

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

**REPORT 2019**



---

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

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

## REPORT 2019

A cura di:

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

© Copyright 2020 Laboratorio MeS

ISBN 978-88-6995-799-5



---

## 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, 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, Lucrezia Coletta, Iliaria Corazza, Federica Covre, Alessandra Da Ros, Sabina De Rosis, Francesca Ferrè, Manuela Furlan, Elisa Guidotti, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Irene Masoni, Anna Maria Murante, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Katy Pelagagge, Francesca Pennucci, Chiara Seghieri, Kinzica Sorrenti, Chiara Tramontani, Bruna Vinci, Sara Zuccarino.

**Regione Basilicata:** Ernesto Esposito, Giuseppe Montagano, Massimiliano Gallo, Michele Labianca, Michele Recine, Annarita Lucia, Vincenzo Perneti, Maria Rosaria Puzo, Gabriella Sabino, Maria Luisa Zullo, Maria Rosaria Tamburrino.

**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:** Ivana Burba, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Paola Rossi, Lucian Ejlli, Linda Gallo, Barbara Alessandrini, Roberto Peressutti, Margherita De Dottori, Giulio Castelpietra, Barbara Ferrario, Francesca Vignola.

**Regione Liguria:** Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Filippo Ansaldo, Tommaso Grillo Ruggieri, Laura Lassalaz, Sergio Vigna, Enrica Orsi, Camilla Sticchi, Cecilia Trucchi, Chiara Paganino, Daniela Amicizia, Maria Francesca Piazza, Federico Tassinari, Matteo Astengo, Roberta Zanetti, Michele Bonfiglio, Paolo Forno, Nicoletta Debarbieri, 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 Marche:** Liana Spazzafumo, Matteo Scaradozzi, Alessia Stacchiotti, Christian Bogino, David Barchiesi, Francesca Polverini, Marco Pompili, 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, Paola Barracano.

**Regione Toscana:** Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Simone Bartolacci, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Mario Braga, Mario Cecchi, Francesca Collini, Vincenzo Di Benedetto, Silvia Forni, Giovanni Forte, Fabrizio Gemmi, Mauro Maccari, Claudio Marinai, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Mirko Monnini, Moraldo Neri, Adriano Peris, Carla Rizzuti, Carlo Rinaldo Tomassini, Barbara Trambusti.

**P.A. Trento:** Laura Battisti, Damiano Voza, Diego Cagol, Sergio Demonti, Paolo Santini, Riccardo Roni, Marina Ferri, Andrea Polverino, Annalisa Campomori, Giorgio Costa, Elisabetta Fonzi, Chiara Tibaldo, Lucia Pilati, Angela Moresco, Gino Gobber, Alberto Della Rosa, Anna Franceschini, Rolando Bergamo, Dario Uber, Giovanna Zanetti, Iliaria Trentini, Angela Trentin, Chiara Francesca Dalle Fratte, Carlo Trentini.

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

**Regione Veneto:** Domenico Mantoan, Patrizia Simionato, Mario Saia, Simona Bellometti, Patrizia Bortolon, Elena Schievano, Diego Bonifaci, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Bricchese, Elena Narne, Giulia Capodaglio, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Margherita Andretta, Valeria Biasi, Angela Scapin, Davide Lissandri, 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, 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

<b>Introduzione</b>	<b>7</b>	<b>Gli indicatori 2019*</b>	<b>191</b>
<b>Metodologia e rappresentazione dei risultati</b>	<b>11</b>	Stato di salute della popolazione	193
<b>I Risultati 2019</b>	<b>31</b>	Efficienza e sostenibilità	203
Basilicata	33	Utenza, personale e comunicazione	209
P.A. Bolzano	45	Strategie sanitarie regionali	215
Friuli Venezia Giulia	51	Emergenza-Urgenza	231
Liguria	65	Prevenzione collettiva	239
Marche	85	Governo e qualità dell'offerta	245
Puglia	105	Assistenza farmaceutica	307
Toscana	129	<b>Bibliografia</b>	<b>409</b>
P.A. Trento	145		
Umbria	151		
Veneto	163		

\* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata alle pagine 15 e seguenti del presente report.



1

# INTRODUZIONE



## La valutazione nella sanità pubblica: alcune premesse valoriali condivise

Il 2020 è l'anno in cui tutti i nostri sistemi sociali – politico, economico, educativo, sanitario – sono stati chiamati a rivoluzionare i propri assetti, in tempi strettissimi. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), da parte sua, ha dovuto rispondere alla sfida del Coronavirus lungo le tre fasi che abbiamo imparato a conoscere: quella della “serrata”, del “lockdown” – in cui ha concentrato i suoi sforzi sul contenimento dell'epidemia e sul trattamento dei malati –, quella del progressivo riavvio dei servizi “non-COVID”, e quella del rilancio (fase 3). Le tre “R” della Resistenza, della Ripartenza e della Resilienza.

L'attività di valutazione della *performance*, da parte sua, si è sforzata per supportare il processo di cambiamento, prima virando le proprie competenze verso la vigilanza e il monitoraggio dell'epidemia, quindi focalizzando la propria attenzione sui processi di riavvio dei servizi e di rilancio in sicurezza dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Valutare la *performance* di un sistema è infatti un'attività intrinsecamente dinamica, che deve costantemente adattarsi alle esigenze conoscitive degli attori del sistema stesso, a meno di non voler diventare un mero esercizio di stile.

Sappiamo ora che la sfida che si para davanti al SSN è oltremodo complessa, perché richiede di bilanciare la risposta alle tre macro-categorie di bisogno – patologie acute, patologie croniche, patologie infettive – ponderando con cautela l'esigenza di efficienza e sostenibilità economica, da una parte, con quella di previsione di margini di ridondanza nel dimensionamento e allocazione delle risorse, dall'altra. Il Report 2019 del Network delle Regioni esprime esattamente la volontà delle Regioni italiane di fotografare con chiarezza la situazione dei nostri sistemi prima della pandemia, in modo tale da poggiare i nuovi sforzi di investimento in sanità su evidenze solide e puntuali. (Ri)conoscere le *performance* ottenute prima dell'emergenza sanitaria può infatti fornire spunti di riflessione essenziali per la ripartenza dei servizi. Se l'emergenza sanitaria ha creato uno spartiacque tra una sanità “pre-”, e una sanità “post-COVID”, le Regioni del Network si sono impegnate a individuare le possibili traiettorie di rafforzamento dei propri sistemi sanitari proprio partendo dall'analisi della situazione precedente, con i suoi punti di forza e i suoi punti di debolezza.

Ciò che in questo frangente pare tuttavia importante rimarcare è che, per quanto possa sembrare paradossale, l'eccezionalità dell'emergenza sanitaria in cui ci siamo trovati tutti immersi non ha affatto sminuito, stravolto o ribaltato le priorità valoriali su cui da sempre poggiano i sistemi di valutazione della *performance* in generale – e quello del Network delle Regioni in particolare. Anzi, ponendole in prospettiva, ne ha messo in luce la straordinaria attualità e la rinnovata rilevanza. Universalismo, confronto sistematico e trasparenza, ricerca sistematica dell'appropriatezza clinica e organizzativa, coinvolgimento degli utenti, valorizzazione dei professionisti sono alcune delle premesse valoriali che da sempre sottendono il confronto tra le Regioni del Network e che il Coronavirus ha chiaramente mostrato essere elementi di straordinaria importanza anche e soprattutto nel contesto attuale.

Le parole chiave e i valori che hanno guidato il lavoro dei referenti regionali e dei ricercatori del Laboratorio Management e Sanità (MeS) si impongono dunque oggi con tutta la loro sferzante attualità: richiamiamo qui solo i principali.

### Appropriatezza

Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità, 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.<sup>1</sup> Il valore è massimo quando la prestazione giusta viene erogata al paziente che più ne può beneficiare, nel modo clinicamente o organizzativamente migliore. La ricerca di appropriatezza clinica e organizzativa non solo è da sempre stata uno dei capisaldi valoriali del Network delle Regioni, ma durante il 2020 si è imposta come uno dei fari per guidare la risposta all'emergenza sanitaria. Basti solo accennare all'importanza del delicatissimo bilanciamento dell'offerta da parte dei diversi *setting* assistenziali (dipartimento di prevenzione, assistenza territoriale, ospedale, strutture socio-sanitarie): la diversa efficacia nella risposta all'emergenza da COVID-19 dei SSR è largamente dipesa proprio dalla capacità di organizzare in modo appropriato i rapporti tra i diversi nodi della rete assistenziale.

### Valorizzazione dei professionisti

Un secondo pilastro che ha da sempre sotteso le scelte del Network delle Regioni è il riconoscimento dei professionisti del nostro SSN quale risorsa fondamentale per l'offerta di servizi di alta qualità. Se i concetti di valorizzazione delle risorse umane, di *engagement* dei professionisti, di co-progettazione dei processi assistenziali, di co-disegno dei meccanismi di valutazione costituiscono il patrimonio comune e il dizionario condiviso con cui le Regioni del Network si confrontano dal 2008, l'emergenza COVID ha chiaramente evidenziato come questi siano stati gli elementi chiave per arginare la fase acuta dell'epidemia e come debbano oggi essere le fondamenta sui cui costruire il rilancio del sistema.

### Benchmarking, trasparenza e accountability

Le Regioni del Network hanno sempre riconosciuto come nel contesto sanitario “classico pre-covid” 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 processo sistematico di confronto delle *performance* rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per individuare opportunità di apprendimento dalle *best practice*. Il processo di confronto tra le 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 gli ambiti di debolezza e con coraggio affrontarli.

I due temi qui richiamati sono emersi in tutta la loro attualità nella “sanità ai tempi del

<sup>1</sup> 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.

Coronavirus”; il confronto sistematico tra le istituzioni e la restituzione puntuale e trasparente dei risultati sono state le precondizioni, primo, per scongiurare l'autoreferenzialità e individuare sia gli errori, sia le pratiche migliori, quindi correggere i primi e diffondere le seconde. Secondo, hanno fornito la base per rinsaldare, attraverso la condivisione (quotidiana) delle informazioni e dei dati, il patto di fiducia tra la cittadinanza e il servizio sanitario. Sappiamo che questi mesi del 2020 hanno visto sì crescere la fiducia verso il nostro SSN, ma al tempo stesso hanno offerto un palcoscenico per diverse declinazioni di *fake news* e negazionismi: la trasparenza sui risultati, la libera circolazione dei dati e delle informazioni e il confronto fondato sulle evidenze sono senz'altro i migliori strumenti per arginare certe derive del dibattito pubblico.

## Integrazione

Le Regioni del Network hanno sempre riconosciuto come i risultati conseguiti dagli SSR siano articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro. Per questo motivo, il Sistema di Valutazione ha da sempre abbracciato un'impostazione multidimensionale, capace di intercettare le relazioni tra i nodi del sistema sanitario, e tra il sistema sanitario e gli altri sistemi sociali. Anche in questo caso, l'esperienza COVID-19 ha prepotentemente enfatizzato l'importanza di un'efficace integrazione tra le componenti di offerta dei sistemi sanitari: in prima battuta, la capacità di integrare l'attività del settore prevenzione, con quella dell'assistenza territoriale, con l'offerta ospedaliera. Non solo: l'esigenza di integrazione ha superato i confini del mondo sanitario, per mettere in luce l'importanza di includere progressivamente il mondo sociosanitario nel perimetro della programmazione del SSN (il riferimento è chiaramente alla gestione delle RSA), e per enfatizzare ancora una volta i rapporti inscindibili tra il sistema sanitario, quello economico, sociale, educativo, ambientale. L'esperienza che abbiamo vissuto ci ha ricordato ancora una volta che valutare e gestire uno dei sotto-sistemi, senza riconoscere le relazioni e i meccanismi di interazione con gli altri, è semplicemente una prova di miopia e ingenuità che non possiamo più permetterci.

## Universalismo

Abbiamo infine lasciato per ultimo quello che probabilmente è il più importante riferimento valoriale che le Regioni del Network da sempre condividono: la fiducia in un sistema universalistico, accessibile ed equo. L'emergenza sanitaria non ha minimamente incrinato la consapevolezza dell'importanza di avere un sistema sanitario pubblico, ma ha anzi ancora una volta ribadito l'importanza di questa grande conquista e di questo straordinario patrimonio condiviso, che siamo chiamati tutti a valorizzare.

Consapevoli della solidità delle fondamenta valoriali su cui poggia la collaborazione del Network delle Regioni, la sfida per i prossimi mesi è lanciata: i sistemi di valutazione saranno chiamati a integrare le classiche metriche di monitoraggio "pre-covid" con nuove informazioni sulle capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Mutuando il termine dal mondo finanziario, anche in ambito sanitario dovranno rapidamente essere disegnati

e regolarmente somministrati sistematici *stress test*, per appurare le capacità dei sistemi di rispondere a eventuali recrudescenze dell'epidemia e attivare audit interni, per colmare possibili lacune organizzative. La strada è tracciata, e il Network delle Regioni è in movimento.



2

# METODOLOGIA







## Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della *performance* è, nel 2020, composto da otto Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, 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* degli SSR, 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 (AOU) 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.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it).

## 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 o gli stabilimenti.

Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della *performance* degli SSR, 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 AOU.

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2019, 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. (pagina seguente)**

*Elenco degli indicatori 2019, 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.

		Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
<b>STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE</b>													
<b>A1</b>	<b>Mortalità infantile</b>												
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	100%	<b>195</b>	3,6	4,2	3,0	3,6	2,4	3,0	1,8	2,4	1,2	1,8
A1.2	Mortalità neonatale precoce												
A1.3	Mortalità neonatale totale												
<b>A2</b>	<b>Mortalità per tumori</b>	100%	<b>196</b>	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233
<b>A3</b>	<b>Mortalità per malattie circolatorie</b>	100%	<b>197</b>	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299
<b>A4</b>	<b>Mortalità per suicidi</b>	100%	<b>198</b>	10	11	9	10	7	9	6	7	5	6
<b>A10</b>	<b>Stili di vita (PASSI)</b>												
A10.1.1	Percentuale di sedentari	25%	<b>199</b>	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	25%	<b>200</b>	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34
A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	25%	<b>201</b>	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10
A10.4.1	Percentuale di fumatori	25%	<b>202</b>	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24
<b>EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ</b>													
<b>F17</b>	<b>Costo sanitario pro capite (fasce valutazione Aziende)</b>	100%	<b>205</b>	2015	2344	1884	2015	1752	1884	1620	1752	1551	1620
<b>F17</b>	<b>Costo sanitario pro capite (fasce valutazione Regioni)</b>	100%	<b>205</b>	2233	2394	2081	2233	1929	2081	1777	1929	1593	1777
F17.3.2	Costo Pro-capite per assistenza sanitaria di medicina generale												
<b>F18</b>	<b>Costo medio per punto DRG</b>												
F18.1	Costo medio per punto DRG	100%	<b>206</b>	5748	6596	4899	5748	4051	4899	3202	4051	2354	3202
F18.3	Costo totale medio per punto DRG												
<b>F3</b>	<b>Equilibrio patrimoniale finanziario</b>												
F3.1	Indice di disponibilità	100%	<b>207</b>	0	0,6	0,6	0,8	0,8	1,0	1,0	1,5	1,5	2,0
<b>F3.2</b>	<b>Politiche di investimento</b>												
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica												
F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggior												
F3.4.2	Dilazione dei debiti												
<b>UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE</b>													
<b>D18</b>	<b>Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero</b>	100%	<b>210</b>	1,4	1,8	1,1	1,4	0,7	1,1	0,4	0,7	0,0	0,4
D18M	Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri medici												
D18C	Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici												
<b>E2</b>	<b>Percentuale di assenza</b>	100%	<b>211</b>	13,1	14,0	12,2	13,1	11,4	12,2	10,5	11,4	9,6	10,5
<b>B15</b>	<b>Capacità attività di ricerca</b>												
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti	100%	<b>212</b>	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%	<b>213</b>	1,1	1,4	1,4	1,9	1,9	2,3	2,3	2,7	2,7	3,2
<b>STRATEGIE SANITARIE REGIONALI</b>													
<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>												
<b>B5.1</b>	<b>Screening mammografico</b>	50%											
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico		<b>216</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico		<b>217</b>	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo												
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti												
B5.1.7	Proorzione di cancro alla mammella in stadio II rilevati dai programmi di screening successivi a quello di prevalenza												
<b>B5.2</b>	<b>Screening cervice uterina</b>												
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina												
<b>B5.3</b>	<b>Screening coloretale</b>	50%											
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale		<b>218</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale		<b>219</b>	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
<b>B6</b>	<b>Donazioni</b>												
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	50%	<b>220</b>	0	0,3	0,3	0,6	0,6	1,0	1,0	1,4	1,4	1,7
B6.1.9	Opposizione alla donazione												
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	50%	<b>221</b>	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8
B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo												
B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo												
B6.1.12	Donatori di tessuti (pmp)												
B6.1.11	Tempo medio di attesa di trapianto per rene												
<b>B6.1.14</b>	<b>Indice di trapiantabilità</b>												
B6.1.14.1	Indice di trapiantabilità - rene												

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
B6.1.14.2	Indice di trapiantabilità - fegato												
B6.1.14.3	Indice di trapiantabilità - cuore												
B6.1.14.4	Indice di trapiantabilità - polmone												
B6.1.14.5	Indice di trapiantabilità - pancreas												
<b>B7 Copertura vaccinale</b>													
B7.1	Copertura per vaccino MPR	25%	<b>222</b>	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	8%	<b>223</b>	42	53	53	64	64	75	75	86	86	100
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	8%	<b>224</b>	50	60	60	70	70	85	85	95	95	100
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	8%	<b>225</b>	0	7	7	16	16	25	25	34	34	100
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	8%	<b>226</b>	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	8%	<b>227</b>	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.7	Copertura per vaccino esalente	25%	<b>228</b>	87	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.8	Copertura vaccinale varicella	8%	<b>229</b>	0	55	55	65	65	75	75	85	85	100
<b>B24A Sanità digitale</b>													
<b>B24 Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>													
B24.1	Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive												
<b>B24B ePrescription</b>													
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.3.1	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												
<b>B24C Fascicolo Sanitario Elettronico</b>													
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												
<b>C30 Indicatori AOU</b>													
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità	100%	<b>230</b>	0	3,8	3,8	11,3	11,3	18,8	18,8	26,3	26,3	33,9
C36.1	Percentuale prostatectomie computer-assistite												
<b>EMERGENZA-URGENZA</b>													
<b>C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>													
C16.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	20%	<b>232</b>	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%	<b>233</b>	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%	<b>234</b>	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C16A.T1	Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti												
C16A.T2	Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti												
C16A.T3	Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati 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%	<b>235</b>	13,0	15,6	10,4	13,0	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%	<b>236</b>	26	45	22	26	18	22	14	18	8	14
<b>D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</b>		100%	<b>237</b>	5	6,3	3,8	5	2,5	3,8	1,3	2,5	0	1,3
<b>PREVENZIONE COLLETTIVA</b>													
<b>F14 Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria</b>													
F10Z	Copertura principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino												
<b>F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>													
F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro												
F15.1.4	Inchieste per malattie professionali												
<b>F15.2 Copertura del territorio</b>		50%											
F15.2.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti		<b>240</b>	0	2,3	2,3	5,0	5,0	7,8	7,8	10,5	10,5	12,8
F15.2.3	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati		<b>241</b>	0	5	5	14	14	23	23	32	32	41
<b>F15.3 Efficienza produttiva</b>		50%											
F15.3.1	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL		<b>242</b>	0	16	16	37	37	58	58	79	79	100
F15.3.2	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL		<b>243</b>	0	18	18	67	67	116	116	165	165	214

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
<b>F16</b>	<b>Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)</b>												
<i>P12Z</i>	<i>Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</i>												
<b>GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA</b>													
<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>												
<i>C1.1</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	0%	<b>246</b>	160	179	153	160	146	153	139	146	124	139
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	50%	<b>247</b>	117	124	110	117	103	110	96	103	94	96
<i>C1.1.1.1</i>	<i>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%	<b>248</b>	16	22	13	16	10	13	7	10	2	7
<i>C1.1.2.2.1</i>	<i>Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale</i>												
<i>C1.1.3</i>	<i>Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.3</i>	<i>Posti letto per 1.000 residenti</i>												
<i>C1.5</i>	<i>Indice di case mix</i>												
<i>C1.6</i>	<i>Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)</i>												
<b>C2A.M</b>	<b>Indice di performance degenza media - DRG Medici</b>	100%	<b>249</b>	1,00	1,65	0,35	1,00	-0,30	0,35	-0,95	-0,30	-1,60	-0,95
<b>C2A.C</b>	<b>Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici</b>	100%	<b>250</b>	1,04	1,69	0,39	1,04	-0,27	0,39	-0,92	-0,27	-1,57	-0,92
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>												
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (patto per la salute 2010-2012)	33%	<b>251</b>	267	311	223	267	179	223	135	179	91	135
<i>C14.2</i>	<i>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%	<b>252</b>	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 per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	33%	<b>253</b>	5	6	4	5	3	4	2	3	1	2
<b>C4</b>	<b>Appropriatezza chirurgica</b>												
<i>C4.1</i>	<i>Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la salute 2010-2012)</i>												
<i>C4.1.1</i>	<i>Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari</i>												
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	30%	<b>254</b>	0	15	15	35	35	55	55	75	75	95
<i>H05Z</i>	<i>Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</i>												
C4.7	DrG LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	60%	<b>255</b>	35	45	45	55	55	65	75	75	85	
<i>C4.13</i>	<i>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%	<b>256</b>	160	195	125	160	90	125	55	90	20	55
<b>C5</b>	<b>Qualità clinica/Qualità di processo</b>												
<i>C5.1</i>	<i>Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>												
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	25%	<b>257</b>	28	41	41	54	54	67	67	90	90	93
<i>C5.30</i>	<i>Percentuale fratture operate entro 48 ore</i>												
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	10%	<b>258</b>	55	65	65	75	75	85	85	95	95	105
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	25%	<b>259</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
<i>C5.17</i>	<i>Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati</i>												
<i>C5.18.1</i>	<i>Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</i>												
<i>C5.18.2</i>	<i>Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati</i>												
<i>C5.20</i>	<i>Trombolisi endovenosa per ictus ischemico</i>												
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	20%	<b>260</b>	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
<i>C16.8</i>	<i>Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>												
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	20%	<b>261</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
<i>C5.21</i>	<i>Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il SS (118, PS o struttura di ricovero)</i>												
<i>H13C</i>	<i>Percentuale di pazienti di eta' &gt;=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario</i>												
<i>C5.19</i>	<i>Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna</i>												
<b>C6</b>	<b>Rischio clinico</b>												
<i>C6.4.1</i>	<i>Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione</i>												
<i>C6.4.2</i>	<i>Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità</i>												
<i>C6.4.3</i>	<i>Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica</i>												
<b>C7</b>	<b>Materno infantile</b>												
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	70%	<b>262</b>	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
<i>C7.1.2</i>	<i>Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)</i>												
<i>C7.1.3</i>	<i>Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)</i>												
<i>C7.1.4</i>	<i>Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati</i>												
<b>C7.0</b>	<b>Volumi per parti</b>												
<i>C7.0.1</i>	<i>Percentuale ricoveri sopra soglia per parti</i>												

		Estremi delle fasce di valutazione											
Pesatura	Pagina												
<b>C7.0.2</b> <i>Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti</i>													
<b>C7.26</b> <i>Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN</i>													
<b>H17C</b> <i>Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti</i>													
<b>H18C</b> <i>Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti</i>													
<b>C7.2</b> <i>Percentuale di parti indotti</i>													
<b>C7.3</b>	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	15%	<b>263</b>	36	44	28	36	20	28	12	20	4	12
<b>C7.6</b>	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	15%	<b>264</b>	10	12,5	7,5	10	5	7,5	2,5	5	0	2,5
<b>C7.20</b> <i>Asfissie gravi peri/intra-partum</i>													
<b>C7.13</b> <i>Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva</i>													
<b>C7.14</b> <i>Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza &lt;4</i>													
<b>C7.27</b> <i>Percentuale donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza</i>													
<b>C7.16A</b> <i>Accesso area maternità del consultorio</i>													
<b>C7.1B.1</b> <i>Tasso di concepimento per minorenni</i>													
<b>C7.11</b> <i>Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute</i>													
<b>C7.10.1</b> <i>Percentuale di IVG con certificazione consultoriale</i>													
<b>C7D</b> <b>Pediatria</b>													
<b>C7.7</b>	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	15%	<b>265</b>	11,2	12,8	9,6	11,2	8	9,6	6,4	8	4,8	6,4
<b>C7.7.1</b>	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	15%	<b>266</b>	53	60	46	53	39	46	32	39	25	32
<b>C7.7.4</b> <i>Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)</i>													
<b>D04C.A</b>	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma	10%	<b>267</b>	90,3	108,5	72,0	90,3	53,8	72	35,6	53,8	17,4	35,6
<b>D04C.B</b>	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite	10%	<b>268</b>	186,2	223,9	148,6	186,2	111	148,6	73,4	111	35,8	73,4
<b>C18.1</b>	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	15%	<b>269</b>	370,9	456,5	285,3	370,9	199,7	285,3	114,1	199,7	28,4	114,1
<b>C9.8.1.1.1</b>	Consumo di antibiotici in età pediatrica	20%	<b>270</b>	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
<b>C9.8.1.1.2</b>	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	15%	<b>271</b>	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9
<b>C8A</b> <b>Integrazione ospedale territorio</b>													
<b>C8A.2</b> <i>Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC</i>													
<b>C8B.2</b>	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	40%	<b>272</b>	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9
<b>C8B.1</b>	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	<b>273</b>	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2
<b>C8C.1</b> <i>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</i>													
<b>C8C.2</b> <i>Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente</i>													
<b>C8C.3</b> <i>Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente</i>													
<b>D07C.P</b> <i>Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente</i>													
<b>C8D.1</b>	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	40%	<b>274</b>	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2
<b>C8A.20</b> <i>Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno</i>													
<b>C10</b> <b>Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>													
<b>C10.1</b> <b> Volumi Oncologia</b>													
<b>C10.1A</b> <b> Volumi interventi tumore maligno alla mammella</b>													
<b>C10.1.3</b>	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella		<b>275</b>	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
<b>C10.1.4</b>	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella		<b>276</b>	60	75	45	60	30	45	15	30	0	15
<b>C10.1.7</b> <i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella</i>													
<b>H02Z</b> <i>Quota di interferenti per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volumi superiori ai 150 interventi annui</i>													
<b>C10.1B</b> <b> Volumi interventi tumore maligno alla prostata</b>													
<b>C10.1.1</b>	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		<b>277</b>	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
<b>C10.1.2</b>	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata		<b>278</b>	40	50	30	40	20	30	10	20	0	10
<b>C10.1.6</b> <i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata</i>													
<b>C10.1.8A</b> <i>Volumi interventi per tumore maligno al colon</i>													
<b>C10.1.9A</b> <i>Volumi interventi per tumore maligno al retto</i>													
<b>C10.2</b> <b> Percorso tumore alla mammella</b>													
<b>C10.2.1</b>	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	20%	<b>279</b>	0	65	65	70	70	75	75	80	80	100
<b>C10.2.2</b>	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella		<b>280</b>	30	44,4	44,4	58,5	58,5	72,6	72,6	86,7	86,7	100
<b>C10.2.2.1</b> <i>Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella</i>													
<b>C10.2.5</b> <i>Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante</i>													
<b>C10.2.6</b>	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella		<b>281</b>	0	58,3	58,3	68,7	68,7	79	79	89,4	89,4	100
<b>C10.3</b> <b> Percorso tumore al colon-retto</b>													
<b>C10.3.1</b>	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		<b>282</b>	8,1	10	5,8	8,1	3,4	5,8	1	3,4	0	1
<b>C10.3.2</b>	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		<b>283</b>	5,6	7,5	3,8	5,6	1,9	3,8	0,6	1,9	0	0,6
<b>C10.3.3</b> <i>Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante</i>													
<b>C10.5A</b> <b> Oncologia Medica</b>													
		10%											

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina	888,5		675		461,5		248			
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali		<b>284</b>	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461,5	0	248
<b>C10D</b>	<b>Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per tumore</b>												
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla mammella	13%	<b>285</b>	28,1	39,7	39,7	51,3	51,3	62,9	62,9	74,5	74,5	86,1
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla prostata	13%	<b>286</b>	18,8	26,8	26,8	34,8	34,8	42,8	42,8	50,8	50,8	58,8
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al colon	13%	<b>287</b>	67,5	72,3	72,3	77,1	77,1	81,9	81,9	86,7	86,7	91,5
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al retto	13%	<b>288</b>	55,8	61,3	61,3	66,8	66,8	72,3	72,3	77,8	77,8	83,3
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al polmone	13%	<b>289</b>	34,8	45,7	45,7	56,6	56,6	67,5	67,5	78,4	78,4	89,3
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM all'utero	13%	<b>290</b>	68,7	72,4	72,4	76,1	76,1	79,8	79,8	83,5	83,5	87,2
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per melanoma	13%	<b>291</b>	73,9	77,7	77,7	81,5	81,5	85,3	85,3	89,1	89,1	92,9
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla tiroide	13%	<b>292</b>	34,1	42,6	42,6	51,1	51,1	59,6	59,6	68,1	68,1	76,6
<i>C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica</i>													
<i>C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella</i>													
<i>C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata</i>													
<i>C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon</i>													
<i>C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto</i>													
<i>C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone</i>													
<i>C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero</i>													
<b>C11A</b>	<b>Efficacia assistenziale territoriale</b>												
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	<b>293</b>	305	355	255	305	205	255	155	205	105	155
<i>D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>													
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	25%	<b>294</b>	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20
<i>D03CA Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per complicanze (la breve e lungo termine) per diabete</i>													
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	25%	<b>295</b>	40,8	49	32,6	40,8	24,4	32,6	16,2	24,4	8	16,2
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	<b>296</b>	83	98	68	83	53	68	38	53	23	38
<i>D03CB Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per BPCO</i>													
<b>B28</b>	<b>Assistenza Domiciliare e Residenziale</b>												
<i>B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari</i>													
<i>B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare</i>													
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	45%	<b>297</b>	0	4	4	6	6	8	8	10	10	12
<i>B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi</i>													
B28.2.5	Percentuale di dimissioni ospedale-domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg dalla dimissione	20%	<b>298</b>	1,7	4	4	6,3	6,3	8,6	8,6	10,9	10,9	13,2
<i>B28.2.5A Percentuale di dimissioni ospedale-domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg dalla dimissione (CIA &gt; 0.5)</i>													
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	20%	<b>299</b>	0	34,1	34,1	47,7	47,7	61,2	61,2	74,8	74,8	100
<i>B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente</i>													
<i>B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente</i>													
<i>D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)</i>													
<i>D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)</i>													
<i>D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)</i>													
<i>B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni</i>													
<i>B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni</i>													
<i>B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA</i>													
<i>B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)</i>													
<i>B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni</i>													
<i>D33ZA.R1 Tasso di assistiti in RSA di età &gt;=75 aa (R1)</i>													
<i>D33ZA.R2 Tasso di assistiti in RSA di età &gt;=75 aa (R2)</i>													
D33ZA.R3	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)	15%	<b>300</b>	0	5	5	10	10	15	15	20	20	25
<b>C13</b>	<b>Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica</b>												
<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%	<b>301</b>	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%	<b>302</b>	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 inappropriatezza per 1000 residenti std età e sesso</i>													
<b>C13.3</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei</b>												
<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**

D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B  
 D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D

**C15 Salute mentale**

**C15.1A Attività territoriale**

C15.12 Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti  
 C15.13 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti  
 C15.14 Percentuale di prestazioni domiciliari  
 C15.15 Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti

**C15.1B Attività ospedaliera**

C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni  
 C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche  
 C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche  
 C15A.13B Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria  
 C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche  
 C15A.6B Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni

**C15.1C Continuità assistenziale**

C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)

**C15.1D Infanzia-adolescenza**

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

**C18 Variabilità chirurgia elettiva**

C18.2 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.3 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.4 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.8 Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.9 Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti  
 C18.10 Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti

**C28 Cure Palliative**

C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	70%	<b>303</b>	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 <= 3gg (paz. onc.)	15%	<b>304</b>	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%	<b>305</b>	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg												

**ASSISTENZA FARMACEUTICA**

**B4 Strategie per il controllo del dolore**

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	50%	<b>308</b>	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	50%	<b>309</b>	0	3,5	3,5	4,4	4,4	5,2	5,2	6,1	6,1	8,0

**C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica**

C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	17%	<b>310</b>	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	17%	<b>311</b>	34	38	30	34	26	30	22	26	18	22
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	17%	<b>312</b>	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)	0%	<b>313</b>	2,4	4	1,9	2,4	1,5	1,9	1	1,5	0	1
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	0%	<b>314</b>	2,3	2,8	1,8	2,3	1,2	1,8	0,7	1,2	0	0,7
F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo 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												

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
<i>C9.20 Percentuale pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica</i>													
<b>C9.17 Ospedallera</b>													
<i>C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti</i>													
<i>C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)</i>													
<i>C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti</i>													
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	17%	<b>315</b>	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	17%	<b>316</b>	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	17%	<b>317</b>	43	53	53	63	63	73	73	83	83	93
<b>F10A Governo della spesa farmaceutica e dispositivi</b>													
<i>F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite</i>													
<i>F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG</i>													
<i>F10.1A Spesa farmaceutica complessiva</i>													
<i>F10.1B Spesa farmaceutica per acquisti diretti</i>													
<i>F10.1C Spesa farmaceutica convenzionata</i>													
<i>F10.1D Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA</i>													
<i>F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa</i>													
<i>F10.2.3 Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV</i>													
<i>F10.2.1B Spesa Media per Farmaci Oncologici</i>													
<b>F10.3 Spesa dispositivi (ospedallera)</b>													
<i>F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedallera) per punto DRG</i>													
<i>F10.3.3 Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero</i>													
<i>F10.3.4 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico</i>													
<b>F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>													
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	100%	<b>318</b>	72	74	74	76	76	78	78	80	80	82
<i>F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto</i>													
<i>F20.7 Percentuale Imatinib equivalente</i>													
<i>F20.8 Percentuale utenti in trattamento con Etanercept biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.9 Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.10 Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.11 Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.12 Percentuale utenti in trattamento con Adalimumab biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.13 Percentuale utenti in trattamento con follitropina biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.14 Percentuale utenti in trattamento con enoxaparina biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.15 Percentuale utenti in trattamento con somatropina biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.16 Percentuale utenti in trattamento con epoietina biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.17 Percentuale utenti in trattamento con fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara</i>													
<i>F20.18 Percentuale utenti in trattamento con insulina glargine biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.19 Percentuale utenti in trattamento con insulina lispro biosimilare o vincitore di gara</i>													
<i>F20.20 Percentuale utenti in trattamento con teriparatide biosimilare o vincitore di gara</i>													
<b>C21 Appropriatazza d'uso (aderenza farmaceutica)</b>													
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	20%	<b>319</b>	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	20%	<b>320</b>	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	20%	<b>321</b>	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizzanti)	20%	<b>322</b>	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8	6,9	8,3
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	20%	<b>323</b>	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/provinciali. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni/Province una piattaforma informatica per il caricamento, la conservazione, la normalizzazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. L'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia API (*Application Programming Interface*), per favorire la migliore interazione tra il processo di calcolo e quello di trasferimento e validazione dei dati. È dal 2015 che il Laboratorio MeS si avvale di questa tecnologia per mettere a disposizione degli sviluppatori software un catalogo di servizi, realizzati tramite *web service*, che consente di interrogare il sistema di valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali. I risultati sono pubblicamente consultabili all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it), 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 350.000 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).

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

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

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

### La rappresentazione dei risultati

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

La presente pubblicazione riporta – per ragioni di economia di stampa – i soli indicatori a cui è attribuita una valutazione. Gli indicatori di osservazione sono comunque consultabili all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it).

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 2019 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento); il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il trend rispetto al 2018; 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

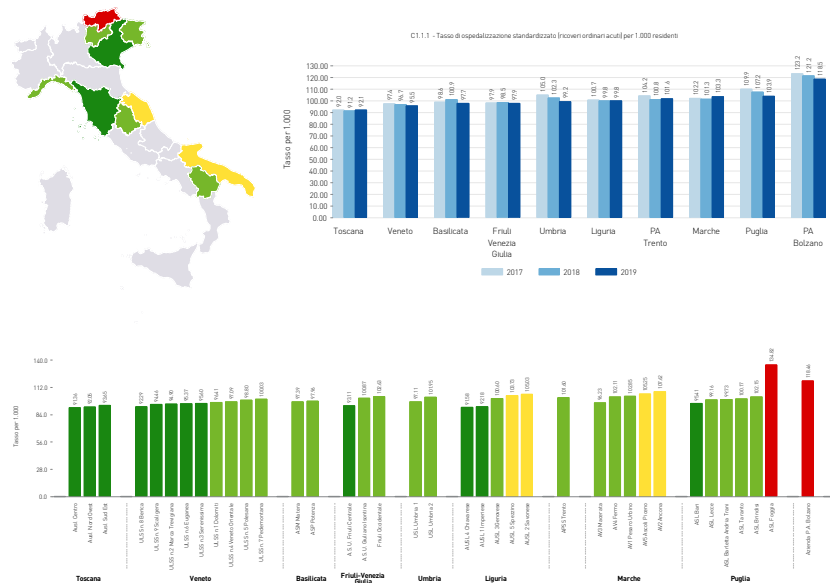
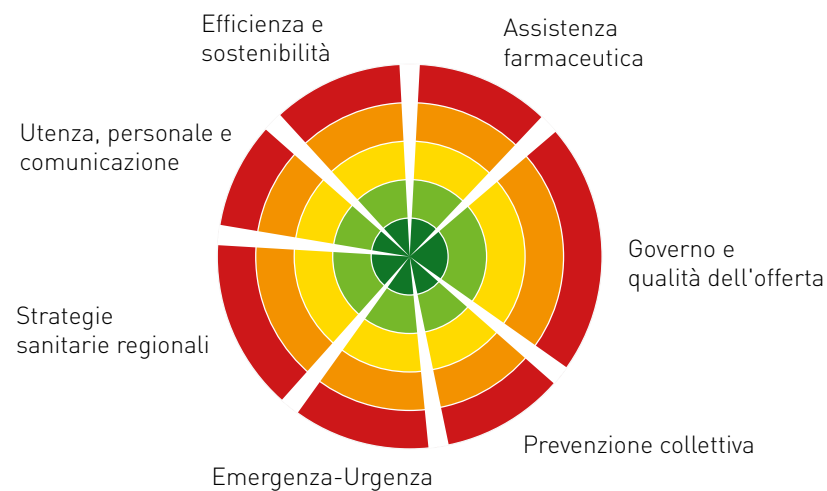


Figura 3. Il bersaglio



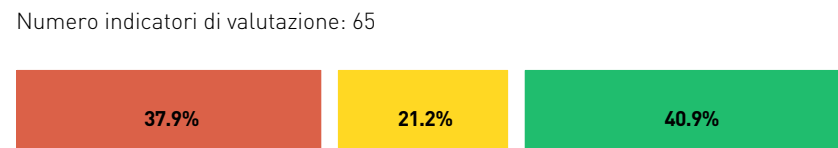
cazione. Data la loro rilevanza, gli indicatori dedicati alla valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati al di fuori del bersaglio, per darne ulteriore evidenza;

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.

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 2018 e il 2019, mostrando la percentuale di indicatori (di valutazione) migliorati, peggiorati o stabili (in un intorno compreso tra +1% e -1%);

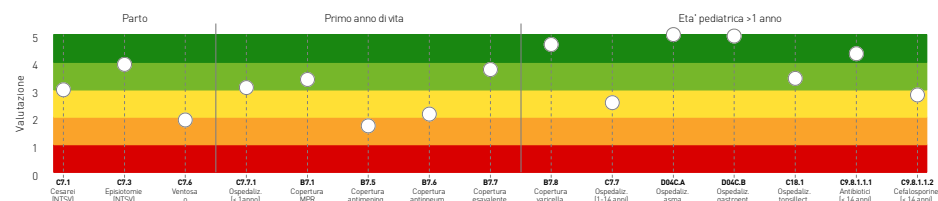
Una considerazione a parte meritano i bersagli delle Aziende Ospedaliere, AOU, IRCCS e affini, i quali riportano non gli indicatori compositi (di sintesi), bensì una selezione dei singoli indicatori di valutazione. L'ordine in cui compaiono non ricalca le dimensioni di cui sopra, ma alcune aree maggiormente 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 comuni-

Figura 4. Barra in pila

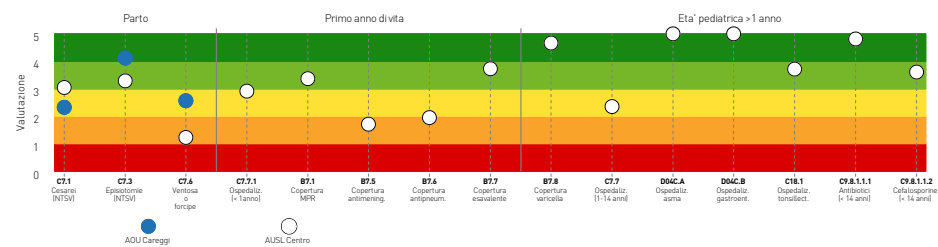


- d. il bersaglio fornisce una buona sintesi della *performance* complessiva regionale e aziendale ma difficilmente aiuta a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, lungo il percorso di cura. A tal fine, la rappresentazione dei risultati 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.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). 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 rispetto 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 2019, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO MATERNO INFANTILE		
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	<b>Parto</b>
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)	<b>Primo anno di vita</b>
B7.1	Copertura per 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	<b>Età pediatrica &gt;1 anno</b>
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
D04C.A	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma	
D04C.B	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	
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 2019, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO ONCOLOGICO		
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	<b>Screening</b>
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo	
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti	
B5.1.7	Proorzione di cancri alla mammella in stadio II rilevati dai programmi di screening successivi a quello di prevalenza	
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	<b>Trattamento</b>
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
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	
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	
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla mammella	
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla prostata	
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al colon	
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al retto	
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al polmone	
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM all'utero	
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per melanoma	
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla tiroide	
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	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
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	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 ai 150 interventi annui	
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	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	
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	Spesa Media per Farmaci Oncologici	<b>Follow-up</b>
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	<b>Fine Vita</b>
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg (paz. onc.)	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	

**Tabella 3c.** I percorsi 2019, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO CRONICITA'		
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)	<b>Compliance</b>
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 (Ipolipemizzanti)	
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	
<i>D03CC</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>	
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	<b>Ospedalizzazioni evitabili</b>
<i>D03CA</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>	
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
<i>D03CB</i>	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per BPCO</i>	
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	<b>Esiti</b>



**Tabella 3d.** I percorsi 2019, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

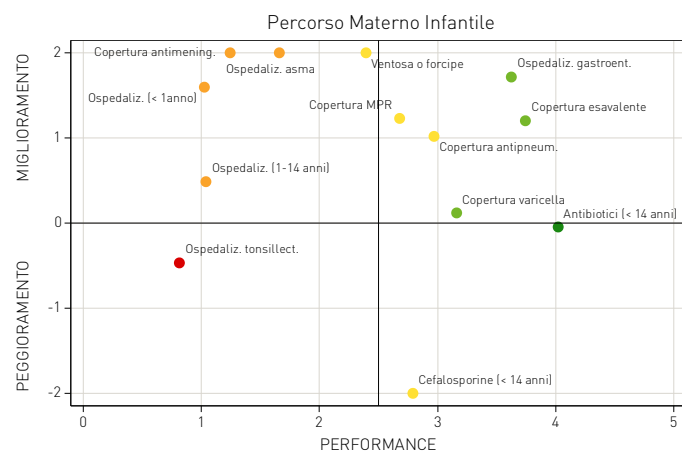
PERCORSO EMERGENZA-URGENZA		
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C8C.1	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	<b>Accesso</b>
C8C.2	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 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	
C16.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	<b>Triage</b>
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	
C16A.T1	Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti	
C16A.T2	Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti	
C16A.T3	Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati o trasferiti	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<b>Percorso</b>
C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	
C16.18	Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza <= 6 ore	
C16.5.1B	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore	
C16.5.1A	Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore	
C16.9	Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero	<b>Ricovero</b>
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	
C16.8	Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

- e. per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono da quest'anno affiancate le relative mappe di *performance*. 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 2019-2018, 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 2019.

