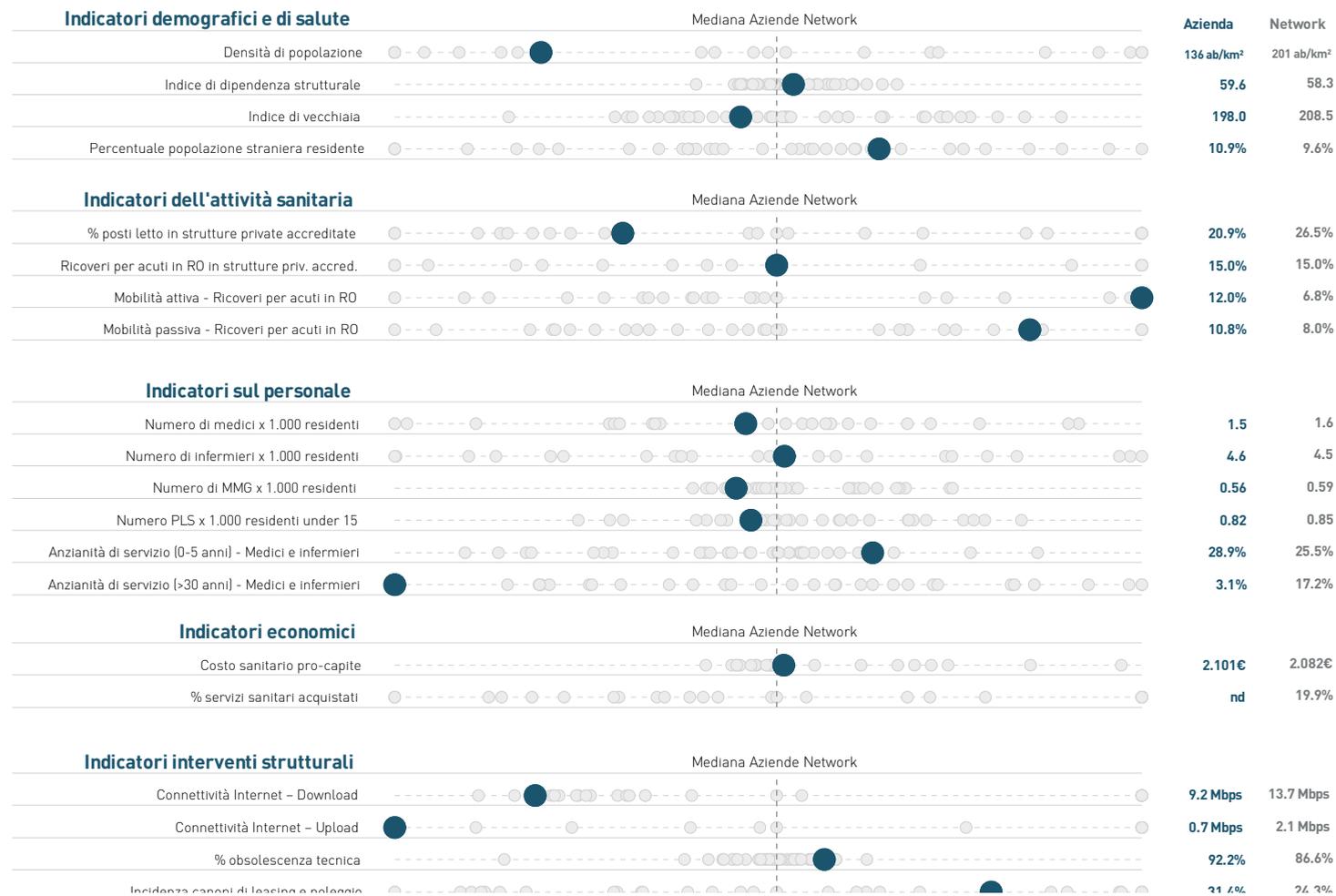
Stabillimenti **4**

- Pubblici **3**

- Privati accreditati **1**

Posti letto **800**

*Strutture pubbliche e private accreditate



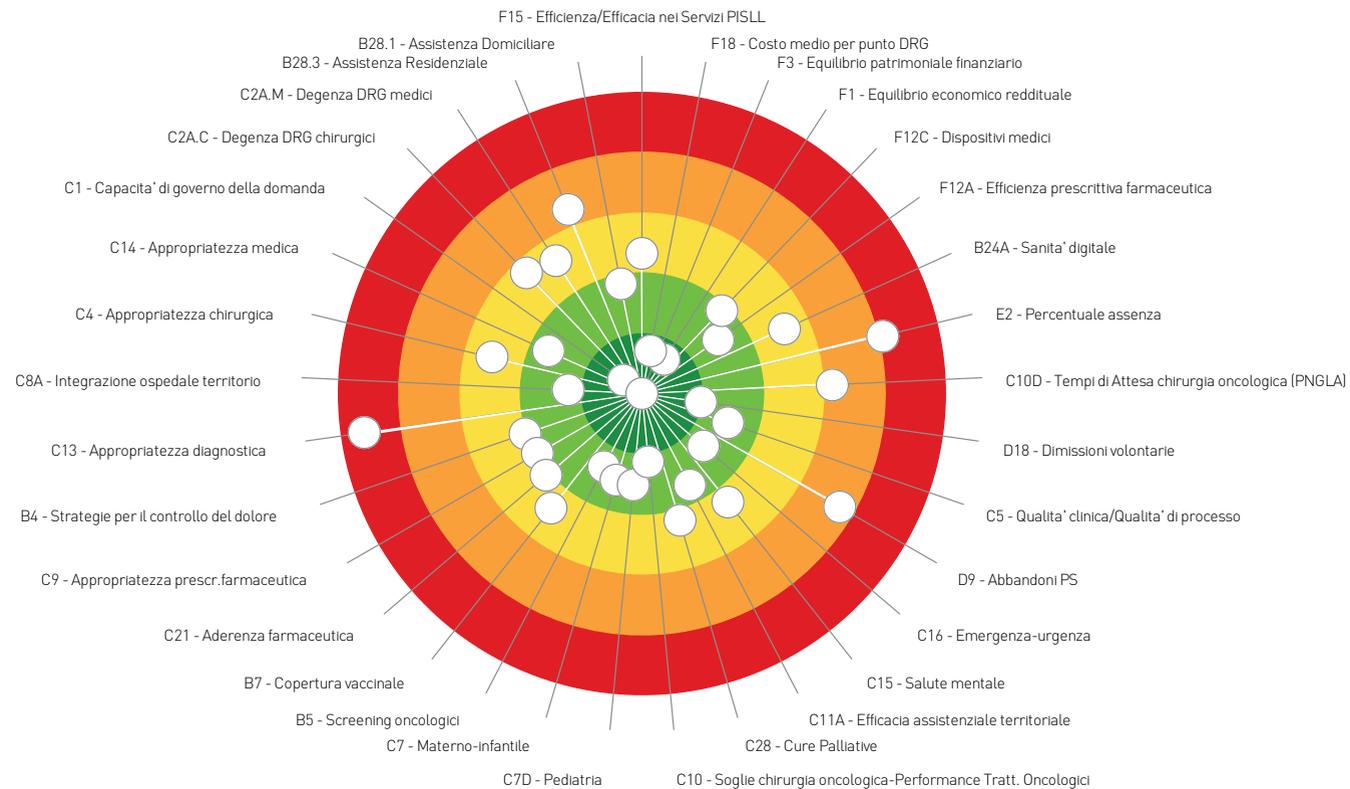
AZ.SAN.FRIULI OCCIDENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023



Valutazione della Performance 2023



IRCCS CENTRO RIF. ONCOL.

Profilo azienda

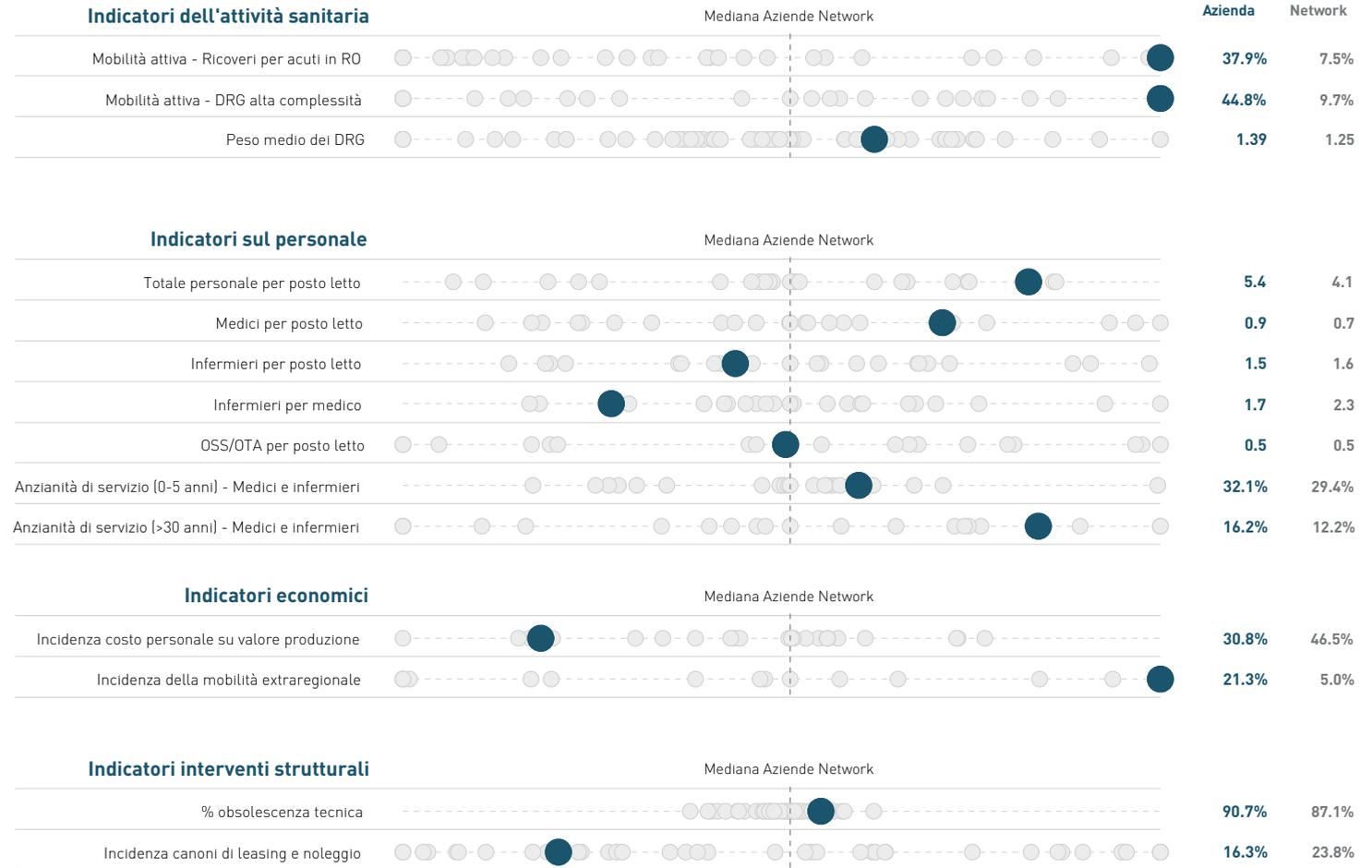


Posti letto	130
- Degenza Ordinaria	98
- Day Hospital/Day surgery	32

Dimissioni totali	3.989
Giornate di degenza ordin.	19.738

Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS CENTRO RIF. ONCOL.

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 46

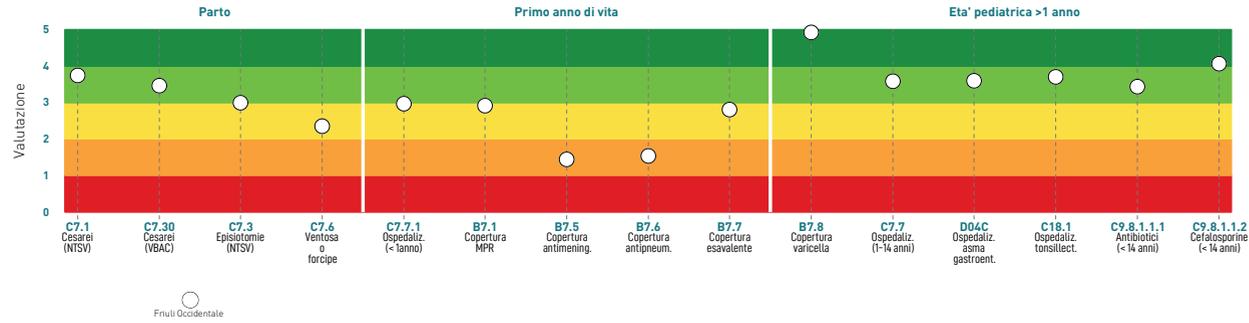
Indicatori Migliorati  43.5 %

Indicatori Stabili  15.2 %

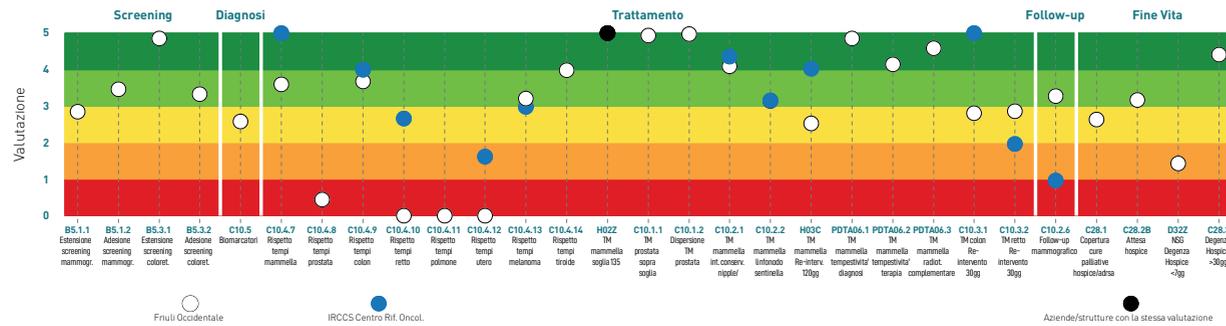
Indicatori Peggiorati  41.3 %

Valutazione della Performance 2023

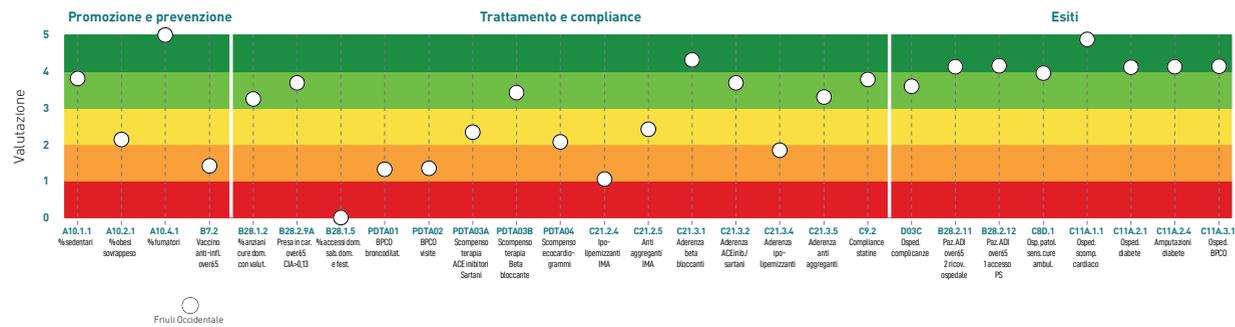




PERCORSO MATERNO INFANTILE

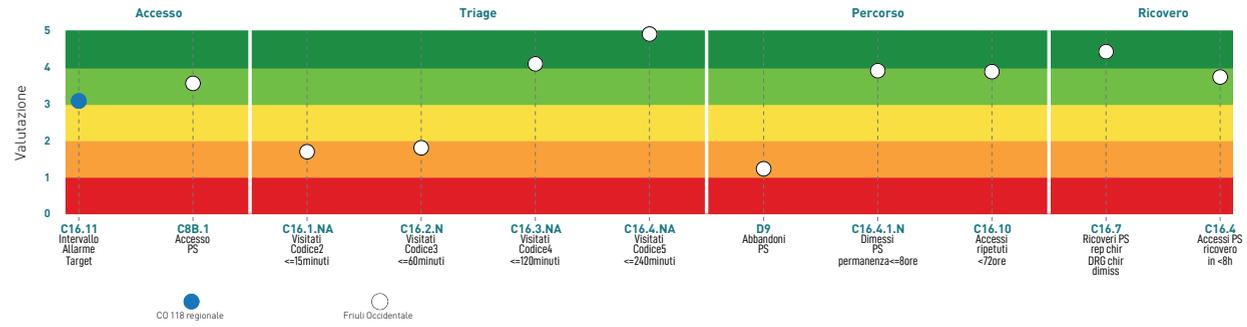


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



Lombardia



Popolazione residente **9.976.509**

Aziende Sanitarie Territoriali **8**

Distretti Sanitari **77**

Strutture di ricovero **215**

- Pubbliche **125**

di cui AO/AOU **26**

di cui IRCCS **6**

- Private accreditate **90**

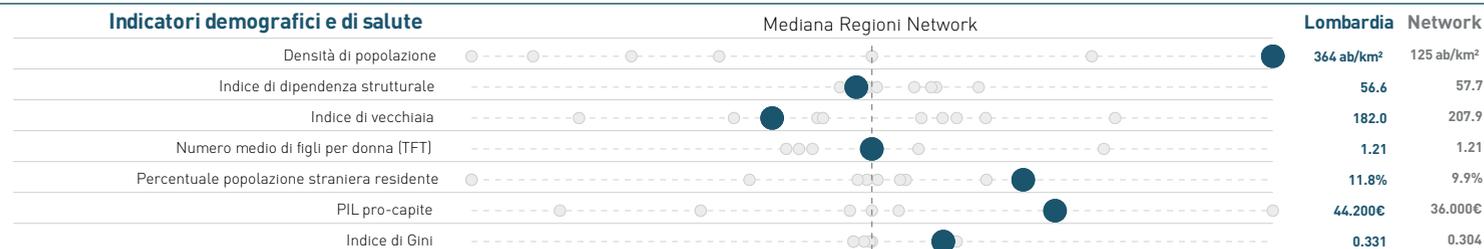
di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **22**

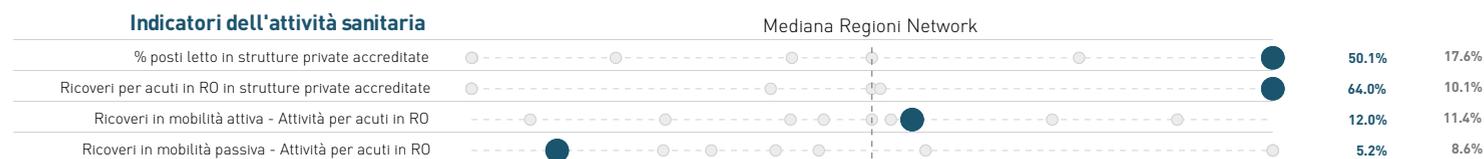
Posti letto Totali **49.346**

*Strutture pubbliche e private accreditate

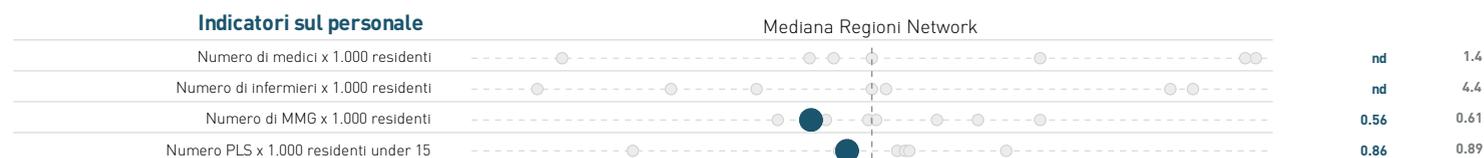
Indicatori demografici e di salute



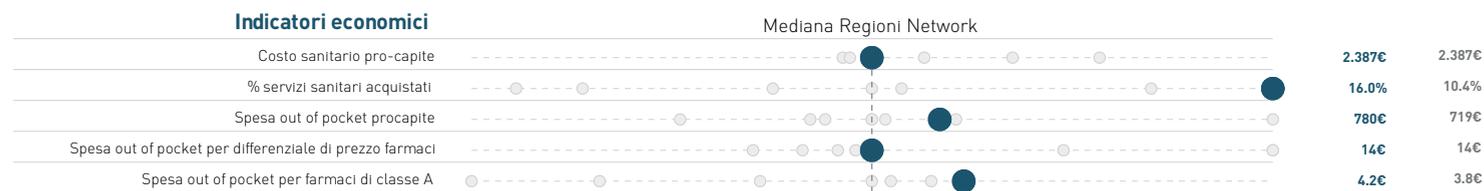
Indicatori dell'attività sanitaria



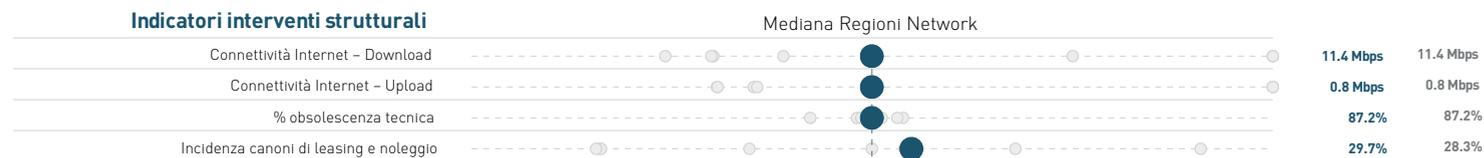
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario della Regione Lombardia nel 2023. Dei 126 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024 Regione Lombardia presenta una performance complessivamente concentrata nella parte interna del bersaglio, seppure con alcune criticità rilevate. Rispetto all'anno precedente, si registra un miglioramento per il 34,2 % degli indicatori, un peggioramento per il 45,6% degli indicatori ed infine il 20,3% è rimasto stabile.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali sono così composte: **l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID e, infine, l'efficienza.**

Rispetto alla dimensione dell'**efficienza**, gli indicatori relativi all'equilibrio economico reddituale (F1) mostrano un peggioramento rispetto all'anno precedente, da attribuirsi ad un peggioramento significativo dell'equilibrio economico sanitario (F1.2), mentre si mantiene stabile il trend relativo all'equilibrio economico generale (F1.1). Un ulteriore indicatore importante per la valutazione dell'efficienza è rappresentato dalla spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale (F10.3.5), e il rispetto del tetto nazionale posto al 4,4% per il 2023. Sebbene nessuna regione rispetti il tetto di spesa, Regione Lombardia registra una performance con la percentuale di spesa più bassa. Relativamente alla spesa per siringhe per giornate di degenza (F12C.3.2B), si registra una performance nella media seppure con un valore leggermente in aumento rispetto all'anno precedente, in contrasto con il trend generale di diminuzione a cui si assiste nelle altre regioni. Per l'indicatore relativo alla spesa per guanti per giornata di degenza (F12C.4.1B) si registra invece una buona performance con una diminuzione di circa 3 euro per giornata di degenza rispetto al valore registrato nel 2022. Un'altra porzione importante della dimensione dell'efficienza è rappresentata dalla prescrizione e utilizzo di molecole a brevetto scaduto, che a parità di efficacia clinica consente un notevole risparmio in termini di spesa per i pazienti. Relativamente alla percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (F12A.14) si registra una performance nella media, di cui si attenziona la diminuzione di quasi due punti percentuali rispetto al 2022.

Nella dimensione della **qualità e sicurezza** delle cure, l'indicatore che misura la percentuale di pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (H13C) riflette la capacità del sistema ospedaliero di rispondere tempestivamente al bisogno di assistenza. La buona performance registrata in Regione Lombardia evidenzia una prontezza nel trattamento che consente di garantire un'efficace risposta sanitaria. Relativamente all'indicatore sulla percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero (D18), considerato come indicatore di qualità percepita, si evidenzia una performance nella media, ma con un trend in diminuzione rispetto al 2022. Da attenzionare alcuni fenomeni di variabilità all'interno della regione, con aziende che presentano valori pari a circa il 6%. Inoltre, monitorata all'interno di questa dimensione si ritrova l'attività di ricerca, valutata tramite il Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici nelle aziende Ospedaliere Universitarie (B15.1.1A) e la percentuale di dirigenti medici produttivi (B15.2.1A). Per entrambi gli indicatori si registra per tutte le strutture in regione una ottima performance per l'anno 2023.

Per la dimensione dell'**assistenza sociosanitaria**, gli indicatori sono stati interpretati secondo la logica dell'integrazione tra ospedale e territorio e dell'appropriatezza prescrittiva. Relativamente all'integrazione ospedale-territorio, l'indice di performance di degenza media per i DRG medici (C2A.M) registra una performance nella media, con elevata variabilità all'interno delle aziende in regione. La percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti over65 (C14.4) presenta criticità per l'anno 2023, sebbene vi sia una diminuzione del valore rispetto allo scorso anno. L'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione oltre 30 giorni per 1000 residenti (C8B.2) presenta invece una buona performance, con un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente. L'appropriatezza prescrittiva (C9) presenta complessivamente una valutazione buona, seppure con alcune classi di farmaci che necessitano di una maggiore attenzione. Il consumo di antibiotici (C9.8.1.1.1) e il consumo di cefalosporine (C9.8.1.1.2) in età pediatrica che presentano una performance buona, mentre una maggiore criticità è rilevata per il consumo di inibitori di pompa protonica (C9.1).

All'interno della dimensione relativa alla **responsiveness** si evidenzia il rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10D), dove si registra, in continuità con l'anno precedente, una buona performance. Nel dettaglio, si osservano performance ottime relativamente al rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon (C10.4.9) e

buone performance relative agli interventi chirurgici per tumore al retto (C10.4.10), al polmone (C10.4.11) e all'utero (C10.4.12). Le performance sono nella norma per i tumori della prostata (C10.4.8), della mammella (C10.4.7), del melanoma (C10.4.13) e della tiroide (C10.4.14), per i quali si segnala però un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente.

La penultima dimensione analizzata è rappresentata da quella dei percorsi **clinico-assistenziali**, relativamente ai seguenti percorsi: materno-infantile, cronicità, oncologia, emergenza urgenza, salute mentale, in cui regione Lombardia mostra una risultati tendenzialmente positivi. Nel percorso materno-infantile, si registra una performance complessivamente positiva, con buoni risultati raggiunti nella fase del parto, ad eccezione della percentuale di episiotomie (C7.3), che richiede maggiore attenzione ma per cui si registra comunque una diminuzione rispetto all'anno precedente. Fatta eccezione per la copertura antimeningococcica (B7.5), anche nella fase relativa al primo anno di vita si registra una buona performance complessiva, in quanto Regione Lombardia, sebbene non raggiunga l'obiettivo stabilito, presenta la migliore performance tra le regioni. La performance risulta invece leggermente inferiore nella fase pediatrica successiva al primo anno, dove si evidenziano il tasso di ospedalizzazione per asma e gastroenterite (D04C), in cui la regione presenta il valore più elevato, e il tasso di tonsillectomie (C18.1), in aumento rispetto agli anni precedenti. Il percorso cronicità fa invece registrare criticità diffuse in tutte le fasi, con particolare attenzione alla fase di promozione e prevenzione e di trattamento e compliance. Nella fase di prevenzione si riscontrano problemi nella copertura vaccinale antinfluenzale per gli over 65 (B7.2), - sebbene si osservi nel complesso per la copertura vaccinale (B7) una collocazione in area di buona performance. Nella fase di trattamento, le criticità riguardano gli indicatori relativi all'aderenza alle raccomandazioni per il controllo dell'occhio (PDTA05.5) e del profilo lipidico (PDTA05.2) nei pazienti diabetici, e all'adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA03A). Si evidenzia tuttavia che nel complesso l'aderenza farmaceutica (C.21) si colloca in un'area di buona performance. La fase degli esiti, invece, presenta risultati complessivamente ottimi, fatta eccezione per il tasso di amputazioni maggiori nei pazienti diabetici (C11A.2.4), che richiede maggiore attenzione. Il percorso oncologico presenta risultati pressoché buoni in tutte le quattro fasi. Relativamente alla fase di screening, si registrano ottimi risultati per tutti gli indicatori eccetto lo screening alla cervice uterina (B5.2). Buona performance anche nella fase di trattamento, con il 47% degli indicatori che necessitano tuttavia di una maggiore attenzione. Da segnalare, nella fase di follow-up, una criticità relativa al numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero inferiore ai 7 giorni (D32Z).

Relativamente al percorso emergenza urgenza, si registra una buona performance nella fase relativa all'accesso e si riscontrano invece maggiori criticità nella fase di triage, soprattutto dovute alla percentuale ridotta (46%) di pazienti con codice 2 visitati entro 2 minuti (C16.1.NA). Rispetto alla fase di percorso, rimangono critici gli abbandoni al PS (D9) e resta da attenzionarsi la percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso minore di 8 ore (C16.4.1.N). L'ultimo percorso analizzato, quello relativo alla salute mentale, registra invece una performance altalenante, con risultati buoni nella fase relativa all'attività territoriale, che peggiorano poi nella fase relativa all'efficacia della presa in carico, con la percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria più alta fra tutte le regioni (C15A.13A).

L'ultima dimensione analizzata è quella relativa alle **sfide post-COVID**, che sono ulteriormente suddivise in tre sotto-sfide: quella del personale, quella del digitale ed infine quella dell'assistenza territoriale e domiciliare. Relativamente alla sfida del personale, si attesta una performance nella norma rispetto alla percentuale di assenza (E2), per cui tuttavia regione Lombardia presenta la seconda migliore performance per il 2023, e per l'indice di soffitto di cristallo (E2B). Performance ottima invece per gli indicatori attinenti alla sfida del digitale. L'ultima sfida relativa all'assistenza presenta invece maggiori criticità. Si rilevano criticità sia rispetto alla percentuale di anziani con almeno un accesso per cure domiciliari (B28.1.1) che al tasso di prese in carico con CIA maggiore di 0,13 per cure domiciliari (B28.2.9A). Ottima performance per gli indicatori relativi all'assistenza domiciliare e in RSA.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

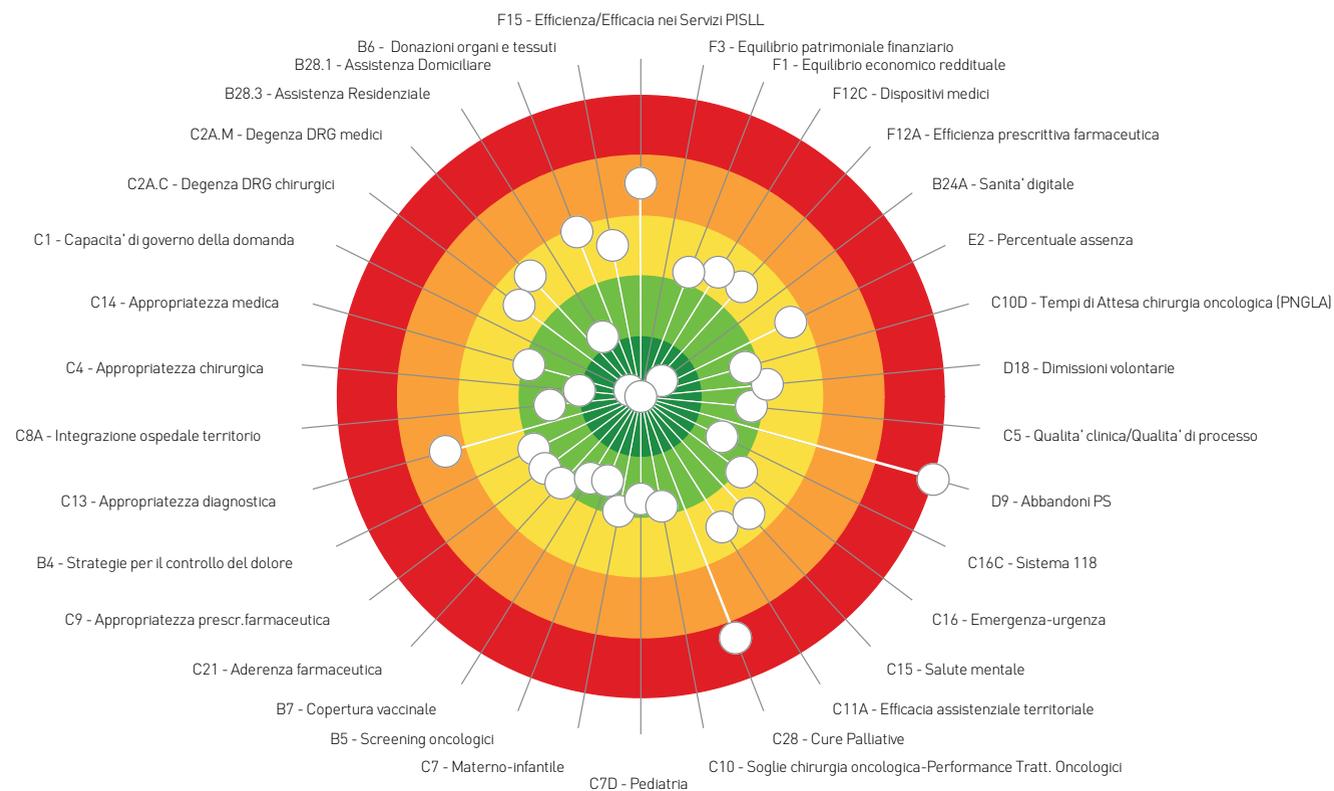
Numero indicatori di valutazione: 79

Indicatori Migliorati ↑
34.2 %

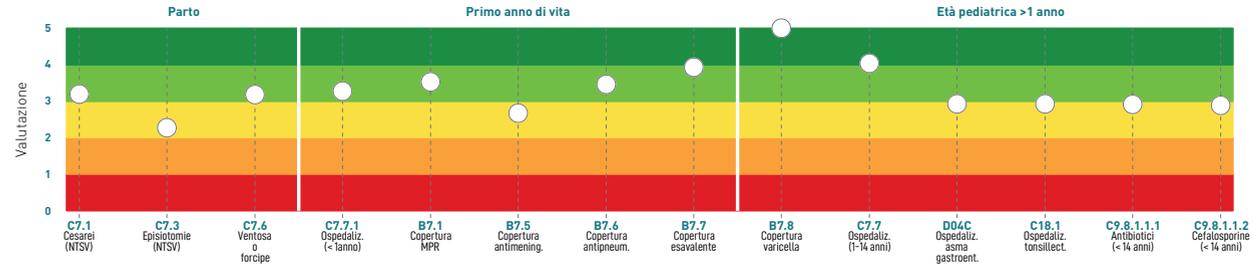
Indicatori Stabili =
20.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
45.6 %

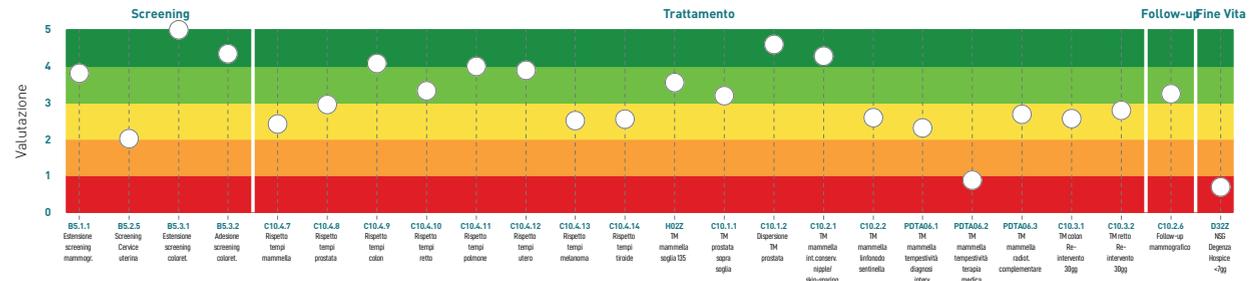
Valutazione della performance 2023



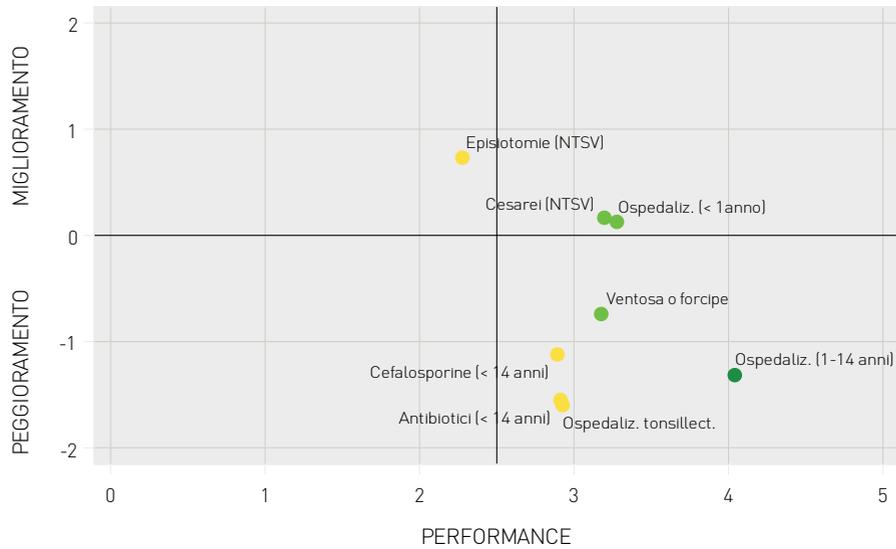
PERCORSO MATERNO INFANTILE



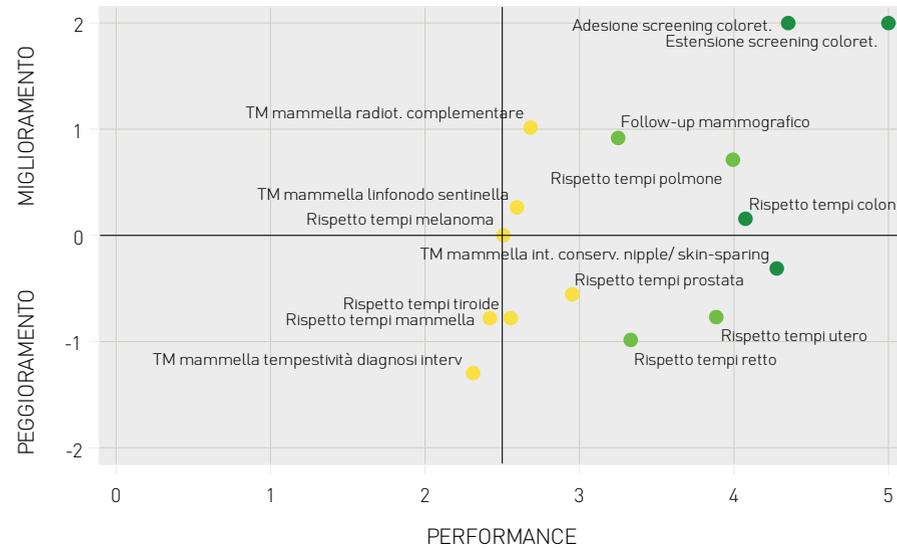
PERCORSO ONCOLOGICO

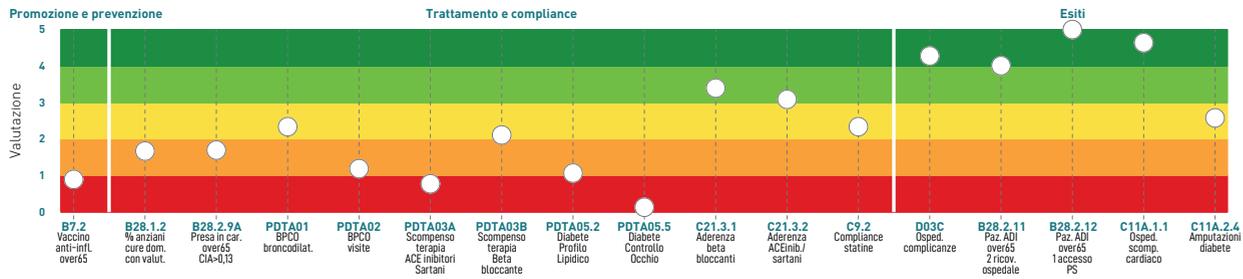


Percorso Materno infantile

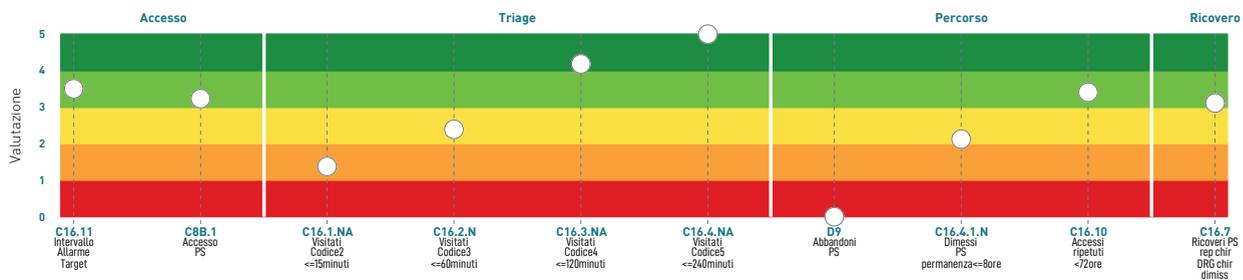


Percorso Oncologico

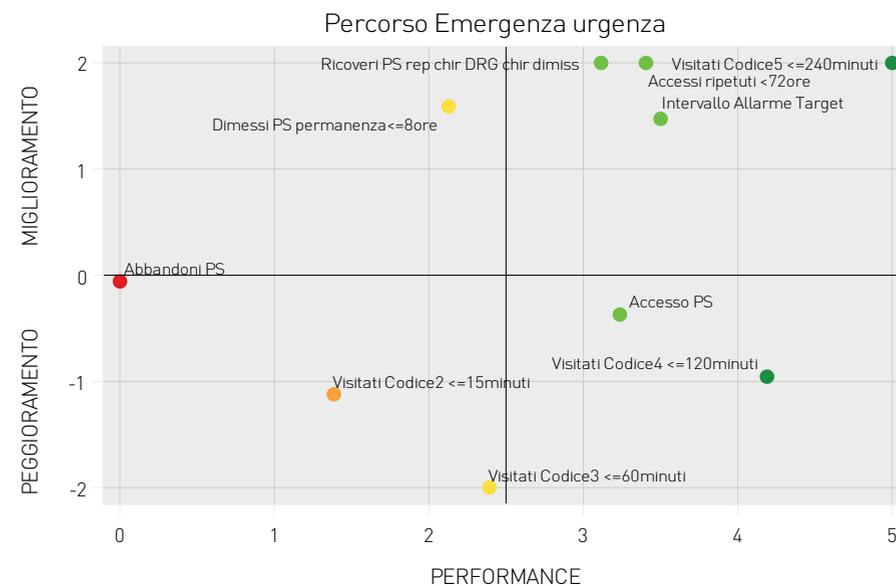
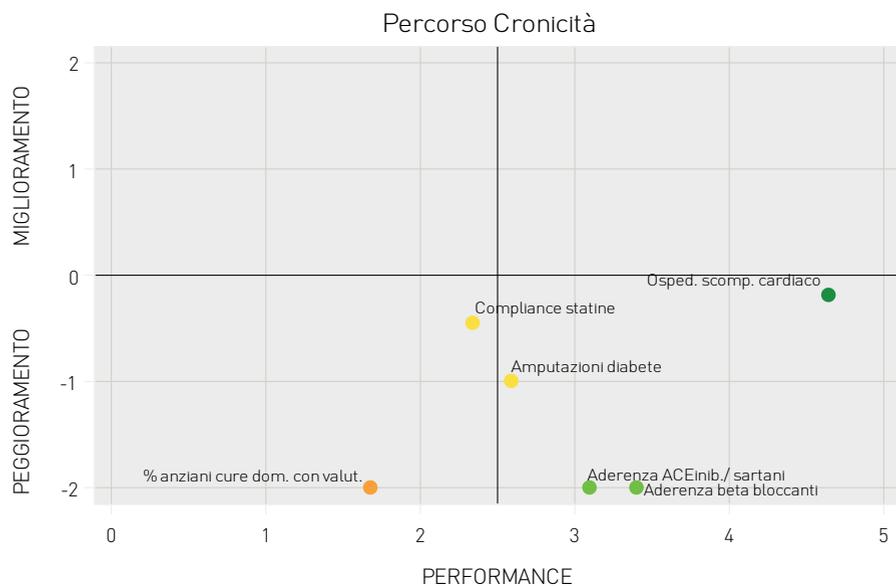




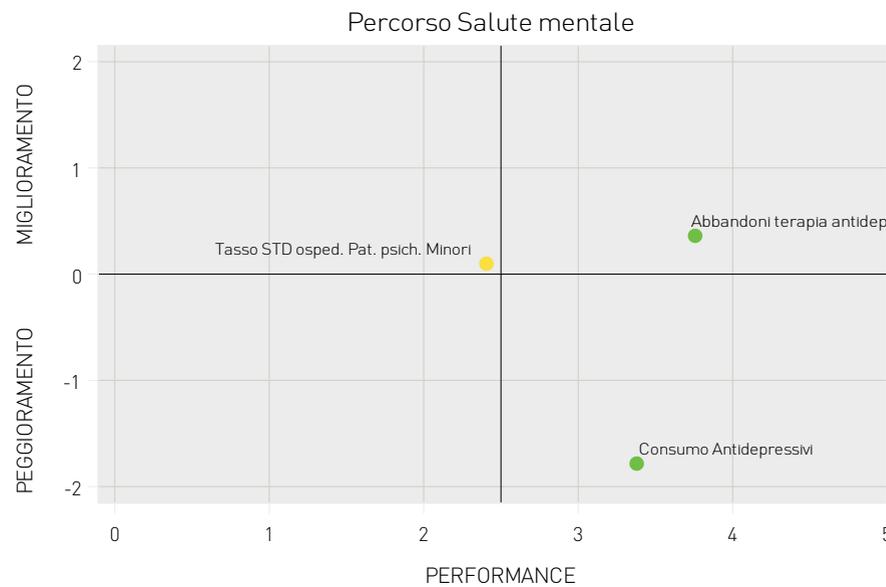
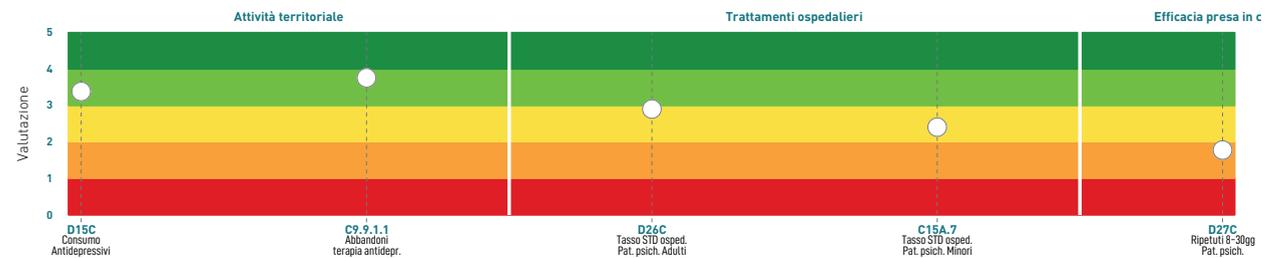
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE LOMBARDIA





ATS CITT. METR. DI MILANO

Profilo azienda



Popolazione residente **3.456.142**

Distretti Sanitari **25**

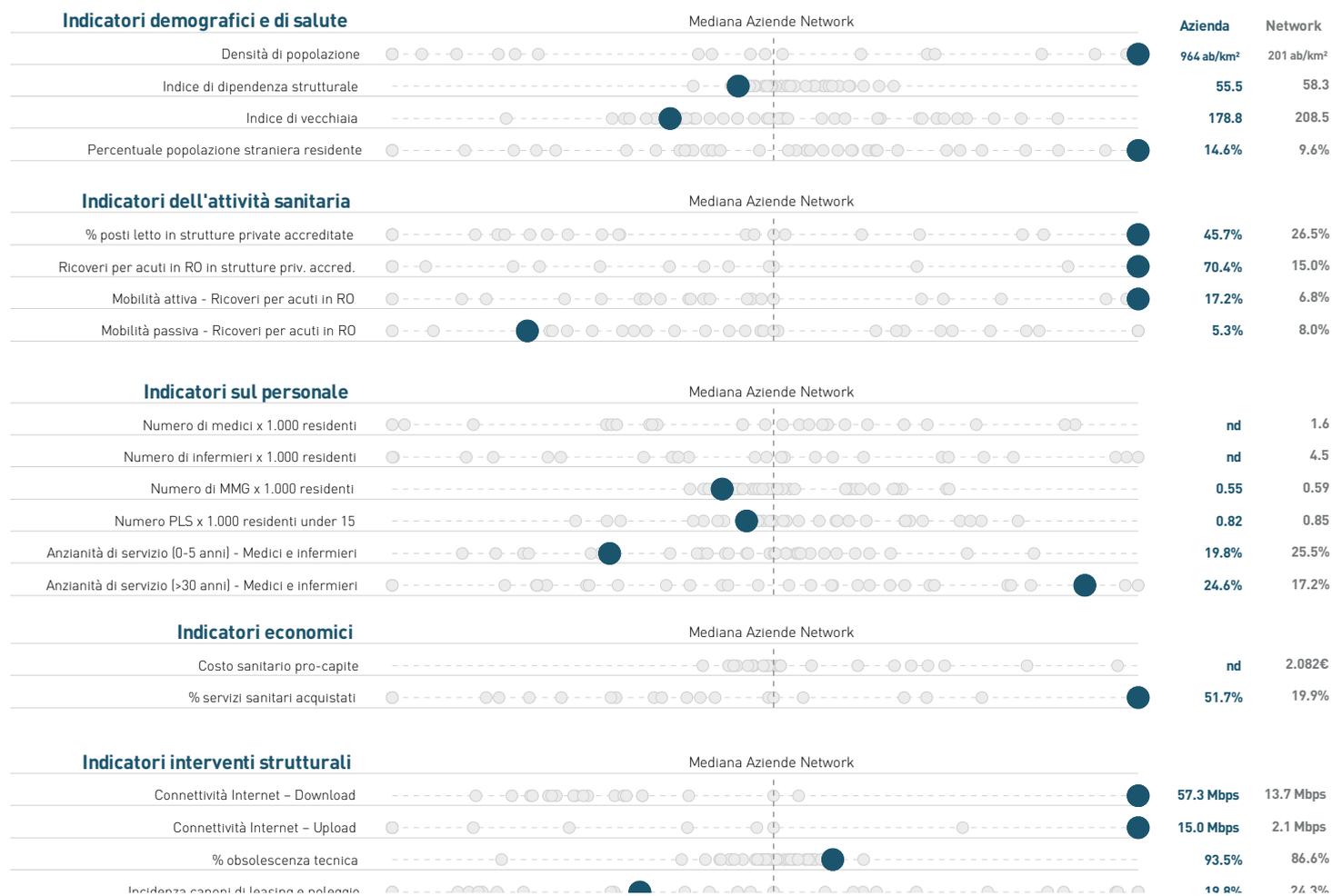
Stabillimenti **67**

- Pubblici **40**

- Privati accreditati **27**

Posti letto **16.556**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS CITT. METR. DI MILANO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
27.3 %

Indicatori Stabili =
15.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
56.8 %

Valutazione della Performance 2023

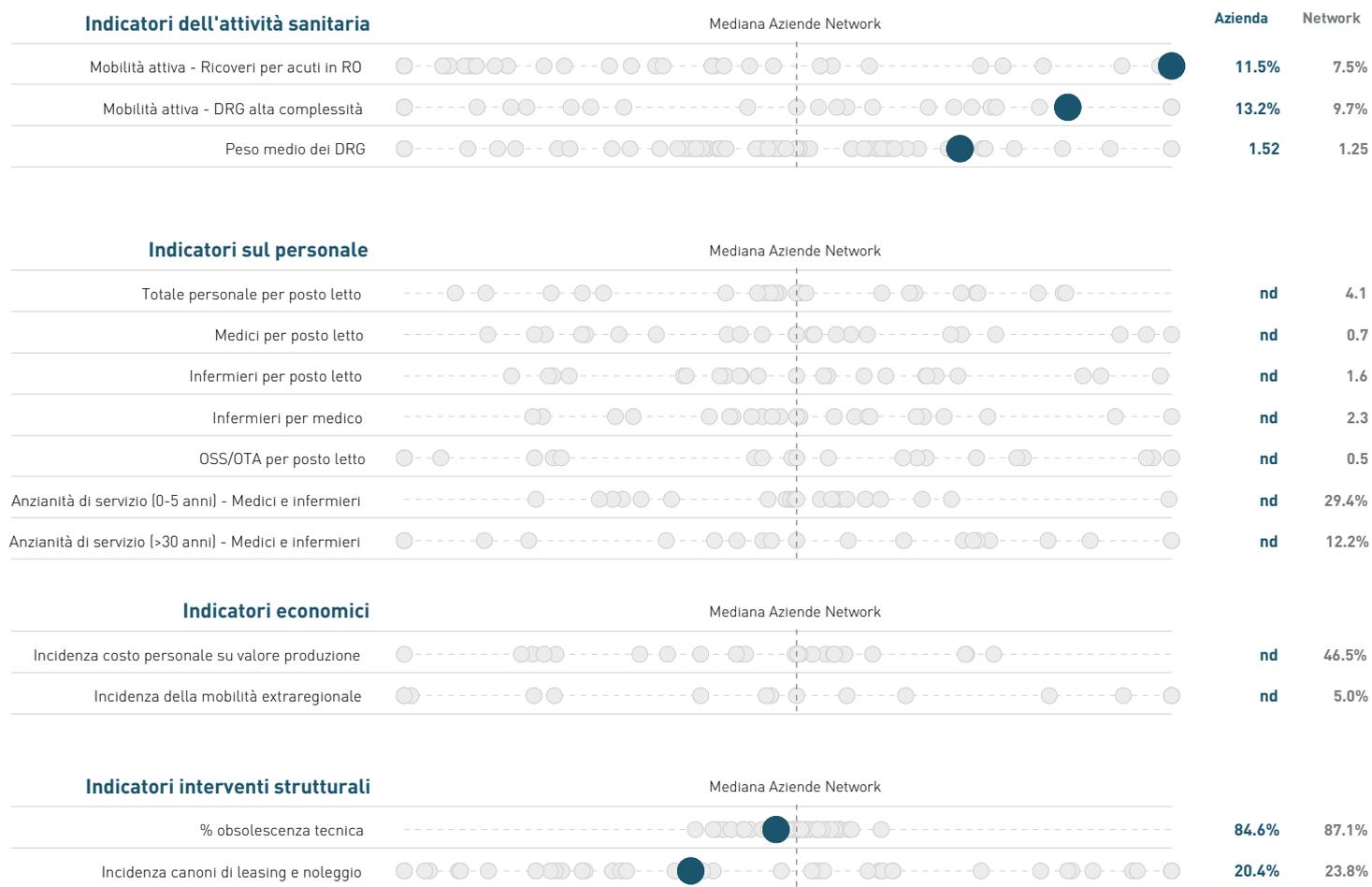


ASST OSP METROP. NIGUARDA

Profilo azienda



Posti letto	1.265
- Degenza Ordinaria	1.198
- Day Hospital/Day surgery	67
Dimissioni totali	41.093
Giornate di degenza ordin.	308.870
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	96.638
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.898



ASST OSP METROP. NIGUARDA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

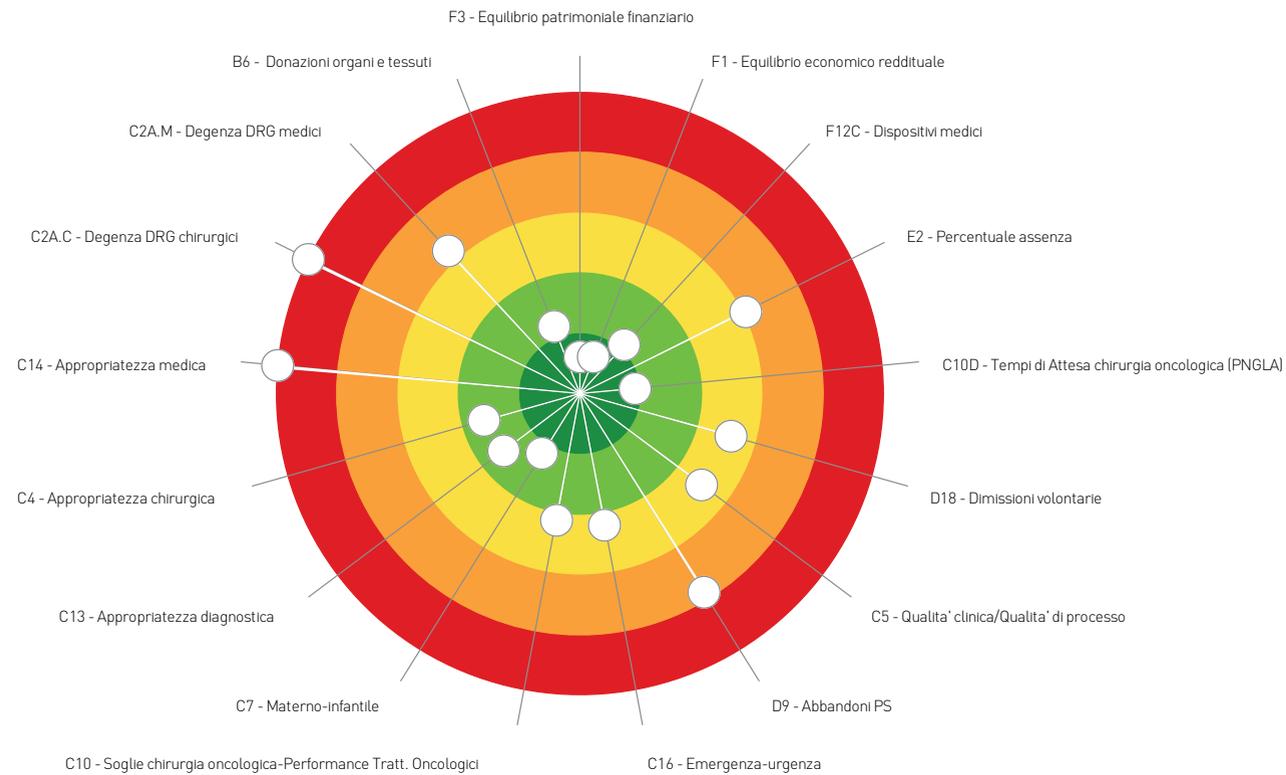
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑
44.1 %

Indicatori Stabili =
2.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
52.9 %

Valutazione della Performance 2023

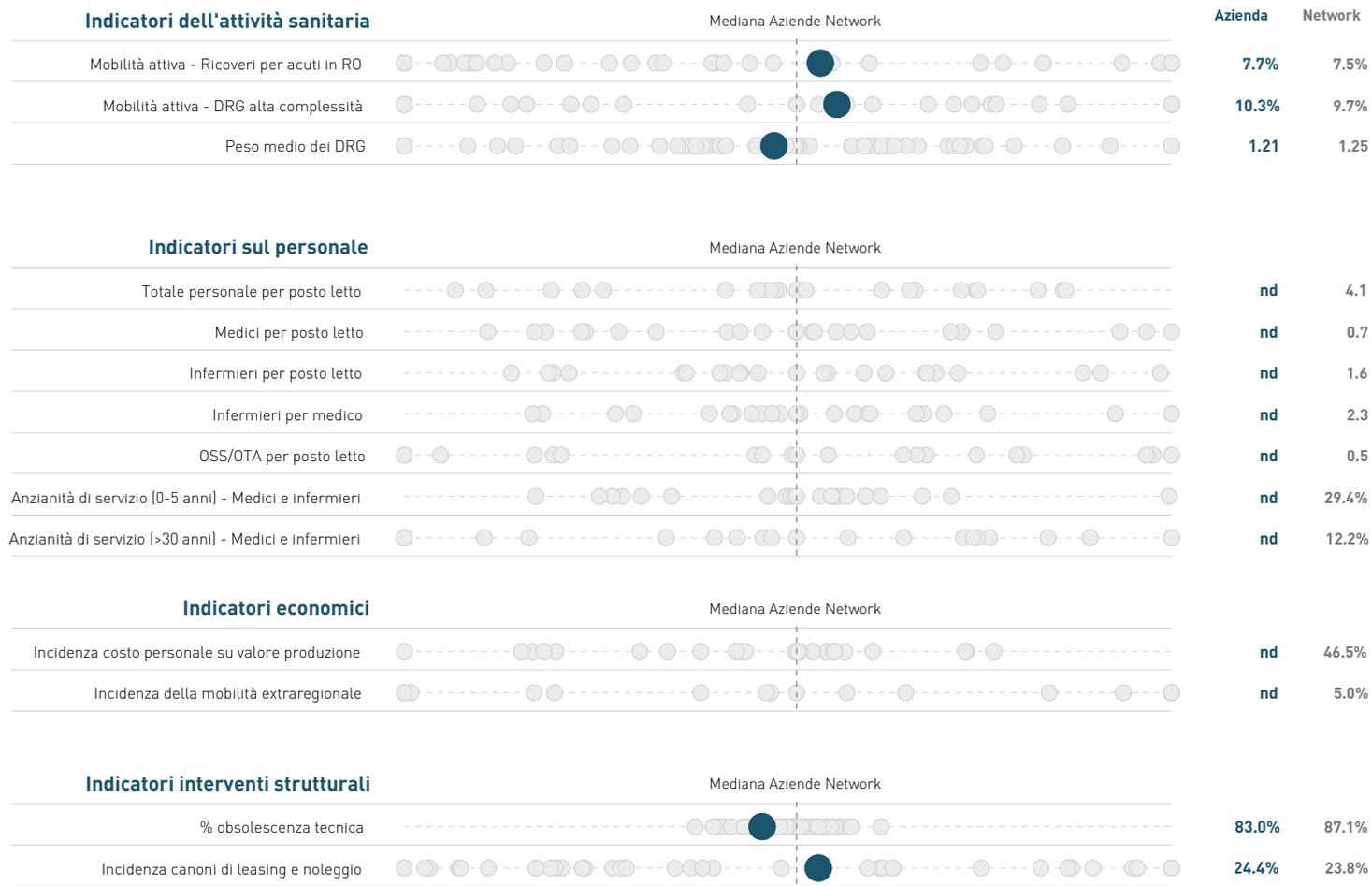


ASST SANTI PAOLO E CARLO

Profilo azienda



Posti letto	946
- Degenza Ordinaria	873
- Day Hospital/Day surgery	73
Dimissioni totali	35.259
Giornate di degenza ordin.	265.511
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	135.043
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.728



ASST SANTI PAOLO E CARLO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

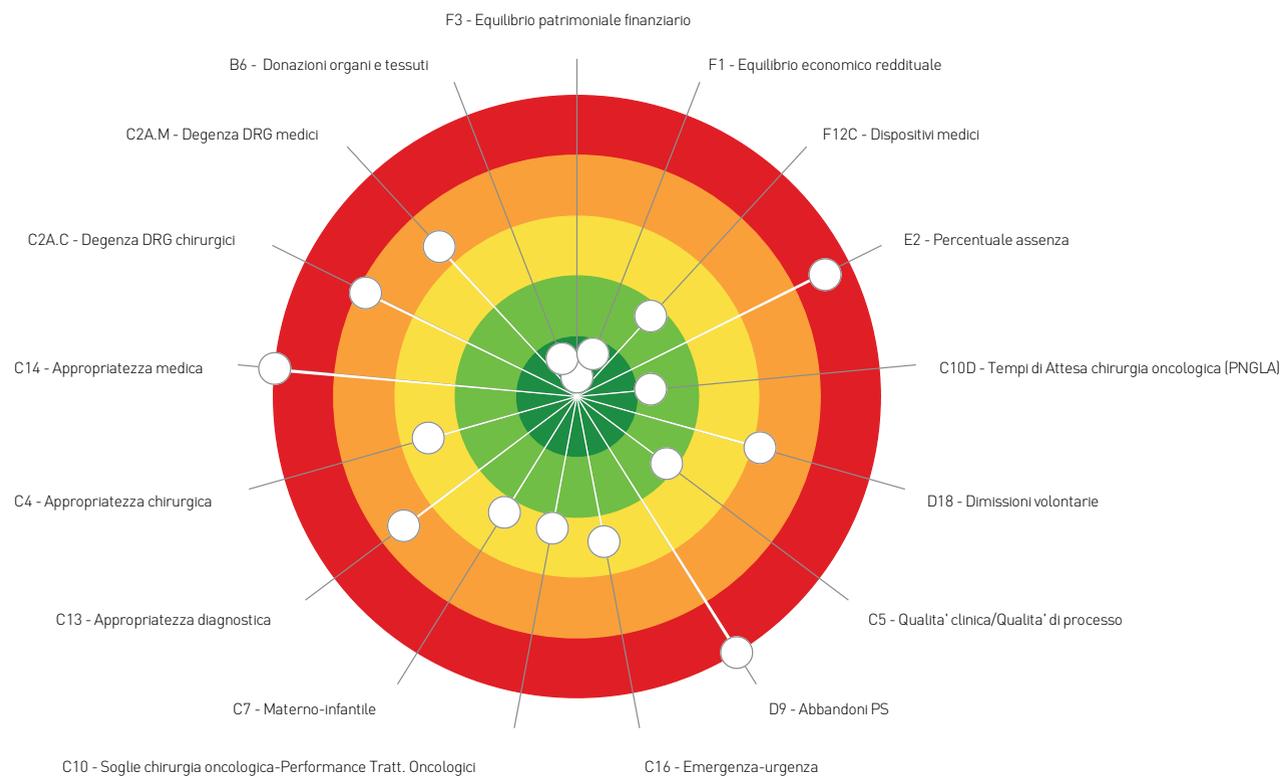
Numero indicatori di valutazione: 41

Indicatori Migliorati ↑
31.7 %

Indicatori Stabili =
26.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
41.5 %

Valutazione della Performance 2023

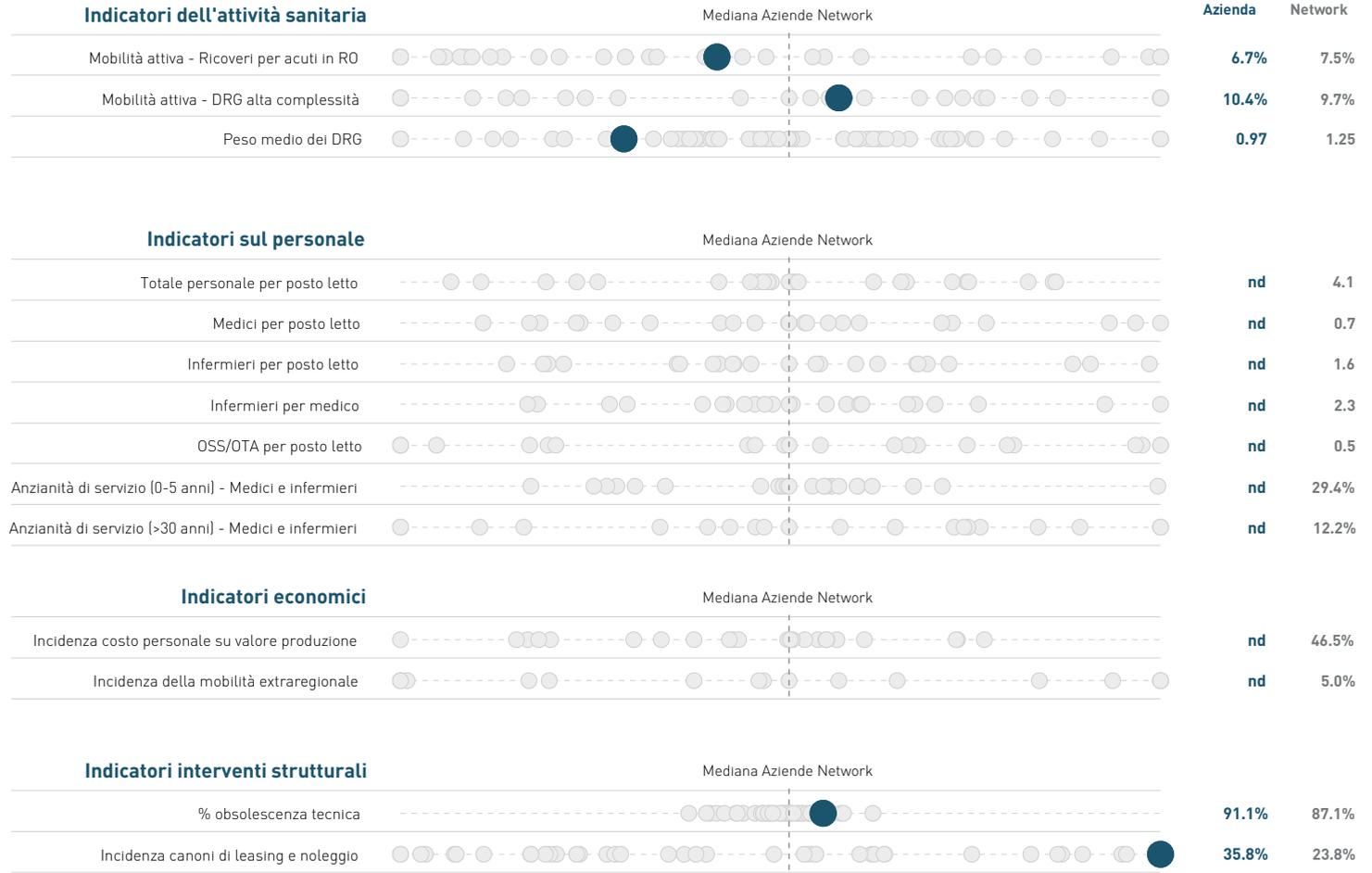


ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

Profilo azienda



Posti letto	1.091
- Degenza Ordinaria	1.014
- Day Hospital/Day surgery	77
Dimissioni totali	42.711
Giornate di degenza ordin.	242.109
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	179.702
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	5.340



ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

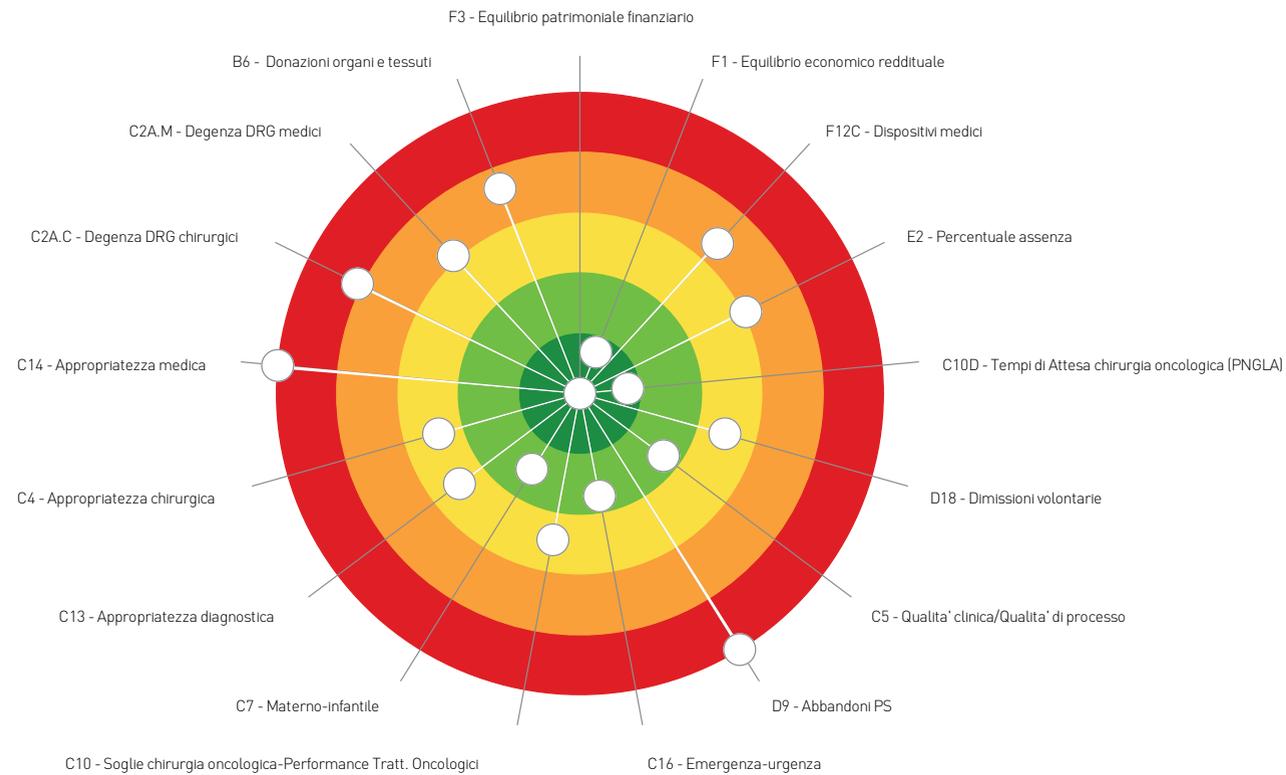
Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori Migliorati ↑
42.9 %

Indicatori Stabili =
8.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
48.6 %

Valutazione della Performance 2023

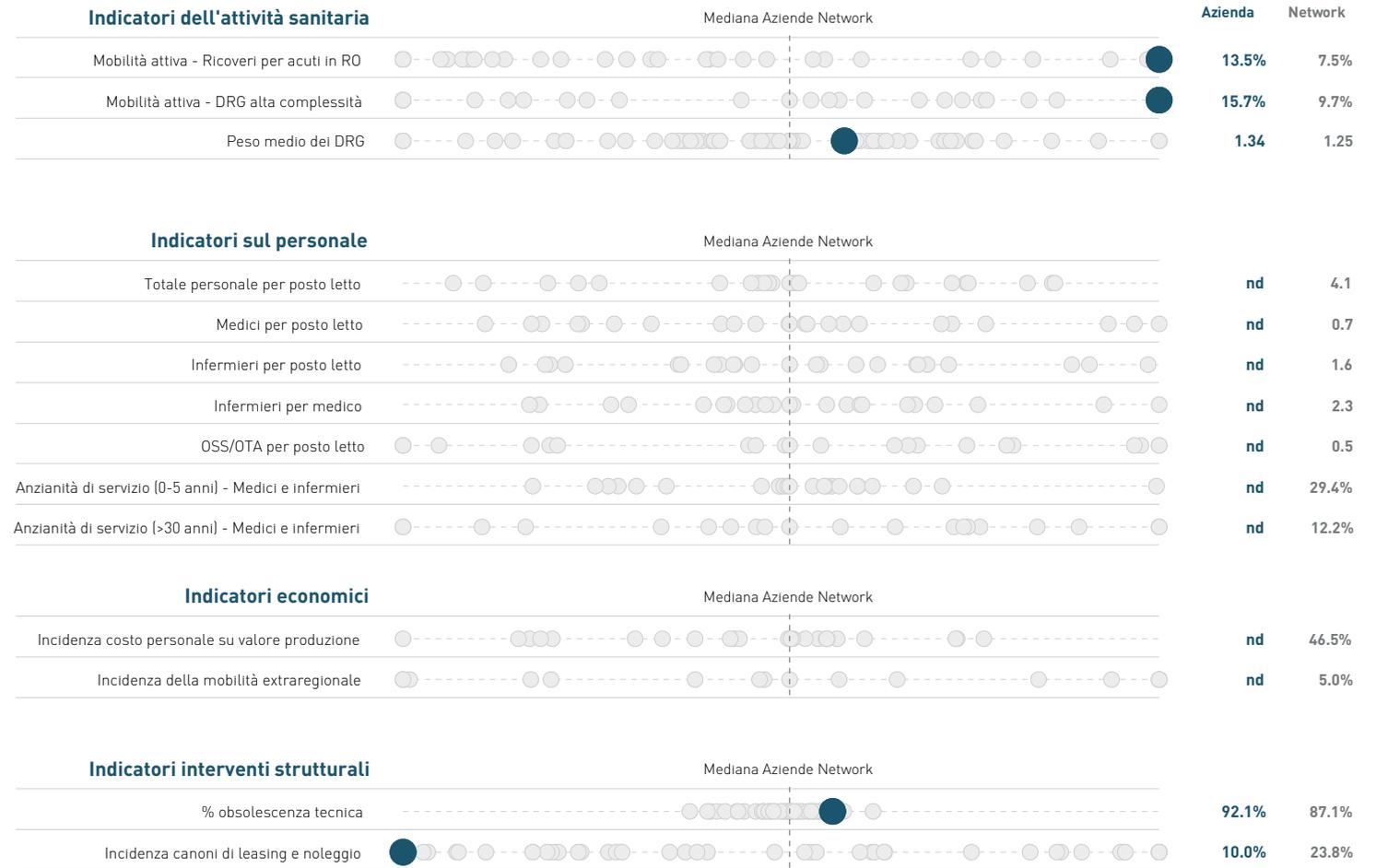


ASST PINI CTO

Profilo azienda



Posti letto	418
- Degenza Ordinaria	389
- Day Hospital/Day surgery	29
Dimissioni totali	13.539
Giornate di degenza ordin.	98.169
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	58.640
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ASST PINI CTO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 17

Indicatori Migliorati ↑
58.8 %

Indicatori Stabili =
17.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
23.5 %

Valutazione della Performance 2023

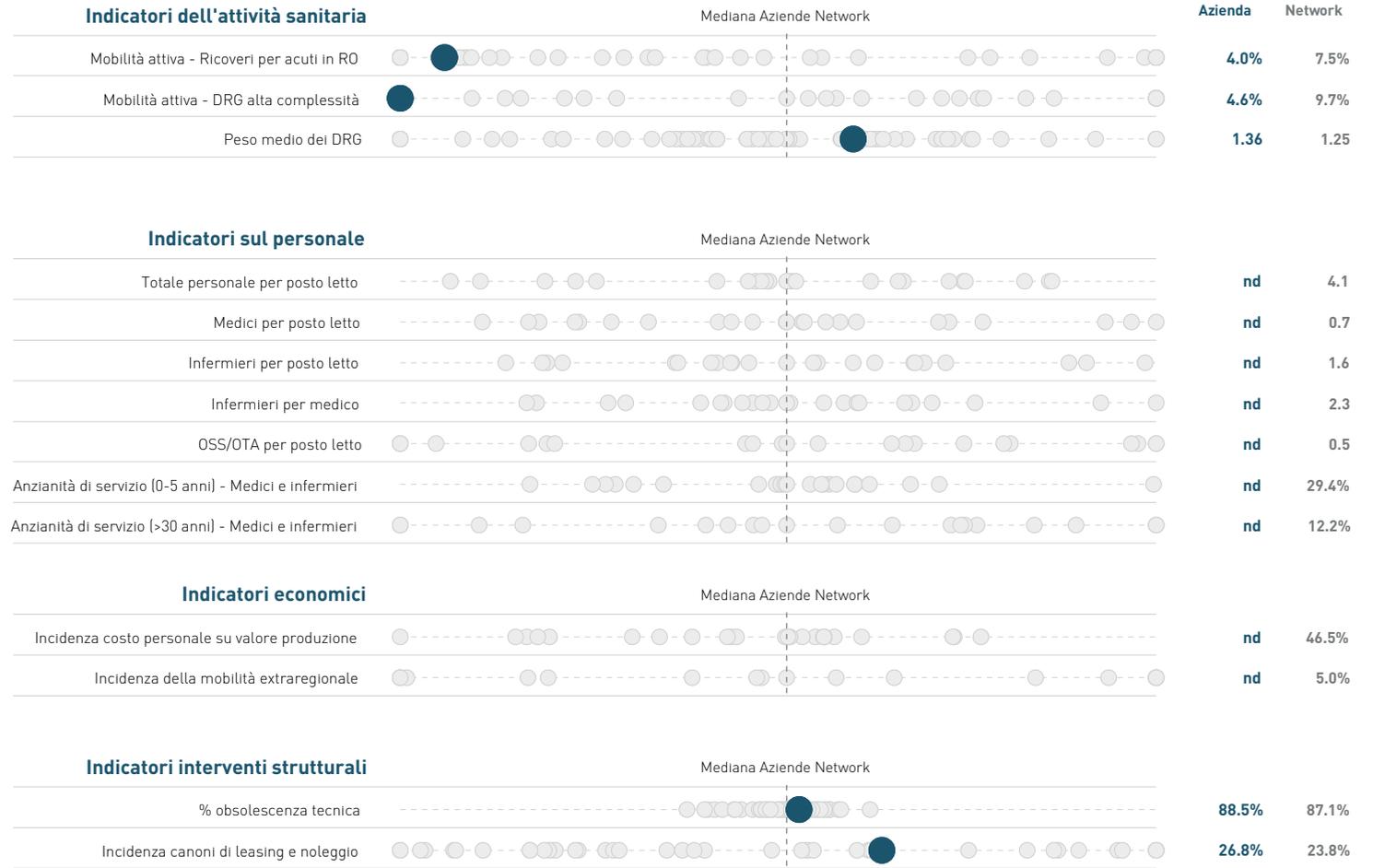


ASST OVEST MILANESE

Profilo azienda



Posti letto	1.190
- Degenza Ordinaria	1.132
- Day Hospital/Day surgery	58
Dimissioni totali	37.307
Giornate di degenza ordin.	260.668
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	141.536
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.917



ASST OVEST MILANESE

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

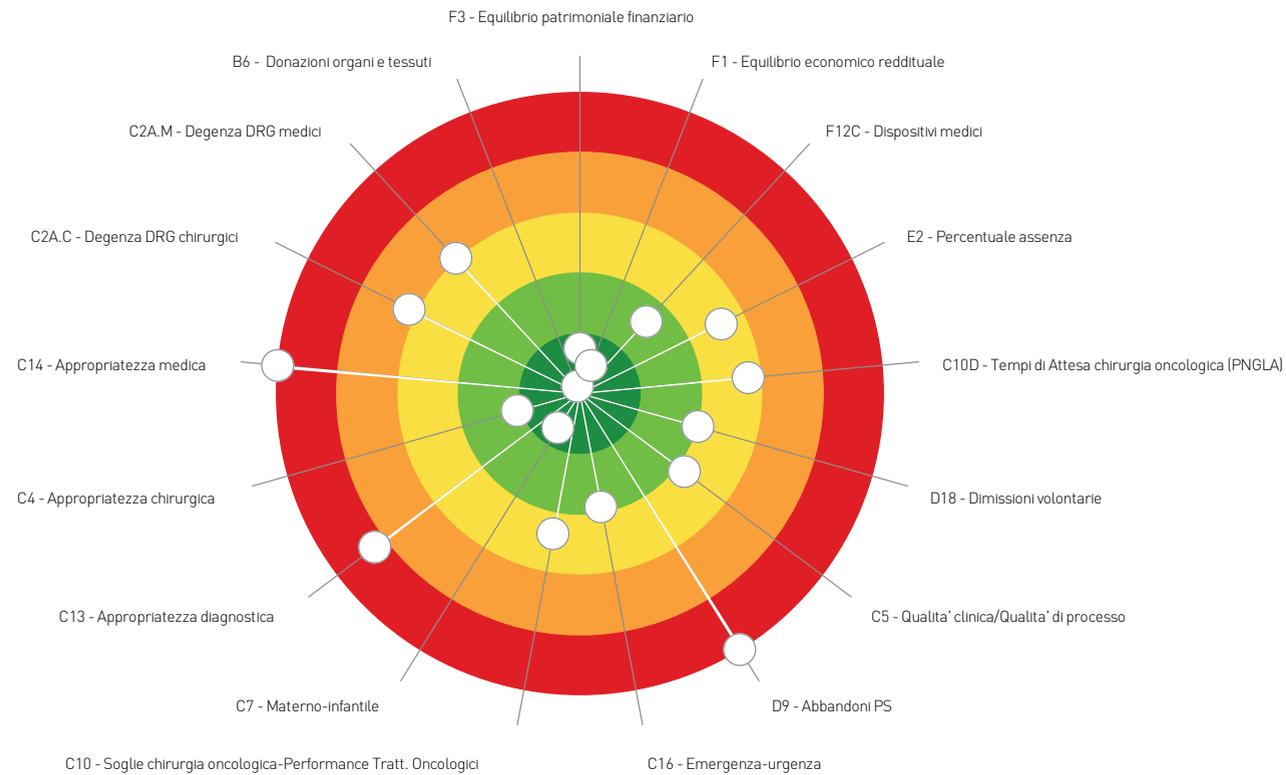
Numero indicatori di valutazione: 38

Indicatori Migliorati ↑
42.1 %

Indicatori Stabili =
21.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
36.8 %

Valutazione della Performance 2023

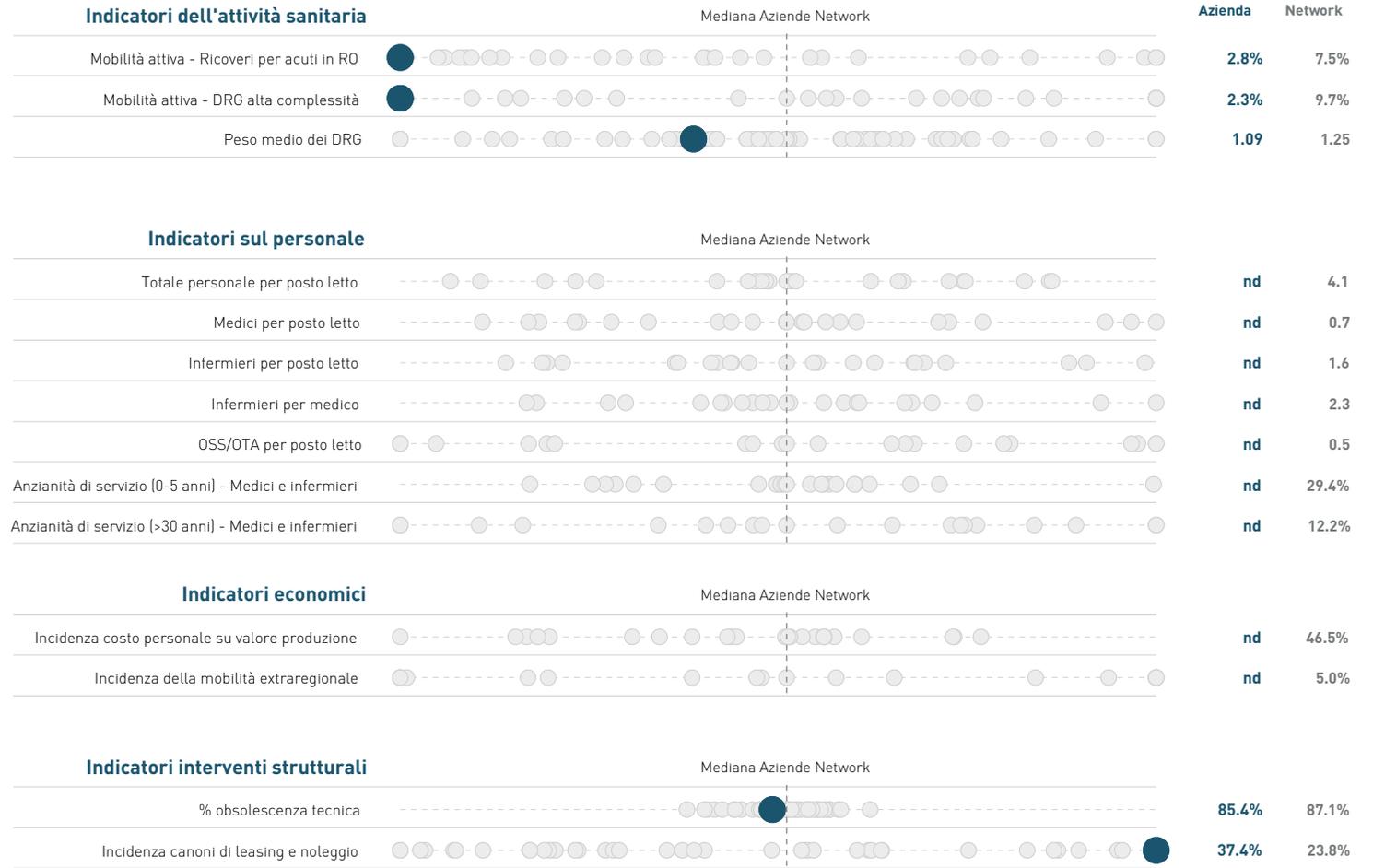


ASST RHODENSE

Profilo azienda



Posti letto	743
- Degenza Ordinaria	706
- Day Hospital/Day surgery	37
Dimissioni totali	21.802
Giornate di degenza ordin.	172.330
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	97.209
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.476



ASST RHODENSE

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

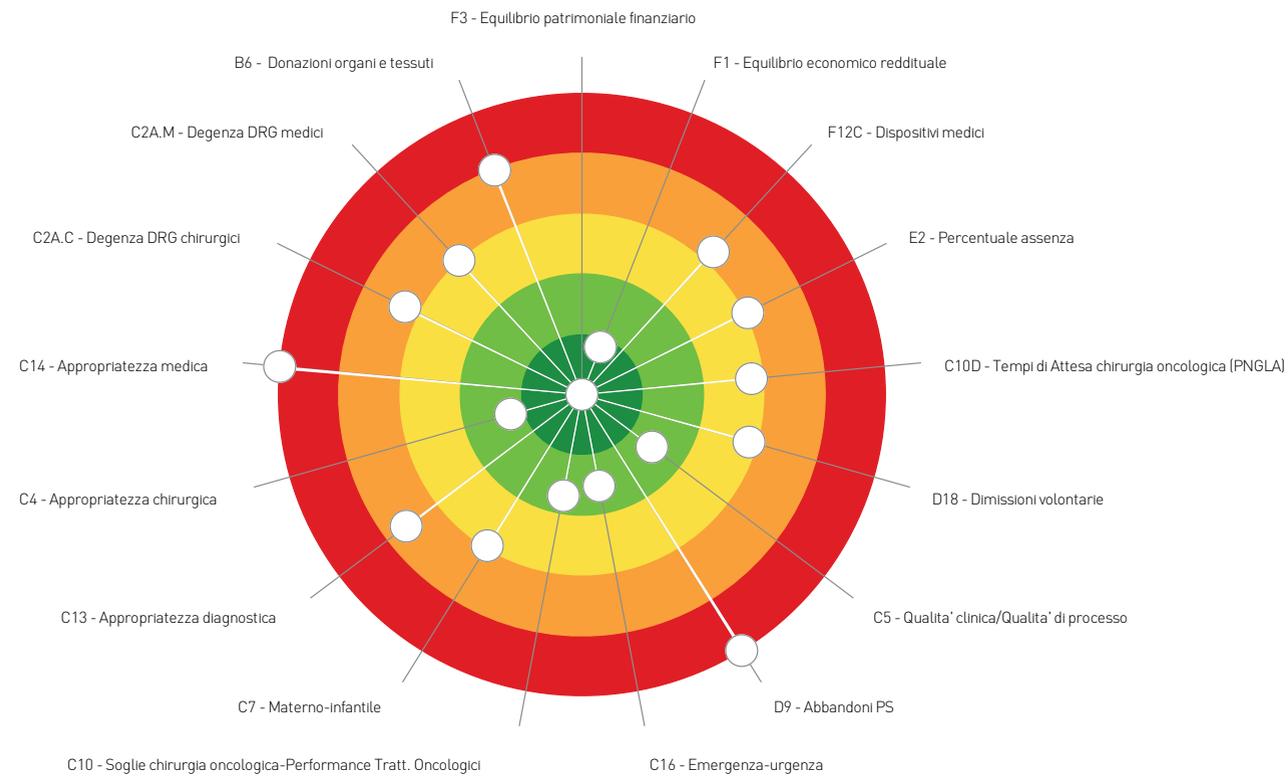
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑
50.0 %

Indicatori Stabili =
5.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
44.1 %

Valutazione della Performance 2023

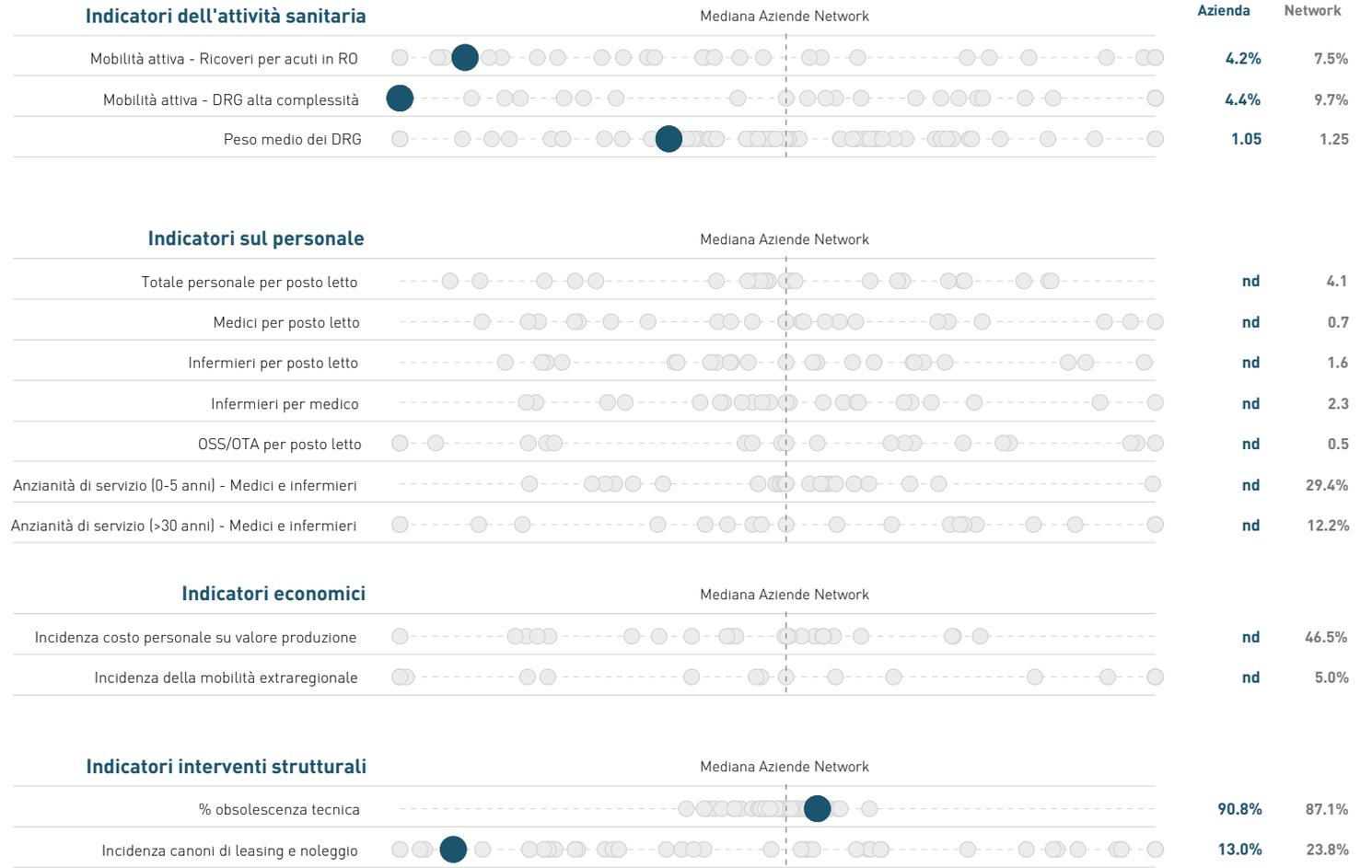


ASST NORD MILANO

Profilo azienda



Posti letto	395
- Degenza Ordinaria	375
- Day Hospital/Day surgery	20
Dimissioni totali	13.430
Giornate di degenza ordin.	83.102
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	58.468
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	617



ASST NORD MILANO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

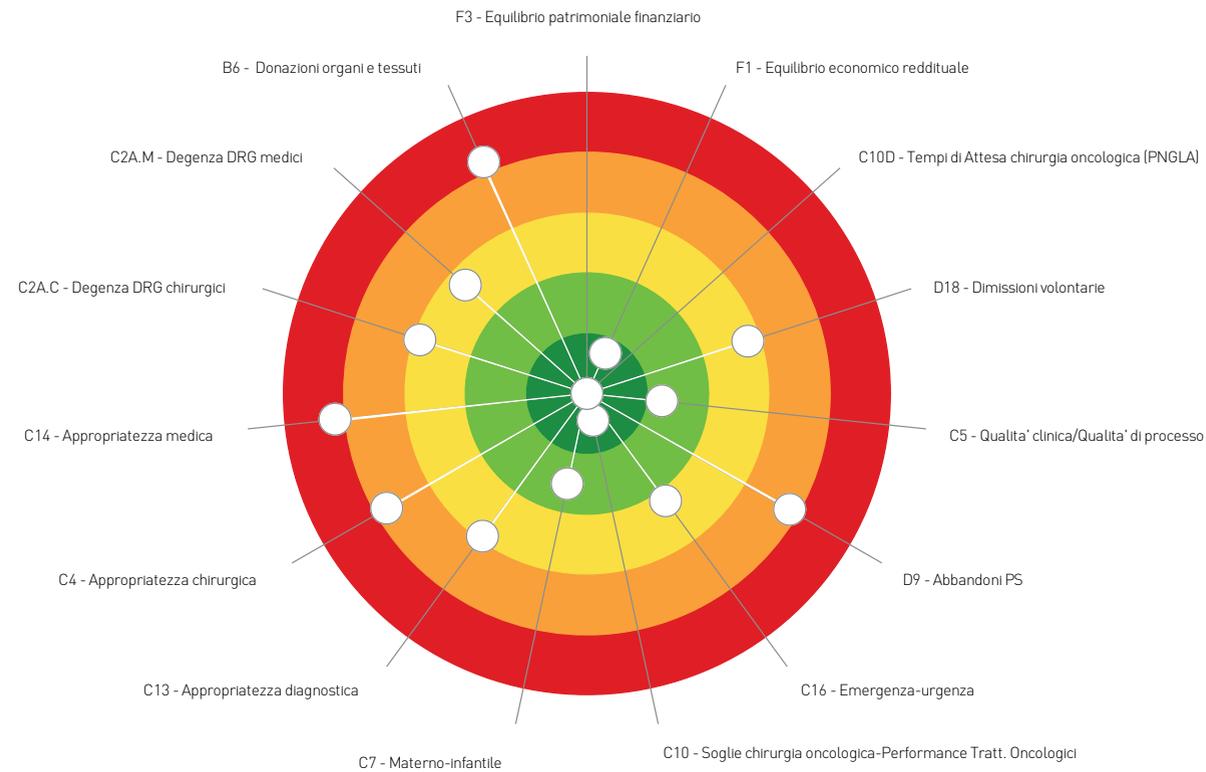
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
51.9 %

Indicatori Stabili =
18.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
29.6 %

Valutazione della Performance 2023

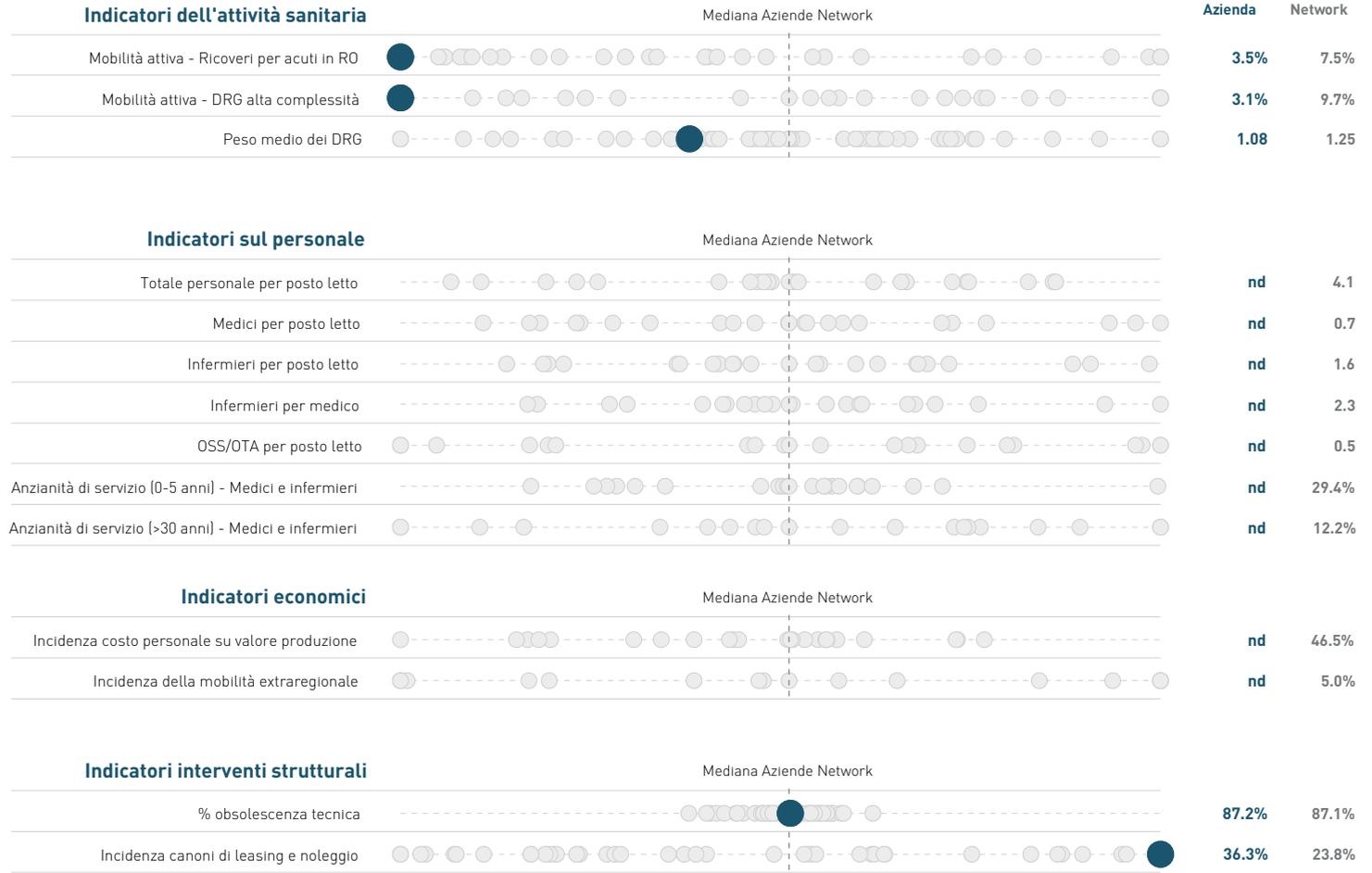


ASST MELEGNANO-MARTESANA

Profilo azienda



Posti letto	609
- Degenza Ordinaria	569
- Day Hospital/Day surgery	40
Dimissioni totali	20.747
Giornate di degenza ordin.	144.955
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	88.038
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.030



ASST MELEGNANO-MARTESANA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

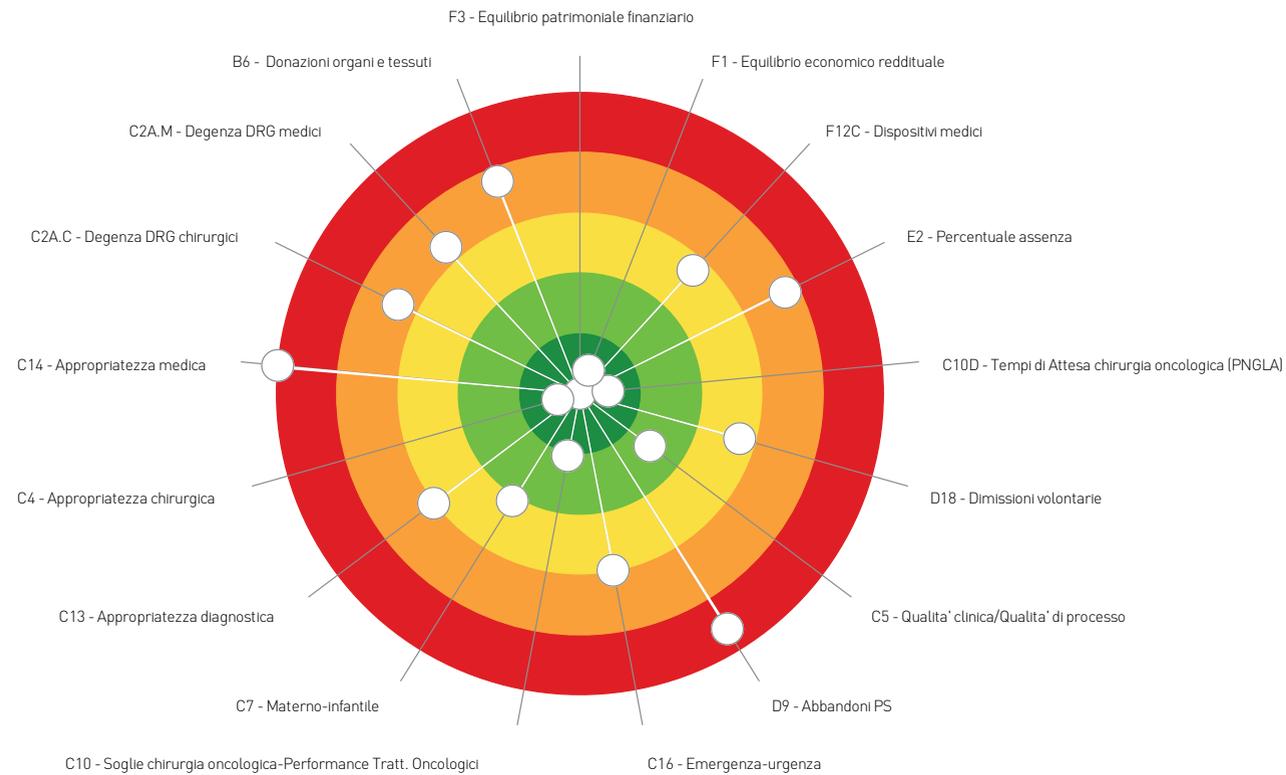
Numero indicatori di valutazione: 32

Indicatori Migliorati ↑
46.9 %

Indicatori Stabili =
3.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.0 %

Valutazione della Performance 2023

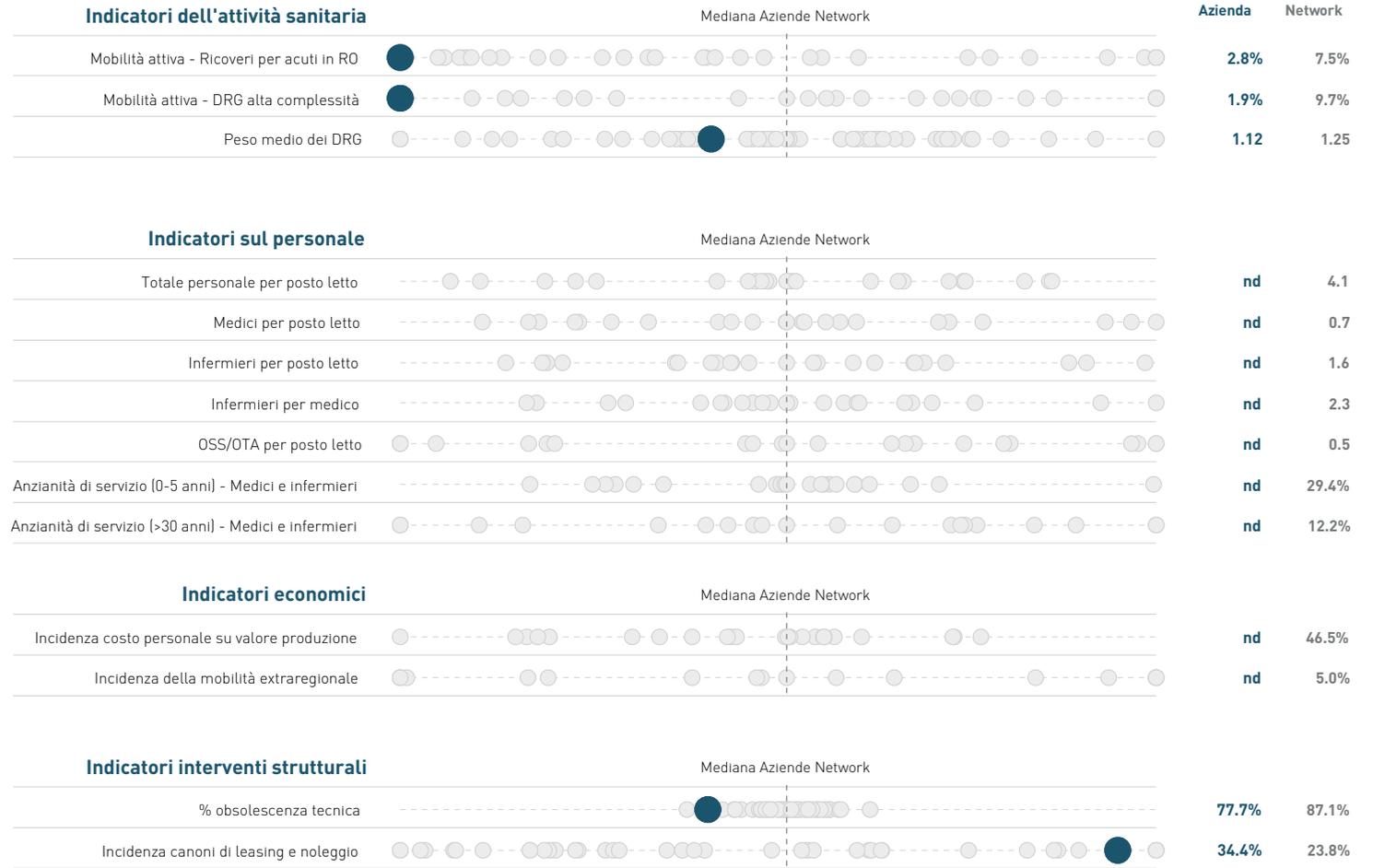


ASST DI LODI

Profilo azienda



Posti letto	841
- Degenza Ordinaria	812
- Day Hospital/Day surgery	29
Dimissioni totali	18.915
Giornate di degenza ordin.	162.606
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	78.104
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.026



ASST DI LODI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

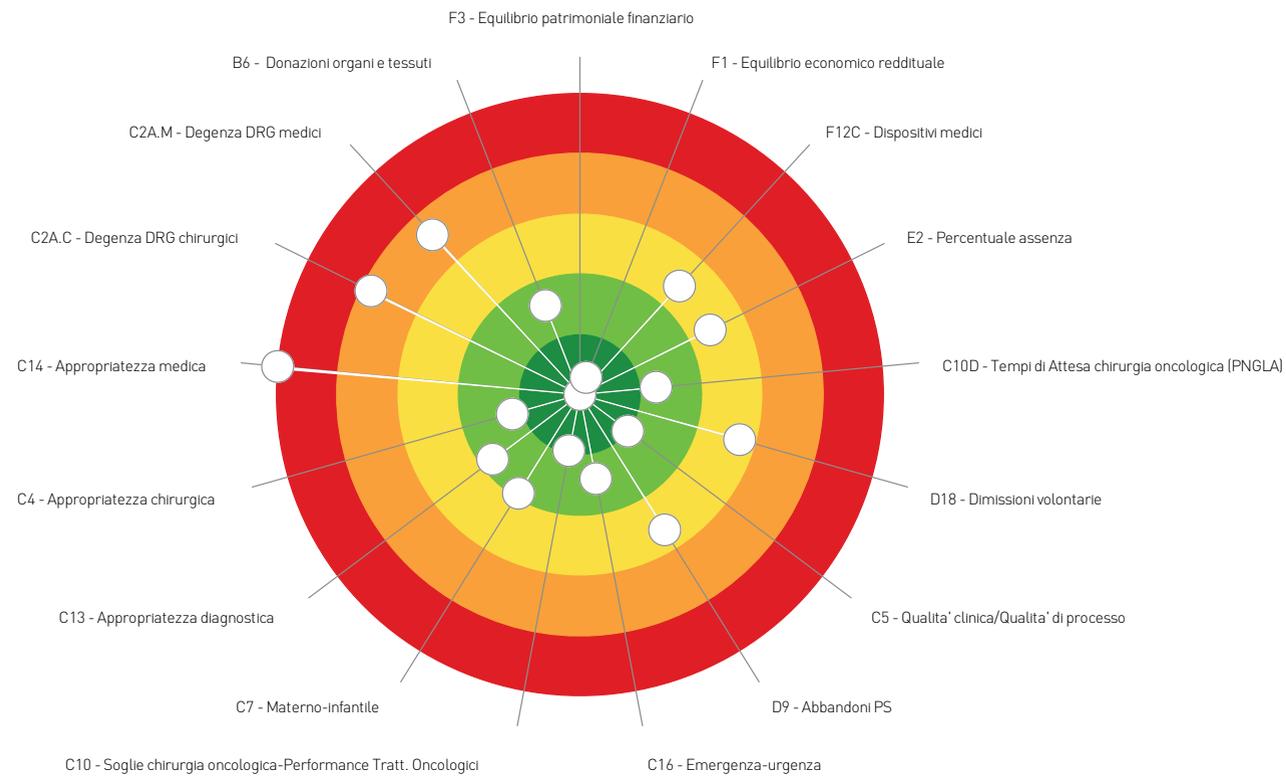
Numero indicatori di valutazione: 33

Indicatori Migliorati ↑
39.4 %

Indicatori Stabili =
18.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
42.4 %

Valutazione della Performance 2023

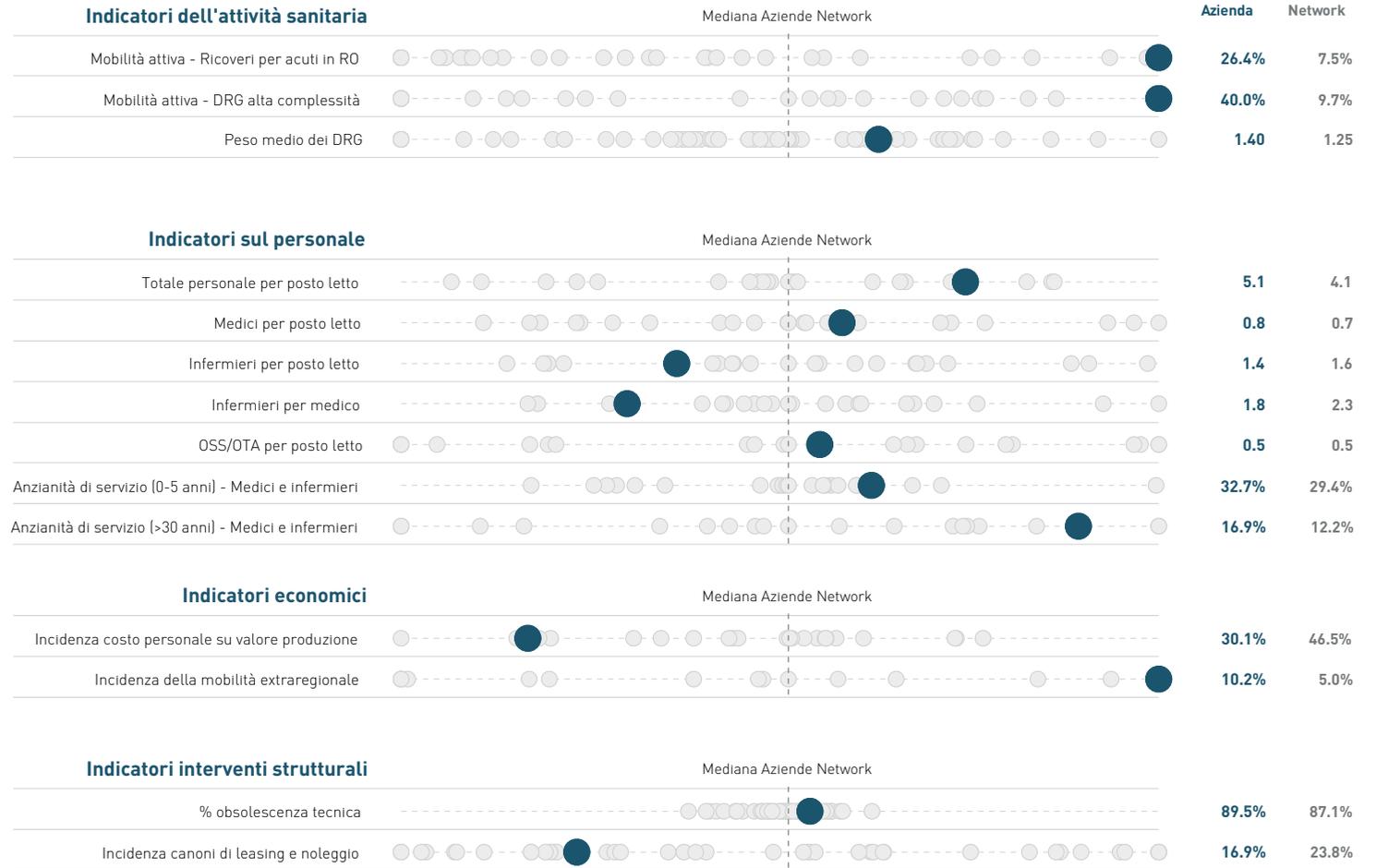


IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

Profilo azienda



Posti letto	296
- Degenza Ordinaria	260
- Day Hospital/Day surgery	36
Dimissioni totali	18.182
Giornate di degenza ordin.	59.868
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

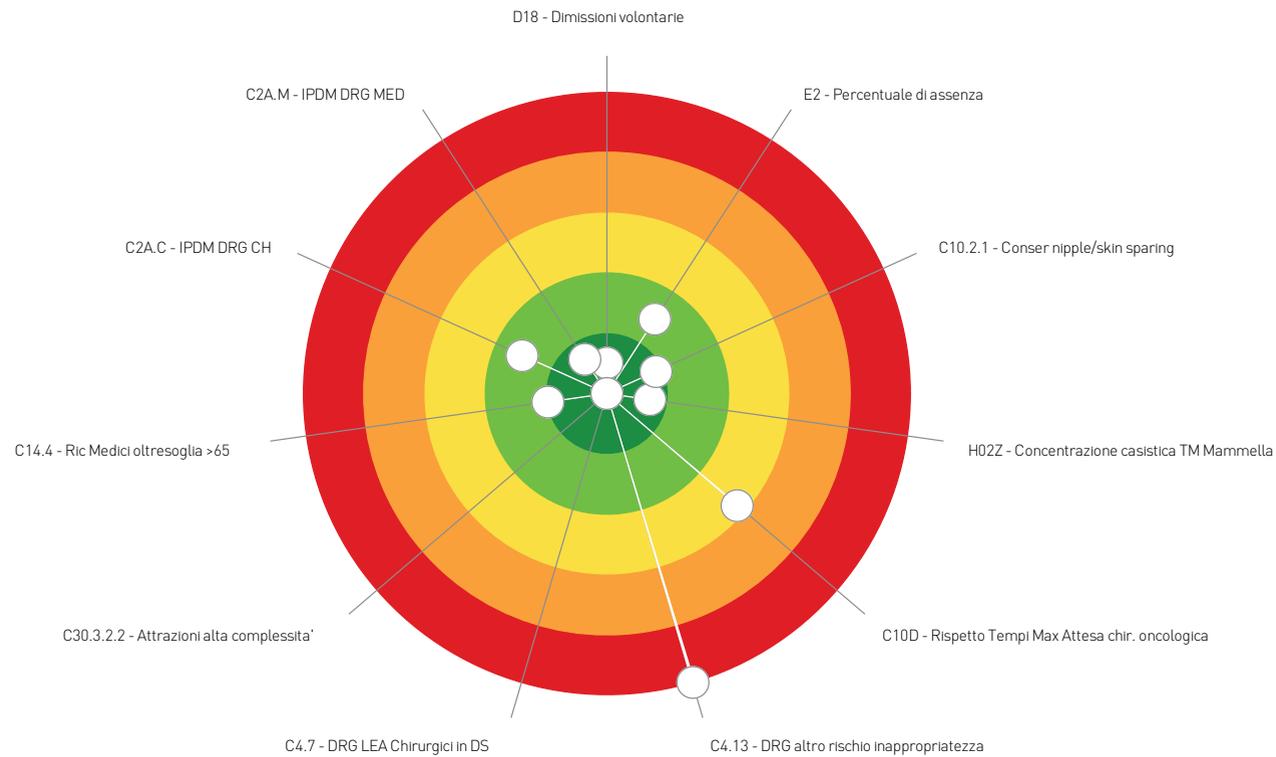
Numero indicatori di valutazione: 26

Indicatori Migliorati ↑
42.3 %

Indicatori Stabili =
15.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
42.3 %

Valutazione della Performance 2023

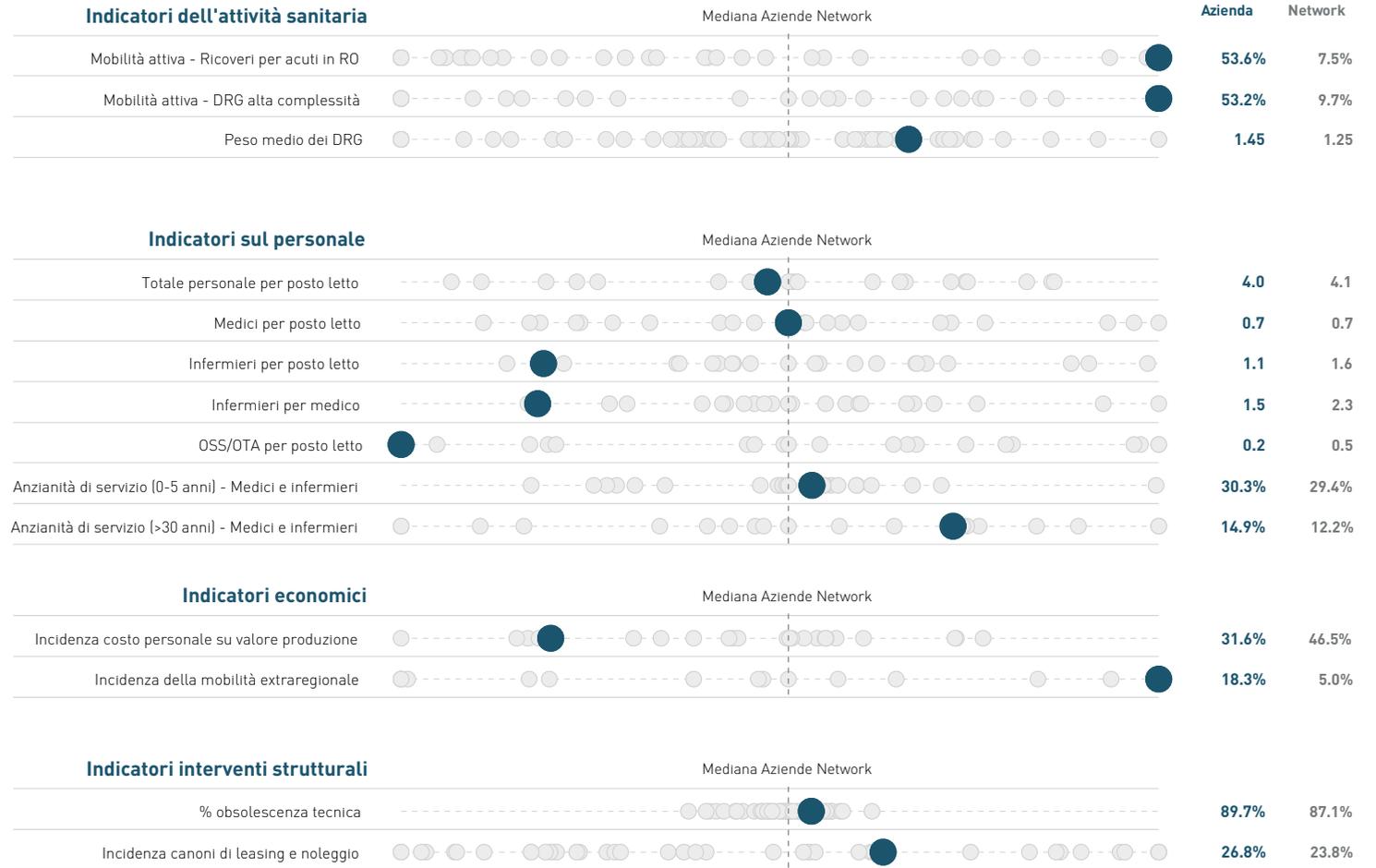


IRCCS ISTITUTO NEUR. C.BESTA

Profilo azienda



Posti letto	168
- Degenza Ordinaria	161
- Day Hospital/Day surgery	7
Dimissioni totali	5.013
Giornate di degenza ordin.	32.705
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS ISTITUTO NEUR. C.BESTA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

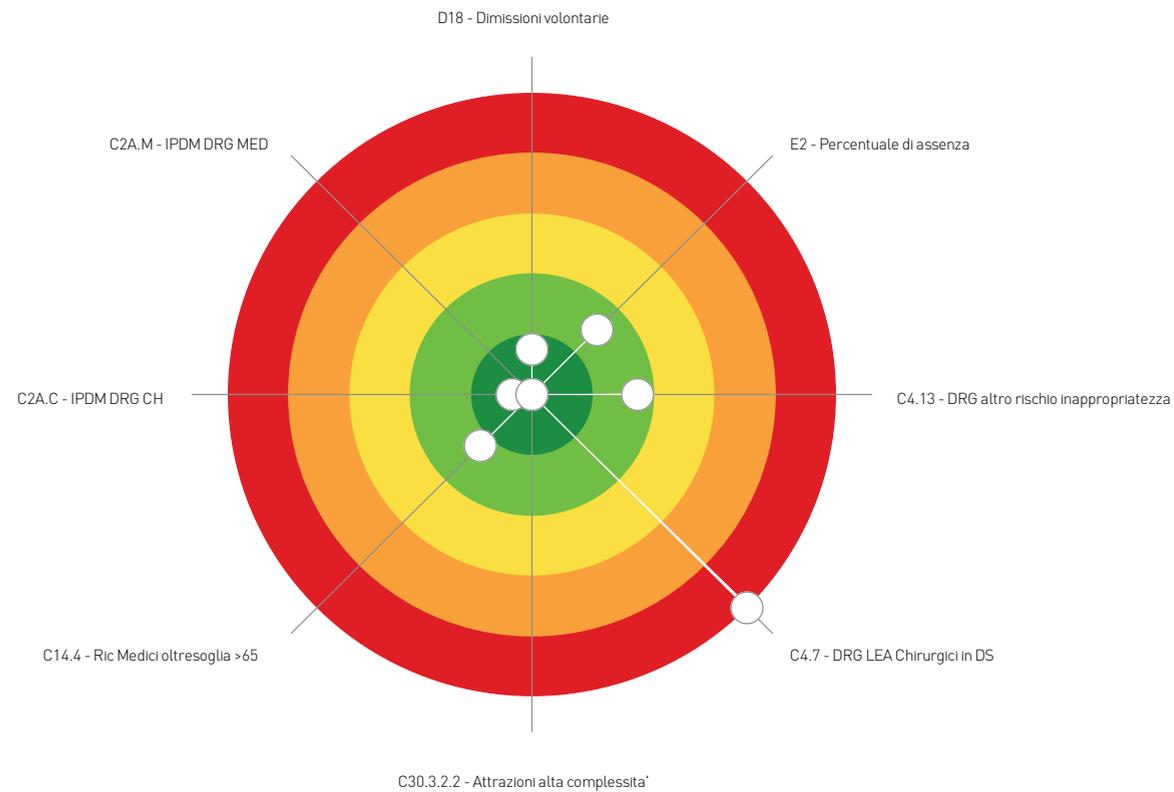
Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori Migliorati ↑
64.3 %

Indicatori Stabili =
14.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
21.4 %

Valutazione della Performance 2023

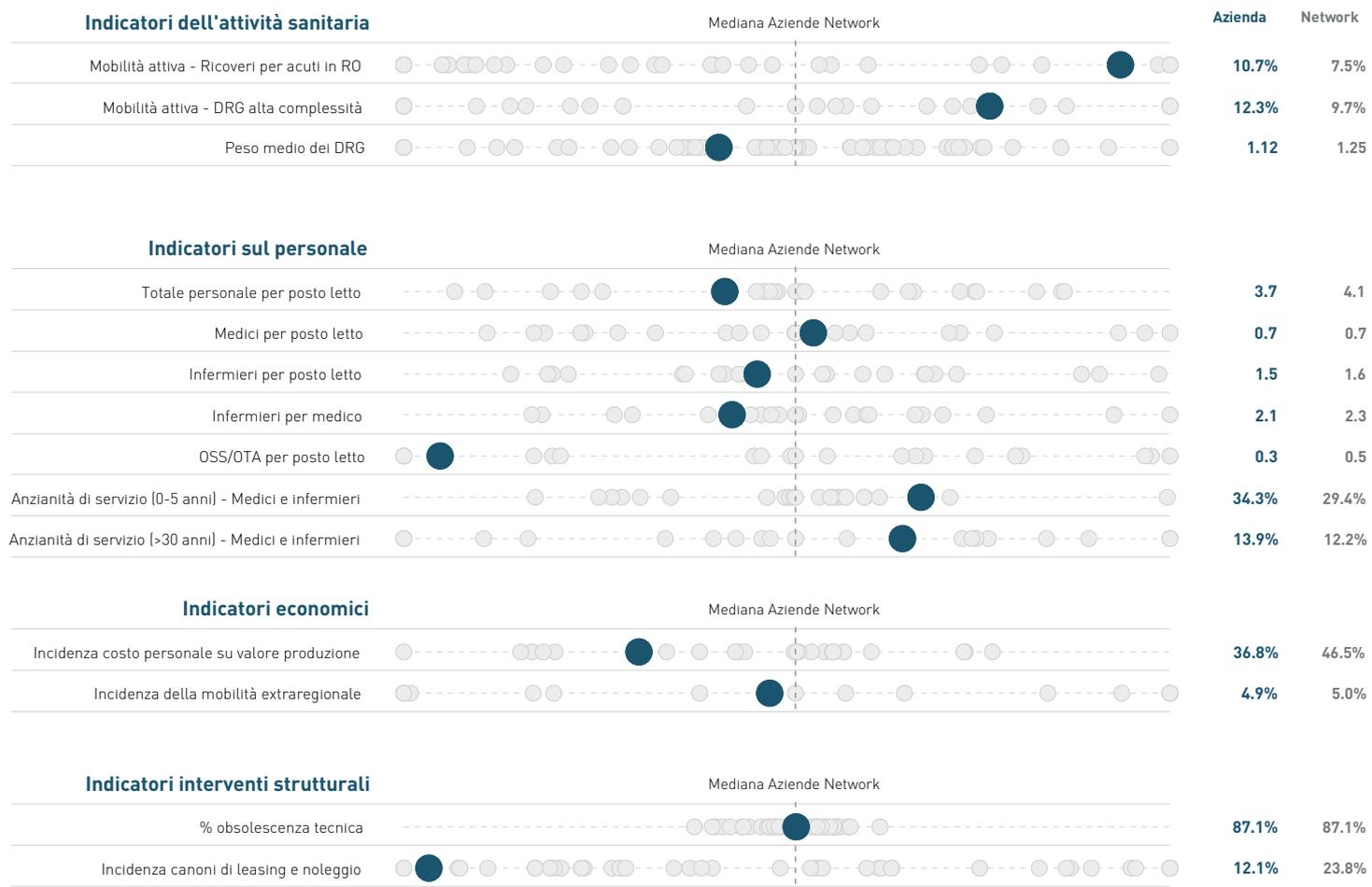


IRCCS OSP. POL. DI MILANO

Profilo azienda



Posti letto	1.028
- Degenza Ordinaria	934
- Day Hospital/Day surgery	94
Dimissioni totali	43.226
Giornate di degenza ordin.	236.295
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	93.128
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	5.916



LOMBARDIA

IRCCS OSP. POL. DI MILANO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

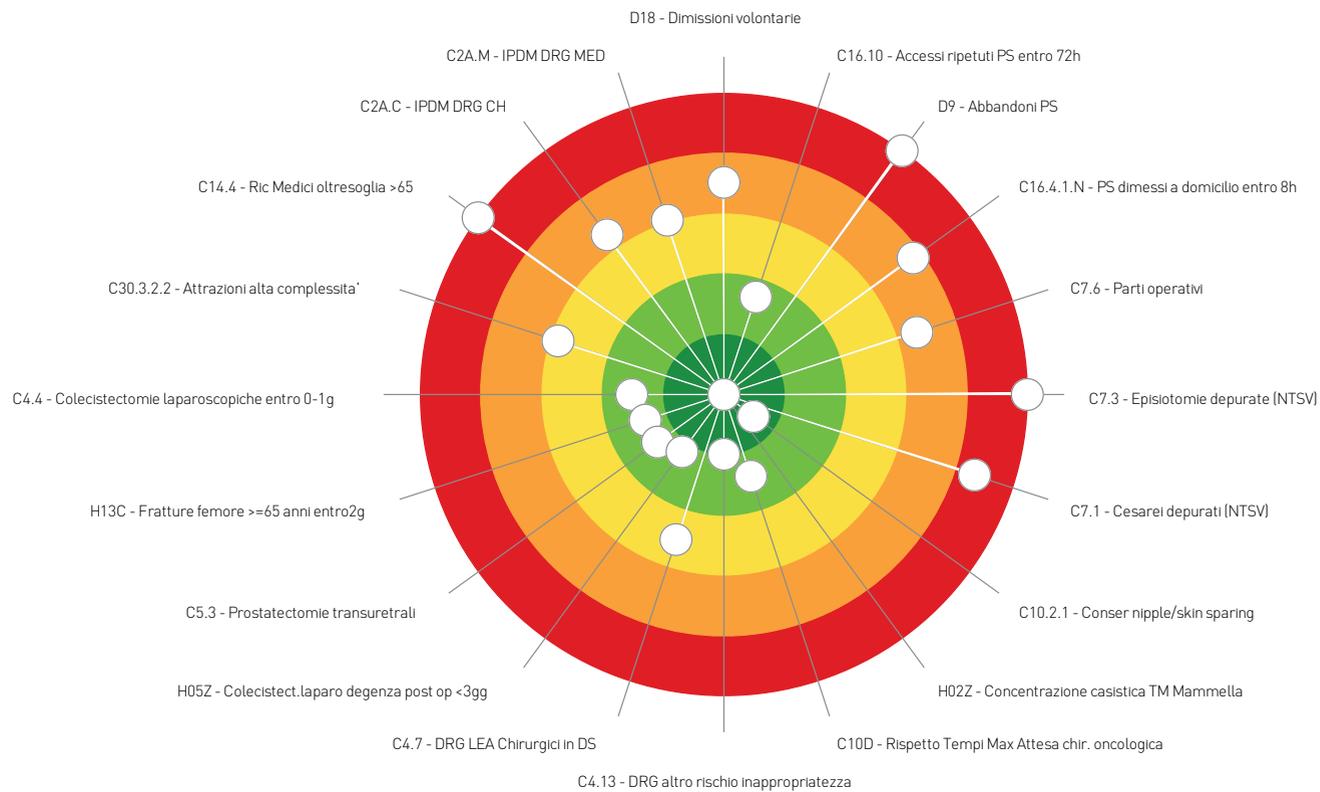
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑
61.8 %

Indicatori Stabili =
5.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
32.4 %

Valutazione della Performance 2023

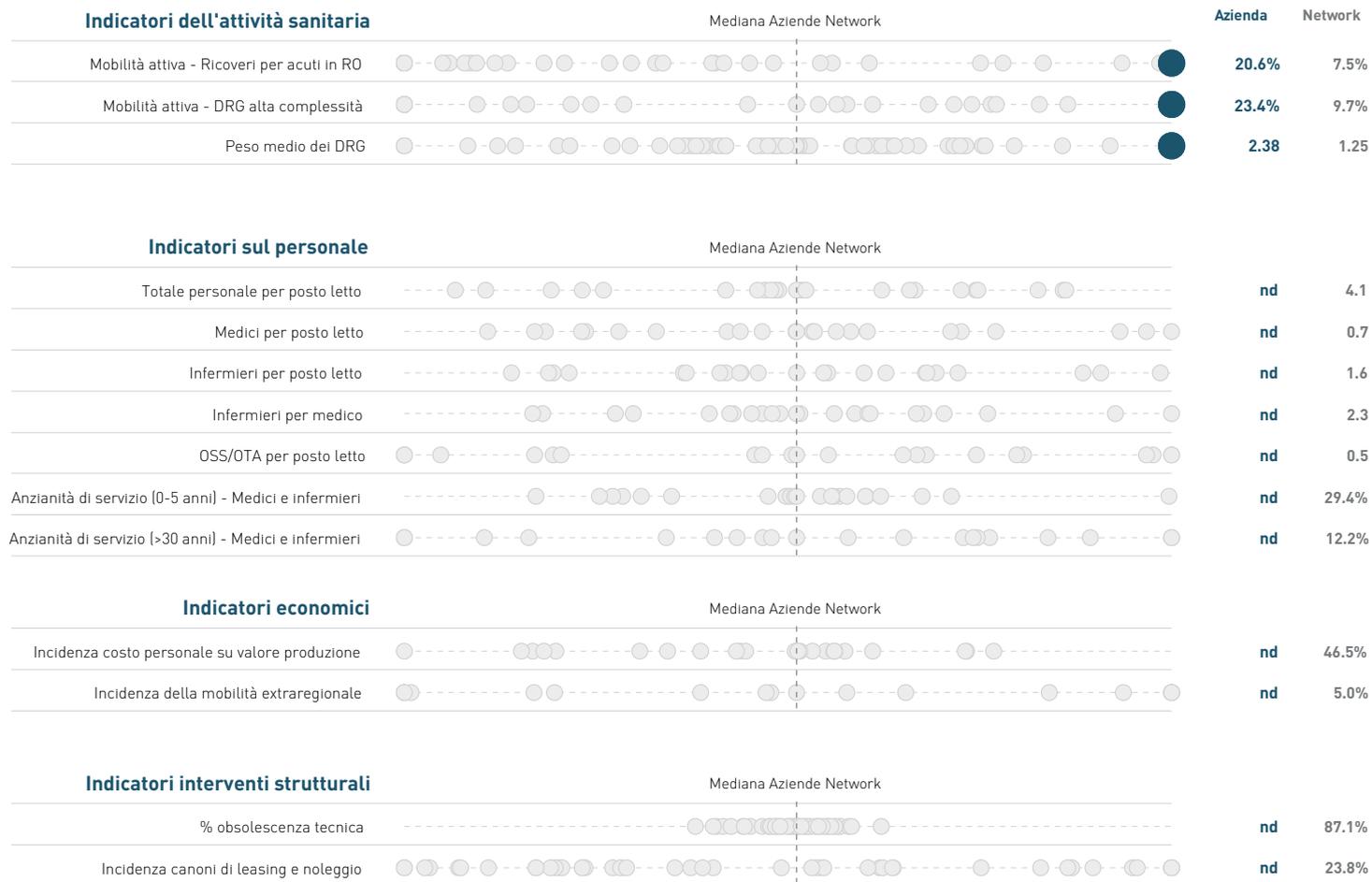


FOND.MONZINO-CENTRO CARDIOL.-MI

Profilo azienda



Posti letto	172
- Degenza Ordinaria	168
- Day Hospital/Day surgery	4
Dimissioni totali	8.575
Giornate di degenza ordin.	38.927
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	12.353
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



FOND.MONZINO-CENTRO CARDIOL.-MI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

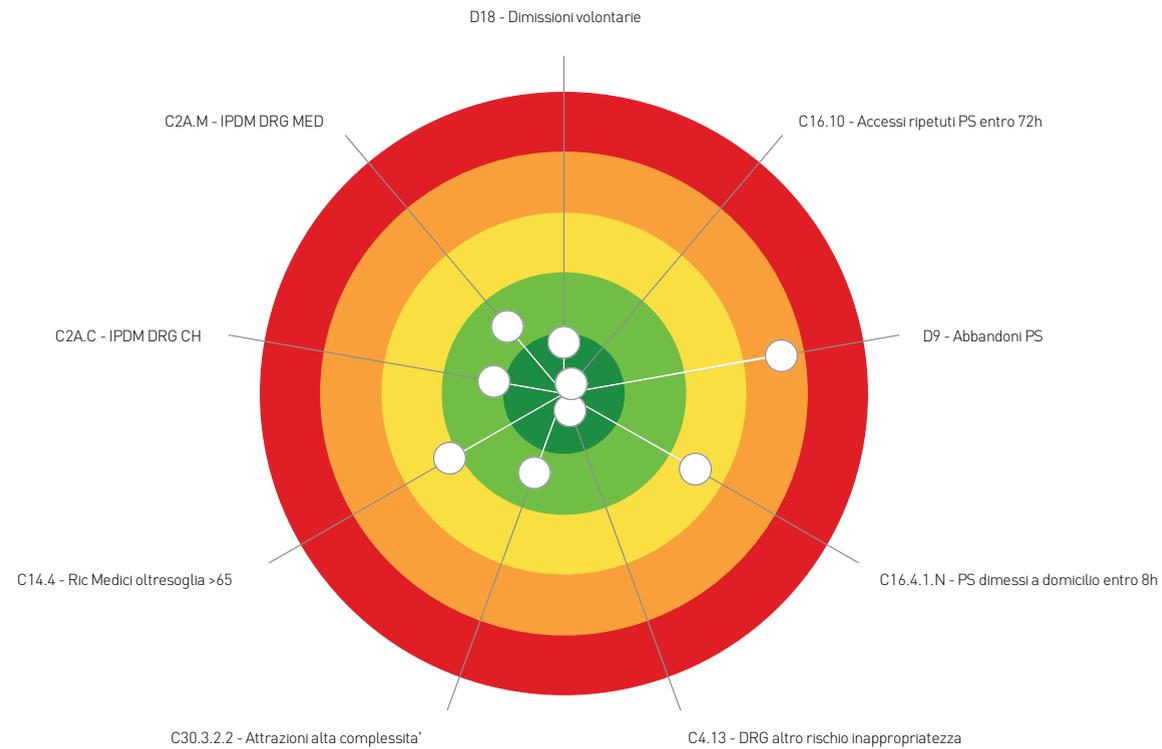
Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori Migliorati ↑
50.0 %

Indicatori Stabili =
7.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
42.9 %

Valutazione della Performance 2023

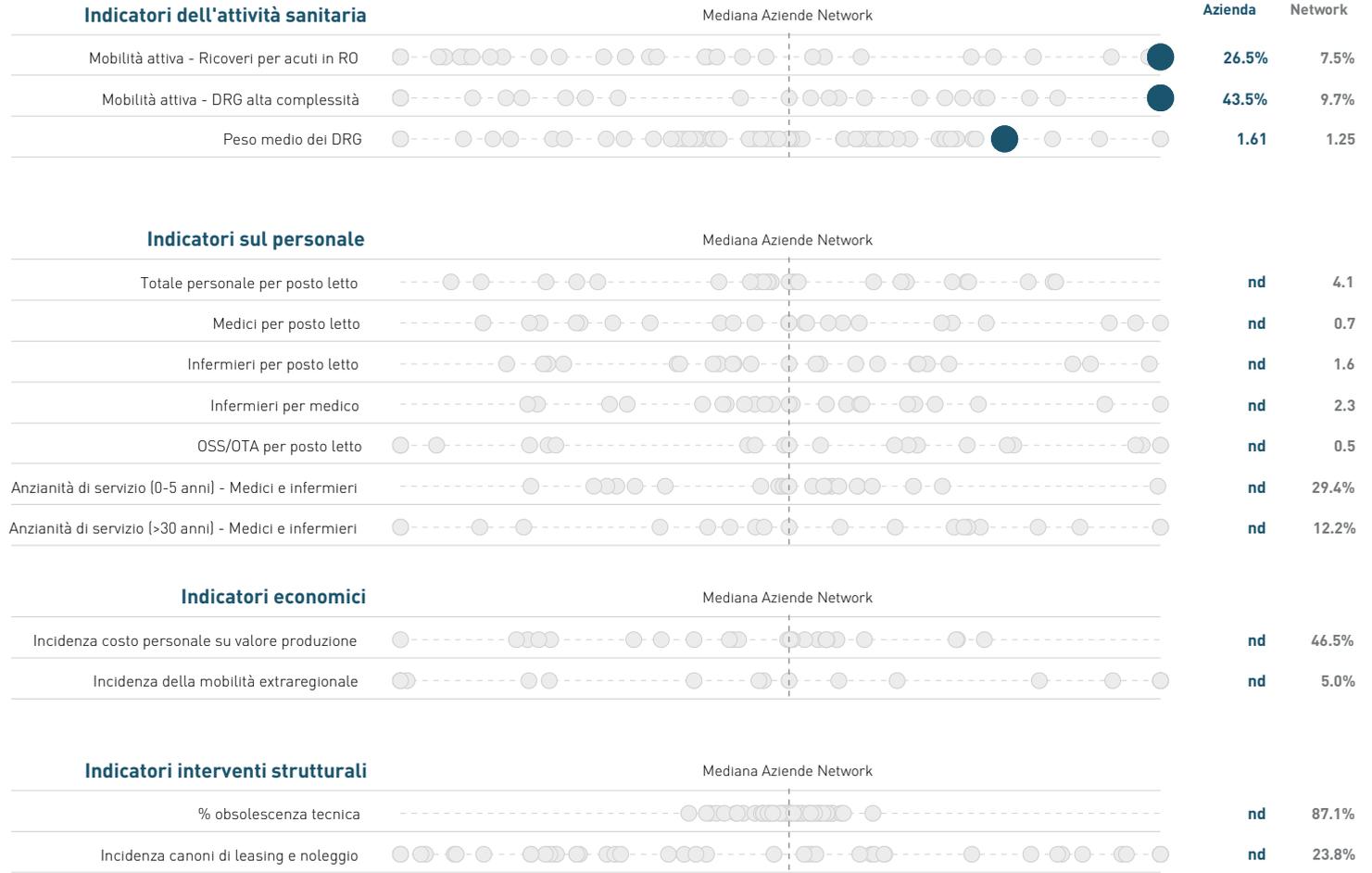


S. RAFFAELE - MI

Profilo azienda



Posti letto	926
- Degenza Ordinaria	888
- Day Hospital/Day surgery	38
Dimissioni totali	48.582
Giornate di degenza ordin.	267.449
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	69.784
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.249



S. RAFFAELE - MI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑

38.2 %

Indicatori Stabili =

8.8 %

Indicatori Peggiorati ↓

52.9 %

Valutazione della Performance 2023

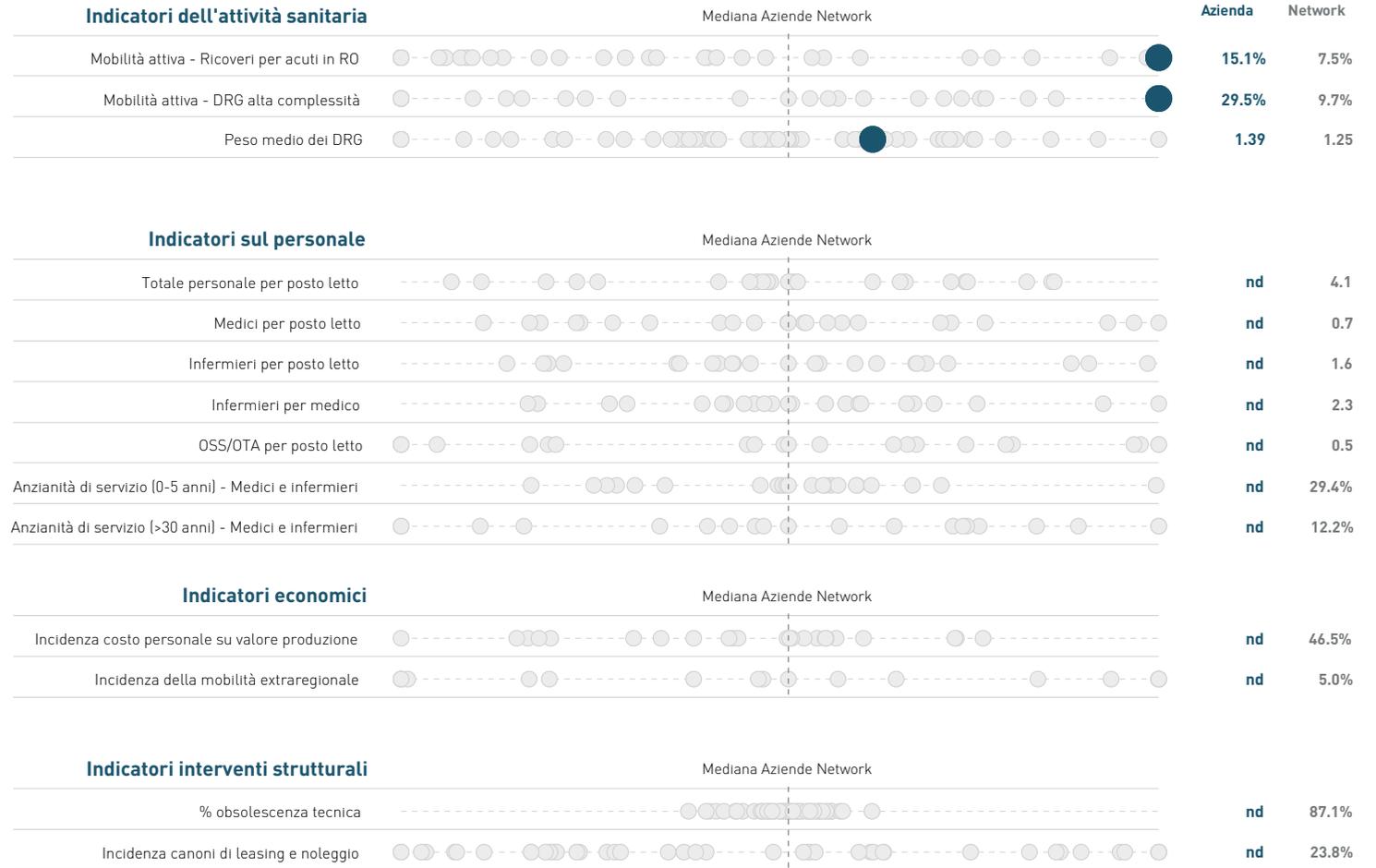


IST. AUXOLOGICO ITALIANO

Profilo azienda



Posti letto	225
- Degenza Ordinaria	206
- Day Hospital/Day surgery	19
Dimissioni totali	10.210
Giornate di degenza ordin.	49.539
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	10.982
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IST. AUXOLOGICO ITALIANO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

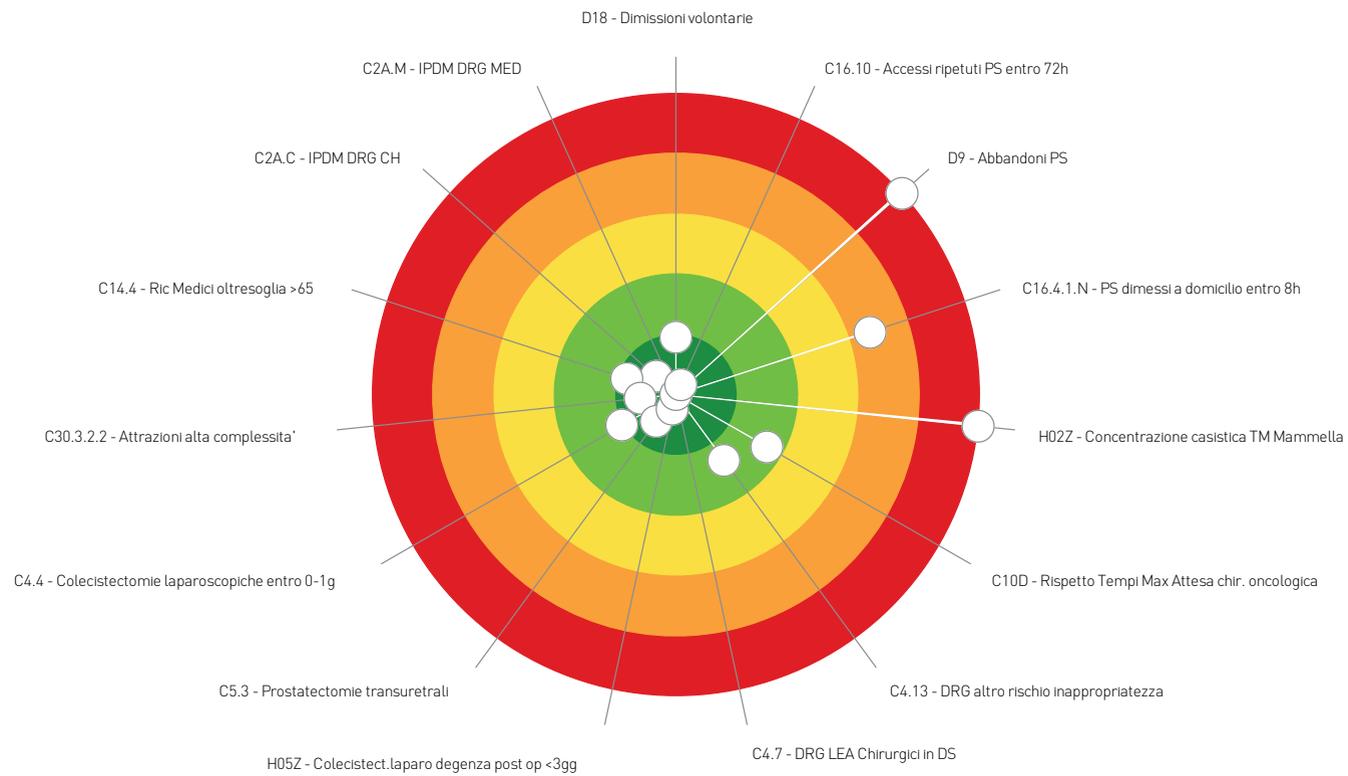
Numero indicatori di valutazione: 18

Indicatori Migliorati ↑
16.7 %

Indicatori Stabili =
22.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
61.1 %

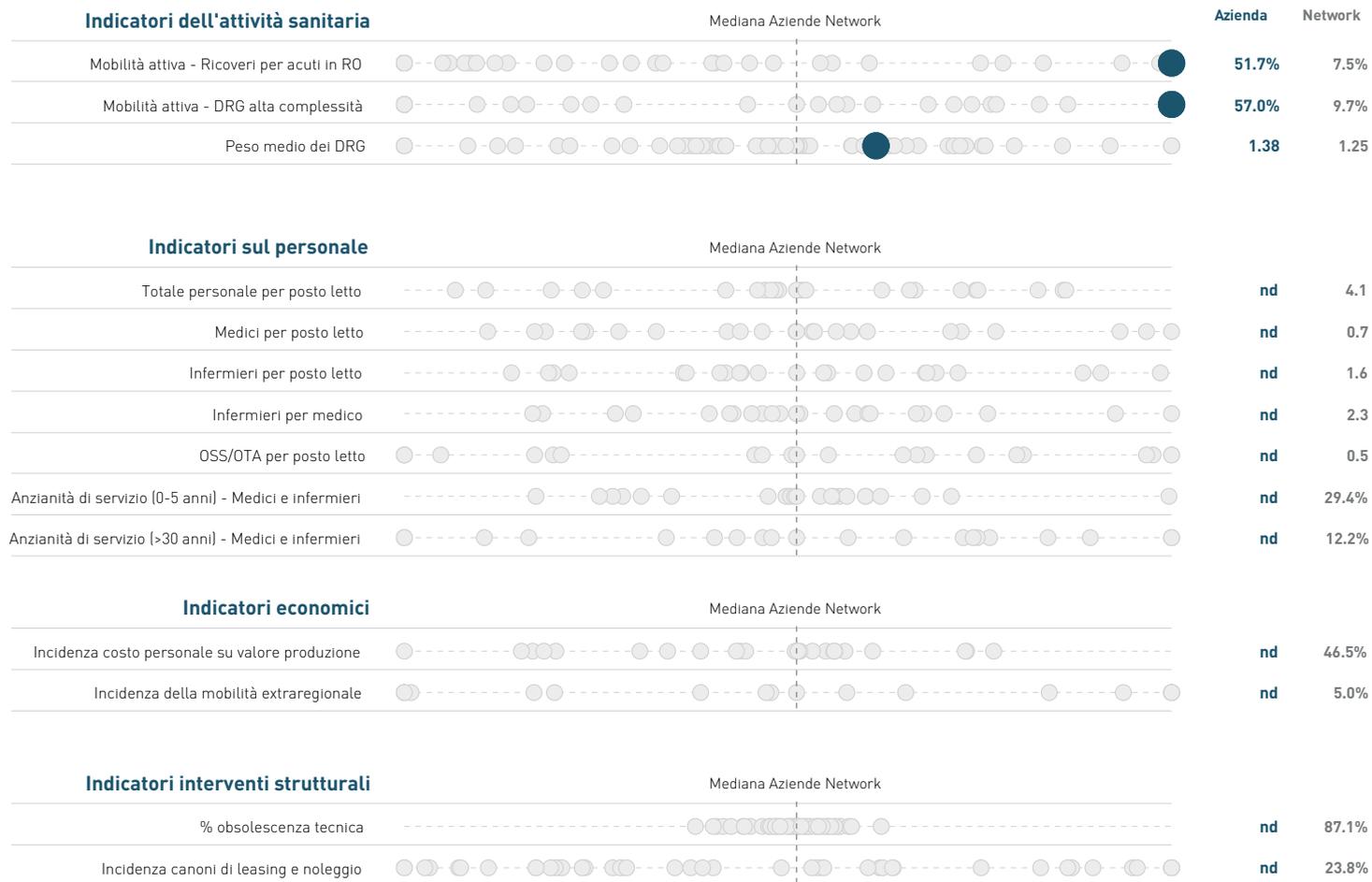
Valutazione della Performance 2023



Profilo azienda



Posti letto	240
- Degenza Ordinaria	186
- Day Hospital/Day surgery	54
Dimissioni totali	17.730
Giornate di degenza ordin.	46.347
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

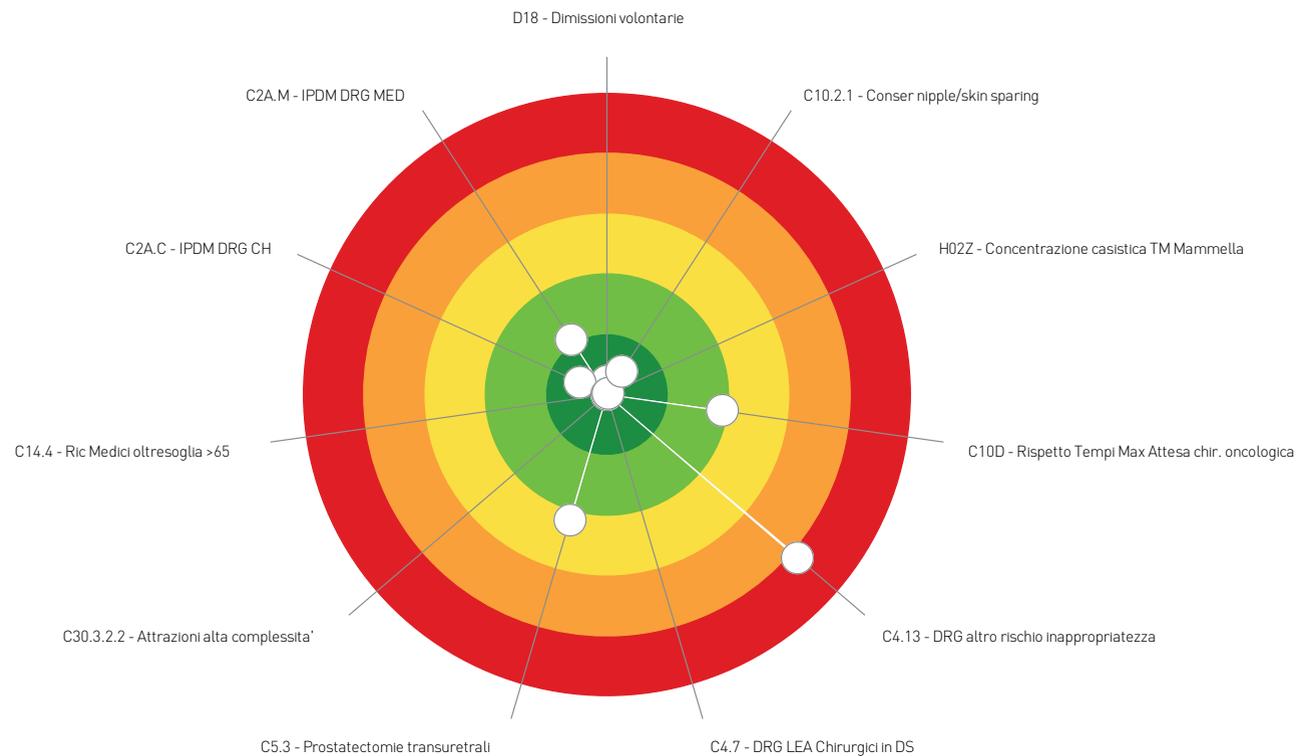
Numero indicatori di valutazione: 19

Indicatori Migliorati ↑
68.4 %

Indicatori Stabili =
15.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
15.8 %

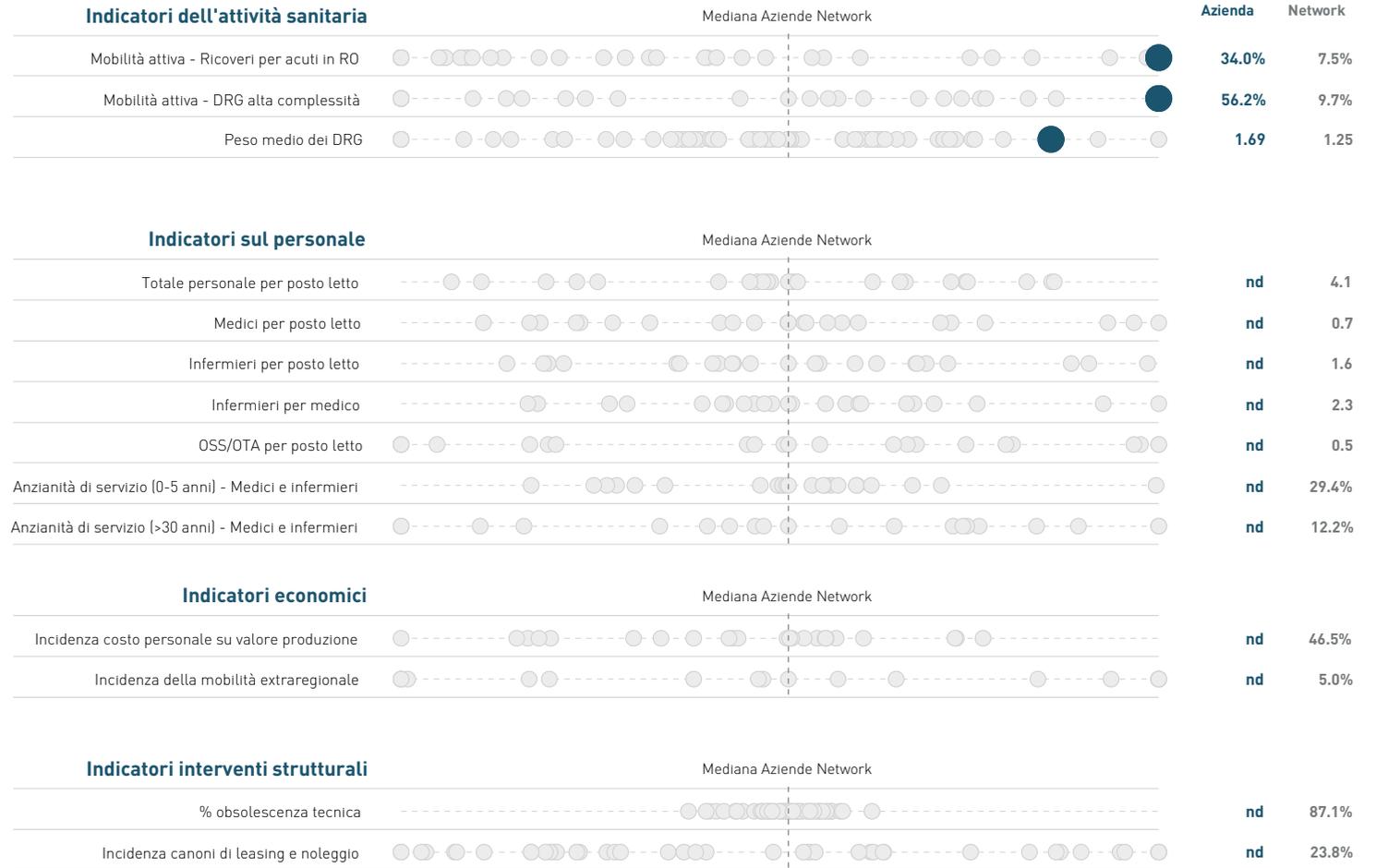
Valutazione della Performance 2023



Profilo azienda



Posti letto	581
- Degenza Ordinaria	551
- Day Hospital/Day surgery	30
Dimissioni totali	47.280
Giornate di degenza ordin.	200.546
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	50.801
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IST. CLIN. HUMANITAS

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
48.1 %

Indicatori Stabili =
11.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
40.7 %

Valutazione della Performance 2023

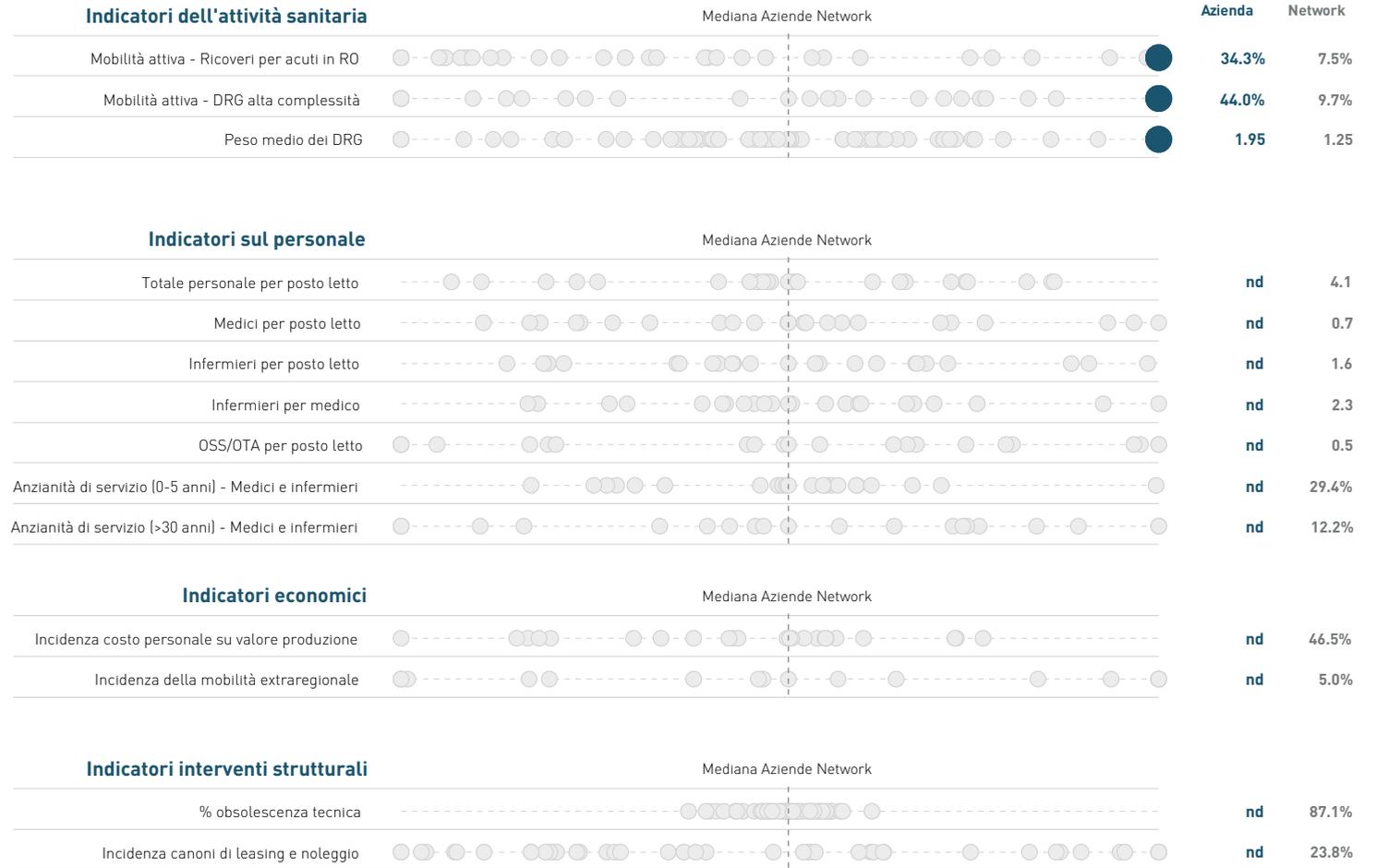


ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

Profilo azienda



Posti letto	538
- Degenza Ordinaria	510
- Day Hospital/Day surgery	28
Dimissioni totali	26.310
Giornate di degenza ordin.	123.165
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	16.206
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

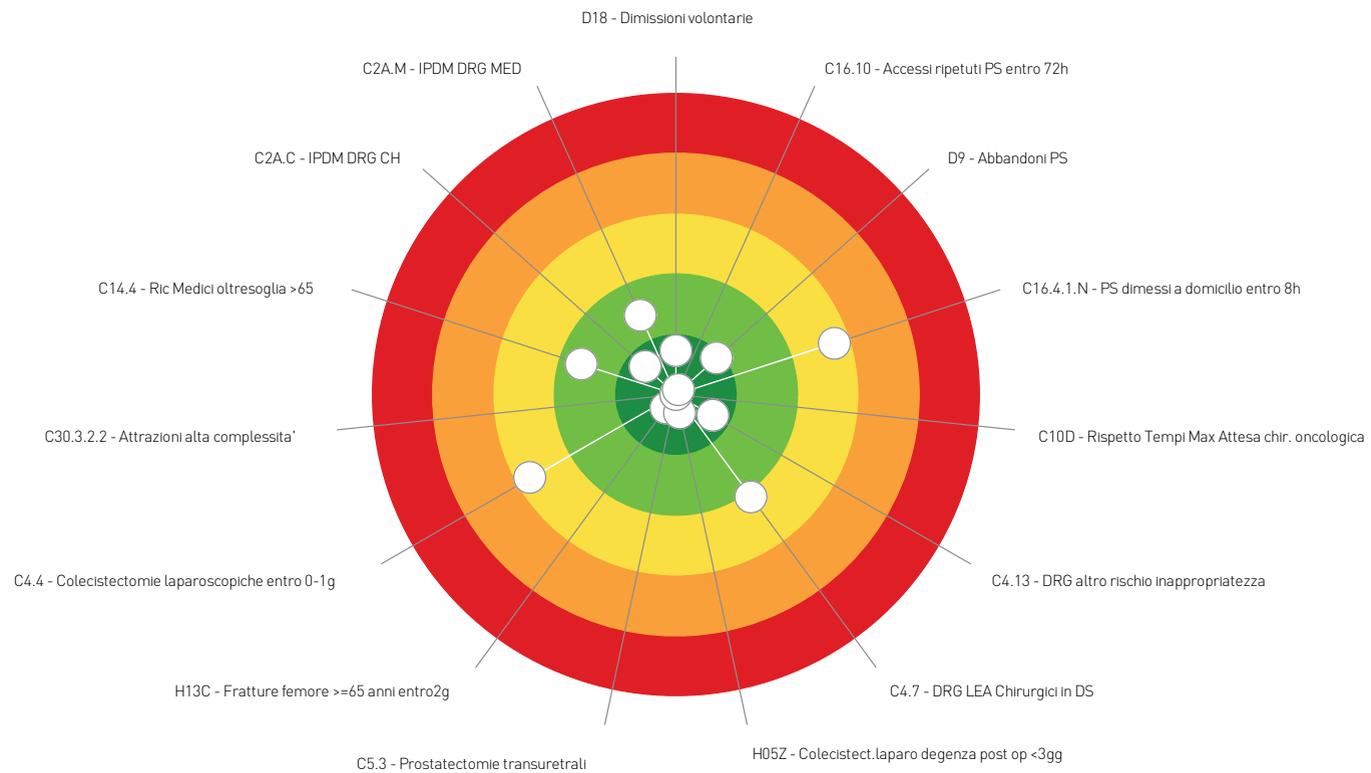
Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori Migliorati 
50.0 %

Indicatori Stabili 
21.4 %

Indicatori Peggiorati 
28.6 %

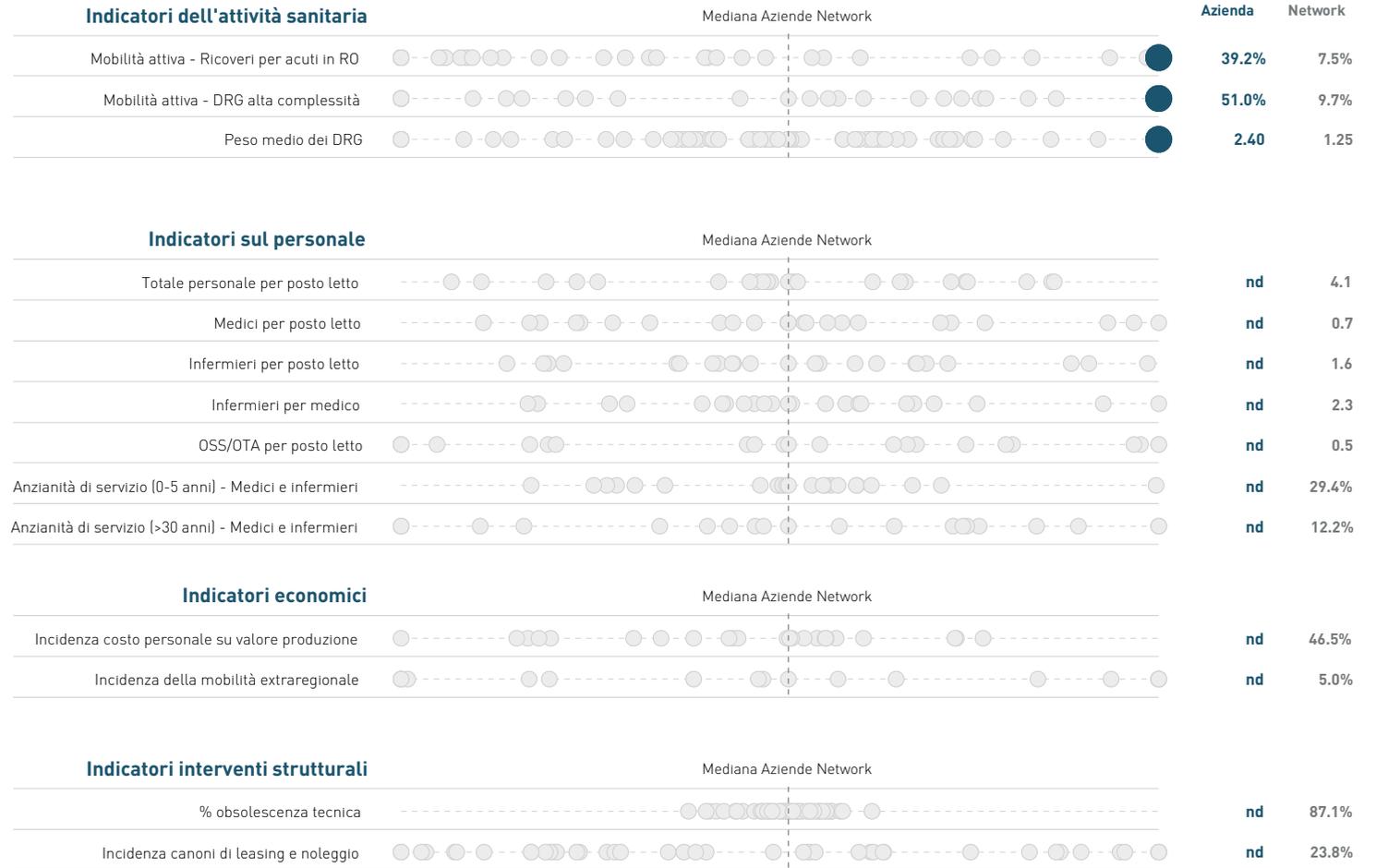
Valutazione della Performance 2023



Profilo azienda



Posti letto	416
- Degenza Ordinaria	407
- Day Hospital/Day surgery	9
Dimissioni totali	15.469
Giornate di degenza ordin.	86.387
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	23.489
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IST.POLICL. S.DONATO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

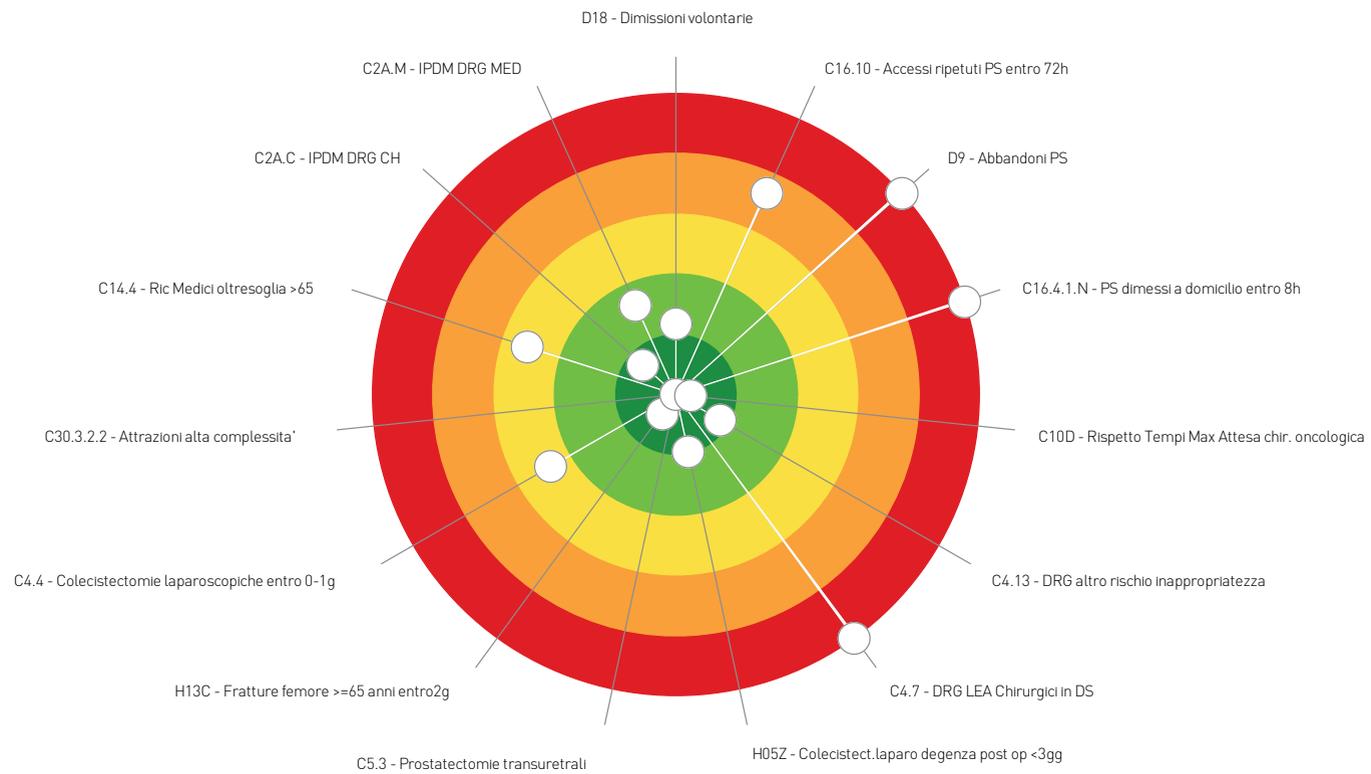
Numero indicatori di valutazione: 17

Indicatori Migliorati ↑
29.4 %

Indicatori Stabili =
17.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
52.9 %

Valutazione della Performance 2023

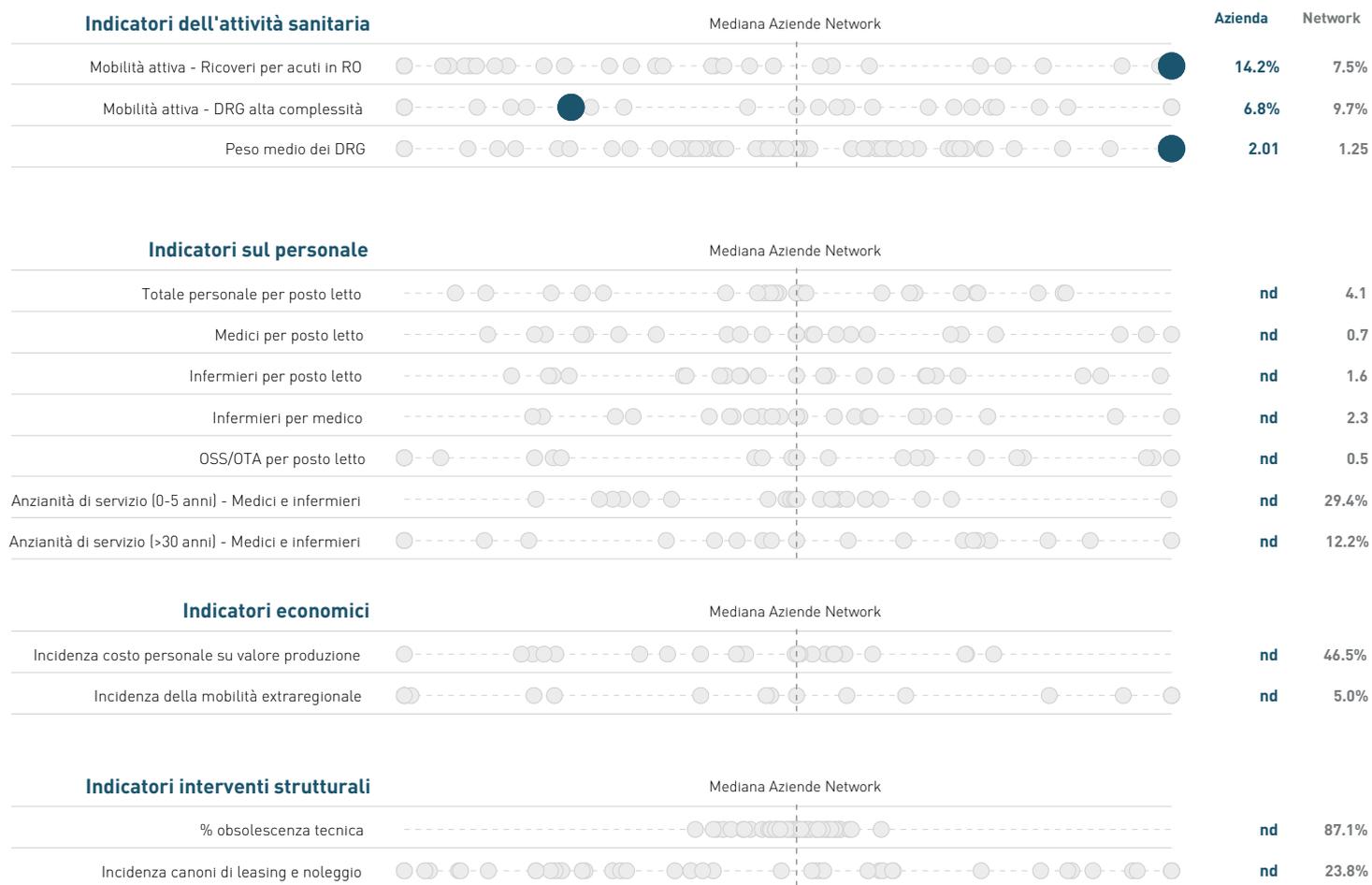


CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

Profilo azienda



Posti letto	155
- Degenza Ordinaria	142
- Day Hospital/Day surgery	13
Dimissioni totali	7.858
Giornate di degenza ordin.	31.961
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	14.589
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

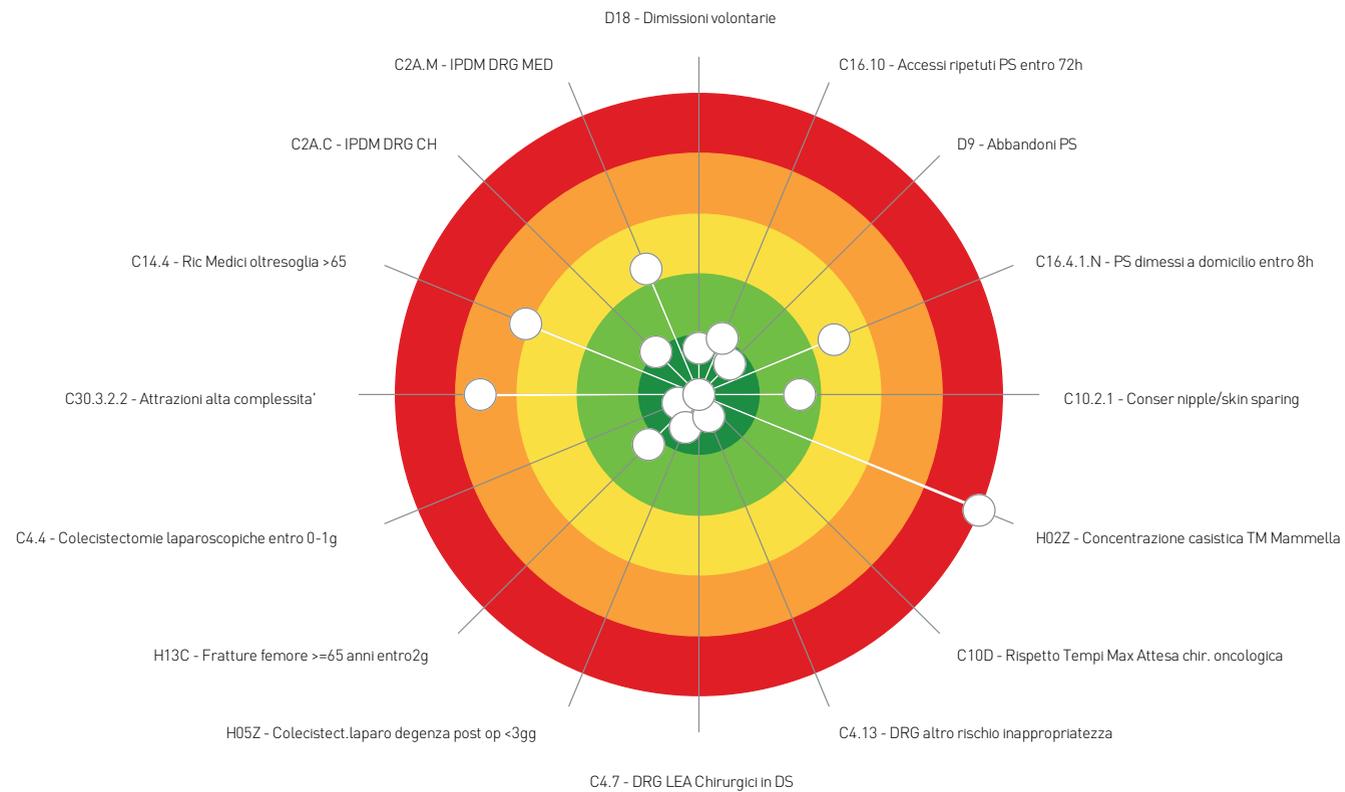
Numero indicatori di valutazione: 18

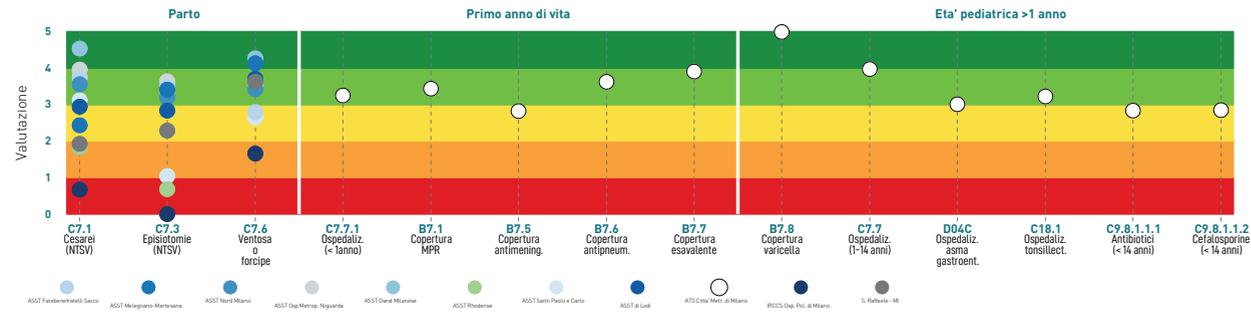
Indicatori Migliorati ↑
66.7 %

Indicatori Stabili =
5.6 %

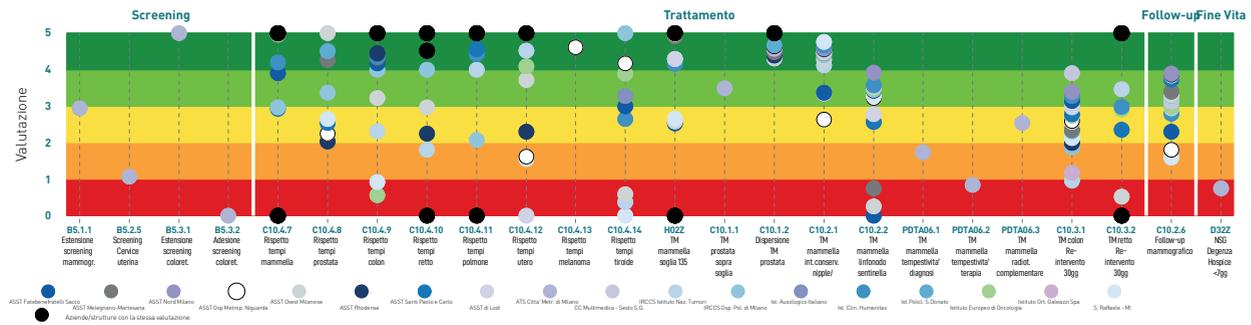
Indicatori Peggiorati ↓
27.8 %

Valutazione della Performance 2023

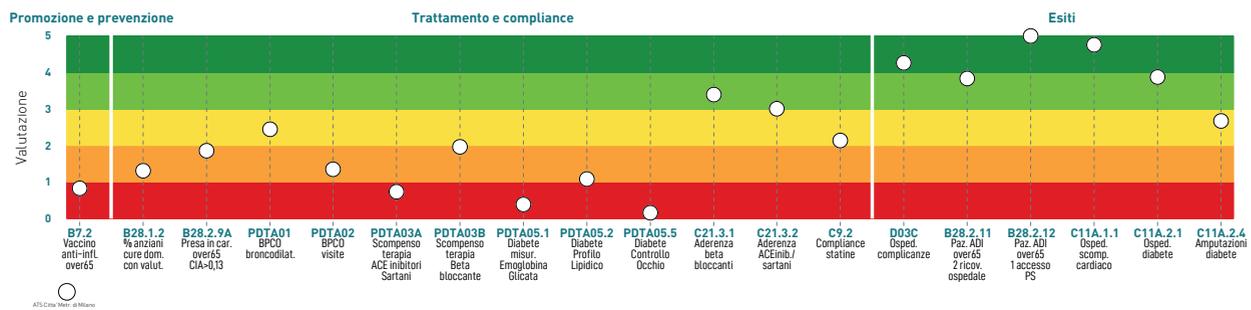




PERCORSO MATERNO INFANTILE

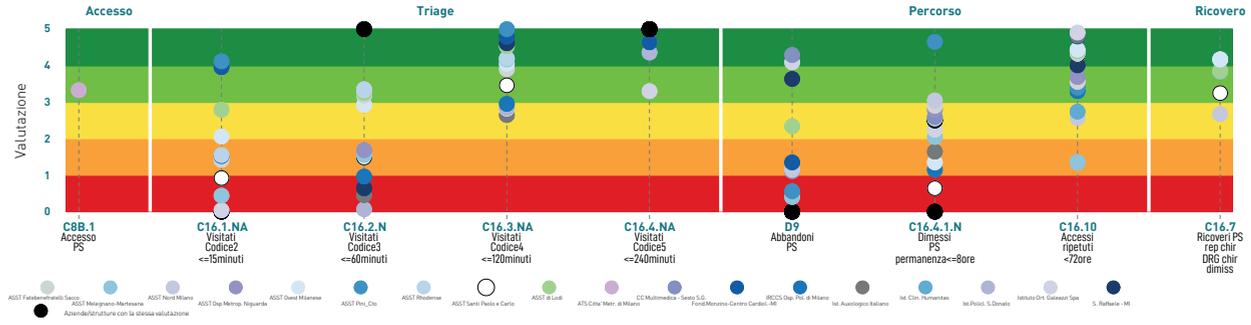


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS INSUBRIA

Profilo azienda



Popolazione residente **1.422.816**

Distretti Sanitari **16**

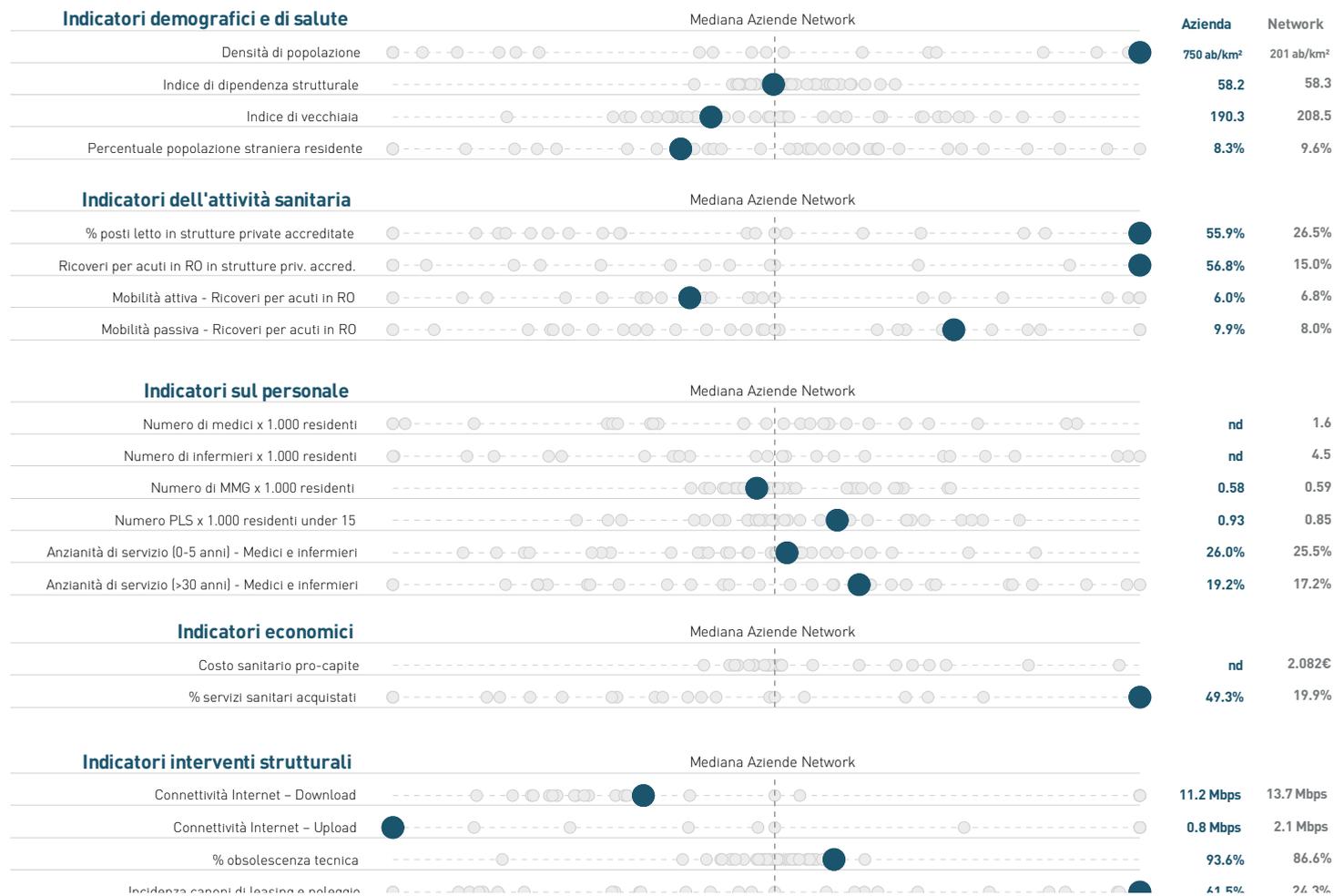
Stabillimenti **29**

- Pubblici **18**

- Privati accreditati **11**

Posti letto **5.950**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS INSUBRIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
27.3 %

Indicatori Stabili =
11.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
61.4 %

Valutazione della Performance 2023



ASST DELLA VALLE OLONA

Profilo azienda



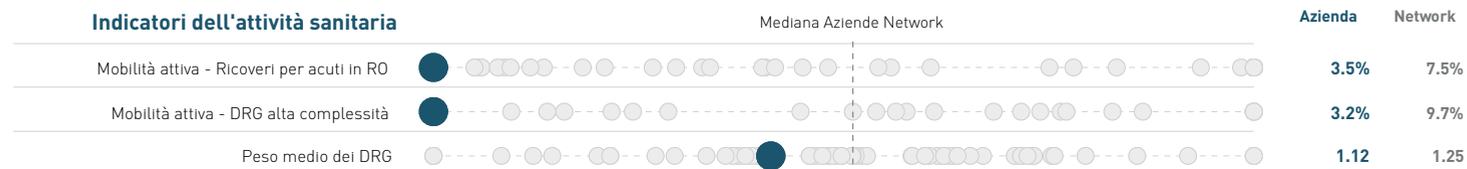
Posti letto	820
- Degenza Ordinaria	764
- Day Hospital/Day surgery	56

Dimissioni totali	26.978
Giornate di degenza ordin.	212.105

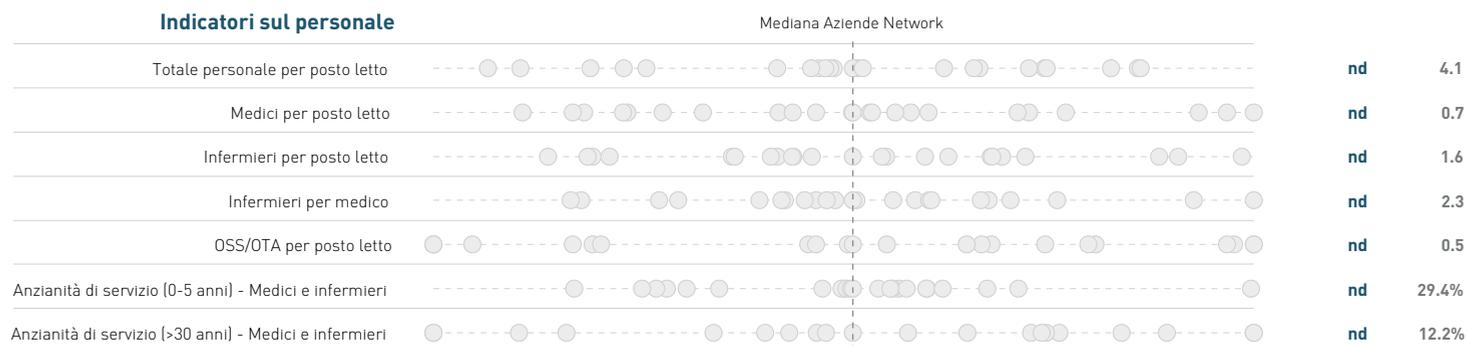
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	107.549

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.346

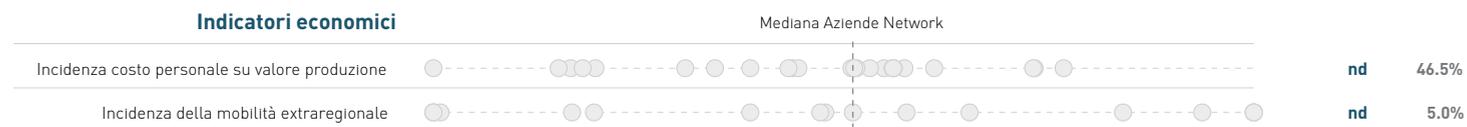
Indicatori dell'attività sanitaria



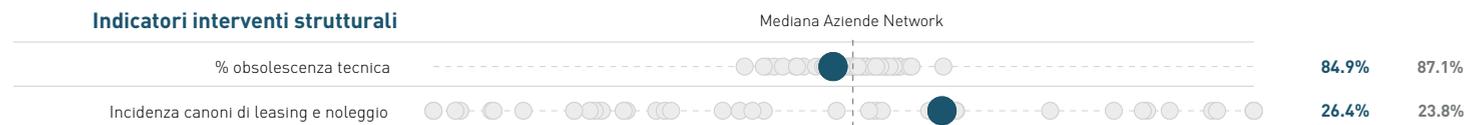
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



ASST DELLA VALLE OLONA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

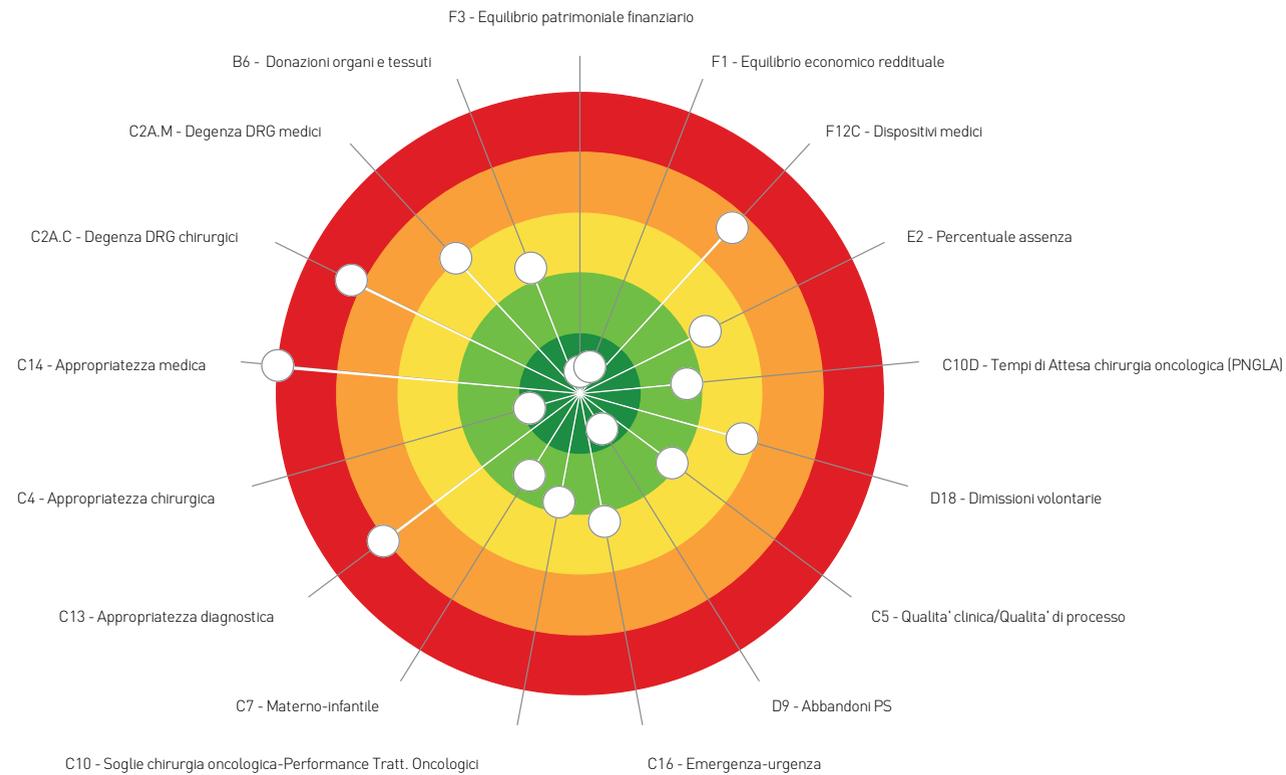
Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori Migliorati 
48.6 %

Indicatori Stabili 
0.0 %

Indicatori Peggiorati 
51.4 %

Valutazione della Performance 2023

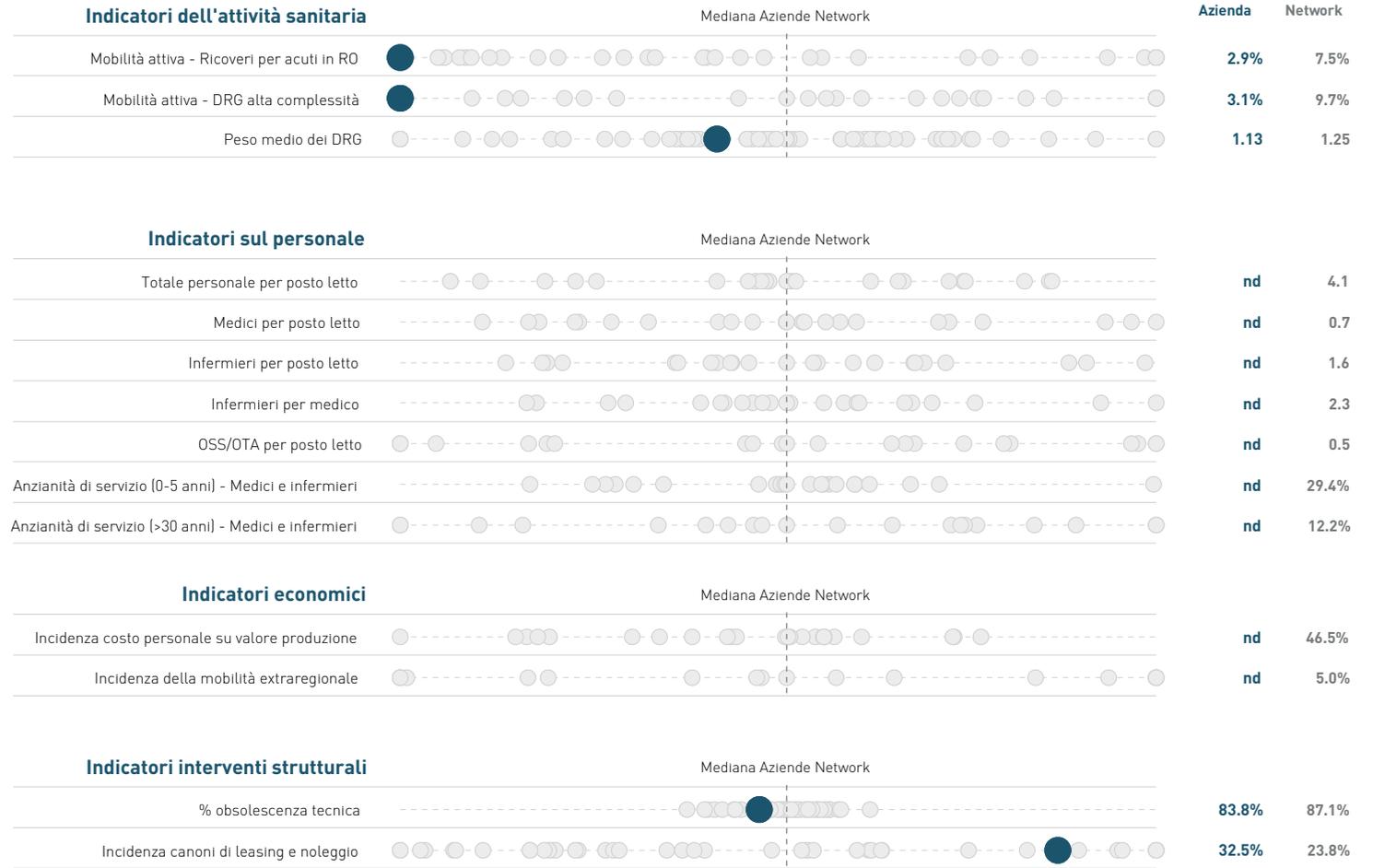


ASST LARIANA

Profilo azienda



Posti letto	778
- Degenza Ordinaria	719
- Day Hospital/Day surgery	59
Dimissioni totali	27.085
Giornate di degenza ordin.	203.382
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	95.017
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.695



ASST LARIANA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

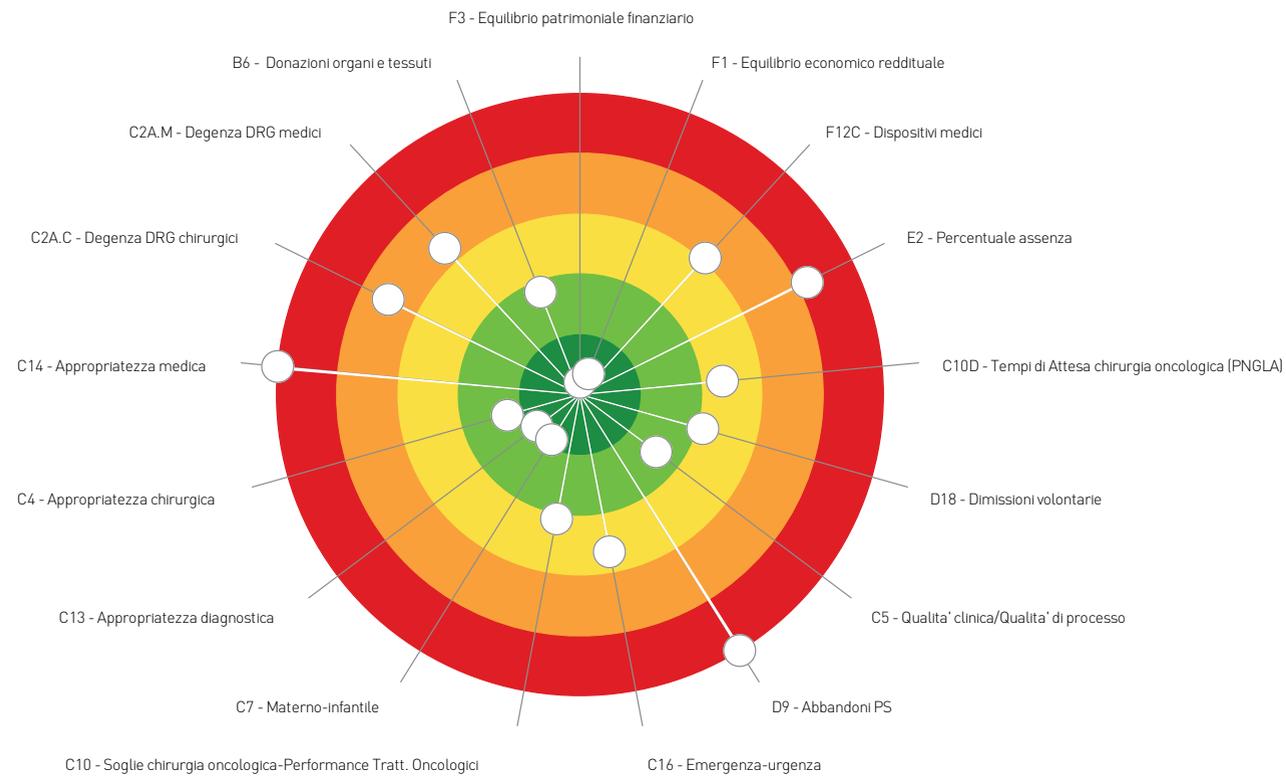
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑
44.1 %

Indicatori Stabili =
5.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.0 %

Valutazione della Performance 2023

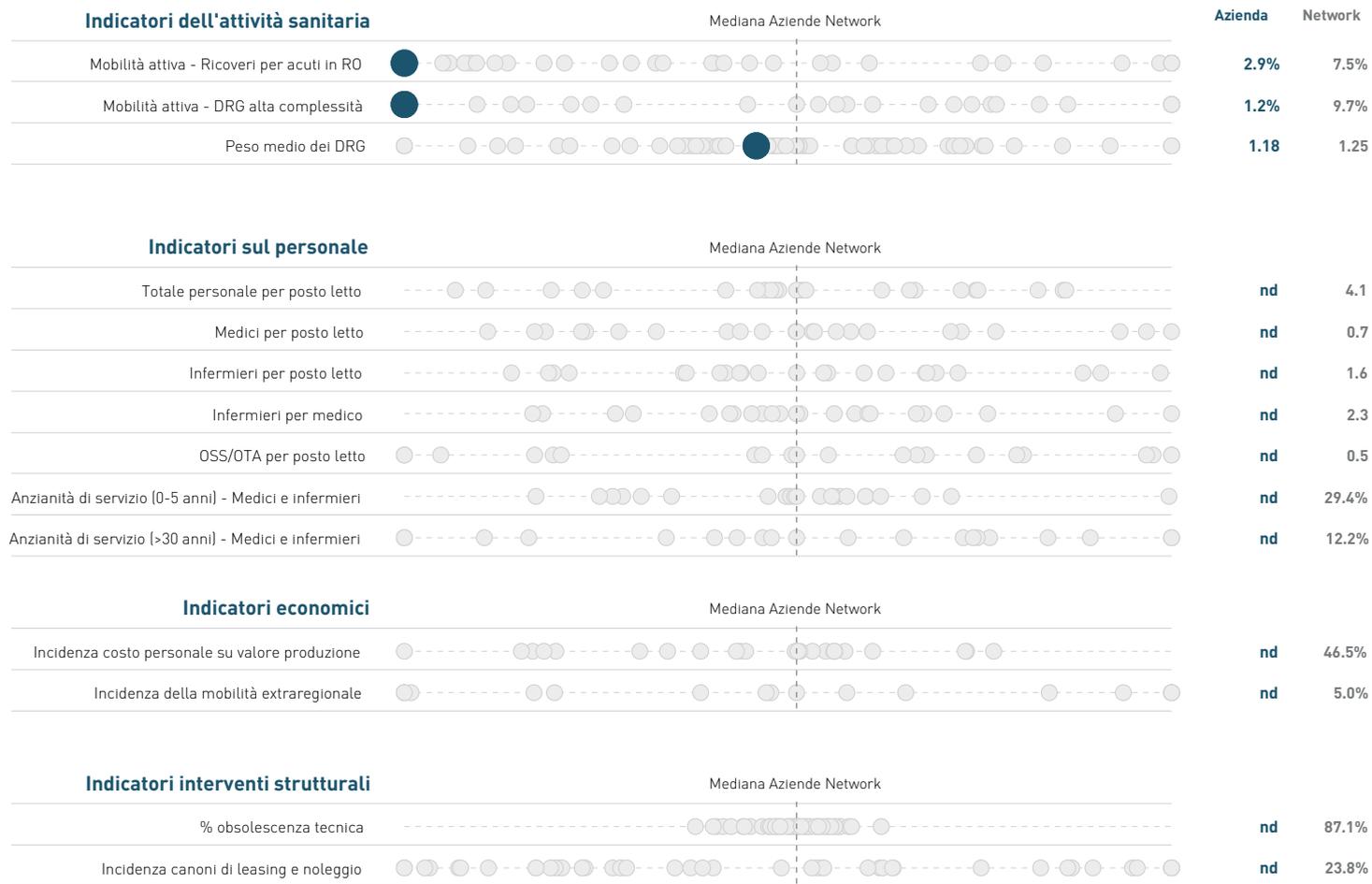


OSP.S.FAMIGLIA-FBF- ERBA

Profilo azienda



Posti letto	198
- Degenza Ordinaria	182
- Day Hospital/Day surgery	27
Dimissioni totali	7.480
Giornate di degenza ordin.	42.731
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	31.203
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (<500)	447



OSP.S.FAMIGLIA-FBF- ERBA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

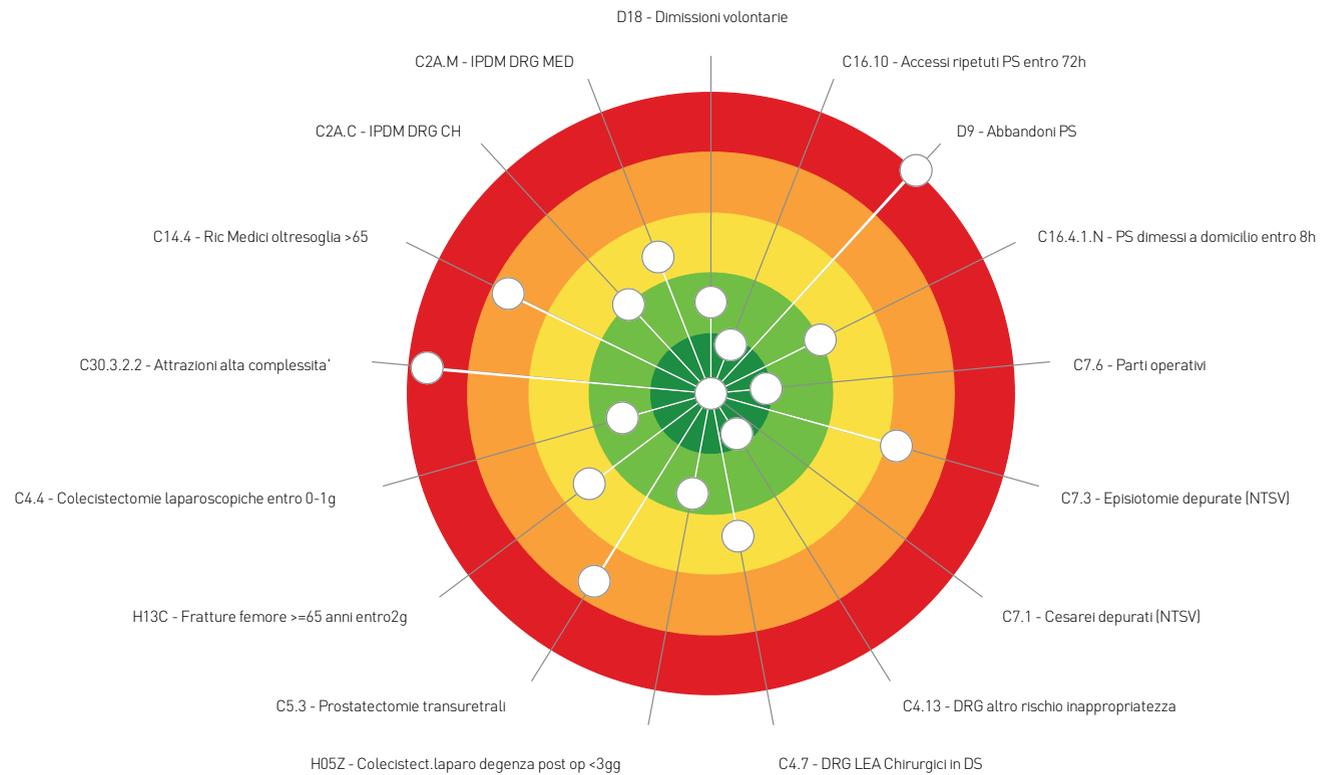
Numero indicatori di valutazione: 18

Indicatori Migliorati ↑
55.6 %

Indicatori Stabili =
5.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
38.9 %

Valutazione della Performance 2023

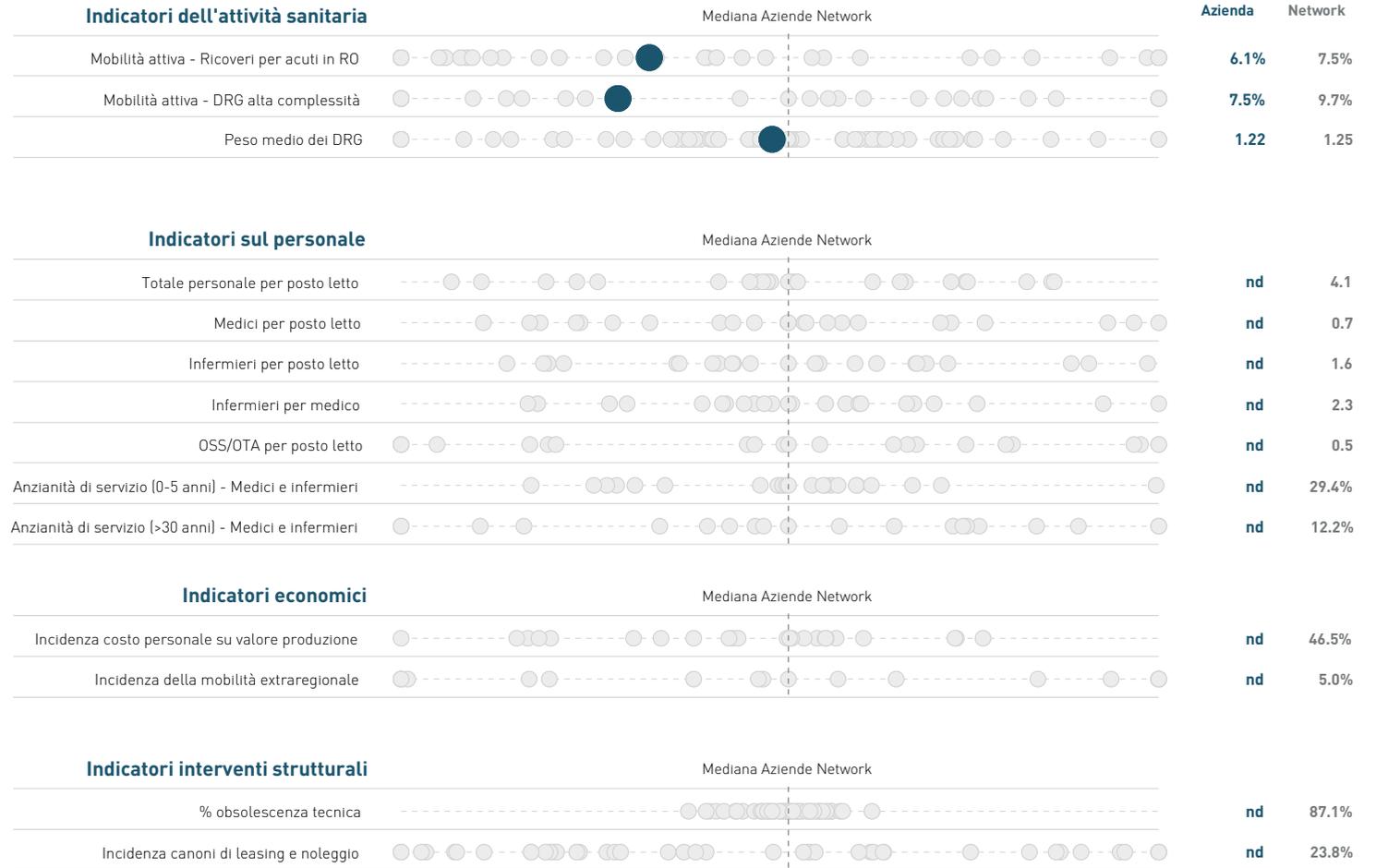


OSP. M.PELASCINI - GRAVED.

