

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

REPORT 2018



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, Calabria, Friuli Venezia Giulia,
Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto

REPORT 2018

A cura di:

Sabina Nuti, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Elisa Foresi, Daniel Adrian Lungu,
Lorenzo Napolitano, Francesco Noferi, Antonio Parenti, Milena Vainieri, Federico Vola

© Copyright 2019 Laboratorio MeS

ISBN 978-88-6995-623-2



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Responsabili Scientifici: Sabina Nuti, Milena Vainieri - Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)

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

Coordinamento: Daniel Adrian Lungu, Lorenzo Napolitano, Federico Vola

Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo

Supervisione statistica: Giuseppe D’Orio, Elisa Foresi

Coordinamento per la redazione del Report: Antonio Parenti, Francesco Noferi

Team di ricerca: Chiara Barchielli, Sara Barsanti, Paolo Belardi, Nicola Bellé, Letizia Bertoli, Manila Bonciani, Alice Borghini, Maria Sole Bramanti, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Michela Casano, Lucrezia Coletta, Giulia Colombini, Ilaria Corazza, Federica Covre, Sabina De Rosi, Eleonora Di Gregorio, Francesca Ferrè, Elisa Foresi, Gabriele Gennuso, Kendall Jamieson Gilmore, Giorgio Giacomelli, Elisa Guidotti, Frank Horenberg, Claudia Leo, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Tiziano Marra, Irene Masoni, Anna Maria Murante, Guido Noto, Emiliano Pardini, Katy Pelagagge, Francesca Pennucci, Chiara Seghieri, Kinzica Sorrenti, Chiara Tramontani, Bruna Vinci, Sara Zuccarino.

Regione Basilicata: Donato Pafundi, Giuseppe Montagano, Massimiliano Gallo, Gabriella Cauzillo, Michele Recine, Vito Mancusi, Annarita Lucia, Vincenzo Perneti, Maria Rosaria Puzo, Gabriella Sabino, Maria Luisa Zullo.

P.A. Bolzano: Günther Burger, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Antonella Di Munno, Antonio Fanolla, Roberto Picus, Thomas Prinnoth, Valeria Rossi, Sabine Weiss, Paola Zuech.

Regione Friuli Venezia Giulia: Loris Zanier, Michele Chittaro, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Lucian Ejlli, Marzia Cicuttini, Linda Gallo, Barbara Alessandrini.

Regione Liguria: Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Filippo Ansaldi, Tommaso Grillo Ruggieri, Laura Lassalaz, Sergio Vigna, Cecilia Trucchi, Chiara Paganino, Daniela Amicizia, Maria Francesca Piazza, Federico Tassinari, Roberta Zanetti, Michele Bonfiglio, Paolo Forno, Camilla Sticchi, Giuseppina Vandini, Luigina Ada Bonelli, Barbara Rebesco, Susanna Rivetti, Eugenia Livoti, Clara Cannas, Sergio Schiaffino, Sonia Salvini, Laura Penco, Daniele Zappavigna, Claudio Castagneto, Roberto Oneto, Bruno Buonopane, Paolo Romairone, Marco Manoni, Carlo Olivari, Laura Perini, Manuela Albanese.

Regione Lombardia: Maurizio Bersani, Pietro Borelli, Elisabetta Brivio, Danilo Cereda, Liliana Coppola, Nicoletta Cornaggia, Gjiliola Cukaj, Luigi Cajazzo, Giulio Diurno, Michele Ercolanoni, Maria Gramagna, Antonio Lora, Ida Fortino, Luca Merlino, Franco Milani, Vanna Poli.

Regione Marche: Liana Spazzafumo, Matteo Scaradozzi, Alessia Stacchiotti, Christian Bogino, David Barchiesi, Francesca Polverini, Giuseppe Feliciangeli, Daniel Fiacchini, Fabio Filippetti, Claudio Martini, Alessandro Mengoni, Giovanni Lagalla, Lucia Di Furia.

Regione Puglia: Vito Montanaro, Giovanni Gorgoni, Vito Bavaro, Antonio Alfio Circhetta, Antonio Vieli, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Andrea Pugliese, Anna Salvatore, Michele Saracino, Cinzia Tanzarella, Antonio Chieti, Antonio Tommasi, Rossella Caccavo, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli, Annalisa Sereno.

Regione Toscana: Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Roberto Banfi, Simone Bartolacci, Andrea Belardinelli, Katia Belvedere, Mario Braga, Monica Calamai, Luca Lavazza, Mauro Maccari, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Mirko Monnini, Moraldo Neri, Adriano Peris, Carla Rizzuti, Lorenzo Roti, Barbara Tonietti, Barbara Trambusti, Andrea Vannucci, con la collaborazione dell’Agenzia Regionale di Sanità, dell’Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) e del Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.

P.A. Trento: Laura Battisti, Angela Trentin, Francesca Dalle Fratte, Riccardo Roni, Cristiana Betta, Marina Ferri, Damiano Voza, Diego Cagol, Sergio Demonti, Paolo Santini, Camilla Frizzera, Graziano Maranelli, Pietro D’Acunto, Andrea Fazzi, Lucia Pilati, Angela Moresco, Giuliano Maiotti, Gino Gobber, Aleberto Della Rosa, Carlo Trentini.

Regione Umbria: Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Marcello De Giorgi, Atanassios Dovas, David Franchini, Tiziana Bacelli, Donatella Bosco, Ombretta Checconi, Anna Rita Flamini, Marianna Giustozzi, Simona Guzzo, Piero Macellari, Gabriella Madeo, Alessandro Montedori, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Tomassini, Anna Tosti.

Regione Veneto: Domenico Mantoan, Simona Bellometti, Patrizia Bortolon, Elena Schievano, Diego Bonifaci, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Brichese, Giuseppina Napoletano, Elena Narne, Giovanna Scroccaro, Margherita Andretta, Valeria Biasi, Angela Scapin, Paola Facchin, Laura Salmaso, Silvia Manea, Maria Cristina Ghiotto, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Mariarosaria Lamattina, Valentina Zabeo, Francesco Bortolan, Pierfranco Conte, Alberto Bortolami, Mauro Bonin, Stefano Nicola, Gabriele Nube, Giuseppe Feltrin, Pantaleo Corlianò, Roberta Tiso, Gianna Vettore, Marco Nuti, Simone De Bellonia.

Si ringraziano per il loro contributo scientifico Maria Pia Fantini (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – Università di Bologna), Giorgio Vittadini (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità – Università degli Studi di Milano – Bicocca) e Paolo Berta (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità – Università degli Studi di Milano – Bicocca).

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Introduzione	7	Gli indicatori 2018 *	269
Metodologia e rappresentazione dei risultati	13	Stato di salute della popolazione	271
I risultati 2018	35	Efficienza e sostenibilità	281
Basilicata	37	Utenza, personale e comunicazione	287
P.A. Bolzano	49	Strategie sanitarie regionali	301
Friuli Venezia Giulia	55	Emergenza-Urgenza	321
Liguria	73	Prevenzione collettiva	329
Lombardia	93	Governo e qualità dell'offerta	335
Marche	161	Assistenza farmaceutica	393
Puglia	181	Bibliografia	409
Toscana	207		
P.A. Trento	223		
Umbria	229		
Veneto	241		

* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata alle pagine 16 e seguenti del presente Report.

1

INTRODUZIONE



La valutazione nella sanità pubblica: alcune premesse valoriali condivise

Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità quali quelli sanitari, pur non avendo per lo più finalità di profitto, devono comunque operare per creare valore e in quest'ottica devono essere valutate le loro strategie e la loro gestione.¹

Secondo la definizione di Ouchi, la valutazione della performance consiste nel «processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina “rewards” o correzioni di linea di azione»², intendendola, quindi, come un processo cibernetico. Questo processo non va inteso come uno strumento per il controllo gerarchico, tra l'altro poco efficace nelle organizzazioni pubbliche caratterizzate da forme di «burocrazia professionale»,³ quanto piuttosto come un meccanismo da integrare nell'evoluzione delle forme organizzative del sistema stesso, sempre più complesso e strutturato secondo le logiche di rete orizzontale e di struttura verticale.

La complessità del tema nasce, in primo luogo, dalla tipologia dell'oggetto da valutare: i risultati conseguiti dai sistemi sanitari sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro.

Nell'ambito della sanità, il tema della valutazione delle performance riveste grande rilevanza a causa, in primo luogo, della criticità di questi servizi, rispetto ai quali l'utente è in condizioni di asimmetria informativa e, in secondo luogo, per il loro rilevante assorbimento di risorse finanziarie. Il consumo crescente di risorse è dovuto sia all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca. Questi aspetti hanno imposto in tutti i paesi occidentali l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi. Elemento cardine di questi sistemi di governo è la misurazione dei risultati con modalità multidimensionali, capaci, cioè, di cogliere la complessità dell'output erogato, a favore non solo dei singoli utenti ma dell'intera collettività. In questa prospettiva diventa significativo non solo garantire la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario ma soprattutto monitorare la capacità di creare “valore” per la popolazione complessiva. Determinante in merito è la definizione della missione del sistema sanitario proposta da Muir Gray et al., che sottolinea che l'obiettivo non è migliorare il valore prodotto per gli utenti serviti, quanto far sì che i servizi siano erogati a quanti ne potrebbero ricevere maggior beneficio.⁴ In questi termini, misurare la performance significa misurare la qualità delle cure erogate ma anche misurare i vuoti di offerta o gli sprechi di risorse determinati da servizi destinati alle persone sbagliate o con modalità inadeguate.

¹ V. Coda, Il problema della valutazione della strategia, in «Economia e Management», n. 12, 1990; M.E. Porter, What Is Value in Health Care?, in «New England Journal of Medicine», 363(26):2477-81, 2010.

² W.G. Ouchi, The relationship between organizational structure and organizational control, in «Administrative Science Quarterly», vol. 22, pp. 95-113, 1977.

³ H. Mintzberg, La progettazione dell'organizzazione aziendale, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 291-324.

⁴ M. Gray et al., Deriving optimal value from each system, in «Journal of the Royal Society of Medicine», 110(7): 283-286, 2017.

Figura 1. L'immagine è ripresa da Gray et al. (2017), p. 284



Il sistema di valutazione, nato in Toscana nel 2005, è stato successivamente adottato, a partire dal 2008, da altre Regioni. Oggi al network aderiscono dieci Regioni e due Province Autonome, ossia la Basilicata, la Calabria, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Lombardia, le Marche, la Puglia, la Toscana, l'Umbria, il Veneto e le P.A. di Trento e di Bolzano.

Nei paragrafi successivi è descritta la metodologia di lavoro condivisa dalle Regioni del Network nel predisporre la valutazione a confronto. Pare opportuno, però, quale premessa al lavoro e ai risultati, sottolineare le parole chiave e i valori che hanno guidato il lavoro dei referenti regionali e dei ricercatori del Laboratorio MeS.

In primo luogo, la consapevolezza che nel contesto sanitario lo strumento del *benchmarking* sia essenziale: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il *benchmarking*, ossia il processo sistematico di confronto delle performance, rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle *best practice*. Per molti indicatori, infatti, non esistono standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulti migliore o peggiore rispetto all'anno precedente. Questo tipo di approccio può essere estremamente riduttivo, perché tende a monitorare solo gli interventi di miglioramento incrementale, rispetto a una struttura e a un assetto dato, ma impedisce di verificare se l'impostazione complessiva sia corretta, adeguata e sostenibile. Risultati nettamente differenti, a parità di risorse e condizioni di funzionamento, possono evidenziare l'adozione di soluzioni organizzative sostanzialmente diverse da parte di altri soggetti del sistema, soluzioni a cui l'istituzione non aveva pensato, troppo spesso impegnata a introdurre miglioramenti marginali e non ad attivare cambiamenti organizzativi radicali.

Diventa allora essenziale adottare il confronto con altri soggetti quale metodo di lavoro sistematico. Il processo di comparazione tra istituzioni del sistema - a livello regionale e nazionale, ma anche internazionale - sui numeri, sulle scelte e sui risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini delle sue azioni, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per imparare, per individuare le proprie debolezze e con coraggio affrontarle. Ben vengano quindi i sistemi di *benchmarking* sui risultati, i confronti con altri sistemi, lo studio di realtà diverse, per trovare spunti di miglioramento. Grazie al confronto, inoltre, è possibile misurare, con un elevato grado di attendibilità, l'entità dei possibili spazi di miglioramento. Dall'analisi della *performance* conseguita dagli altri e dalla misurazione della distanza tra il risultato conseguito dalla singola istituzione e dagli altri soggetti è, infatti, possibile individuare gli obiettivi effettivamente perseguibili, perché già raggiunti da altri.

Inoltre, il *benchmarking* permette di calcolare sistematicamente l'entità della variabilità dei risultati all'interno di ciascuna Regione e tra le Regioni. Ridurre la variabilità evitabile è un obiettivo primario di un sistema sanitario a copertura universale, che intenda garantire pari diritti a tutti i cittadini. Per i policy maker del nostro Paese e per il management sanitario, capire le determinanti e agire per ridurre la variabilità evitabile dei risultati è quindi una priorità strategica, proprio per evitare quella che gli Inglesi definiscono una "postcode medicine", ossia un servizio sanitario con risultati legati al codice di avviamento postale del residente.

Altre due parole chiave condivise sono *merito* e *reputazione*.

Molti hanno sottolineato come sia possibile una via di risanamento della Pubblica Amministrazione, che punti sul merito, sulla trasparenza e sulla responsabilità. L'elemento pubblico deve essere proprio la caratteristica che impone all'amministrazione un maggiore rigore nell'applicazione delle norme contrattuali, evitando qualsiasi copertura a comportamenti opportunistici lesivi, in ultima istanza, dei diritti della collettività. La diffusione dei risultati è uno strumento potente per infliggere un danno rilevante in termini di immagine, ma ancora di più può essere una leva formidabile per attivare processi di valorizzazione delle *best practice*. La reputazione e la stima da parte dei colleghi e del contesto sociale rappresentano, per il personale ad elevata professionalità, fattori di grande rilevanza. L'influenza che i sistemi di valutazione hanno sui processi di cambiamento delle istituzioni è, per molti, strettamente connessa alla capacità di tali sistemi di danneggiare la reputazione o, al contrario, di elevarla. La stima e la reputazione sono infatti elementi che influiscono sui comportamenti molto più dei sistemi di incentivazione classica, che appaiono più adeguati ed efficaci per la direzione manageriale delle aziende che per i professionisti sanitari.⁵

Affinché i sistemi di valutazione fondati sul "ranking" siano efficaci, è necessario che siano basati su fonti di dati sistematiche e rigorose, in cui non vi sia spazio per la manipolazione dell'informazione da parte del valutato. Quando questo avviene, significa, infatti, che il sistema è stato mal progettato e ha lasciato varchi aperti ai comportamenti scorretti, finalizzati a massimizzare il vantaggio personale.

Non vi è dubbio che in questi ultimi anni la nostra società sia estremamente cambiata, grazie all'evoluzione sorprendente delle tecnologie, alla riduzione dei costi dell'informazione che ha modificato profondamente i processi di comunicazione dentro e fuori la Pubblica Amministrazione, agli stili di vita stessi delle persone. Le esigenze della popolazione certamente non sono diminuite, anzi, ma l'evoluzione della società ha cambiato il set di risposte che le istituzioni possono fornire. In questa prospettiva, è dovere del sistema sanitario pubblico, sulla base della valutazione dei risultati conseguiti e delle evidenze che emergono dal confronto, riorganizzare i servizi, in modo da garantire una risposta adeguata ai bisogni, con la massima produttività delle risorse in termini di servizio reso e partendo dalle esigenze dell'utenza. Sapendo prioritizzare le azioni da realizzare e tenendo sempre conto della qualità da garantire ai cittadini, l'offerta da parte delle organizzazioni pubbliche può prevedere nuovi servizi ma anche richiedere la riduzione o chiusura di altri, che non garantiscano ritorni adeguati.⁶ I servizi devono adattarsi all'evoluzione dei bisogni e non alle esigenze degli operatori. In questa prospettiva, ben venga una politica di trasparenza e di informazione, basata su evidenze e numeri, che permetta una valutazione corretta delle scelte del sistema e che aiuti il cittadino a capire le motivazioni delle decisioni prese. Si tratta di attivare un vero e proprio cambiamento culturale. Al sistema sanitario non mancano la creatività e la capacità progettuale: molti sono i piani e le iniziative avviate, poche le verifiche attuate e quasi nessuna supportata dai numeri. La sfida è di acquisire anche per il settore pubblico la capacità sistematica di realizzare scelte basate sulle evidenze.

I professionisti sanitari ormai sempre più si orientano verso una medicina basata sulle evidenze: la stessa cosa si dovrebbe fare anche nell'ambito manageriale, nella gestione dei servizi. Troppo spesso, soprattutto nella pubblica amministrazione, si prendono decisioni sulla base del buon senso, pur avendo la possibilità di avere dei numeri. Certo, ci sarà poi il livello politico delle scelte, però è cosa differente decidere avendo comprovata cognizione del fenomeno, rispetto a scegliere senza nessun riferimento quantitativo. La misurabilità dei risultati permette, inoltre, ai soggetti, sia con ruoli tecnici che politici, una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della collettività e per le Regioni che si avviano verso una maggiore autonomia questo aspetto diventa di cruciale rilevanza. La valutazione dei risultati può essere una grande opportunità per il servizio pubblico, sia per responsabilizzare sui risultati, sia per avere un supporto decisionale per allocare le risorse sulla base delle evidenze.

Affinché i sistemi di valutazione fondati sul "ranking" siano efficaci, è necessario che siano basati su fonti di dati sistematiche e rigorose, in cui non vi sia spazio per la manipolazione dell'informazione da parte del valutato. Quando questo avviene, significa, infatti, che il sistema è stato mal progettato e ha lasciato varchi aperti ai comportamenti scorretti, finalizzati a massimizzare il vantaggio personale.

⁵ G. Bevan et al., Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world, in «Health Economics, Policy and Law», 16:1-21, 2018.

⁶ S. Nuti, M. Vainieri, A. Bonini, Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare, in «Health Policy», vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143, 2010; S. Nuti, M. Vainieri, F. Vola, Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare, in «Public Money and Management», vol. 37, n. 4, pp. 277-284, 2017.

Un valore chiave quindi del sistema di valutazione è la *trasparenza*.

Per rispondere alla missione del sistema pubblico, è necessaria una gestione responsabile e trasparente. Non si possono utilizzare più risorse rispetto a quelle che la collettività mette nelle mani degli amministratori pubblici e queste risorse devono essere allocate non in base alla sensibilità del singolo operatore che in quel momento si trova nella posizione di decidere, ma secondo un processo trasparente di decisioni basate sulle evidenze. Se si investono risorse per aprire i servizi per gli anziani o per i malati cronici, o ancora per migliorare il percorso oncologico, vi sono numeri ed evidenze che confermino il grado di priorità? Queste scelte rispondono alle esigenze degli utenti? O sono il frutto della sensibilità dell'operatore che in quel momento ha pensato che fosse una buona idea? Certamente da un certo livello in poi la decisione è di natura politica, ma deve essere reso trasparente il processo attraverso cui si giunge alla decisione stessa.

Un ultimo punto è il processo di condivisione come *conditio sine qua non*. Le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi complessi con gerarchie duali, dove esistono una linea di tipo gestionale e una di tipo professionale. La presenza di questa duplice gerarchia comporta che i livelli complessivi di professionalità siano sicuramente più elevati rispetto ad altre tipologie di istituzioni, ma anche che il coinvolgimento dei professionisti nel sistema di governance e di valutazione sia una condizione irrinunciabile per il suo successo. Tutte le componenti sono chiamate a dare il loro contributo e i professionisti devono condividere le regole del gioco e i criteri con cui saranno valutati, perché altrimenti non lavoreranno per poter cambiare i comportamenti e per migliorare i risultati.⁷ Quindi: condivisione dei criteri, valutazione dei risultati, attivazione dei processi di apprendimento per modificare i comportamenti. Un sistema di valutazione, infatti, funziona nella misura in cui è in grado di incidere e modificare le pratiche dei suoi professionisti. Malgrado si sia attivato un processo di condivisione dei meccanismi di valutazione, possono permanere alcune resistenze al cambiamento; perché vengano superate, è necessario che il sistema sanitario agisca con grande coerenza politica e con continuità. Anche quando sembrano debellate, le resistenze ciclicamente si ripresentano, perché fanno parte della difficoltà umana a mettersi in discussione, ad accettare un riscontro sul proprio operato, che non sempre rende giustizia dello sforzo e dell'impegno profusi.

Queste sono le premesse condivise con le Regioni che aderiscono al network che ha adottato il sistema di valutazione della performance, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che misura i risultati conseguiti, in ottica multidimensionale, in tutte le Aziende sanitarie, comprese quelle ospedaliero-universitarie. Si tratta di un sistema che è diventato nel tempo uno strumento fondamentale, che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale.⁸

Centinaia sono ormai gli indicatori di valutazione condivisi che, a loro volta, sono rag-

⁷ M. Abernethy, J. Stoelwinder, The role of professional control in the management of complex organizations, in «Accounting, Organizations and Society», 20, 1, pp. 1-17, 1995.

⁸ S. Nuti, La valutazione della performance in sanità, Il Mulino, Milano 2008.

gruppati in indicatori di sintesi costruiti ad "albero". Questi a loro volta sono classificati in diverse dimensioni di valutazione, ossia:

- lo stato di salute della popolazione;
- l'efficienza e la sostenibilità;
- la soddisfazione dell'utenza, quella del personale e i processi di comunicazione;
- la capacità di perseguimento delle strategie sanitarie regionali;
- la presa in carico dell'emergenza-urgenza;
- la prevenzione collettiva;
- il governo e la qualità dell'offerta;
- l'assistenza farmaceutica.

Per rappresentare la valutazione conseguita, con una graduazione da 0 a 5, è stata adottata la simbologia del bersaglio a cinque fasce di colore, dove più vicini al centro del bersaglio sono rappresentati i risultati con migliore performance. Il modello è semplice e complesso allo stesso tempo: semplice, perché la metafora del "bersaglio" è di immediata chiarezza; complesso, perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi, permette di analizzare i dati di origine e le loro determinanti, con passaggi di sempre maggiore dettaglio. Il modello ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare i risultati delle istituzioni sanitarie non solo in termini economico-finanziari, ma anche in quelli di qualità clinica e di soddisfazione dell'utenza. Questo è molto importante perché l'efficienza fine a se stessa, intesa come semplice riduzione delle risorse impiegate, non ha senso nei servizi pubblici. L'efficienza è, infatti, un concetto "relativo": misura le risorse utilizzate rispetto ai risultati conseguiti. Non basta misurare i processi mediante cui viene governato l'uso delle risorse: queste vanno continuamente raffrontate con i risultati ottenuti. Efficienza è, allora, riorganizzazione dell'allocatione delle risorse per ottenere, a parità di costi sostenuti, output superiori, in termini di servizio reso e di qualità.

Oltre al bersaglio e alle relative mappe di performance, troverete in questo Report lo strumento di rappresentazione della performance che adotta la prospettiva del paziente e si propone di "suonare la musica del paziente", partendo dal suo percorso di cura. Sempre quindi adottando una metafora positiva, che riteniamo strumento essenziale per supportare i processi di miglioramento basati sulla motivazione e adesione dei professionisti sanitari, accanto al bersaglio sono stati predisposti dei "pentagrammi" a cinque fasce, capaci di rappresentare le diverse fasi dei principali percorsi assistenziali dei pazienti. L'obiettivo è di superare la logica dei setting assistenziali contrapposti, a favore di una rappresentazione che supporti la crescita della consapevolezza di tutti gli operatori sulla necessità di garantire la continuità delle cure e la condivisione della presa in carico, fase dopo fase. Negli anni futuri la sfida sarà di potenziare sempre più questa prospettiva, includendo nella valutazione dei percorsi anche l'esperienza e gli esiti valutati dai pazienti (PREMS e PROMS).⁹

⁹ S. Nuti et al., Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare, in «Management Decision», 2018, <https://doi.org/10.1108/MD-09-2017-0907>

In conclusione, la nuova sfida che il sistema di valutazione sta oggi raccogliendo è esattamente quella di mettere a sistema gli elementi chiave del suo universo valoriale: in particolar modo, nel corso dell'ultimo anno le Regioni del Network hanno lavorato per attivare un circolo virtuoso che, poggiando sul **confronto sistematico** e rigoroso di **evidenze** quantitative, permetta il riconoscimento delle *best practice* organizzative maturate nei sistemi sanitari regionali e, attraverso la **trasparente condivisione dei risultati**, stimoli la valorizzazione del **merito** quale vera leva del cambiamento.¹⁰ Si tratta di un *work in progress* che, orientato all'individuazione e celebrazione delle "devianze positive" diffuse nel nostro sistema sanitario, rilanci il ruolo dei sistemi di valutazione della performance quali imprescindibili strumenti di diffusione dell'eccellenza in sanità.¹¹

¹⁰ A. Borghini et al., Dall'individuazione alla valorizzazione delle best practice. L'esperienza del sistema di valutazione dei servizi sanitari regionali a supporto della diffusione dell'eccellenza, Edizioni ETS, Pisa 2019.

¹¹ R. Pascale, J. Sternin, M. Sternin, The power of positive deviance: how unlikely innovators solve the world's toughest problems, Harvard Business School Press, Cambridge (MA) 2010.

2

METODOLOGIA



Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della performance è, nel 2019, composto da dieci Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. 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 di condividere un sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, attraverso il confronto di un set di circa 400 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni dell'offerta dei sistemi stessi. Nel 2014 è stato istituito un ulteriore livello di confronto – un "Network nel Network" – dedicato allo sviluppo e all'elaborazione di un set di indicatori per valutare la capacità delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di assolvere alla propria triplice missione (assistenza, formazione e ricerca). Il presente rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto, mentre ai risultati delle AOU è dedicata una pubblicazione specifica, disponibile a stampa e scaricabile in formato pdf all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval.

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). Il confronto può inoltre avvenire in ottica intra-regionale, tra le Aziende di ciascuna Regione. Quest'ultimo approccio garantisce la possibilità di inserire indicatori volti a esplorare particolari aspetti che siano rilevanti per le strategie locali e non necessariamente di interesse per le altre Regioni. Questa possibilità coinvolge in primis le Regioni con più Aziende, pur non escludendo l'opportunità anche per Regioni quali le Marche e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano – articolate in un'unica Azienda – di approfondire la valutazione intra-regionale o intra-provinciale, assumendo come unità di analisi le aree vaste, i distretti e gli stabilimenti.

Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della performance dei sistemi sanitari regionali, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi. La cernita degli indicatori è volta a evidenziare le dimensioni fondamentali della performance in un ambito complesso quale quello sanitario:

- lo stato di salute della popolazione;
- l'efficienza e la sostenibilità;
- la soddisfazione dell'utenza, quella del personale e i processi di comunicazione;

- la capacità di perseguimento delle strategie sanitarie regionali;
- la presa in carico dell'emergenza-urgenza;
- la prevenzione collettiva;
- il governo e la qualità dell'offerta;
- l'assistenza farmaceutica.

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

- fa leva su un ampio spettro di flussi amministrativi disponibili a livello nazionale – 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);
- valorizza flussi informativi e strumenti di rilevazione diffusi a livello nazionale (come l'indagine PASSI);
- prevede alcune rilevazioni ad hoc, per fare luce su specifici ambiti, quali l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2018, 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 160 degli indicatori di cui si compone il sistema 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 circa trenta 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. Elenco degli indicatori 2018, 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										
Stato di salute della popolazione												
A1 Mortalità infantile												
A1.1	100%	273	3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8
A1.2												
A1.3												
A2 Mortalità tumori												
A2	100%	274	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233
A3 Mortalità per malattie circolatorie												
A3	100%	275	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299
A4 Mortalità per suicidi												
A4	100%	276	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6
A10 Stili di vita (PASSI)												
A10.1.1	25%	277	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15
A10.2.1	25%	278	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34
A10.3.1	25%	279	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10
A10.4.1	25%	280	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24
Efficienza e sostenibilità												
F17 Costo sanitario pro capite (fasce valutazione Aziende)												
F17	100%	283	1976	2136	1847	1976	1717	1847	1588	1717	1311	1588
F17 Costo sanitario pro capite (fasce valutazione Regioni)												
F17	100%	283	2189	2338	2040	2189	1891	2040	1742	1891	1593	1742
<i>F17.3.2 Costo pro capite per assistenza sanitaria di medicina generale</i>												
F18 Costo medio per punto DRG												
F18	100%	284	5747,7	6596,2	4899,3	5747,7	4050,9	4899,3	3202,4	4050,9	2354	3202,4
F18.1												
F18.3												
F1 Equilibrio economico reddituale												
<i>F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)</i>												
F3 Equilibrio patrimoniale finanziario												
F3.1	100%	285	0,4	0,6	0,6	0,8	0,8	1	1	1,5	1,5	2
F3.2 Politiche di investimento												
<i>F3.2.2 Percentuale di obsolescenza tecnica</i>												
<i>F3.2.1 Incidenza canoni leasing e noleggio</i>												
<i>F3.4.2 Dilazione dei debiti</i>												
Utenza, personale e comunicazione												
B31 Comunicazione e Prenotazione Web												
B31.1A Digitalizzazione dei servizi amministrativi												
B31.1.1A	25%	288	0	0,5	0,5	1,5	1,5	2,5	2,5	3	3	4
B31.1.2A	25%	289	0,2	0,6	0,6	1	1	1,4	1,4	1,8	1,8	2,2
B31.2 Accessibilità online alle informazioni sui servizi												
B31.2.1	10%	290	1	2	2	2,6	2,6	3	3	3,6	3,6	4
B31.2.2 Leggibilità del sito web												
B31.2.2.1A	20%	291	93,6	100	85,7	93,6	77,8	85,7	69,9	77,8	0	69,9
B31.2.2.1.1		292	0	42,3	42,3	49,3	49,3	56,3	56,3	63,3	63,3	100
B31.2.2.1.2		293	0	49,8	49,8	56,8	56,8	63,8	63,8	70,9	70,9	100
B31.2.2.2	20%	294	95,8	100	91,2	95,8	86,7	91,2	82,1	86,7	0	82,1
B31.2.2.3.1		295	0	42,3	42,3	49,3	49,3	56,3	56,3	63,3	63,3	100
B31.2.2.3.2		296	0	49,8	49,8	56,8	56,8	63,8	63,8	70,8	70,8	100

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	100%	297	1,4	1,8	1,1	1,4	0,7	1,1	0,4	0,7	0	0,4
<i>D18M</i>	<i>Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri medici</i>												
<i>D18C</i>	<i>Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici</i>												
E2	Percentuale assenza	100%	298	13,1	14	12,2	13,1	11,4	12,2	10,5	11,4	9,6	10,5
B15	Capacità attività di ricerca												
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti	100%	299	0,3	0,8	0,8	1,3	1,3	1,8	1,8	2,3	2,3	2,8
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti	100%	300	1,1	1,4	1,4	1,9	1,9	2,3	2,3	2,7	2,7	3,2
<i>B15.2.1A</i>	<i>Percentuale di dirigenti medici produttivi</i>												
Strategie sanitarie regionali													
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici												
B5.1	Screening mammografico												
B5.1.1	Estensione screening mammografico	16,6%	303	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2	Adesione screening mammografico	16,6%	304	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
<i>B5.1.5</i>	<i>Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo</i>												
<i>B5.1.6</i>	<i>Percentuale di adesione agli approfondimenti</i>												
<i>B5.1.7</i>	<i>Proporzione di tumori alla mammella in stadio II rilevati dai programmi di screening successivi a quello di prevalenza</i>												
B5.2	Screening cervice uterina												
B5.2.1	Estensione screening cervice uterina	16,6%	305	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.2.2	Adesione screening cervice uterina	16,6%	306	20	30	30	40	40	50	50	60	60	70
B5.3	Screening coloretta												
B5.3.1	Estensione screening coloretta	16,6%	307	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2	Adesione screening coloretta	16,6%	308	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
B6	Donazioni												
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	50%	309	0	0,3	0,3	0,6	0,6	1	1	1,4	1,4	1,7
<i>B6.1.9</i>	<i>Opposizione alla donazione</i>												
B6.1.2	Percentuale donatori procurati	50%	310	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8
<i>B6.1.10</i>	<i>Donazione di organi a cuore fermo</i>												
<i>B6.1.8</i>	<i>Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>												
<i>B6.1.12</i>	<i>Donatori di tessuti (pmp)</i>												
<i>B6.1.11</i>	<i>Tempo medio di attesa di trapianto per rene</i>												
B6.1.14	Indice di trapiantabilità												
<i>B6.1.14.1</i>	<i>Indice di trapiantabilità - rene</i>												
<i>B6.1.14.2</i>	<i>Indice di trapiantabilità - fegato</i>												
<i>B6.1.14.3</i>	<i>Indice di trapiantabilità - cuore</i>												
<i>B6.1.14.4</i>	<i>Indice di trapiantabilità - polmone</i>												
<i>B6.1.14.5</i>	<i>Indice di trapiantabilità - pancreas</i>												

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
B7 Copertura vaccinale												
B7.1 Copertura vaccino MPR	25%	311	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.2 Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni	8,3%	312	42	53	53	64	64	75	75	86	86	100
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	8,3%	313	50	60	60	70	70	85	85	95	95	100
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	8,3%	314	0	7	7	16	16	25	25	34	34	100
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	8,3%	315	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	8,3%	316	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	25%	317	87	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.8 Copertura vaccinale varicella	8,3%	318	0	55	55	65	65	75	75	85	85	100
B24A Sanità digitale												
B24 Carta Sanitaria Elettronica (CSE)												
B24.1 Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive												
B24.2.4 Percentuale referti di laboratorio ritirati attraverso FSE												
B24B ePrescription												
B24B.1 Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati												
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati												
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati												
B24B.3 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica												
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata												
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata												
B24C Fascicolo Sanitario Elettronico												
B24C.1 Percentuale di consensi prestati per l'alimentazione del FSE												
B24C.2 Percentuale dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE (con FSE attivo)												
B24C.3 Percentuale di referti di laboratorio strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE												
C30 Attrazioni extra-regione												
C30.3.2.2 Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità	100%	319	0	3,8	3,8	11,3	11,3	18,8	18,8	26,3	26,3	33,9
C36 Innovazione tecnologica												
C36.1 Percentuale prostatectomie computer-assistite												
Emergenza-urgenza												
C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza												
C16.1 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	20%	322	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C16.2 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	20%	323	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C16.3 Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	20%	324	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C16A.T1 Percentuale accessi codice colore rosso [emergenza] ricoverati, deceduti o trasferiti												
C16A.T2 Percentuale accessi codice colore giallo [urgenza] ricoverati, deceduti o trasferiti												
C16A.T3 Percentuale accessi codice colore verde [urgenza differibile] ricoverati, deceduti o trasferiti												
C16.4.1 Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore												
C16.5 Percentuale di accessi in Osservazione Breve												
C16.5.1B Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore												
C16.9 Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero												
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	20%	325	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3
C16.18 Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza <= 6 ore												
C16.5.1A Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore												
C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	20%	326	26	45	22	26	18	22	14	18	8	14
D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	100%	327	5	6,3	3,8	5	2,5	3,8	1,3	2,5	0	1,3

Estremi delle fasce di valutazione



Prevenzione collettiva

		Pesatura	Pagina										
F14 Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria													
<i>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 alimentare per il cittadino</i>													
F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)													
<i>F15.1.3 Inchieste per infortunio sul lavoro</i>													
<i>F15.1.4 Inchieste per malattie professionali</i>													
F15.2 Copertura del territorio													
F15.2.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti	25%	330	0	2,3	2,3	5	5	7,8	7,8	10,5	10,5	12,8
F15.2.3	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati	25%	331	0	5	5	14	14	23	23	32	32	41
F15.3 Efficienza produttiva													
F15.3.1	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL	25%	332	0	16	16	37	37	58	58	79	79	100
F15.3.2	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL	25%	333	0	18	18	67	67	116	116	165	165	214
F16 Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)													
<i>P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti</i>													
 Governo e qualità dell'offerta													
C1 Capacità di governo della domanda													
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		336	160	179	153	160	146	153	139	146	124	139
<i>H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</i>													
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti	50%	337	117	124	110	117	103	110	96	103	94	96
<i>C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>													
C1.1.2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti	50%	338	16	22	13	16	10	13	7	10	2	7
<i>C1.1.2.2.1 Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale</i>													
C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso												
<i>C1.3 Posti letto per 1.000 residenti</i>													
<i>C1.5 Indice di case mix</i>													
<i>C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)</i>													
C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	100%	339	1	1,7	0,4	1	-0,3	0,4	-1	-0,3	-1,6	-1
C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	100%	340	1	1,7	0,4	1	-0,3	0,4	-0,9	-0,3	-1,6	-0,9
C14 Appropriately medica													
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (patto per la salute 2010-2012)	33,3%	341	267	311	223	267	179	223	135	179	91	135
<i>C14.2 Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (solo AOU)</i>													
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	33,3%	342	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 oltresoglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	33,3%	343	5	6	4	5	3	4	2	3	1	2
C4 Appropriately chirurgica													
<i>C4.1 Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la salute 2010-2012)</i>													
<i>C4.1.1 Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari</i>													
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	30%	344	0	15	15	35	35	55	55	75	75	95
<i>H05Z Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</i>													
C4.7	Drg LEA Chirurgici: percentuale ricoveri in Day-Surgery	60%	345	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
<i>C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)</i>													
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	10%	346	160	195	125	160	90	125	55	90	20	55

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
C5 Qualità clinica/Qualità di processo												
C5.1												
C5.2	25%	347	28	41	41	54	54	67	67	90	90	93
C5.3	10%	348	55	65	65	75	75	85	85	95	95	105
C5.12	25%	349	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C5.17												
C5.18.1												
C5.18.2												
C5.20												
C16.7	20%	350	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16.8												
C16.4	20%	351	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C5.21												
H13C												
C5.19												
C6 Rischio clinico												
C6.4.1												
C6.4.2												
C6.4.3												
C7 Materno-infantile												
C7.1	70%	352	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7.1.2												
C7.1.3												
C7.1.4												
C7.0 Volumi per parti												
C7.0.1												
C7.0.2												
C7.26												
H17C												
H18C												
C7.2												
C7.3	15%	353	36	44	28	36	20	28	12	20	4	12
C7.6	15%	354	10	12,5	7,5	10	5	7,5	2,5	5	0	2,5
C7.20												
C7.13												
C7.14												
C7.27												
C7.16A												
C7.1B.1												
C7.11												
C7.10.1												

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina											
C7D Pediatria													
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	15%	355	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)	15%	356	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)												
C7D.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	10%	357	90	110	70	90	50	70	30	50	10	30
D04C.A	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma												
C7D.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	10%	358	240	300	180	240	120	180	60	120	0	60
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	15%	359	370,9	456,5	285,3	370,9	199,7	285,3	114,1	199,7	28,4	114,1
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	20%	360	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	15%	361	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9
C8A Integrazione ospedale territorio													
C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC												
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	40%	362	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	363	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2
C8C.1	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
C8C.2	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
C8C.3	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
D07C.P	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti	40%	364	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2
C8A.20	Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno												
C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici													
C10.1 Volumi Oncologia													
C10.1A Volumi interventi tumore maligno alla mammella													
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	12,5%	365	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	12,5%	366	60	75	45	60	30	45	15	30	0	15
C10.1.7	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella												
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volumi superiori a 150 interventi annui												
C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata													
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	12,5%	367	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	12,5%	368	40	50	30	40	20	30	10	20	0	10
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata												
C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon												
C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto												
C10.2 Percorso tumore alla mammella													
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	5%	369	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	5%	370	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												
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario												
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	10%	371	0	58,3	58,3	68,7	68,7	79	79	89,4	89,4	100
C10.3 Percorso tumore al colon-retto													
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	10%	372	8,1	10	5,8	8,1	3,4	5,8	1	3,4	0	1
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	10%	373	5,6	7,5	3,8	5,6	1,9	3,8	0,6	1,9	0	0,6
C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon												
C10.5A Oncologia Medica													
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	10%	374	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461,5	0	248

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	100%	375	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		376	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata												
C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon		377	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		378	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone		379	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero		380	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C11A Efficacia assistenziale territoriale												
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	381	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												
C11A.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	25%	382	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												
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	25%	383	40,8	49,0	32,6	40,8	24,4	32,6	16,2	24,4	8	16,2
C11A.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	384	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												
B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale												
B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari												
B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare												
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	70%	385	0	4	4	6	6	8	8	10	10	12
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi												
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	20%	386	1,7	4,0	4,0	6,3	6,3	8,6	8,6	10,9	10,9	13,2
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	10%	387	0	34,1	34,1	47,7	47,7	61,2	61,2	74,8	74,8	100
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.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)												
D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)												
D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)												
B28.2.10 Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera												
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 ann.												
B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 ann.												
B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA												
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni												
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni												
D33ZA.R1 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R1)												
D33ZA.R2 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R2)												
D33ZA.R3 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)												

Estremi delle fasce di valutazione



	Pesatura	Pagina										
C13 Appropriata Diagnostica/Approppiatezza Prescrittiva Diagnostica												
<i>C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti</i>												
<i>C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini</i>												
<i>C13.2.1 Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti</i>												
<i>C13.2.2 Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti</i>												
C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	50%	388	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C13A.2.2.2 Percentuale di Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	50%	389	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8
<i>C13.2.2.4 Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriata per 1000 residenti std età e sesso</i>												
C13.3 Appropriata prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei												
<i>C13.3.1 Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20</i>												
<i>C13.3.2 Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20</i>												
<i>C13.3.3 Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20</i>												
C13.4 Tempi di attesa												
<i>D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B</i>												
<i>D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D</i>												
C15 Salute mentale												
C15.1A Attività territoriale												
<i>C15.12 Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti</i>												
<i>C15.13 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti</i>												
<i>C15.14 Percentuale di prestazioni domiciliari</i>												
<i>C15.15 Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti</i>												
C15.1B Attività ospedaliera												
<i>C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche</i>												
<i>C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</i>												
<i>C15A.13B Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria</i>												
<i>C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche</i>												
<i>C15A.6B Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni</i>												
C15.1C Continuità assistenziale												
<i>C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)</i>												
C15.1D Infanzia-adolescenza												
<i>C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni</i>												

Estremi delle fasce di valutazione

Pesatura	Pagina												
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 ipertrofia 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												
C28 Cure Palliative													
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	70%	390	0	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	100
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 con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg. (paz. onc.)	15%	391	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%	392	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con pat. oncol., provenienti da ric. ospedaliero o da domicilio, con ricovero in Hospice <= 7 giorni												
Assistenza farmaceutica													
B4 Strategie per il controllo del dolore													
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	100%	395	1,1	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												
C9 Appropriata prescrizione farmaceutica													
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	16,7%	396	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: % sartani sul territorio												
C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	16,7%	397	34	38	30	34	26	30	22	26	18	22
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	16,7%	398	22,5	25,5	19,5	22,5	16,5	19,5	13,5	16,5	10,5	13,5
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici												
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)												
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio												
C9.10.1	Polypharmacy sul territorio												
C9.6.2.5	Consumo pro capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi												
C9.6.1.5	Consumo pro capite di farmaci sentinella/traccianti: statine												
C9.17 Ospedaliere													
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti												
C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)												
C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti												
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	16,7%	399	38	51	51	64	64	77	77	90	90	100
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	16,7%	400	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	16,7%	401	43	53	53	63	63	73	73	83	83	93

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
F10A Governo della spesa farmaceutica e dispositivi												
F10.1												
F10.2												
F10.1A												
F10.1B												
F10.1C												
F10.1D												
F10.2.2												
F10.L												
F10.2.1B												
F10.2.3												
F10.3 Spesa dispositivi (ospedaliera)												
F10.3.1												
F10.3.3												
F10.3.4												
F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica												
F12A.14	100%	402	73,3	74,4	74,4	75,6	75,6	76,7	76,7	77,9	77,9	88
F12A.14A												
F20.7												
F20.8												
F20.9												
F20.10												
F20.11												
F20.12												
F20.13												
F20.14												
F20.15												
F20.16												
F20.17												
F20.18												
F20.19												
C21 Appropriata d'uso (aderenza farmaceutica)												
C21.3.1	20%	403	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.2	20%	404	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.3	20%	405	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2	20%	406	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8	6,9	8,3
C9.9.1.1	20%	407	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5	15,5	18,5

La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni una piattaforma informatica per il caricamento, la conservazione, la normalizzazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. Dal 2018, 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. 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.¹ I risultati sono pubblicamente consultabili all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval, previa registrazione.

Al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano, che rappresentano tra le determinanti più significative della performance stessa, negli ultimi 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 500.000 professionisti (vedi Tabella 2).

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).

¹ Per approfondimenti: <http://performance.sssup.it/netval/controller/api/index.php>.

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

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

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

La rappresentazione dei risultati

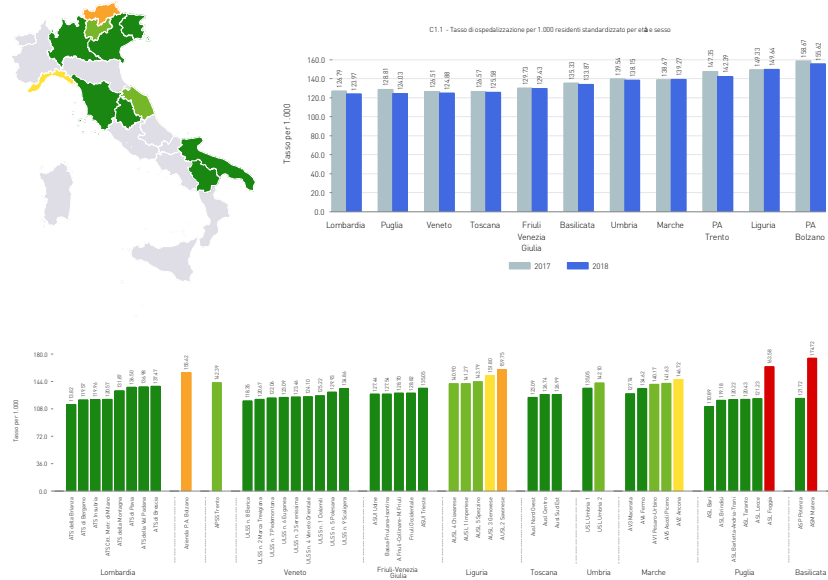
Fin dal 2008 è stato predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende sanitarie. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al Network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e di condivisione tra gli attori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

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.sssup.it/netval.

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

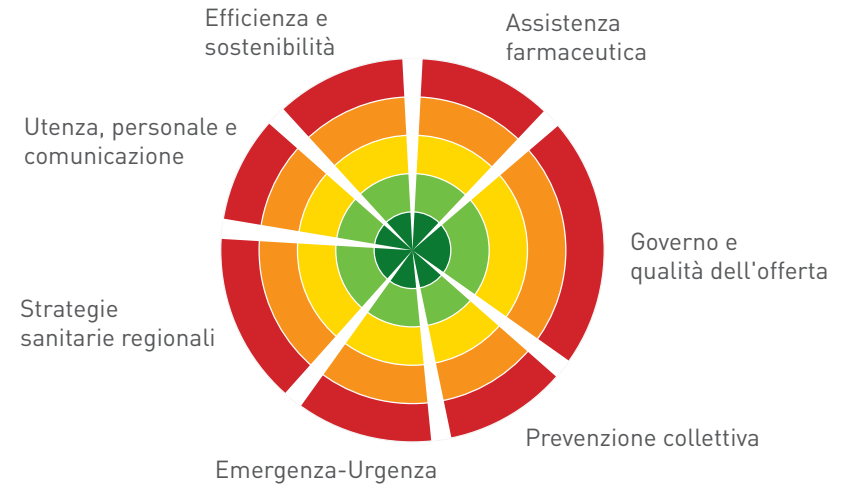
- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una mappa e da due istogrammi: la mappa restituisce la valutazione 2018 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento); il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il trend rispetto al 2017; il secondo mostra tutte le 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



b. 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). Lo schema del bersaglio permette di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Province/Aziende considerate. I pallini del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori compositi e sono ordinati seguendo le dimensioni precedentemente listate (efficienza e sostenibilità; utenza, personale e comunicazione; ecc.). Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Lo stato di salute della popolazione non è riportato nel bersaglio, ma sopra di esso: questo sia per evidenziare che rappresenta l'obiettivo ultimo verso cui tende ogni sistema sanitario, sia per ricordare che l'offerta sanitaria – in sé – rappresenta solo una delle determinanti dello stato di salute della popolazione.

Figura 3. Il bersaglio

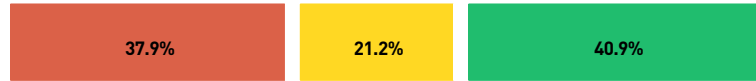


Una considerazione a parte meritano i bersagli delle Aziende Ospedaliere, Ospedaliere-Universitarie, IRCCS e affini, i quali riportano non gli indicatori compositi (di sintesi), bensì una selezione dei singoli indicatori di valutazione. L'ordine in cui compaiono non ricalca le dimensioni di cui sopra, ma alcune aree maggiormente coerenti con l'attività istituzionale di queste Aziende: missione; efficienza; appropriatezza organizzativa; qualità dei percorsi; compliance; percorso oncologico; percorso materno-infantile; pronto soccorso; equilibrio economico-finanziario; utenza, personale e comunicazione. Data la loro rilevanza, gli indicatori dedicati alla valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati al di fuori del bersaglio, per darne ulteriore evidenza;

c. il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema: una fotografia dei punti di forza e di debolezza delle organizzazioni; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna Regione/Provincia/Azienda per migliorare la performance da un anno all'altro. Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene corredato da una barra in pila che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2017 e il 2018, mostrando la percentuale di indicatori (di valutazione) migliorati, peggiorati o stabili (in un intorno compreso tra +1% e -1%);

Figura 4. Barra in pila

Numero indicatori di valutazione: 65



- d. 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 quattro i percorsi individuati: materno-infantile, oncologico, cronicità ed emergenza-urgenza. Le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase del percorso sono riportati nella tabella 3. 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.sssup.it/netval. Nella logica del superamento degli steccati 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 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 figure 5 e 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 al conseguimento del risultato complessivo (Nuti et al., 2018);

Figura 5. Un esempio di pentagramma regionale del percorso materno-infantile

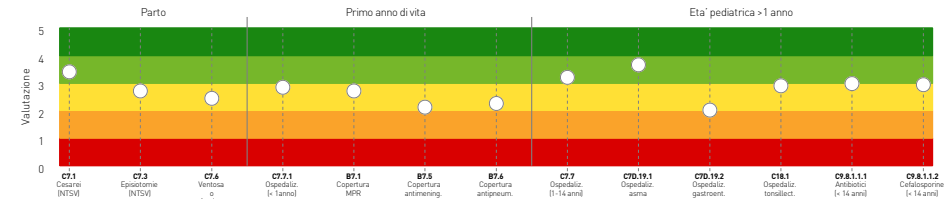


Figura 6. Un esempio di pentagramma di area del percorso materno-infantile

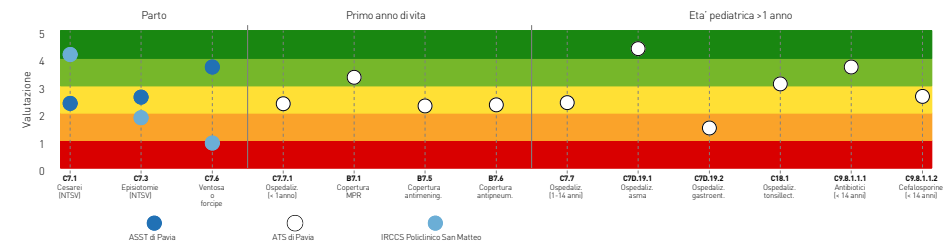


Tabella 3a. I percorsi 2018, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

Percorso Materno-Infantile

C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	Parto
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	Primo anno di vita
B7.1	Copertura vaccino MPR	
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	
B7.8	Copertura vaccinale varicella	Età pediatrica >1 anno
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
C7D.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	
C7D.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	
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 2018, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

Percorso Oncologico		
B5.1.1	Estensione screening mammografico	Screening
B5.1.2	Adesione screening mammografico	
B5.1.5	<i>Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo</i>	
B5.1.6	<i>Percentuale di adesione agli approfondimenti</i>	
B5.1.7	<i>Cancro in stadio II rilevati dagli screening per il tumore della mammella ai round successivi a quello di prevalenza</i>	
B5.2.1	Estensione screening cervice uterina	
B5.2.2	Adesione screening cervice uterina	
B5.3.1	Estensione screening coloretale	Diagnosi
B5.3.2	Adesione screening coloretale	
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Trattamento
C10.4.2	<i>Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata</i>	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	
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	
C10.1.6	<i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata</i>	
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	
C10.1.7	<i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella</i>	
H02Z	<i>Interventi per TM della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui</i>	
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	
C10.2.2.1	<i>Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella</i>	
C10.2.5	<i>Somministrazione entro 60 giorni di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario</i>	
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)	
F10.2.1B	<i>Spesa Media per Farmaci Oncologici</i>	
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
D30Z	<i>Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</i>	
C28.2B	Ricoveri in Hospice con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= a 3 gg (pazienti oncologici)	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	
D32Z	<i>Ricoveri in Hospice, provenienti da ricovero ospedal. o da domicilio non assistito, di durata <= 7 gg (paz. oncol.)</i>	

Sono riportati *in corsivo* gli indicatori di osservazione

Tabella 3c. I percorsi 2018, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

Percorso Cronicità

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 ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	Compliance
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizzanti)	
<i>C9.3</i>	<i>Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: Percentuale sartani sul territorio</i>	Efficienza
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti	
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	
<i>D03CC</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>	Ospedalizzazioni evitabili
C11A.2.1	Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	
<i>D03CA</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>	
C11A.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
<i>D03CB</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO</i>	
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	Esiti

Sono riportati *in corsivo* gli indicatori di osservazione

Tabella 3d. I percorsi 2018, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

Percorso Emergenza-Urgenza

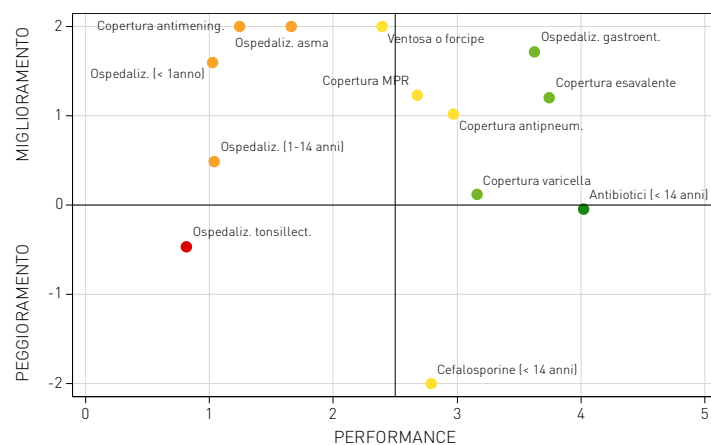
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
<i>C8C.1</i>	<i>Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 di adulti con codice di dimissione bianco/verde</i>	Accesso
<i>C8C.2</i>	<i>Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde</i>	
<i>C8C.3</i>	<i>Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente</i>	
<i>D07C.P</i>	<i>Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente</i>	
C16.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	
C16.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	Triage
<i>C16A.T1</i>	<i>Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>	
<i>C16A.T2</i>	<i>Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>	
<i>C16A.T3</i>	<i>Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	
<i>C16.4.1</i>	<i>Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore</i>	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
<i>C16.5</i>	<i>Percentuale di accessi in Osservazione Breve</i>	Percorso
<i>C16.18</i>	<i>Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza <= 6 ore</i>	
<i>C16.5.1B</i>	<i>Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore</i>	
<i>C16.5.1A</i>	<i>Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore</i>	
<i>C16.9</i>	<i>Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero</i>	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	Ricovero
<i>C16.8</i>	<i>Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

Sono riportati *in corsivo* gli indicatori di osservazione

e. per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono da quest'anno affiancate le relative mappe di performance regionali. 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 2018-2017, 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 2018. 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 2017 e il 2018. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2017 e il 2018 ma che il suo livello di performance 2018 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 2018, 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.

L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni, le tecnostutture regionali e i ricercatori del Laboratorio MeS (Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa), sotto la supervisione scientifica della professoressa Sabina Nuti e della professoressa Milena Vainieri. Con riferimento allo sviluppo di alcuni indicatori e di alcune metodologie di valutazione, il Network si avvale altresì della collaborazione del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università degli Studi di Bologna e del Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica Utilità dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca.

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



3

I RISULTATI 2018



BASILICATA



Popolazione: 570.365

Densità: 57 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

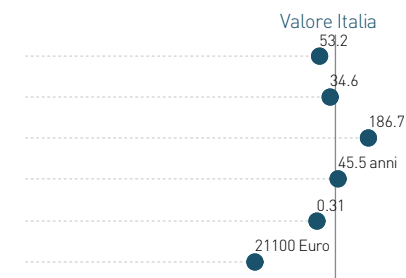
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il sistema sanitario lucano nel 2018 è articolato in 2 Aziende Sanitarie territoriali provinciali (ASP Potenza e ASM Matera), un'Azienda Ospedaliera Regionale (AO San Carlo) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata - CROB). Il processo di riordino del sistema sanitario regionale (LR 2 del 12/01/2017) ha portato ad un cambiamento della struttura organizzativa, costituita quindi da:

- l'Azienda Sanitaria Locale Potentina (ASP), priva di presidi sanitari per acuti e quindi esclusivamente territoriale;
- l'Azienda Sanitaria Locale Materana (ASM), che comprende i presidi sanitari ospedalieri per acuti di Matera e Policoro;
- l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, che comprende anche i presidi per acuti della provincia di Potenza (Lagonegro, Melfi, Villa D'Agri);
- l'IRCCS "Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata".

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BASILICATA

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: in Regione Basilicata si conferma superiore alla media la mortalità infantile, in leggero aumento (dati riferiti al triennio 2014-2016). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione agli stili di vita, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati all'obesità e alla sedentarietà, mentre le percentuali di bevitori a rischio e fumatori si attestano su valori inferiori alla media.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, la copertura vaccinale – per quanto ancora non soddisfacente – è complessivamente allineata alle altre Regioni e generalmente stabile oppure in crescita rispetto al 2017, fatta eccezione per la copertura vaccinale HPV (in leggero calo).

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la tutela della sicurezza sul lavoro è complessivamente piuttosto soddisfacente.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione contenuto rispecchia una buona capacità di governo della domanda, in ulteriore contrazione rispetto al 2017 (da 135.3 a 133.9 per mille residenti), mentre il tasso di ospedalizzazione in *day hospital* di tipo medico risulta allineato alle altre Regioni. L'assistenza domiciliare va senz'altro potenziata: i livelli di copertura sono inferiori alla media delle altre Regioni, ed in ulteriore contrazione rispetto al 2017.

La durata delle degenze presenta risultati contrastanti: superiore alla media per la casistica di tipo chirurgico, molto inferiore per quella di tipo medico. In riferimento a quest'ultima, il tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA (ad alto rischio di inappropriately) e il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico registrano risultati complessivamente in linea con le altre Regioni, mentre la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni risulta più alta, in aumento rispetto al 2017.

In merito all'attività chirurgica, resta inferiore alla media, ma in aumento, la percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate in un giorno.

L'organizzazione e la qualità dei processi ospedalieri presentano alcuni miglioramenti significativi rispetto all'anno precedente: dal diffusissimo utilizzo della procedura transuretrale per le prostatectomie, alla tempestività delle operazioni per fratture del collo del femore (dal 58.5% al 68.2%), alla percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate (dall'89.2% al 92.5%). La percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore è complessivamente in linea con le altre Regioni e la variabilità intra-regionale registrata negli anni precedenti risulta ulteriormente ridotta.

L'ambito farmaceutico è un'area che necessita di un maggiore presidio: in riferimento all'attività prescrittiva territoriale, si registra ancora una ridotta appropriatezza prescrittiva, mentre la propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto presenta una buona *performance*. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si conferma molto scarsa.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero è, seppur in lieve diminuzione, ancora superiore rispetto alle altre Regioni. La *performance* relativa alla

comunicazione web risulta allineata alla media delle altre Regioni, con margini di miglioramento per quanto riguarda la leggibilità della pagina web che riporta i tempi di attesa per i principali servizi.

Per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, la Basilicata mostra una struttura dei costi tendenzialmente in linea con le altre Regioni, con un costo sanitario pro-capite complessivo contenuto, in ulteriore contrazione rispetto all'anno precedente (i dati fanno riferimento all'anno 2017).

La gestione del percorso materno-infantile è critica nella fase del parto, con un ricorso al taglio cesareo particolarmente frequente, seppur in contrazione. In riferimento invece alla presa in carico dell'età pediatrica, i risultati sono complessivamente in linea con le altre Regioni, fatta eccezione per il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita, che si conferma tra i più bassi del *network*.

Il percorso oncologico restituisce risultati soddisfacenti nella fase chirurgica – anche grazie ai tempi di attesa piuttosto contenuti e alla concentrazione della casistica, eccezion fatta per gli interventi per tumore maligno alla prostata, dove i 77 casi non hanno visto un'adeguata centralizzazione ma una dispersione tra 3 Aziende. Miglioramenti significativi si riscontrano per la gestione del fine vita.

La presa in carico delle casistiche croniche rileva una *performance* buona, con tassi di ospedalizzazione contenuti per tutte le principali patologie, mentre ampi margini di miglioramento si riscontrano per quanto riguarda la *compliance* dei pazienti in cura con statine.


La presa in carico dell'emergenza-urgenza registra risultati contrastanti: i tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente contenuti, mentre si conferma significativamente più elevato – rispetto alle altre Regioni – il tempo impiegato mediamente dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo, per quanto in calo rispetto al 2017. La percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso risulta allineata alla media delle altre Regioni.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A1
Mortalità infantile

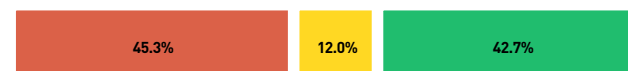


A10
Stili di vita (PASSI)



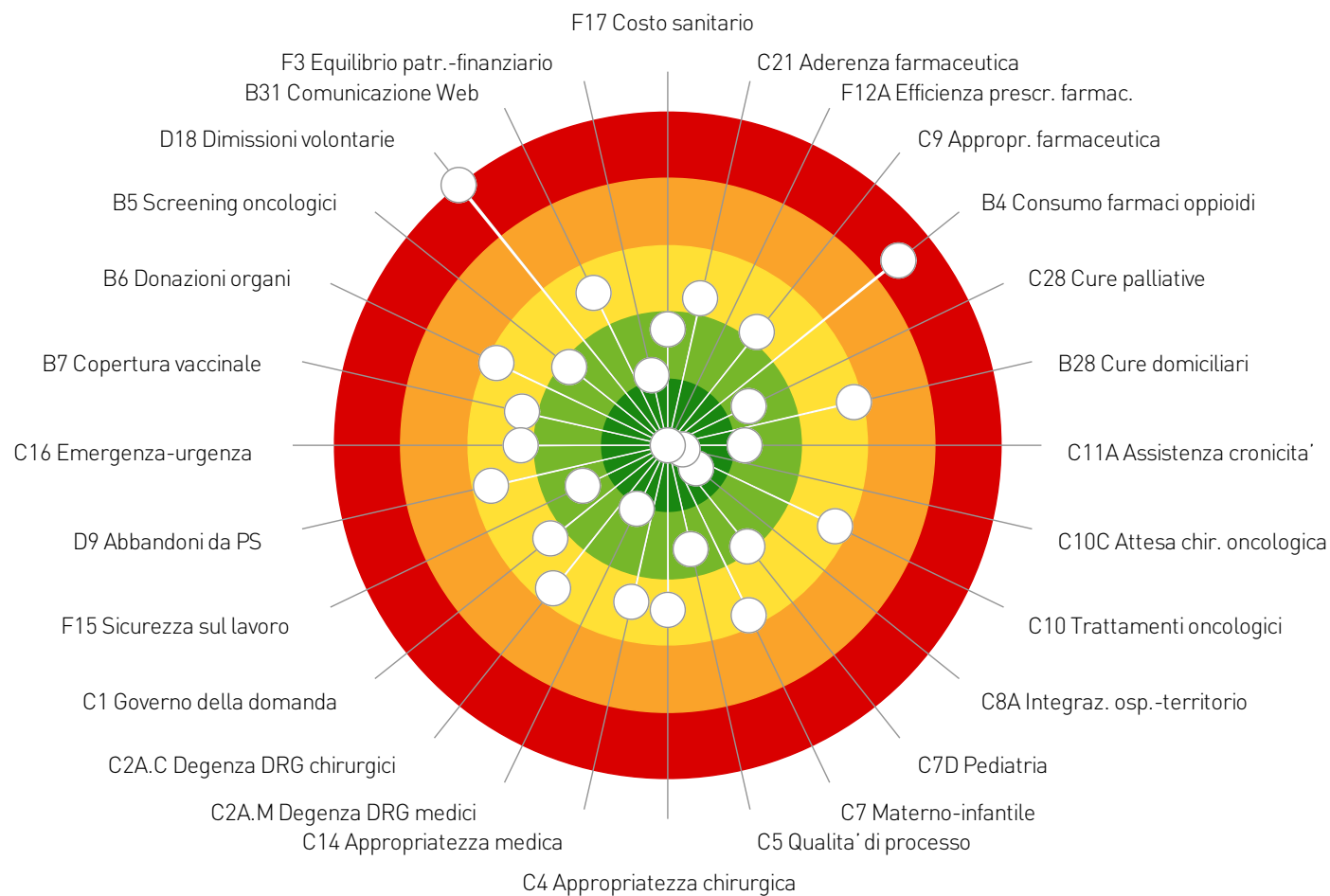
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 72

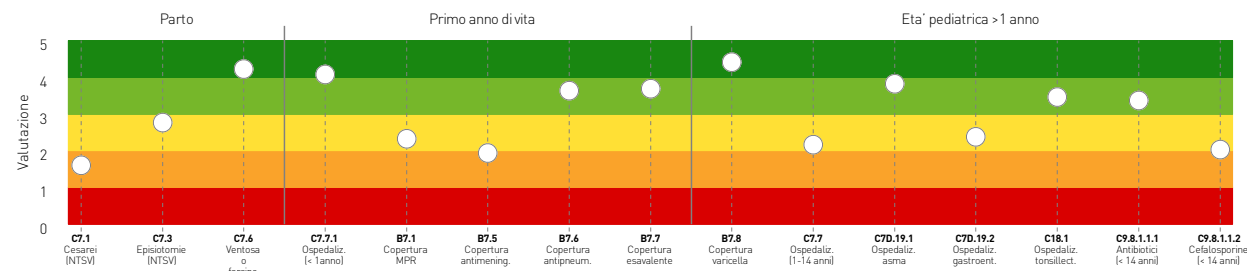


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

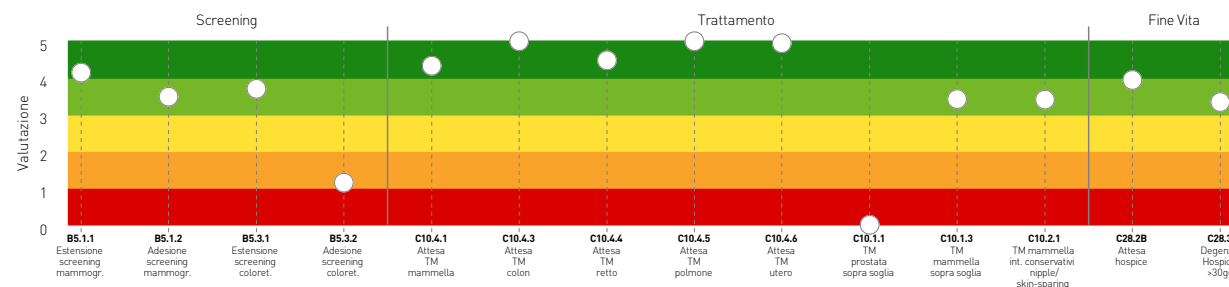
Valutazione della performance 2018



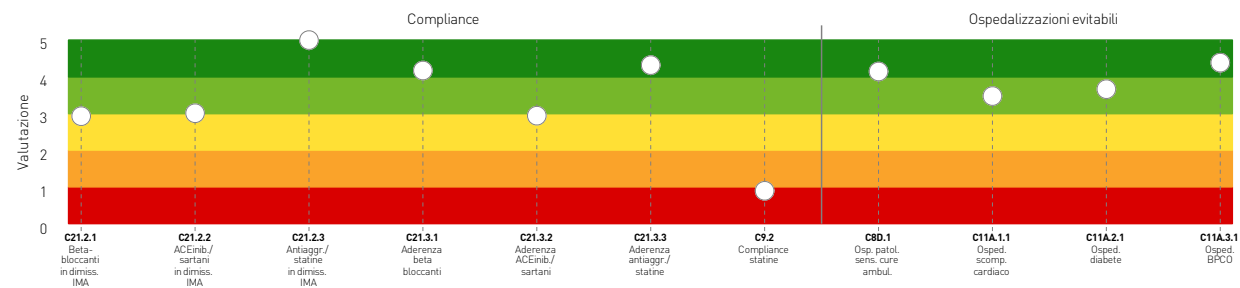
PERCORSO MATERNO INFANTILE



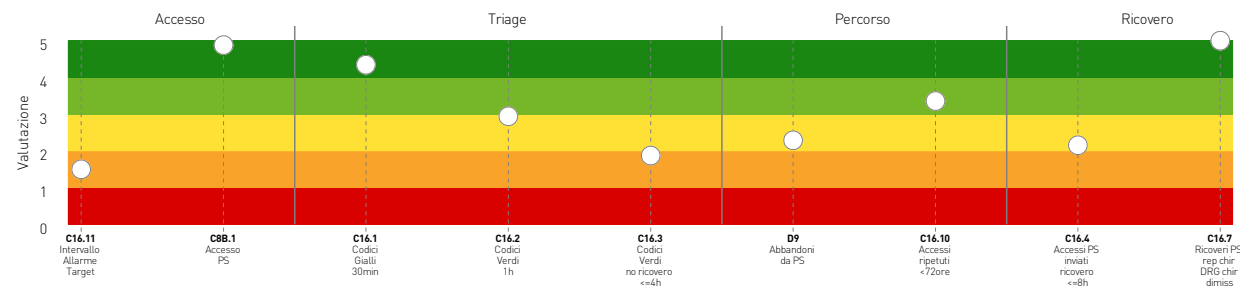
PERCORSO ONCOLOGICO



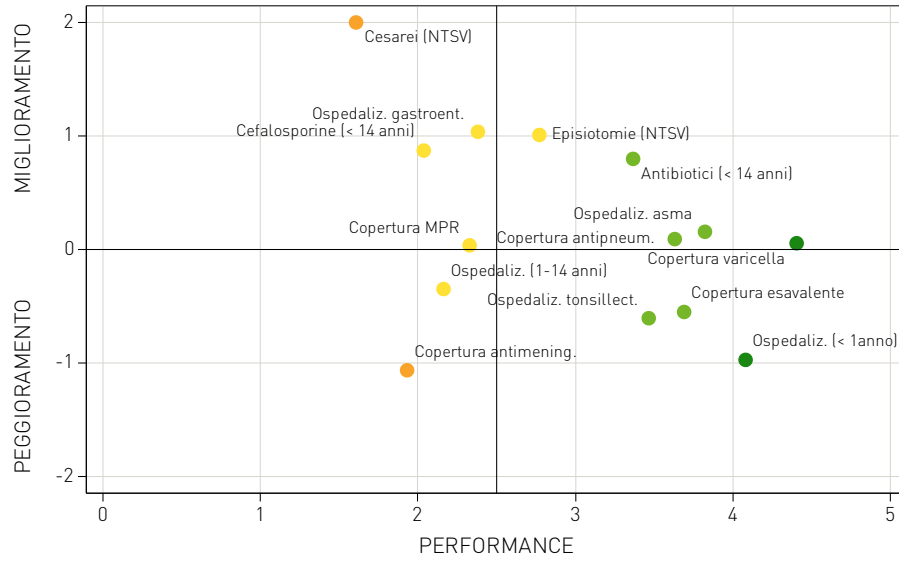
PERCORSO CRONICITÀ



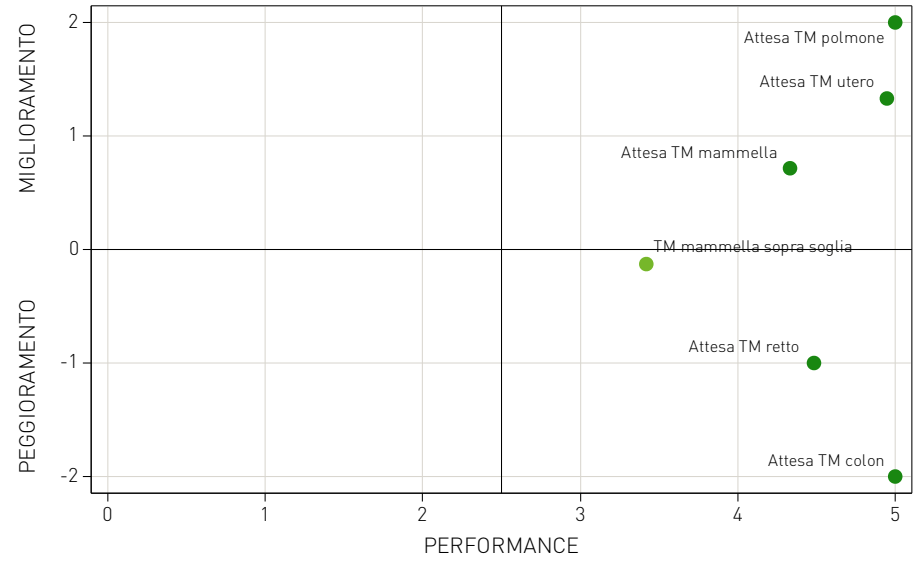
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



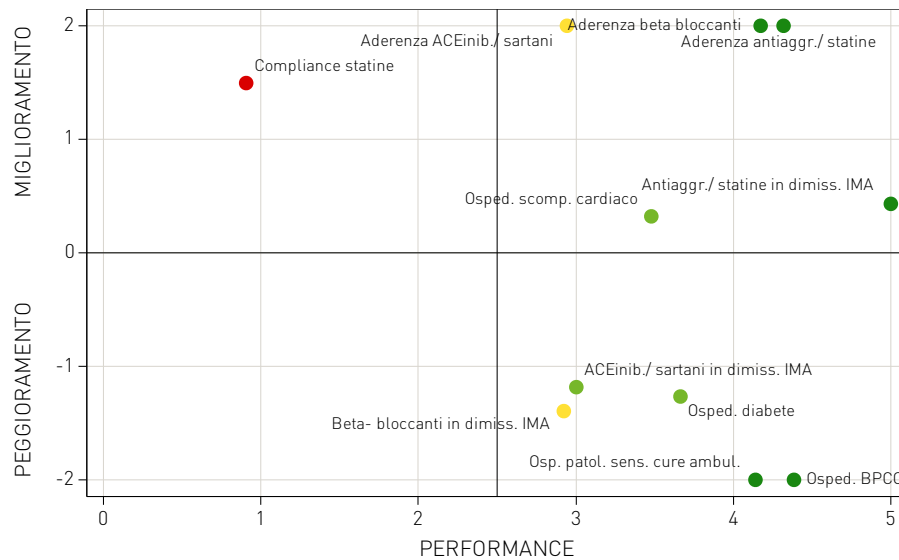
Percorso Materno Infantile



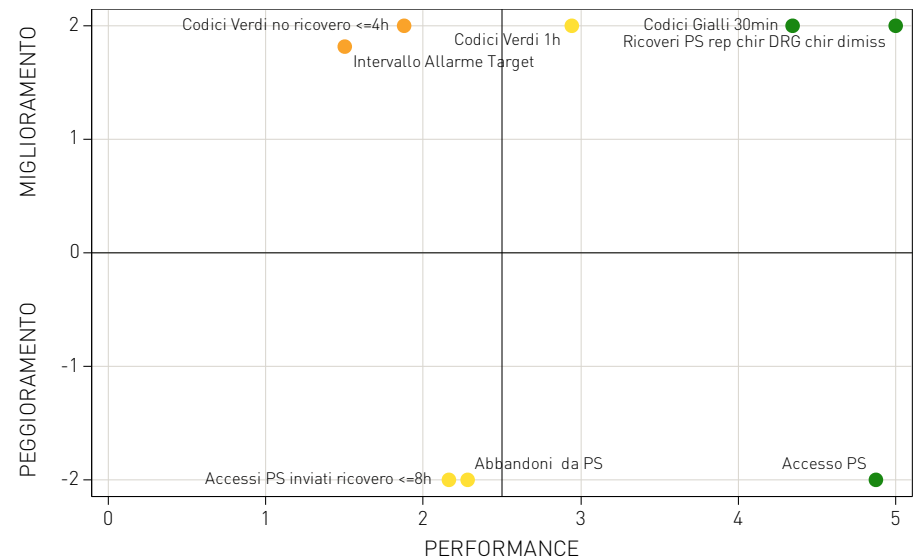
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza




ASP POTENZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalita' infantile



A10
Stili di vita (PASSI)



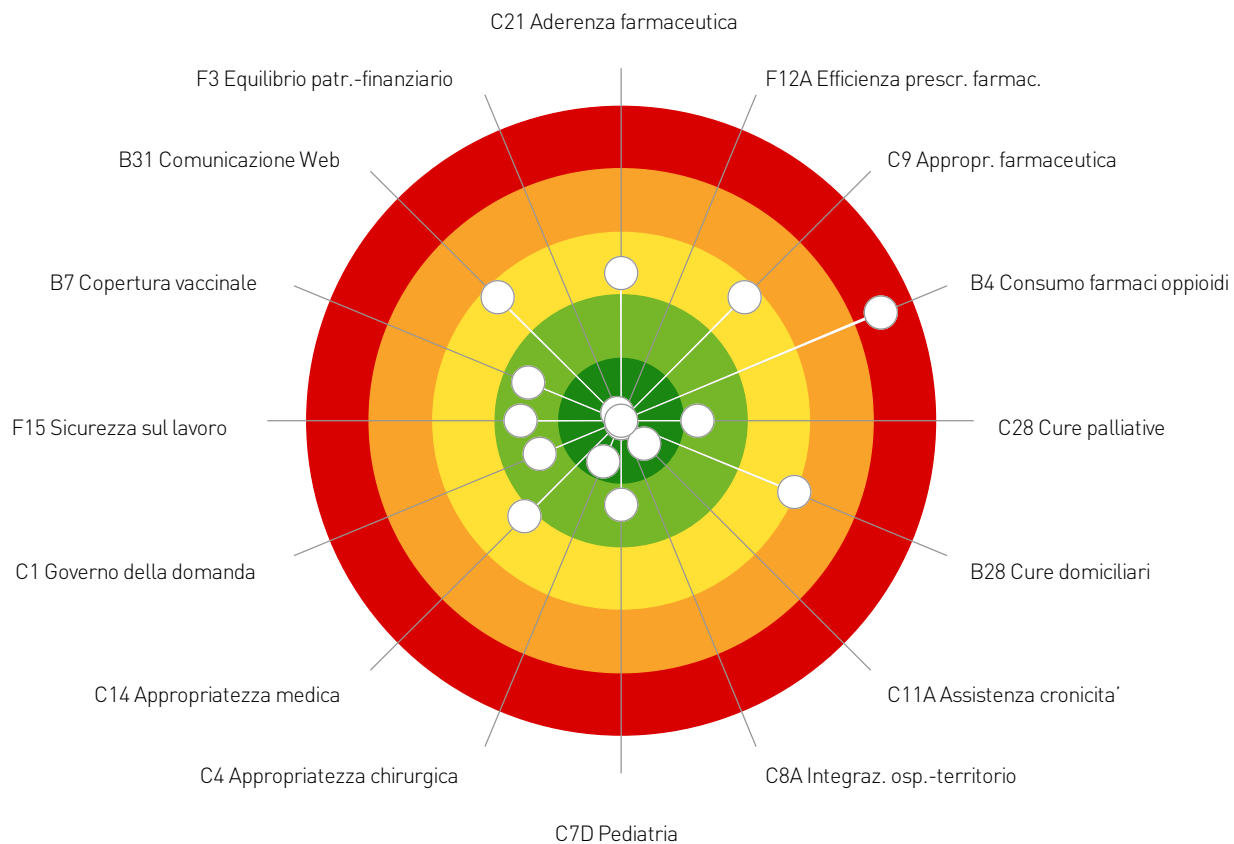
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 43



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

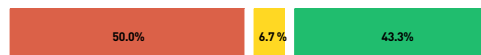
Valutazione della performance 2018



AO S. CARLO

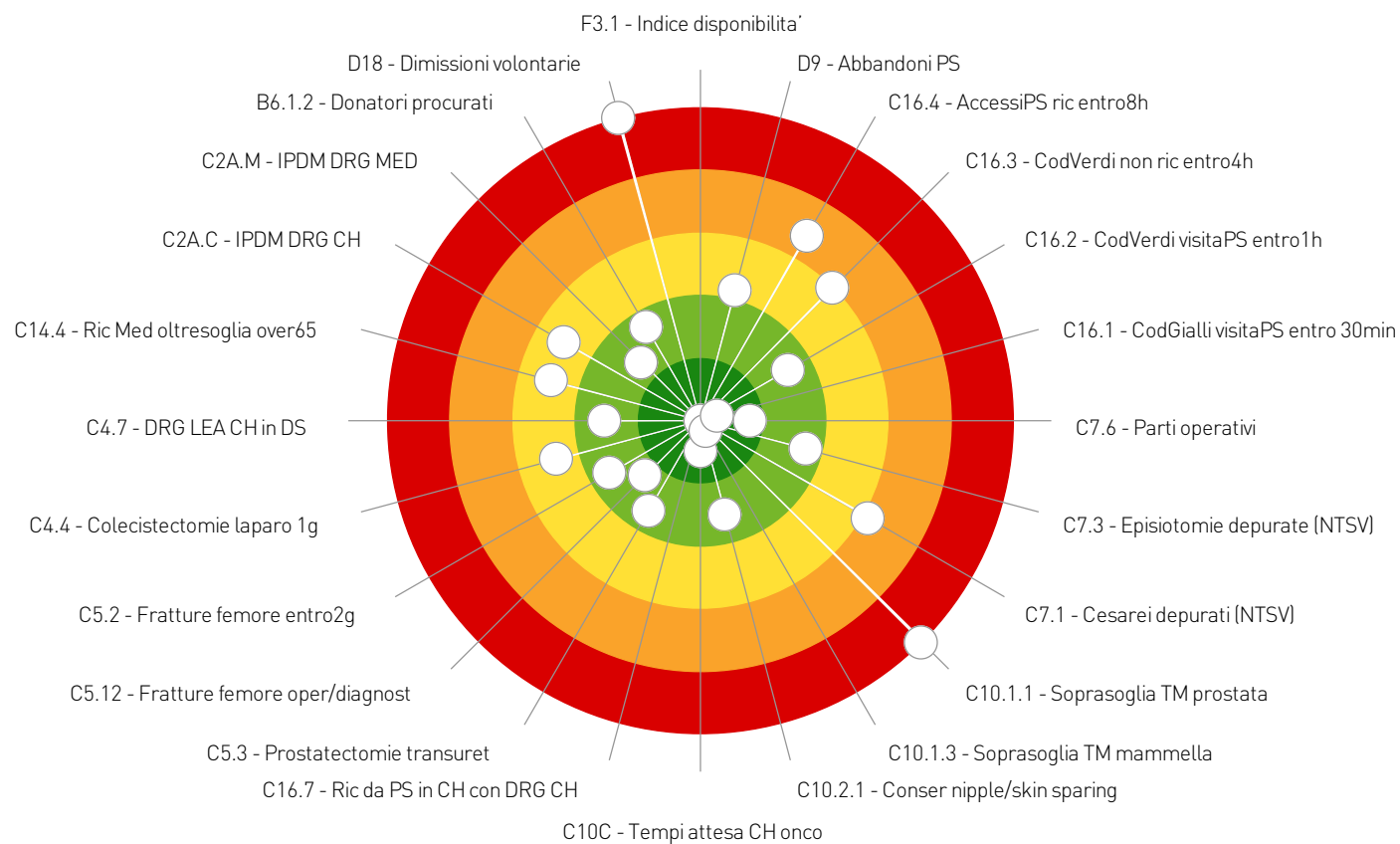
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



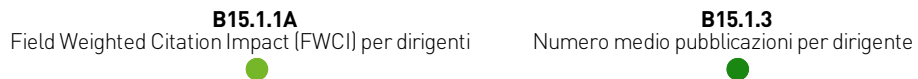
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

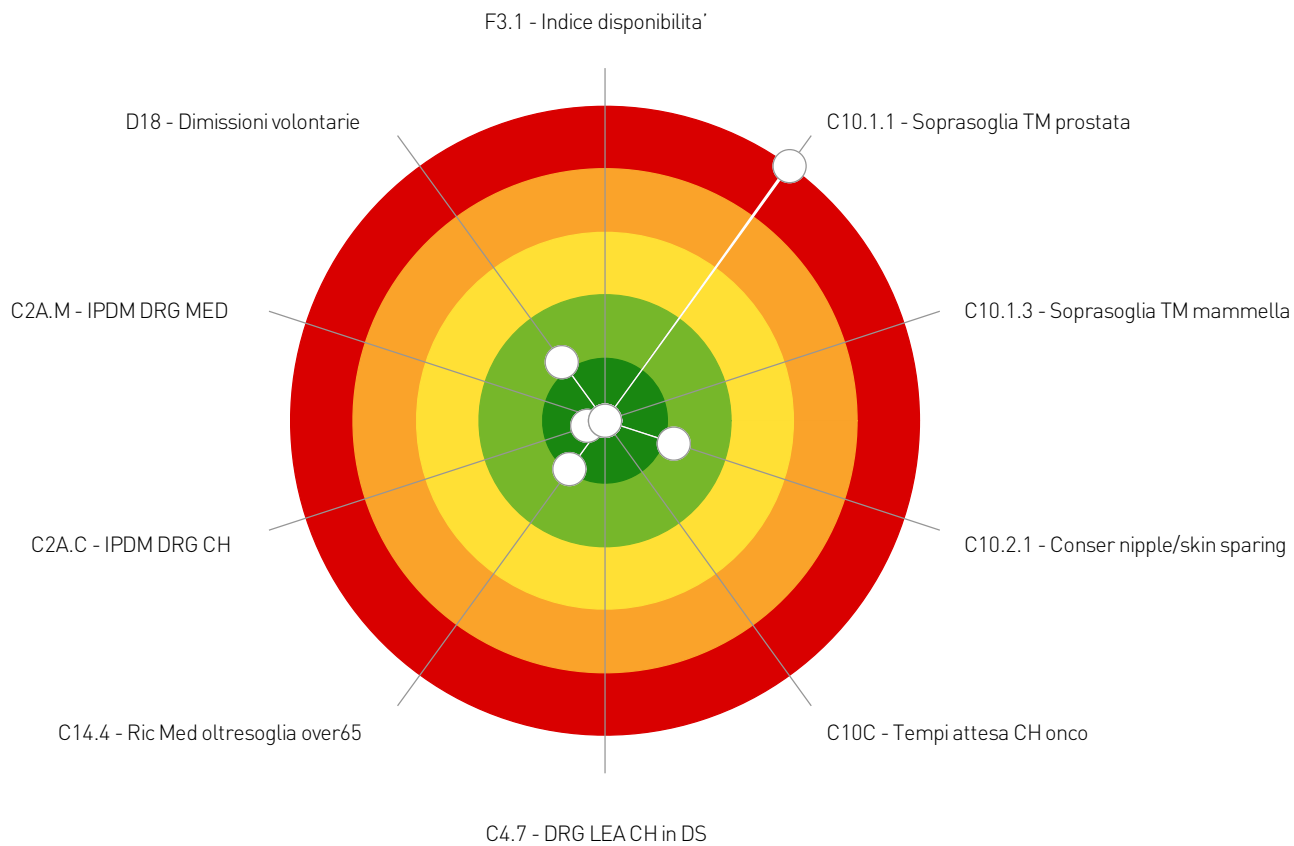


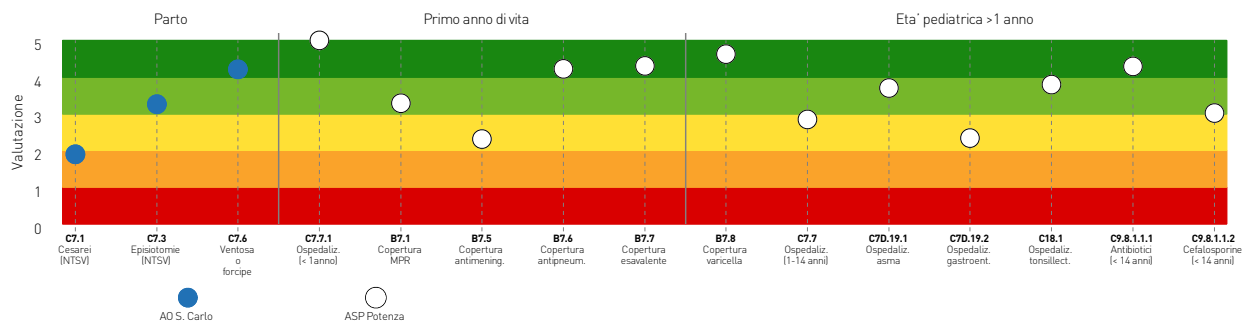
IRCCS CROB RIONERO

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

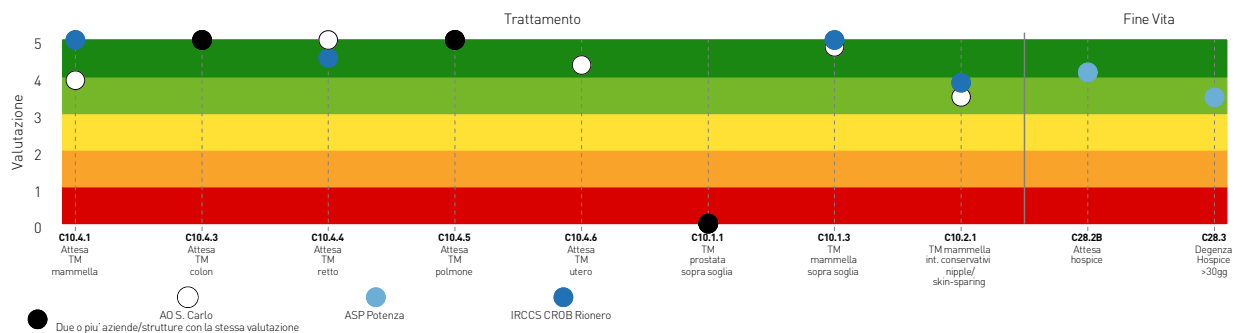


Valutazione della performance 2018

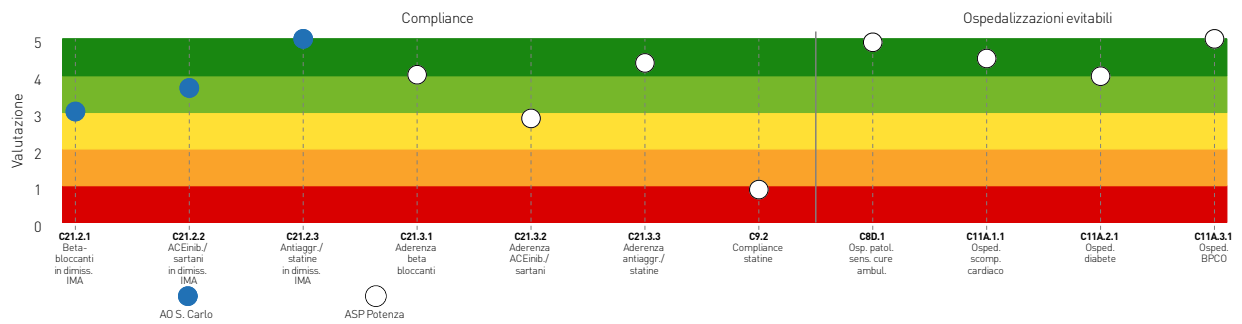




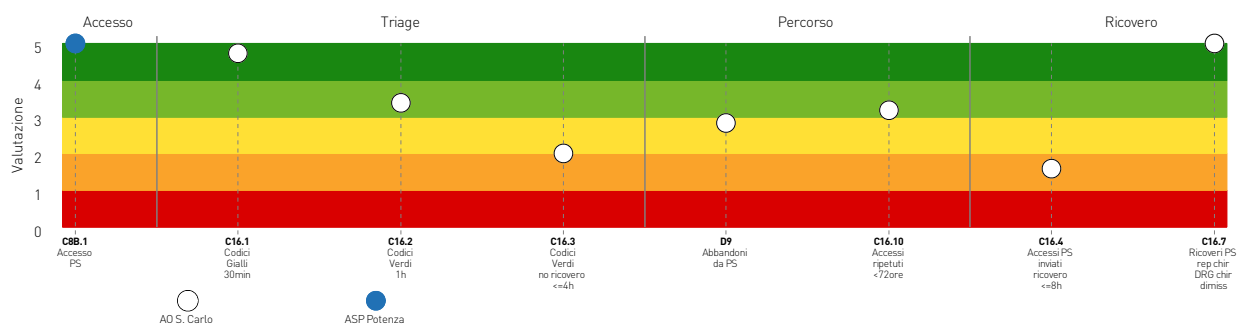
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITA'



PERCORSO EMERGENZA URGENZA


ASM MATERA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalita' infantile



A10
Stili di vita (PASSI)



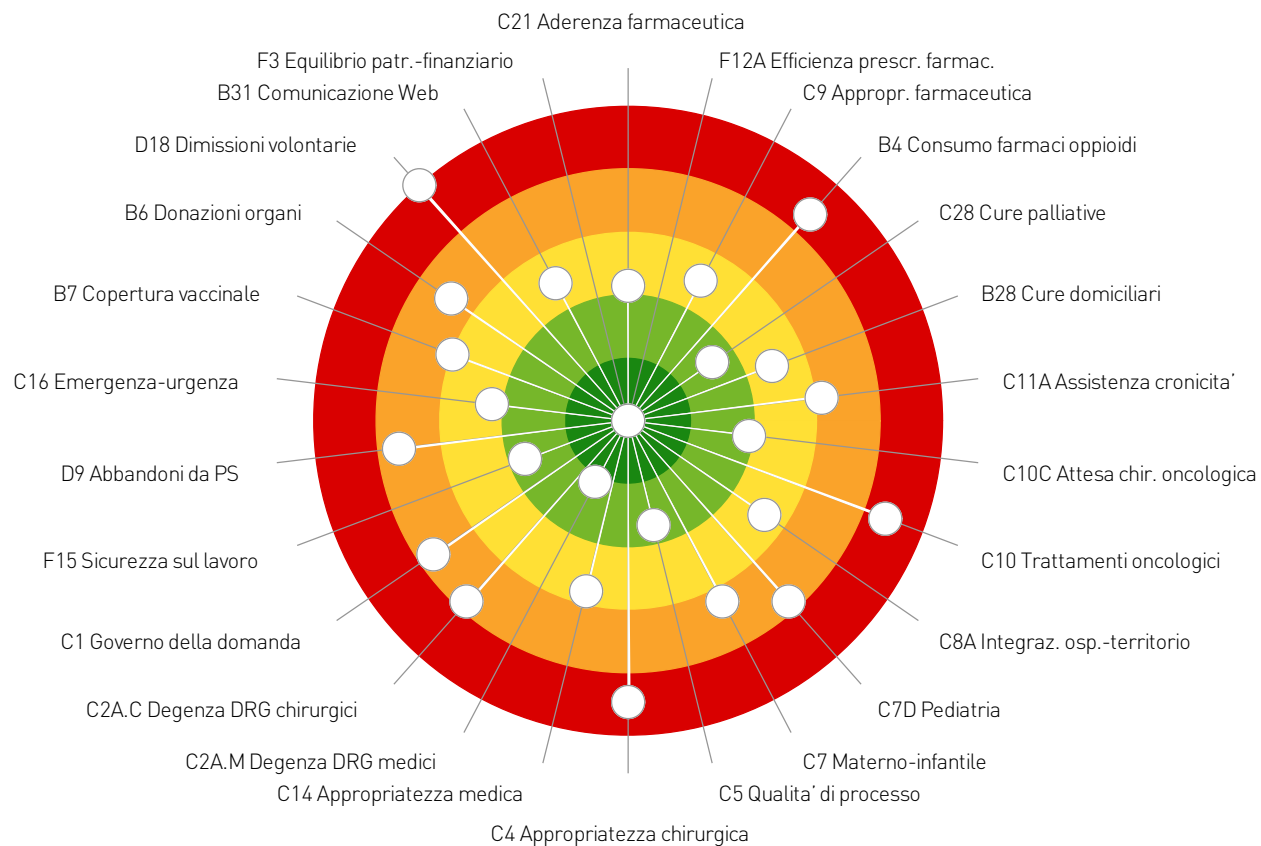
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

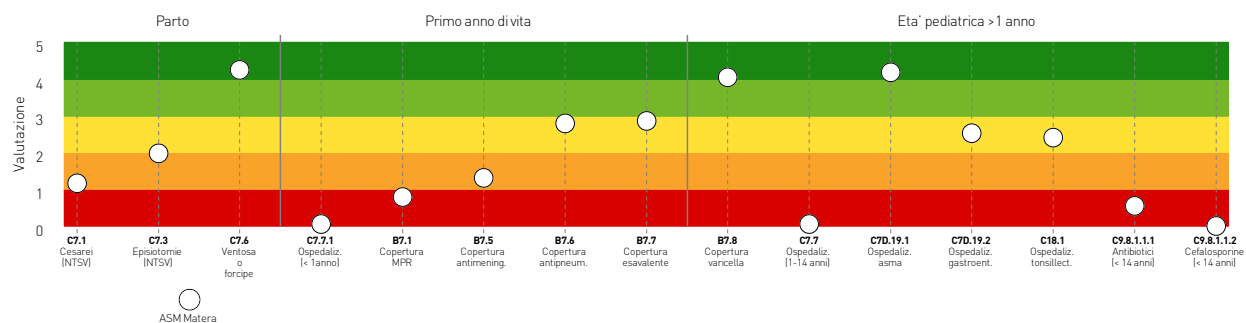
Numero indicatori di valutazione: 70



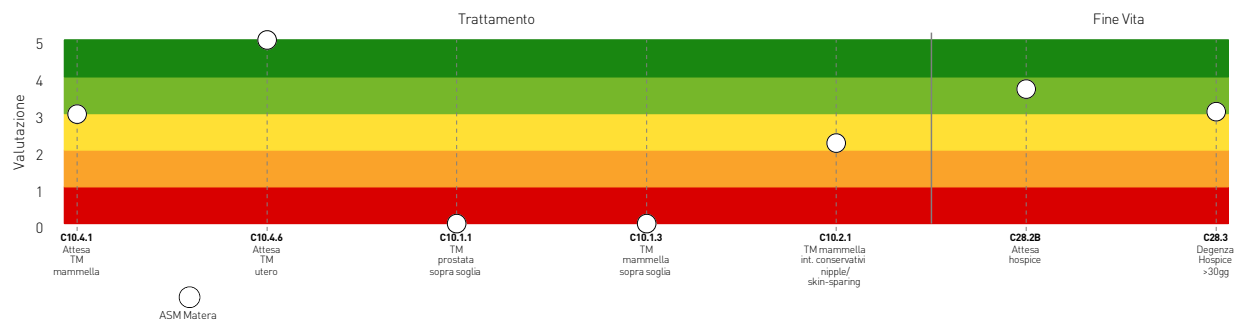
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

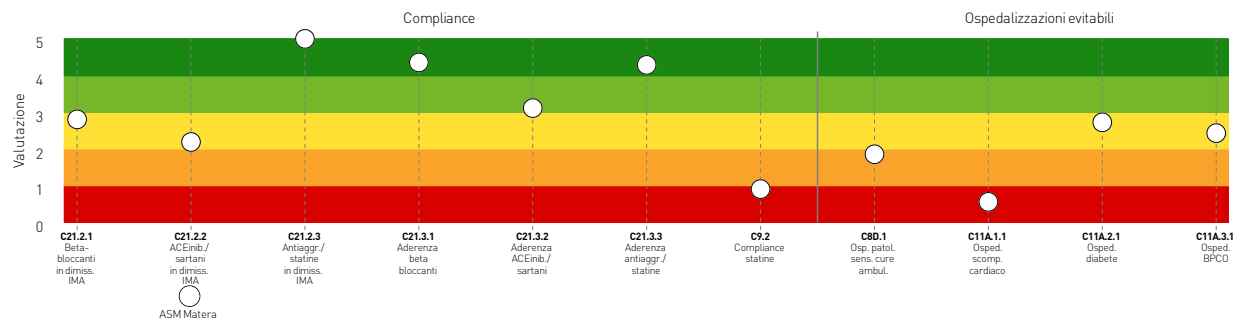




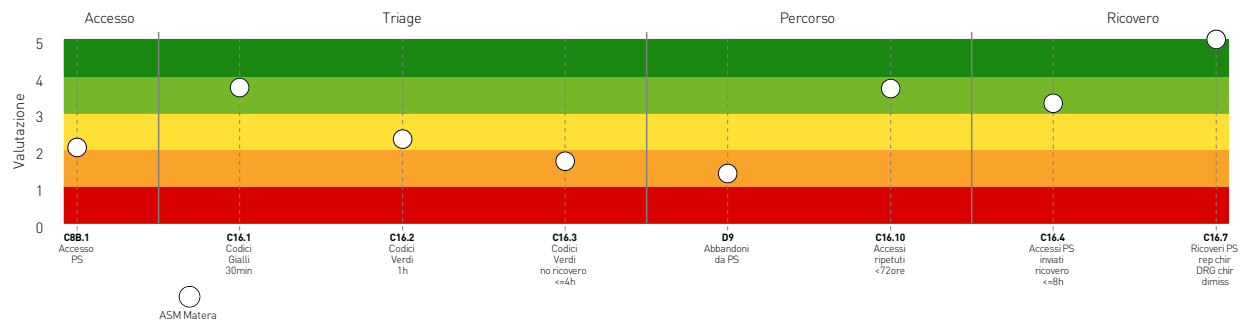
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

P.A. BOLZANO



Popolazione: 524.256

Densita': 71 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

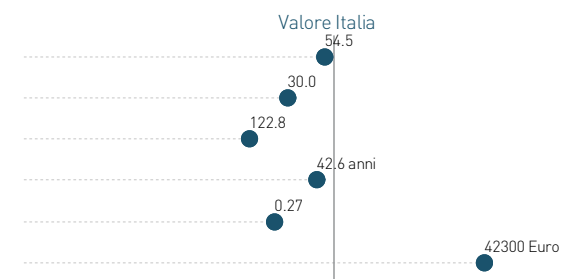
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini*

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il sistema sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano è costituito dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, che a sua volta si articola in 4 comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico). Dal 1° gennaio 2007, l'Azienda svolge la propria attività come ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano.

LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: quella dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano è complessivamente buona, considerando i risultati relativi alla mortalità per tumori, a quella per malattie cardiocircolatorie e alla mortalità infantile (dati 2014-2016). L'indagine ministeriale PASSI rileva – anche per il 2018 – la diffusione di stili di vita sani, eccezione fatta per l'elevato consumo di alcool.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è ancora basso e in peggioramento, ad eccezione della copertura vaccinale per la varicella, in significativo miglioramento rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda gli *screening* oncologici, si conferma come ad una capillare attività di invito da parte dell'Azienda non corrisponda una altrettanto diffusa adesione da parte dell'utenza, comunque in crescita per quanto concerne lo *screening* mammografico e quello della cervice uterina, mentre in lieve calo per lo *screening* coloretale.

In riferimento alla sicurezza sul lavoro, la copertura dell'attività ispettiva presenta qualche criticità, sia sul fronte delle aziende che dei cantieri, mentre l'efficienza di tali attività in relazione al personale a disposizione è la più alta del Network.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione - pur confermandosi elevato - si contrae rispetto al 2017. Sussistono comunque ancora margini di miglioramento, soprattutto in riferimento alla presa in carico di tipo chirurgico. Le durate delle degenze – sia per i ricoveri medici, sia per quelli chirurgici – sono in linea rispetto alle altre Regioni.

Viene confermata l'ottima organizzazione dei processi ospedalieri, per quanto la bassa percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione segnali una difficoltà da parte dei Pronto Soccorso nell'indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati.

In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, un ulteriore rafforzamento dei servizi socio-sanitari territoriali potrebbe contribuire sia a filtrare il ricorso dell'utenza al *setting* ospedaliero, sia a favorire i processi di dimissione. L'ulteriore lieve calo del tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali suggerisce che la strada imboccata sia quella giusta. Resta contenuto il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, con uno dei tassi più bassi di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani, in ulteriore diminuzione, e una contenuta percentuale di pazienti che ripetono una RM lombare entro 12 mesi dalla precedente, in lieve aumento.

In riferimento alla *governance* dell'area farmaceutica, è confermata un'ottima capacità di contenimento delle prescrizioni potenzialmente inappropriate (molto contenuto il consumo di antibiotici), per quanto si possa ancora lavorare sulla propensione dei MMG alla prescrizione di molecole a costo più elevato (i sartani rispetto alle altre sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina, ad esempio).

L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è complessivamente allineata alla media, e in lieve miglioramento rispetto al 2017.

Infine, in termini di aderenza farmaceutica, Bolzano si conferma *best practice* rispetto alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi e mediamente buoni sono anche i risultati in riferimento ai pazienti in trattamento con statine.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero è in linea rispetto alle altre Regioni, mentre la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno aziendale – è la più bassa rispetto alle altre Regioni. Si riscontrano alcune difficoltà relative alla comunicazione web, in particolare la digitalizzazione dei servizi di pagamento delle visite specialistiche, e la leggibilità della pagina sui tempi d'attesa.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari (relativi all'anno 2017), la Provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia attribuibili all'assistenza ospedaliera) più elevata rispetto alle altre Regioni del Network.

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile, con un contenuto ricorso alle episiotomie (in calo rispetto al 2017) mentre il ricorso ai parti cesarei, in crescita, e l'uso di forcipe o ventosa, in diminuzione, risultano allineati alla media del Network.

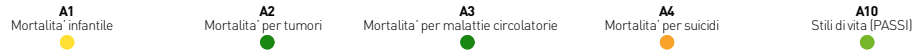
Complessivamente buona anche la presa in carico di tipo pediatrico, rispetto alla quale si segnala il più contenuto consumo di antibiotici (in età pediatrica), mentre risulta in aumento rispetto al 2017 il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia.

Pur a fronte di una bassa concentrazione della casistica per il trattamento del tumore alla mammella, il percorso oncologico presenta buoni risultati, soprattutto nella fase chirurgica: i tempi di attesa per intervento chirurgico sono i più contenuti di tutto il Network, in ulteriore contrazione rispetto al 2017.

La presa in carico delle patologie croniche resta complessivamente centrata sull'ospedale, come confermato dagli elevati tassi di ospedalizzazione: si segnala tuttavia come all'elevato tasso di ospedalizzazione per diabete, in aumento rispetto al 2017, faccia da contraltare il più contenuto tasso di amputazioni maggiori per la medesima patologia.

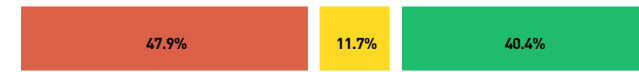
In riferimento alla gestione dell'emergenza-urgenza, non si discosta significativamente dalle altre Regioni il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo. I tempi di attesa in Pronto Soccorso – in linea rispetto al 2017 – potrebbero indicare alcune criticità nella tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti in accesso con codice verde e con codice giallo, a fronte di una bassa percentuale di accessi ripetuti entro le 72 ore. Per quanto in leggera crescita, la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso si conferma contenuta.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)



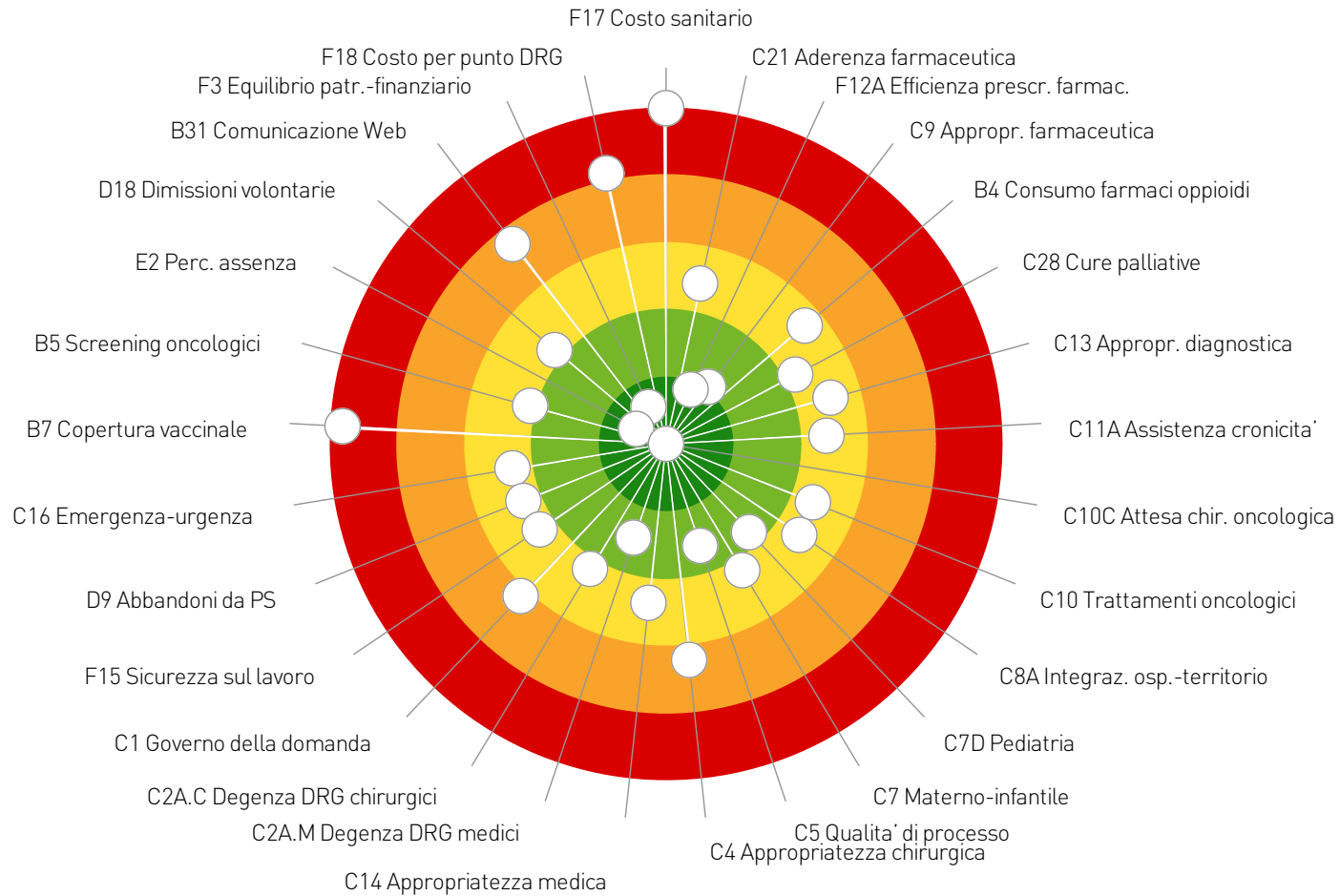
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 91

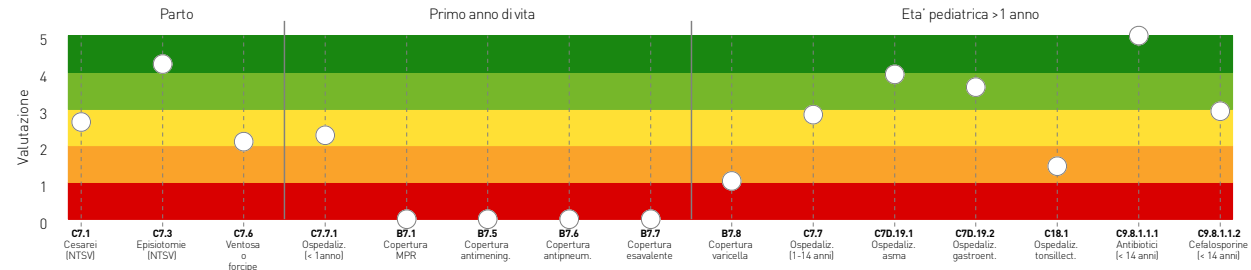


● Indicatori peggiorati
 ● Indicatori stazionari
 ● Indicatori migliorati

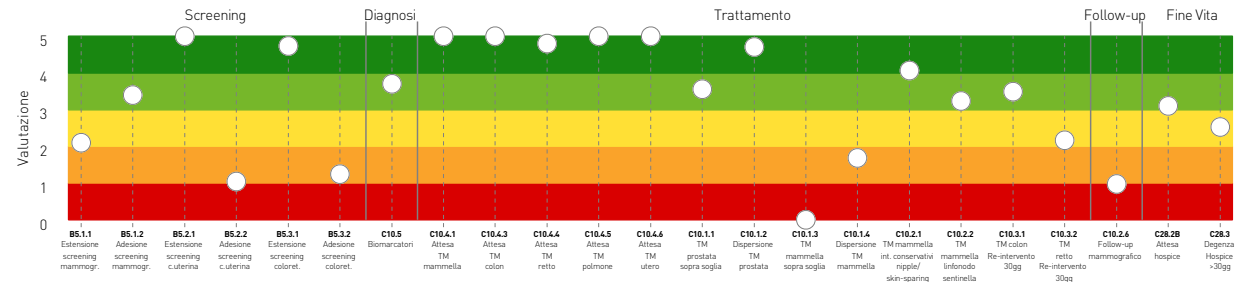
Valutazione della performance 2018



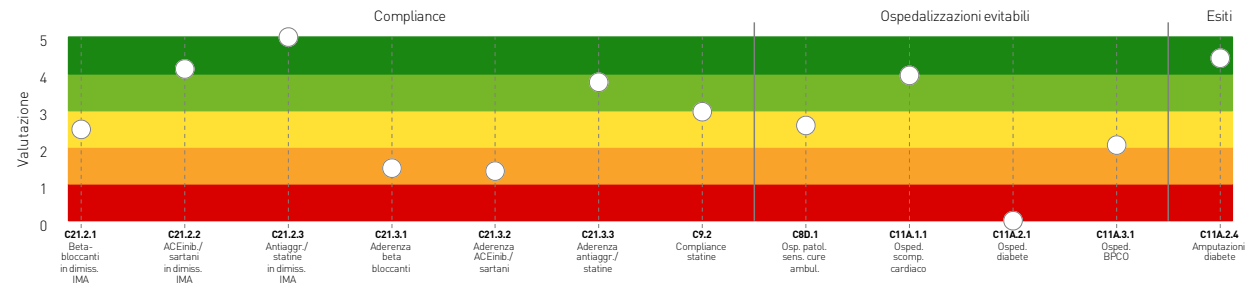
PERCORSO MATERNO INFANTILE



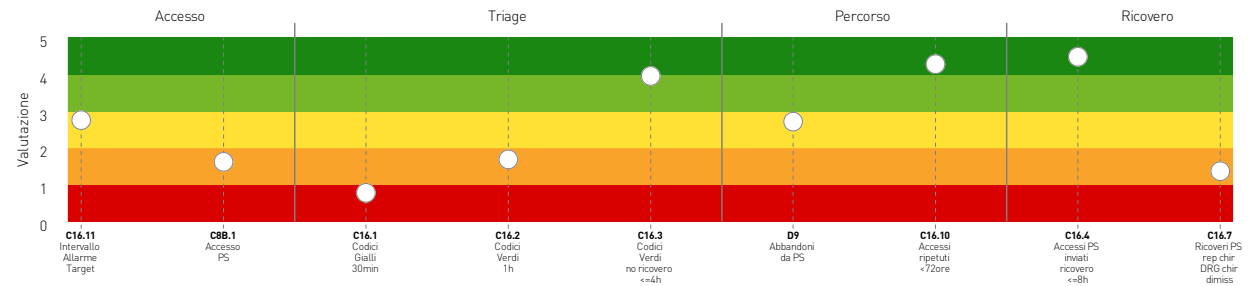
PERCORSO ONCOLOGICO



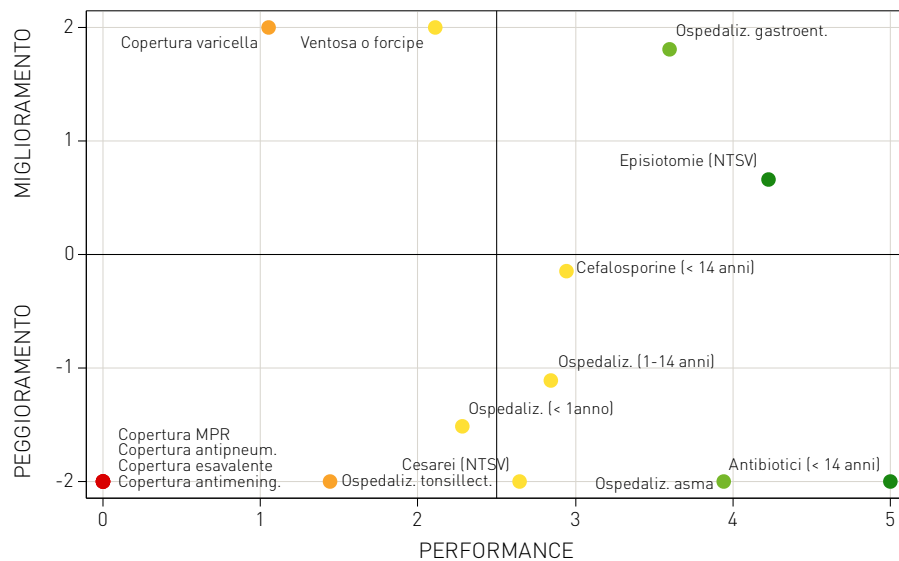
PERCORSO CRONICITÀ



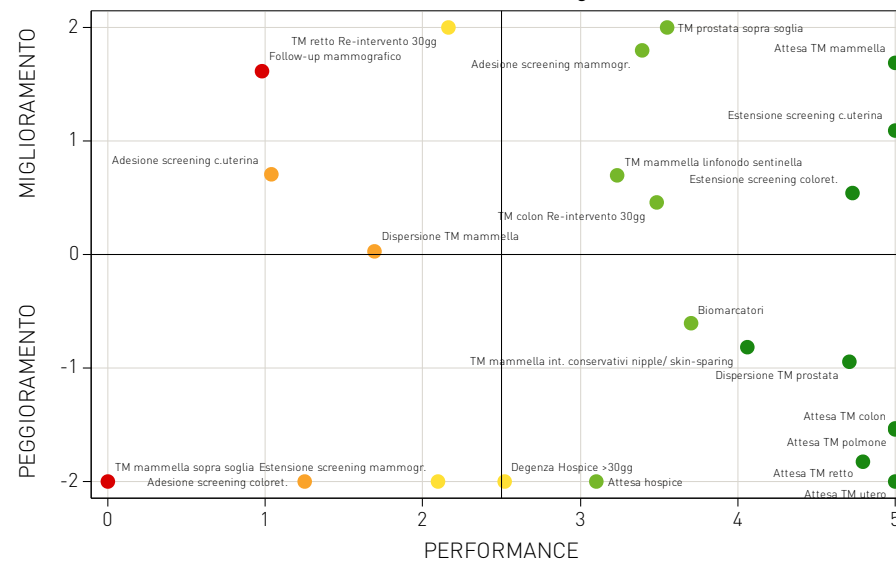
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



Percorso Materno Infantile



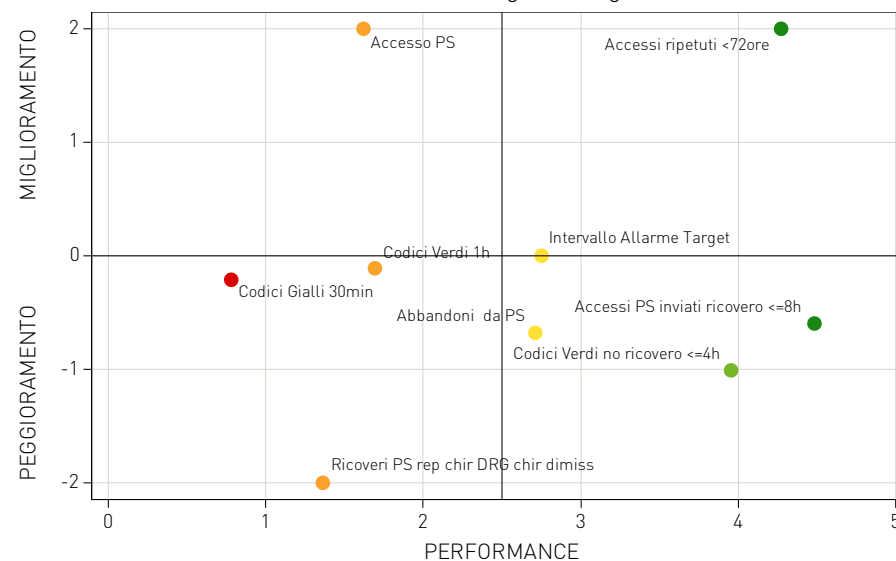
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



FRIULI VENEZIA GIULIA



Popolazione: 1.217.872

Densità: 154 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

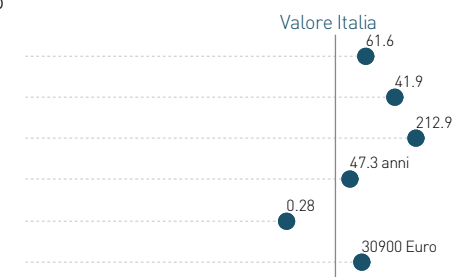
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

In seguito al processo di riorganizzazione, iniziato il 1° gennaio 2015, il sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia è attualmente articolato in 5 Aziende Sanitarie Locali, di cui 3 votate all'Assistenza Sanitaria (AAS Bassa Friulana-Isontina, AAS Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli e AAS Friuli Occidentale) e 2 Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (ASUI Trieste e ASUI Udine), che incorporano le precedenti Aziende Ospedaliero-Universitarie. Inoltre sono presenti due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS Burlo Garofolo e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

L'innalzamento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione del Friuli Venezia Giulia presenta una bassa mortalità infantile e per malattie circolatorie, mentre quella per tumori e quella per suicidi sono in linea con le altre Regioni (dati riferiti al triennio 2014-2016). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione al diffuso consumo di bevande alcoliche, mentre per sedentarietà e obesità i valori sono in linea con la media delle altre Regioni. Le abitudini legate al fumo invece presentano risultati migliori rispetto alla media.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso non ancora soddisfacente, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati (ad esempio morbillo-parotite-rosolia, HPV e antimeningococcico). Per quanto riguarda i programmi di *screening* oncologici, si registra una situazione complessiva buona sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione ad essi.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni; si segnala soltanto un possibile ambito di miglioramento inerente alla copertura del territorio e in particolare all'attività di controllo dei cantieri e delle aziende, dove l'azienda della Bassa Friulana-Isontina registra un valore più basso rispetto alle altre Aziende.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione piuttosto contenuto (in ulteriore lieve riduzione rispetto al 2017) rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto la gestione della casistica di tipo medico registri nel 2017 un lieve peggioramento e qualche elemento di inappropriatezza: è superiore alla media – e con una forte variabilità inter-aziendale – la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni, suggerendo una possibile difficoltà in fase di dimissione. Una maggiore copertura dell'assistenza domiciliare potrebbe contribuire a migliorare il servizio offerto e ad alleggerire la pressione sull'offerta ospedaliera. La presa in carico della casistica chirurgica registra nel complesso buone *performance*. La durata delle degenze per i ricoveri di tipo medico si conferma allineata alla media del *network*, mentre per quelli di tipo chirurgico si registrano degenze più lunghe e in crescita rispetto alle altre Regioni. L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma complessivamente buona: in particolare, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 48 ore, con un valore di 73,9%, rimane superiore alla media del *network* (nonostante la lieve riduzione rispetto al 2017), così come la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore, che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture ospedaliere. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono allineati rispetto alle altre Regioni. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, il ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatezza) ha visto una riduzione significativa rispetto al 2017 e risulta ora allineato alla media delle altre Regioni, mentre si riscontra ancora un numero eccessivamente elevato di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari entro 12 mesi, in ulteriore crescita.

Sul versante della *governance* farmaceutica, risulta allineata alle altre Regioni l'appro-

priatezza prescrittiva, mentre l'utilizzo delle molecole con brevetto scaduto risulta tra i più diffusi del *network*, con un significativo miglioramento rispetto al 2017. In termini di aderenza farmaceutica, i risultati sono soddisfacenti, così come per l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma molto elevata e superiore al resto del *network*.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2018 la più bassa del *network*. Si riscontrano alcune difficoltà relative alla comunicazione web, in particolare per quanto concerne la responsabilità dei siti web (ovvero la loro capacità di adattarsi alla dimensione dello schermo su cui vengono visualizzati) e la leggibilità delle pagine aziendali sui tempi d'attesa.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2017), il costo sanitario complessivo aumenta da 1.922 a 1.980 Euro pro-capite, valore comunque allineato alla media delle altre Regioni.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona, tanto nella fase del parto – la percentuale di parti cesarei si conferma tra le più contenute del *network*, mentre rimangono margini di miglioramento sul fronte dei parti operativi –, quanto nella fase pediatrica, eccezione fatta per la già citata bassa copertura vaccinale: sono contenuti sia i tassi di ospedalizzazione per le principali patologie monitorate (asma e gastroenterite), sia i consumi di antibiotici.

Si registrano risultati molto buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (*screening*, diagnosi, trattamento, fine vita). I tempi di attesa per la chirurgia oncologica sono contenuti e in miglioramento rispetto al 2017, eccezion fatta per gli interventi chirurgici per tumore al retto, che presentano valori superiori rispetto alle altre Regioni. Margini di miglioramento persistono in riferimento alla concentrazione della casistica per interventi per tumore maligno alla prostata.

La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso una *performance* 2018 in linea rispetto alle altre Regioni: aumentano leggermente i tassi di ospedalizzazione per diabete, mentre diminuiscono ulteriormente i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e per BPCO, pur con una rilevante variabilità intra-regionale.

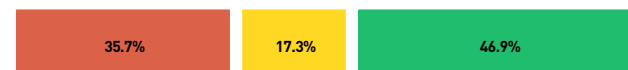
In riferimento alla gestione dell'emergenza-urgenza, i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso denotano una certa difficoltà nella gestione dei codici a minore gravità, soprattutto presso l'ASUI di Trieste. La percentuale di abbandoni da parte degli utenti, seppure presenti una certa variabilità intra-regionale, risulta più alta rispetto alla media e in lieve aumento rispetto al 2017. Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è contenuto su pressoché tutto il territorio regionale, e in lieve contrazione rispetto all'anno precedente.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)



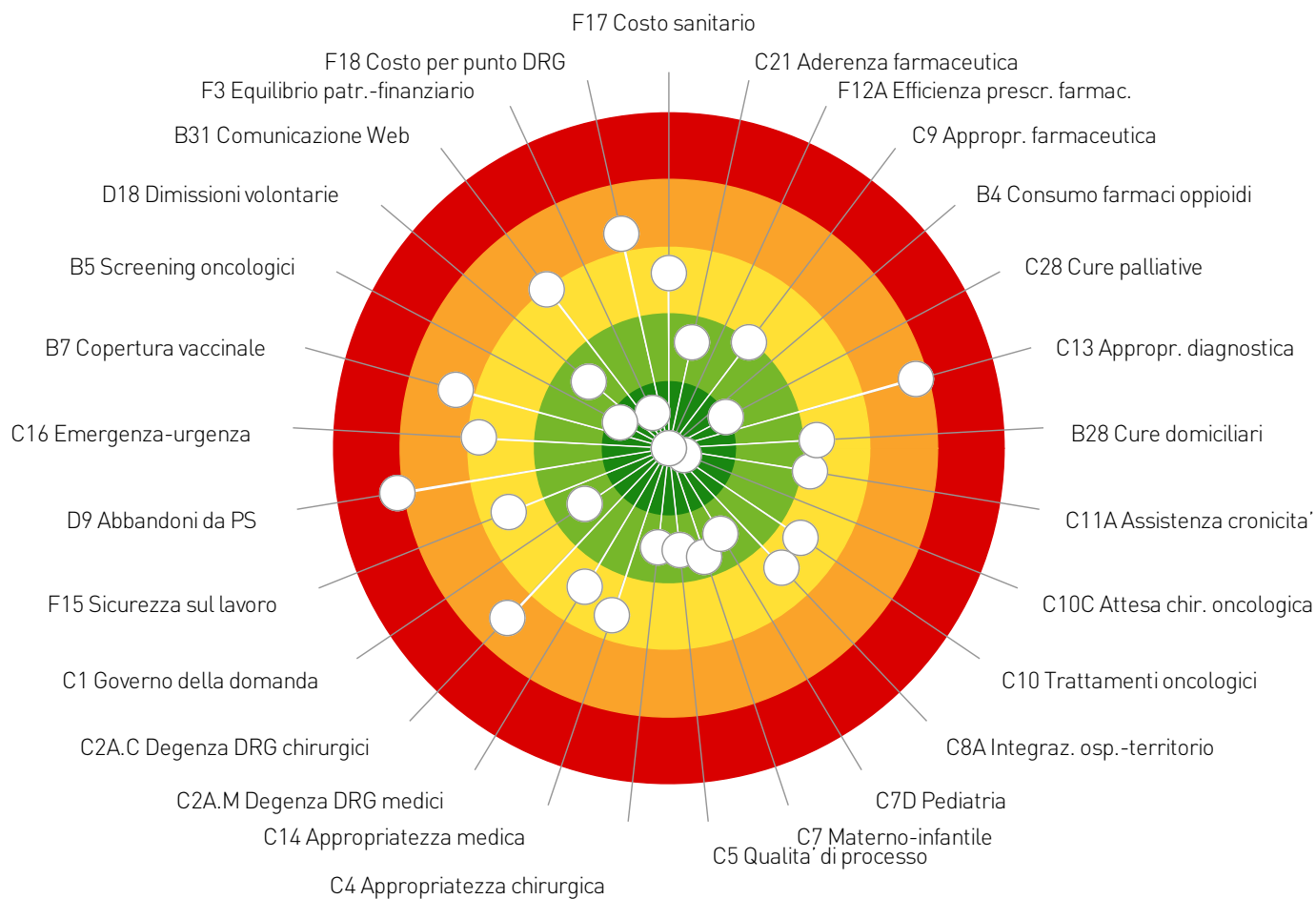
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 95

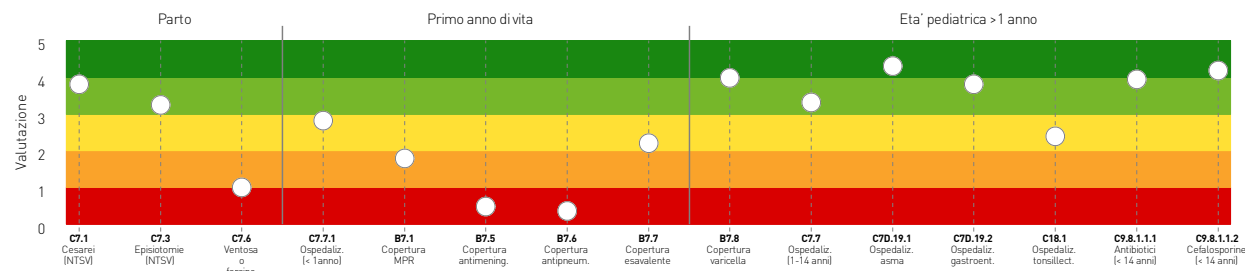


● Indicatori peggiorati
 ● Indicatori stazionari
 ● Indicatori migliorati

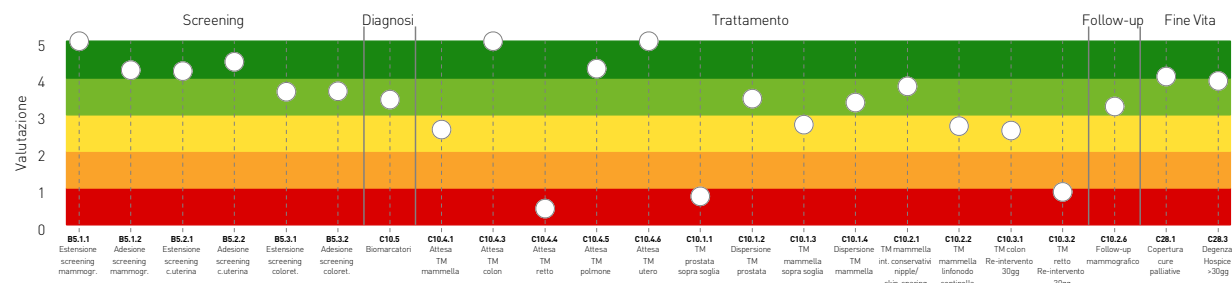
Valutazione della performance 2018



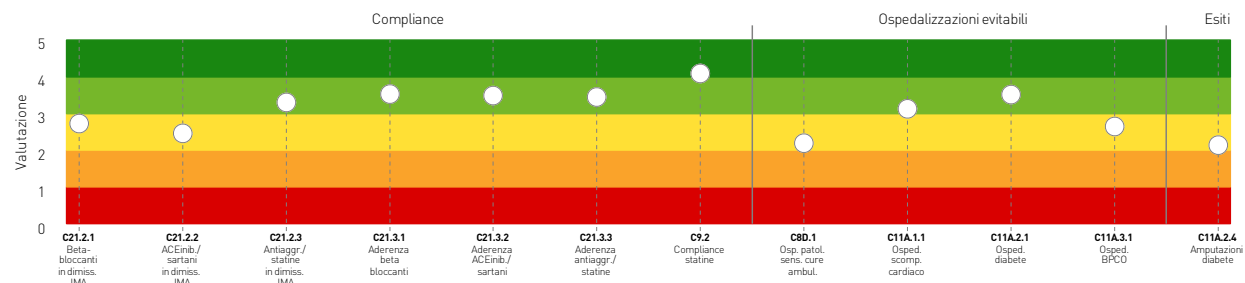
PERCORSO MATERNO INFANTILE



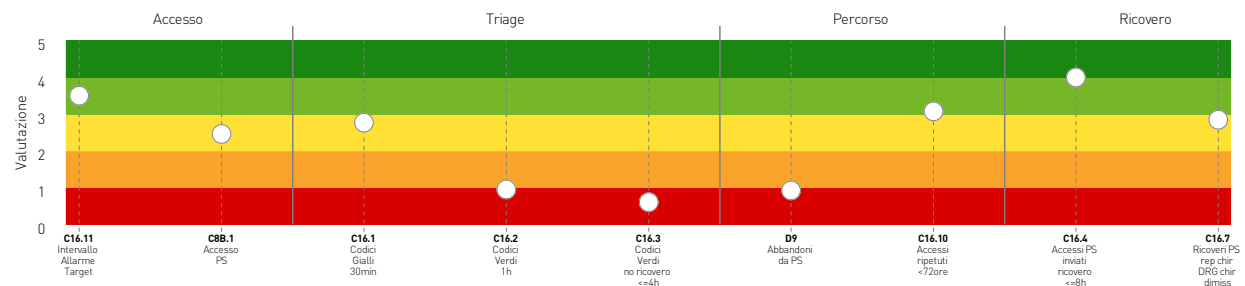
PERCORSO ONCOLOGICO



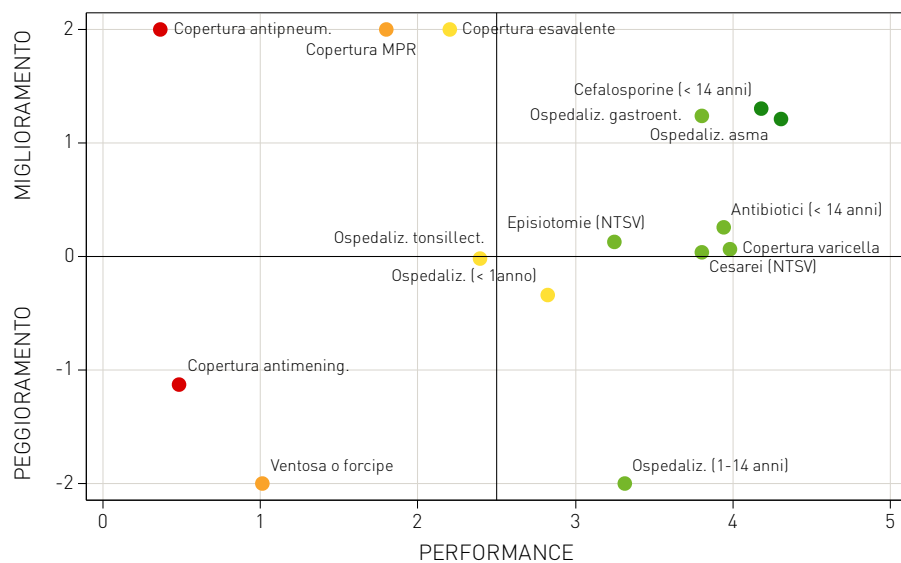
PERCORSO CRONICITÀ



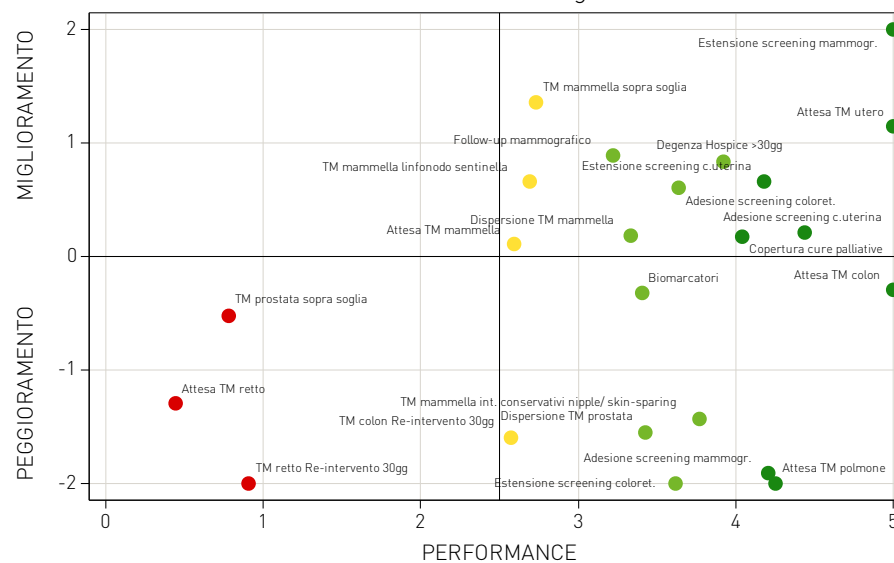
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



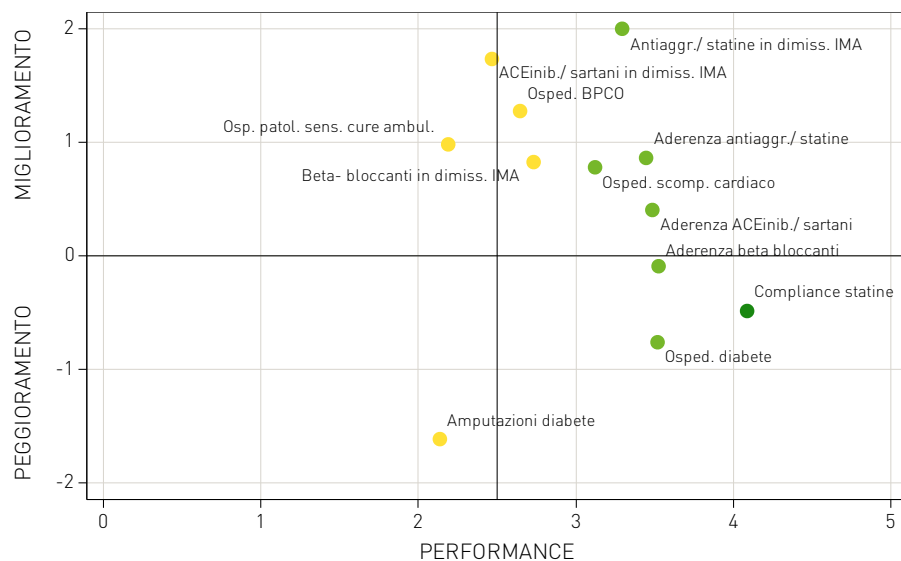
Percorso Materno Infantile



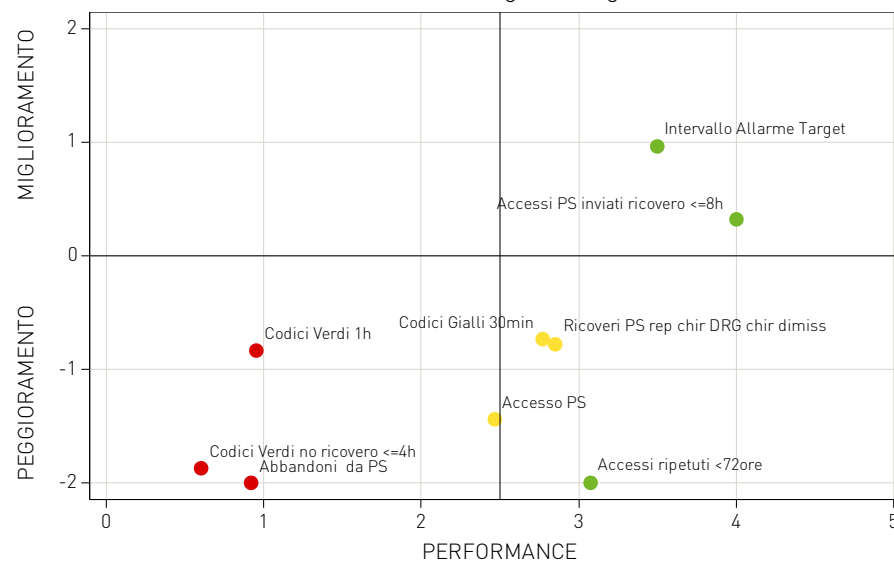
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



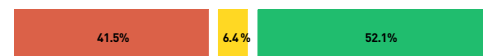
ASUI TRIESTE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)



Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 89

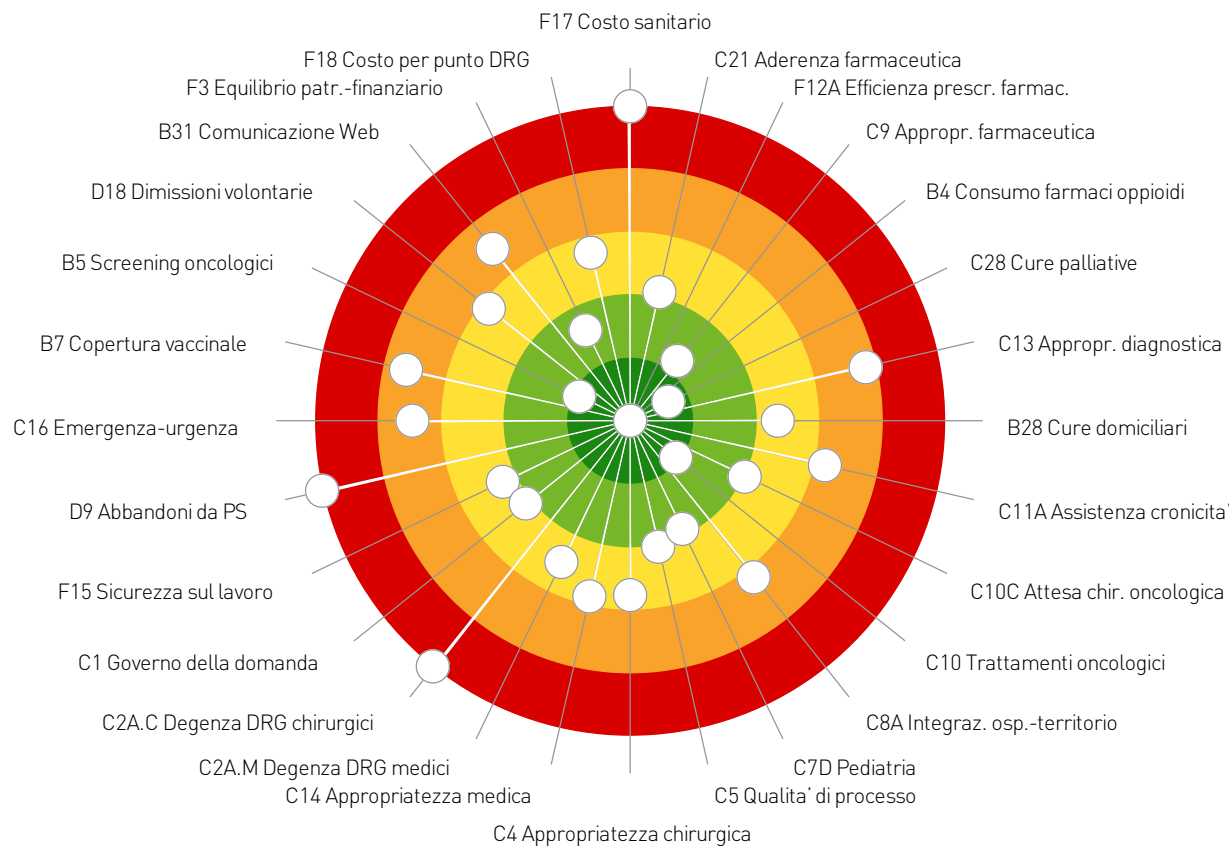


Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

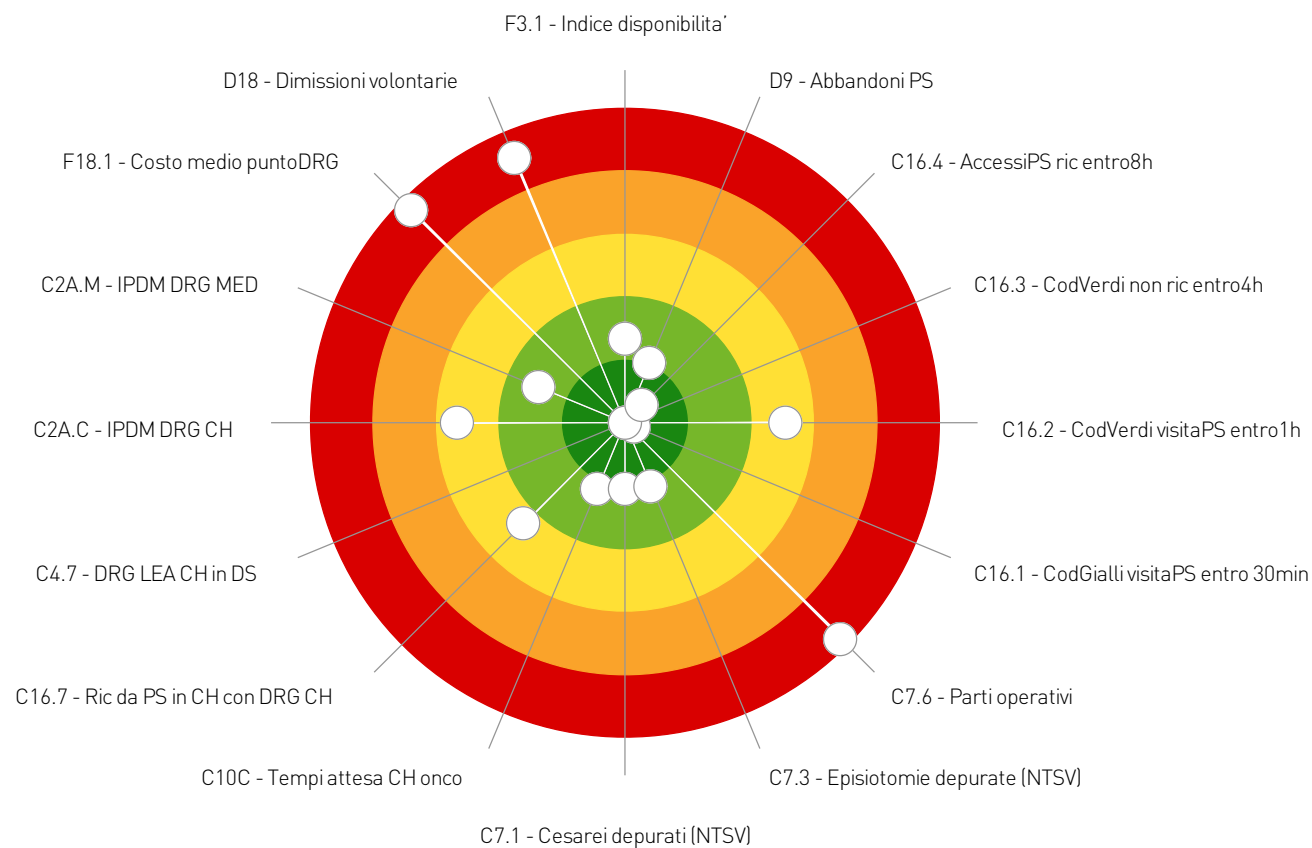


IRCCS BURLO GAROFOLO

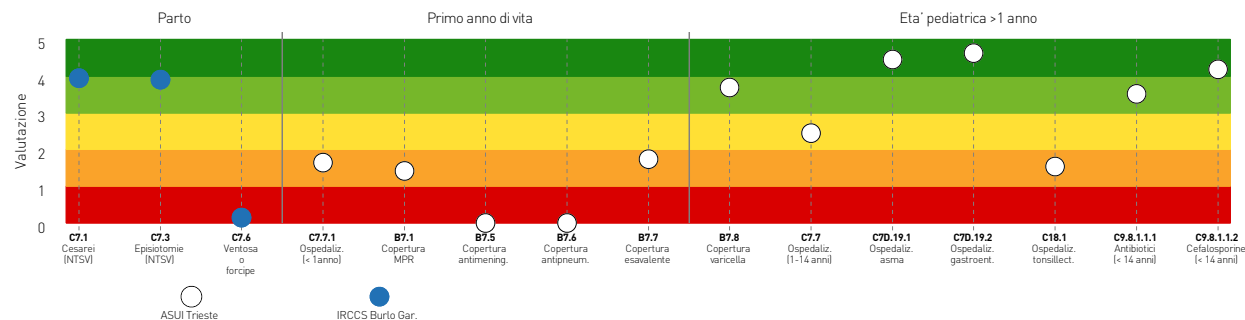
Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



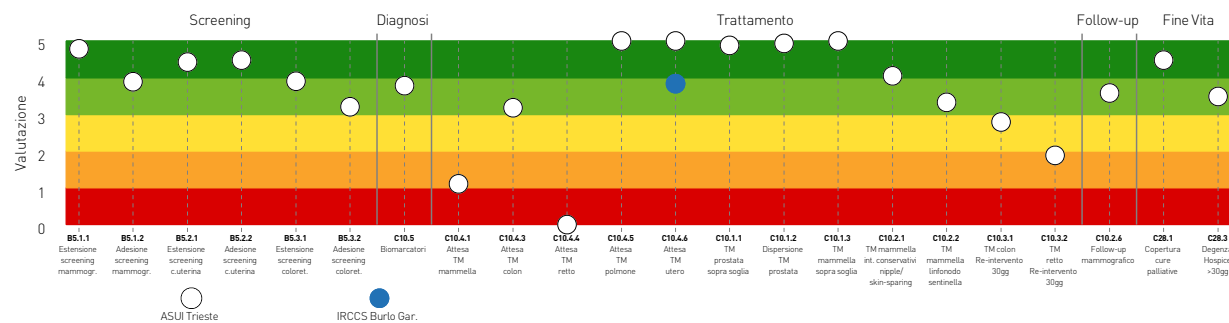
Valutazione della performance 2018



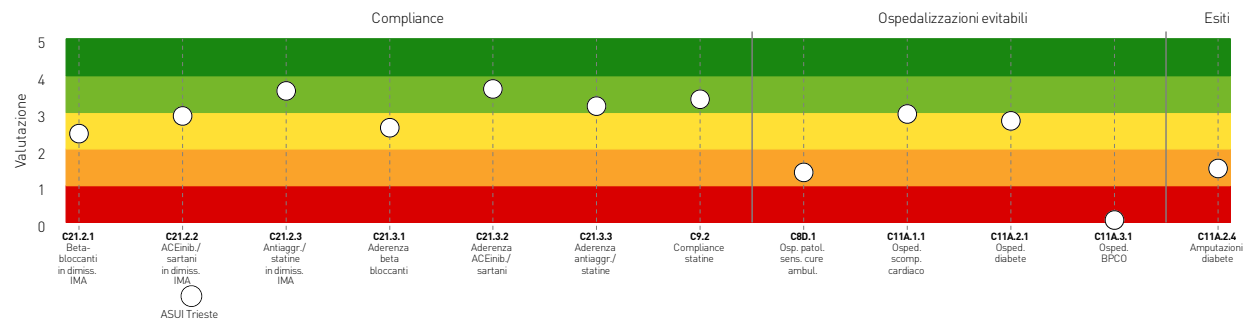
PERCORSO MATERNO INFANTILE



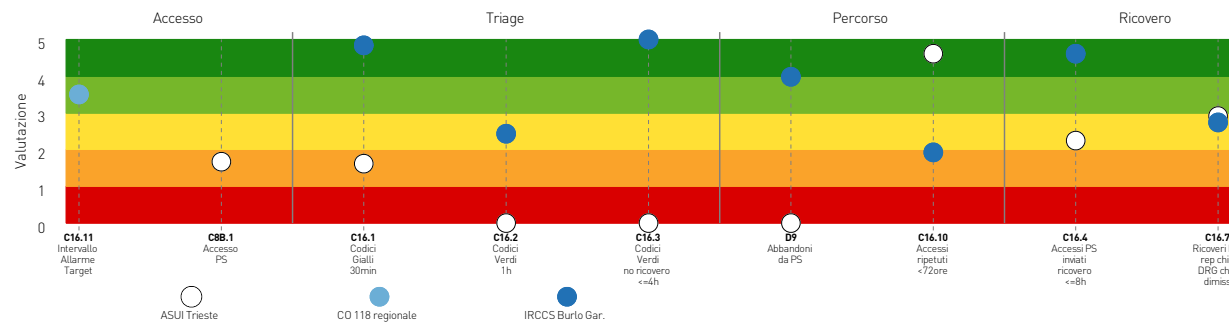
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



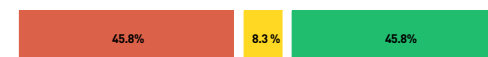
BASSA FRIULANA-ISONTINA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



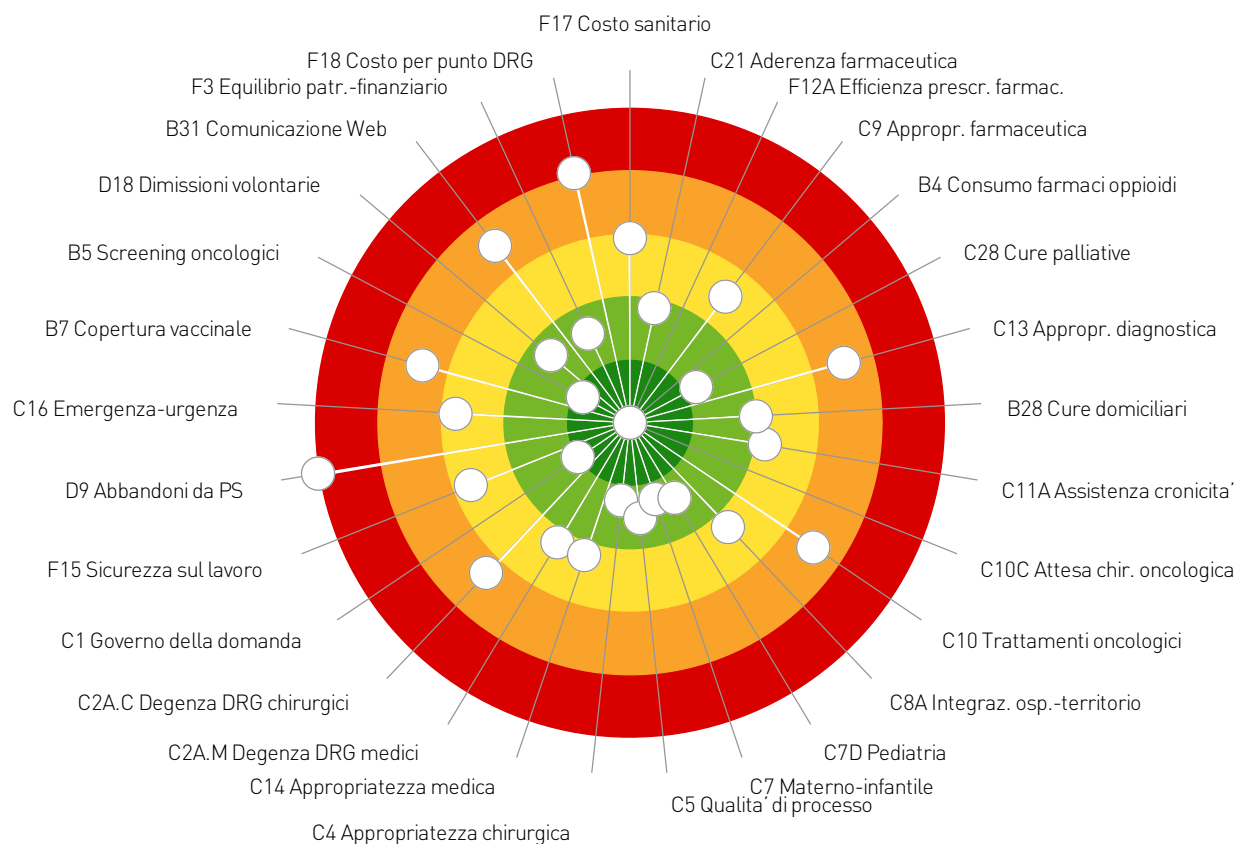
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 93

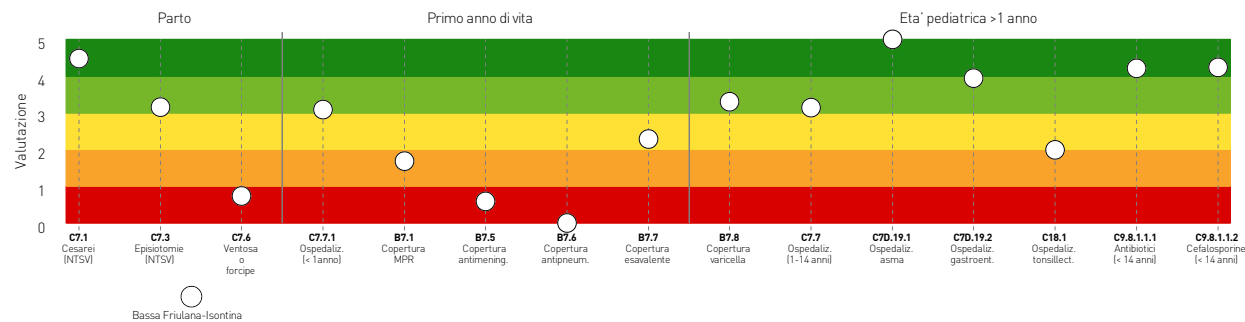


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

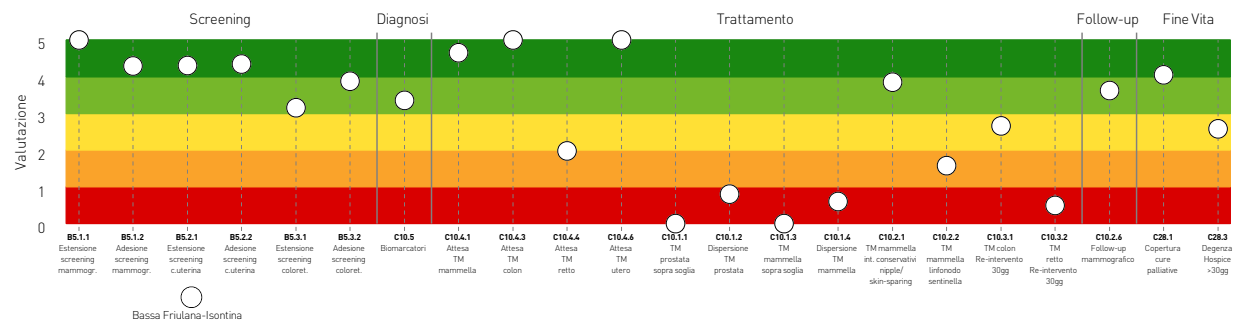
Valutazione della performance 2018



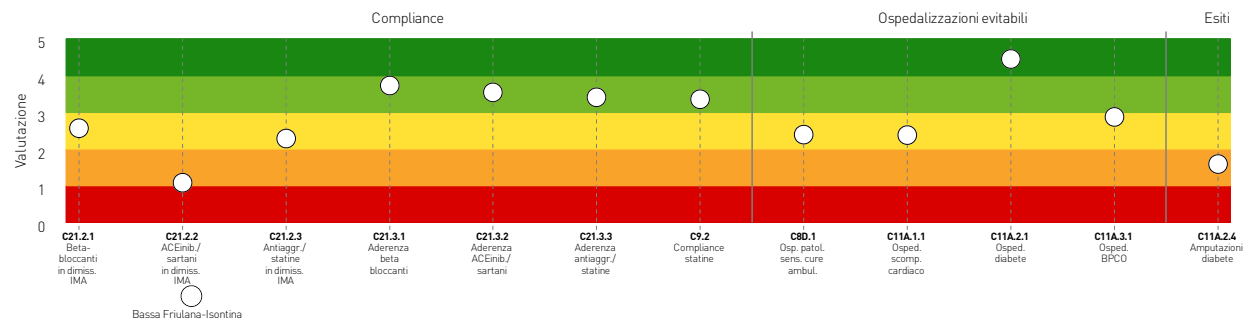
PERCORSO MATERNO INFANTILE



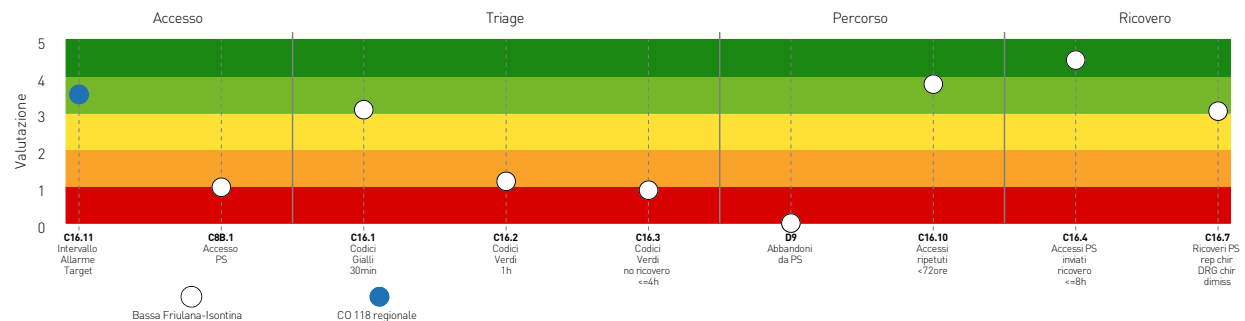
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



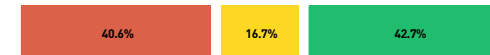
A.FRIULI-COLLINARE-M.FRIULI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



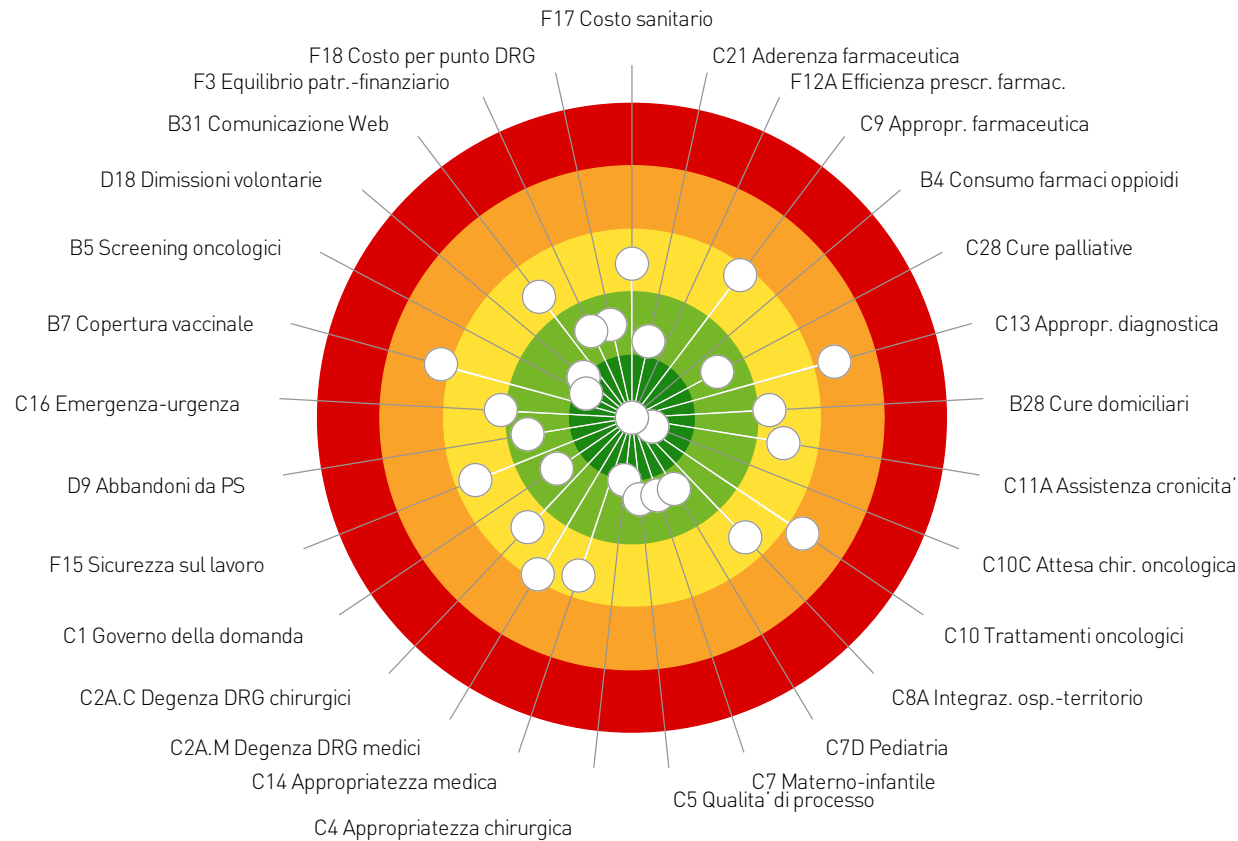
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 93

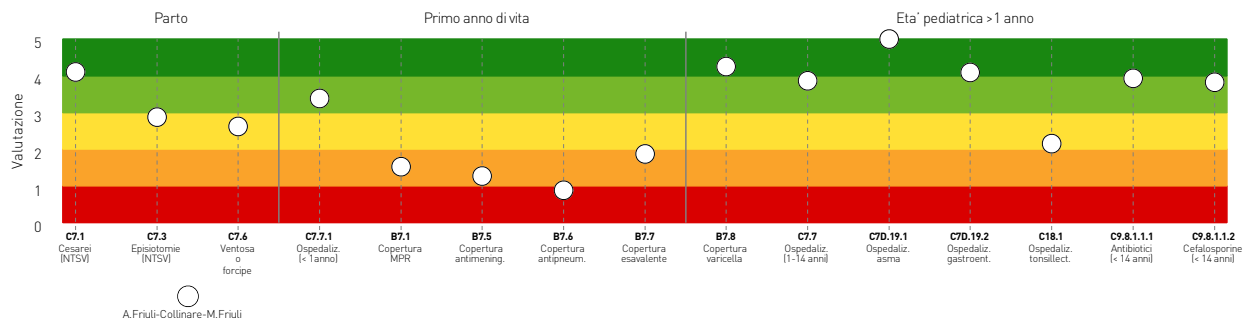


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

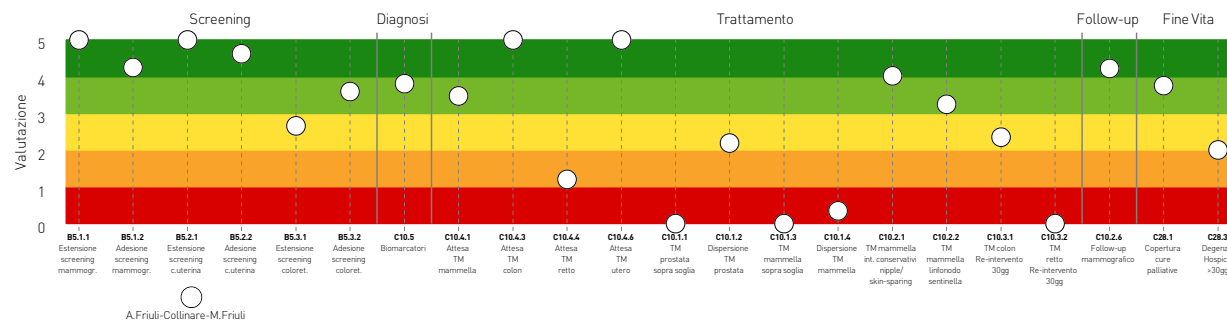
Valutazione della performance 2018



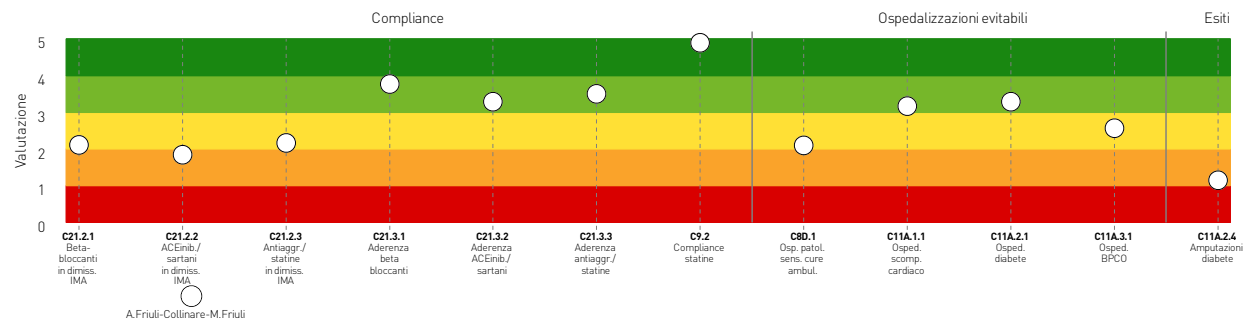
PERCORSO MATERNO INFANTILE



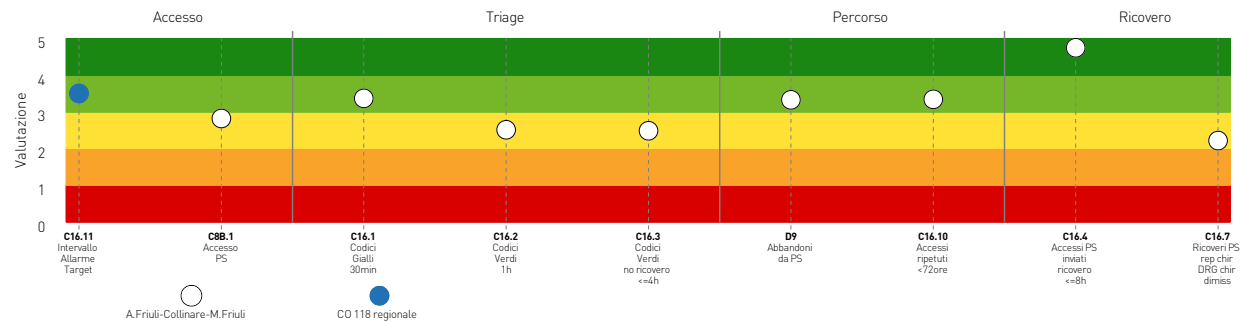
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ASUI UDINE

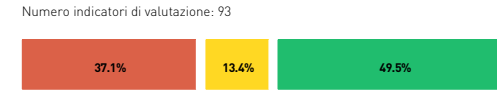
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

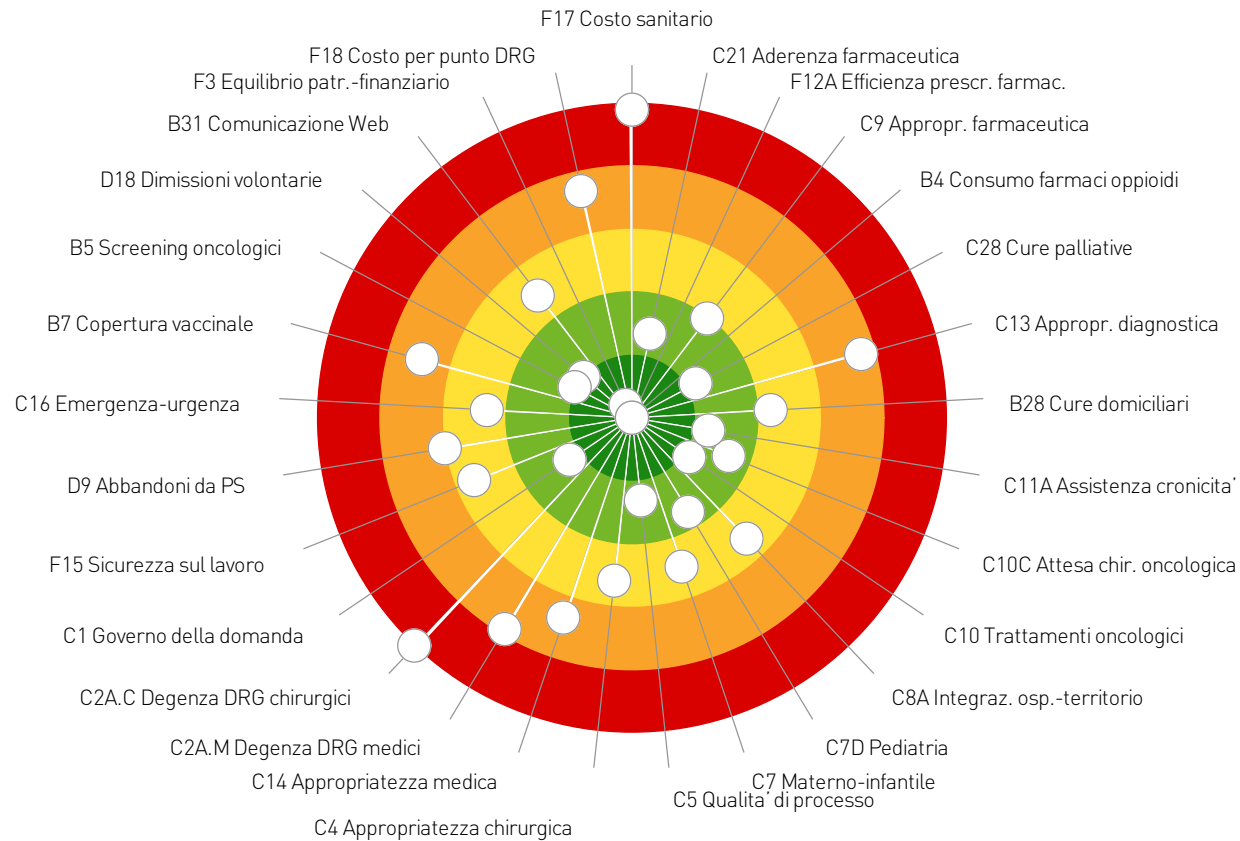


Andamento indicatori - Trend 2017/2018

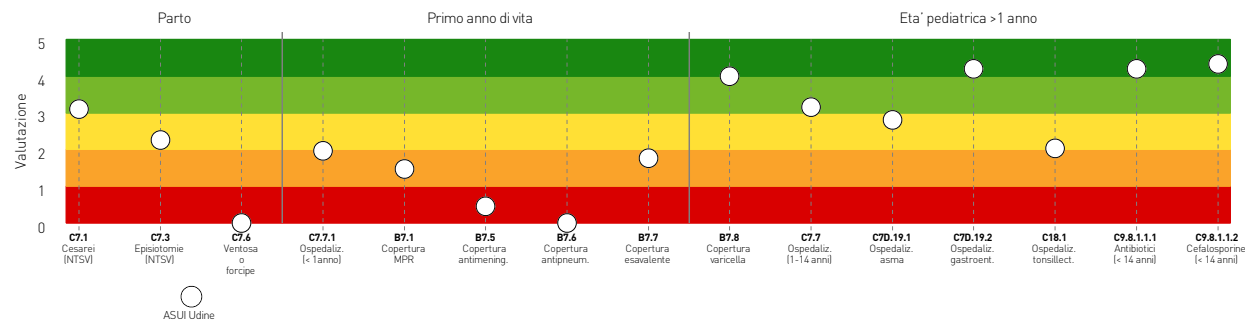


● Indicatori peggiorati
 ● Indicatori stazionari
 ● Indicatori migliorati

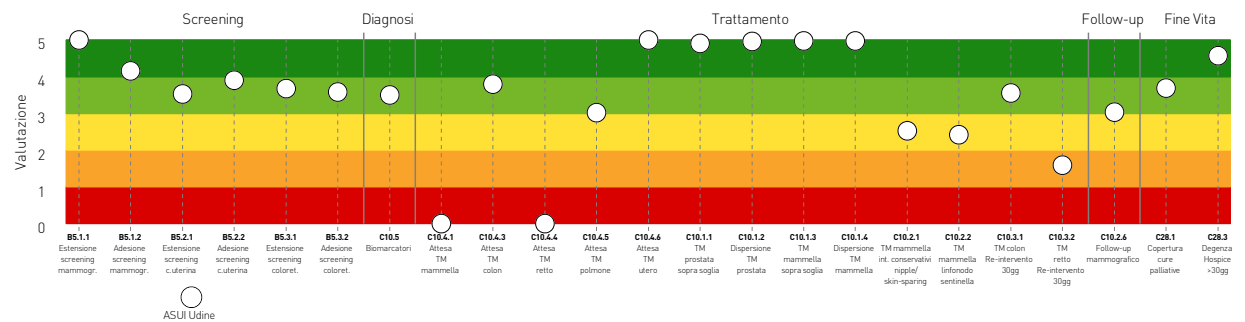
Valutazione della performance 2018



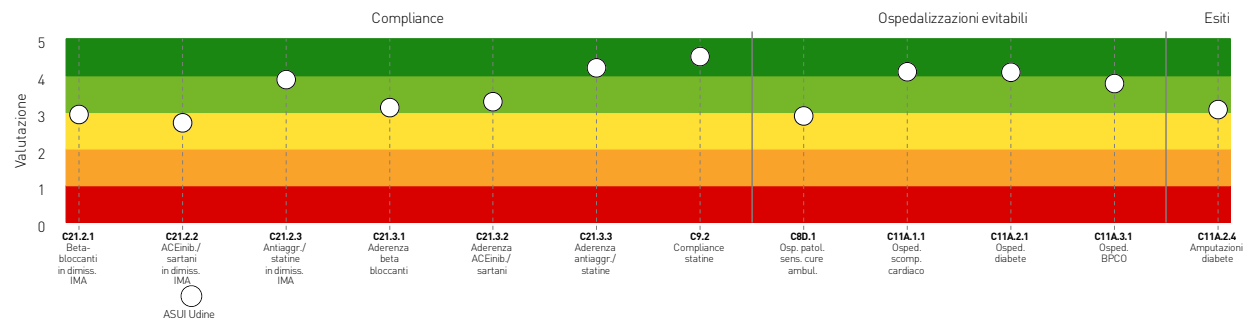
PERCORSO MATERNO INFANTILE



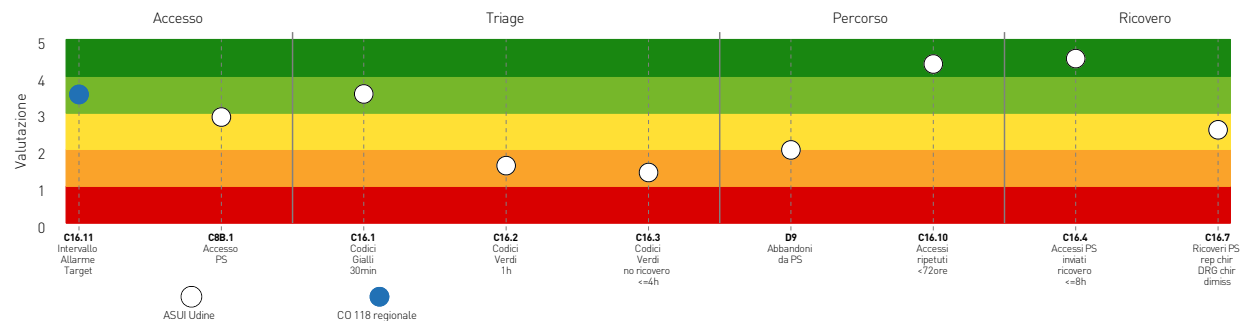
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



FRIULI OCCIDENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



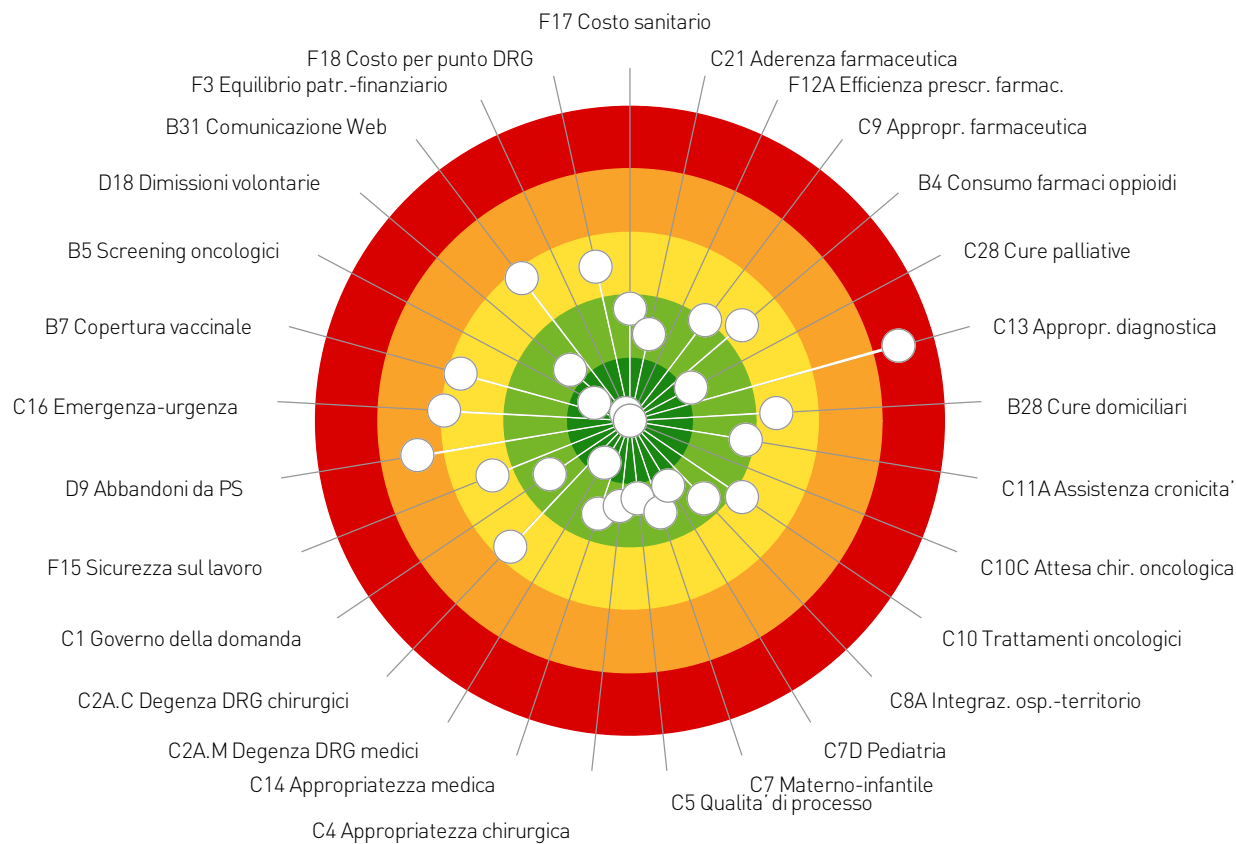
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 93



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

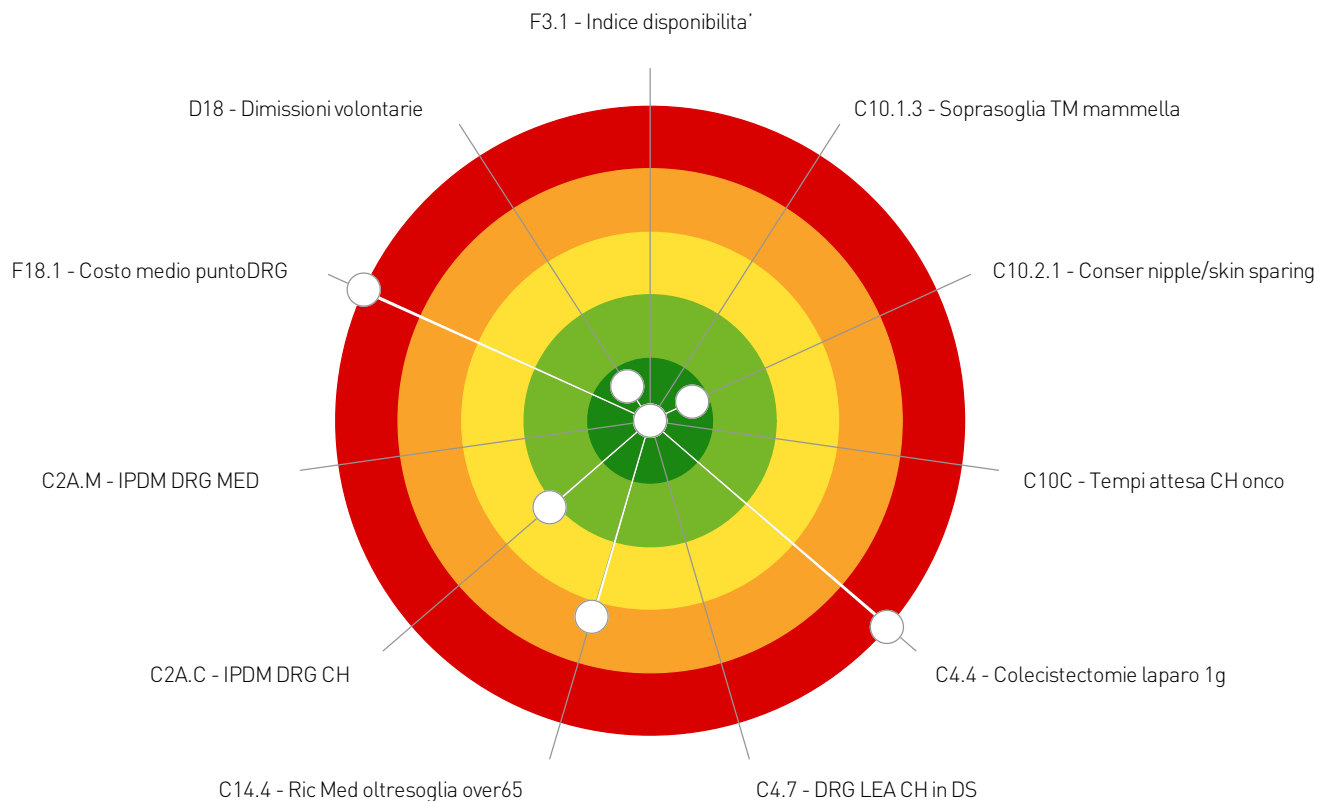


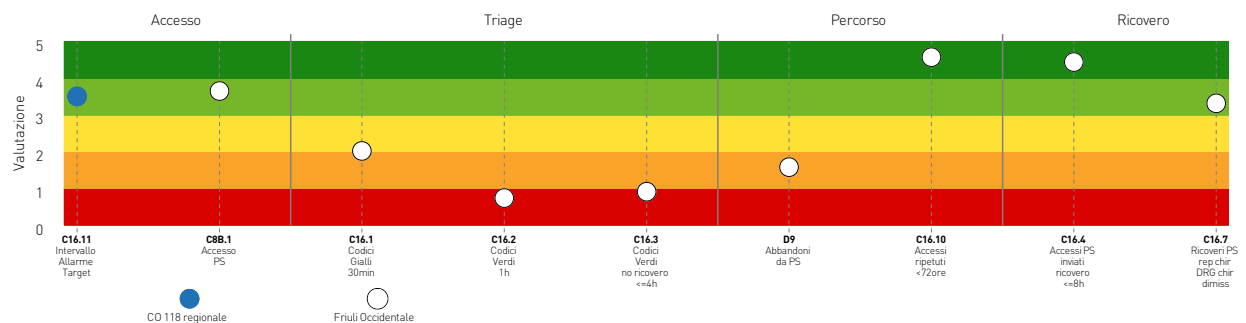
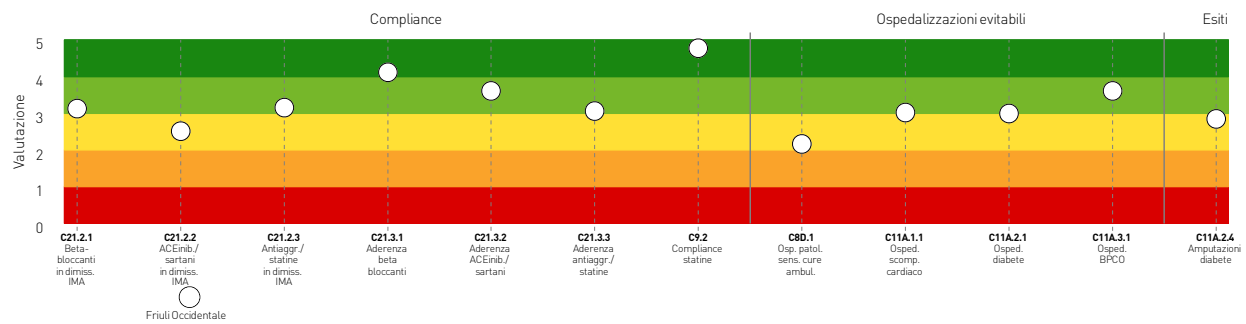
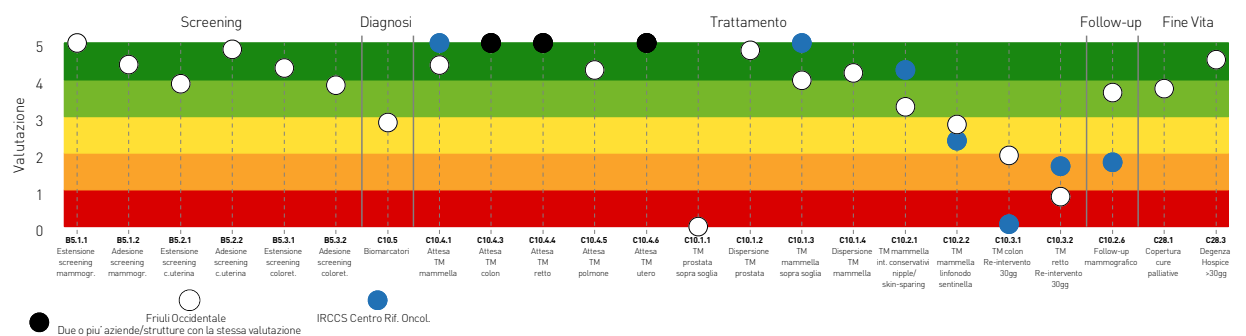
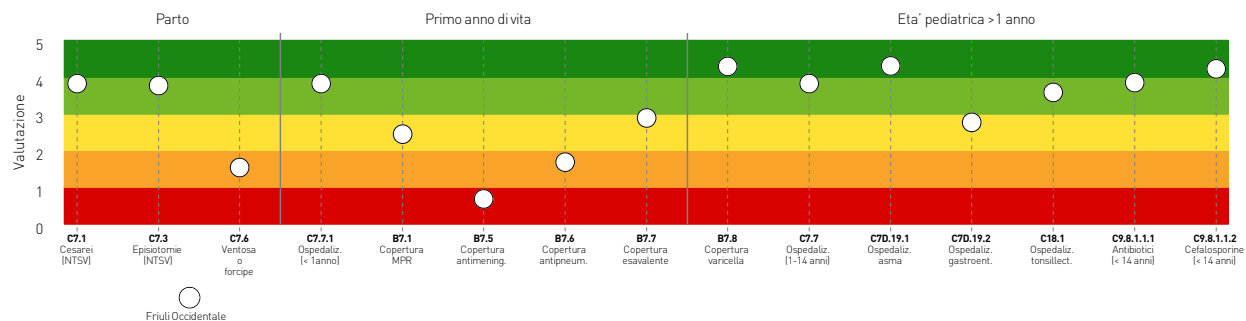
IRCCS CENTRO RIF. ONCOLOGICO

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



Valutazione della performance 2018





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

LIGURIA



Popolazione: 1.565.307
Densità: 289 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

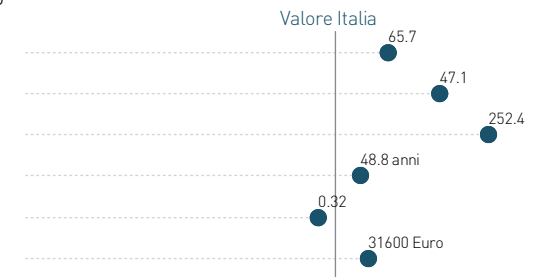
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il Sistema Sanitario Regionale ligure prevede l'esistenza di 5 Aziende-Unità Sanitarie Locali (AUSL) e, a partire dal 30 settembre 2016, dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), con compiti di formazione, governo clinico, accreditamento, integrazione socio-sanitaria, valutazione delle performance, analisi epidemiologica e prevenzione. Sono inoltre presenti 2 Enti Ospedalieri (Galliera e Evangelico Internazionale), un'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU S. Martino) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS Gaslini).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LIGURIA

L'indagine ministeriale PASSI rileva come gli stili di vita dei Liguri non si discostino particolarmente rispetto a quelli diffusi nelle altre Regioni nel *network*, nonostante un leggero eccesso di persone sedentarie.