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 2018 e il 2019. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2018 e il 2019 ma che il suo livello di *performance* 2019 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 2019, 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/Province, le tecnostitute regionali/provinciali e i ricercatori del Laboratorio MeS, 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 2019



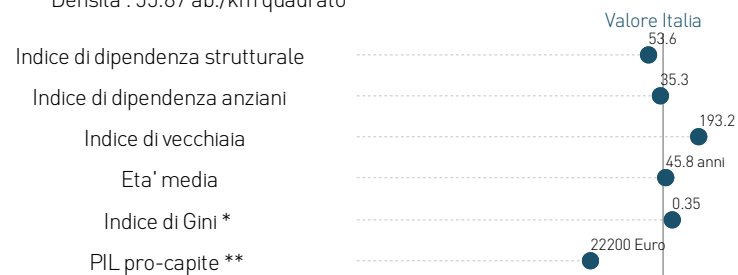


# BASILICATA



Popolazione: 562.869 abitanti

Densità: 55.87 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

Il sistema sanitario lucano nel 2019 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 a 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

Il contenuto tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti, in ulteriore contrazione rispetto al 2018 (da 100,9 a 97,7 per mille residenti), rispecchia la buona capacità di governo della domanda del sistema sanitario lucano.

La durata delle degenze presenta risultati contrastanti: superiore alla media per la casistica di tipo chirurgico, inferiore per quella di tipo medico, per quanto si registri complessivamente un allungamento della durata delle degenze. In riferimento alla casistica medica, il tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA (ad alto rischio di inappropriatezza) 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, per quanto in leggera diminuzione rispetto al 2018 (da 4% a 3,8%). 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 chiaroscuri: a un miglioramento significativo rispetto all'anno precedente nell'utilizzo della procedura transuretrale per le prostatectomie (dal 89% al 93,6%) si contrappongono una diminuzione della tempestività delle operazioni per fratture del collo del femore (dal 68,2% al 62,8%) e una riduzione della percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate (dal 92,5% al 87,8%). 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. L'elevato consumo di antibiotici sul territorio ne è un esempio. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si conferma molto scarsa, seppur in lieve miglioramento rispetto all'anno precedente.

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.

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 allineato alla media (i dati fanno riferimento all'anno 2018), in sensibile aumento rispetto all'anno precedente.

La gestione del percorso materno infantile presenta alcune criticità 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 migliori alle altre Regioni, in particolare il tasso di ospedalizzazione per asma, che si conferma tra i più bassi del Network.

Il percorso oncologico restituisce risultati allineati alla *performance* delle altre Regioni, mentre si registrano alcune difficoltà legate alla concentrazione della casistica, sia nel caso di intervento chirurgico per tumore maligno alla prostata, sia per tumore maligno della mammella. In media con le altre Regioni anche la gestione del fine vita.

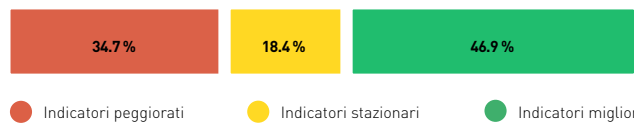
La presa in carico delle casistiche croniche rileva una *performance* buona, con tassi di

ospedalizzazione contenuti per tutte le principali patologie.

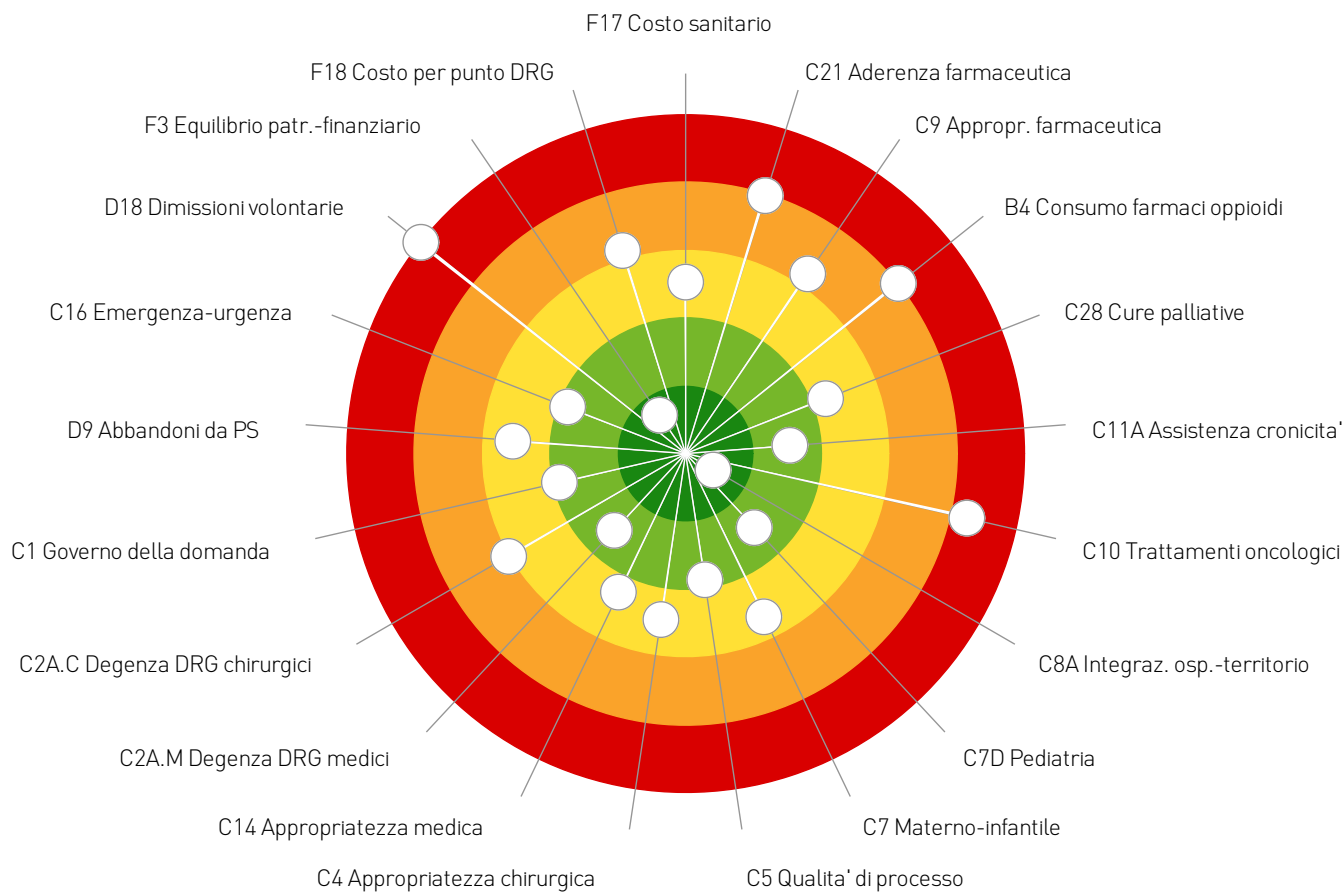
La gestione dell'emergenza-urgenza registra risultati in media con le altre Regioni, seppur con alcune differenze: il tasso di accesso al Pronto Soccorso, seppur in lieve aumento rispetto all'anno 2018, risulta il più contenuto del Network; è complessivamente contenuta la percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso, così come i tempi di attesa nello stesso.

### Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 49

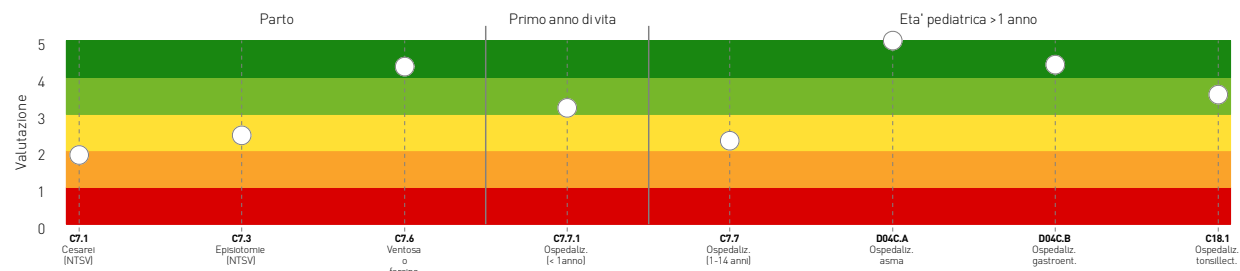


### Valutazione della performance 2019

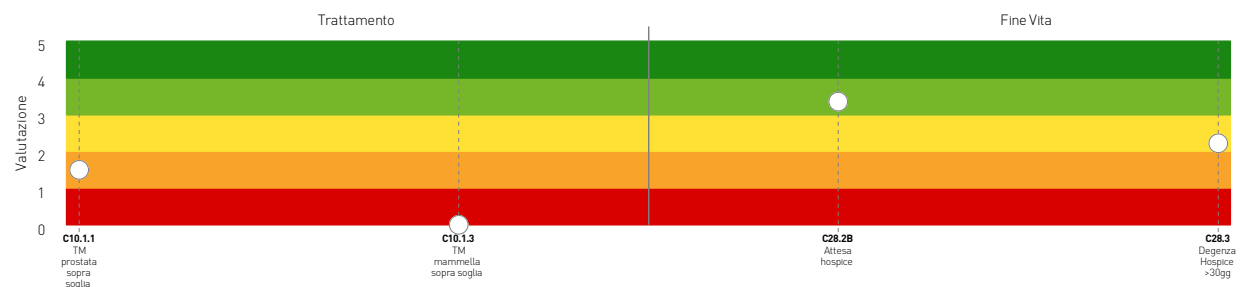




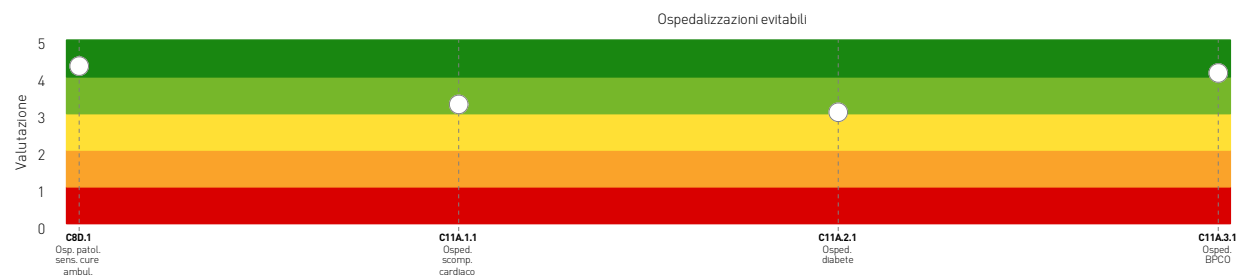
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



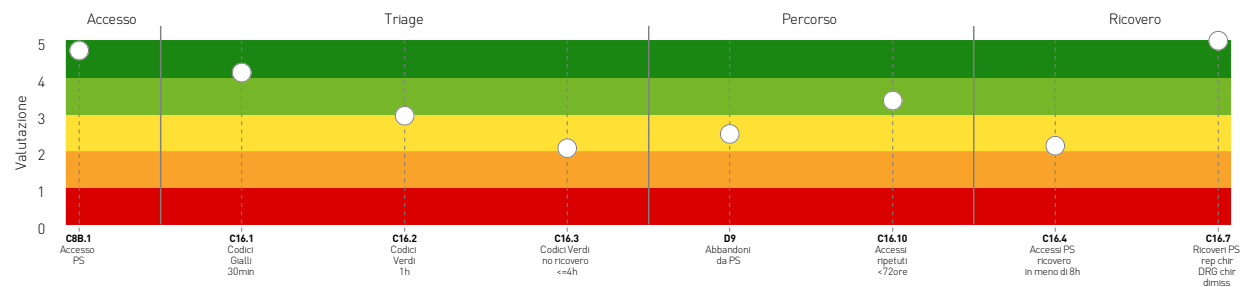
## PERCORSO ONCOLOGICO



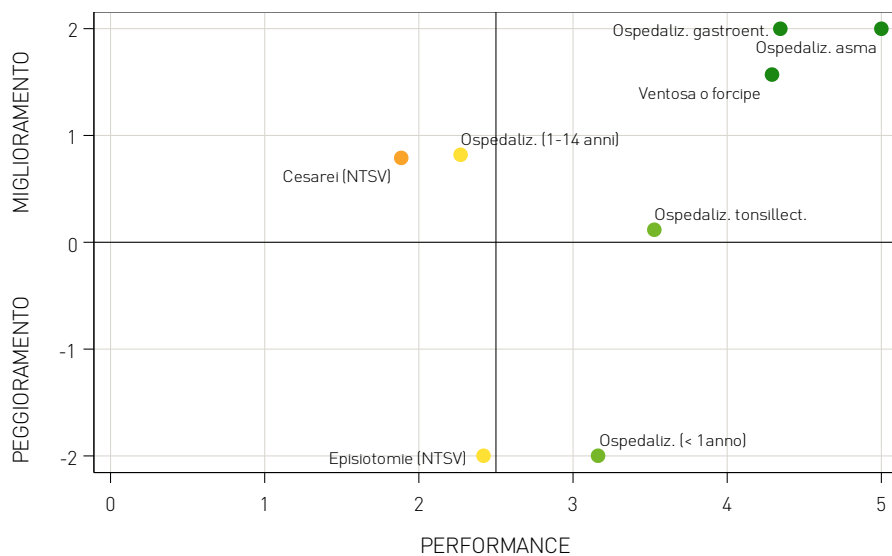
## PERCORSO CRONICITÀ



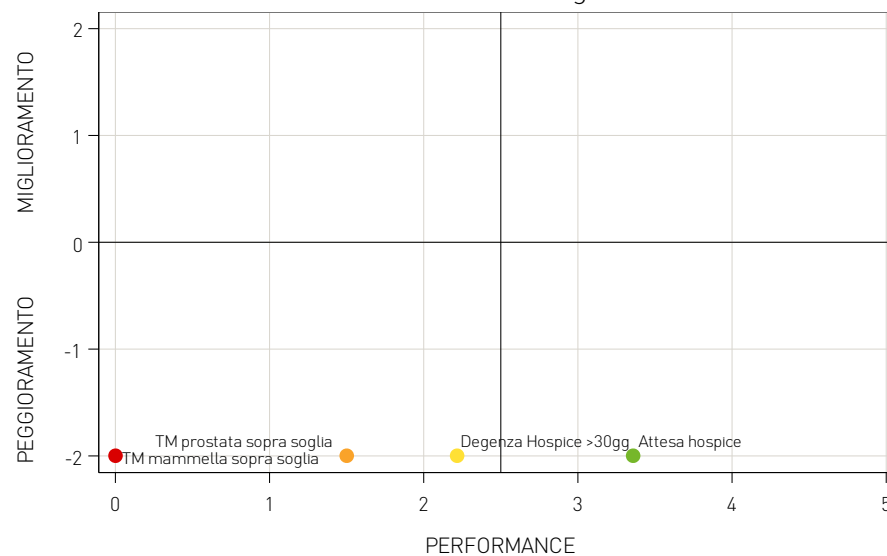
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



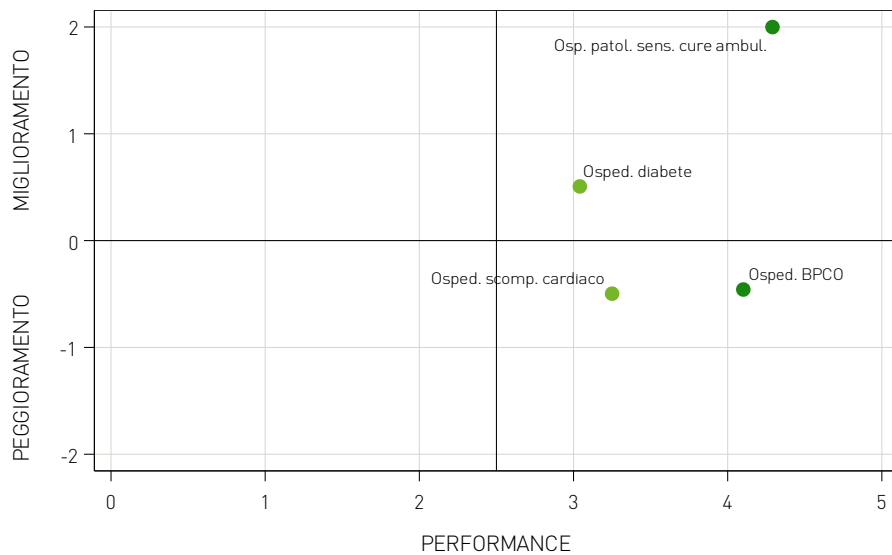
Percorso Materno Infantile



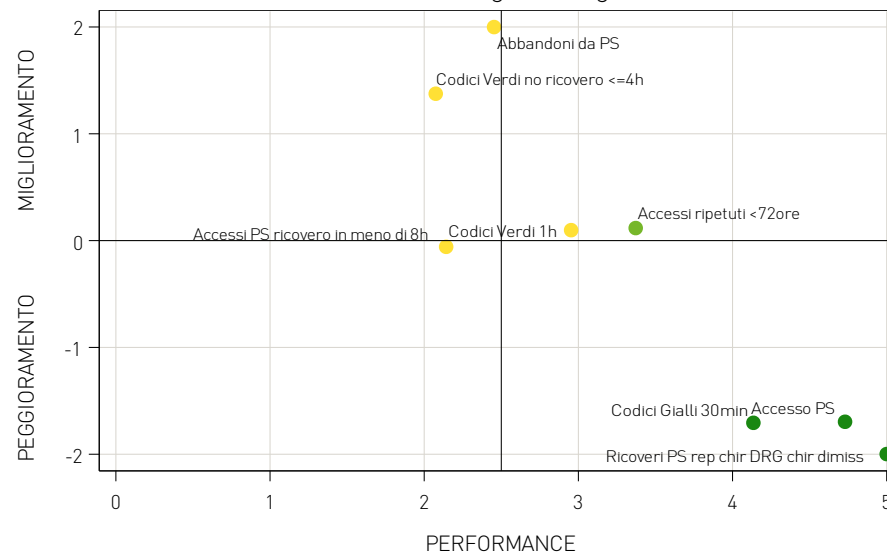
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



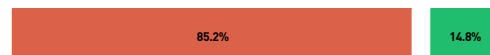
Percorso Emergenza Urgenza



# ASP POTENZA

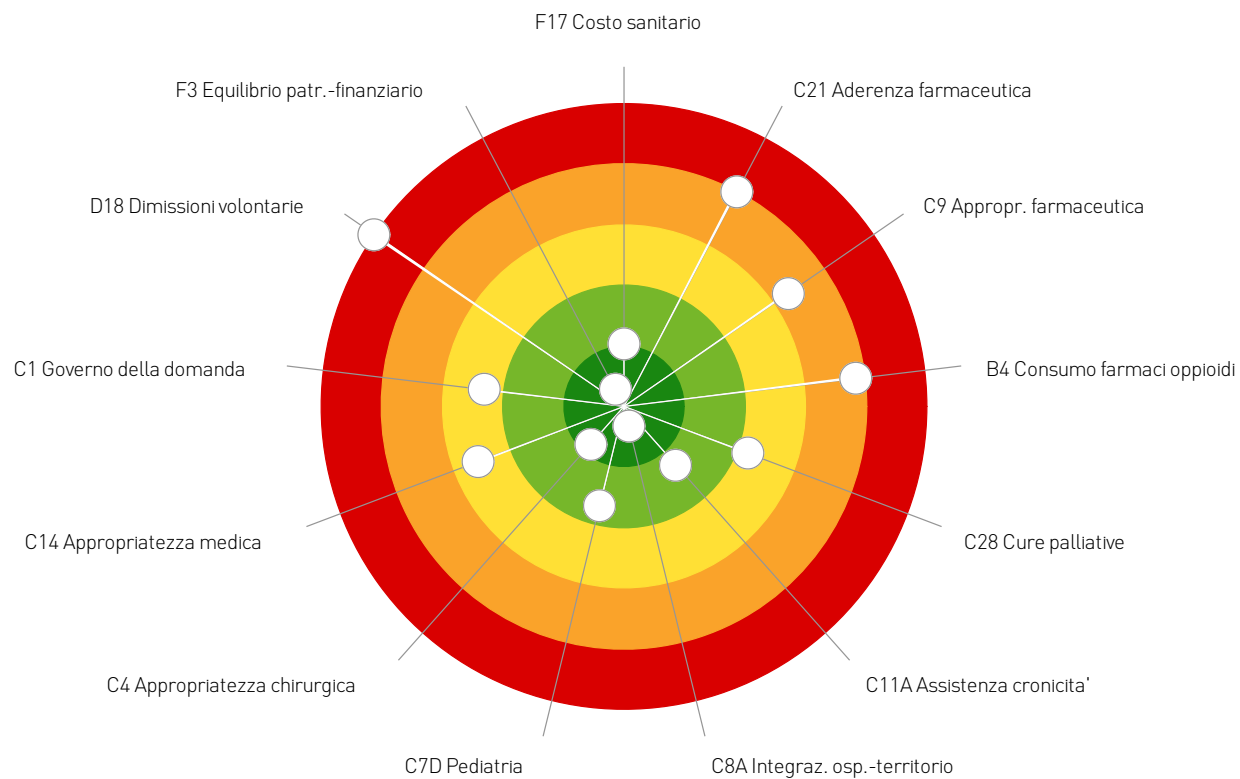
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 27



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

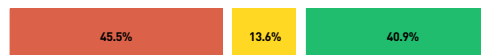
## Valutazione della performance 2019



# AO S. CARLO

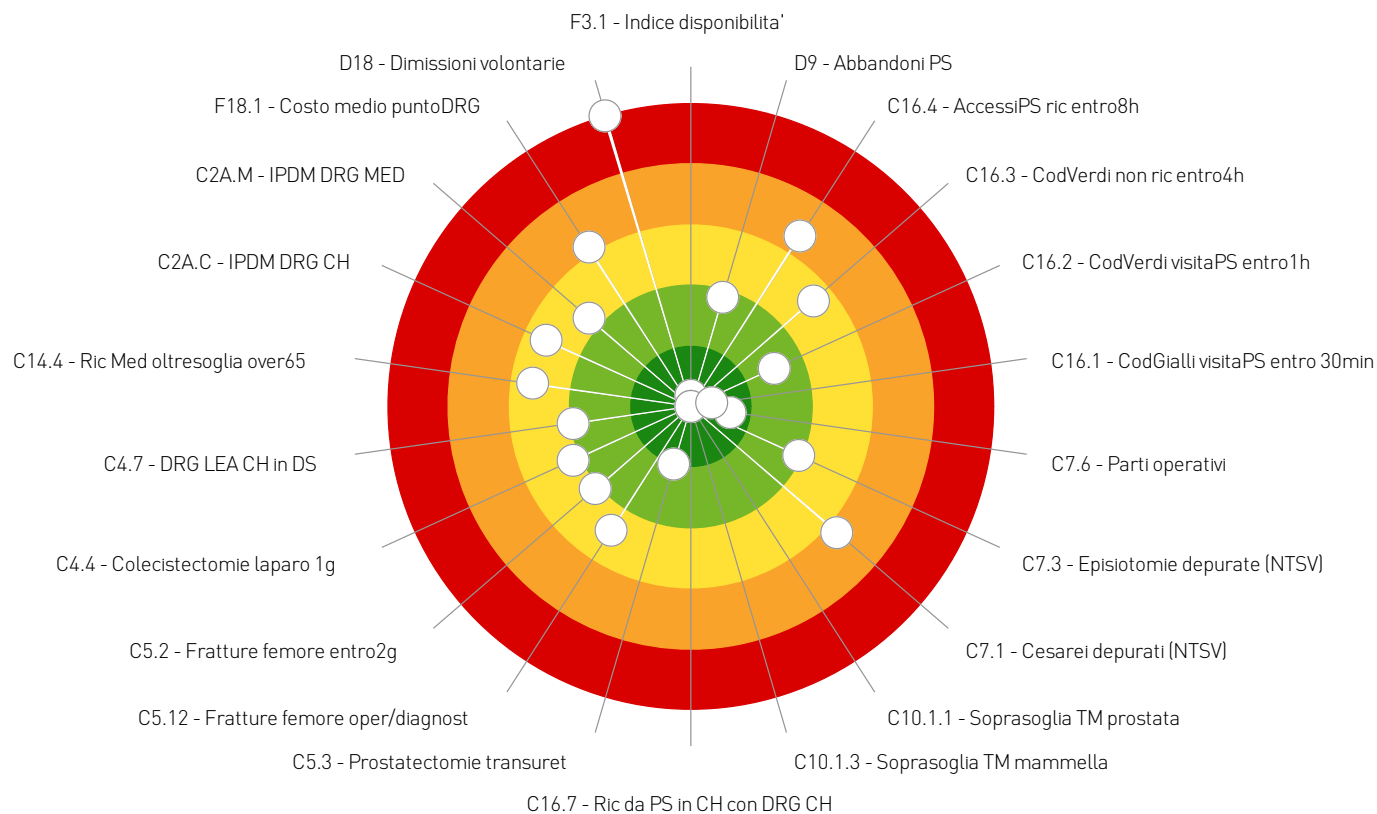
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 22



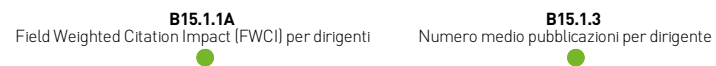
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

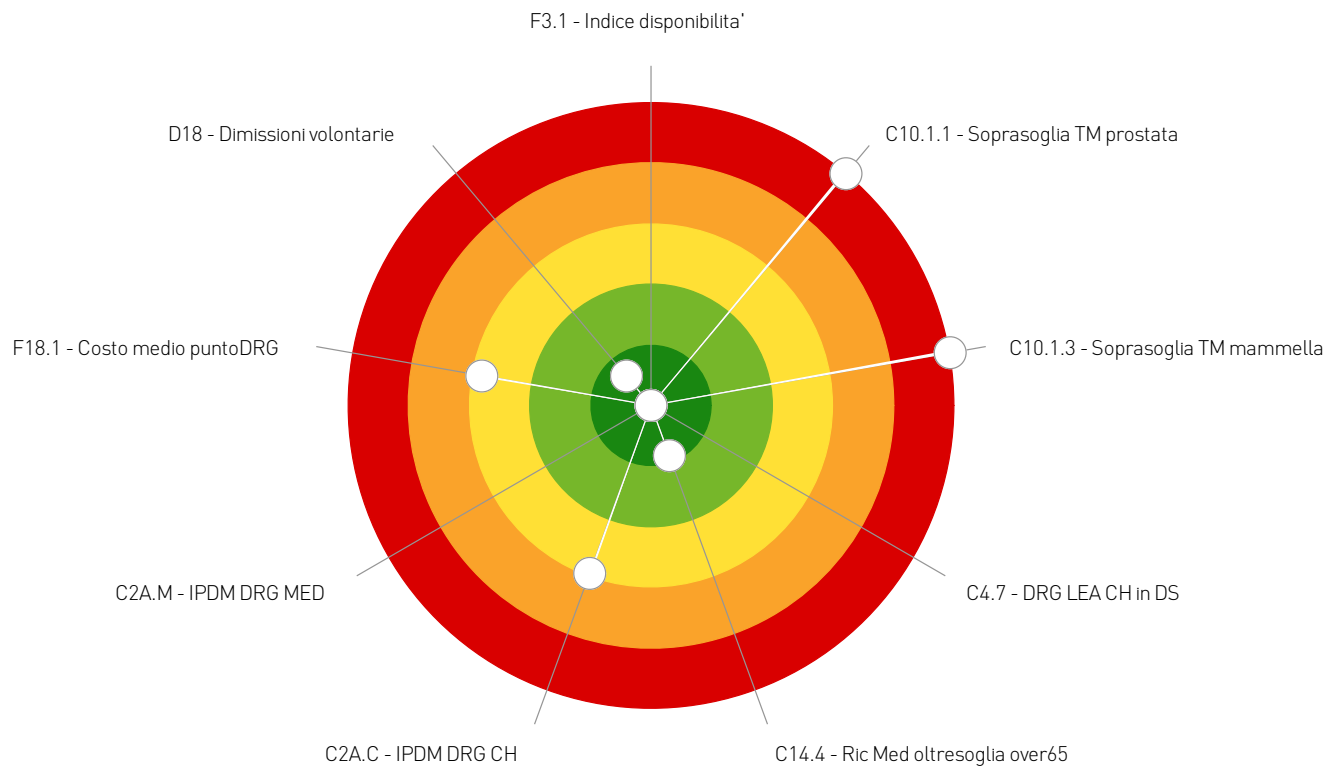


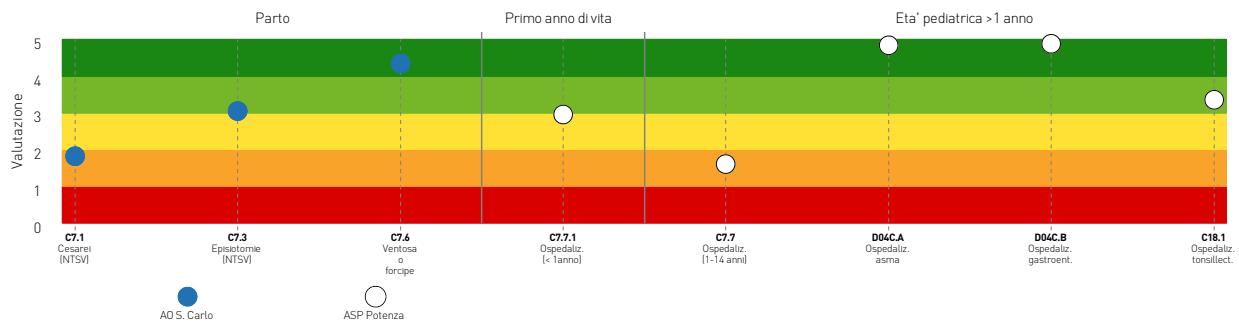
# IRCCS CROB RIONERO

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)

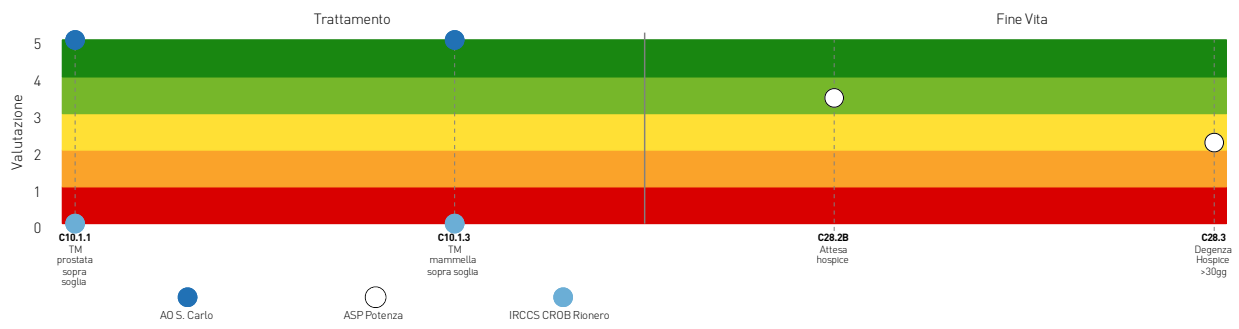


## Valutazione della performance 2019

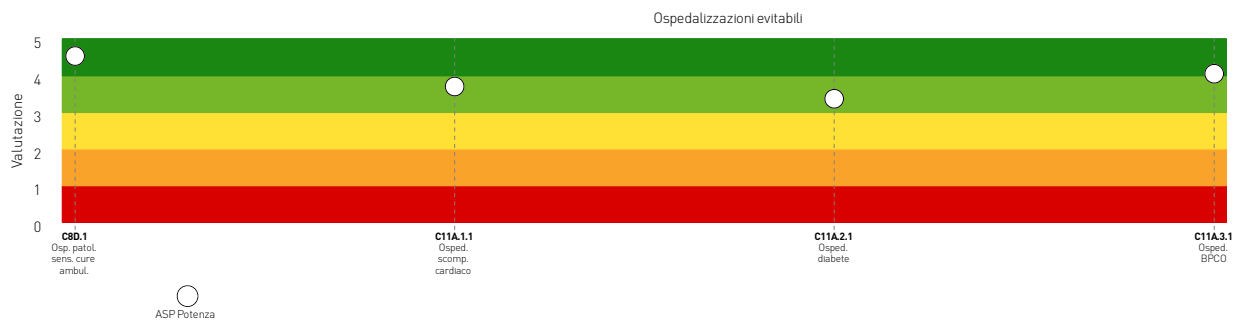




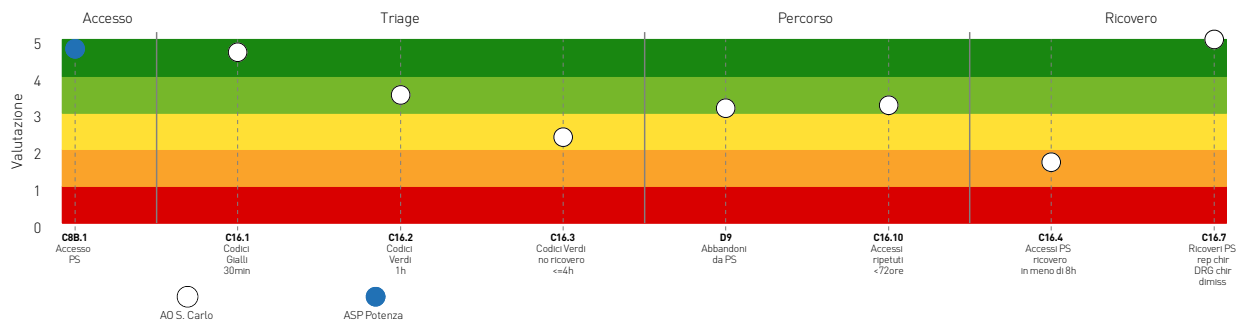
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ASM MATERA

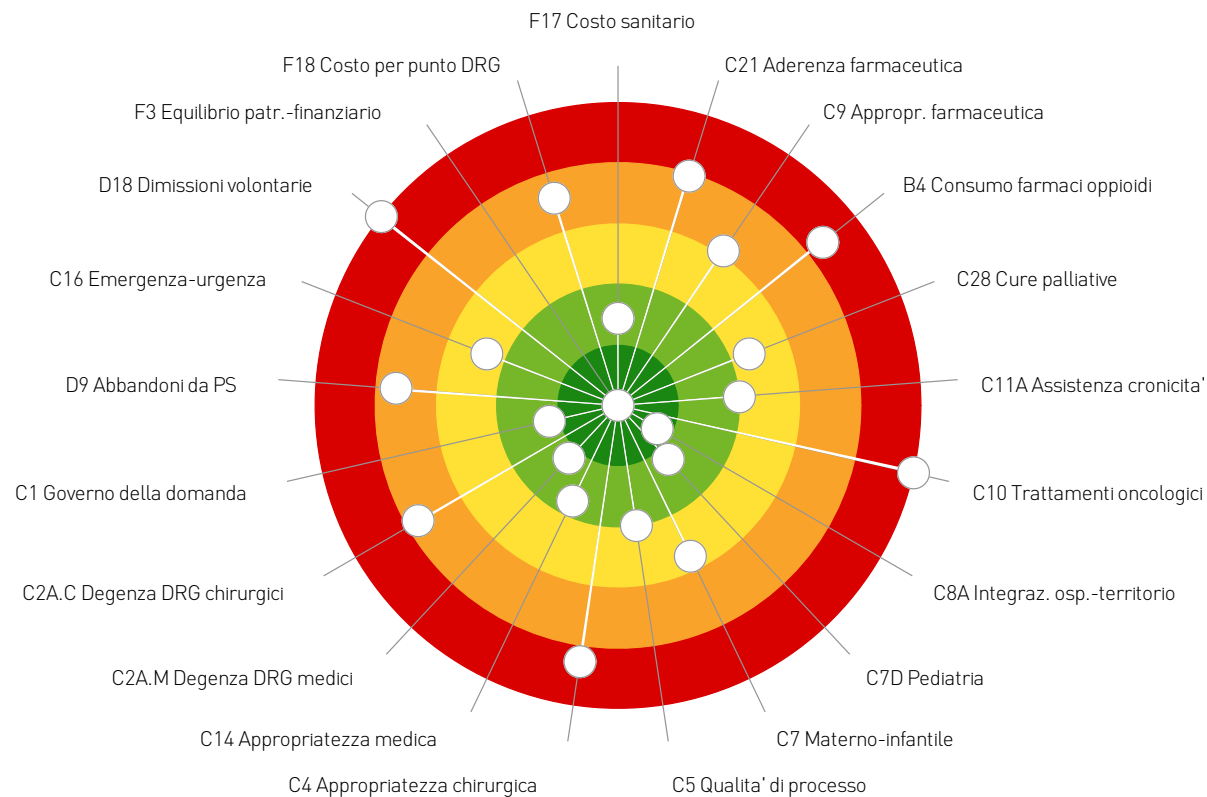
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

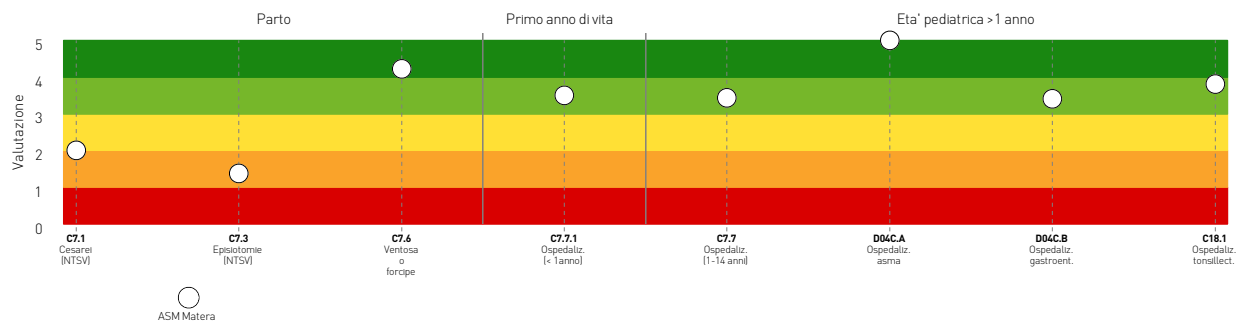
Numero indicatori di valutazione: 48



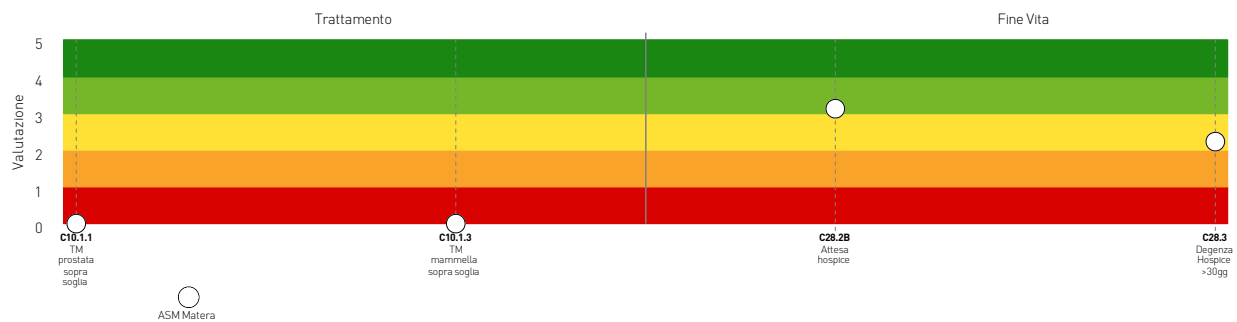
● Indicatori peggiorati   ● Indicatori stazionari   ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

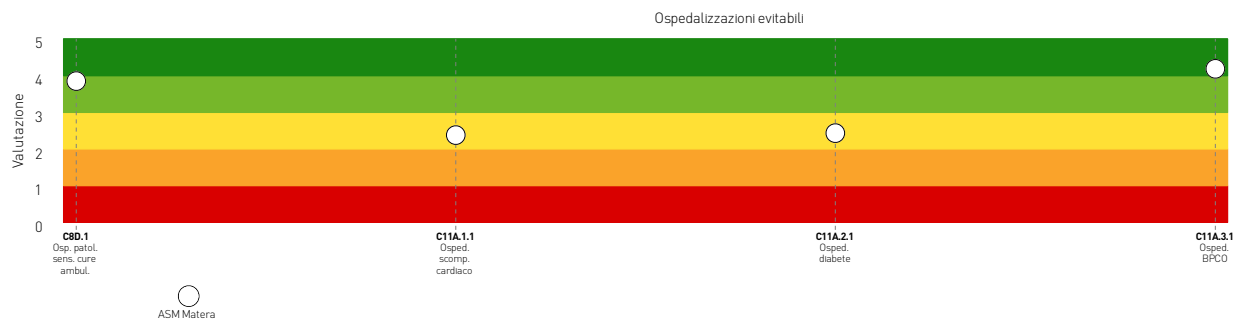




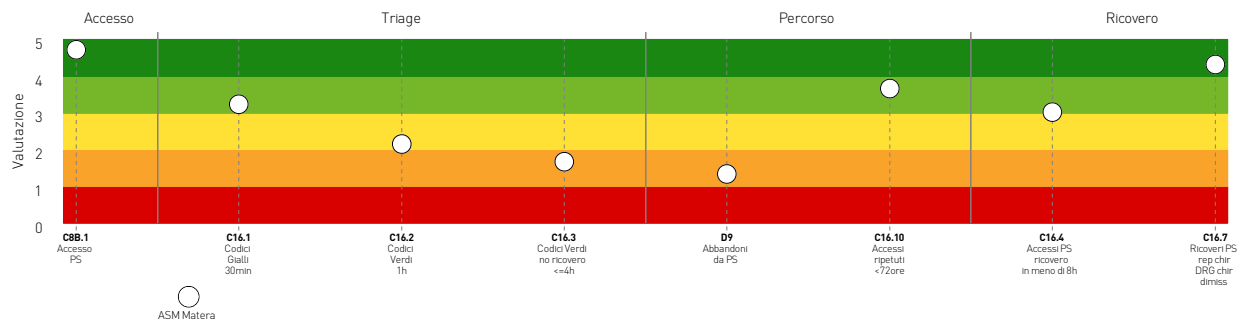
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

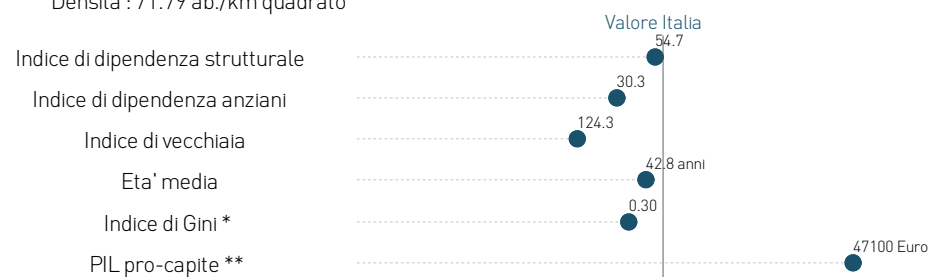




## P.A. BOLZANO



Popolazione: 531.178 abitanti  
 Densità: 71.79 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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 P.A. BOLZANO

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è alzare il 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 cardiovascolari e alla mortalità infantile (i dati fanno riferimento al triennio 2015-2017). L'indagine ministeriale PASSI rileva – anche per il 2019 – la diffusione di stili di vita complessivamente sani, eccezion fatta per l'elevato consumo di alcol.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale resta basso ma in miglioramento per la maggior parte delle tipologie di vaccini. Per quanto riguarda gli screening oncologici, continua la capillare attività di invito da parte dell'Azienda e in netto miglioramento l'adesione da parte dell'utenza.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione – pur confermandosi elevato – migliora progressivamente. Sussistono ancora margini di miglioramento, soprattutto in riferimento alla presa in carico di tipo chirurgico, per quanto il salto in avanti sugli interventi per stripping di vene e colecistomie laparoscopiche sia evidente. Le durate delle degenze – sia per i ricoveri medici, sia per quelli chirurgici – sono in linea rispetto alle altre Regioni/Province.