Profilo azienda



Posti letto	322
- Degenza Ordinaria	311
- Day Hospital/Day surgery	0
Dimissioni totali	8.242
Giornate di degenza ordin.	79.241
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	12.228
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (<500)	285



OSP. M.PELASCINI - GRAVED.

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

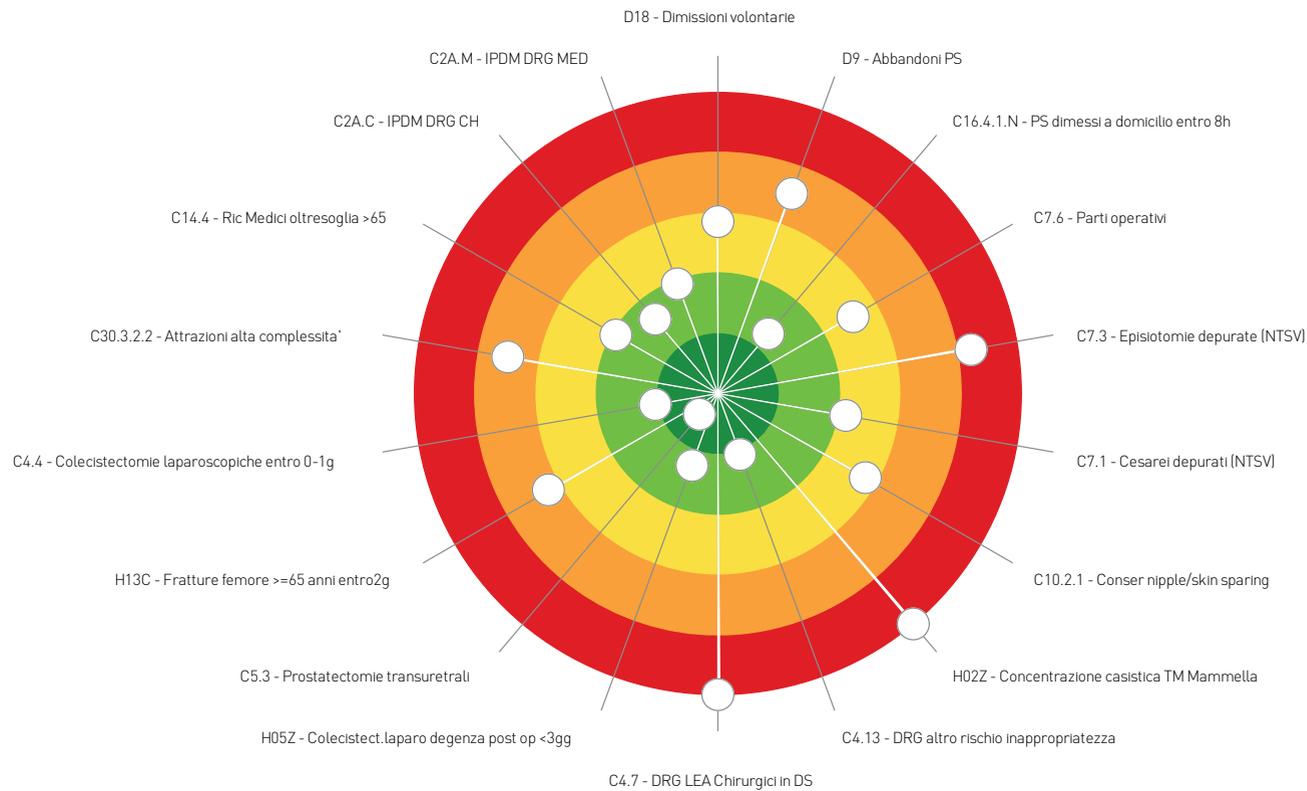
Numero indicatori di valutazione: 25

Indicatori Migliorati ↑
40.0 %

Indicatori Stabili =
16.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
44.0 %

Valutazione della Performance 2023

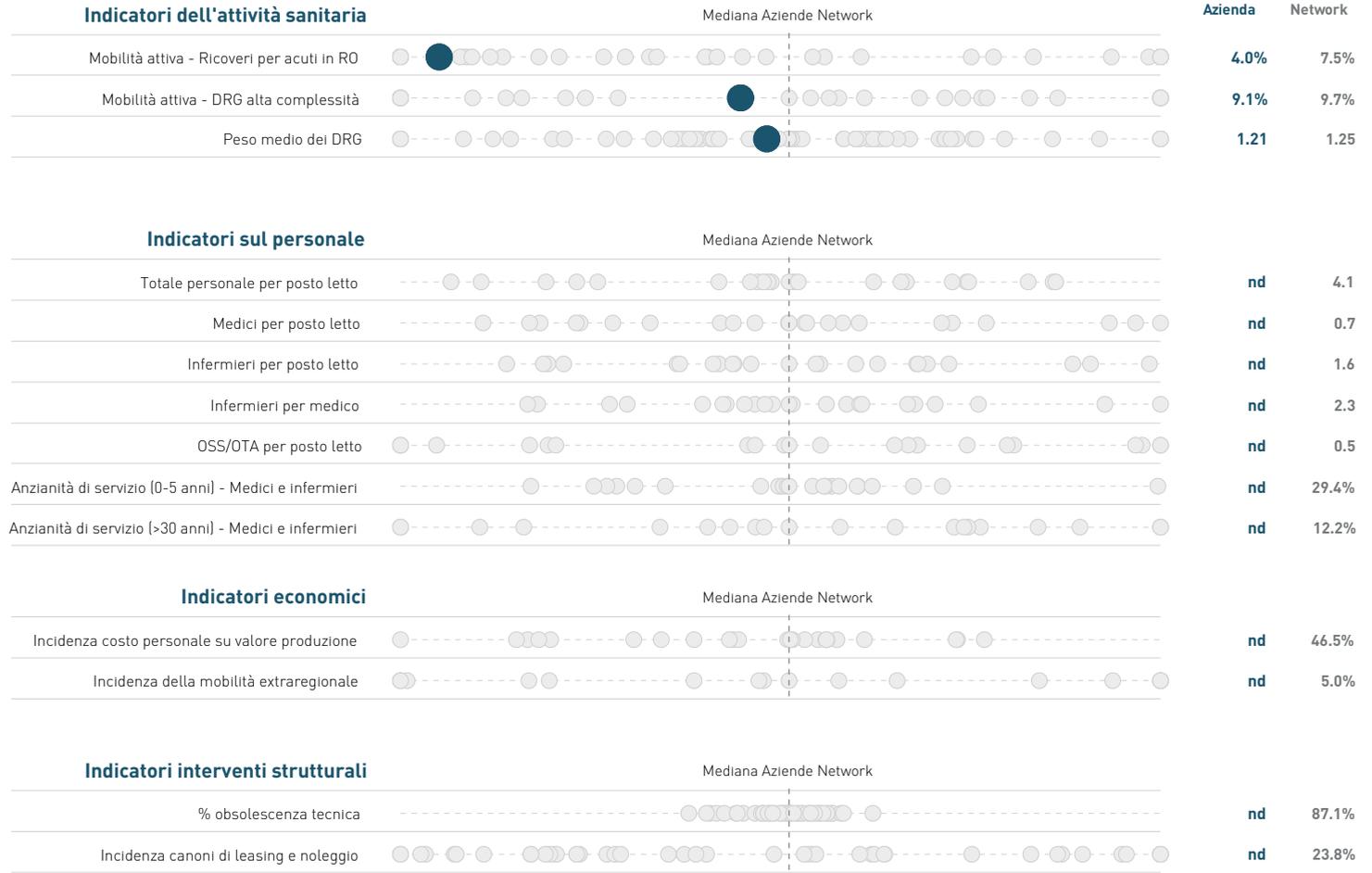


OSPEDALE VALDUCE

Profilo azienda



Posti letto	202
- Degenza Ordinaria	188
- Day Hospital/Day surgery	14
Dimissioni totali	9.844
Giornate di degenza ordin.	45.475
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	23.282
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.048



OSPEDALE VALDUCE

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 22

Indicatori Migliorati ↑

36.4 %

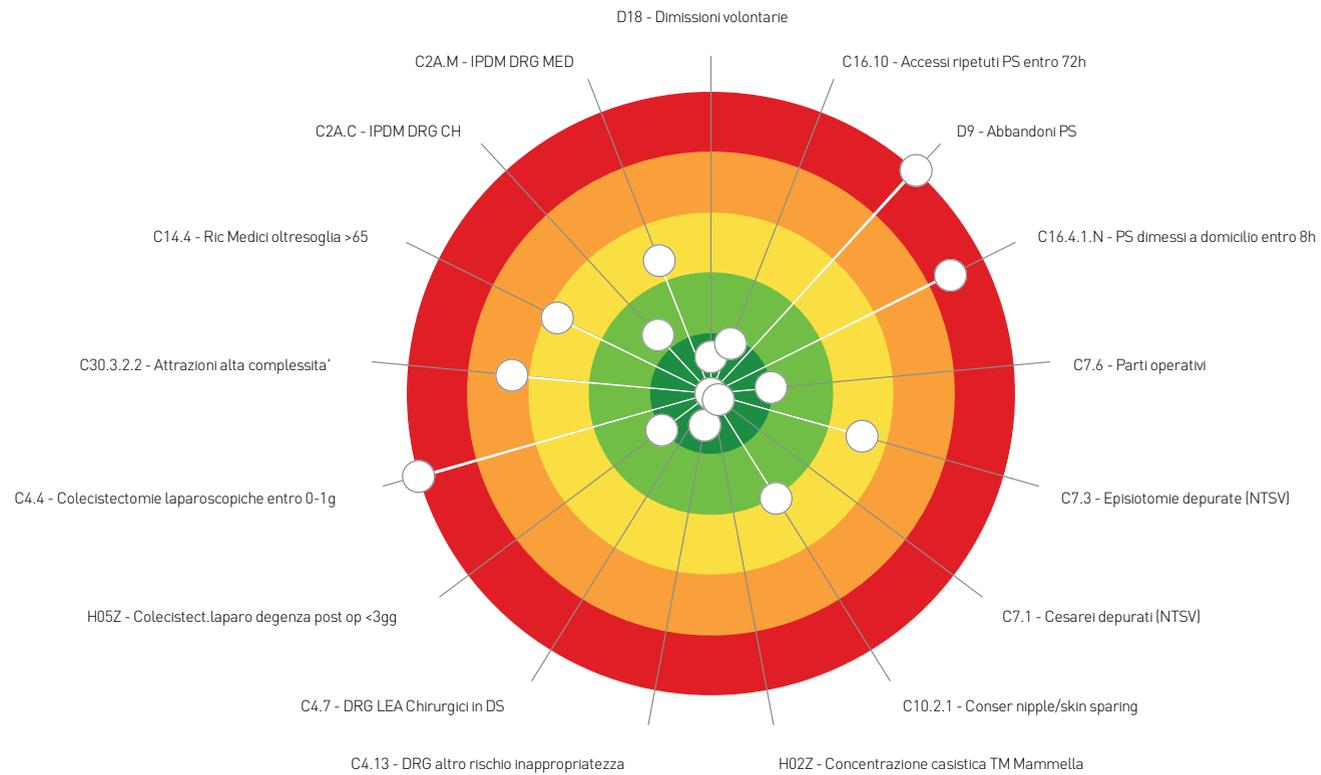
Indicatori Stabili =

13.6 %

Indicatori Peggiorati ↓

50.0 %

Valutazione della Performance 2023



ASST DEI SETTE LAGHI

Profilo azienda

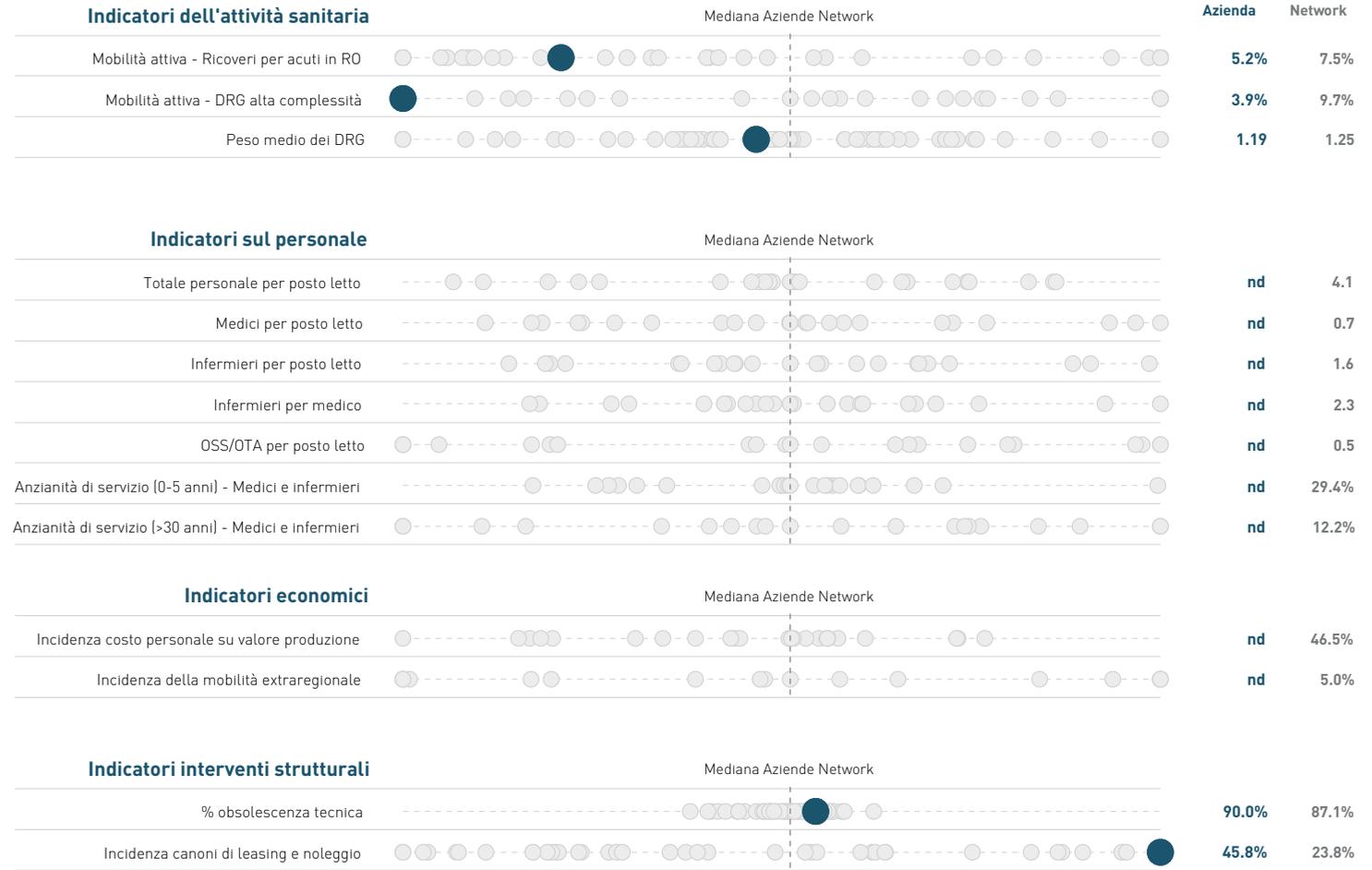


Posti letto	1.026
- Degenza Ordinaria	924
- Day Hospital/Day surgery	102

Dimissioni totali	52.054
Giornate di degenza ordin.	310.931

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	161.752

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.699



ASST DEI SETTE LAGHI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

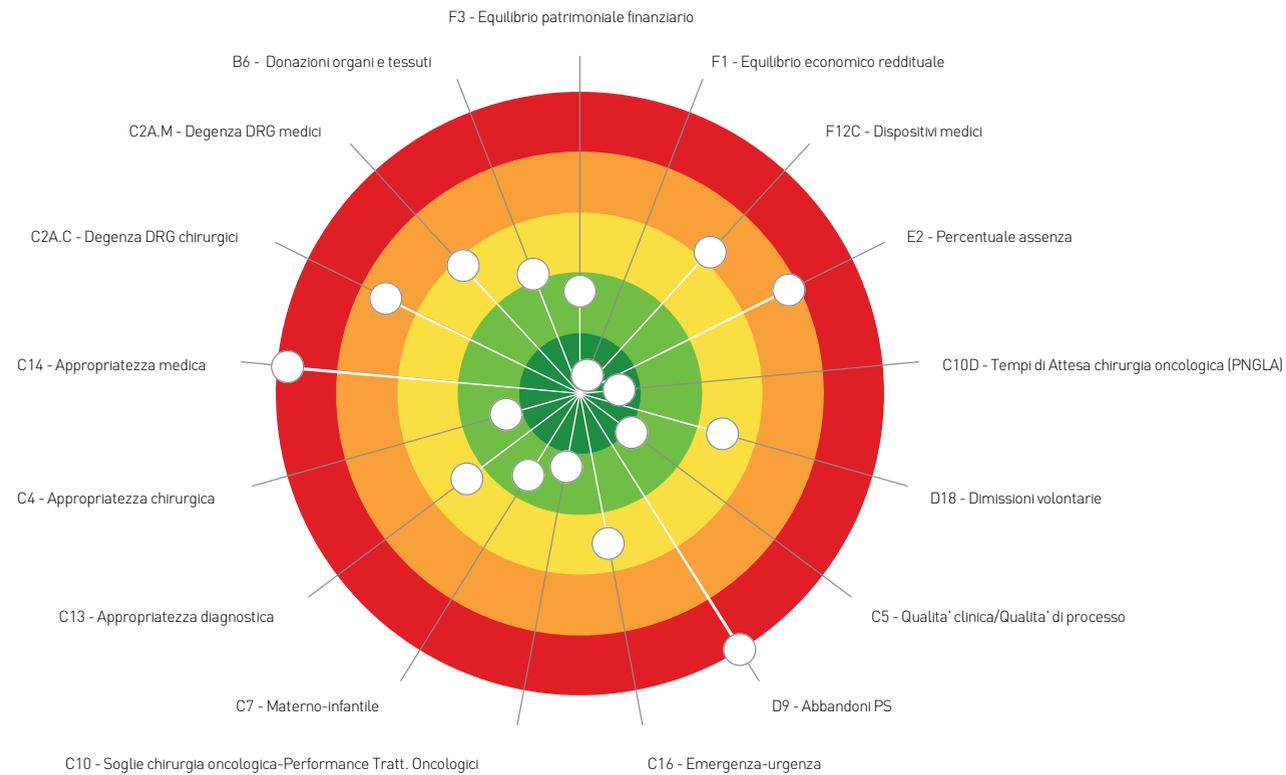
Numero indicatori di valutazione: 36

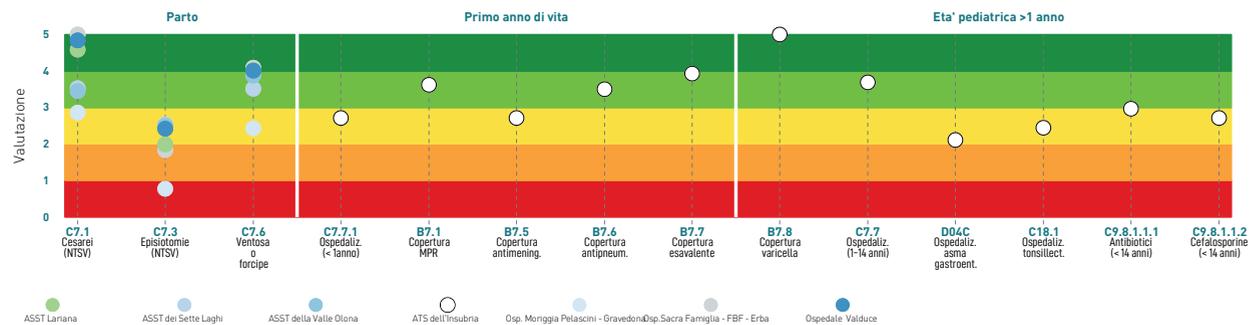
Indicatori Migliorati ↑
61.1 %

Indicatori Stabili =
11.1 %

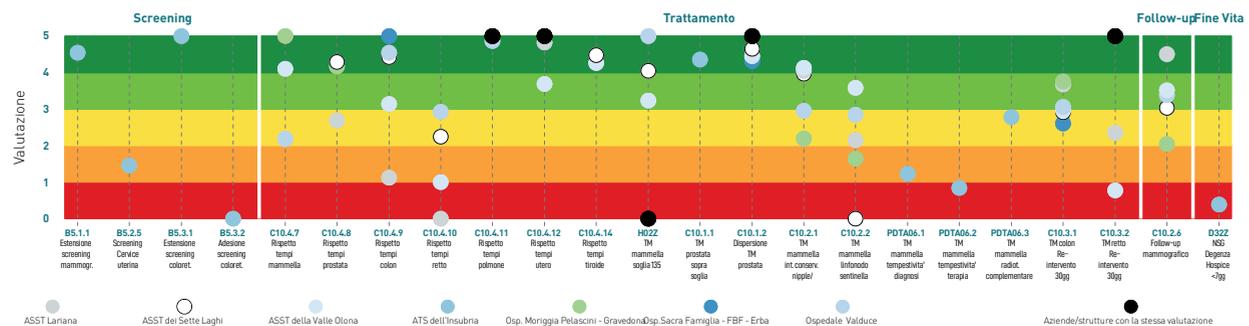
Indicatori Peggiorati ↓
27.8 %

Valutazione della Performance 2023

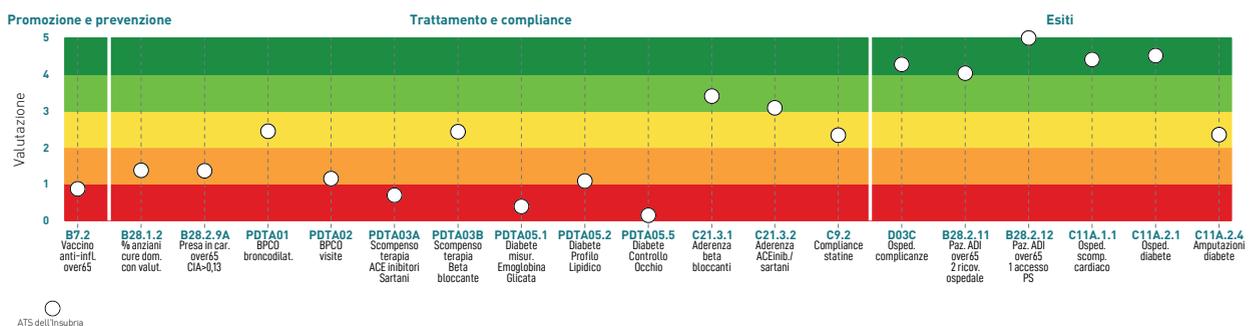




PERCORSO MATERNO INFANTILE

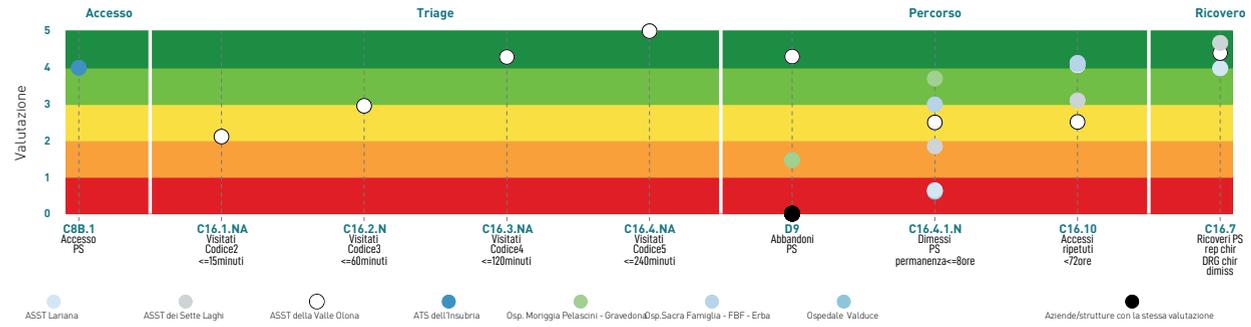


PERCORSO ONCOLOGICO



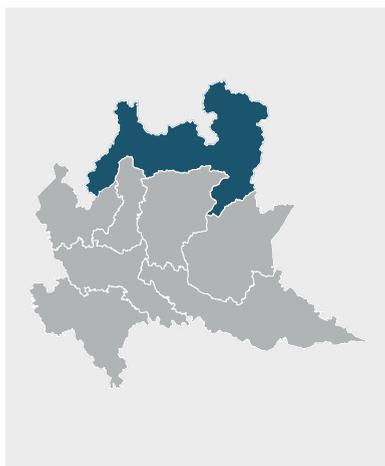
PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ATS DELLA MONTAGNA

Profilo azienda



Popolazione residente **330.857**

Distretti Sanitari **6**

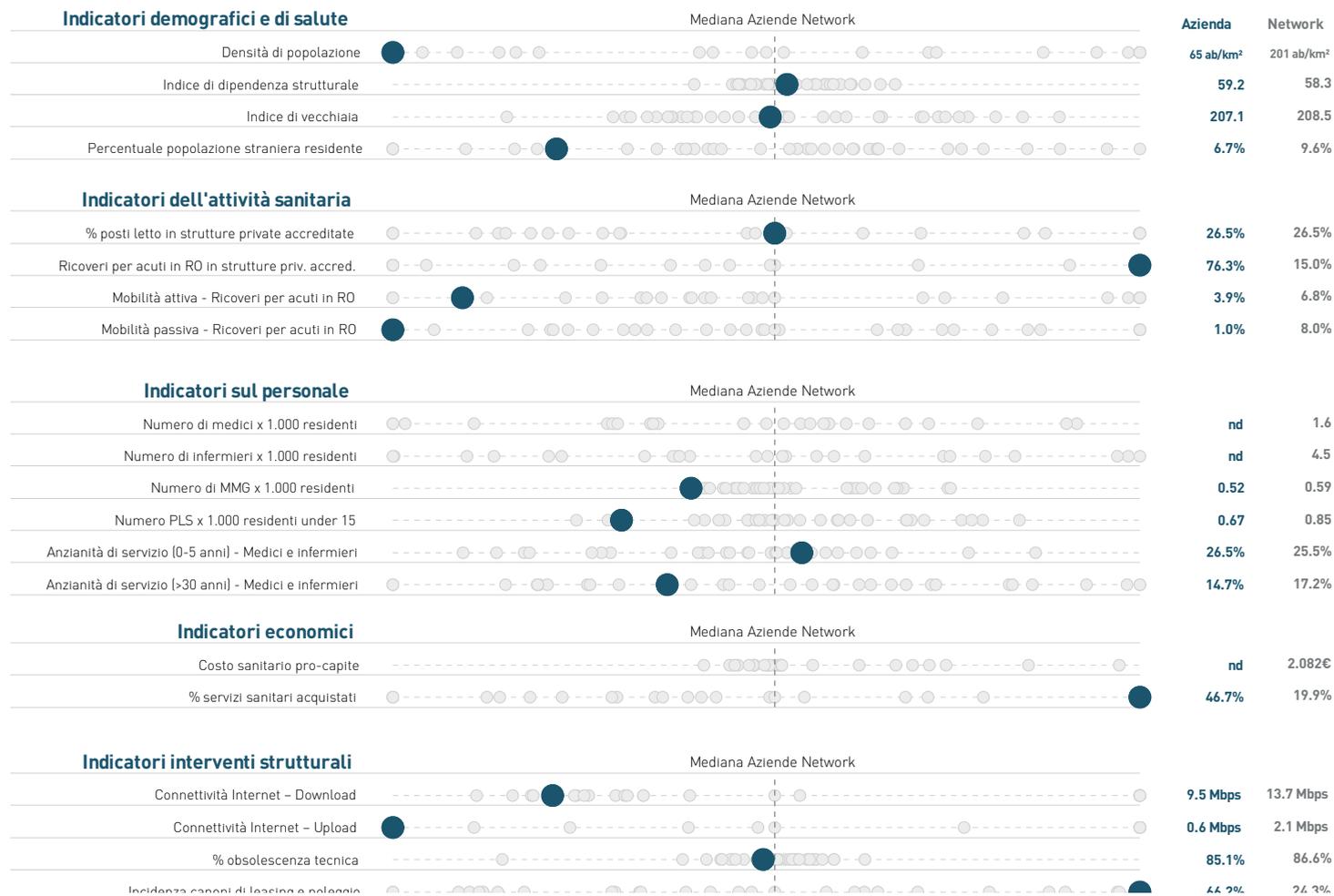
Stabillimenti **9**

- Pubblici **8**

- Privati accreditati **1**

Posti letto **1.217**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS DELLA MONTAGNA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
31.8 %

Indicatori Stabili =
6.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
61.4 %

Valutazione della Performance 2023

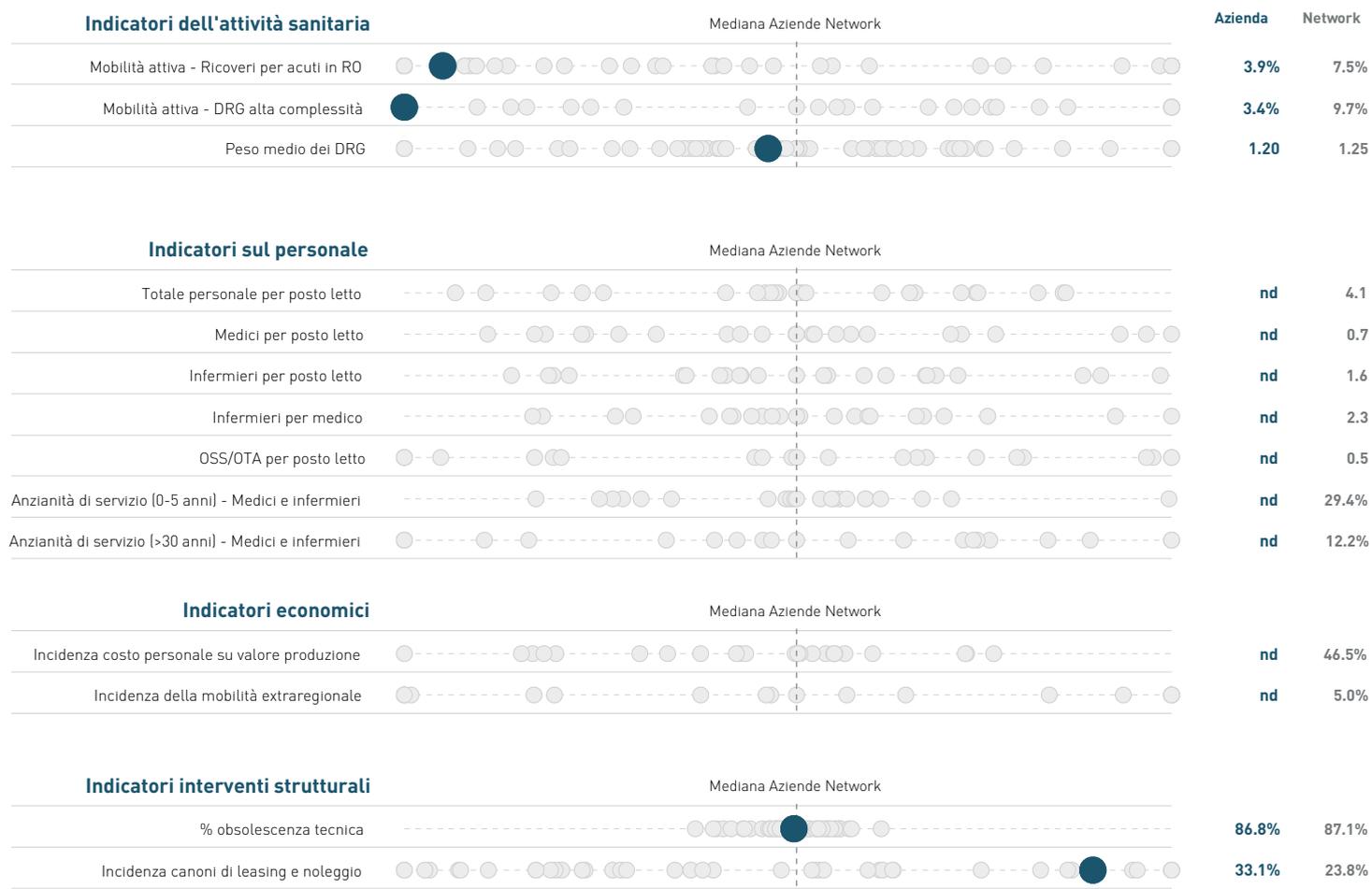


ASST VALTELLINA ALTO LARIO

Profilo azienda



Posti letto	558
- Degenza Ordinaria	526
- Day Hospital/Day surgery	32
Dimissioni totali	16.198
Giornate di degenza ordin.	122.626
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	55.896
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	682



ASST VALTELLINA ALTO LARIO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

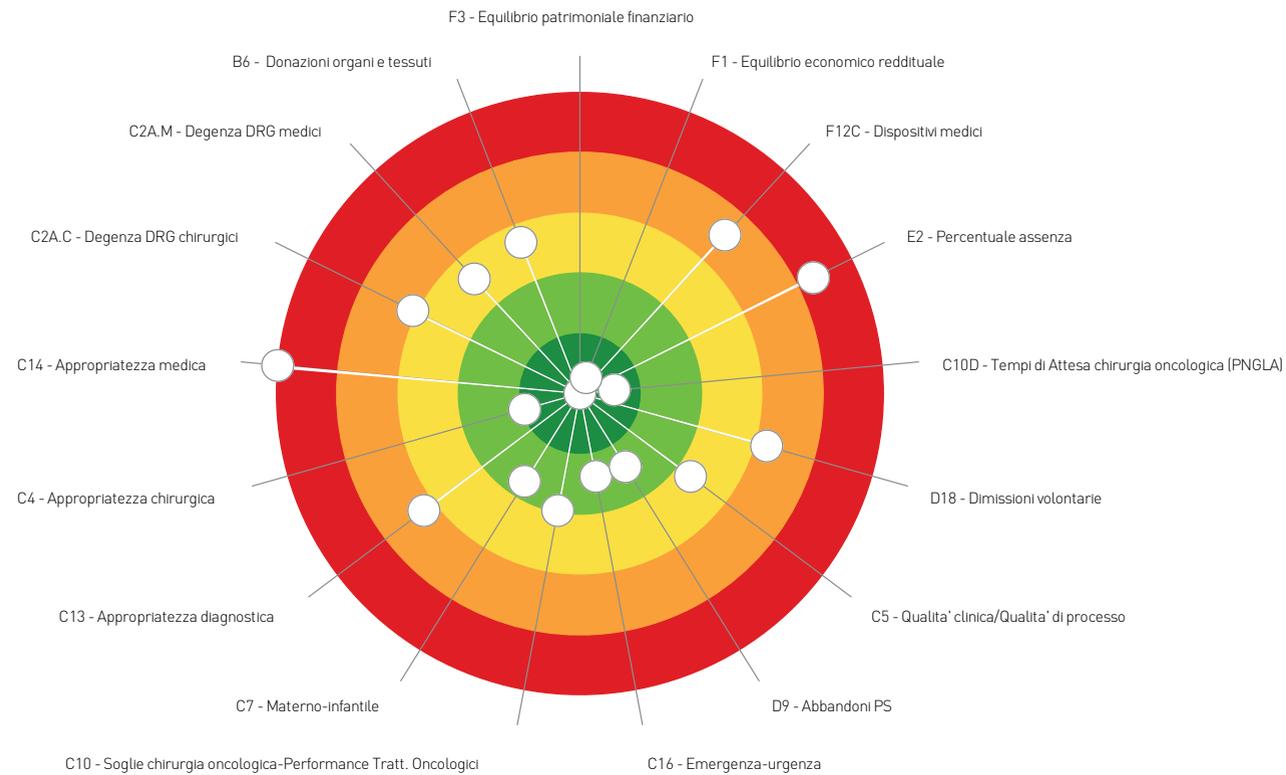
Numero indicatori di valutazione: 32

Indicatori Migliorati ↑
40.6 %

Indicatori Stabili =
6.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
53.1 %

Valutazione della Performance 2023

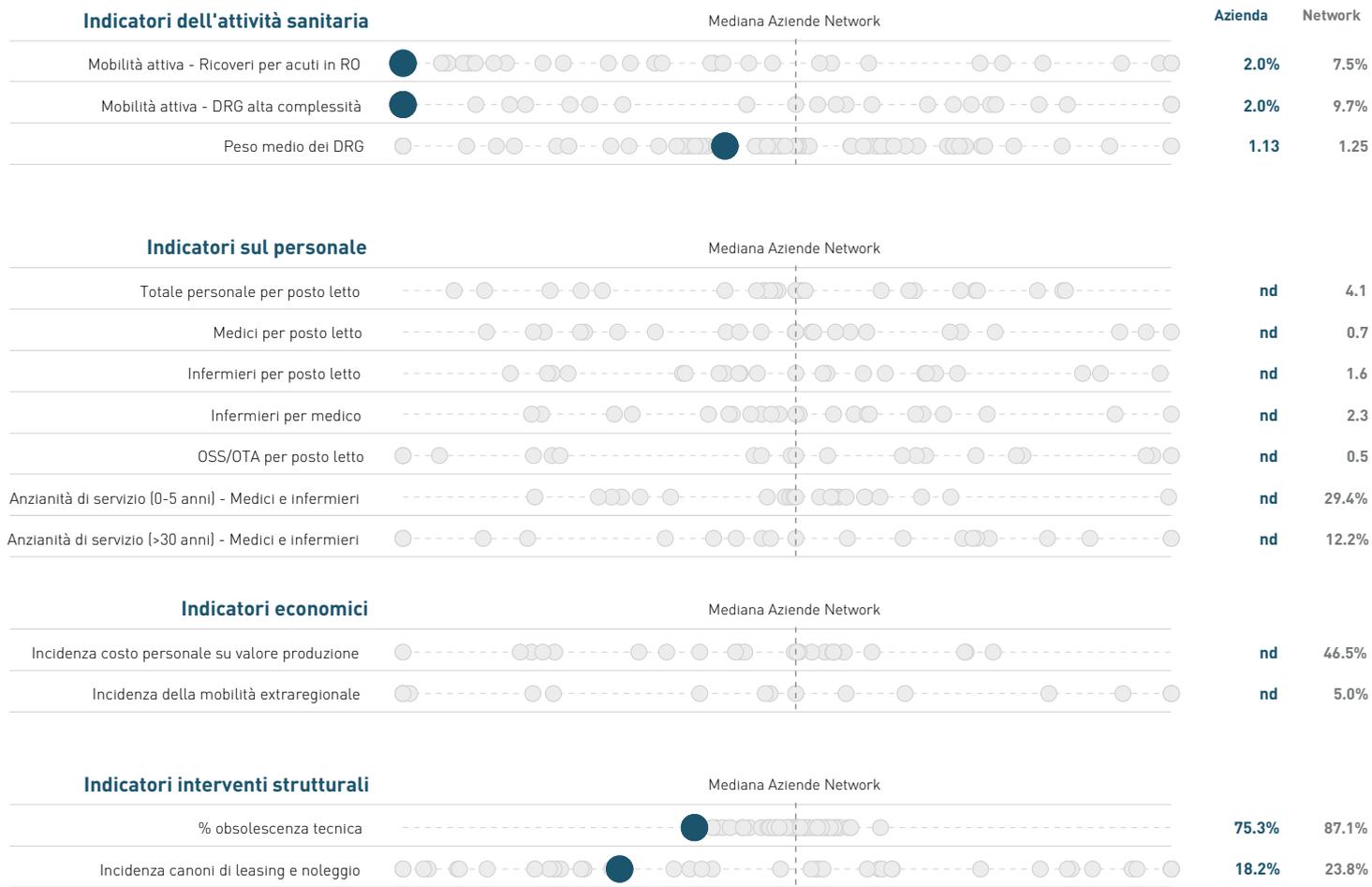


ASST DELLA VALCAMONICA

Profilo azienda



Posti letto	337
- Degenza Ordinaria	320
- Day Hospital/Day surgery	17
Dimissioni totali	9.933
Giornate di degenza ordin.	72.219
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	40.673
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	671



ASST DELLA VALCAMONICA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

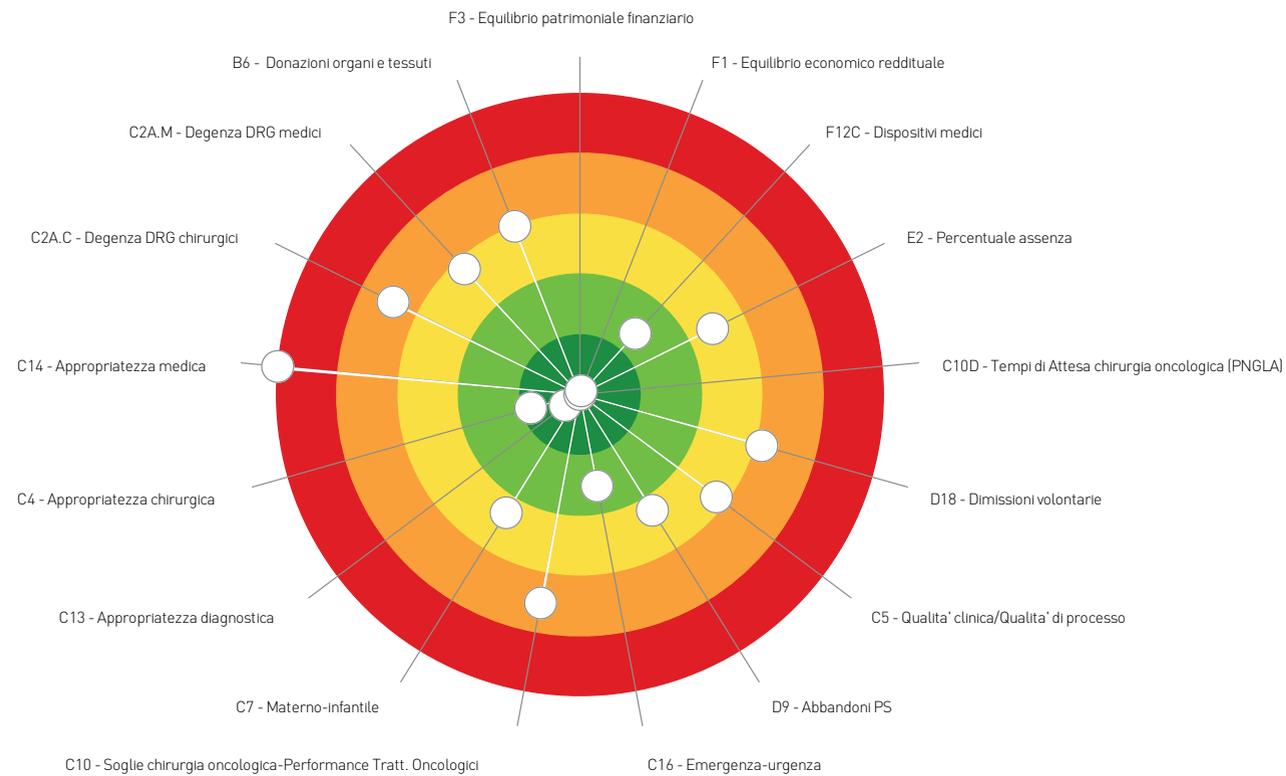
Numero indicatori di valutazione: 32

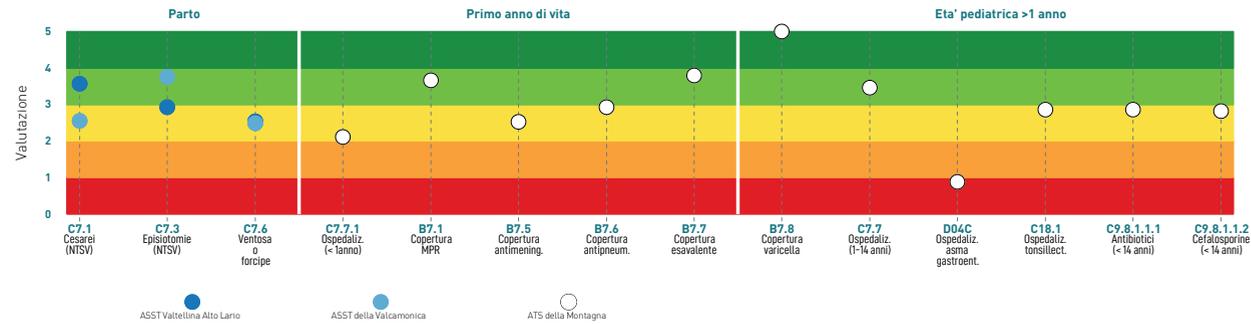
Indicatori Migliorati ↑
50.0 %

Indicatori Stabili =
28.1 %

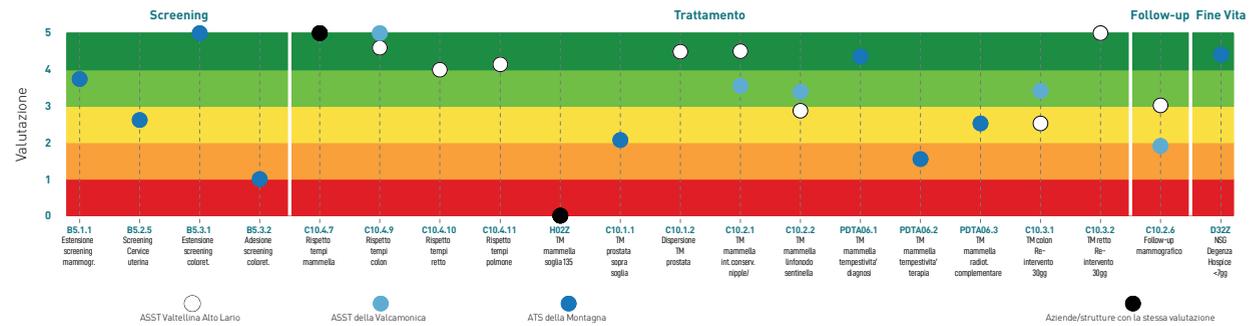
Indicatori Peggiorati ↓
21.9 %

Valutazione della Performance 2023

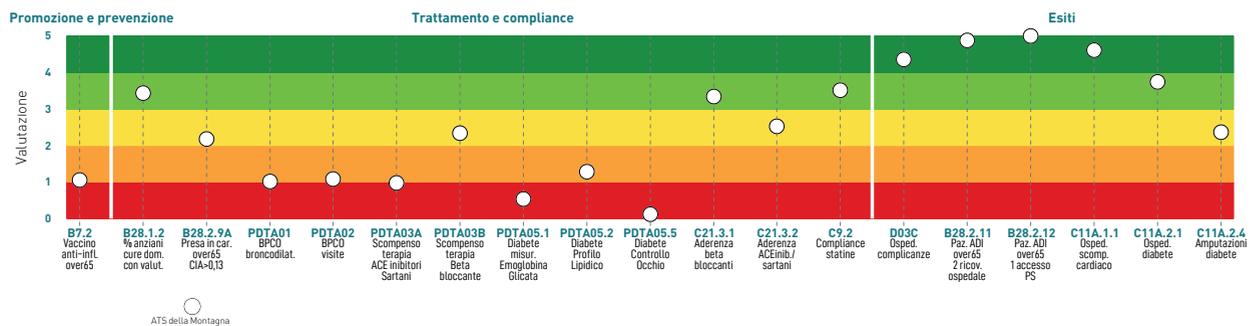




PERCORSO MATERNO INFANTILE

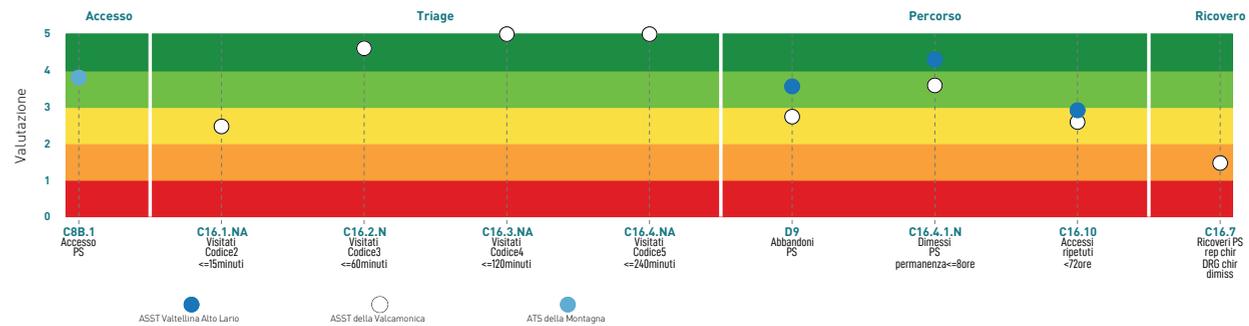


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DELLA BRIANZA

Profilo azienda



Popolazione residente **1.206.381**

Distretti Sanitari **8**

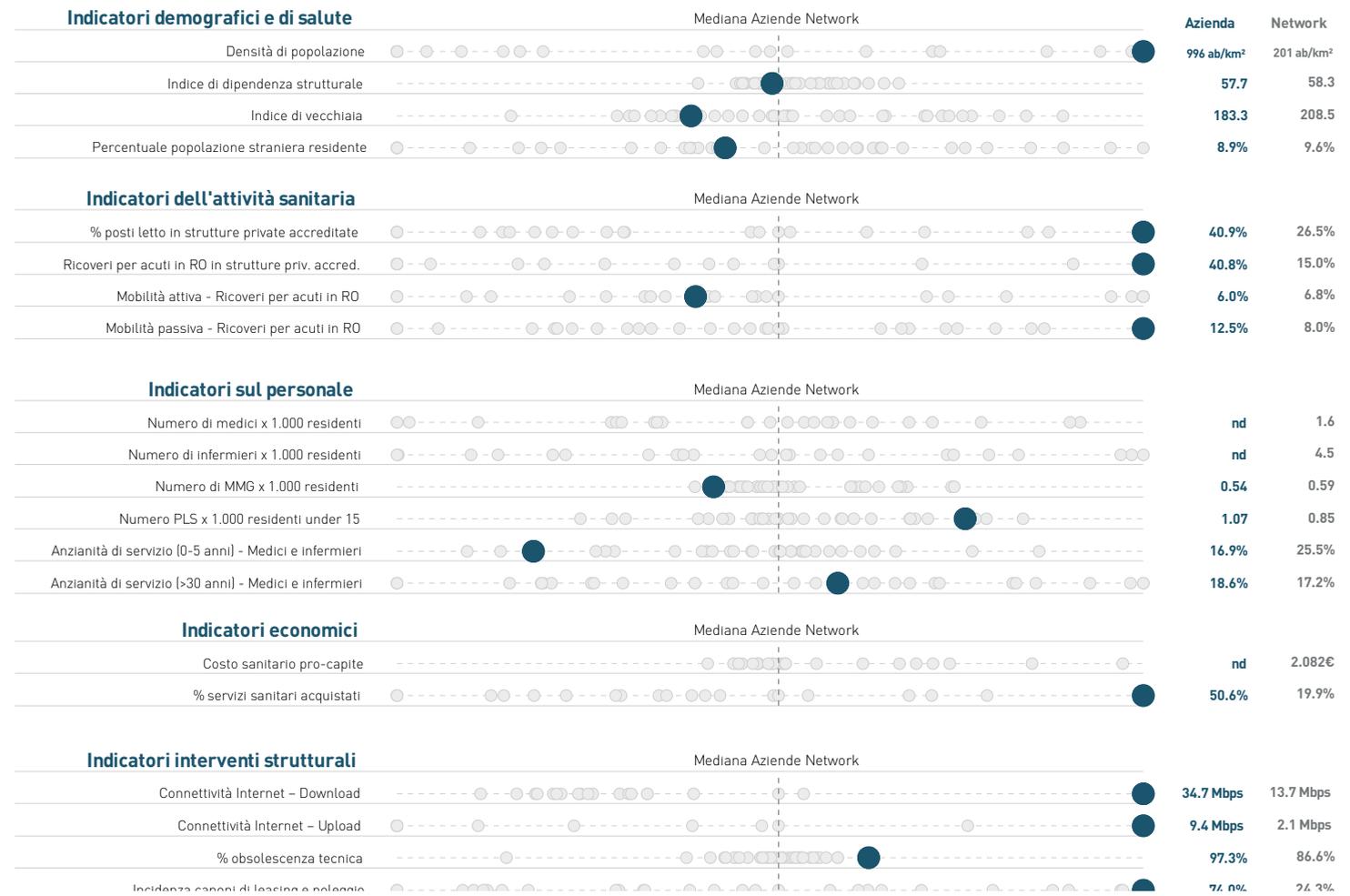
Stabillimenti **21**

- Pubblici **11**

- Privati accreditati **10**

Posti letto **4.856**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS DELLA BRIANZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023



Valutazione della Performance 2023

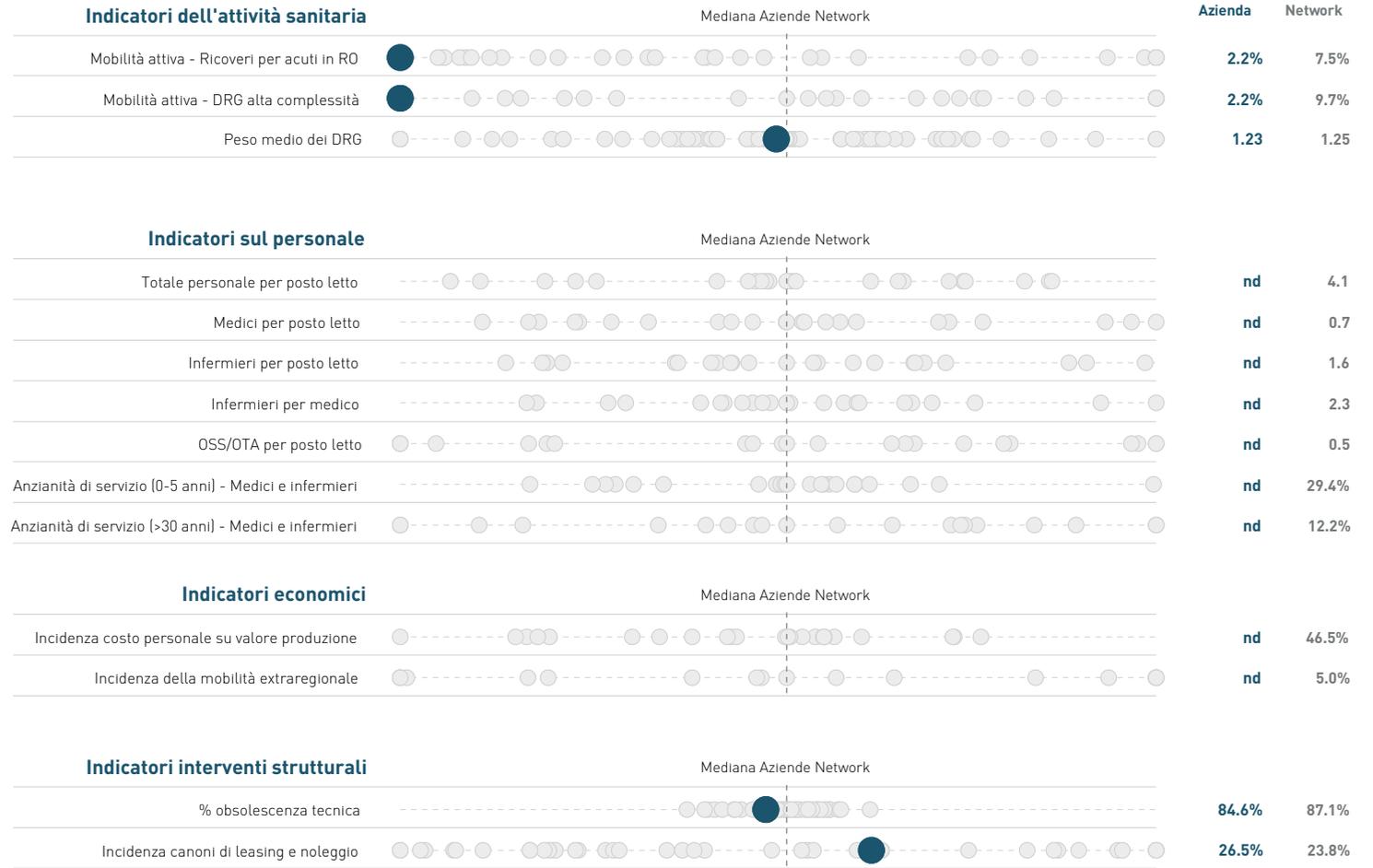


ASST DI LECCO

Profilo azienda



Posti letto	938
- Degenza Ordinaria	882
- Day Hospital/Day surgery	56
Dimissioni totali	27.664
Giornate di degenza ordin.	213.207
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	86.435
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.861



ASST DI LECCO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

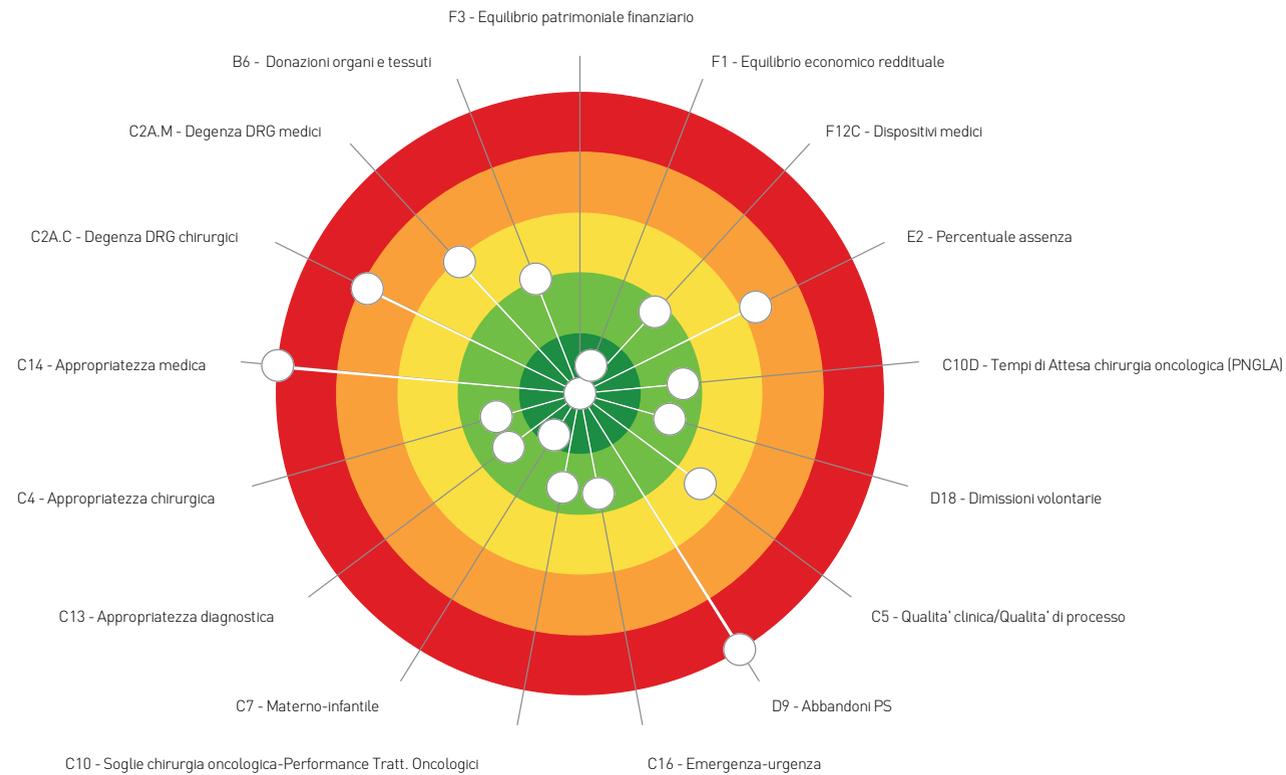
Numero indicatori di valutazione: 33

Indicatori Migliorati ↑
57.6 %

Indicatori Stabili =
9.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
33.3 %

Valutazione della Performance 2023

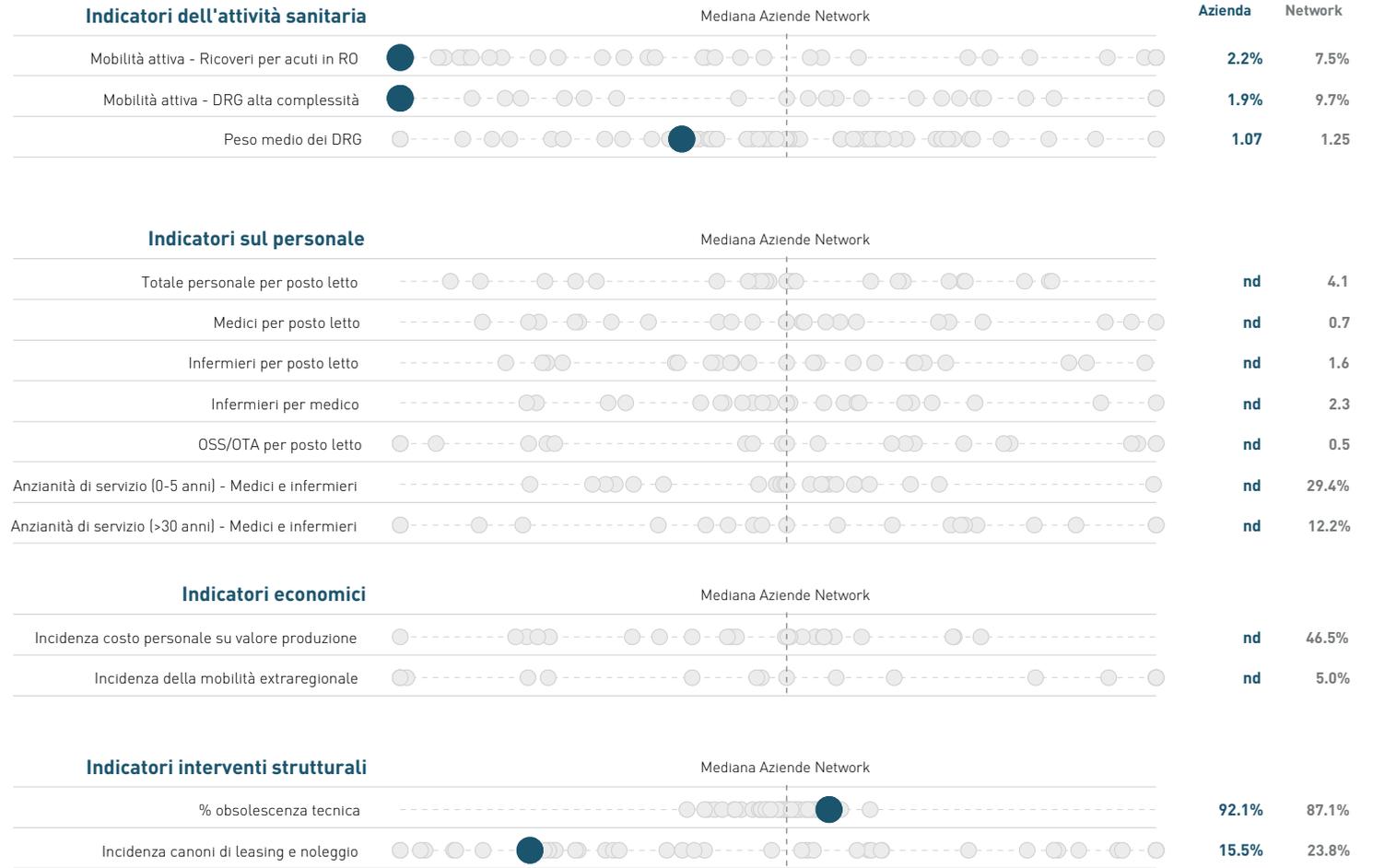


ASST DI VIMERCATE

Profilo azienda



Posti letto	1.071
- Degenza Ordinaria	961
- Day Hospital/Day surgery	110
Dimissioni totali	34.228
Giornate di degenza ordin.	227.677
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	166.994
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.130



ASST DI VIMERCATE

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

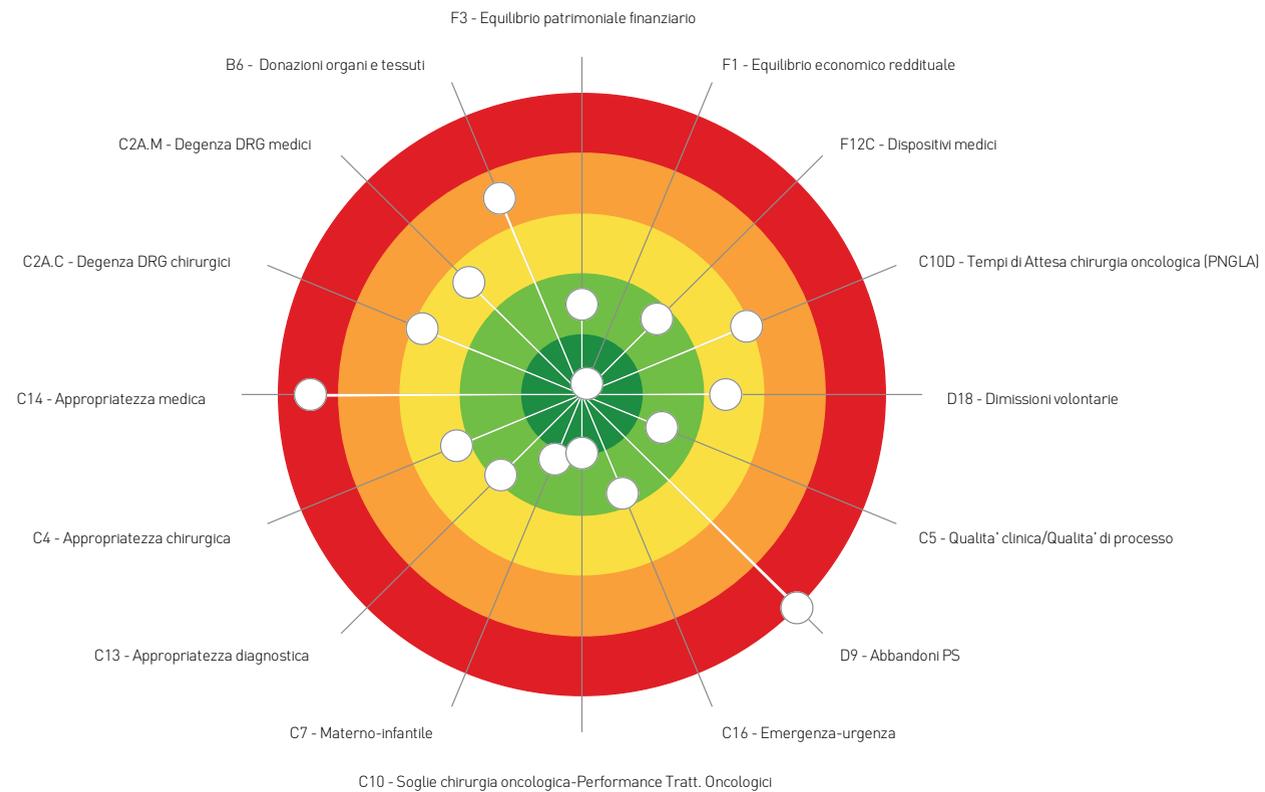
Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori Migliorati ↑
34.3 %

Indicatori Stabili =
14.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
51.4 %

Valutazione della Performance 2023



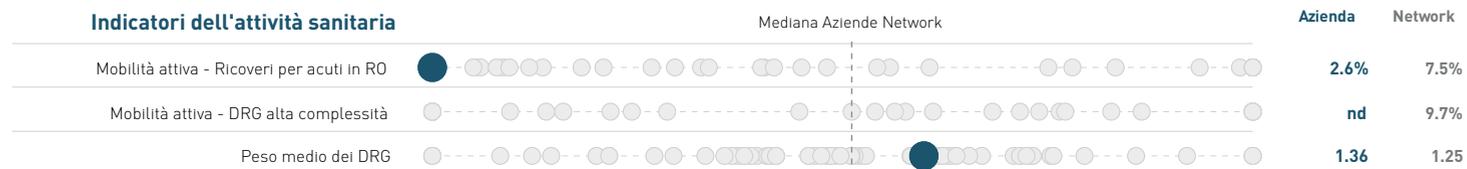
INRCA CENTRO BRONCOPN.-CASATENOVO

Profilo azienda

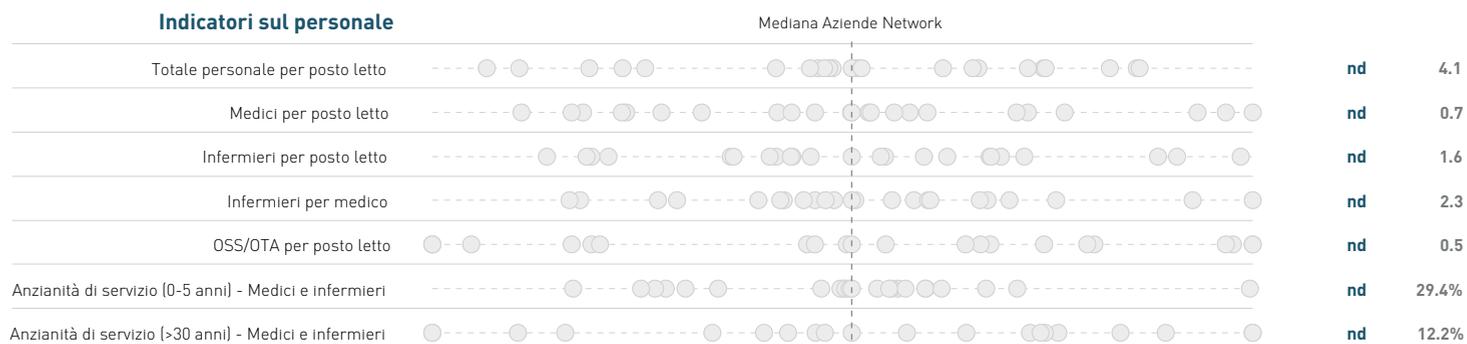


Posti letto	54
- Degenza Ordinaria	54
- Day Hospital/Day surgery	0
Dimissioni totali	1.189
Giornate di degenza ordin.	16.865
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.

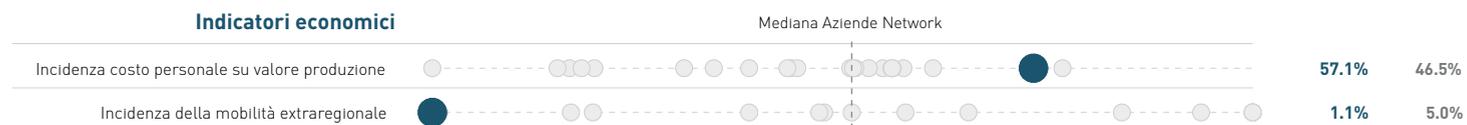
Indicatori dell'attività sanitaria



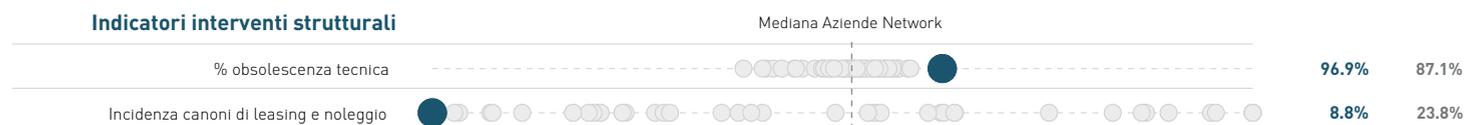
Indicatori sul personale



Indicatori economici



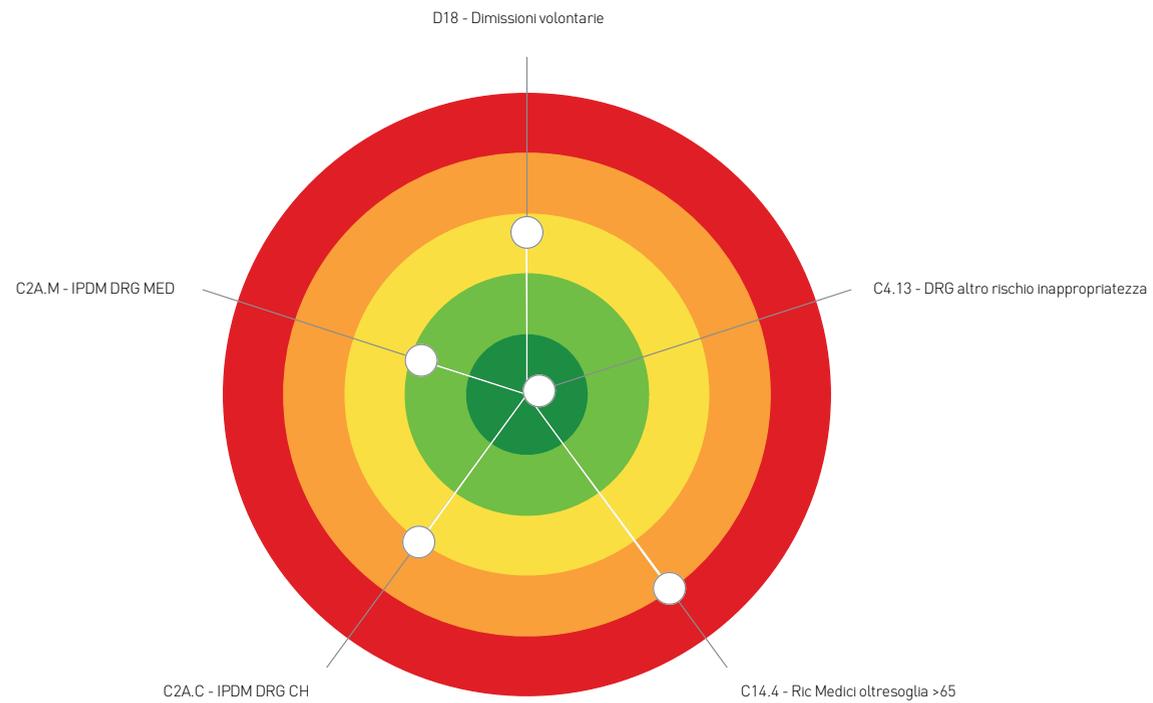
Indicatori interventi strutturali



INRCA CENTRO BRONCOPN.-CASATENOVO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Valutazione della Performance 2023

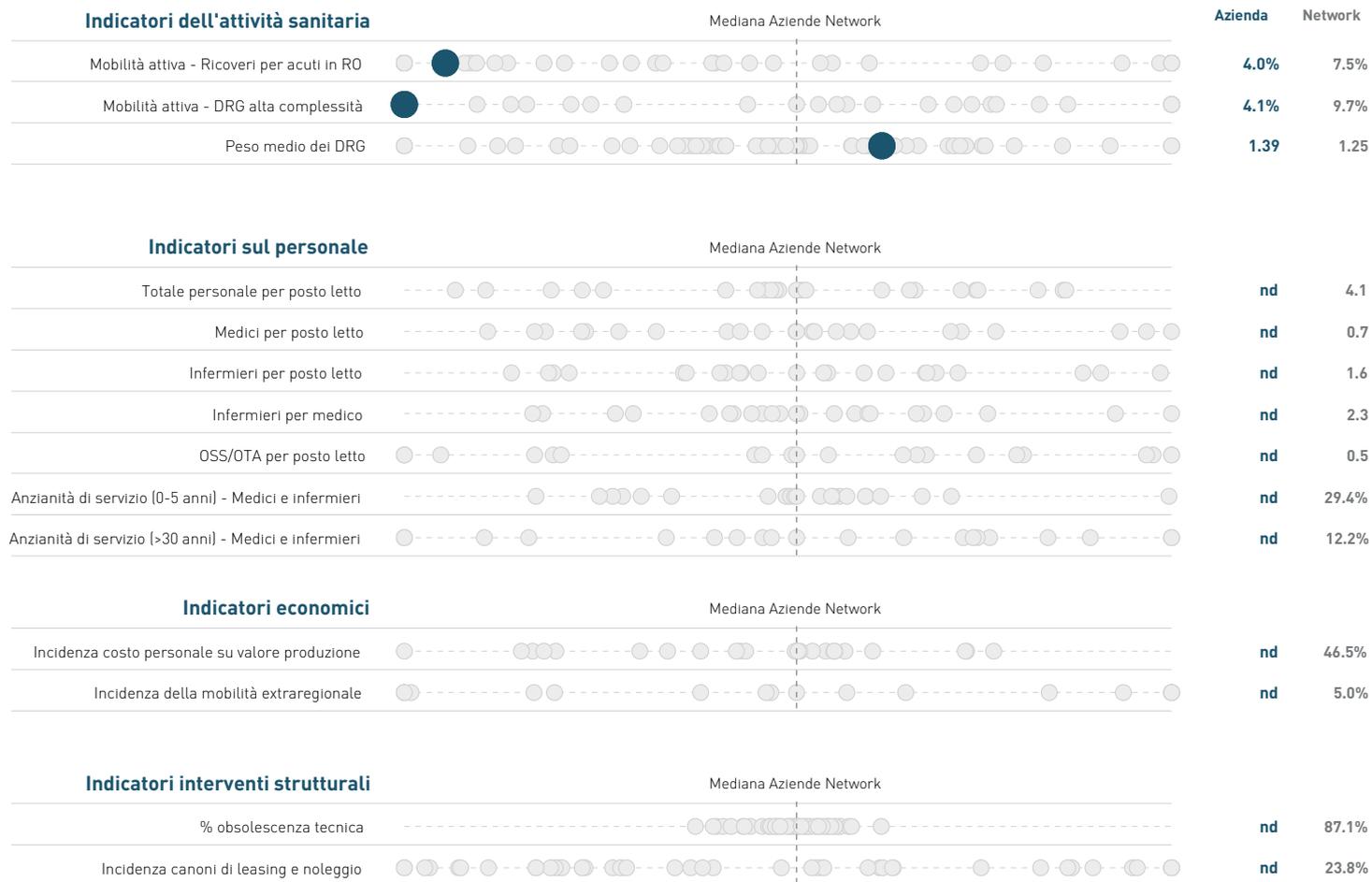


FOND. IRCCS S.GERDARDO DEI TINTORI DI MONZA

Profilo azienda



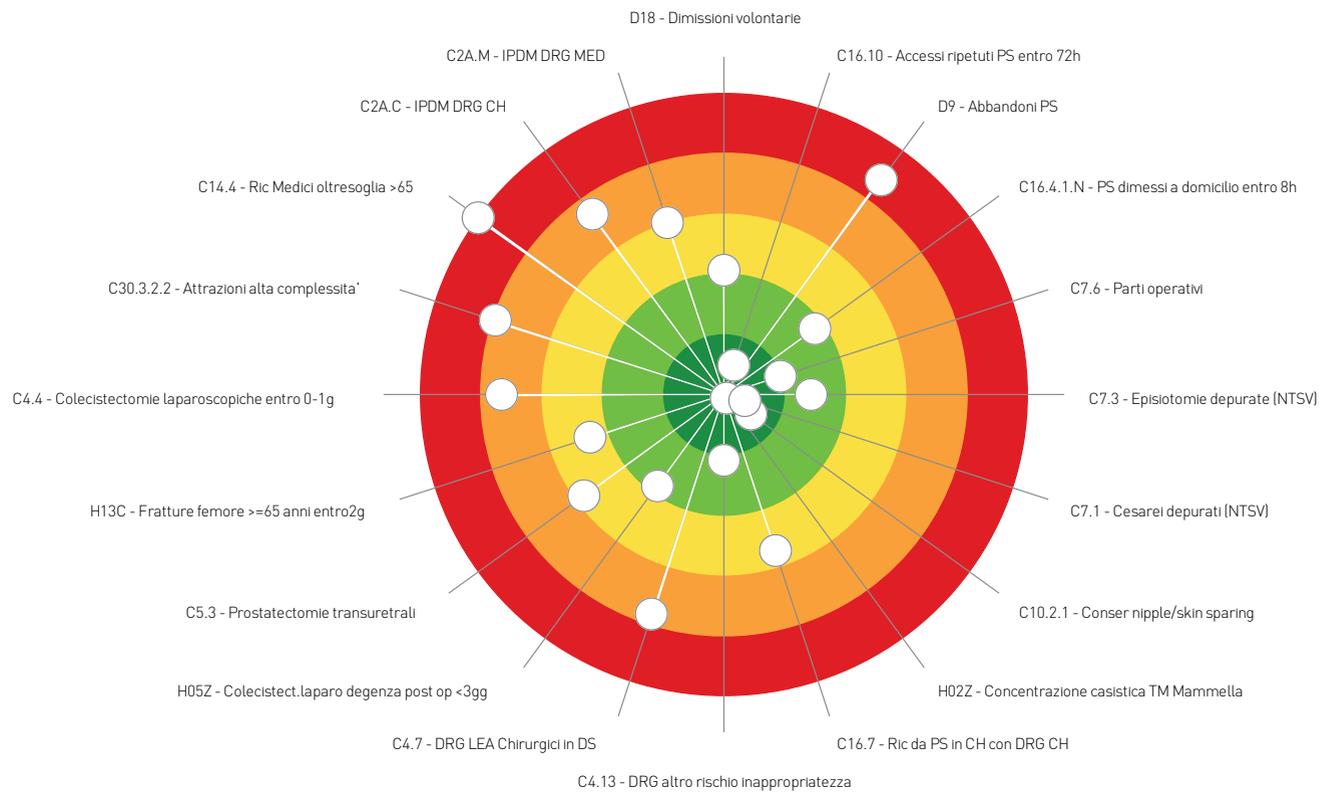
Posti letto	807
- Degenza Ordinaria	747
- Day Hospital/Day surgery	60
Dimissioni totali	31.312
Giornate di degenza ordin.	209.871
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	101.087
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.421

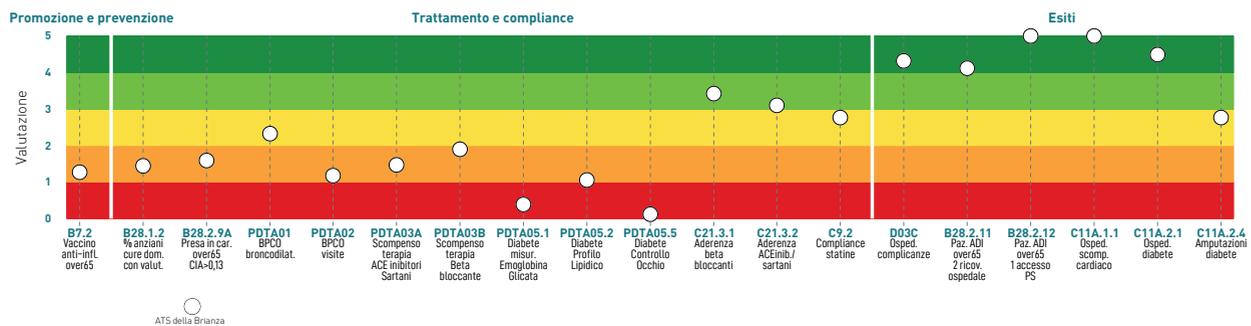
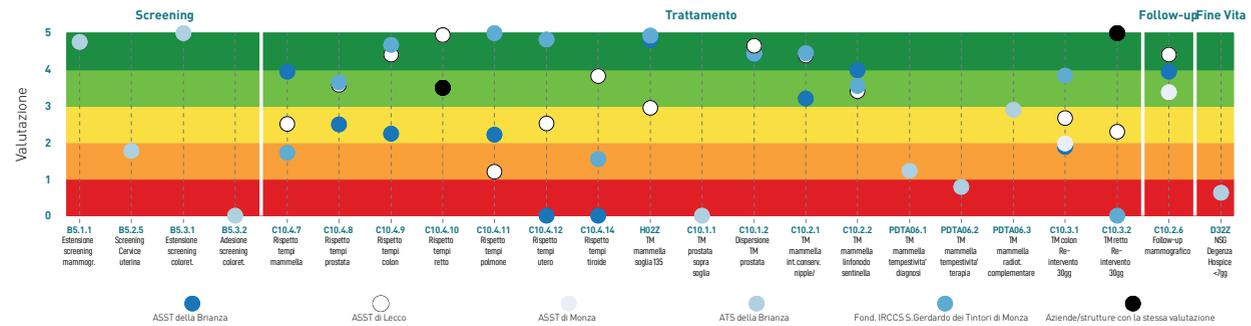
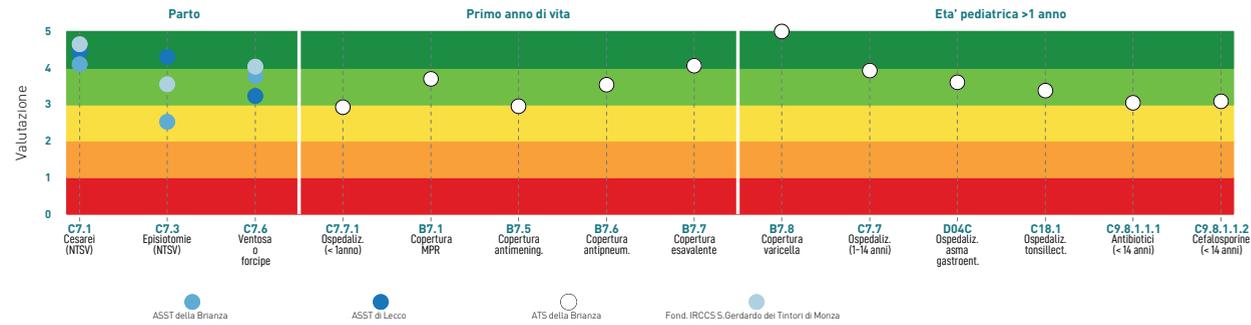


FOND. IRCCS S.GERDARDO DEI TINTORI DI MONZA

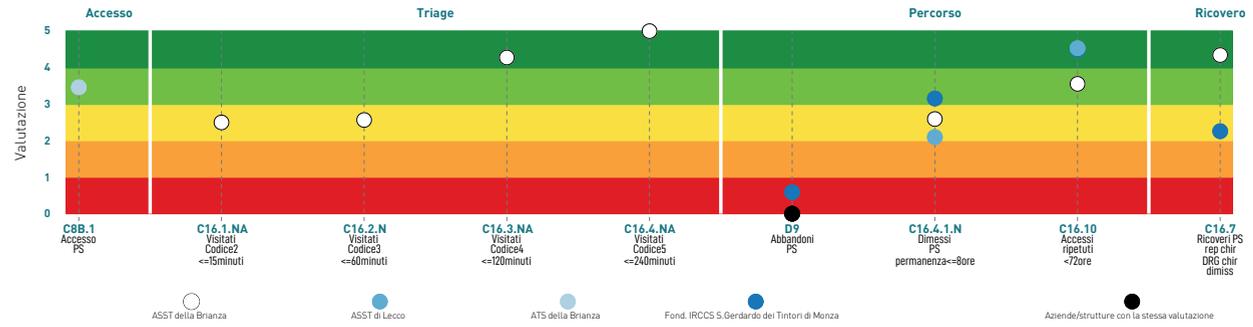
Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ATS DI BERGAMO

Profilo azienda



Popolazione residente **1.106.303**

Distretti Sanitari **9**

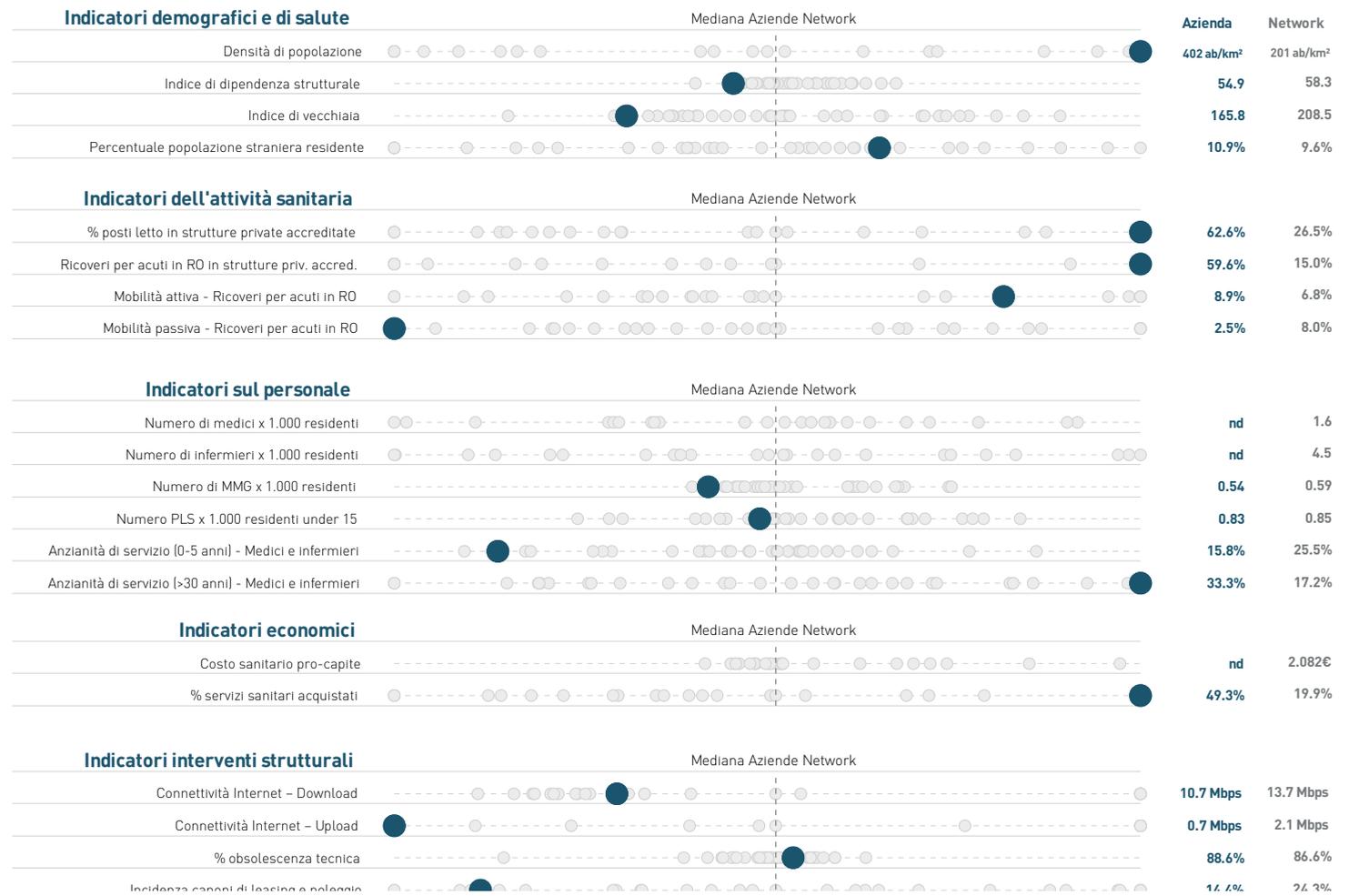
Stabilimenti **24**

- Pubblici **12**

- Privati accreditati **12**

Posti letto **5.974**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS DI BERGAMO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
34.1%

Indicatori Stabili =
11.4%

Indicatori Peggiorati ↓
54.5%

Valutazione della Performance 2023

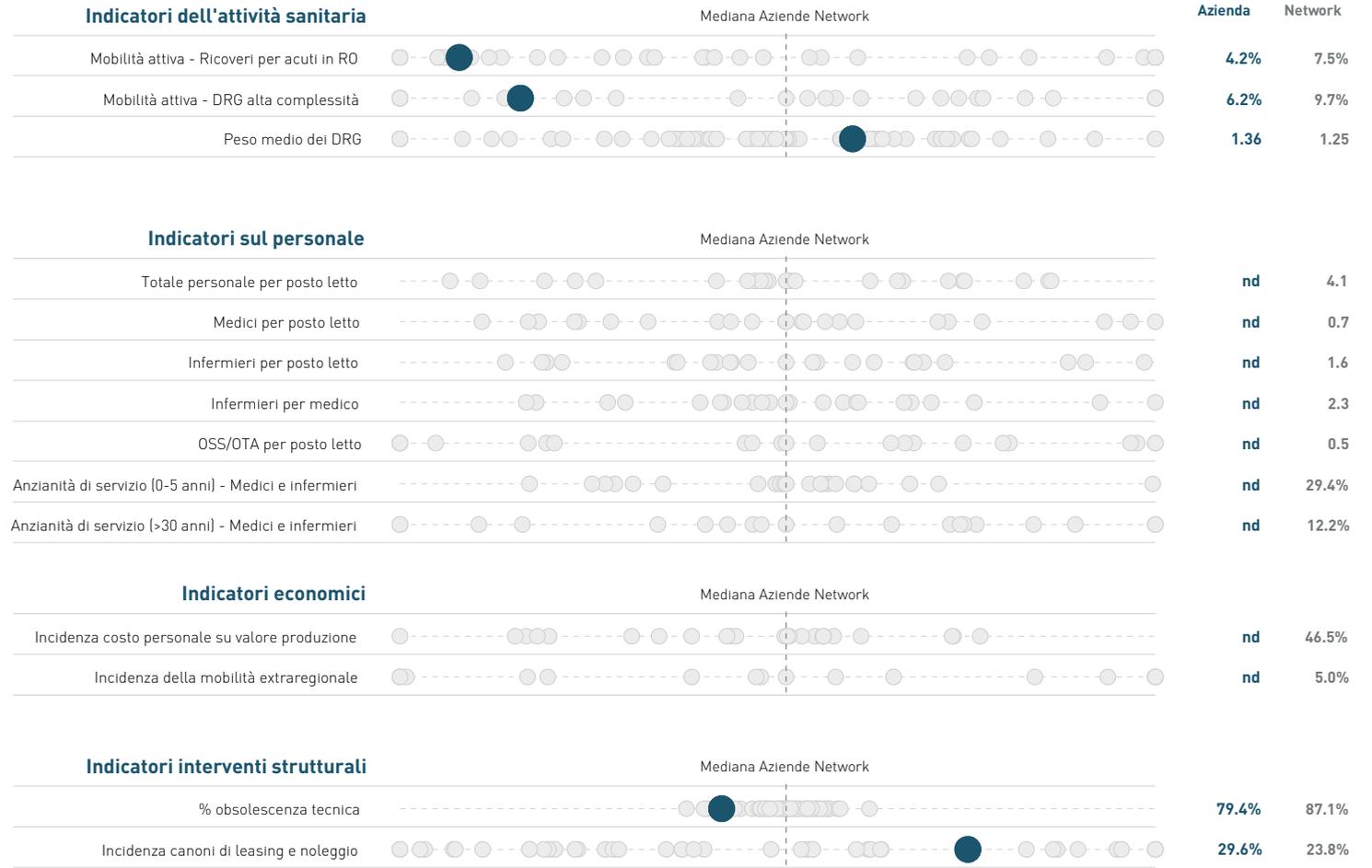


ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Profilo azienda



Posti letto	1.228
- Degenza Ordinaria	1.155
- Day Hospital/Day surgery	73
Dimissioni totali	43.460
Giornate di degenza ordin.	284.185
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	100.582
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.797



ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

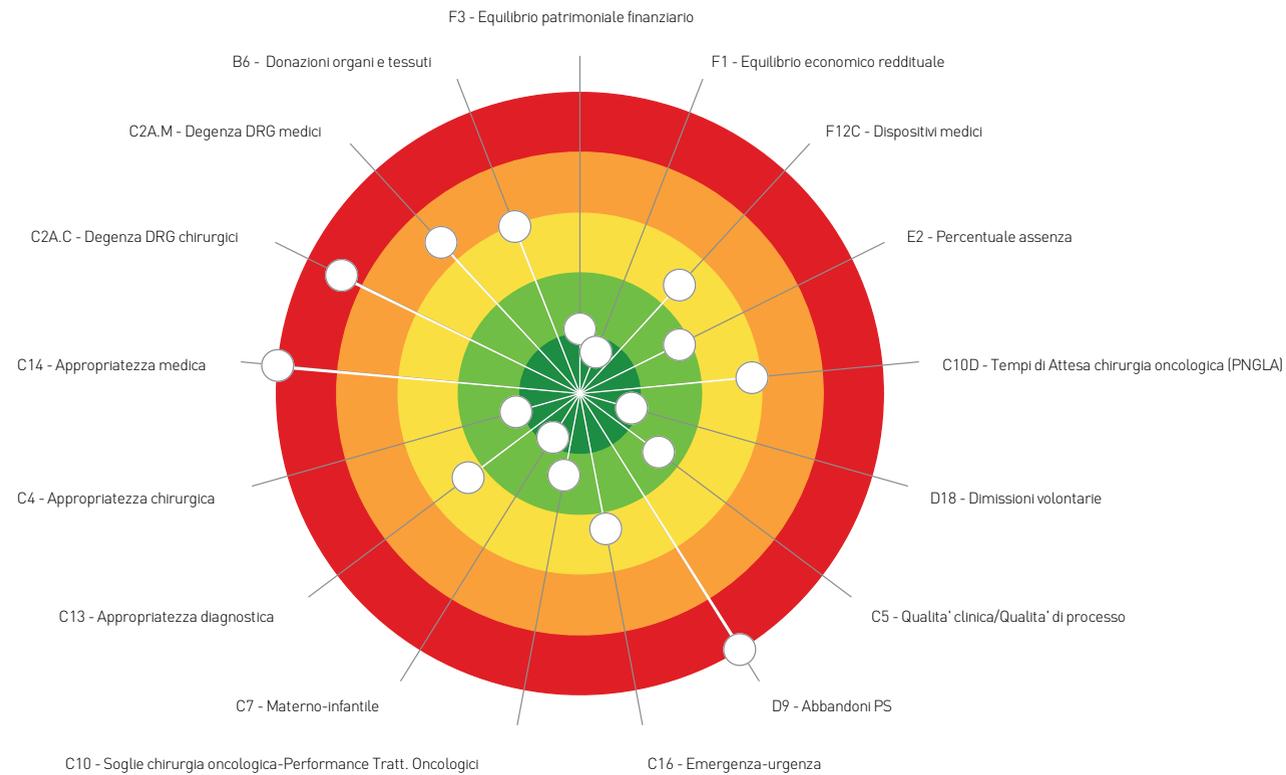
Numero indicatori di valutazione: 33

Indicatori Migliorati ↑
54.5 %

Indicatori Stabili =
3.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
42.4 %

Valutazione della Performance 2023

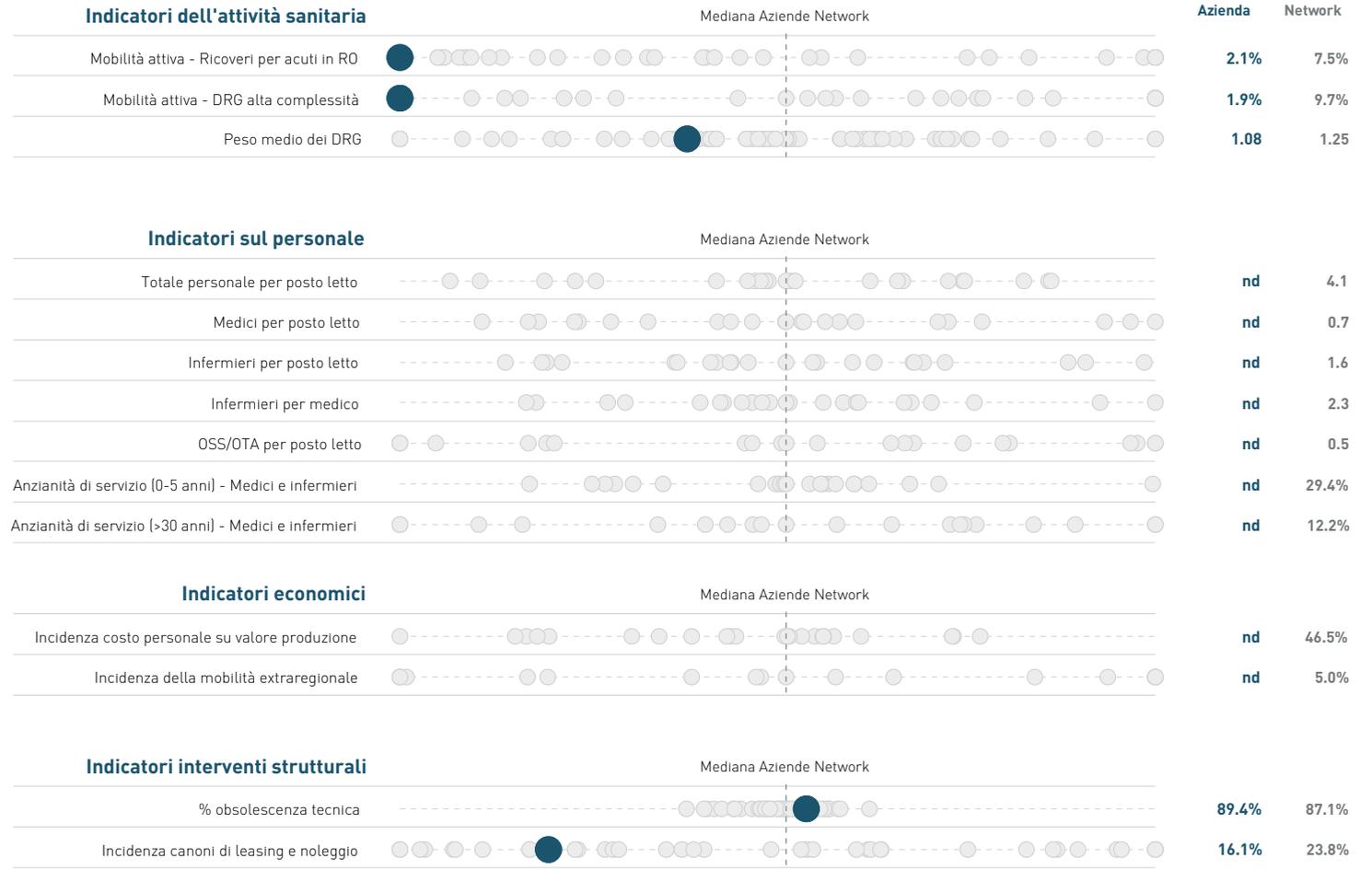


ASST DI BERGAMO OVEST

Profilo azienda



Posti letto	405
- Degenza Ordinaria	363
- Day Hospital/Day surgery	42
Dimissioni totali	16.468
Giornate di degenza ordin.	104.910
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	72.658
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	889



ASST DI BERGAMO OVEST

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

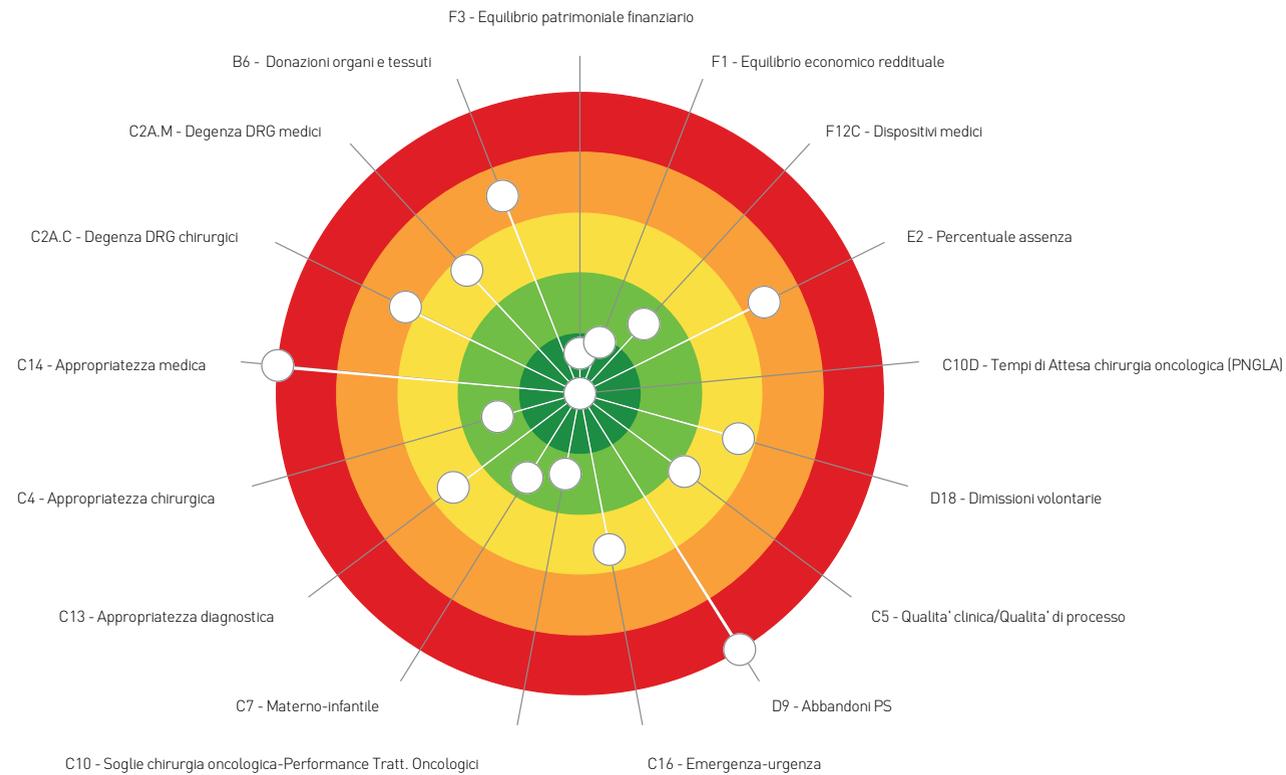
Numero indicatori di valutazione: 33

Indicatori Migliorati ↑
36.4 %

Indicatori Stabili =
24.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
39.4 %

Valutazione della Performance 2023

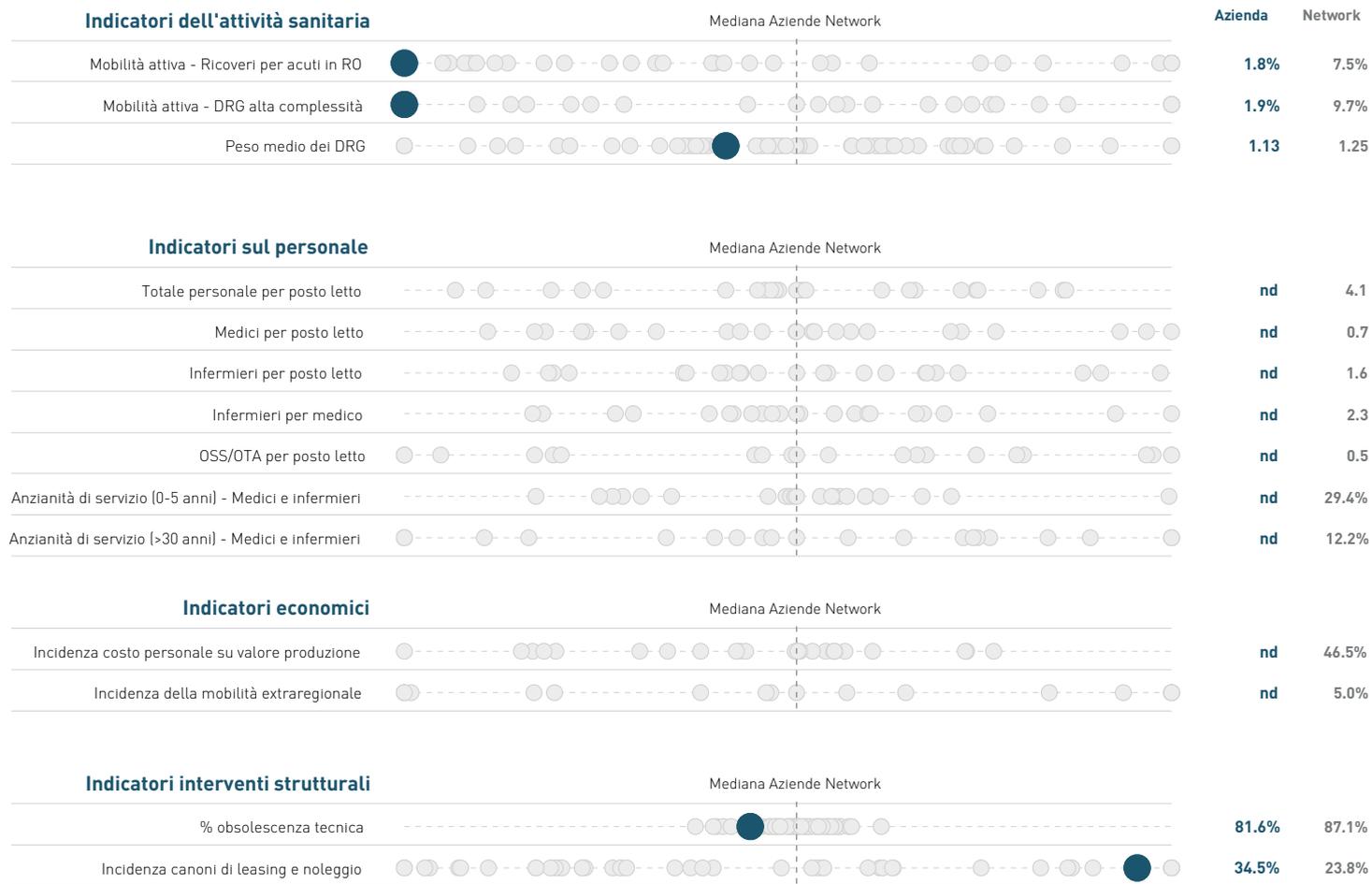


ASST DI BERGAMO EST

Profilo azienda



Posti letto	602
- Degenza Ordinaria	574
- Day Hospital/Day surgery	28
Dimissioni totali	24.796
Giornate di degenza ordin.	160.353
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	105.482
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.875



ASST DI BERGAMO EST

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

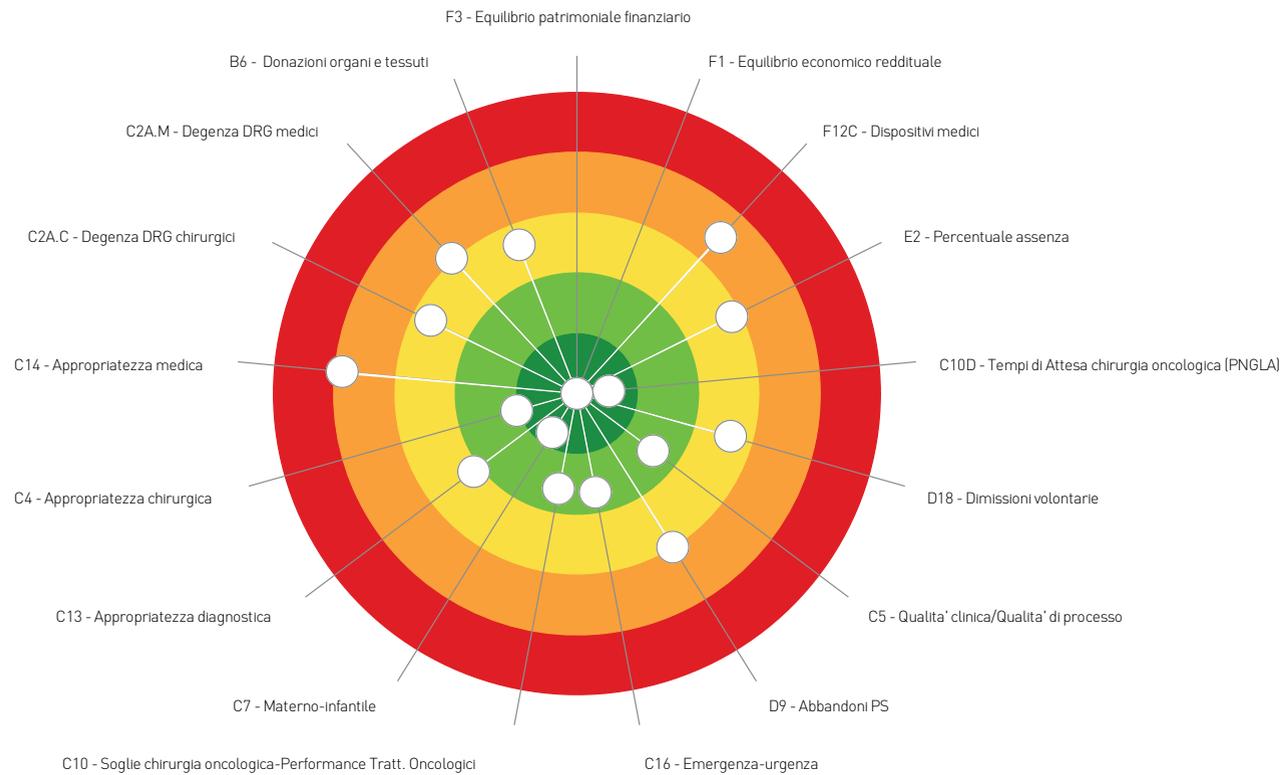
Numero indicatori di valutazione: 35

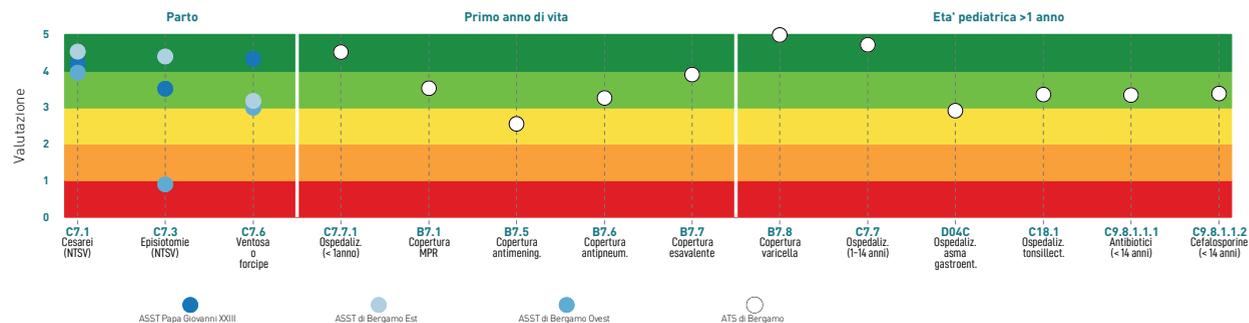
Indicatori Migliorati ↑
60.0 %

Indicatori Stabili =
17.1 %

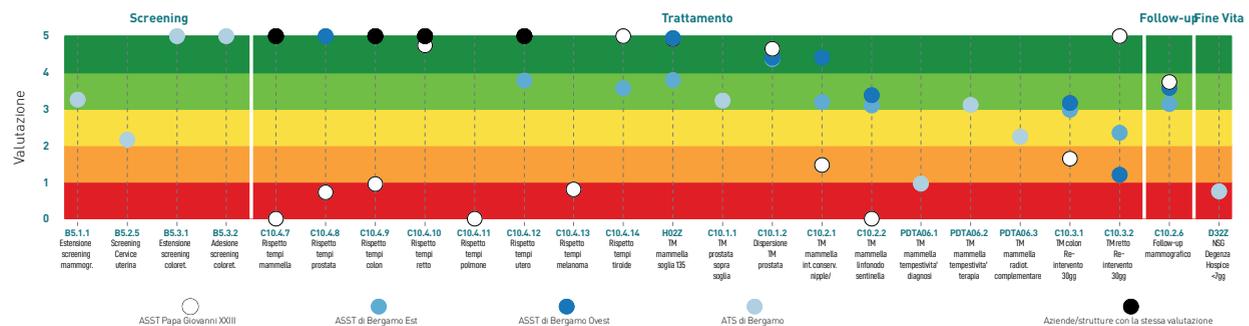
Indicatori Peggiorati ↓
22.9 %

Valutazione della Performance 2023

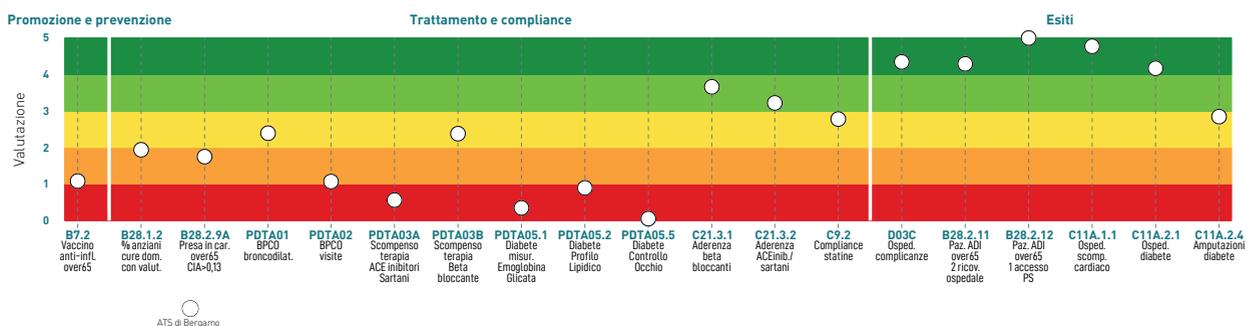




PERCORSO MATERNO INFANTILE

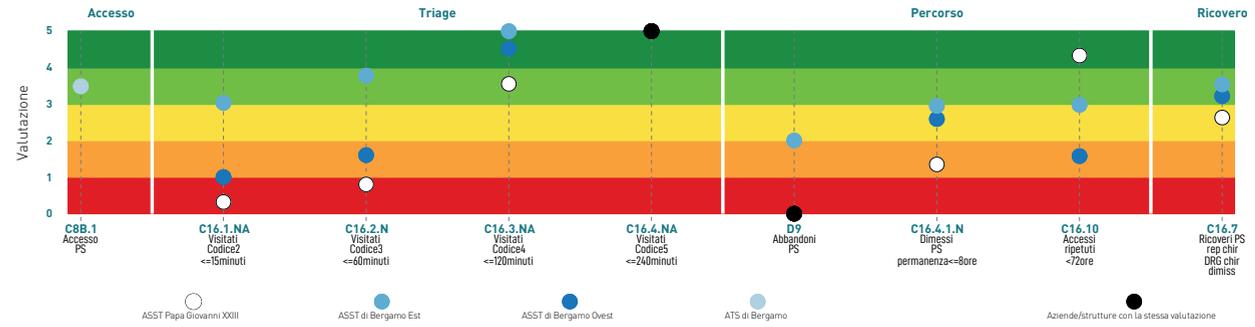


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ATS DI BRESCIA

Profilo azienda



Popolazione residente **1.159.296**

Distretti Sanitari **11**

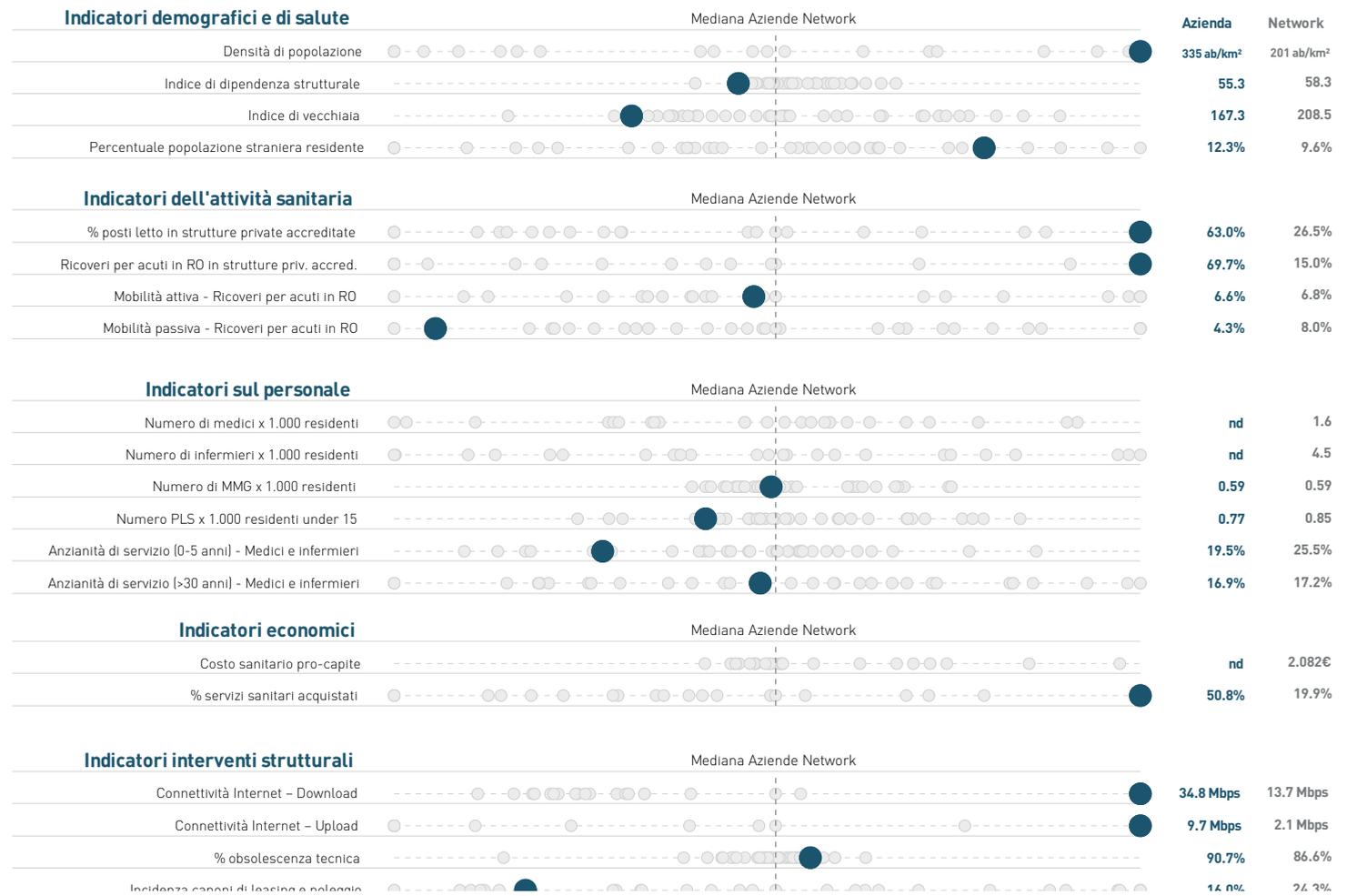
Stabilimenti **30**

- Pubblici **16**

- Privati accreditati **14**

Posti letto **7.227**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS DI BRESCIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
43.2 %

Indicatori Stabili =
9.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
47.7 %

Valutazione della Performance 2023

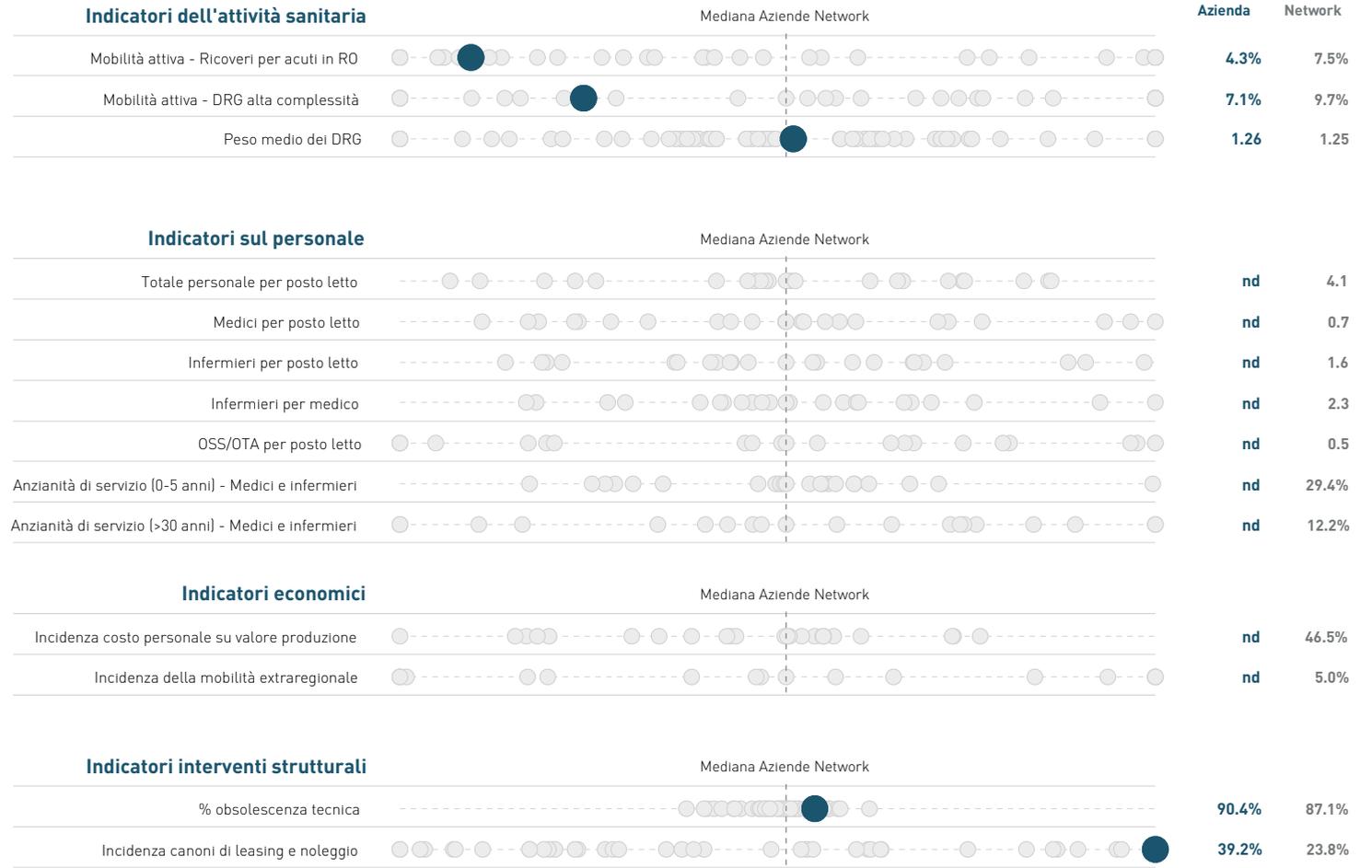


ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

Profilo azienda



Posti letto	1.588
- Degenza Ordinaria	1.511
- Day Hospital/Day surgery	77
Dimissioni totali	60.235
Giornate di degenza ordin.	417.624
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	151.534
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.100



ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

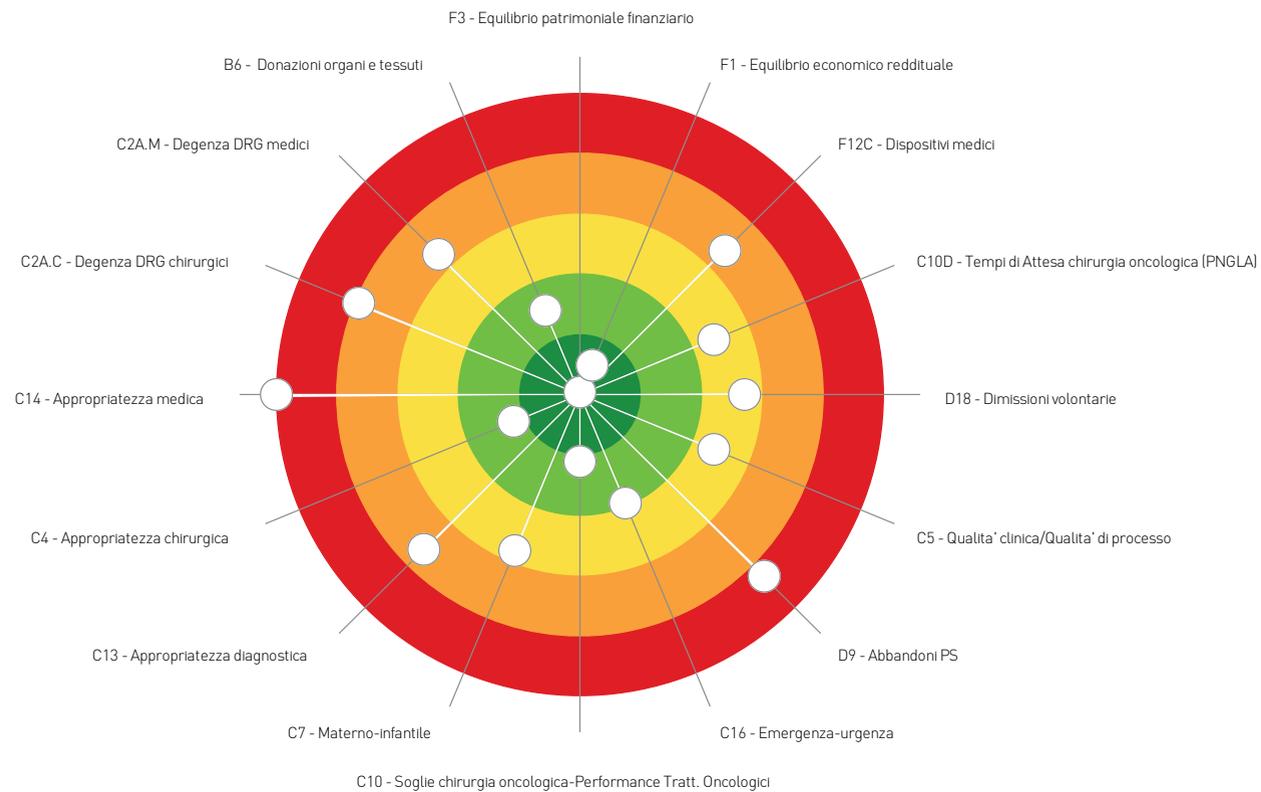
Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori Migliorati ↑
40.0 %

Indicatori Stabili =
17.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
42.9 %

Valutazione della Performance 2023

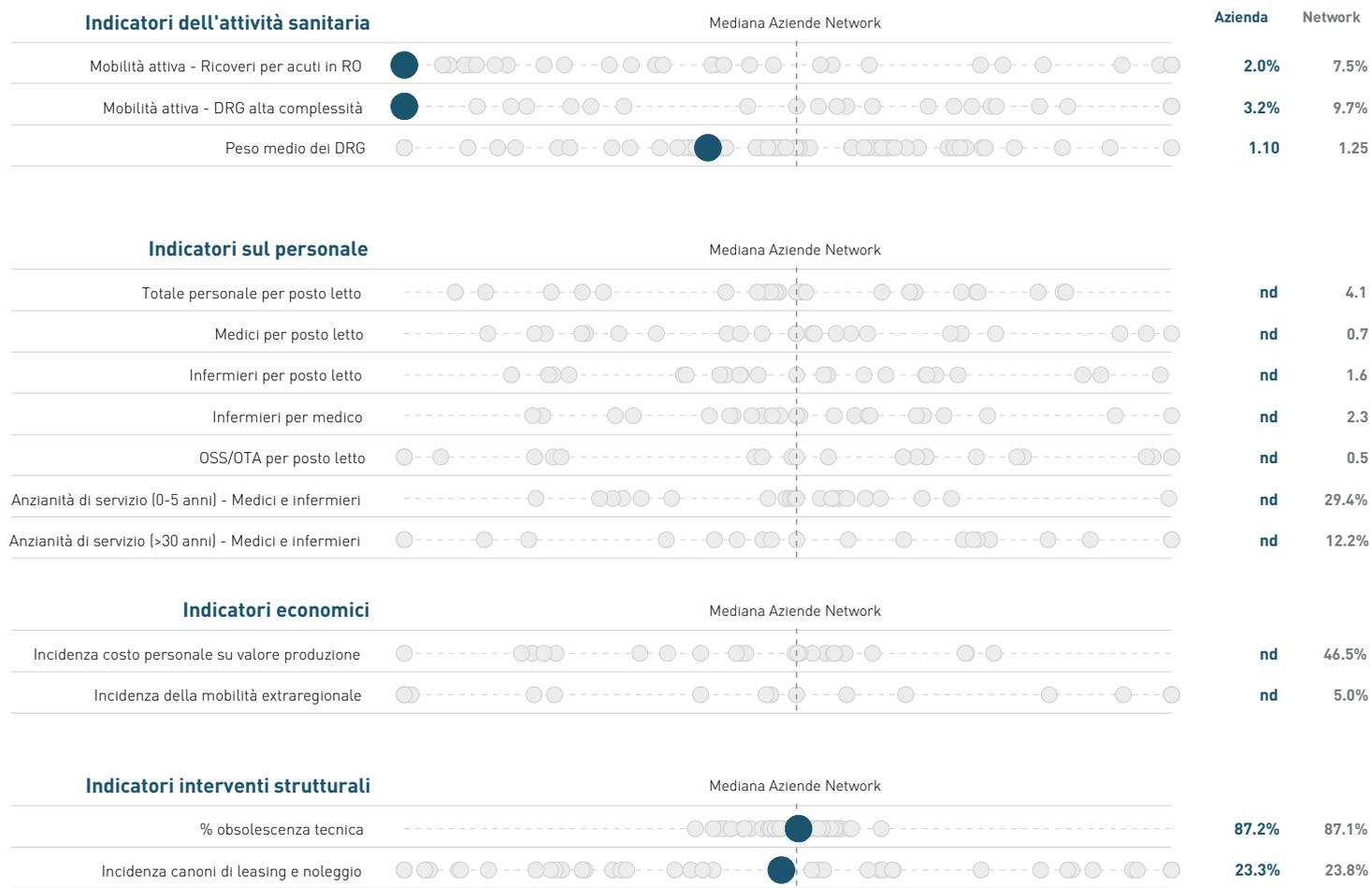


ASST DELLA FRANCIACORTA

Profilo azienda



Posti letto	332
- Degenza Ordinaria	315
- Day Hospital/Day surgery	17
Dimissioni totali	13.618
Giornate di degenza ordin.	75.797
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	70.861
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	738 (500-1000)



ASST DELLA FRANCIACORTA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

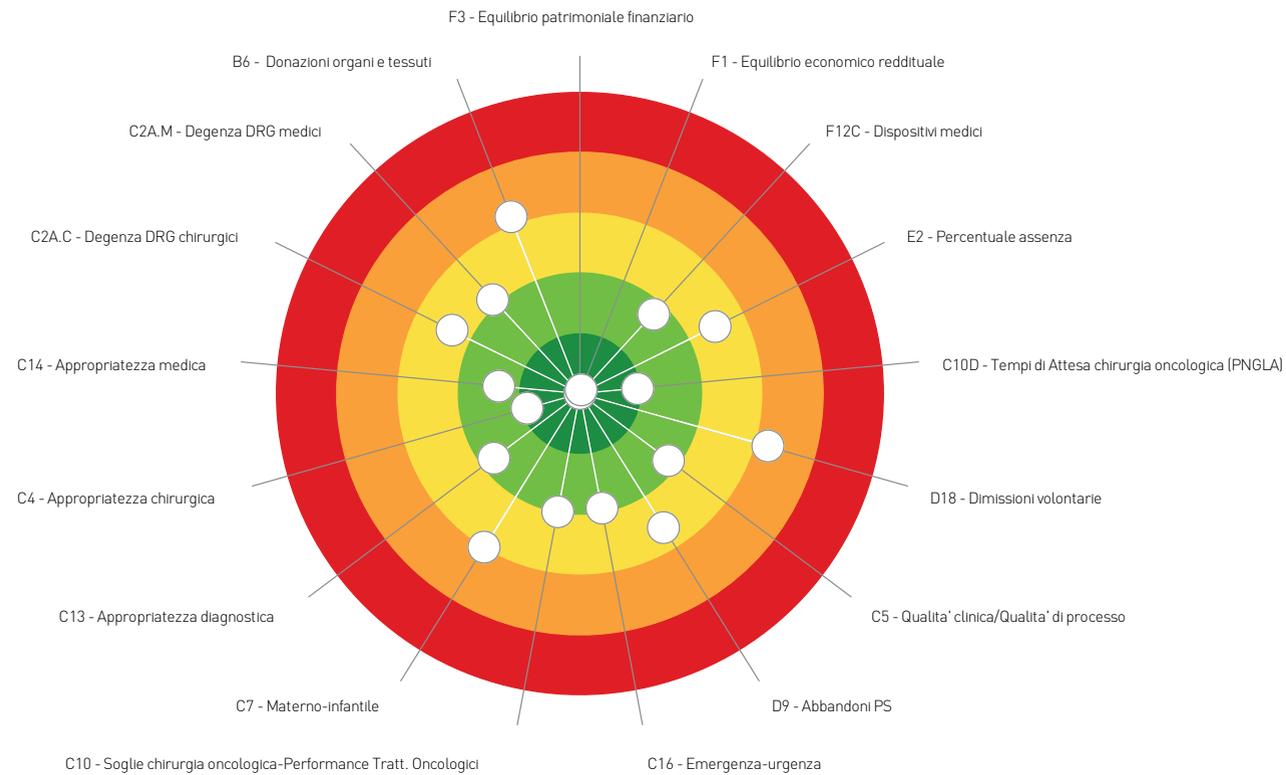
Numero indicatori di valutazione: 30

Indicatori Migliorati ↑
36.7 %

Indicatori Stabili =
23.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
40.0 %

Valutazione della Performance 2023

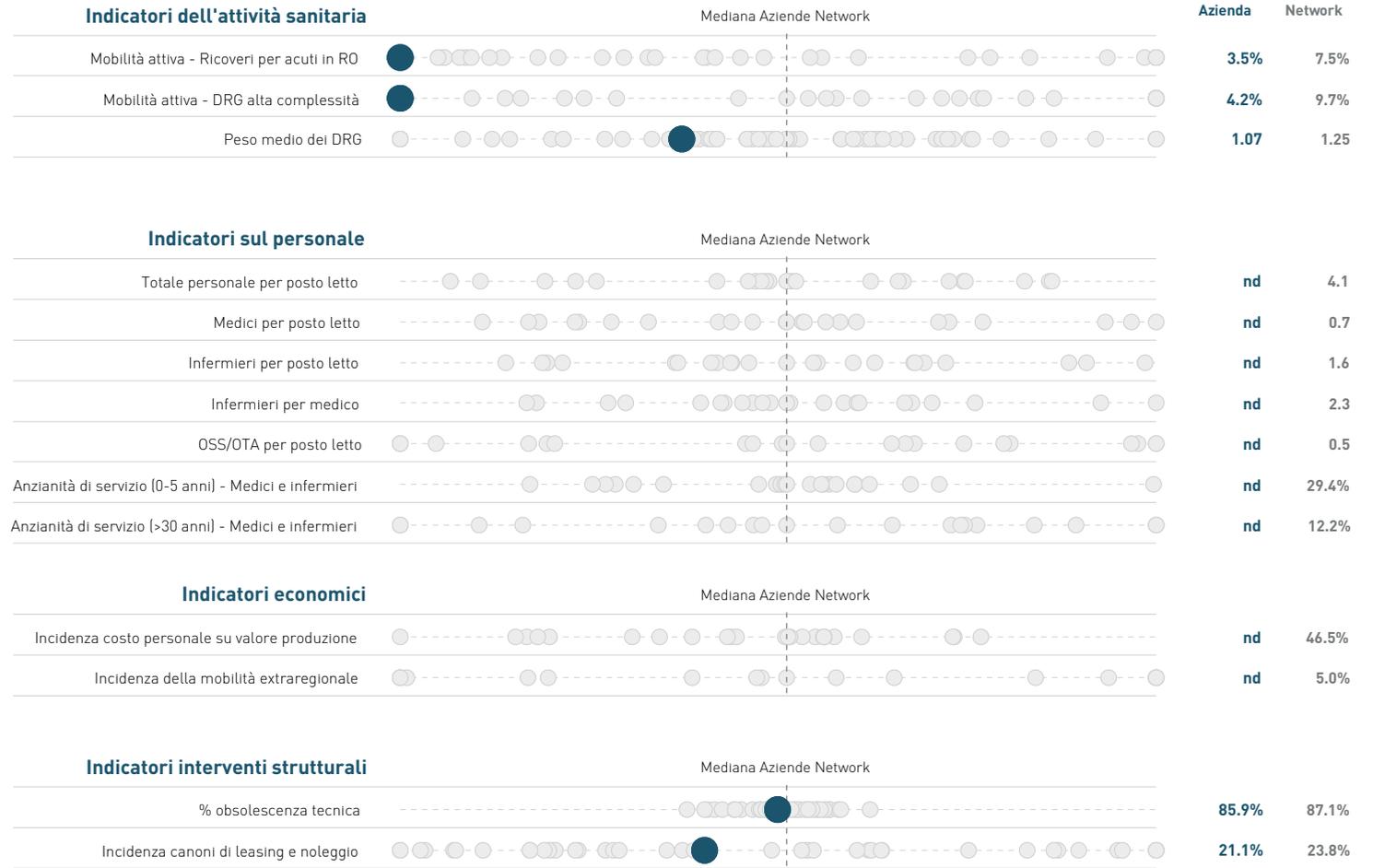


ASST DEL GARDA

Profilo azienda



Posti letto	752
- Degenza Ordinaria	716
- Day Hospital/Day surgery	36
Dimissioni totali	25.806
Giornate di degenza ordin.	151.726
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	130.108
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.654



ASST DEL GARDA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

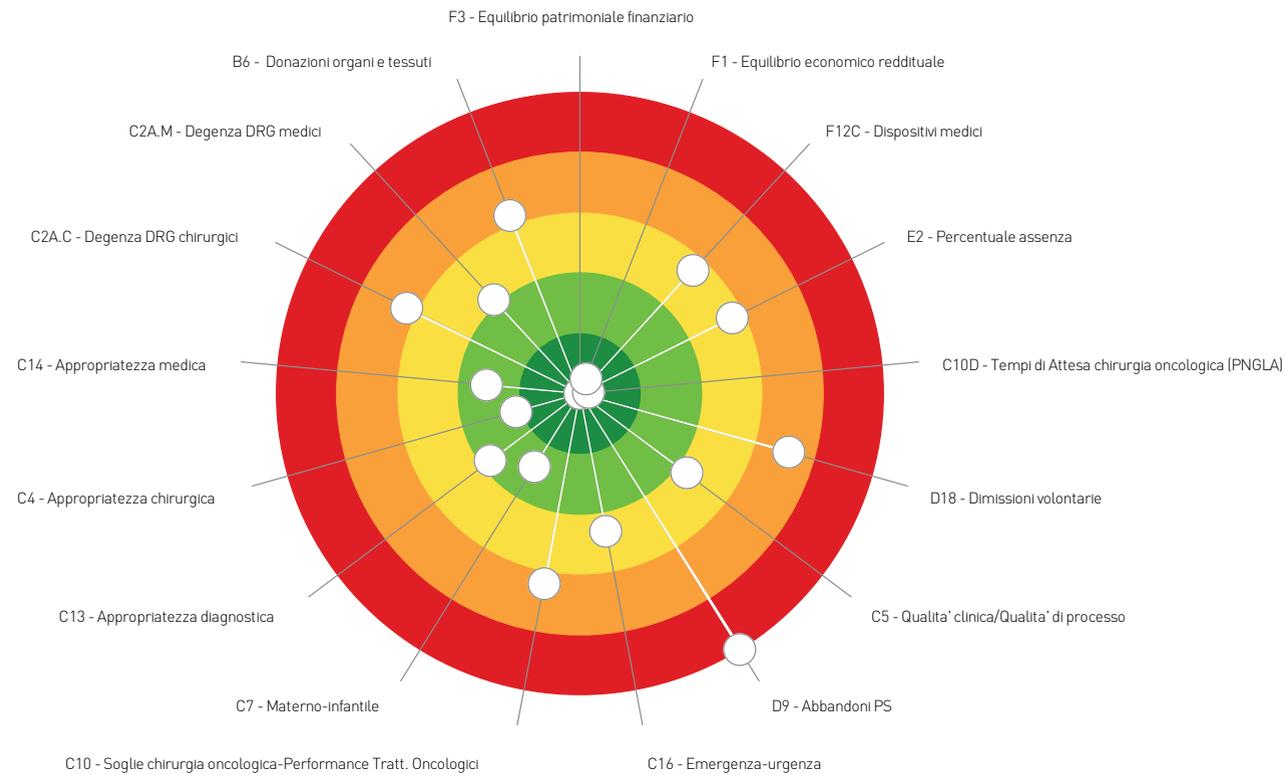
Numero indicatori di valutazione: 35

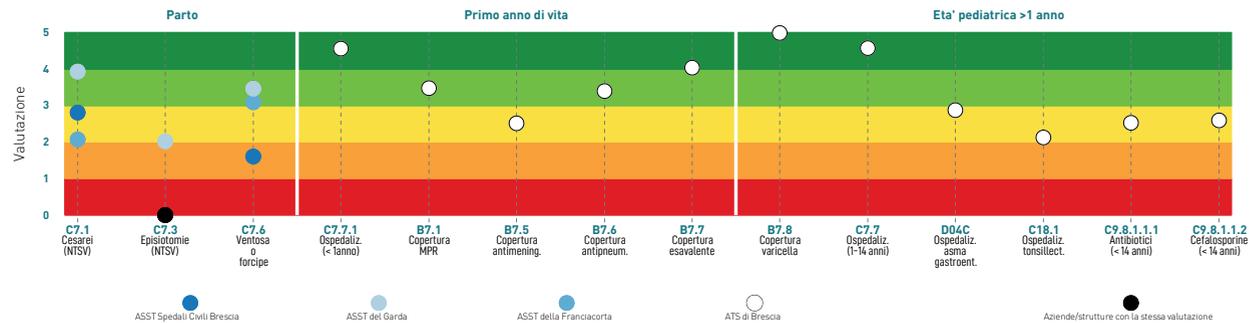
Indicatori Migliorati ↑
40.0 %

Indicatori Stabili =
20.0 %

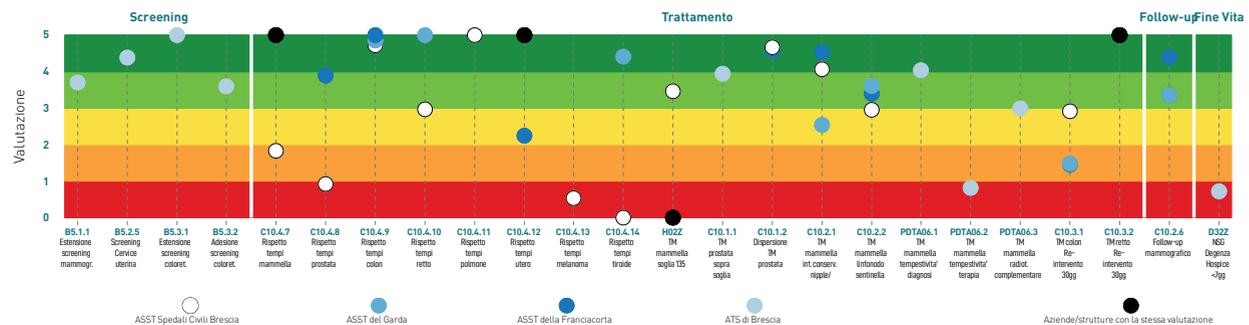
Indicatori Peggiorati ↓
40.0 %

Valutazione della Performance 2023

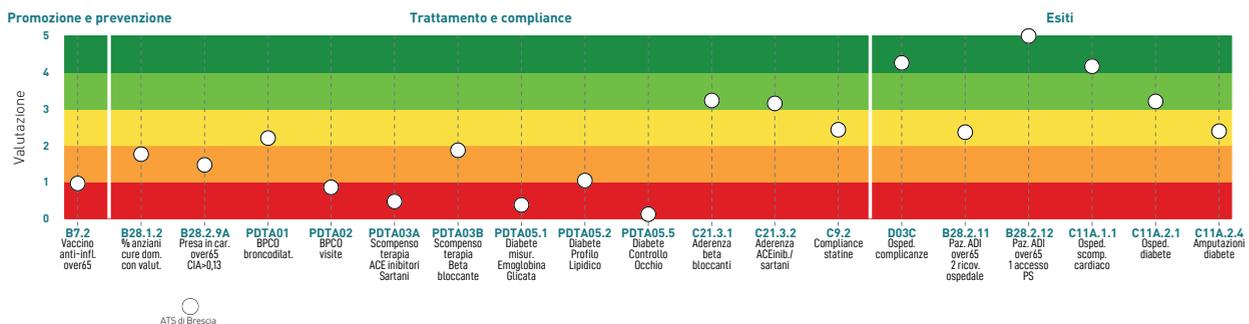




PERCORSO MATERNO INFANTILE

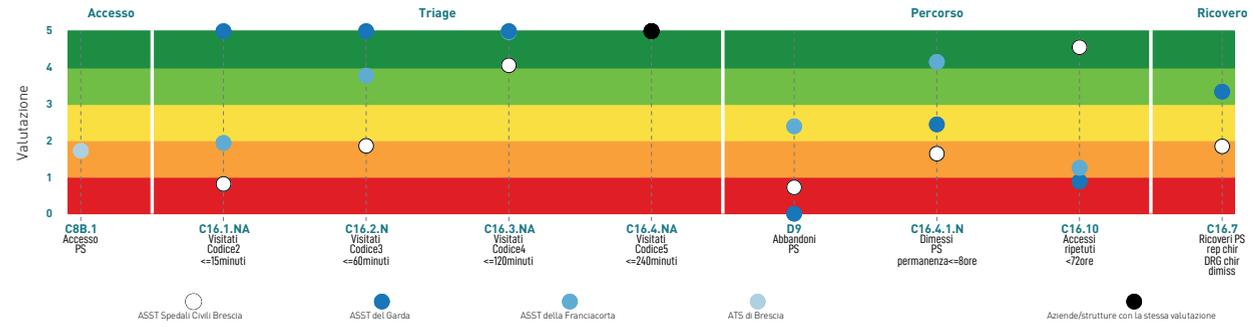


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ATS DELLA VAL PADANA

Profilo azienda



Popolazione residente **758.308**

Distretti Sanitari **6**

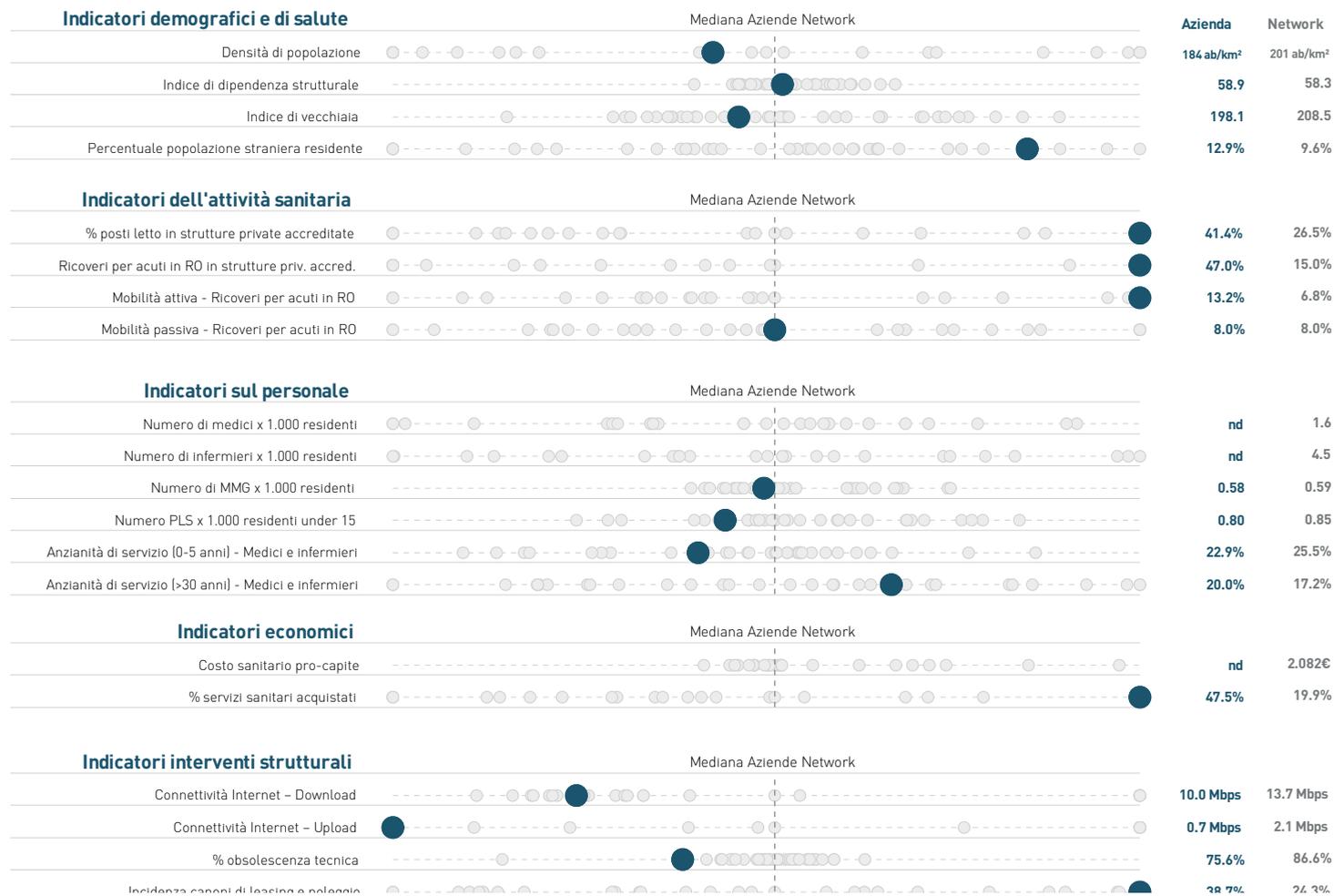
Stabillimenti **19**

- Pubblici **11**

- Privati accreditati **8**

Posti letto **3.805**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS DELLA VAL PADANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
25.0 %

Indicatori Stabili =
11.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
63.6 %

Valutazione della Performance 2023

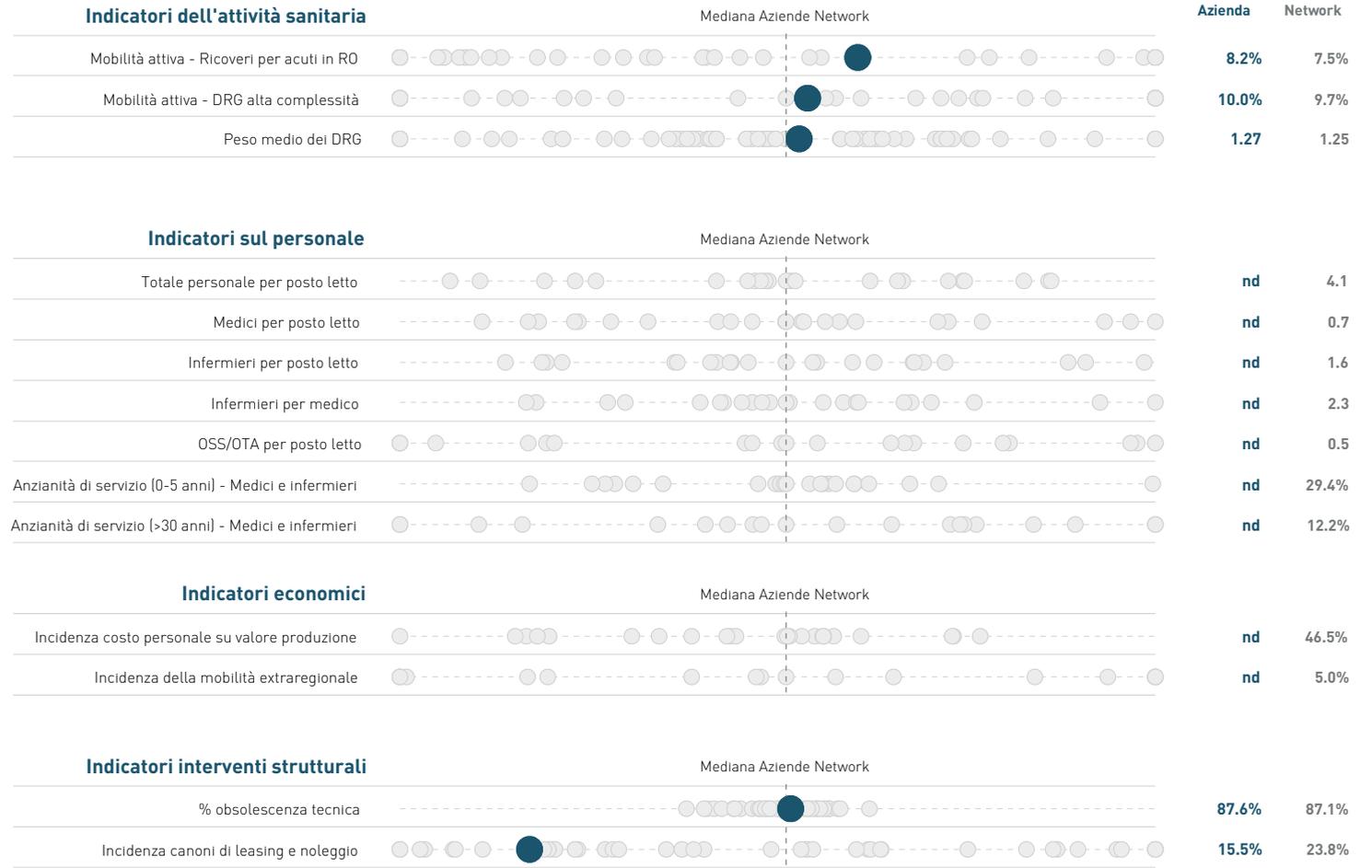


ASST DI CREMONA

Profilo azienda



Posti letto	628
- Degenza Ordinaria	577
- Day Hospital/Day surgery	51
Dimissioni totali	21.906
Giornate di degenza ordin.	158.363
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	80.379
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.100



ASST DI CREMONA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

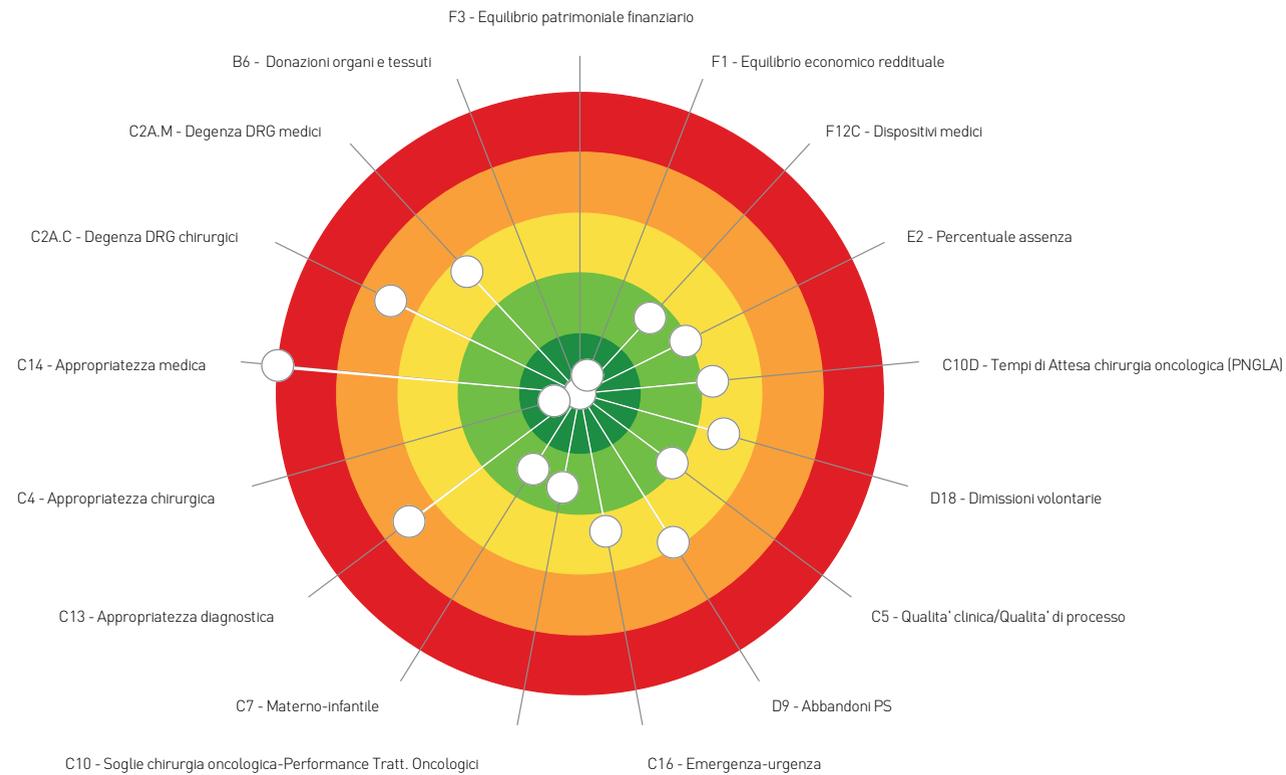
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati 
38.2 %

Indicatori Stabili 
5.9 %

Indicatori Peggiorati 
55.9 %

Valutazione della Performance 2023

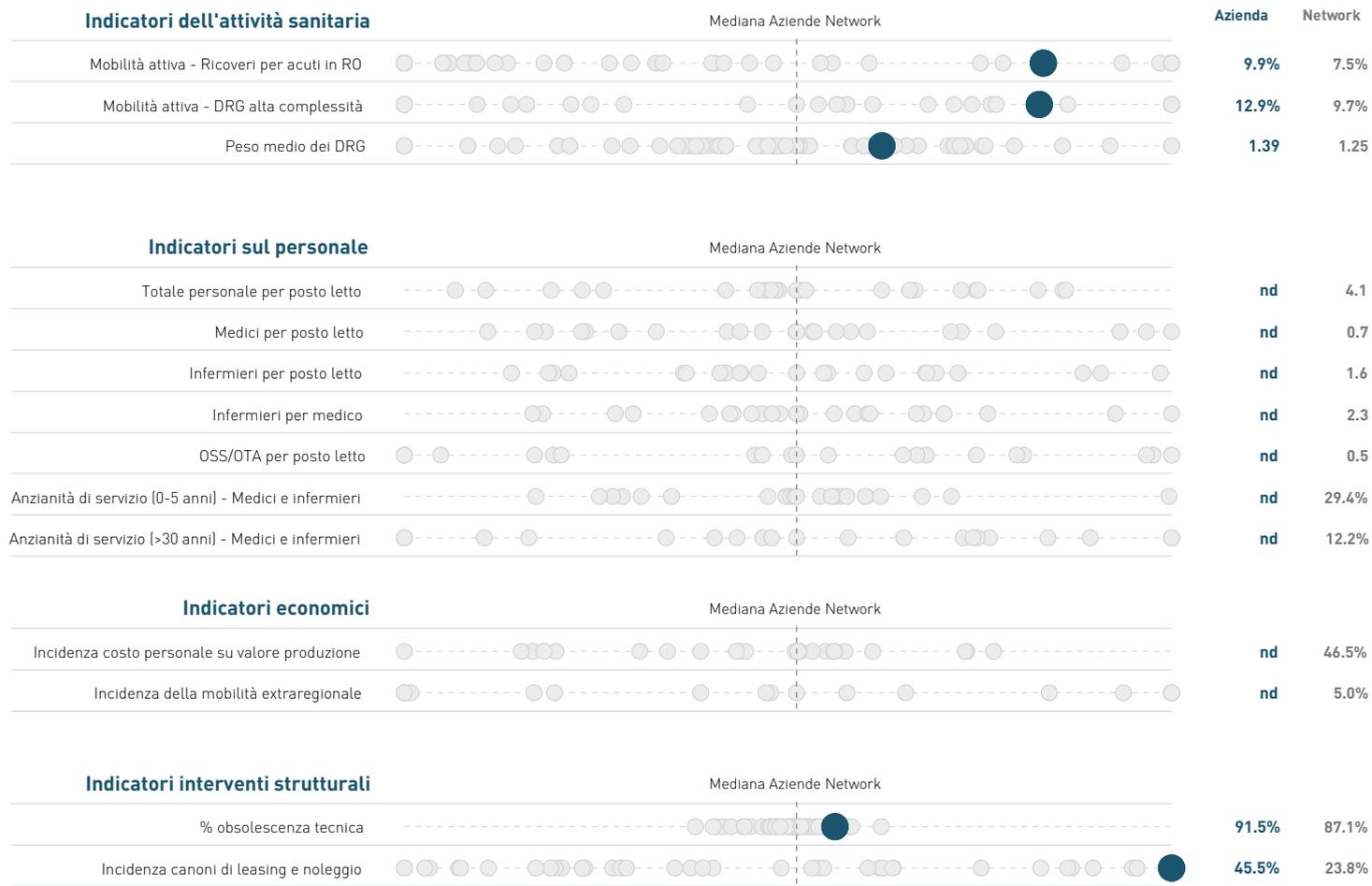


ASST DI MANTOVA

Profilo azienda



Posti letto	1.168
- Degenza Ordinaria	1.107
- Day Hospital/Day surgery	61
Dimissioni totali	30.572
Giornate di degenza ordin.	210.434
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	105.652
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.056



ASST DI MANTOVA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

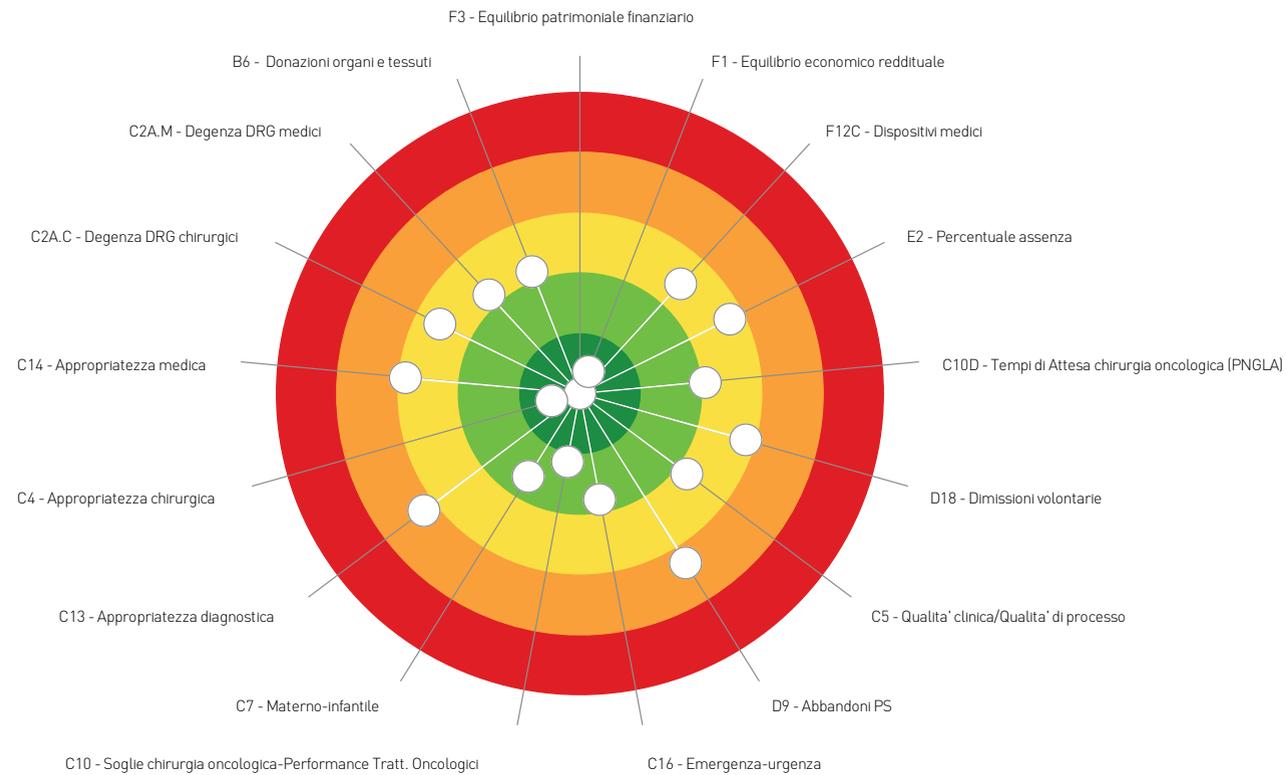
Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori Migliorati ↑
24.3 %

Indicatori Stabili =
16.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
59.5 %

Valutazione della Performance 2023

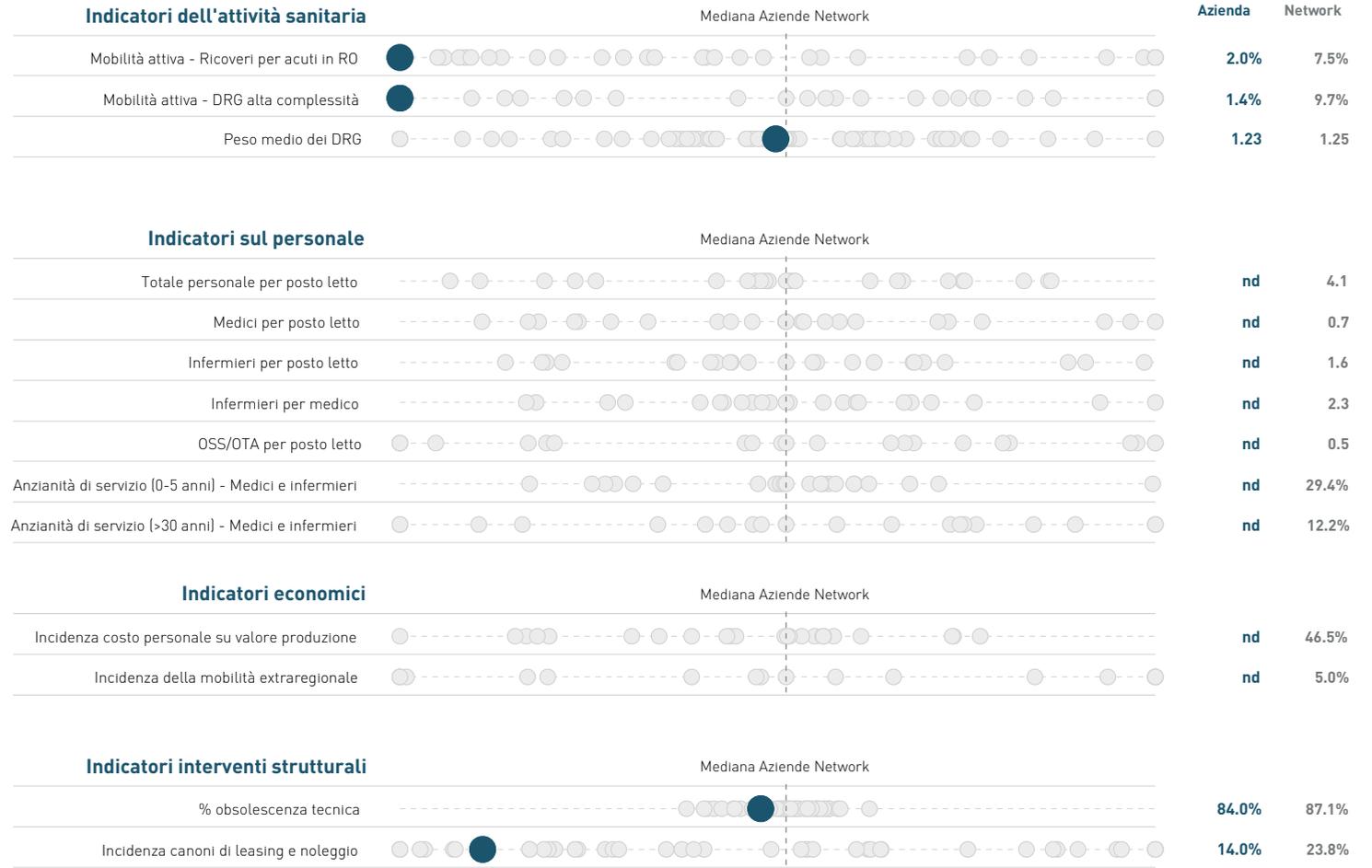


ASST DI CREMA

Profilo azienda



Posti letto	432
- Degenza Ordinaria	411
- Day Hospital/Day surgery	21
Dimissioni totali	13.847
Giornate di degenza ordin.	114.785
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	55.540
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	611



ASST DI CREMA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

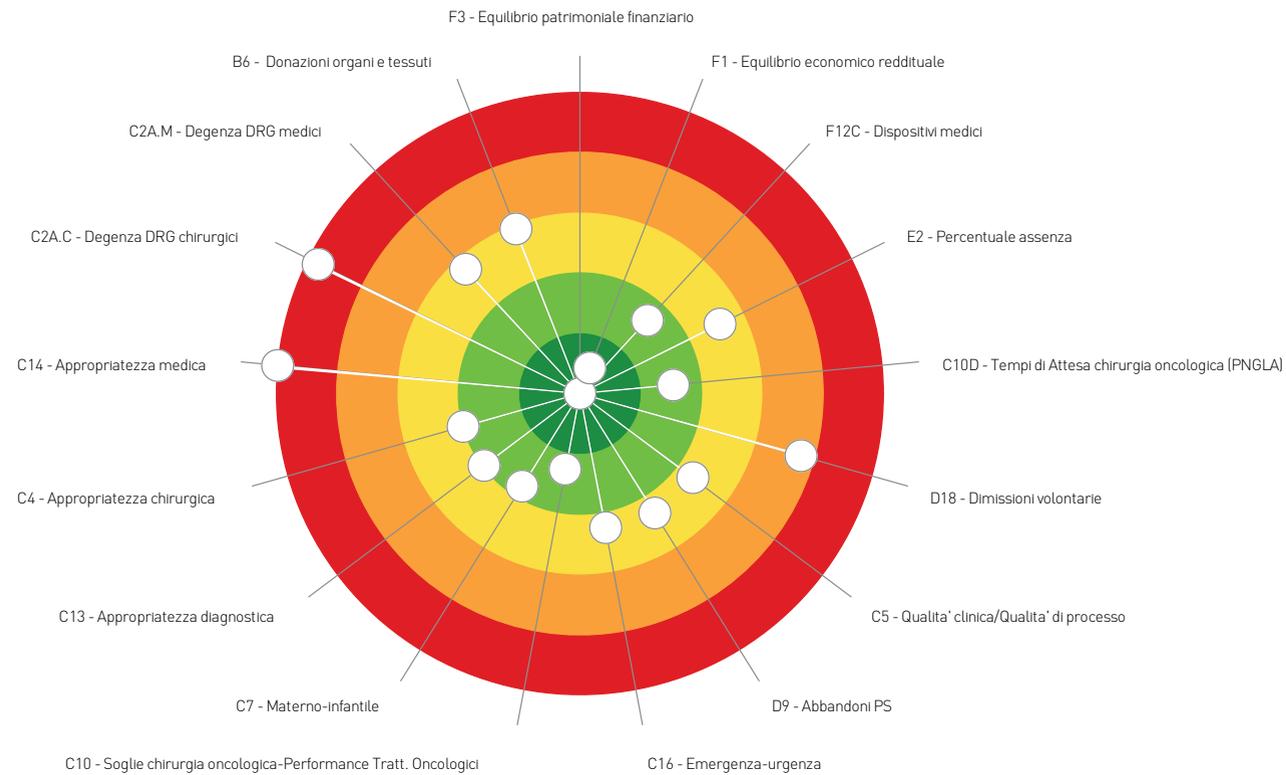
Numero indicatori di valutazione: 36

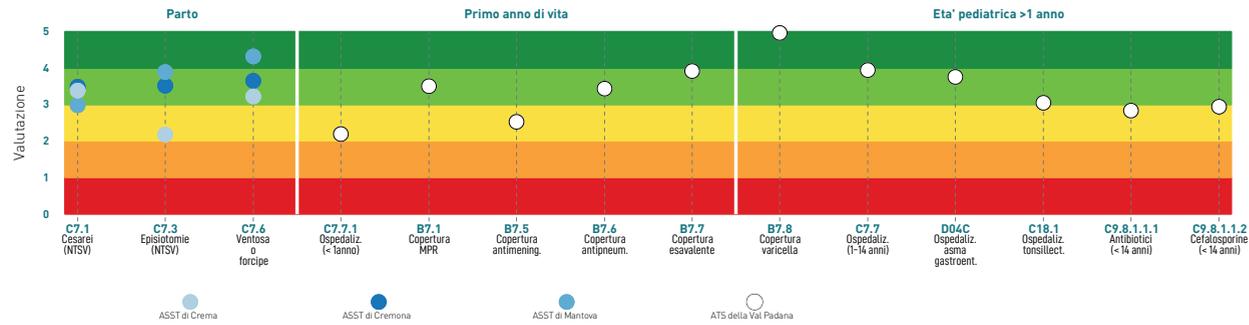
Indicatori Migliorati ↑
33.3 %

Indicatori Stabili =
8.3 %

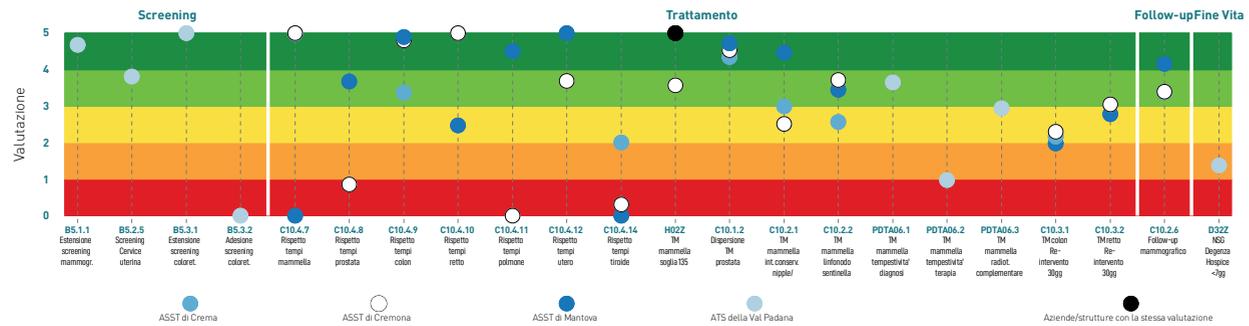
Indicatori Peggiorati ↓
58.3 %

Valutazione della Performance 2023

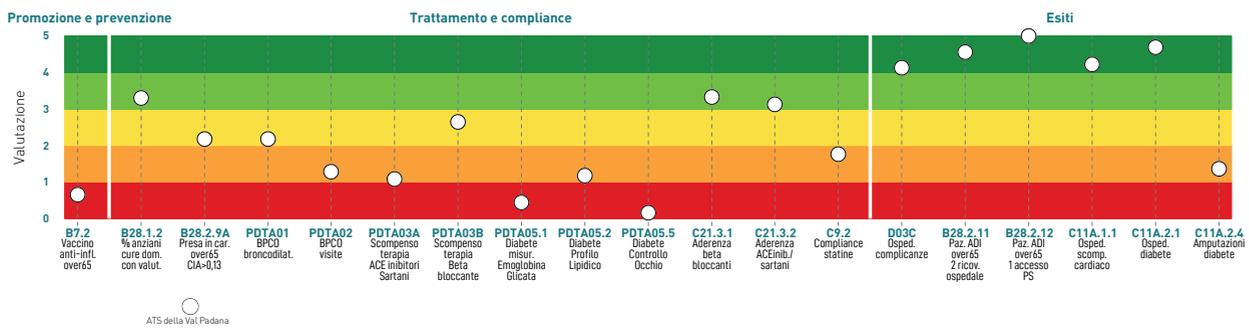




PERCORSO MATERNO INFANTILE

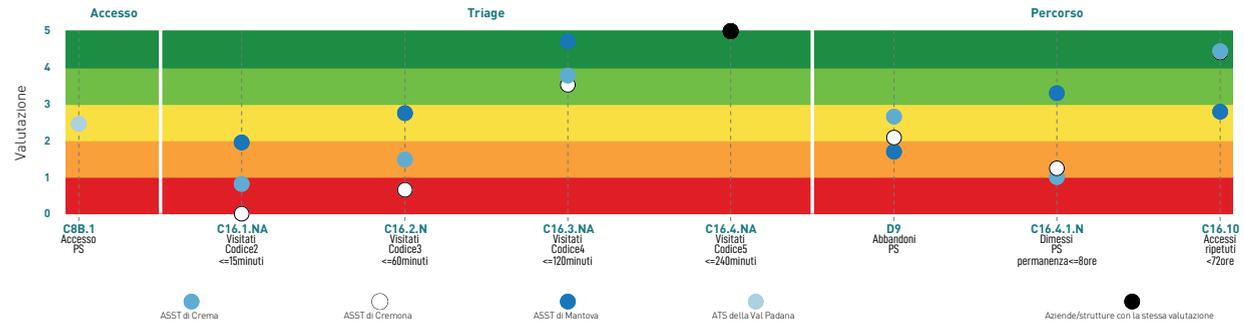


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ATS DI PAVIA

Profilo azienda



Popolazione residente **536.406**

Distretti Sanitari **5**

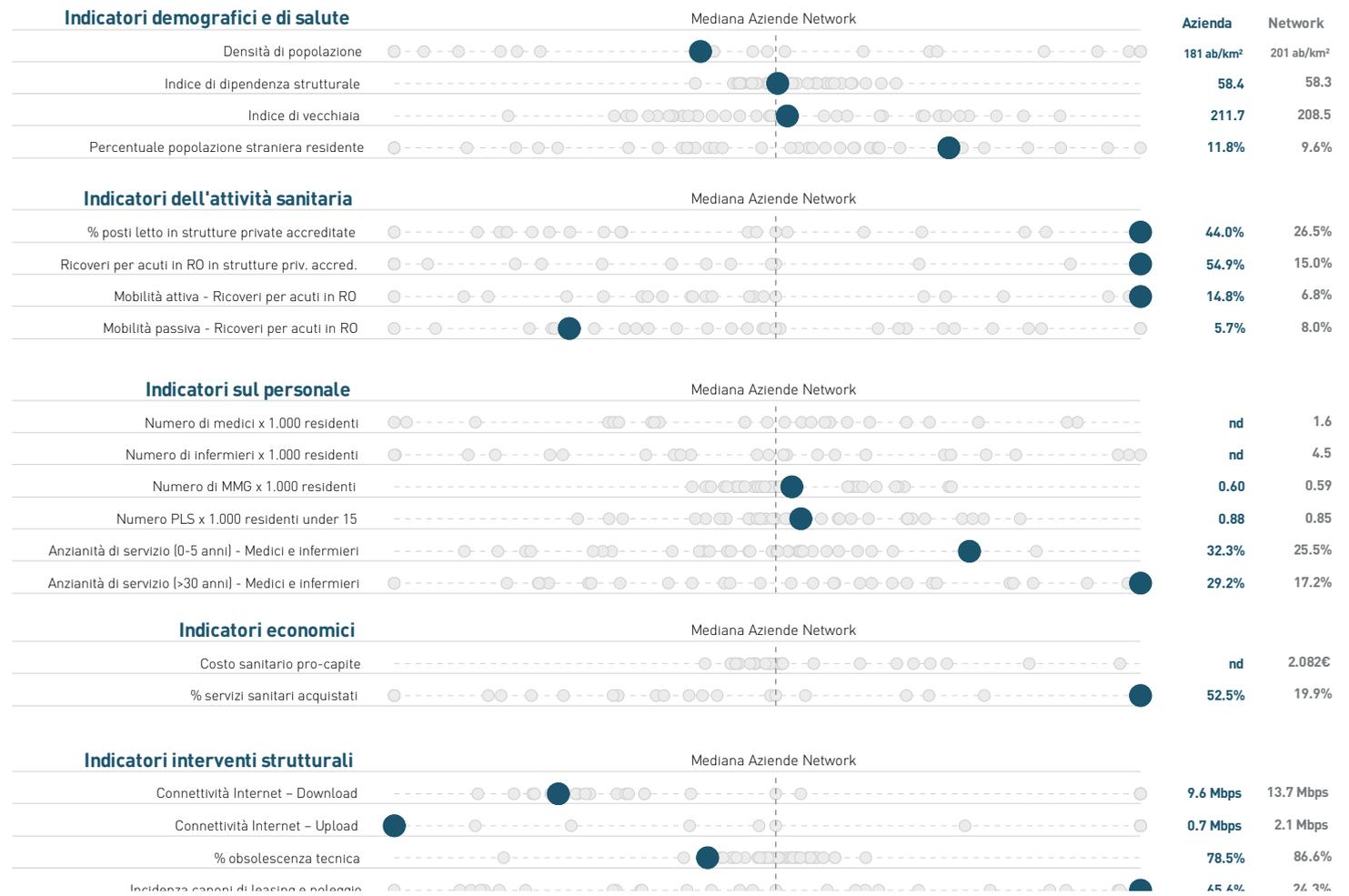
Stabillimenti **16**

- Pubblici **9**

- Privati accreditati **7**

Posti letto **3.761**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ATS DI PAVIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A1
Mortalità infantile



Numero indicatori di valutazione: 44

Indicatori Migliorati ↑
36.4 %

Indicatori Stabili =
13.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.0 %

Valutazione della Performance 2023

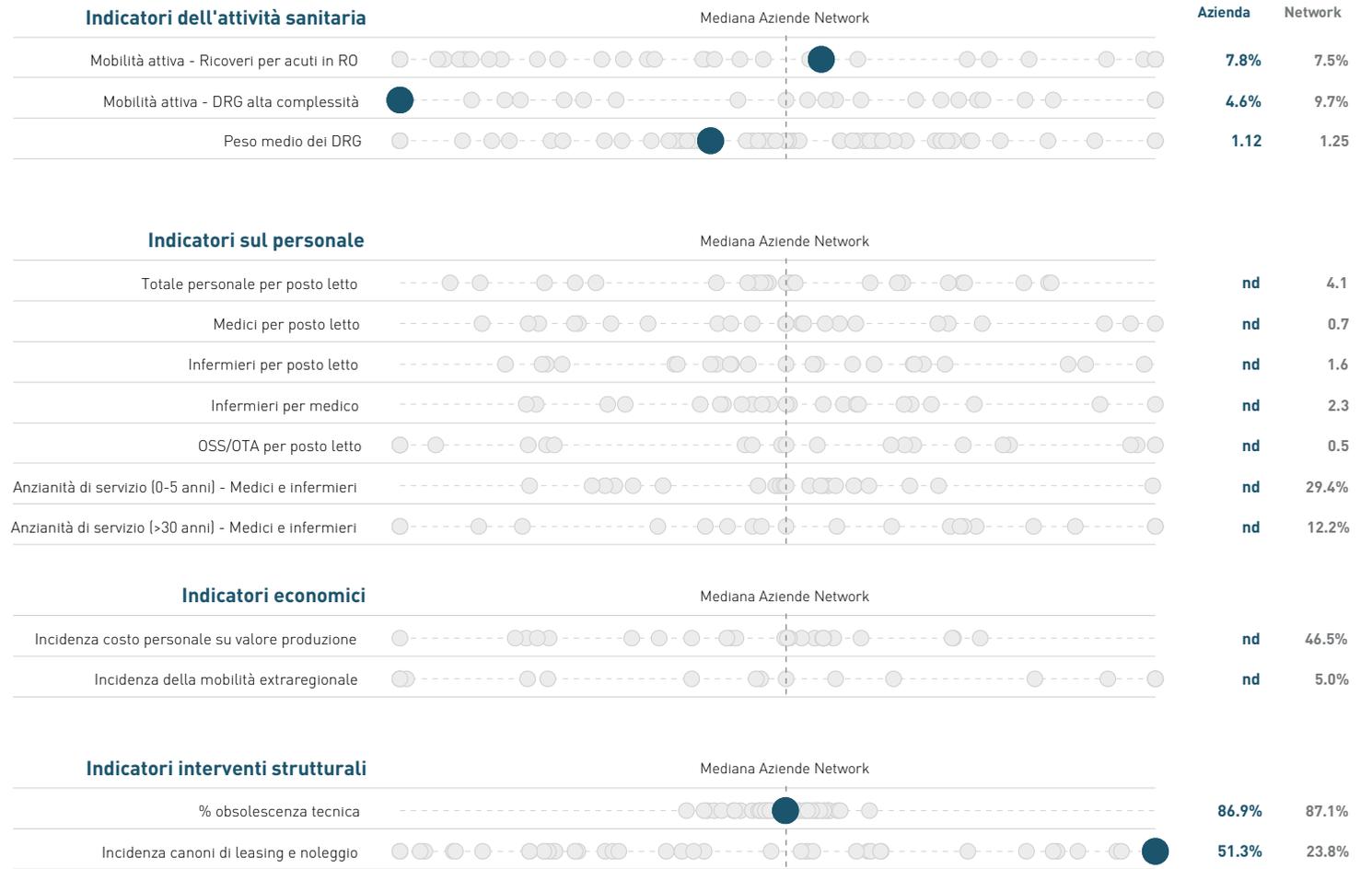


ASST DI PAVIA

Profilo azienda



Posti letto	1.139
- Degenza Ordinaria	1.107
- Day Hospital/Day surgery	32
Dimissioni totali	22.194
Giornate di degenza ordin.	178.244
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	90.776
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.102



ASST DI PAVIA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

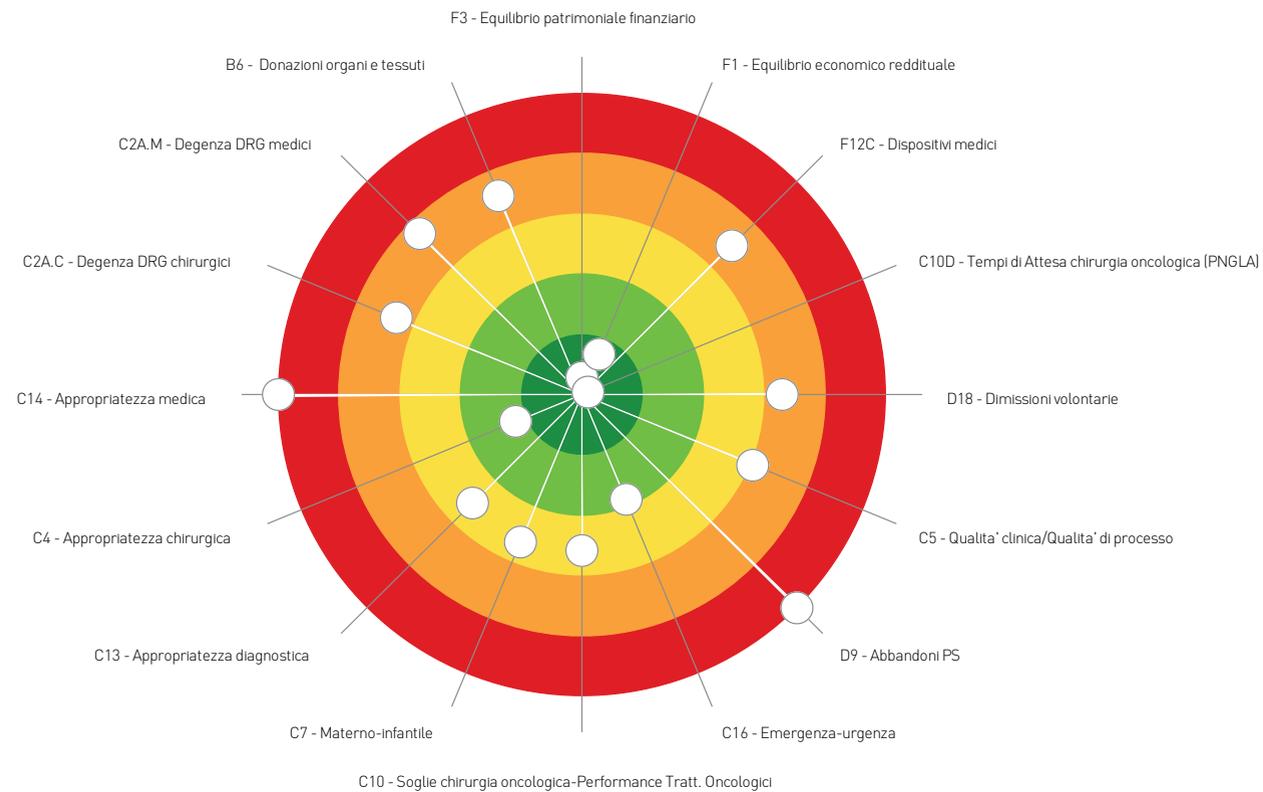
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑
55.9 %

Indicatori Stabili =
11.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
32.4 %

Valutazione della Performance 2023

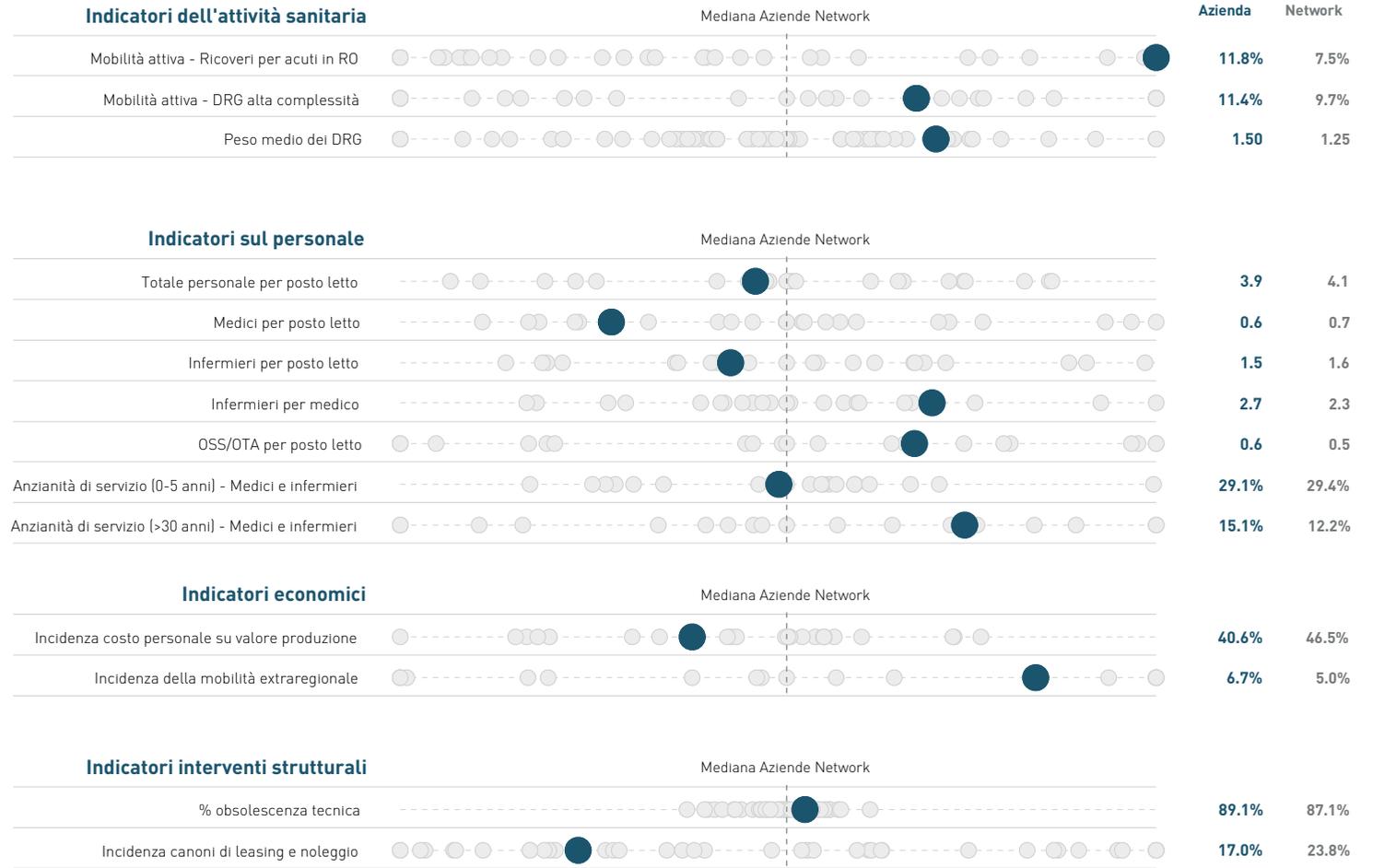


IRCCS POLIC. SAN MATTEO

Profilo azienda



Posti letto	968
- Degenza Ordinaria	914
- Day Hospital/Day surgery	54
Dimissioni totali	33.301
Giornate di degenza ordin.	231.214
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	82.430
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.045



IRCCS POLIC. SAN MATTEO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori Migliorati ↑
35.1 %

Indicatori Stabili =
10.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
54.1 %

Valutazione della Performance 2023

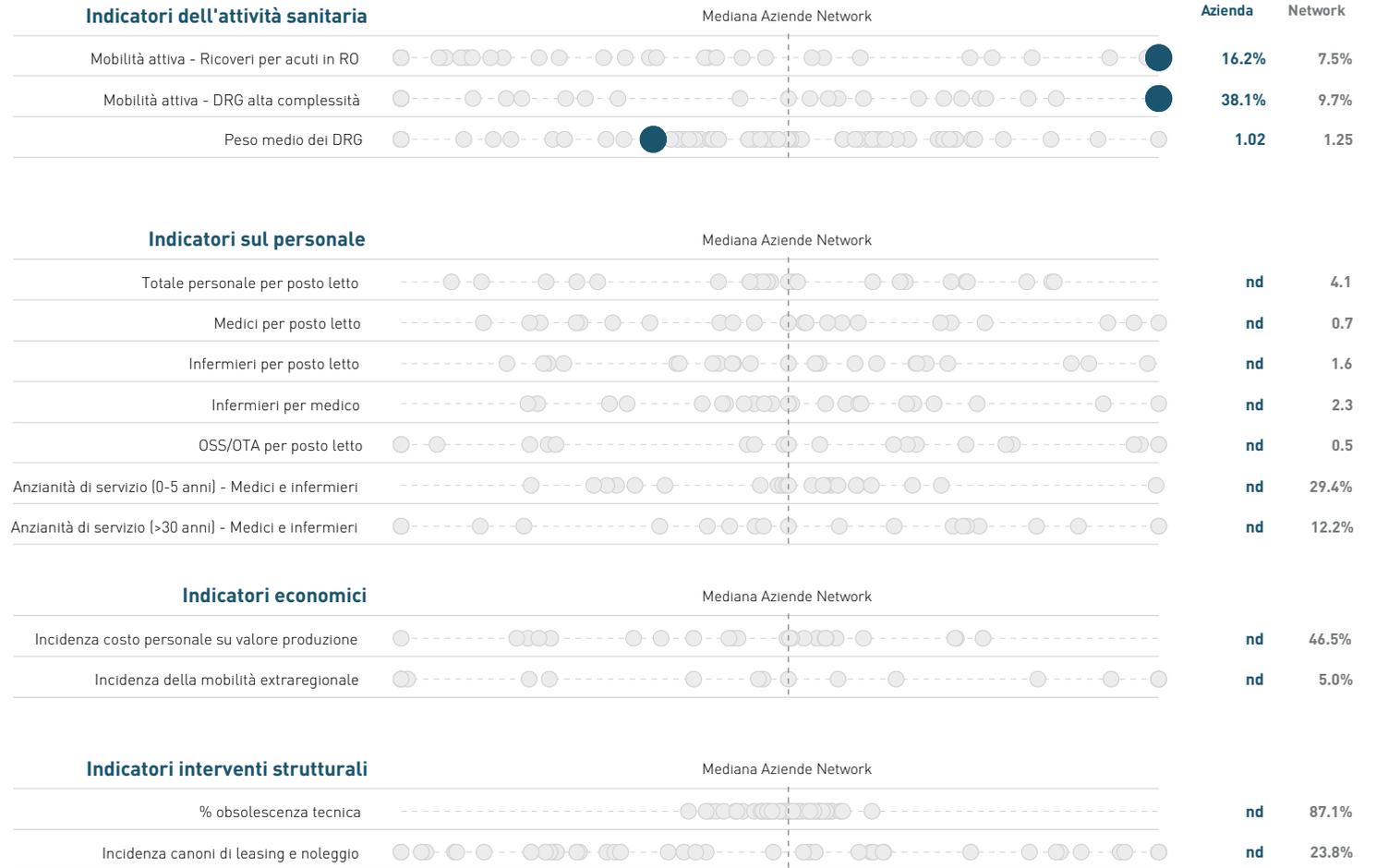


FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

Profilo azienda



Posti letto	371
- Degenza Ordinaria	365
- Day Hospital/Day surgery	6
Dimissioni totali	7.992
Giornate di degenza ordin.	98.365
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

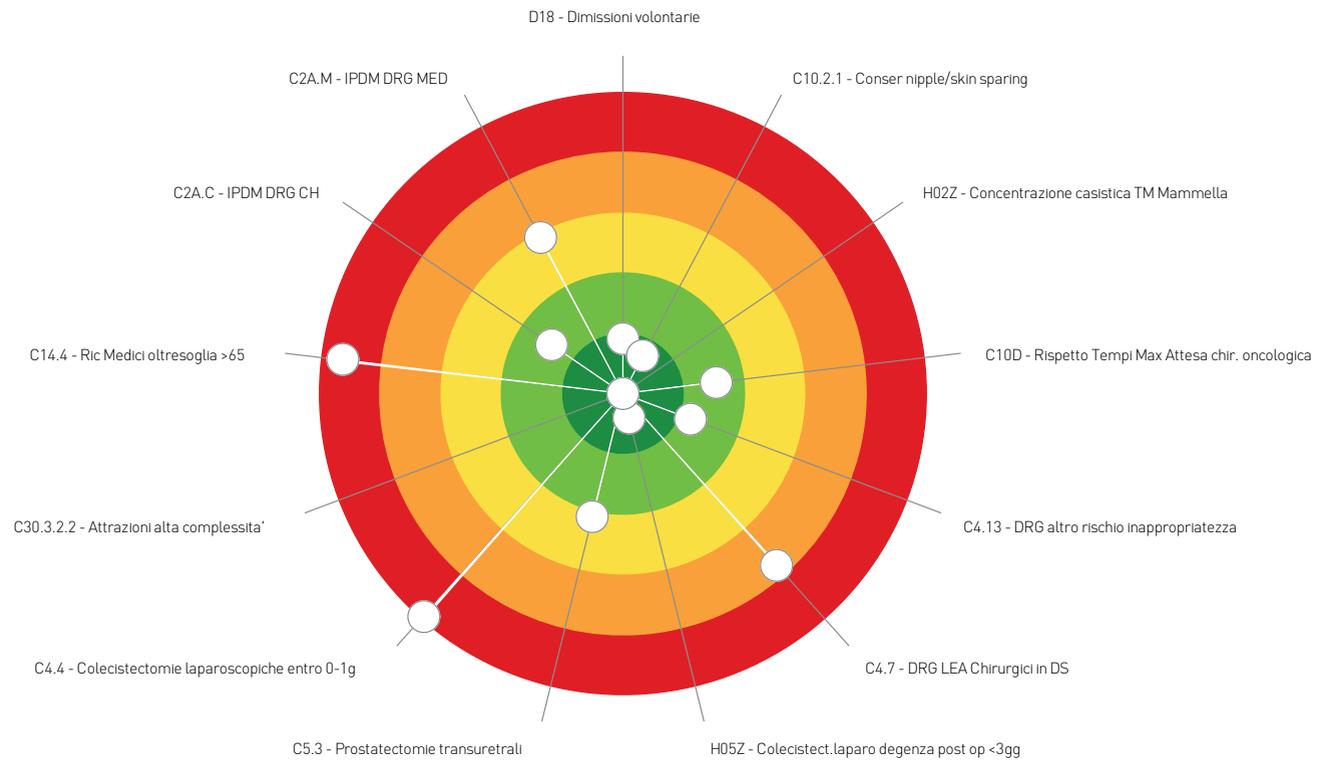
Numero indicatori di valutazione: 17

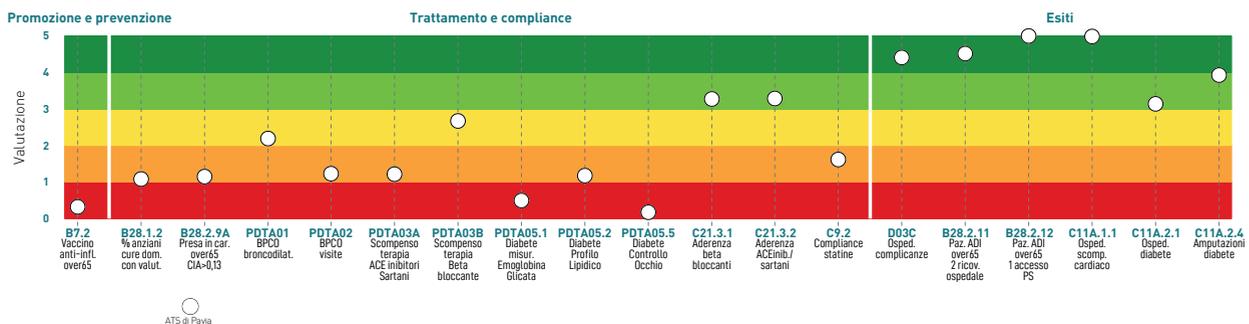
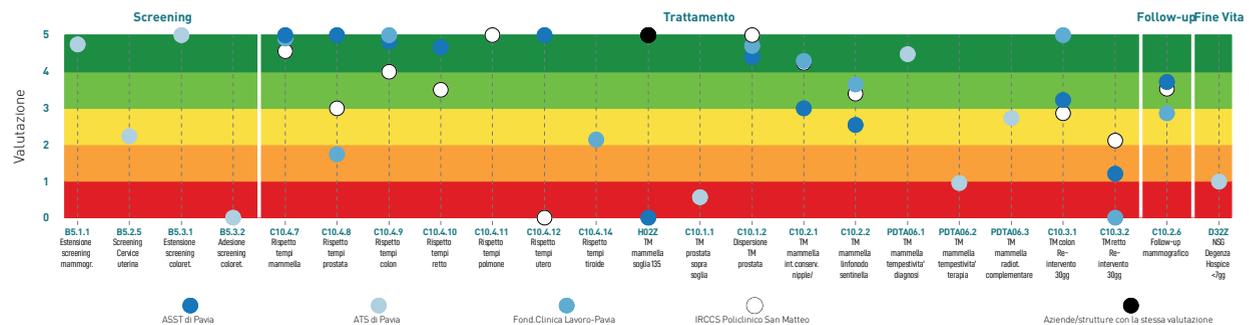
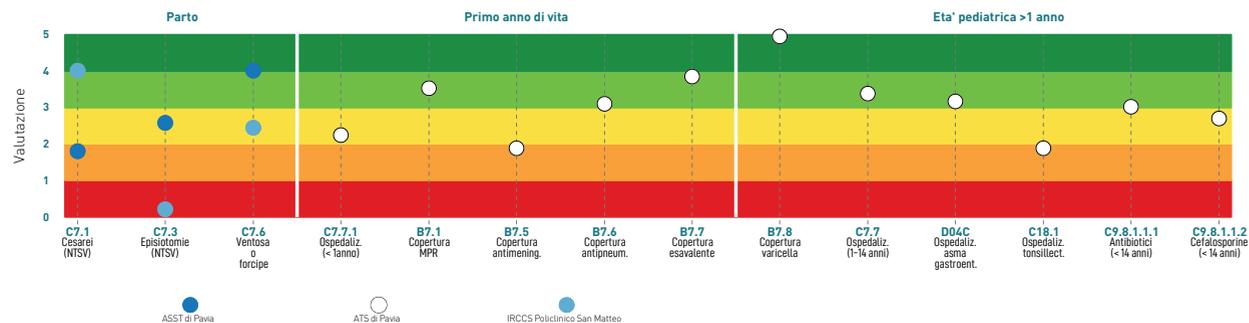
Indicatori Migliorati ↑
64.7 %

Indicatori Stabili =
5.9 %

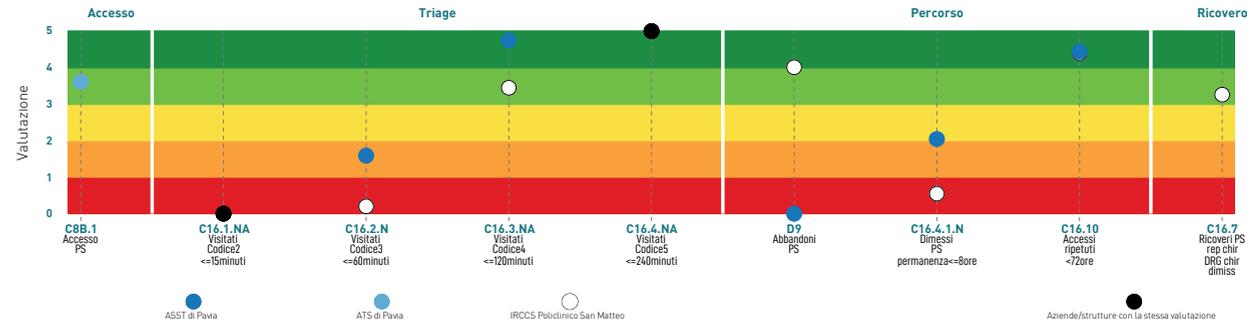
Indicatori Peggiorati ↓
29.4 %

Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



Puglia



Popolazione residente	3.907.683
Aziende Sanitarie Territoriali	6
Distretti Sanitari	45
Strutture di ricovero	79
- Pubbliche	48
di cui AO/AOU	4
di cui IRCCS	2
- Private accreditate	31
di cui AO/AOU	·
di cui IRCCS	3
Posti letto Totali	14.712
*Strutture pubbliche e private accreditate	



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Puglia. Dei 155 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024, la Regione Puglia mostra una performance complessivamente concentrata nella fascia gialla bersaglio, seppur non manchino pallini nelle fasce verdone e rossa. In particolare, il 37% peggiora tra il 2022 e il 2023, l'11% resta stabile e il 52% migliora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID** e, infine, **l'efficienza**.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, la maggior parte di quanti in esame mostra performance buone. L'assistenza domiciliare è in generale miglioramento, sebbene la percentuale di anziani che hanno avuto almeno un accesso alle Cure domiciliari (B28.1.1) rimanga in una fascia di valutazione arancione, nonostante il miglioramento rispetto al 2022. Un aspetto più critico riguarda il tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari negli over 65 anni (B28.2.9A), che registra una diminuzione, passando da 30,57 assistiti per 1.000 residenti nel 2022 a 28,4 nel 2023. Ottima invece l'integrazione ospedale territorio, dove la regione Puglia si posiziona come best practice all'interno del Network delle Regioni, segnale che il collegamento tra ospedale e territorio sta migliorando e di come gli investimenti nelle cure intermedie e di transizione stiano funzionando. Nonostante l'aumento rispetto al 2022, il tasso di accesso al Pronto Soccorso (254 accessi ogni 1.000 residenti), un indicatore indiretto che misura l'efficacia della risposta assistenziale territoriale, rimane tra i più bassi del Network delle Regioni ed è inferiore al valore pre-pandemico (280,51 accessi ogni 1.000 residenti nel 2019). Eccellente anche la gestione dei pazienti dopo un ricovero per infarto del miocardio (indicatore introdotto nel Nuovo Sistema di Garanzia CORE a partire dal 2022). La regione Puglia si distingue come una delle migliori del Network per quanto riguarda la durata media delle degenze chirurgiche (C2A.C), continuando a ridurre il numero medio di giorni di ricovero. Anche le degenze medie per DR medici (C2A.M) risultano in calo. Per quanto concerne l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, la performance complessiva è nella media. Da segnalare, tuttavia, l'aumento nel consumo di antibiotici in età pediatrica (C9.8.1.1.1) e nel consumo di cefalosporine in età pediatrica (C9.8.1.1.2). Inoltre, nonostante un lieve calo rispetto al 2022, il consumo di antibiotici sul territorio (C9.8.1.1) rimane elevato, con 19,22 DDD per 1.000 ab/die, il valore più alto tra le Regioni del Network. In miglioramento invece il consumo di antibiotici nei reparti ospedalieri, che scende da 54,83 DDD per 100 giornate di degenza nel 2022 a 46,62 nel 2023, dove la regione Puglia si conferma una best practice del Network. Ottima e stabile la capacità di governo della domanda, come dimostrato dal contenuto tasso di ospedalizzazioni, che riflette la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la regione Puglia ha registrato significativi miglioramenti nel percorso materno-infantile - storicamente più critico - con una riduzione dei parti cesarei nelle primipare (C7.1) (da 29,2% a 26%) e un maggior ricorso al parto vaginale dopo precedente taglio cesareo (C7.30) (da 5,54% a 6,64%). Si conferma ottima la performance circa la percentuale di parti operativi (C7.6) (3,37%). Maggiori criticità si registrano invece nel percorso oncologico, dove la fase di screening mostra una bassa estensione degli screening mammografico (B5.1.1), seppur in aumento rispetto allo scorso anno (77,74% nel 2023 contro un'estensione del 69,7% nel 2022), e colorettaile (B5.3.1), pari al 32,41%. In generale calo anche la tempestività per gli interventi di chirurgia oncologica in priorità A, con le sole eccezioni del tumore alla tiroide e del melanoma. Da attenzionare soprattutto la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella (C10.4.7) e al polmone (C10.4.11), rispettivamente pari al 57,11% e 60,34%. Tendenzialmente stabile la fase del fine vita, con l'eccezione dell'indicatore relativo ai ricoveri in Hospice per pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con degenza inferiore

o uguale a 7 giorni (D32Z), che passa dal 29,9% nel 2022 al 25,86% nel 2023, pur rimanendo in fascia arancione. Il percorso dell'emergenza-urgenza in Puglia si mantiene tendenzialmente stabile. Durante la fase di triage, si rileva una criticità riguardante la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice di priorità 2 visitati entro 15 minuti (C16.1.NA), che si attesta al 31,6% a livello regionale. Nonostante un miglioramento rispetto al 2022, resta critico l'indicatore relativo alla percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (D9), che monitora i pazienti che abbandonano il percorso, spesso senza averlo completato, esponendosi a possibili conseguenze negative per la salute e manifestando insoddisfazione per il servizio ricevuto. L'indicatore è migliorato dall'8,23% nel 2022 al 7,77% nel 2023, ma rimane comunque nella fascia rossa. Da attenzionare la percentuale di accessi in PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (C16.4), pari all'80,2%, indicatore volto a monitorare il sistema ospedale nel suo complesso. Spostandosi sul percorso cronicità, da attenzionare il la fase di promozione e prevenzione, con la percentuale di sedentari (A10.1.1) della regione Puglia che rimane tra le più alte del Network (46,35%), seppur in calo di 8 punti percentuali rispetto al 2022. Critica ma stabile anche la percentuale di persone obese o sovrappeso (A10.2.1), che si attesta al 48%. La performance della fase di trattamento e compliance è tendenzialmente nella media delle regioni del Network, ma persistono criticità nella gestione dei pazienti diabetici. Ottima invece la fase di esiti, dove il tasso di ospedalizzazioni standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco (D03C) rimane tra i più contenuti delle regioni del Network (162 ricoveri per 100.000 abitanti).