Per quanto riguarda la capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale mostra ancora dei margini di miglioramento, soprattutto in riferimento alla vaccinazione antinfluenzale per le persone anziane. Per quanto riguarda gli screening oncologici, sono molto buoni i livelli di estensione, per i tre programmi monitorati (mammografico, cervice uterina, coloretale), per quanto invece i livelli di adesione siano sotto la media sia per la cervice uterina, sia per lo screening coloretale.

In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è sensibilmente aumentata rispetto al 2017, a fronte invece di una contrazione delle segnalazioni di potenziali donatori.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione è nel 2018 poco più alto rispetto alle altre Regioni (149,6 ricoveri ogni 1.000 residenti). Una maggiore diffusione dell'assistenza domiciliare potrebbe probabilmente contribuire a ridurre il ricorso all'ospedale. È soprattutto in riferimento alla casistica medica che sembrano sussistere i maggiori margini di recupero di appropriatezza: in particolare, restano elevati – per quanto entrambi in calo rispetto al 2017 – il numero di ricoveri diurni con finalità diagnostica e quello di ricoveri medici oltre-soglia. La durata delle degenze presenta una situazione diversa per i ricoveri di tipo medico e per quelli di tipo chirurgico: per i primi, la Liguria presenta risultati migliori rispetto alle altre Regioni mentre si registra una degenza media relativamente più lunga, per quanto in calo, per l'attività chirurgica. Luci e ombre per quanto concerne l'organizzazione dei processi ospedalieri: in particolare, la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, per quanto in aumento, continua ad essere leggermente inferiore rispetto alla maggioranza delle altre Regioni.

L'integrazione ospedale-territorio risulta complessivamente allineata alle altre Regioni, nonostante sussistano marcate difformità tra le Aziende liguri (ad esempio in riferimento ai ricoveri di durata superiore ai 30 giorni).

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, permane la necessità di presidiare la prescrizione di risonanze magnetiche lombari: l'alta (e in aumento) percentuale di pazienti che ripetono la prestazione entro l'anno suggerisce un possibile problema di appropriatezza.

Sul versante della *governance* farmaceutica, la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza è complessivamente buona, mentre maggiore attenzione potrebbe essere rivolta all'appropriatezza (al consumo di inibitori di pompa protonica, ad esempio) e all'aderenza farmaceutica. L'attenzione verso la gestione del dolore – misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi – è nella media.

La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma un ambito a cui prestare attenzione, anche a fronte della marcata variabilità inter-aziendale. In generale, il rapporto con l'utenza potrebbe essere irrobustito attraverso un maggiore investimento

sulla digitalizzazione dei servizi amministrativi, mentre l'accessibilità online alle informazioni sui servizi è complessivamente buona.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria (relativa all'anno 2017), il costo sanitario complessivo di 1970 Euro pro capite è in linea con la media delle altre Regioni.

La gestione del percorso materno-infantile presenta ancora ambiti di miglioramento sia nella fase del parto, sia nella presa in carico del primo anno di vita (oltre alle già citate difficoltà nell'attività vaccinale, il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita – per quanto in contrazione rispetto al 2017 – è il più elevato del *network*), sia nella successiva fase pediatrica (il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia e il tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma si confermano elevati).

La gestione del percorso oncologico presenta risultati contrastanti. Nella fase del trattamento, si registrano tempi di attesa per gli interventi chirurgici piuttosto contenuti (eccezion fatta per il tumore al retto) ma va ancora fatto uno sforzo verso la concentrazione della casistica, soprattutto per il trattamento di prostata e mammella. Per quanto riguarda il fine vita, si segnalano margini di miglioramento dei tempi di attesa per accedere alle strutture di *hospice*, soprattutto per l'area savonese.

La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso *performance* in linea rispetto alle altre Regioni: i bassi tassi di ospedalizzazione per patologie croniche confermano una buona capacità assistenziale, pur registrando qualche criticità in riferimento al piede diabetico, che segna un ulteriore aumento delle amputazioni e raggiunge ora il valore più elevato del *network*.

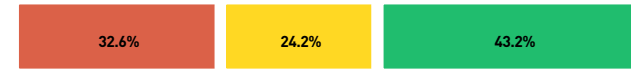
I tempi di attesa in Pronto Soccorso mostrano una certa difficoltà nella presa in carico della casistica meno grave, soprattutto in alcune Aziende, e si rispecchiano nell'elevata percentuale di abbandoni, che resta problematica in alcune strutture (presso l'Ospedale Galliera, *in primis*). Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo si conferma invece molto contenuto su tutto il territorio regionale.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

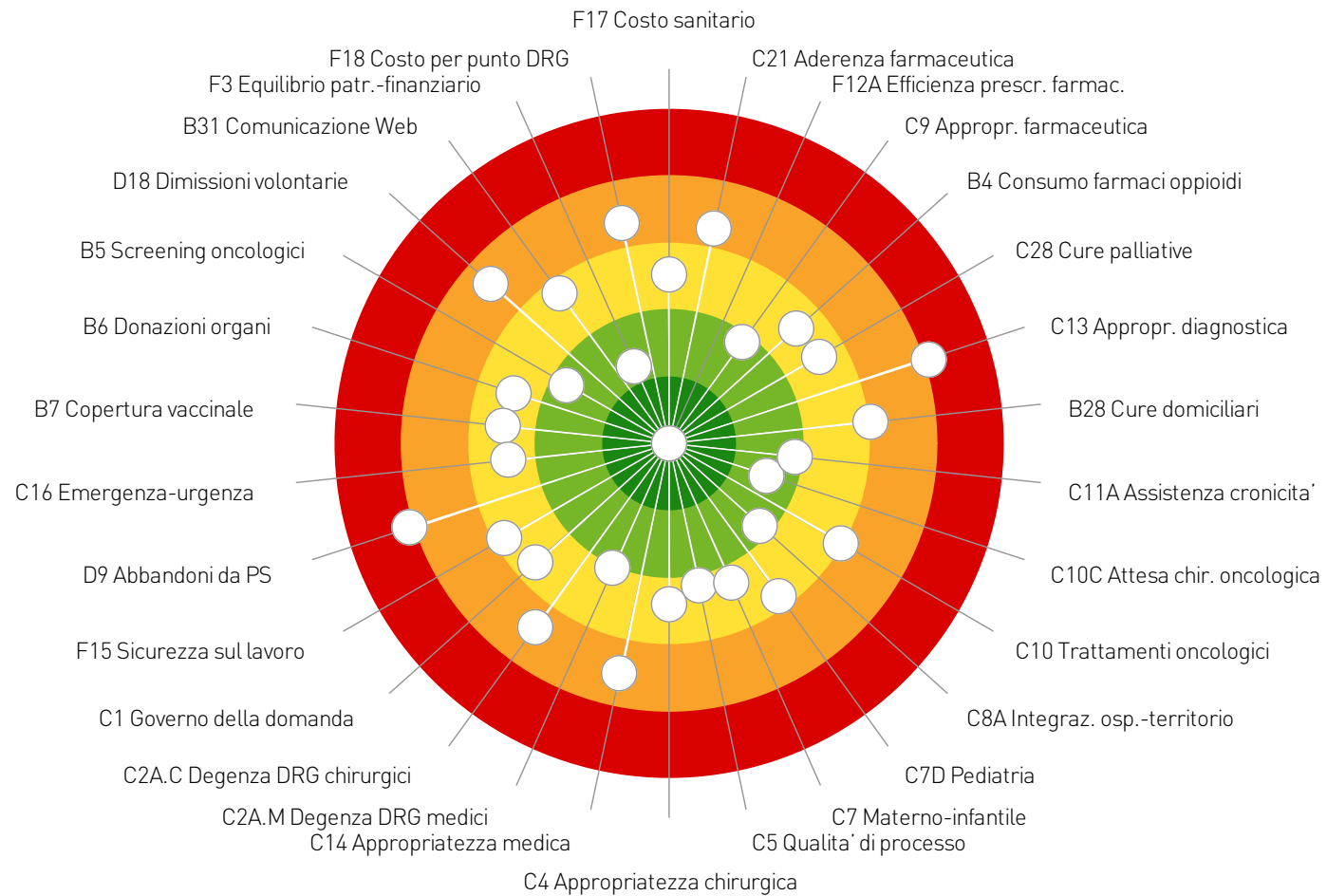
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 97

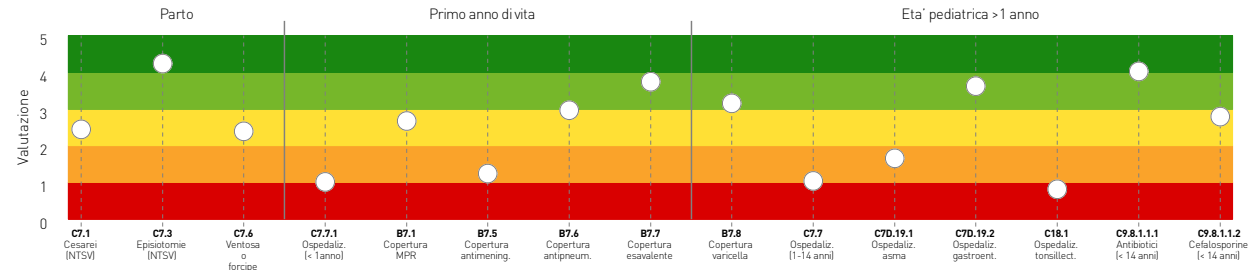


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

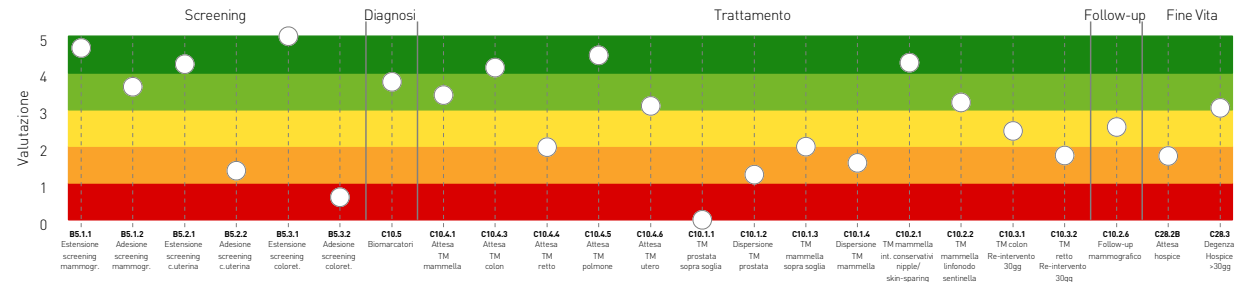
Valutazione della performance 2018



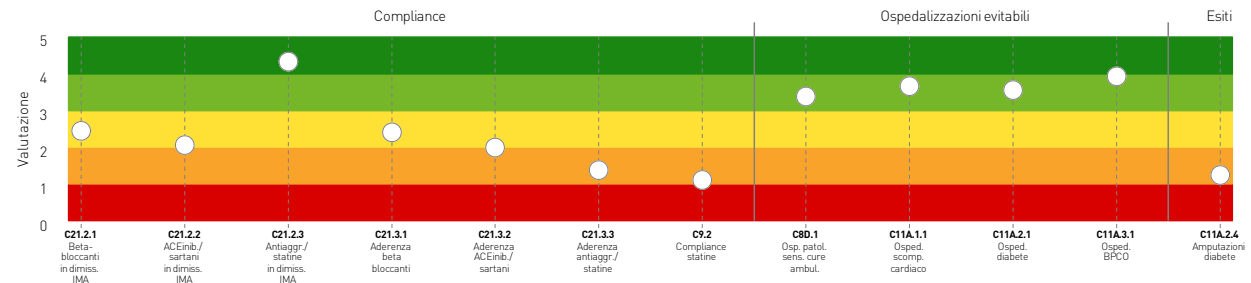
PERCORSO MATERNO INFANTILE



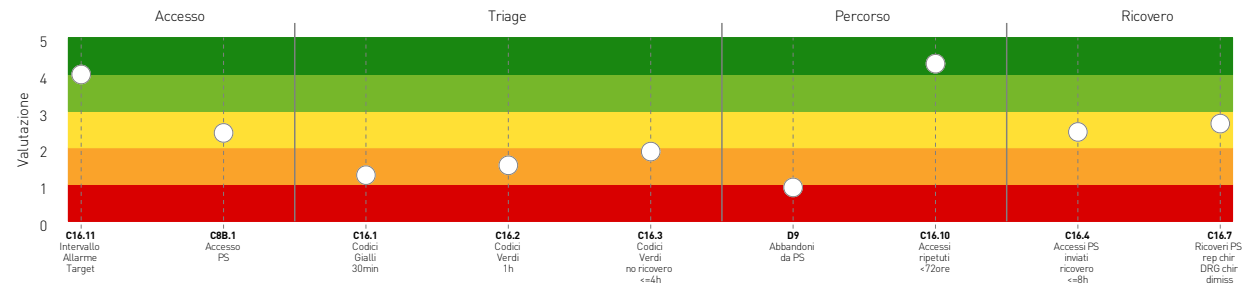
PERCORSO ONCOLOGICO



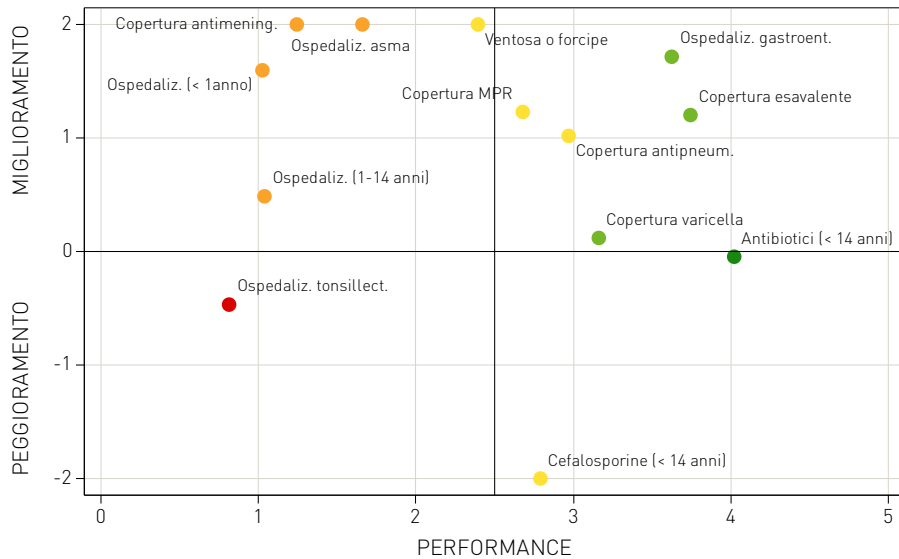
PERCORSO CRONICITÀ



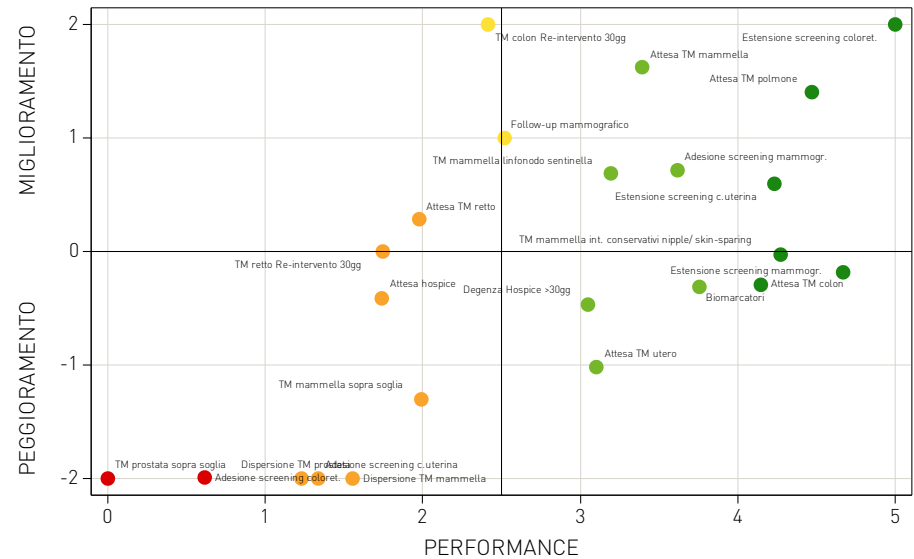
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



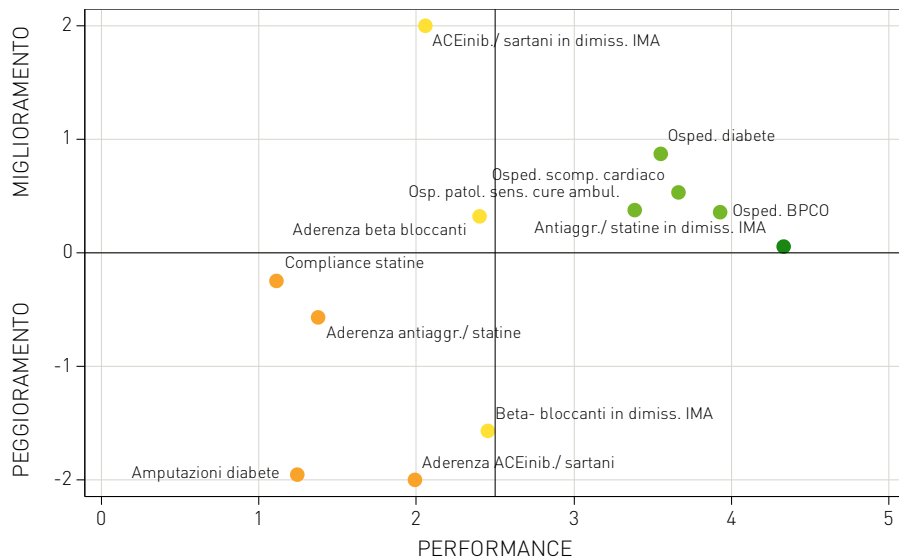
Percorso Materno Infantile



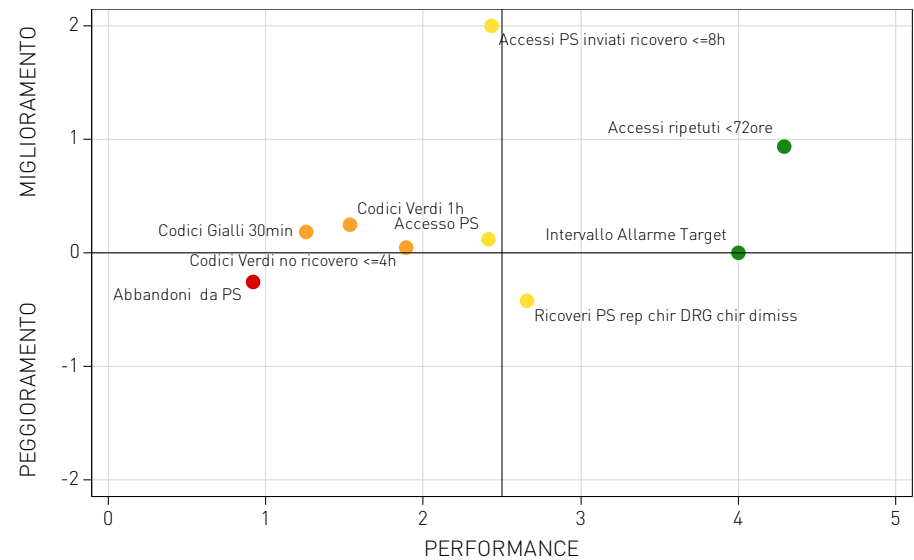
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



AUSL 1 IMPERIESE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

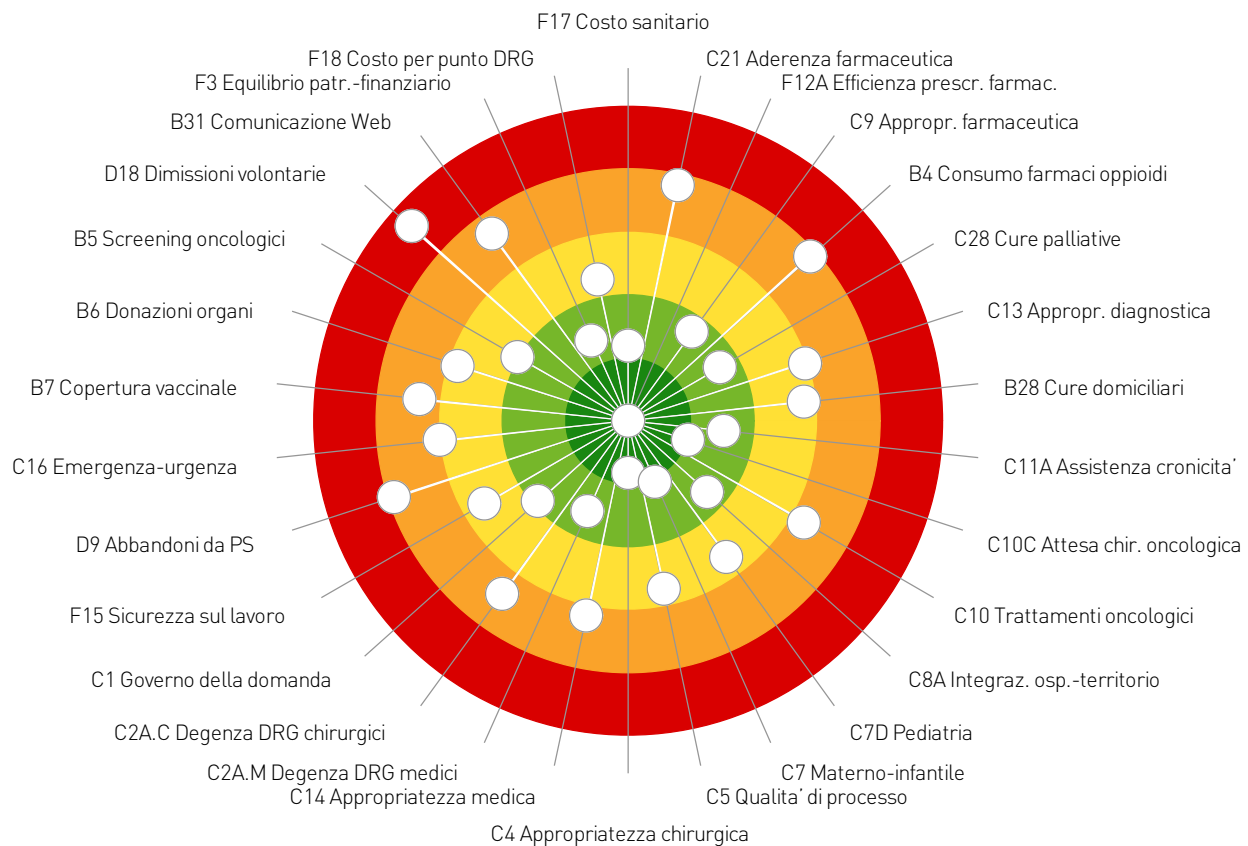
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

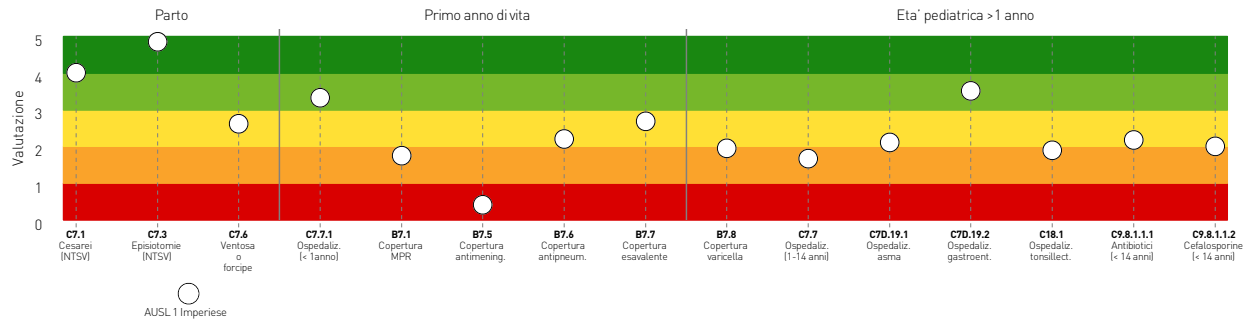
Numero indicatori di valutazione: 95



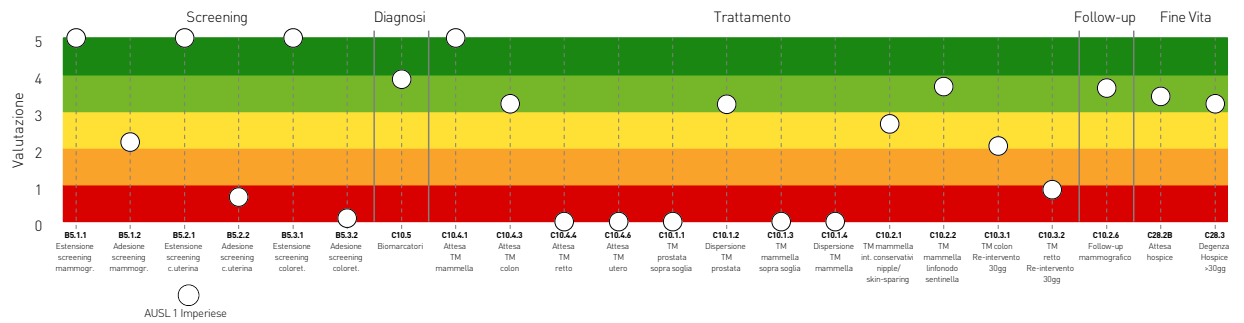
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

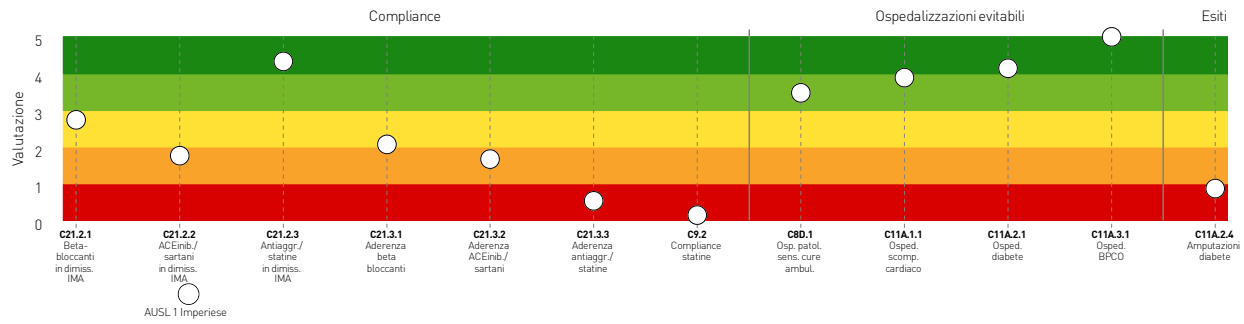




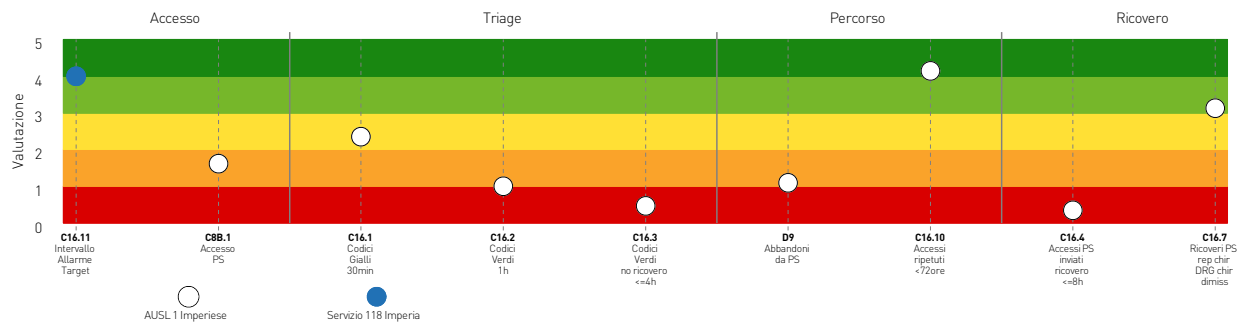
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

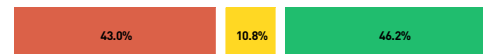
AUSL 2 SAVONESE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

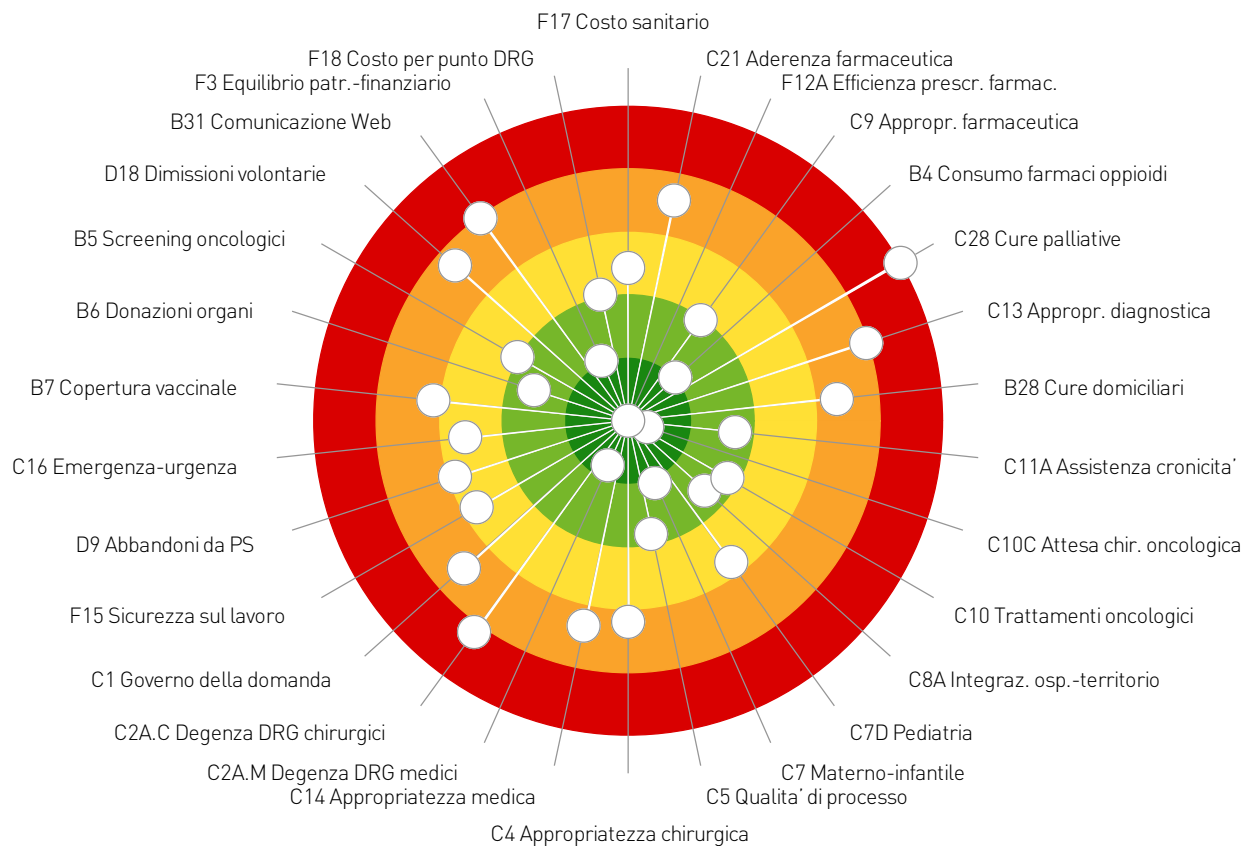
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

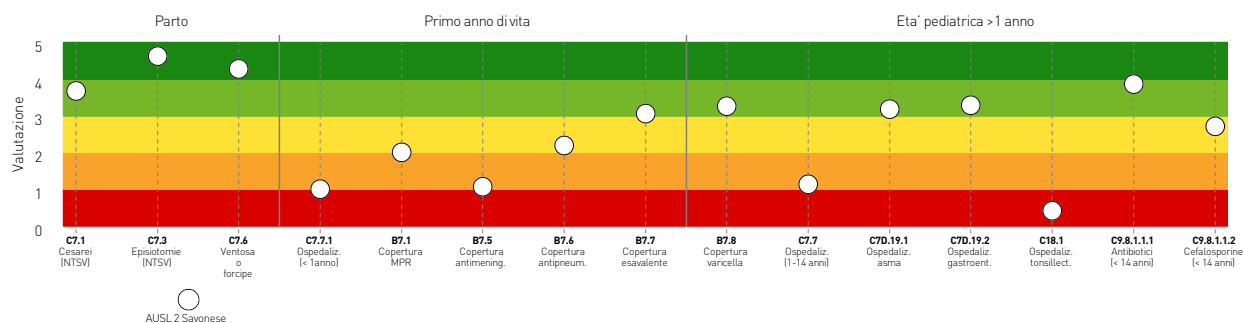
Numero indicatori di valutazione: 96



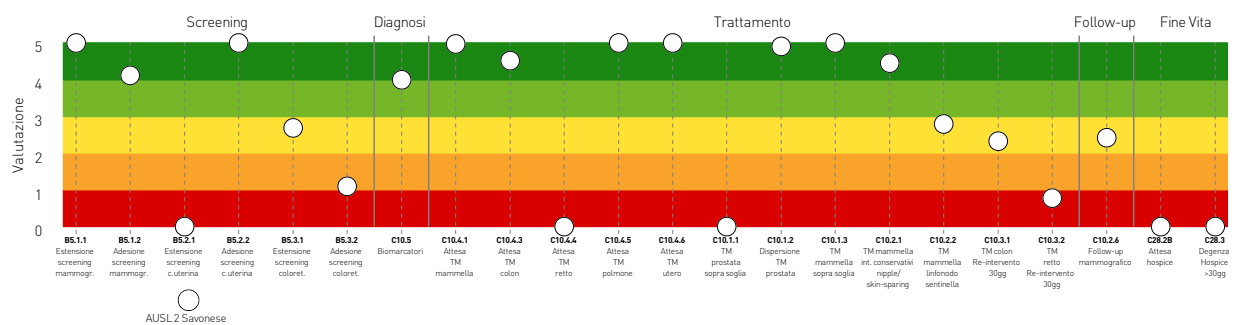
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

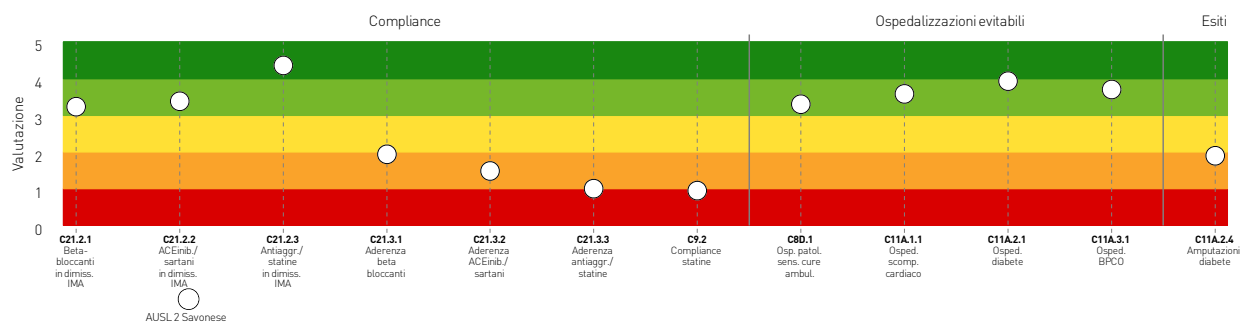




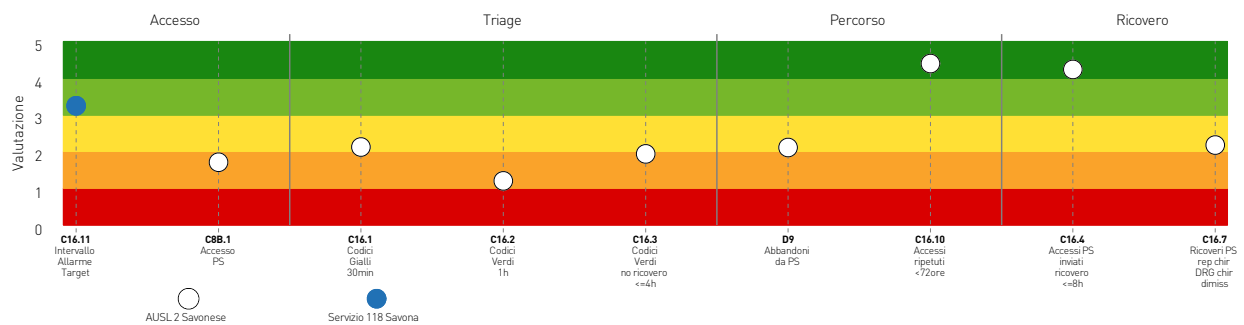
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

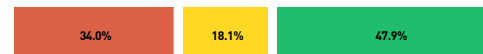
AUSL 3 GENOVESE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

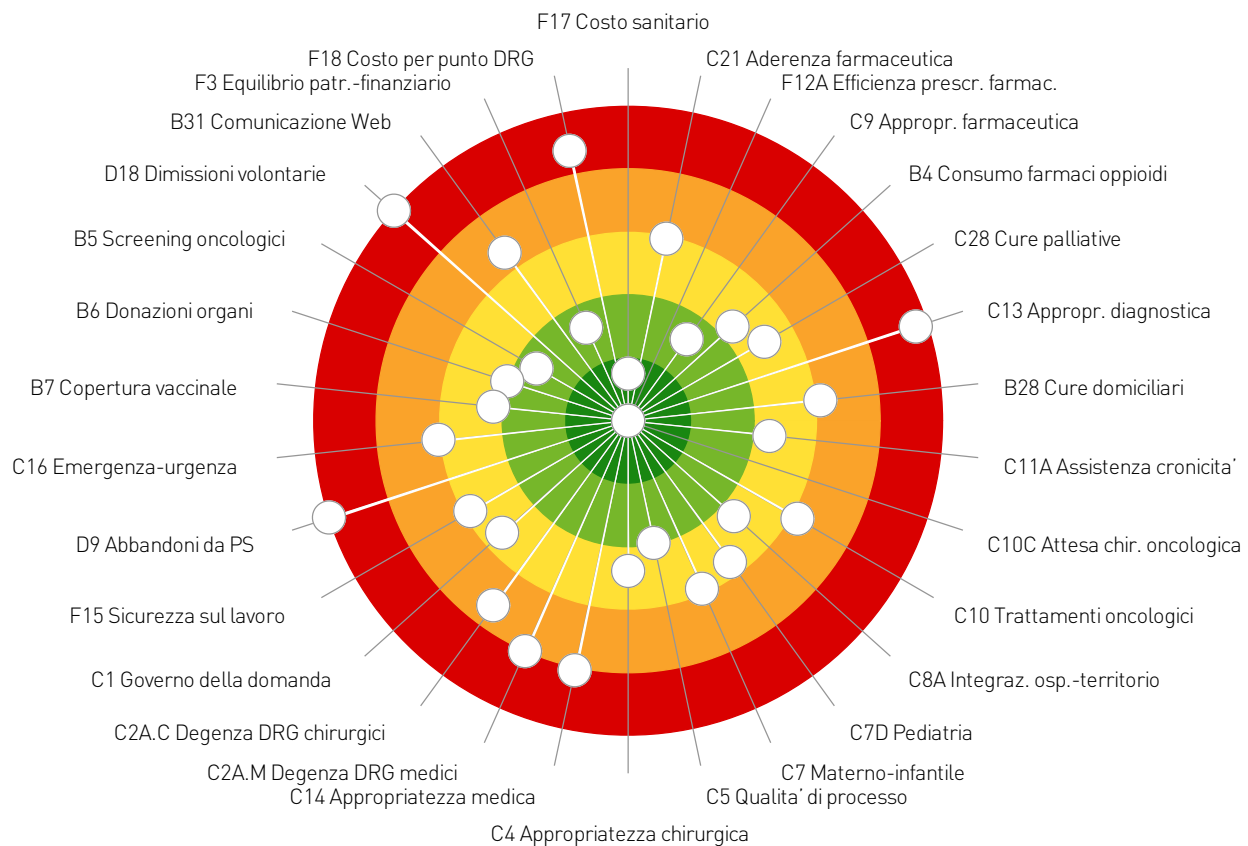
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



OSP. GALLIERA

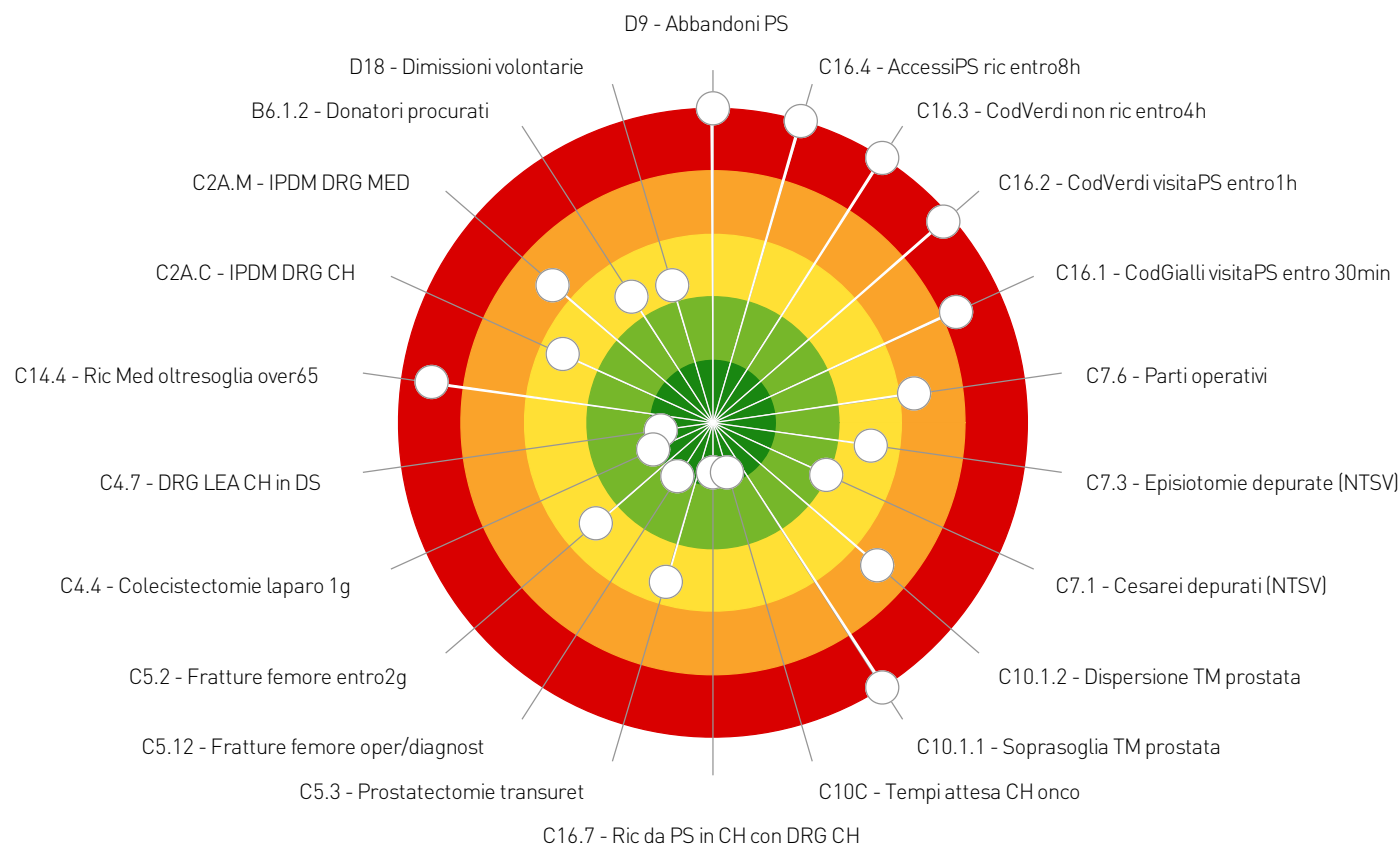
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 31



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



OSP. EVANGELICO

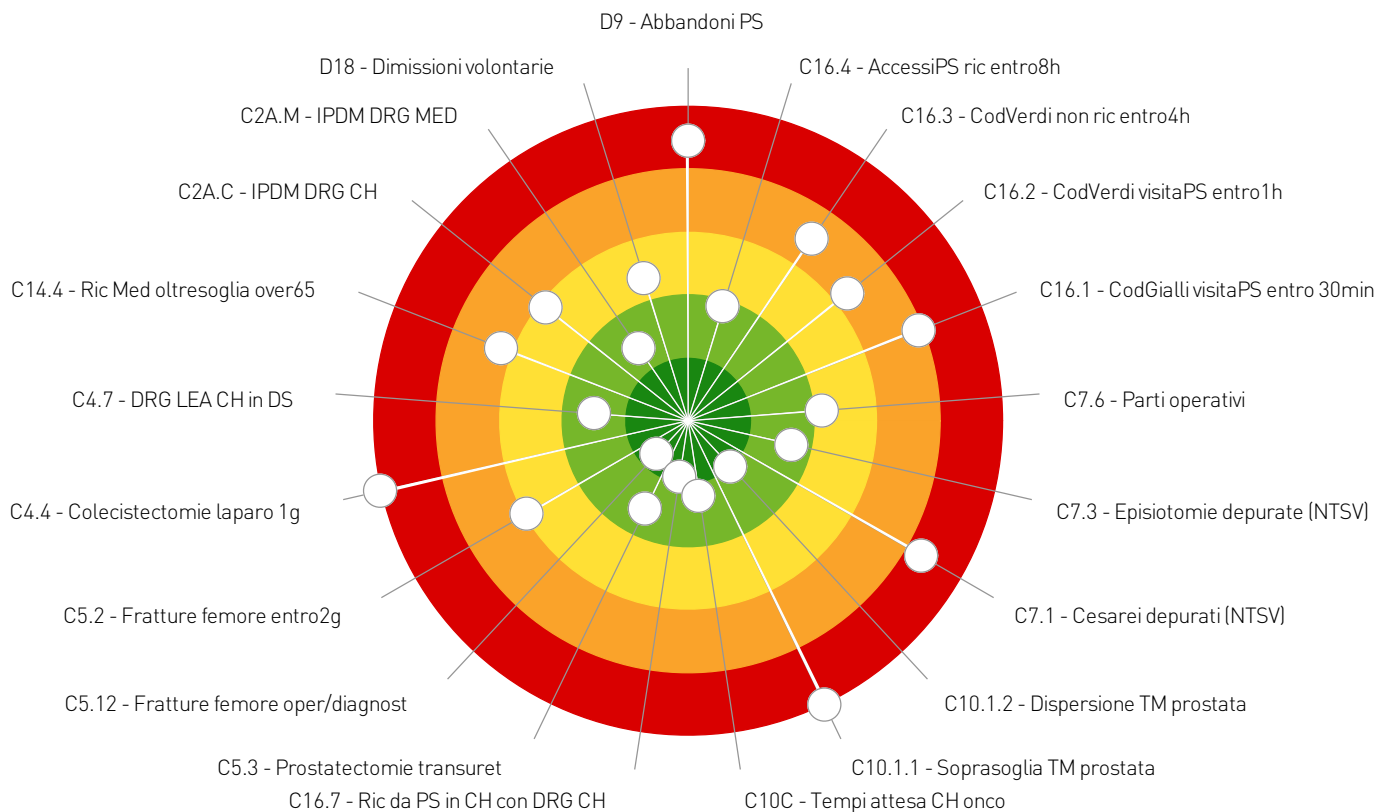
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



IRCCS S. MARTINO

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente



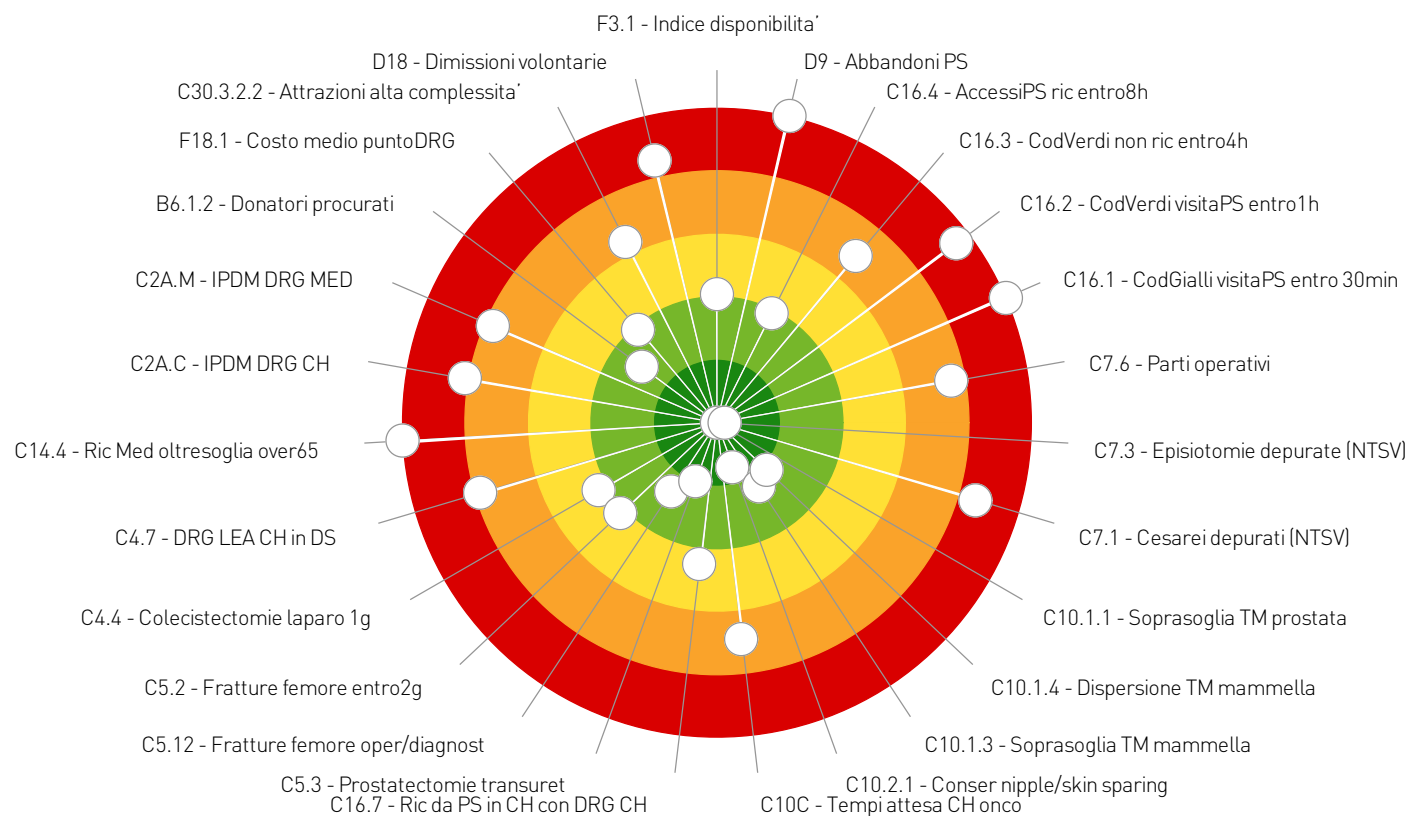
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 38



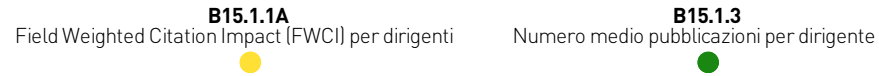
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

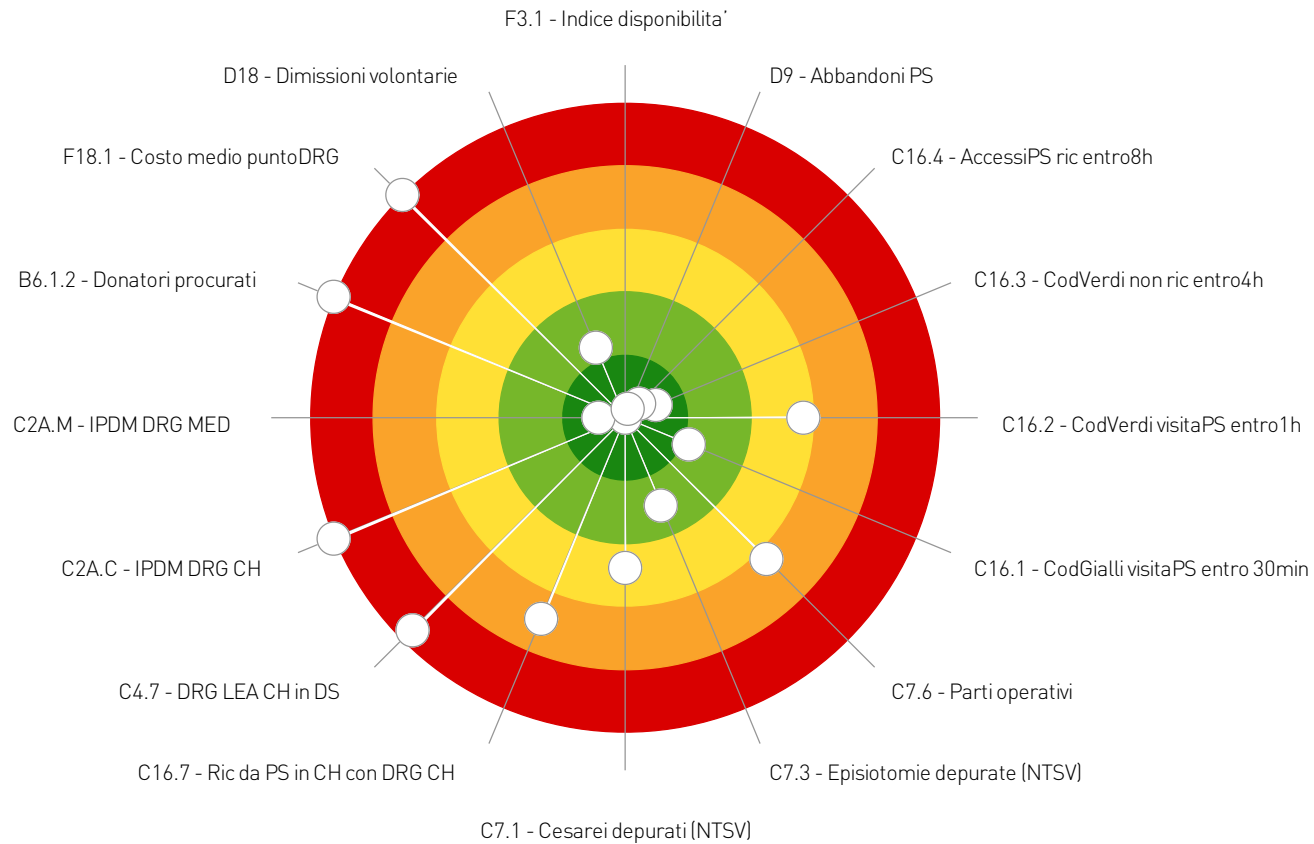


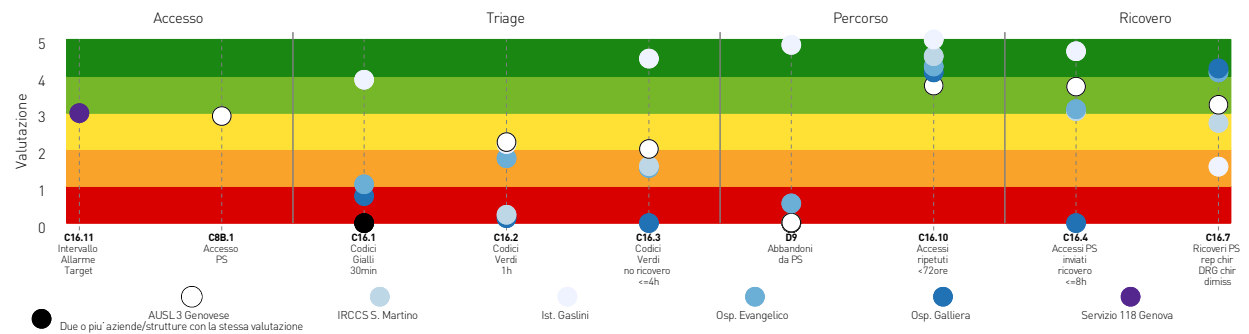
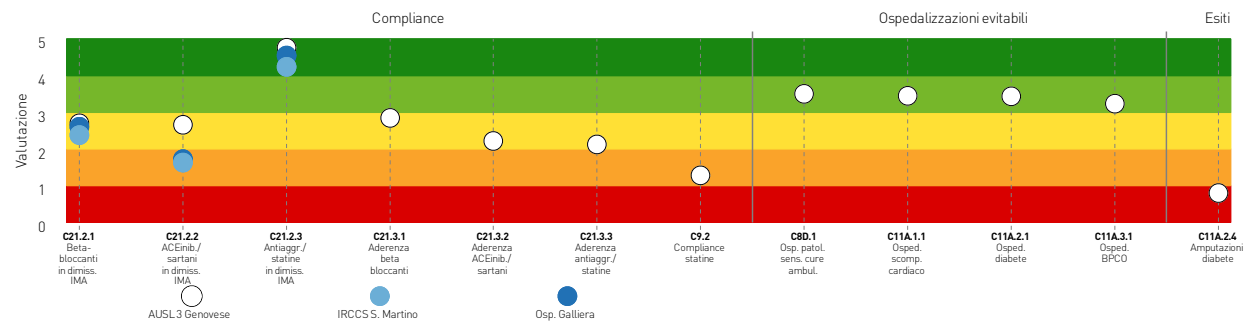
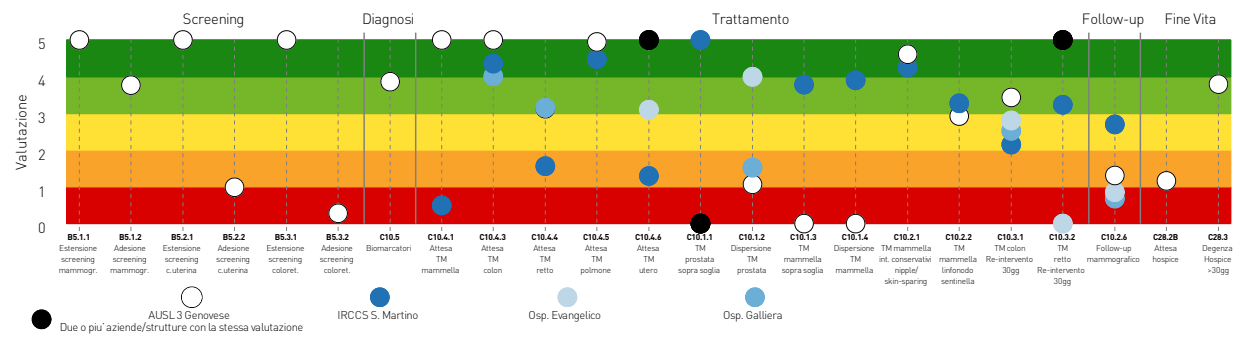
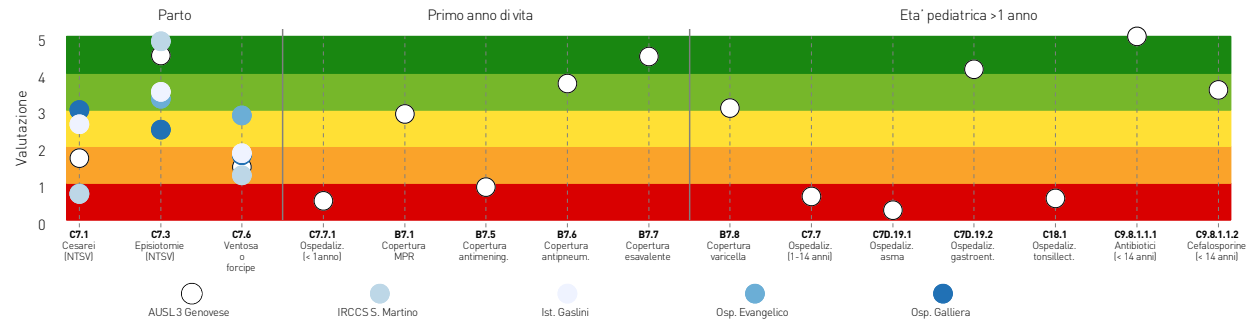
IST. GASLINI

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



Valutazione della performance 2018





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO


PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AUSL 4 CHIAVARESE

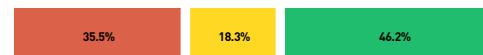
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)



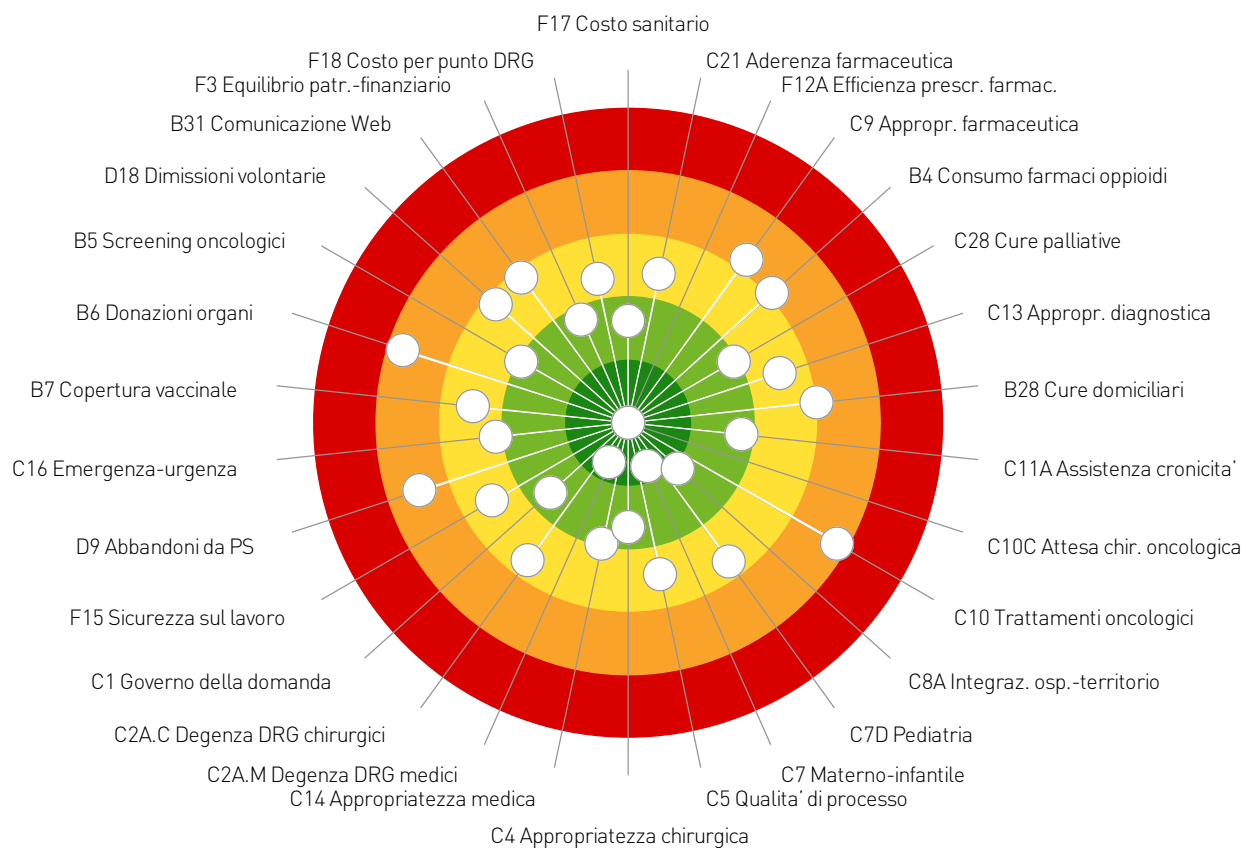
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

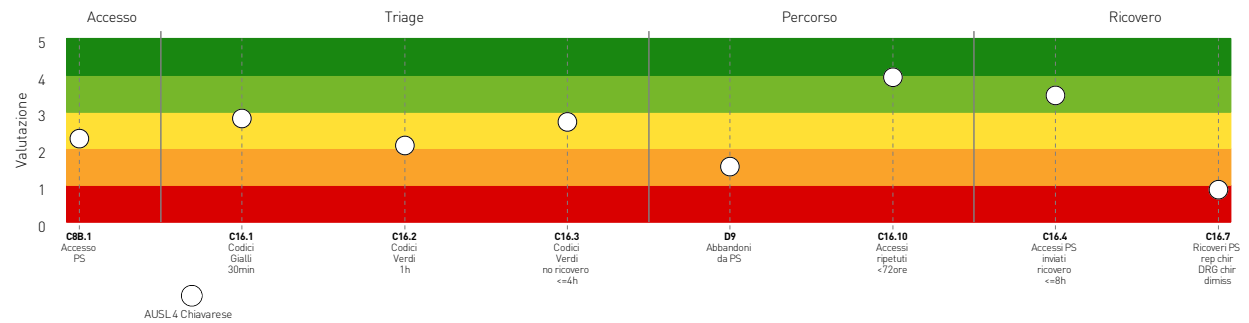
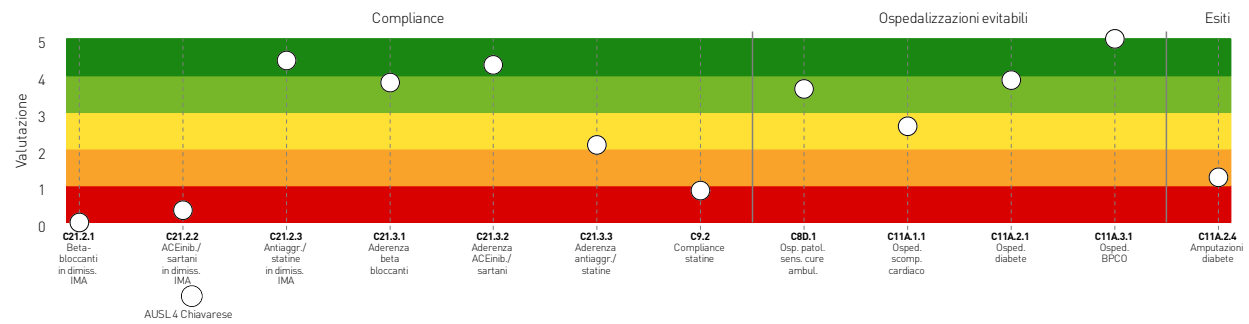
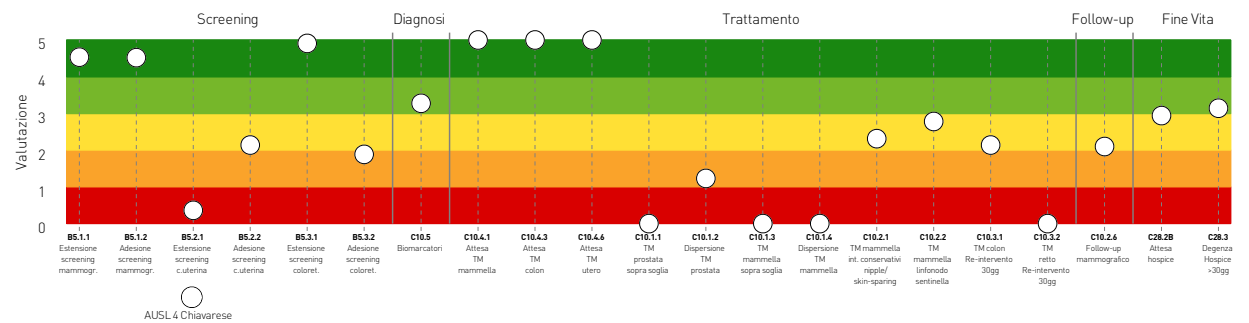
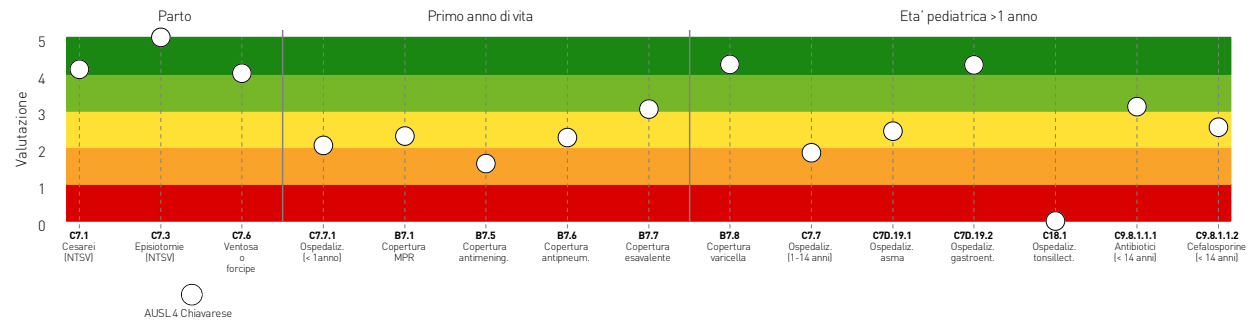
Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018





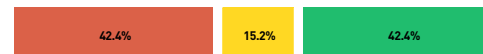
AUSL 5 SPEZZINO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

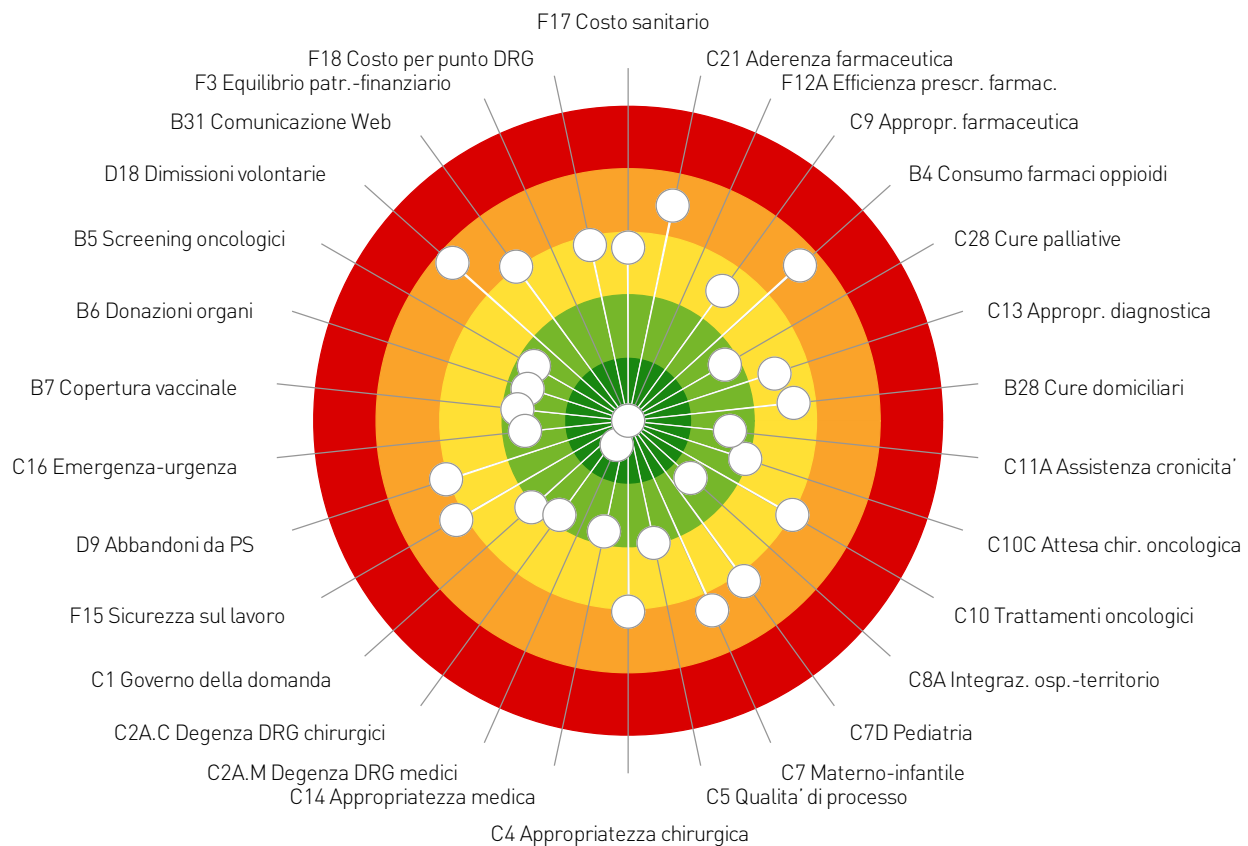
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

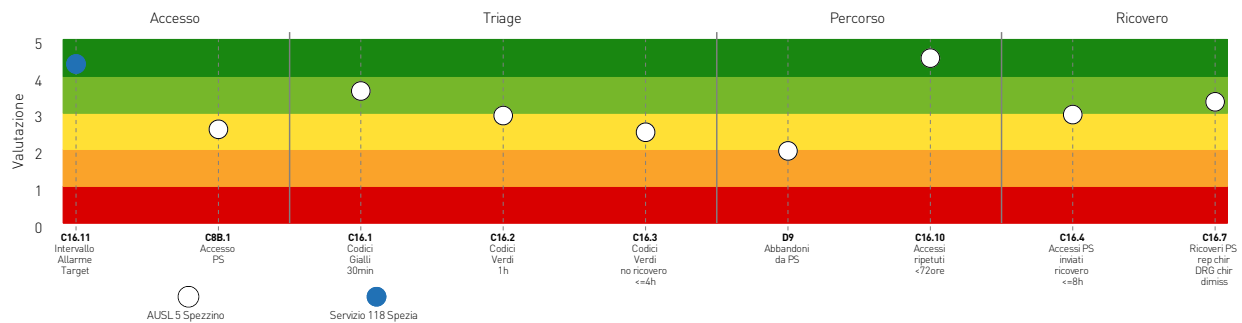
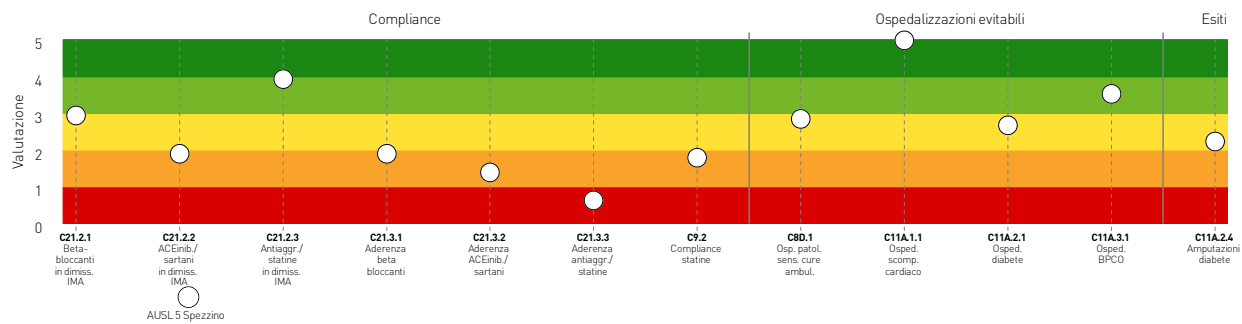
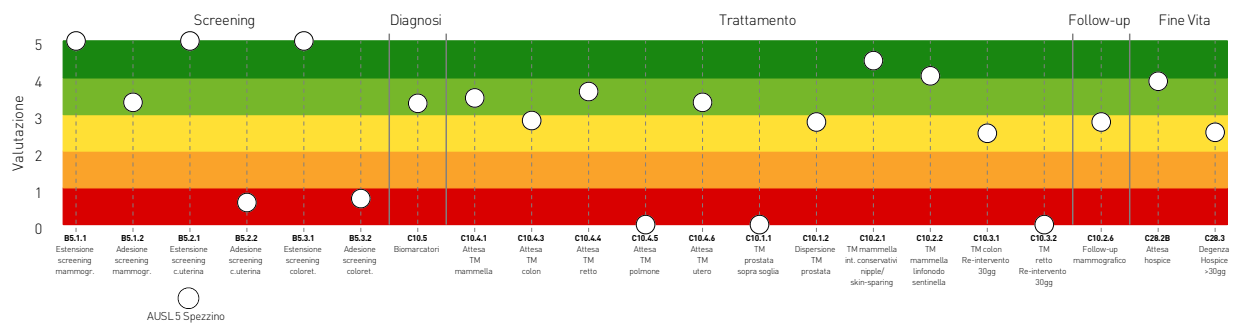
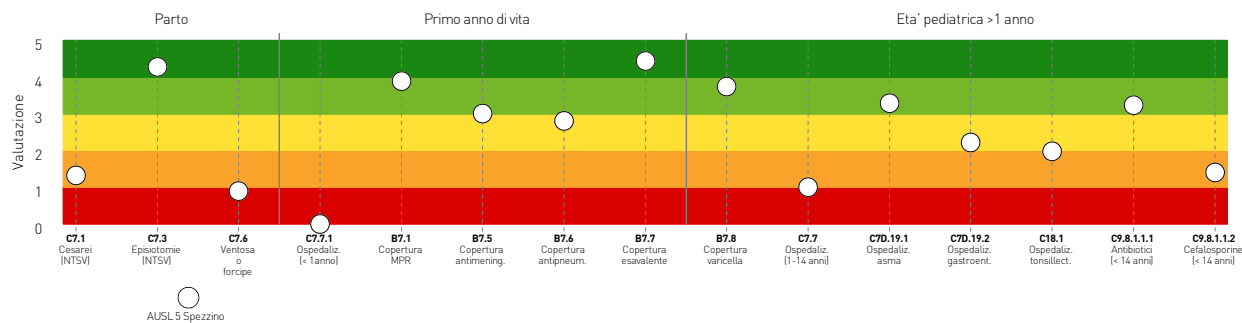
Numero indicatori di valutazione: 94



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

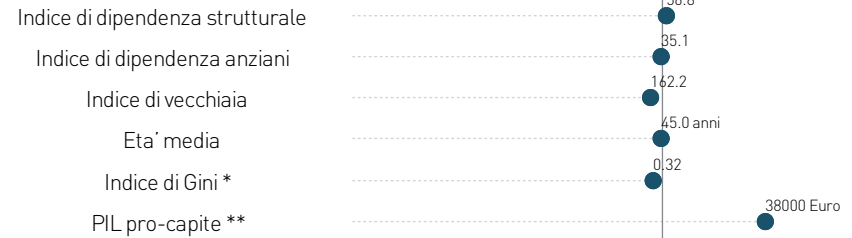




LOMBARDIA



Popolazione: 10.019.166
Densità: 420 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il sistema sanitario della Regione Lombardia ha promosso, a partire dal 1° gennaio 2016 (legge regionale n. 23 del 11/08/2015), un processo di profonda riorganizzazione: l'attuale struttura si articola in 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e 27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). Sono inoltre presenti 18 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, di cui 5 pubblici (Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani, IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, IRCCS Policlinico San Matteo, IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LOMBARDIA

L'innalzamento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: in Lombardia si conferma una mortalità infantile inferiore rispetto alle altre Regioni, per quanto in leggero aumento rispetto al periodo precedente (i dati sono relativi al triennio 2014-2016).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale (segnatamente in riferimento all'ambito pediatrico) è – per gli indicatori a confronto – leggermente superiore alla media (la Regione è *best practice* per la copertura vaccinale antimeningococcica) e complessivamente registra un miglioramento rispetto al 2017.

Il tasso di ospedalizzazione (123.9 ricoveri per 1.000 residenti - in ulteriore, sensibile riduzione rispetto al 2017) è il più basso del *Network* e rispecchia un'ottima capacità di governo della domanda. La gestione della casistica di tipo medico e di tipo chirurgico potrebbe avere comunque margini di ulteriore miglioramento: in riferimento alla prima, l'alta percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani (in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente) suggerisce l'esigenza di prestare rinnovata attenzione alla capacità ricettiva post-ricovero da parte delle strutture territoriali. Specularmente, l'elevato tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali, seppur in diminuzione rispetto al 2017, indica la possibilità di una nuova alleanza con la *primary care*, per rilanciare il suo ruolo di filtro rispetto al ricorso alle strutture ospedaliere. In riferimento alla casistica chirurgica, nonostante il netto miglioramento rispetto al 2017, resta ancora bassa la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate entro un giorno, con marcata variabilità inter-aziendale, mentre il tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping di vene si conferma ampiamente il più basso del *network*, ribadendo la capacità del sistema lombardo di indirizzare correttamente questa casistica verso il *setting* più appropriato.

La durata delle degenze si conferma in linea con le altre Regioni per i ricoveri chirurgici, mentre per quelli medici è complessivamente superiore. In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, cresce lievemente la percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni (dal 74.5% al 75%, un valore superiore alla media). La relativamente bassa percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e la bassa percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore (in ulteriore calo rispetto al 2017) possono indicare alcune problematiche nella gestione dei processi interni. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore *proxy* della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – è comunque in linea con le altre Regioni e in ulteriore, leggero calo.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, la prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche a pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriata) è allineata rispetto alle altre Regioni (per quanto in leggero aumento), mentre la percentuale di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente si conferma la più contenuta del *network* (5.8%).

In riferimento alla *governance* farmaceutica, si registrano buone performance in termini di appropriatezza e di aderenza (il consumo di antibiotici è ad esempio complessivamente sotto controllo, così come la *compliance* da parte dei pazienti in terapia con

antidepressivi), mentre sussistono alcuni margini di miglioramento per quanto concerne l'efficienza (ovvero la scelta dell'opzione farmaceutica a costo minore, a parità di efficacia). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è tra le migliori del *network*.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: il percorso di digitalizzazione dei servizi amministrativi si dimostra ad uno stadio avanzato mentre è complessivamente in media l'accessibilità online alle informazioni sui servizi offerti dal SSR lombardo.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma buona, nelle tre fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): in particolare, il ricorso al parto cesareo è limitato e in ulteriore contrazione rispetto al 2017. In riferimento all'età pediatrica, diminuisce ulteriormente il tasso di ospedalizzazione, attestandosi su un valore inferiore alla media (7.7 ricoveri ogni 100 residenti); in particolare, il marcato calo del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite (da 240.7 ogni 100.000 residenti a 178.9) allinea ora il risultato lombardo alla media delle altre Regioni.

Si confermano i risultati buoni nella gestione del percorso oncologico. I tempi di attesa per la chirurgia oncologica restano contenuti, mentre una maggiore alla concentrazione della casistica nel trattamento del tumore maligno alla mammella e alla prostata potrebbe contribuire a sfruttare ulteriormente le economie di scala e di apprendimento.

La presa in carico delle cronicità rappresenta senza dubbio la sfida dei sistemi sanitari evoluti: in Lombardia il ricorso alle strutture ospedaliere per scompenso cardiaco si conferma meno frequente della media, denotando una buona capacità di presa in carico territoriale, mentre il tasso di ospedalizzazione per BPCO resta più elevato rispetto alle altre Regioni e in lieve aumento rispetto al 2017.

Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, a fronte di un tasso di accesso al Pronto Soccorso leggermente più alto della media, i tempi di attesa in Pronto Soccorso per le casistiche non gravi si confermano superiori alla media.

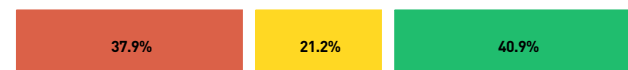
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A1
Mortalità infantile



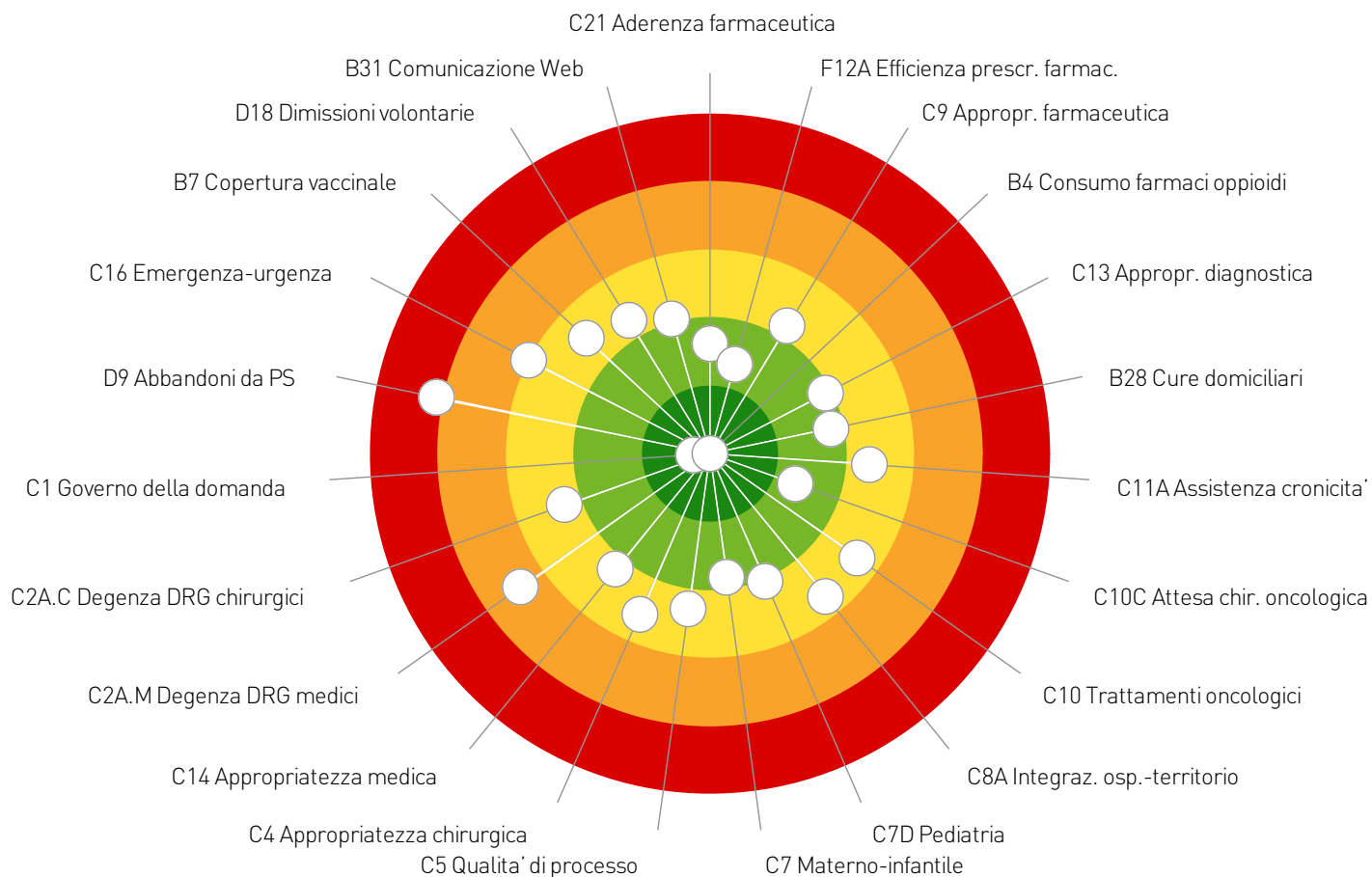
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 65

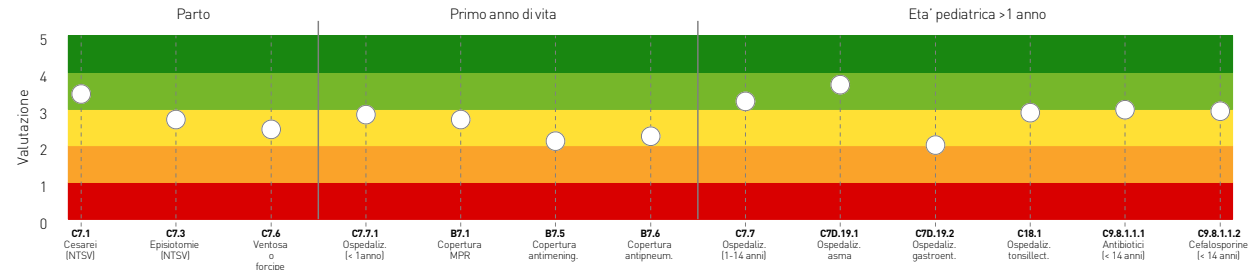


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

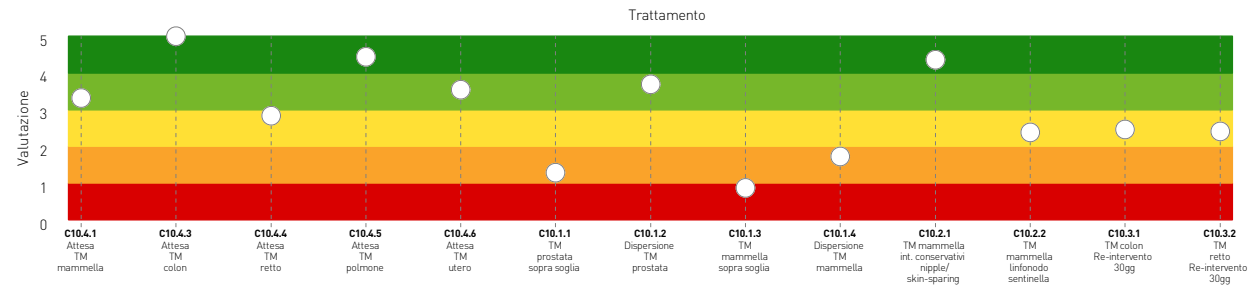
Valutazione della performance 2018



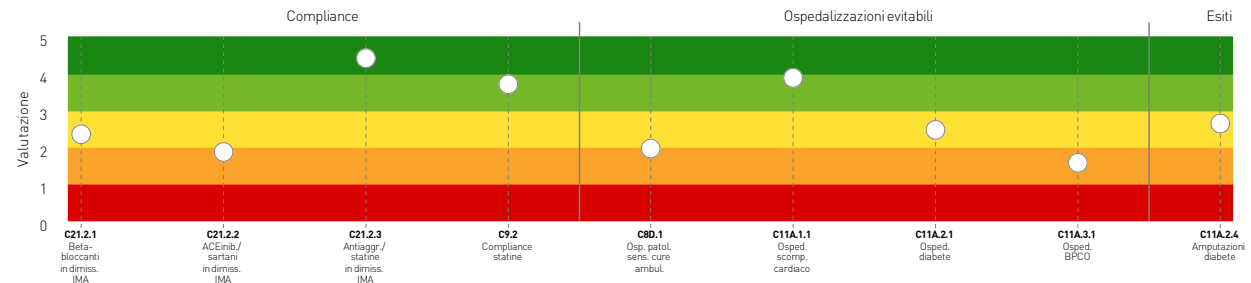
PERCORSO MATERNO INFANTILE



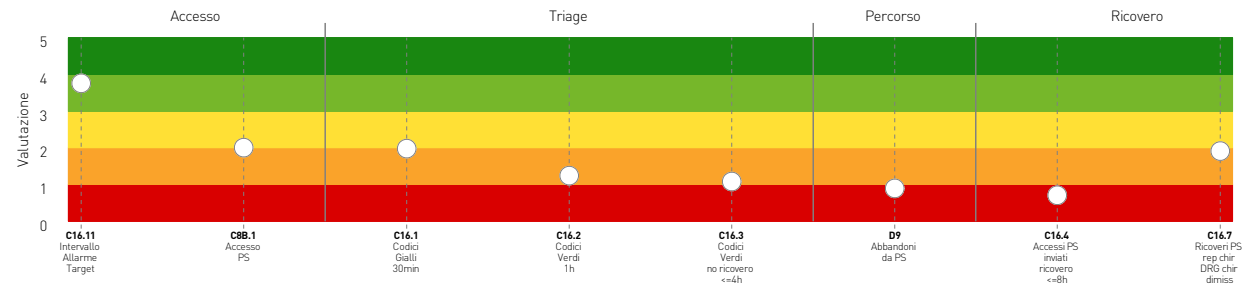
PERCORSO ONCOLOGICO



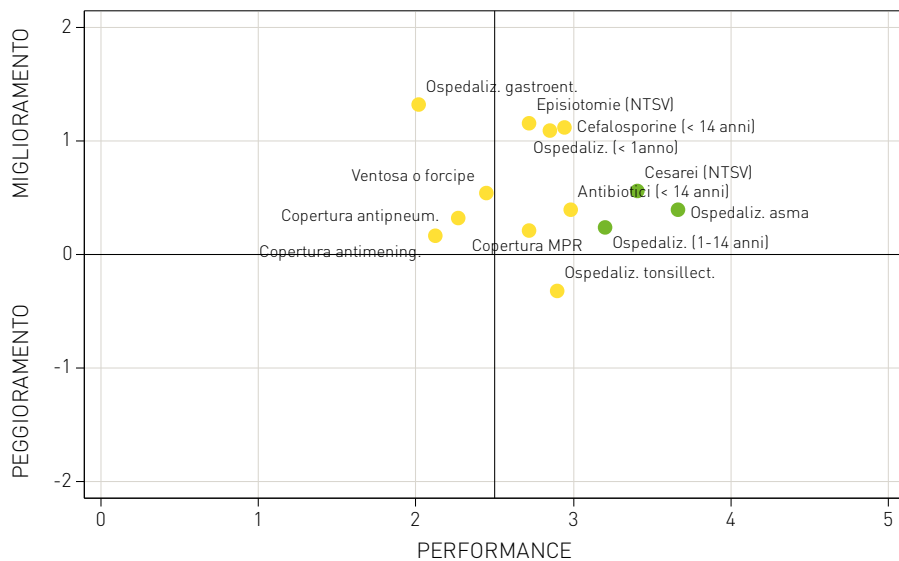
PERCORSO CRONICITÀ



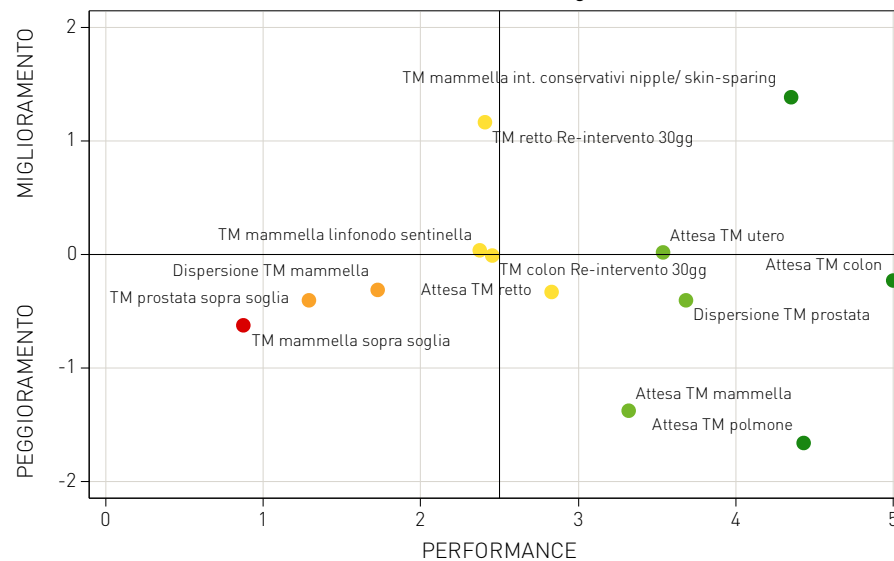
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



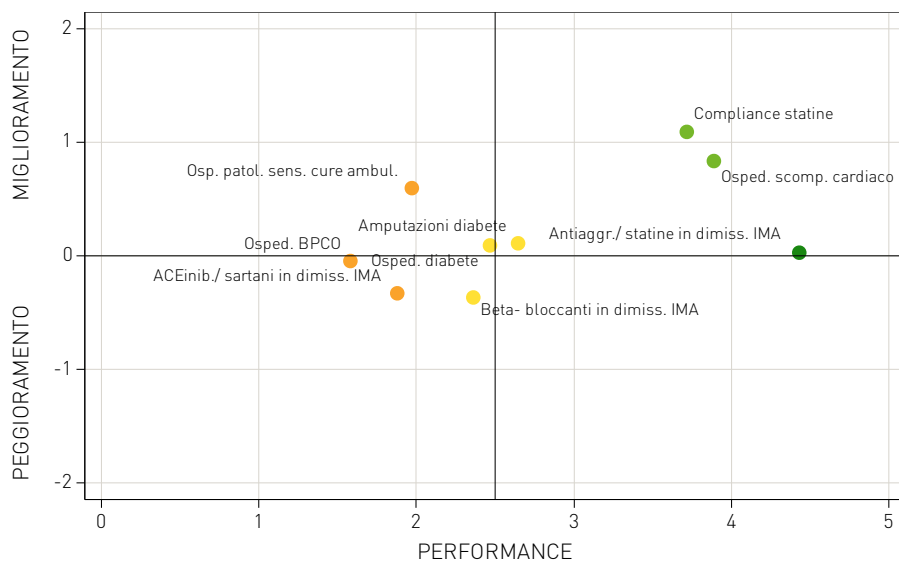
Percorso Materno Infantile



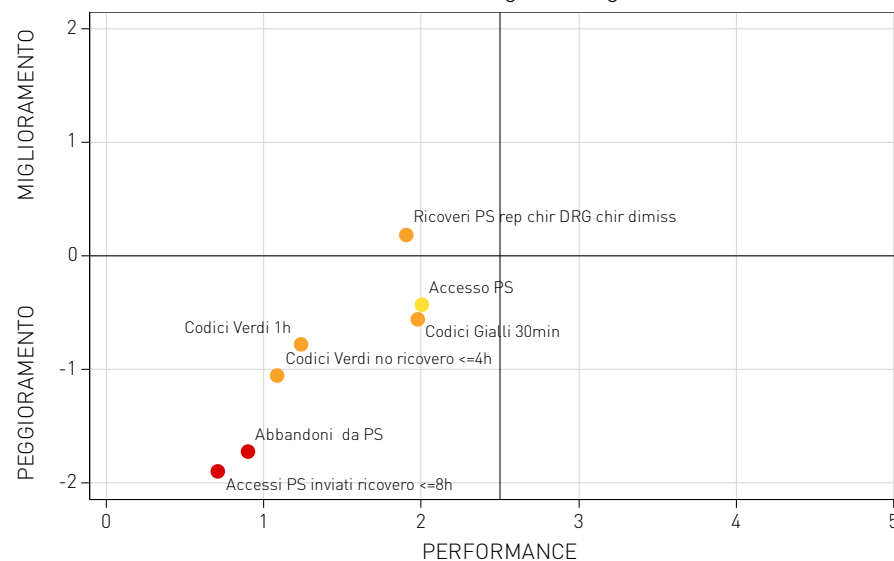
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



ATS CITTÀ METR. DI MILANO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



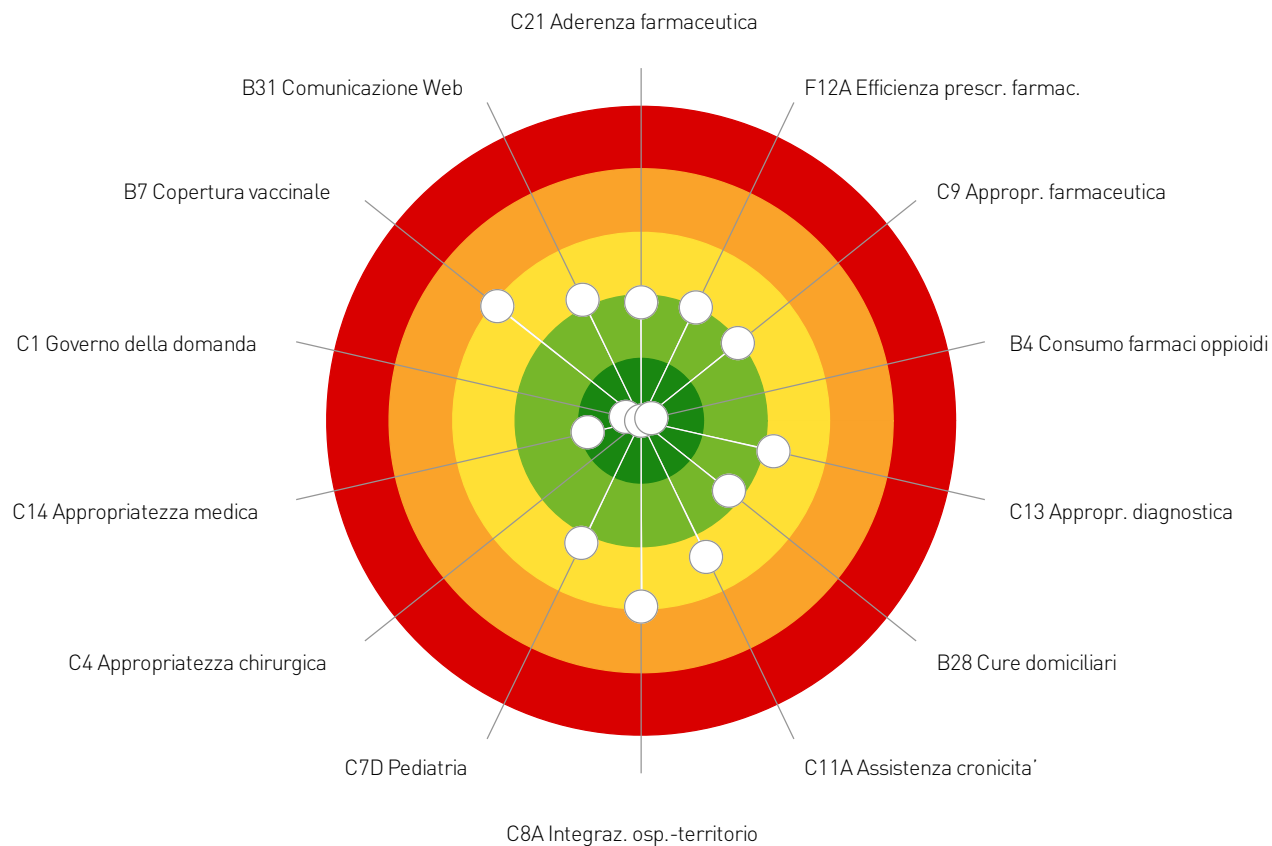
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO

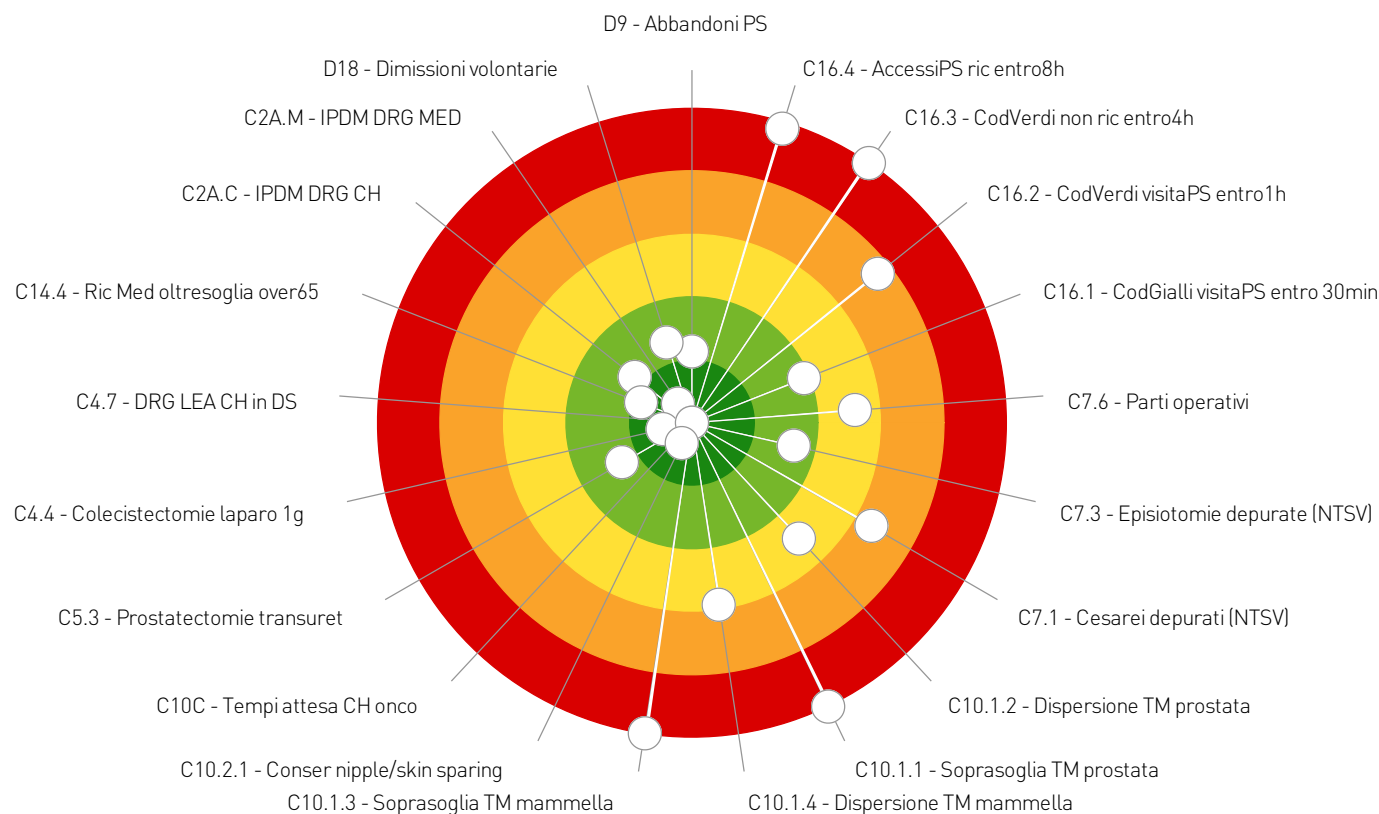
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 32



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST OSP. METROP. NIGUARDA

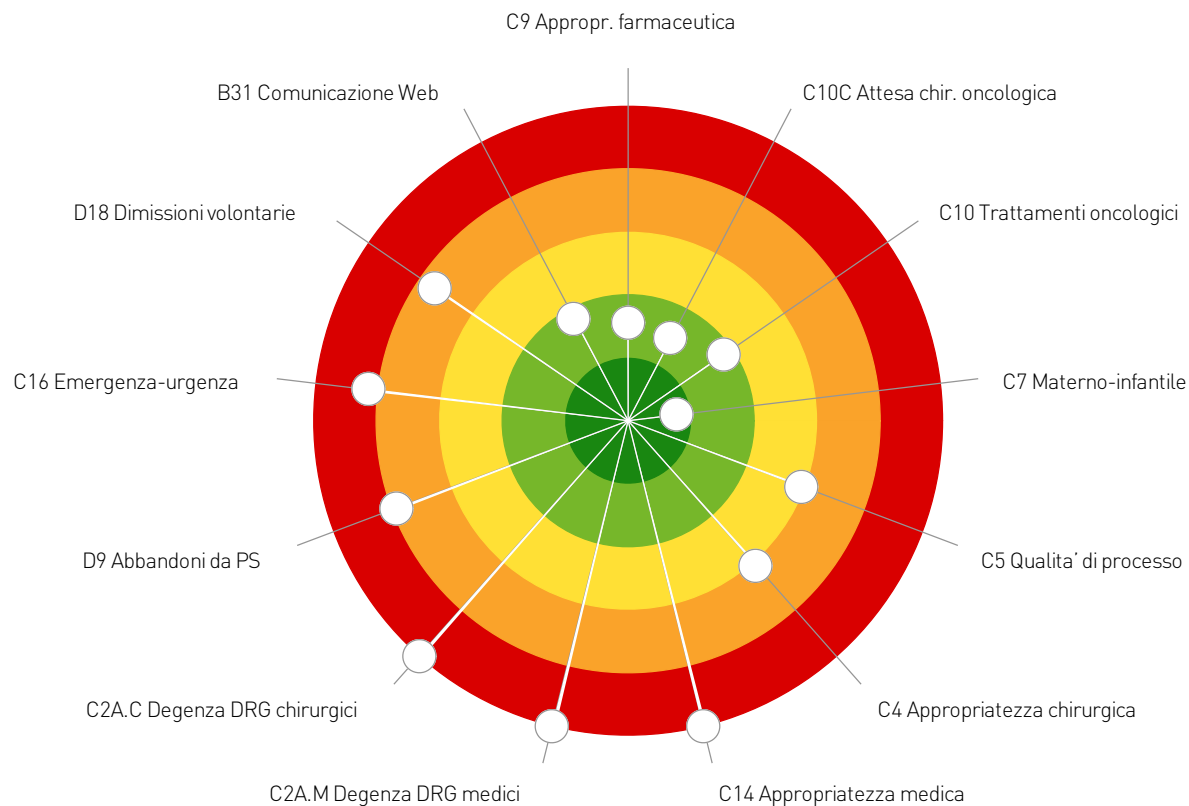
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST SANTI PAOLO E CARLO

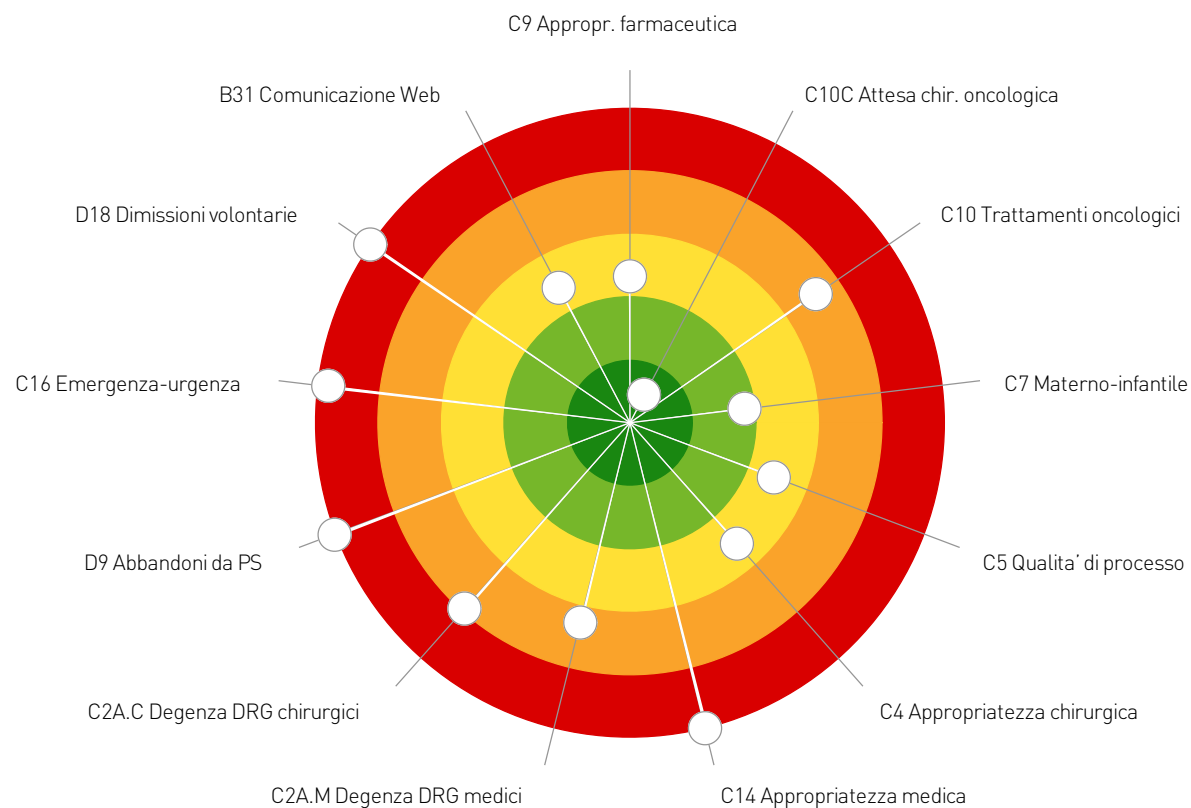
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

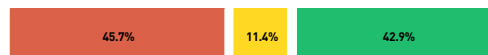
Valutazione della performance 2018



ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

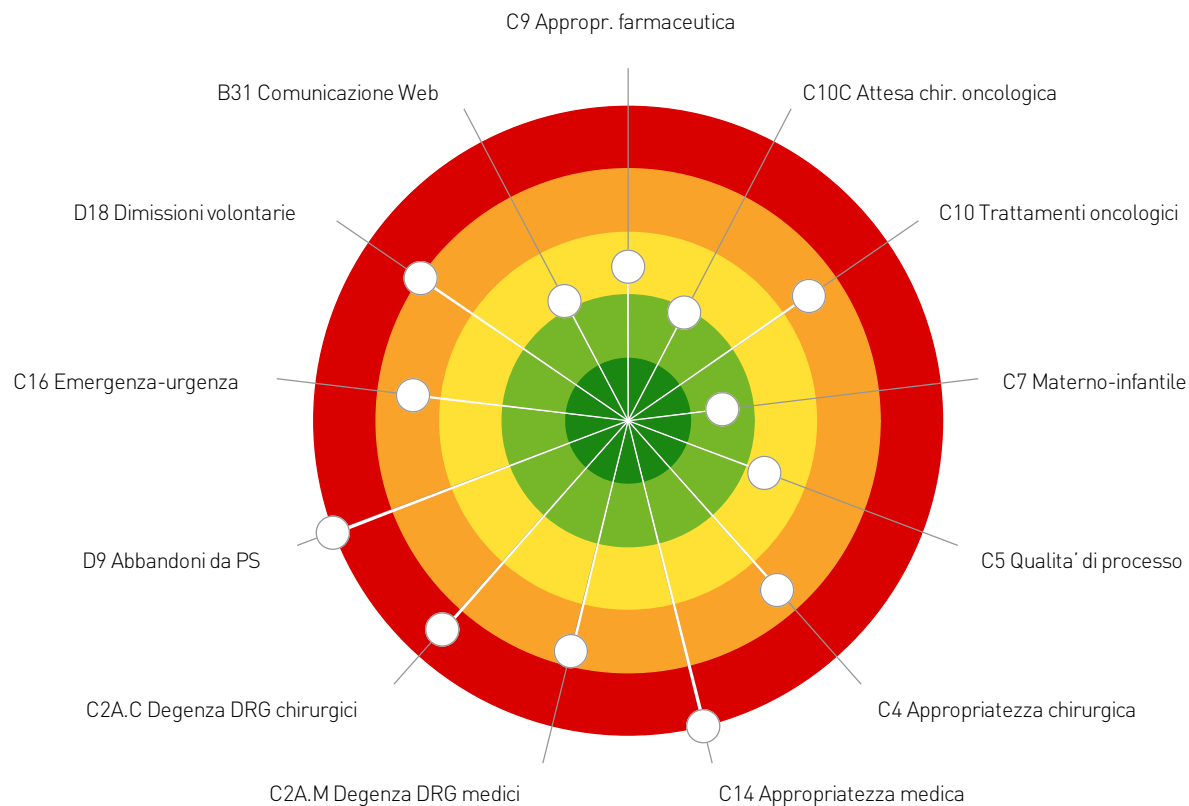
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



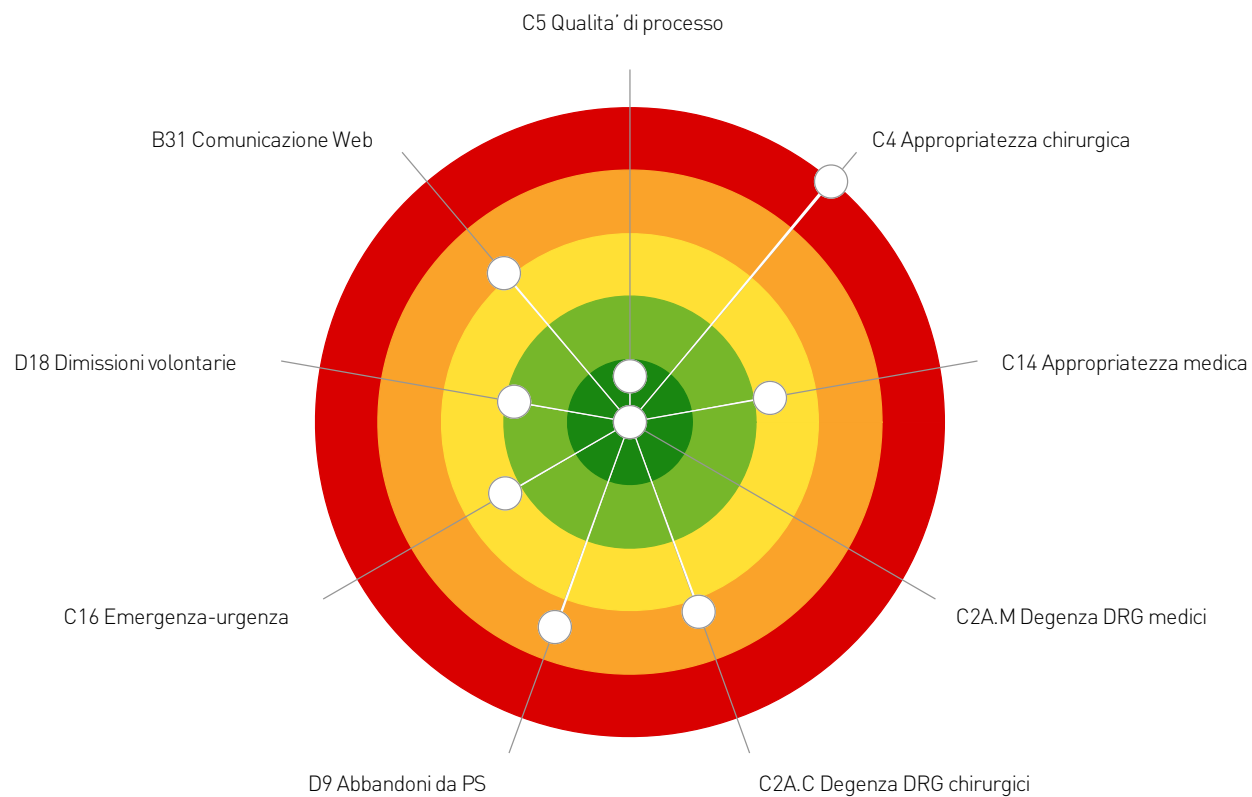
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST PINI CTO

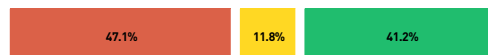
Valutazione della performance 2018



ASST OVEST MILANESE

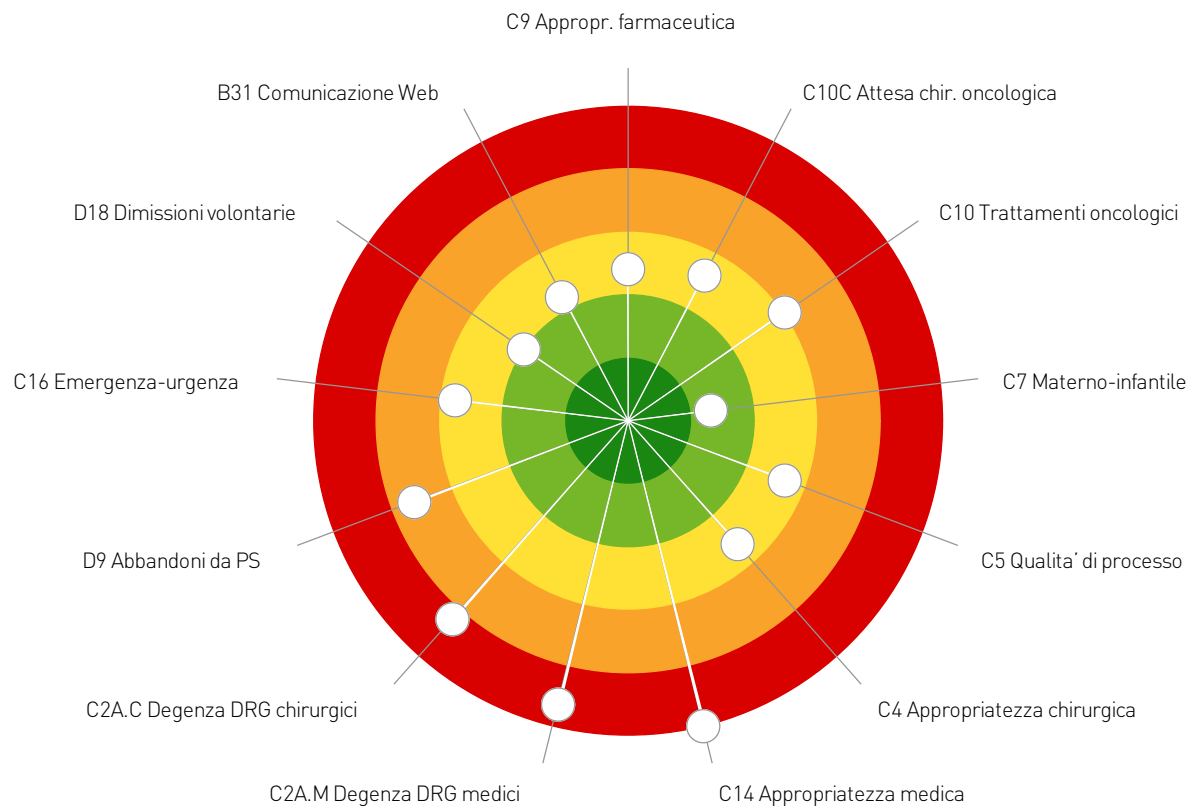
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

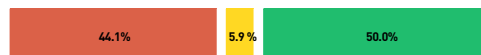
Valutazione della performance 2018



ASST RHODENSE

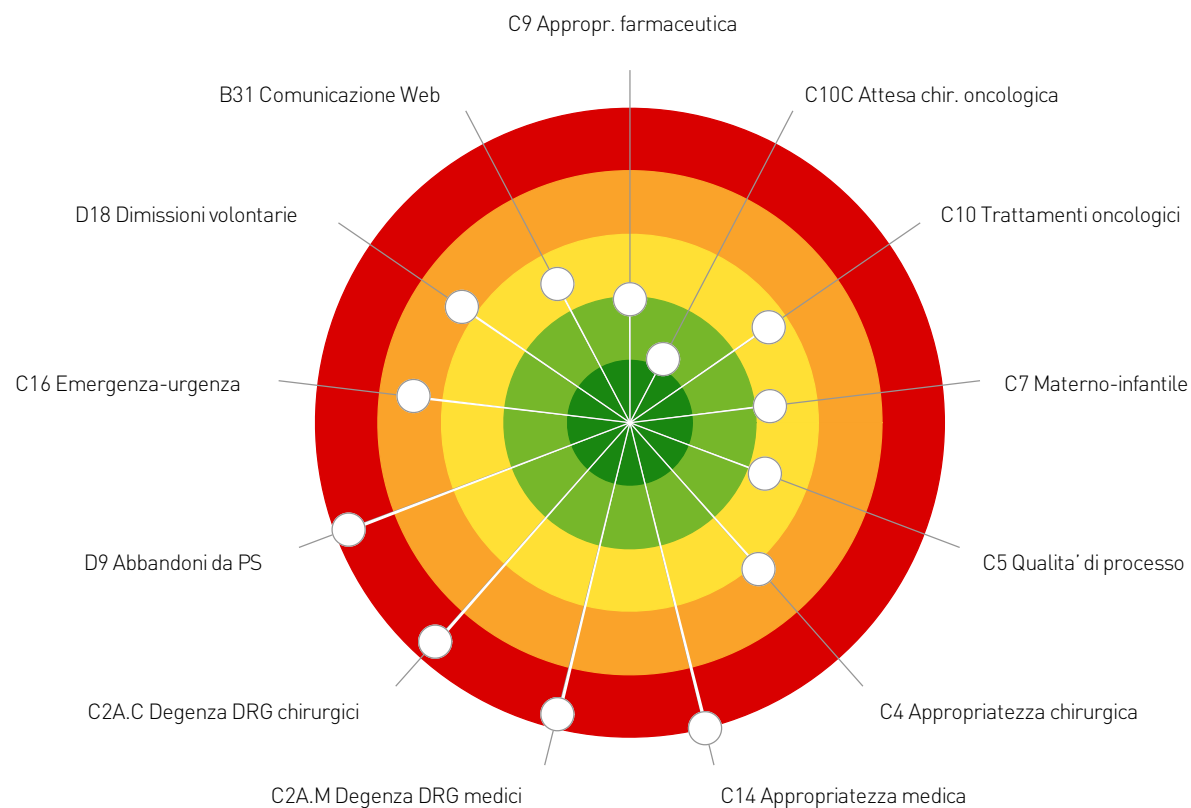
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST NORD MILANO

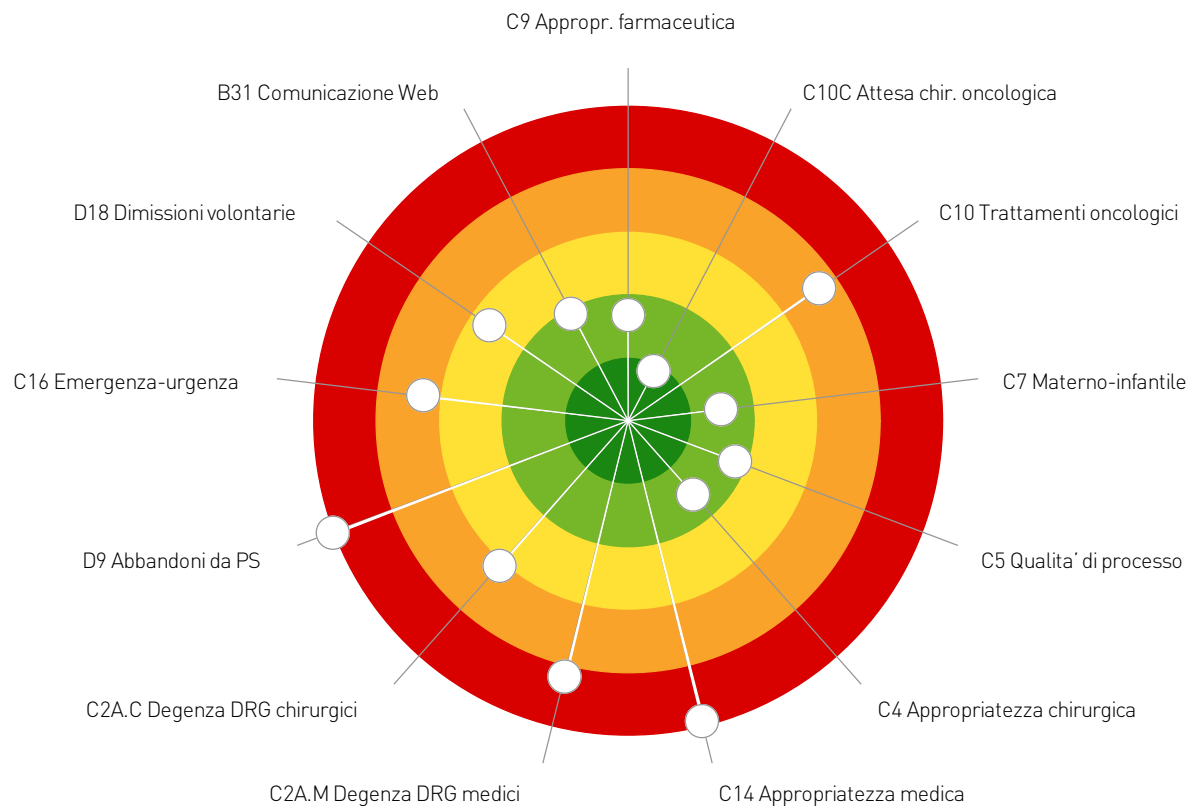
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

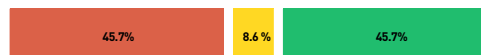
Valutazione della performance 2018



ASST MELEGNANO-MARTESANA

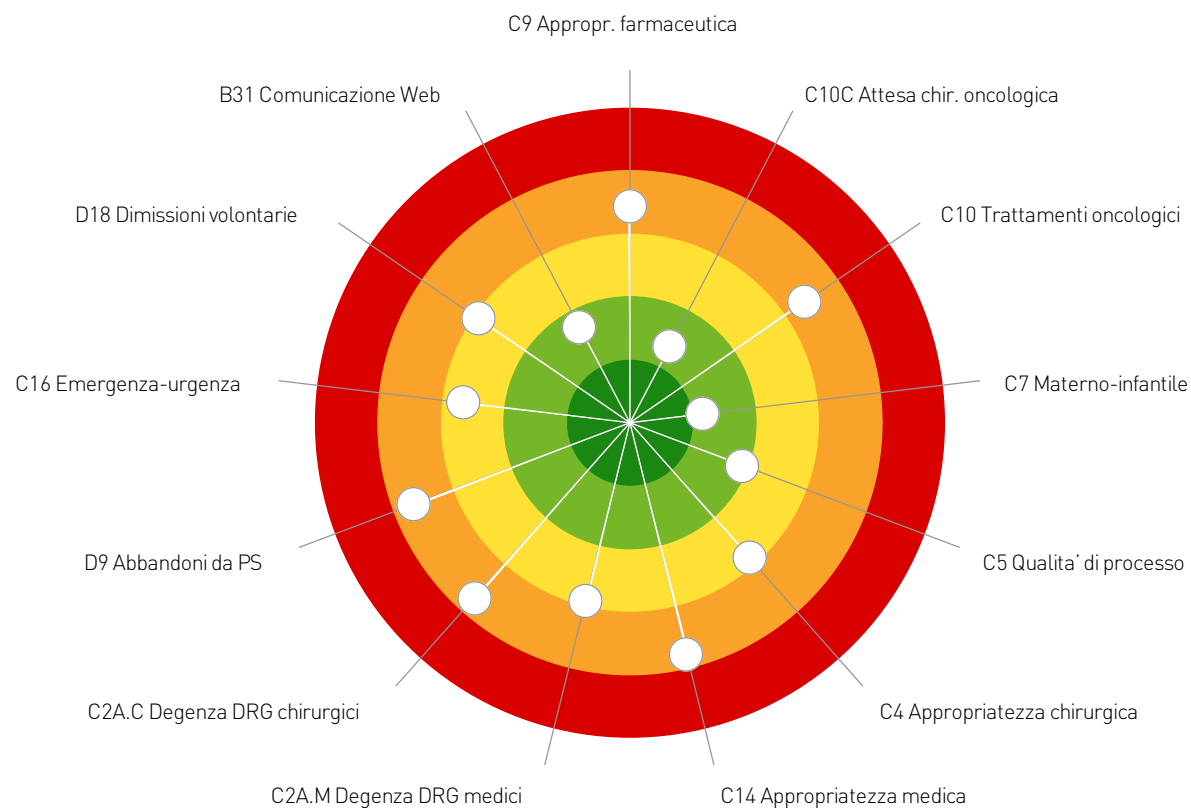
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DI LODI

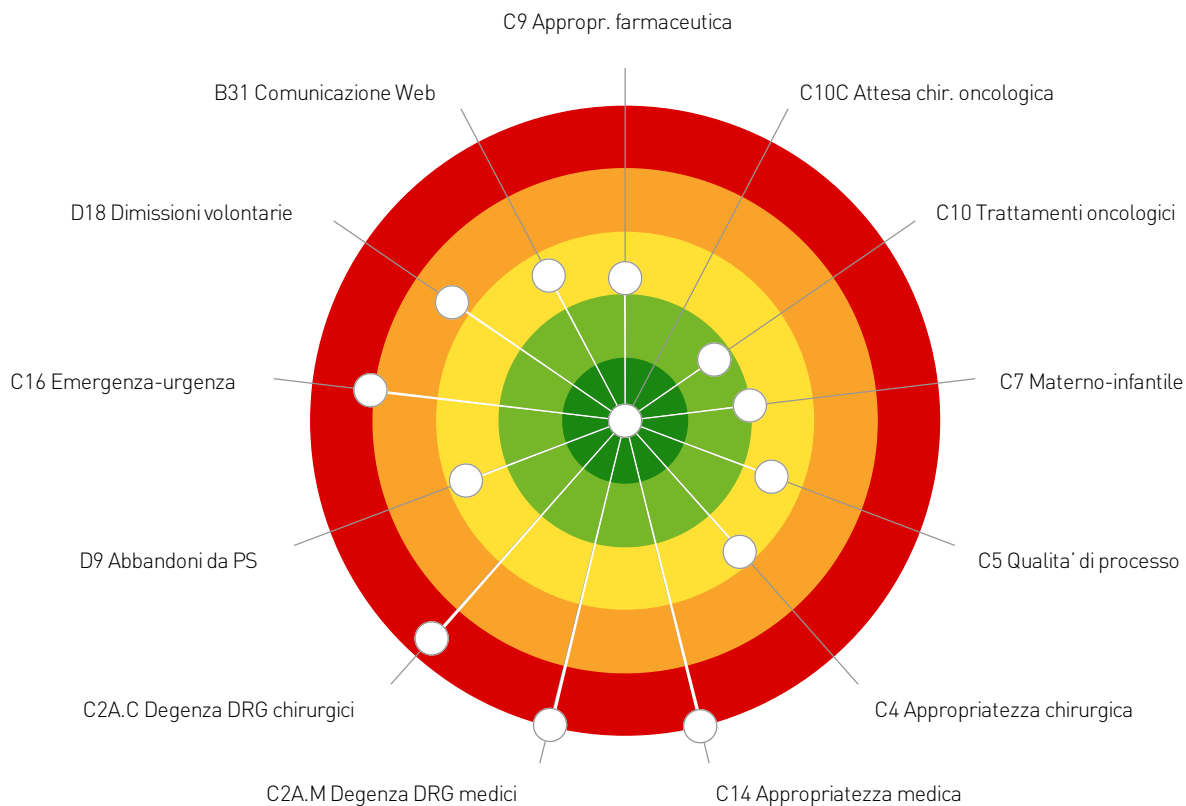
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



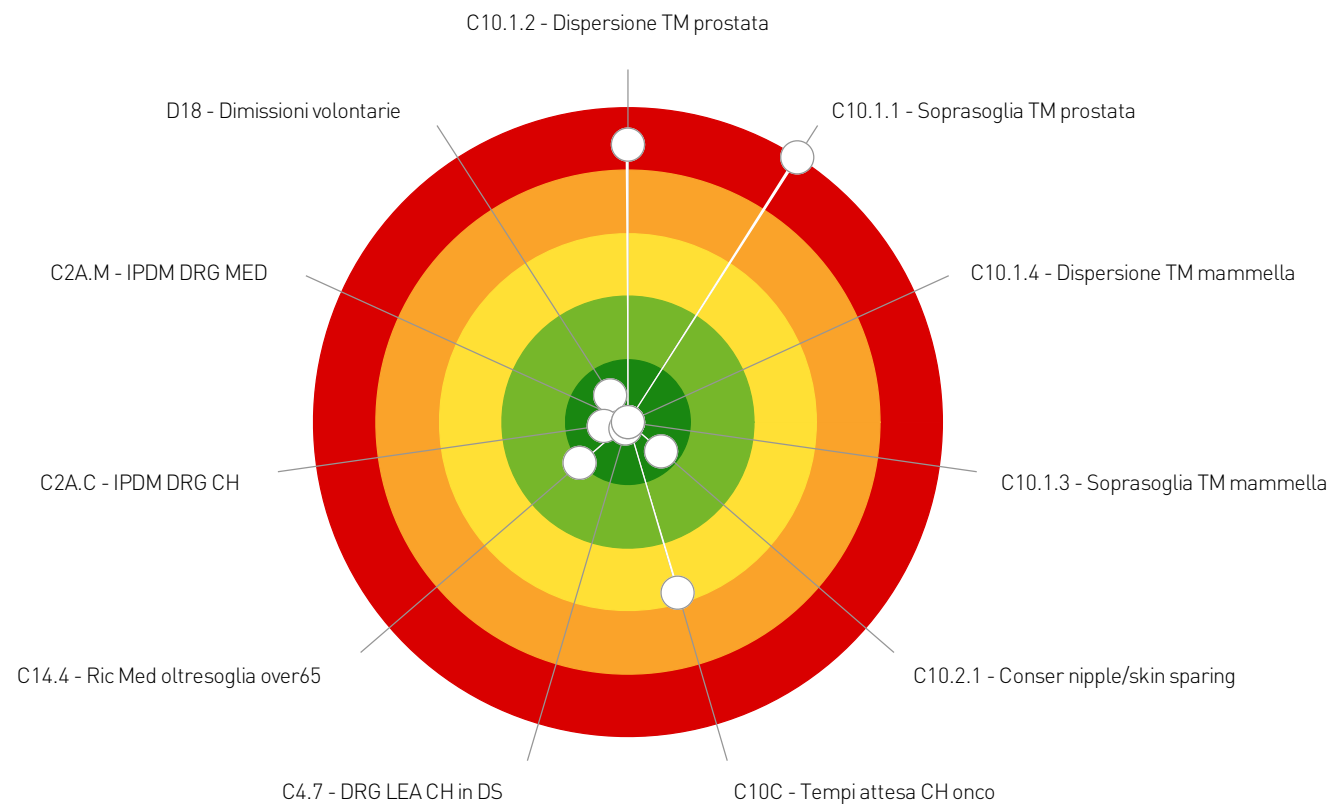
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



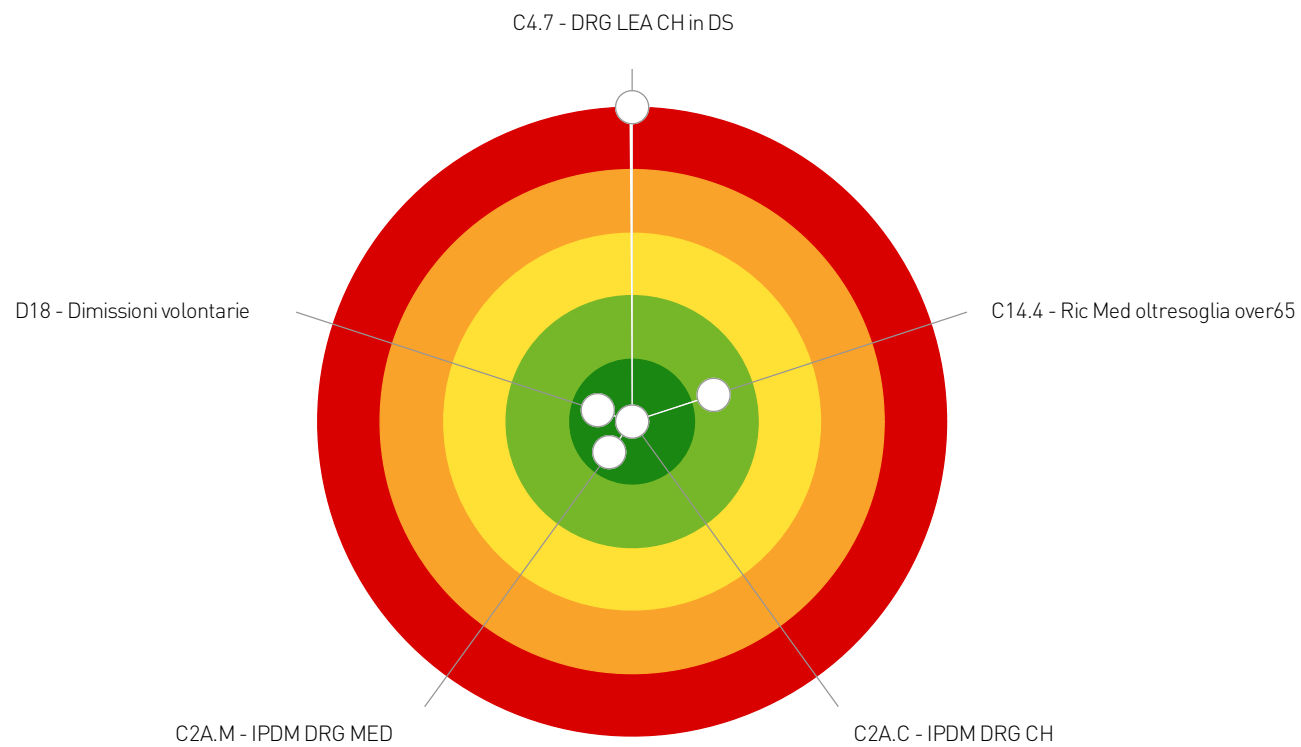
IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

Valutazione della performance 2018



IRCCS ISTITUTO NEUR. C.BESTA

Valutazione della performance 2018



IRCCS OSP. POL. DI MILANO

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente



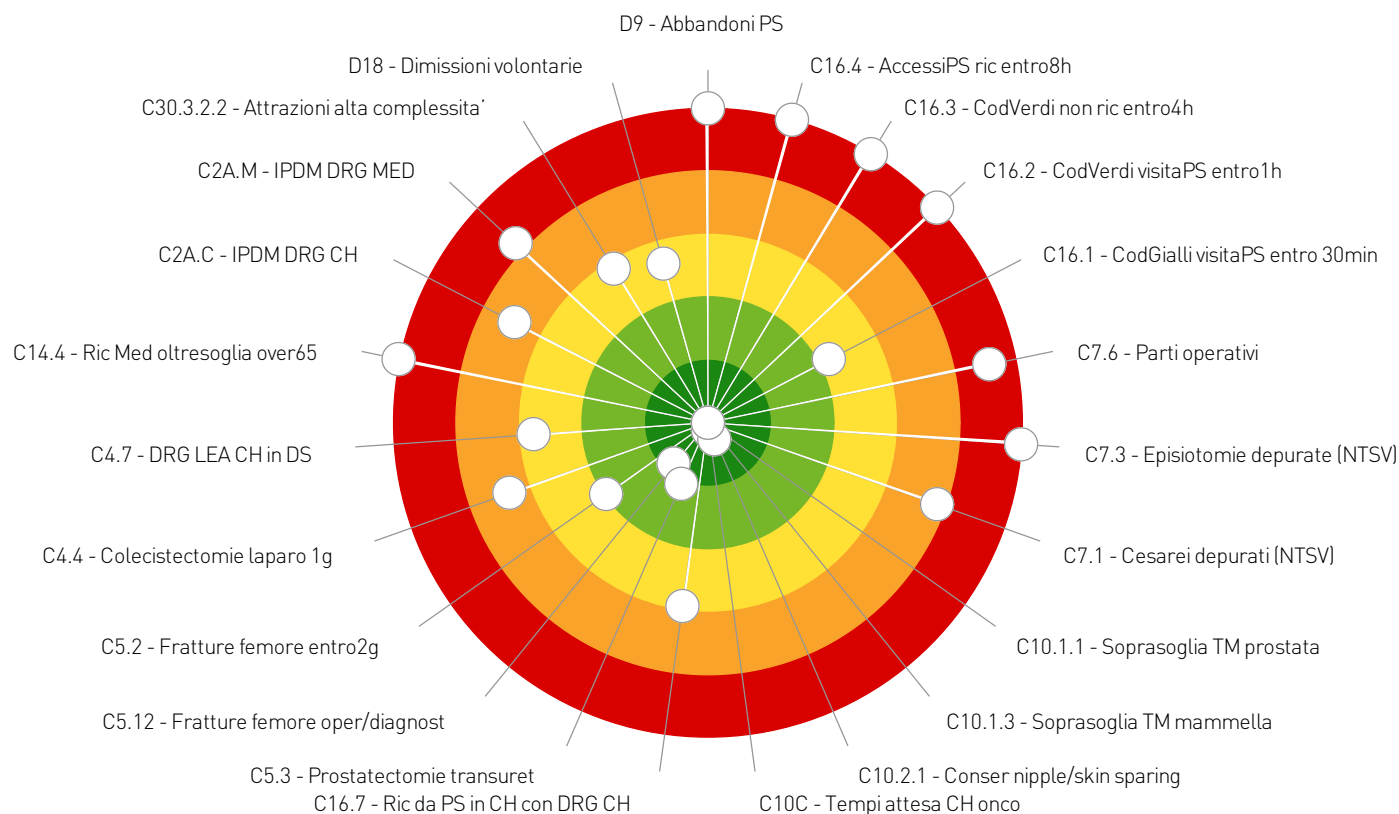
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



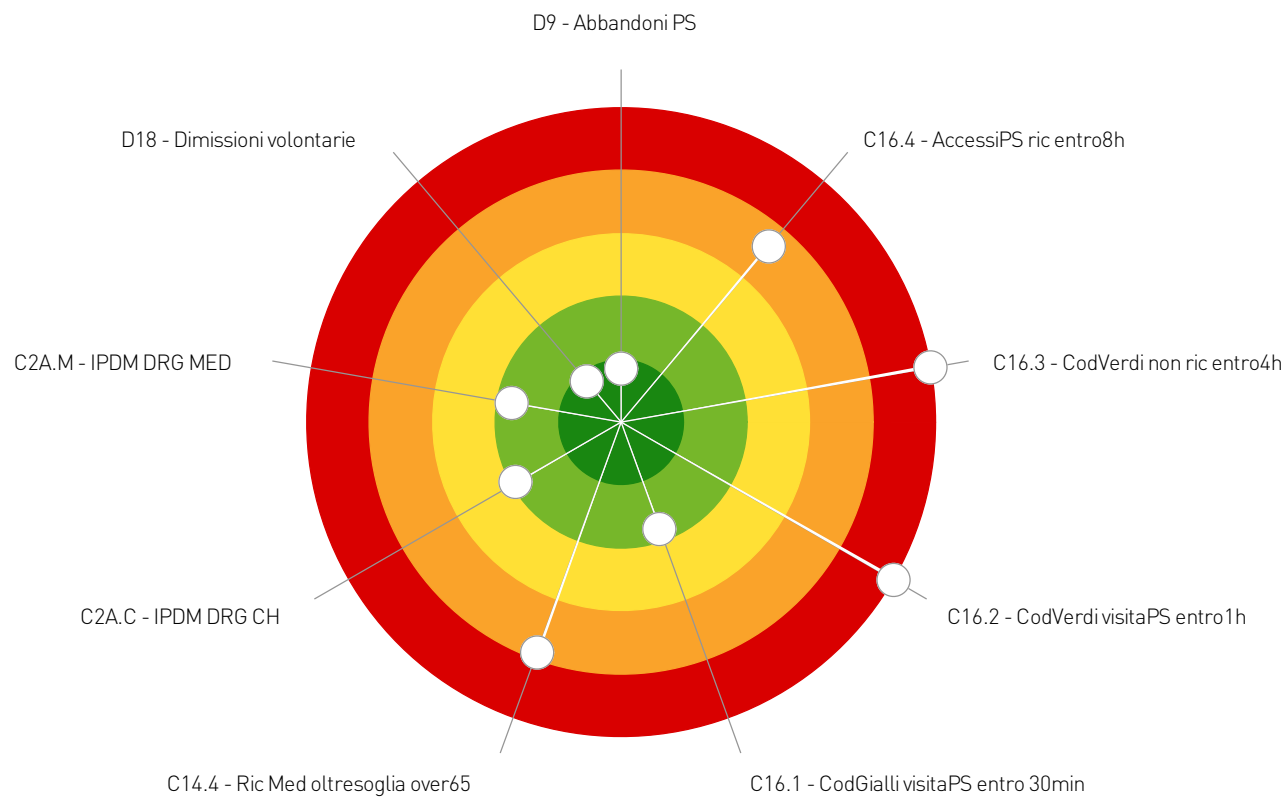
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



FOND.MONZINO-CENTRO CARDIOL.-MI

Valutazione della performance 2018



S. RAFFAELE - MI

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente



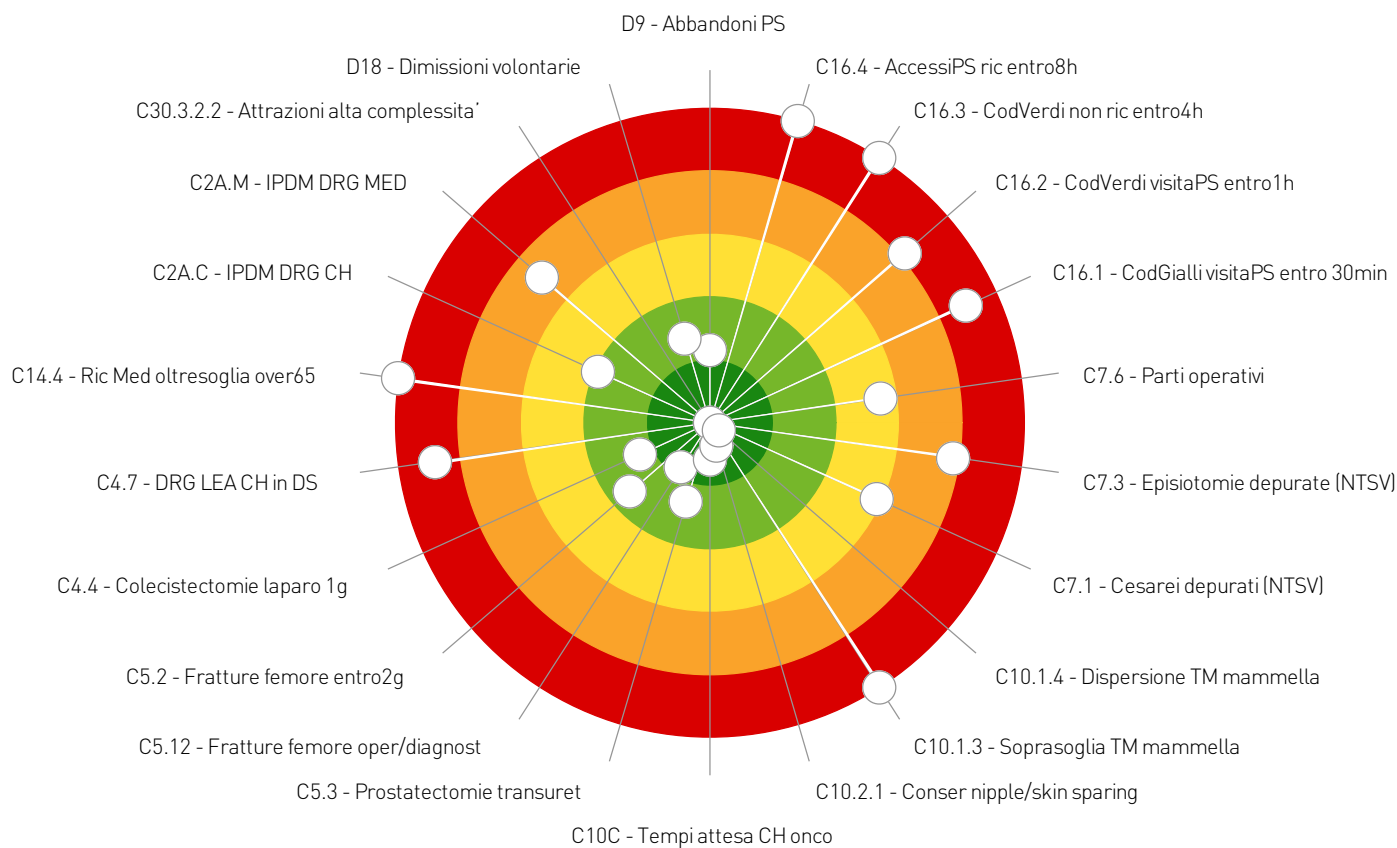
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

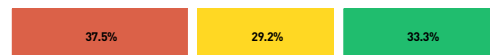
Valutazione della performance 2018



IST. AUXOLOGICO ITALIANO

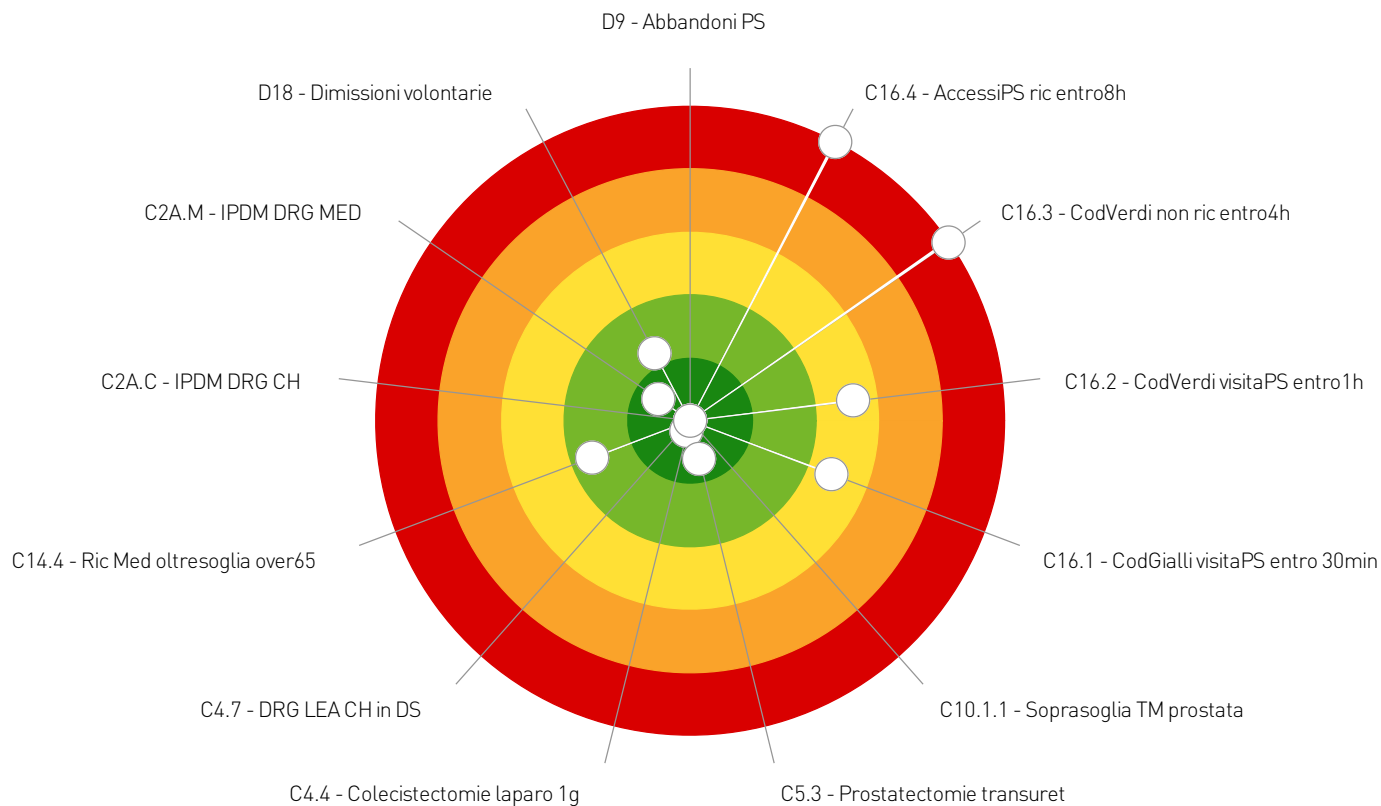
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 24



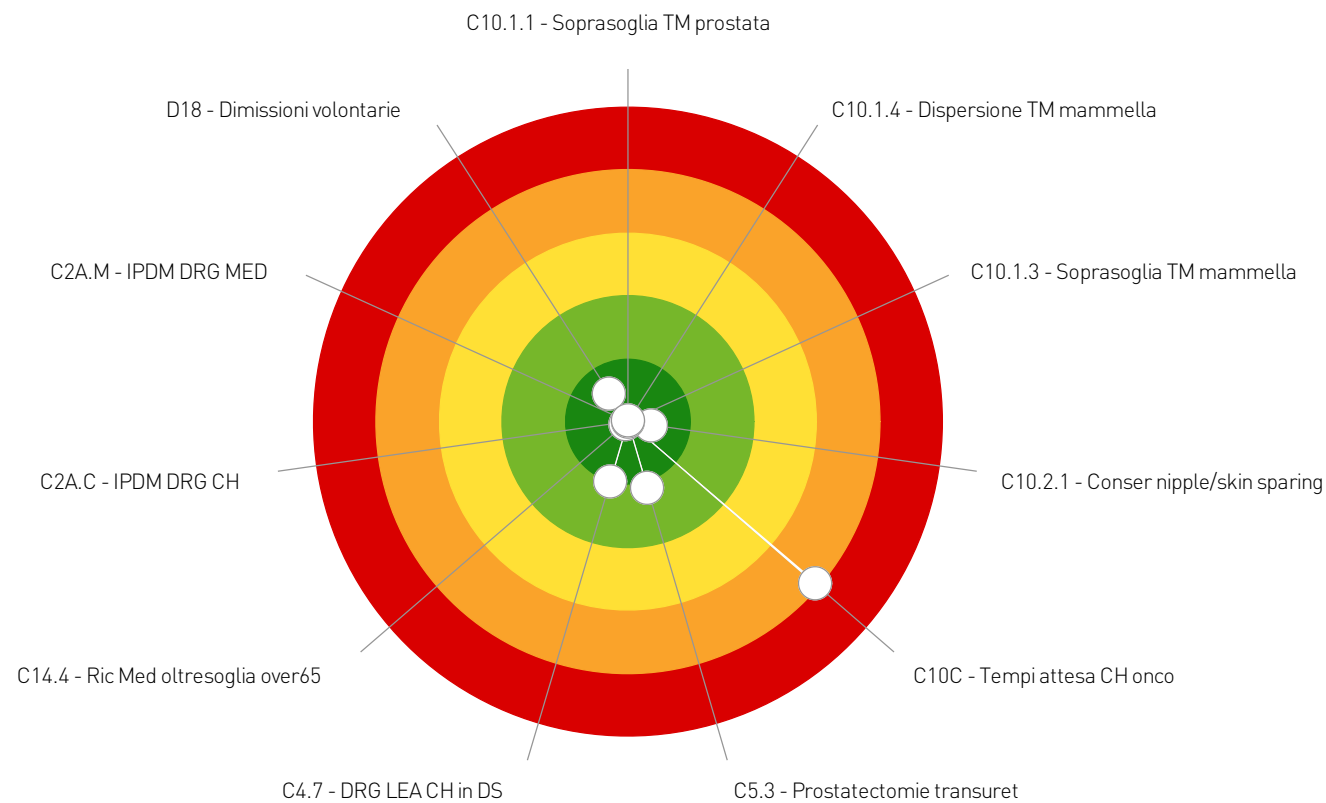
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Valutazione della performance 2018



IST. CLIN. HUMANITAS

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



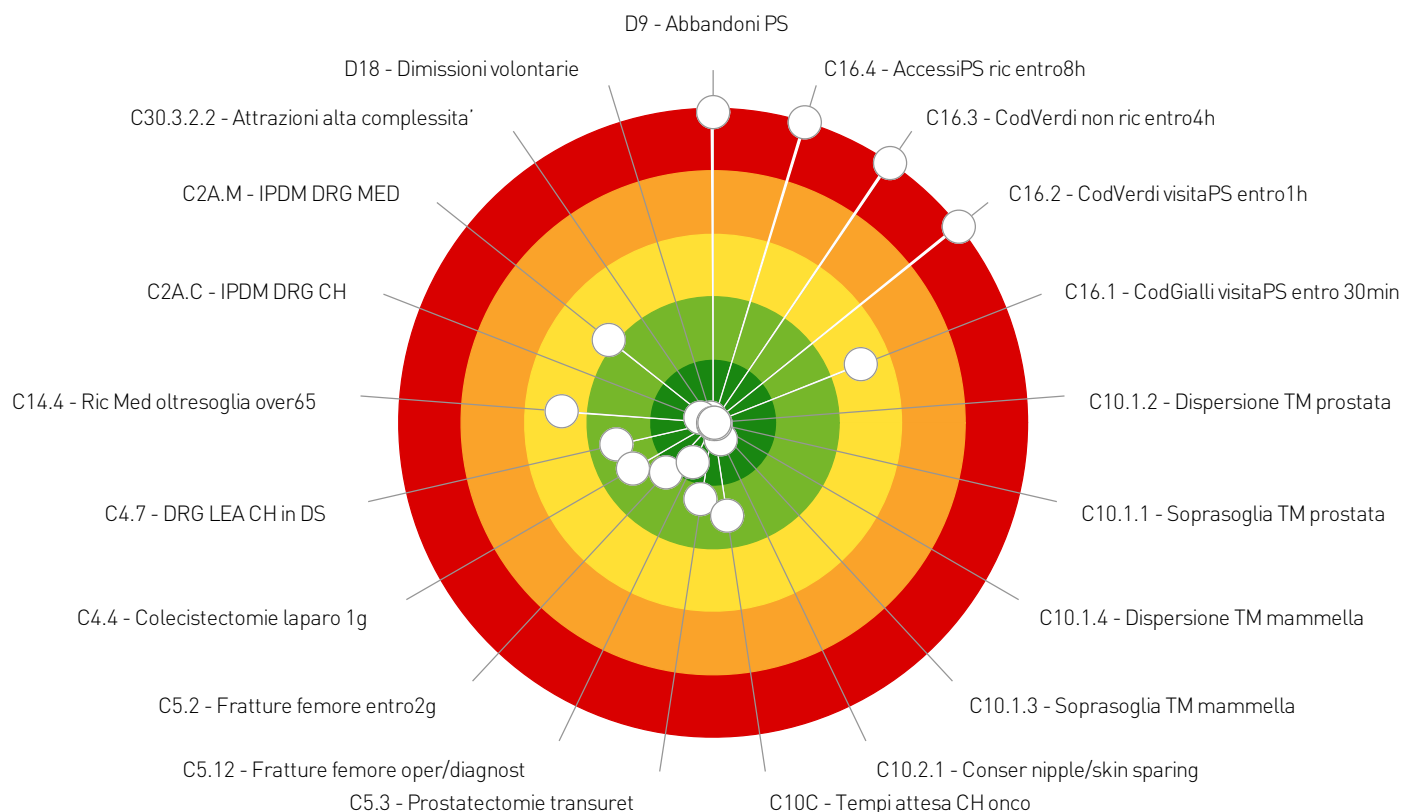
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 31



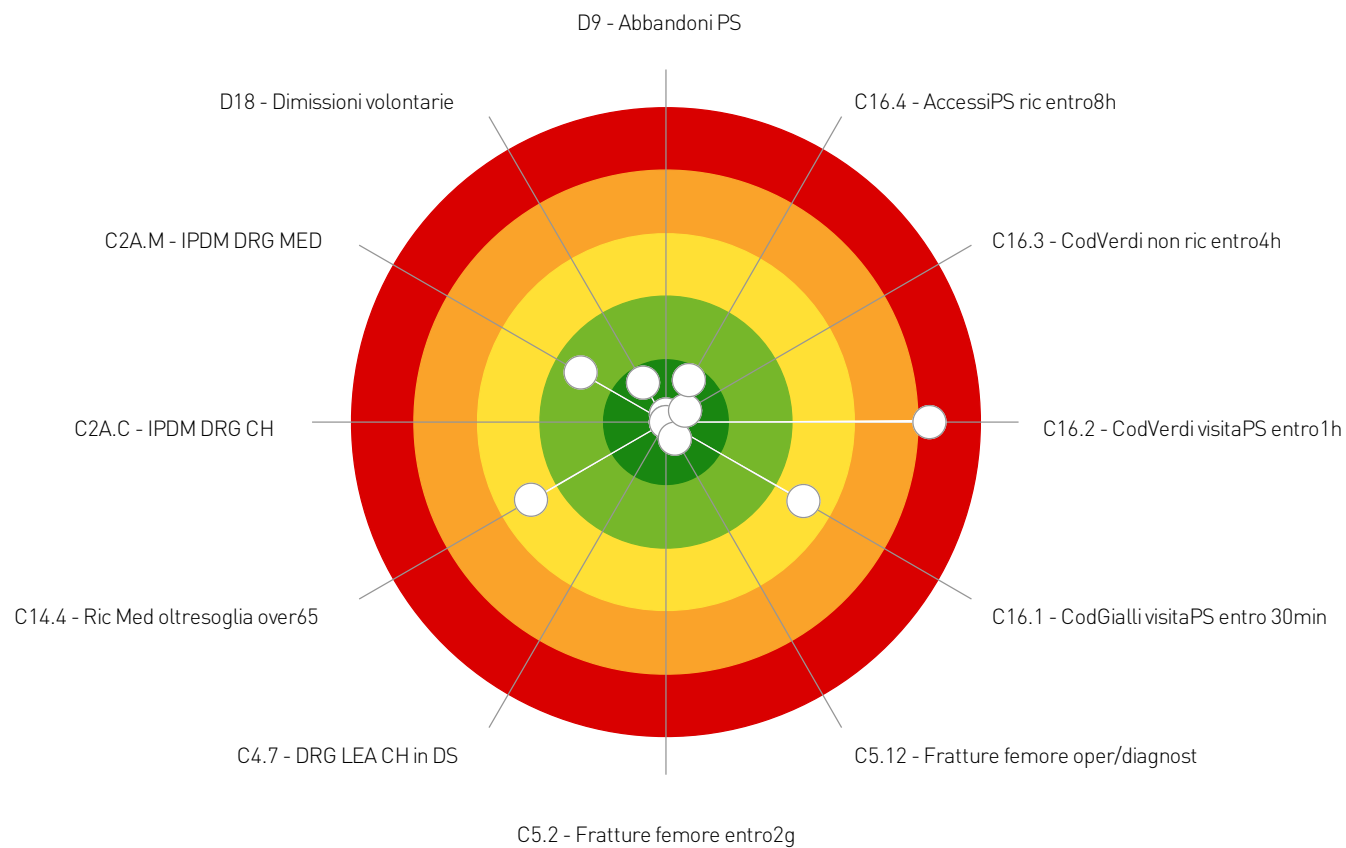
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