Molto buona l'organizzazione dei processi ospedalieri. I dati restano sostanzialmente stabili (la proporzione di fratture collo del femore operate entro 2 giorni, anzi, cresce leggermente, dall'80% del 2018 all'81,4% del 2019); sarebbe importante lavorare, però, sulla capacità del Pronto Soccorso nell'indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati.

In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, si conferma il calo del tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali e del numero di ricoveri con durata della degenza oltre trenta giorni, a dimostrazione che la strada imboccata nel rafforzamento dei servizi socio-sanitari territoriali è quella giusta. Da tenere sotto controllo il tasso di accesso al Pronto Soccorso (il valore di 406,1 per 1.000 residenti resta il più elevato del Network).

Rimane sostanzialmente stabile e nella media il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, come le risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani.

Molto buona e complessivamente stabile la *governance* dell'area farmaceutica, con un'ottima capacità di contenimento delle prescrizioni potenzialmente inappropriate (molto contenuto il consumo di antibiotici). Si può certamente ancora lavorare sulla propensione dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto. Nella media e in lieve miglioramento il consumo di farmaci oppioidi, a dimostrazione di una maggiore attenzione verso la gestione del dolore. In termini di aderenza farmaceutica, Bolzano si conferma *best practice* rispetto alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi e migliorano anche i risultati relativi ai pazienti infartuati in trattamento con statine, antiaggreganti, ACE-inibitori o sartani.

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 dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero è stabile e in linea con le

altre Regioni/Province, mentre la percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima organizzativo – è la più bassa del Network e in miglioramento.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari (relativi all'anno 2018), la Provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia attribuibili all'assistenza ospedaliera) più elevata (e in crescita) 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 2018), mentre la proporzione di parti cesarei continua a richiedere attenzione, per quanto sia in miglioramento. Aumenta invece il ricorso all'uso di forcipe o ventosa. Complessivamente buona anche la presa in carico di tipo pediatrico: si riduce il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia e il consumo di antibiotici in età pediatrica resta il più contenuto del Network.

Ancora non può ritenersi compiuto il processo di concentrazione della casistica per il trattamento del tumore alla mammella, ma il percorso oncologico presenta risultati molto buoni, soprattutto nei tempi di attesa per intervento chirurgico (*best practice*).

La presa in carico delle patologie croniche resta complessivamente centrata sull'ospedale, per quanto si registri un miglioramento nei ricoveri per diabete e il tasso di amputazioni maggiori per la medesima patologia rimanga inalterato e molto basso.

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 restano stabili e continuano a indicare alcune possibili 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. Stabile e contenuta la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



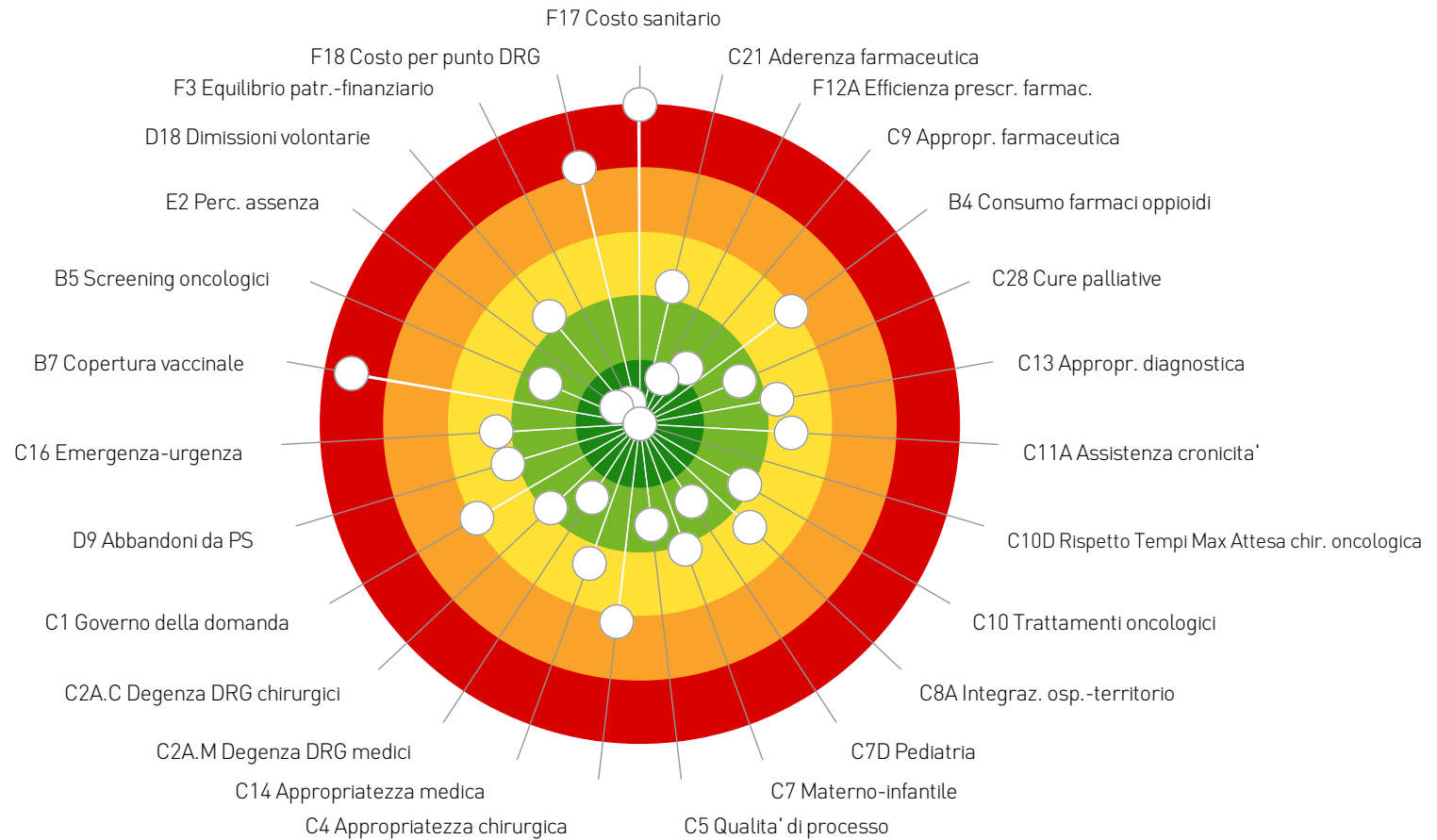
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 93

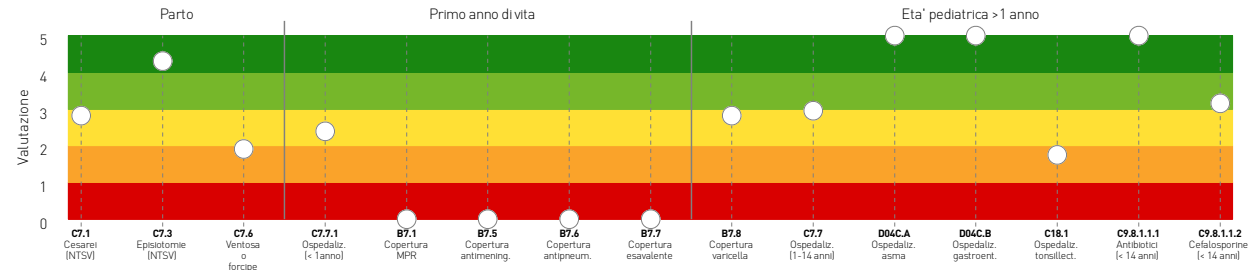


● Indicatori peggiorati    
 ● Indicatori stazionari    
 ● Indicatori migliorati

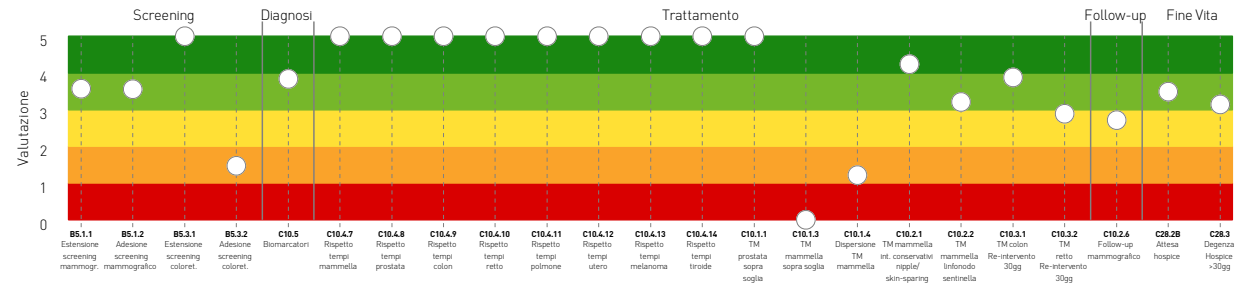
## Valutazione della performance 2019



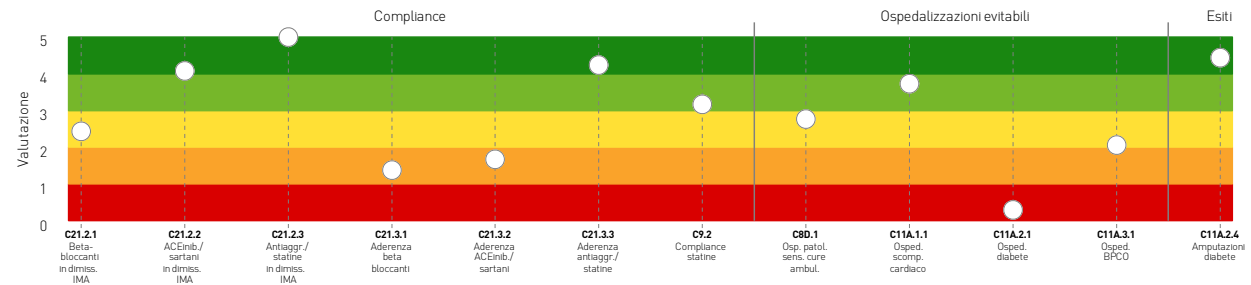
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



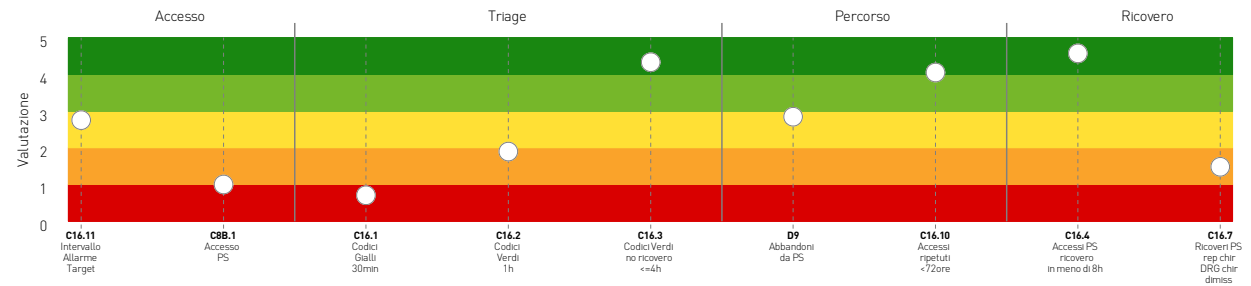
## PERCORSO ONCOLOGICO



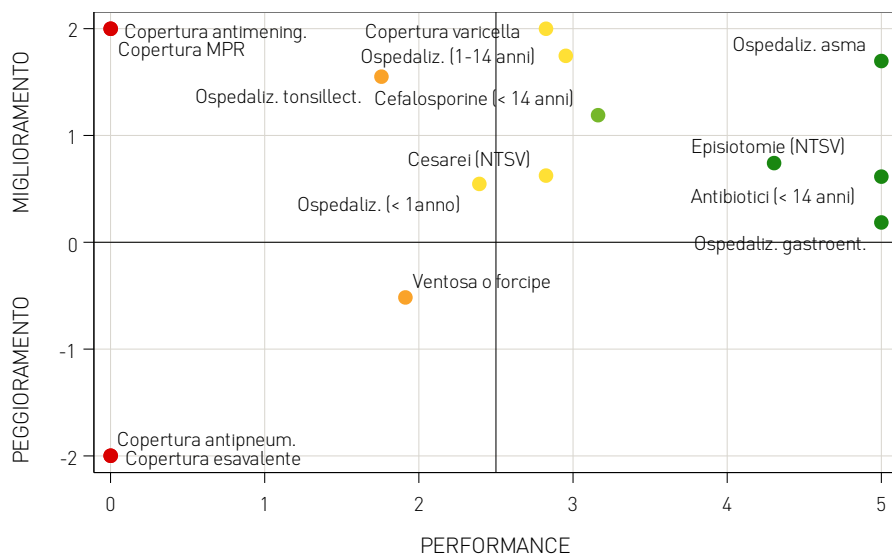
## PERCORSO CRONICITÀ



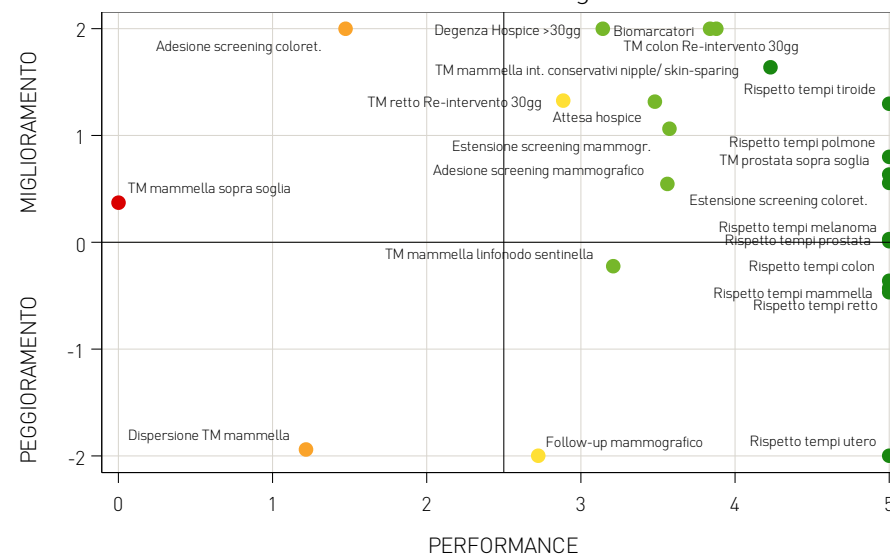
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



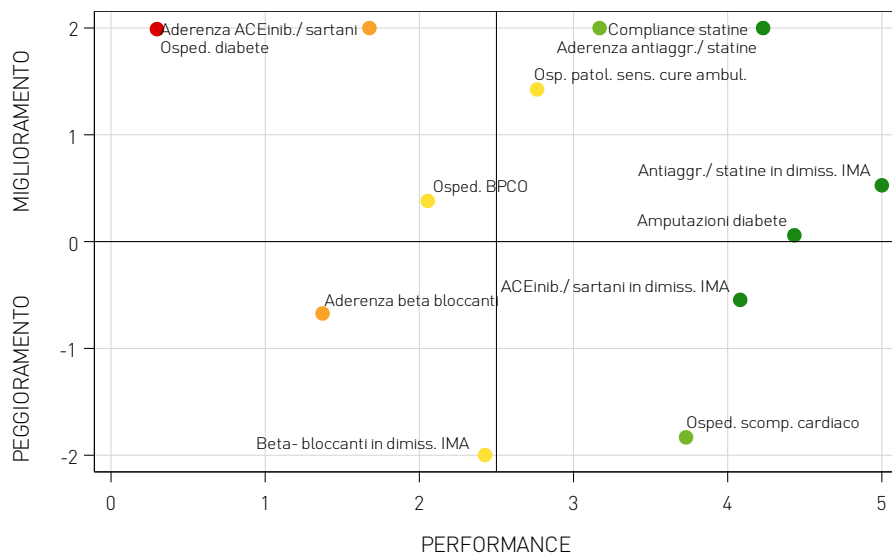
Percorso Materno Infantile



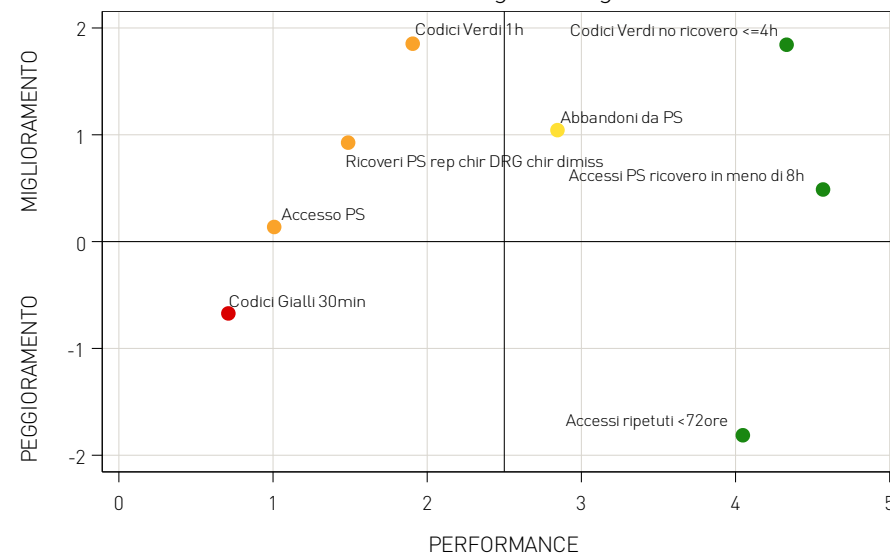
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza





# FRIULI VENEZIA GIULIA



Popolazione: 1.215.220 abitanti  
 Densita': 153.35 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

In seguito al processo di riorganizzazione, attuato dal 1° gennaio 2020, il sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia è attualmente articolato in 3 Aziende Sanitarie Locali, di cui 1 votata all'Assistenza Sanitaria (Azienda Sanitaria Friuli Occidentale) e 2 Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale e Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina), che incorporano le precedenti Aziende Ospedaliero-Universitarie e le restanti Aziende per i Servizi Sanitari. Inoltre sono presenti due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS Burlo Garofolo e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano). Al fine di offrire al management del sistema sanitario regionale una prospettiva di analisi aggiornata, la valutazione della performance 2019 è stata riportata alla nuova architettura istituzionale del sistema.



## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Alzare il 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 2015-2017). 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 le 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 HPV, antipneumococcico e antimeningococcico). Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una situazione complessivamente buona, sia in termini di estensione degli inviti, sia per quanto concerne l'adesione da parte della popolazione.

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.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari acuti piuttosto contenuto (in ulteriore lieve riduzione rispetto al 2018, da 98,5 a 97,9 per mille residenti) rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto la gestione della casistica di tipo medico presenti nel 2019 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 sul setting ospedaliero. La presa in carico della casistica chirurgica registra nel complesso buone *performance*, nonostante la durata delle degenze sia mediamente più lunga e in crescita rispetto alle altre Regioni. La durata delle degenze per i ricoveri di tipo medico si conferma invece allineata alla media del Network. 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 71,8%, rimane superiore alla media del Network (nonostante la lieve riduzione rispetto al 2018), così come la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore, indicatore che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture. 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 2018, nonostante risulti ancora leggermente superiore alla media delle altre Regioni, mentre si riscontra ancora un numero eccessivamente elevato di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari entro 12 mesi, nonostante la diminuzione rispetto all'anno 2018.

Sul versante della *governance* farmaceutica, risultano migliori rispetto alle altre Regioni sia l'appropriatezza prescrittiva, sia l'efficienza prescrittiva, ovvero l'utilizzo di molecole

con brevetto scaduto, in ulteriore miglioramento rispetto al 2018. In termini di aderenza farmaceutica, i risultati sono soddisfacenti, così come l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma elevato 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 pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2019 la più bassa del Network, in ulteriore lieve miglioramento rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2018), il costo sanitario complessivo aumenta da 1.980 a 2.026 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 resta tra le più contenute del Network, mentre permangono 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, follow-up e fine vita). I tempi di attesa per la chirurgia oncologica rappresentano però un'area da tenere sotto attenzione. Margini di miglioramento persistono anche in riferimento alla concentrazione della casistica per interventi per tumore maligno alla prostata e ai re-interventi entro 30 giorni per interventi per tumore maligno al retto.

La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso una *performance* 2019 in linea o migliore rispetto alle altre Regioni: diminuiscono leggermente i tassi di ospedalizzazione per le principali patologie (diabete, scompenso cardiaco e BPCO), pur con una rilevante variabilità intra-regionale. In lieve, ulteriore aumento rispetto all'anno precedente, invece, il tasso di amputazioni maggiori per diabete.

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'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. La percentuale di abbandoni da parte degli utenti, seppure presenti una certa variabilità intra-regionale, risulta leggermente più alta rispetto alla media delle Regioni. 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 2015-2017)



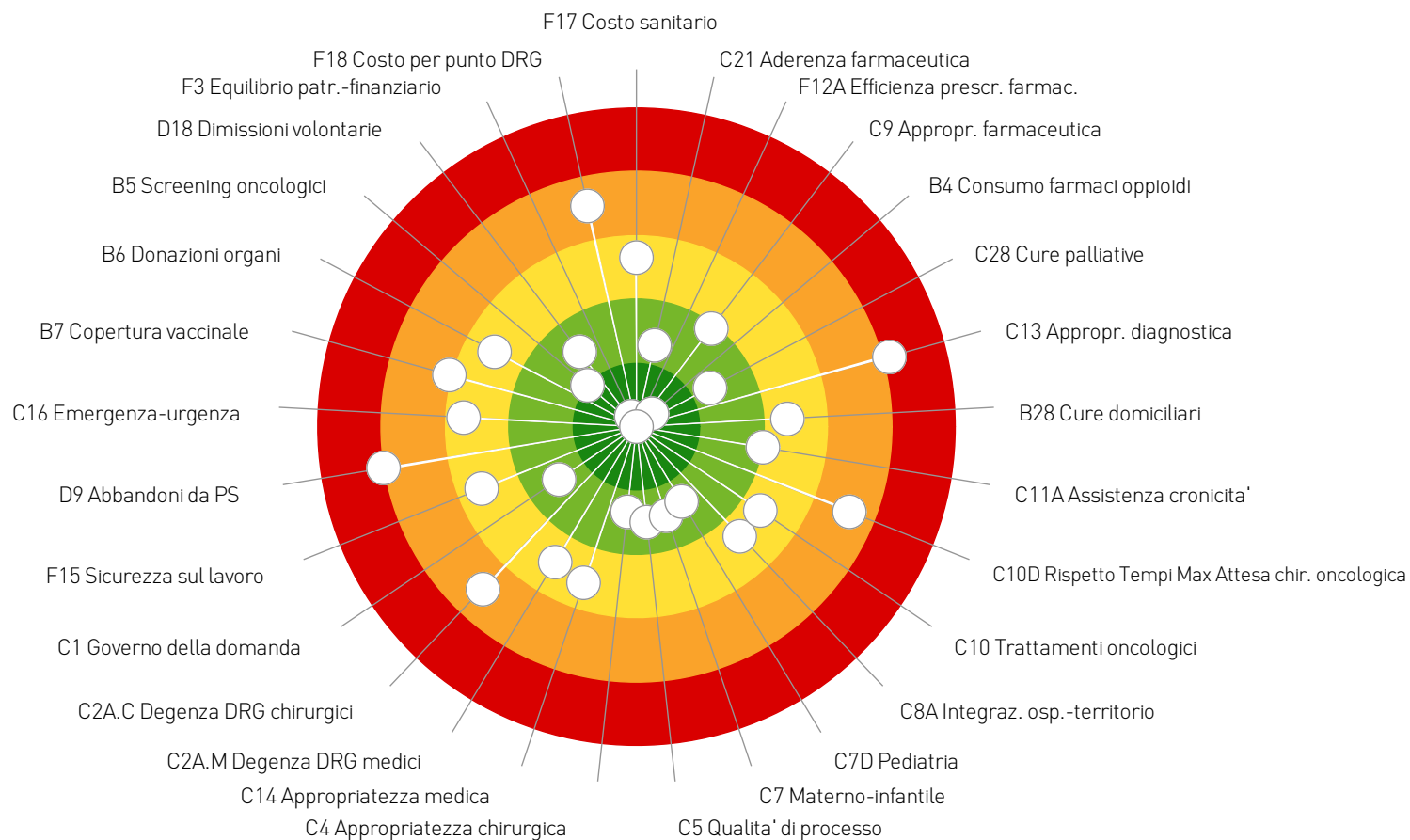
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 90

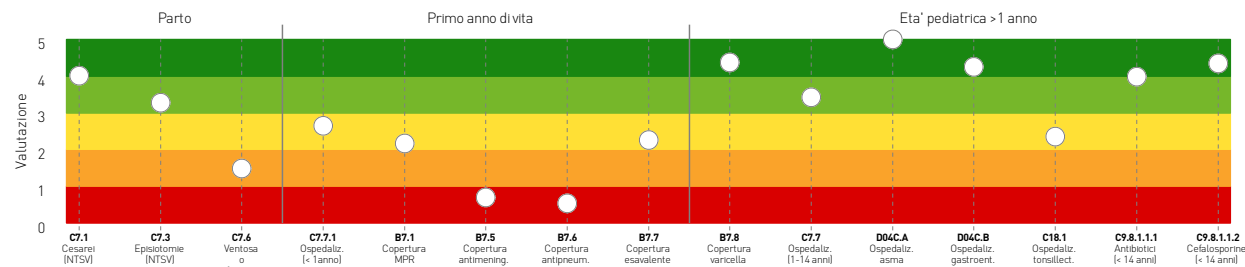


● Indicatori peggiorati    
 ● Indicatori stazionari    
 ● Indicatori migliorati

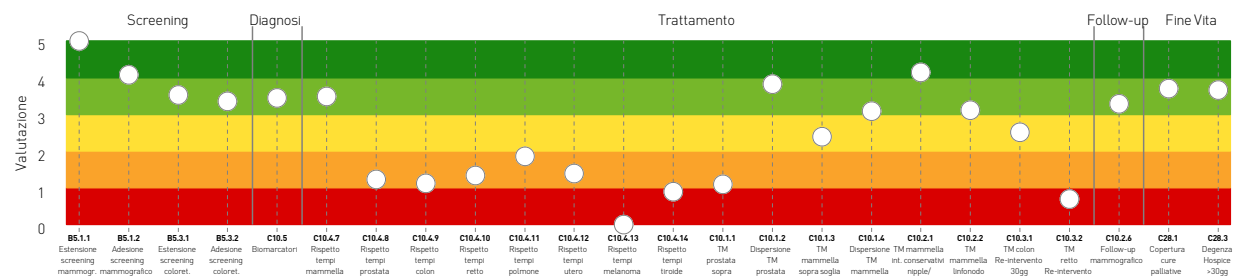
## Valutazione della performance 2019



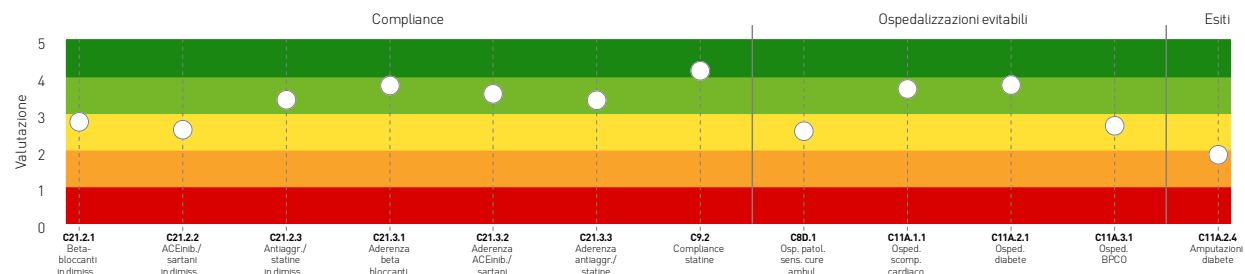
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



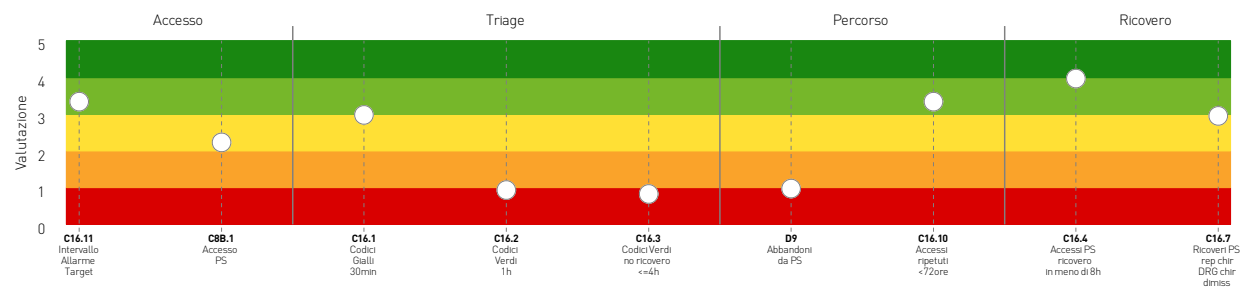
## PERCORSO ONCOLOGICO



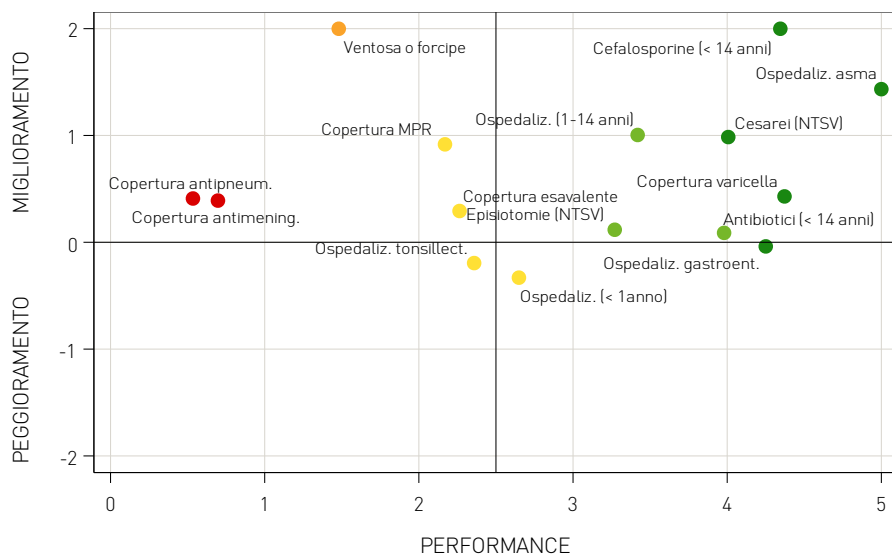
## PERCORSO CRONICITÀ



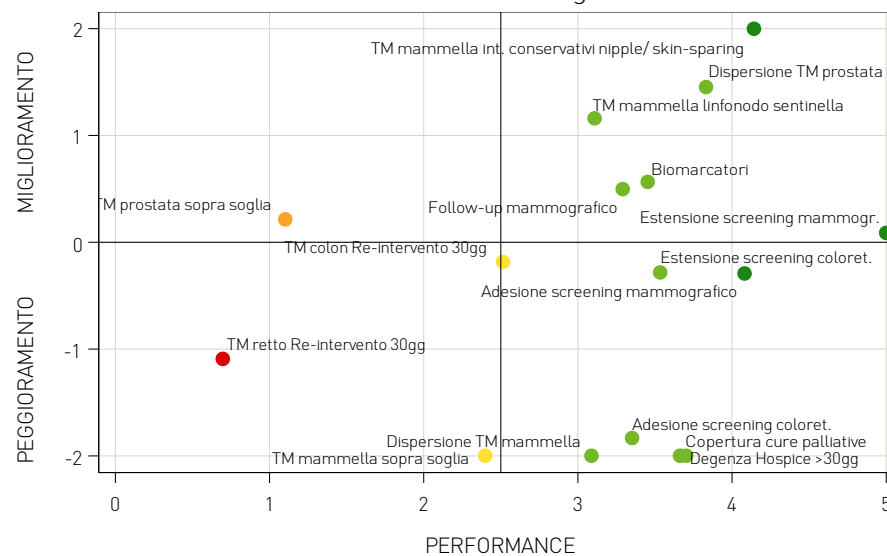
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



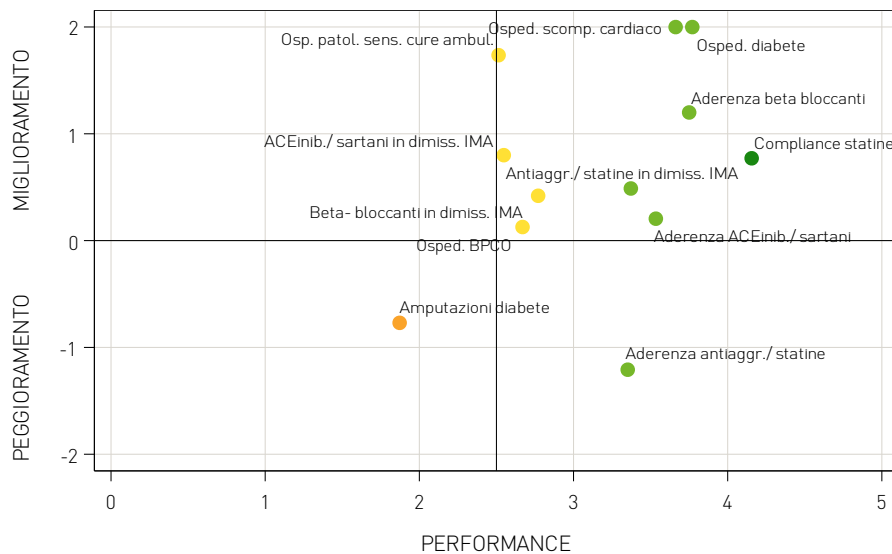
Percorso Materno Infantile



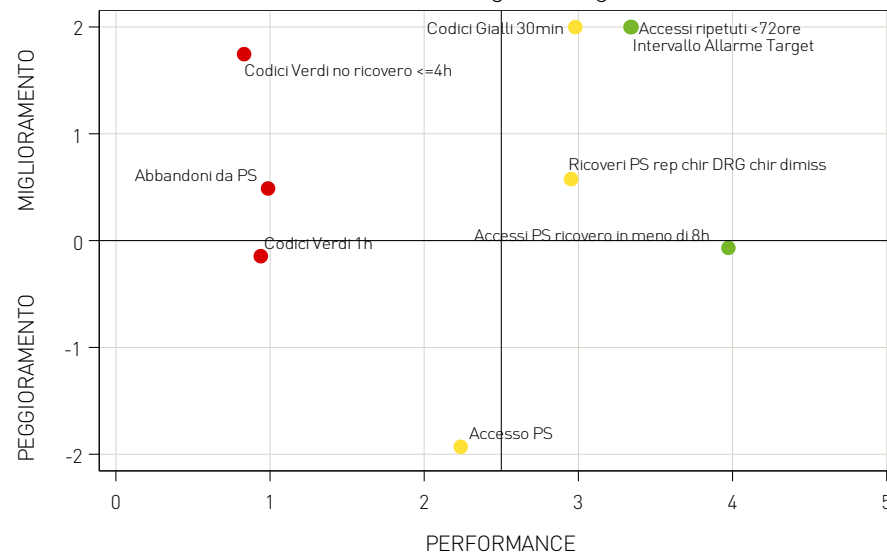
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza

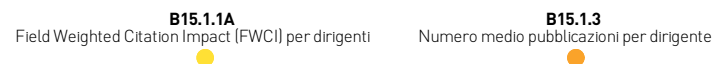


# AZ.SAN.UNIV.GIULIANO ISONTINA

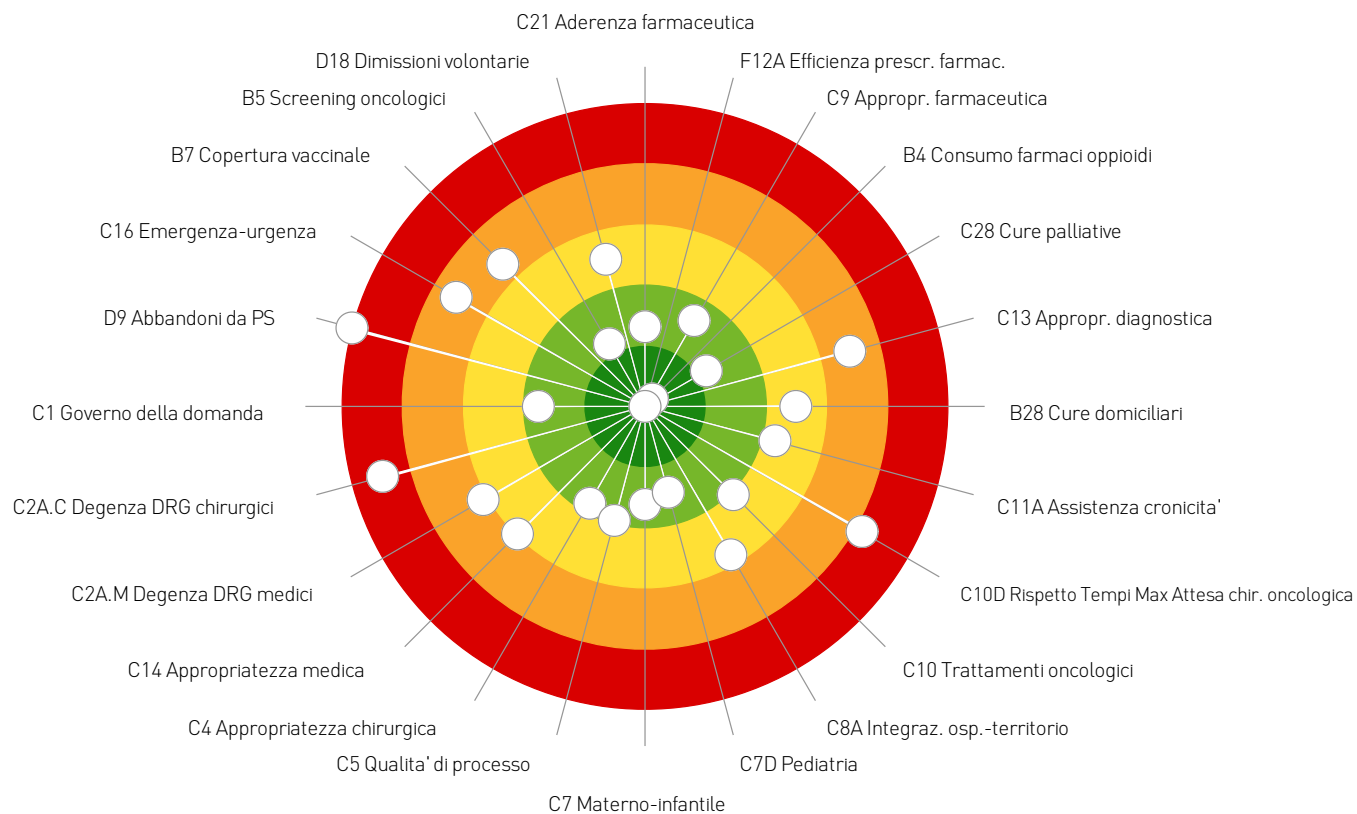
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)