Sul fronte della **qualità e sicurezza delle cure**, gli indicatori di qualità clinica mostrano una buona performance nella tempestività degli interventi per frattura del collo del femore (H13C), con una media regionale del 74% nel 2023 in aumento di 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Permane invece la criticità nella percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero (D18), che si attesta al 2,29%, in calo rispetto al 2,72% registrato nel 2022.

Sul piano dell'**efficienza**, il costo per punto DRG (F18.1), ossia il costo per ricovero pesato per il tipo di intervento, seppur stabile, risulta tra i più alti delle regioni del Network (7.882,54 euro per punto DRG a livello regionale). A conferma dell'impatto di un'elevata struttura dei costi fissi e pertanto meno sensibili alla quantità di servizi offerti, la Puglia mostra difficoltà a mantenere i costi in equilibrio con le risorse disponibili (F1.1 pari al -1,62%).

Infine, per la valutazione del 2023, sono state inserite nuove misure per cercare di cogliere la capacità del sistema sanitario regionale di far fronte alle sfide nate dopo la pandemia. Tra le sfide post pandemiche più importanti figura la gestione delle risorse umane. Nel 2022 sono aumentate le assenze in tutte le regioni del Network, arrivando a una percentuale di assenza (E2) pari al 16% per la Regione Puglia, in aumento di quasi 3 punti percentuali; la parità di genere, misurata attraverso l'indice di soffitto di cristallo (E2B), indica uno squilibrio nella presenza delle donne in posizioni apicali all'interno della regione, nonostante il dato sia in miglioramento rispetto al 2022.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

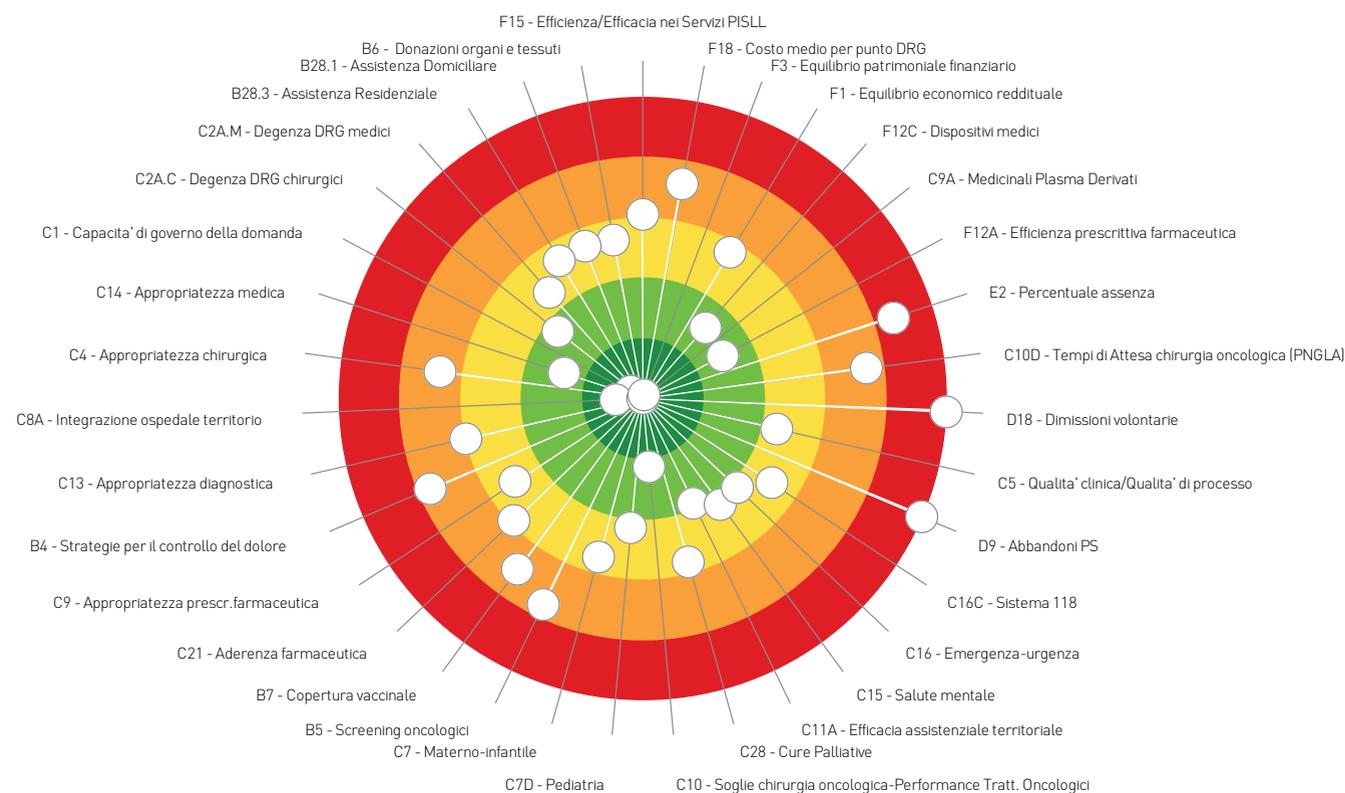
Numero indicatori di valutazione: 129

Indicatori Migliorati ↑
51.9 %

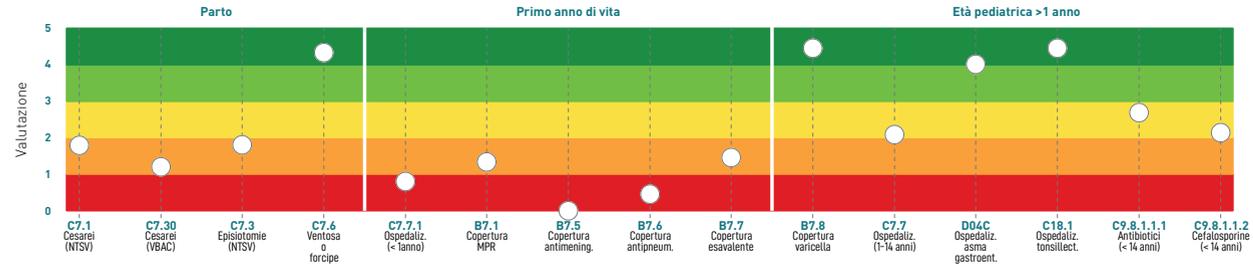
Indicatori Stabili =
10.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
37.2 %

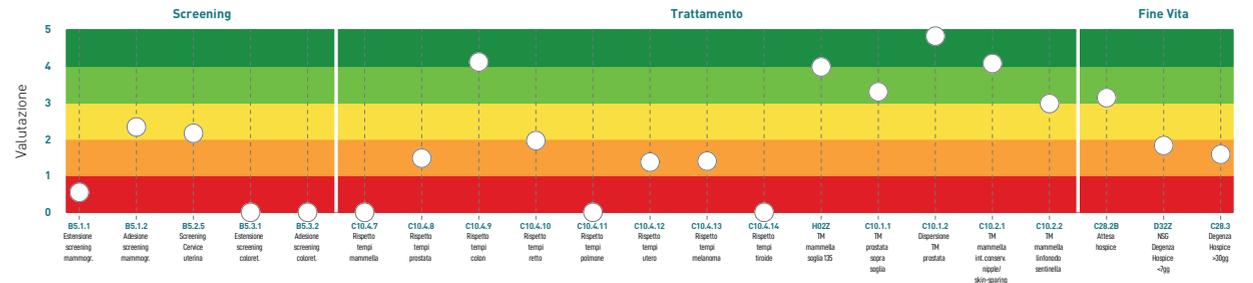
Valutazione della performance 2023



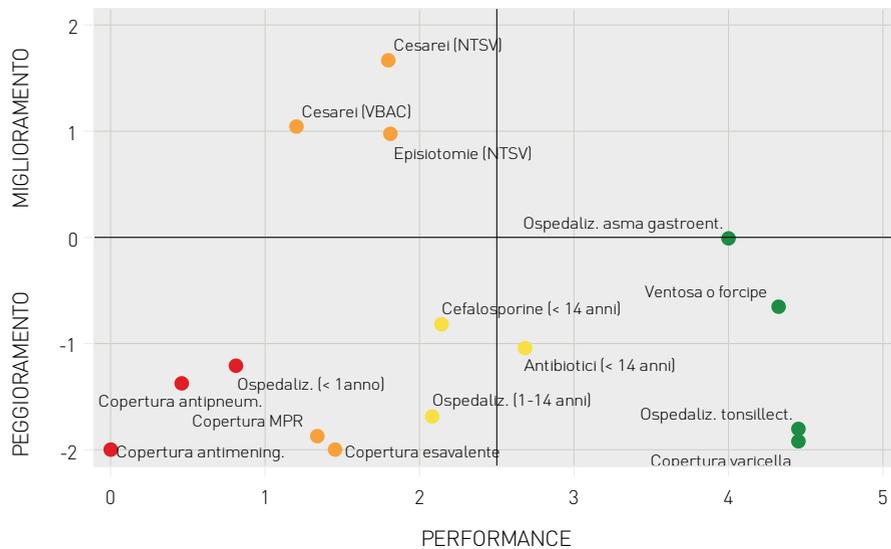
PERCORSO MATERNO INFANTILE



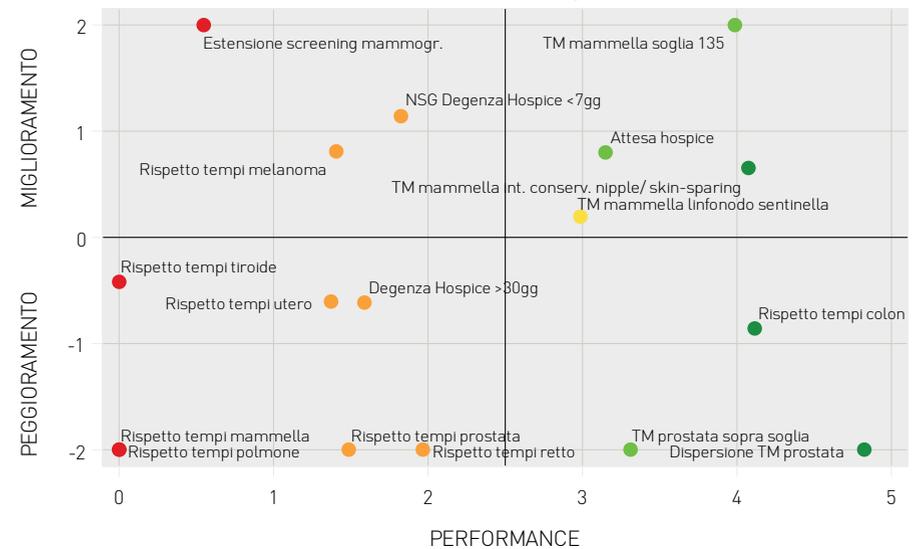
PERCORSO ONCOLOGICO

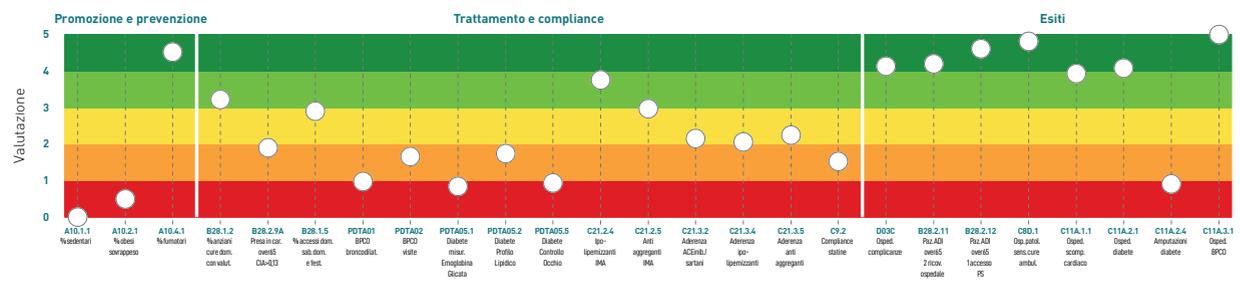


Percorso Materno infantile

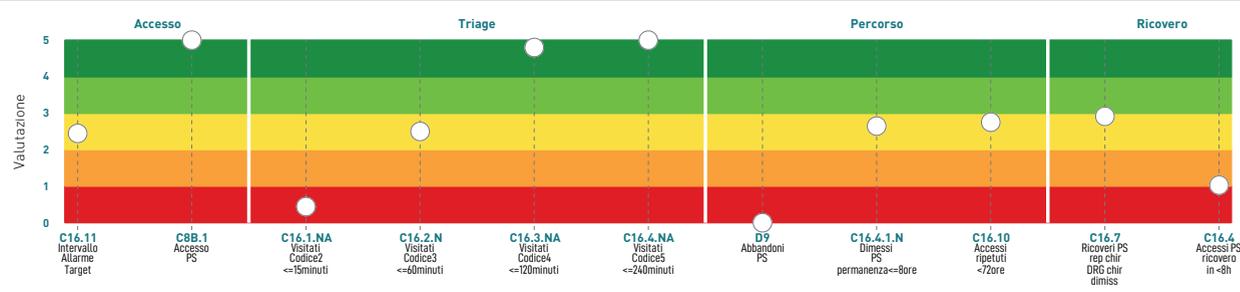


Percorso Oncologico

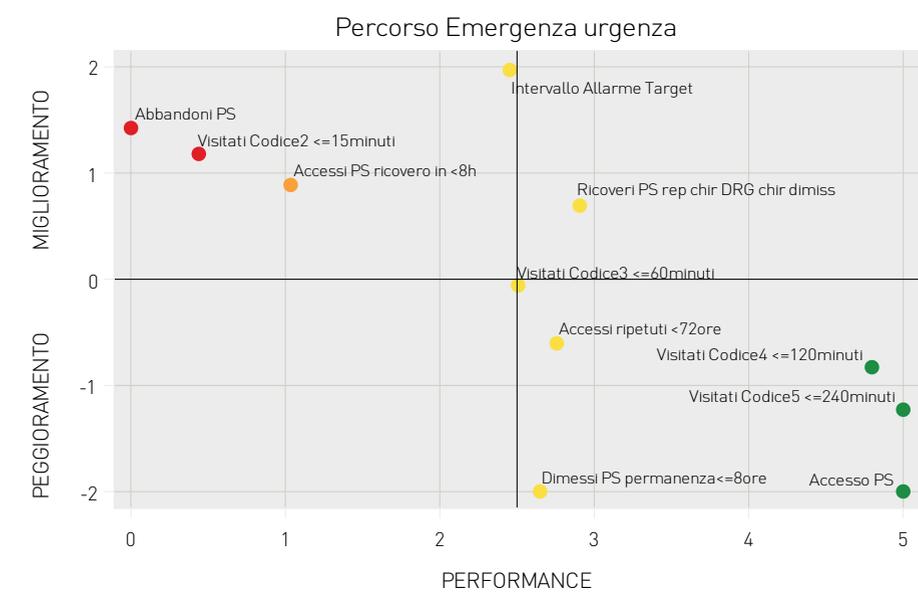
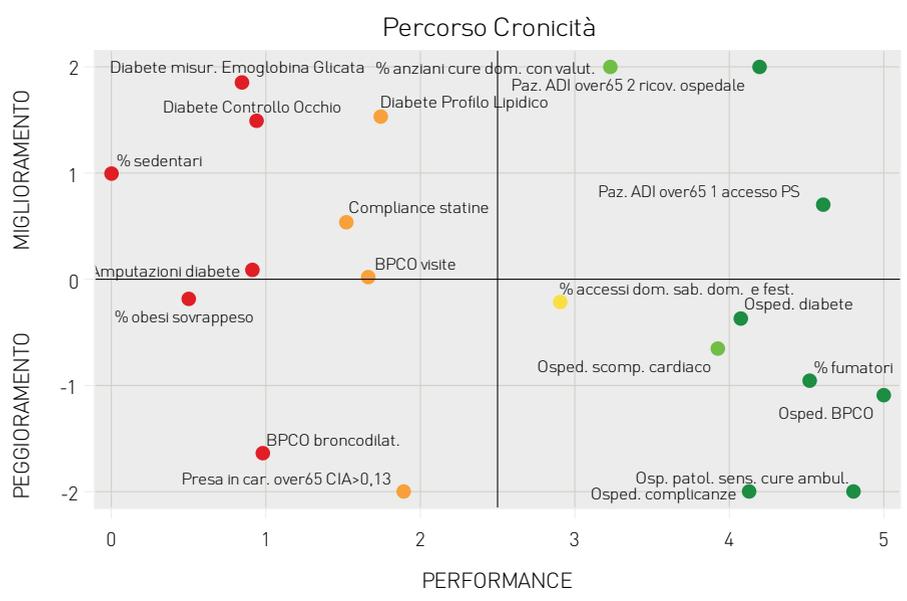




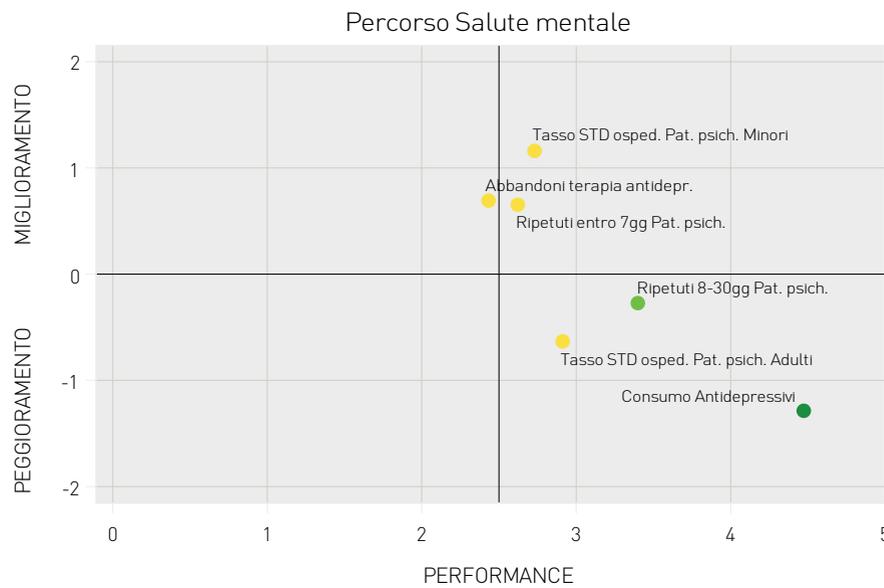
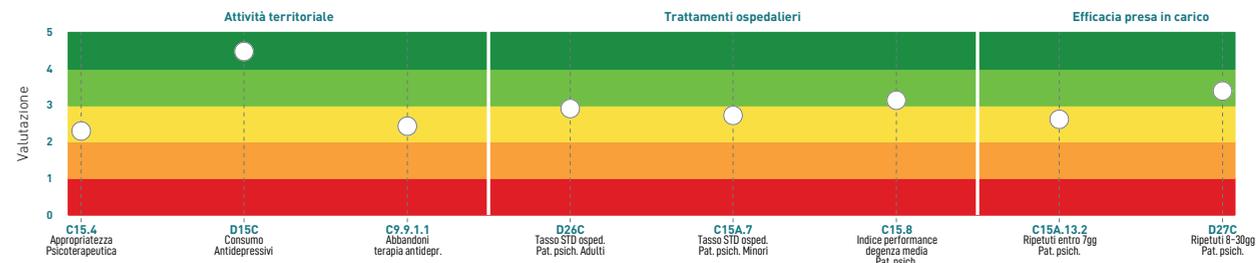
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

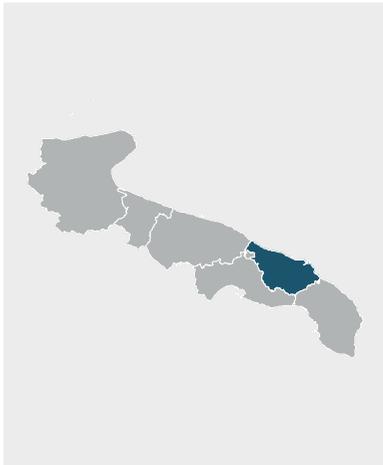
REGIONE PUGLIA





ASL BRINDISI

Profilo azienda



Popolazione residente **379.522**

Distretti Sanitari **4**

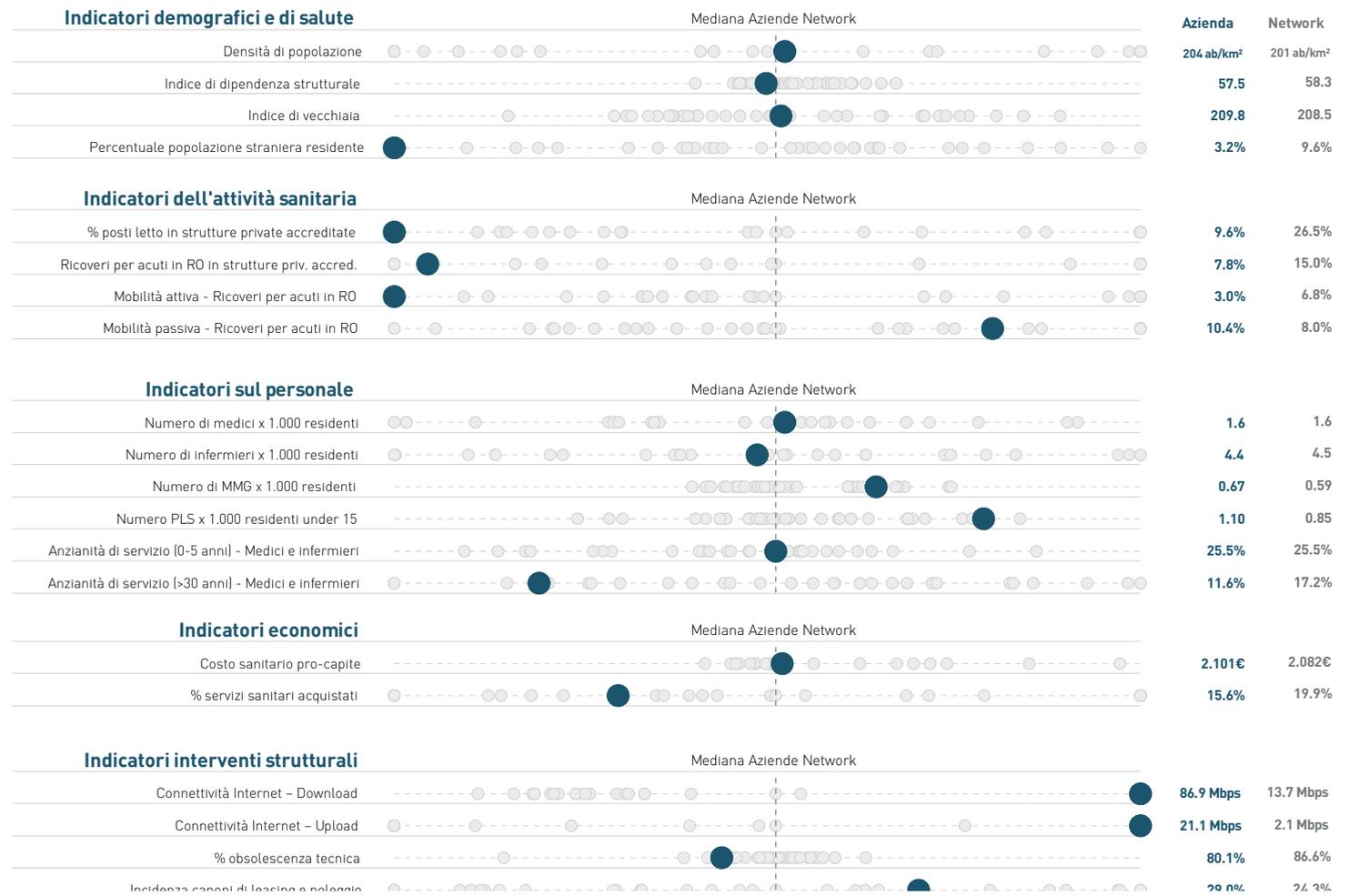
Stabillimenti **12**

- Pubblici **10**

- Privati accreditati **2**

Posti letto **1.132**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ASL BRINDISI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

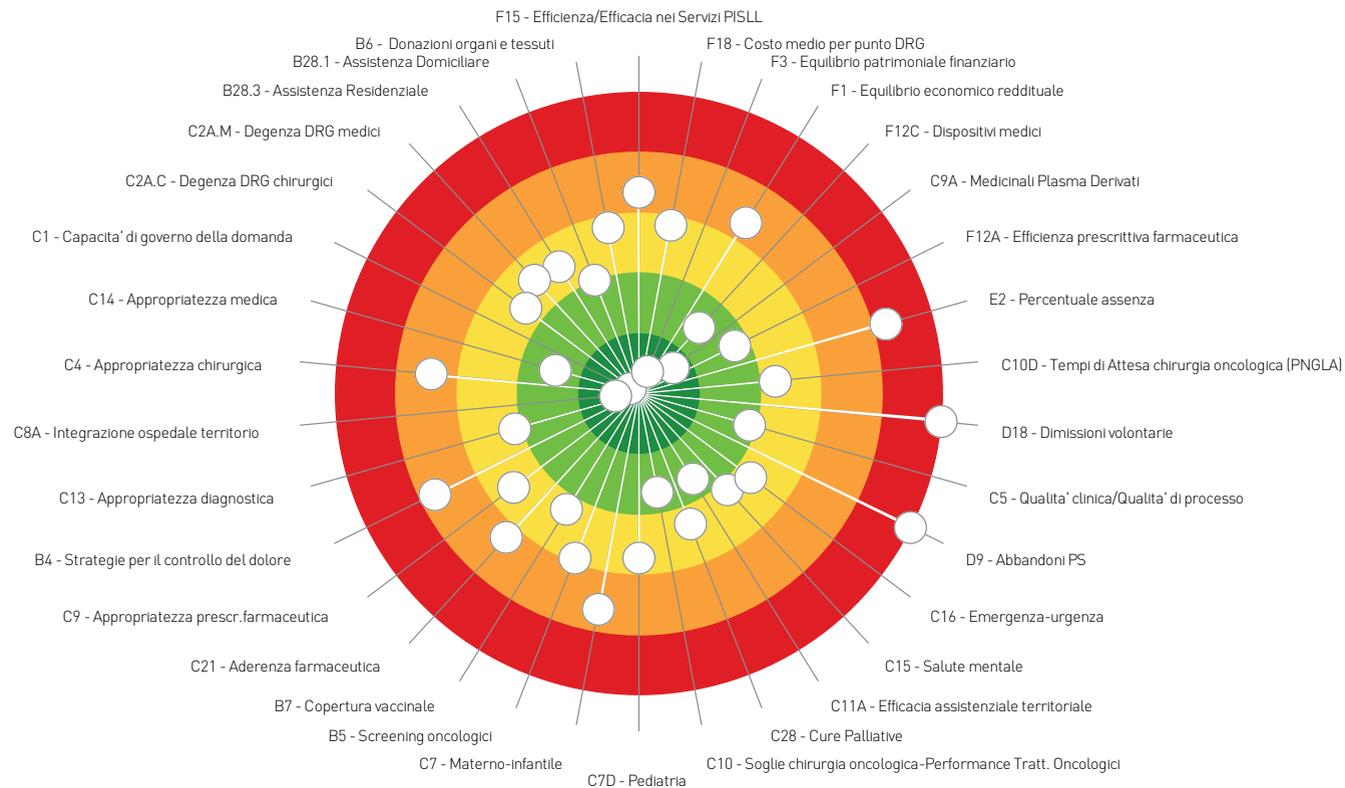
Numero indicatori di valutazione: 127

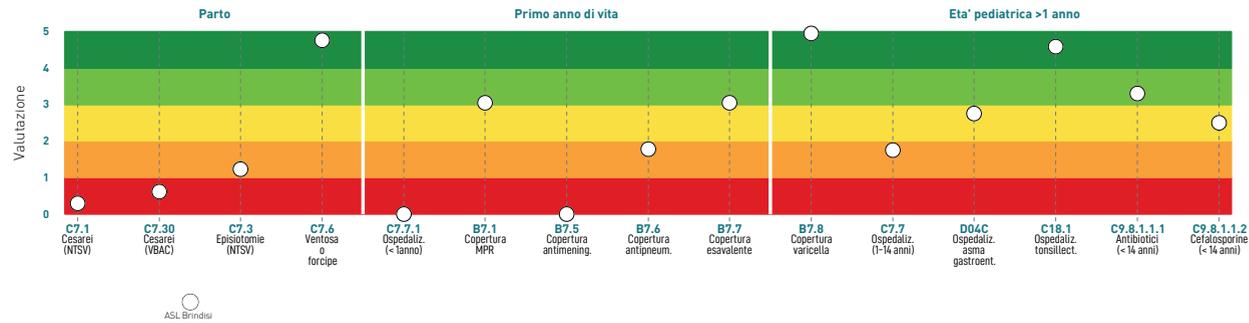
Indicatori Migliorati ↑
53.5 %

Indicatori Stabili =
9.4 %

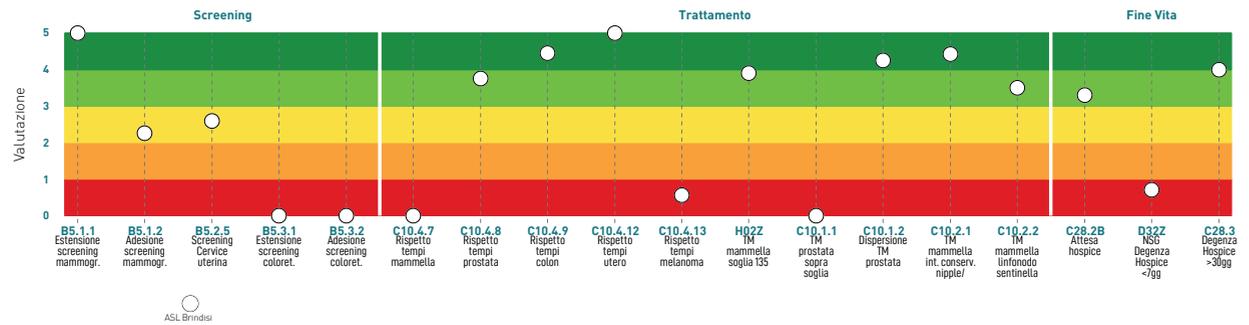
Indicatori Peggiorati ↓
37.0 %

Valutazione della Performance 2023

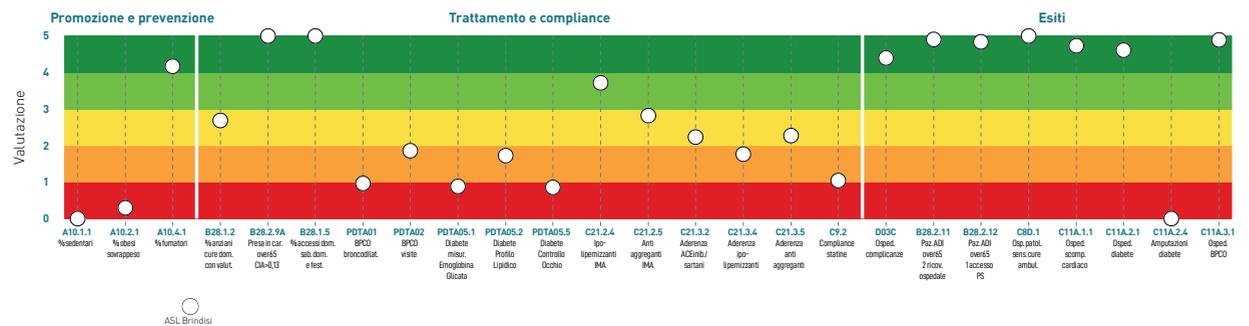




PERCORSO MATERNO INFANTILE

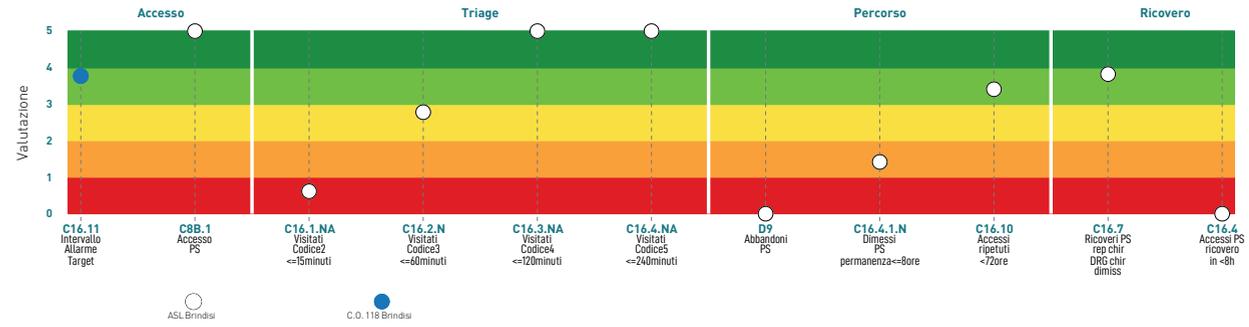


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ASL TARANTO

Profilo azienda



Popolazione residente **556.692**

Distretti Sanitari **6**

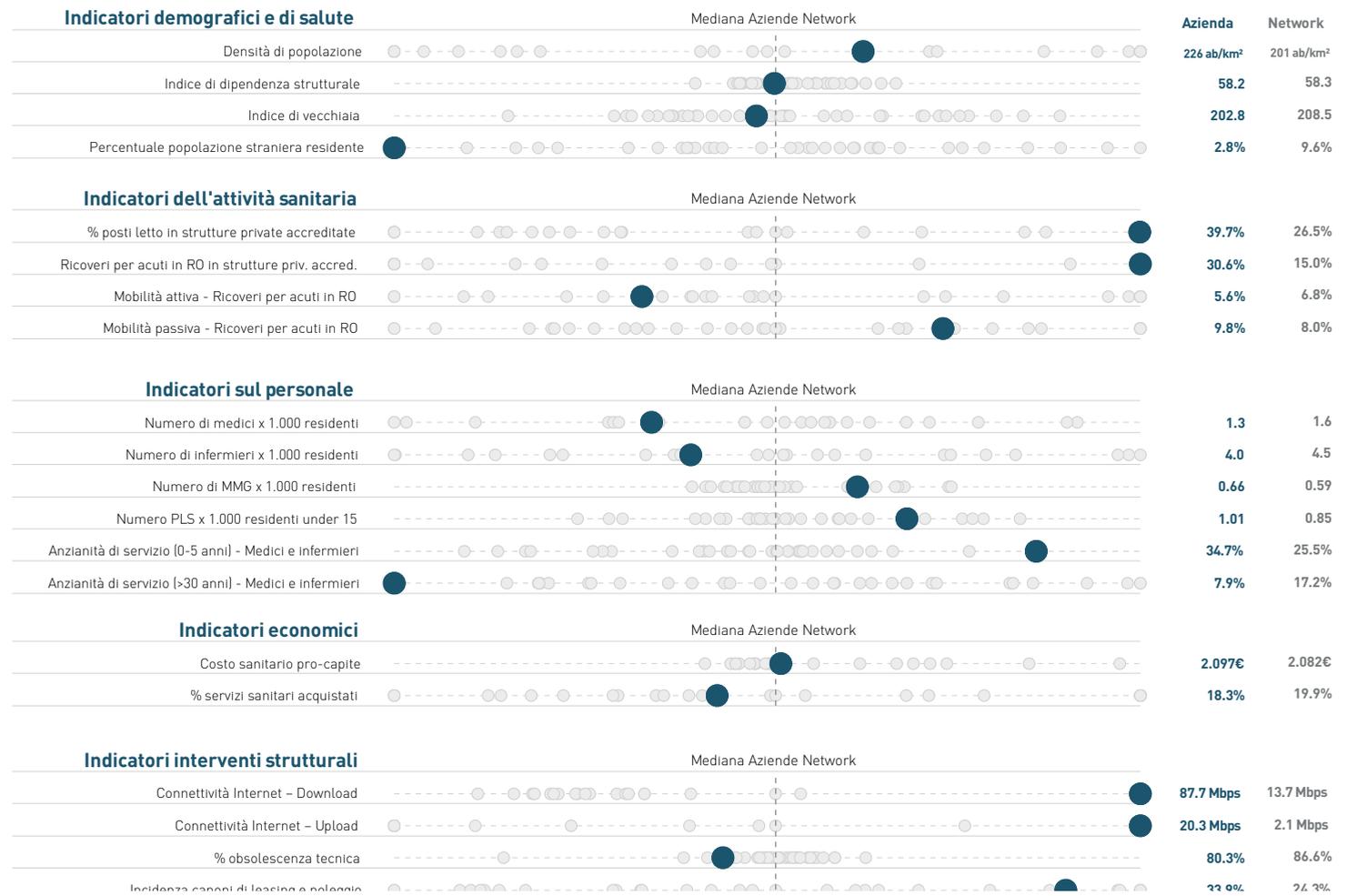
Stabillimenti **16**

- Pubblici **8**

- Privati accreditati **8**

Posti letto **2.020**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ASL TARANTO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

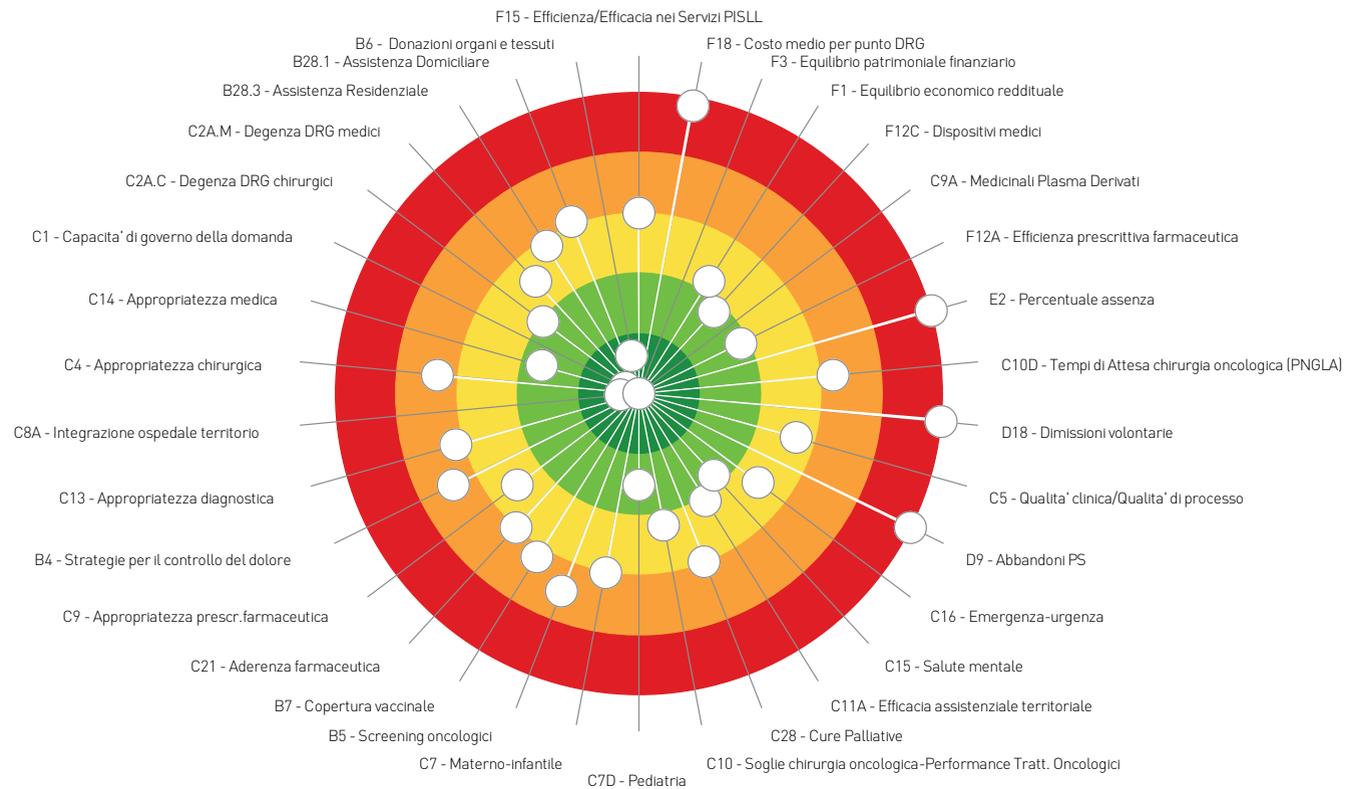
Numero indicatori di valutazione: 128

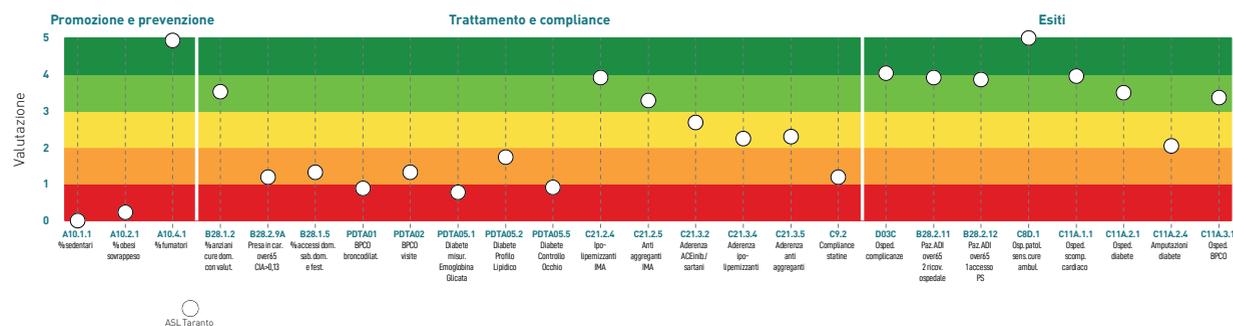
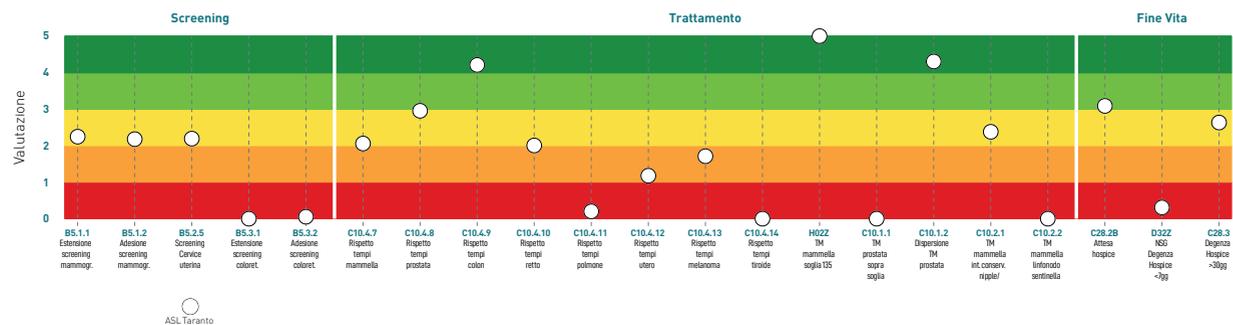
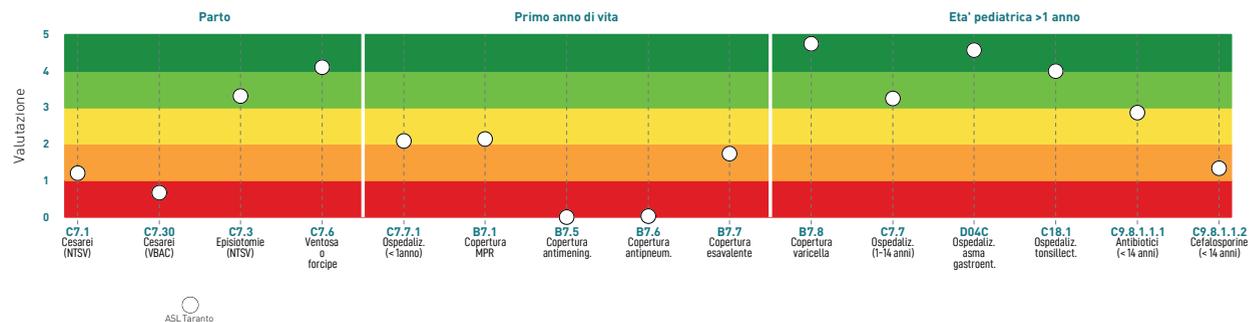
Indicatori Migliorati ↑
55.5 %

Indicatori Stabili =
9.4 %

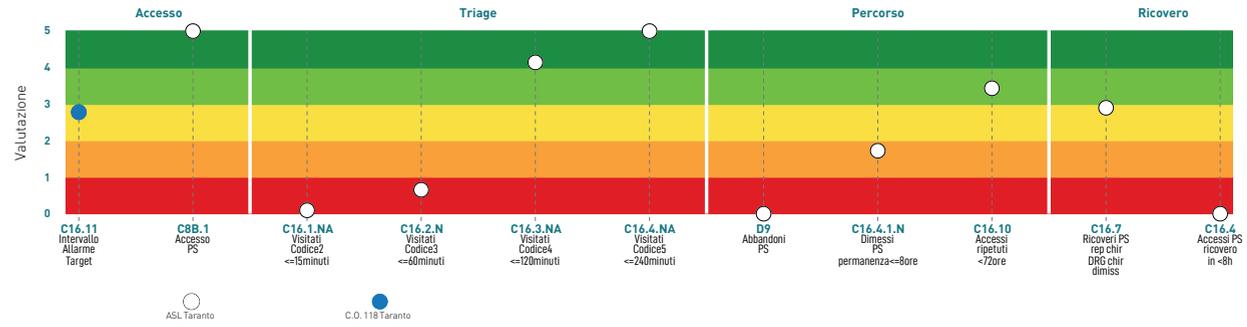
Indicatori Peggiorati ↓
35.2 %

Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Profilo azienda



Popolazione residente **379.509**

Distretti Sanitari **5**

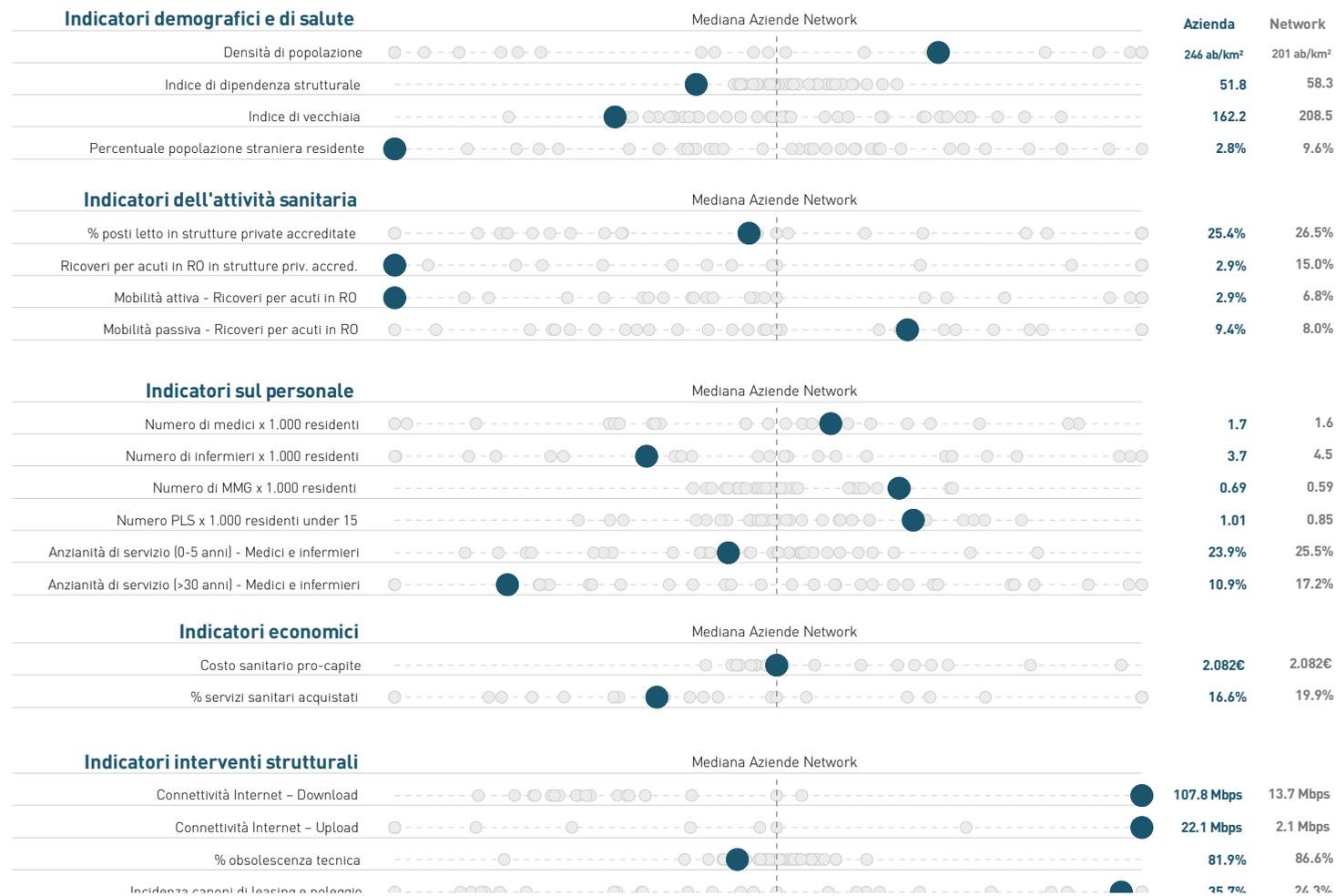
Stabillimenti **6**

- Pubblici **5**

- Privati accreditati **1**

Posti letto **511**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)

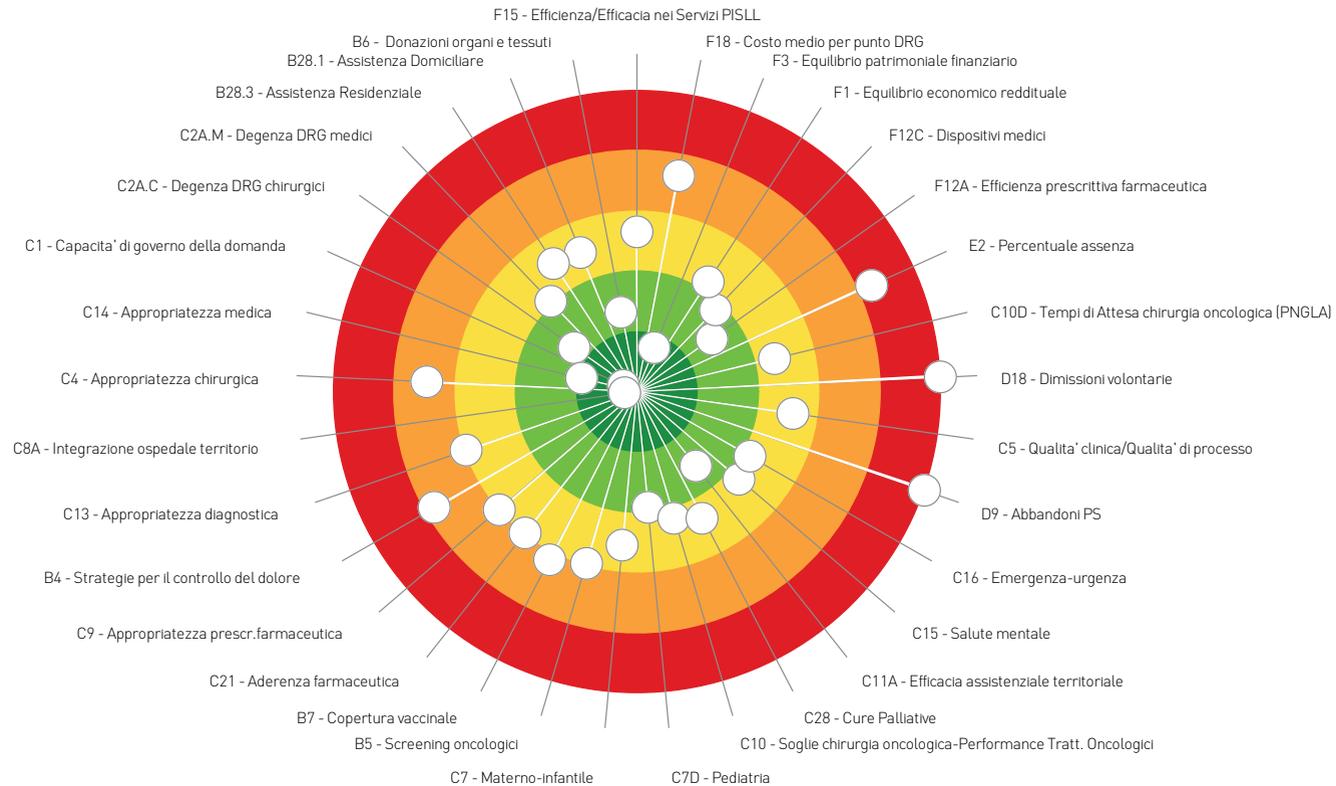
Numero indicatori di valutazione: 125

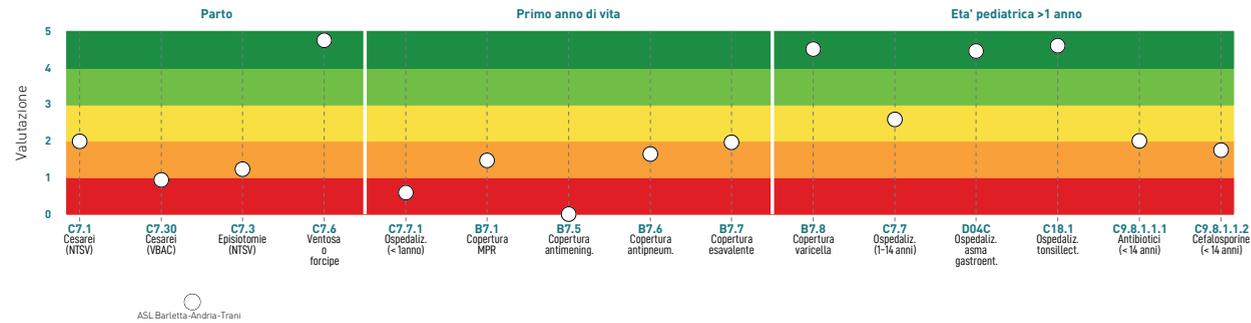
Indicatori Migliorati ↑
45.6%

Indicatori Stabili =
14.4%

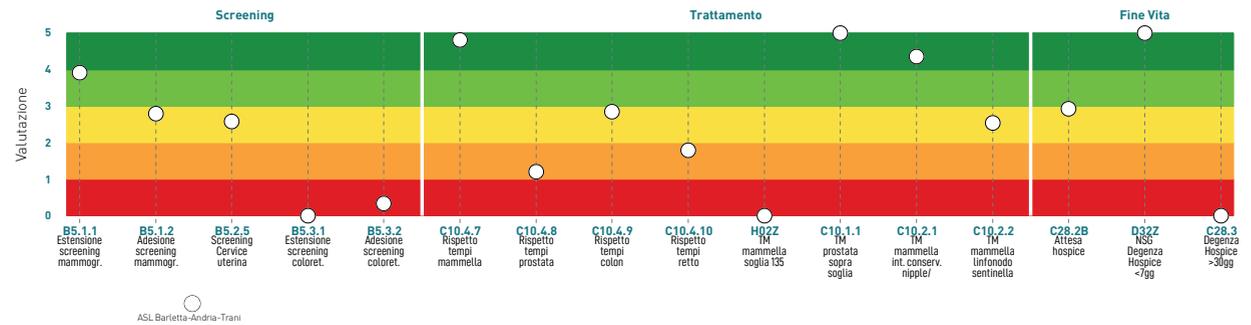
Indicatori Peggiorati ↓
40.0%

Valutazione della Performance 2023

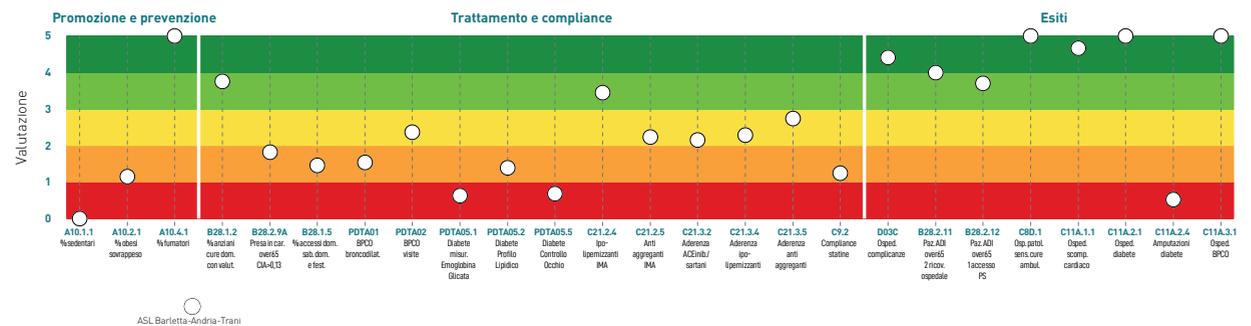




PERCORSO MATERNO INFANTILE

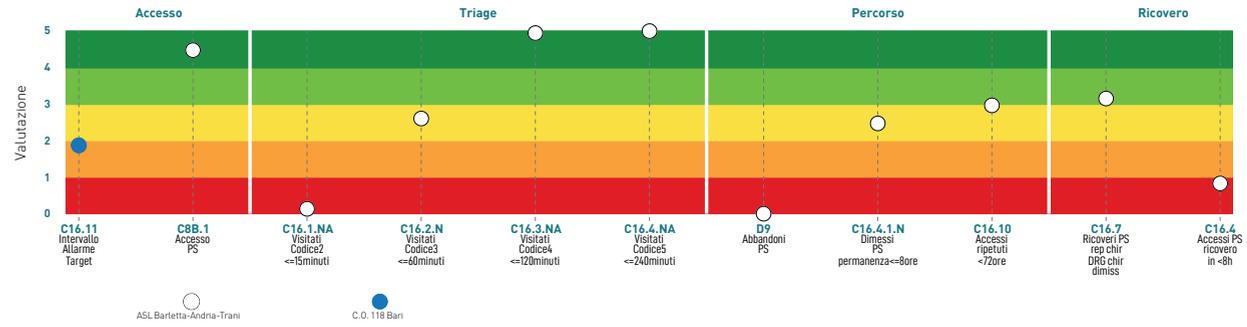


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ASL BARI

Profilo azienda



Popolazione residente **1.225.048**

Distretti Sanitari **12**

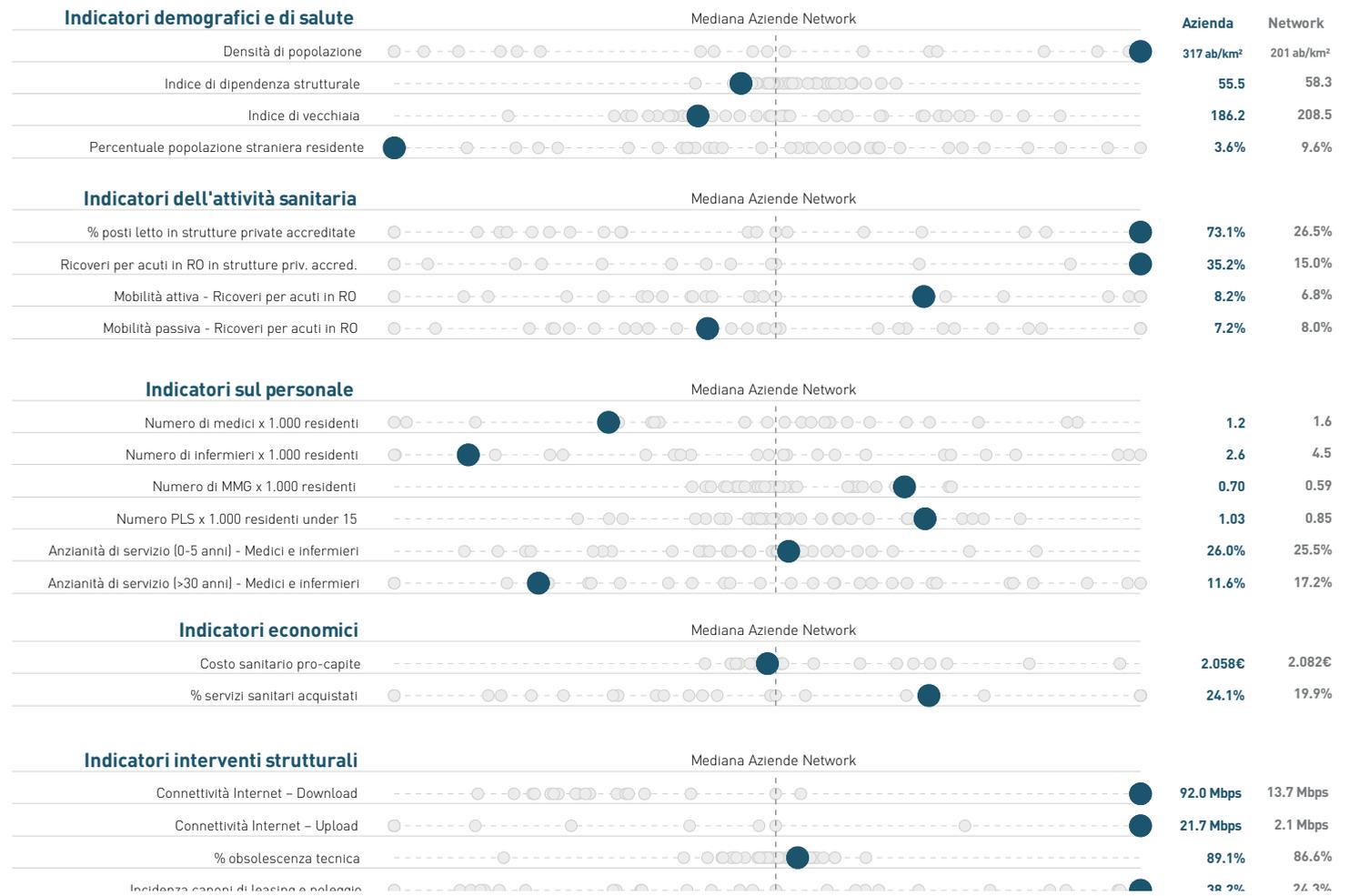
Stabillimenti **15**

- Pubblici **9**

- Privati accreditati **6**

Posti letto **2.753**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ASL BARI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

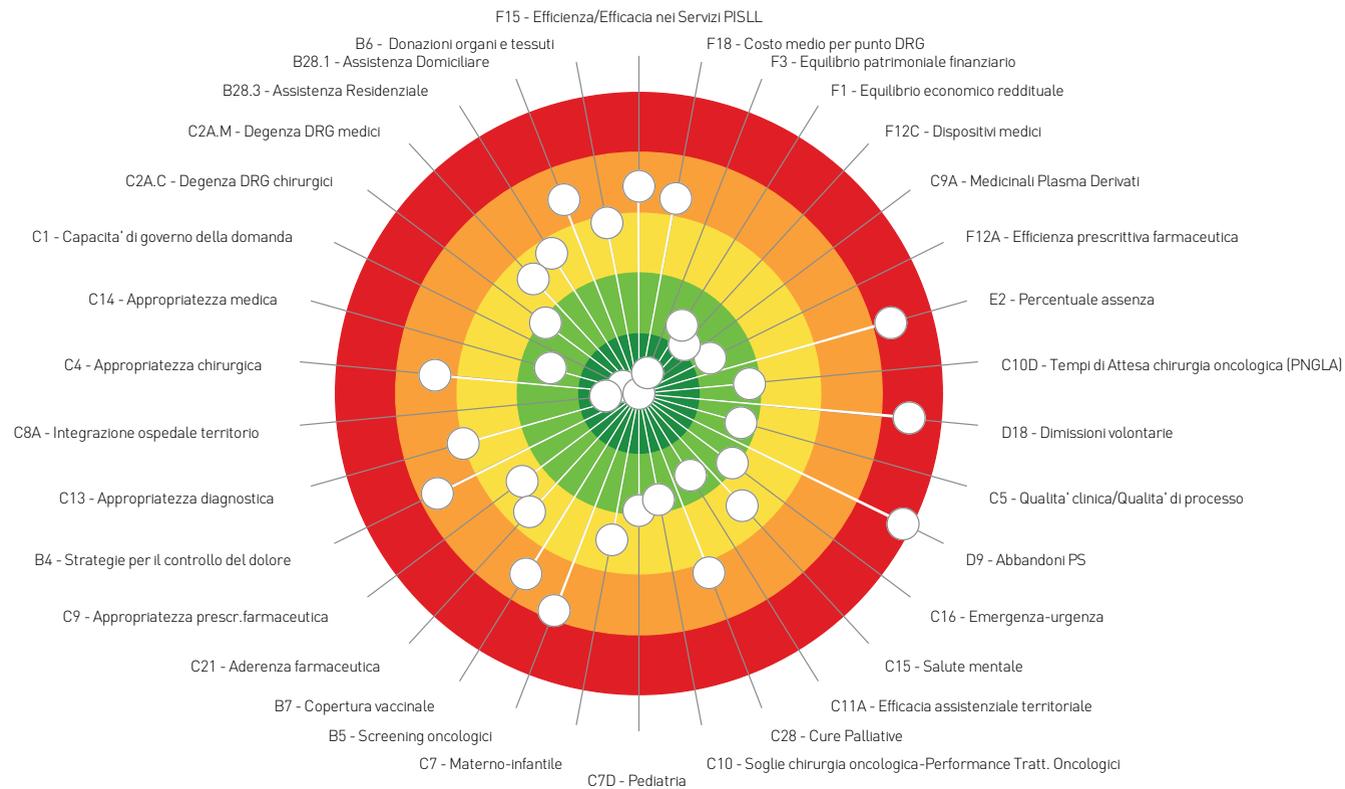
Numero indicatori di valutazione: 128

Indicatori Migliorati ↑
46.9 %

Indicatori Stabili =
10.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
43.0 %

Valutazione della Performance 2023

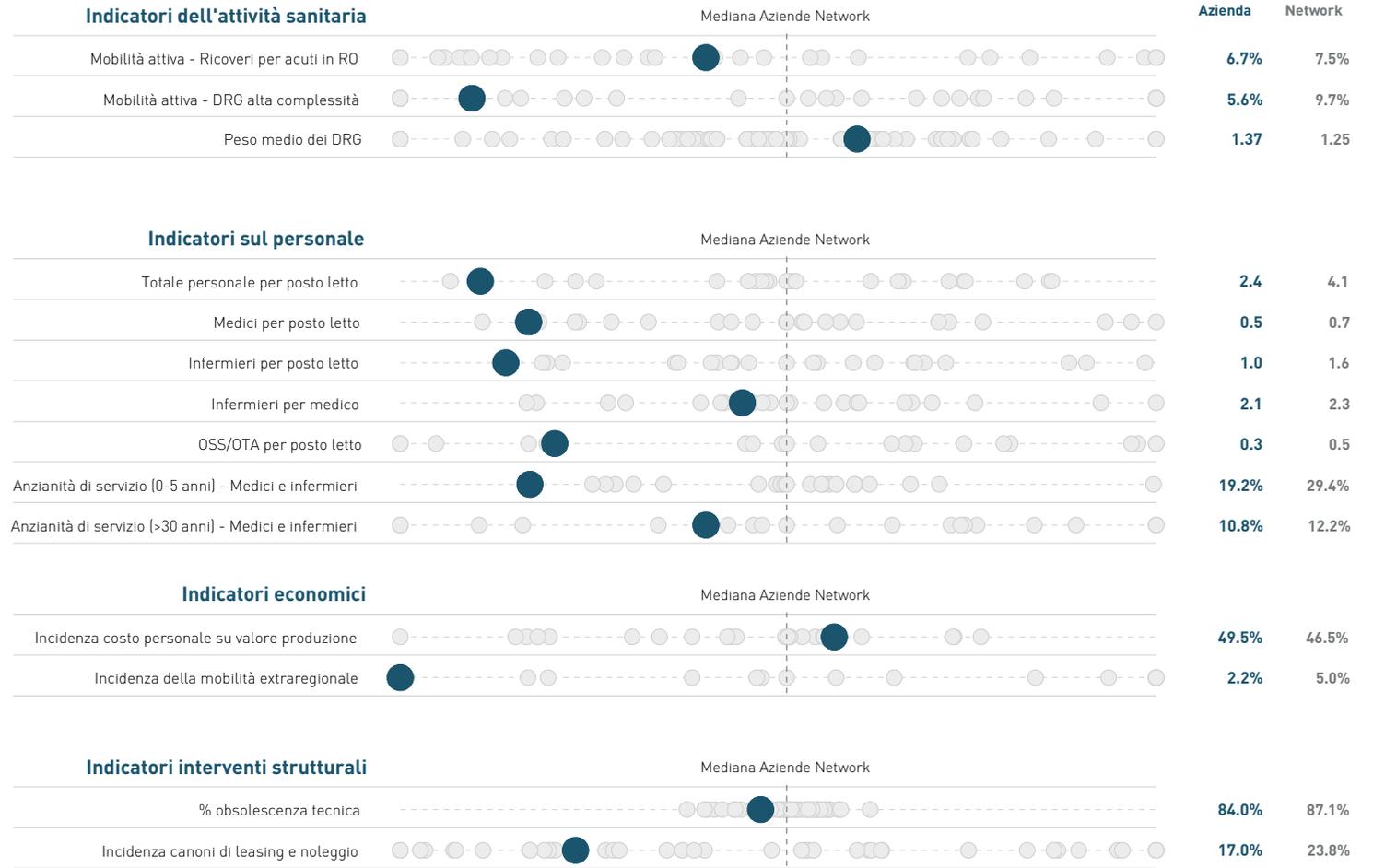


AOU POL. BARI

Profilo azienda



Posti letto	1.413
- Degenza Ordinaria	1.324
- Day Hospital/Day surgery	89
Dimissioni totali	44.069
Giornate di degenza ordin.	279.198
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	115.809
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.441



AOU POL. BARI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

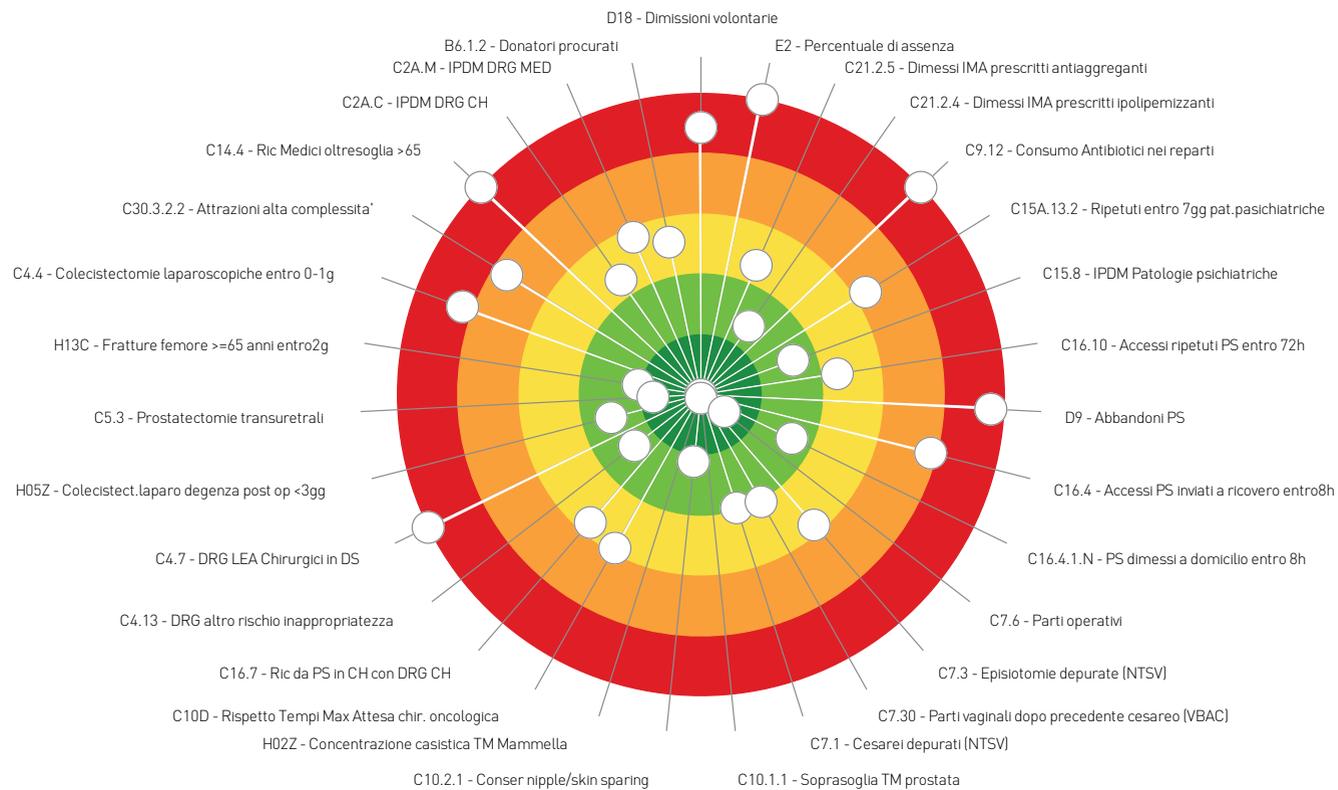
Numero indicatori di valutazione: 59

Indicatori Migliorati  59.3 %

Indicatori Stabili  11.9 %

Indicatori Peggiorati  28.8 %

Valutazione della Performance 2023

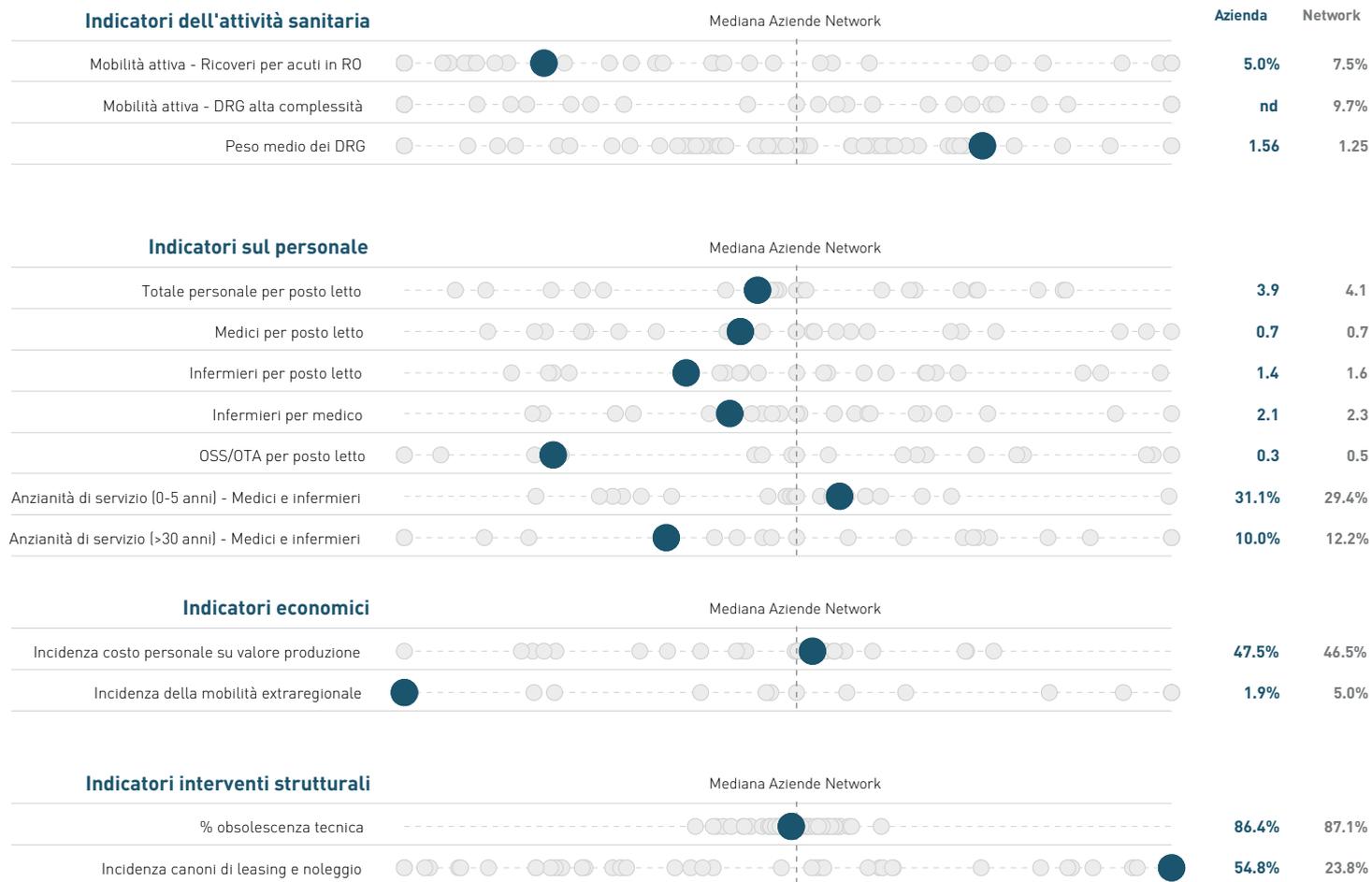


IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

Profilo azienda



Posti letto	144
- Degenza Ordinaria	137
- Day Hospital/Day surgery	7
Dimissioni totali	4.223
Giornate di degenza ordin.	30.902
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

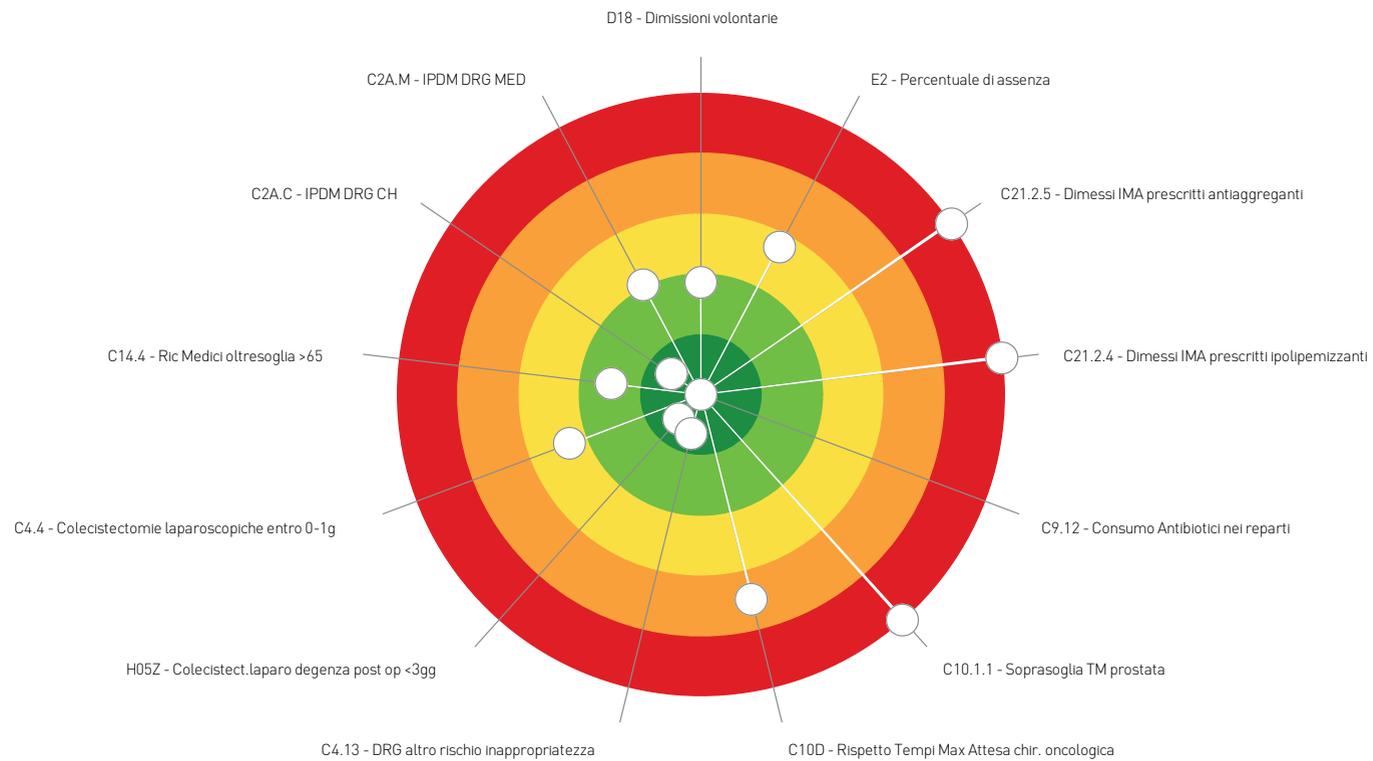
Numero indicatori di valutazione: 26

Indicatori Migliorati 
57.7 %

Indicatori Stabili 
15.4 %

Indicatori Peggiorati 
26.9 %

Valutazione della Performance 2023

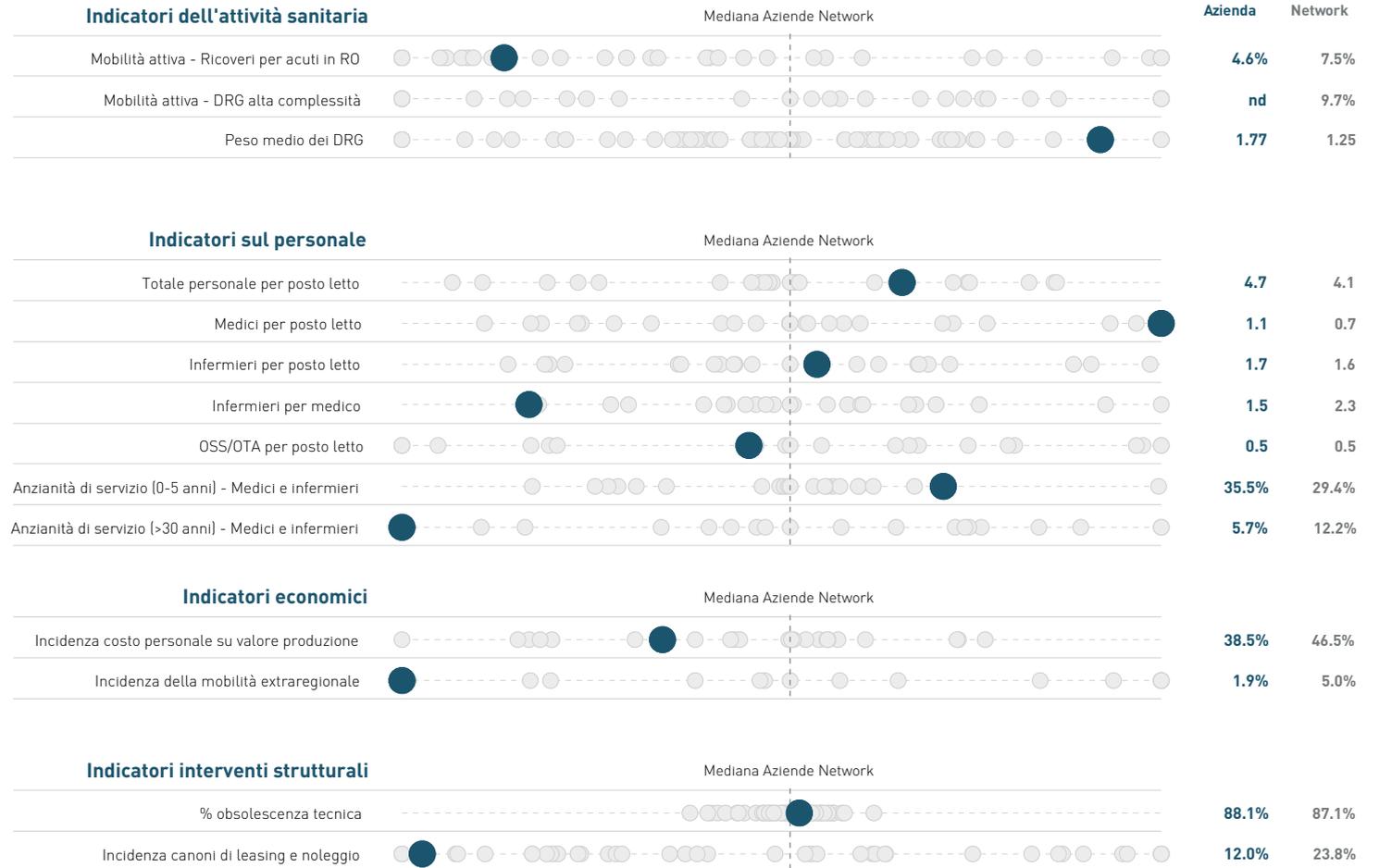


IRCCS ONCOLOGICO BARI

Profilo azienda



Posti letto	137
- Degenza Ordinaria	118
- Day Hospital/Day surgery	19
Dimissioni totali	3.720
Giornate di degenza ordin.	20.751
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS ONCOLOGICO BARI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

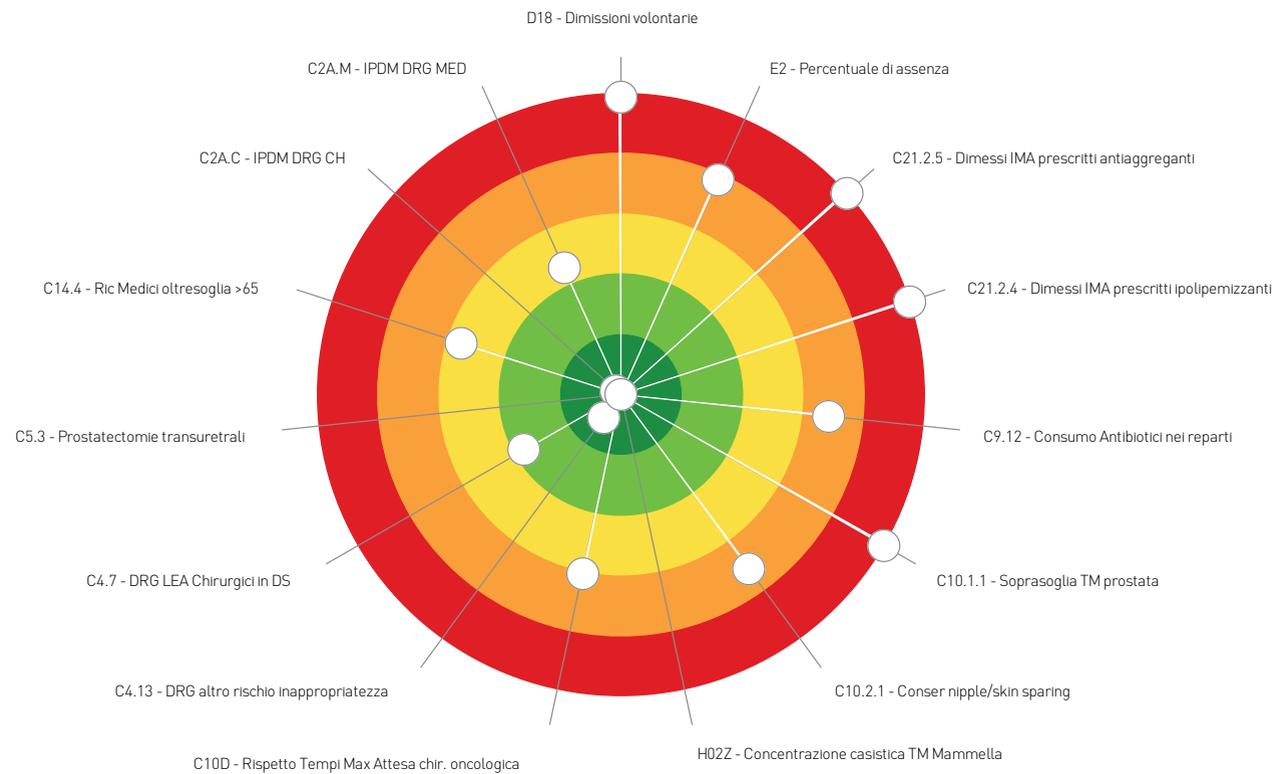
Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori Migliorati ↑
59.5 %

Indicatori Stabili =
10.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
29.7 %

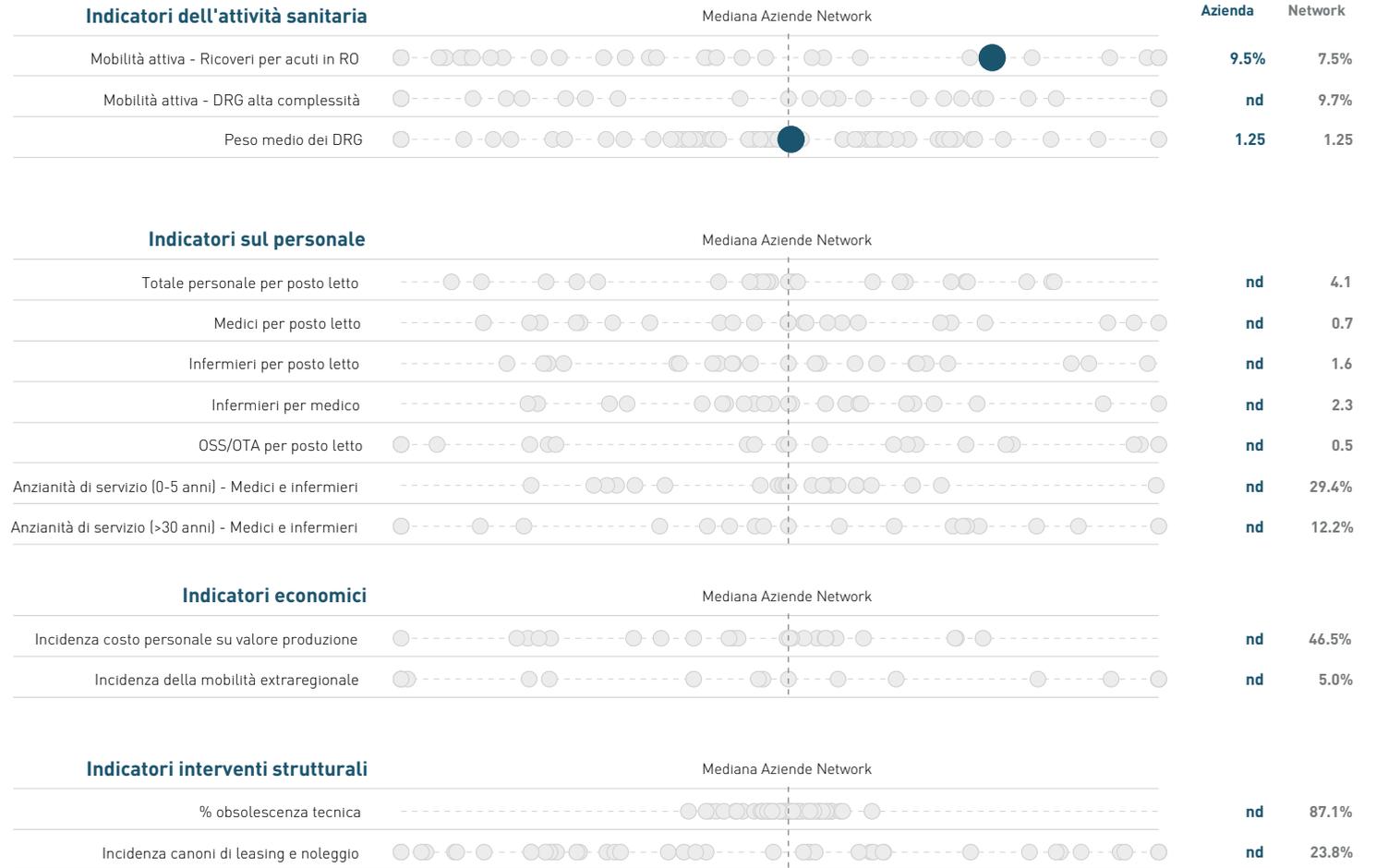
Valutazione della Performance 2023



Profilo azienda



Posti letto	686
- Degenza Ordinaria	648
- Day Hospital/Day surgery	38
Dimissioni totali	25.469
Giornate di degenza ordin.	154.545
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	18.717
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.907



E.E. MIULLI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

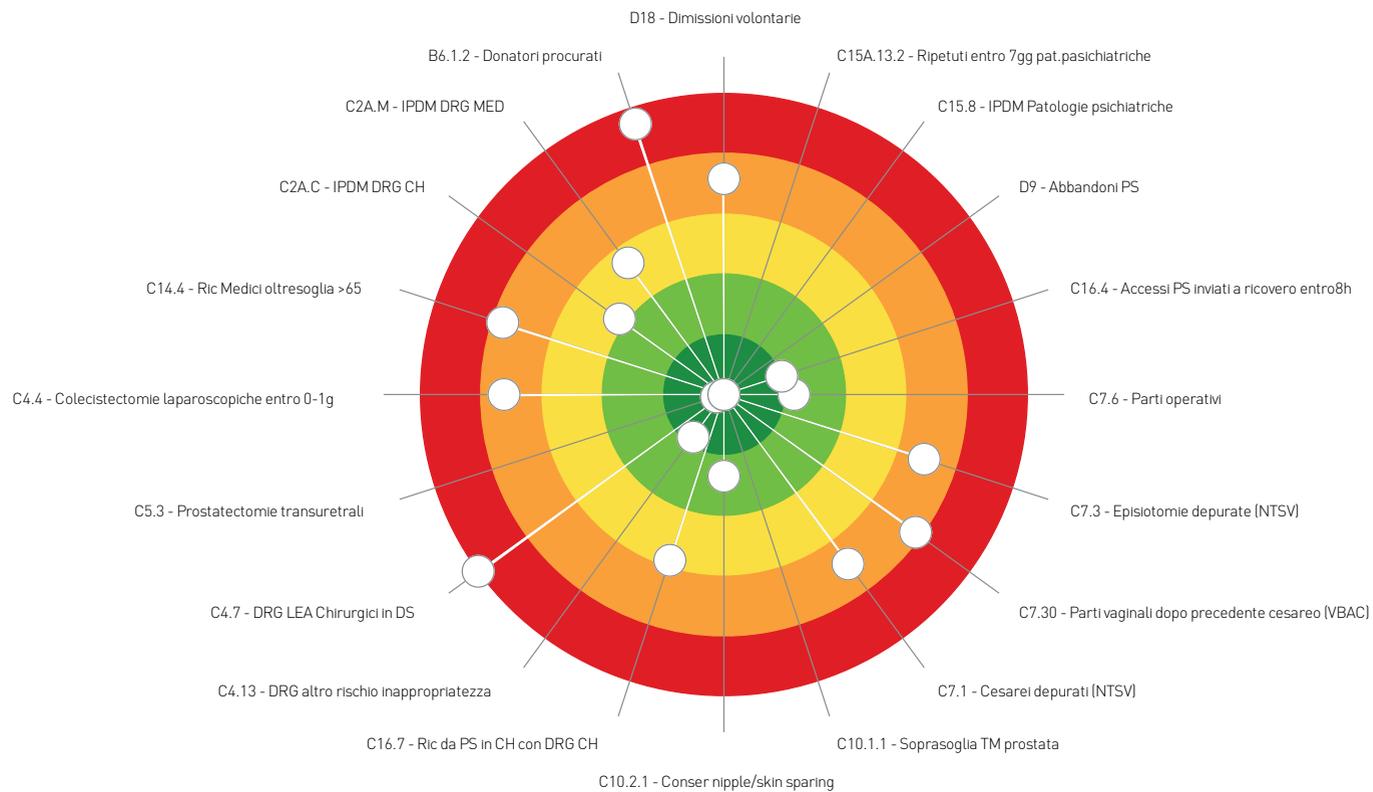
Numero indicatori di valutazione: 21

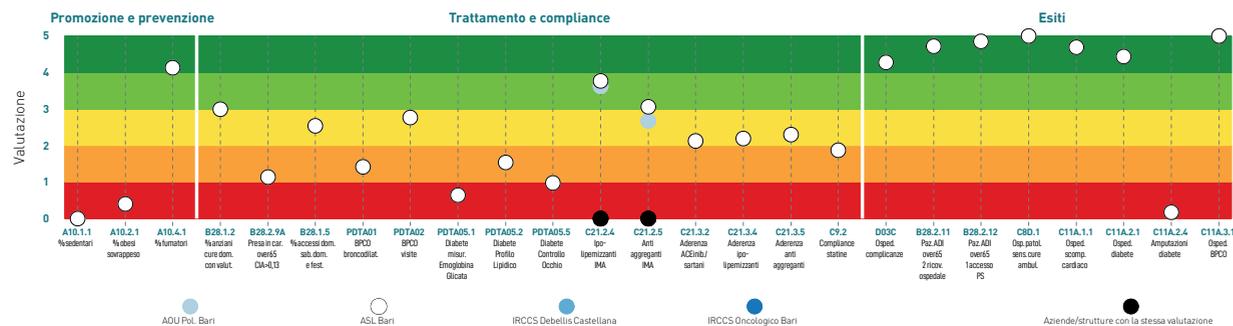
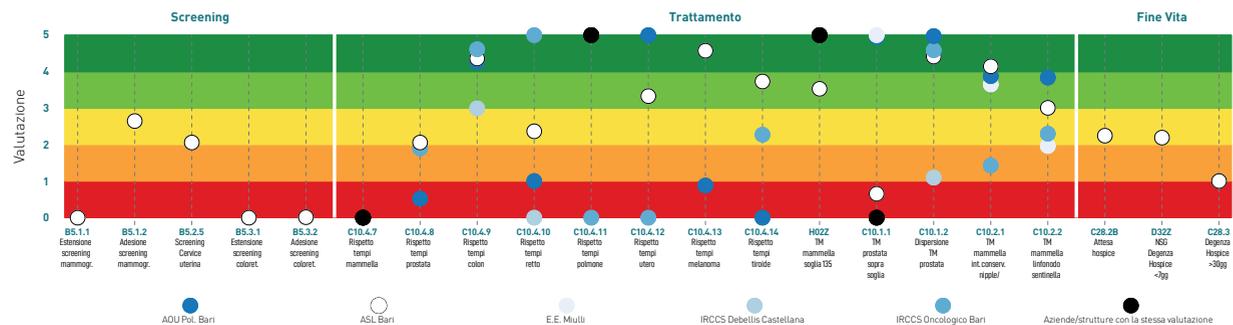
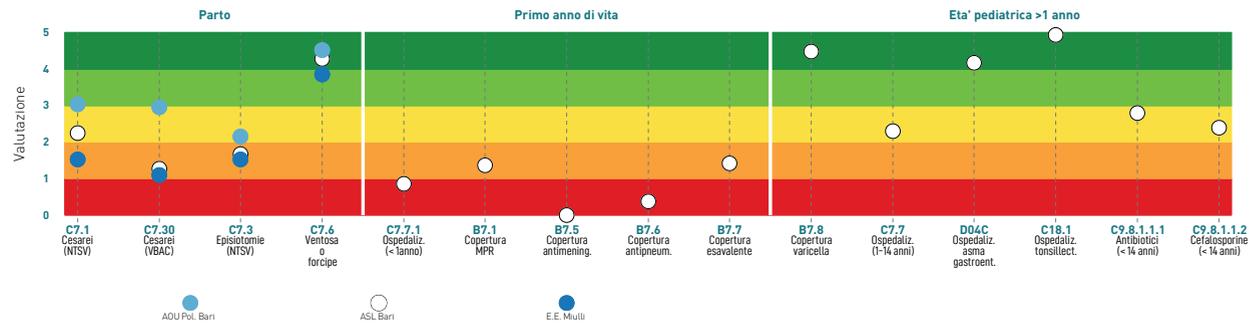
Indicatori Migliorati ↑
38.1 %

Indicatori Stabili =
19.0 %

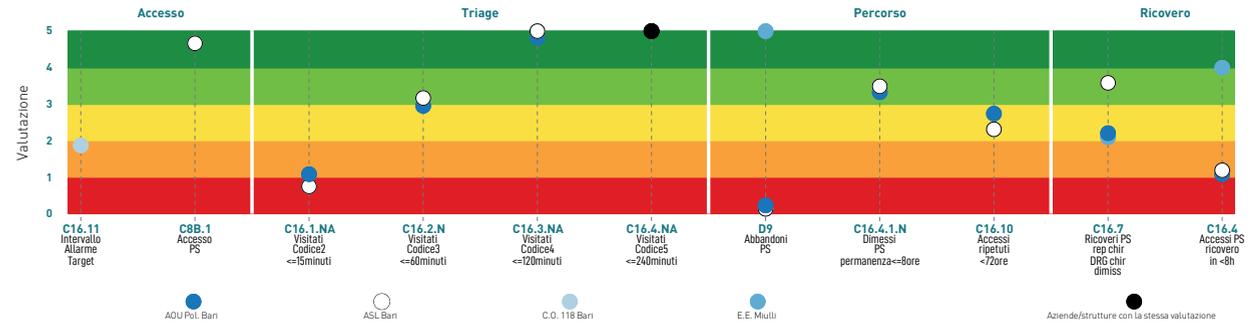
Indicatori Peggiorati ↓
42.9 %

Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ASL FOGGIA

Profilo azienda



Popolazione residente **595.682**

Distretti Sanitari **8**

Stabillimenti **8**

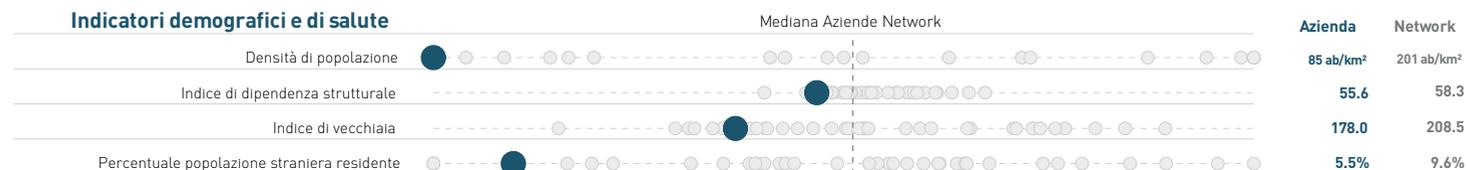
- Pubblici **3**

- Privati accreditati **5**

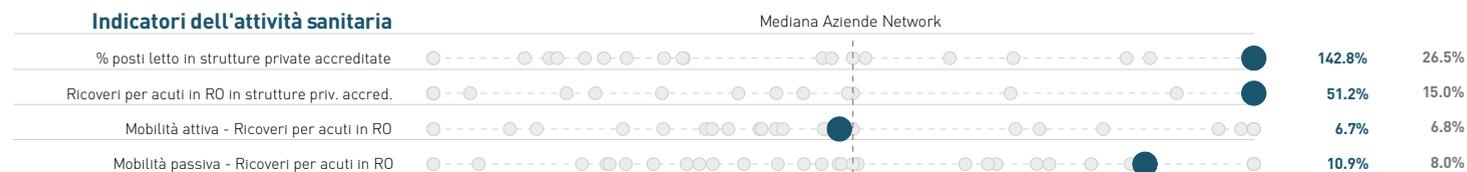
Posti letto **950**

*Strutture pubbliche e private accreditate

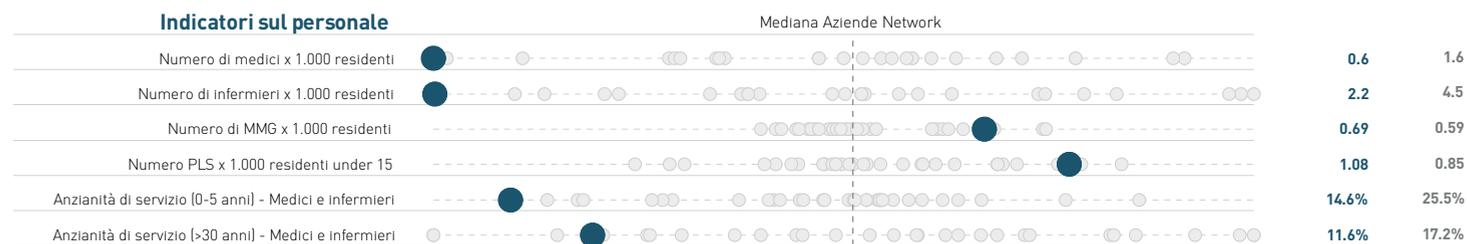
Indicatori demografici e di salute



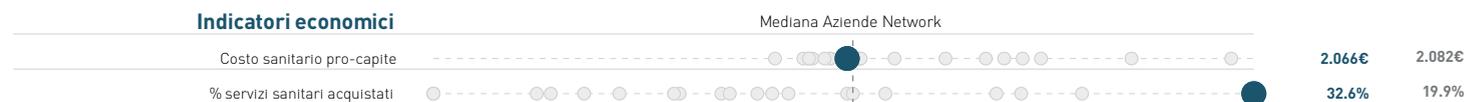
Indicatori dell'attività sanitaria



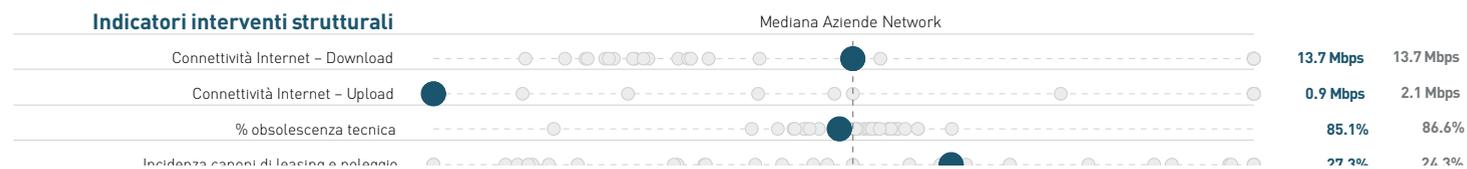
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



ASL FOGGIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

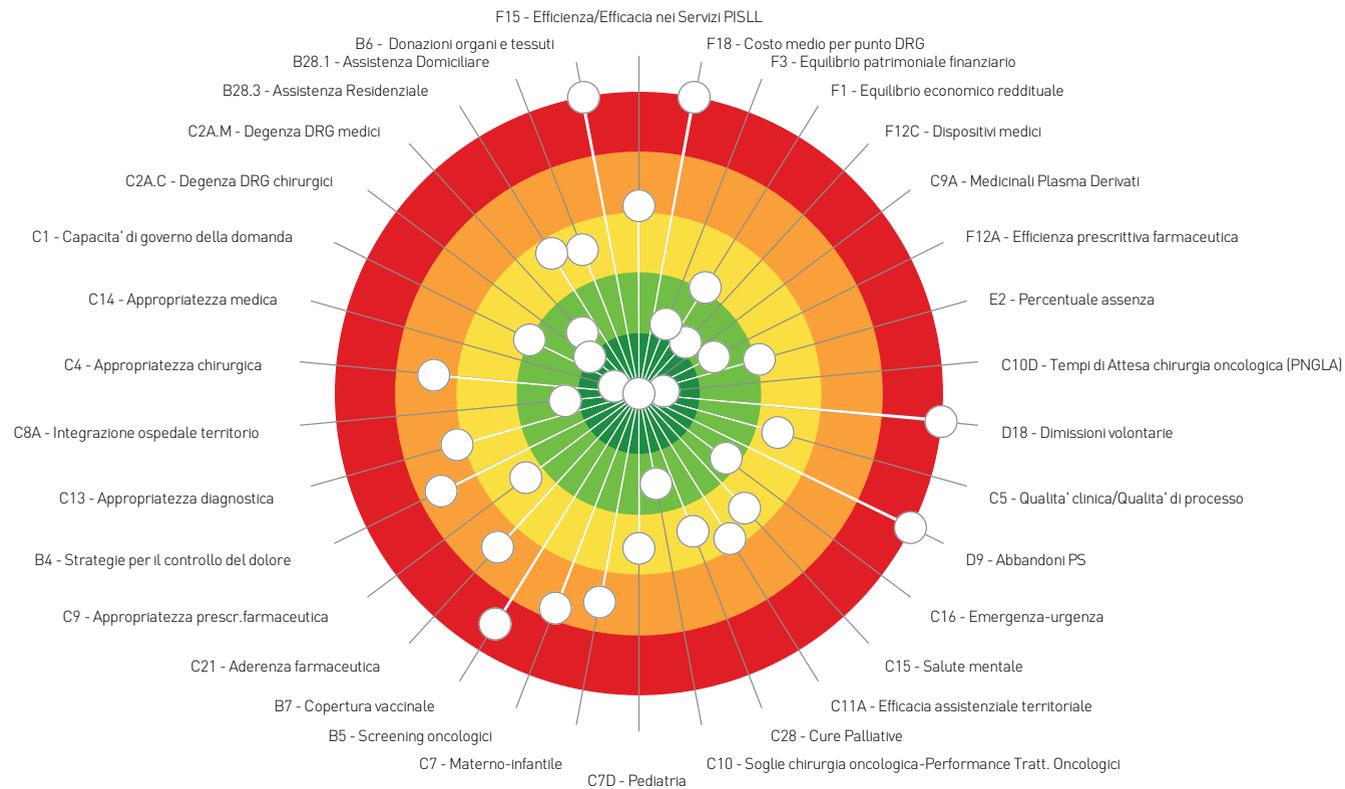
Numero indicatori di valutazione: 122

Indicatori Migliorati ↑
46.7 %

Indicatori Stabili =
9.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
44.3 %

Valutazione della Performance 2023

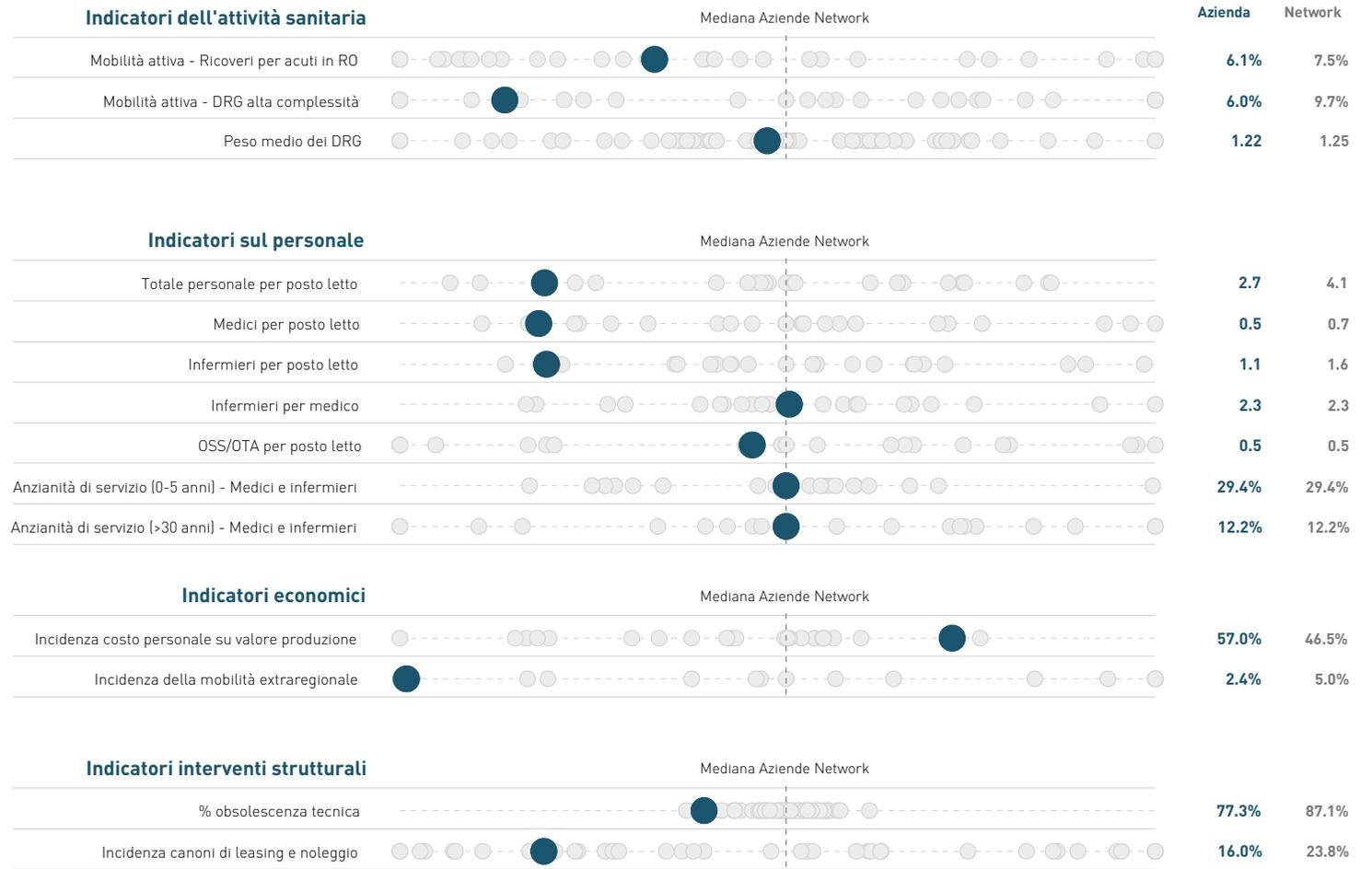


00.RR. FOGGIA

Profilo azienda



Posti letto	1.015
- Degenza Ordinaria	937
- Day Hospital/Day surgery	78
Dimissioni totali	31.572
Giornate di degenza ordin.	209.573
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	55.759
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.392



OO.RR. FOGGIA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

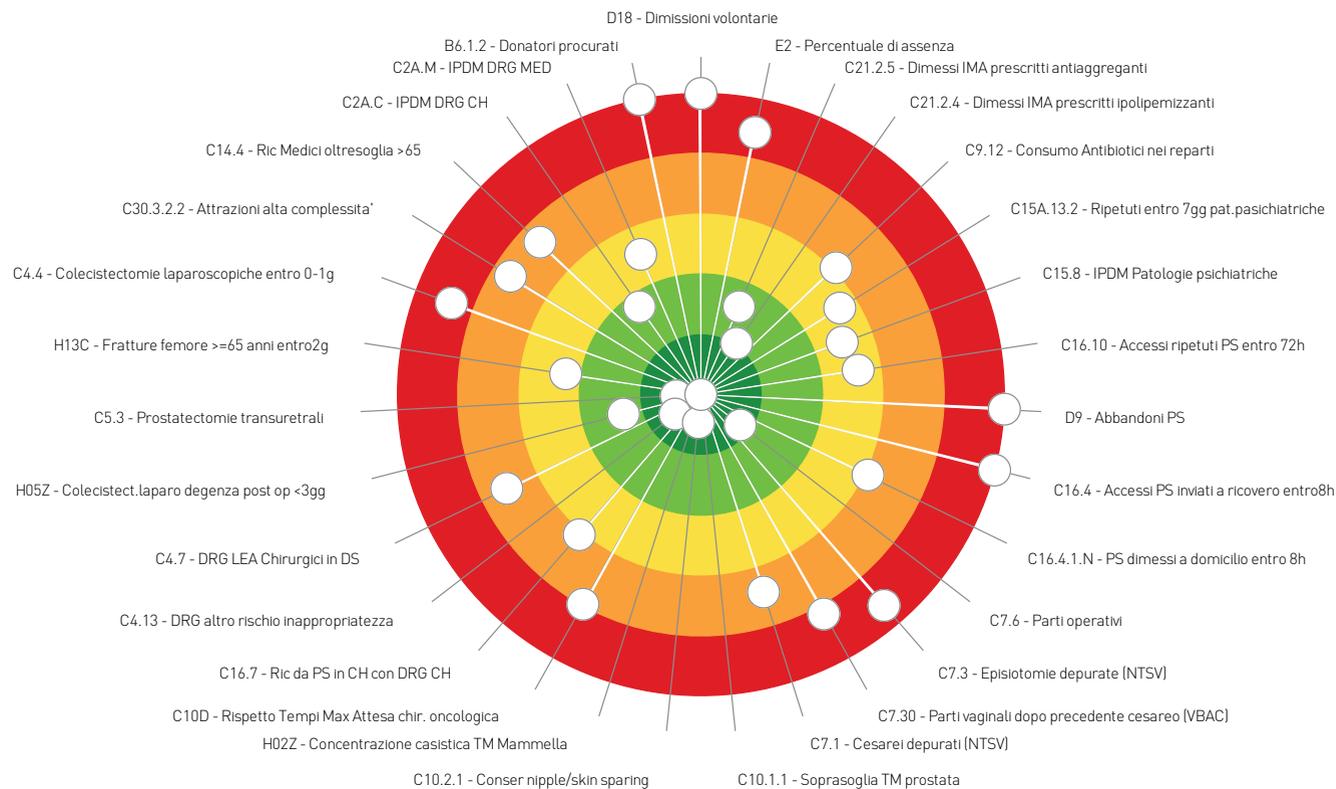
Numero indicatori di valutazione: 59

Indicatori Migliorati 
55.9 %

Indicatori Stabili 
11.9 %

Indicatori Peggiorati 
32.2 %

Valutazione della Performance 2023

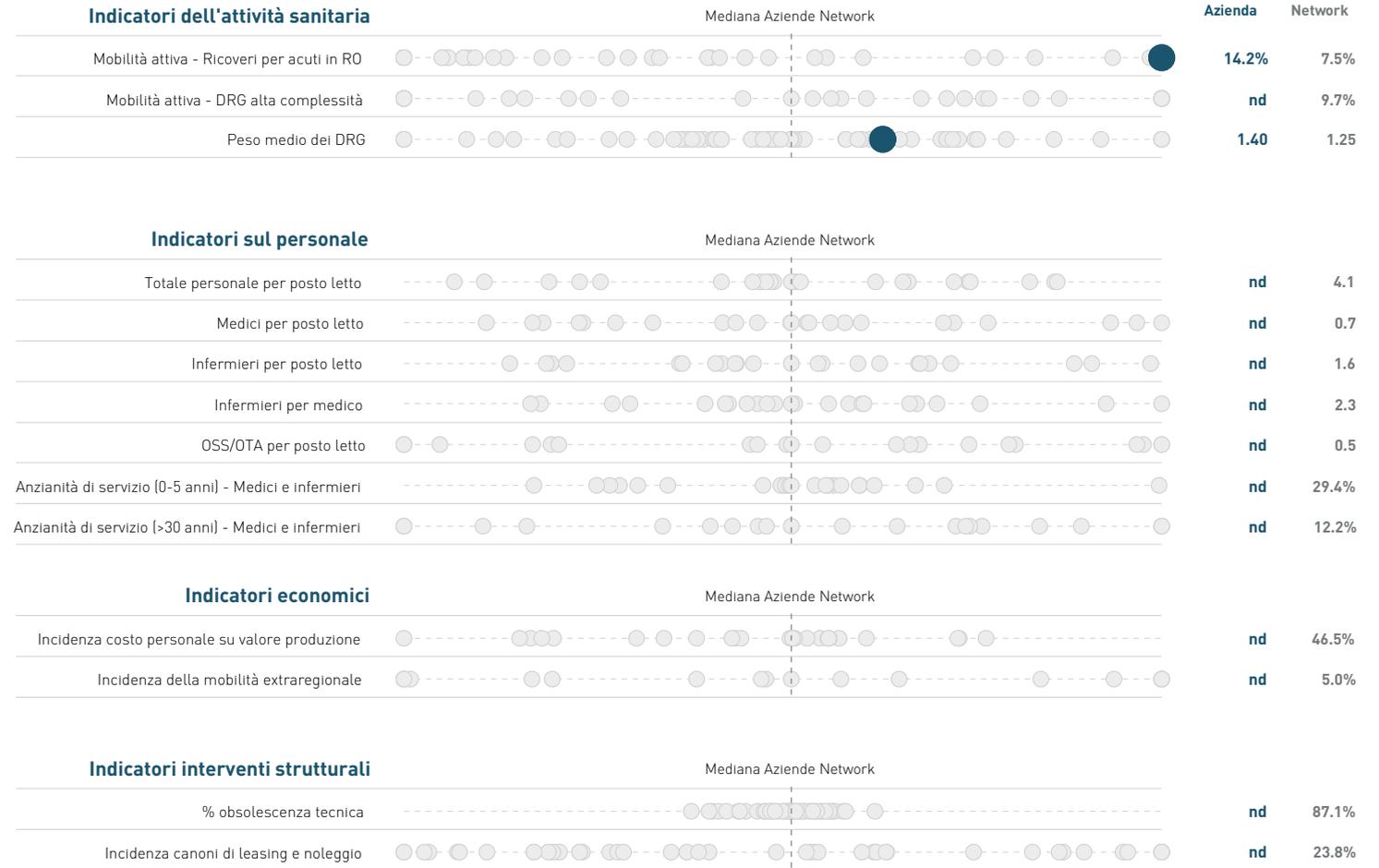


E.E. CASA SOLLIEVO

Profilo azienda



Posti letto	1.010
- Degenza Ordinaria	947
- Day Hospital/Day surgery	63
Dimissioni totali	35.058
Giornate di degenza ordin.	205.371
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	41.865
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	954



E.E. CASA SOLLIEVO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

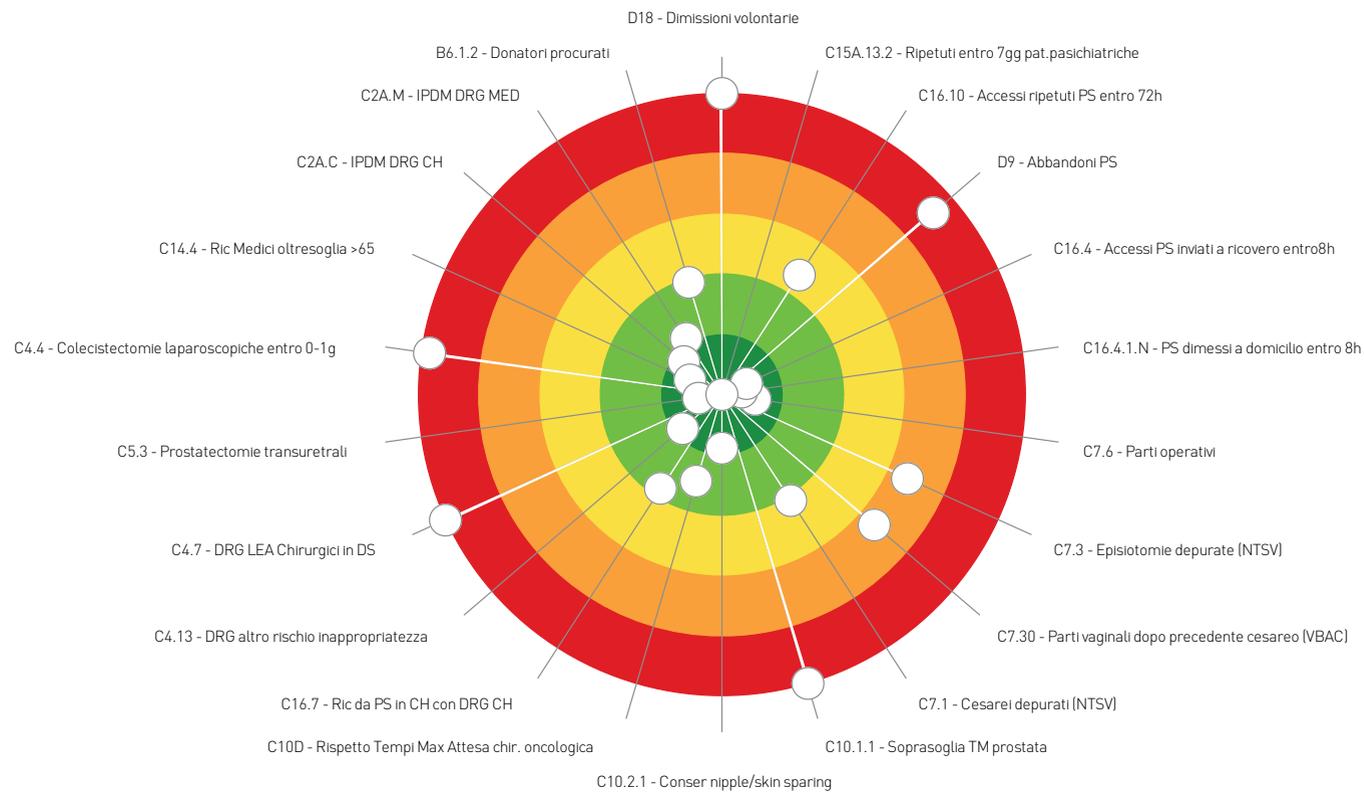
Numero indicatori di valutazione: 33

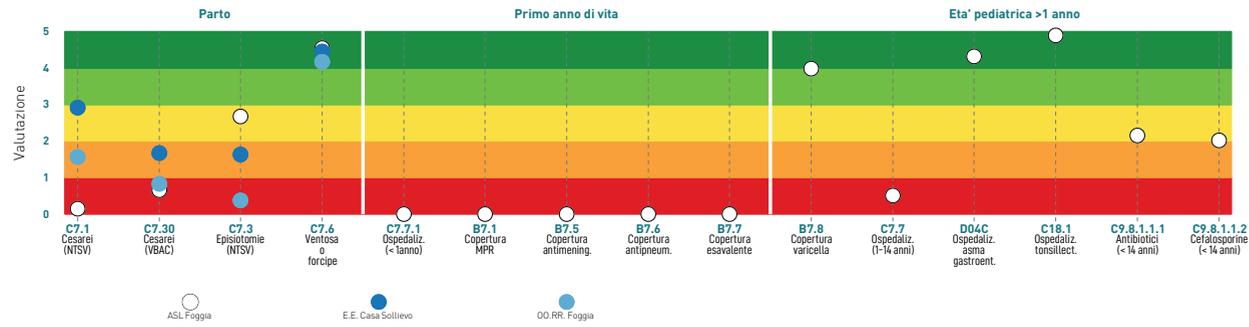
Indicatori Migliorati 
54.5 %

Indicatori Stabili 
18.2 %

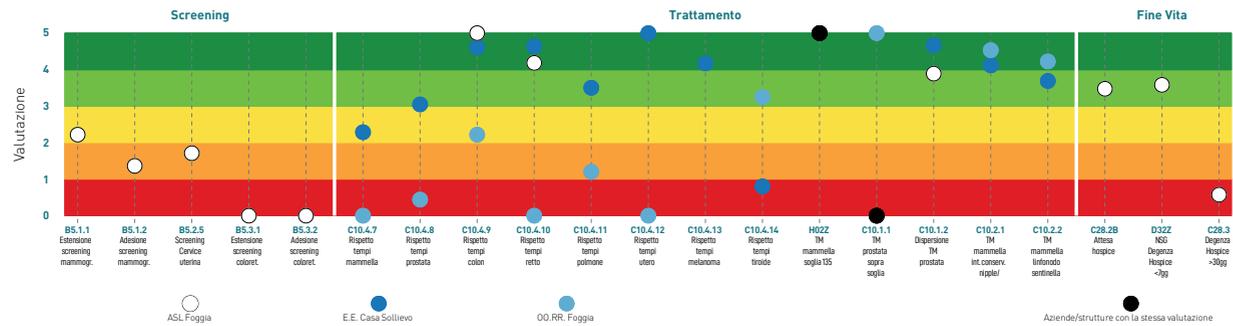
Indicatori Peggiorati 
27.3 %

Valutazione della Performance 2023

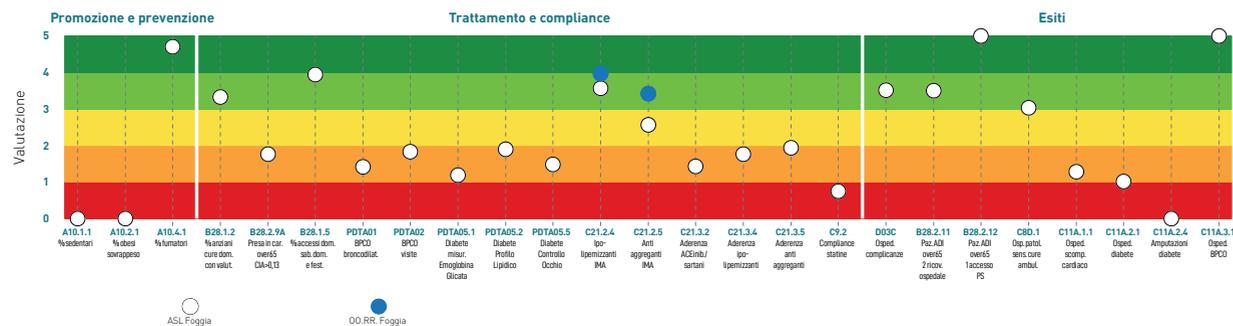




PERCORSO MATERNO INFANTILE

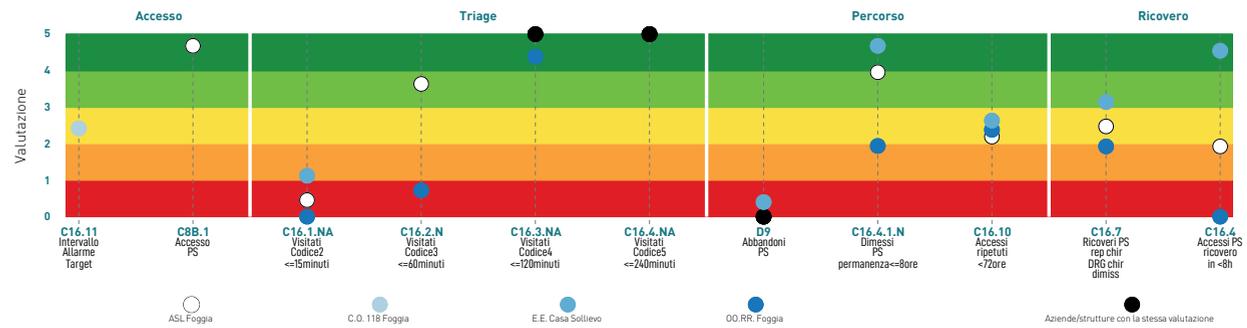


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ASL LECCE

Profilo azienda



Popolazione residente **771.230**

Distretti Sanitari **10**

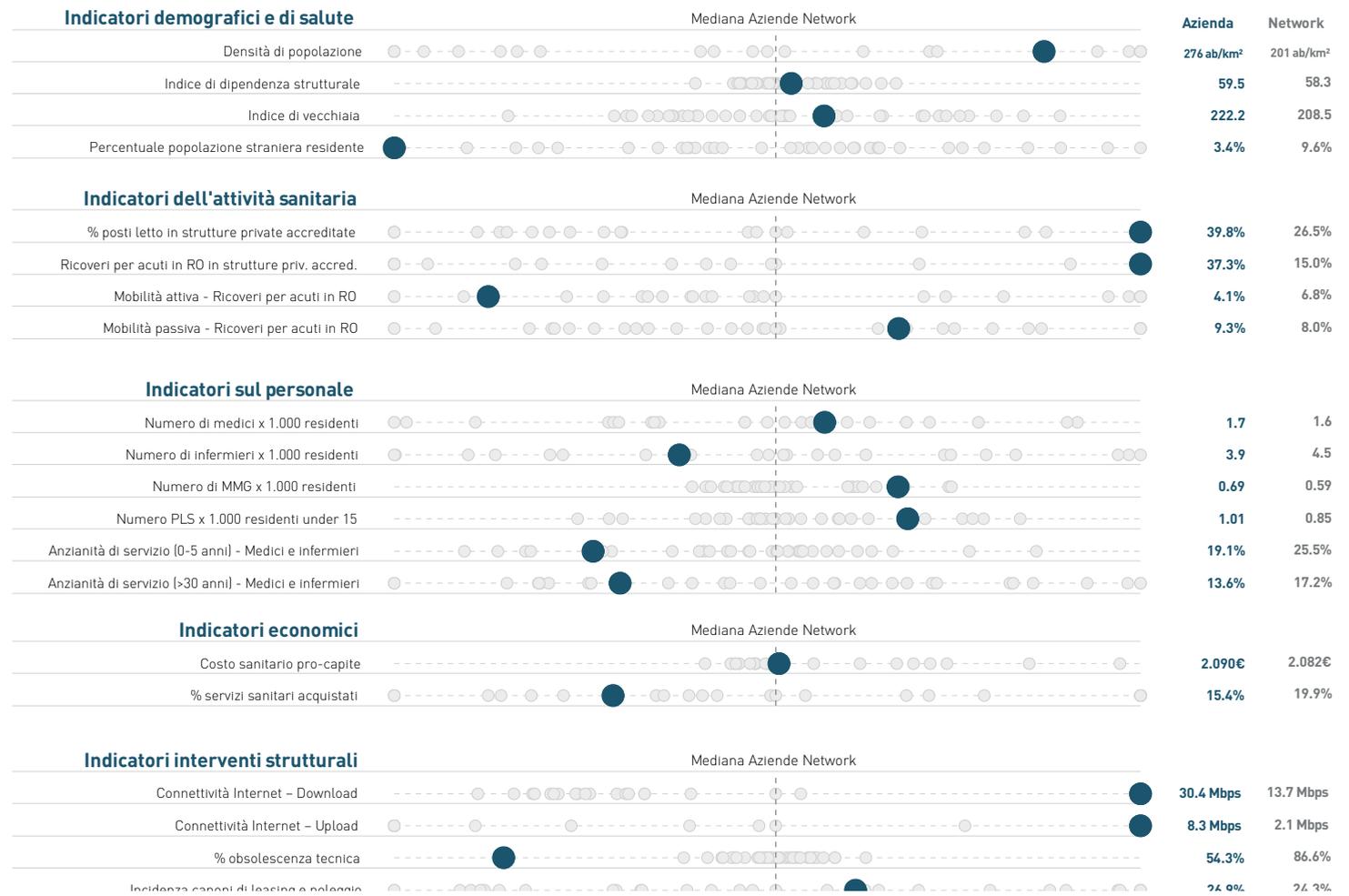
Stabillimenti **14**

- Pubblici **7**

- Privati accreditati **7**

Posti letto **2.279**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ASL LECCE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

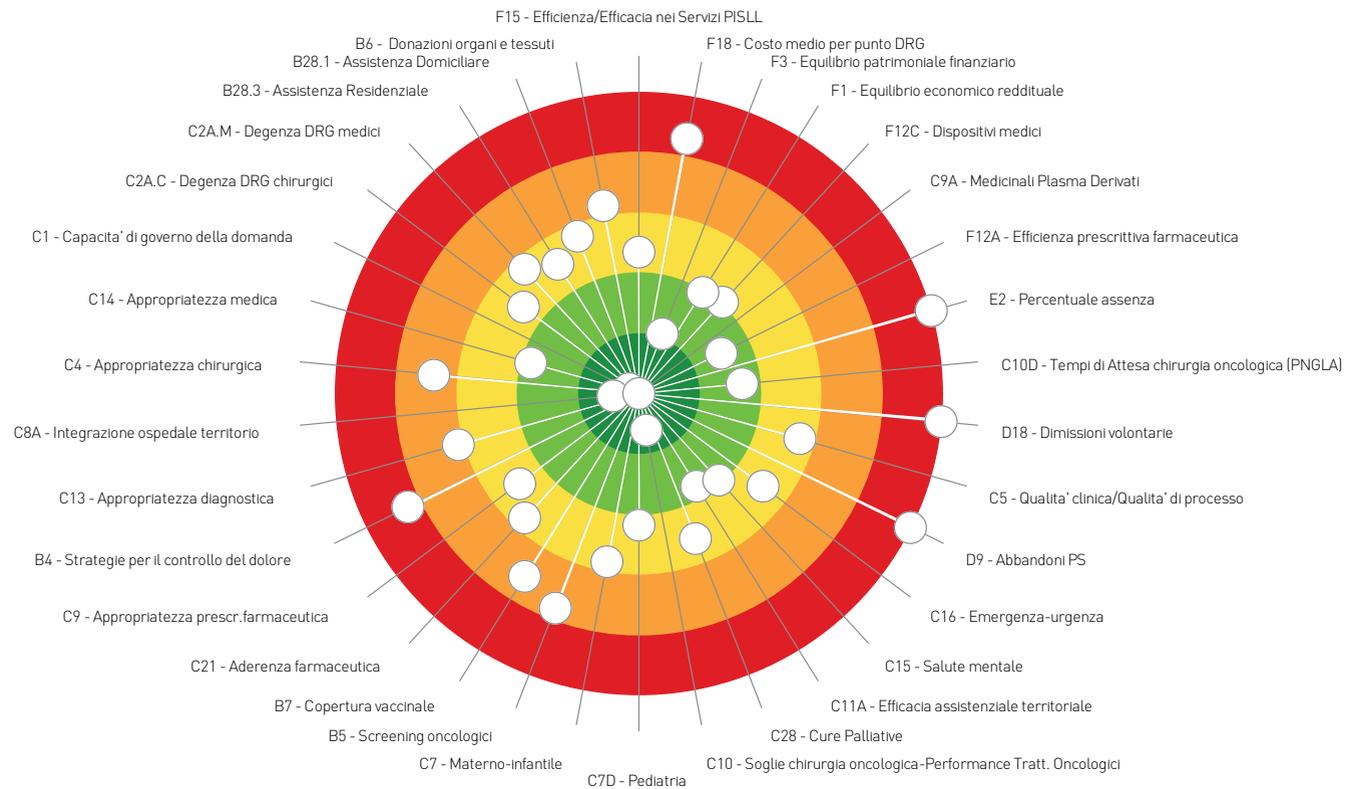
Numero indicatori di valutazione: 127

Indicatori Migliorati ↑
48.0 %

Indicatori Stabili =
6.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
45.7 %

Valutazione della Performance 2023

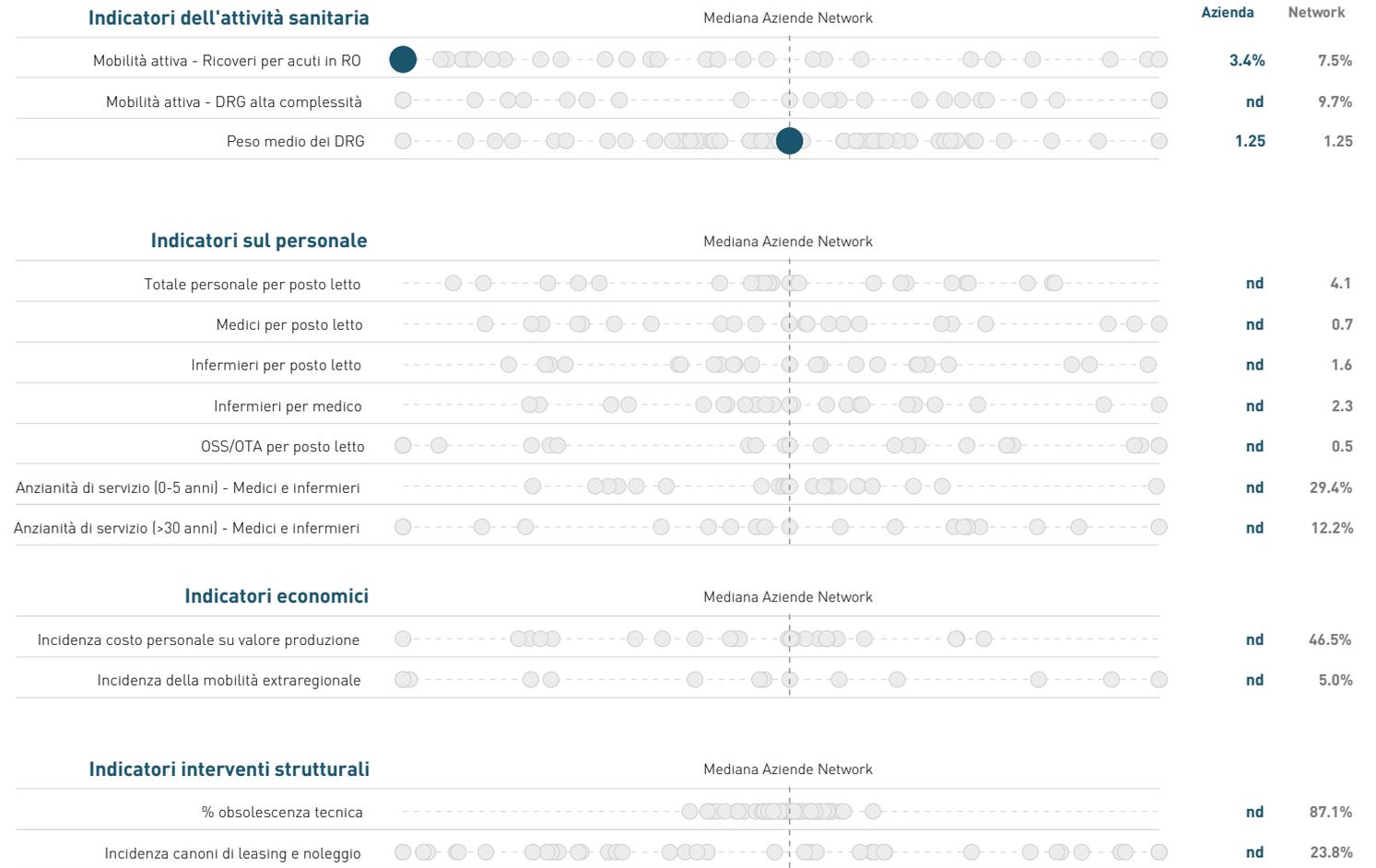


E.E. CARD. PANICO

Profilo azienda



Posti letto	402
- Degenza Ordinaria	375
- Day Hospital/Day surgery	27
Dimissioni totali	21.350
Giornate di degenza ordin.	102.548
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	35.843
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.146



E.E. CARD. PANICO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

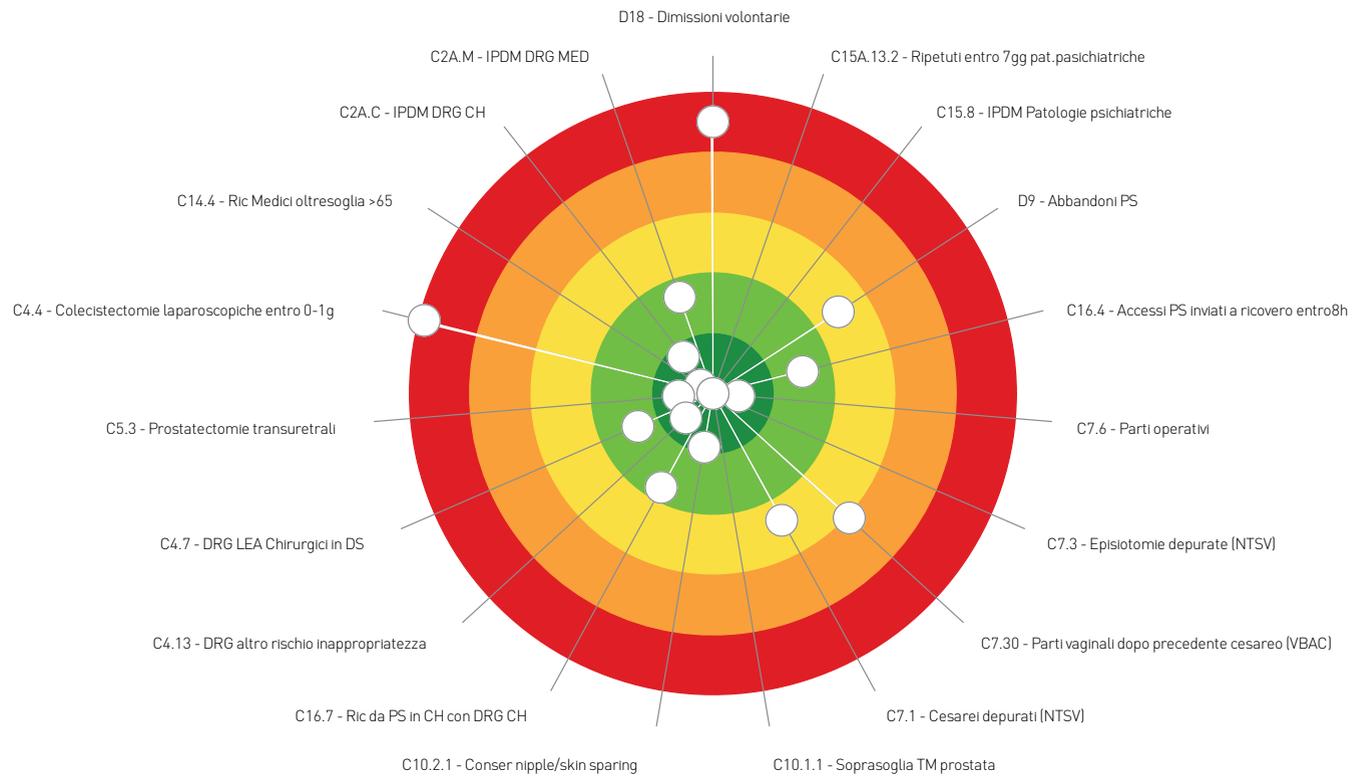
Numero indicatori di valutazione: 20

Indicatori Migliorati ↑
45.0 %

Indicatori Stabili =
15.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
40.0 %

Valutazione della Performance 2023



ASL LECCE

Profilo azienda



Popolazione residente **771.230**

Distretti Sanitari **10**

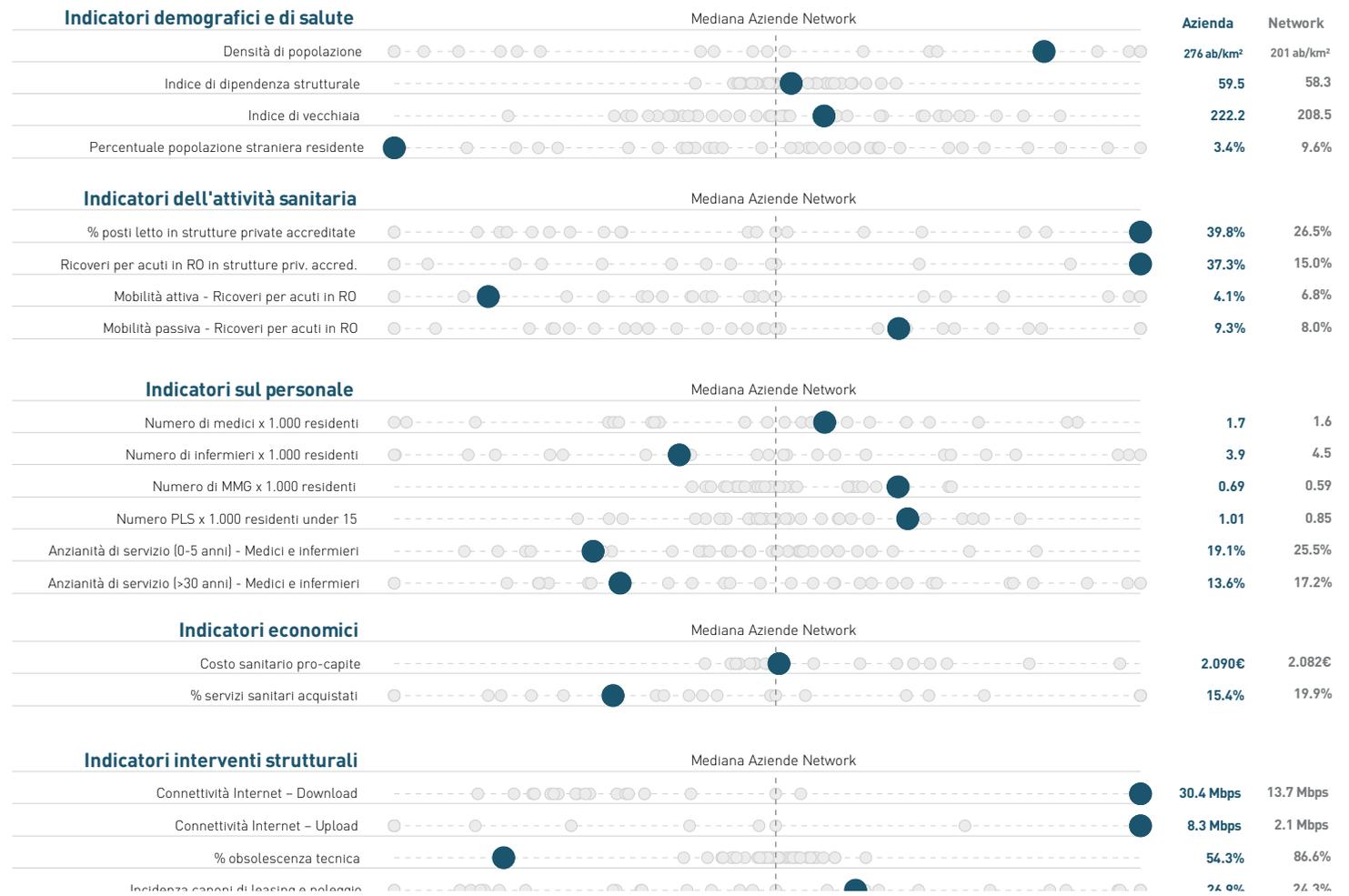
Stabillimenti **14**

- Pubblici **7**

- Privati accreditati **7**

Posti letto **2.279**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ASL LECCE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

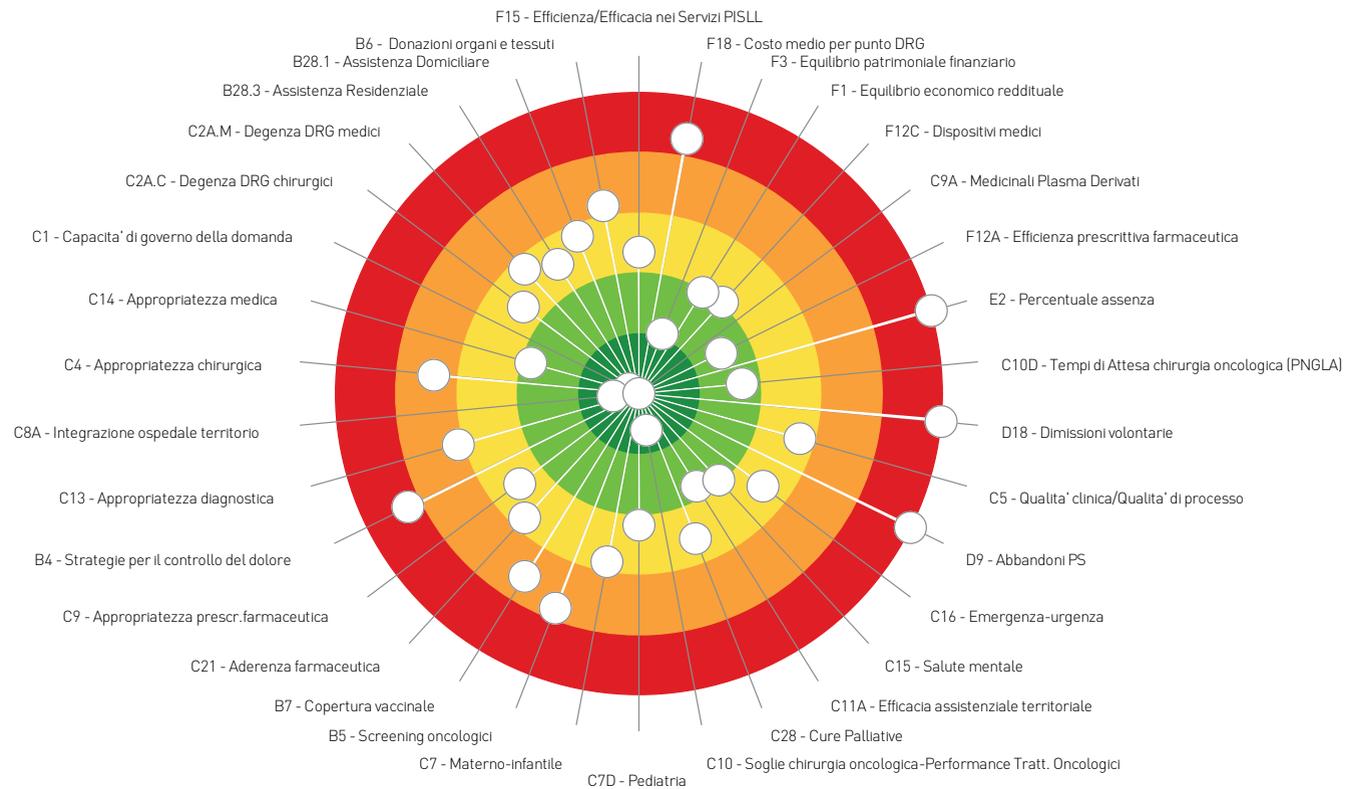
Numero indicatori di valutazione: 127

Indicatori Migliorati ↑
48.0 %

Indicatori Stabili =
6.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
45.7 %

Valutazione della Performance 2023

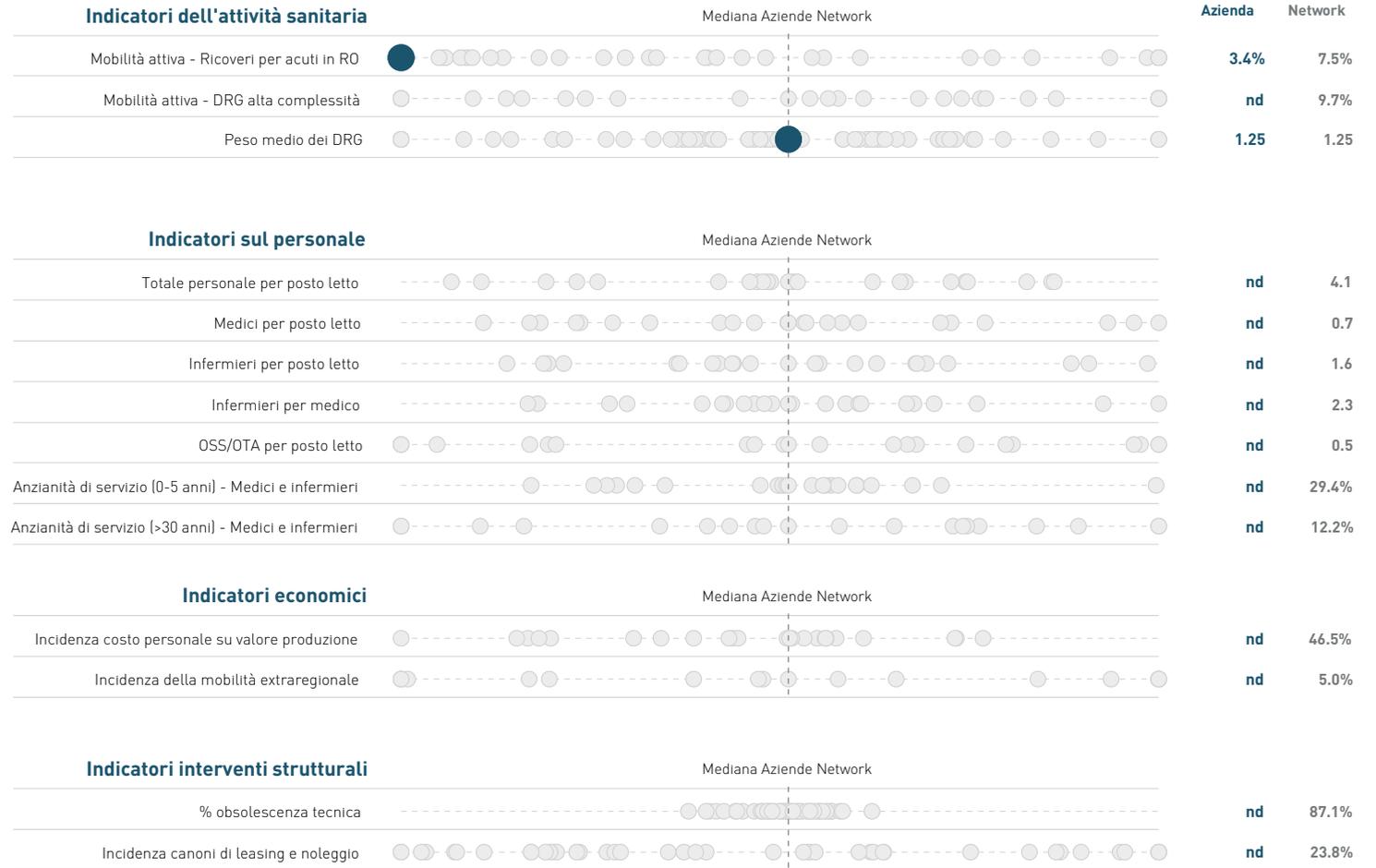


E.E. CARD. PANICO

Profilo azienda



Posti letto	402
- Degenza Ordinaria	375
- Day Hospital/Day surgery	27
Dimissioni totali	21.350
Giornate di degenza ordin.	102.548
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	35.843
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.146



E.E. CARD. PANICO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

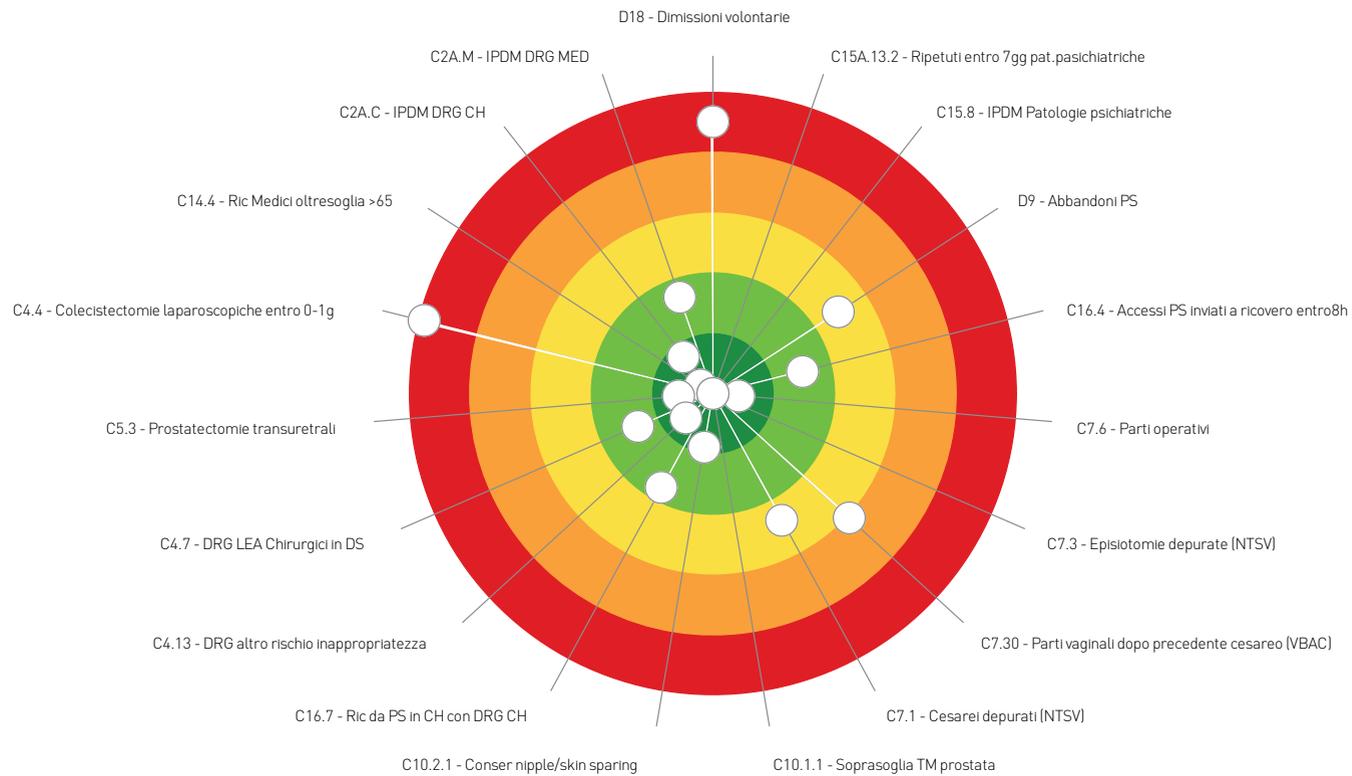
Numero indicatori di valutazione: 20

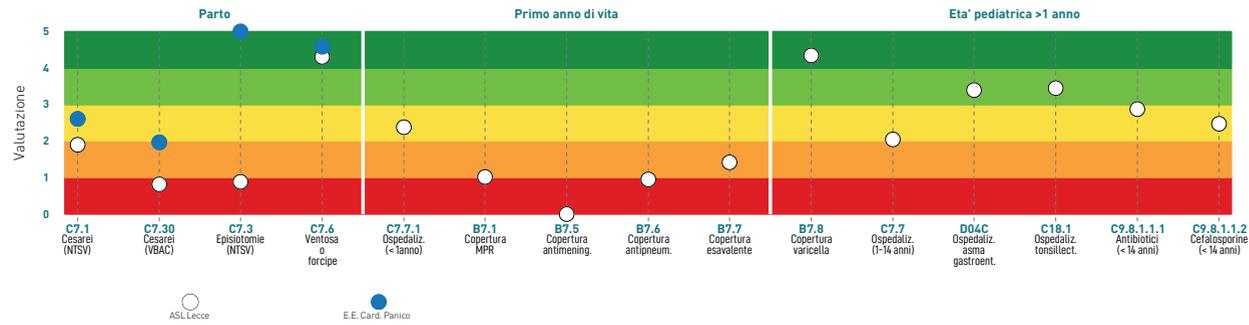
Indicatori Migliorati ↑
45.0 %

Indicatori Stabili =
15.0 %

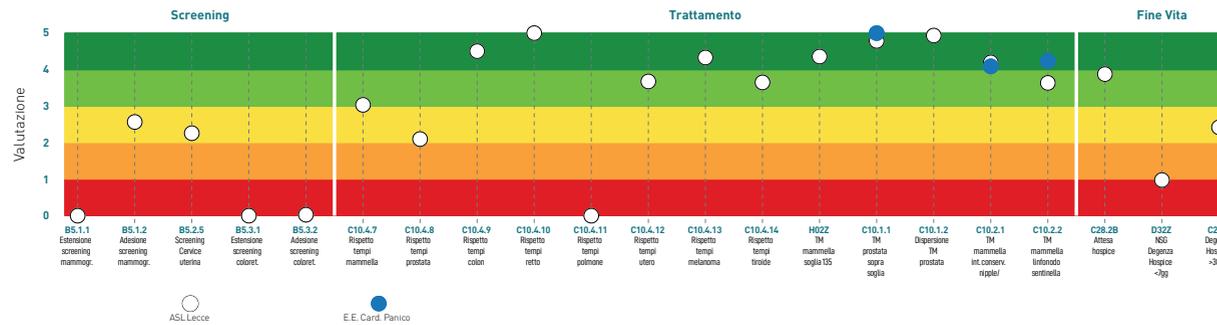
Indicatori Peggiorati ↓
40.0 %

Valutazione della Performance 2023

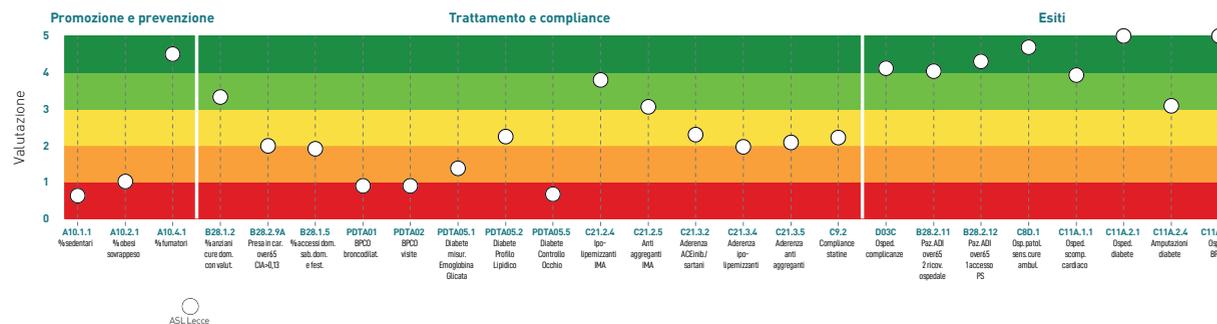




PERCORSO MATERNO INFANTILE

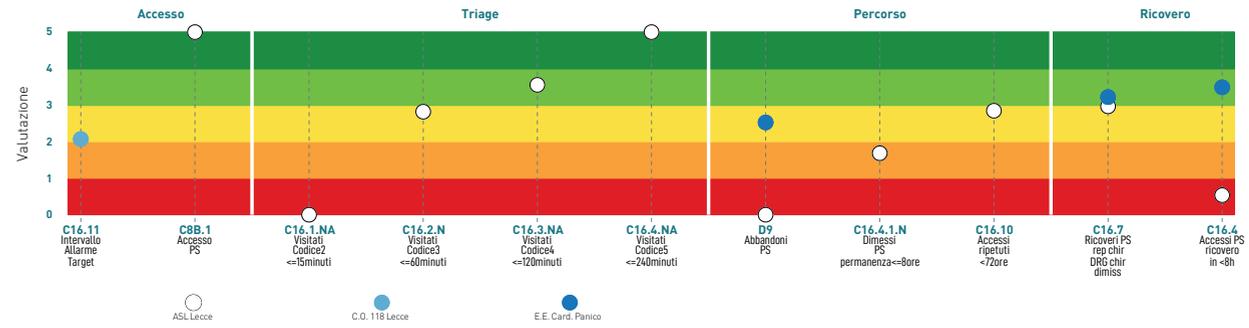


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



Toscana



Popolazione residente **3.661.981**

Aziende Sanitarie Territoriali **3**

Distretti Sanitari **28**

Strutture di ricovero **72**

- Pubbliche **46**

di cui AO/AOU **4**

di cui IRCCS **·**

- Private accreditate **26**

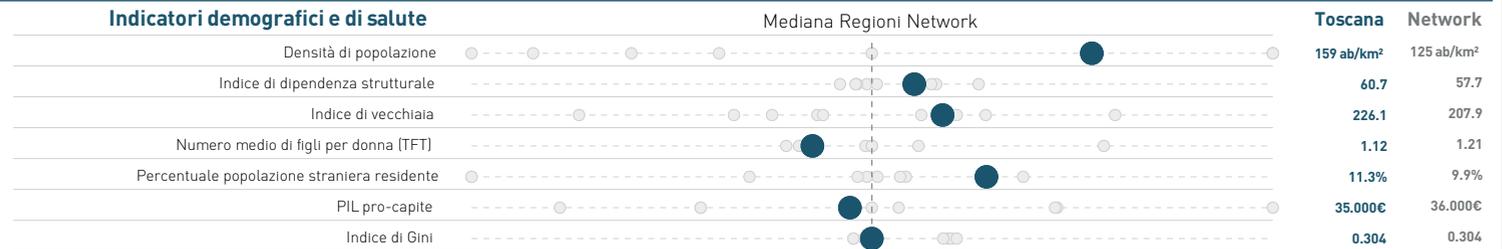
di cui AO/AOU **·**

di cui IRCCS **2**

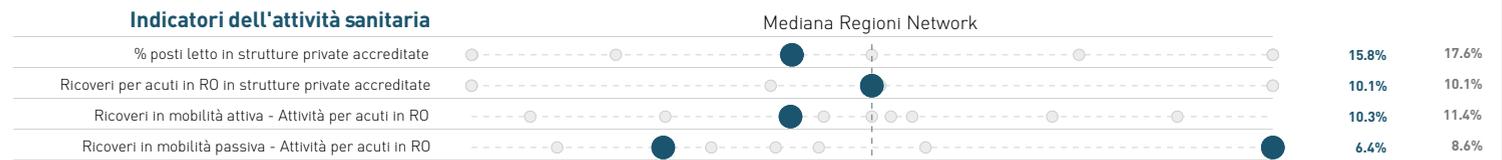
Posti letto Totali **11.706**

*Strutture pubbliche e private accreditate

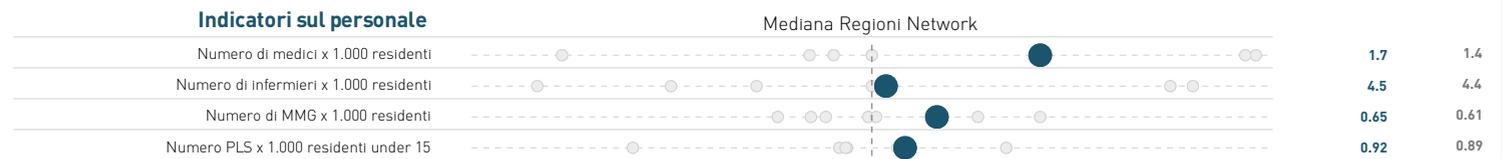
Indicatori demografici e di salute



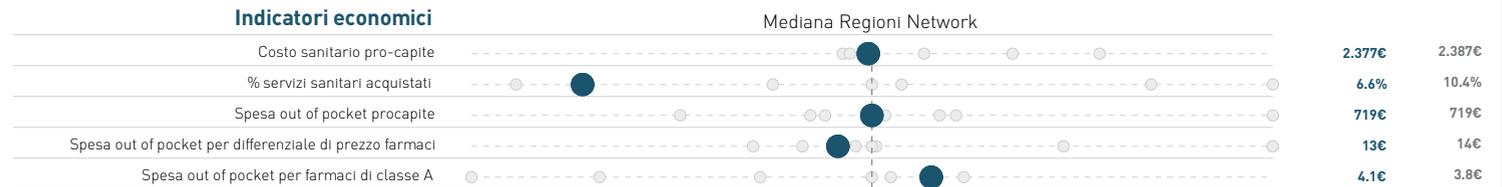
Indicatori dell'attività sanitaria



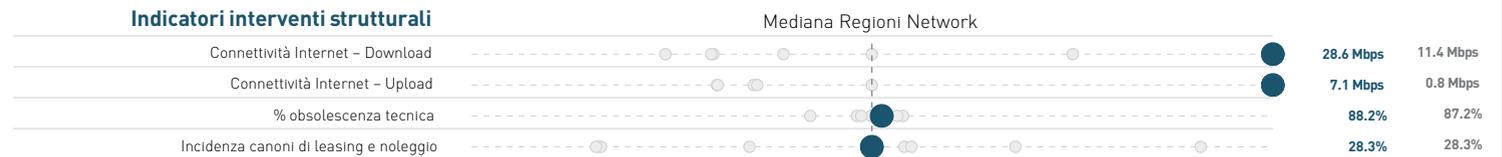
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE TOSCANA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Toscana. Dei 173 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024, la Regione Toscana mostra una performance complessivamente concentrata nella fascia verde bersaglio. In particolare, il 31,45% peggiora tra il 2022 e il 2023, l'16,35% resta stabile e il 52,2% migliora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness e l'esperienza degli utenti, le sfide post-COVID** e, infine, **l'efficienza**.

La maggioranza degli indicatori associati alla dimensione dell'**assistenza sanitaria e socio-sanitaria** evidenziano risultati positivi. Particolarmente performanti sono gli indicatori riguardanti l'appropriatezza chirurgica (C4), con una stabilità nella percentuale di ricoveri in Day-Surgery (C4.7) rispetto all'anno precedente, a testimonianza del comportamento virtuoso delle aziende. Emergono criticità circa l'appropriatezza diagnostica (C13), con un aumento del tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti di età pari o superiore a 65 anni (C13A.2.2.2), suggerendo un possibile utilizzo improprio di questa metodica in alcune aree territoriali. Nonostante ciò, si osserva una performance positiva nell'integrazione ospedale-territorio (C8A), benché sia aumentato il tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti (C8D.1) in tutte le aziende. Tuttavia, il tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1), è in netto peggioramento, in aumento di circa 20 punti. La Toscana mantiene un'ottima performance per gli indicatori di efficienza dell'attività di ricovero, come l'indice di performance della degenza media. A livello regionale, la degenza media per l'area medica (C2A.M) è aumentata di circa 0,1 giorni per ricovero rispetto alla media 2023 delle regioni del Network, un trend in crescita a causa della maggiore complessità dei pazienti nell'area medica. Nell'area chirurgica, si osserva una continua riduzione dell'indice di performance della degenza media (C2A.C), confermando l'efficientamento e l'organizzazione delle aziende toscane nei percorsi chirurgici. Gli indicatori sull'appropriatezza prescrittiva sul territorio mostrano un peggioramento rispetto al 2022. Il consumo di antibiotici sul territorio (C9.8.1.1) è aumentato di 1,5 giornate di terapia per 1.000 abitanti, mentre in età pediatrica (C9.8.1.1.1) è aumentato di 5,4 giornate di terapia per 1.000 abitanti, avvicinandosi ai livelli pre-COVID. La percentuale di antibiotici Access (C9.8.1.7) utilizzata è cresciuta dal 48,4% al 52,4%, ma ancora sotto l'obiettivo del 60% raccomandato dall'OMS per il 2023. Anche il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero (C9.12) è leggermente aumentato, passando da 75,1 a 76,7 giornate di terapia per 100 giorni di degenza.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la regione Toscana mostra risultati tendenzialmente positivi. Analizzando il percorso materno-infantile, nella fase del parto si registra un miglioramento nei parti cesarei depurati (C7.1), scesi al 17,1% rispetto al 18,4% del 2022, e nella percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (C7.30), che raggiunge il 25% contro il 18,7% dell'anno precedente. Ottimi risultati anche per l'indicatore relativo alle episiotomie depurate (C7.3), che continua a diminuire in tutta la Regione, mentre la percentuale di parti operativi (C7.6) rimane sostanzialmente stabile e in linea con la media delle regioni del Network. Nella fase del primo anno di vita, i tassi di ospedalizzazione si mantengono stabili. La copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia) (B7.1) e per il vaccino esavalente obbligatorio (B7.7) resta eccellente, rispettivamente al 97% e 98%, confermando la Toscana come best practice all'interno del Network delle regioni. Tuttavia, la copertura vaccinale per il meningococco non risulta ottimale, stabile al 91%. Durante l'età pediatrica successiva al primo anno di vita, si osserva un'ottima copertura vaccinale contro la varicella (B7.8) e tassi di ospedalizzazione che mostrano una performance medio-buona. L'uso di antibiotici, in particolare delle cefalosporine (C9.8.1.1.2), è nella media del Network, sebbene si osservi un aumento costante nel corso del triennio. La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente buona. Ottima la fase degli screening, con la sola adesione allo screening colorettole (B5.3.2) in fascia gialla, ma in aumento di 5 punti percentuali rispetto al 2022 e pari al 46% nel 2023. Nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, molti indicatori si posizionano nelle fasce alte (verde scuro e verde chiaro) del pentagramma. In particolare, spiccano gli indicatori sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi con priorità A per il tumore al colon, retto, melanoma e tiroide. Da segnalare comunque il generale miglioramento nella tempestività degli interventi chirurgici per tumori. Ottimali i risultati sull'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della prostata (C10.1.1), sulla quota di interventi conservativi nipple/skin-sparing (C10.2.1) e la gestione dei linfonodi sentinella (C10.2.2), dove la regione Toscana si

attesta come best practice del Network delle regioni. Rimangono stabili gli indicatori relativi alla presa in carico tempestiva da parte degli hospice dei casi segnalati (C28.2B), pari al 94,3% di pazienti presi in carico entro 3 giorni dalla segnalazione, e dei casi con degenza in hospice superiore a 30 gg (C28.3). Critico invece il numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero inferiore ai 7 giorni, pari al 31,37%. Per il percorso emergenza-urgenza nel 2023, a fronte di un continuo aumento nei tassi di accesso al Pronto Soccorso (C8B.1), che si attesta a 347 accessi ogni 1.000 residenti, si osserva un leggero miglioramento negli accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (C16.4), seppur resti ancora critico per molti pronto soccorso, con un valore medio regionale pari al 62,1%. Migliora in generale la tempestività di presa in carico in PS per tutti i codici durante la fase del triage, anche per i codici priorità 2 (C16.1.NA), per i quali è prevista un'attesa massima di 15 minuti per la prima visita, ma segnalando che il codice 2 nel 2023 continua a non registrare i valori attesi dalle linee guida nazionali. Nel percorso cronicità, la performance nella fase di promozione e prevenzione risulta eterogenea. La percentuale di sedentari (A10.1.1) rimane stabile al 31% (fascia arancione), mentre la percentuale di persone obese o sovrappeso (A10.2.1) si attesta al 38% (fascia gialla). In miglioramento, invece, la percentuale di fumatori (A10.4.1), che scende dal 24,8% del 2022 al 22,6% del 2023, posizionandosi in fascia verde scura. La fase di trattamento e compliance si colloca tendenzialmente nella media delle regioni del Network, ma permangono criticità nella gestione dei pazienti diabetici e nella compliance alla terapia con statine (C9.2). In compenso, la fase di esiti mostra un'ottima performance: i tassi di ospedalizzazione per diabete (C11A.2.1) e BPCO (C11A.3.1) sono i più bassi tra le regioni del Network, con rispettivamente 10,09 e 14,45 ricoveri per 100.000 abitanti.

Gli indicatori di **qualità e sicurezza** delle cure valutano tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività e correttezza delle prestazioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni negli over-65 (H13C) è sensibilmente migliorata, passando dal 66,3% nel 2022 all'77,8%. Anche le colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4) mostrano un trend triennale in miglioramento, mentre le dimissioni volontarie da ricovero (D18) a livello regionale restano stabili allo 0,68% in fascia verde chiara.

Sul piano dell'**efficienza**, il monitoraggio della spesa farmaceutica è cruciale per la sostenibilità del SSN, specialmente con l'introduzione di medicinali costosi. La Regione Toscana ha mostrato un'ottima efficienza prescrittiva farmaceutica, con l'87,5% delle molecole prescritte nel 2023 appartenenti a farmaci a brevetto scaduto o presenti in lista di trasparenza (F12A.14). Nel 2023, è stata introdotta la valutazione di tre indicatori sui dispositivi medici ad alto consumo e basso costo. La spesa ospedaliera per dispositivi di largo consumo, come siringhe, assorbenti e guanti, ha mostrato una riduzione generale. Analizzando il quadro economico generale, l'equilibrio di bilancio (F1.1) mostra un leggero squilibrio tra i costi ed il complesso delle risorse disponibili. Nonostante queste criticità, l'attività sanitaria ha mostrato un miglioramento, suggerendo che le problematiche del 2022 non fossero dovute a inefficienze nell'attività sanitaria. Di fatti, il costo medio per punto DRG (F18.1) è il più contenuto delle regioni del Network, pari a 5.646€ nel 2022.

Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le **sfide post-COVID**. In particolare, la gestione del personale emerge come una sfida prioritaria. Nel 2022 si è registrato un incremento delle assenze (E2) in tutte le regioni del Network, con un tasso di assenza pari al 14,2% per la regione Toscana, in aumento di oltre 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Sebbene si noti un leggero progresso verso la parità di genere, con l'indice del soffitto di cristallo (E2B) che si avvicina al valore di equilibrio, rimane ancora sopra 1,5, indicando la persistenza di ostacoli alla crescita professionale a delle donne all'interno dell'azienda, nelle posizioni apicali. Gli indicatori sulla sanità digitale evidenziano una performance positiva nella dematerializzazione e nella prescrizione elettronica, con percentuali che superano il 90% tra i medici in convenzione (B24B.1.1 e B24B.1.2). Tuttavia, i valori sono minori per la percentuale di specialisti prescrittori che utilizzano la dematerializzazione (B24B.3.1 e B24B.3.2), seppur in aumento in quasi tutte le osservazioni, sia per le ricette farmaceutiche che per quelle dematerializzate.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

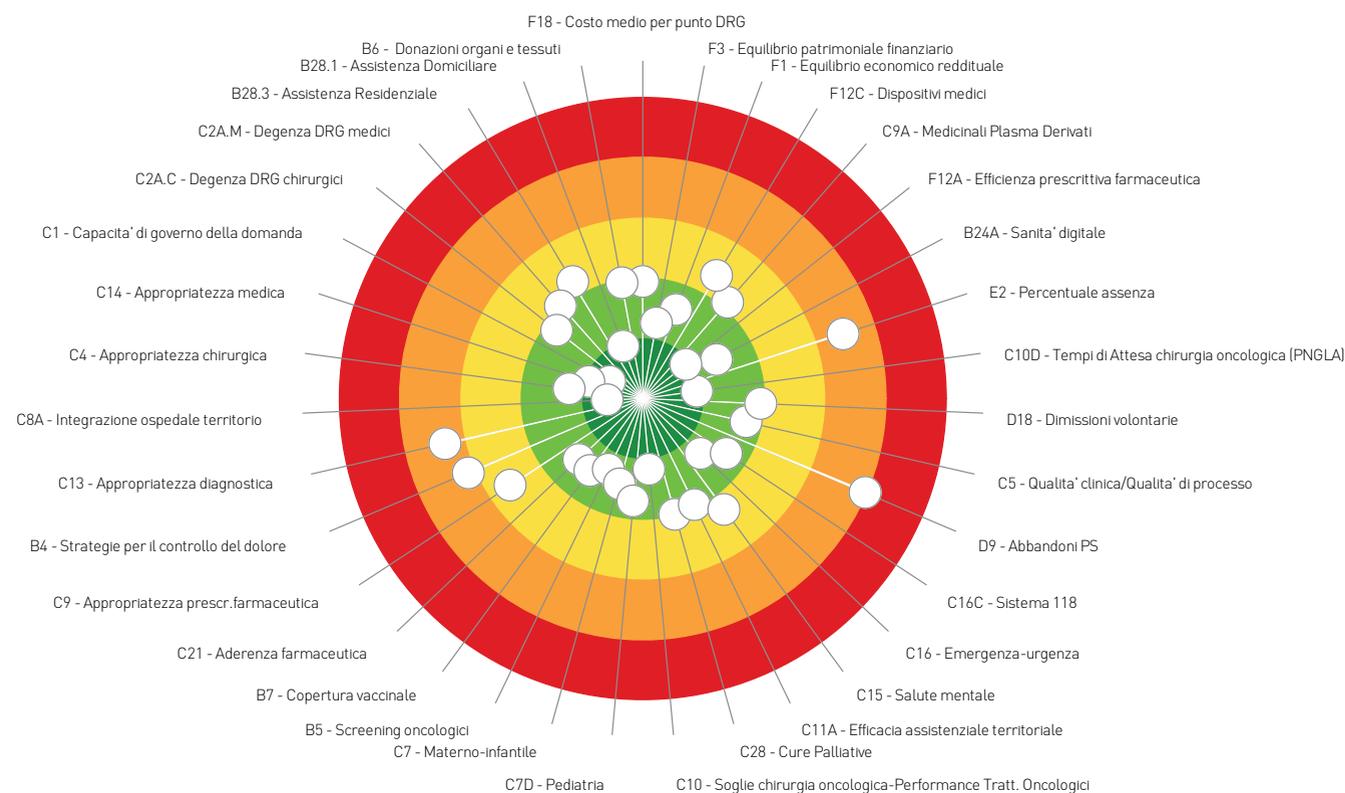
Numero indicatori di valutazione: 159

Indicatori Migliorati ↑
52.2 %

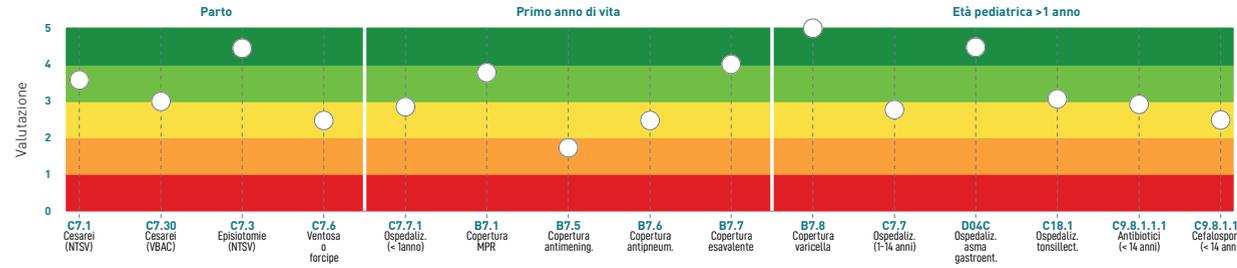
Indicatori Stabili =
16.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
31.4 %

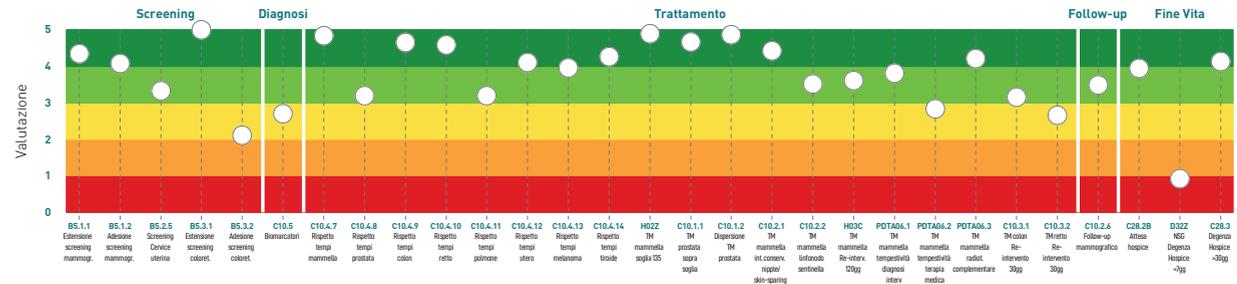
Valutazione della performance 2023



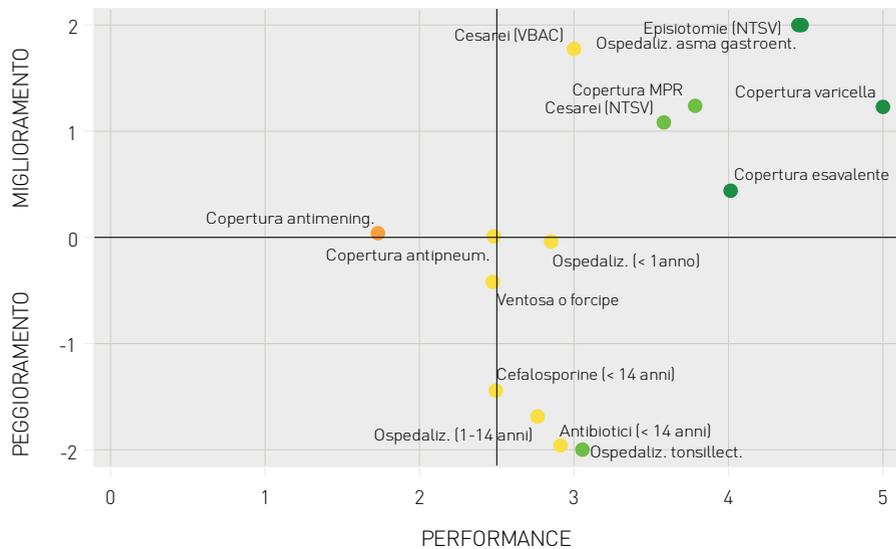
PERCORSO MATERNO INFANTILE



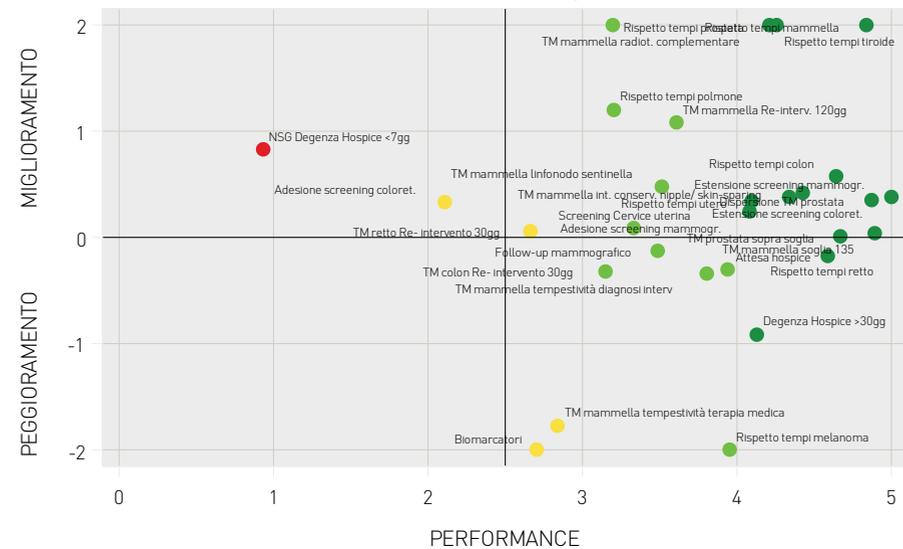
PERCORSO ONCOLOGICO

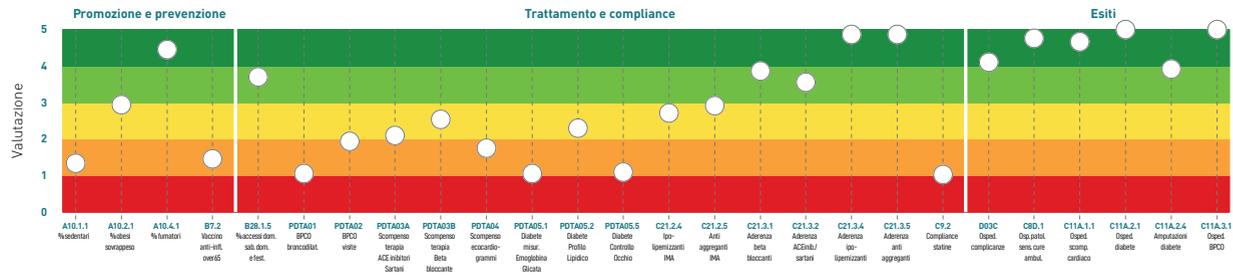


Percorso Materno infantile

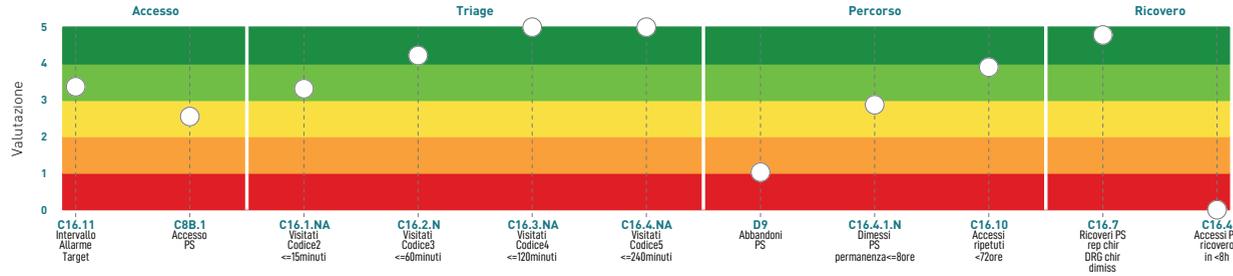


Percorso Oncologico

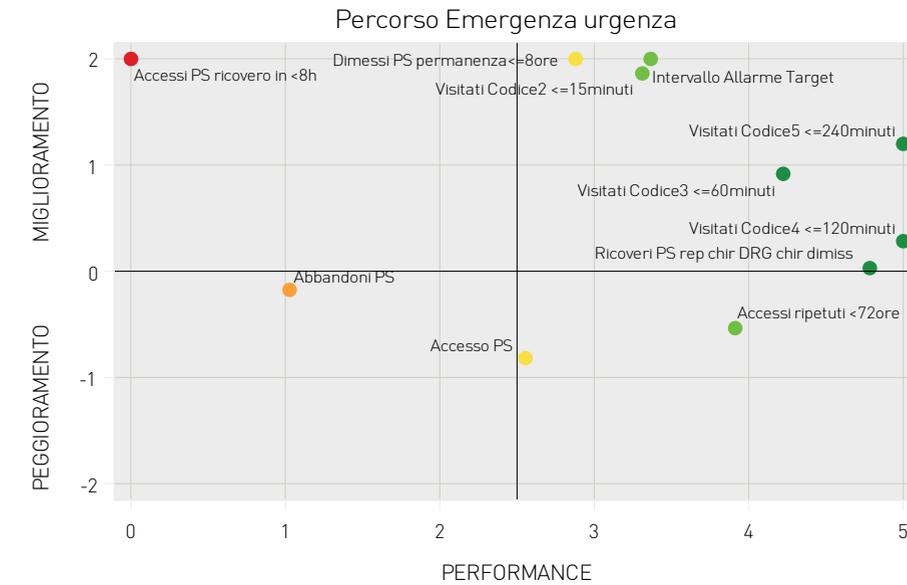
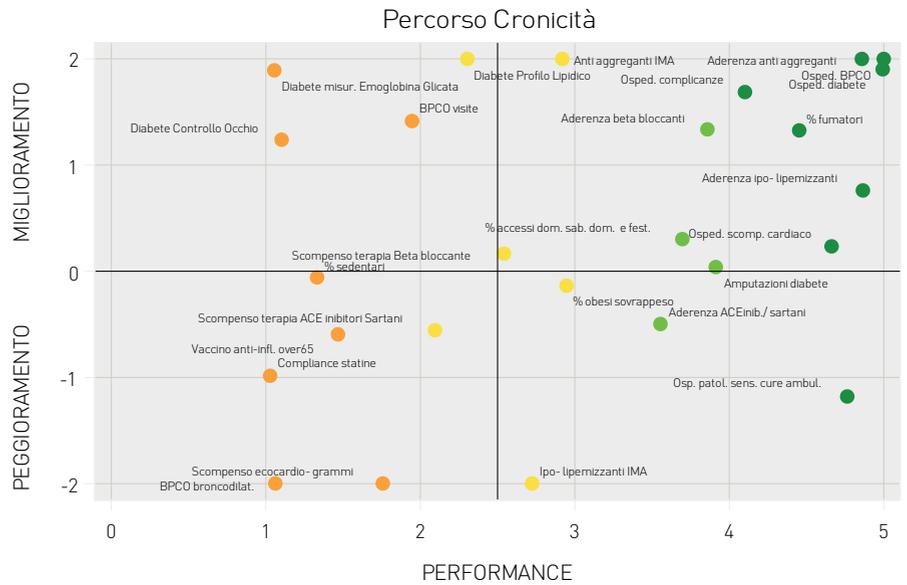




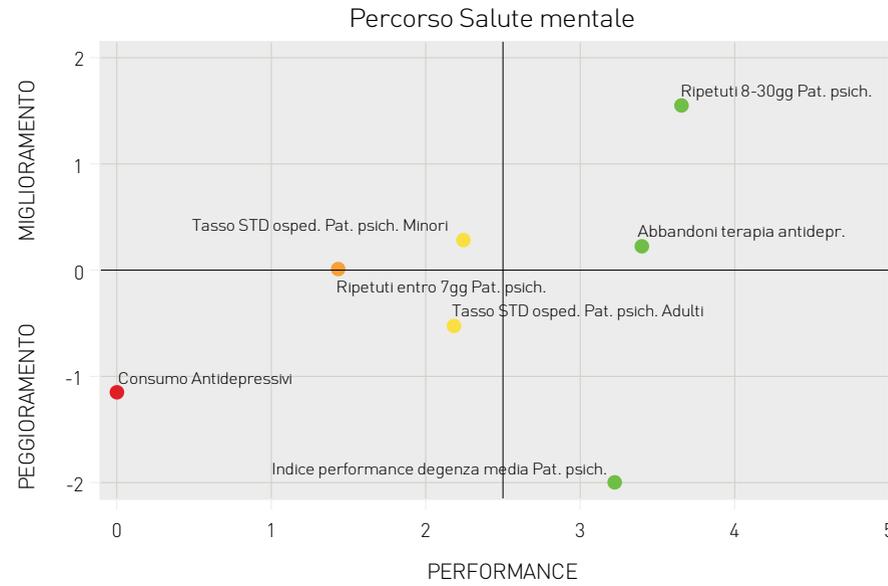
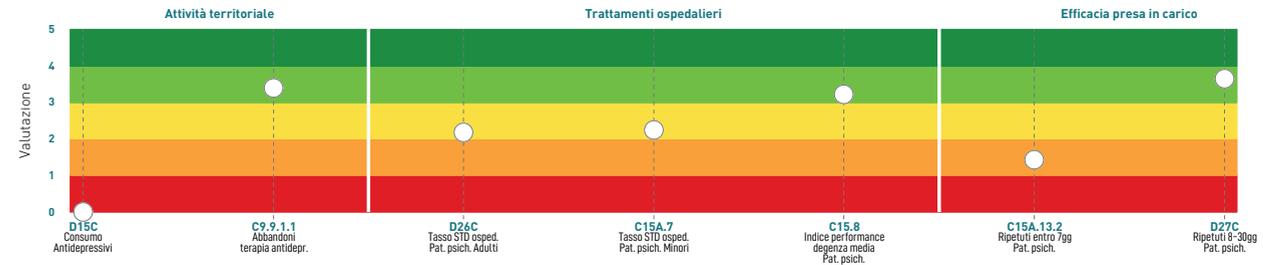
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE TOSCANA



AUSL CENTRO

Profilo azienda



Popolazione residente **1.604.409**

Distretti Sanitari **8**

Stabillimenti **23**

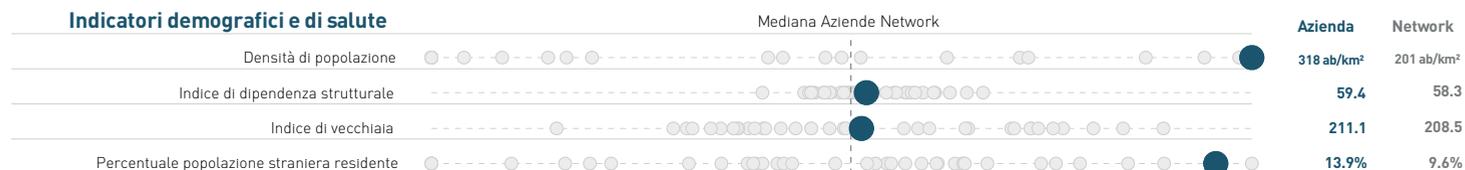
- Pubblici **13**

- Privati accreditati **10**

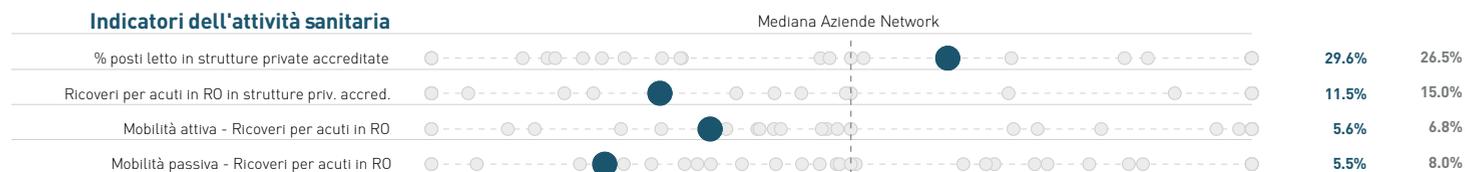
Posti letto **3.603**

*Strutture pubbliche e private accreditate

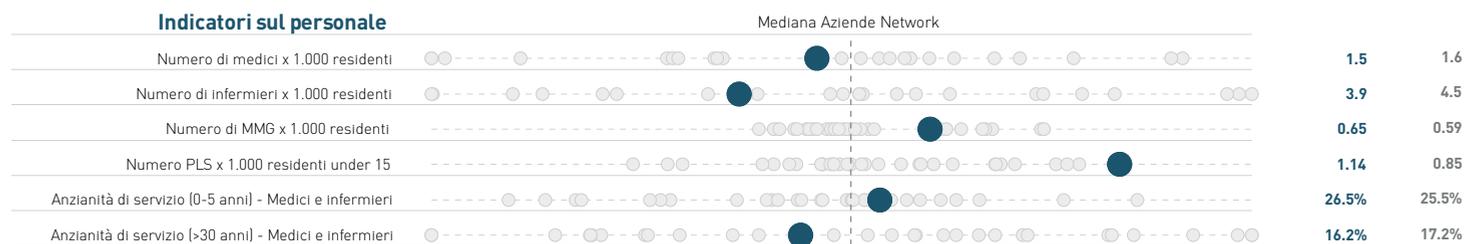
Indicatori demografici e di salute



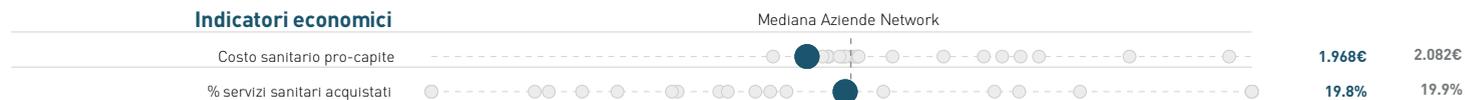
Indicatori dell'attività sanitaria



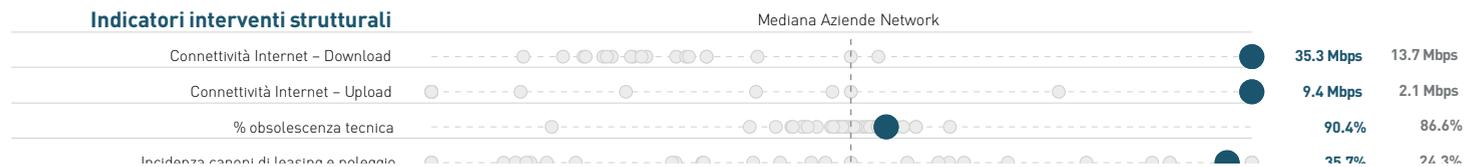
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



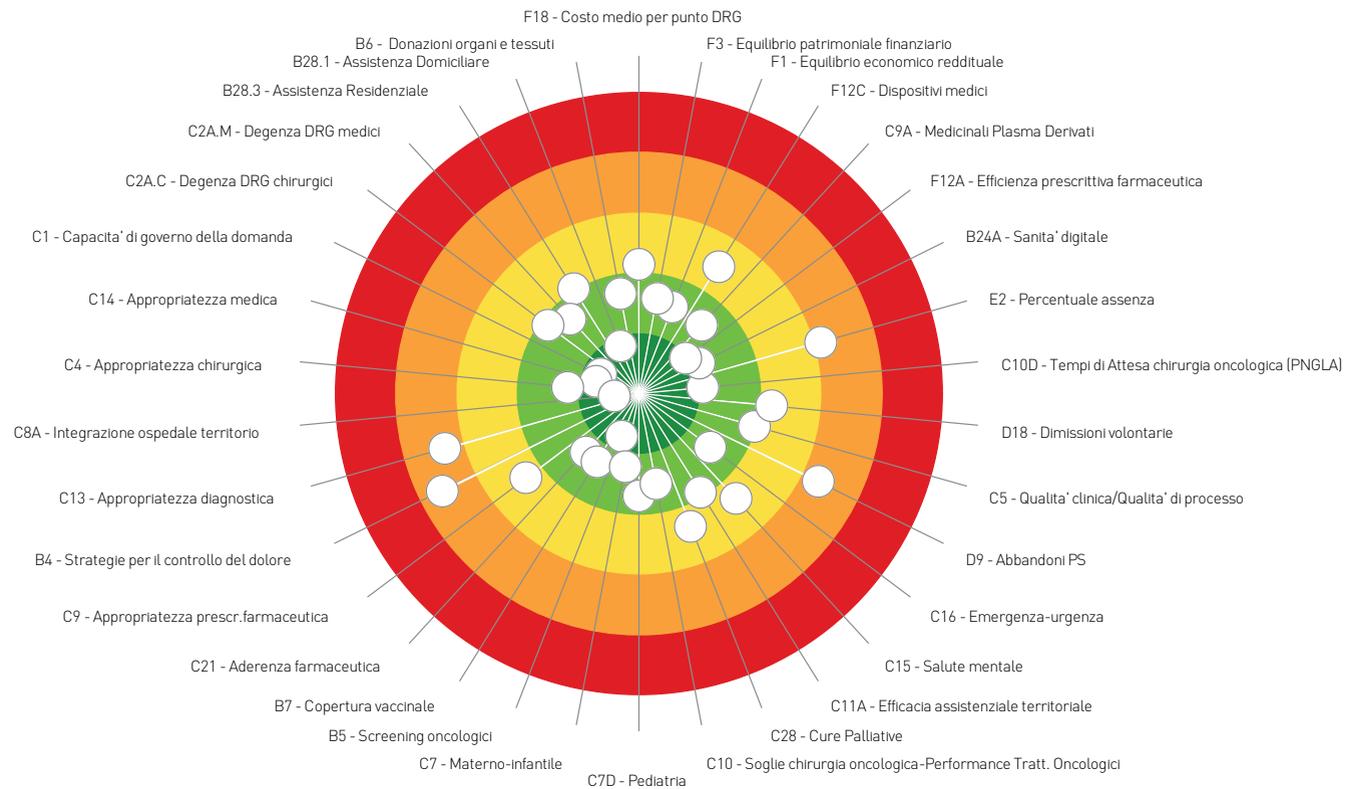
AUSL CENTRO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023



Valutazione della Performance 2023

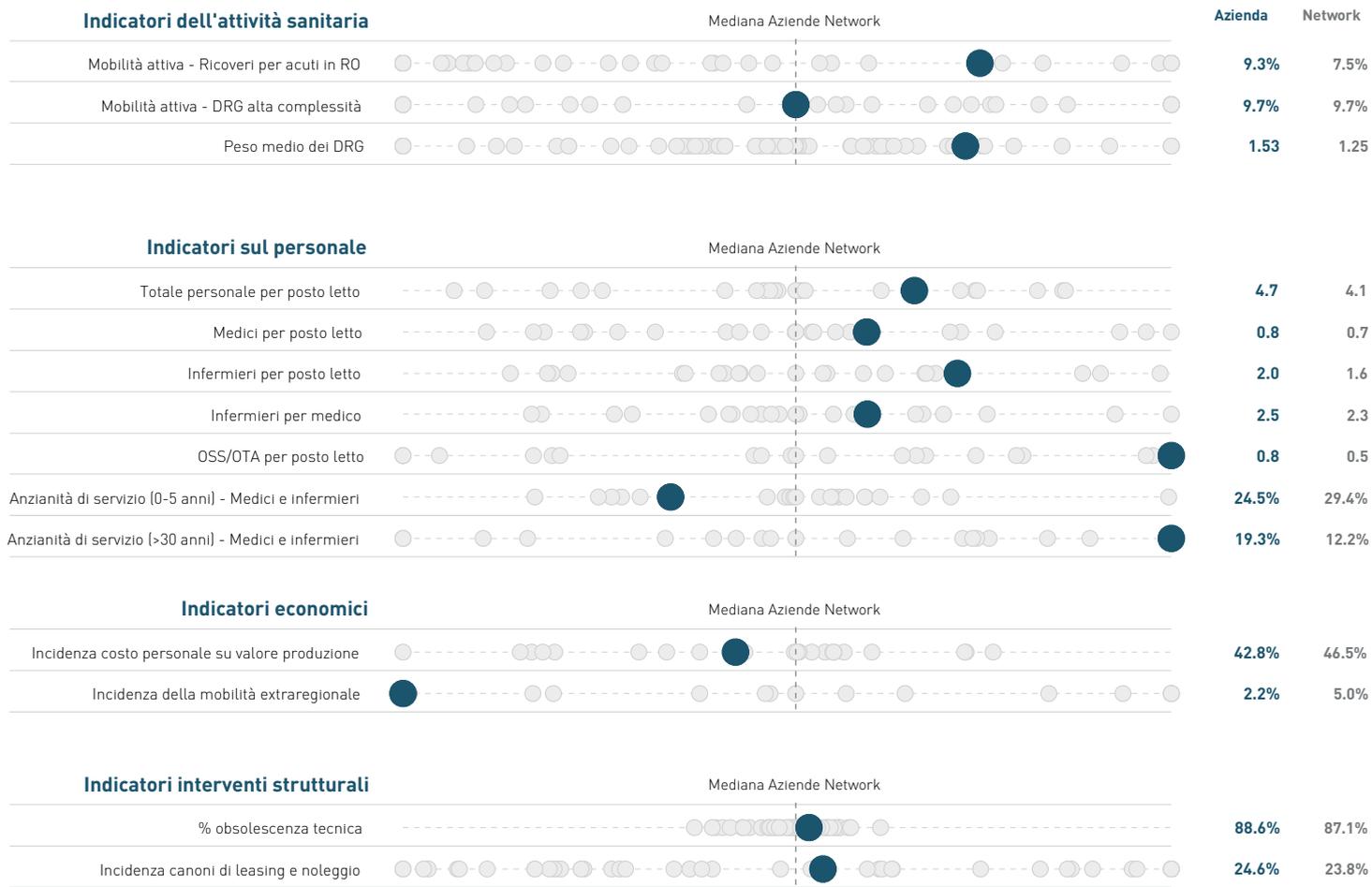


AOU CAREGGI

Profilo azienda



Posti letto	1.067
- Degenza Ordinaria	949
- Day Hospital/Day surgery	118
Dimissioni totali	58.444
Giornate di degenza ordin.	289.556
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	100.144
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.033



AOU CAREGGI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 66

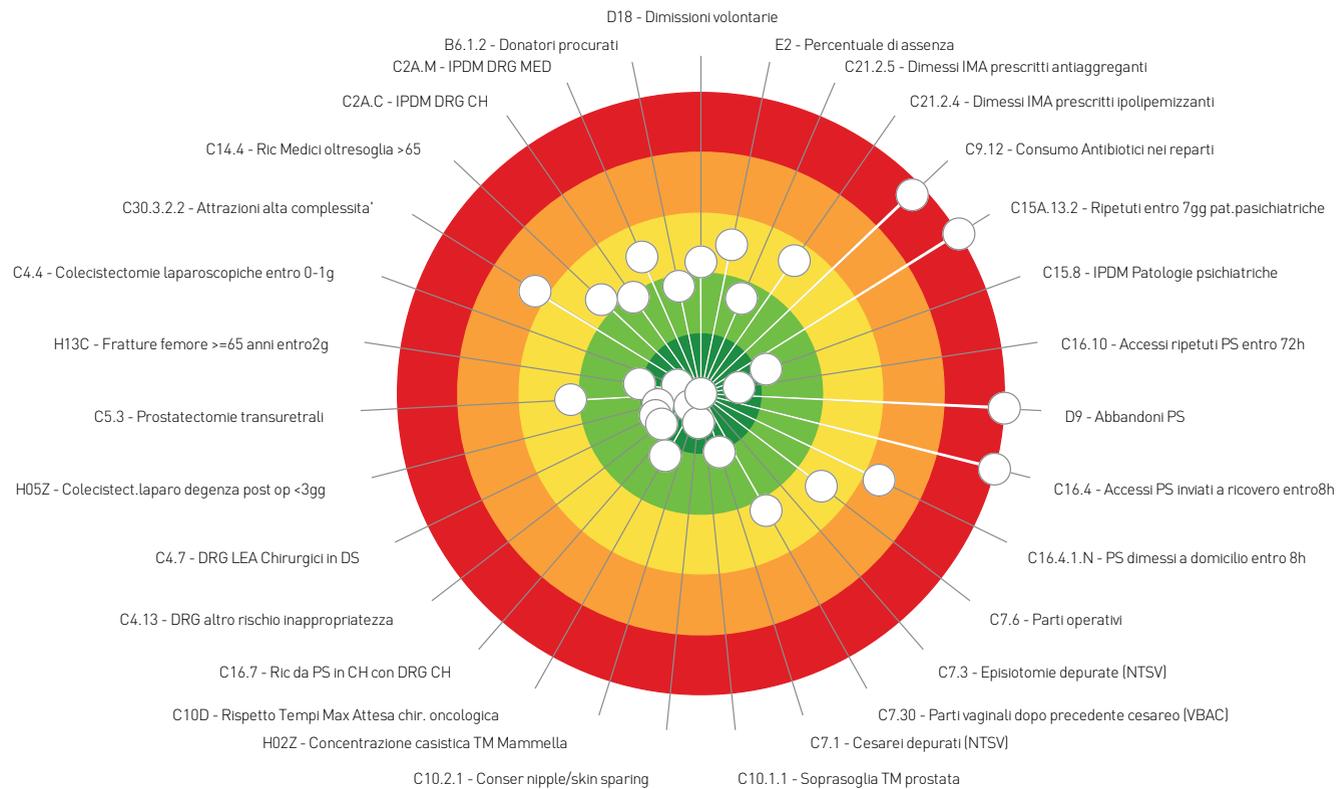
Indicatori Migliorati ↑
50.0 %

Indicatori Stabili =
10.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
39.4 %

Valutazione della Performance 2023

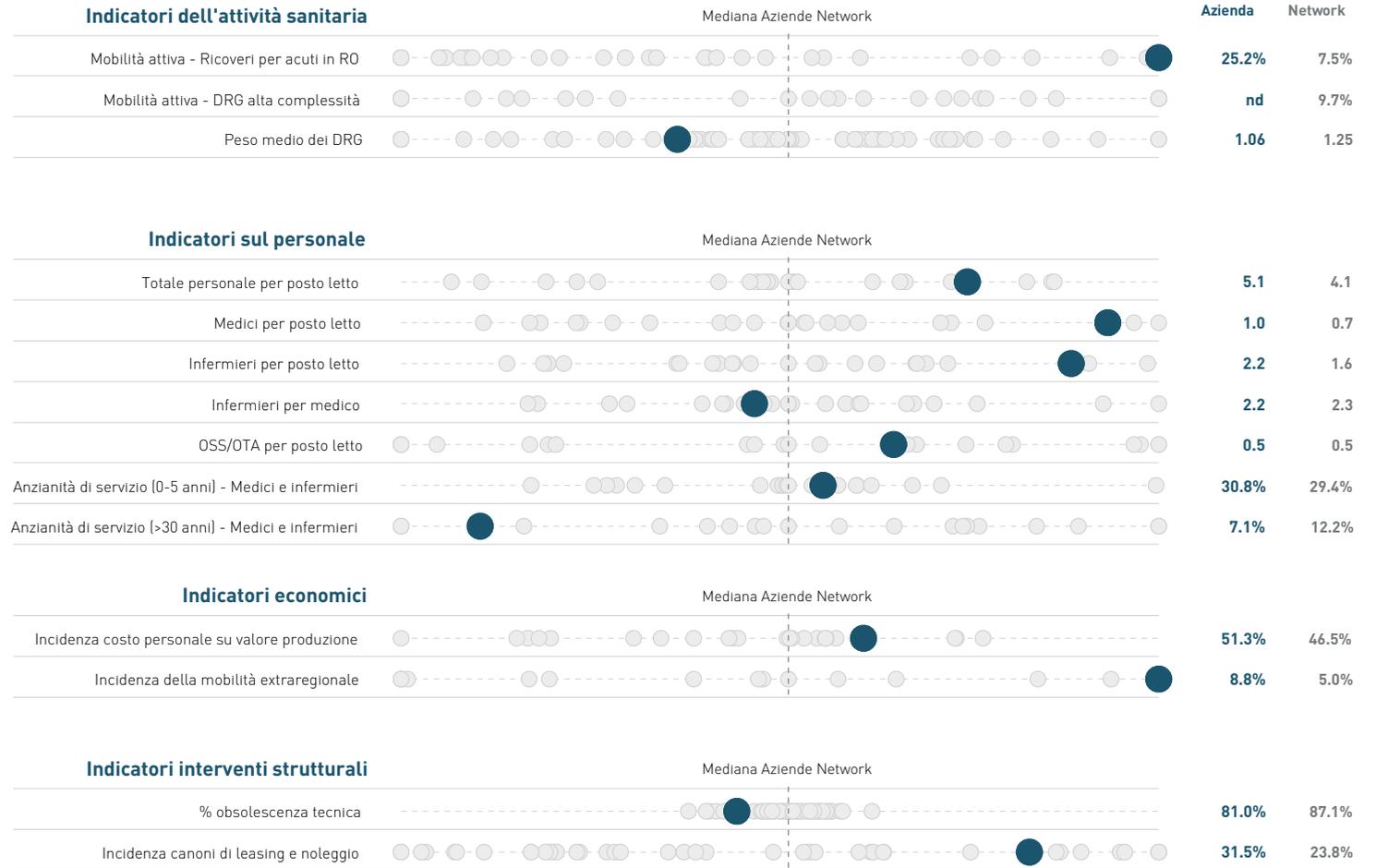
Area di Lecce



Profilo azienda



Posti letto	250
- Degenza Ordinaria	180
- Day Hospital/Day surgery	70
Dimissioni totali	23.640
Giornate di degenza ordin.	49.561
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	37.338
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