Valutazione della performance 2018



IST. POLICL. S. DONATO

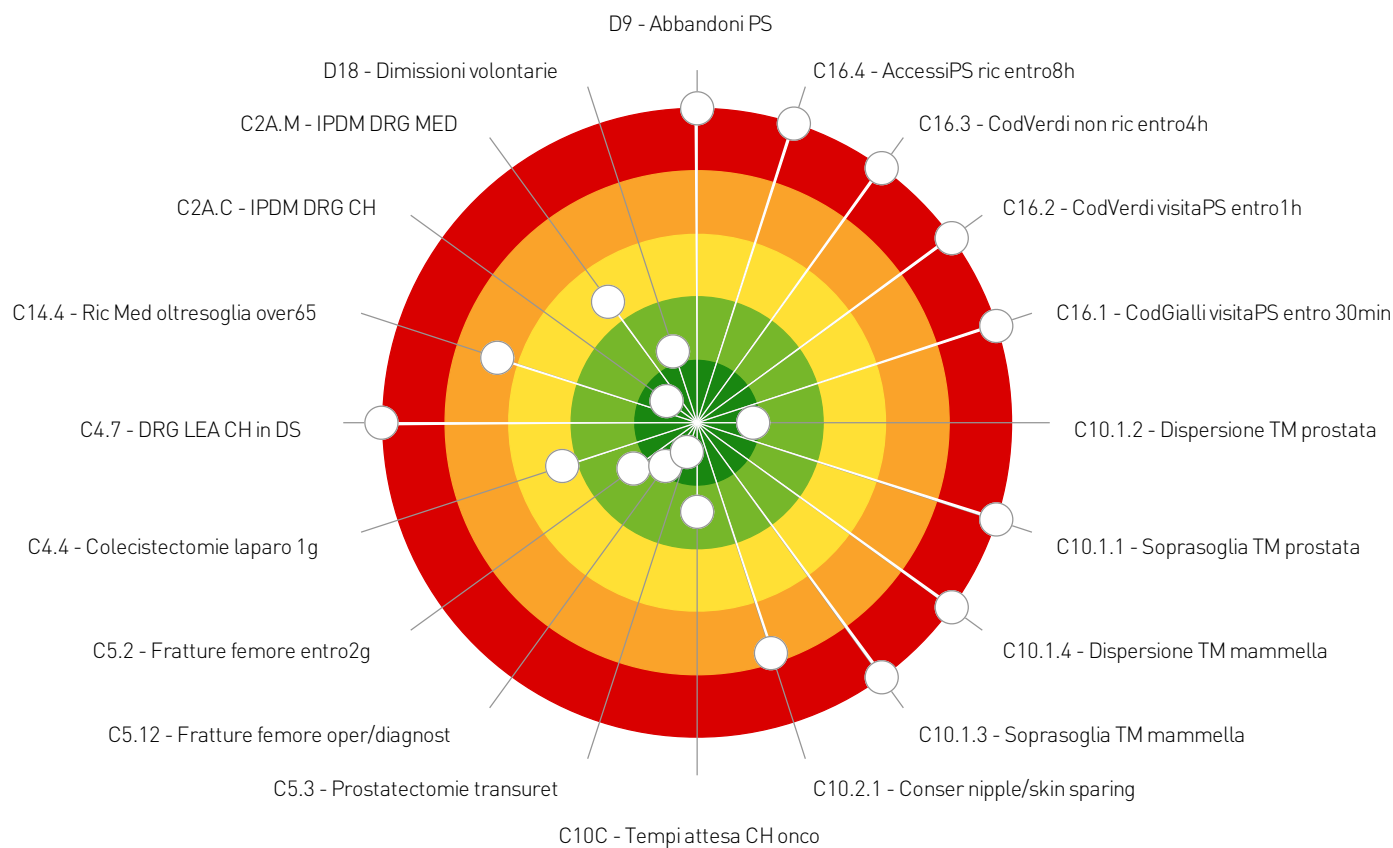
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 29



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

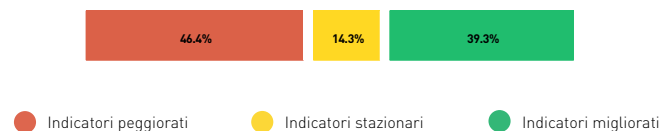
Valutazione della performance 2018



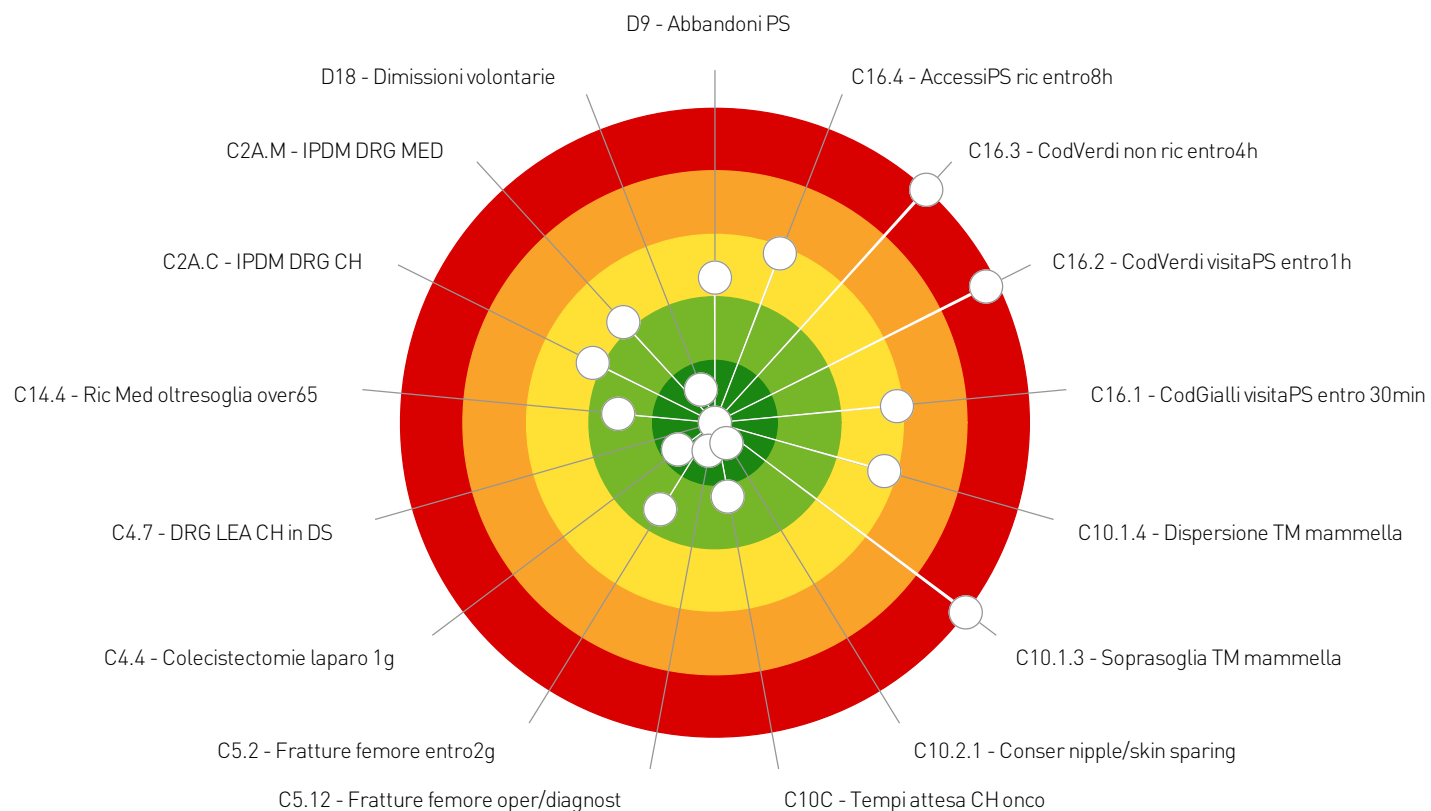
CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 28

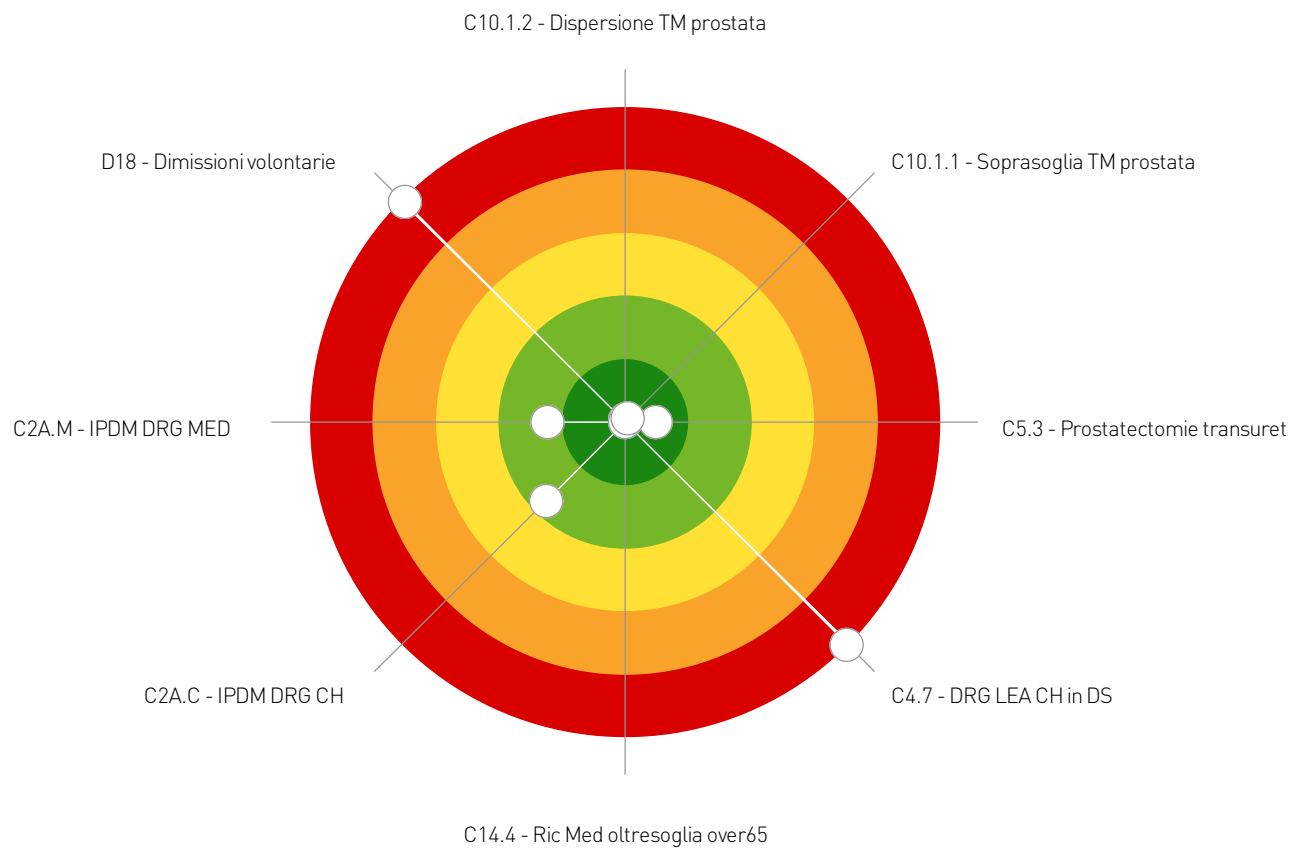


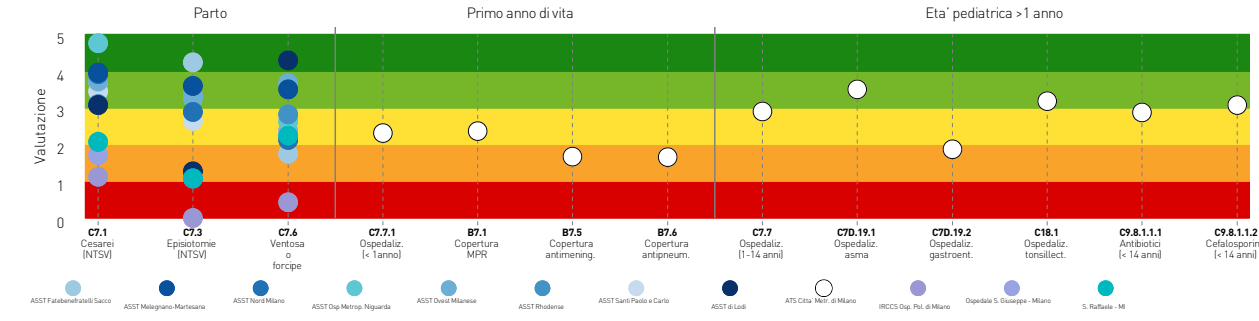
Valutazione della performance 2018



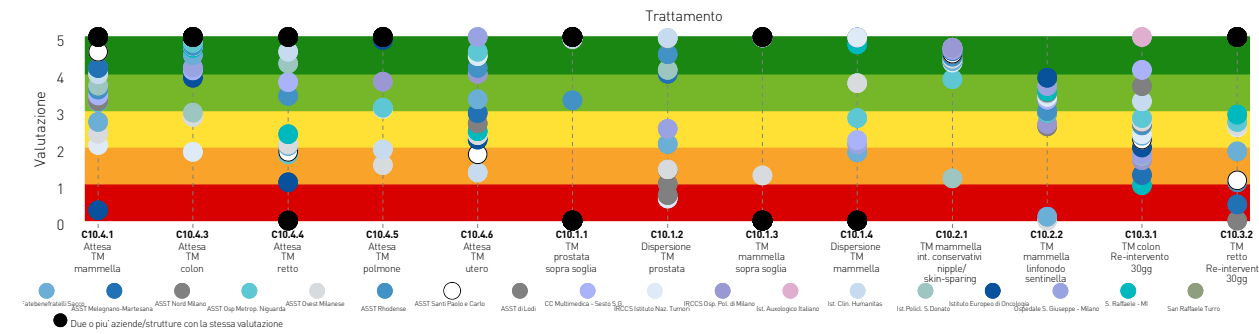
SAN RAFFAELE TURRO

Valutazione della performance 2018

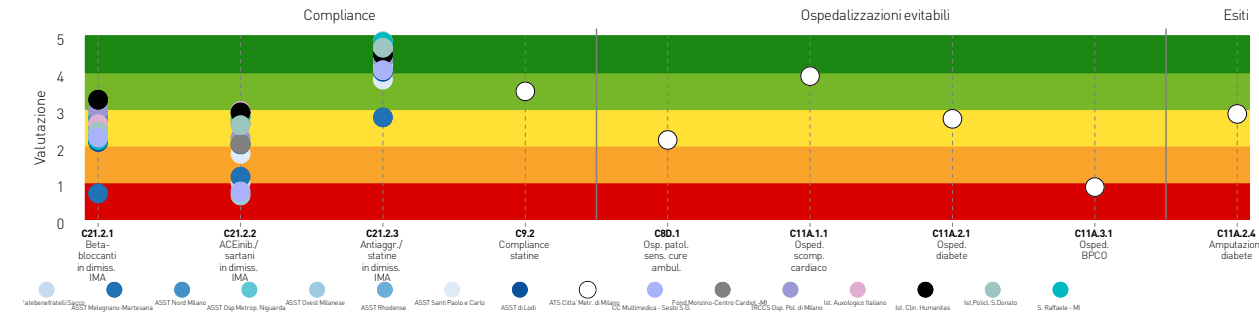




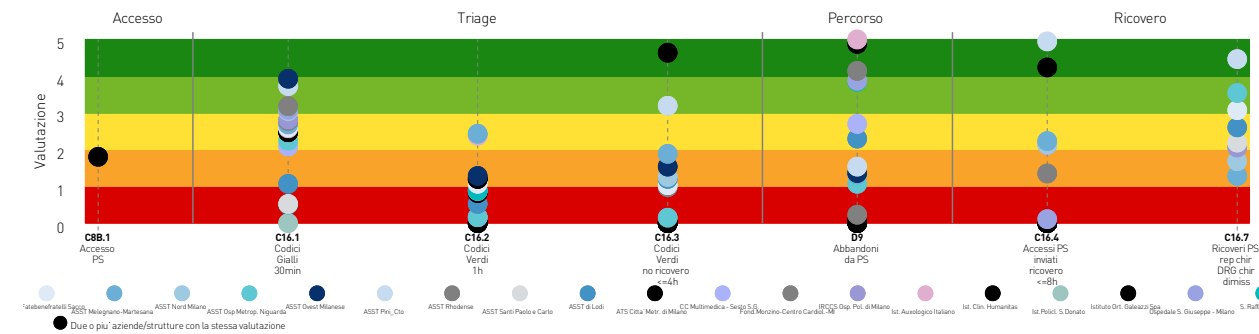
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ




PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS INSUBRIA

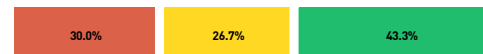
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



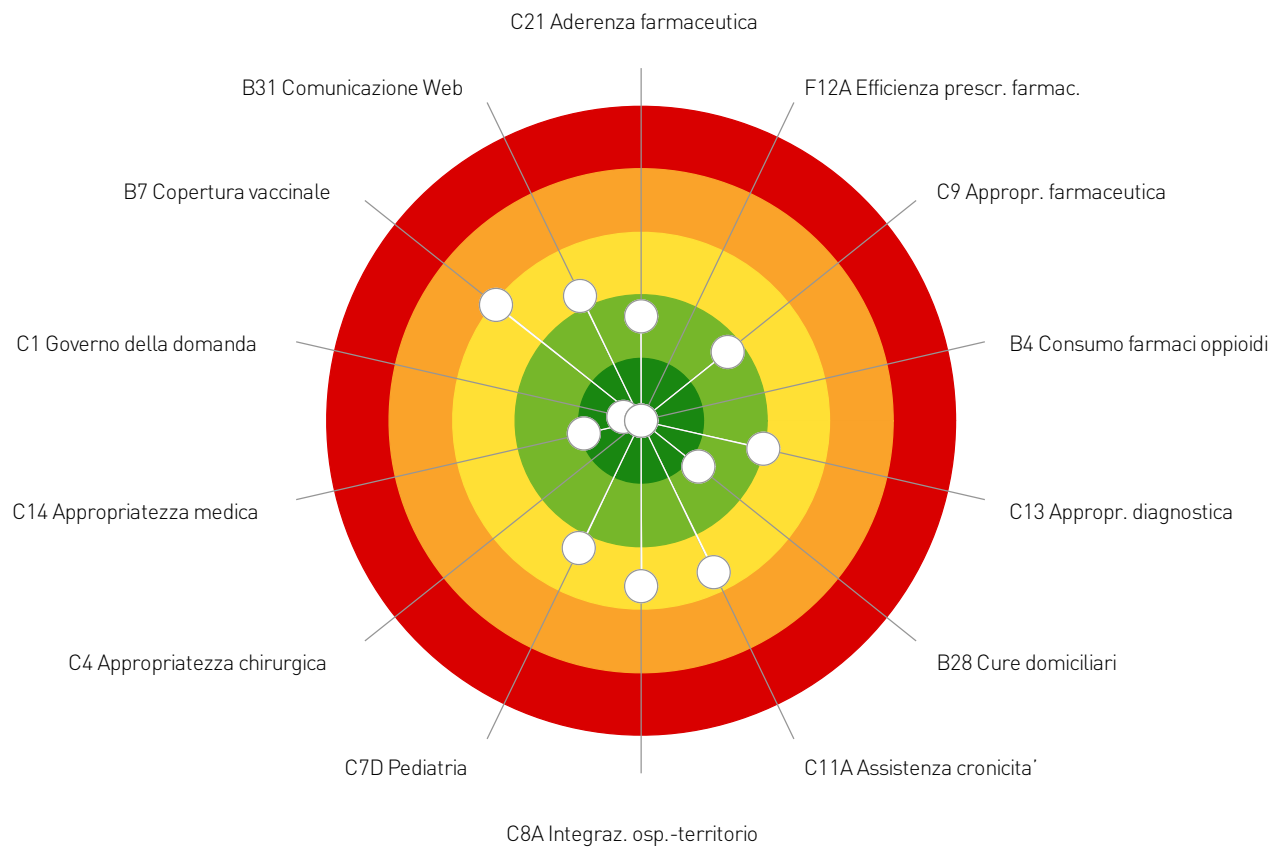
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

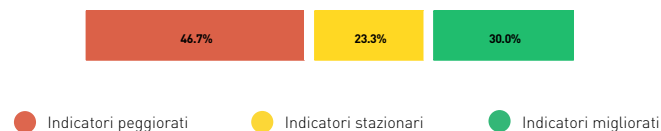
Valutazione della performance 2018



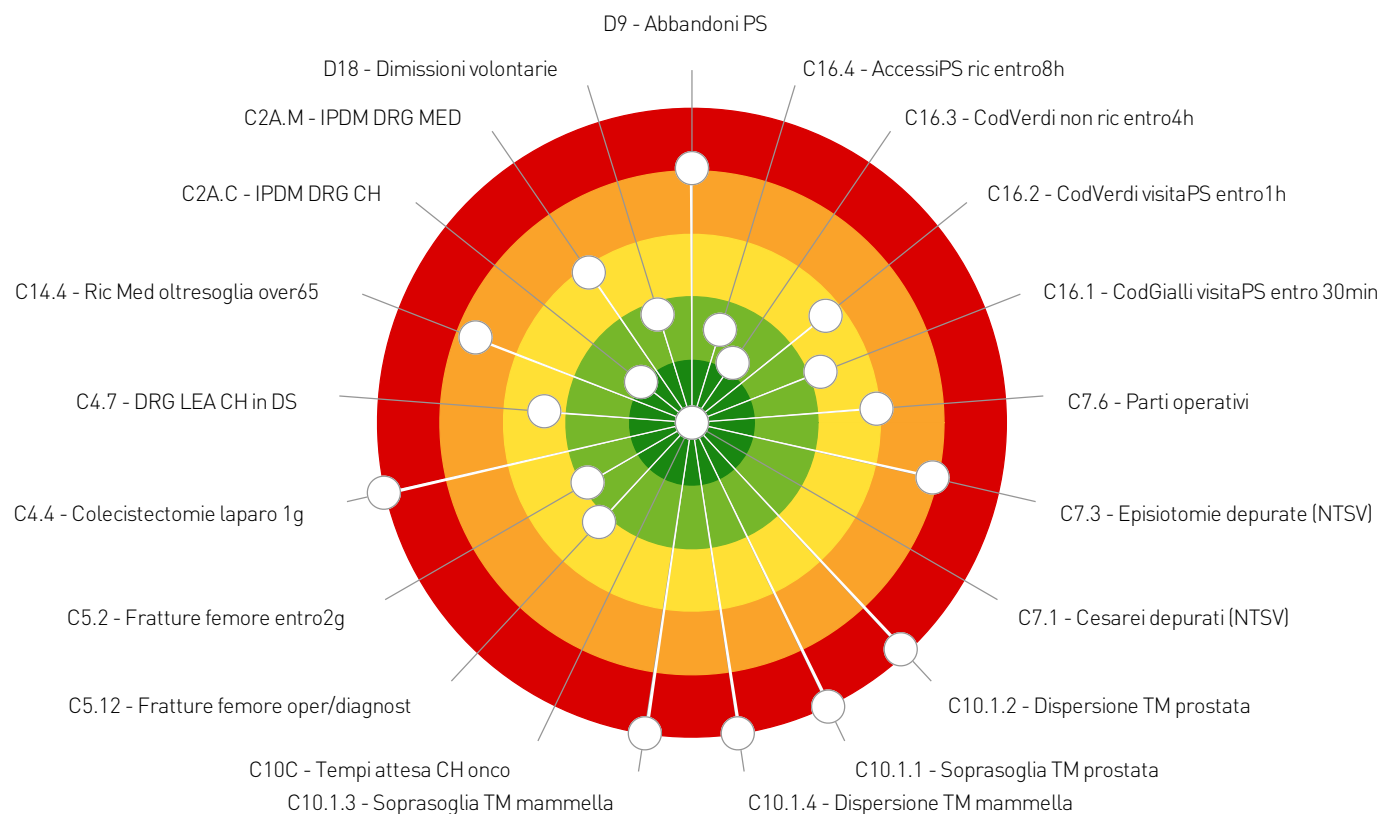
OSP. SACRA FAMIGLIA - FBF - ERBA

Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



Valutazione della performance 2018



OSPEDALE VALDUCE

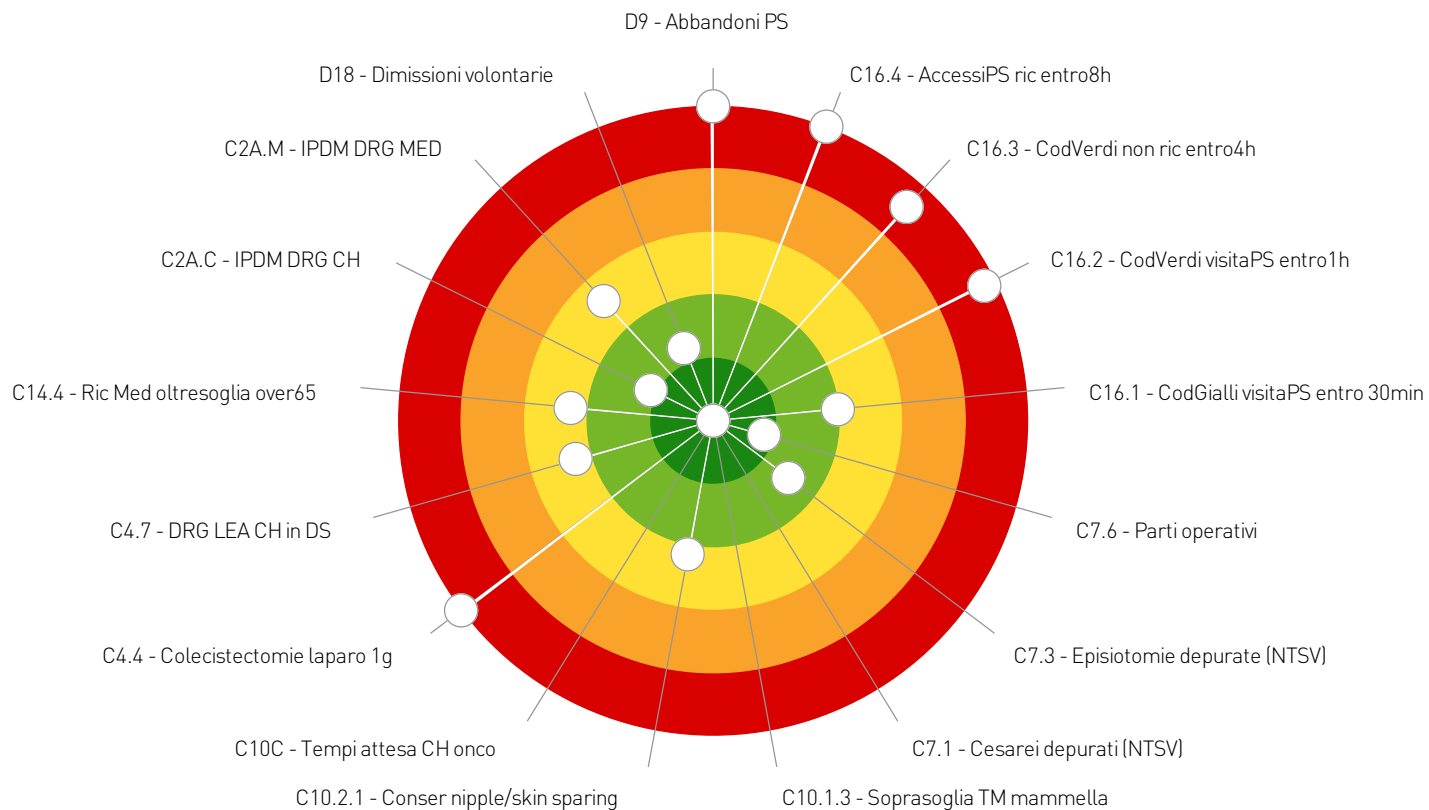
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 28



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA

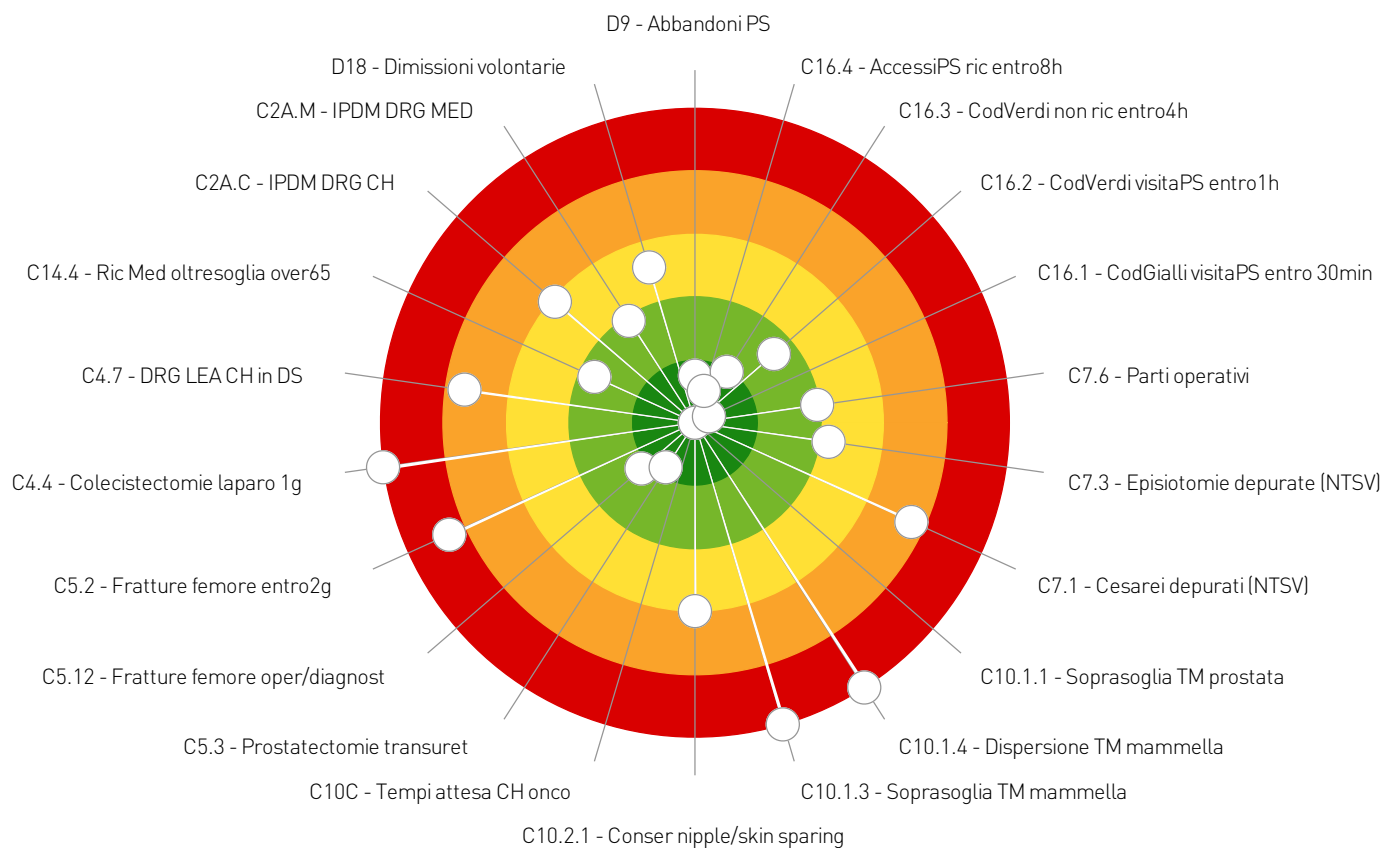
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DEI SETTE LAGHI

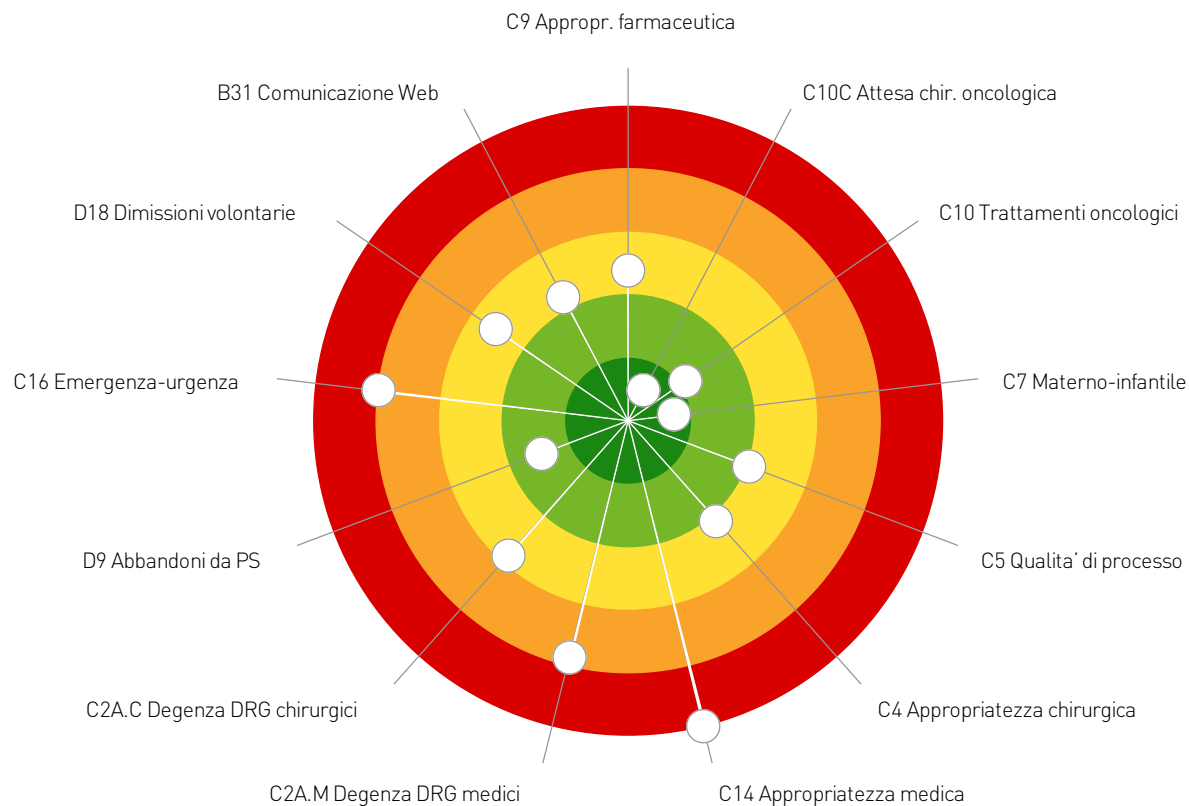
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DELLA VALLE OLONA

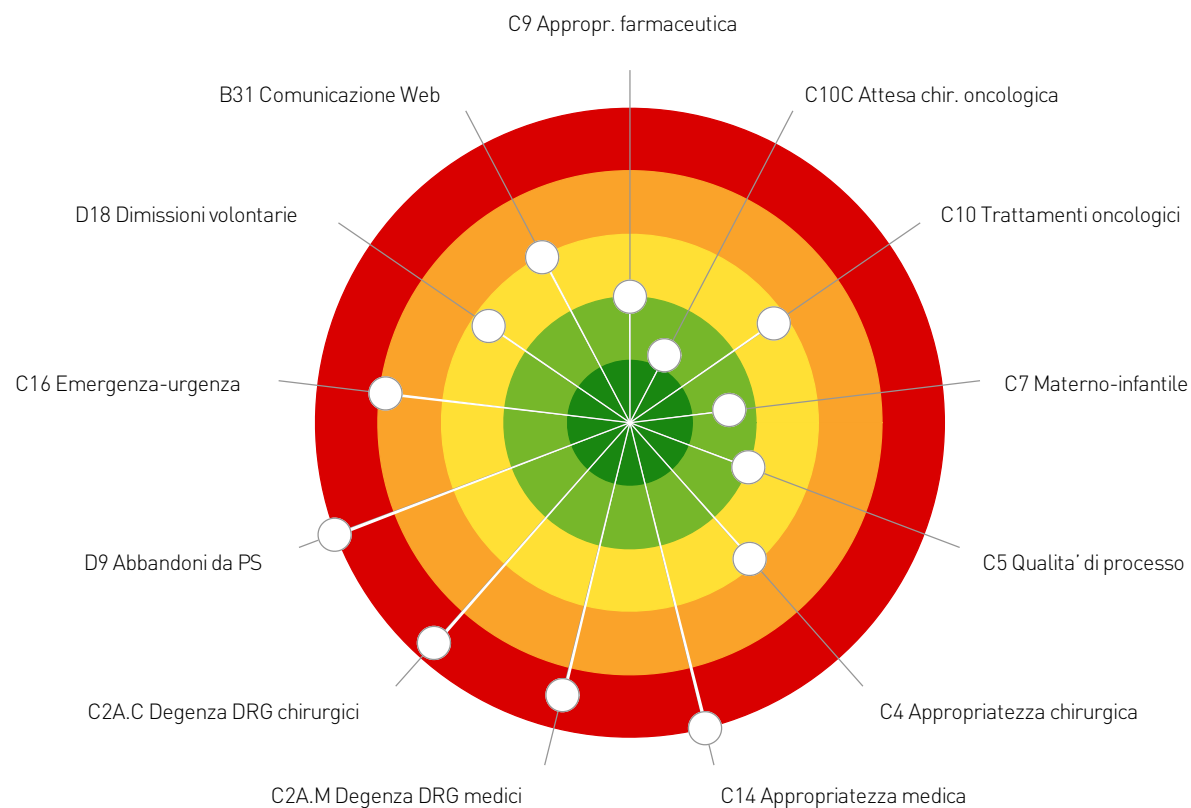
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST LARIANA

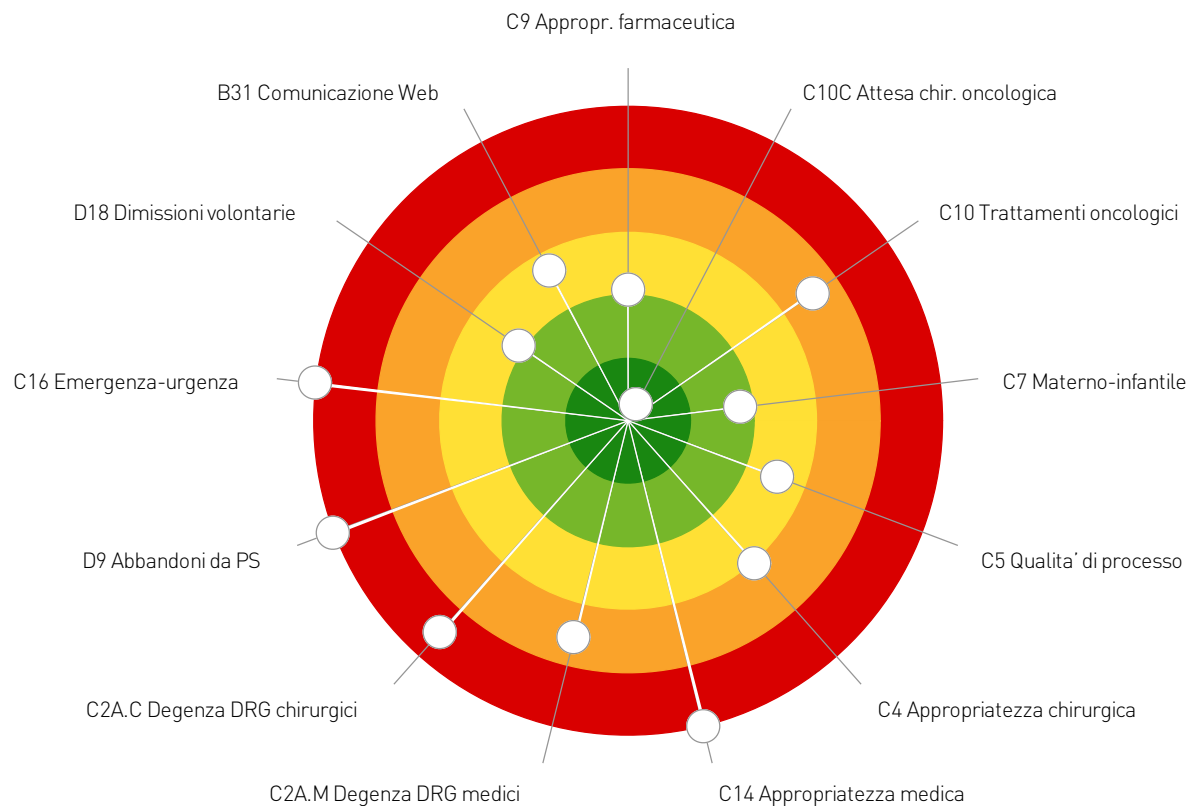
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



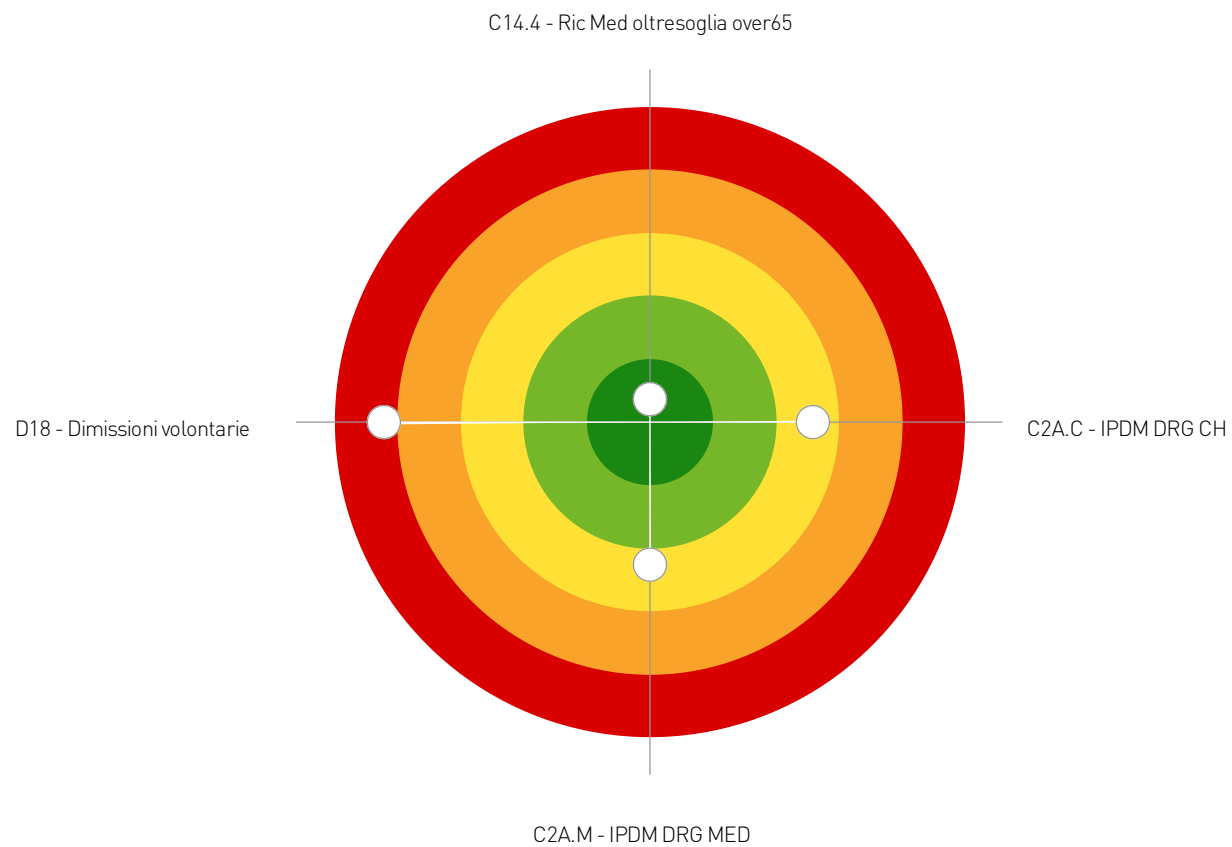
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

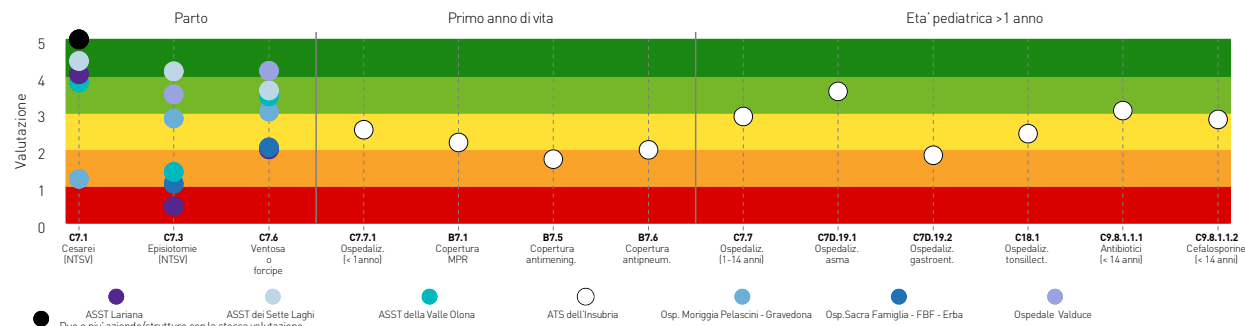


FOND.CLINICA LAVORO-TRADATE

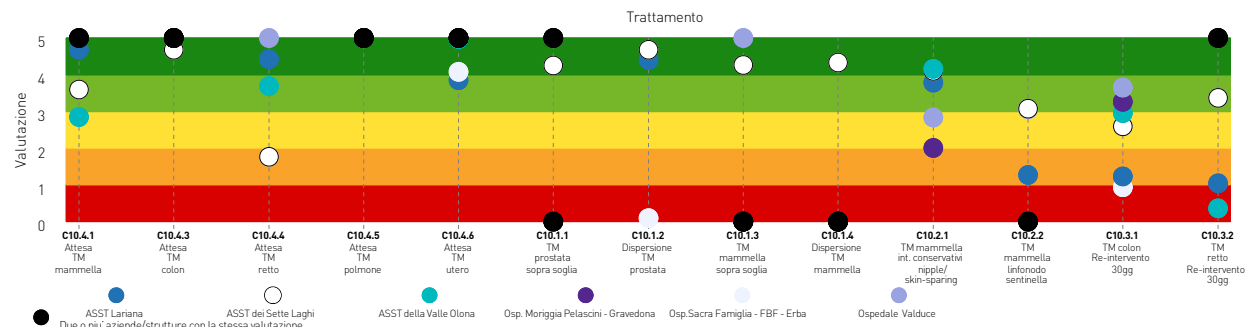
Valutazione della performance 2018



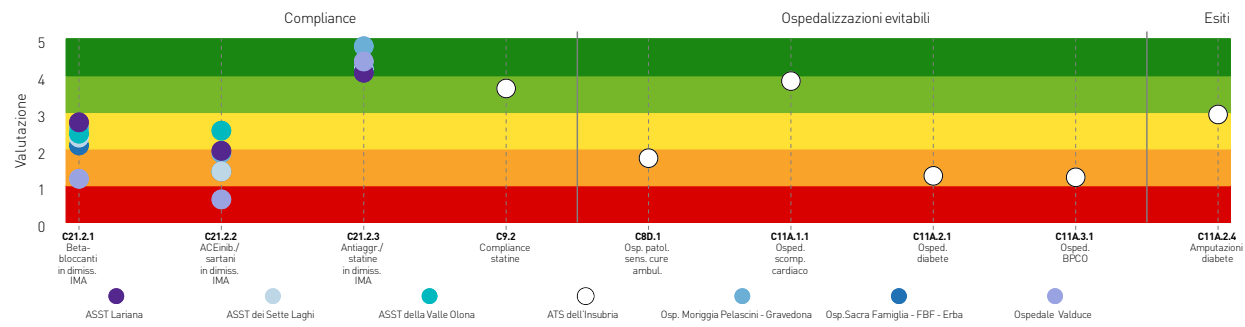
PERCORSO MATERNO INFANTILE



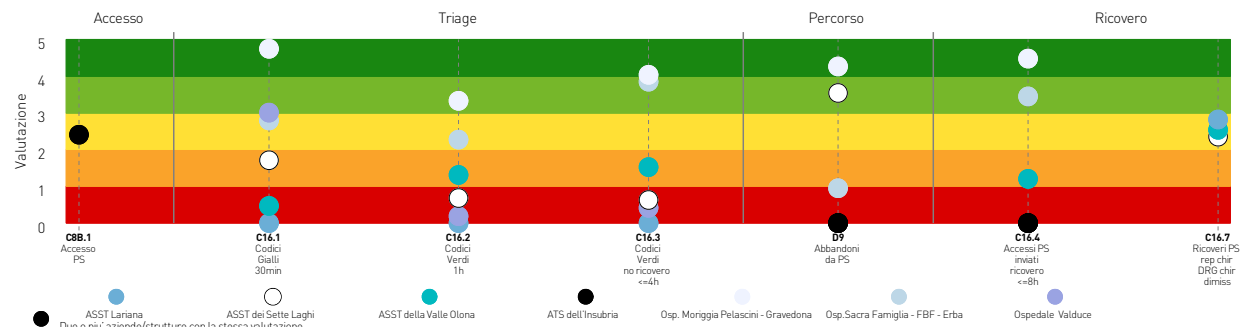
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DELLA MONTAGNA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



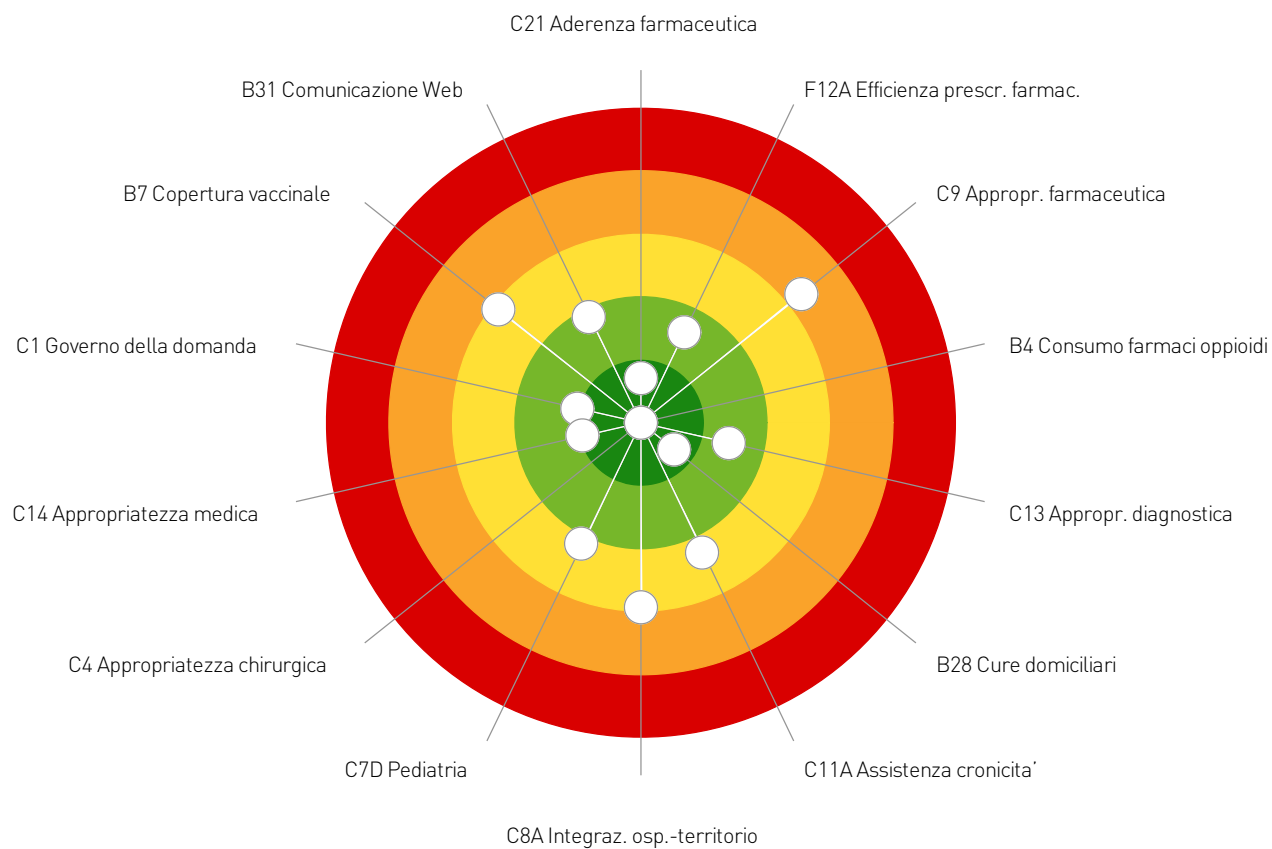
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

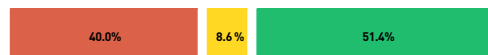
Valutazione della performance 2018



ASST VALTELLINA ALTO LARIO

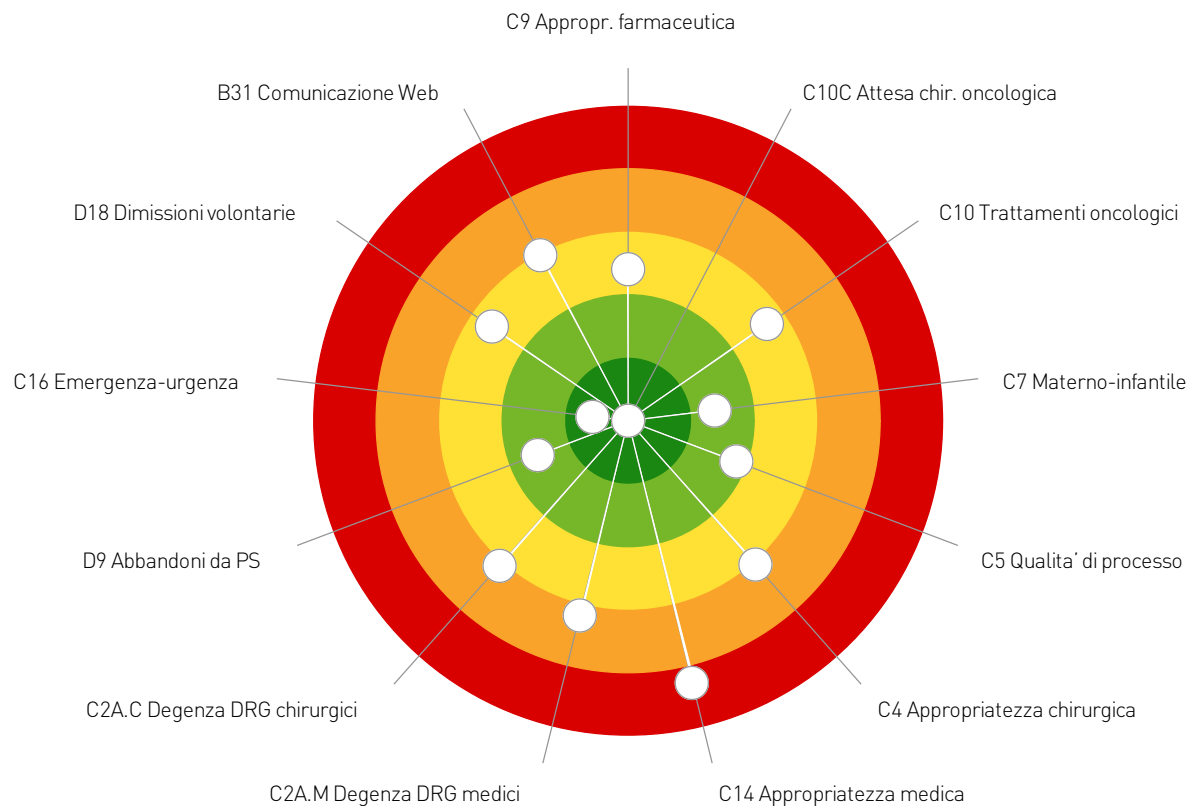
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

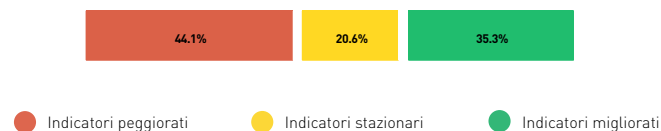
Valutazione della performance 2018



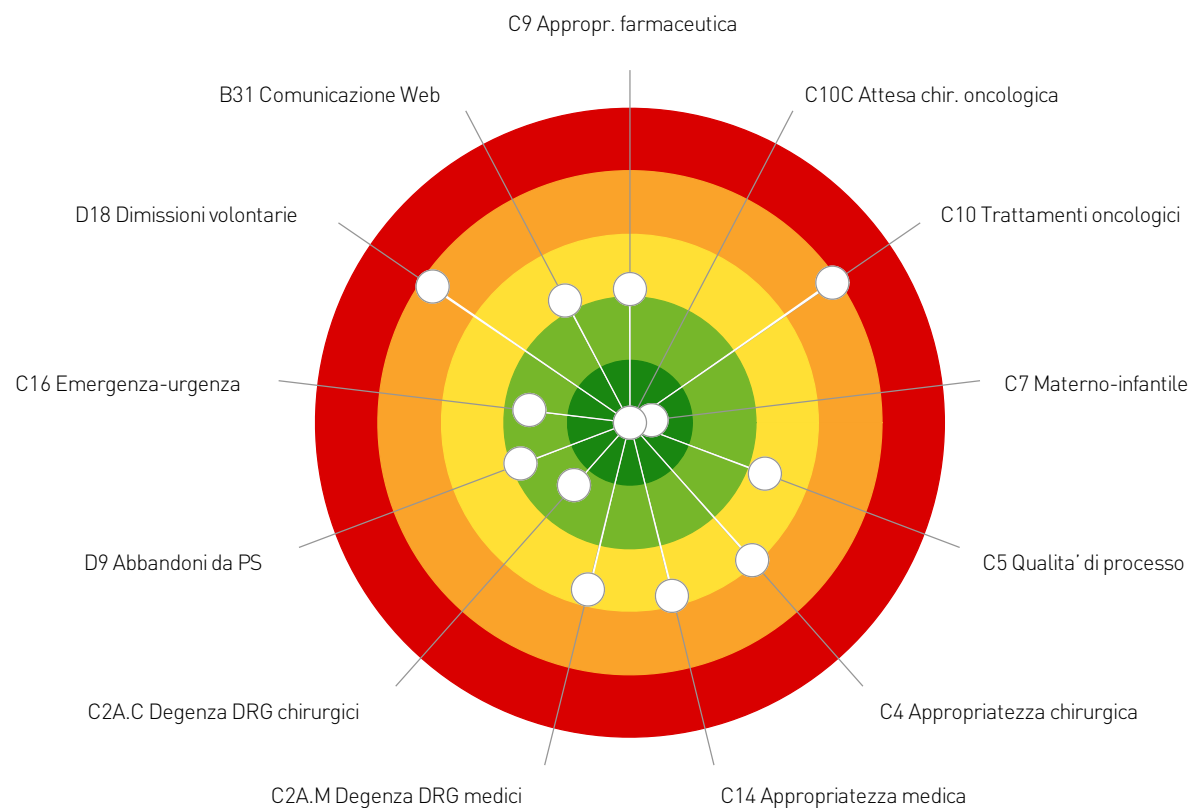
ASST DELLA VALCAMONICA

Andamento indicatori - Trend 2017/2018

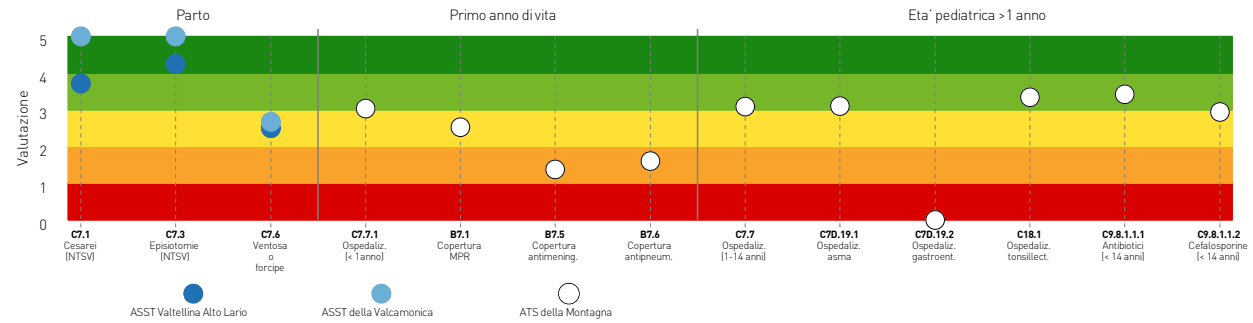
Numero indicatori di valutazione: 34



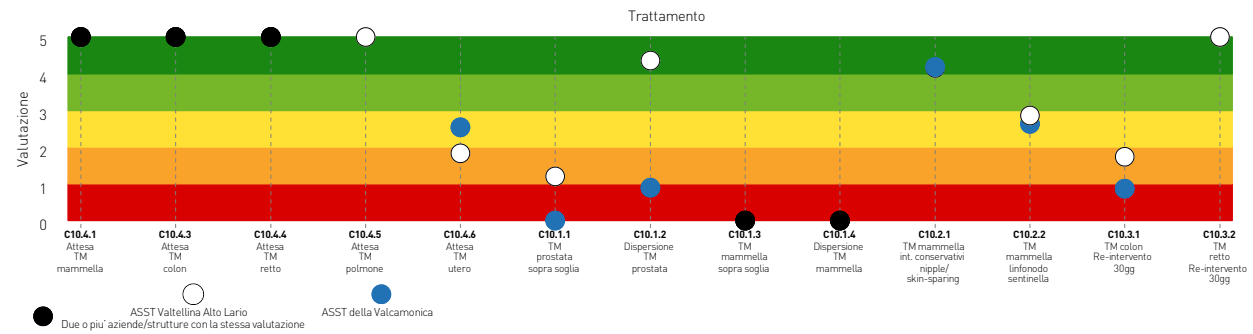
Valutazione della performance 2018



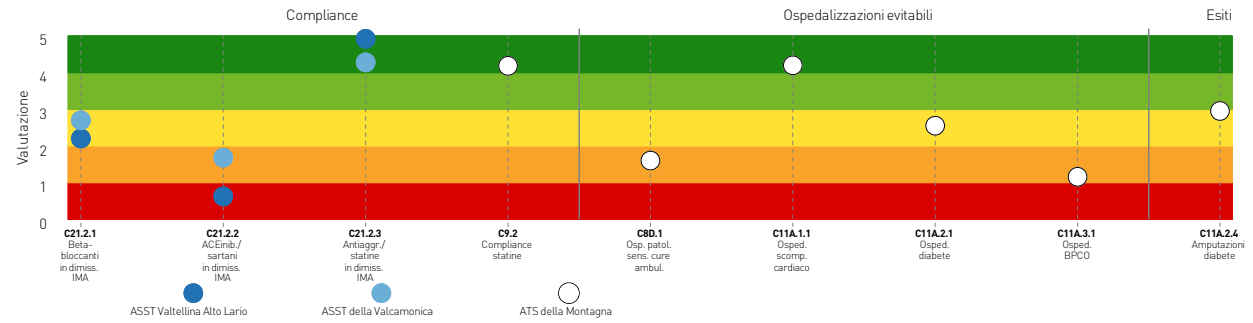
PERCORSO MATERNO INFANTILE



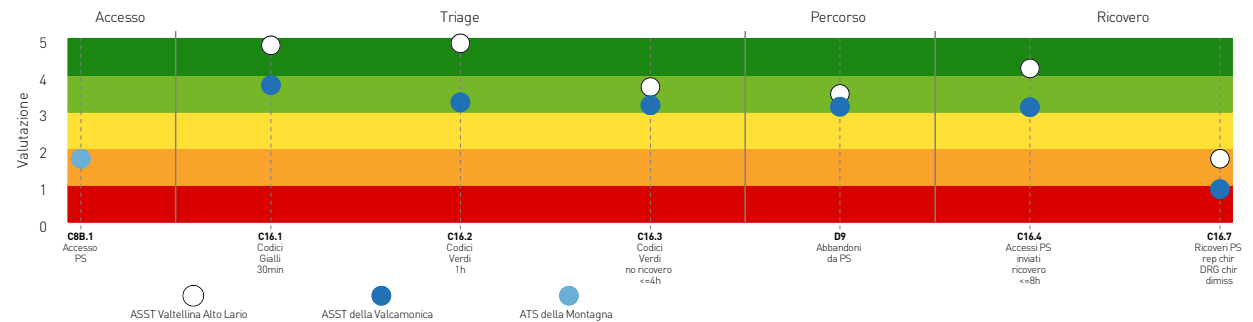
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DELLA BRIANZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



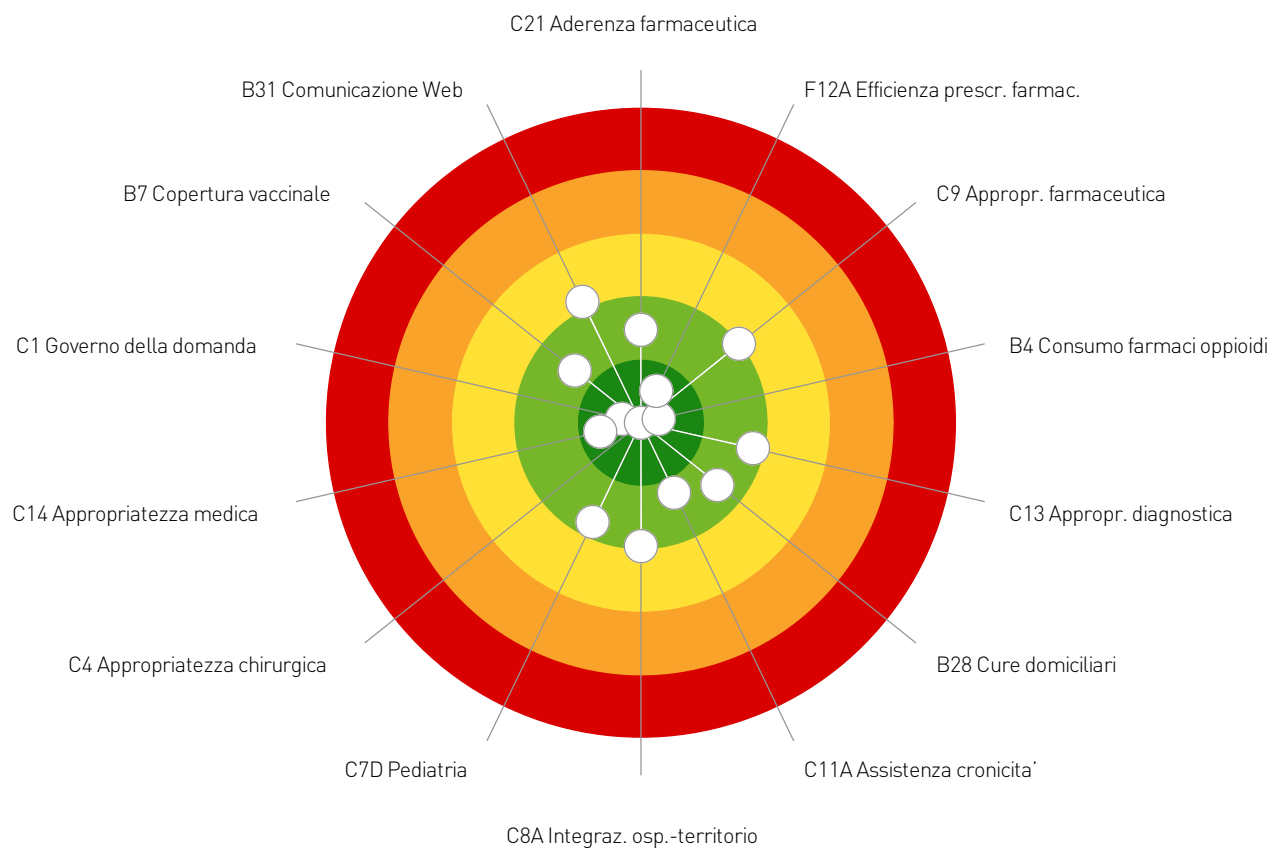
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

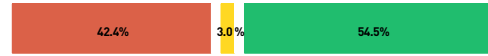
Valutazione della performance 2018



ASST DI LECCO

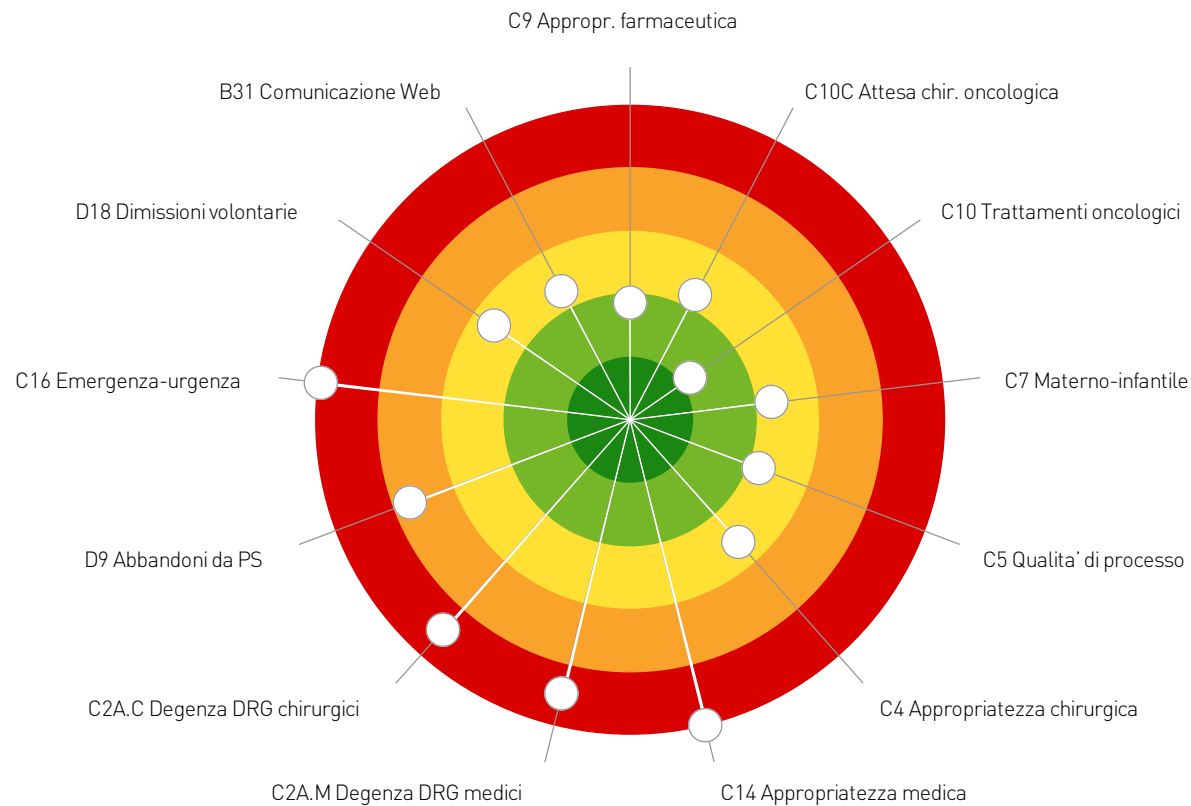
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 33



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

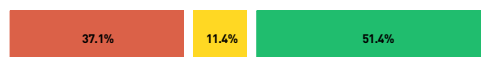
Valutazione della performance 2018



ASST DI MONZA

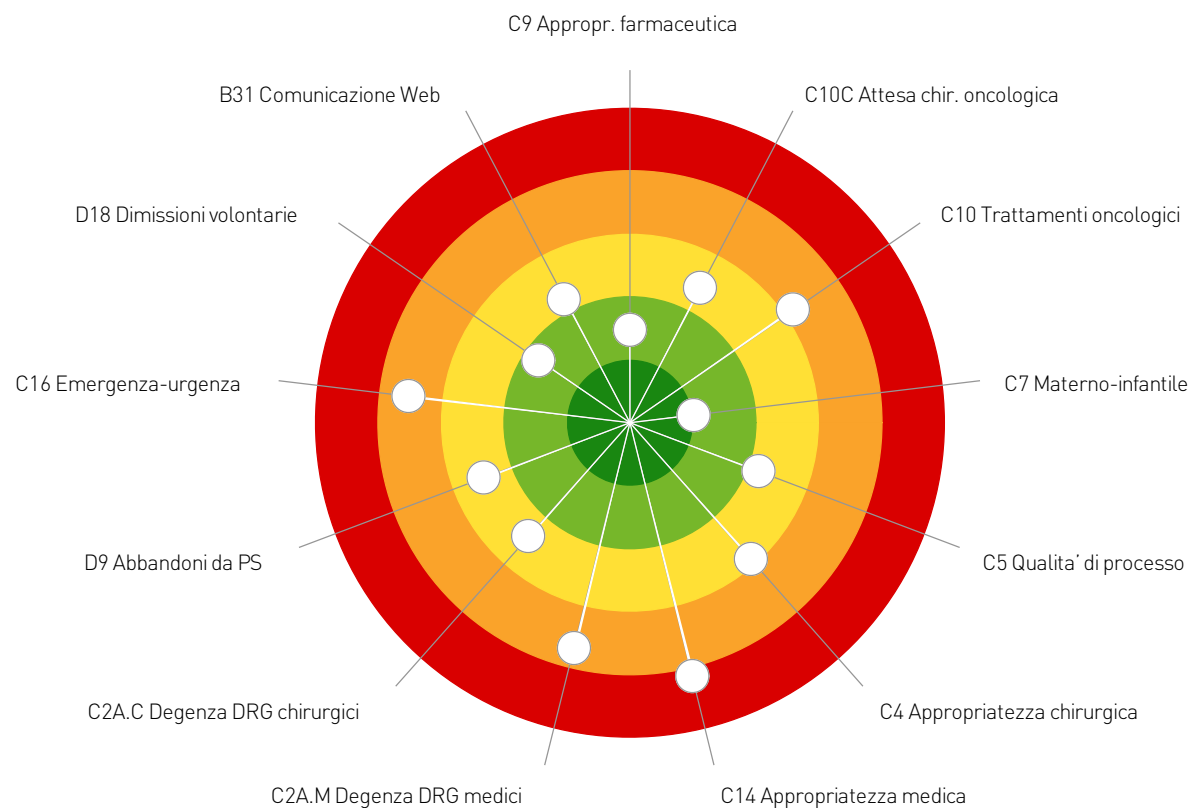
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DI VIMERCATE

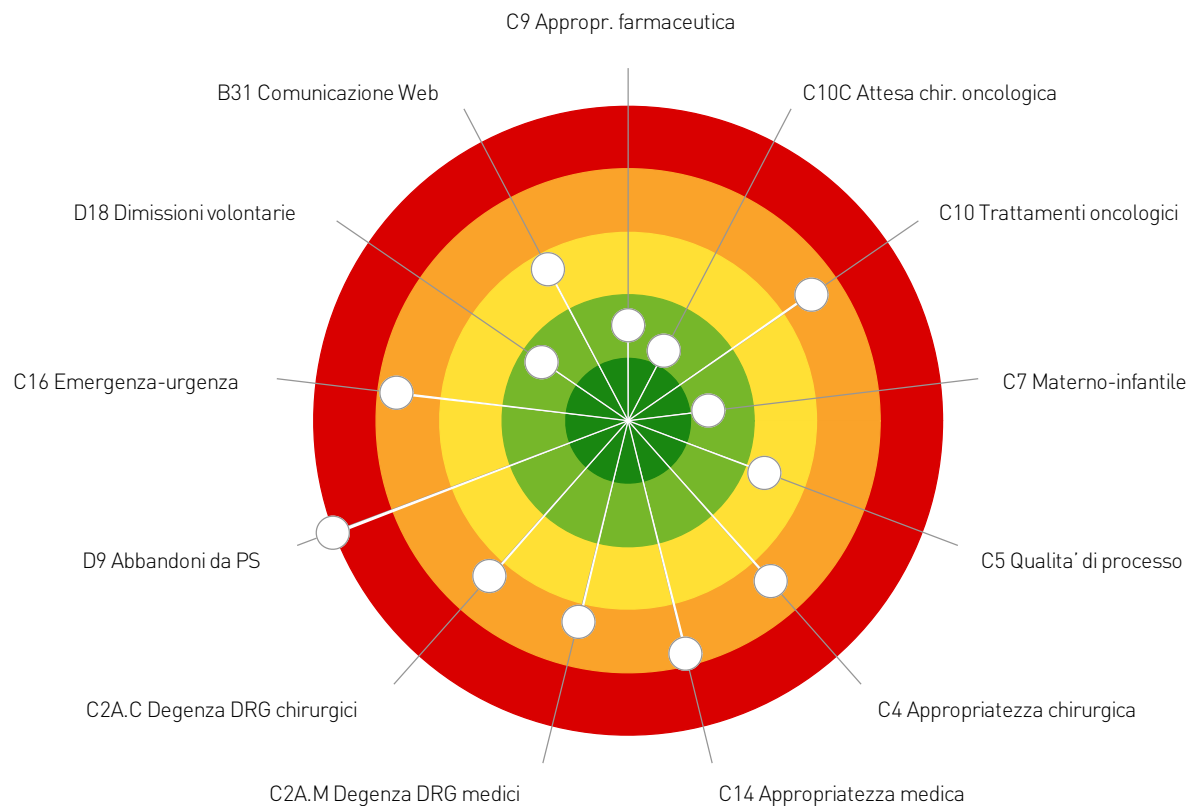
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

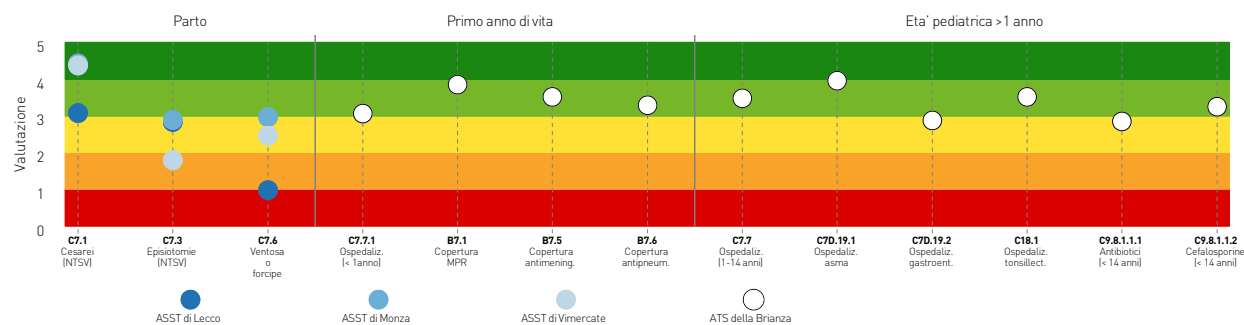
Numero indicatori di valutazione: 35



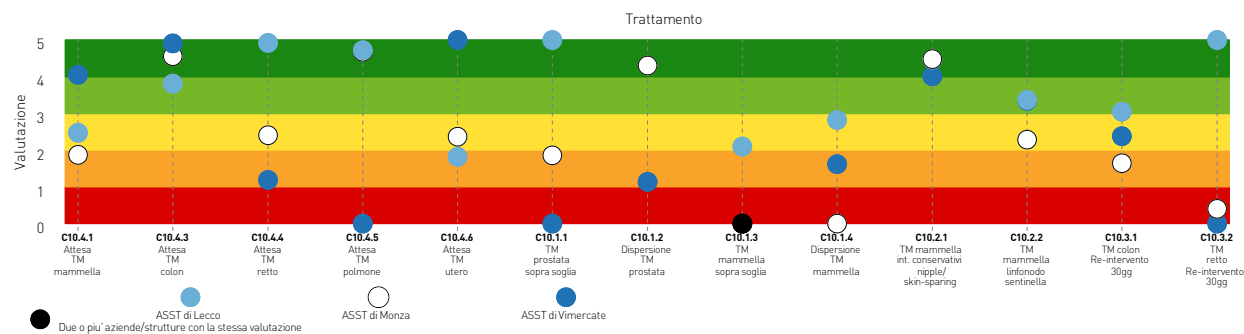
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

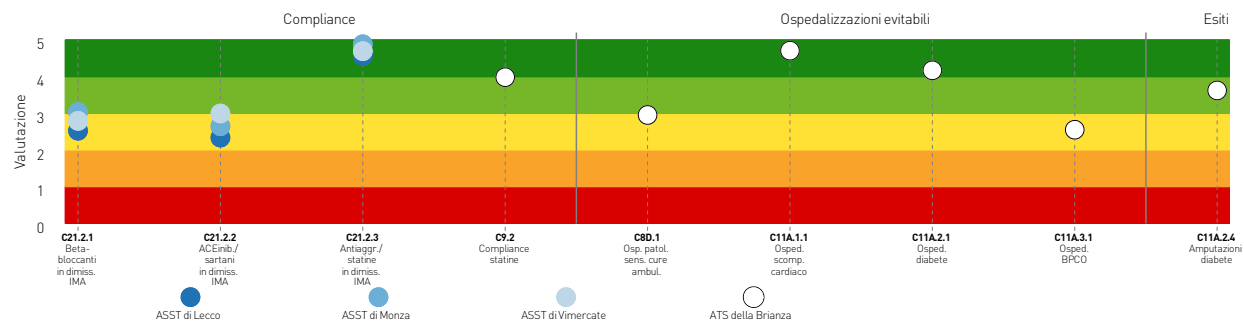




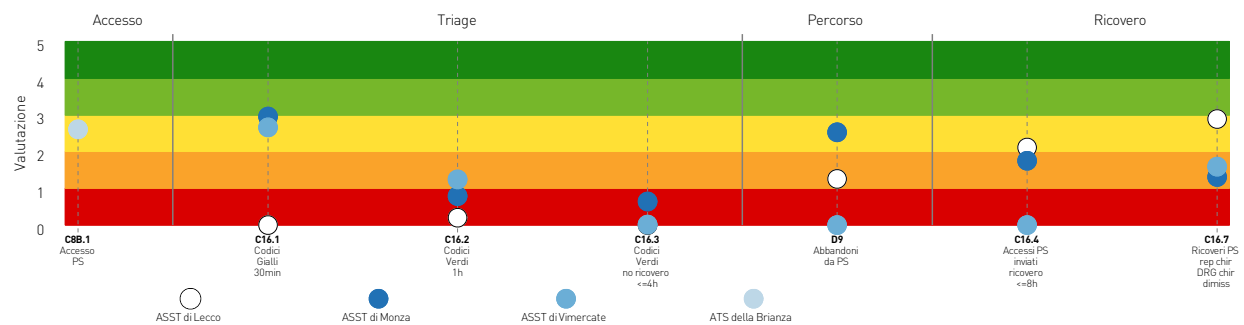
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DI BERGAMO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



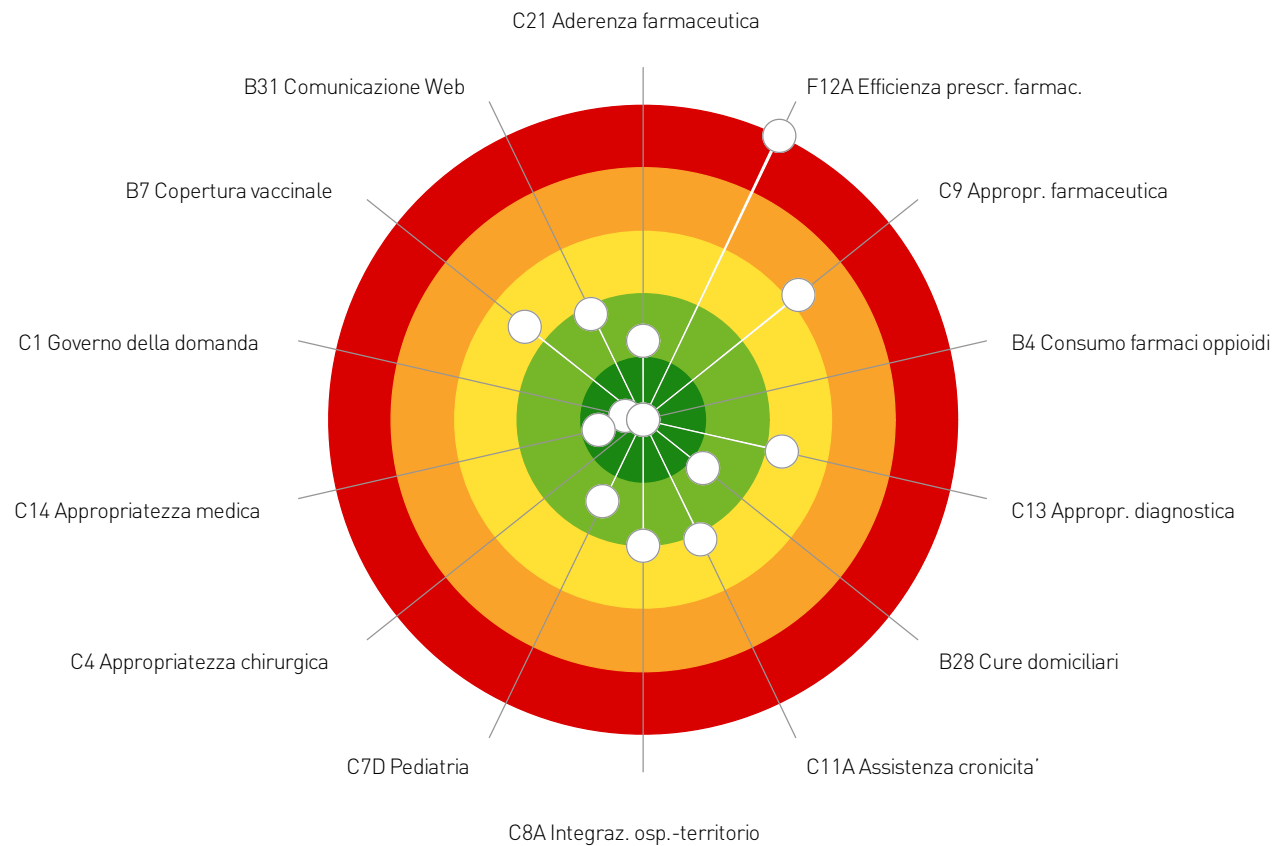
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

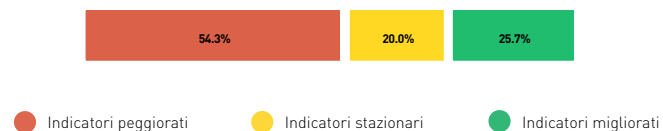
Valutazione della performance 2018



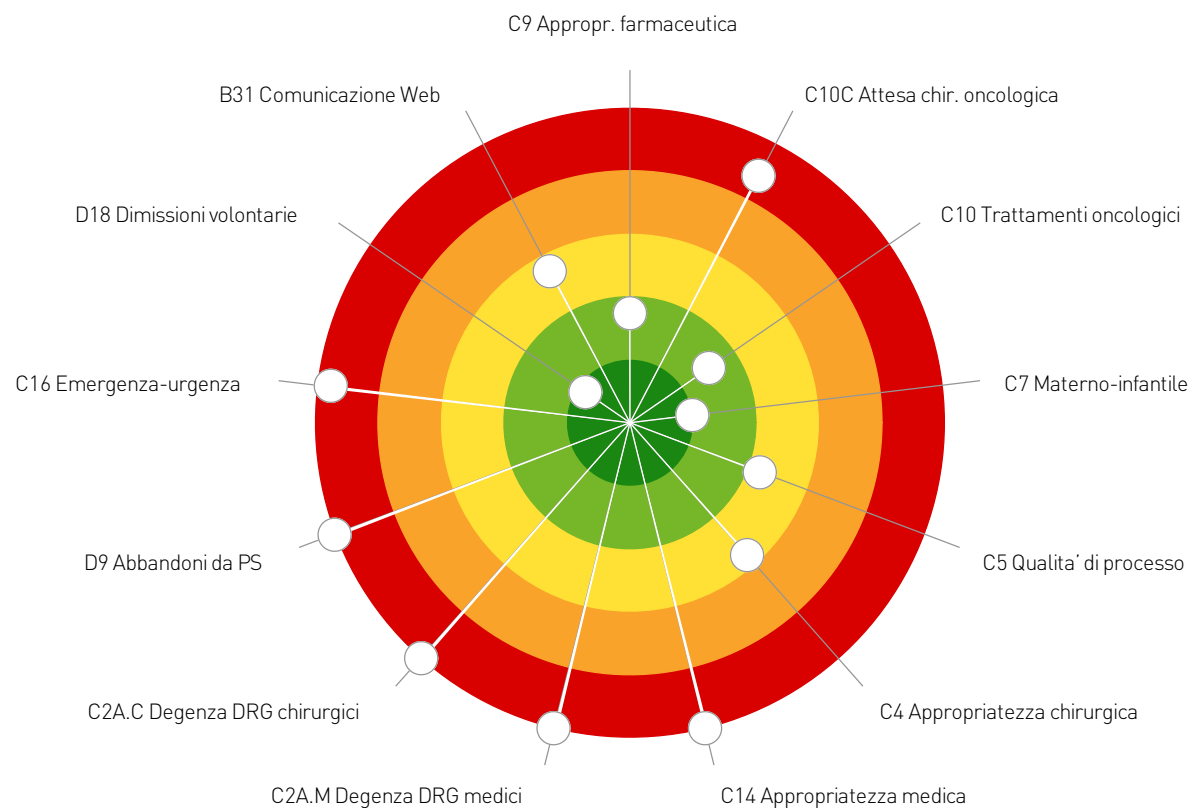
ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



Valutazione della performance 2018



ASST DI BERGAMO OVEST

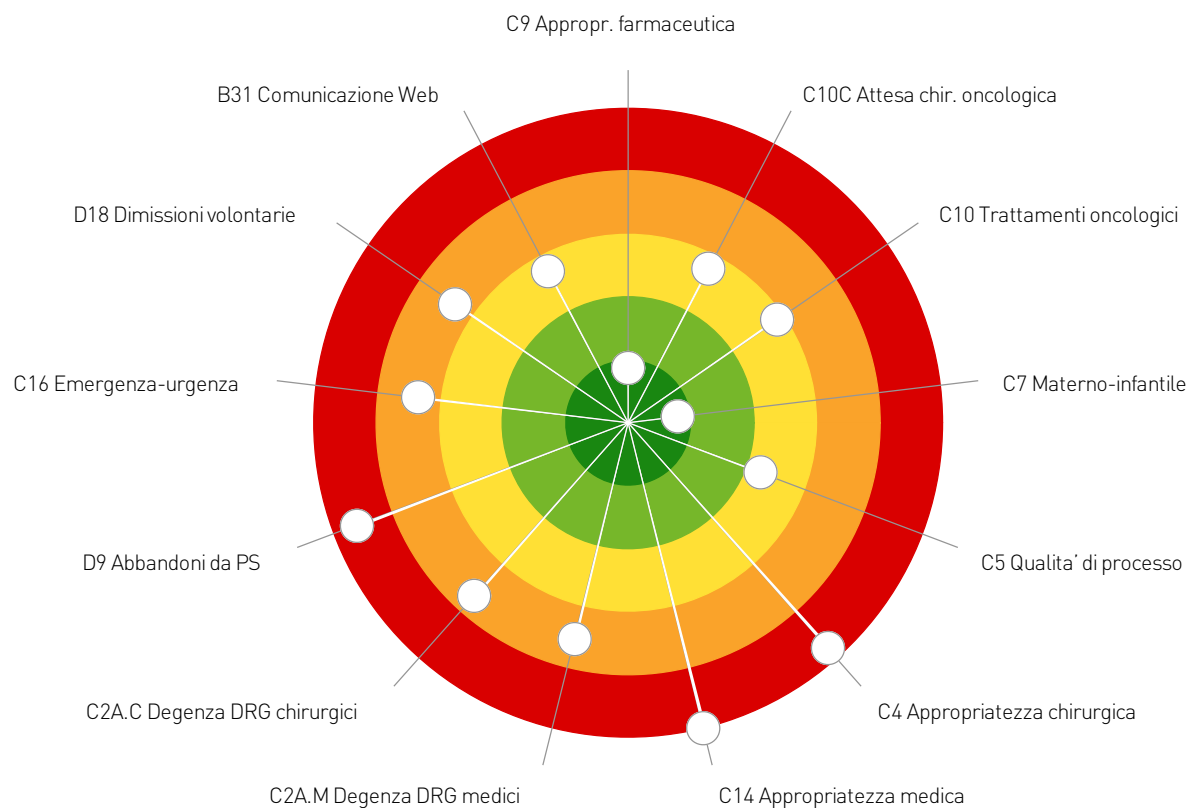
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DI BERGAMO EST

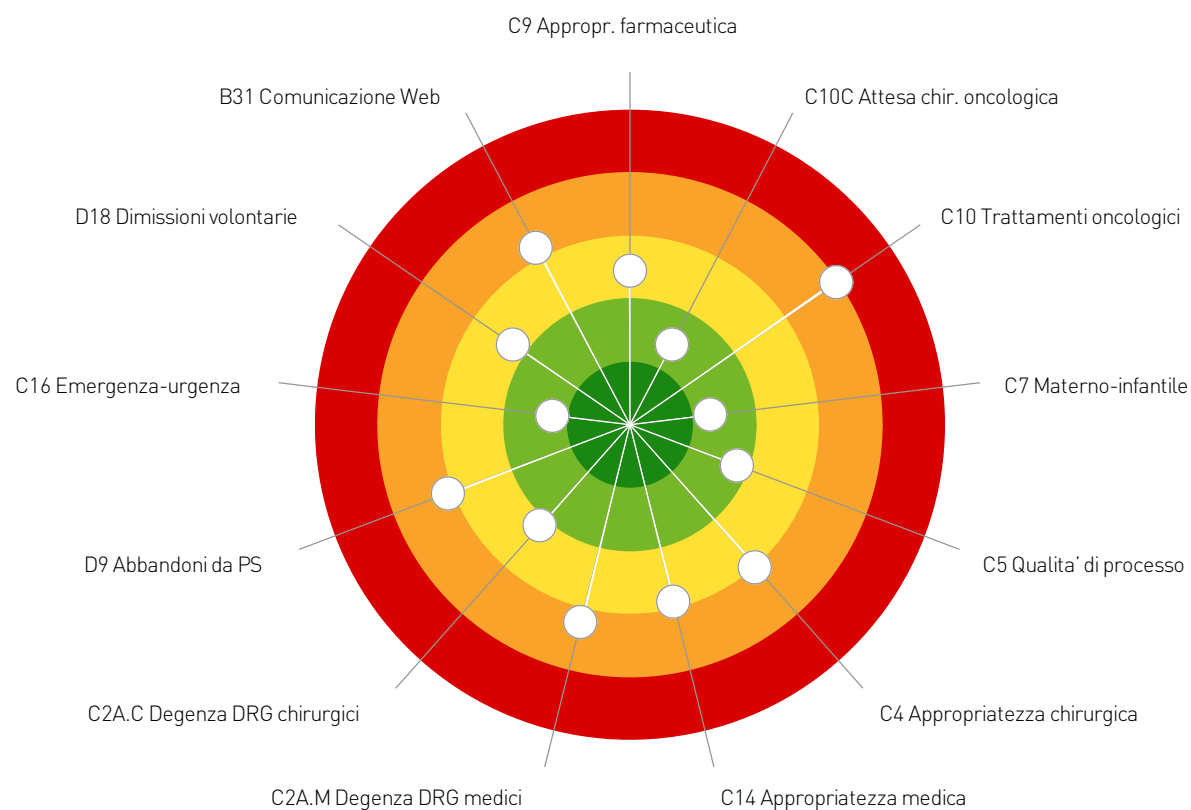
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35

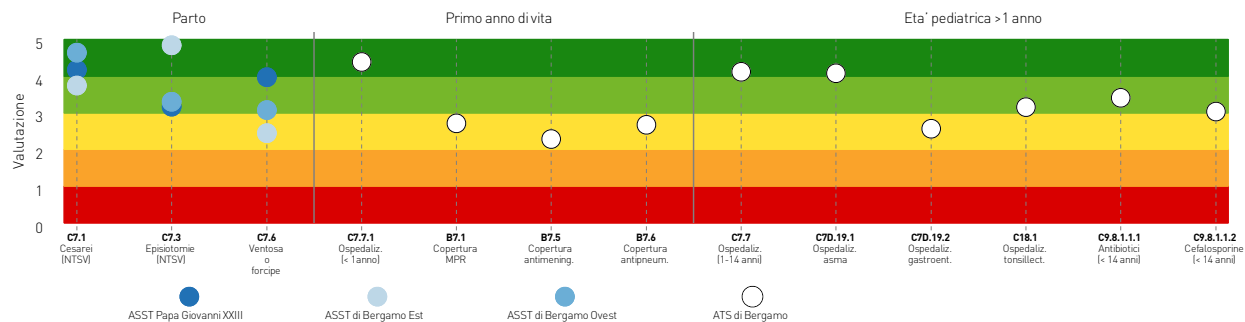


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

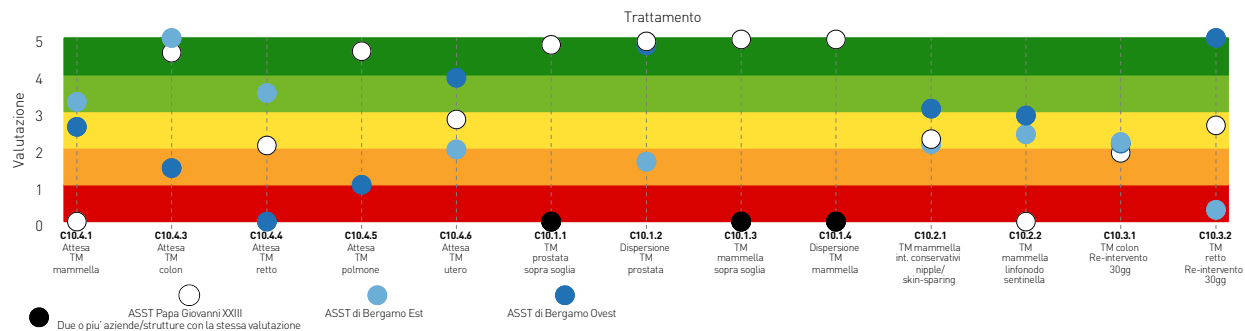
Valutazione della performance 2018



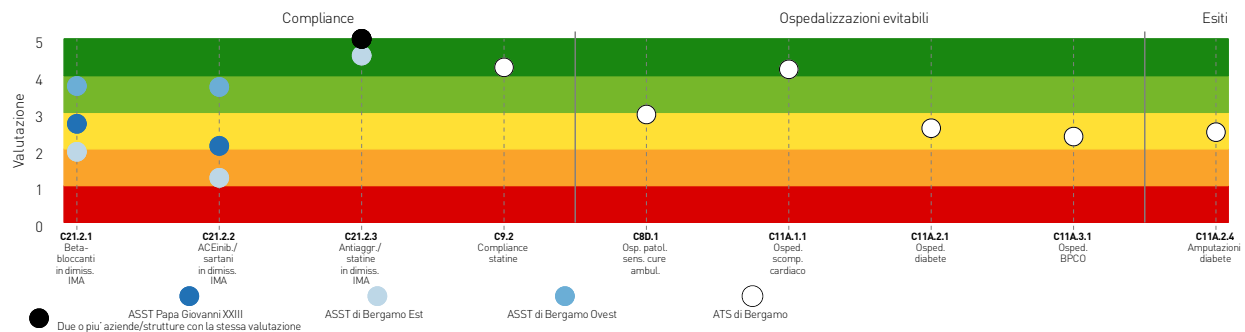
PERCORSO MATERNO INFANTILE



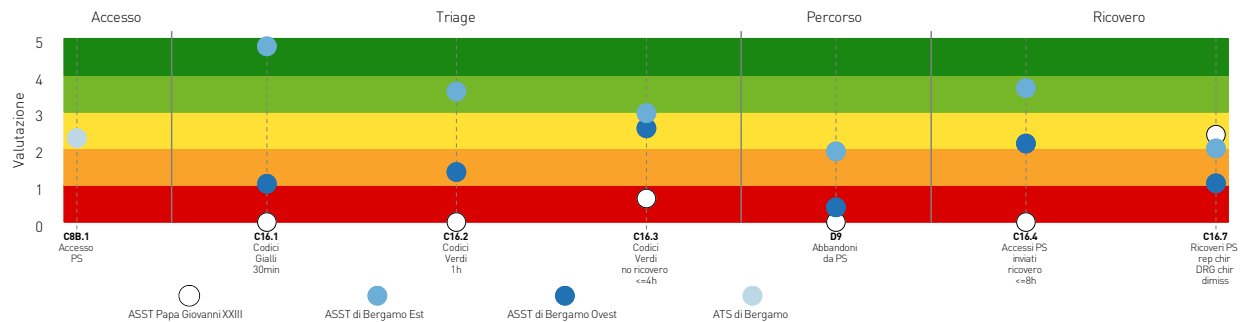
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DI BRESCIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



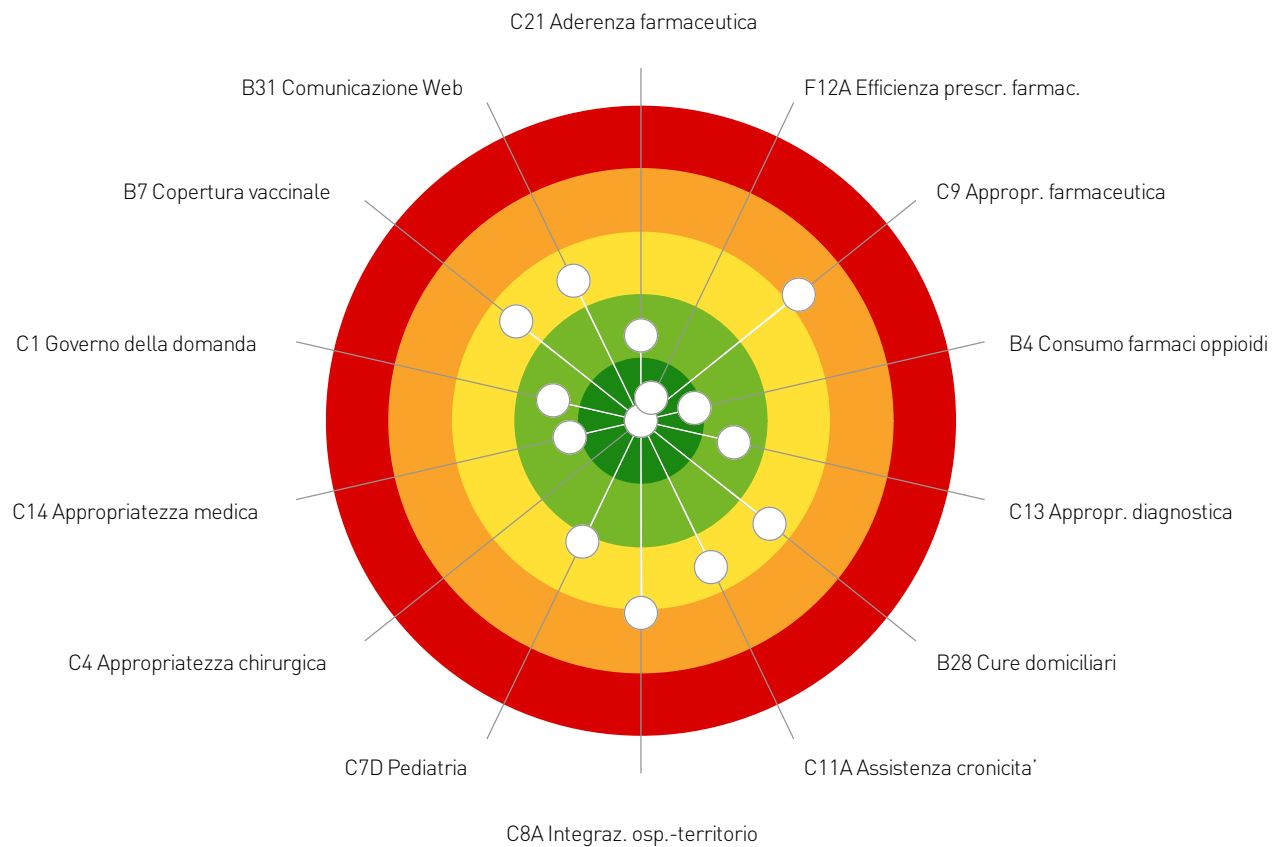
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

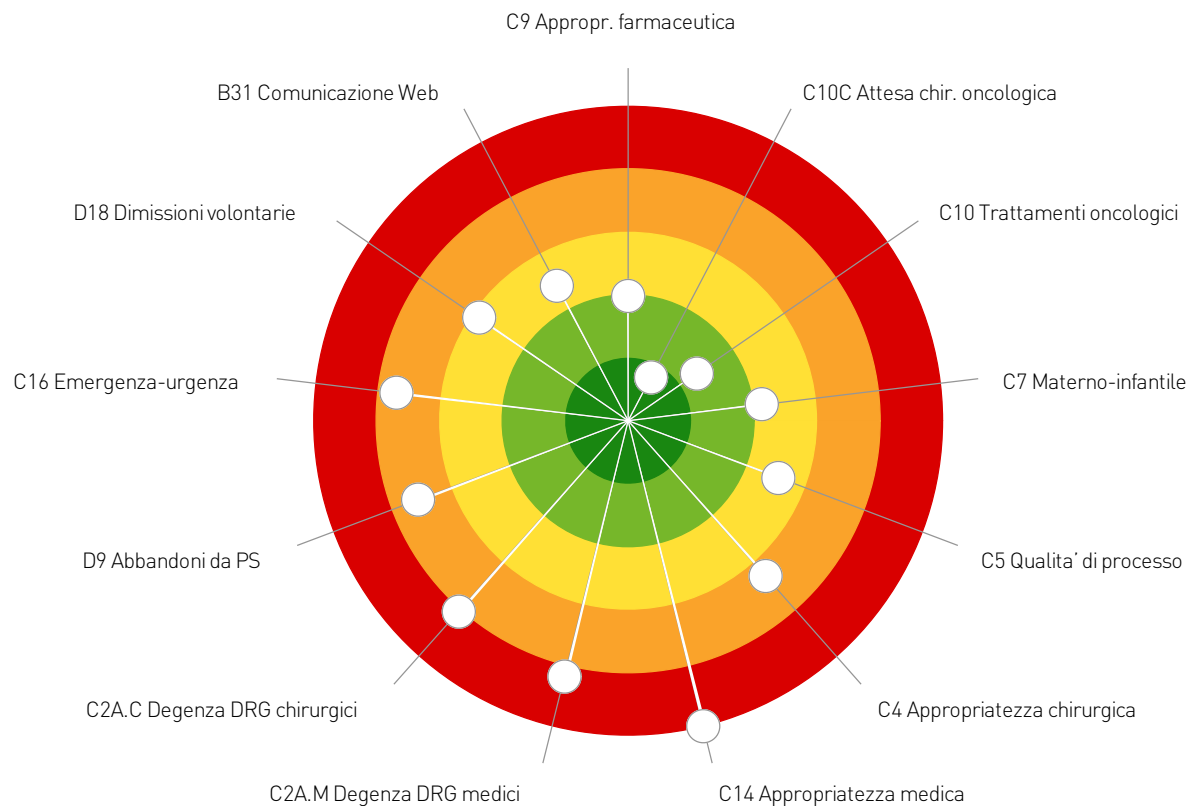
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

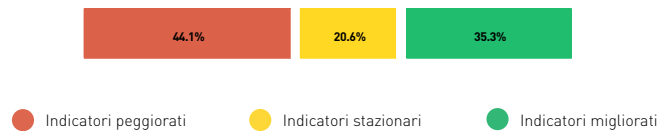
Valutazione della performance 2018



ASST DELLA FRANCIACORTA

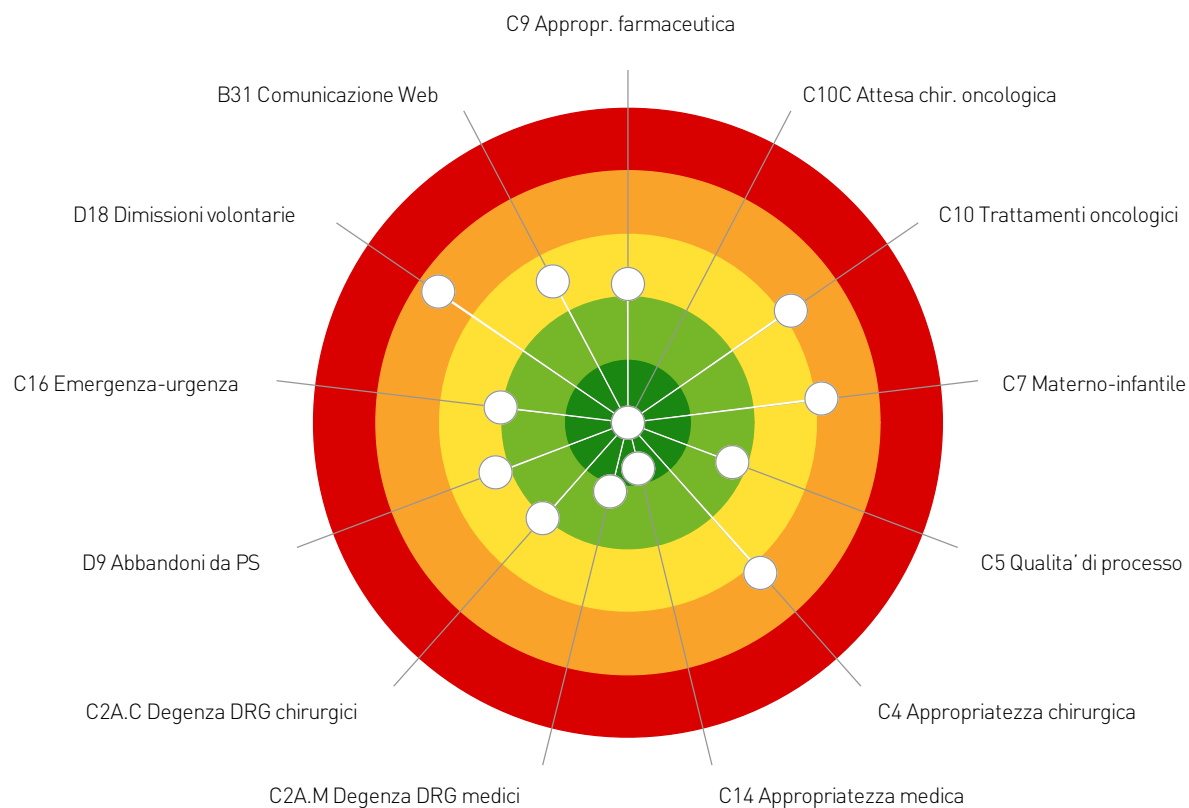
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DEL GARDA

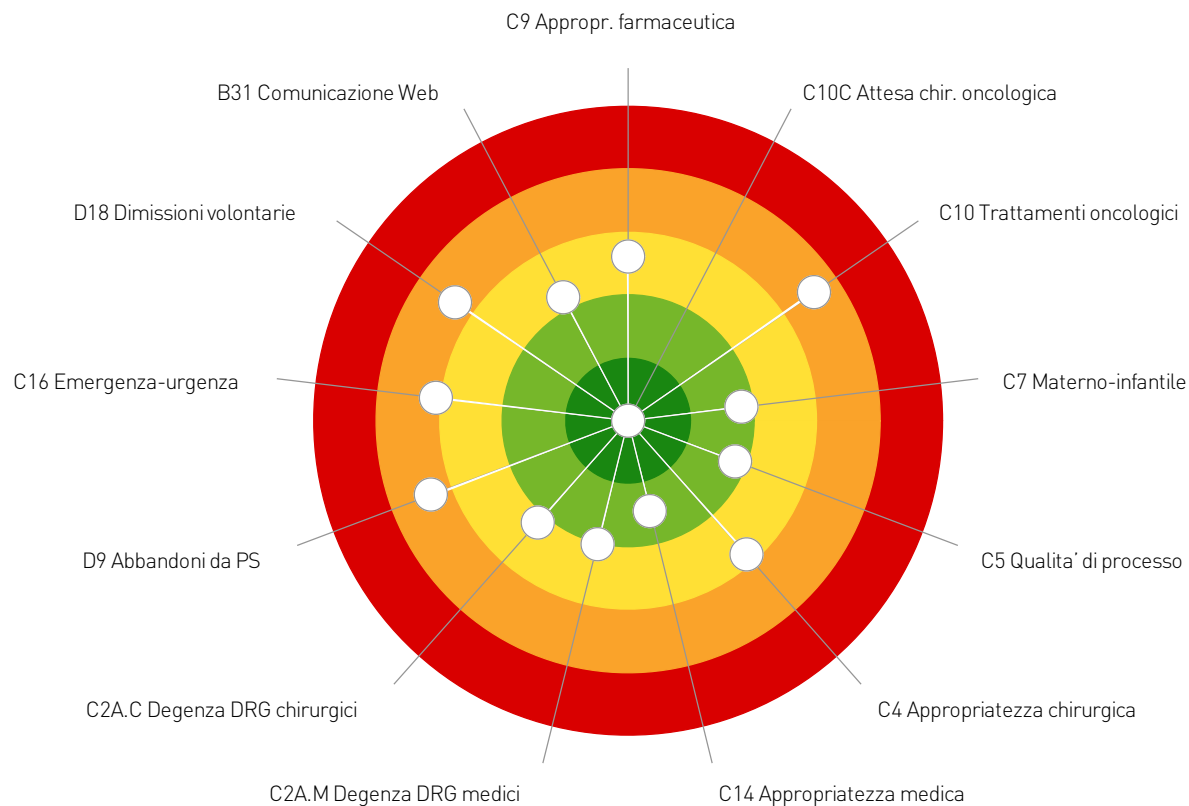
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

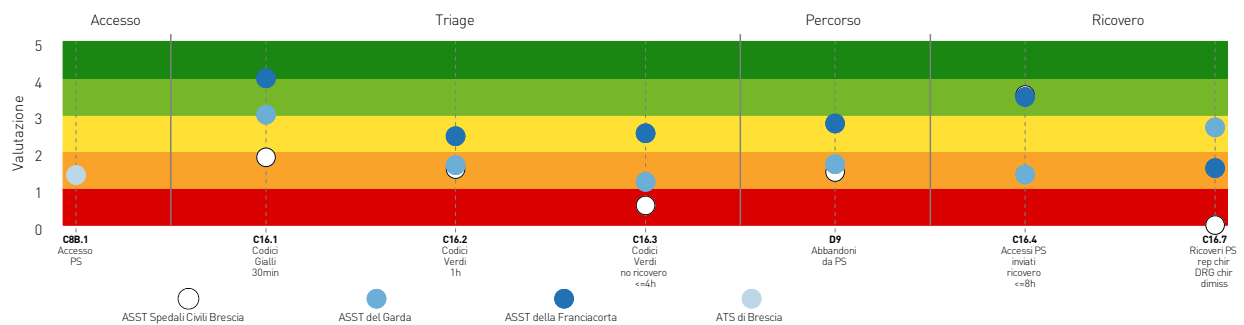
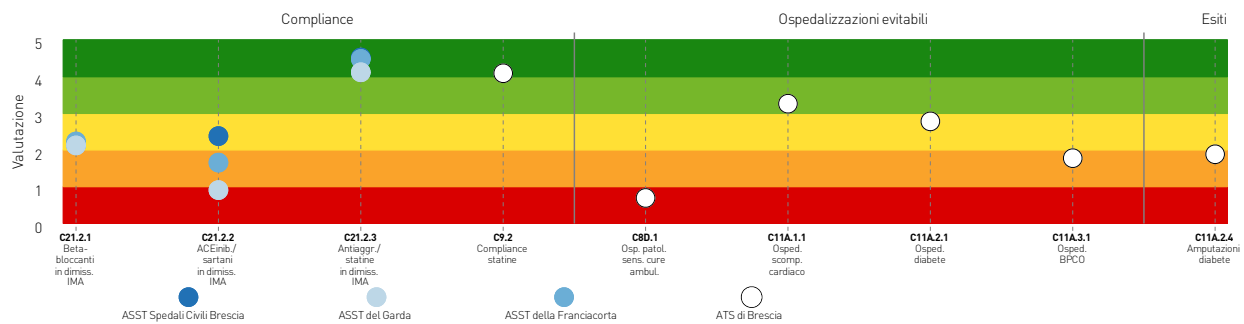
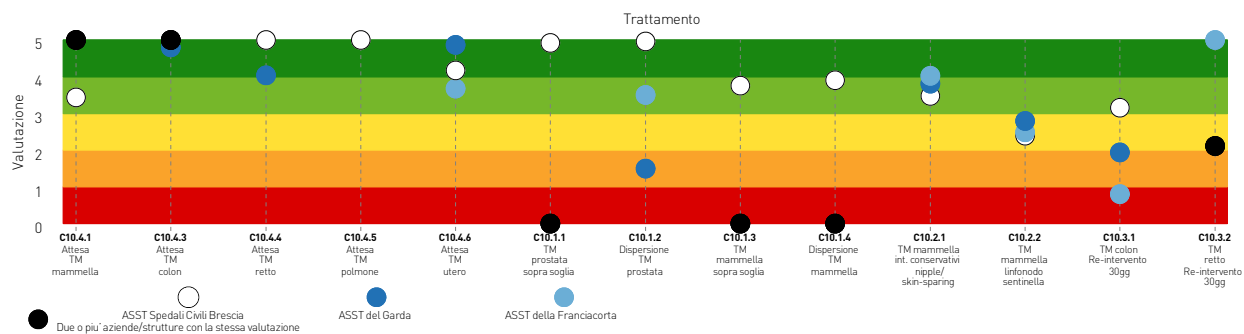
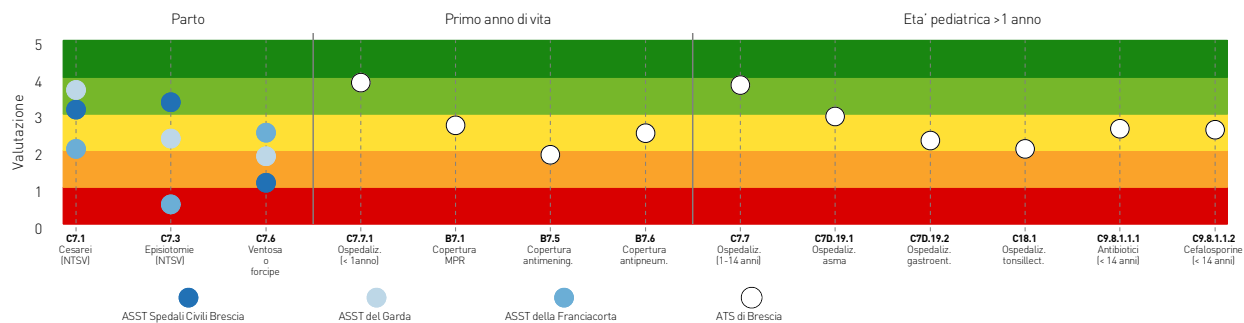
Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018






ATS DELLA VAL PADANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



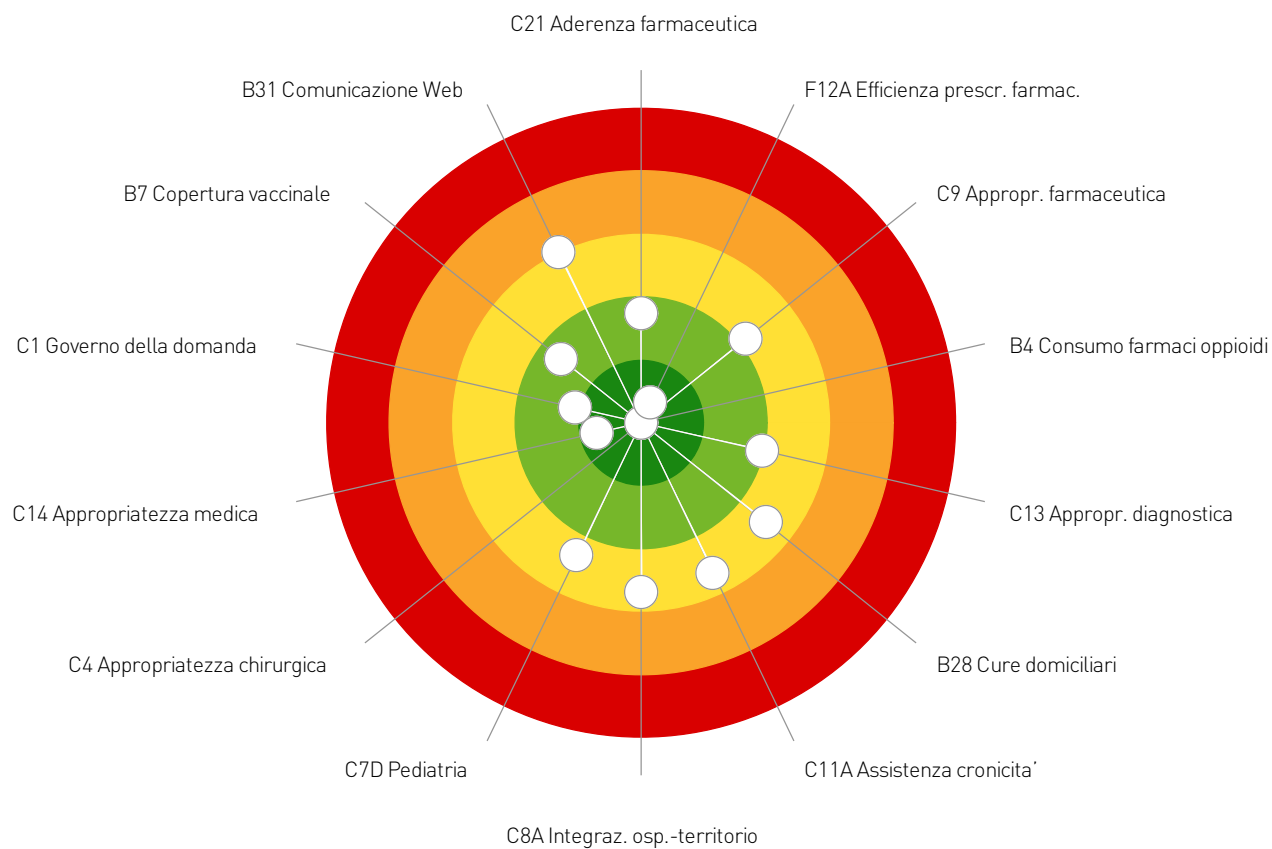
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DI CREMONA

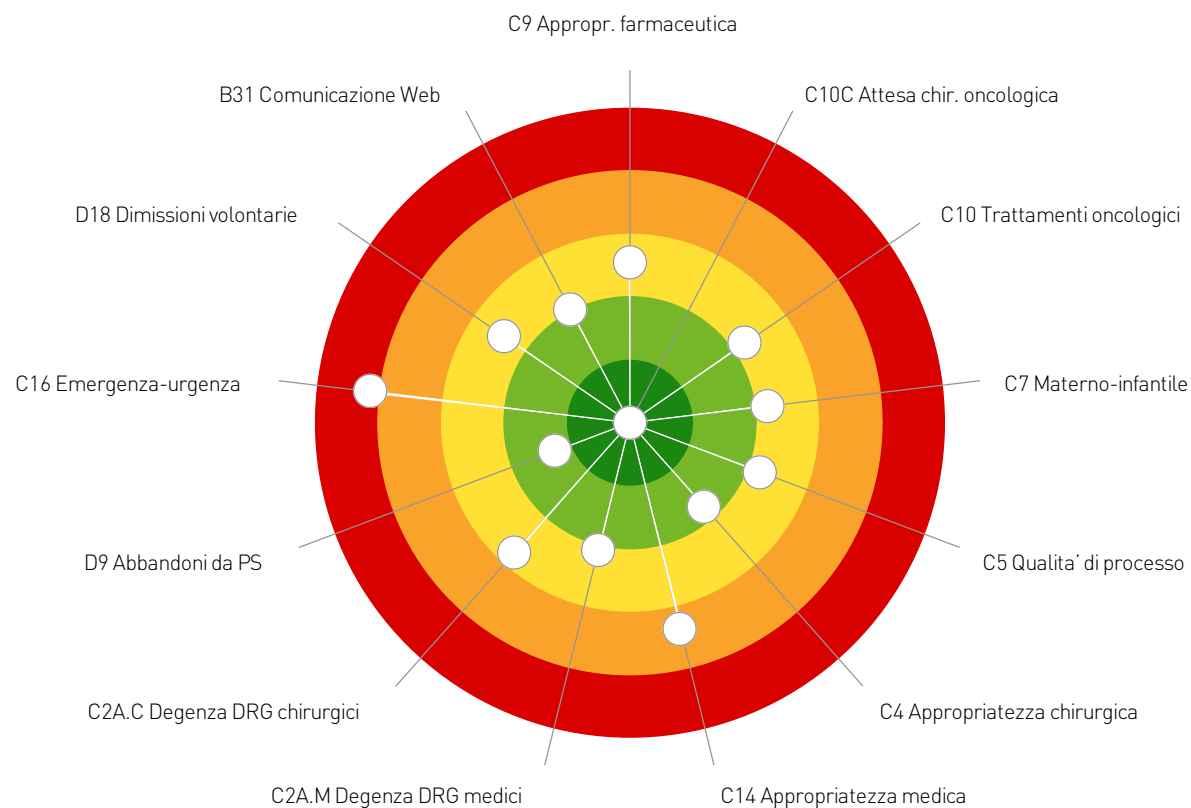
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

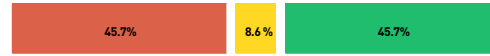
Valutazione della performance 2018



ASST DI MANTOVA

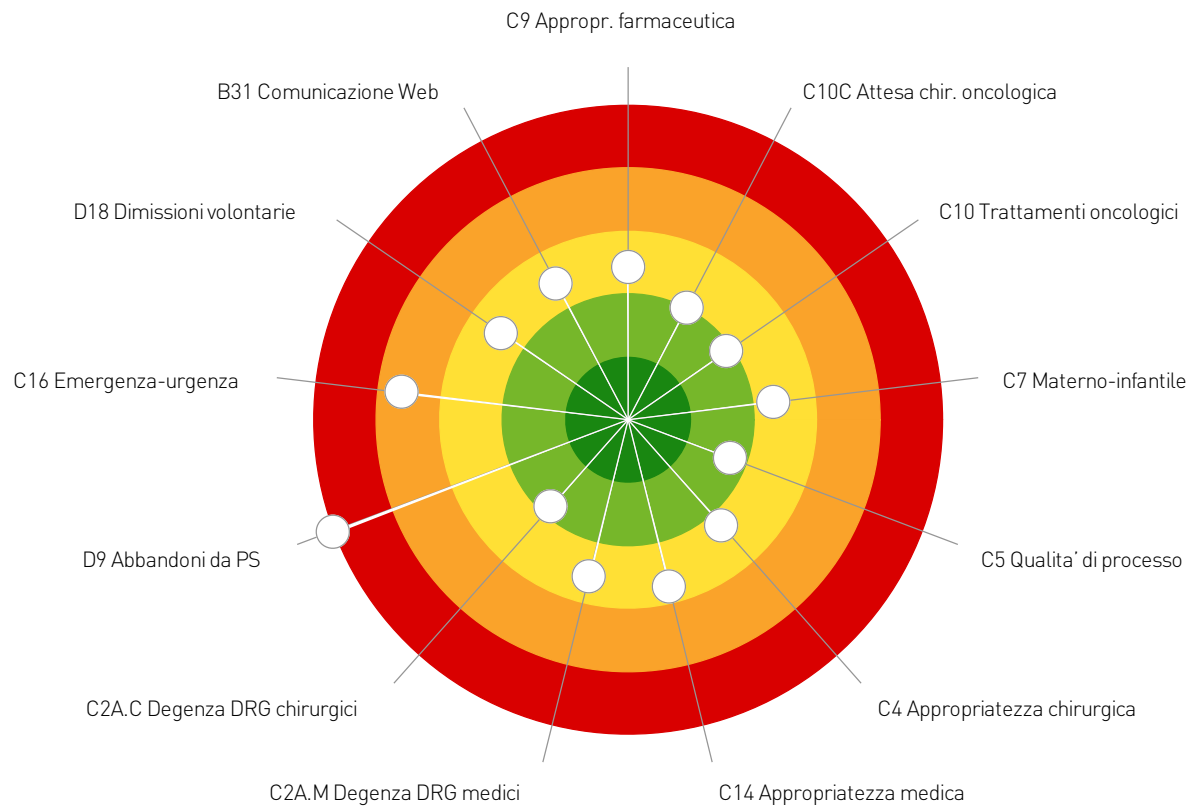
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

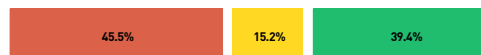
Valutazione della performance 2018



ASST DI CREMA

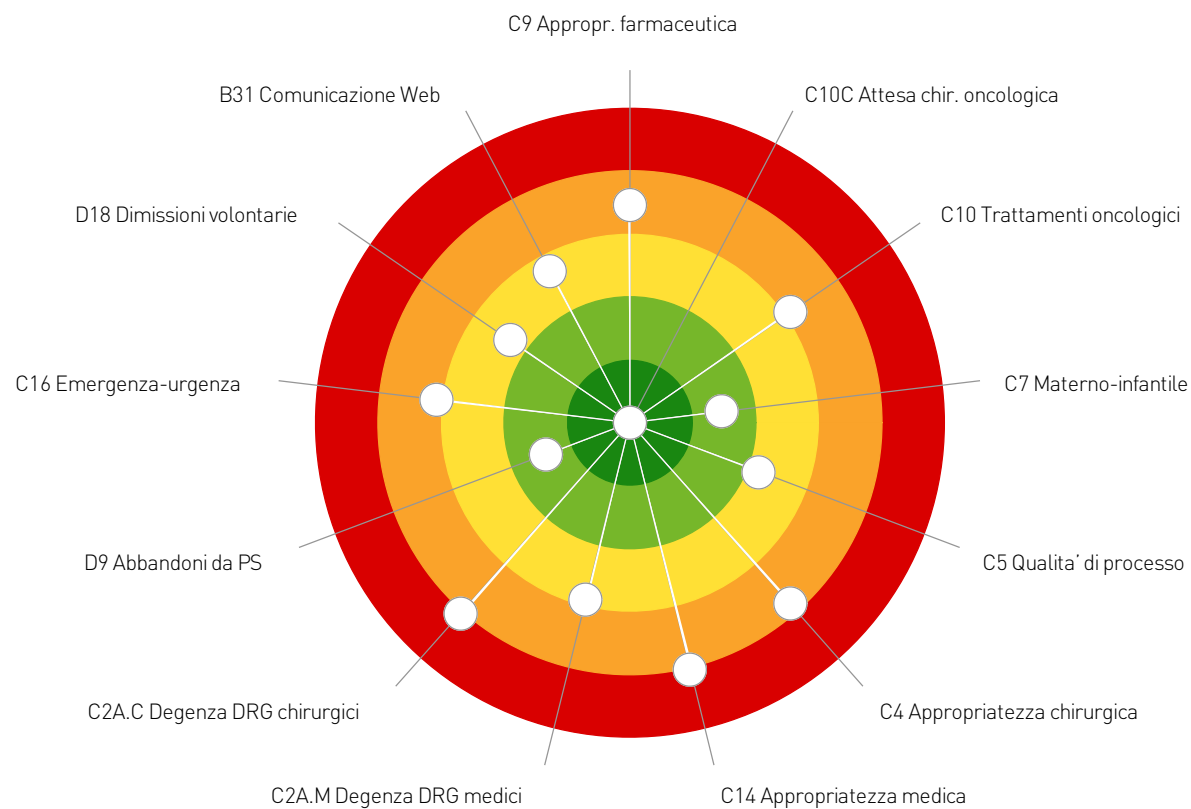
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 33

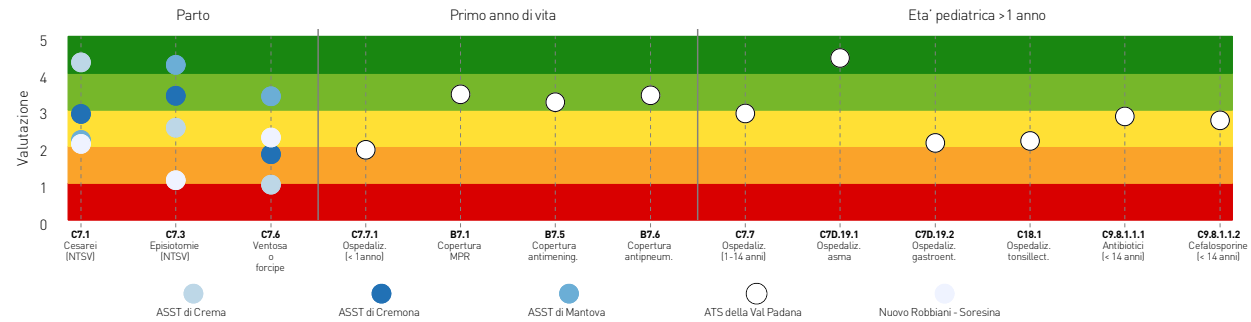


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

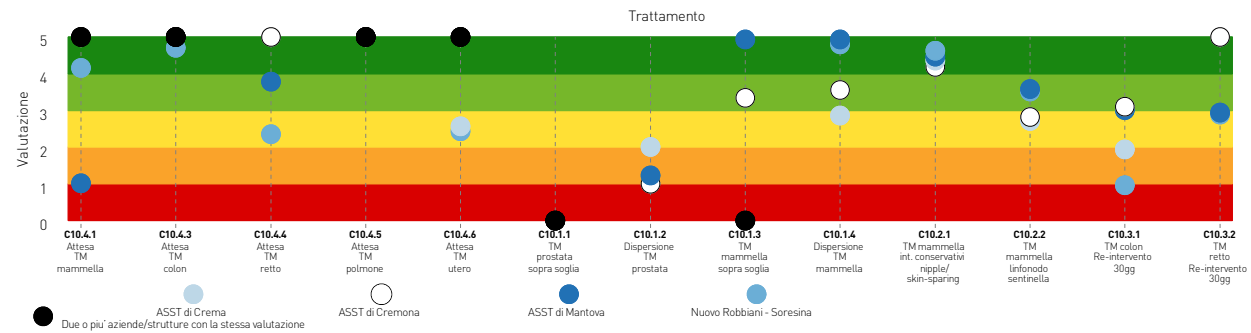
Valutazione della performance 2018



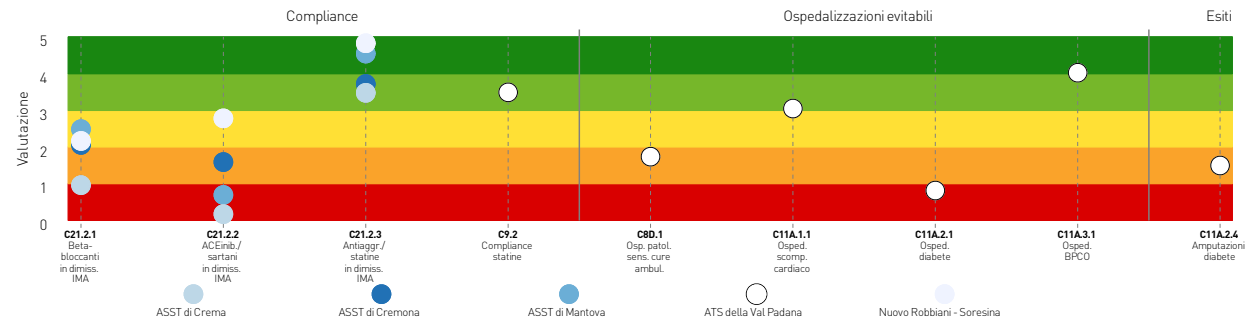
PERCORSO MATERNO INFANTILE



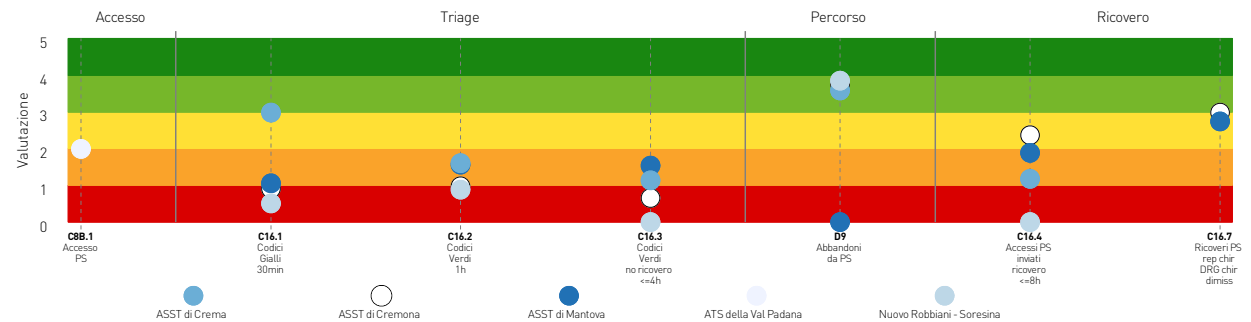
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DI PAVIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



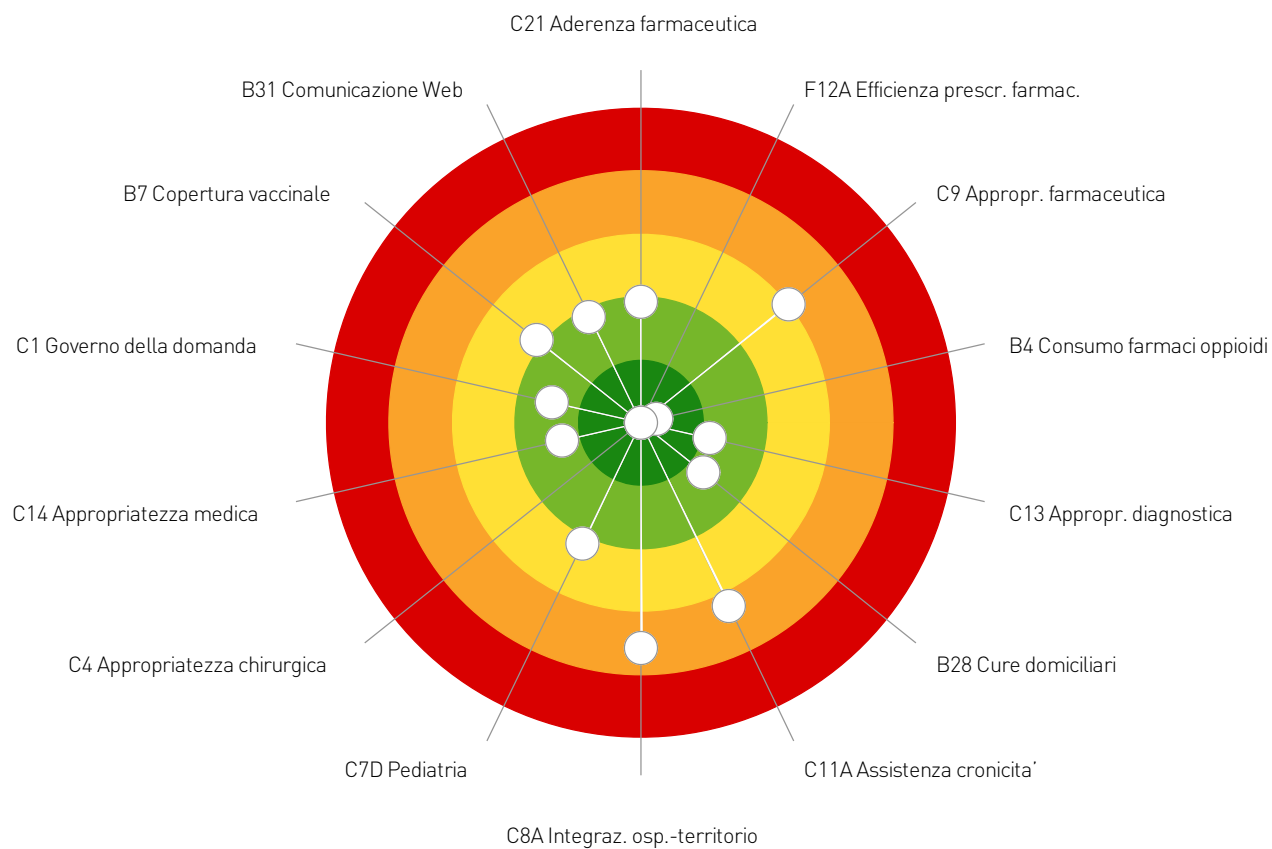
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



ASST DI PAVIA

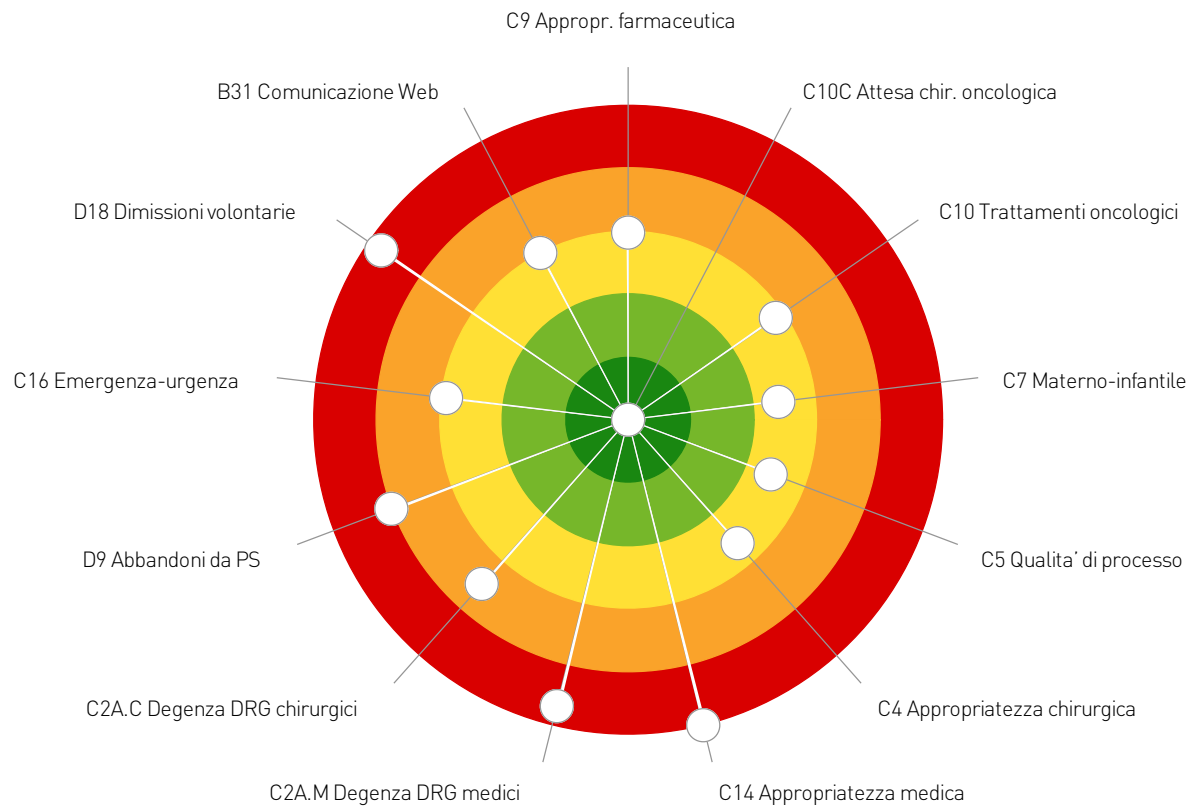
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



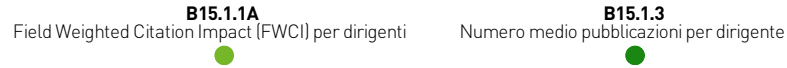
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



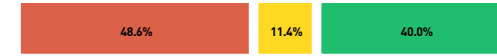
IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



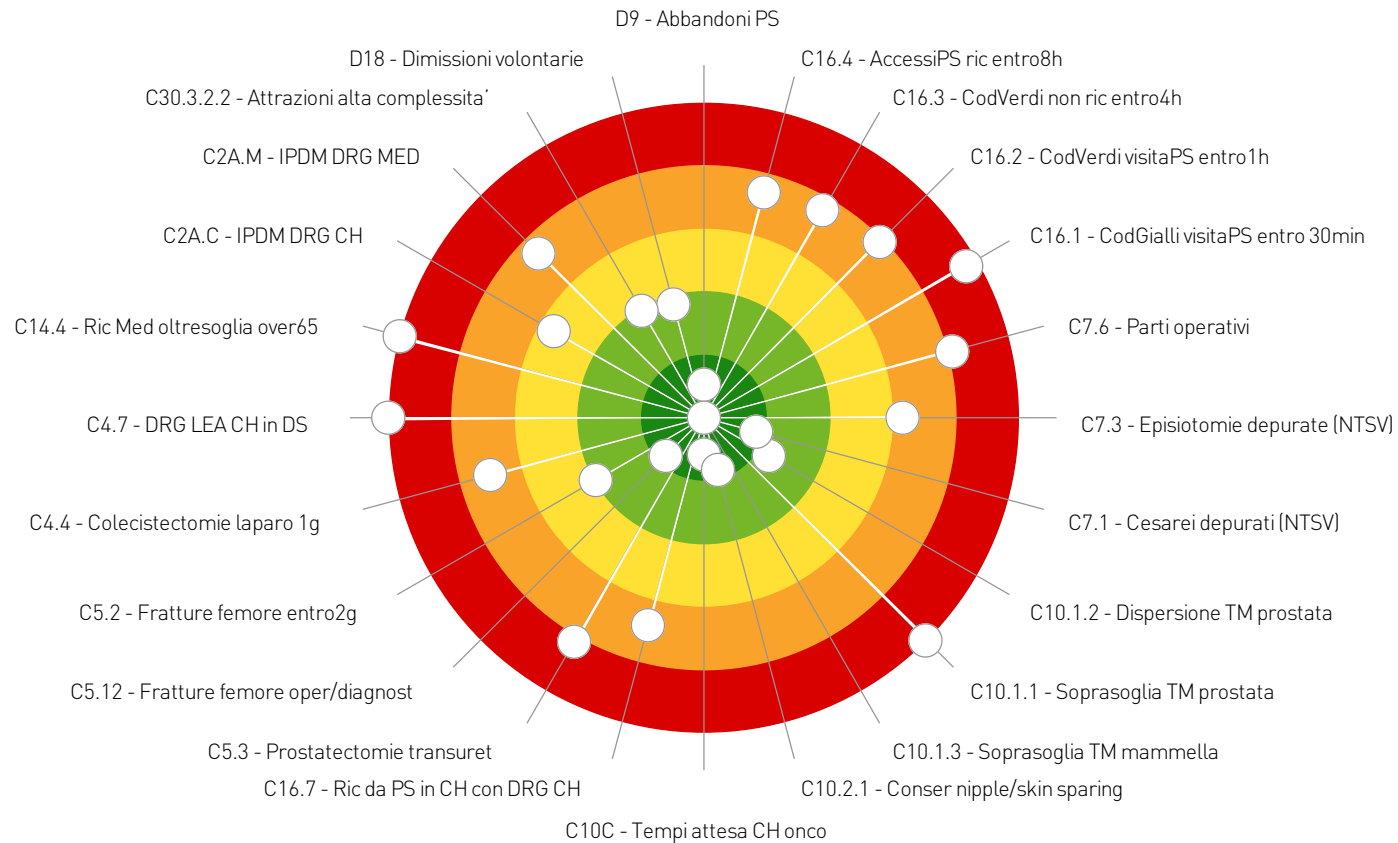
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 36



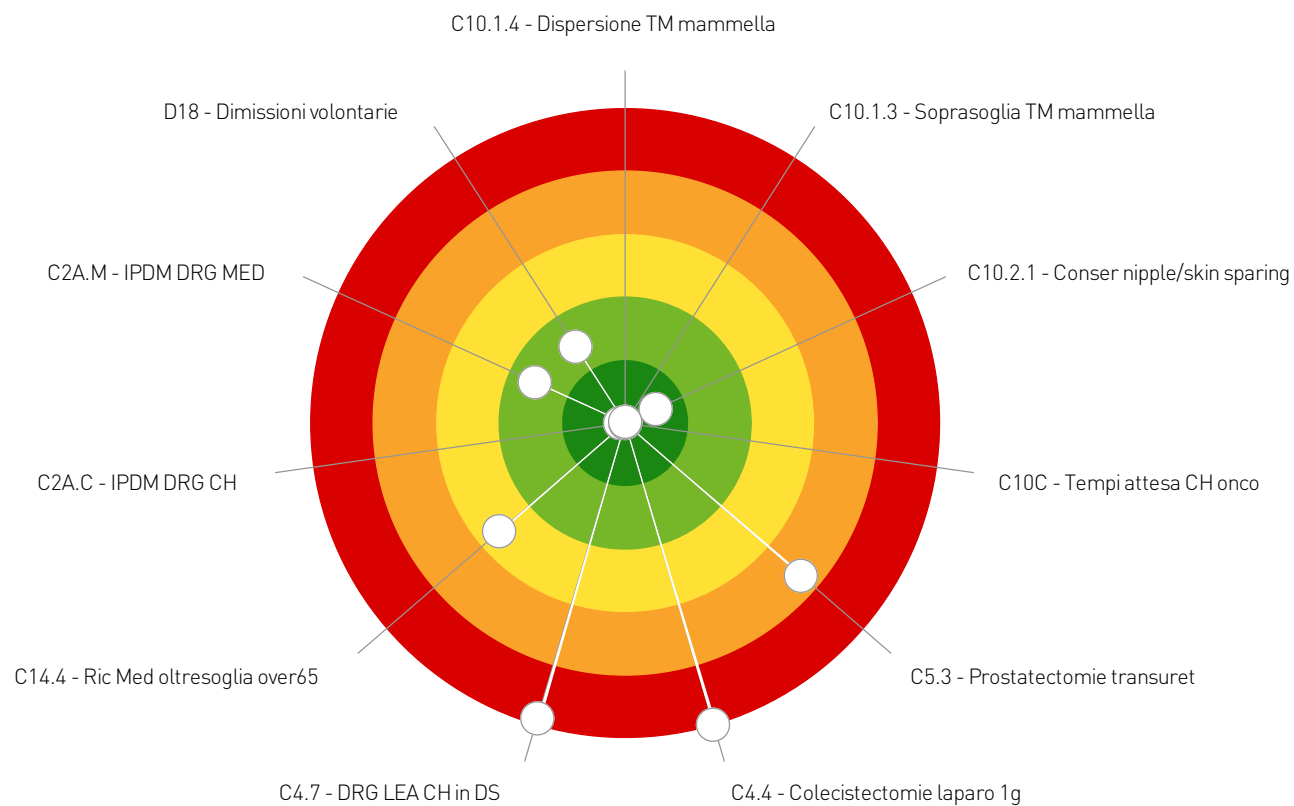
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



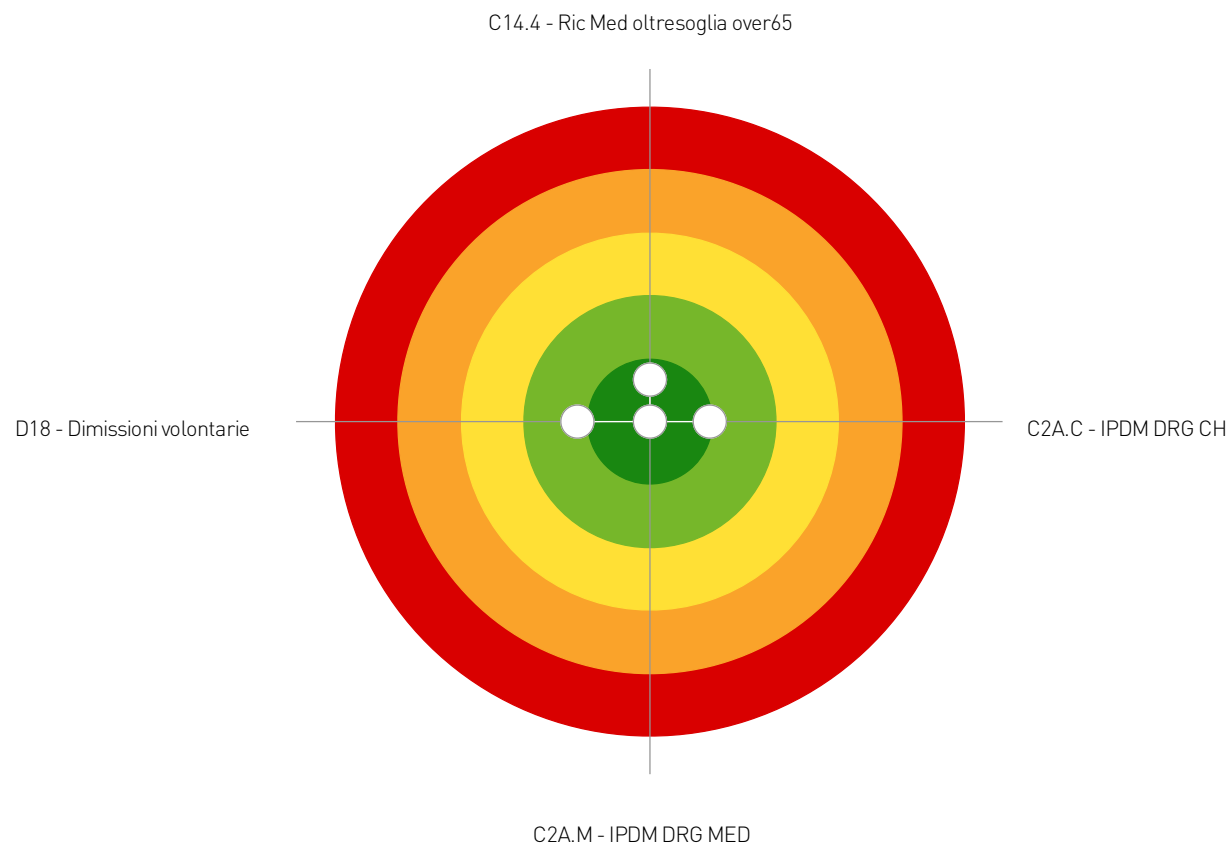
FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

Valutazione della performance 2018

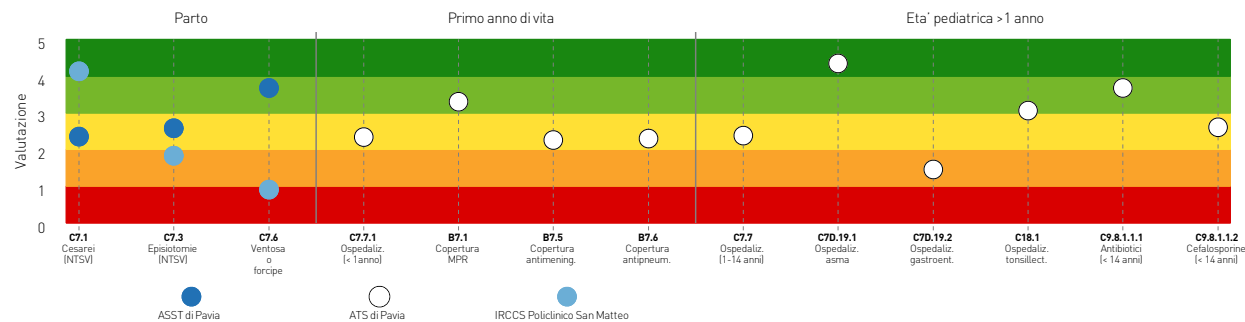


ISTITUTO MONDINO - PAVIA

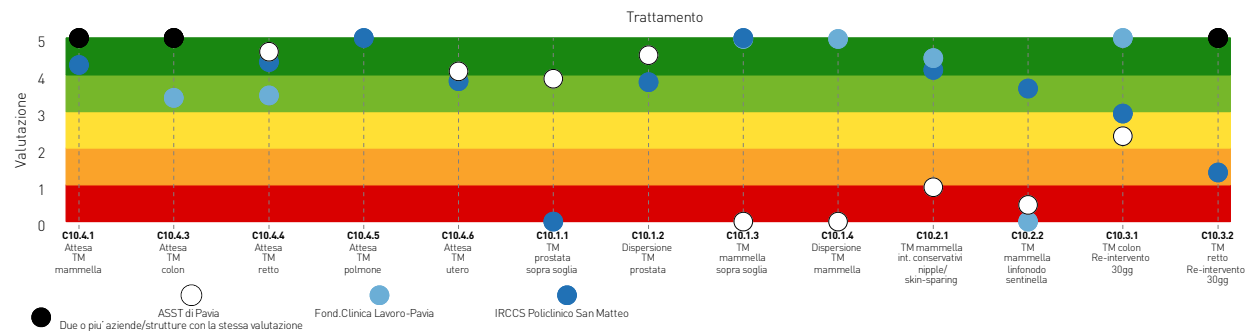
Valutazione della performance 2018



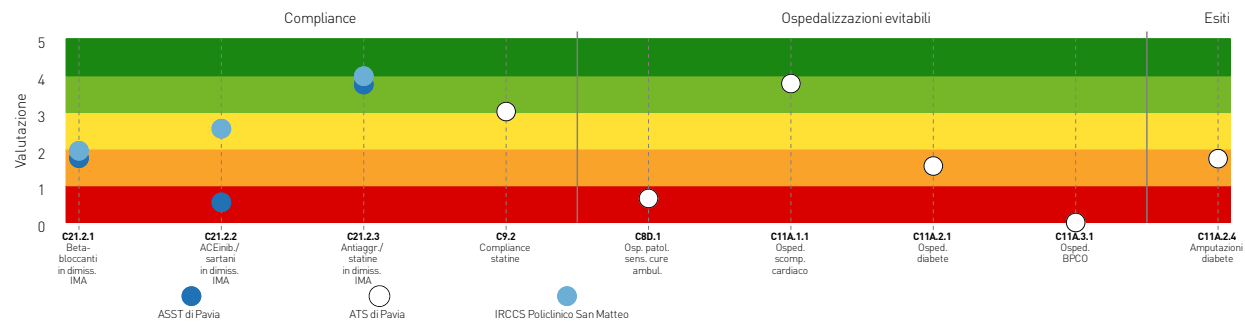
PERCORSO MATERNO INFANTILE



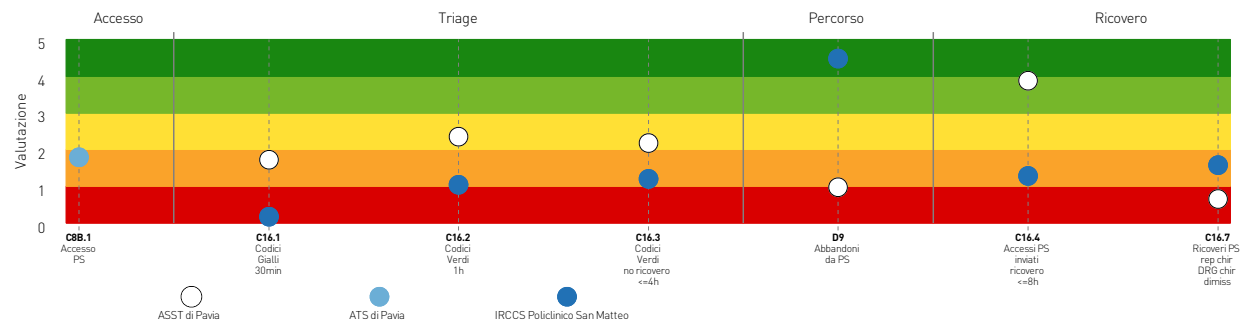
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



MARCHE



Popolazione: 1.538.055

Densità: 164 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

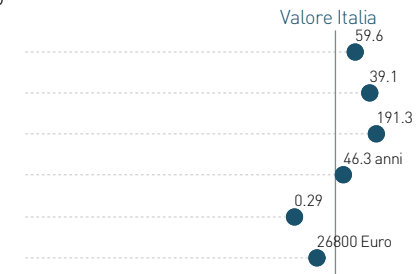
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Età media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Con la legge regionale n. 13 del 2003, la Regione Marche ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), organizzata in 13 zone territoriali. A partire dal 2011, le 13 zone sono state riunite in 5 Aree Vaste (AV). Sono inoltre presenti un'Azienda Ospedaliera (AO Ospedali Riuniti Marche Nord), un'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU Ospedali Riuniti di Ancona) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE MARCHE

Il miglioramento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario e l'indagine ministeriale PASSI rileva per le Marche la diffusione di stili di vita complessivamente sani, in media con le altre Regioni.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, nell'ambito della prevenzione il livello di copertura vaccinale risulta in fase di completamento ed è in significativo miglioramento rispetto al 2017 (in particolare la copertura per morbillo-parotite-rosolia). Per quanto riguarda gli *screening* oncologici, si conferma una capillare attività di invito, non ancora seguita da un'altrettanto ottimale adesione dell'utenza (ad esempio, per lo *screening* coloretale).

La gestione della sicurezza sul lavoro risulta un nodo critico, posizionandosi al di sotto della media delle altre Regioni, con potenziali margini di miglioramento sia in termini di copertura del territorio, sia per quel che concerne l'efficienza dell'attività di controllo.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il basso tasso di ospedalizzazione suggerisce una buona capacità di governo dei *setting* assistenziali. In riferimento alla gestione della casistica di tipo medico, resta ancora elevata (ma in contrazione) la percentuale di ricoveri oltre soglia per pazienti anziani, suggerendo possibili difficoltà nella gestione dei processi intra-ospedalieri. Un ulteriore investimento sull'assistenza domiciliare – che, a fronte di una ancora non soddisfacente copertura, registra comunque un'elevata intensità assistenziale e un'ottima tempestività – potrebbe contribuire a migliorare la presa in carico post-ricovero. Si confermano piuttosto contenuti i tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche – scompenso cardiaco, BPCO e diabete – con quest'ultimo che si conferma *best practice* del *network*. In riferimento all'attività chirurgica, si registra un miglioramento della percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno (da 17.6% nel 2017 a 26.5% nel 2018) anche se persiste una marcata variabilità intra-regionale. La durata delle degenze, sia per i ricoveri chirurgici, sia per la casistica di tipo medico, si attesta su valori medi. Il livello di organizzazione dei processi ospedalieri è complessivamente in linea con le altre Regioni; la bassa percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso con tempi di permanenza entro le 8 ore segnala tuttavia una possibile criticità nella gestione del percorso.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – è in linea rispetto alle altre Regioni. Gli indicatori relativi alla comunicazione web risultano soddisfacenti, ad eccezione del percorso di digitalizzazione dei servizi amministrativi.

In riferimento alla dimensione economico-finanziaria (i dati sono relativi all'anno 2017), la Regione Marche presenta un costo sanitario (1.980 Euro pro capite) allineato alla media delle altre Regioni.

La gestione del percorso materno-infantile risulta migliorato, seppur ancora critico. Nel 2018 si conferma frequente il ricorso al cesareo, mentre la percentuale di parti operativi è – di converso – tra le più basse del *network*. La gestione relativa al primo anno di vita presenta alcune criticità in riferimento alla copertura vaccinale, soprattutto quella anti-meningococcica. In riferimento alla fase pediatrica, l'assistenza è complessivamente alli-

neata alle altre Regioni, sia per quanto concerne i tassi di ospedalizzazione per patologie potenzialmente evitabili, sia in riferimento al ricorso alle tonsillectomie.

Relativamente al percorso oncologico, i tempi di attesa per i trattamenti chirurgici sono complessivamente allineati alla media – più lunghi solo quelli per il tumore al retto. Un aumento della concentrazione della casistica, in particolare nel trattamento del tumore maligno alla mammella, potrebbe ulteriormente contribuire a fare leva su economie di scala e di apprendimento al momento non pienamente sfruttate, migliorando la qualità assistenziale.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso confermano una criticità rispetto alla tempestiva gestione delle casistiche meno gravi, pur con un'ampia variabilità tra strutture ospedaliere. La percentuale di abbandoni riflette tale criticità, seppur risulti in lieve contrazione rispetto al 2017.