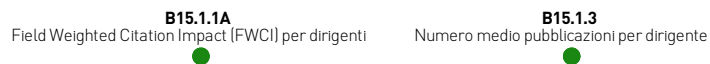


## Valutazione della performance 2019

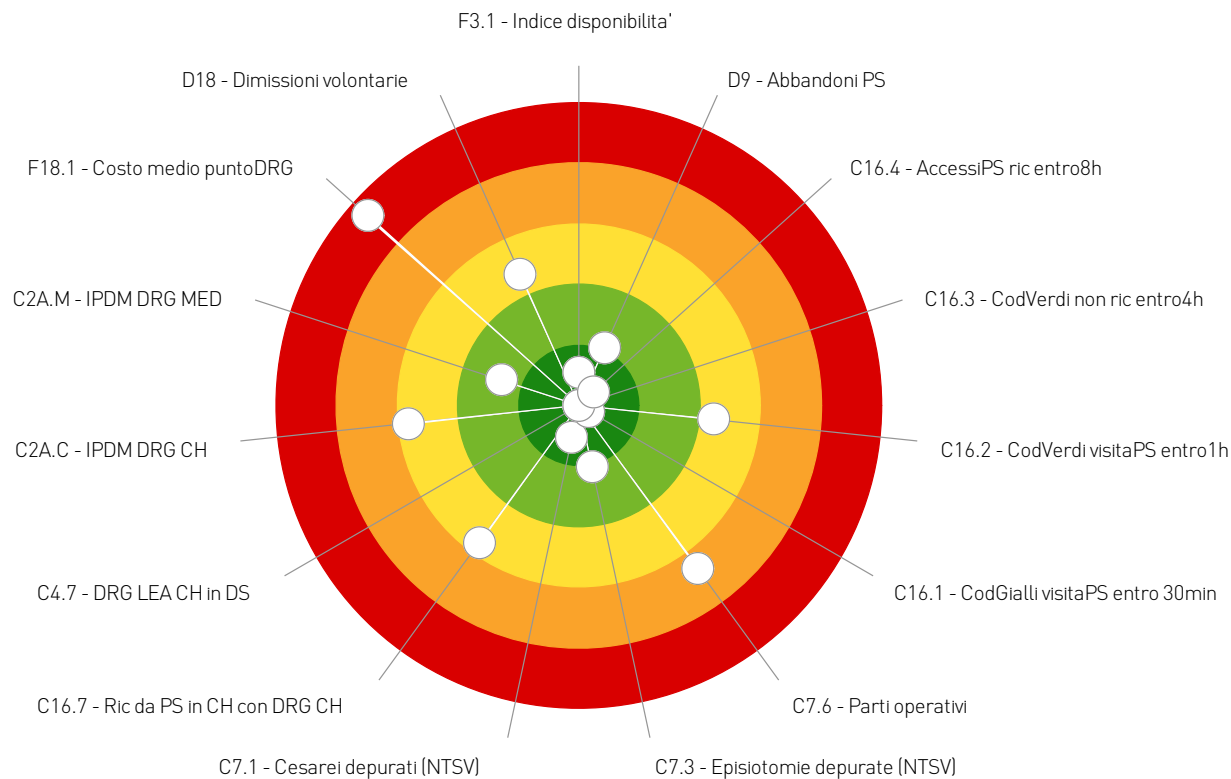


# IRCCS BURLO GAROFOLO

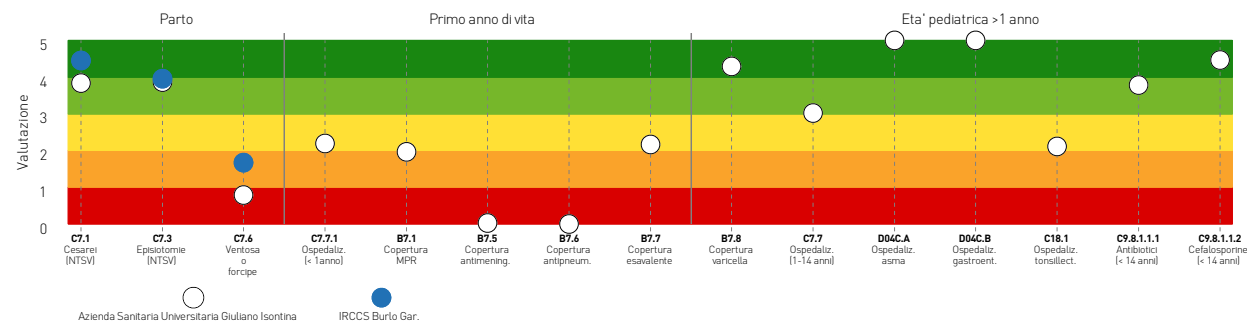
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



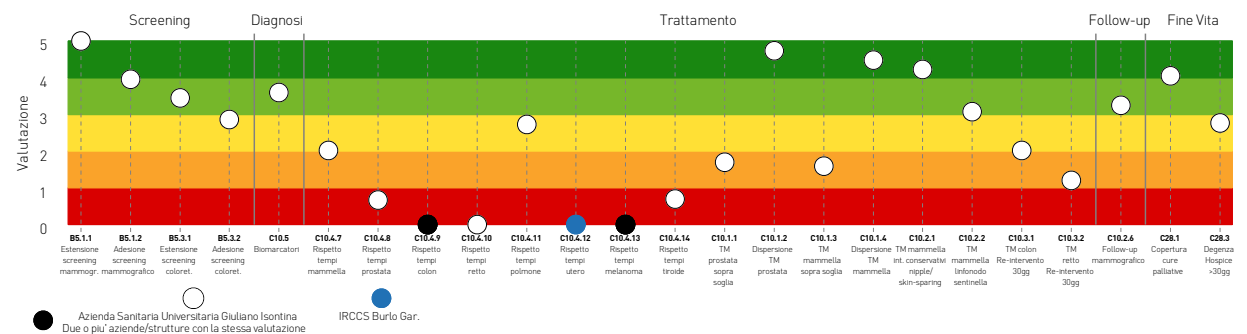
## Valutazione della performance 2019



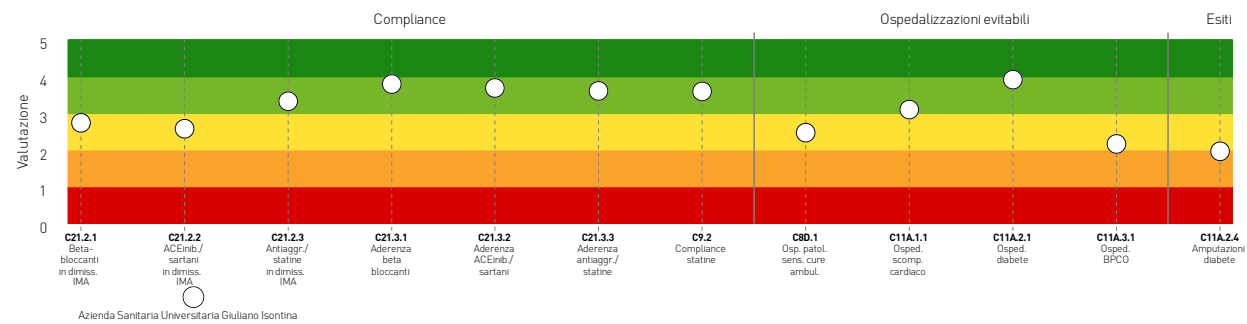
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



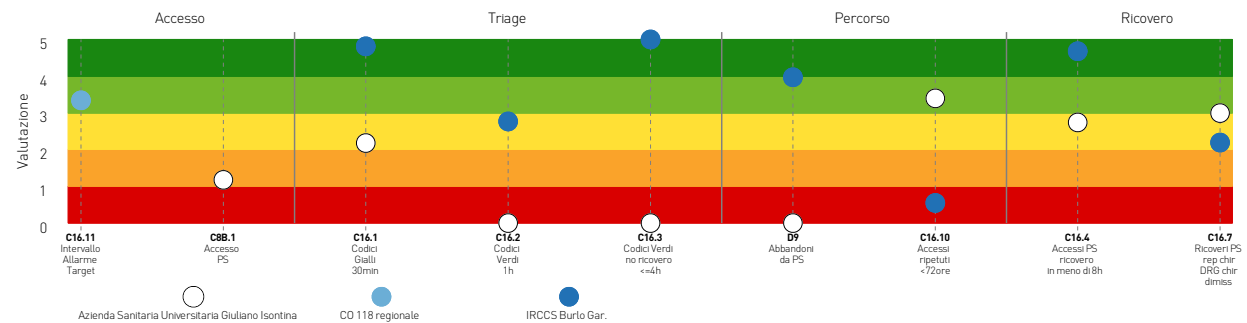
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA

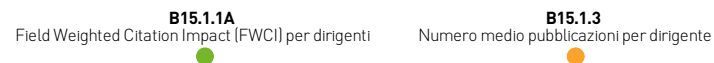


# AZ.SAN.UNIV.FRIULI CENTRALE

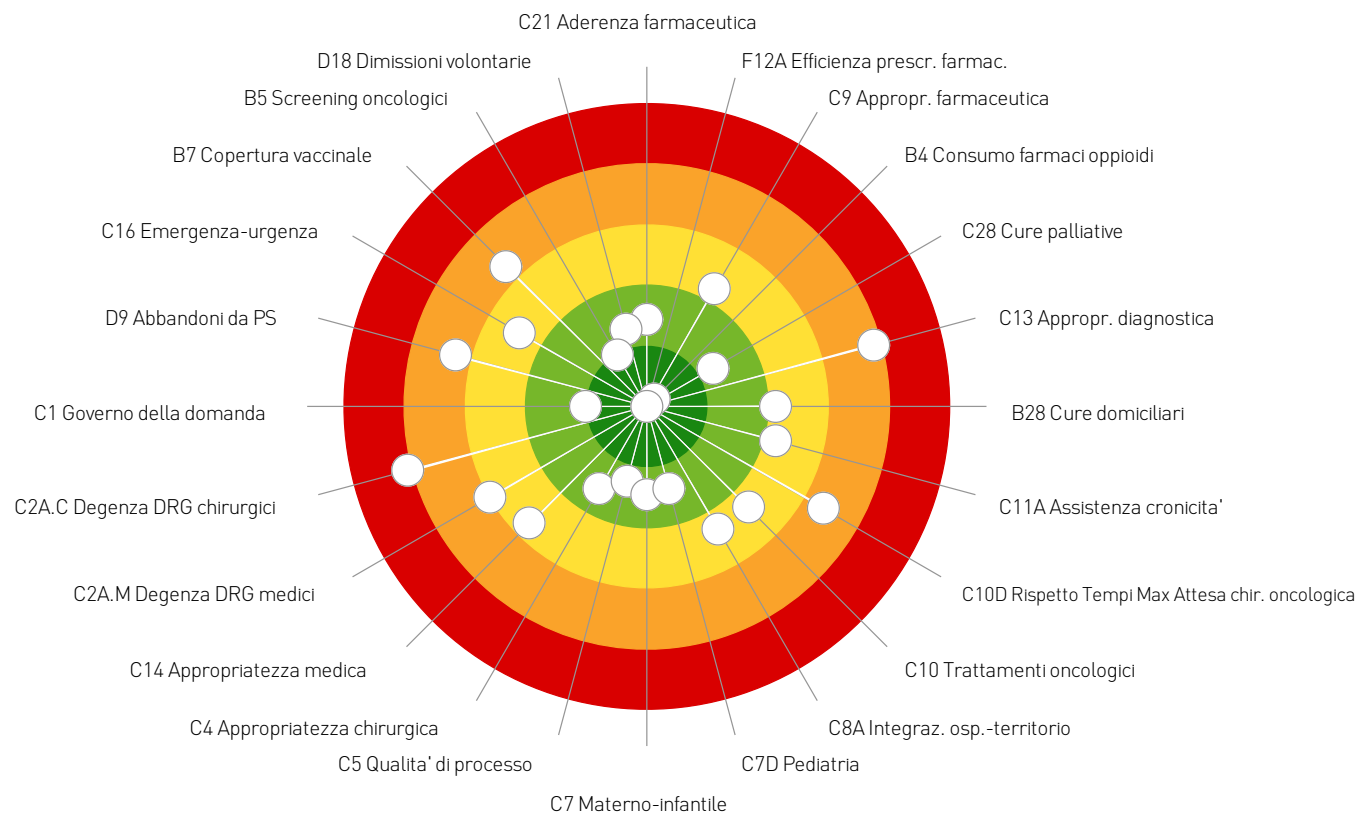
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)

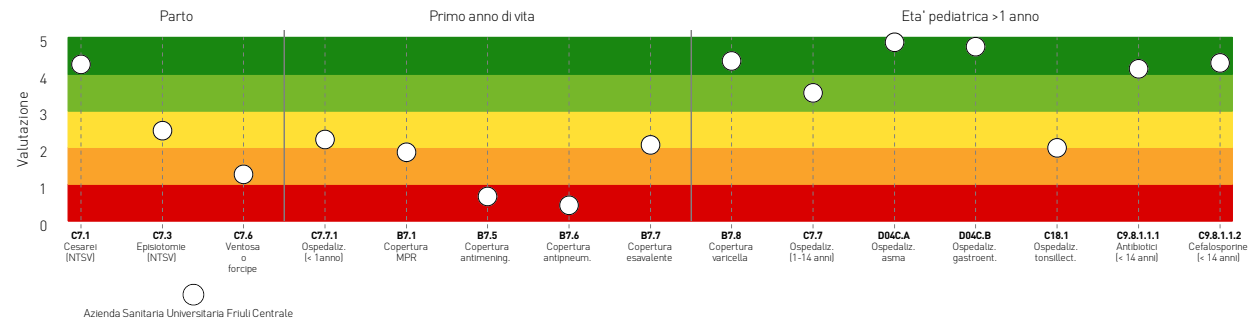


## Valutazione della performance 2019

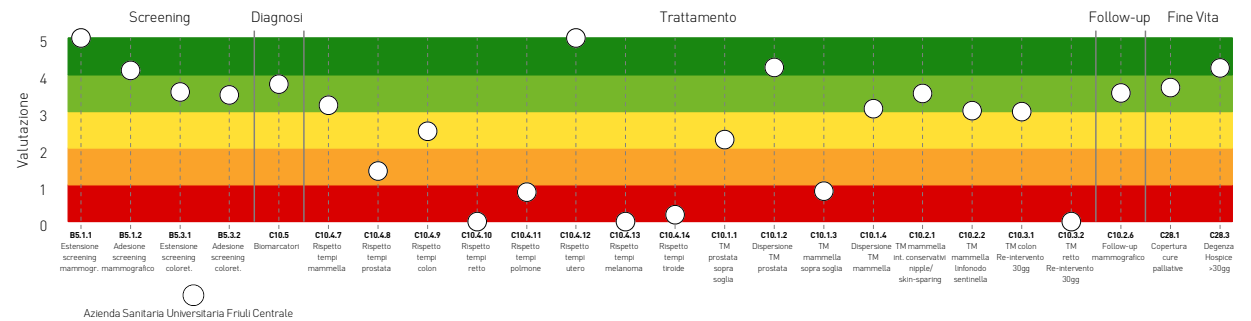




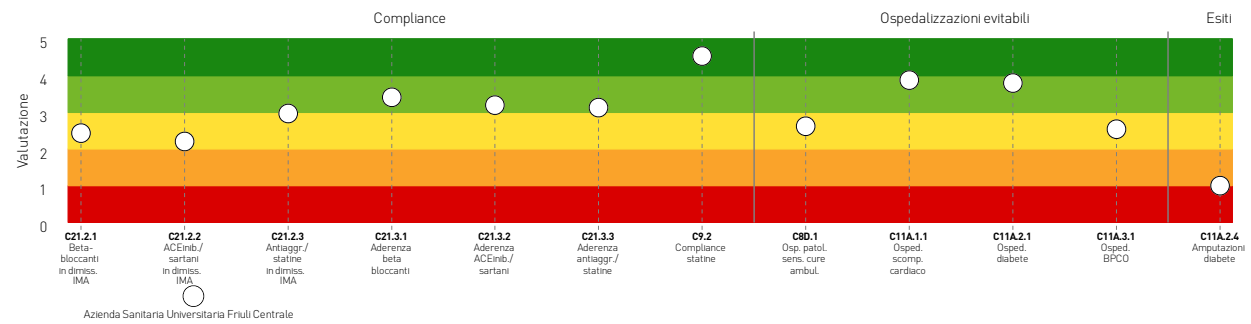
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



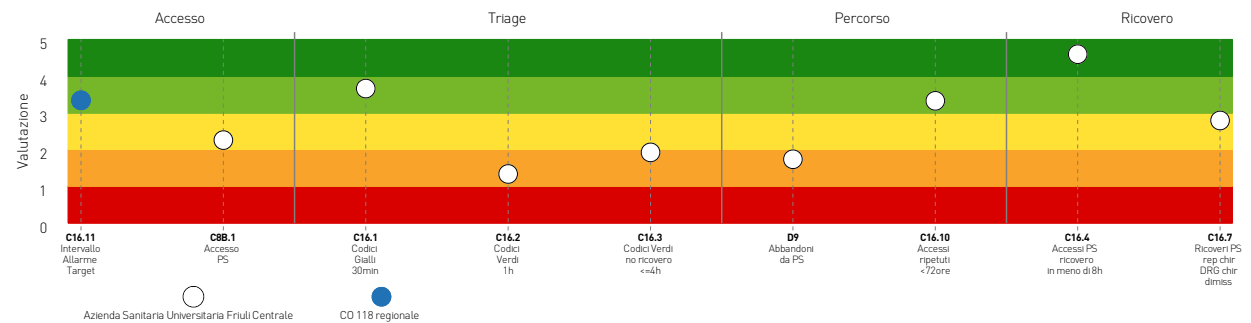
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ

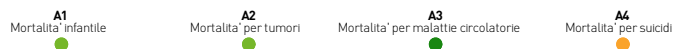


### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



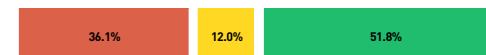
# AZ.SAN.FRIULI OCCIDENTALE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



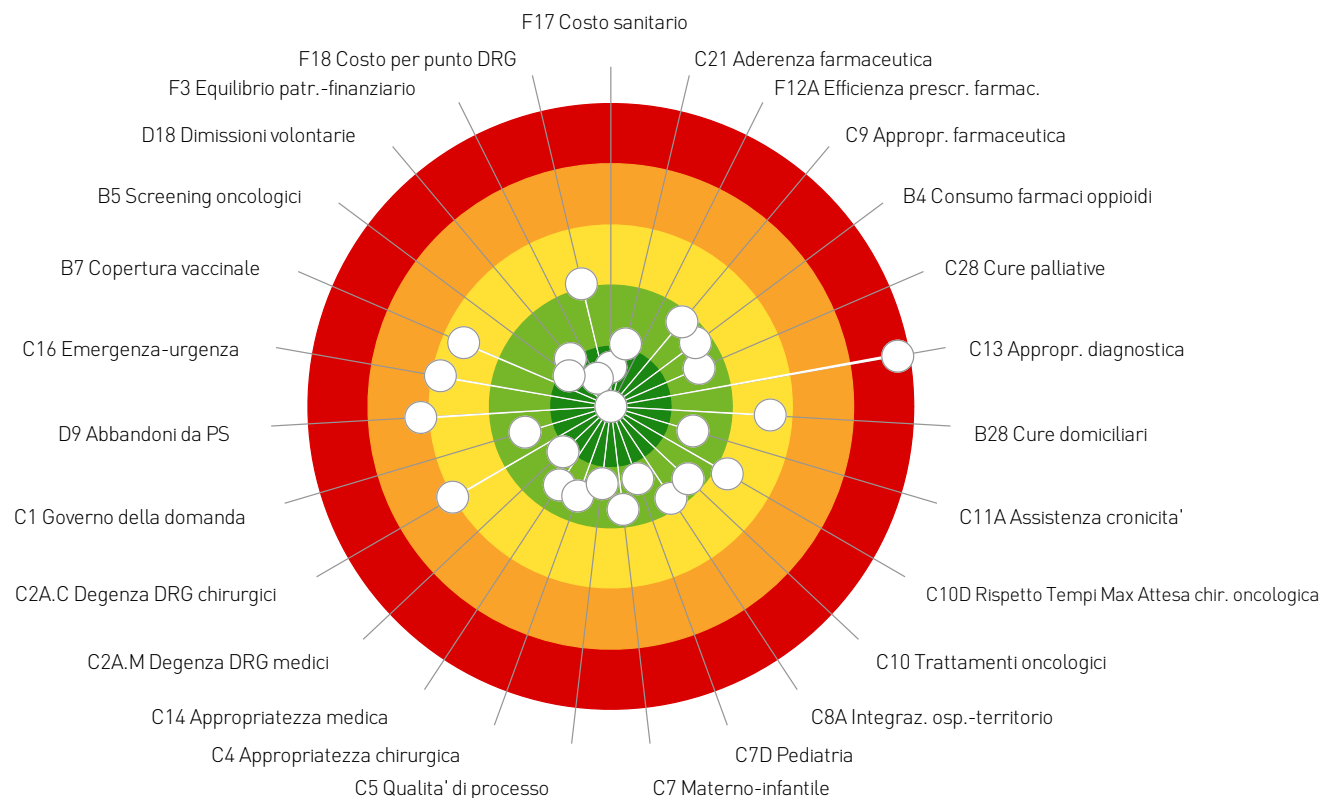
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 83



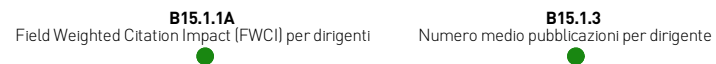
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

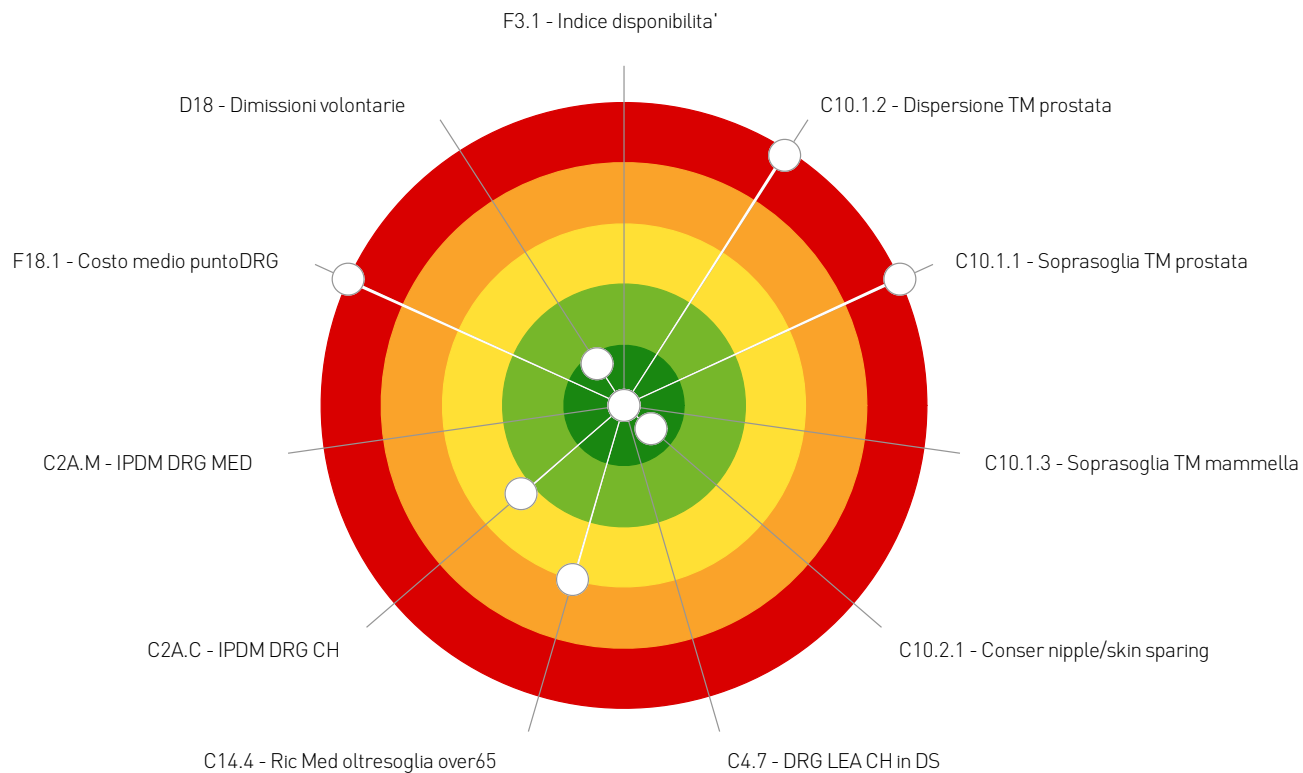


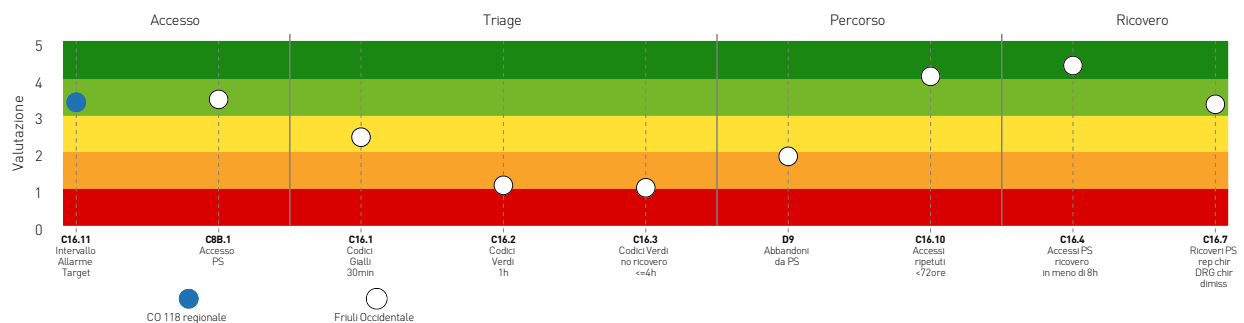
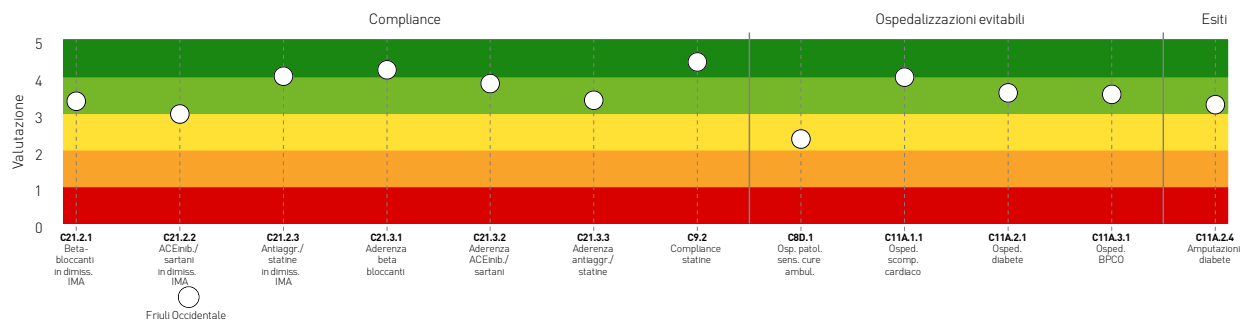
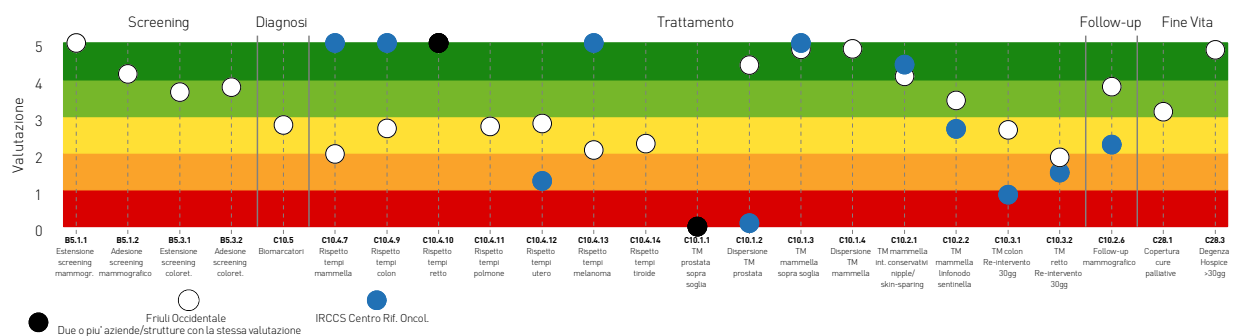
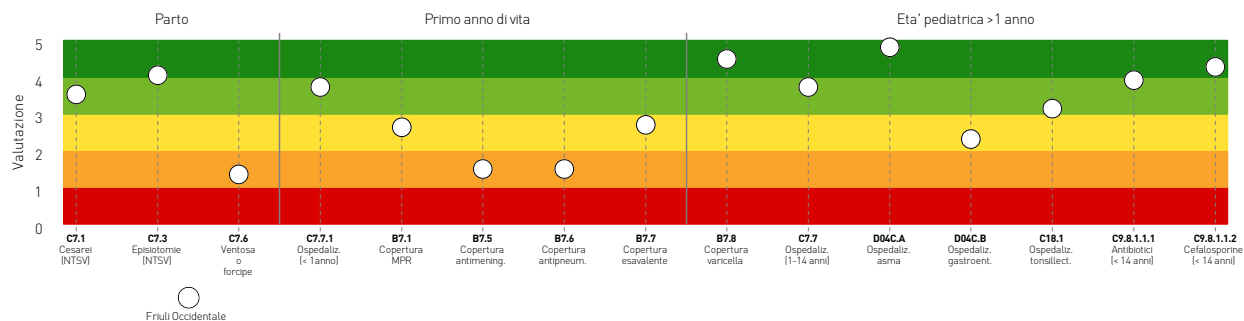
# IRCCS CENTRO RIF. ONCOLOGICO

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



## Valutazione della performance 2019





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# LIGURIA



Popolazione: 1.550.640 abitanti  
Densità: 286.29 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

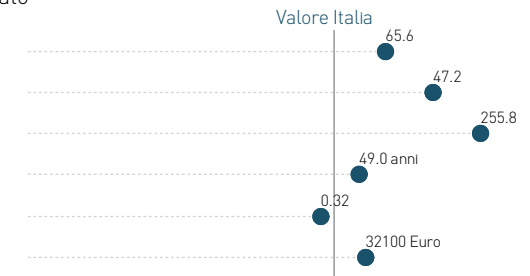
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini \*

PIL pro-capite \*\*



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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 residenti liguri non si discostino significativamente rispetto a quelli diffusi nelle altre Regioni del 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 e alla copertura vaccinale per HPV. Per quanto riguarda gli screening oncologici, sono molto buoni i livelli di estensione, per i due programmi monitorati (mammografico e coloretale), per quanto invece i livelli di adesione siano sotto la media per lo screening coloretale.

In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è allineata alla media delle altre Regioni, così come le segnalazioni di potenziali donatori, in miglioramento rispetto all'anno 2018.

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 per ricoveri ordinari acuti è nel 2019 in linea rispetto alle altre Regioni (99,8 ricoveri ogni 1.000 residenti). Una maggiore diffusione dell'assistenza domiciliare – più bassa rispetto alle altre Regioni – potrebbe probabilmente contribuire a ridurre ulteriormente 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 sia il numero di ricoveri diurni con finalità diagnostica, per quanto in riduzione rispetto al 2018, sia 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 ha risultati migliori rispetto alla media delle altre Regioni mentre si registra una degenza media relativamente più lunga, stabile rispetto al valore dell'anno precedente, 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, in ulteriore contrazione rispetto al 2018, continua a essere leggermente inferiore rispetto alla maggioranza delle altre Regioni.

L'integrazione ospedale-territorio risulta complessivamente migliore della media delle 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 leggero aumento) percentuale di pazienti che ripetono la prestazione entro l'anno suggerisce un possibile problema di appropriatezza; *performance* non soddisfacenti si riscontrano anche per quanto riguarda il tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per pazienti anziani.

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 migliore della 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, seppur in lieve miglioramento rispetto all'anno 2018, anche a fronte della marcata variabilità inter-aziendale.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria (relativa all'anno 2018), il costo sanitario complessivo di 2068 euro pro capite, in aumento rispetto all'anno precedente, è in linea con la media delle altre Regioni.

La gestione del percorso materno infantile presenta ancora ambiti di miglioramento sia nella fase della 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 – in ulteriore aumento rispetto al 2018 – è il più elevato del Network), sia nella successiva fase pediatrica (il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita e quello per interventi di tonsillectomia si confermano alti).

La gestione del percorso oncologico presenta risultati contrastanti. Nella fase del trattamento, si registrano tempi di attesa per gli interventi chirurgici in linea con le altre Regioni (eccezione fatta per il tumore all'utero, per il quale i tempi sono più dilatati) ma va ancora fatto uno sforzo verso la concentrazione della casistica, soprattutto per il trattamento della prostata. 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 mostra nel suo complesso performance in linea rispetto alle altre Regioni: i bassi tassi di ospedalizzazione per patologie croniche confermano una buona capacità assistenziale, pur essendoci qualche criticità in riferimento alla presa in carico diabetologica – il tasso di amputazioni maggiori per diabete resta superiore alla media – e alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine, in ulteriore aumento rispetto al 2018, che risulta la più alta 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.

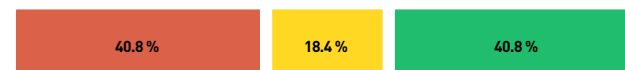
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



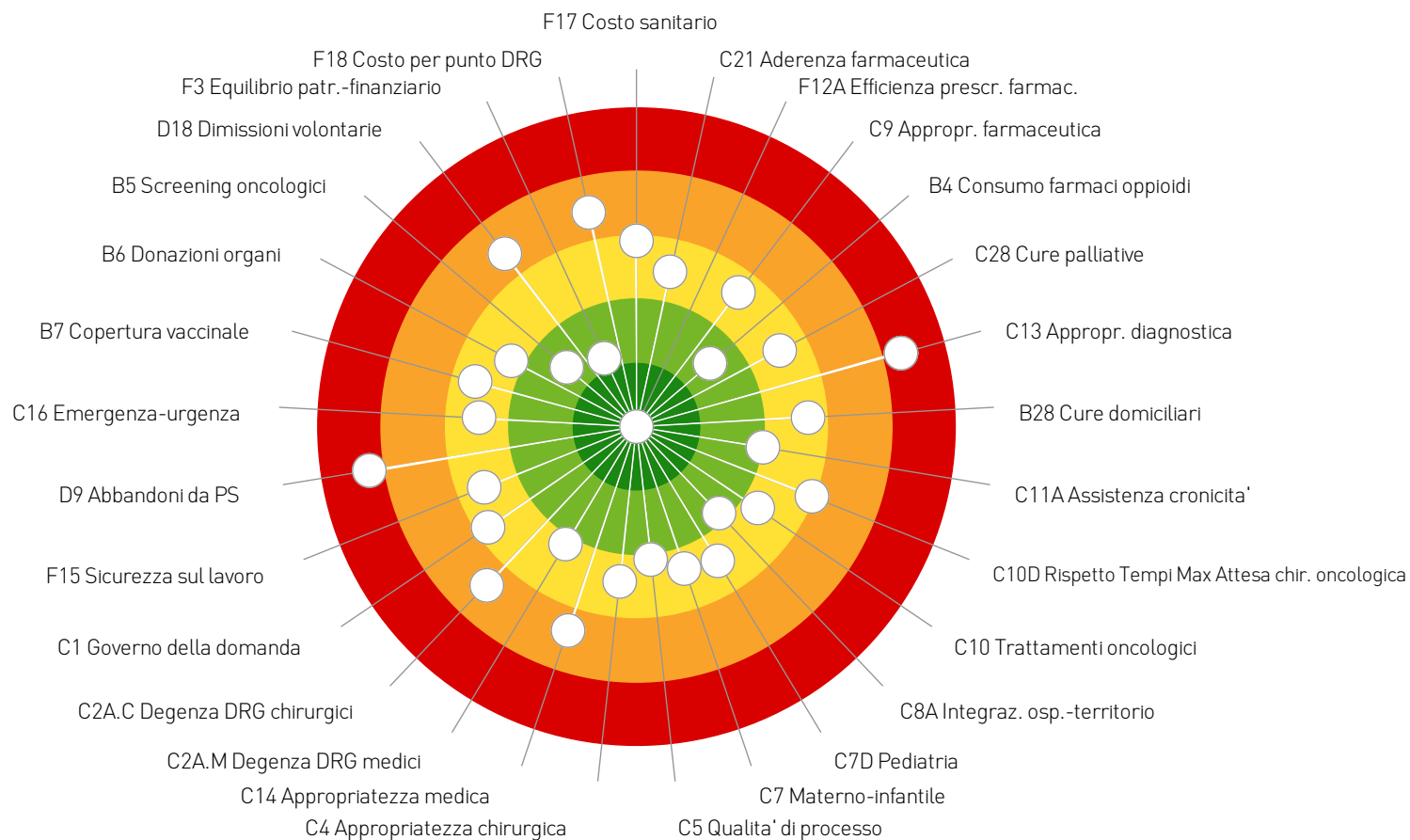
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 103



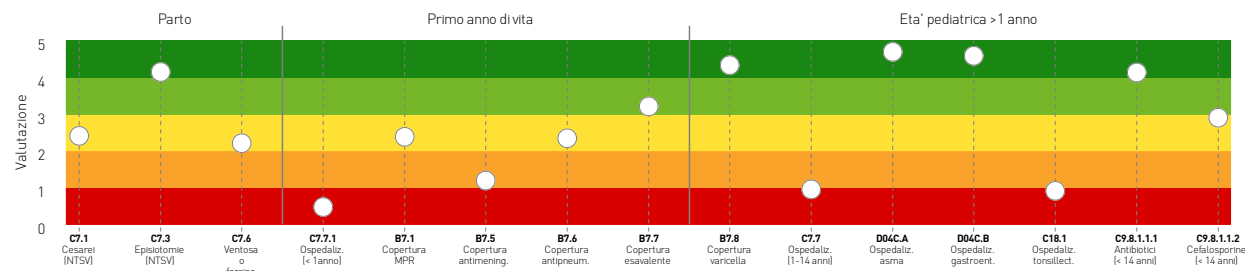
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

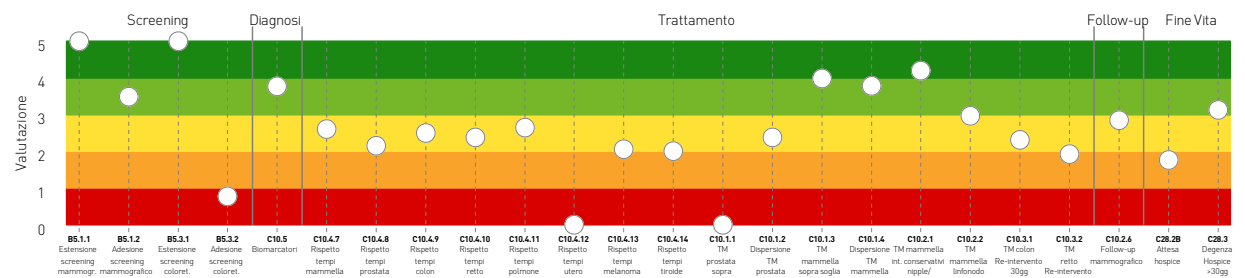




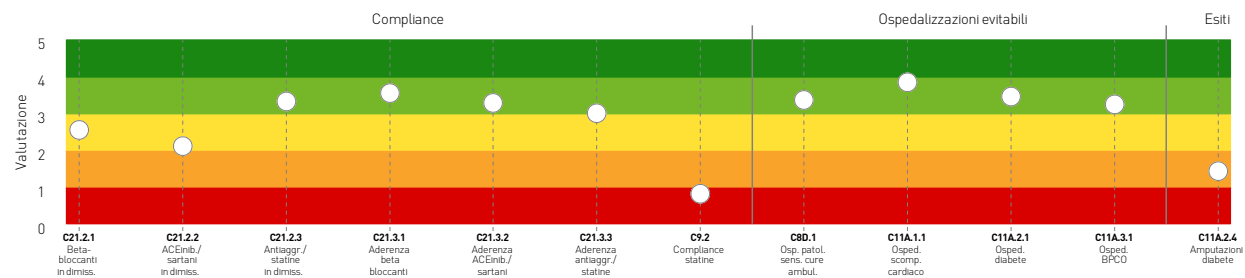
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



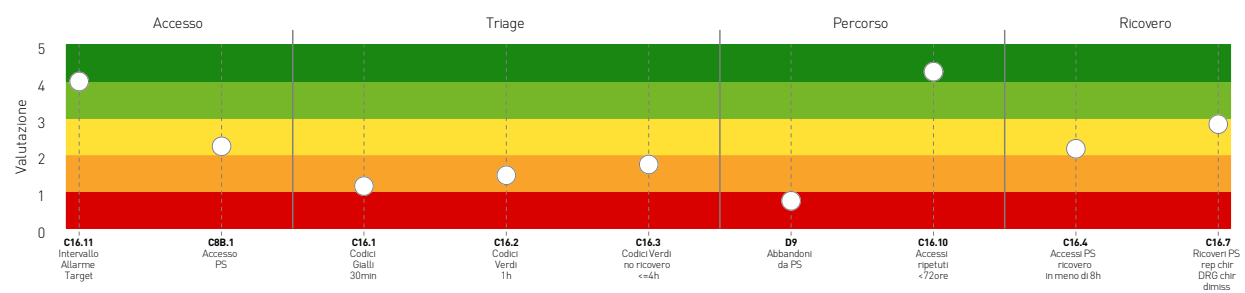
## PERCORSO ONCOLOGICO



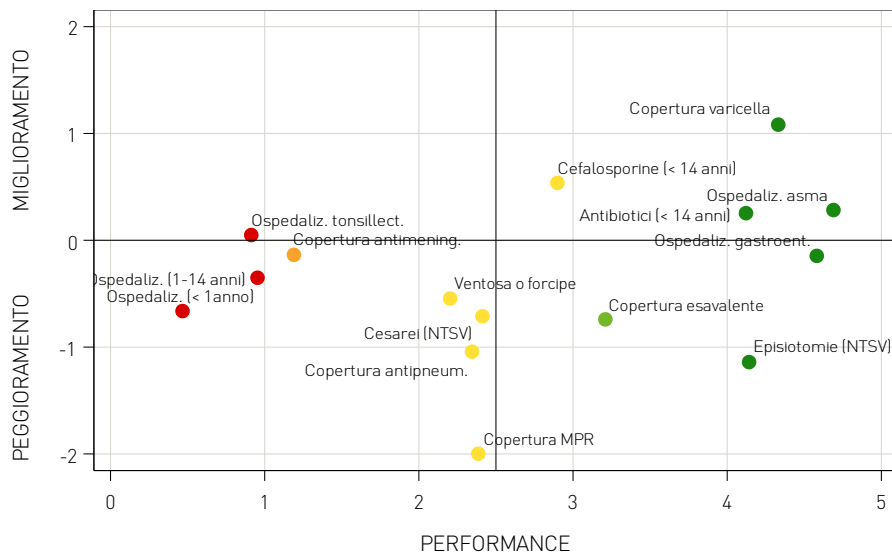
## PERCORSO CRONICITÀ



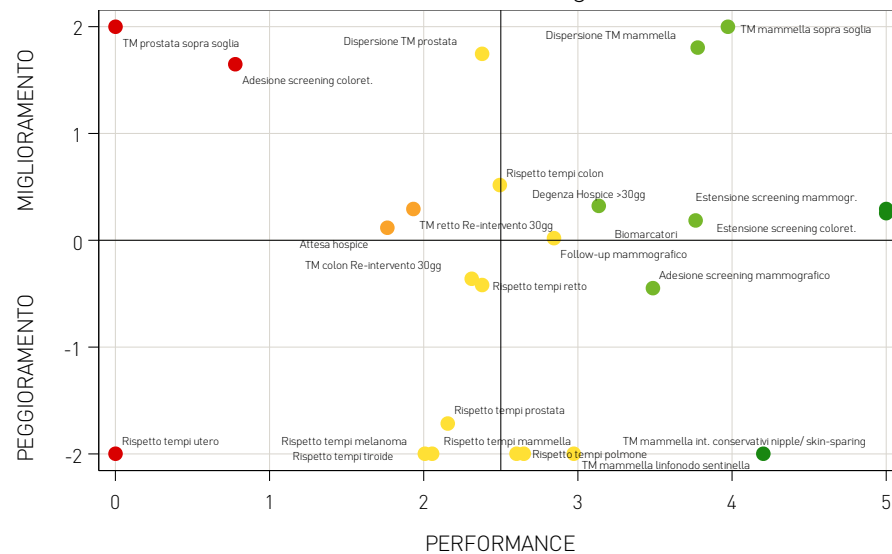
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