MEYER

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

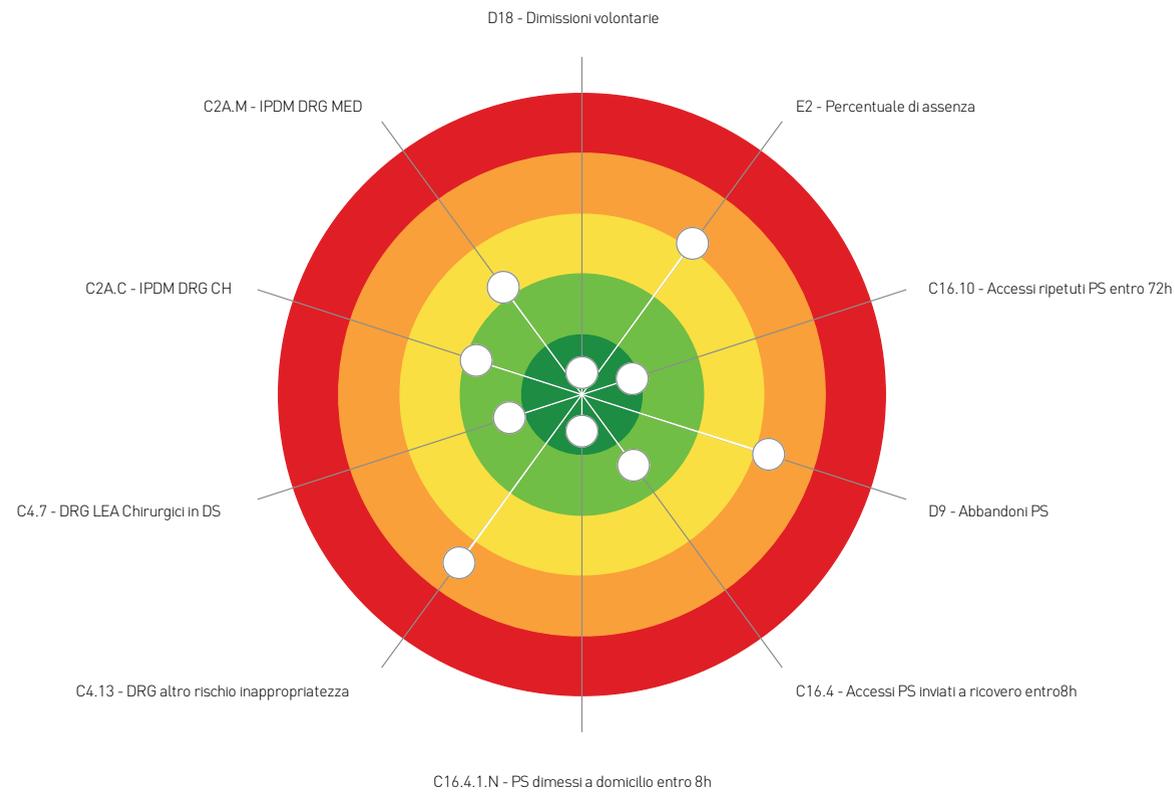
Numero indicatori di valutazione: 31

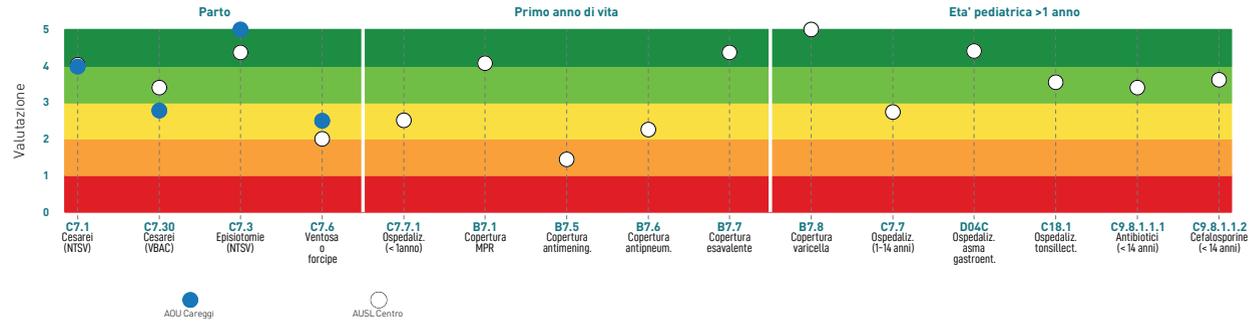
Indicatori Migliorati ↑
45.2%

Indicatori Stabili =
12.9%

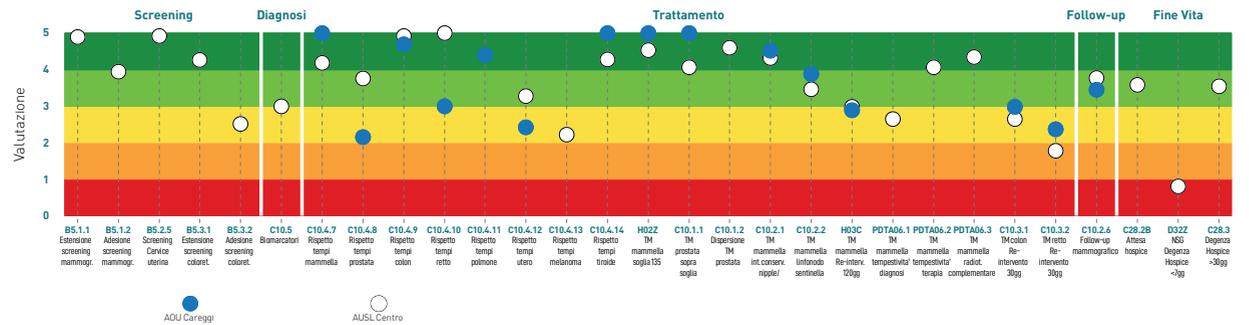
Indicatori Peggiorati ↓
41.9%

Valutazione della Performance 2023

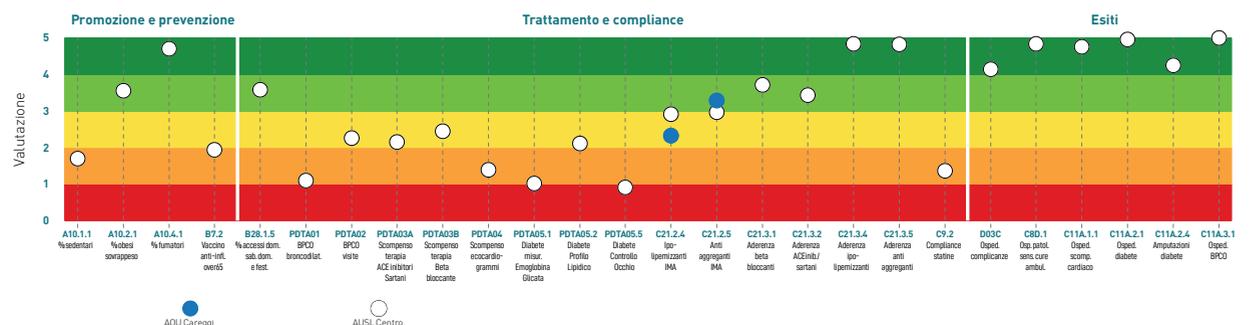




PERCORSO MATERNO INFANTILE

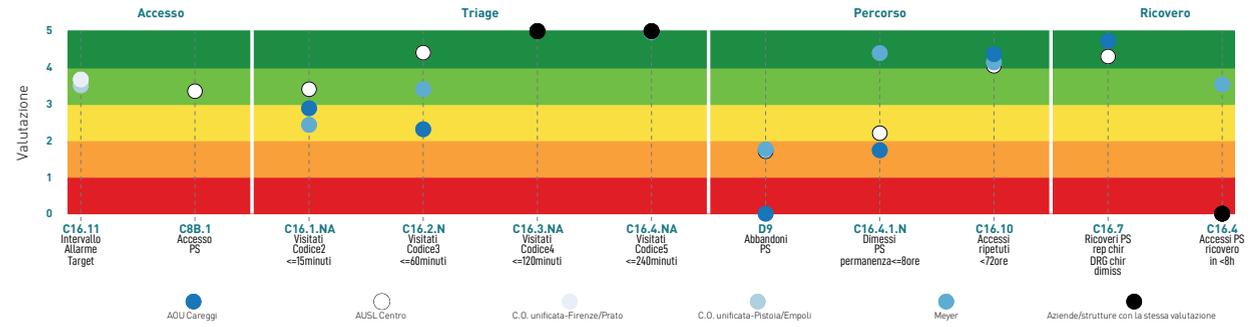


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



AUSL NORD OVEST

Profilo azienda



Popolazione residente **1.246.330**

Distretti Sanitari **10**

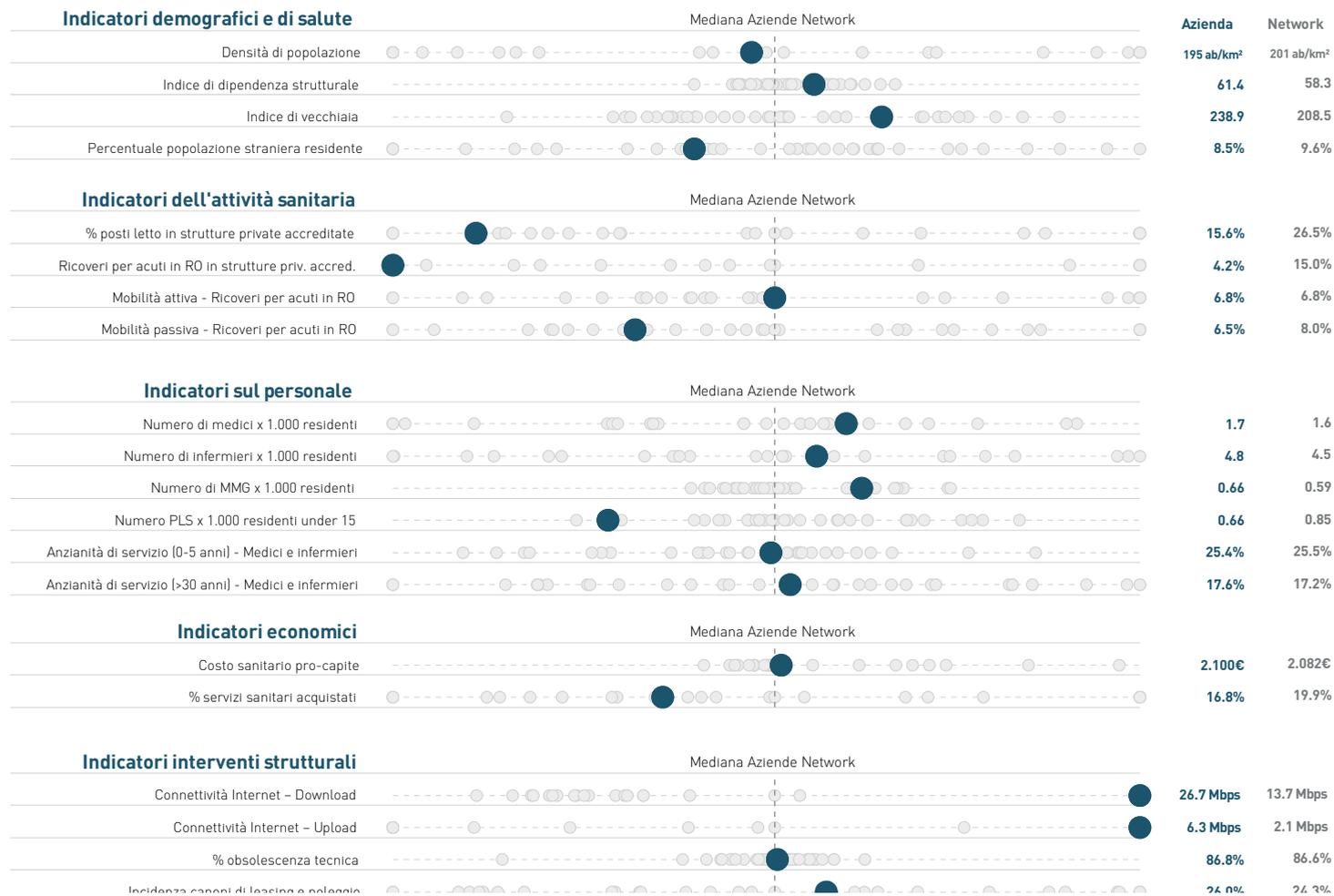
Stabillimenti **24**

- Pubblici **15**

- Privati accreditati **9**

Posti letto **3.001**

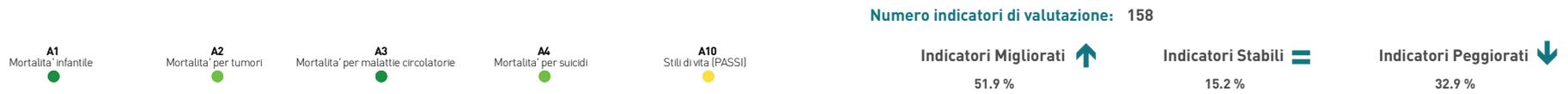
*Strutture pubbliche e private accreditate



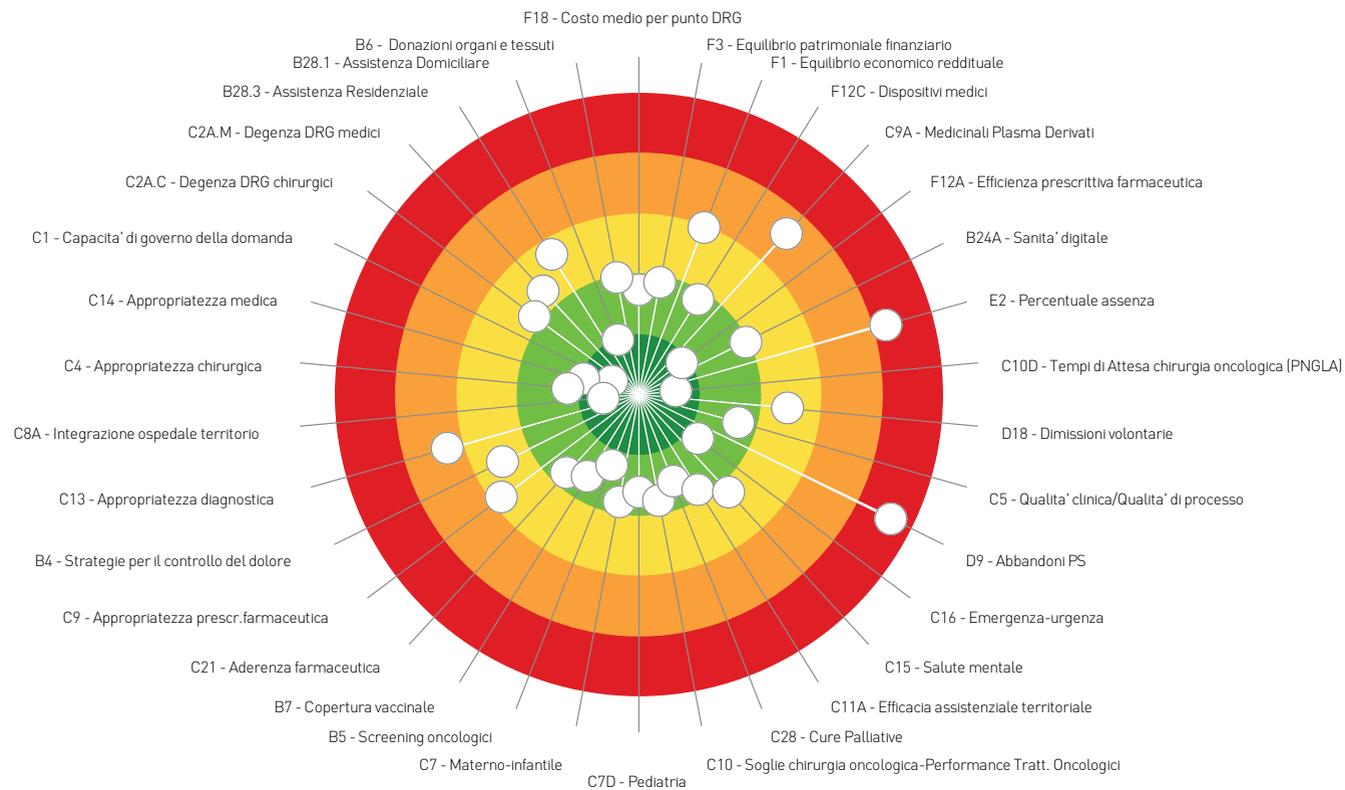
AUSL NORD OVEST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023



Valutazione della Performance 2023



AOU PISANA

Profilo azienda



Posti letto	1.094
- Degenza Ordinaria	1.036
- Day Hospital/Day surgery	119
Dimissioni totali	53.889
Giornate di degenza ordin.	266.188
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	86.248
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.756



AOU PISANA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

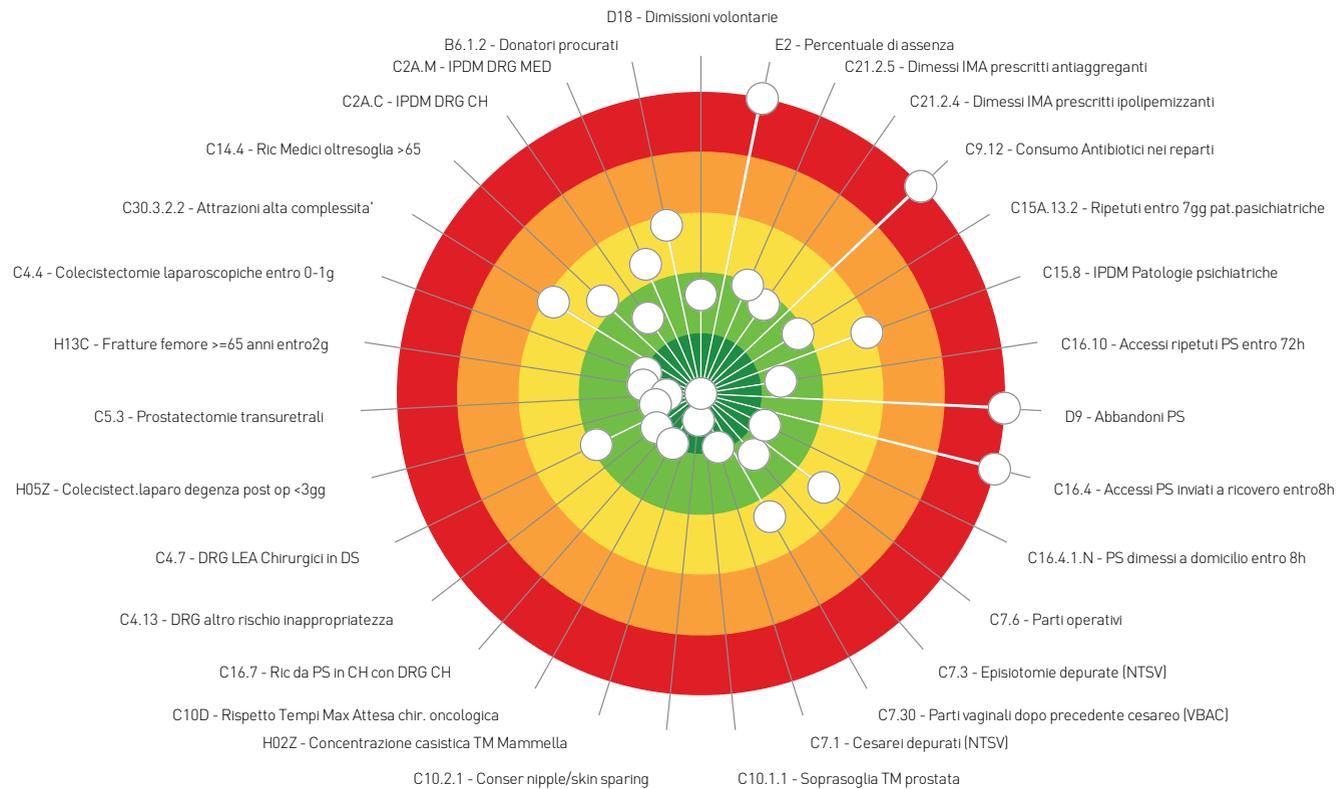
Numero indicatori di valutazione: 67

Indicatori Migliorati ↑
52.2 %

Indicatori Stabili =
23.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
23.9 %

Valutazione della Performance 2023

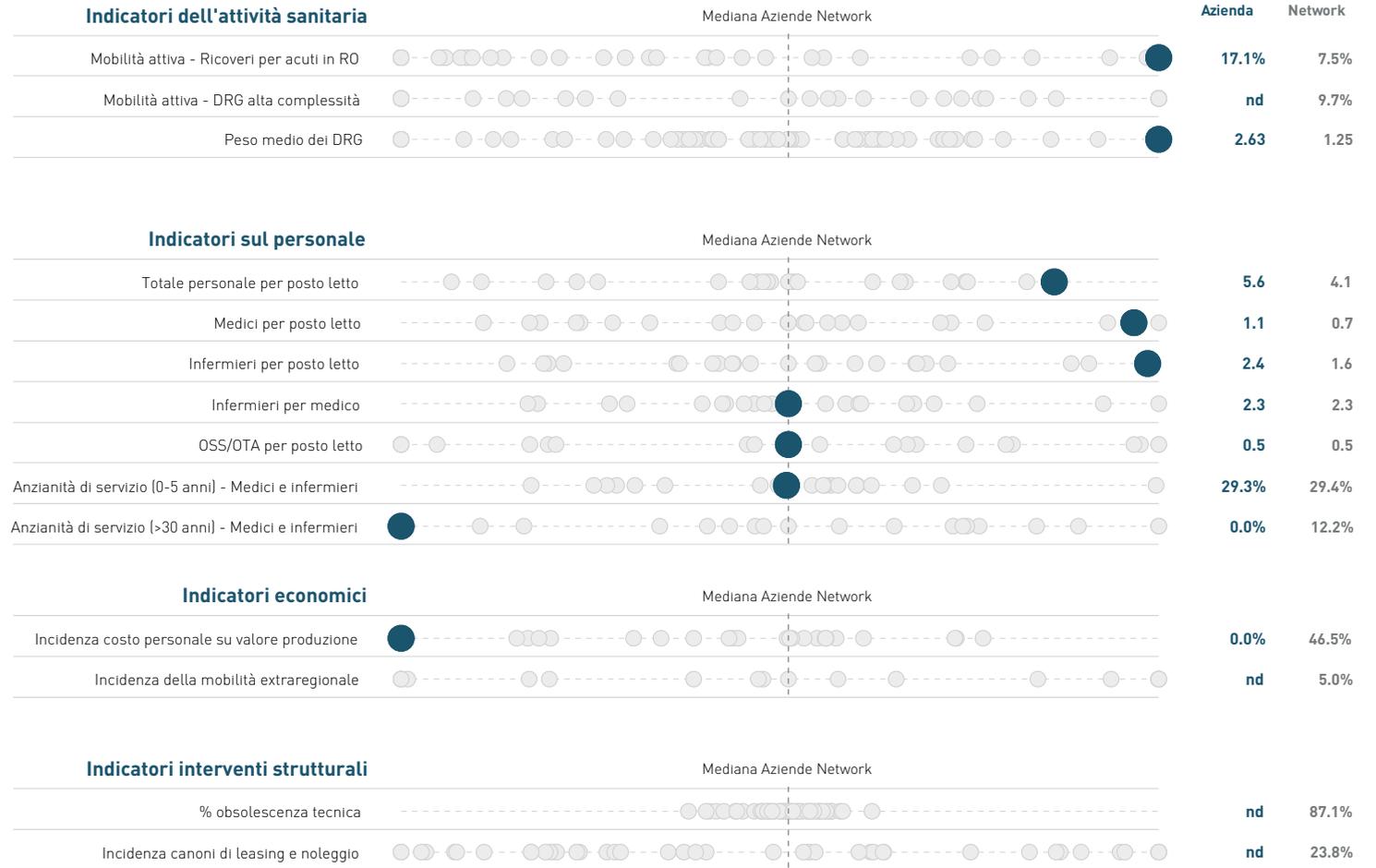


FOND.MONASTERIO

Profilo azienda



Posti letto	121
- Degenza Ordinaria	119
- Day Hospital/Day surgery	2
Dimissioni totali	5.972
Giornate di degenza ordin.	33.240
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	-
- Accessi	-
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	-



FOND.MONASTERIO

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

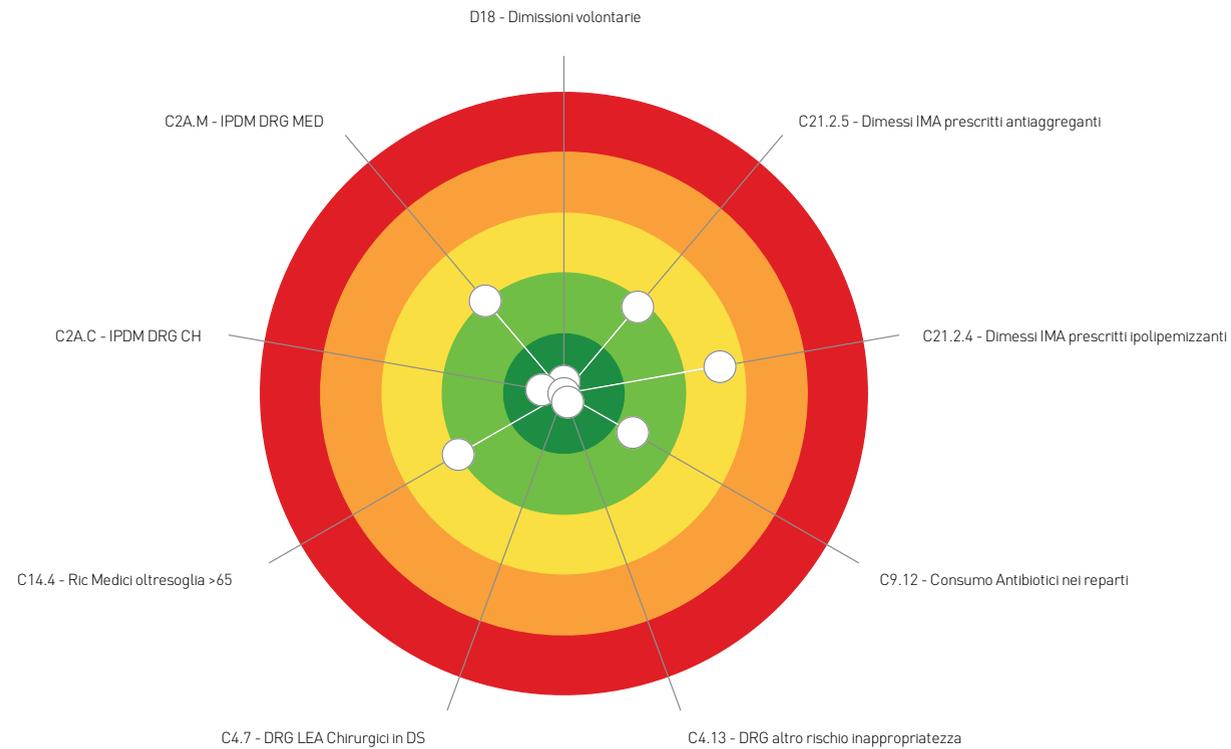
Numero indicatori di valutazione: 21

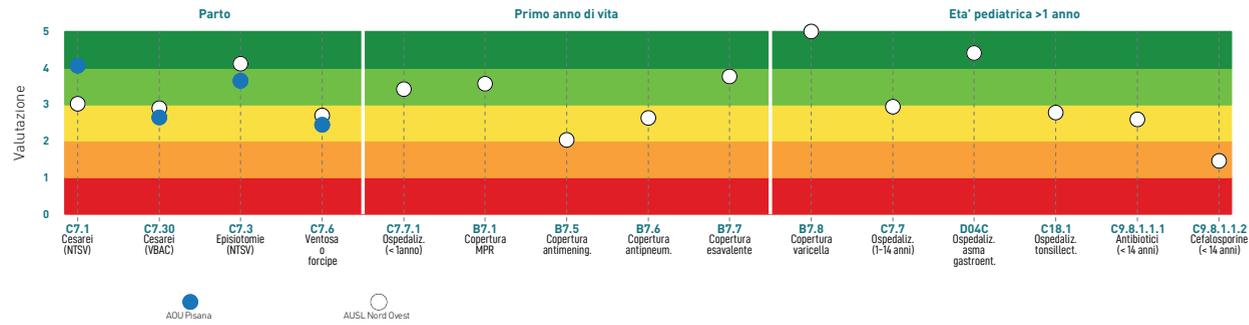
Indicatori Migliorati ↑
42.9 %

Indicatori Stabili =
4.8 %

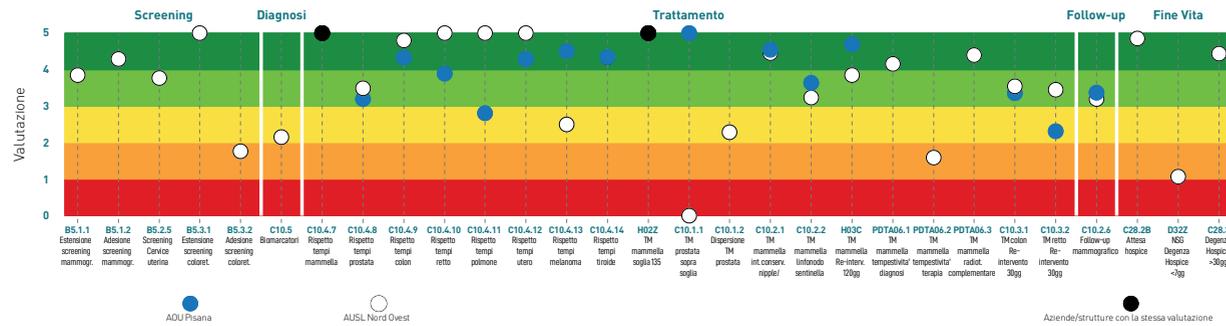
Indicatori Peggiorati ↓
52.4 %

Valutazione della Performance 2023

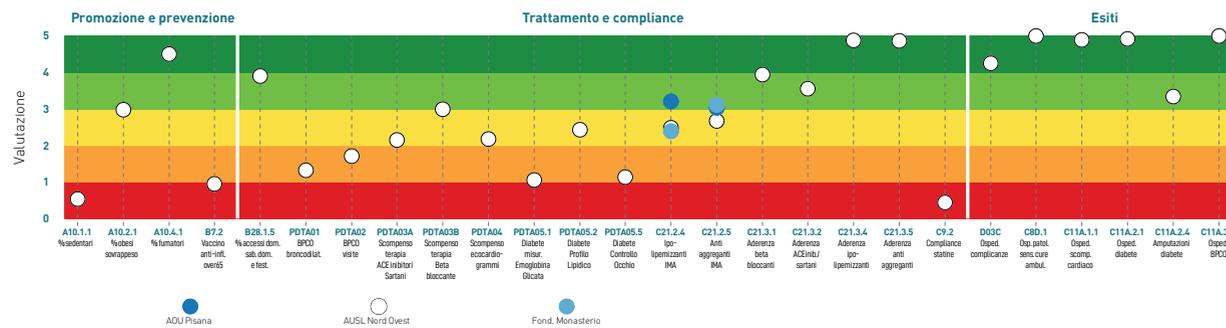




PERCORSO MATERNO INFANTILE

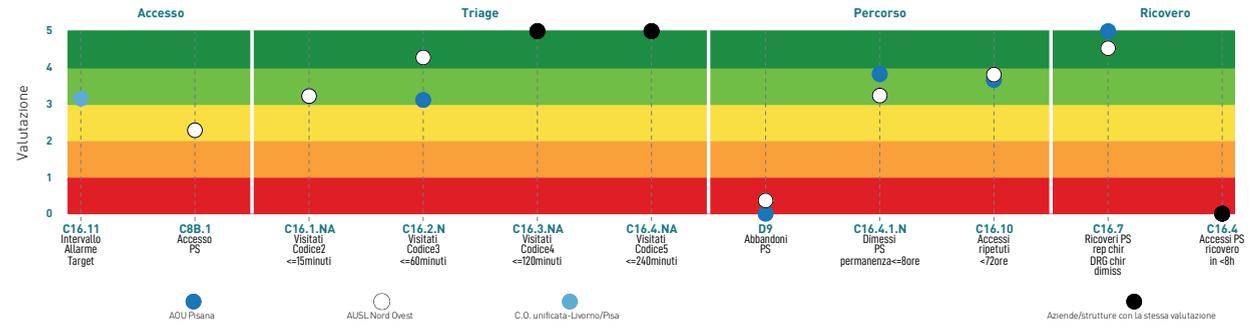


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



AUSL SUD EST

Profilo azienda



Popolazione residente **811.242**

Distretti Sanitari **10**

Stabillimenti **18**

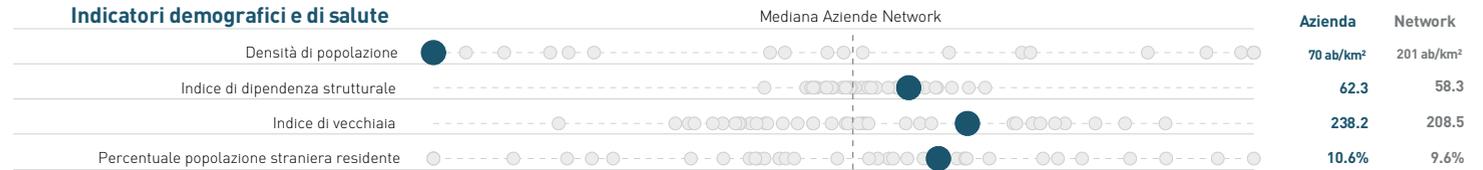
- Pubblici **14**

- Privati accreditati **4**

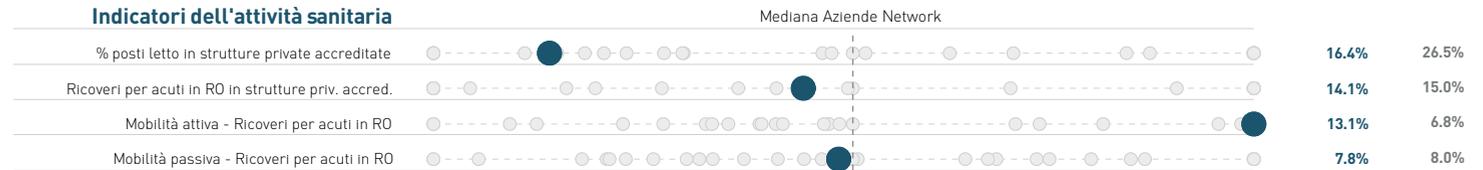
Posti letto **1.928**

*Strutture pubbliche e private accreditate

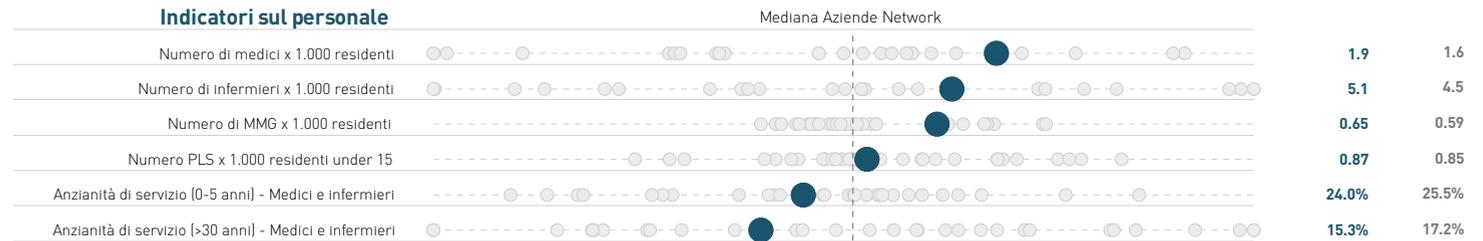
Indicatori demografici e di salute



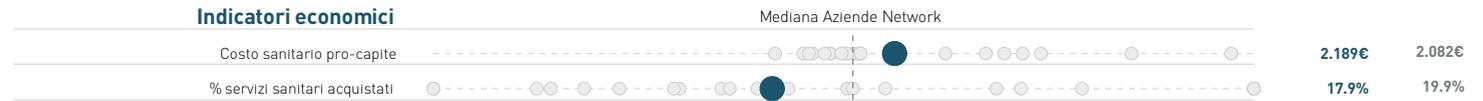
Indicatori dell'attività sanitaria



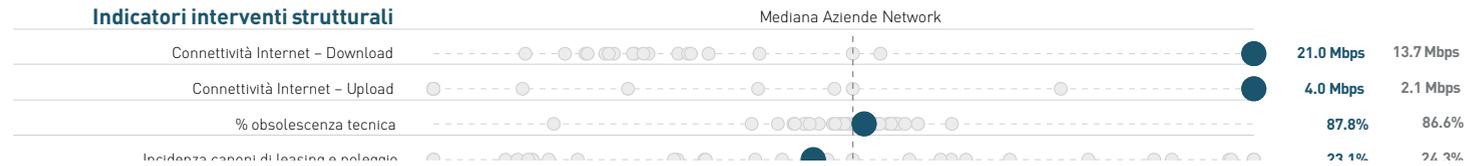
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



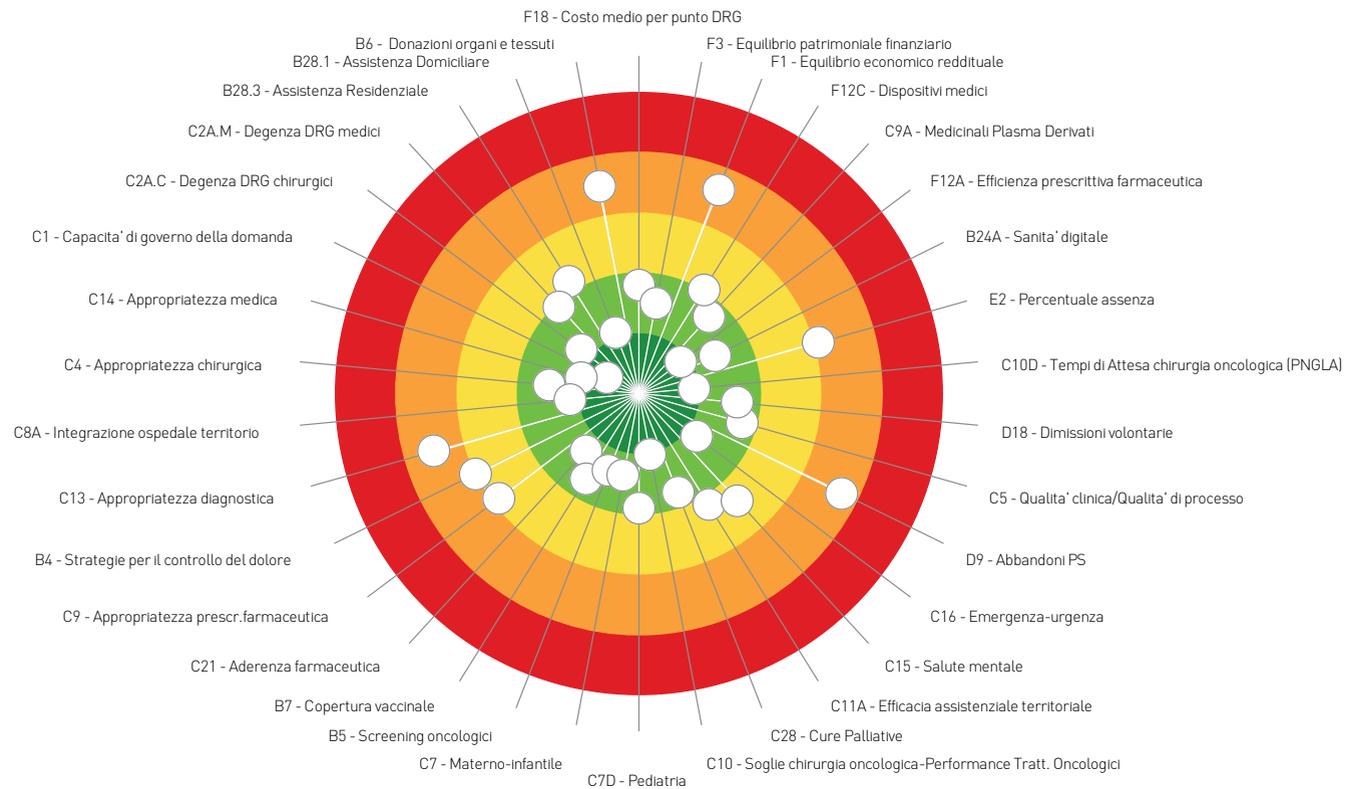
AUSL SUD EST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023



Valutazione della Performance 2023



AOU SENESE

Profilo azienda



Posti letto	642
- Degenza Ordinaria	559
- Day Hospital/Day surgery	83
Dimissioni totali	31.841
Giornate di degenza ordin.	153.108
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	57.860
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	867 (500-1000)



AOU SENESE

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

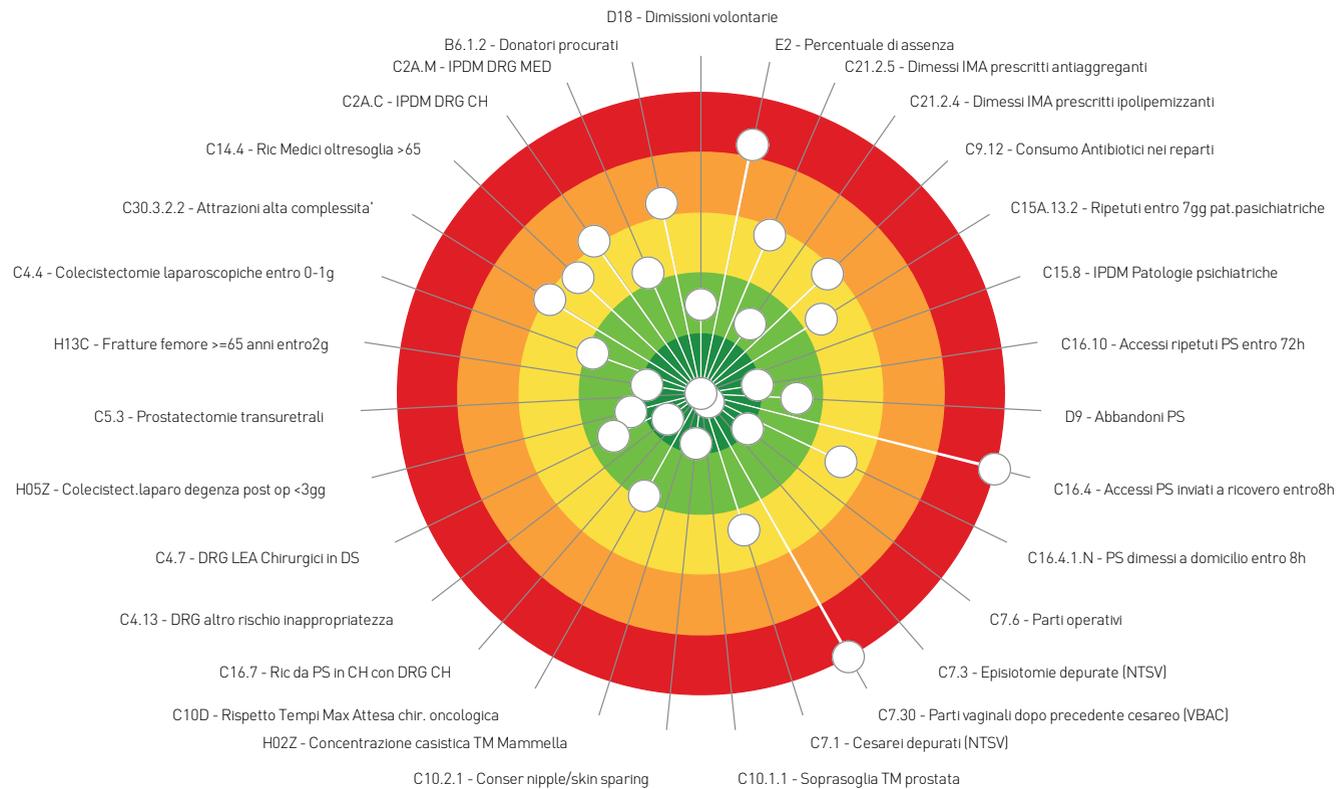
Numero indicatori di valutazione: 67

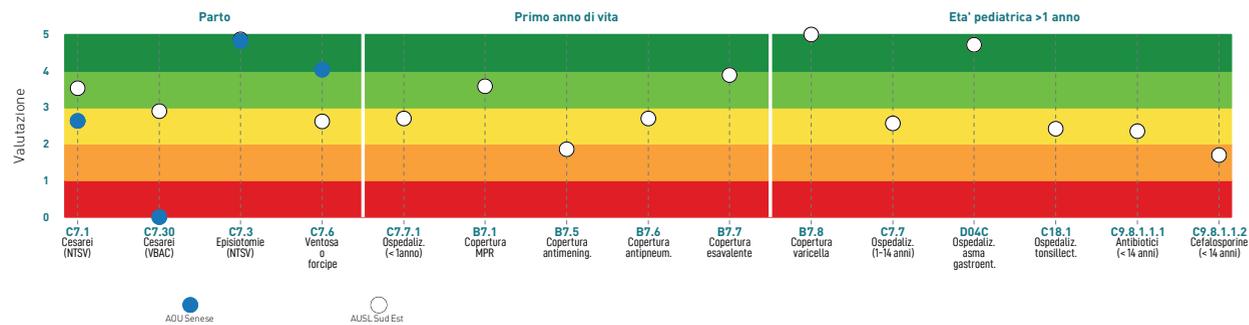
Indicatori Migliorati ↑
43.3 %

Indicatori Stabili =
19.4 %

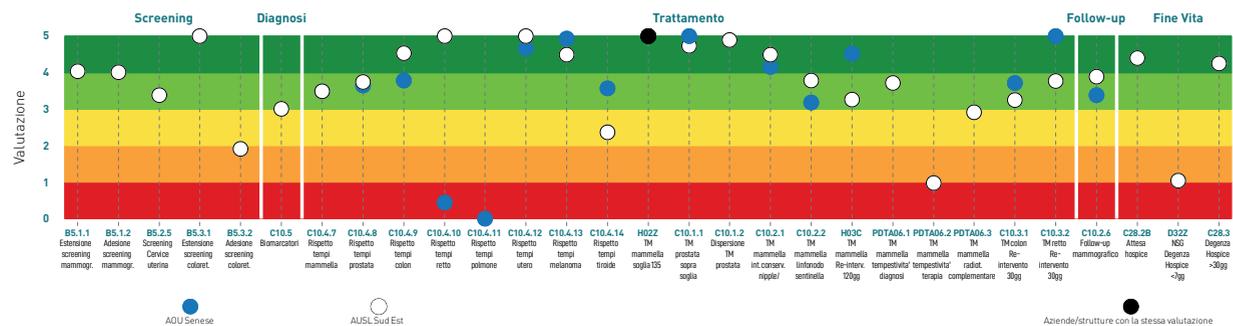
Indicatori Peggiorati ↓
37.3 %

Valutazione della Performance 2023

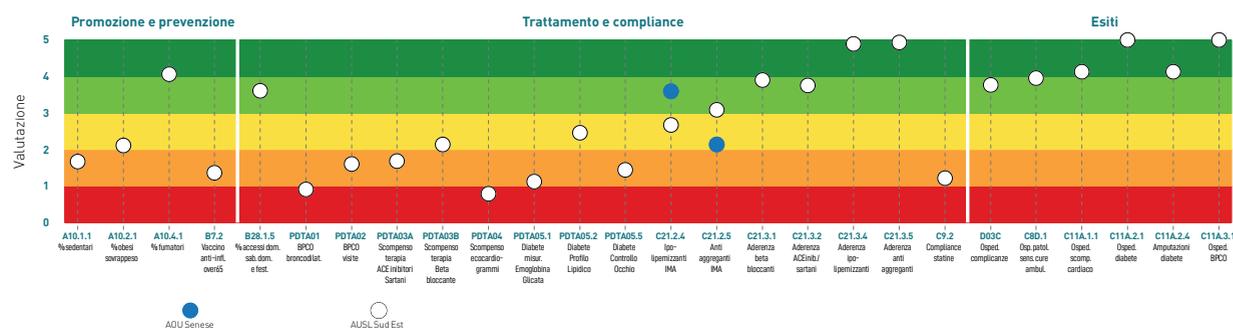




PERCORSO MATERNO INFANTILE

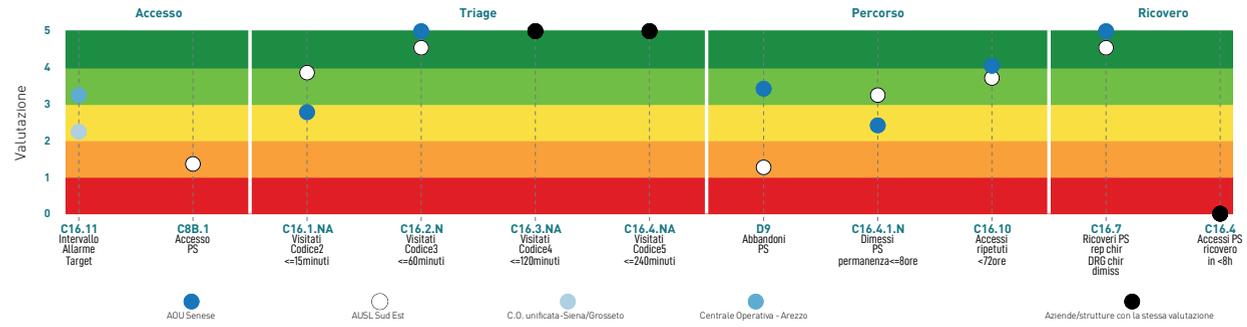


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



Provincia Autonoma Trento



Popolazione residente **542.996**

Aziende Sanitarie Territoriali **1**

Distretti Sanitari **3**

Strutture di ricovero **15**

- Pubbliche **9**

di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

- Private accreditate **6**

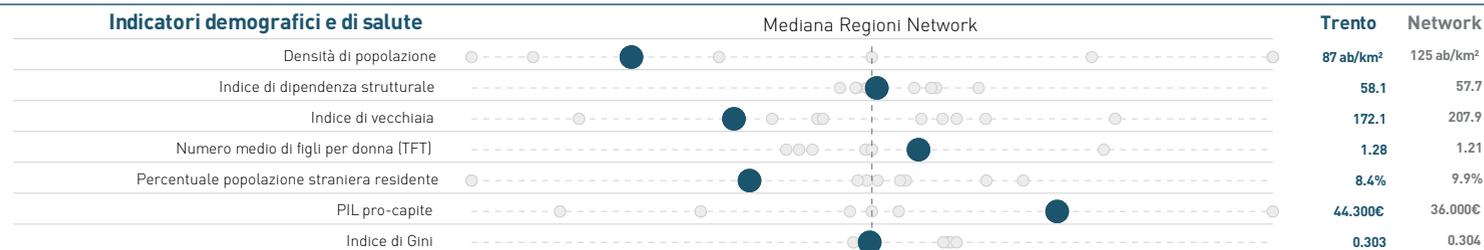
di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

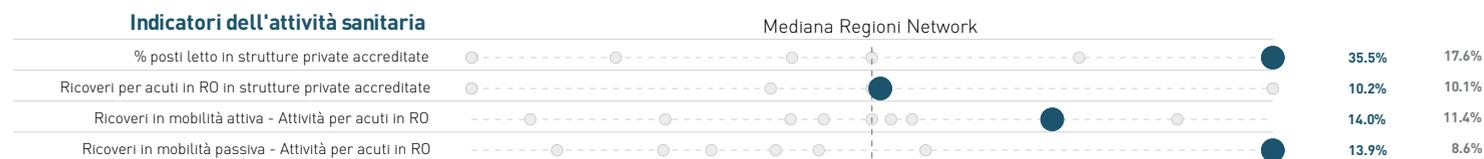
Posti letto Totali **2.212**

*Strutture pubbliche e private accreditate

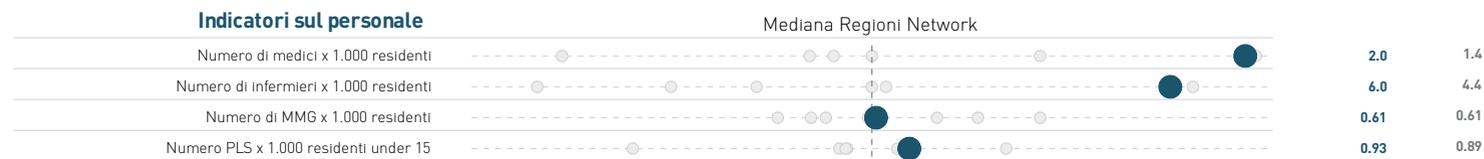
Indicatori demografici e di salute



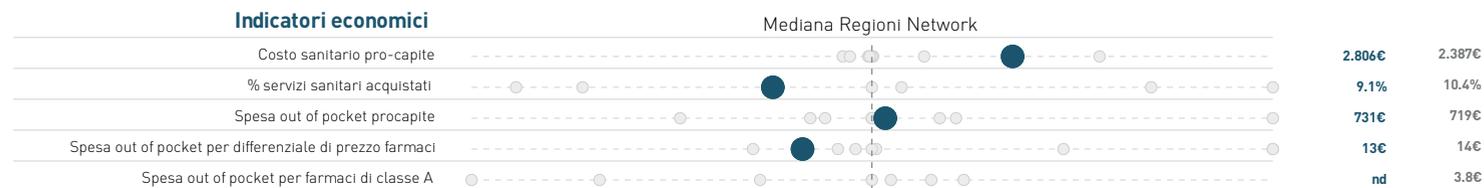
Indicatori dell'attività sanitaria



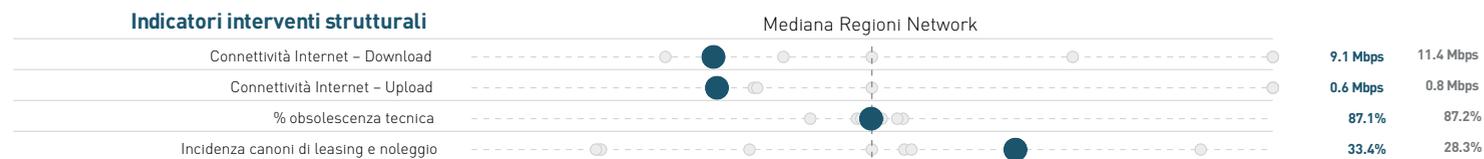
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE TRENTO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Provincia autonoma di Trento rispetto ai 170 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024. Complessivamente la performance si concentra nelle fasce più interne del bersaglio, indicando un andamento generalmente positivo, seppure con alcune criticità da tenere sotto osservazione. In particolare, il 44% degli indicatori evidenzia un miglioramento tra il 2022 e il 2023, il 15% resta stabile e il 41% mostra un peggioramento.

Per l'anno di valutazione 2023, i risultati sono stati interpretati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **assistenza sanitaria e socio-sanitaria, percorsi clinico-assistenziali, qualità e sicurezza delle cure, responsiveness, sfide post-COVID** e, infine, **efficienza**.

Per quanto riguarda gli indicatori che valutano complessivamente l'**assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, la maggior parte delle misure analizzate evidenzia buone o ottime performance. In particolare, la Provincia autonoma di Trento si distingue per l'eccellente performance nel tasso di assistiti di età superiore ai 75 anni in trattamento socio-sanitario residenziale R3, (D33ZA.R3), indicatore core del nuovo sistema di garanzia, ottenendo la migliore performance tra tutte le Regioni/PA del Network. Unica criticità rilevata è l'appropriatezza diagnostica, con un tasso elevato di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti over 65 anni (C13A.2.2.1), indicatore di una attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi alla performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la Provincia autonoma di Trento registra risultati generalmente positivi, in particolare nelle diverse fasi del percorso materno-infantile. La fase del parto nel 2023 evidenzia un'ottima performance, come dimostra l'indicatore sulla percentuale di parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo (C7.30) che si attesta al 42%, registrando un miglioramento di circa 11 punti percentuali rispetto al 2022 e affermandosi come best practice all'interno del Network. La performance relativa alla fase del primo anno di vita è complessivamente positiva, registrando un buon risultato per l'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita (C7.7.1), nonostante si registri un incremento del tasso per 100 abitanti, passato da 32.95 nel 2022 al 35.23 nel 2023. L'unico indicatore critico rimane la copertura per vaccino antimeningococcico (B7.5), che, pur registrando un lieve miglioramento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2022, si attesta all'89% (obiettivo nazionale al 95%).

Nel percorso della cronicità, si osserva una buona performance nella fase di promozione e prevenzione, con l'eccezione della copertura vaccinale antinfluenzale per gli over 65 (B7.2), stabile rispetto alla rilevazione precedente. La performance della fase del trattamento e della compliance mostra risultati eterogenei: la Provincia autonoma di Trento si distingue come best practice per la percentuale di anziani che ha ricevuto almeno un accesso domiciliare (B28.1.2), con un valore del 13,2% nel 2023. Tuttavia, persistono alcune criticità, come la bassa percentuale di accessi domiciliari nei giorni festivi (B28.1.5) che si attesta al 4%. La performance nella fase degli esiti è complessivamente buona, con un ottimo valore nell'indicatore relativo alla percentuale di assistiti in assistenza domiciliare integrata che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un accesso al Pronto Soccorso (B28.2.12), evidenziando un valore del 7,3% nel 2023.

Il percorso oncologico mostra un andamento piuttosto eterogeneo, con risultati altalenanti nella fase del trattamento. La Provincia autonoma di Trento si distingue come best practice per l'estensione e l'adesione allo screening alla cervice uterina (B5.2.5), che cresce di 13 punti percentuali,

dal 101,22% del 2022 al 114% del 2023, e nell'adesione allo screening mammografico (B5.1.2), che registra un valore dell'83%, seppure in lieve calo rispetto all'85% del 2022. Risulta da attenzionare la performance nel rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica in buona parte delle specialità. Nonostante un significativo miglioramento per gli interventi al retto (C10.4.10), attestandosi come best practice del Network, con un valore del 95% nel 2023 (più 13 punti percentuali rispetto al 2022), la performance per gli interventi al polmone (C10.4.11), si riduce al 38%, segnalando un calo di 10 punti percentuali rispetto al 2022. Nella fase del follow up e del fine vita gli indicatori sono generalmente positivi. Per il percorso emergenza-urgenza, la maggior parte degli indicatori si colloca nella parte alta del pentagramma; tuttavia, permane la criticità della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (D9), che pur migliorando lievemente, dal 6% nel 2022 al 5,5% nel 2023, resta da monitorare, poiché gli abbandoni possono esporre i pazienti a rischi negativi in termini di salute e indicare insoddisfazione per il servizio erogato.

Sul fronte della **qualità e della sicurezza delle cure**, gli indicatori di qualità clinica mostrano un'ottima performance nella tempestività degli interventi per frattura del collo del femore (H13C), con un ulteriore aumento di mezzo punto percentuale rispetto allo scorso anno (82,6% nel 2023), confermando la Provincia autonoma di Trento come best practice del network. La Provincia si distingue anche per la percentuale di prostatectomie transuretrali (C5.3), unica tra le Regioni/PA del Network a raggiungere la fascia verde scuro. Resta stabile in fascia gialla la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero (D18), con un valore di 0,85%, in leggero miglioramento rispetto allo 0,91% del 2022.

Sul piano dell'**efficienza**, l'indice di disponibilità (F13.1) che valuta la solvibilità dell'azienda in termini di capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le attività correnti, mostra un'ottima performance.

Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le **sfide post-COVID** con un focus particolare sulla gestione delle risorse umane. Nel 2023 si è registrato un incremento delle assenze (E2) in tutte le regioni del Network, raggiungendo il 16% per la Provincia autonoma di Trento (più 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente). Un'altra sfida post-pandemica riguarda la parità di genere, misurata attraverso l'indice di "soffitto di cristallo" (E2B), che evidenzia uno squilibrio di rappresentanza nelle posizioni apicali a favore degli uomini. Nonostante ciò, la Provincia autonoma di Trento rappresenta una delle migliori osservazioni del Network su questo aspetto, posizionandosi al secondo posto. Un'altra sfida cruciale riguarda il processo di digitalizzazione, in cui la Provincia autonoma di Trento è sicuramente una dei capifila di questo processo, nonché best practice in alcuni degli indicatori fondamentali. In particolare, l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei 90 giorni successivi a una diagnosi (B24C.2C.1), è migliorato significativamente passando dal 44% al 61% nel 2023. Eccellente anche l'utilizzo del FSE da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (B24C.2C), con una percentuale che raggiunge il 100%.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A10
Stili di vita (PASSI)
●

Numero indicatori di valutazione: 133

Indicatori Migliorati ↑
43.6 %

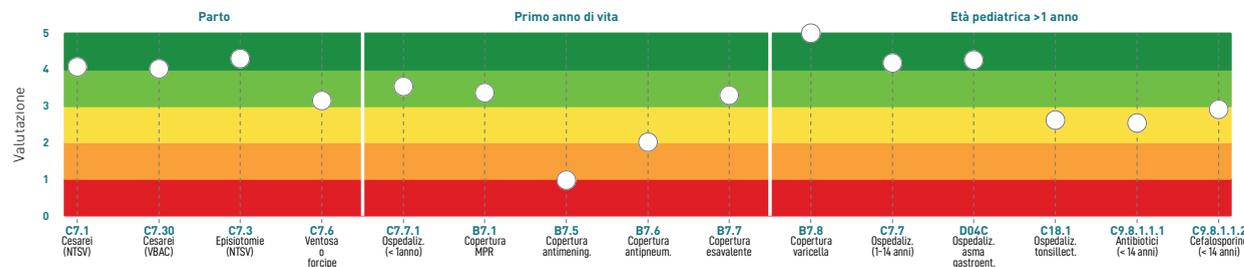
Indicatori Stabili =
15.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
41.4 %

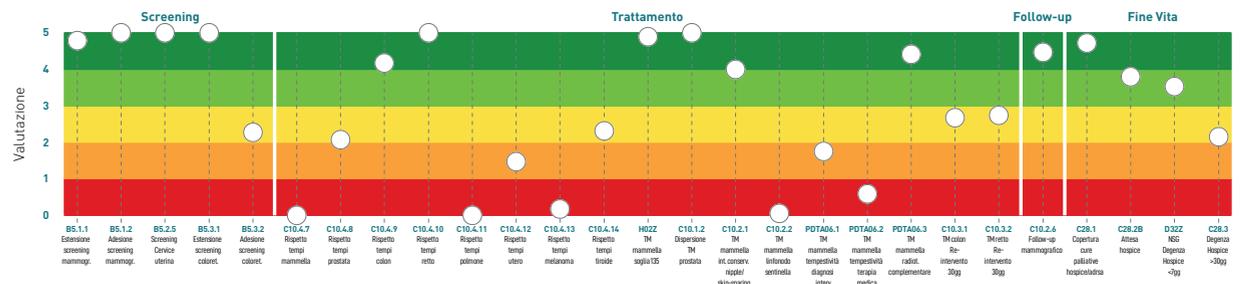
Valutazione della performance 2023



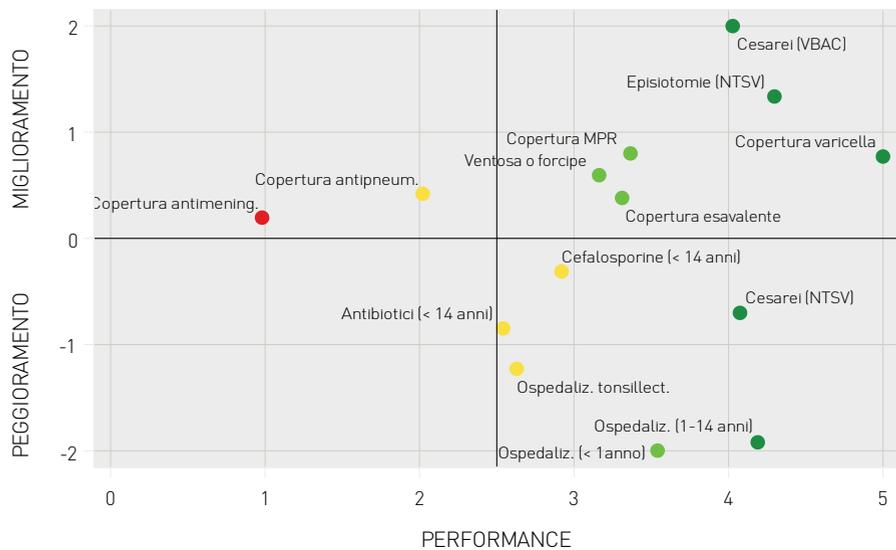
PERCORSO MATERNO INFANTILE



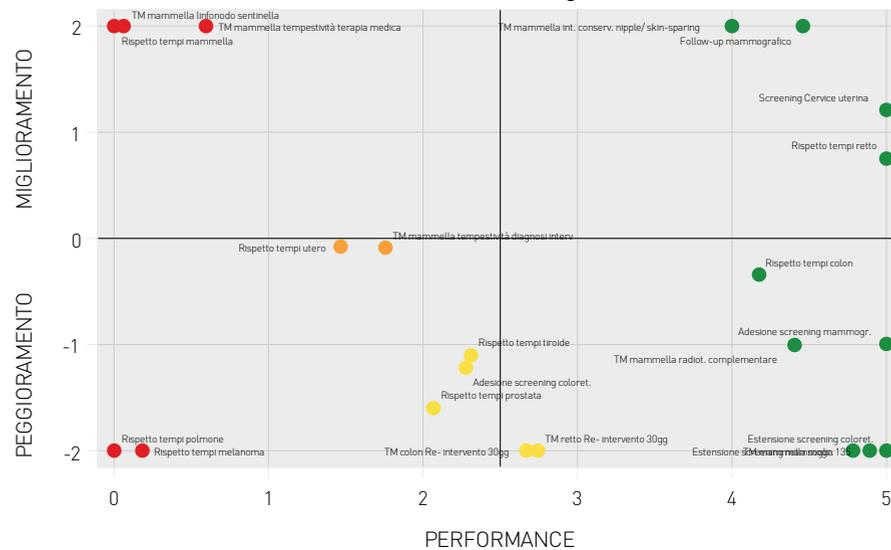
PERCORSO ONCOLOGICO

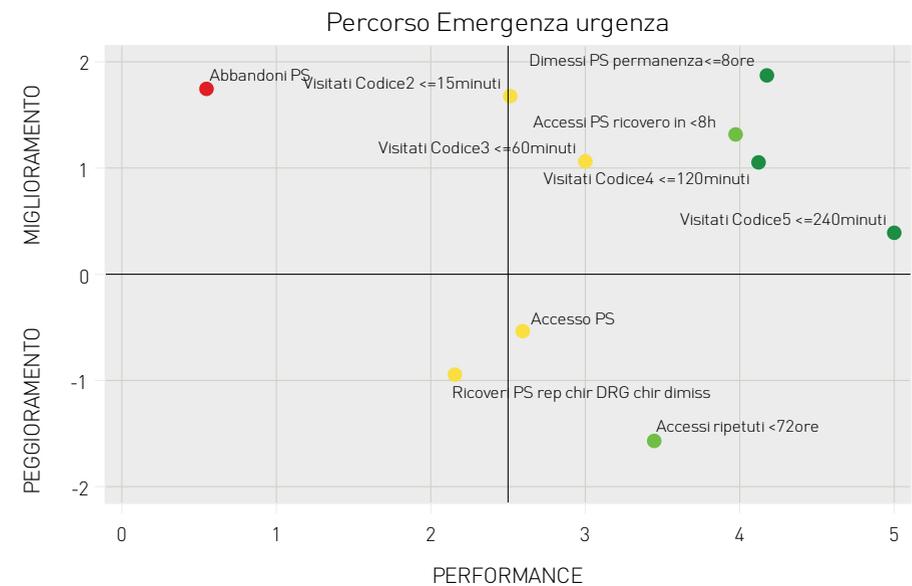
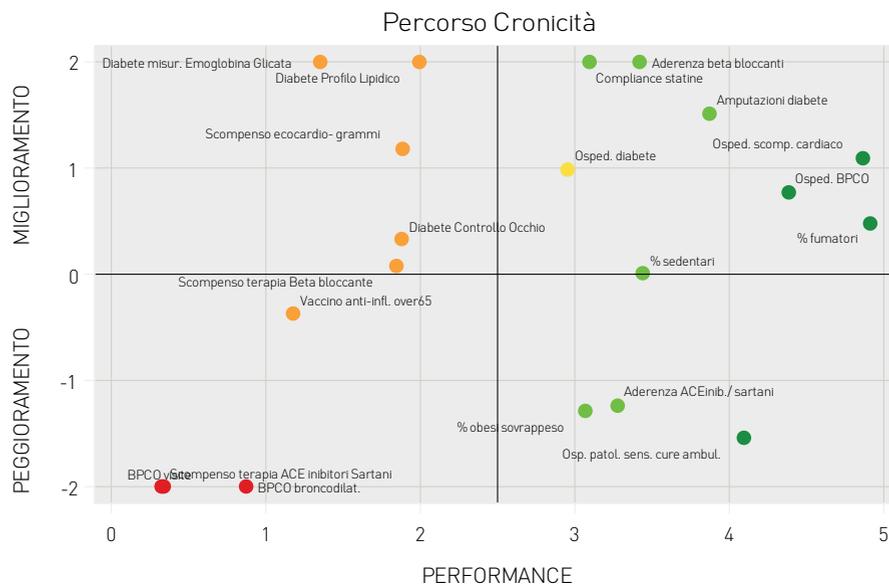
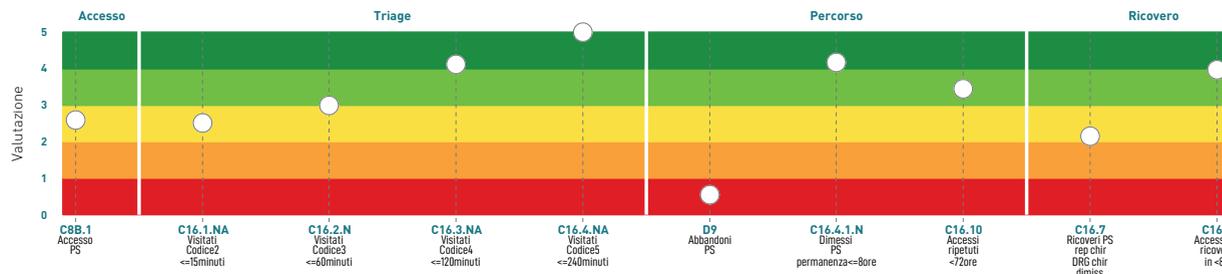
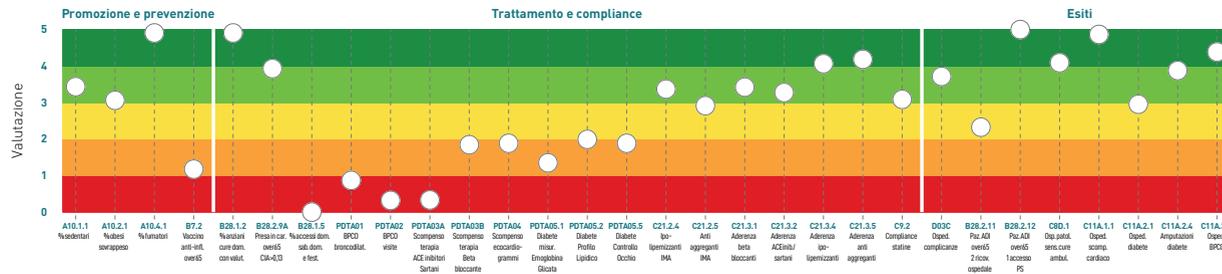


Percorso Materno infantile

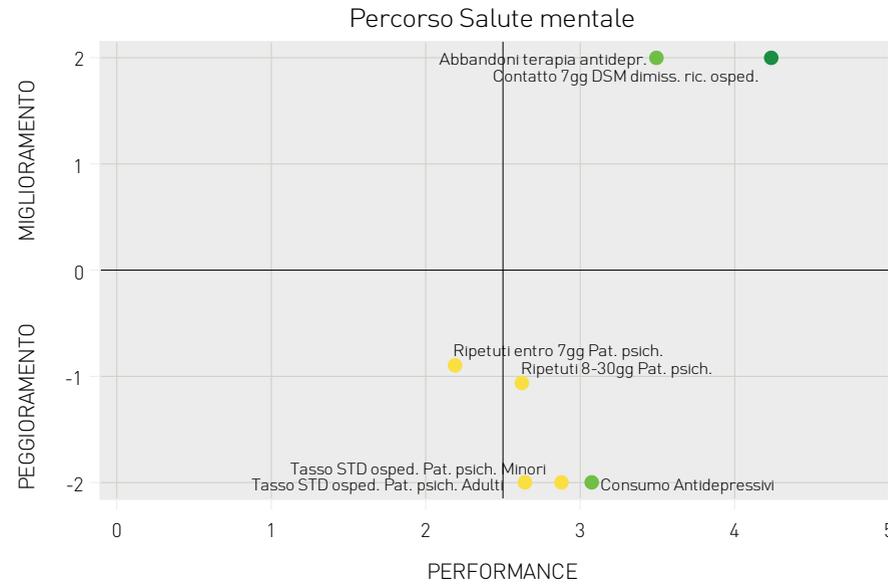
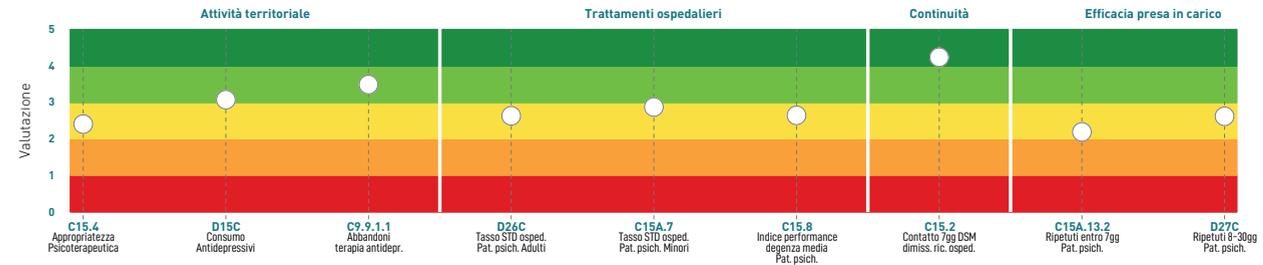


Percorso Oncologico





PERCORSO SALUTE MENTALE



Umbria



Popolazione residente **856.407**

Aziende Sanitarie Territoriali **2**

Distretti Sanitari **12**

Strutture di ricovero **24**

- Pubbliche **19**

di cui AO/AOU **2**

di cui IRCCS **·**

- Private accreditate **5**

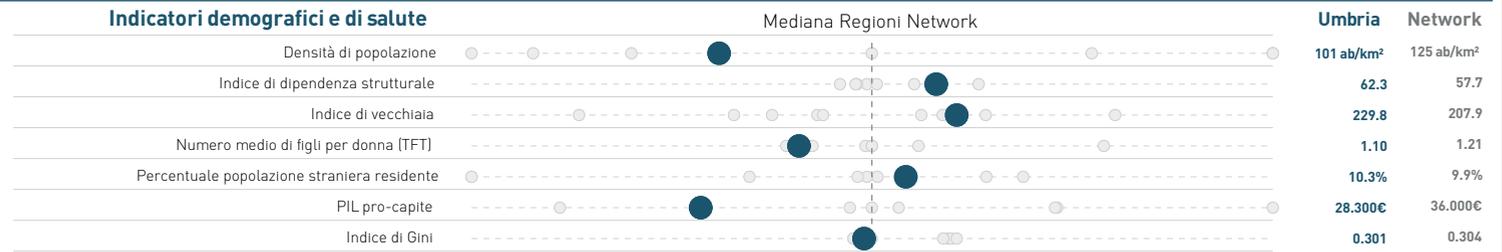
di cui AO/AOU **·**

di cui IRCCS **·**

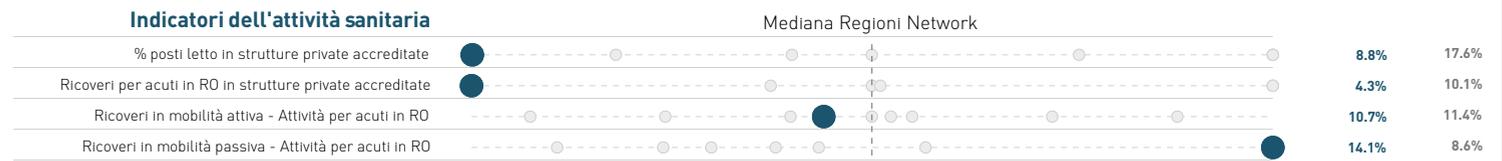
Posti letto Totali **3.199**

*Strutture pubbliche e private accreditate

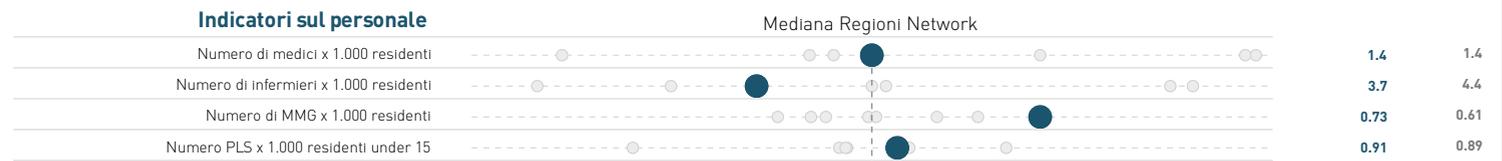
Indicatori demografici e di salute



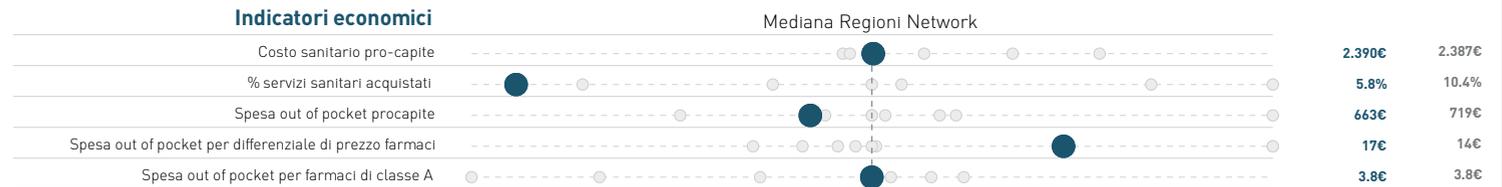
Indicatori dell'attività sanitaria



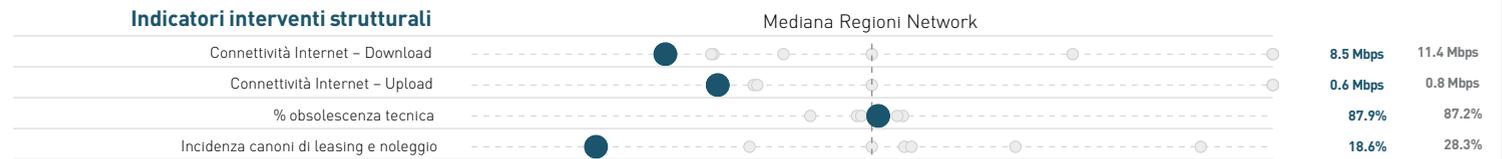
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE UMBRIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Umbria. Dei indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024, la Regione Umbria mostra una performance complessivamente concentrata nella fascia verde e gialla del bersaglio, seppur non manchino pallini nelle fasce verdone e rossa. In particolare, il 30,43% peggiora tra il 2022 e il 2023, il 13,04% resta stabile e il 56,52% migliora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID** e, infine, **l'efficienza**.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, la maggior parte di quanto in esame mostra performance buone. L'assistenza domiciliare è in generale miglioramento. Eccellente risulta la capacità complessiva di gestione a domicilio del sistema sanitario, con l'Umbria che emerge come best practice: il 15,9% degli anziani ha ricevuto almeno un accesso per Cure domiciliari [B28.1.1], superando l'obiettivo ministeriale del 10% fissato per il 2026. Tuttavia la percentuale di anziani per i quali è stata effettuata una valutazione per le Cure domiciliari [B28.1.2] rimane nella fascia arancione, nonostante il progresso rispetto al 2022. Da monitorare il peggioramento di 6 punti percentuali nella percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al pronto soccorso durante la presa in carico domiciliare per gli over 65 anni [B28.2.12], anche se la performance resta comunque buona. Buona l'integrazione ospedale territorio, ossia l'efficacia delle attività e dei servizi forniti dall'Assistenza Territoriale. Nonostante l'incremento rispetto al 2022, il tasso di accesso al pronto soccorso, pari a circa 338 accessi ogni 1.000 residenti, resta inferiore al livello pre-pandemico (363,6 accessi ogni 1.000 residenti nel 2019). Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 giorni per 1.000 residenti, tra i più bassi del Network, evidenzia una buona organizzazione territoriale, soprattutto per i cosiddetti "ricoveri sociali." Buono l'indice di performance della degenza media per DRG medici (C2A.M), pari a quasi mezza giornata in meno rispetto alla media delle aziende del Network. Di contro, risulta meno ottimale la durata media delle degenze chirurgiche (C2A.C), che si attesta a quasi mezza giornata in più rispetto alla degenza media registrata dalle aziende del Network. Per quanto concerne l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, la performance complessiva è nella media. Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, la performance complessiva è in linea con la media. Tuttavia, si segnala un aumento del consumo di antibiotici sul territorio (C9.8.1.1), in età pediatrica (C9.8.1.1.1) e del consumo di cefalosporine in età pediatrica (C9.8.1.1.2). La proporzione di antibiotici Access (C9.8.1.7), cioè quelli di prima scelta con basso rischio di resistenza, si attesta al 49,3%, inferiore all'obiettivo del 60% fissato dall'OMS. Critico il consumo di antibiotici nei reparti ospedalieri, pari a 74,2 DDD per 100 giornate di degenza nel 2023. Da attenzionare soprattutto l'aumento nel consumo di carbapenemi nei reparti, il più alto tra le regioni del Network, salito da 69 a 74 DDD per 100 giornate di degenza rispetto al 2022.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la regione Umbria registra una buona performance nel percorso materno-infantile. Rimane stabile al 20% la quota di parti cesarei nelle primipare (C7.1), mentre cala di più di 2 punti percentuali il ricorso alle episiotomie (C7.3), attestandosi al 18,3% nel 2023. In miglioramento le vaccinazioni in età pediatrica per MPR (B7.1), meningococco (B7.5), e pneumococco (B7.6). D'altro canto, i risultati del percorso oncologico mostrano una maggiore eterogeneità. A fronte di un'elevata estensione (B5.1.1) e adesione (B5.1.2) allo screening mammografico, si registra un calo nell'estensione dello screening coloretale (B5.3.1), ora al 91%. In crescita di dieci punti percentuali sia l'estensione sia l'adesione allo screening della cervice uterina (B5.2.5), che passa dalla fascia gialla del 2022 alla fascia verde chiara del 2023, raggiungendo il 54%. In generale, si osserva una riduzione nella tempestività degli interventi di chirurgia oncologica con priorità A, con eccezioni per il tumore al colon (C10.4.9) e al retto (C10.4.10), dove la situazione, pur migliorando, resta critica. In particolare, desta preoccupazione la quota di ricoveri con tempi di attesa inferiori o pari a 30 giorni per interventi prioritari A per tumori maligni alla mammella (C10.4.7), prostata (C10.4.8), tiroide (C10.4.14) e polmone (C10.4.11), rispettivamente al 48,5%, 23,3%, 51,4% e 48,5%. Prosegue invece il trend positivo nell'incremento della percentuale di pazienti oncologici deceduti presi in carico dalla rete Cure Palliative (C28.1). Tuttavia, il numero di pazienti per cui il tempo di attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni, rispetto al totale dei pazienti ricoverati con assistenza conclusa (C28.2B), pur rimanendo nella fascia gialla. È diminuito dal 67,3% nel 2022 al 64,4% nel 2023.

Il percorso dell'emergenza-urgenza in Umbria si mantiene tendenzialmente stabile. Durante la fase di triage, si rileva una criticità

riguardante la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice di priorità 2 visitati entro 15 minuti (C16.1.NA), che si attesta al 51% a livello regionale. Migliora rispetto al 2022 l'indicatore relativo alla percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (D9), che monitora i pazienti che abbandonano il percorso, spesso senza averlo completato, esponendosi a possibili conseguenze negative per la salute e manifestando insoddisfazione per il servizio ricevuto. L'indicatore è migliorato dal 5,2% nel 2022 al 4,8% nel 2023, passando dalla fascia rossa alla fascia arancione. Da segnalare l'aumento di quasi un punto percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente (C16.10). Nel percorso della cronicità, merita attenzione la fase di promozione e prevenzione. La percentuale di sedentari nella regione Umbria (A10.1.1) è tra le più alte del Network, attestandosi al 35,5%, in aumento di 3 punti percentuali rispetto al 2022. Anche la percentuale di fumatori (A10.4.1) resta stabile e superiore alla media delle regioni del Network, raggiungendo il 28,2%. La performance nella fase di trattamento e compliance è generalmente in linea con quella delle altre regioni del Network. Si registra un miglioramento nell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti per i pazienti cronici affetti da scompenso cardiaco (PDTA03B). Tuttavia, l'adeguatezza del numero di ecocardiogrammi nel PDTA dello scompenso cardiaco (PDTA04) rimane un punto critico. La fase relativa agli esiti mostra una situazione complessivamente buona, con le maggiori criticità concentrate nei pazienti diabetici.

Sul fronte della **qualità e sicurezza delle cure**, gli indicatori di qualità clinica mostrano una performance in linea con la media del Network, ma in miglioramento rispetto al 2022. La tempestività degli interventi per frattura del collo del femore (H13C) rimane non ottimale, con una media regionale del 57,8% nel 2023, pur segnando un incremento di 6 punti percentuali rispetto all'anno precedente. La percentuale di colecistectomie laparoscopiche eseguite in day-surgery o con ricovero ordinario di 0-1 giorno (C4.4) ha registrato un aumento significativo di 15 punti percentuali, raggiungendo il 48,2%. In calo la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero ospedaliero (D18), un indicatore indiretto della soddisfazione dei pazienti riguardo alle cure ricevute, che è scesa allo 0,77% rispetto allo 0,84% del 2022.

Sul piano dell'**efficienza**, il costo per punto DRG (F18.1), ossia il costo per ricovero pesato per il tipo di intervento, risulta tra i più bassi delle regioni del Network (5,652,11 euro per punto DRG a livello regionale). A conferma della contenuta struttura dei costi fissi e pertanto meno sensibili alla quantità di servizi offerti, la Umbria si mostra capace a mantenere i costi in equilibrio con le risorse disponibili, raggiungendo il pareggio di bilancio (F1.1).

Infine, per la valutazione del 2023, sono state inserite nuove misure per cercare di cogliere la capacità del sistema sanitario regionale di far fronte alle sfide nate dopo la pandemia. Tra le sfide post pandemiche più importanti figura la gestione delle risorse umane. Nel 2022 sono aumentate le assenze in tutte le regioni del Network, arrivando a una percentuale di assenza (E2) pari al 16% per la Regione Umbria, in aumento di quasi 3 punti percentuali; la parità di genere, misurata attraverso l'indice di soffitto di cristallo (E2B), indica uno squilibrio nella presenza delle donne in posizioni apicali all'interno della regione, nonostante il dato sia in miglioramento rispetto al 2022. Gli indicatori sulla sanità digitale evidenziano una performance positiva nella dematerializzazione e nella prescrizione elettronica, con percentuali che superano il 90% tra i medici in convenzione (B24B.1.1 e B24B.1.2). Tuttavia, i valori sono inferiori per la percentuale di specialisti prescrittori che utilizzano la dematerializzazione (B24B.3.2), seppur in aumento in quasi tutte le osservazioni. La percentuale di cittadini che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei 90 giorni successivi alla disponibilità di una diagnosi (B24C.2C.1), rimane la più bassa tra le regioni del Network, intorno al 5%. Migliore invece l'utilizzo del FSE da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (B24C.2C), con una percentuale che raggiunge il 60,4%.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

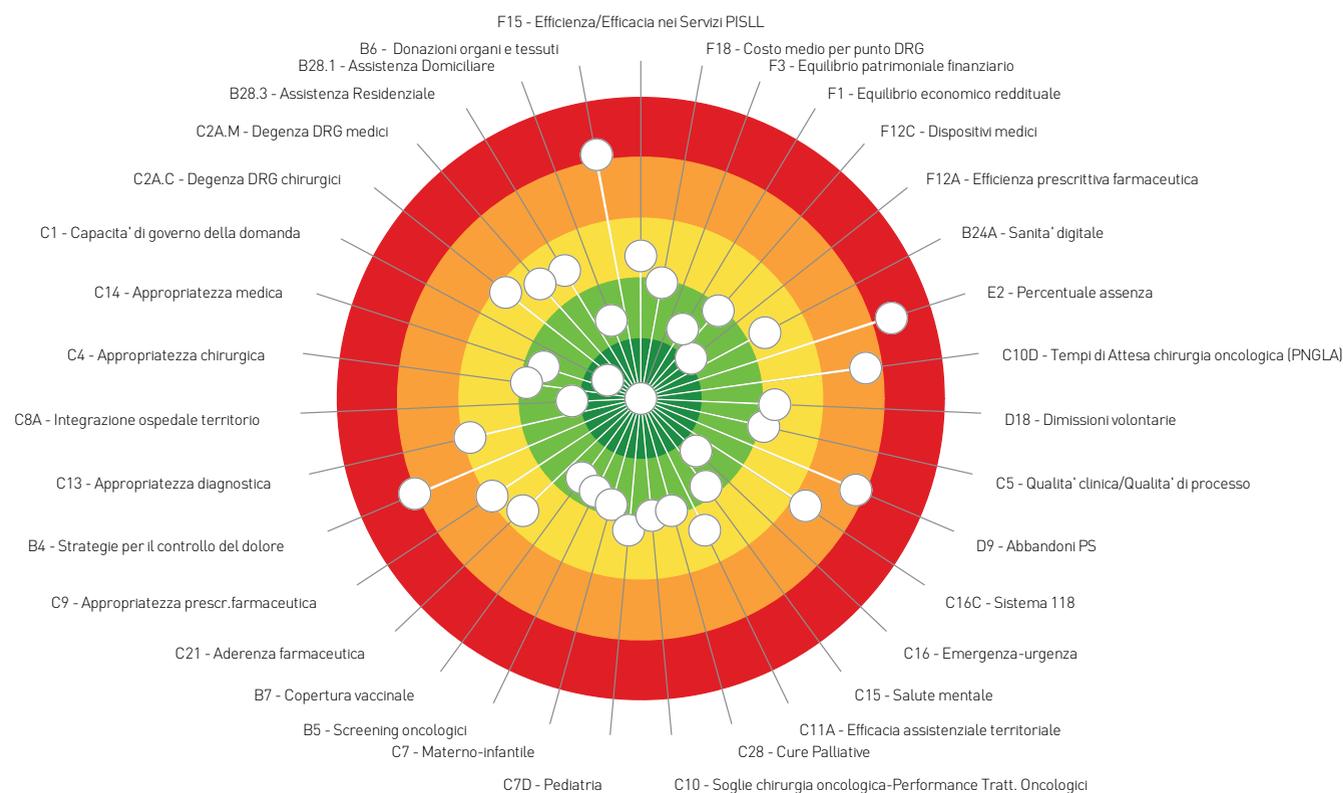
Numero indicatori di valutazione: 138

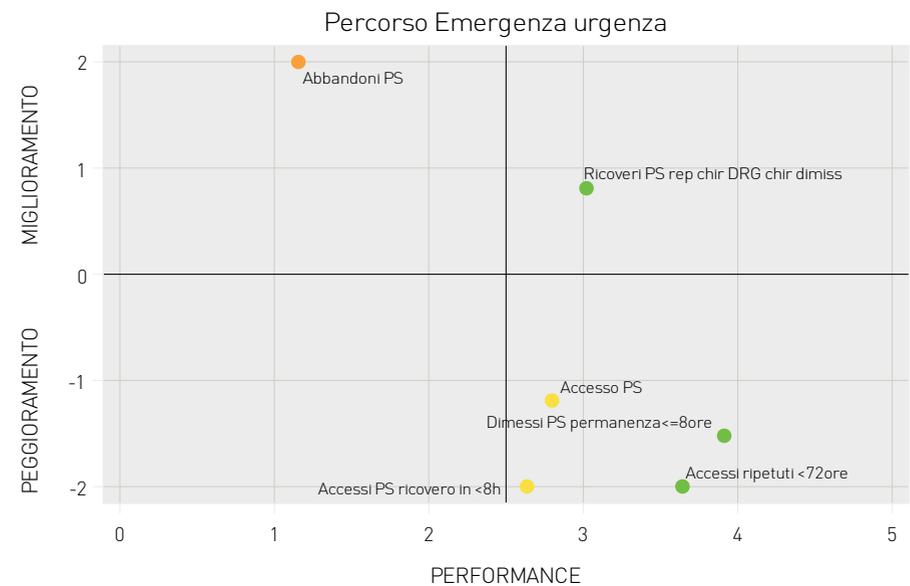
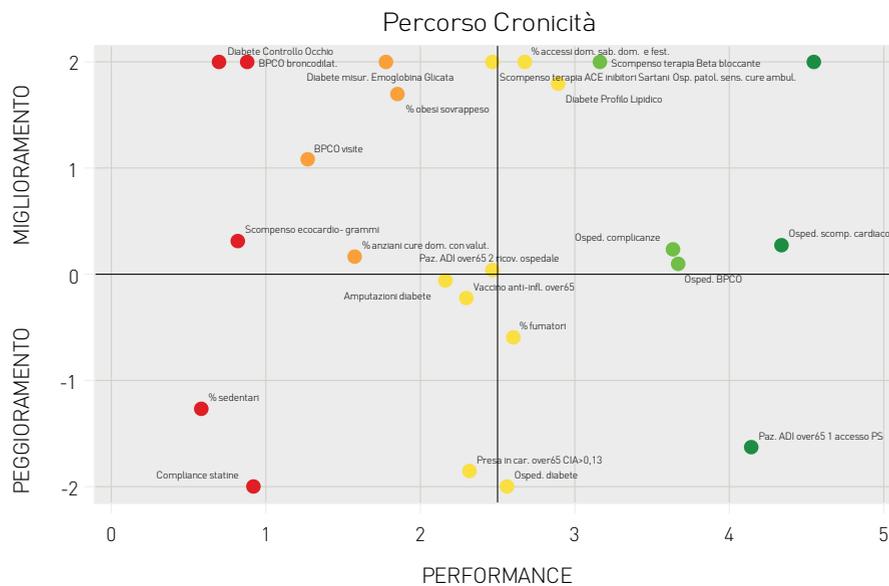
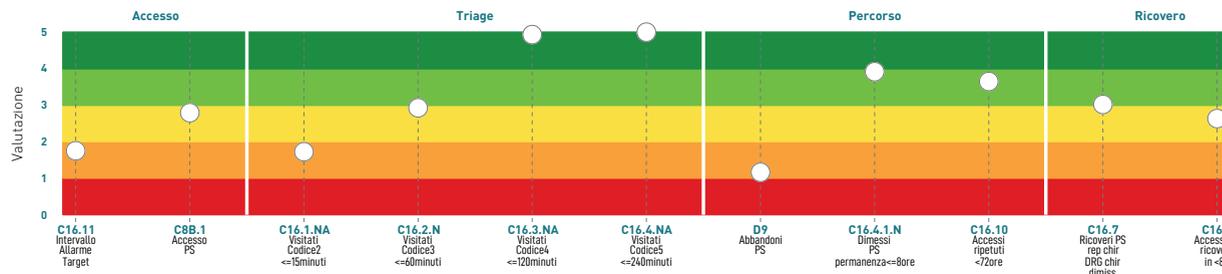
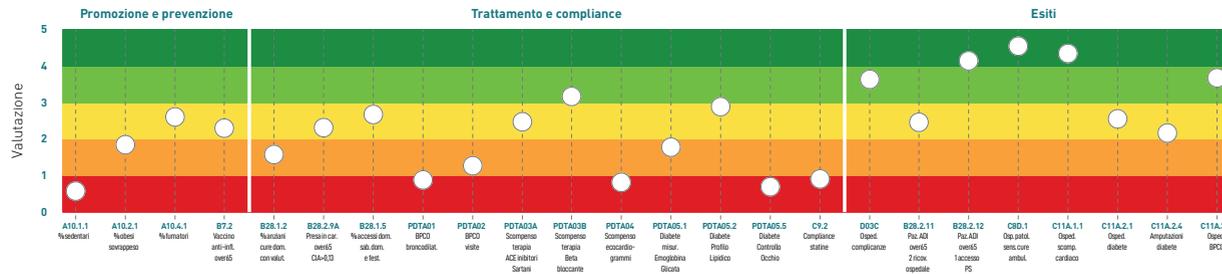
Indicatori Migliorati ↑
56.5 %

Indicatori Stabili =
13.0 %

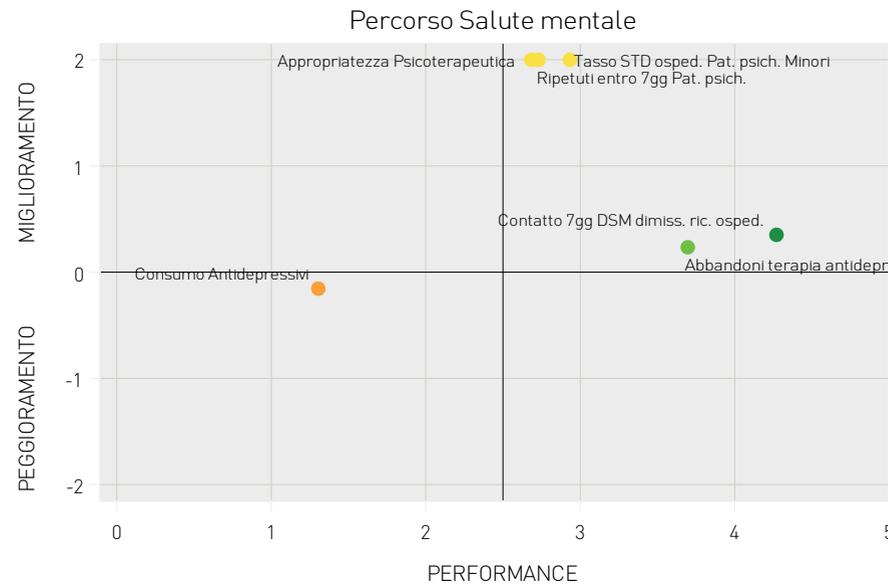
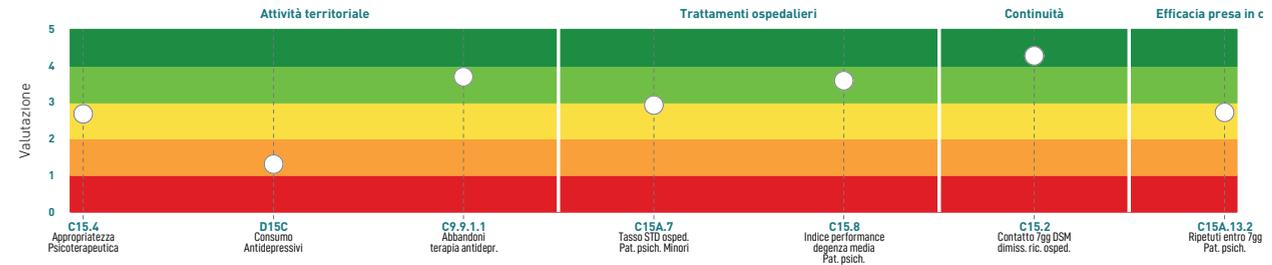
Indicatori Peggiorati ↓
30.4 %

Valutazione della performance 2023





PERCORSO SALUTE MENTALE



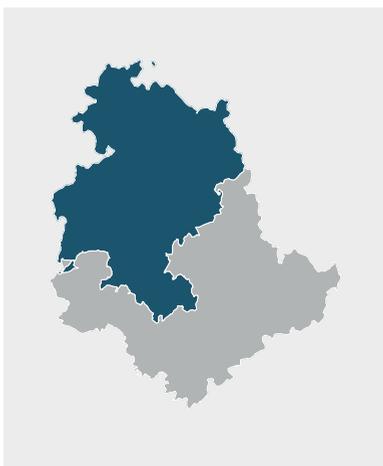
BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE UMBRIA



USL UMBRIA 1

Profilo azienda



Popolazione residente **489.624**

Distretti Sanitari **6**

Stabillimenti **11**

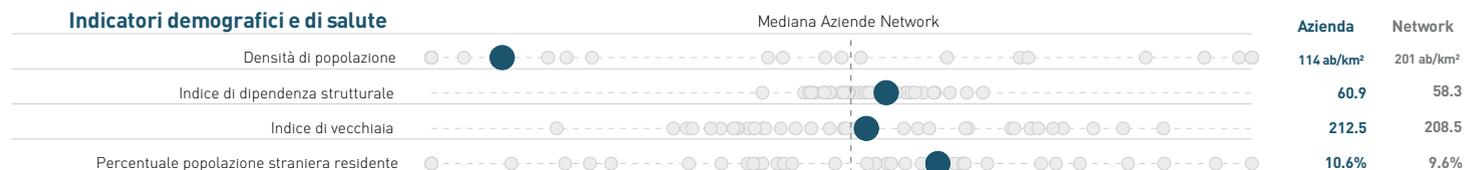
- Pubblici **7**

- Privati accreditati **4**

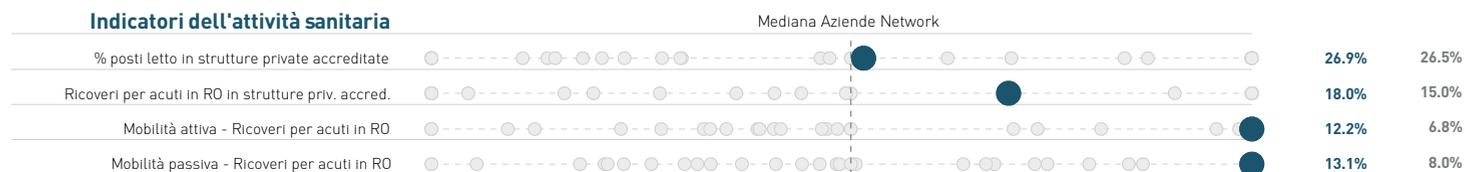
Posti letto **938**

*Strutture pubbliche e private accreditate

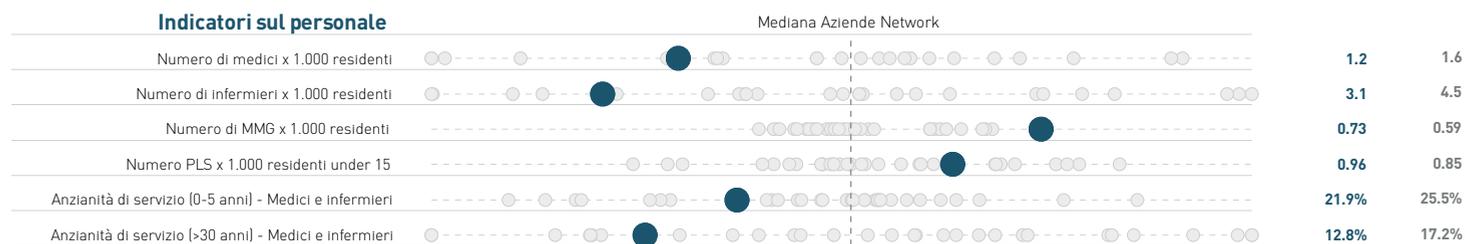
Indicatori demografici e di salute



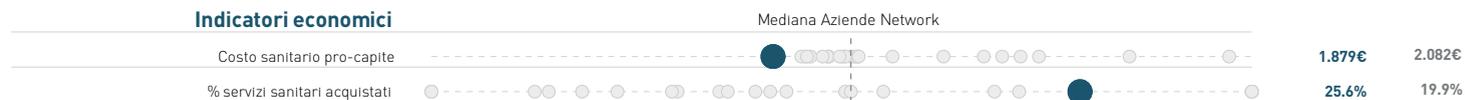
Indicatori dell'attività sanitaria



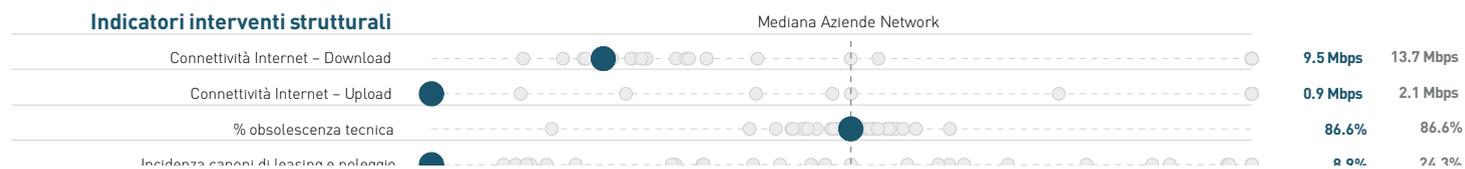
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



USL UMBRIA 1

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)



Andamento indicatori - Trend 2022/2023

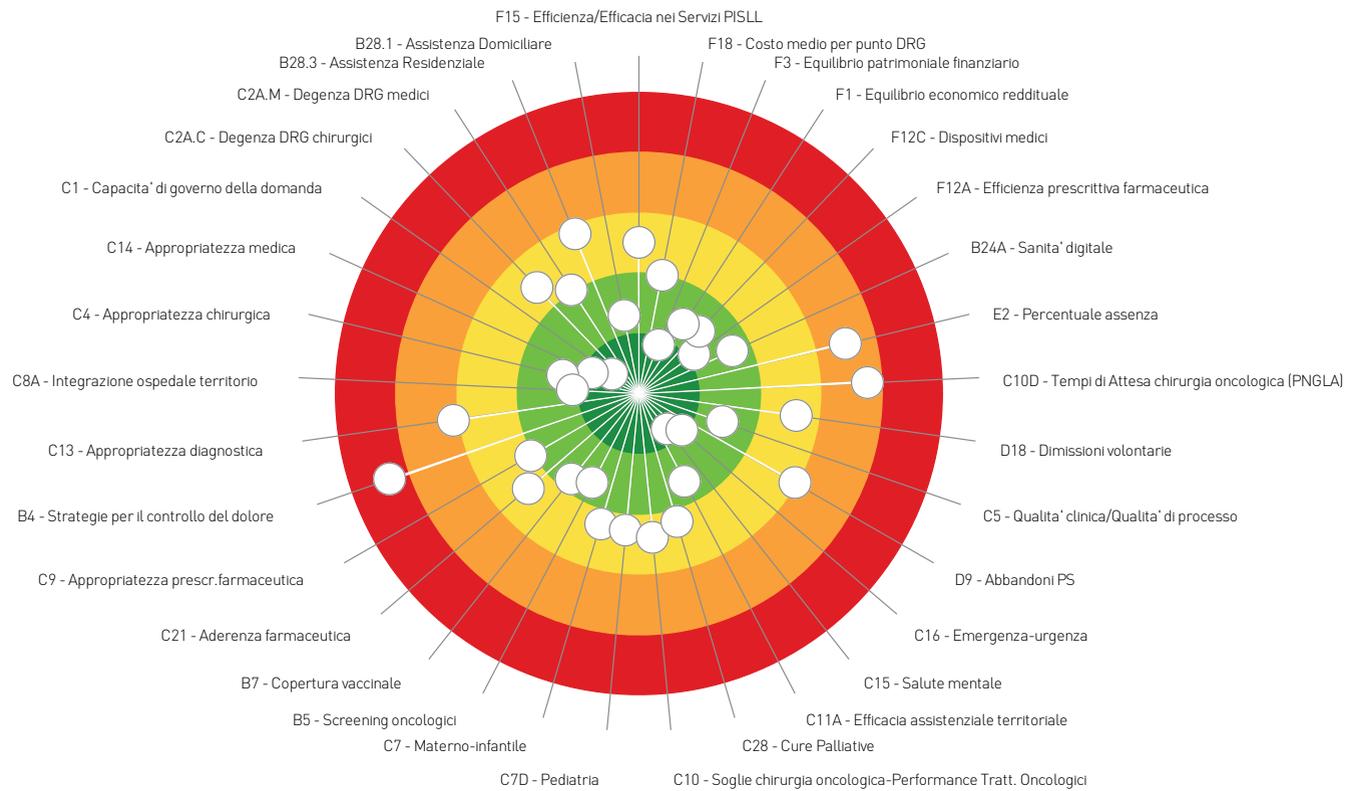
Numero indicatori di valutazione: 121

Indicatori Migliorati ↑
52.1%

Indicatori Stabili =
14.9%

Indicatori Peggiorati ↓
33.1%

Valutazione della Performance 2023



AO PERUGIA

Profilo azienda



Posti letto	845
- Degenza Ordinaria	789
- Day Hospital/Day surgery	56
Dimissioni totali	35.468
Giornate di degenza ordin.	227.803
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	81.274
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.725



AO PERUGIA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

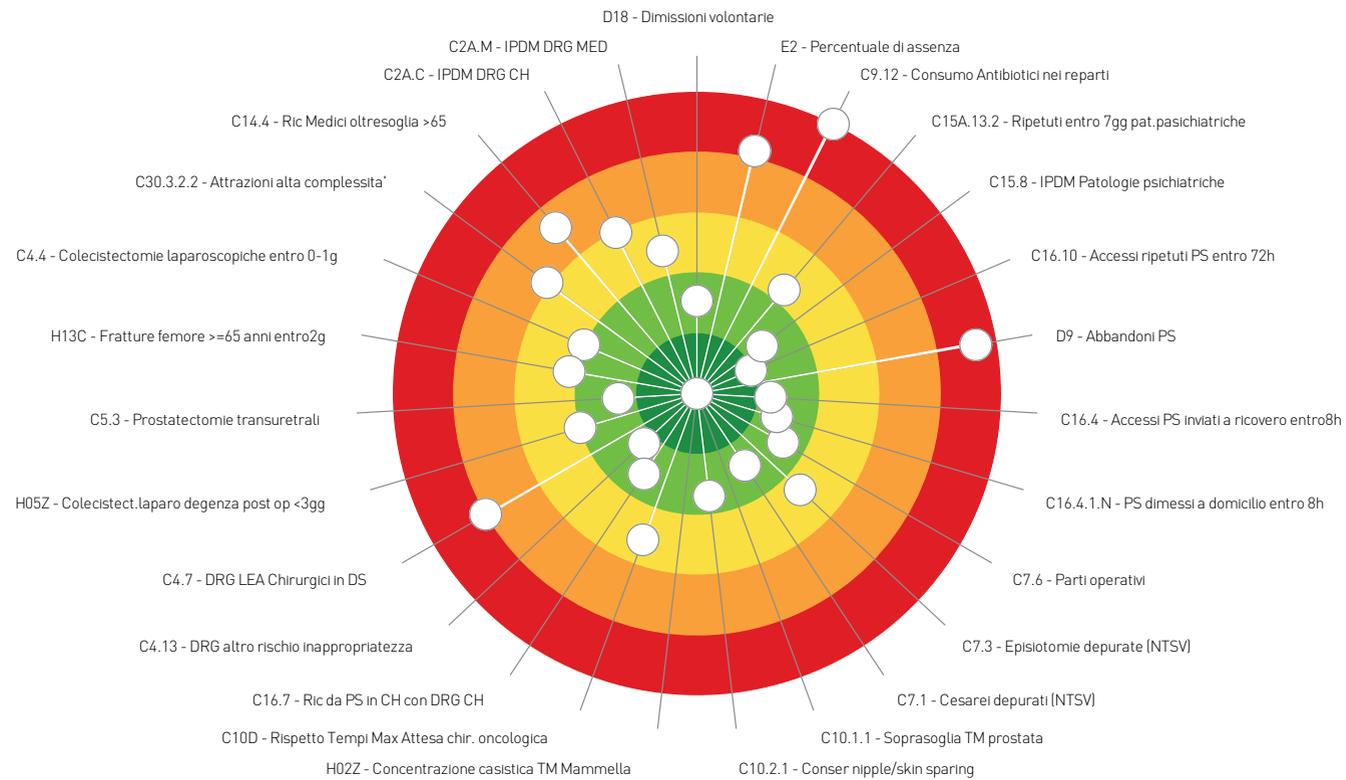
Numero indicatori di valutazione: 55

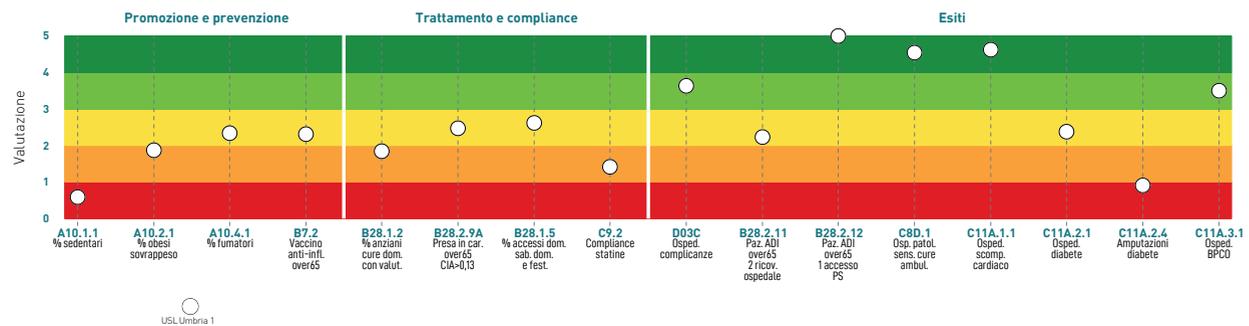
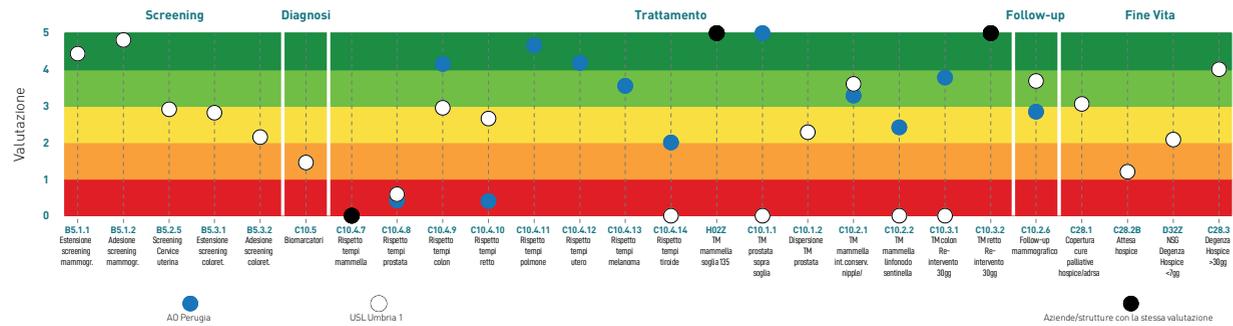
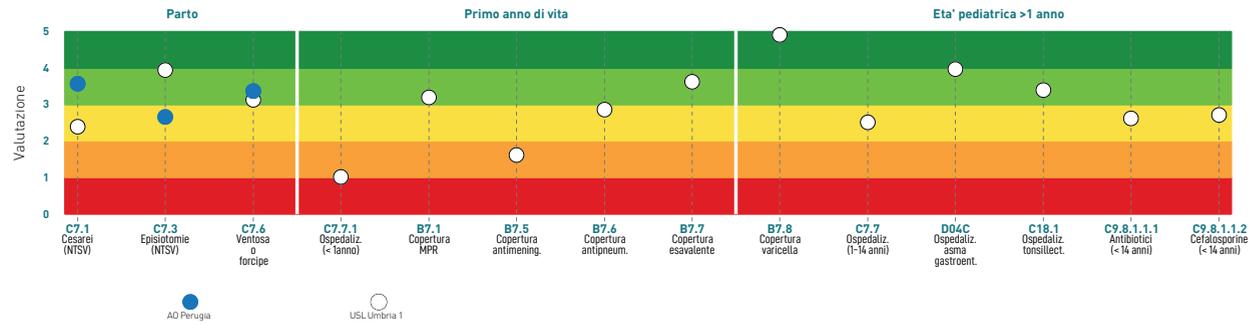
Indicatori Migliorati ↑
49.1 %

Indicatori Stabili =
12.7 %

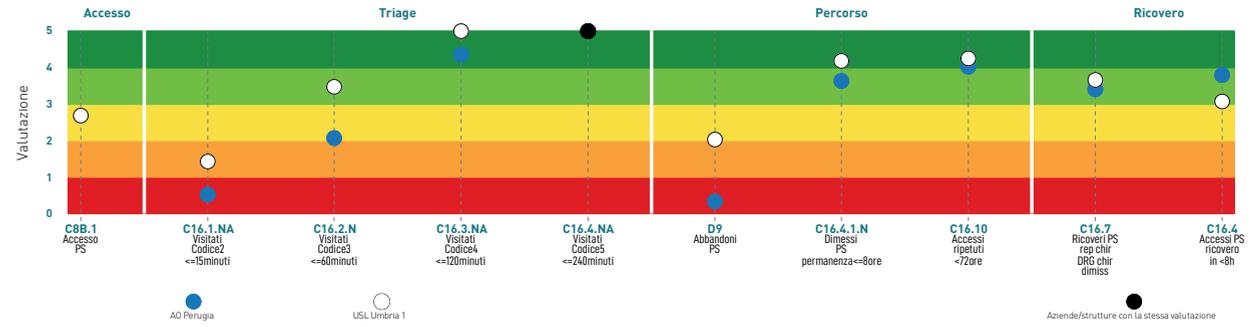
Indicatori Peggiorati ↓
38.2 %

Valutazione della Performance 2023



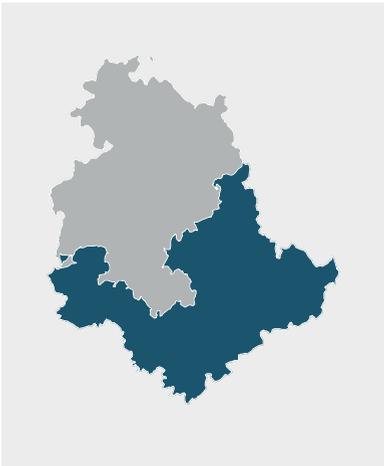


PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



USL UMBRIA 2

Profilo azienda



Popolazione residente	366.783
Distretti Sanitari	6
Stabillimenti	11
- Pubblici	10
- Privati accreditati	1
Posti letto	867
*Strutture pubbliche e private accreditate	



USL UMBRIA 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)



Andamento indicatori - Trend 2022/2023

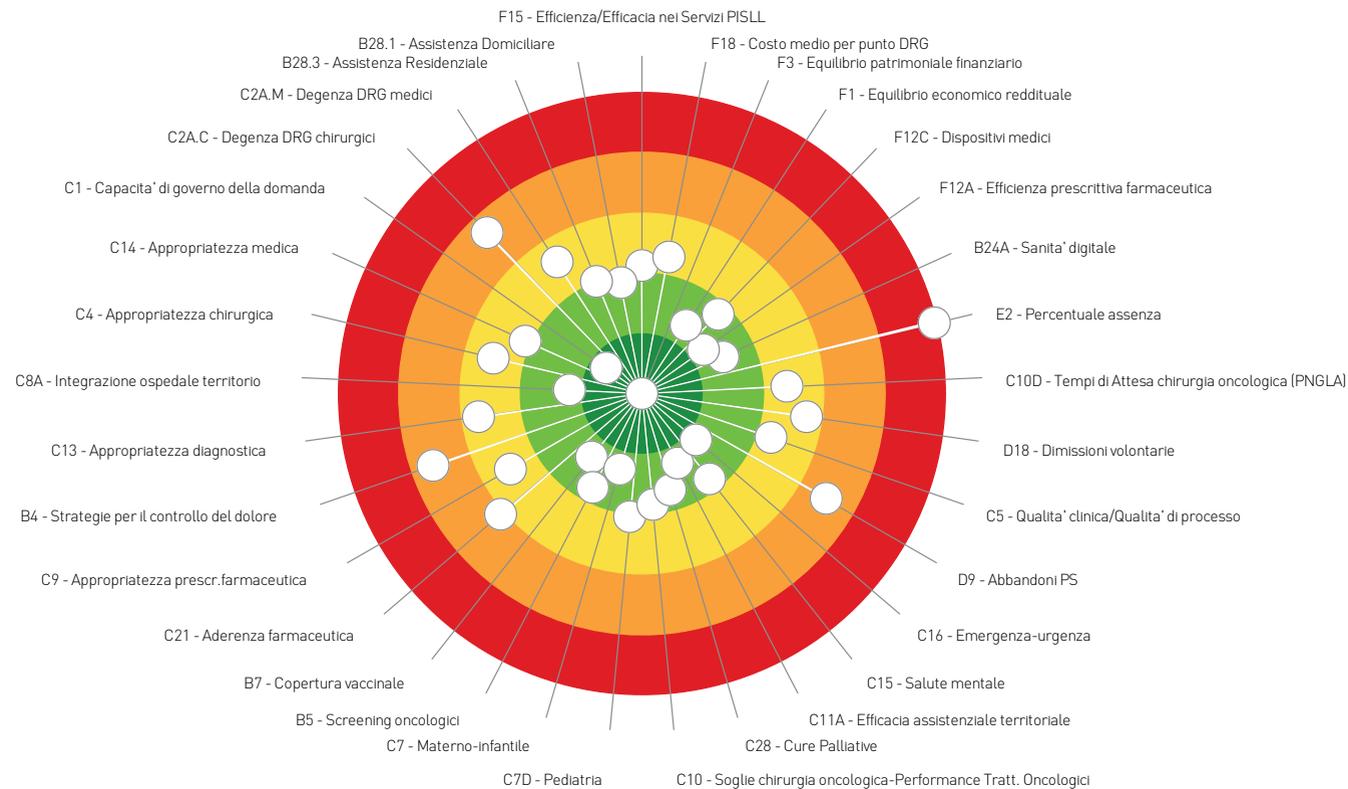
Numero indicatori di valutazione: 122

Indicatori Migliorati ↑
49.2 %

Indicatori Stabili =
13.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
36.9 %

Valutazione della Performance 2023



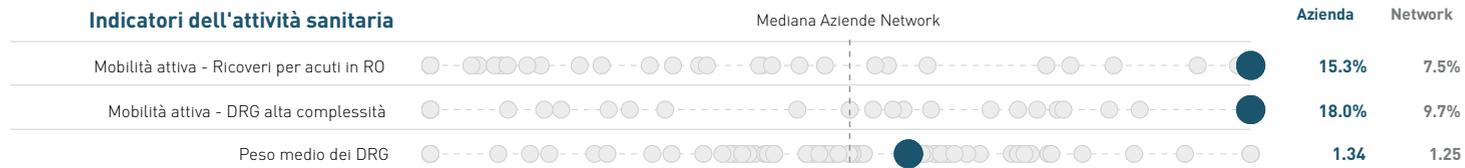
AO TERNI

Profilo azienda

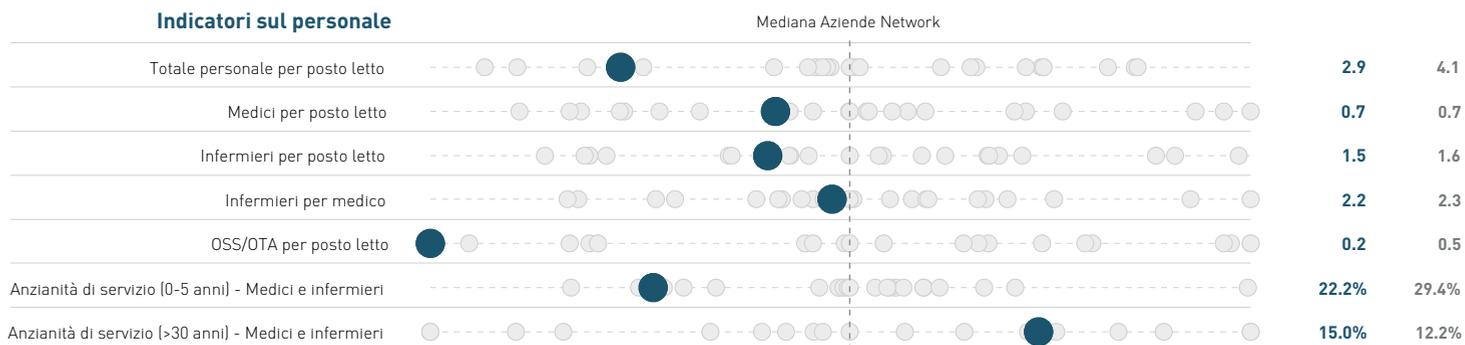


Posti letto	549
- Degenza Ordinaria	511
- Day Hospital/Day surgery	38
Dimissioni totali	23.831
Giornate di degenza ordin.	154.517
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	48.871
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.031

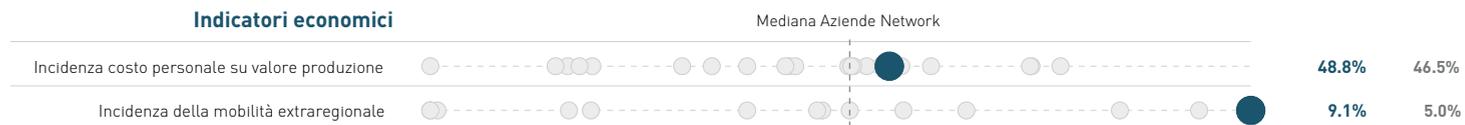
Indicatori dell'attività sanitaria



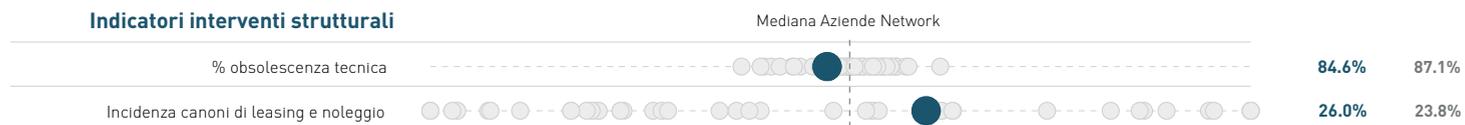
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



AO TERNI

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

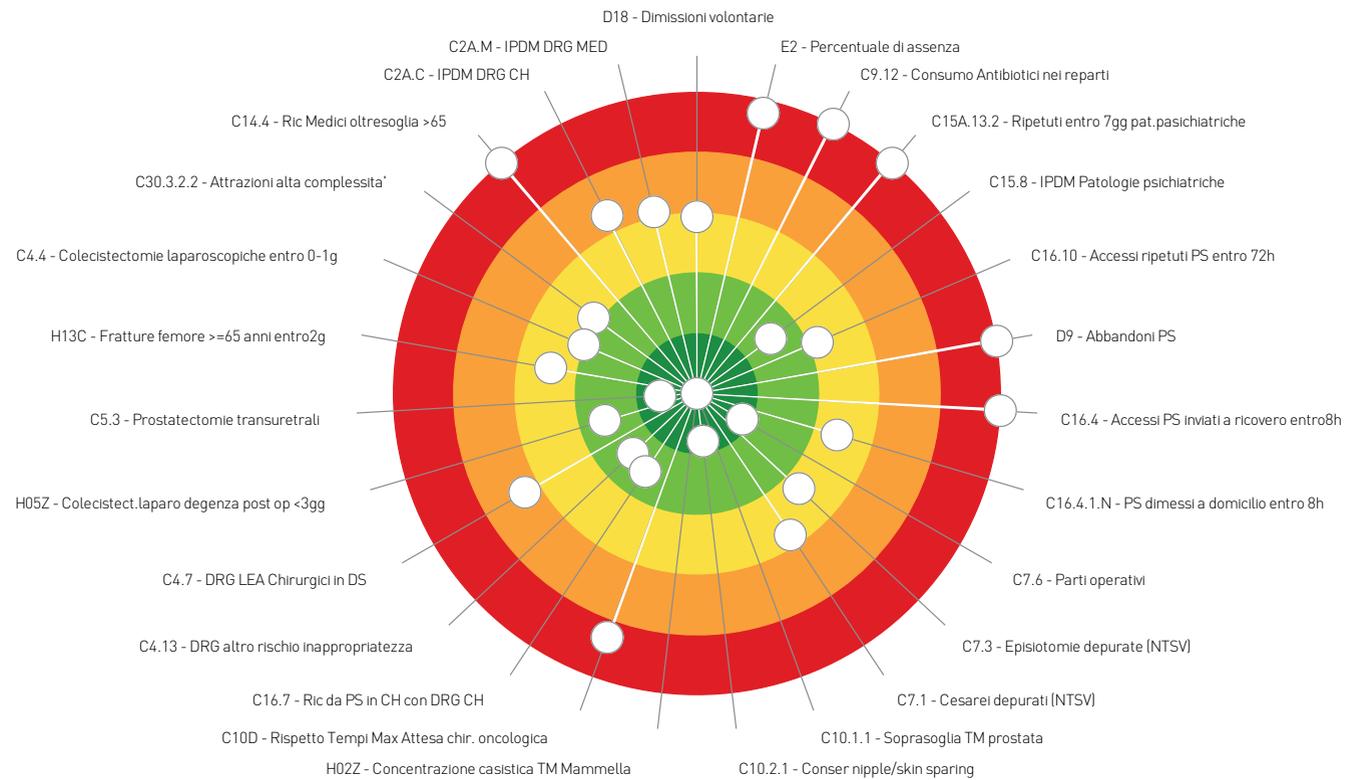
Numero indicatori di valutazione: 51

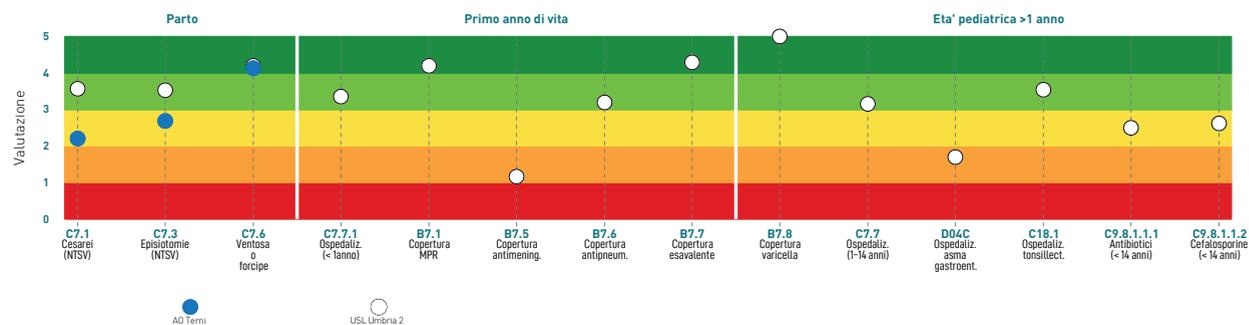
Indicatori Migliorati ↑
51.0 %

Indicatori Stabili =
11.8 %

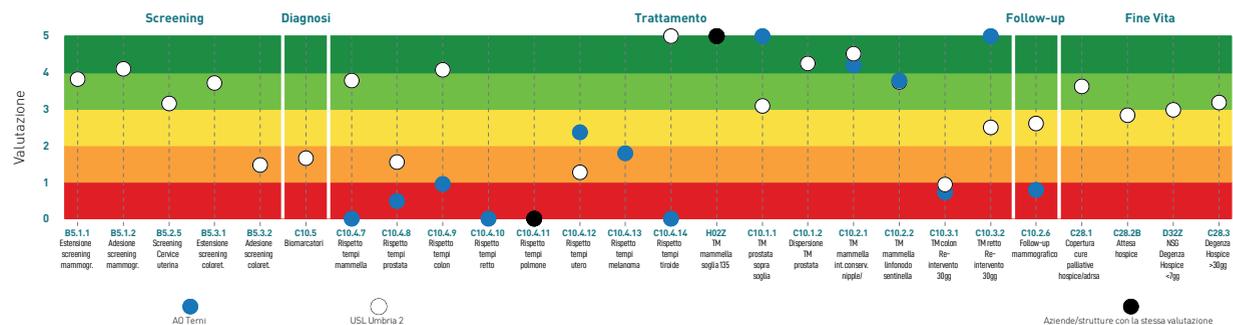
Indicatori Peggiorati ↓
37.3 %

Valutazione della Performance 2023

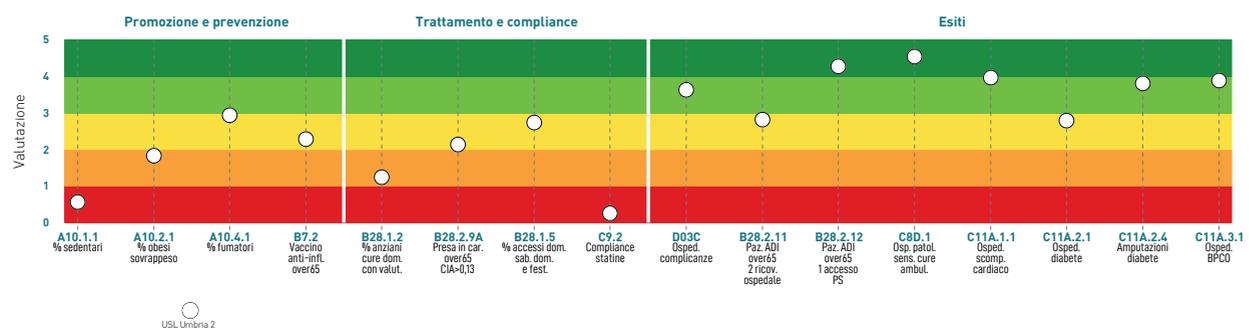




PERCORSO MATERNO INFANTILE

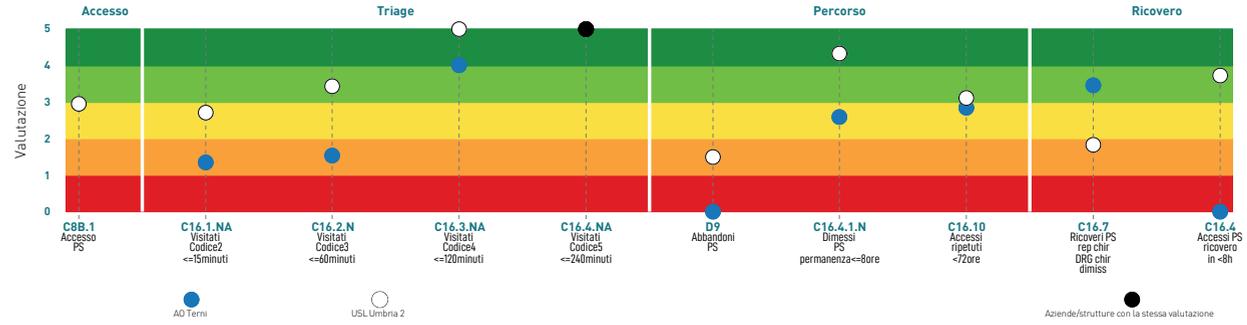


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



Veneto



Popolazione residente **4.849.553**

Aziende Sanitarie Territoriali **9**

Distretti Sanitari **26**

Strutture di ricovero **75**

- Pubbliche **47**

di cui AO/AOU **2**

di cui IRCCS **1**

- Private accreditate **28**

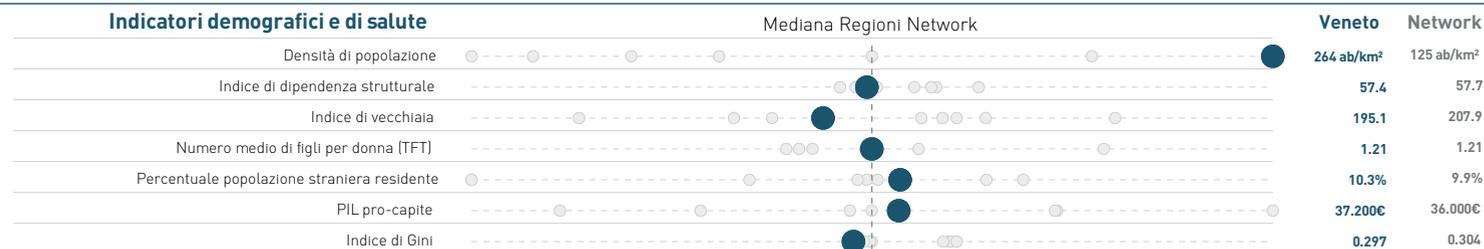
di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **3**

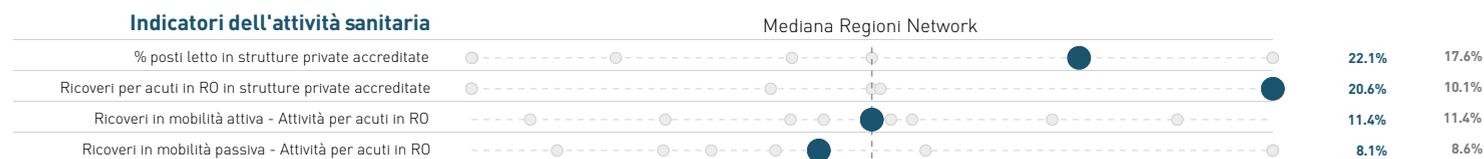
Posti letto Totali **16.211**

*Strutture pubbliche e private accreditate

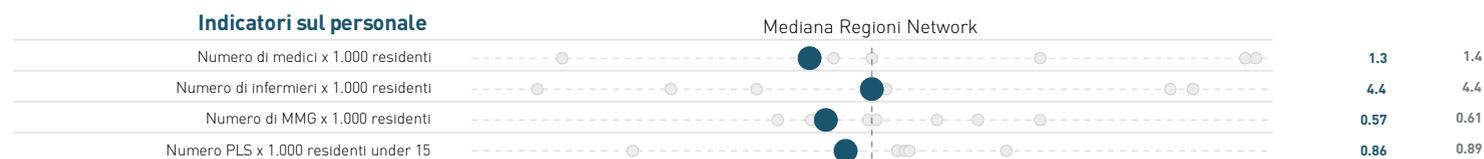
Indicatori demografici e di salute



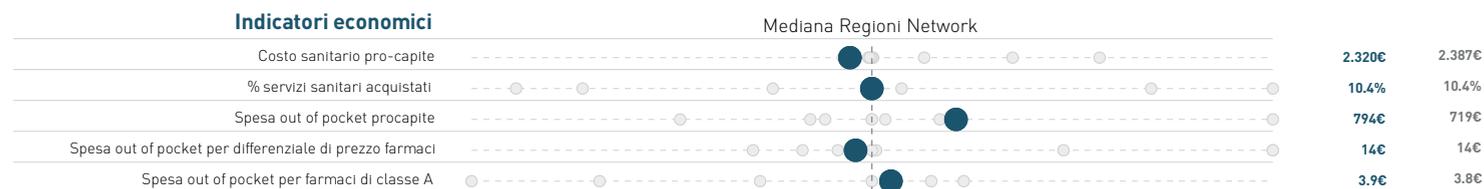
Indicatori dell'attività sanitaria



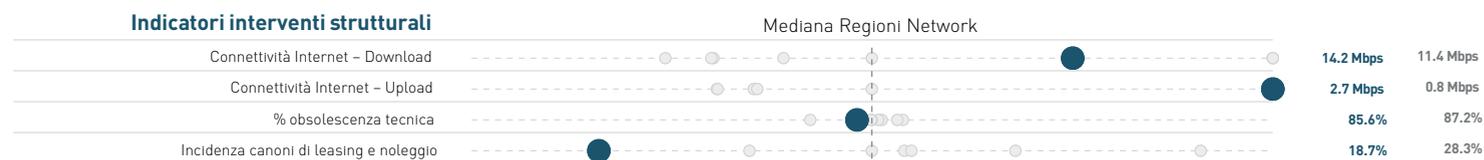
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Veneto. Dei 171 indicatori di valutazione, la Regione Veneto mostra una performance complessivamente concentrata nella fascia verde del bersaglio. In particolare, il 32,5% degli indicatori peggiora tra il 2022 e il 2023 pur mantenendosi in una fascia buona/ottima, il 15,9% resta stabile e il 51,6% migliora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID** e, infine, **l'efficienza**.

La maggior parte degli indicatori relativi all'**assistenza sanitaria e socio-sanitaria** mostra risultati positivi. In particolare, gli indicatori legati alla capacità di governo della domanda (C1) sono particolarmente performanti: il tasso di ospedalizzazione (H01Z), che rappresenta la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei residenti verso le strutture di ricovero locali, è tra i più bassi nel Network delle Regioni, con 110,64 ricoveri per 1.000 residenti. Anche l'appropriatezza medica (C14) è molto buona, con il Veneto che registra la più bassa percentuale di pazienti che ripetono una RM colonna entro 12 mesi (C13A.2.2.2). Per quanto riguarda l'integrazione tra ospedale e territorio (C8A), nonostante un tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativamente basso per 1.000 residenti (C8D.1), si osserva un tasso più elevato di ospedalizzazioni oltre i 30 giorni per 1.000 residenti (C8B.2), indicatore che riflette indirettamente la capacità ricettiva del territorio e il livello di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Va segnalato il peggioramento del tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1), sebbene l'incremento sia inferiore rispetto a quello registrato nel 2022. Passando agli indicatori che misurano l'efficienza delle attività di ricovero, il Veneto presenta una degenza media per l'area medica (C2A.M) superiore di circa 0,7 giorni per ricovero rispetto alla media 2023 del Network. Nell'area chirurgica, la degenza media (C2A.C) è di 0,3 giorni per ricovero in più rispetto alla media delle altre regioni del Network per lo stesso anno. In termini di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, nonostante l'aumento rispetto al 2022, il consumo di antibiotici sul territorio (C9.8.1.1), in particolare in età pediatrica (C9.8.1.1.1), e il consumo di cefalosporine (C9.8.1.1.2) rimangono tra i più bassi del Network. La percentuale di antibiotici Access (C9.8.1.7) è cresciuta dal 48,6% al 53,5%, ma resta sotto l'obiettivo del 60% raccomandato dall'OMS. Tuttavia, il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero (C9.12), sebbene in calo rispetto al 2022, rimane critico, con 71,73 giornate di terapia per 100 giorni di degenza.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la regione Veneto mostra risultati tendenzialmente positivi. Analizzando il percorso materno-infantile, nella fase del parto si registra un miglioramento nei parti cesarei deprogrammati (C7.1), scesi al 17,2% rispetto al 17,9% del 2022, e nella percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (C7.30), che raggiunge il 28,4% contro il 25,5% dell'anno precedente. La percentuale di parti operativi (C7.6) rimane sostanzialmente stabile e in linea con la media delle regioni del Network. Nella fase del primo anno di vita, i tassi di ospedalizzazione si mantengono stabili. La copertura vaccinale per MPR [morbillo, parotite, rosolia] (B7.1) e per il vaccino esavalente obbligatorio (B7.7) resta molto buona, rispettivamente al 95,2% e 95,4%. Più critiche invece le coperture vaccinali per il meningococco e pneumococco. Durante l'età pediatrica successiva al primo anno di vita, si osserva un'ottima copertura vaccinale contro la varicella (B7.8) e tassi di ospedalizzazione (C7.7 ospedalizzazione generale, D04C ospedalizzazione per asma e gastroenterite) che mostrano una performance medio-buona. La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente eccellente. Ottima la fase degli screening, dove la regione conferma best practice per l'estensione allo screening mammografico (B5.1.1).

Nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, molti indicatori si posizionano nelle fasce alte (verde scuro e verde chiaro) del pentagramma. In particolare, spiccano gli indicatori sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi con priorità A, dove per quasi tutti i tumori il 90% degli interventi viene effettuato entro 30 giorni. Ottimali i risultati sull'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere (H02Z) e sulla proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (H03C), dove la regione Veneto si attesta come best practice del Network delle regioni. Più eterogenea la performance nella fase del fine vita. Critica ed in peggioramento la presa in carico tempestiva da parte degli hospice dei casi segnalati (C28.2B), pari al 59,8% di pazienti presi in carico entro 3 giorni dalla segnalazione, e dei casi con degenza in hospice superiore a 30 gg (C28.3). Buono invece il numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero inferiore ai 7 giorni, pari al 18,5%. Per il percorso emergenza-urgenza nel 2023, a fronte di un continuo aumento nei tassi di accesso al Pronto Soccorso (C8B.1), si osserva un leggero miglioramento nella percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso entro 8 ore (C16.4.1.N), dove la performance regionale è eccellente. Migliora in generale la tempestività di presa in carico in PS per tutti i codici durante la fase del triage, anche per i codici priorità 2 (C16.1.NA), per i quali è prevista un'attesa massima di 15 minuti per la prima visita, ma segnalando che il codice 2 nel 2023 continua a non registrare i valori attesi dalle linee guida nazionali. Nel percorso cronicità, la performance nella fase di promozione e prevenzione risulta eterogenea. La percentuale di fumatori (A10.4.1) rimane bassa e stabile al 22%. Tuttavia, è critica la copertura vaccinale negli anziani, in calo dal 55,3% del 2022 al 52,5% nel 2023. La fase di trattamento e compliance si colloca prevalentemente in fascia verde, con l'unica criticità relativa alla percentuale di accessi domiciliari effettuati

nei giorni di sabato, domenica e festivi (B28.1.5). Ottima la performance per quanto riguarda il tasso di prese in carico per Cure Domiciliari negli over 65 con CIA superiore a 0,13 (B28.2.9A), un indicatore che monitora le prese in carico caratterizzate da un'elevata intensità. Anche la performance nella fase di esiti è molto positiva: i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (C11A.1.1) e BPCO (C11A.3.1) sono tra i più bassi del Network, con rispettivamente 104,33 e 24,16 ricoveri per 100.000 abitanti.

Gli indicatori di **qualità e sicurezza delle cure** valutano tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività e correttezza delle prestazioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni negli over-65 (H13C) è tra le più alte delle regioni del Network, ed in aumento dal 78,2% del 2022 all'82% del 2023. Anche le colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4) mostrano un trend triennale in miglioramento, mentre le dimissioni volontarie da ricovero (D18) a livello regionale restano stabili allo 0,68% in fascia verde chiara.

Sul piano dell'**efficienza**, il monitoraggio della spesa farmaceutica è cruciale per la sostenibilità del SSN, specialmente con l'introduzione di medicinali costosi. La Regione Veneto ha mostrato un'ottima efficienza prescrittiva farmaceutica, con l'87,44% delle molecole prescritte nel 2023 appartenenti a farmaci a brevetto scaduto o presenti in lista di trasparenza (F12A.14). Nel 2023, è stata introdotta la valutazione di tre indicatori sui dispositivi medici ad alto consumo e basso costo. La spesa ospedaliera per dispositivi di largo consumo, come siringhe, assorbenti e guanti, ha mostrato una riduzione generale. La regione Veneto si è altresì mostrata capace a mantenere i costi in equilibrio con le risorse disponibili, raggiungendo il pareggio di bilancio (F1.1). Nonostante ciò, il costo per punto DRG (F18.1), ossia il costo per ricovero pesato per il tipo di intervento, appare critico, pari a 7.503,23€ nel 2022.

Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le **sfide post-COVID**. In particolare, la gestione del personale emerge come una sfida prioritaria. Nel 2022 si è registrato un incremento delle assenze (E2) in tutte le regioni del Network, con un tasso di assenza pari al 13,13% per la regione Veneto, in aumento di oltre 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente, pur rimanendo il più contenuto tra le realtà regionali. Sebbene si noti un leggero progresso verso la parità di genere, con l'indice del soffitto di cristallo (E2B) che si avvicina al valore di equilibrio, rimane ancora sopra 1, indicando la persistenza di ostacoli alla crescita professionale a delle donne all'interno dell'azienda, nelle posizioni apicali. Gli indicatori sulla sanità digitale evidenziano una performance positiva nella dematerializzazione e nella prescrizione elettronica, con percentuali che superano il 95% tra i medici in convenzione (B24B.1.1 e B24B.1.2). Tuttavia, i valori sono minori per la percentuale di specialisti prescrittori che utilizzano la dematerializzazione (B24B.3.1 e B24B.3.2), sia per le ricette farmaceutiche che per quelle dematerializzate. Bassa anche la percentuale di cittadini che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei 90 giorni successivi alla disponibilità di una diagnosi (B24C.2C.1). D'altro canto, l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (B24C.2C.3.1) risulta eccellente, con una percentuale che raggiunge il 99,75%.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

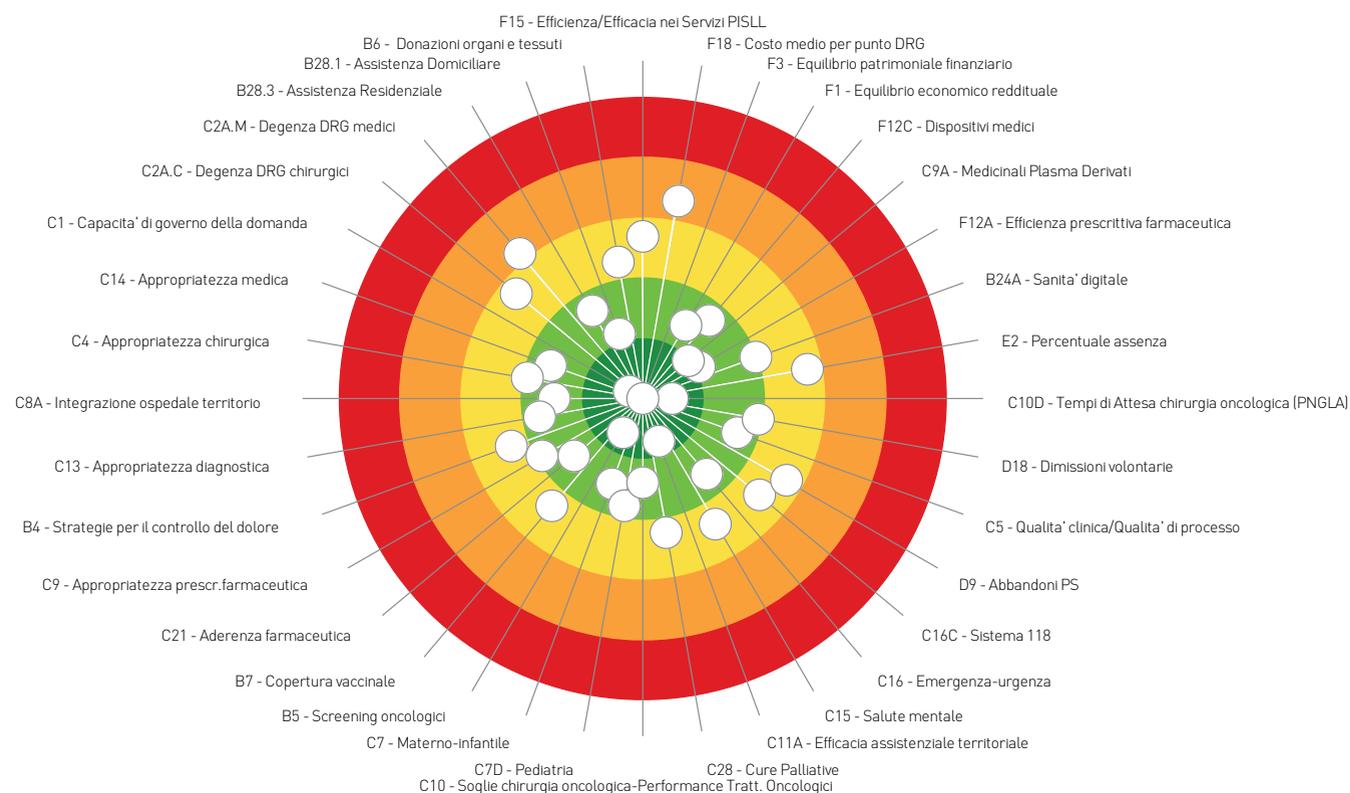
Numero indicatori di valutazione: 157

Indicatori Migliorati ↑
51.6 %

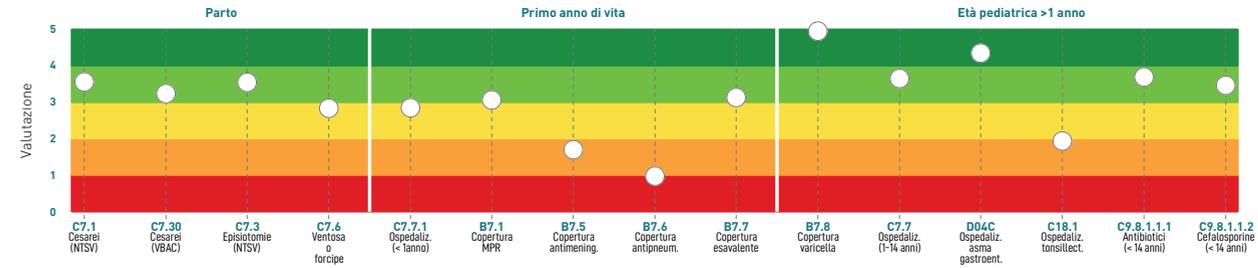
Indicatori Stabili =
15.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
32.5 %

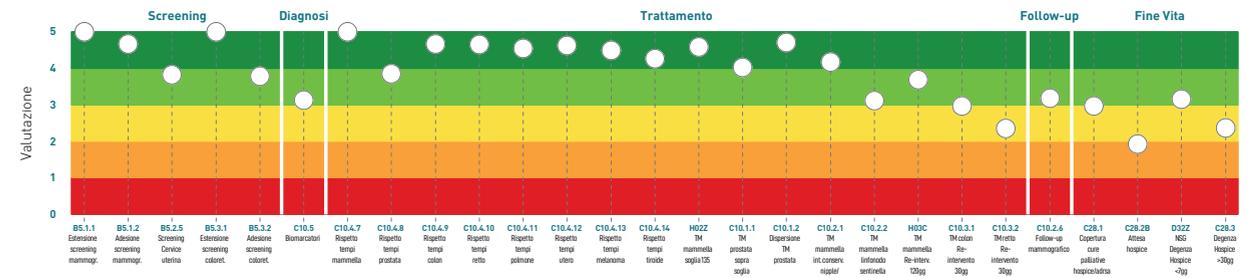
Valutazione della performance 2023



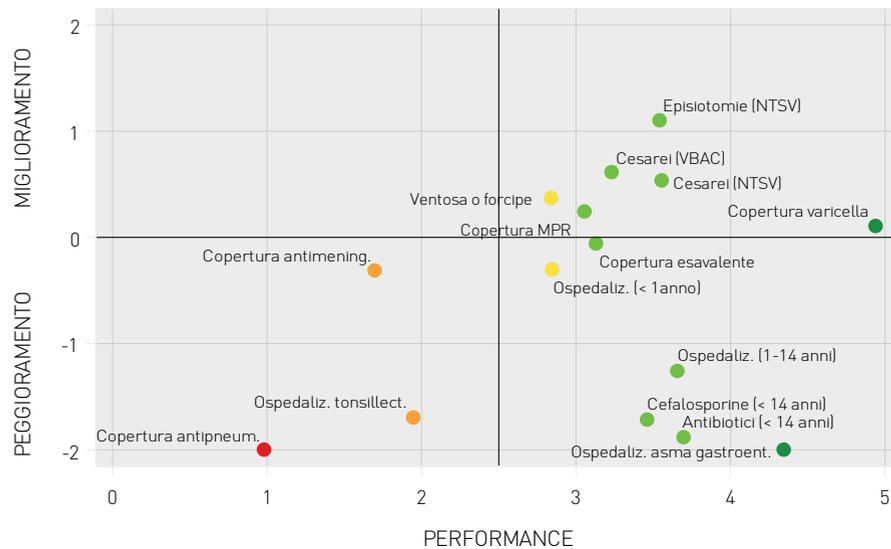
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO

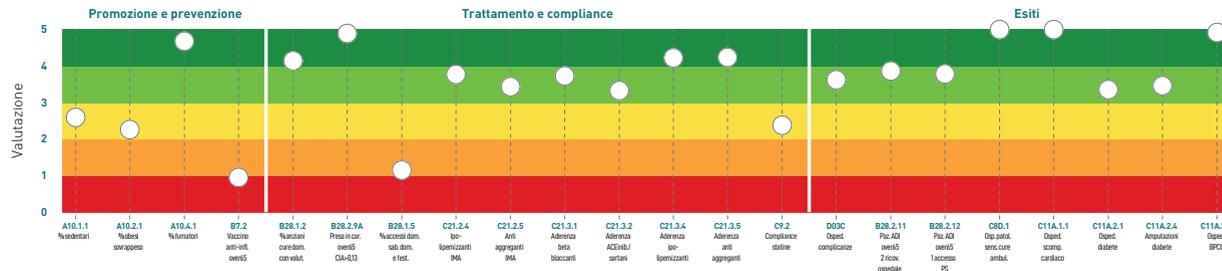


Percorso Materno infantile

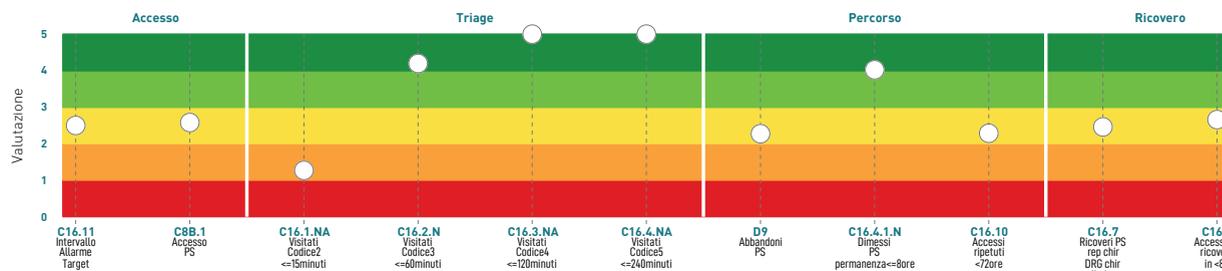


Percorso Oncologico



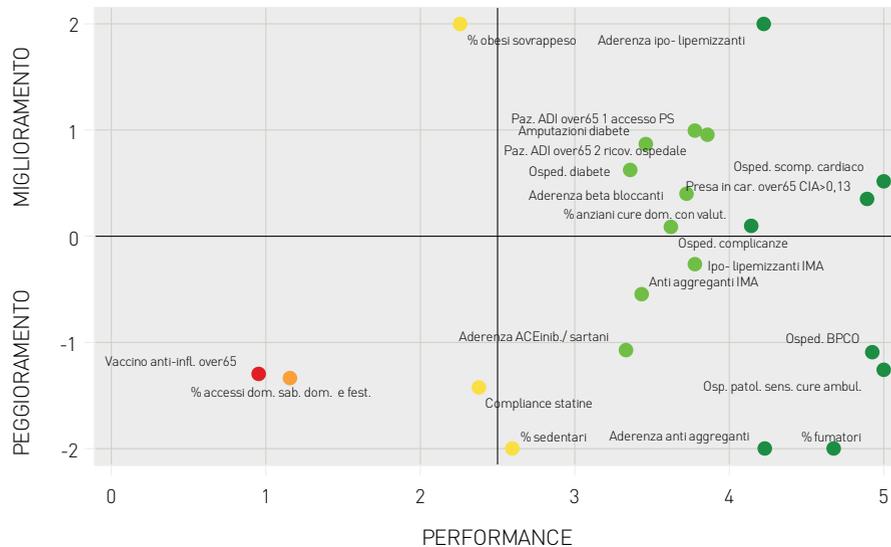


PERCORSO CRONICITÀ

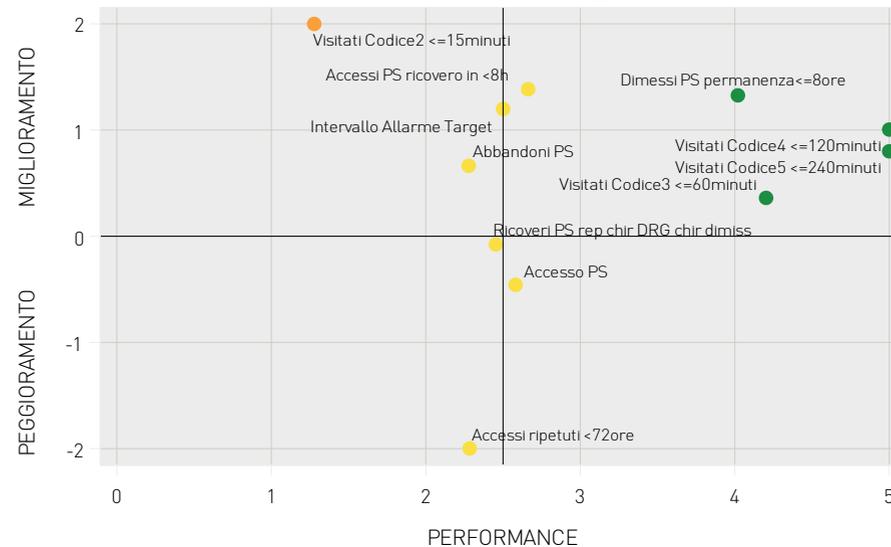


PERCORSO EMERGENZA URGENZA

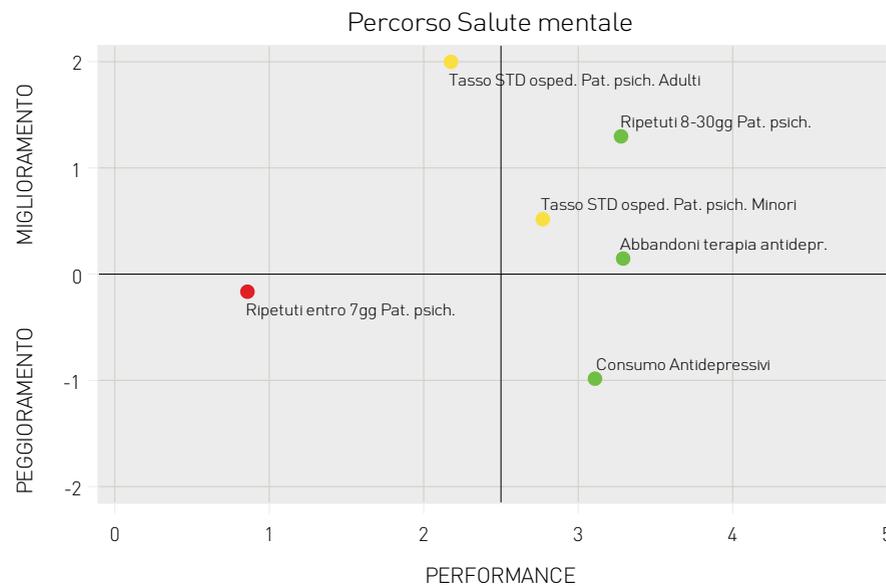
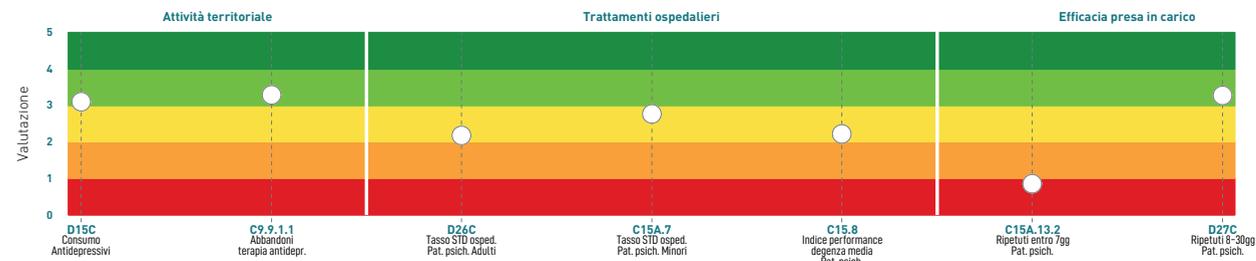
Percorso Cronicità



Percorso Emergenza urgenza



PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE VENETO



ULSS N. 1 DOLOMITI

Profilo azienda



Popolazione residente **198.105**

Distretti Sanitari **2**

Stabillimenti **6**

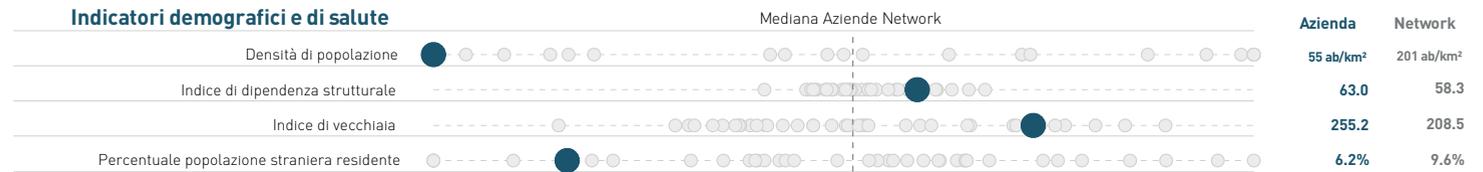
- Pubblici **5**

- Privati accreditati **1**

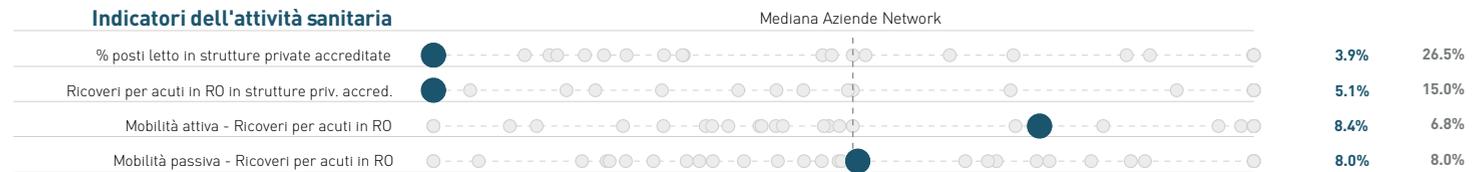
Posti letto **722**

*Strutture pubbliche e private accreditate

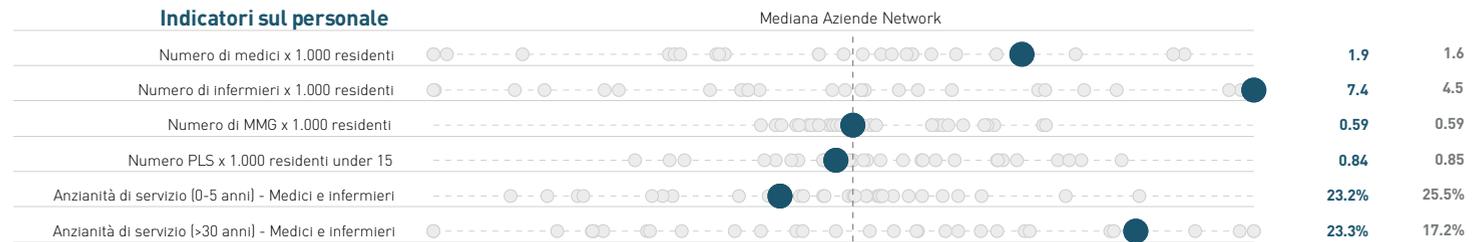
Indicatori demografici e di salute



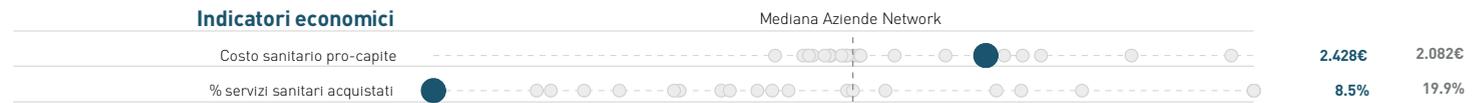
Indicatori dell'attività sanitaria



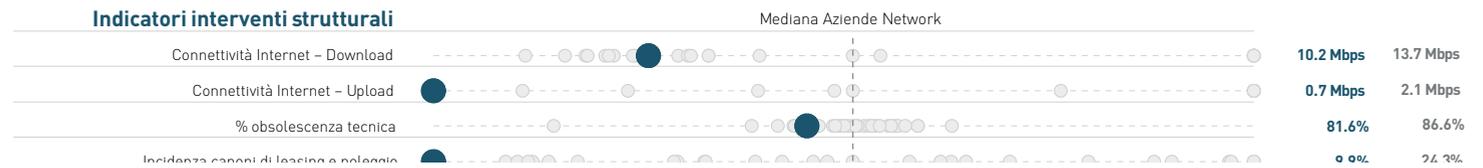
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



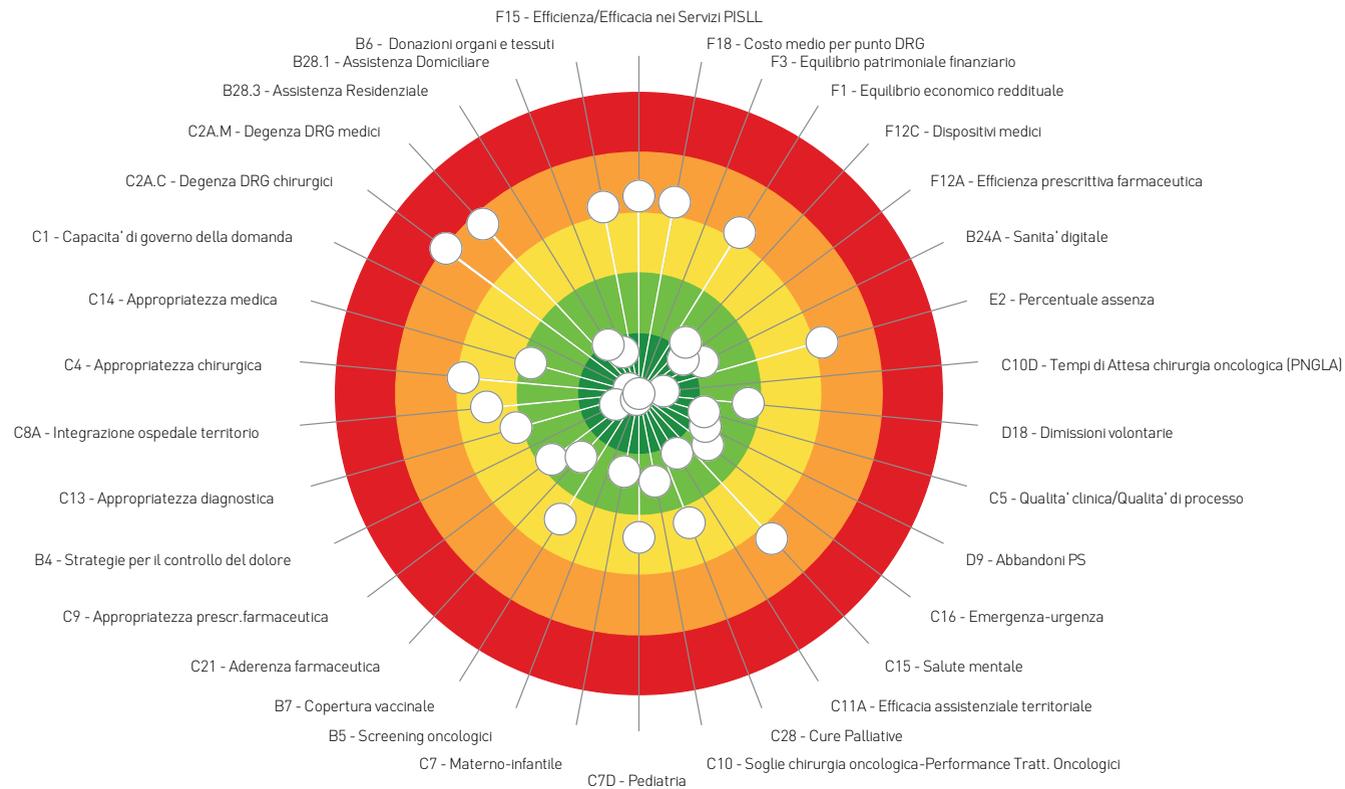
ULSS N. 1 DOLOMITI

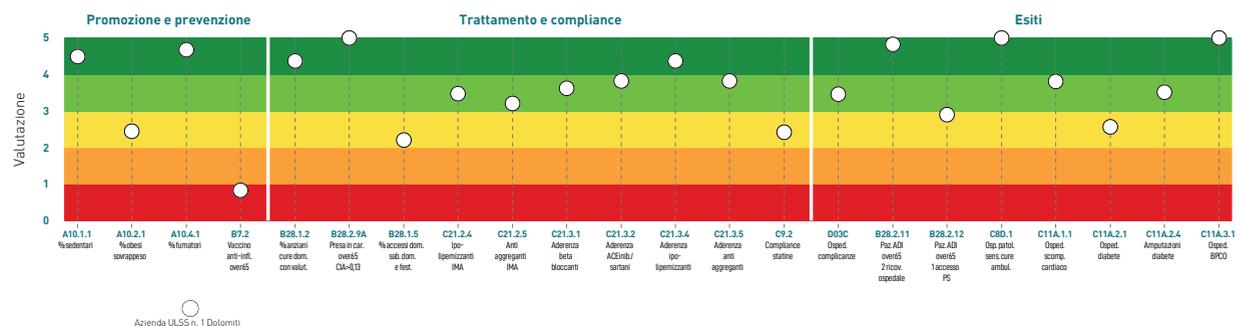
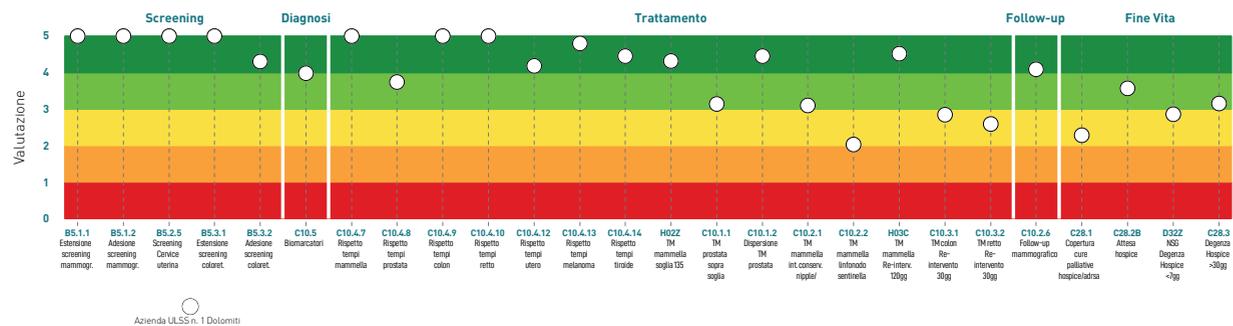
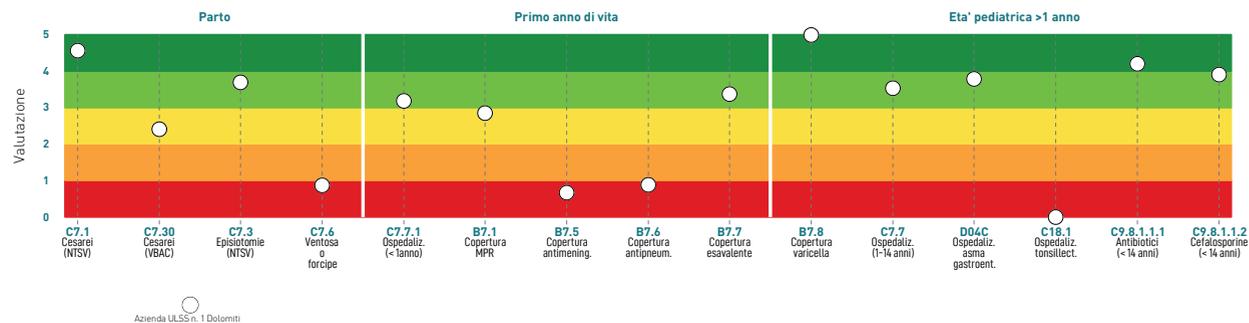
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

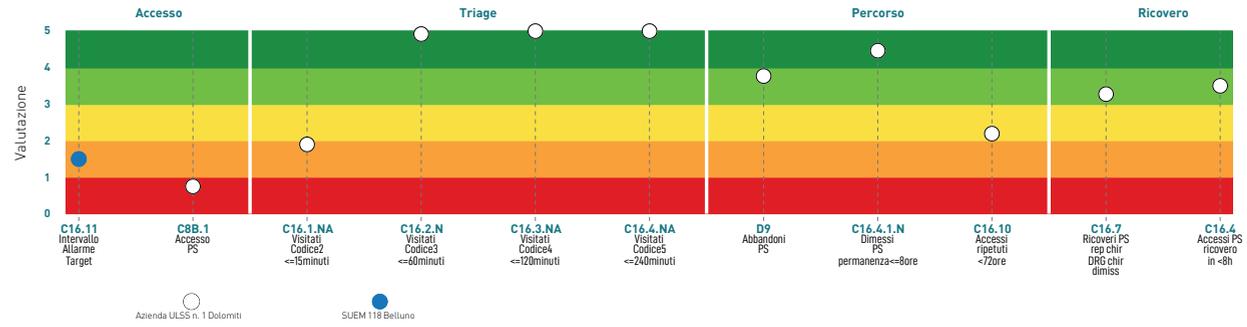


Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Profilo azienda



Popolazione residente **878.828**

Distretti Sanitari **4**

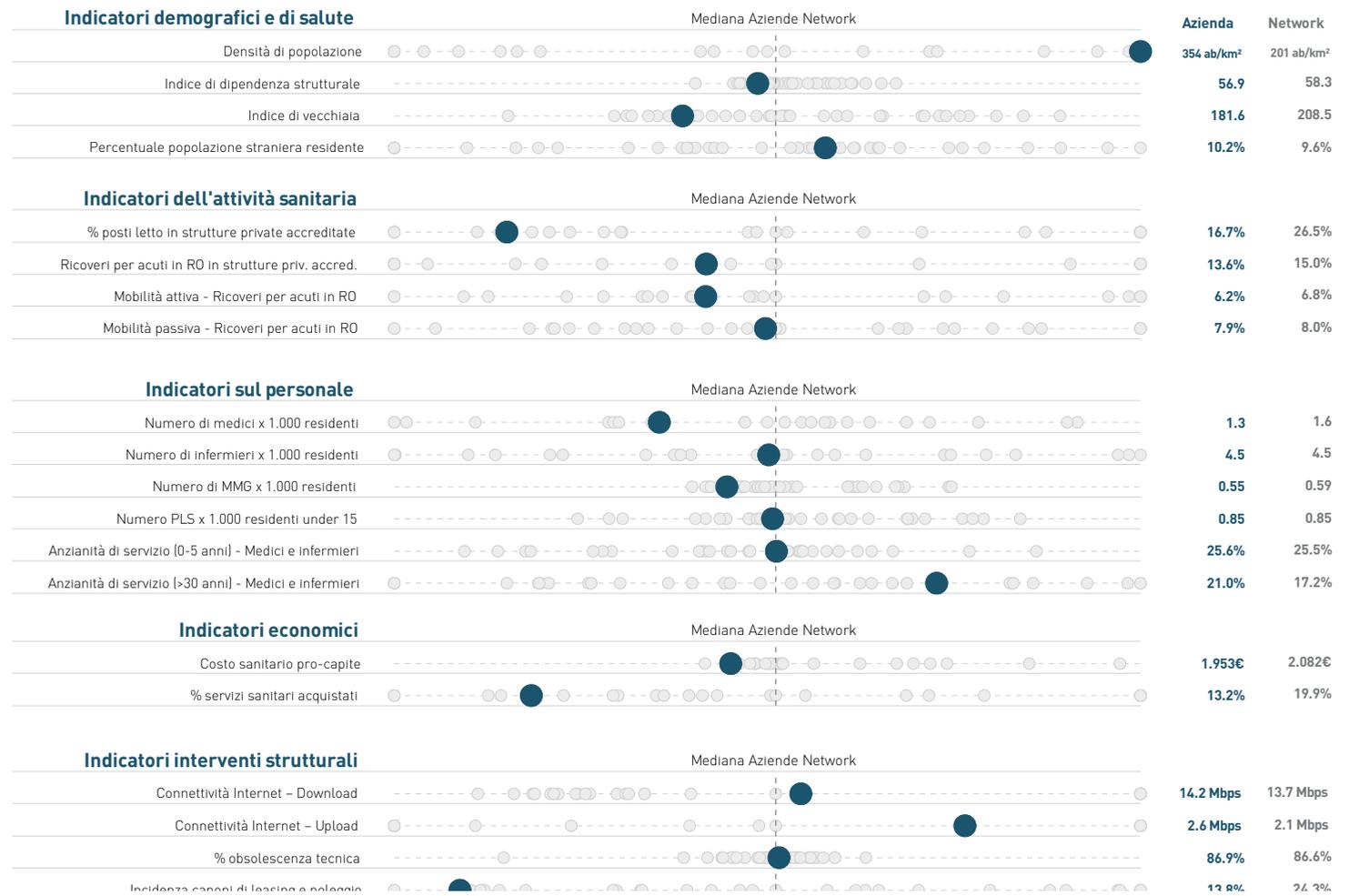
Stabillimenti **12**

- Pubblici **7**

- Privati accreditati **5**

Posti letto **2.587**

*Strutture pubbliche e private accreditate



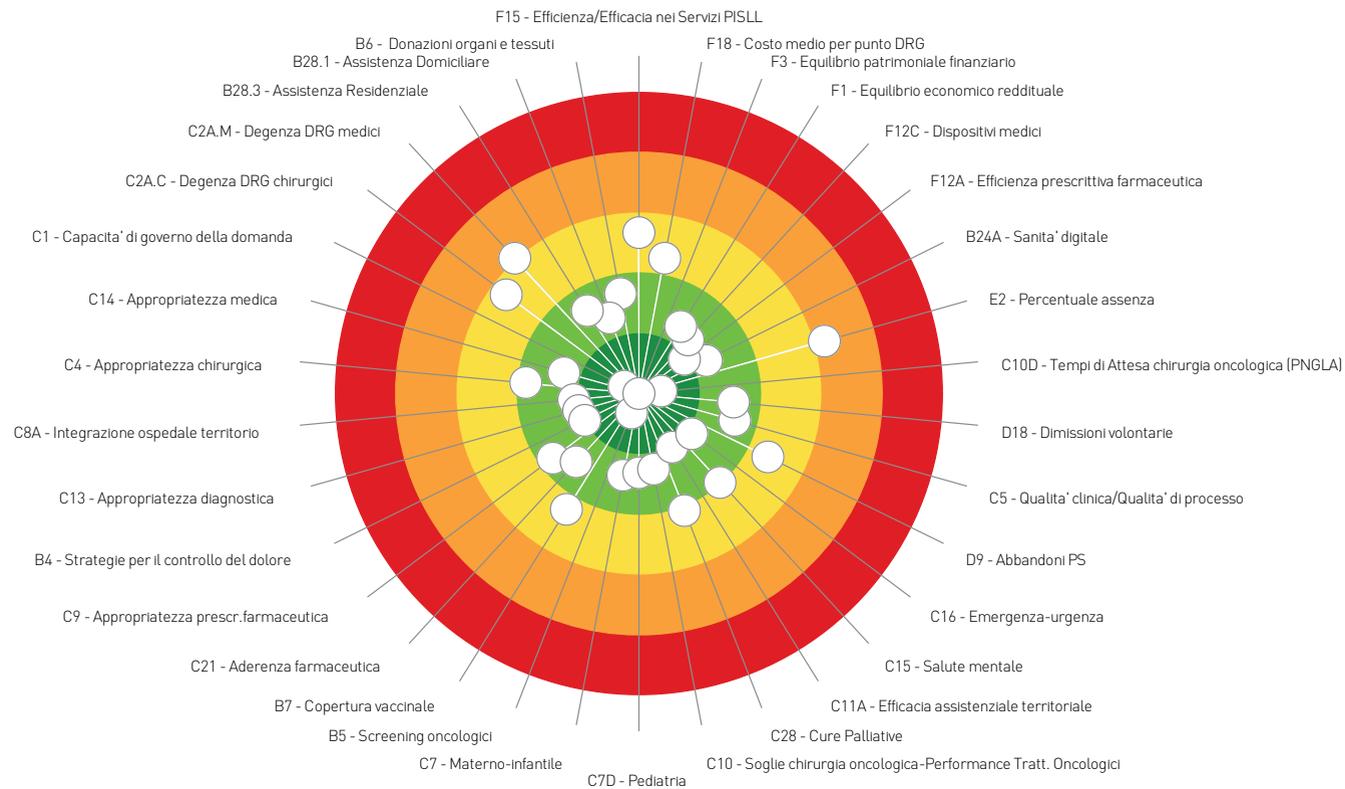
ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

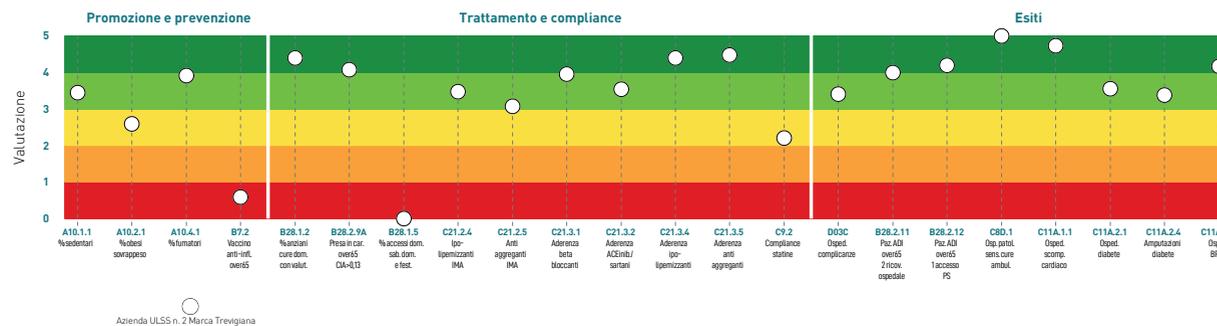
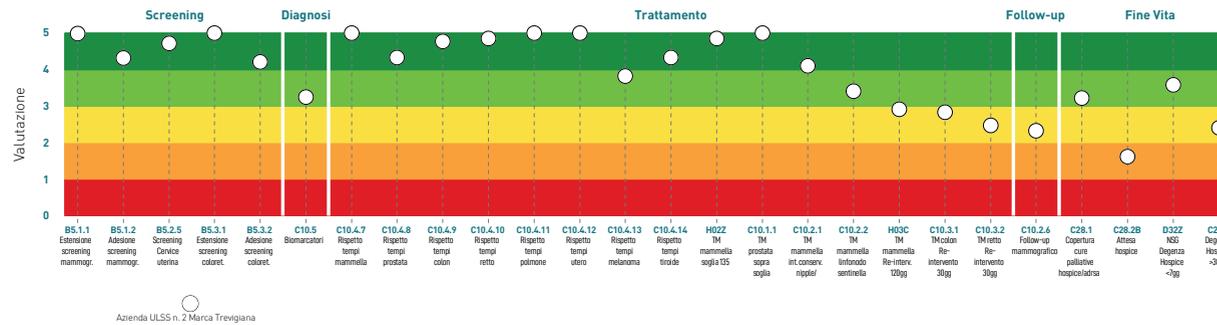
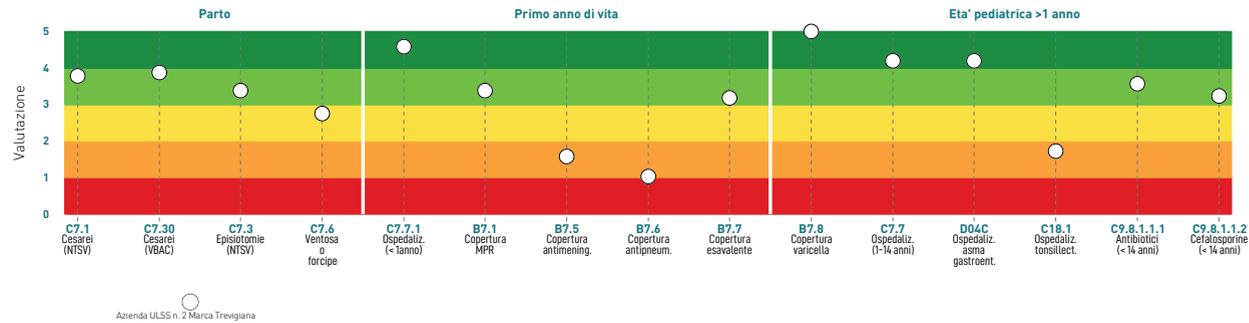
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

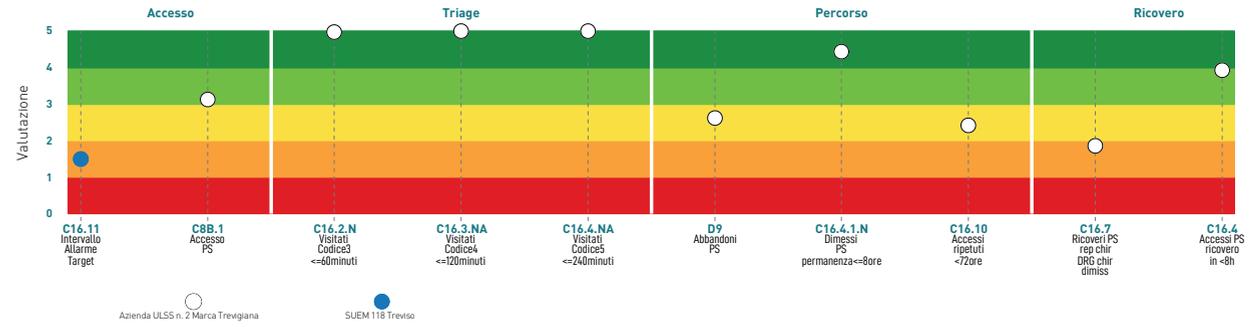


Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 3 SERENISSIMA

Profilo azienda



Popolazione residente **623.526**

Distretti Sanitari **4**

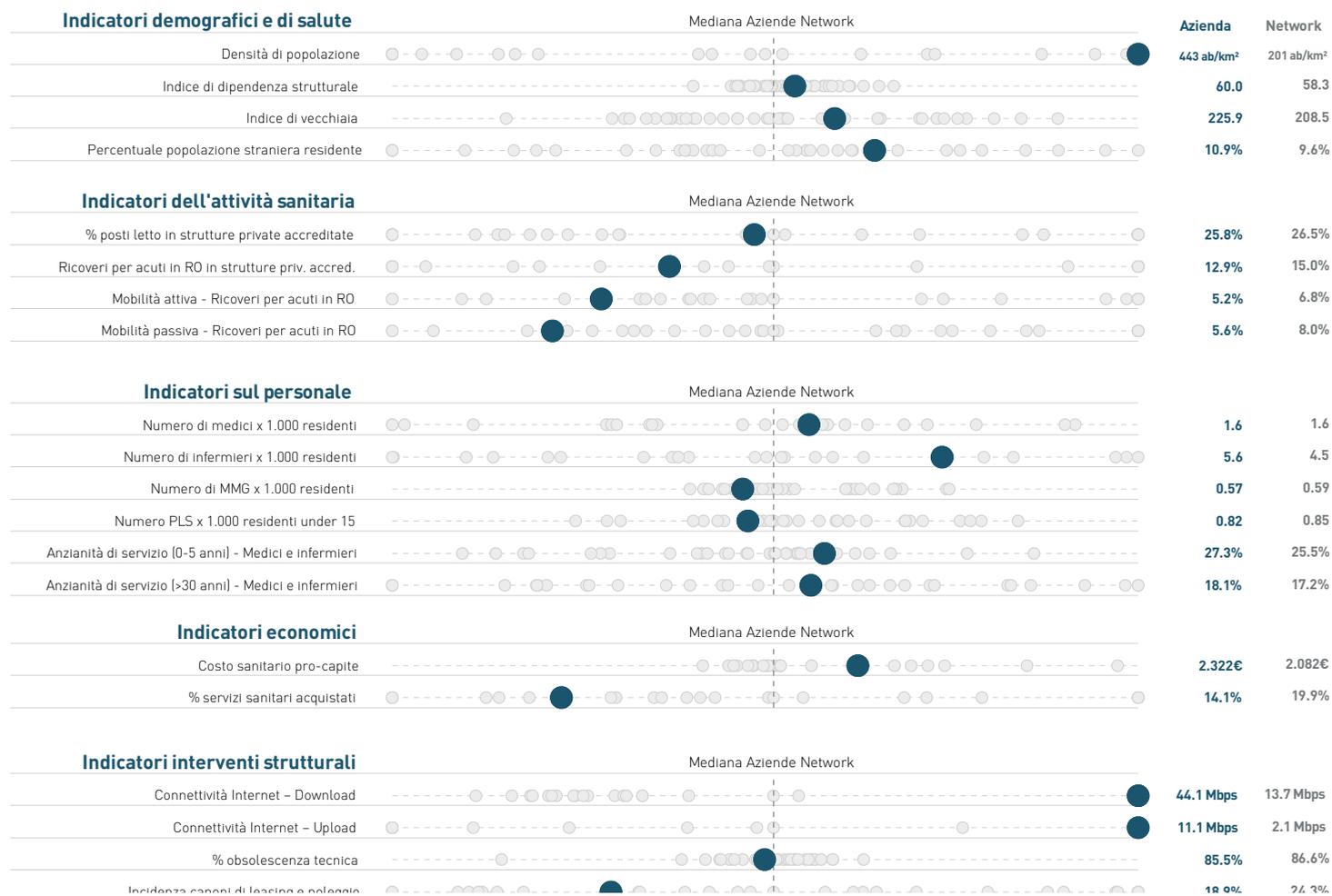
Stabillimenti **9**

- Pubblici **5**

- Privati accreditati **4**

Posti letto **2.069**

*Strutture pubbliche e private accreditate



ULSS N. 3 SERENISSIMA

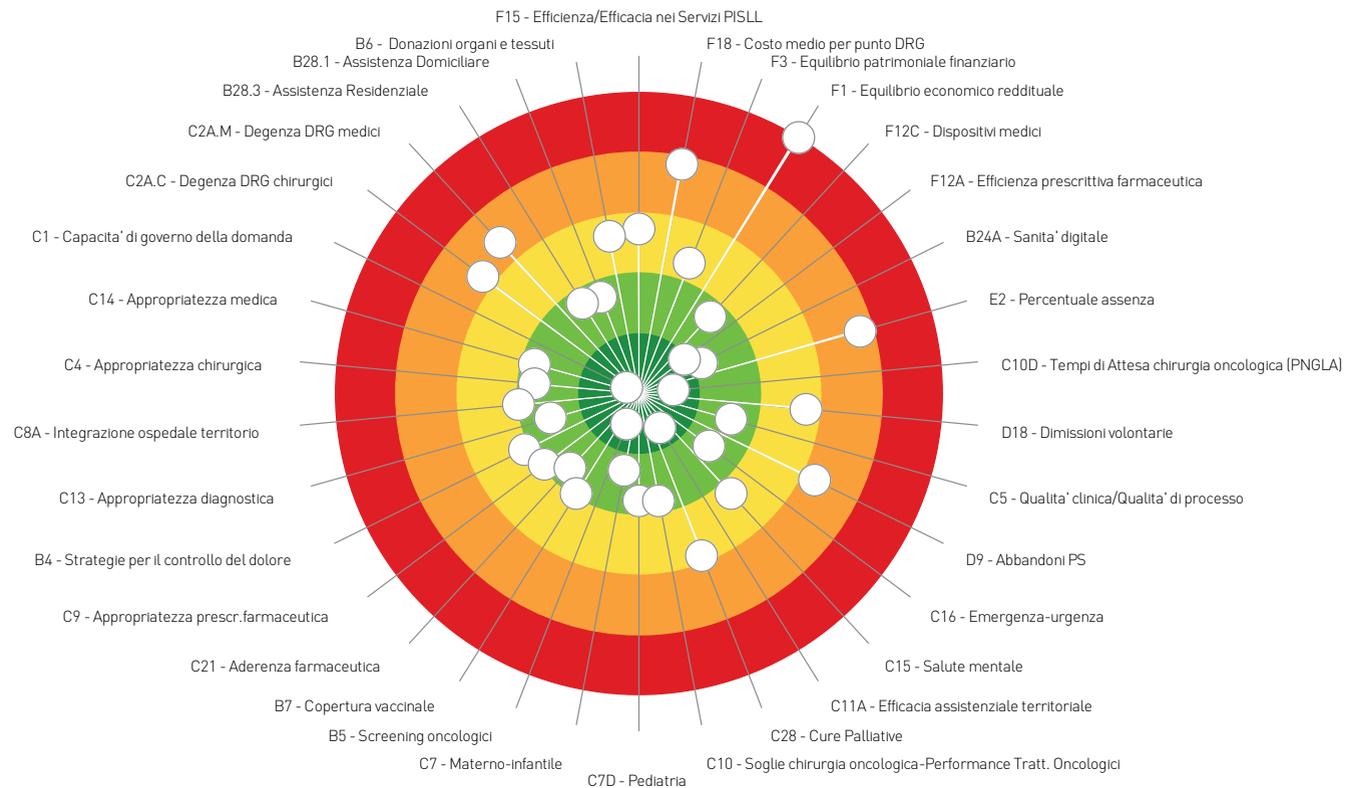
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

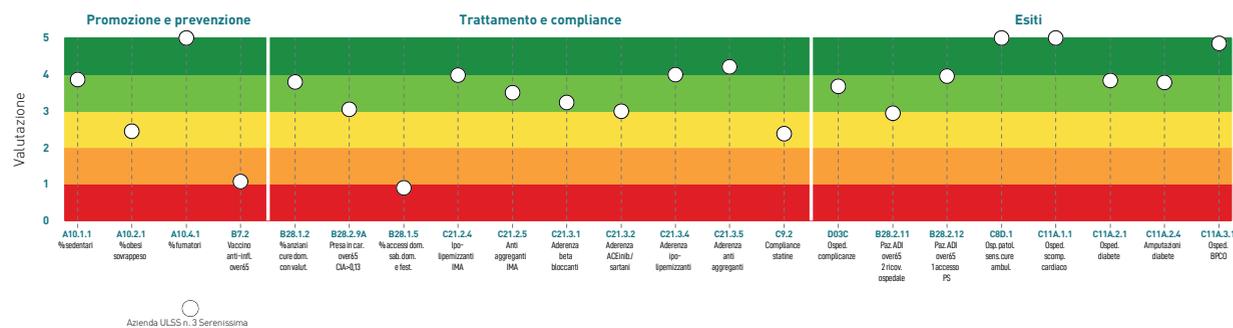
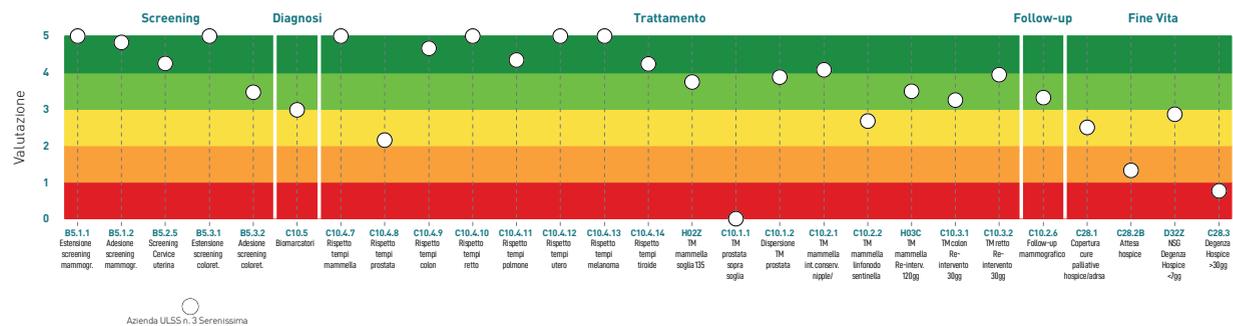
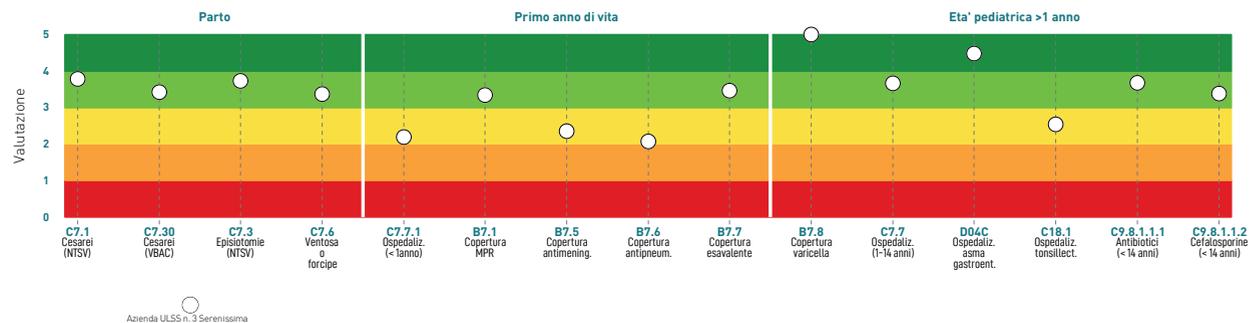
Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 149



Valutazione della Performance 2023



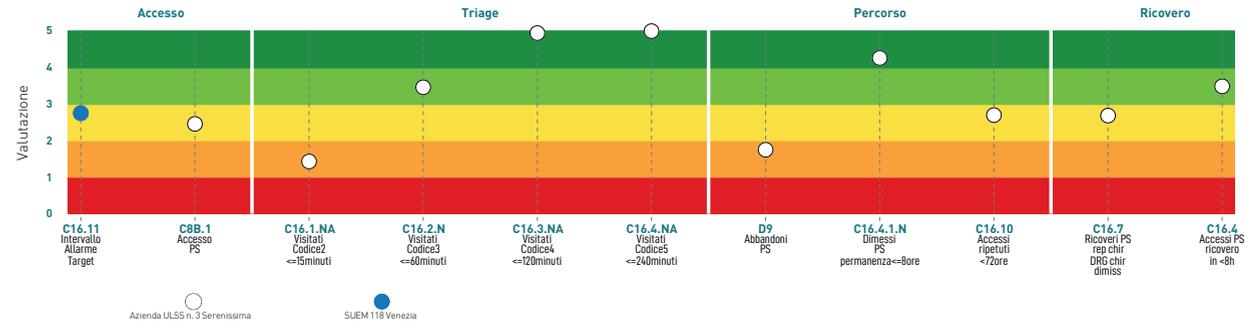


PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

Profilo azienda



Popolazione residente **212.369**

Distretti Sanitari **1**

Stabillimenti **4**

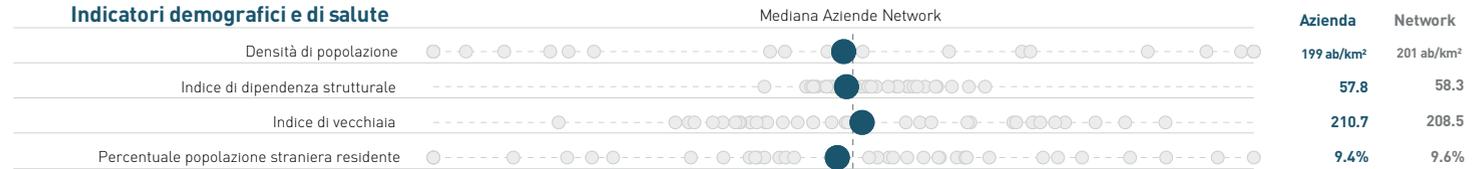
- Pubblici **3**

- Privati accreditati **1**

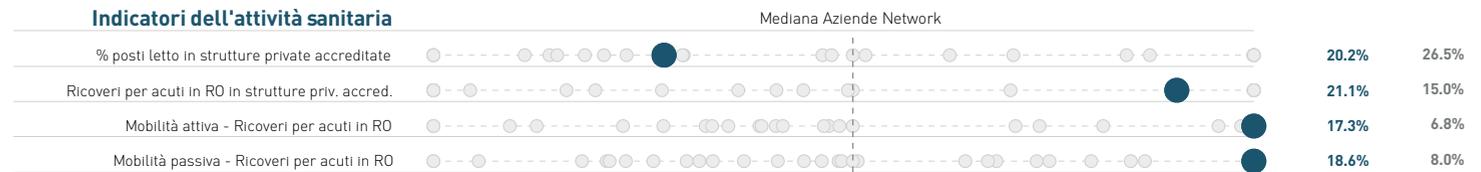
Posti letto **648**

*Strutture pubbliche e private accreditate

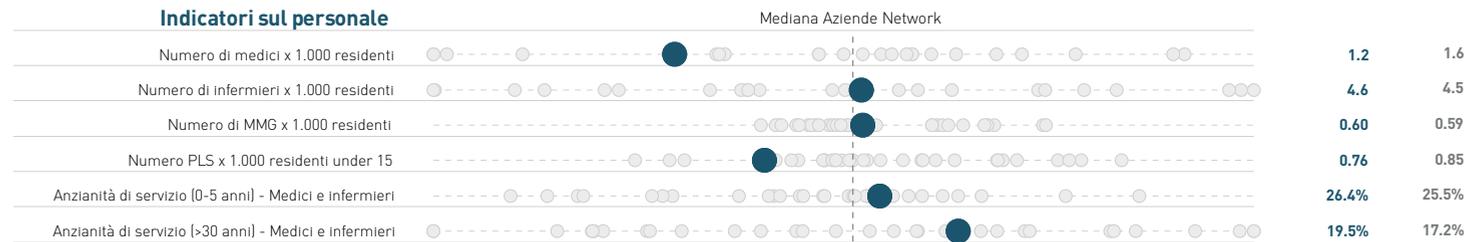
Indicatori demografici e di salute



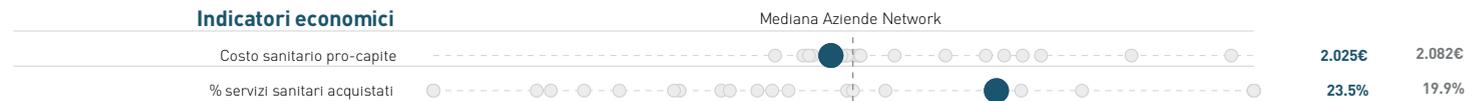
Indicatori dell'attività sanitaria



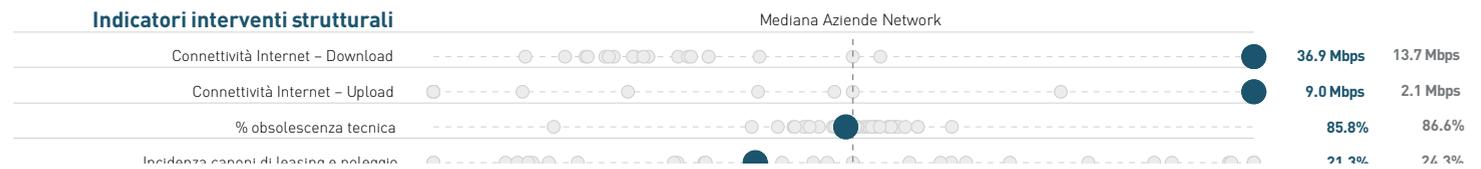
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



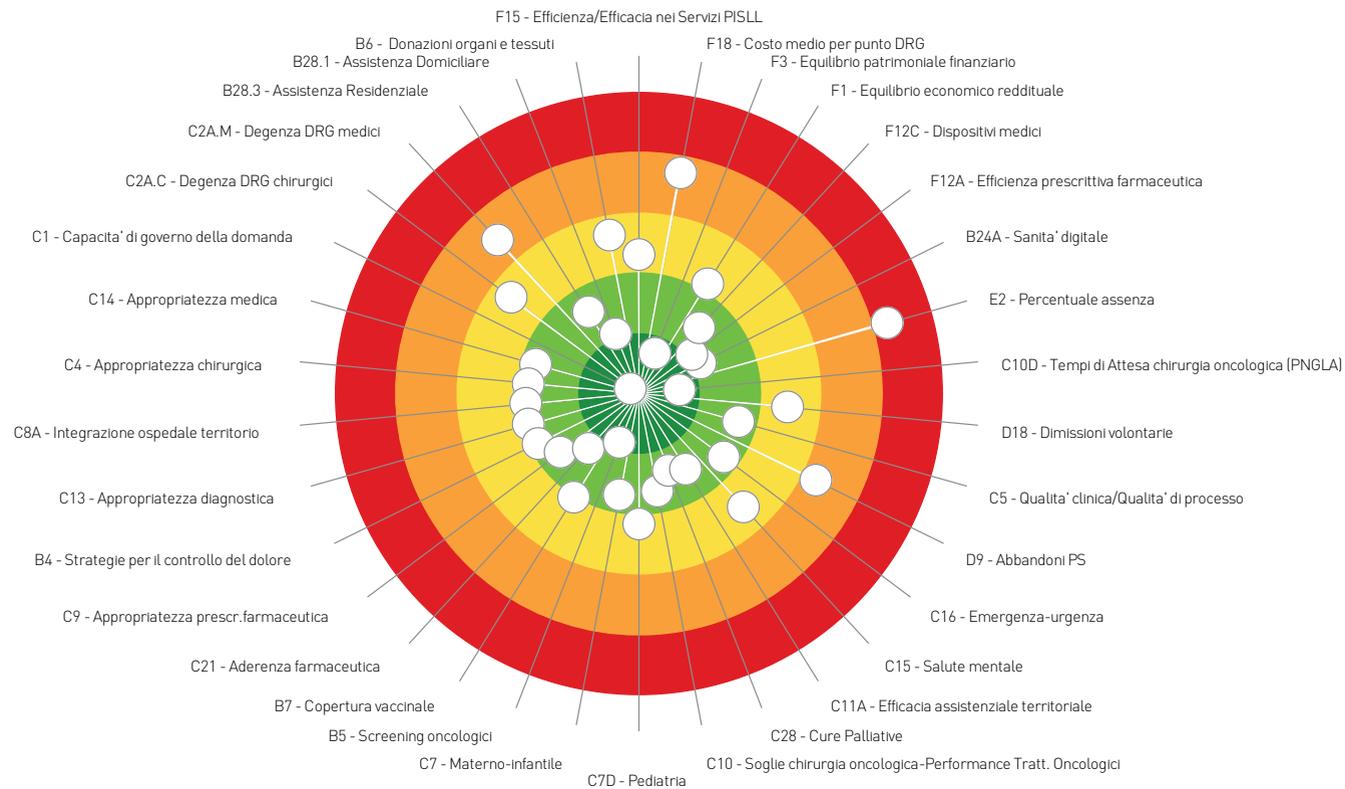
ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

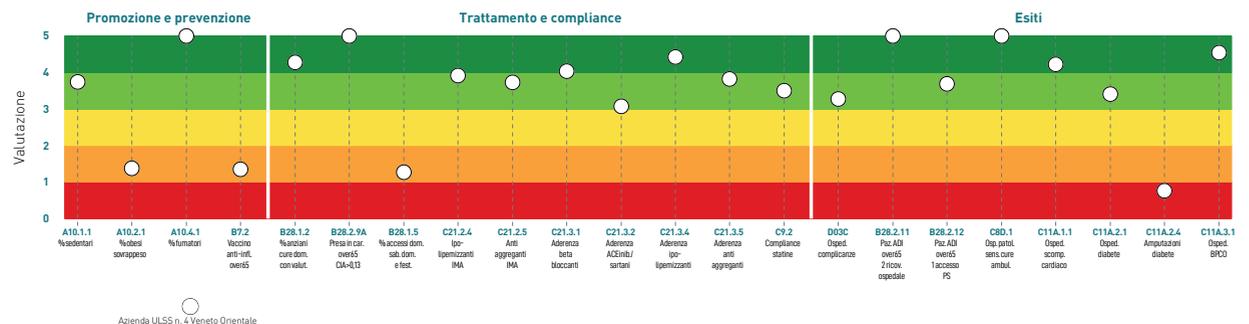
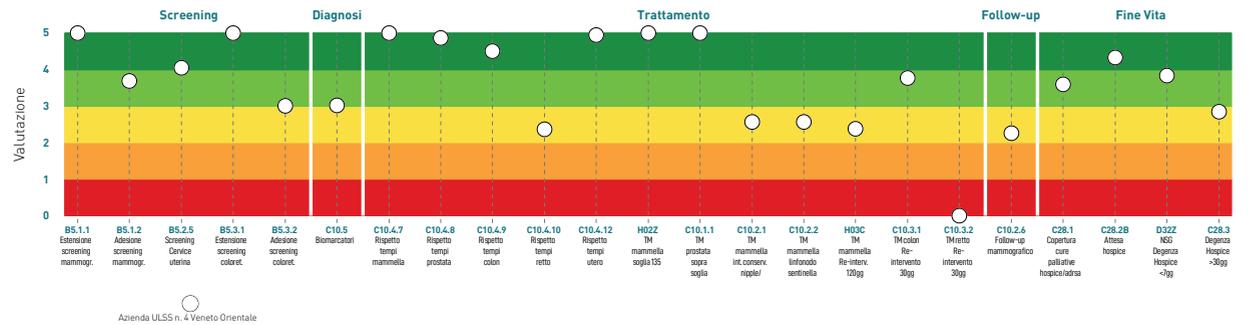
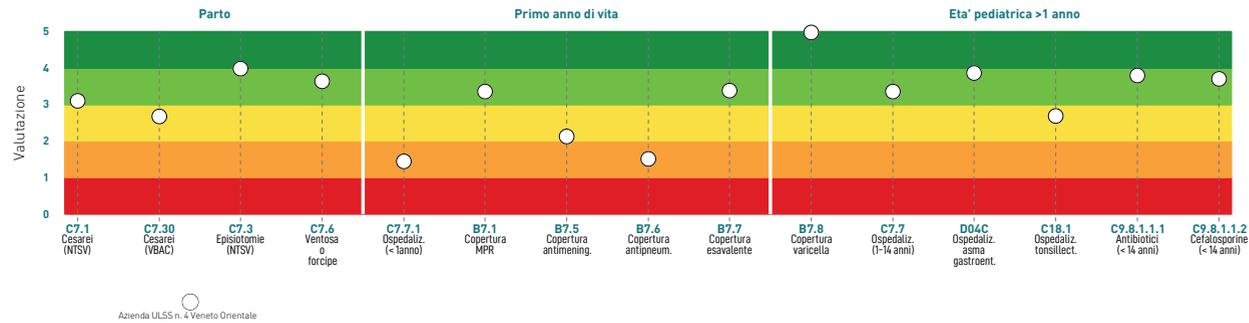
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

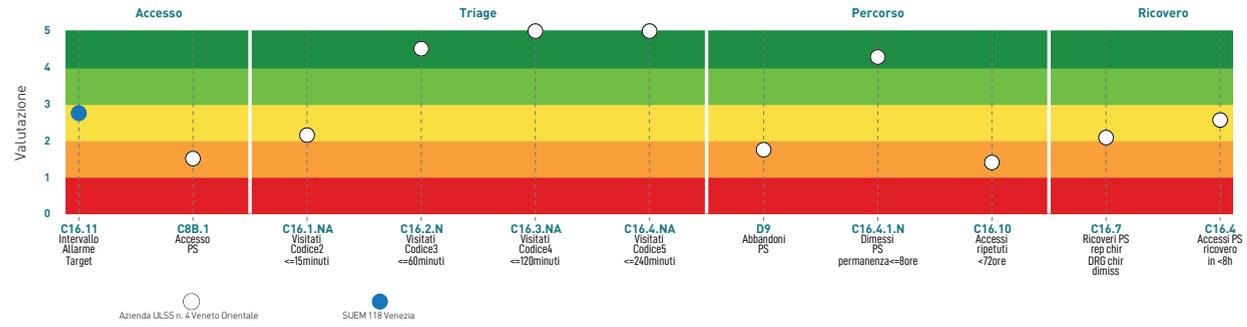


Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 5 POLESANA

Profilo azienda



Popolazione residente **230.326**

Distretti Sanitari **2**

Stabillimenti **6**

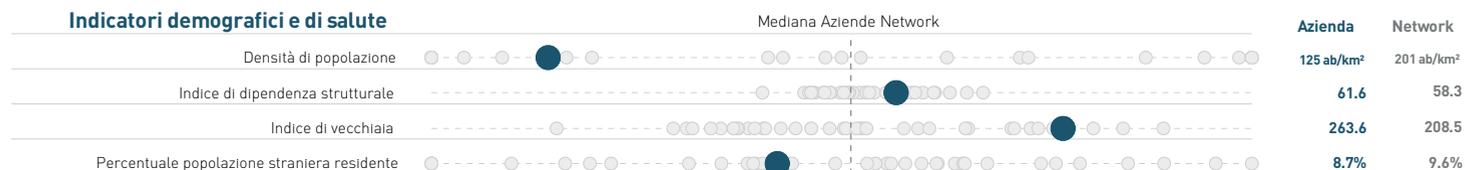
- Pubblici **3**

- Privati accreditati **3**

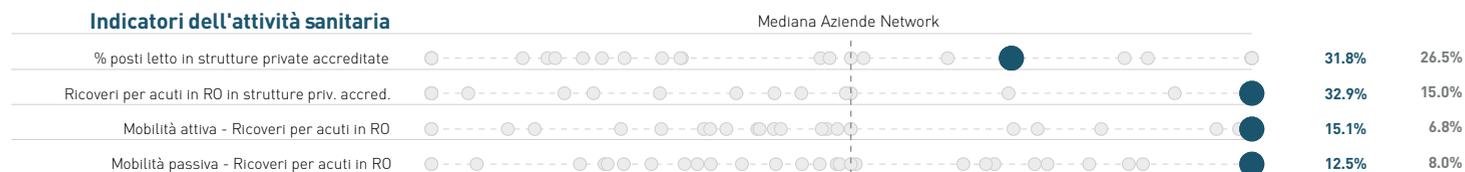
Posti letto **954**

*Strutture pubbliche e private accreditate

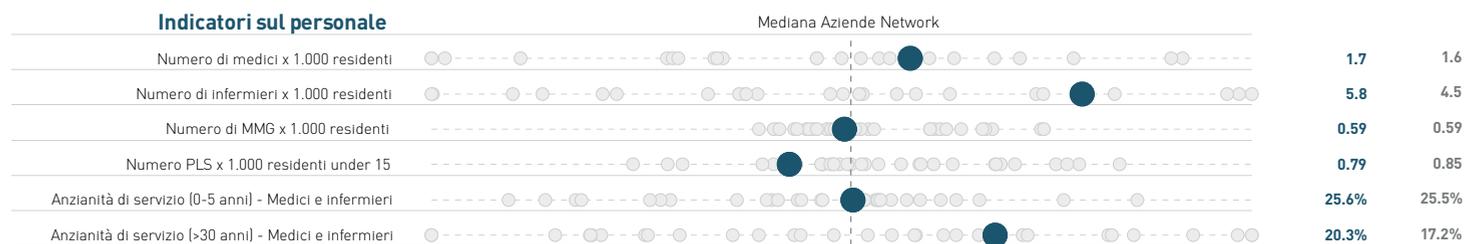
Indicatori demografici e di salute



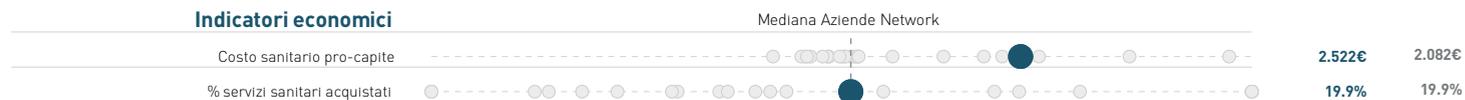
Indicatori dell'attività sanitaria



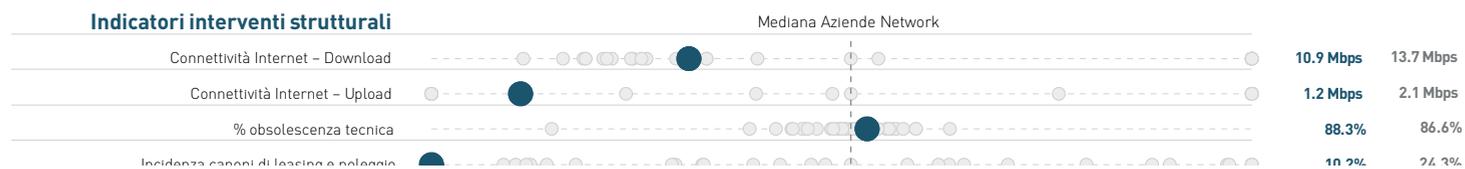
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