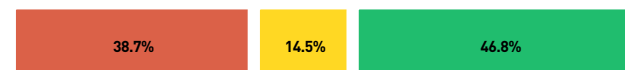
Il numero complessivo di indicatori calcolati e condivisi da parte di Regione Marche è leggermente inferiore alle altre Regioni, in seguito ad un processo di riorganizzazione interna del Settore: nel corso del secondo semestre 2019 verranno progressivamente resi disponibili in piattaforma i dati al momento mancanti.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

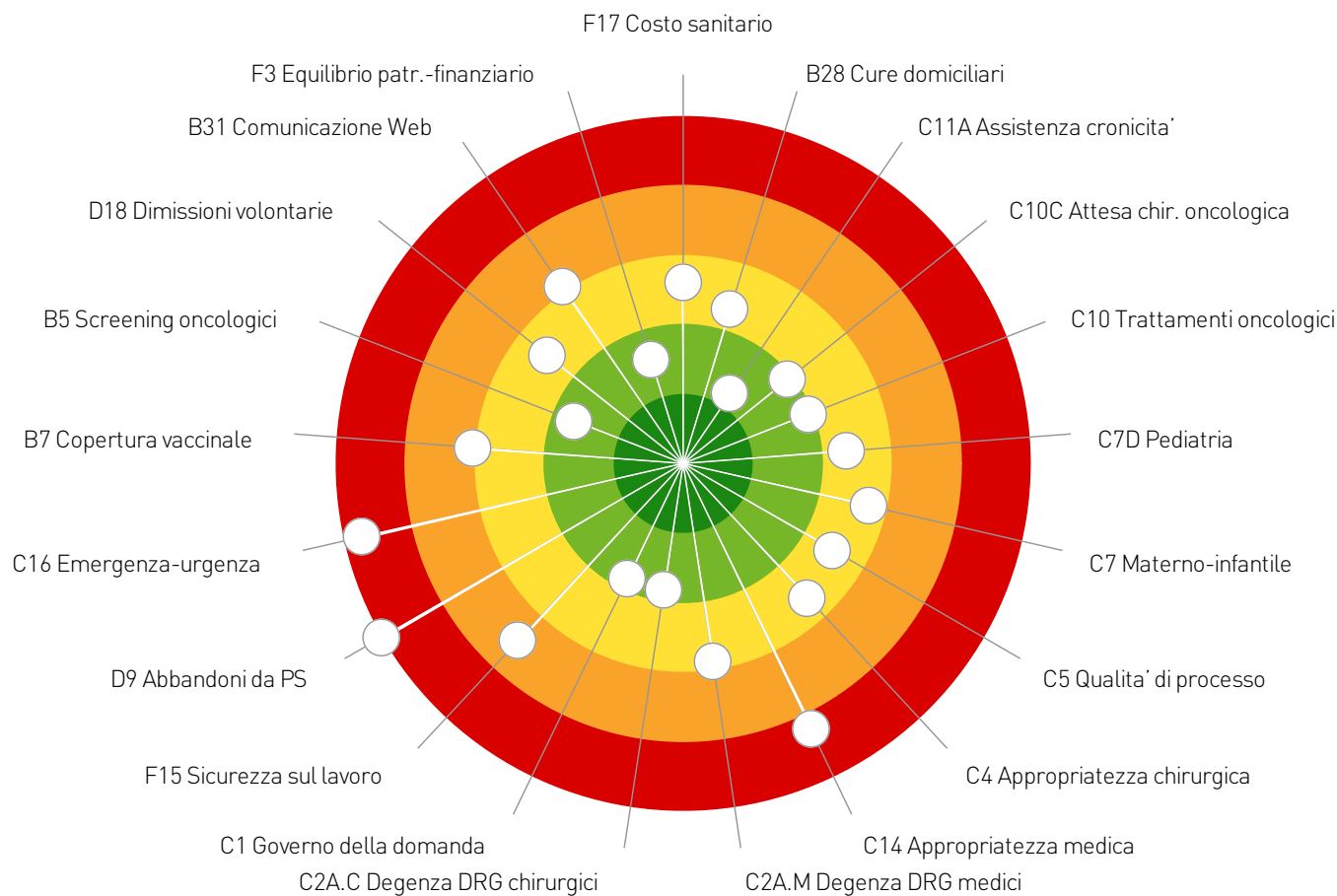
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 58

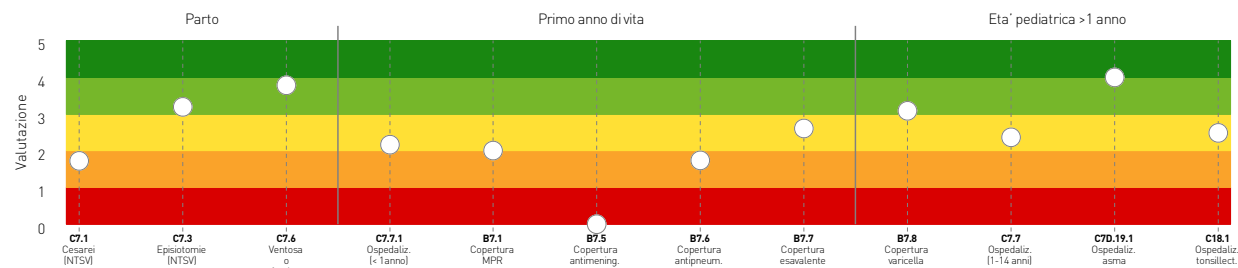


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

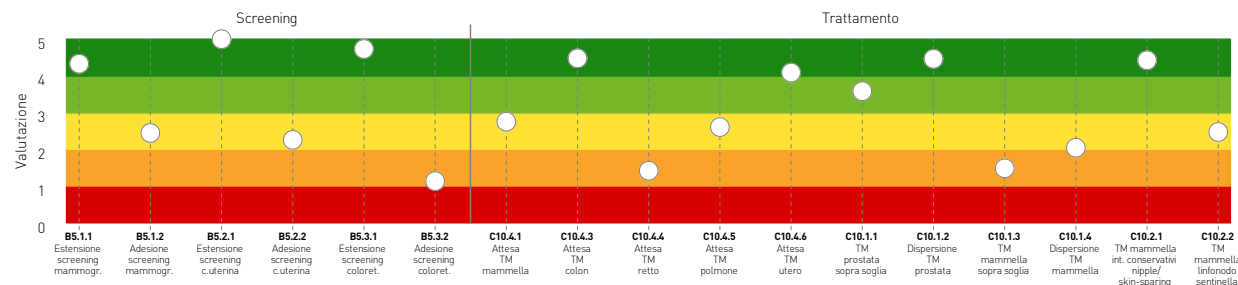
Valutazione della performance 2018



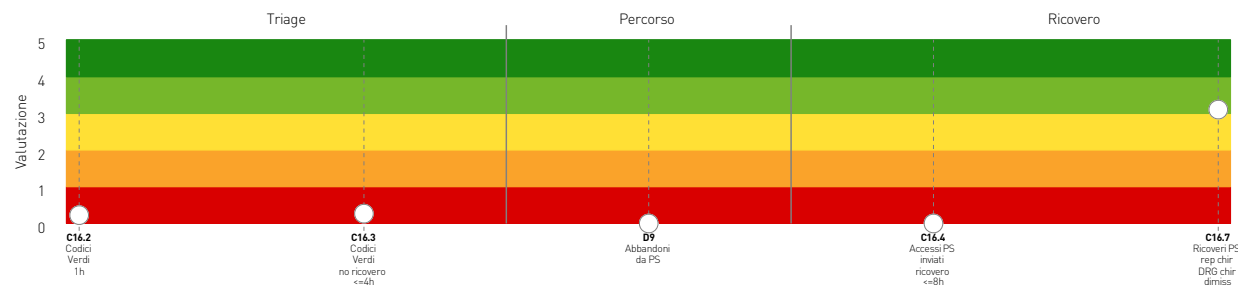
PERCORSO MATERNO INFANTILE



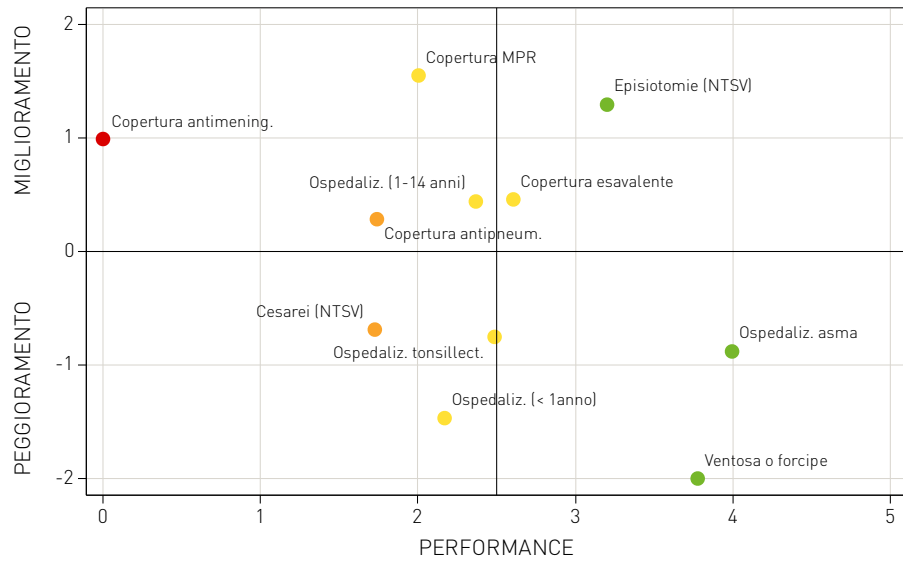
PERCORSO ONCOLOGICO



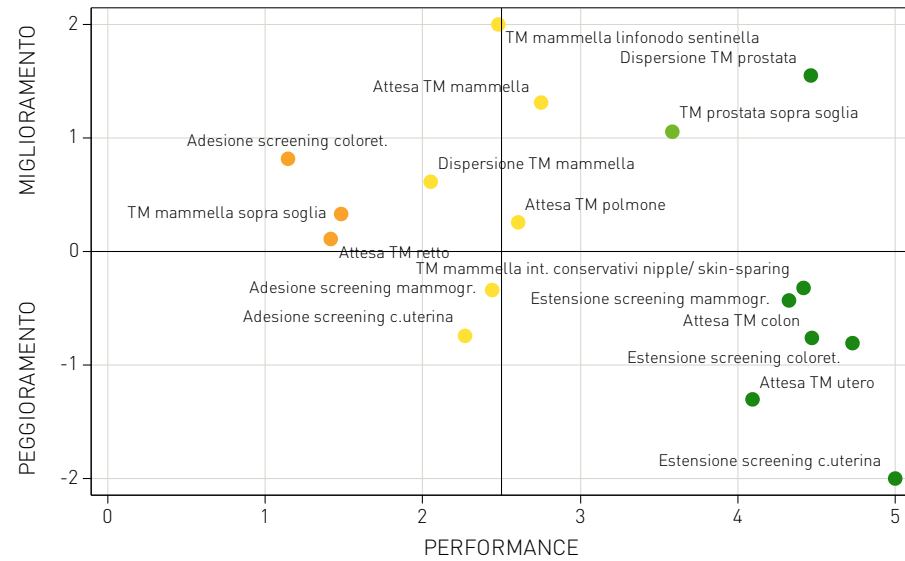
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



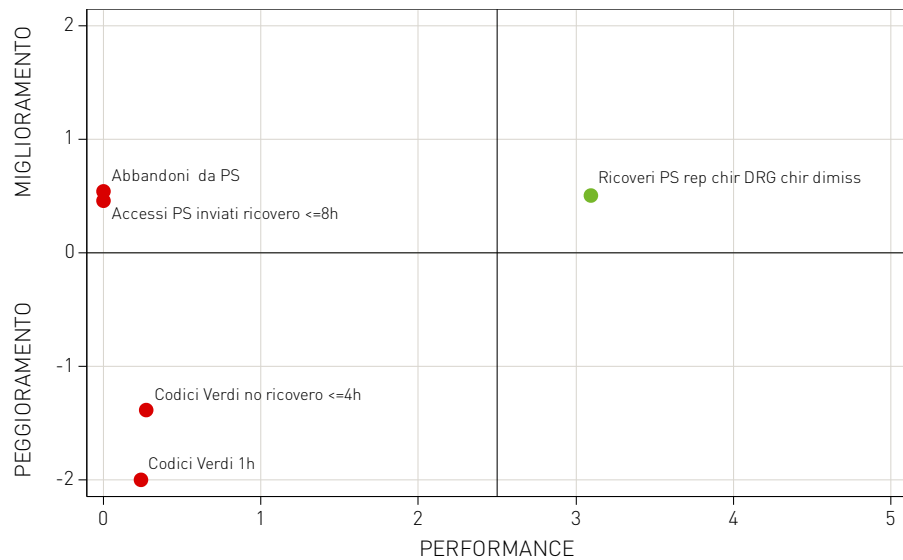
Percorso Materno Infantile



Percorso Oncologico



Percorso Emergenza Urgenza

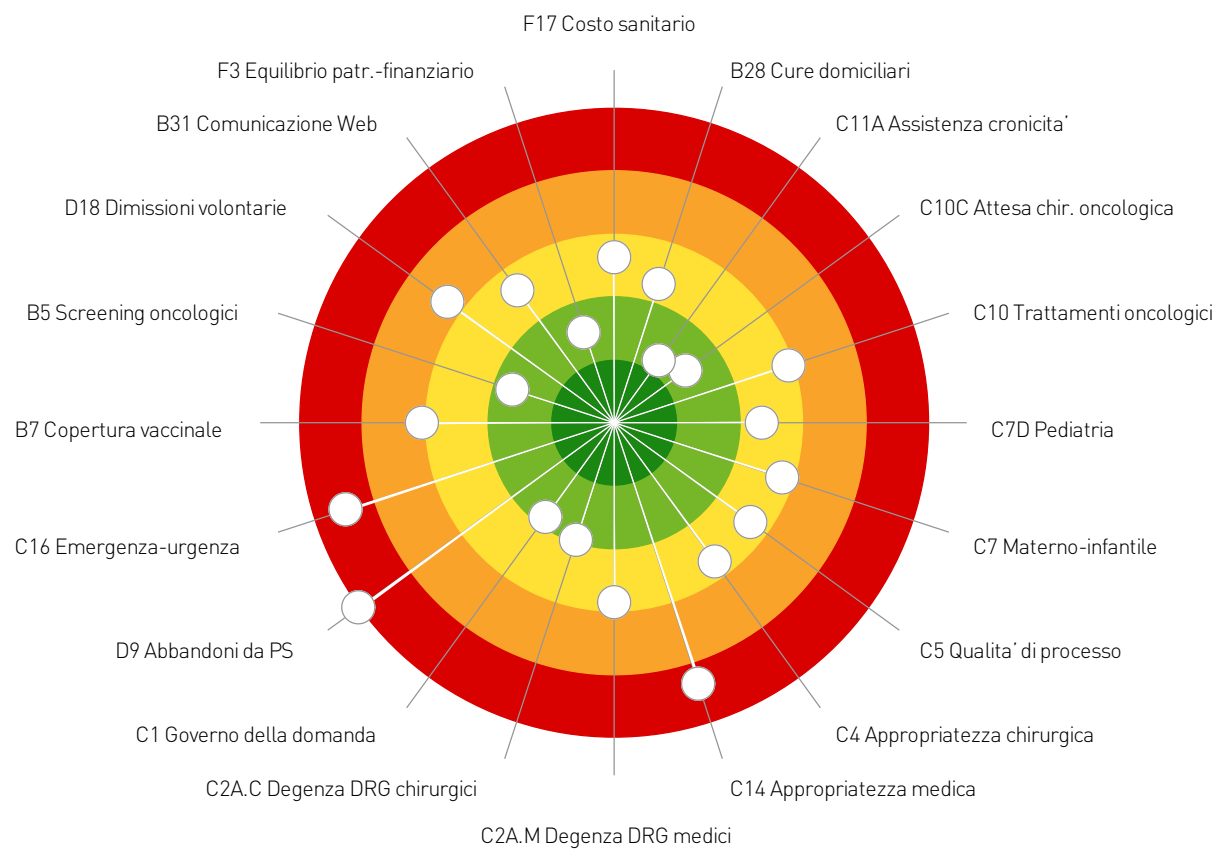


ASUR MARCHE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

Valutazione della performance 2018

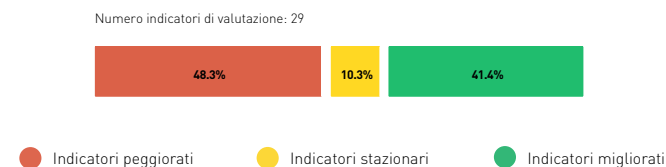


AOU OSP. RIUN. ANCONA

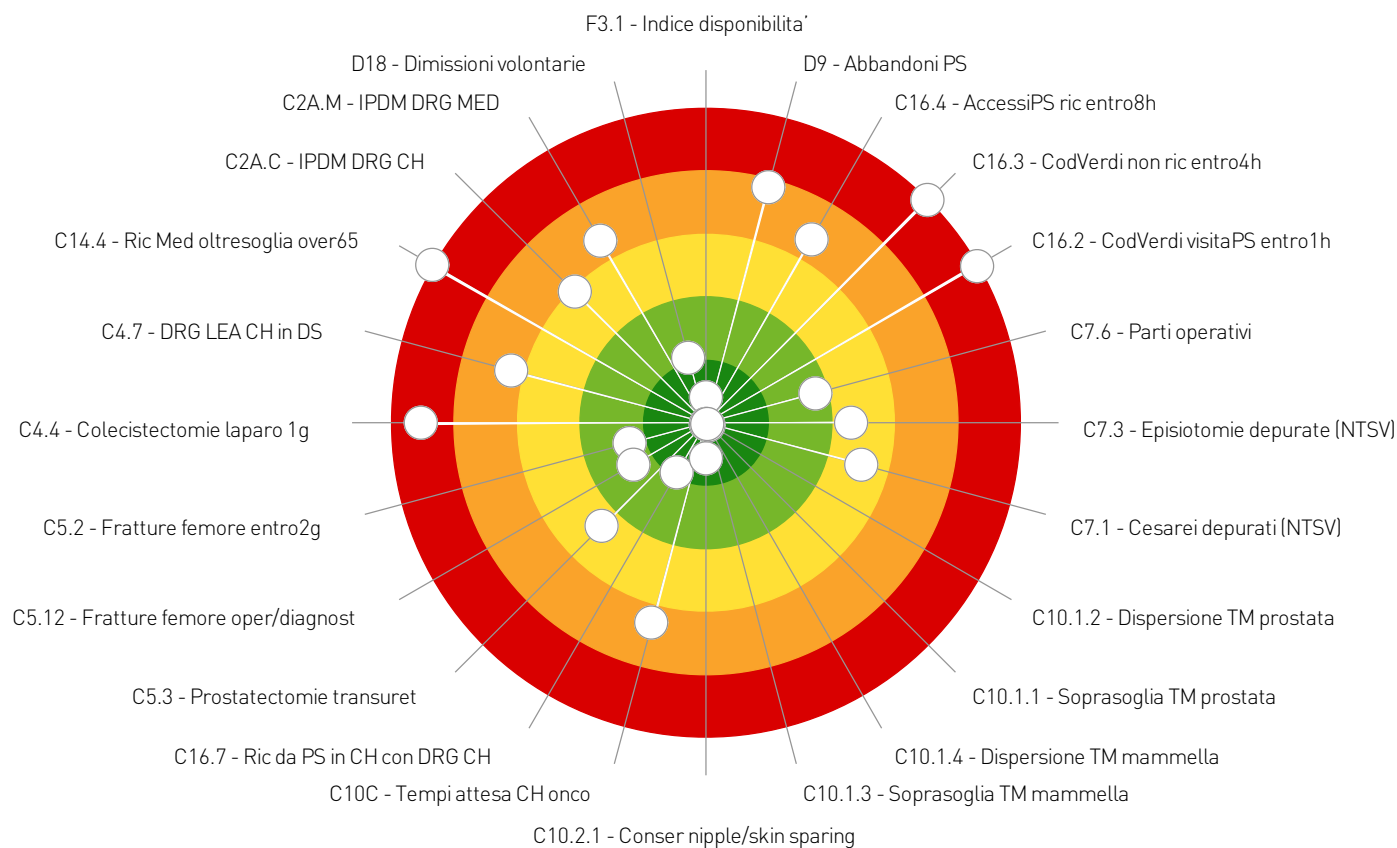
Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



Andamento indicatori - Trend 2017/2018



Valutazione della performance 2018



AO OSP. RIUN. MARCHE NORD

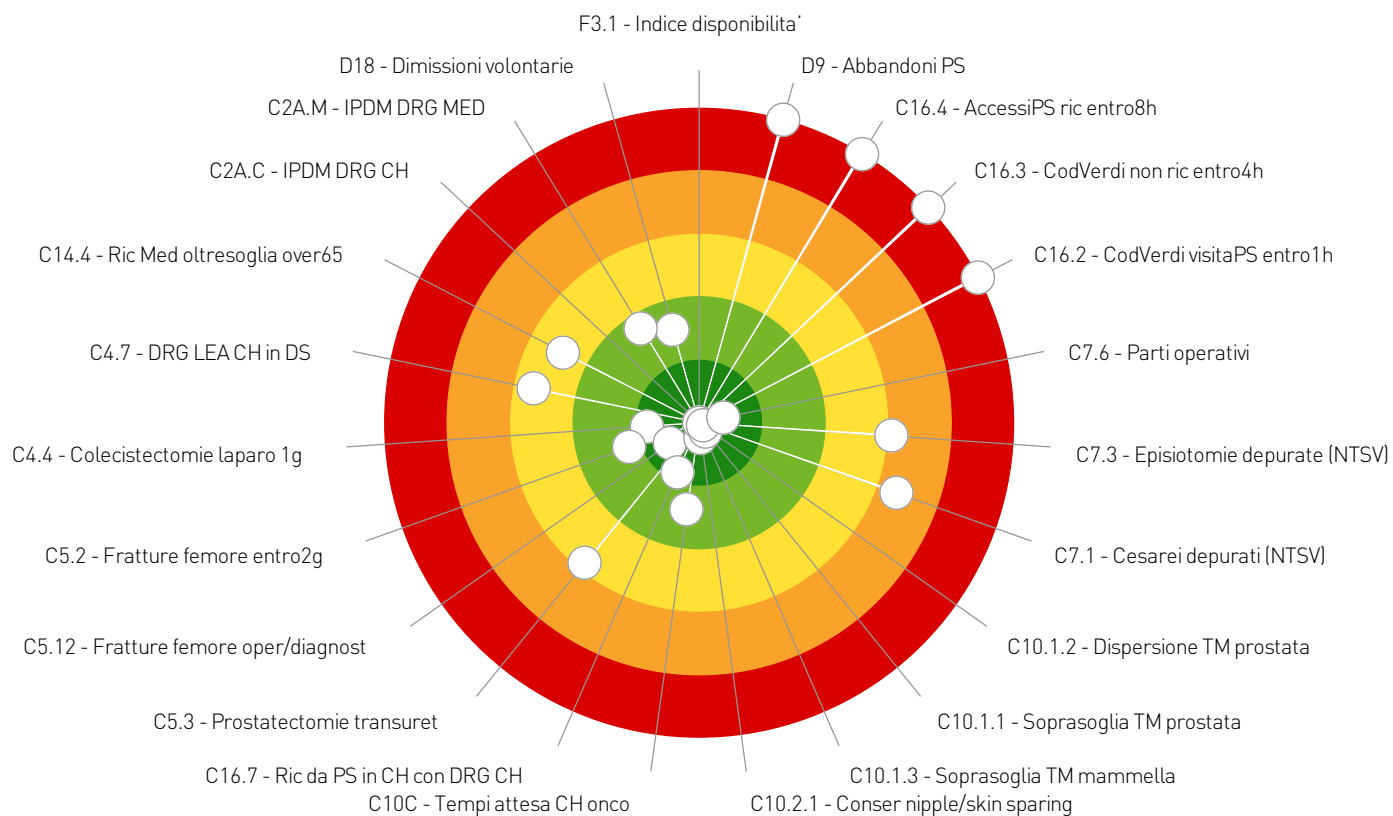
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 29



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

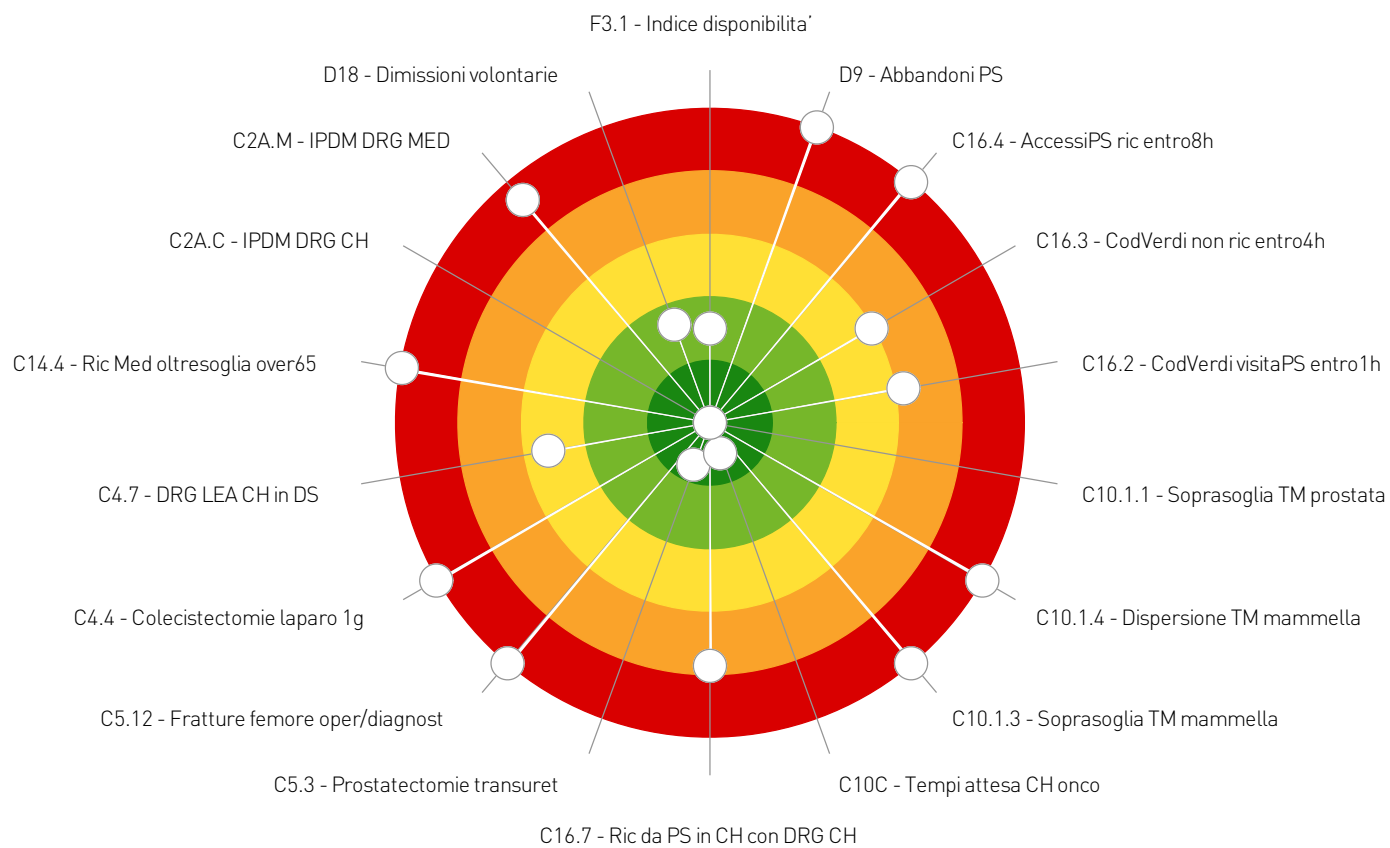


INRCA MARCHE

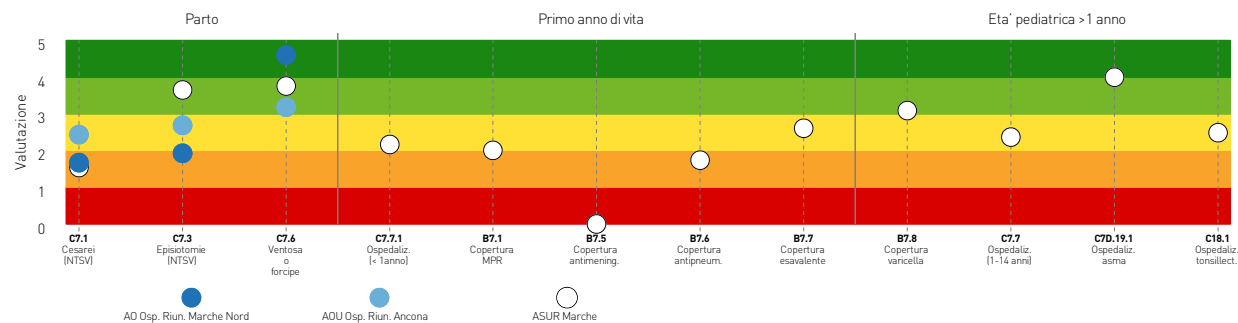
Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



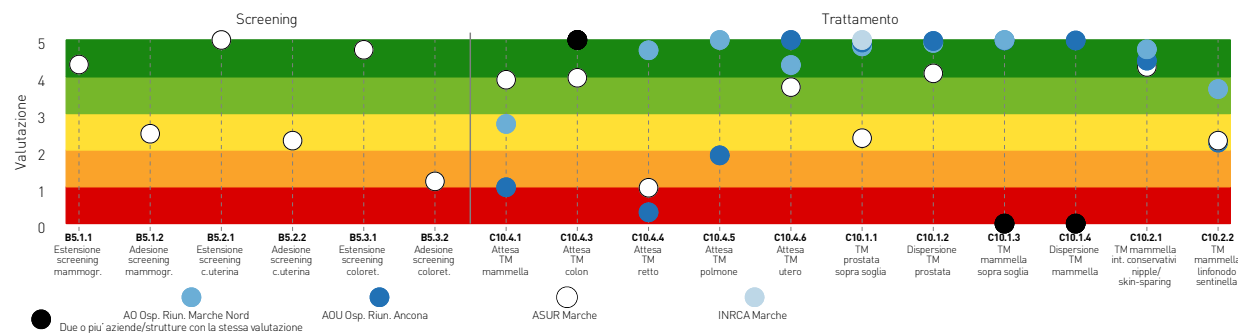
Valutazione della performance 2018



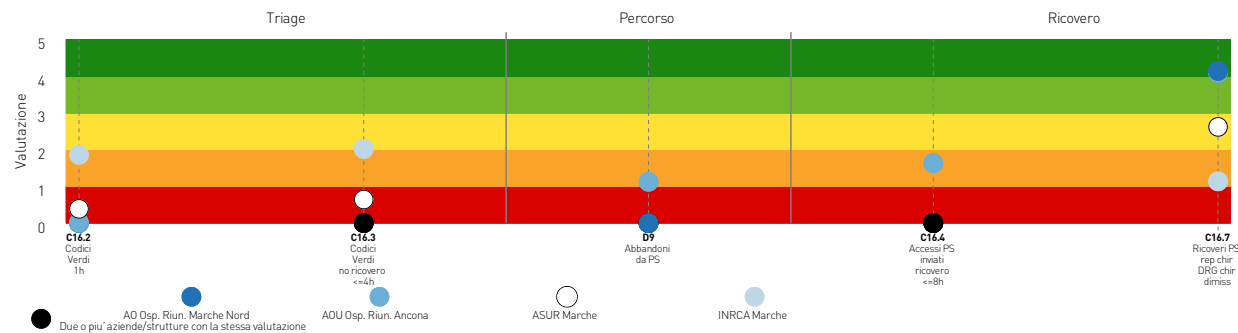
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

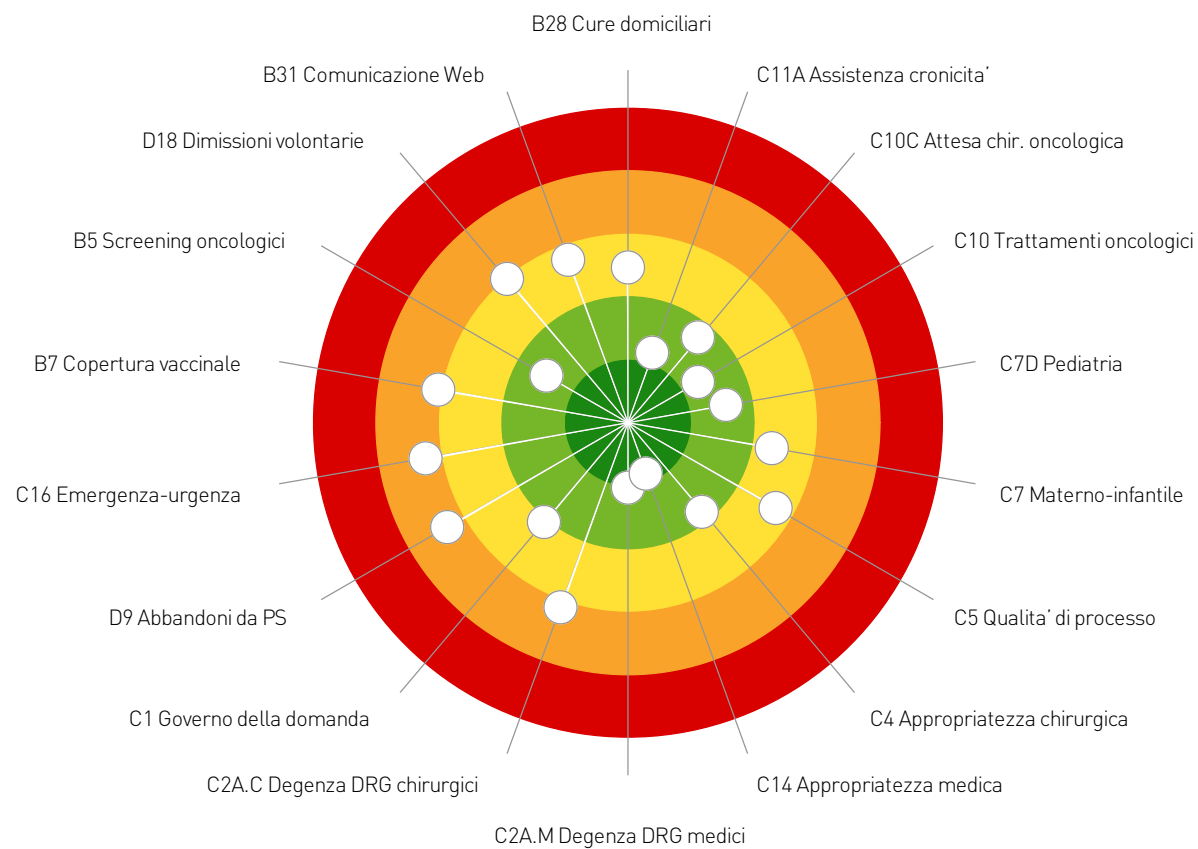


AV1 PESARO-URBINO

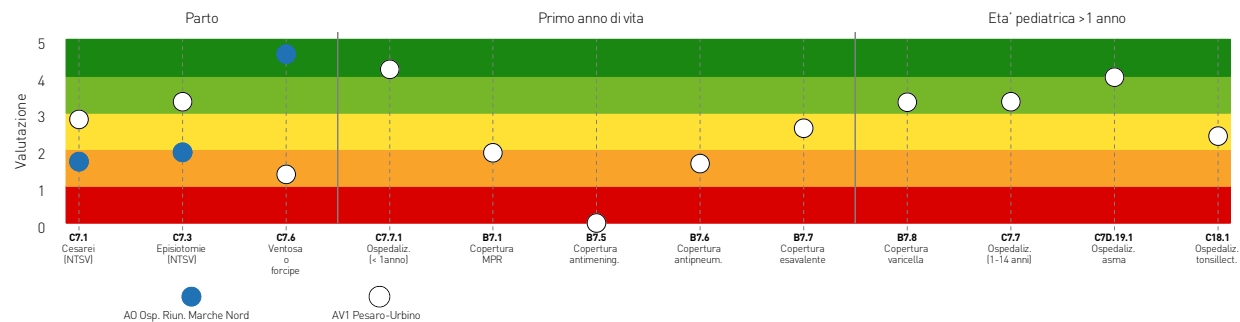
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

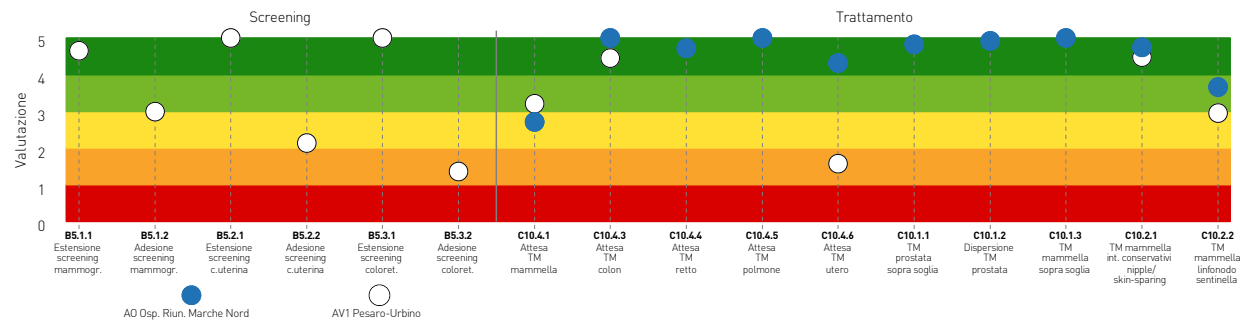
Valutazione della performance 2018



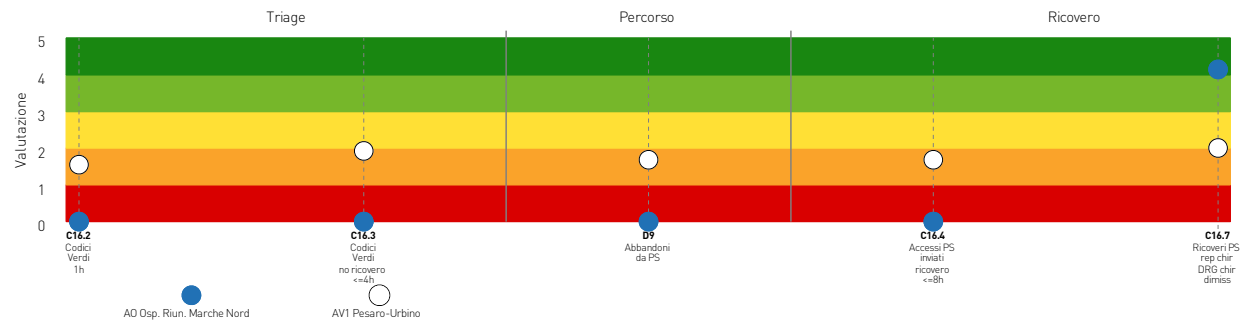
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

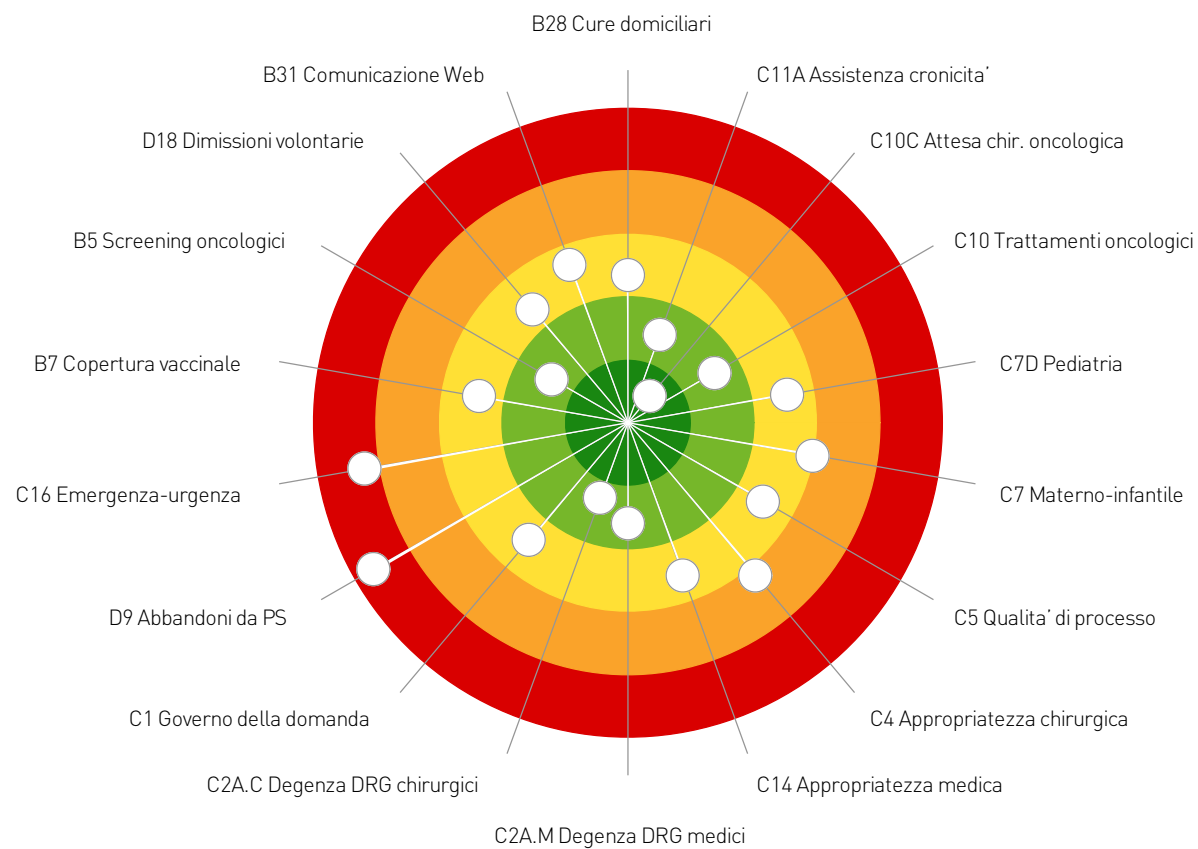


AV2 ANCONA

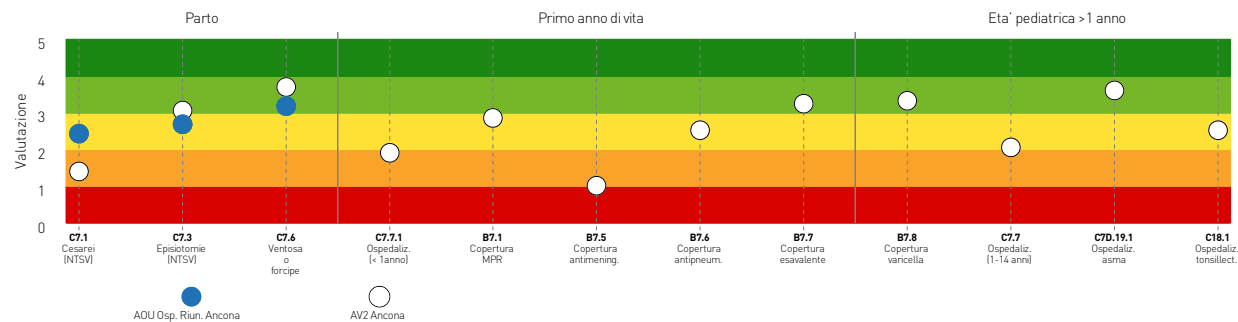
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

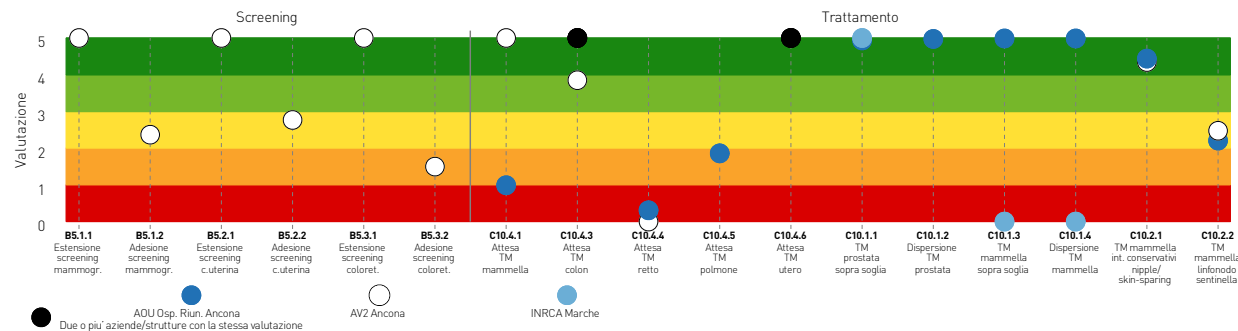
Valutazione della performance 2018



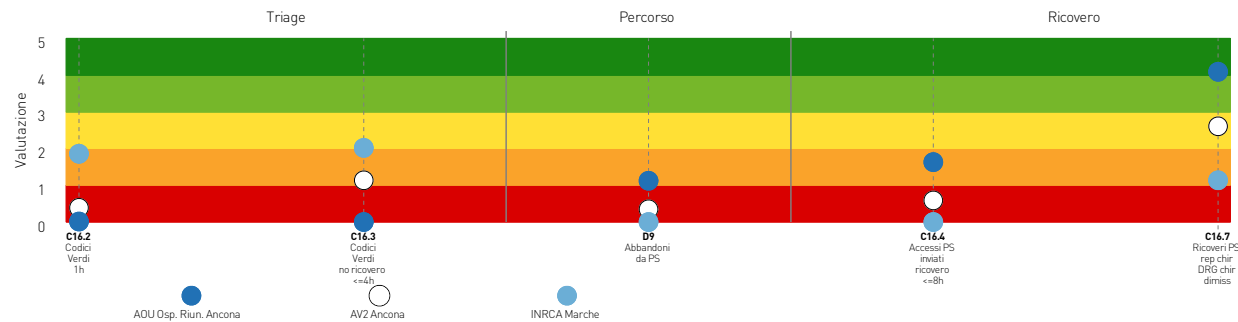
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

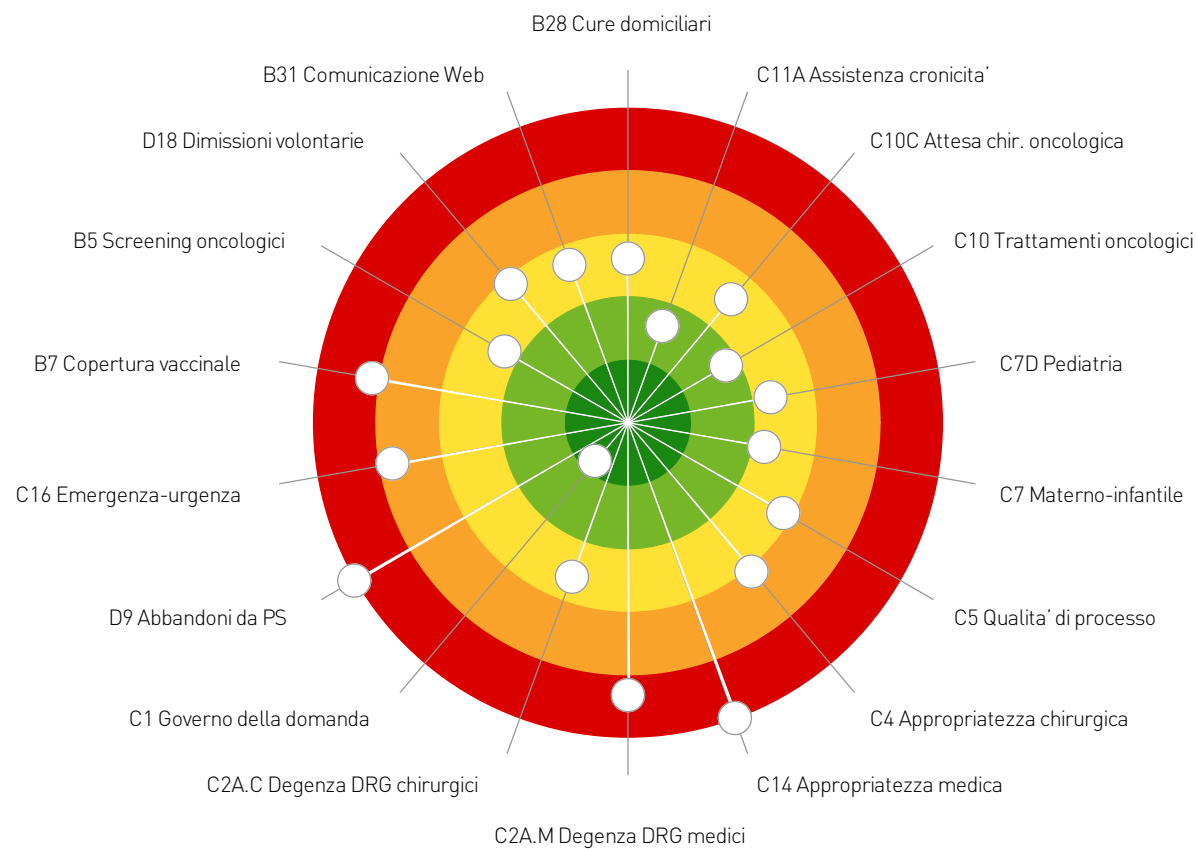


AV3 MACERATA

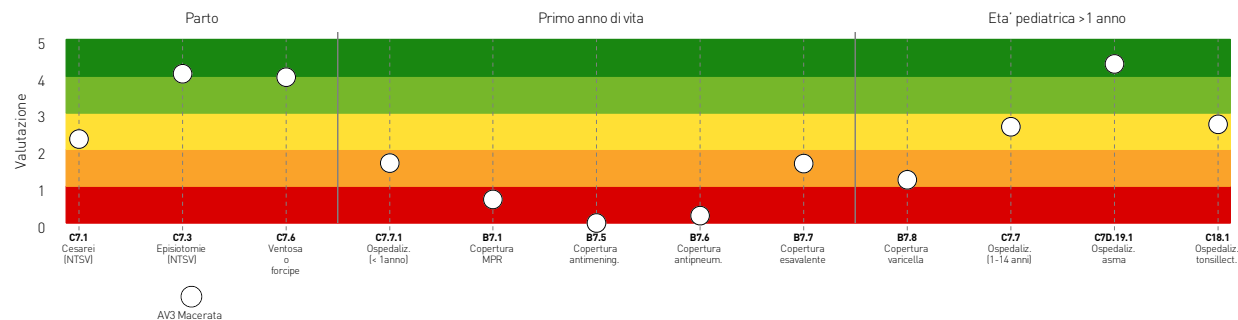
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

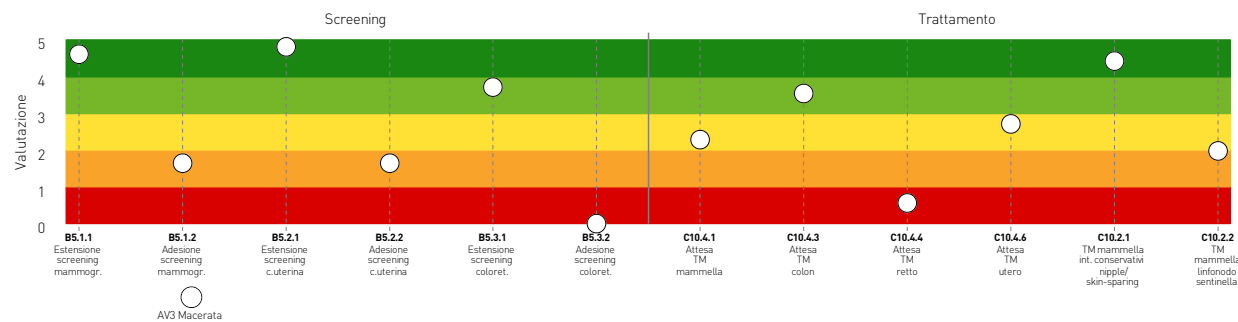
Valutazione della performance 2018



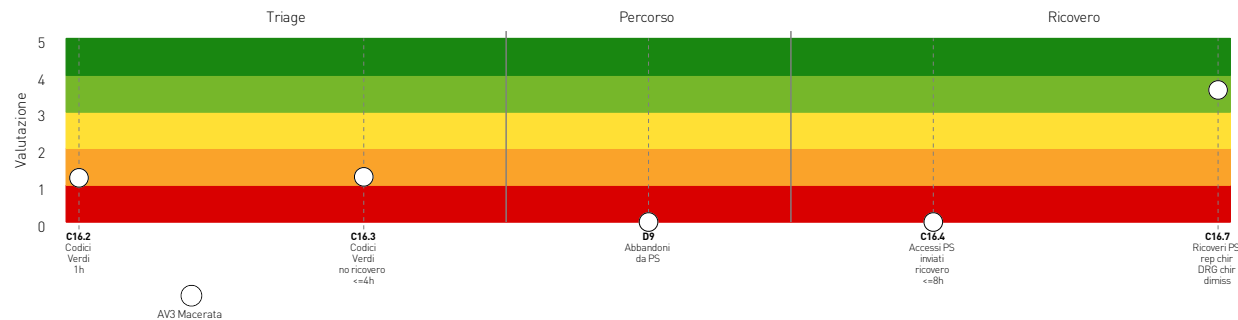
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO




PERCORSO EMERGENZA URGENZA



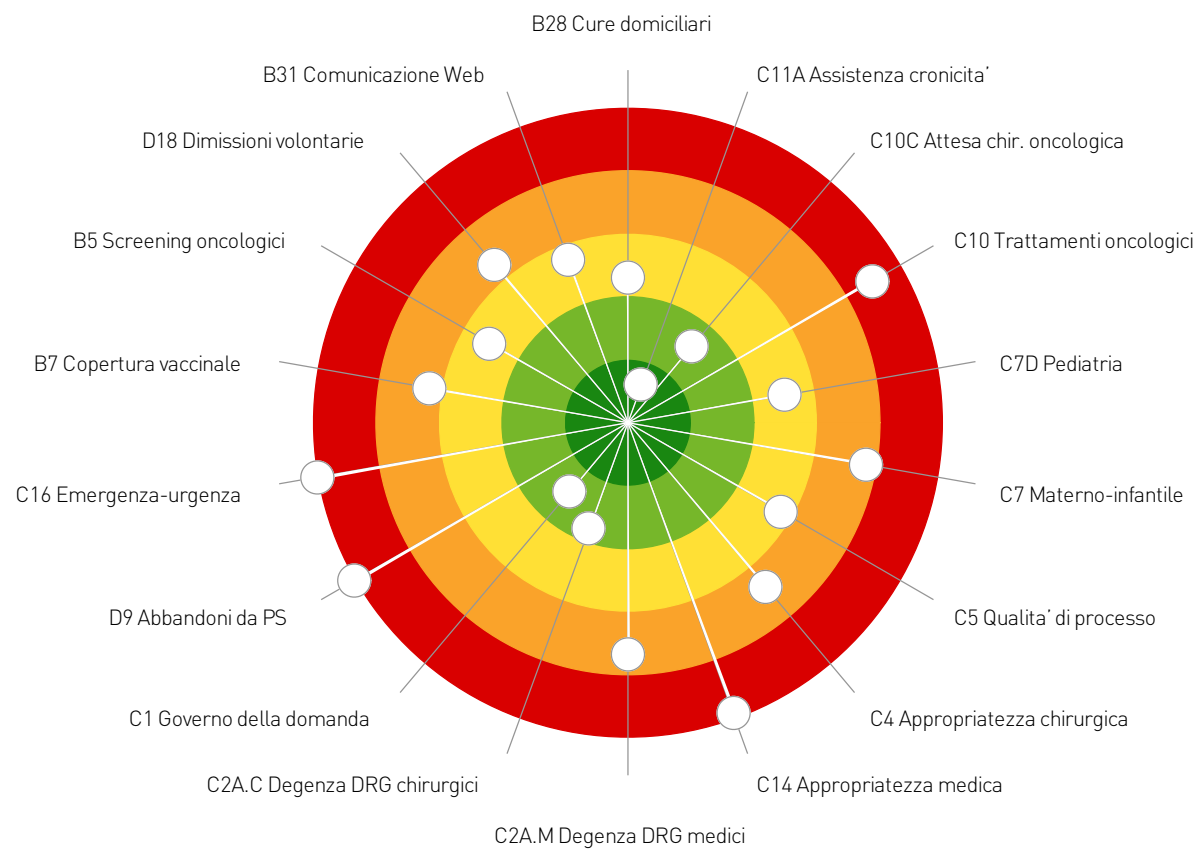
AV4 FERMO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

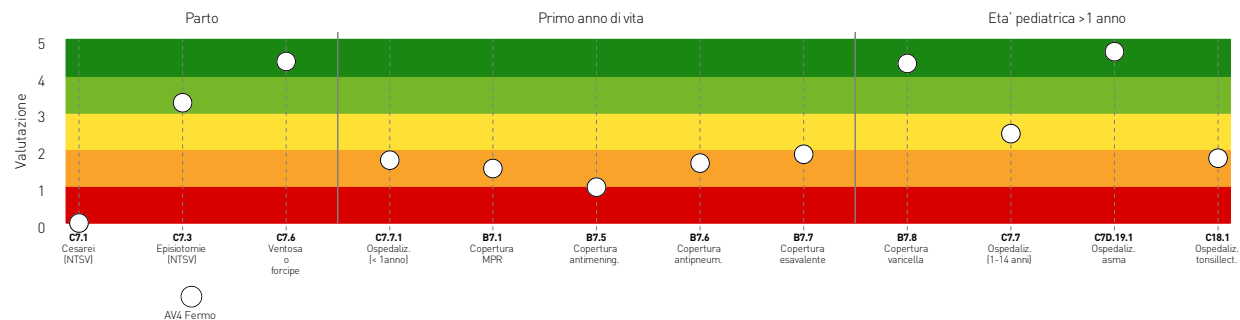
A10
Stili di vita (PASSI)



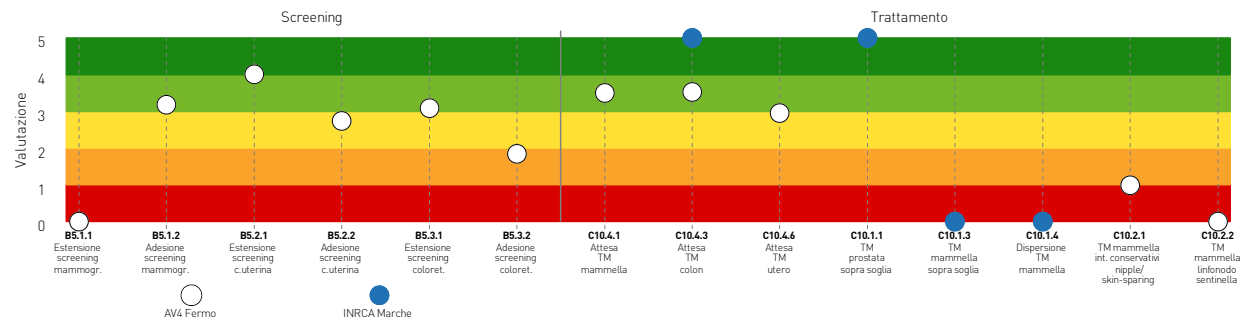
Valutazione della performance 2018



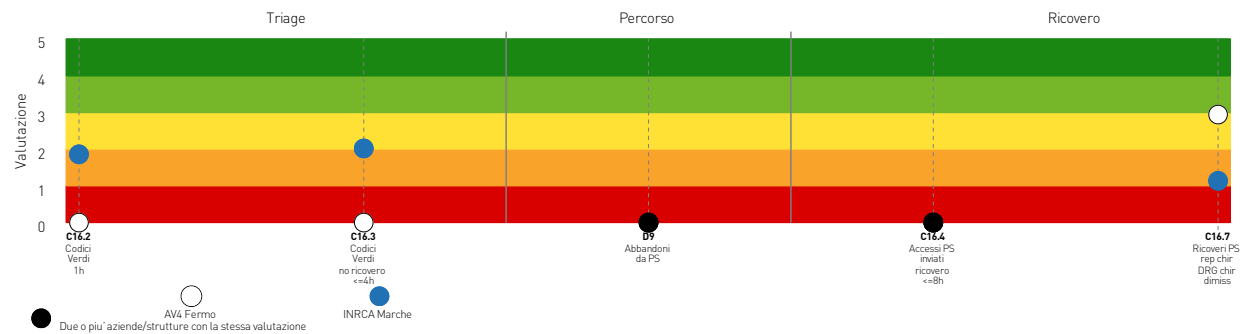
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

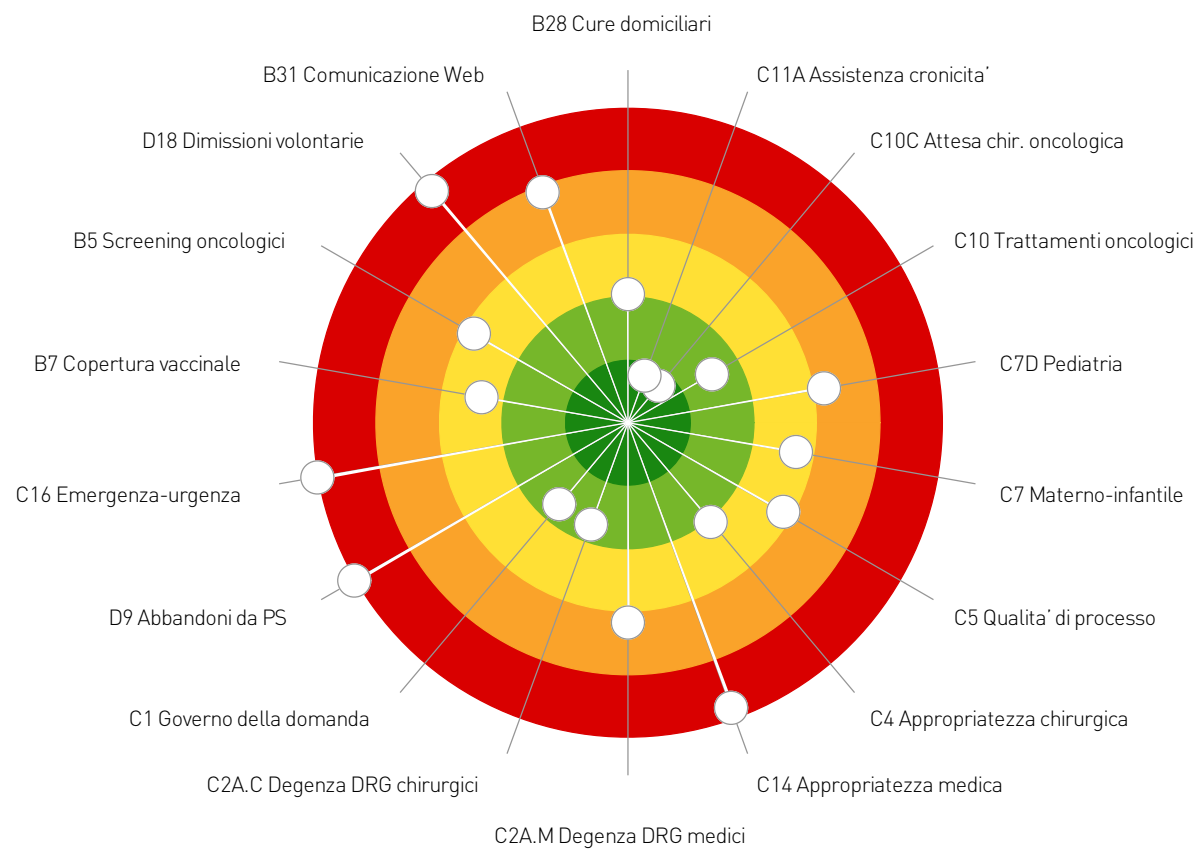


AV5 ASCOLI PICENO

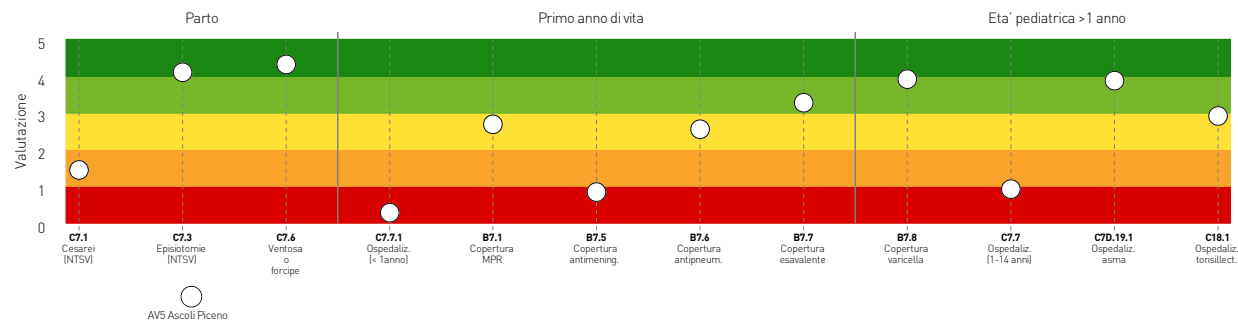
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

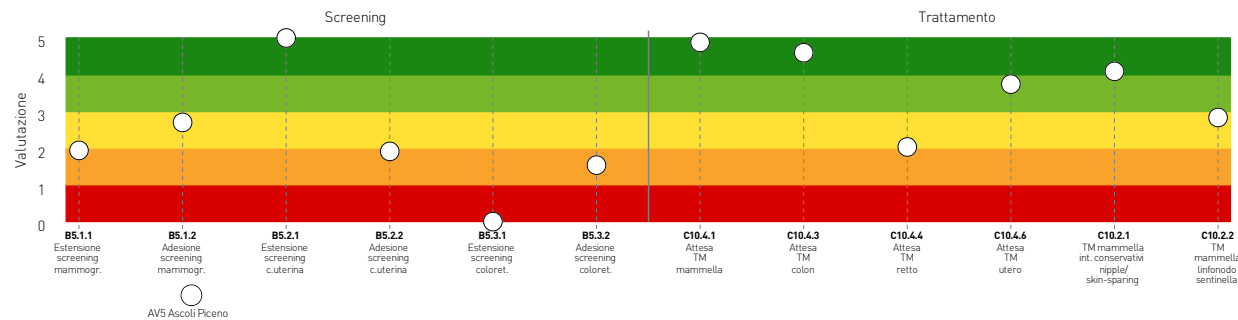
Valutazione della performance 2018



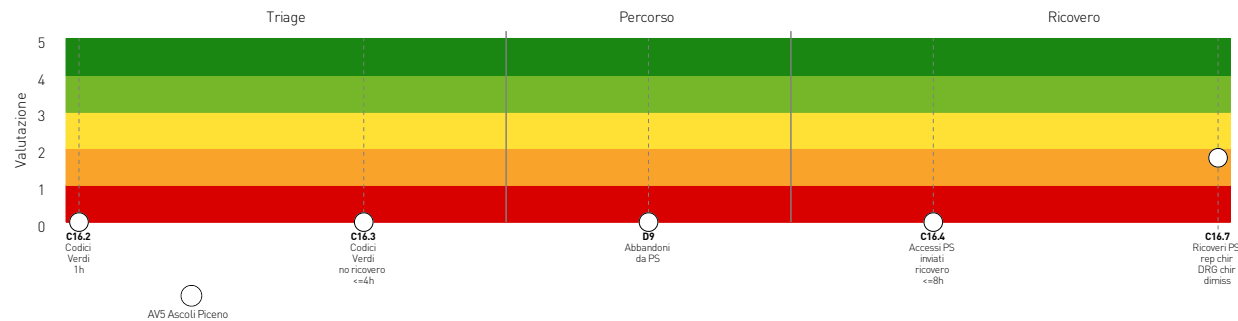
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



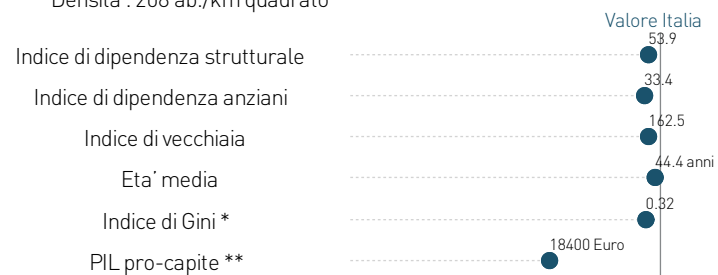
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PUGLIA



Popolazione: 4.063.888
Densità: 208 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il sistema sanitario regionale pugliese conta 6 Aziende Sanitarie Locali (ASL Brindisi, ASL Taranto, ASL Barletta-Andria-Trani, ASL Bari, ASL Foggia, ASL Lecce). Sono presenti 2 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Bari e AOU Foggia), 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (Istituto Oncologico di Bari Giovanni Paolo II e IRCCS Save-rio de Bellis) e 3 IRCCS privati (Irccs Medea, Casa Sollievo della Sofferenza e la Fondazione Maugeri), a cui si aggiungono i due Enti Ecclesiastici Francesco Miulli e Card. G. Panico.

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la Puglia presenta una mortalità infantile in linea con le altre Regioni (i dati sono riferiti al triennio 2014-2016) e in calo rispetto al periodo precedente. L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: registra una percentuale di persone obese e in sovrappeso e di persone sedentarie superiore alle altre Regioni, mentre il consumo di alcol è sensibilmente inferiore.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, la copertura vaccinale, per quanto ancora non soddisfacente, è complessivamente in aumento e in linea con le altre Regioni. In merito ai programmi di *screening* oncologico (mammografico e cervice uterina), i livelli di estensione e adesione sono peggiori rispetto alle altre Regioni ma in miglioramento, soprattutto per quanto concerne la loro estensione.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, si registra una ulteriore, rilevante diminuzione del tasso di ospedalizzazione, che raggiunge i 124 ricoveri ogni mille residenti (tra i più bassi del *network*, nonostante l'eccesso di ricoveri presso l'area di Foggia). Il dato suggerisce una sempre più matura capacità di gestione della domanda, tanto più perché la contrazione concerne principalmente i ricoveri ad alto rischio di inappropriata, che scendono da 171 per 10.000 residenti nel 2017 a 146.4 nel 2018. Un maggiore investimento sull'assistenza domiciliare – sia in termini di copertura, sia in termini di intensità dell'assistenza stessa, sia in termini di tempestività – potrebbe contribuire ulteriormente al processo di de-ospedalizzazione del sistema sanitario pugliese.

Se in merito alla presa in carico della casistica medica si riducono significativamente i ricoveri diurni di tipo diagnostico, va probabilmente ancora presidiata la gestione della casistica chirurgica, che ancora presenta ampi margini di recupero in termini di appropriatezza organizzativa: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno resta la più bassa del *network* (nonostante un leggerissimo incremento rispetto al 2017), così come quella di ricoveri in *day surgery* per la lista dei DRG individuata dal Ministero della Salute (in ulteriore calo).

La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2018 sensibilmente più alta della media, nonostante una contrazione rispetto al 2017, pur con ampia variabilità tra le strutture regionali. L'organizzazione dei processi ospedalieri registra comunque un ulteriore, leggero miglioramento nella gestione delle fratture del collo del femore, mentre la percentuale di fratture operate su quelle diagnosticate resta tra le più basse, suggerendo l'opportunità di possibili audit clinico-organizzativi aziendali. La bassa percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione conferma possibili problematiche di gestione dei processi intra-ospedalieri.

Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano *performance* leggermente migliori delle altre Regioni, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica (quest'ultima in sensibile miglioramento rispetto al 2017). In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, l'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali suggerisce una migliore capacità del territorio di fungere da filtro rispetto al ricorso alle strutture ospedaliere, mentre il contenuto tasso di ospedalizzazione per ricoveri

con degenza superiore a 30 giorni indica, nonostante un incremento rispetto al 2017, la tenuta delle reti sociali nella fase di presa in carico post-ospedaliera.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, il contenuto tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani suggerisce una situazione di complessiva appropriatezza prescrittiva, nonostante il leggero incremento del dato rispetto al 2017.

In riferimento all'ambito farmaceutico, una più attenta *governance* prescrittiva dovrebbe congiuntamente mirare ad una maggiore appropriatezza (il consumo di antibiotici si conferma, ad esempio, sensibilmente superiore alla media), incentivare ulteriormente la propensione dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore e supportare misure che favoriscano l'aderenza al trattamento. Di converso, l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è ottima (*best practice* del *network*).

I processi di comunicazione e di coinvolgimento dell'utenza rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: il processo di digitalizzazione dei servizi amministrativi è estremamente avanzato, mentre è tendenzialmente nella media l'accessibilità online alle informazioni sui servizi offerti dalle Aziende del SSR.

Riguardo alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario pugliese, il costo sanitario è allineato alle altre Regioni (1.915 Euro *pro capite* - dato riferito all'anno 2017).

Il percorso materno-infantile può ancora senz'altro essere presidiato meglio, nelle sue diverse fasi: in riferimento a quella del parto, si conferma eccessivamente frequente il ricorso al cesareo e quello all'episiotomia (per quanto entrambi gli indicatori siano sensibilmente in calo), mentre si conferma molto contenuto l'uso di forcipe o ventosa; per quanto concerne l'età pediatrica, nonostante alcuni incoraggianti ed evidenti segnali di miglioramento, gli alti tassi di ospedalizzazione e gli elevati consumi di antibiotici (entrambi comunque in significativa contrazione) denotano una presa in carico territoriale ancora non pienamente appropriata. Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomie si conferma invece più basso rispetto alle altre Regioni.

A esclusione dei programmi di *screening*, di cui si è già dato conto, si registrano risultati buoni nella gestione del percorso oncologico. In particolare, i tempi di attesa per interventi chirurgici restano molto contenuti.

La presa in carico delle cronicità conferma lo sforzo fatto dal SSR: se da una parte sono già state menzionate le problematiche inerenti all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, a cui si aggiungono le difficoltà nel trattamento farmacologico dei pazienti infartuati, dall'altra il calo dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ha allineato la *performance* pugliese a quella delle altre Regioni del *Network*, nonostante permanga un eccesso di amputazioni maggiori per diabete.

Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i tempi intercorrenti tra la chiamata del mezzo di soccorso e il suo arrivo sono ora, a seguito di una significativa contrazione rispetto al 2017, leggermente inferiori rispetto alle altre Regioni, mentre i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso – pur con ampia variabilità tra le strutture regionali – sono complessivamente nella media, a fronte di un tasso di accesso che si conferma piuttosto contenuto. Il fenomeno dell'abbandono da pronto soccorso resta invece una criticità, in peggioramento rispetto al 2017 e caratterizzato da una marcata variabilità inter-aziendale.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A1
Mortalità infantile



A10
Stili di vita (PASSI)



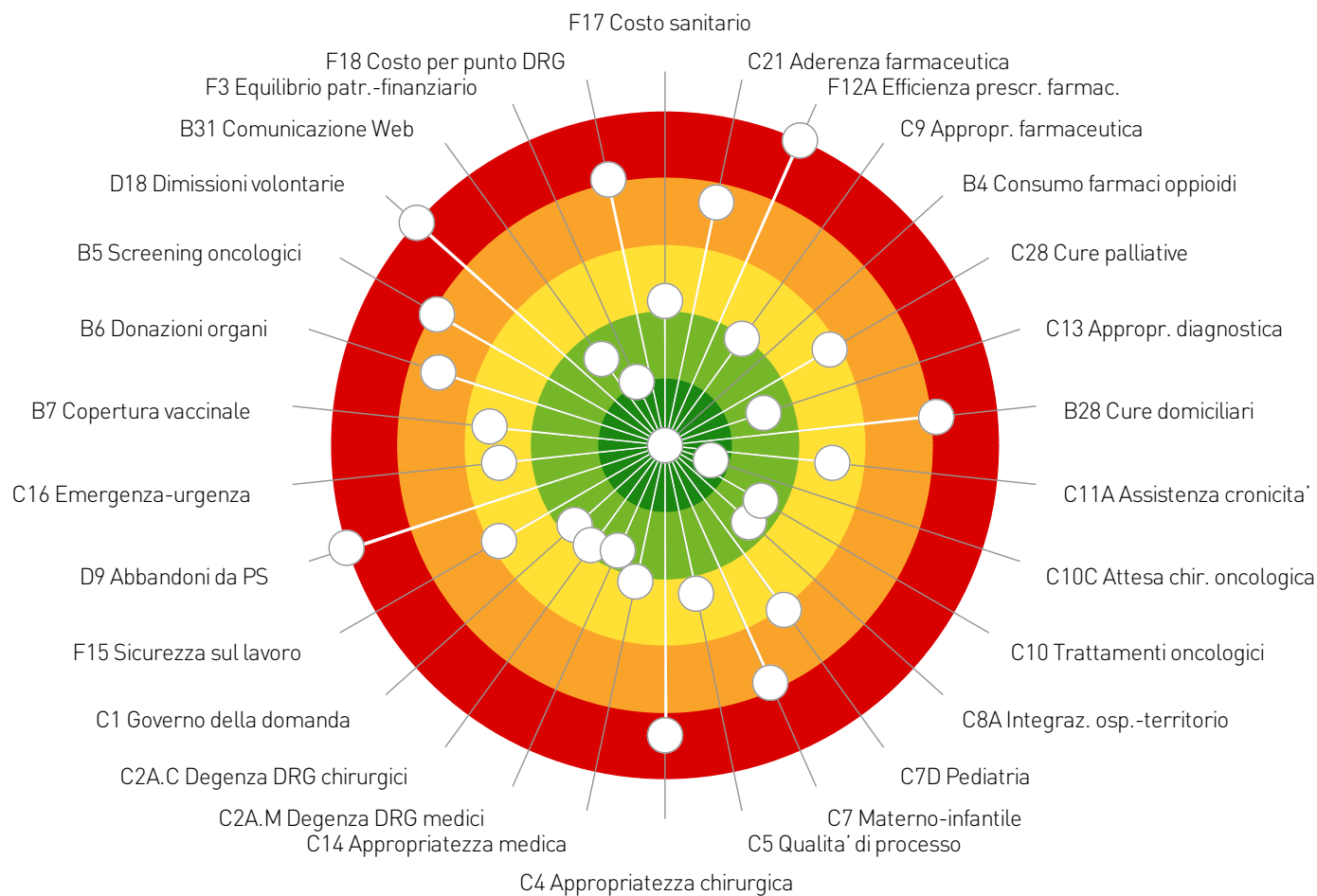
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 81

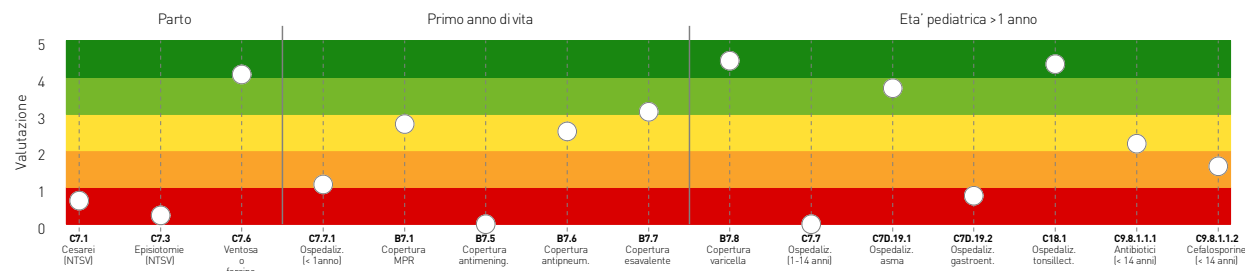


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

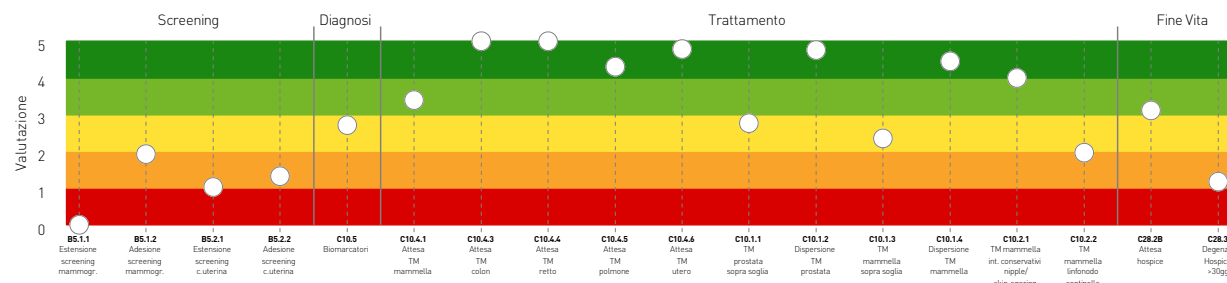
Valutazione della performance 2018



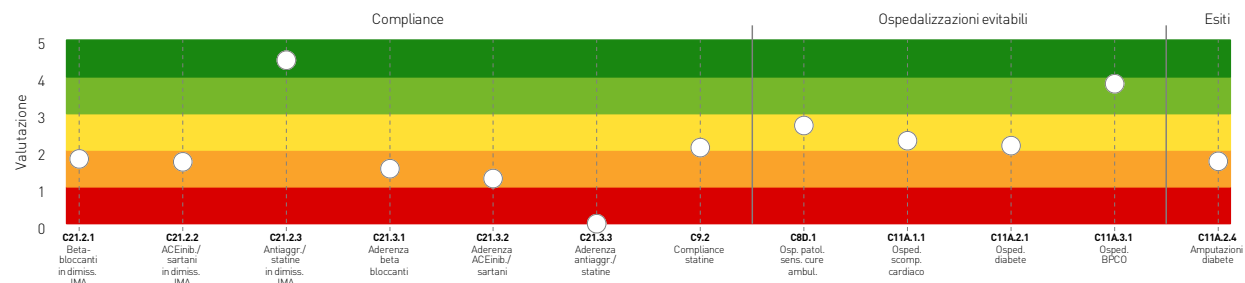
PERCORSO MATERNO INFANTILE



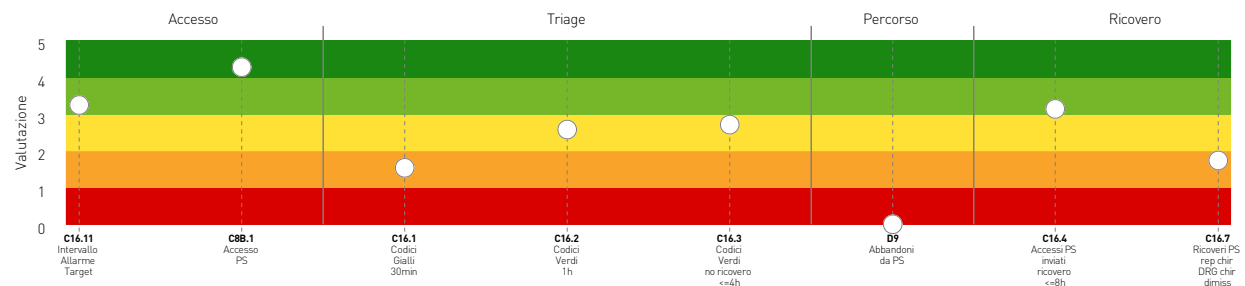
PERCORSO ONCOLOGICO



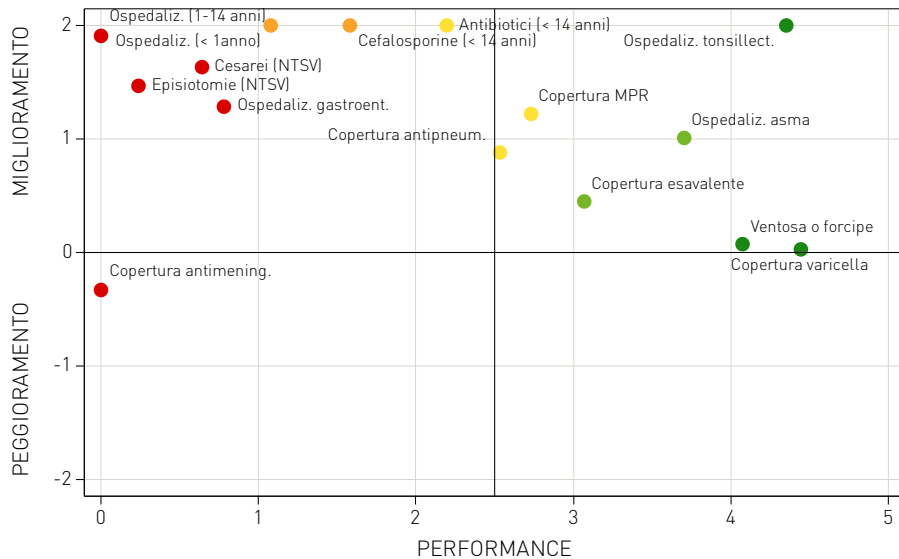
PERCORSO CRONICITÀ



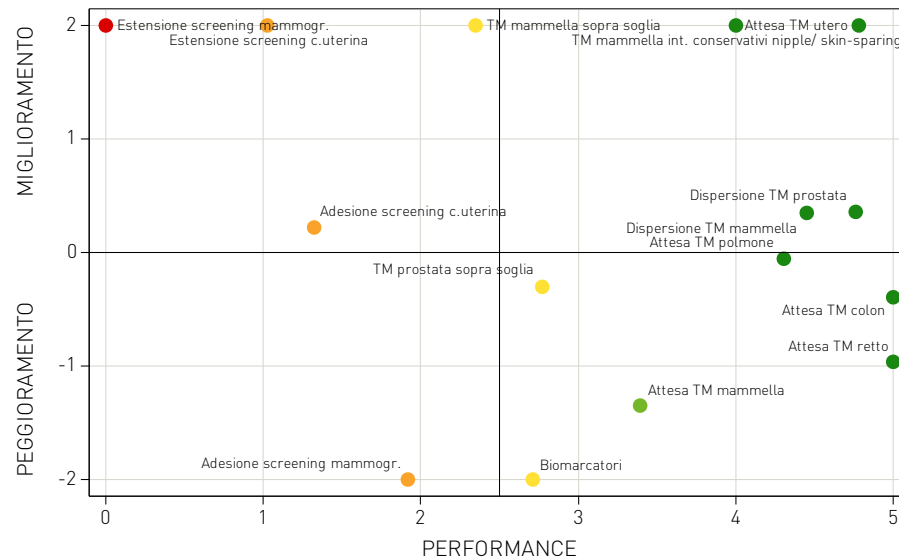
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



Percorso Materno Infantile



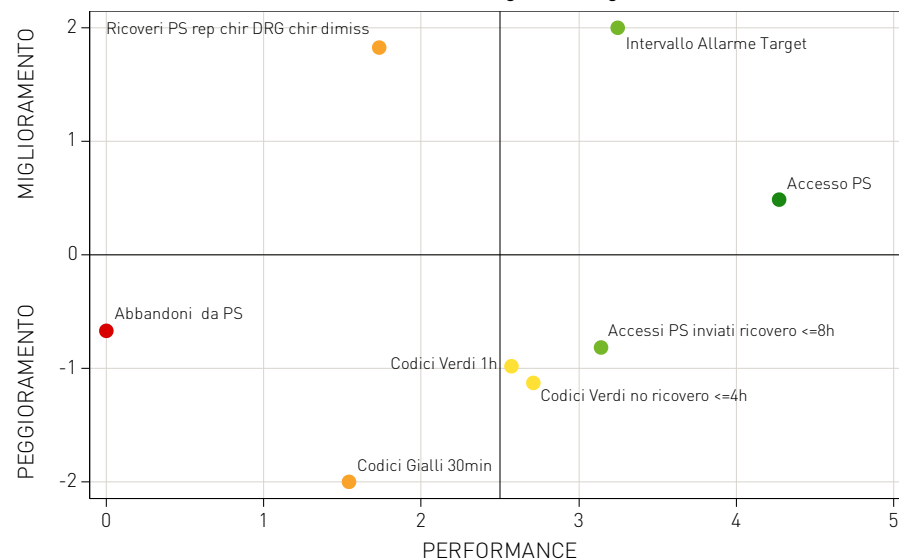
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



ASL BRINDISI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalita' infantile



A10
Stili di vita (PASSI)



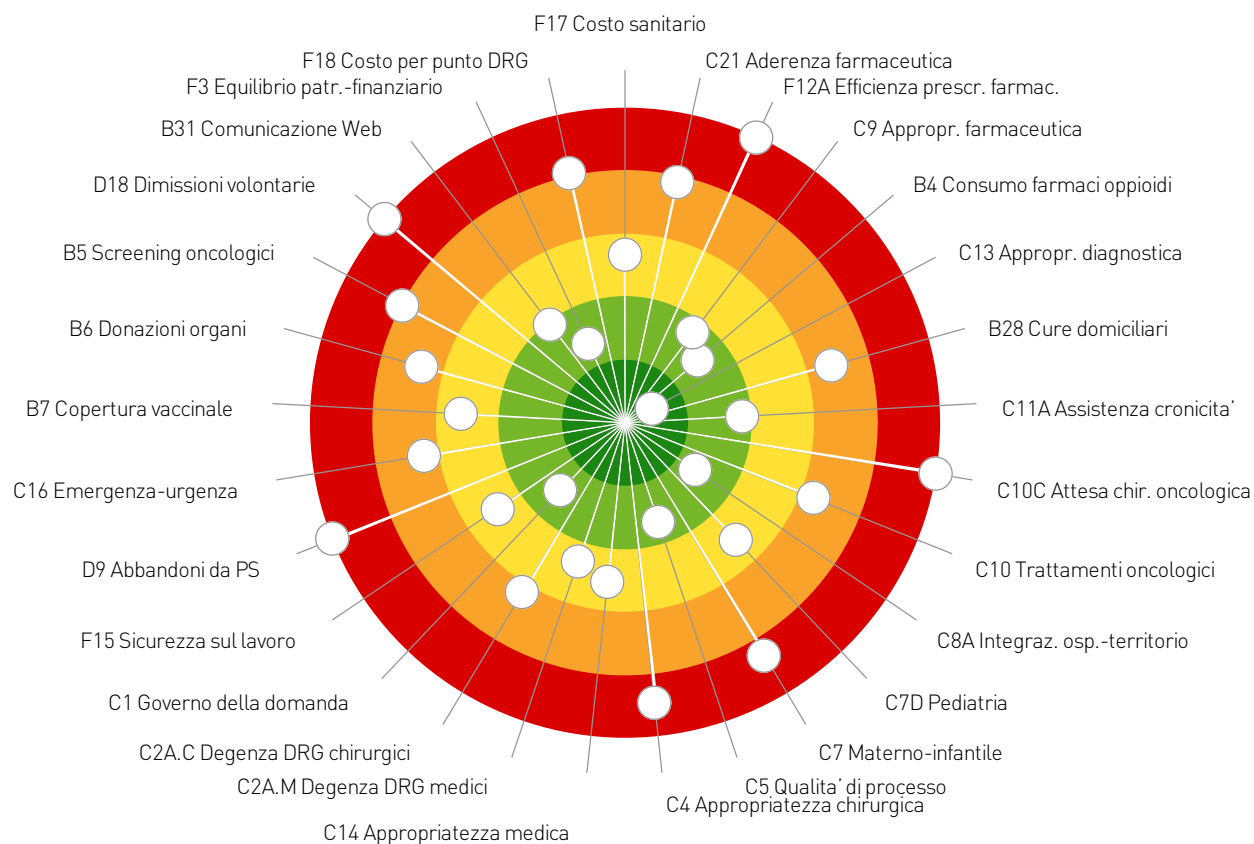
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

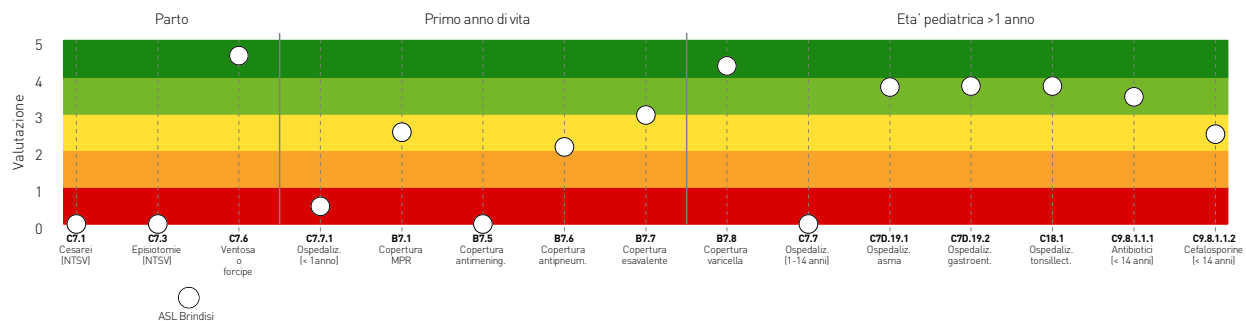
Numero indicatori di valutazione: 79



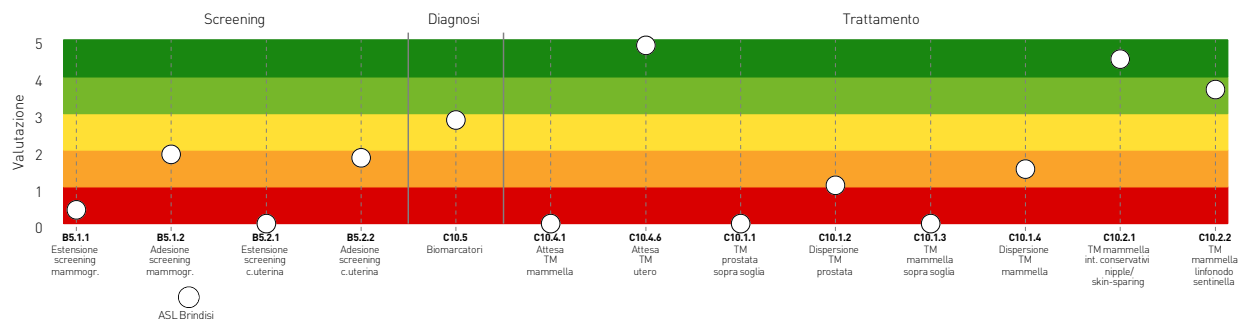
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

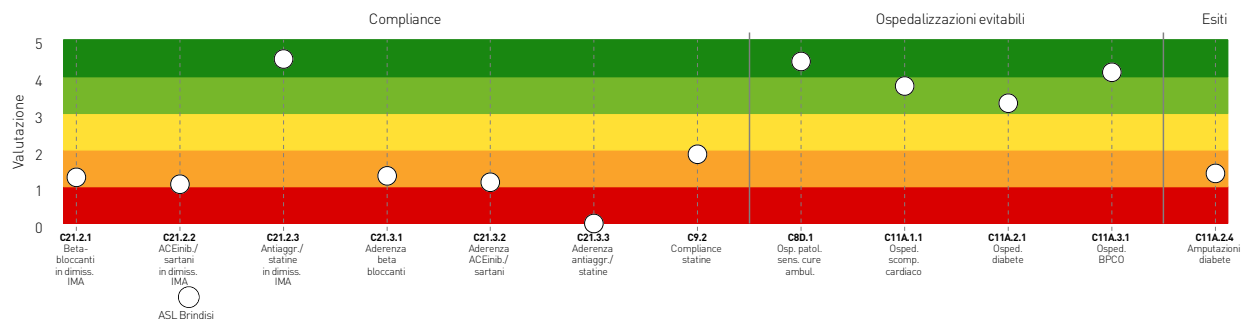




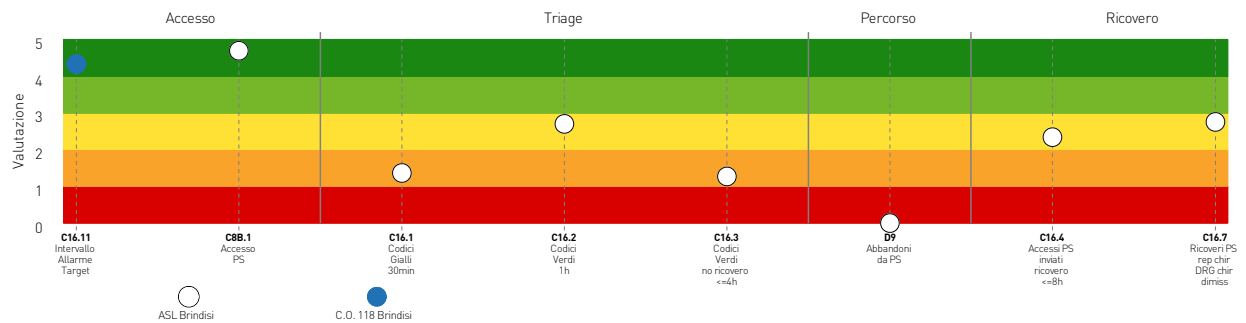
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL TARANTO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalita' infantile

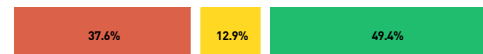


A10
Stili di vita (PASSI)



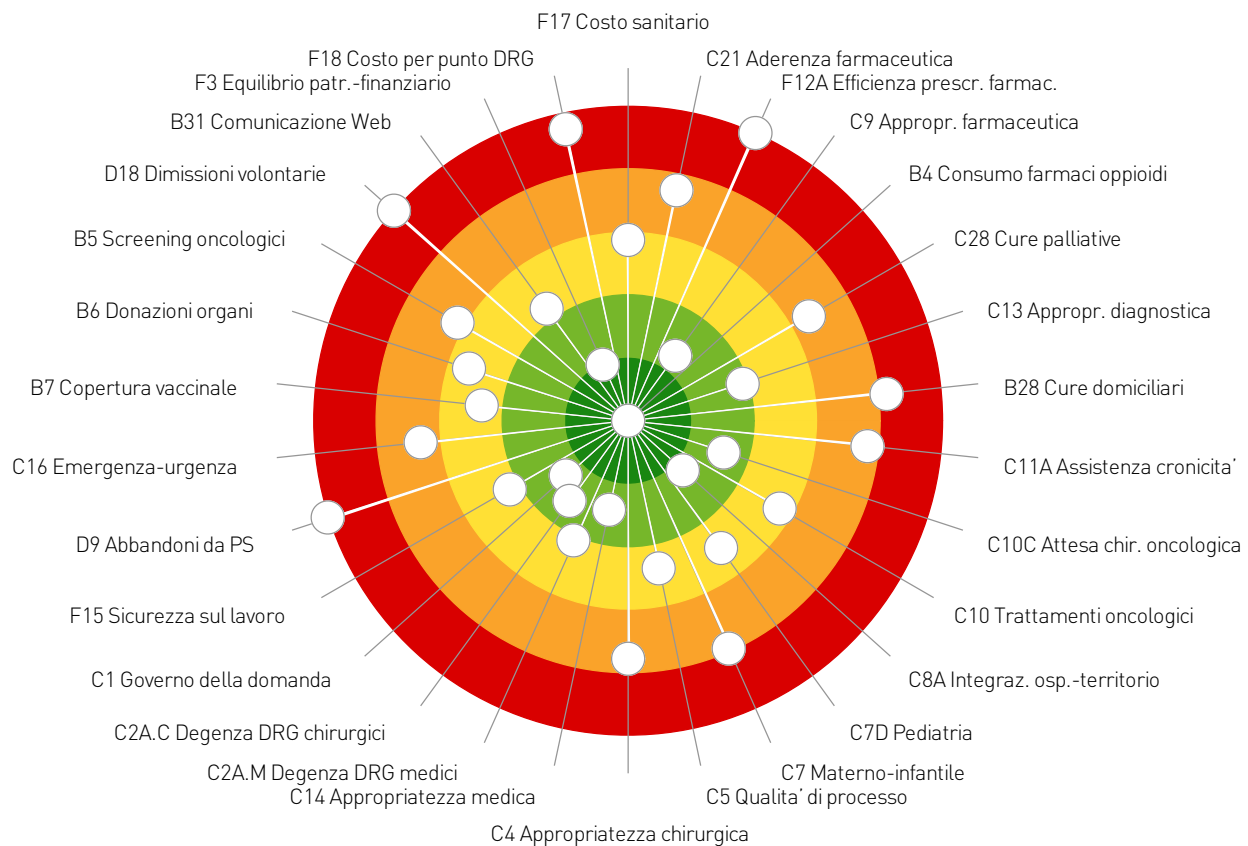
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

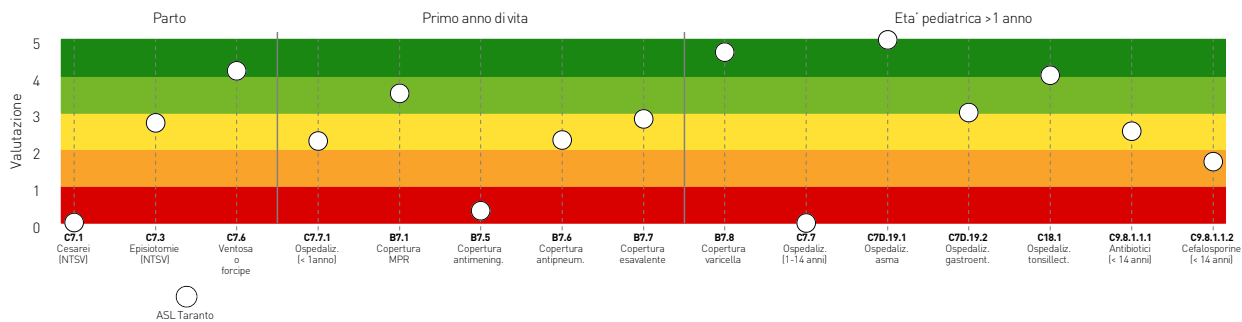
Numero indicatori di valutazione: 80



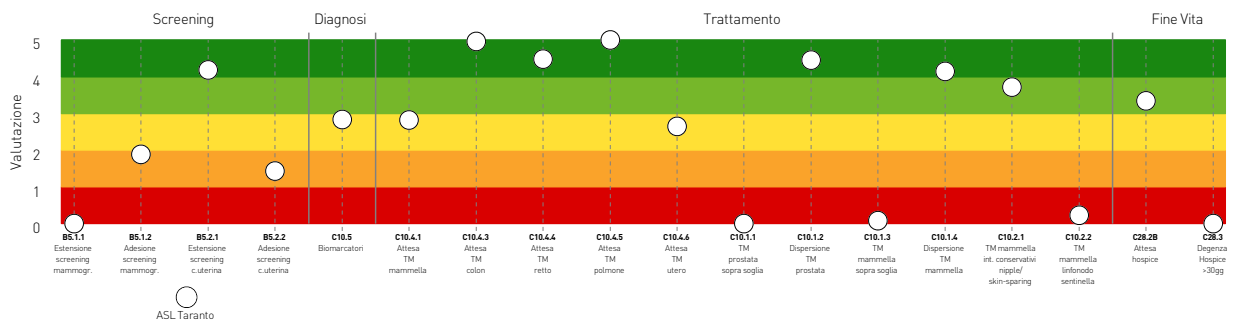
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

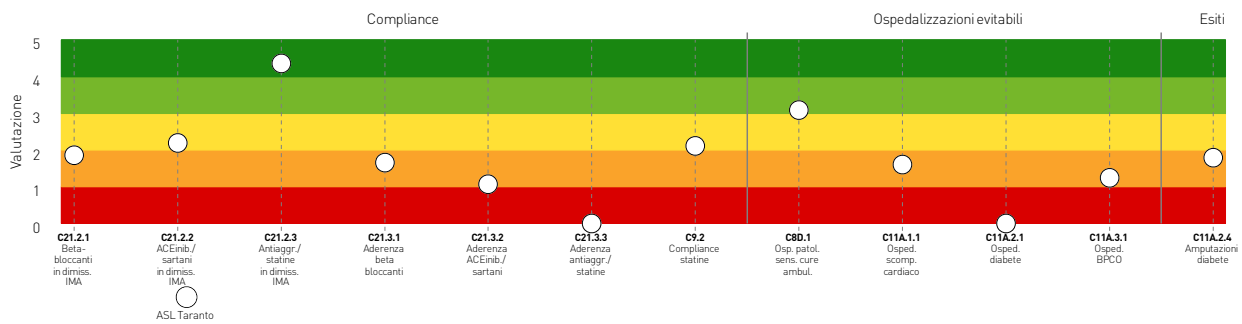




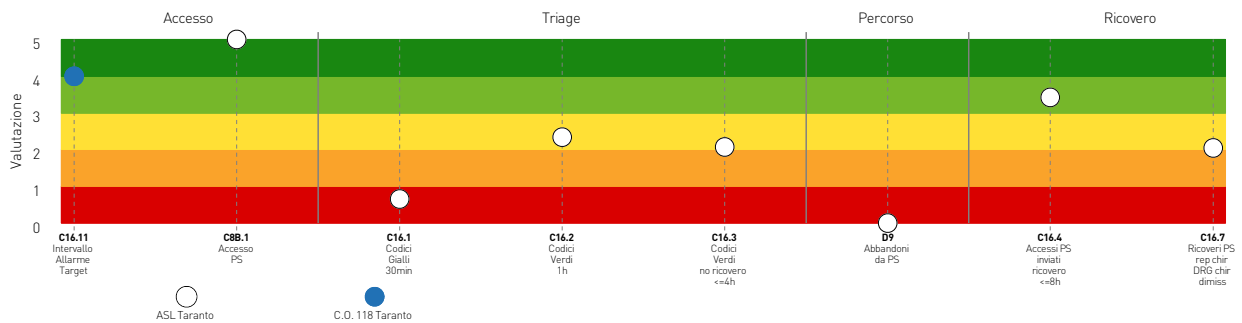
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA


ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile



A10
Stili di vita (PASSI)



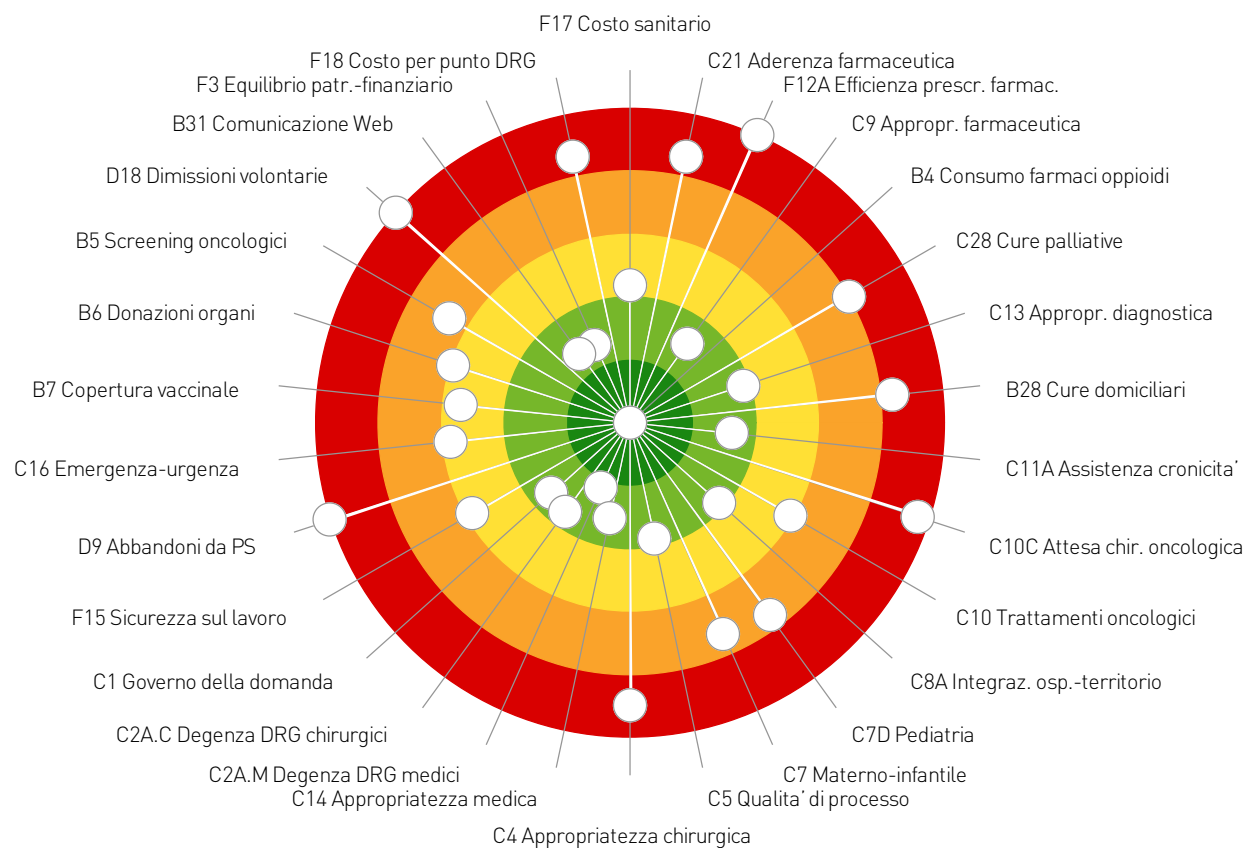
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

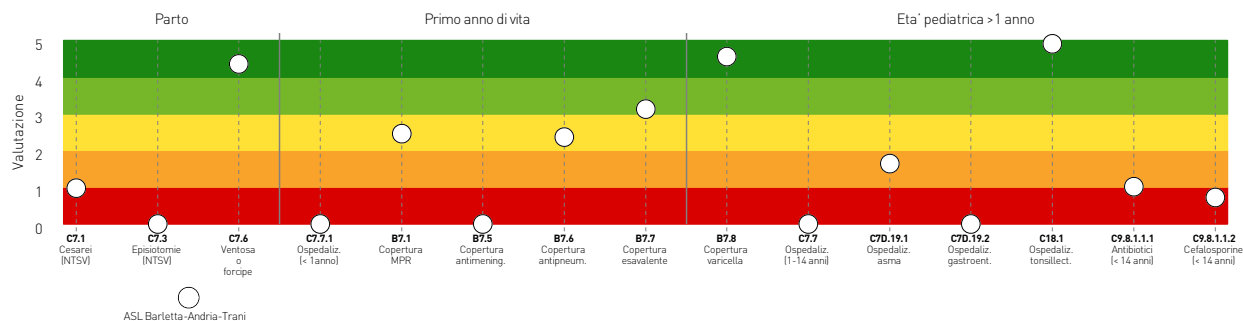
Numero indicatori di valutazione: 79



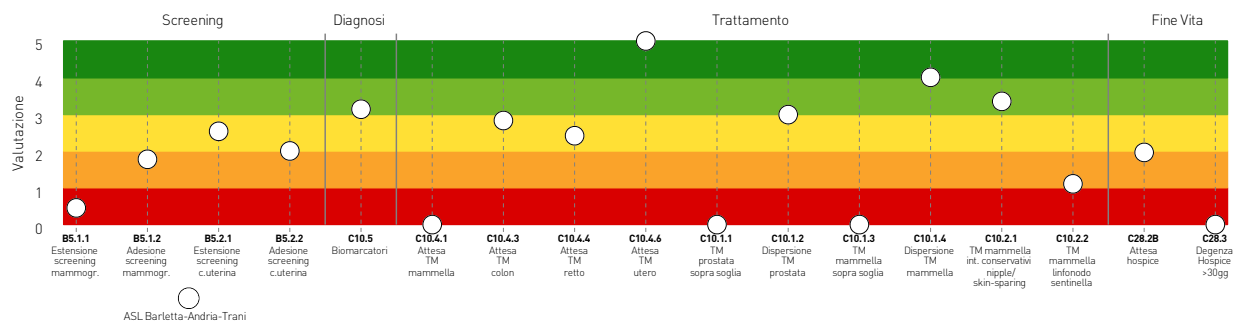
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

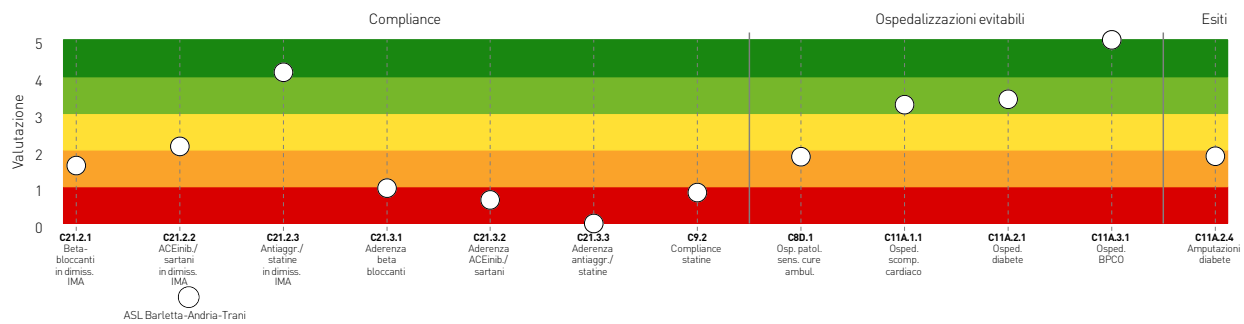




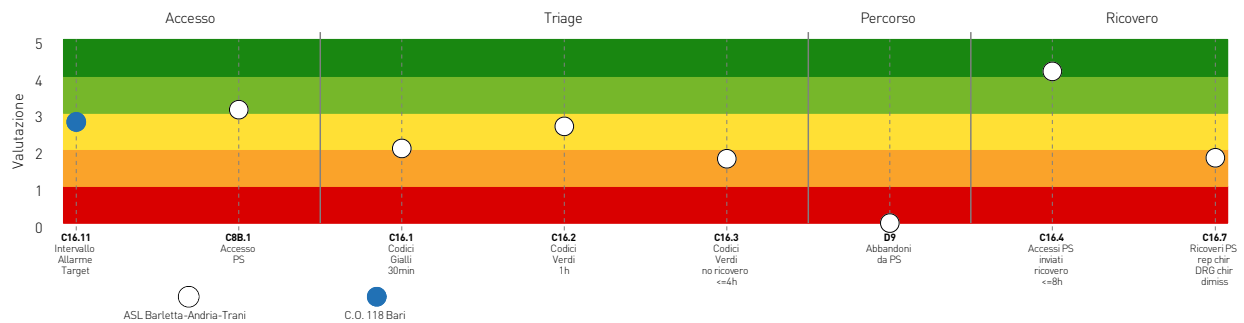
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL BARI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalita' infantile



A10
Stili di vita (PASSI)



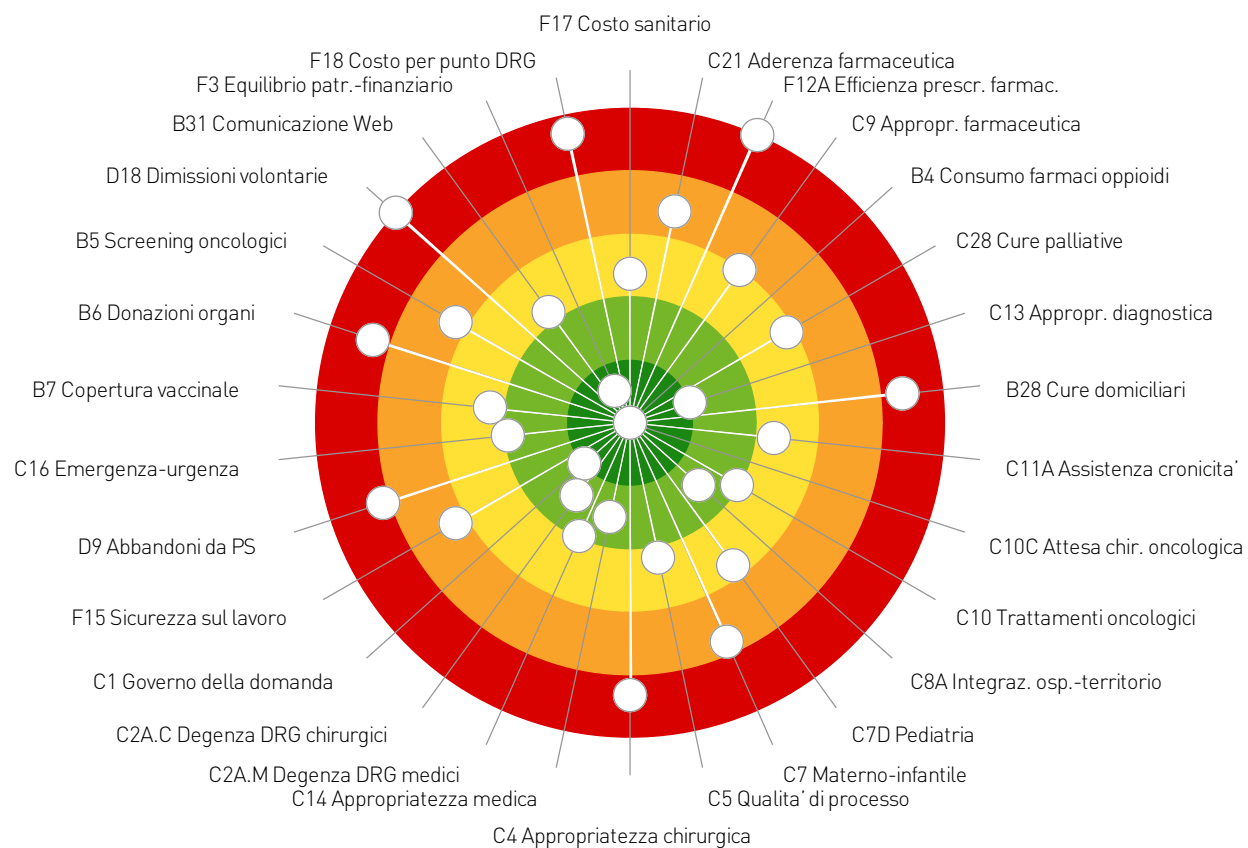
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 80



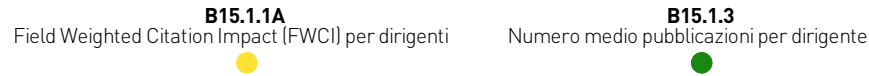
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

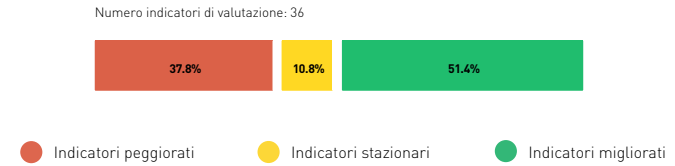


AOU POL. BARI

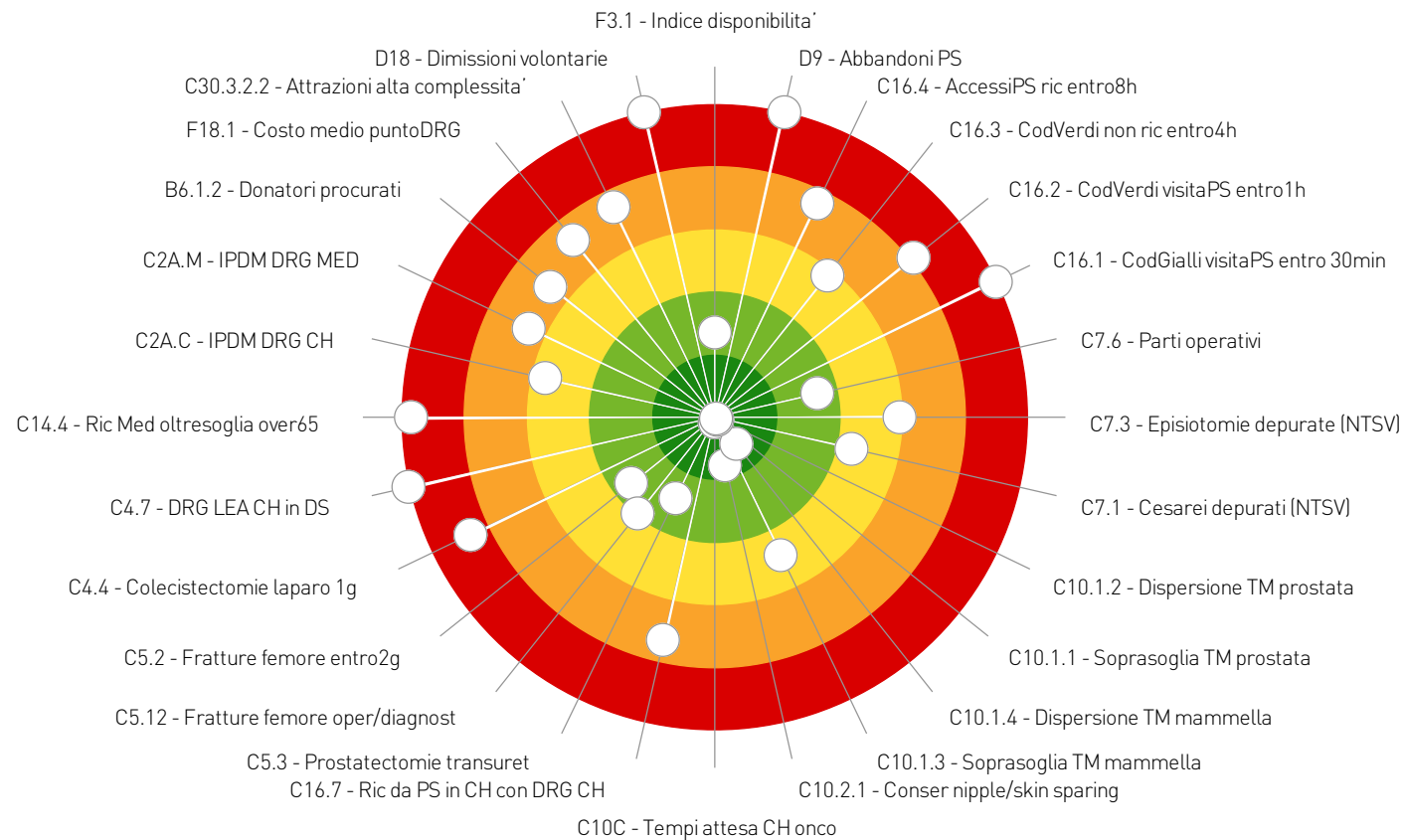
Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



Andamento indicatori - Trend 2017/2018

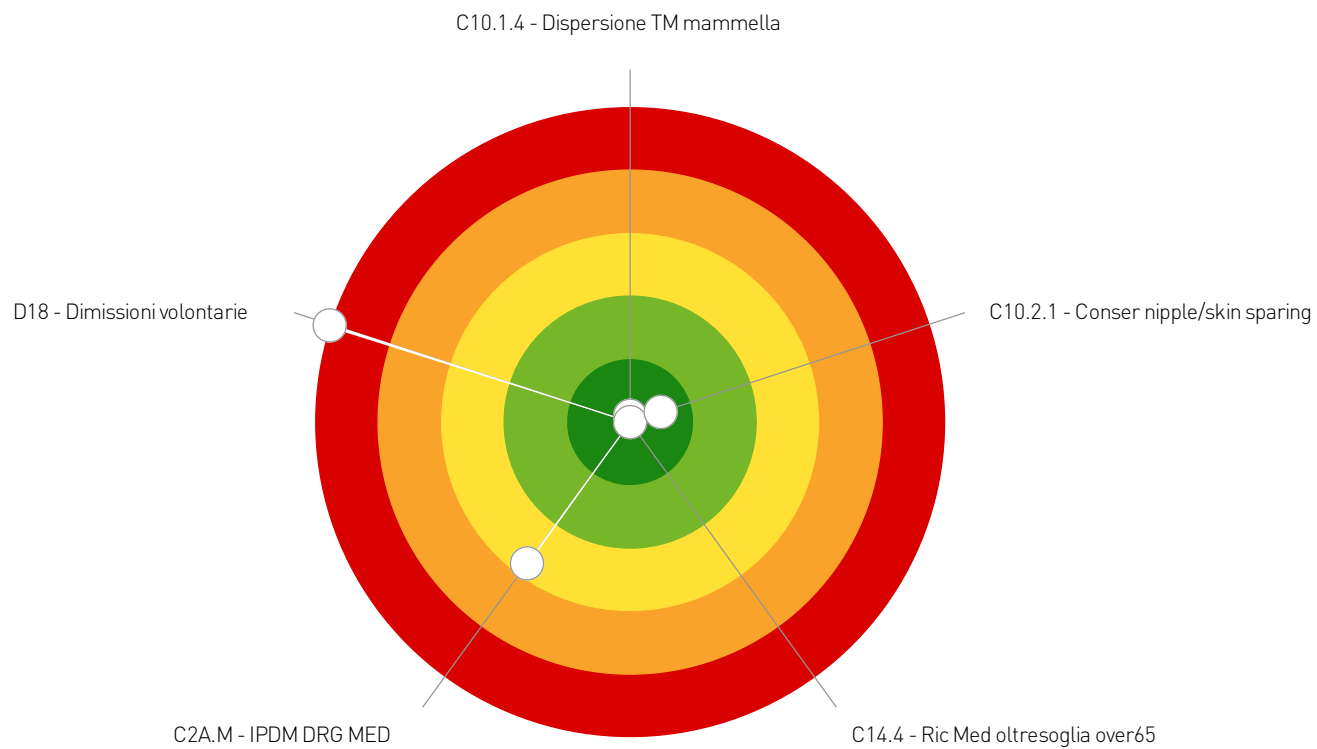


Valutazione della performance 2018



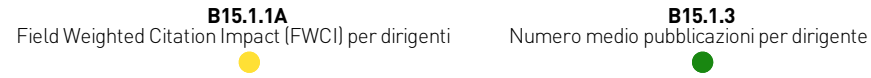
IRCCS S.MAUGERI

Valutazione della performance 2018

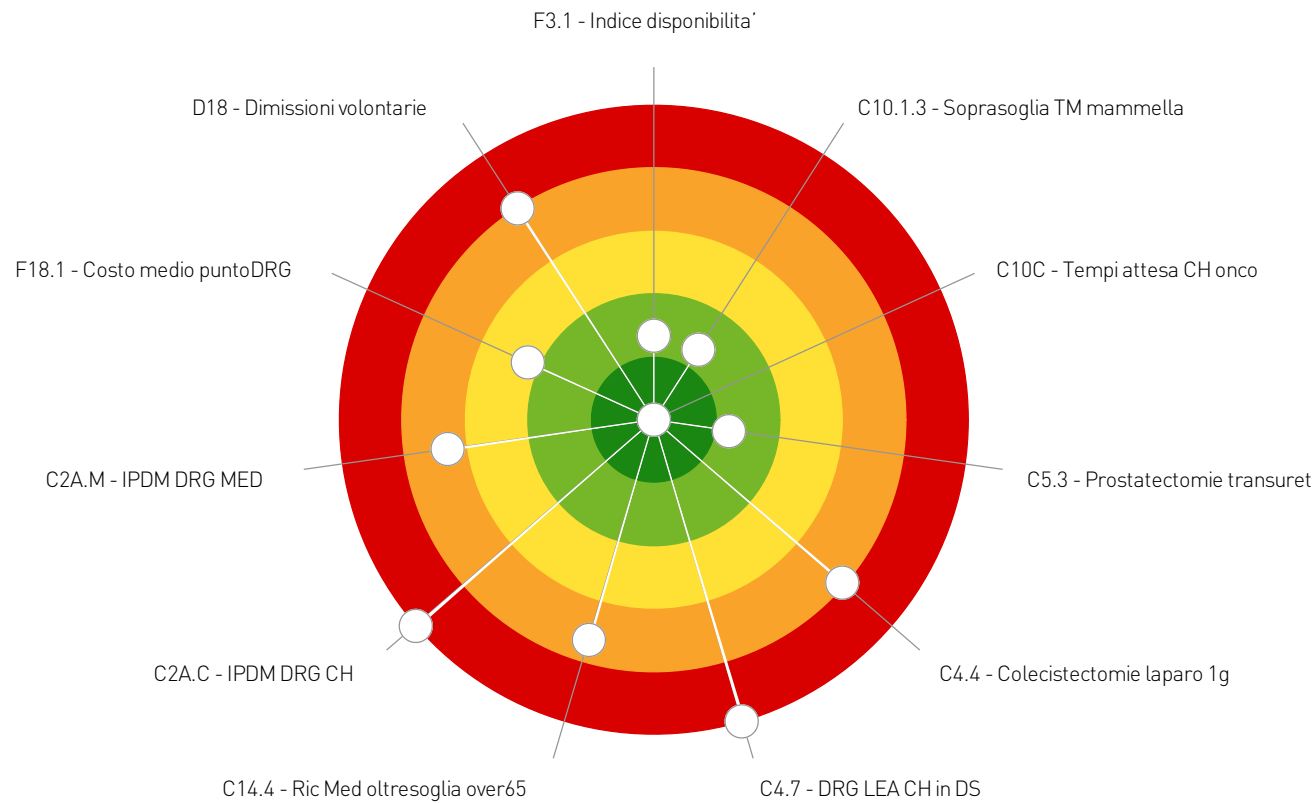


IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



Valutazione della performance 2018

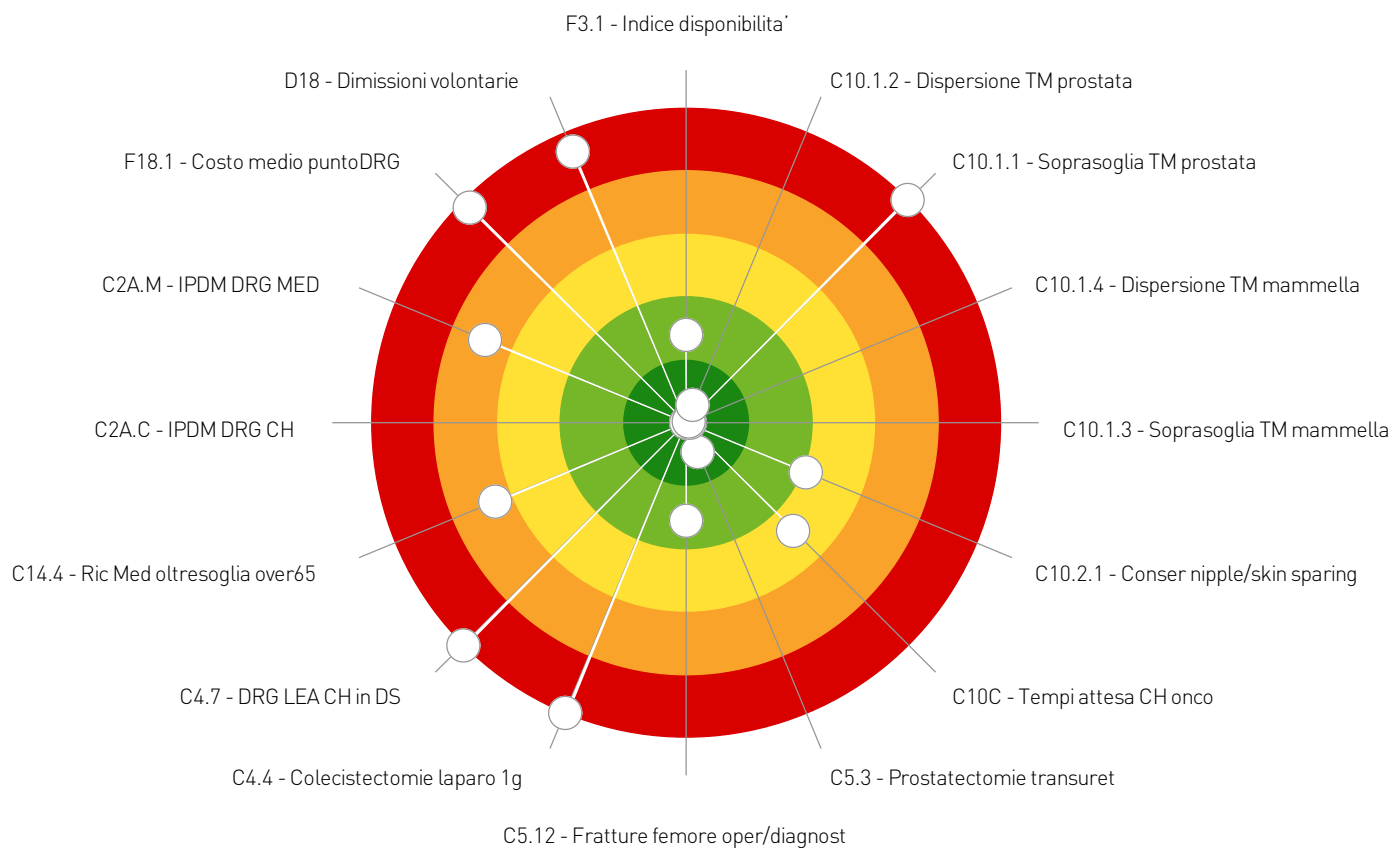


IRCCS ONCOLOGICO BARI

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



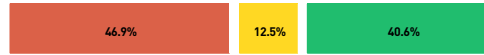
Valutazione della performance 2018



E.E. MIULLI

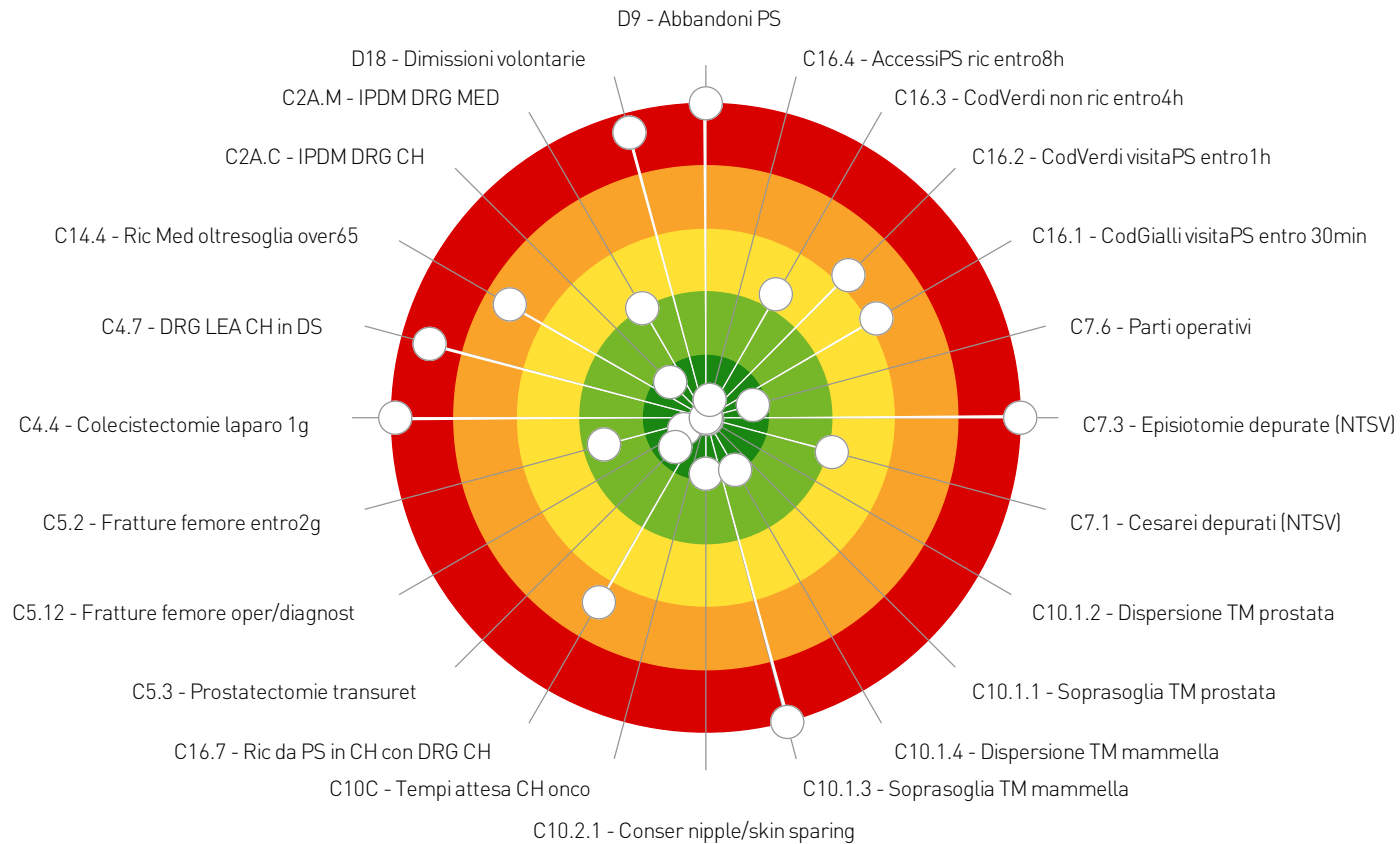
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 33

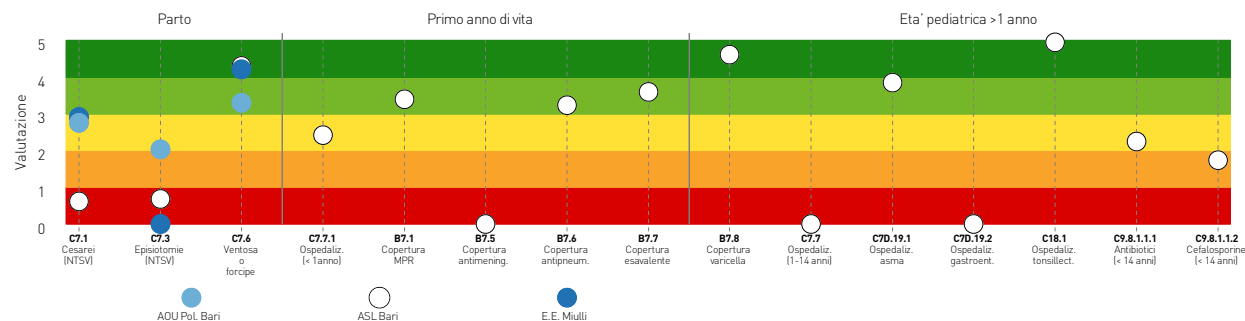


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

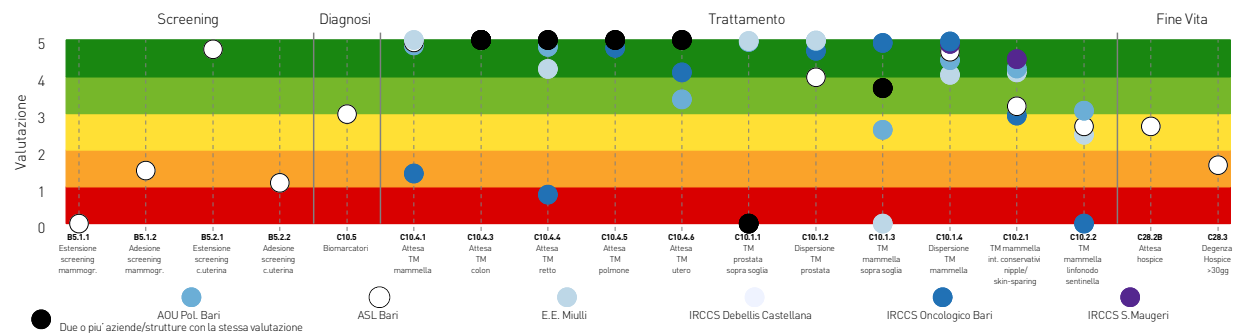
Valutazione della performance 2018



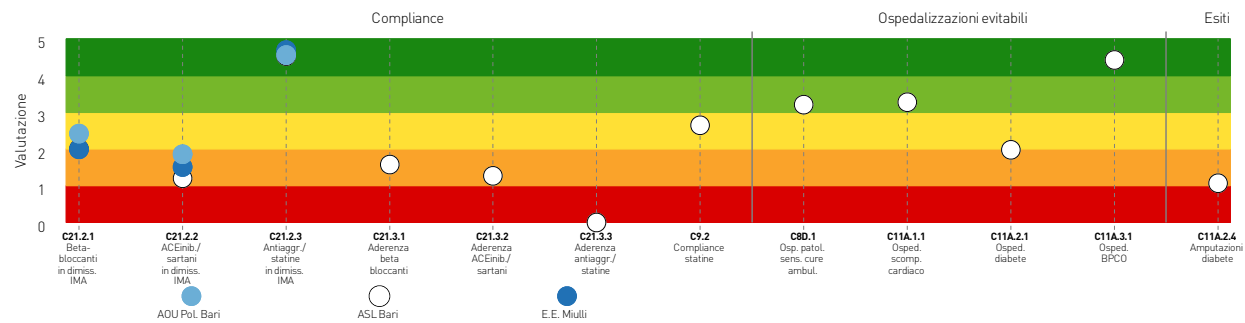
PERCORSO MATERNO INFANTILE



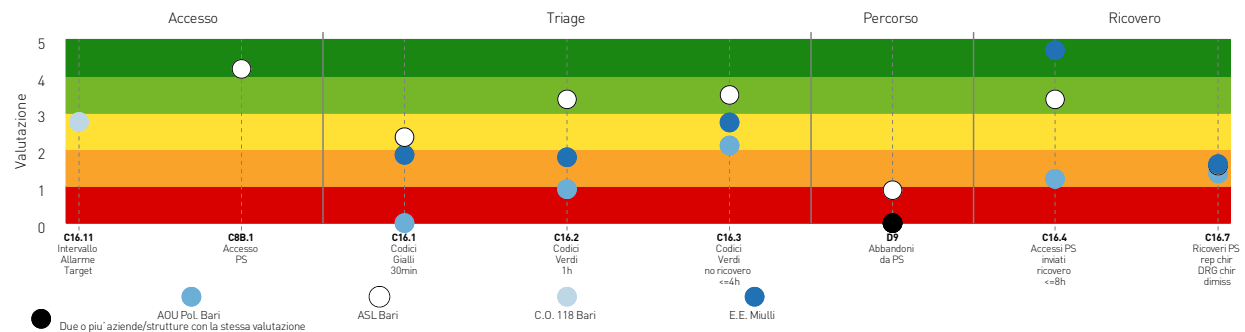
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ASL FOGGIA

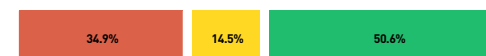
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalità infantile

A10
Stili di vita (PASSI)

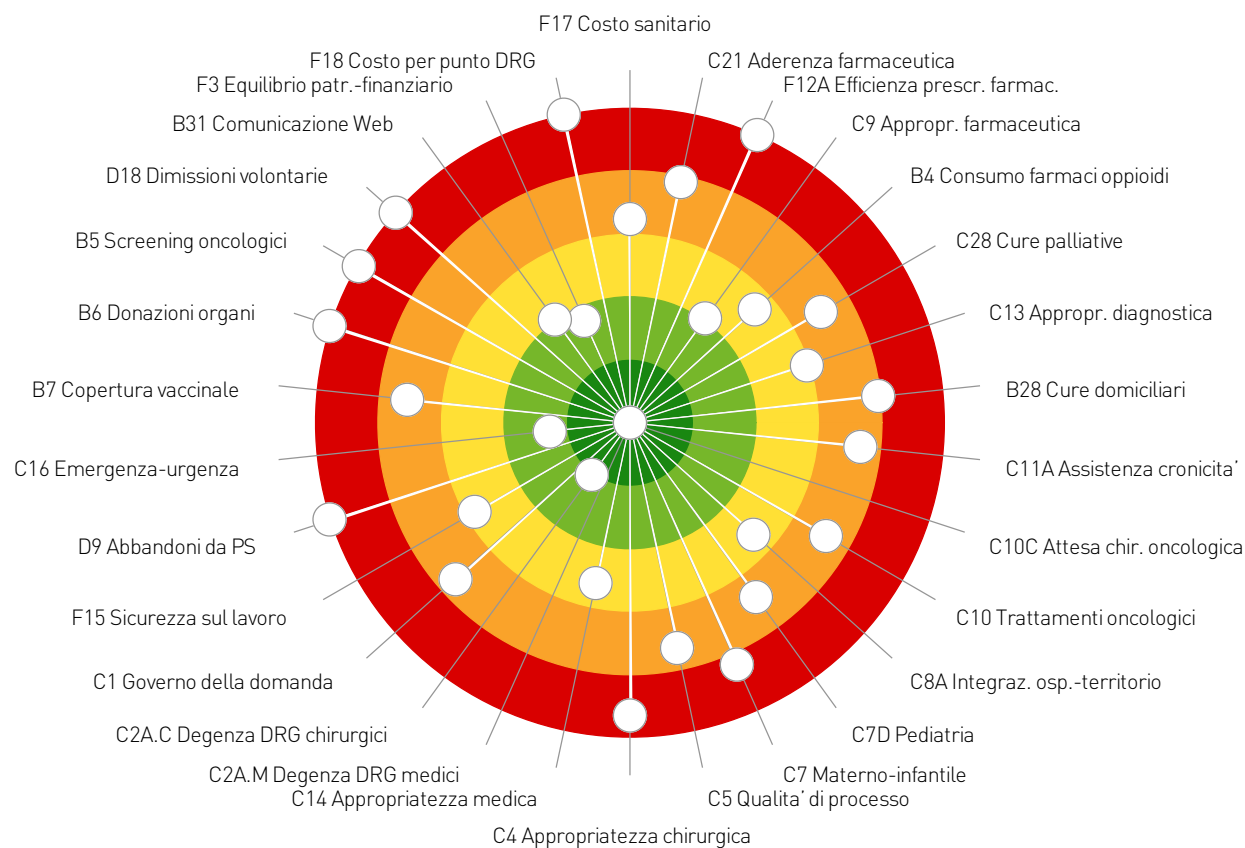
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 78



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



OO.RR. FOGGIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



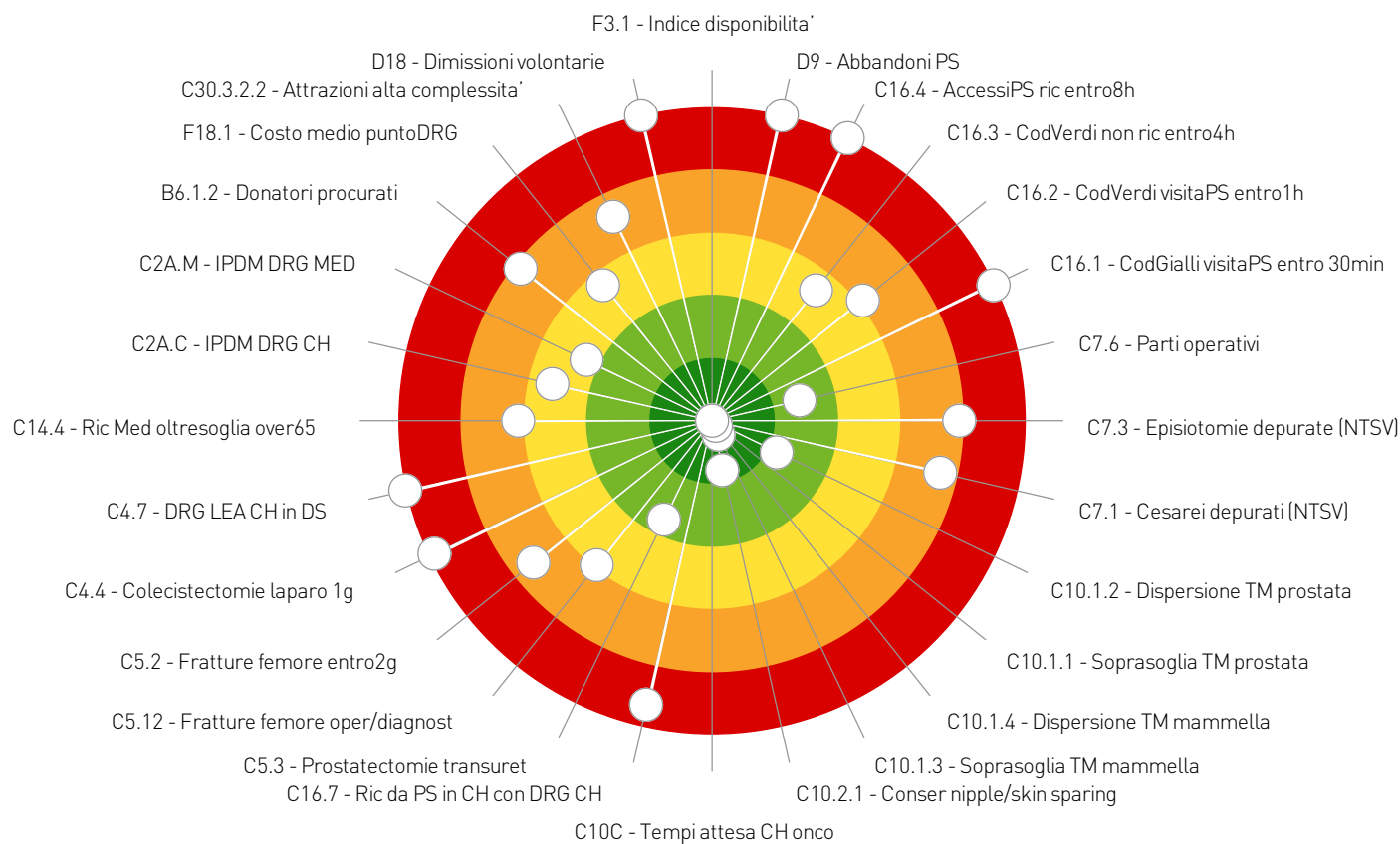
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

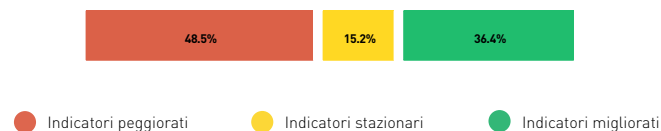
Valutazione della performance 2018



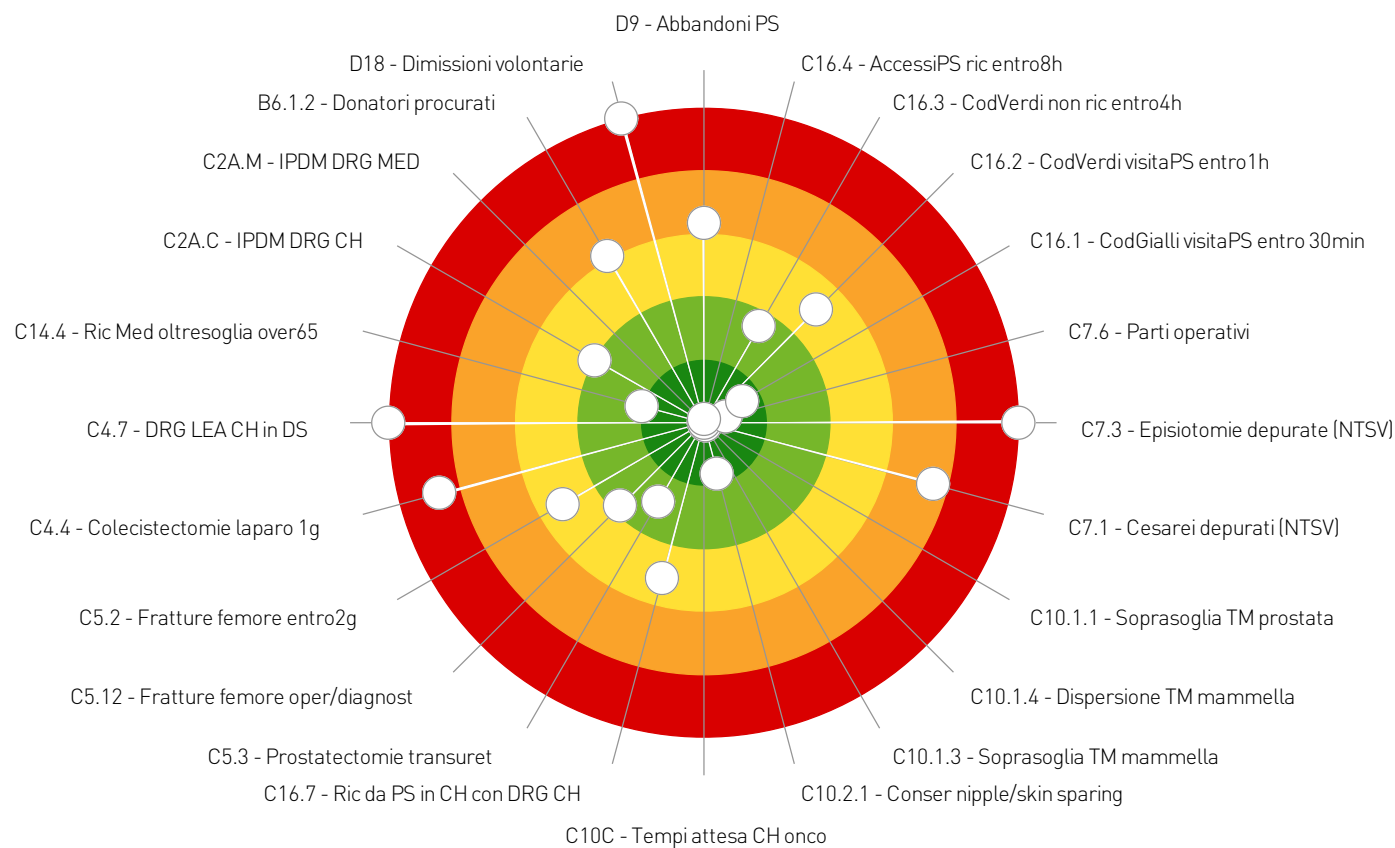
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

Andamento indicatori - Trend 2017/2018

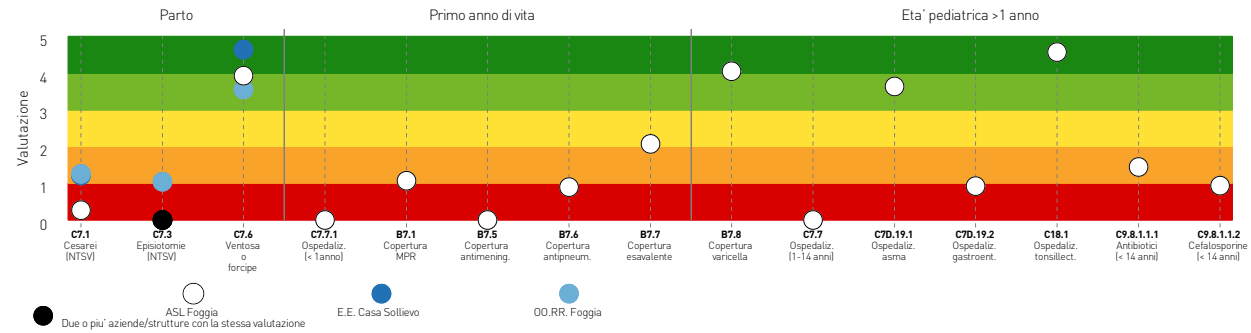
Numero indicatori di valutazione: 33



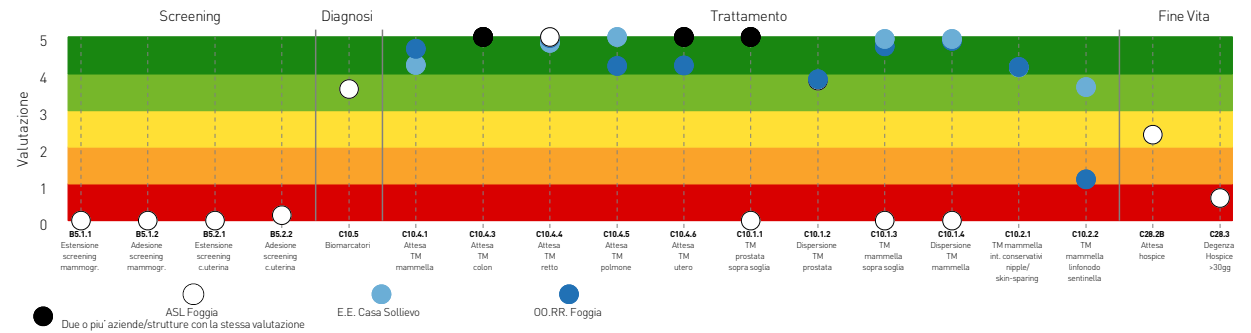
Valutazione della performance 2018



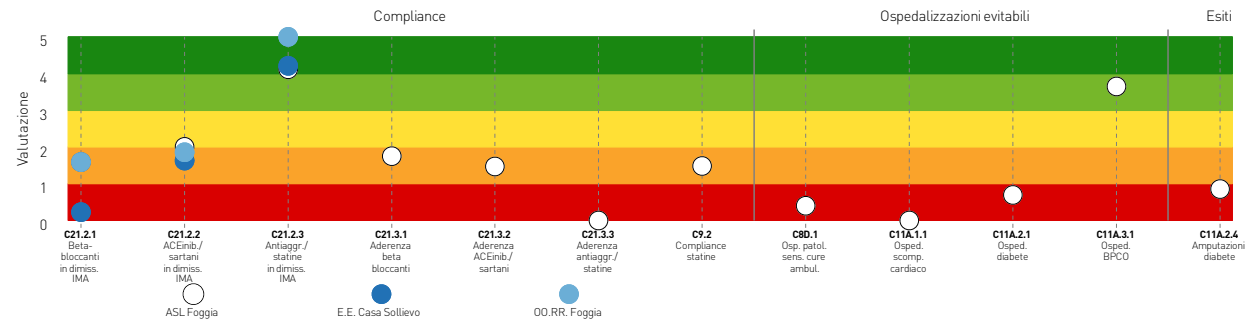
PERCORSO MATERNO INFANTILE



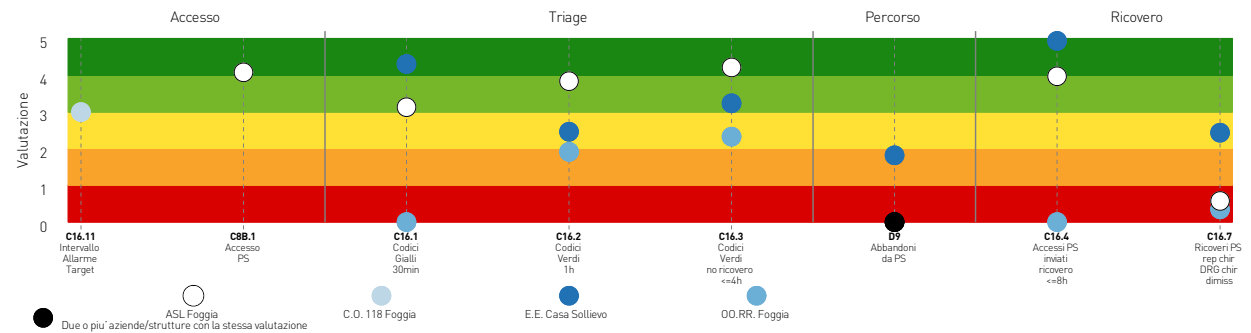
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ASL LECCE

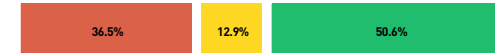
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A1
Mortalita' infantile
●

A10
Stili di vita (PASSI)
●

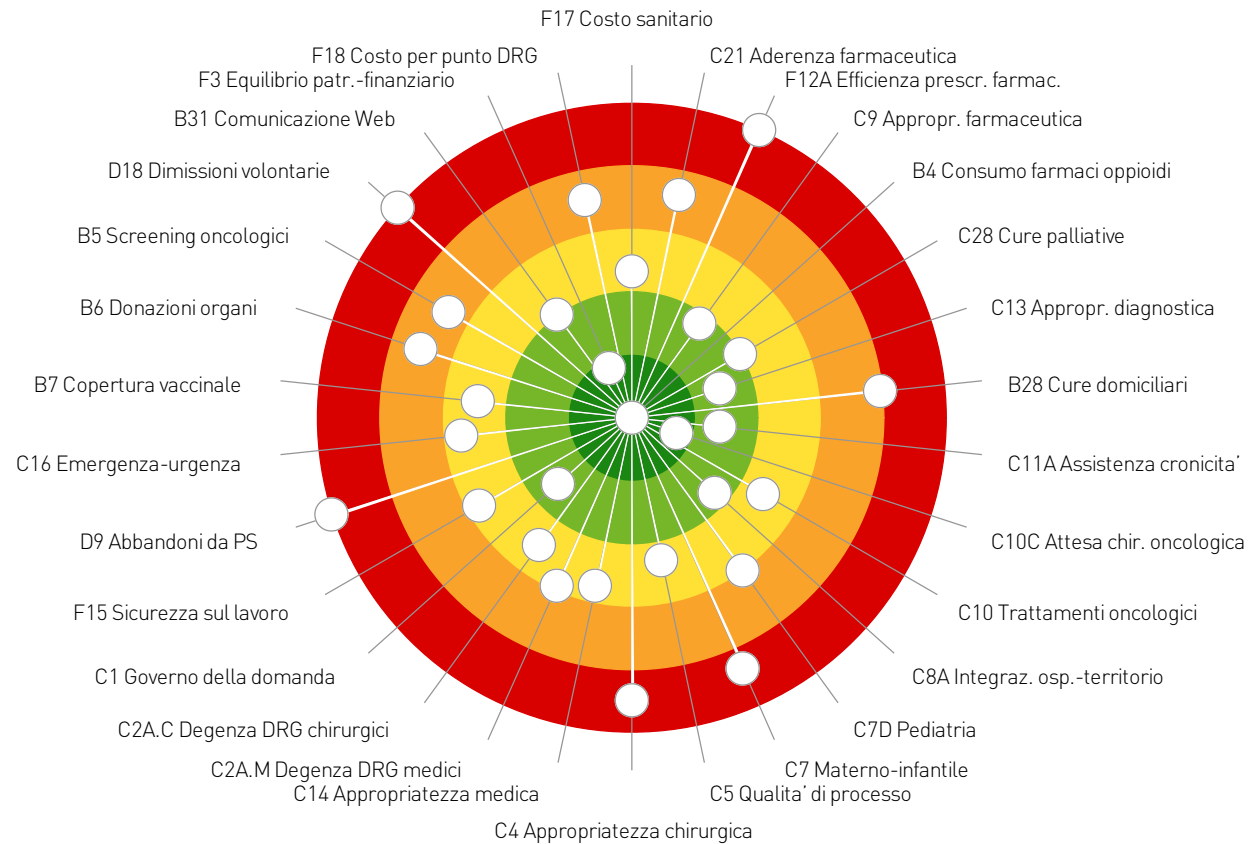
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 80



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



E.E. CARD. PANICO

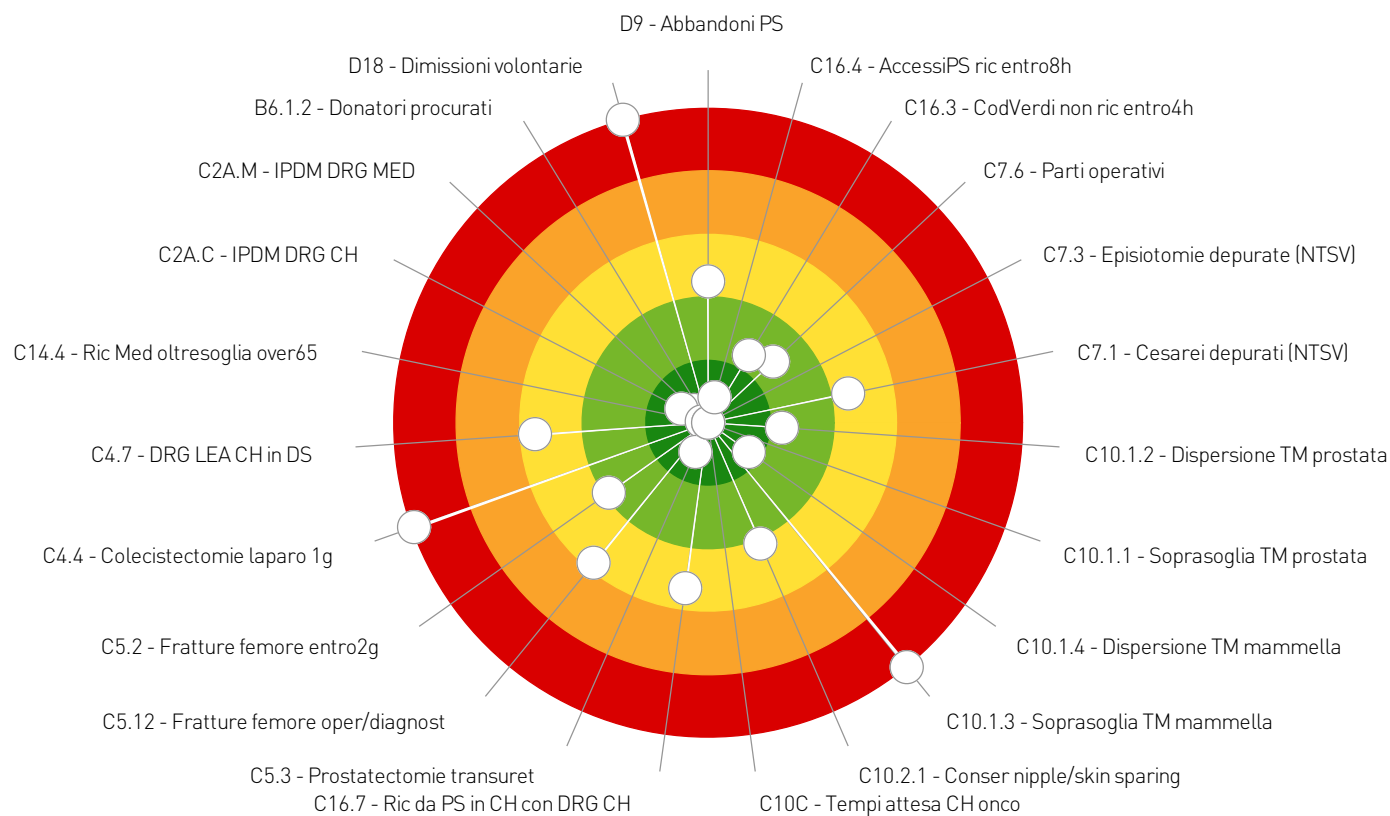
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

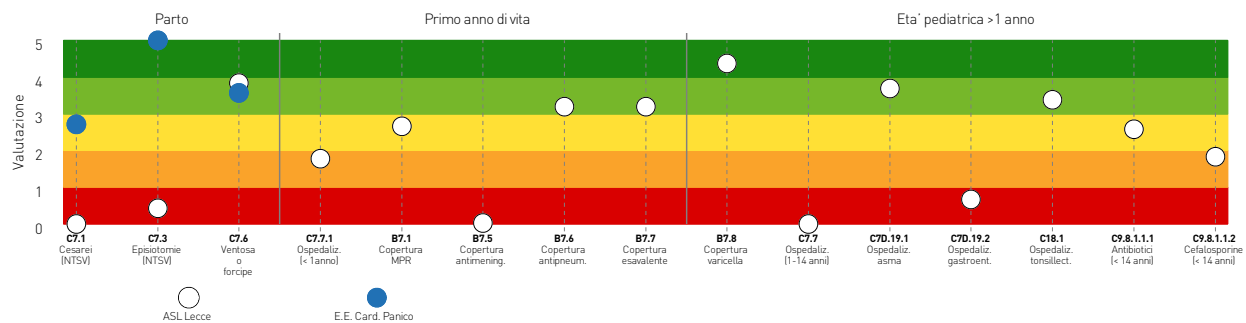
Numero indicatori di valutazione: 30



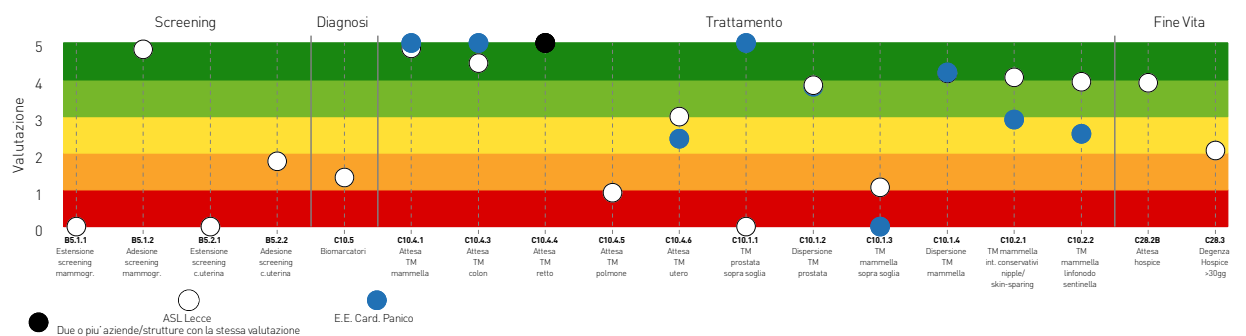
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

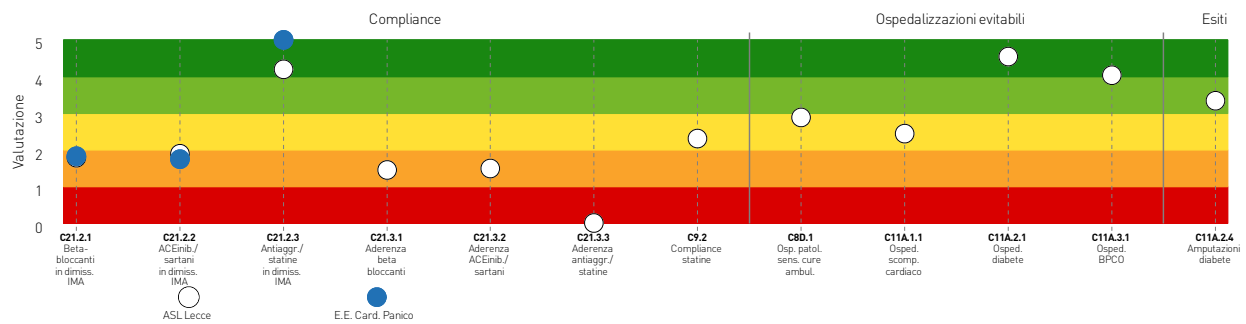




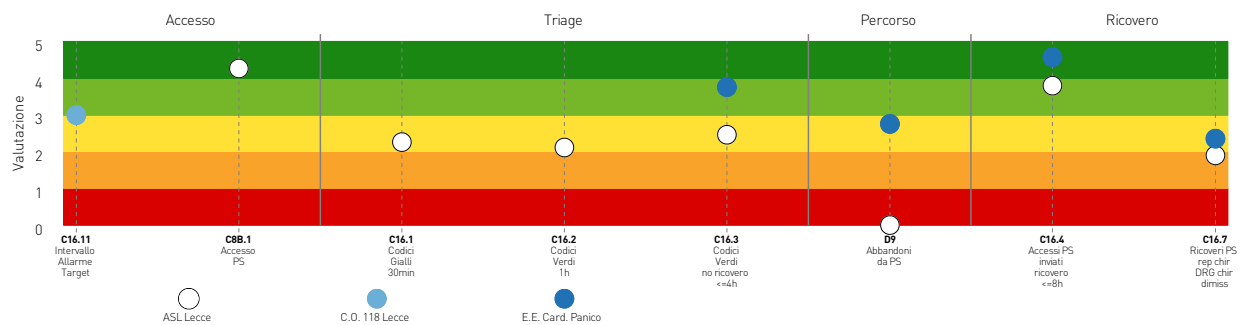
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

TOSCANA



Popolazione: 3.742.437
Densità: 163 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

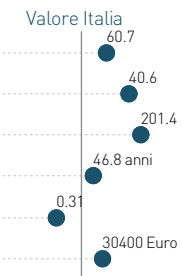
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Età media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il Servizio sanitario toscano è stato recentemente interessato da una profonda riorganizzazione, approvata dal Consiglio regionale con la legge n. 84 del 28 dicembre 2015. Dal 1° gennaio 2016 sono costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti. Le 3 Aziende sono dal 1° gennaio 2018 articolate in 26 zone-distretto. Sono inoltre presenti 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Careggi, AOUPisana, AOUSenese e AOUMeyer), la Fondazione Toscana G. Monasterio (FTGM) e l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), che dal 1° Gennaio 2018 ha cambiato la propria denominazione in Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), a seguito dell'assorbimento dell'Istituto Toscano Tumori.

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE TOSCANA

Il sistema sanitario toscano dimostra di implementare in modo complessivamente efficace le strategie sanitarie regionali: a fronte di un generalizzato incremento delle coperture vaccinali pediatriche, la Toscana è *best practice* per quanto concerne varicella e MPR (morbillo, parotite, rosolia); è superiore alla media ma ancora non soddisfacente la copertura per papilloma virus e antimeningococcico. Presenta valori in media rispetto al vaccino antinfluenzale, seppur registri la più ampia copertura riferita agli operatori sanitari.

I programmi di *screening* oncologici presentano una buona copertura, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione: per quanto in crescita rispetto al 2017, potrebbe essere ulteriormente incentivata l'adesione allo screening coloretale.

In riferimento alle donazioni d'organi, si contraggono leggermente gli accertamenti di morte encefalica in UTI, pur attestandosi su valori superiori alla media, mentre resta stabile e complessivamente in media la percentuale di donatori procurati.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro registra da una parte una copertura del territorio complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni (per quanto in peggioramento rispetto al 2017), dall'altra livelli di efficienza del personale dedicato inferiori.

Si conferma un punto di forza del sistema sanitario toscano l'appropriato ricorso al *setting* ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione (125,6 ricoveri per 1.000 residenti) è tra i più bassi del *network*. Il dato riflette sia l'efficiente organizzazione dei percorsi intra-ospedalieri, sia soprattutto la capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i bisogni di salute della popolazione. In merito al primo punto, è confermato un utilizzo appropriato sia del *setting* assistenziale chirurgico, sia di quello medico, che si traduce in una durata delle degenze – per entrambe le tipologie di casistica – estremamente contenuta. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni si attesta sui più alti valori del *network* (80,2%), mentre la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero entro 8 ore – in calo ulteriore rispetto al 2017 e inferiore rispetto alla media – segnala una possibile criticità nella gestione dei percorsi interni di alcune strutture (segnatamente, AOU senese e AOU Careggi).

In riferimento al secondo aspetto – la capacità di presa in carico da parte dei servizi territoriali – i bassi tassi di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali e per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni (entrambi stabili rispetto al 2017) confermano il contributo del territorio sia nell'attività di filtro rispetto al ricorso al *setting* ospedaliero, sia in quella di post-ricovero, anche grazie ad un'ottima copertura della presa in carico domiciliare (per quanto ne possa ancora certamente essere incrementata l'intensità).

Luci e ombre in riferimento all'appropriatezza prescrittiva diagnostica: se il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatazza) è tra i più contenuti del *network* e in ulteriore calo, la percentuale di utenti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro i 12 mesi è tra le più elevate (9,6%) e in marcato aumento rispetto al 2017.

In riferimento alla *governance* farmaceutica, se da una parte sembrano oramai essere compiutamente sfruttate le opportunità offerte dalle scadenze brevettuali (gli MMG toscani mostrano una buona propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto, per quanto in calo rispetto al 2017), dall'altra sono visibili i miglioramenti in riferimento

all'appropriatezza prescrittiva. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, cala rispetto al 2017 e rappresenta un ambito meritevole di attenzione.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – è in calo e registra un risultato migliore rispetto alle altre Regioni (10,8% - il dato fa riferimento al 2017), mentre la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è stabile rispetto al 2017 e inferiore alla media. Il processo di digitalizzazione dei servizi amministrativi potrebbe essere maggiormente spinto, per quanto concerne la prenotazione delle visite specialistiche, così come l'accessibilità online alle informazioni sui servizi.

Riguardo alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario toscano, il costo sanitario è leggermente superiore alle altre Regioni (2.041 Euro *pro capite* - dato riferito all'anno 2017).

La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona nella fase del parto (con un basso ricorso al parto cesareo, all'episiotomia e a forcipe o ventosa). In riferimento alla presa in carico in età pediatrica, se i tassi di ospedalizzazione per asma, gastroenterite e tonsillectomia si confermano estremamente contenuti, il consumo di antibiotici è allineato alla media.

Si registrano risultati buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (screening, diagnosi, trattamento, fine vita). Complessivamente si contraggono, rispetto al 2017, i tempi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica.

In merito alla presa in carico delle patologie croniche, il basso numero di ospedalizzazioni evitabili (ulteriormente ridottosi rispetto al 2017) dimostra l'alta qualità dell'assistenza territoriale.

Venendo infine al percorso emergenza-urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni, così come la percentuale di abbandoni, nonostante un tasso di accesso leggermente superiore alla media. Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo resta contenuto su pressoché tutto il territorio regionale.