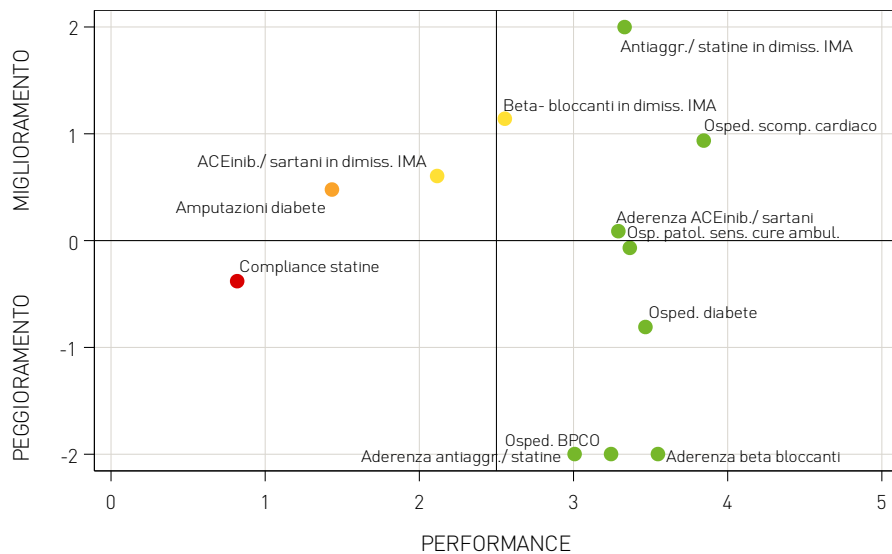
Percorso Materno Infantile



Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



# AUSL 1 IMPERIESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)

A10  
Stili di vita (PASSI)  
●

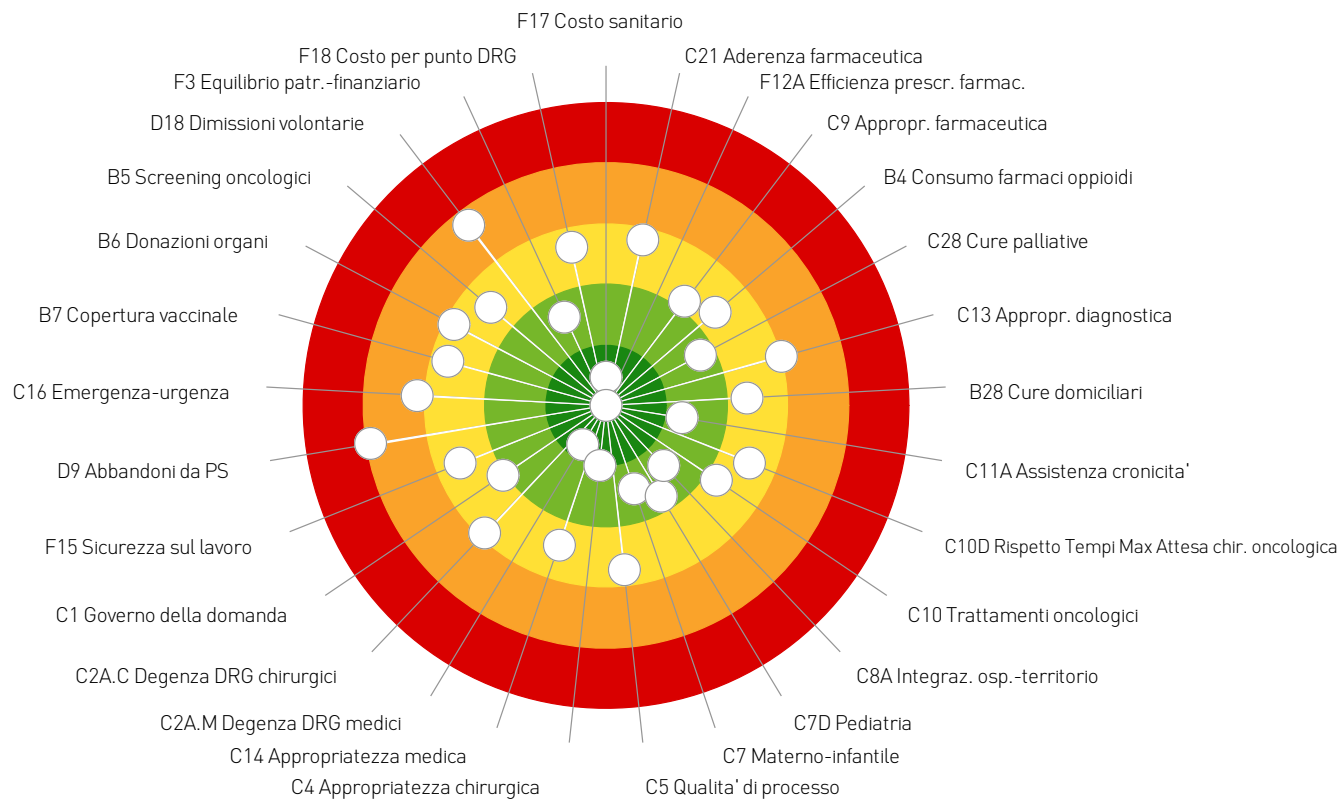
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

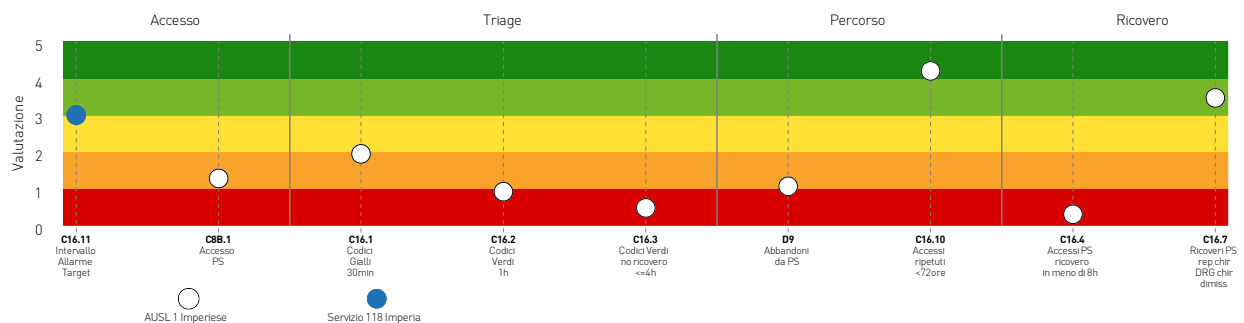
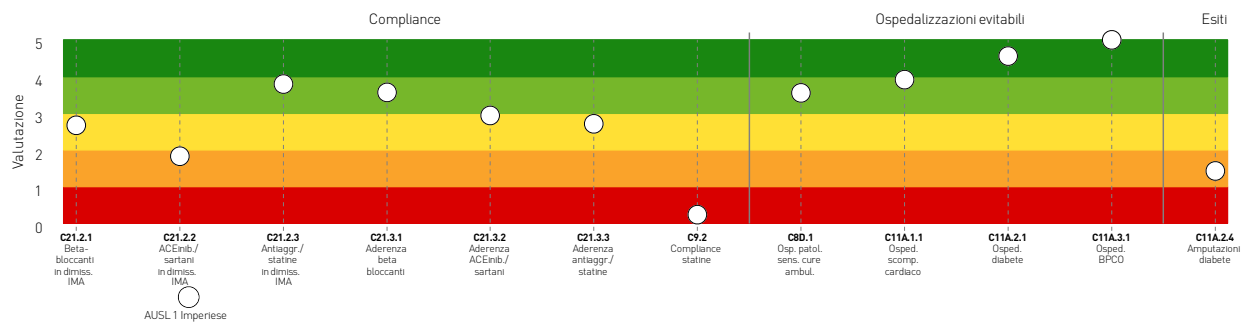
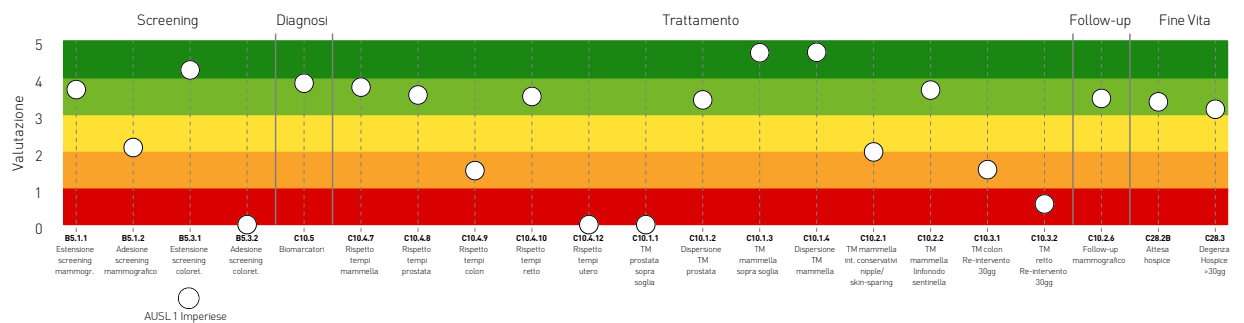
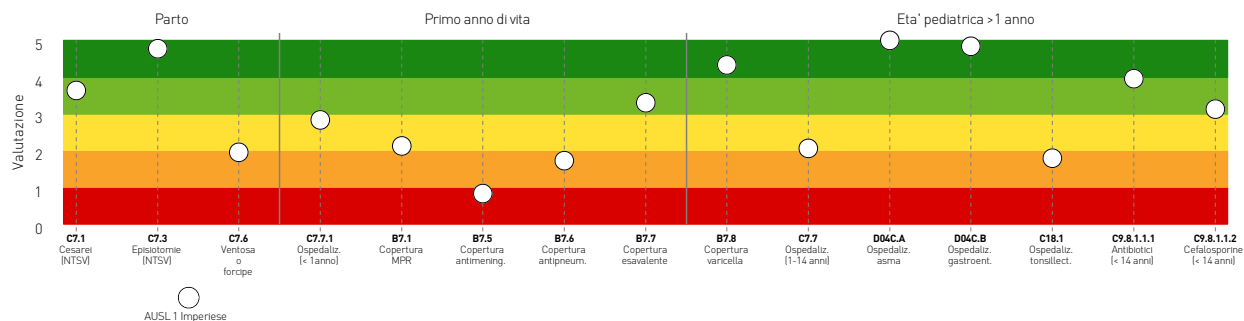
Numero Indicatori di valutazione: 100



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





# AUSL 2 SAVONESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



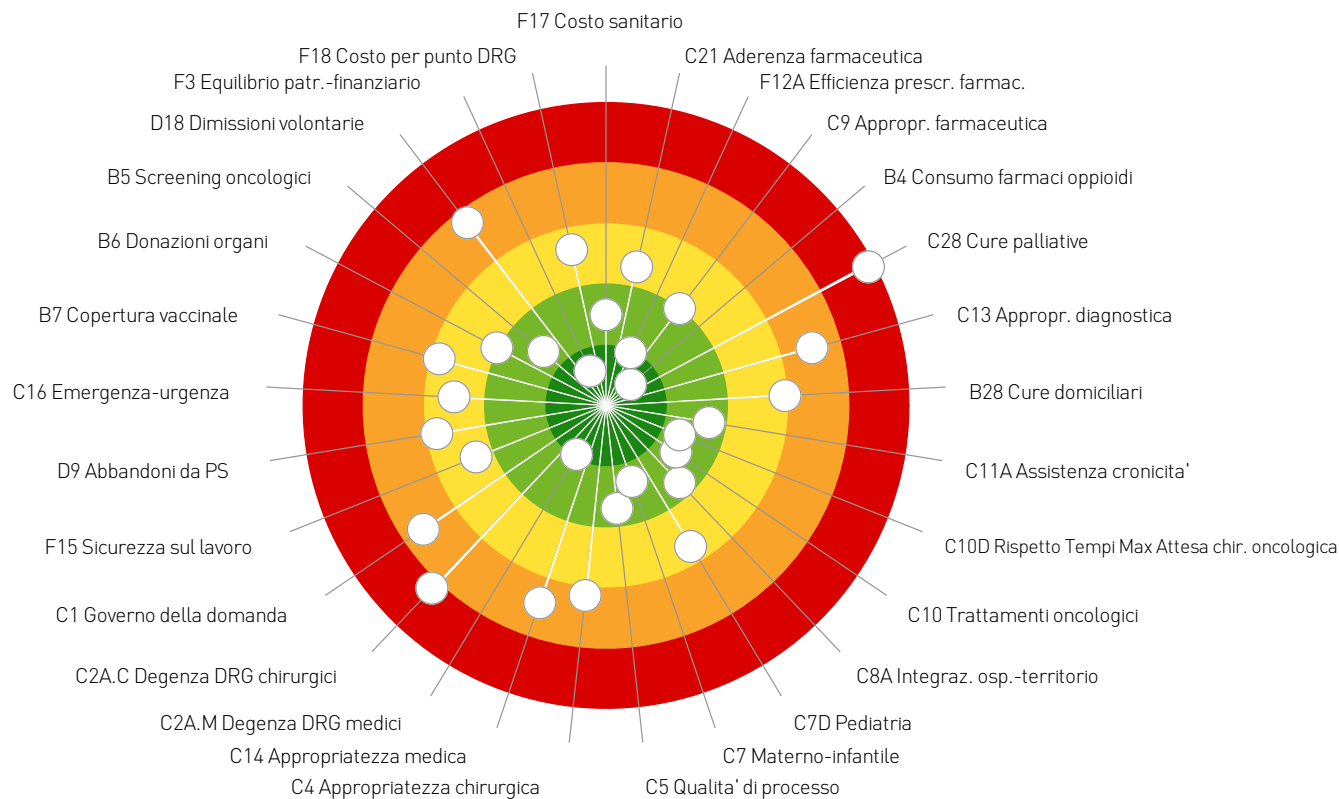
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

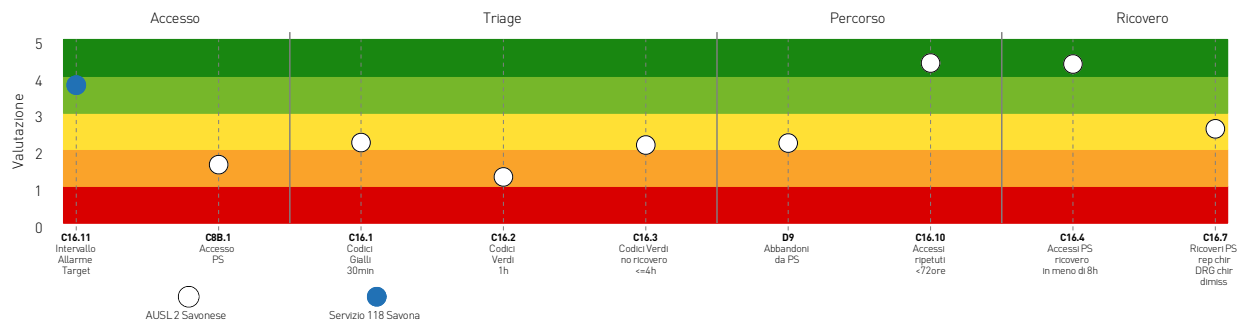
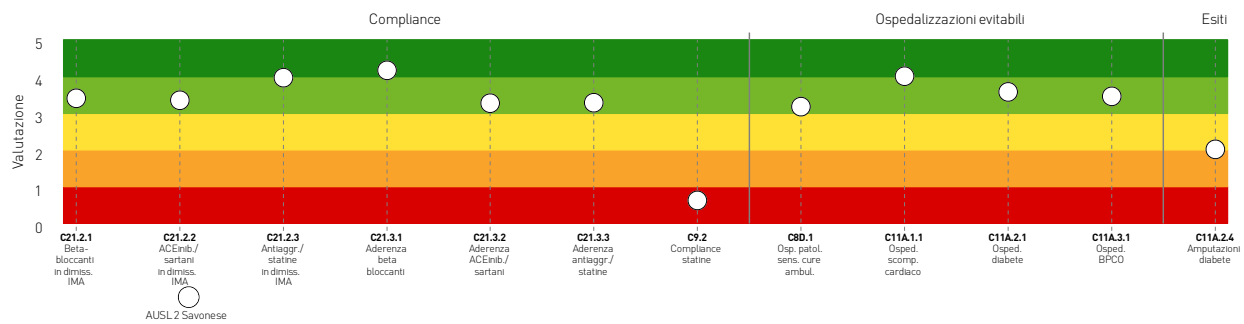
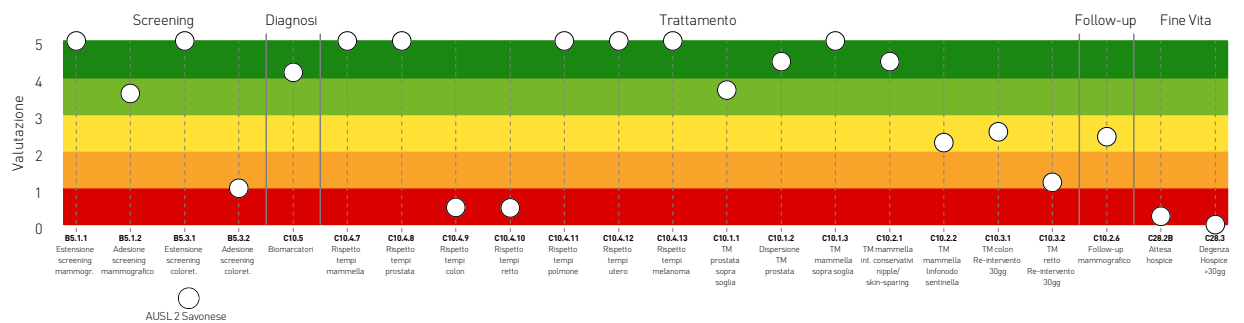
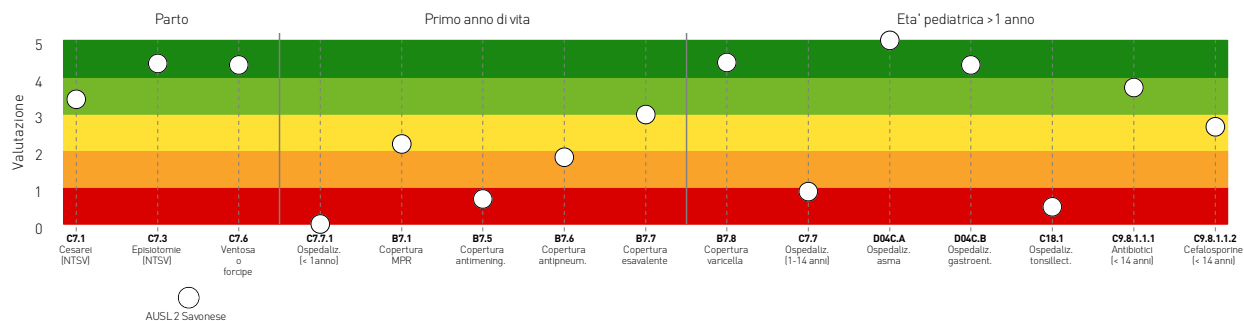
Numero Indicatori di valutazione: 100



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# AUSL 3 GENOVESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



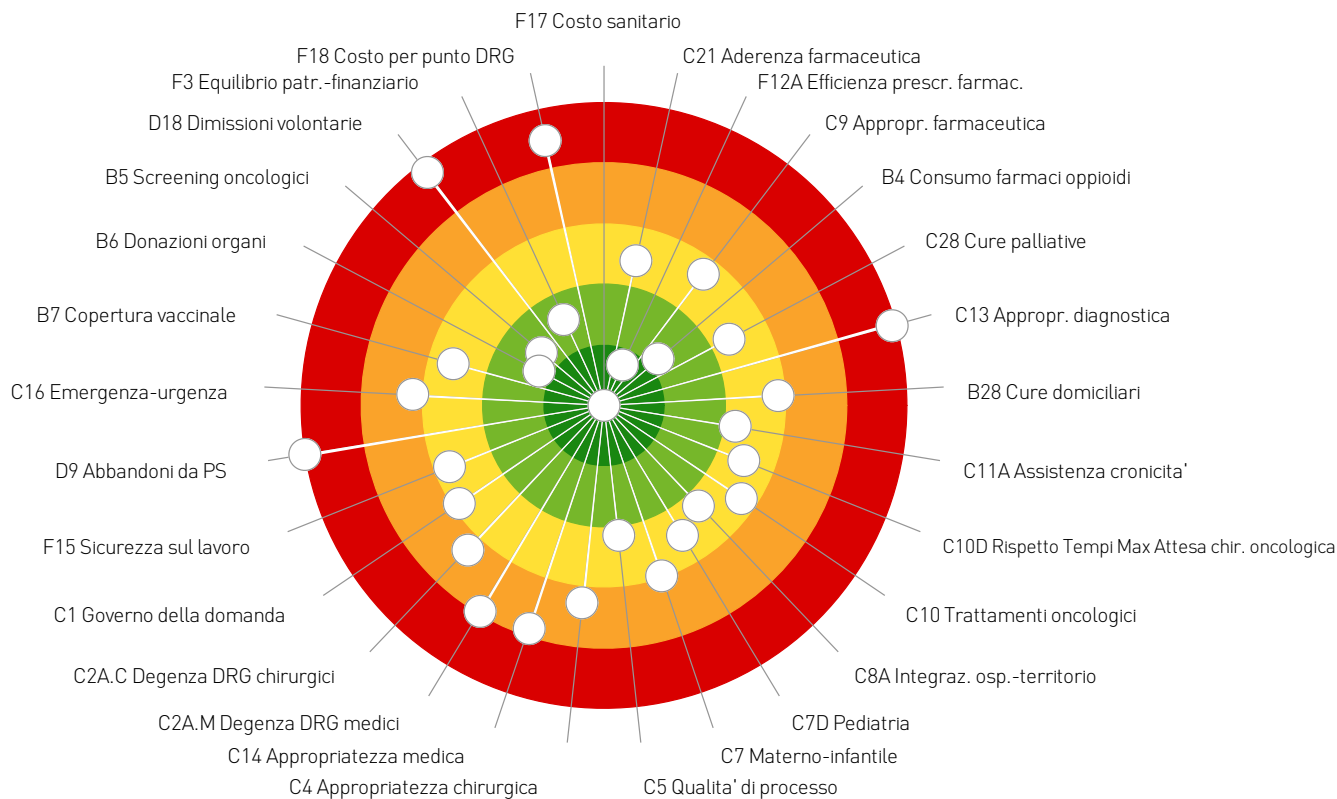
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 101



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# OSP. GALLIERA

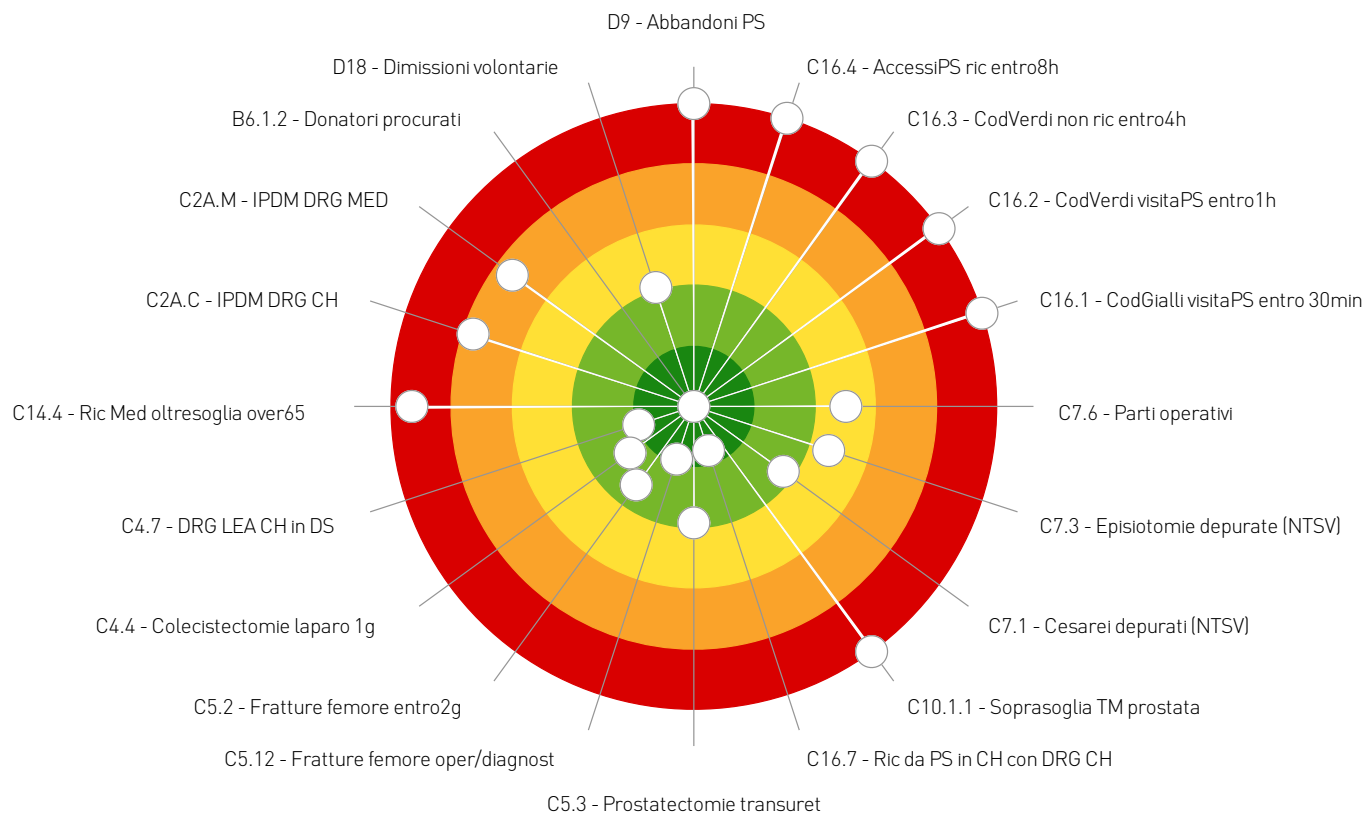
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 33



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





# OSP. EVANGELICO

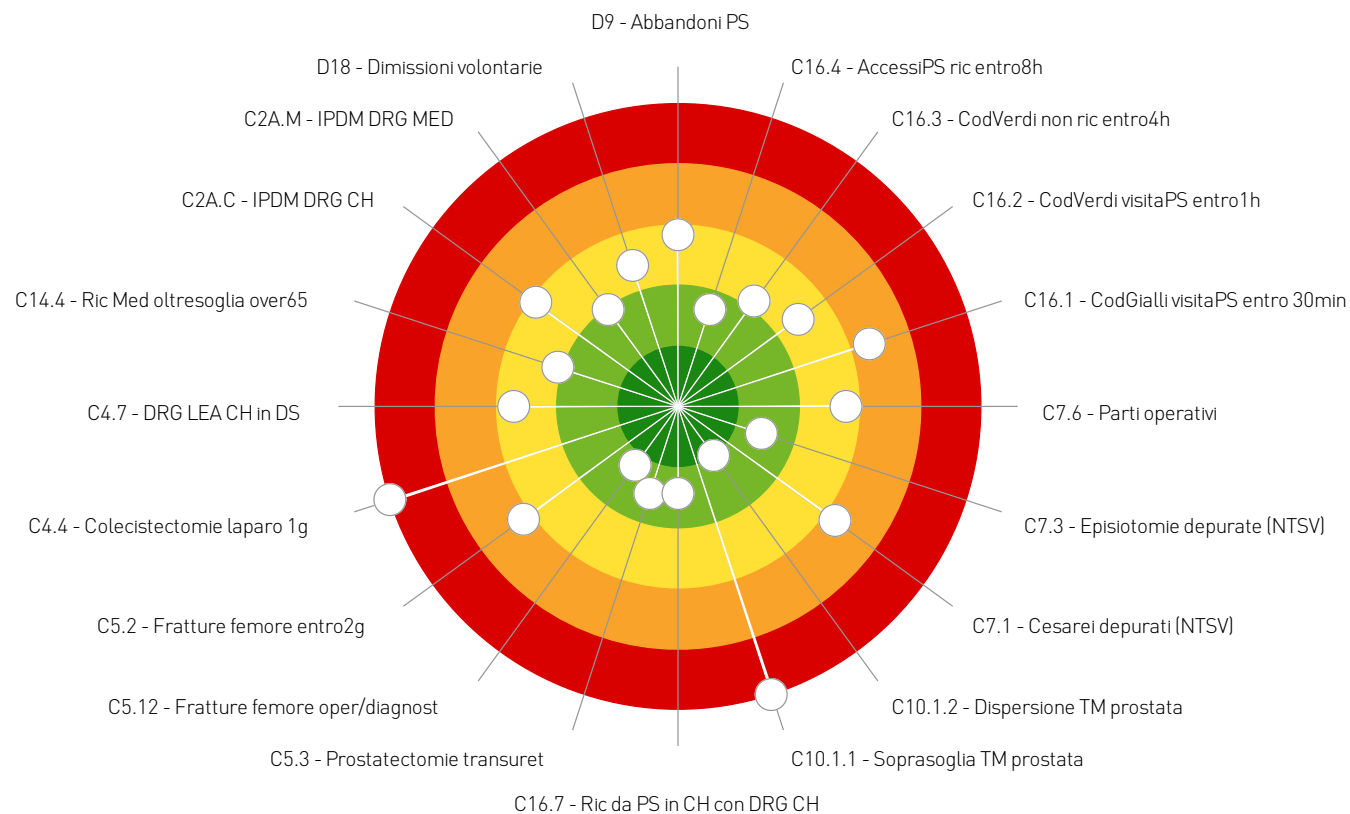
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 28



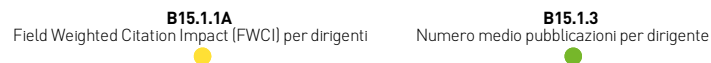
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# IRCCS S. MARTINO

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



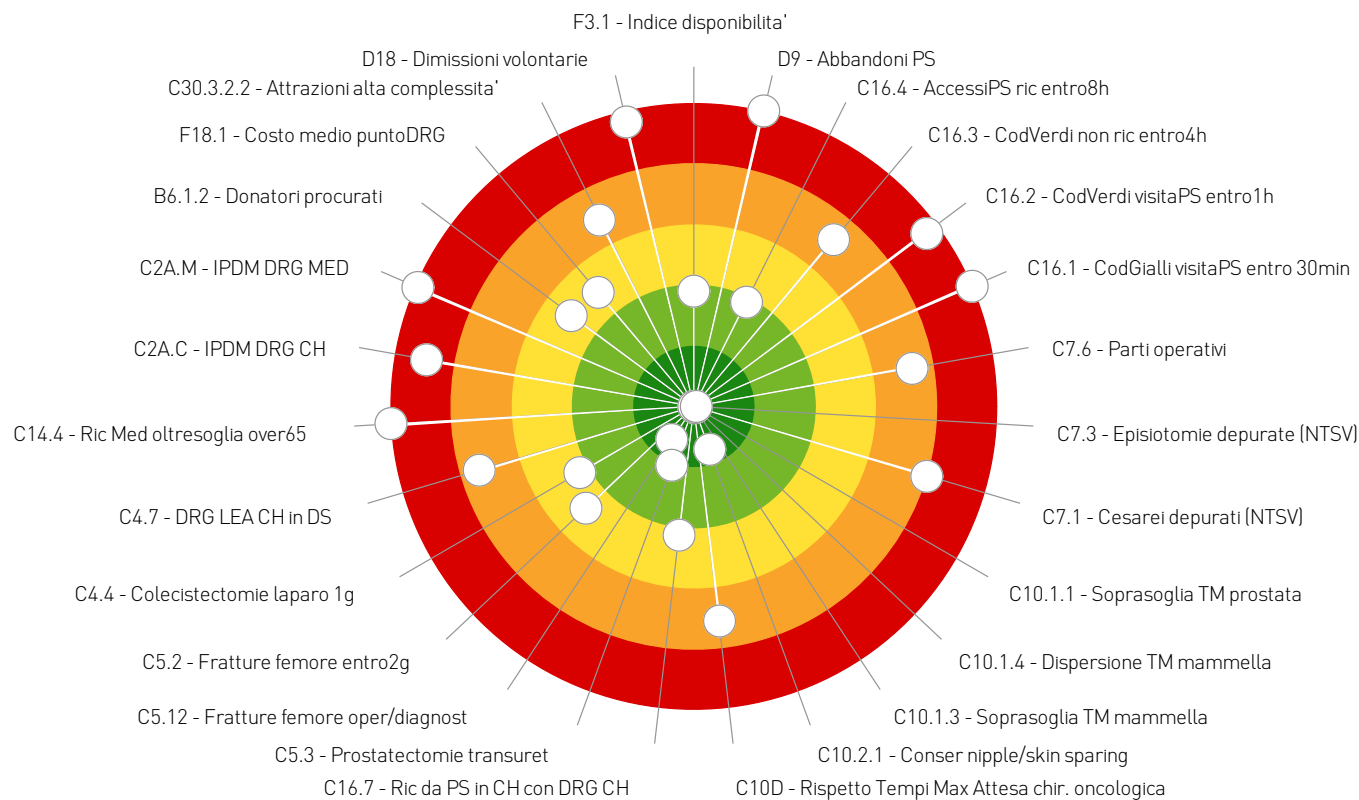
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 45



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# IST. GASLINI

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



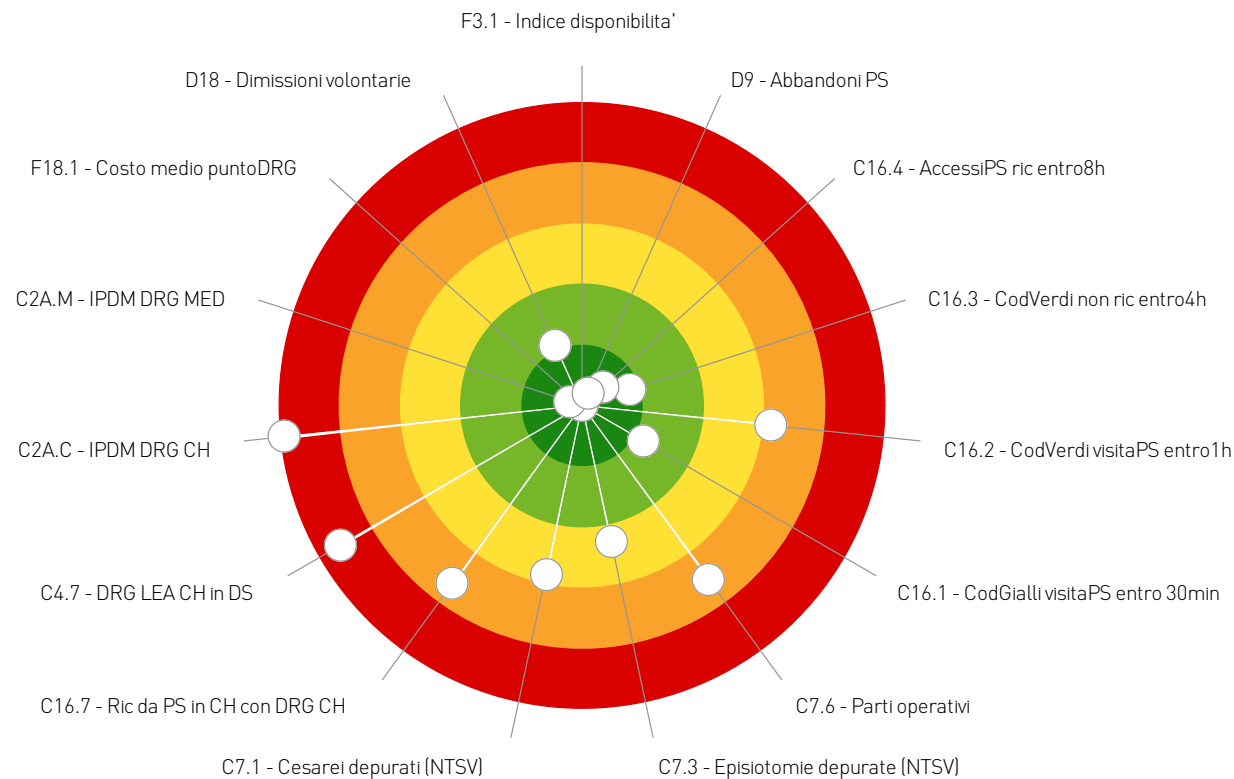
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

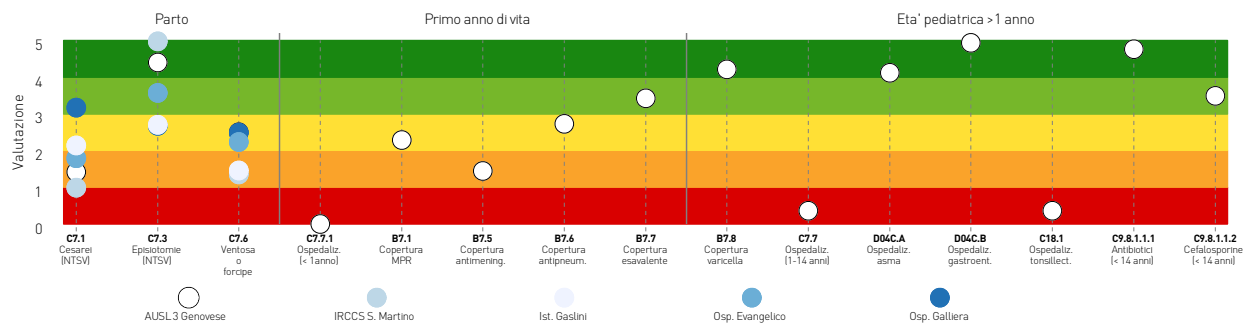
Numero Indicatori di valutazione: 21



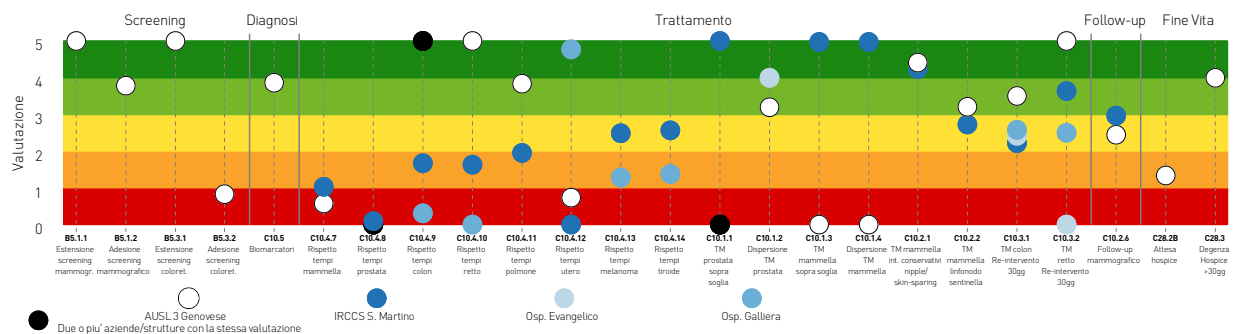
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

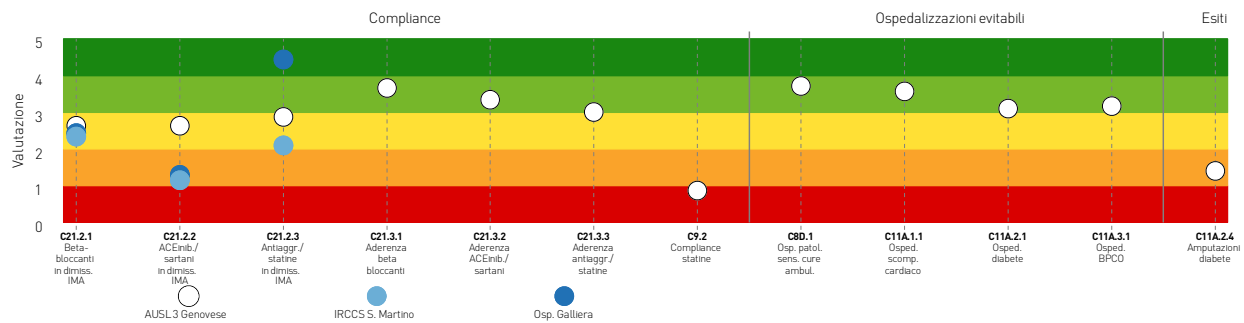




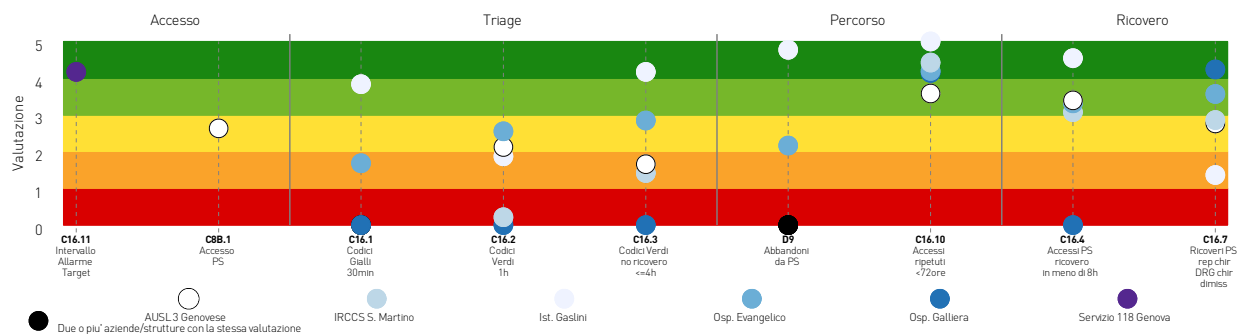
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# AUSL 4 CHIAVARESE