ULSS N. 5 POLESANA

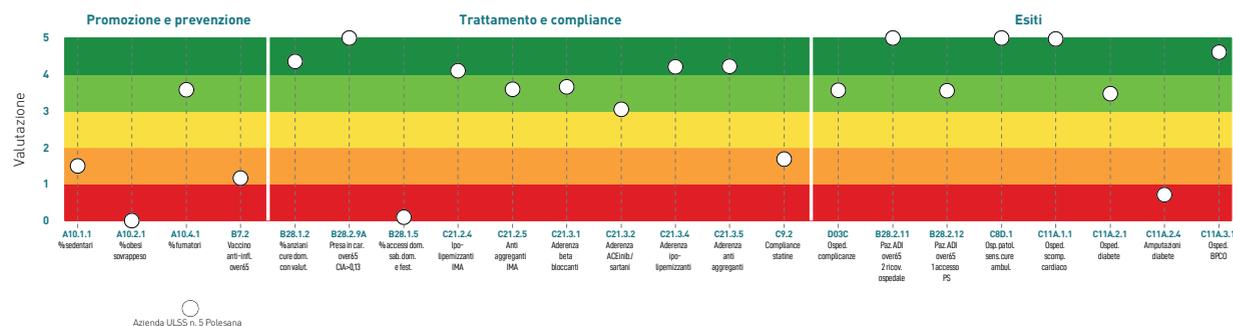
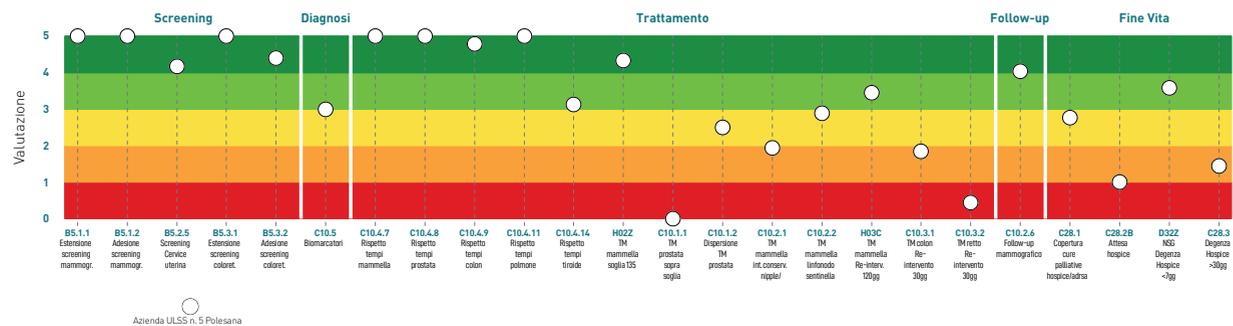
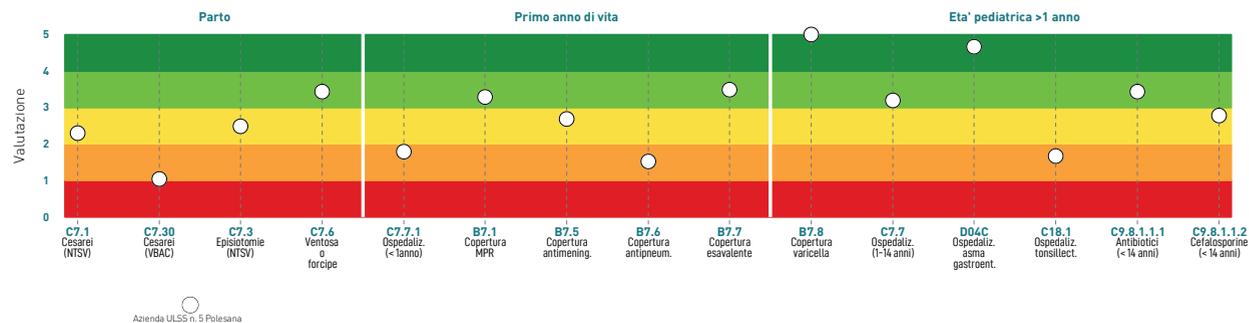
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

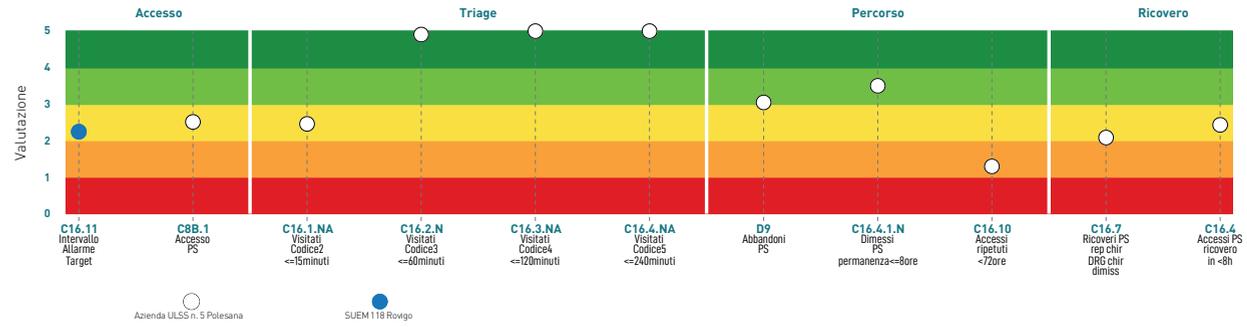


Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 6 EUGANEA

Profilo azienda



Popolazione residente **927.964**

Distretti Sanitari **5**

Stabillimenti **9**

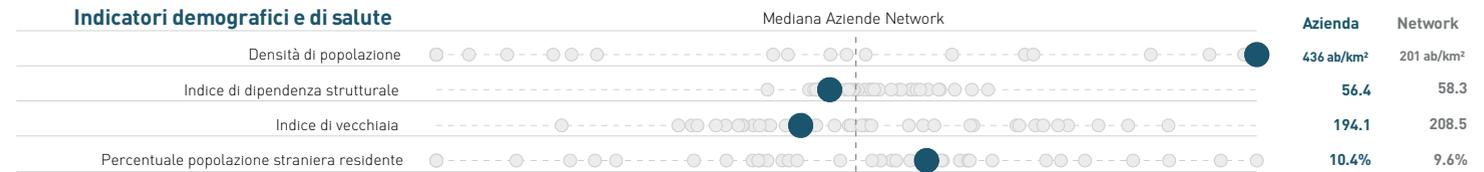
- Pubblici **5**

- Privati accreditati **4**

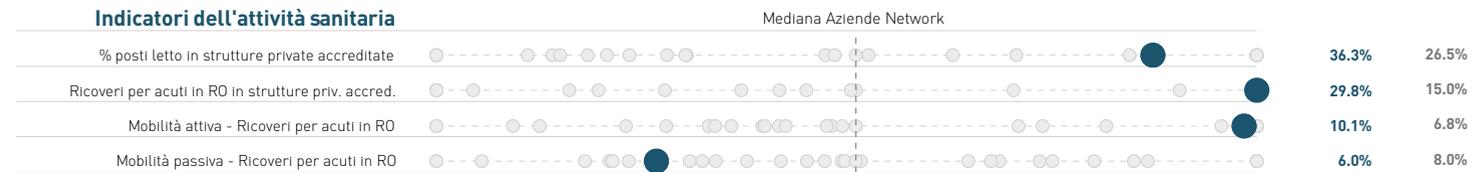
Posti letto **1.583**

*Strutture pubbliche e private accreditate

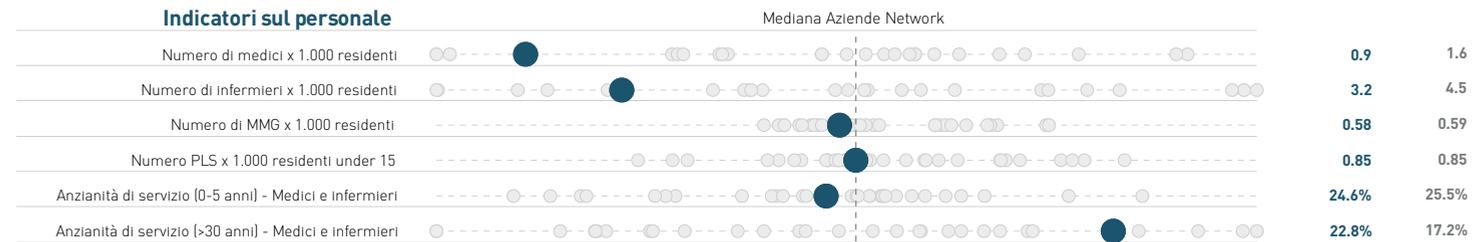
Indicatori demografici e di salute



Indicatori dell'attività sanitaria



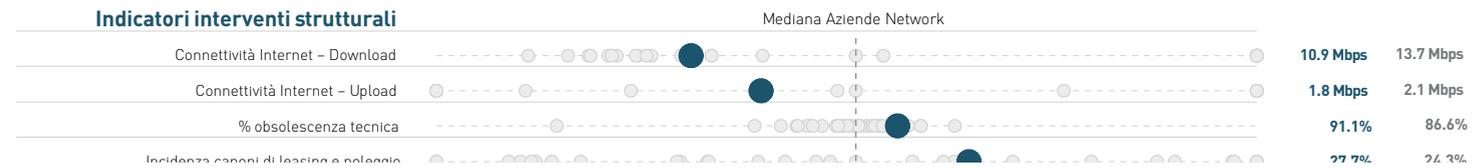
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali

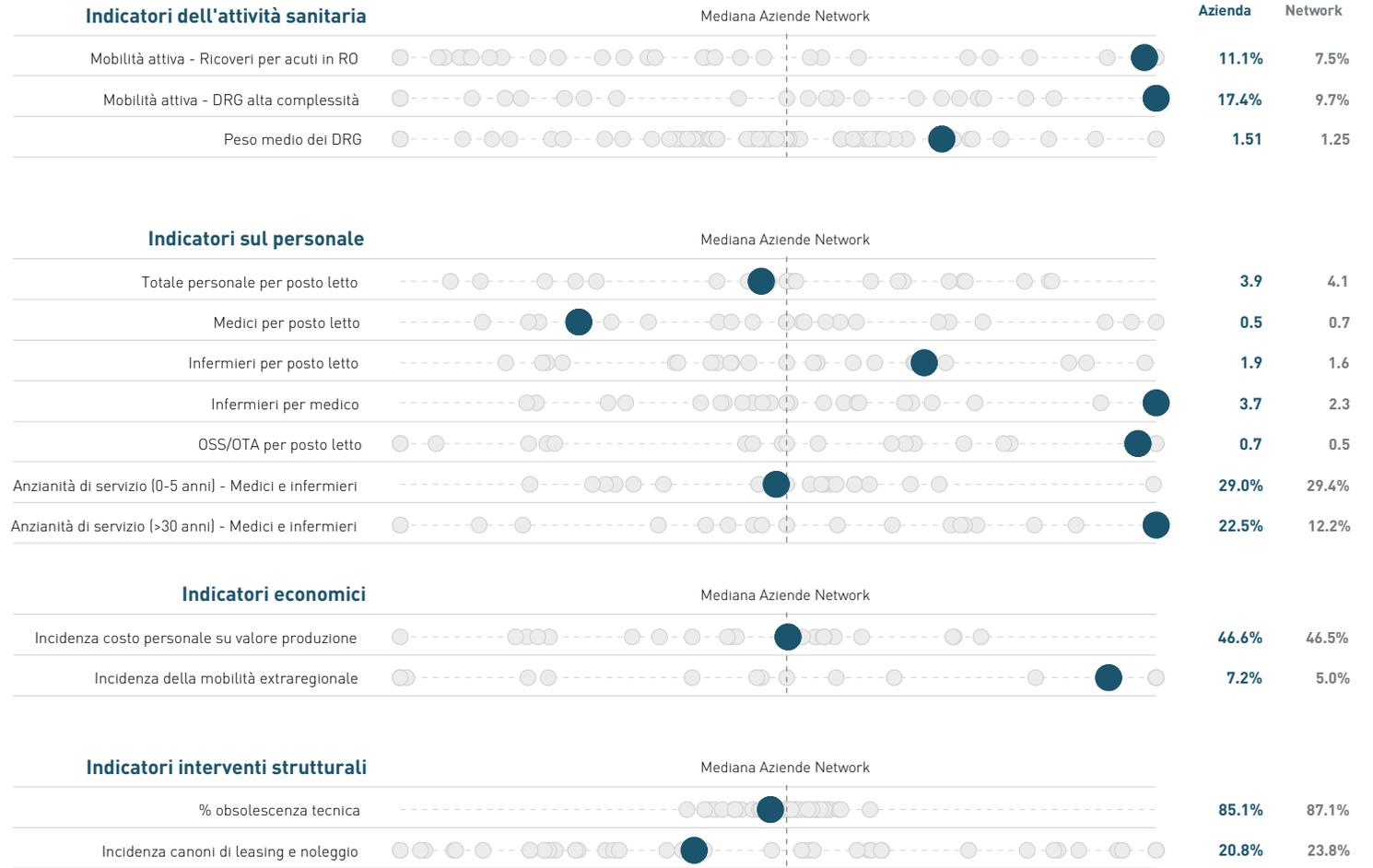


A.O. PADOVA

Profilo azienda



Posti letto	1.523
- Degenza Ordinaria	1.404
- Day Hospital/Day surgery	119
Dimissioni totali	66.777
Giornate di degenza ordin.	409.588
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	136.747
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.671



A.O. PADOVA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

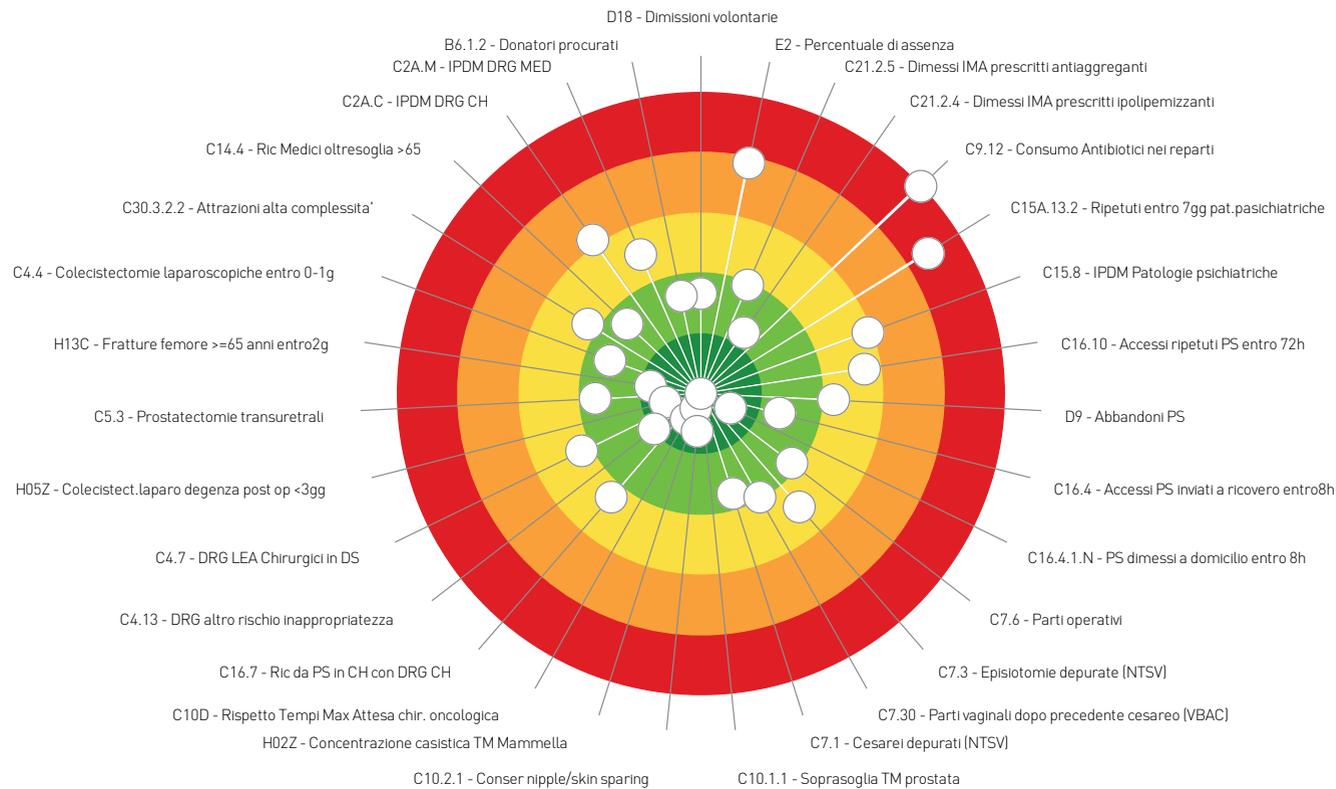
Numero indicatori di valutazione: 70

Indicatori Migliorati ↑
51.4 %

Indicatori Stabili =
21.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
27.1 %

Valutazione della Performance 2023

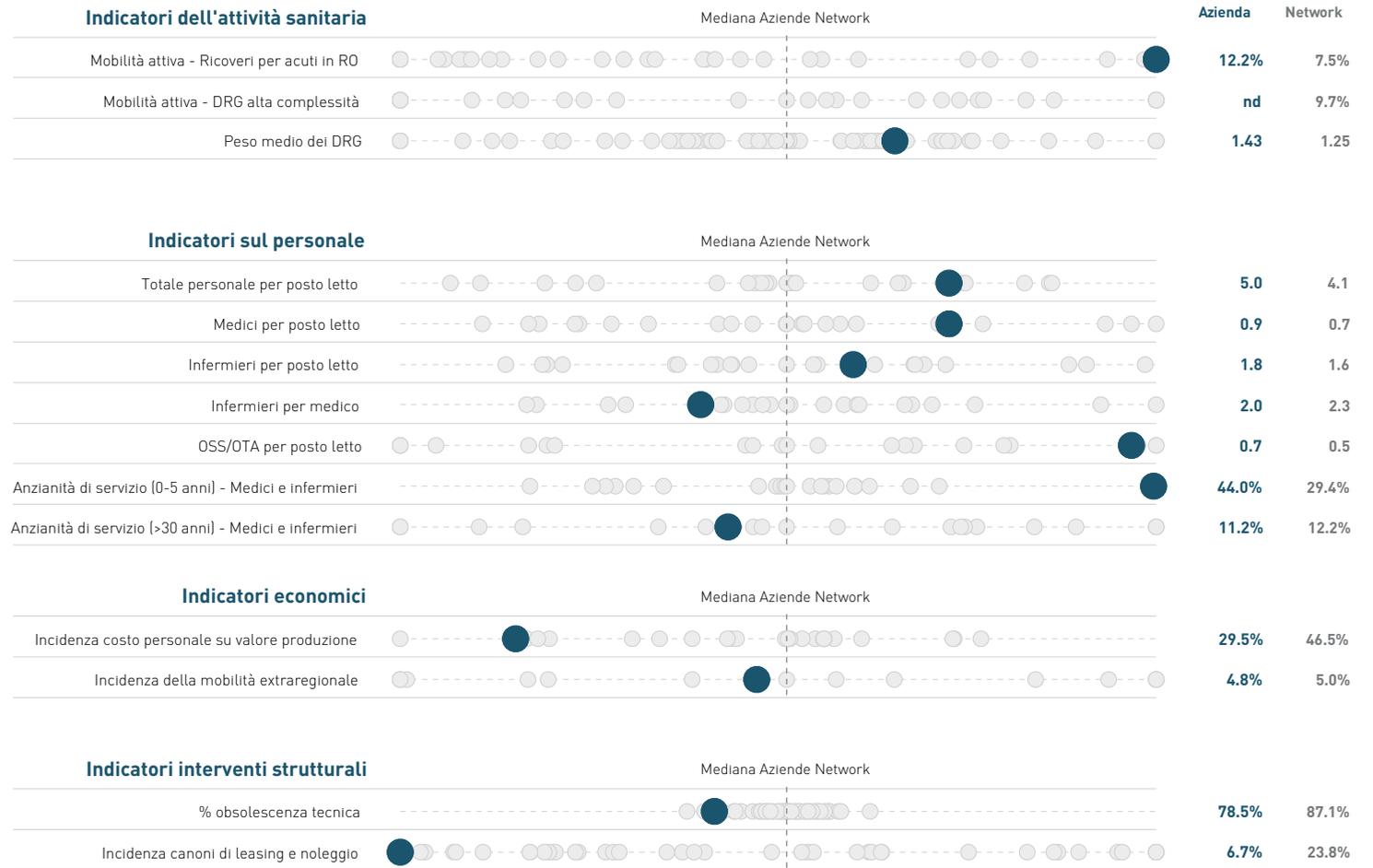


IOV PADOVA

Profilo azienda



Posti letto	206
- Degenza Ordinaria	150
- Day Hospital/Day surgery	56
Dimissioni totali	9.169
Giornate di degenza ordin.	31.497
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IOV PADOVA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 43

Indicatori Migliorati ↑

39.5 %

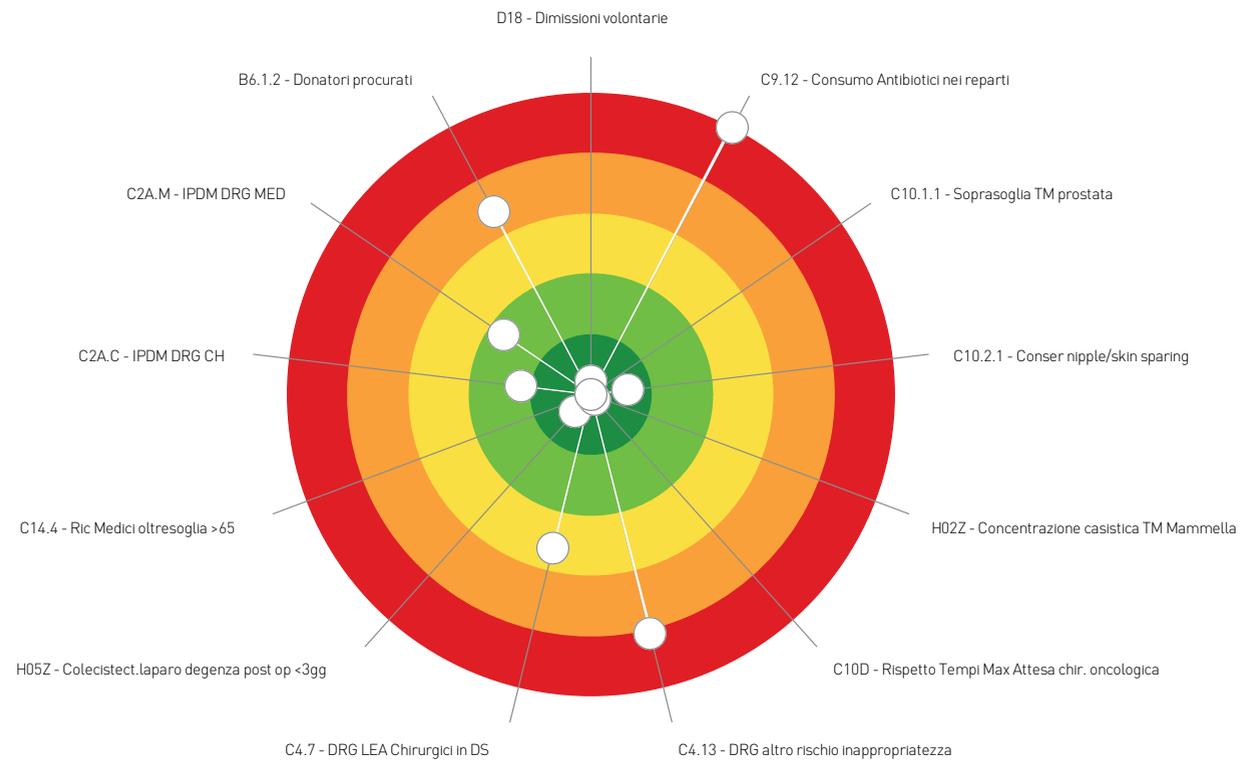
Indicatori Stabili =

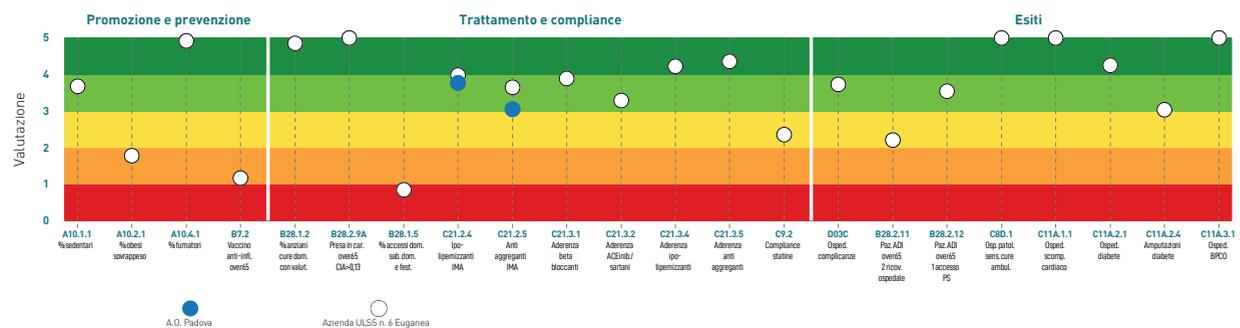
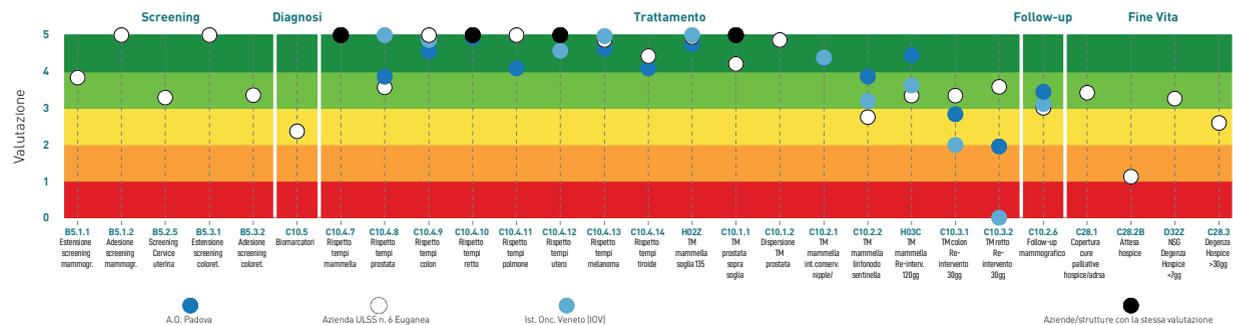
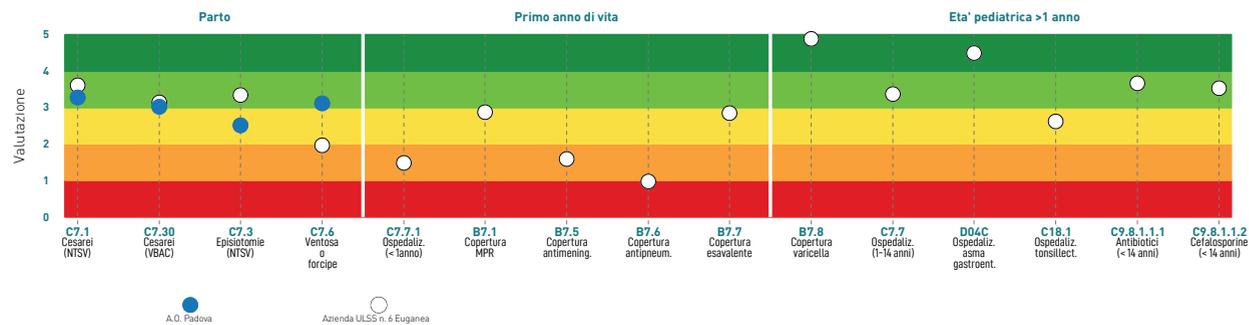
23.3 %

Indicatori Peggiorati ↓

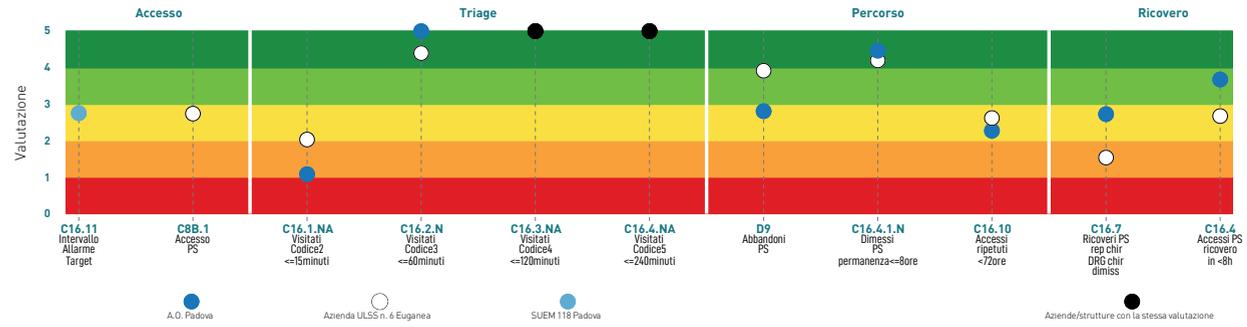
37.2 %

Valutazione della Performance 2023





PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 7 PEDEMONTANA

Profilo azienda



Popolazione residente **361.861**

Distretti Sanitari **2**

Stabillimenti **3**

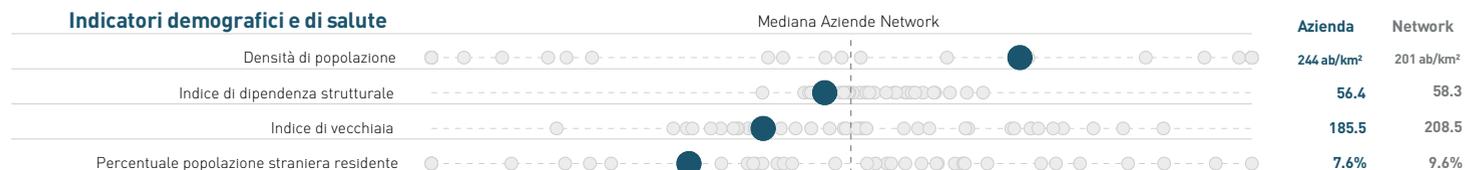
- Pubblici **3**

- Privati accreditati **.**

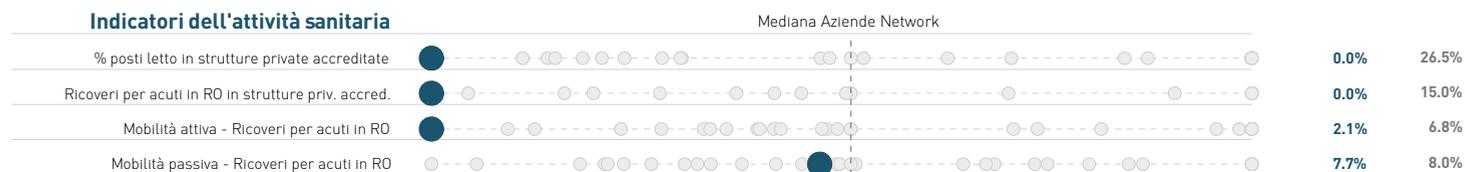
Posti letto **809**

*Strutture pubbliche e private accreditate

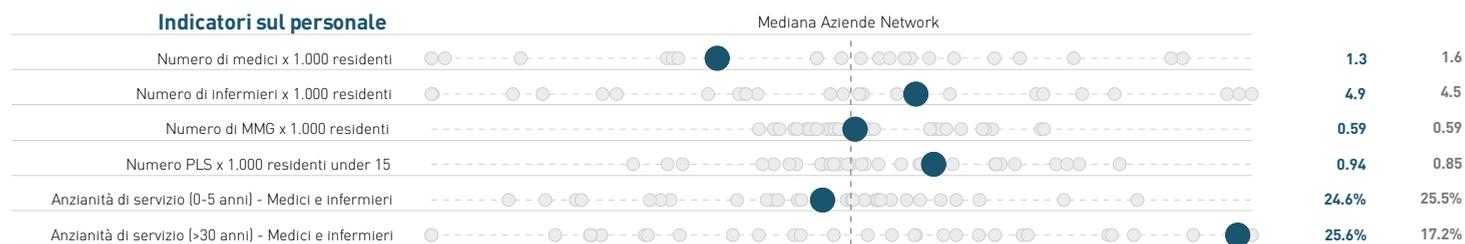
Indicatori demografici e di salute



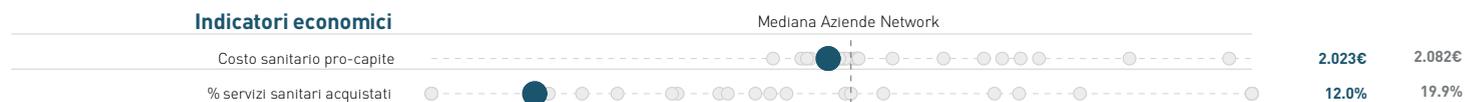
Indicatori dell'attività sanitaria



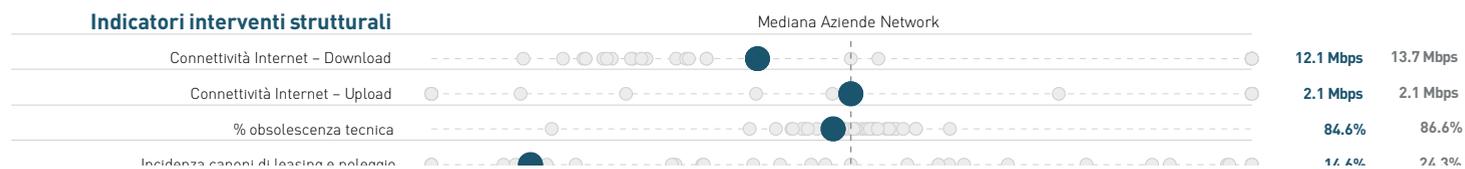
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



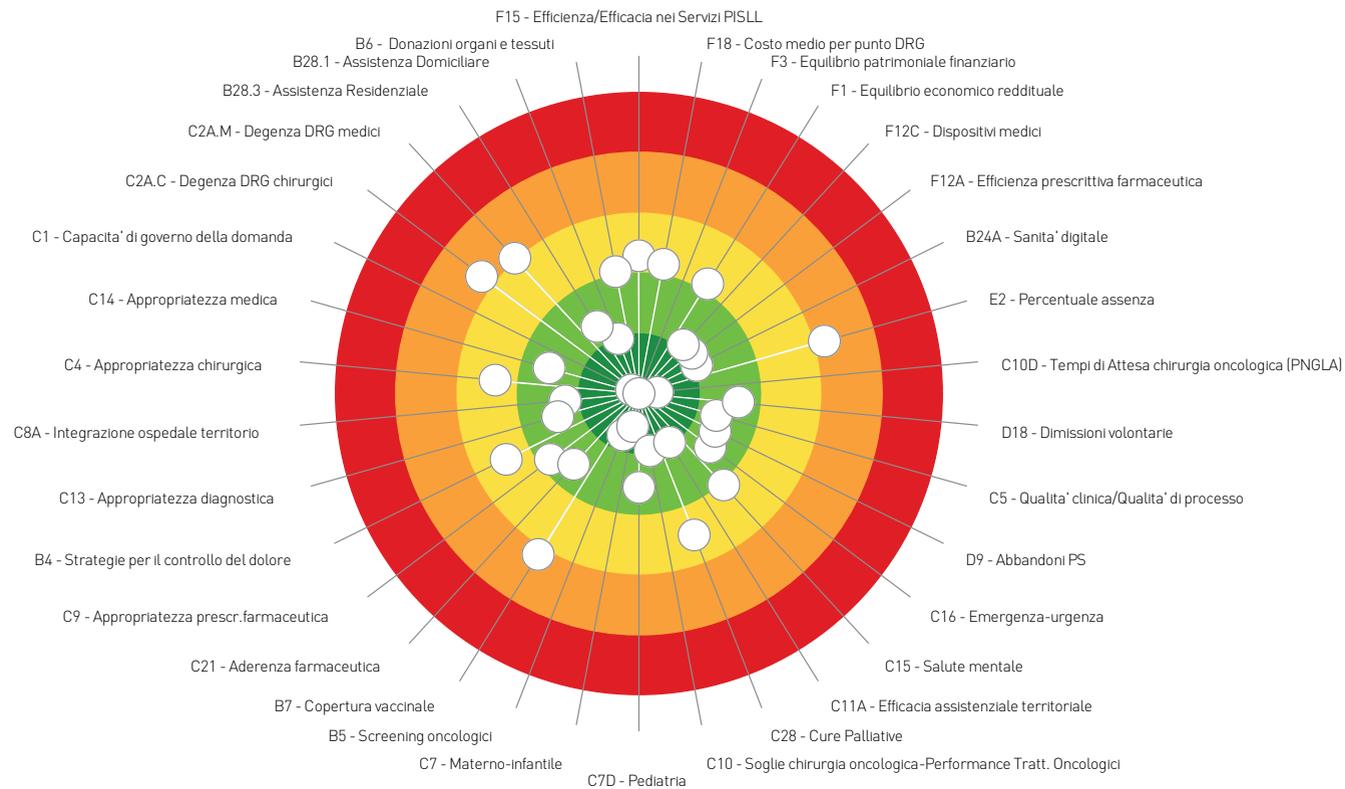
ULSS N. 7 PEDEMONTANA

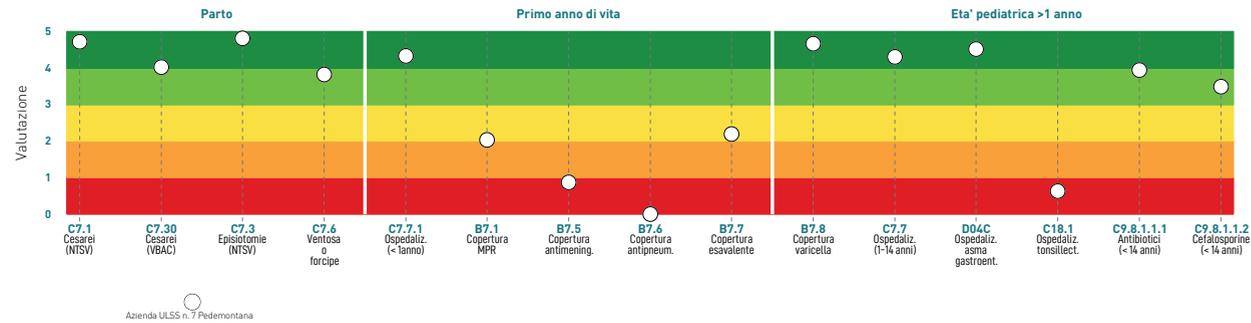
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

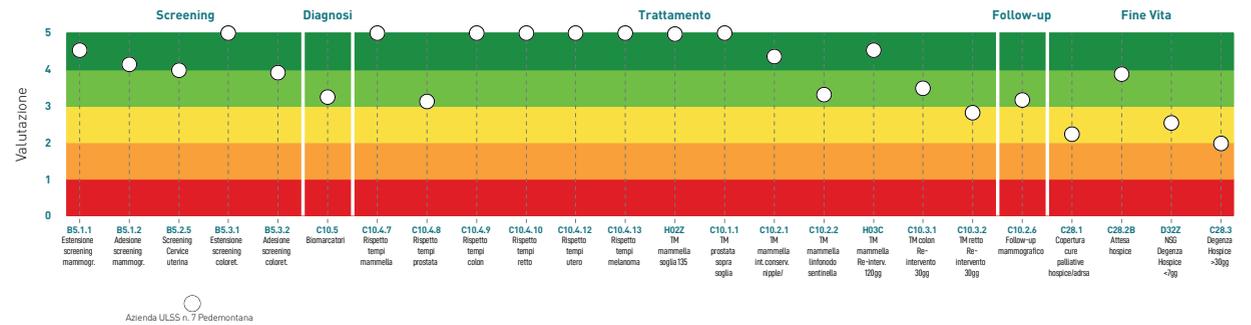


Valutazione della Performance 2023

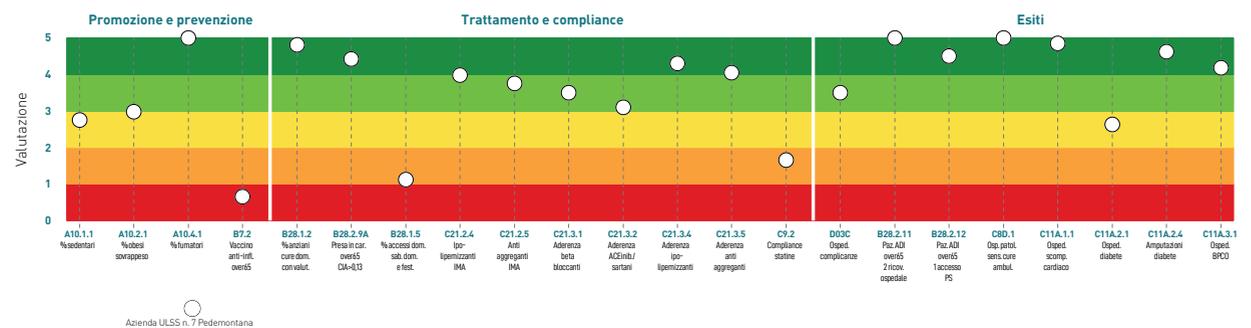




PERCORSO MATERNO INFANTILE

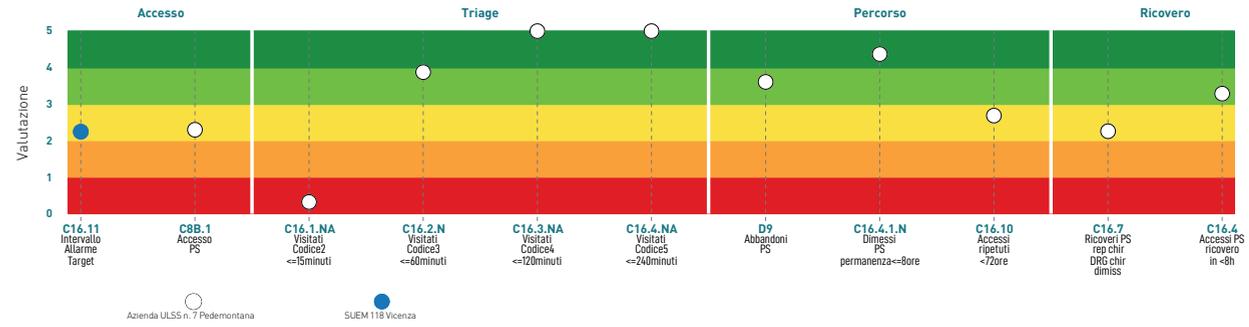


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 8 BERICA

Profilo azienda



Popolazione residente **490.918**

Distretti Sanitari **2**

Stabillimenti **9**

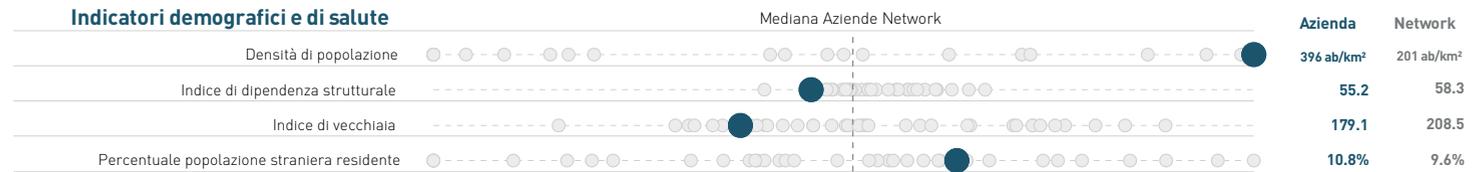
- Pubblici **6**

- Privati accreditati **3**

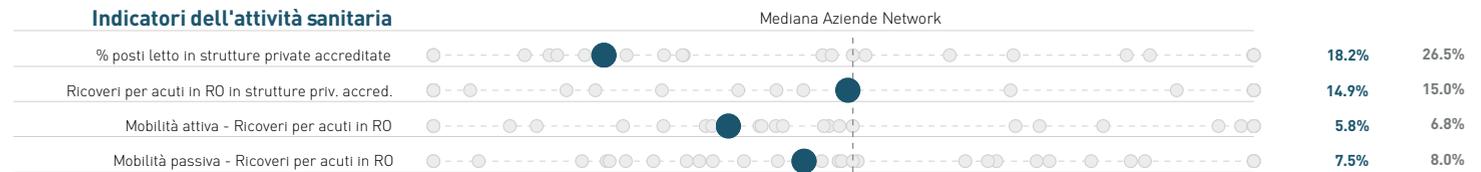
Posti letto **1.519**

*Strutture pubbliche e private accreditate

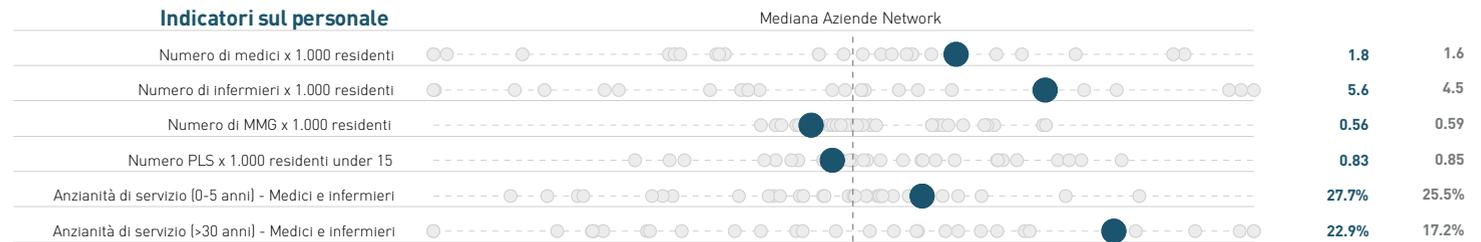
Indicatori demografici e di salute



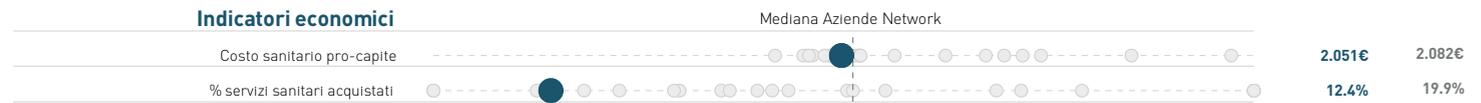
Indicatori dell'attività sanitaria



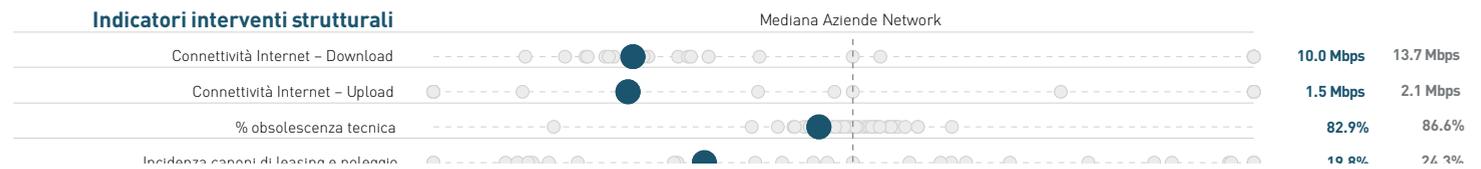
Indicatori sul personale



Indicatori economici



Indicatori interventi strutturali



ULSS N. 8 BERICA

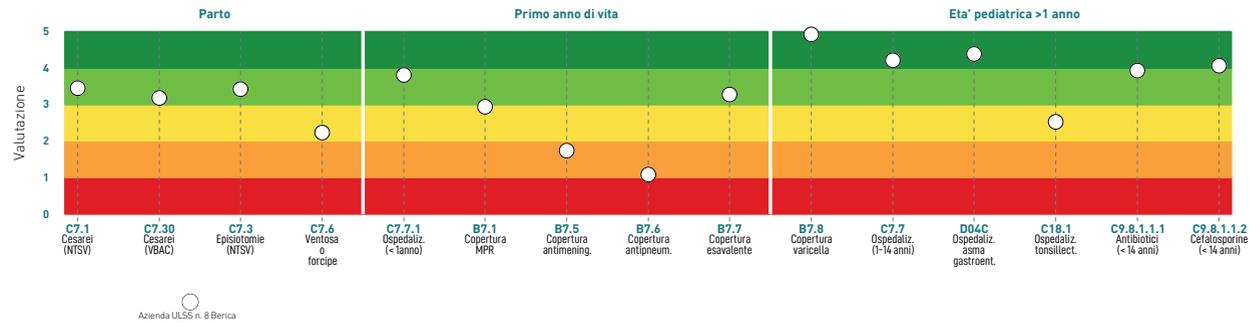
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

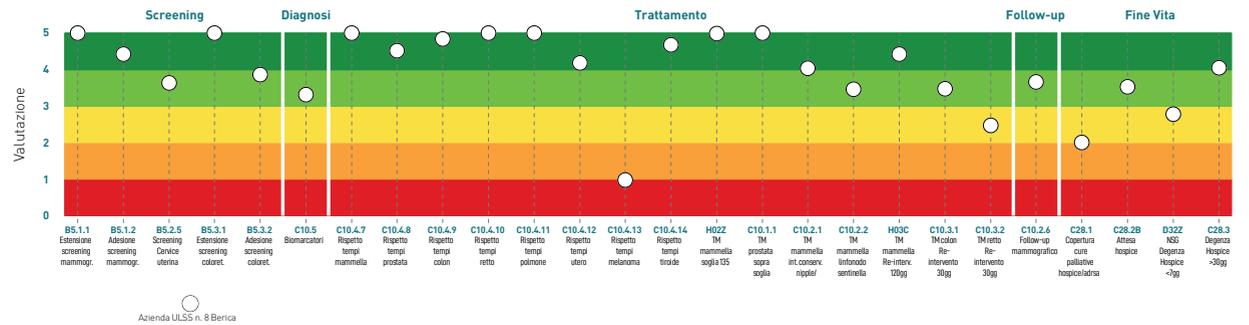


Valutazione della Performance 2023

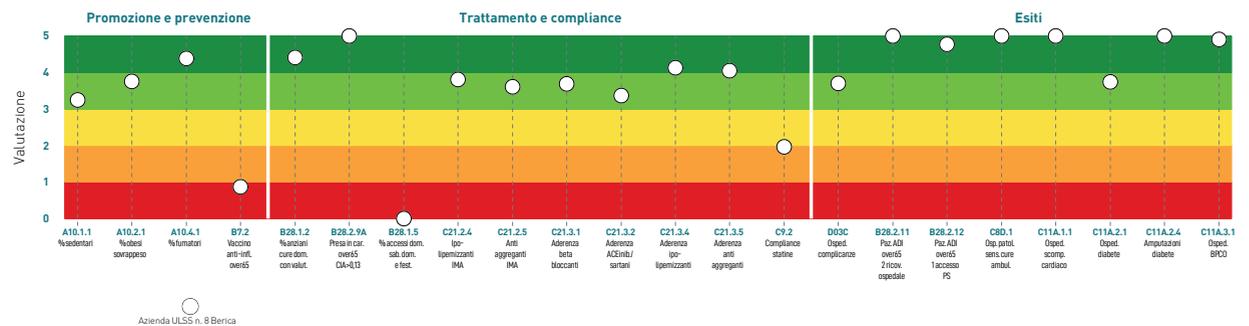




PERCORSO MATERNO INFANTILE

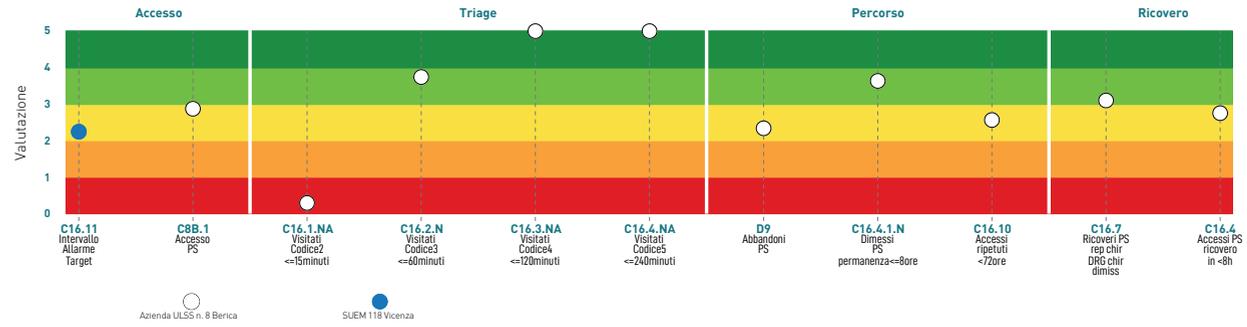


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA



ULSS N. 9 SCALIGERA

Profilo azienda



Popolazione residente **925.656**

Distretti Sanitari **4**

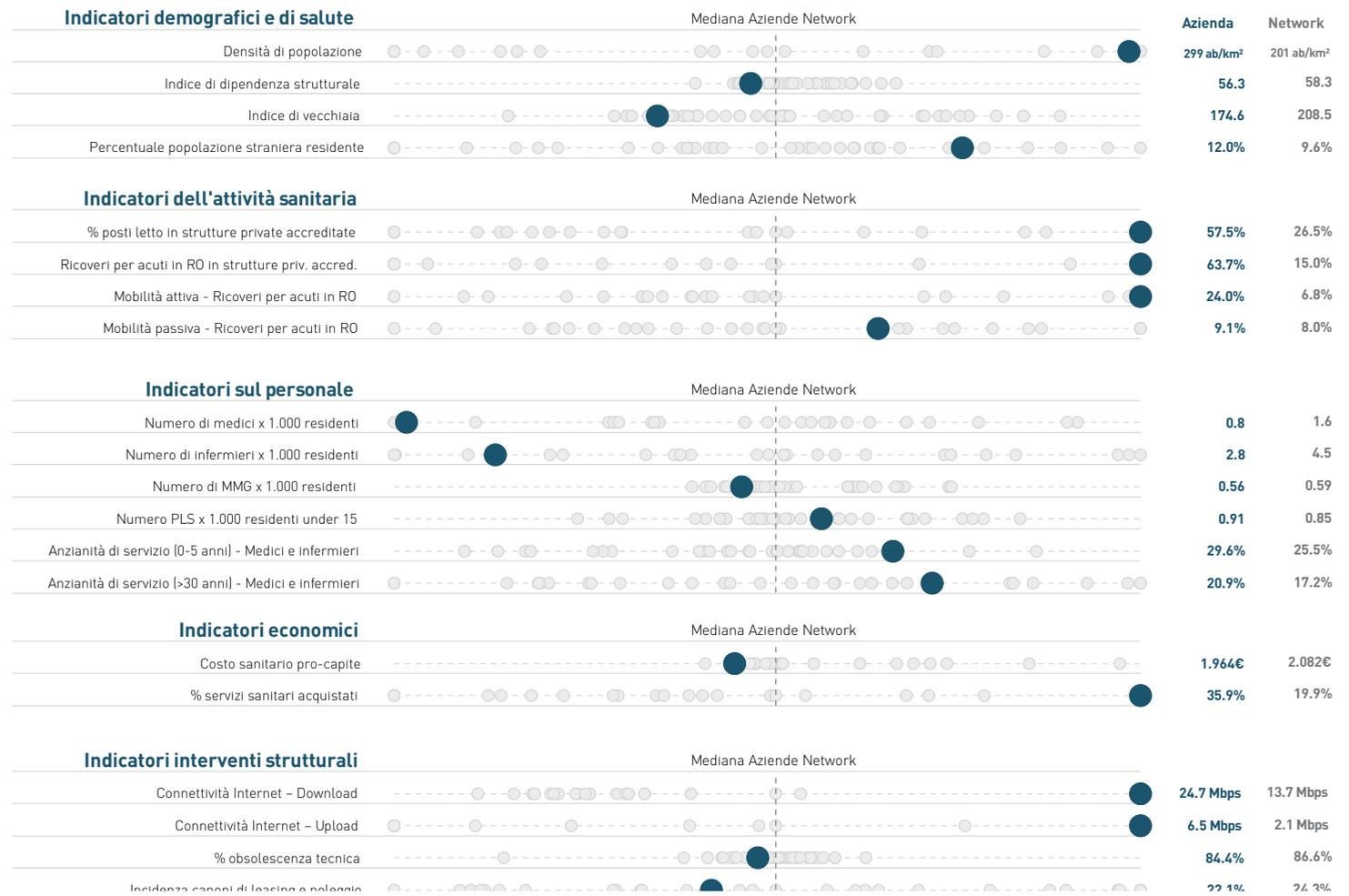
Stabillimenti **14**

- Pubblici **7**

- Privati accreditati **7**

Posti letto **2.282**

*Strutture pubbliche e private accreditate

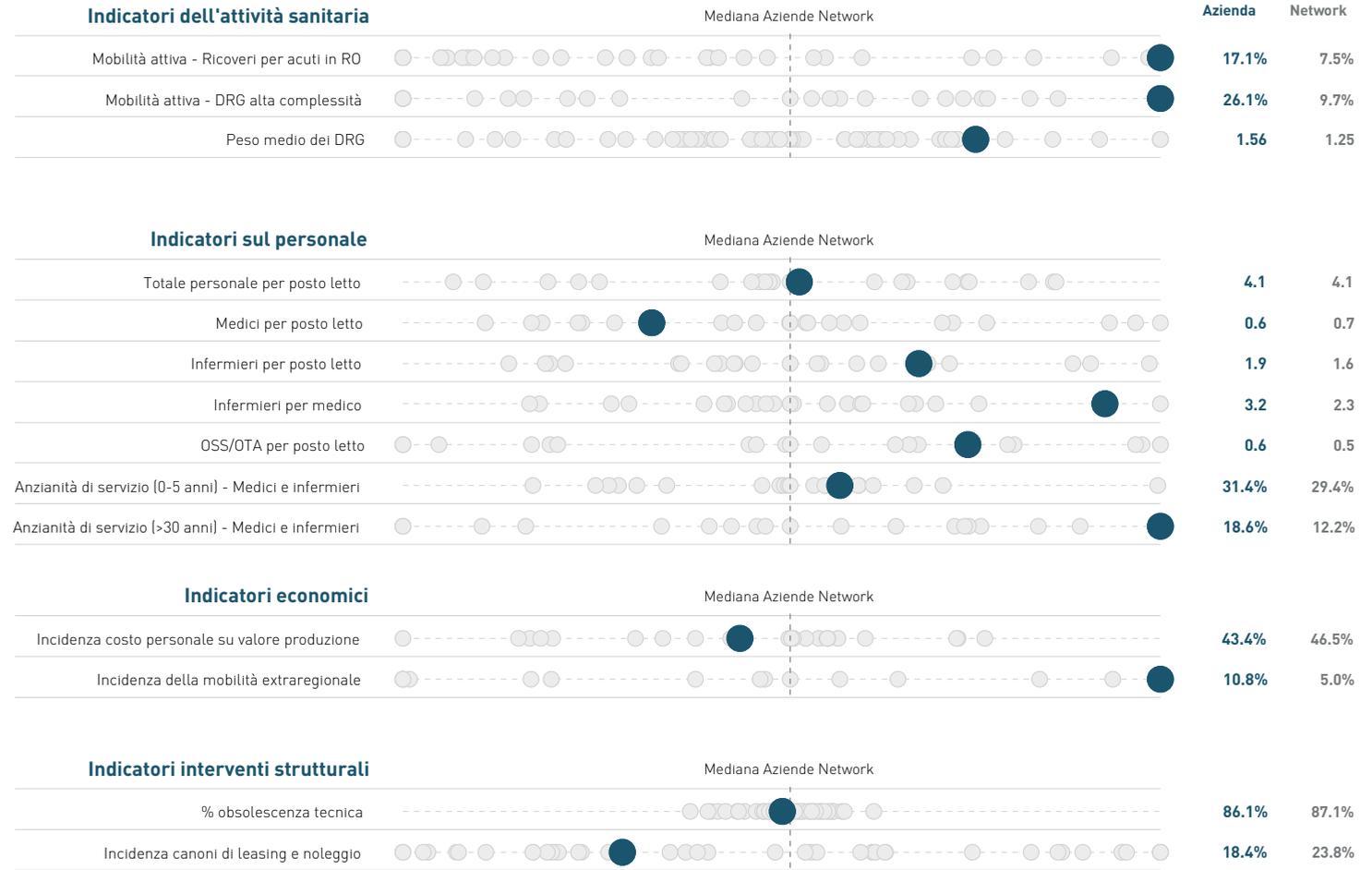


A.O. VERONA

Profilo azienda



Posti letto	1.309
- Degenza Ordinaria	1.185
- Day Hospital/Day surgery	124
Dimissioni totali	56.920
Giornate di degenza ordin.	332.496
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	114.713
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.480



A.O. VERONA

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

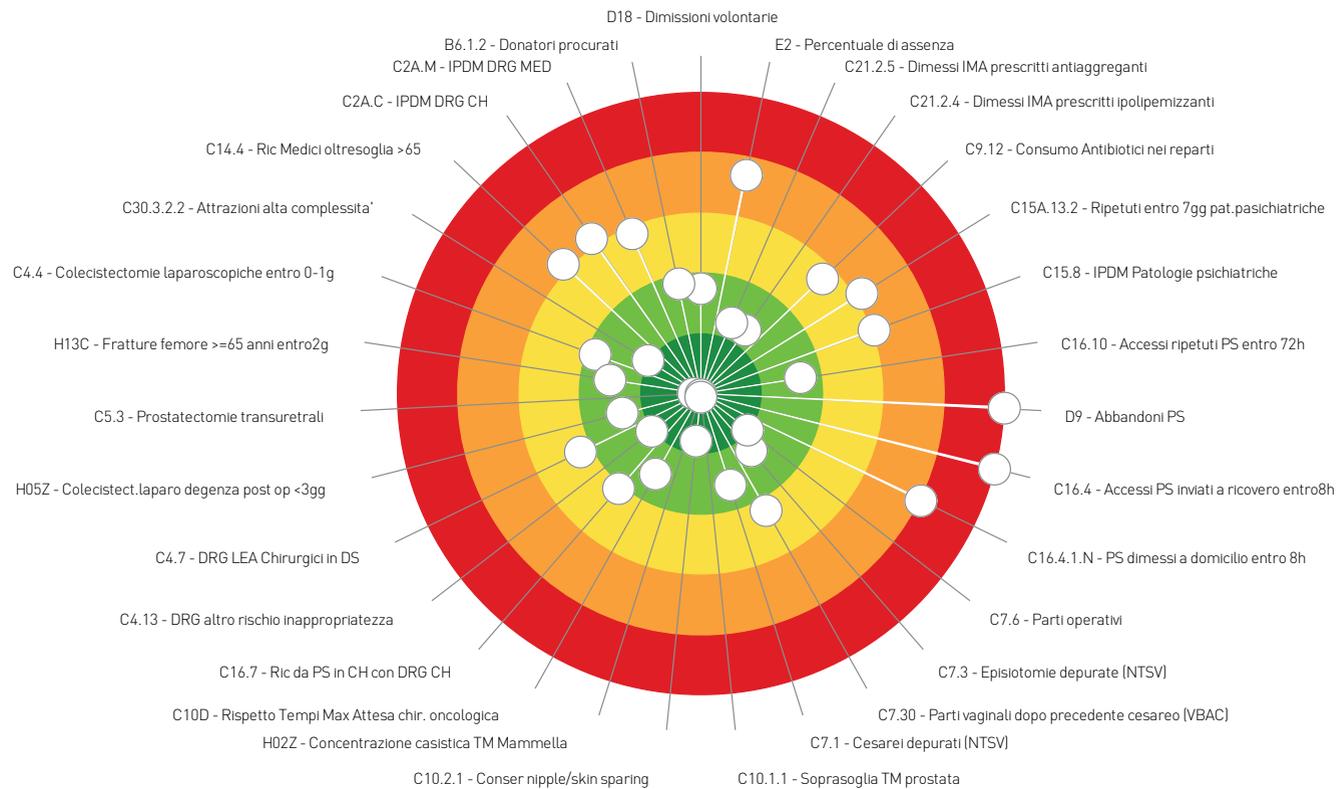
Numero indicatori di valutazione: 72

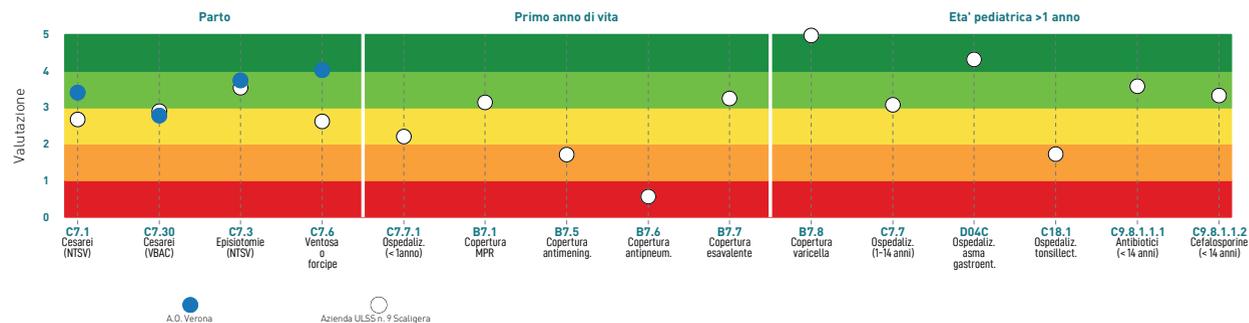
Indicatori Migliorati ↑
40.3 %

Indicatori Stabili =
11.1 %

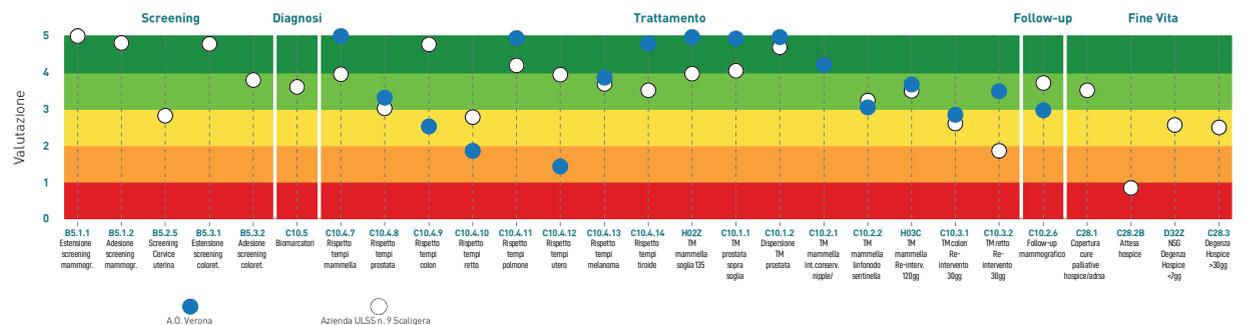
Indicatori Peggiorati ↓
48.6 %

Valutazione della Performance 2023

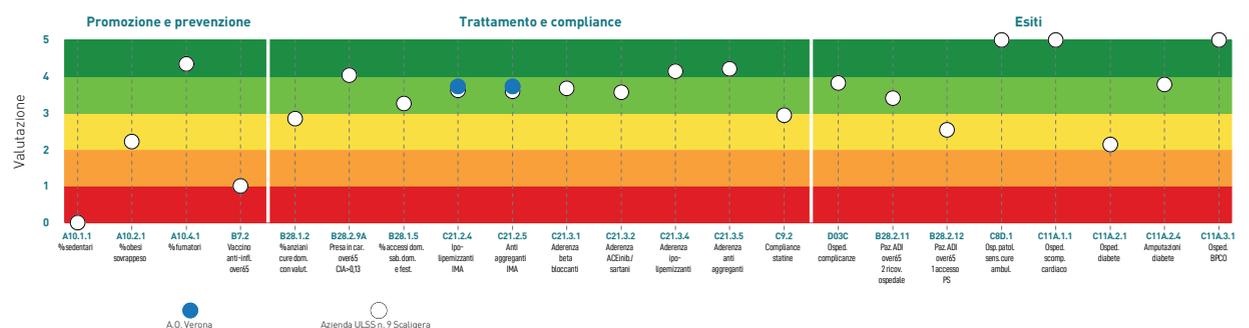




PERCORSO MATERNO INFANTILE

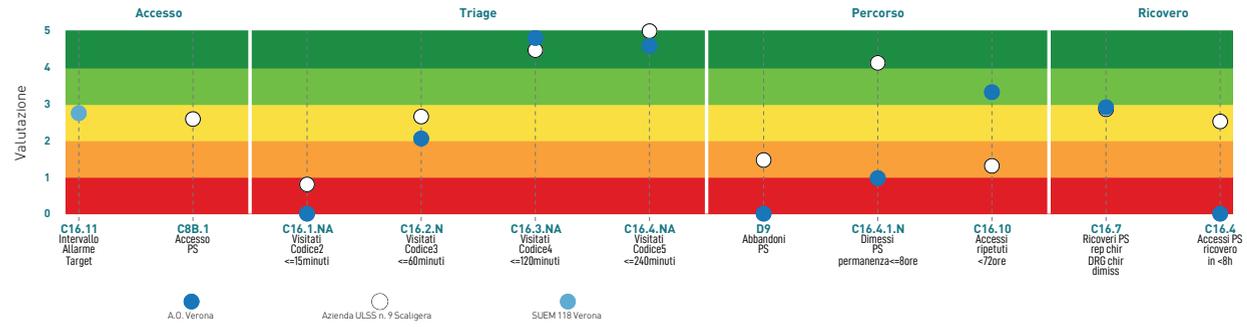


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SANT'ANDREA



LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA (ROMA)

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla AOU Sant'Andrea. Dei 126 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2024, la AOU Sant'Andrea mostra una performance eterogenea, con diversi punti di forza e critici*. In particolare, il 33% peggiora tra il 2022 e il 2023, il 18% resta stabile e il 49% migliora.

La maggior parte degli indicatori relativi all'**assistenza sanitaria e socio-sanitaria** mostrano una performance media. In particolare, relativamente agli indicatori che misurano l'efficienza delle attività di ricovero, l'AOU Sant'Andrea presenta una degenza media per l'area medica (C2A.M) inferiore di circa 0,3 giorni per ricovero rispetto alla media 2023 delle altre aziende del Network. Nell'area chirurgica, la degenza media (C2A.C) è di 0,7 giorni per ricovero in meno rispetto alla media delle altre aziende del Network per lo stesso anno. In fascia rossa, la percentuale di ricoveri medici oltresoglia per gli over 65 (C14.4), che identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Questo potrebbe segnalare potenziali inefficienze dell'ospedale o difficoltà di interfaccia con le strutture territoriali per la continuazione del percorso assistenziale in post-acuzie. Infine, relativamente alla percentuale di attrazione extra-regione per i DRG ad alta complessità (C30.3.2.2), indicatore valutato solo per le AOU, mostra una performance in media e in continuità con i valori dello scorso anno. In ultimo, da segnalare l'ottima performance (best practice) relativa al consumo di antibiotici nei reparti (C9.12), che si contrae di oltre 50 DDD nel 2023 (92 DDD per 100 giornate di degenza nel 2022).

Gli indicatori di **qualità e sicurezza delle cure** valutano tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività e correttezza delle prestazioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni negli over-65 (H13C) è al secondo posto tra le AOU del Network, e in aumento rispetto al già ottimo valore registrato lo scorso anno (81% nel 2022, 86% nel 2023). Anche le colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4) mostrano un'ottima performance, mentre le dimissioni volontarie da ricovero (D18) aumentano leggermente rispetto allo scorso anno, posizionandosi in fascia gialla (da 0,94% nel 2022 al 1,01% nel 2023).

Rispetto agli indicatori relativi alla gestione delle patologie oncologiche, buona la performance della quota di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (H02Z), anche se in leggero calo rispetto allo scorso anno (da 83% nel 2022 a 81% nel 2023). Critica e in calo rispetto allo scorso anno, invece, la percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno (C10.2.1), che passa dal 71% nel 2022 al 64% nel 2023.

Per quanto riguarda l'area della **responsiveness**, gli indicatori relativi al rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica, si registrano due punti di particolare criticità: l'intervento per tumore all'utero, in fascia rossa ma in consistente aumento rispetto allo scorso anno (da 50% nel 2022 a 68% nel 2023) e l'intervento per melanoma (C10.4.13), che diminuisce di 30 punti percentuali rispetto allo scorso anno. Da segnalare l'ottima performance per l'intervento al polmone (C10.4.11). In aumento di oltre 20 punti percentuali rispetto al 2022, ma in fascia arancione, l'intervento per tumore alla tiroide (C10.4.14).

Gli indicatori relativi al Pronto Soccorso restituiscono una performance particolarmente critica. Rispetto alla percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in pronto soccorso inferiore alle 8 ore (C16.4.1.N), si attesta all'80%, in fascia rossa. Per quanto riguarda l'indicatore relativo agli accessi al PS inviati a ricovero entro 8h, cosiddetto "boarding", si evidenzia una performance critica, all'ultimo posto tra le AOU del Network (anche se in aumento rispetto allo scorso anno, dal 27% del 2022 al 34% del 2023). In ultimo, anche l'indicatore che monitora gli abbandoni del Pronto Soccorso (D9) è uno dei più alti delle AOU del Network (12% nel 2023, in calo di oltre 1 punto percentuale rispetto al 2022).

Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le **sfide post-COVID**. Tra le più rilevanti spicca la gestione delle risorse umane. Nel 2022 si è registrato un incremento delle assenze (E2) in tutte le osservazioni del Network, con percentuale di assenza pari al 17% per l'AOU Sant'Andrea, un aumento di oltre 6 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Un'altra sfida post-pandemica riguarda

la parità di genere, misurata attraverso l'indice di "soffitto di cristallo" (E2B), che evidenzia uno squilibrio (a favore degli uomini) nella rappresentanza nelle posizioni apicali della AOU Sant'Andrea. Nonostante ciò, l'indicatore ha una buona performance rispetto alle altre AOU del Network, posizionandosi al terzo posto ed evidenziando uno squilibrio meno marcato.

*NB. Gli indicatori presenti nel bersaglio dell'AOU Sant'Andrea, differentemente dagli altri bersagli regionali, non sono indicatori compositi (teste), ma singoli indicatori (tranne che per alcuni casi, come il rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica).

AOU SANT'ANDREA

Valutazione dell'attività di ricerca (2021-2023)

B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI)
per dirigenti
●

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente
●

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi
●

Andamento indicatori - Trend 2022/2023

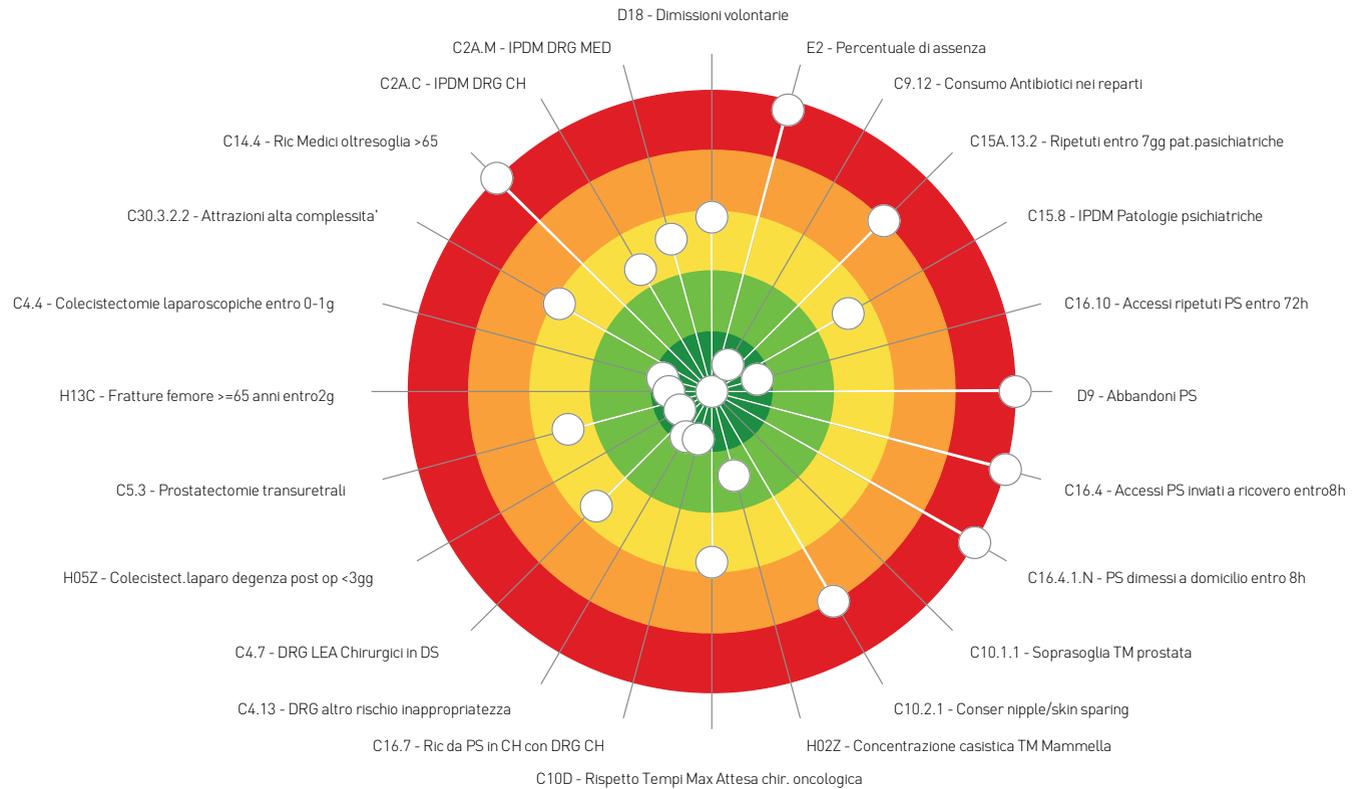
Numero indicatori di valutazione: 45

Indicatori Migliorati ↑
48.9 %

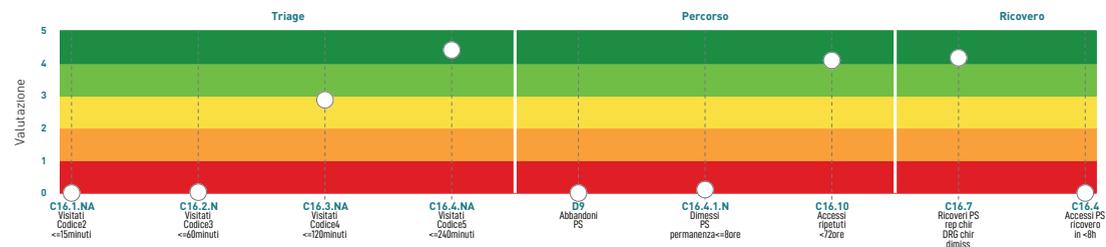
Indicatori Stabili =
17.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
33.3 %

Valutazione della performance 2023



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





3

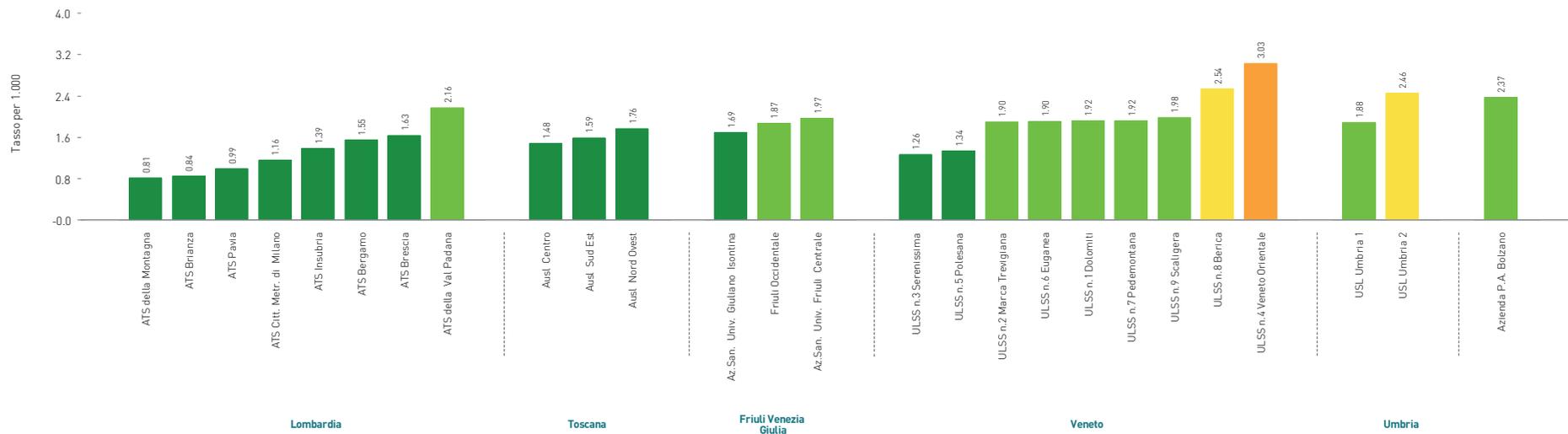
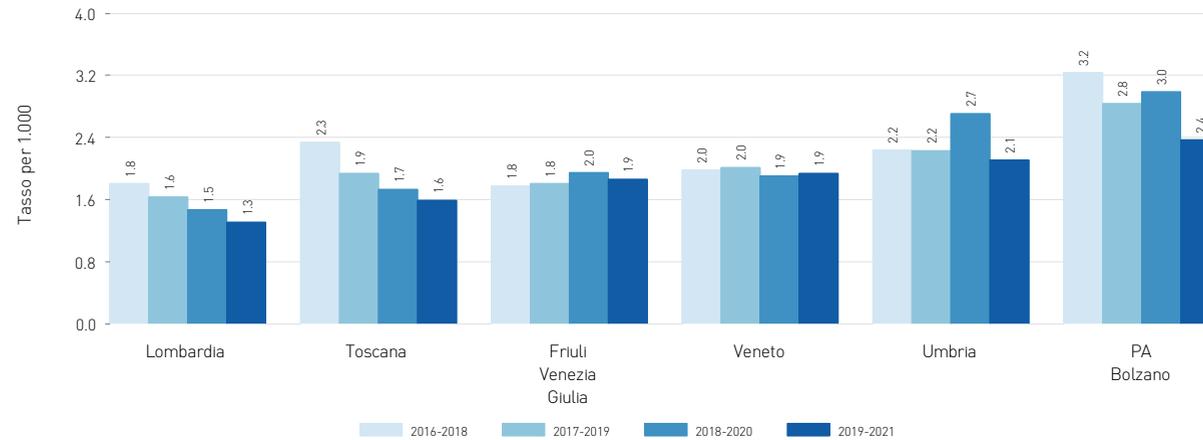
INDICATORI



STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

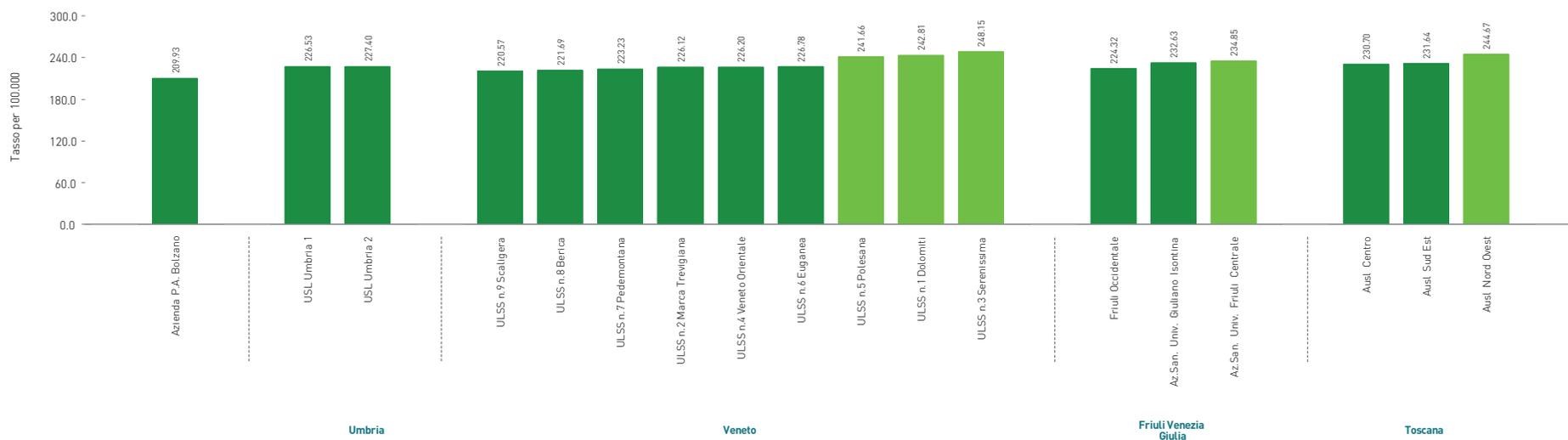
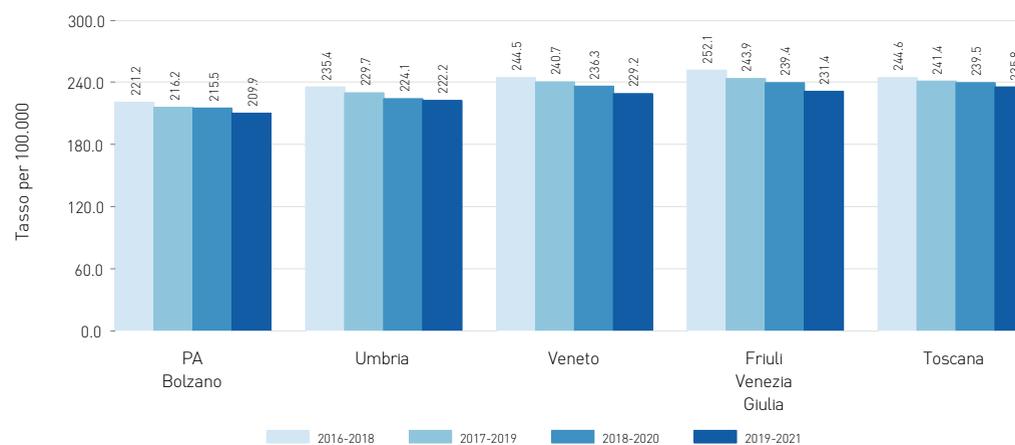
A1.1 - Mortalità nel primo anno di vita

Sul rischio di mortalità nel corso del primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria che l'incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.



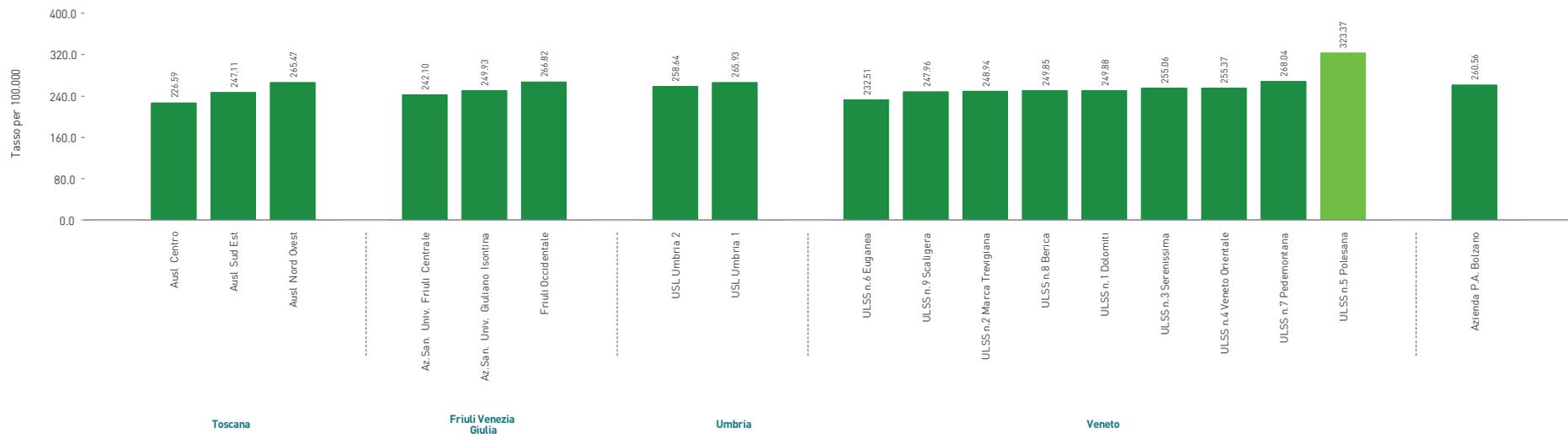
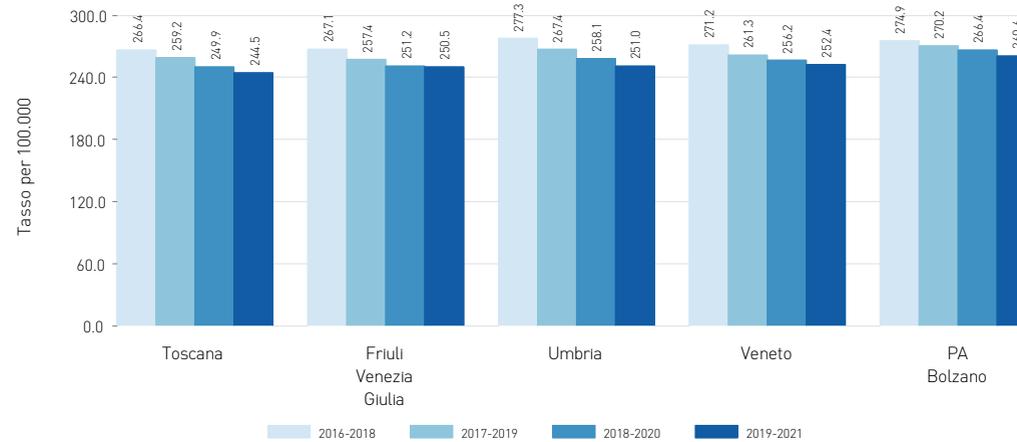
A2 - Mortalità per tumori

Il monitoraggio dell'epidemiologia oncologica permette di valutare l'impatto delle strategie di prevenzione dei tumori e dei sistemi diagnostico-terapeutici, essendo il cancro una patologia cronica potenzialmente più prevenibile ed oggi anche più "curabile". Nel periodo 1995-2016 la mortalità per tumore in Italia è diminuita, complessivamente, del 23,6% negli uomini e del 14,2% nelle donne. Tuttavia, questa tendenza positiva non si riscontra in modo omogeneo in tutte le aree del nostro Paese ed esistono ancora forti differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud e Isole. Storicamente erano le regioni settentrionali ad avere una mortalità più elevata rispetto a quelle meridionali, mentre, oggi, questo gradiente si sta modificando e in alcuni casi invertendo. Nel primo semestre del 2020, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha registrato circa 48.500 decessi per tumori maligni tra gli uomini e circa 39.300 decessi tra le donne. La mortalità causata dai tumori è diminuita rispetto al periodo precedente alla pandemia in entrambi i sessi. Tuttavia, va notato che la pandemia ha avuto un impatto negativo sui pazienti oncologici, in particolare sugli uomini anziani con una diagnosi di tumore effettuata meno di due anni prima e sui pazienti affetti da tumori ematologici, registrando un aumento dei decessi in questi gruppi di pazienti ("I numeri del cancro in Italia 2022", AIOM-AIRTUM).



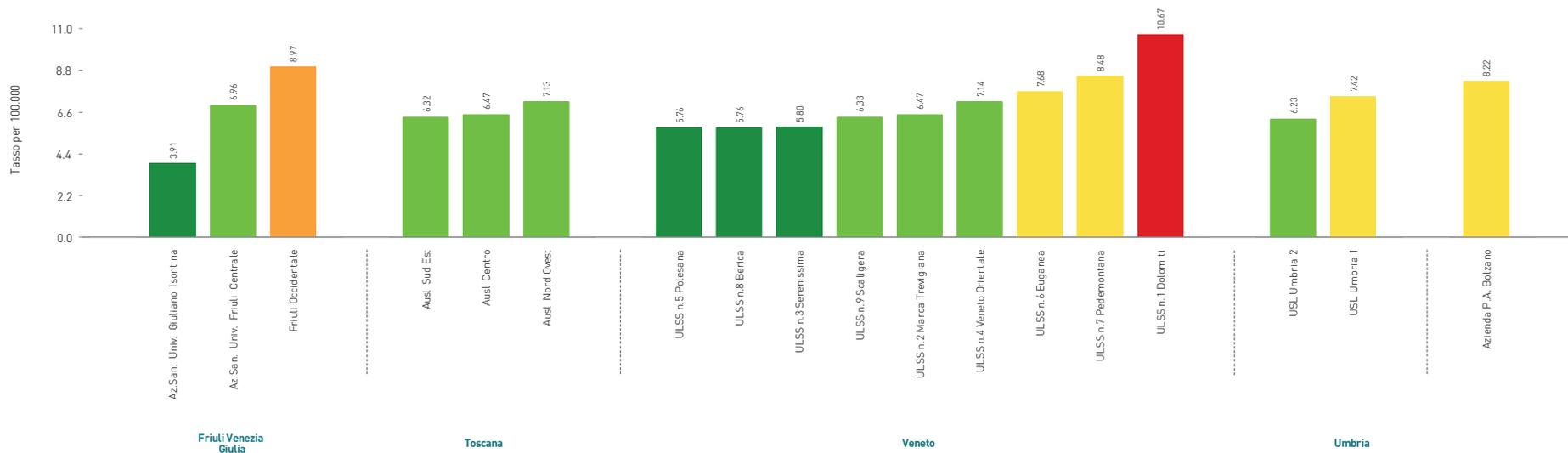
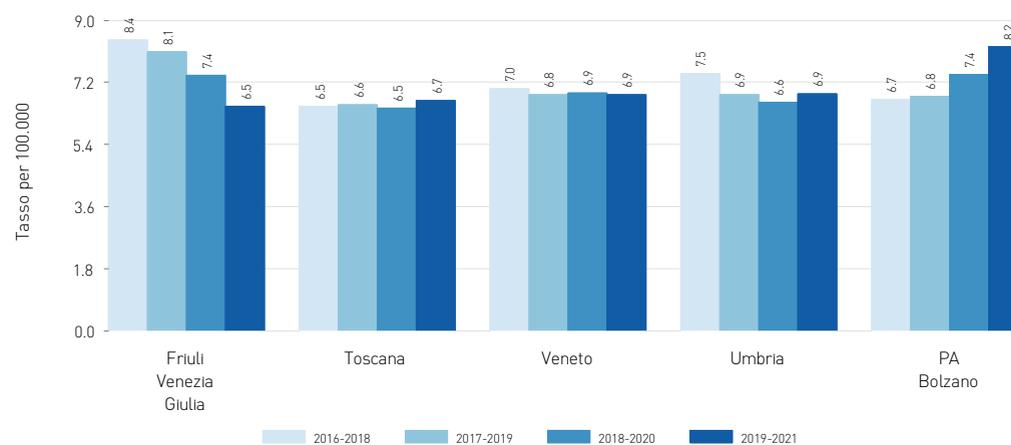
A3 - Mortalità per malattie circolatorie

Attualmente le cause di morte più frequenti in Italia sono connesse alle malattie del sistema cardiovascolare, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori (www.epicentro.iss.it). Le malattie cardiovascolari sono in gran parte prevenibili, in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (fumo, consumo di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà). Pertanto, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo sugli stili di vita, al fine di impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa (Rapporto Osservasalute 2020). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato delle Aziende Sanitarie, che rappresenta uno dei molteplici determinanti della mortalità per malattie circolatorie, ma offre informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche al fine di riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.



A4 - Mortalità per suicidi

La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni anno 800mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza negli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, si trovano a fronteggiare il problema. Il suicidio è la seconda causa di morte nelle persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni; oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2019, in Italia, i casi di suicidio sono stati 4.042, di cui 1.077 donne e 2.965 uomini (www.who.int). Come gli altri indicatori relativi alla salute della popolazione, anche il tasso di mortalità per suicidio non vuole essere una valutazione diretta dell'operato delle Aziende Sanitarie, ma intende fornire elementi descrittivi per la fase di definizione delle priorità per la nuova programmazione.



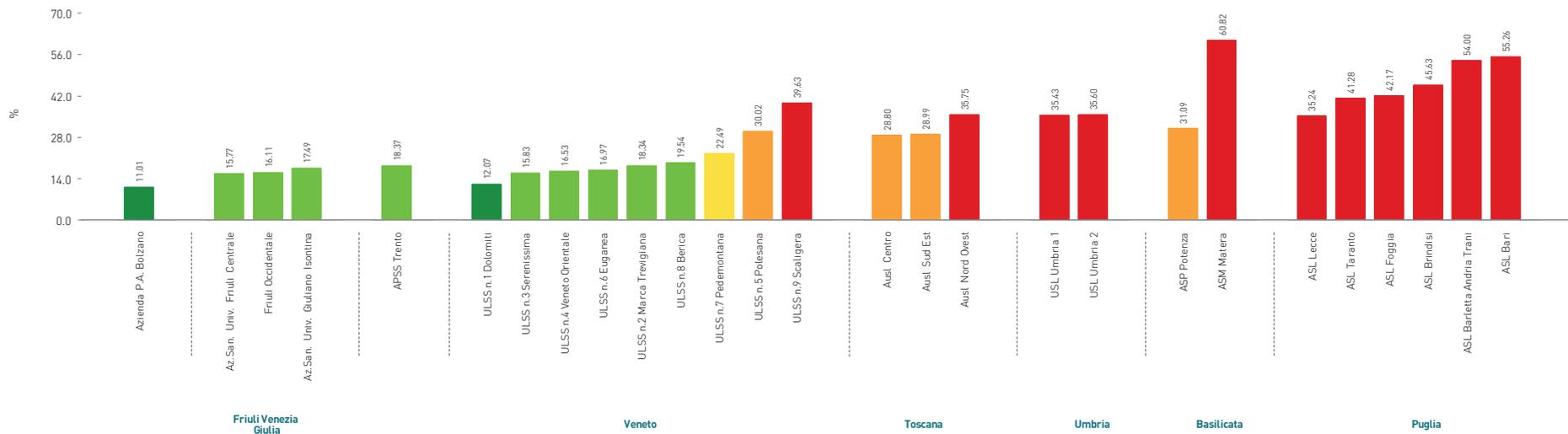
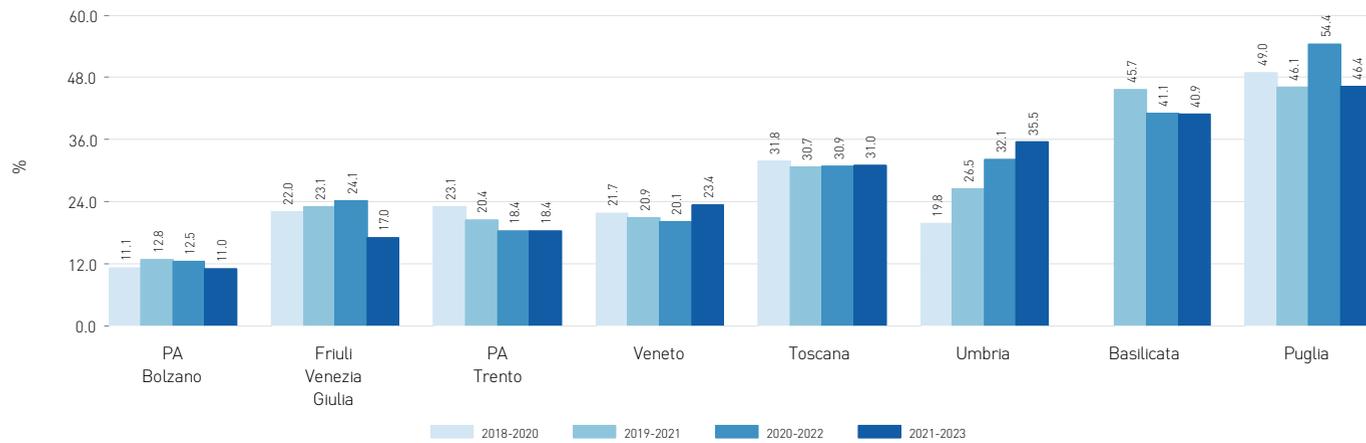


ASSISTENZA



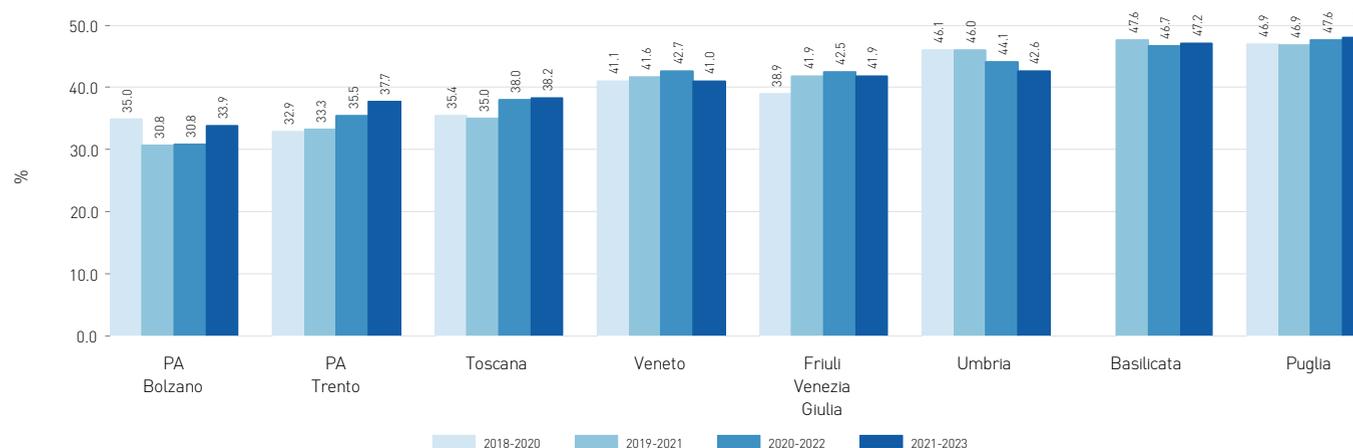
A10.1.1 - Percentuale di sedentari

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione dell'obesità. Per sedentaria, si intende una persona che non svolge un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.



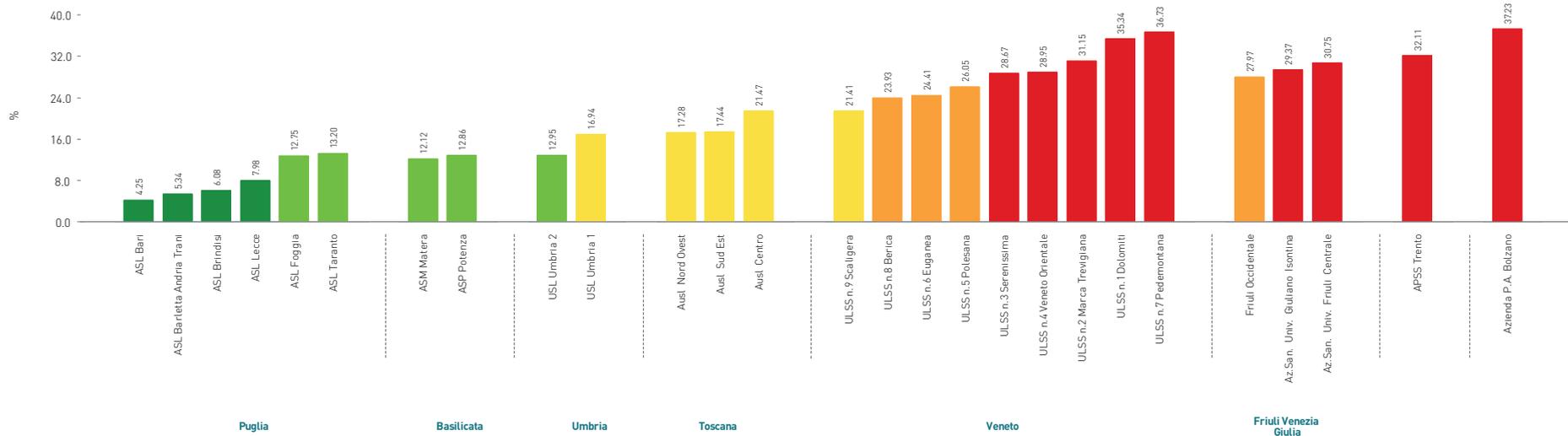
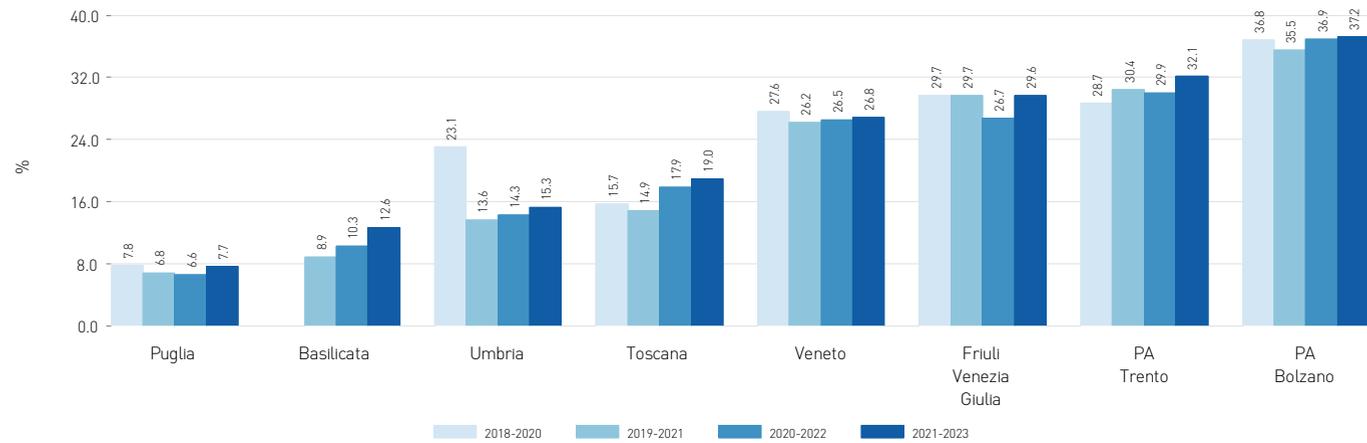
A10.2.1 - Percentuale di persone obese o sovrappeso

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Imc) o Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato. L'Imc descrive le seguenti categorie di peso: grave magrezza (Imc<30) con tre gradi di gravità con l'aumentare dell'Imc. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.



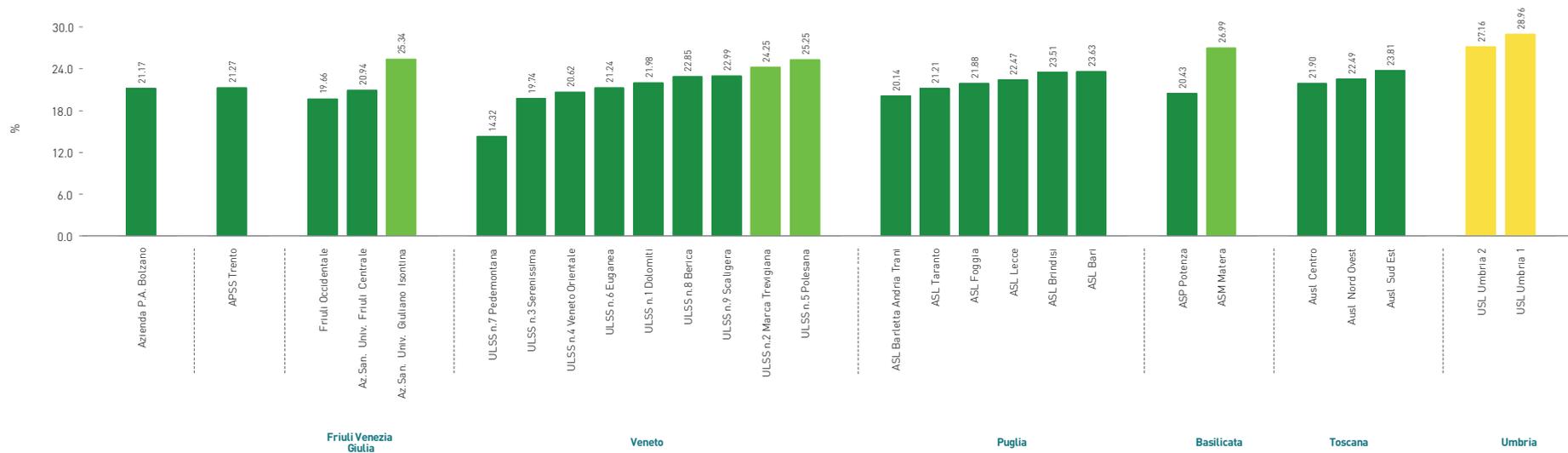
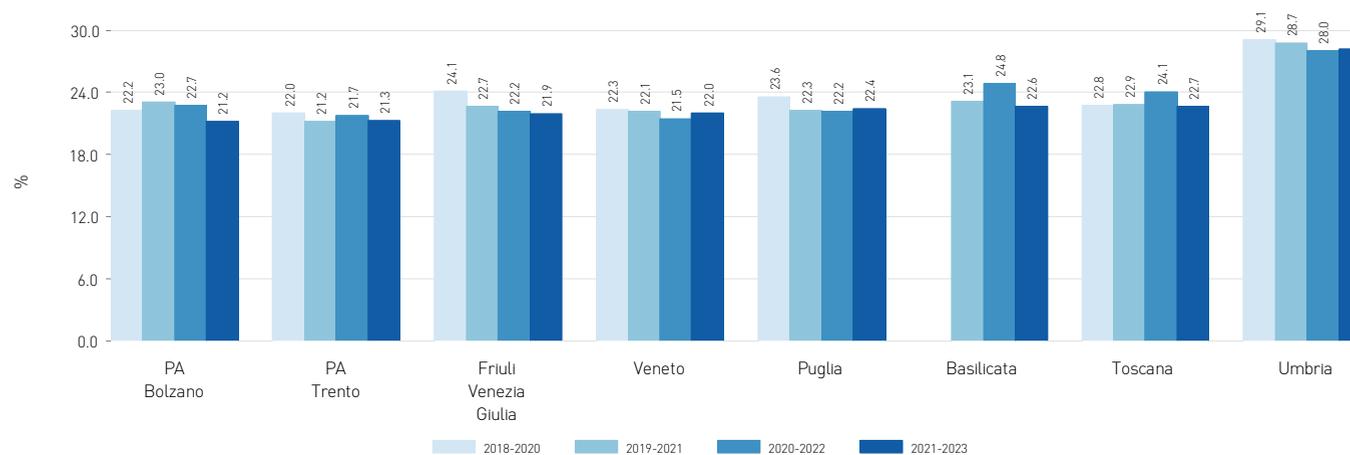
A10.3.1 - Percentuale di binge e fuori pasto

Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il consumo episodico eccessivo (binge drinking), il consumo fuori pasto. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne), oppure almeno un episodio di binge drinking (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne), oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.



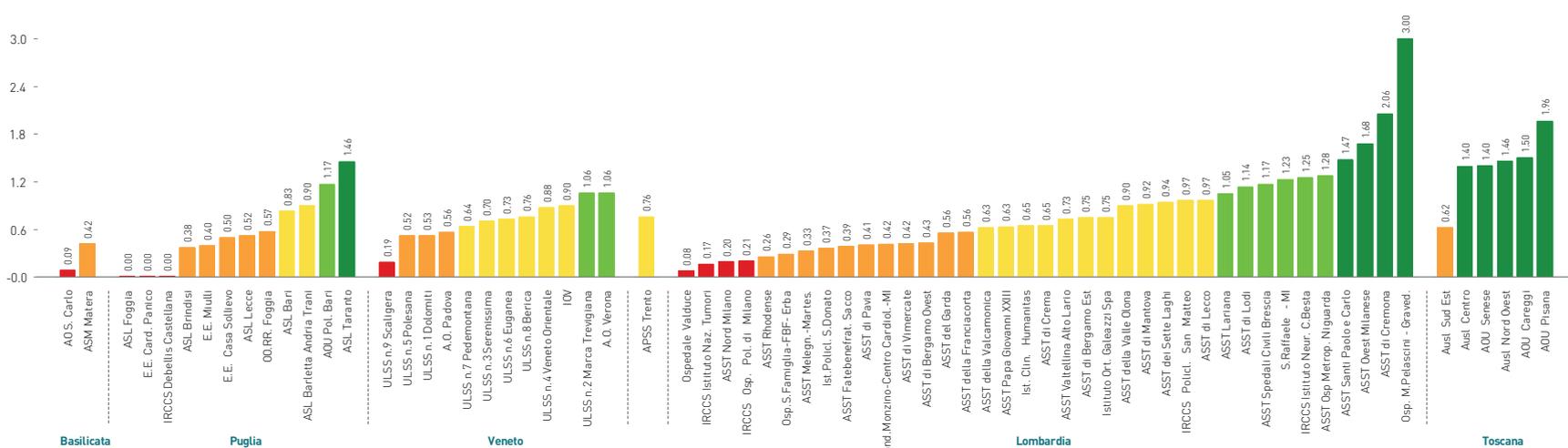
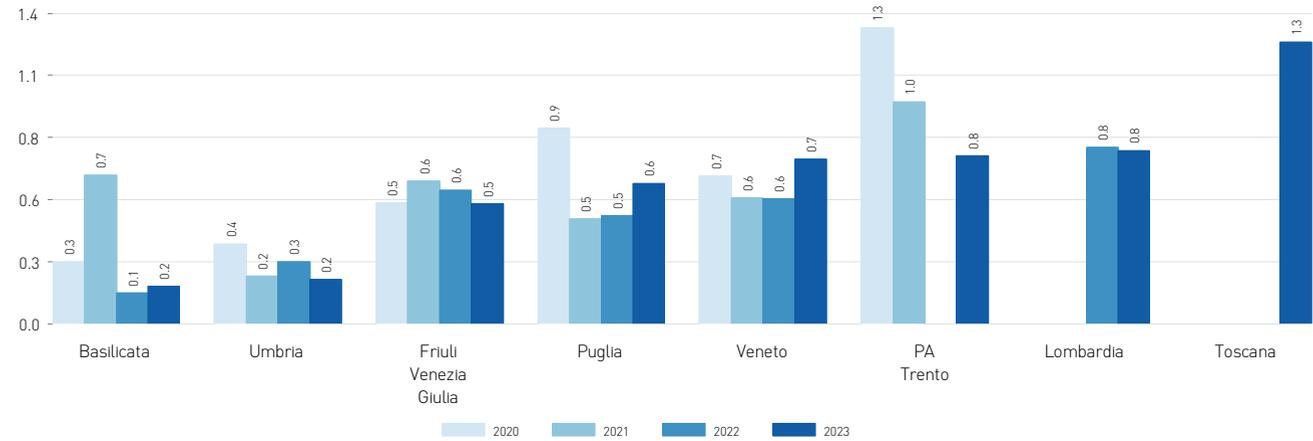
A10.4.1 - Percentuale di fumatori

Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.



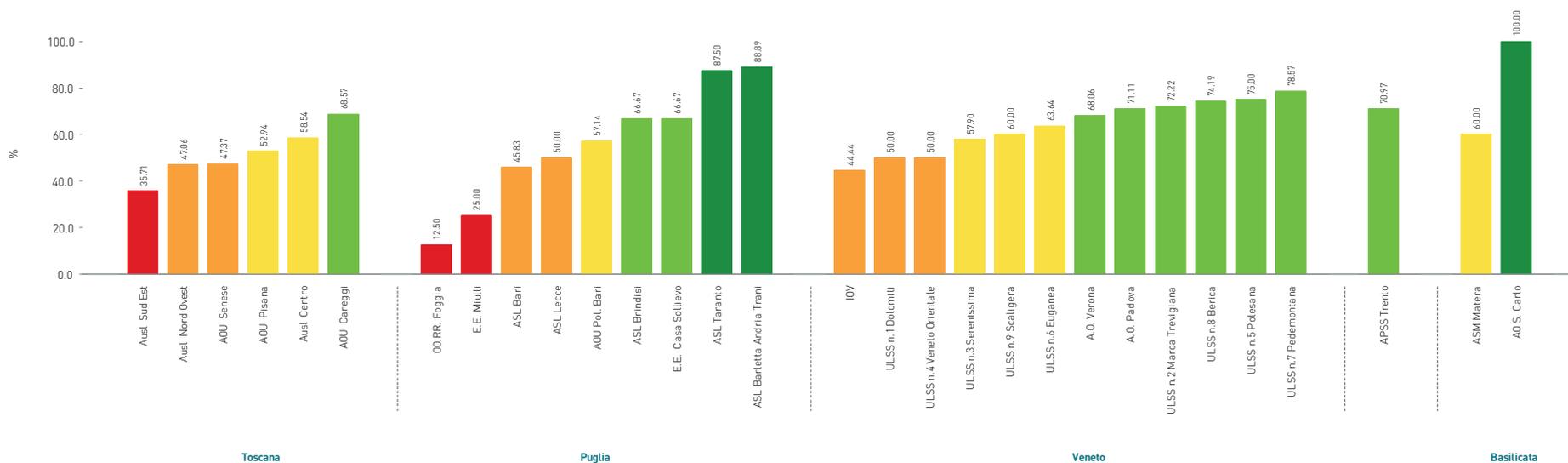
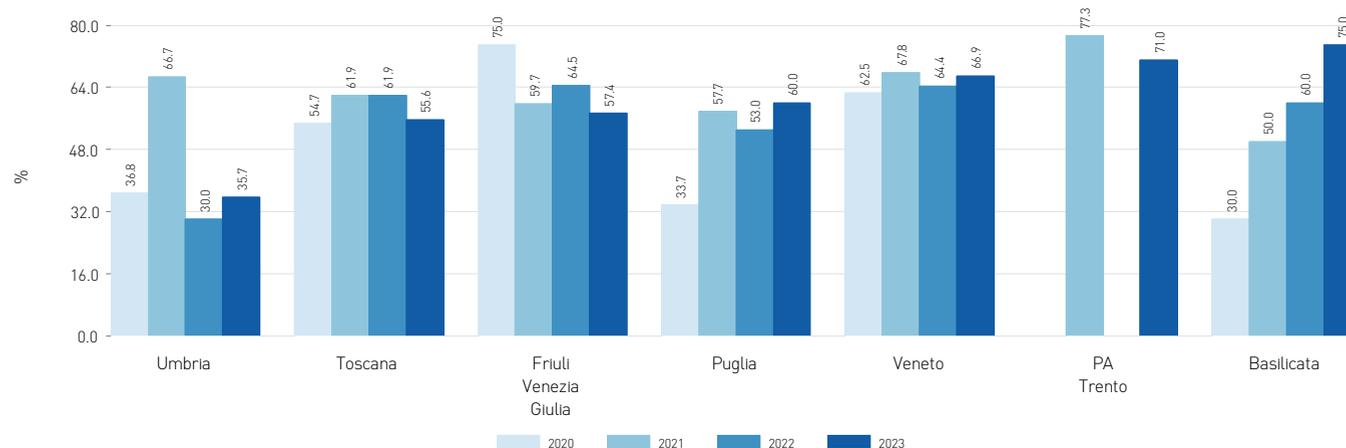
B6.1.6 - Segnalazioni di morti encefaliche

I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo, ma attualmente la disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di favorire il procurement di organi è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini. Fra le criticità del meccanismo di donazione-trapianto, gioca un ruolo importante la segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, associata ad inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre. Le diverse esperienze nazionali ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento dell'attività di trapianto (Rapporto Osservasalute 2017).



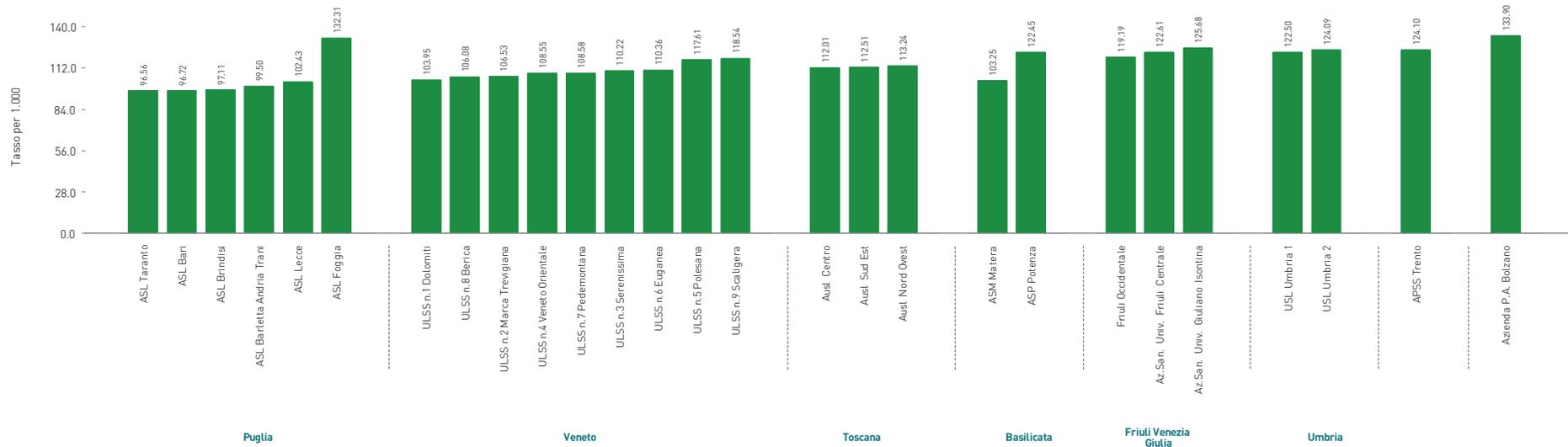
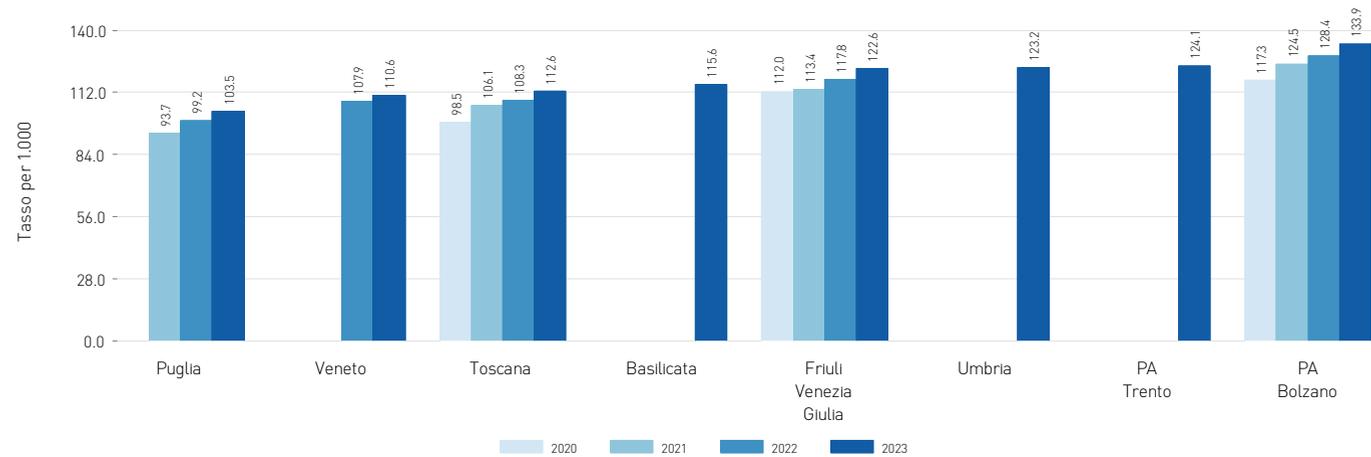
B6.1.2 - Percentuale di donatori procurati

La percentuale di donatori procurati considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi. Si intende procurato il soggetto con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa, in assenza di fattori clinici già noti che controindicano la donazione ed in presenza di non opposizione alla donazione di organi e tessuti espressa in vita, oppure dagli aventi diritto.



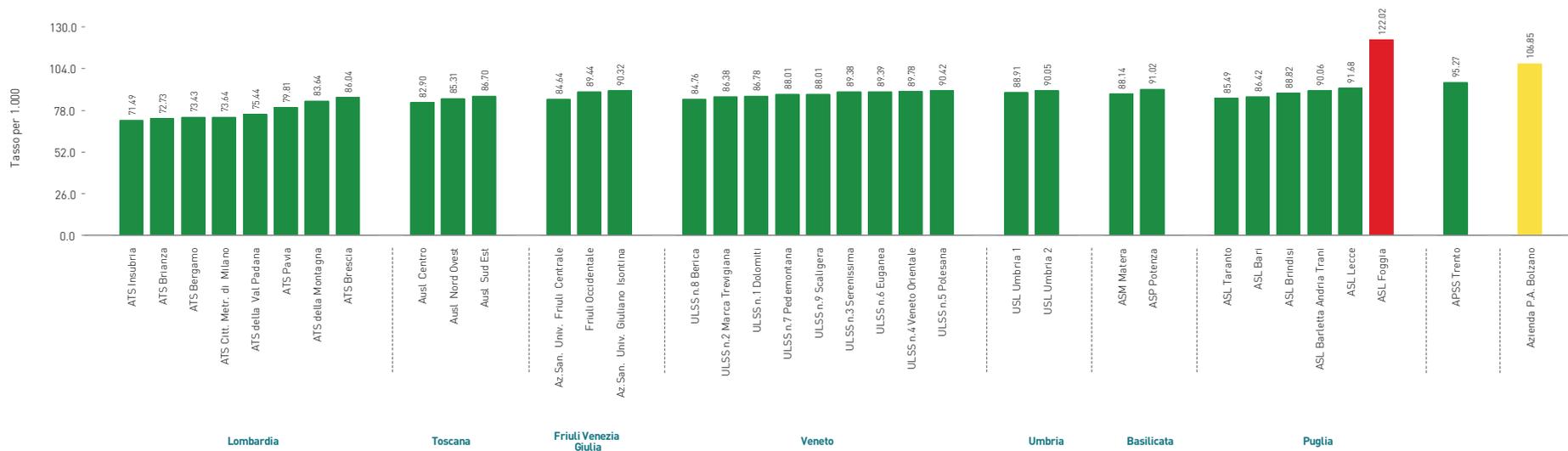
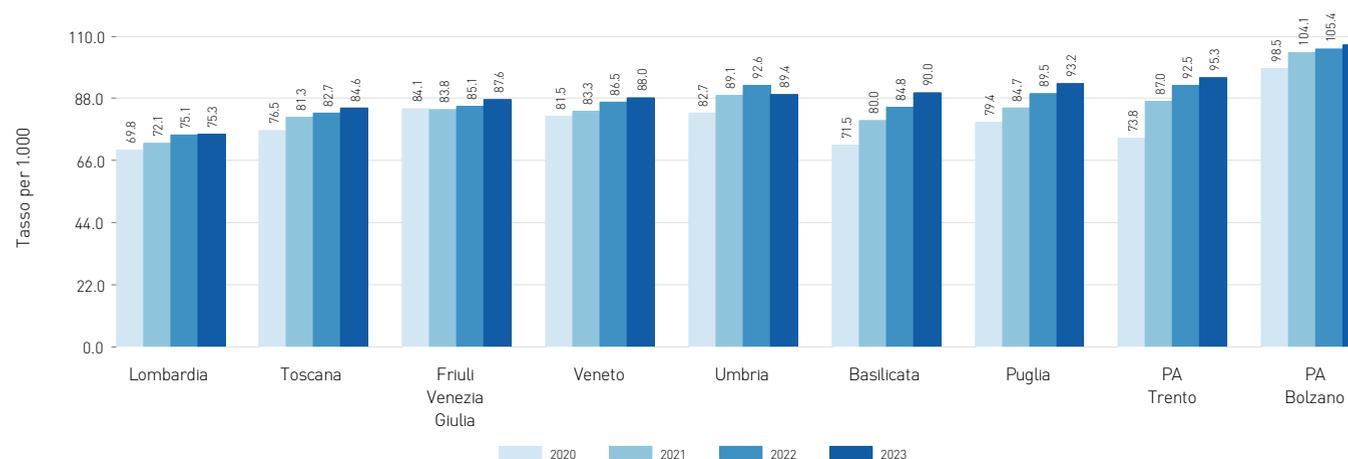
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse realtà regionali, rendendo possibile un confronto più accurato.



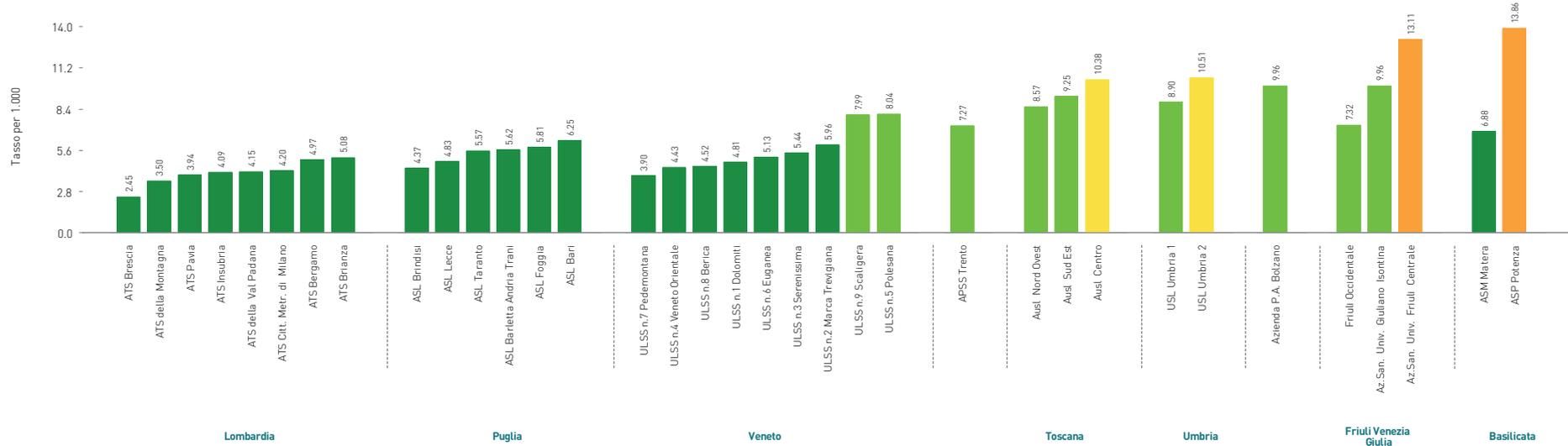
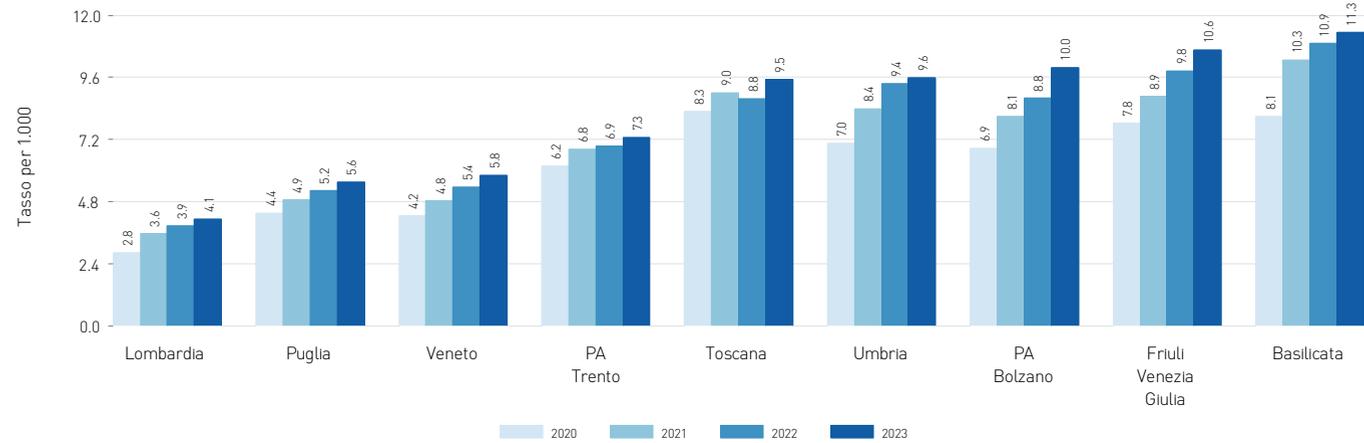
C1.1.1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano è compresa anche la mobilità austriaca.



C1.1.2.1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti

L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri medici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero.

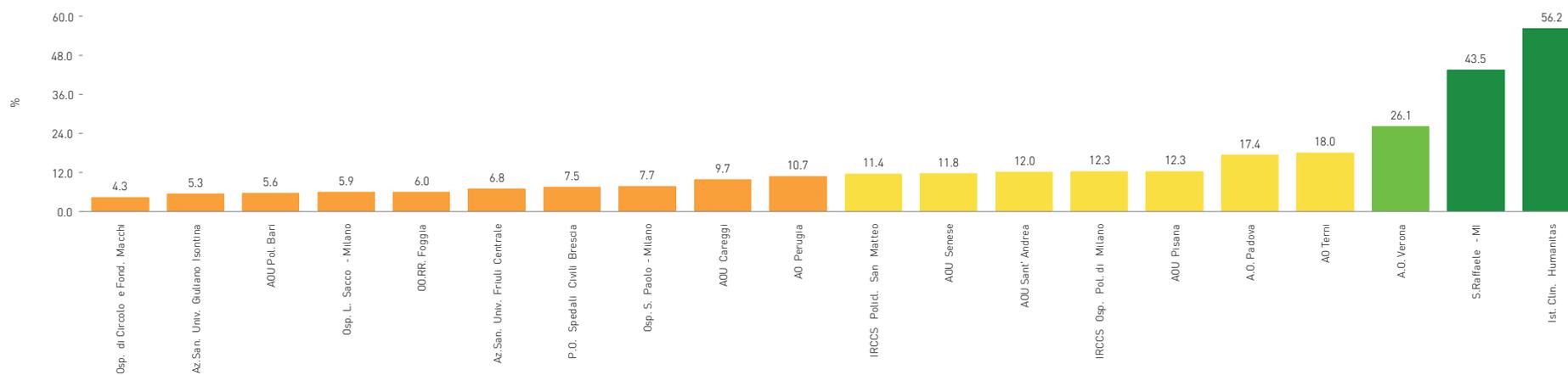
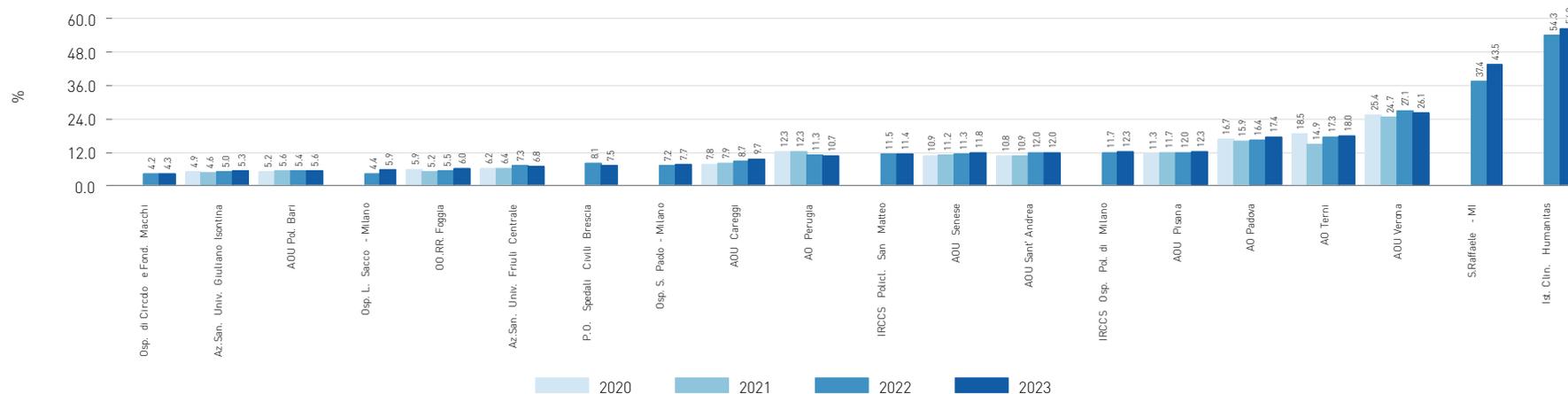


C30.3.2.2 - Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

Nell'ambito dei Sistemi Sanitari Regionali, le AOU sono identificate come centri di riferimento per l'alta complessità. La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività considerata di alta complessità. L'indicatore si focalizza dunque su tale attività e ne misura a livello aziendale la quota di ricoveri erogata per pazienti provenienti da altre regioni. L'indicatore è valutato solo per le AOU e non per il livello regionale.

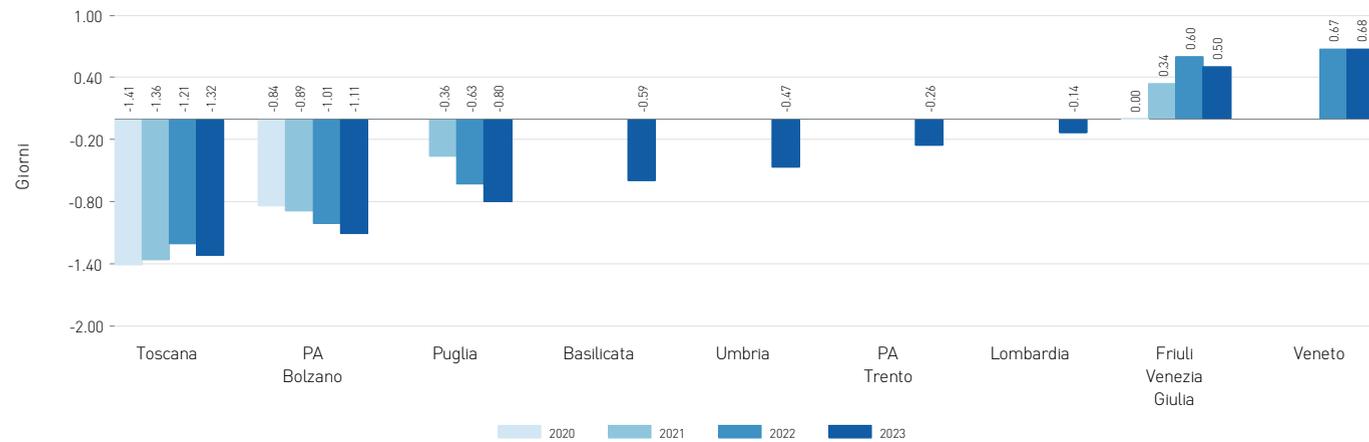


C30.3.2.2 - Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità



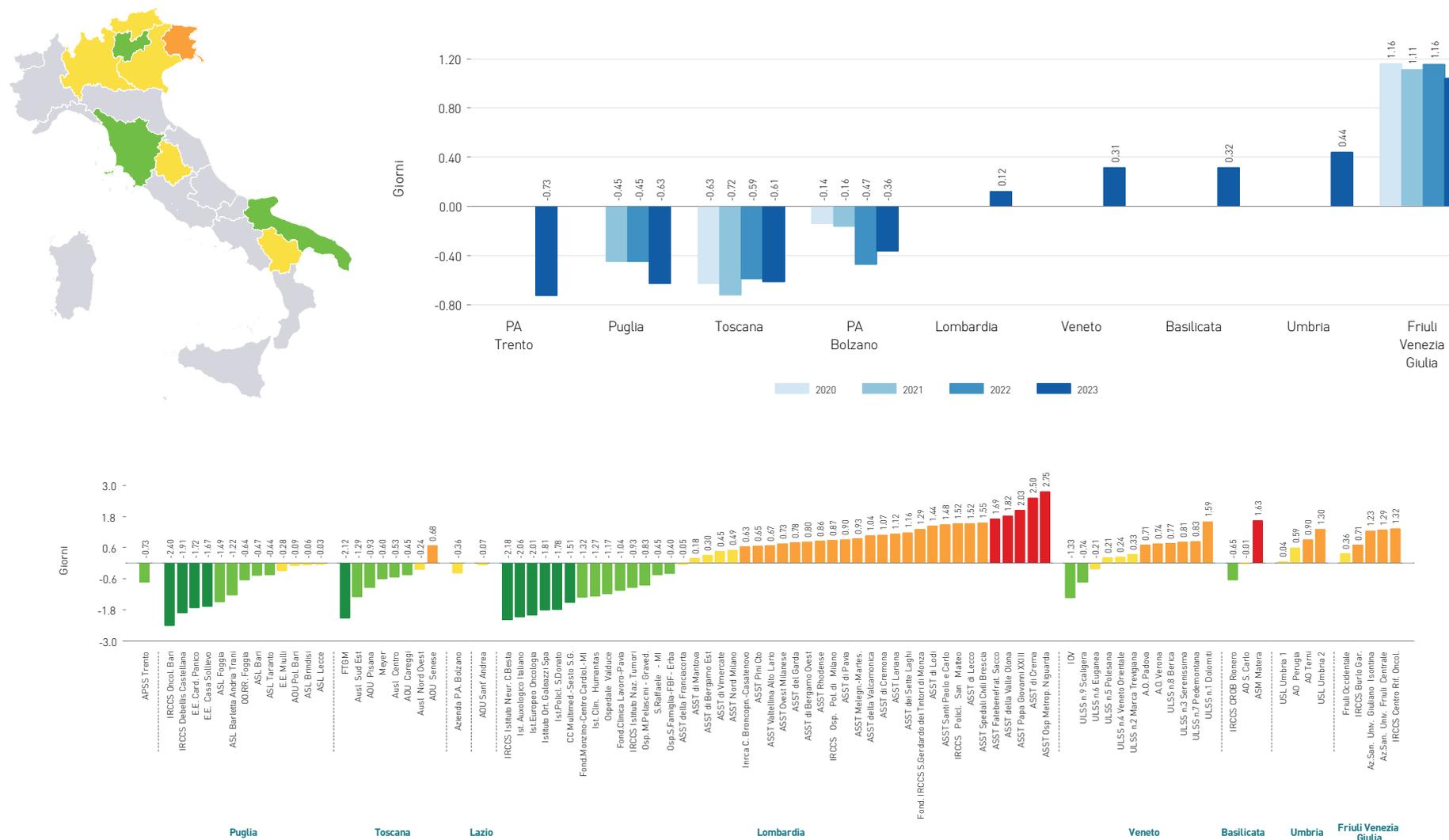
C2A.M - Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2023 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.



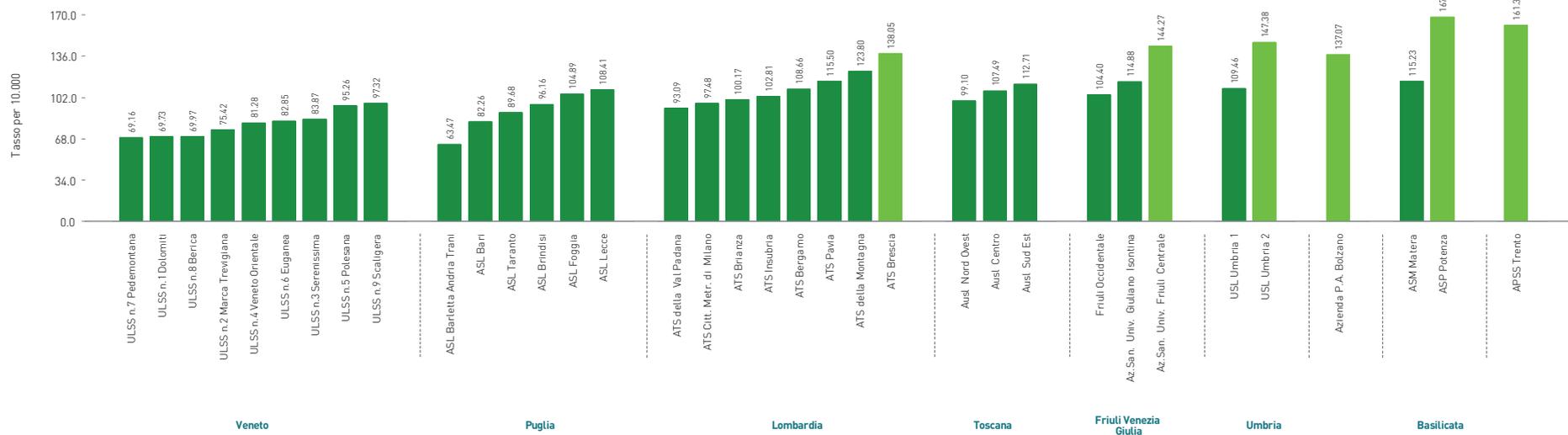
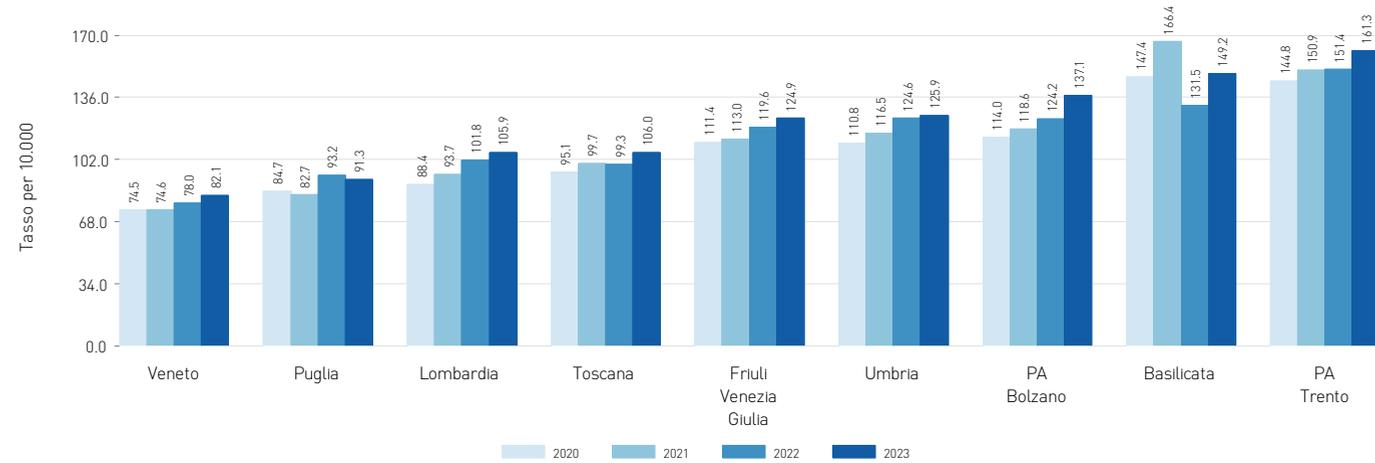
C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2023 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.



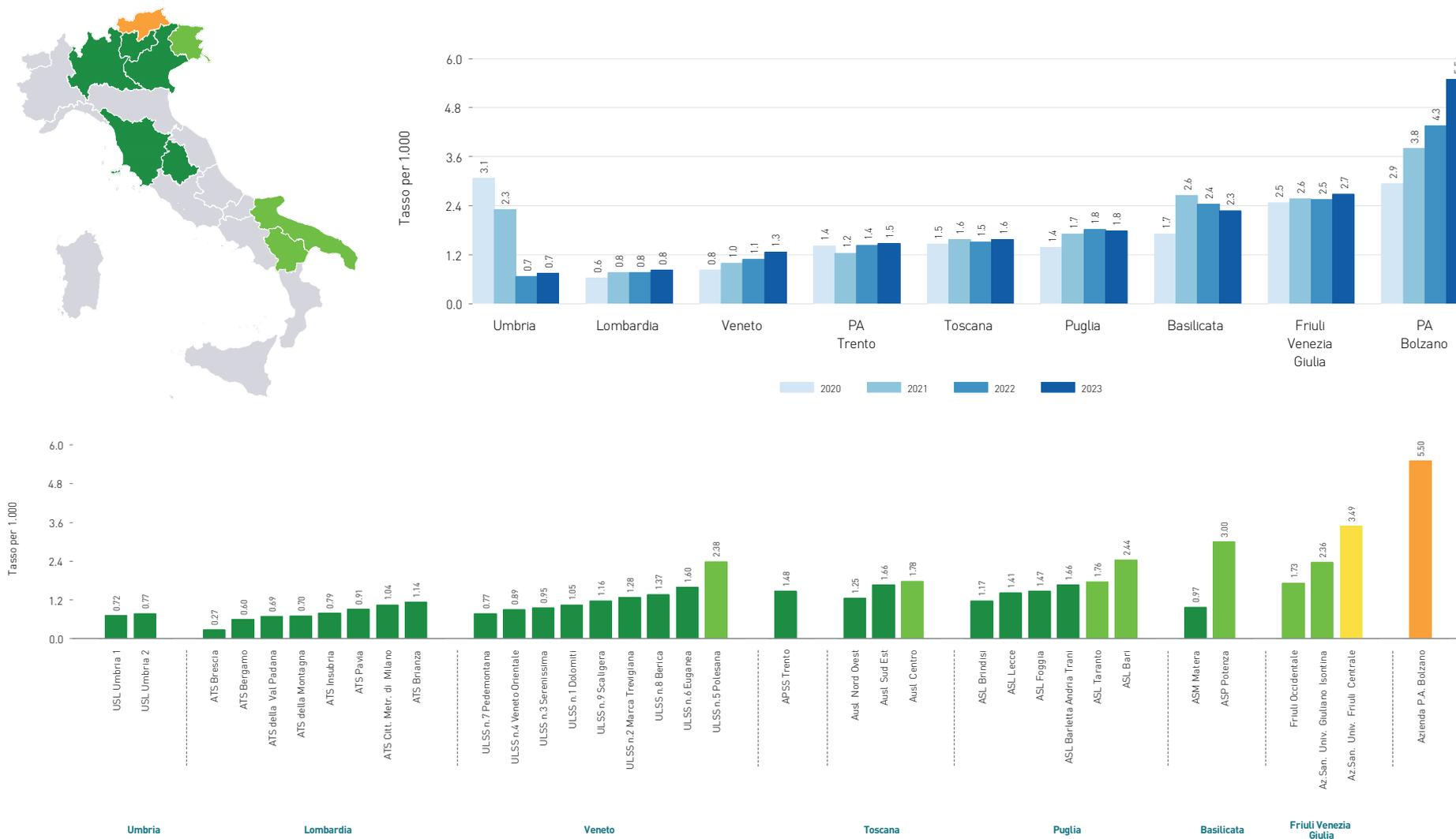
C4.8 - DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire equamente a tutti. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore C4.8 misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.



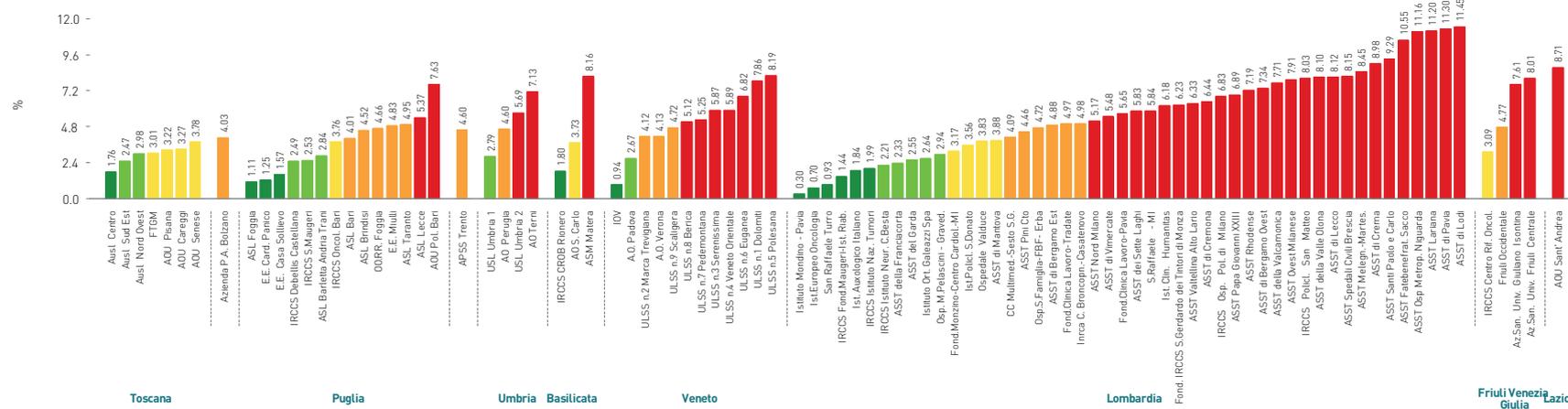
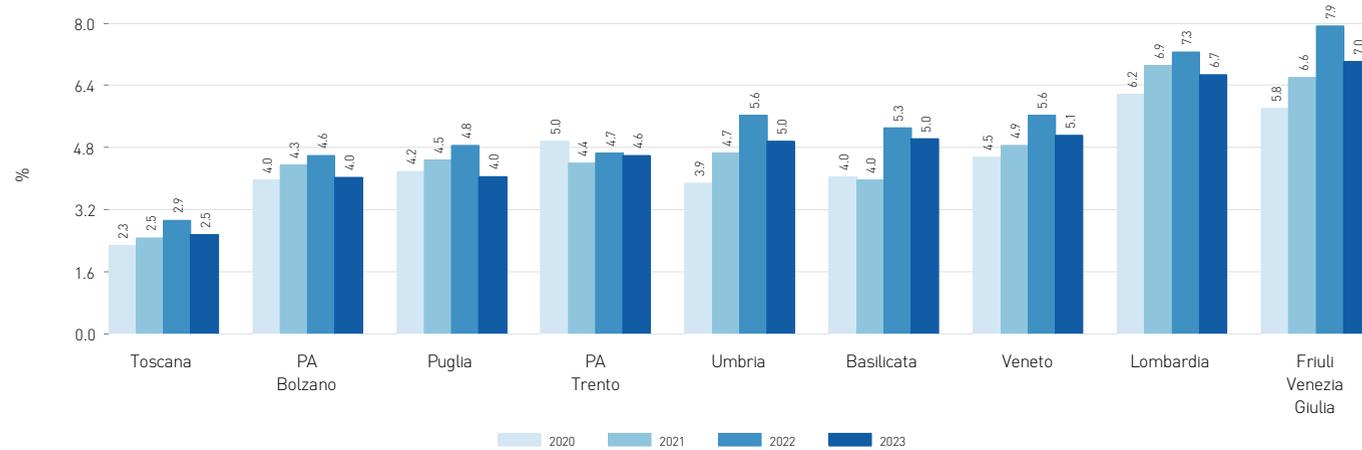
C14.2A - Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H06Z)

I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso a un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.



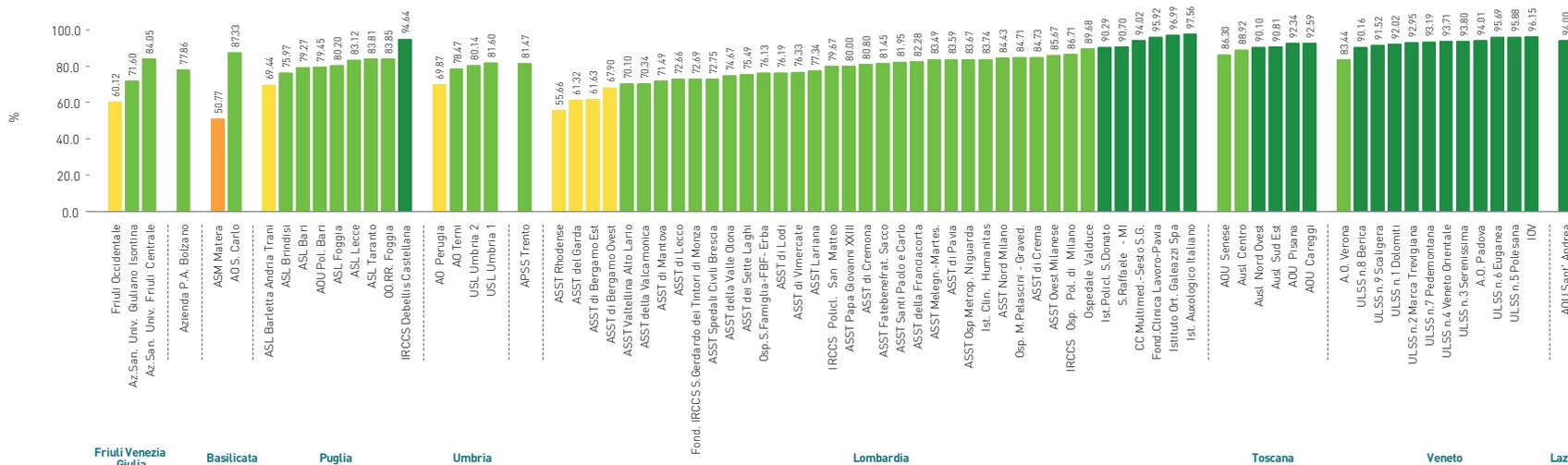
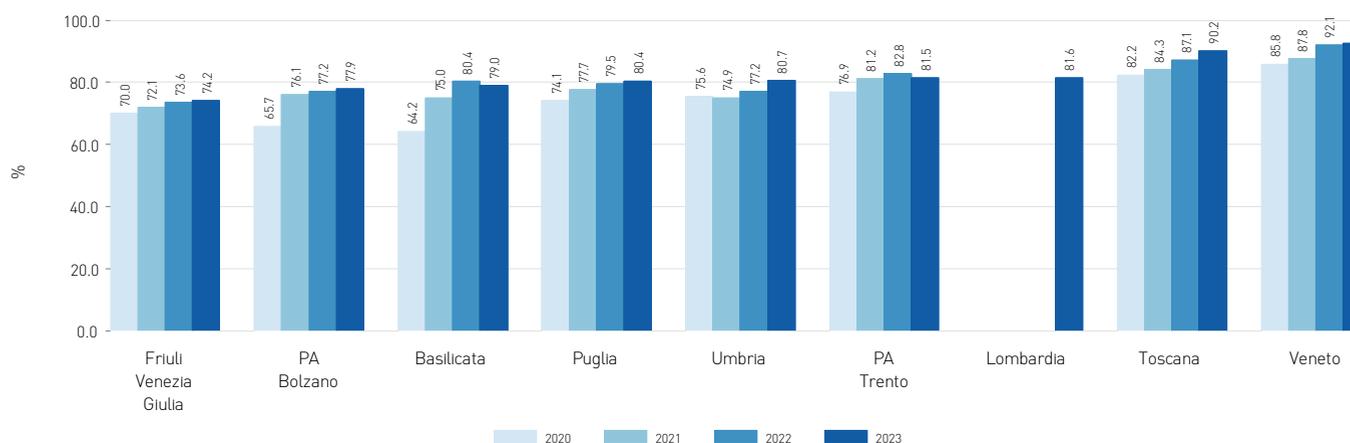
C14.4 - Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (ad es., mancanza di strutture residenziali protette o percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato "valore soglia di un DRG"; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.



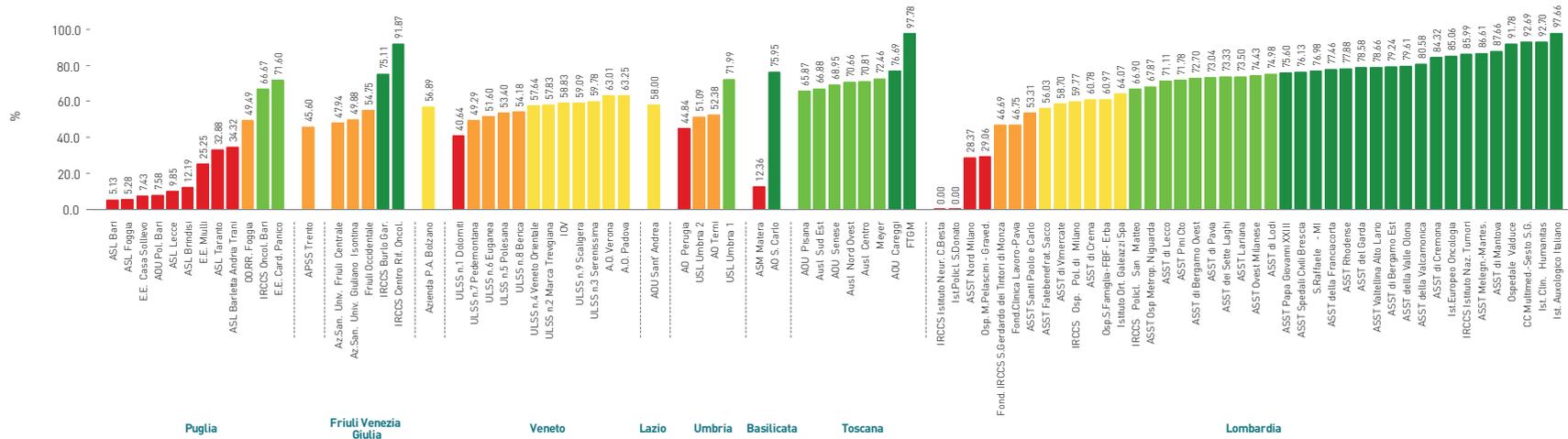
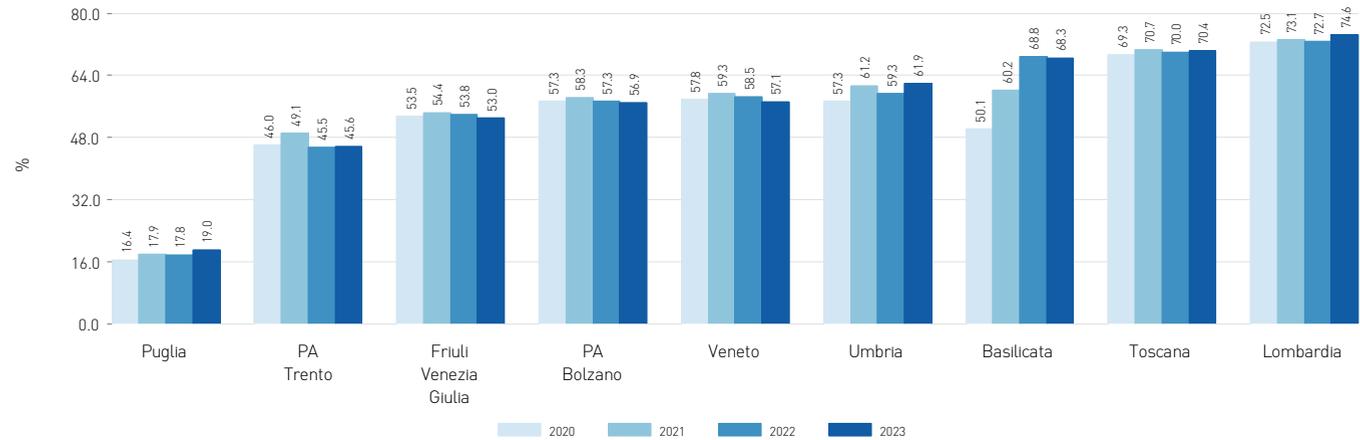
H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

La degenza post operatoria è misura di esito molto usata in letteratura per valutare le performance delle strutture. Poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 3 e 5 giorni viene inserito questo indicatore, mutuando nel sistema di valutazione il calcolo dell'indicatore NSG Core.



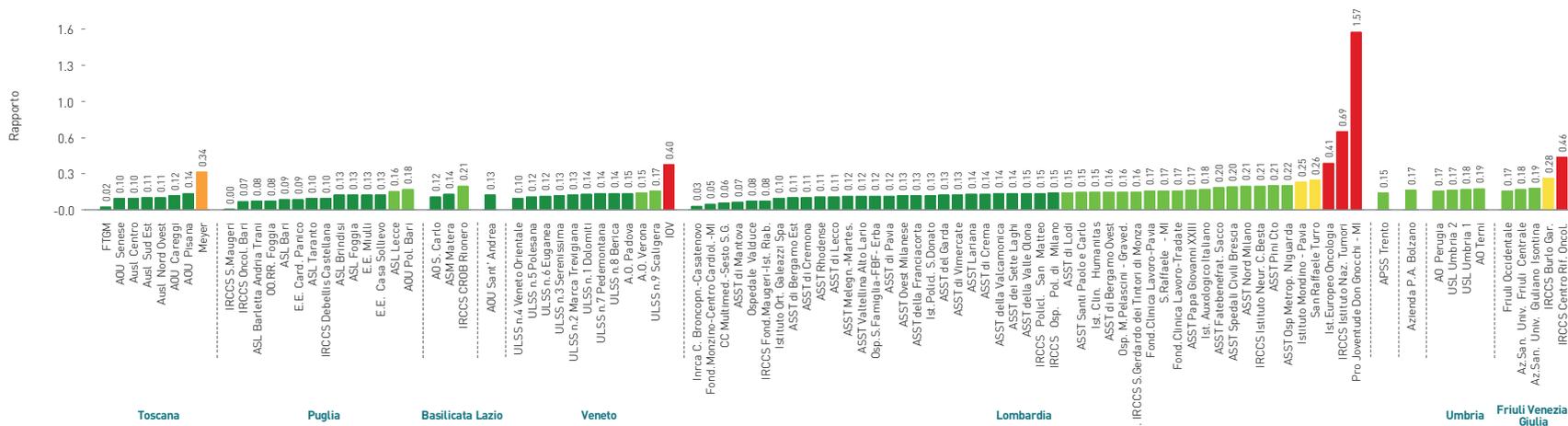
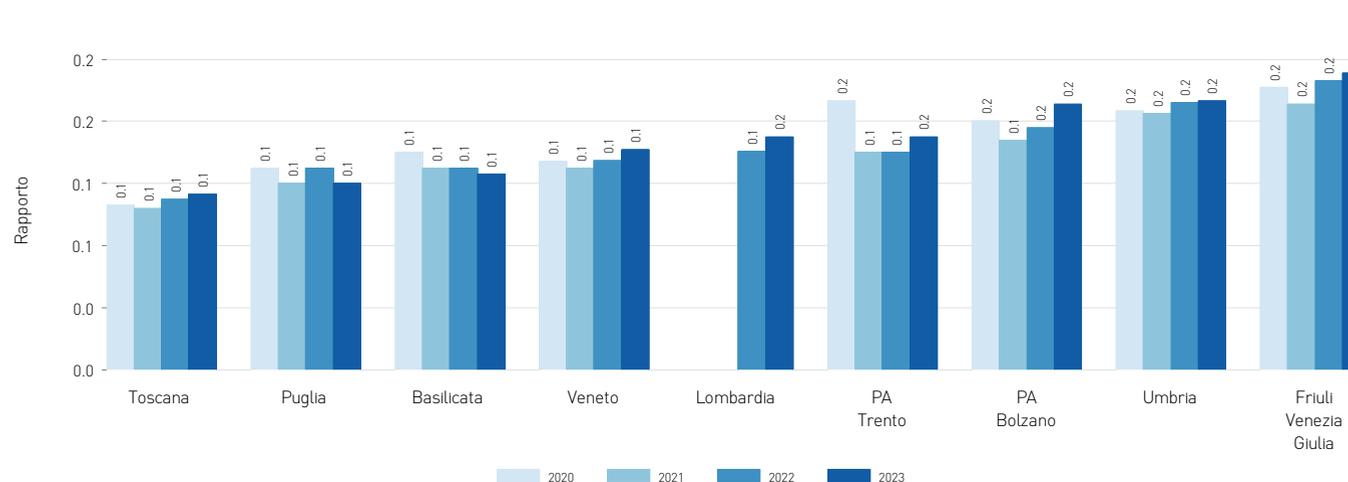
C4.7 - Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.



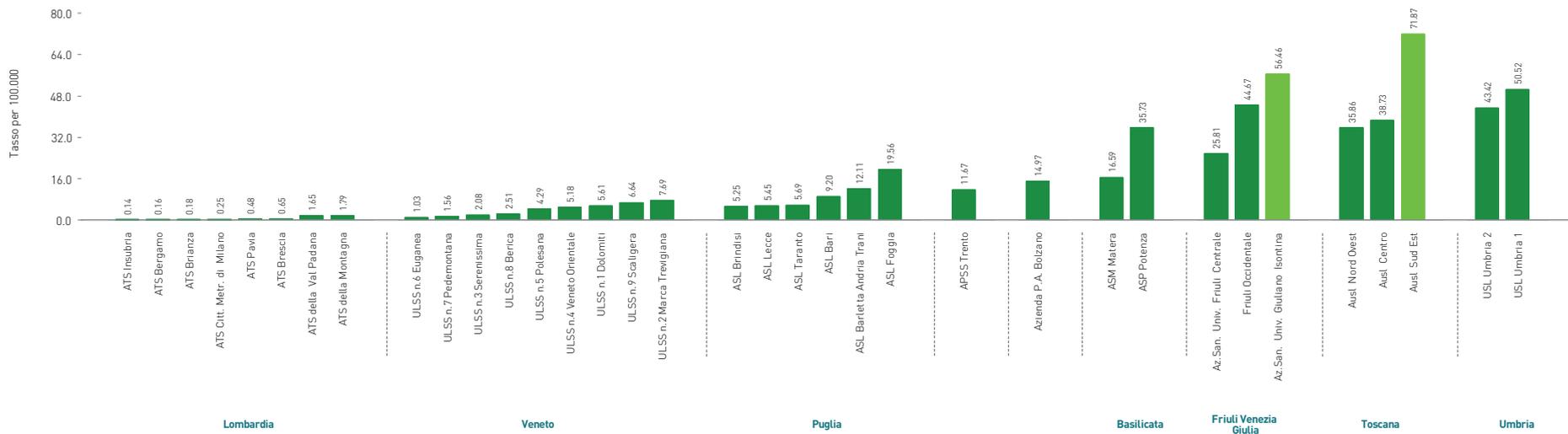
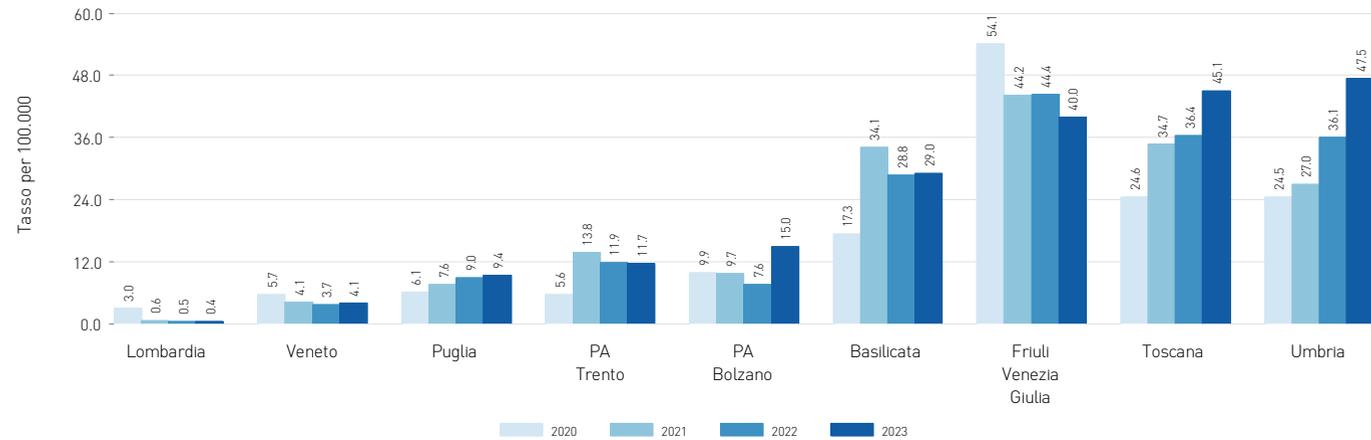
C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza (NSG H04Z)

L'indicatore, previsto dal set di indicatori NSG Core, misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatazza. Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale.



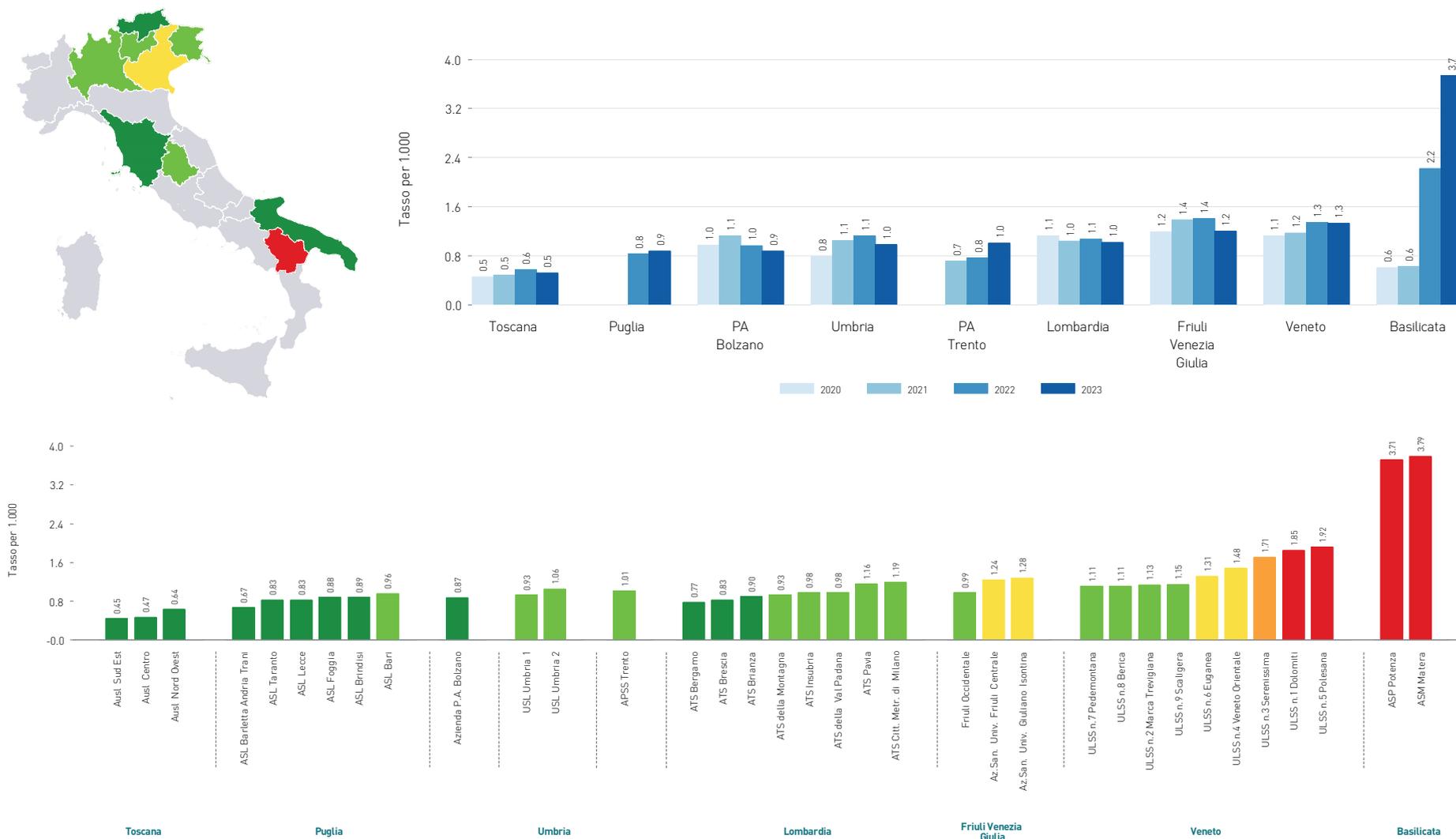
C18.6 - Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Dal momento che risulta poco probabile una variabilità sistemica delle indicazioni per l'intervento di legatura o stripping tra le aree considerate, l'indicatore consente di identificare un potenziale sovra-utilizzo o sotto-utilizzo della tecnica chirurgica. Si ricorda inoltre che per questa tipologia di intervento il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" prevede la migrazione dal trattamento in regime ordinario ad ambulatoriale. L'indicatore registra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di stripping vene, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



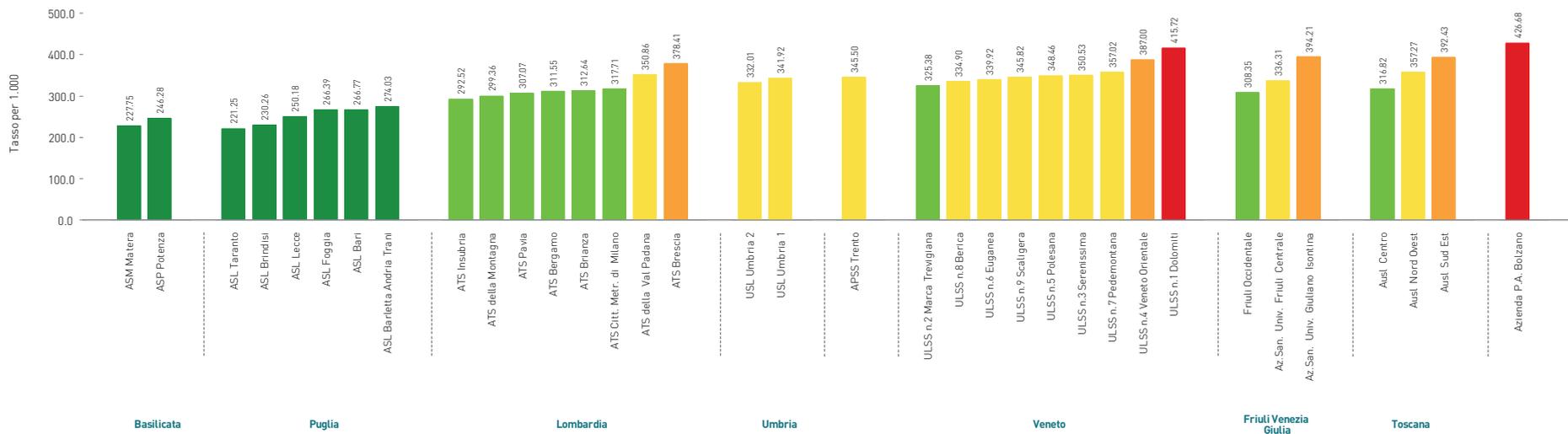
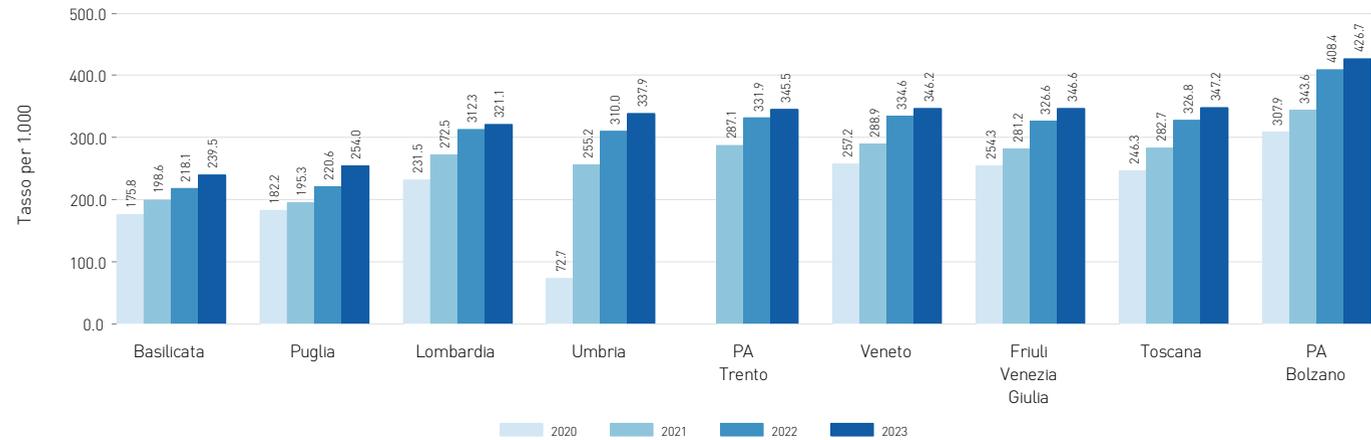
C8B.2 - Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio ed il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei cosiddetti ricoveri sociali, che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette per un periodo di tempo predefinito e sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.



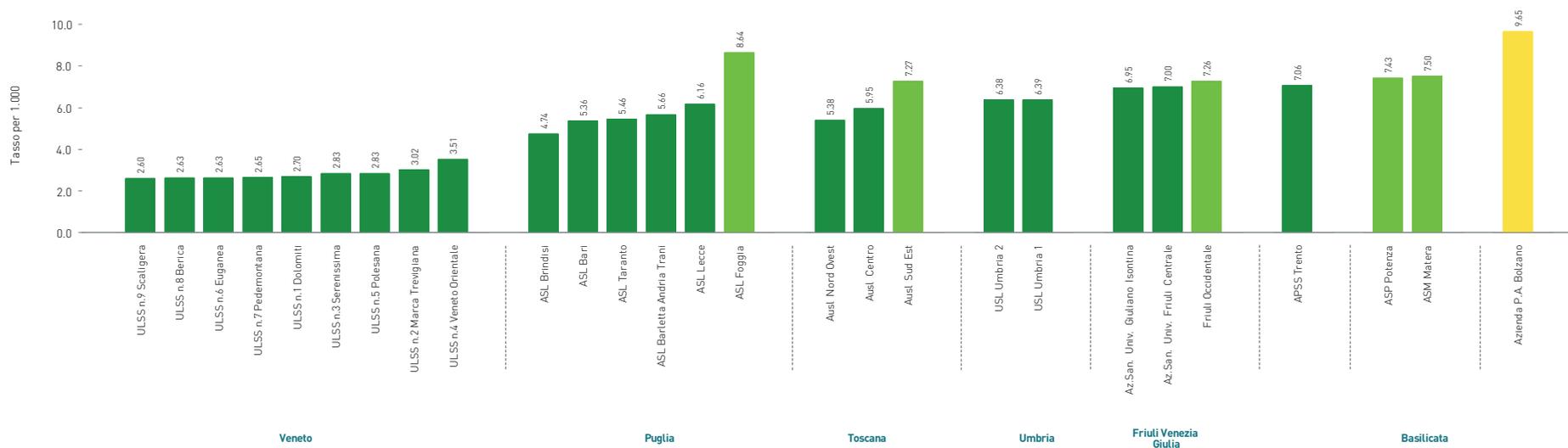
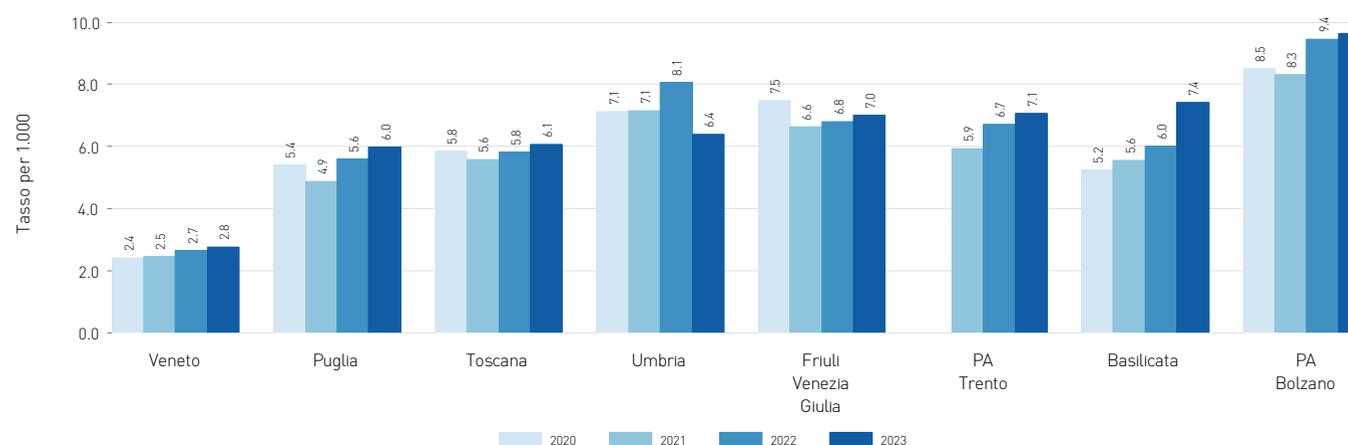
C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

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



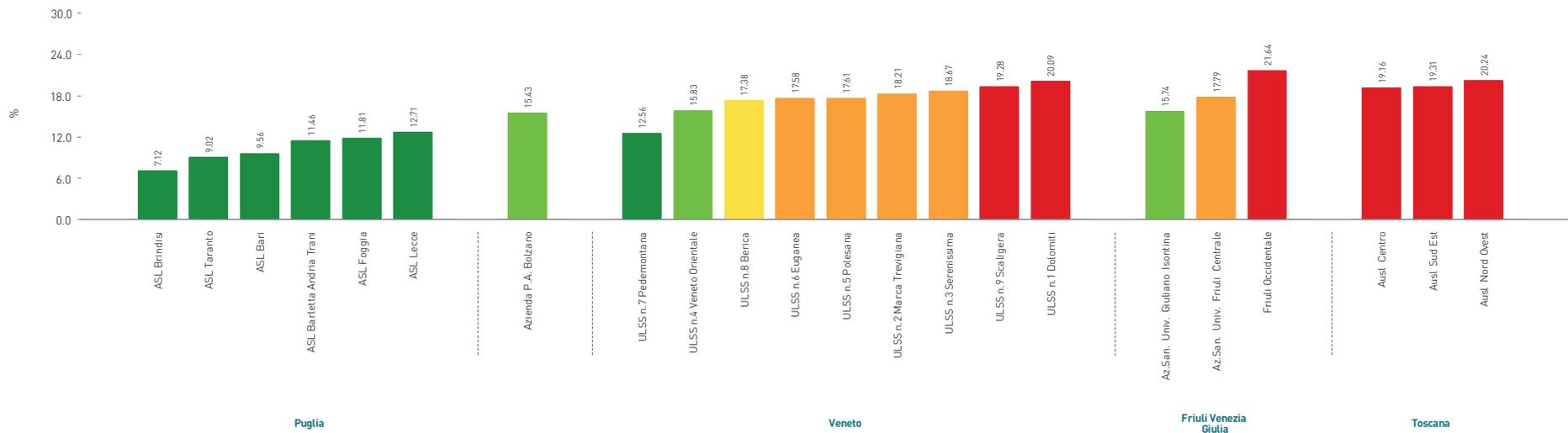
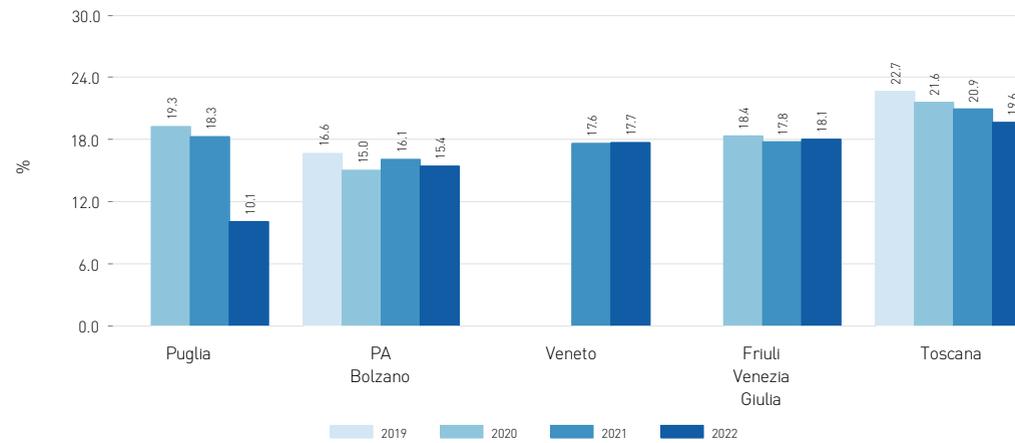
C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

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



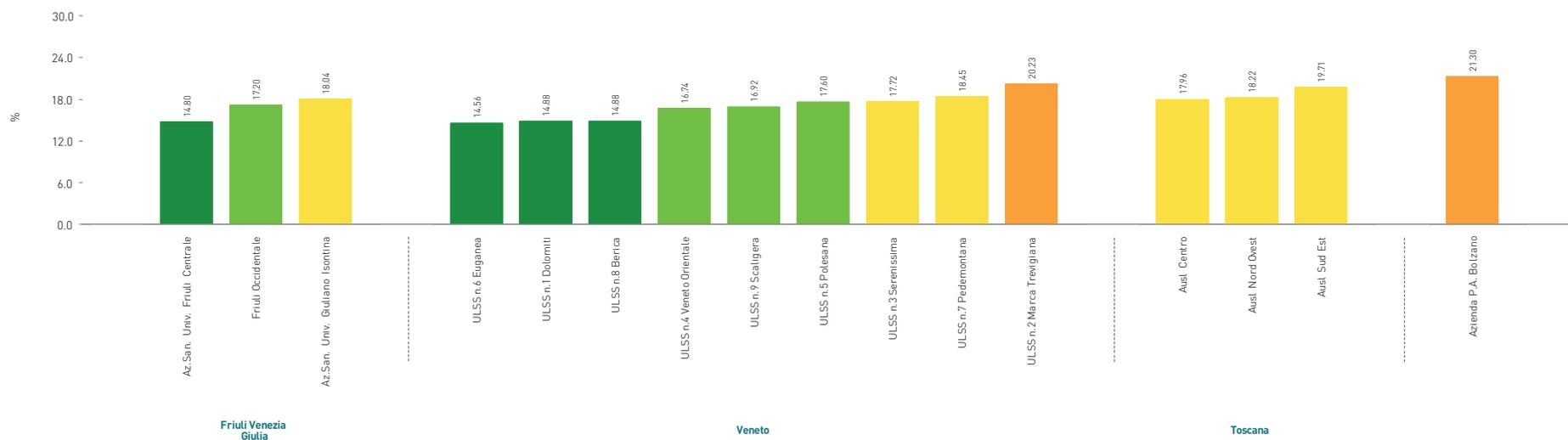
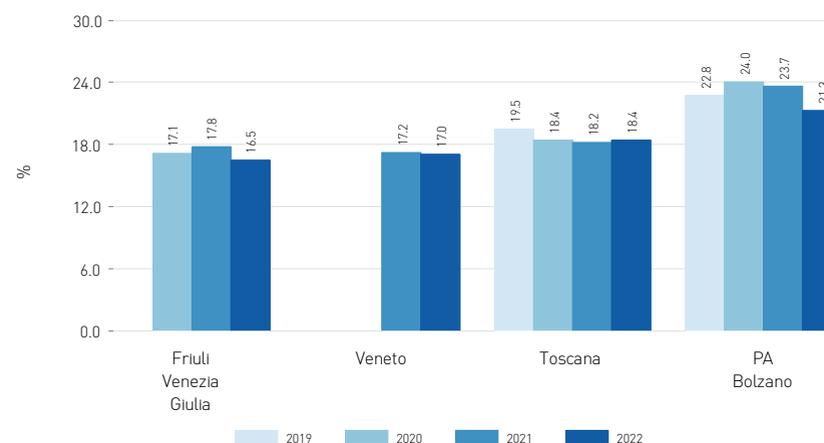
D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)

La gestione dei pazienti dopo un ricovero per acuti per infarto del miocardio prevede l'impostazione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Il programma dovrebbe essere impostato durante il ricovero ospedaliero e trasmesso al medico di medicina generale in modo che i pazienti possano seguirlo indefinitamente. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.



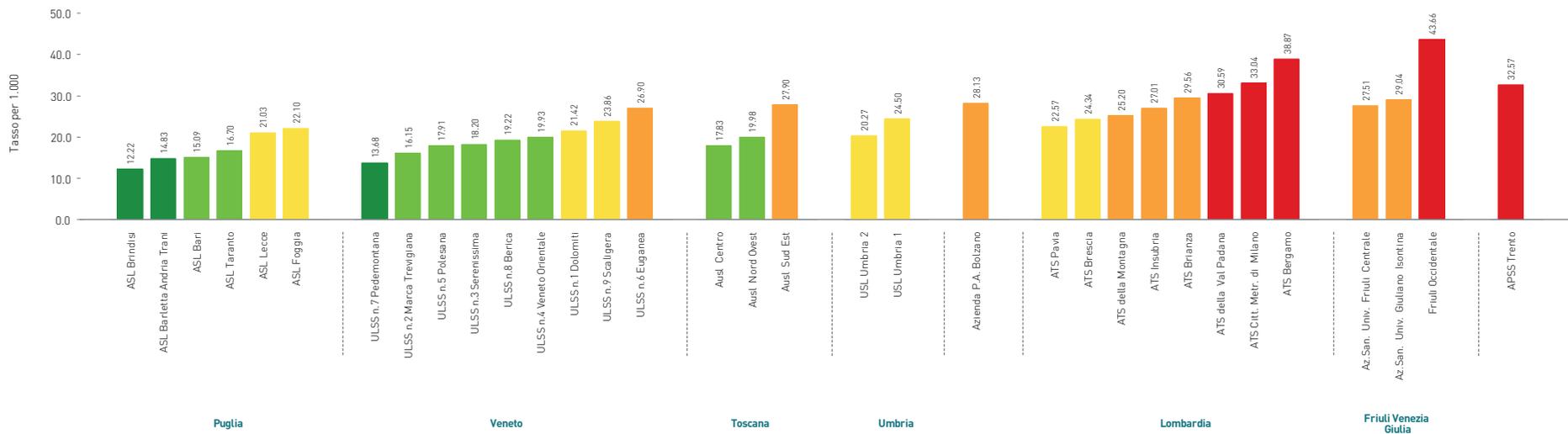
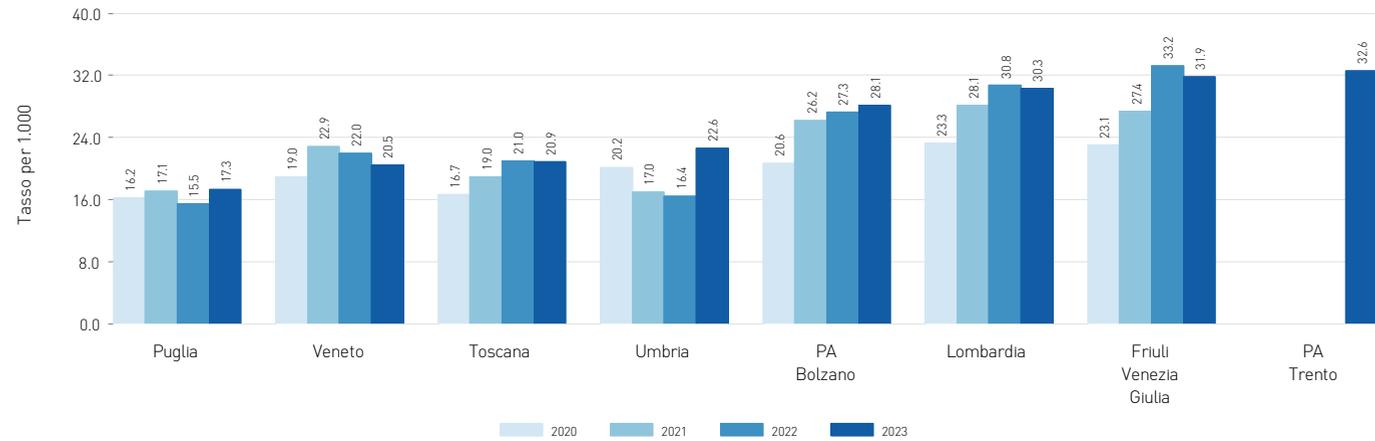
D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico

La prognosi del paziente sopravvissuto ad ictus ischemico dipende sia dalla qualità del trattamento ospedaliero in acuto sia dalla qualità del percorso di cura successivo, che include un adeguato programma di riabilitazione e di prevenzione secondaria mirato a prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Solo il 25% dei casi di ictus ischemico guarisce completamente. Il tasso di recidiva grave o di morte nel primo anno è pari al 30-40% ed è molto influenzata dall'età e dalla presenza di comorbidità. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.



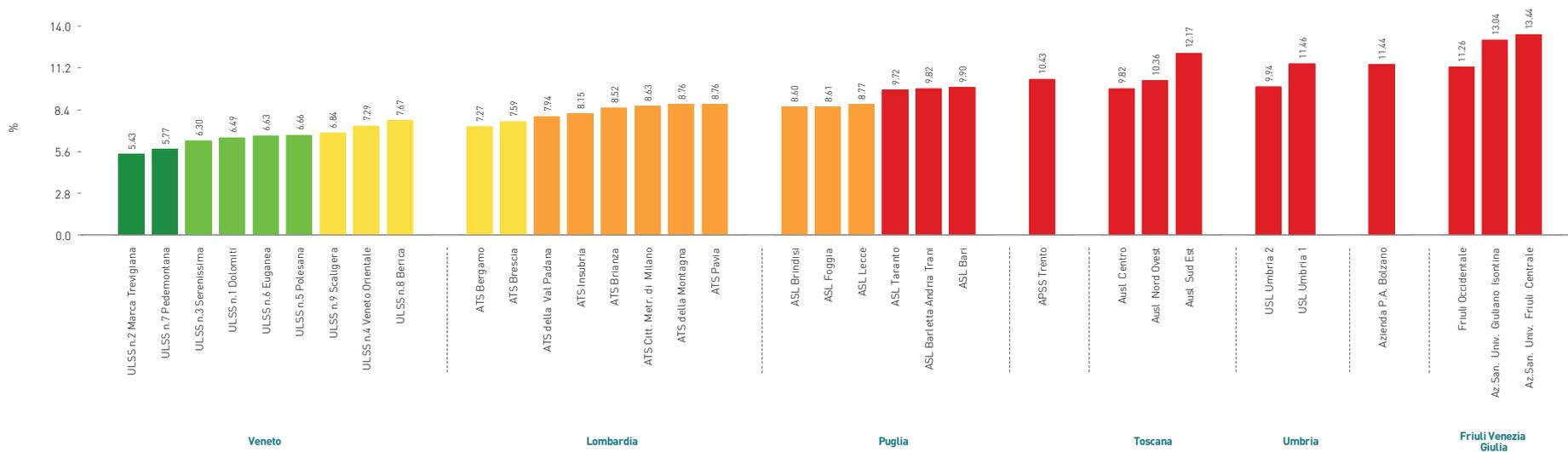
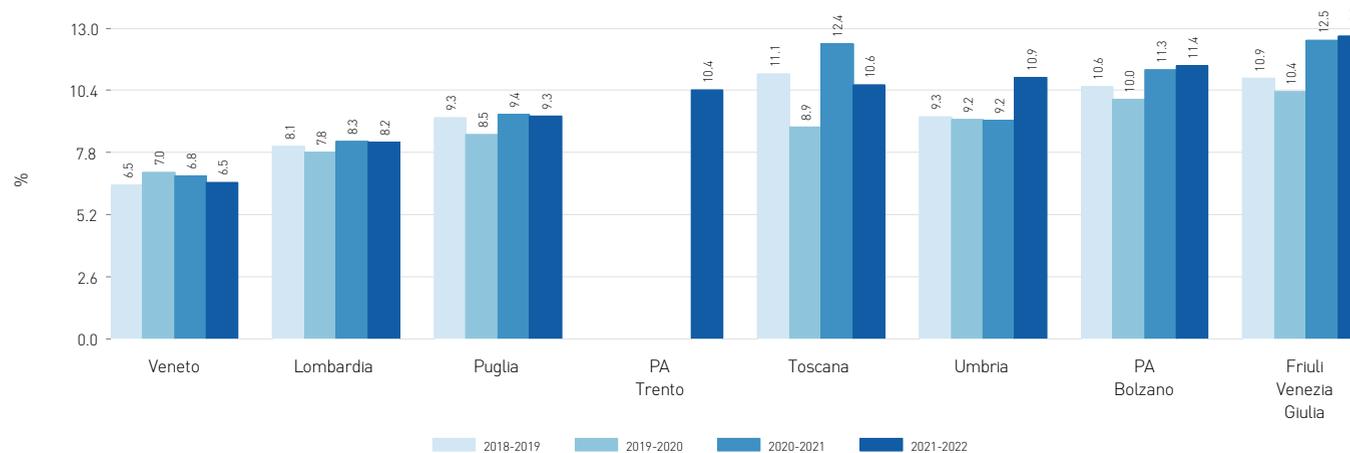
C13A.2.2.1 - Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

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.



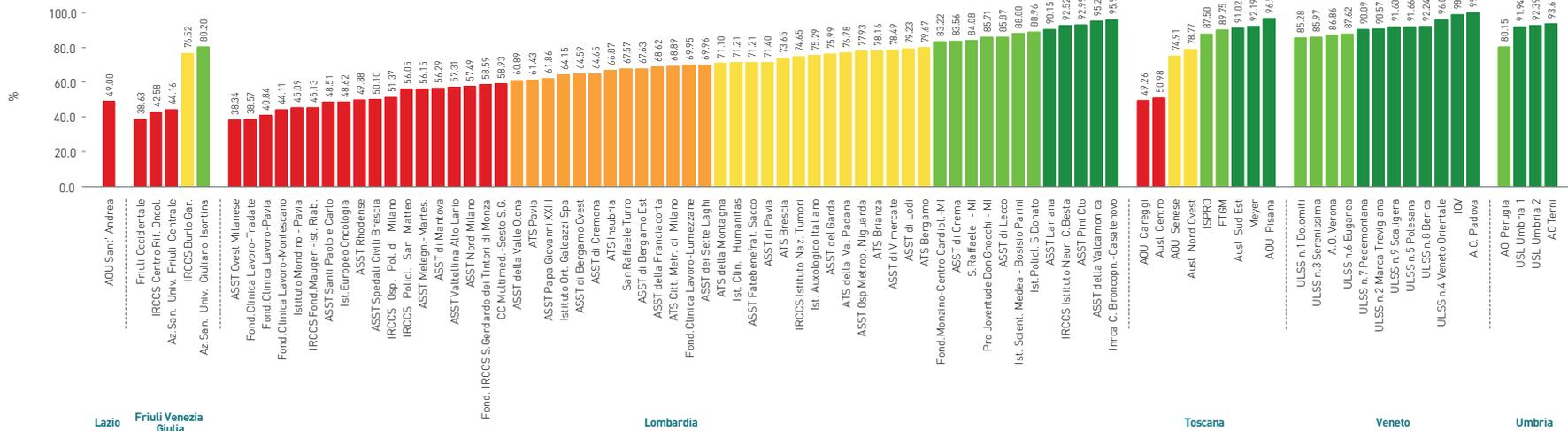
C13A.2.2.2 - Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriately 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 inappropriately 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.



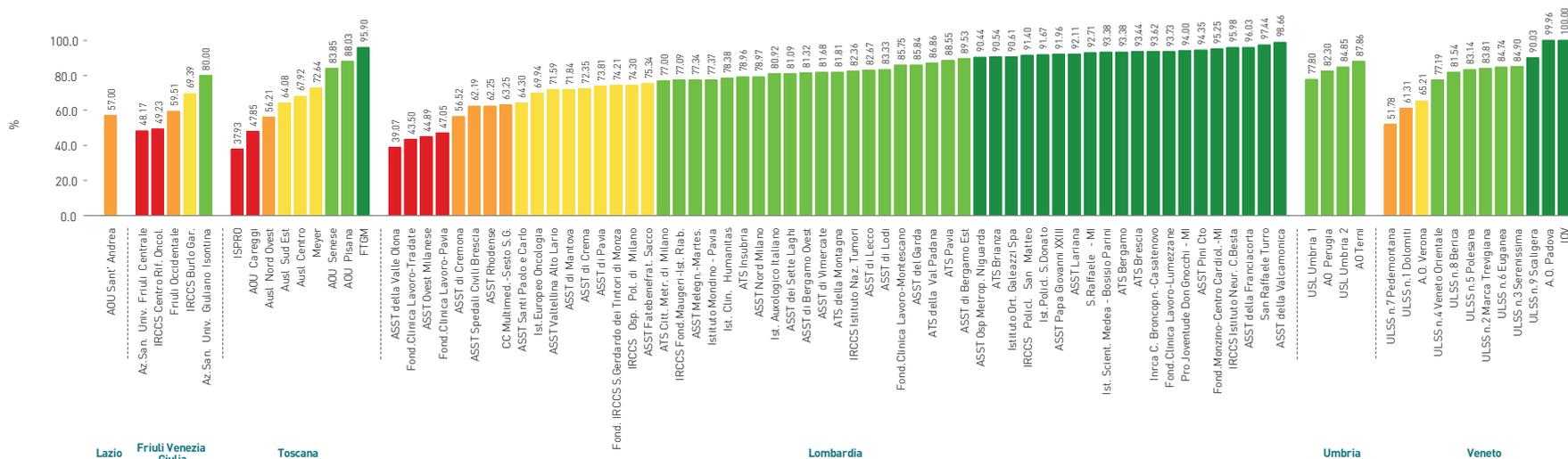
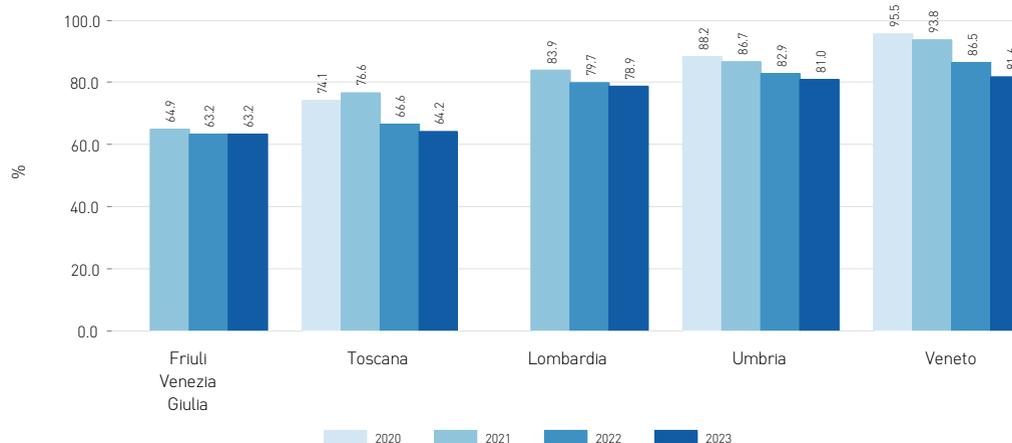
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)

Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica - Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve). L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (? 10 giorni). La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%.



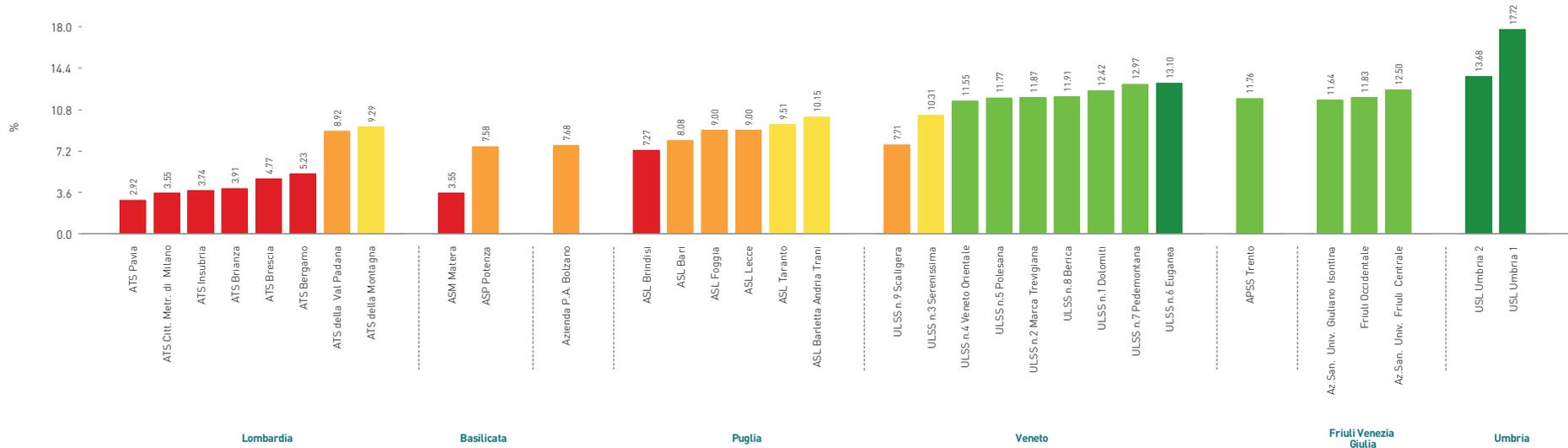
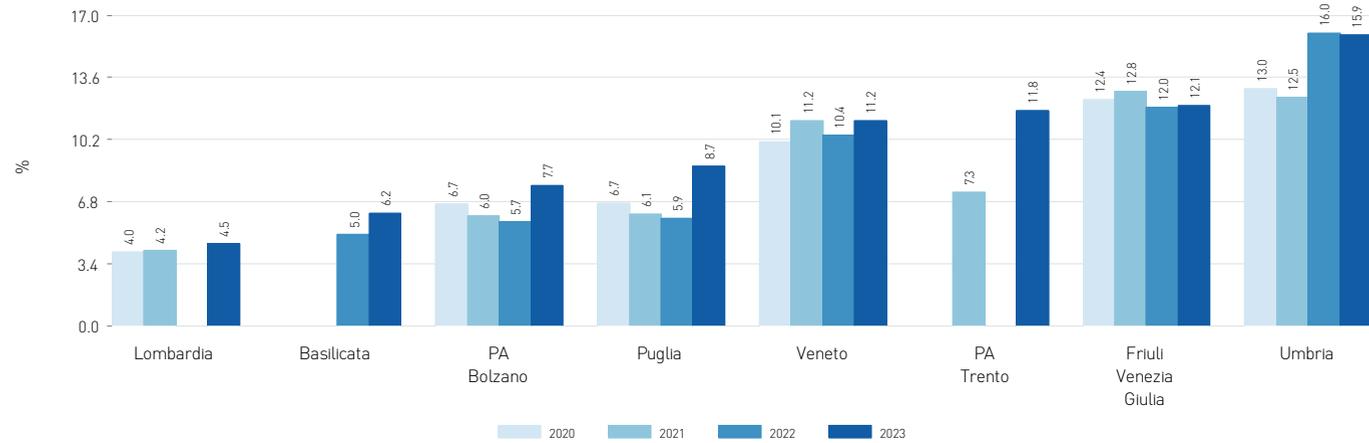
D11Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)

Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica - Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità D (Differibile). L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D (? 30gg per le visite, ? 60gg per gli esami diagnostici) La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%.



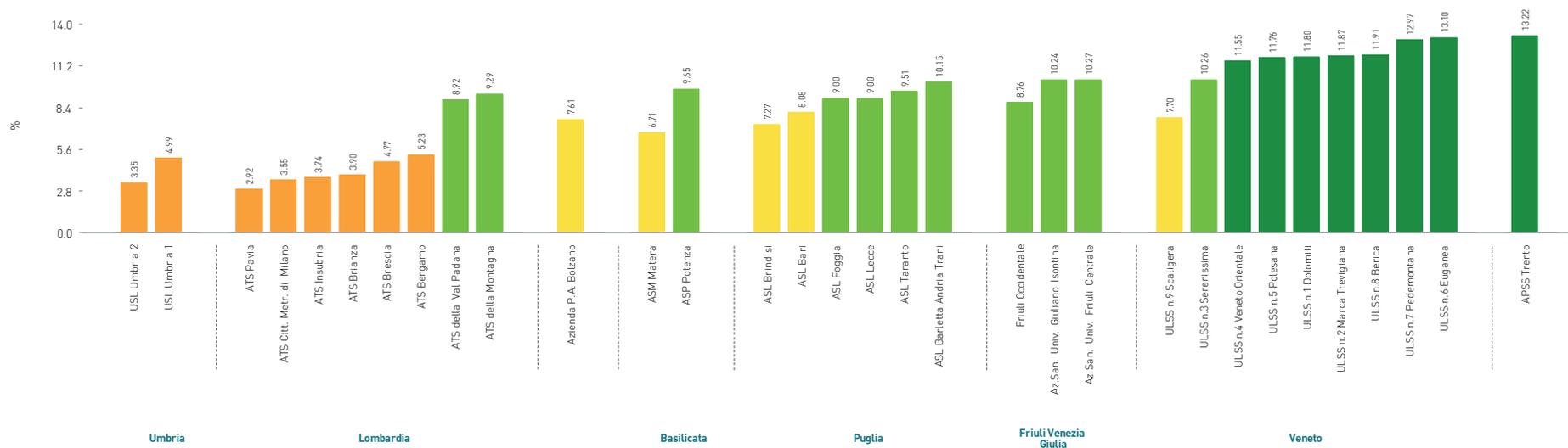
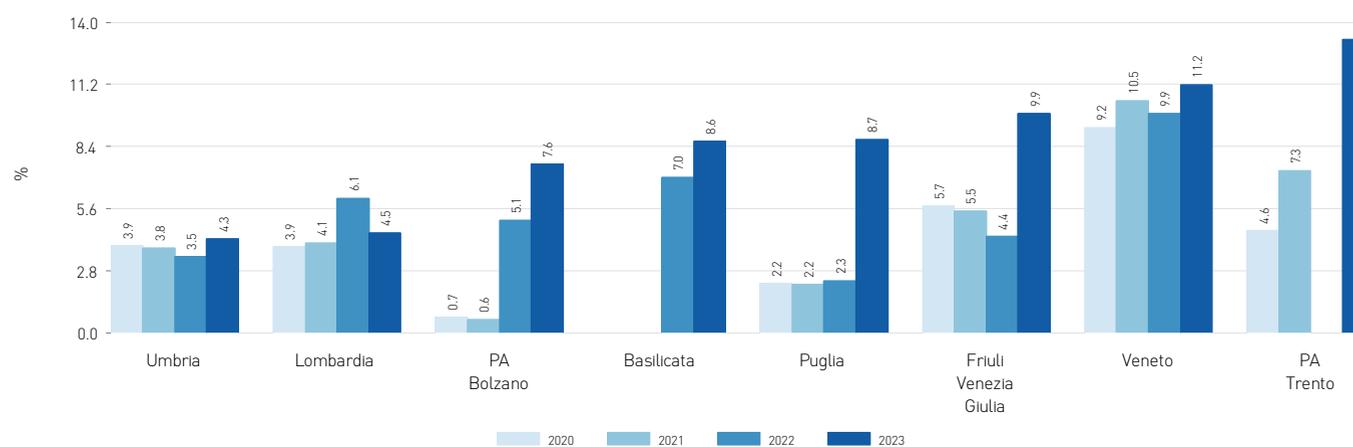
B28.1.1 - Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari

Uno dei capitoli più importanti legati alla riforma del sistema dei servizi territoriali (DM77/2022) riguarda l'aumento dell'assistenza al domicilio della popolazione. A tal proposito, risulta fondamentale l'indicatore che misura la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Tale misura indica la capacità complessiva di gestione a domicilio espressa dal sistema sanitario. L'obiettivo stabilito nella nuova normativa è del 10% entro il 2026.



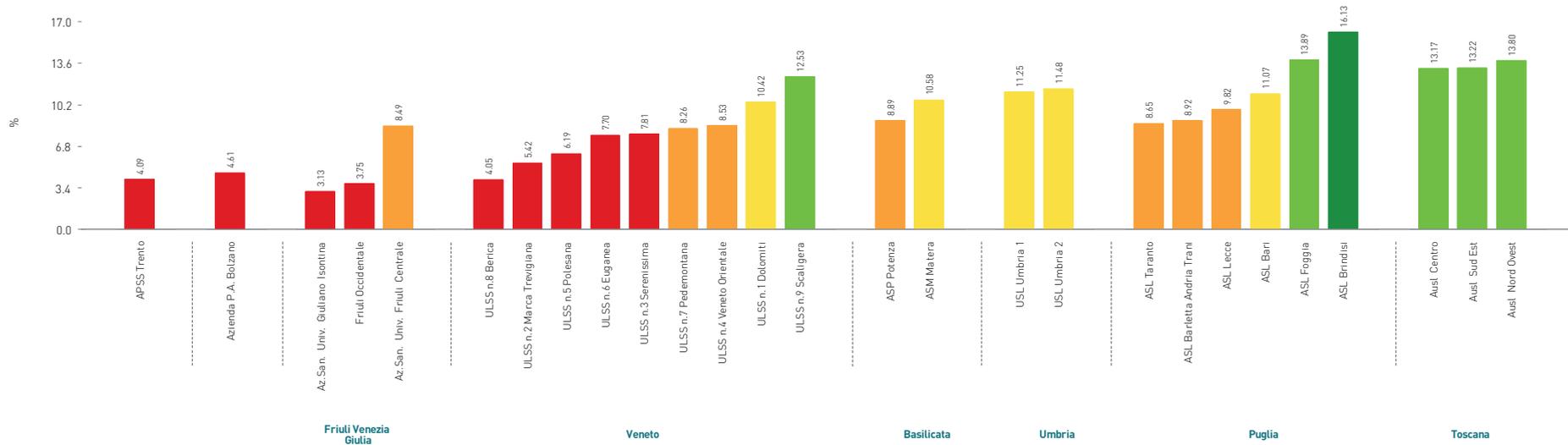
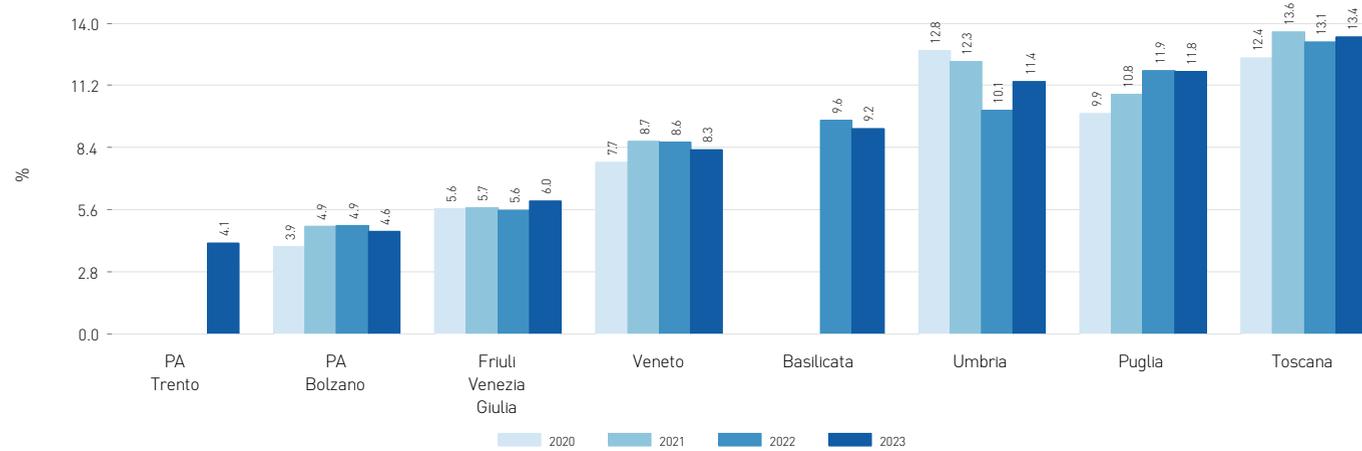
B28.1.2 - Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari

L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione multidimensionale da parte dell' UVM o la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione multidimensionale.