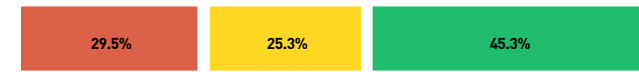
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)



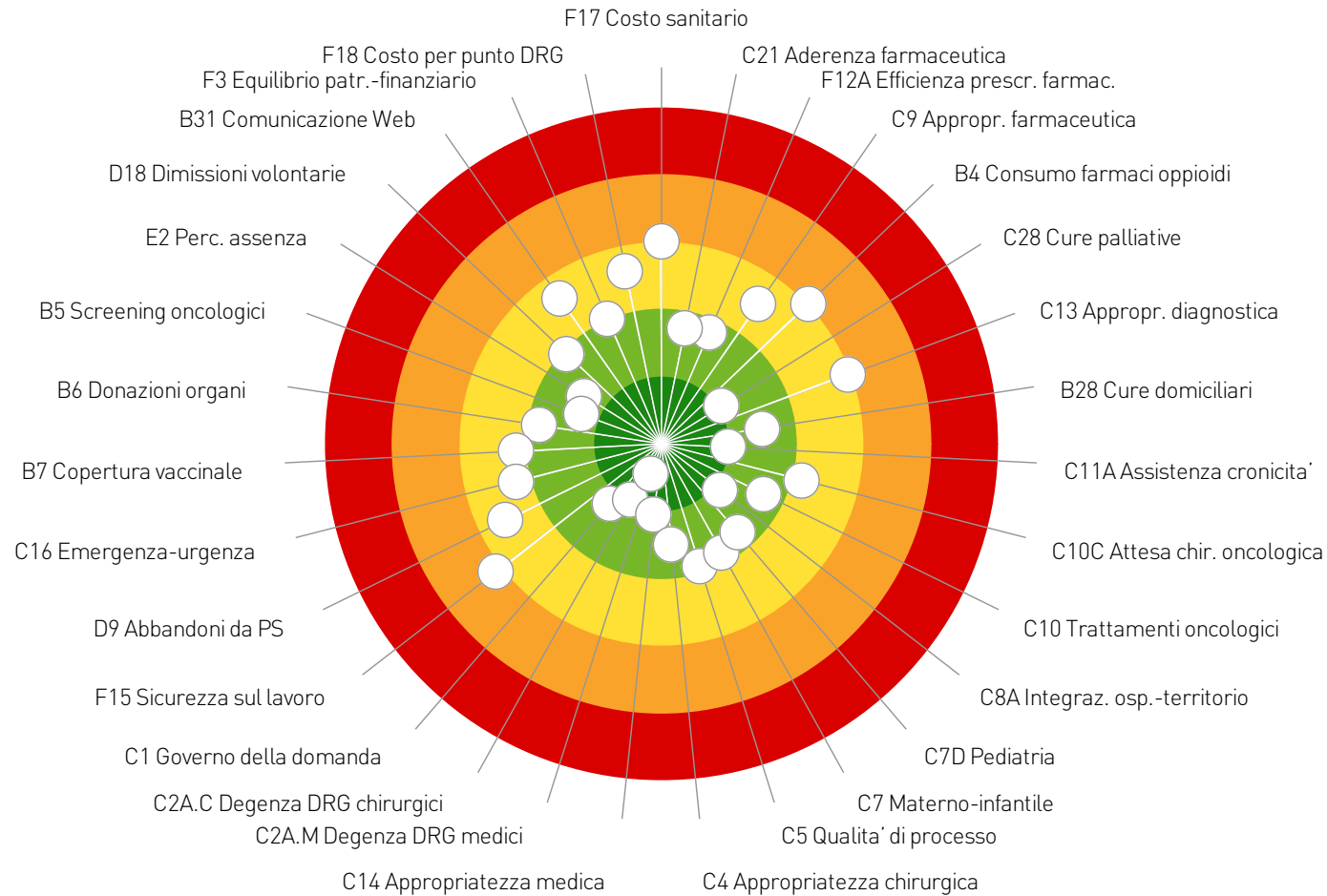
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 97

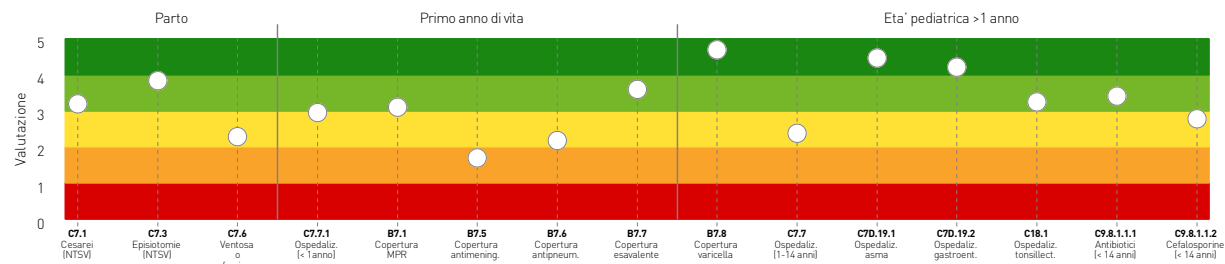


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

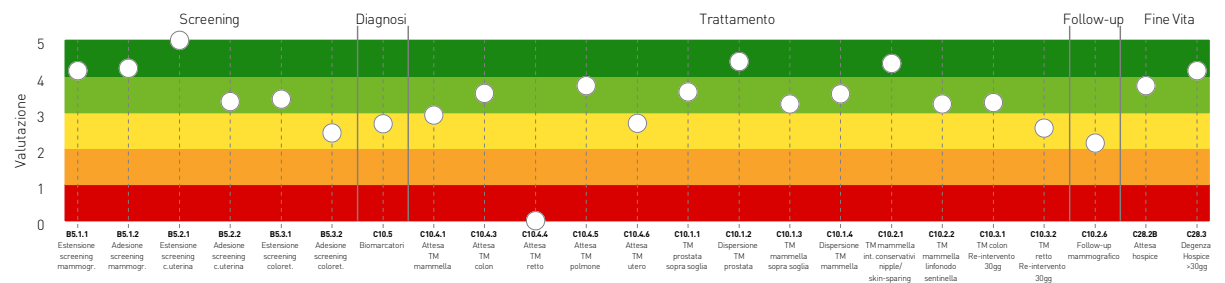
Valutazione della performance 2018



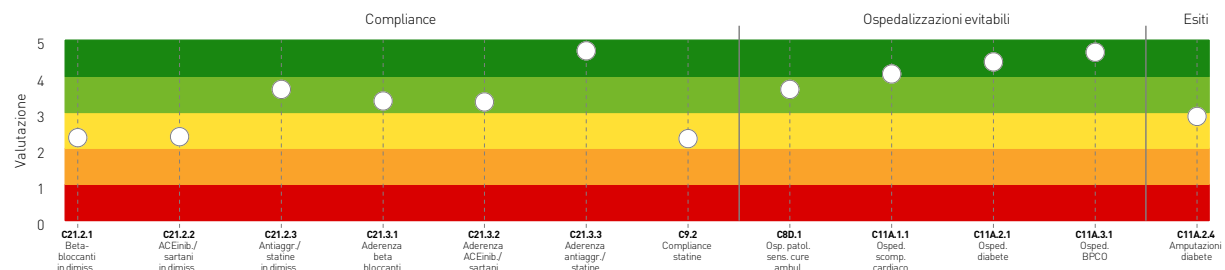
PERCORSO MATERNO INFANTILE



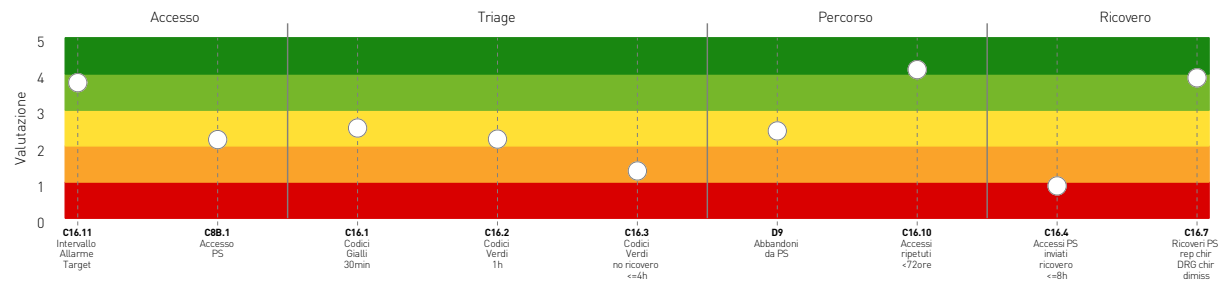
PERCORSO ONCOLOGICO

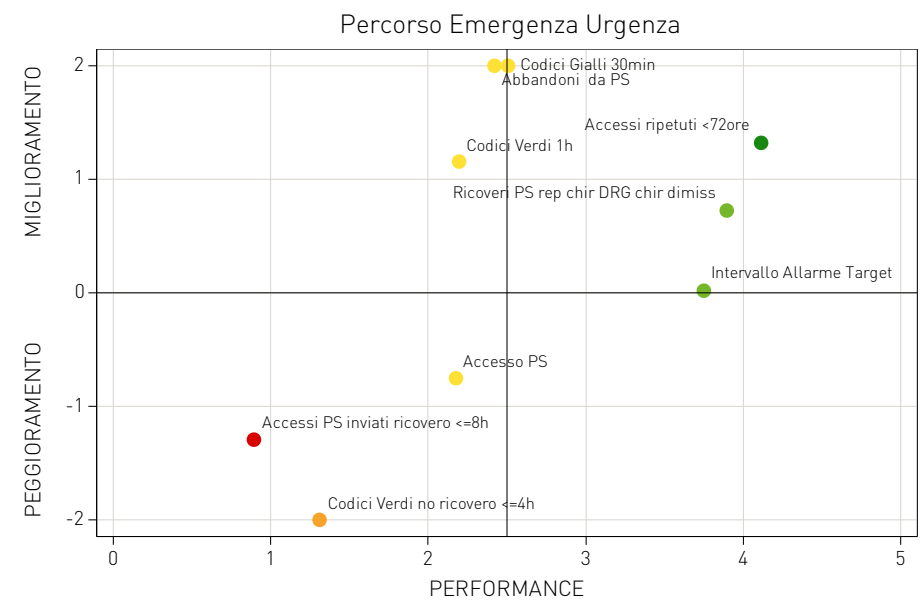
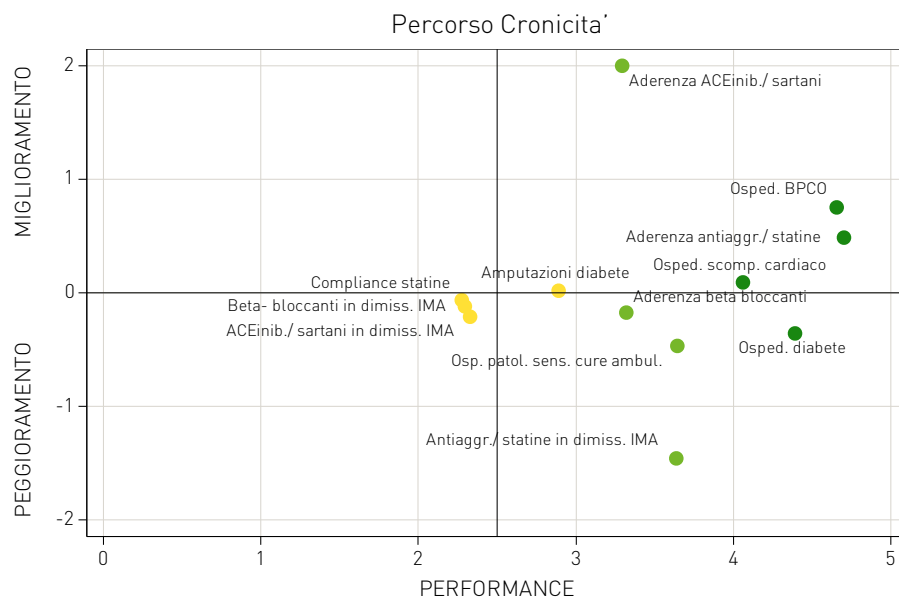
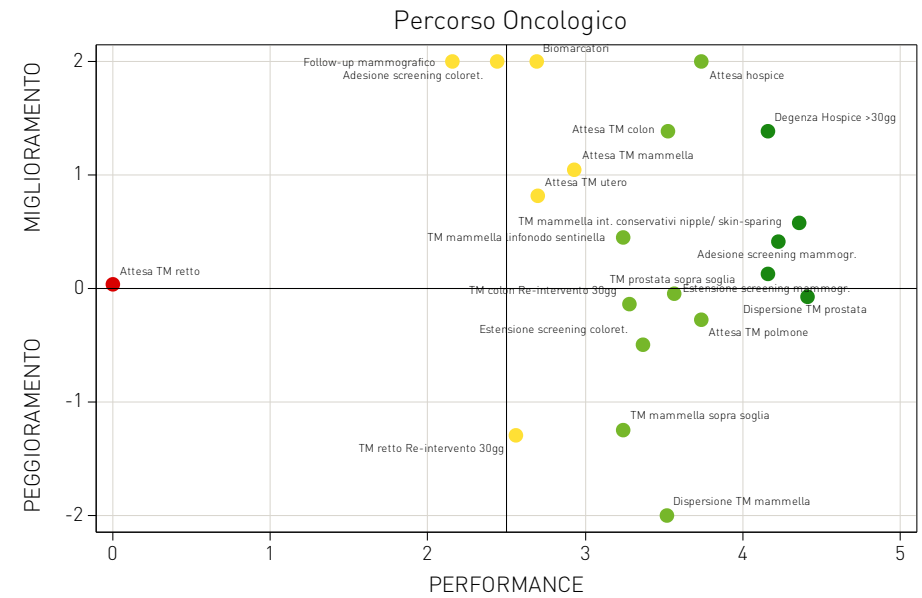
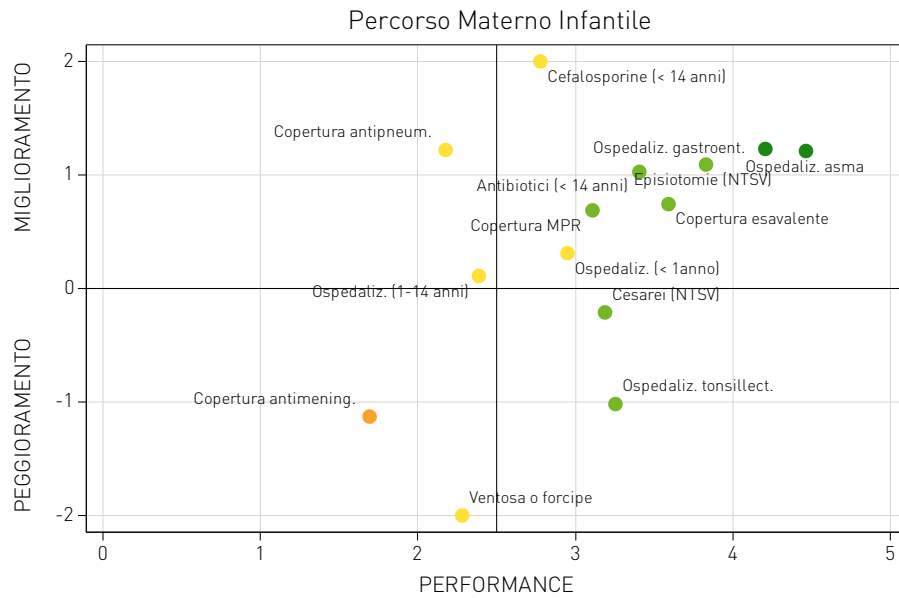


PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





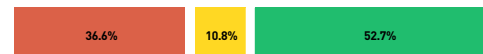
AZIENDA AUSL TOSCANA CENTRO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

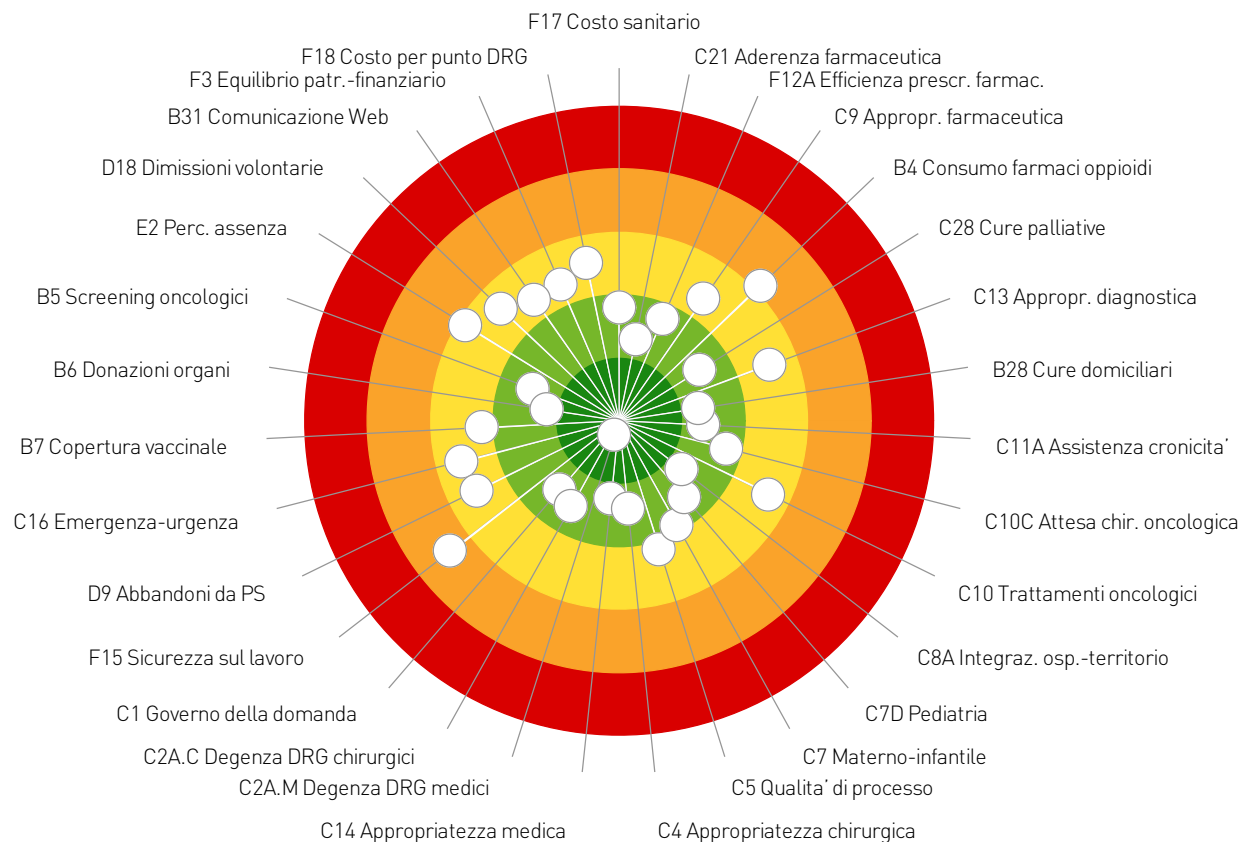
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 96



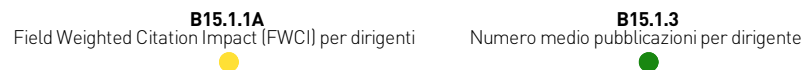
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



AOU CAREGGI

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



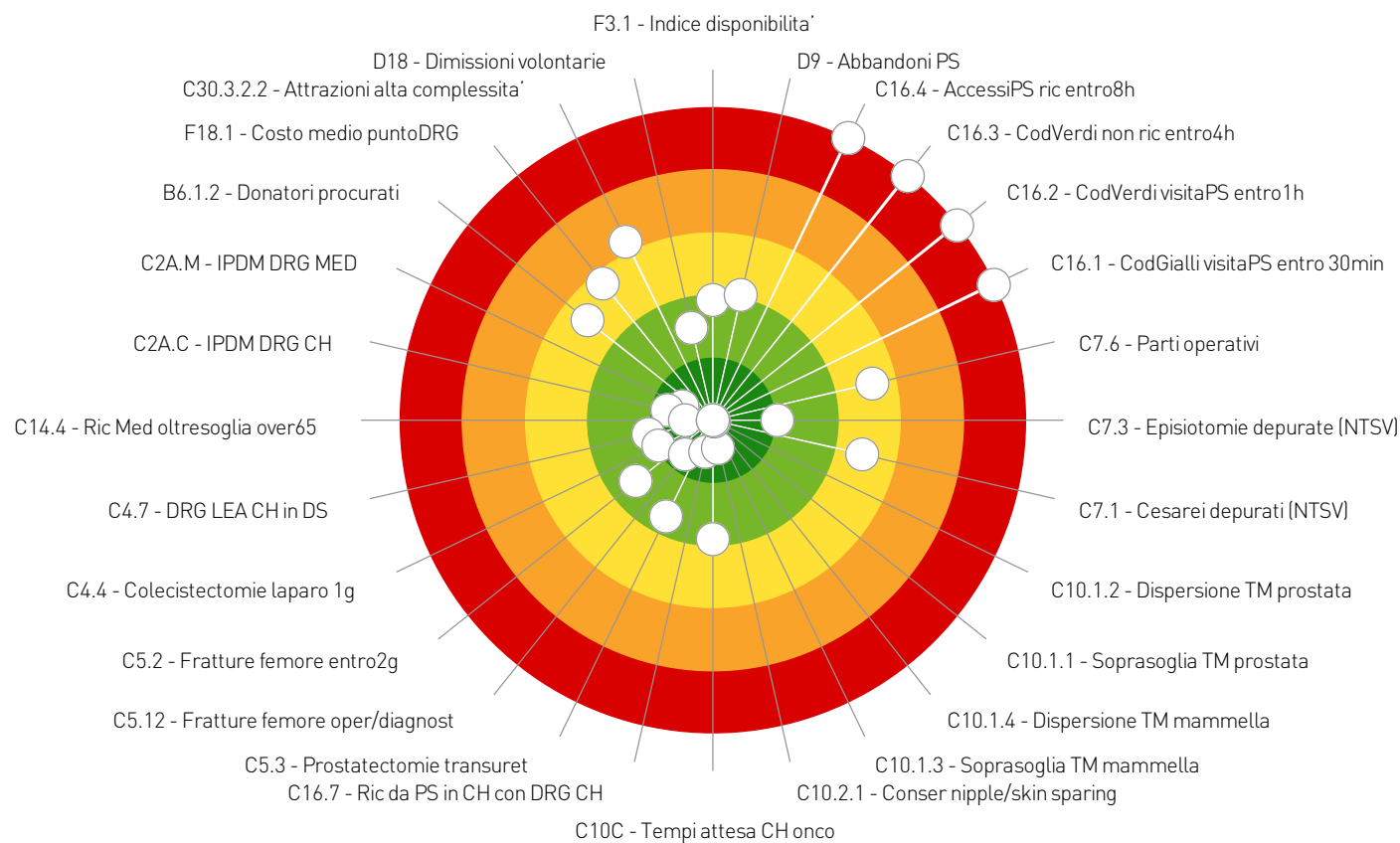
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 43



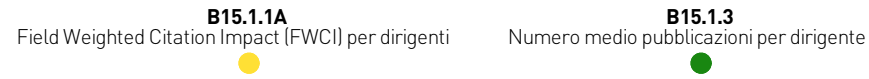
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

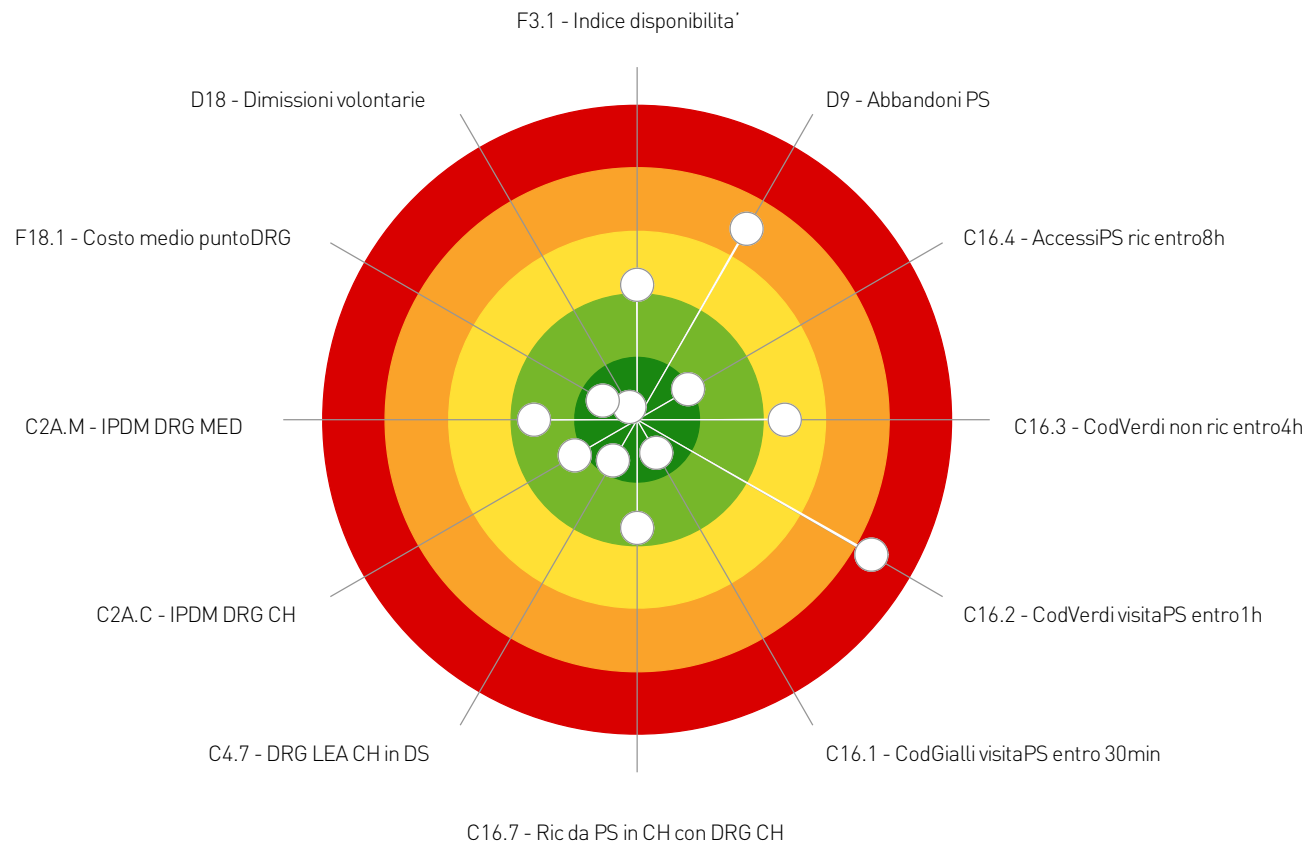


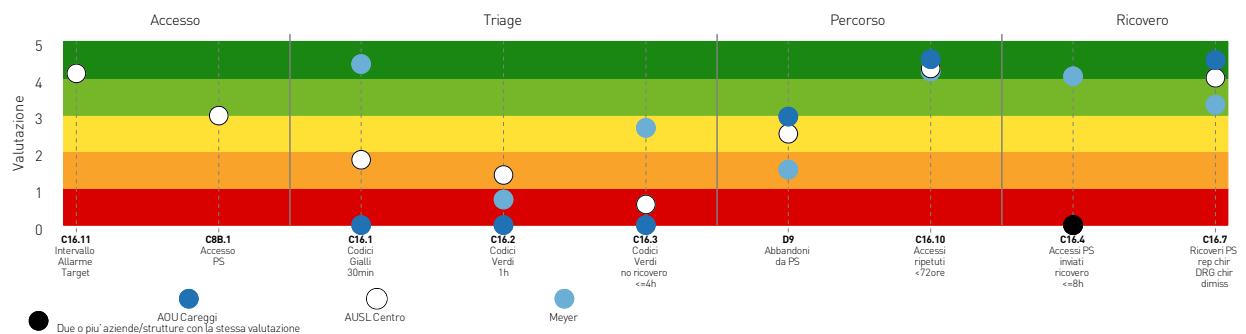
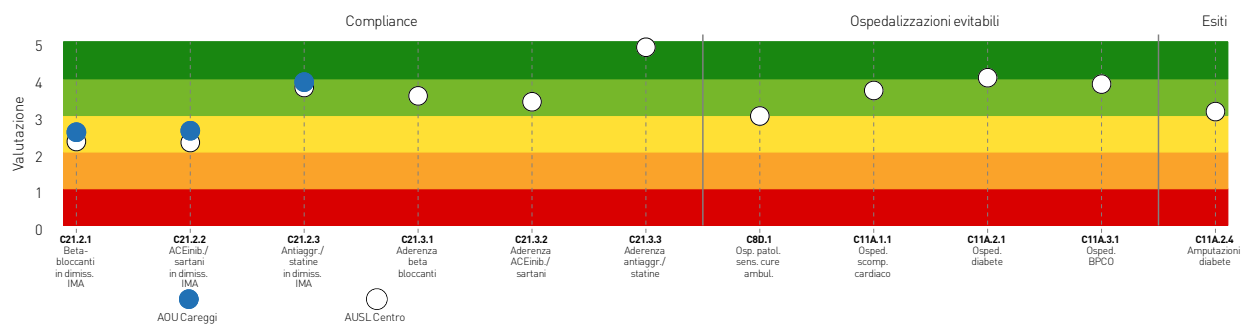
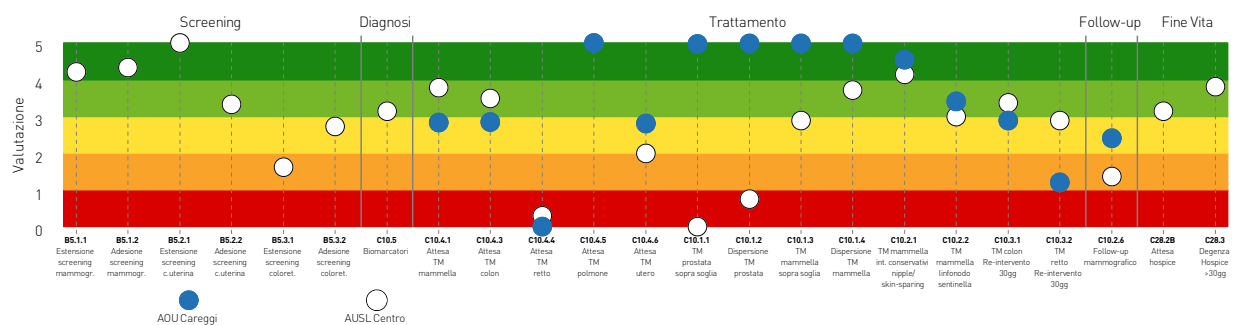
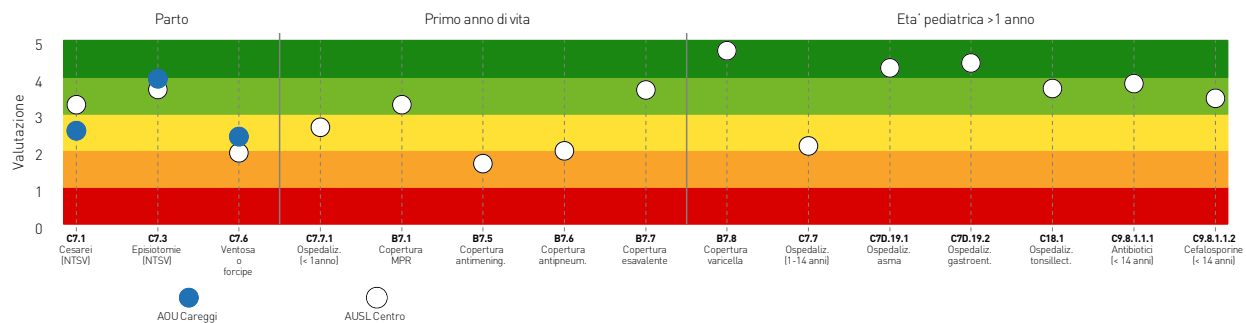
AOU MEYER

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



Valutazione della performance 2018





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

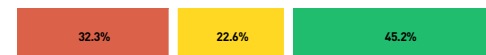
AZIENDA AUSL TOSCANA NORD OVEST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

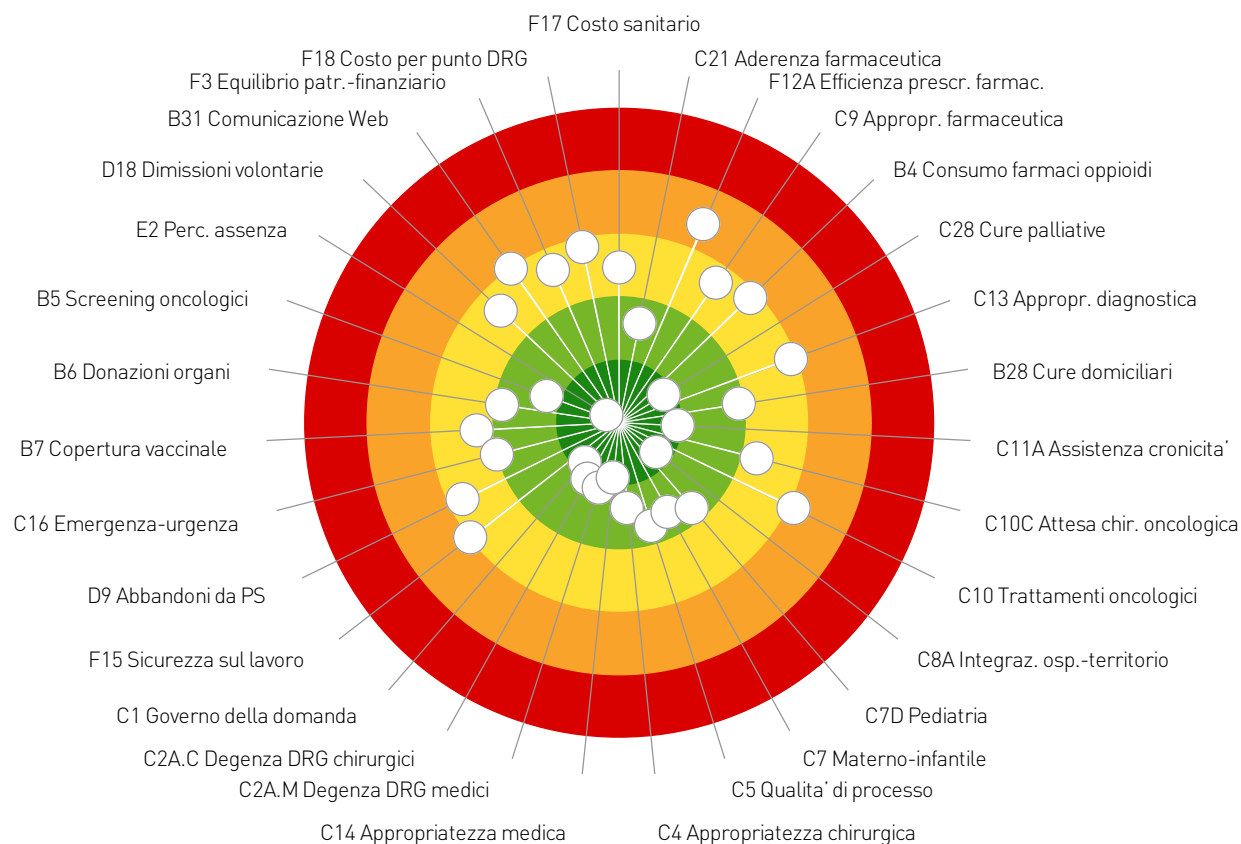
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



AOU PISANA

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente



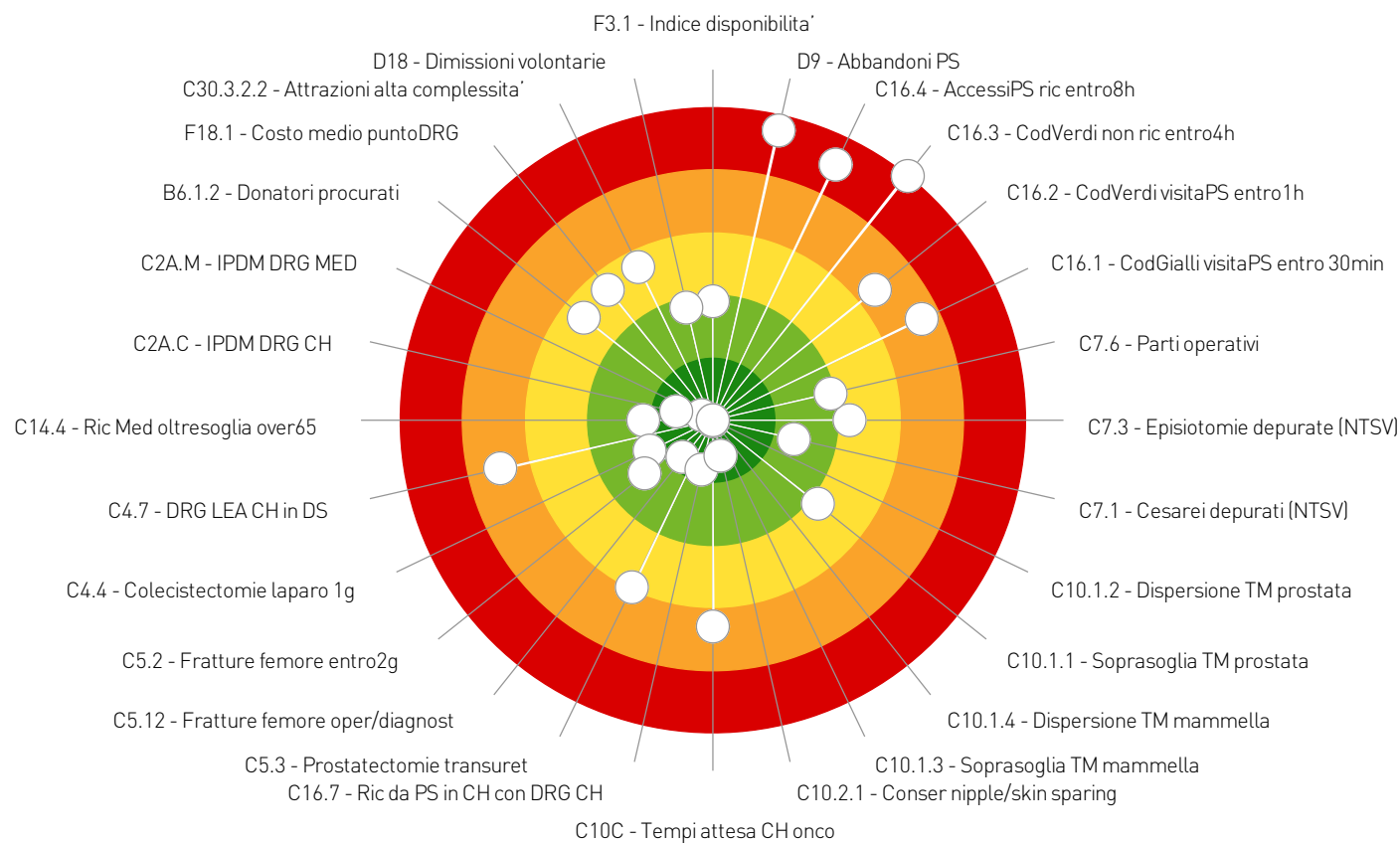
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 42



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

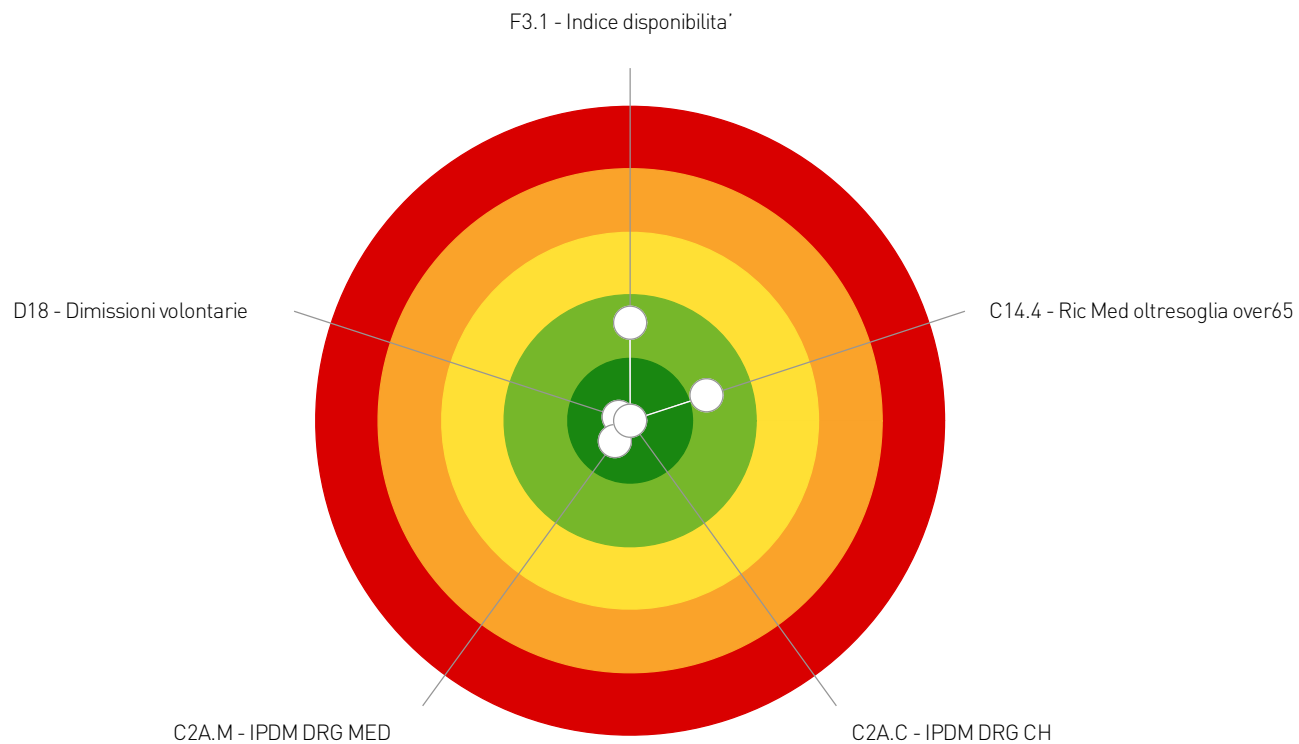


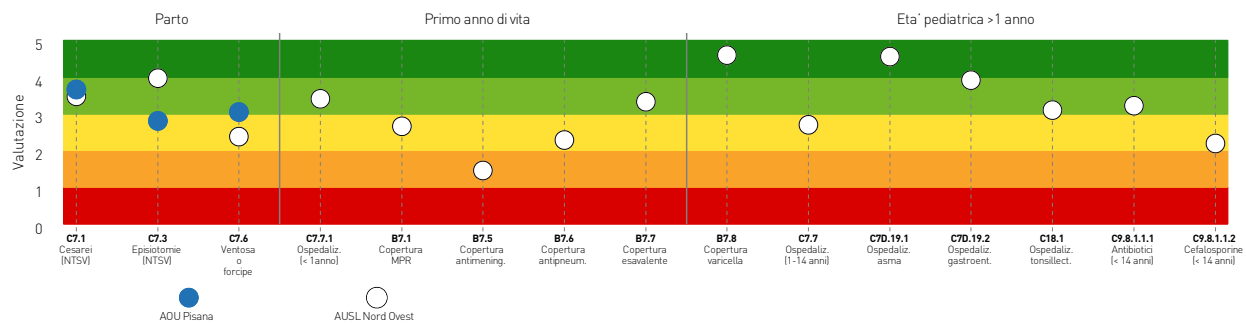
FONDAZIONE MONASTERIO

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

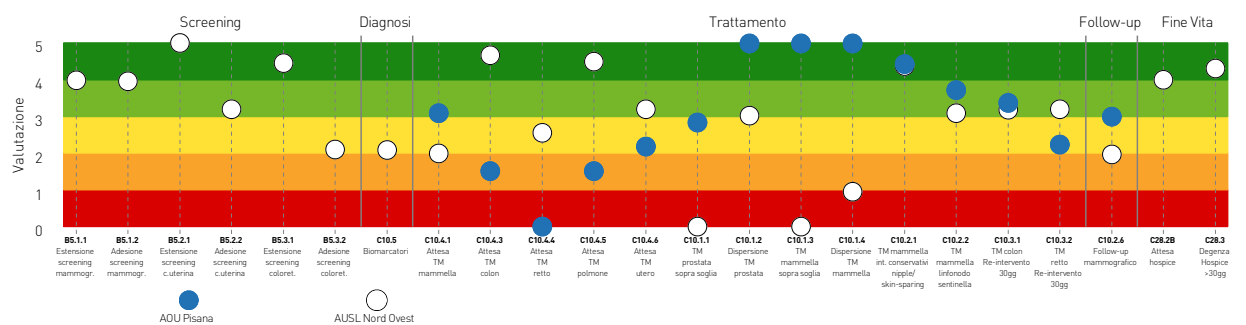


Valutazione della performance 2018

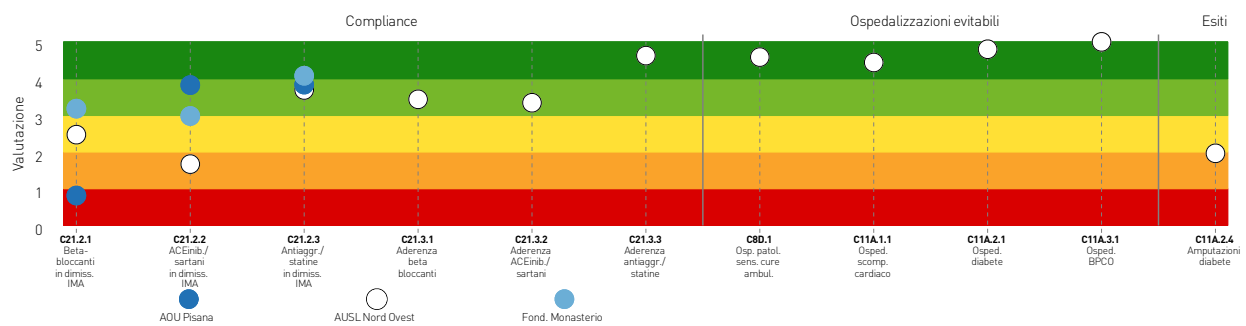




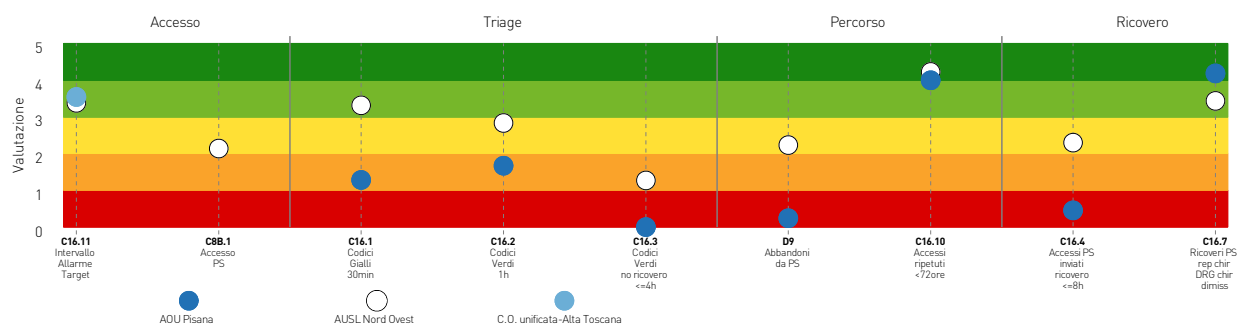
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AZIENDA AUSL TOSCANA SUD EST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

A10
Stili di vita (PASSI)
●

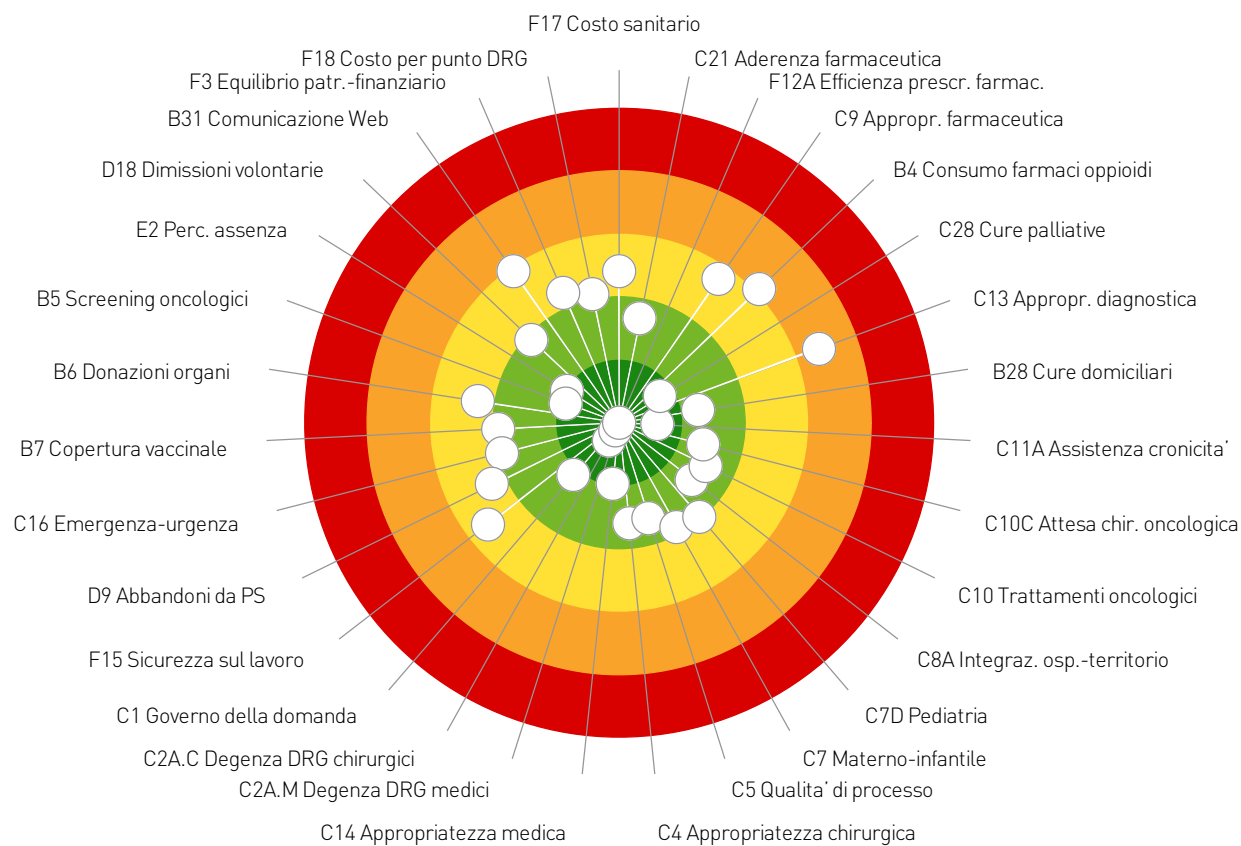
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



AOU SENESE

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

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

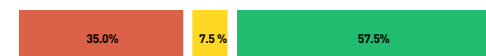


B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente



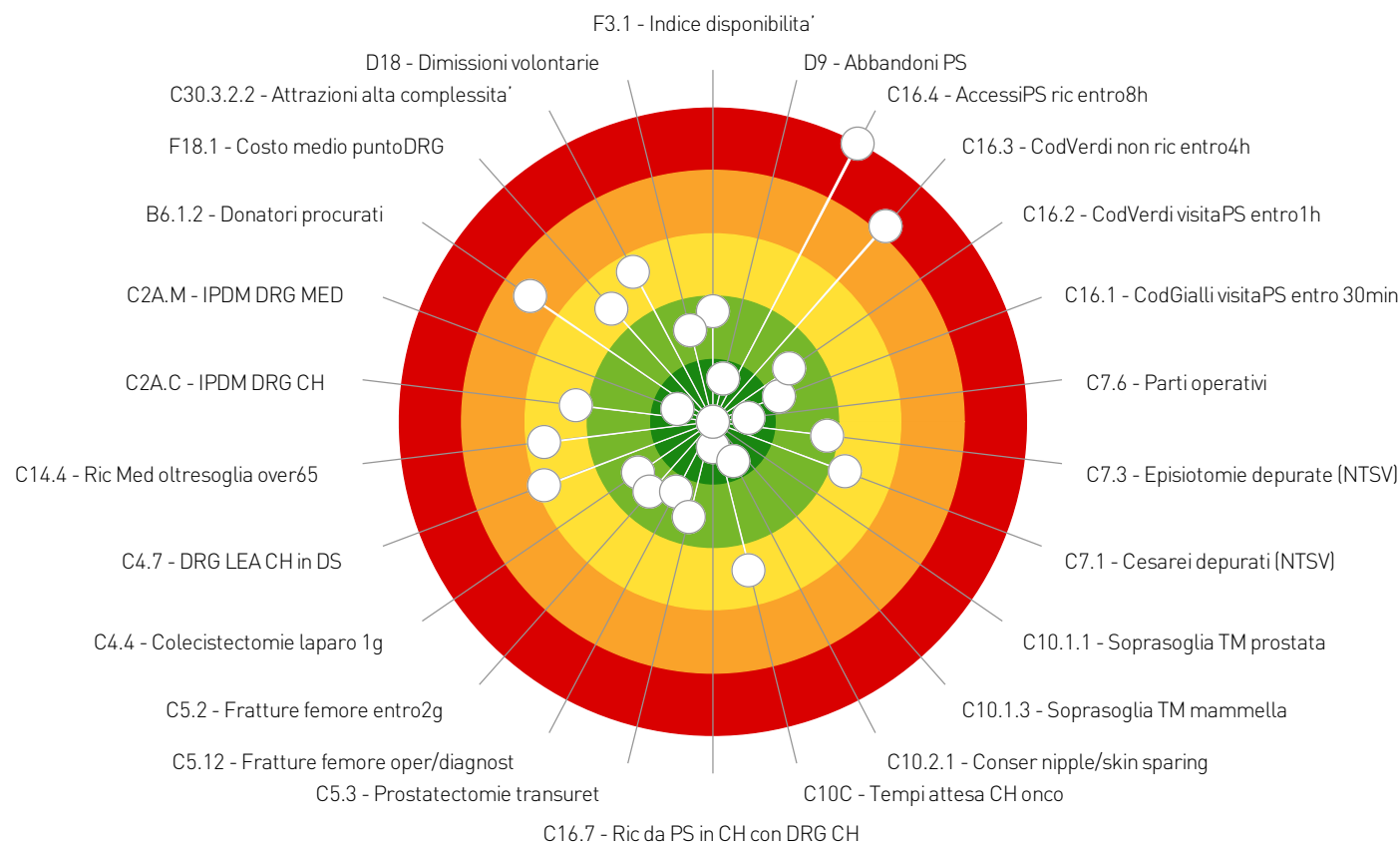
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 42

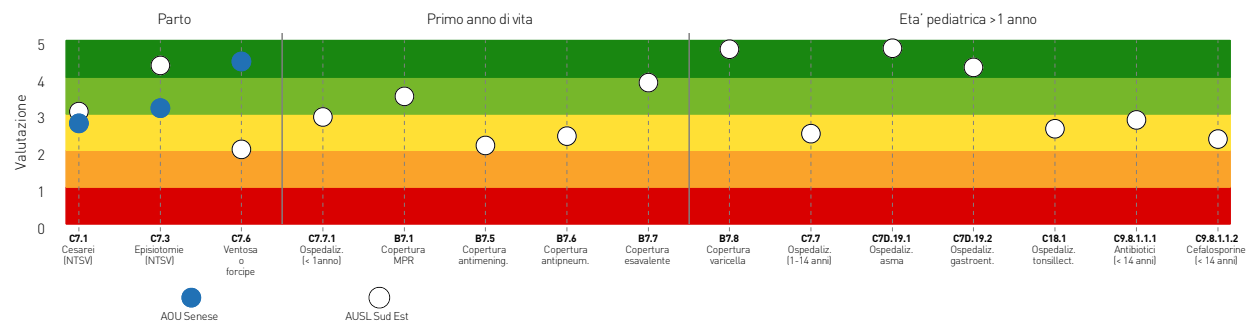


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

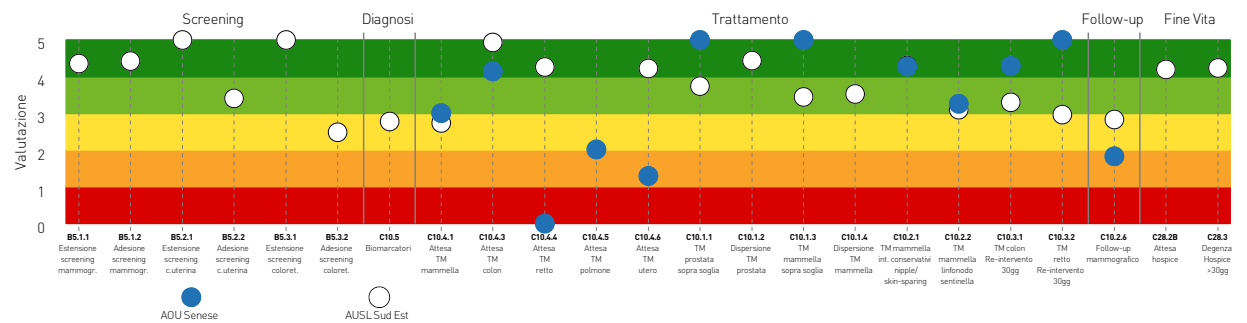
Valutazione della performance 2018



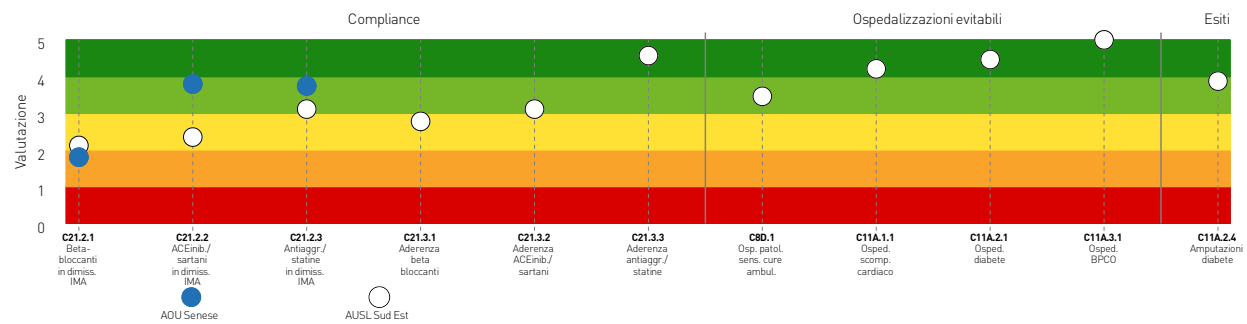
PERCORSO MATERNO INFANTILE



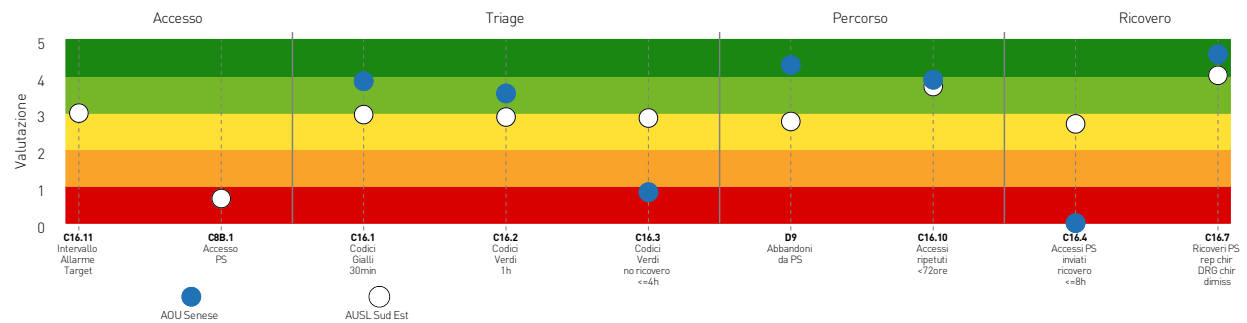
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



P.A. TRENTO



Popolazione: 538.604

Densità: 87 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

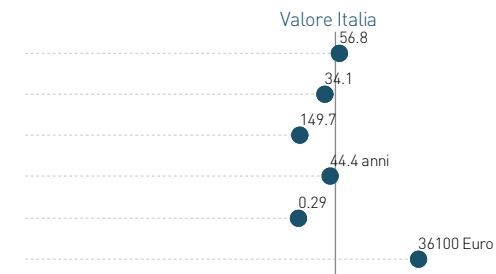
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Età media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

Il sistema sanitario della Provincia autonoma di Trento è costituito da un'unica Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss), che a sua volta si articola in un Servizio ospedaliero provinciale e in un Servizio territoriale provinciale.

LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: quella dei residenti nella Provincia Autonoma di Trento è complessivamente buona, considerando i risultati relativi alla mortalità per tumori, a quella per malattie cardiocircolatorie e alla mortalità infantile, mentre la mortalità per suicidi risulta superiore alla media delle altre Regioni (dati 2014-2016).

In riferimento alla diffusione di stili di vita sani, l'indagine ministeriale PASSI rileva una situazione buona, benché il consumo di alcol resti elevato: così come nella provincia di Bolzano, la percentuale di bevitori "a rischio" (ovvero persone che dichiarano un consumo abituale elevato, oppure un consumo episodico eccessivo, oppure un consumo fuori pasto) è significativamente superiore alla media, per quanto in calo.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso in linea con le altre Regioni e si riscontra un miglioramento rispetto al 2017 per tutti i vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di *screening* oncologici, si registra una situazione buona, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione. L'adesione allo *screening* della cervice uterina vede un netto miglioramento - da 35.7% a 53.2% -, a fronte di un'estensione degli inviti invece capillare. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati si conferma la più alta del *screening*.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni, per quanto - anche in riferimento ai dati 2018 - possa essere intensificata la copertura del territorio.

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, si registra un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 147.4 per 1.000 residenti nel 2017 a 142.4 nel 2018). Cala in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di inappropriata, valore che si allinea alle altre Regioni. L'elevata (e in crescita) percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani suggerisce una possibile difficoltà in fase di dimissione, che si traduce in una durata delle degenze (per ricoveri di tipo medico) superiore rispetto alle altre Regioni. La gestione della casistica chirurgica è complessivamente appropriata, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla *day surgery*, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche, comunque più contenuta rispetto alle altre Regioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma tra le più elevate (81.6%), in ulteriore aumento rispetto al 2017.

In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, si registra ancora una difficoltà relativamente alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto *setting* di degenza: solo il 55.5% dei ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, hanno un DRG chirurgico in fase di dimissione. L'integrazione ospedale-territorio conferma risultati in linea rispetto alle altre Regioni.

Sul versante della *governance* farmaceutica, la spesa territoriale (154,6 Euro *pro capite*) rimane piuttosto contenuta. Il governo dei processi prescrittivi conferma buone performance sia in termini di aderenza terapeutica, sia in termini di appropriatezza prescrit-

tiva (nonostante possa essere posta maggiore attenzione all'attività prescrittiva in fase di dimissione ospedaliera), per quanto permangano margini di recupero in riferimento a singole molecole (l'incidenza del consumo di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina resta elevata).

L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, è complessivamente buona.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero è in linea rispetto alle altre Regioni (in lieve calo rispetto al 2017), mentre la percentuale di assenza del personale aziendale - *proxy* del clima interno aziendale - è più bassa rispetto alla media delle altre Regioni. Si riscontrano alcune difficoltà relative alla leggibilità delle pagine web, in particolare la pagina sui tempi di attesa e quella di spiegazione su come prenotare, mentre gli altri indicatori relativi alla comunicazione e prenotazione web risultano buoni.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del *screening* (i dati fanno riferimento al 2017), sia per quanto concerne la spesa complessiva, sia in riferimento a quella esclusivamente ospedaliera.

La qualità del percorso materno-infantile è complessivamente buona in tutte le fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): in particolare si evidenzia che la percentuale di parti cesarei (NTSV) è la più contenuta tra le Regioni, in ulteriore calo rispetto al 2017.

L'organizzazione del percorso oncologico si conferma complessivamente ottima, in tutte le fasi monitorate (*screening*, trattamento, fine vita), per quanto vi siano ulteriori margini di miglioramento relativi alla percentuale di interventi conservativi e *nipple-skin sparing* ricostruttivi per tumore maligno alla mammella.

In riferimento alla presa in carico delle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti e in lieve diminuzione testimoniano il buon livello assistenziale, mentre sono già stati menzionati i possibili recuperi di appropriatezza in riferimento all'assistenza prettamente farmaceutica.

Relativamente al percorso Emergenza-Urgenza, nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è tra le più elevate del *screening*), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (5,37%), in ulteriore aumento rispetto al 2017.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)



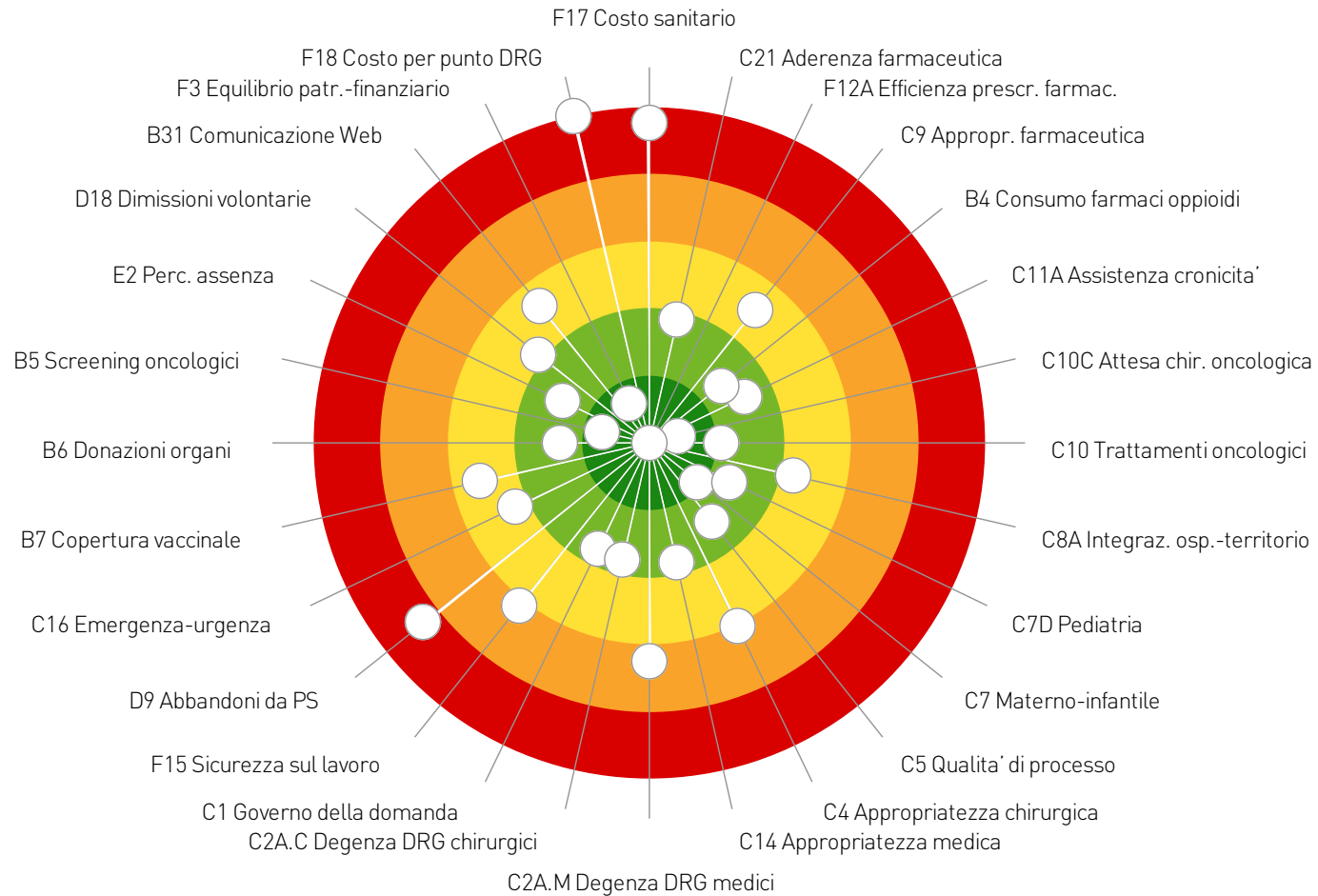
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 84

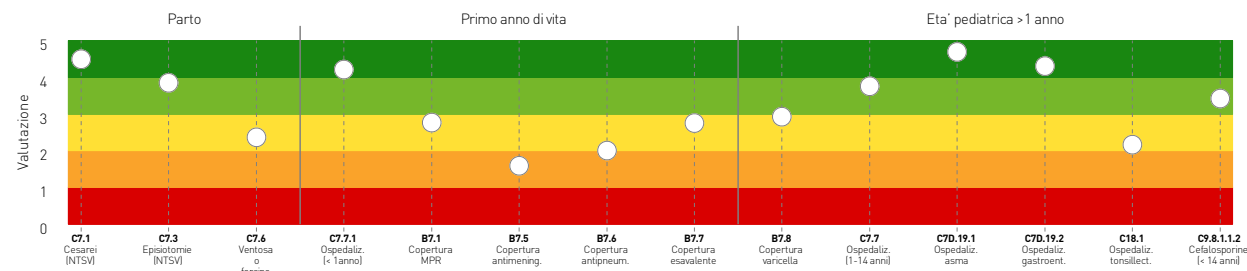


● Indicatori peggiorati
 ● Indicatori stazionari
 ● Indicatori migliorati

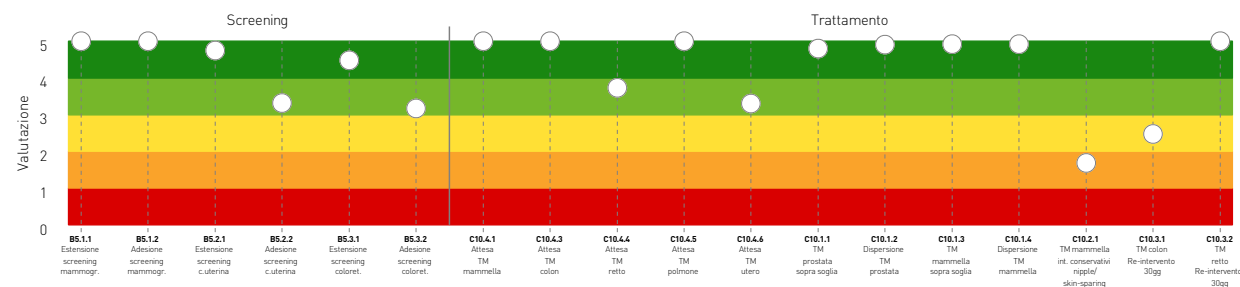
Valutazione della performance 2018



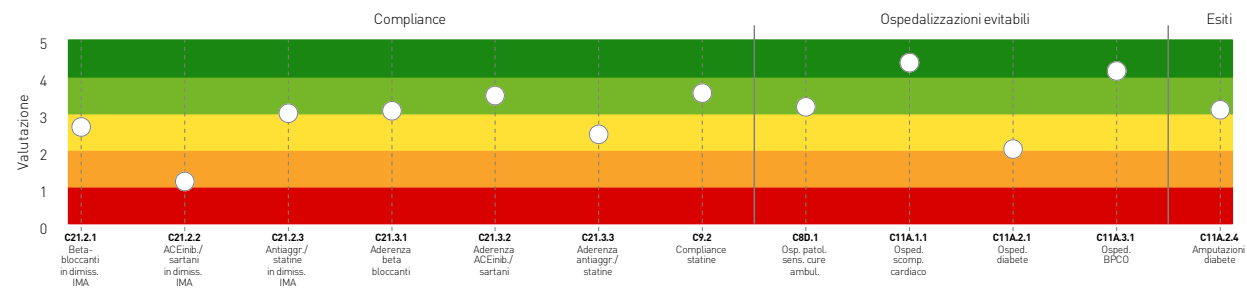
PERCORSO MATERNO INFANTILE



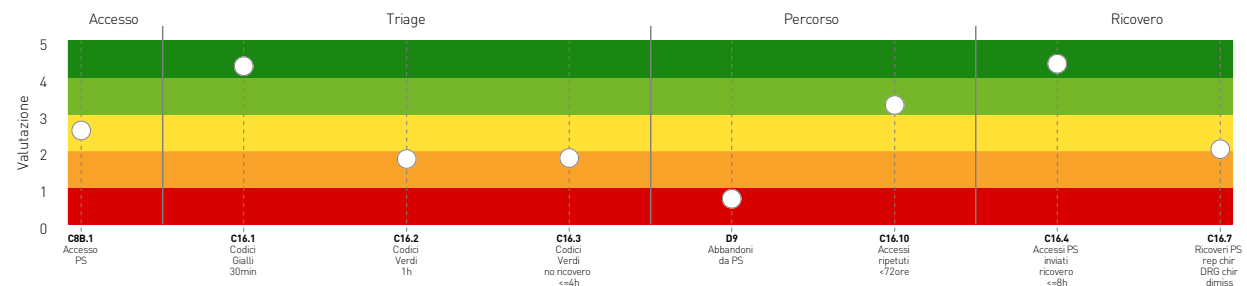
PERCORSO ONCOLOGICO

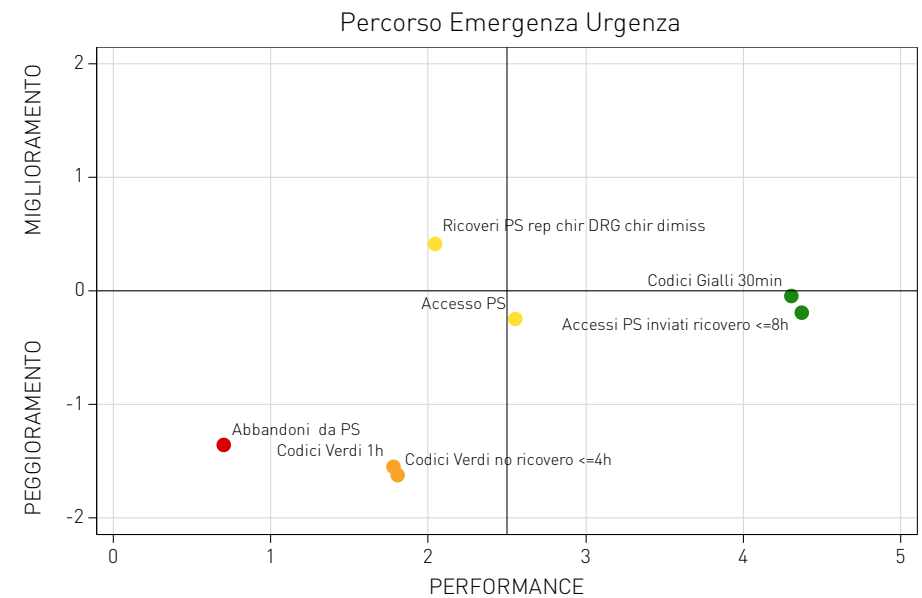
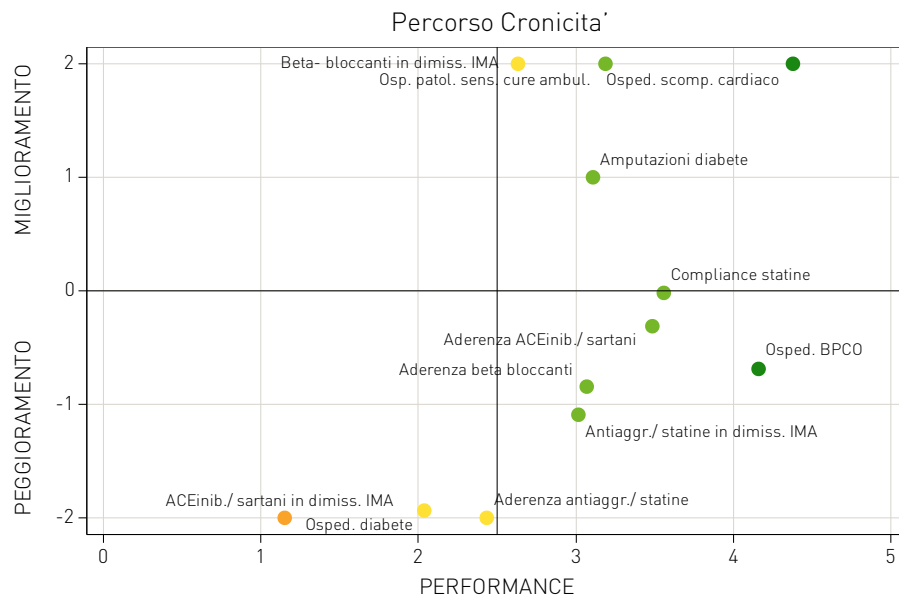
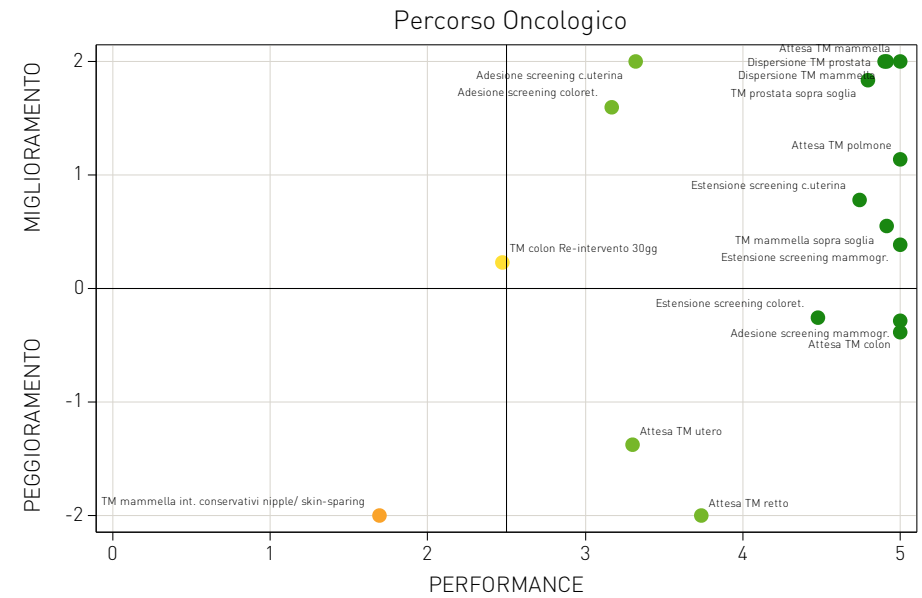
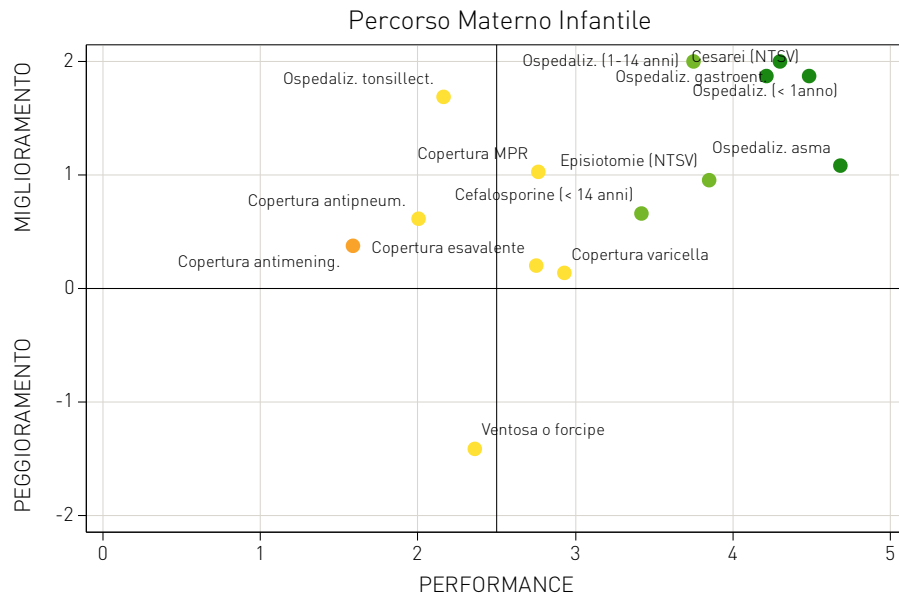


PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





UMBRIA



Popolazione: 888.908
Densità: 105 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

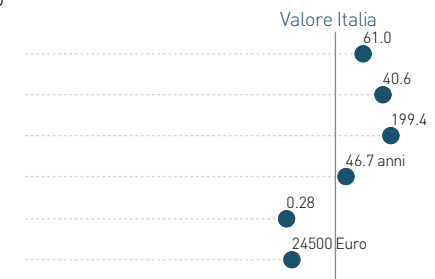
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Età media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

In seguito alla legge regionale n. 18 del 12 novembre 2012, il sistema sanitario della Regione Umbria è organizzato in 2 Unità Sanitarie Locali (USL Umbria 1 e USL Umbria 2), a loro volta articolate in un totale di 12 zone sanitarie. Sono inoltre presenti 2 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AO Perugia e AO S. Maria di Terni).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE UMBRIA

Il miglioramento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione umbra presenta una mortalità infantile, per malattie circolatorie e per suicidi complessivamente nella media, mentre la mortalità per tumori è inferiore alle altre Regioni (i dati sono riferiti al triennio 2014-2016). L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita generalmente sani, nonostante la percentuale di persone obese e sovrappeso superiore alla media. In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale resta complessivamente migliore rispetto alle altre Regioni, eccezion fatta per la vaccinazione contro la varicella, rispetto alla quale la Regione si sta ora riallineando.

I programmi di *screening* oncologici presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione e di adesione. Una criticità pertiene l'adesione a quello coloretale, segnata principalmente presso la USL Umbria 1.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente buona, con una soddisfacente copertura del territorio.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il relativamente contenuto tasso di ospedalizzazione (138.1 ricoveri per 1.000 residenti – in ulteriore calo rispetto al 2017) conferma la capacità del sistema umbro di gestire la domanda in modo complessivamente adeguato. Sia la gestione della casistica medica, sia quella della casistica chirurgica si mantengono appropriate.

La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 48 ore (in rapporto alle fratture operate) si conferma allineata rispetto alle altre Regioni, così come la durata delle degenze, sia per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico, sia per quelli di tipo medico. L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra risultati in linea con le altre Regioni. La percentuale di accessi al PS inviati al ricovero entro 8 ore resta tra le più elevate del network (93,5%). L'integrazione ospedale-territorio è complessivamente allineata alle altre Regioni, per quanto il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali si confermi superiore alla media.

La relativamente bassa (per quanto in leggerissima crescita) percentuale di anziani assistiti in cure domiciliari va letta congiuntamente al numero elevato di prese in carico con coefficiente di intensità assistenziale maggiore di 0.13, mentre la bassa percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni, indica ancora una difficoltà presso la USL Umbria 2.

L'appropriatezza prescrittiva diagnostica è un ambito al quale prestare attenzione: si riscontra ancora un numero elevato di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente, per quanto in ulteriore calo rispetto al 2017, e un relativamente alto (e in aumento) tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, una prestazione ad alto rischio di inappropriata.

Sul versante della *governance* farmaceutica, una maggiore attenzione alla prescrizione di talune categorie di farmaci (segnatamente, inibitori di pompa protonica e antibiotici) potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza, mentre i risultati in termini di *compliance* e di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore) sono complessivamente soddisfacenti. Nonostante il leggero miglioramento rispetto al 2017, maggiore attenzione

andrebbe posta verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più gli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – si conferma leggermente superiore rispetto alle altre Regioni (soprattutto quella registrata presso la USL Umbria 2 e presso l'AO di Terni – dato riferito al 2017). La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che può indirettamente monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si contrae ulteriormente rispetto al 2017, registrando un valore in media con quello delle altre Regioni. È allineato alle altre Regioni il livello di digitalizzazione dei servizi amministrativi, mentre è complessivamente superiore alla media l'accessibilità online alle informazioni sui servizi offerti dal SSR umbro.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2017), il costo sanitario complessivo resta contenuto (1.871 Euro *pro capite*).

Il percorso materno-infantile restituisce risultati in linea rispetto alle altre Regioni. In riferimento all'assistenza in età pediatrica, si segnala in particolare l'ulteriore contrazione del tasso di tonsillectomie.

Per quanto prosegue il processo di miglioramento rispetto alla gestione del percorso oncologico, restano alcune ombre, in particolar modo in riferimento ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici al retto (in leggero aumento, rispetto al 2017) e alla concentrazione della casistica per il tumore maligno alla prostata. Si conferma inoltre l'esigenza di intensificare la copertura da parte della rete delle cure palliative.

Complessivamente i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche si mantengono in linea con le altre Regioni; in riferimento particolare alla gestione del diabete, si registra una contrazione sia del tasso di ospedalizzazione, sia del numero di amputazioni maggiori (indicatore calcolato su base triennale). È inoltre generalmente soddisfacente la presa in carico farmacologica dei pazienti infartuati.

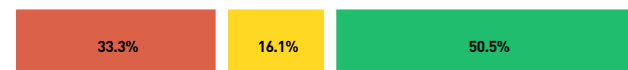
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano allineati alla media del *network*, così come il tasso di accesso. La percentuale di abbandoni è leggermente superiore alla media e segnala una possibile criticità, soprattutto presso la AO di Terni.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)



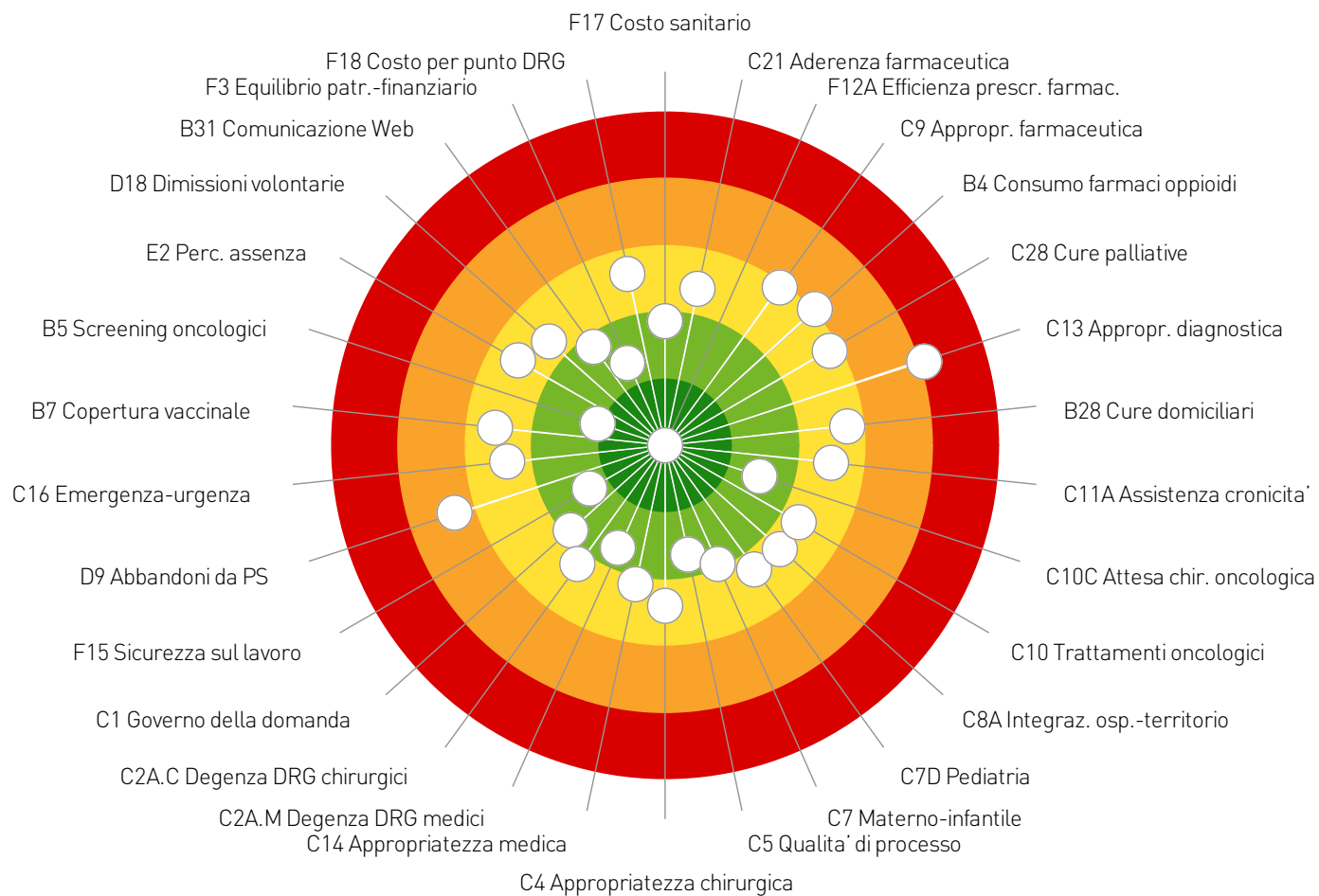
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 91

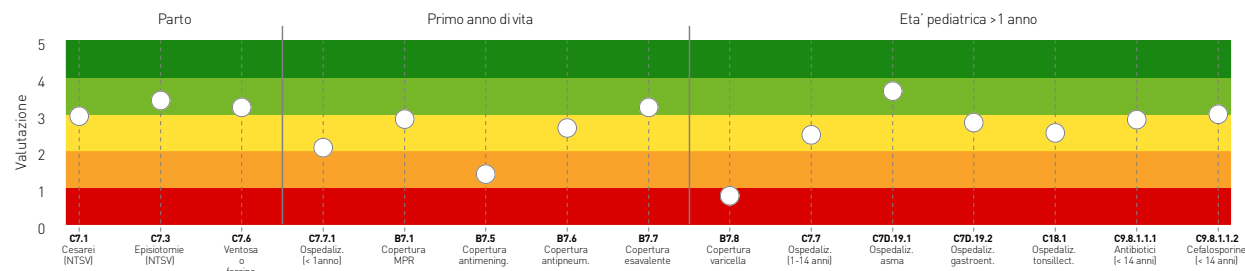


● Indicatori peggiorati
 ● Indicatori stazionari
 ● Indicatori migliorati

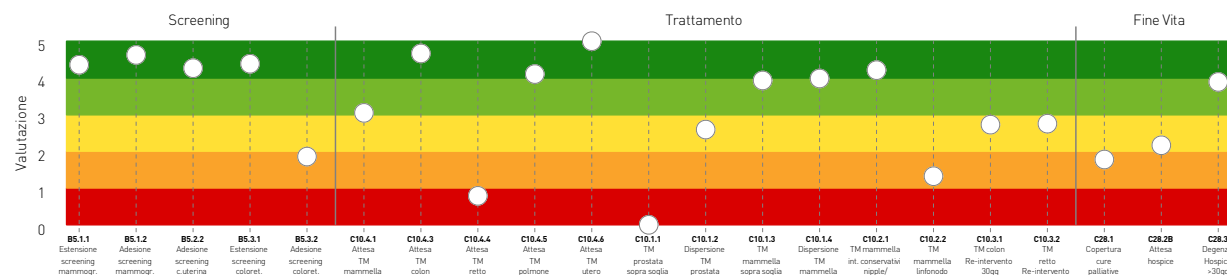
Valutazione della performance 2018



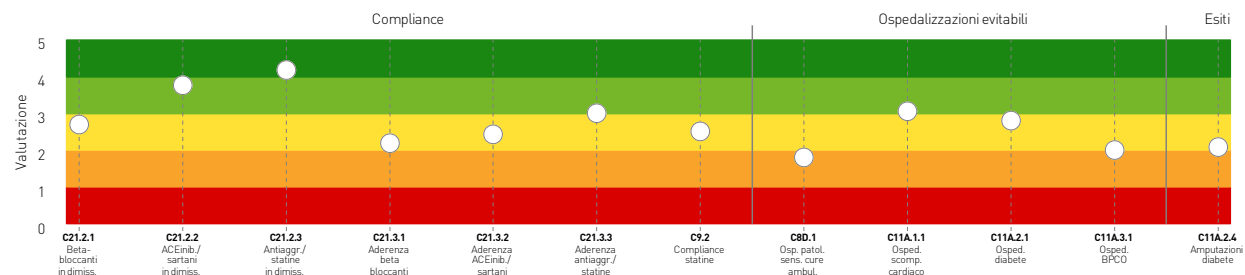
PERCORSO MATERNO INFANTILE



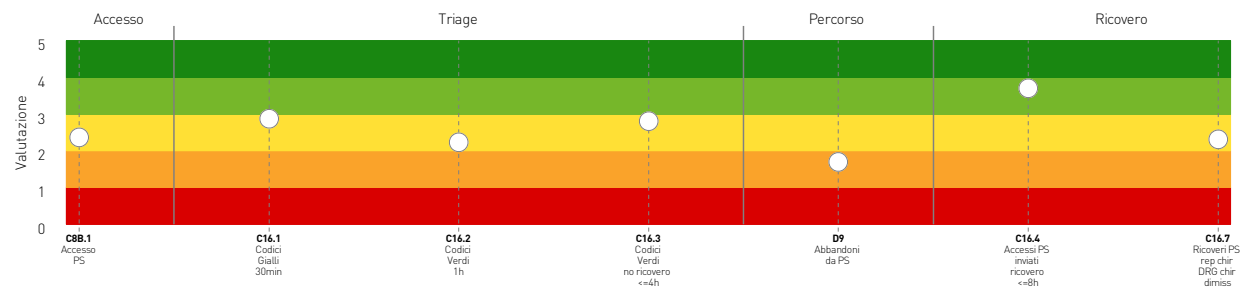
PERCORSO ONCOLOGICO

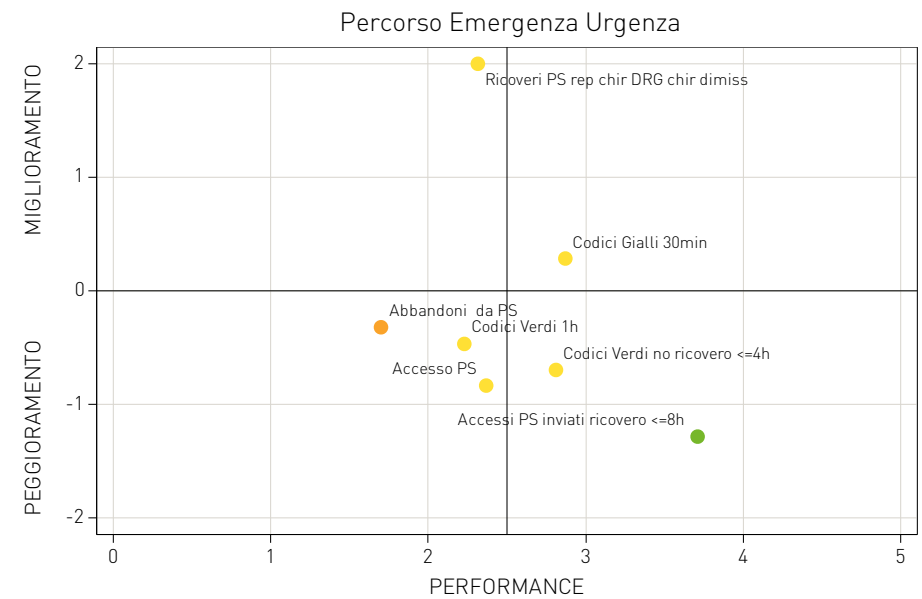
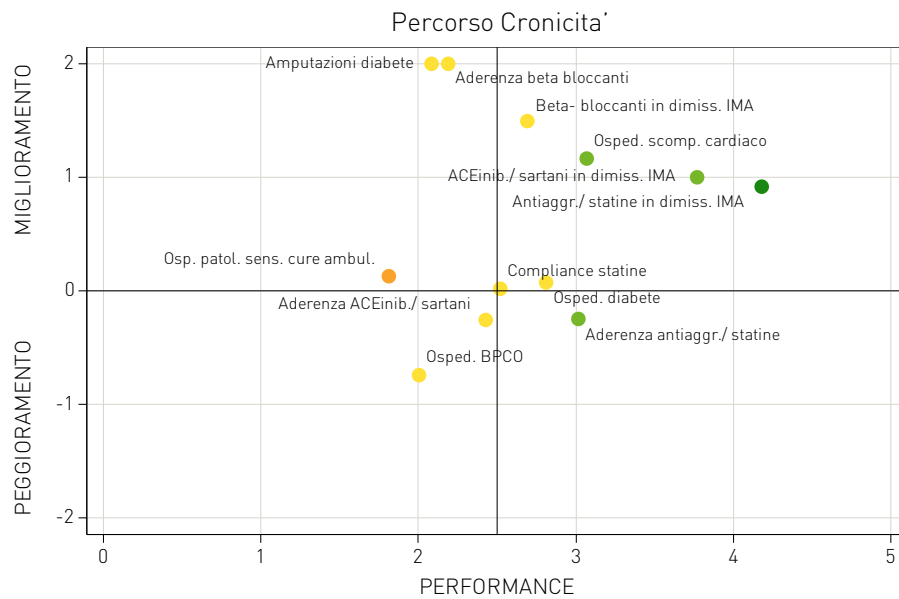
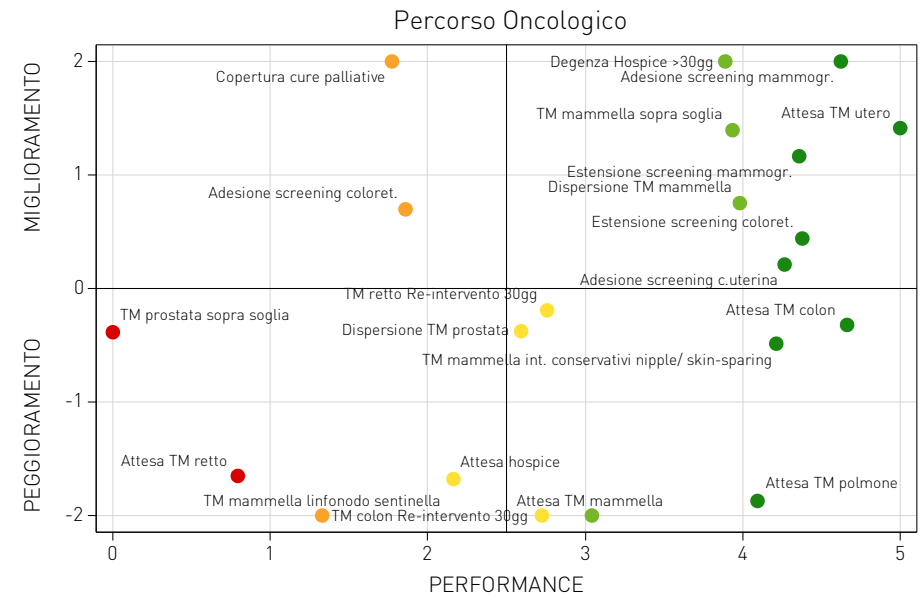
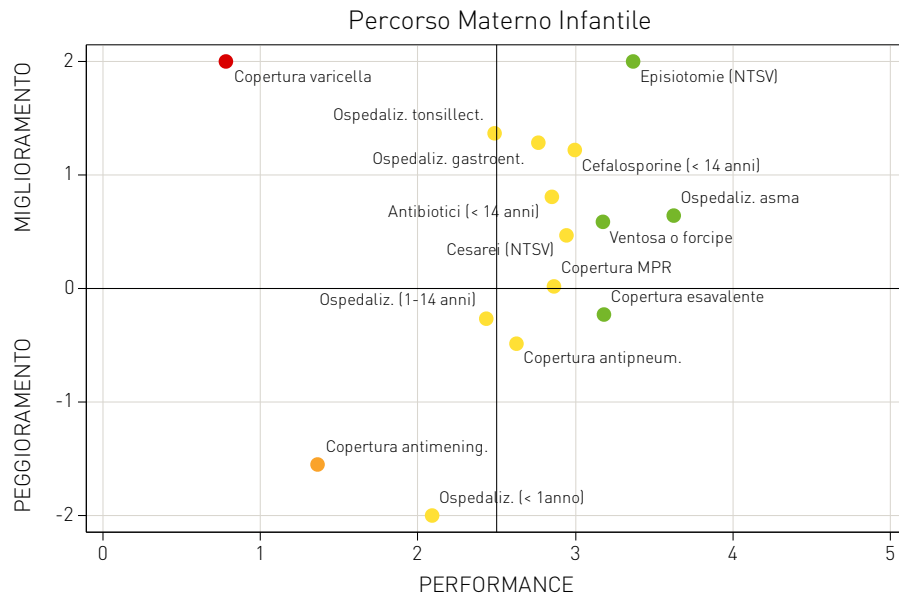


PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





USL UMBRIA 1

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



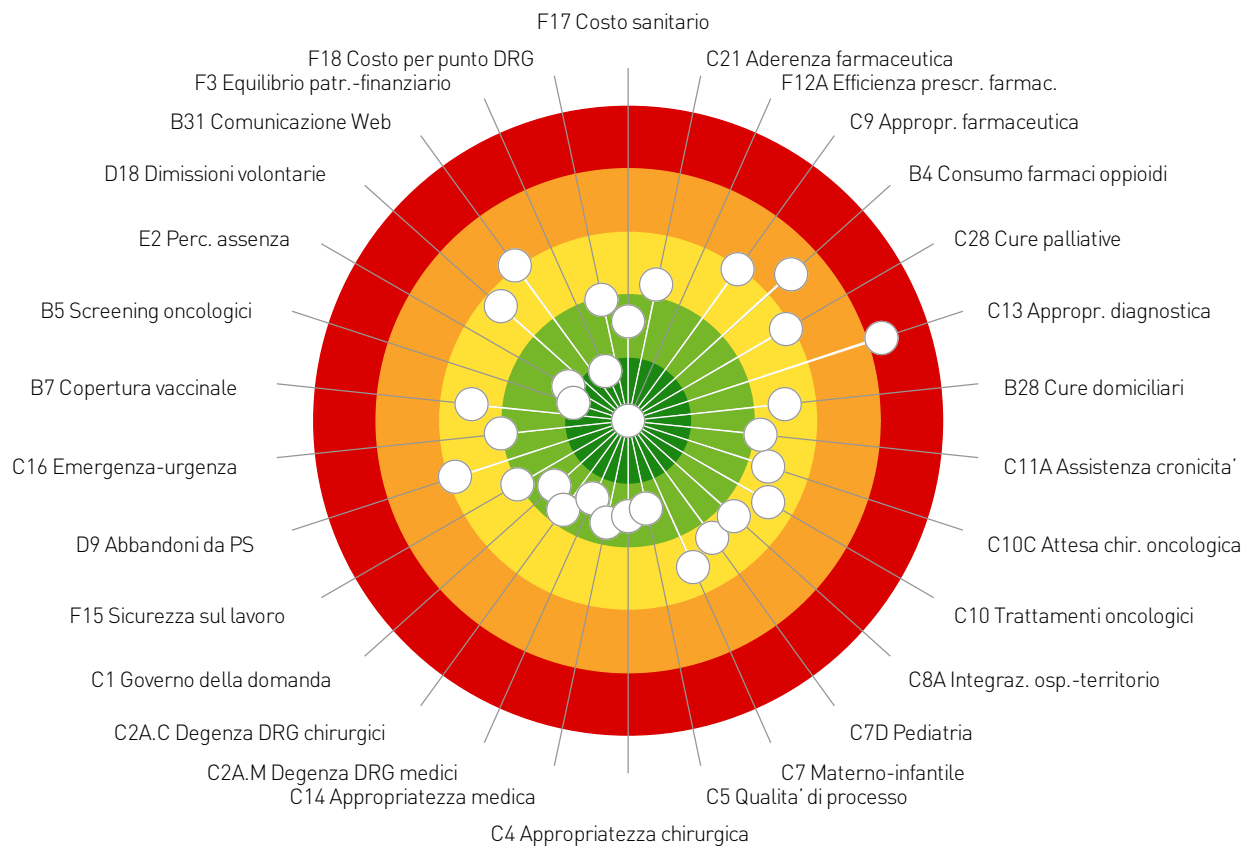
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 89



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



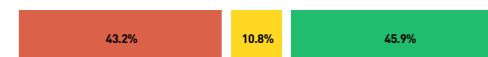
AO PERUGIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



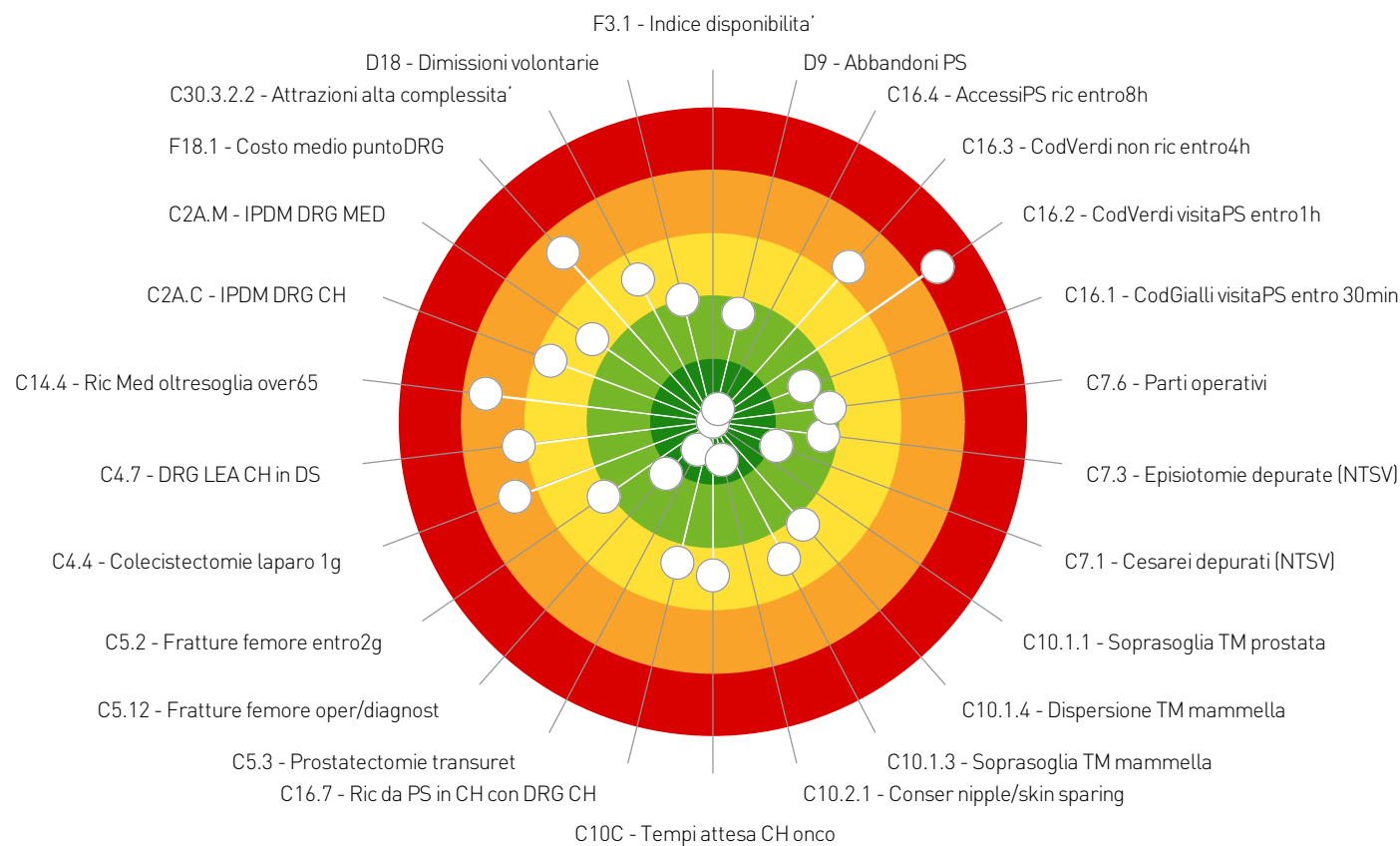
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 38

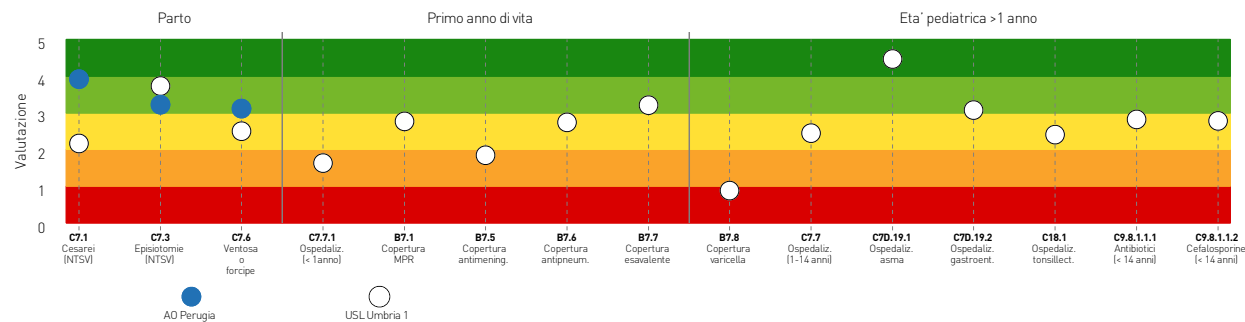


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

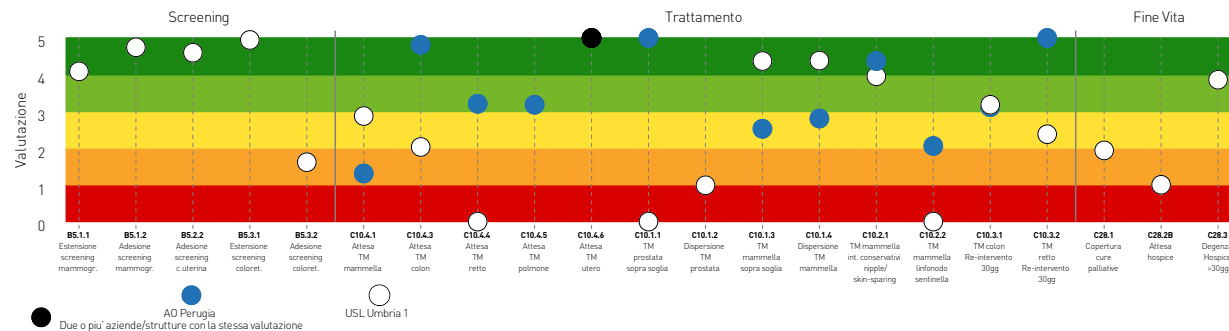
Valutazione della performance 2018



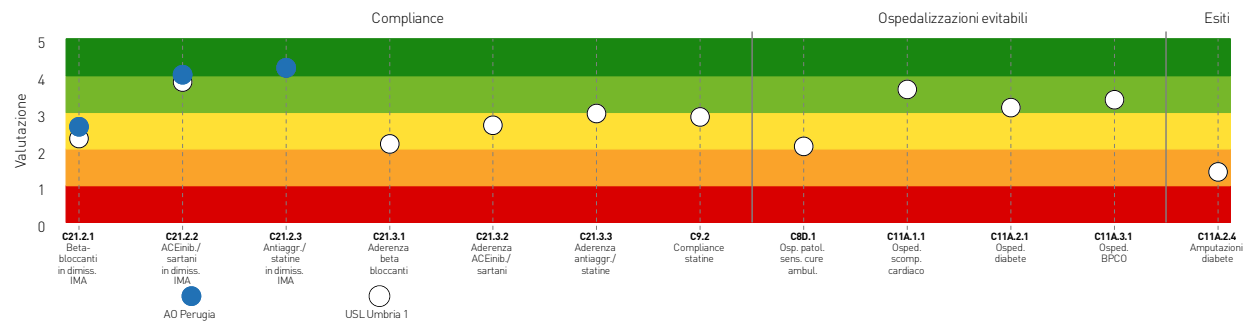
PERCORSO MATERNO INFANTILE



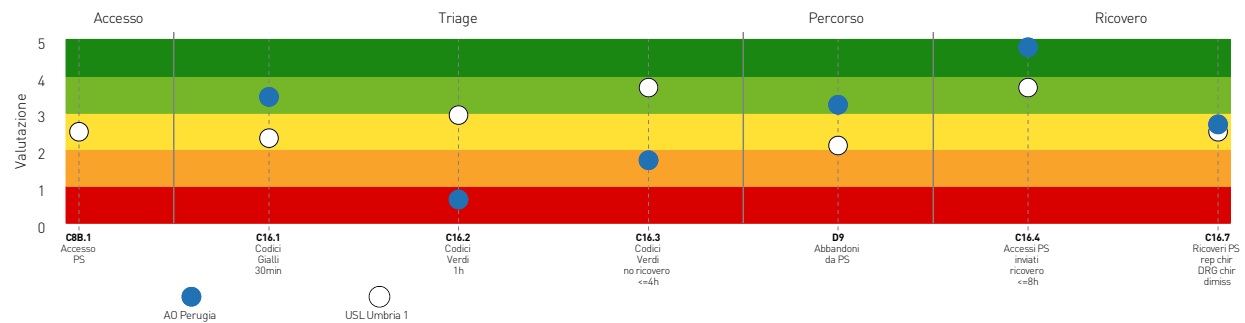
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



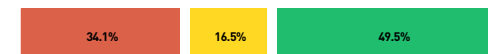
USL UMBRIA 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



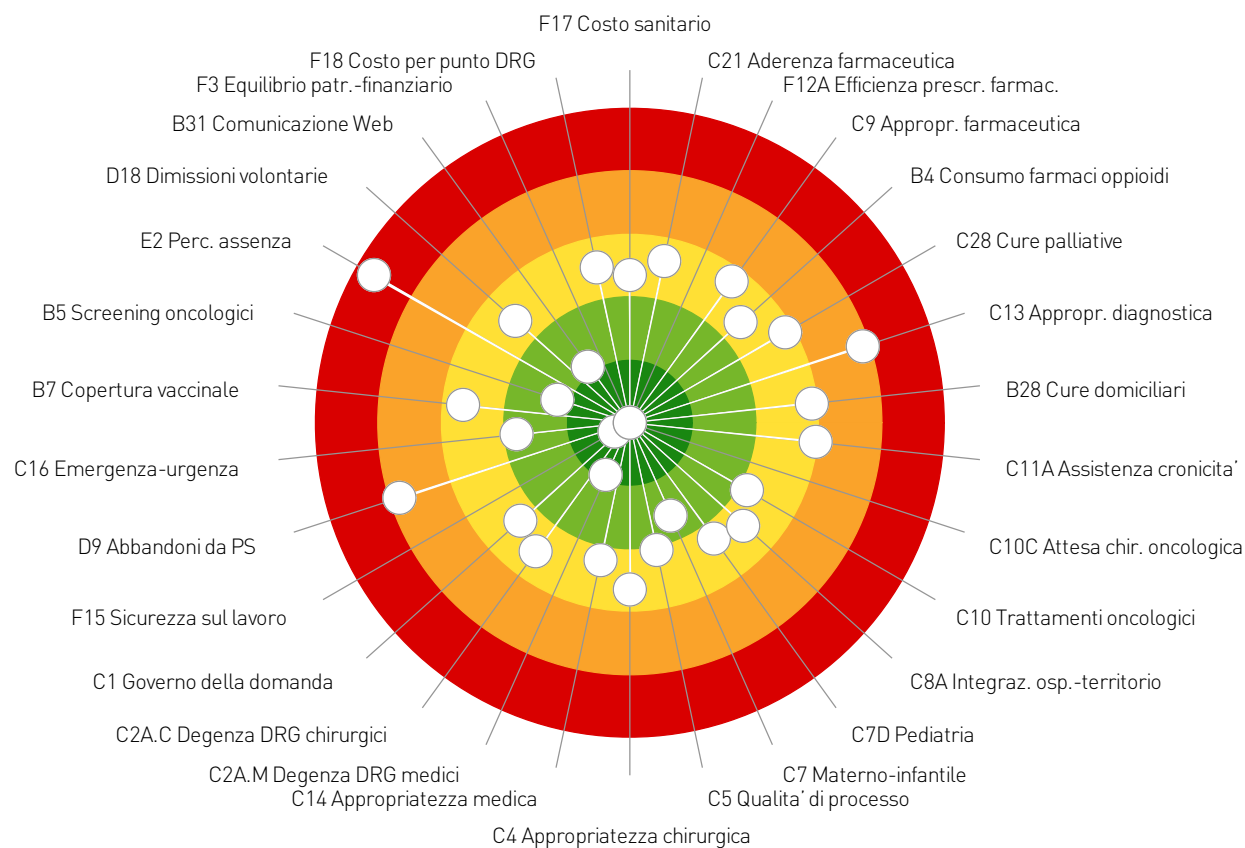
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 89



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



AO TERNI

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente



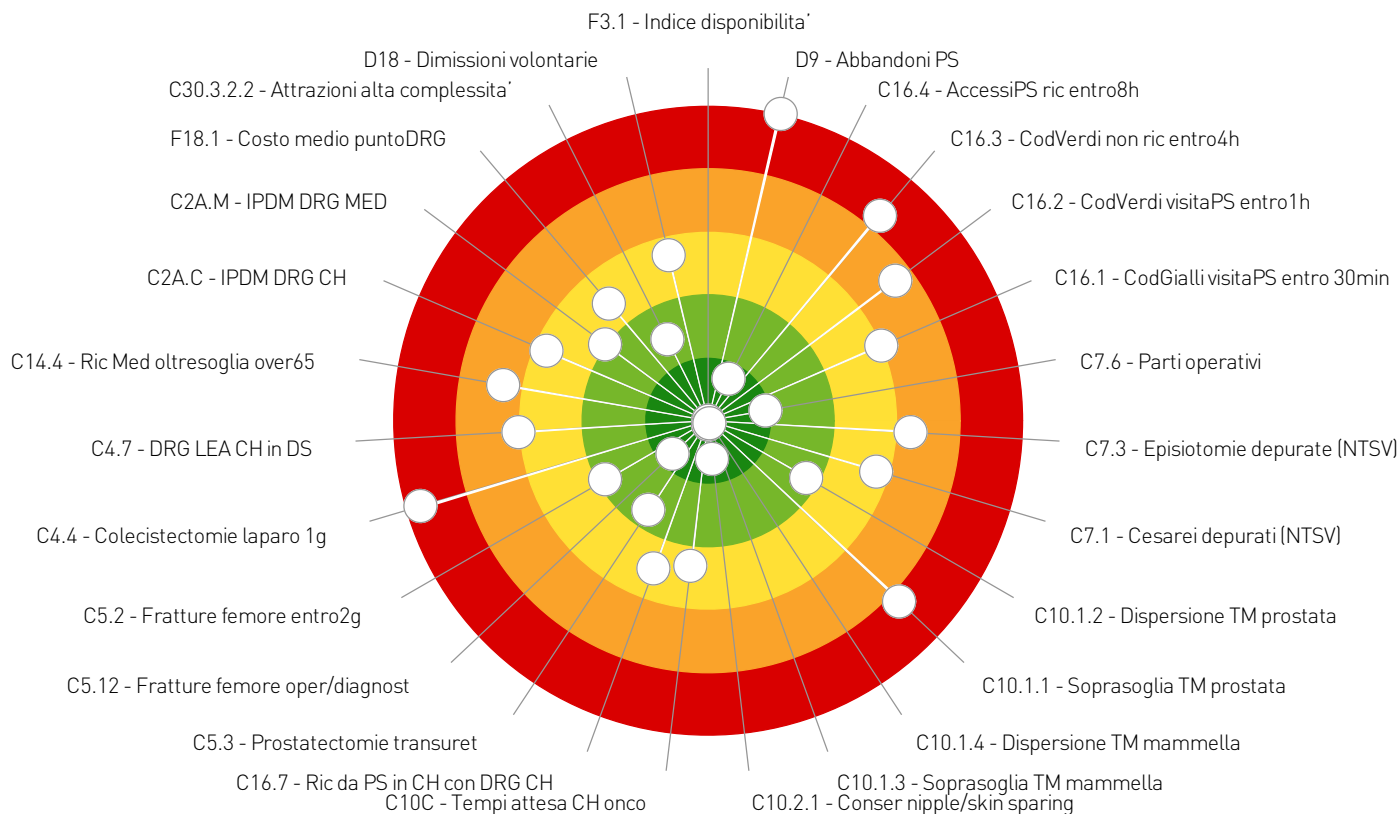
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

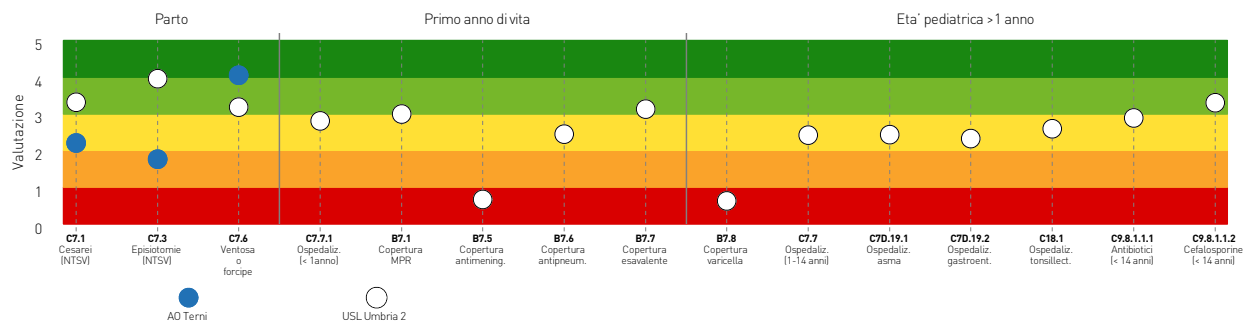
Numero indicatori di valutazione: 39



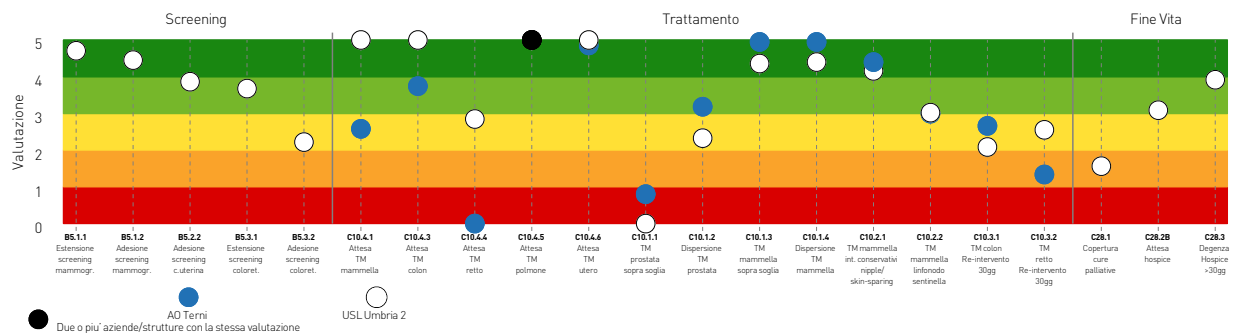
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

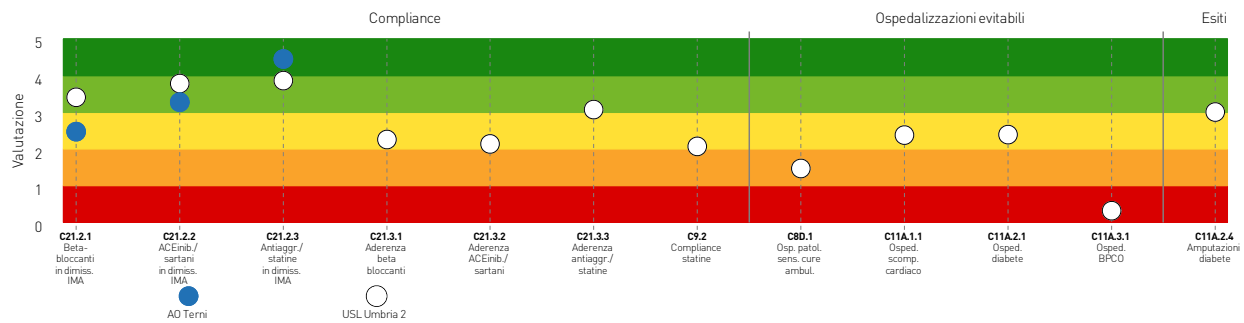




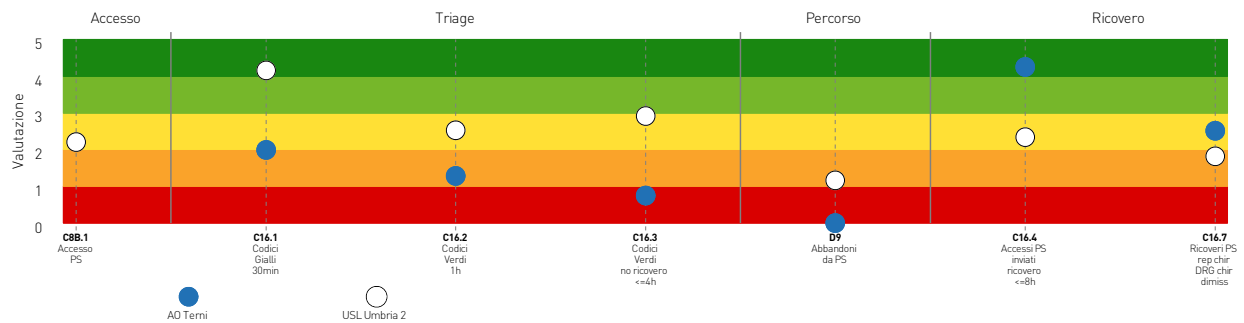
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

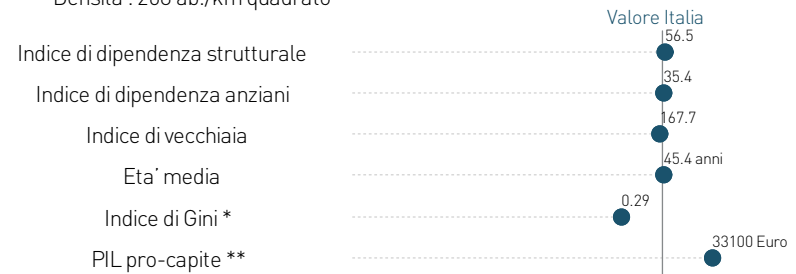


PERCORSO EMERGENZA URGENZA

VENETO



Popolazione: 4.907.529
Densità: 268 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2018 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2016 ** Fonte: Dati Eurostat 2017

In seguito all'approvazione della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, il sistema sanitario della Regione Veneto ha iniziato un processo di riorganizzazione. A partire dal 1° gennaio 2017, 9 Aziende-Unità Locali Socio Sanitarie (AULSS) hanno sostituito le precedenti 21. A loro supporto è stata istituita l'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto (Azienda Zero). Il sistema conta inoltre 2 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Verona e AO Padova) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Istituto Oncologico Veneto).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione veneta presenta valori di mortalità per tumori in linea con le altre Regioni del *network*, mentre la mortalità infantile, quella per malattie circolatorie e quella per suicidi risultano più basse (i dati sono riferiti al triennio 2014-2016). L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: la situazione del Veneto non si discosta da quella delle altre Regioni, se non per un più elevato consumo di alcool (dati 2018).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale – per quanto complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni e in miglioramento rispetto al 2017 – presenta alcuni margini di miglioramento, sia in riferimento alle principali vaccinazioni pediatriche, sia rispetto a quella anti-influenzale per persone anziane.

In riferimento ai programmi di *screening* oncologici viene confermata l'ottima copertura, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione.

Per quanto concerne le donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è in calo rispetto al 2017 ma si conferma leggermente superiore alla media.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro resta complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni, sia in termini copertura del territorio, sia per quel che riguarda l'efficienza del personale.

Per quanto concerne il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione estremamente contenuto (124.9 ricoveri ogni 1.000 residenti, in ulteriore leggero calo rispetto al 2017) dimostra l'ottima capacità di governo della domanda da parte del sistema veneto; buone anche l'appropriatezza medica e quella chirurgica, pur continuandosi a registrare una percentuale di ricoveri medici oltre-soglia di pazienti anziani superiore alla media (e in aumento, rispetto al 2017), indicatore proxy di una potenziale difficoltà di ricezione da parte delle strutture territoriali.

Se la copertura da parte dell'assistenza domiciliare si conferma tra le più estese, l'intensità della stessa resta leggermente inferiore alla media.

In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, la durata delle degenze – soprattutto per i ricoveri medici – si conferma superiore a quella delle altre Regioni.

La percentuale di interventi per fratture del collo del femore effettuati entro le 48 ore dall'ammissione si contrae leggermente rispetto al 2017 e si attesta sul 74.3%, un valore comunque superiore alla media.

Per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono complessivamente allineati rispetto alle altre Regioni; solo il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali si discosta significativamente, segnando il valore più basso del *network*.

In ambito diagnostico, si conferma la necessità di prestare attenzione alle risonanze magnetiche muscolo-scheletriche prescritte a pazienti con più di 65 anni – una prestazione ad alto rischio di inappropriata – per quanto in leggera contrazione, rispetto al 2017.

Sul versante della *governance* farmaceutica, si confermano le buone *performance* sia in termini di appropriatezza prescrittiva, sia in termini di aderenza ai trattamenti, sia, infine, in termini di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione, da parte dei MMG, alla prescri-

zione di molecole a brevetto scaduto). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è leggermente inferiore alla media ma in aumento rispetto al 2017.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più gli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – è la più bassa del *network*.

La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2018 estremamente contenuta.

Il livello di digitalizzazione dei servizi amministrativi e quello di accessibilità online alle informazioni sono complessivamente in linea con le altre Regioni.

Per quanto concerne la dimensione economico-finanziaria, il Veneto registra un costo sanitario pro capite contenuto (1.896 Euro – il dato è riferito all'anno 2017).

La gestione del percorso materno-infantile si mantiene buona, rispetto alle tre fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica). In riferimento particolare all'ultima, i bassi tassi di ospedalizzazione e i livelli ridotti di prescrizione di antibiotici denotano una presa in carico efficace e appropriata.

Si confermano gli ottimi risultati nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi (*screening*, diagnosi, trattamento, fine vita).

Il sistema veneto conferma complessivamente un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche, per quanto si segnali l'esigenza di prestare attenzione all'aderenza farmaceutica dei pazienti infartuati.

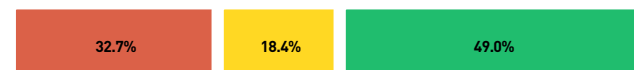
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i risultati si confermano complessivamente allineati rispetto alle altre Regioni, in riferimento ai principali oggetti di indagine (intervallo tra chiamata e arrivo del mezzo di soccorso, tasso di accesso al PS, tempi di attesa al PS, abbandoni da PS).

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2014-2016)



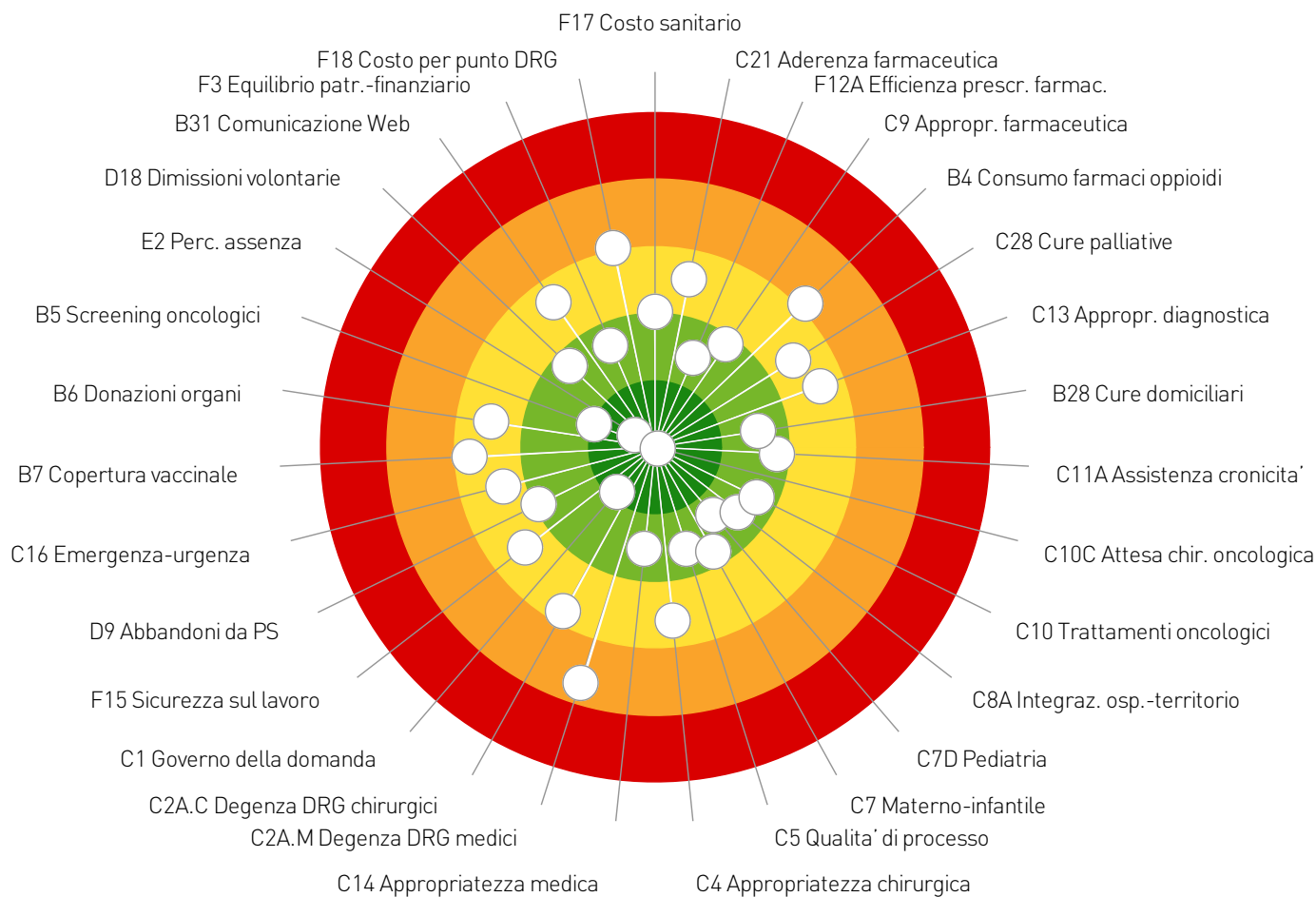
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 97

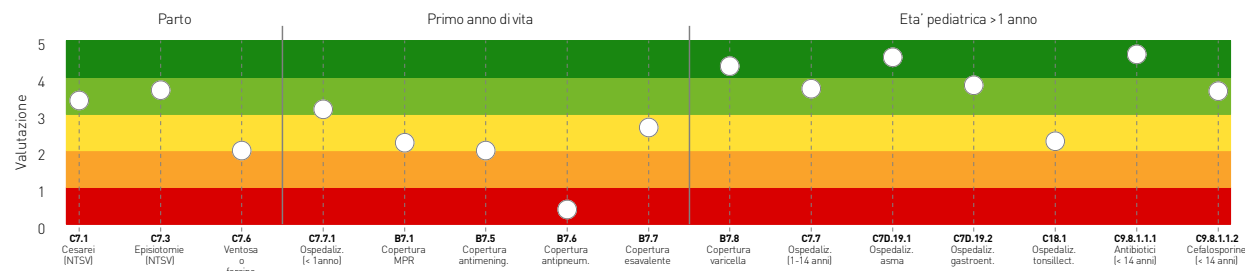


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

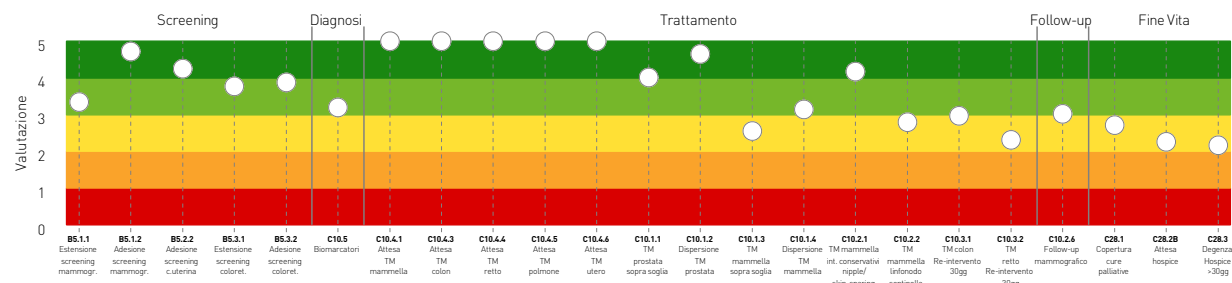
Valutazione della performance 2018



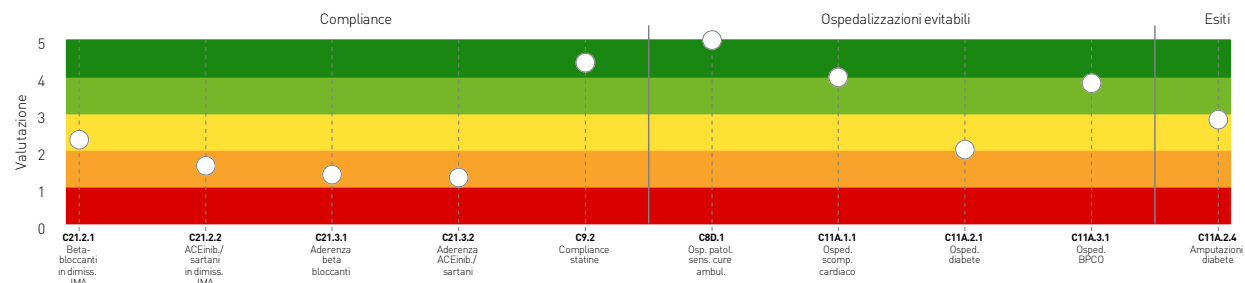
PERCORSO MATERNO INFANTILE



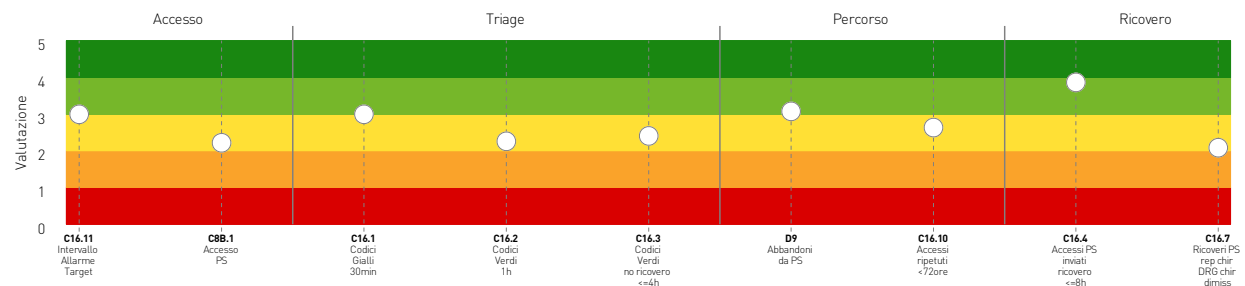
PERCORSO ONCOLOGICO

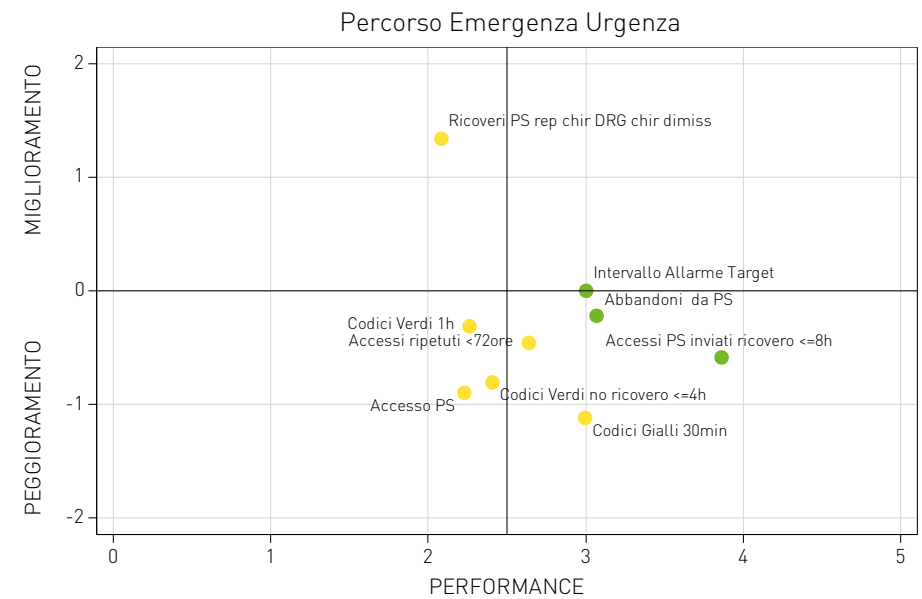
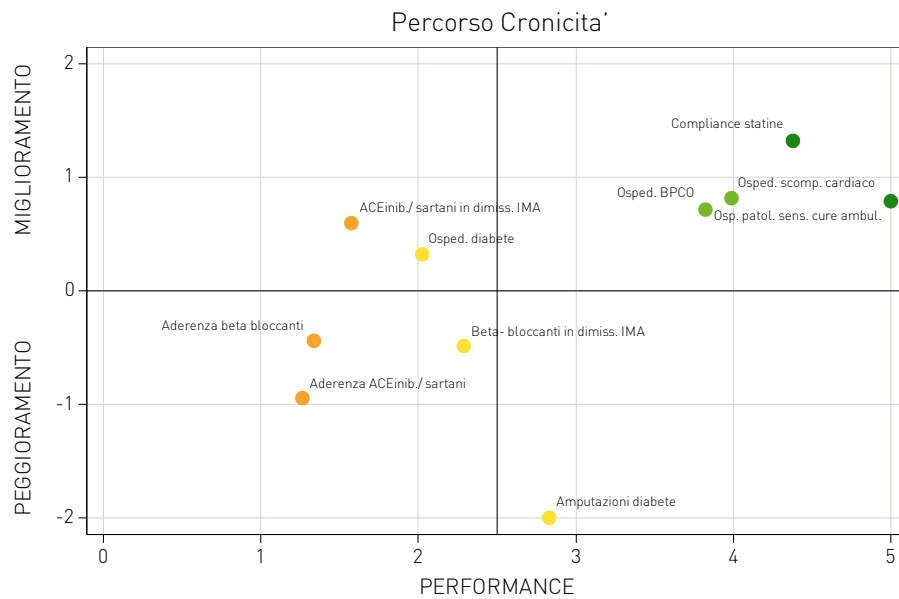
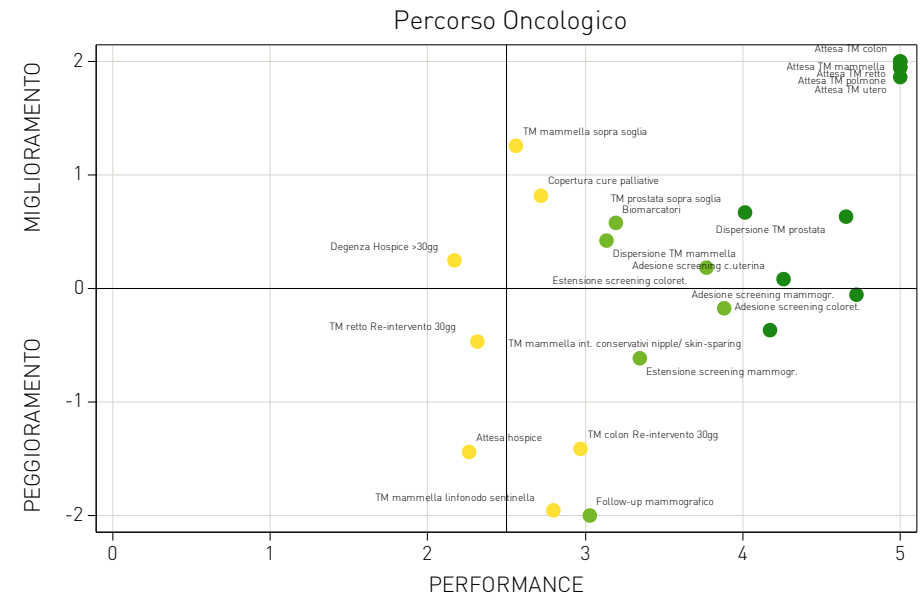
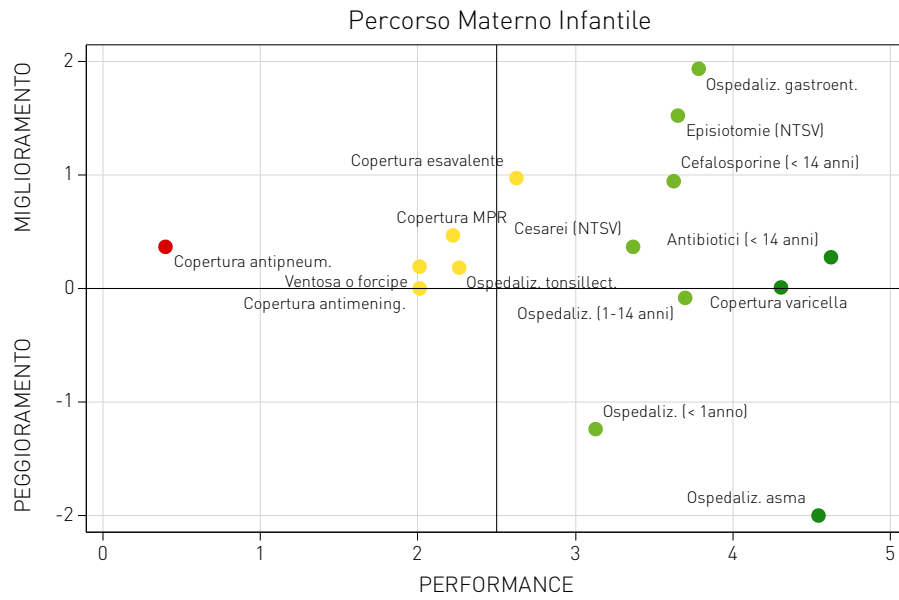


PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





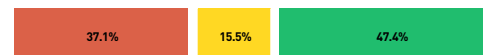
AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



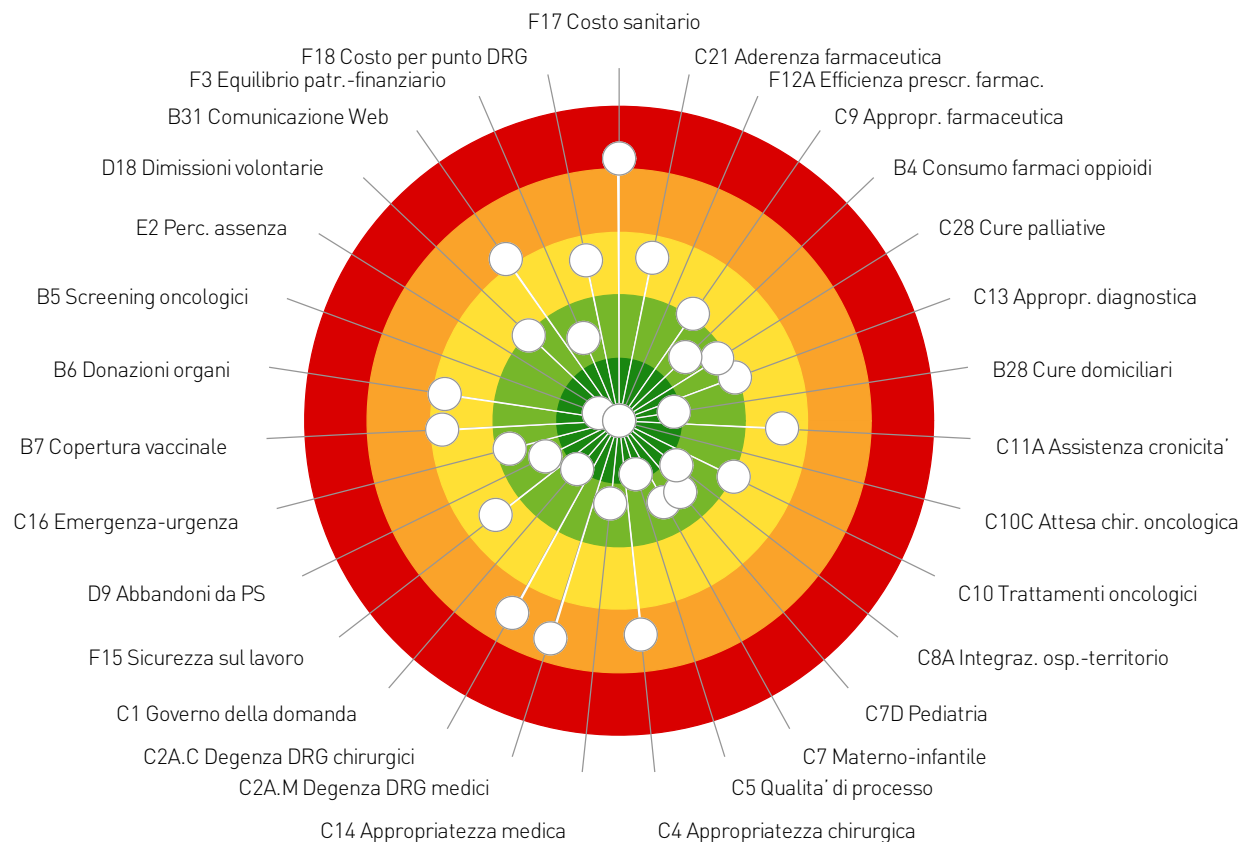
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

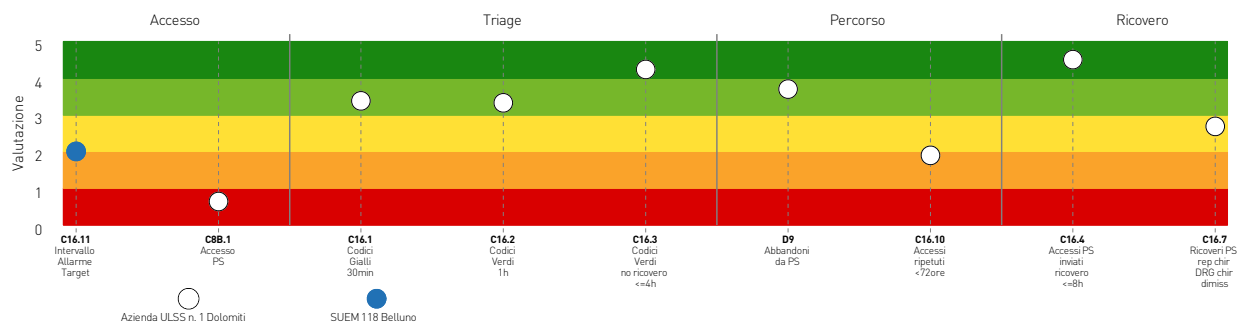
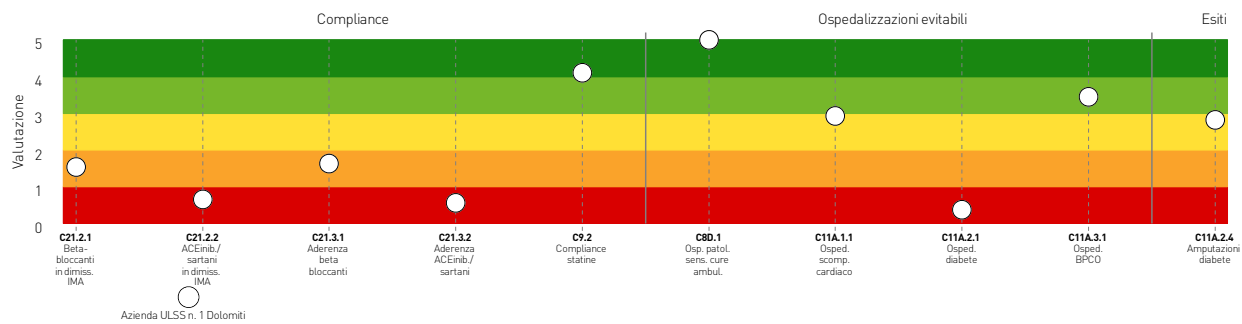
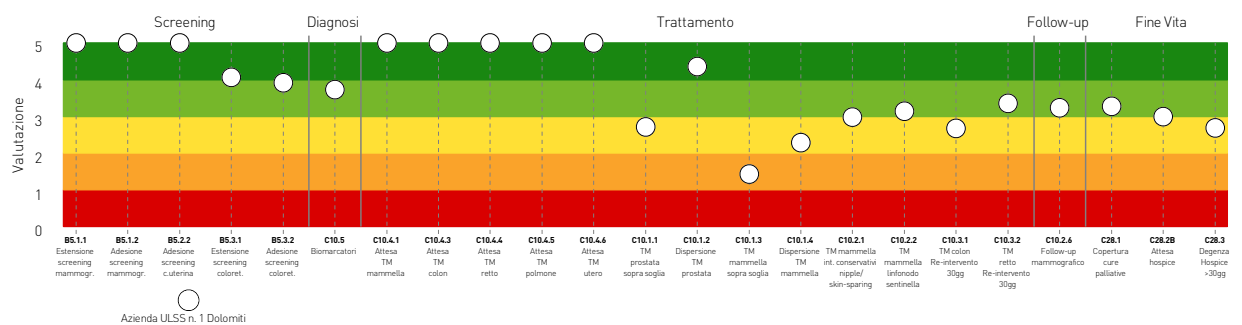
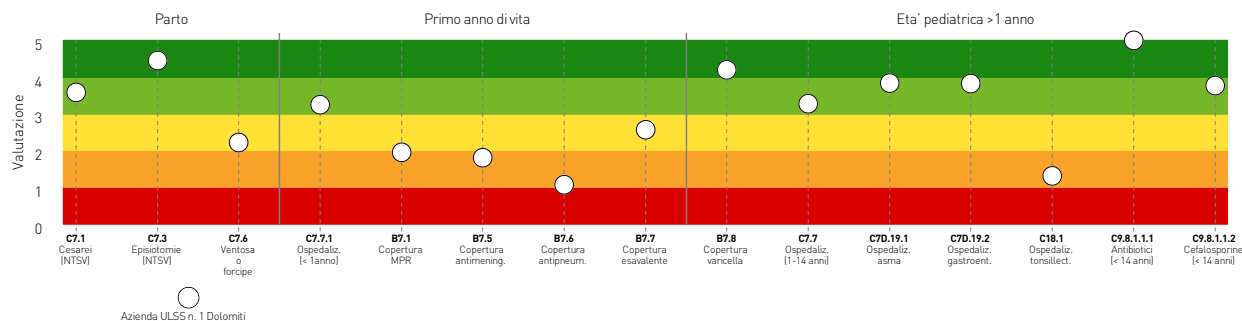
Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018





AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



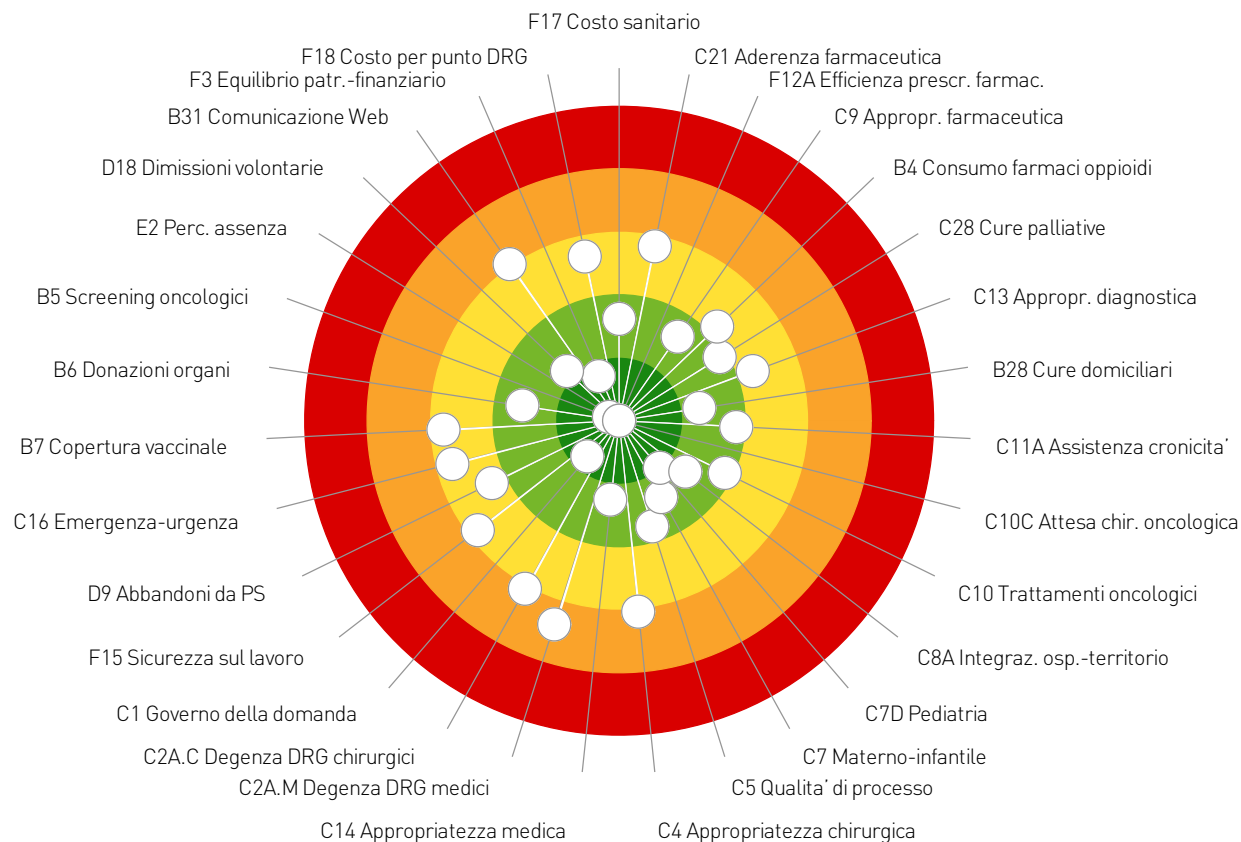
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

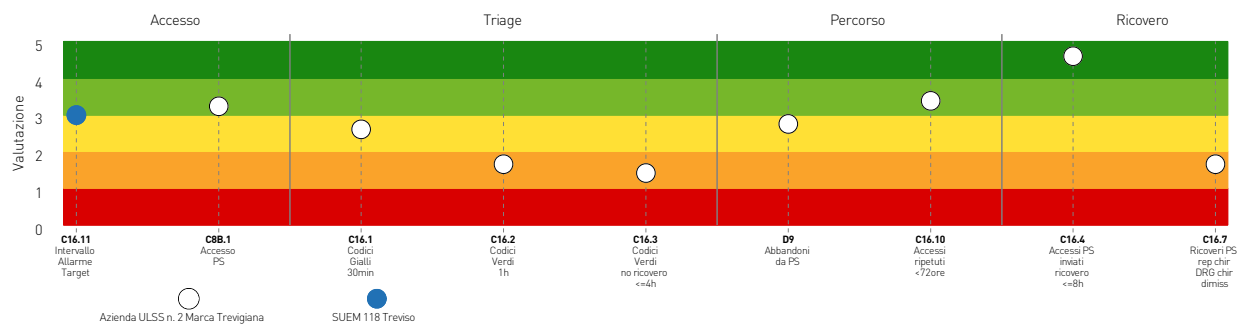
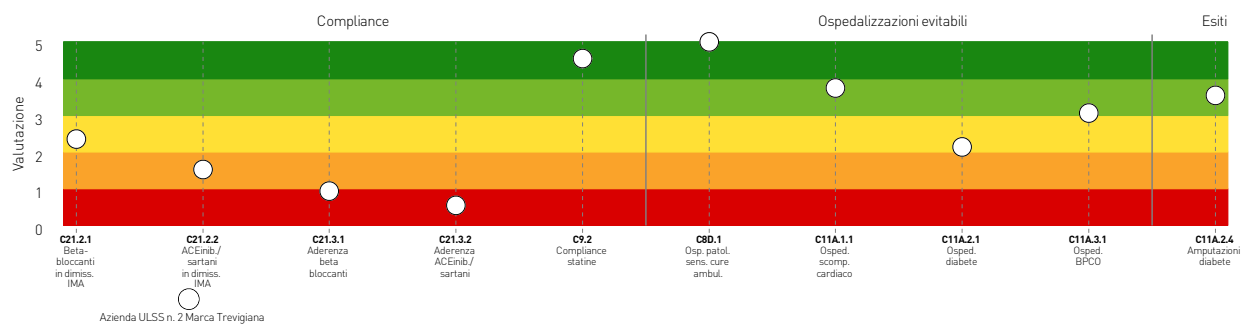
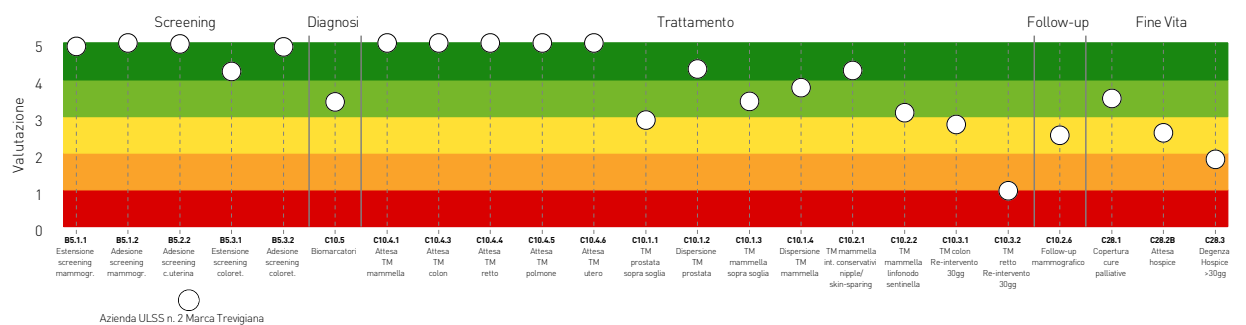
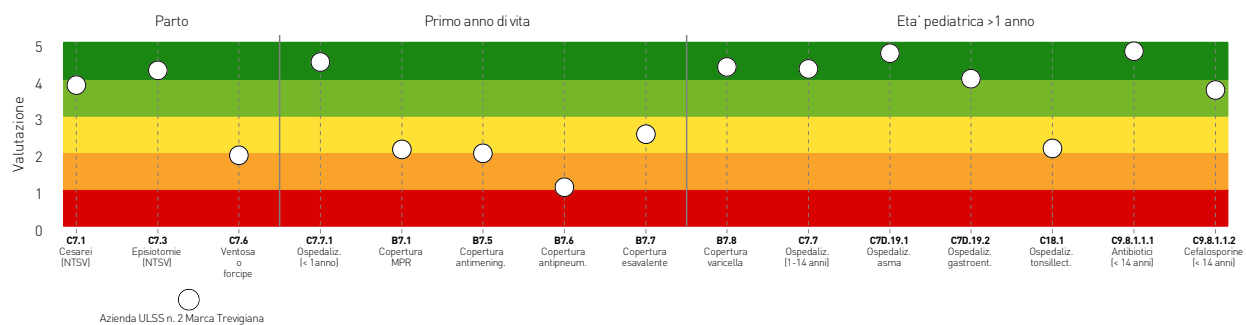
Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018





AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



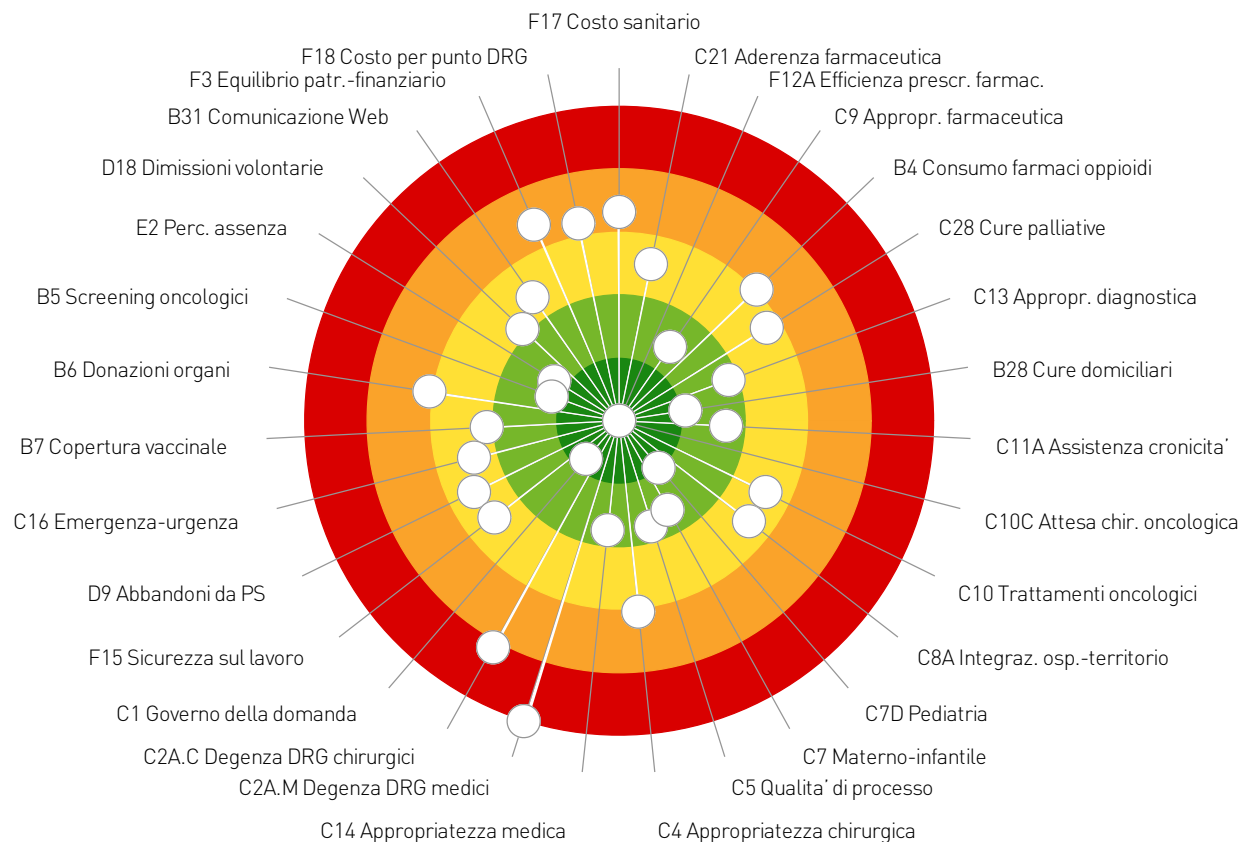
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

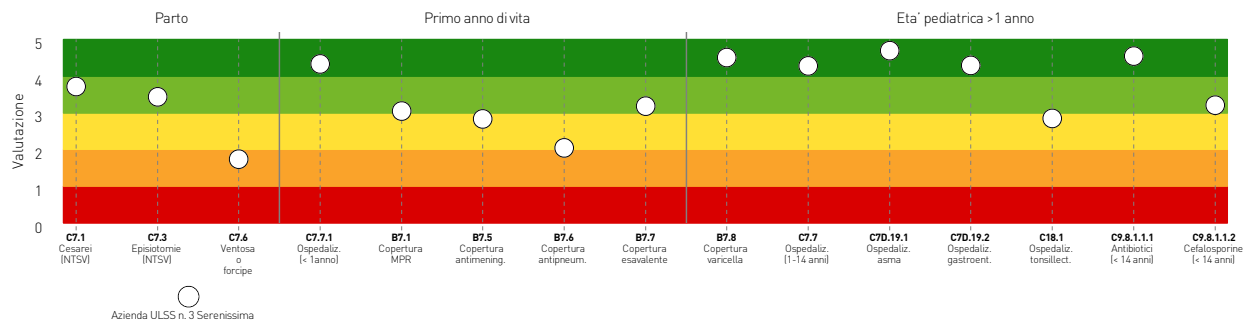
Numero indicatori di valutazione: 96



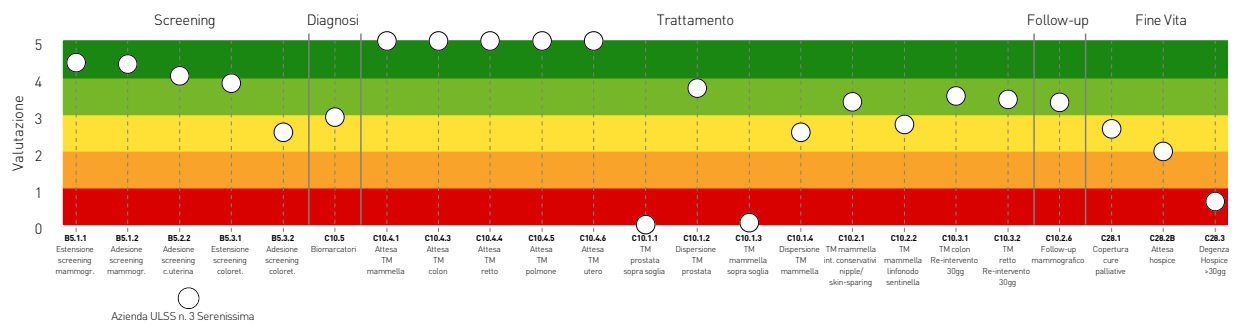
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

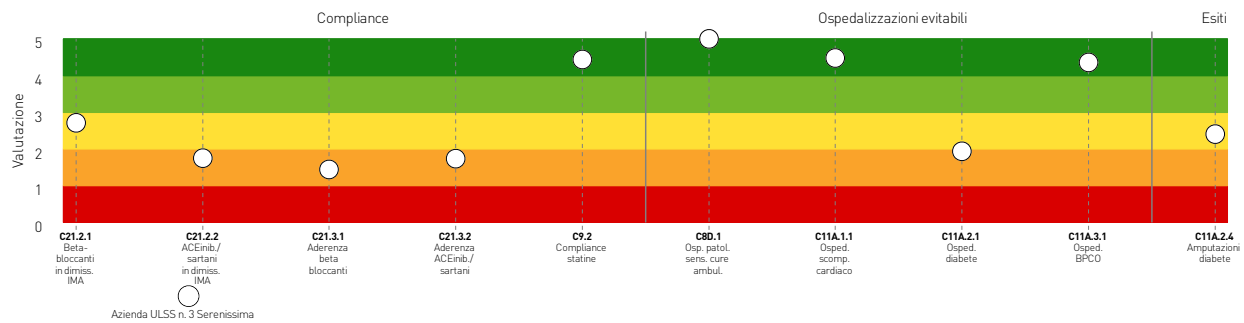




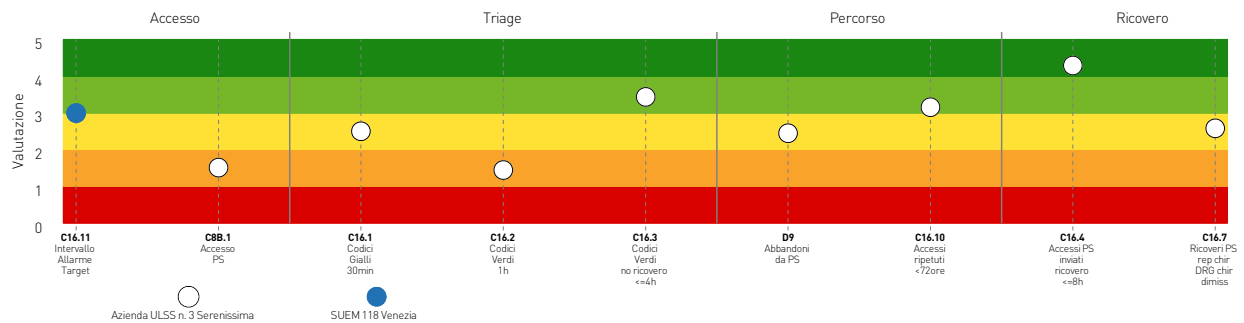
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AZIENDA ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



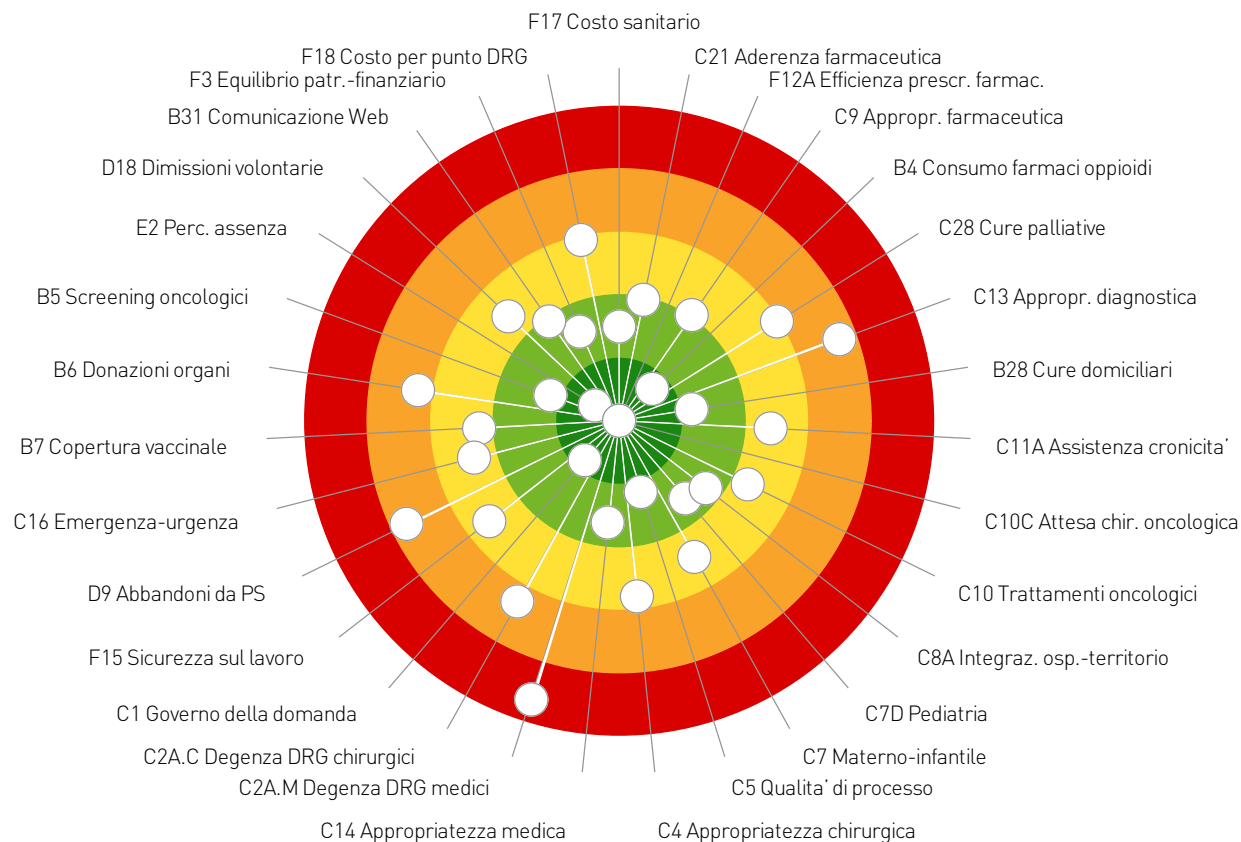
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

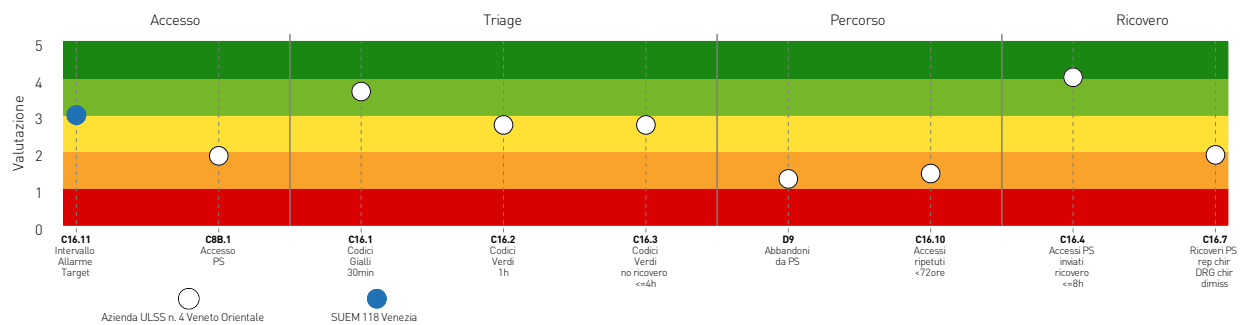
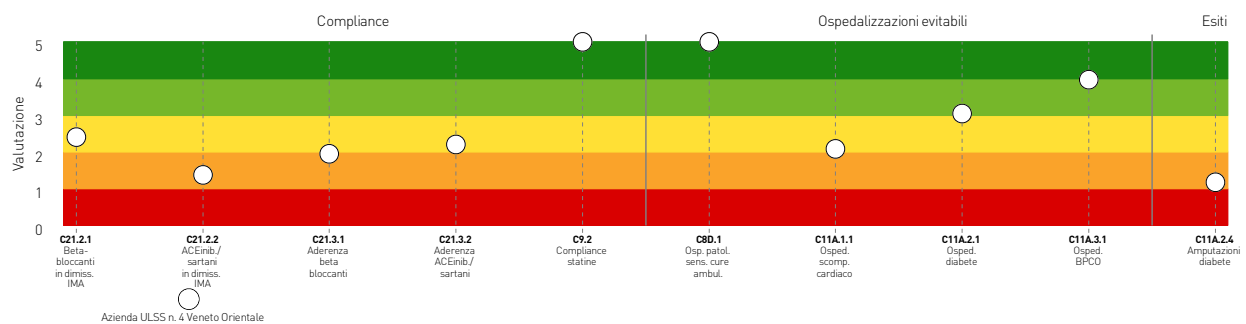
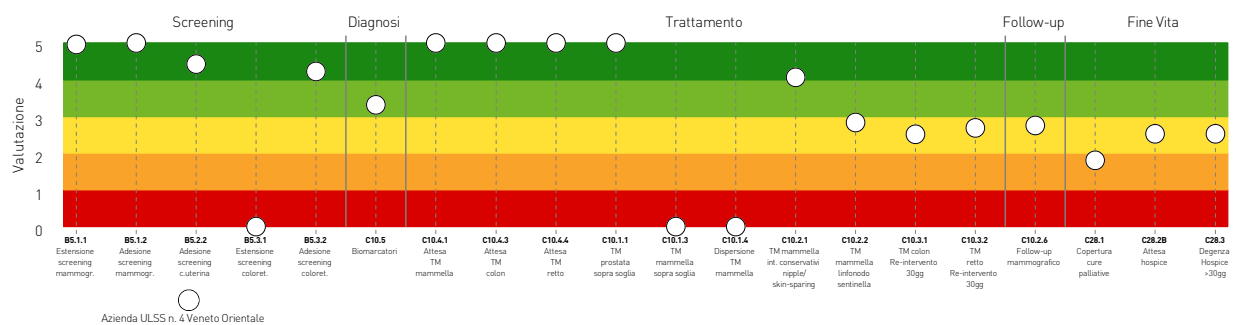
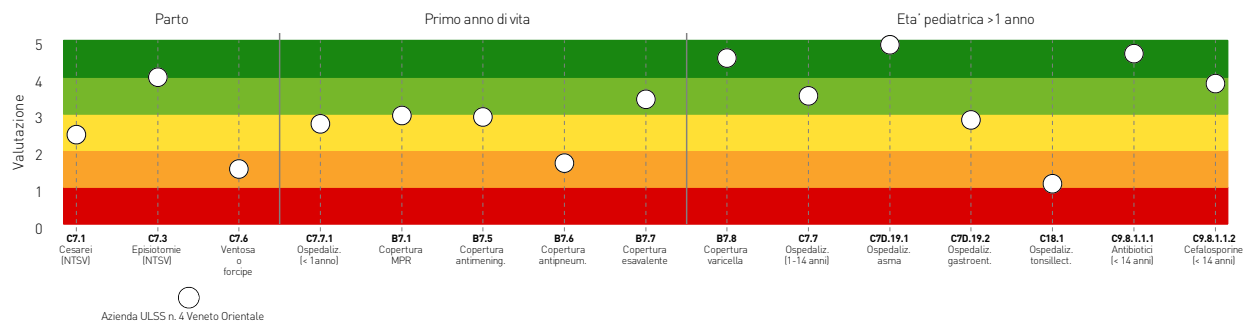
Numero indicatori di valutazione: 94



● Indicatori peggiorati
 ● Indicatori stazionari
 ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018





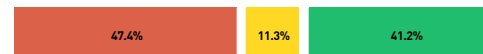
AZIENDA ULSS N. 5 POLESANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



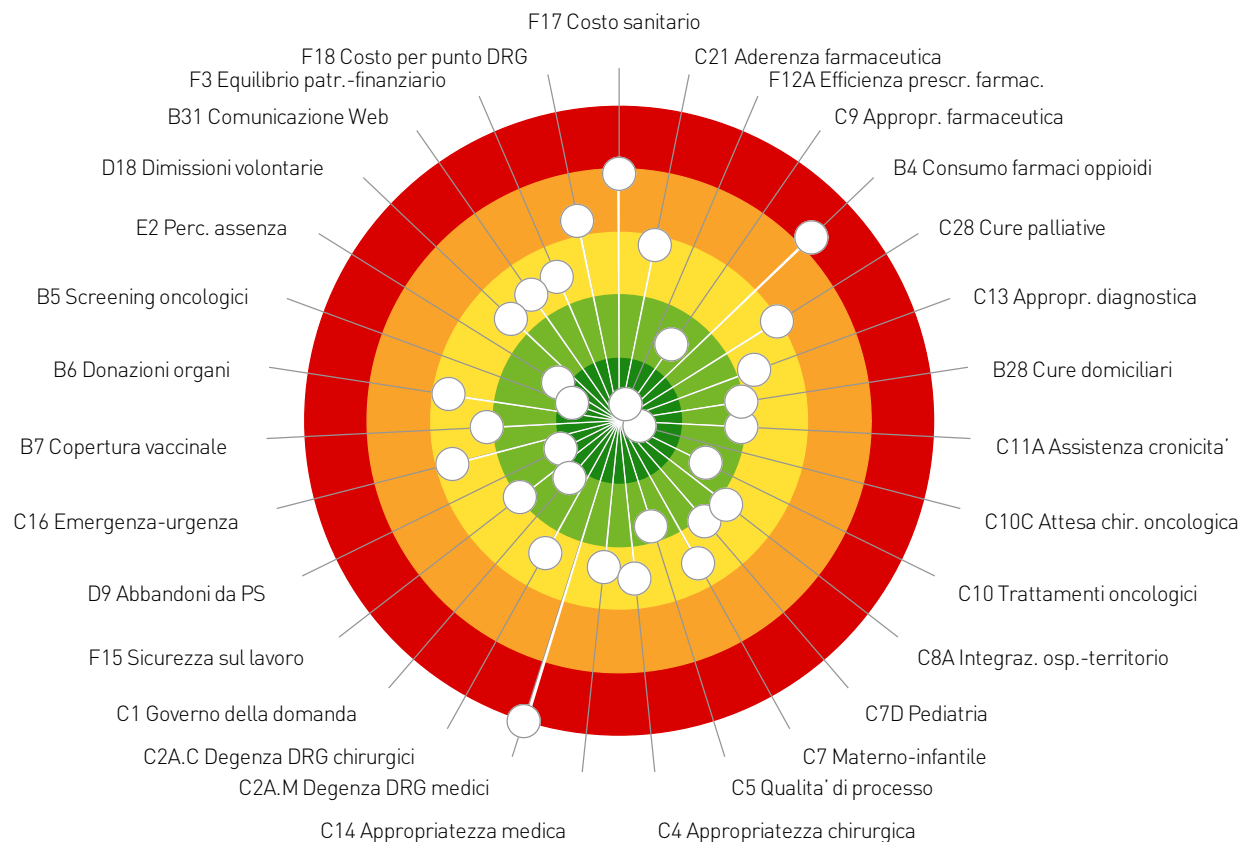
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

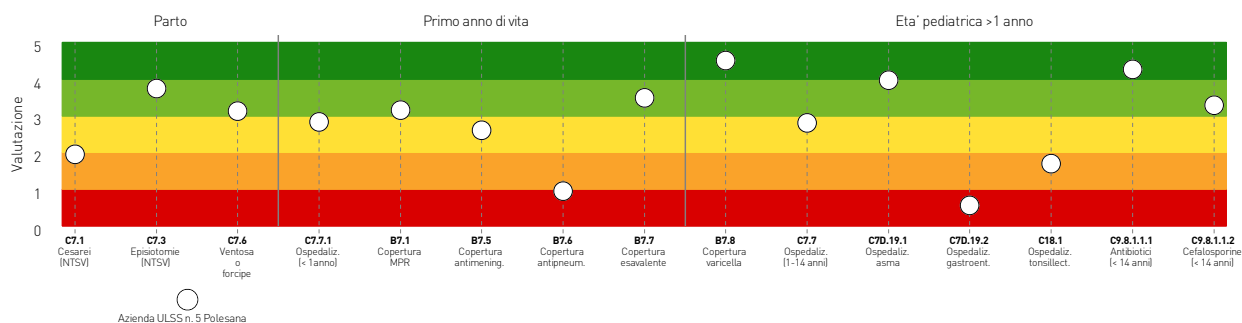
Numero indicatori di valutazione: 96



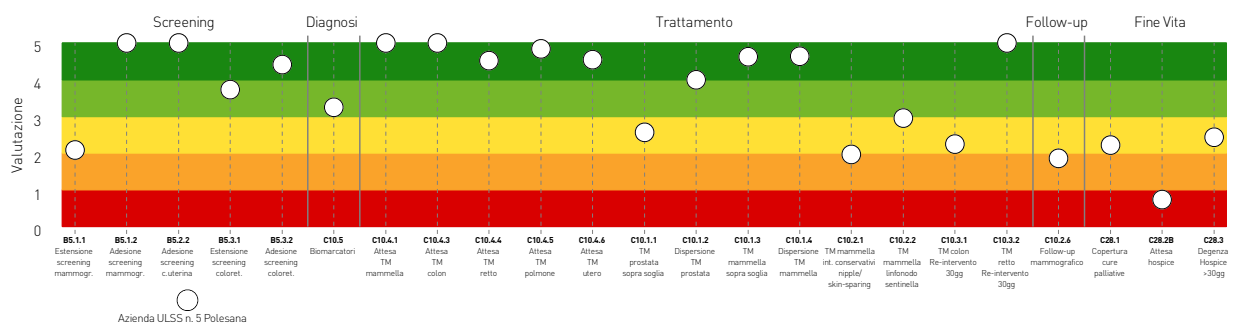
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

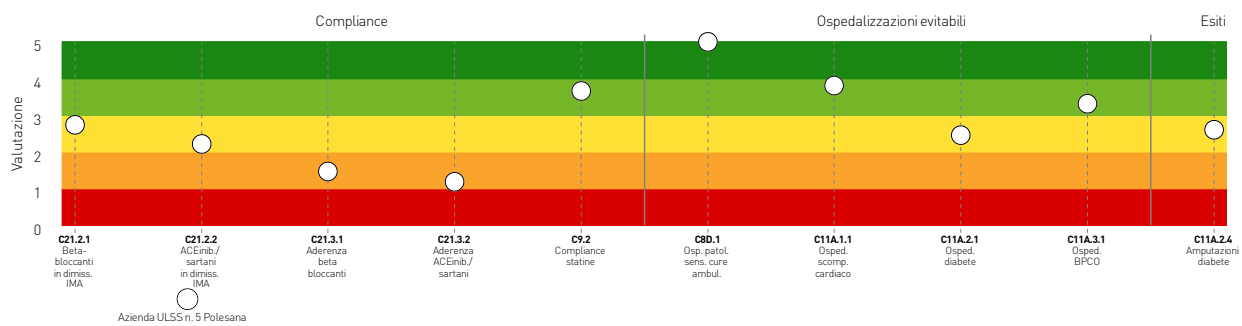




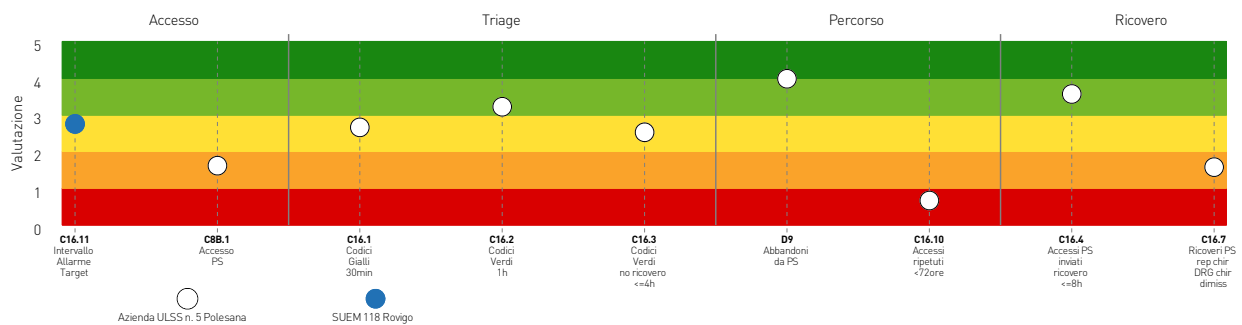
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AZIENDA ULSS N. 6 EUGANEA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



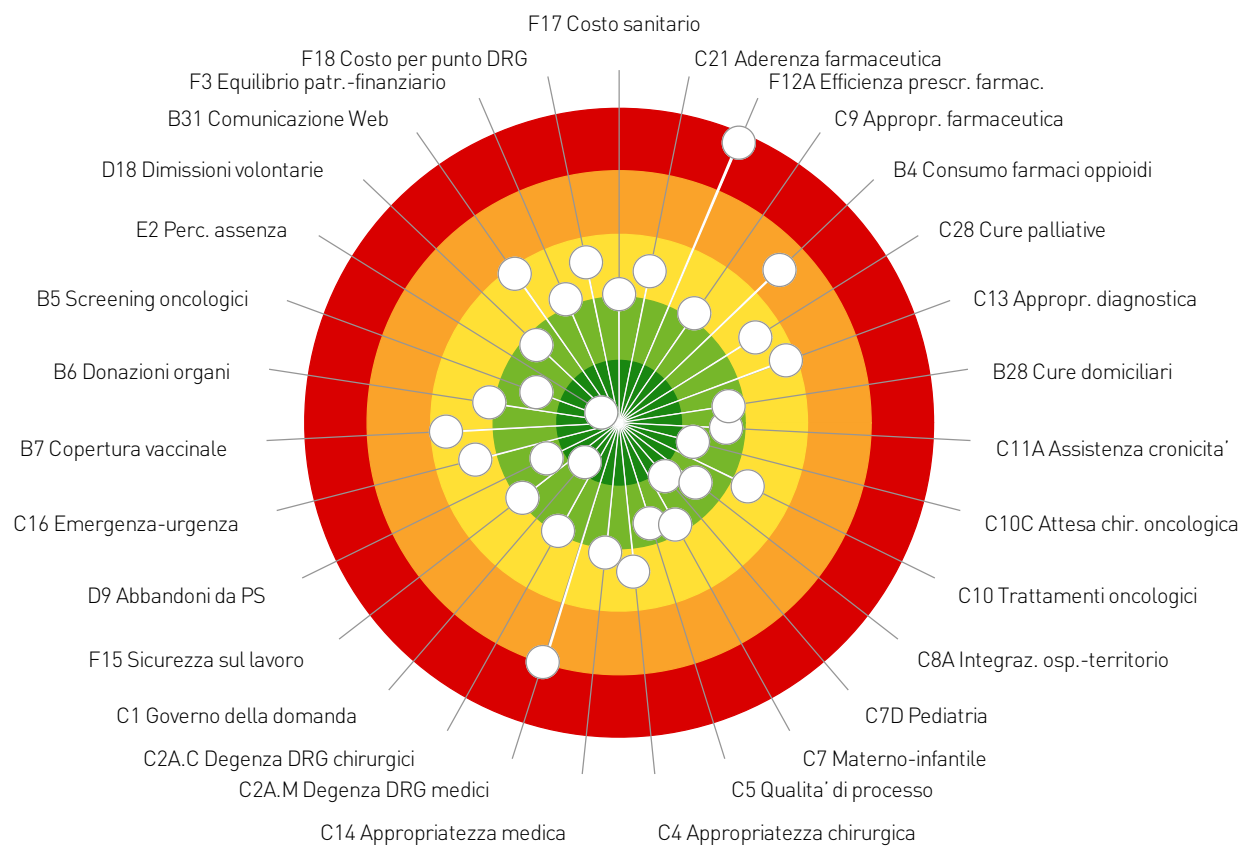
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



A.O. PADOVA

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



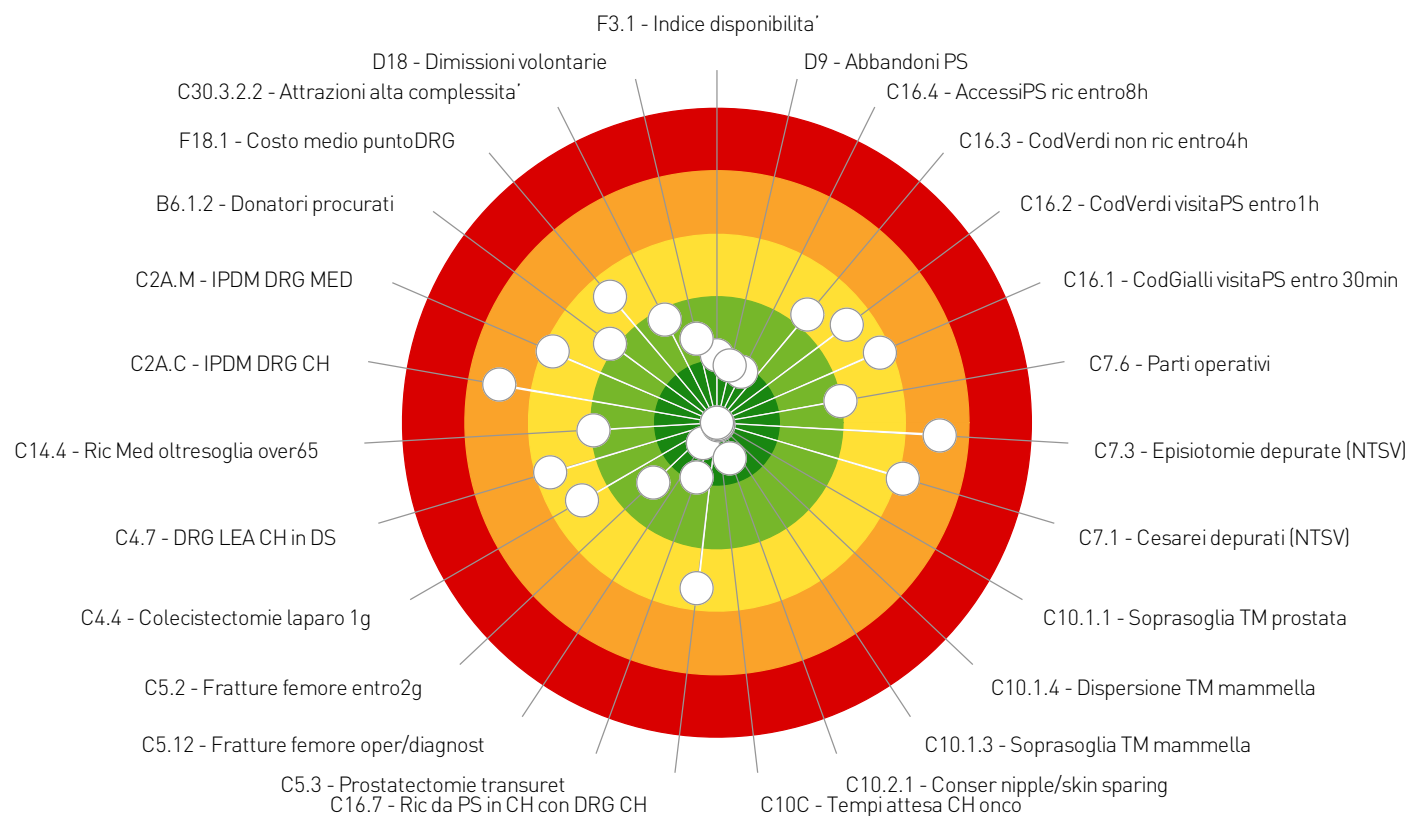
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 39



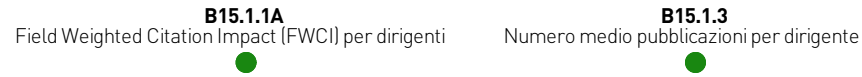
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