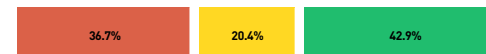
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



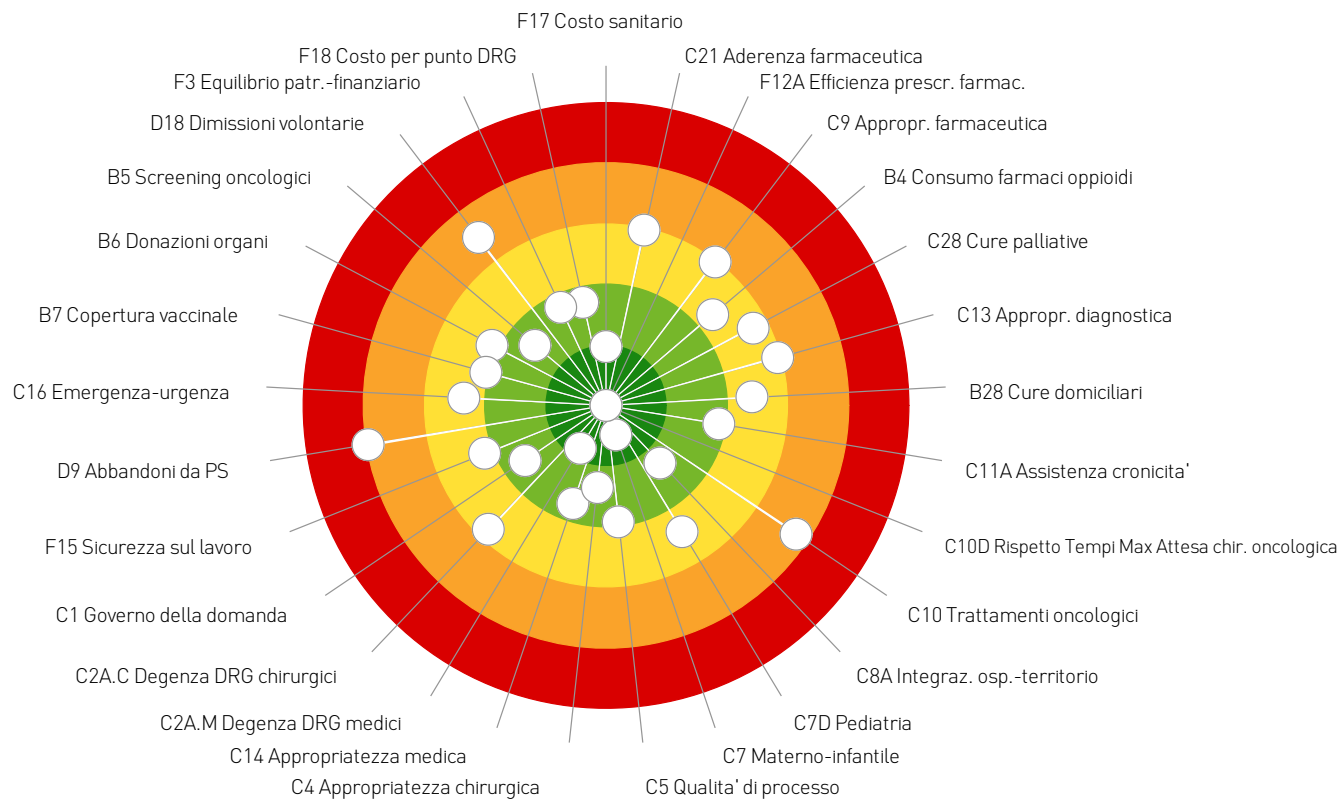
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

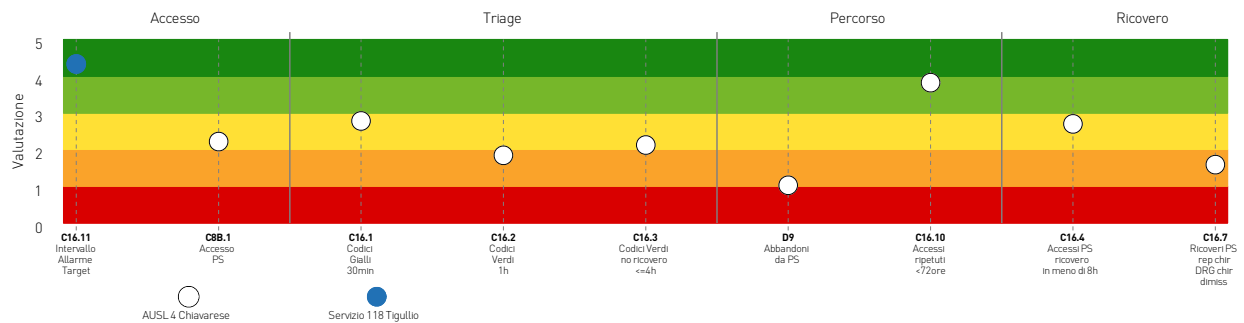
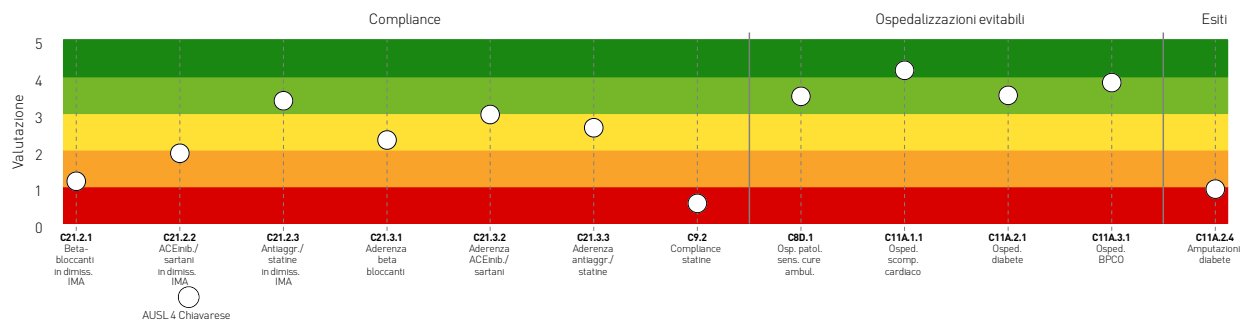
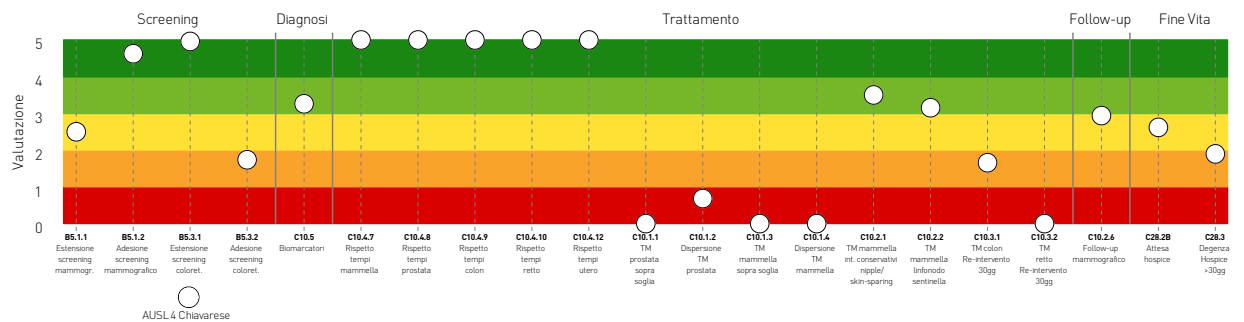
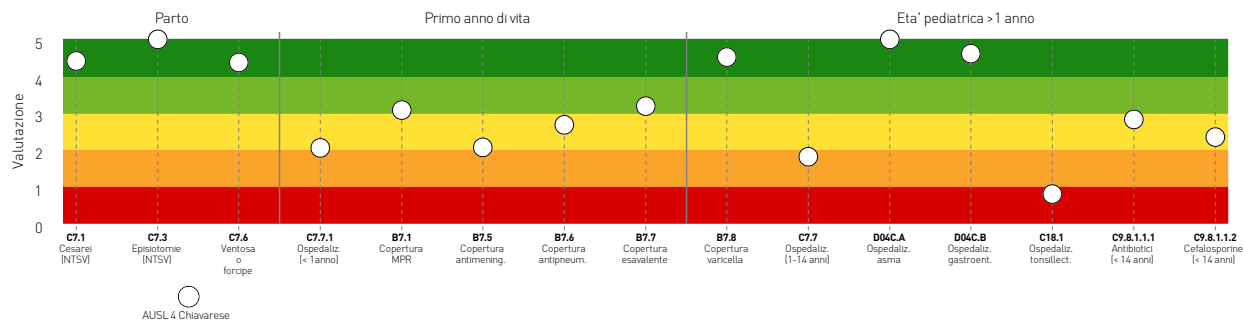
Numero Indicatori di valutazione: 98



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# AUSL 5 SPEZZINO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



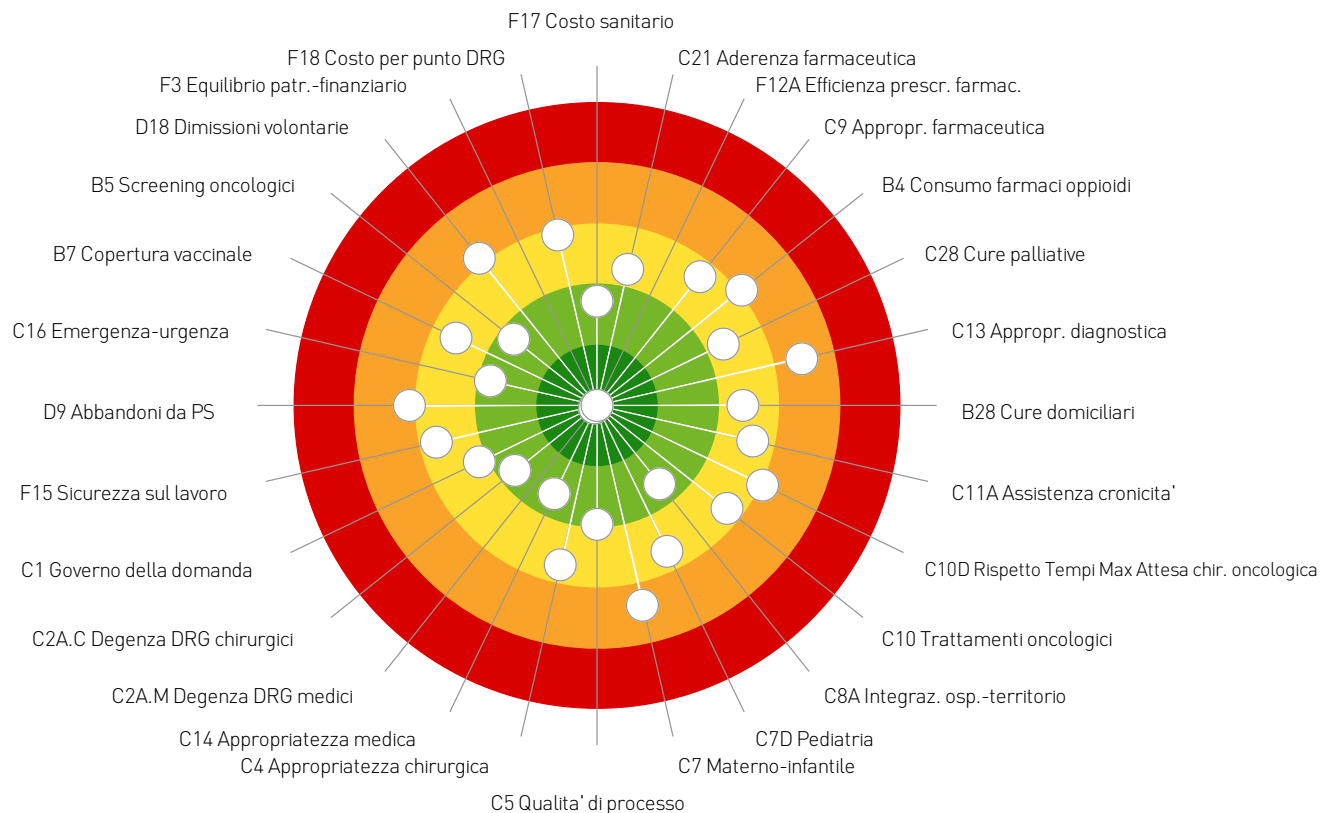
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

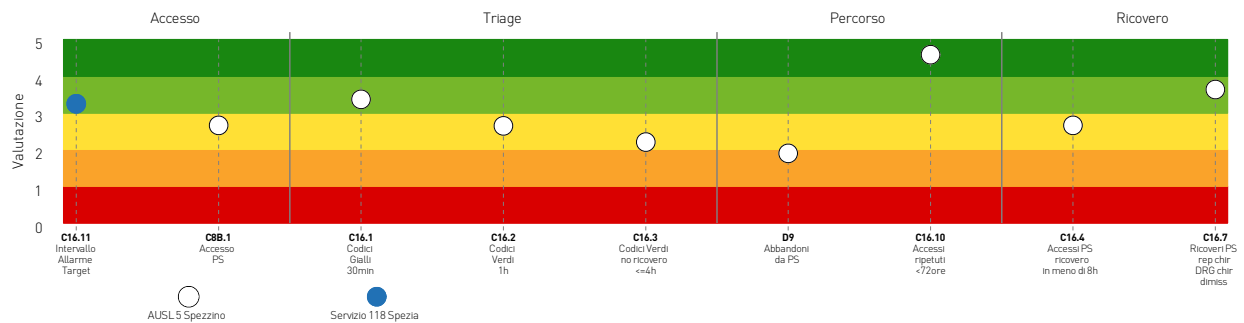
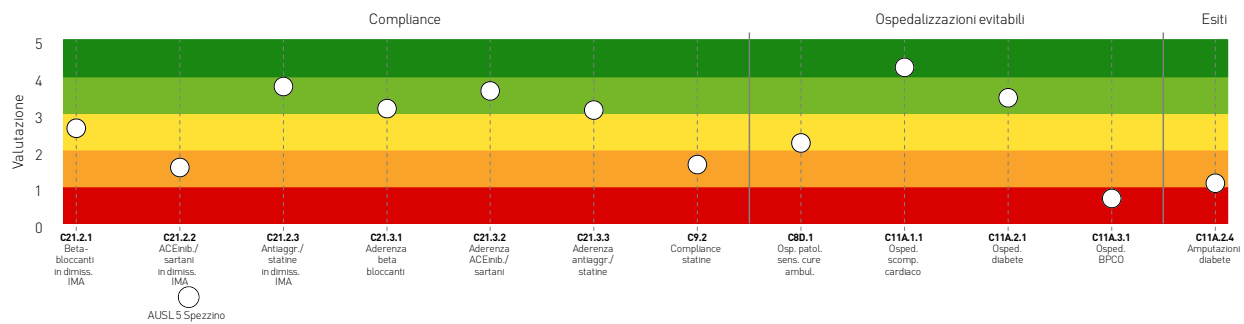
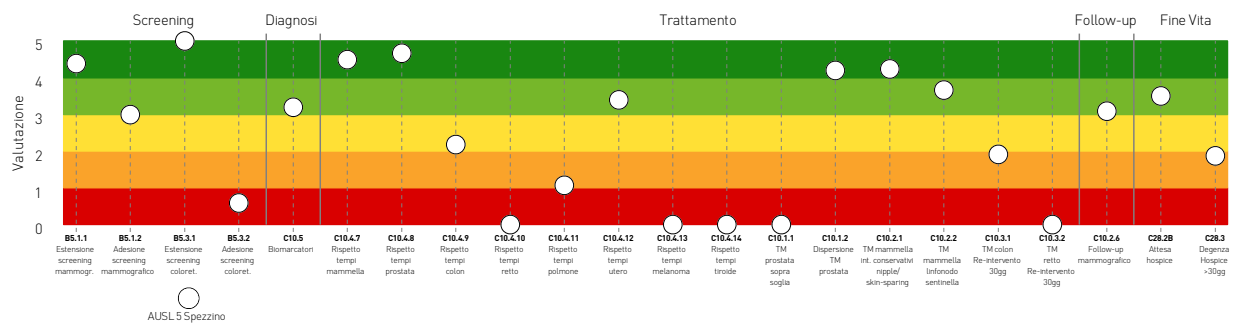
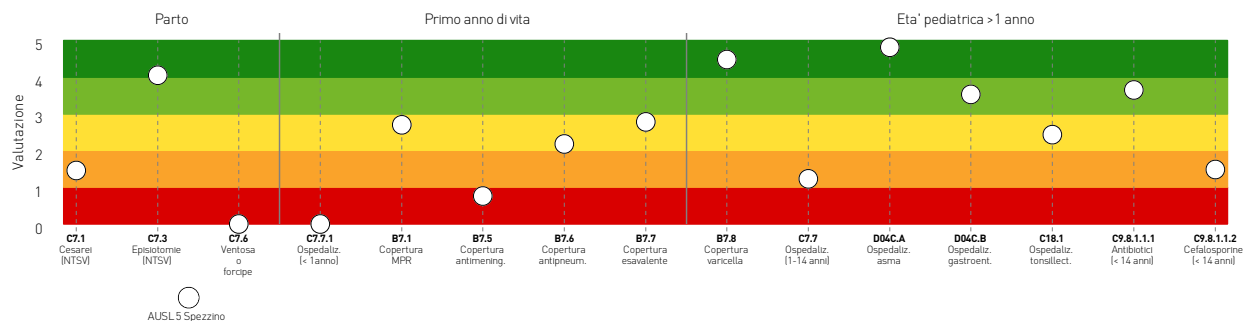
Numero Indicatori di valutazione: 97



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA





# MARCHE



Popolazione: 1.525.271 abitanti  
Densità: 162.23 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

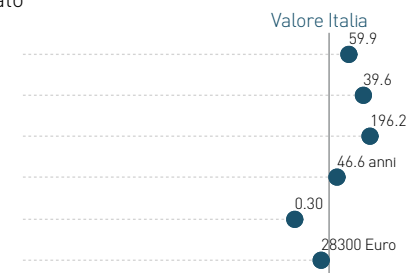
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini \*

PIL pro-capite \*\*



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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

Migliorare il livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione marchigiana presenta indicatori di mortalità (infantile, per malattie circolatorie, per tumori) molto buoni (dati riferiti al triennio 2015-2017). È in linea con le altre Regioni la mortalità per suicidi. L'indagine ministeriale PASSI rileva per le Marche la diffusione di stili di vita complessivamente sani, in media con le altre Regioni.

Nell'ambito della prevenzione, il sistema regionale ha migliorato le proprie *performance* agli anni precedenti, per quanto esistano ancora alcuni margini di miglioramento. In riferimento all'attività vaccinale, va ancora prestata attenzione a HPV, vaccino antimeningococcico e antinfluenzale per gli operatori sanitari. Per quanto riguarda gli screening oncologici, l'attività di invito è stata ulteriormente incrementata ma permangono problematiche nell'adesione da parte dell'utenza.

La gestione della sicurezza sul lavoro risulta ancora un nodo critico: la regione Marche si posiziona al di sotto della media delle altre Regioni, anche se si nota un miglioramento rispetto al 2018 sia nella copertura del territorio che nell'efficienza dell'attività di controllo.

Relativamente al governo e alla qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione è contenuto (136 per 1.000 residenti) e testimonia la buona capacità di governo dei vari *setting* assistenziali. Resta ancora critica – per quanto in ulteriore calo rispetto al 2018 – la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani, ma si osserva una diminuzione del tasso di ospedalizzazione per i DRG Lea medici, probabilmente legato al miglioramento della presa in carico domiciliare e dell'integrazione ospedale-territorio.

I tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche – scompenso cardiaco, BPCO e diabete – sono bassi (per il diabete, la Regione Marche si conferma *best practice* del Network).

Per quanto riguarda l'attività chirurgica, continua a migliorare la percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno – per quanto si confermi marcata la variabilità intra-regionale – e la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (dal 72,1% del 2018 al 72,6% del 2019). Anche la percentuale di ricoveri in day surgery aumenta, passando dal 60,15% del 2018 al 65,46 del 2019. Si attesta su valori medi la durata delle degenze, sia per i ricoveri chirurgici, sia per quelli medici. Il livello di organizzazione dei processi ospedalieri è in linea con quello delle altre Regioni, per quanto persista una criticità sui ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso con tempi di permanenza entro le otto ore.

Per garantire un servizio di alto livello è importante lavorare sui processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale: la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente permette di monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è in linea rispetto alle altre Regioni e migliora rispetto all'anno precedente.

Nella dimensione economico-finanziaria (i dati sono relativi all'anno 2018), la Regione Marche presenta un costo sanitario pro capite pari a 1.989 euro, in media con le altre Regioni.

In riferimento al percorso materno infantile, si registra un complessivo, seppur lieve miglioramento: diminuisce il ricorso al parto cesareo e si confermano buoni gli indicatori relativi ai parti operativi e alle episiotomie, tra i più bassi del Network. Come già notato,

permangono alcune criticità nella gestione del primo anno di vita, soprattutto in riferimento alla copertura vaccinale antimeningococcica. Migliora, invece, la gestione della fase pediatrica, sia per quanto concerne i tassi di ospedalizzazione per patologie potenzialmente evitabili (asma), sia in riferimento al ricorso alle tonsillectomie.

Nel percorso oncologico, i tempi di attesa per i trattamenti chirurgici sono allineati alla media delle altre Regioni e in miglioramento (a esclusione di quelli per il tumore al retto). Persiste una certa dispersione della casistica; concentrare i casi di tumore potrebbe migliorare la qualità assistenziale, sfruttando al meglio le economie di scala.

Si conferma una certa criticità nei tempi di attesa in Pronto Soccorso, rispetto alla tempestiva gestione delle casistiche meno gravi. Si osserva, comunque, un ulteriore lieve miglioramento nella percentuale di abbandoni dal pronto soccorso – indicatore storicamente critico per il sistema sanitario marchigiano –, che passa dal 6,73% del 2018 al 6,42% del 2019.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



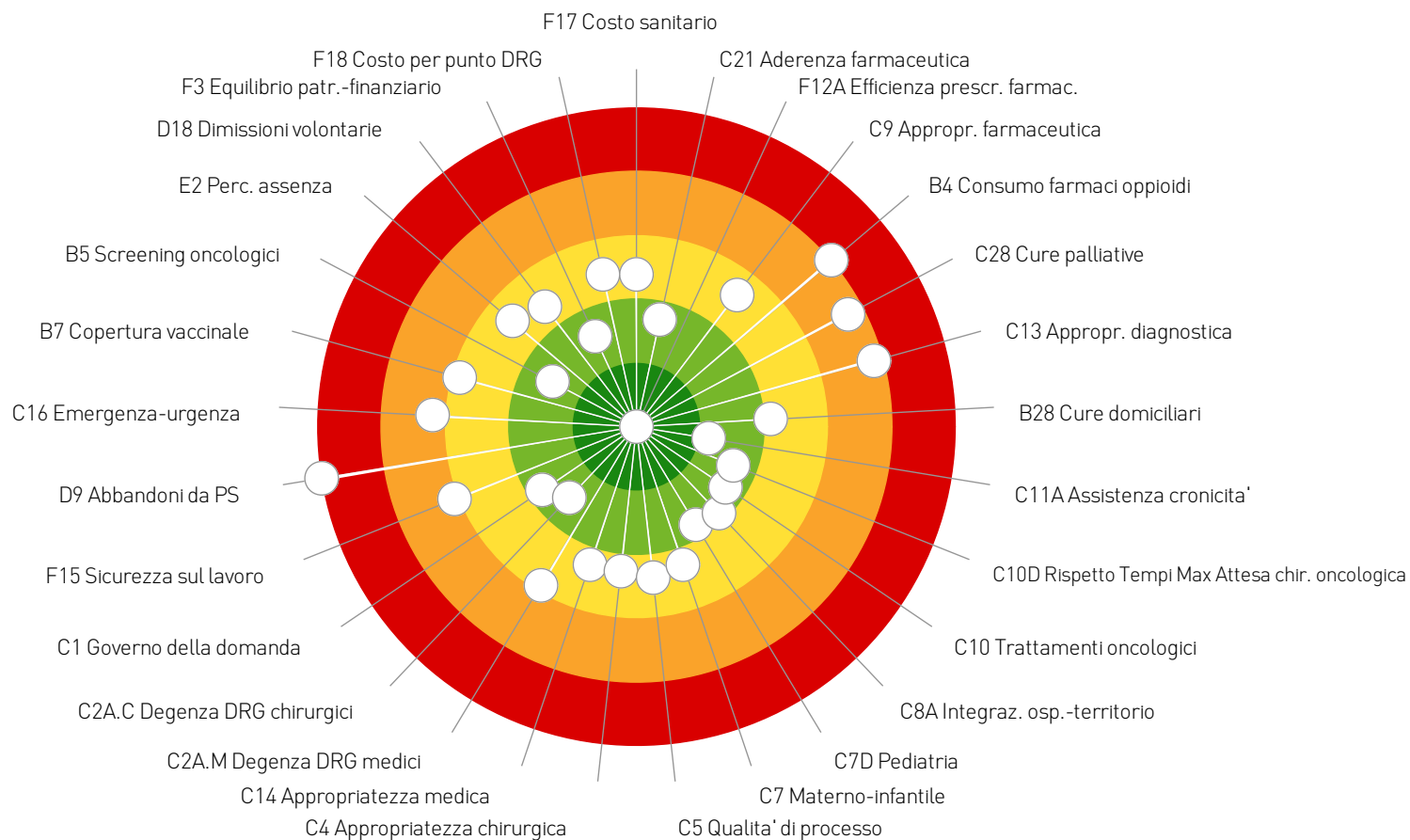
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 92

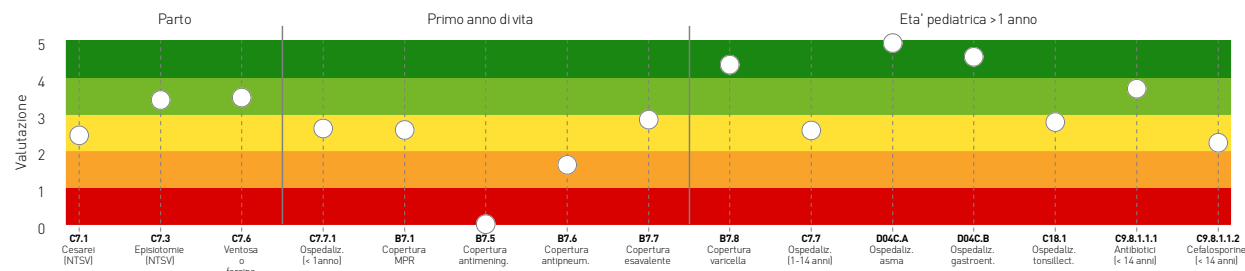


● Indicatori peggiorati    
 ● Indicatori stazionari    
 ● Indicatori migliorati

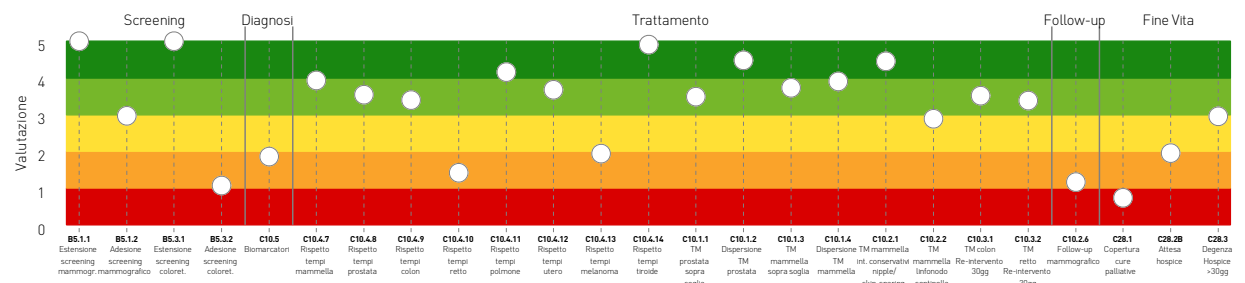
## Valutazione della performance 2019



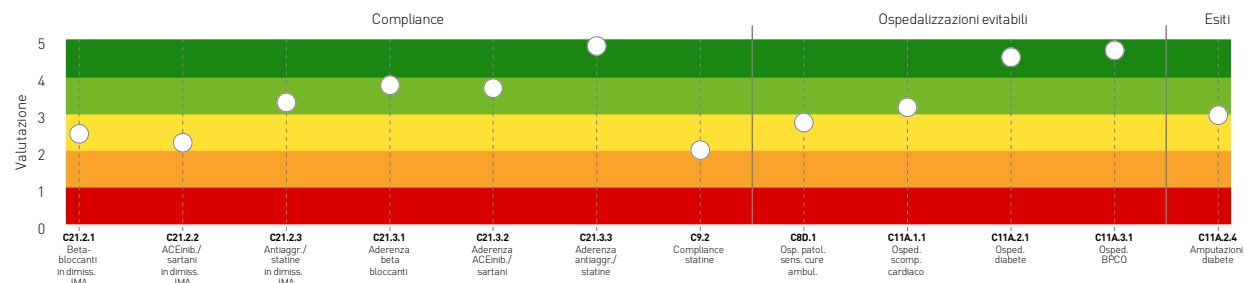
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



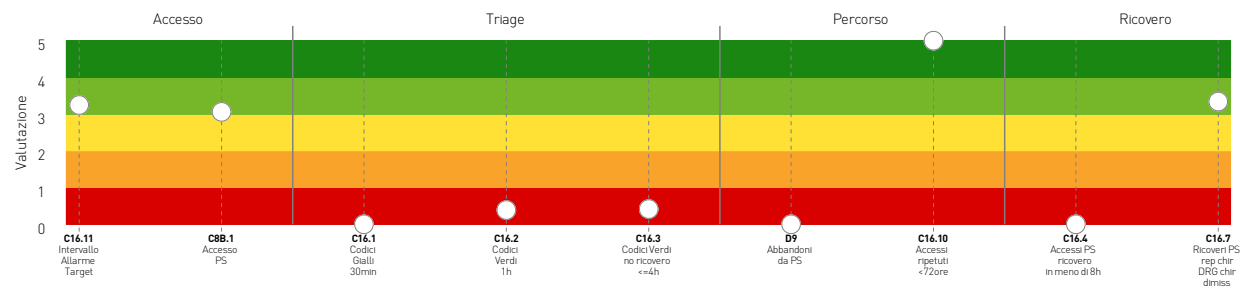
## PERCORSO ONCOLOGICO



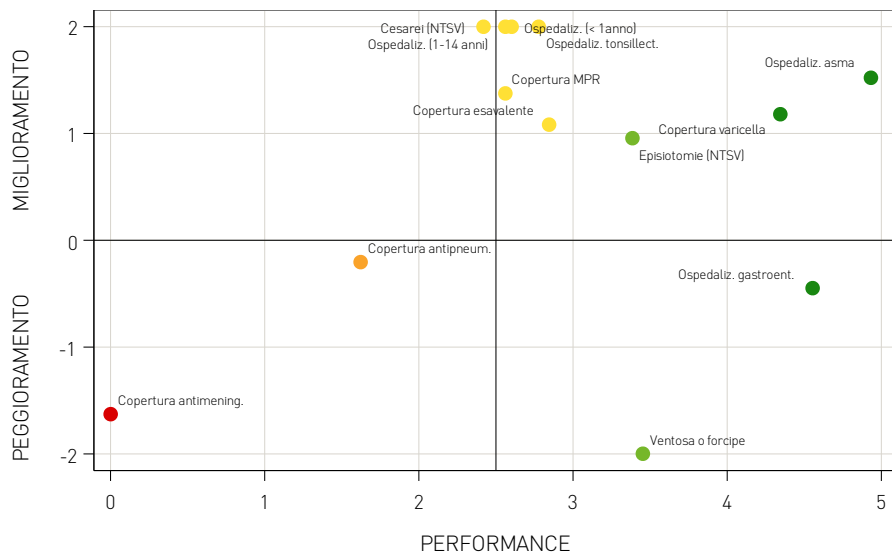
## PERCORSO CRONICITÀ



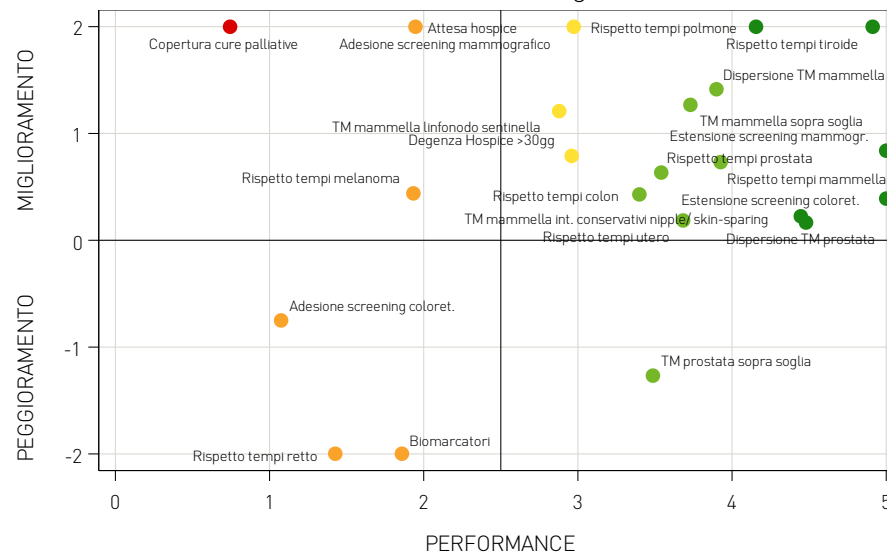
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



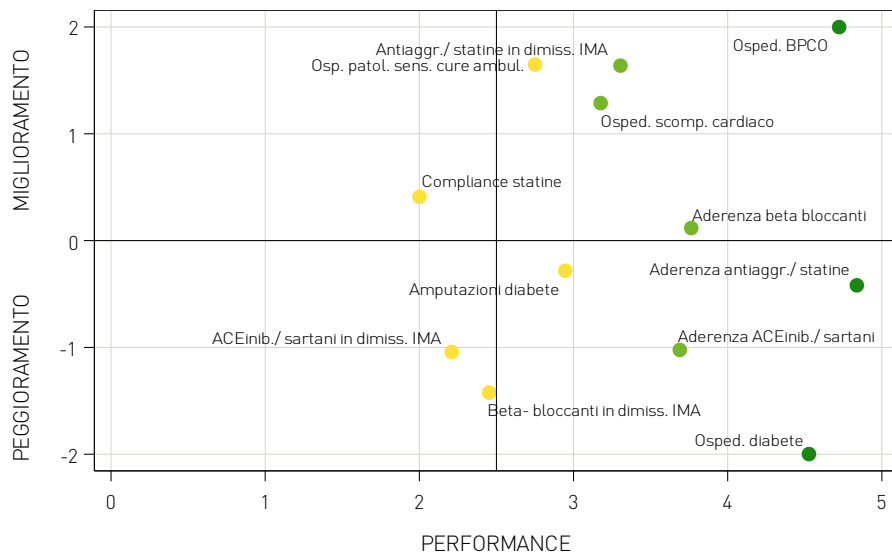
Percorso Materno Infantile



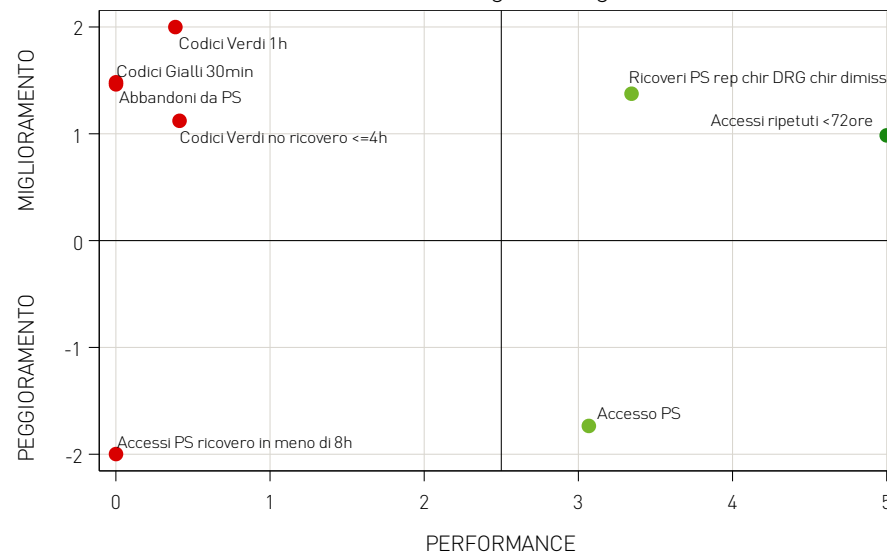
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



# ASUR MARCHE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



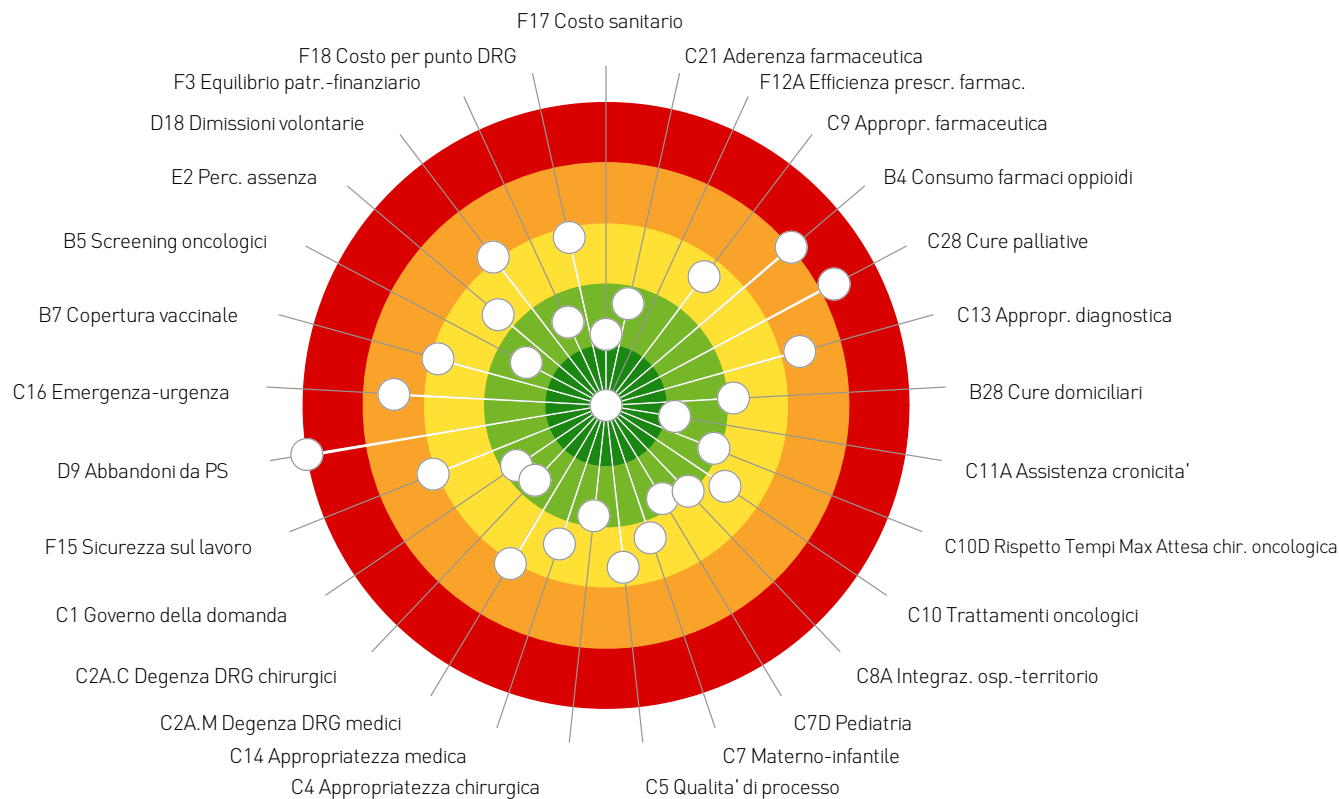
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 79



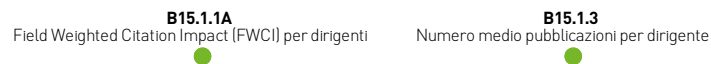
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