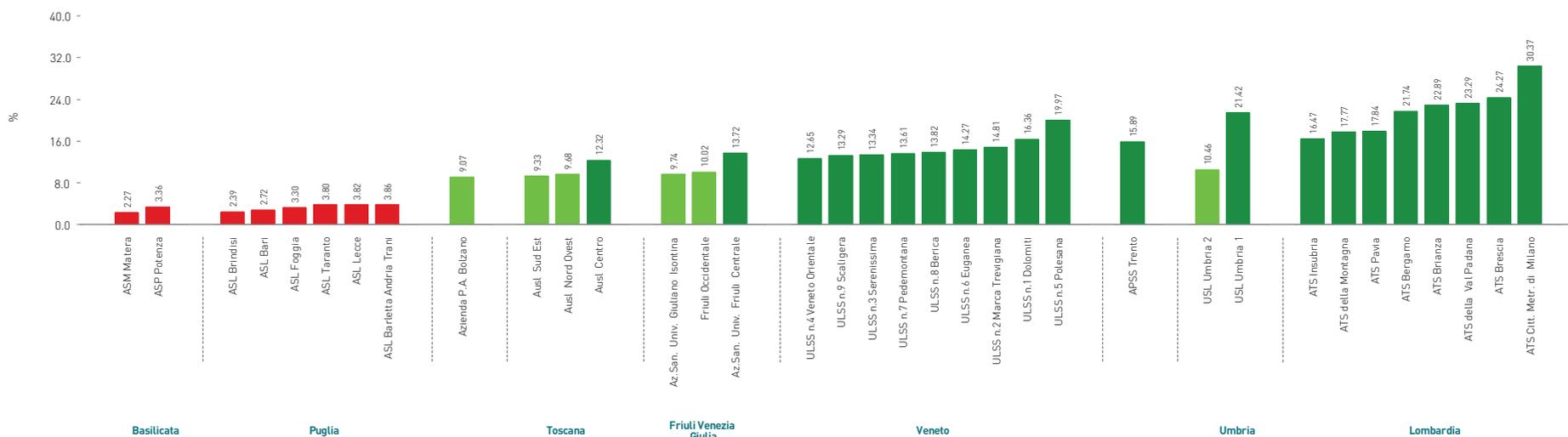
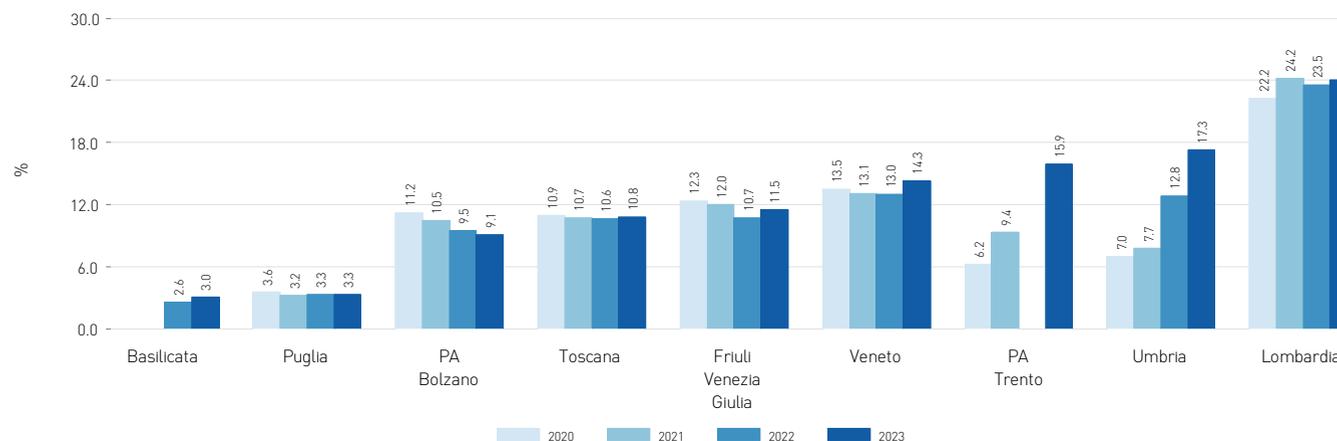
B28.1.5 - Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

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



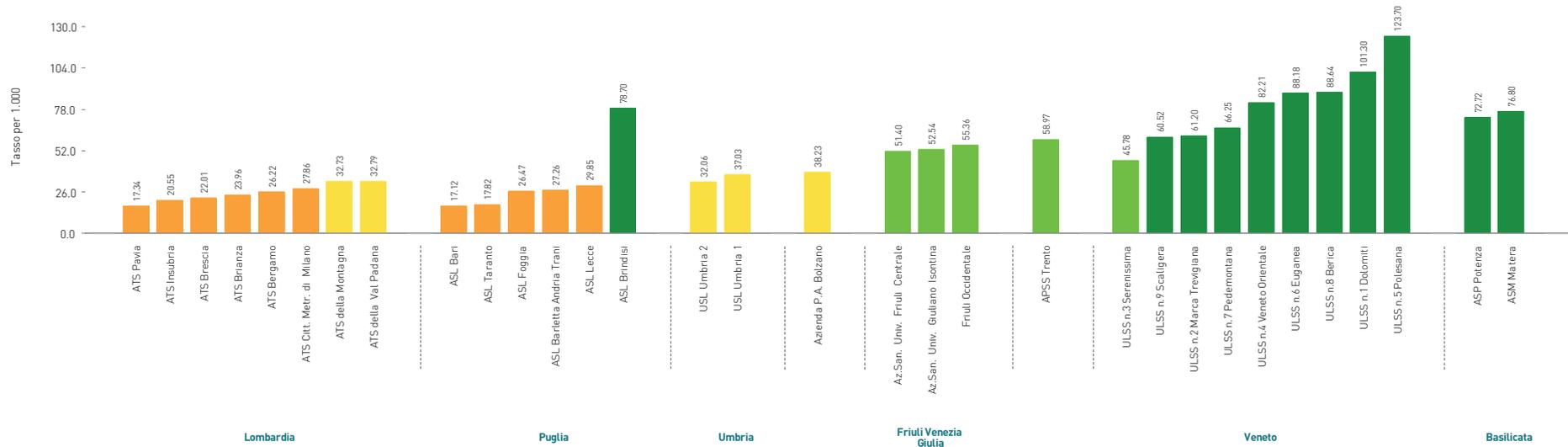
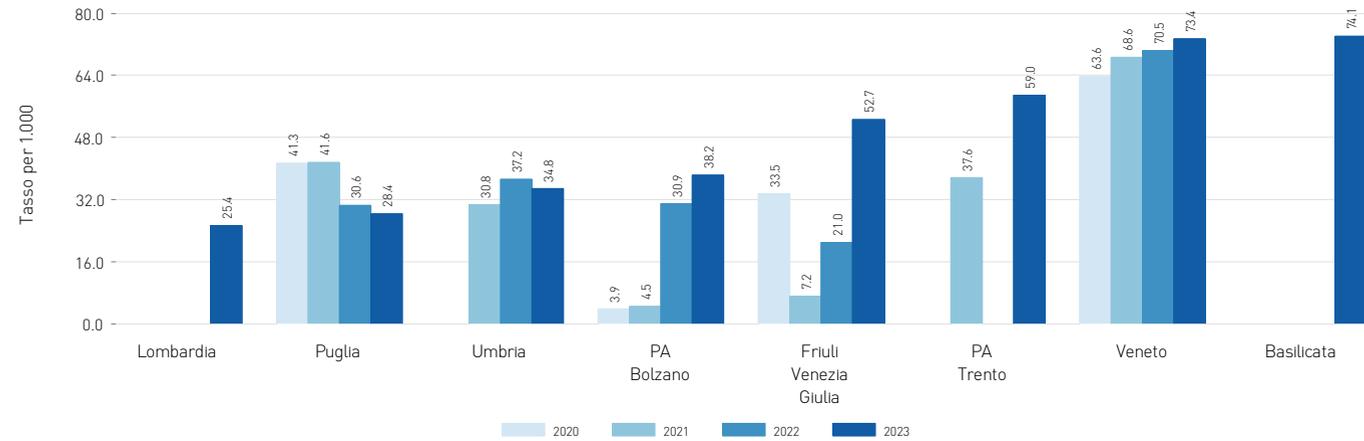
B28.2.5 - Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

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 e in particolare al domicilio.



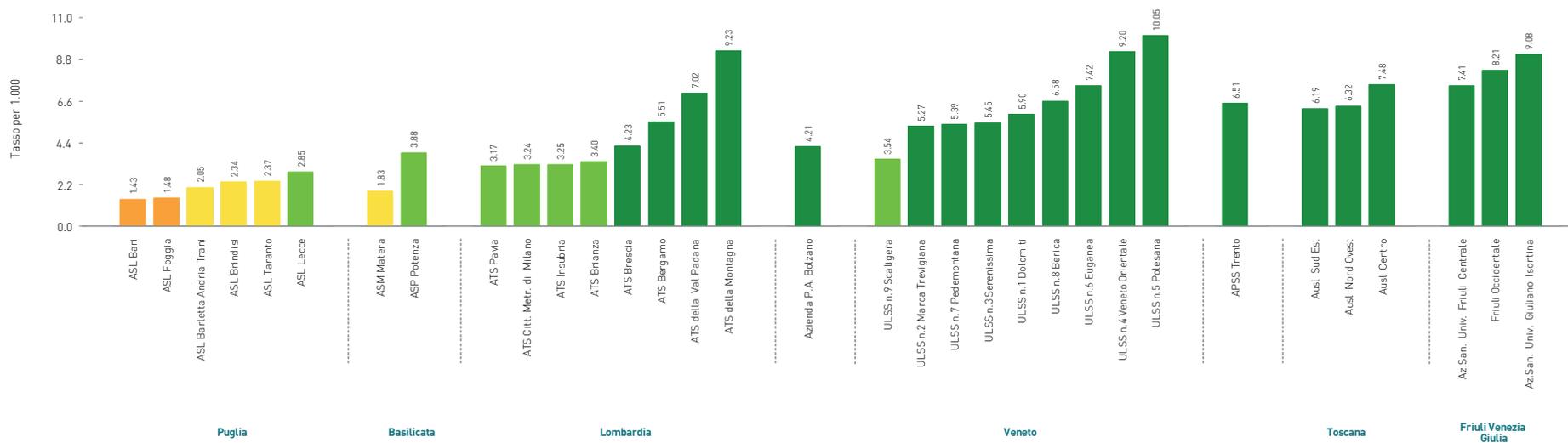
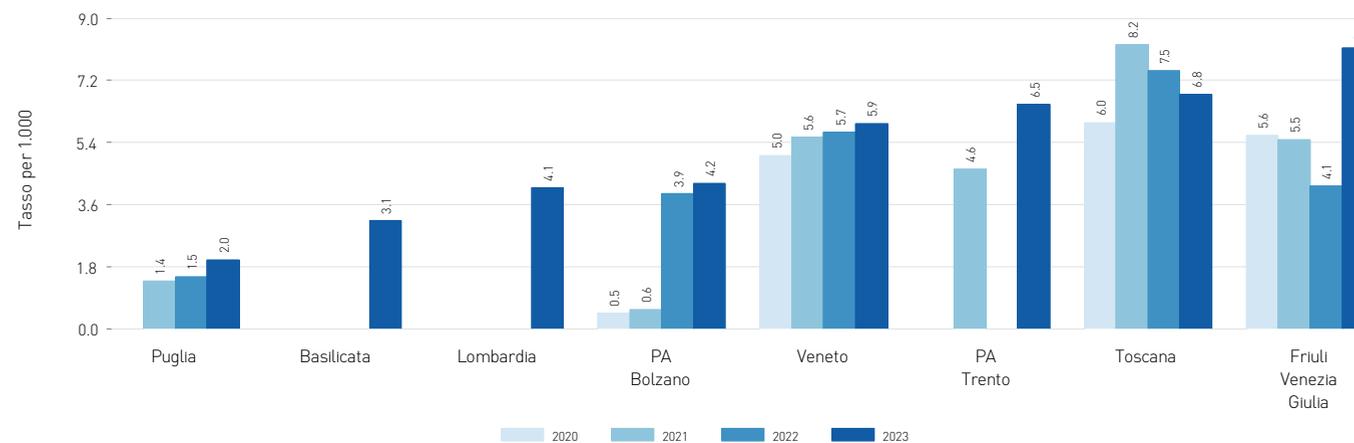
B28.2.9A - Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari

Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale, quindi, a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Il CIA, quindi, è una proxy del bisogno assistenziale dell'assistito: obiettivo generale è quello di prendere sempre più in carico nel setting domiciliare persone con bisogni complessi e quindi avere CIA elevati. L'indicatore monitora il tasso di prese in carico caratterizzate da una intensità non bassa in rapporto alla popolazione anziana residente.



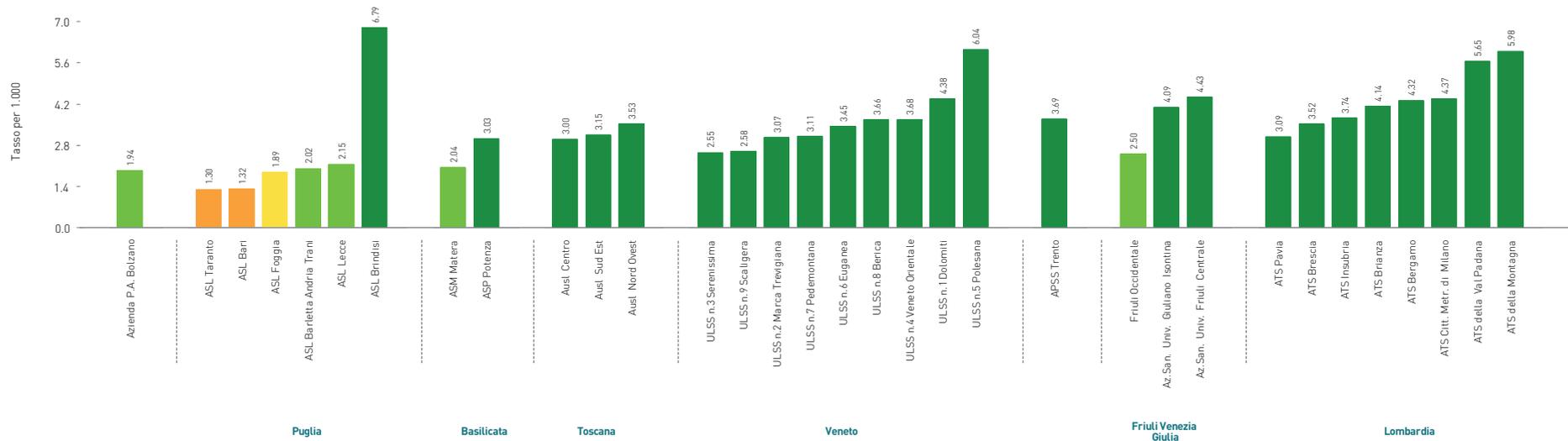
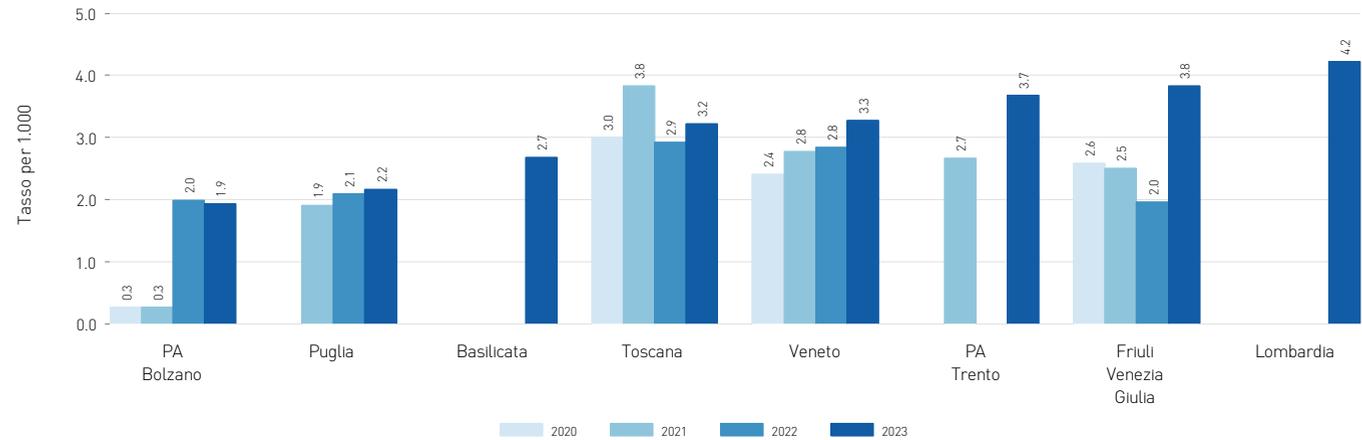
D2Z2.1 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate con livello di intensità assistenziale base (I livello).



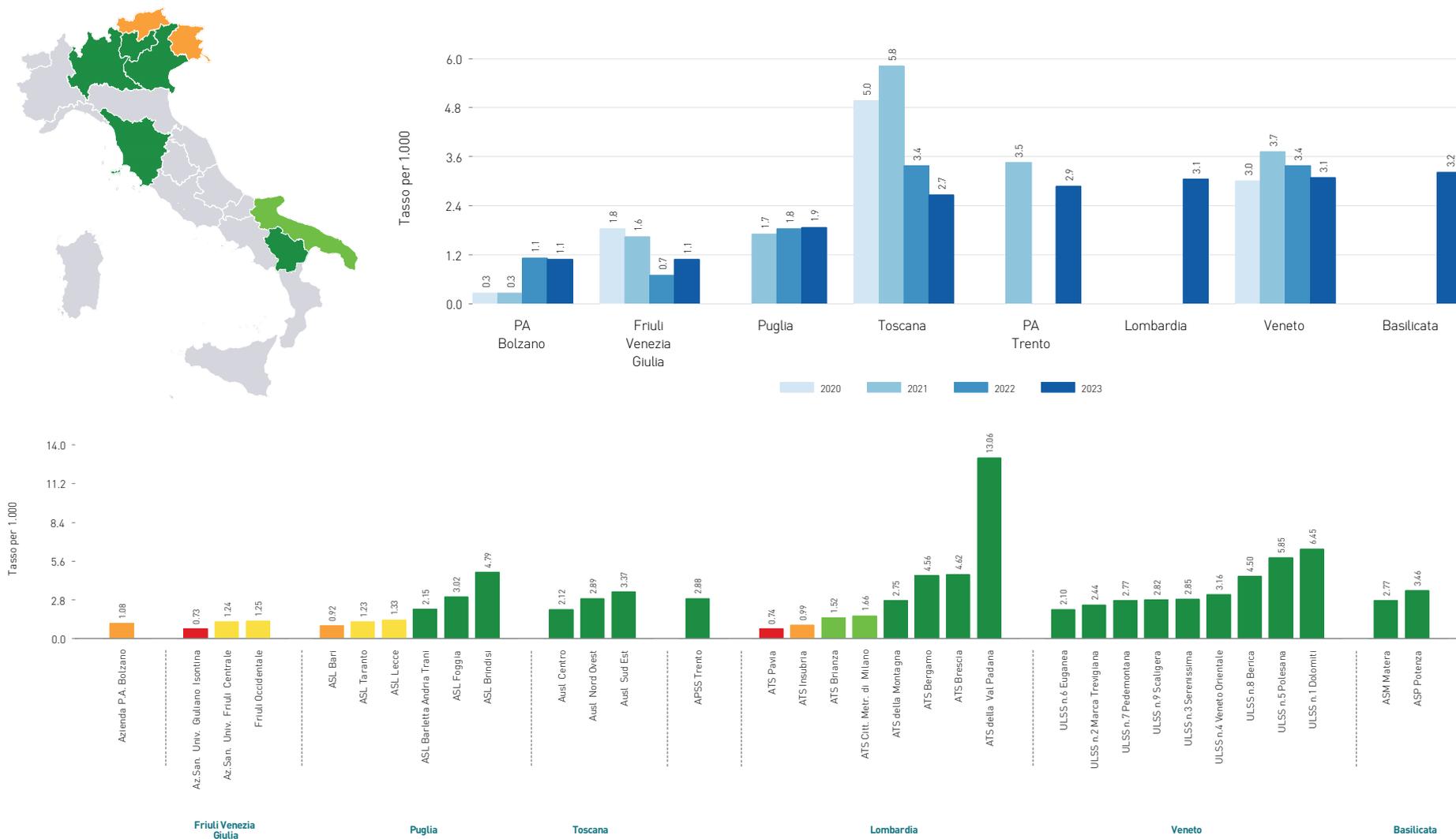
D22Z.2 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate con livello di intensità assistenziale intermedio (II livello).



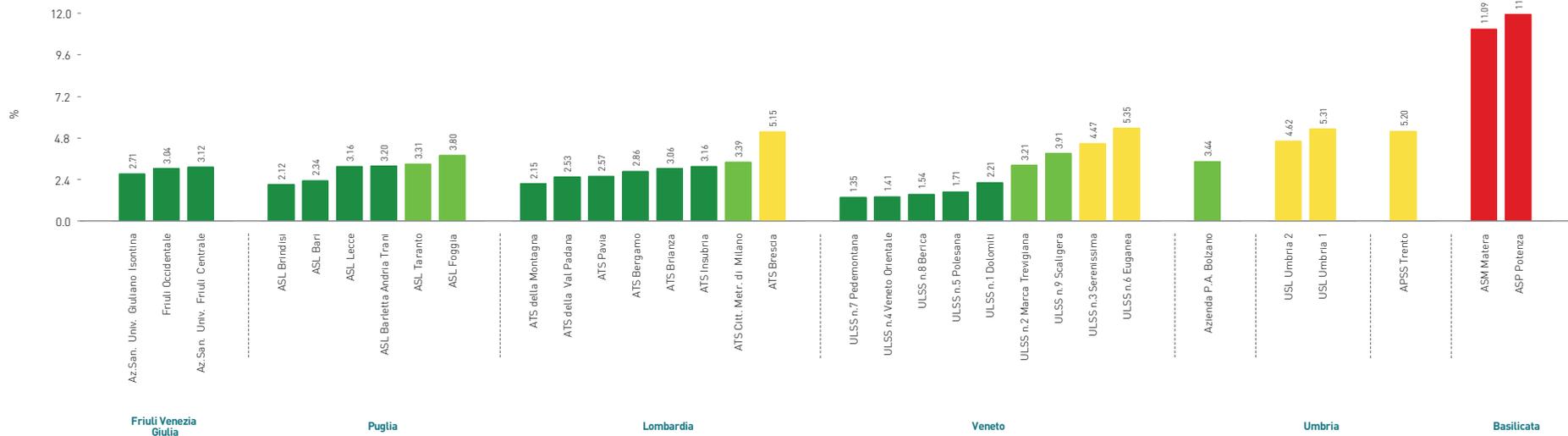
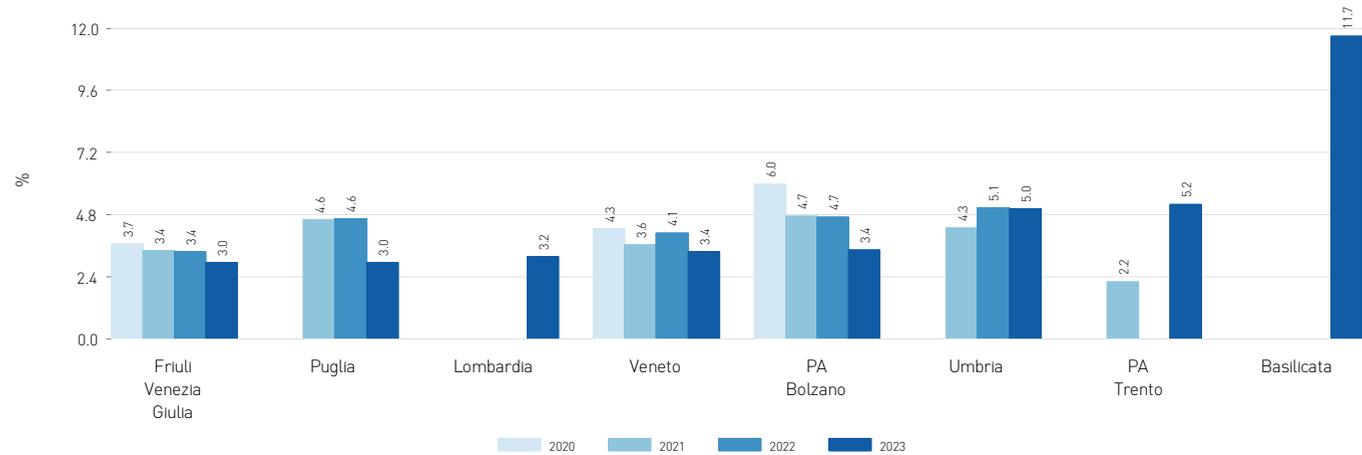
D2Z2.3 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate con livello di intensità assistenziale alto (III livello).



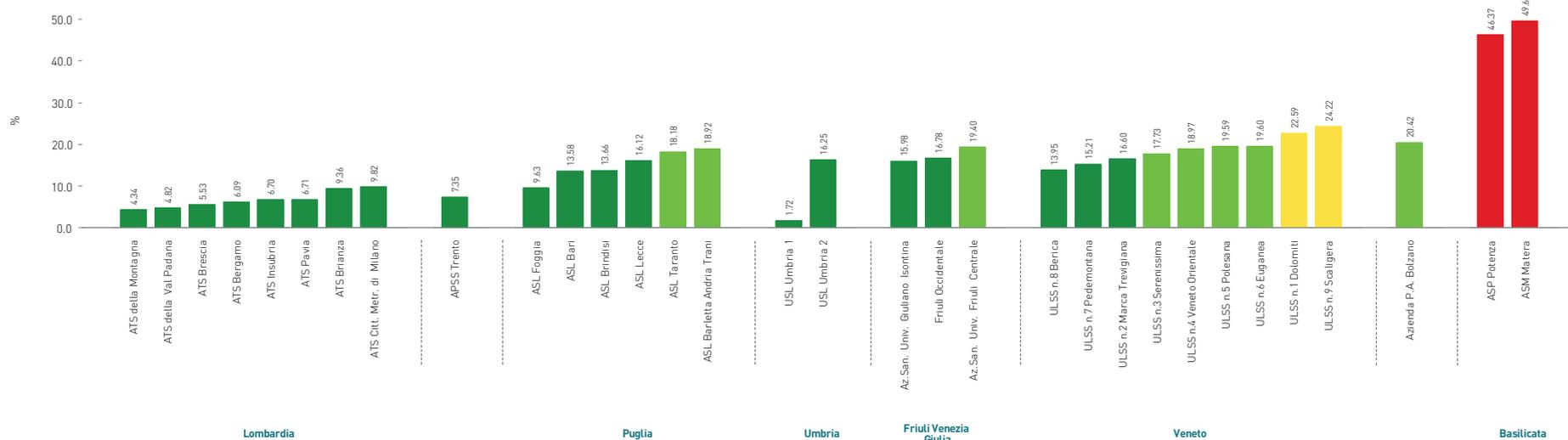
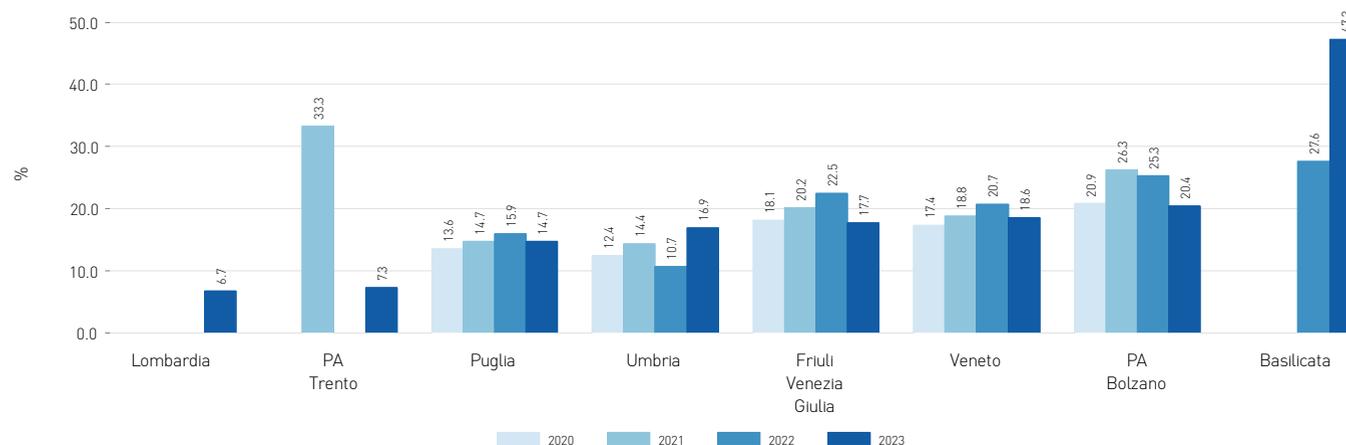
B28.2.11 - Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

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



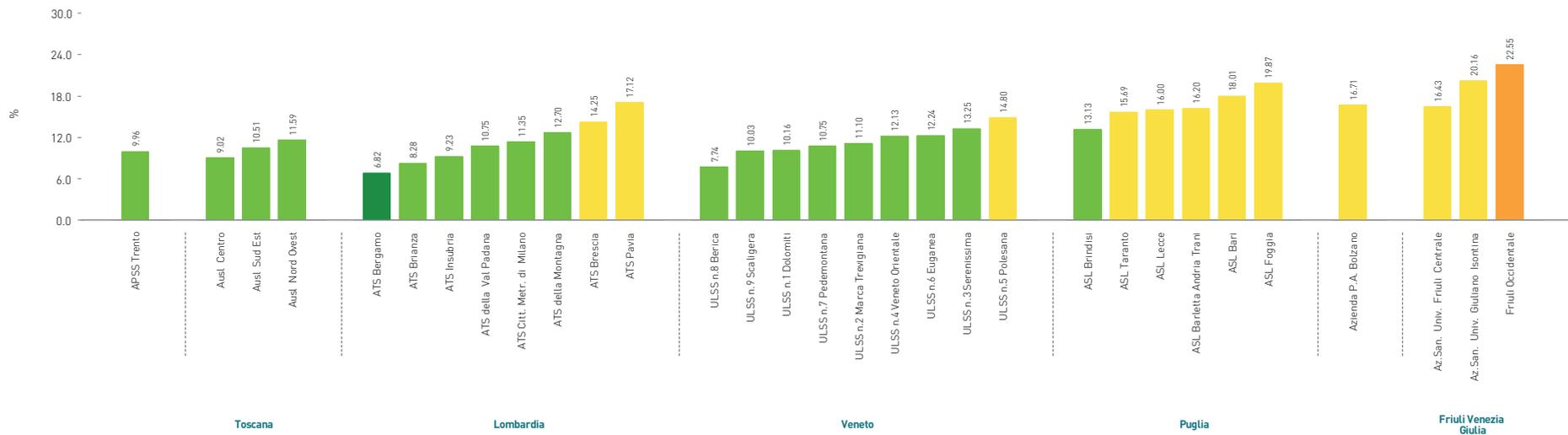
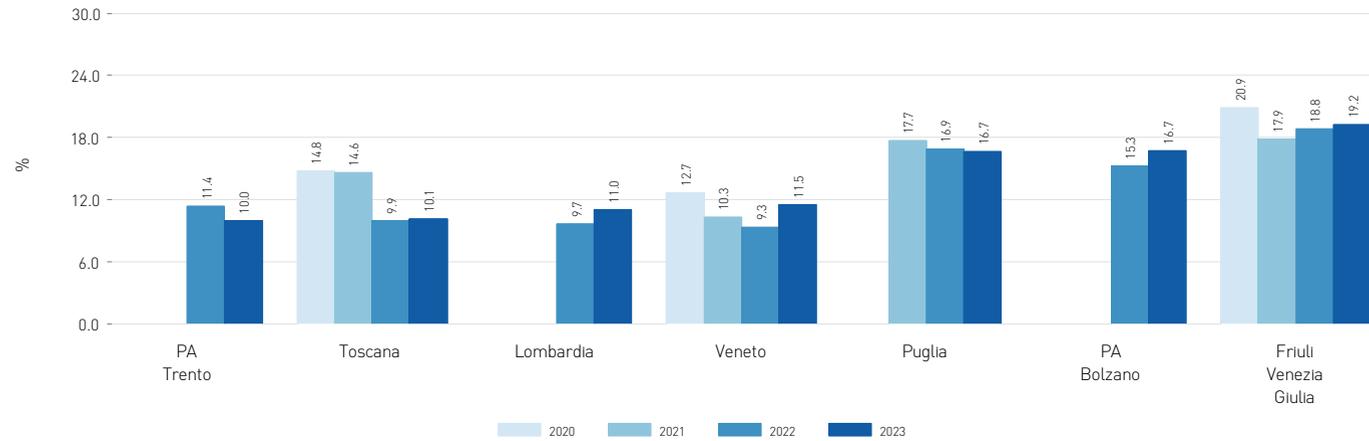
B28.2.12 - Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

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



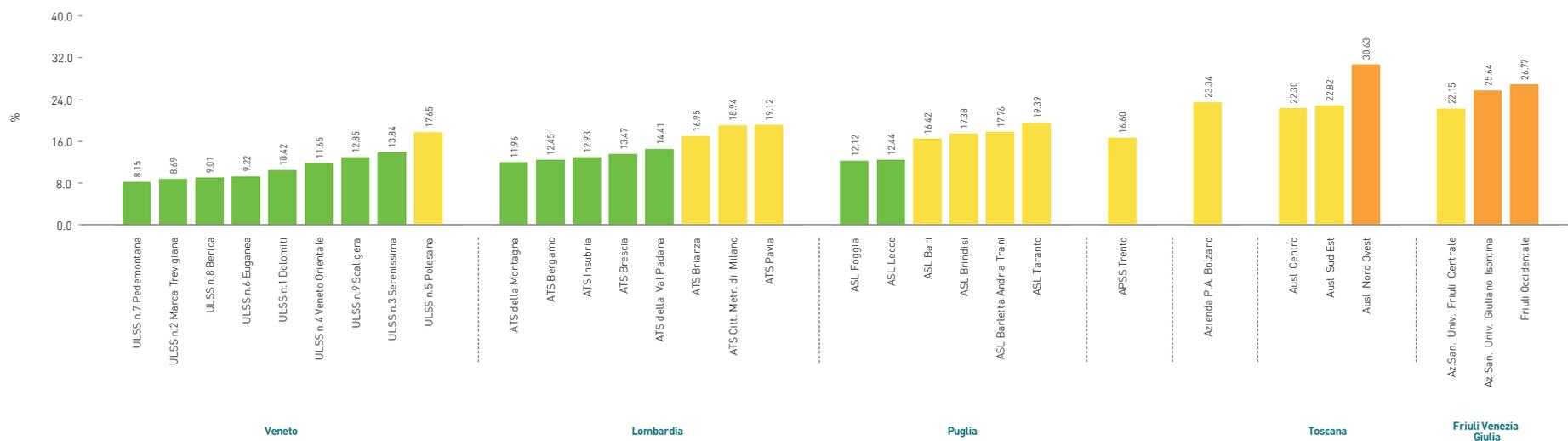
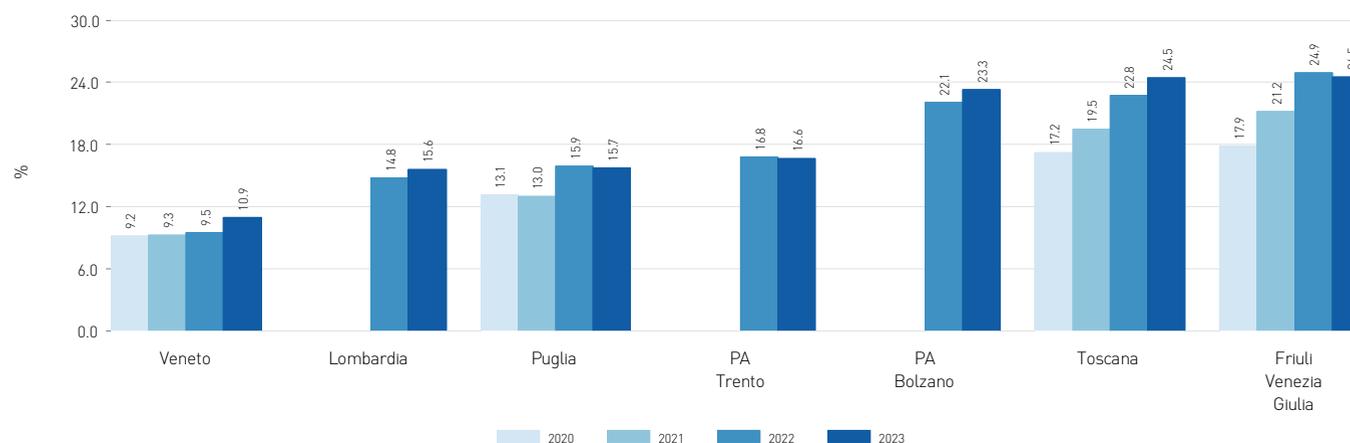
B28.3.11 - Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)

L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico, almeno un ricovero ospedaliero urgente. 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.



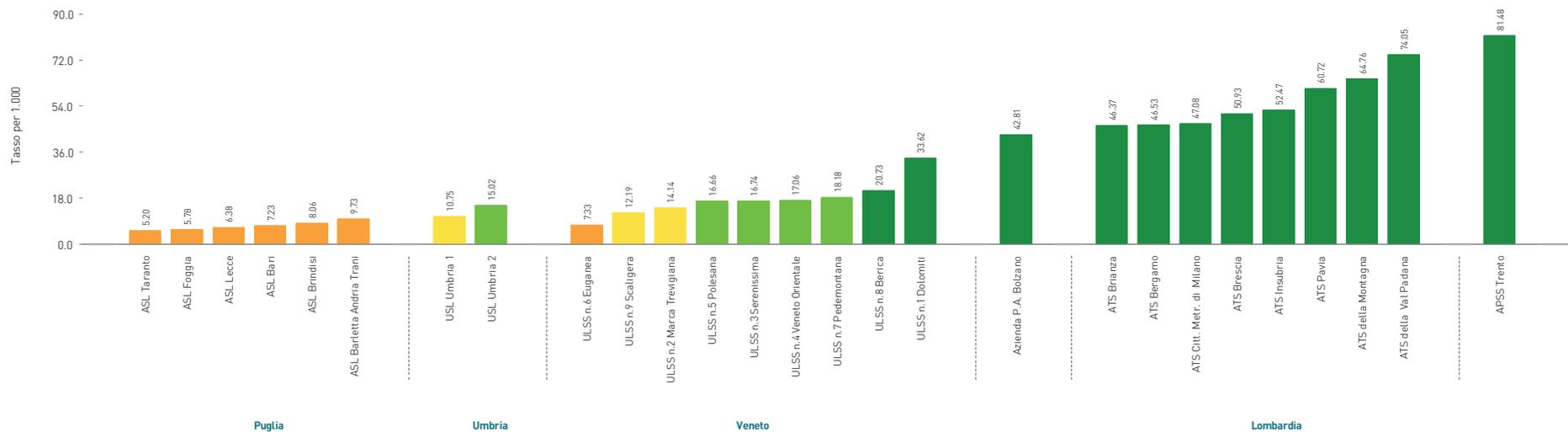
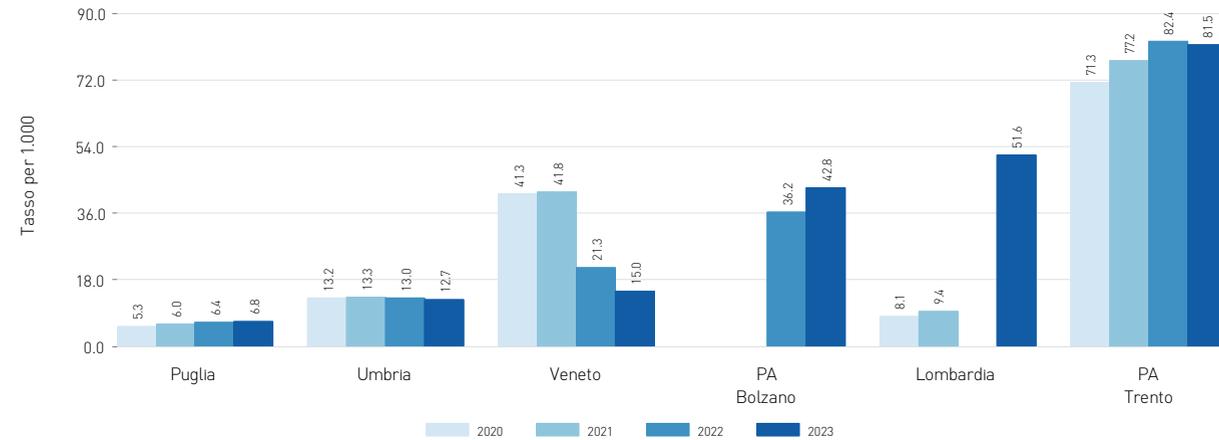
B28.3.12 - Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

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.



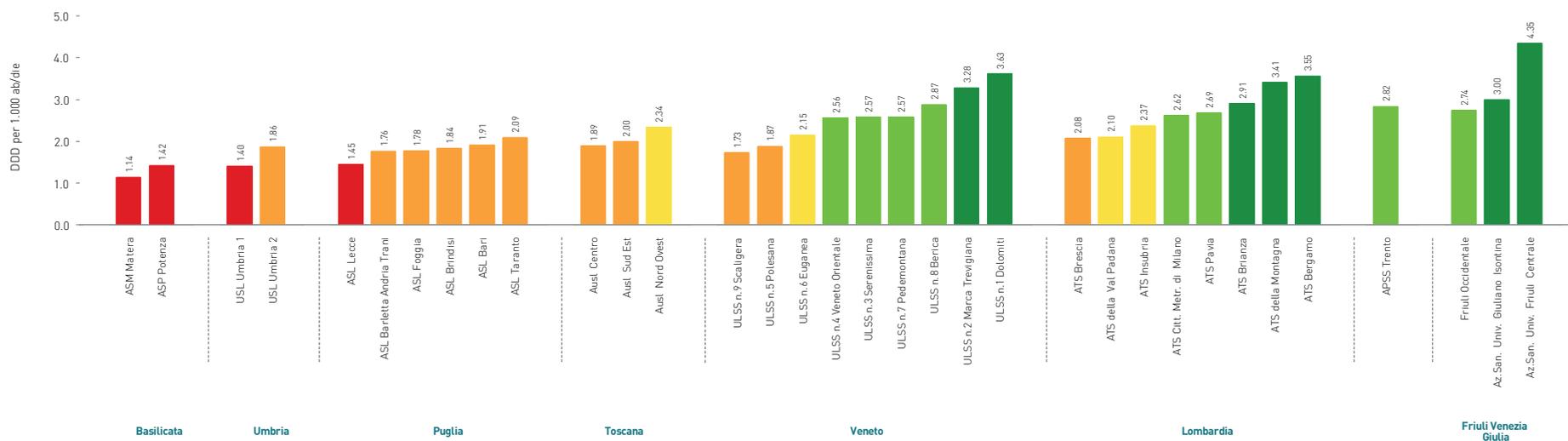
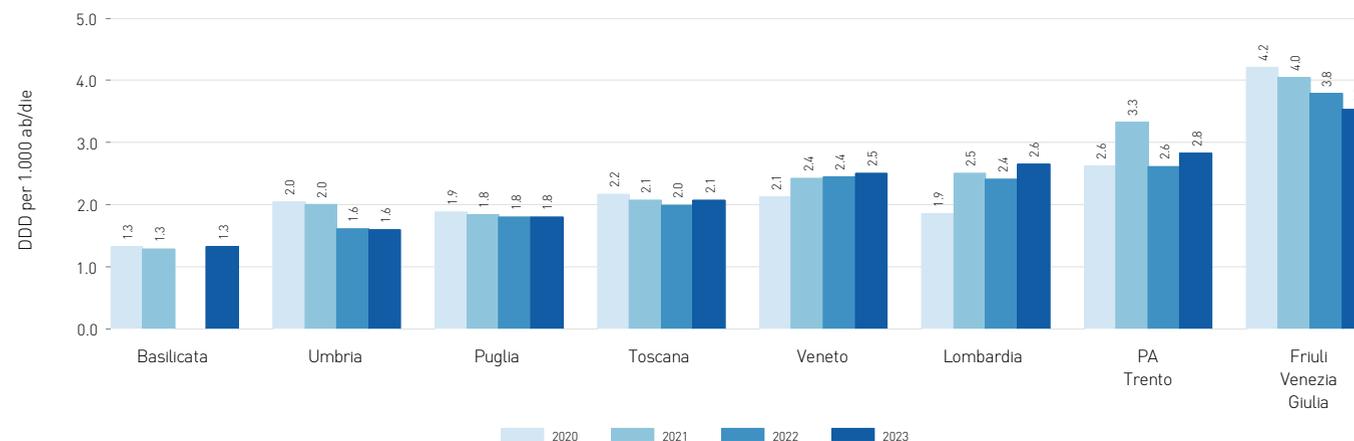
D33ZA.R3 - Tasso di assistiti di età ≥ 75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3

L'indicatore misura il numero di assistiti presenti nelle strutture residenziali di tipo R3 con età maggiore o uguale a 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.



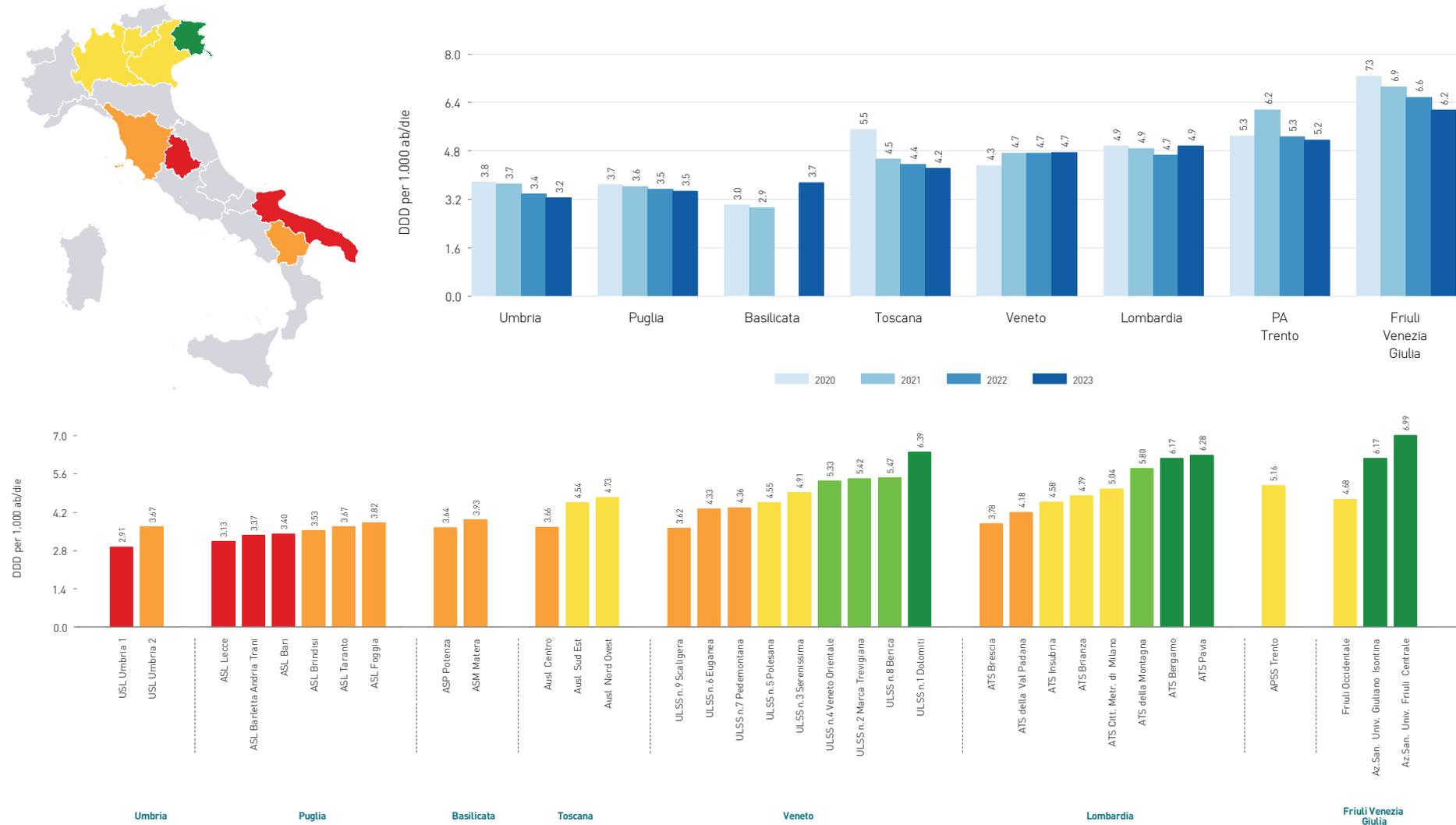
B4.1.1 - Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

Il consumo di farmaci oppioidi è indice della presa in carico dei pazienti affetti da dolore severo. 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 monitora il consumo sul territorio dei farmaci oppioidi maggiori, indicati nel trattamento del dolore severo. Il fine del monitoraggio è garantire il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata e un'adeguata risposta al bisogno di salute tramite un equo accesso a questa classe di farmaci. Ricordiamo infatti, che la legge 38/2010 ha semplificato le procedure di accesso ai farmaci oppioidi impiegati per il trattamento del dolore tramite lo snellimento delle procedure prescrittive a carico dei MMG.



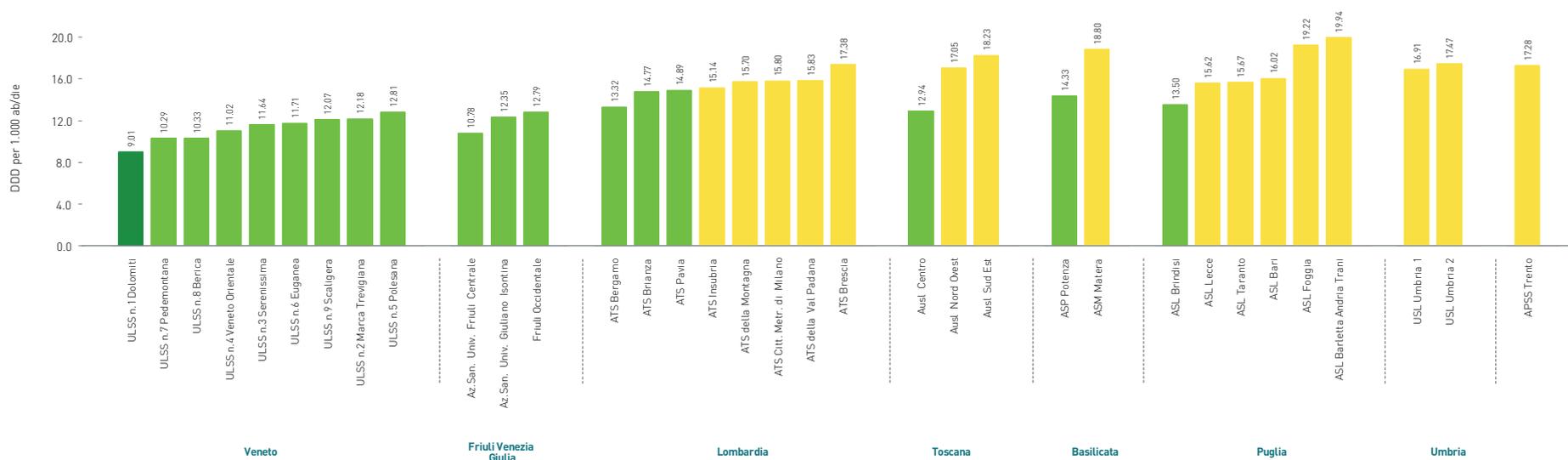
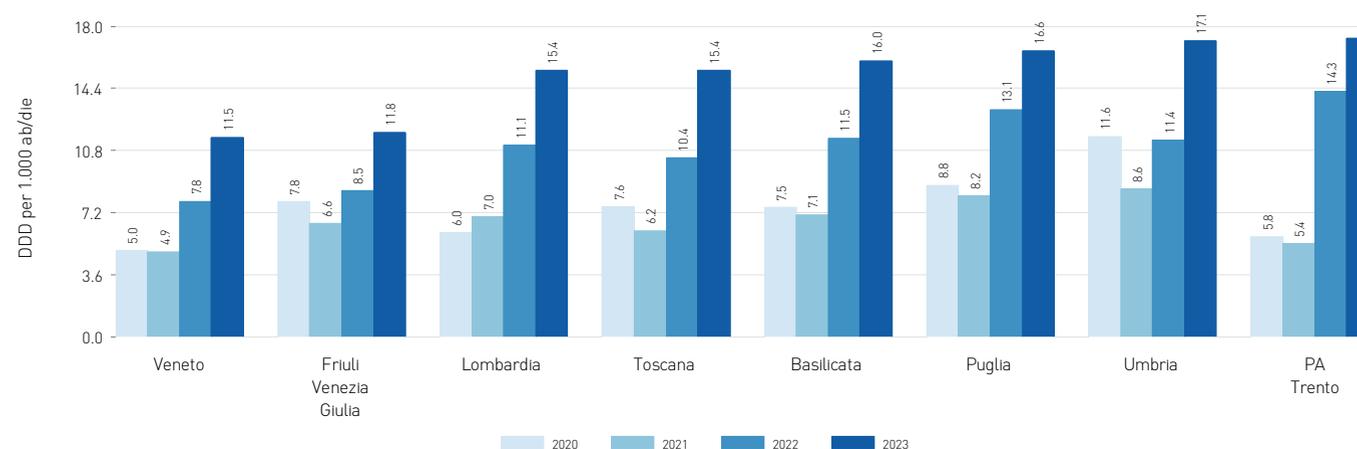
B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio

Gli oppioidi sono farmaci essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, moderato-severo sia di origine neoplastica sia generato da altre cause, quale per esempio il dolore post operatorio. Notoriamente in ambito internazionale l'Italia è sempre stato 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. L'ambizione è che il monitoraggio costante del consumo di questi farmaci contribuisca a innalzare la soglia di attenzione degli operatori verso un numero di prescrizioni maggiori. L'aumento dell'utilizzo di questi farmaci si prevede che avvenga seguendo le raccomandazioni pubblicate in letteratura, evitando l'abuso prescrittivo presente in altri paesi.



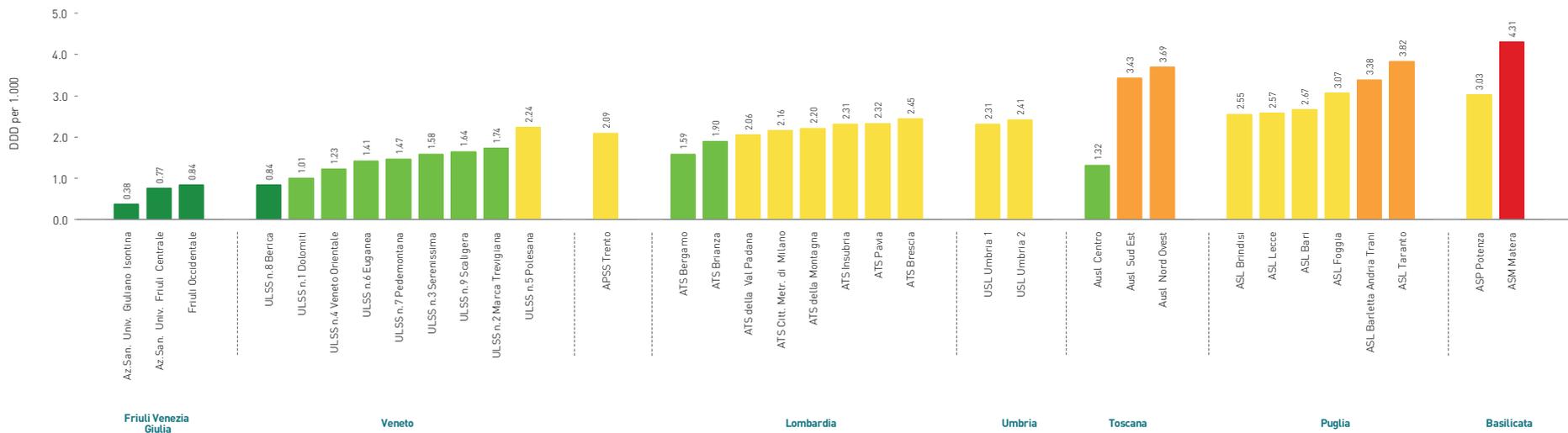
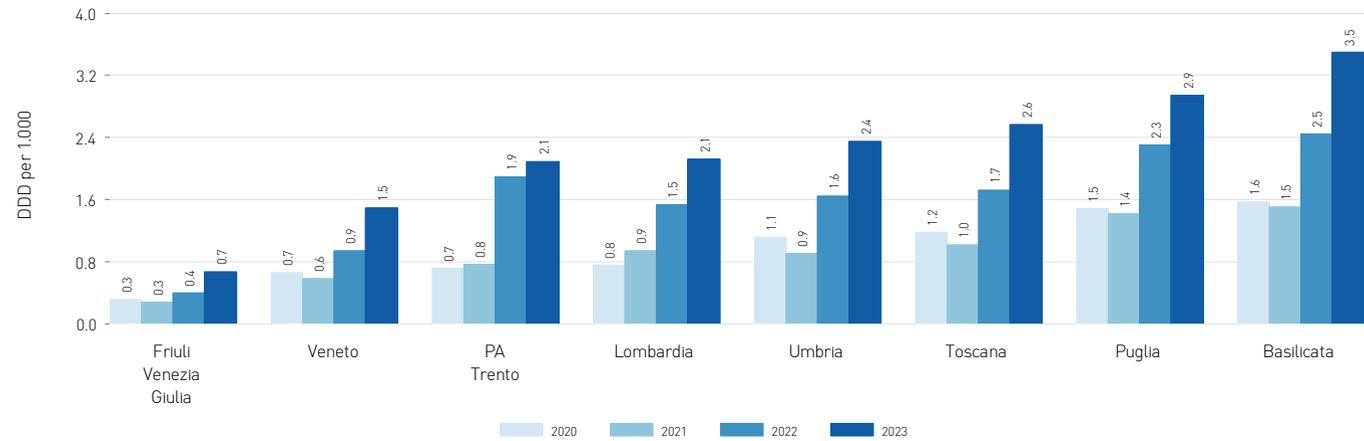
C9.8.1.1.1 - Consumo di antibiotici in età pediatrica

Gli antimicrobici per uso sistemico in età pediatrica risultano essere i farmaci maggiormente prescritti (490,8 confezioni per 1000 assistibili, OsMed 2021). In particolare gli antibiotici, vengono spesso prescritti per infezioni comuni delle vie respiratorie come mal di gola, raffreddore, otite e bronchite, nonostante siano quasi sempre causate da virus. Sfortunatamente, la difficoltà di riconoscere se l'infezione è di origine batterica o virale e le pressioni esercitate dai genitori nei confronti del pediatra per risolvere nel minor tempo possibile i sintomi del bambino sono fattori che possono causare un uso inappropriato degli antibiotici. Si rende pertanto necessario un attento monitoraggio del consumo di questa classe di farmaci in età pediatrica.



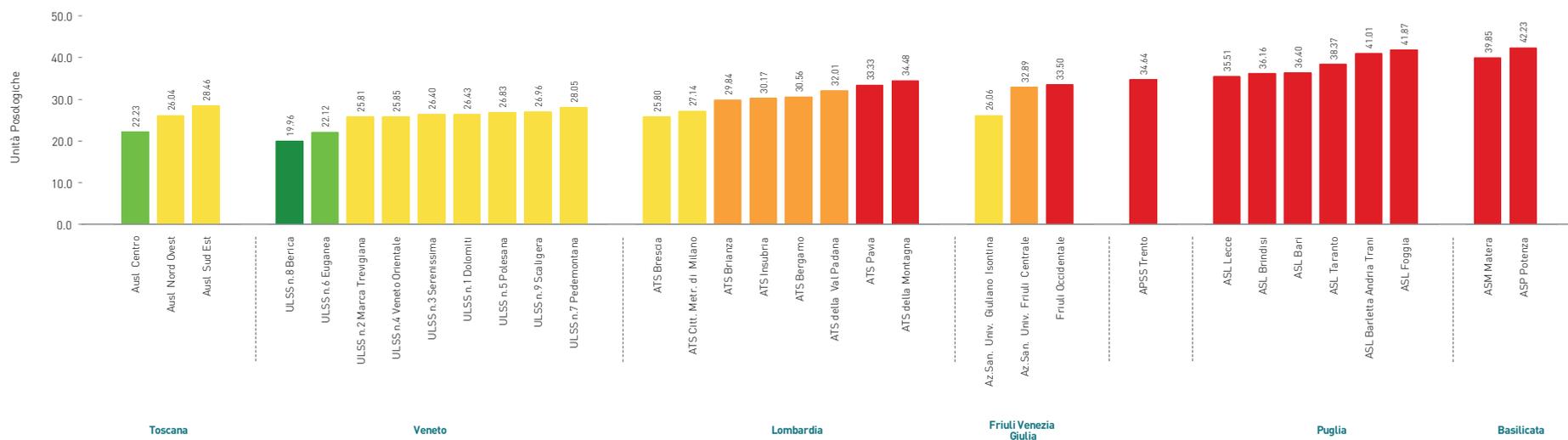
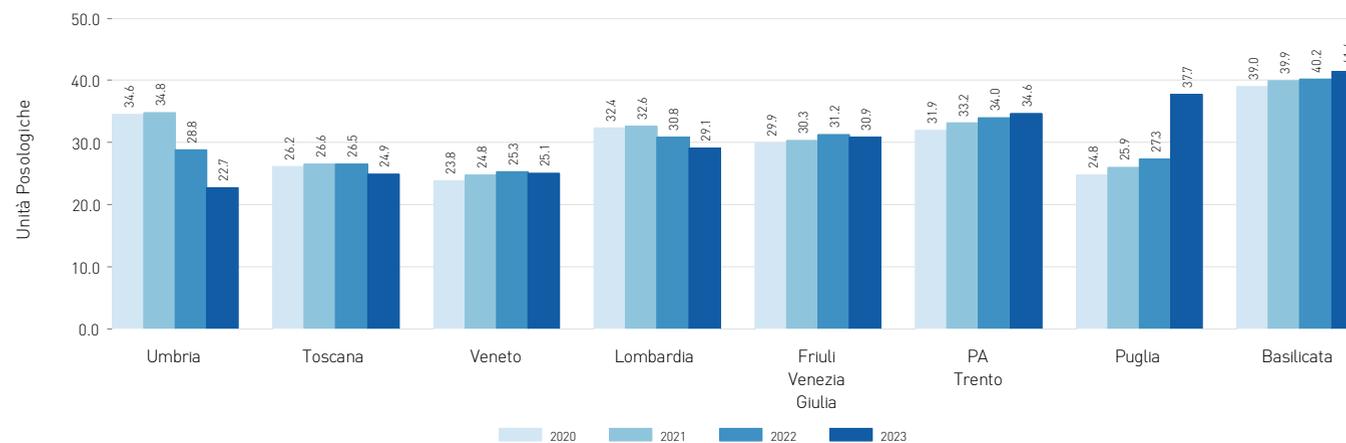
C9.8.1.1.2 - Consumo di cefalosporine in età pediatrica

Secondo il rapporto OsMed 2021, in Italia, il numero di prescrizioni di antibiotici ogni 1000 bambini sono state 194.2 per le associazioni di penicilline (compresi gli inibitori delle beta-lattamasi), 105.6 per le cefalosporine e 104 per i macrolidi. Pertanto, risulta essere necessario il monitoraggio di questa classe di farmaci nella popolazione pediatrica.



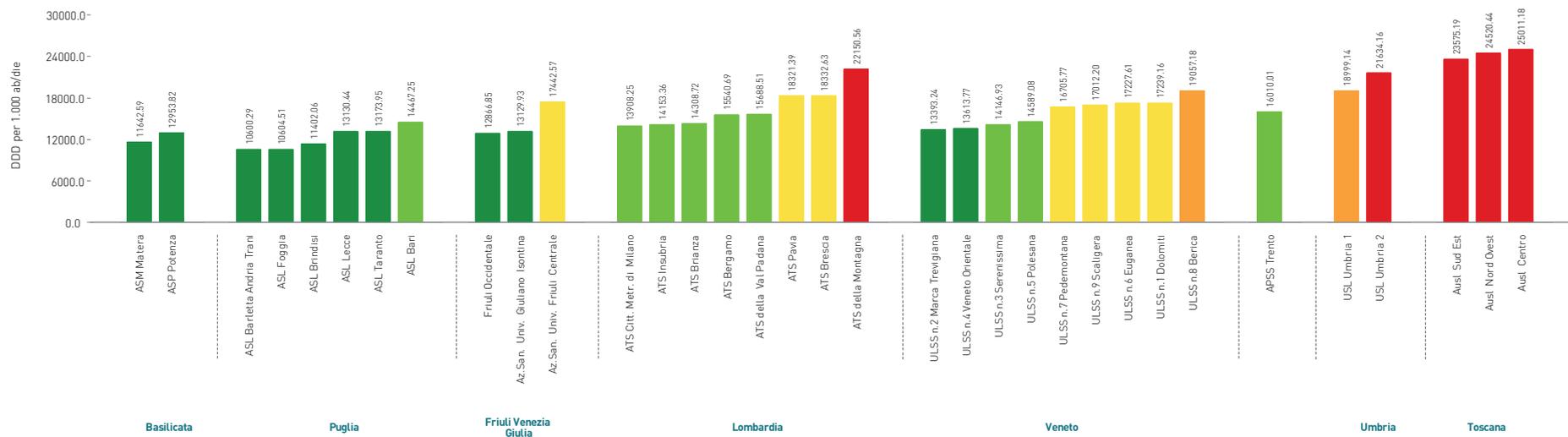
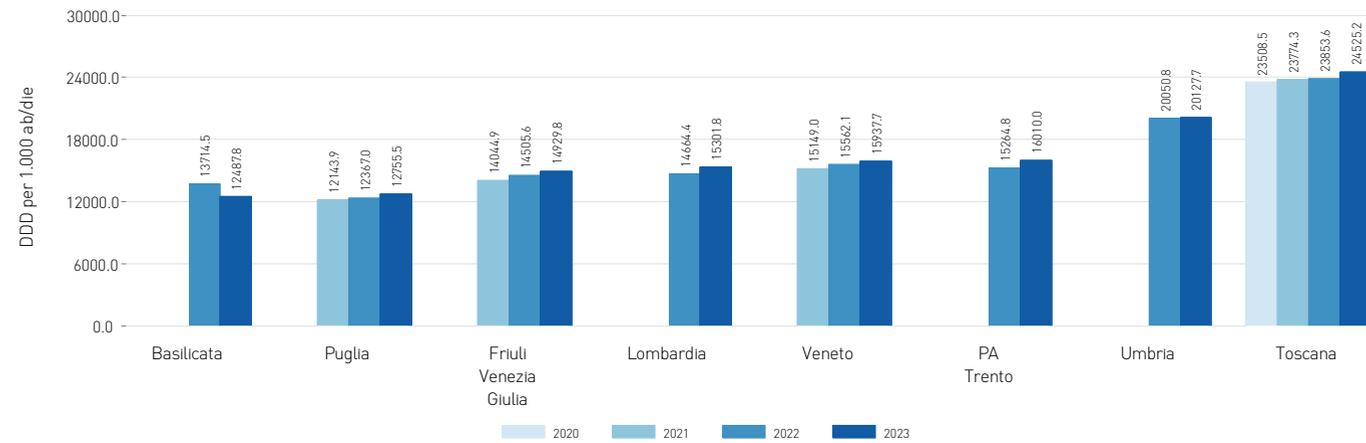
C9.1 - Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale si ipotizza un uso inappropriato nonostante l'esistenza delle Note AIFA 01 e 48, strumenti che ne dovrebbero garantire un uso appropriato, evitando così fenomeni di iperprescrizione. Pertanto, risulta essere fondamentale individuare i possibili utilizzi impropri per una corretta prescrizione, per non esporre i pazienti a possibili effetti collaterali e per ridurne la spesa. L'indicatore ha lo scopo di monitorare i consumi di questa classe farmacologica.



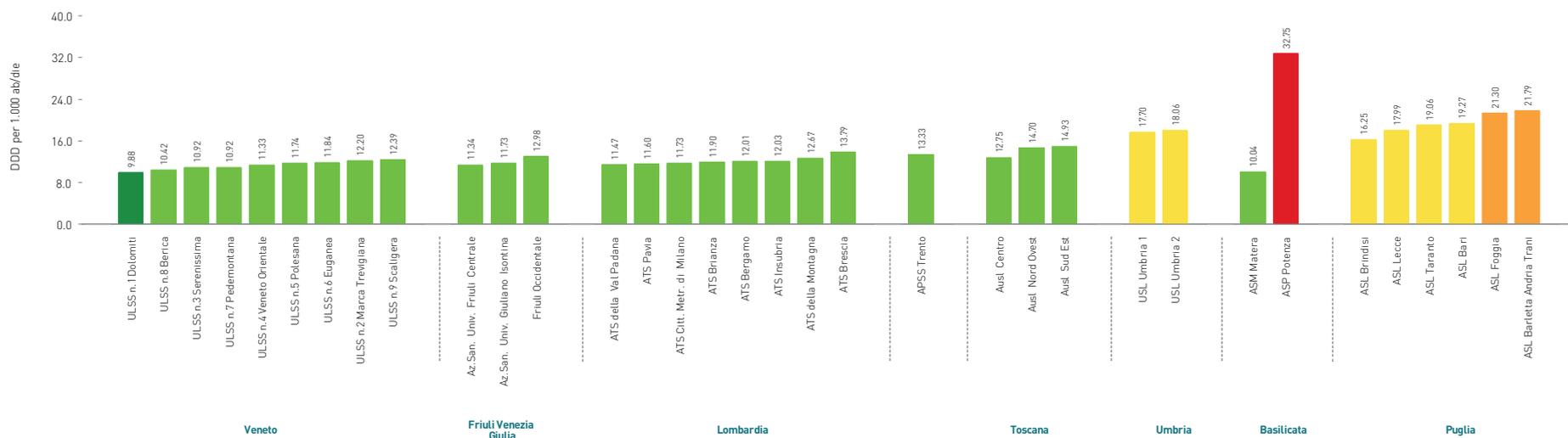
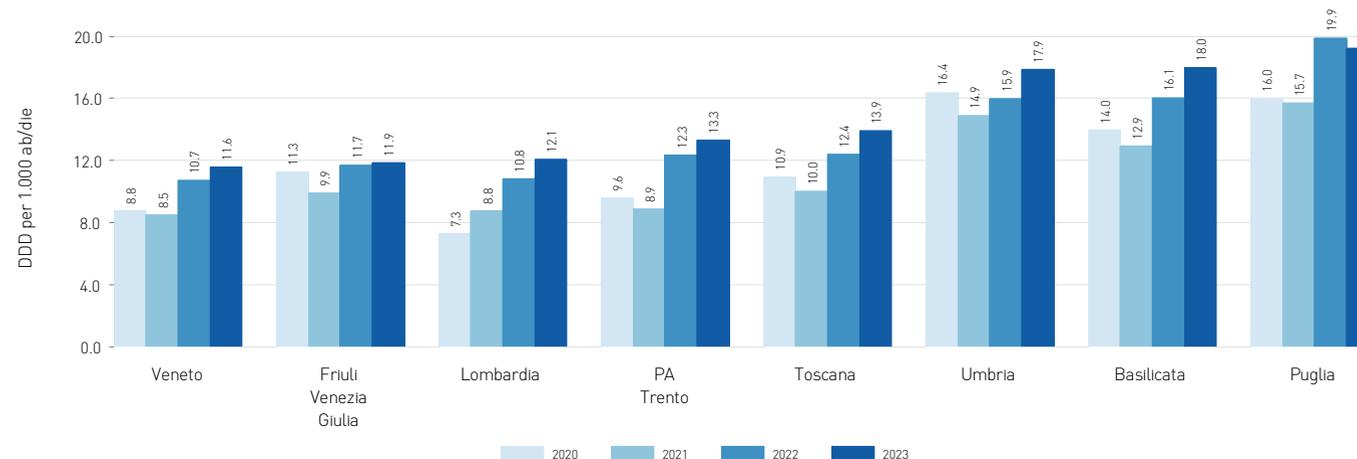
D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.

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



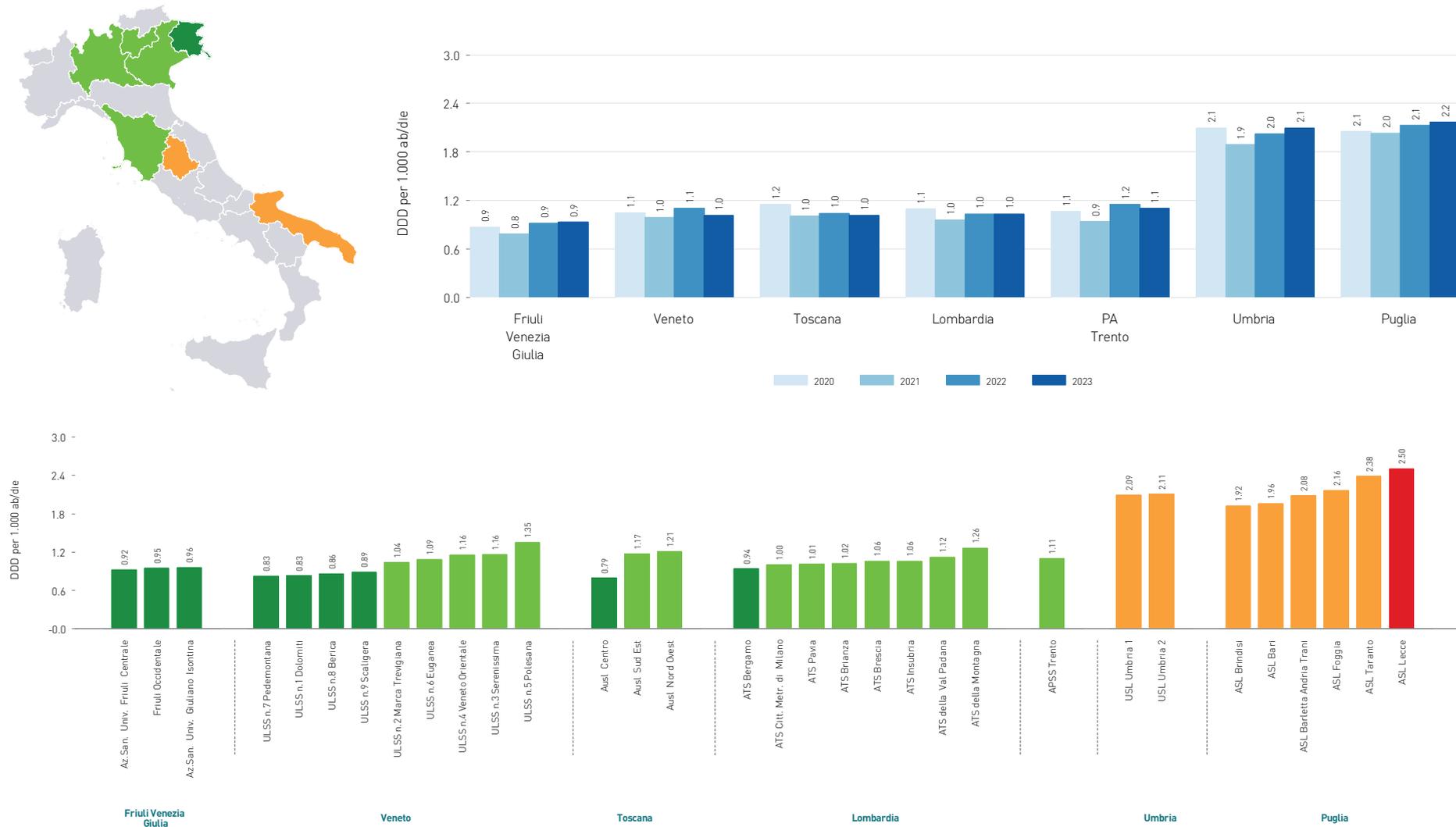
C9.8.1.1 - Consumo di antibiotici sul territorio

Gli antibiotici sono farmaci che hanno contribuito a ridurre la mortalità, prolungare la durata della vita e migliorarne la qualità. La resistenza agli antibiotici è un fenomeno notevolmente aumentato negli ultimi anni a causa di un elevato uso che risulta essere non sempre appropriato. La progressiva perdita di efficacia degli antibiotici disponibili rischia di mettere in crisi i sistemi sanitari, causando sia l'aumento della mortalità per infezioni che maggiori costi sanitari e sociali. Al fine di contrastare l'incidenza e l'impatto delle infezioni resistenti agli antibiotici è stato approvato il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR 2022-2025) e istituito un Gruppo Tecnico di Coordinamento con il compito di vigilare sull'attuazione degli obiettivi previsti dal piano. Risulta pertanto essere fondamentale, il monitoraggio del consumo di antibiotici sul territorio.



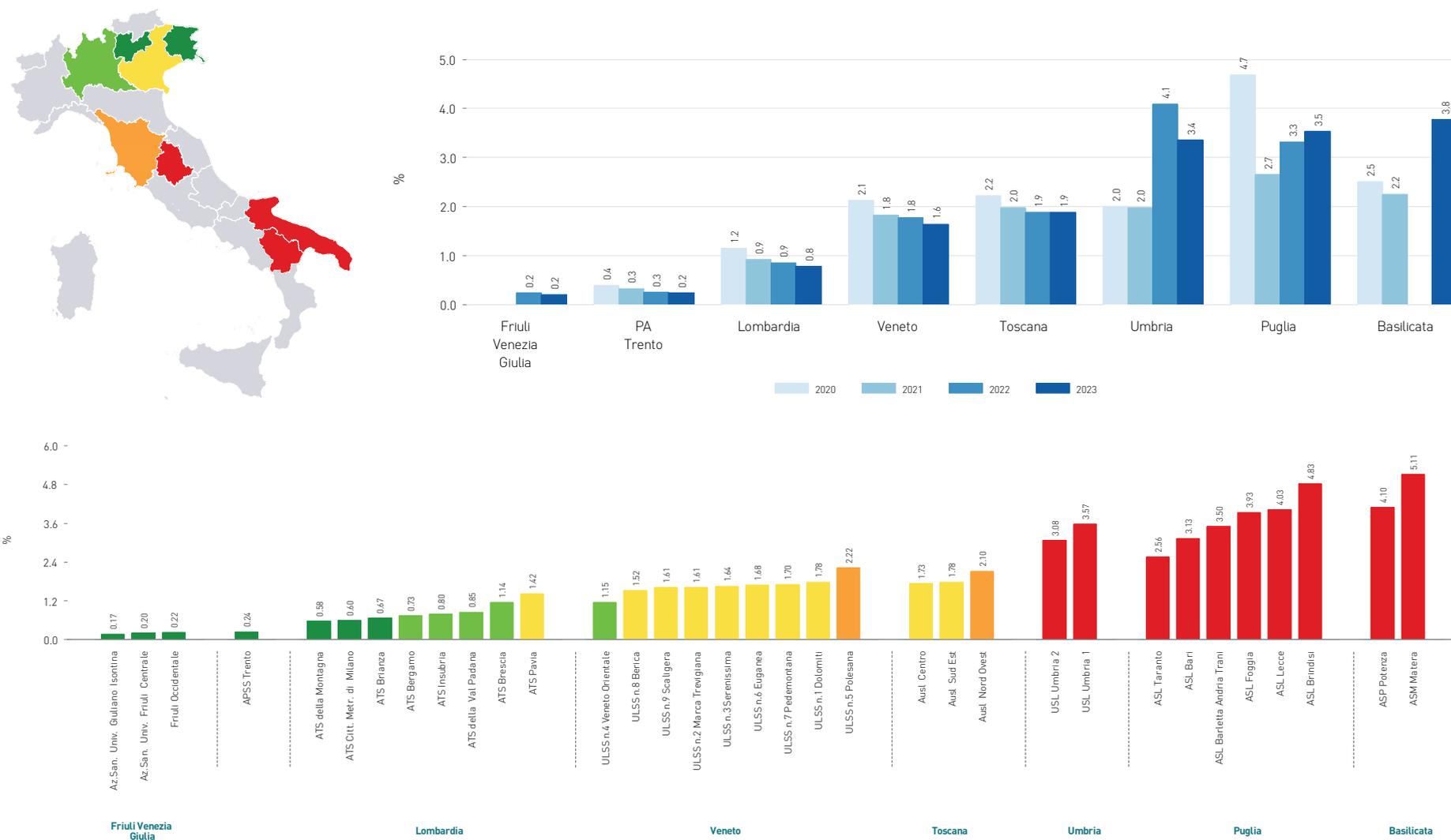
C9.8.1.1A - Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

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'antibiotico resistenza sia per il consumo degli antibiotici. In seguito ad una comunicazione di EMA (European Medicines Agency) particolare attenzione è stata rivolta alla classe dei Chinoloni e Fluorochinoloni, perchè in grado di causare reazioni avverse invalidanti, di lunga durata e potenzialmente permanenti, principalmente a carico del sistema muscoloscheletrico e del sistema nervoso. In seguito, l'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) in una nota informativa ha stabilito le condizioni cliniche per le quali queste molecole non debbano essere prescritte. Risulta essere necessario continuare a monitorare il consumo per evitare che vi siano nei prossimi anni incrementi nell'utilizzo.



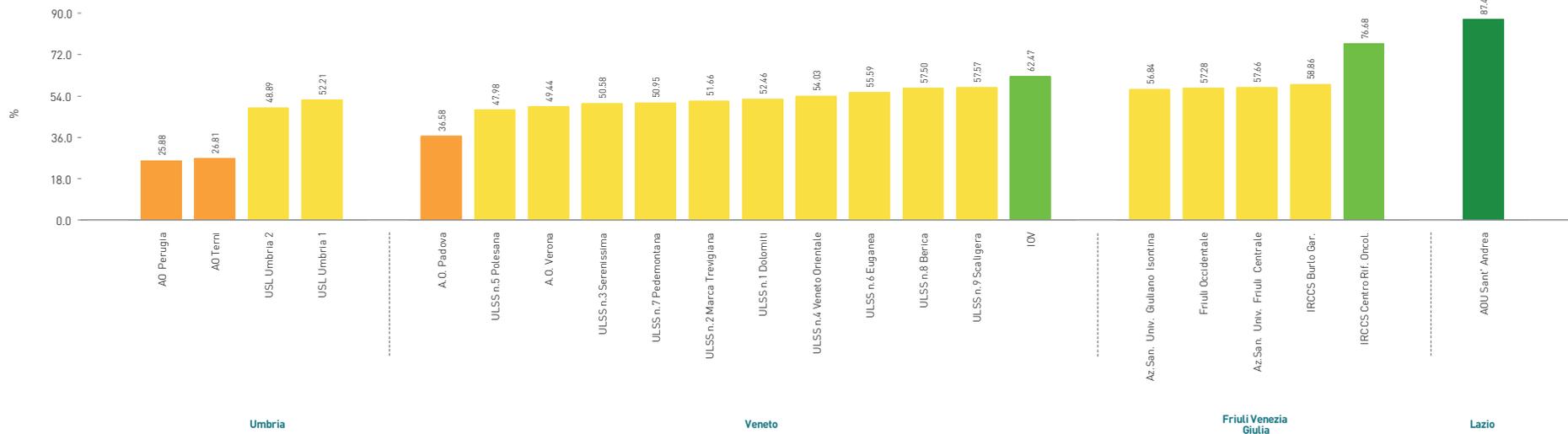
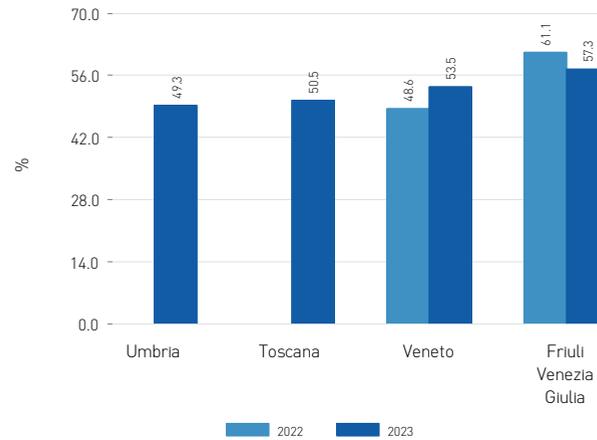
C9.8.1.2 - Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

L'utilizzo di antibiotici in formulazione iniettabile risulta essere generalmente legato ad una gravità del quadro clinico del paziente (endocarditi, batteriemie e sepsi) o all'impossibilità di quest'ultimo di assumere una terapia orale. La maggior parte di queste situazioni sono generalmente poco frequenti in medicina generale, questo fa sì che il consumo di queste formulazioni debba essere poco rilevante sul territorio. Da questa consapevolezza nasce la necessità di garantire l'appropriatezza d'uso monitorandone i consumi sul territorio.



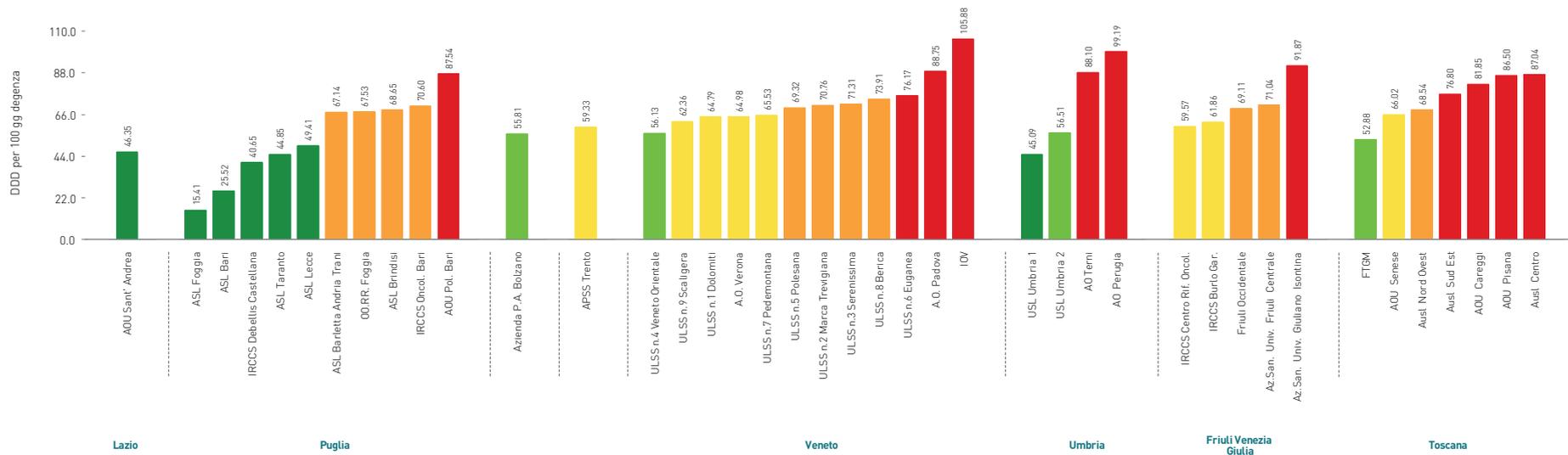
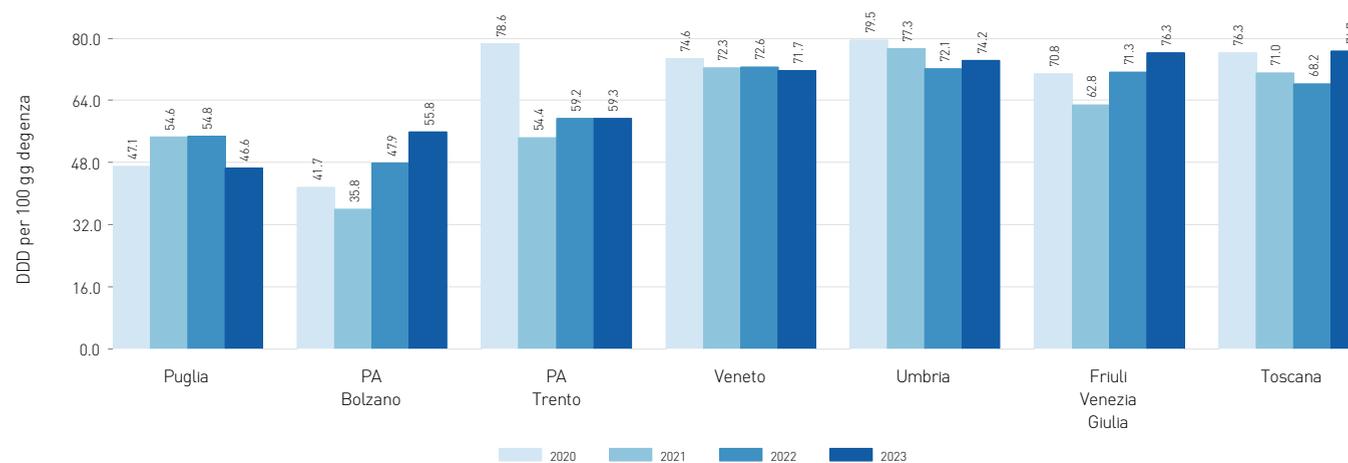
C9.8.1.7 - Proporzione di antibiotici Access

L'indicatore è sviluppato sulla base della classificazione AWaRe proposta dall'OMS nel 2017 e aggiornata al 2021, che raggruppa gli antibiotici nelle categorie Access (antibiotici di prima scelta per il trattamento delle infezioni, che presentano un basso rischio di sviluppo di resistenza), Watch (antibiotici con un maggiore rischio di indurre resistenze e di conseguenza raccomandati generalmente come trattamenti di seconda scelta, o da preferirsi solo per casi specifici) e Reserve (antibiotici di ultima istanza e utilizzati solo nei casi più gravi, quando tutte le altre alternative non hanno avuto successo). L'OMS ha stabilito, con il 13° programma generale di lavoro 2019-2023, che la proporzione di antibiotici Access deve raggiungere almeno il 60% rispetto al totale.



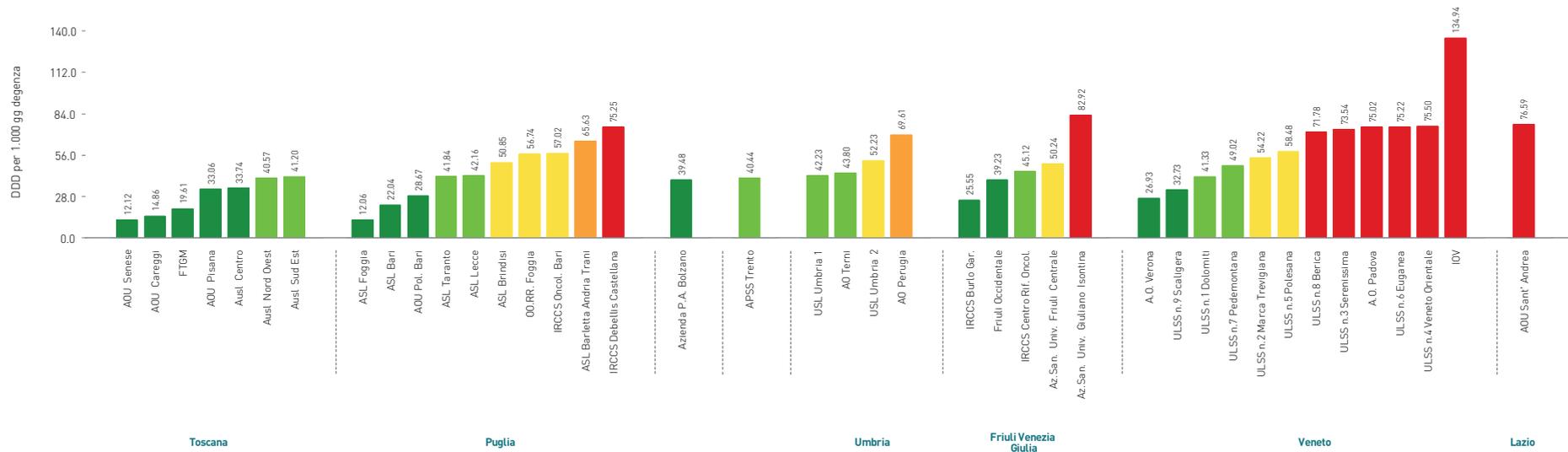
C9.12 - Consumo di antibiotici nei reparti

Le realtà ospedaliere sono costrette quotidianamente a dover fare i conti con le infezioni nosocomiali, causate solitamente da batteri resistenti. È ormai noto come un uso inappropriato delle terapie antibiotiche generi un aumento delle resistenze locali. Pertanto, risulta essere cruciale il monitoraggio dei consumi di questi farmaci in ambiente ospedaliero.



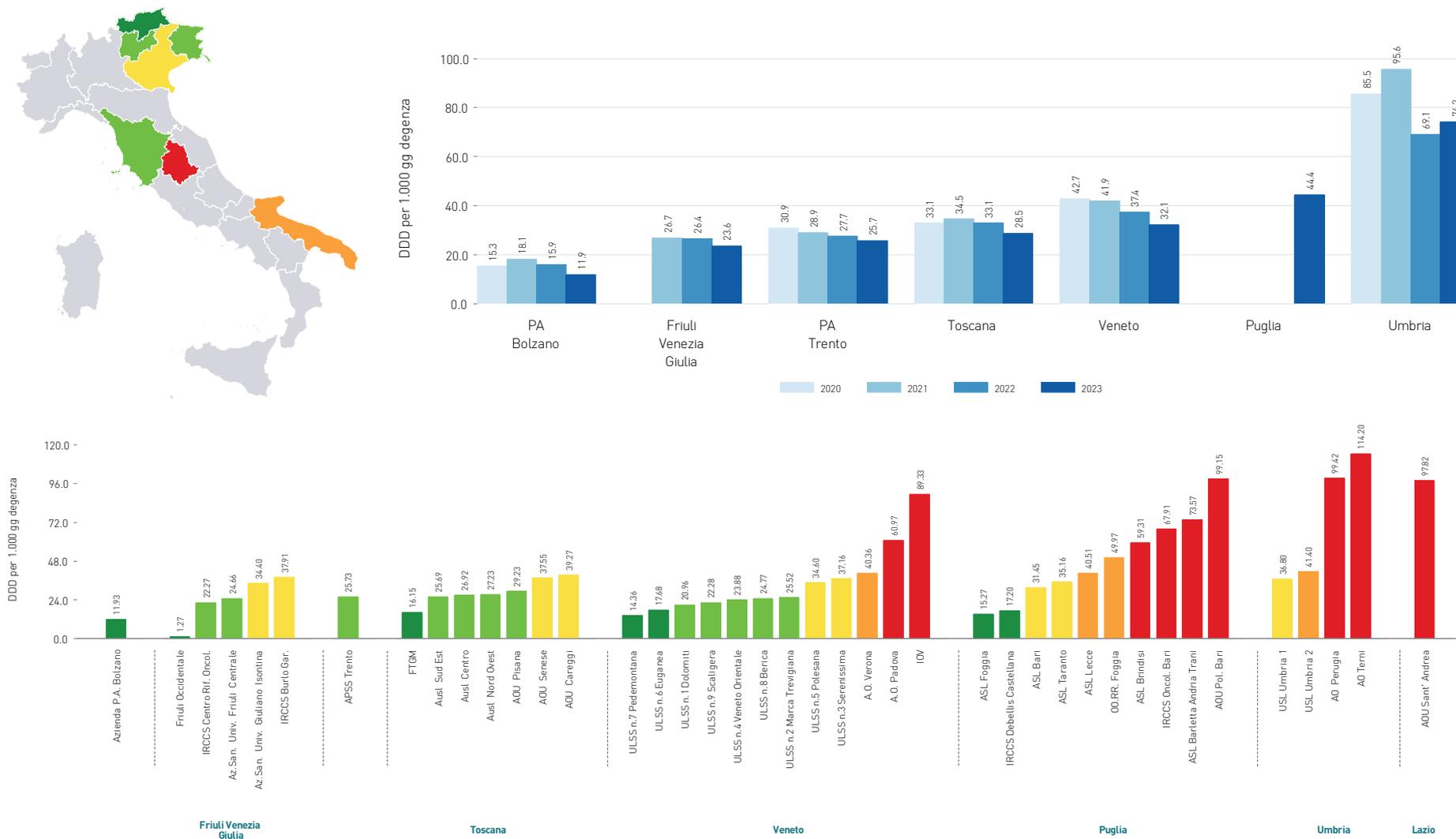
C9.12A - Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)

Le realtà ospedaliere sono costrette quotidianamente a dover fare i conti con le infezioni nosocomiali, causate solitamente da batteri resistenti. È ormai noto come un uso inappropriato delle terapie antibiotiche generi un aumento delle resistenze locali. Pertanto, risulta essere cruciale il monitoraggio dei consumi di questi farmaci in ambiente ospedaliero. In particolare modo di questa classe farmacologica, che oltre a indurre possibili resistenze registra un'elevata variabilità inter regionale, indice di possibile inappropriatezza prescrittiva.



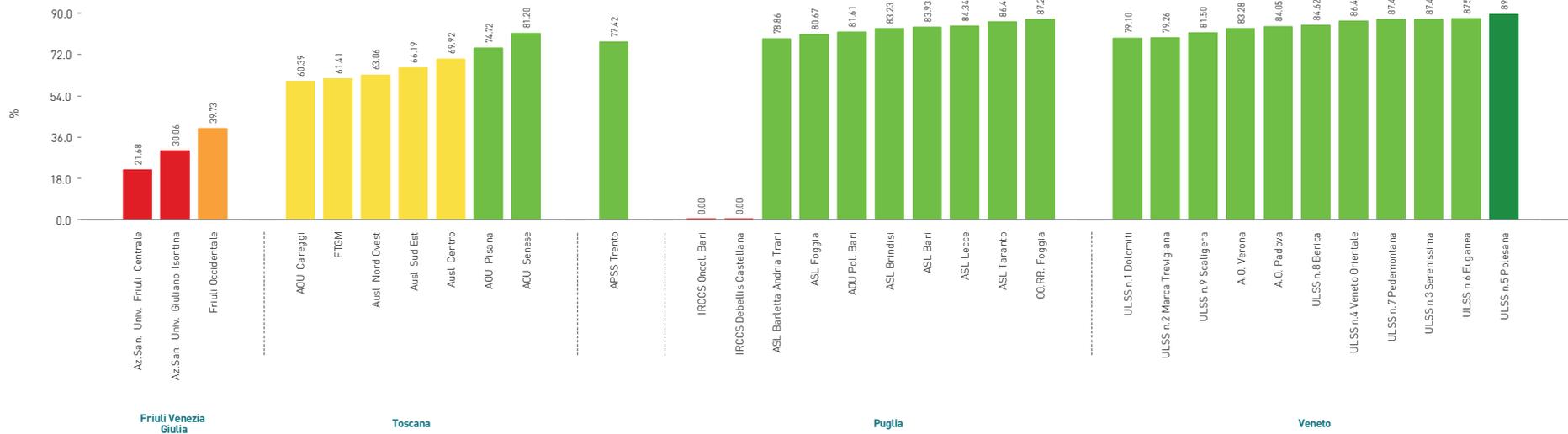
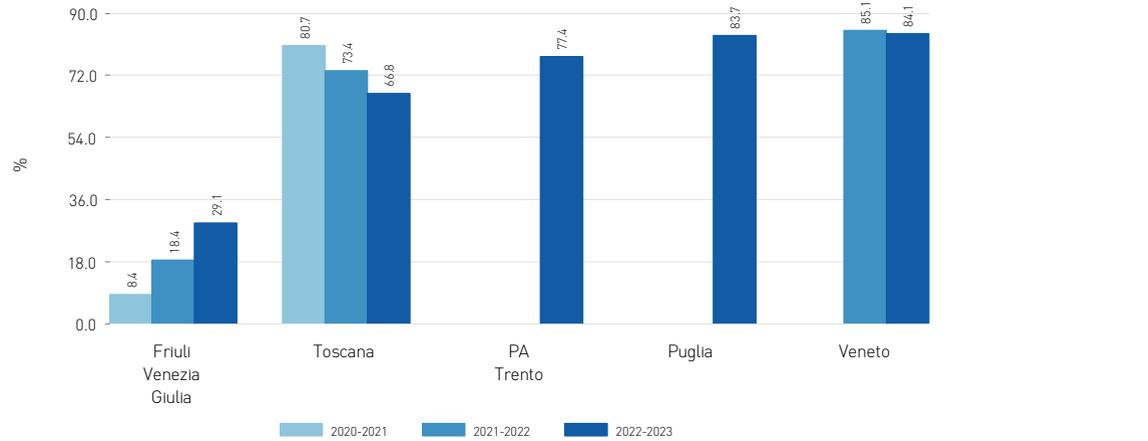
C9.12B - Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)

Le realtà ospedaliere sono costrette quotidianamente a dover fare i conti con le infezioni nosocomiali, causate solitamente da batteri resistenti. Un esempio è rappresentato dagli enterobatteri resistenti ai carbapenemi, antibiotici considerati spesso di ultima linea. Pertanto, risulta essere cruciale il monitoraggio dei consumi in ambiente ospedaliero in particolare modo di questa classe farmacologica, che oltre a indurre possibili resistenze registra un'elevata variabilità interregionale nell'utilizzo, indice di possibile inappropriata prescrizione.



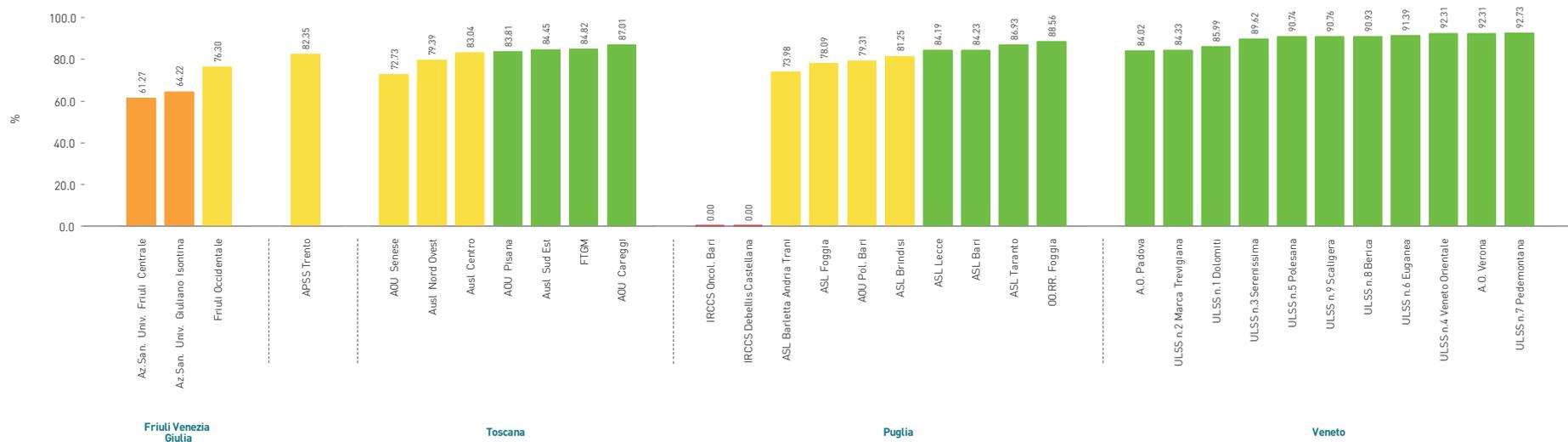
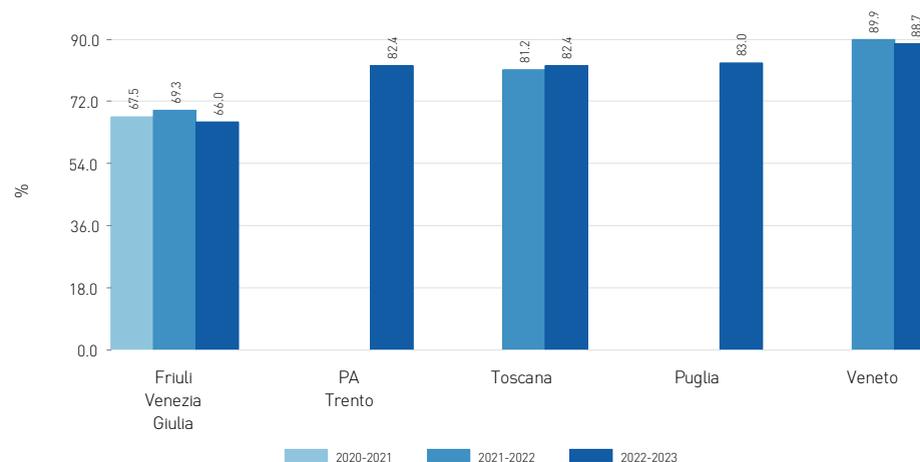
C21.2.4 - Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione

L'indicatore C21.2.4 misura la percentuale di pazienti dimessi a seguito di un infarto miocardico acuto (IMA) che vengono prescritti farmaci ipolipemizzanti al momento della dimissione. Questo parametro clinico rappresenta l'aderenza alle linee guida per la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, garantendo che i pazienti a rischio di ulteriori eventi coronarici ricevano un trattamento adeguato per abbassare i livelli di colesterolo e migliorare i risultati a lungo termine. Un valore elevato di questo indicatore segnala una gestione efficace del rischio cardiovascolare dopo la dimissione.



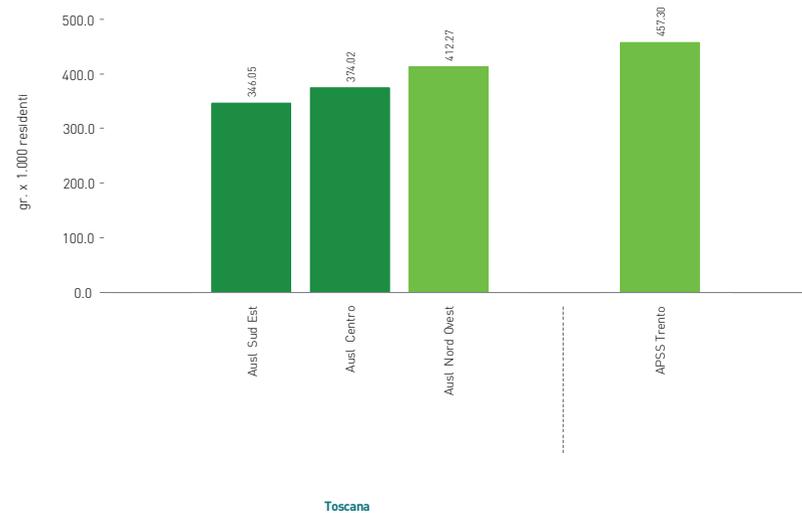
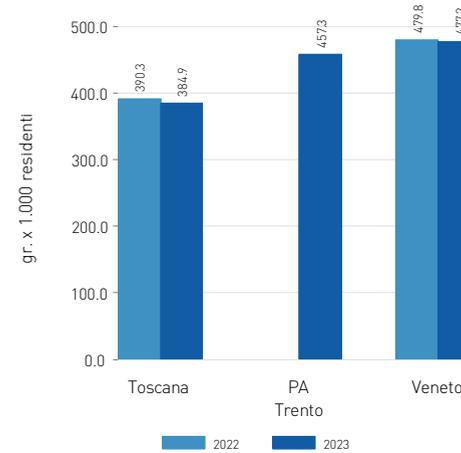
C21.2.5 - Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione

L'indicatore C21.2.5 misura la percentuale di pazienti dimessi a seguito di infarto miocardico acuto (IMA) ai quali sono stati prescritti farmaci antiaggreganti al momento della dimissione. Questo indicatore riveste un'importanza significativa in ambito clinico, poiché i farmaci antiaggreganti sono essenziali per prevenire la formazione di nuovi trombi dopo un evento acuto come l'IMA. Il valore di questo indicatore offre indicazioni sull'aderenza alle linee guida cliniche, le quali consigliano l'impiego di antiaggreganti per diminuire il rischio di nuovi infarti e migliorare gli esiti a lungo termine. Una percentuale elevata indica una pratica clinica efficace nella gestione della prevenzione secondaria post-IMA, assicurando che i pazienti ricevano un trattamento adeguato per ridurre il rischio di ulteriori eventi cardiovascolari.



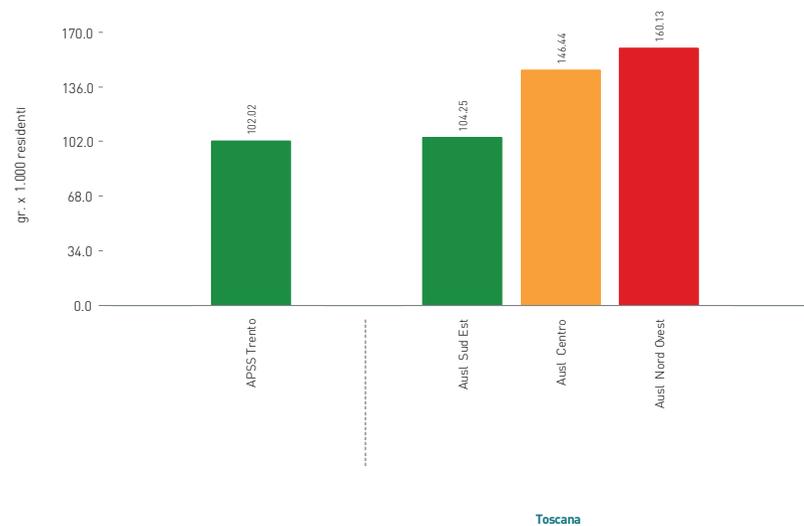
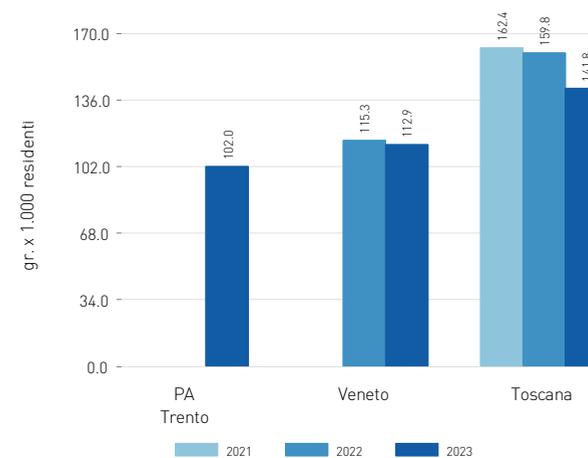
C9.20.3 - Consumo di albumina

L'albumina è una proteina frequentemente utilizzata nei trattamenti ospedalieri per pazienti affetti da condizioni critiche quali shock, ustioni, insufficienza epatica e sindromi nefrotiche, dove è necessario ripristinare il volume plasmatico o correggere una carenza proteica. La sorveglianza del consumo di albumina permette di valutare l'efficacia nell'impiego delle risorse e la conformità alle linee guida cliniche riguardanti l'appropriatezza terapeutica. Inoltre, rappresenta un indicatore del livello di assistenza fornita, in particolare in reparti come la terapia intensiva o per pazienti con patologie croniche e acute che necessitano di supporto proteico parenterale. Un consumo anomalo potrebbe indicarne un utilizzo eccessivo (suggerendo una possibile inappropriatezza).



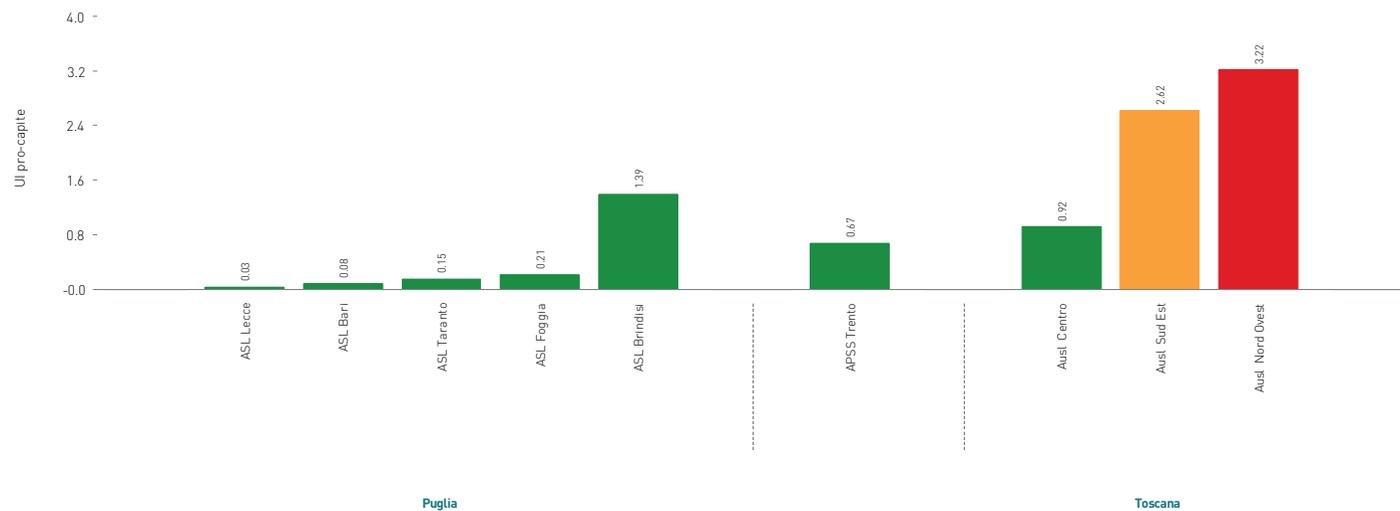
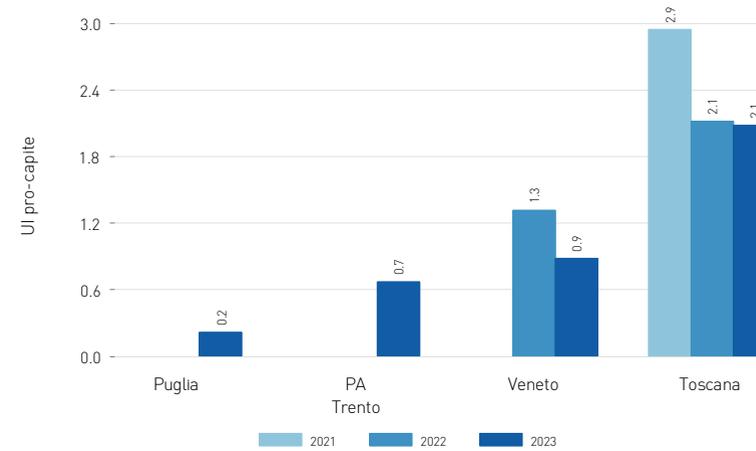
C9.20.5 - Consumo di immunoglobuline

L'indicatore C9.20.5 ha l'obiettivo di mantenere il consumo al di sotto dei 110 g ogni 1000 abitanti, al fine di garantire l'autosufficienza a livello nazionale. Questo limite è cruciale per assicurare un uso appropriato e sostenibile delle immunoglobuline, che sono risorse costose e vitali per il trattamento di patologie immunologiche, prevenendo così sia carenze che sprechi. Un monitoraggio costante di questo indicatore consente di ottimizzare la gestione delle scorte e di garantire la disponibilità per i pazienti che necessitano di tali trattamenti, in conformità con le linee guida cliniche e le esigenze del sistema sanitario.



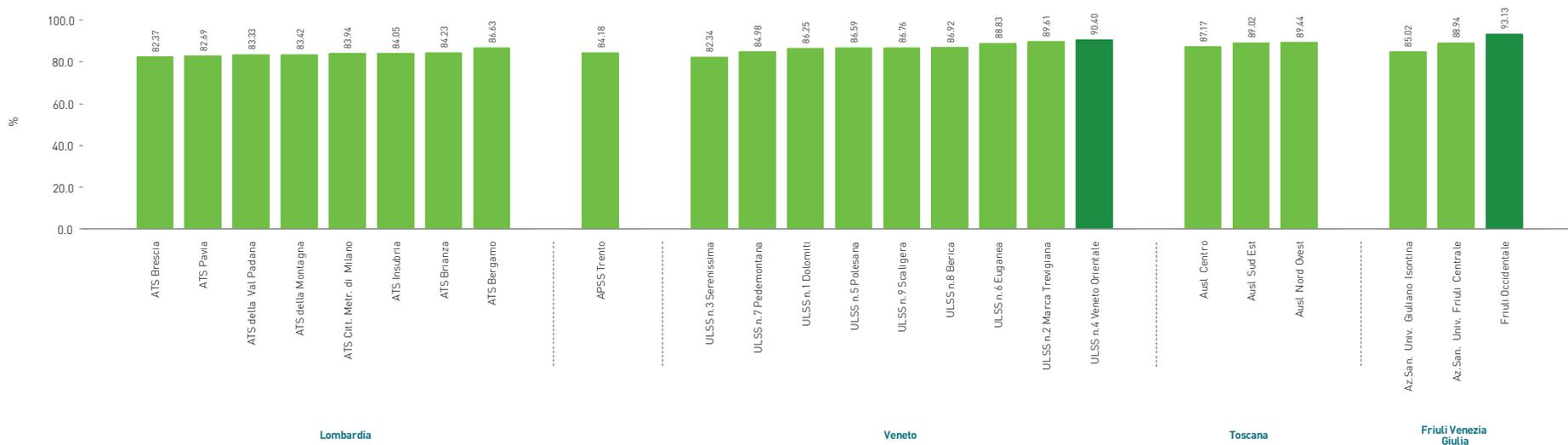
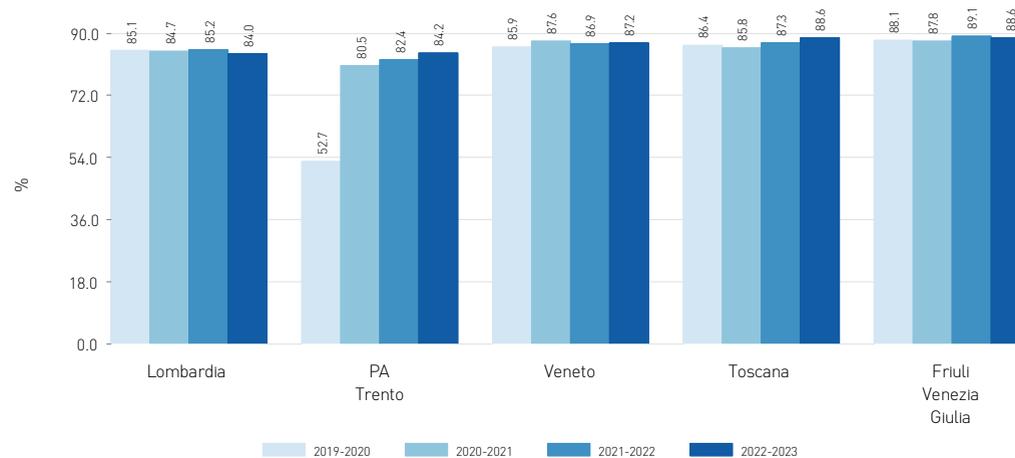
C9A.4 - Consumo di Antitrombina III

L'indicatore rappresenta un farmaco fondamentale per la cura e la prevenzione di eventi tromboembolici, in particolare nei pazienti con carenza di antitrombina o in contesti ad elevato rischio di formazione di trombi, come durante interventi chirurgici significativi o trattamenti antitrombotici. La sorveglianza del consumo di antitrombina è essenziale per garantire un utilizzo corretto, in linea con le linee guida cliniche, assicurando così sia l'efficienza nell'impiego delle risorse sia l'efficacia del trattamento per i pazienti. Un consumo irregolare potrebbe segnalare un uso inadeguato, influenzando la gestione terapeutica e l'autosufficienza delle risorse.



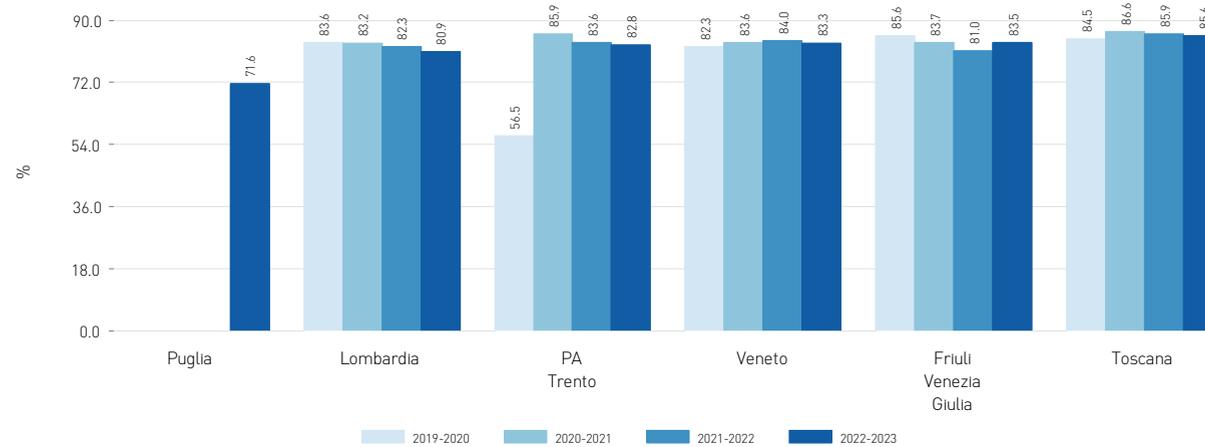
C21.3.1 - Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

L'infarto miocardico acuto (IMA) è uno fra i più gravi eventi patologici a carico del sistema cardiovascolare, con un'incidenza in Italia di circa 120-130.000 persone all'anno e una mortalità, fra le persone che riescono a raggiungere un ospedale, ad oggi, circa del 6-11%. In riferimento al suo trattamento farmacologico, le linee guida internazionali prevedono l'utilizzo dei beta-bloccanti non solo a ridosso dell'evento, ma anche a medio-lungo termine. Il medico di medicina generale (MMG) riveste pertanto un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente sul territorio, per garantire l'aderenza alla terapia farmacologica. L'indicatore monitora l'aderenza del malato al trattamento, nel medio-lungo periodo, rilevando se il paziente - cui sia stato comunque prescritto il farmaco in dimissione - ritiri lo stesso nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.



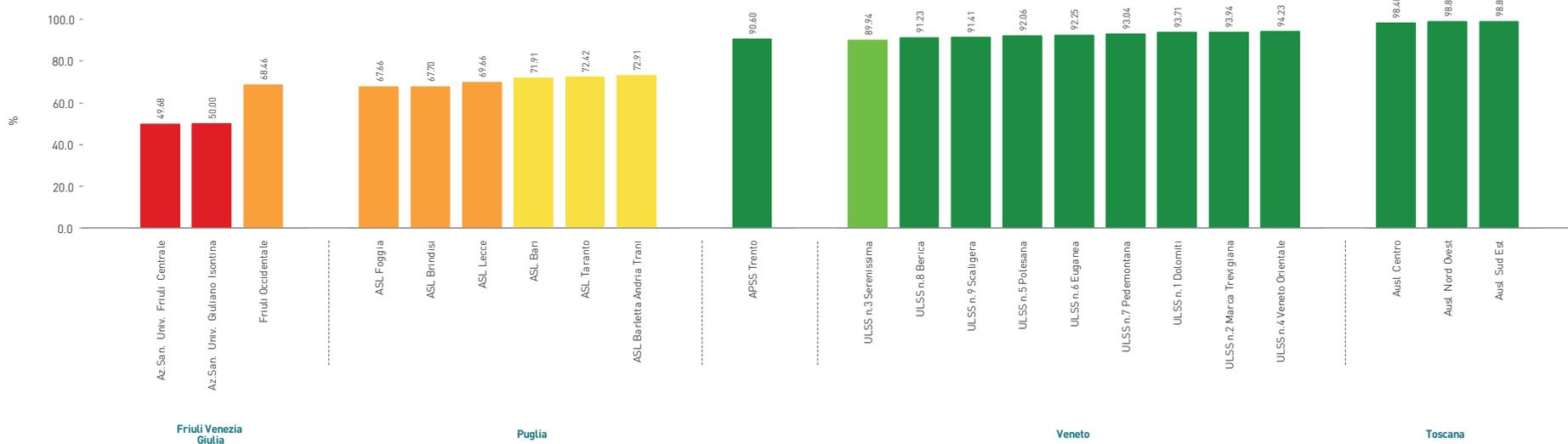
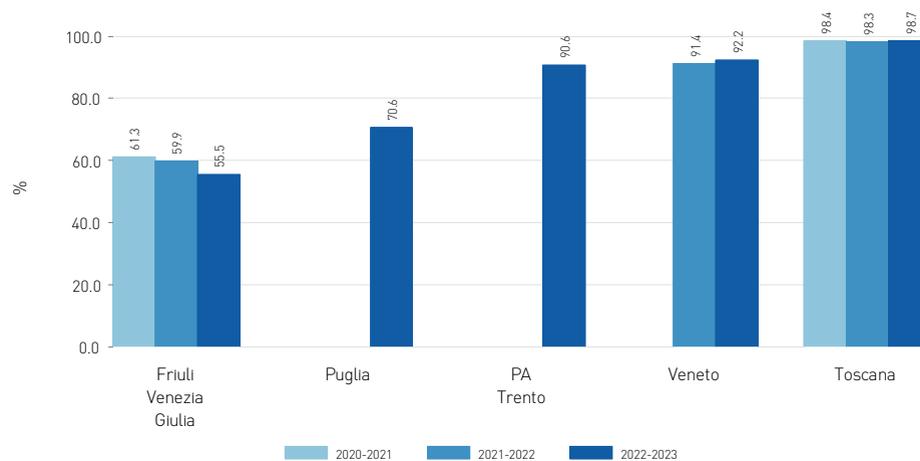
C21.3.2 - Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEi o ARB o ARNI (90-180 giorni)

L'obiettivo alla base degli approcci farmacologici che vengono intrapresi in seguito ad infarto miocardico acuto (IMA) è il prevenire nuovi eventi vascolari. Nel corredo farmacologico della terapia post-infarto si hanno gli ACE-inibitori, Sartani e gli ARNI oltre agli antiaggreganti, ai beta-bloccanti e alle statine. La letteratura mostra come questi farmaci riducano la mortalità nei pazienti con IMA e ne migliorino la prognosi: vi è ormai comune accordo scientifico sull'opportunità del trattamento con questi farmaci, non solo in una fase precoce e quindi già nelle prime ore dopo l'evento acuto, ma anche come terapia a lungo termine nel post-dimissione. Nonostante le forti raccomandazioni al loro utilizzo, i dati degli ultimi anni, rilevati sul territorio italiano, ne rivelano una prescrizione sub-ottimale. A questo proposito, l'indicatore vuole essere sentinella di una corretta terapia farmacologica e aderenza al trattamento a medio-lungo termine del post IMA. Monitora l'aderenza del malato al trattamento, rilevando se il paziente - cui sia stato comunque prescritto il farmaco in dimissione - ritiri lo stesso nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.



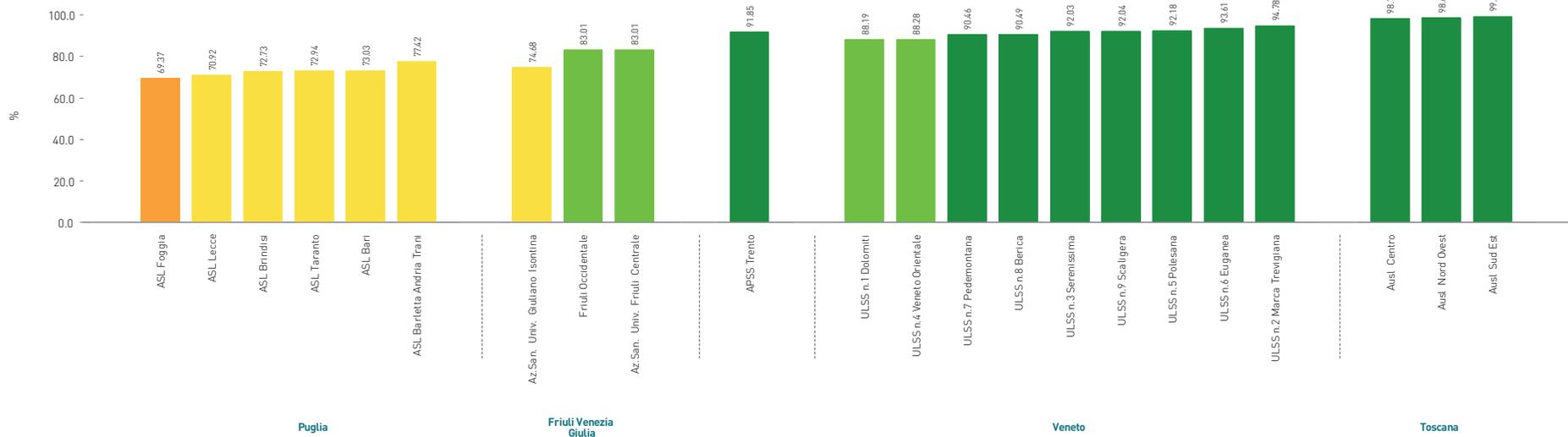
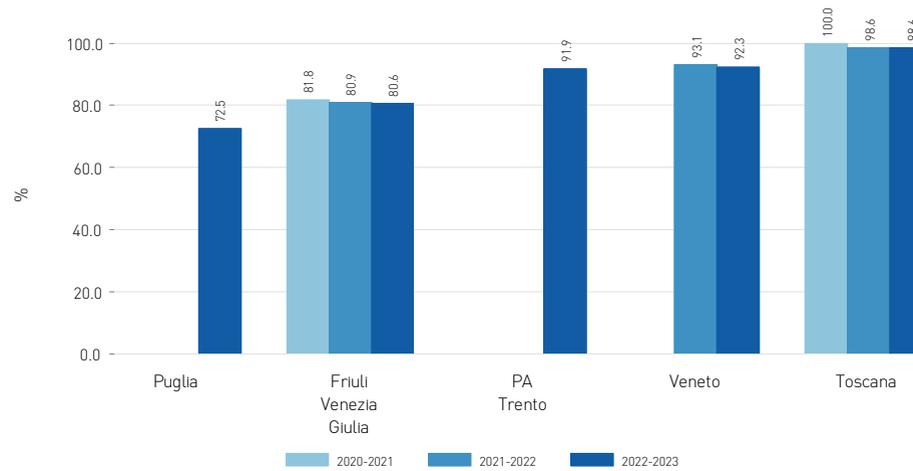
C21.3.4 - Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti (90-180 giorni)

L'indicatore C21.3.4 valuta il grado di aderenza dei pazienti ai trattamenti ipolipemizzanti, nel periodo di 3-6 mesi successivo all'inizio della terapia. Questo parametro è fondamentale per analizzare l'efficacia della continuità terapeutica sul territorio, in particolare dopo le dimissioni ospedaliere. Un'adeguata aderenza alla terapia ipolipemizzante è cruciale per diminuire il rischio di eventi cardiovascolari ricorrenti e per migliorare gli esiti a lungo termine nei pazienti con dislipidemie o che hanno già vissuto eventi cardiaci, come l'infarto miocardico.



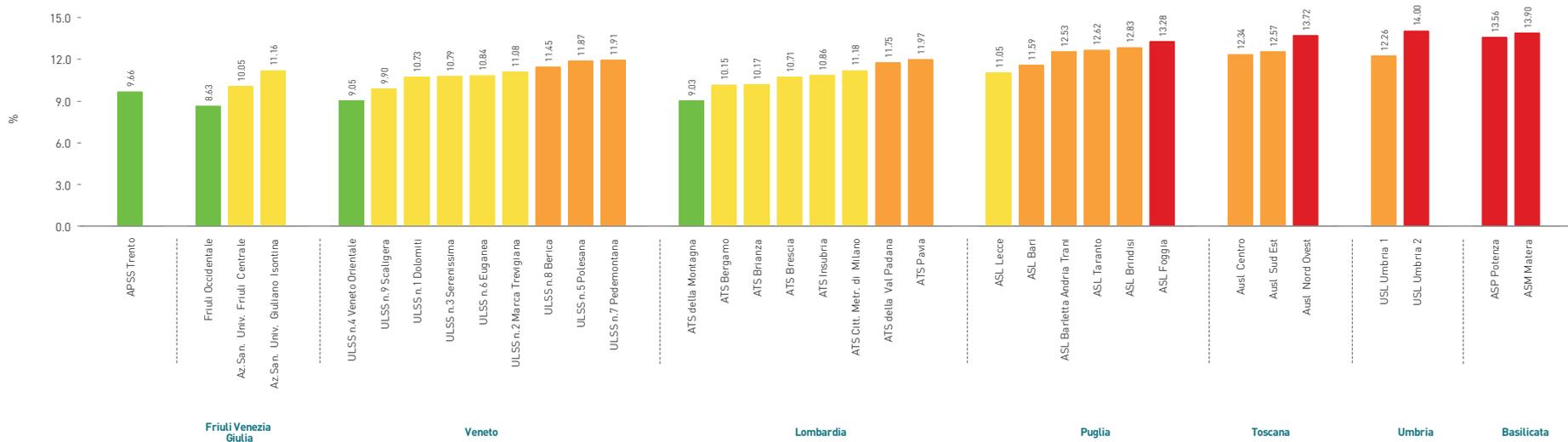
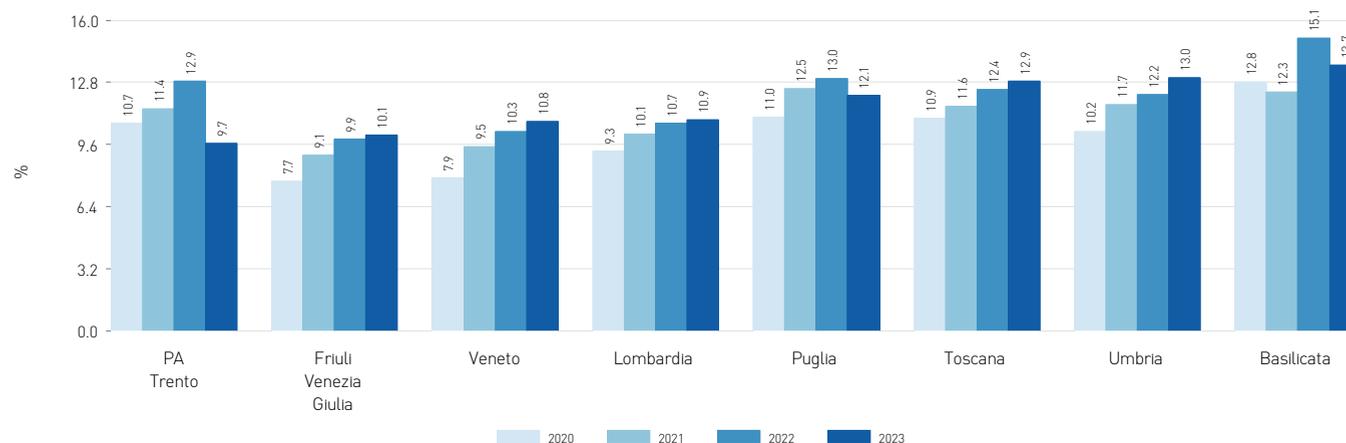
C21.3.5 - Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci antiaggreganti (90-180 giorni)

L'indicatore valuta il grado di aderenza dei pazienti a trattamenti antiaggreganti, quali aspirina o clopidogrel, nei primi 3-6 mesi di terapia. Questo indicatore riveste un'importanza cruciale per analizzare la continuità delle cure post-ospedaliere nei pazienti con elevato rischio cardiovascolare, in particolare per coloro che presentano una storia di infarto miocardico o altre malattie ischemiche.



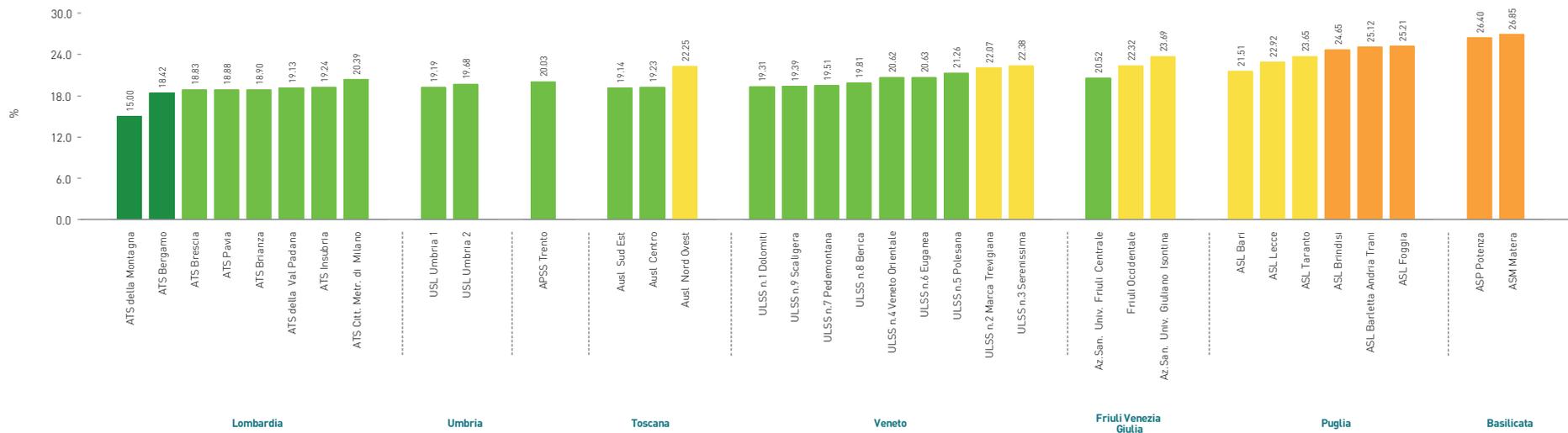
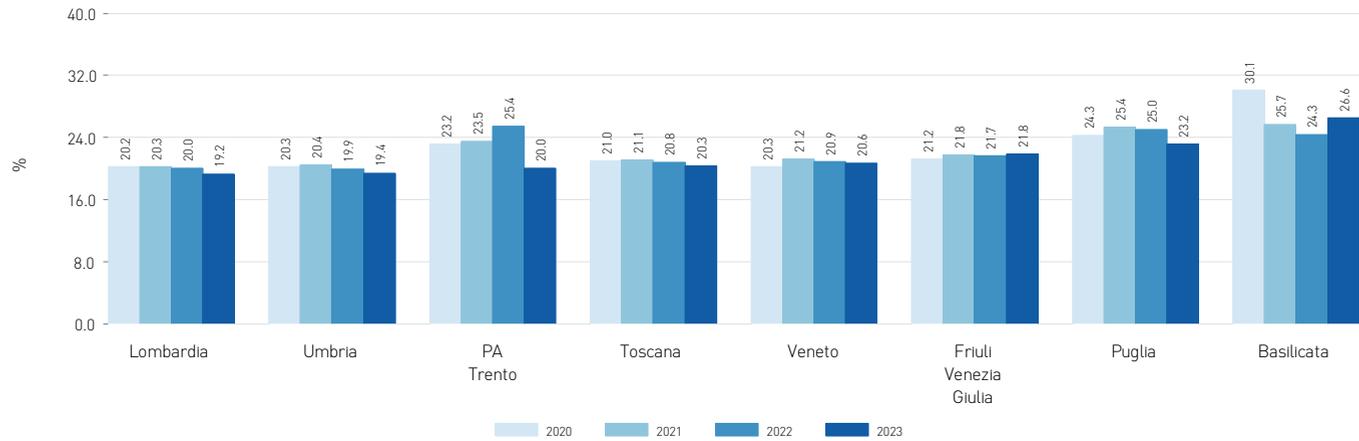
C9.2 - Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

Le statine sono una classe farmacologica comunemente utilizzata per il trattamento dell'ipercolesterolemia, e rappresentano, come riportato dall'ultimo rapporto OsMed relativo all'anno 2021, la seconda voce di spesa pro capite per la farmaceutica convenzionata e la prima all'interno dei farmaci per il sistema cardiovascolare. Il trattamento con statine risulta efficace se protratto nel tempo e se il paziente si mostra aderente alla terapia. Da ciò nasce l'esigenza di monitorare l'abbandono della terapia da parte dei pazienti, così da identificare un utilizzo inappropriato di questi farmaci con un conseguente spreco di risorse.



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

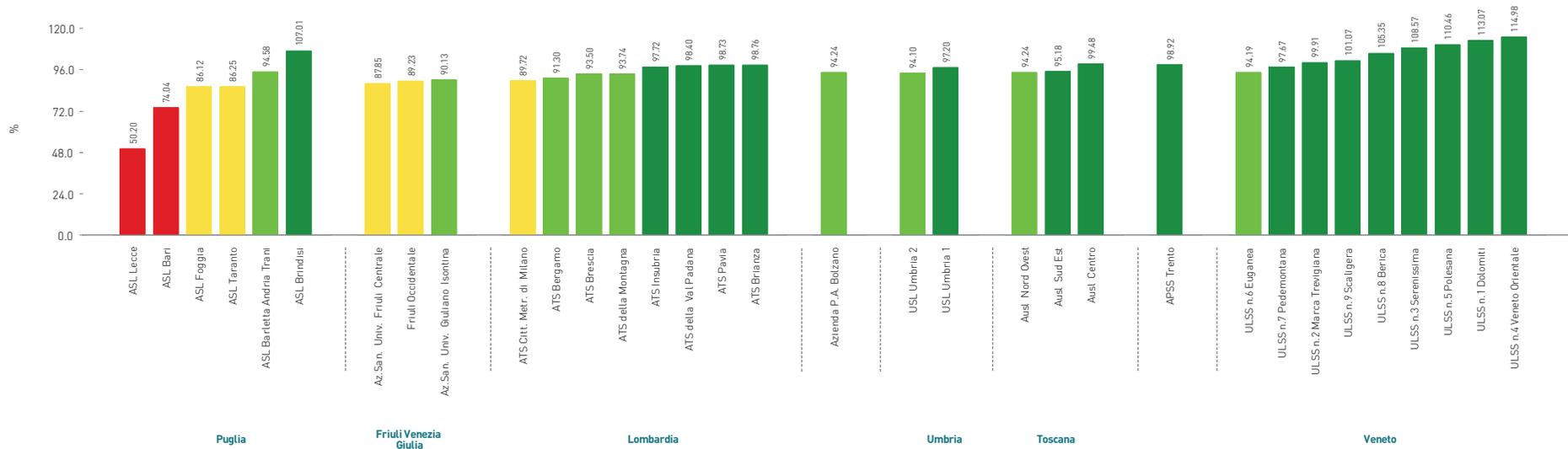
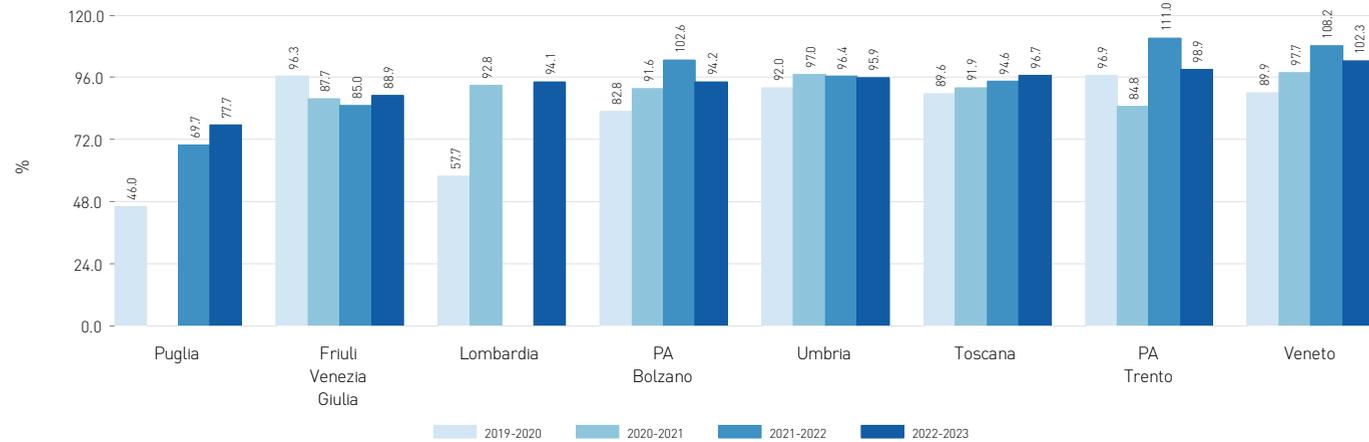
L'abbandono precoce della terapia con antidepressivi può compromettere i risultati e aumentare il rischio di ricadute o recidive dei sintomi. Inoltre, l'interruzione senza una corretta supervisione medica può portare ad un peggioramento della condizione del paziente. Monitorare attentamente l'aderenza al trattamento con antidepressivi, educare i pazienti sugli effetti benefici a lungo termine e offrire un sostegno costante possono contribuire a migliorare i risultati terapeutici e la qualità della vita dei pazienti affetti da disturbi dell'umore.



PERCORSI

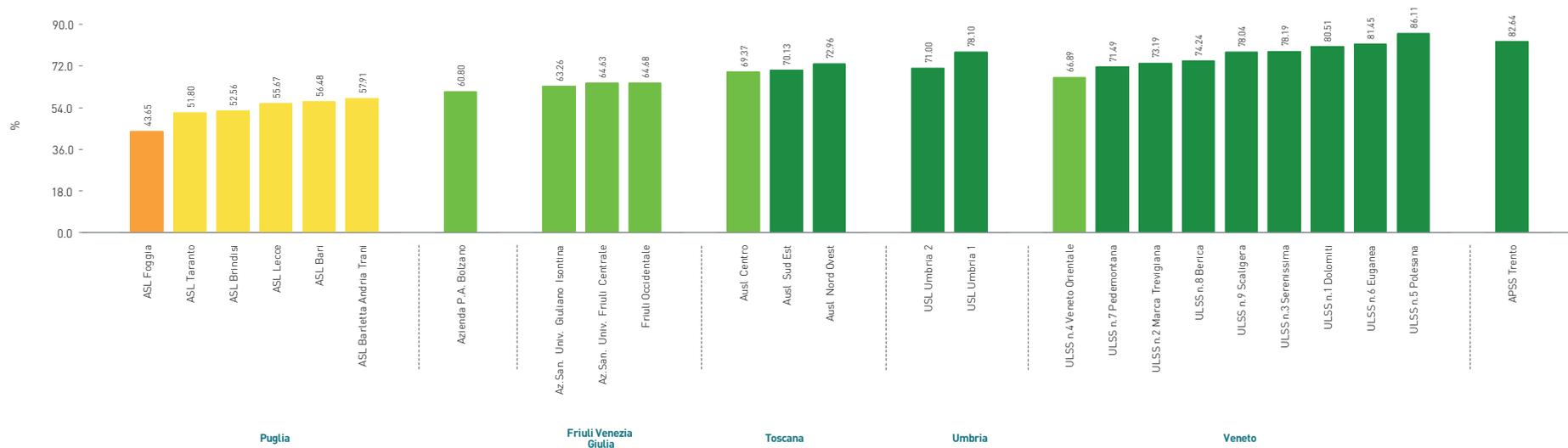
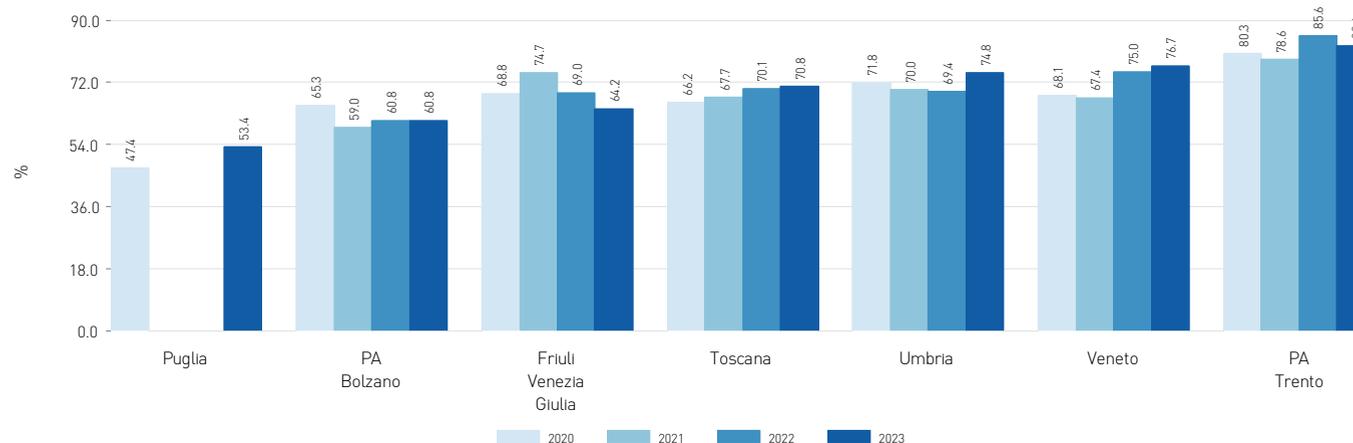
B5.1.1 - Estensione dello screening mammografico

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. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio). L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti con il round di invito (biennale o triennale, a seconda del programma di screening).



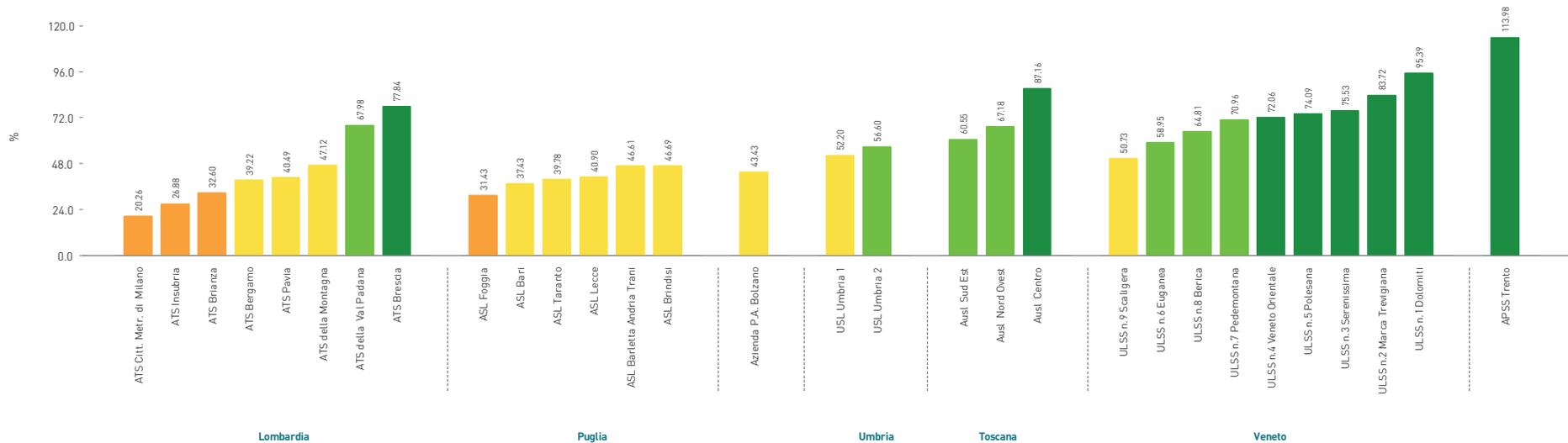
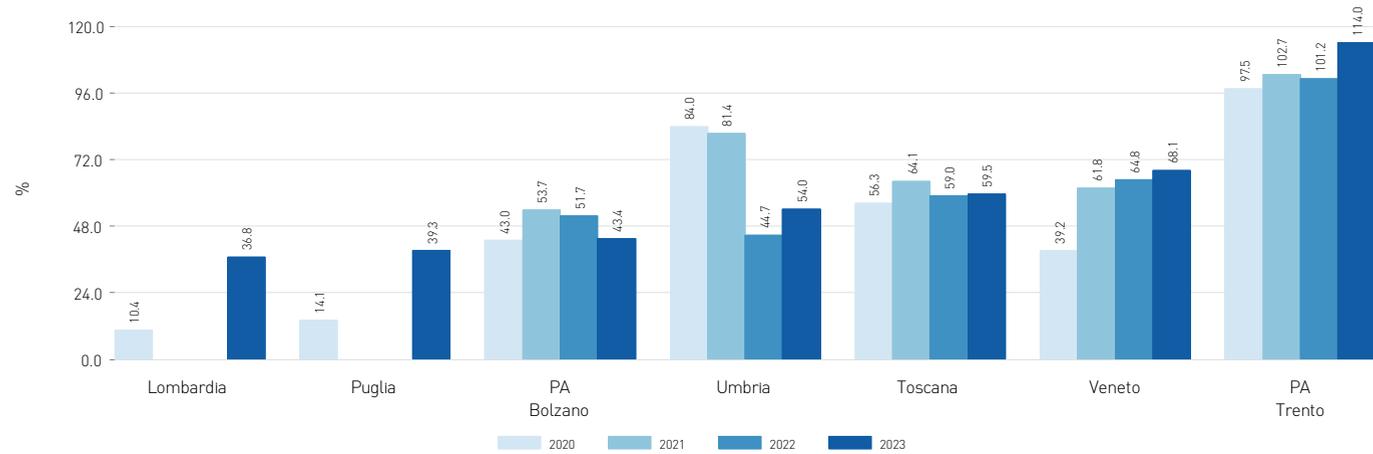
B5.1.2 - Adesione allo screening mammografico

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.



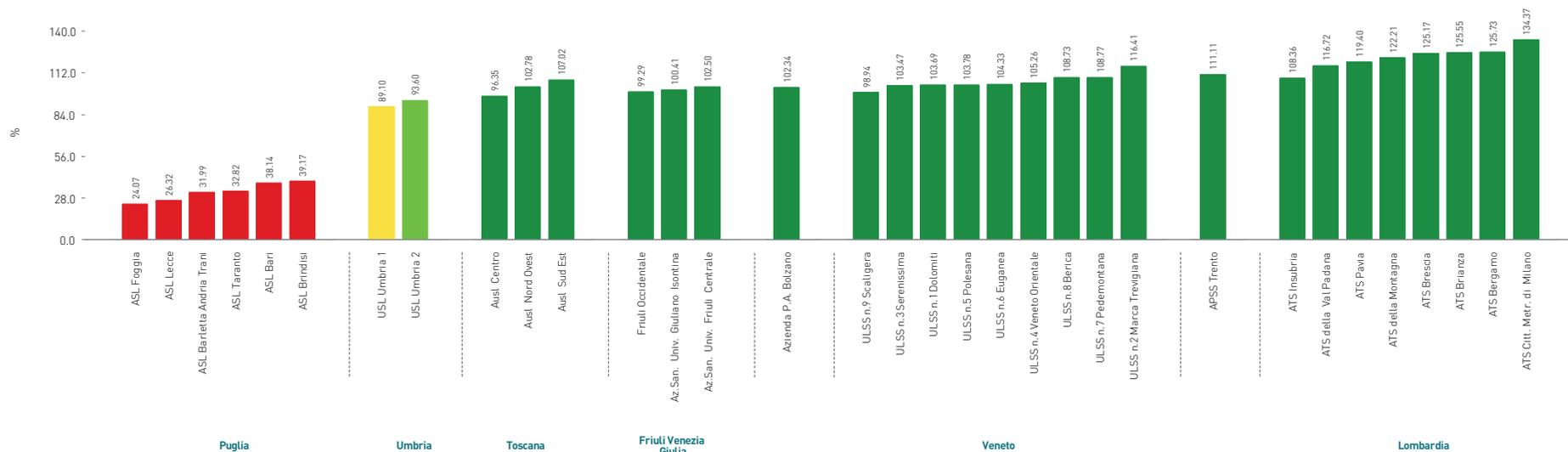
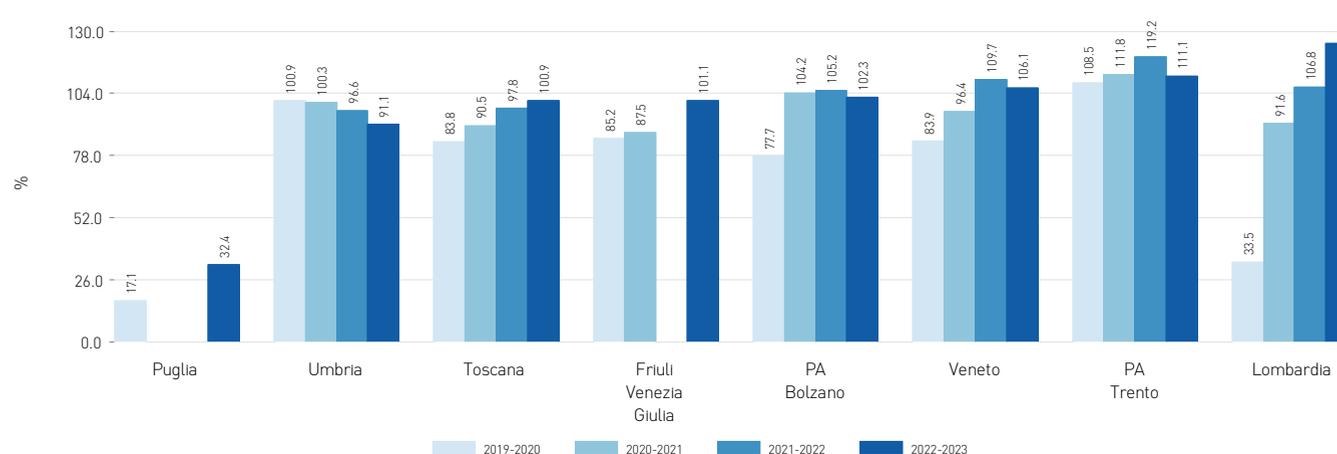
B5.2.5 - Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'indicatore viene calcolato sulla base dei criteri ONS per il calcolo come da Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e misura sia l'estensione che l'adesione allo screening.



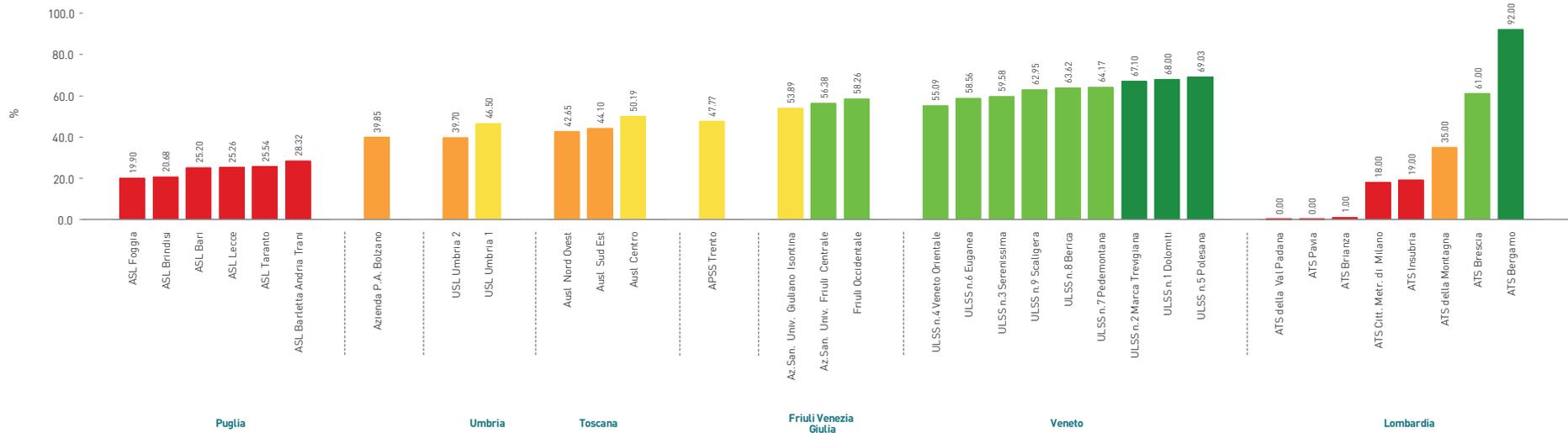
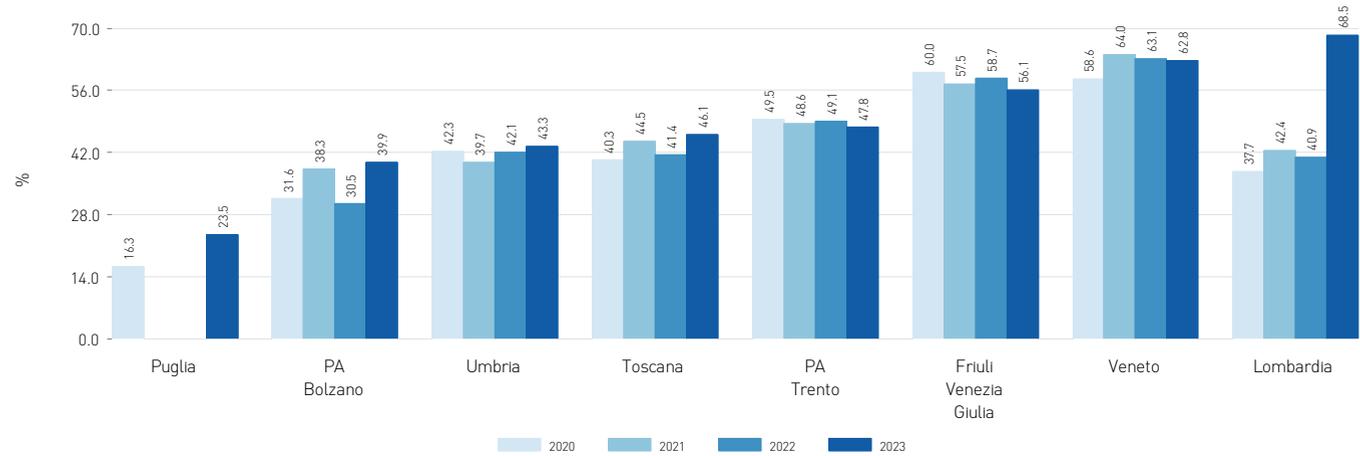
B5.3.1 - Estensione dello screening coloretale

Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti con il round di invito (biennale o triennale, a seconda del programma di screening).



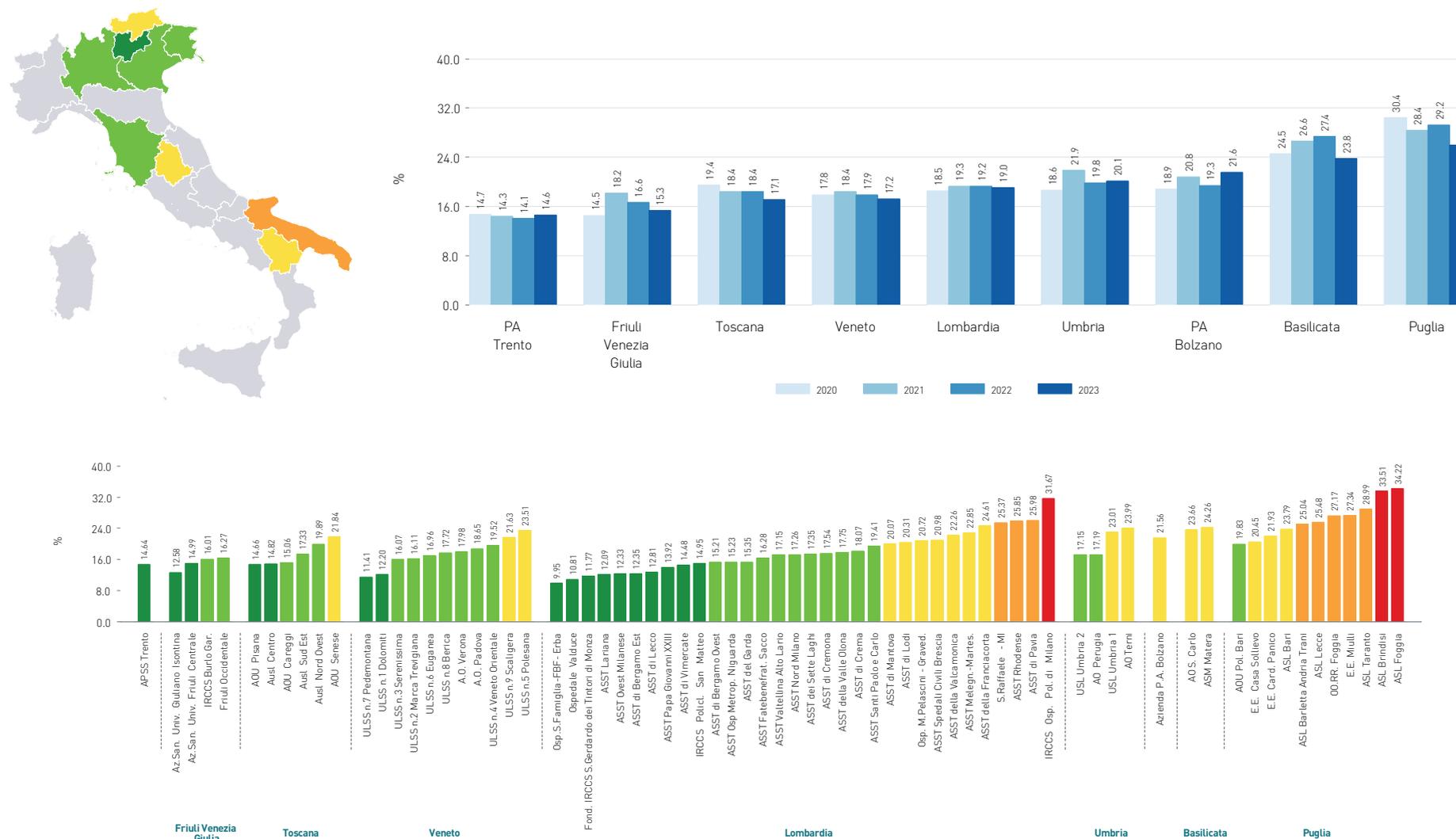
B5.3.2 - Adesione allo screening coloretta

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



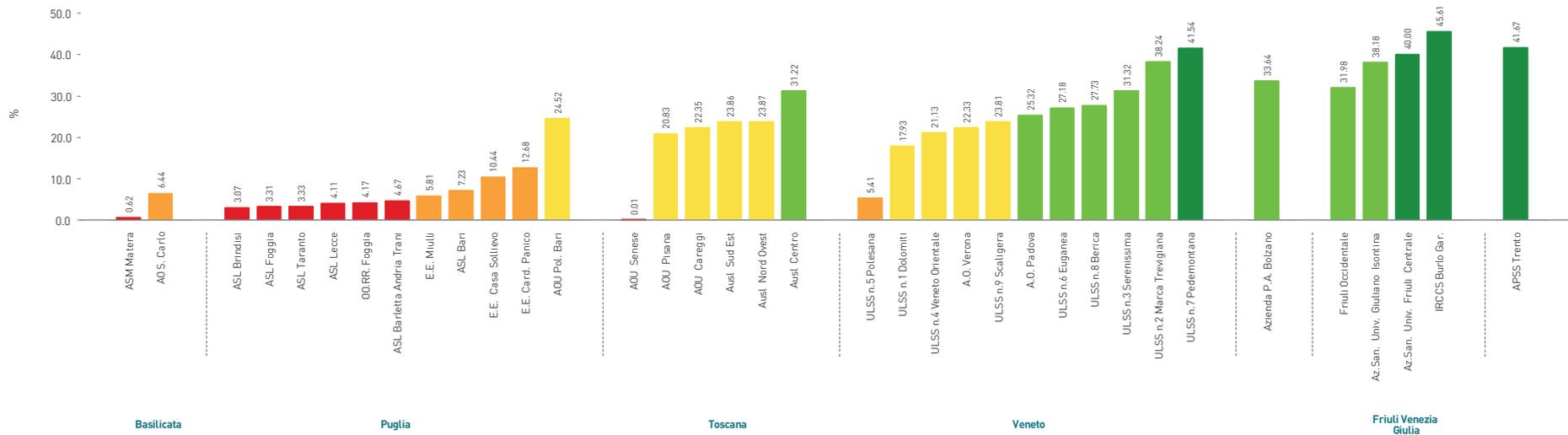
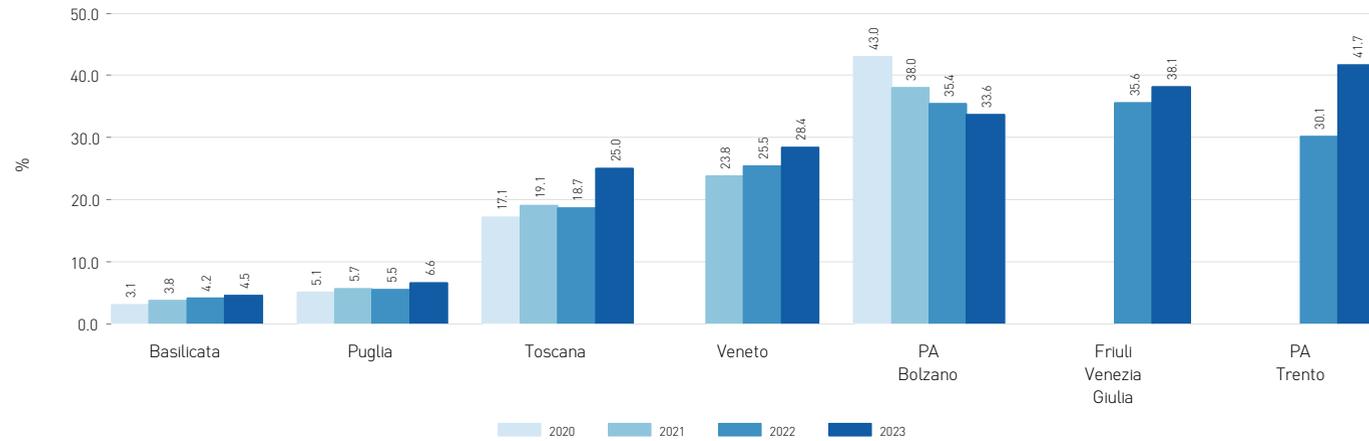
C7.1 - Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L' American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione verticale (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Freeman et al, 2000]. La percentuale di parti cesarei NTSV rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero.



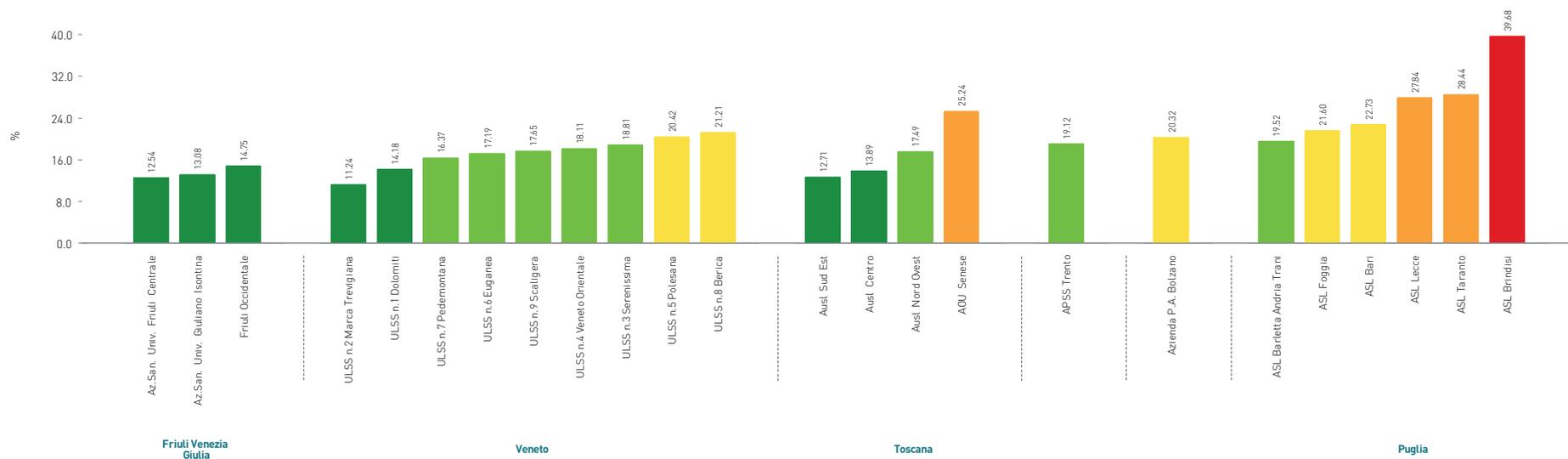
C7.30 - Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)

Il PNE ha adottato appositamente l'indicatore del VBAC per monitorare l'andamento di tale pratica, che tuttavia stenta ad affermarsi: dal 2015 al 2020 in Italia si è registrato un aumento di soli due punti percentuali (10,5% nel 2020 rispetto all'8,4% nel 2015). La grande variabilità rilevata tra le Regioni e tra i singoli PN evidenzia come le aree geografiche in cui il ricorso al TC è maggiore siano le stesse in cui la proporzione di VBAC è più bassa. Le analisi descrivono chiaramente come nelle Regioni meridionali il VBAC non rientri nella pratica ostetrica corrente, mentre in alcune Regioni del Centro-Nord sia oramai una pratica consolidata.



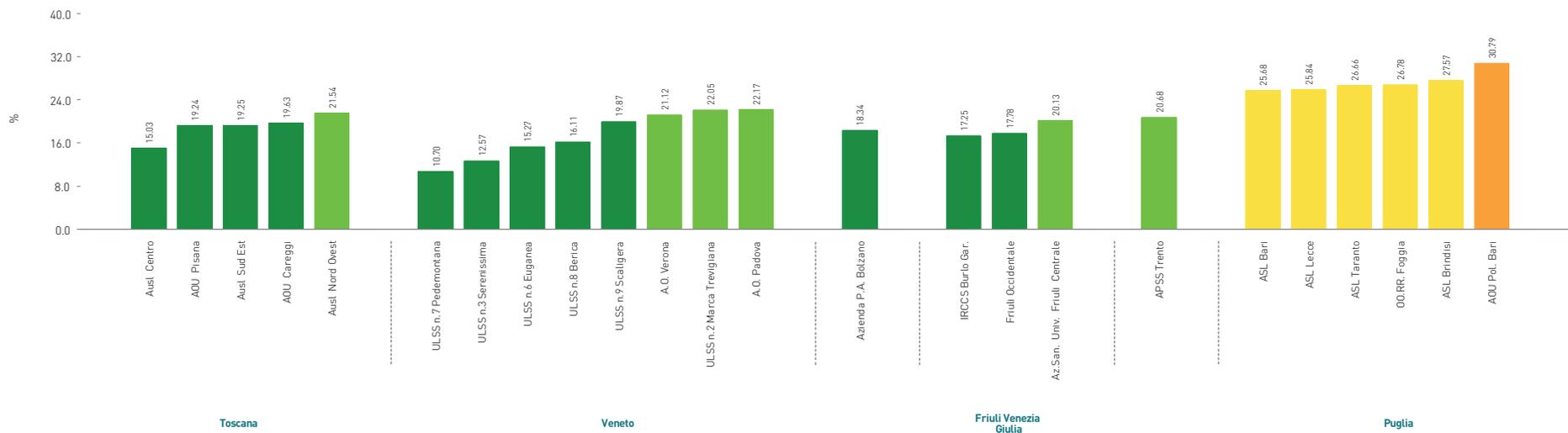
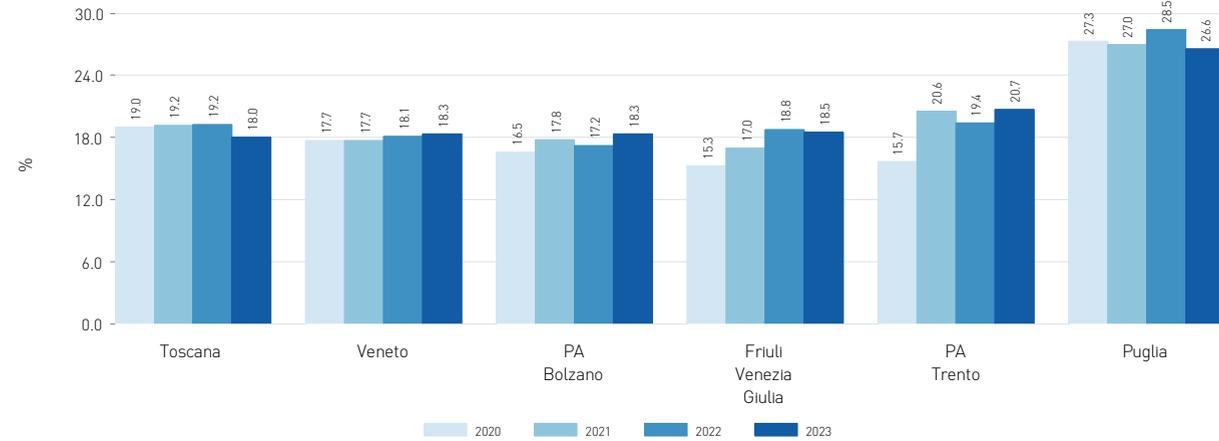
H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti

Questo indicatore misura la frequenza di ricorso al taglio cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza. Per gli ospedali di I livello (o comunque con meno di 1000 parti l'anno), l'obiettivo da raggiungere è una percentuale di tagli cesarei primari al di sotto del 15%..



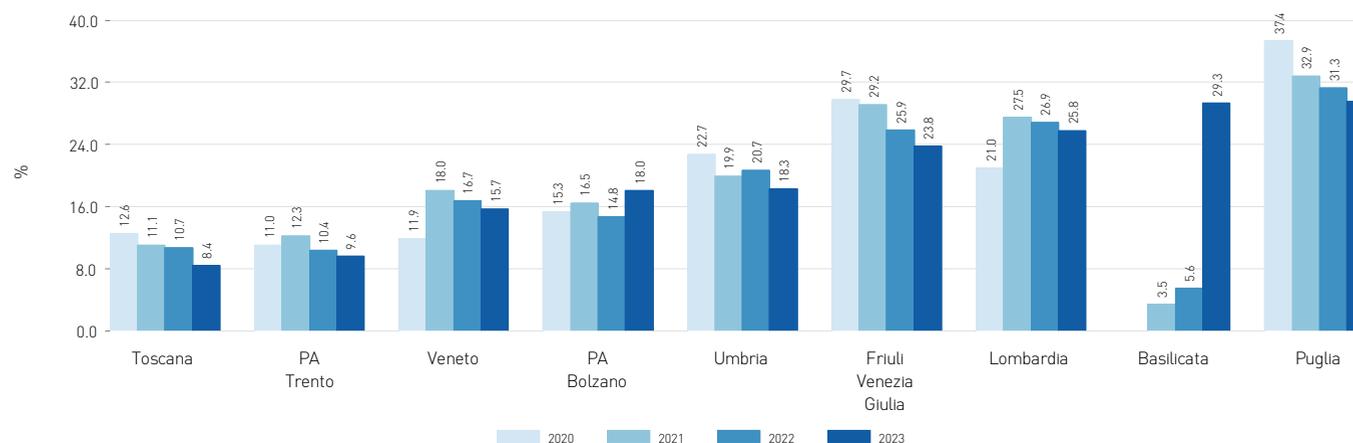
H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti

Questo indicatore misura la frequenza di ricorso al taglio cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza. Per gli ospedali di II livello (o comunque con più di 1000 parti l'anno), l'obiettivo da raggiungere è una percentuale di tagli cesarei primari al di sotto del 25%.



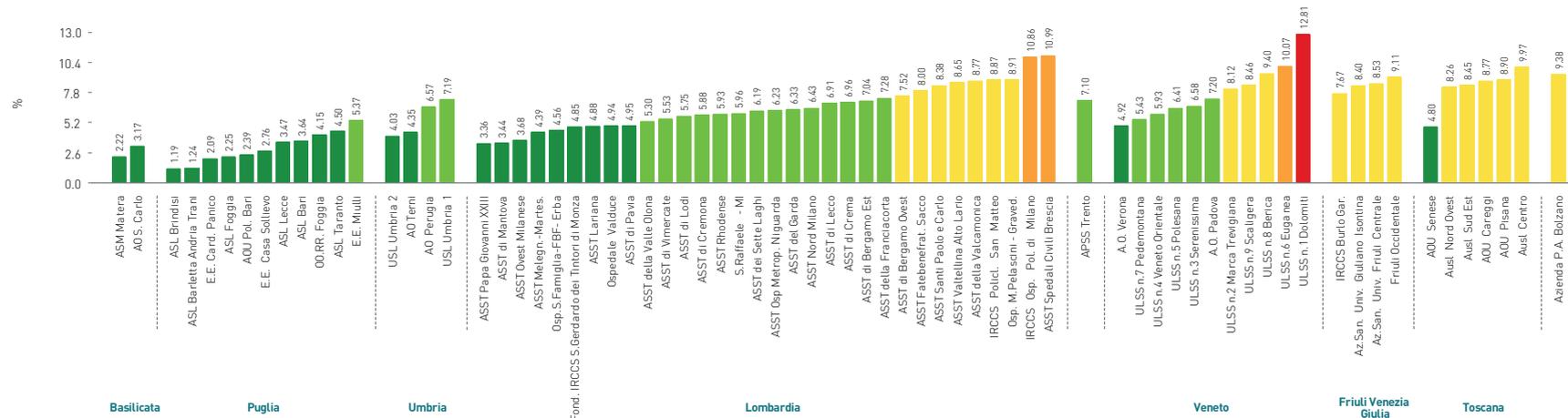
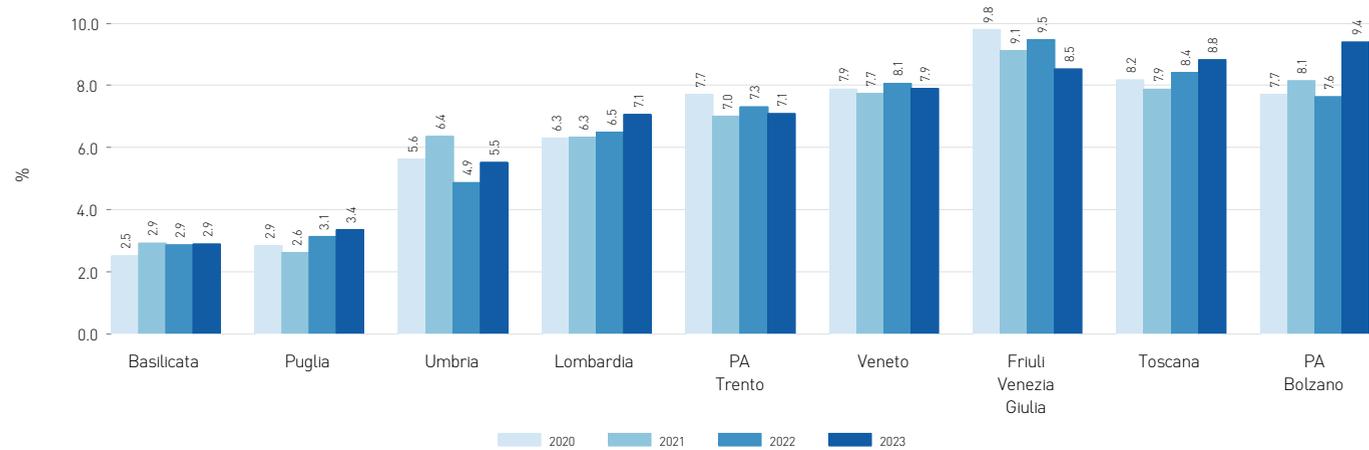
C7.3 - Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale [Viswanathan et al., 2005]. L'OMS considera buona pratica ostetrica una percentuale di episiotomie inferiore al 20%.



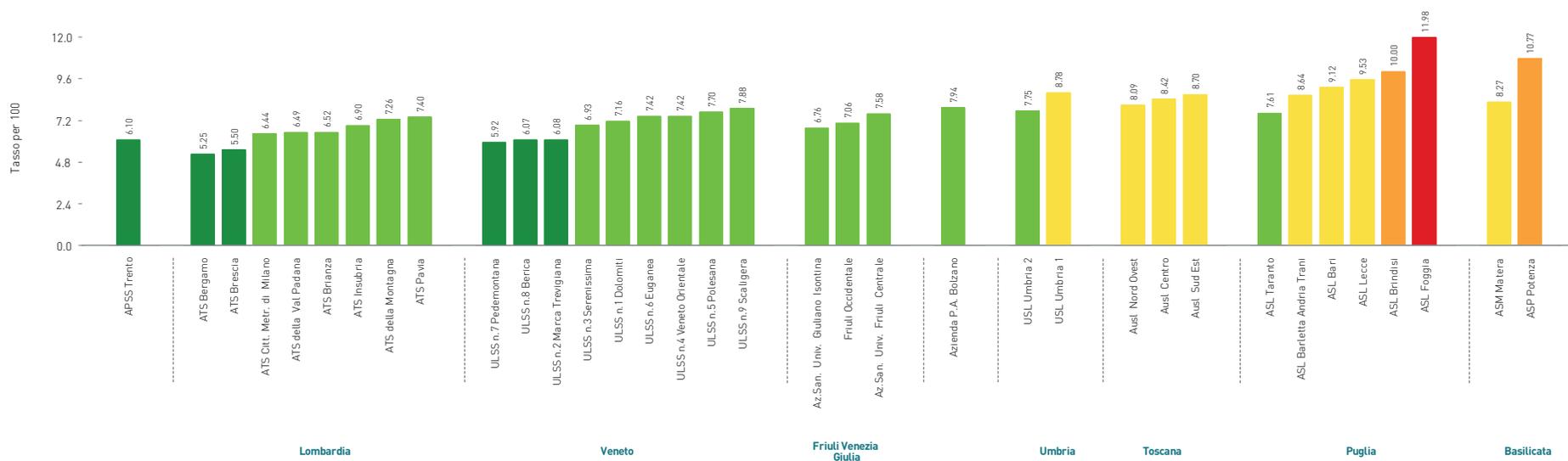
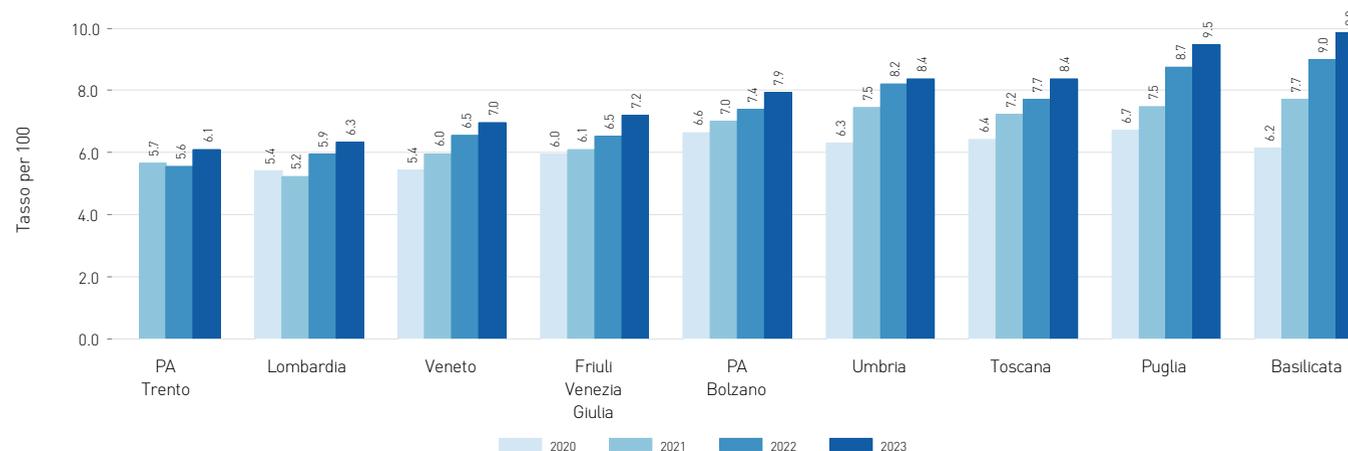
C7.6 - Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo ed un maggior ricorso al parto operativo.



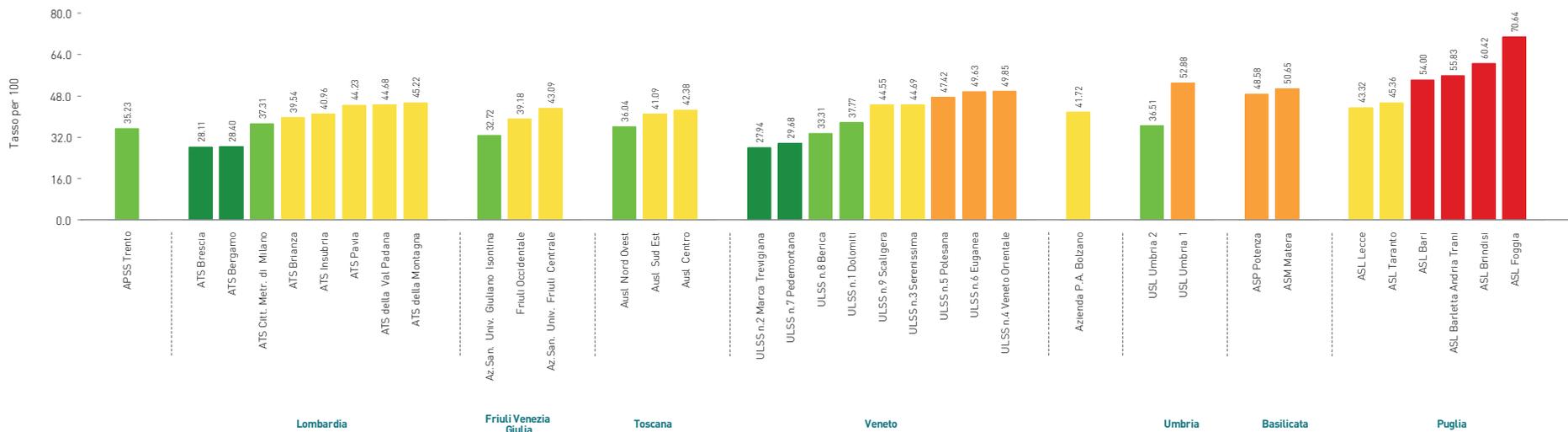
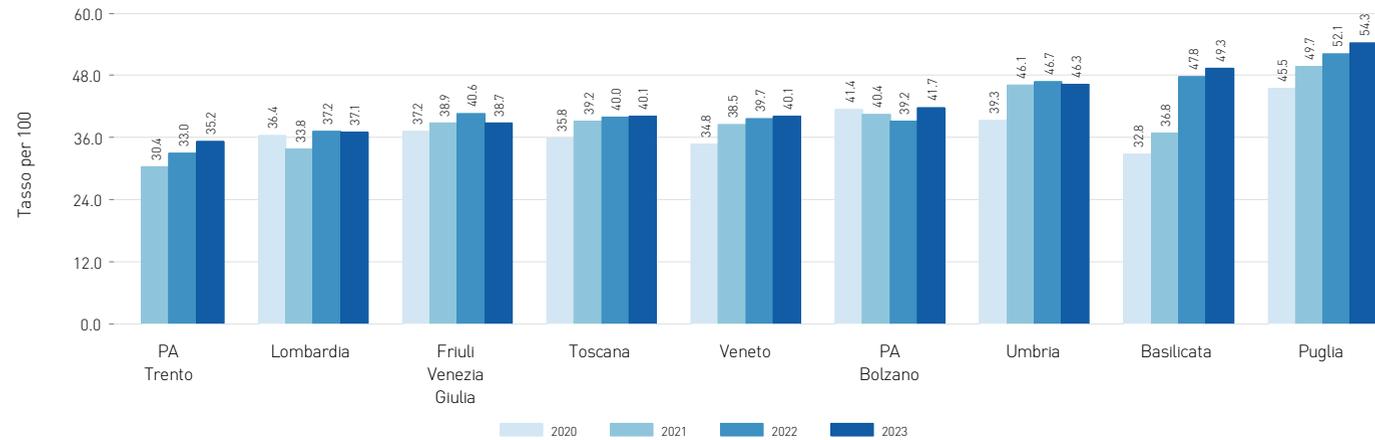
C7.7 - Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro Stato condizioni epidemiologiche significativamente diverse da quelle degli altri Paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriatazza dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005]. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano è compresa anche la mobilità austriaca.



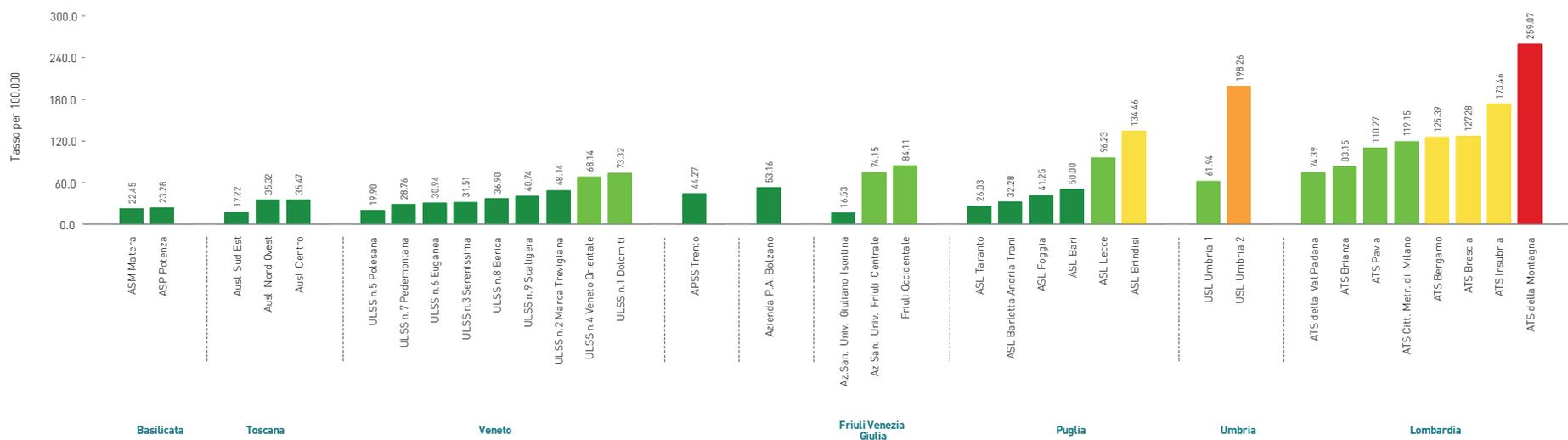
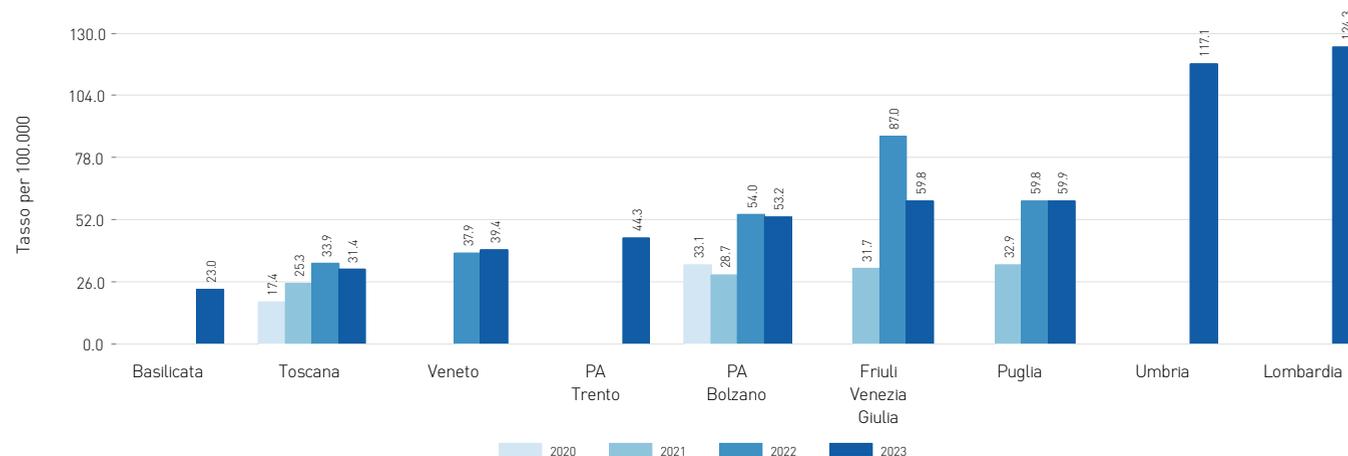
C7.7.1 - Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

L'accesso più frequente alle risorse ospedaliere da parte dei pazienti in età pediatrica riguarda proprio il primo anno di vita del bambino. Tuttavia, i dati italiani di ospedalizzazione pediatrica, con valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo, pongono la questione dei modelli organizzativi adottati, forse poco attenti al corretto utilizzo delle risorse disponibili e alle vere necessità del bambino e della sua famiglia. Fondamentali nel limitare i ricoveri inappropriati sono: una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale, un efficace filtro ai ricoveri realizzato dall'osservazione temporanea in Pronto Soccorso e la garanzia di una guardia pediatrica 24h dove nasce e si ricovera un bambino. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano è compresa anche la mobilità austriaca.



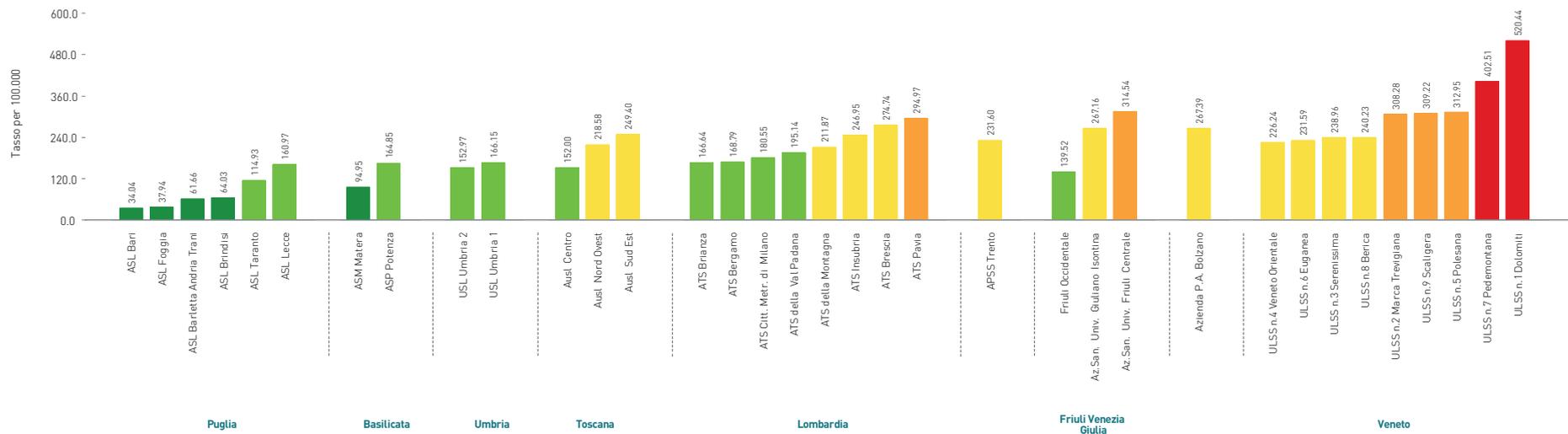
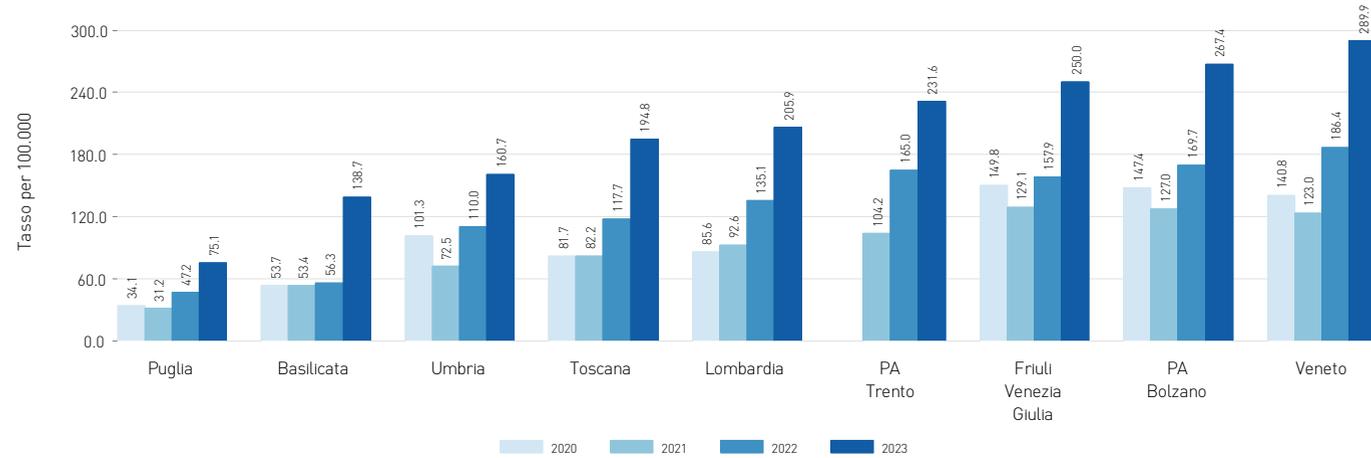
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite

Questo è un indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.



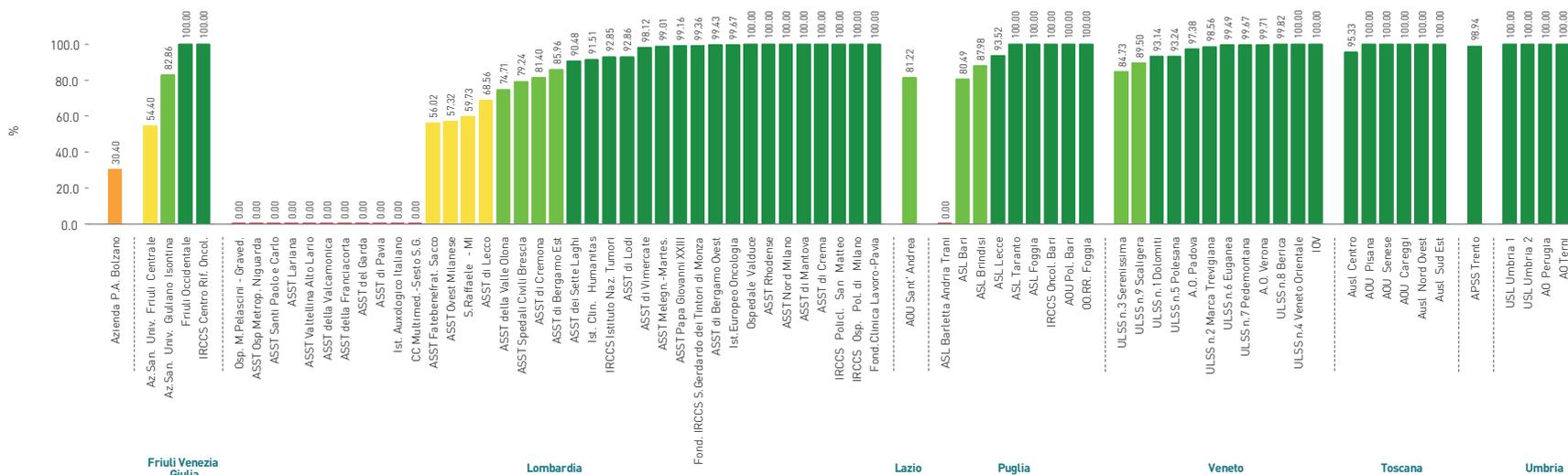
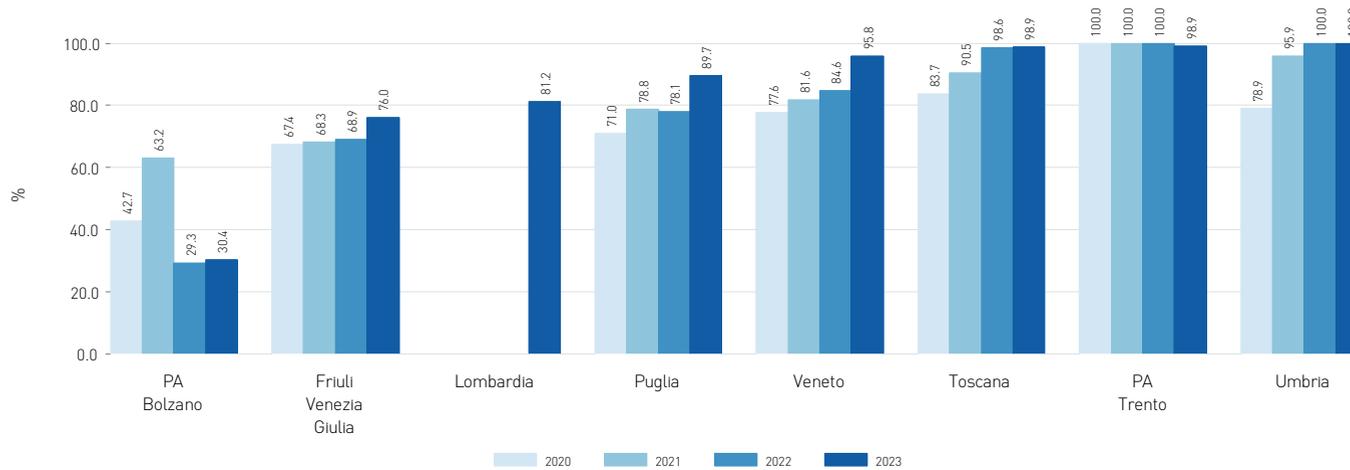
C18.1 - Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti

La variabilità nel tasso di interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da un differente bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata a differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione. Pertanto, l'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate.



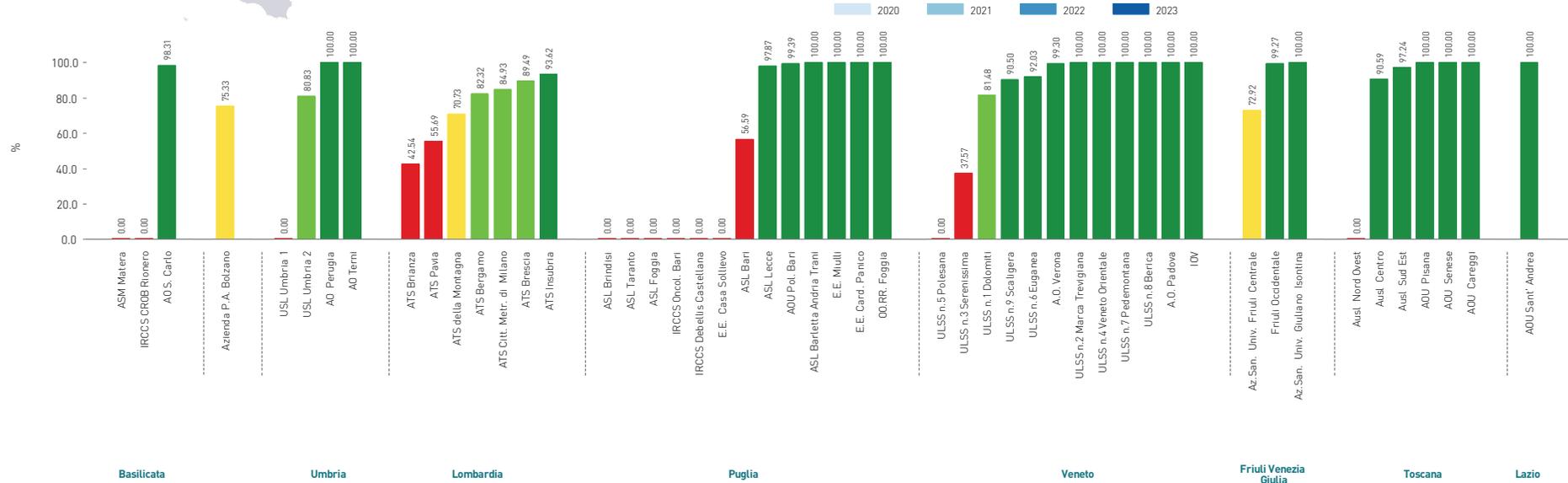
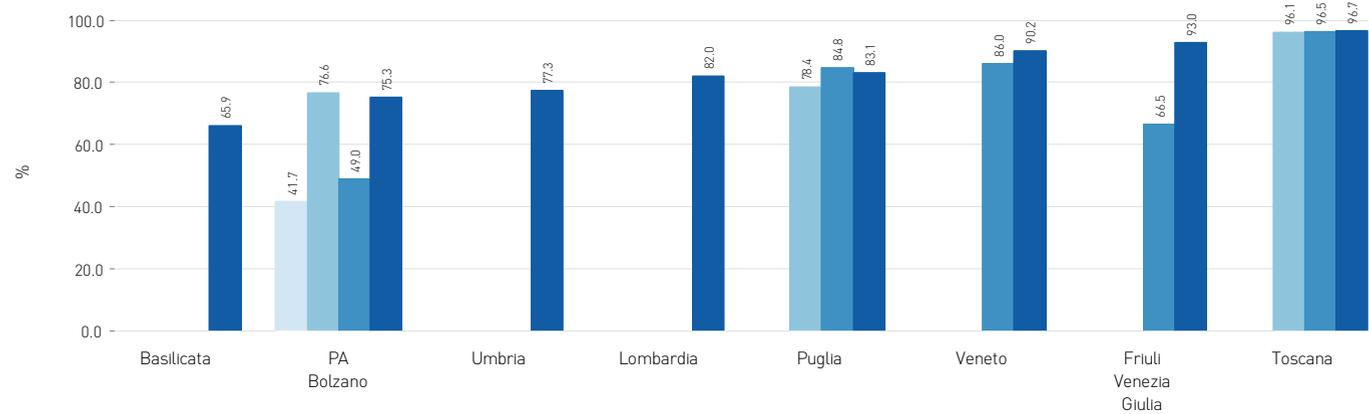
H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia dei 135 casi (150/anno con l'applicazione della tolleranza del 10%), rispetto al totale degli interventi per tumore della mammella erogati.



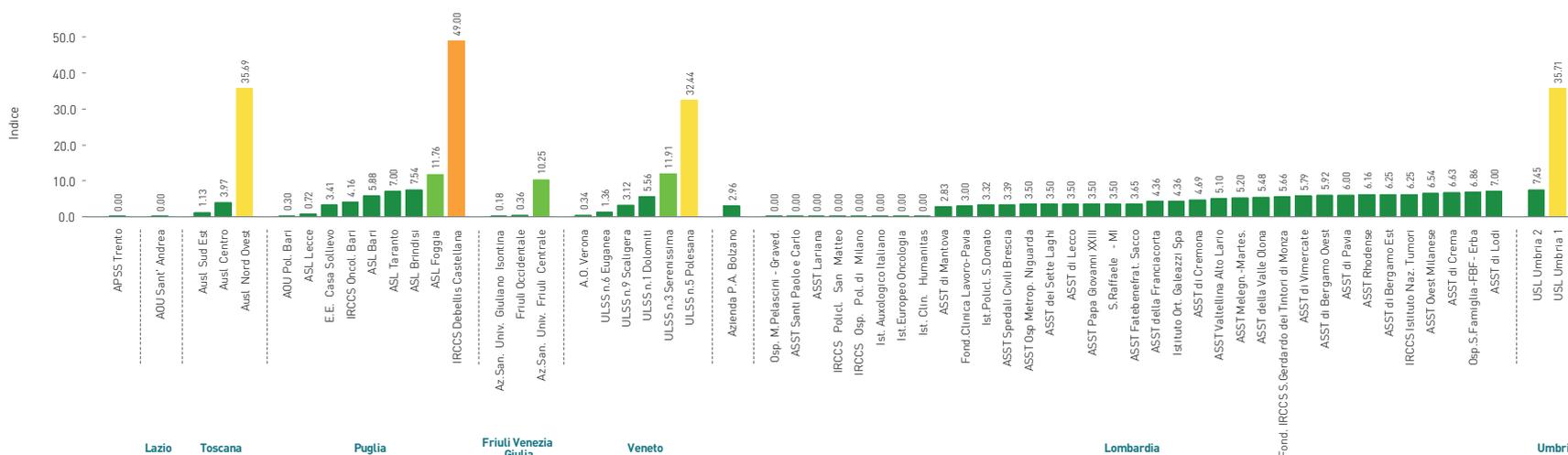
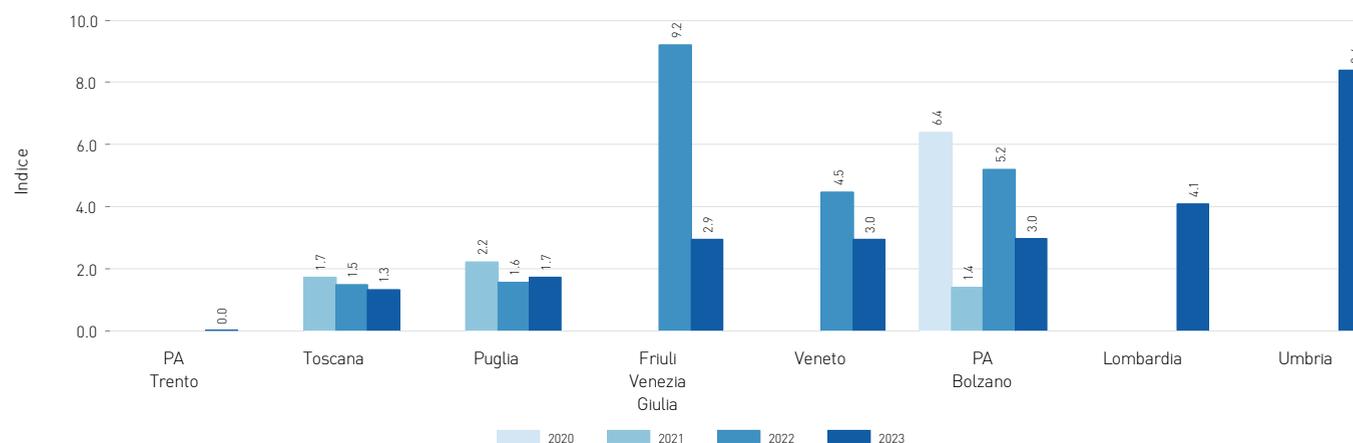
C10.1.1 - Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi di prostatectomia radicale per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di interventi di prostatectomia radicale per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi superiore al valore soglia (50/anno), sul totale degli interventi per prostatectomia radicale erogati.



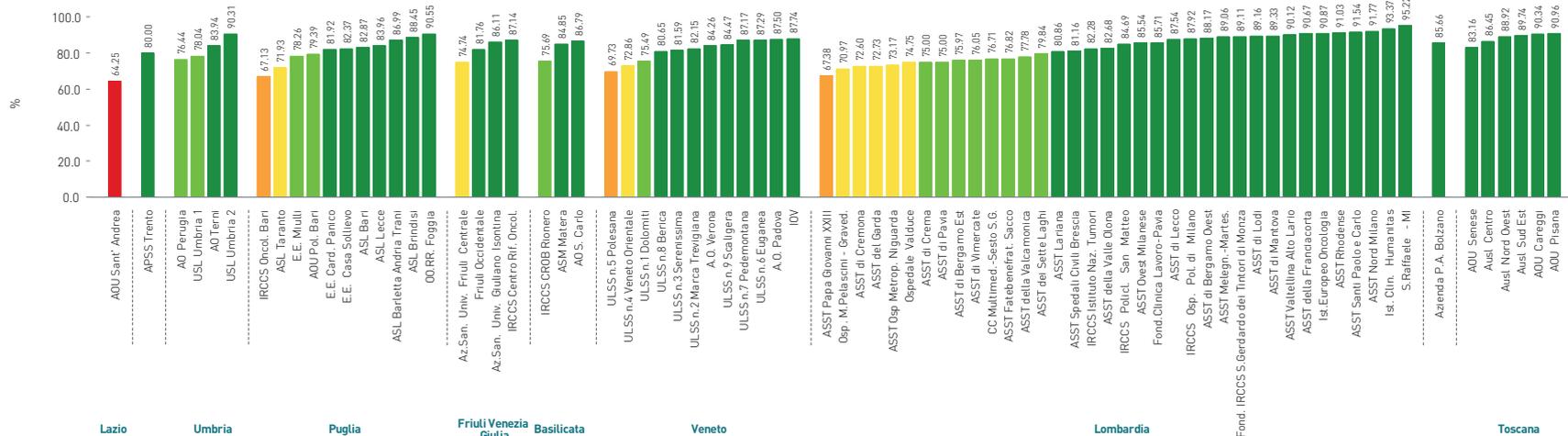
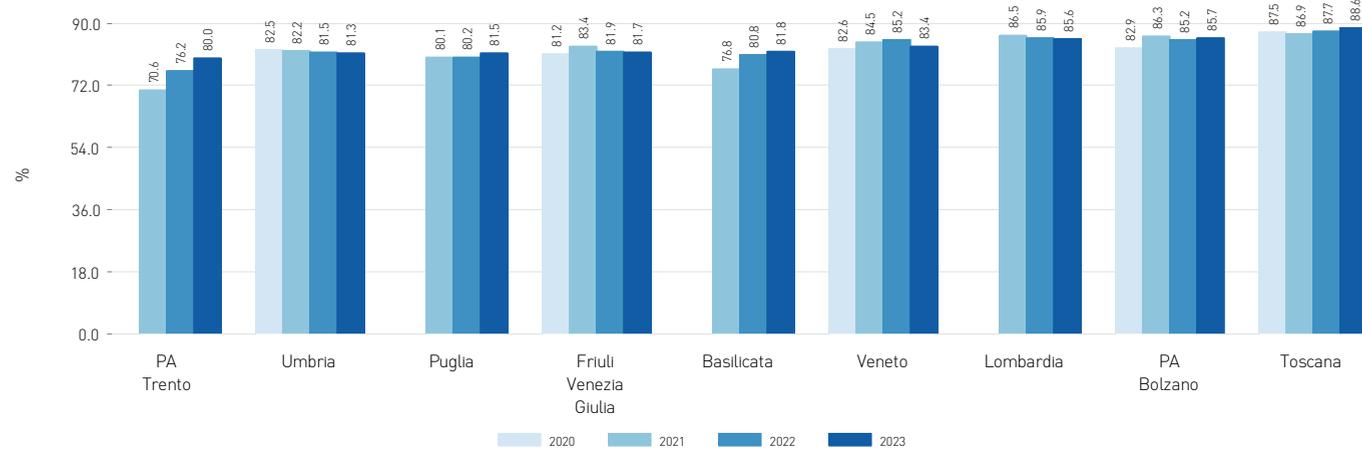
C10.1.2 - Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi di prostatectomia radicale per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (50/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia, moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati. L'indice di dispersione della casistica non viene calcolato per le aziende che risultano sopra soglia (indicatore C10.1.1).