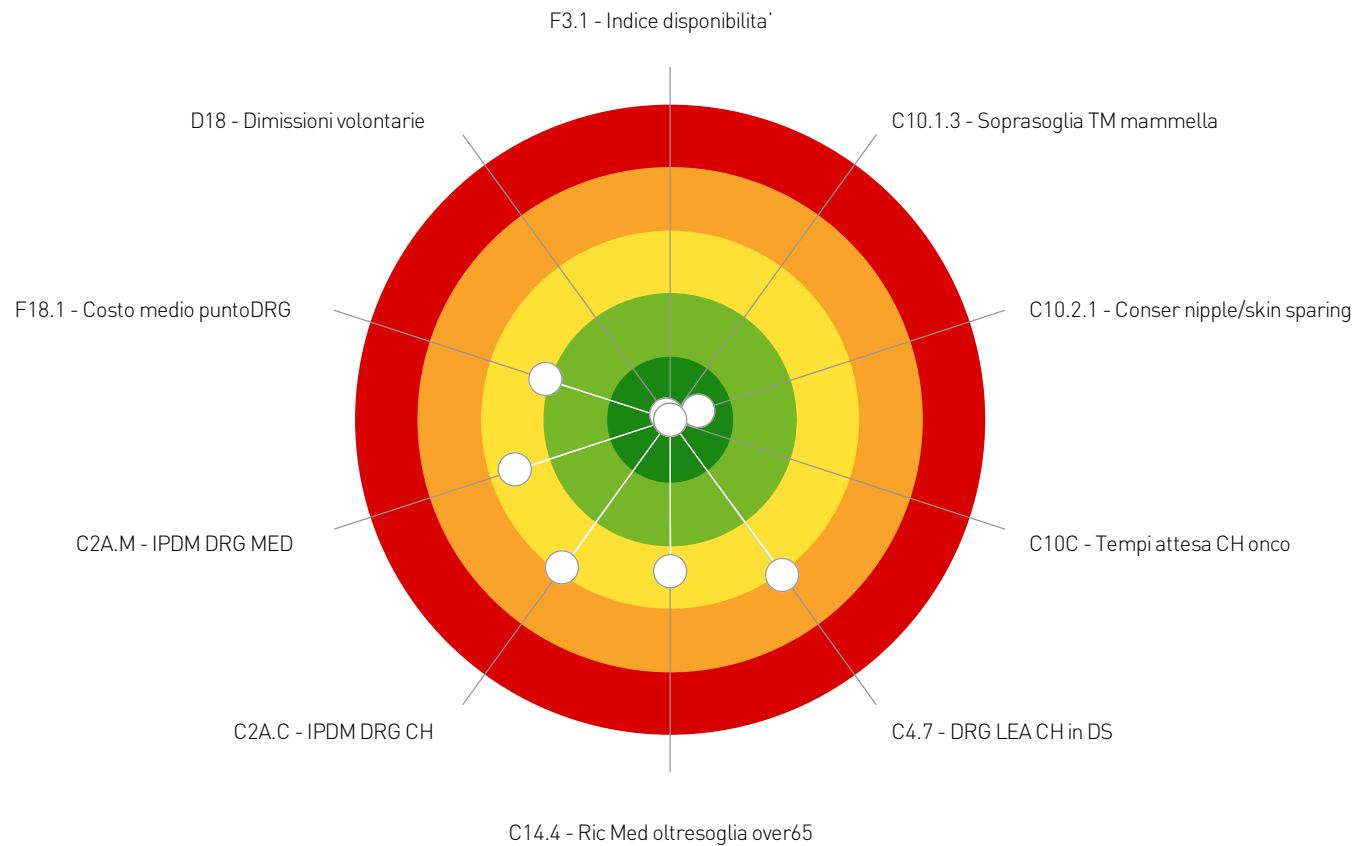


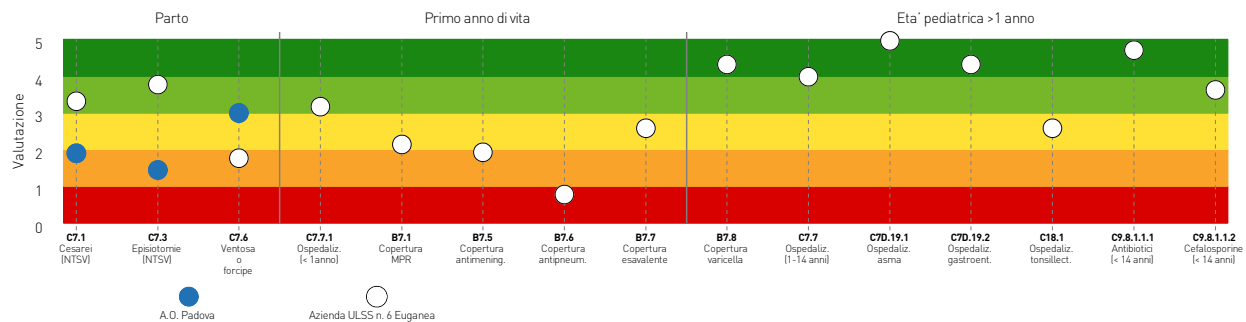
IOV PADOVA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)

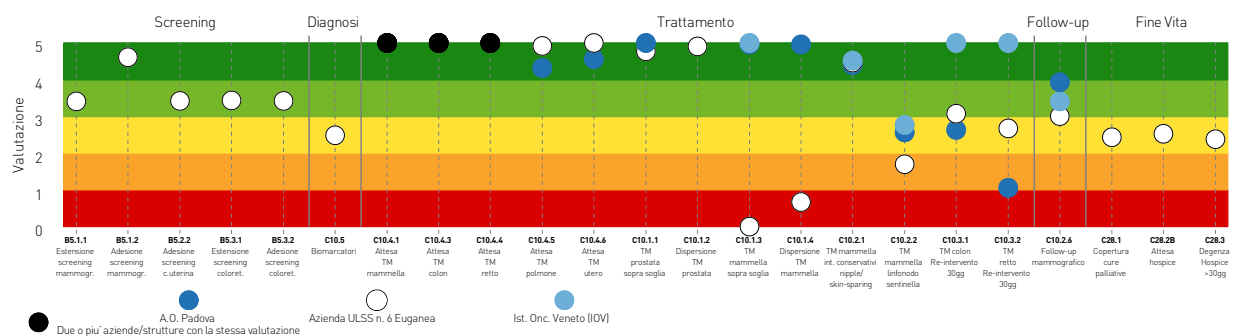


Valutazione della performance 2018

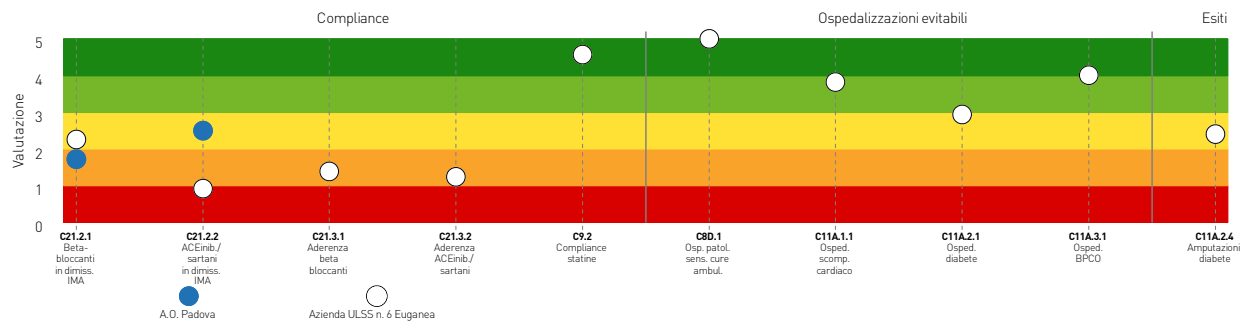




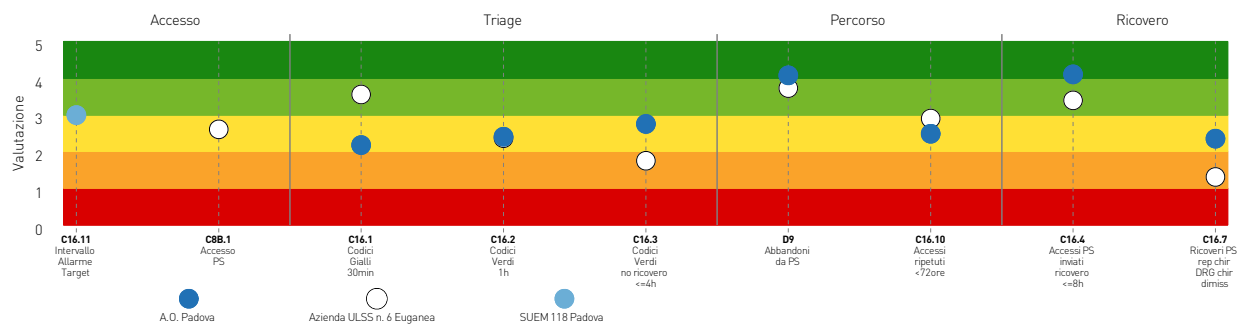
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

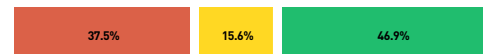
AZIENDA ULSS N. 7 PEDEMONTANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



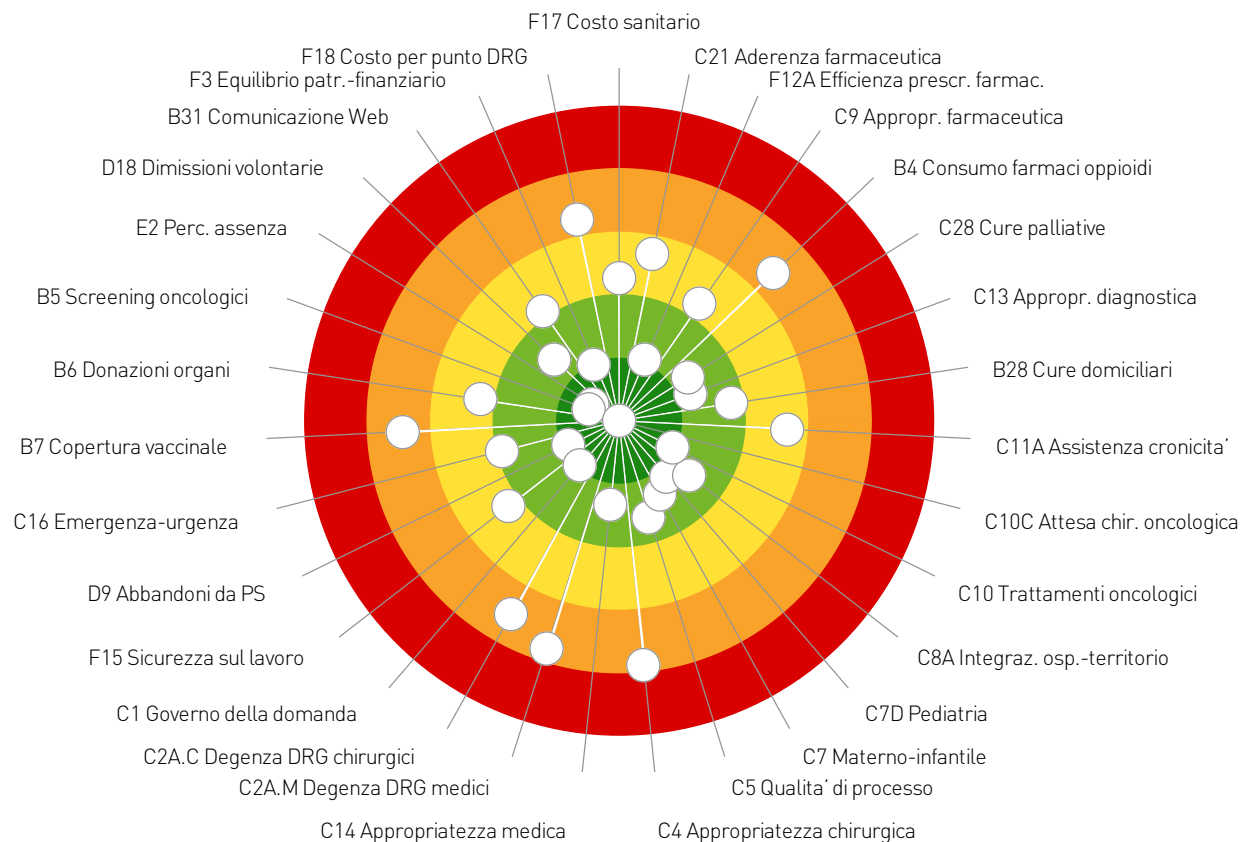
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

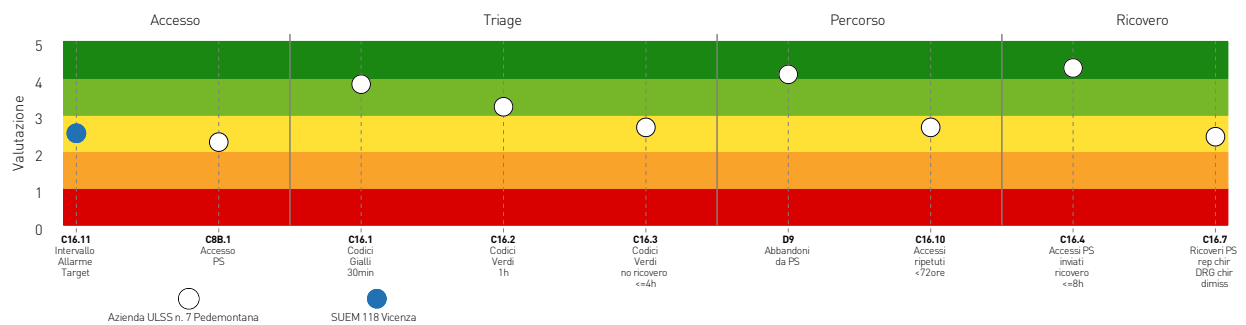
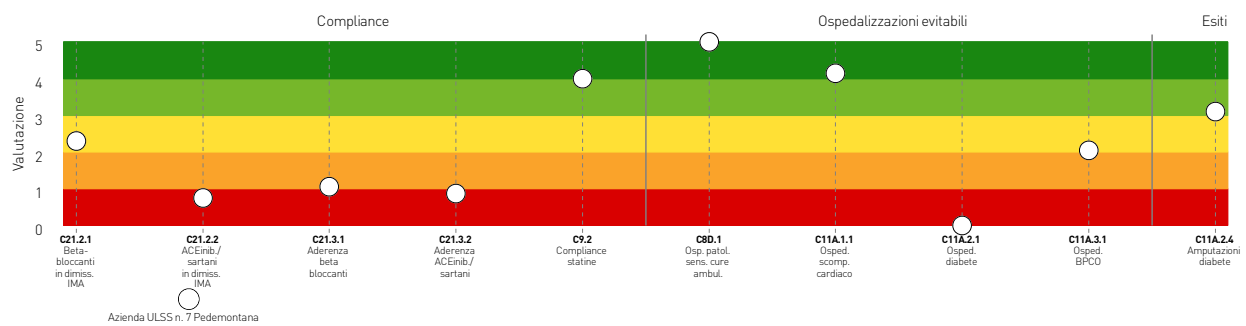
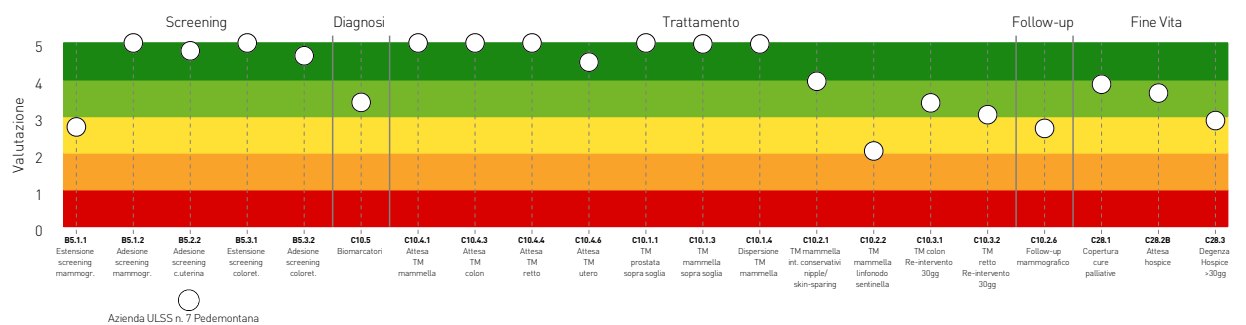
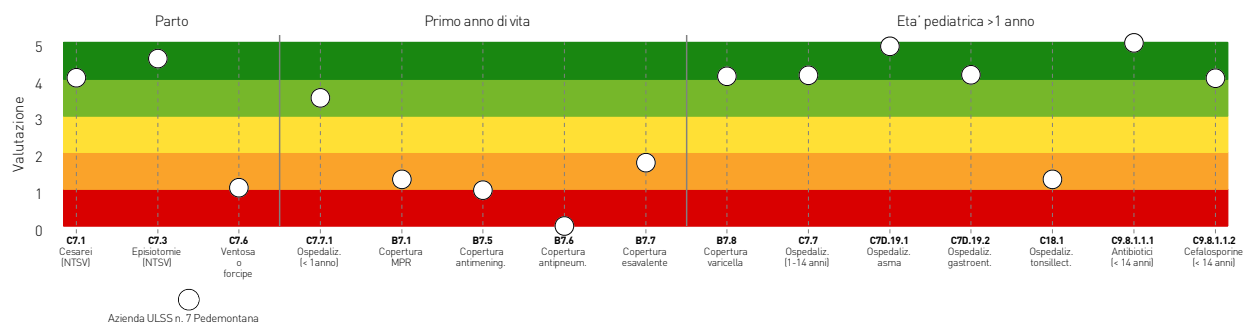
Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

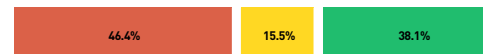
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



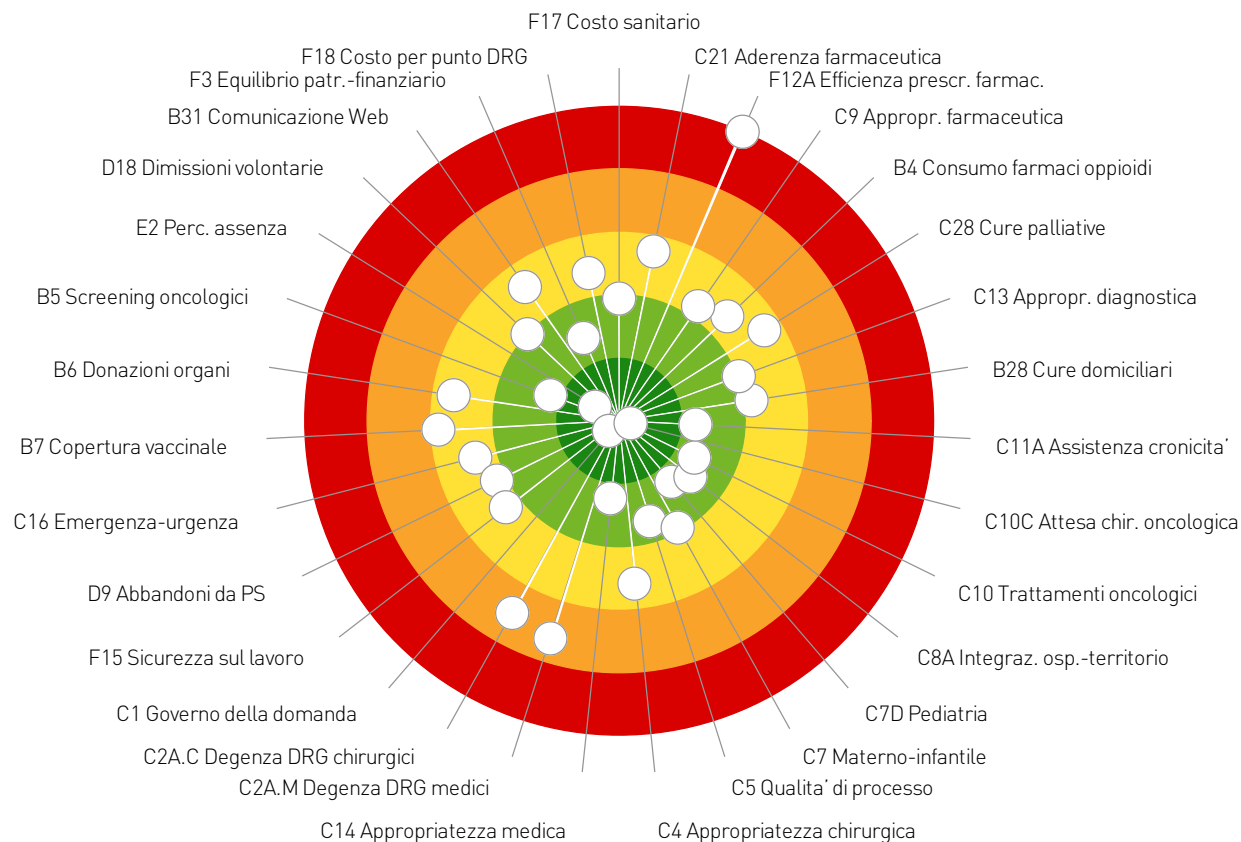
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

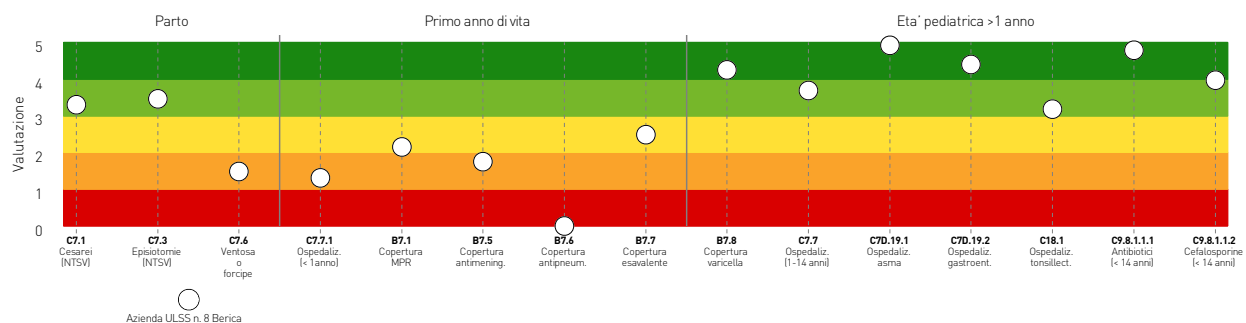
Numero indicatori di valutazione: 96



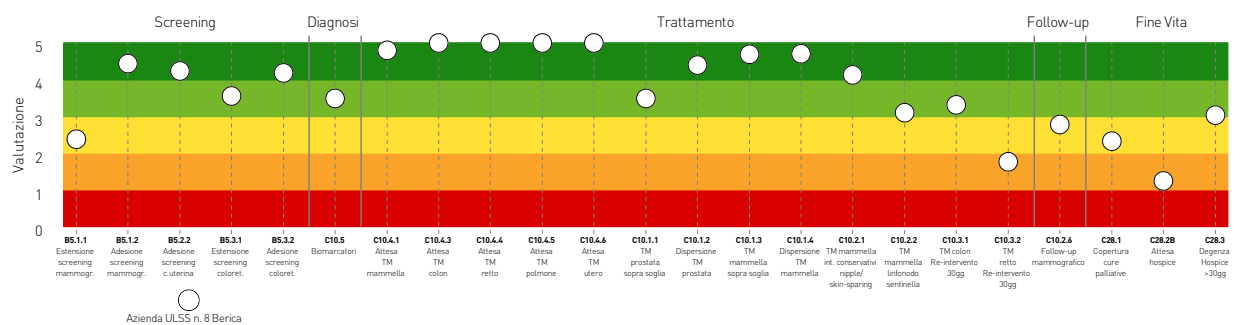
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018

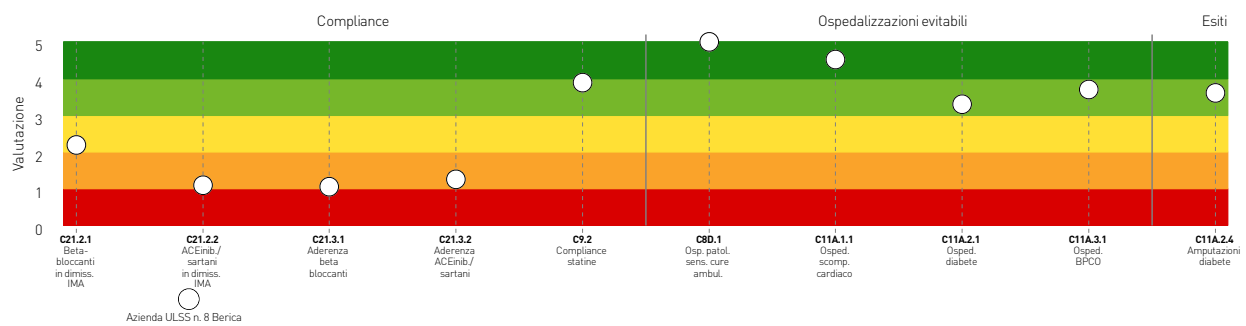




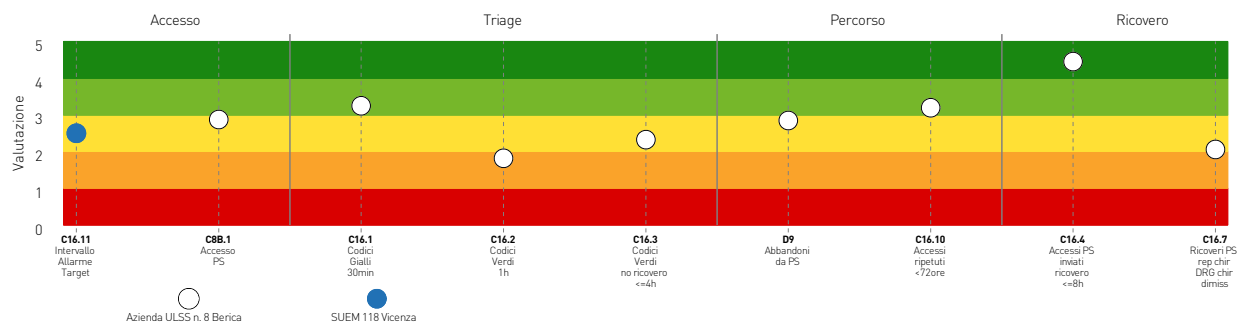
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



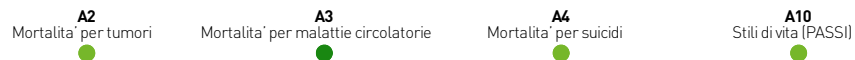
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2014-2016)



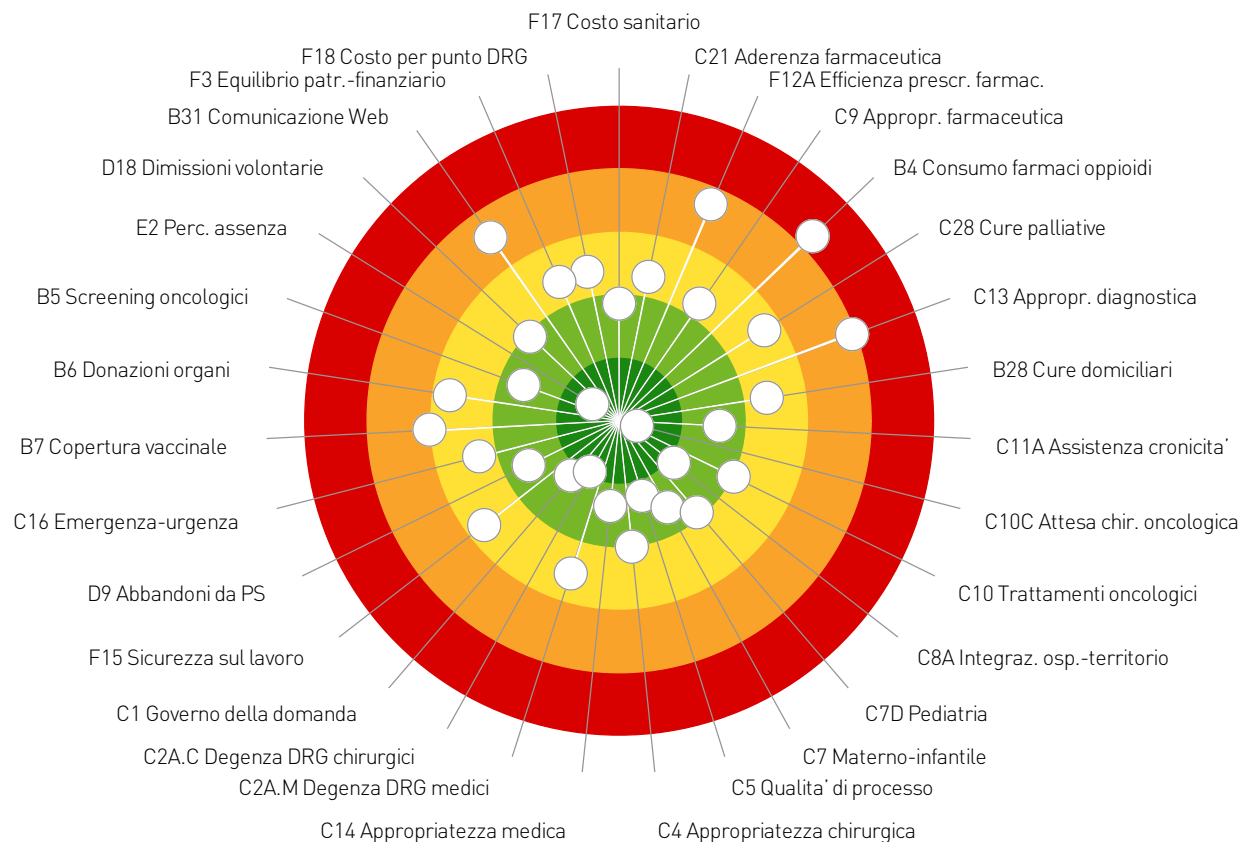
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2018



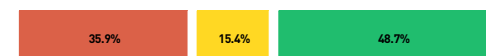
A.O. VERONA

Valutazione dell'attività di ricerca (2015-2017)



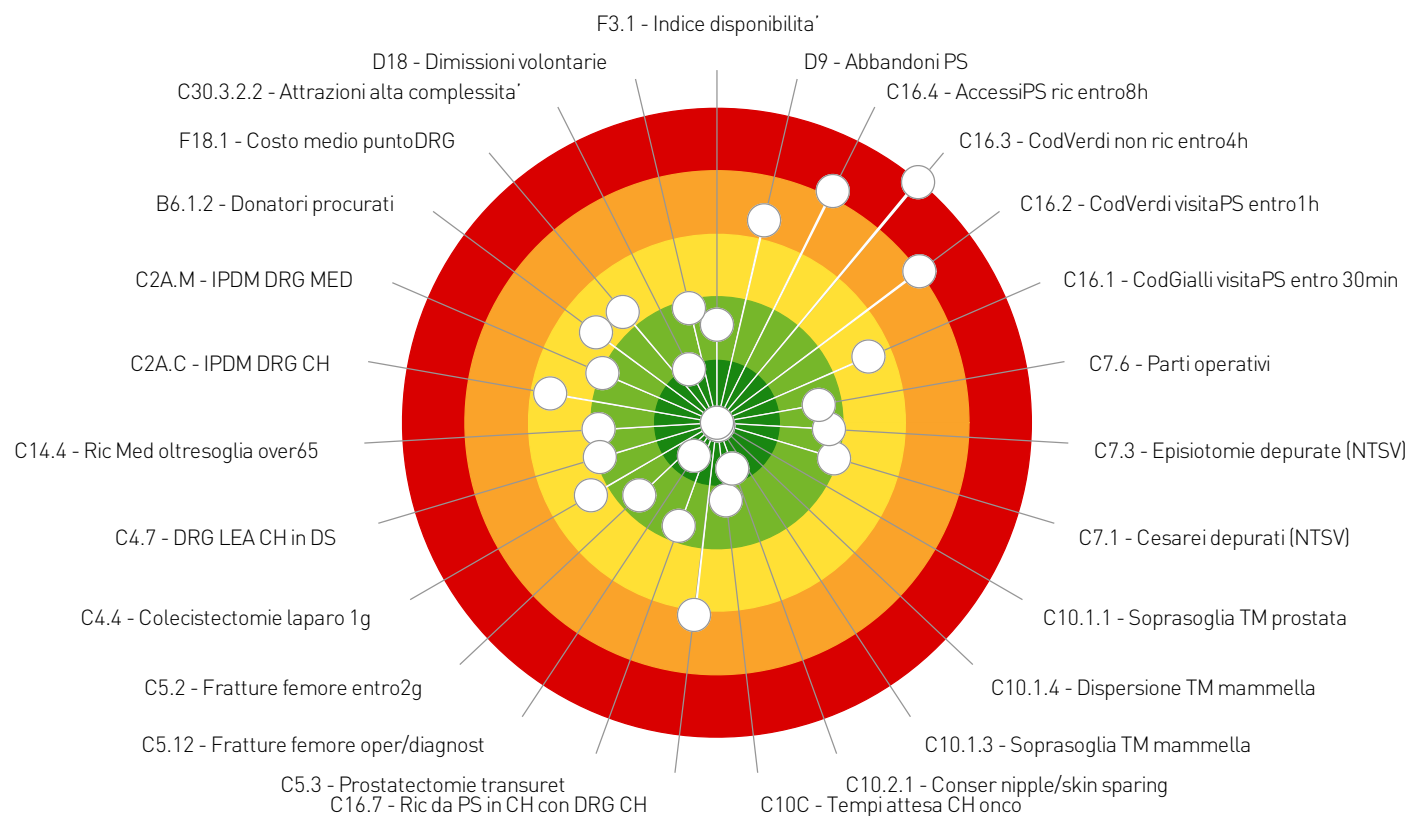
Andamento indicatori - Trend 2017/2018

Numero indicatori di valutazione: 39

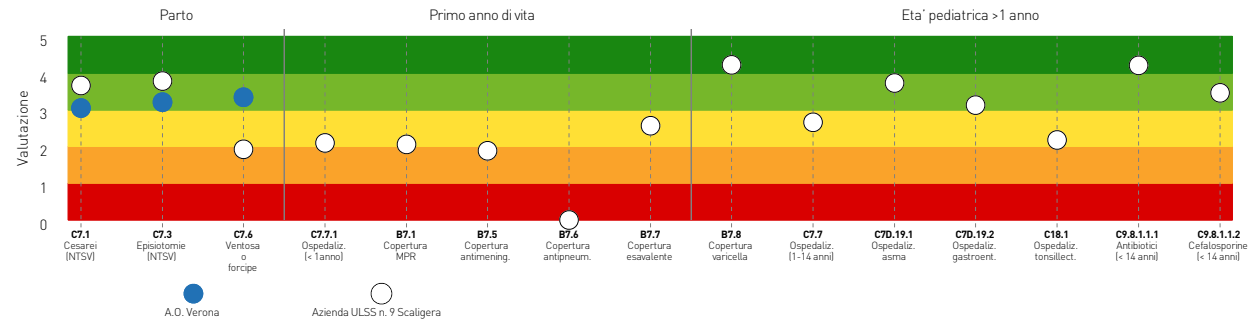


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

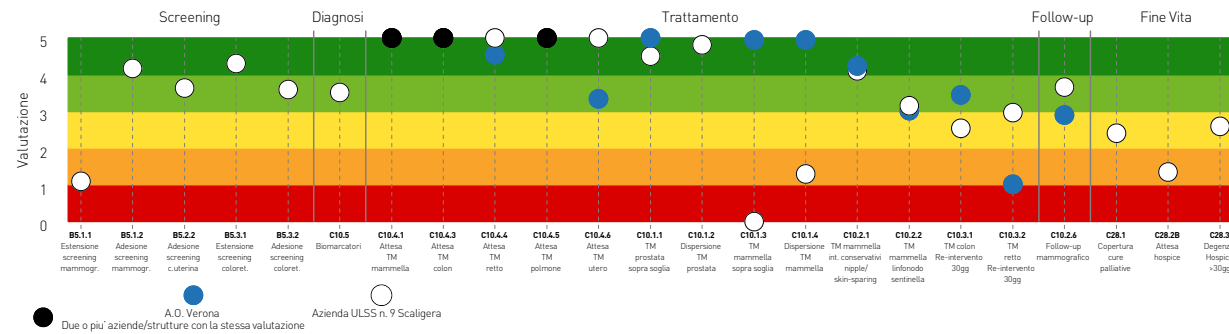
Valutazione della performance 2018



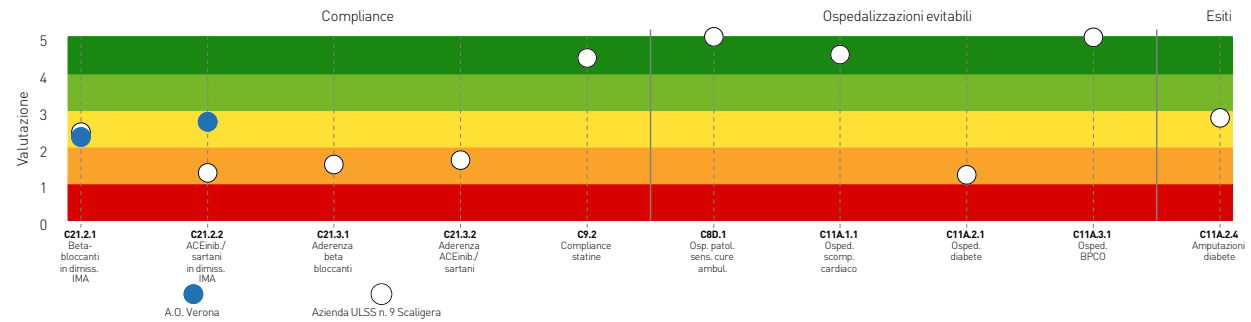
PERCORSO MATERNO INFANTILE



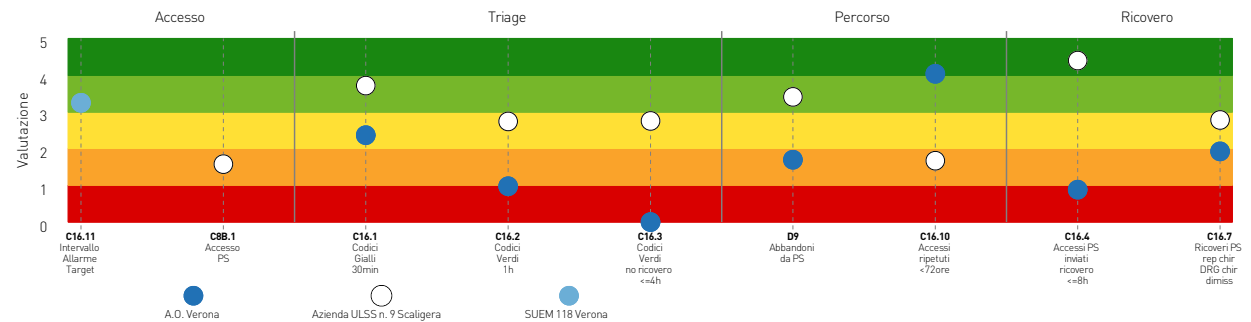
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





4

INDICATORI



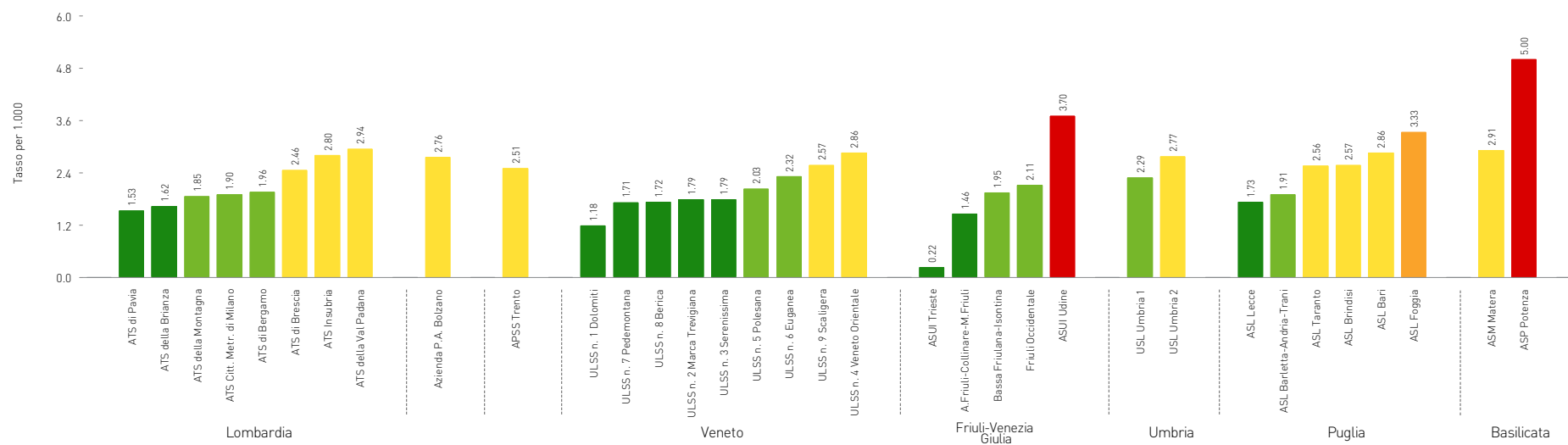
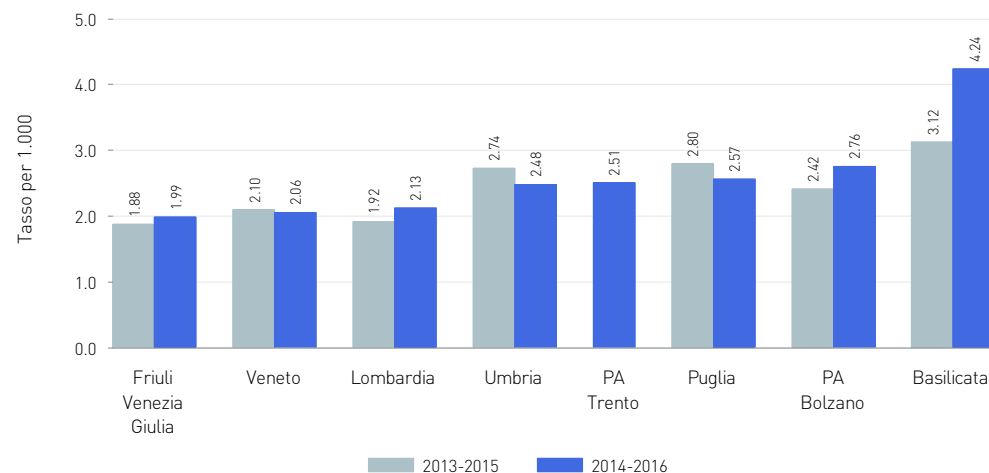


STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE



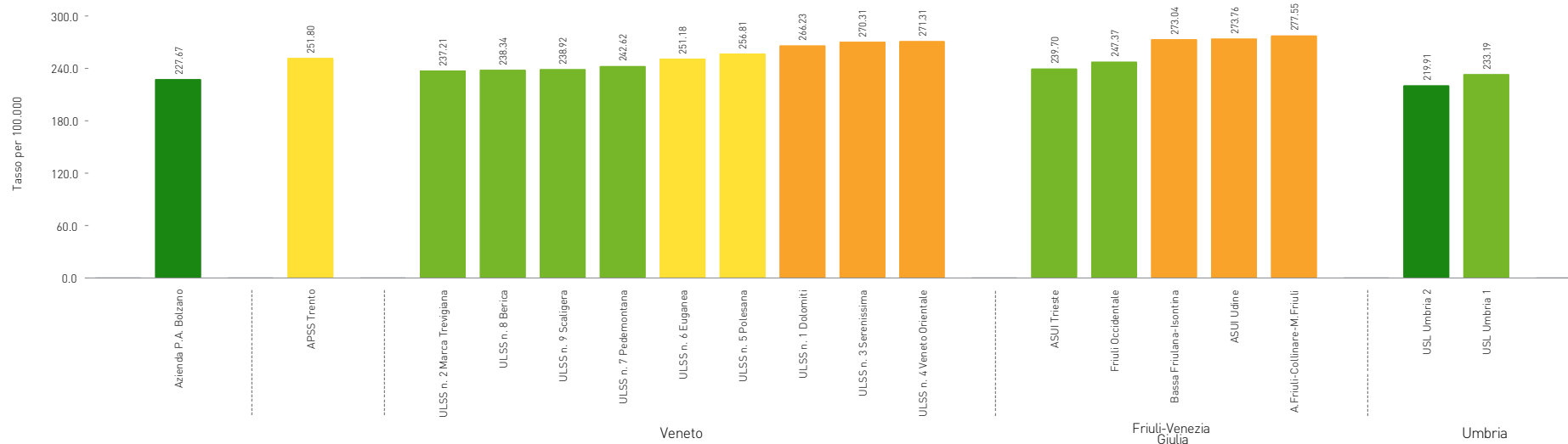
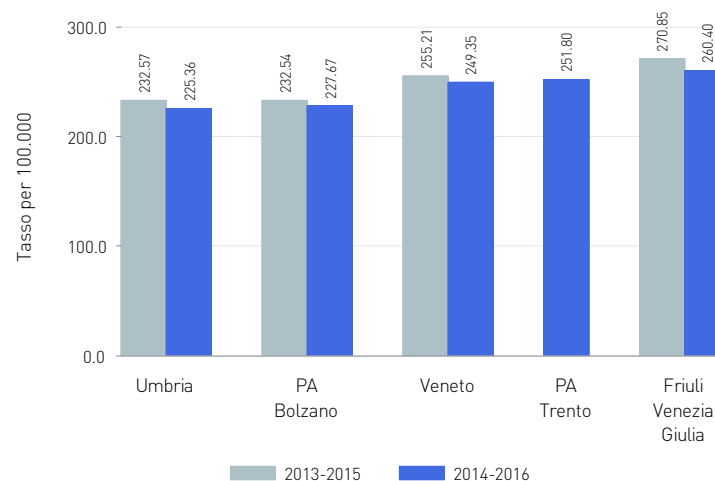
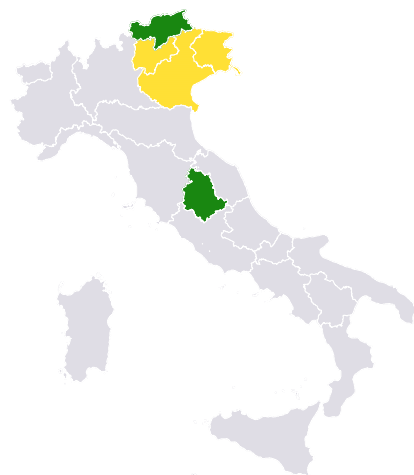
A1.1 Mortalità nel primo anno di vita

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. Il valore relativo all'ASUI Trieste e di conseguenza il valore regionale sono sottostimati a causa di una parziale imputazione delle schede di morte del 2016.



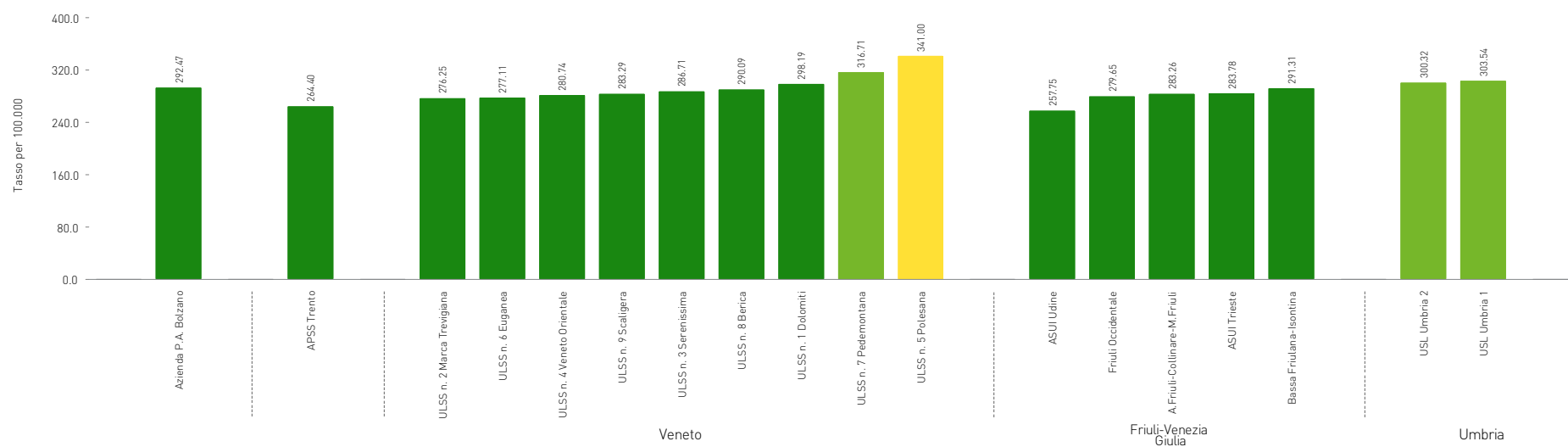
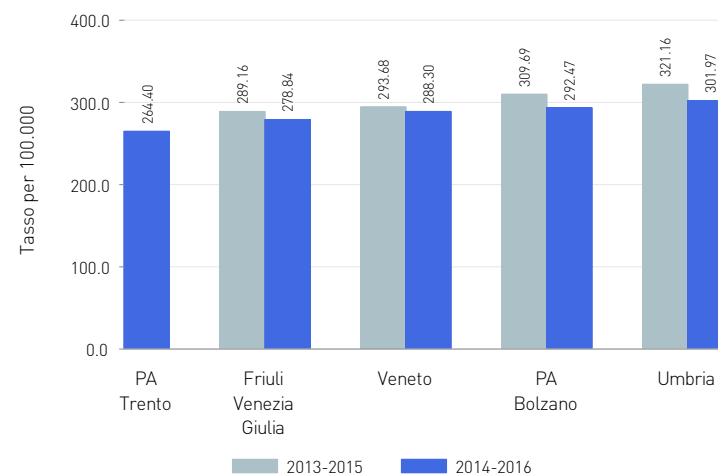
A2 Mortalità per tumori

Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società; sono, infatti, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi) (Rapporto Osservasalute 2012). Nel 2014 i cittadini italiani che, nel corso della vita, hanno ricevuto una diagnosi di tumore sono circa 2 milioni e 900 mila ("I numeri del cancro in Italia 2014", AIOM-AIRTUM). Per quanto riguarda la mortalità, i dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione in tutte le aree del Paese, sebbene più marcata nel Centro-Nord rispetto al Sud; nel periodo 1996-2014 la mortalità diminuisce del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne: ciò è da imputarsi prevalentemente al miglioramento dell'efficacia delle terapie e alla maggiore tempestività nella diagnosi, grazie anche ai programmi di screening ormai diffusi (www.epicentro.iss.it). Anche questo indicatore è stato inserito nel sistema di valutazione al fine di descrivere lo stato di salute della popolazione, il cui miglioramento rappresenta comunque lo sfondo dell'azione delle istituzioni sanitarie.



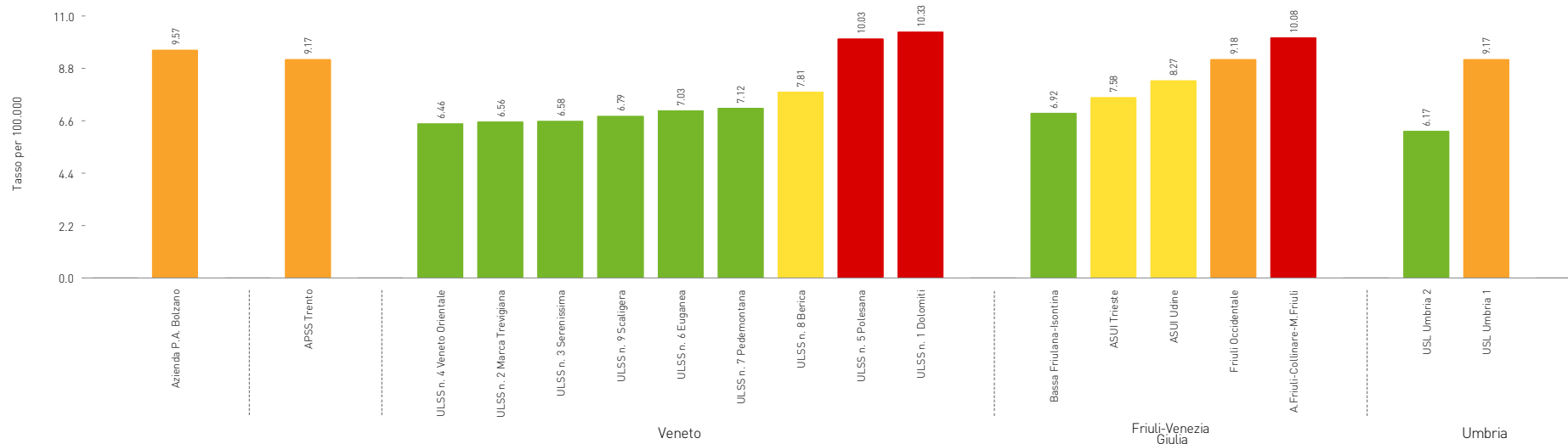
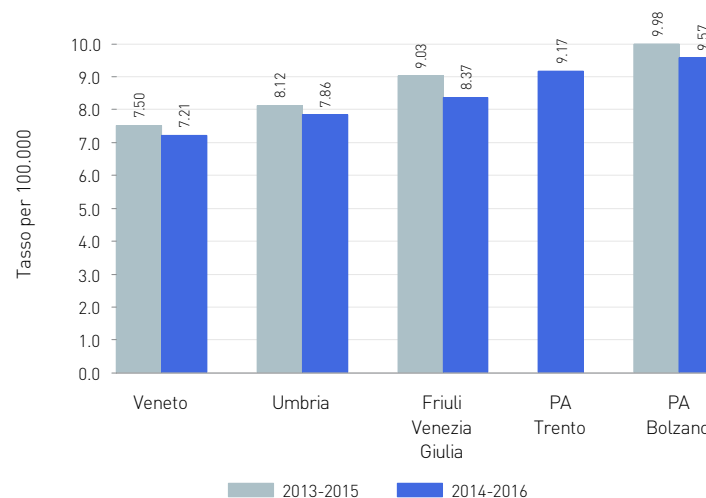
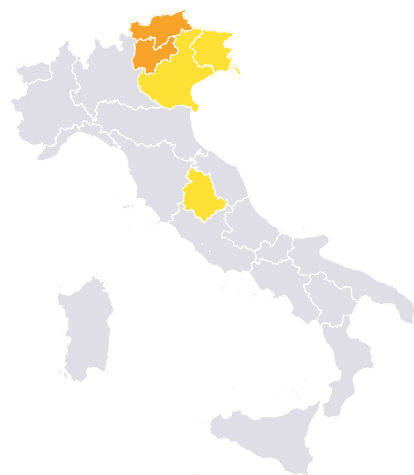
A3 Mortalità per malattie circolatorie

Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria, in quanto colpisce, indifferentemente, sia le fasce di popolazione più ricche che quelle a più basso reddito. Sono stati attivati, pertanto, programmi di monitoraggio sulla mortalità e sull'incidenza della patologia e, nel contempo, l'OMS ha fornito indicazioni atte a promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità (Rapporto Osservasalute 2010). 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 ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche per riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.



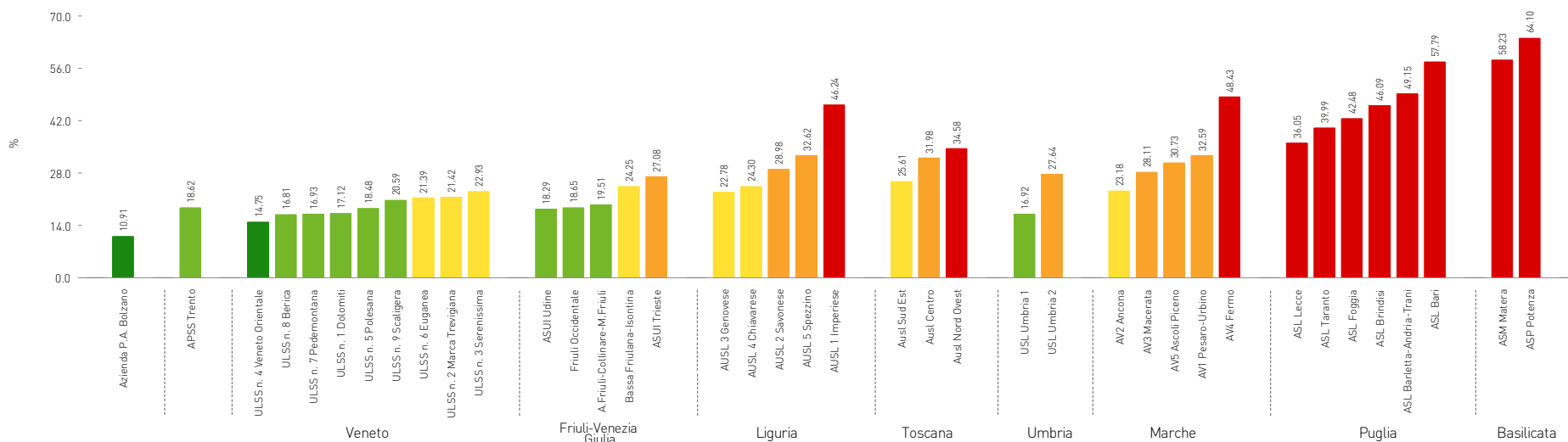
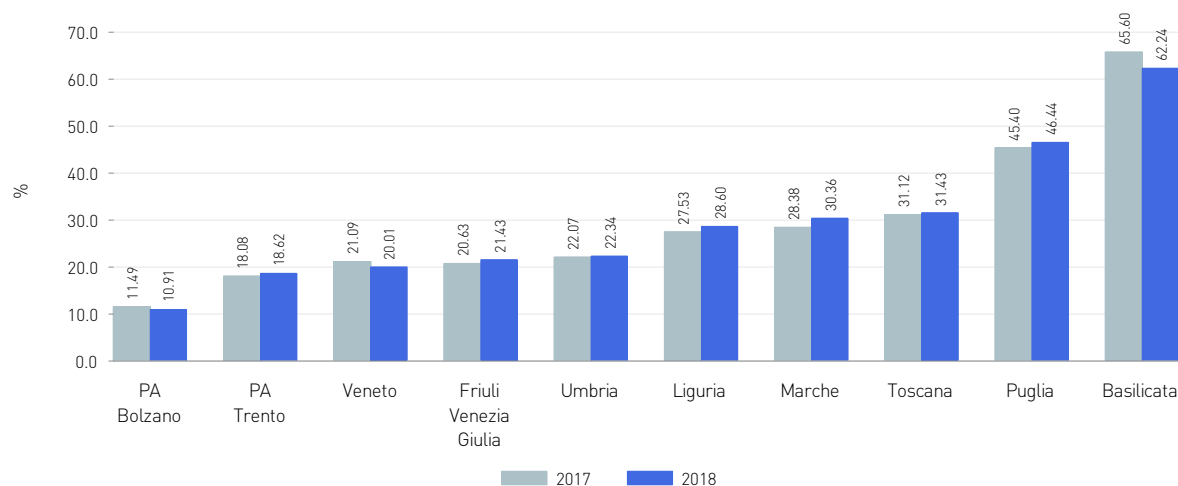
A4 Mortalità per suicidi

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 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 (www.who.int), con il tasso che tende a crescere all'aumentare dell'età. 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.



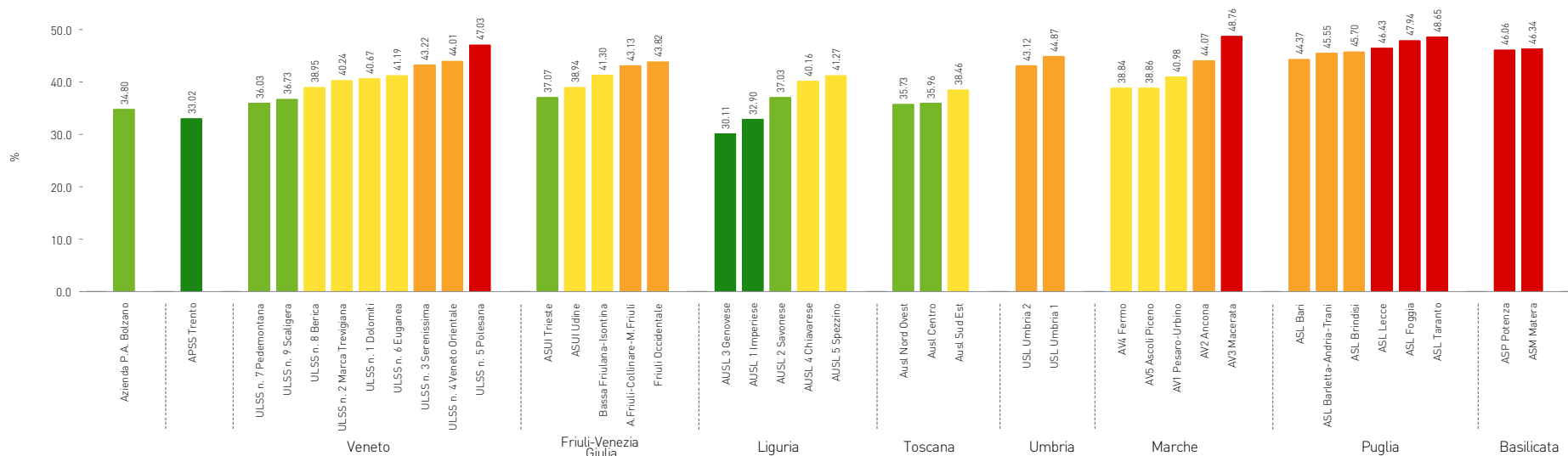
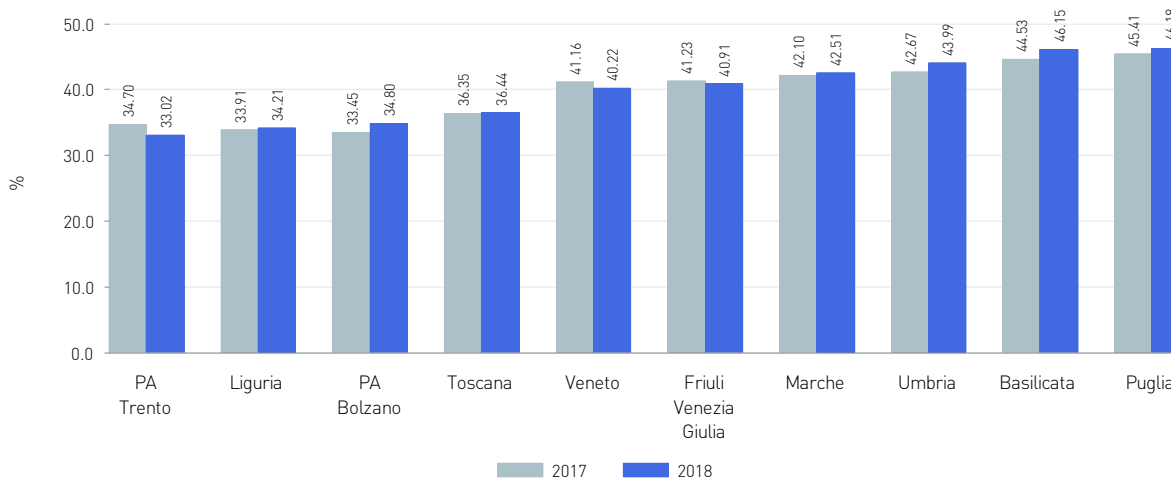
A10.1.1 Percentuale di sedentari

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.



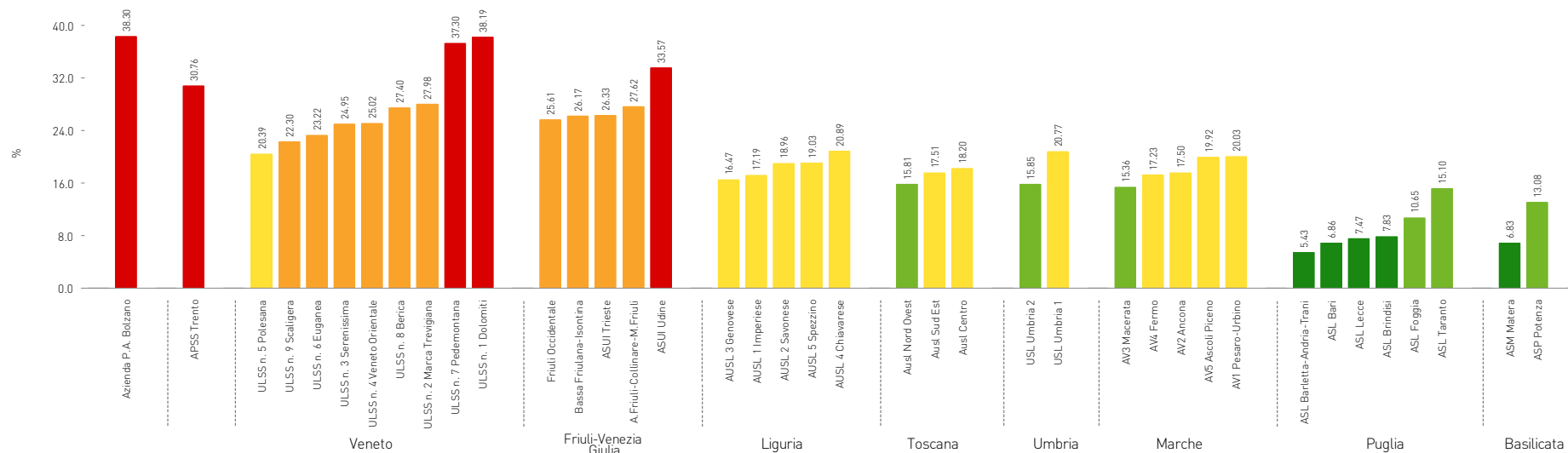
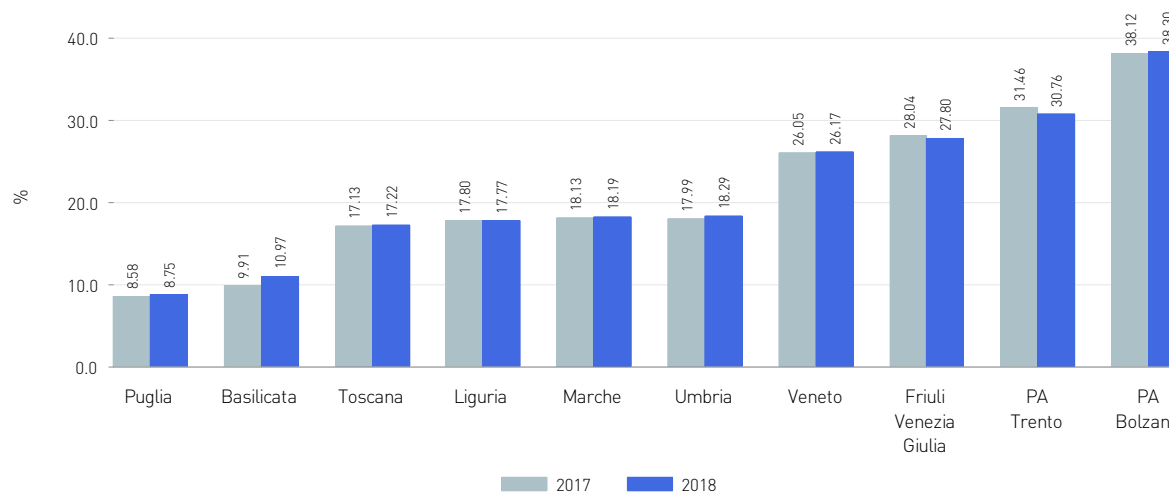
A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

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. Le categorie di Imc sono quattro. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.



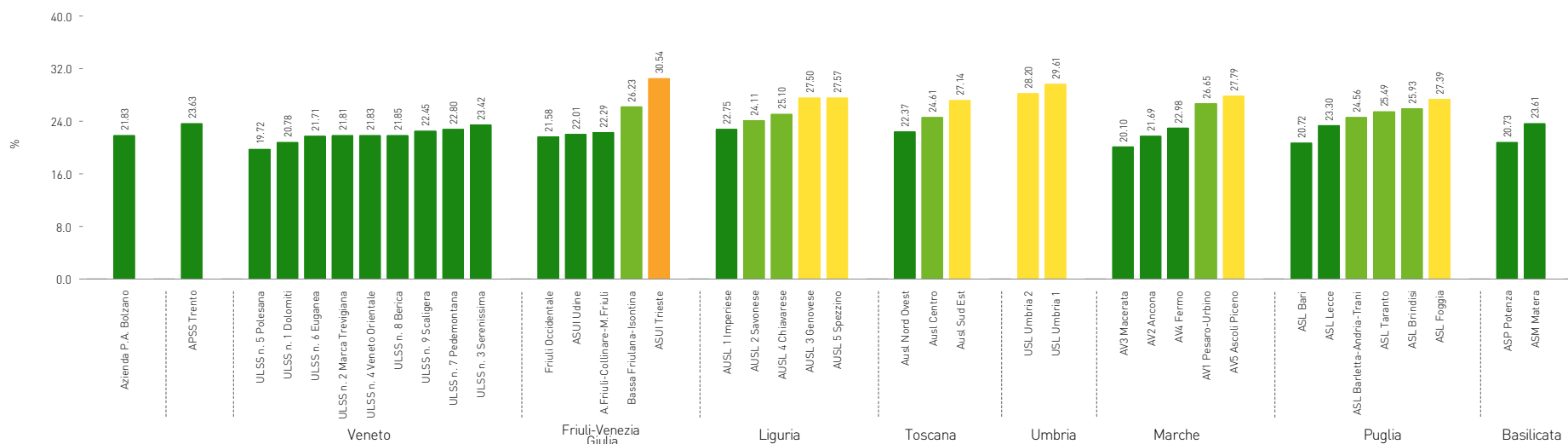
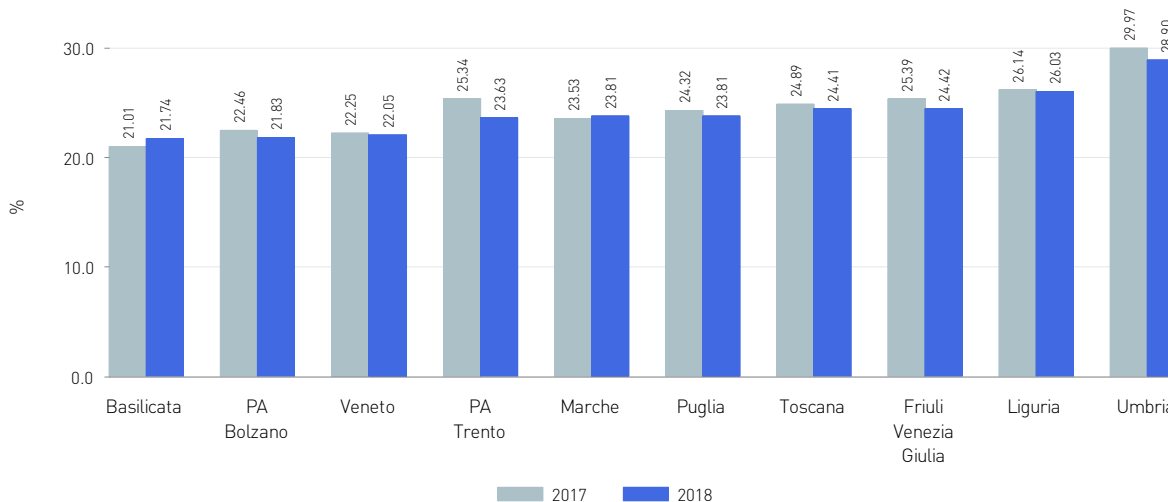
A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

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, 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.



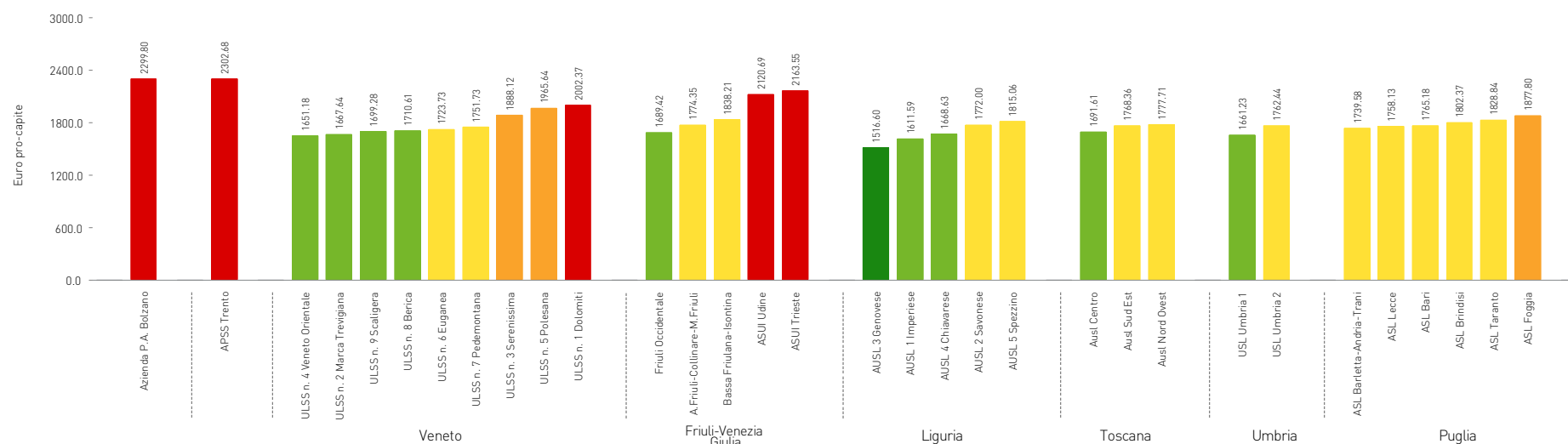
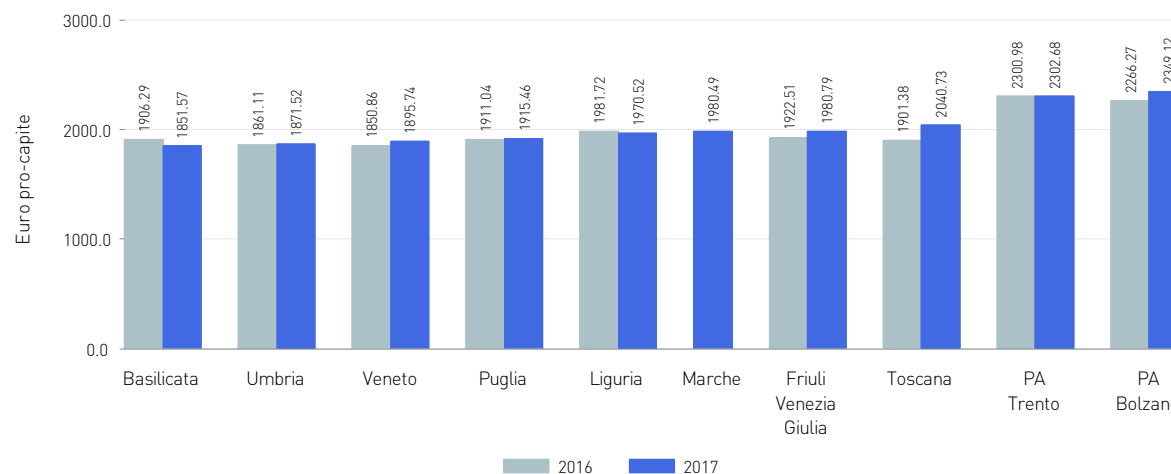
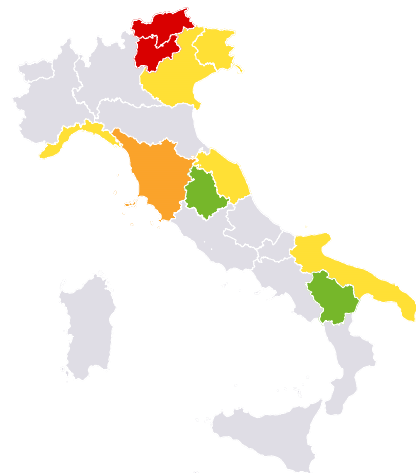
EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ





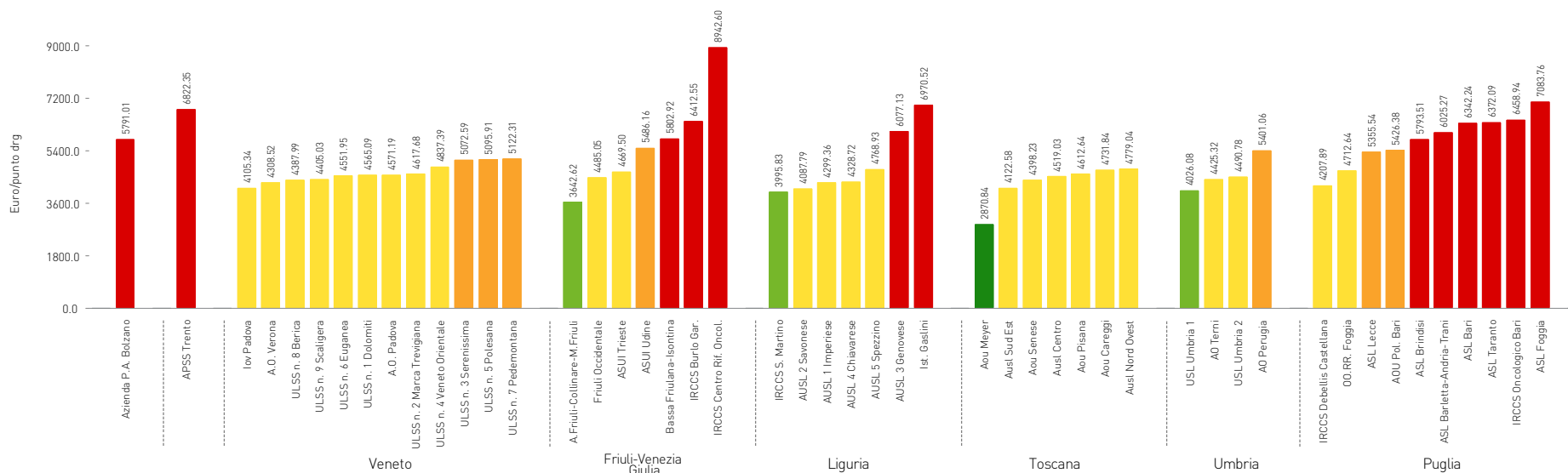
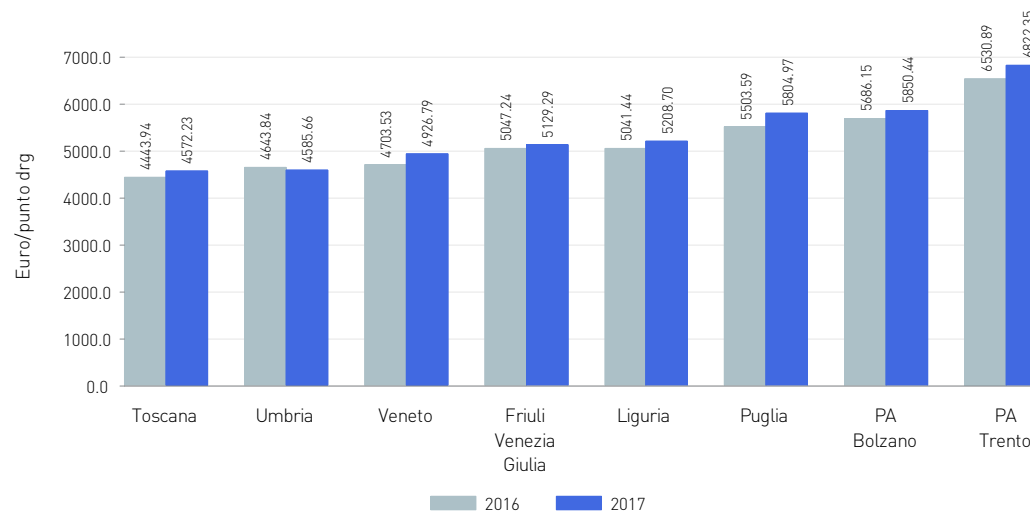
F17 Costo sanitario pro capite

L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dall'azienda sanitaria territoriale per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale. I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che questi siano pari ai costi sostenuti dall'azienda per erogare servizi ai non-residenti. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle aziende ospedaliere ma soltanto il valore (riconosciuto) delle prestazioni da queste erogate ai residenti dei vari territori delle Ausl regionali. In questo modo le Ausl sono valutate per la loro capacità di contenere i costi per i servizi erogati ai propri residenti senza considerare la struttura e le scelte organizzative di altre aziende (come le AO). Per poter comprendere invece quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Ausl, ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale); per questo motivo sono state calcolate due distinte fasce di valutazione, una per le sole regioni e una per tutte le aziende. La fonte dei dati è il flusso CE dell'anno 2017 e la popolazione fornita dal Ministero della Salute.



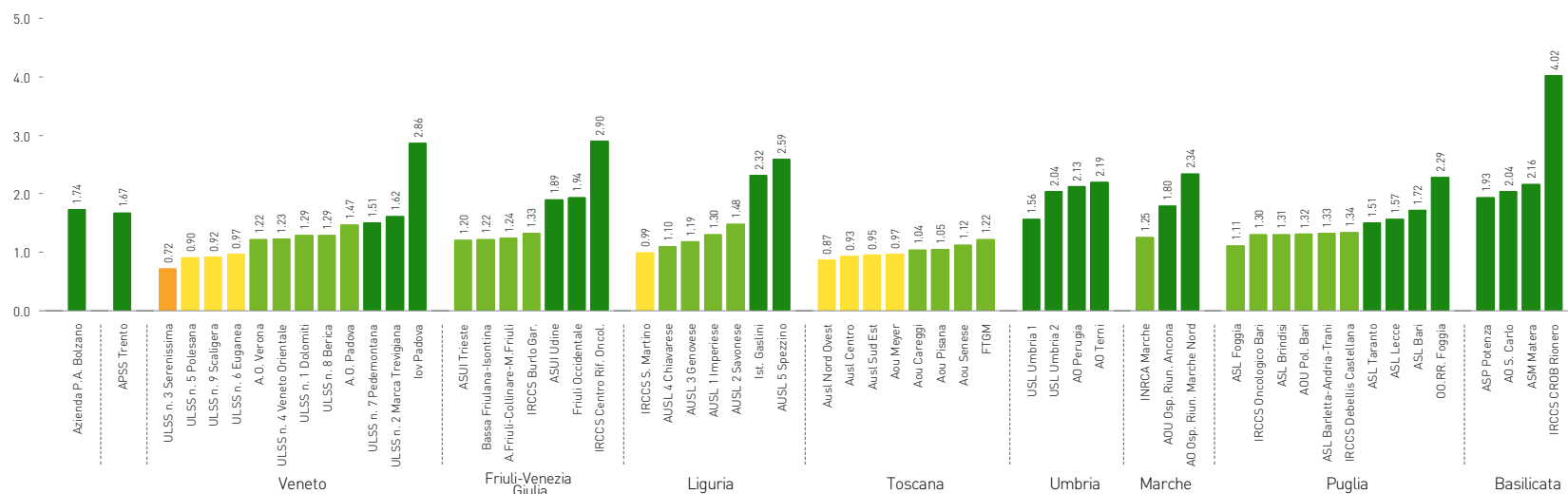
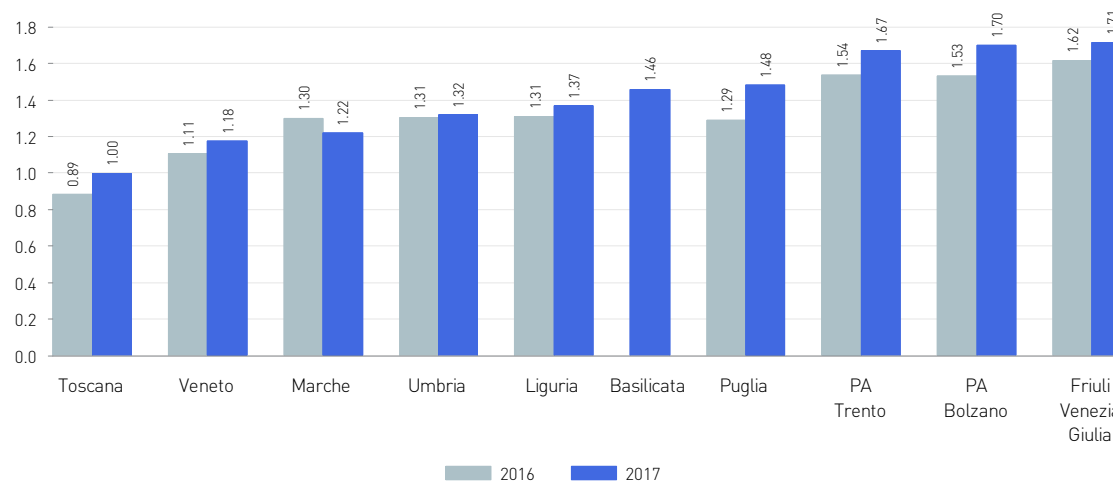
F18.1 Costo medio per punto DRG

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). I dati si riferiscono all'anno 2017.



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 bilancio 2017.



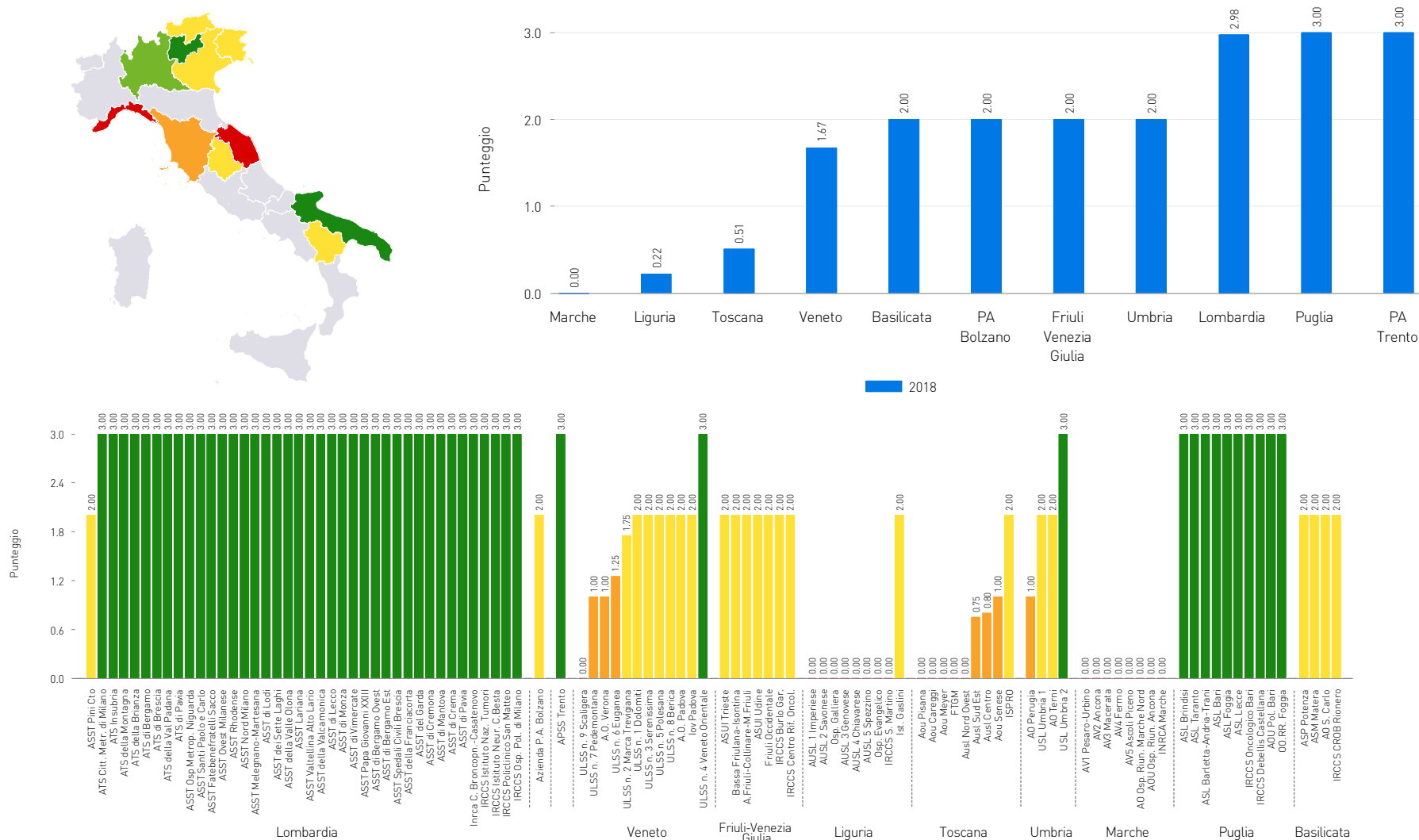


UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE



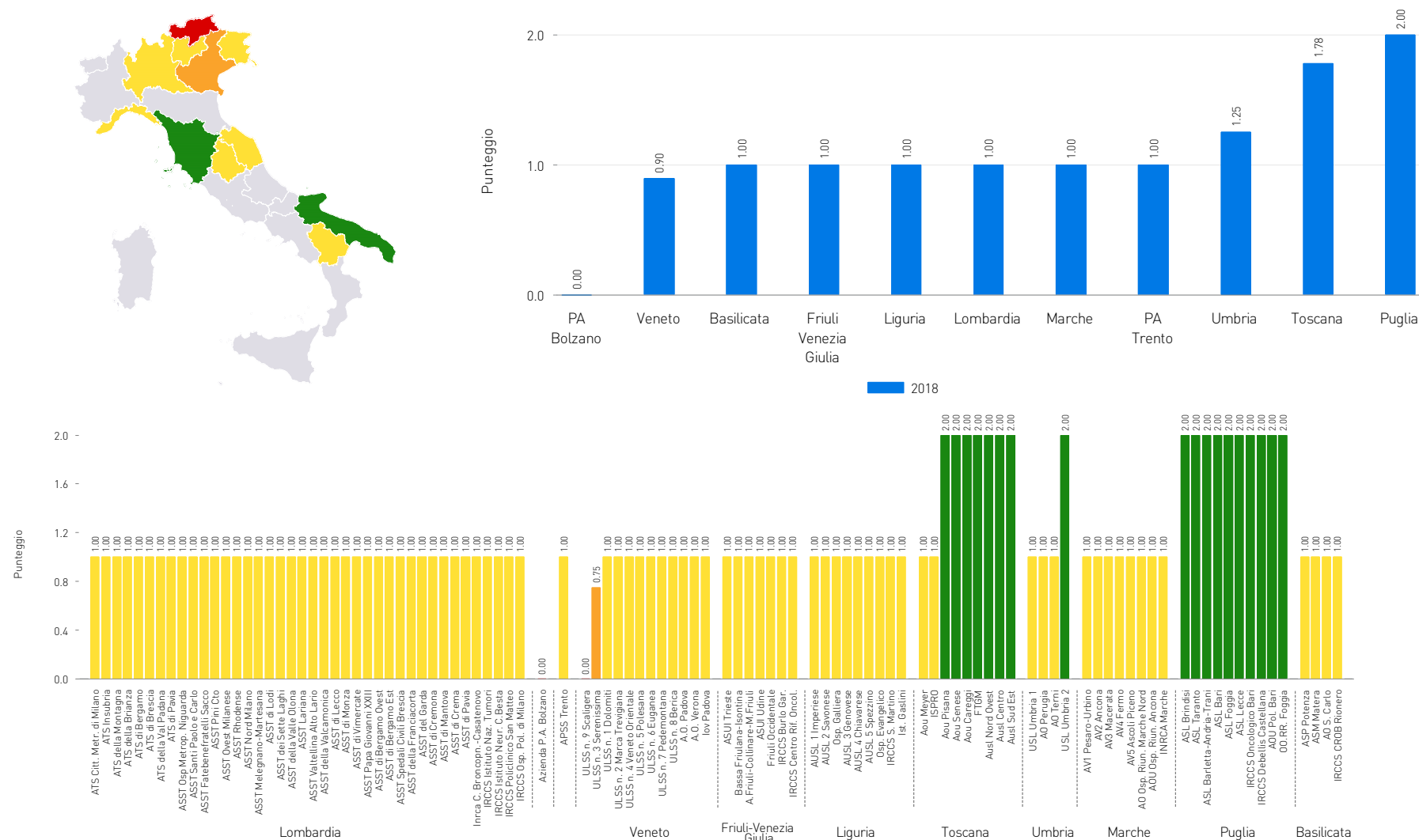
B31.1.1A Digitalizzazione dei servizi di prenotazione delle visite specialistiche

L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione delle visite specialistiche mediante canali digitali. Verifica se l'Azienda offre il servizio di prenotazione online tramite il sito web e/o l'applicazione (APP) mobile (per smartphone). Intende misurare quanto ampia sia l'offerta delle Aziende in termini di canali di accesso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie. Sono esclusi gli strumenti "salta-fila", che permettono di ritirare il ticket per l'accesso diretto ad una prestazione sanitaria come le analisi di laboratorio.



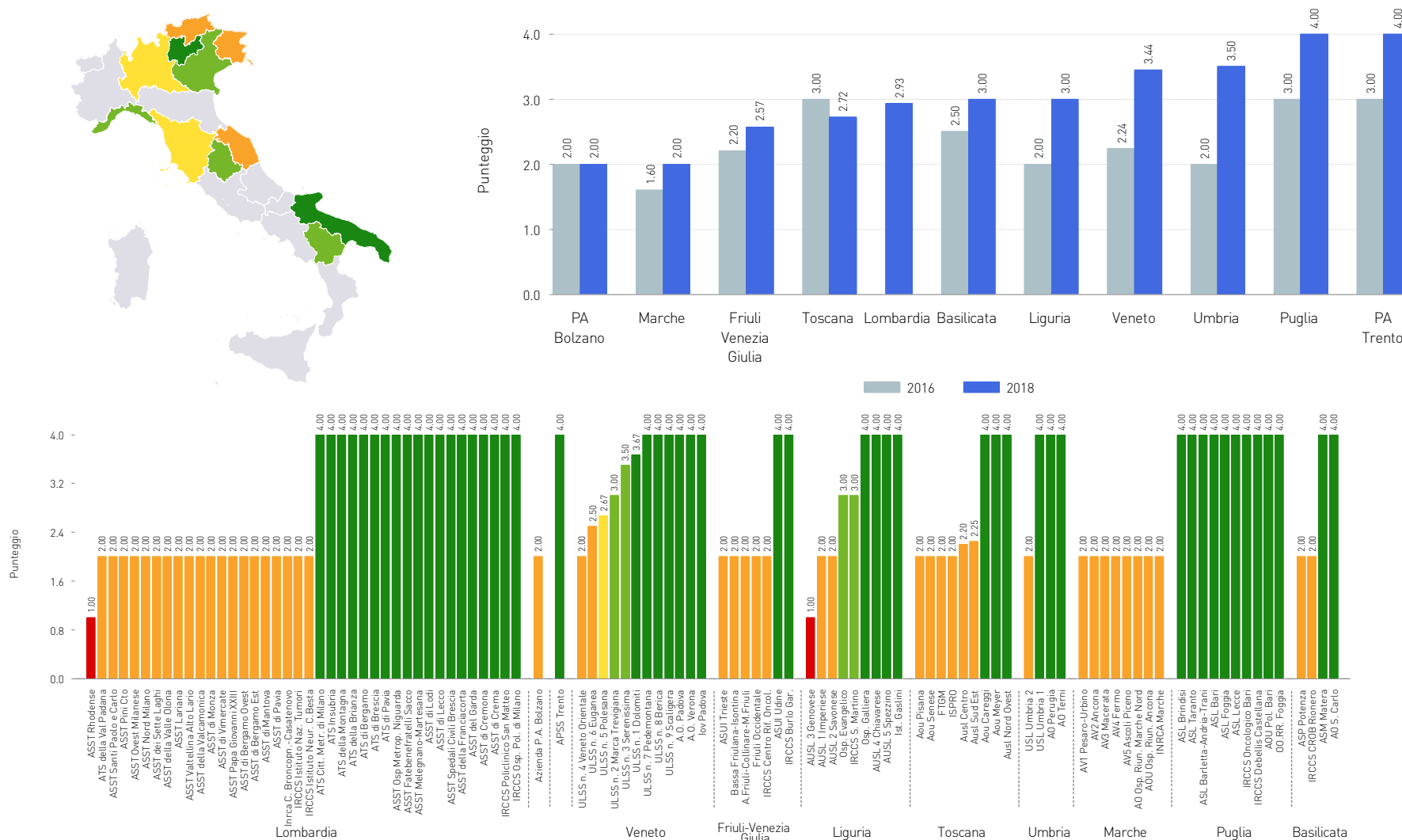
B31.1.2A Digitalizzazione dei servizi di pagamento delle visite specialistiche

L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di pagamento del ticket delle visite specialistiche mediante canali digitali. In particolare, verifica se l'azienda offre il servizio di prenotazione online tramite il sito web e/o l'applicazione (APP) mobile (per smartphone). Intende misurare quanto ampia sia l'offerta delle aziende in termini di canali di accesso al pagamento delle prestazioni sanitarie specialistiche.



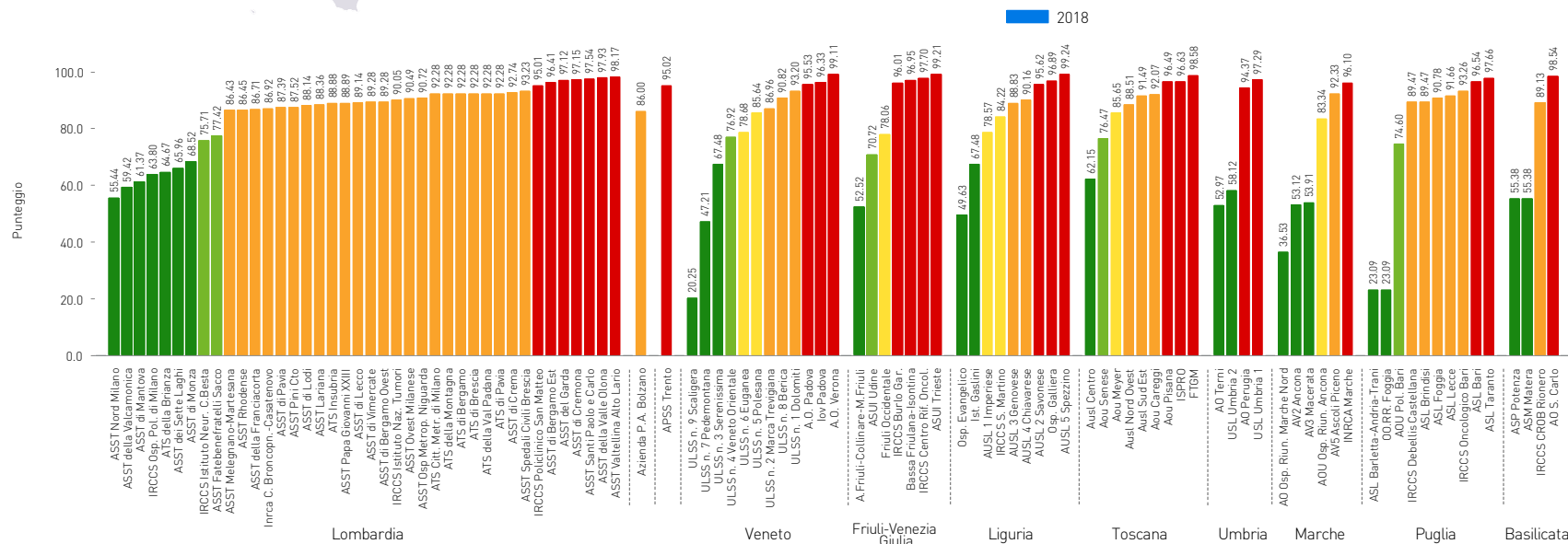
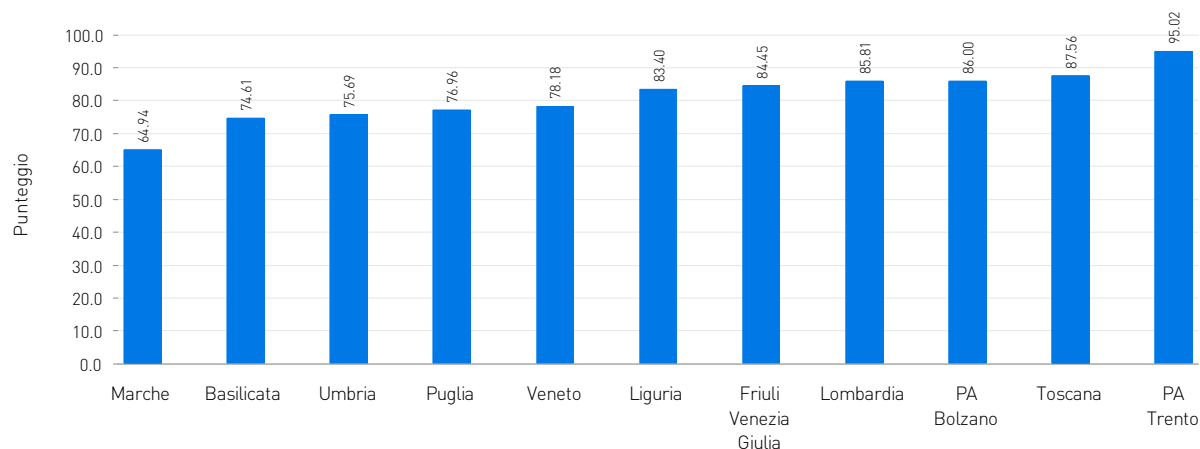
B31.2.1 Responsive Web Design (RWD)

L'indicatore misura la capacità del sito web di adattarsi graficamente in modo automatico al dispositivo con cui è visualizzato. È composto da misure che indicano se il design del sito è responsivo/adattivo per la visualizzazione corretta dei contenuti del sito web da: 1) schermi di diverse dimensioni; 2) diversi dispositivi mobili (smartphone/tablet). Intende misurare quanto i contenuti dei siti web dalle aziende siano accessibili da diversi dispositivi senza problemi di visualizzazione, anche in versione mobile.



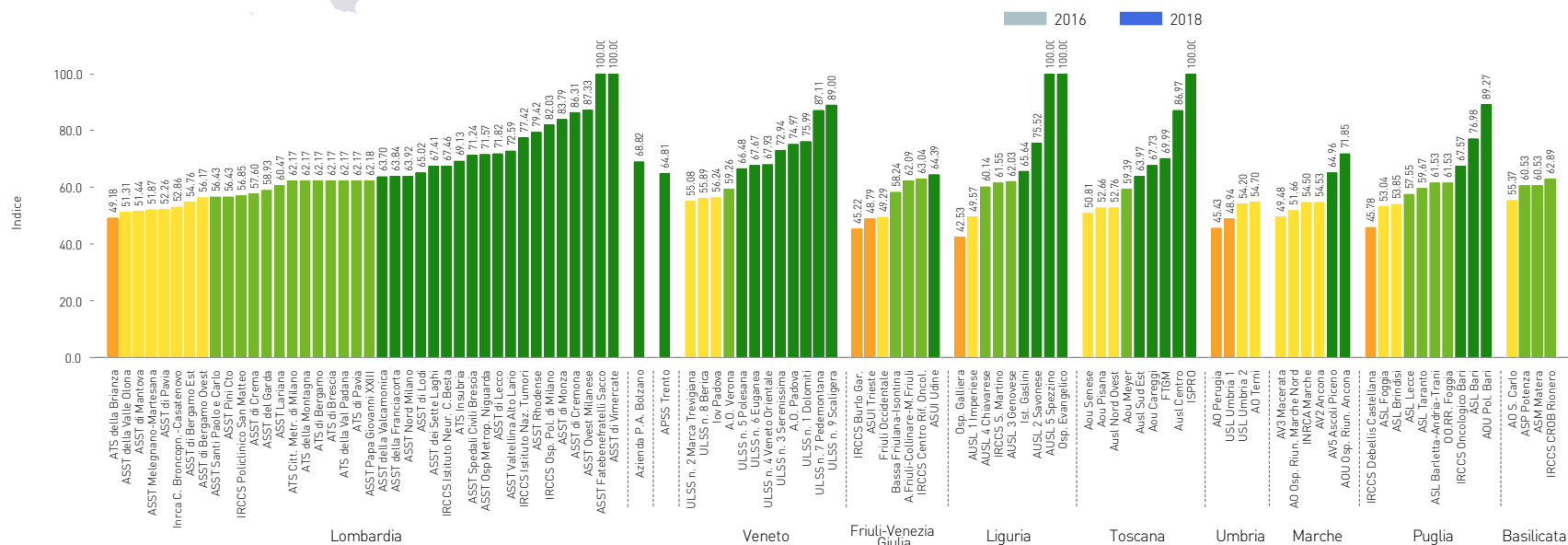
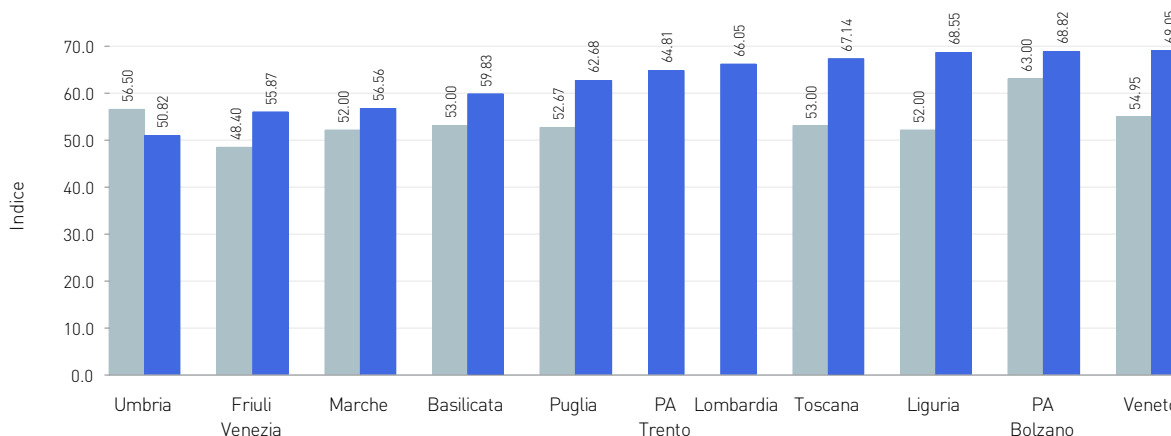
B31.2.2.1A Leggibilità GLOBALE della pagina di spiegazione su come prenotare

L'indicatore di leggibilità READ-IT GLOBALE è un modello basato sulla combinazione di tratti di varia natura: - caratteristiche generali del testo del modello READ-IT BASE: la lunghezza della frase, calcolata come numero medio di parole per frase, e la lunghezza delle parole, calcolata come numero medio di caratteri per parola (utilizzate nell'indice Gulpease); - caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT LESSICALE: composizione del vocabolario così come dalla sua ricchezza lessicale; - caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT SINTATTICO: informazione di tipo grammaticale, ovvero sulla combinazione di tratti morfo-sintattici e sintattici desunti dai corrispondenti livelli di analisi linguistica. Per ciascun modello, la misura esprime il livello di difficoltà, ovvero si riferisce alla probabilità di appartenenza del testo analizzato alla classe dei testi di difficile leggibilità: più alta è la misura espressa dall'indicatore, più il testo è difficile.



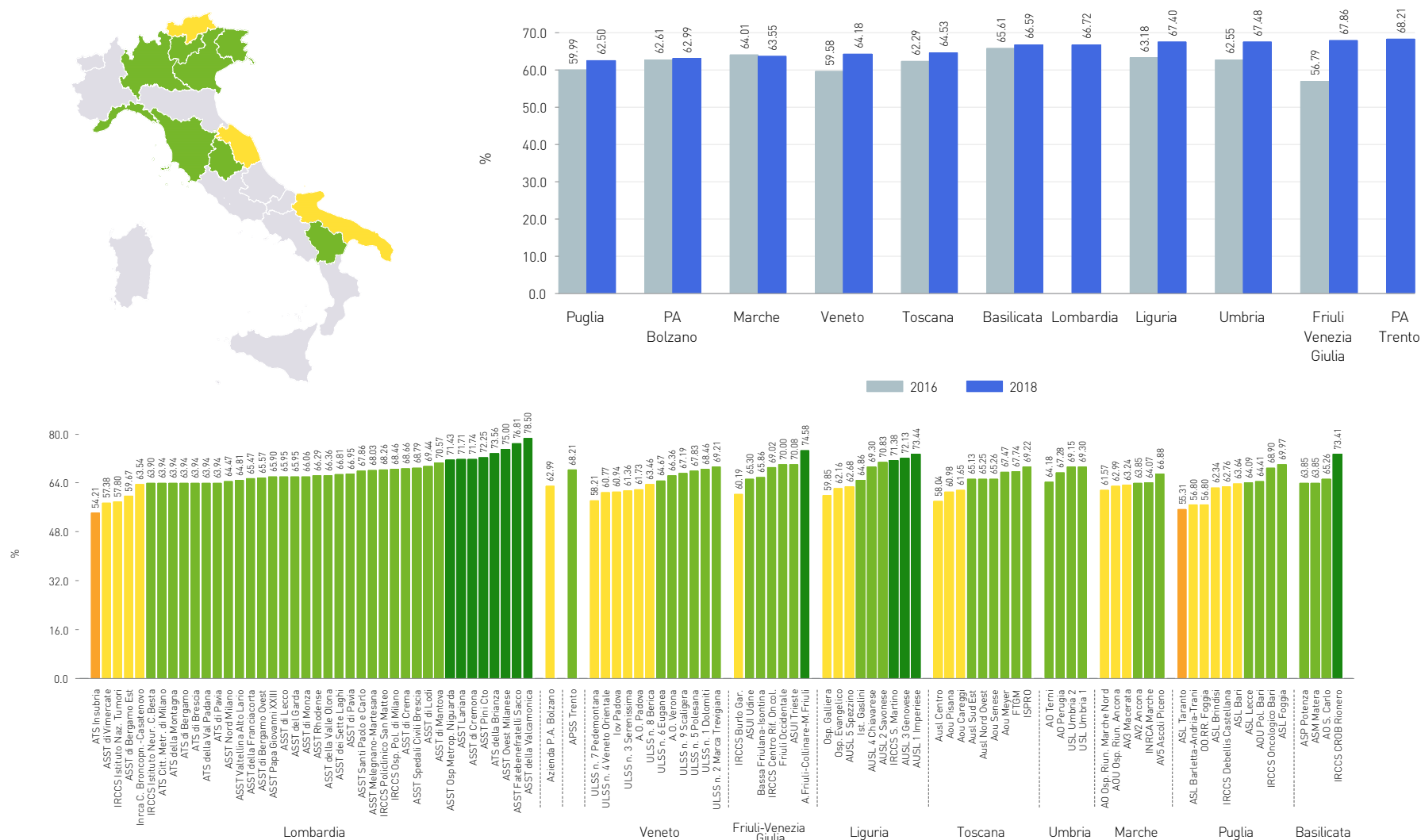
B31.2.2.1.1 Indice Gulpense della pagina di spiegazione su come prenotare

Predire, con criteri quantitativi, la facilità o difficoltà di lettura di un testo rispetto alla capacità di comprensione di un lettore ha portato alla nascita del concetto di leggibilità (Mastidoro, Amizzoni; 1993). L'indice Gulpense fornisce una scala di valori con soglie di leggibilità per livello di istruzione, che consente di confrontare il risultato dell'analisi del testo con le soglie di leggibilità per i potenziali lettori a seconda del loro livello di istruzione (da molto facile a quasi incomprensibile; Lucisano, Piemontese; 1988). L'importanza di questo indice è data dalla possibilità di avere uno strumento per guardare i testi dal punto di vista del destinatario, tenendo presente l'universalità del servizio offerto e la necessità di rendere comprensibili i testi alla maggior parte degli utenti e potenziali utenti, se non a tutti.



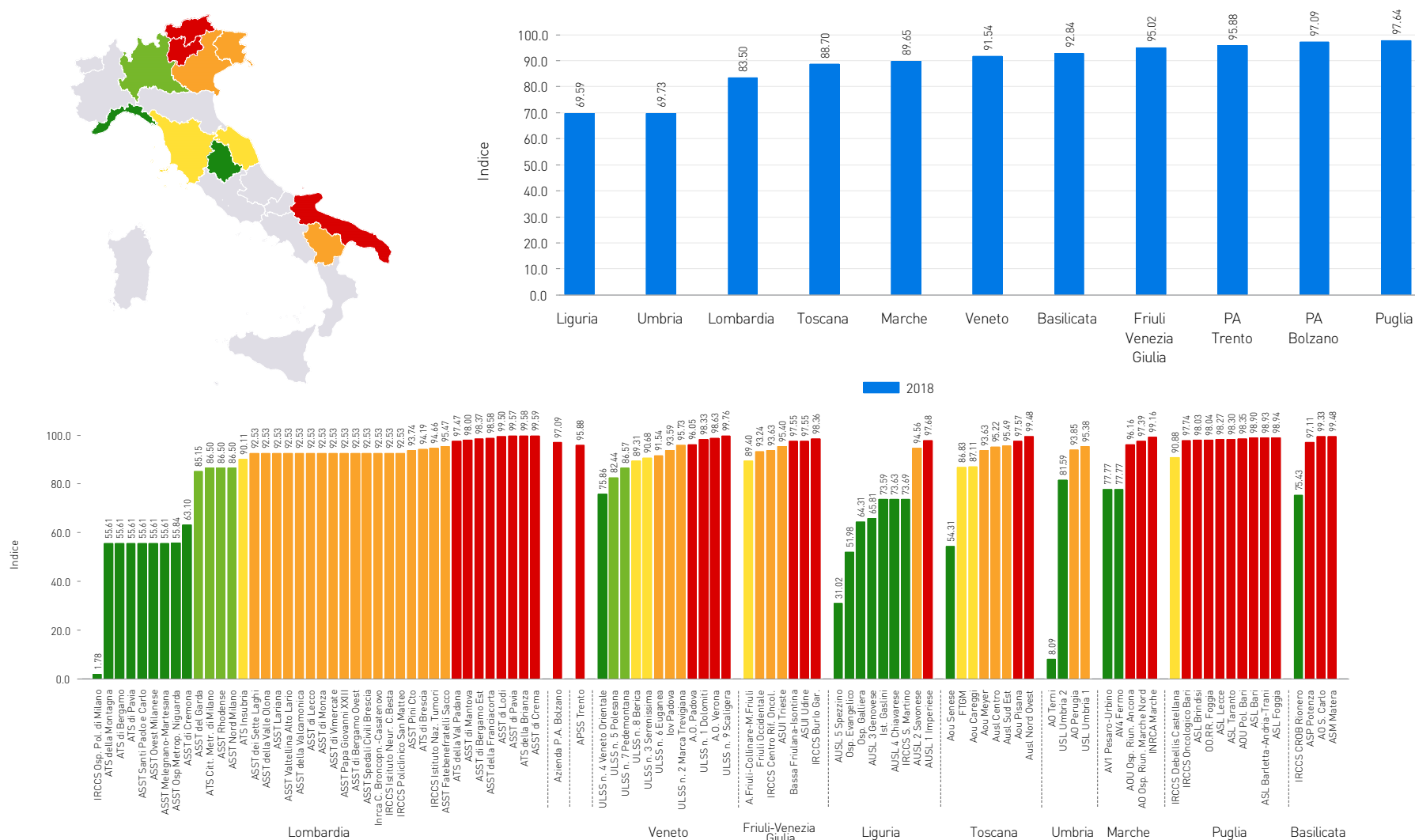
B31.2.2.1.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare

La semplicità del vocabolario adottato nella comunicazione istituzionale è un requisito essenziale per la comprensibilità di un testo. Questo vale in particolare per testi accessibili potenzialmente a tutti gli individui tramite internet e teoricamente destinati a gran parte di loro, in quanto utilizzatori o potenziali utilizzatori di un servizio pubblico, come la sanità, indipendentemente dal loro grado di istruzione e alfabetizzazione. Questo indicatore si basa su un indice che riguarda le variabili lessicali. In Italia si fa riferimento al Vocabolario di Base della lingua italiana, che è il corpus di riferimento per la verifica del rispetto dei criteri di comprensibilità del lessico. Il Vocabolario di Base è composto dal Vocabolario Fondamentale, di Alto Uso e di Alta Disponibilità. I testi con una prevalenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale, che include meno di 2.000 parole, sono più facilmente comprensibili.



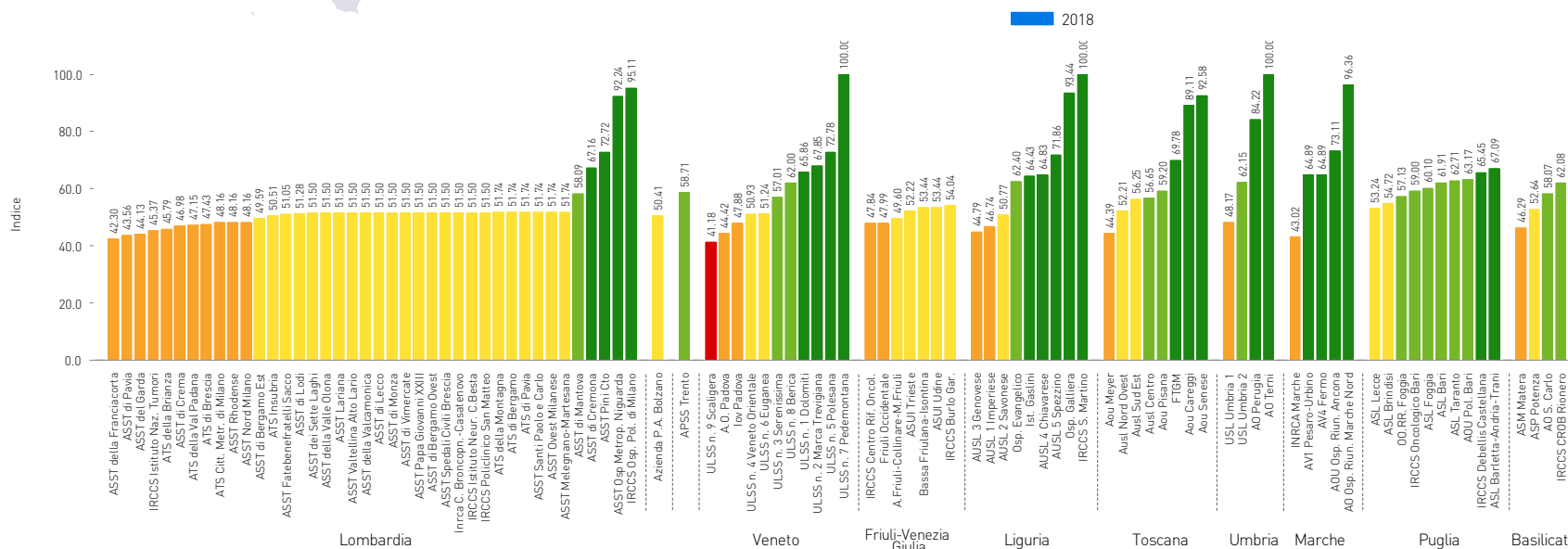
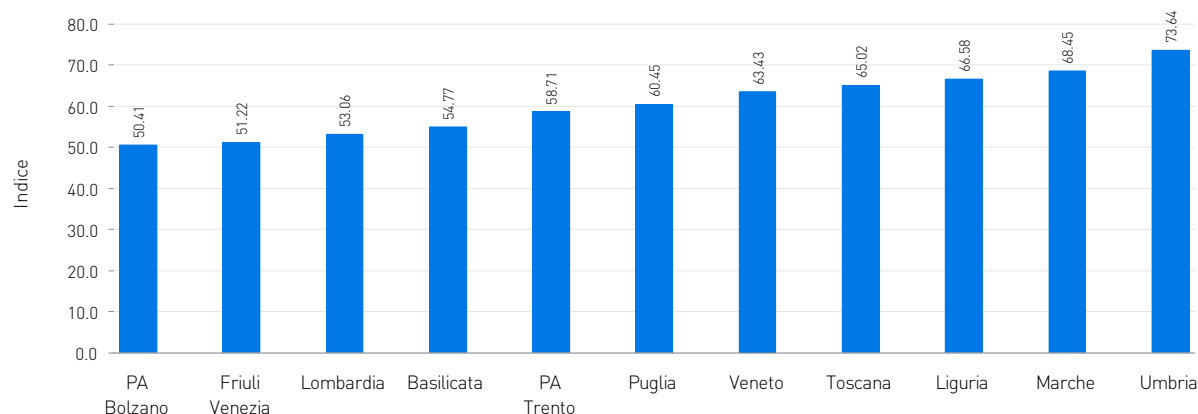
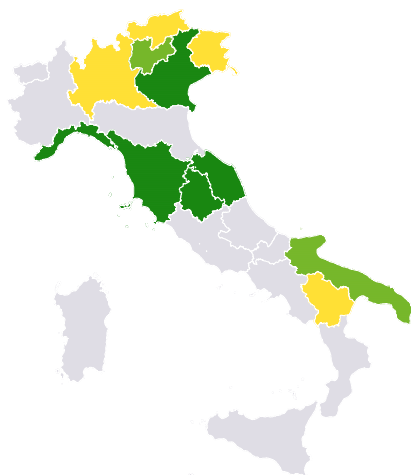
B31.2.2.3 Leggibilità GLOBALE della pagina sui tempi d'attesa

L'indicatore di leggibilità READ-IT GLOBALE è un modello basato sulla combinazione di tratti di varia natura: - caratteristiche generali del testo del modello READ-IT BASE: la lunghezza della frase, calcolata come numero medio di parole per frase, e la lunghezza delle parole, calcolata come numero medio di caratteri per parola (utilizzate nell'indice Gulpease);- caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT LESSICALE: composizione del vocabolario così come dalla sua ricchezza lessicale;- caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT SINTATTICO: informazione di tipo grammaticale, ovvero sulla combinazione di tratti morfo-sintattici e sintattici desunti dai corrispondenti livelli di analisi linguistica. Per ciascun modello, la misura esprime il livello di difficoltà, ovvero si riferisce alla probabilità di appartenenza del testo analizzato alla classe dei testi di difficile leggibilità: più alta è la misura espressa dall'indicatore, più il testo è difficile.



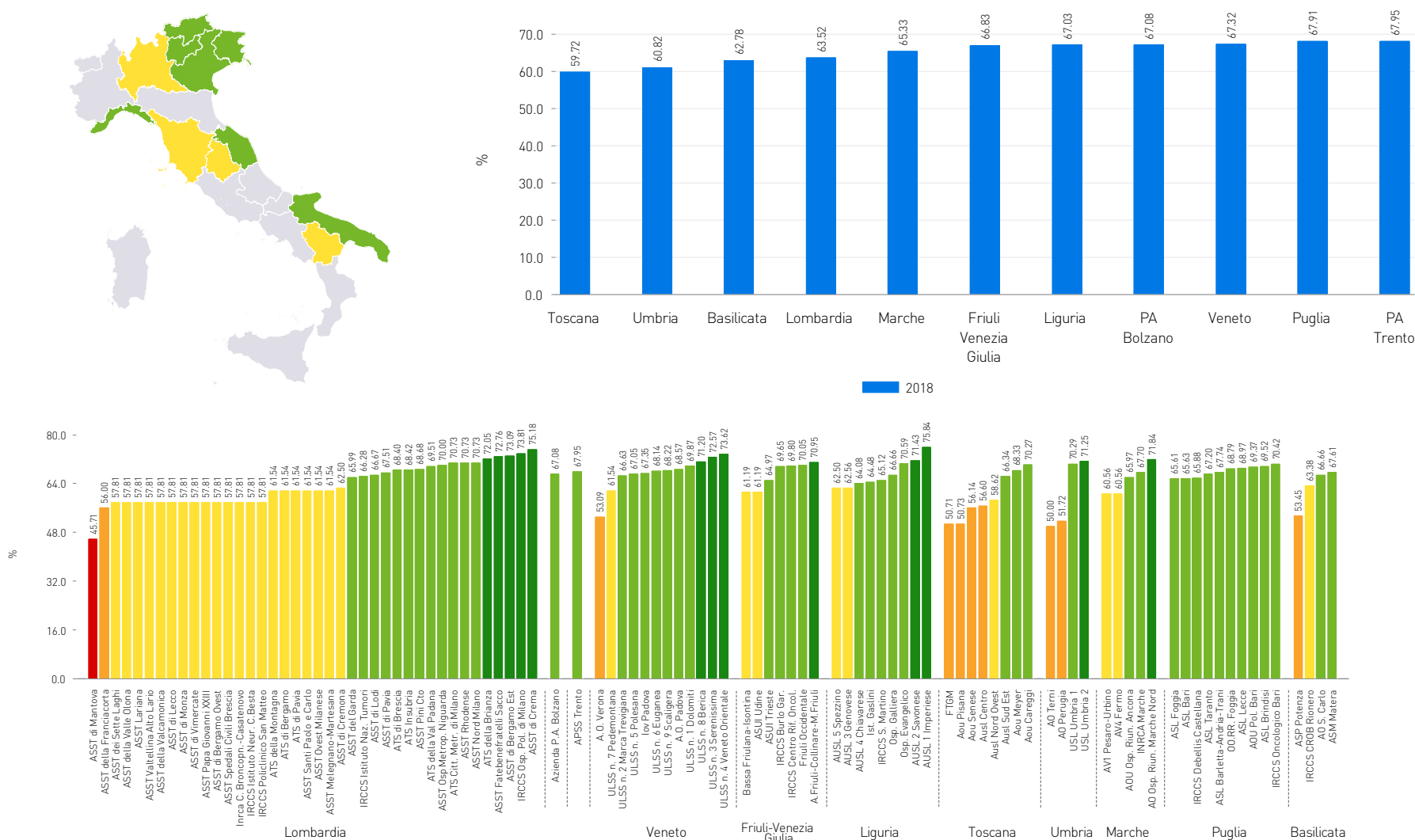
B31.2.2.3.1 Indice Gulpease della pagina sui tempi d'attesa

Predire, con criteri quantitativi, la facilità o difficoltà di lettura di un testo rispetto alla capacità di comprensione di un lettore ha portato alla nascita del concetto di leggibilità (Mastidoro, Amizzoni; 1993). L'indice Gulpease fornisce una scala di valori con soglie di leggibilità per livello di istruzione, che consente di confrontare il risultato dell'analisi del testo con le soglie di leggibilità per i potenziali lettori a seconda del loro livello di istruzione (da molto facile a quasi incomprensibile; Lucisano, Piemontese; 1988). L'importanza di questo indice è data dalla possibilità di avere uno strumento per guardare i testi dal punto di vista del destinatario, tenendo presente l'universalità del servizio offerto e la necessità di rendere comprensibili i testi alla maggior parte degli utenti e potenziali utenti, se non a tutti.



B31.2.2.3.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina sui tempi d'attesa

La semplicità del vocabolario nella comunicazione istituzionale è un requisito essenziale per la comprensibilità di un testo. Questo vale in particolare per testi accessibili potenzialmente a tutti gli individui tramite internet e teoricamente destinati a gran parte di loro, in quanto utilizzatori o potenziali utilizzatori di un servizio pubblico, come la sanità, indipendentemente dal loro grado di istruzione e alfabetizzazione. Questo indicatore si basa su un indice che riguarda le variabili lessicali. In Italia si fa riferimento al Vocabolario di Base della lingua italiana, che è il corpus di riferimento per la verifica dei criteri di comprensibilità del lessico. Il Vocabolario di Base è composto da Vocabolario Fondamentale, di Alto Uso e di Alta Disponibilità. I testi con una prevalenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale, che include meno di 2.000 parole, sono più facilmente comprensibili.



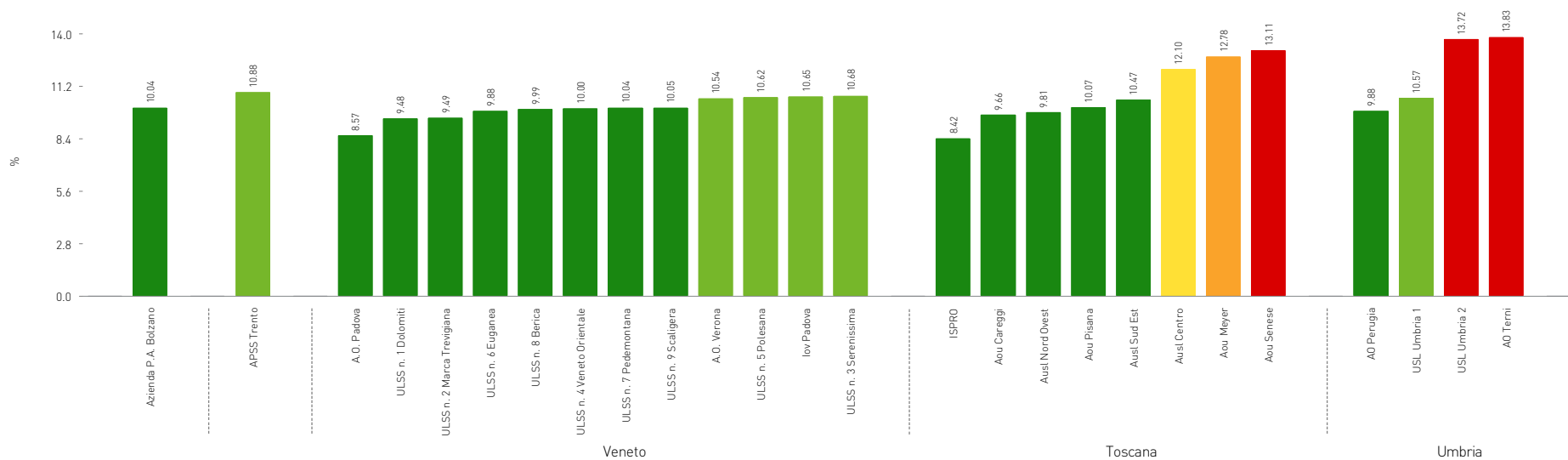
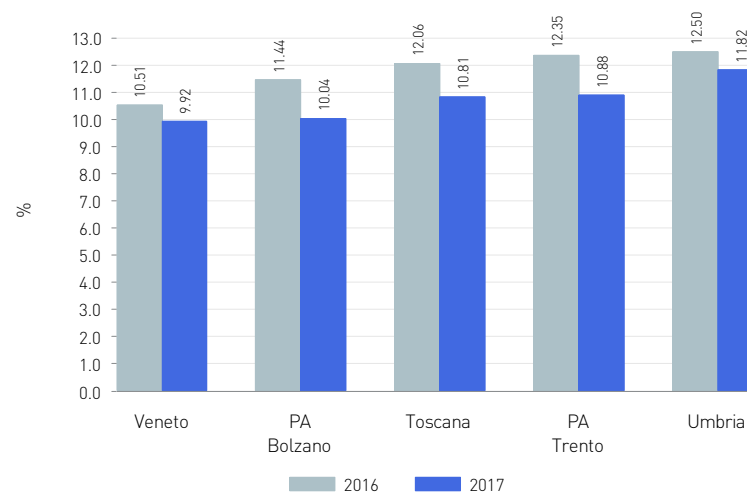
D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

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 dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



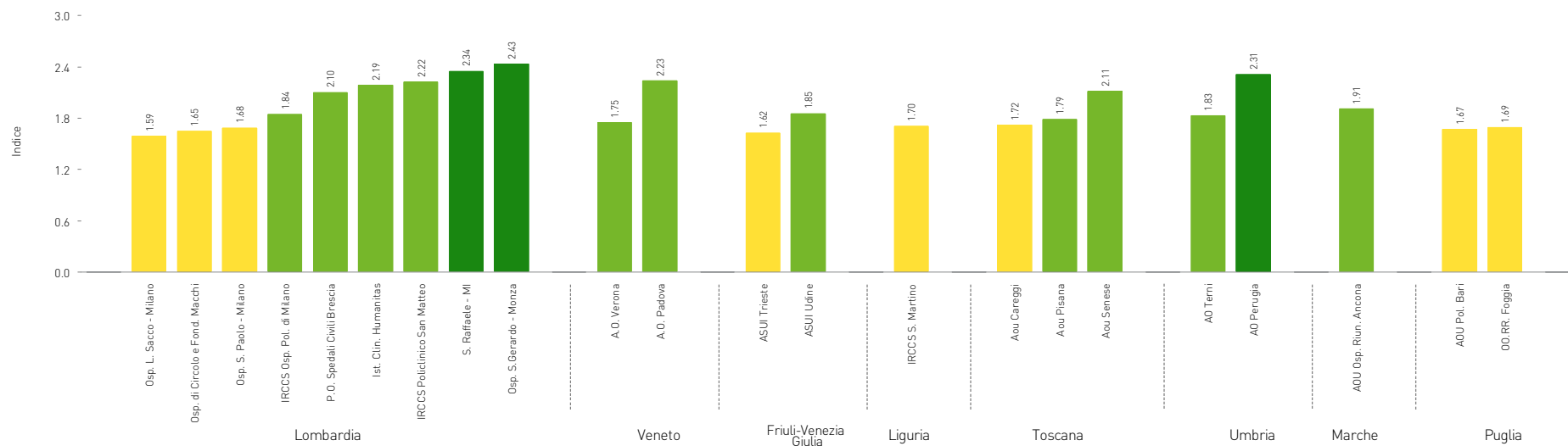
E2 Percentuale di assenza

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 2017.



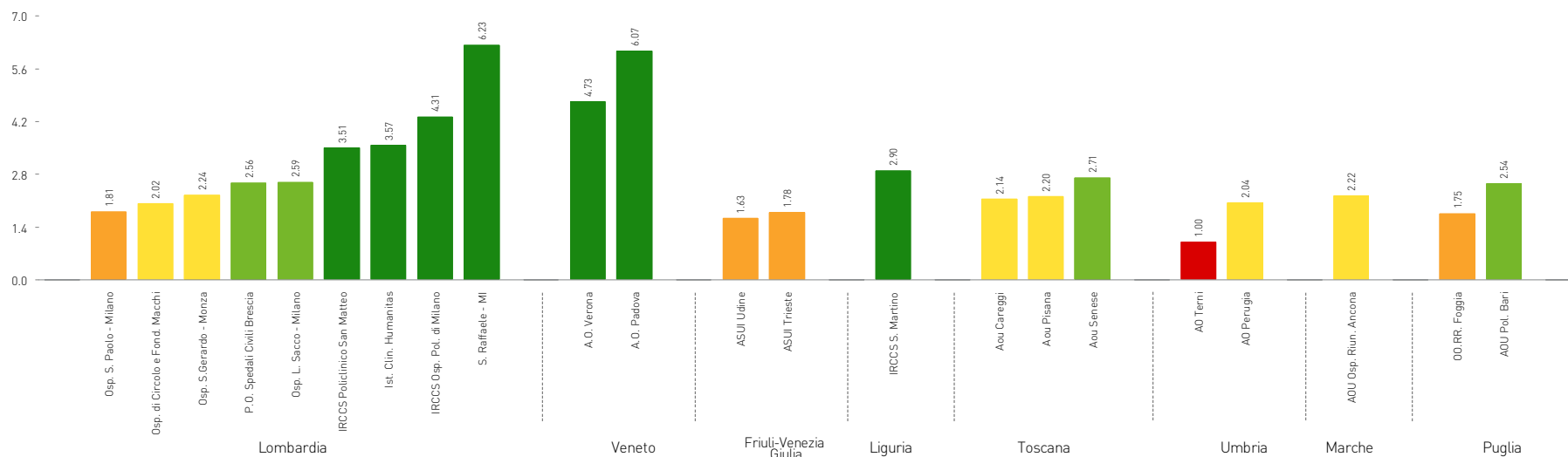
B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

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 2015-2017.



B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti

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 2015-2017.



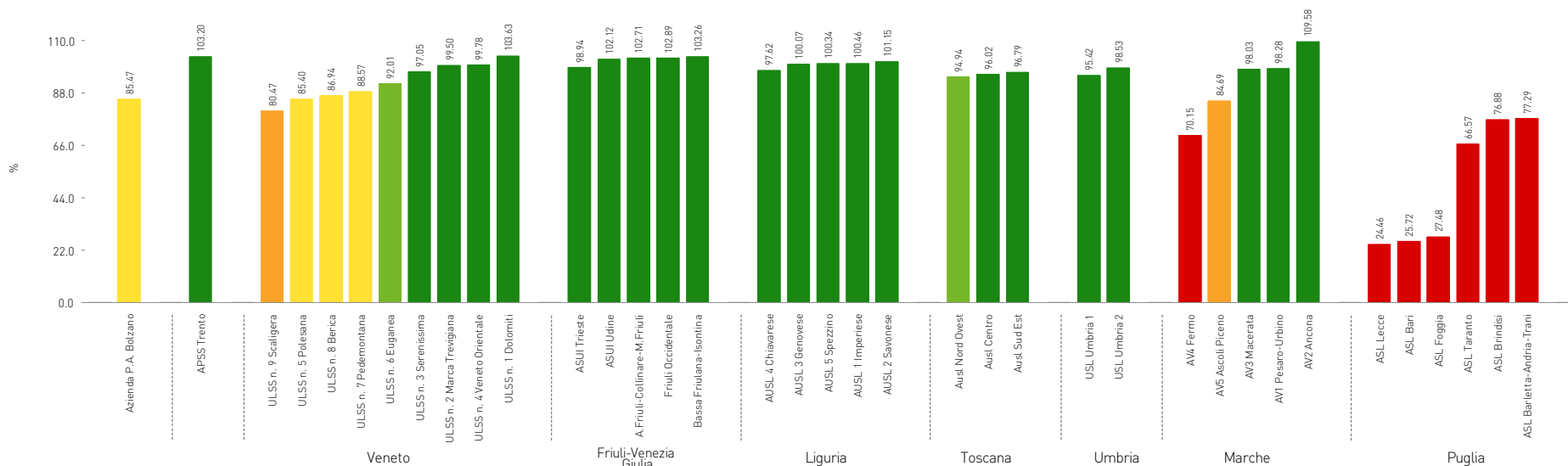
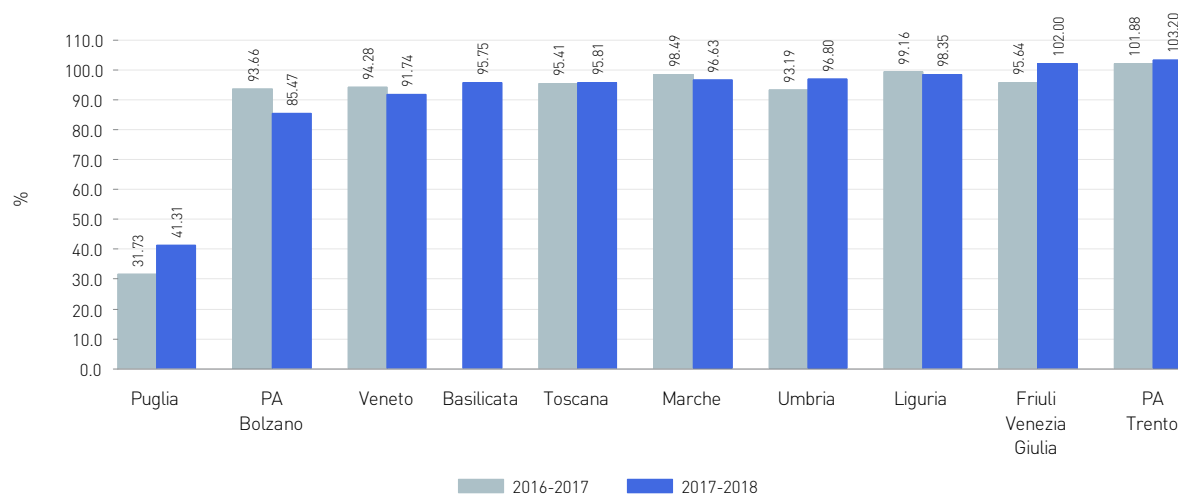
STRATEGIE SANITARIE REGIONALI





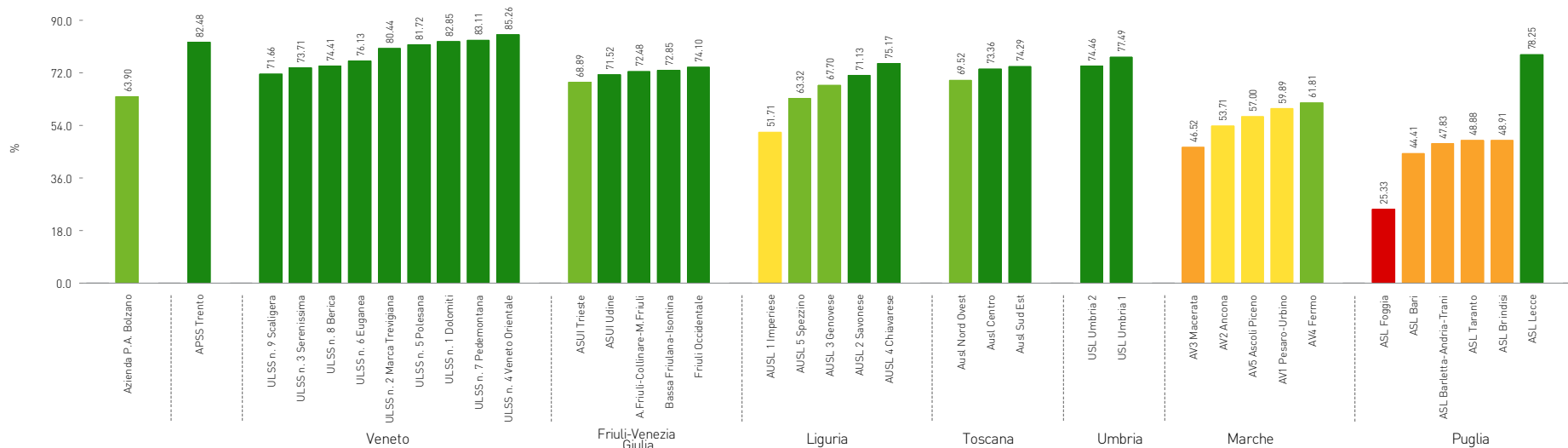
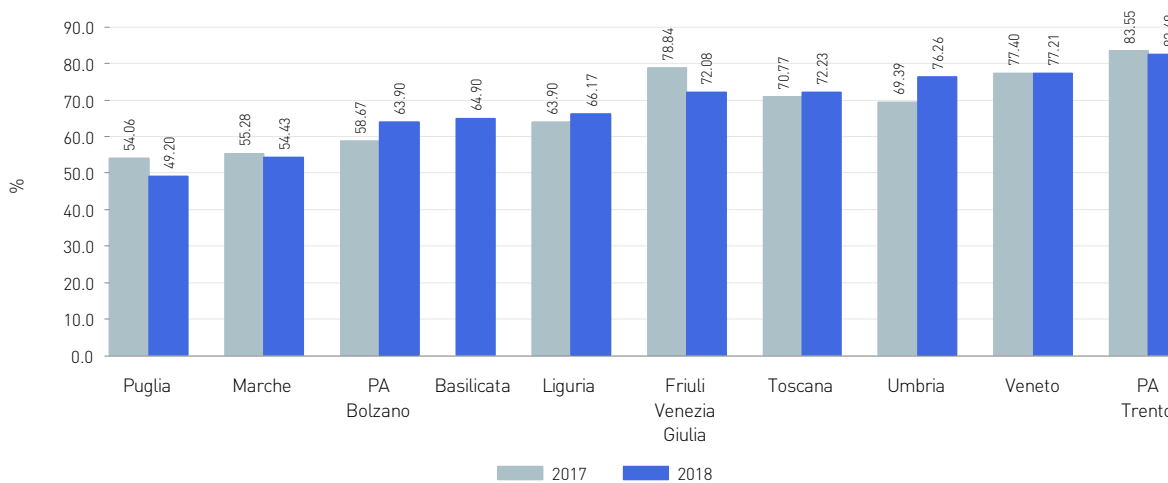
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

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).



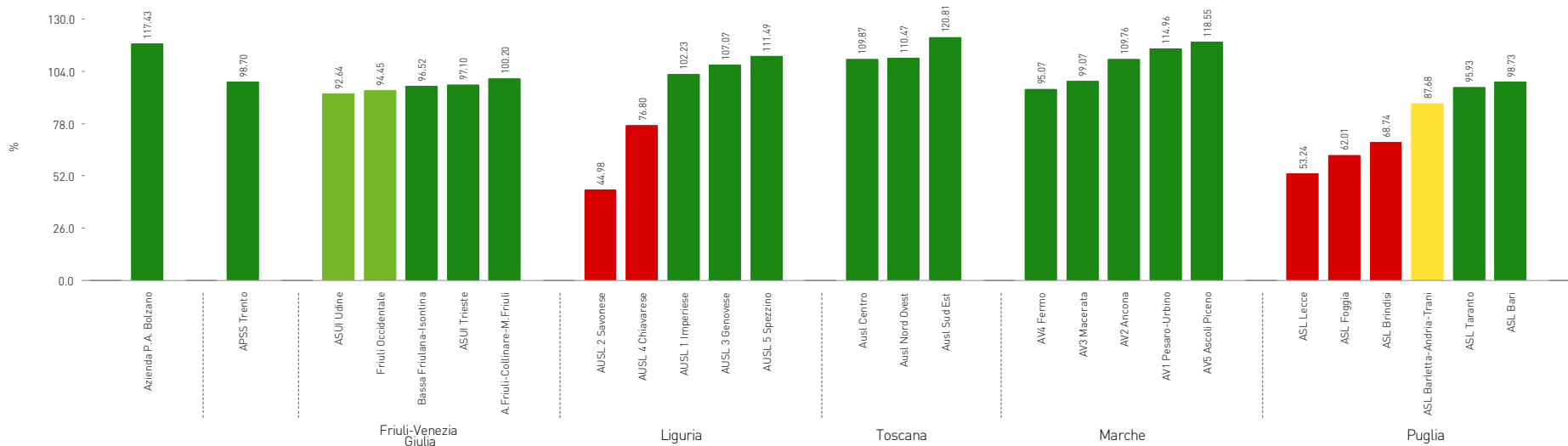
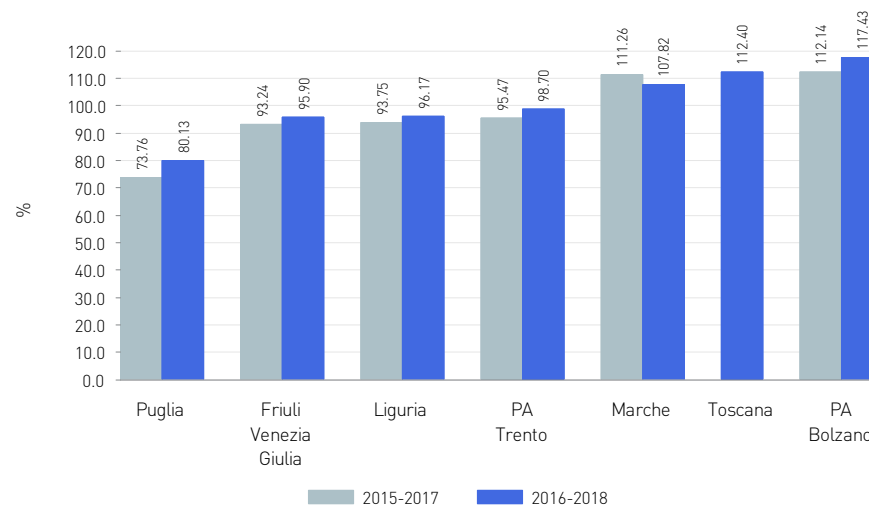
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

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.



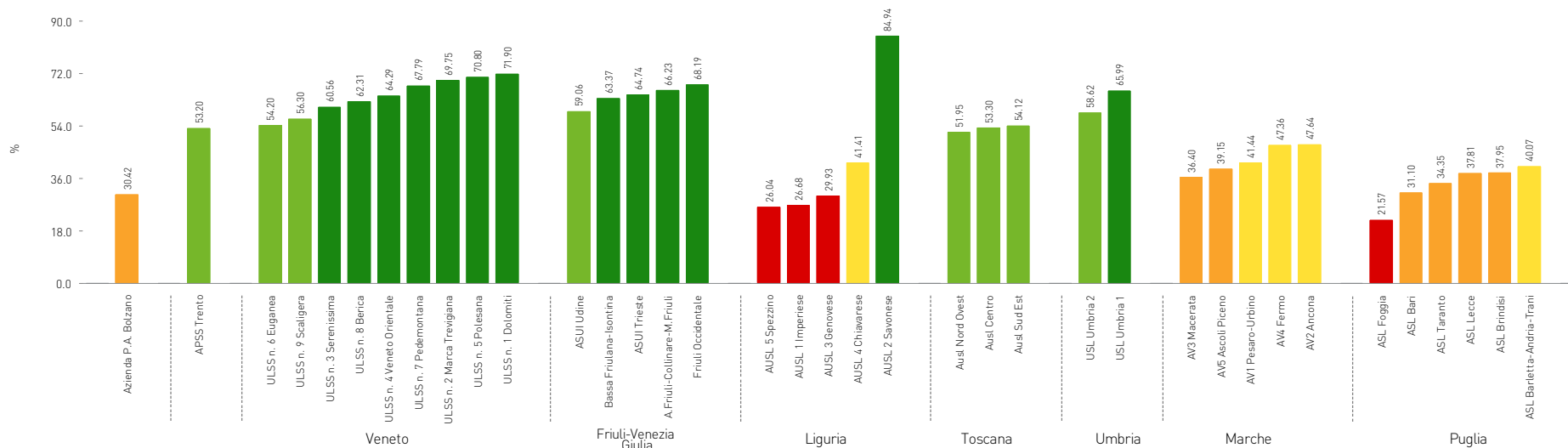
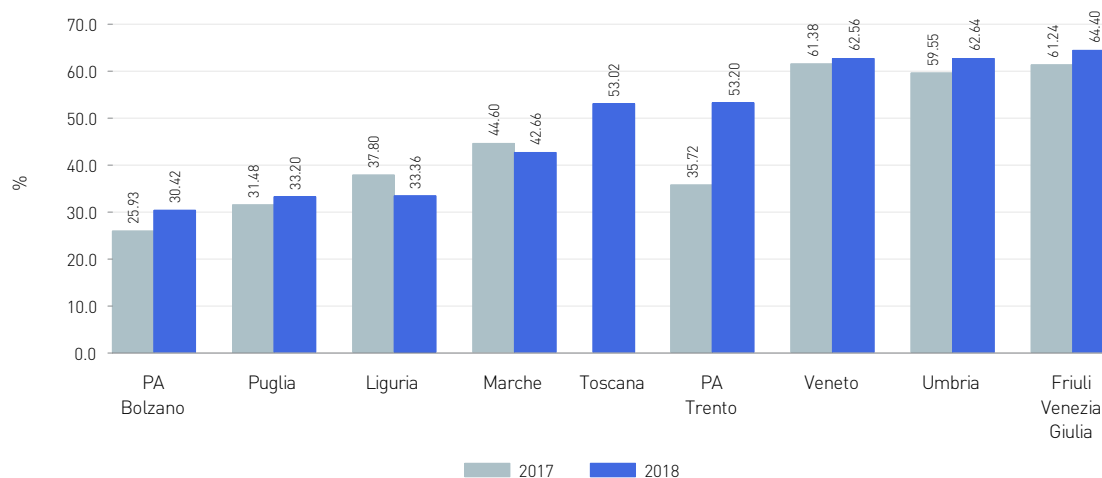
B5.2.1 Estensione dello screening della cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli anni di riferimento dei dati per ogni regione sono riportati nelle tabelle. 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).



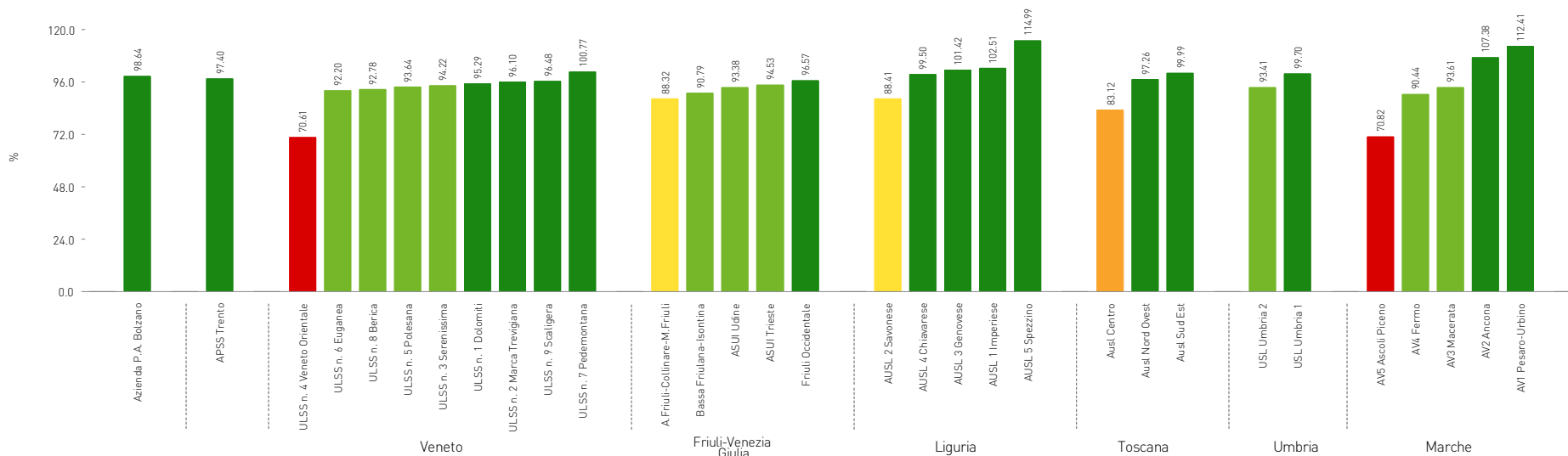
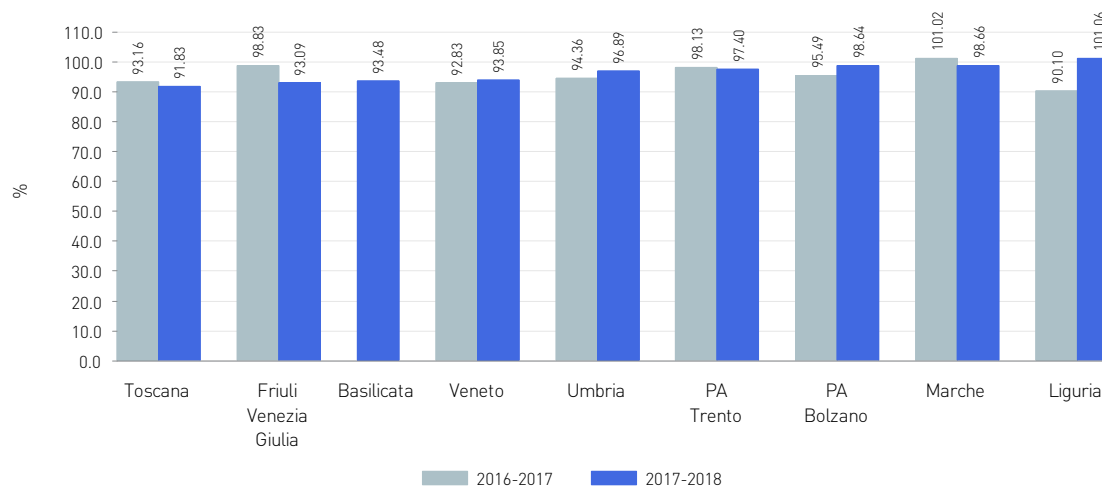
B5.2.2 Adesione allo screening della cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



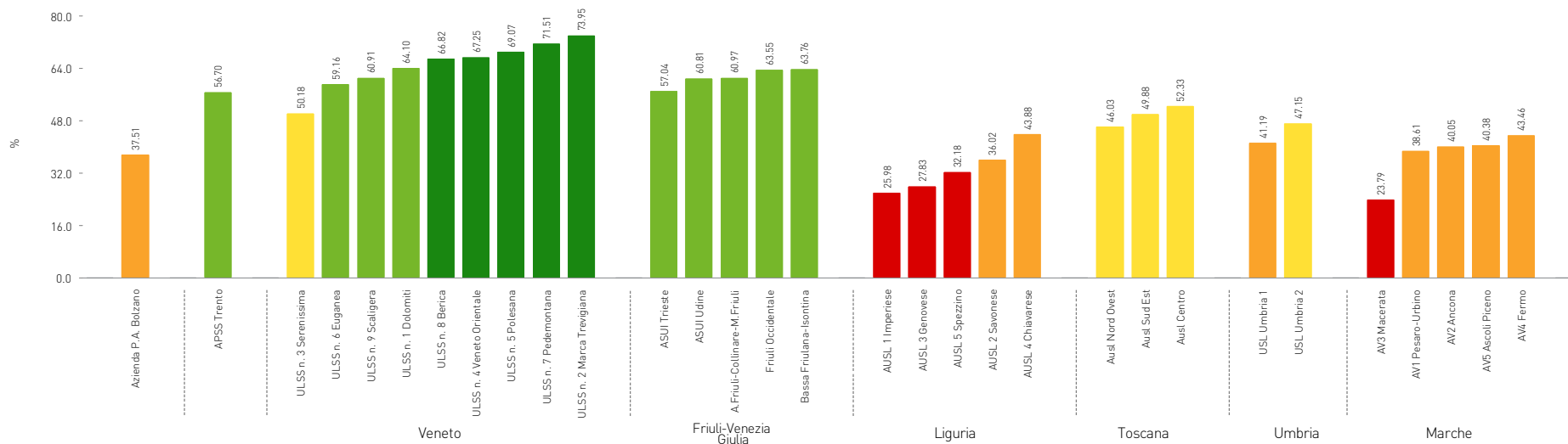
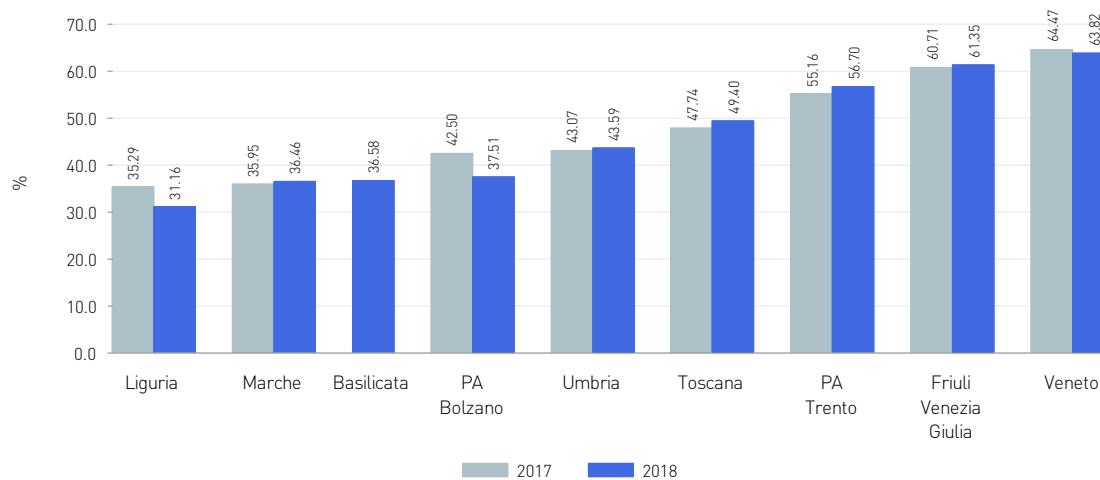
B5.3.1 Estensione dello screening colorettole

Lo screening colorettole 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).



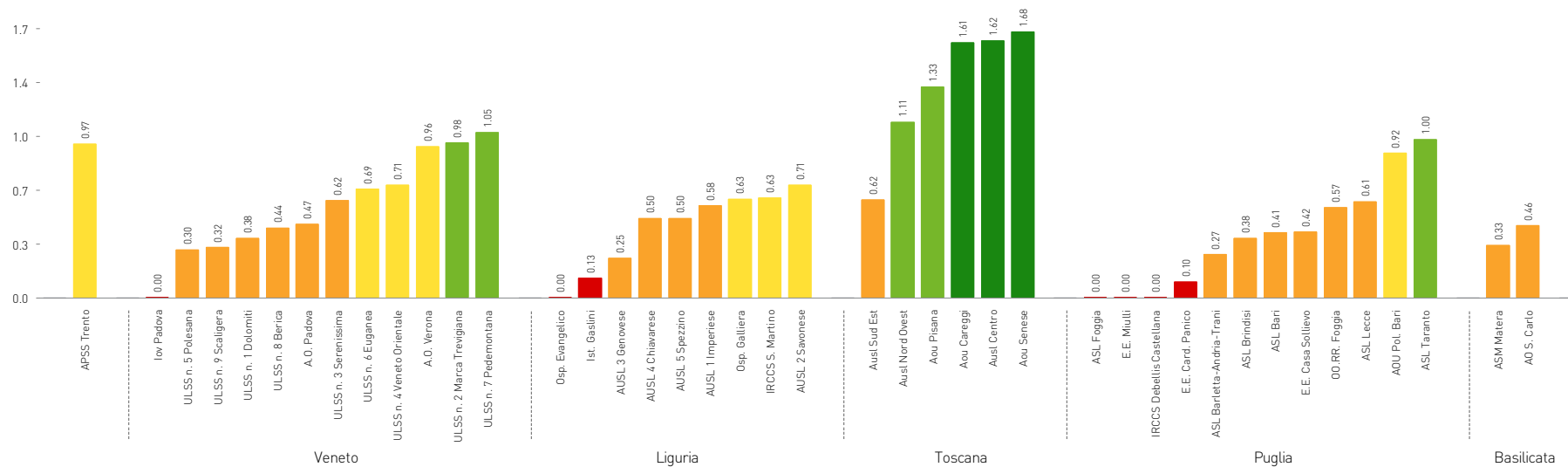
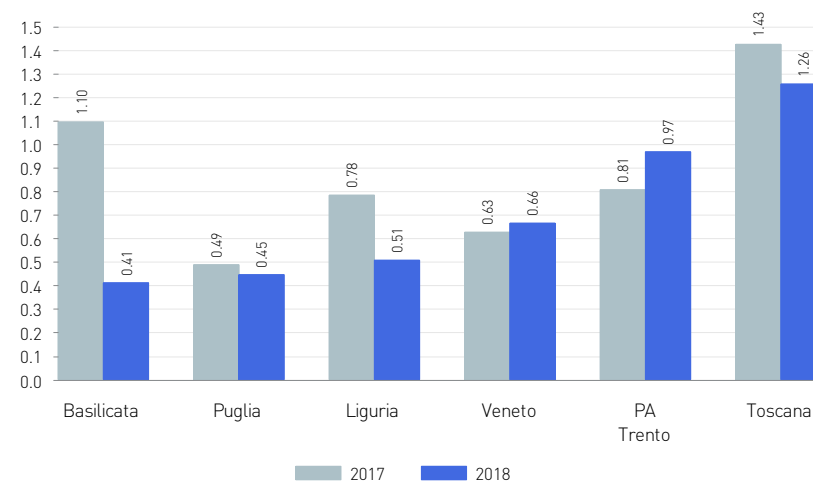
B5.3.2 Adesione allo screening colorettaile

Lo screening colorettaile 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.



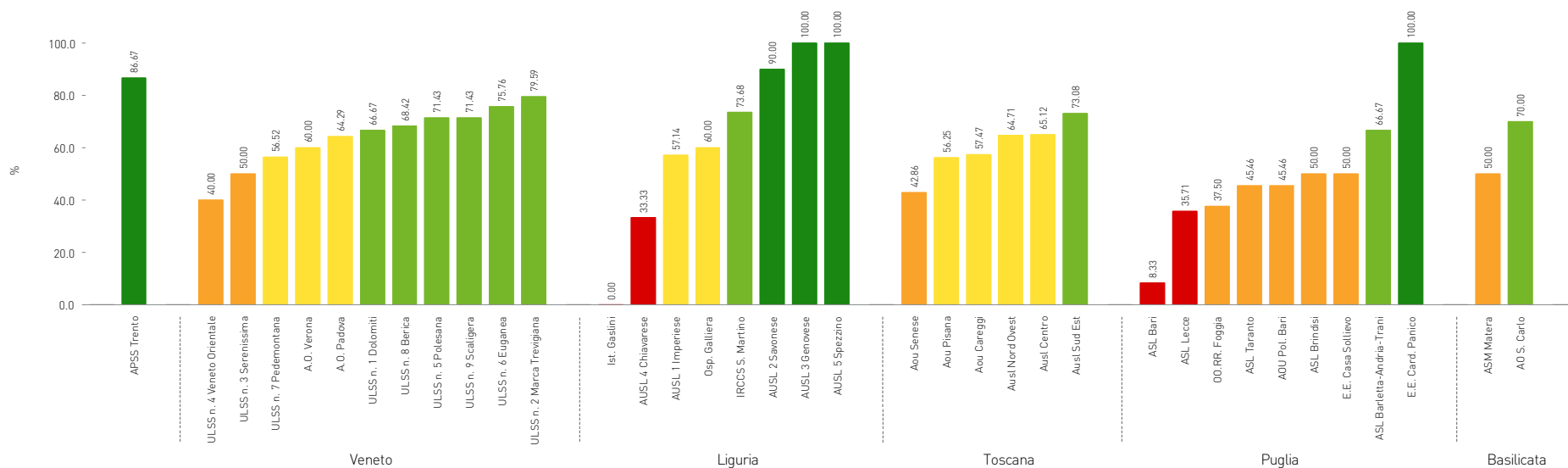
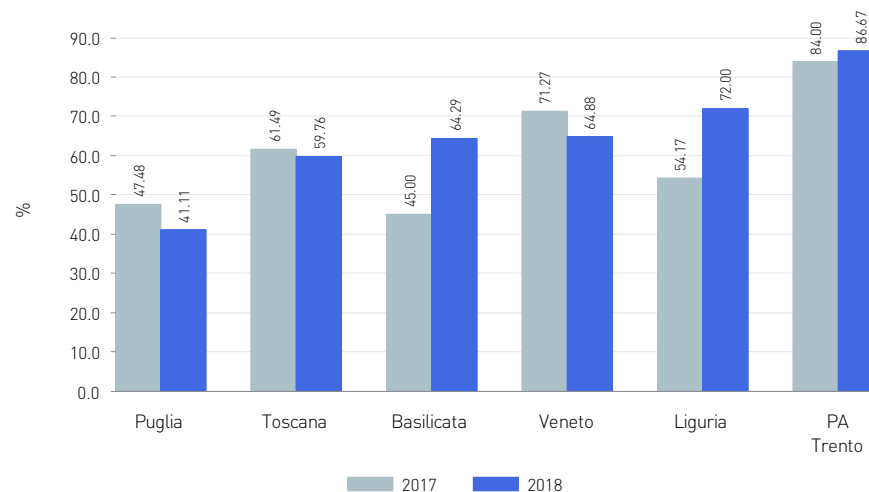
B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

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 2016).



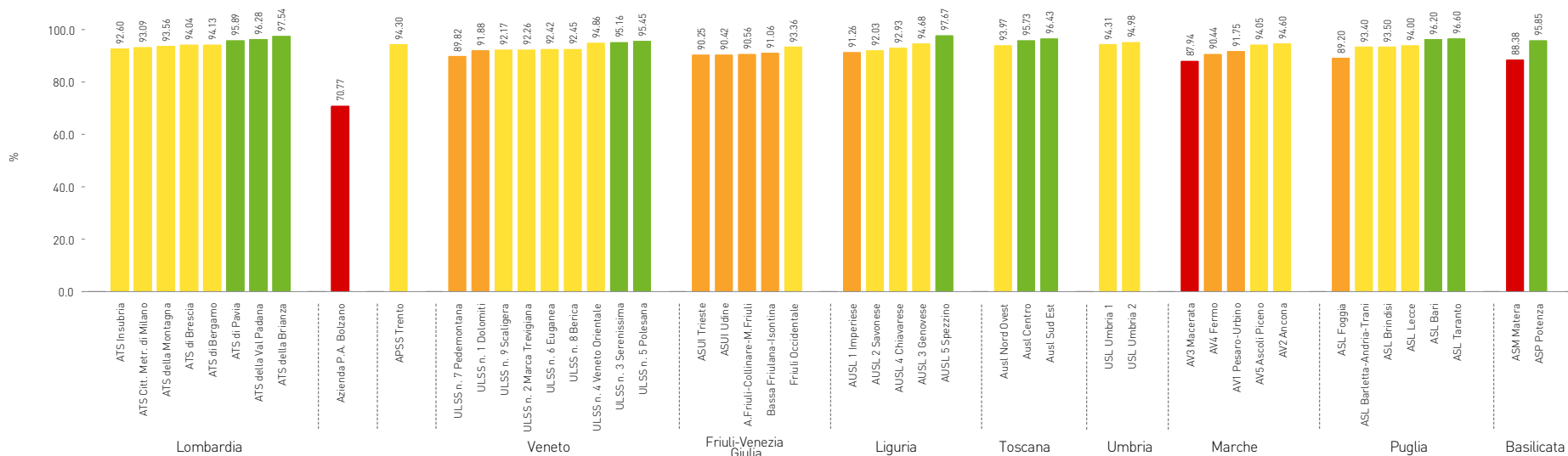
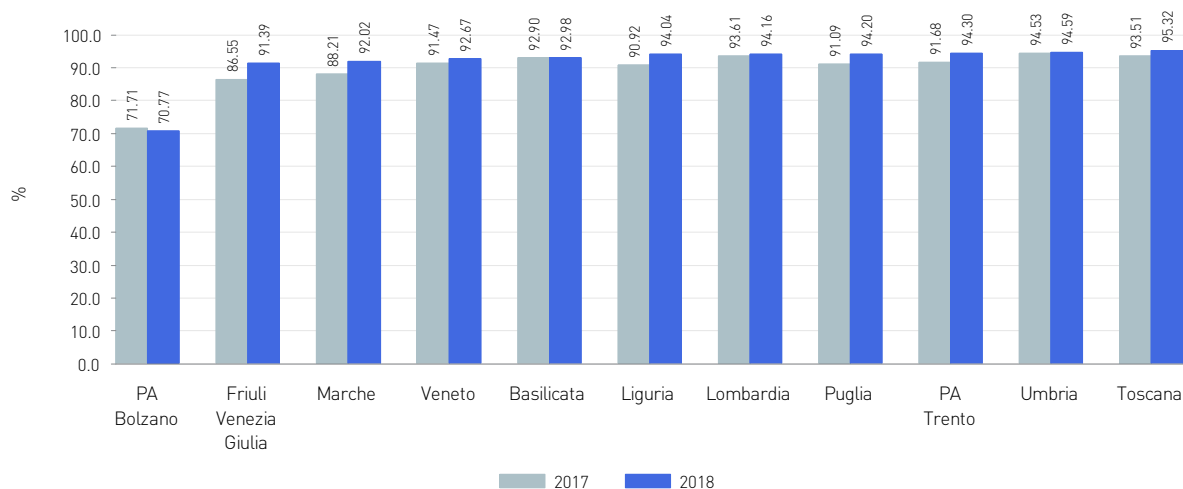
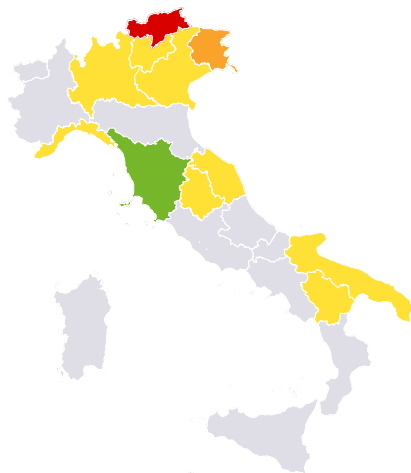
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

La percentuale di donatori procurati di organi 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.



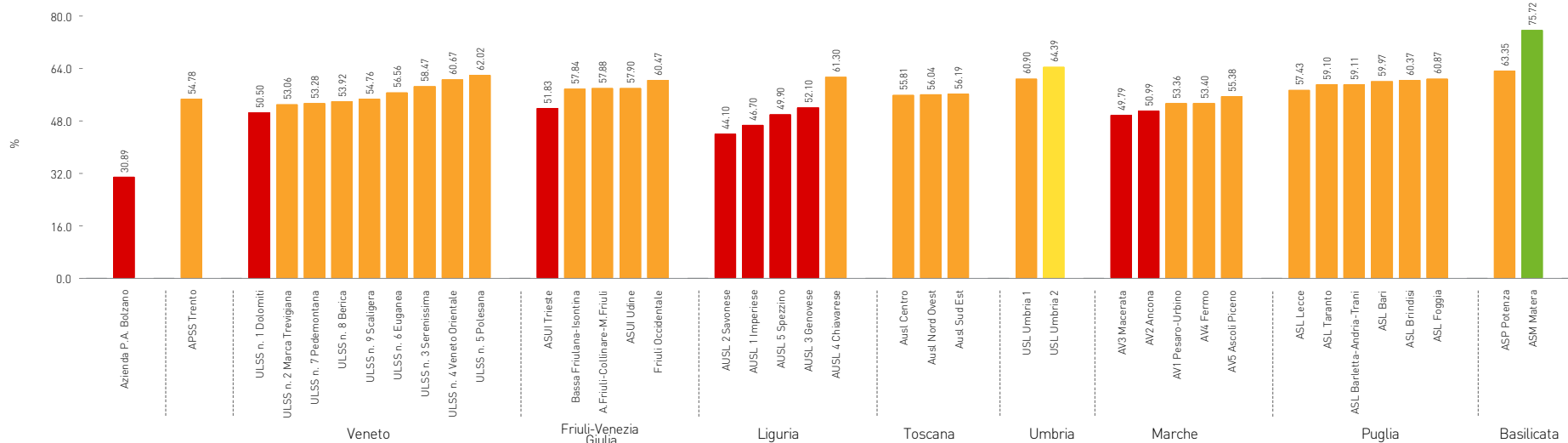
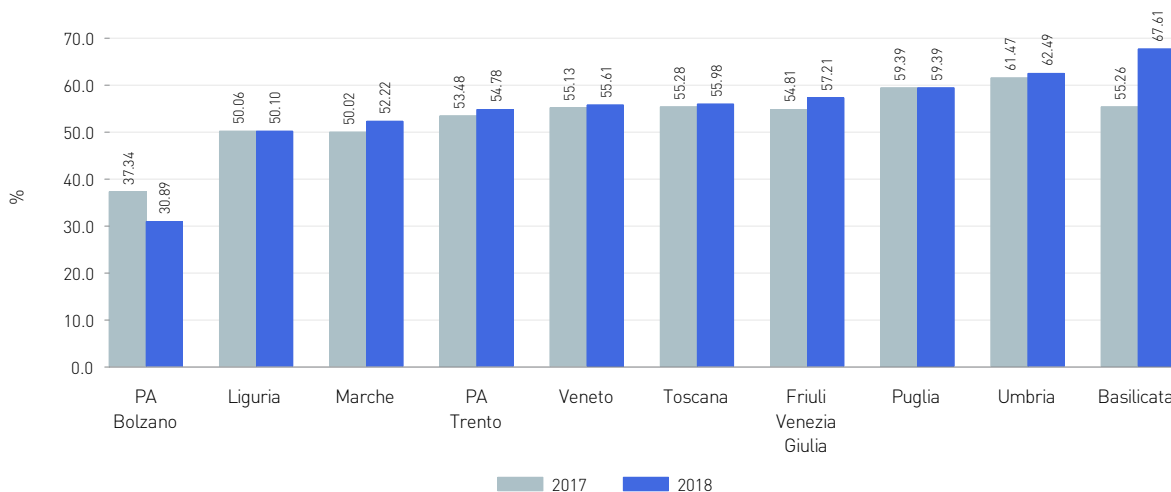
B7.1 Copertura per vaccino MPR

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.



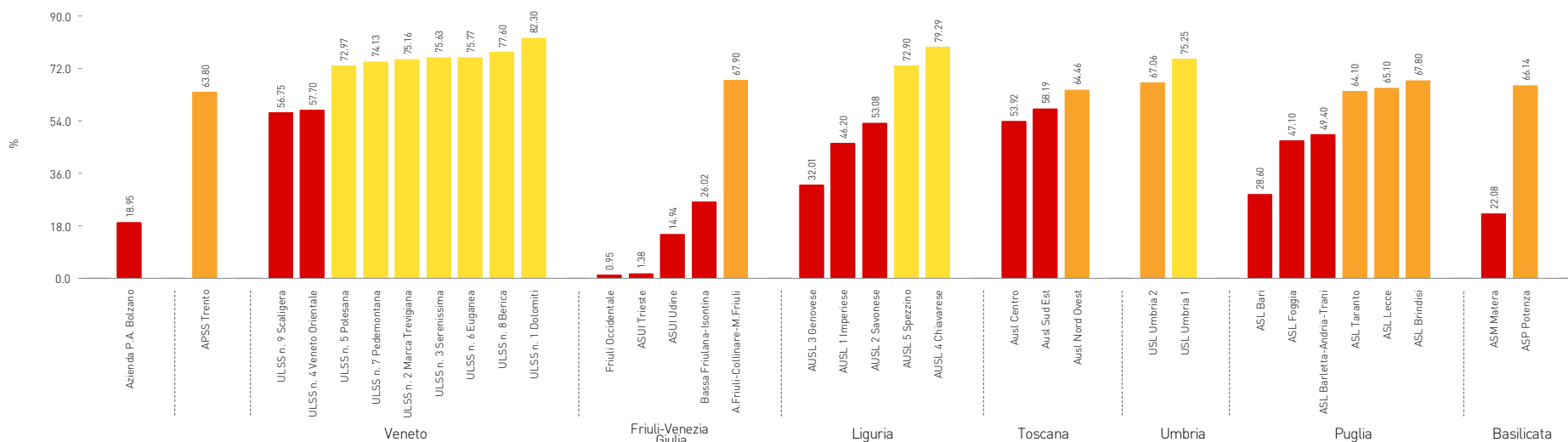
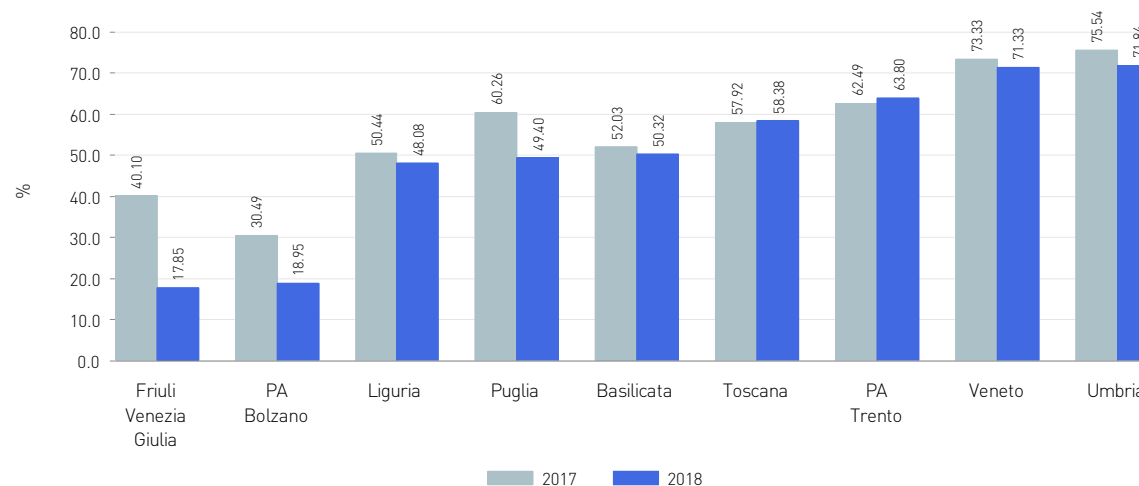
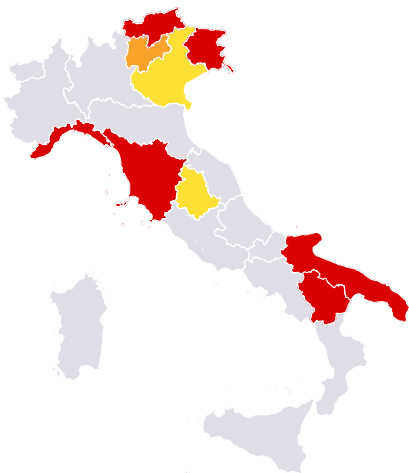
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

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.