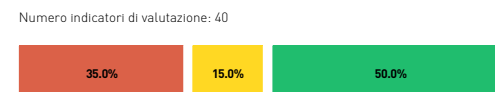


# AOU OSP.RIUN.ANCONA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)

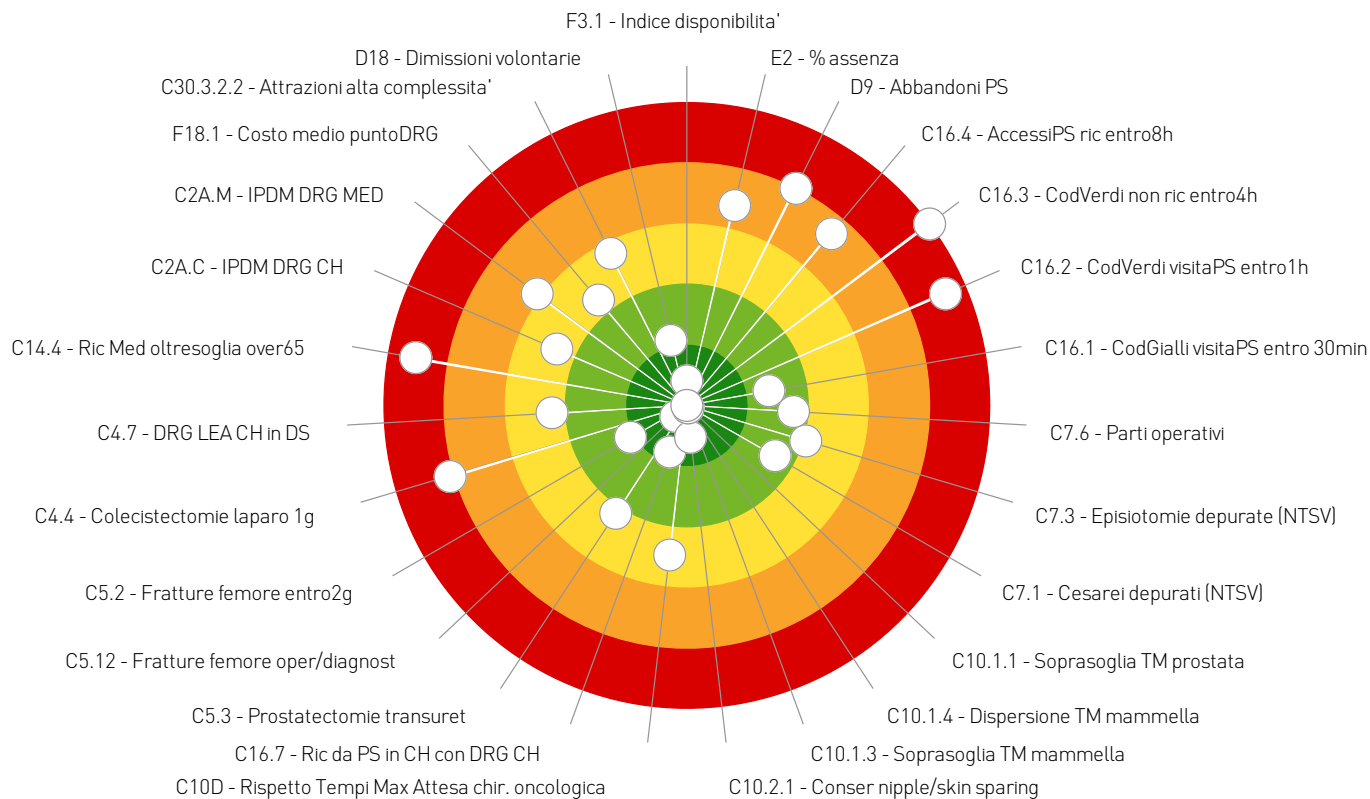


## Andamento indicatori/Trend 2018/2019



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





# AO OSP. RIUN. MARCHE NORD

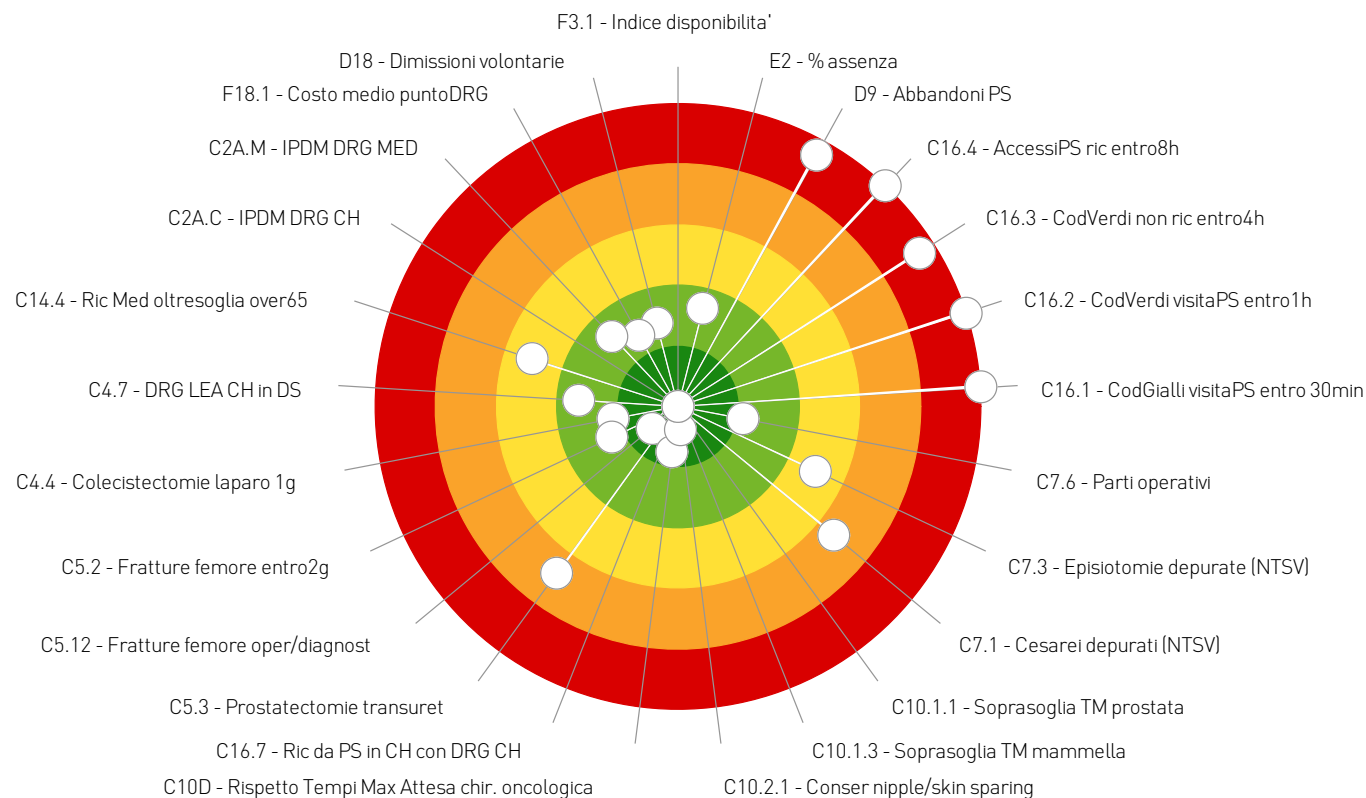
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 36



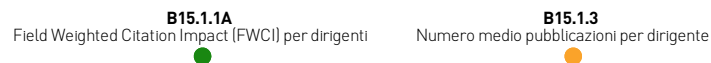
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# INRCA MARCHE

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



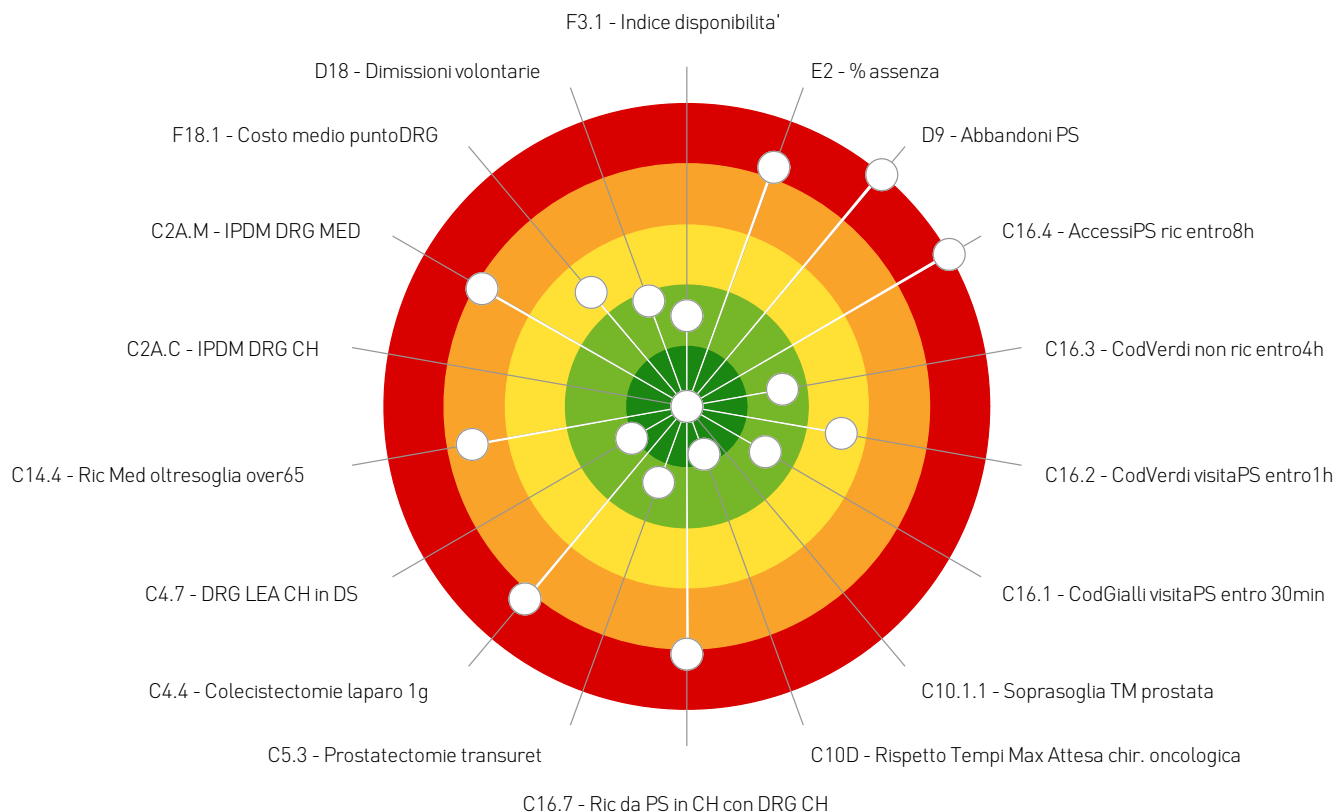
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 27

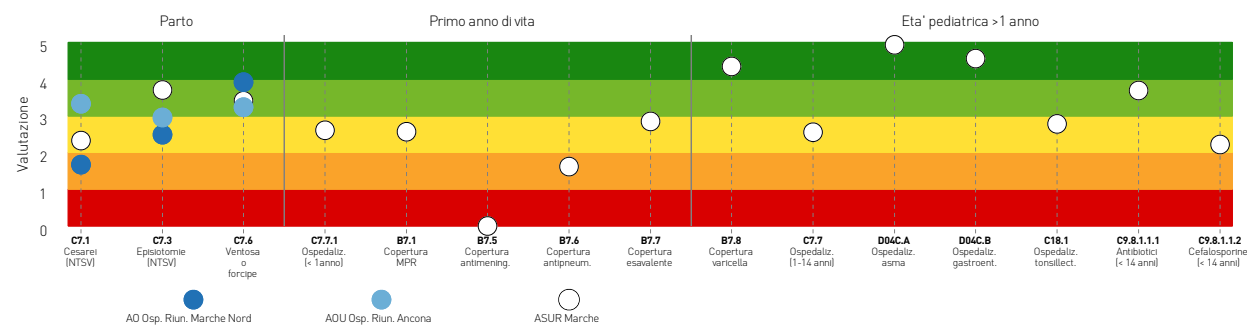


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

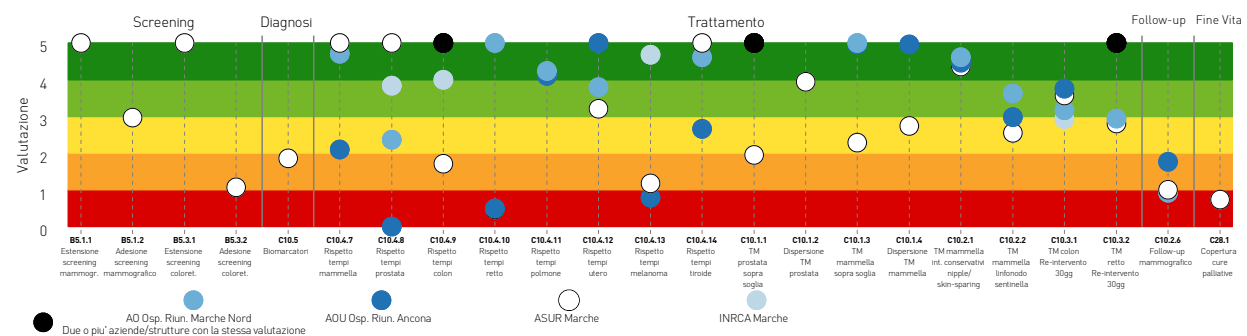
## Valutazione della performance 2019



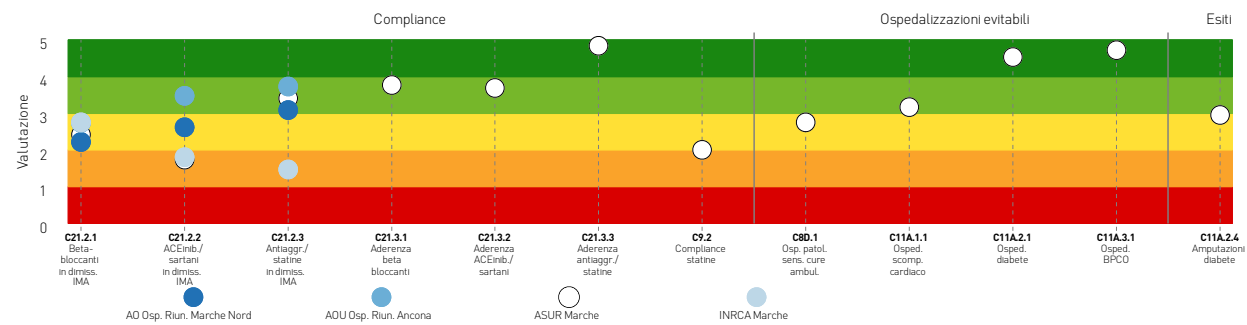
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



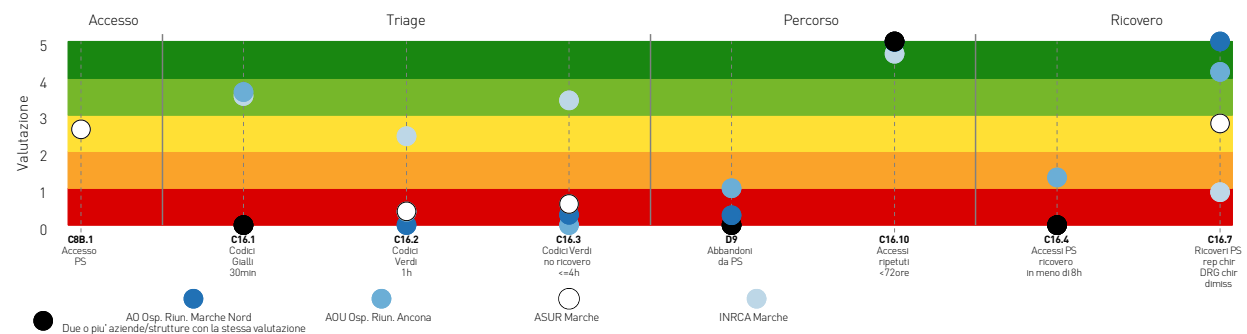
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV1 PESARO-URBINO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



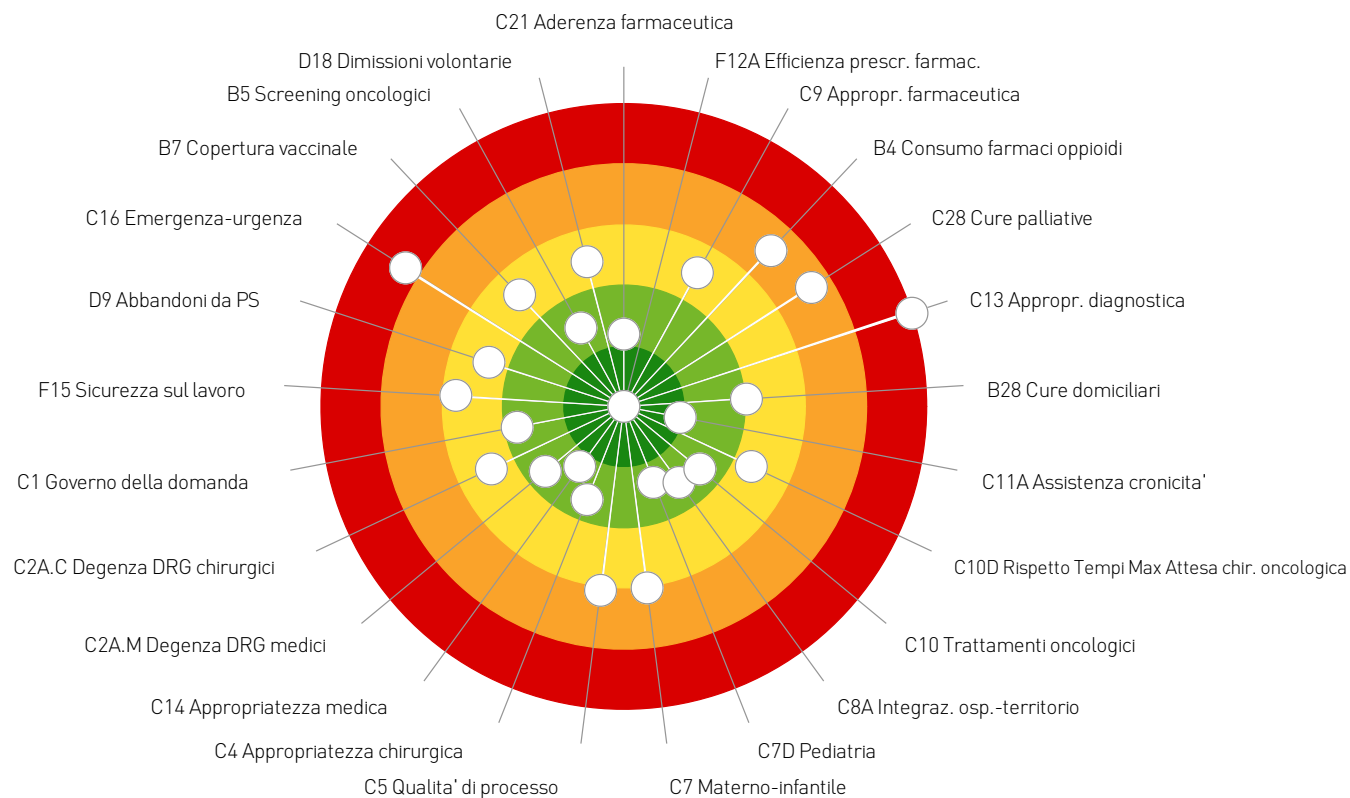
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 74

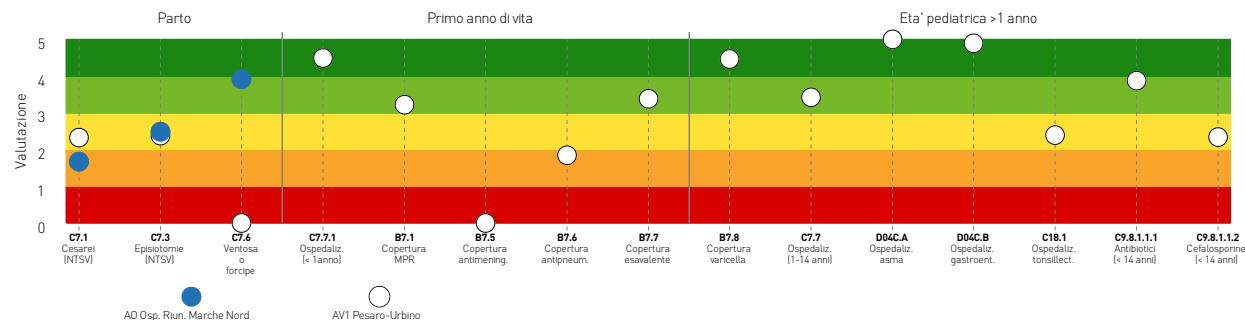


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

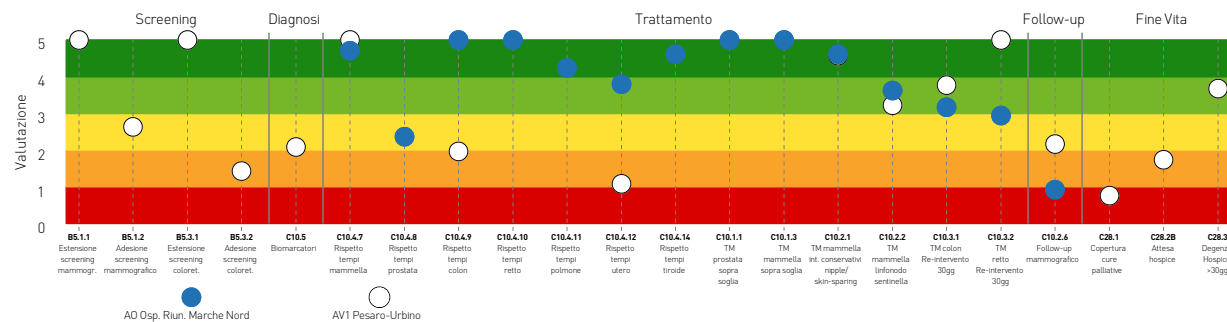
## Valutazione della performance 2019



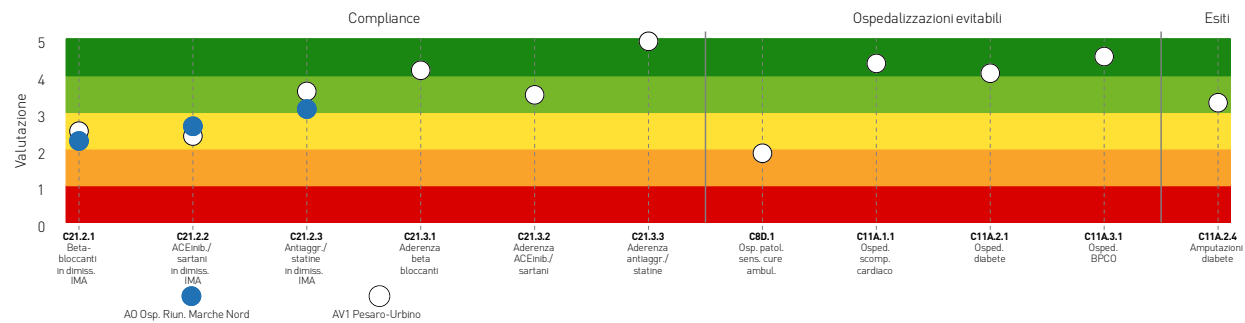
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



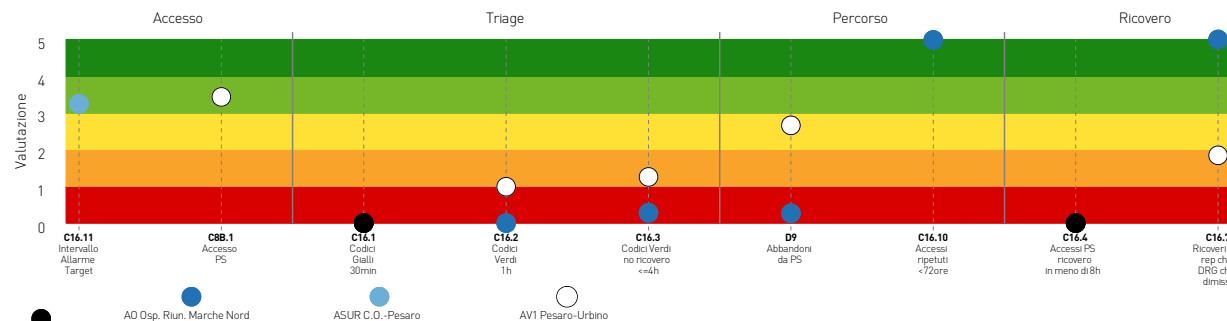
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV2 ANCONA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



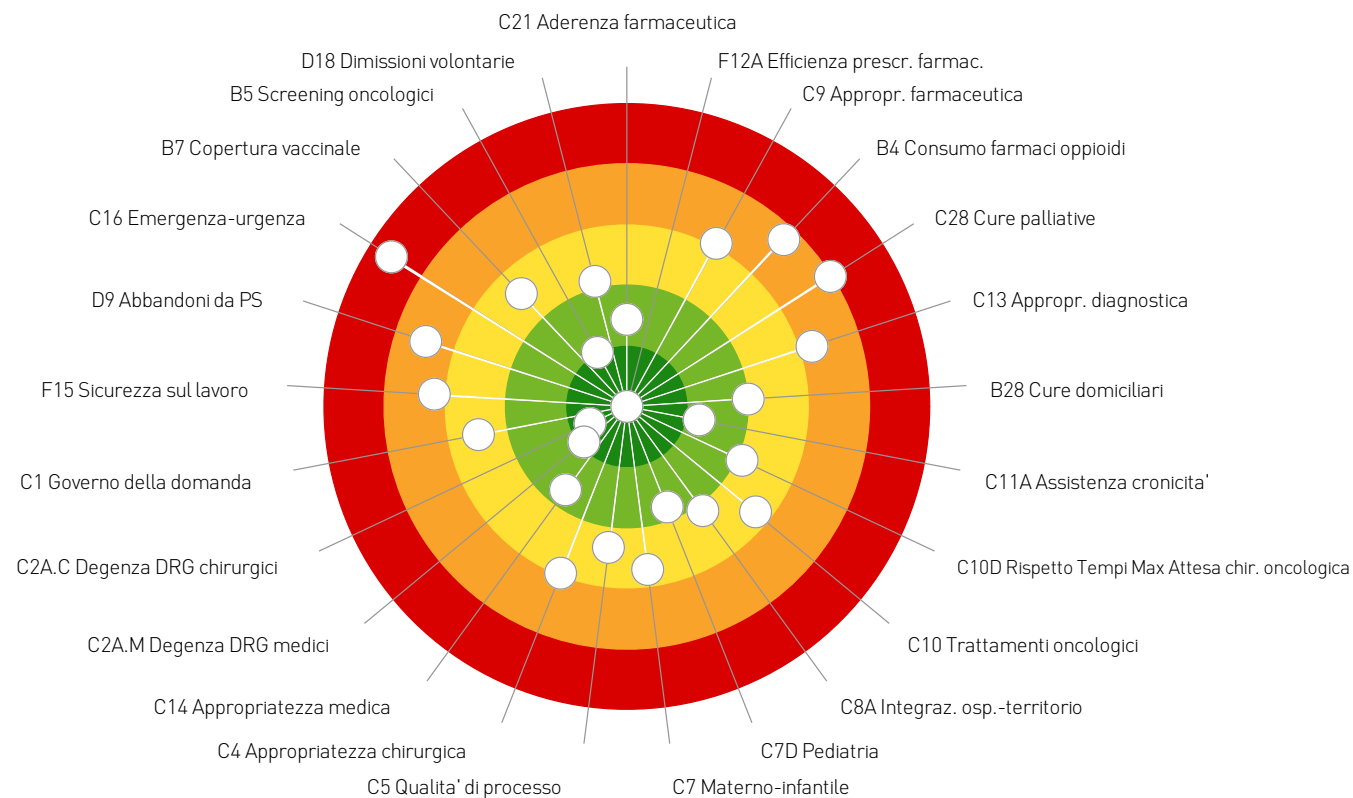
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 78

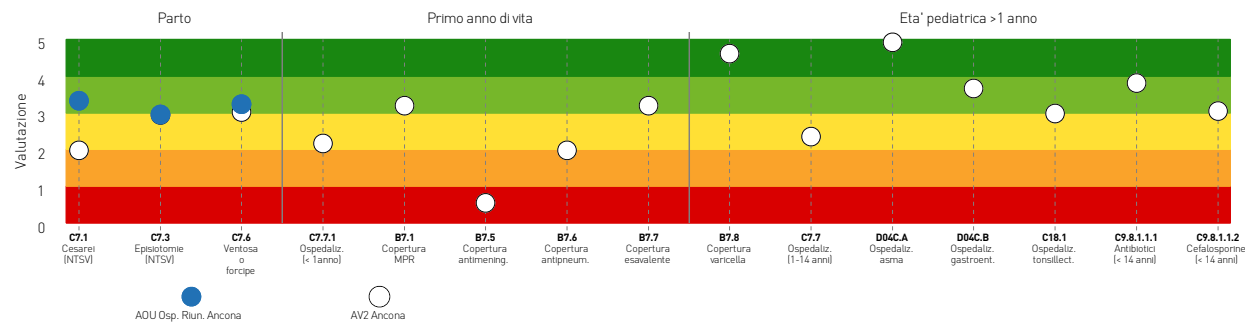


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

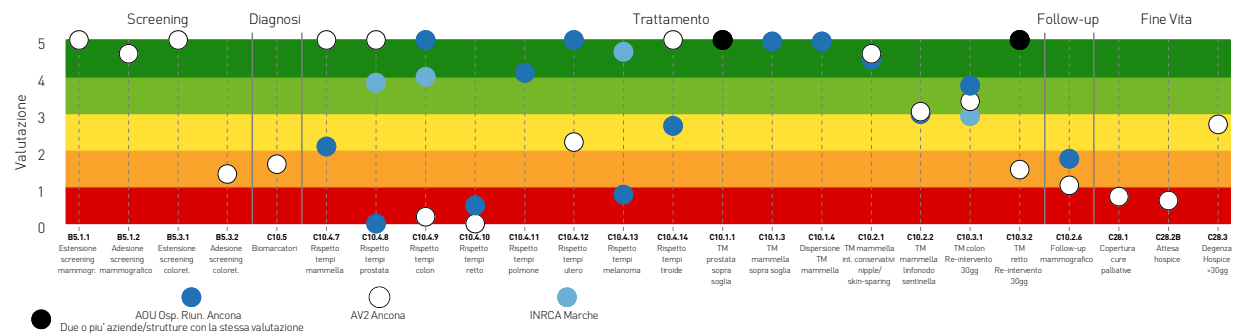
## Valutazione della performance 2019



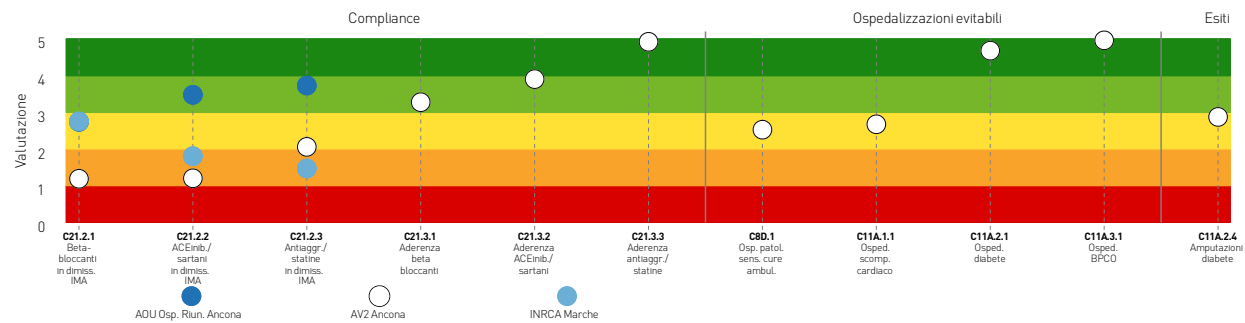
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



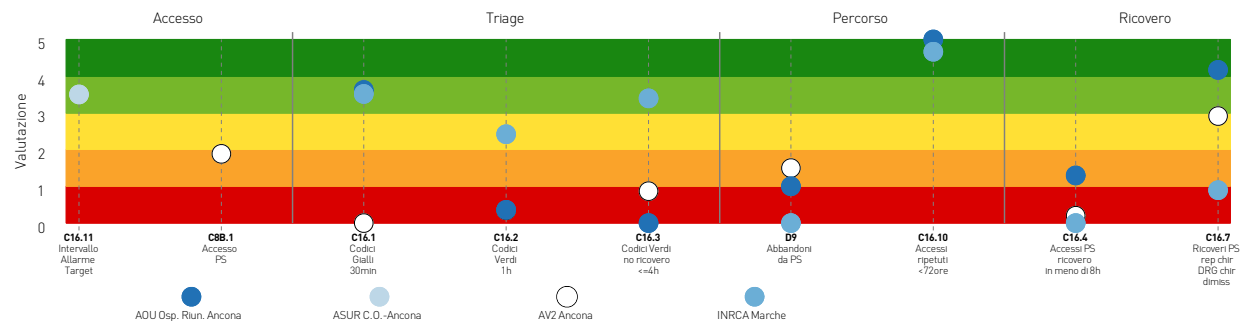
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV3 MACERATA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



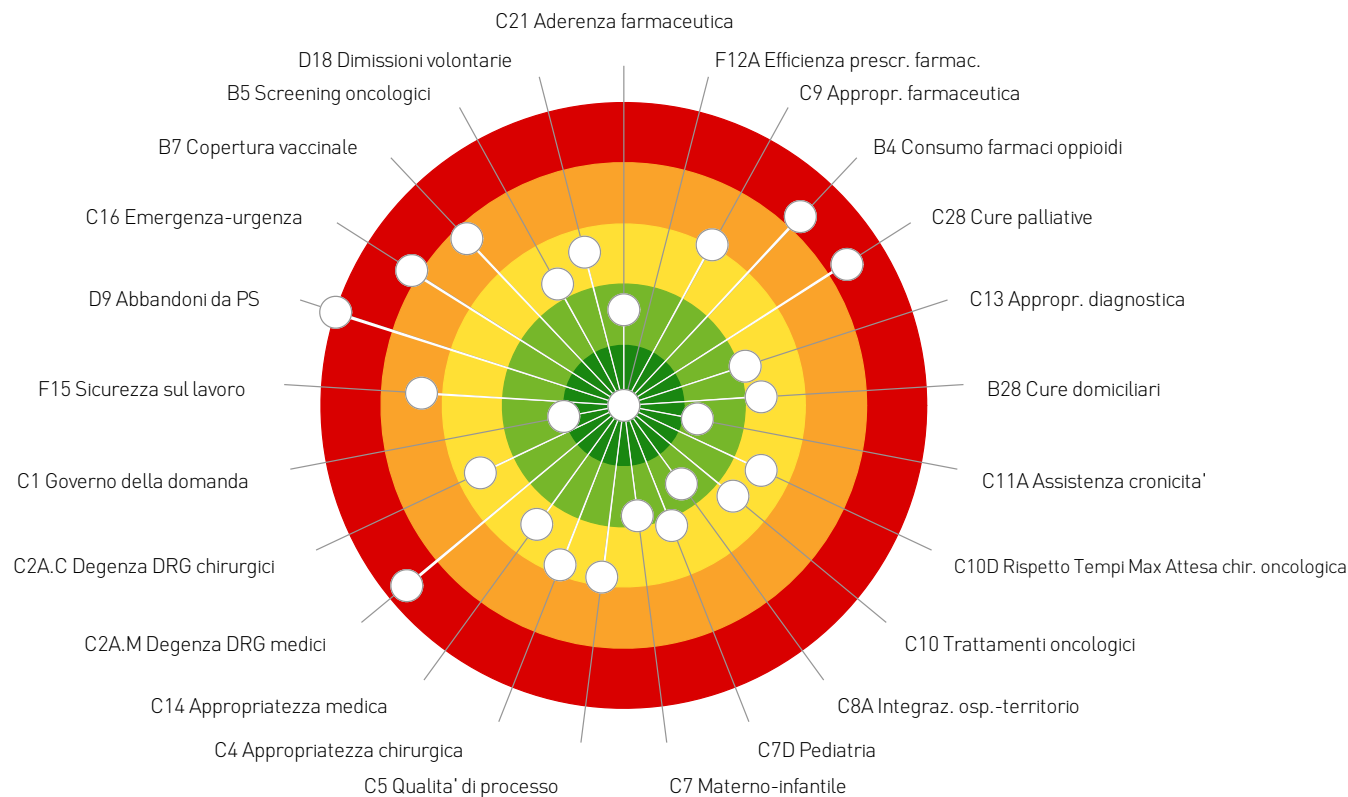
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 78



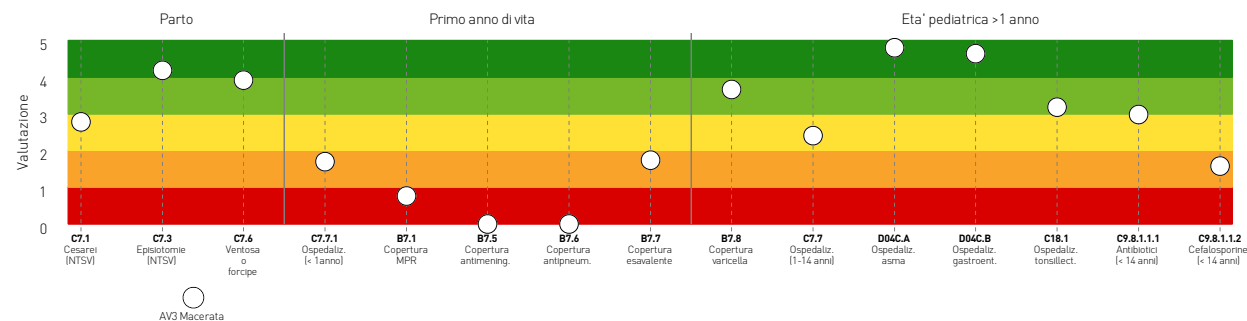
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

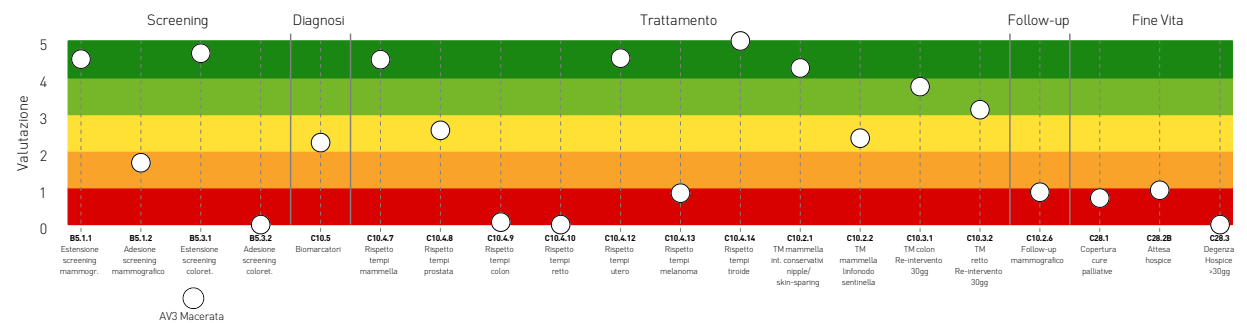




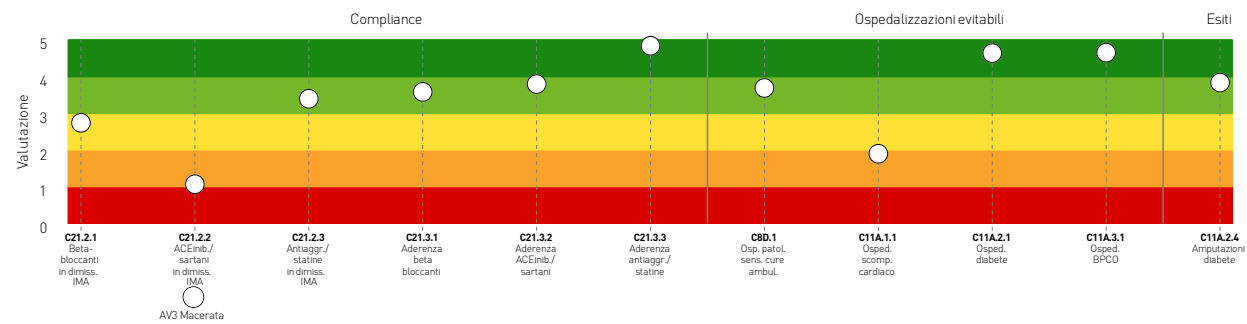
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



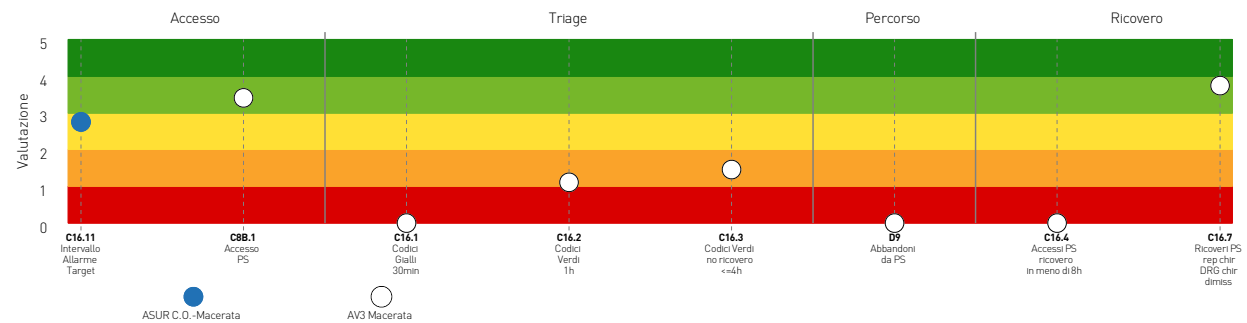
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



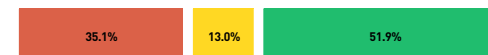
# AV4 FERMO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