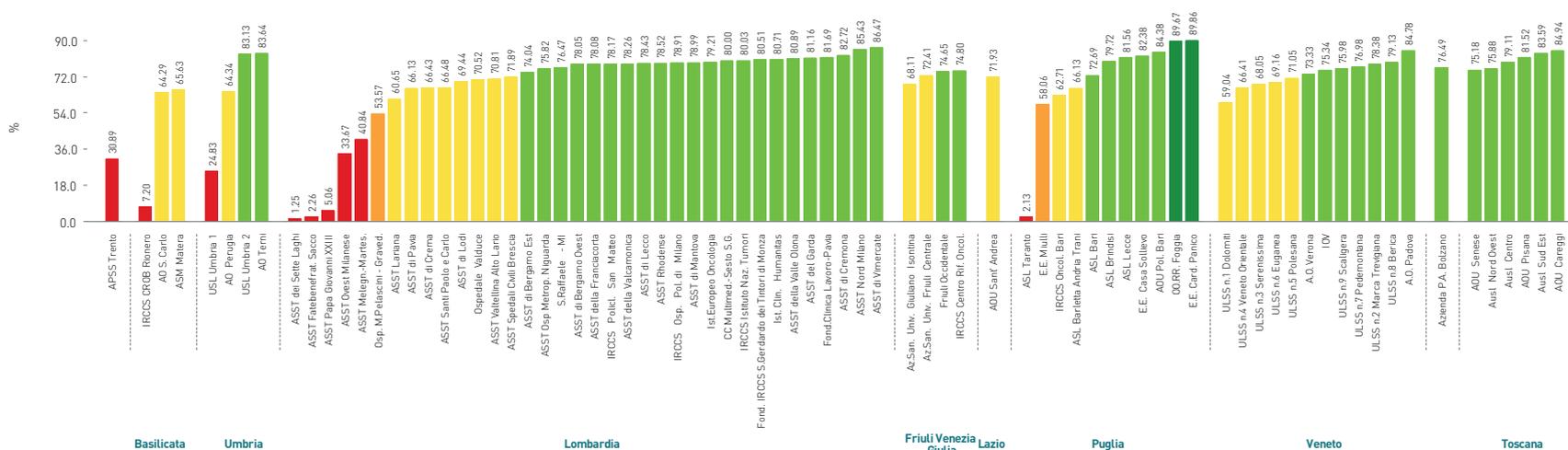
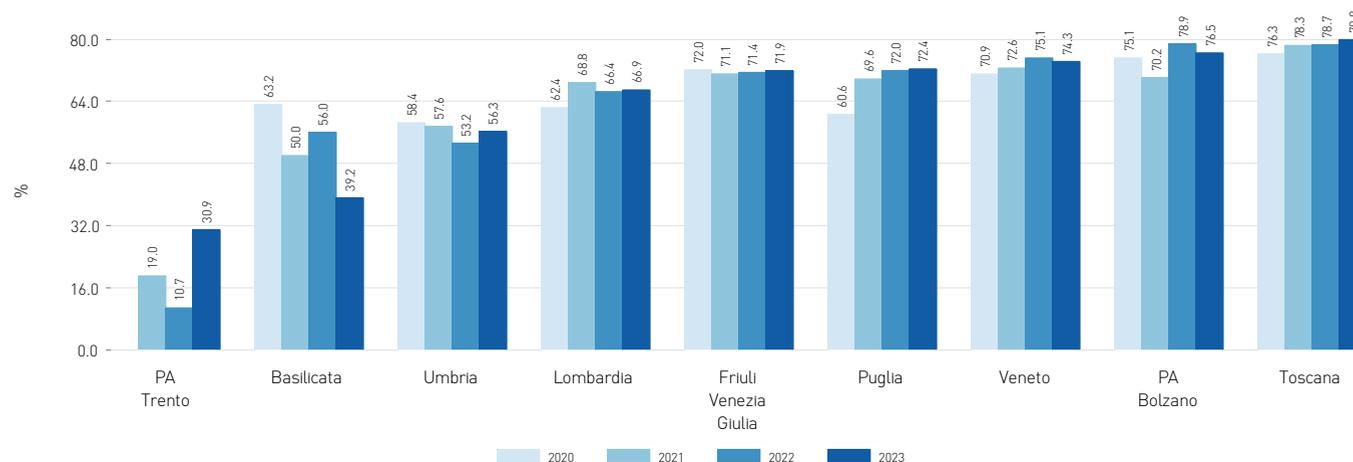
C10.2.1 - Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in conservative o demolitive. Questo indicatore supera questa netta classificazione proponendo di considerare, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi e la percentuale di interventi che preservano la cute o il capezzolo o prevedono la ricostruzione, in contrapposizione alle mastectomie a cui non segue una ricostruzione. La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dalla European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010).



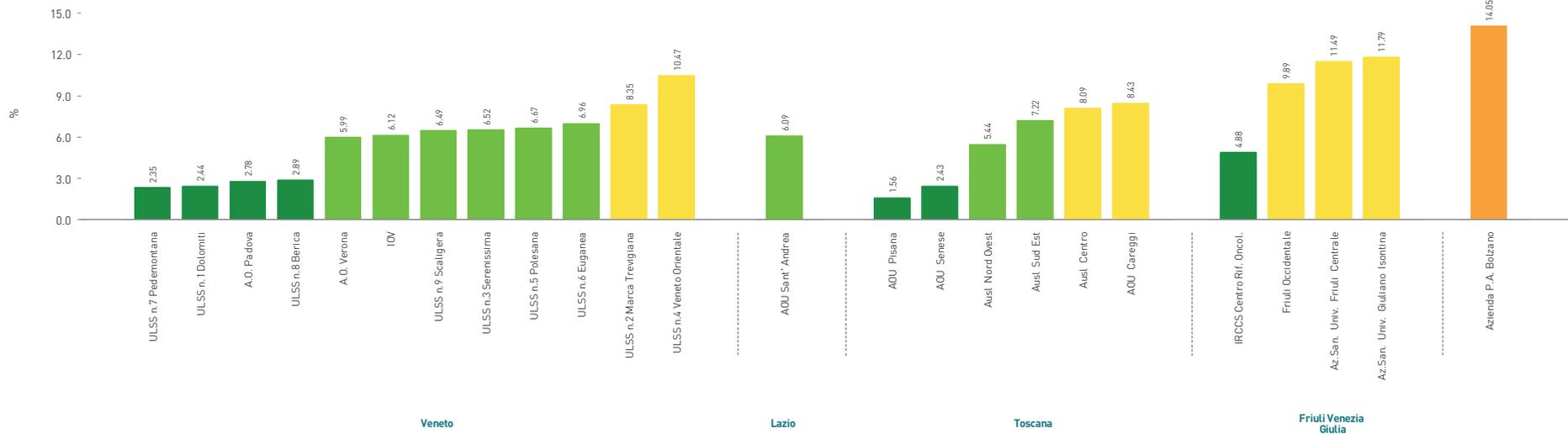
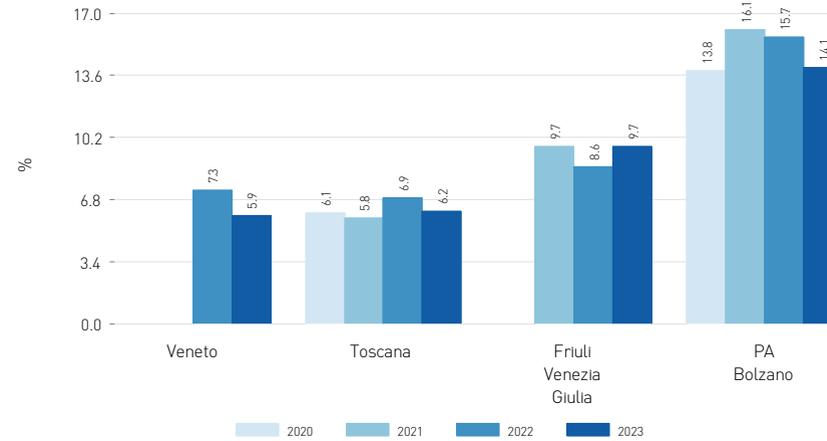
C10.2.2 - Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti post-chirurgici. La biopsia del SNLB permette di verificare velocemente se i linfonodi ascellari sono stati aggrediti e di valutare la loro rimozione.



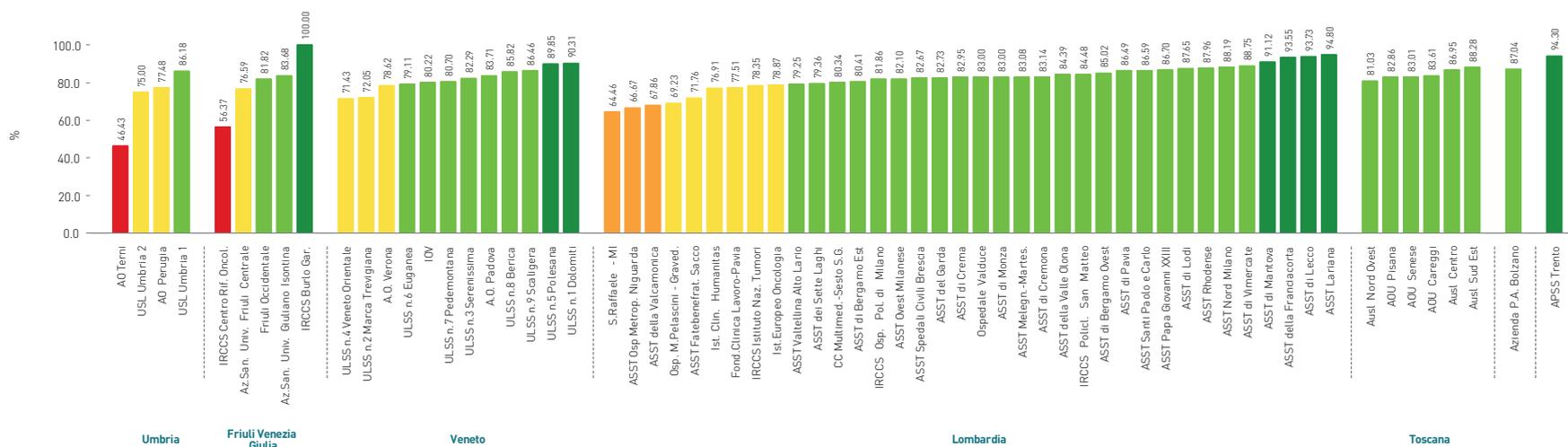
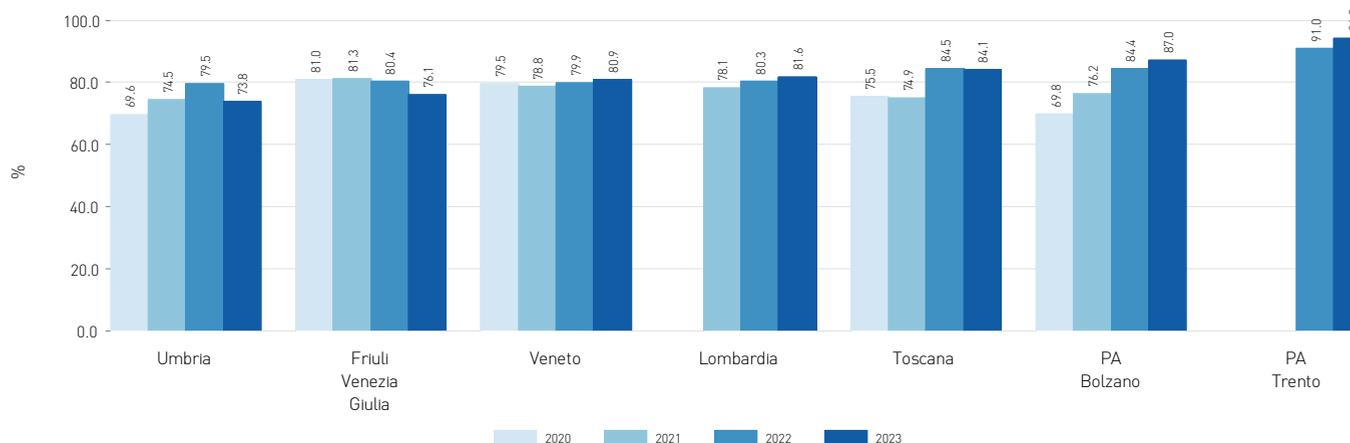
H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Questo indicatore misura la necessità di intervenire chirurgicamente successivamente al primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella.
 Fonte NSG indicatori NO CORE



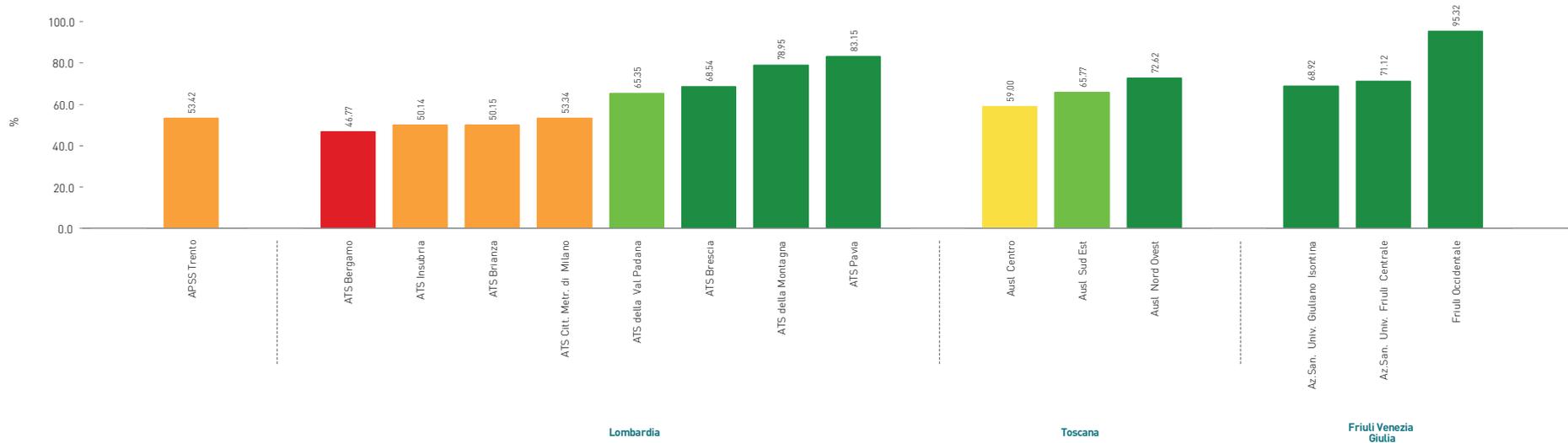
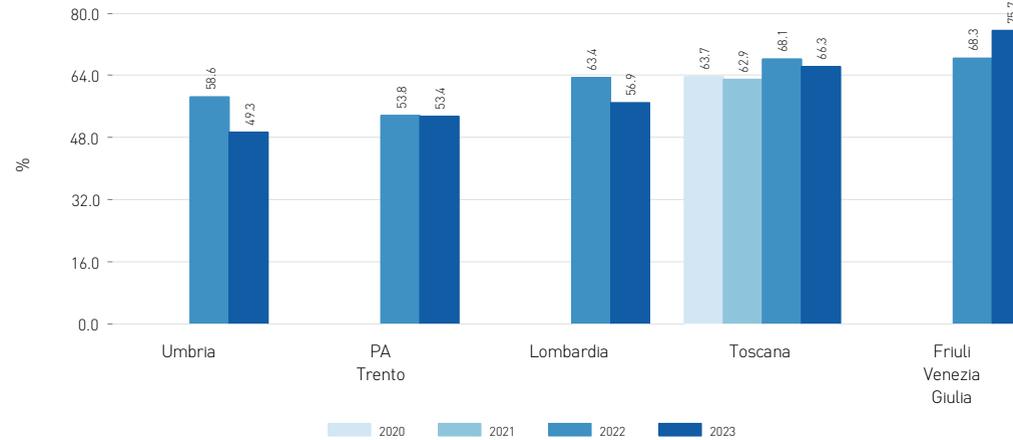
C10.2.6 - Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

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 alla diagnosi di tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale. L'indicatore non considera la quota di mammografie erogate in ambito privato, potrebbe quindi sottostimare la copertura del follow-up mammografico.



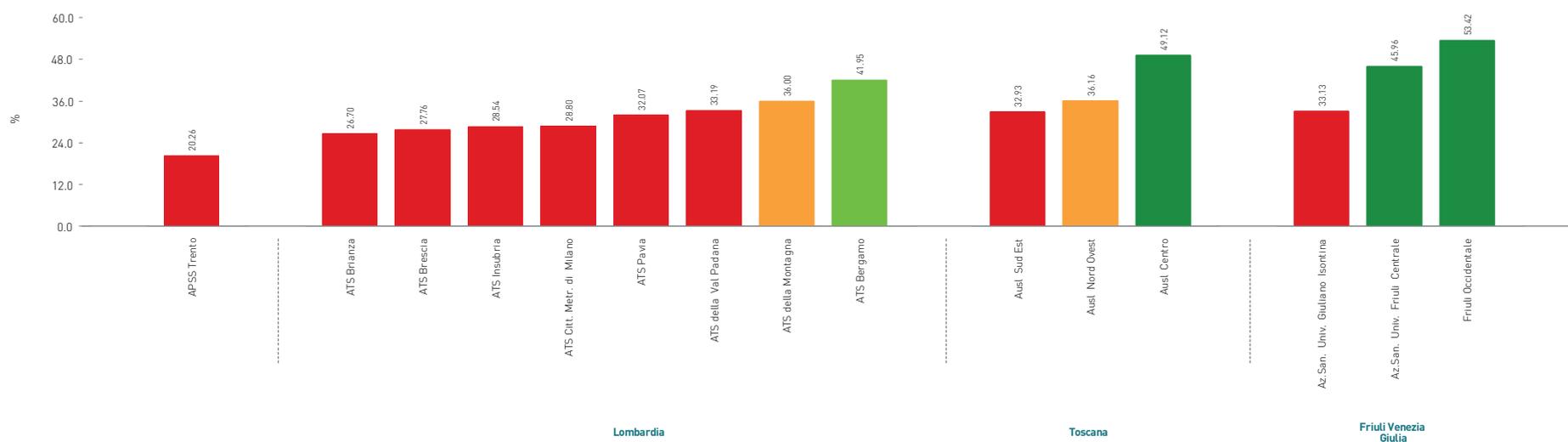
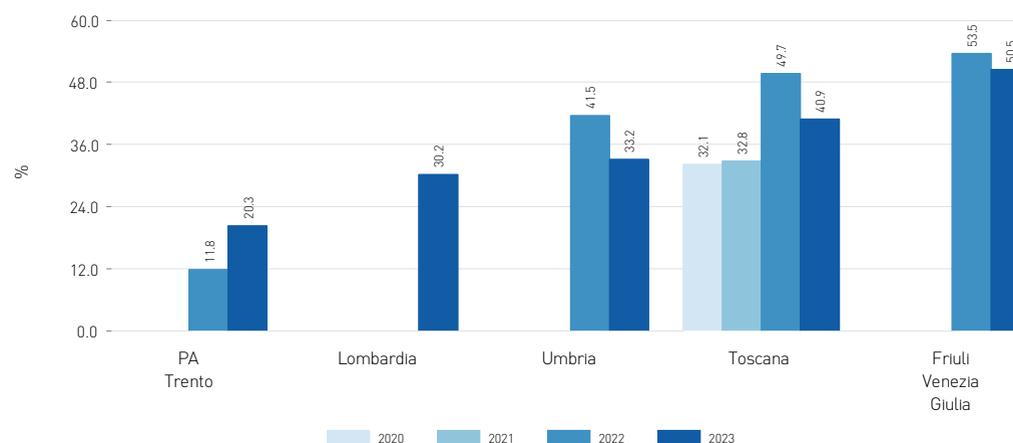
PDTA06.1 - Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)

L'indicatore descrive la proporzione di nuovi casi operati per tumore della mammella che accede tempestivamente al trattamento chirurgico. La tempestività di intervento chirurgico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine (Bleicher et al 2016). Nello specifico si valuta la quota di pazienti donne sottoposte a chirurgia radicale e/o conservativa, che ricevono una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento. Sono escluse le pazienti con terapia neo-adiuvante. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici: Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Beck JR, Ross E, Wong YN, Patel SA, Boraas M, Chang EI, Topham NS, Egleston BL. Time to surgery and breast cancer survival in the United States. JAMA Onco 2016;2:330-9.



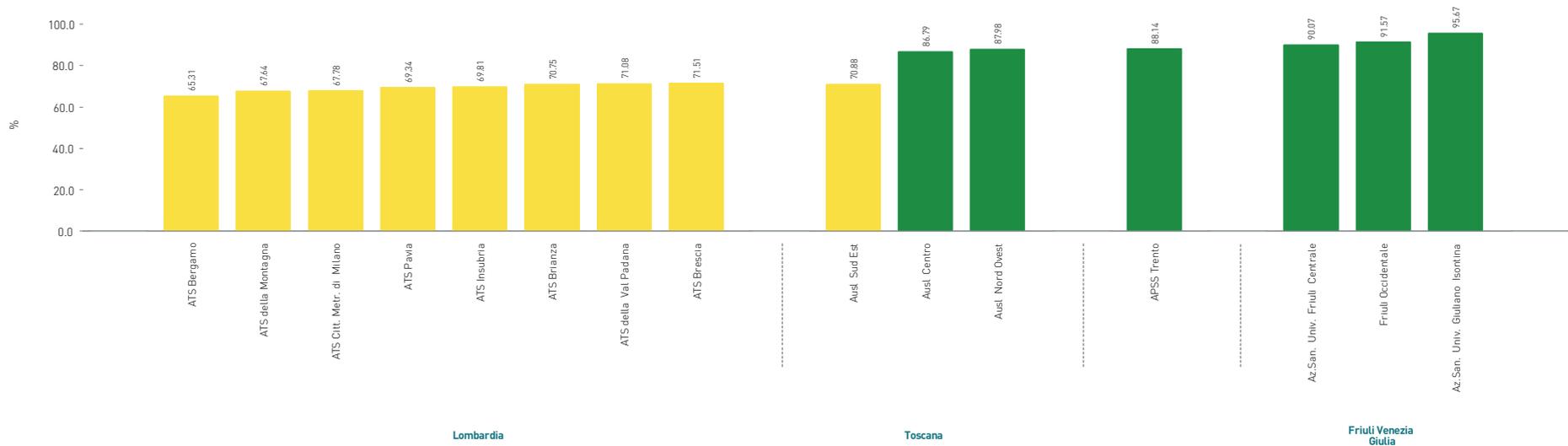
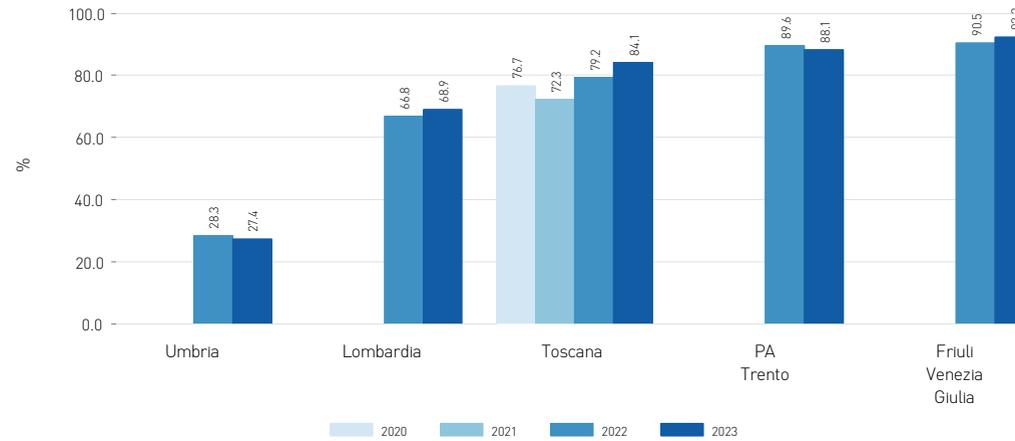
PDТА06.2 - Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDТА Mammella)

L'indicatore descrive la tempestività dell'inizio della terapia medica. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento, escluse le pazienti sottoposte a terapia medica neoadiuvante e radioterapia esclusiva. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici • Linee Guida AIOM. "Neoplasie della mammella" Edizione 2015 Aggiornamento al 16 settembre 2015. <http://www.aiom.it>. • Senkus, S. Kyriakides, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Rutgers, S. Zackrisson & F. Cardoso, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015; 26 (Suppl 5): v8-v30.



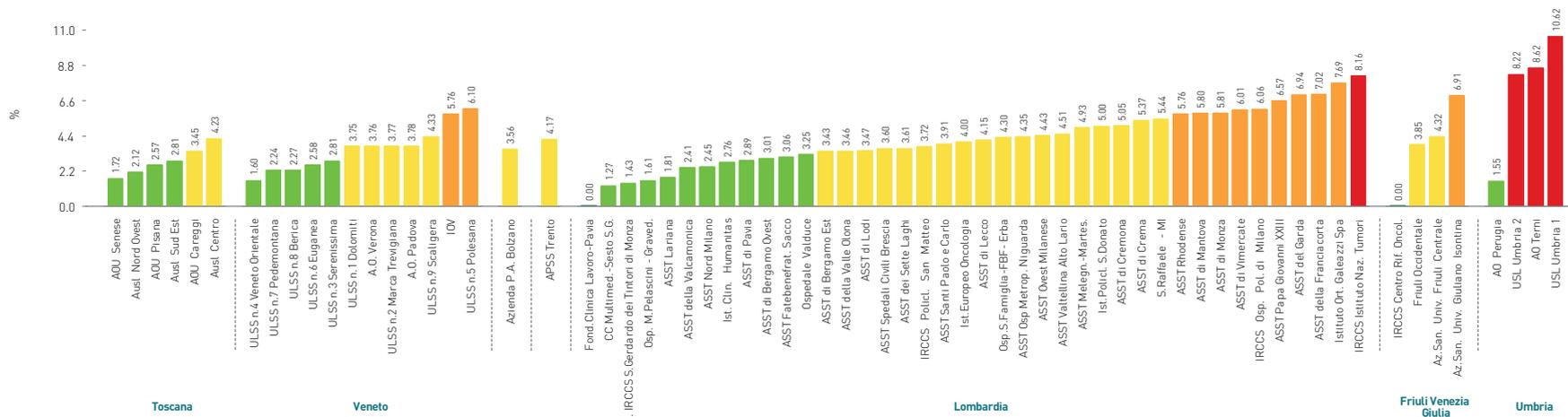
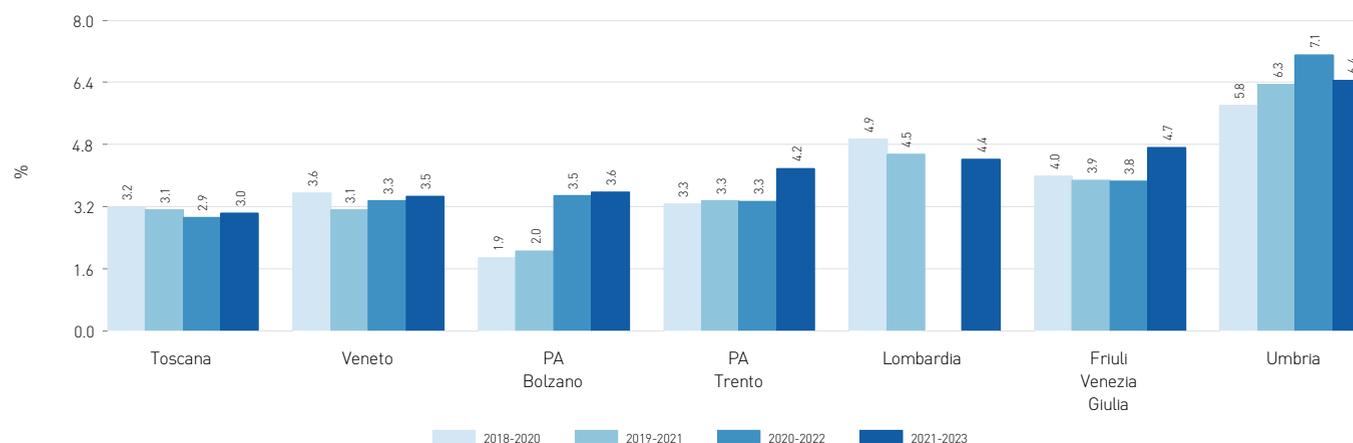
PDTA06.3 - Radioterapia complementare (PDTA Mammella)

L'indicatore descrive l'effettuazione della radioterapia complementare. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici • Linee Guida AIOM. "Neoplasie della mammella" Edizione 2015 Aggiornamento al 16 settembre 2015. <http://www.aiom.it>. • Senkus, S. Kyriakides, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Rutgers, S. Zackrisson & F. Cardoso, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015; 26 [Suppl 5]: v8-v30. • Wallington, M. 30-day mortality after systemic anticancer treatment for breast and lung cancer in England: a population-based, observational study. Lancet Oncol 2016; 17: 1203-16



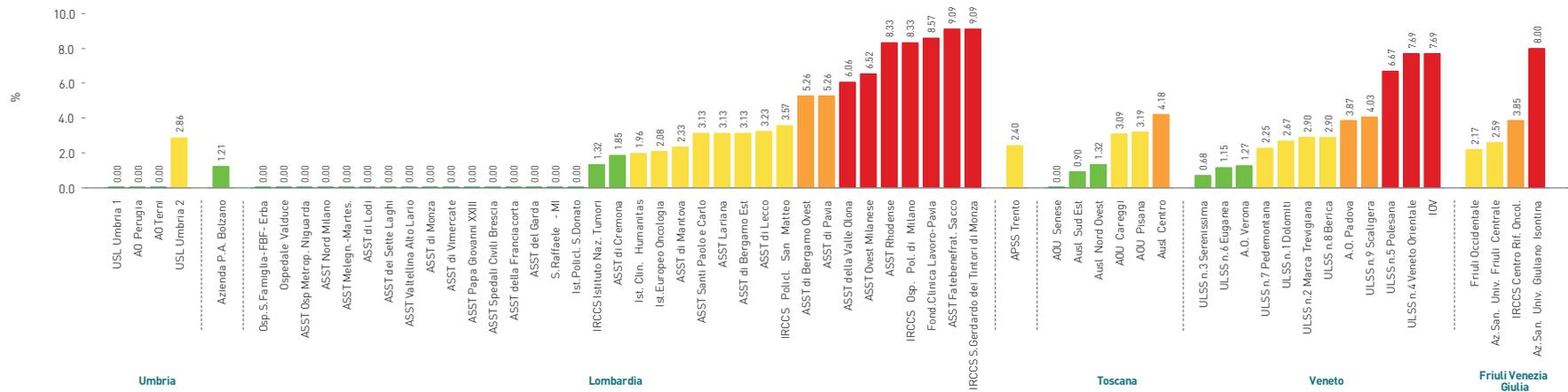
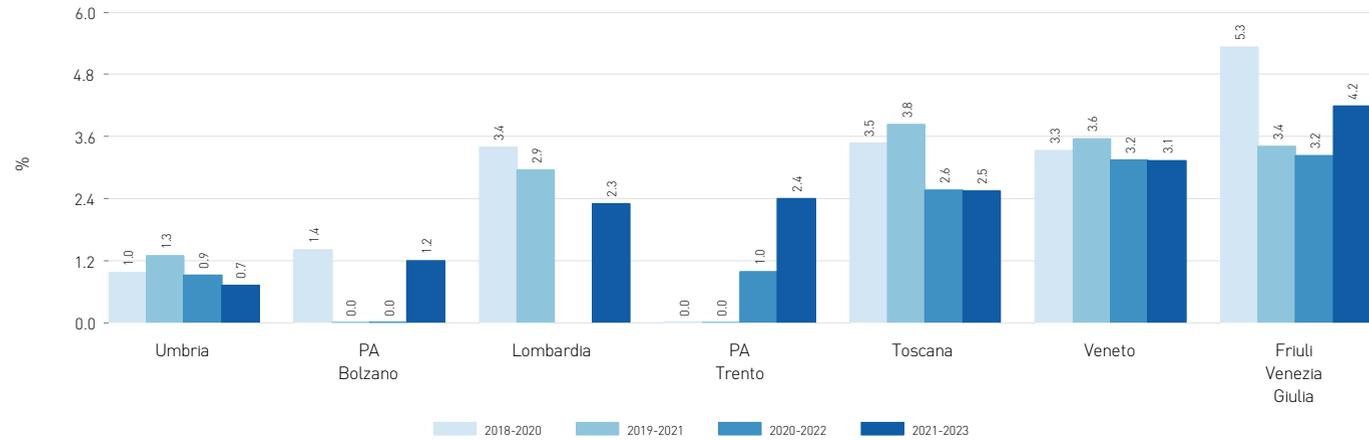
C10.3.1 - Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

L'indicatore, calcolato su base triennale, 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.



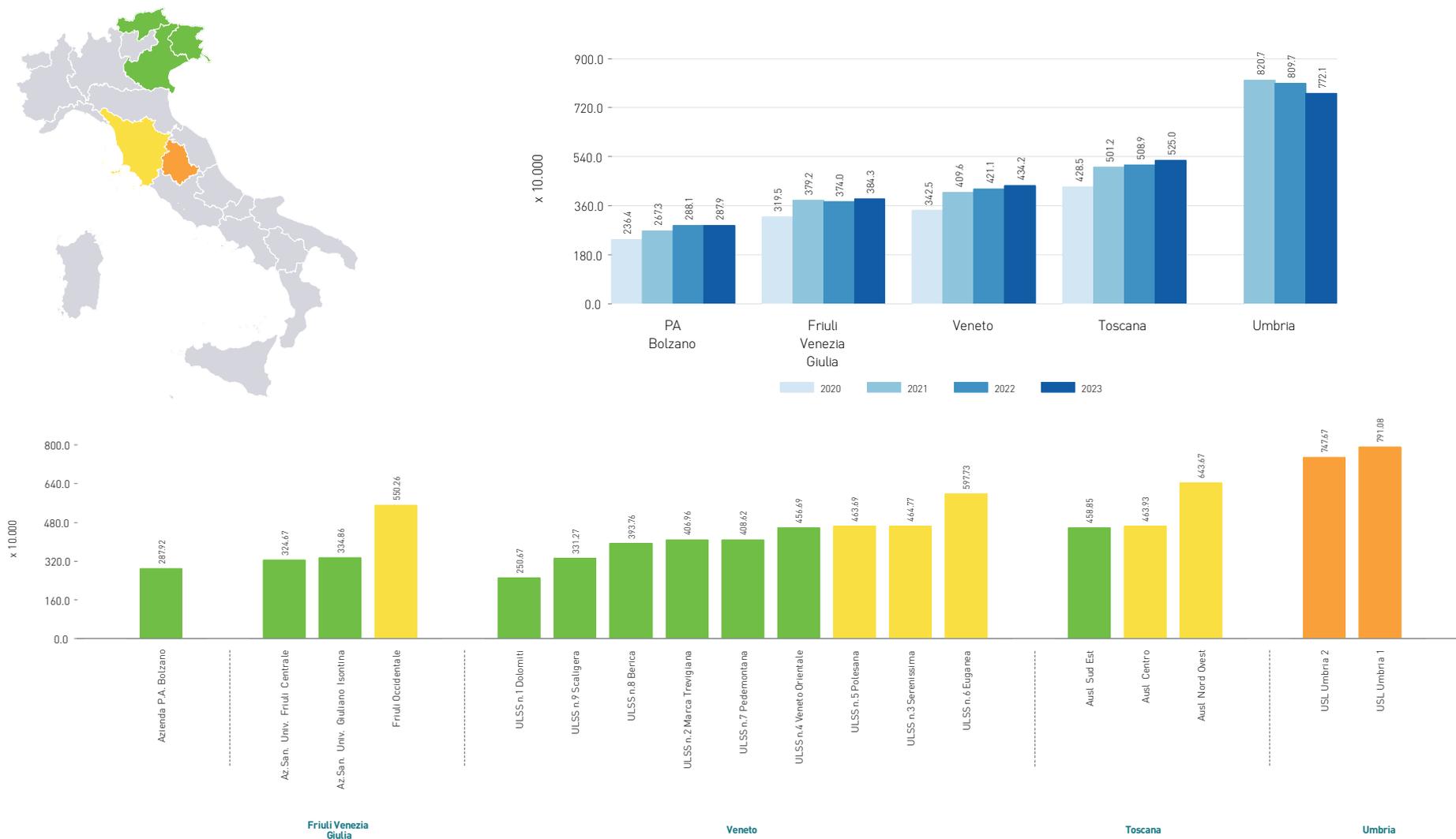
C10.3.2 - Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

L'indicatore, calcolato su base triennale, 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.



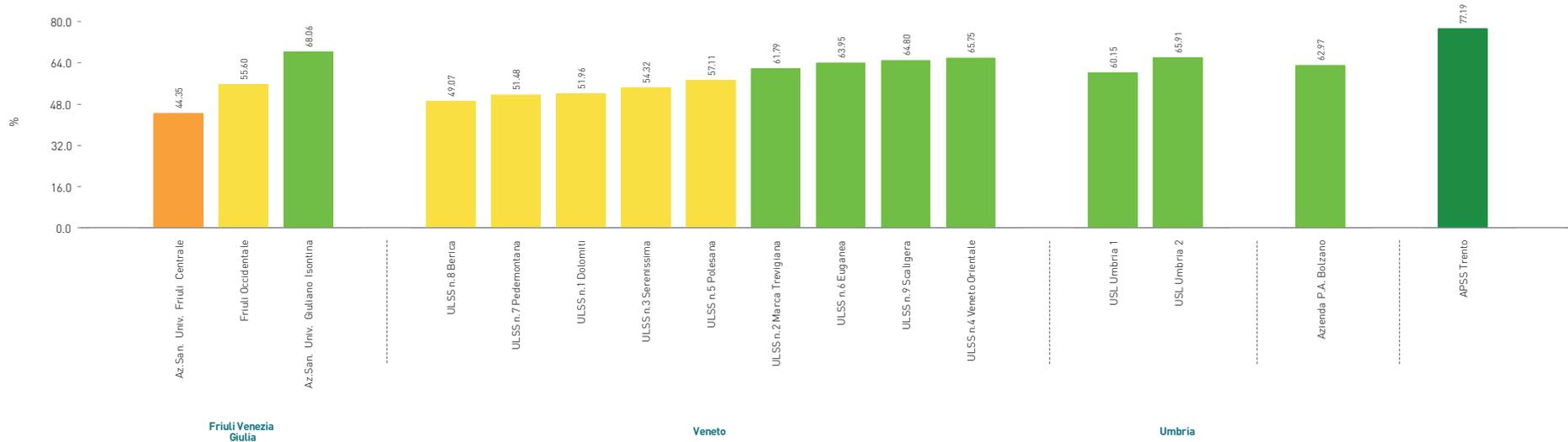
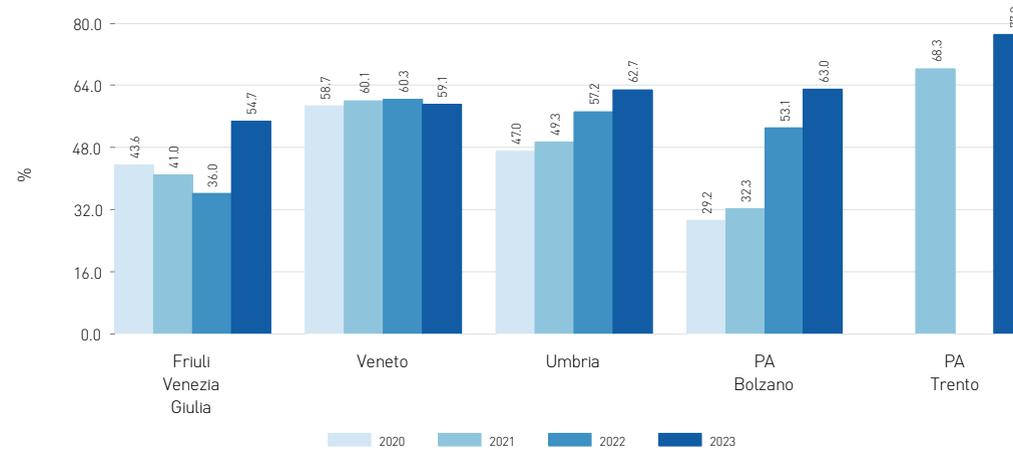
C10.5 - Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali

Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologia 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.



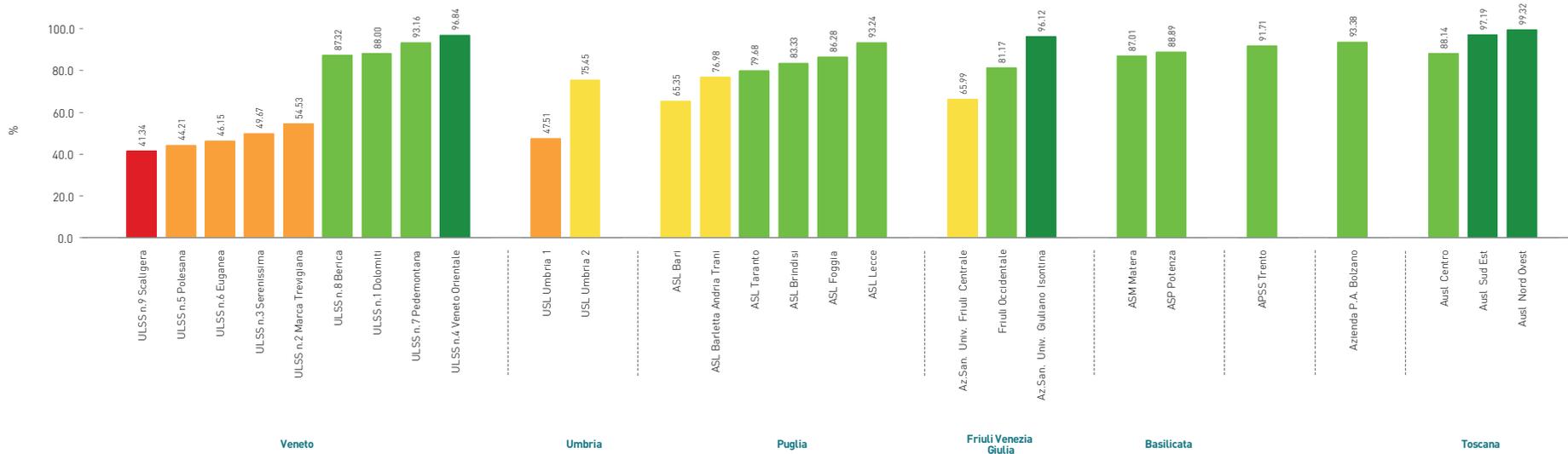
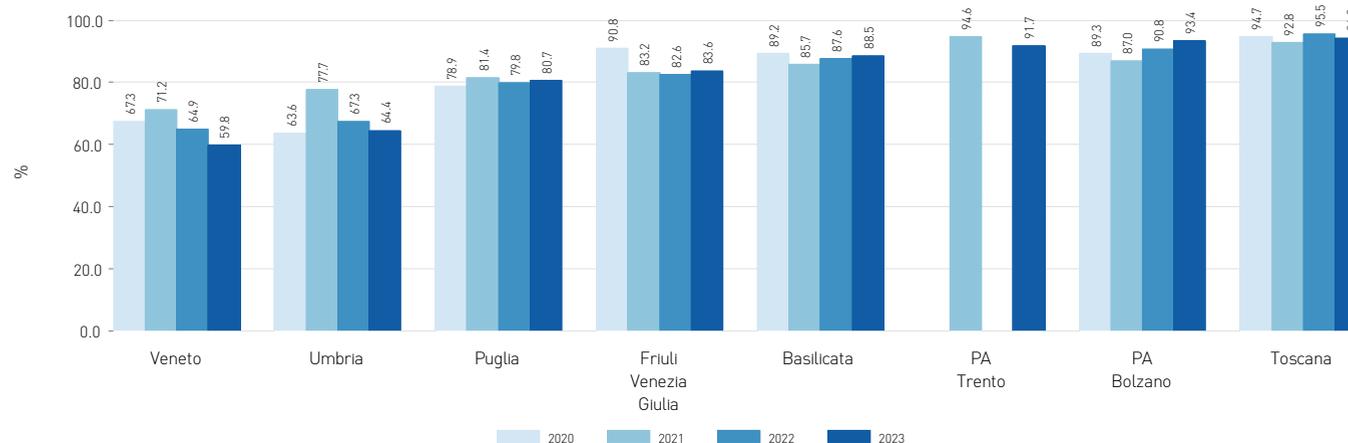
C28.1 - Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative

La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice). L'obiettivo dello standard del 65% sul numero totale di deceduti per patologia oncologica è stabilito secondo il DM 43/2007.



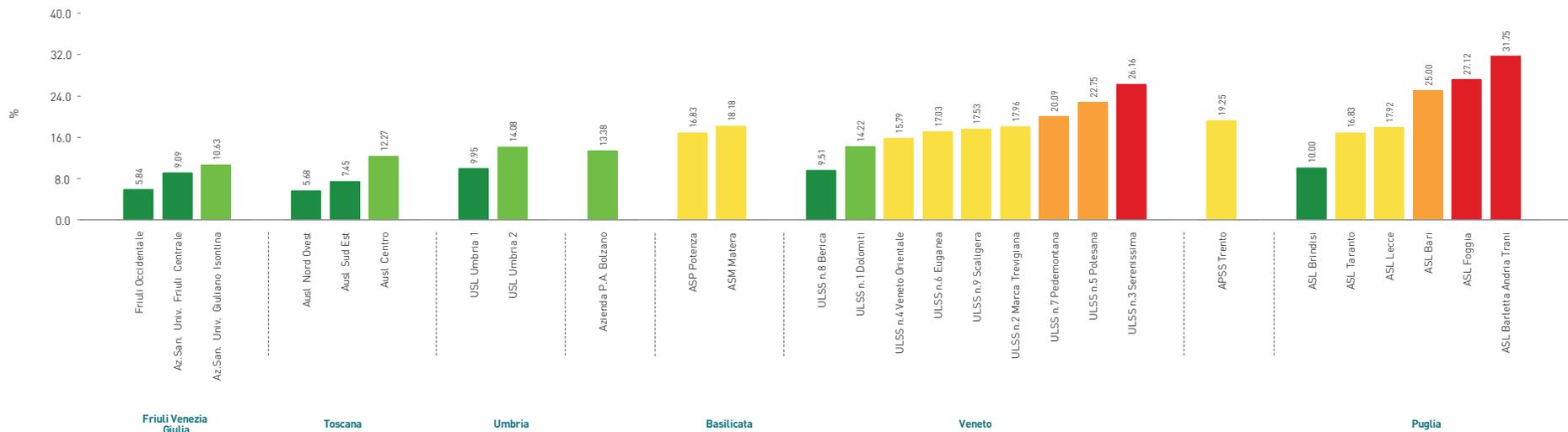
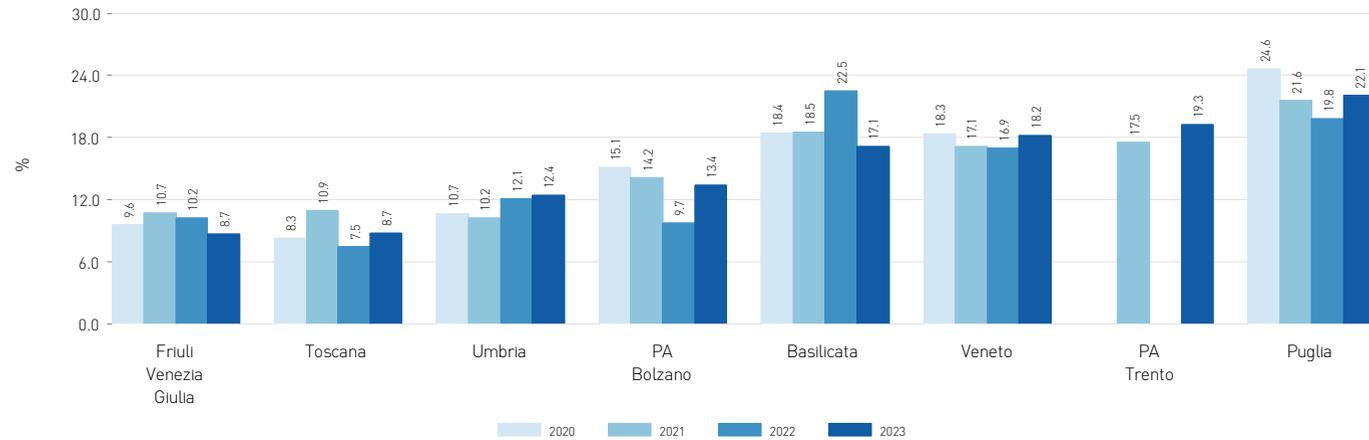
C28.2B - Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza conclusa. L'obiettivo dello standard nazionale è almeno il 40% (DM 43/2007).



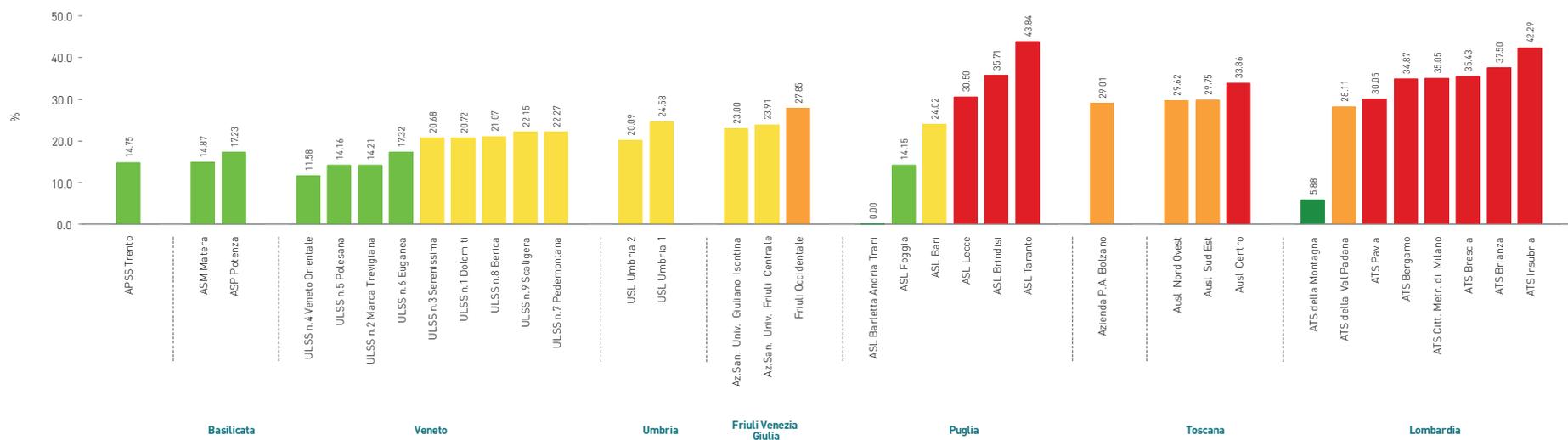
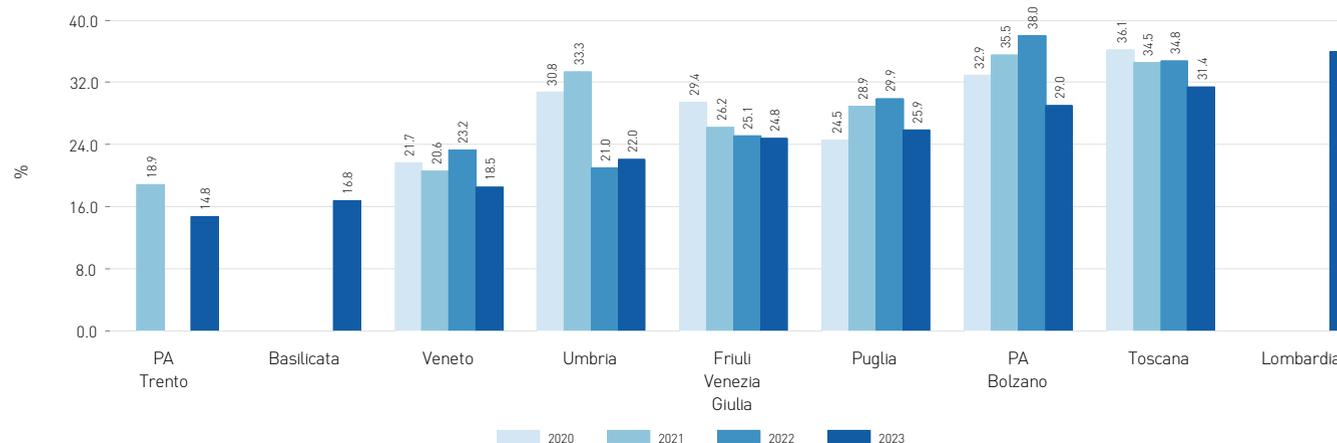
C28.3 - Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

L'indicatore misura il numero di pazienti ricoverati in Hospice per patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero è superiore o uguale a 30 giorni. L'obiettivo dello standard nazionale è fissato ad un valore <=25% (DM 43/2007). Attraverso il calcolo dell'indicatore si ricava la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta superiore rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo dello standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata superiore ai 30 giorni.



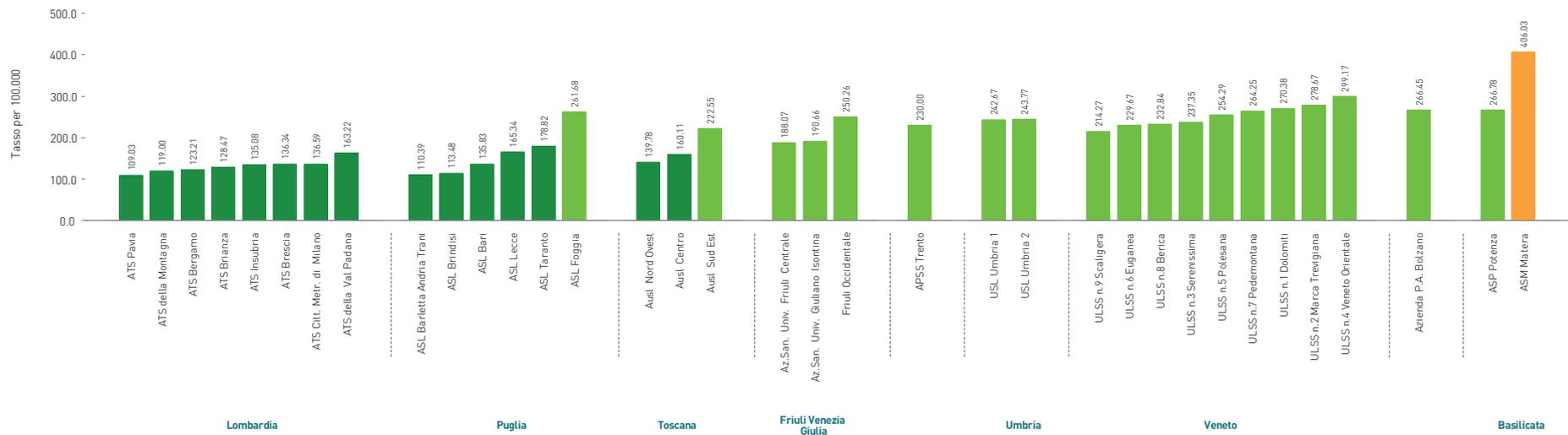
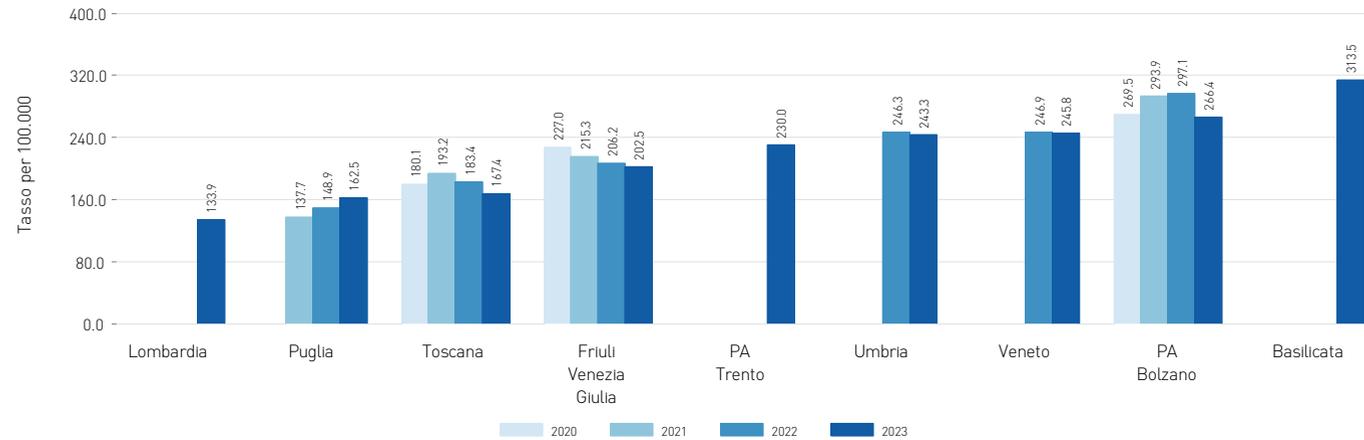
D3Z2 - N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg

L'indicatore valuta la durata della degenza in Hospice dei pazienti oncologici dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio non precedentemente assistiti dalla rete delle cure palliative. L'indicatore mira a ricavare la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo è quello di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice



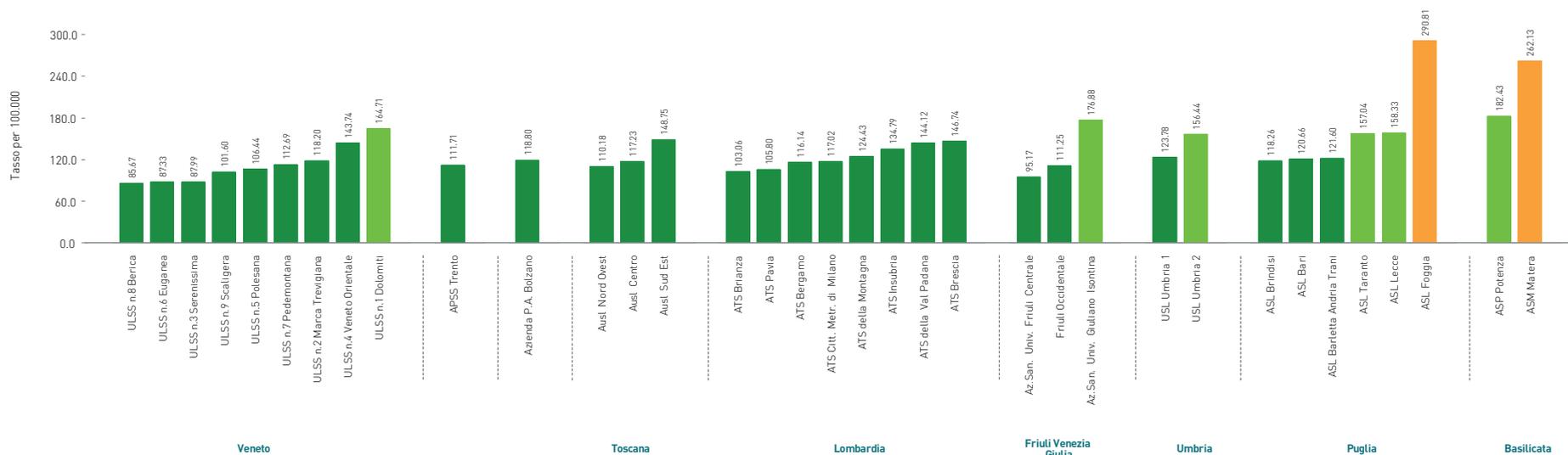
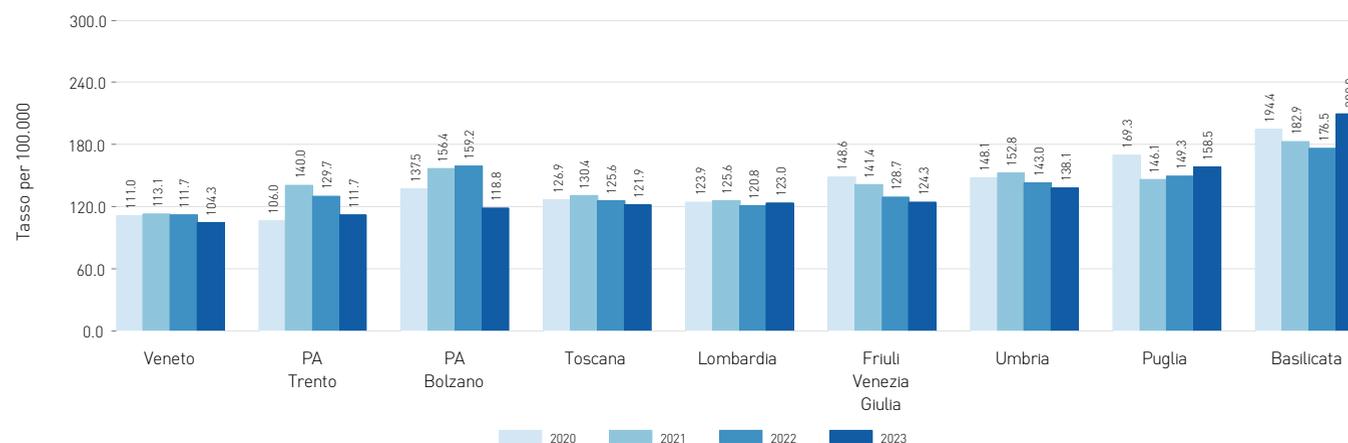
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco

L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie croniche. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale che possono gestire le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.



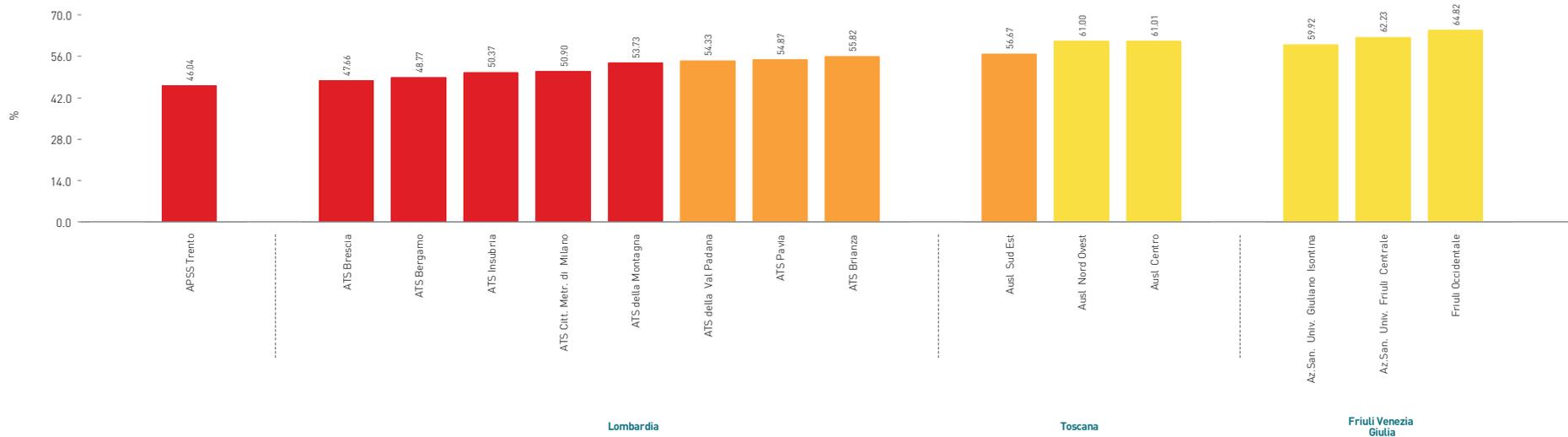
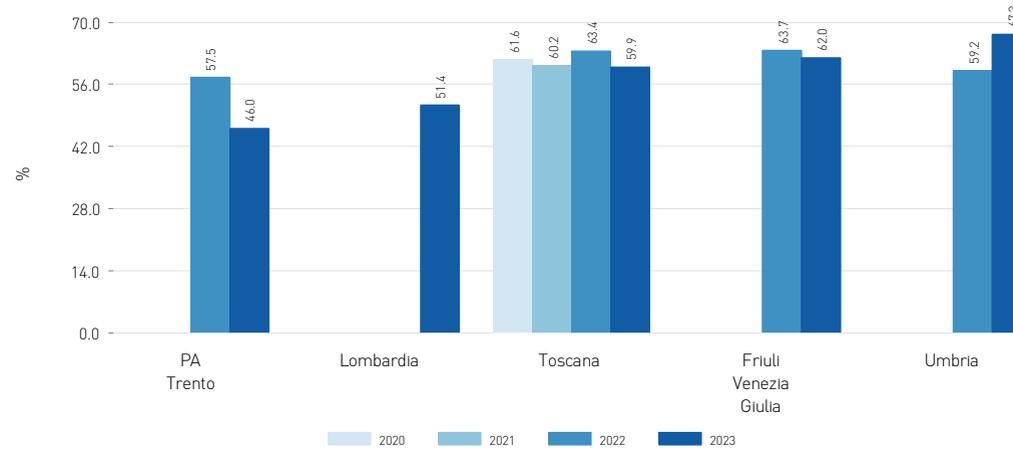
C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

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



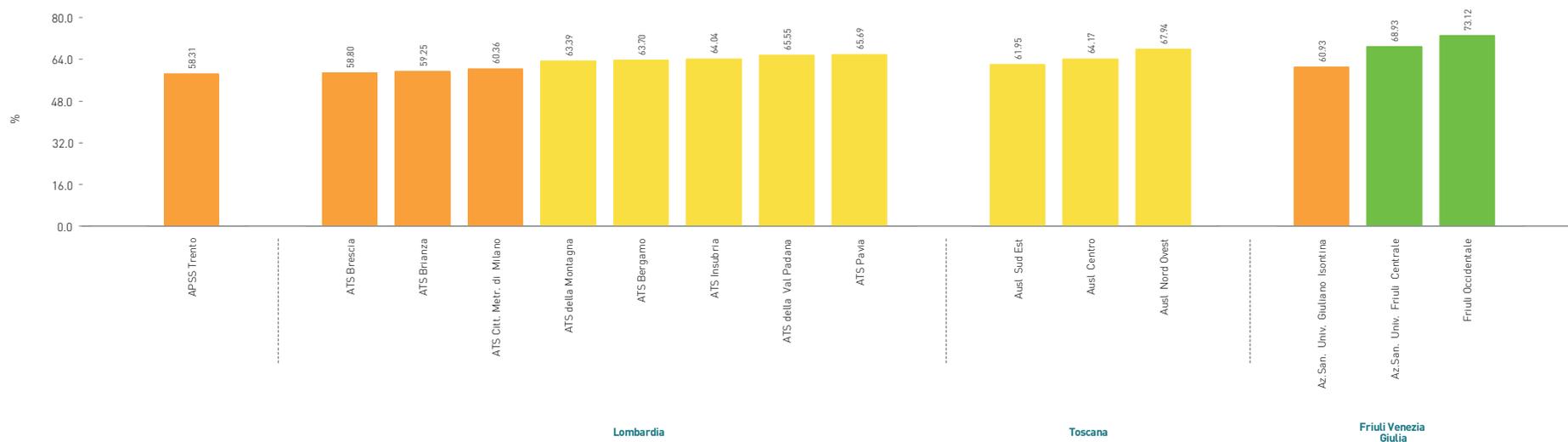
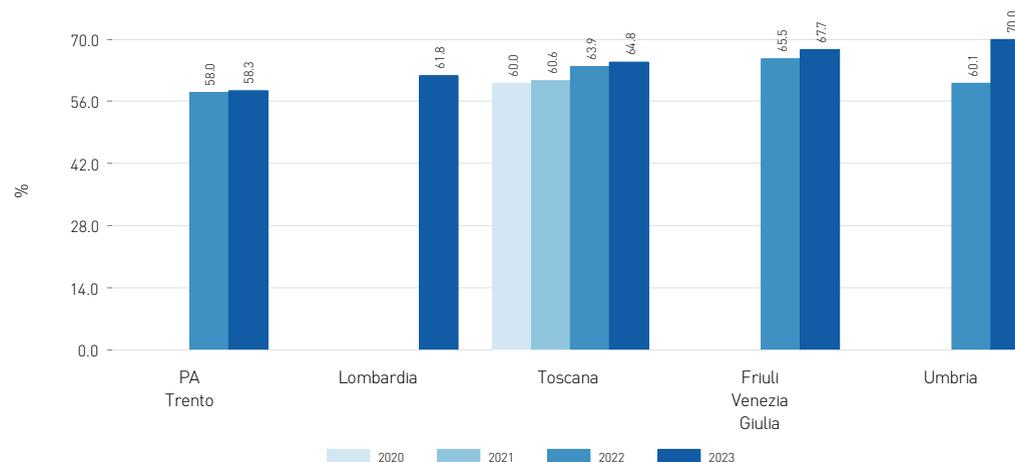
PDTA03A - Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scopenso)

La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data della prima prescrizione del farmaco (ACE inibitore o sartani) dopo il ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



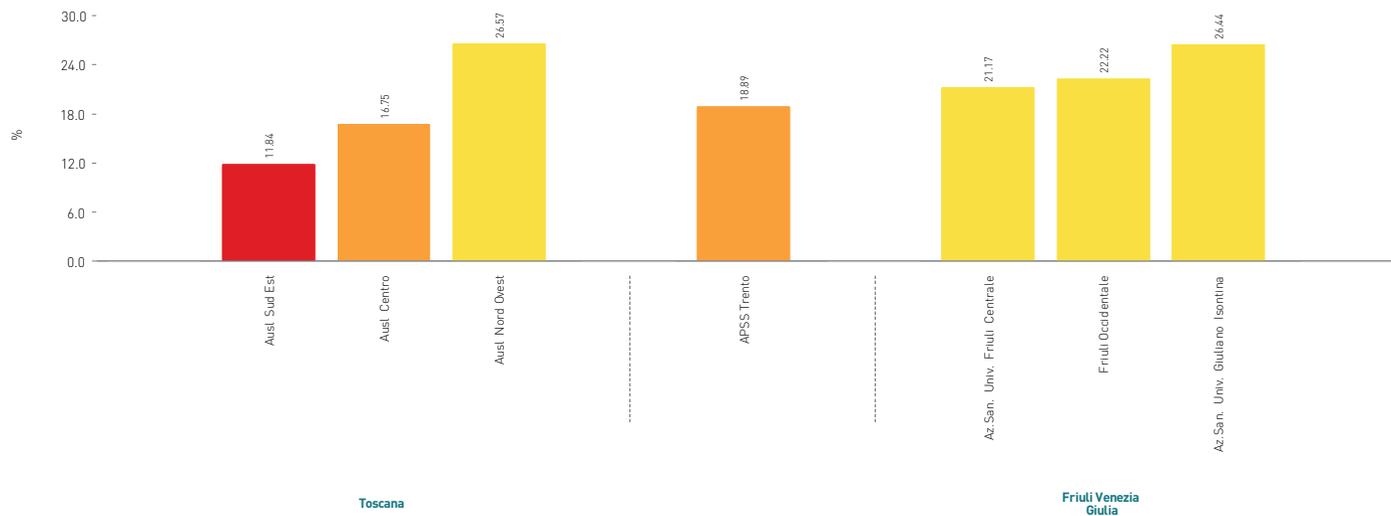
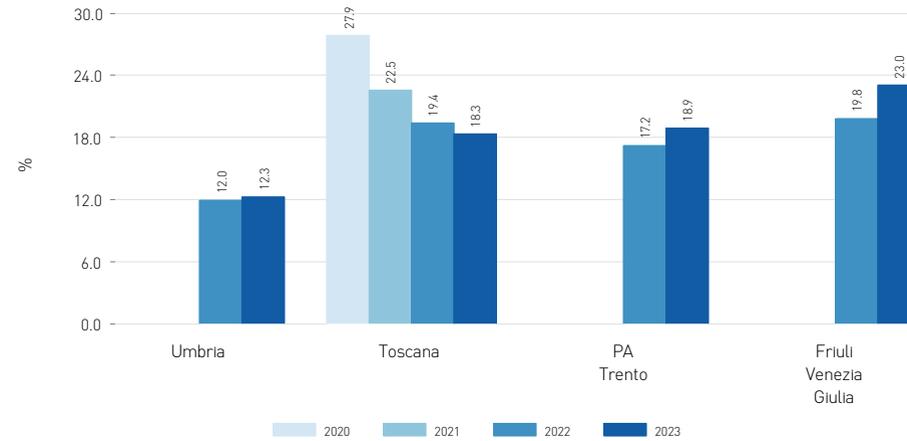
PDTA03B - Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scopenso)

La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data della prima prescrizione del farmaco (beta-bloccanti) (a) dopo il ricovero indice(b). Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



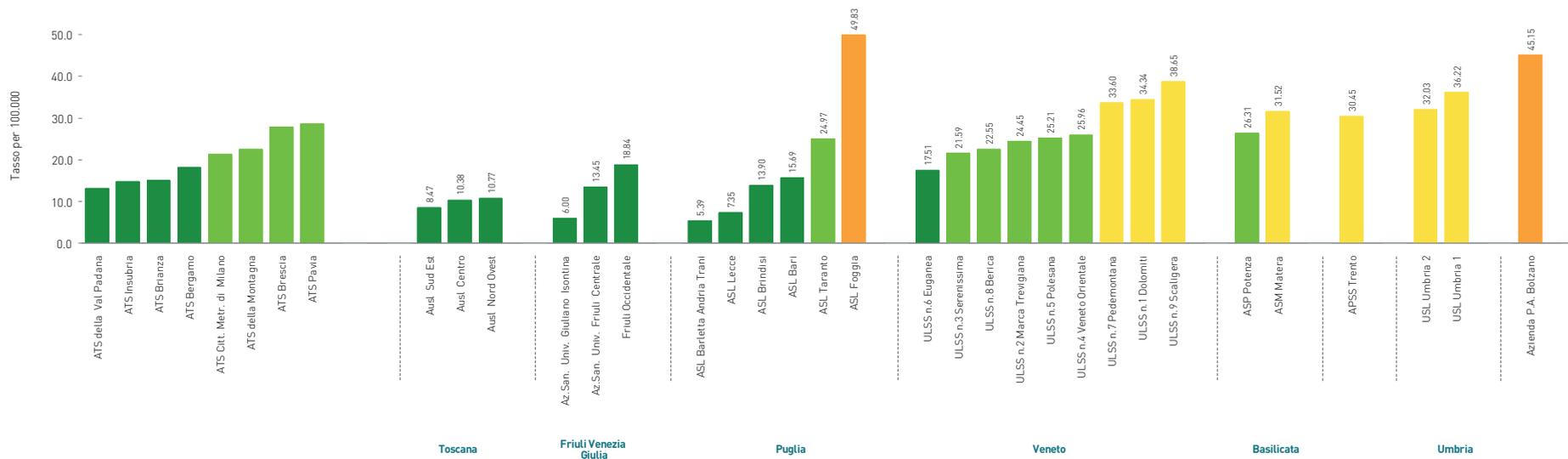
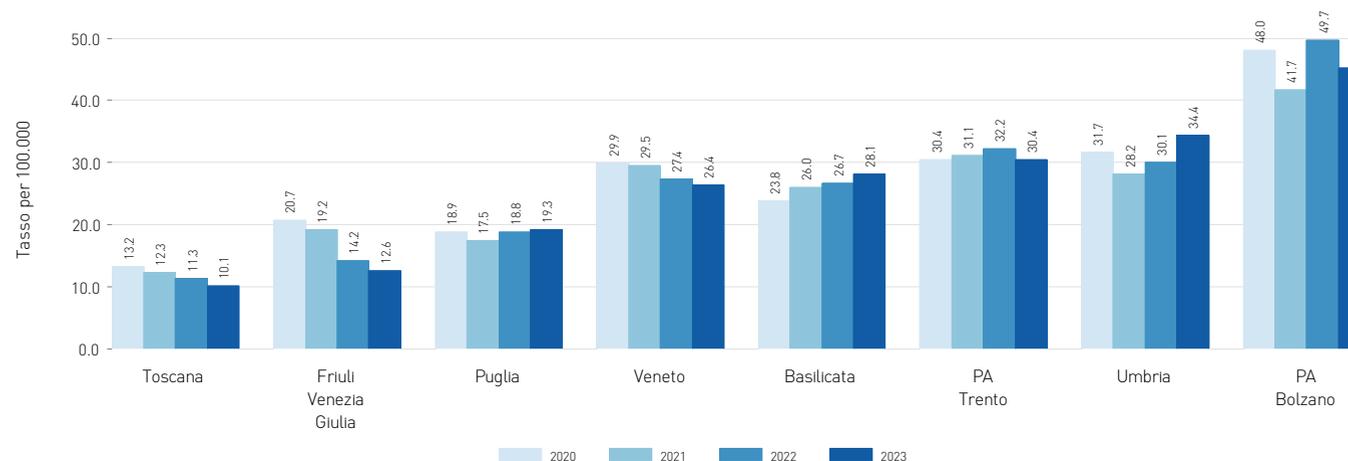
PDTA04 - Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scopenso)

Il numero di ecocardiogrammi consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data di dimissione del ricovero indice(b). Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



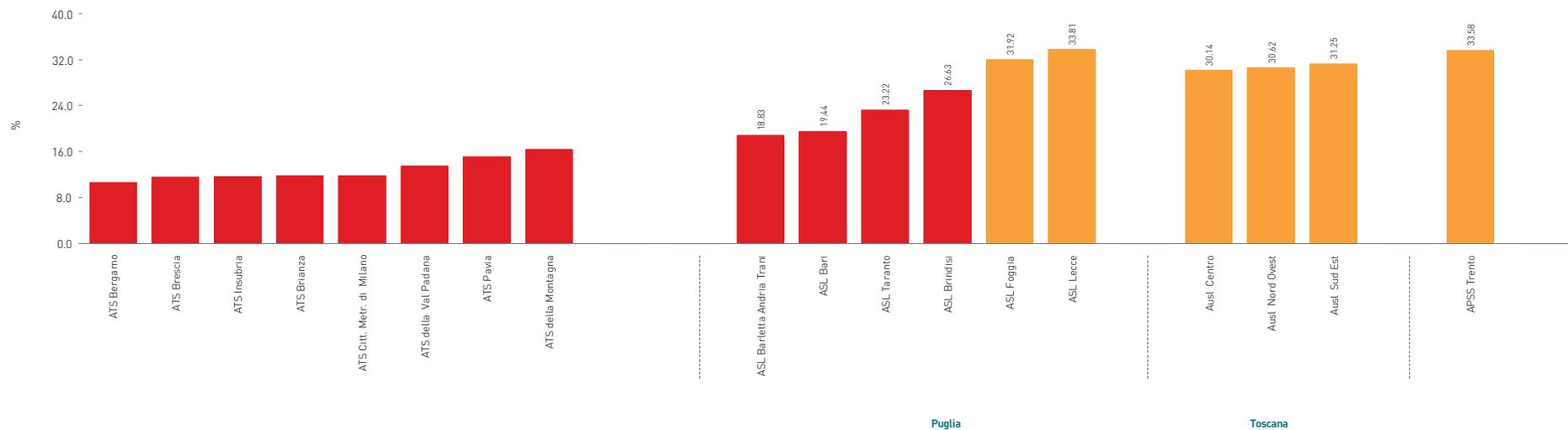
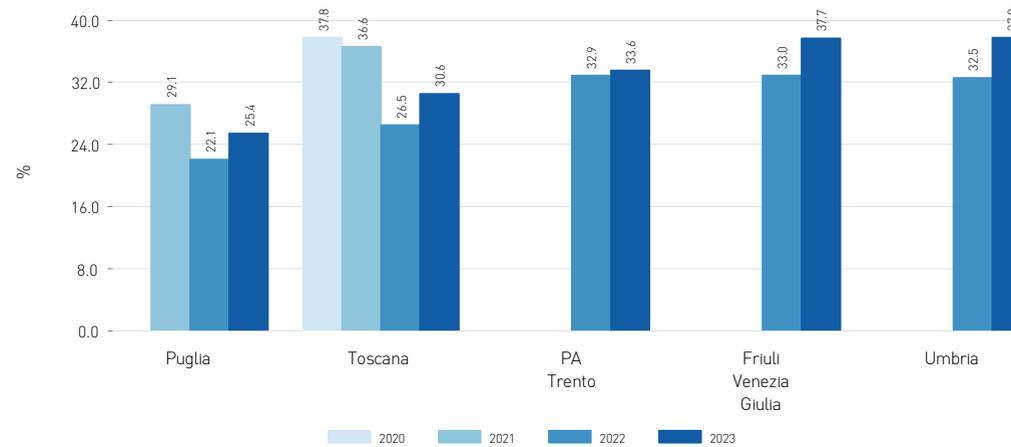
C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



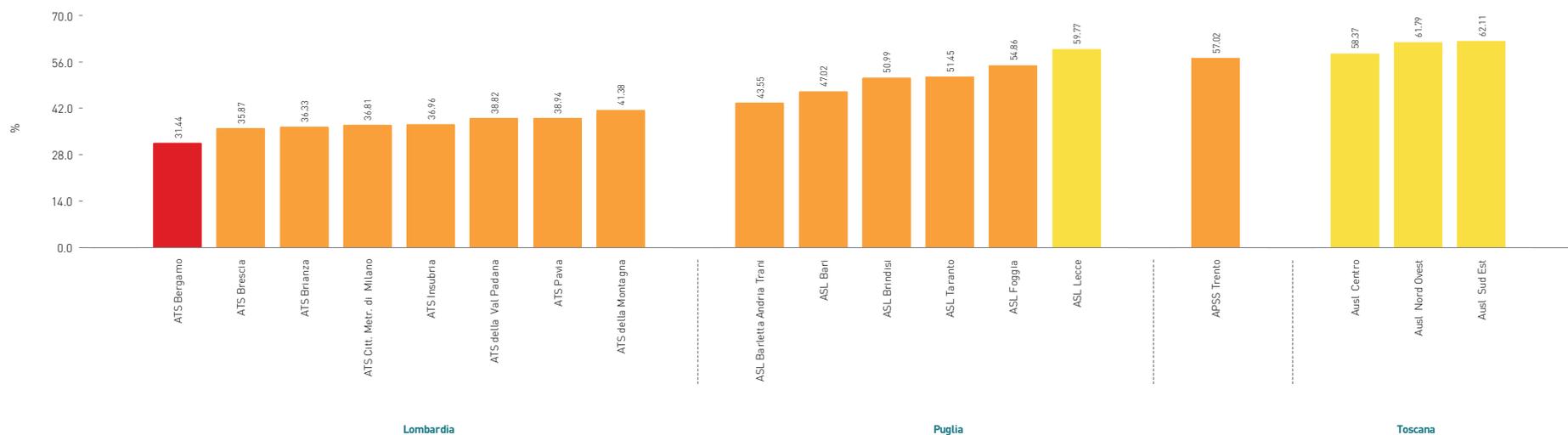
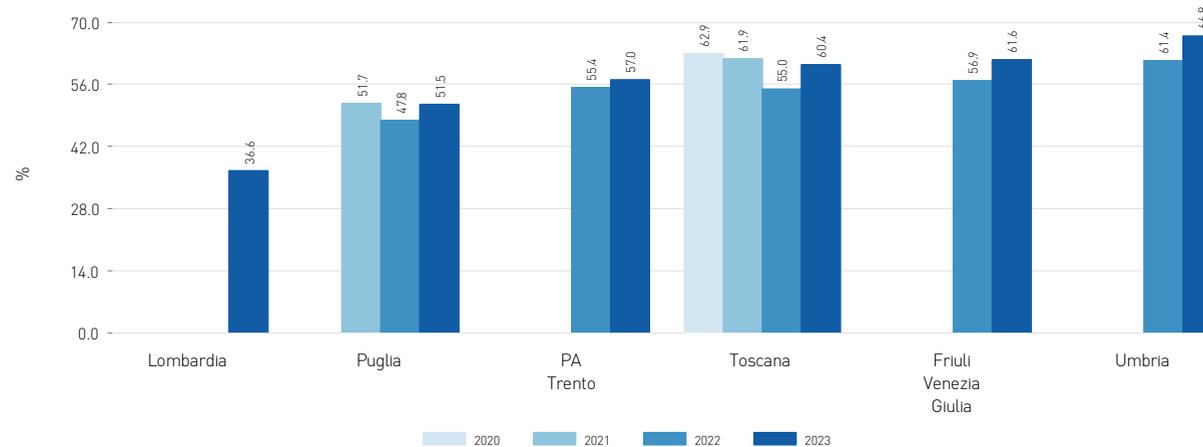
PDTA05.1 - Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)

L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata nel paziente diabetico almeno due volte l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



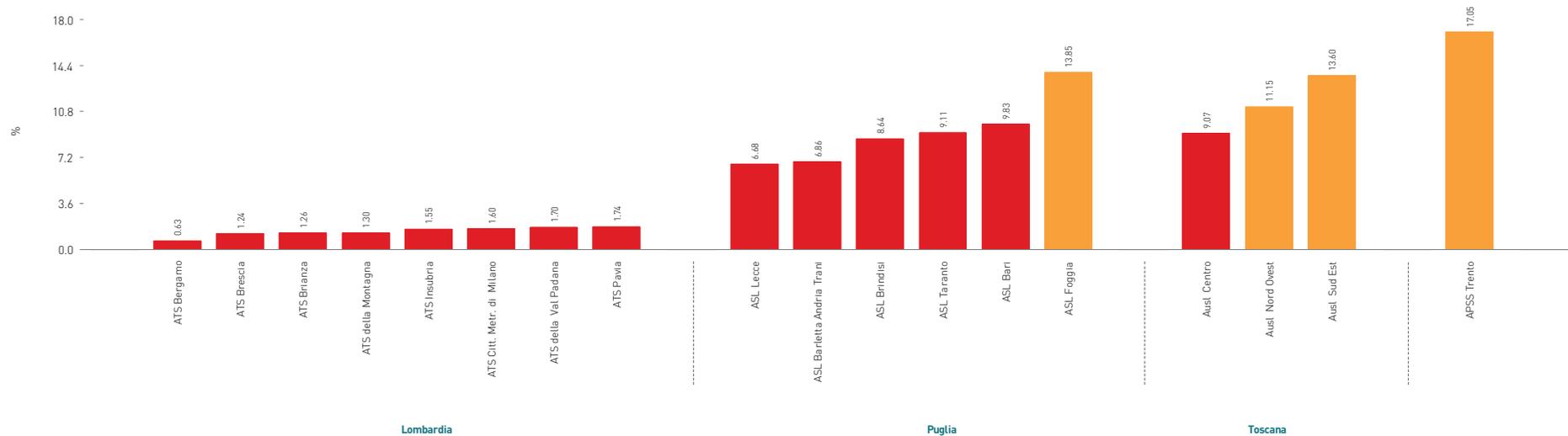
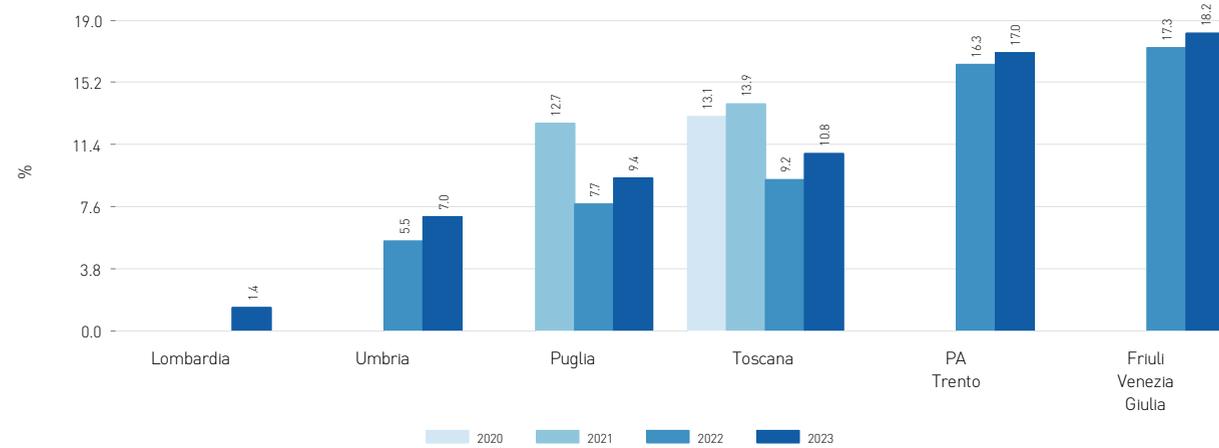
PDTA05.2 - Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)

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. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



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

L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio nel paziente diabetico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



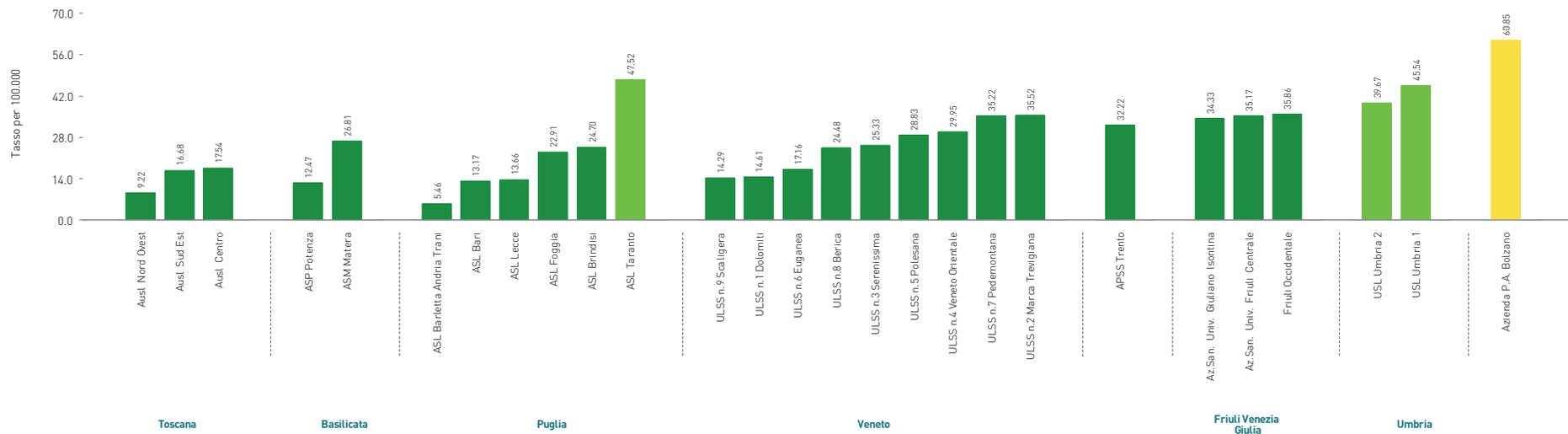
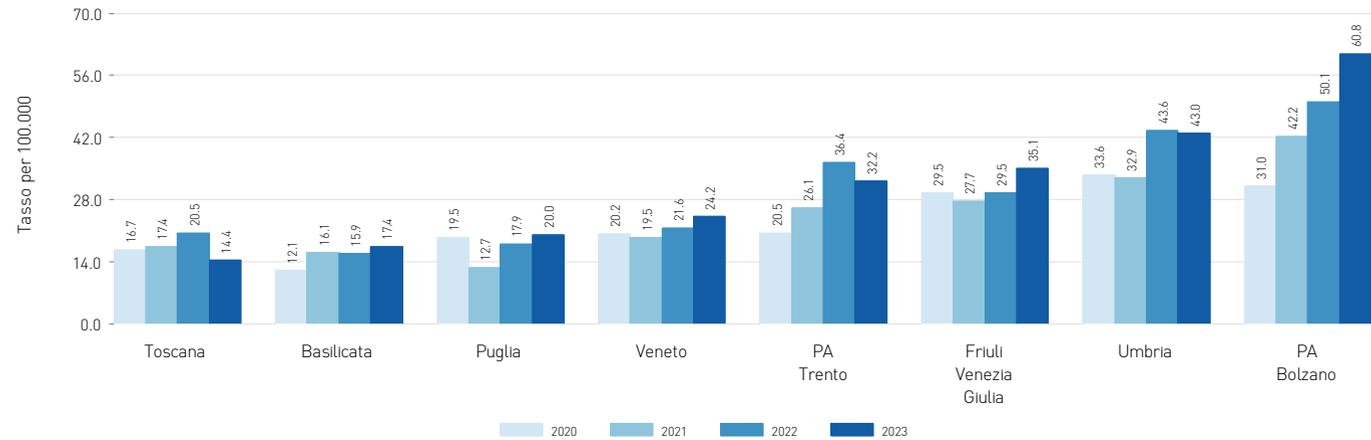
C11A.2.4 - Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori dovute alla patologia diabetica che, quando non identificate precocemente e trattate tempestivamente, possono rendere inevitabile l'amputazione dell'arto. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: una corretta cura del piede, l'integrazione tra i diversi professionisti coinvolti e le procedure di rivascularizzazione possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di intervenire chirurgicamente [Faglia et al., 2009]. L'indicatore monitora il tasso di amputazioni nei pazienti diabetici, associando un giudizio positivo ad una sua riduzione, al fine di valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure [Nutri et al. 2014; Nutri et al. 2016]. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



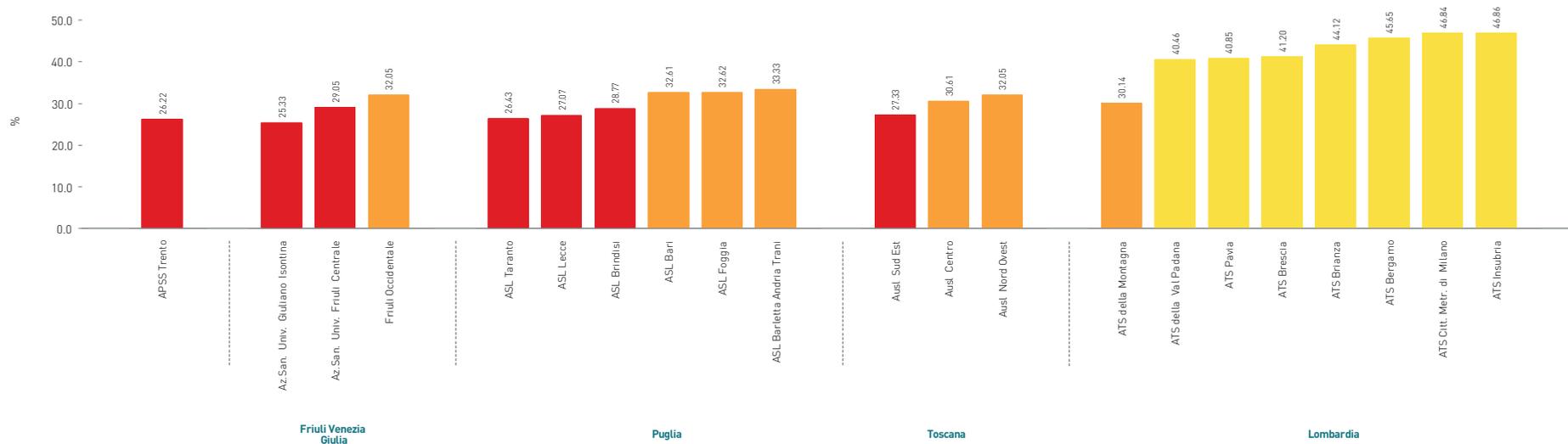
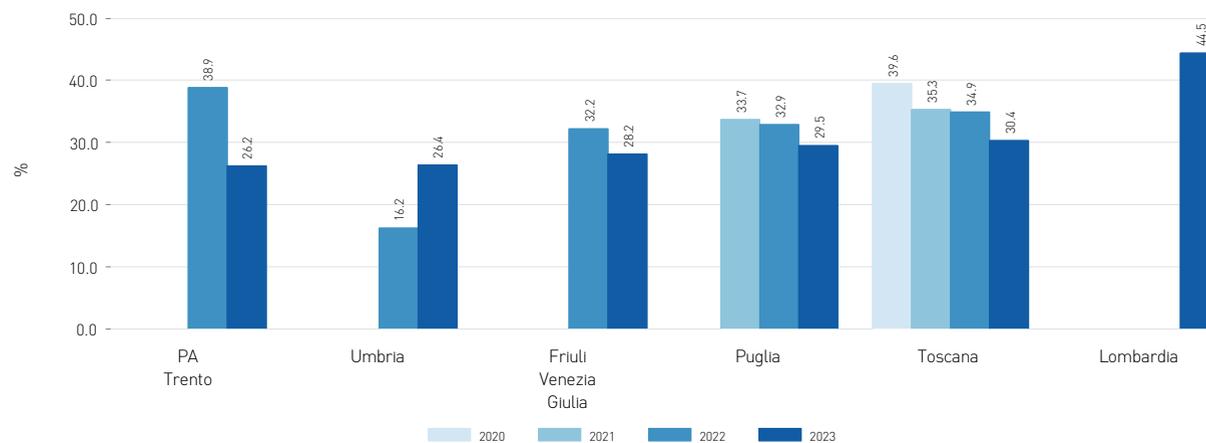
C11A.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Per le broncopneumopatie croniche-ostruttive, alla pari di molte malattie croniche-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



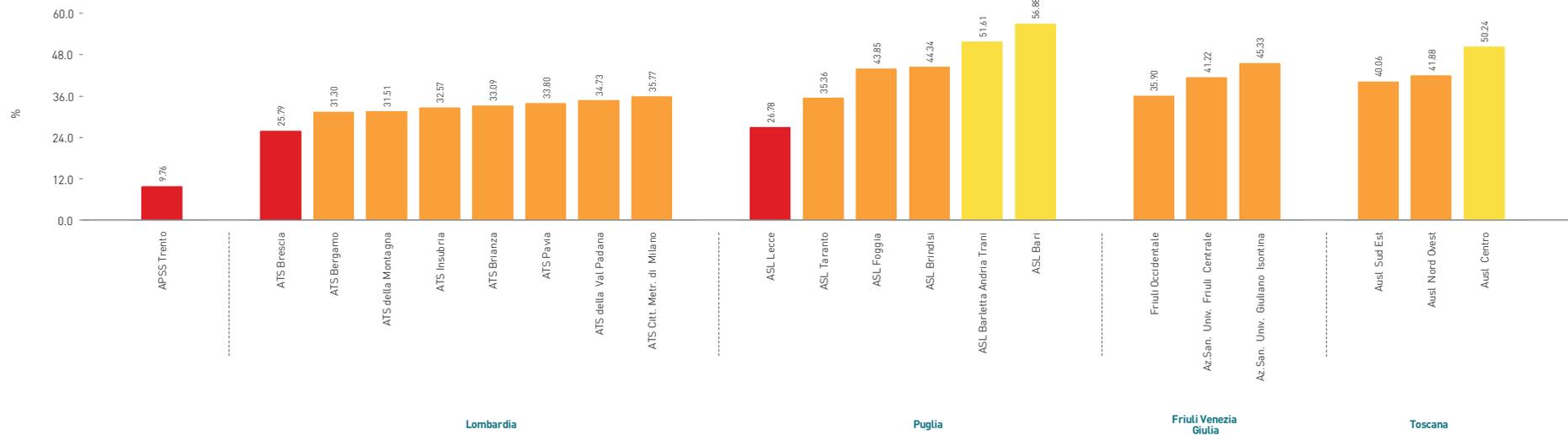
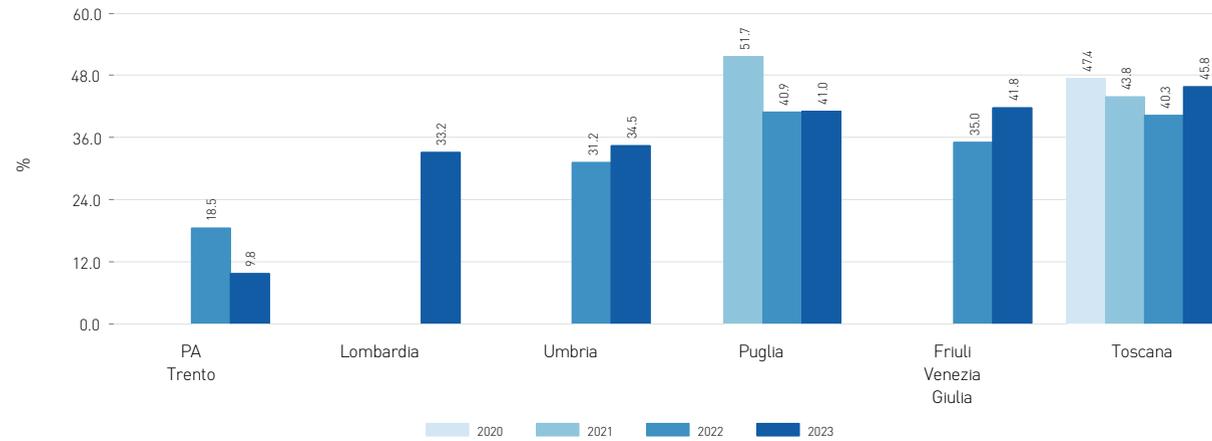
PDTA01 - Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPC0)

La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura farmacologica della BPC0. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data di dimissione del ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



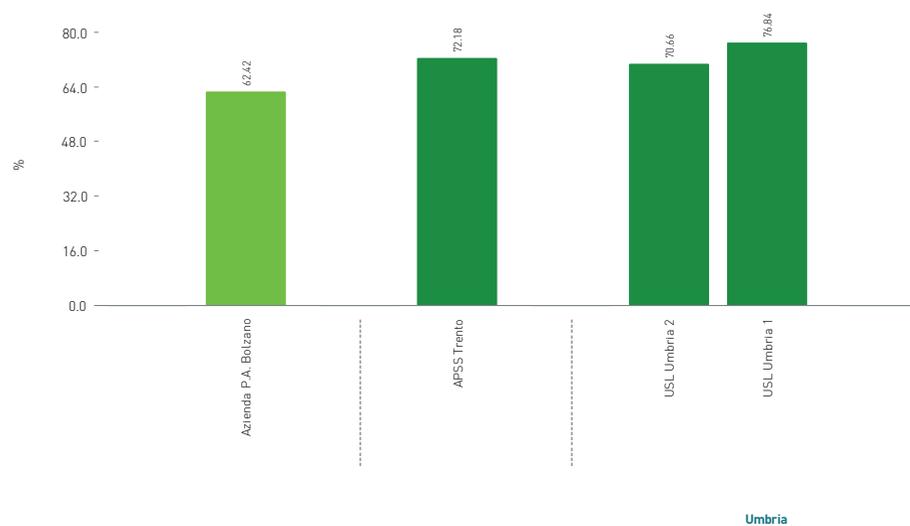
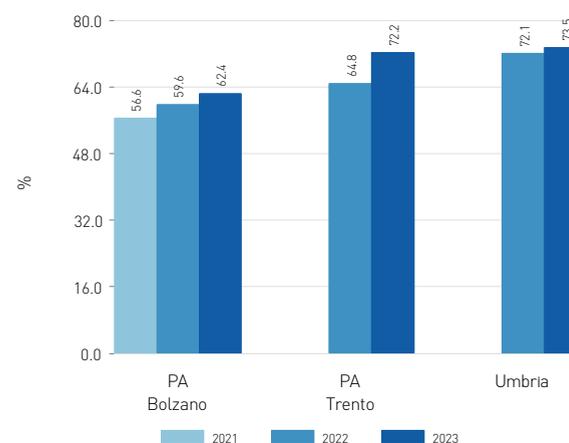
PDTA02 - Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPC0)

Il numero di visite pneumologiche consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con BPC0. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data di dimissione del ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



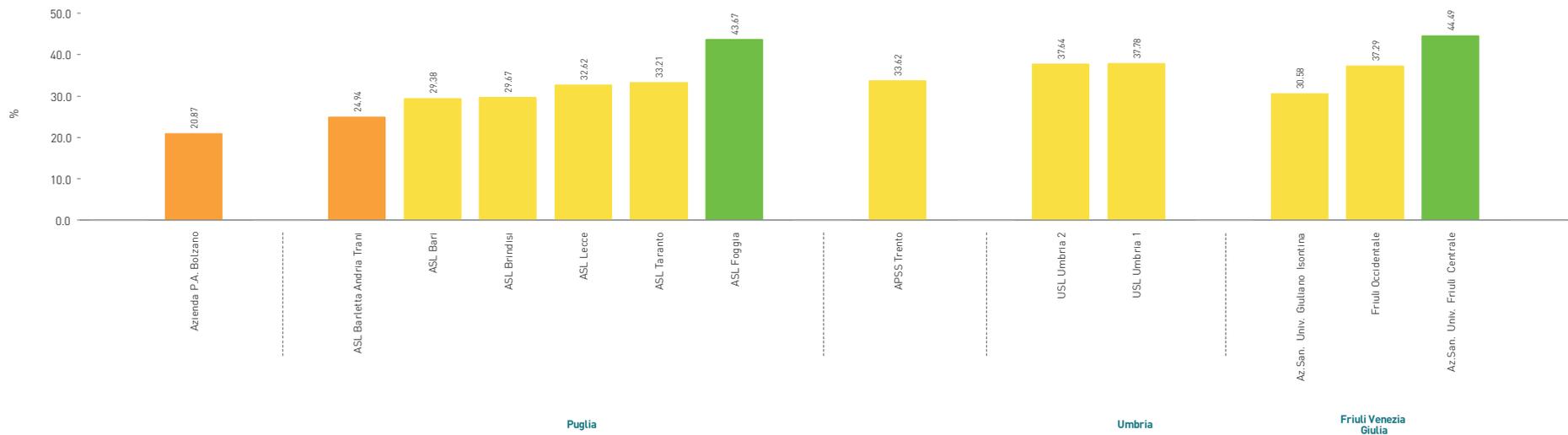
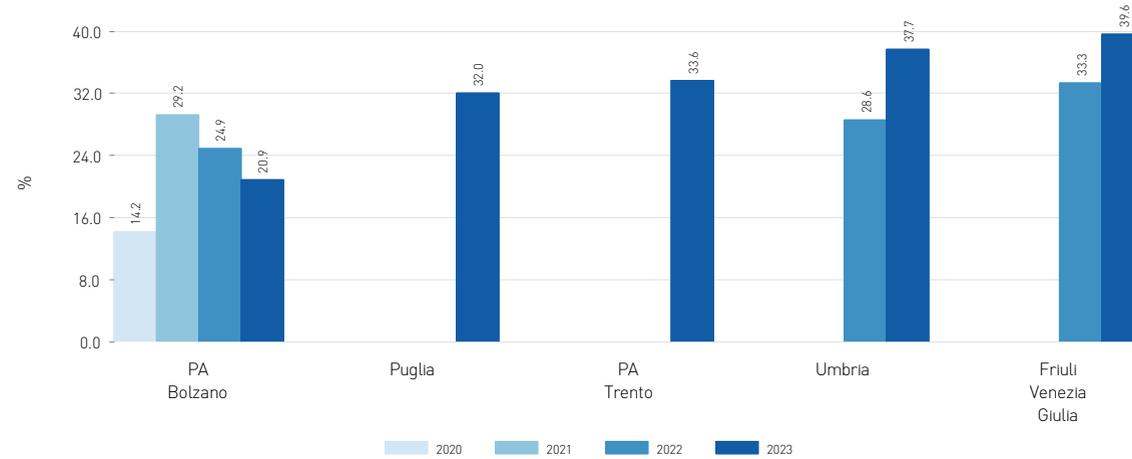
C15.2 - Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero

Al momento del ricovero psichiatrico, l'SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'SPDC rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie; in questo senso, ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo delle condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali. L'indicatore "Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero", misurando la tempestività con cui i DSM prendono in carico i pazienti psichiatrici dimessi dagli SPDC, intende porre particolare attenzione al momento delle dimissioni, principalmente per i casi ad alta complessità e gravità clinica, al fine di verificare che sia garantita sempre la continuità delle cure attraverso la tempestiva presa in carico da parte delle strutture territoriali. In linea con quanto emerso dal tavolo per la salute mentale del Network delle regioni l'indicatore è stato modificato, a partire dal 2016, includendo nella coorte dei pazienti anche la casistica con disturbo di personalità.



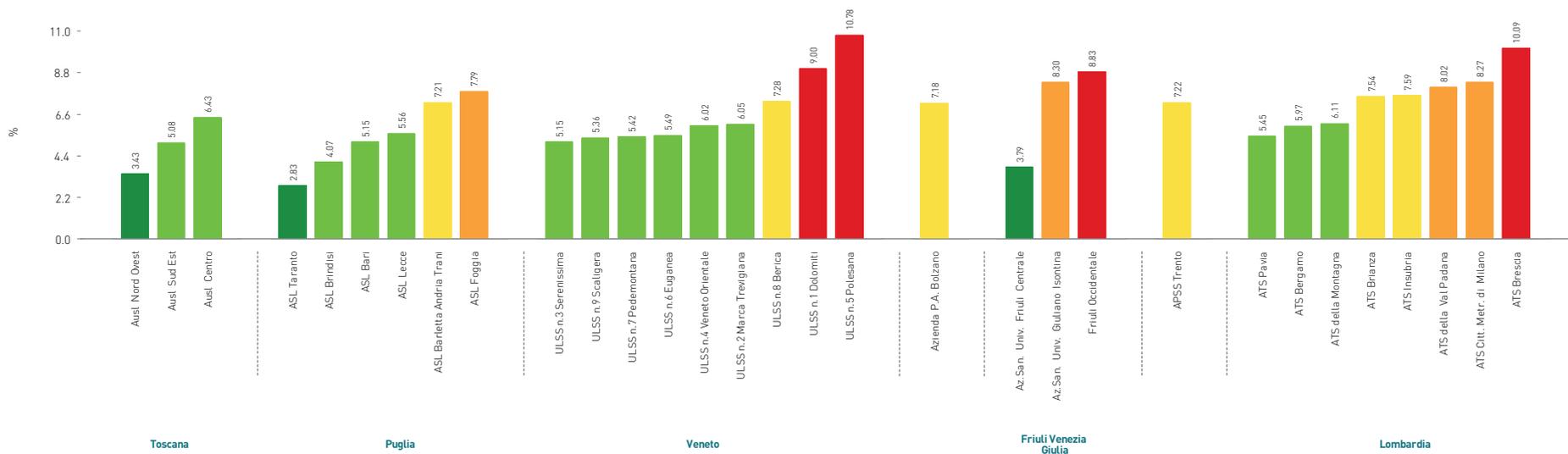
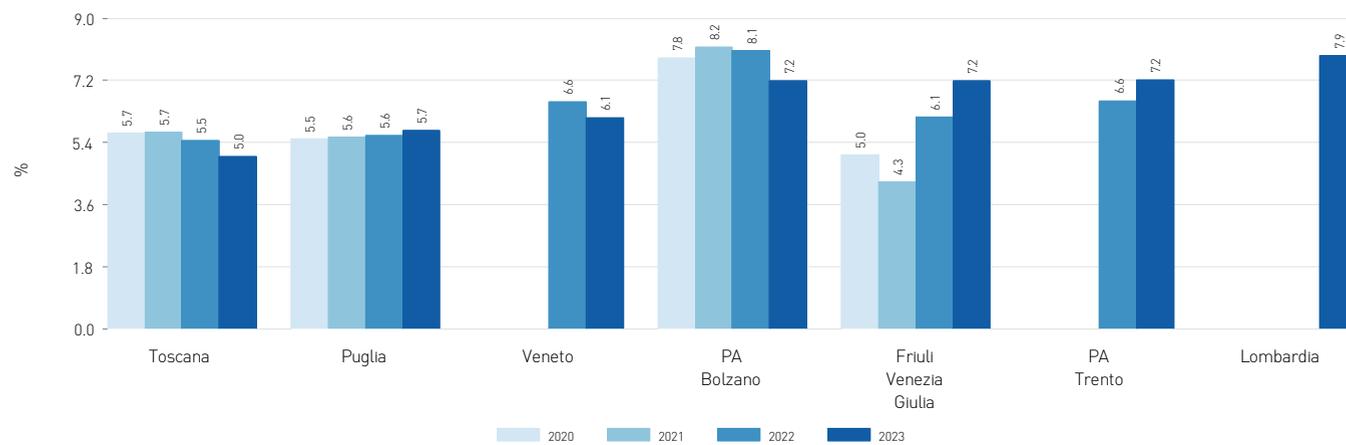
C15.4 - Appropriatazza psicoterapeutica

La psicoterapia presenta un'elevata efficacia, largamente confermata in letteratura, nel trattamento di un ampio spettro di disturbi mentali e condizioni di disagio sociale. È considerata una componente fondamentale dei percorsi di trattamento e cura nei servizi di salute mentale, spesso integrata ai trattamenti farmacologici. Se utilizzata appropriatamente, la psicoterapia è in grado di apportare da un lato miglioramenti duraturi e, dall'altro, un notevole vantaggio nel rapporto costo-beneficio, riducendo l'utilizzo di altri servizi da parte dei pazienti trattati con successo. Nello specifico l'indicatore calcola la percentuale di pazienti in psicoterapia che ha ricevuto tra le 8 e 30 prestazioni in un anno.



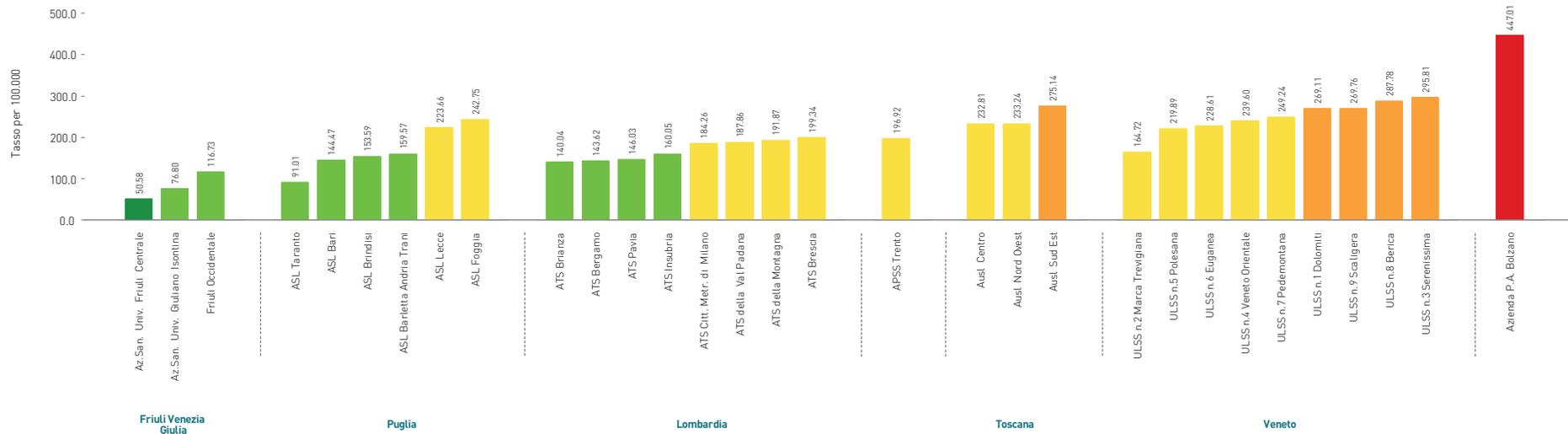
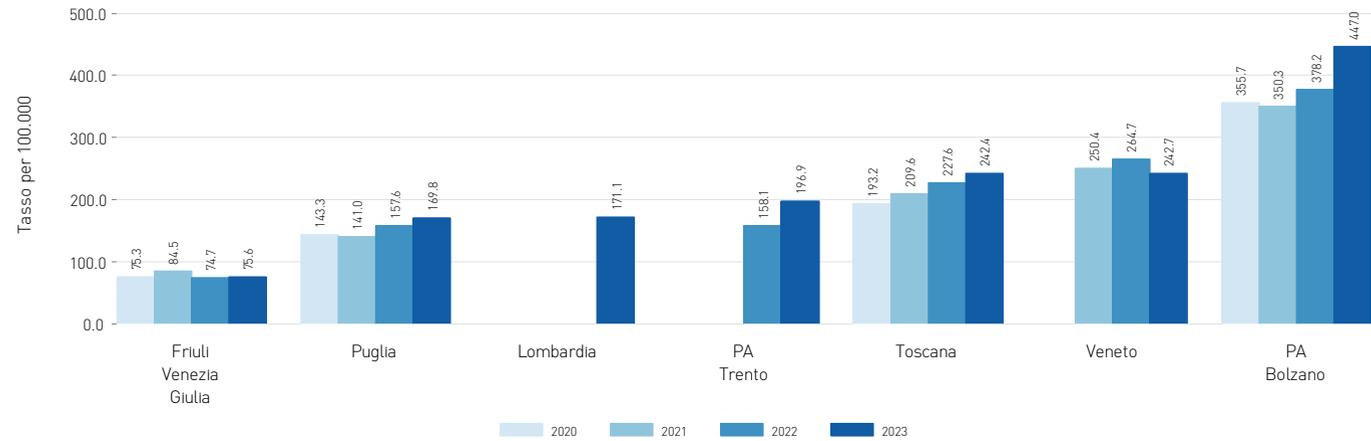
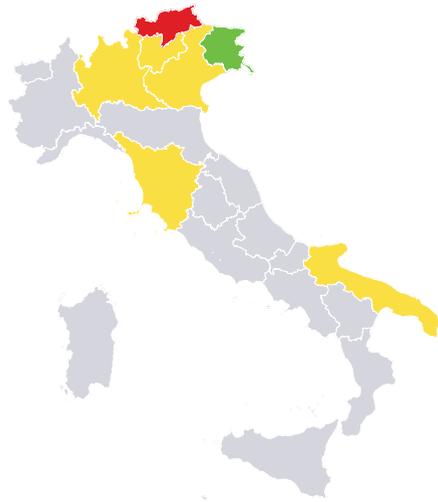
D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.



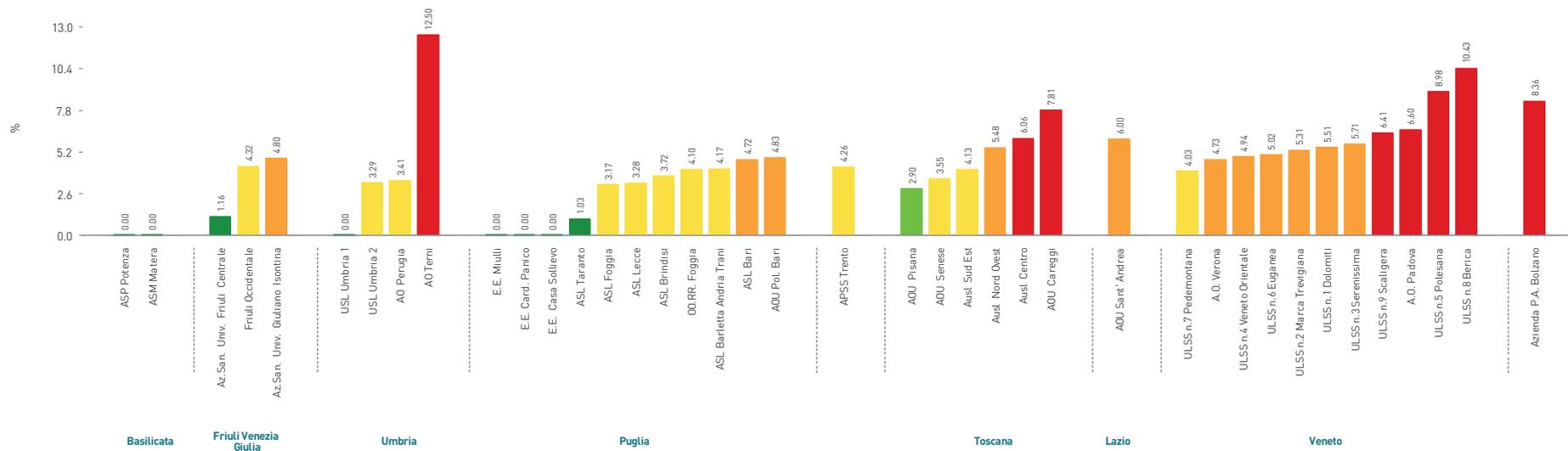
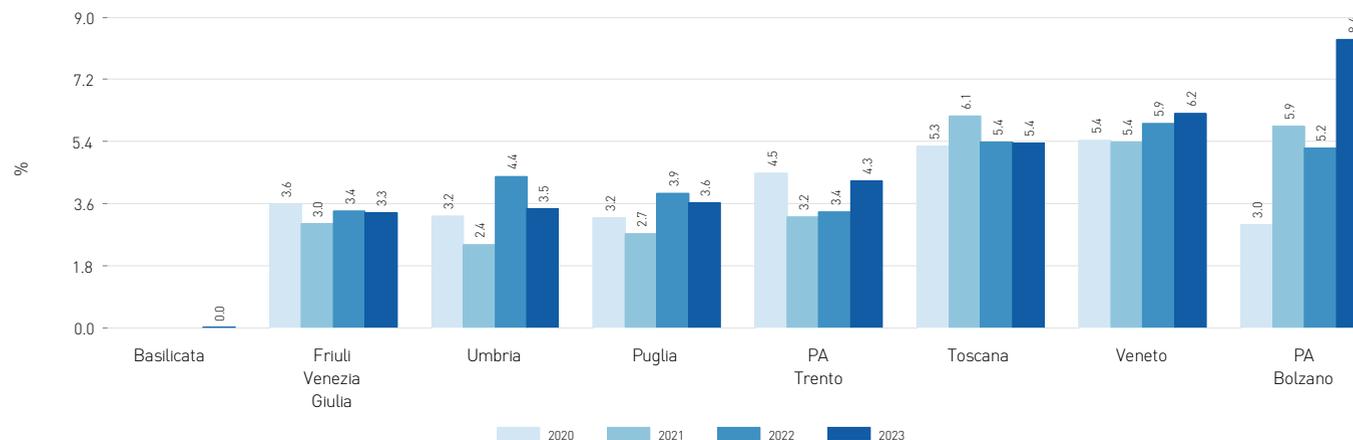
D26C - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne

L'indicatore rappresenta una proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.



C15A.13.2 - Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera della casistica psichiatrica, collegate alla non corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.



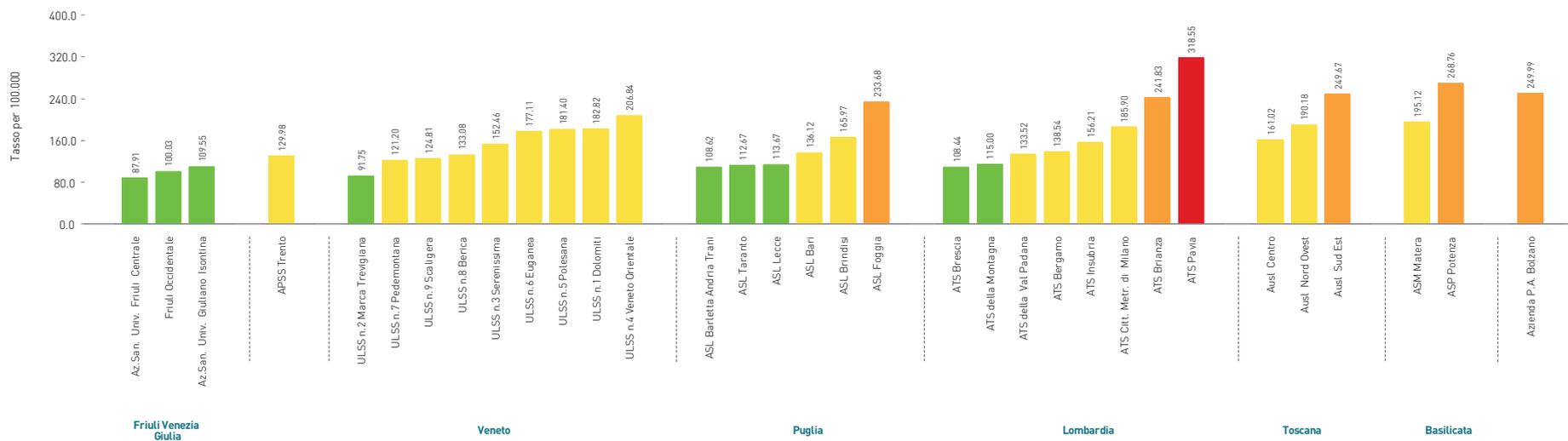
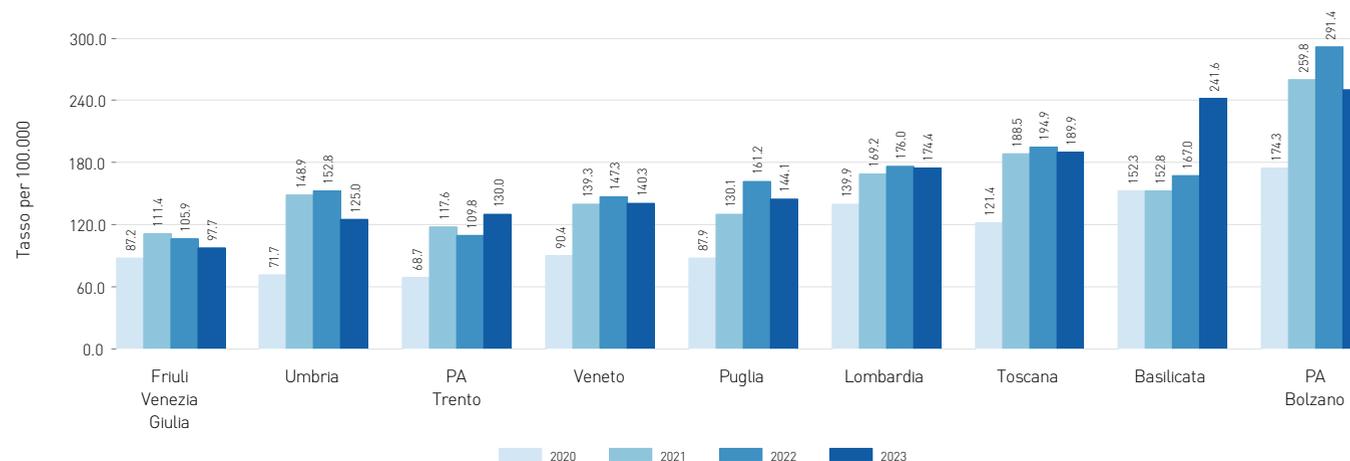
C15.8 - Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche

L'indicatore misura l'intensità dell'utilizzo dei reparti ospedalieri confrontando la degenza media per ciascun ricovero psichiatrico con la media registrata nel 2023 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'Indice di Performance della Degenza Media dei ricoveri per patologie psichiatriche consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.



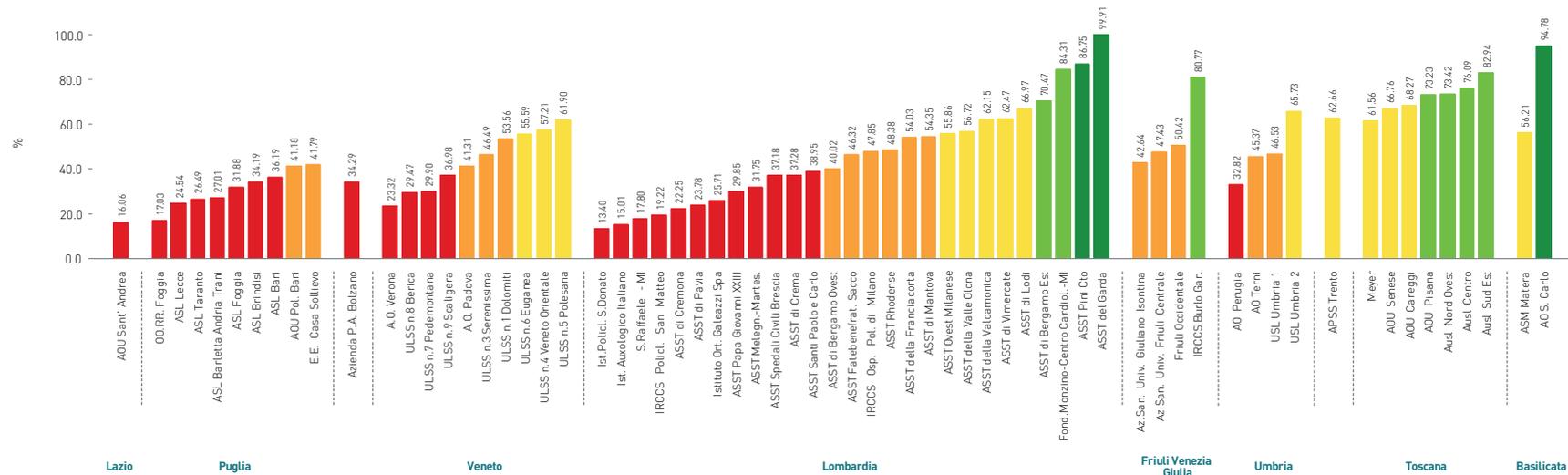
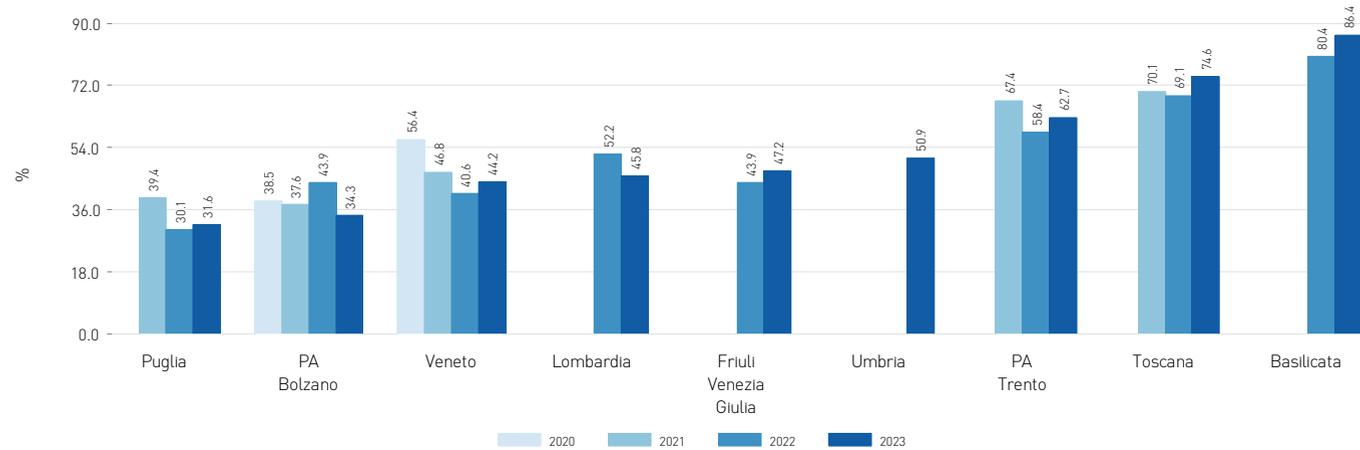
C15A.7 - Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni

Come il precedente indicatore, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per minorenni misura indirettamente l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



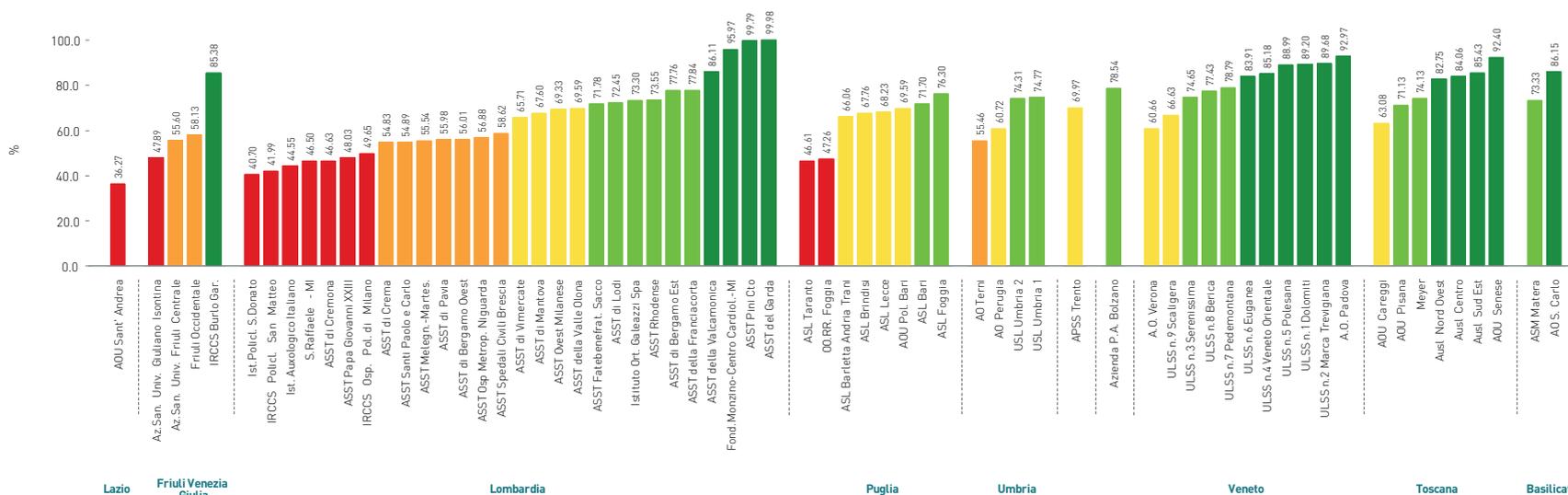
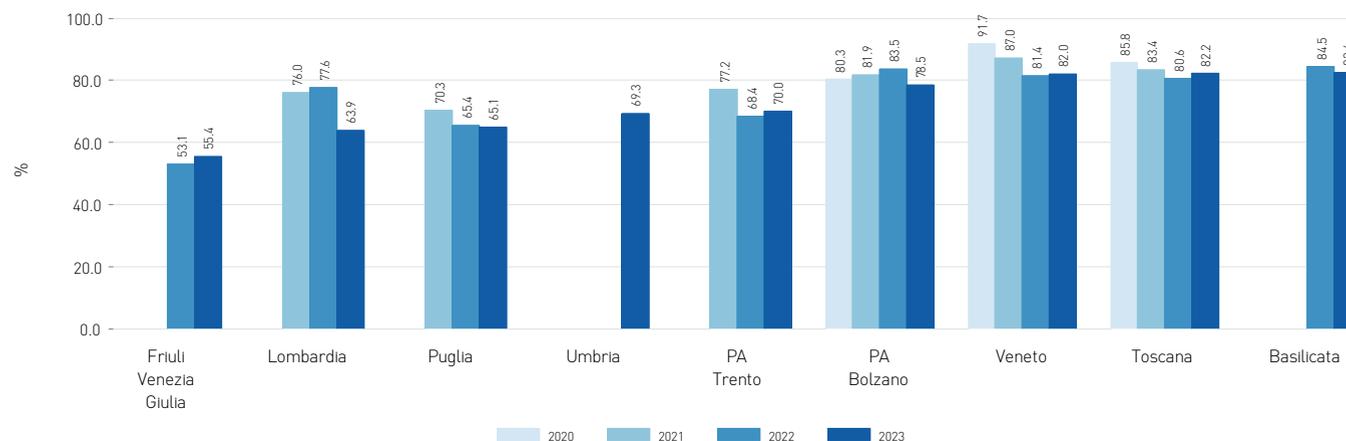
C16.1.NA - Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti

Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 2, equivalente ad una priorità di urgenza, che attendono un tempo massimo di 15 minuti.



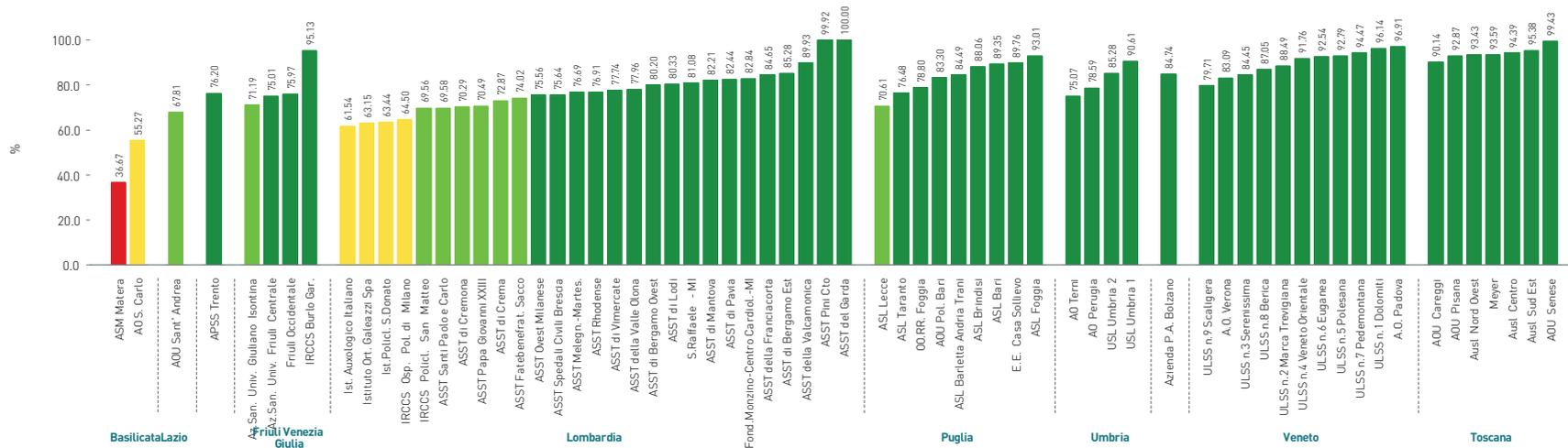
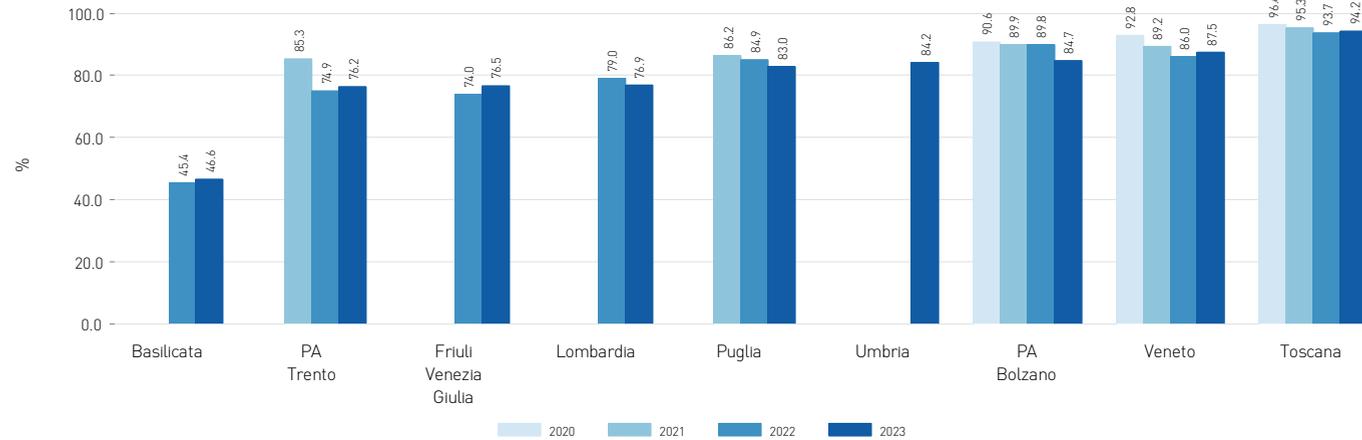
C16.2.N - Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti

Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 3, equivalente ad una priorità di urgenza differibile, che attendono un tempo massimo di 60 minuti.



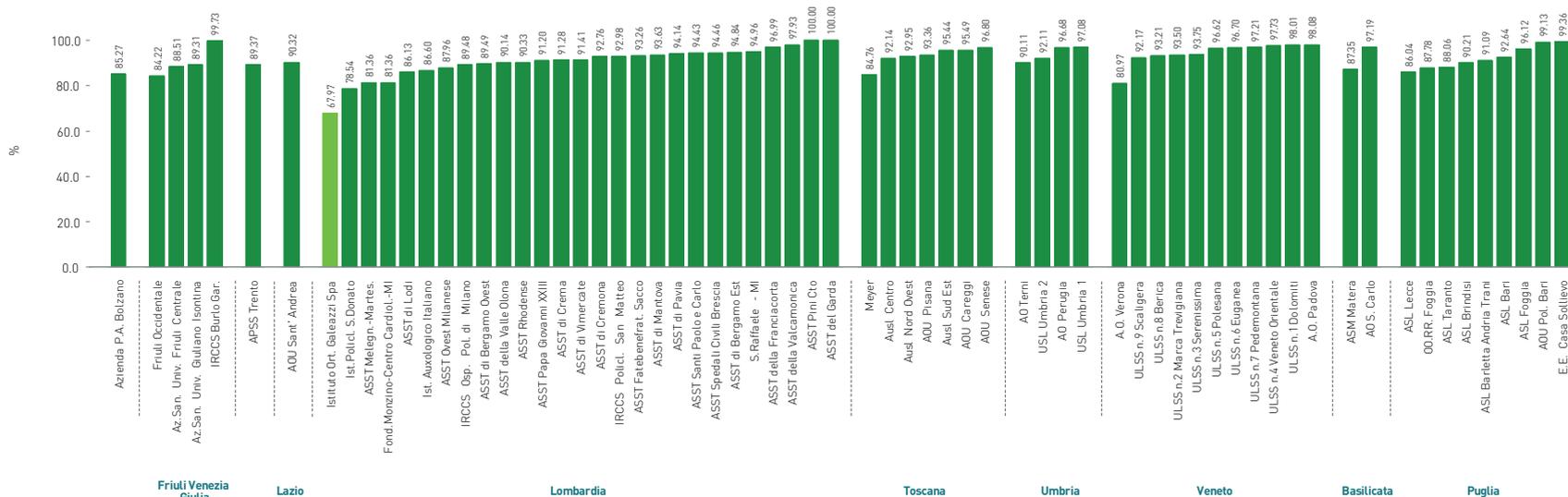
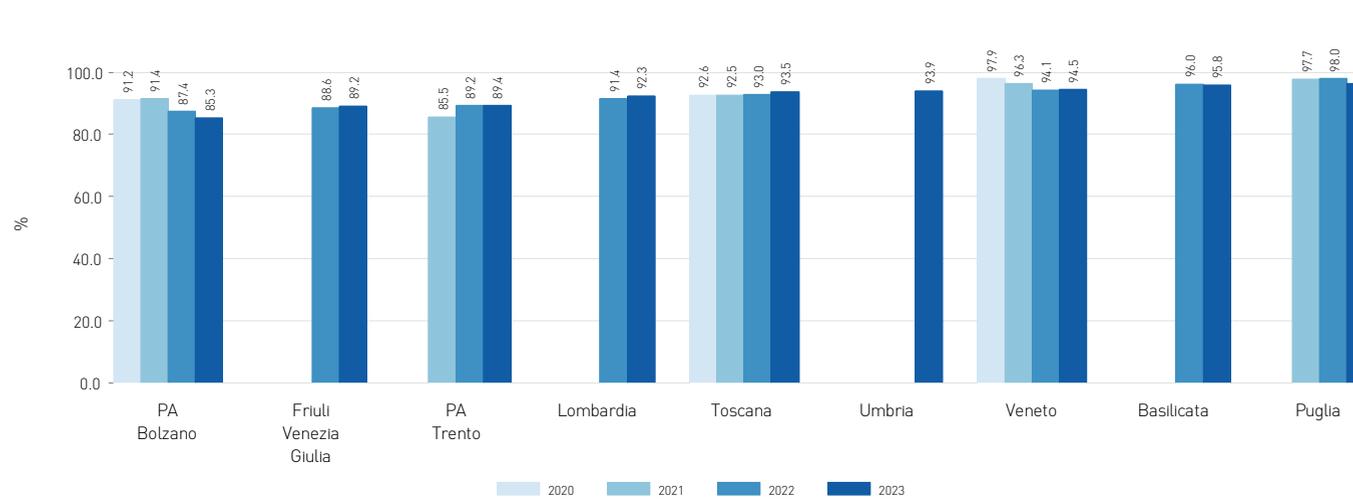
C16.3.NA - Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti

Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 4, equivalente ad una priorità di urgenza minore, che attendono un tempo massimo di 120 minuti.



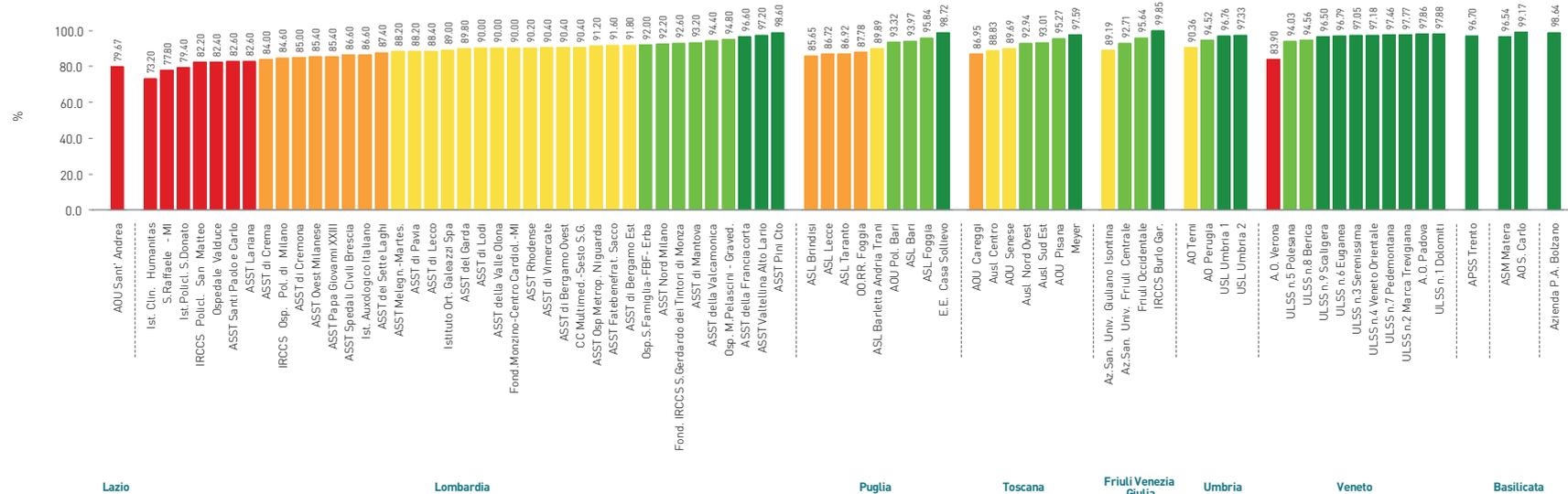
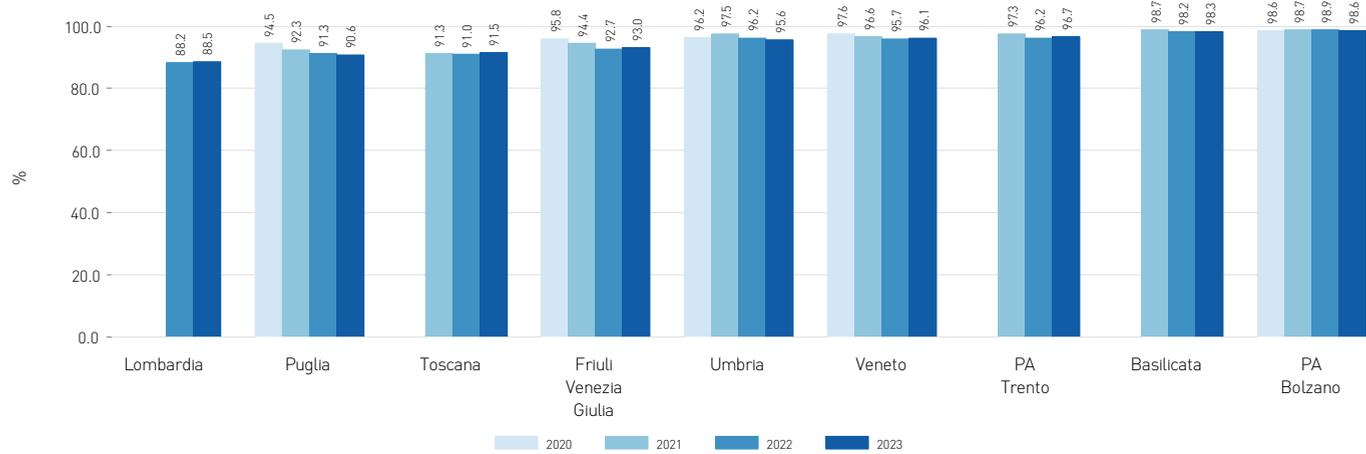
C16.4.NA - Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti

Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 5, equivalente ad una priorità di non urgenza, che attendono un tempo massimo di 240 minuti.



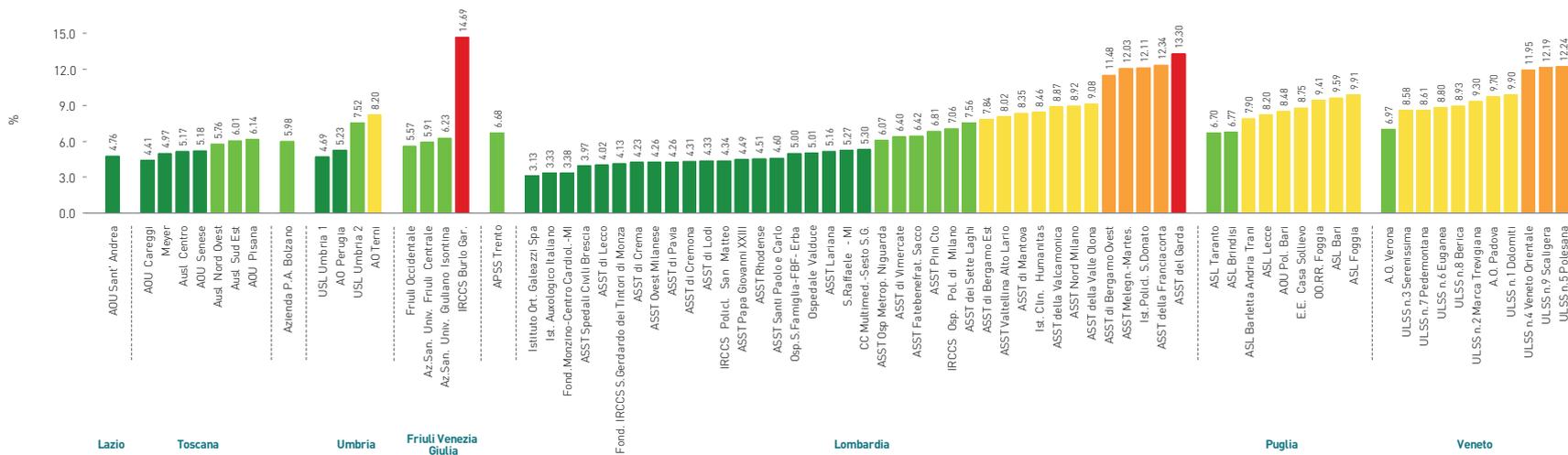
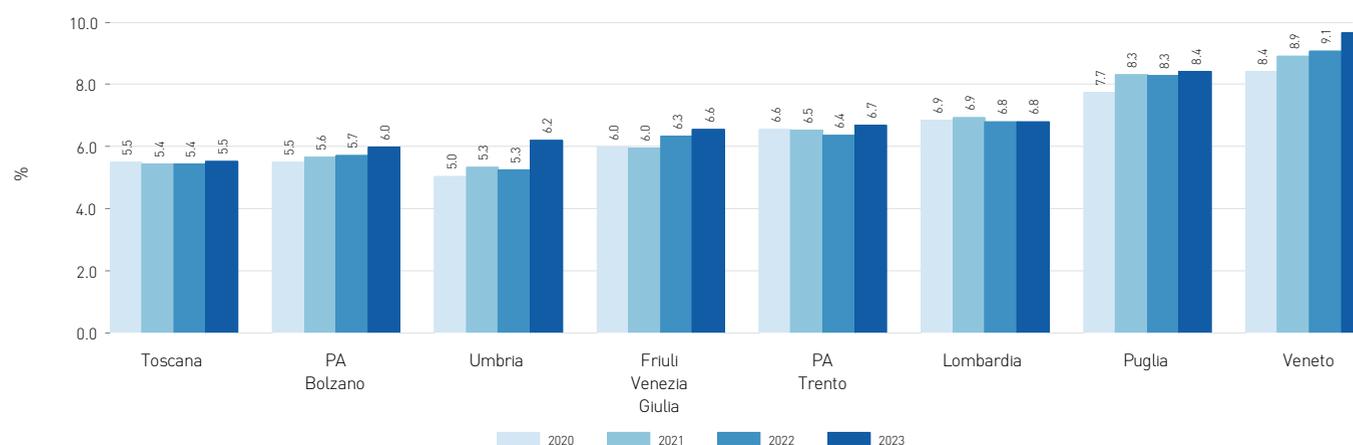
C16.4.1.N - Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore

L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione a domicilio o a strutture ambulatoriali. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



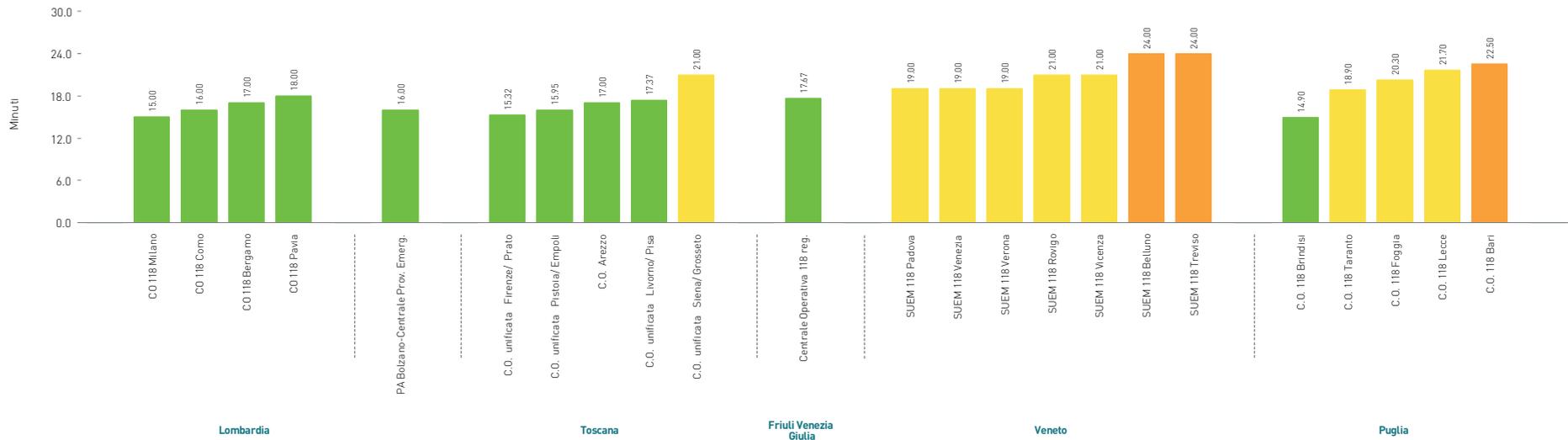
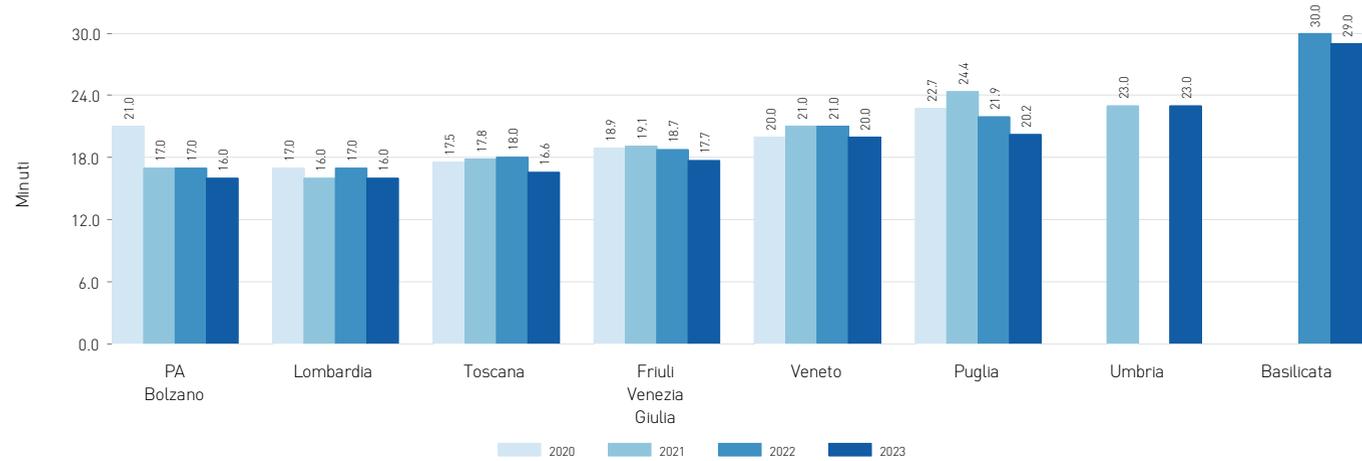
C16.10 - Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS.



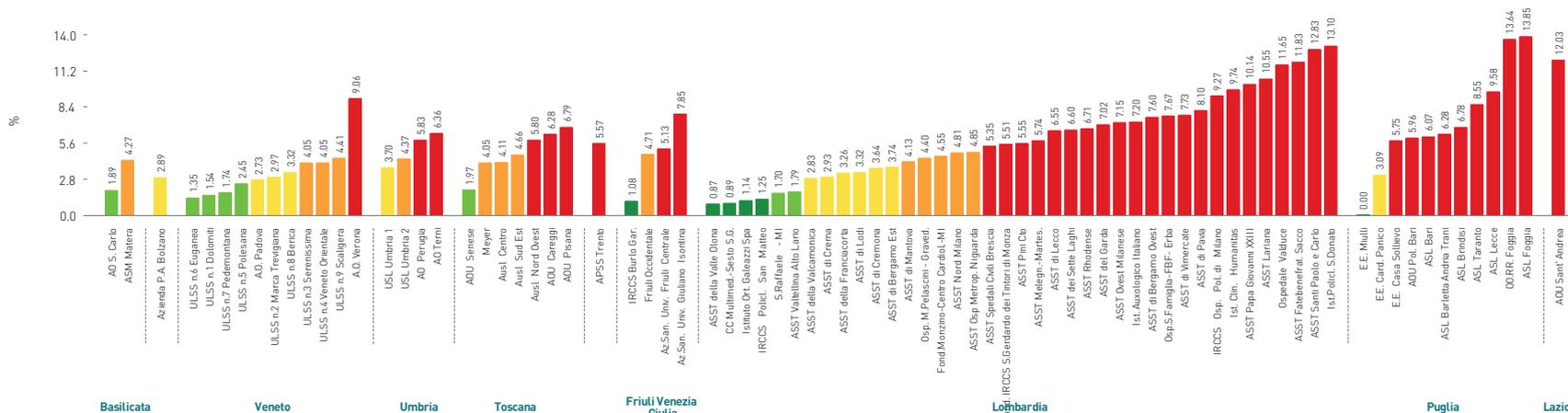
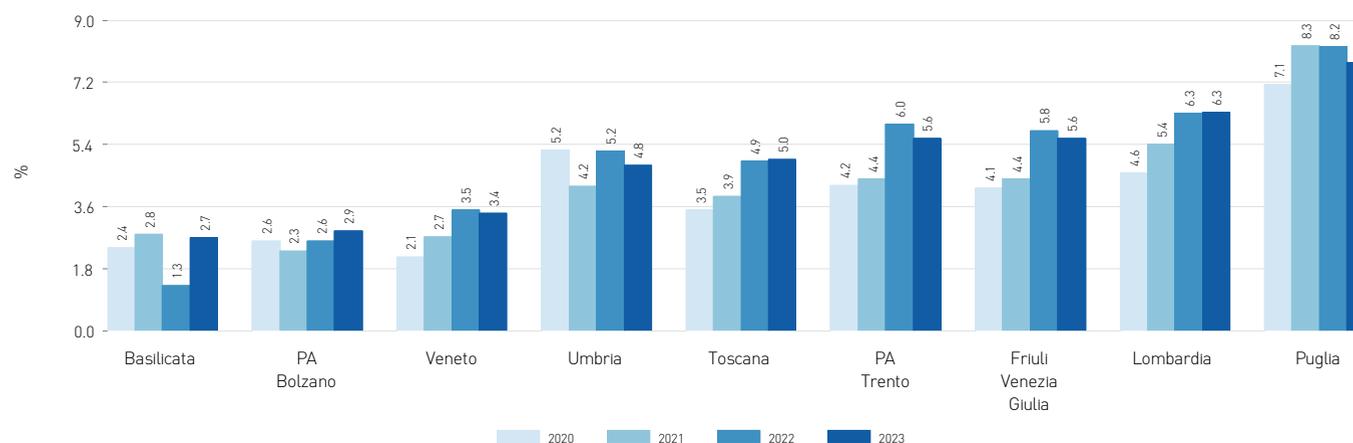
C16.11 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)

L'indicatore descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore 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).



D9 - Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, perché un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, una evidente insoddisfazione per il servizio erogato. L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage). Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

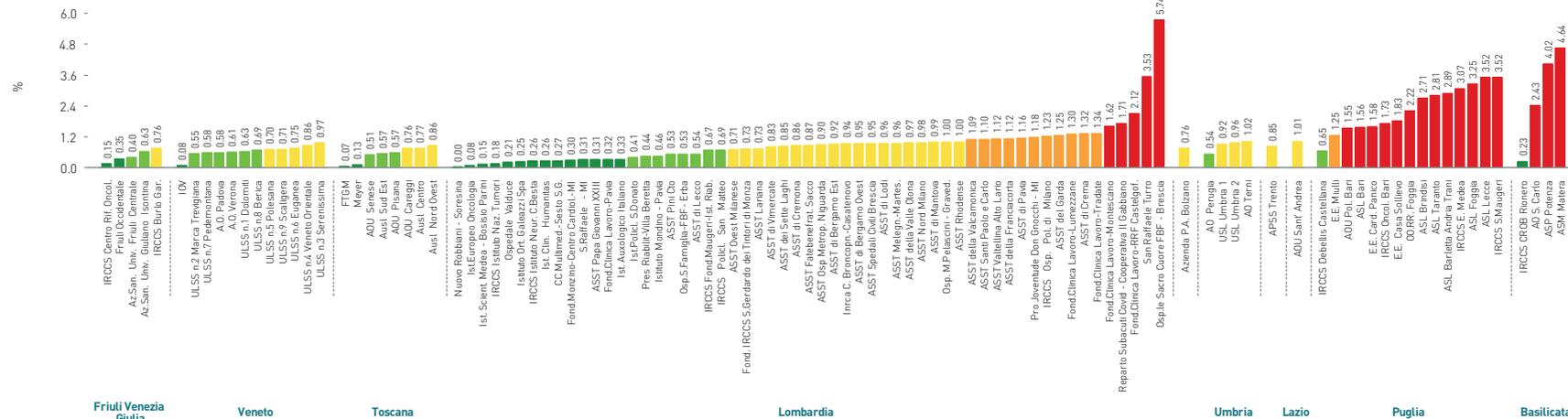
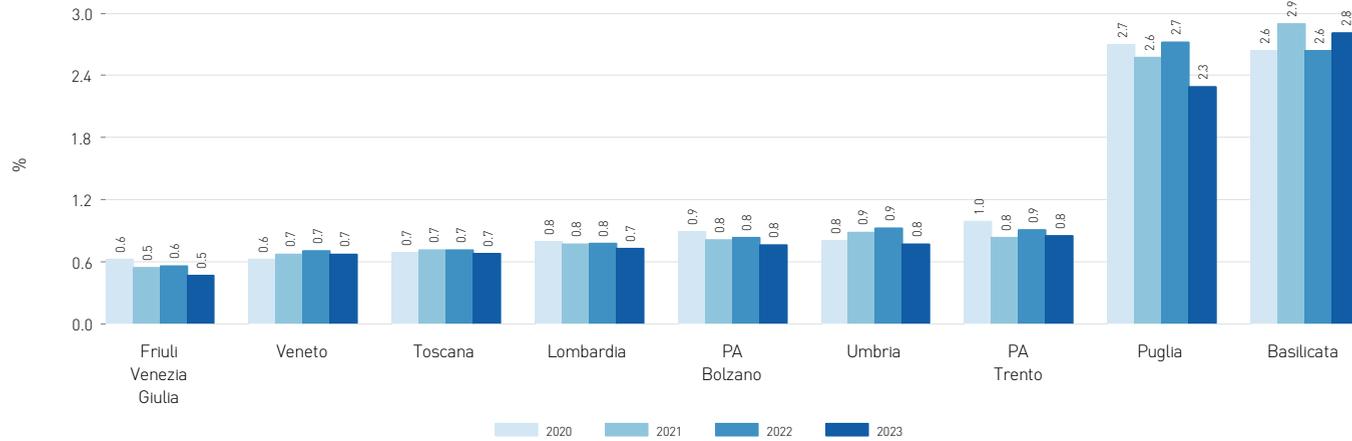




QUALITÀ E SICUREZZA

D18 - Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni, che lo inducono a farlo, possono essere molteplici. Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dell'utenza perché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

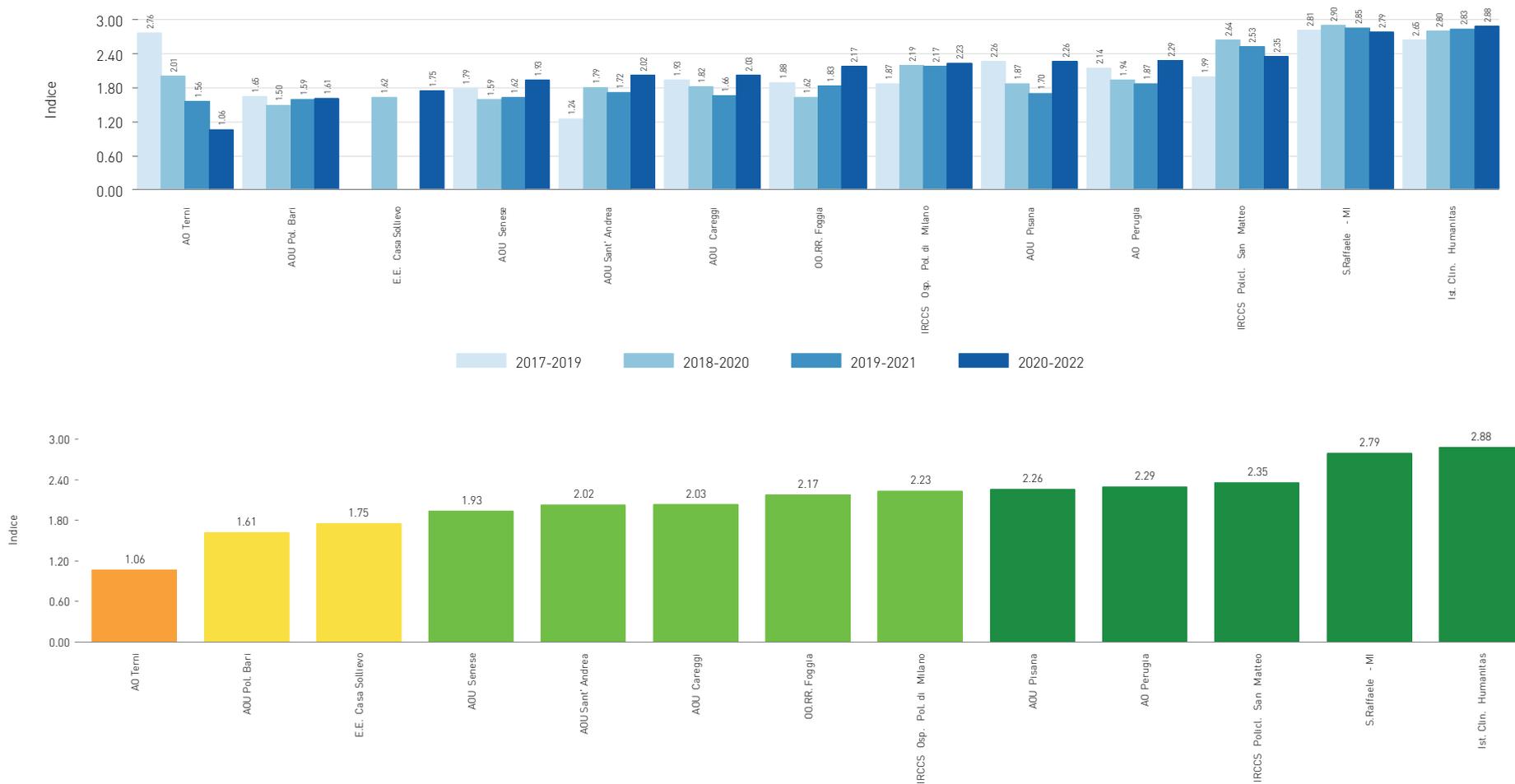


B15.1.1A - Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici

L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli articoli sulla base del numero di citazioni ottenute dagli stessi rapportato al numero medio di citazioni ottenuto da pubblicazioni dello stesso anno, stesso tipo (paper, review, ecc.) e stessa specialità. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2019-2021.



B15.1.1A - Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici

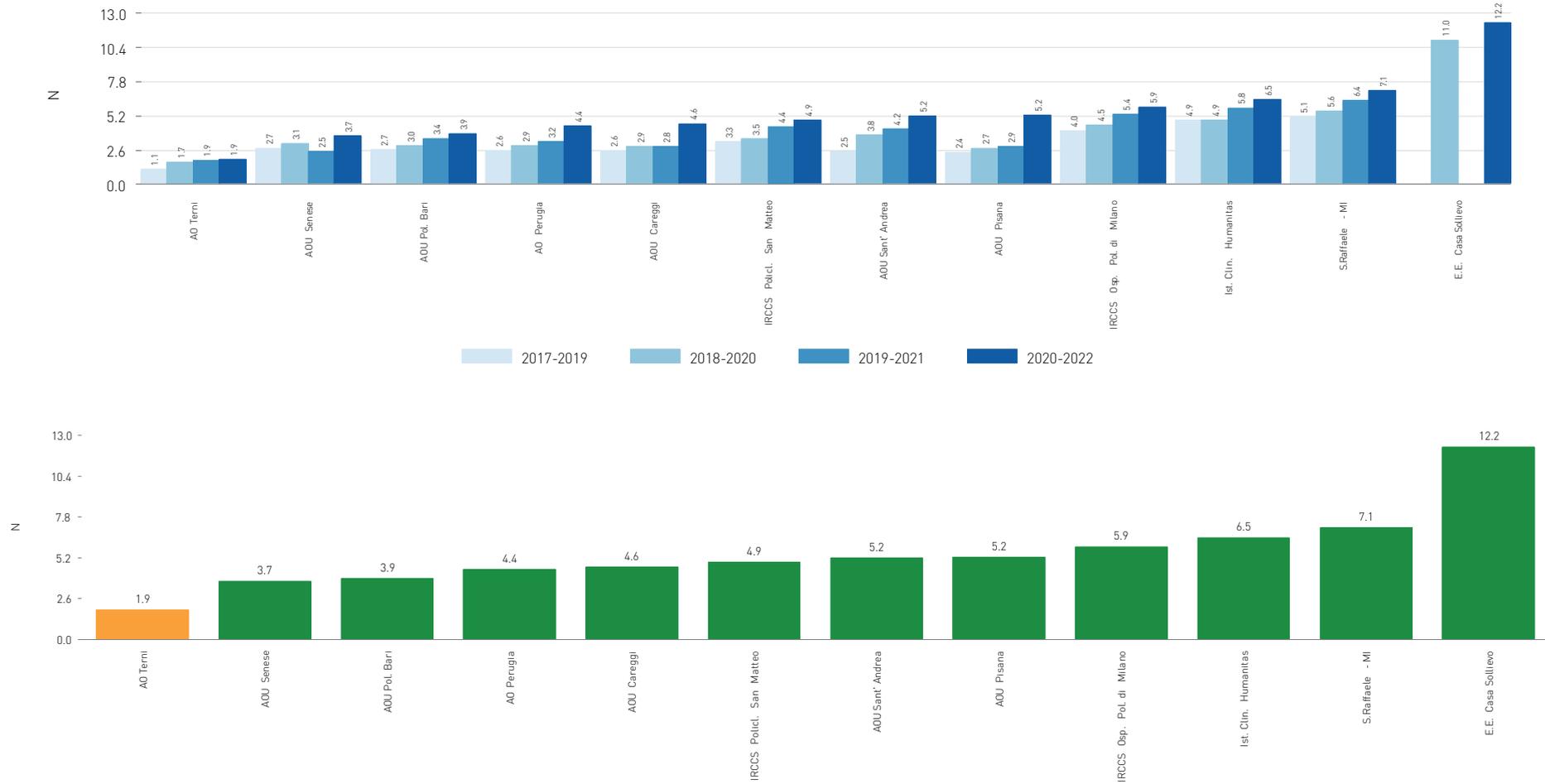


B15.1.3 - Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici

L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2019-2021.



B15.1.3 - Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici

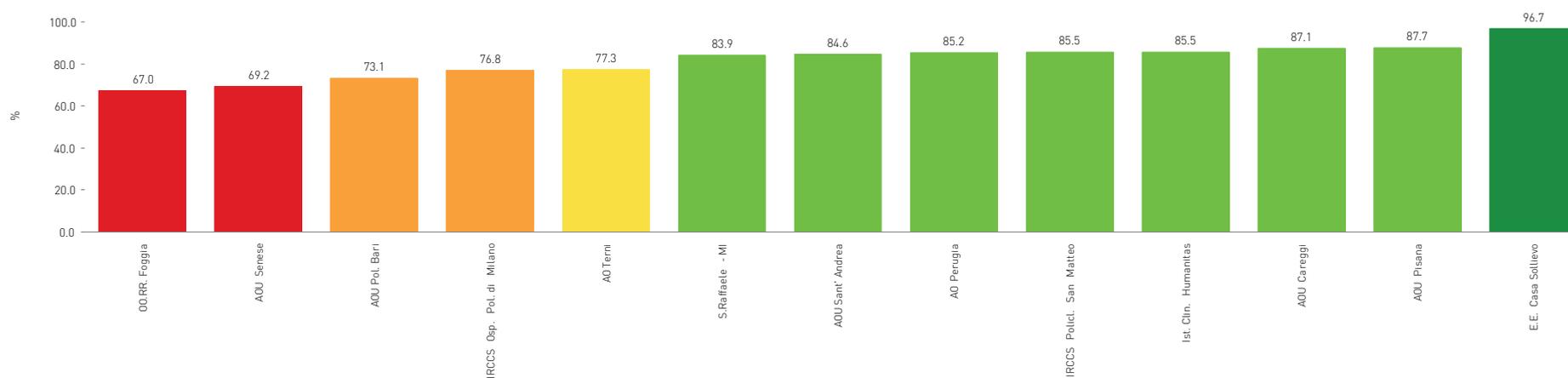
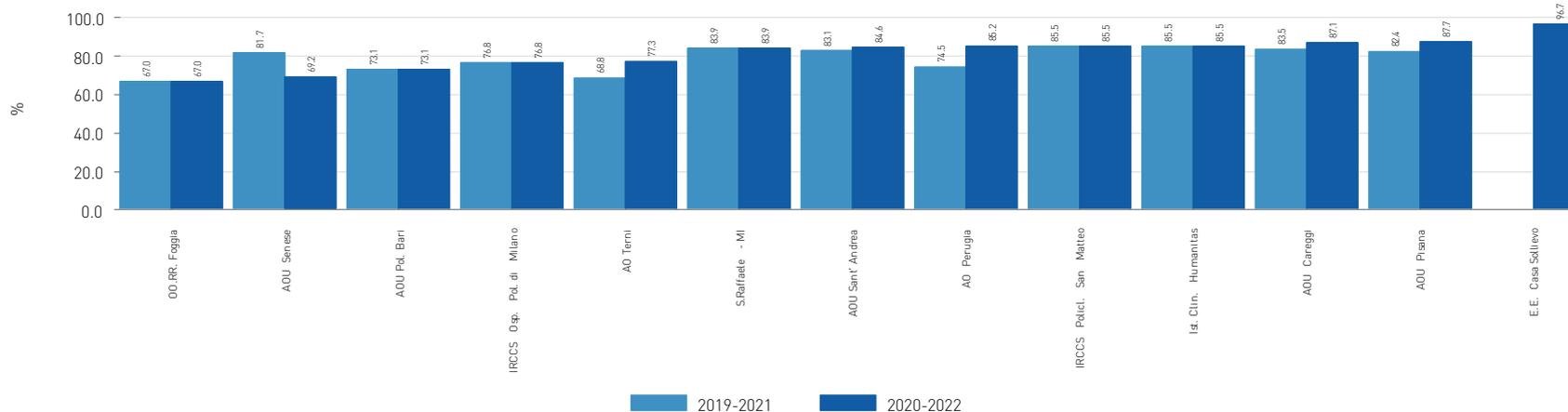


B15.2.1A - Percentuale di dirigenti medici produttivi

L'indicatore B15.2.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra la percentuale di dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, produttivi. Con 'produttivo' si intende un dirigente medico che abbia pubblicato almeno un prodotto (paper, review, ecc.) indicizzato su database Scopus nel corso del triennio 2019 - 2021. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2019-2021.

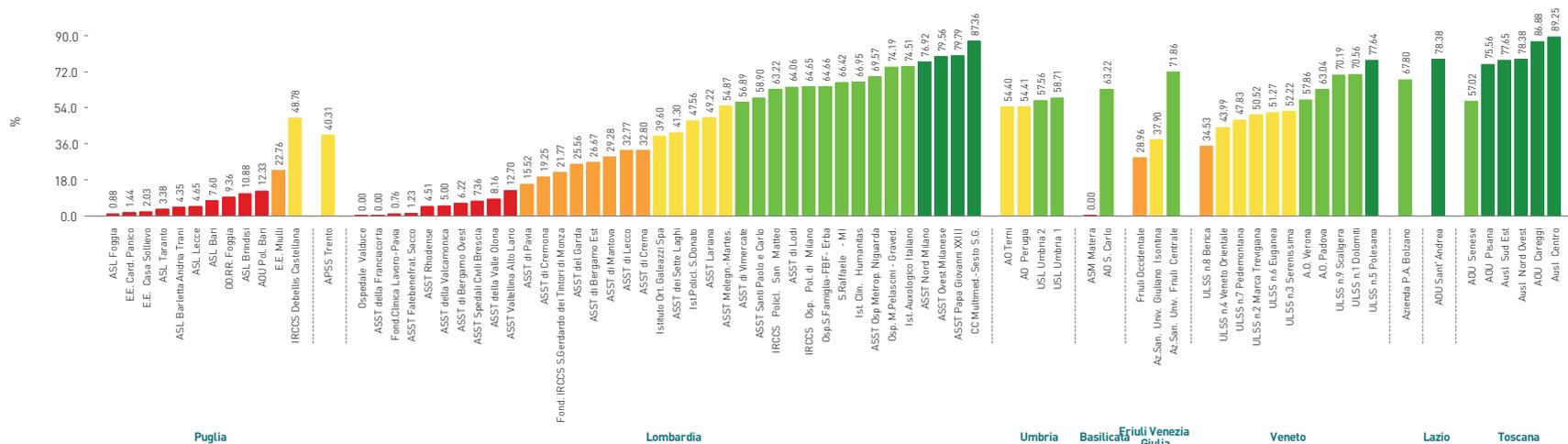
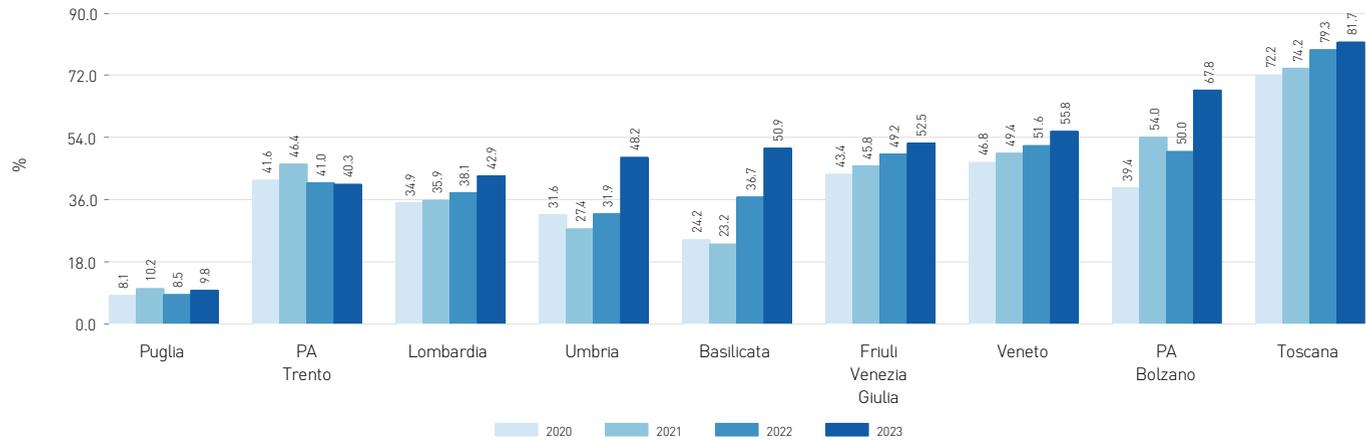


B15.2.1A - Percentuale di dirigenti medici produttivi



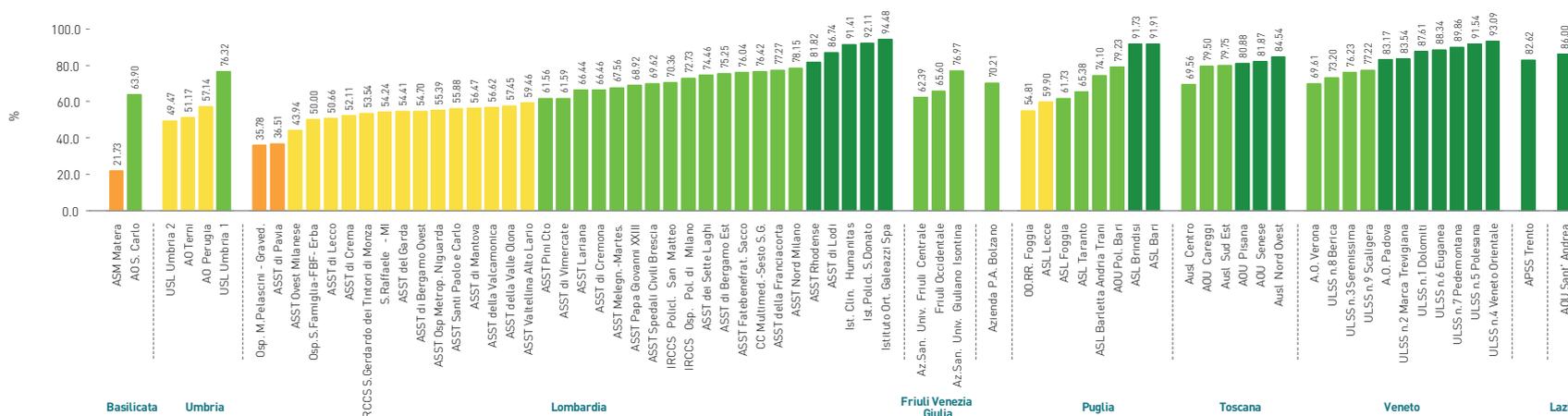
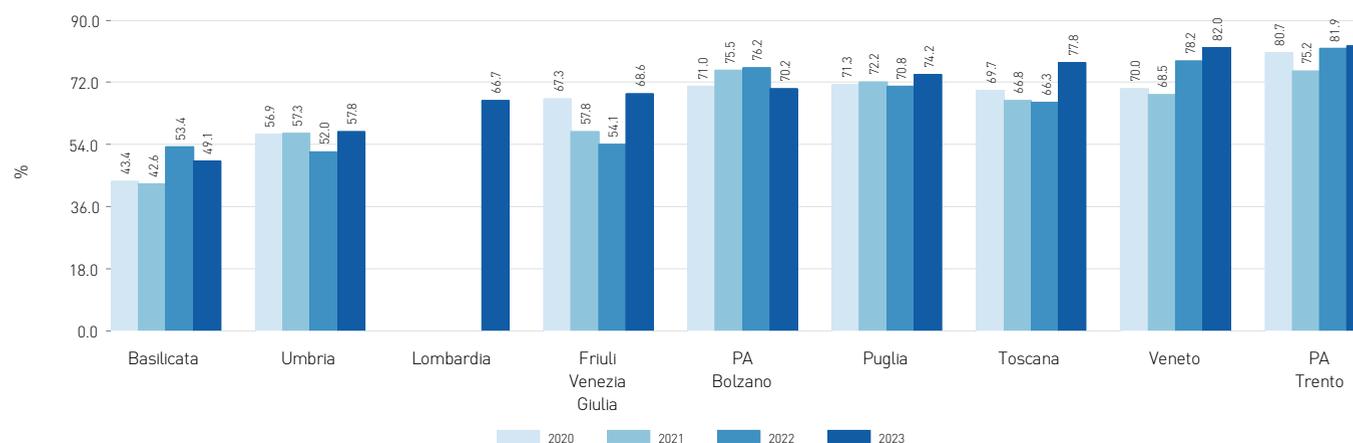
C4.4 - Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale, lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. Al fine di garantire la massima precisione del dato, l'analisi è stata ristretta ai soli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate a un ricovero in urgenza (Litwin, Cahan 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).



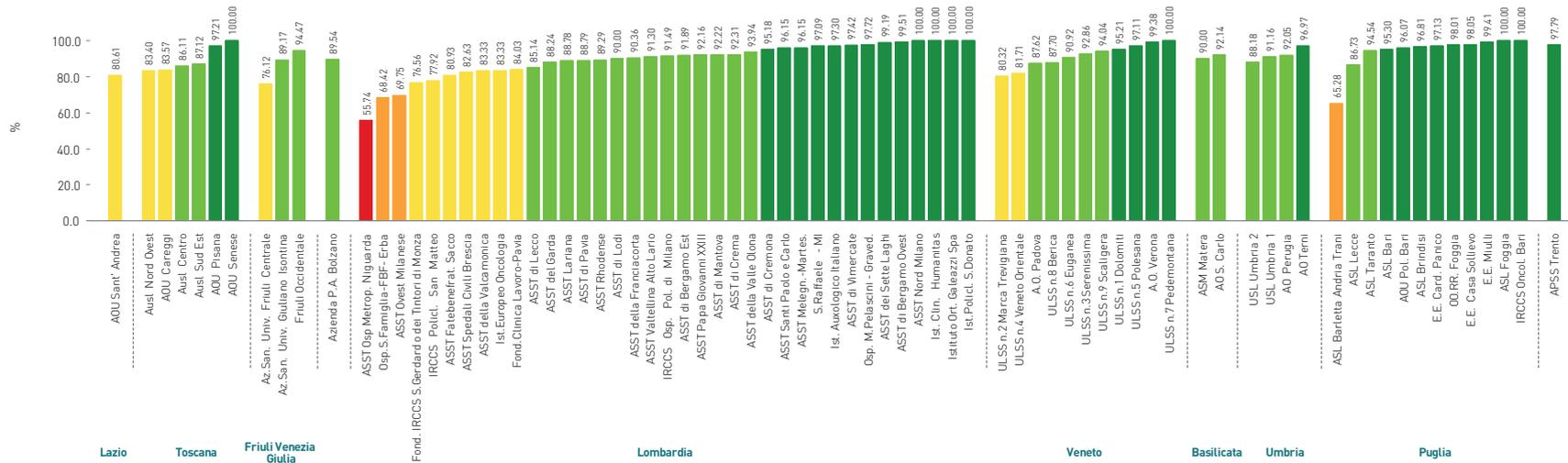
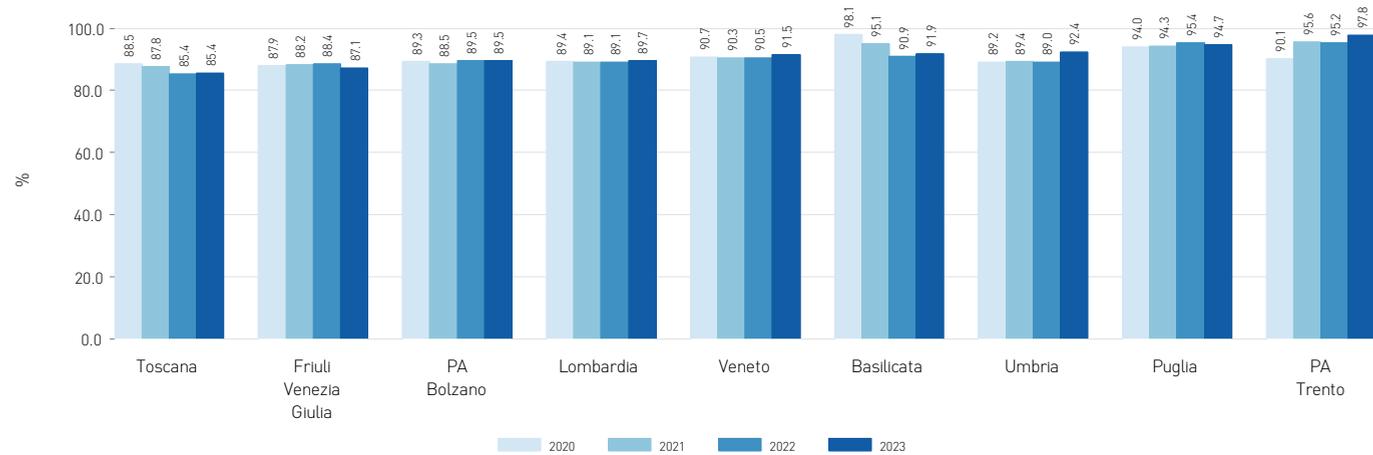
H13C - Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

L'indicatore, mutuato dal set di indicatori NSG Core, valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.



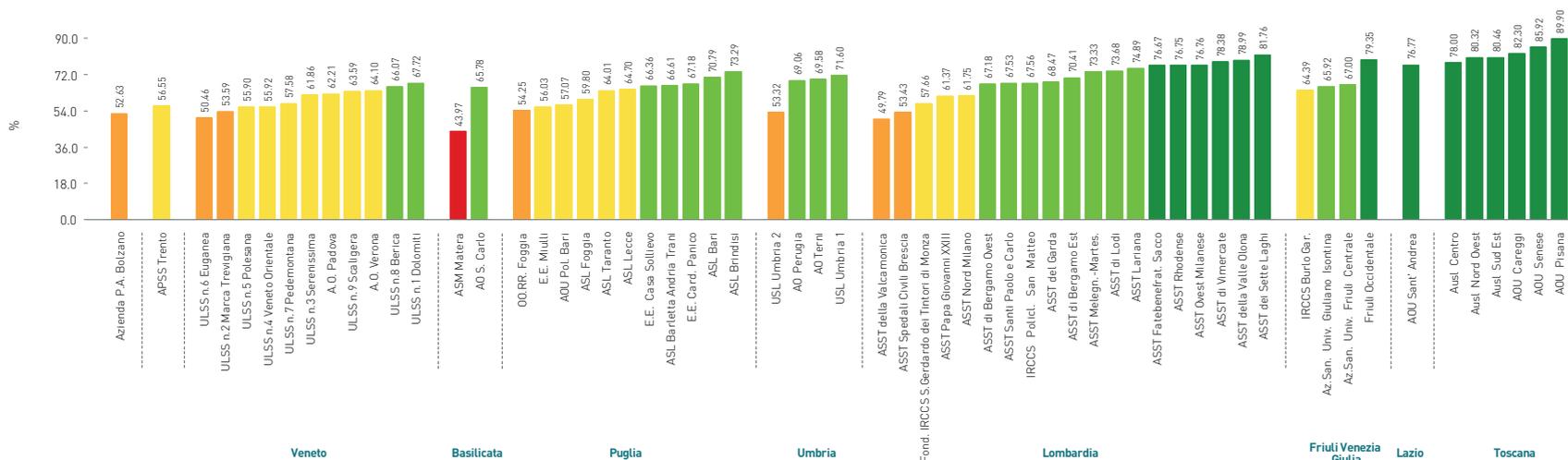
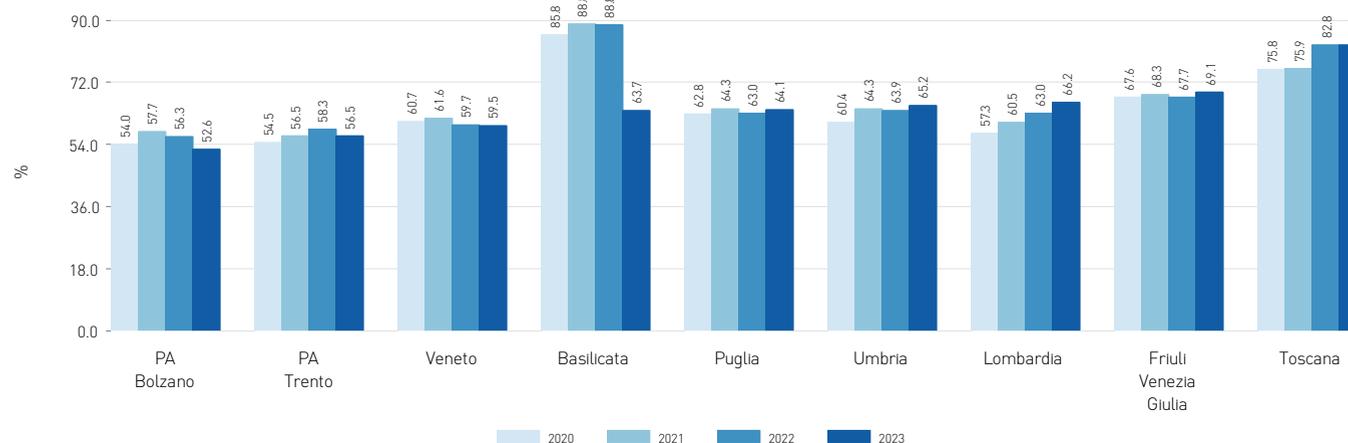
C5.3 - Percentuale di prostatectomie transuretrali

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 e una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.



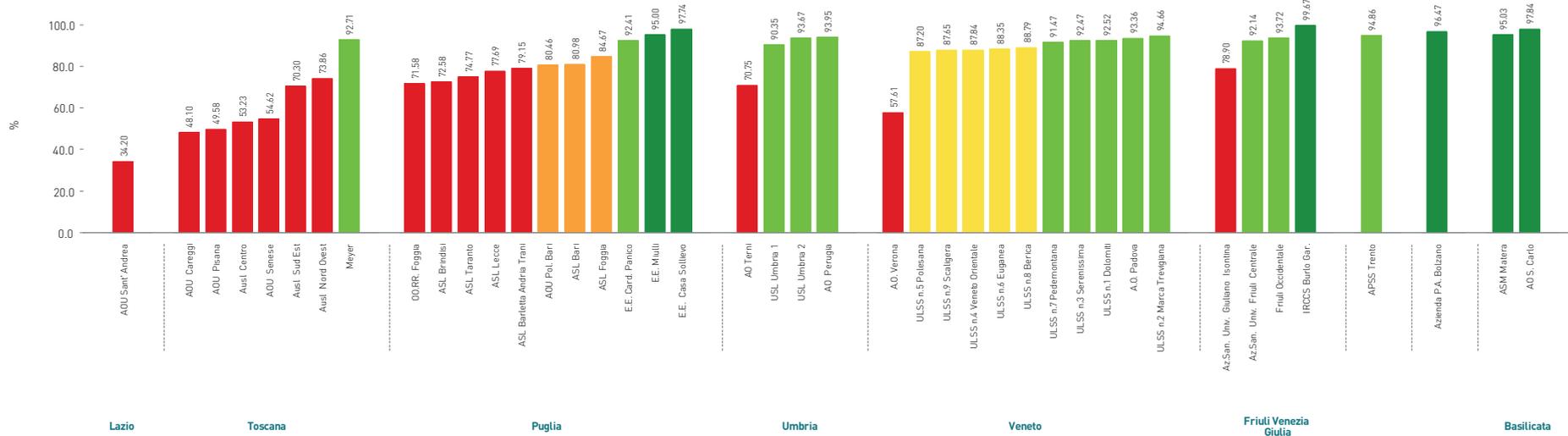
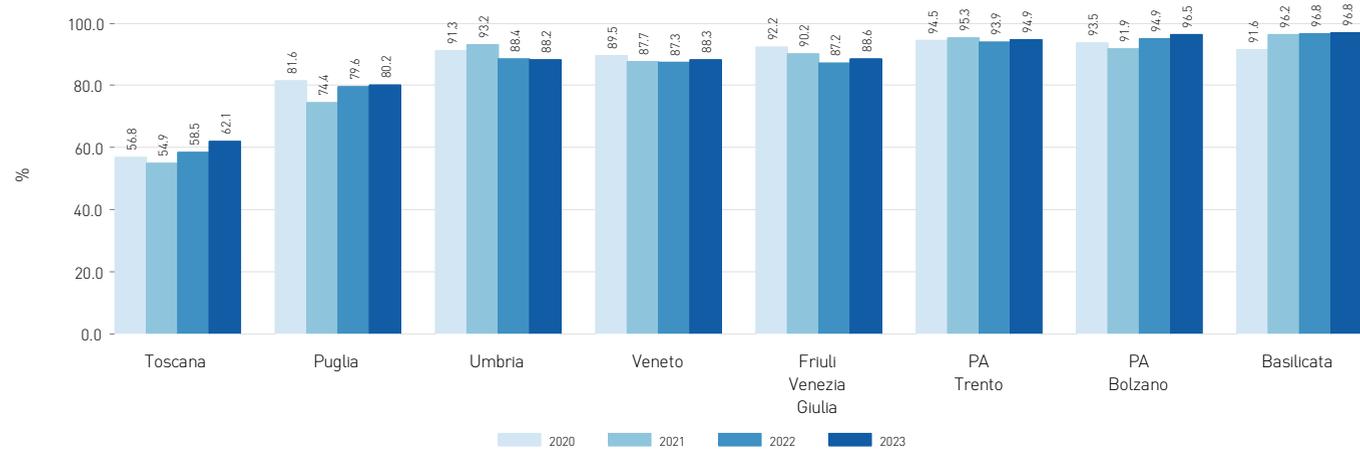
C16.7 - Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di pazienti che, ricoverati a seguito di un accesso al Pronto Soccorso, sono ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai pazienti ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. L'indicatore mette in luce eventuali inapproprietezze nella scelta del setting assistenziale da parte dei medici di PS e/o inefficienze organizzative dell'ospedale nel suo complesso.



C16.4 - Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

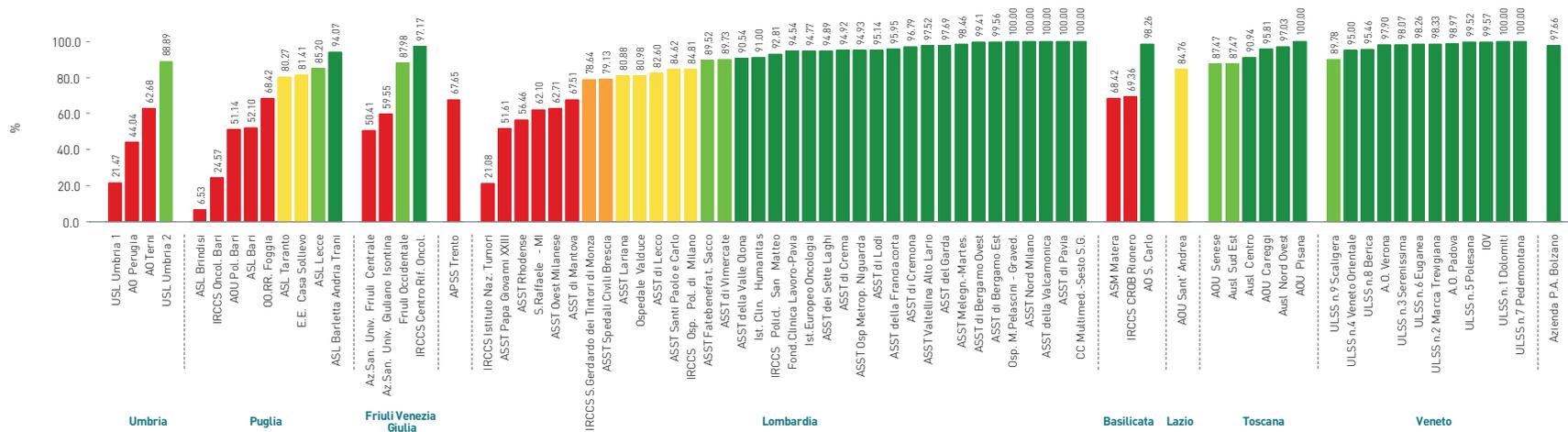
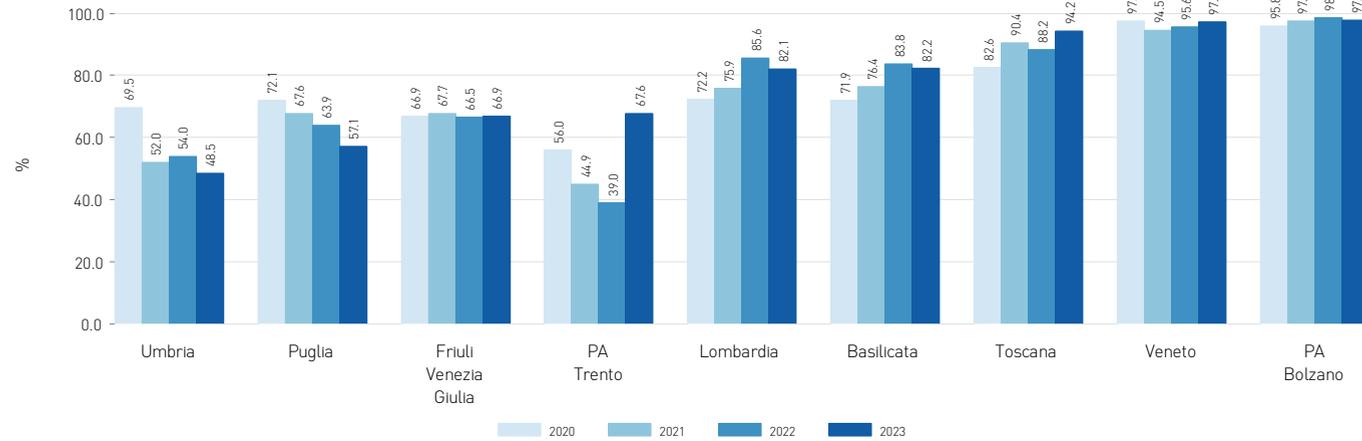
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Poiché 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, può dipendere infatti, anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di PS, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in PS di pazienti inviati a ricovero). Ritenuto una delle criticità determinanti il sovraffollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in PS.



RESPONSIVENESS

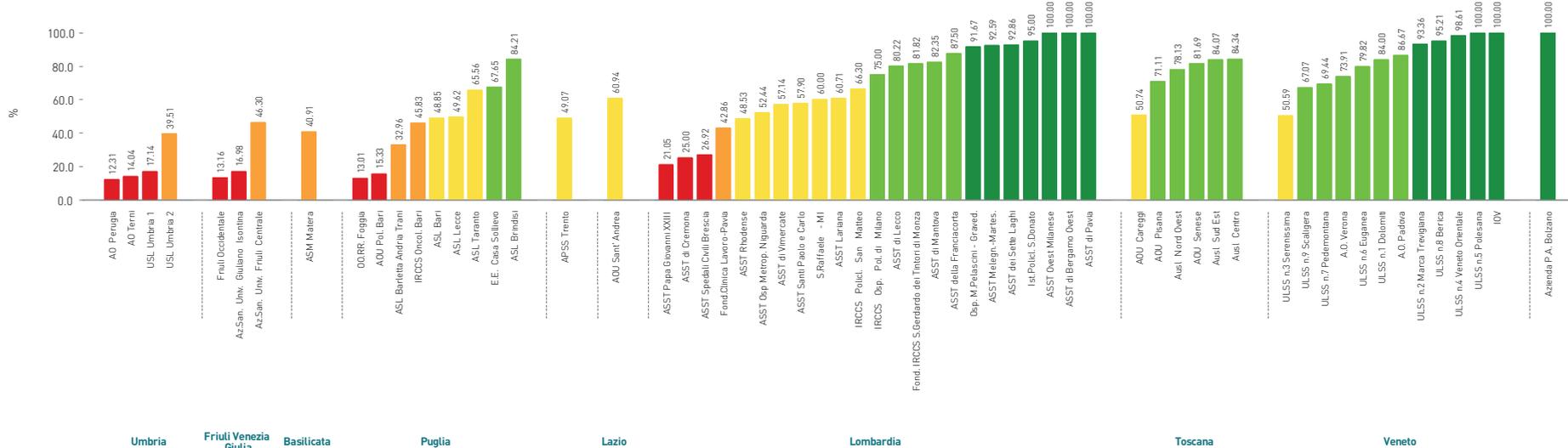
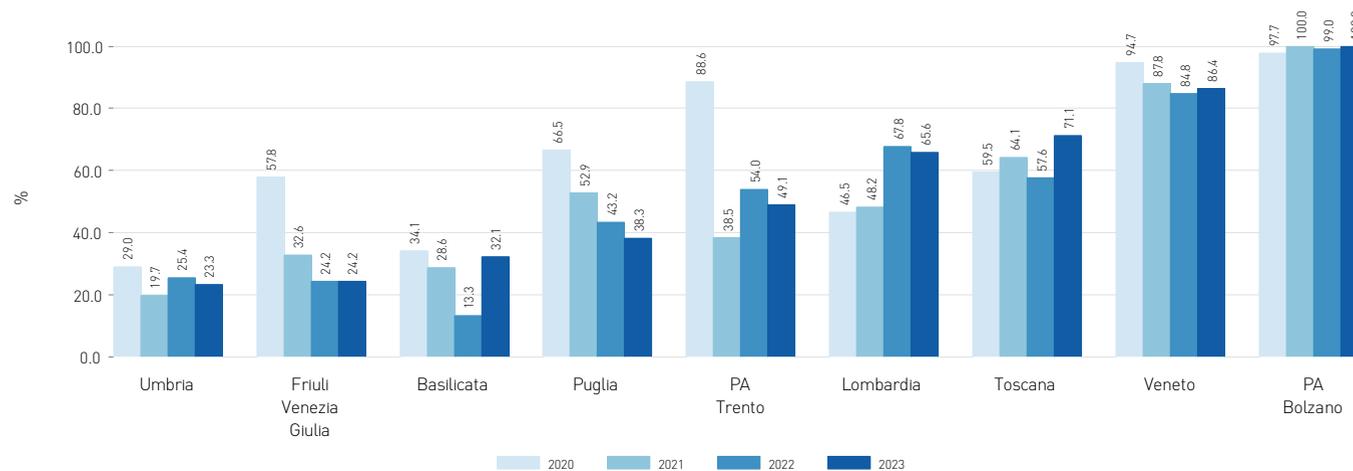
C10.4.7 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazione erogate.