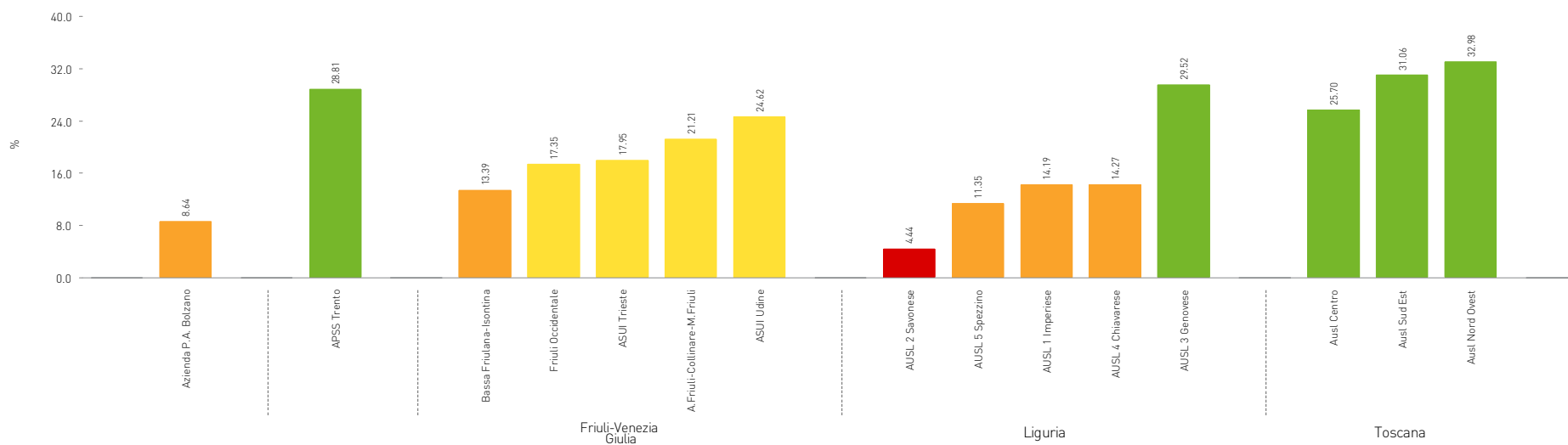
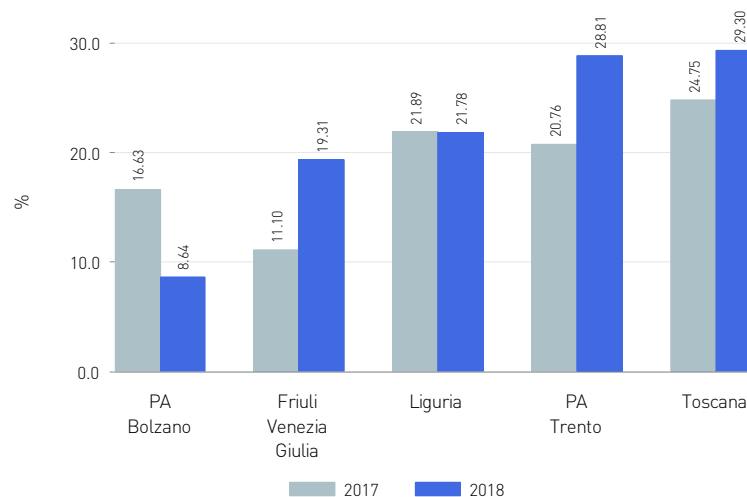
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

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 e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.



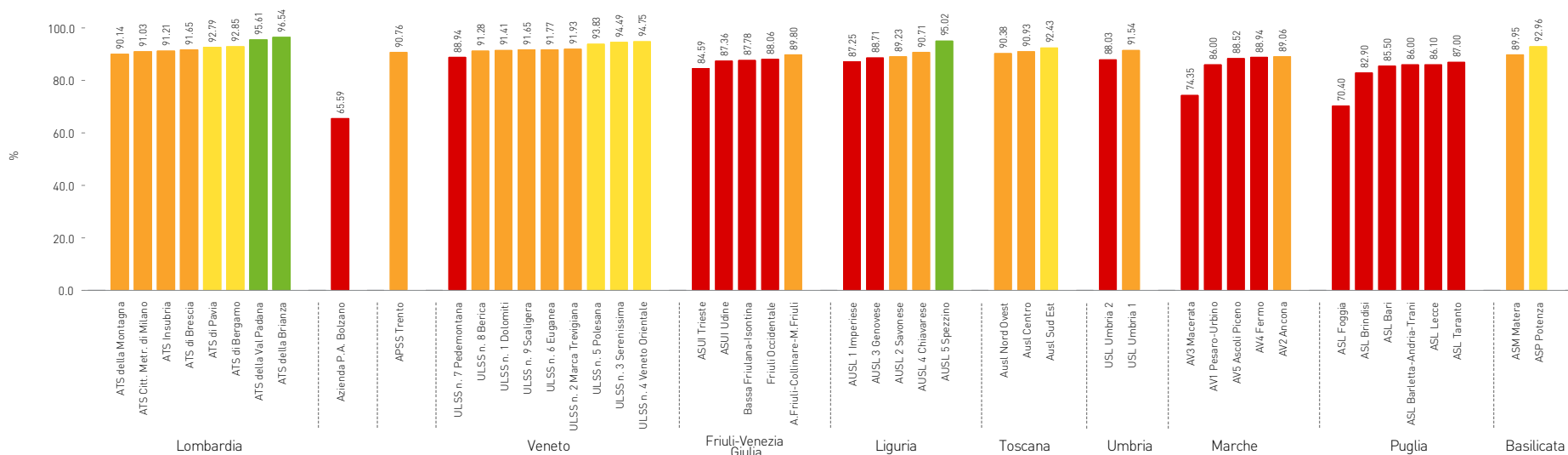
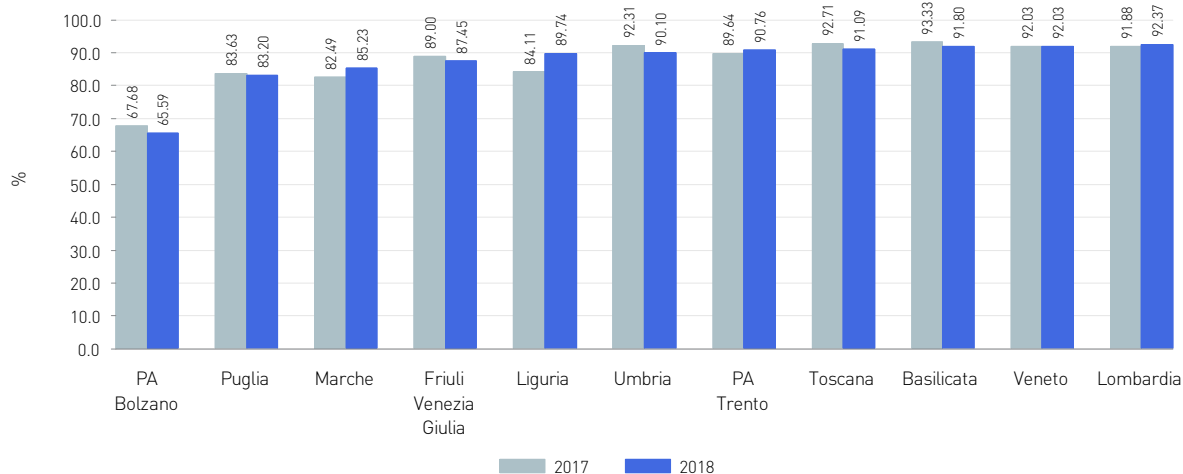
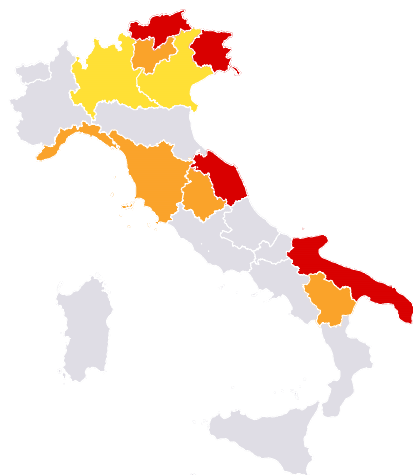
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

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. Come si legge dai dati, tuttavia, nonostante le campagne di prevenzione promosse in tutte le aziende sanitarie, la proporzione di personale sanitario che si vaccina risulta essere generalmente ancora piuttosto bassa.



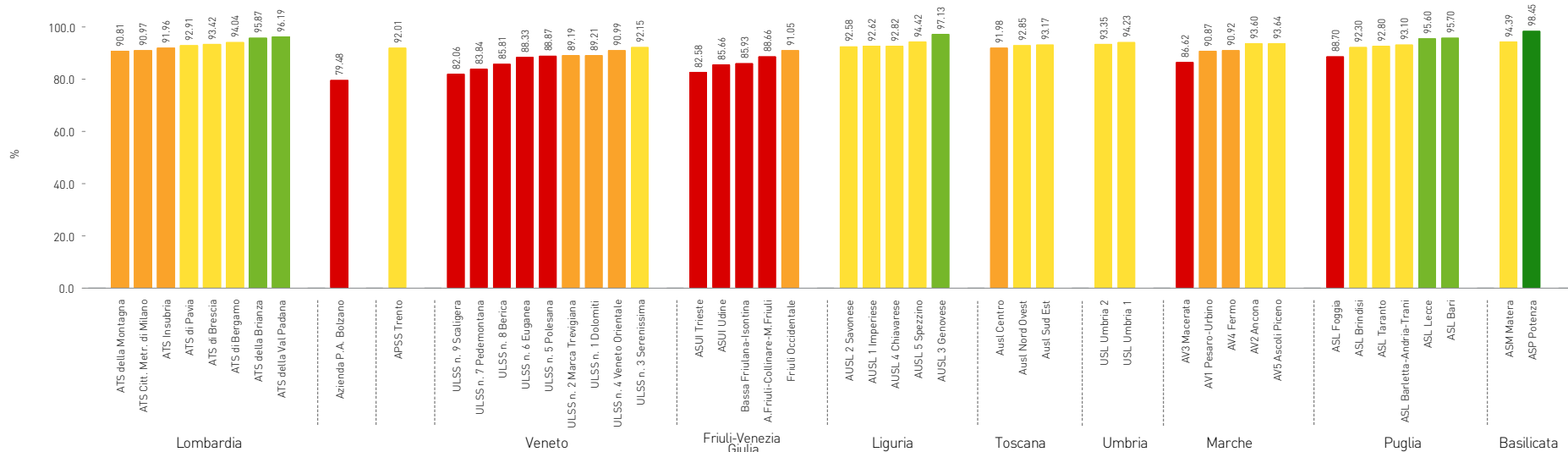
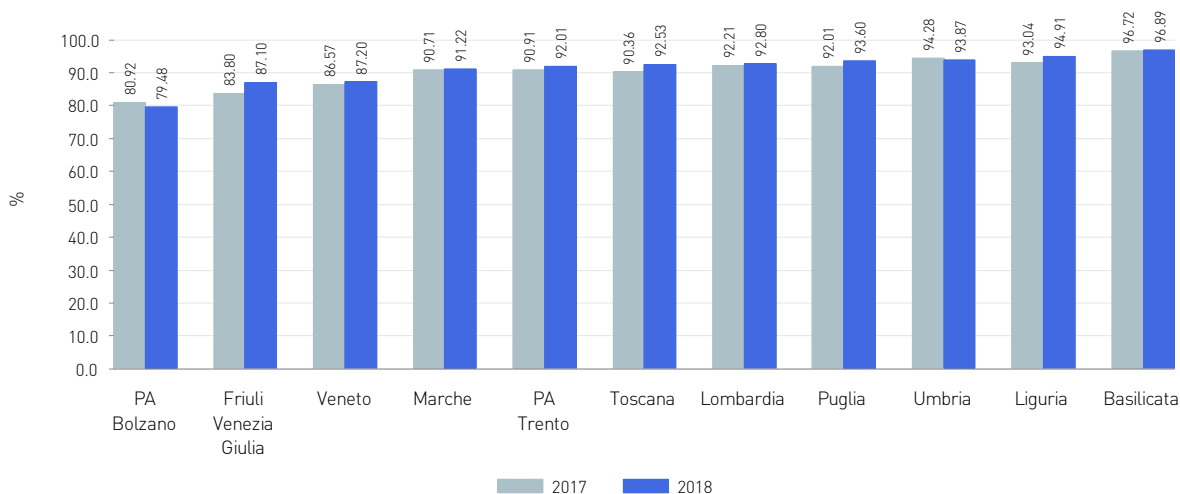
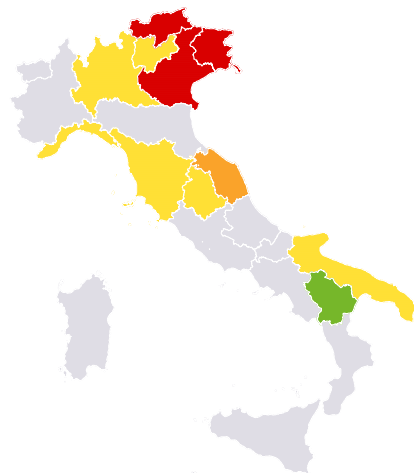
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

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.



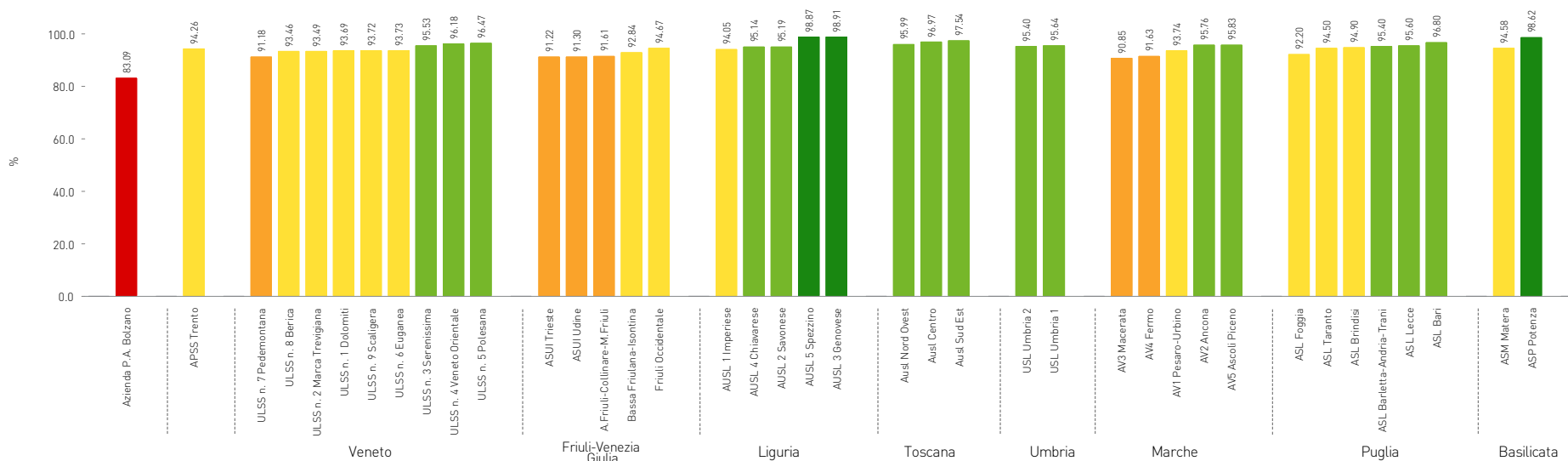
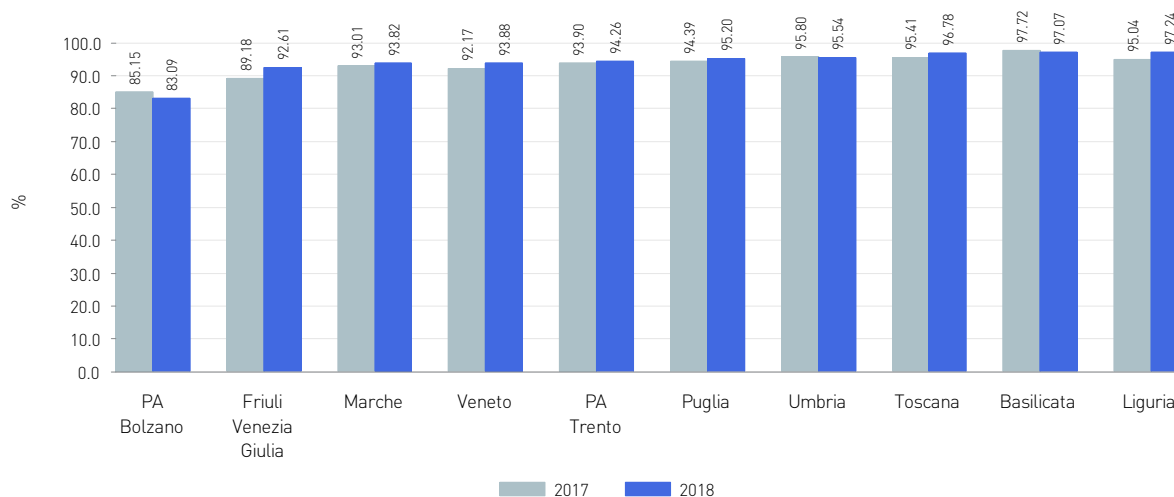
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

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.



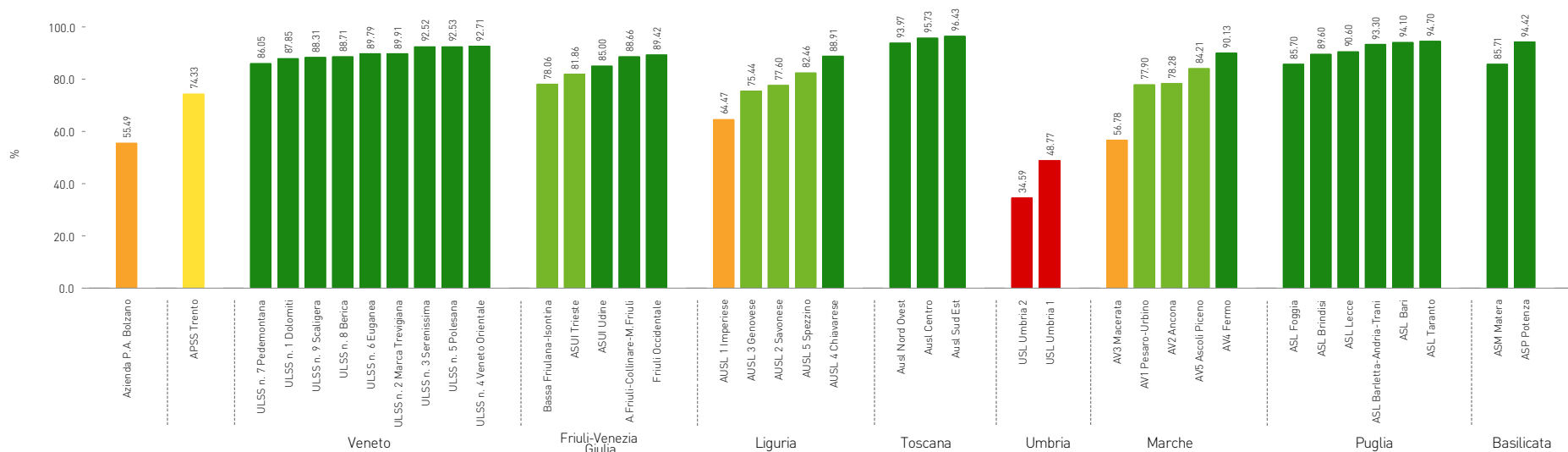
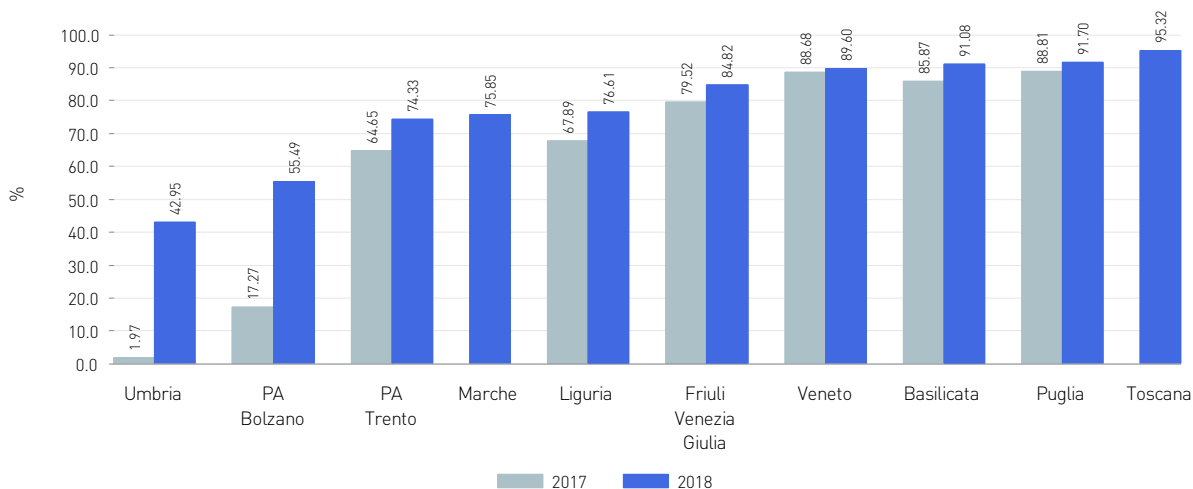
B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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.



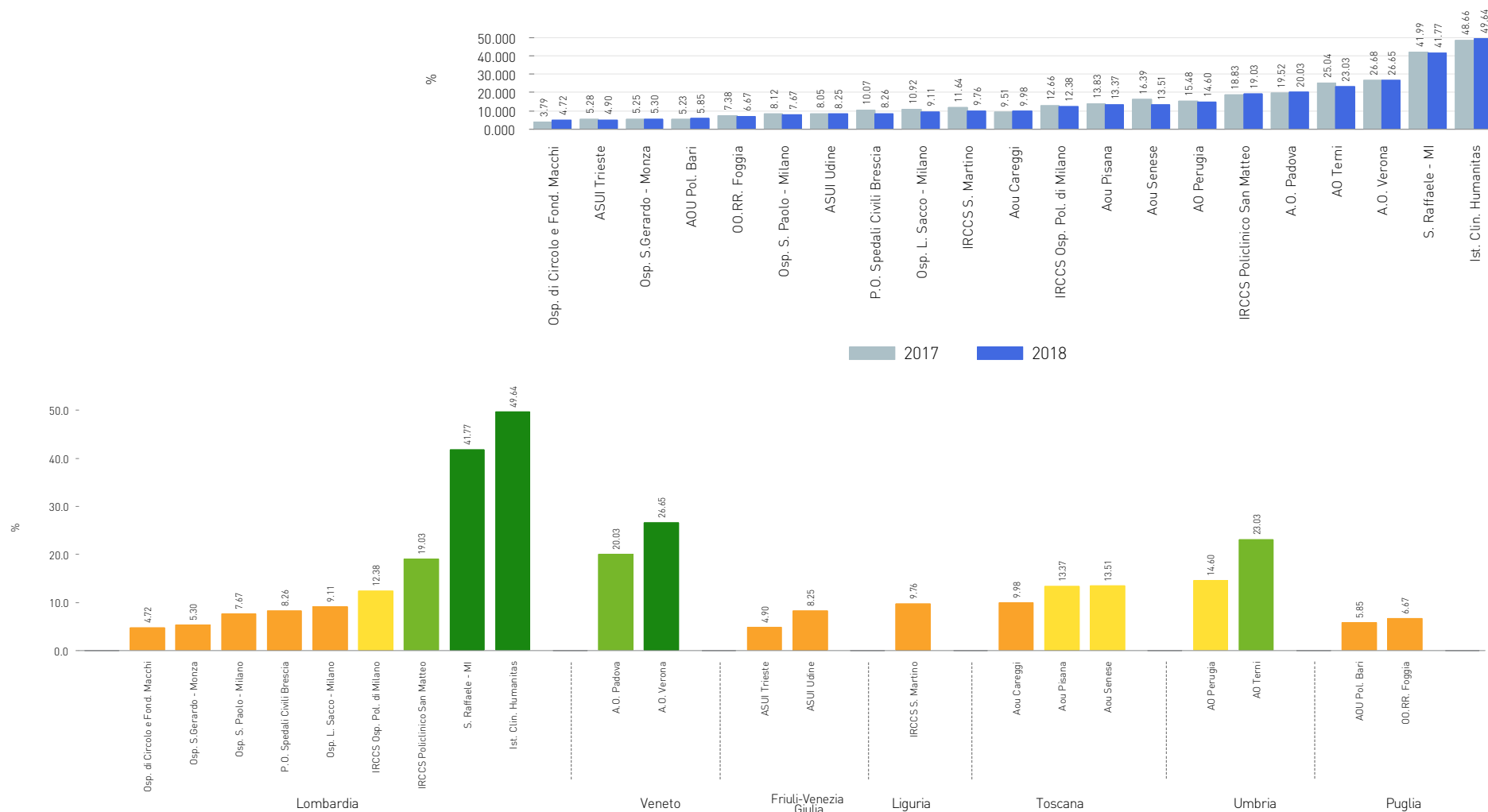
B7.8 Copertura vaccinale varicella

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 1 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 per l'anno 2018.



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.



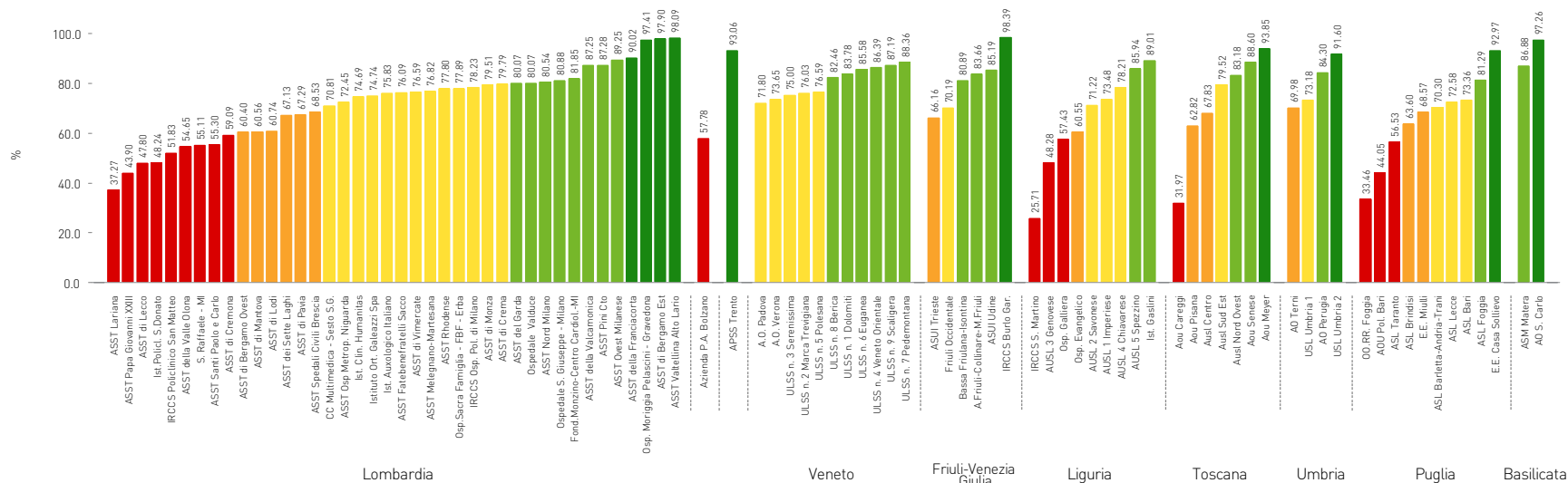
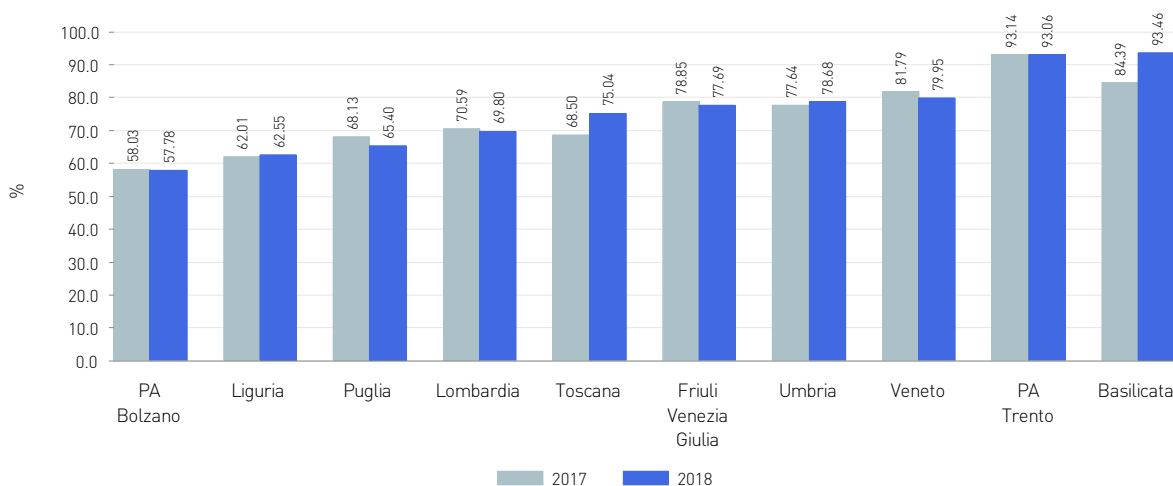
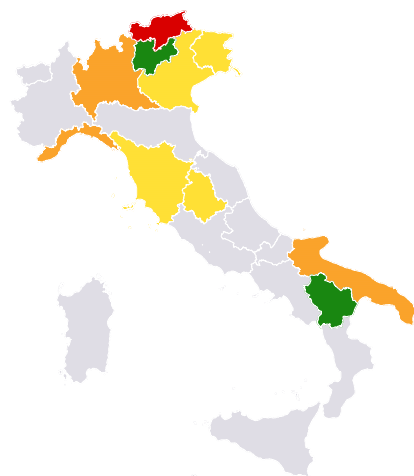


EMERGENZA-URGENZA



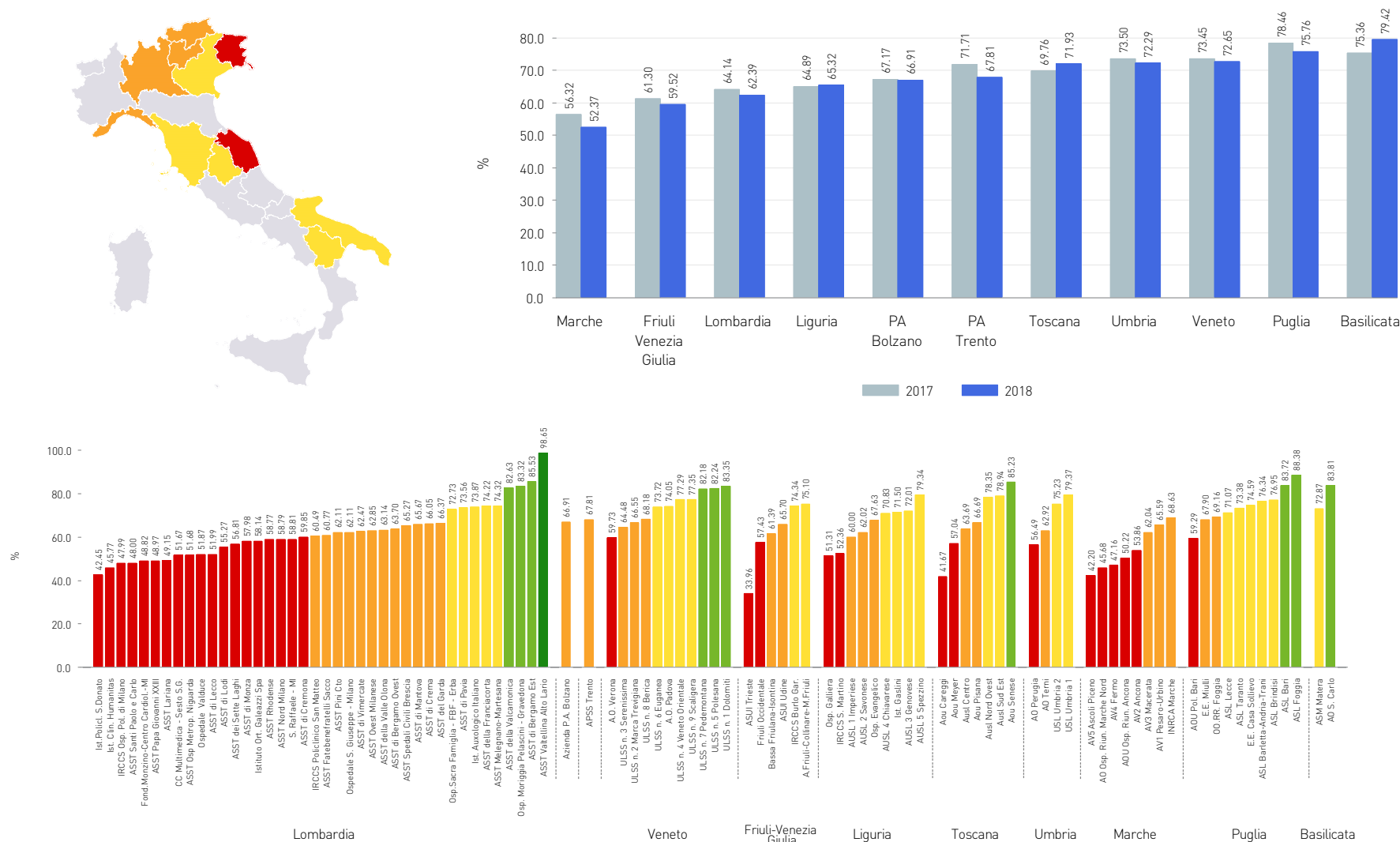
C16.1 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso: questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).



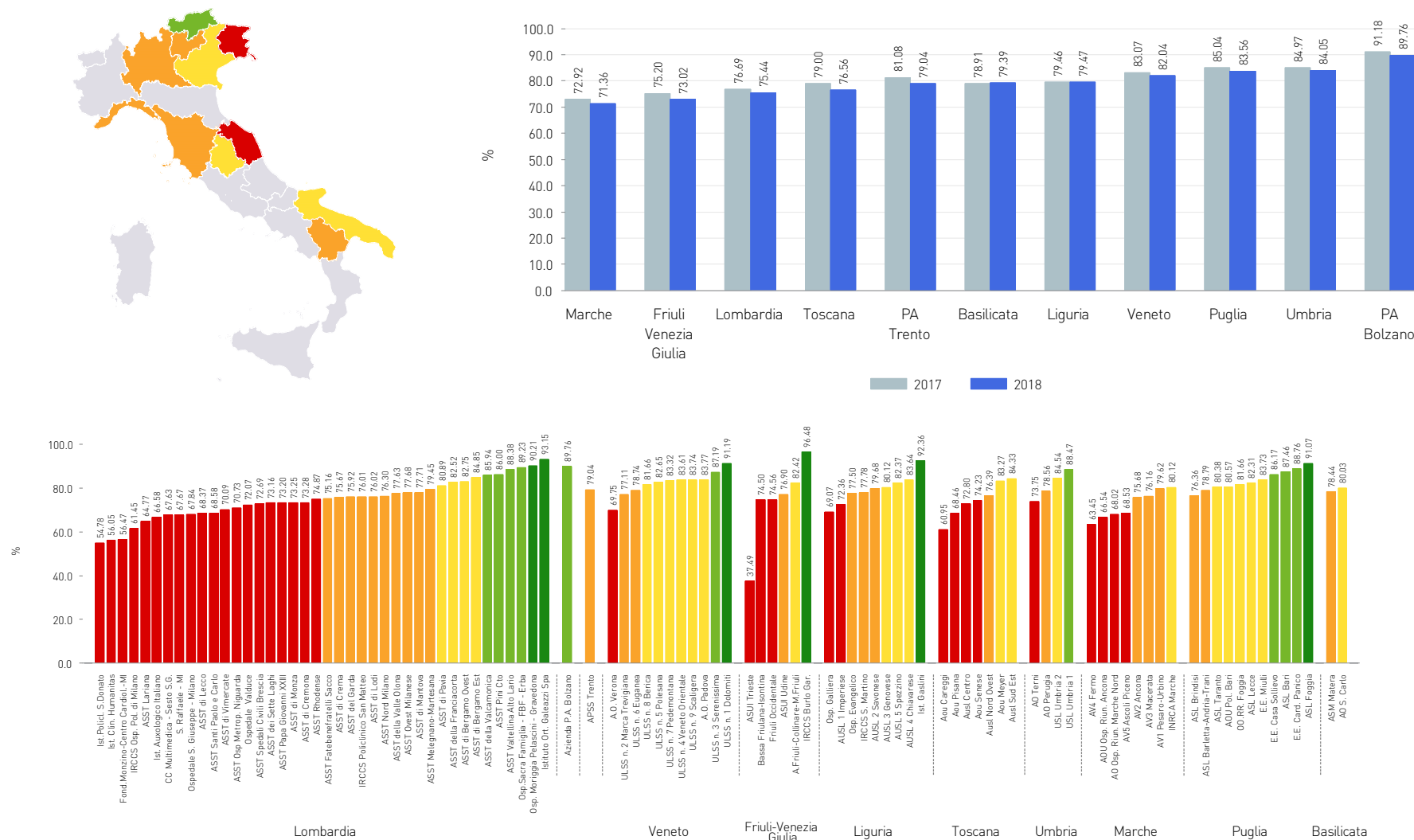
C16.2 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro un'ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in altri setting assistenziali, ma che preferiscono rivolgersi al Pronto Soccorso in quanto punto di riferimento disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e da cui è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti. Questa tipologia di pazienti costituisce da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra loro spesso si registrano elevati livelli di insoddisfazione, connessi proprio ai tempi di attesa.



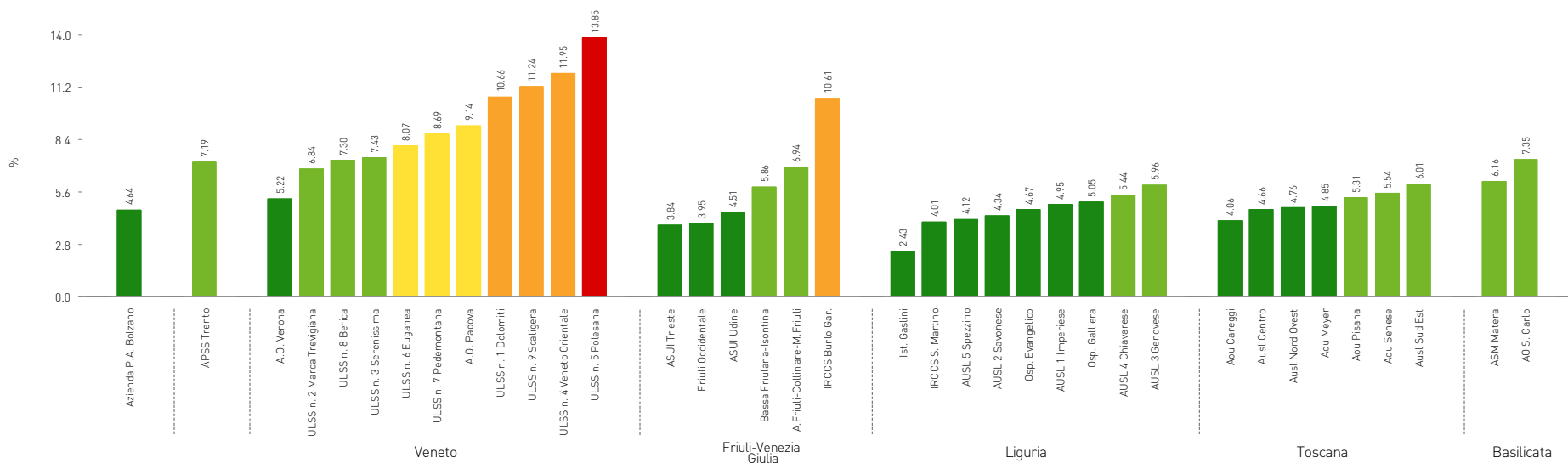
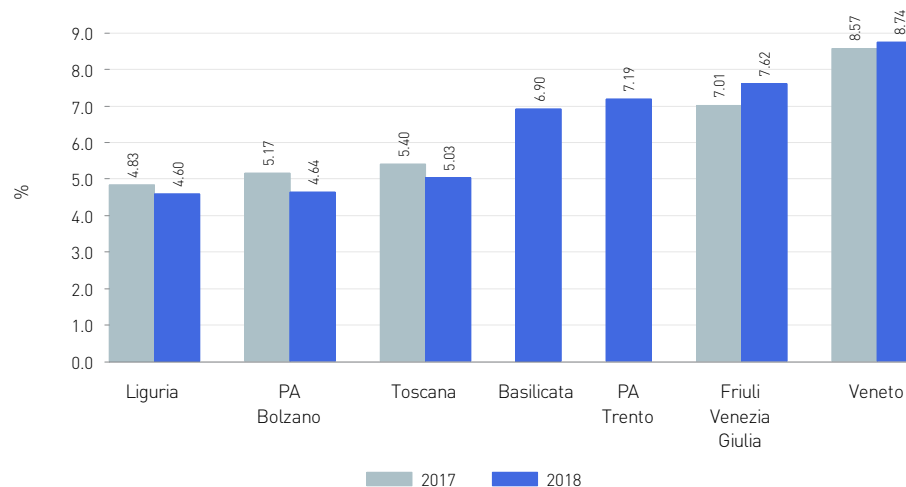
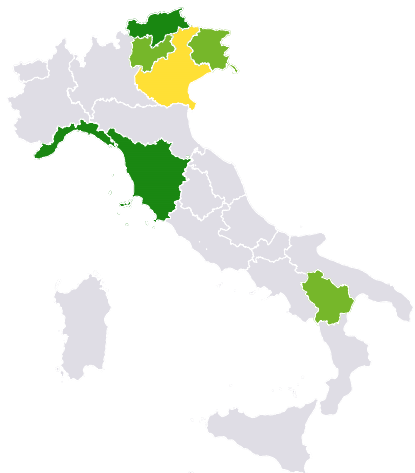
C16.3 Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore

L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento dell'assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in termini di effettuazione di esami diagnostici o di visite tramite consulenze specialistiche.



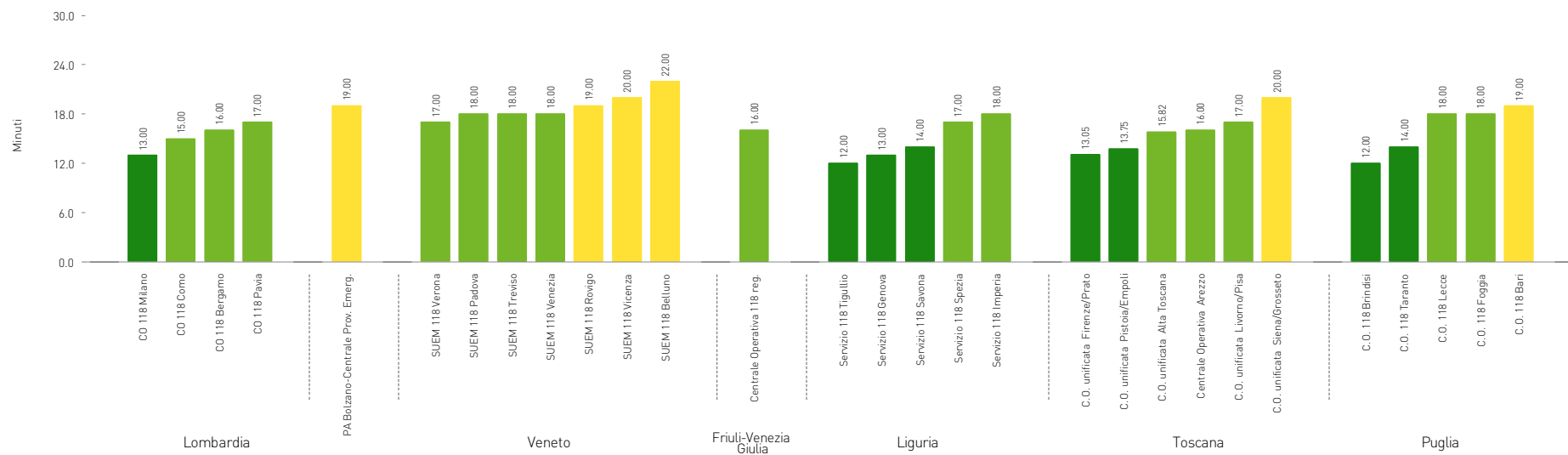
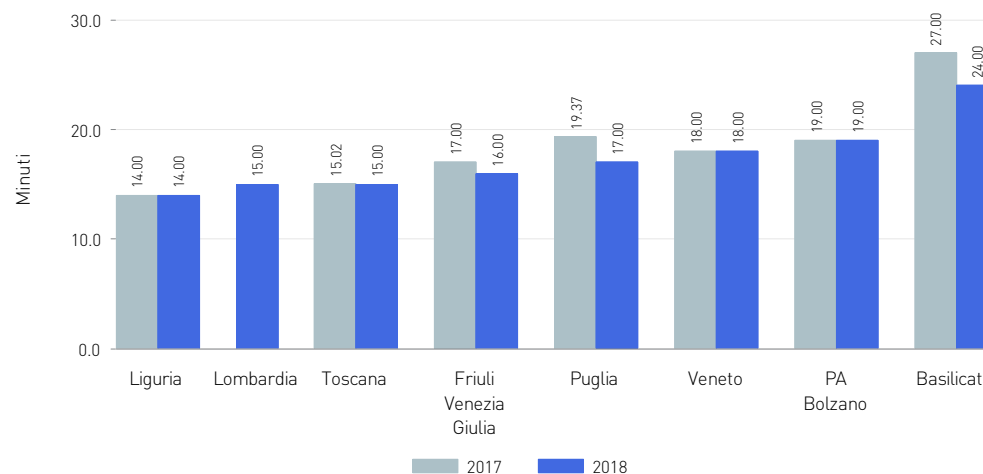
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

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 effettuati dai residenti regionali. Un ulteriore sviluppo di questo indicatore prevederà di focalizzare l'analisi degli accessi ripetuti in funzione delle diagnosi dei pazienti che vengono registrate di volta in volta.



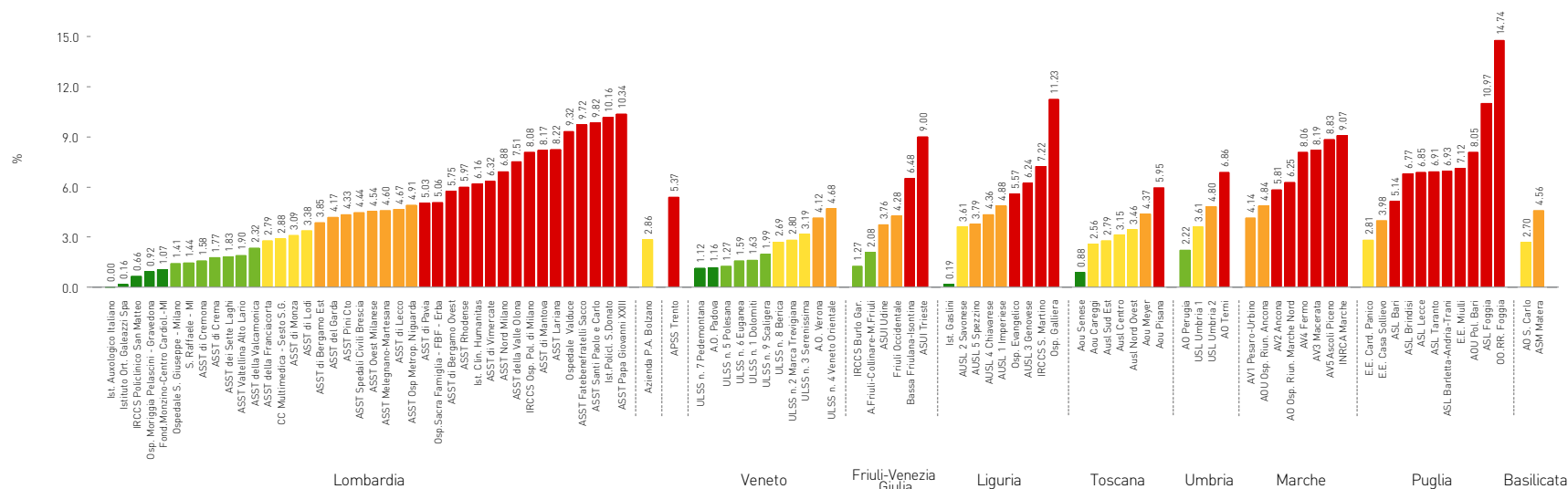
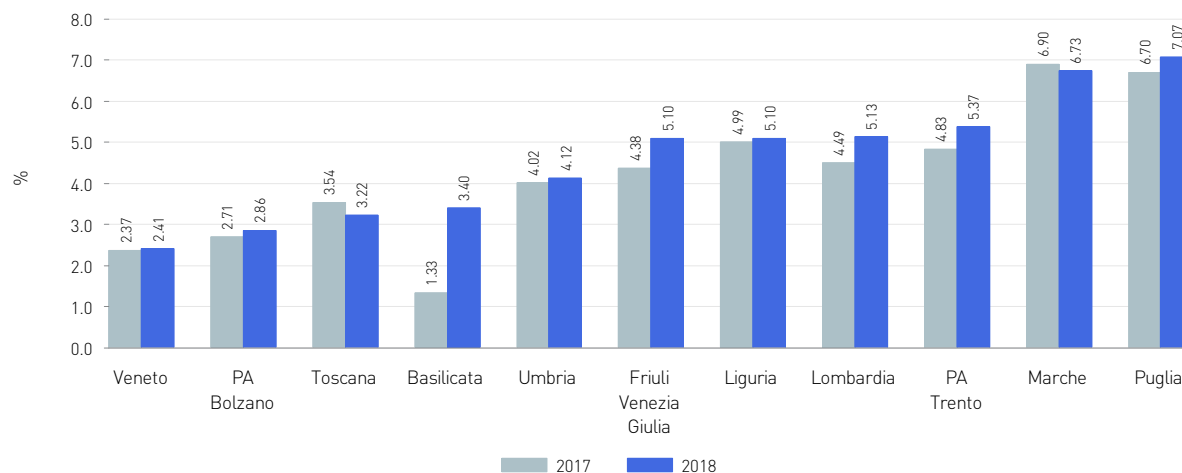
C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).



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.



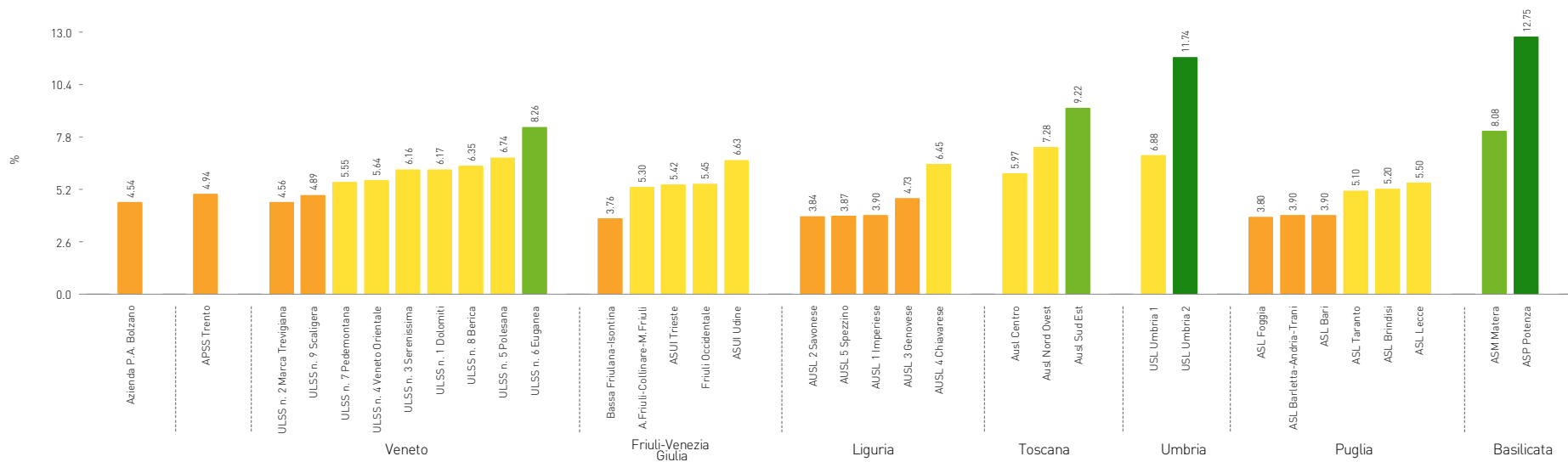
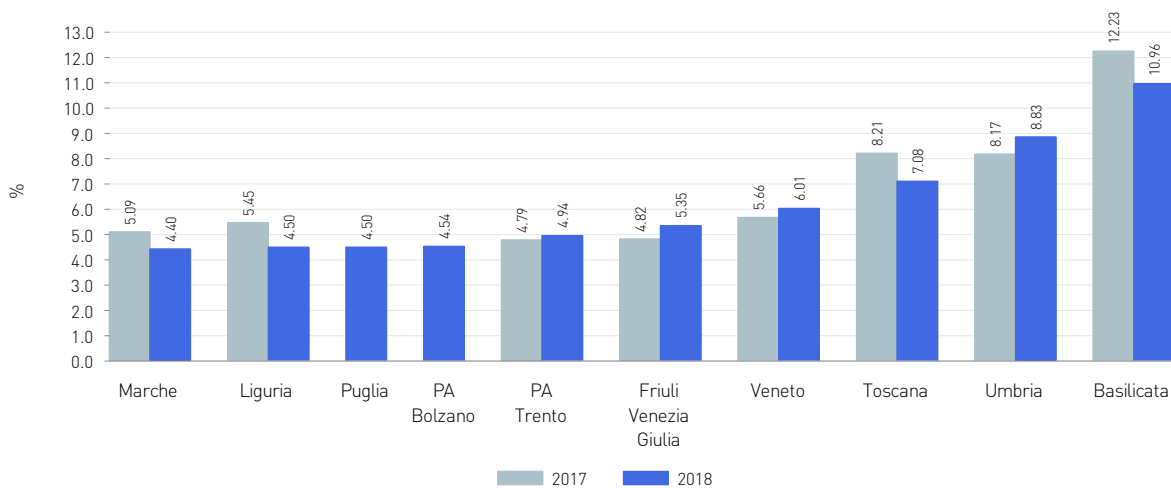


PREVENZIONE COLLETTIVA



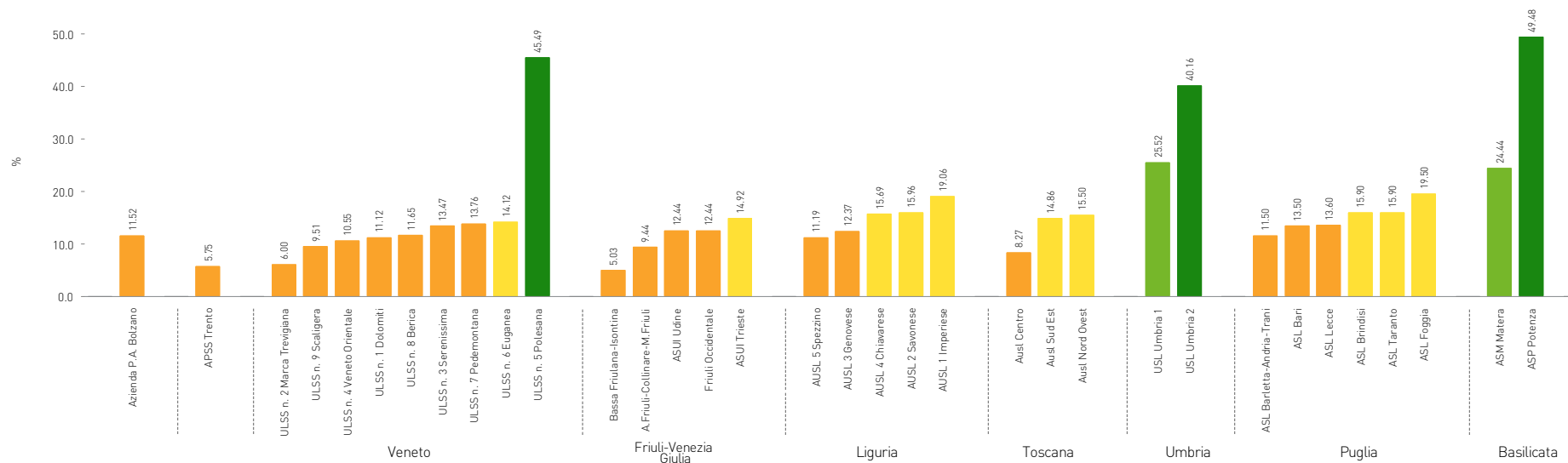
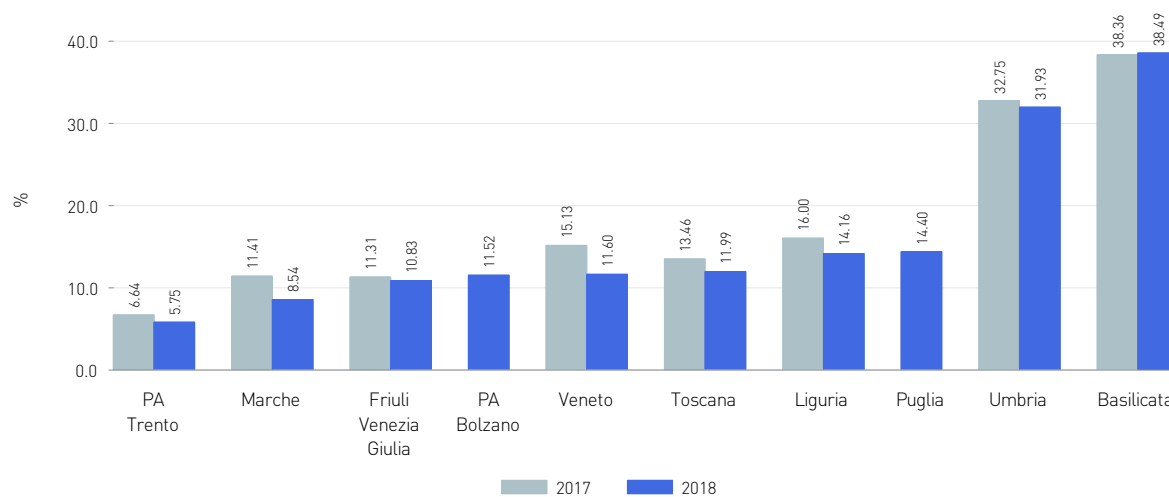
F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

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.



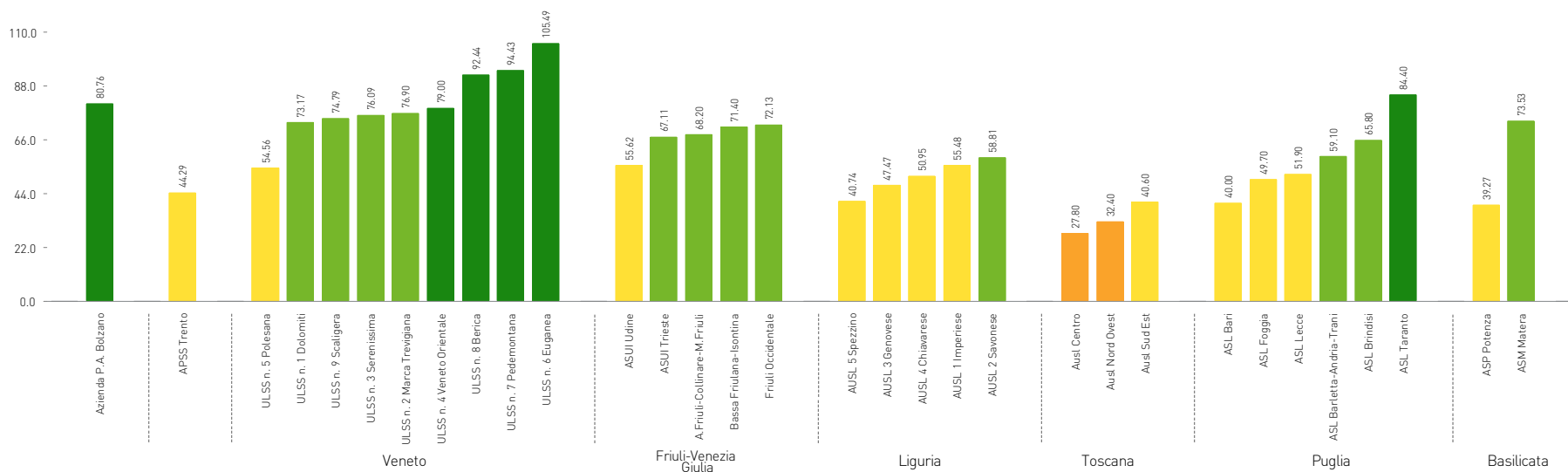
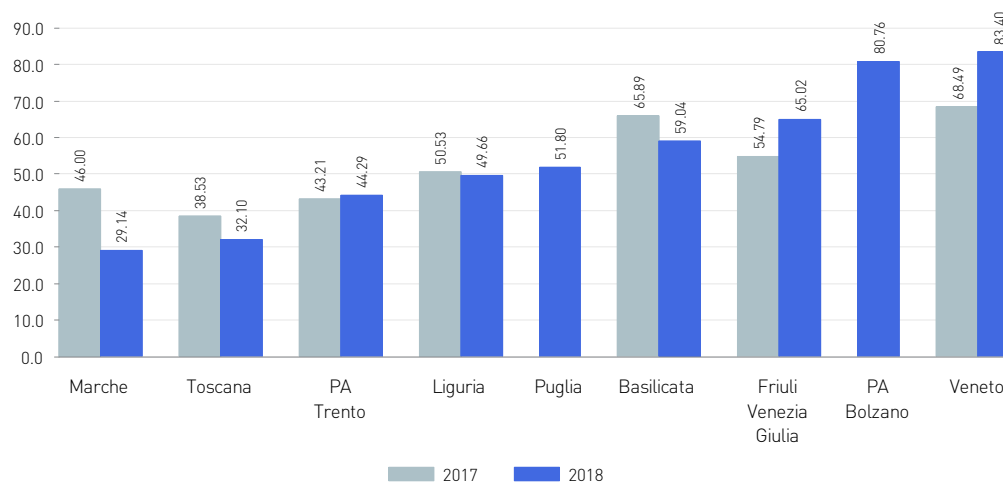
F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

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.



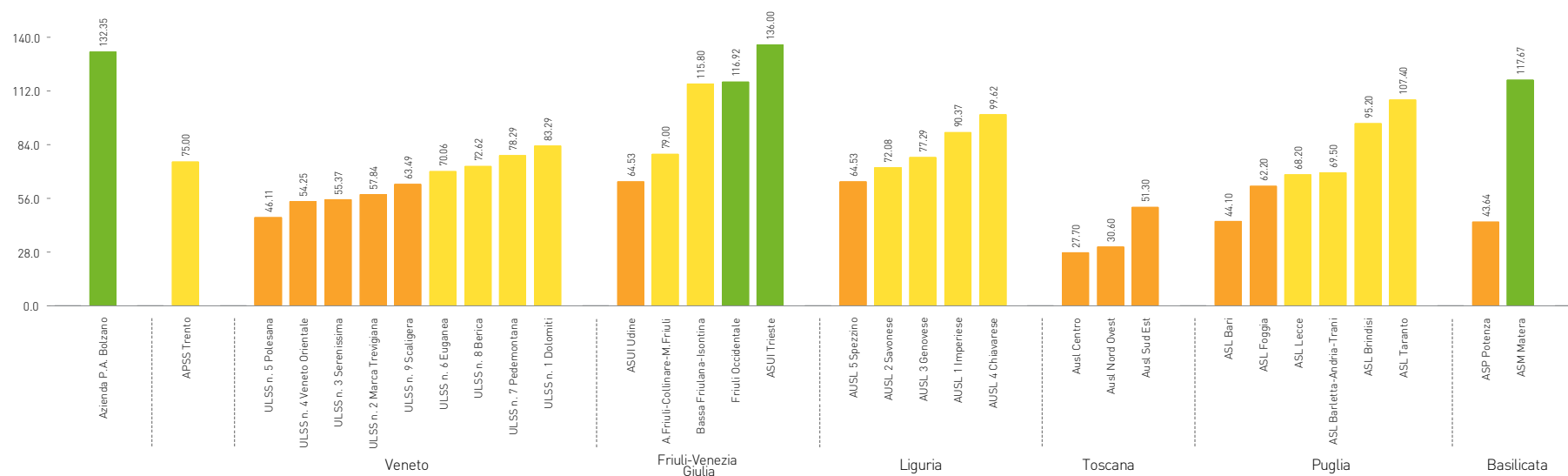
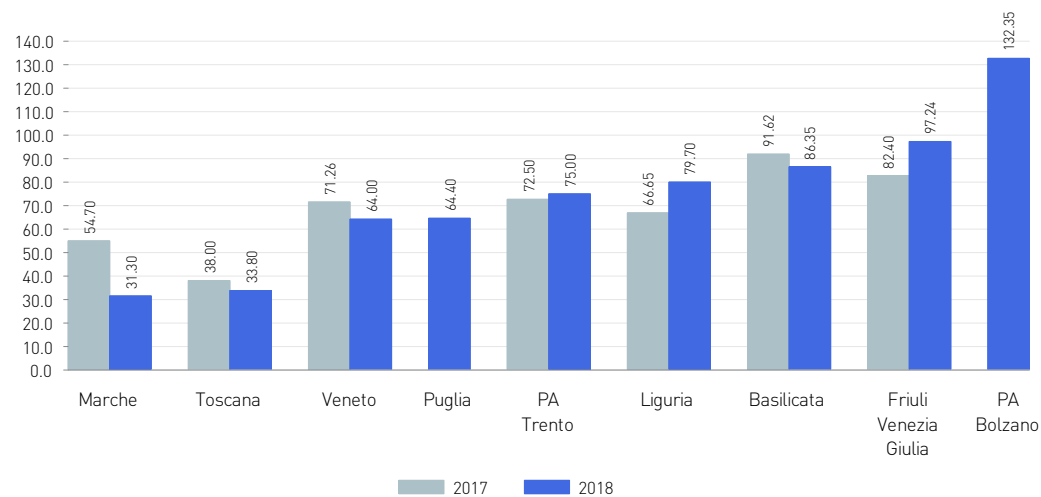
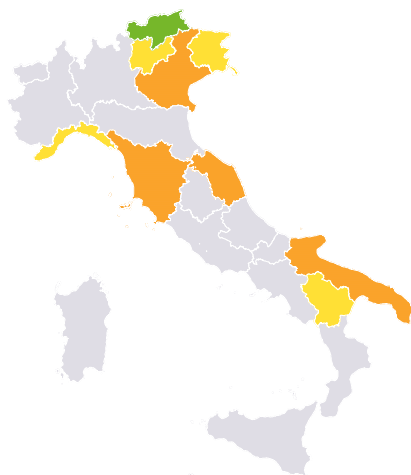
F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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 SPSSAL

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).



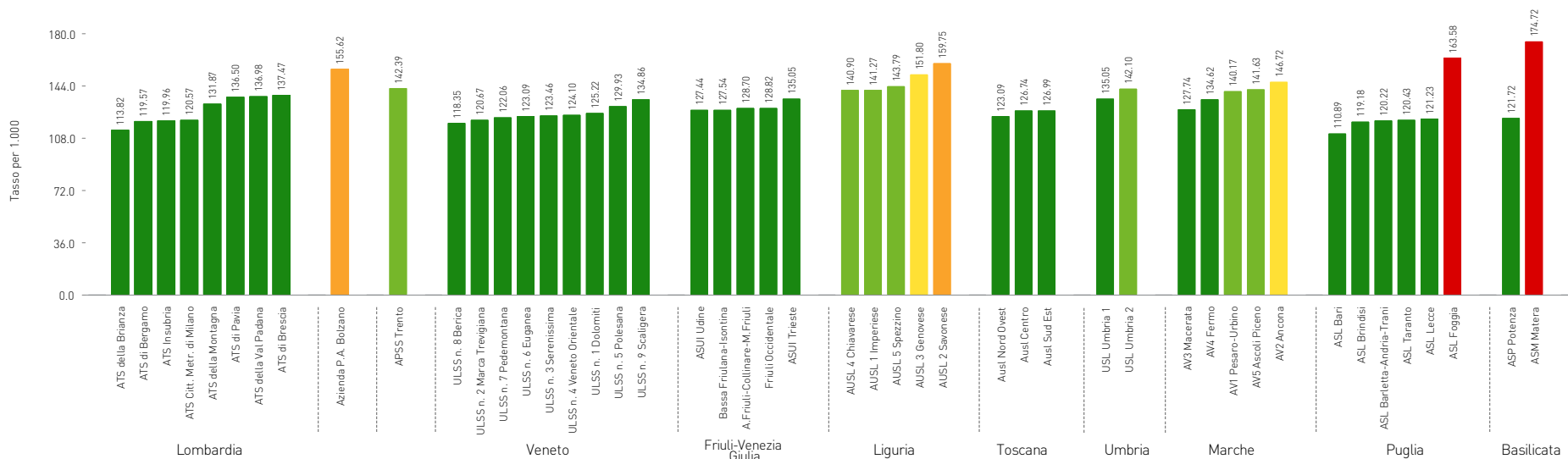
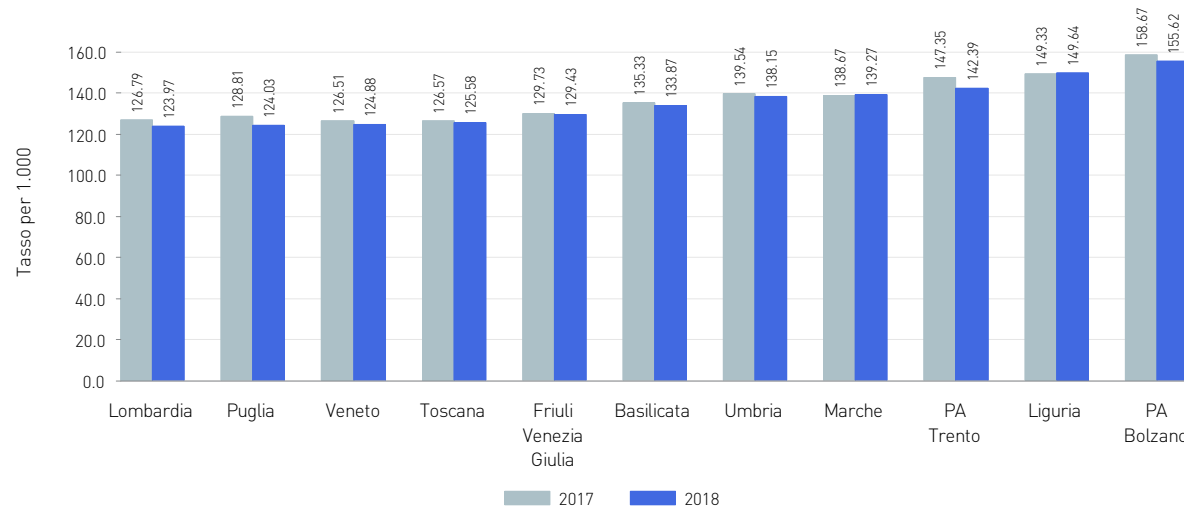


GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA



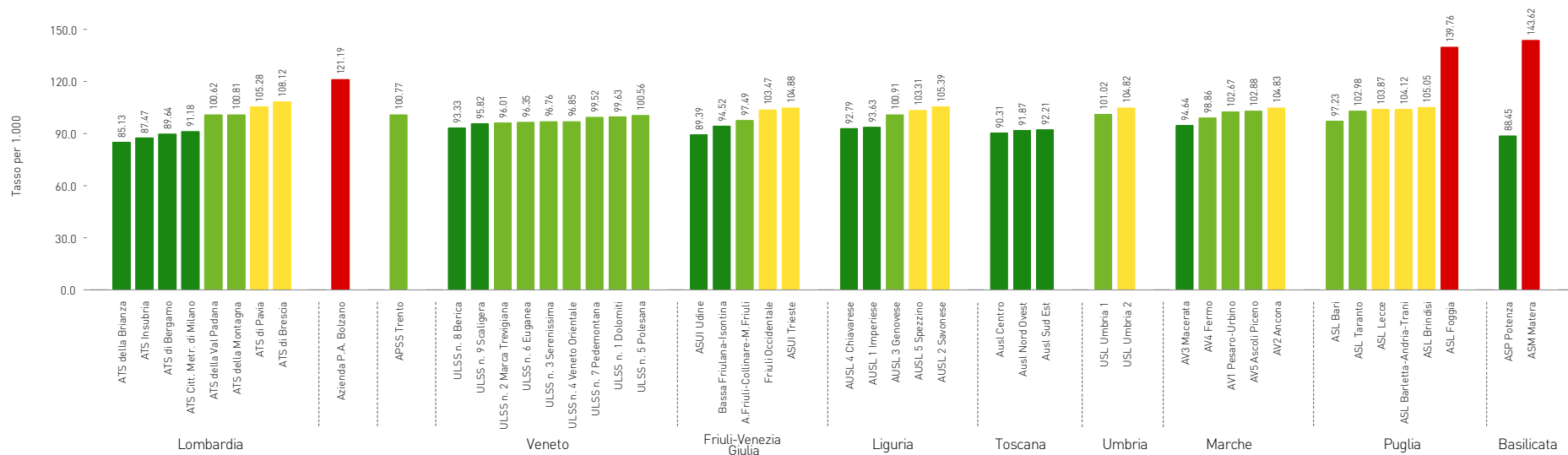
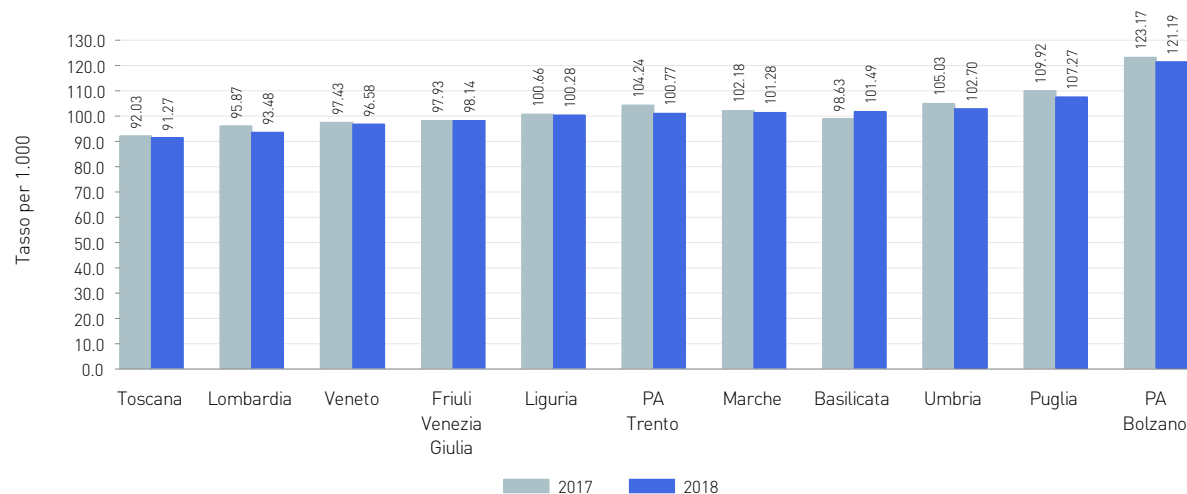
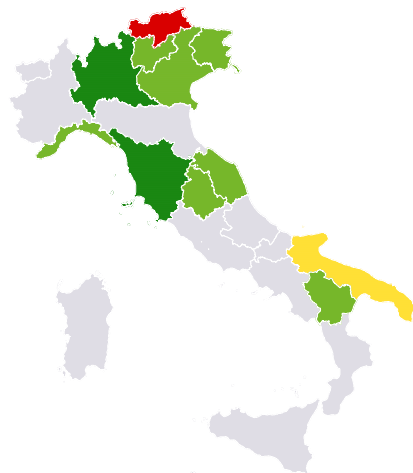
C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria ad organizzazione ad alto livello tecnologico in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano è compresa anche la mobilità austriaca.



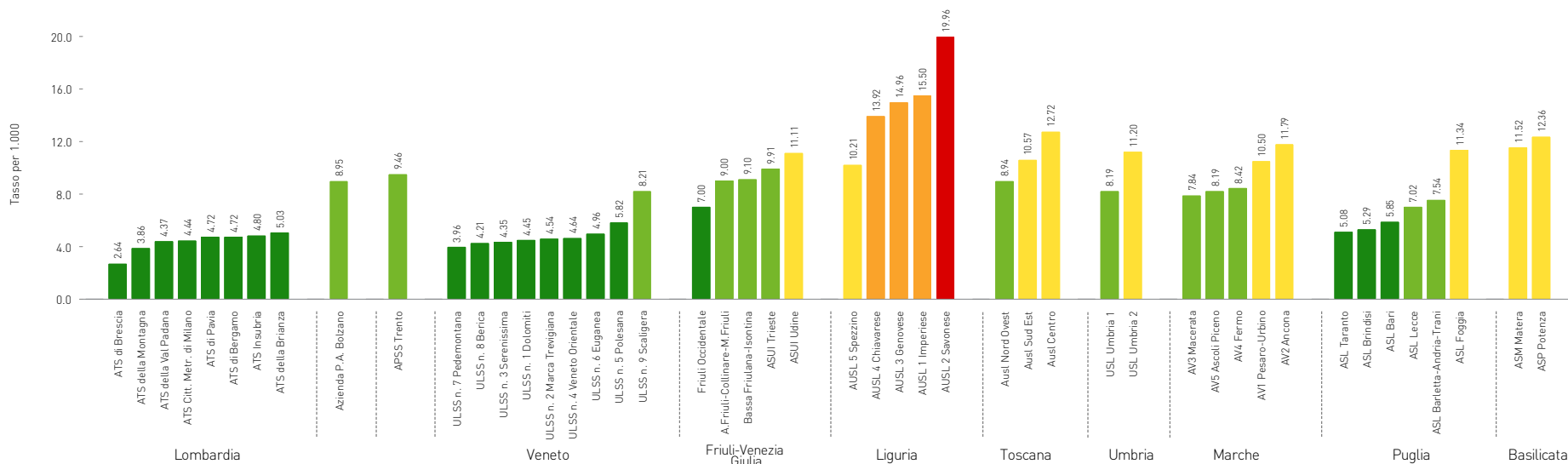
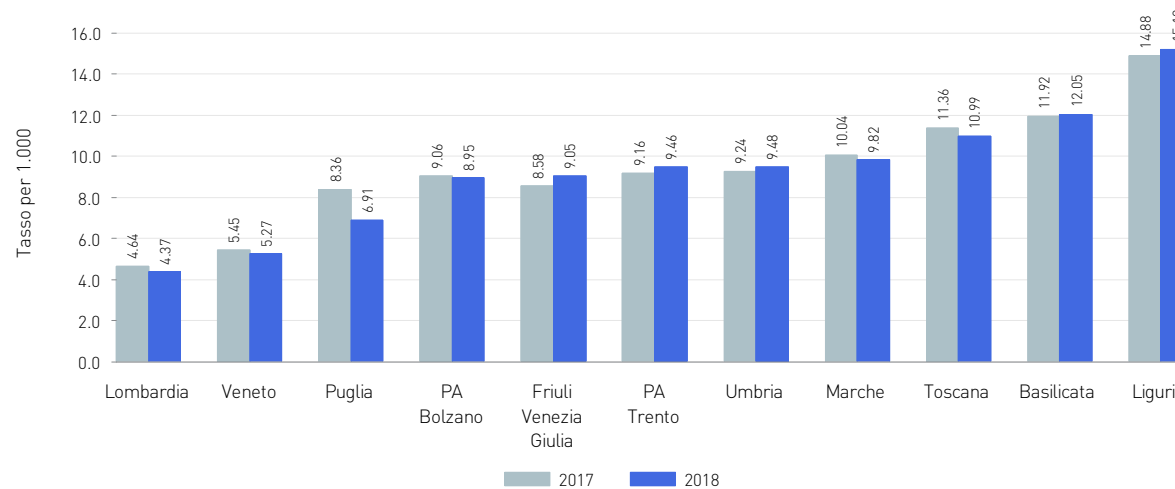
C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti

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.



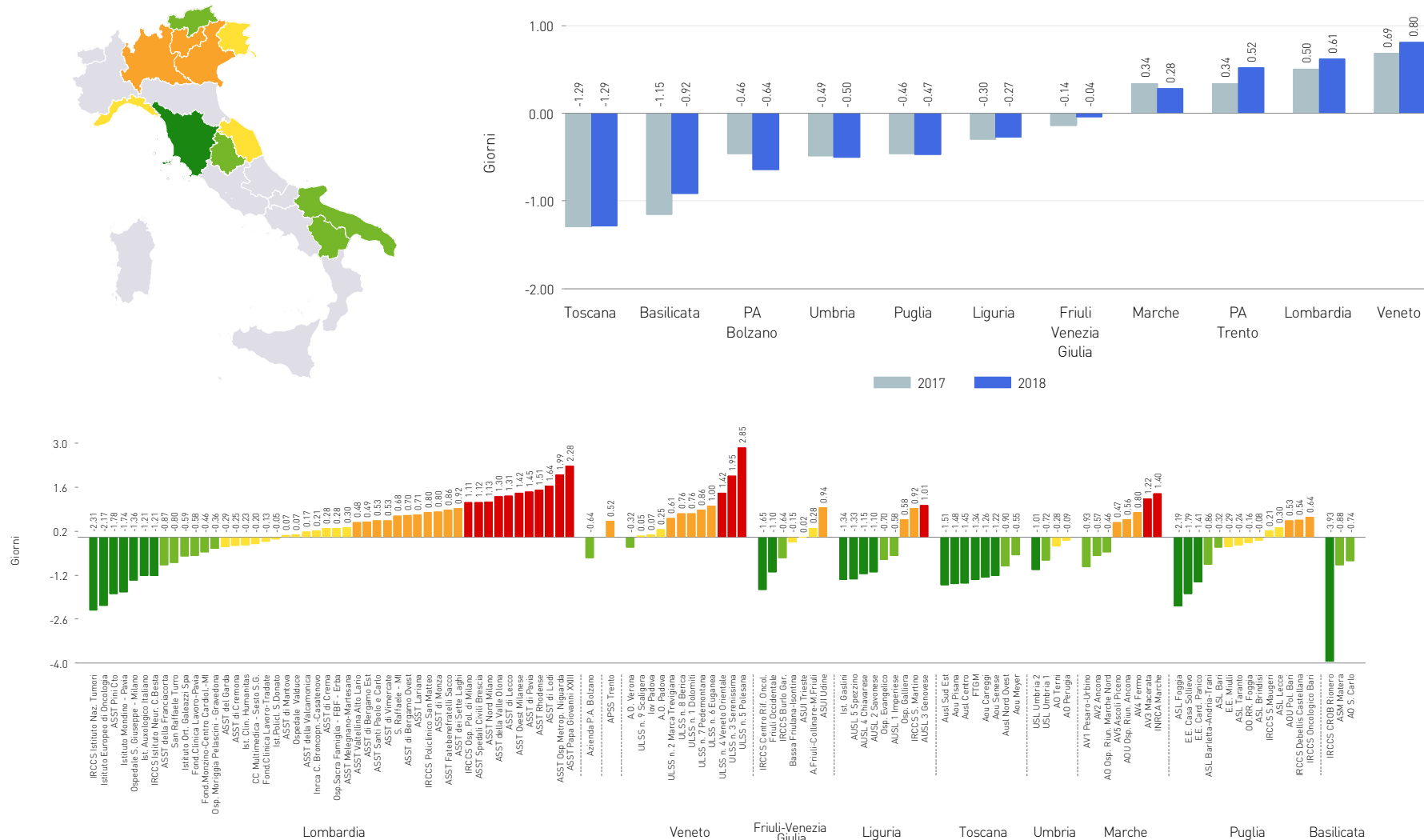
C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti

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.



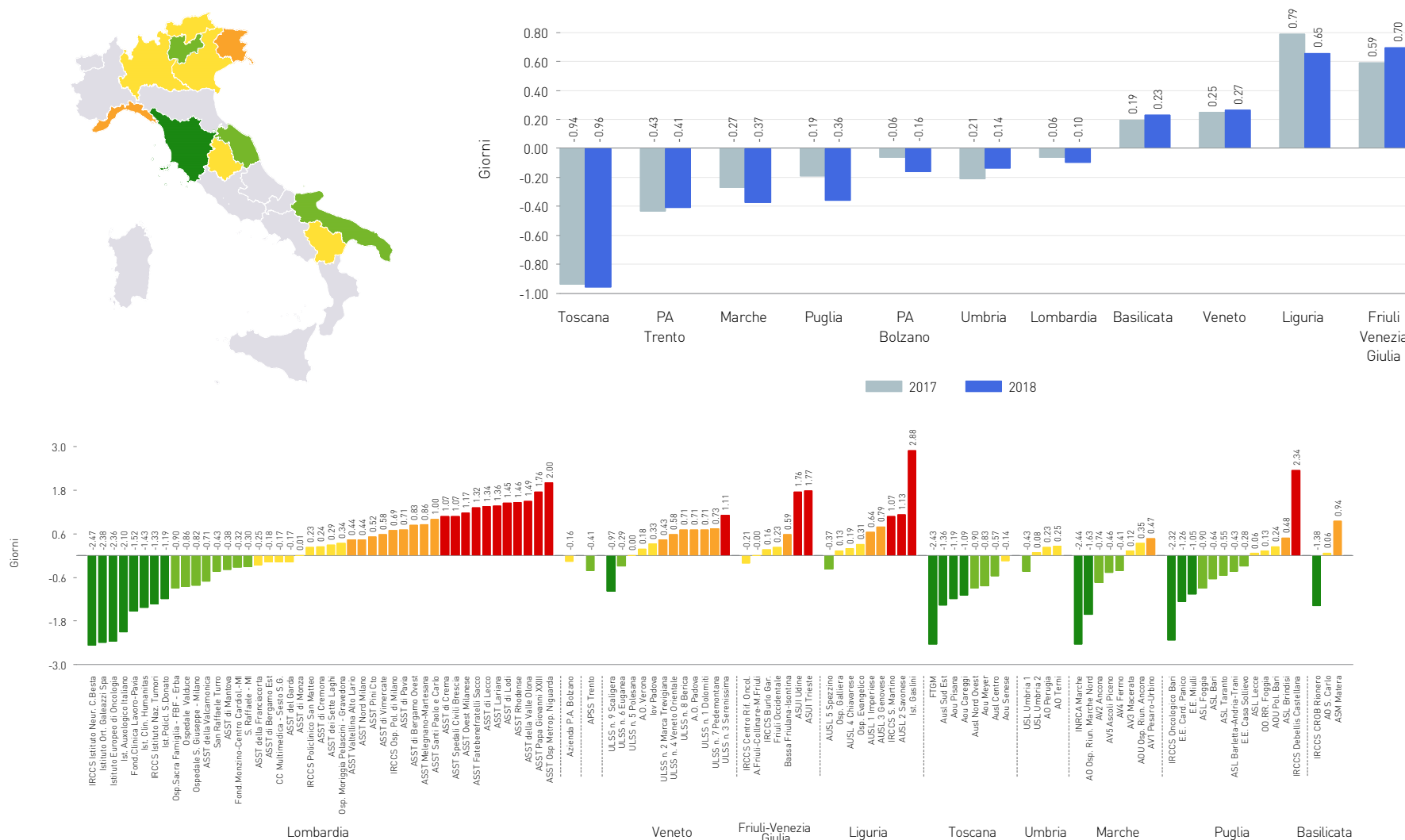
C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 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.



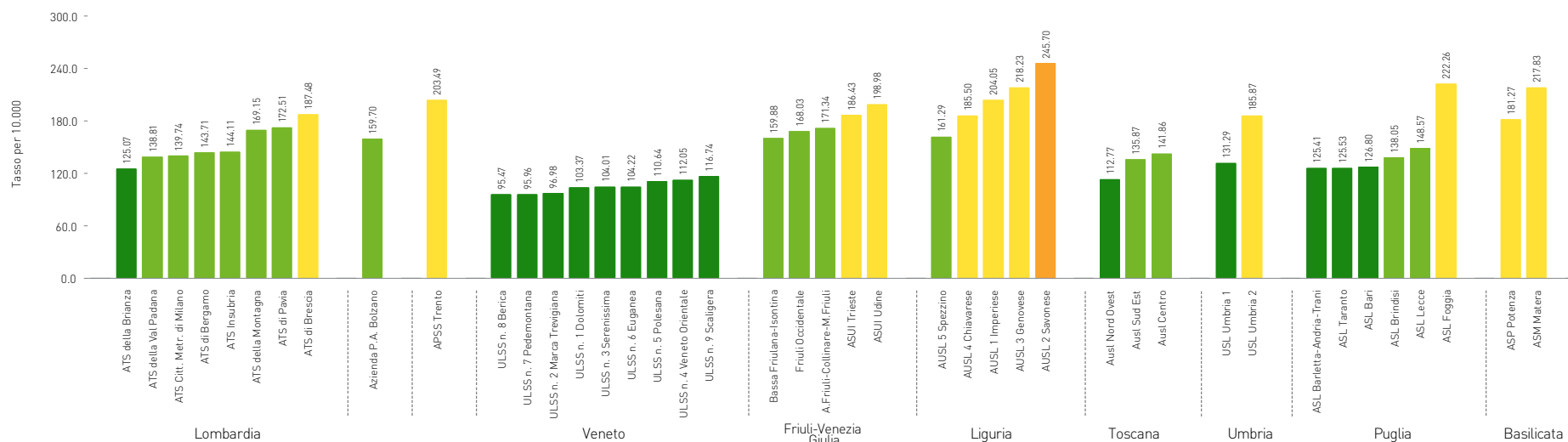
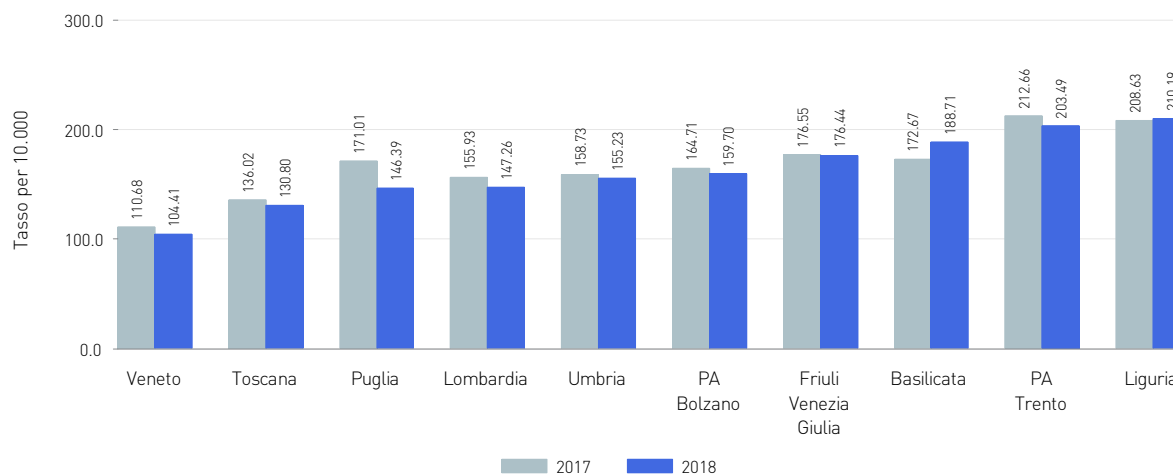
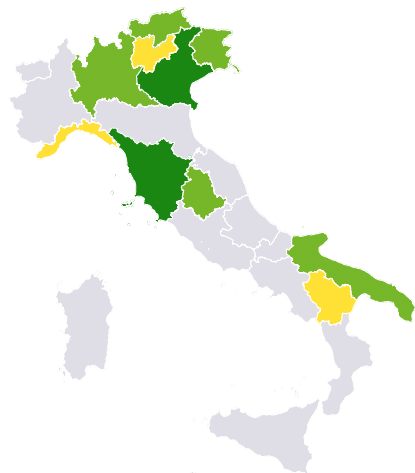
C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 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.



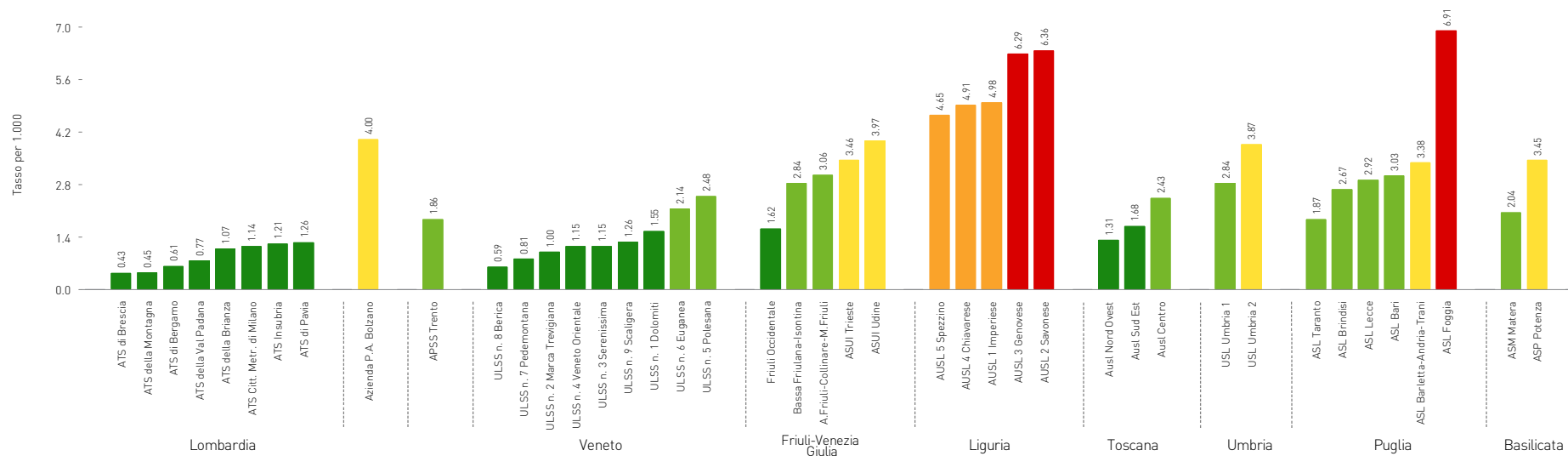
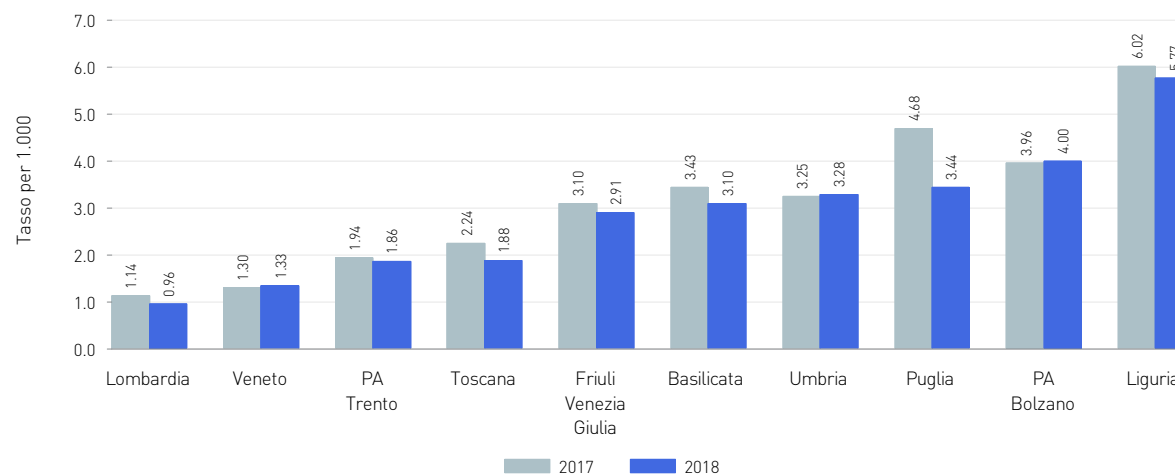
C4.8 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (patto per la salute 2010-2012)

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.



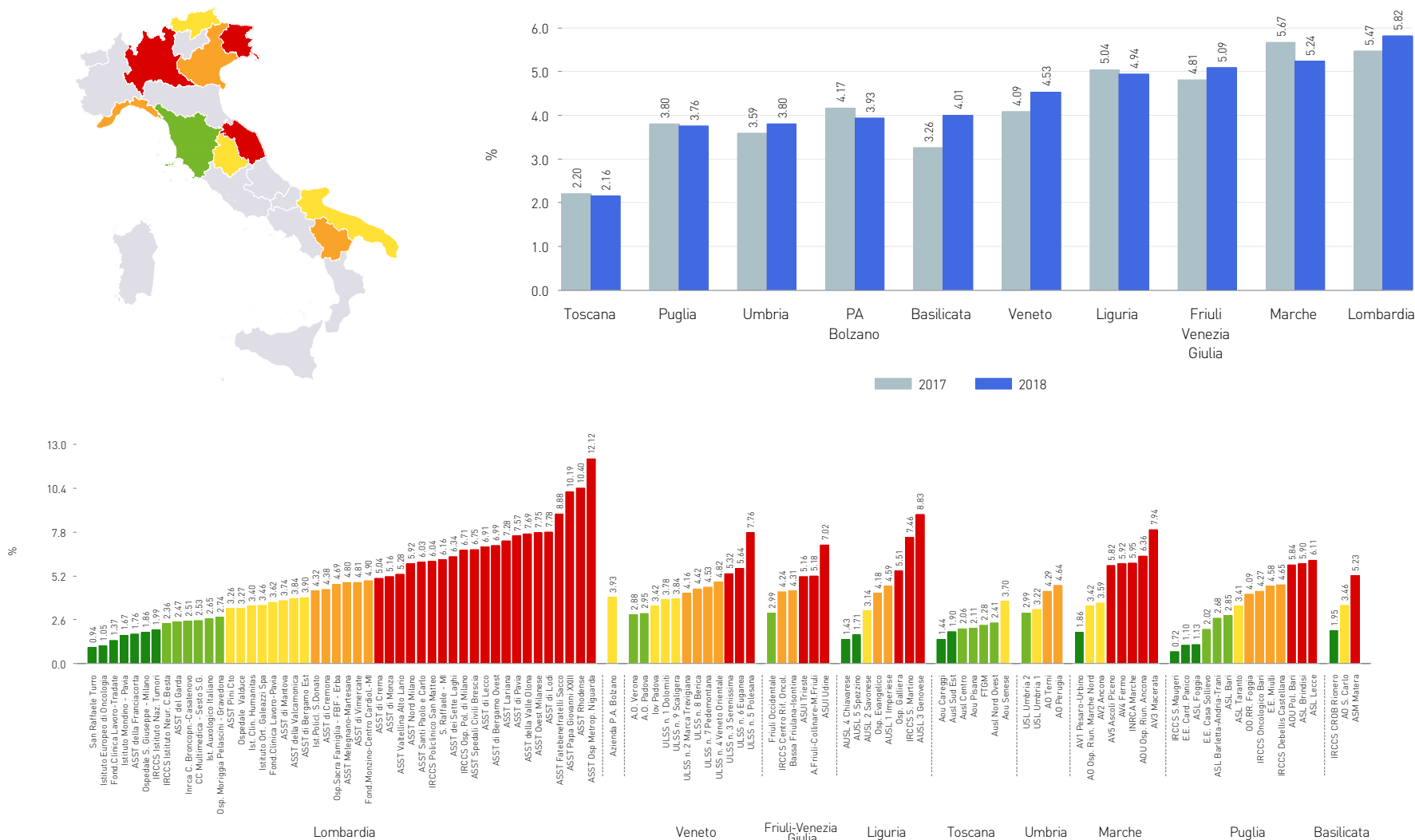
C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

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.



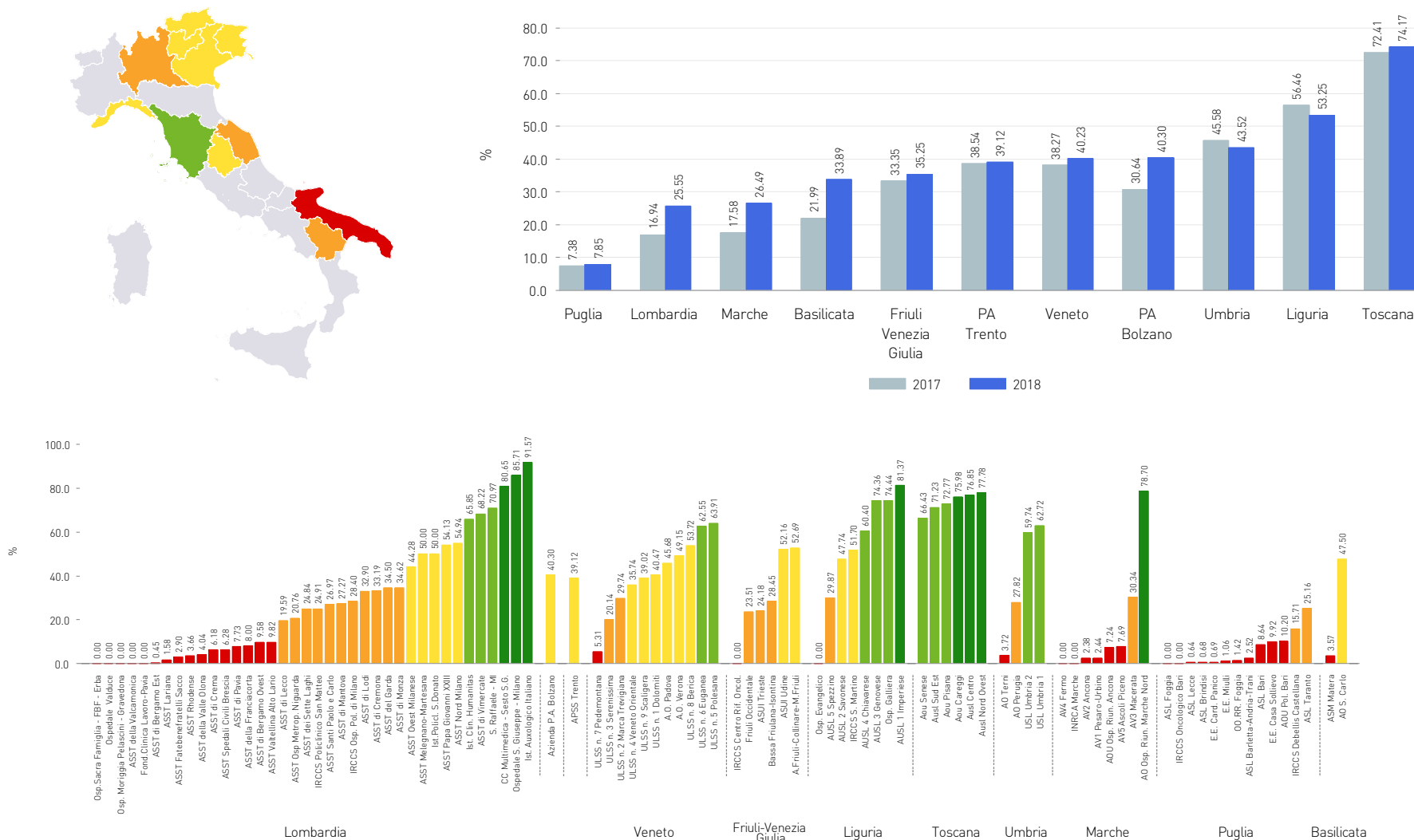
C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti con più di 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

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 di 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.



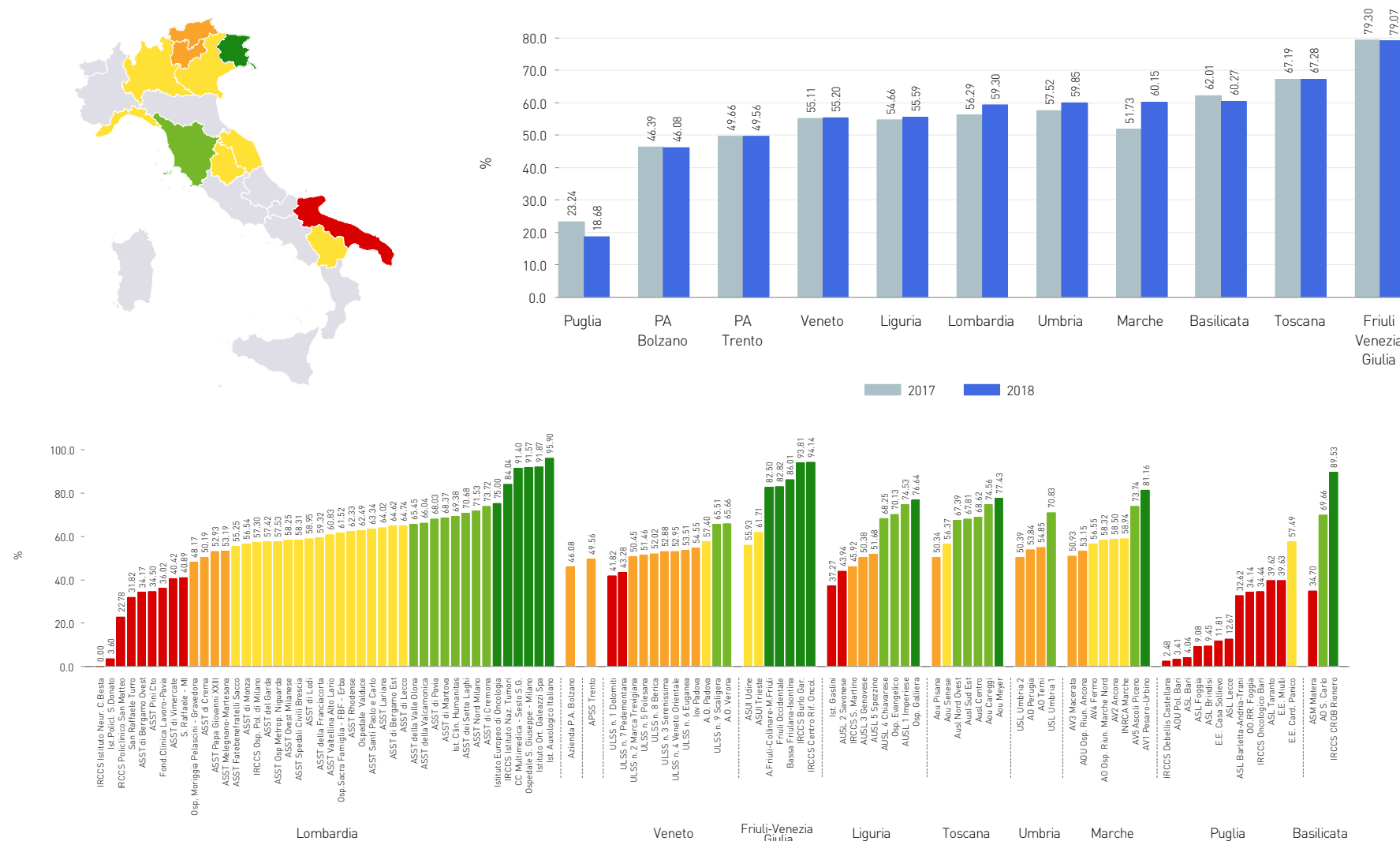
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

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).



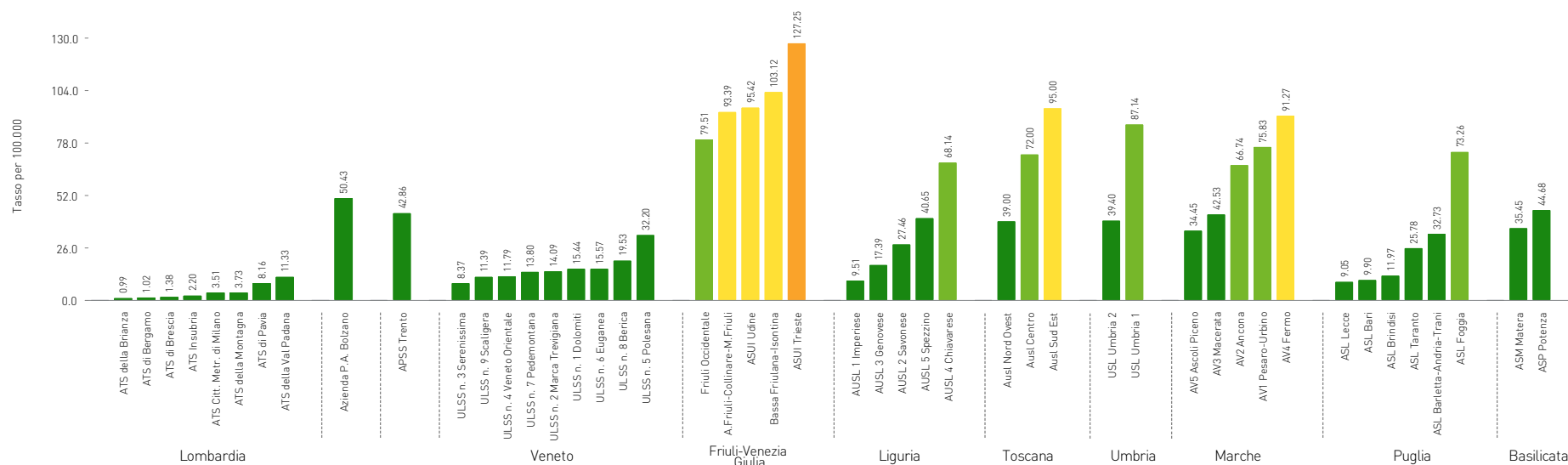
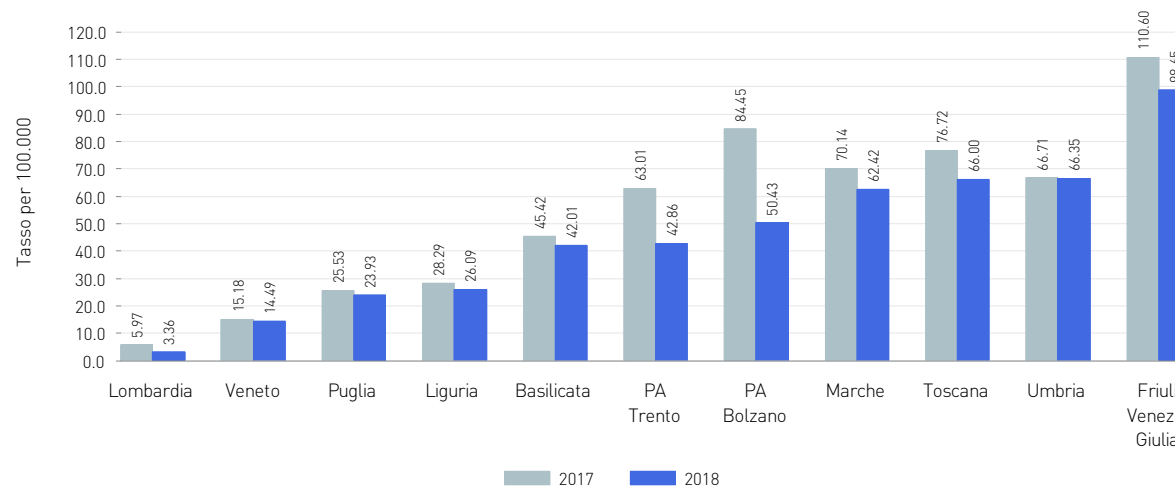
C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery

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.



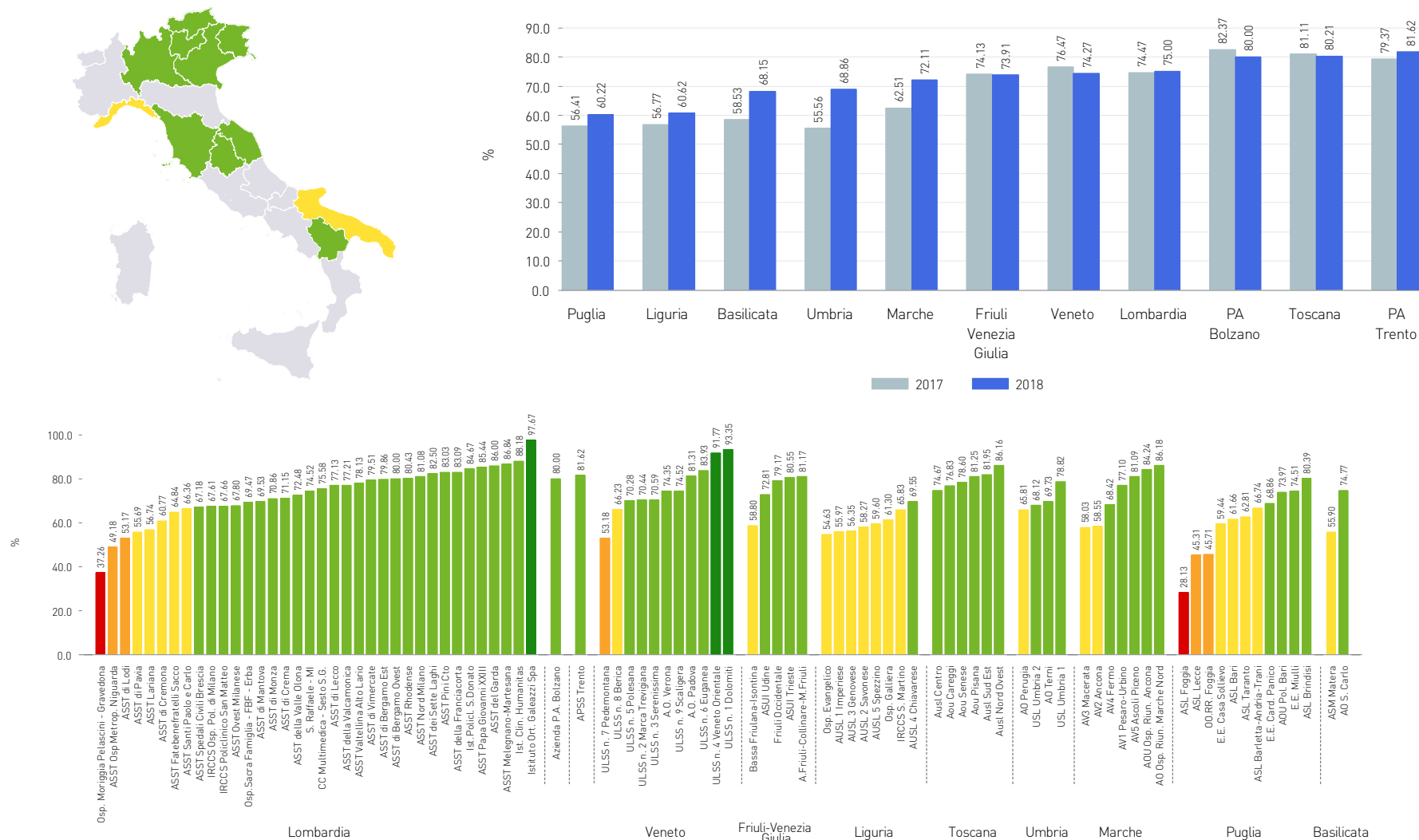
C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti

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 sistematica 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.



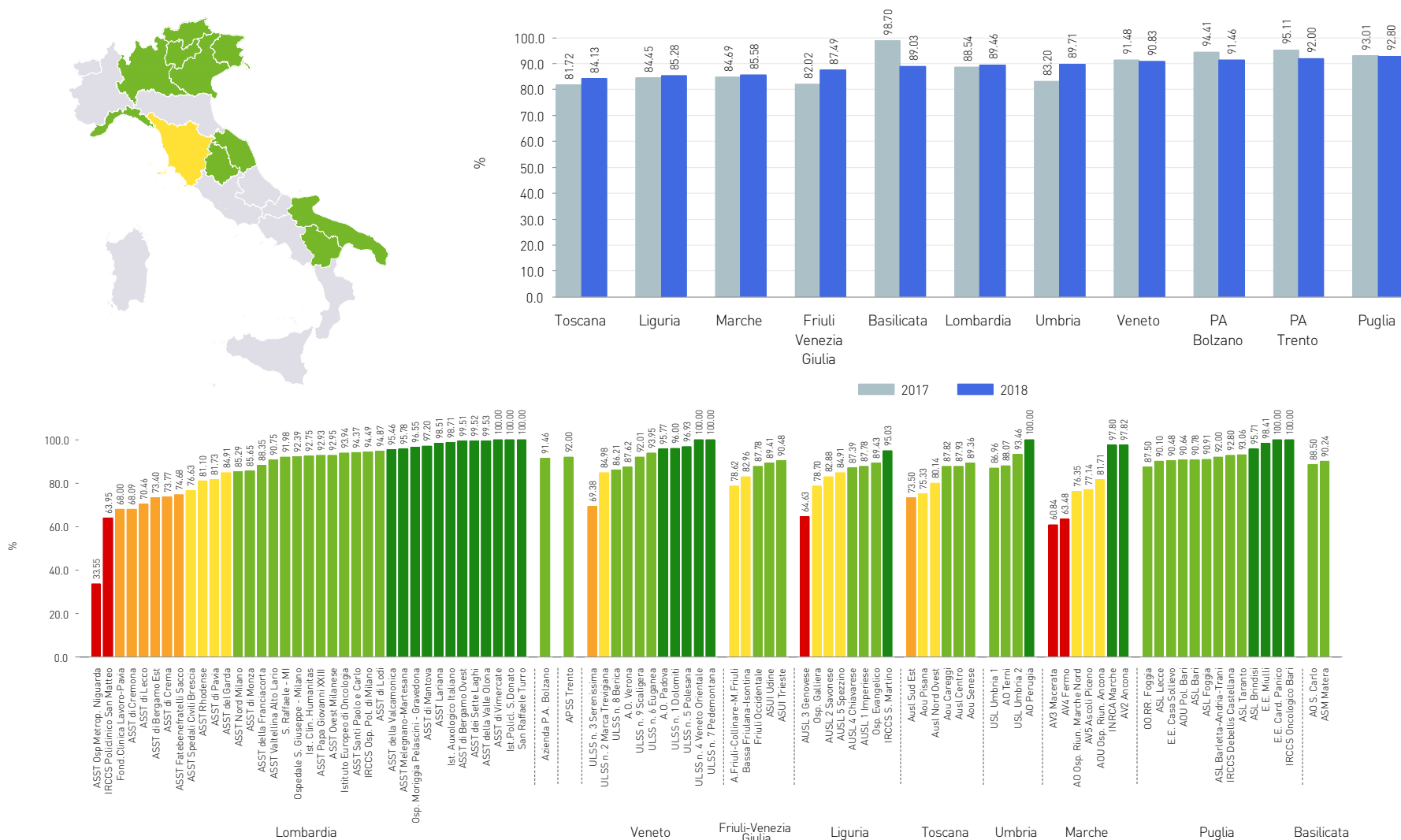
C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)

La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del case mix. Queste Linee Guida mostrano che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente. La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è, quindi, una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale, in questo caso, è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto. Considerando che, in alcuni casi specifici, il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione, l'obiettivo è posto all'80%.



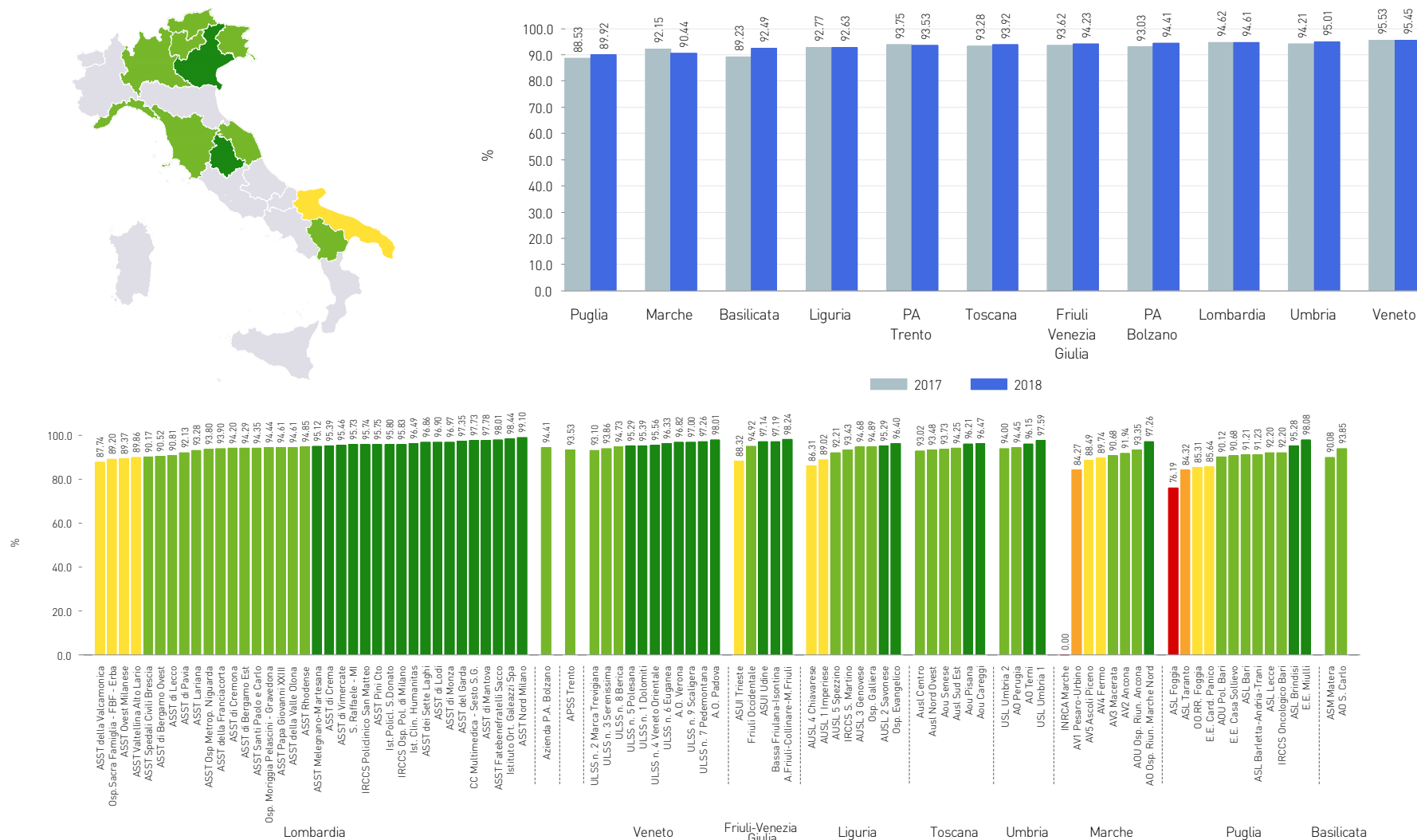
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

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.



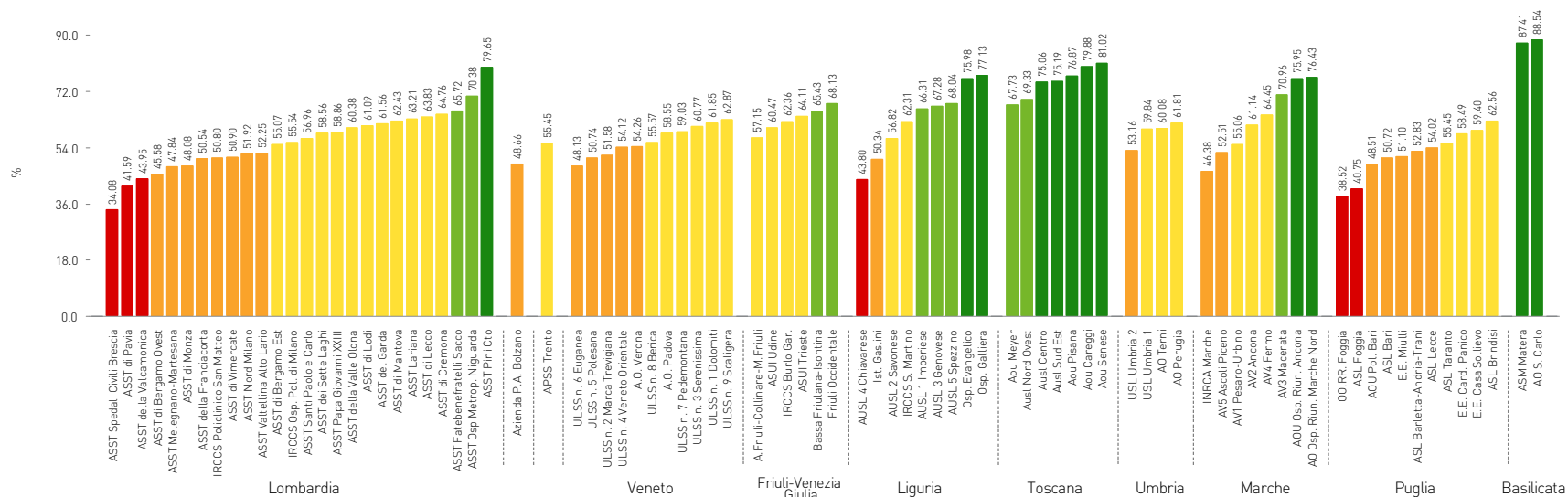
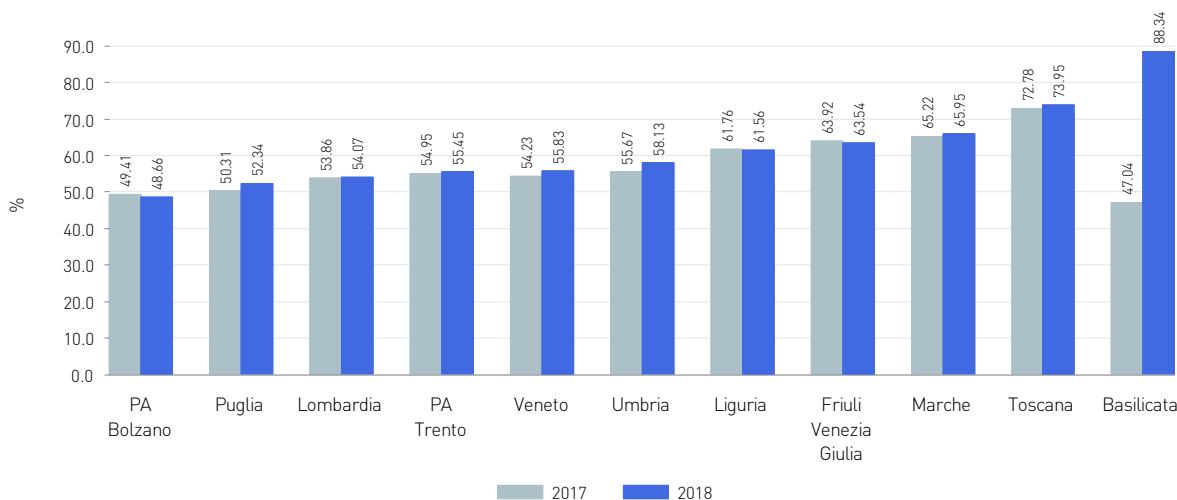
C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate

La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un incremento degli interventi di emi-artroplastica pari a dieci volte. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine. Perciò, se è importante la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore vengono operati, è preliminare e ancora più importante che essi siano innanzitutto sottoposti a intervento chirurgico. Questo indicatore monitora quanti fratturati di femore vengono effettivamente operati, lasciando la valutazione della tempistica di intervento all'indicatore C5.2.



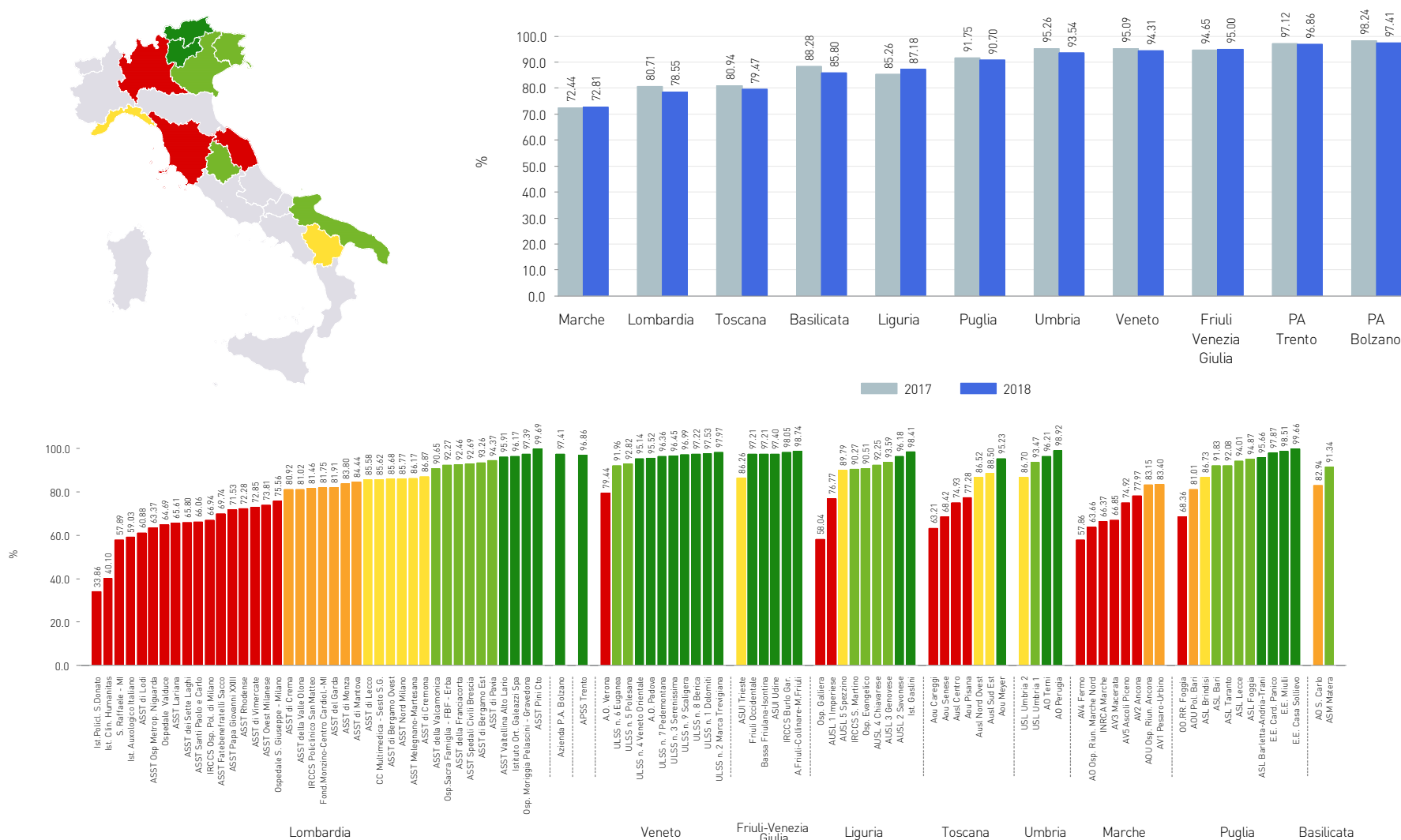
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

L'indicatore C16.7 è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico, rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. Questo indicatore mette in luce gli aspetti relativi all'appropriatezza della scelta del setting assistenziale da parte del personale del PS e, secondariamente, all'efficienza organizzativa dell'ospedale nel suo complesso. L'incremento del dato in Regione Basilicata va letto congiuntamente a una maggiore copertura da parte del flusso informativo.



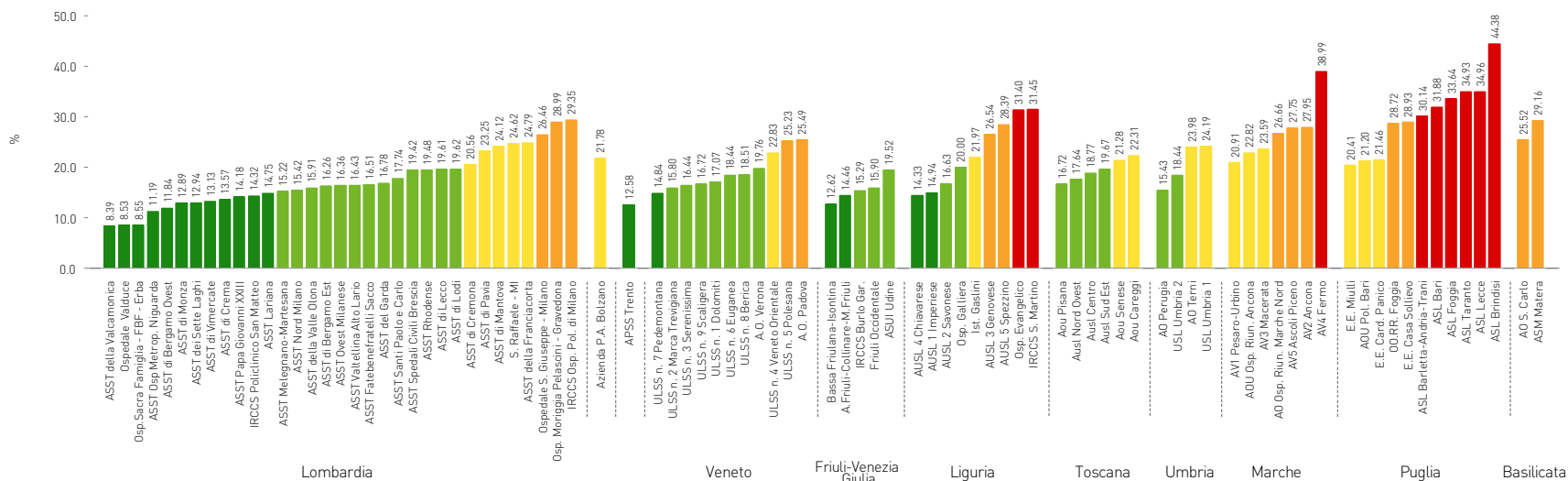
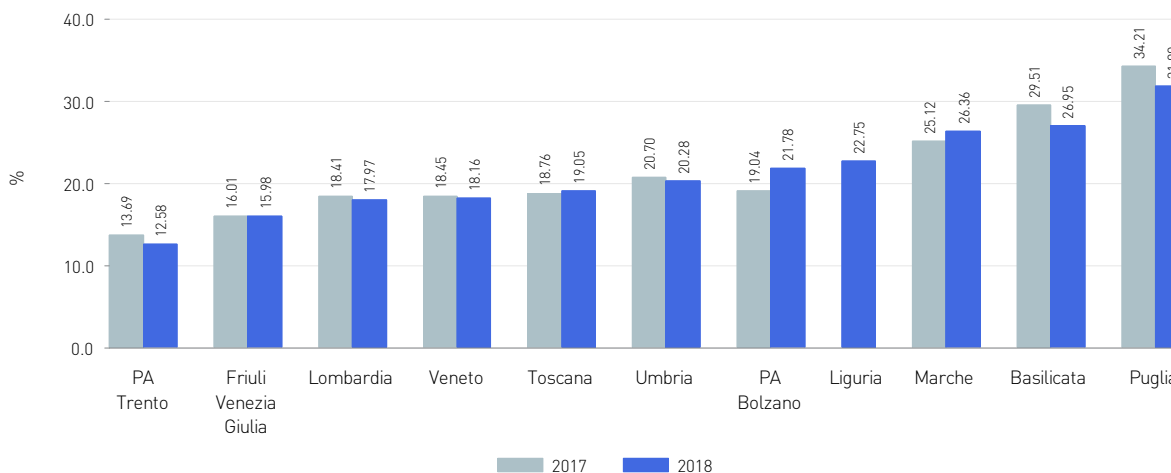
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di 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, infatti, può non essere responsabilità del solo Pronto Soccorso, ma dipendere anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di Pronto Soccorso, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in Pronto Soccorso di pazienti inviati a ricovero), attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraccollimento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.



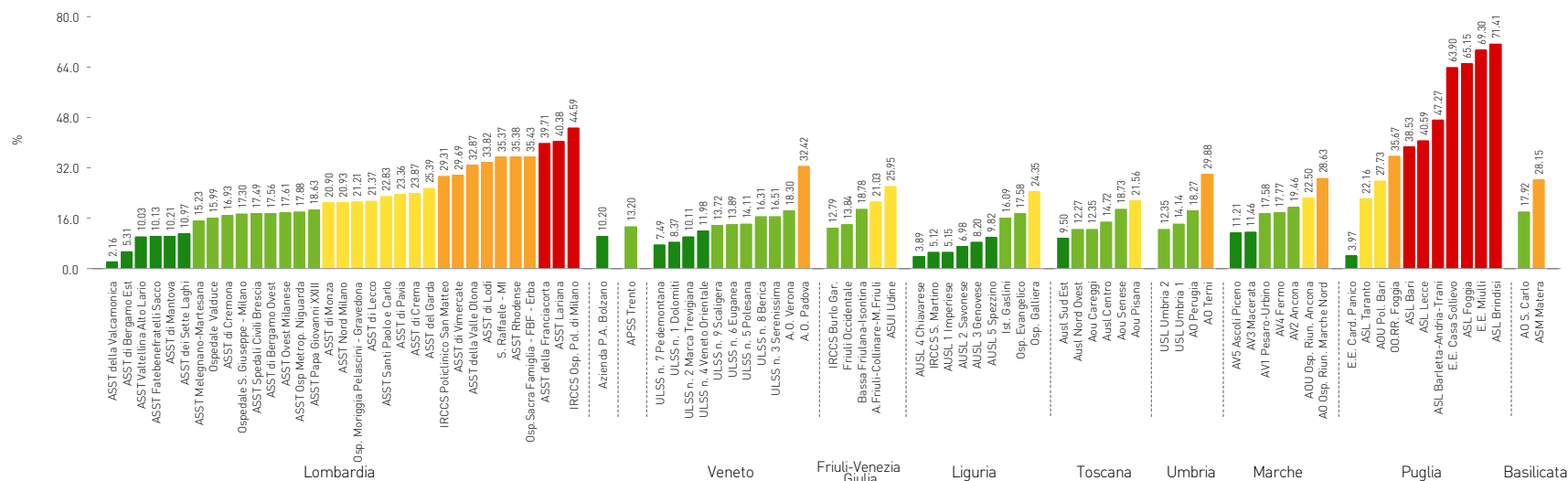
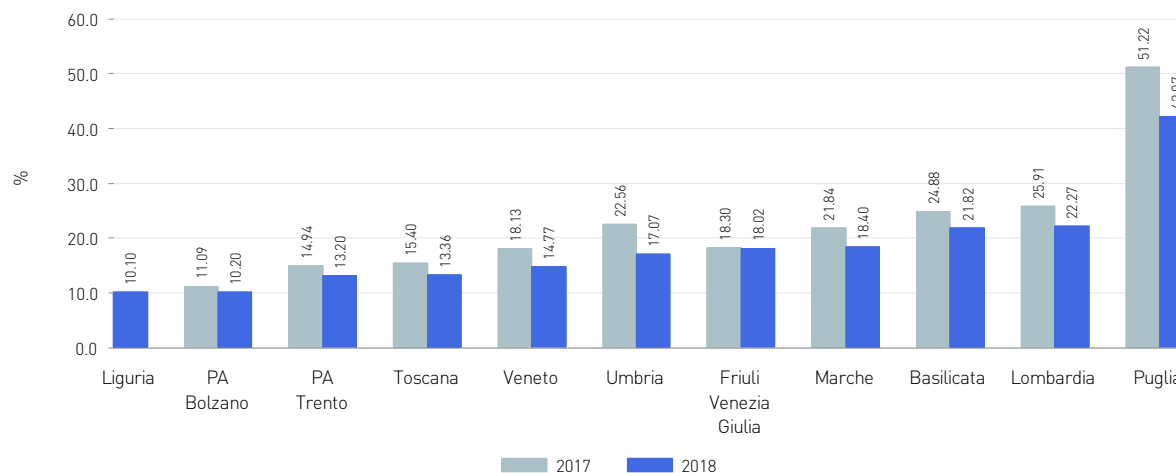
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

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 vertice (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.



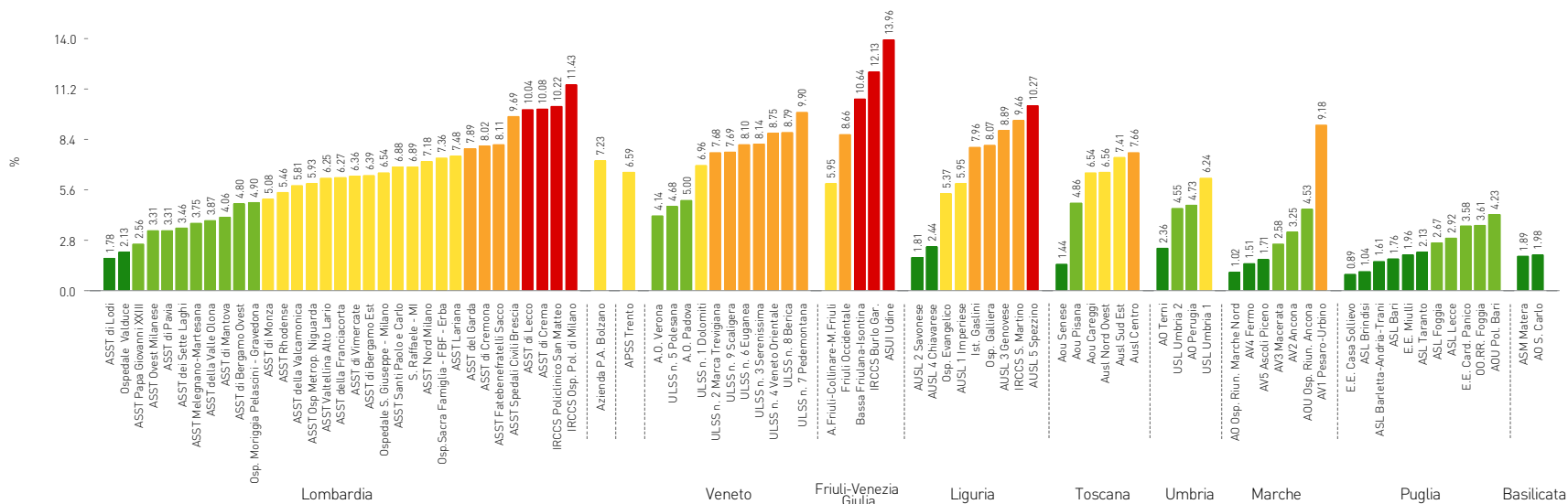
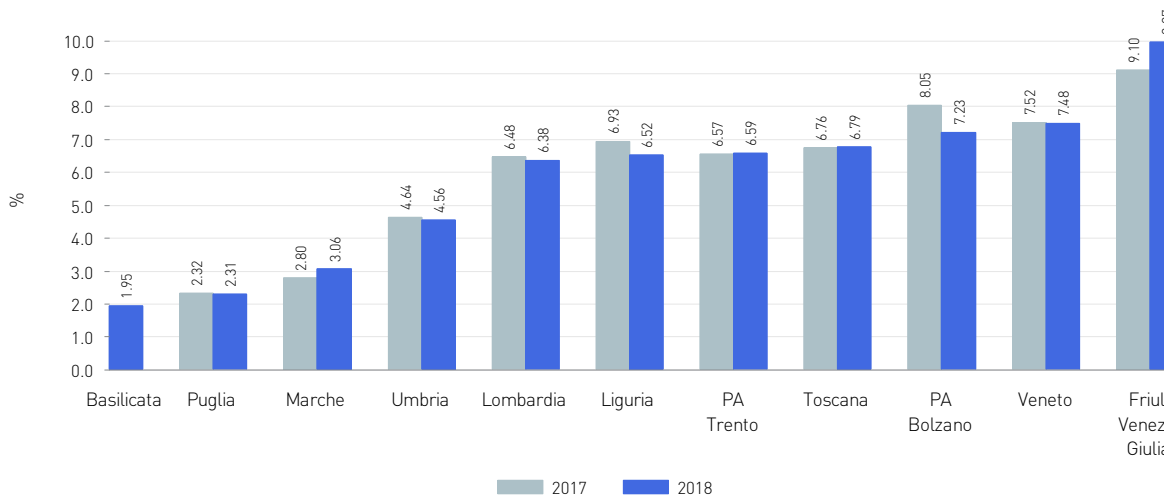
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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%.



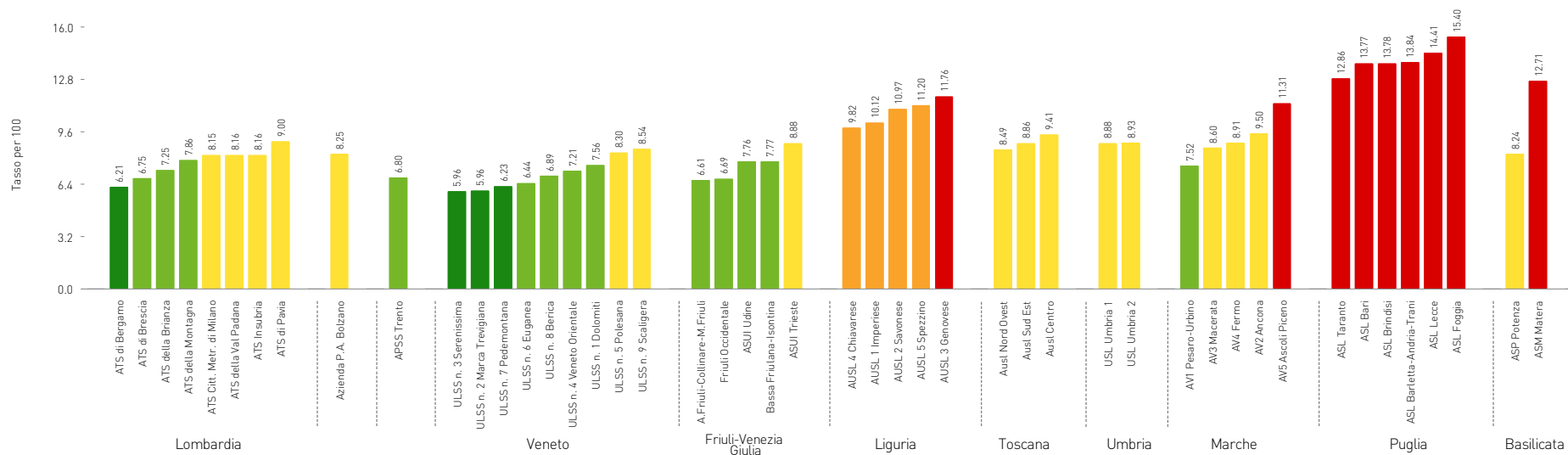
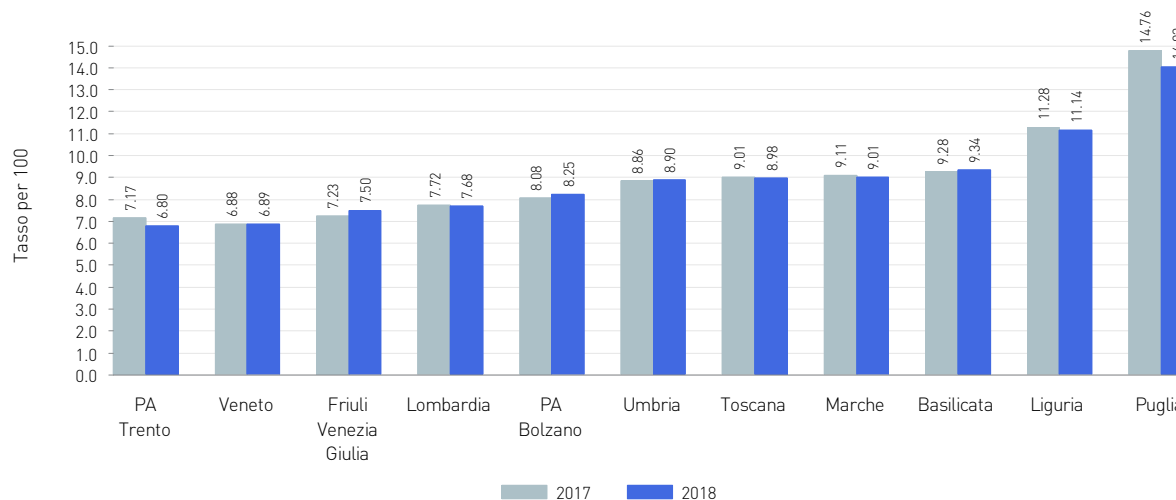
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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.



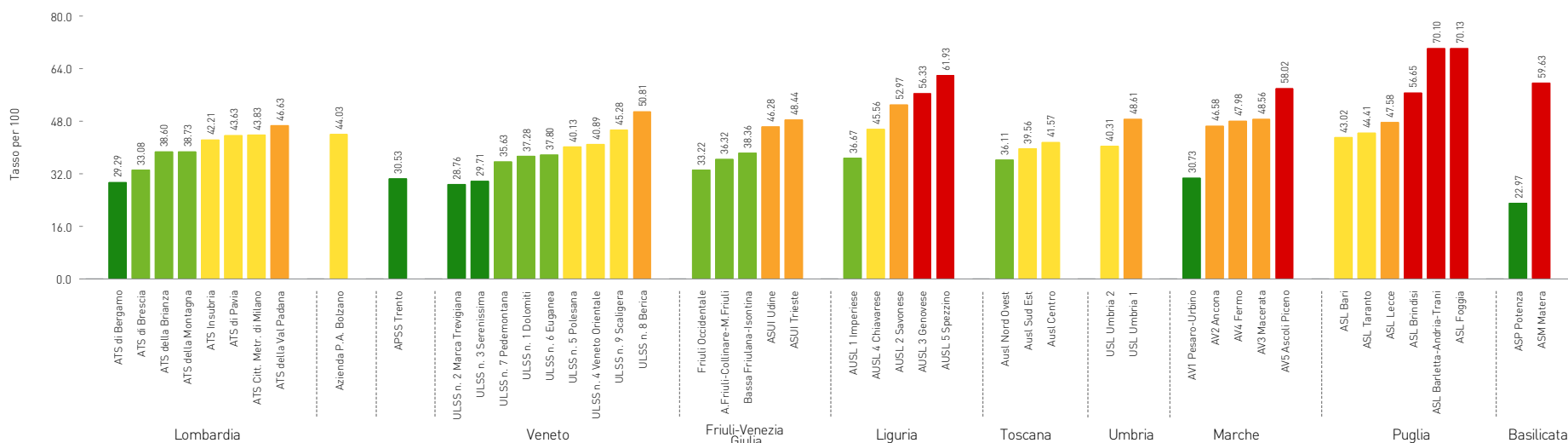
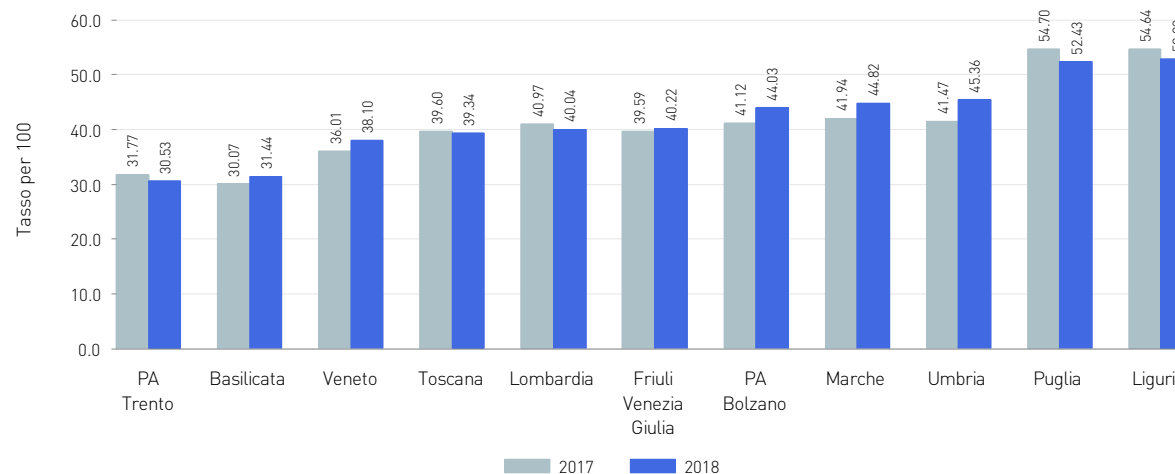
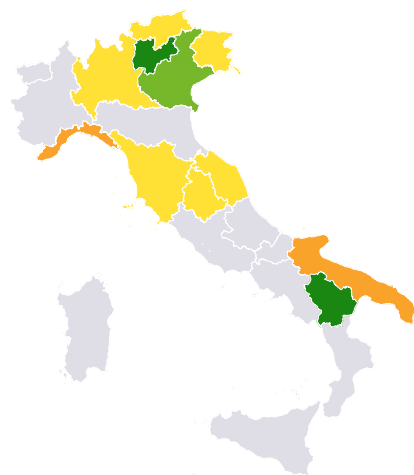
C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

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 inappropriately 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.



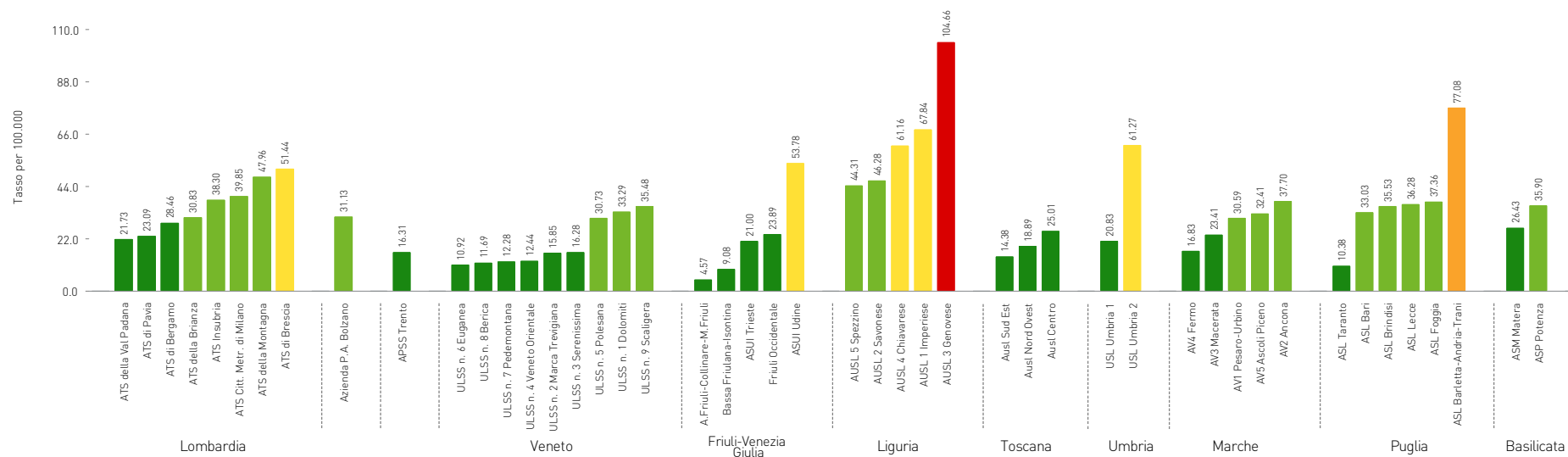
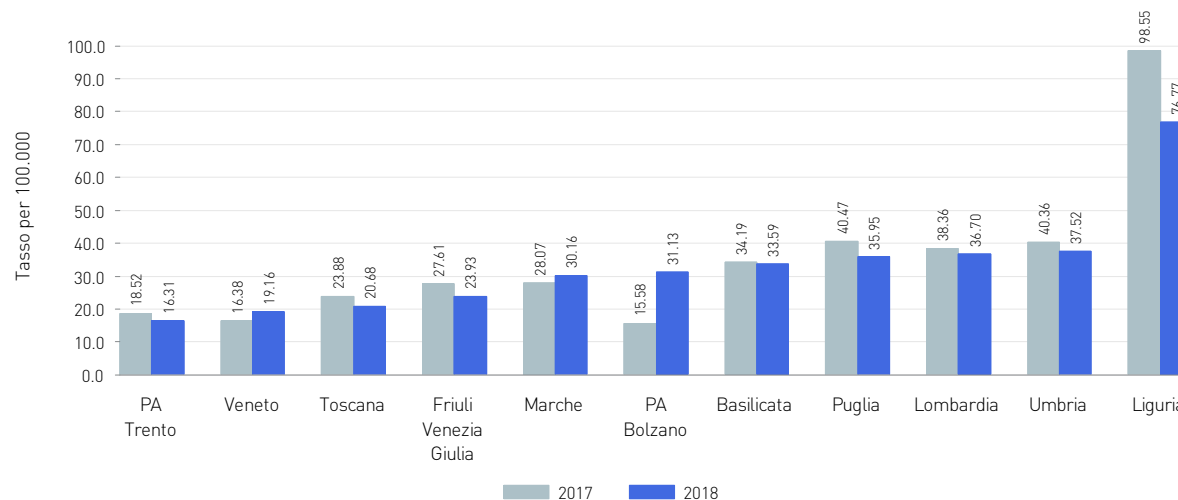
C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

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.



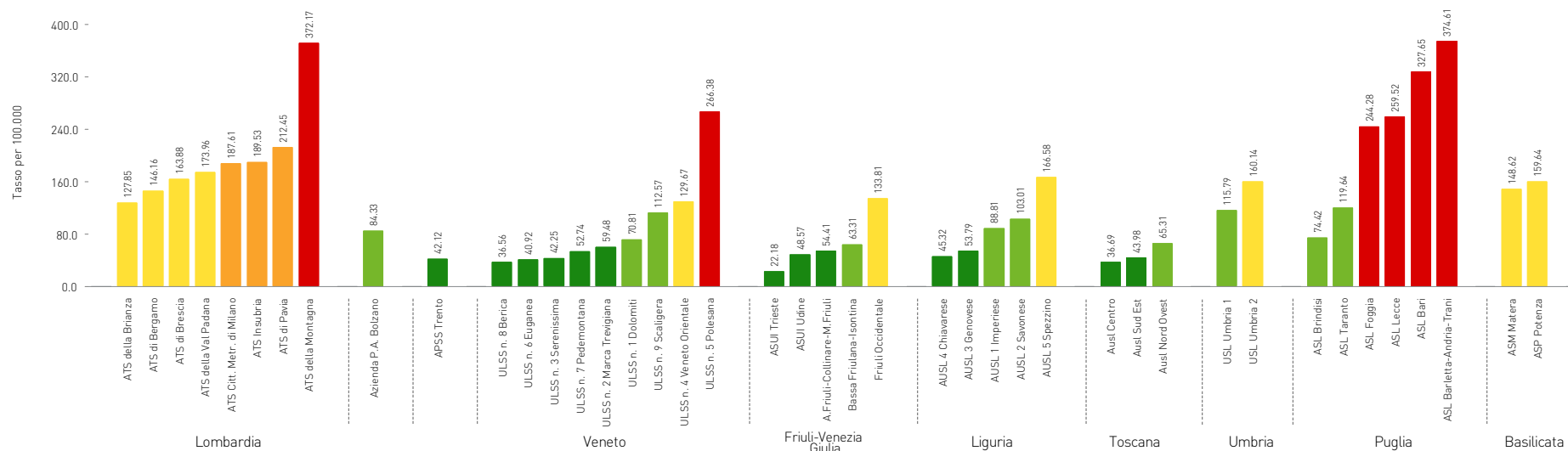
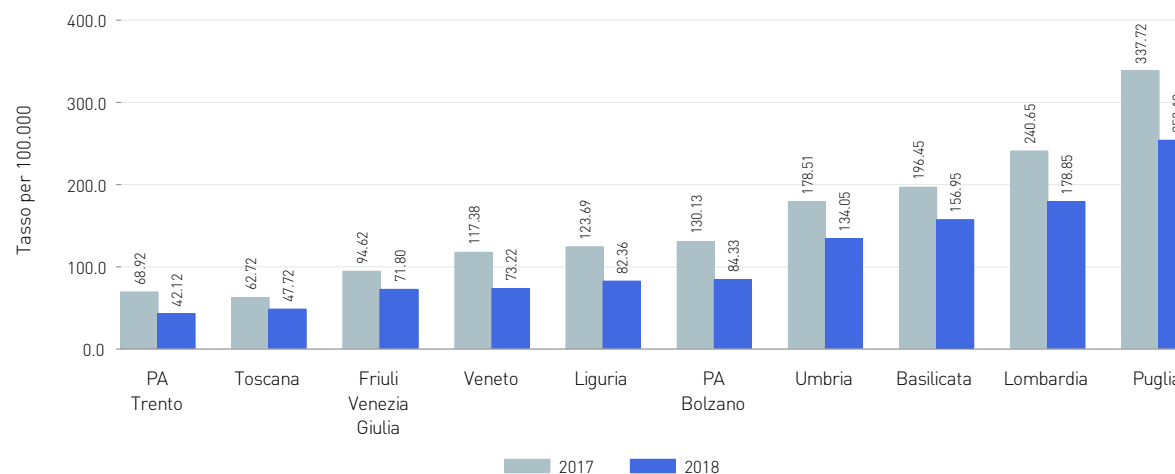
C7D.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)

L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuta è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale. Il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia sono fondamentali per la definizione dei percorsi più idonei per la gestione dell'asma bronchiale sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



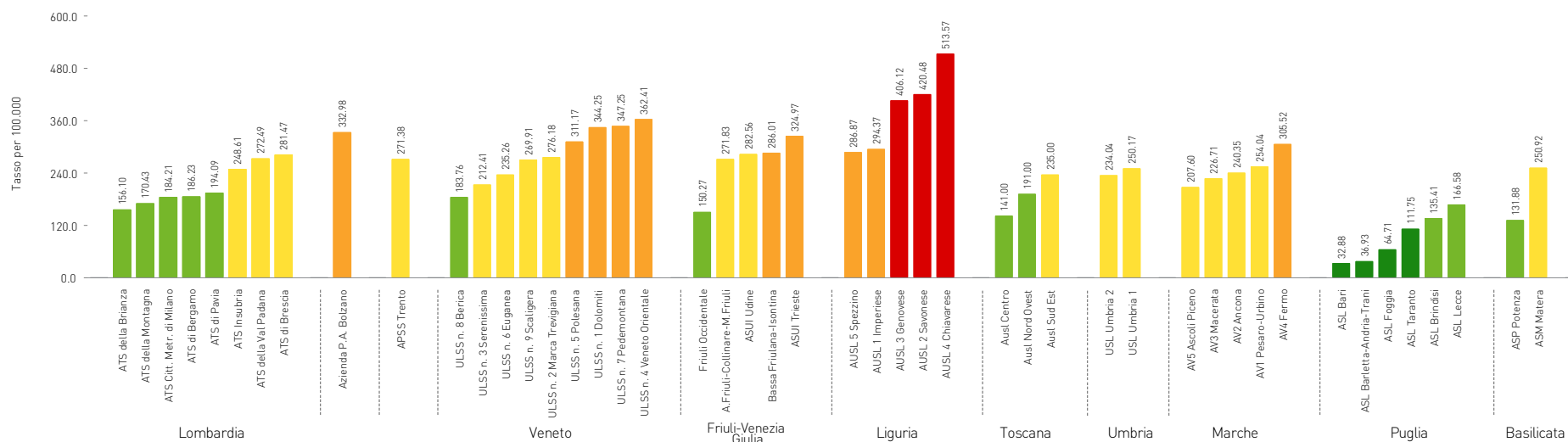
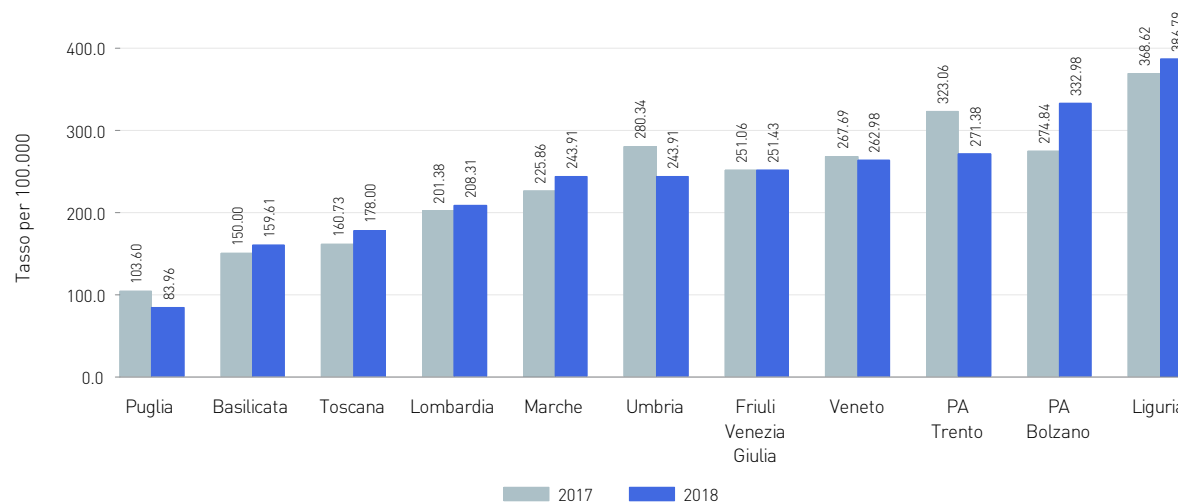
C7D.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni

In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario. La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima fra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi, la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



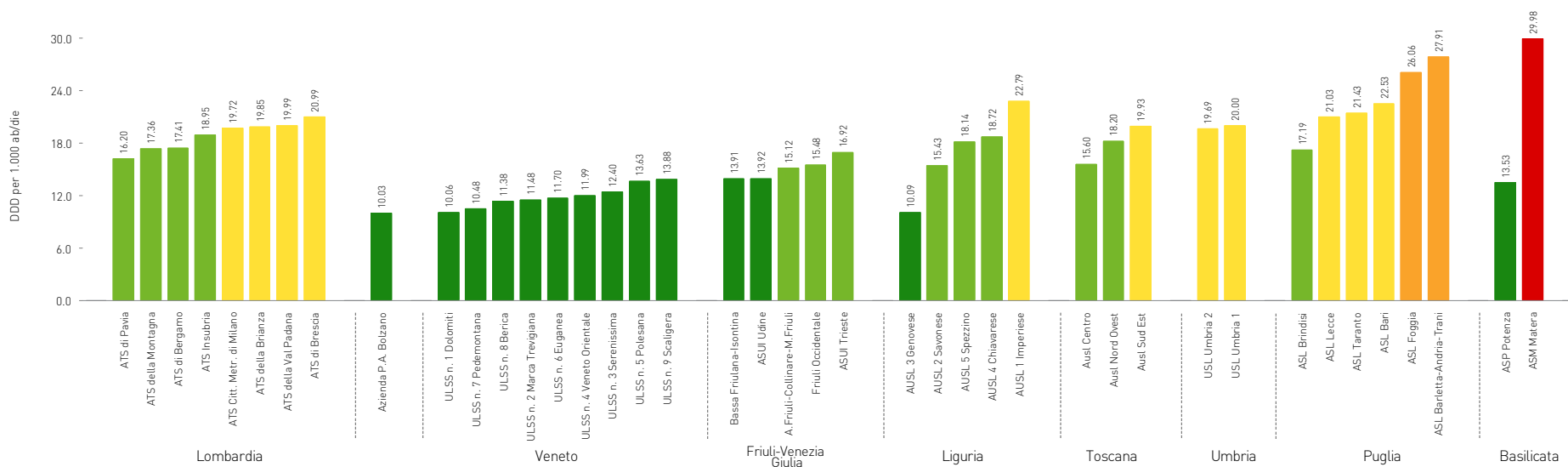
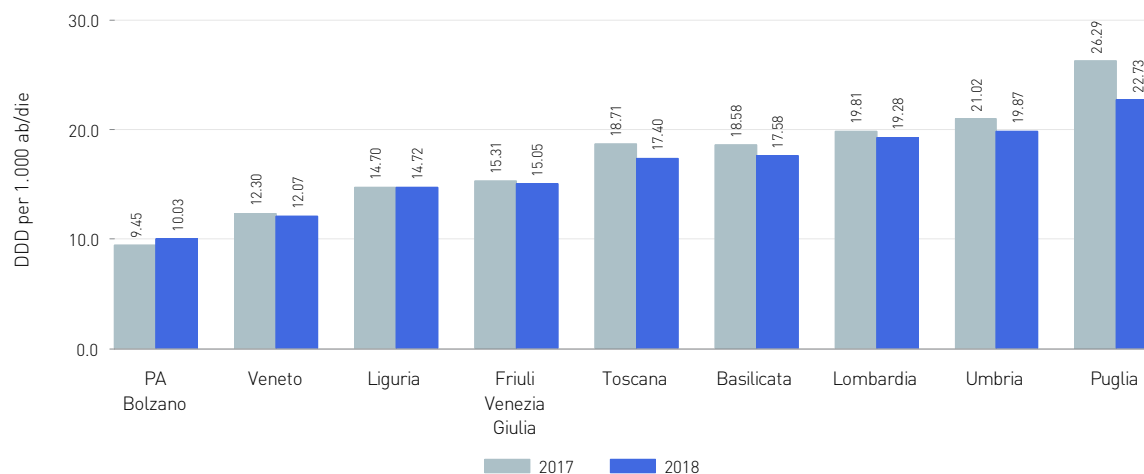
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di tonsillectomia 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. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione al trattamento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate. L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia in pazienti con età minore o uguale a 17 anni, standardizzato per età e sesso.



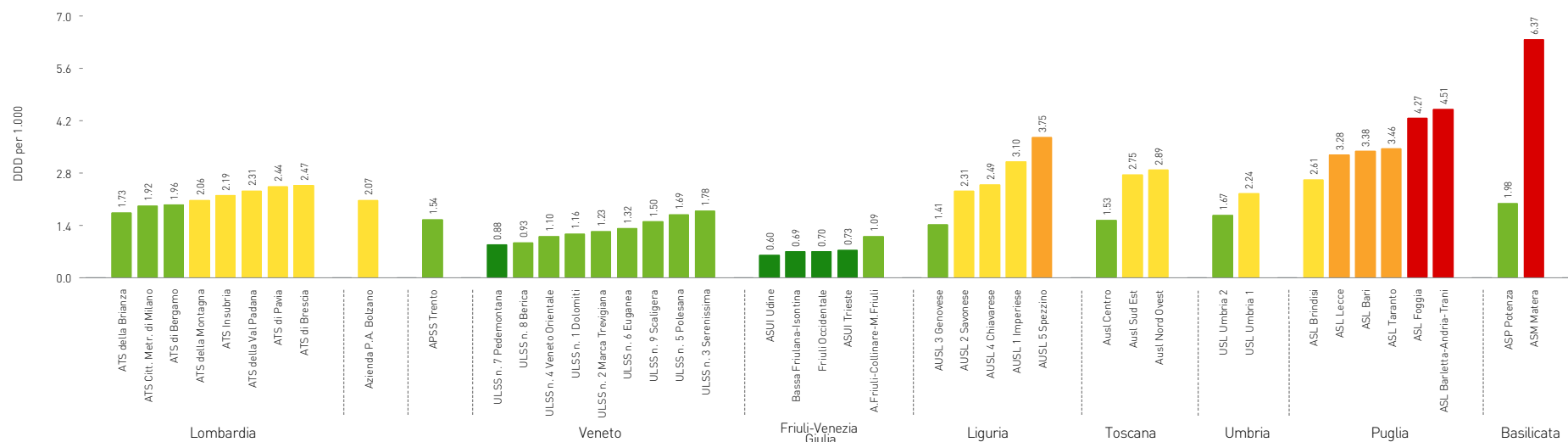
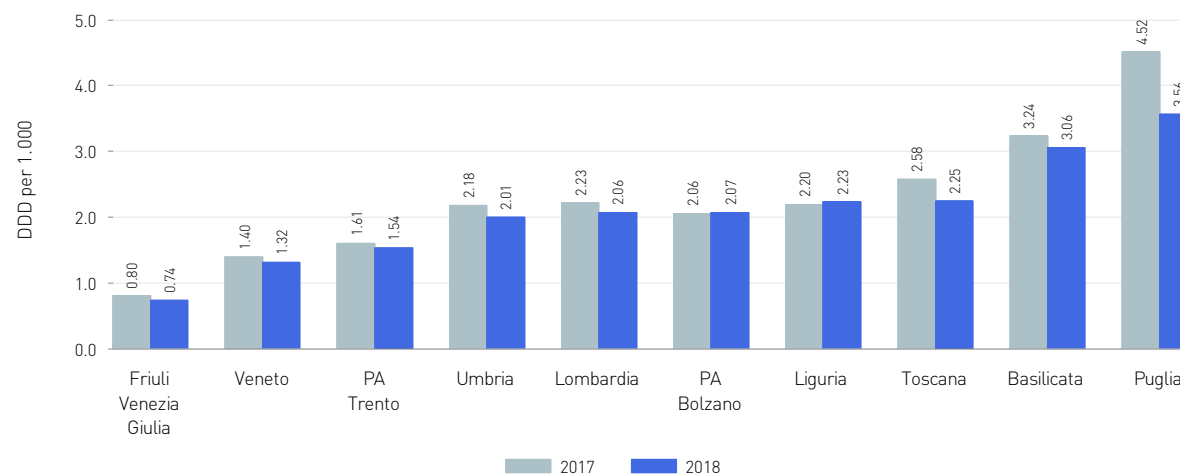
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali. L'età pediatrica rappresenta una delle fasi della vita nelle quali maggiormente si concentra il consumo di antibiotici; la letteratura concorda nell'individuare in questa i maggiori margini di potenziale inappropriata. Da qui l'esigenza di un monitoraggio dei consumi specificamente focalizzato su questo target di popolazione.



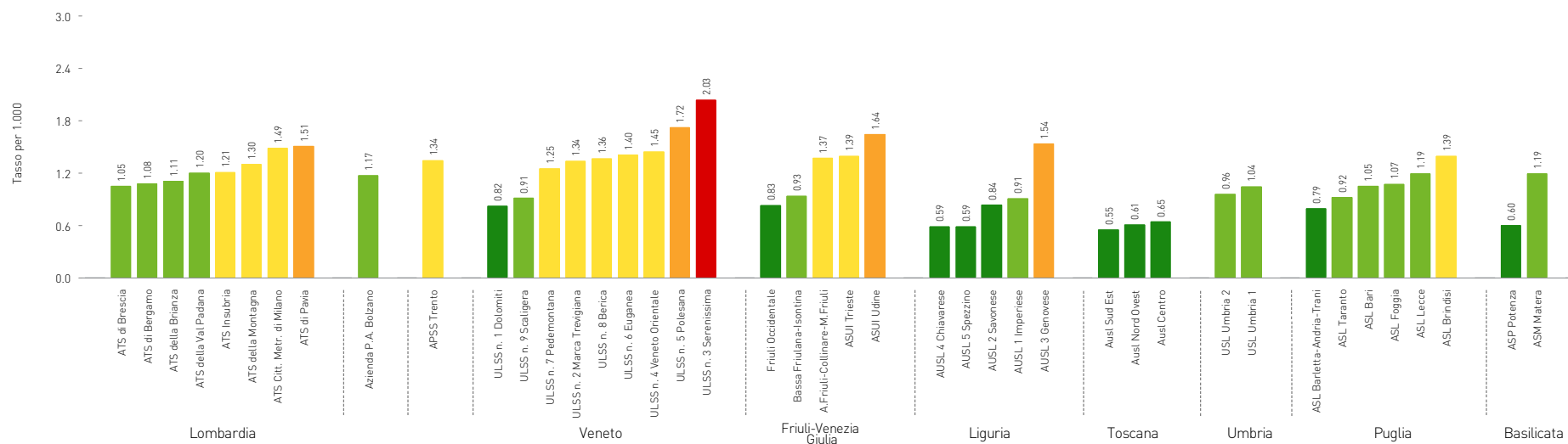
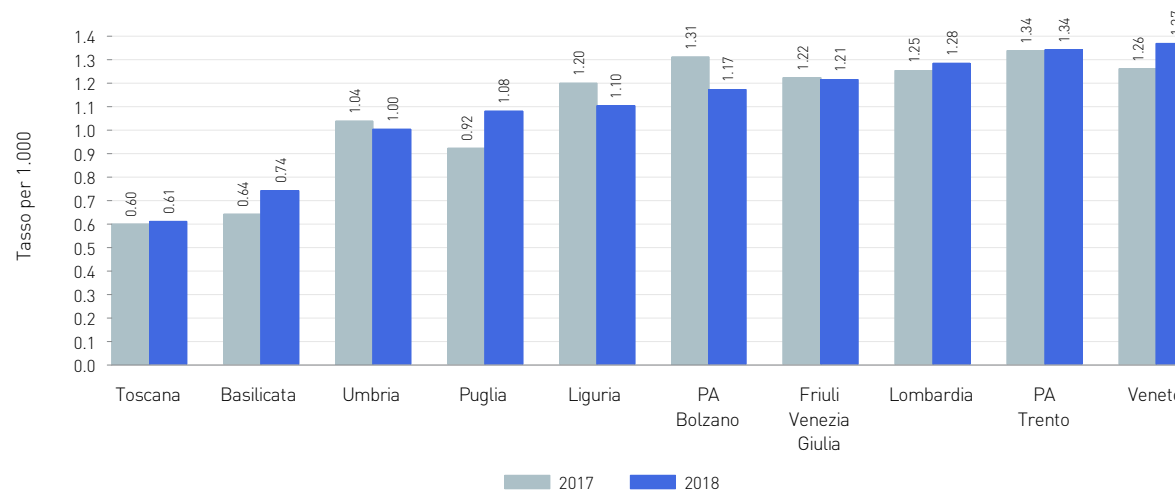
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali. L'età pediatrica rappresenta una delle fasi della vita nelle quali maggiormente si concentra il consumo di antibiotici; la letteratura concorda nell'individuare in questa i maggiori margini di potenziale inappropriata. In particolare, le cefalosporine sono una classe di antibiotici ad ampio spettro, che nelle patologie più frequenti dovrebbero rappresentare la seconda scelta, perché costano di più e hanno uno spettro troppo ampio, favorendo la comparsa di ceppi resistenti.



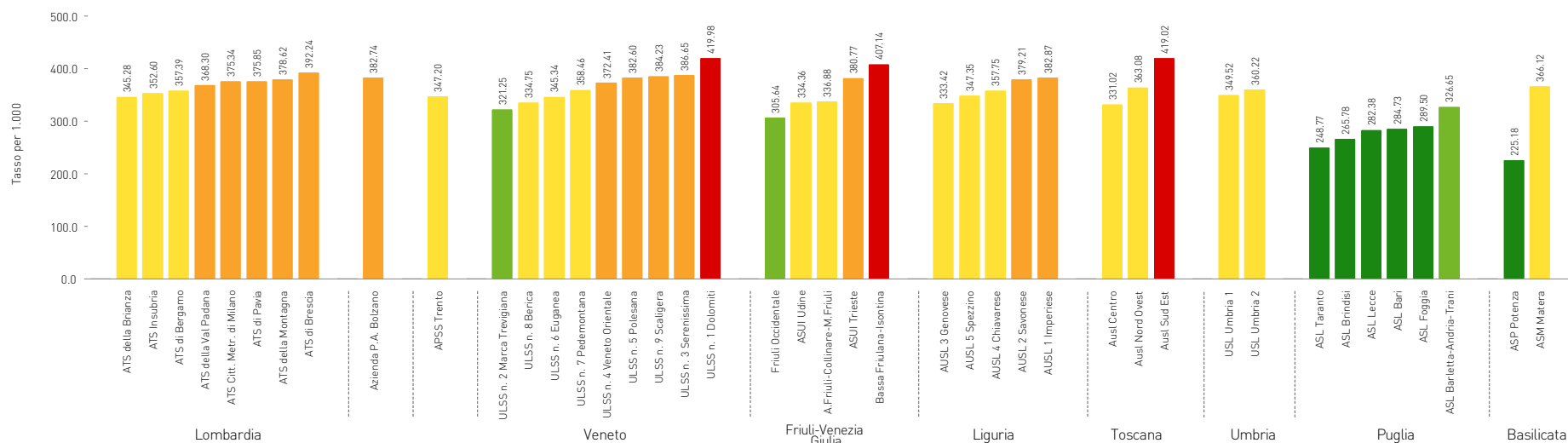
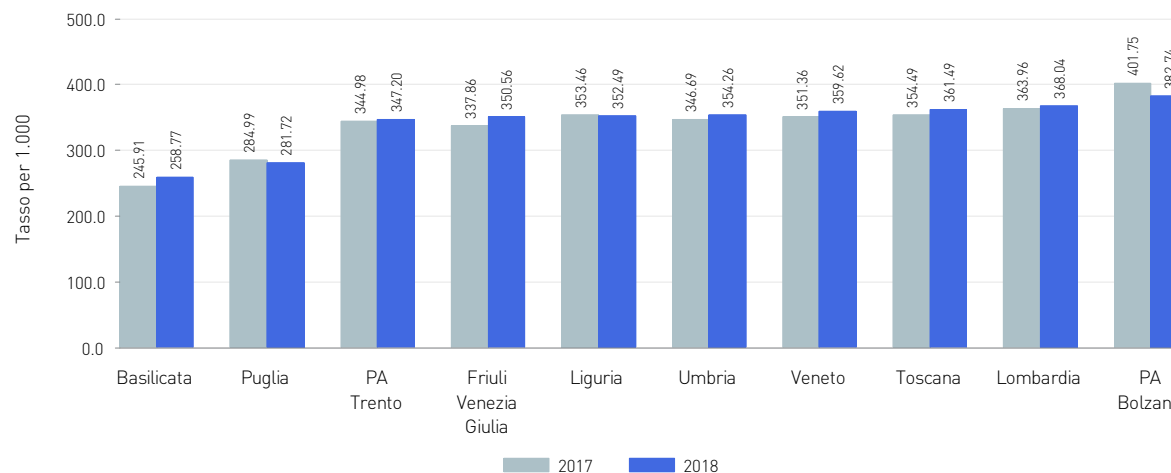
C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

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.