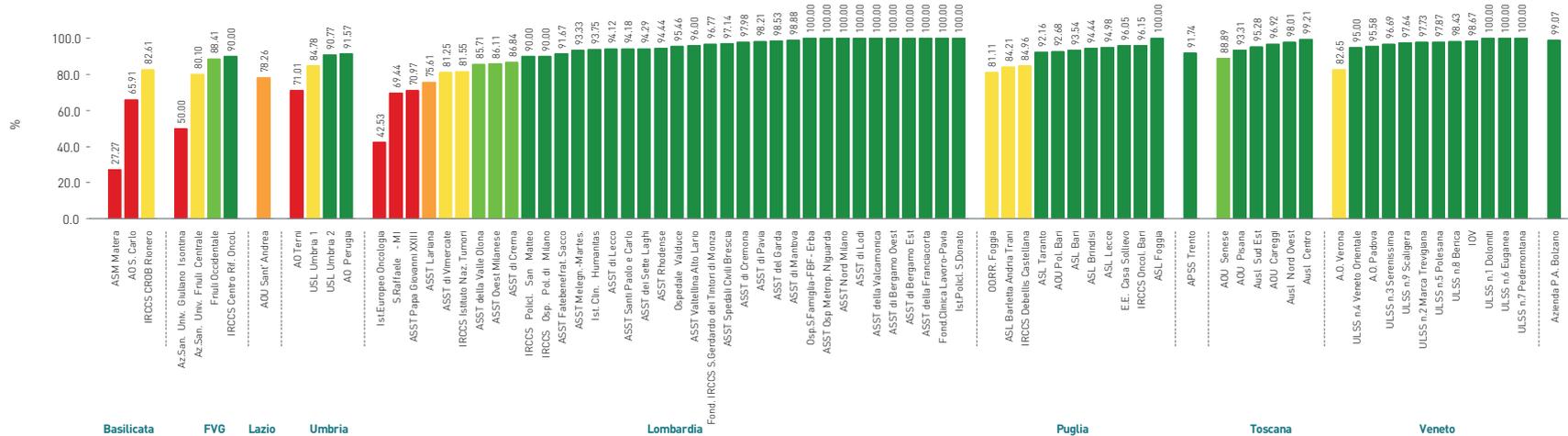
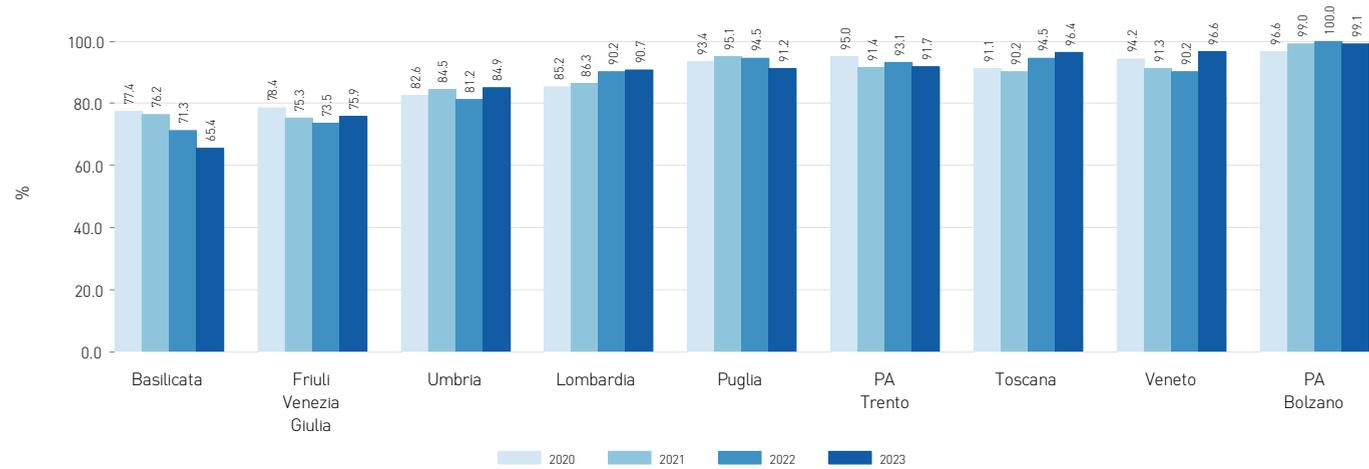
C10.4.8 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



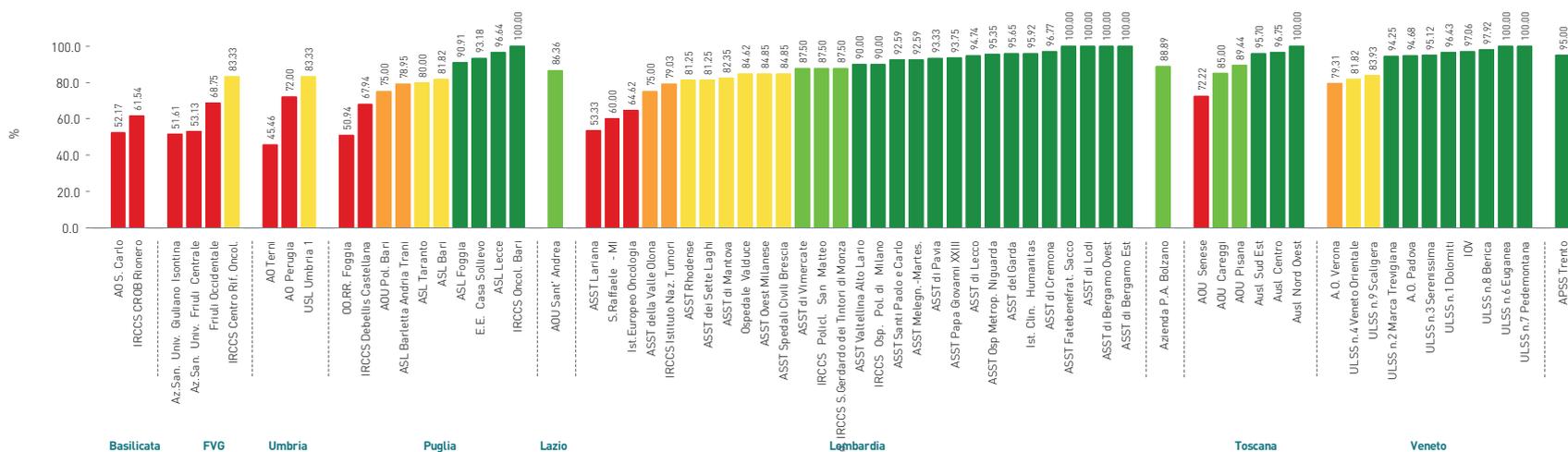
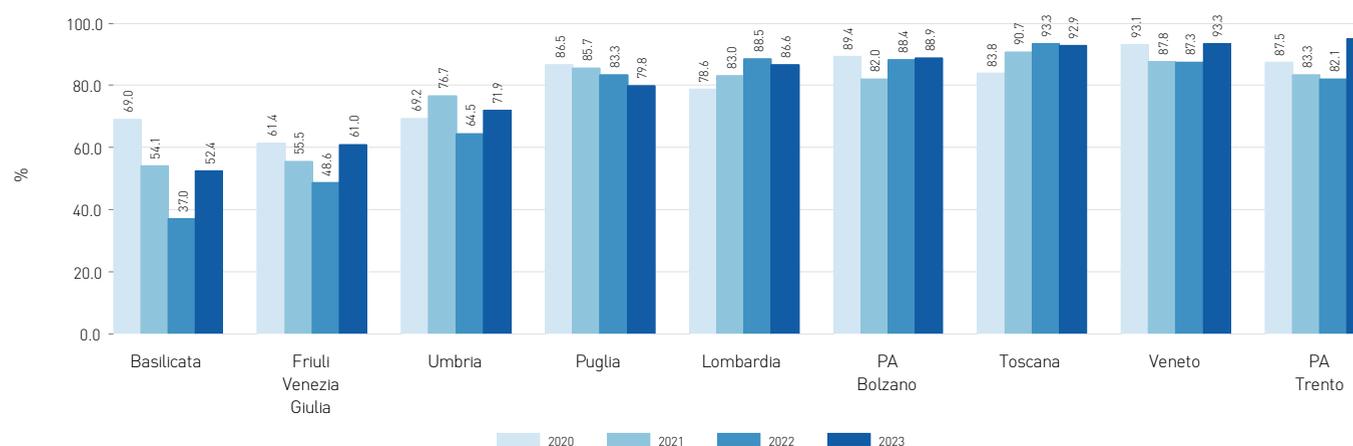
C10.4.9 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



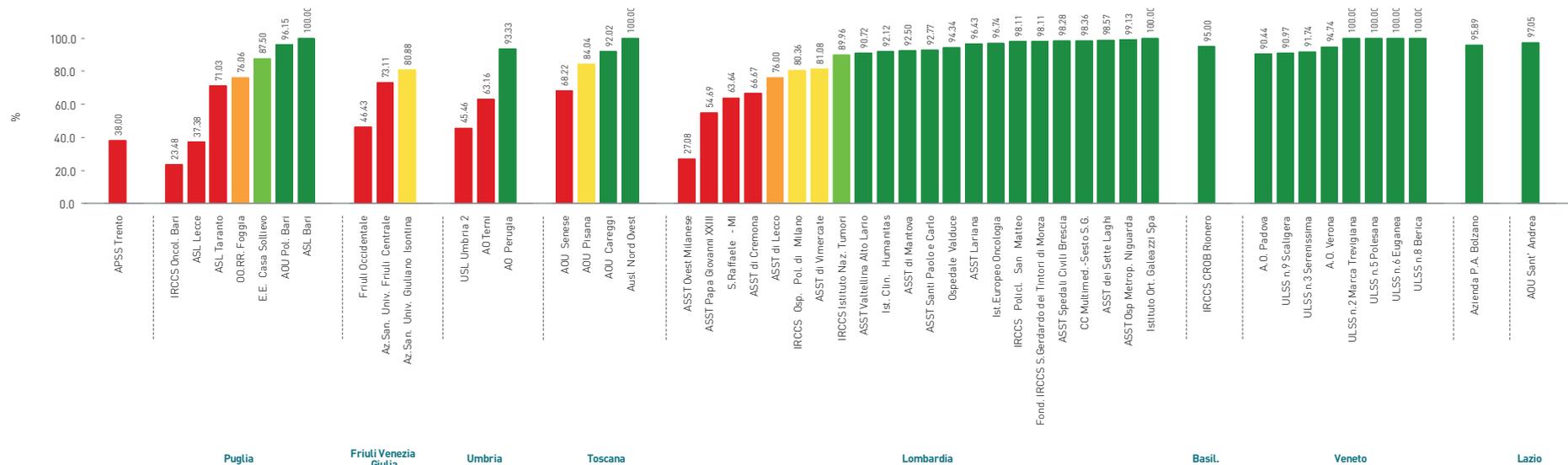
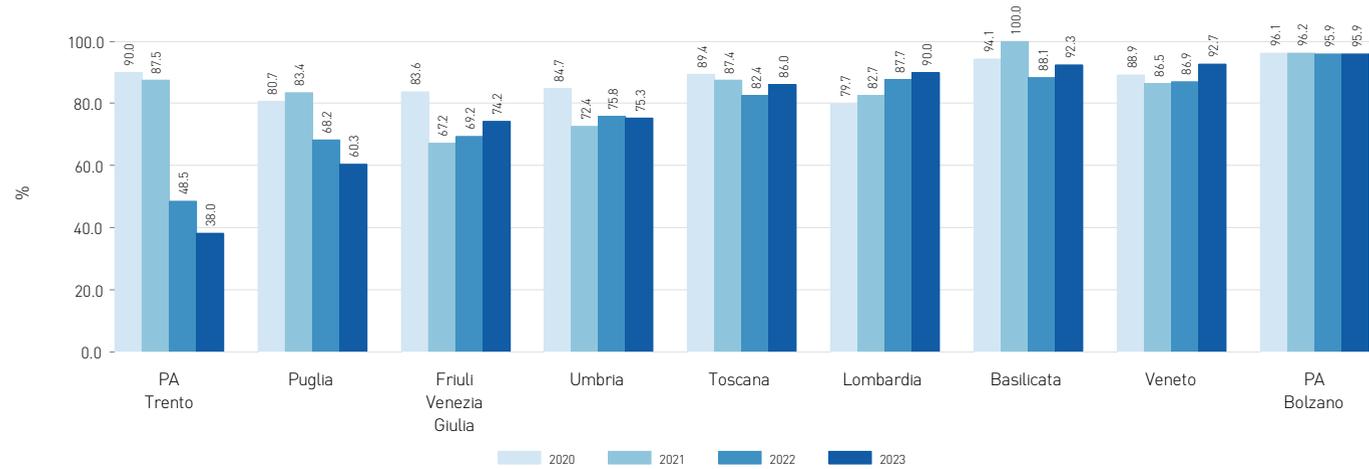
C10.4.10 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



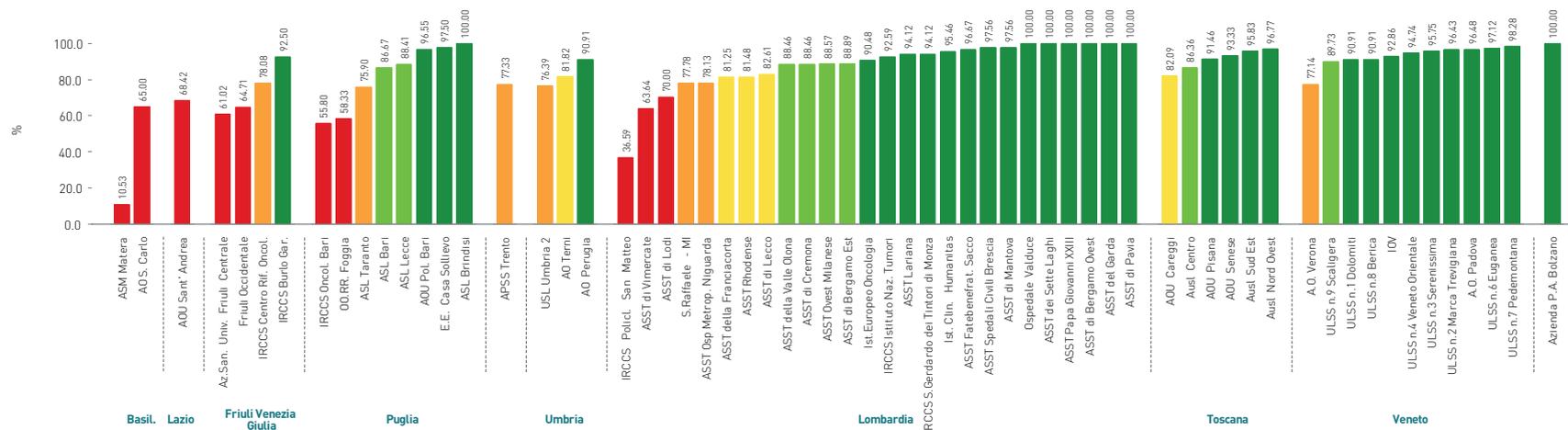
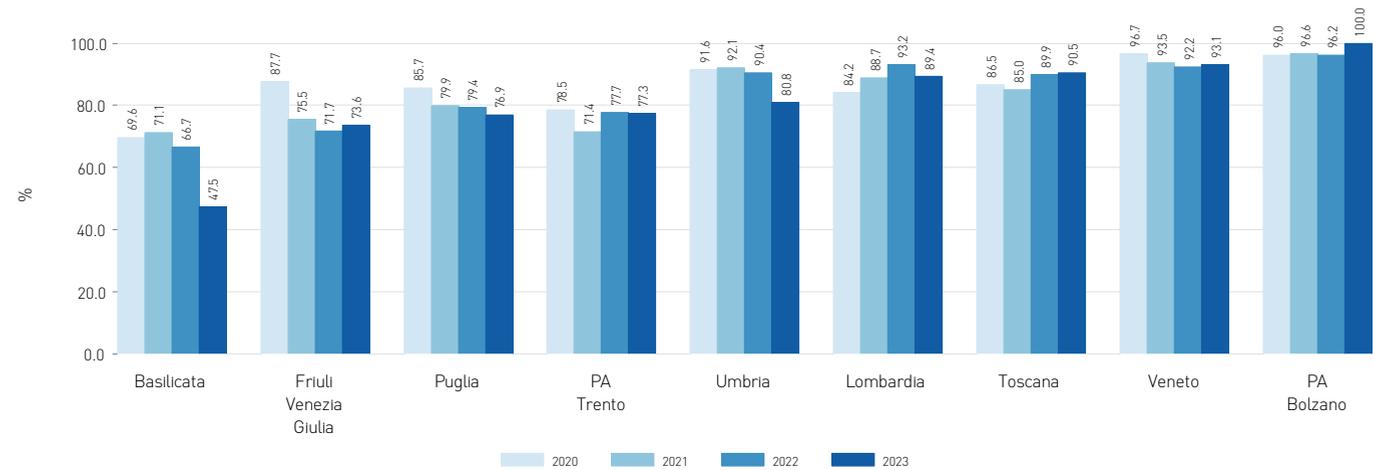
C10.4.11 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone

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 al polmone. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



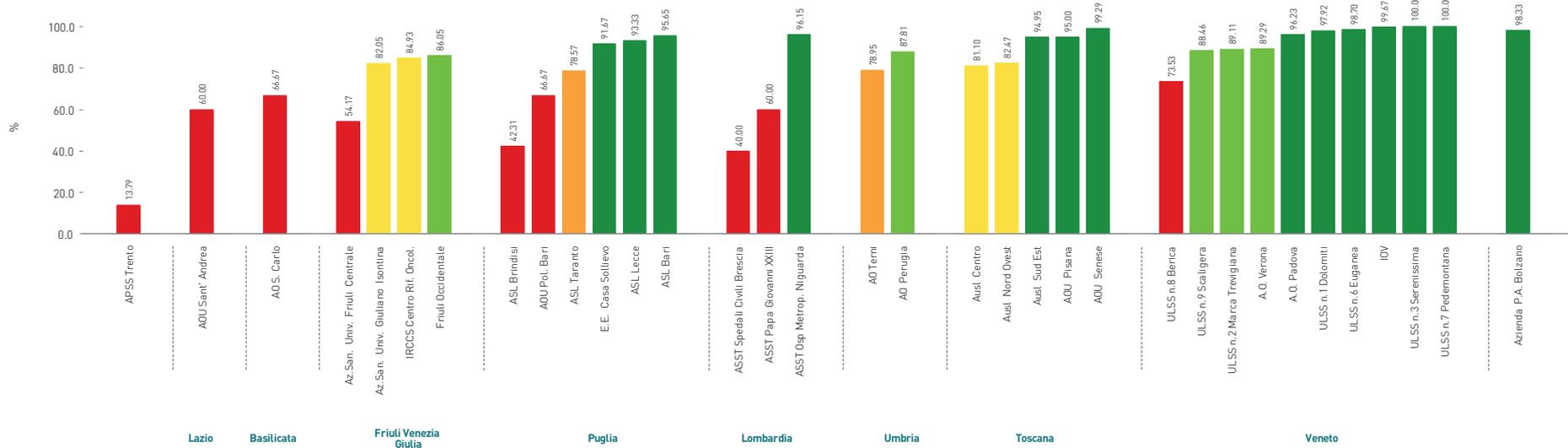
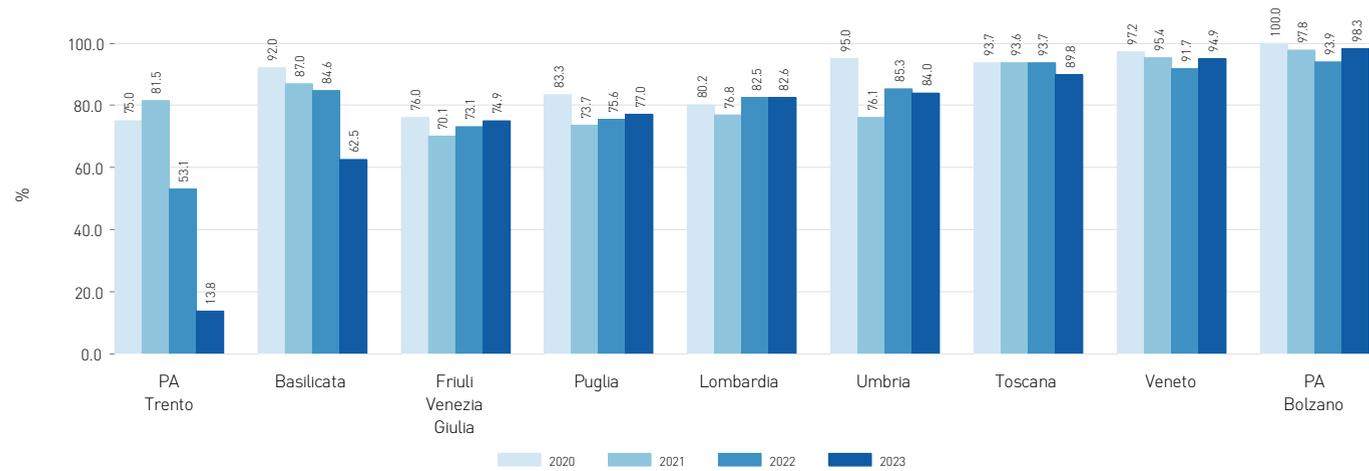
C10.4.12 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



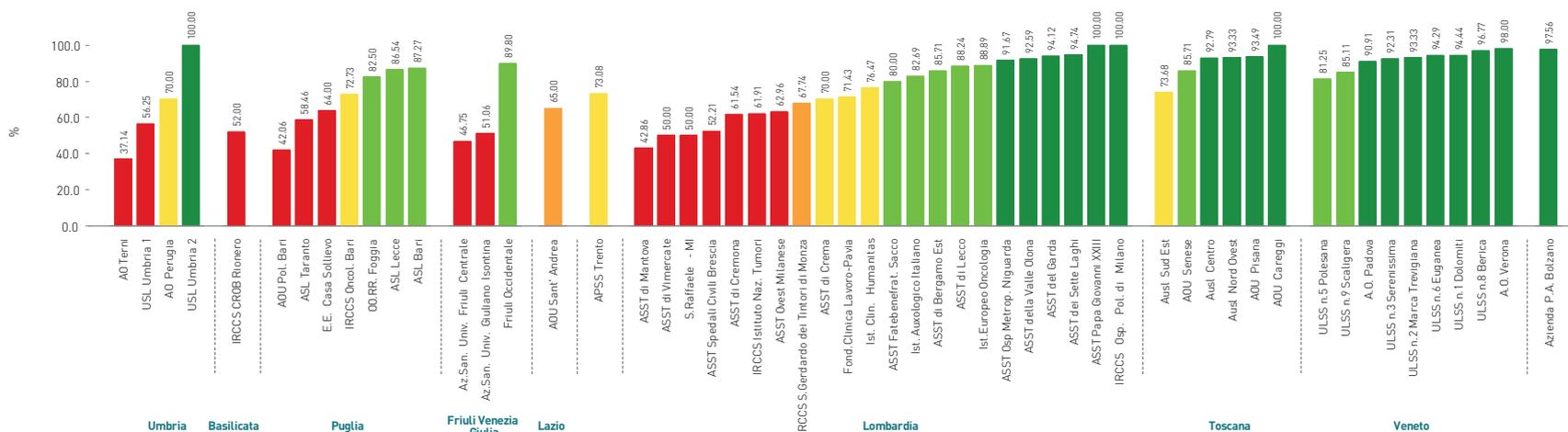
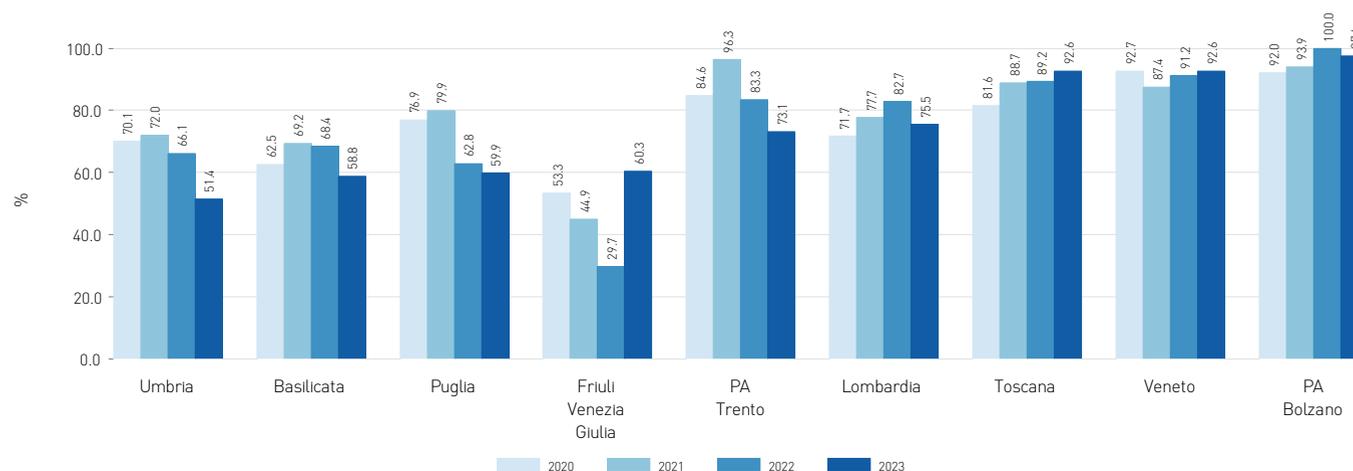
C10.4.13 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



C10.4.14 - Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide

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. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.

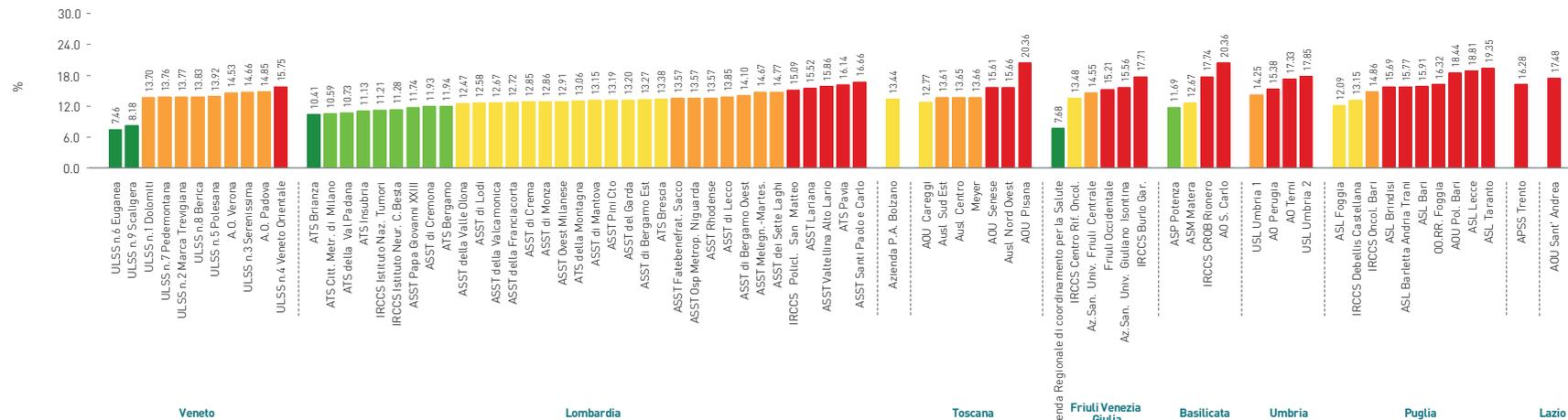
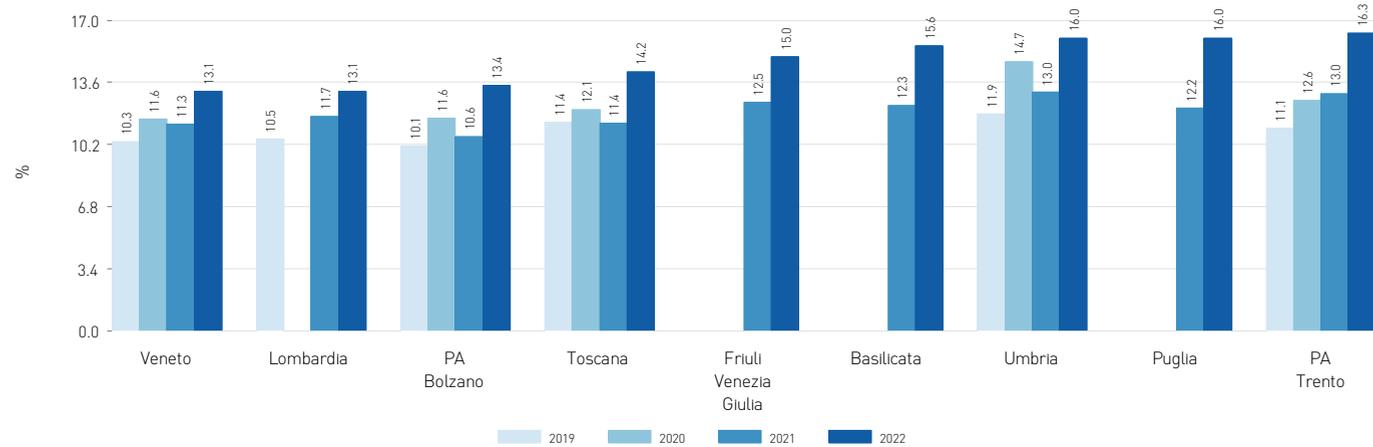




SFIDE POST-COVID

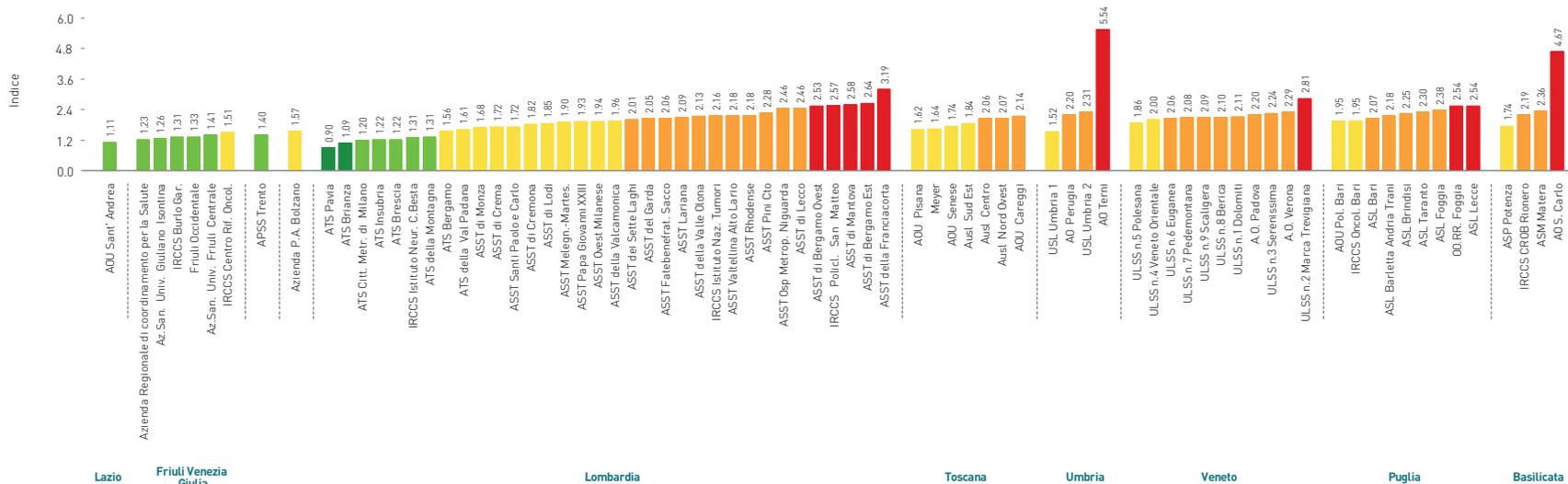
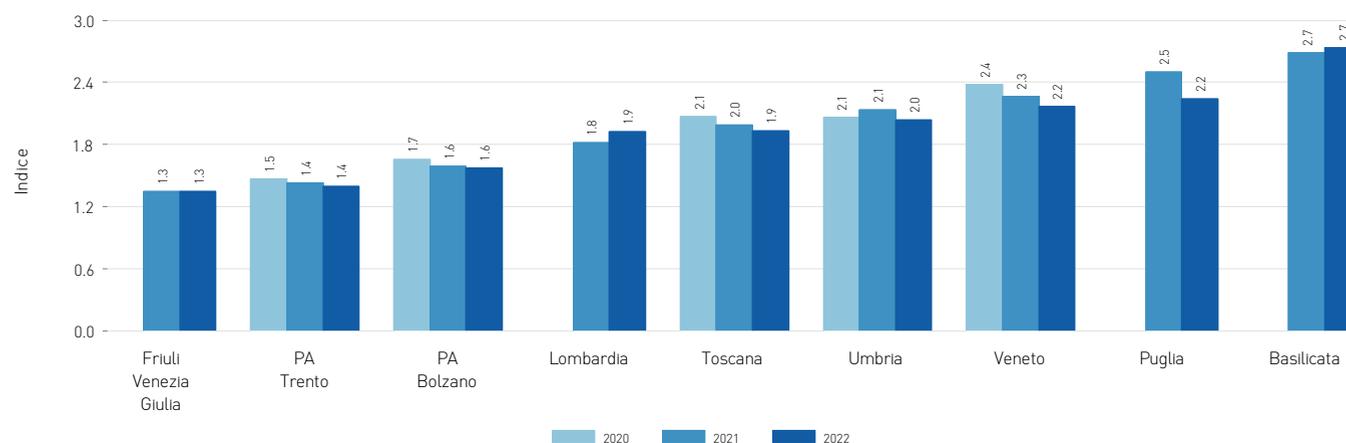
E2 - Percentuale di assenza

L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per maternità, congedo parentale e malattia dei figli, per altri permessi ed assenze retribuite, per sciopero e per altre assenze non retribuite (al numeratore) ed il numero di giornate lavorabili al netto delle ferie godute (al denominatore). Con riferimento alle aziende ospedaliero-universitarie, l'indicatore considera anche il personale universitario (coerentemente con quanto disposto dalla Circolare del 15 aprile 2016, n. 13). I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore corrispondono ai dati forniti dalle aziende per la compilazione dal conto annuale. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce all'anno 2022.



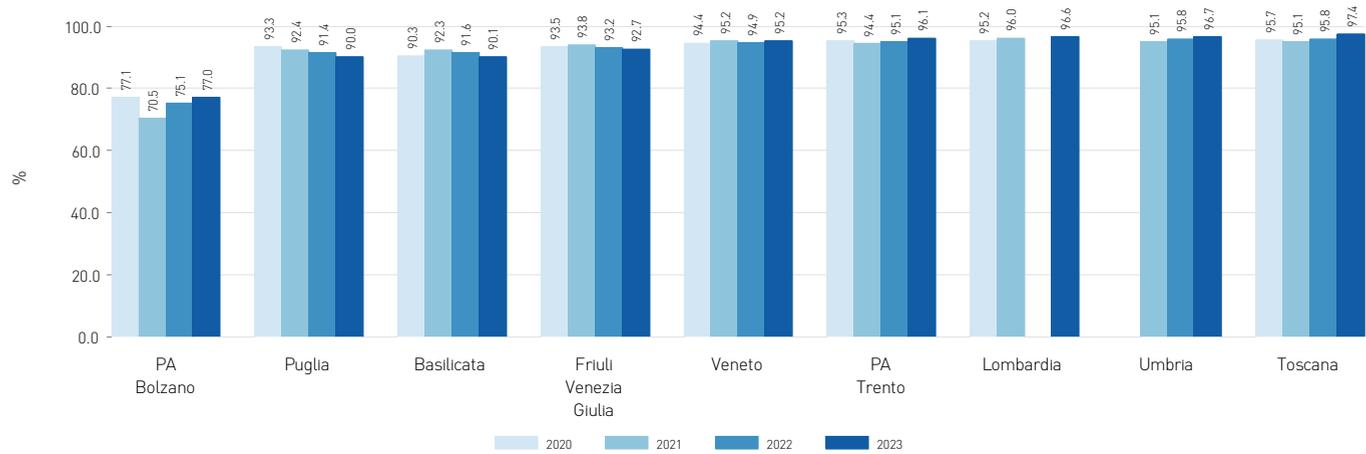
E2B - Indice soffitto di cristallo

A seguito delle molteplici disposizioni introdotte al fine di valorizzare la diversità di genere, sia in ambito territoriale (D.lgs 150/2009 - L15/2009) che in ambito comunitario (Horizon guidance on Gender equality plan), ed incrementare la presenza di donne in posizioni di leadership, l'indice del soffitto di cristallo monitora lo stato di avanzamento al fine del raggiungimento della parità di genere nel settore sanitario ove ancora si evince una certa disparità tra uomini e donne. Nello specifico, sebbene via via si stia osservando una netta prevalenza di donne nella composizione del personale sanitario (70%-30%), si osserva un ribaltamento significativo nella composizione delle posizioni di vertice (30%-70%).



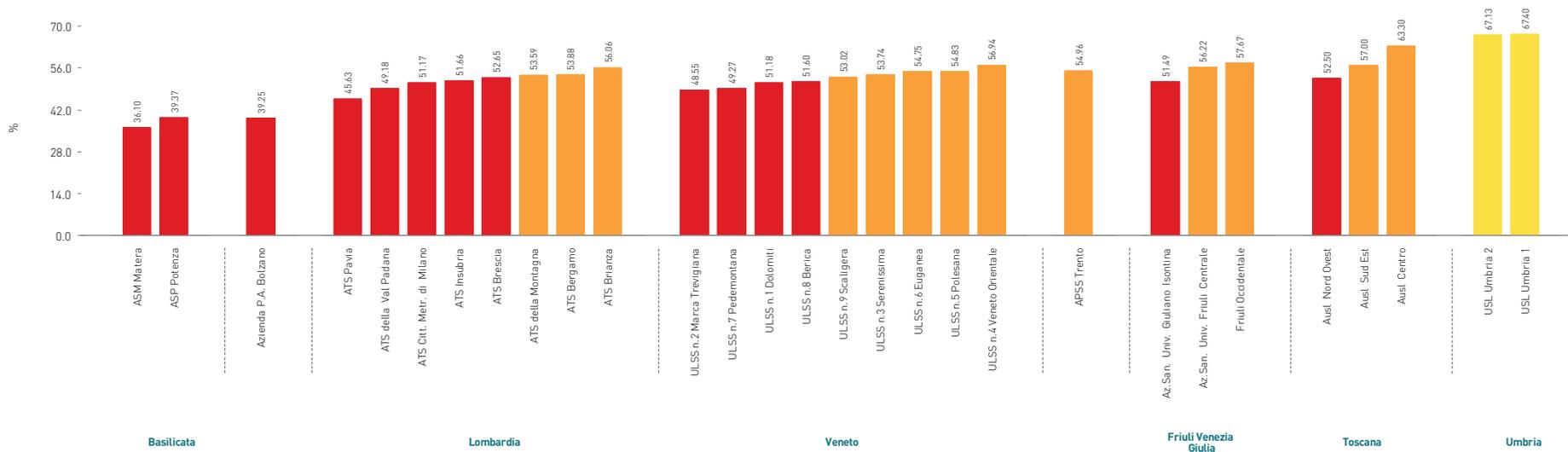
B7.1 - Copertura per vaccino MPR

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



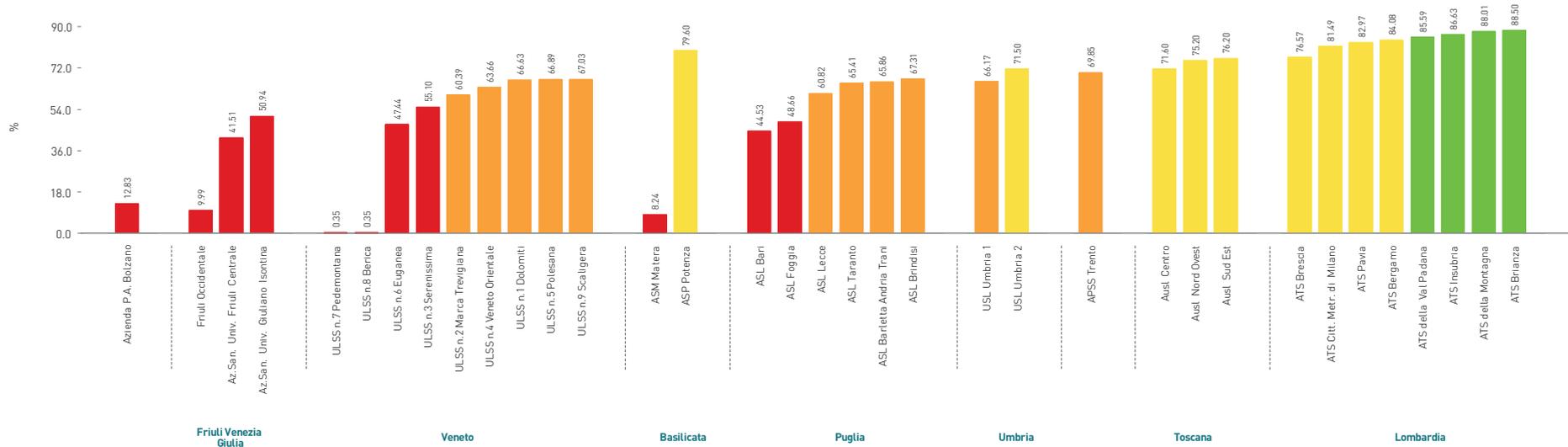
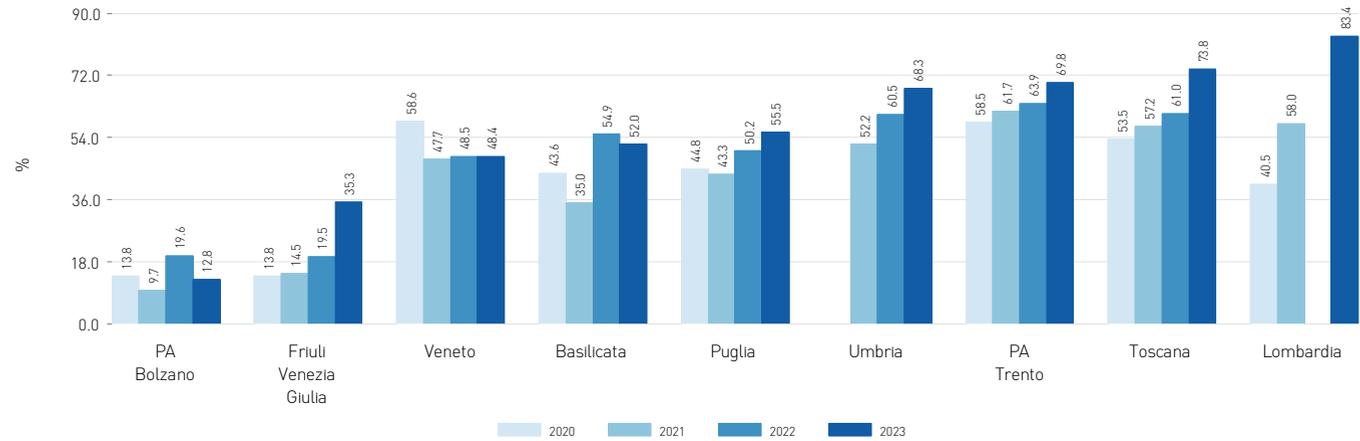
B7.2 - Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, per alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc. I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.



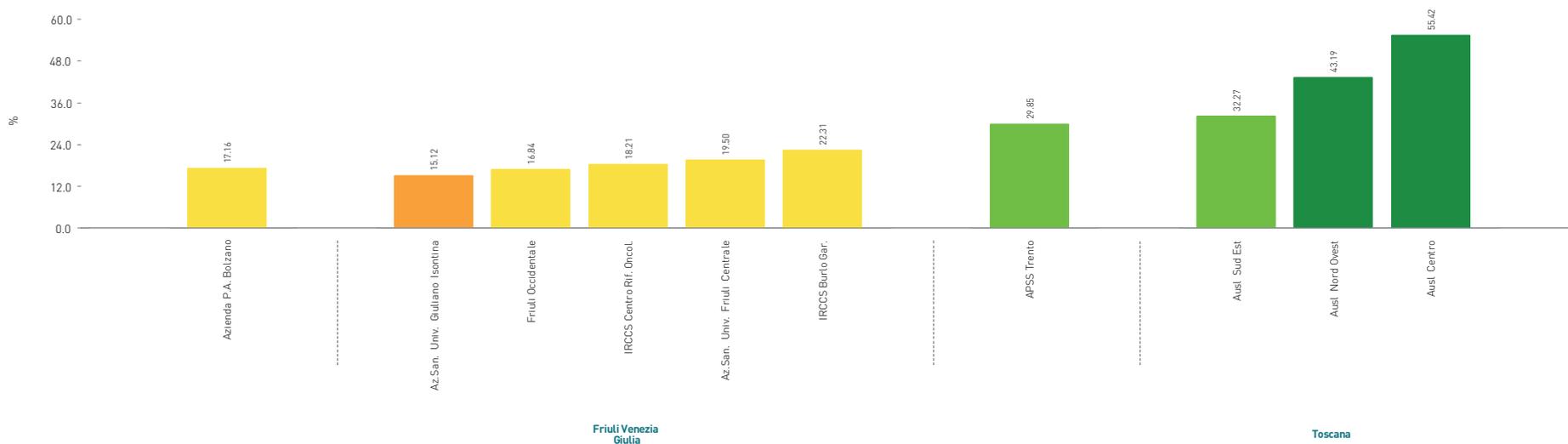
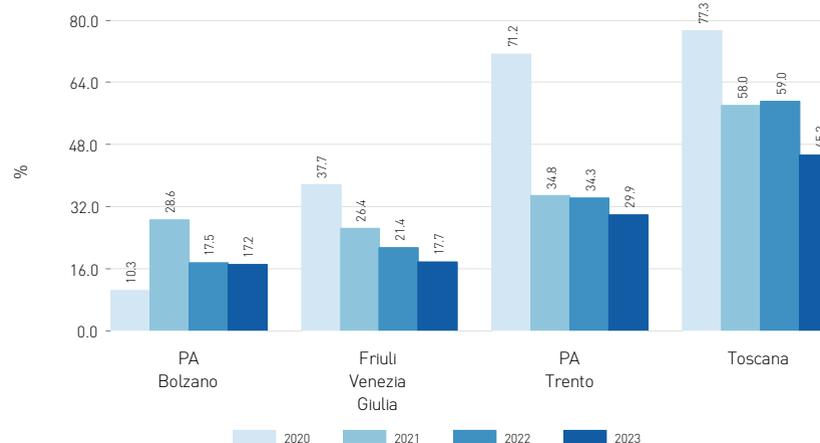
B7.3 - Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lungo termine, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza. Il ciclo vaccinale consiste in 2 dosi (0 e 6 mesi) per le ragazze e per i ragazzi nel dodicesimo anno di vita e fino a 14 anni inclusi; ciclo vaccinale a 3 dosi ai tempi 0, 2, 6 mesi a partire dai 15 anni. NB: programma di recupero (catch up), per le donne almeno fino a 26 anni, anche utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primoscreening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, e per gli uomini almeno fino a 18 anni inclusi, con mantenimento della gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale, qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccina (PNPV 2022-2025). Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età.



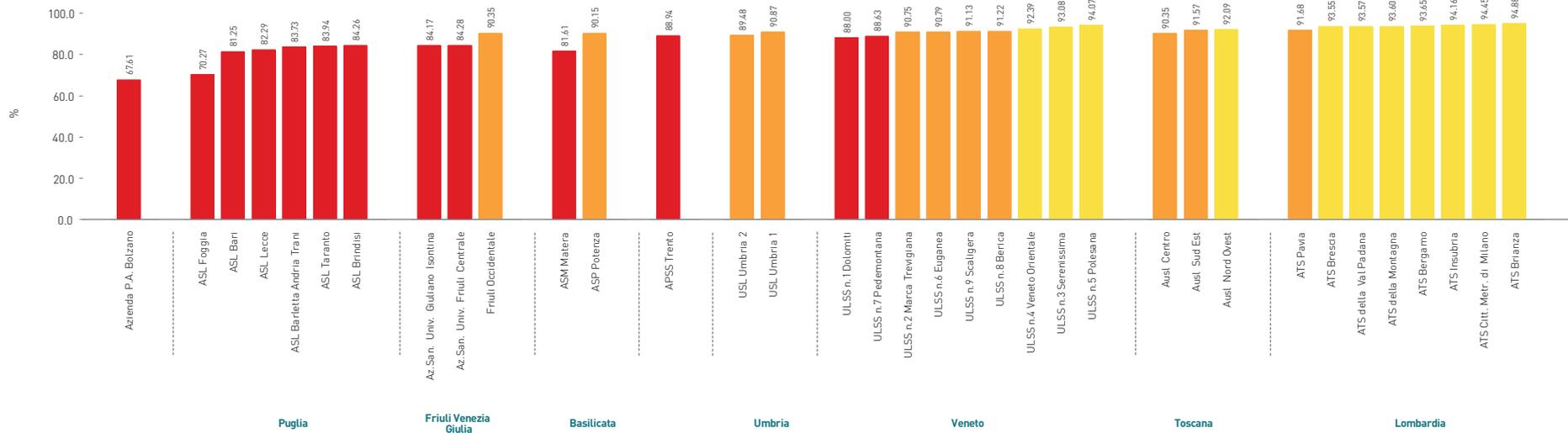
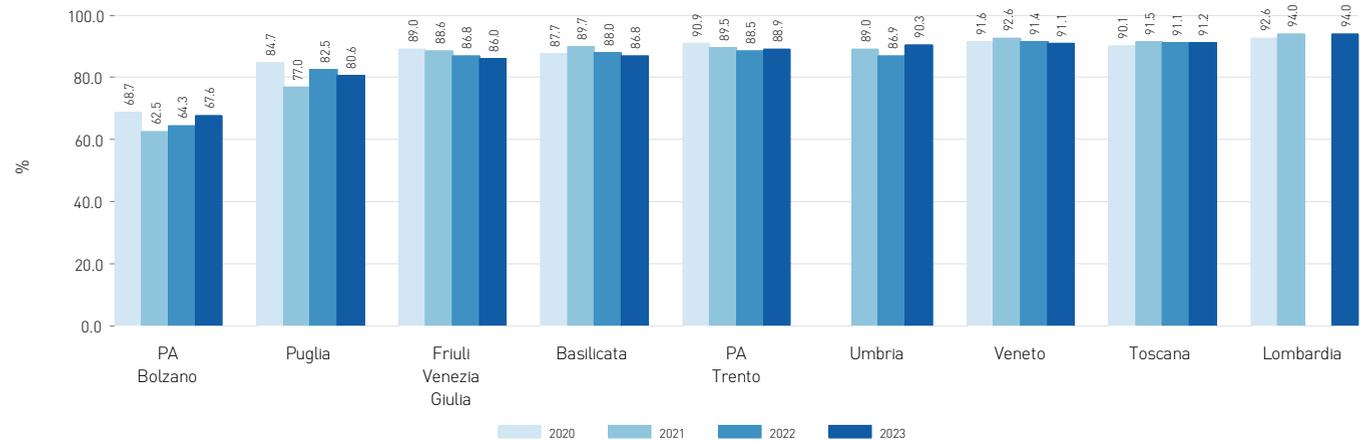
B7.4 - Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe comportare un ulteriore aggravamento del quadro clinico di base. La malattia influenzale contratta dagli operatori sanitari, inoltre, causa serie ripercussioni sulle ordinarie attività delle strutture sanitarie per via delle assenze del personale.



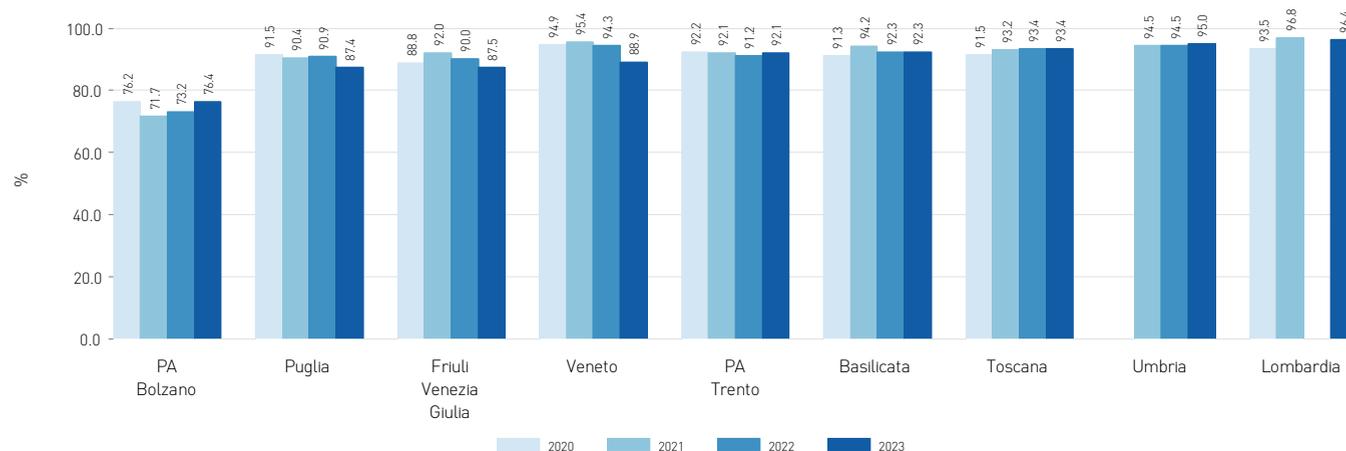
B7.5 - Copertura per vaccino antimeningococcico

Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. È spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi, come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è lo strumento più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



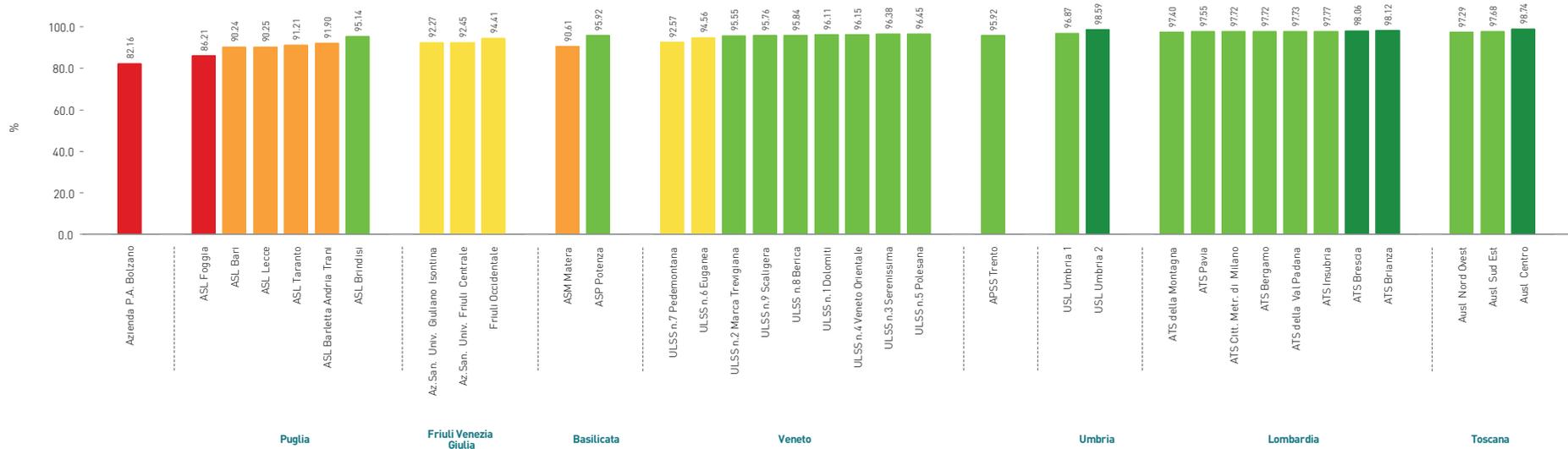
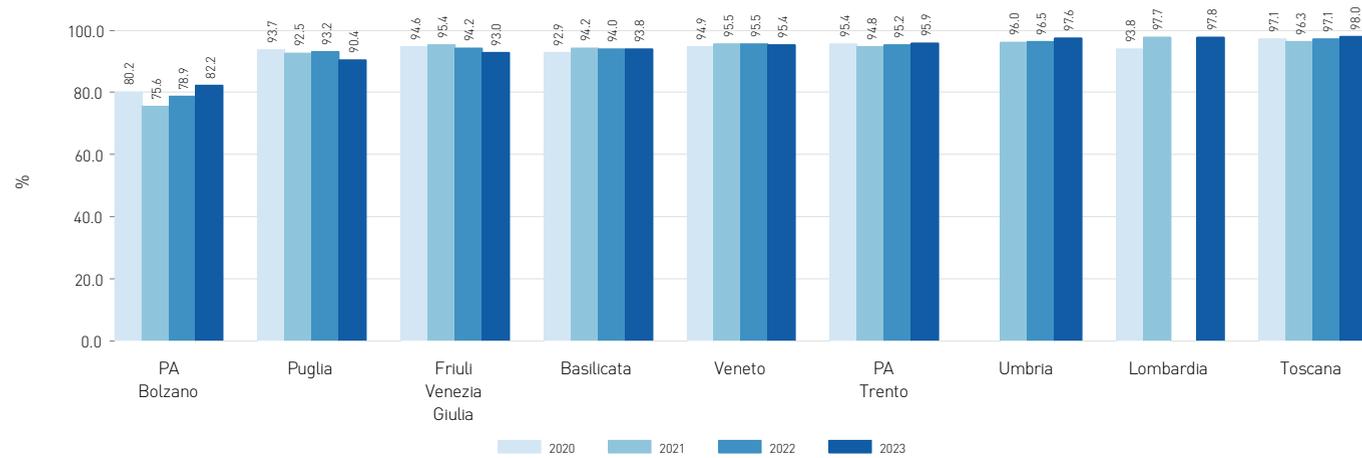
B7.6 - Copertura per vaccino antipneumococcico

Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica. La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Anche questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



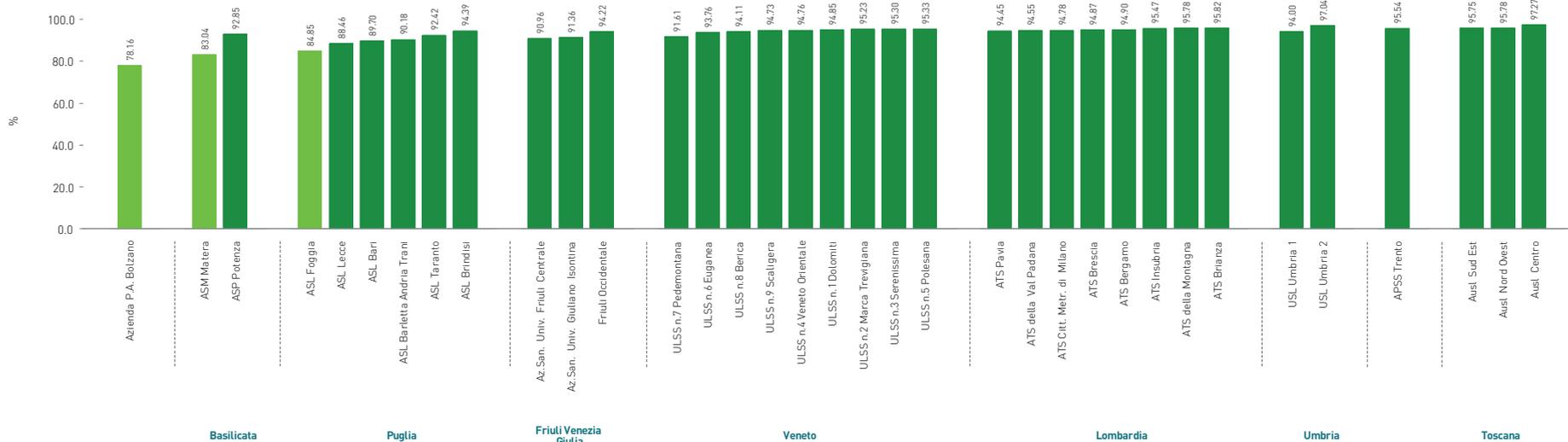
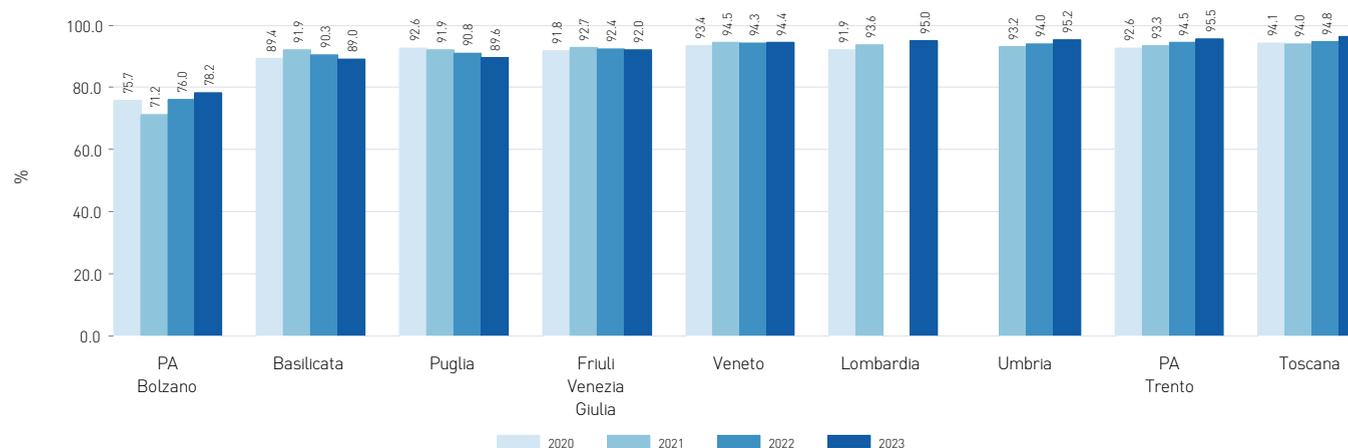
B7.7 - Copertura per vaccino esavalente

Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.



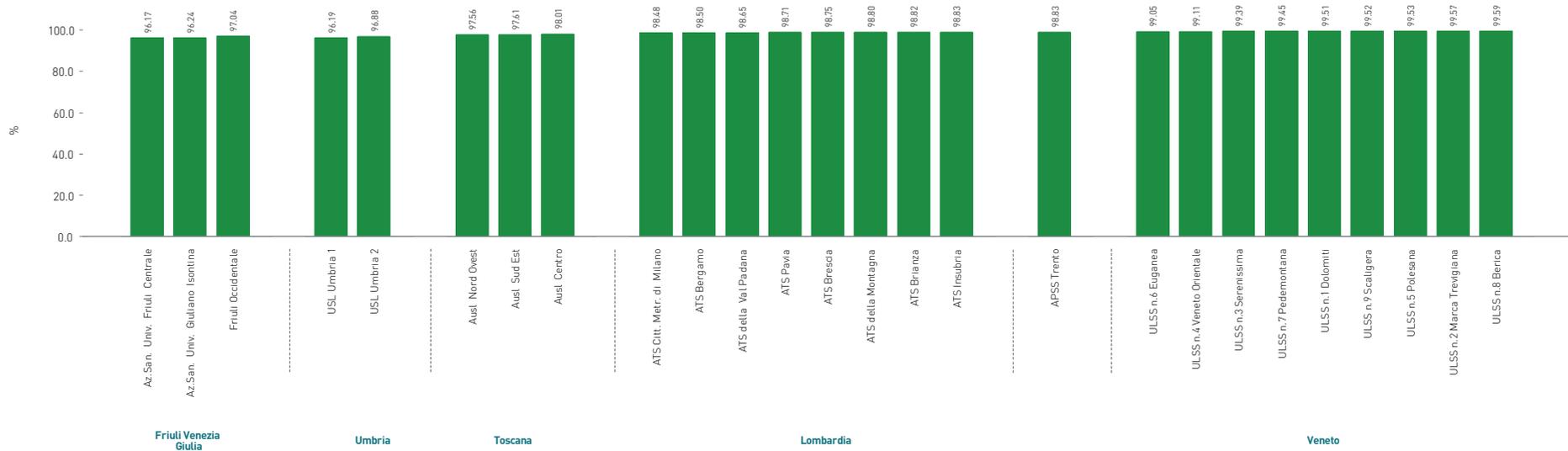
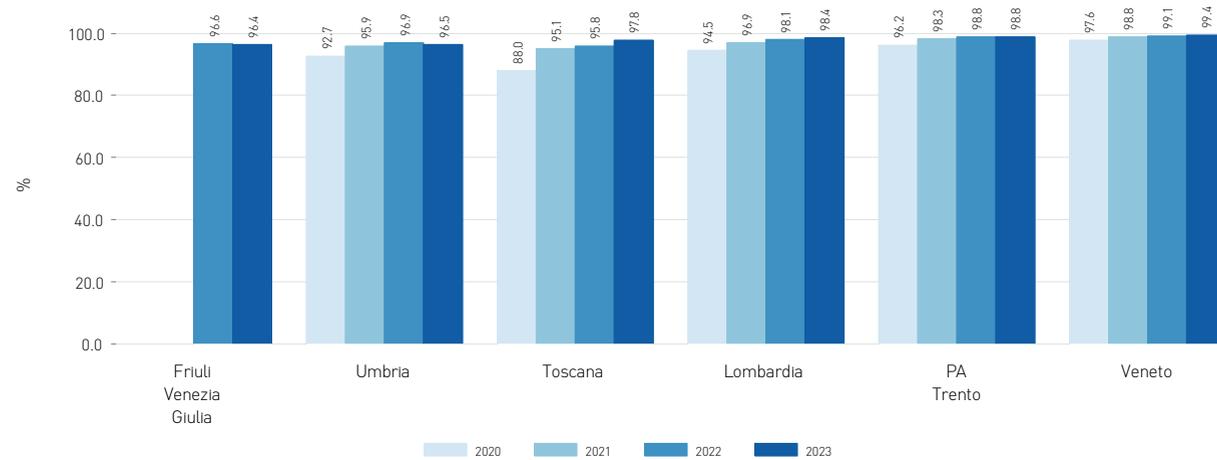
B7.8 - Copertura vaccinale varicella

Il vaccino anti-varicella entro i due anni di età è obbligatorio, come da indicazioni del PNV 2017-2019 e dal Decreto Vaccini del 2017, per i nati a partire dal 2017. Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di bambini vaccinati con la prima dose di vaccino entro i due anni di età e il numero di bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione. L'obiettivo di copertura a livello regionale è del 75% della popolazione target.



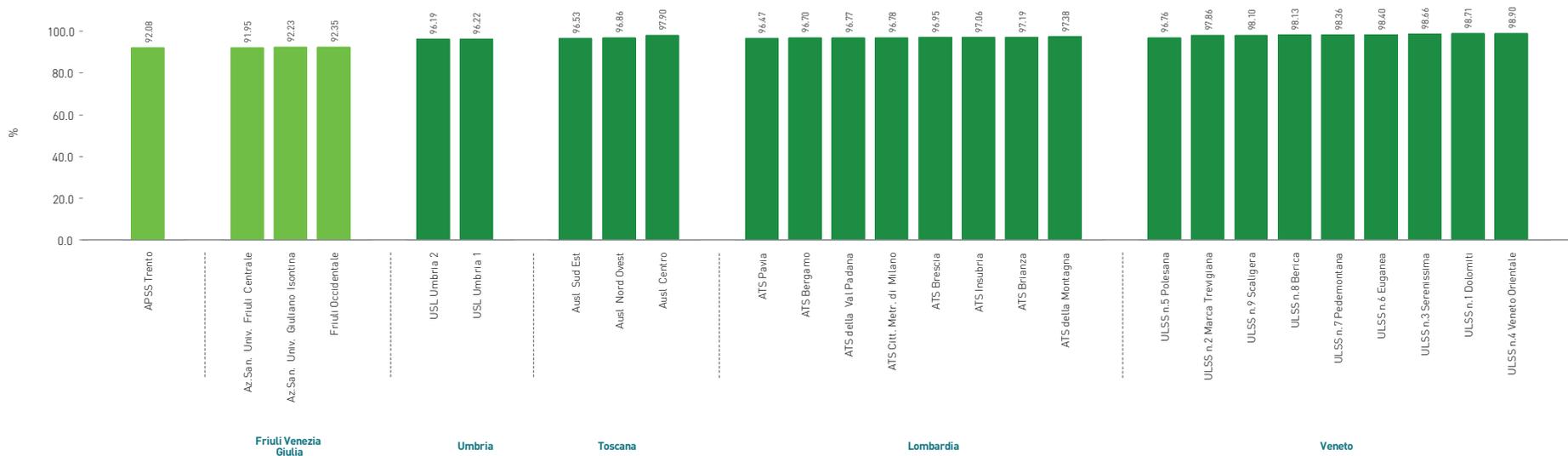
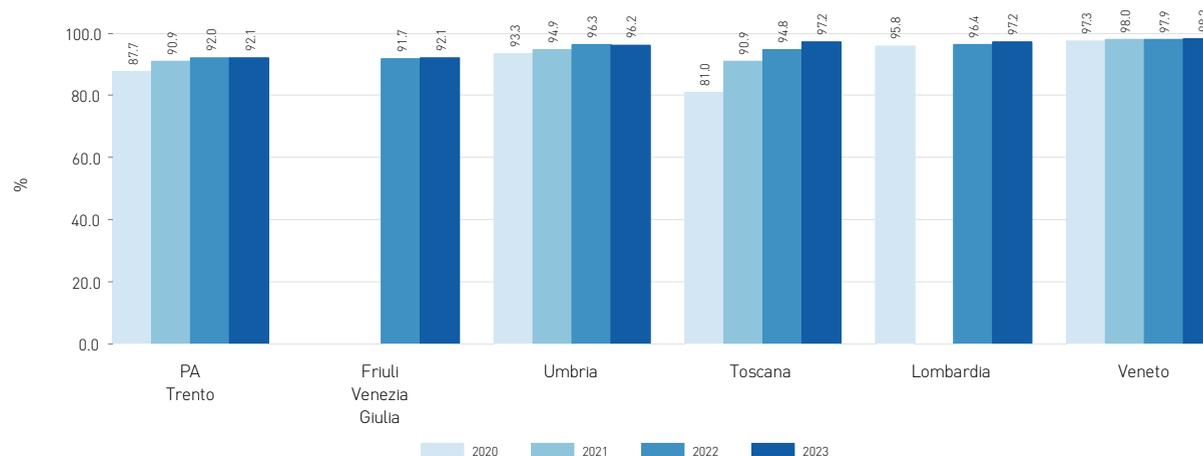
B24B.1.1 - Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

La “dematerializzazione della ricetta medica” rappresenta un processo di digitalizzazione che comporta il graduale abbandono della tradizionale ricetta cartacea a vantaggio di una forma “informatica” o “elettronica”. Questo tipo di ricetta consiste in un documento digitale che consente la condivisione istantanea delle informazioni tra i vari attori coinvolti nella gestione del ciclo di vita della prescrizione. Il quadro normativo di riferimento per questo processo è il Decreto del 2 novembre 2011, che istituisce la ricetta dematerializzata. Tale normativa segna un passo avanti rispetto alla ricetta elettronica precedentemente introdotta con il DPCM del 26 marzo 2008. La ricetta dematerializzata rappresenta quindi un’evoluzione del concetto di ricetta elettronica, offrendo una maggiore efficienza e una migliore gestione delle informazioni nel contesto sanitario. L’importanza della ricetta dematerializzata risiede in diversi aspetti: riduce gli errori di prescrizione, migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, aumenta l’efficienza del sistema sanitario eliminando la gestione di documenti cartacei. La prescrizione elettronica consente anche di monitorare i dati sulle prescrizioni in tempo reale, facilitando la ricerca e l’adeguamento delle politiche sanitarie. Infine, promuove la digitalizzazione del settore sanitario, migliorando la qualità dell’assistenza fornita ai pazienti.



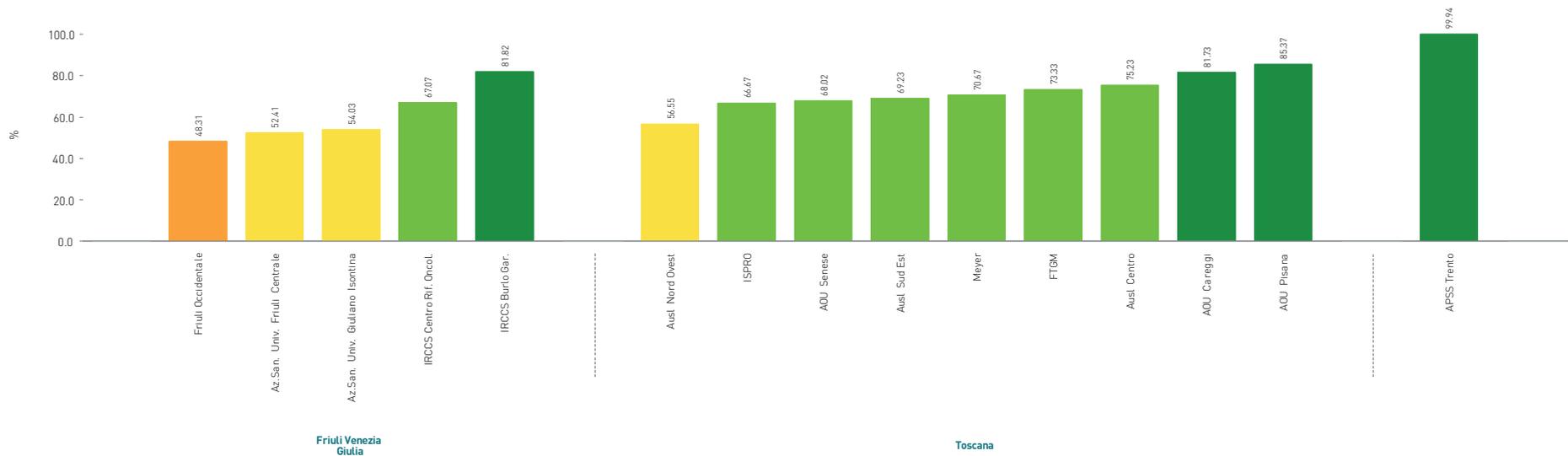
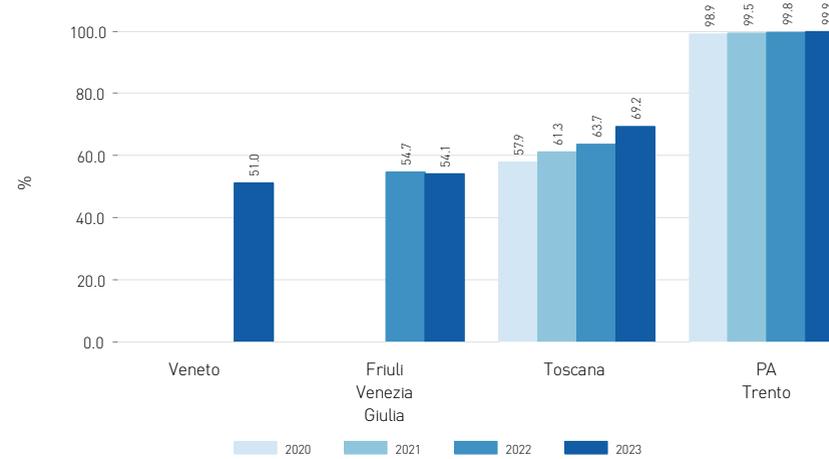
B24B.1.2 - Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

La “dematerializzazione della ricetta medica” rappresenta un processo di digitalizzazione che comporta il graduale abbandono della tradizionale ricetta cartacea a vantaggio di una forma “informatica” o “elettronica”. Questo tipo di ricetta consiste in un documento digitale che consente la condivisione istantanea delle informazioni tra i vari attori coinvolti nella gestione del ciclo di vita della prescrizione. Il quadro normativo di riferimento per questo processo è il Decreto del 2 novembre 2011, che istituisce la ricetta dematerializzata. Tale normativa segna un passo avanti rispetto alla ricetta elettronica precedentemente introdotta con il DPCM del 26 marzo 2008. La ricetta dematerializzata rappresenta quindi un’evoluzione del concetto di ricetta elettronica, offrendo una maggiore efficienza e una migliore gestione delle informazioni nel contesto sanitario. L’importanza della ricetta dematerializzata risiede in diversi aspetti: riduce gli errori di prescrizione, migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, aumenta l’efficienza del sistema sanitario eliminando la gestione di documenti cartacei. La prescrizione elettronica consente anche di monitorare i dati sulle prescrizioni in tempo reale, facilitando la ricerca e l’adeguamento delle politiche sanitarie. Infine, promuove la digitalizzazione del settore sanitario, migliorando la qualità dell’assistenza fornita ai pazienti.



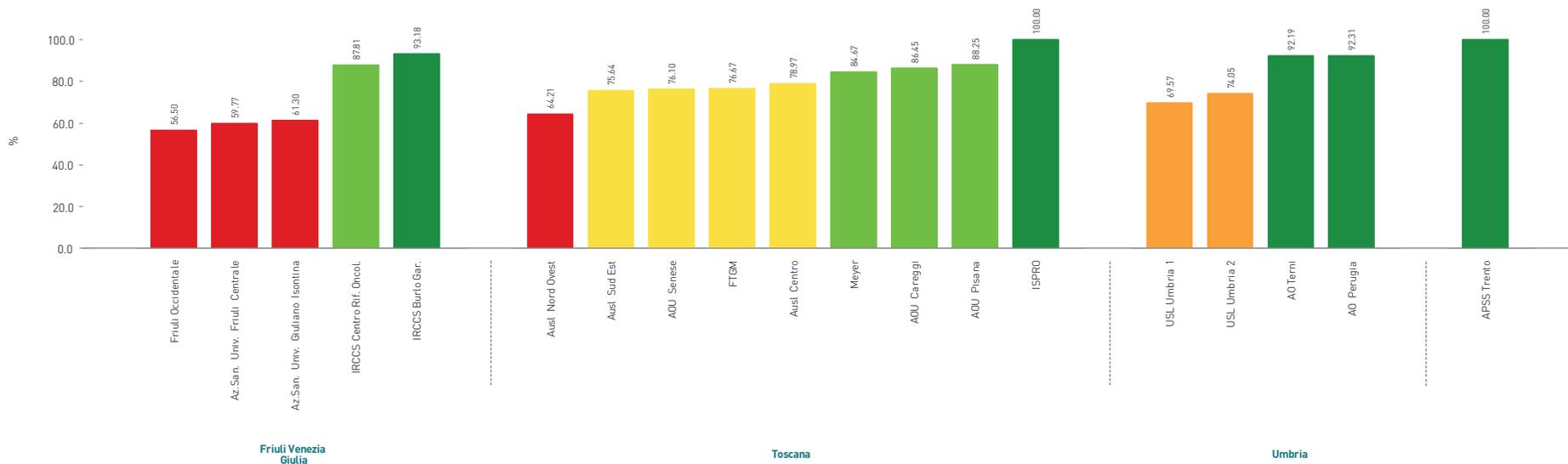
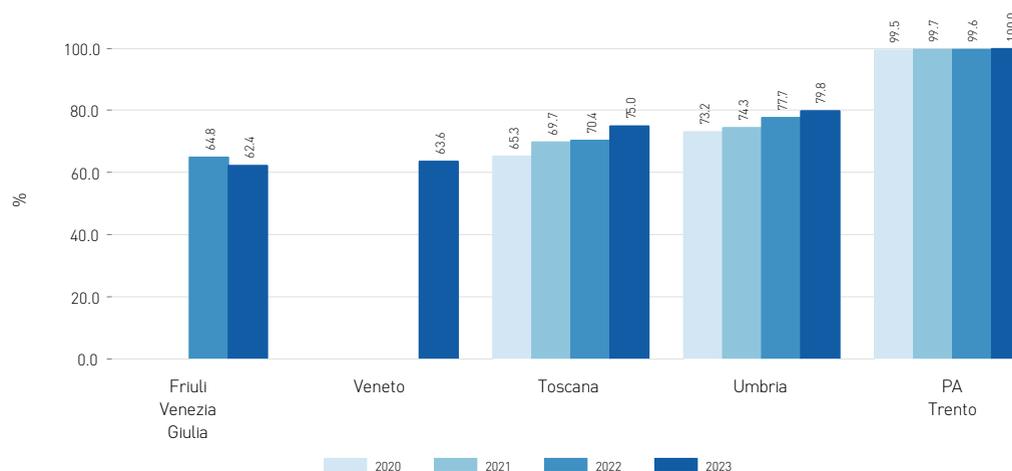
B24B.3.1 - Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata

L'indicatore è calcolato confrontando il "Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione farmaceutica elettronica o dematerializzata" con il "Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni. Bisogna sottolineare che il dato regionale del numero dei medici è diverso dalla somma del dato aziendale. Lo stesso specialista viene conteggiato in tutte le aziende di appartenenza.



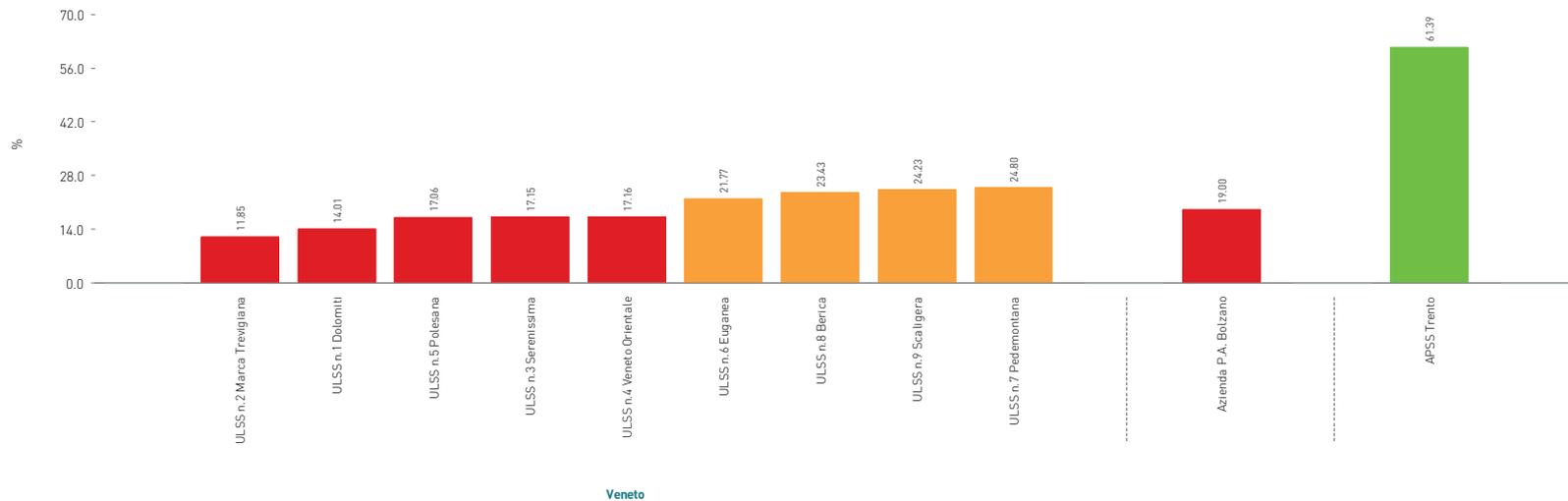
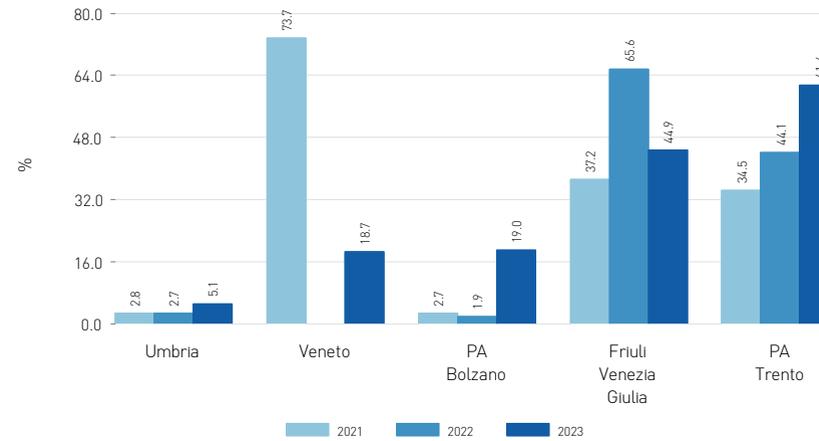
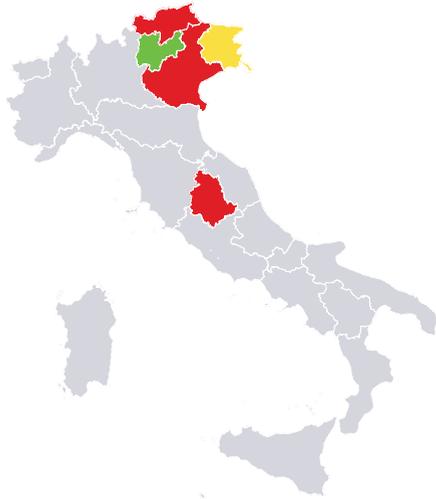
B24B.3.2 - Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

L'indicatore restituisce la misura percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata e si calcola utilizzando il numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione specialistica elettronica o dematerializzata confrontato al numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni. E' da rilevare che il dato regionale del numero dei medici è diverso dalla somma del dato aziendale. Lo stesso specialista viene conteggiato in tutte le aziende di appartenenza.



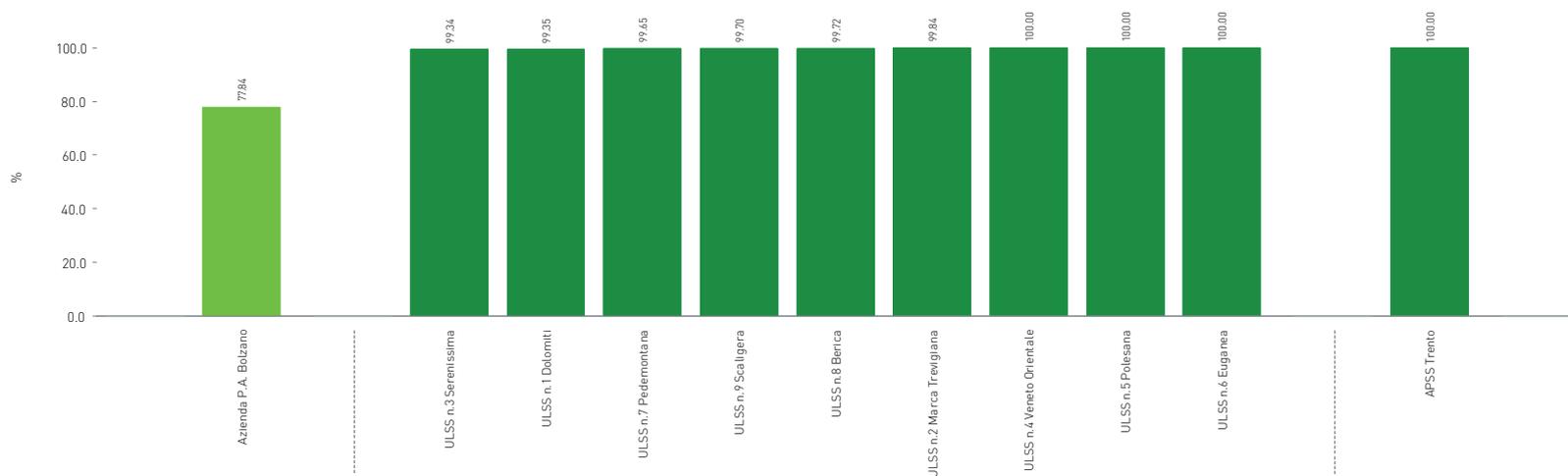
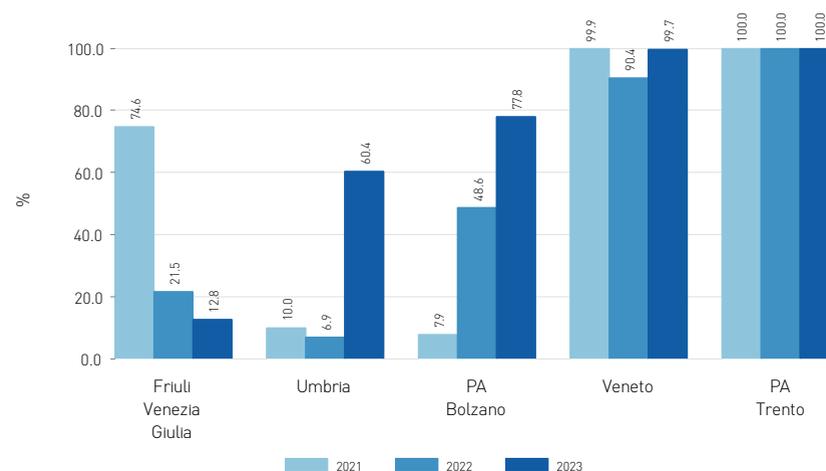
B24C.2C.1 - Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni

Questo indicatore fornisce una panoramica dell'utilizzo del FSE da parte dei cittadini nel corso dell'anno. Monitorando la percentuale di cittadini che accedono al FSE dopo la disponibilità di nuovi documenti, si ottiene sia una misura circa l'utilizzo dello strumento FSE che una indicazione della tempestività di consultazioni di informazioni mediche aggiornate. Ciò può fornire indicazioni sull'efficacia del sistema nel fornire accesso tempestivo ai dati clinici e sulla consapevolezza dei cittadini riguardo alla loro salute.



B24C.2C.3.1 - Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE

L'indicatore mostra la percentuale di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei MMG/PLS. Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) hanno un ruolo fondamentale per l'attivazione ed il popolamento del FSE. La figura del MMG resta, infatti, quella di riferimento per il paziente, al quale spiegherà cos'è il FSE, cosa contiene e tutto ciò che l'assistito ha necessità di conoscere in merito.



Veneto

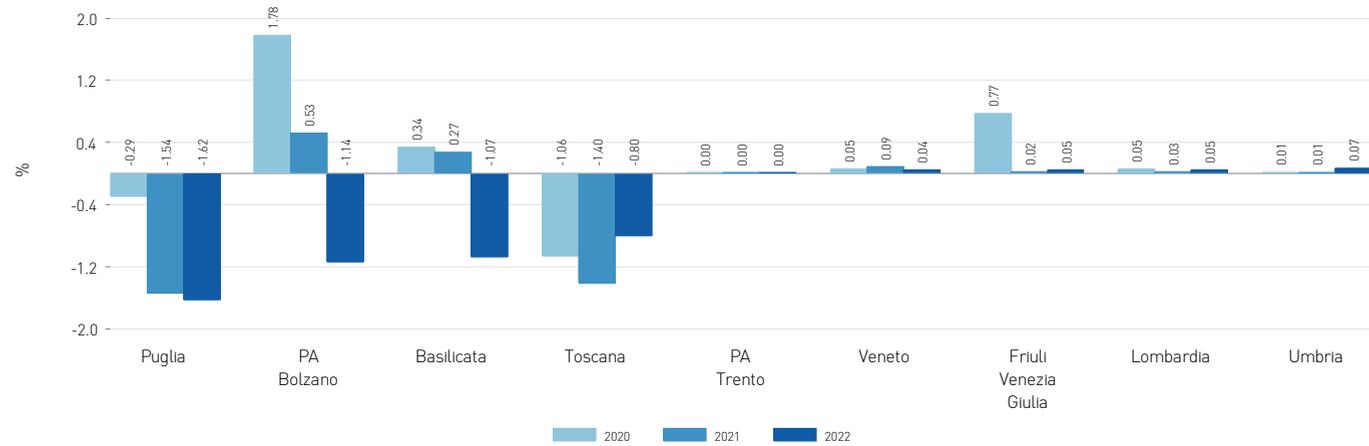


EFFICIENZA



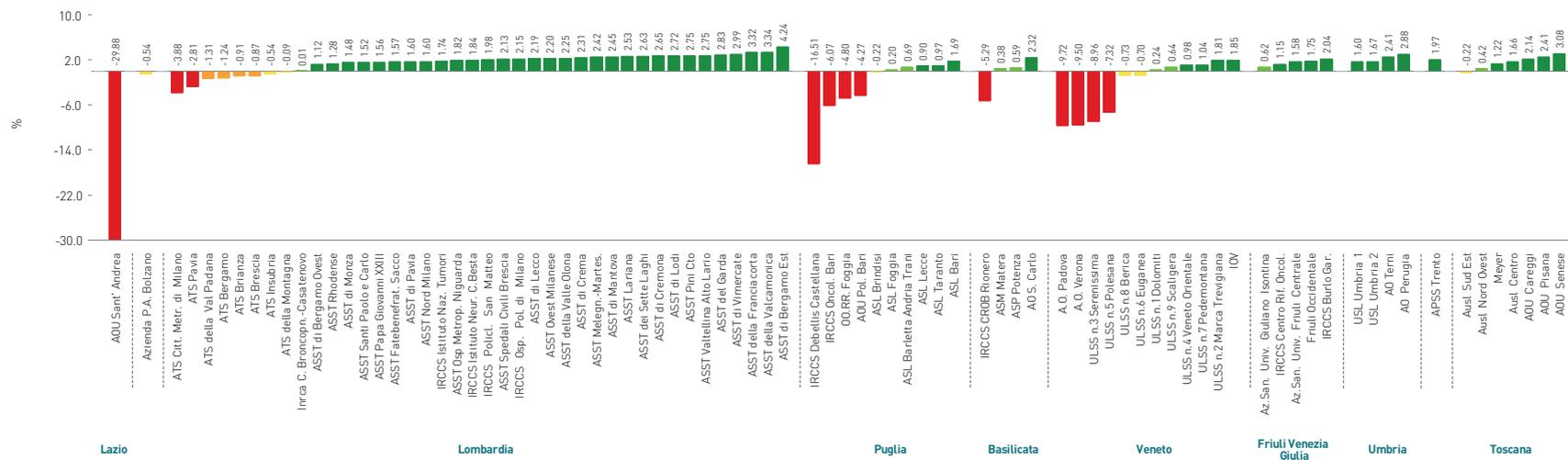
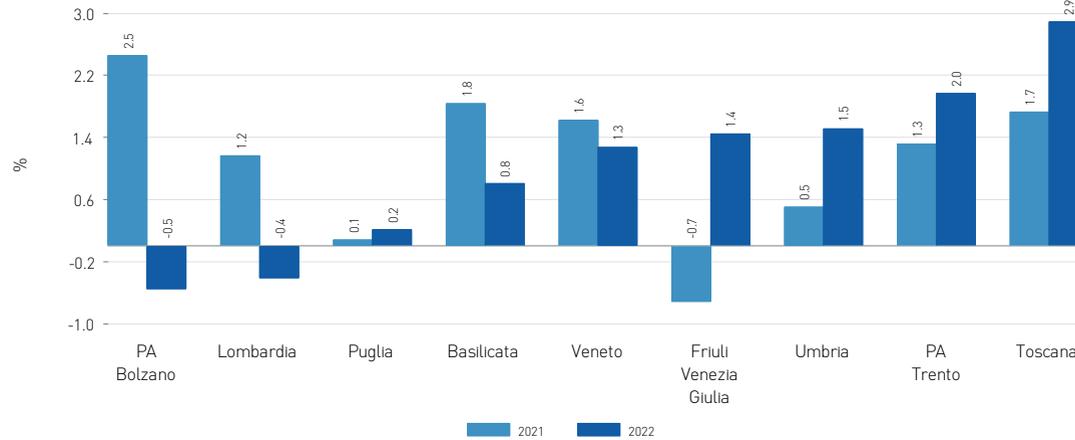
F1.1 - Equilibrio economico generale

L'equilibrio economico generale è calcolato come rapporto tra il risultato d'esercizio ed il valore della produzione così come riportato dal flusso Conto Economico (CE). L'indicatore esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse attribuite, considerando l'effetto di tutte le gestioni (tipica, accessoria, finanziaria, straordinaria e fiscale).



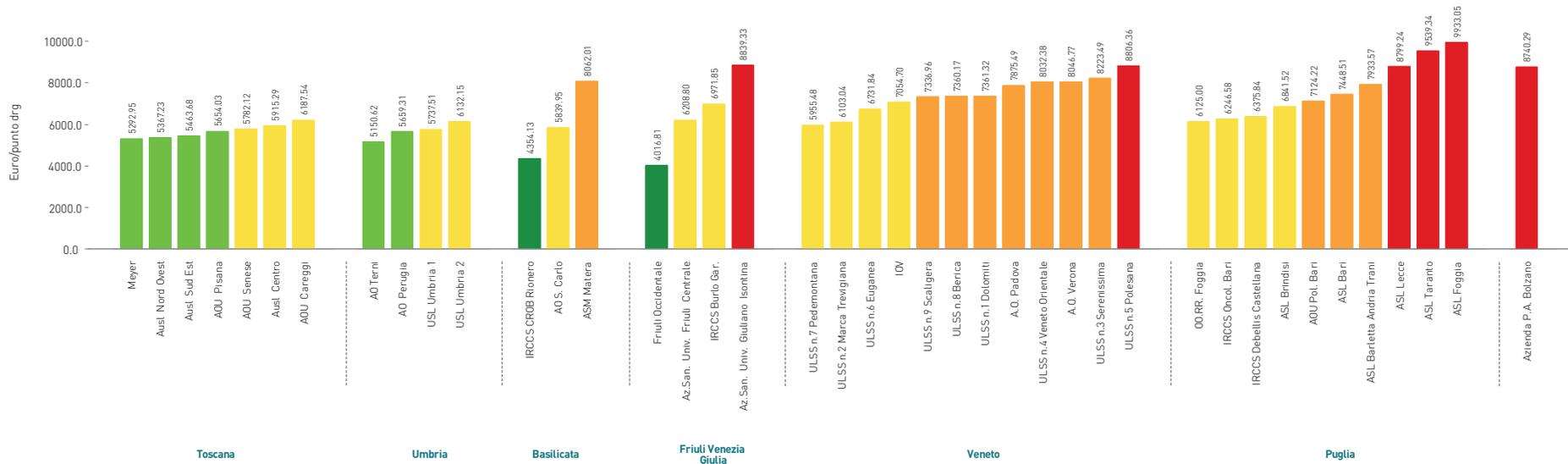
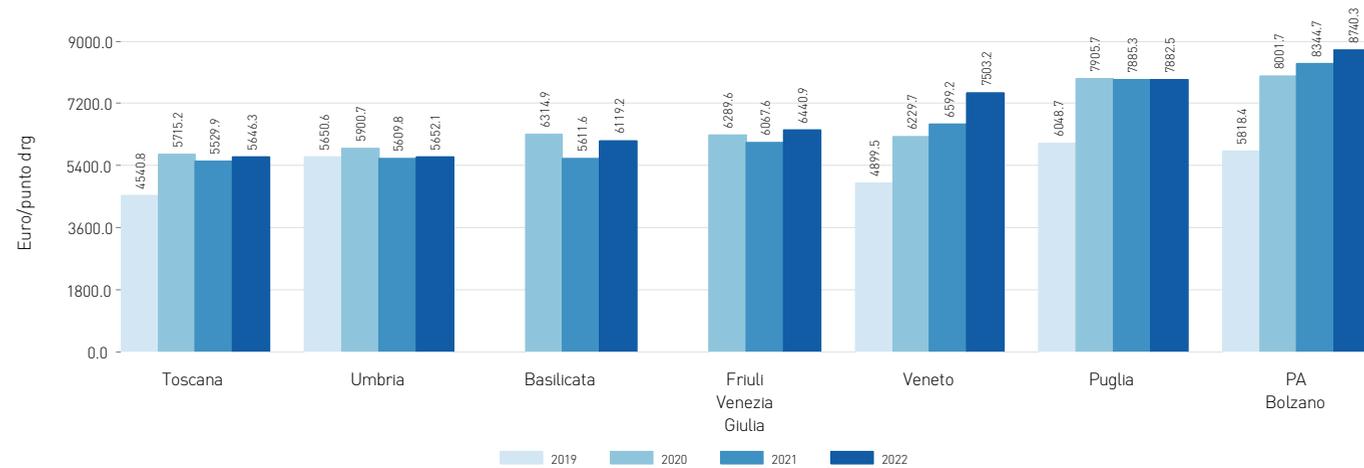
F1.2 - Equilibrio economico sanitario

L'indicatore F1.2 indica la capacità dell'azienda di raggiungere l'equilibrio economico relativo all'attività tipica, escludendo quindi sia i fattori straordinari (plu-svalenze o le sopravvenienze passive), sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto fra il margine sanitario netto (l'equivalente del margine operativo netto), calcolato come differenza fra valore e costi della produzione, e il valore della produzione. Tale indice, molto utilizzato a livello internazionale, è noto con il nome di Return On Sales (ROS).



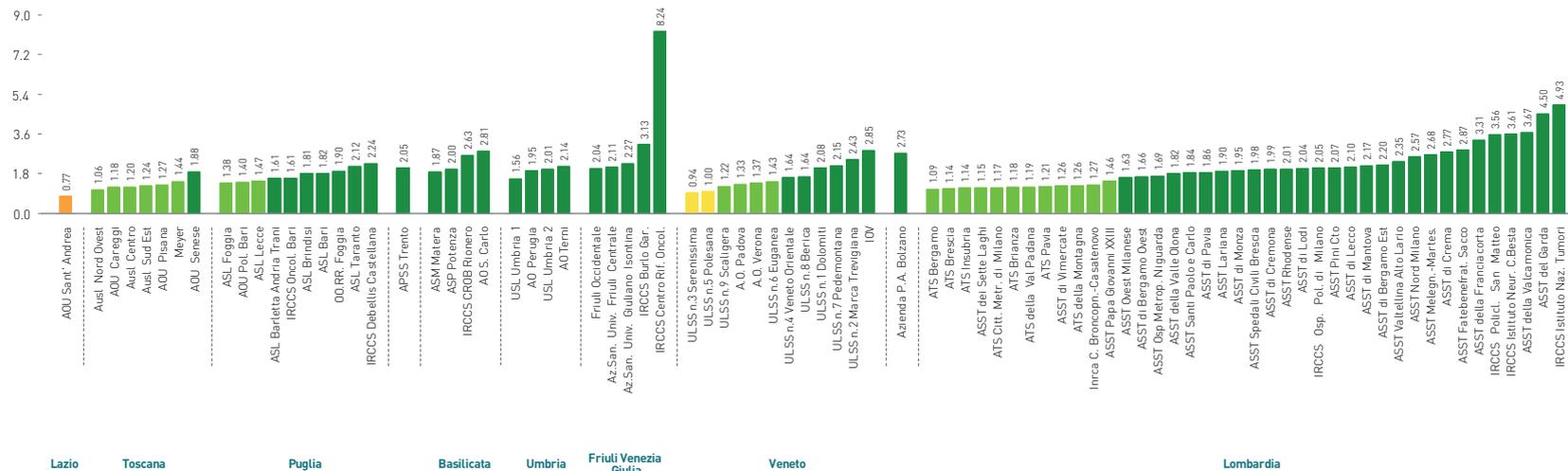
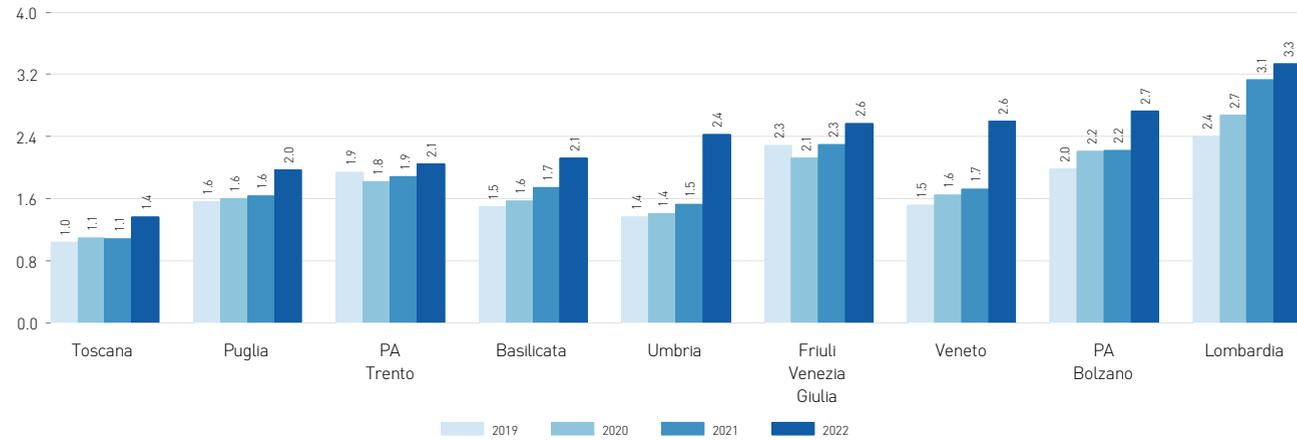
F18.1 - Costo medio per punto DRG

L'indicatore è volto a misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti DRG). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti DRG relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto inter-regionale, i punti DRG utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti e dei trapianti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera e per i trapianti (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). La fonte dei dati è il flusso LA, scaricato dal portale OpenBDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche della Ragioneria Generale dello Stato) ed i dati sono relativi all'anno 2022.



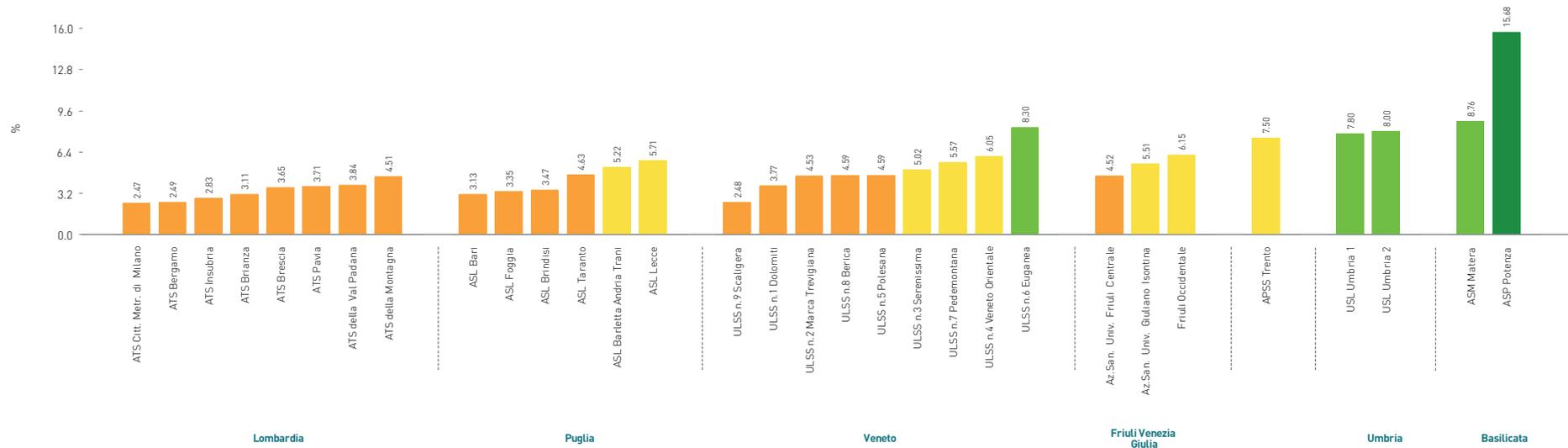
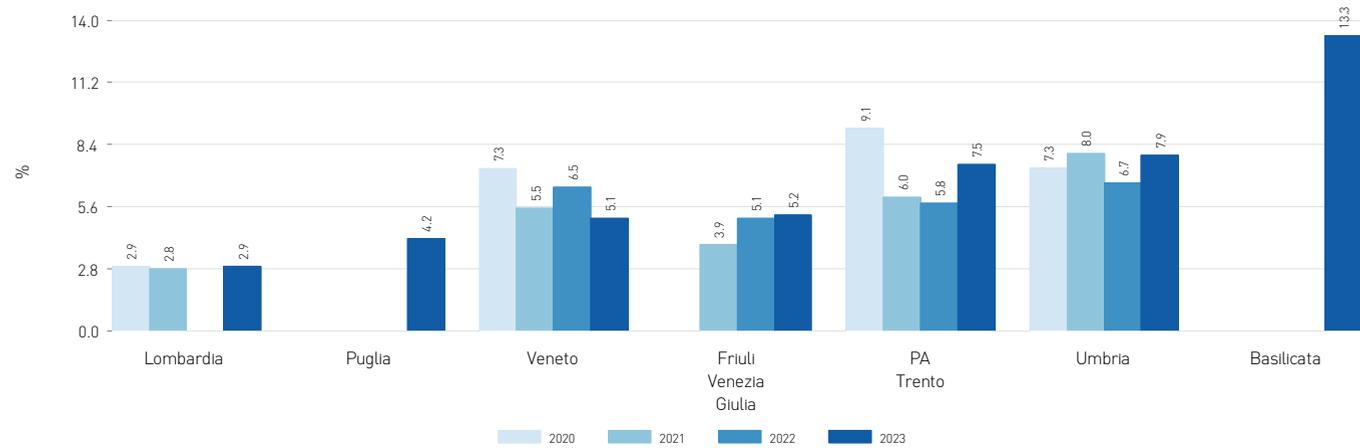
F3.1 - Indice di disponibilità

L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le attività correnti, ossia cassa, crediti a breve termine e rimanenze di magazzino. La fonte dei dati è il portale OpenBDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche) della Ragioneria Generale dello Stato.



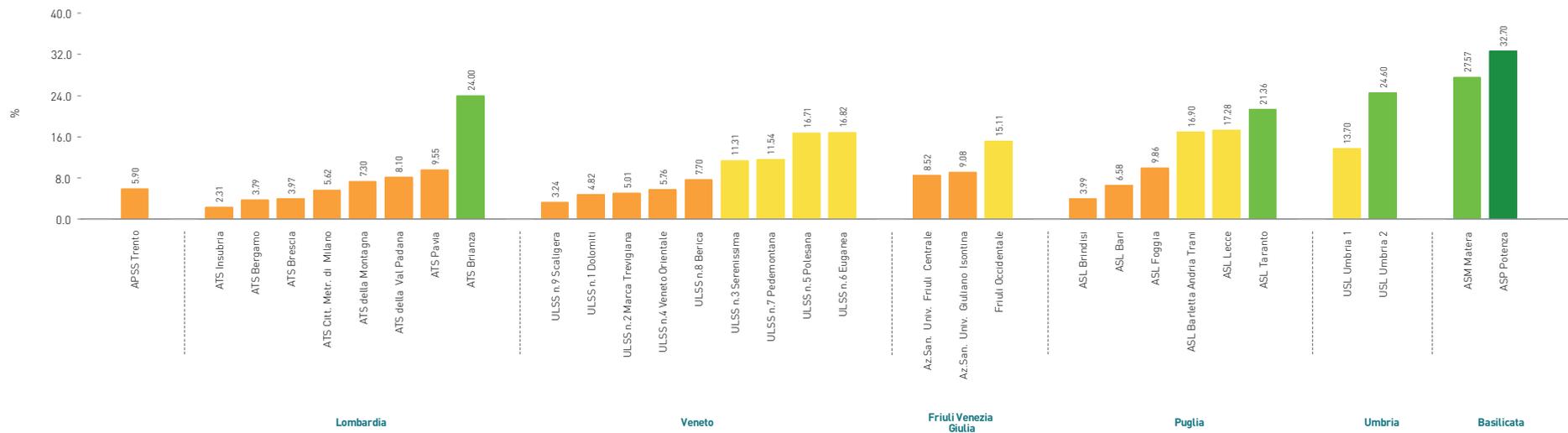
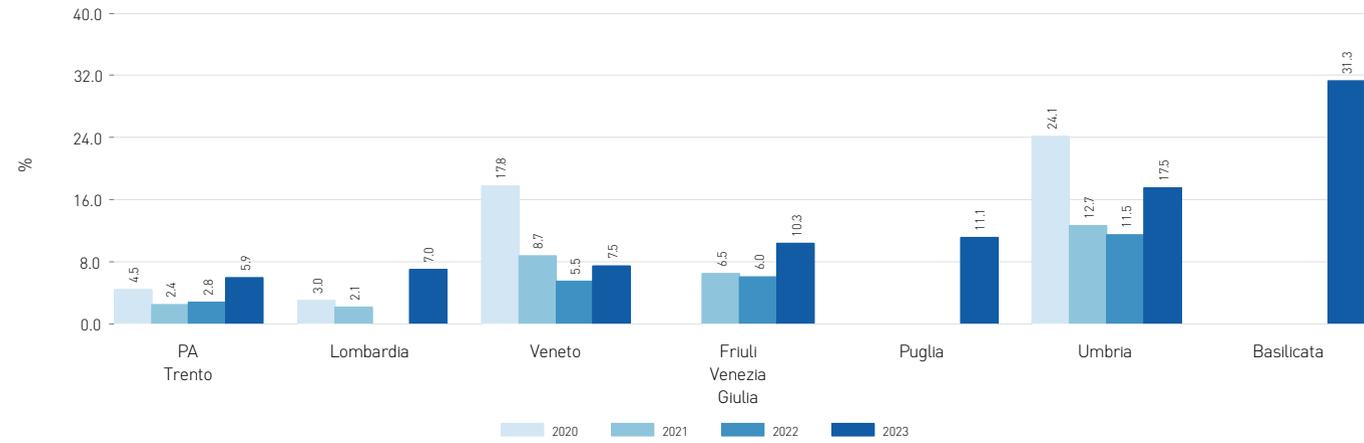
F15.2.1 - N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controllo rapportata al numero di aziende con dipendenti.



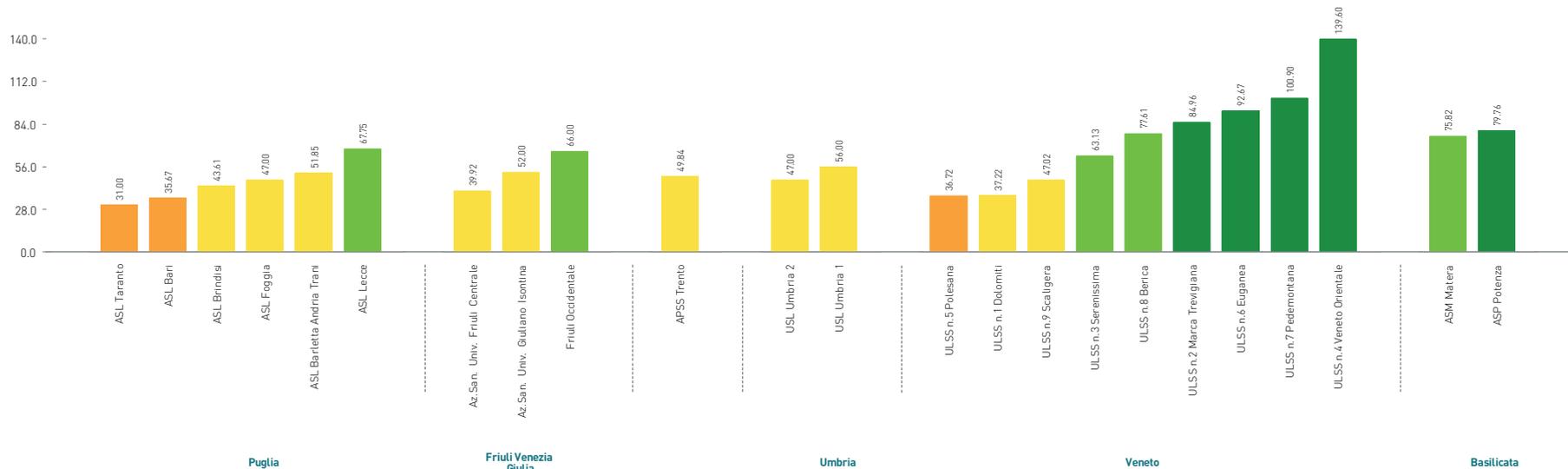
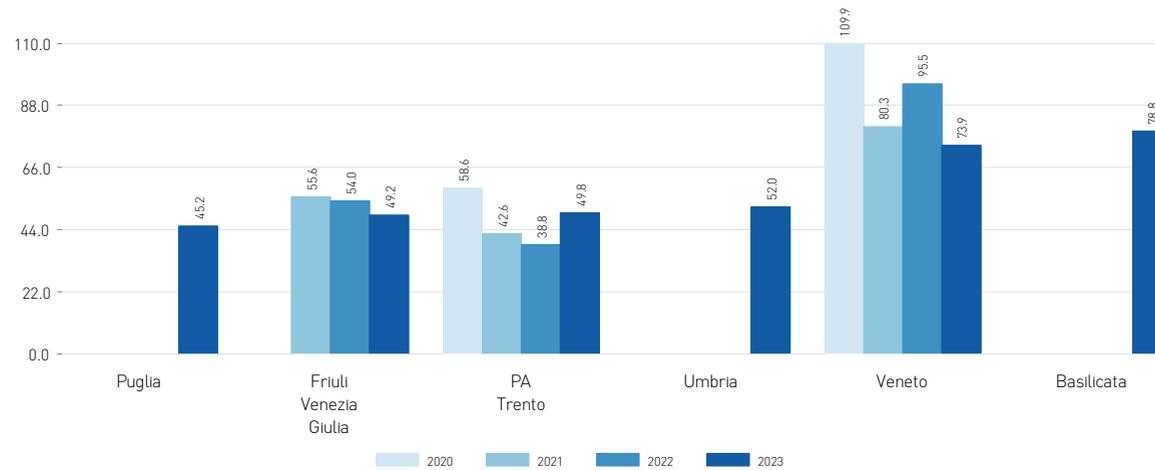
F15.2.3 - N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.



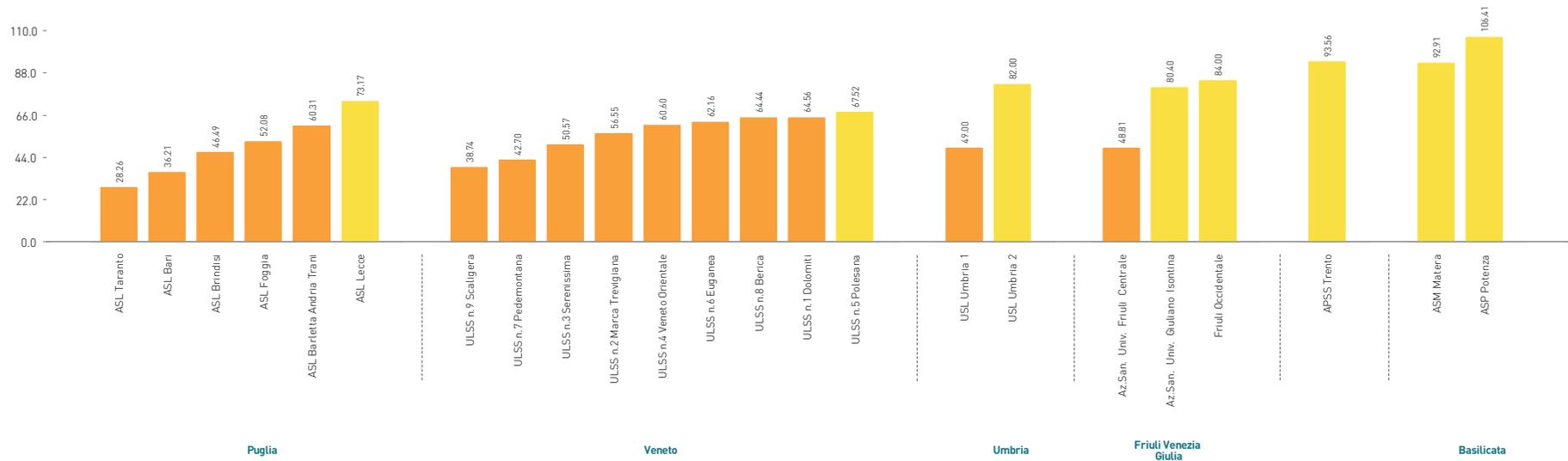
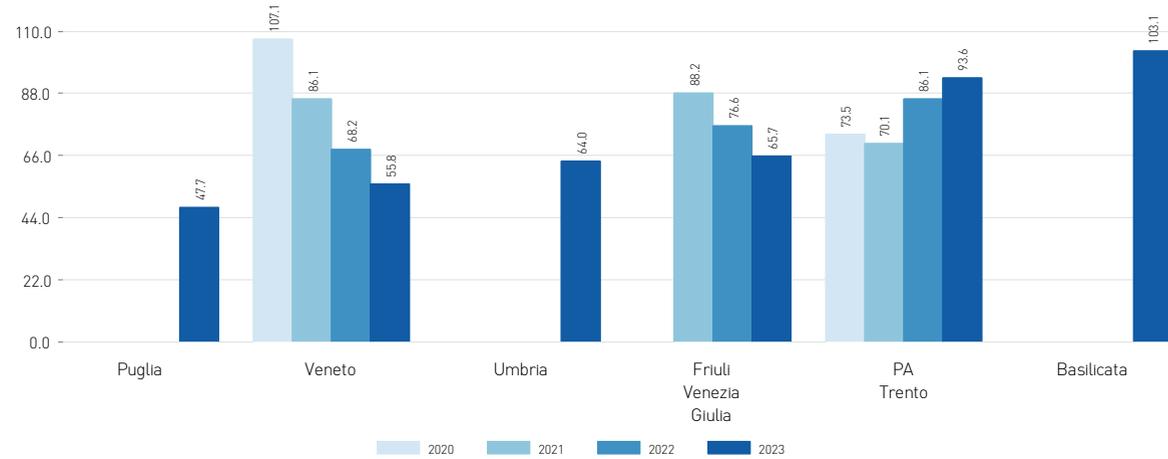
F15.3.1 - N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali Polizia Giudiziaria (UPG) e Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).



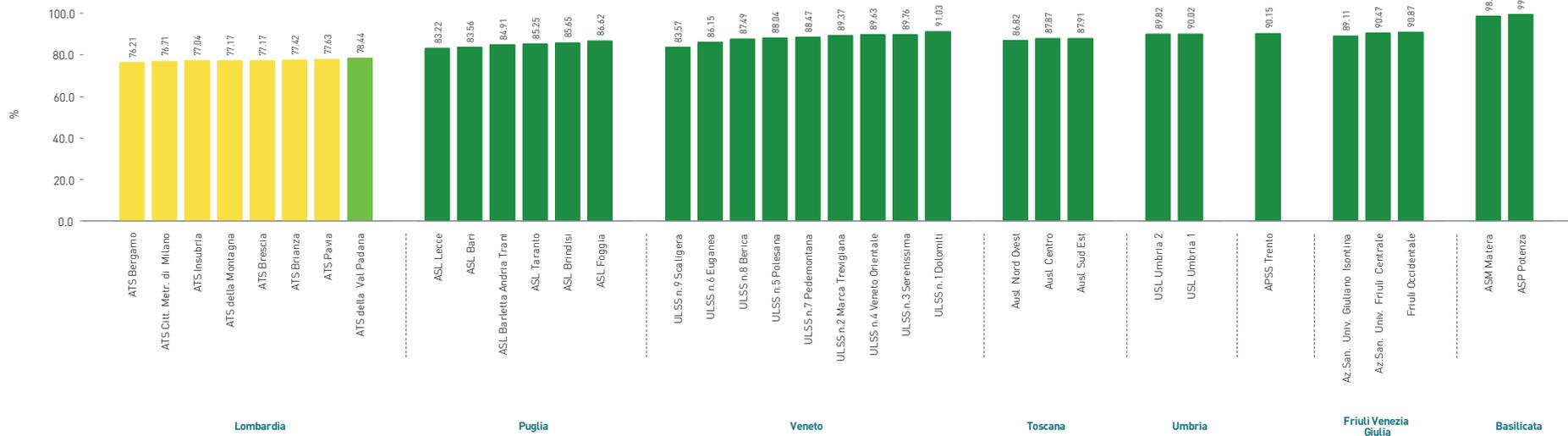
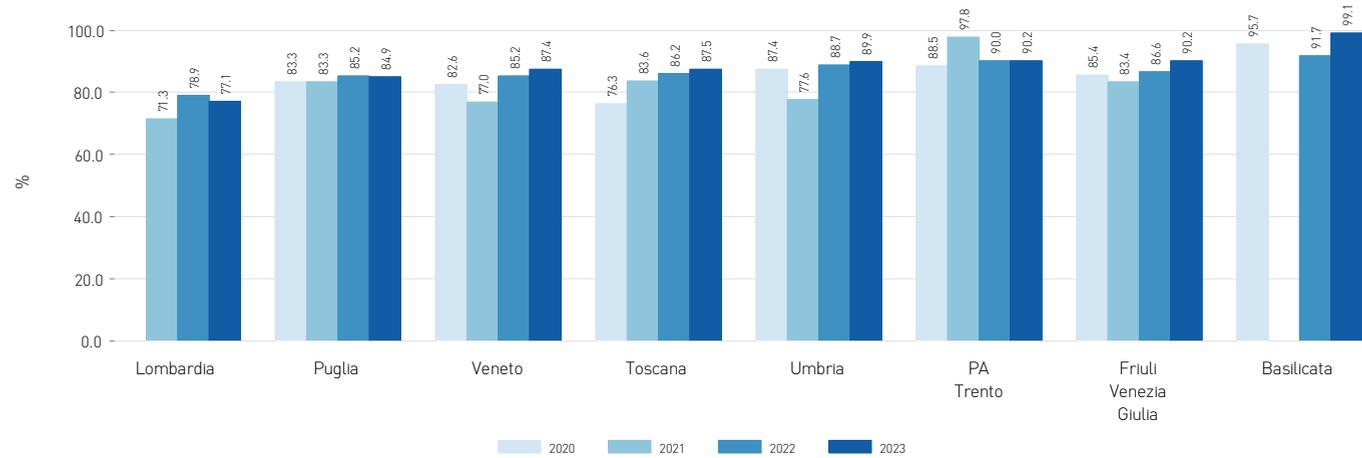
F15.3.2 - N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali Polizia Giudiziaria (UPG) e Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).



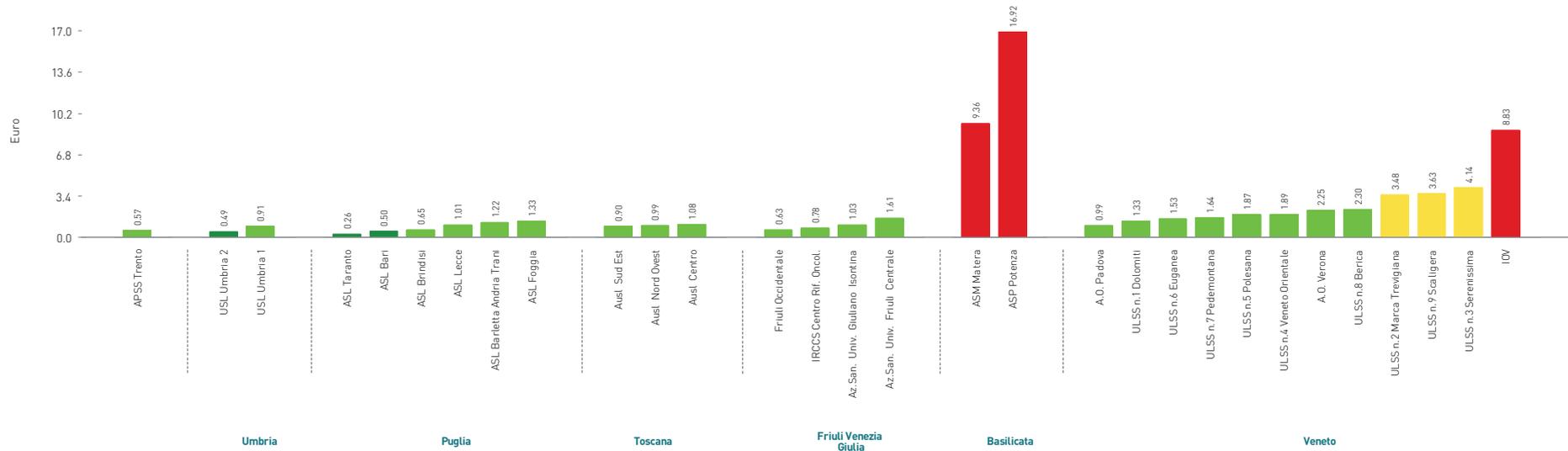
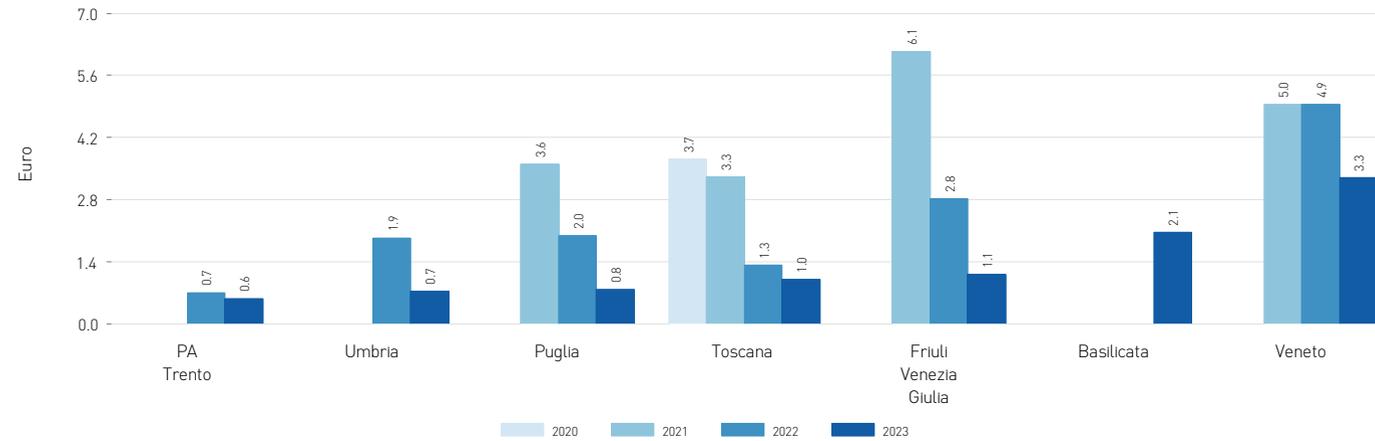
F12A.14 - Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Il bilanciamento fra costi e benefici deve essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, è da privilegiare la prescrizione di farmaci bioequivalenti presenti nelle liste di trasparenza e quindi a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di efficienza, ottenuti tramite un uso maggiore di farmaci bioequivalenti.



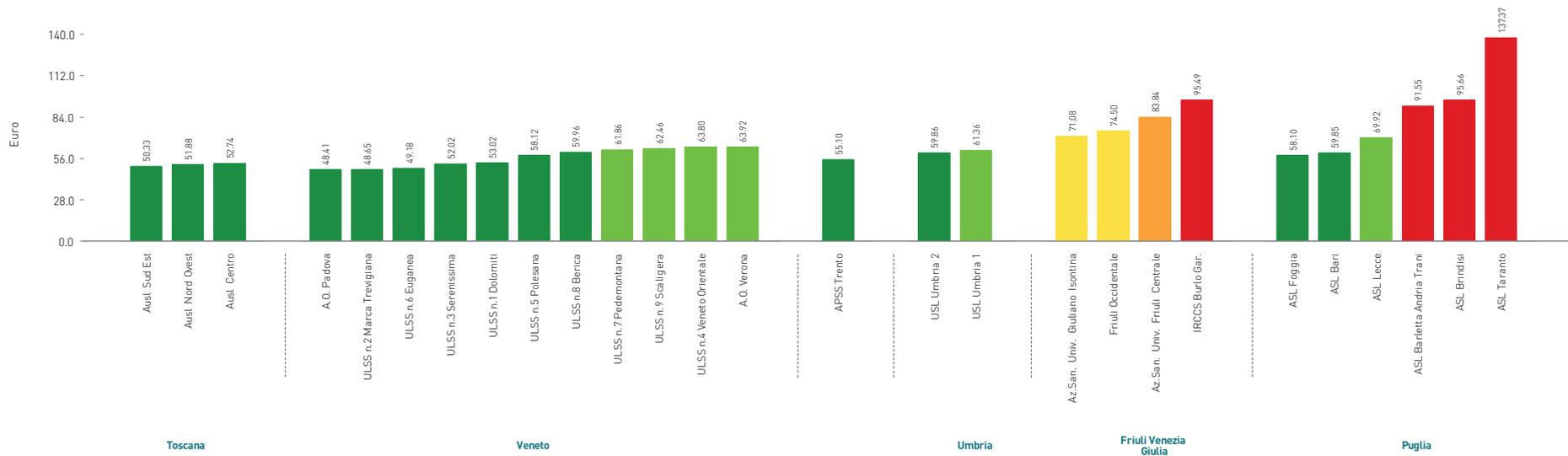
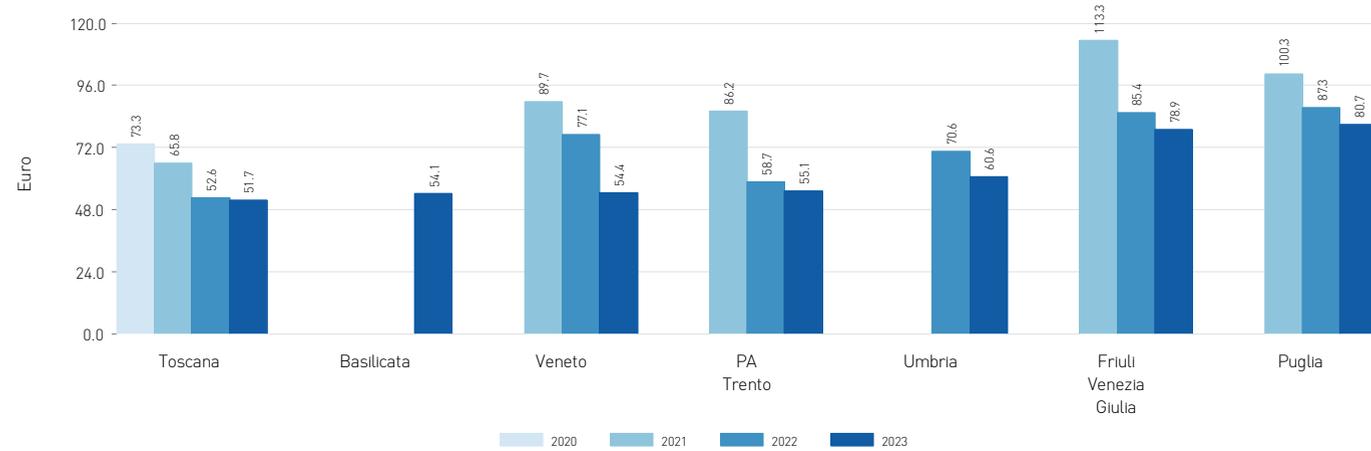
F20.7.1 - Spesa per UP Imatinib

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Imatinib è un farmaco indicato per il trattamento di leucemia mieloide cronica (LMC), leucemia linfoblastica acuta positiva al cromosoma philadelphia, tumori stromali del tratto gastro-intestinale (GIST), malattie mielodisplastiche o mieloproliferative, sindrome ipereosinofila e leucemia eosinofila cronica.



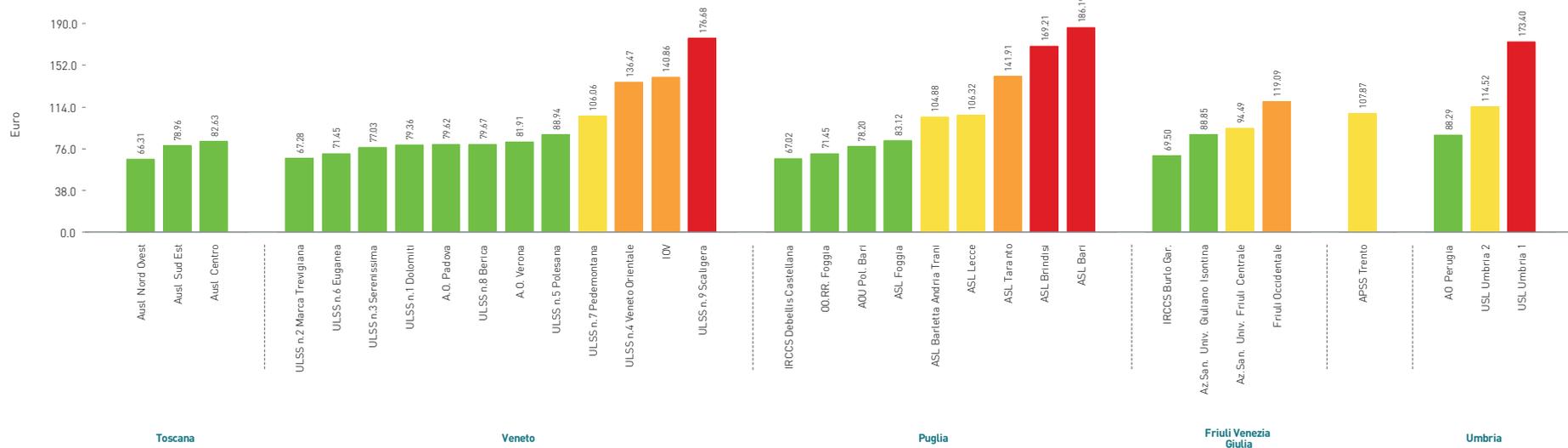
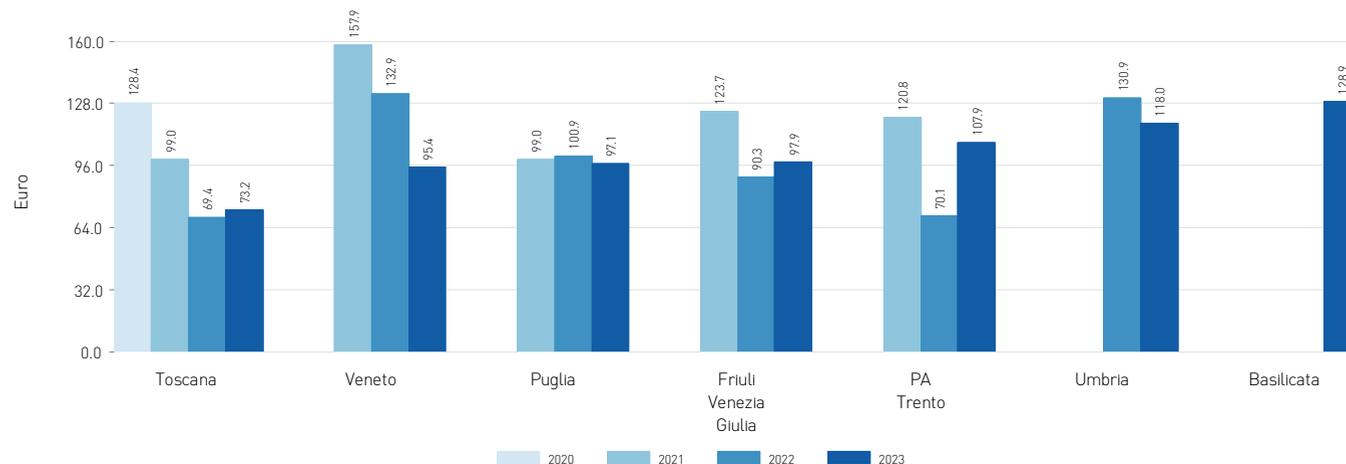
F20.8.1 - Spesa per UP Etanercept

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Etanercept è indicato nel trattamento di malattie a carattere autoimmune quali artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite psoriasica, spondilite alchilosante e psoriasi a placche.



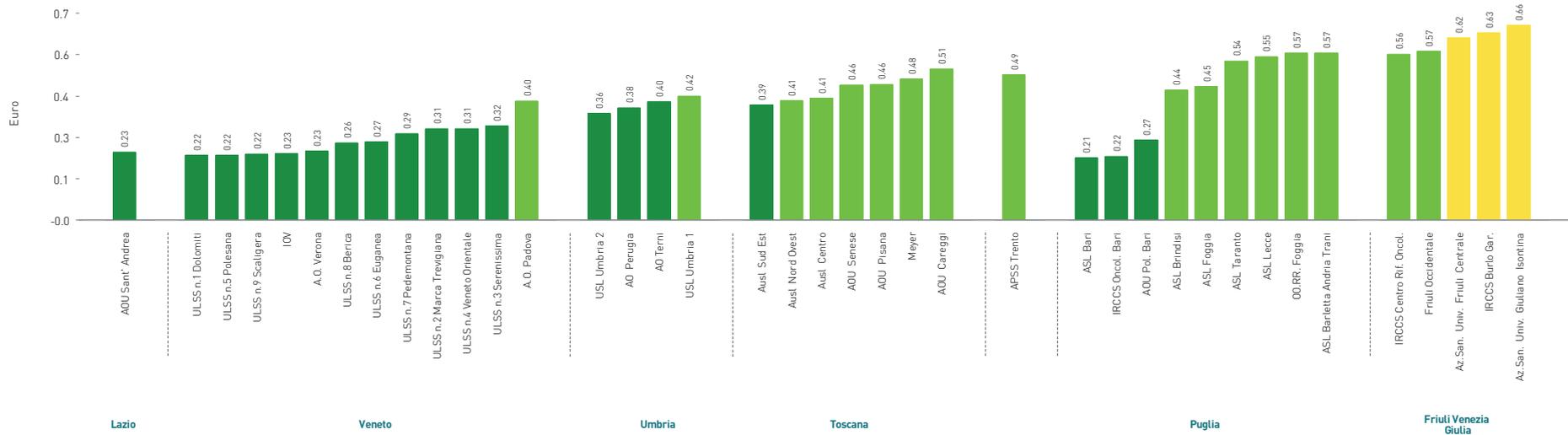
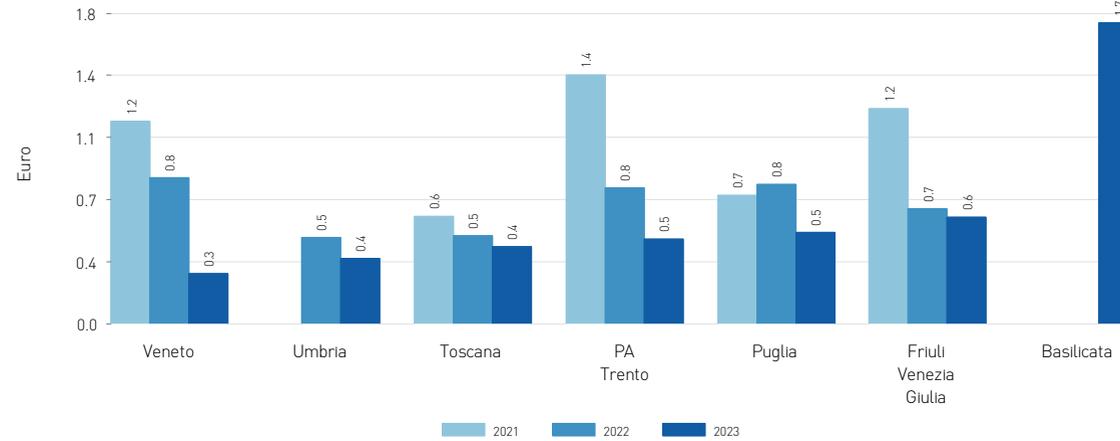
F20.9.1 - Spesa per UP Infiximab

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Infiximab è un anticorpo monoclonale umano-murino indicato per varie patologie autoimmuni, tra le quali: artrite reumatoide, malattia di Crohn, colite ulcerosa, spondilite alchilosante, artrite psoriasica, psoriasi.



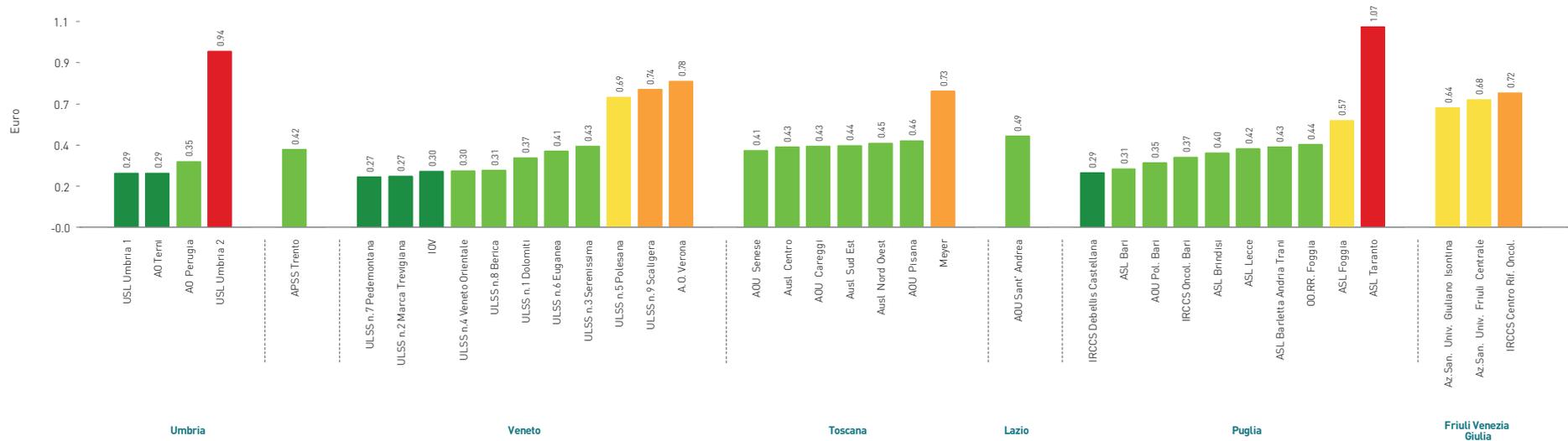
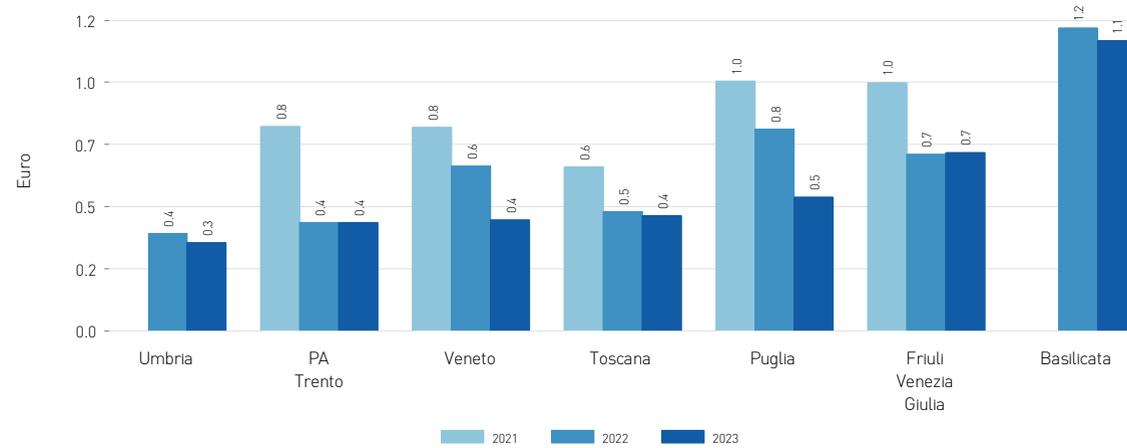
F20.10.1 - Spesa per MG Rituximab

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Rituximab è un anticorpo monoclonale chimerico murino/umano indicato nelle seguenti patologie: linfoma non-Hodgkin (LNH), leucemia linfocitica cronica (LLC), artrite reumatoide, granulomatosi con poliangioite e poliangioite microscopica, pemfigo volgare.



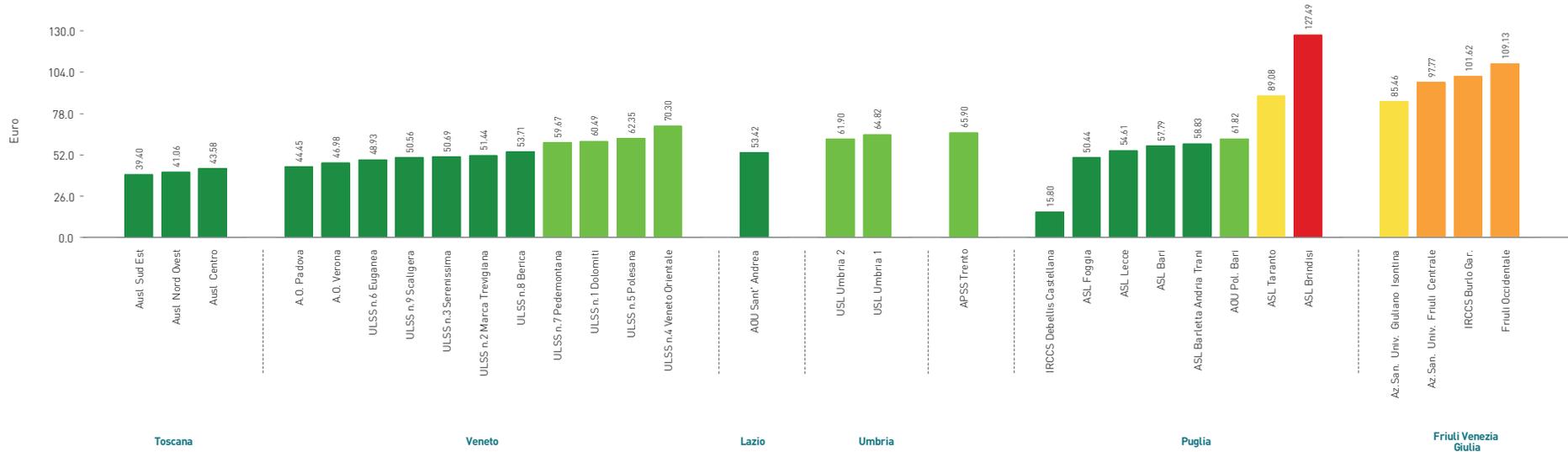
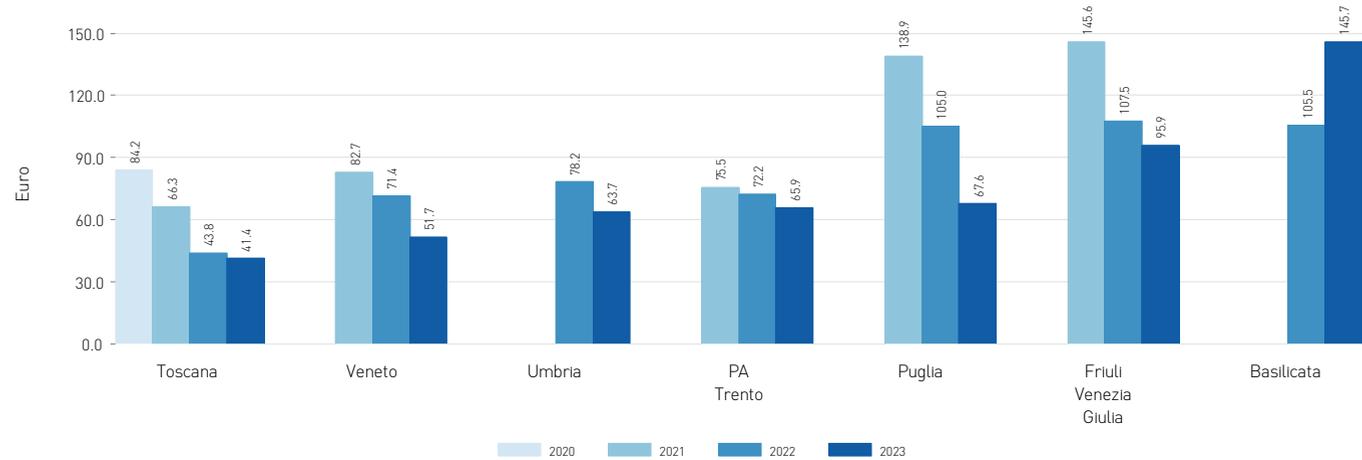
F20.11.1 - Spesa per MG Trastuzumab

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Trastuzumab è un anticorpo monoclonale utilizzato per il trattamento del carcinoma mammario metastatico, nella terapia neoadiuvante del carcinoma mammario HER2-positivo, nel carcinoma gastrico metastatico.



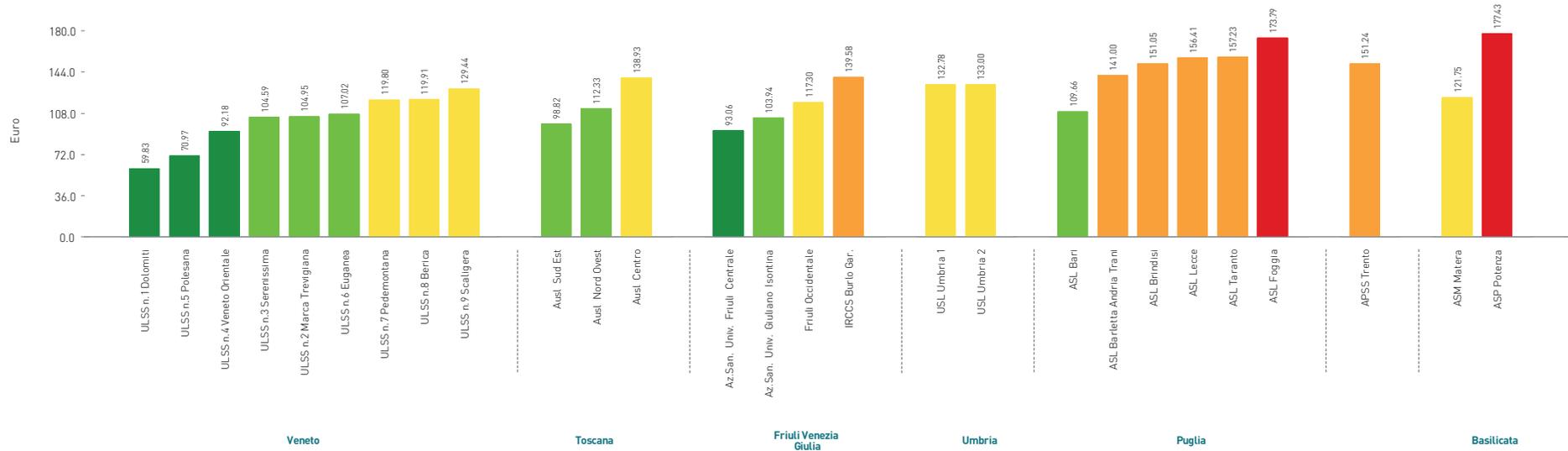
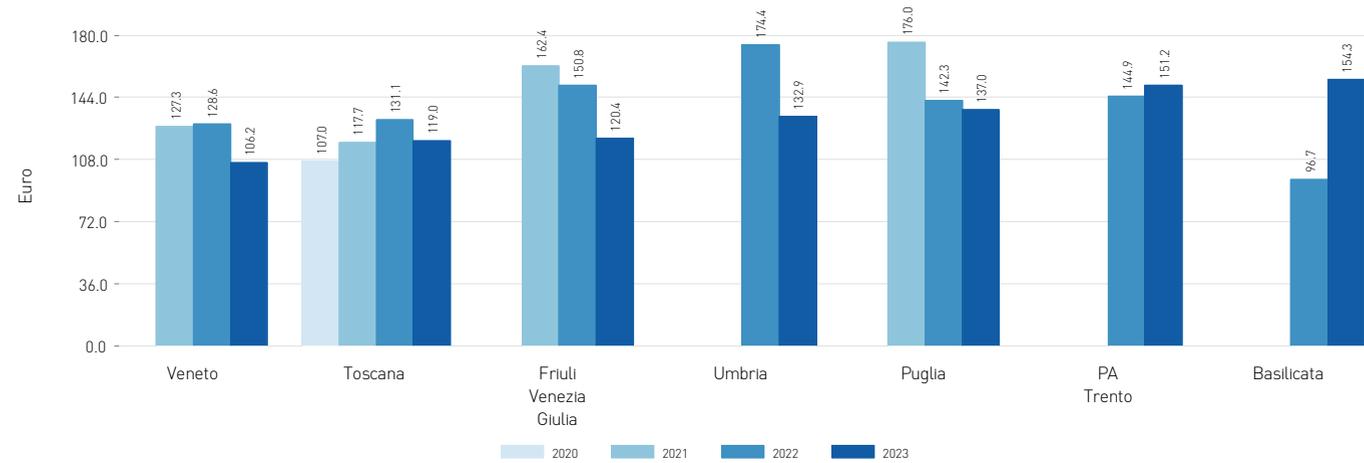
F20.12.1 - Spesa per UP Adalimumab

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Adalimumab è un anticorpo monoclonale umano ricombinante indicato nel trattamento di malattie a carattere autoimmune quali, ad esempio artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite associata ad entesite, psoriasi, spondilite anchilosante, malattia di Crohn.



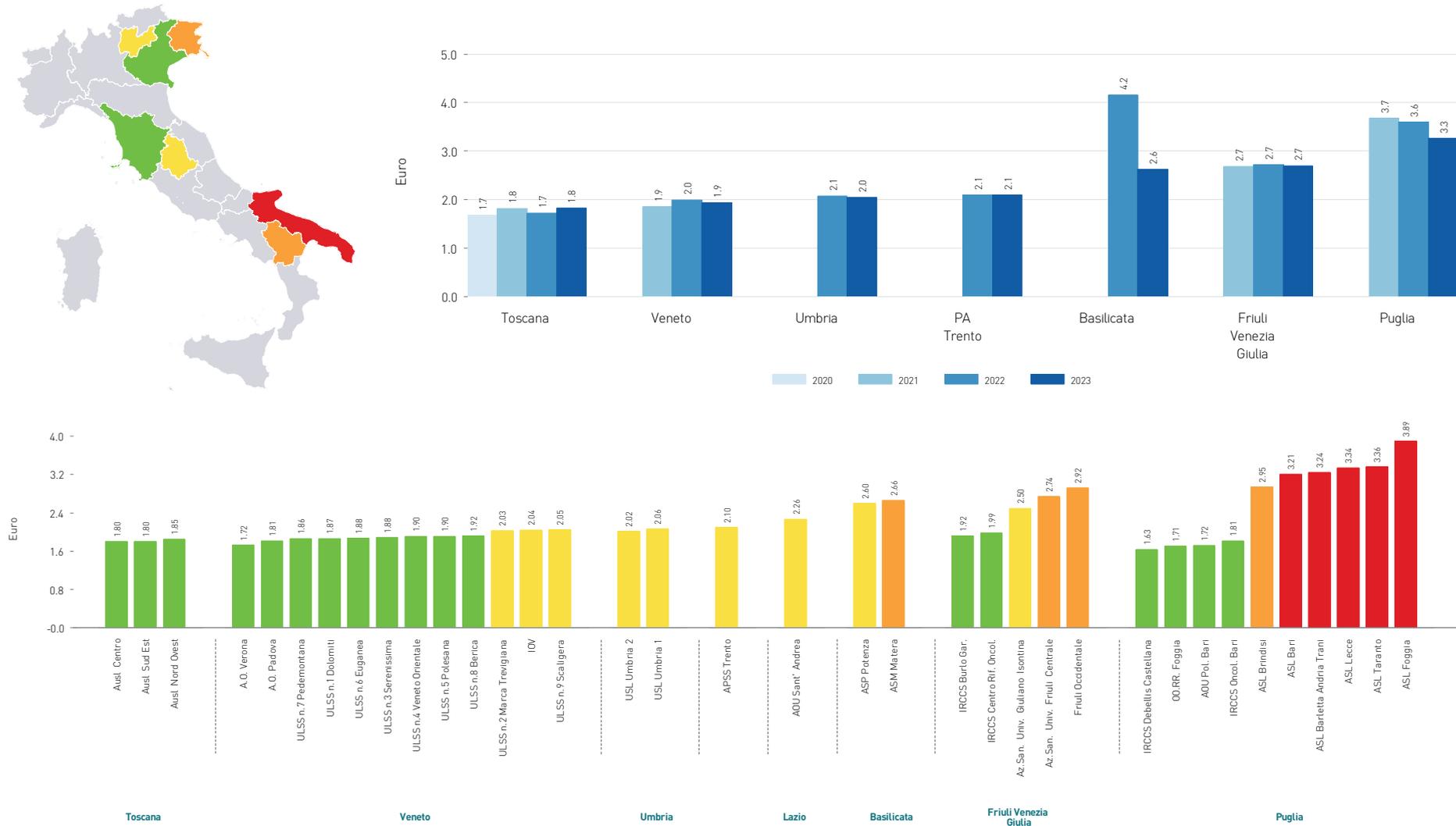
F20.13.1 - Spesa per UP Follitropina

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. L'ormone follicolo-stimolante (FSH, follicle-stimulating hormone), conosciuto anche come follitropina, e utilizzato nelle donne per il trattamento di anovulazione (inclusa la sindrome dell'ovaio policistico) e nella stimolazione dello sviluppo follicolare multiplo in donne sottoposte a tecniche di riproduzione assistita (ART). Negli uomini è indicato per l'induzione della spermatogenesi, in soggetti affetti da ipogonadismo ipogonadotropo congenito o acquisito.



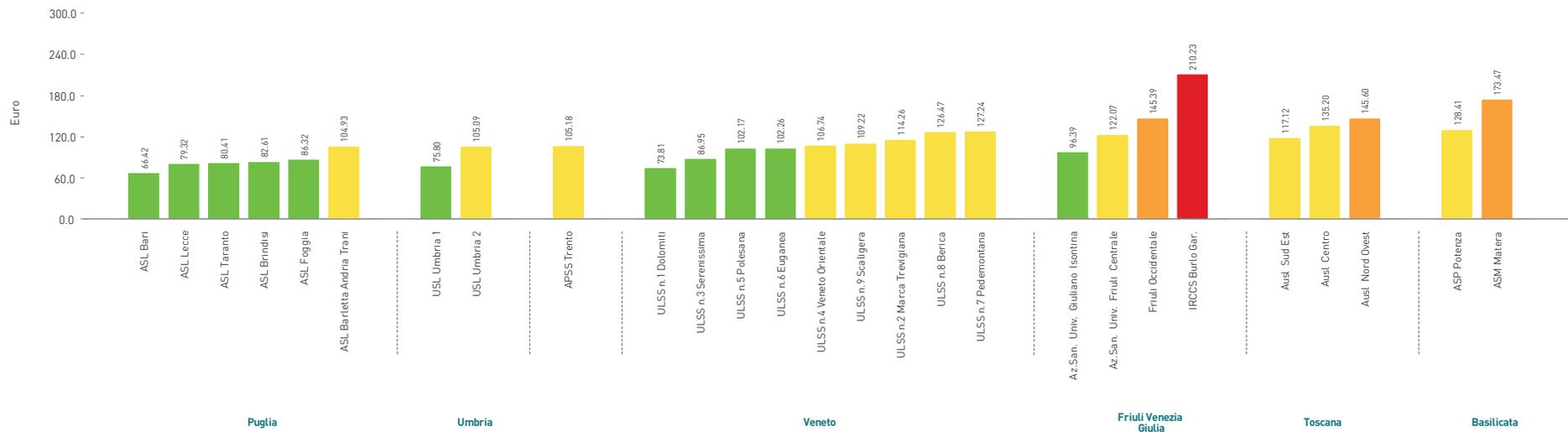
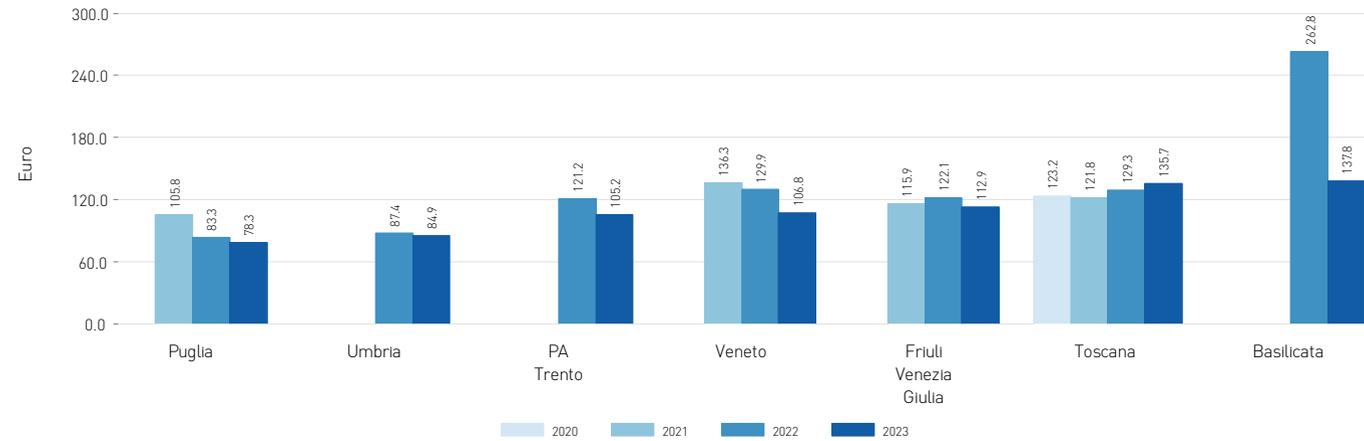
F20.14.1 - Spesa per UP Enoxaparina

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Enoxaparina è utilizzata per la profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti chirurgici a rischio moderato e alto sottoposti a chirurgia ortopedica o generale, compresa la chirurgia oncologica; per la profilassi del tromboembolismo venoso in pazienti non chirurgici affetti da una patologia acuta e mobilità ridotta; per il trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP); per la prevenzione della formazione di trombi nella circolazione extracorporea in corso di emodialisi e per il trattamento della sindrome coronarica acuta.



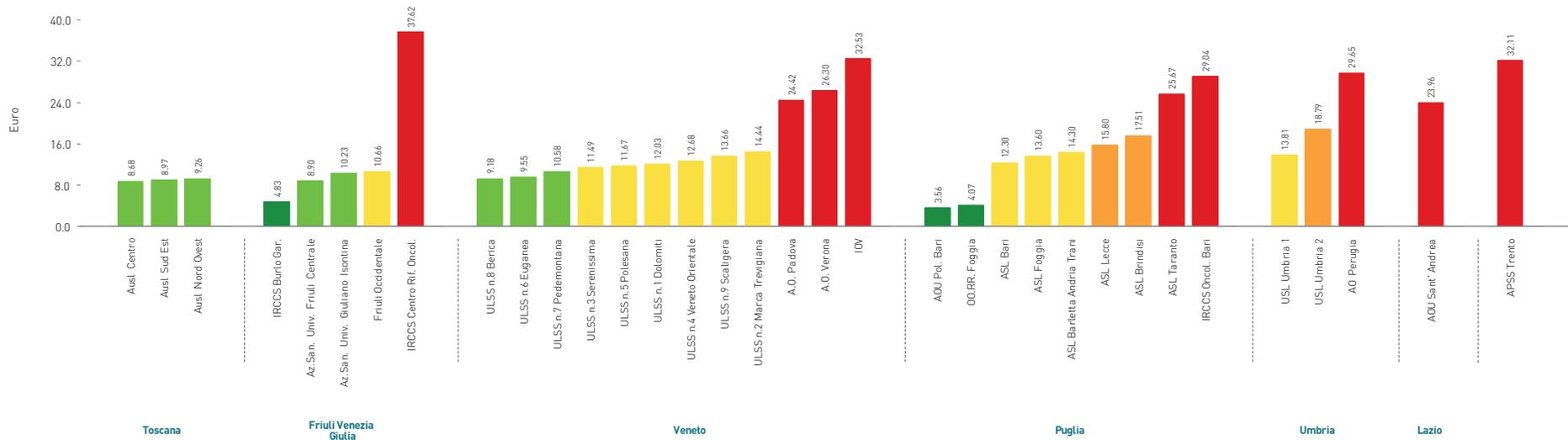
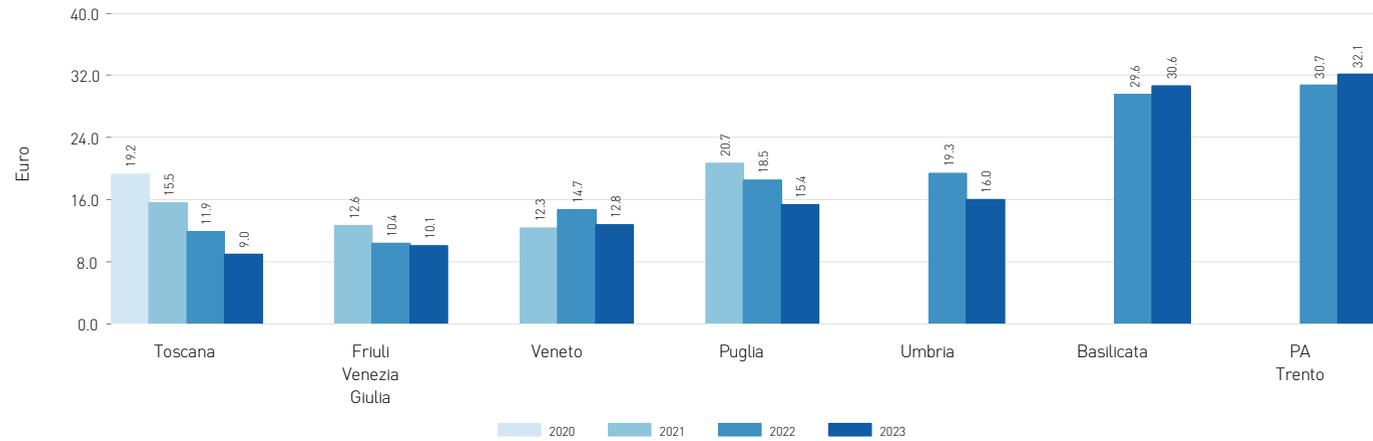
F20.15.1 - Spesa per UP Somatotropina

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. La somatotropina, nota anche come ormone somatotropo, ormone della crescita, STH, oppure SH o GH (growth hormone) è utilizzata per il trattamento dei disturbi della crescita nei bambini e per il trattamento di deficit di ormone della crescita negli adulti.



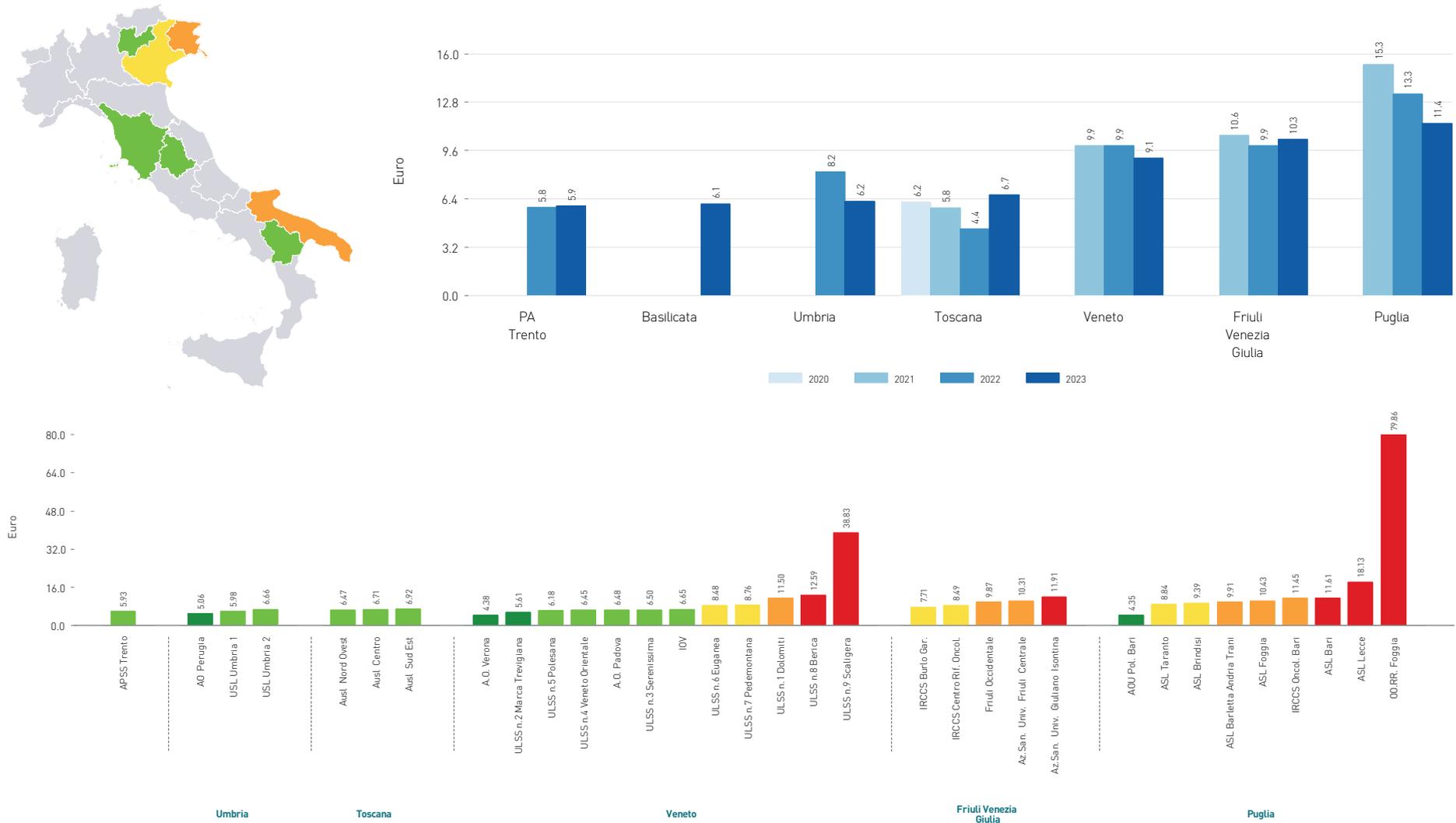
F20.16.1 - Spesa per UP Epoietina

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. L'Epoietina è utilizzata per il trattamento dell'anemia sintomatica associata a insufficienza renale cronica (IRC), e dell'anemia e riduzione del fabbisogno trasfusionale in pazienti adulti in chemioterapia per tumori solidi, linfoma maligno o mieloma multiplo e a rischio di trasfusione come indicato dallo stato generale del paziente. L'utilizzo di epoietina è inoltre indicato negli adulti non sideropenici, ritenuti ad alto rischio di complicanze trasfusionali, prima di un intervento elettivo di chirurgia ortopedica maggiore, per ridurre l'esposizione a trasfusioni di sangue allogeneico.



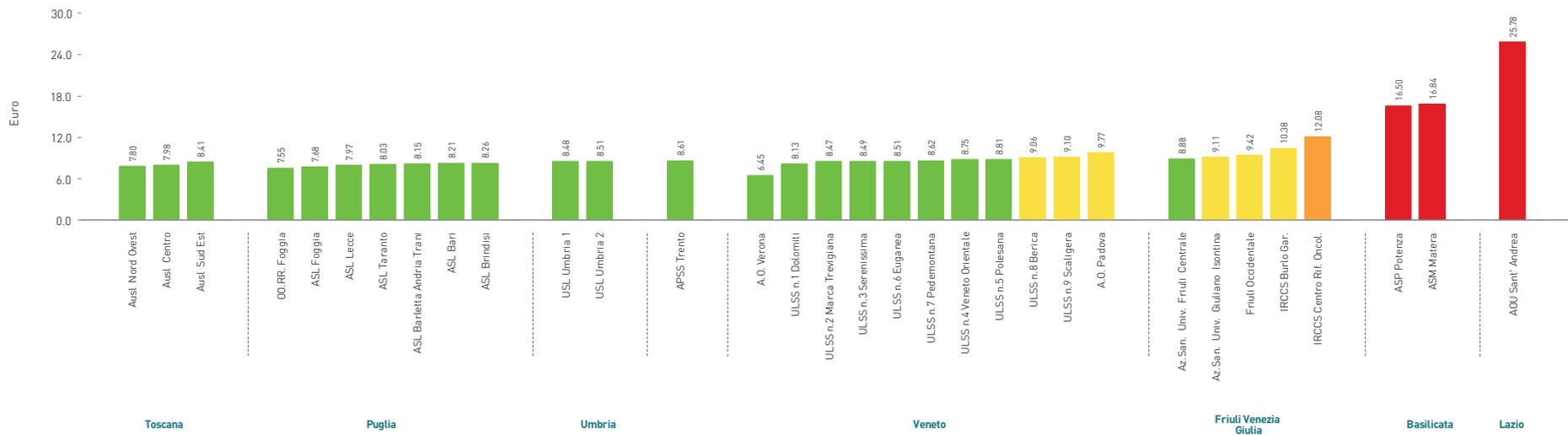
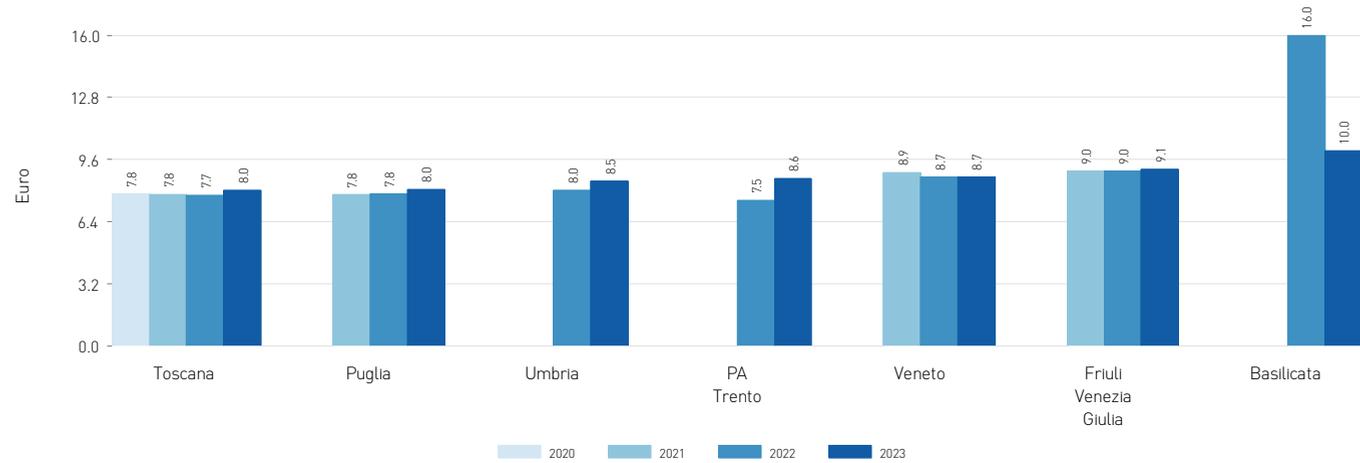
F20.17.2 - Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. I fattori di crescita delle colonie sono utilizzati per il trattamento della neutropenia nei pazienti trattati con chemioterapia, sottoposti a trapianto di midollo osseo o affetti da neutropenia cronica grave e nei pazienti con infezione da HIV in stadio avanzato per ridurre il rischio di infezioni.



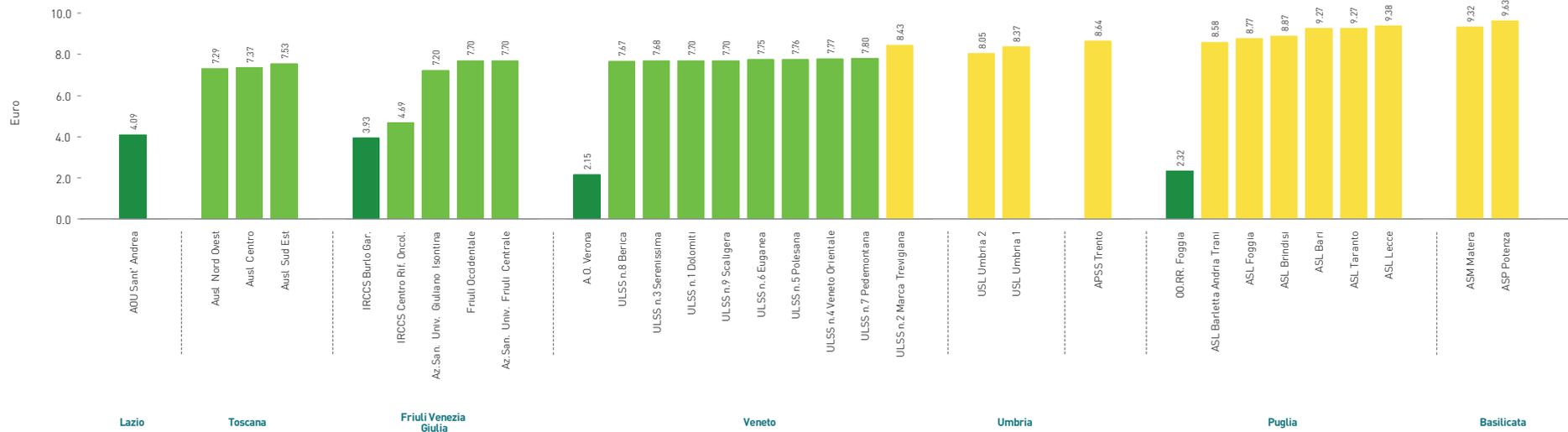
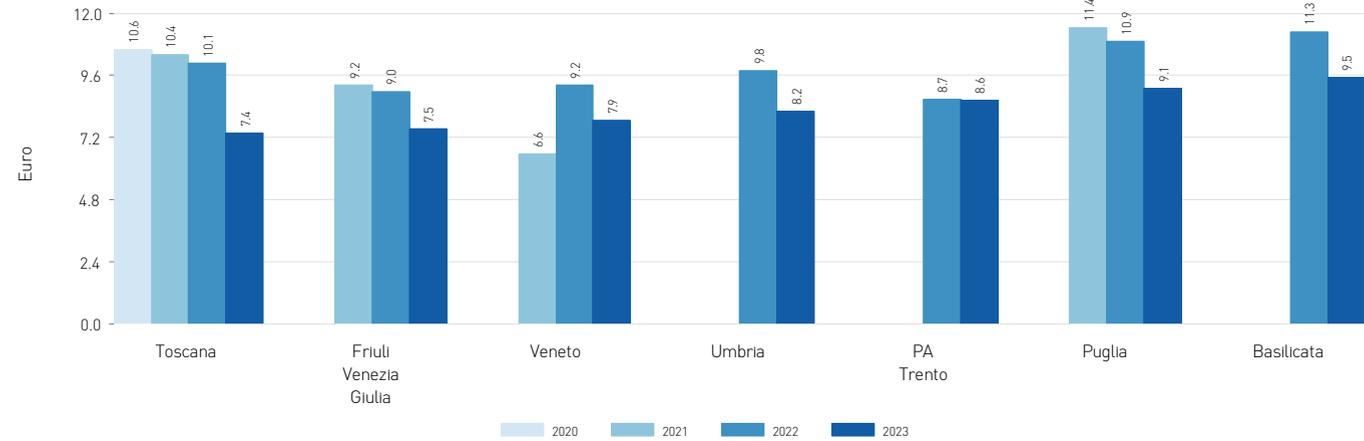
F20.18.1 - Spesa per UP Insulina Glargine

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Le insuline glargine sono delle insuline a lunga durata di azione, utilizzate per il trattamento del diabete mellito in adulti, adolescenti e bambini dai 2 anni di età.



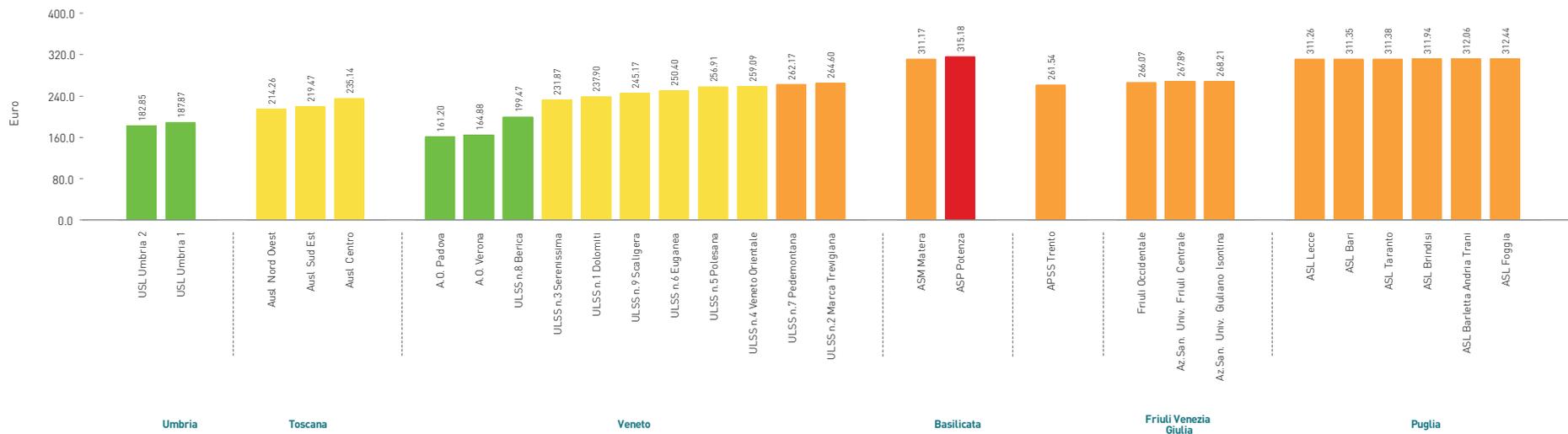
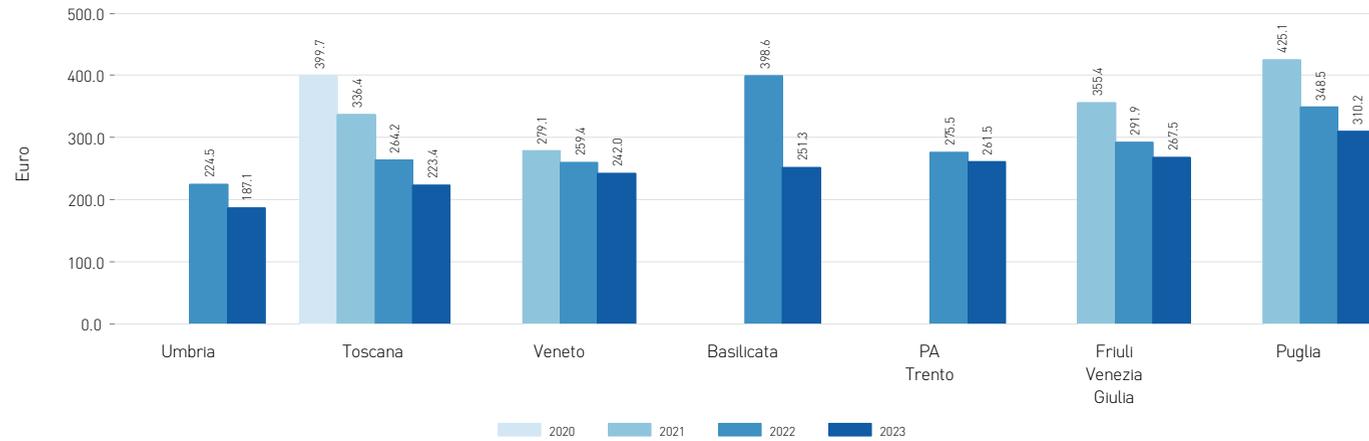
F20.19.1 - Spesa per UP Insulina lispro

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Le insuline lispro sono delle insuline a rapida insorgenza d'azione e durata minore rispetto alle normali insuline, utilizzate per il trattamento di adulti e bambini con diabete mellito che richiedono insulina per il mantenimento dell'omeostasi normale del glucosio.



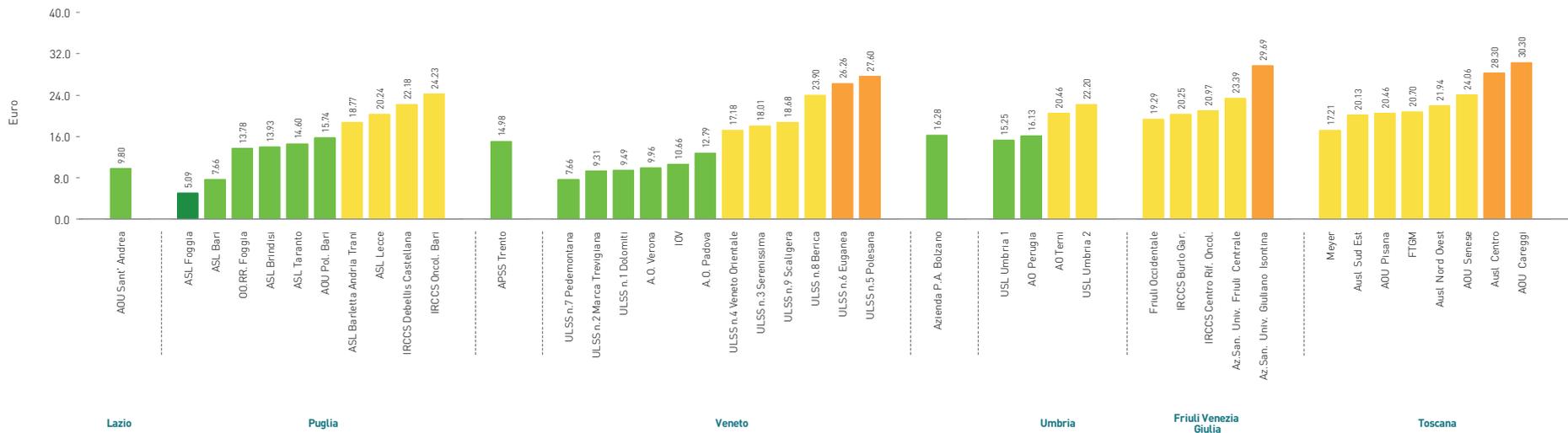
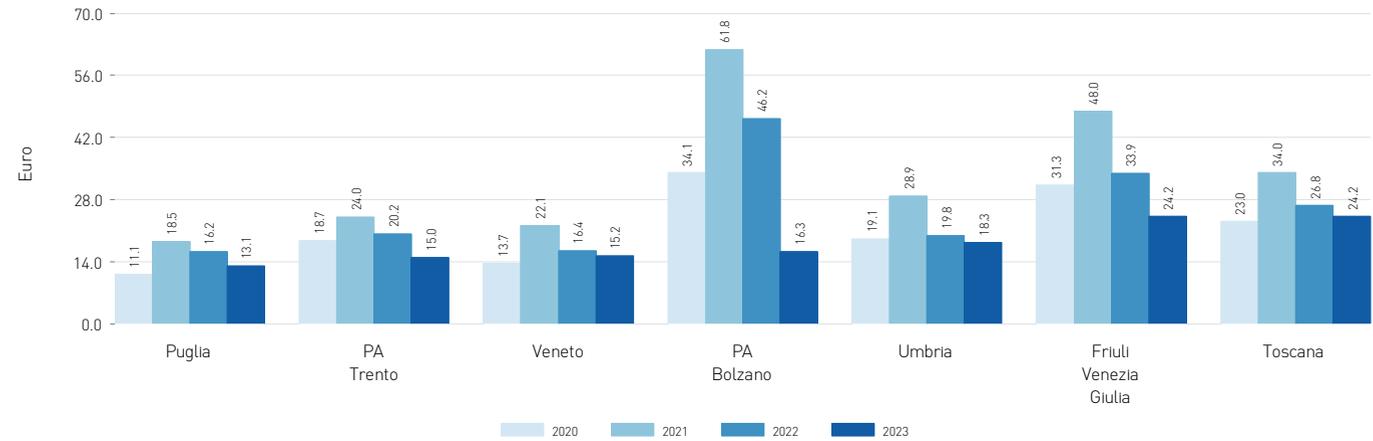
F20.20.1 - Spesa per UP Teriparatide

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. Teriparatide è utilizzata per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa e negli uomini ad aumentato rischio di frattura, e per il trattamento dell'osteoporosi indotta da una prolungata terapia con glucocorticoidi per via sistemica nelle donne e negli uomini ad aumentato rischio di frattura.



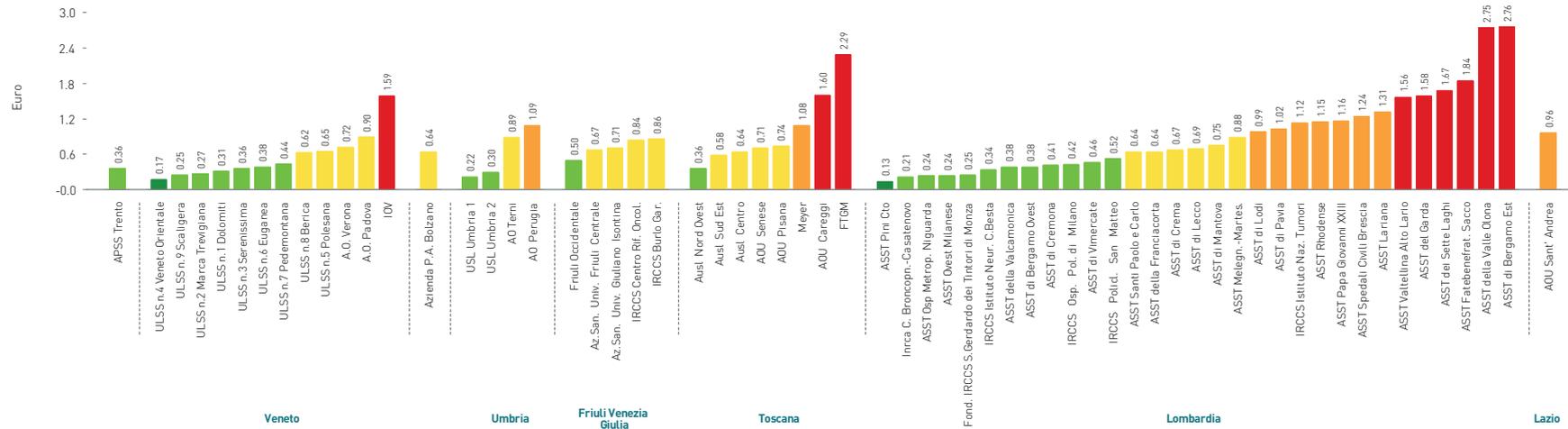
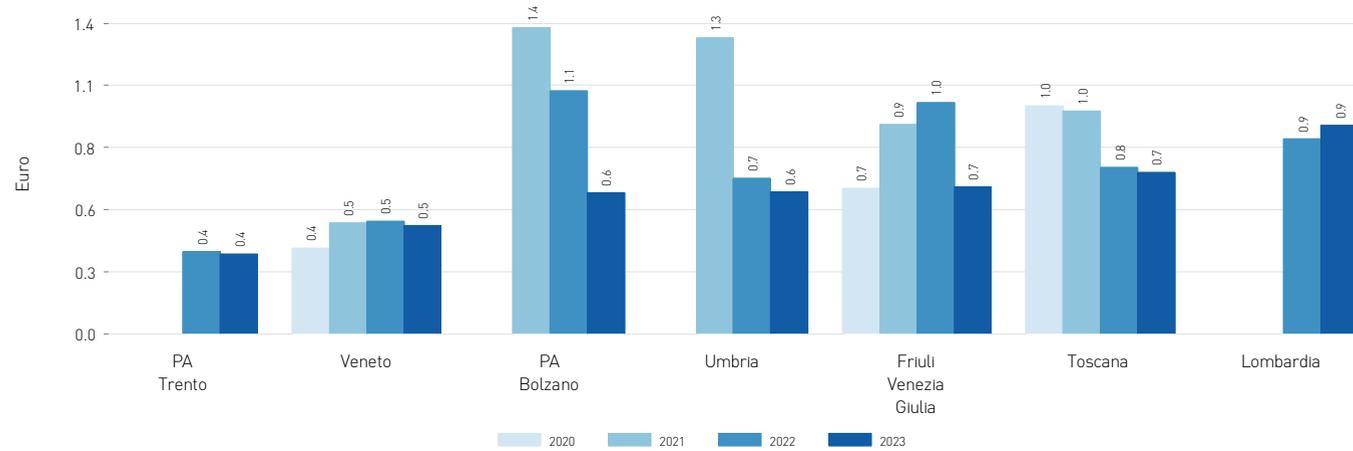
F10.3.1 - Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG

L'avanzamento tecnologico solo in parte spiega l'ampiezza di offerta e i crescenti costi dei dispositivi medici utilizzati negli ospedali. Non sempre il loro utilizzo é guidato dal principio della massimizzazione della loro costo-efficacia. L'indicatore é finalizzato al monitoraggio della spesa inerente ai dispositivi medico-chirurgici, per rilevare eventuali anomalie e controllarne gli scostamenti temporali. I valori sono espressi come spesa sostenuta per i dispositivi medico-chirurgici per punto DRG.



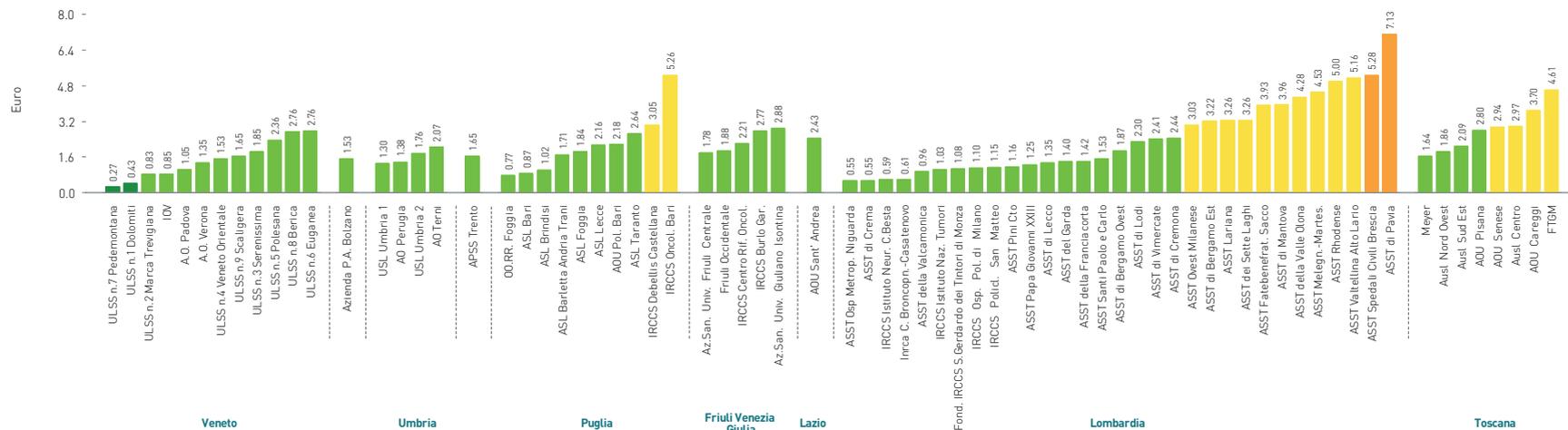
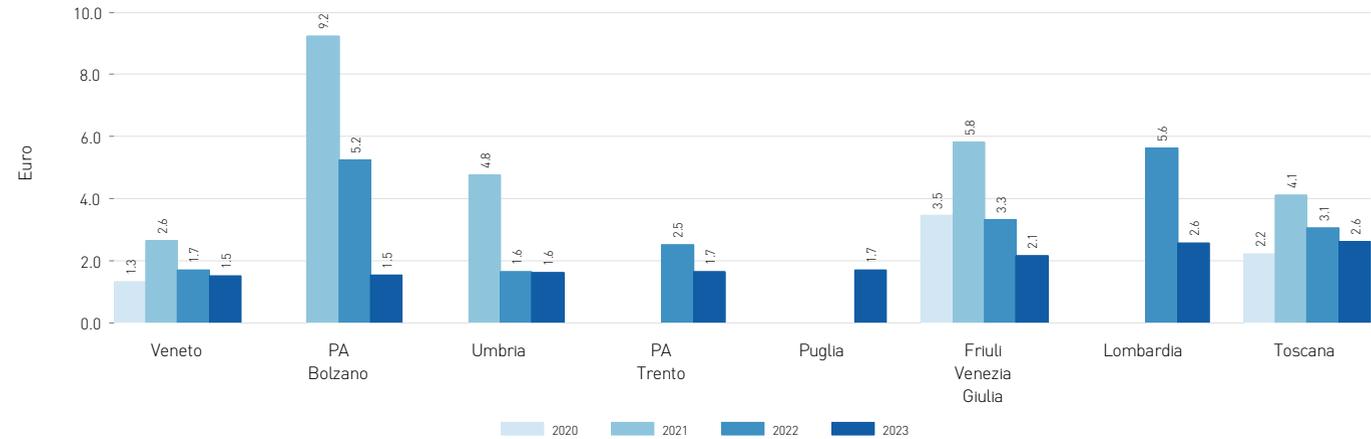
F12C.3.2B - Spesa per siringhe per giornata di degenza

Le siringhe rappresentano un dispositivo medico a largo utilizzo e relativamente basso costo per cui potrebbero verificarsi facilmente fenomeni di utilizzo inappropriato e sovra-utilizzo. Per questo motivo, si rende necessario il monitoraggio della spesa per identificare eventuali fenomeni di inappropriata ed intervenire con interventi di educazione e razionalizzazione all'utilizzo.



F12C.4.1B - Spesa per guanti per giornata di degenza

I guanti rappresentano un dispositivo fondamentale per la protezione degli operatori sanitari e dei pazienti nei confronti di agenti biologici, chimici, e per il contenimento delle esposizioni professionali che si realizzano a livello delle mani. Sebbene le indicazioni per l'utilizzo dei guanti siano note da tempo, si assiste ad un loro utilizzo inappropriato ed in particolare ad un loro sovra-utilizzo. Per questo motivo si rende necessario monitorare il consumo di guanti per rilevare differenze significative tra le aziende su cui intervenire successivamente con interventi di educazione e razionalizzazione dell'utilizzo dei guanti.



4

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- AIOM-AIRTUM. (2014), I numeri del cancro in Italia 2014, disponibile all'indirizzo http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- Audiweb (2016), Total digital audience, Report Gennaio 2016
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Basaglia S., Paolino C. (2015), *Clima aziendale: crescere dando voce alle persone*, EGEA, Milano
- Bernstein S.L., Aronky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16, pp. 1-10
- Bevan G., Evans A., Nuti S., (2019) Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. *Heal Econ Policy Law*.14(2):141-61
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP)*. Analisi dell'evento nascita - Anno 2004, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Cerasuolo D., Campani A., Sinigaglia M.G., Seghieri C. (2008), "La valutazione interna", in Nuti S. (a cura di), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze University Press, Firenze
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8, pp. 617-621
- Cramer J.A., Rosenheck R. (1998), "Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders", *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, pp. 196-201, <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), Com'è nato il vocabolario di base, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), *Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana*, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-55
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EU Expert Group on Health System Performance Assessment (2020)
- EURO-PERISTAT Project (May 2013), *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, 60-2, disponibile all'indirizzo <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-827
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-715
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf
- Franchina V., Vacca R. (1986), *Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore*, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione, Linguaggi*, a. III, n. 3, pp. 47-49
- Freeman, R.K., American College of Obstetricians and Gynecologists, Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco [Ca.]
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication*. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29, pp. 437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, 4, pp. 53-79
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, 74, pp. 75-85
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20(4), pp. 306-313
- Kitzmilller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmorthy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting*

- diabetes and pregnancy, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, 3(31), pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74, pp.3-18
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, Bollettino della Società Filosofica Italiana, 149, pp. 49-46
- Mazzoleni, F., et al. (2011), "Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale", *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5, pp. 11-16
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97(8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
- Ministero della Salute, Progetto SIVEAS, disponibile all'indirizzo <http://salute.gov.it>
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", NIH Consensus Statement, September 14-16, disponibile all'indirizzo <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>
- Nutbeam D. (1998), "Health promotion glossary", in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13(4), pp. 349-364
- Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in Baraldi S. (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", *Salute e Territorio*, 158(1), pp. 303-306
- Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", *International Journal of Integrated Care*, 16(2)
- Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento*, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), *I risultati delle Aziende Ospedaliere-Universitarie a confronto*. Report 2016, Pisa, Pacini Editore
- Nuti S., Macchia A. (2005), "The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities", in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis, London
- Nuti S., Noto G., Vola F., Vainieri M. (2018) "Let's play the patients music: a new generation of performance measurement systems in healthcare". *Management Decision*, 56(10), 2252-2272
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
- Nuti S., Tartaglia R., Nicolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, 1, pp. 119-139
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, 95(2-3), pp. 137-143
- Nuti S., Vinci A., Vola F. (2021), "Stato e Regioni: la Performance dei Sistemi sanitari regionali", *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2(1), pp.99-125
- OECD (2009), *Health at glance 2009*. OECD Indicators, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011*. OECD Indicators, OECD
- OECD (2016), *Engaging Public Employees for a high performing civil service*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
- OHA (2006), *The Ontario Health System Scorecard*. Health results team for information management, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), *Rapporto Osservasalute 2004*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), *Rapporto Osservasalute 2009*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2012), *Rapporto Osservasalute 2011*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2016), *Rapporto Osservasalute 2015*, Osservasalute, Roma
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal - Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Politecnico di Milano (2016), *Osservatorio Mobile & App Economy*

- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42(2), pp. 186-196
- Richard H. (2020) "Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic.", *The Lancet* 396(10255): 874
- Rojas D., Seghieri C., Nuti S. (2014), "Organizational climate: Comparing private and public hospitals within professional roles", *Suma De Negocios*, 5(1), pp. 10-14
- Rosselli Del Turco M. et al. (2010), "Quality Indicators in Breast Cancer Care", *European Journal of Cancer* 46(13), pp. 2344-2356
- Sagan A., Webb E., Azzopardi-Muscat N., I. de la Mata, McKee M., Figueras J.(eds.) (2021), Health systems resilience during COVID-19. Lessons for building back better, World Health Organization
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 39(4), pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Spadea T., et al. (2020). "Monitoraggio Dell'impatto Indiretto Di Covid-19 Su Altri Percorsi Assistenziali." E&P Repository
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J. Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5), pp. 426-434
- Sutter Women's & Children's Services (2001), First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-1078
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile", 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7(6), pp. 695-709
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, 44(4), pp. 306-317
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra razionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*, 7(4), pp. 20-28
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and restarting in patients on statin treatment: prospective open cohort study using a primary care database", *BMJ*; 353:i3305
- Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J.Jr. (2005), "The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review", Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD)
- White B.A., Biddinger P.D., Chang Y., Grabowski B., Carignan S., Brown D.F.M. (2013), "Boarding Inpatients in the Emergency Department Increases Discharged Patient Length of Stay", *The Journal of Emergency Medicine*, 44(1), pp. 230-235
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A.M., Vainieri, M., The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2022
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, 2, pp. 436-437
- World Health Organization (1991), The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), The World Health Report 2000, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), Preventing suicide: A global imperative, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), disponibile all'indirizzo http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html

Publicazioni del Laboratorio Management e Sanità

L'attività di ricerca e la produzione scientifica del Laboratorio MeS valorizzano le logiche fondanti della valutazione della performance a supporto della gestione dei sistemi sanitari. Di seguito una selezione dei principali contributi degli ultimi tre anni, in ordine cronologico dal più recente (giugno 2023):

- Ferrari, A., Pennestrì, F., Bonciani, M., Banfi, G., Vainieri, M., Tomaiuolo, R., The role of patient-reported experiences in disclosing genetic prenatal testing: Findings from a large-scale survey on pregnant women, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2024
- Trinchese, D., Vainieri, M., Cantarelli, P., Gender diversity and healthcare performance: A quantitative analysis from the Italian health system, *Health Policy*, 2024.
- Vainieri, M., Caputo, A., Vinci, A., Resilience dimensions in health system performance assessments, European Union, *Bull World Health Organ*, 2024
- Moretti, G., Dal Canto, B., Attanasio, F., Martelli, A., Ferrè, F., Quale efficacia degli strumenti di governance prescrittiva? Risultati dall'applicazione delle note AIFA, GRHTA, 2024.
- Savoia, E., Masterson, E., Olander, D. R., Anderson, E., Mohamed Farah, A., Pirrotta, L., Determinants of Vaccine Hesitancy among African American and Black Individuals in the United States of America: A Systematic Literature Review, *Vaccines*, 2024
- Ceccarelli, L., Moretti, G., Mazzilli, S., Petri, D., Corazza, I., Rizzo, C., Lucenteforte, E., Vainieri, M., Seghieri, C., Tivoschi, L., and On behalf of OPT-HepaC consortium, Evaluating hepatitis C cascade of care surveillance system in Tuscany, Italy, through a population retrospective data-linkage study, 2015-2021, *BMC Infectious Diseases*, 2024.
- Bellè, N., Cantarelli, P., Wang, S., The management of bias and noise in public sector decision-ma-

- king: experimental evidence from healthcare, *Public Management Review*, 2024
- Mazzi, C., Damone, A., Vandelli, A., Ciuti, G., Vainieri, M., Stochastic Claims Reserve in the Healthcare System: A Methodology Applied to Italian Data, *Risks*, 2024
- Seghieri, C., Tortù, C., Tricò, D. & Leonetti, S., Learning prevalent patterns of co-morbidities in multi-chronic patients using population-based healthcare data, *Scientific Reports*, 2024.
- Manetti, S., Guidotti, E., Vola F., Vainieri, M., A systematic literature review of RealWorld Evidence (RWE) on post-market assessment of medical devices, *Research Square*, 2023.
- Bellé, N., Cantarelli, P., Cui prodest? Nudging prosocial behavior among healthcare professionals, *International Public Management Journal*, 2023
- De Rosis, S., Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: opening the black box adapting the framework of Donabedian, *Int J Health Plann Mgmt*, 2023.
- Cucino, V., Adrian Lungu, D.A., De Rosis, S., Piccaluga, A., Creating Value from Purpose-Based Innovation: starting from Frailty, *Journal of Social Entrepreneurship*, 2023
- Ferrari, A., Mannella, P., Caputo, A., Simoncini, T., Bonciani, M., Risk and protective factors for pregnancy-related urinary incontinence until 1 year postpartum: A cohort study using patient-reported outcome measures in Italy, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2023
- Bellé, N., Cantarelli, P., Give, take, or match? Styles of reciprocity, job satisfaction, and work motivation, *Public Administration Review*, 2023.
- Moretti, G., Vinci, B., Zito, S., Caputo, A., Attanasio, F., Vainieri, M., Monitoring the appropriate prescription of low molecular weight heparins and Fondaparinux through administrative data. A retrospective observational study in the Tuscany region, *PLOS ONE*, 2023.
- Vainieri, M., Vandelli, A., Casini Benvenuti, S., Bertarelli, G., Tracking the digital health gap in elderly: A study in Italian remote areas, *Health Policy*, 2023.
- De Rosis, S., Spataro, V., Vainieri, M., What does stimulate people to co-assess healthcare public services and policies?, in Giuseppe Fattori (a cura di) "Social Marketing for One Health", Ed. Cultura e Salute Editore Perugia, 2023.
- De Rosis, S., Lopreite, M., Puliga, M., Vainieri, M., Analyzing the emotional impact of COVID-19 with Twitter data: Lessons from a B-VAR analysis on Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2023.
- Valleggi, A., Passino, C., Emdin, M., Murante, A.M., Differences in family caregiver experiences and expectations of end-of-life heart failure care across providers and settings: a systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2023.
- Ferrari, A., Moretti, G., Corazza, I., Mannella, P., Simoncini, T., Bonciani, M., Pregnancy vaccination predictive factors and uptake profiles among Italian women: A cross-sectional survey study on a large population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2023.
- Ferrè, F., Seghieri, C., Nuti, S., Women's choices of hospital for breast cancer surgery in Italy: quality and equity implications, *Health Policy*, 2023.
- Ferrari, A., Giannini, A., Seghieri, C., Simoncini, T., Vainieri, M., Regional practice variation in pelvic organ prolapse surgery in Tuscany, Italy: a retrospective cohort study on administrative health data, *BMJ Open*, 2023.
- Belardi, P., Corazza, I., Bonciani, M., Manenti, F., Vainieri, M., Evaluating Healthcare Performance in Low- and Middle-Income Countries: A Pilot Study on Selected Settings in Ethiopia, Tanzania, and Uganda, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022.
- Ferrari, A., Seghieri, C., Giannini, A., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Driving time drives the hospital choice: choice models for pelvic organ prolapse surgery in Italy, *The European Journal of Health Economics*, 2022.
- De Rosis, S., Ferrè, F., Pennucci, F., Including patient-reported measures in performance evaluation systems: Patient contribution in assessing and improving the healthcare systems, *The International Journal of Health Planning and Management*, 2022
- Vainieri, M., Nuti, S., Mantoan, D., Does the healthcare system know what to cut under the pandemic emergency pressure? An observational study on geographic variation of surgical procedures in Italy, *BMJ Open*, 2022.
- Cepiku, D., Marsilio, M., Sicilia, M., Vainieri, M., A comprehensive framework for the activation, management, and evaluation of Co-production in the public sector, *Journal of Cleaner Production*, 2022.
- Jani, A., Exner, A., Braun, R., Braun, B., Torri, L., Verhoeven, S., Murante, A.M., et al., Transitions to food democracy through multilevel governance, *Front. Sustain. Food Syst.*, 2022.
- Ferrari, A., Pirrotta, L., Bonciani, M., Venturi, G., Vainieri, M., Higher readability of institutional websites drives the correct fruition of the abortion pathway: A cross-sectional study, *PLoS ONE*, 2022.
- Ferrari, A., Corazza, I., Mannella, P., Simoncini, T., Bonciani, M., Influence of COVID-19 pandemic on self-reported urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective study, *Int J Gynecol Obstet.*, 2022.
- Vola, F., Benedetto, V., Vainieri, M., Nuti, S., The Italian interregional performance evaluation system, *Res Health Serv Reg* 1, 10, 2022.
- Ferrari, A., Bonciani, M., Corazza, I., Tortù, C., Simoncini, T., & Vainieri, M., Reduced Abortion Rates and Improved Provision of Counseling and Contraception Services: Analysis of a Regional Campaign for Young Women in Italy, *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 3(9), CAT-22, 2022.
- Vainieri, M., De Rosis, S., Nuti, S., Spataro, V., Bellentani, M. D., Carbone, S., Quattrone, F., Visca, M., Urbani, A., Da un'iniziativa internazionale a un osservatorio nazionale per monitorare l'esperienza dei pazienti cronici in Italia, *Sistema Salute*, 66, 2 2022.
- Dros, J. T., Bos, I., Bennis, F. C., Wieggersma, S., Paget, J., Seghieri, C., Barrio Cortés, J., Verheij, R. A., Detection of primary Sjögren's syndrome in primary care: developing a classification model with the use of routine healthcare data and machine learning. *BMC Primary Care*, 2022.
- Guidotti, E., Pennucci, F., Alleggi, A., De Rosis, S., Passino, C., A longitudinal assessment of chronic care pathways in real-life: self-care and outcomes of chronic heart failure patients in Tuscany, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Quattrone, F., Aimo, A., Castiglione, V., Passino, C., Bergamasco, M., Barsanti, S., Nuti, S., Emdin, M., Using co-creation to develop a cardiology online open course: an effective approach for implementing digital learning, *J Cardiovasc Med*, 2022.
- Deandrea, S., Ferrè, F., D'Antona, R., Angiolini, C., Bortul, M., Bucchi, L., Caumo, F., Fortunato, L., Giordano, L., Giordano, M., Mantellini, P., Martelli, I., Melucci, G., Naldoni, C., Paci, E., Pau, L., Saguatti, G., Sestini, E., Tinterri, C., Vainieri, M., e Cataliotti L., Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Damone, A., Vainieri, M., Brunetto, M., Bonino, F., Nuti, S., Ciuti, G., Decision-making algorithm and predictive model to assess the impact of infectious disease epidemics on the healthcare system: the COVID-19 case study in Italy, *IEEE J Biomed Health Inform*, 2022.
- Seghieri, C., Ferrè, F., Foresi, E., Borghini, A., Healthcare costs of diabetic foot disease in Italy: estimates for event and state costs, *The European Journal of Health Economics*, 2022.
- Tonutti, G.; Bertarelli, G.; Giusti, C.; Pratesi, M., Disaggregation of poverty indicators by small area

- methods for assessing the targeting of the “Reddito di Cittadinanza” national policy in Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2022
- Longo, F., Barsanti, S., Bonciani, M., Bunea, A., Zazzera, A., Managing community engagement initiatives in health and social care: Lessons learned from Italy and the United Kingdom, *Health Care Manage Review*, 2022.
- Deandrea, S., Sardanelli, F., Calabrese, M., Ferré, F., Vainieri, M., Sestini, E., Caumo, F., Saguatti, G., Bucchi, L., Cataliotti, L., Provision of follow-up care for women with a history of breast cancer following the 2016 position paper by the Italian Group for Mammographic Screening and the Italian College of Breast Radiologists by SIRM: a survey of Senonetwork Italian breast centres, *La radiologia medica*, 2022.
- Tavoschi, L., Belardi, P., Mazzilli, S., Manenti, F., Pellizzer, G., Abebe, D., Azzimonti, G., Nsubuga, J.B., Dall’Oglio, G., Vainieri, M., An integrated hospital-district performance evaluation for communicable diseases in low- and middle-income countries: Evidence from a pilot in three sub-Saharan countries, *PLoS ONE*, 2022.
- Ferrari, A., Bonciani, M., Russo, E., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Patient-reported outcome measures for pregnancy-related urinary and fecal incontinence: A prospective cohort study in a large Italian population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2022.
- Bonciani, M., Corazza, I., De Rosis, S., The COVID-19 emergency as an opportunity to co-produce an innovative approach to health services provision: the women’s antenatal classes move on the web, *Italian Journal of Marketing*, 2022.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A.M., Vainieri, M., The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Barchielli, C., Rafferty, A.M., Vainieri, M., Integrating Key Nursing Measures into A Comprehensive Healthcare Performance Management System: A Tuscan Experience, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022.
- Alba, S., Rood, E., Mecatti, F., Ross, J.M., Dodd, P.J., Chang, S., Potgieter, M., Bertarelli, G., Henry, N.J., LeGrand, K.E., Trouleau, W., Shaweno, D., MacPherson, P., Qin, Z.Z., Mergenthaler, C., Giardina, F., Augustijn, E-W., Baloch, A.Q., Latif, A., TB Hackathon: Development and Comparison of Five Models to Predict Subnational Tuberculosis Prevalence in Pakistan, *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 2022.
- Barchielli, C., Rafferty, A.M., Vainieri, M., Integrating Key Nursing Measures into A Comprehensive Healthcare Performance Management System: A Tuscan Experience, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022.
- Bonciani, M., Corazza, I., De Rosis, S., The COVID-19 emergency as an opportunity to co-produce an innovative approach to health services provision: the women’s antenatal classes move on the web, *Italian Journal of Marketing*, 2022.
- Damone, A., Vainieri, M., Brunetto, M., Bonino, F., Nuti, S., Ciuti, G., Decision-making algorithm and predictive model to assess the impact of infectious disease epidemics on the healthcare system: the COVID-19 case study in Italy, *IEEE J Biomed Health Inform*, 2022.
- Deandrea, S., Ferré, F., D’Antona, R., Angiolini, C., Bortul, M., Bucchi, L., Caumo, F., Fortunato, L., Giordano, L., Giordano, M., Mantellini, P., Martelli, I., Melucci, G., Naldoni, C., Paci, E., Pau, L., Saguatti, G., Sestini, E., Tinterri, C., Vainieri, M., e Cataliotti L., Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Deandrea, S., Sardanelli, F., Calabrese, M., Ferré, F., Vainieri, M., Sestini, E., Caumo, F., Saguatti, G., Bucchi, L., Cataliotti, L., Provision of follow-up care for women with a history of breast cancer following the 2016 position paper by the Italian Group for Mammographic Screening and the Italian College of Breast Radiologists by SIRM: a survey of Senonetwork Italian breast centres, *La radiologia medica*, 2022.
- Ferrari, A., Bonciani, M., Russo, E., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Patient-reported outcome measures for pregnancy-related urinary and fecal incontinence: A prospective cohort study in a large Italian population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2022.
- Longo, F., Barsanti, S., Bonciani, M., Bunea, A., Zazzera, A., Managing community engagement initiatives in health and social care: Lessons learned from Italy and the United Kingdom, *Health Care Manage Review*, 2022
- Seghieri, C., Ferré, F., Foresi, E., Borghini, A., Healthcare costs of diabetic foot disease in Italy: estimates for event and state costs, *The European Journal of Health Economics*, 2022.
- Tonutti, G.; Bertarelli, G.; Giusti, C.; Pratesi, M., Disaggregation of poverty indicators by small area methods for assessing the targeting of the “Reddito di Cittadinanza” national policy in Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2022.
- Tavoschi, L., Belardi, P., Mazzilli, S., Manenti, F., Pellizzer, G., Abebe, D., Azzimonti, G., Nsubuga, J.B., Dall’Oglio, G., Vainieri, M., An integrated hospital-district performance evaluation for communicable diseases in low- and middle-income countries: Evidence from a pilot in three sub-Saharan countries, *PLoS ONE*, 2022.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A.M., Vainieri, M., The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Aimo, A., Rapezzi, C., Perfetto, F., Cappelli, F., Palladini, G., Obici, L., Merlini, G., Di Bella, G., Serenelli, M., Zampieri, M., Milani, P., Licordari, R., Teresi, L., Ribarich, N., Castiglione, V., Quattrone, F., De Rosis, S., Vergaro, G., Panichella, G., Emdin, M., Passino, C., Quality of life assessment in amyloid transthyretin (ATTR) amyloidosis, *European Journal of Clinical Investigation*, 2021.
- Barbazza, E., Ivankovic, D., Wang, S., Jamieson Gilmore, K., Poldrugovac, M., Willmington, C., Larrain, N., Bos, V., Allin, S., Klazinga, N., Kringos, D., Exploring Changes to the Actionability of COVID-19 Dashboards Over the Course of 2020 in the Canadian Context: Descriptive Assessment and Expert Appraisal Study, *Journal of Medical Internet Research*, 2021.
- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Zoppi, P., La resilienza del sistema sanitario ai tempi della pandemia di covid-19: il caso delle opportunità colte dall’Azienda Usl Toscana Centro, *Politiche Sanitarie*, vol. 22, n. 1, 2021.
- Barsanti, S., Bunea, A. M. and Colombini, G., What Counts in Nursing Homes’ Quality and Efficiency? Results From Data Envelopment Analysis in Italy, *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2021
- Battaglio, R. P., Bellé, N., Cantarelli, P., Self-determination theory goes public: experimental evidence on the causal relationship between psychological needs and job satisfaction, *Public Management Review*, 2021.
- Bellé, N., Giacomelli, G., Nuti, S., Vainieri, M., Factoring in the human factor: experimental evidence on how public managers make sense of performance information, *International Public Management Journal*, 2021.
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. and Vainieri, M., Response to COVID-19: Was Italy (un)prepared?, *Health Economics, Policy and Law*, 2021.

Borghini, A., Corazza, I., Nuti, S., Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.

Cantarelli, P., Bellé, N., Nudging Public Employees Through Descriptive Social Norms in Healthcare Organizations, *Public Administration Review*, 2021

Cantarelli, P., Bellé, N., Quattrone, F. Nudging influenza vaccination among health care workers, *Vaccine*, 2021.

Coletta, L., Vainieri, M., Noto, G., Murante, A.M., Assessing inter-organizational performance through customer value: a literature review, *Journal of Business & Industrial Marketing*, 2021.

Corazza, I., Jamieson Gilmore, K., Menegazzo, F., Abols, V., Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals, *BMC Health Services Researc*, 2021.

Corazza, I., Pennucci, F., De Rosis, S., Promoting healthy eating habits among youth according to their preferences: Indications from a discrete choice experiment in Tuscany, *Health Policy*, 2021.

De Rosis, S., Barchielli, C., Vainieri, M., Bellé, N., The relationship between healthcare service provision models and patient experience, *Journal of Health Organization and Management*, 2021

De Rosis, S., Pennucci, F., Lungu, D.A., Manca, M., Nuti, S., A continuous PREMs and PROMs Observatory for elective hip and knee arthroplasty: study protocol, *BMJ Open*, 2021.

De Vita, E., Sbrana, F., Quattrone, F., Dal Pino, B., Megaro, M., Lombardi, R., Prontera, C., Passino, C., Petrillo, M., Adverse events and humoral response after two doses of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) mRNA vaccine in the hospital personnel of a cardiopulmonary tertiary- care center, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2021.

Di Martino, M., Alagna, M., Lallo, A., Jamieson Gilmore, K., Francesconi, P., Profili, F., Scondotto, S., Fantaci, G., Trifirò, G., Isgrò, V., Davoli, M., Fusco, D., Chronic polytherapy after myocardial infarction: the trade-off between hospital and community-based providers in determining adherence to medication, *BMC Cardiovascular Disorders*, 2021.

Ivanković D., Barbazza E., Bos V., Brito Fernandes Ó., Jamieson Gilmore K., Jansen T., Kara P., Larrain N., Lu S., Meza-Torres B., Mulyanto J., Poldrugovac M., Rotar A., Wang S., Willmington C., Yang Y., Yelgezekova Z., Allin S., Klazinga N., Kringos D., Features Constituting Actionable COVID-19 Dashboards: Descriptive Assessment and Expert Appraisal of 158 Public Web-Based COVID-19 Dashboards, *Journal of Medical Internet Research*, 2021.

Lopreite, M., Puliga, M., Riccaboni, M., De Rosis, S., A social network analysis of the organizations focusing on tuberculosis, malaria and pneumonia, *Social Science & Medicine*, 2021.

Lungu D.A., Reislén J., Wiig S., Shortt M.T., Ferrè F., Berg S.H., Thune H. & Brønneck K.K. [2021] "The Role of Recipient Characteristics in Health Video Communication Outcomes: Scoping Review." *Journal of Medical Internet Research* 23, no. 12: e30962

Mele, V., Bellé, N., Cucciniello, M., Thanks, but no thanks. Preferences towards teleworking colleagues in public organizations, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2021.

Nuti, S., Noto, G., Grillo Ruggieri, T., Vainieri, M., The Challenges of Hospitals' Planning & Control Systems: The Path toward Public Value Management, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.

Nuti, S., Vinci, A., Vola, F., Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Futura, 2021.

Pennucci, F., Victor Pestoff: Co-production and Japanese Healthcare: Work Environment, Governance, Service Quality and Social Values, *Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity*, 2021.

Seghieri, C., La Regina, M., Tanzini, M., Tartaglia, R., Looking for the right balance between human and economic costs during COVID-19 outbreak, *International Journal for Quality in Health Care*, 2021.

Seghieri, C., Lupi, E., Tzioufas, A.G., De Vita, S., Baldini, C., Patient-reported experience and health-related quality of life in patients with primary Sjögren's syndrome in Europe, *Clin Exp Rheumatol*, 2021

Vainieri, M., Ferrè, F., Manetti, S., An Integrated Framework to Measure the Performance of Inter-Organizational Programme on Health Technology Assessment, *Sustainability*, 2021.

È possibile scaricare gratuitamente dai portali web dei sistemi di valutazione i Report prodotti dal Laboratorio, tra i quali La sanità toscana, Il Network delle Regioni, Il Network delle RSA, Il Report degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, La valutazione delle AFT toscane.

Accanto agli articoli scientifici e ai Report, i volumi curati dai ricercatori del Laboratorio fanno parte delle seguenti collane editoriali:

Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

I volumi pubblicati in questa collana affrontano temi quali la gestione del cambiamento organizzativo e il governo dell'appropriatezza e dell'equità nei sistemi a copertura universale.

Barretta A. D. (2009), L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca operativa ed esperienze operative a confronto

Nuti S. (2008), La valutazione della performance in sanità

Nuti S., Fantini M.P., Murante A.M. (2014), Valutare i percorsi in sanità. I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN

Nuti S., Grillo Ruggieri T. (2016), La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto

Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale

Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale

Nuti S., Vainieri M. (2011), Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile

Nuti S., Vainieri M. (2013), Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2

Øvretveit J. (2014), Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze, Edizione italiana a cura di Bellandi T. e Grillo Ruggieri T.

Vainieri M., Barchielli C., Bellé N. (2020), Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica

Vainieri M., Nuti S., (2015), Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali

Creare valore in sanità, edito da ETS

I volumi pubblicati in questa collana divulgano esperienze e best practice nel contesto della sanità pubblica, offrendo agli esperti del settore sanitario, ai manager pubblici e agli amministratori locali metodi ed esempi per cambiare e migliorare la sanità pubblica.

- Barsanti S., Rosa A. (2018), Il management della salute nel territorio. Competenze e strumenti nell'esperienza della Regione Toscana
- Borghini A., Vola F., Nuti S. (2019), Dall'individuazione alla valorizzazione delle best practice. L'esperienza del sistema di valutazione dei servizi sanitari regionali a supporto della diffusione dell'eccellenza
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), La sanità come volano dello sviluppo economico
- Niccolai F., Nuti S. (2012), Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale
- Nuti S. (2005), Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto
- Nuti S., Furlan M. (2012), La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità
- Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana - Una sfida aperta
- Vainieri, M., Coletta, L., Noto, G. (2021), Analisi e strumenti per la gestione della performance nei servizi sanitari di supporto. Il caso degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

I quaderni, editi da Polistampa

- I volumi pubblicati in questa collana approfondiscono l'analisi dei dati disponibili nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana, in ottica di percorso assistenziale, per evidenziare e condividere con i professionisti sanitari l'interpretazione delle determinanti e dei risultati raggiunti, con la finalità di individuare strade adeguate a migliorare la salute della popolazione.
- Barsanti S., Bonciani M., Roti L. (2016), Il Quaderno delle Case della Salute
- Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), Il Quaderno del Percorso Materno Infantile
- Panero C., Nuti S., Marcacci L. Rosselli A. (2016), Il Quaderno del Pronto Soccorso

Finito di stampare nel mese di novembre 2024
da DEDALO - Pisa
grafica | editoria | stampa