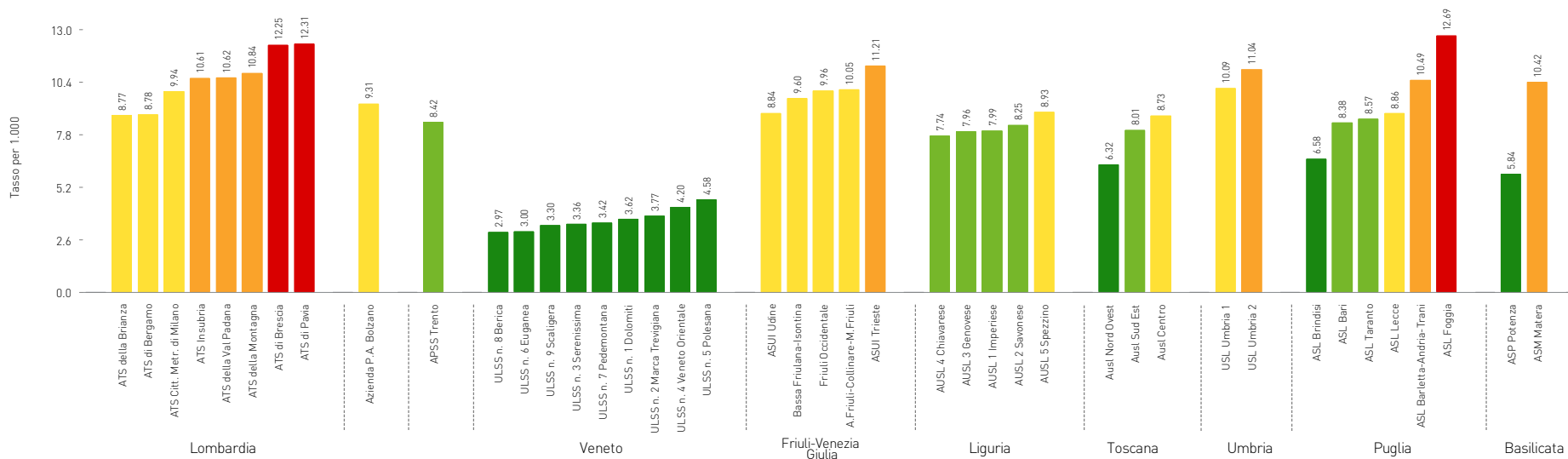
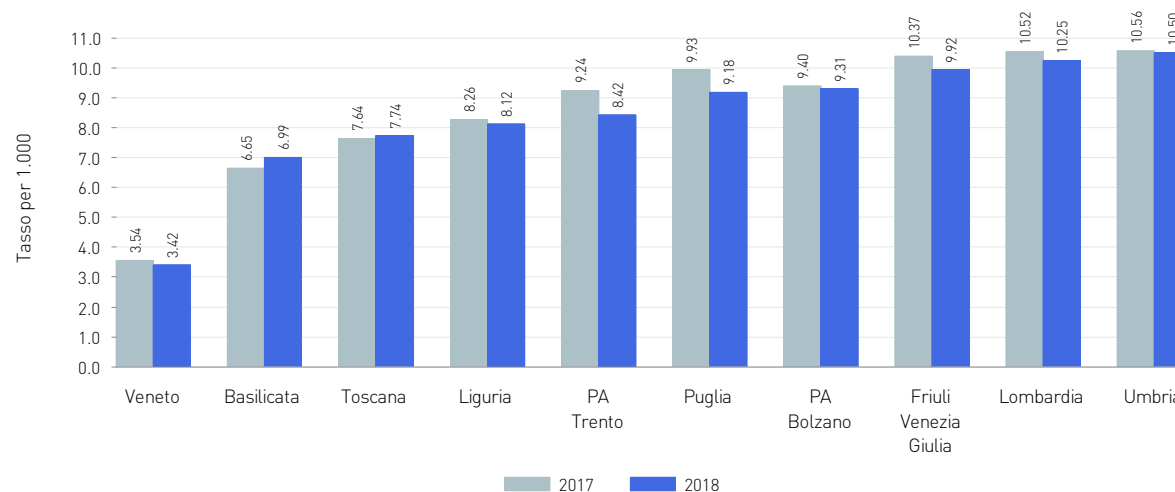
C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

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 Ospedaliere - 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.



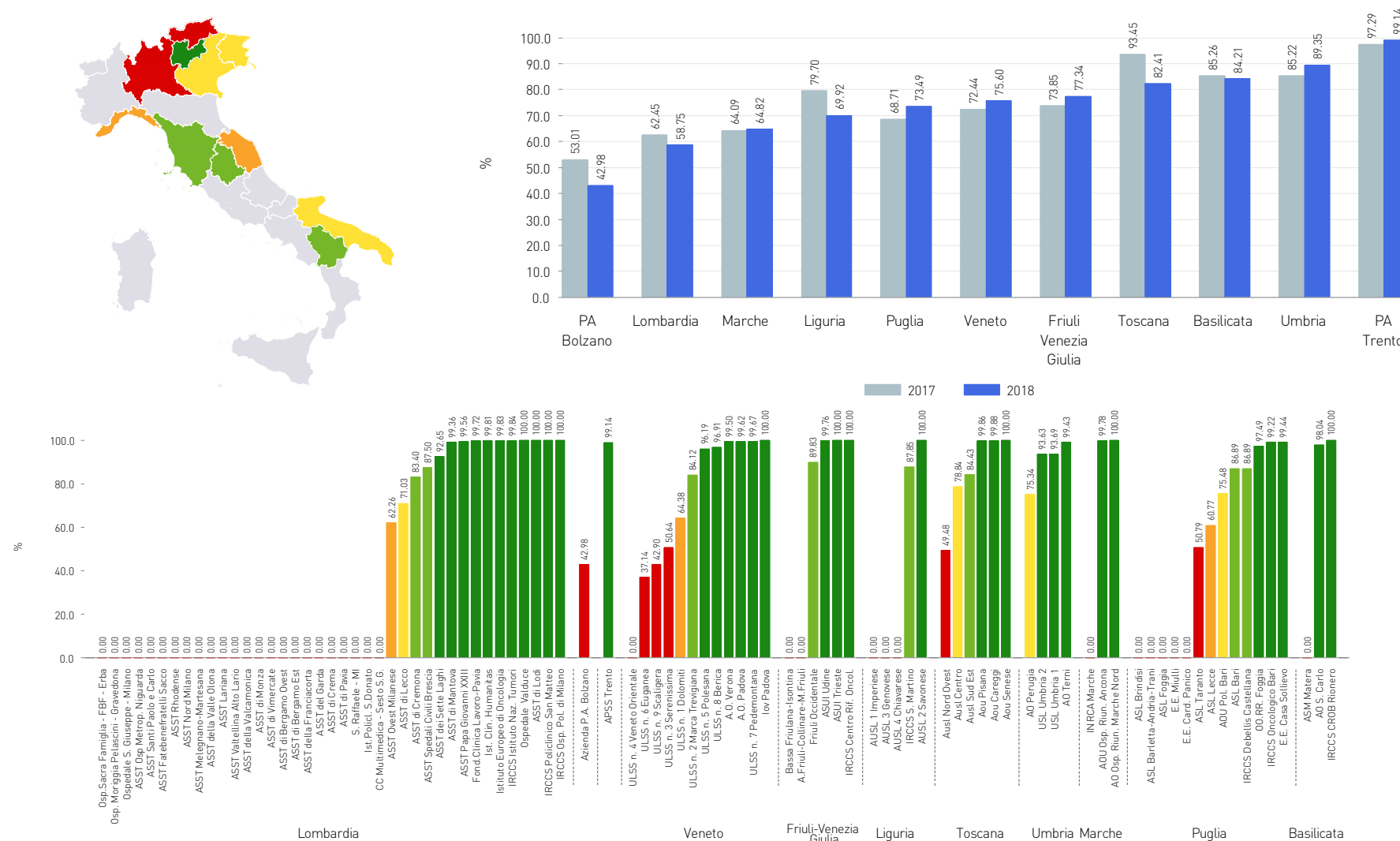
C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

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.



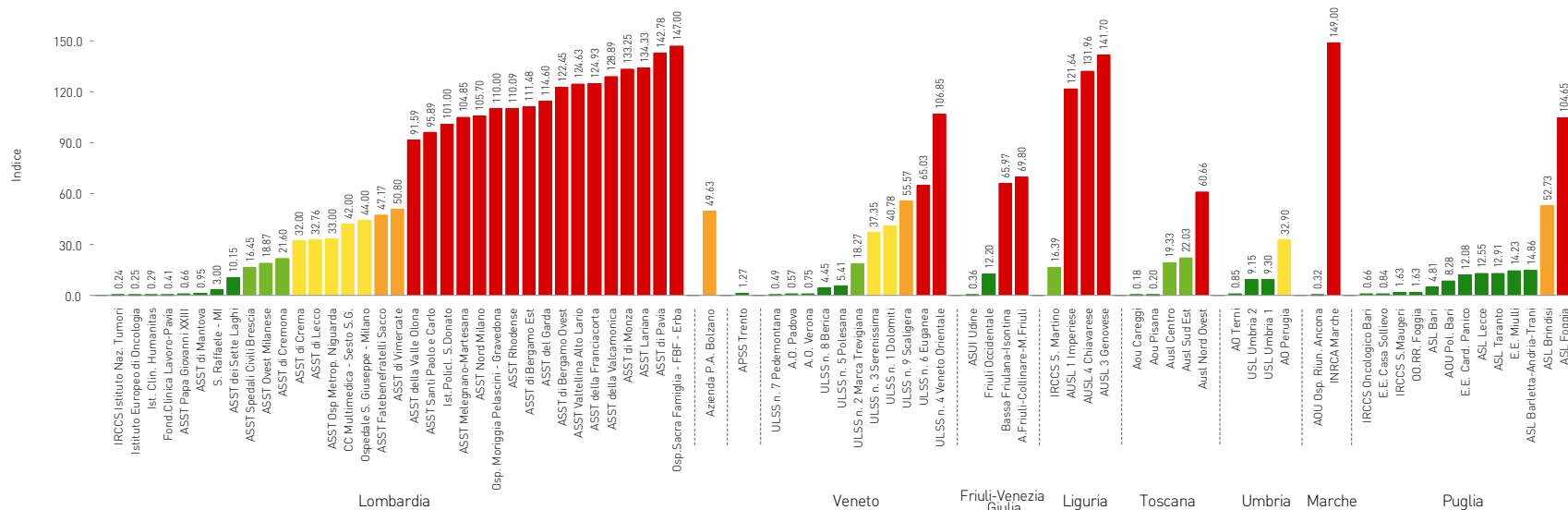
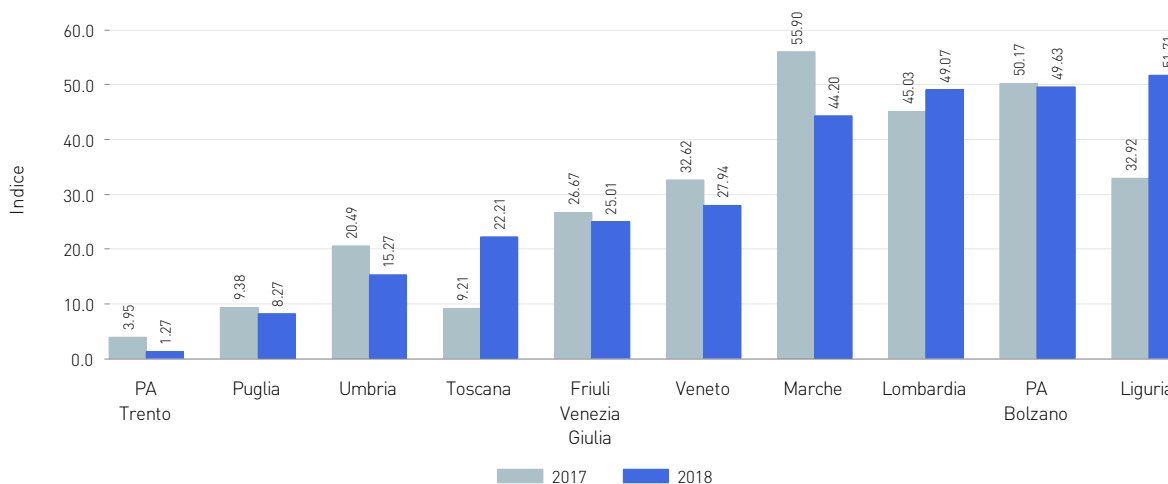
C10.1.3 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella

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 (150/anno), rispetto al totale degli interventi per tumore della mammella erogati.



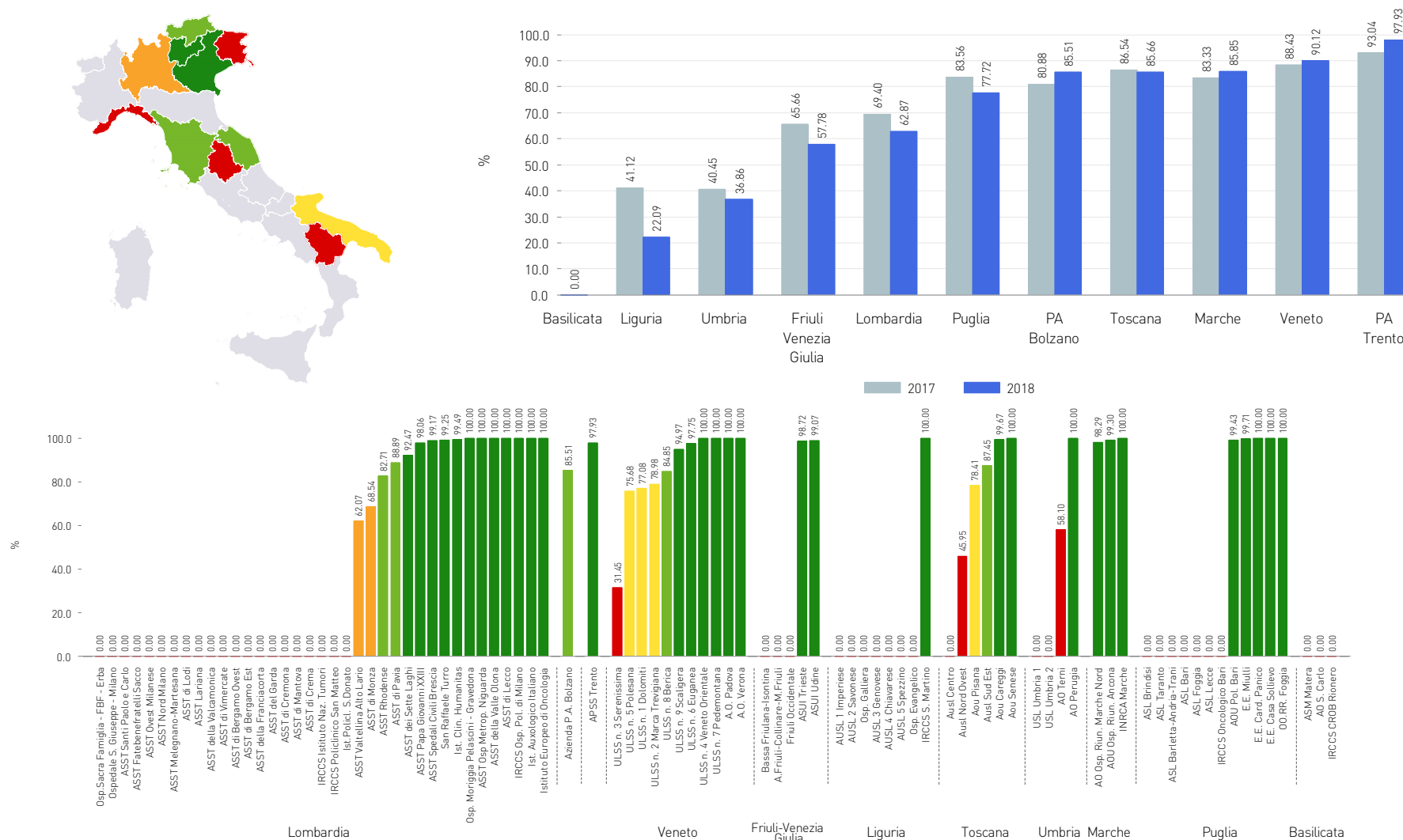
C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore maligno alla mammella è inferiore alla soglia prevista (150/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 C10.1.3).



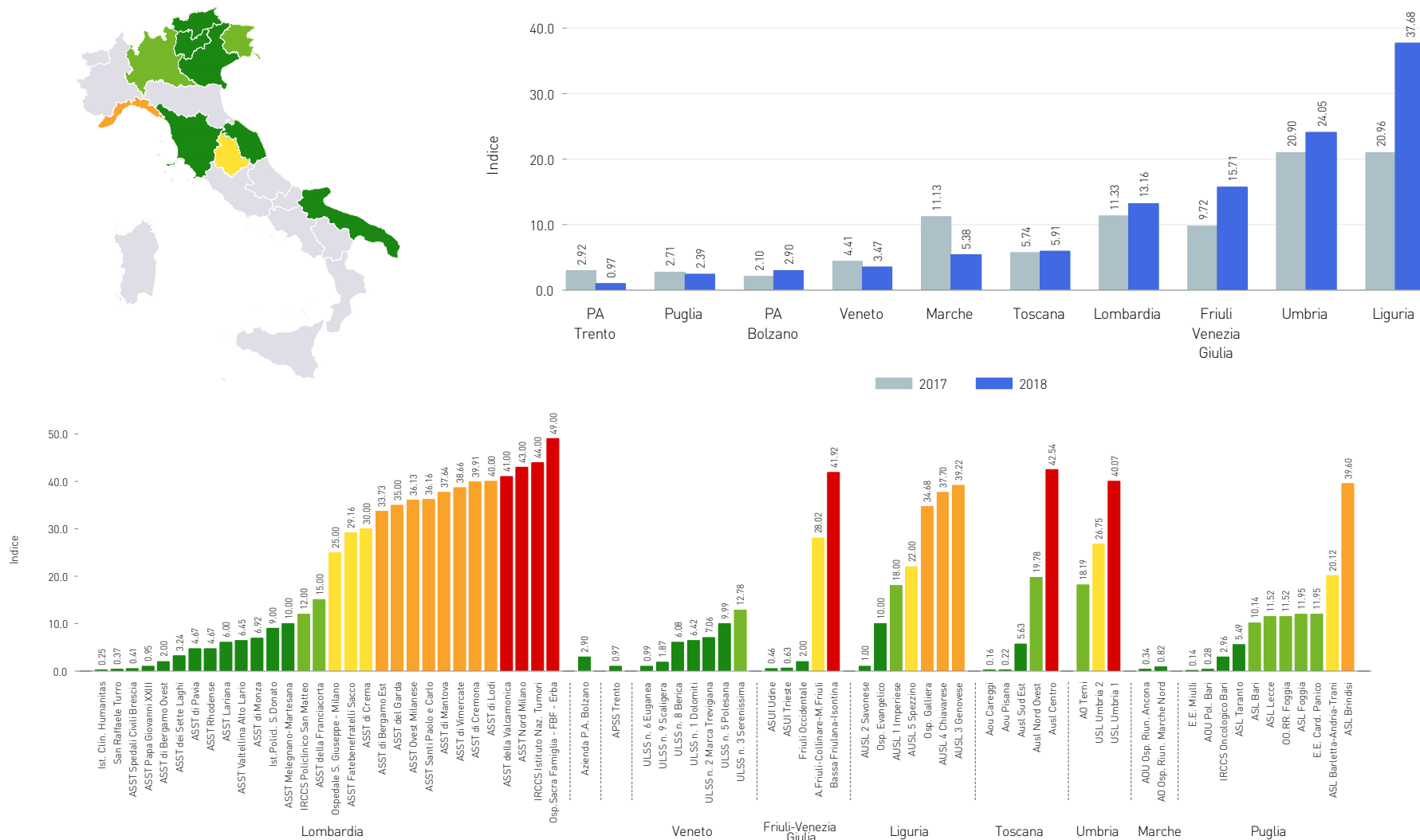
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

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



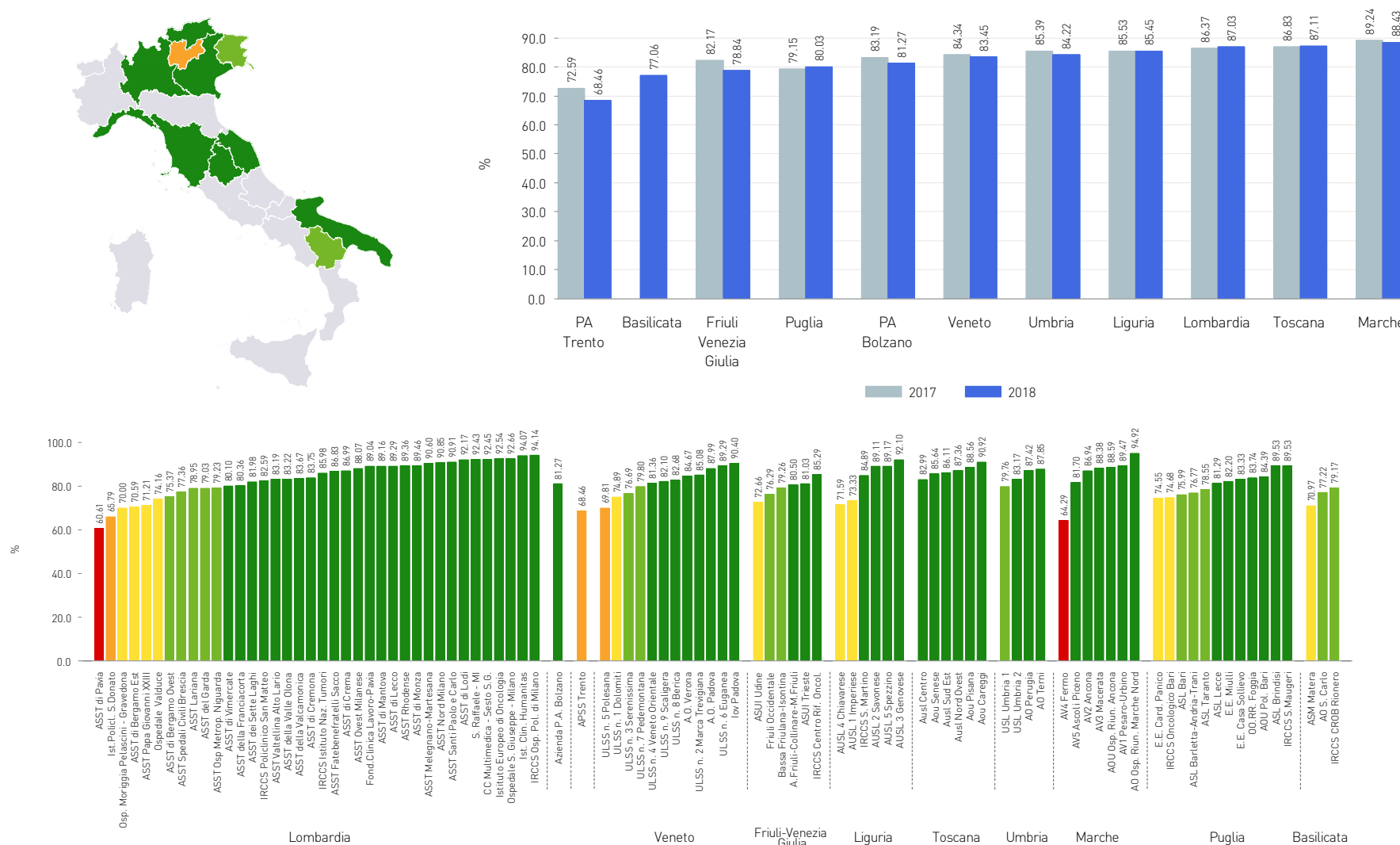
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi 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).



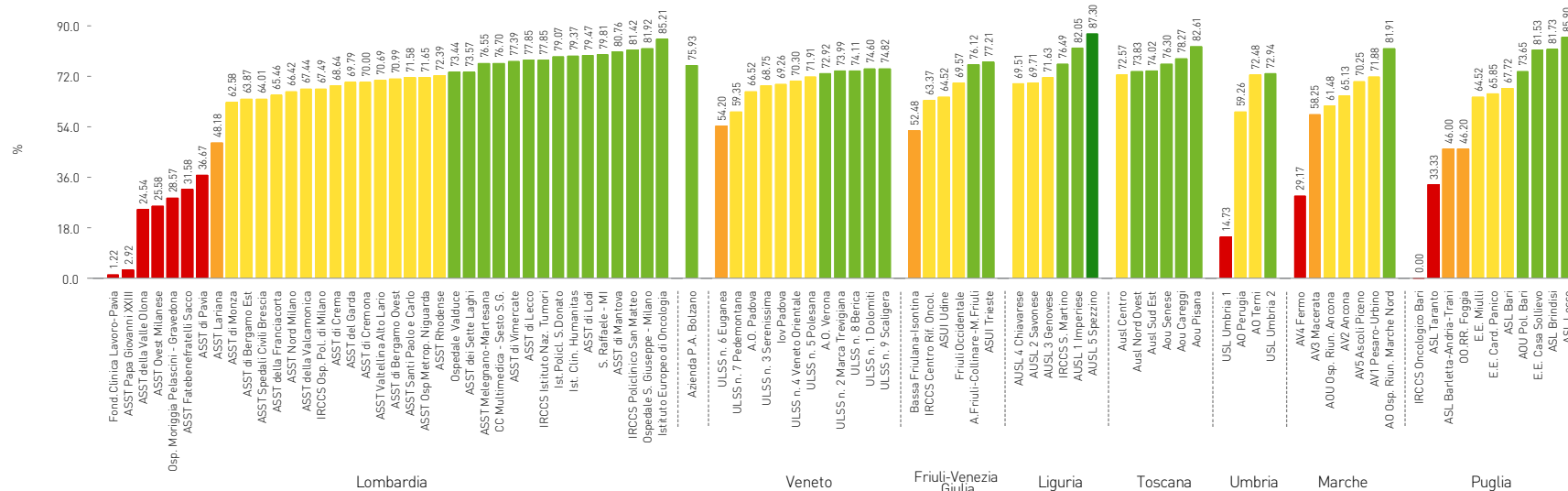
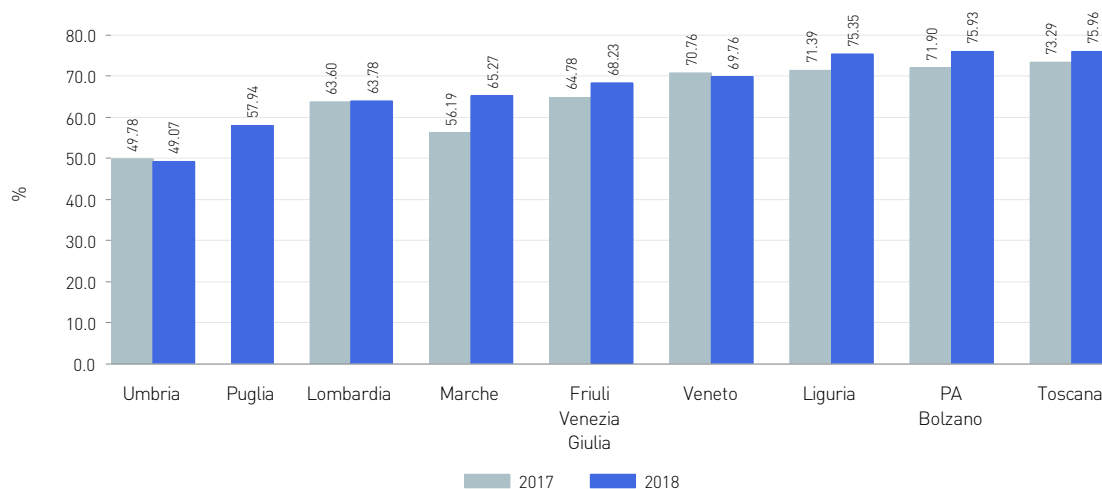
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e 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).



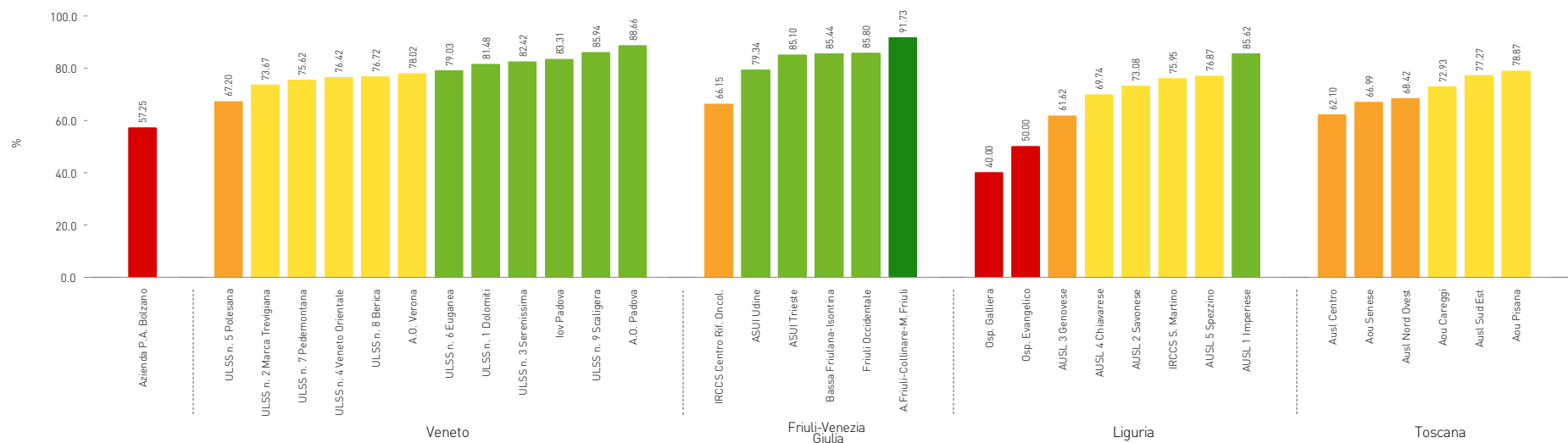
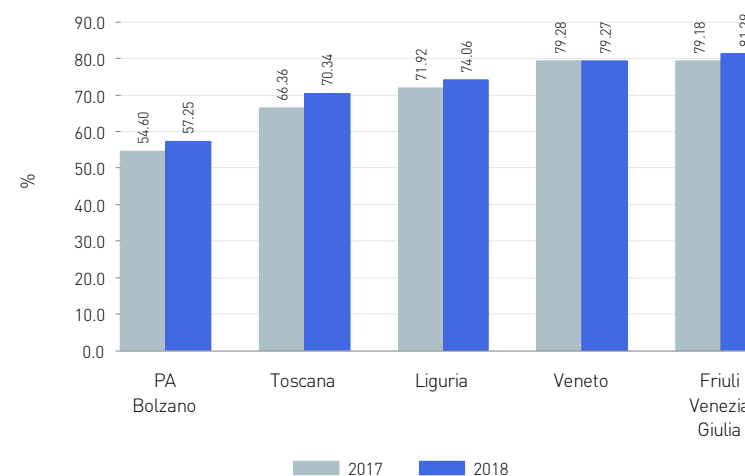
C10.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

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.



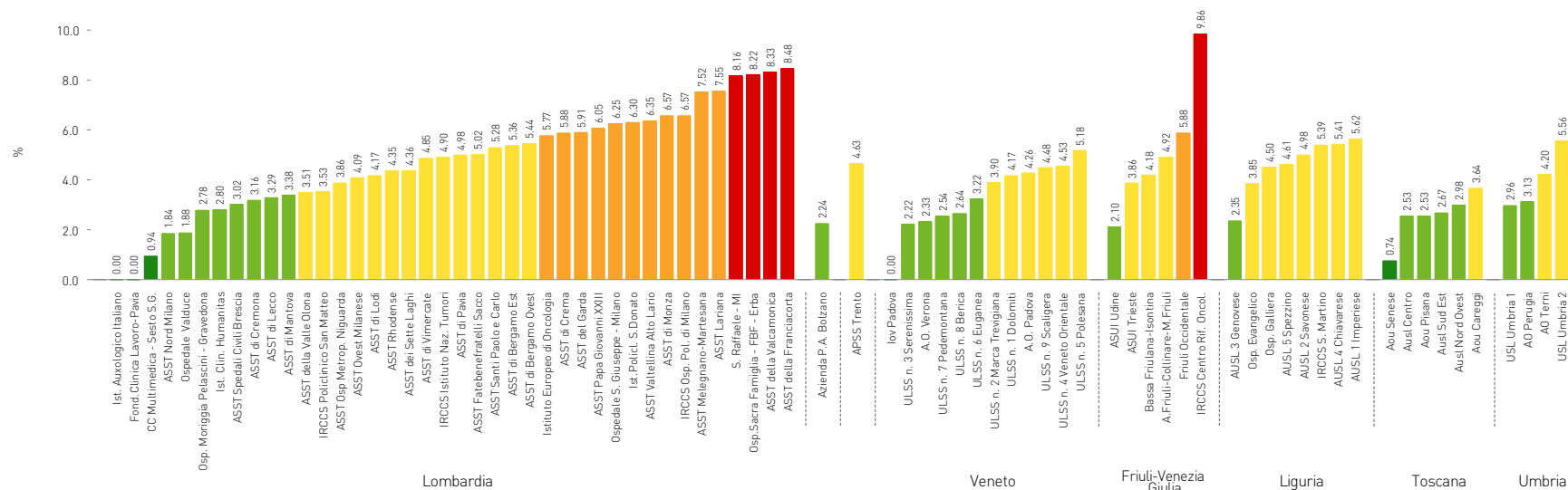
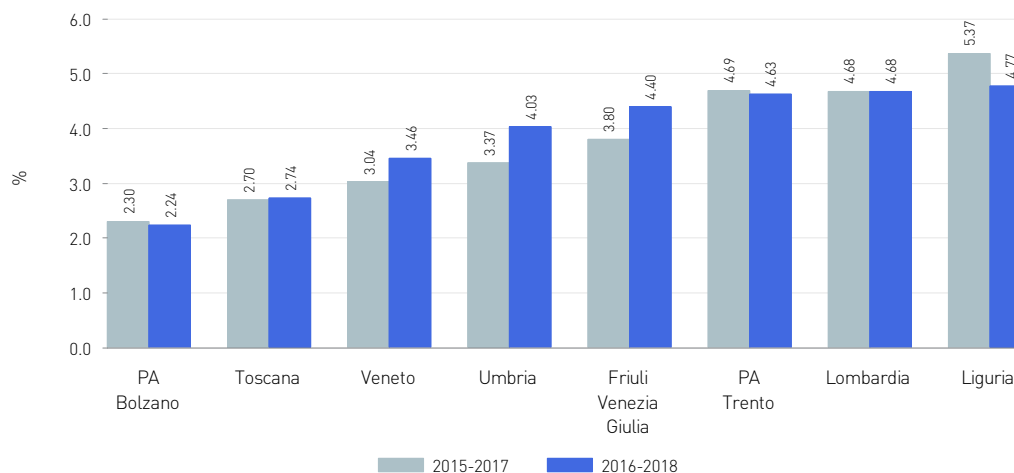
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

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 diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale.



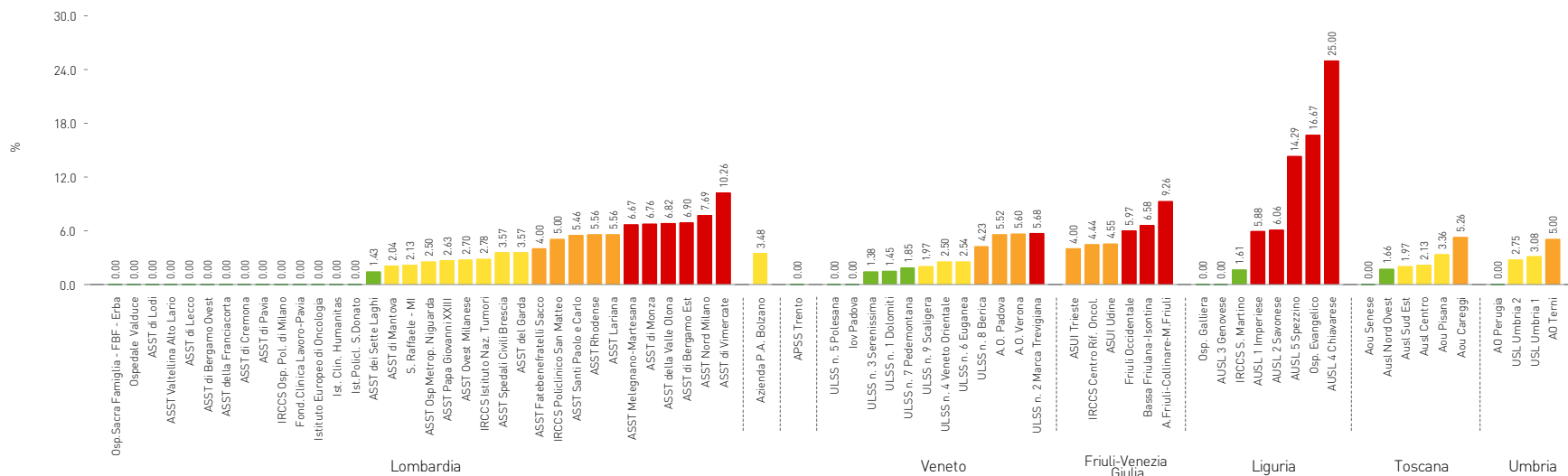
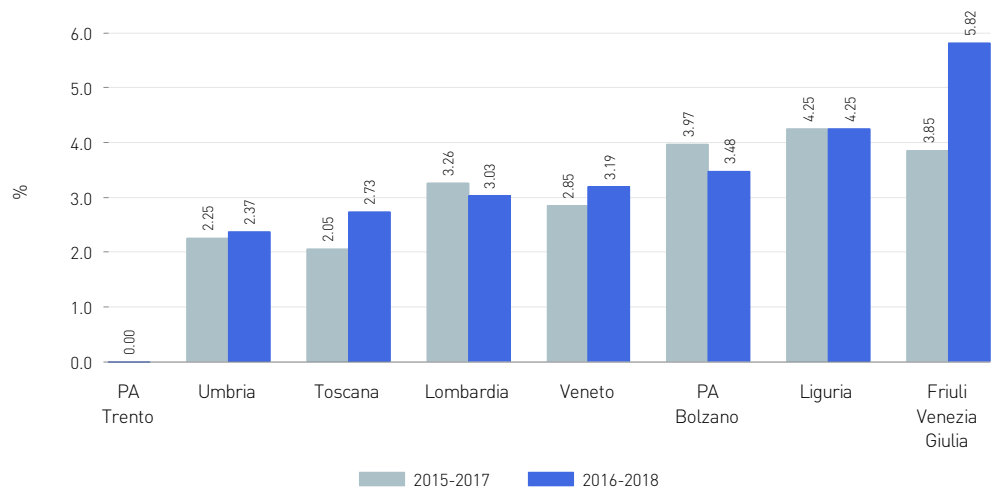
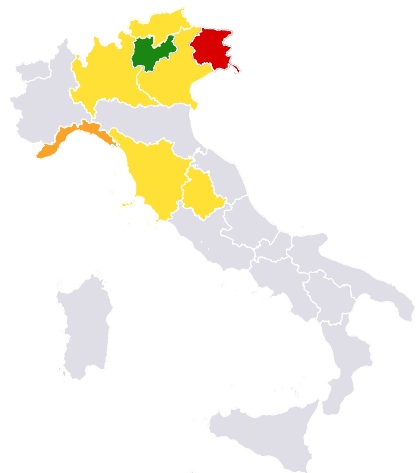
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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.



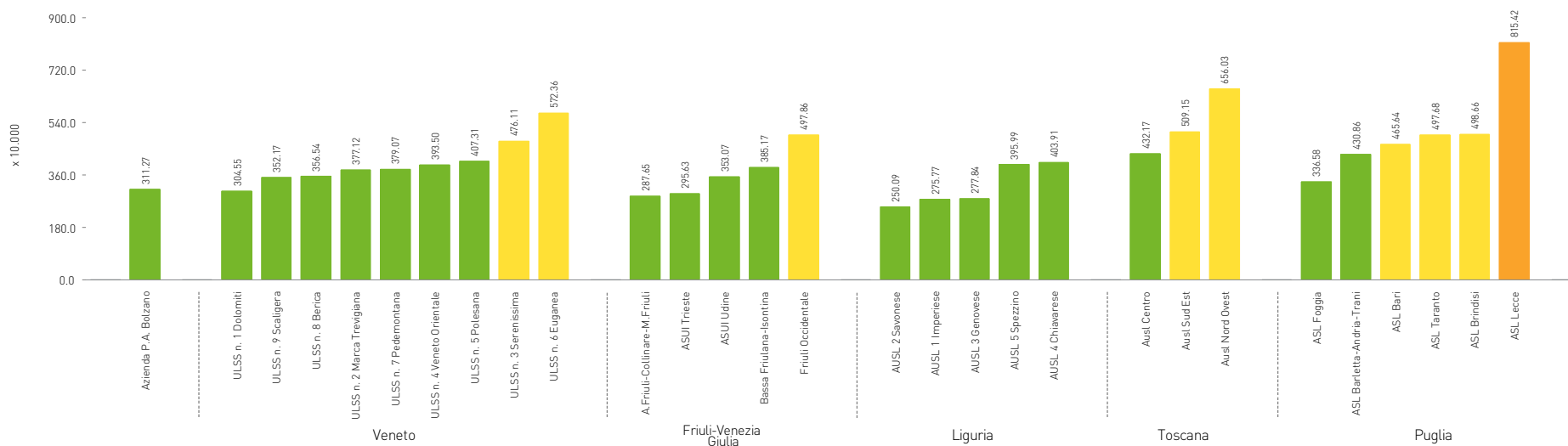
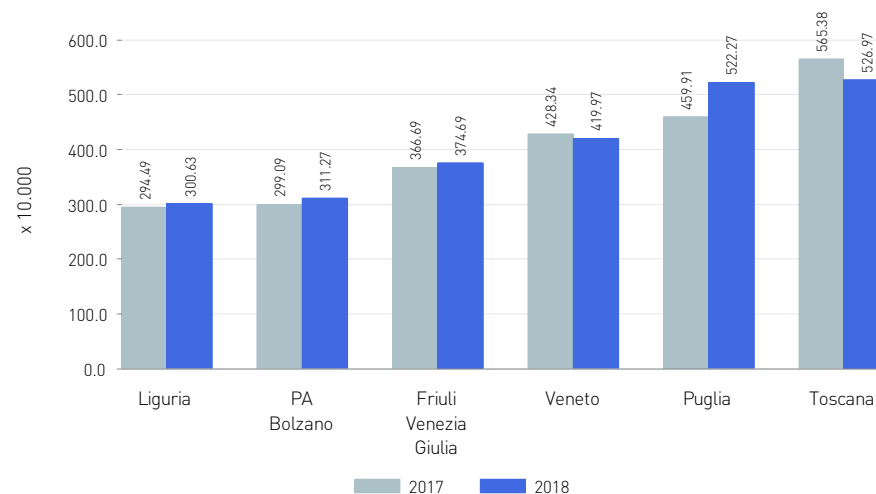
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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.



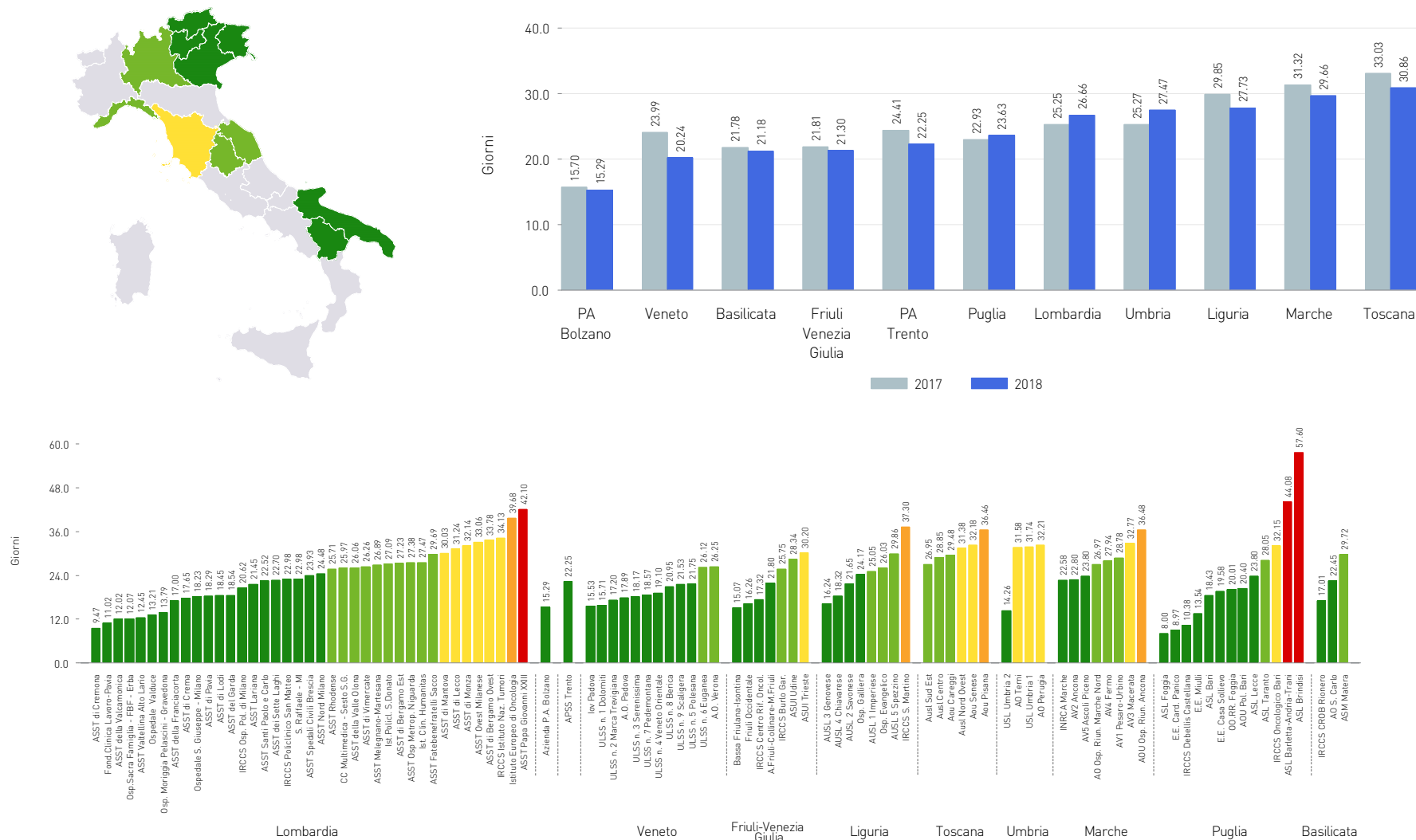
C10.5 Appropriatelyzza prescrittiva dei biomarcatori tumorali

Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologia o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatelyzza 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.



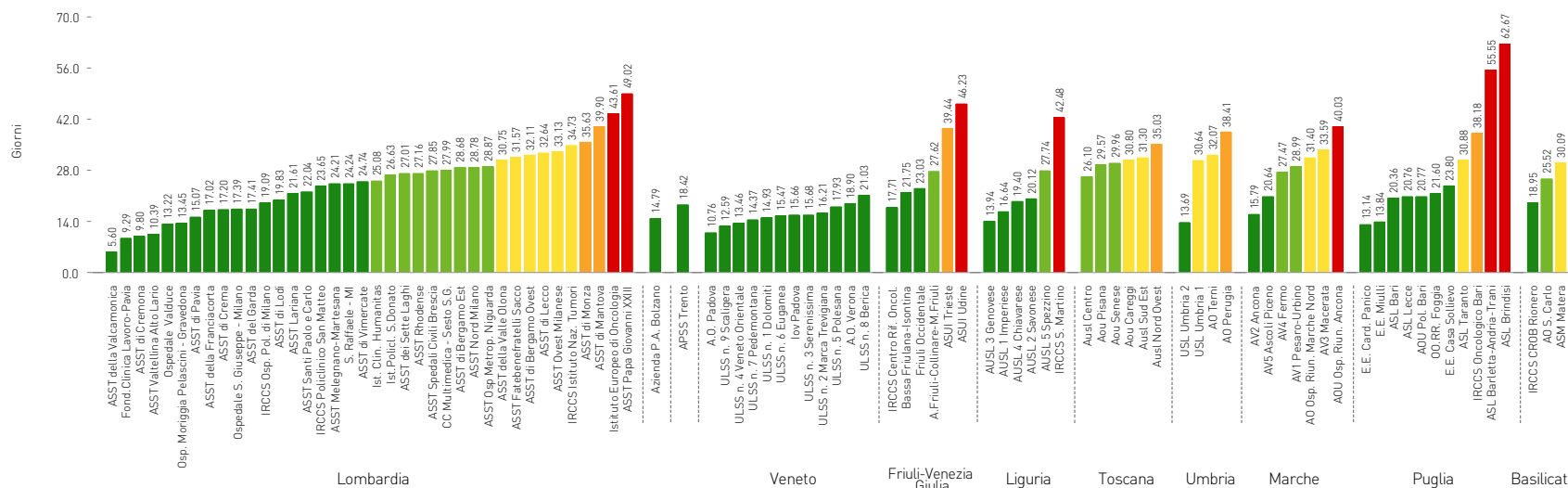
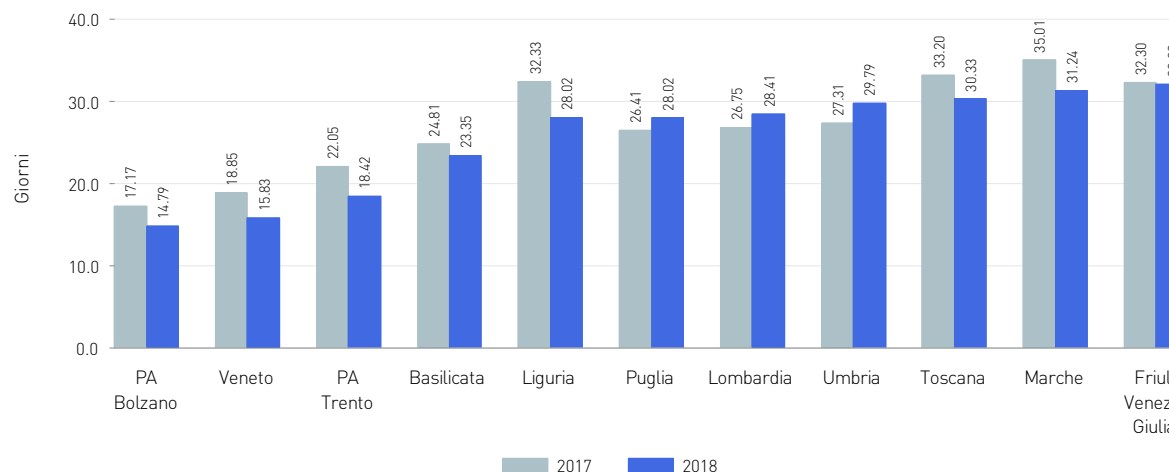
C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV). Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, al colon, al retto, al polmone e all'utero.



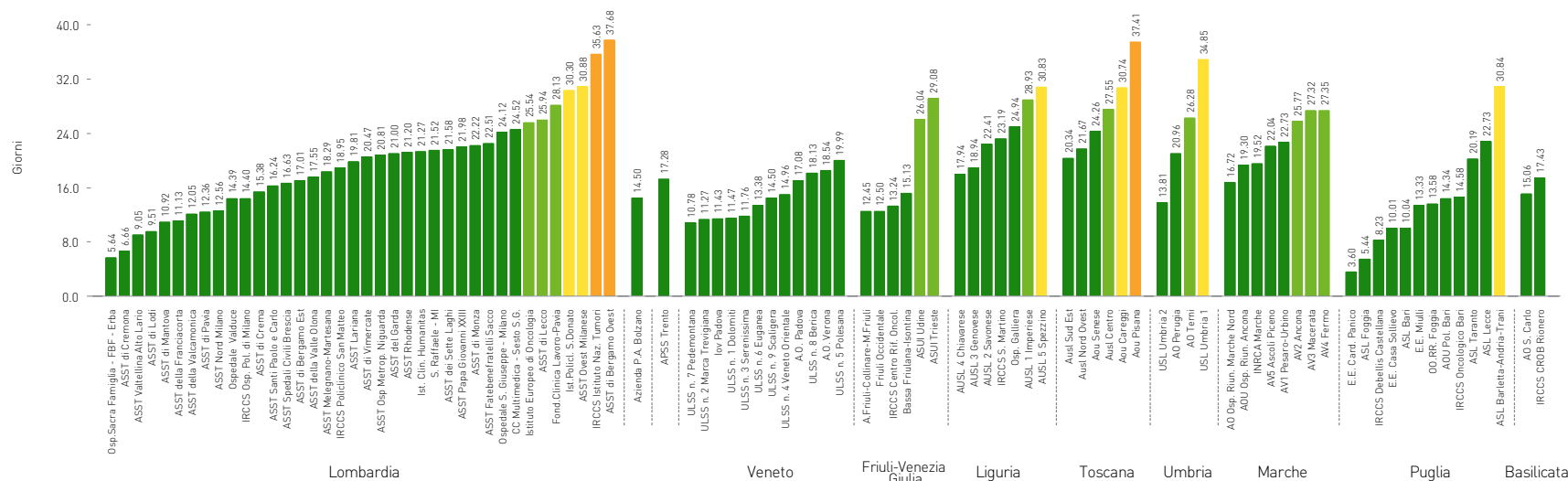
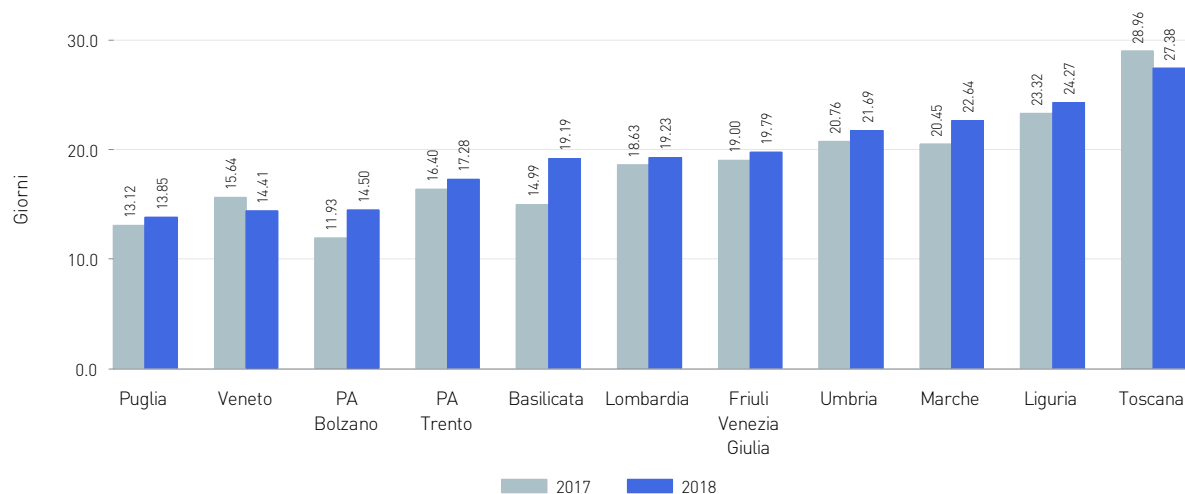
C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno alla mammella e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



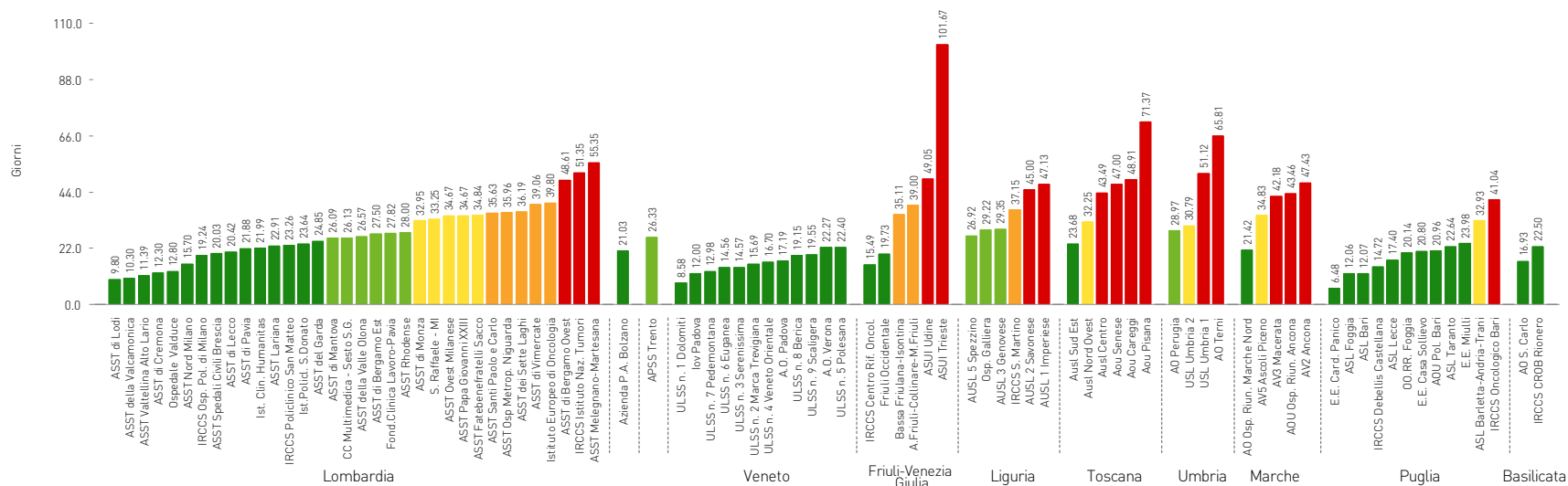
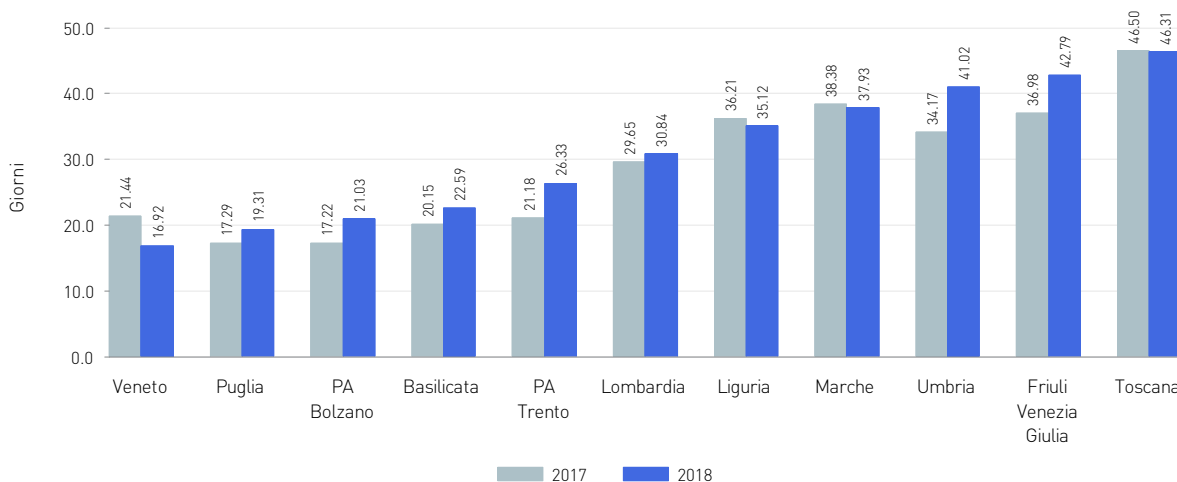
C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al colon e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



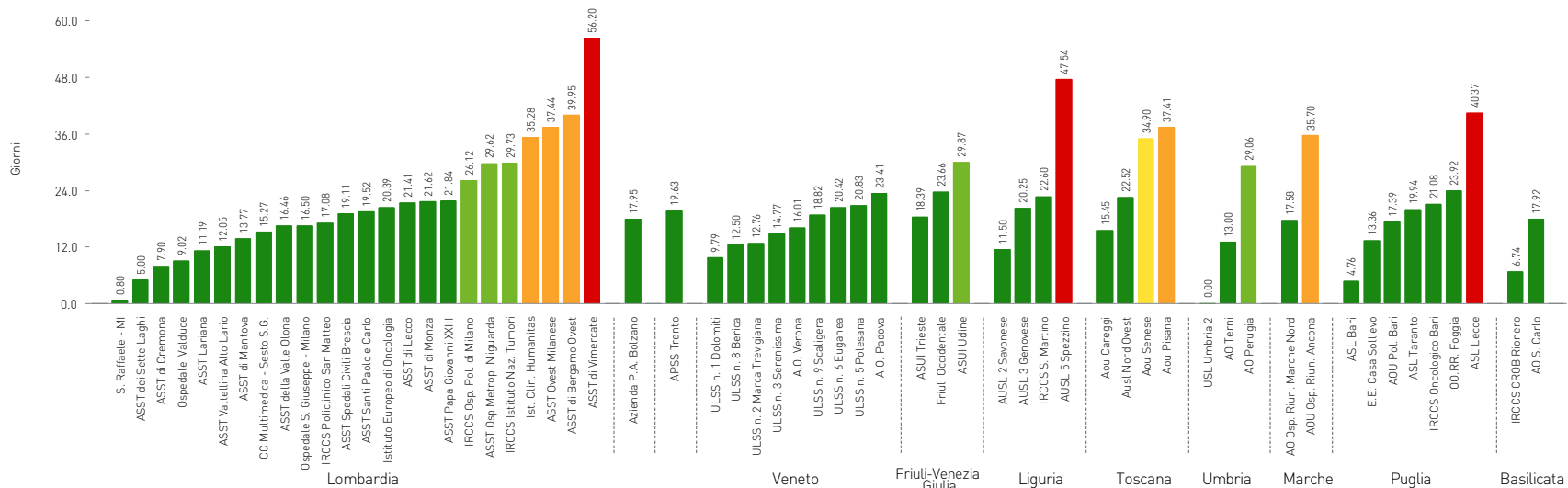
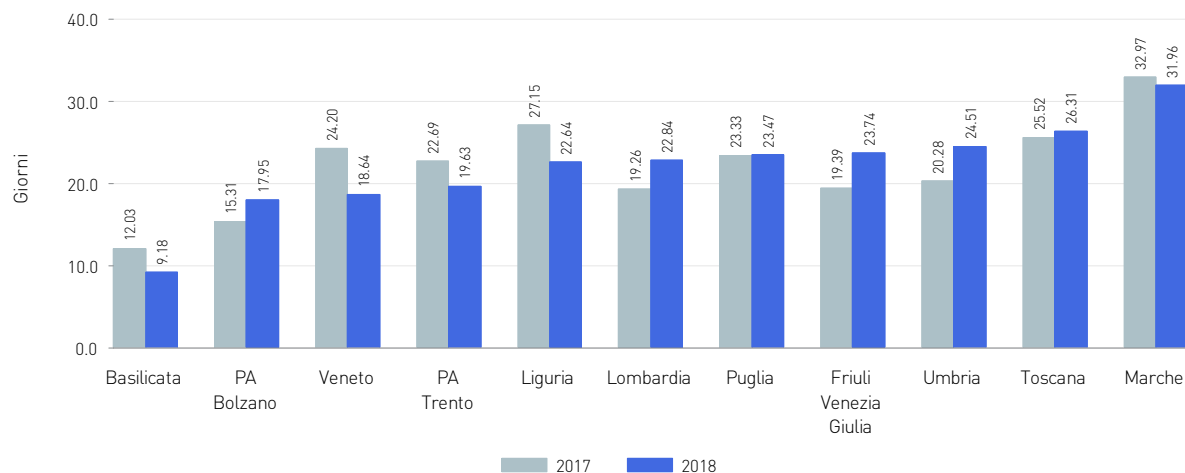
C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al retto e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



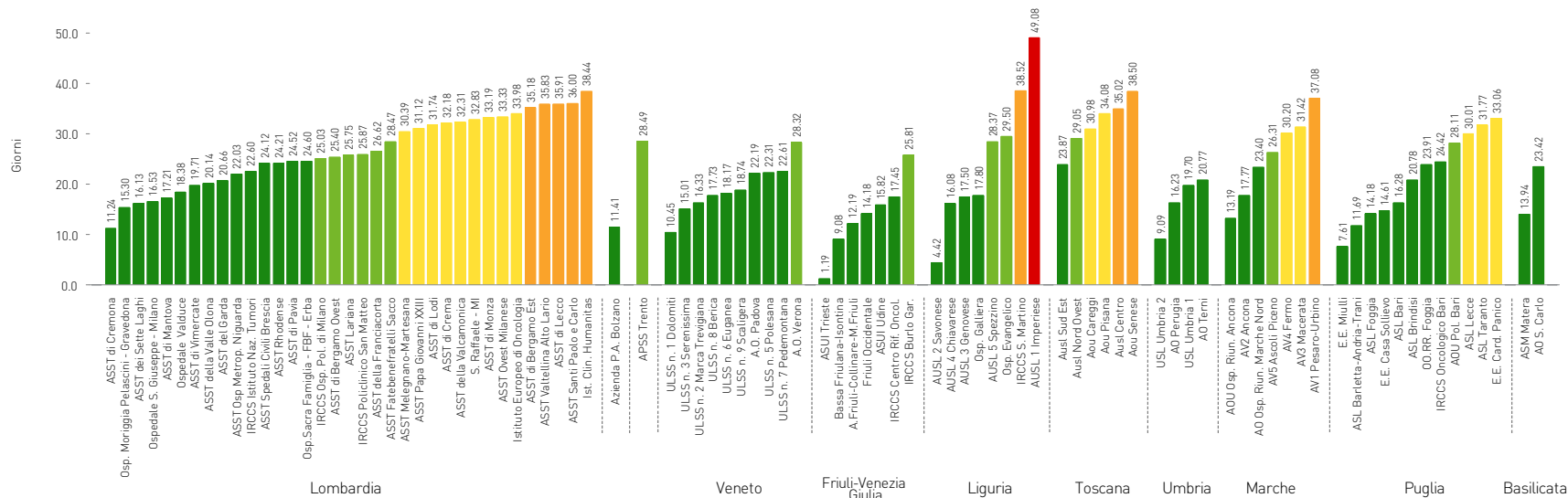
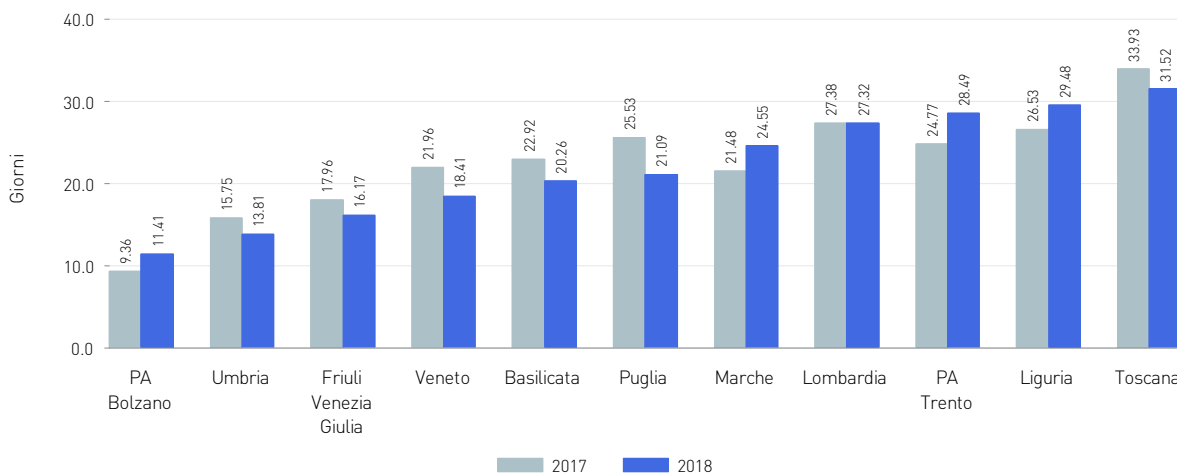
C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al polmone e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



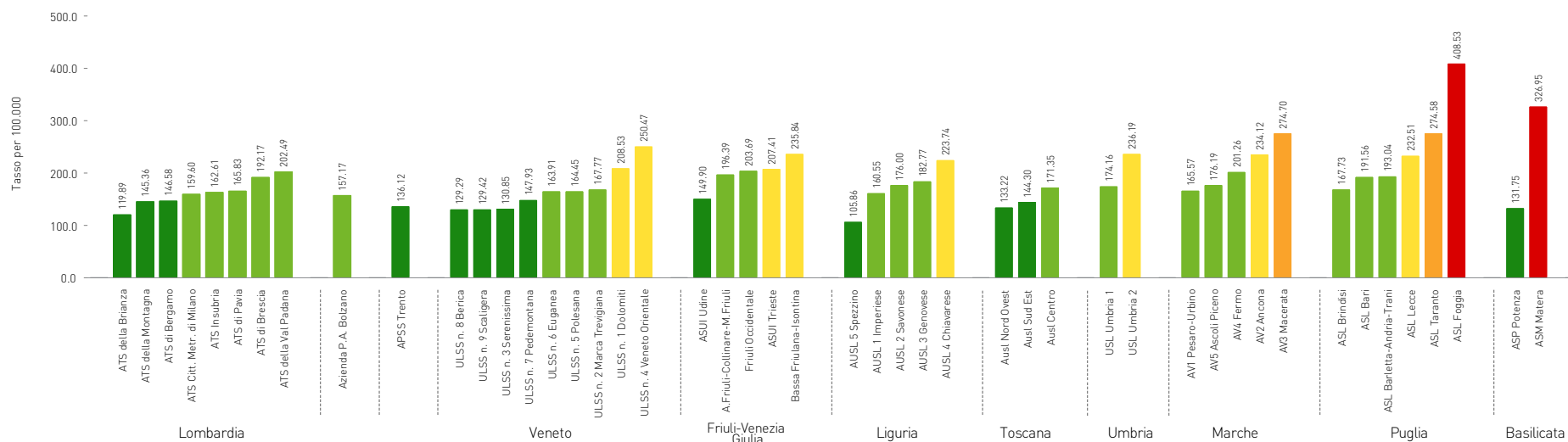
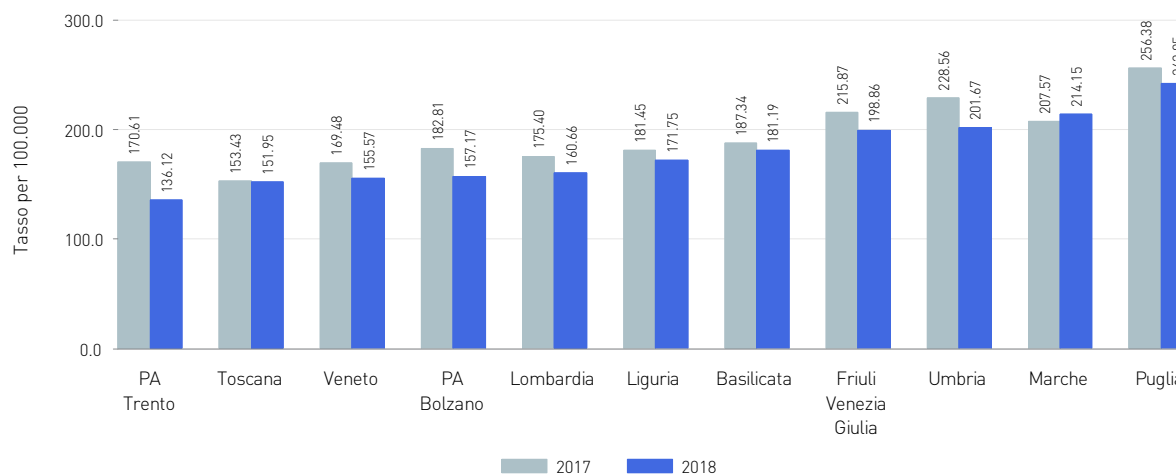
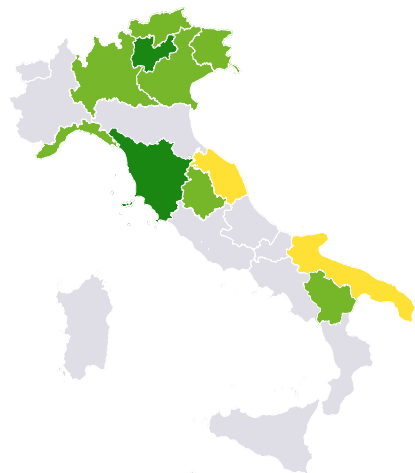
C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno all'utero e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



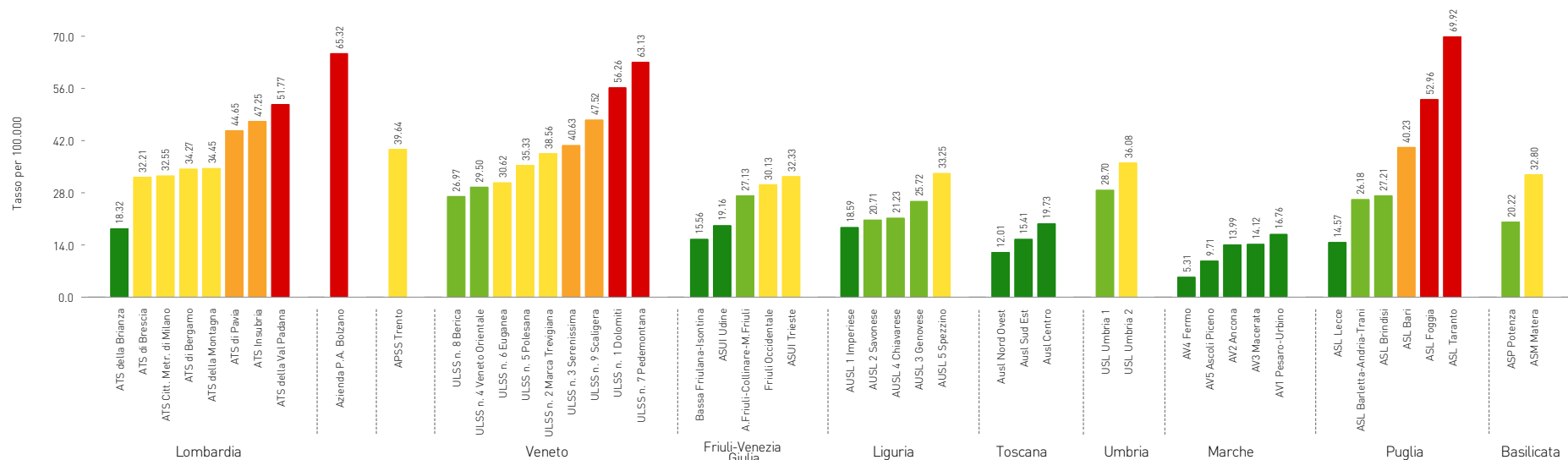
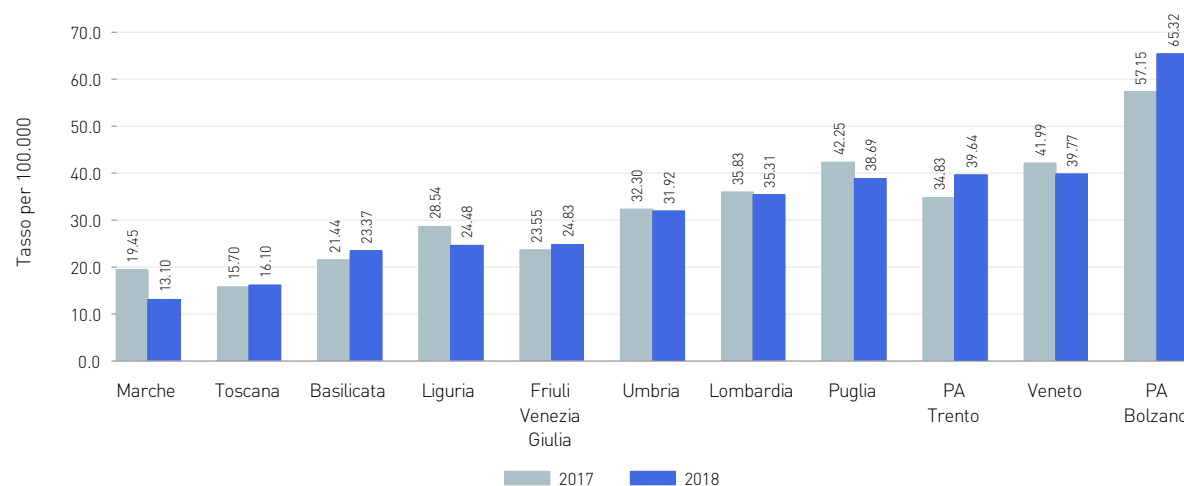
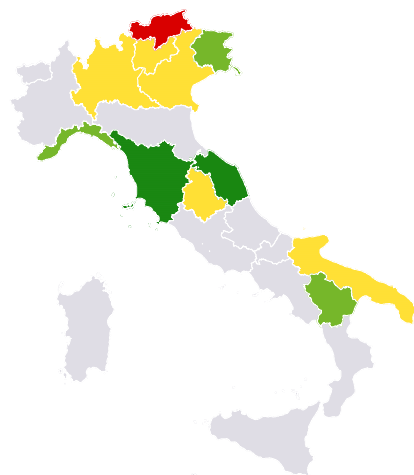
C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per Scenpso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scenpso 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 cronic-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.



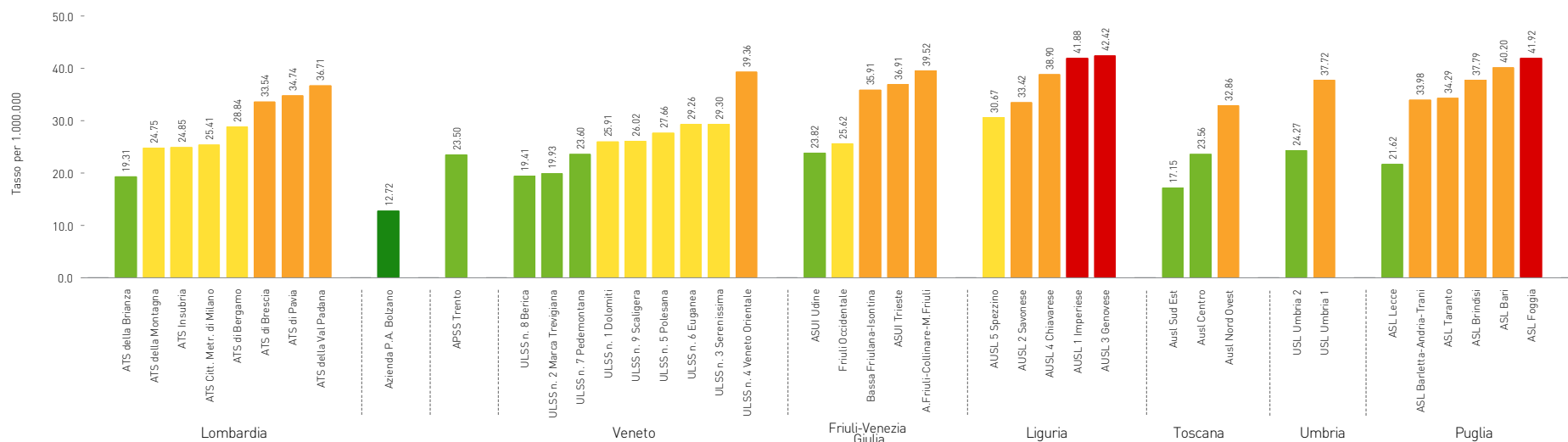
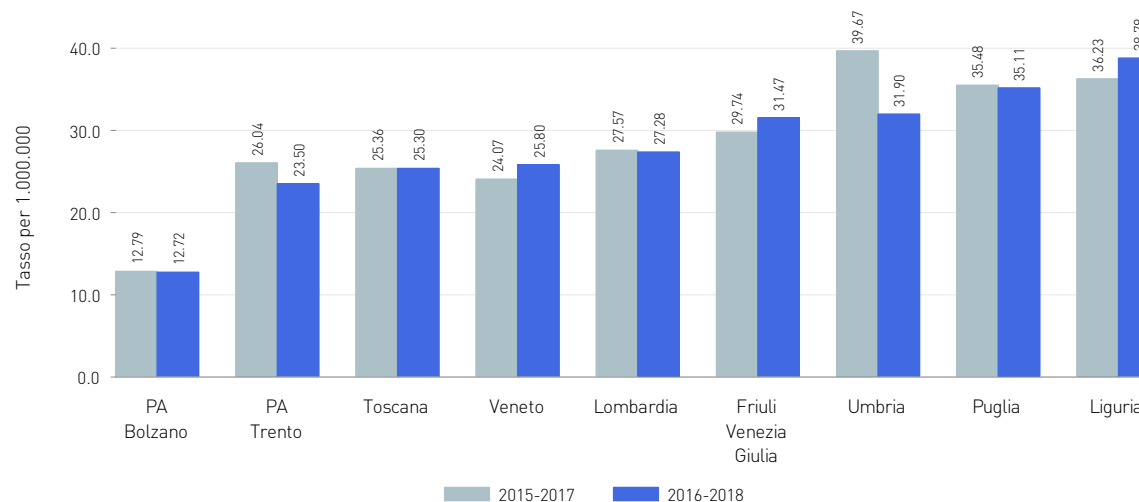
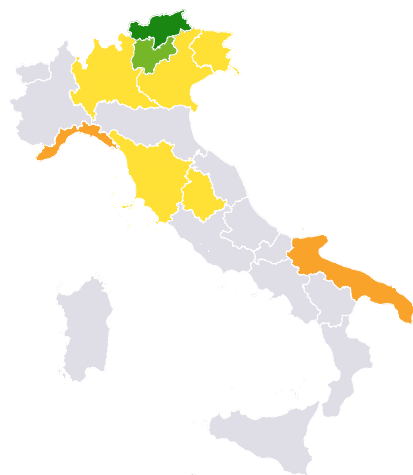
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

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.



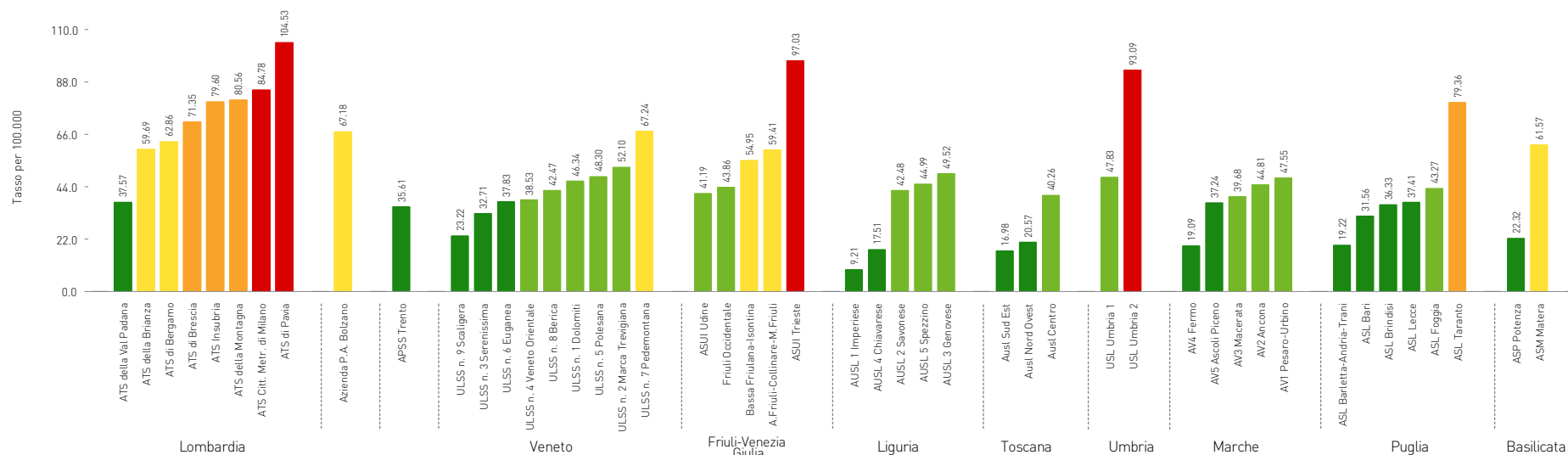
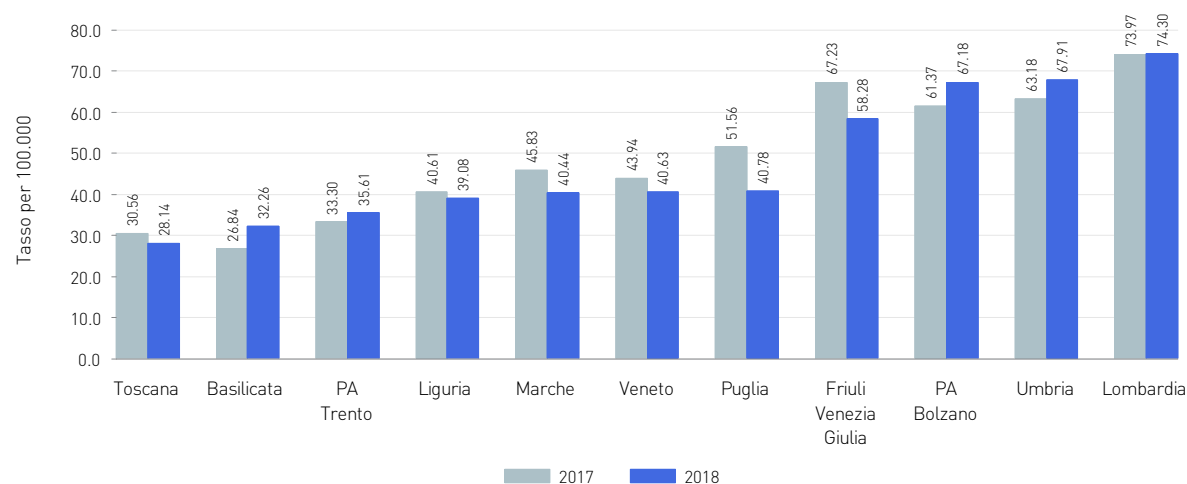
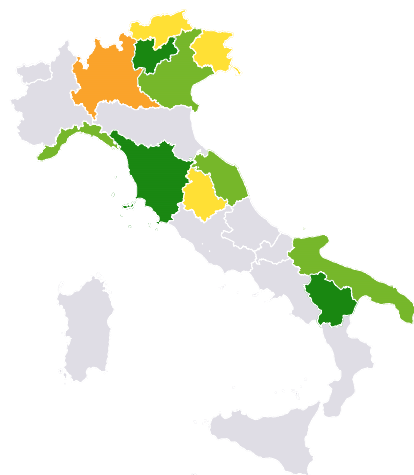
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario per conseguenza 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 rivascolarizzazione possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di intervenire chirurgicamente (Faglia et al., 2009). L'indicatore C11a.2.4 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 (Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016). Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



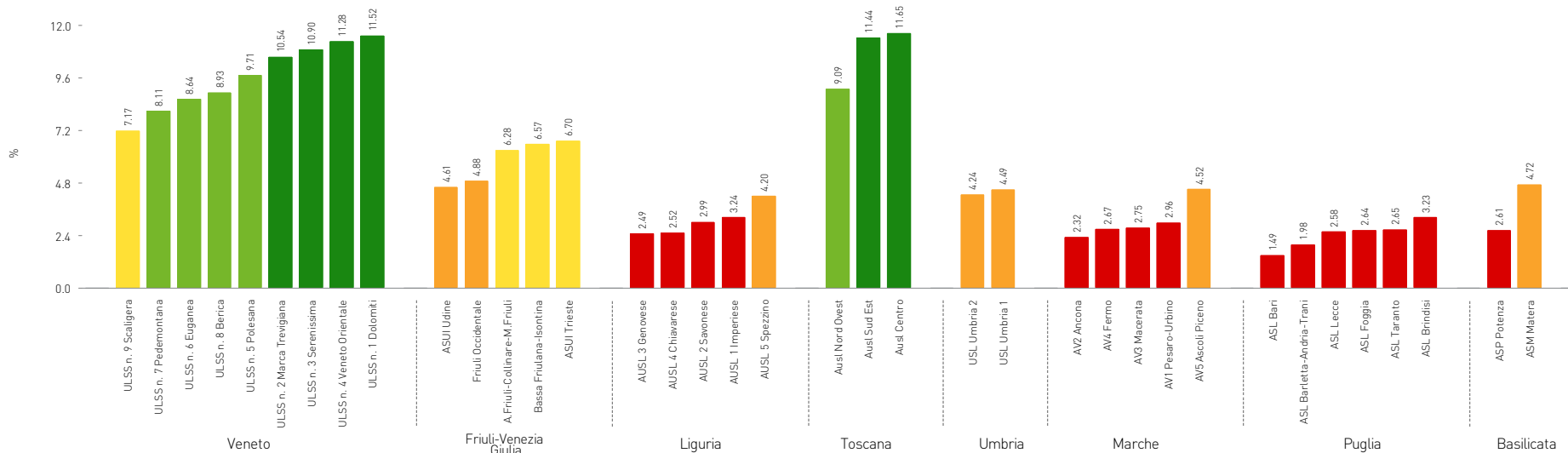
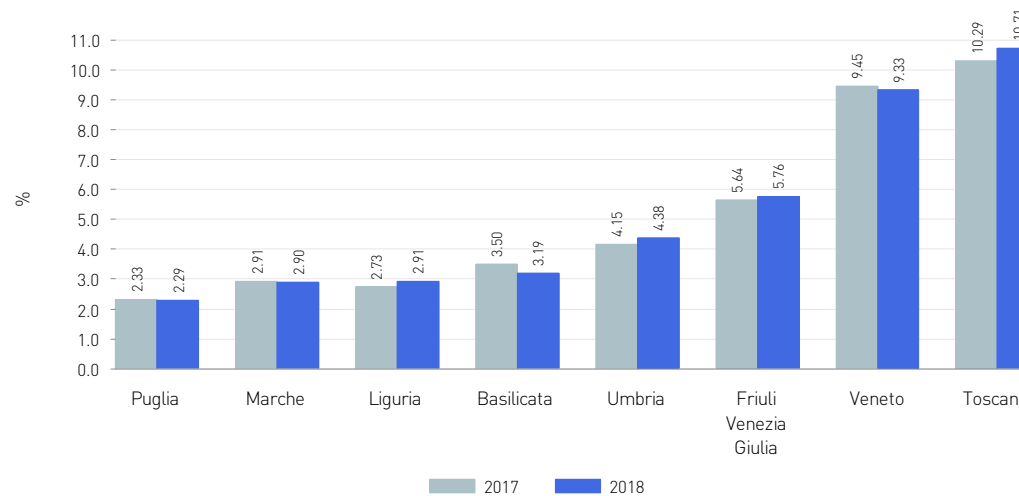
C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

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.



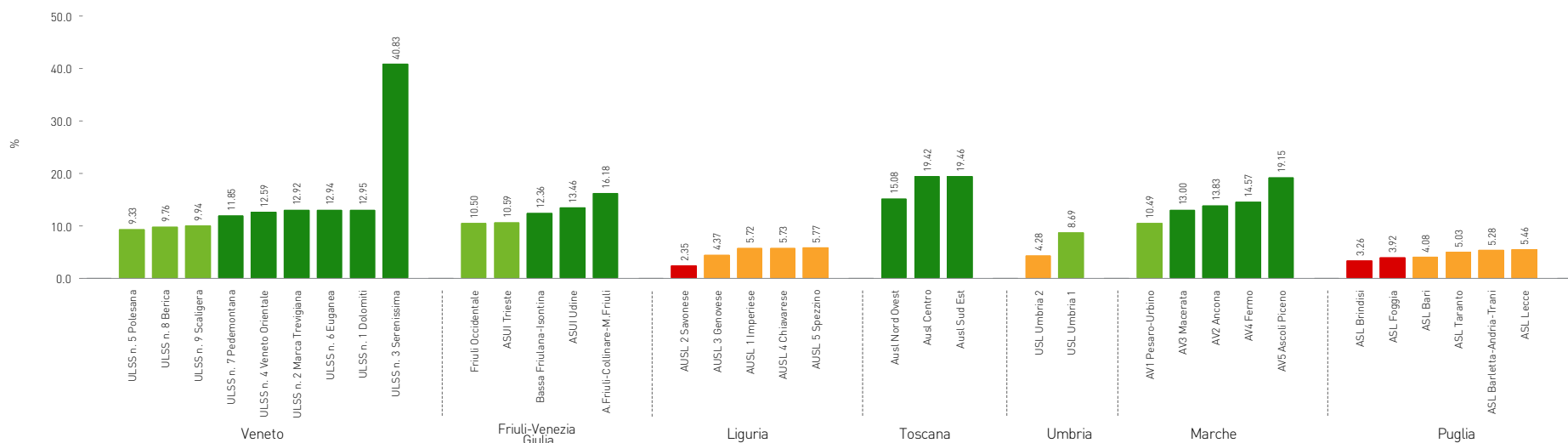
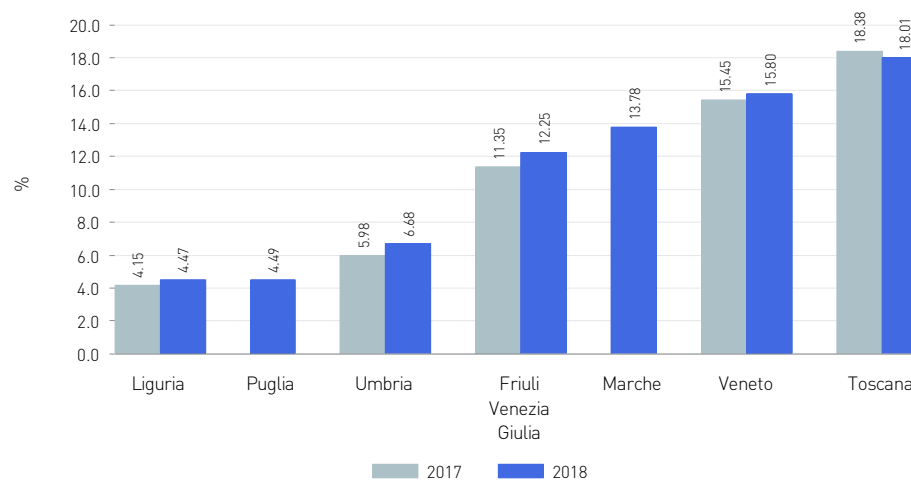
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali.



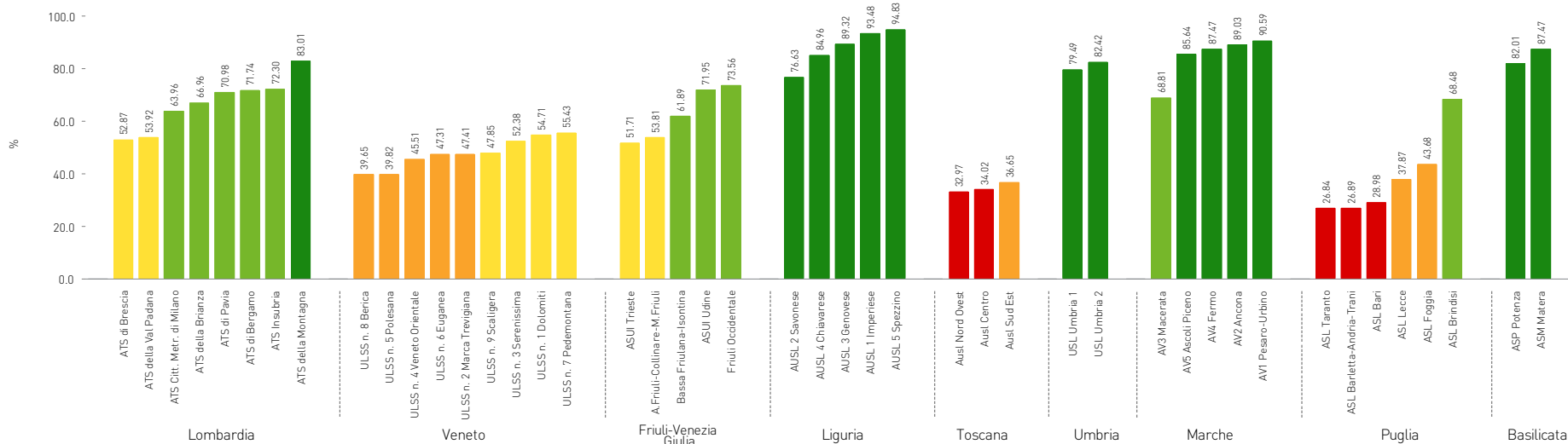
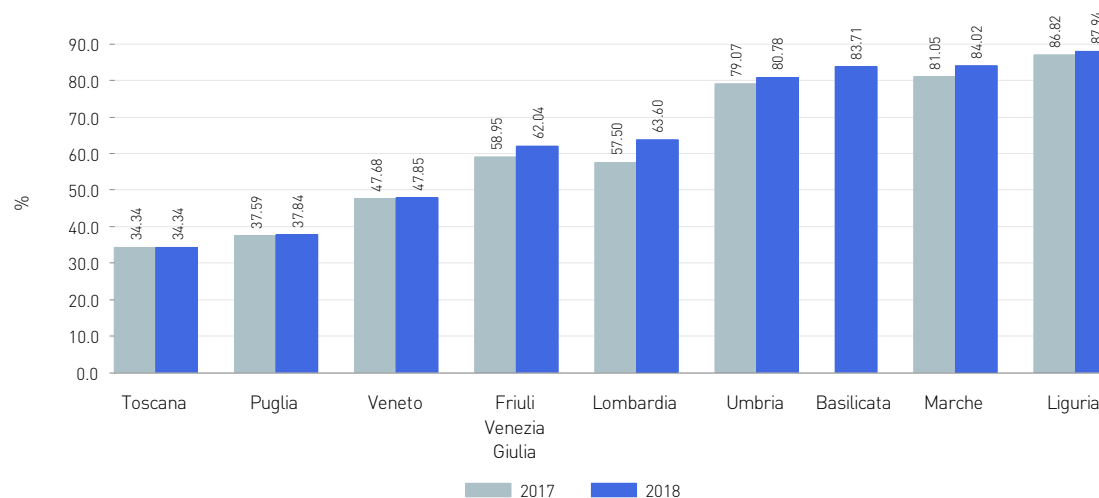
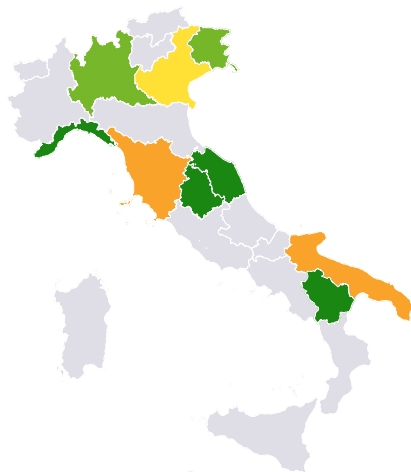
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg dalla dimissione

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.



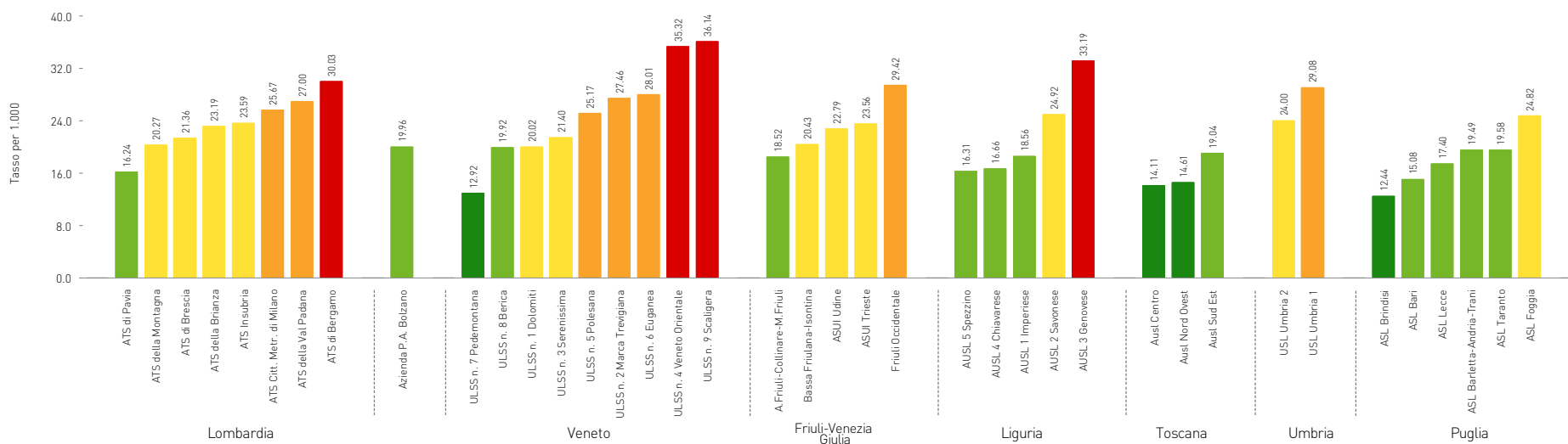
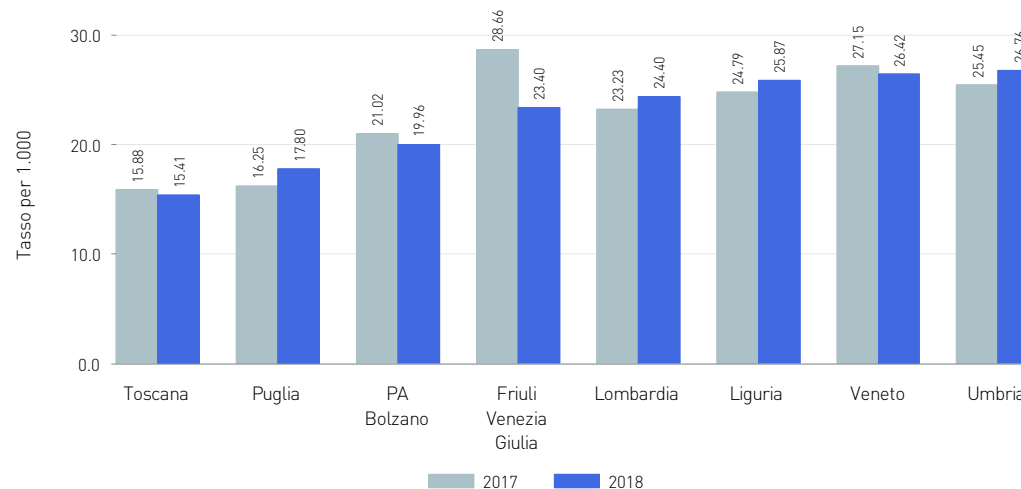
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari

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



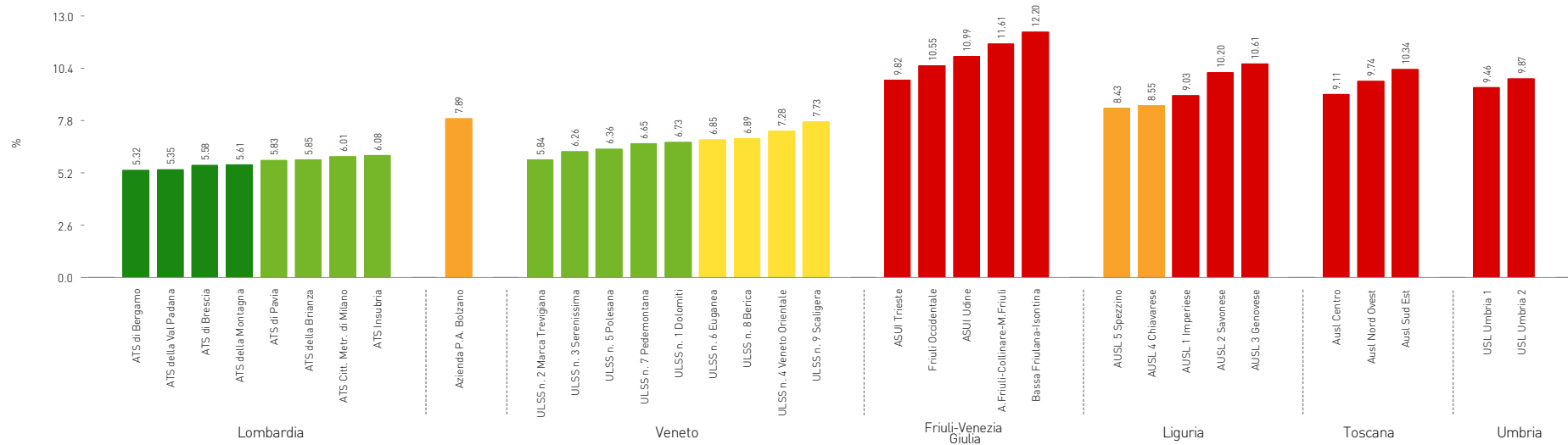
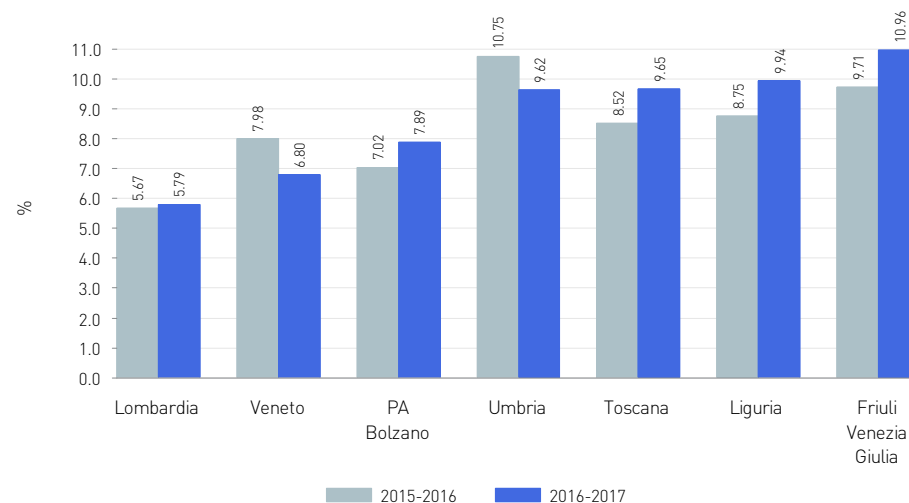
C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

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.



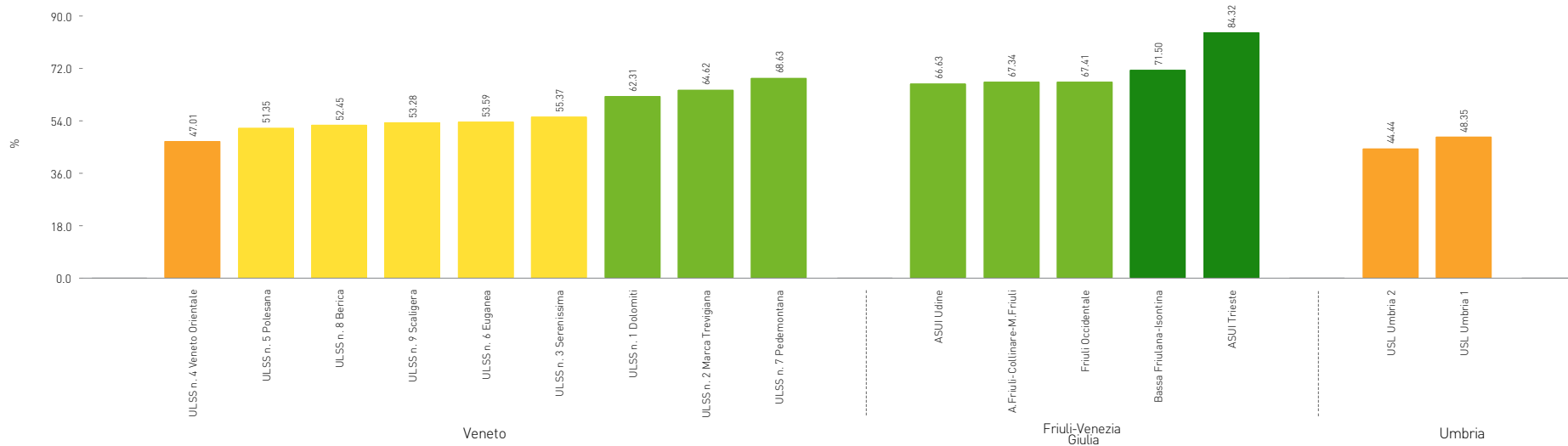
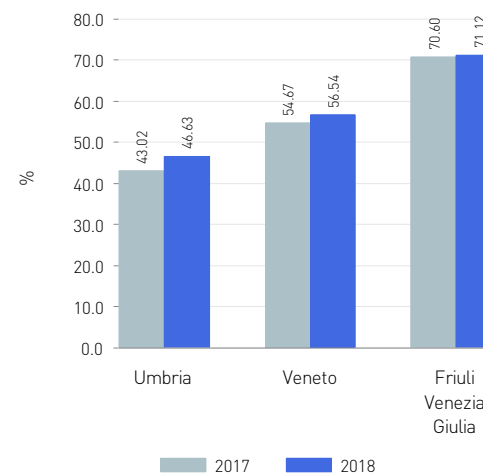
C13A.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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.



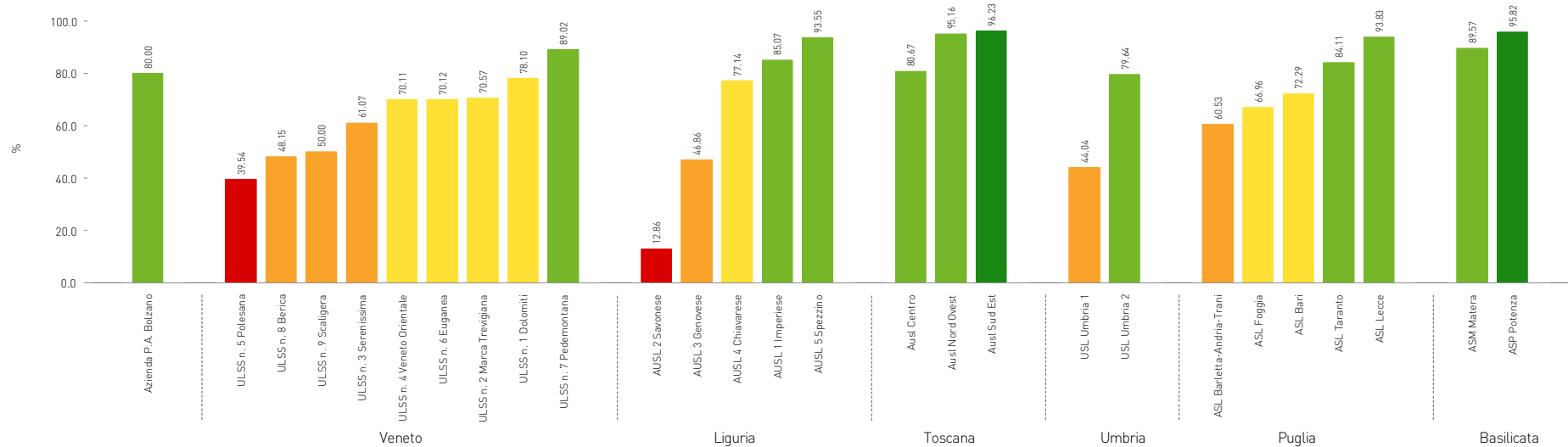
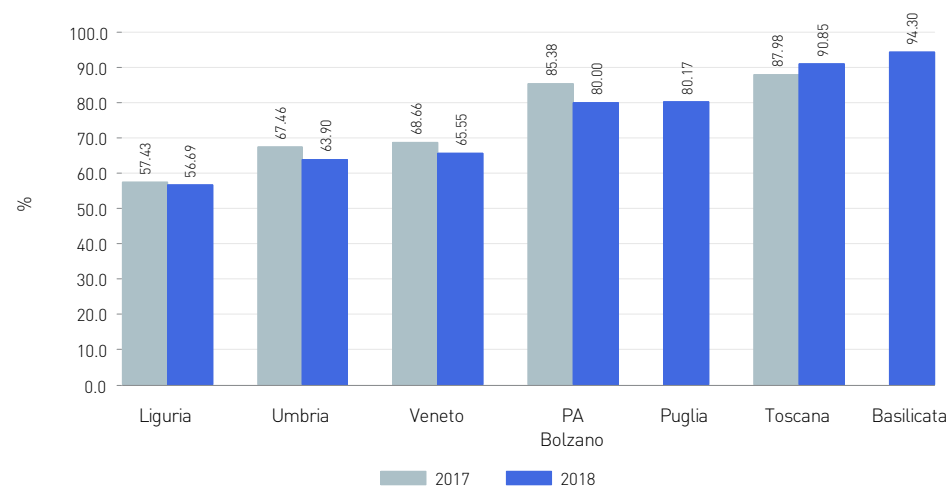
C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative

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 secondo il DM 43/2007.



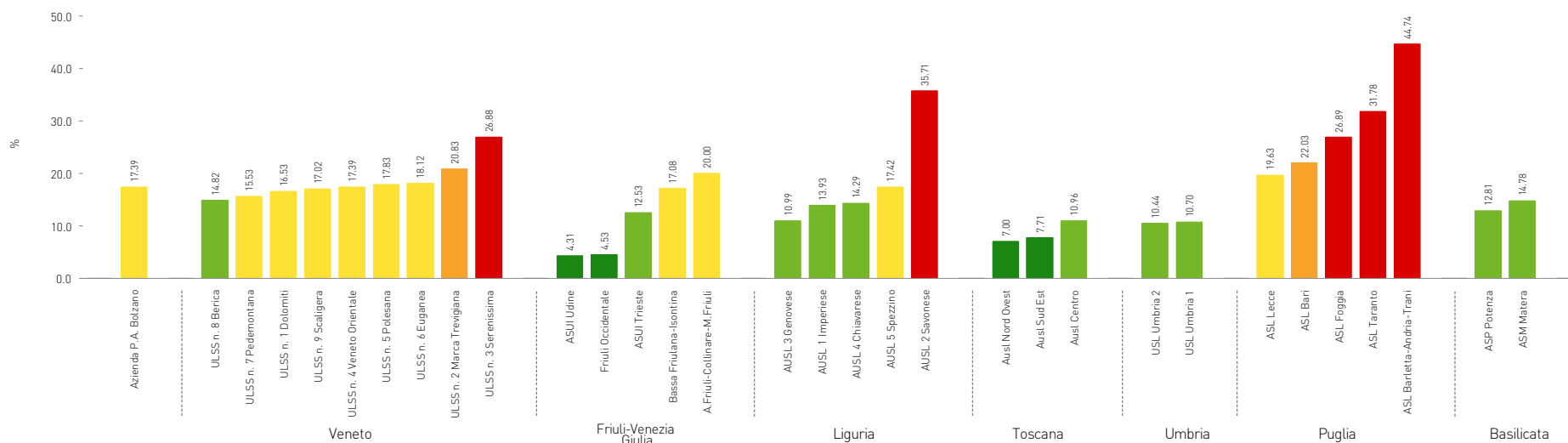
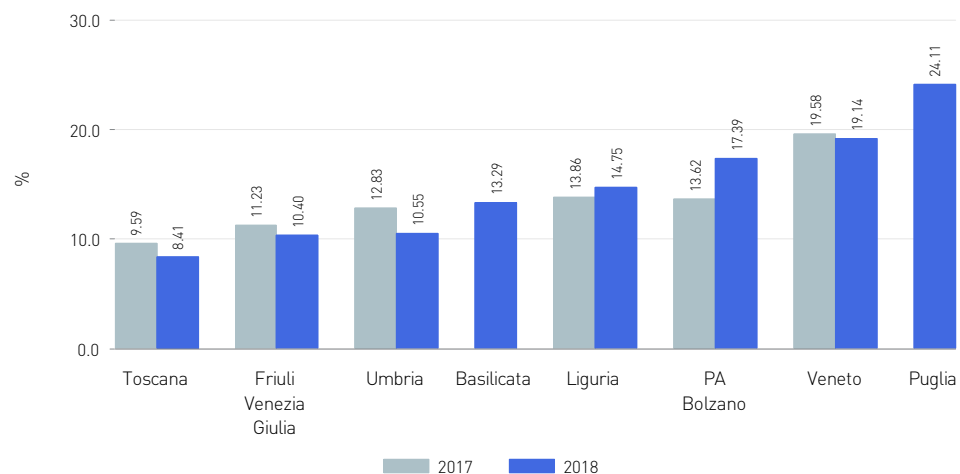
C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg. (paz. onc.)

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 inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza conclusa. L'obiettivo dello standard nazionale 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 con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice superiore o uguale a 30 giorni, sul numero di ricoveri in Hospice di pazienti con patologia oncologica. L'obiettivo dello standard nazionale 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.



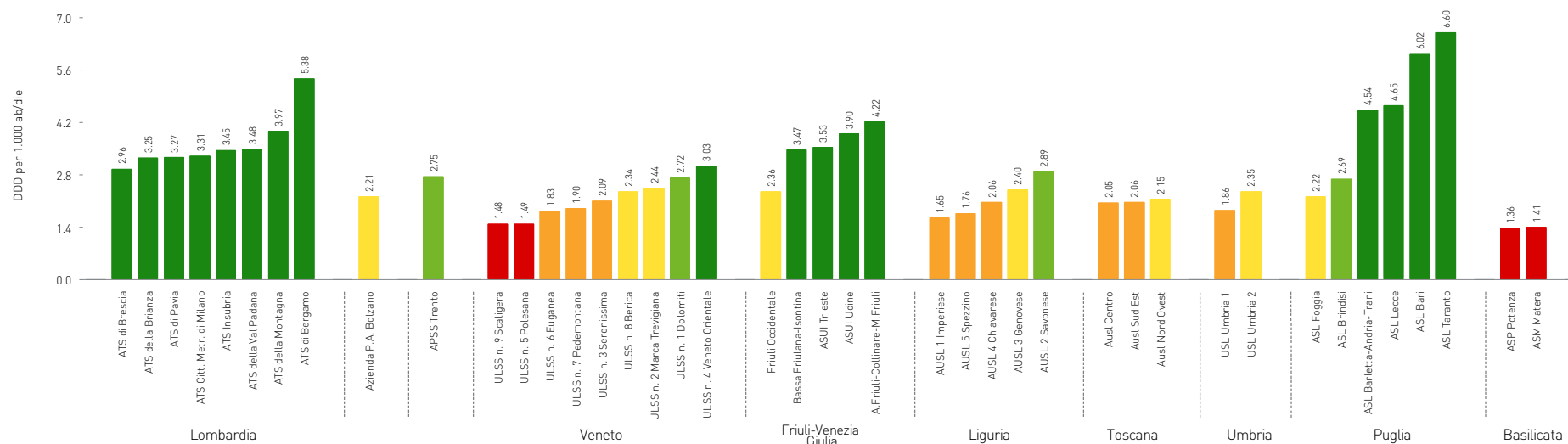
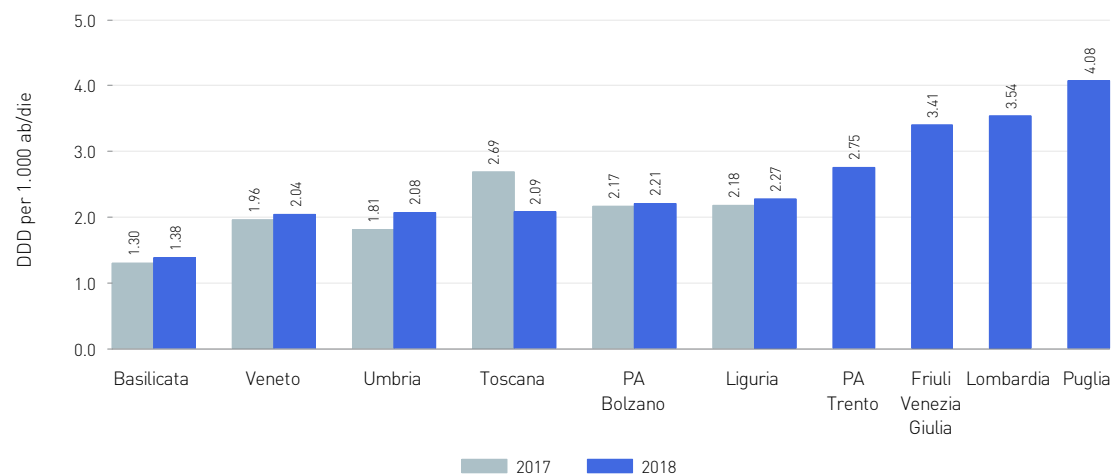
ASSISTENZA FARMACEUTICA





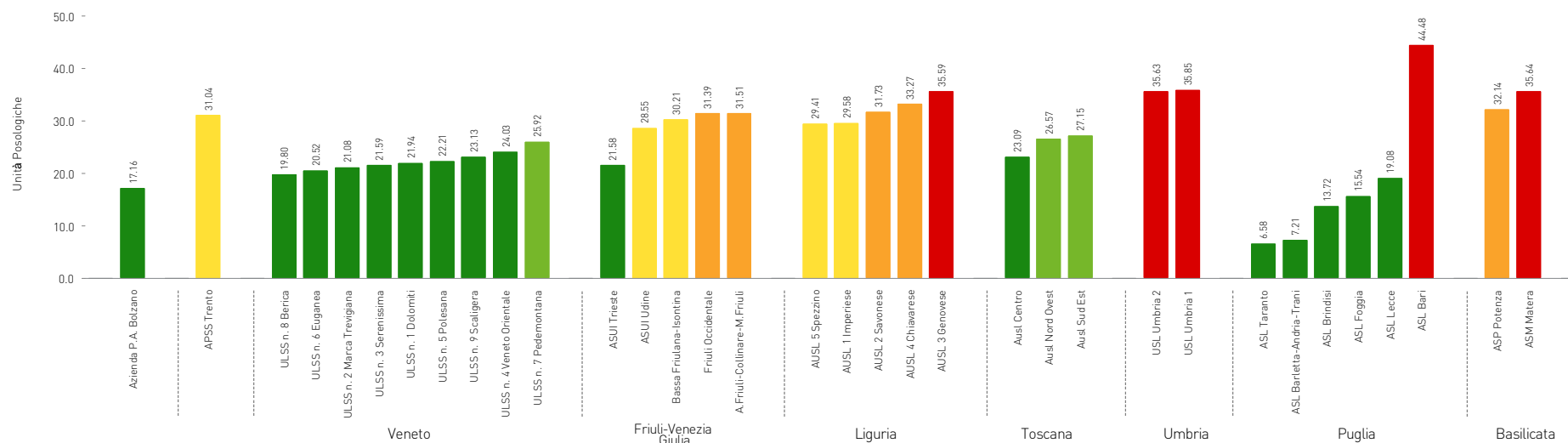
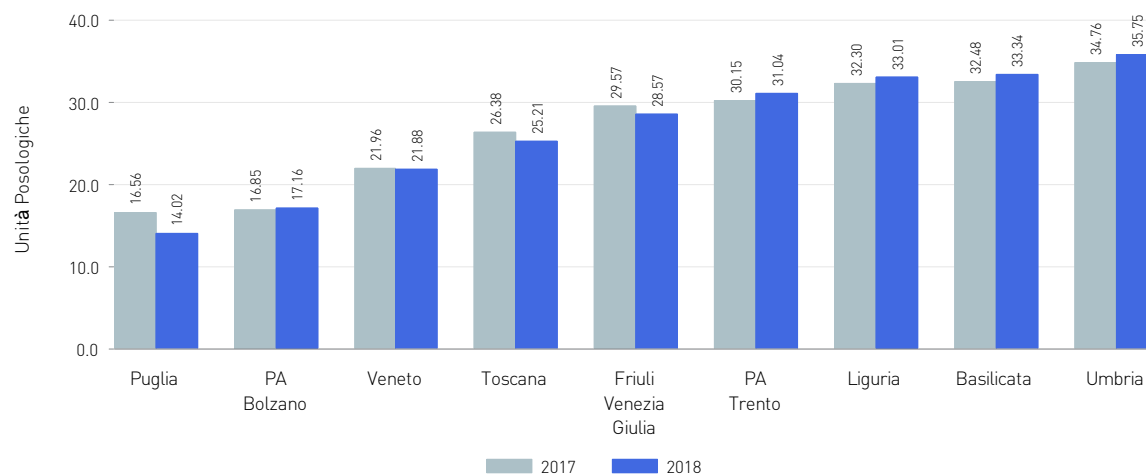
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. La medicina, i suoi professionisti ed il Sistema Sanitario lavorano non solo per prevenire e mantenere la salute, ma anche per dare al malato sollievo dalla sofferenza. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, la quantità di morfina erogata dalle farmacie e l'incidenza d'uso della morfina sul territorio a garanzia del rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata, di un'adeguata risposta al bisogno di salute tramite un equo accesso ai medicinali impiegati per il trattamento del dolore sul territorio. Ricordiamo che la legge 38/2010 ha semplificato le procedure di accesso ai farmaci impiegati per il trattamento del dolore tramite lo snellimento delle procedure prescrittive a carico dei MMG.



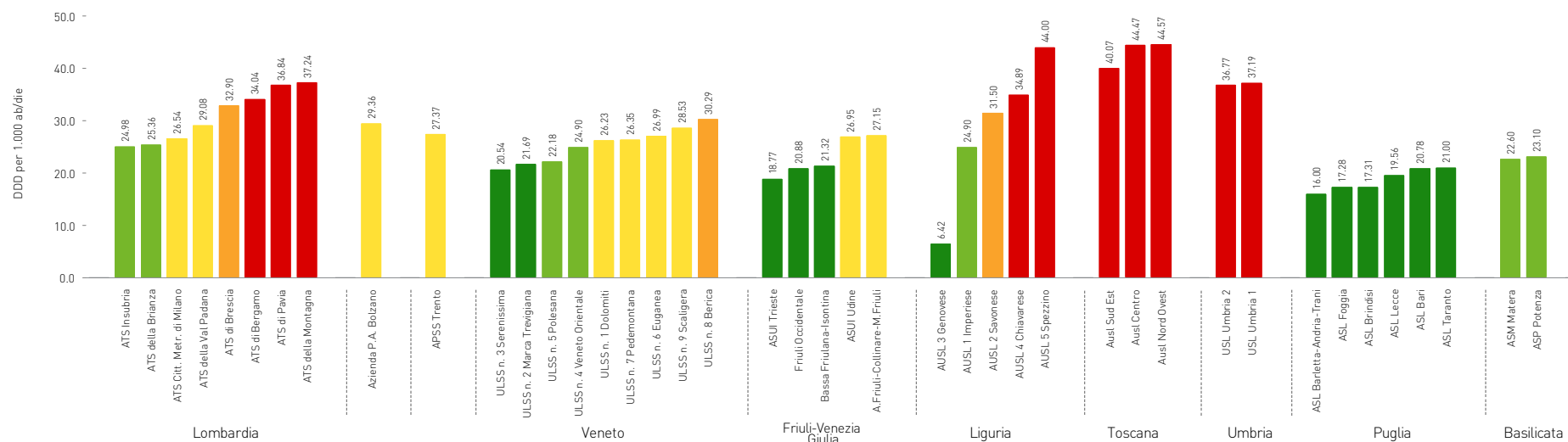
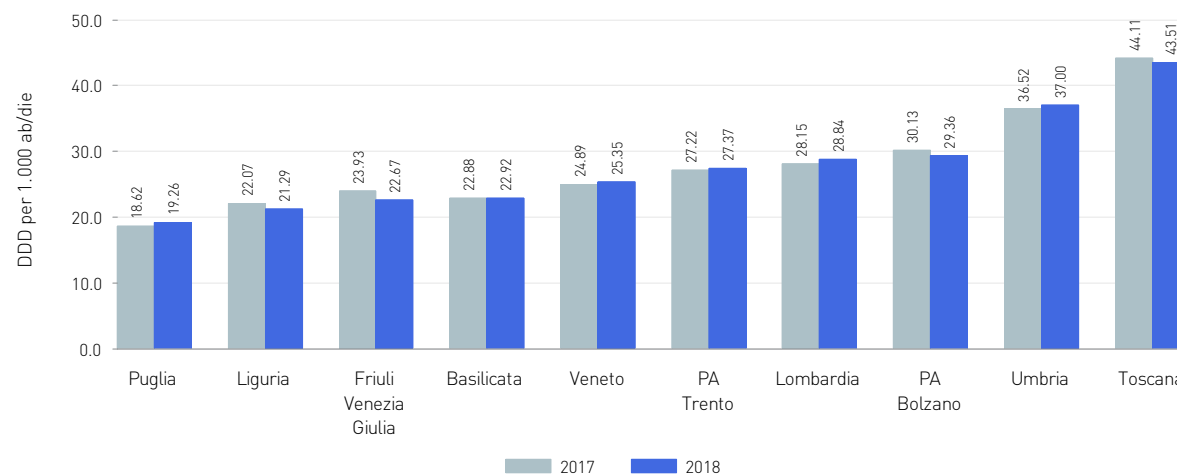
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.



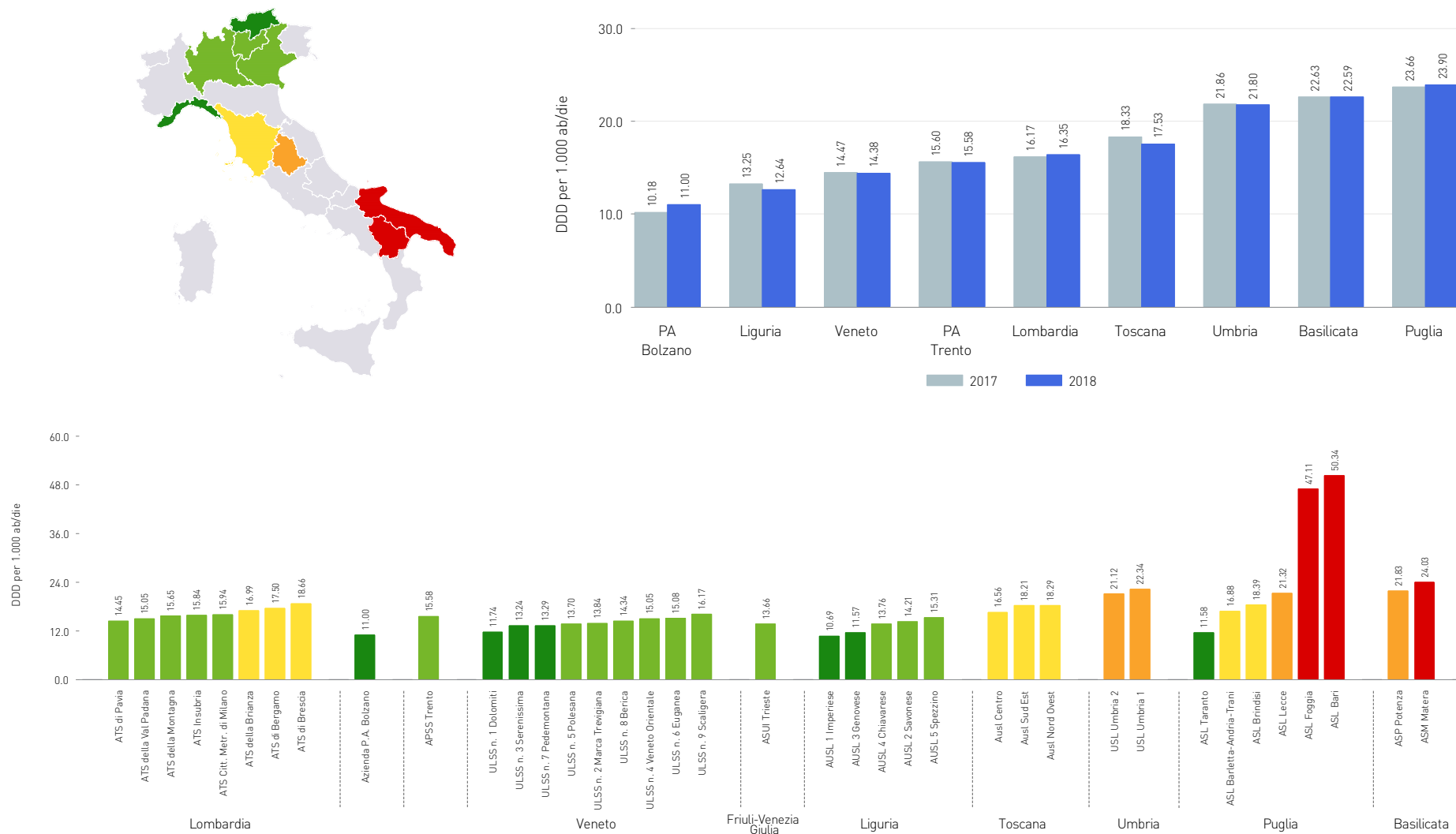
C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio

Da un approfondimento dell'Agenzia Italiana del Farmaco sui consumi di antidepressivi in Italia nel periodo 2015-2017 emerge che il trend di impiego di questi medicinali risulta pressoché stabile. In particolare, tra il 2015 e il 2017 i consumi di antidepressivi si attestano su una media di 40 dosi giornaliere ogni mille abitanti (DDD/1000 abitanti die). Ciò significa che ogni giorno 1000 abitanti consumano in media 40 dosi di antidepressivi. Il seguente indicatore è stato introdotto con l'obiettivo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di antidepressivi. Un consumo molto superiore o inferiore alle 40 dosi giornaliere in alcune regioni rispetto ad altre potrebbe suggerire una potenziale utilizzo inappropriato.



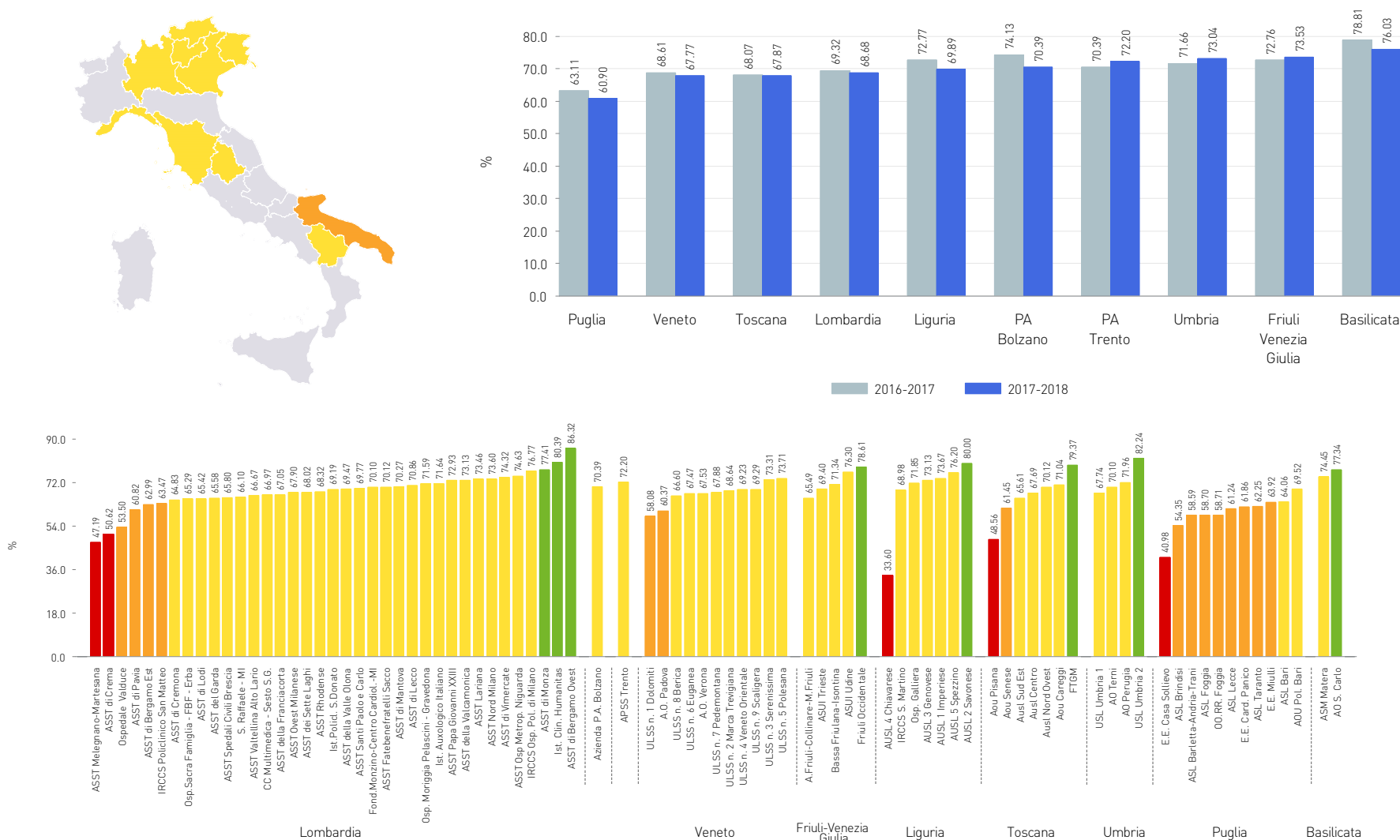
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

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



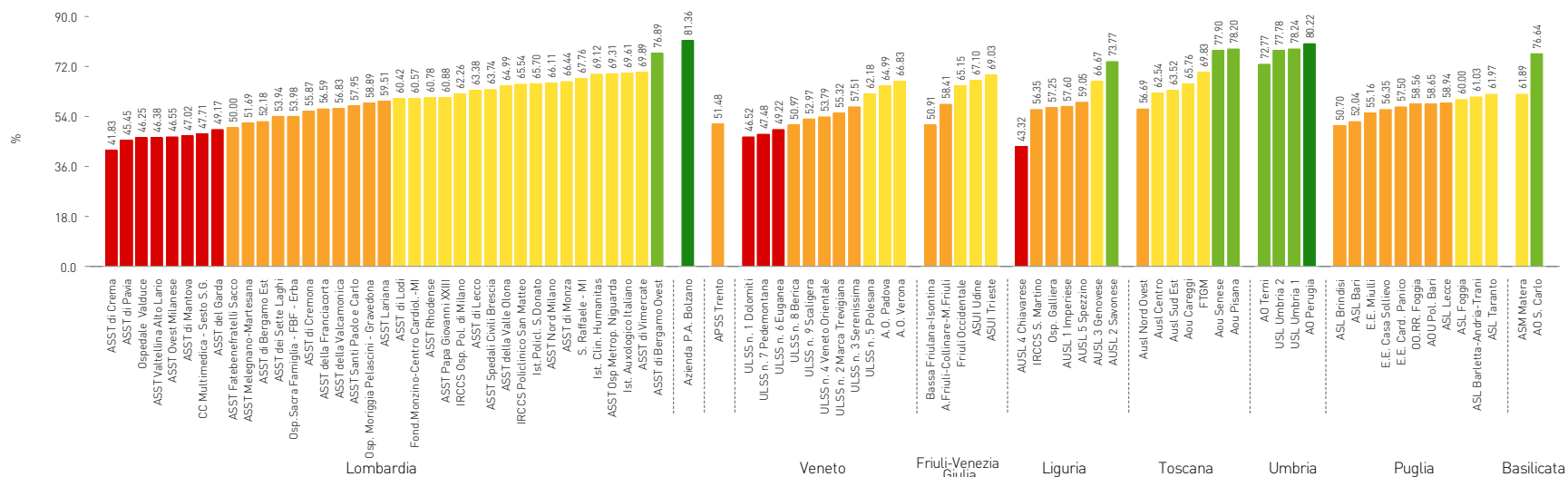
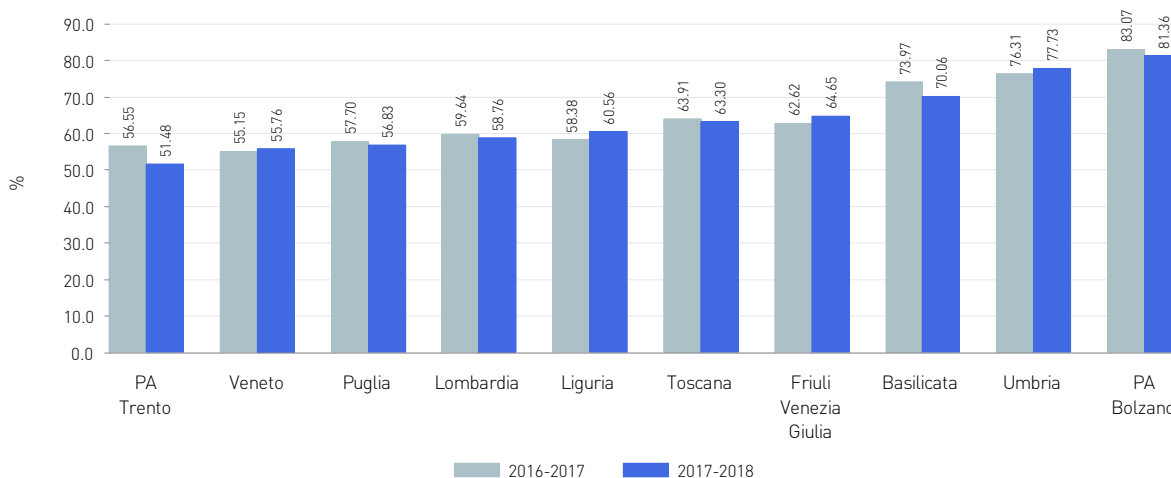
C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine. Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come obbligatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con beta-bloccanti al momento della dimissione.



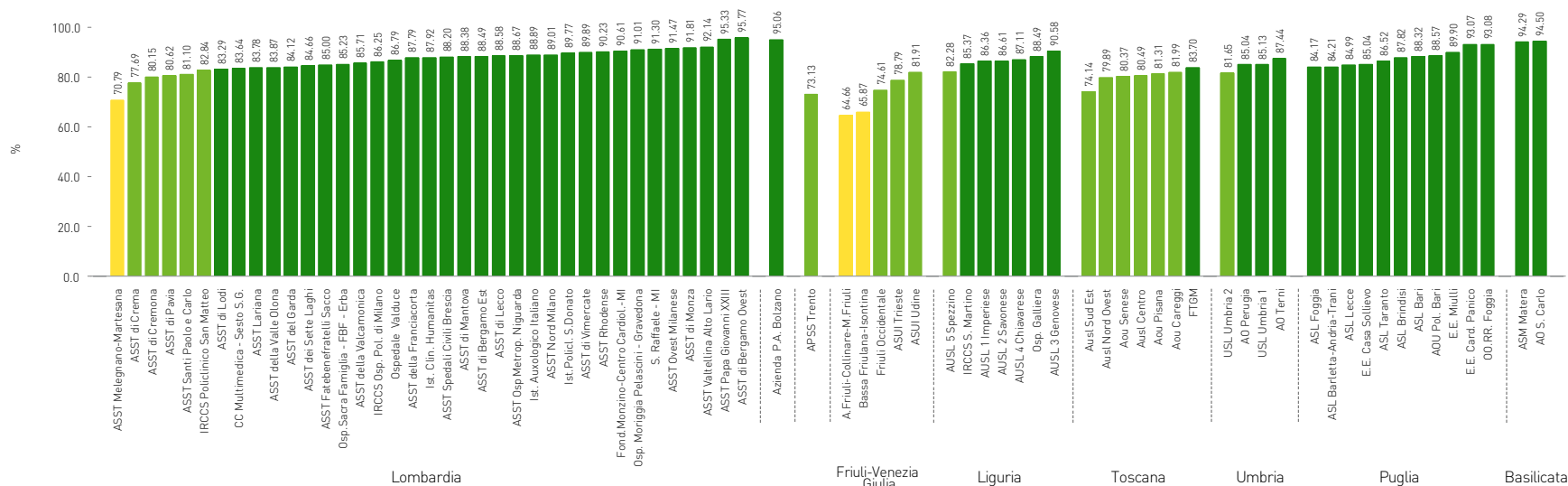
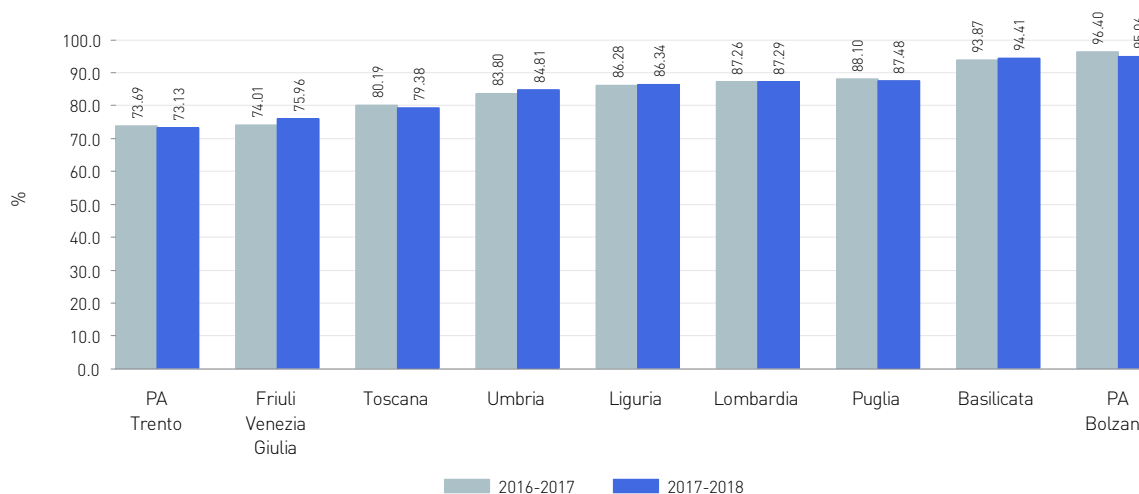
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con ACE-inibitori o sartani al momento della dimissione.



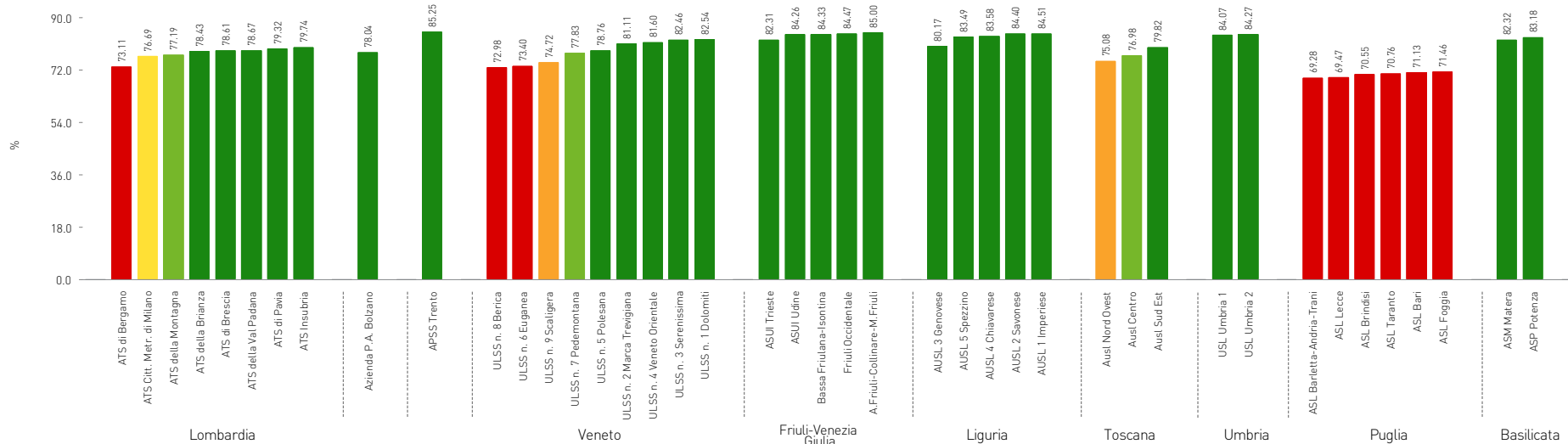
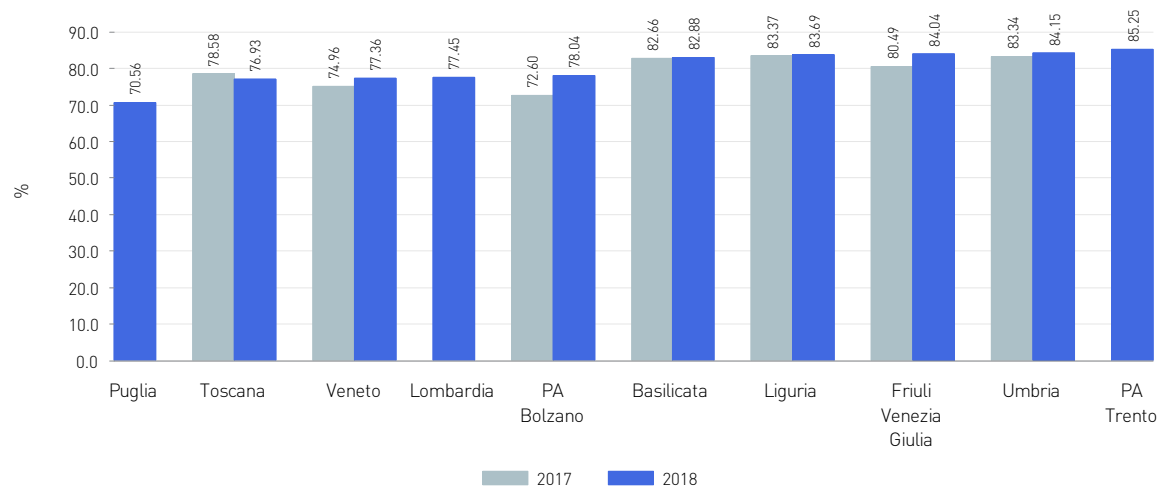
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali siano stati contestualmente prescritti antiaggreganti e statine al momento della dimissione.



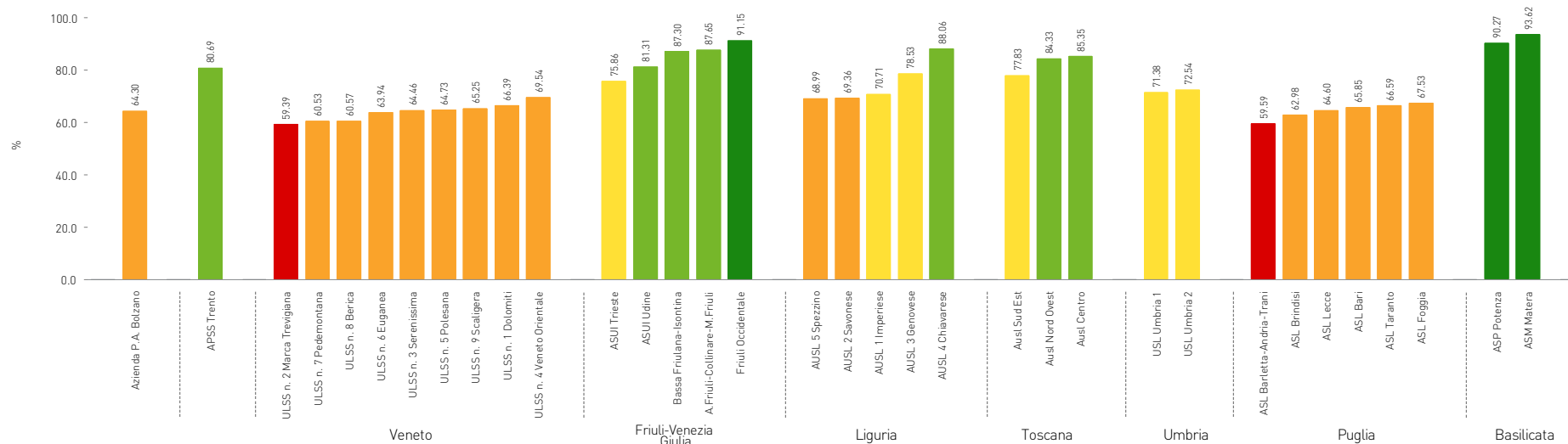
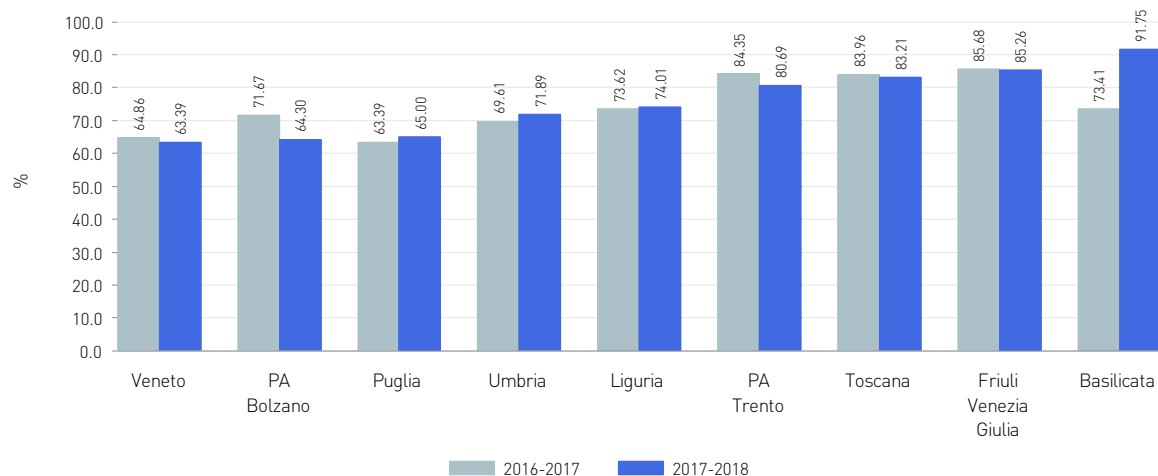
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, ottenuti tramite lo spostamento delle attuali terapie sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto (sono esclusi i biologici, es. insuline).



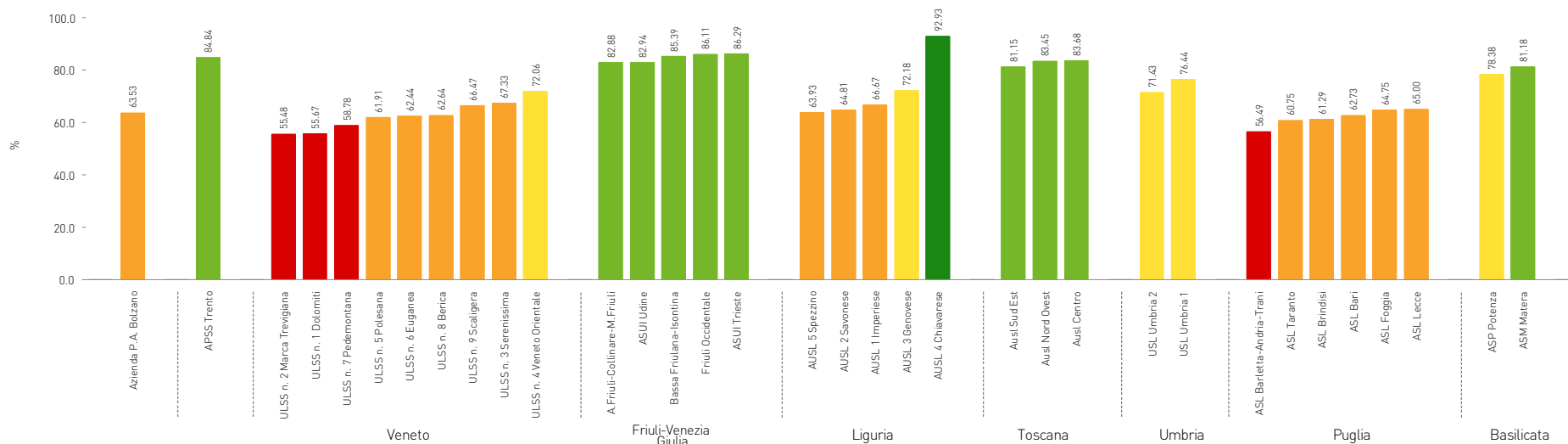
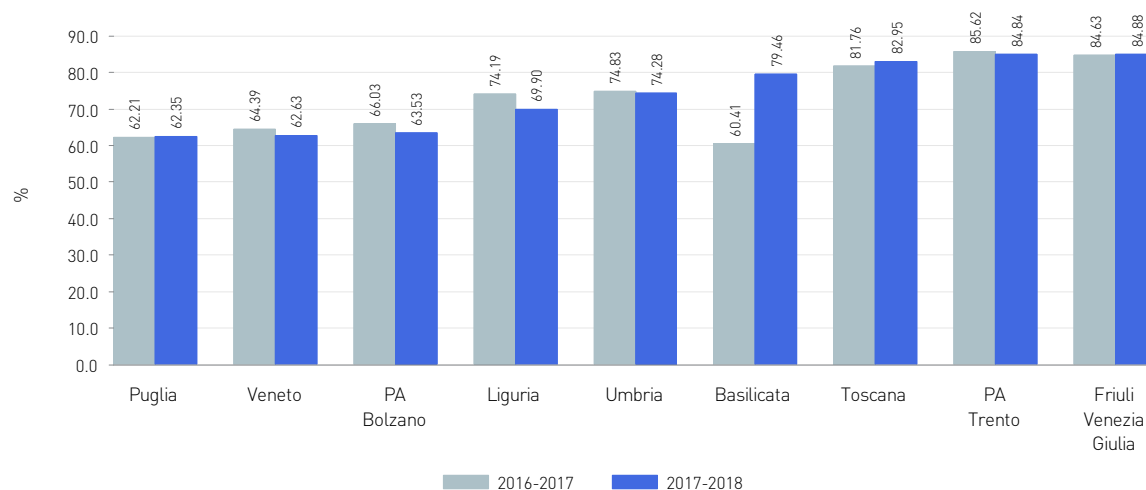
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

L'infarto miocardico acuto (IMA) è uno fra i più gravi eventi patologici a carico del sistema cardiovascolare. L'IMA si presenta a seguito di un'ischemia acuta che si dilunga nel tempo per un periodo maggiore di quindici-venti minuti e che causa danni permanenti al cuore. Nel nostro Paese circa 120-130.000 persone all'anno vengono colpite da IMA e la mortalità fra le persone che riescono a raggiungere un ospedale, ad oggi, è di circa il 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 che questi aderisca alla terapia farmacologica. Questo 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.



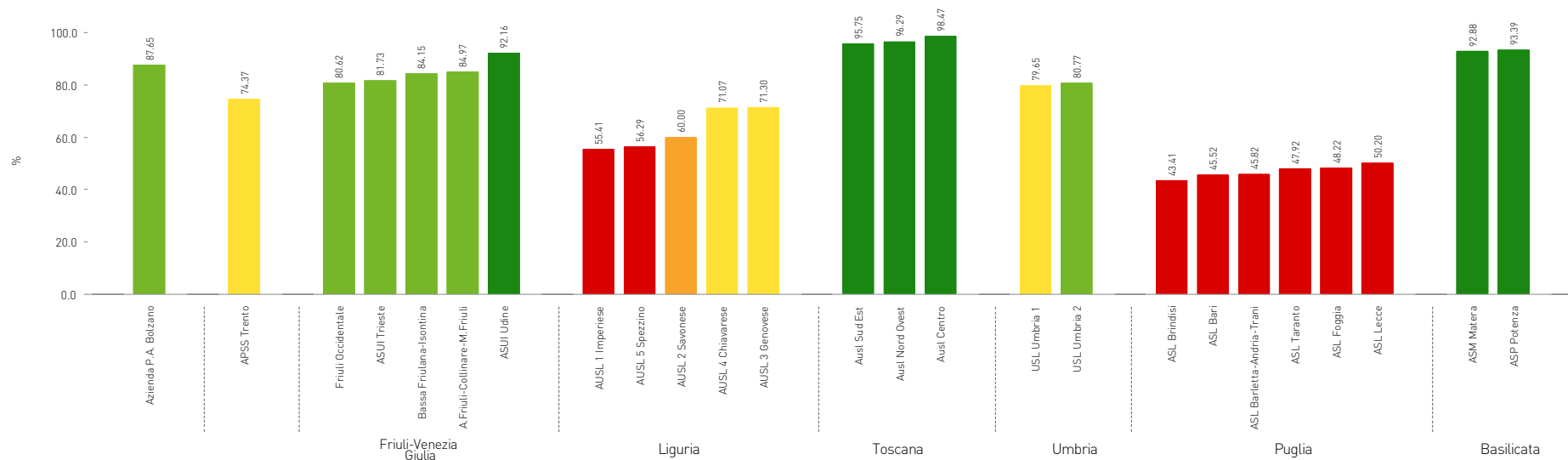
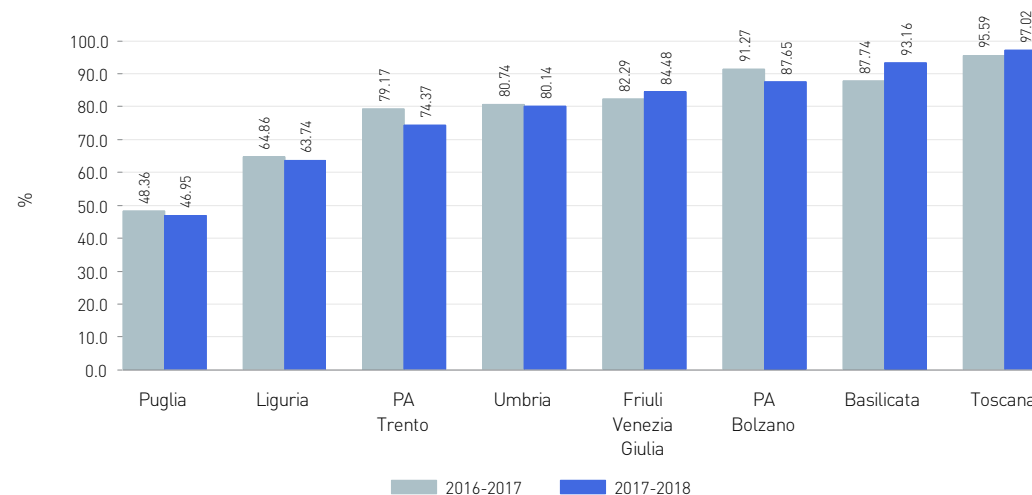
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

L'obiettivo alla base degli approcci farmacologici che vengono intrapresi in seguito ad infarto miocardico acuto (IMA) è il prevenire nuovi eventi vascolari. Il corredo farmacologico della terapia post-infarto si è negli ultimi anni arricchito degli ACE-inibitori e dei Sartani, oltre agli antiaggreganti, ai beta-bloccanti e alle statine. La letteratura mostra come gli ACE-inibitori e i Sartani 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.



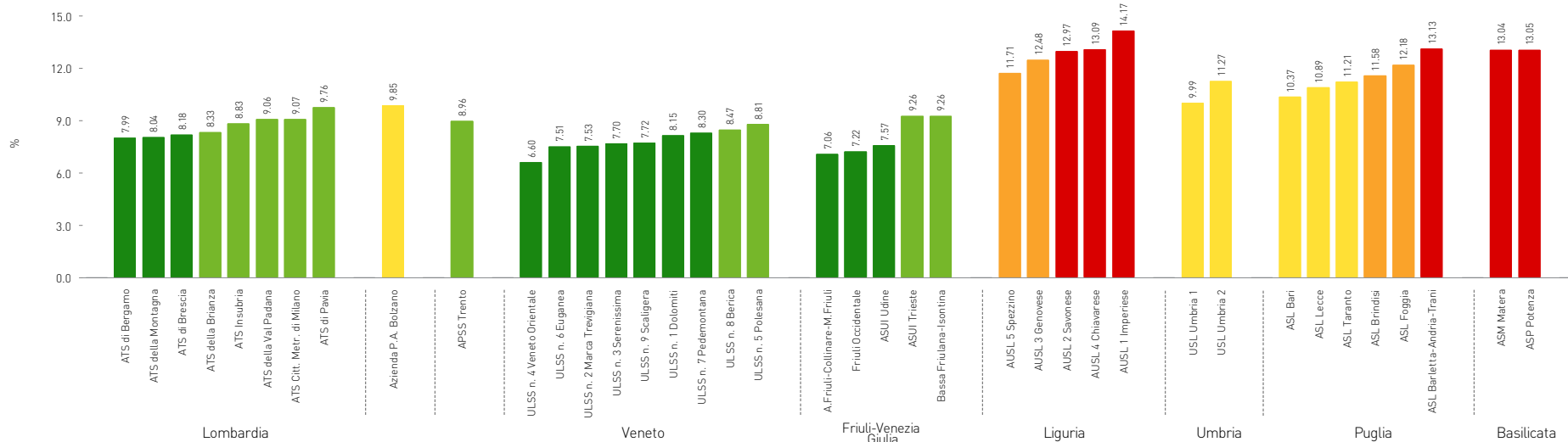
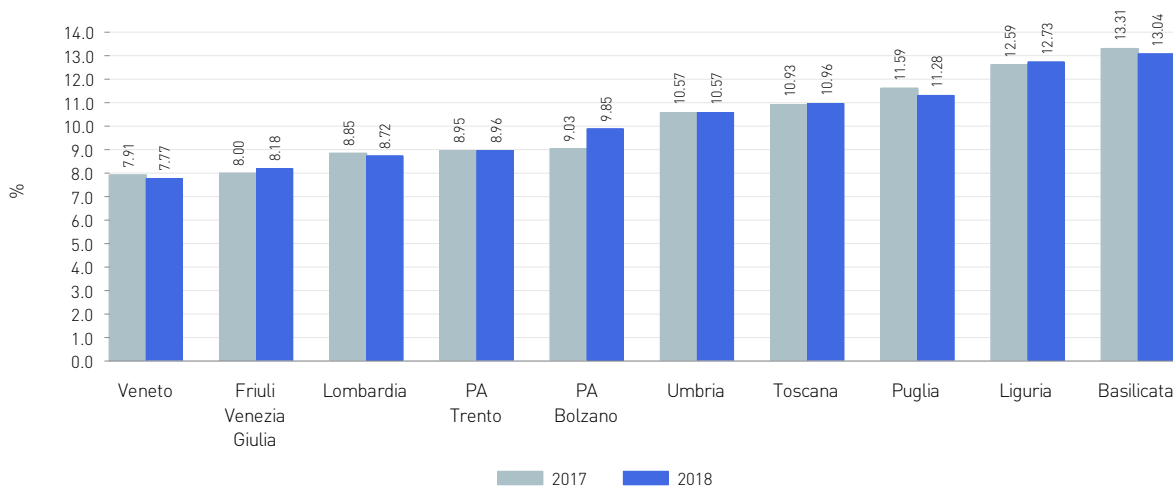
C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

L'infarto del miocardio, tra cui l'evento acuto (IMA), rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità nel mondo occidentale. La popolazione colpita è destinata a crescere, con l'aumento dell'età media della popolazione e il profilo di rischio dei pazienti è sempre più complesso. Il miglioramento della prognosi è legata strettamente al controllo dei fattori di rischio coronarico e tra questi il livello di colesterolo plasmatico; la sua riduzione oggi rappresenta in assoluto l'intervento terapeutico più efficace. La terapia con statine ha quindi una duplice motivazione: il contenimento della dislipidemia (controllo - aggressivo - dei livelli di colesterolo Low Density Lipoprotein - LDL nel sangue) e l'effetto antinfiammatorio e di riduzione-stabilizzazione della placca aterosclerotica nel soggetto infartuato. La terapia con statine dovrebbe generalmente essere associata a quella con antiaggregante. Questo indicatore monitora l'aderenza del malato al trattamento, nel medio-lungo periodo, rilevando se il paziente - cui siano stati comunque prescritti i farmaci in dimissione - ritiri gli stessi nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.



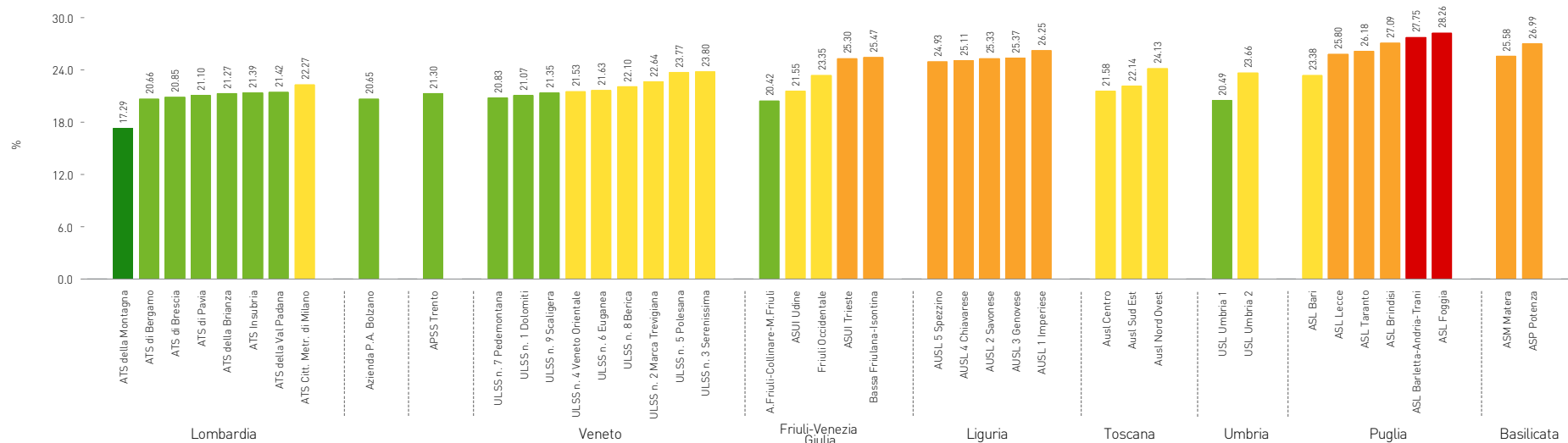
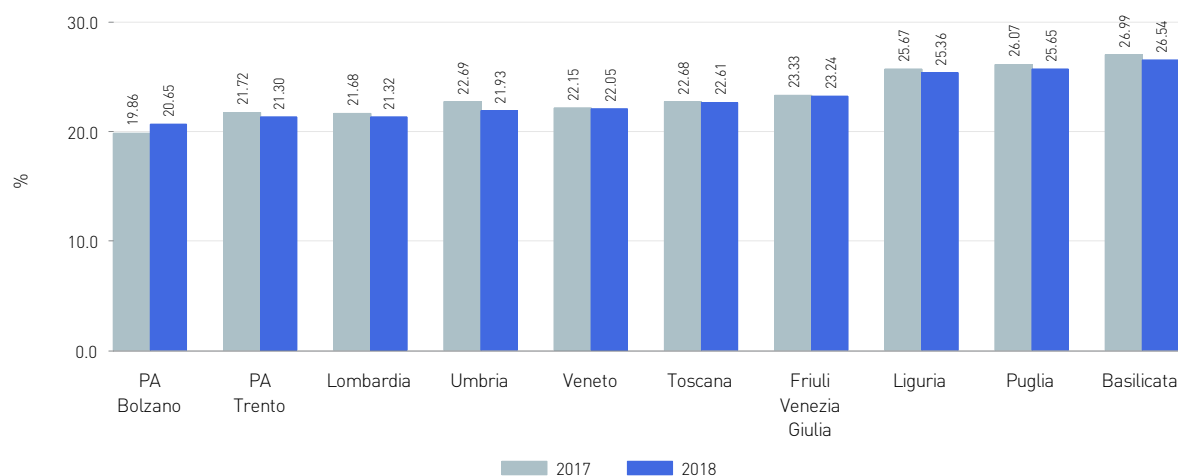
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

La terapia con statine - che sono tra i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.



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

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



5

BIBLIOGRAFIA





Bibliografia

- 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>
- 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
- 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
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale, Il Mulino*, Bologna
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf
- Freeman, R.K., American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- 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., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- 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: 617-621
- Cramer J.A, Rosenheck R. (1998), *Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders*, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, 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. 51-5
- 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
- EURO-PERISTAT Project. *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013; 60-2 URL: <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. 822-7
- 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. 704-15
- 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. 47-9
- 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
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- OECD (2009), *Health at glance 2009*. OECD Indicators, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011*. OECD Indicators, OECD
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication*. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79

- 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: 306-313
- Kitzmiller 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., Parasmithy 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, a. 3, n. 31, marzo 1988, 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
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, Bollettino della Società Filosofica Italiana, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- 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., Vesper, 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, Progetto SIVEAS, disponibile su <http://salute.gov.it>
- 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
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- Mazzoleni, F., et al. (2011), *Usò degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale*, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5: 11-16
- 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, <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*, n. 158, n. 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., 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., Niccolai 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*, fasc. 1, pp. 119-39
- 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*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- 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)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- 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
- 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
- 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 board-

- ding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 2: 186-196
- 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
- Rosselli Del Turco M. et al. (2010), "Quality Indicators in Breast Cancer Care", *European Journal of Cancer* 46(13):2344-56
- Rojas D., Seghieri C., Nuti S. (2014), "Organizational climate: Comparing private and public hospitals within professional roles", *Suma De Negocios*, 5(1): 10-14
- 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*, vol. 39, n. 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
- 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): 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. 1073-8
- 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: 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*, doi: 10.1097/HMR.000000000000164
- 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): 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*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and re-starting 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: 230-235
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (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), 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:

- Ferrè F., Vinci B., Murante A.M. (2019), "Performance of care for end-of-life cancer patients in Tuscany: The interplay between place of care, aggressive treatments, opioids, and place of death. A retrospective cohort study", *The International Journal of Health Planning and Management*
- Giacomelli G., Ferrè F., Furlan M., Nuti S. (2019), "Involving hybrid professionals in top management decision-making: How managerial training can make the difference", *Health services management research*
- Lungu D. A., Grillo Ruggieri T., Nuti S. (2019), "Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery", *BMC Health Services Research*
- Noto G., Giacomelli G., Barsanti S. (2019), "I sistemi di controllo manageriale nel contesto dell'accenramento istituzionale: il caso della Regione Toscana", *Azienda Pubblica*
- Noto G., Corazza I., Kļaviņa K., Lepiksone J., Nuti S. (2019), "Health system performance assessment in small countries: The case study of Latvia", *The International Journal of Health Planning and Management*
- Seghieri C., Berta P., Nuti S. (2019), "Geographic variation in inpatient costs for Acute Myocardial Infarction care: Insights from Italy", *Health Policy*
- Seghieri G., Seghieri C., Policardo L., Gualdani E., Francescon P., Voller F. (2019), "Adherence to diabetes care process indicators in migrants as compared to non-migrants with diabetes: a retrospective cohort study", *International Journal of Public Health*
- Aimo A., Seghieri C., Nuti S., Emdin M. (2018), "Utilisation of real-world data from heart failure registries in OECD countries - A systematic review", *IJC Heart and Vasculature*
- Barsanti S. (2018), "Hospitalization among migrants in Italy: Access to health care as an opportunity for integration and inclusion", *International Journal of Health Planning and Management*
- Barsanti S., Bonciani M. (2018), "General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy", *Health Services Management Research*
- Battaglio R. P., Belardinelli P., Bellé N., Cantarelli P. (2018), "Behavioral Public Administration ad fontes: A Synthesis of Research on Bounded Rationality, Cognitive Biases, and Nudging in Public Organizations", *Public Administration Review*
- Belardinelli P., Bellé N., Sicilia M., Steccolini I. (2018), "Framing Effects under Different Uses of Performance Information: An Experimental Study on Public Managers", *Public Administration Review*
- Bellé N., Cantarelli P., Belardinelli P. (2018), "Prospect Theory Goes Public: Experimental Evidence on Cognitive Biases in Public Policy and Management Decisions", *Public Administration Review*
- Bevan G., Evans A., Nuti S. (2018), "Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world", *Health Economics, Policy and Law*, 21(1)
- Bonciani M., Schäfer W., Barsanti S., Heinemann S., Groenewegen P. P. (2018), "The benefits of co-location in primary care practices: The perspectives of general practitioners and patients in 34 countries", *BMC Health Services Research*
- Calovi M., Seghieri C. (2018), "Using a GIS to support the spatial reorganization of outpatient care services delivery in Italy", *BMC Health Services Research*
- De Rosis S. (2018), "The online communication of healthcare organisations in the "post-truth" era: An analysis of 167 websites in Italy", *International Journal of Integrated Care*
- Grillo Ruggieri T., Berta P., Murante A. M., Nuti S. (2018), "Patient Satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis", *BMC Health Services Research*
- Kumah E., Sciogli G., Toraldo M. L., Murante, A. M. (2018), "The diabetes self-management educational programs and their integration in the usual care: A systematic literature review", *Health Policy*
- 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*
- Pavlič D. R., Sever M., Klemenc-Ketiš Z., Švab I., Vainieri M., Seghieri C., Maksuti A. (2018), "Strength of primary care service delivery: A comparative study of European countries, Australia, New Zealand, and Canada", *Primary Health Care Research and Development*
- Seghieri C., Calovi M., Ferrè F. (2018), "Proximity and waiting times in choice models for outpatient cardiological visits in Italy", *PLoS ONE*
- Tocchioni V., Seghieri C., De Santis G., Nuti S. (2018), "Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy", *International Journal for Quality in Health Care*
- Vainieri M., Lungu D. A., Nuti S. (2018), "Insights on the effectiveness of reward schemes from 10-year longitudinal case studies in 2 Italian regions", *International Journal of Health Planning and Management*
- Vainieri M., Quercioli C., Maccari M., Barsanti S., Murante, A. M. (2018), "Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: Empirical evidence from Italy", *BMC Health Services Research*
- Nuti S., De Rosis S., Bonciani M., Murante A.M. (2017), "Rethinking Healthcare Performance Evaluation Systems towards the People-Centredness Approach: Their Pathways, their Experience, their Evaluation", *Healthcare Papers*, 17(1): 56-64
- Nuti S., Vainieri M., Vola F. (2017), "Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare", *Public Money and Management*, 2017, 37(4): 277-284
- 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*, doi: 10.1097/HMR.000000000000164

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.

- Nuti S., Grillo Ruggieri T. (2016), La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto
- Vainieri M., Nuti S., (2015), Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali
- 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
- 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.
- Nuti S., Vainieri M. (2013), Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale
- Nuti S., Vainieri M. (2011), Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile
- 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., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale

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.

- 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
- Barsanti S., Rosa A. (2018), Il management della salute nel territorio. Competenze e strumenti nell'esperienza della Regione Toscana
- Niccolai F., Nuti S. (2012), Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale
- Nuti S., Furlan M. (2012), La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), La sanità come volano dello sviluppo economico
- Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana - Una sfida aperta
- Nuti S. (2005), Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto

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 per migliorare la salute della popolazione.

- Barsanti S., Bonciani M., Roti L. (2016), Il Quaderno delle Case della Salute
- Panero C., Nuti S., Marcacci L. Rosselli A. (2016), Il Quaderno del Pronto Soccorso
- Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), Il Quaderno del Percorso Materno Infantile

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, lavora nell'ambito della ricerca e formazione in economia e management sanitario con Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale e internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali e internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute e infine nella sistematizzazione di *know-how* manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

www.meslab.santannapisa.it



ISBN: 978-88-6995-623-2



9 788869 956232