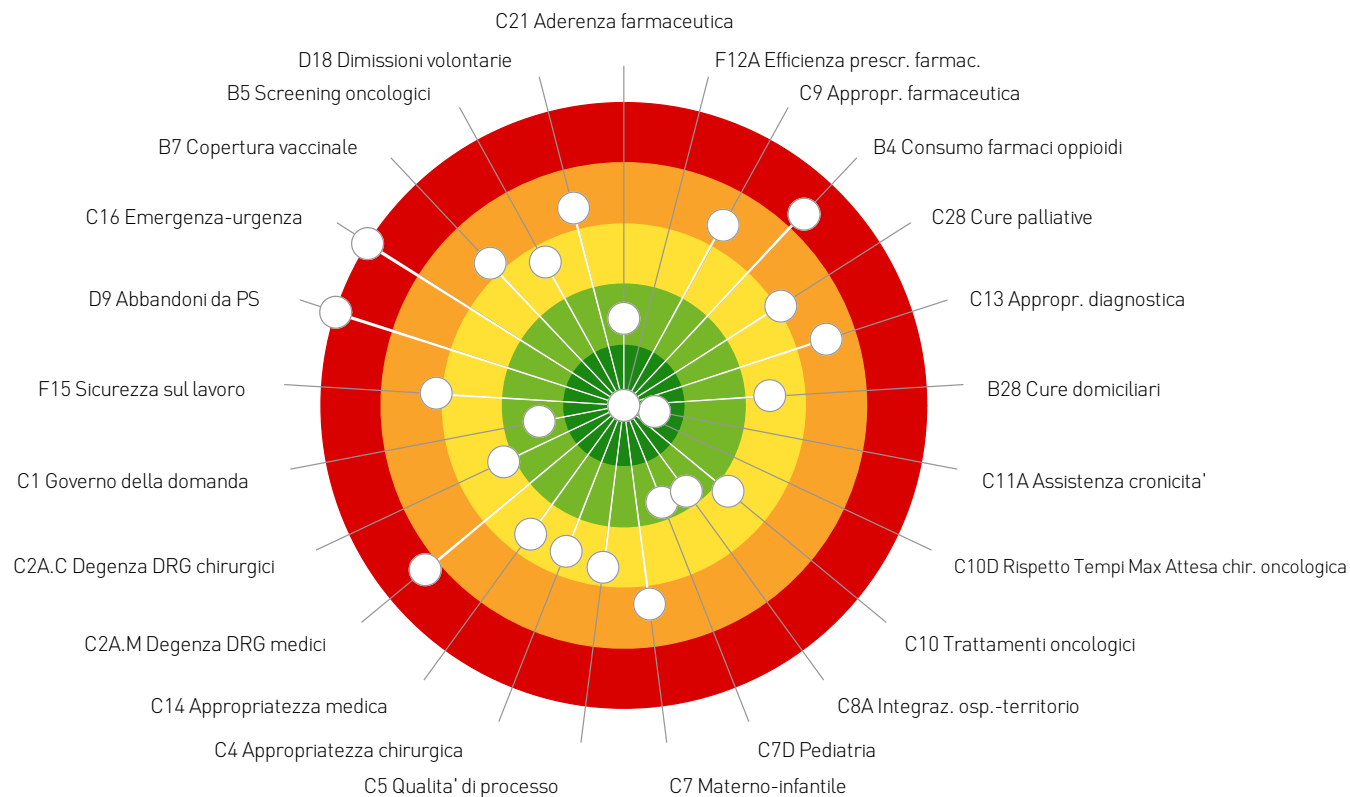
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 77

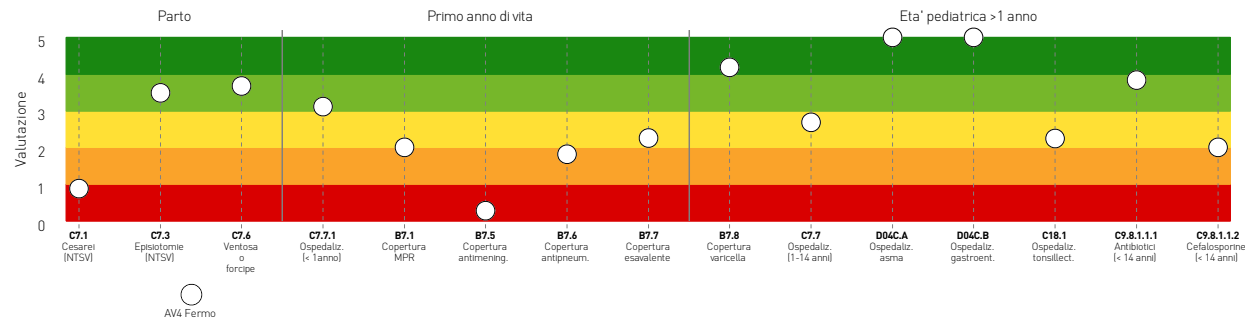


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

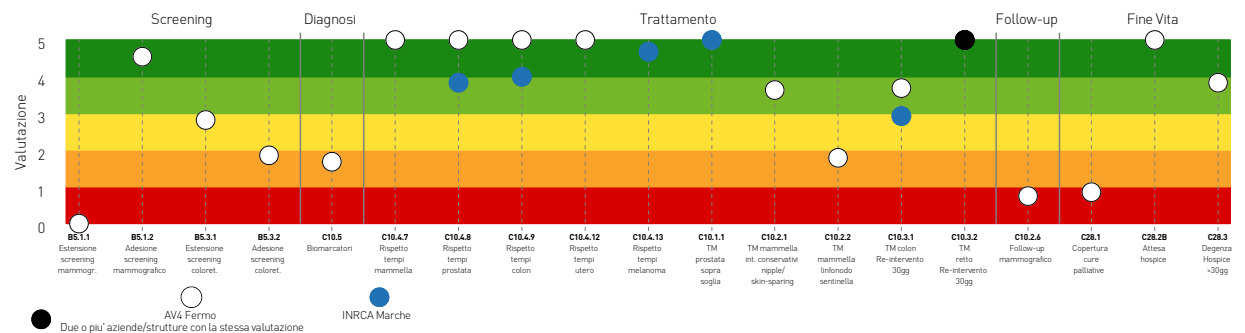
## Valutazione della performance 2019



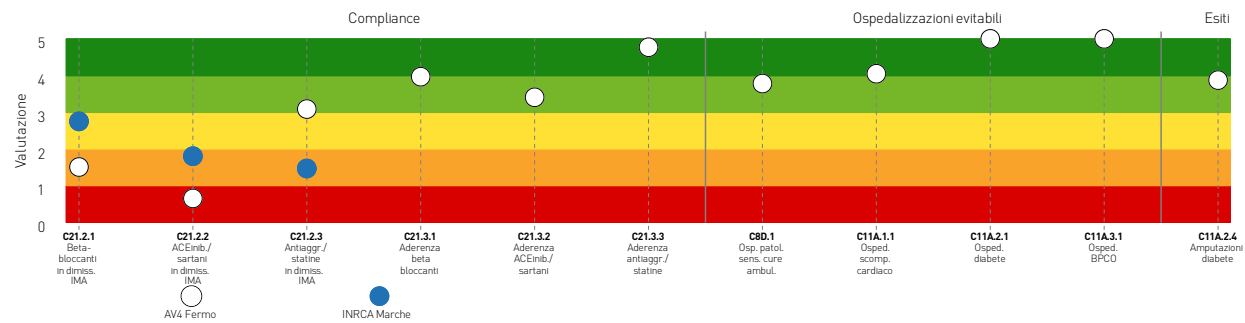
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



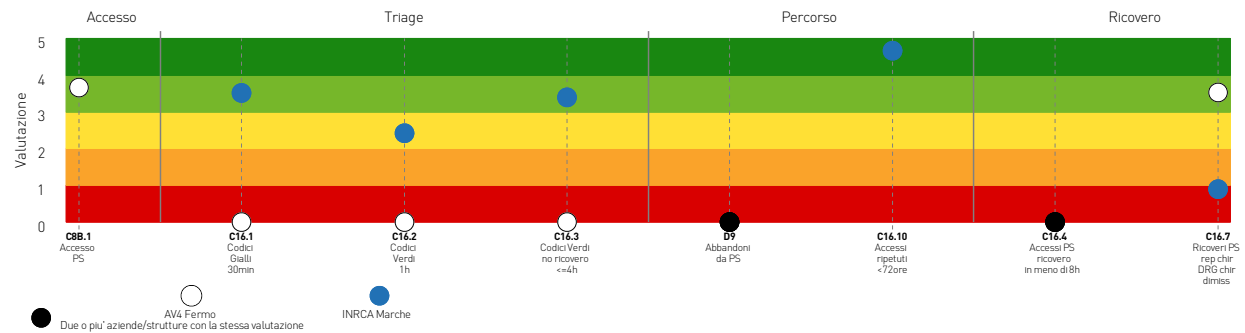
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



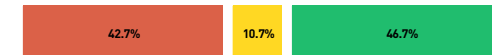
# AV5 ASCOLI PICENO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



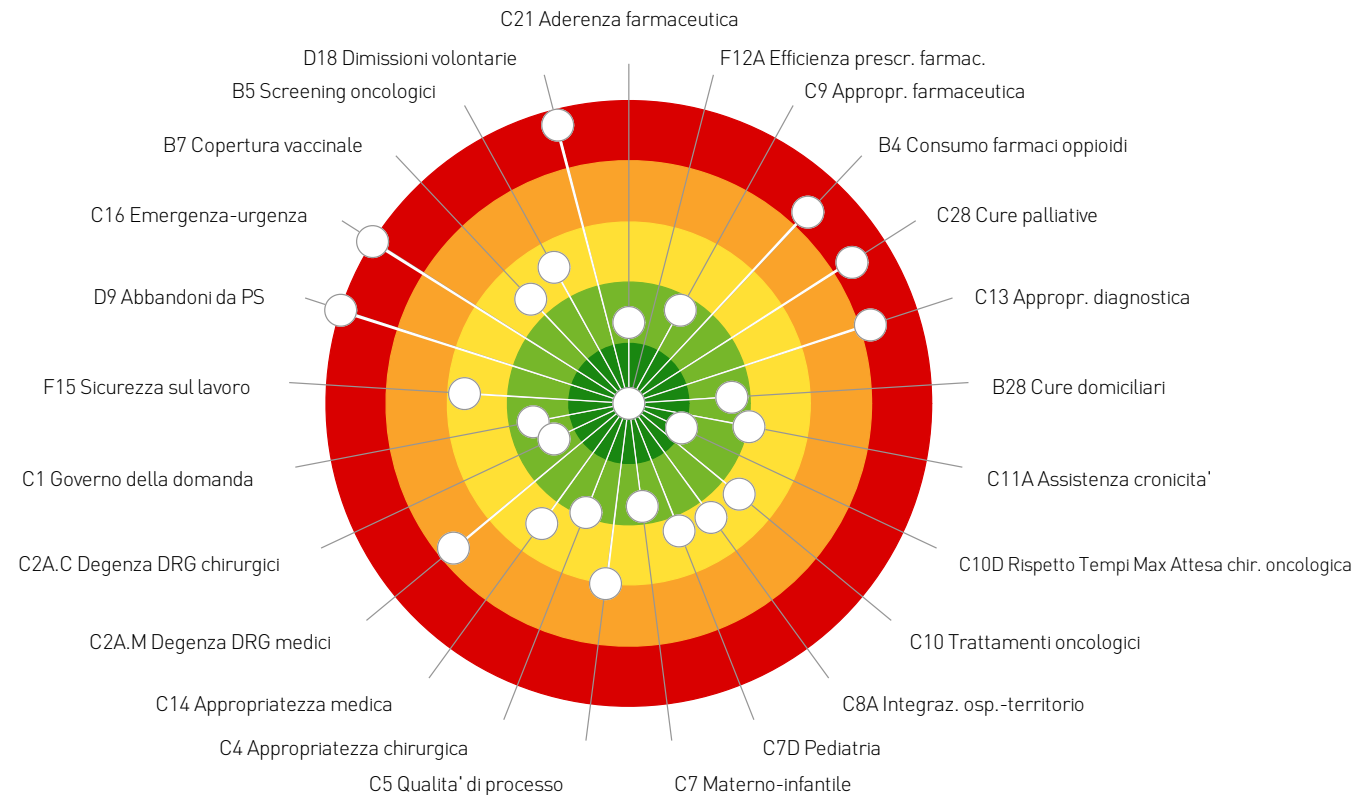
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 75

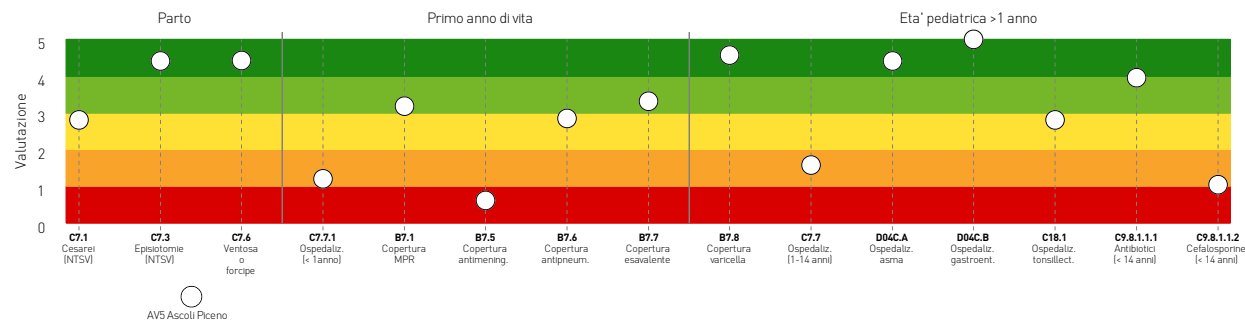


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

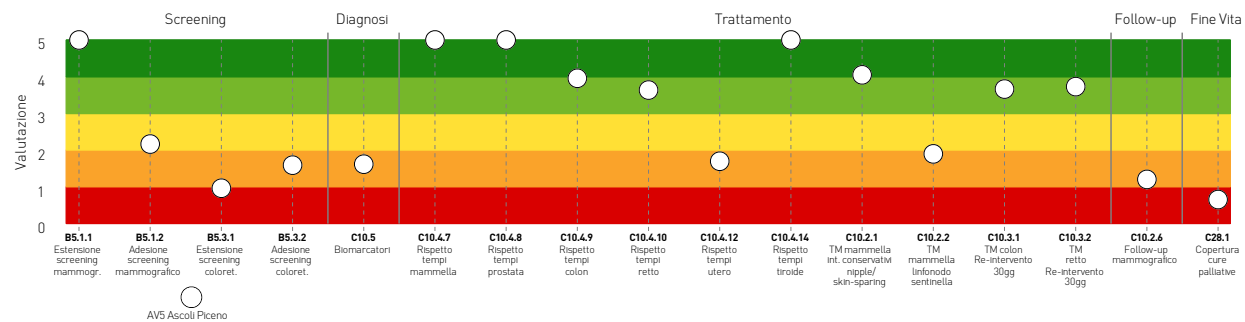
## Valutazione della performance 2019



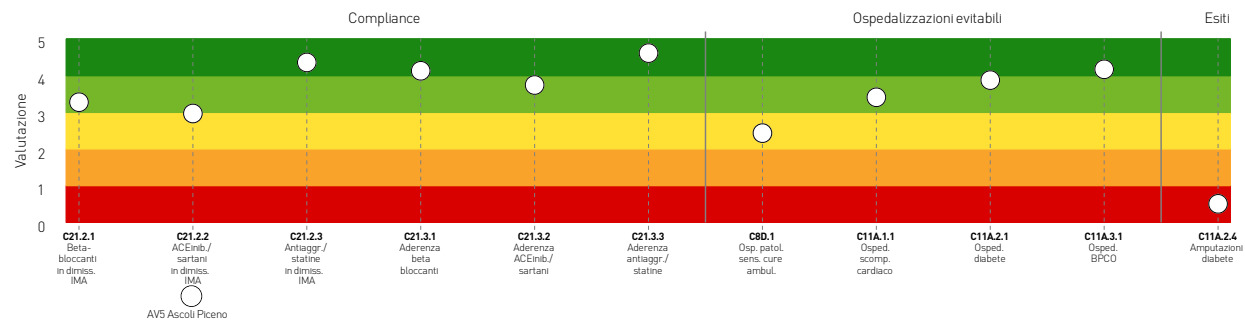
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



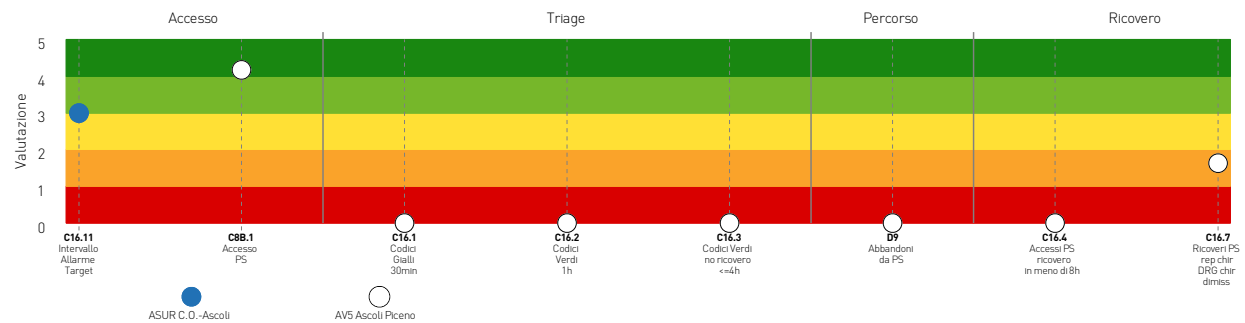
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# PUGLIA



Popolazione: 4.029.053 abitanti  
Densità: 206.18 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Euislc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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 Saverio 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

L'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario è il miglioramento della salute della popolazione: la mortalità infantile in Puglia è in calo da molti anni, come confermato anche per il triennio 2015-2017, e si attesta su valori in media con le altre Regioni, così come la mortalità per tumori. Leggermente più alta – ma con un trend in netto miglioramento – la mortalità per malattie circolatorie, mentre si conferma molto contenuta quella per suicidi. L'indagine ministeriale PASSI, che rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani, evidenzia alcune criticità rispetto alle altre Regioni, in particolare per la percentuale di persone obese e in sovrappeso e di persone sedentarie. Il consumo di alcol, invece, è nettamente inferiore.

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale mostra alcune carenze (in particolare, per antimeningococcico e HPV), per quanto il trend sia in lieve miglioramento. Nei programmi di screening oncologico (mammografico, coloretale e cervice uterina), la Puglia resta il fanalino di coda del Network, ma l'estensione è in miglioramento.

Relativamente al governo dell'offerta, la Puglia registra nel 2019 il tasso di ospedalizzazione più basso, con 119 ricoveri ogni mille residenti (scende anche il numero di ricoveri nell'area di Foggia, la più critica). Ancora in diminuzione i ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriatazza (il valore passa da 146 a 132 per 10.000 residenti) e le ospedalizzazioni per interventi di stripping di vene, a dimostrazione della capacità di gestione della domanda. Di contro, non si osservano miglioramenti significativi nell'assistenza domiciliare, un'area a cui prestare senz'altro maggiore attenzione.

Persistono alcune criticità nella gestione della casistica chirurgica: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno è decisamente più bassa rispetto alle altre Regioni ed è ancora complessivamente non soddisfacente il ricorso alla *day surgery*.

Persiste una problematica nella percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – che però registra un lieve calo rispetto al 2018.

Continua a migliorare l'organizzazione dei processi ospedalieri: la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni aumenta leggermente, mentre resta stabile e tra le più basse del Network la percentuale di fratture operate su quelle diagnosticate, suggerendo l'opportunità di possibili audit clinico-organizzativi aziendali. Anche l'incremento del numero di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione segnala un miglioramento della gestione dei processi ospedalieri. In ulteriore contrazione la durata medie delle degenze, soprattutto per la casistica chirurgica.

Molto buona l'integrazione ospedale-territorio: il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali continua a diminuire, dimostrando che il territorio è in grado di fungere da filtro tra paziente e struttura ospedaliera. Si ha ulteriore conferma di ciò dal tasso di accessi al Pronto Soccorso, che resta tra i più bassi del Network, e dal tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre trenta giorni, a riprova della tenuta delle reti sociali nella presa in carico post-ospedaliera.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, cresce ancora il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, ma il dato resta comunque tra i più bassi, confermando una situazione di complessiva appropriatezza prescrittiva che non ritrovia-

mo, però, nell'attività farmaceutica territoriale e ospedaliera: gli indicatori relativi alla prescrizione di farmaci alla dimissione per pazienti infartuati individuano ancora un'area problematica; sul territorio, il consumo di antibiotici è molto alto, per quanto in diminuzione. Ottimo, invece, il valore relativo al consumo di antidepressivi (*best practice* del Network).

Riguardo alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario pugliese, il costo sanitario è allineato a quello delle altre Regioni (1.954 euro pro capite - dato riferito all'anno 2018).

Relativamente al percorso materno infantile, la Puglia si conferma tra le migliori Regioni del Network per i parti operativi ma permangono specularmente notevoli problematiche nei parti cesarei e nelle episiotomie, per quanto il trend sia in netto miglioramento. Nelle fasi del percorso relative all'età pediatrica, si conferma il complessivo miglioramento già riscontrato negli anni precedenti, ma la situazione, soprattutto per i tassi di ospedalizzazione e per il consumo di antibiotici, resta critica, evidenziando ancora carenze nella presa in carico territoriale. 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.

È evidente lo sforzo fatto dal sistema sanitario regionale nella presa in carico delle cronicità: continua il calo dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche (salvo un lieve aumento per lo scompenso cardiaco) ma permane un eccesso di amputazioni maggiori per diabete (dato in peggioramento).

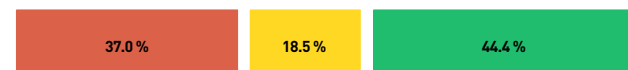
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, molto buoni i risultati nella fase di accesso, mentre sono confermate le problematiche relative alle fasi successive. In particolare, il tasso di abbandono del Pronto Soccorso resta il più alto del Network (nonostante una lieve flessione – da 7,07% del 2018 a 6,95% del 2019). Nella media i tempi di attesa in Pronto Soccorso dopo il triage.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



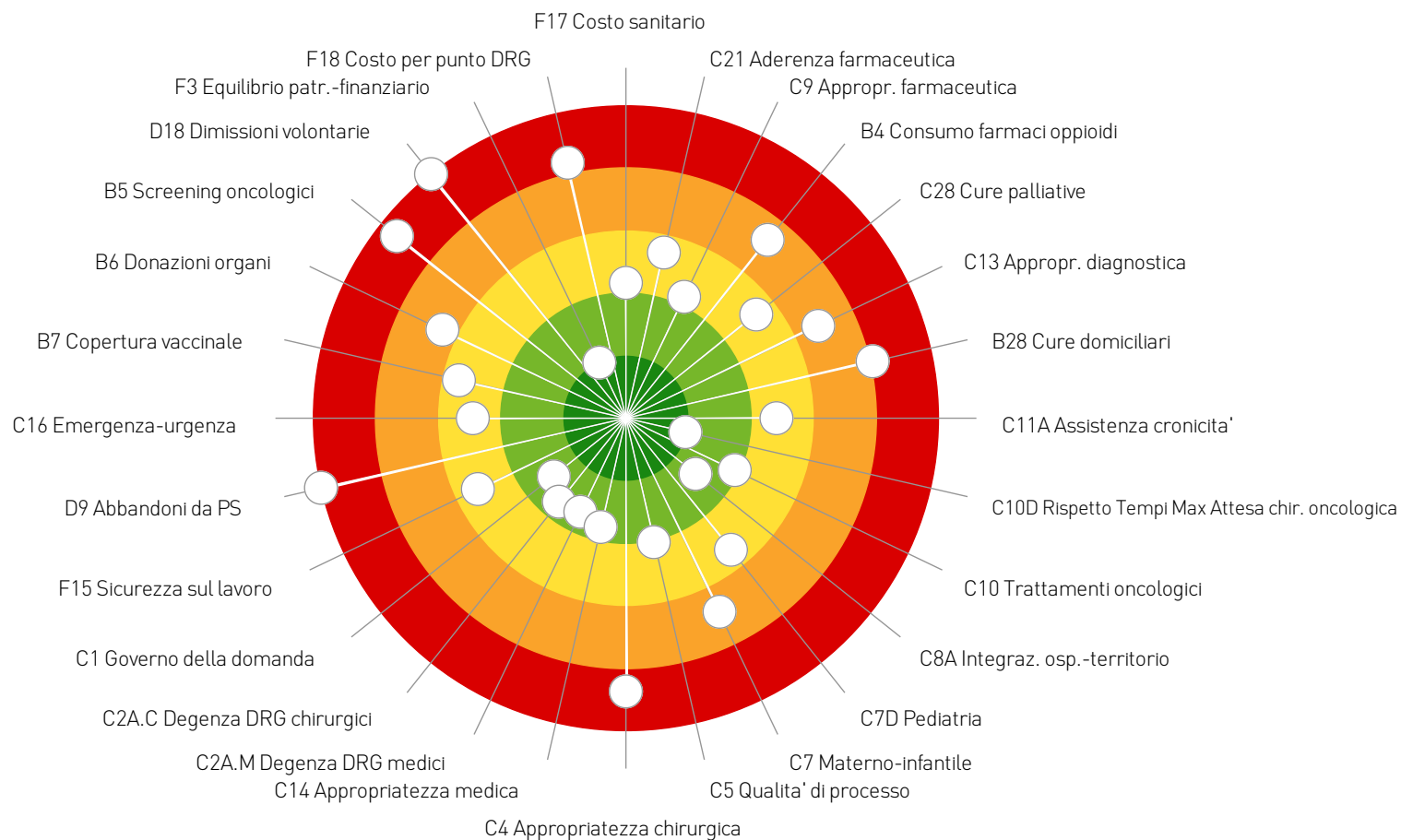
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 81



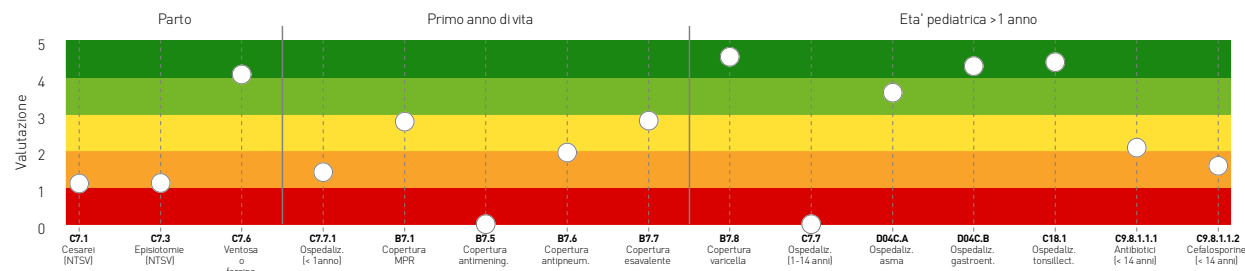
● Indicatori peggiorati    
 ● Indicatori stazionari    
 ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

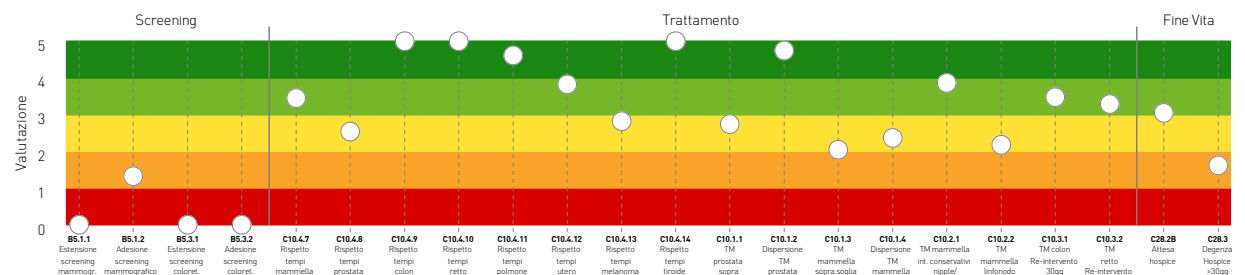




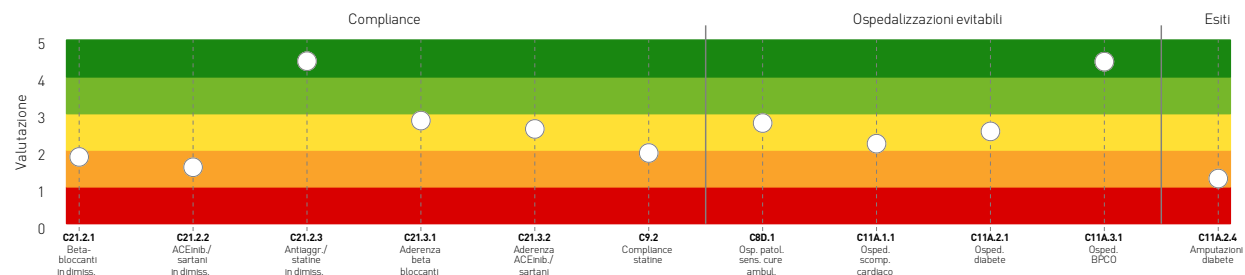
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



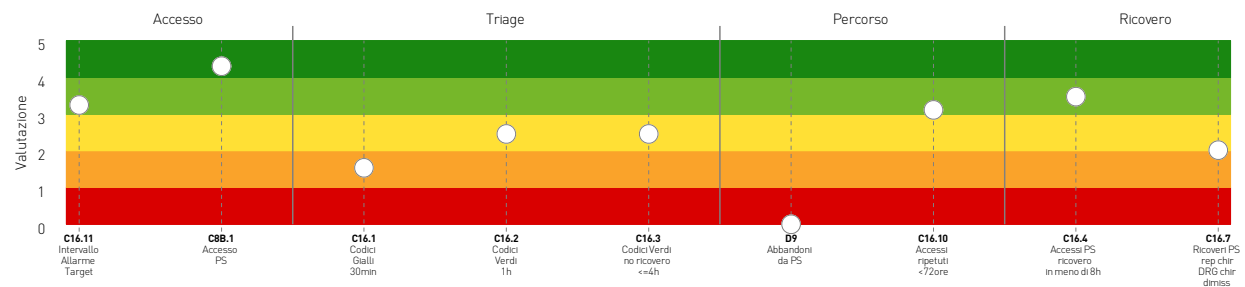
## PERCORSO ONCOLOGICO



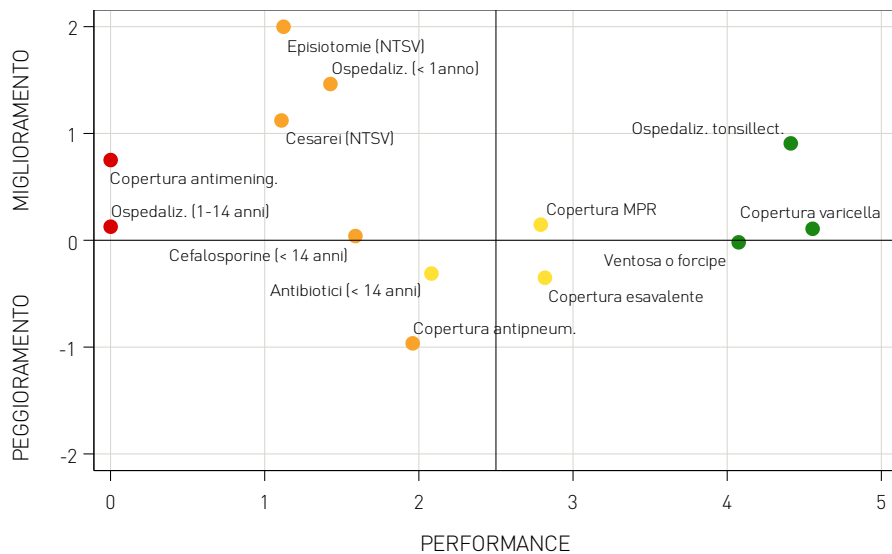
## PERCORSO CRONICITÀ



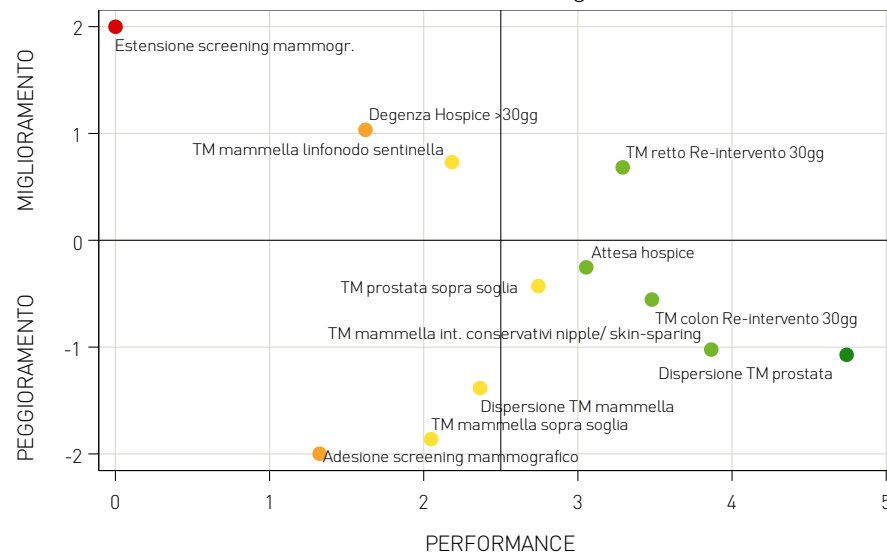
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



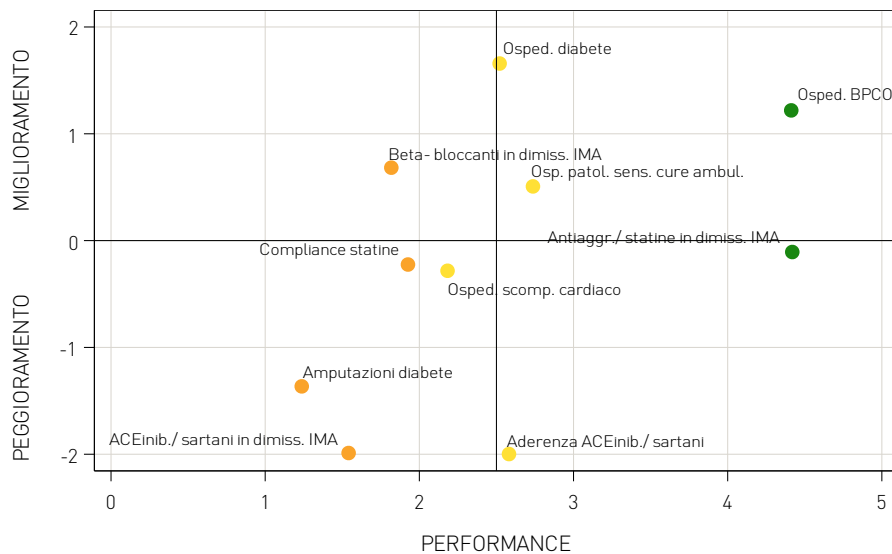
Percorso Materno Infantile



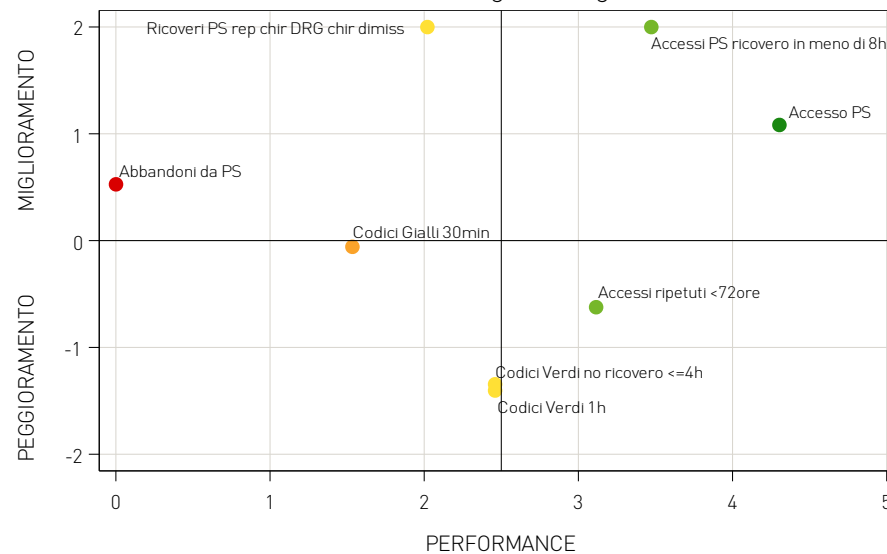
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



# ASL BRINDISI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



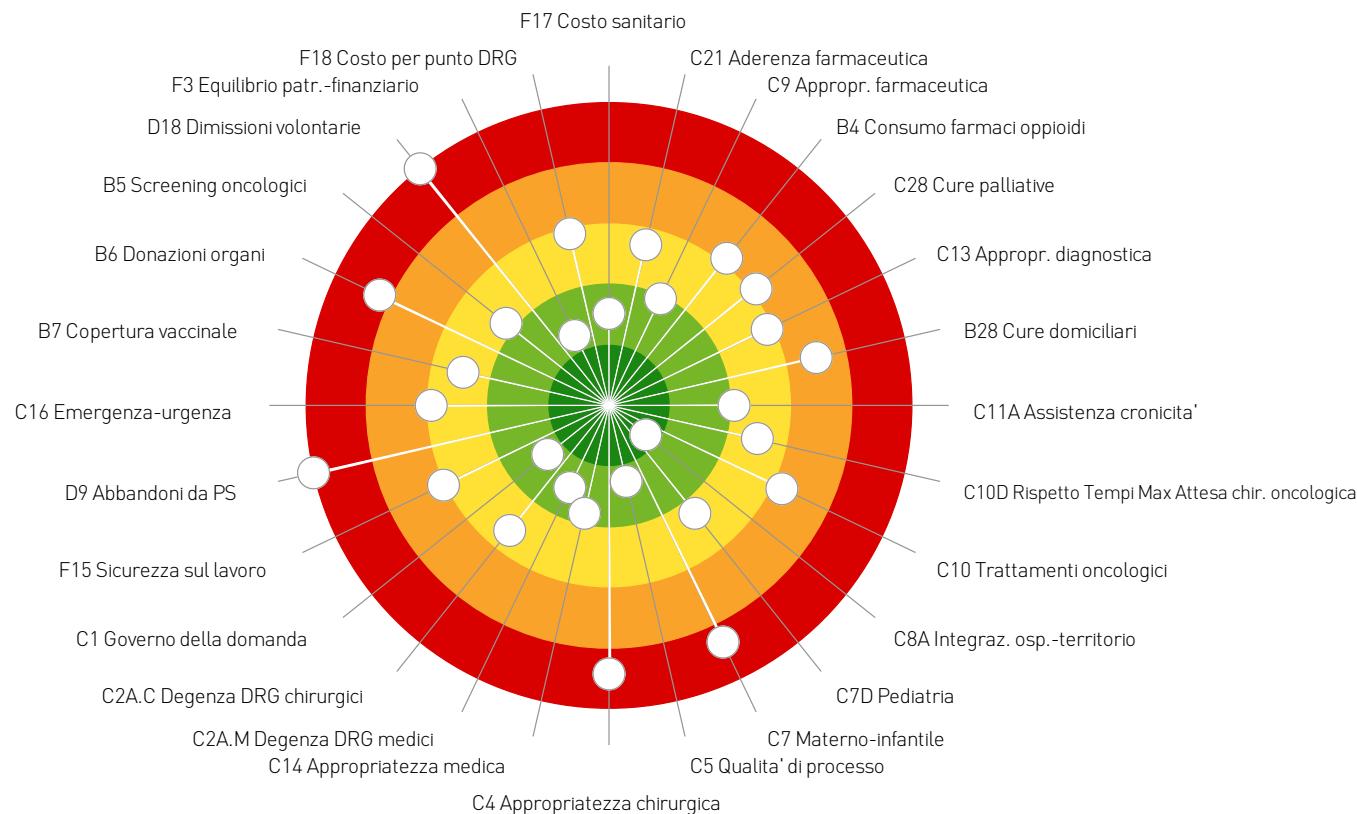
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

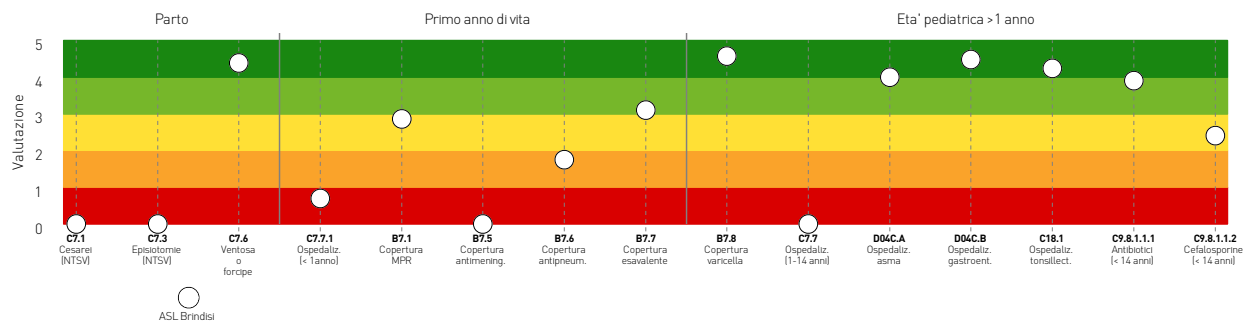
Numero Indicatori di valutazione: 79



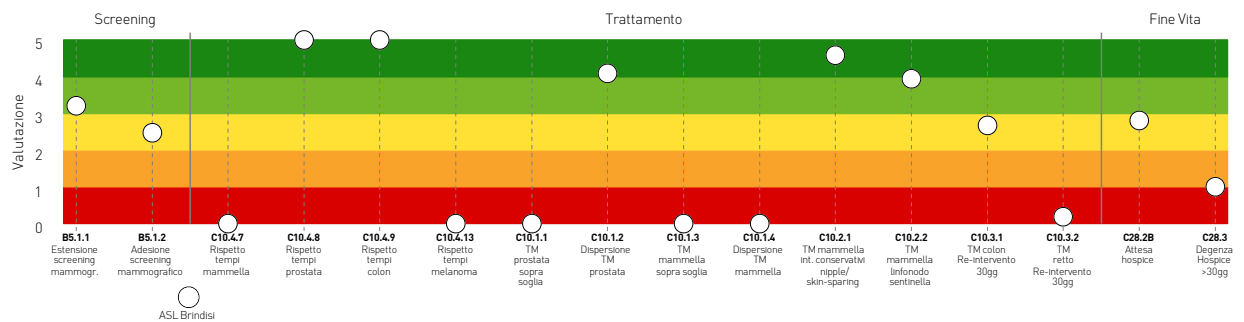
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

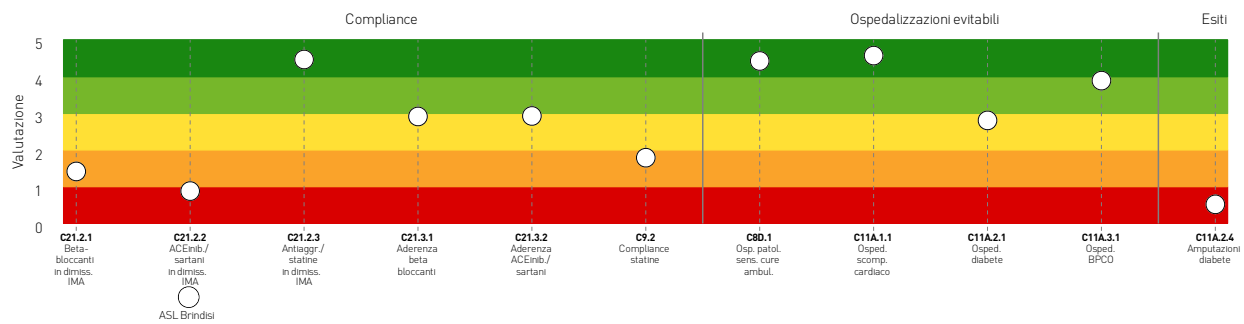




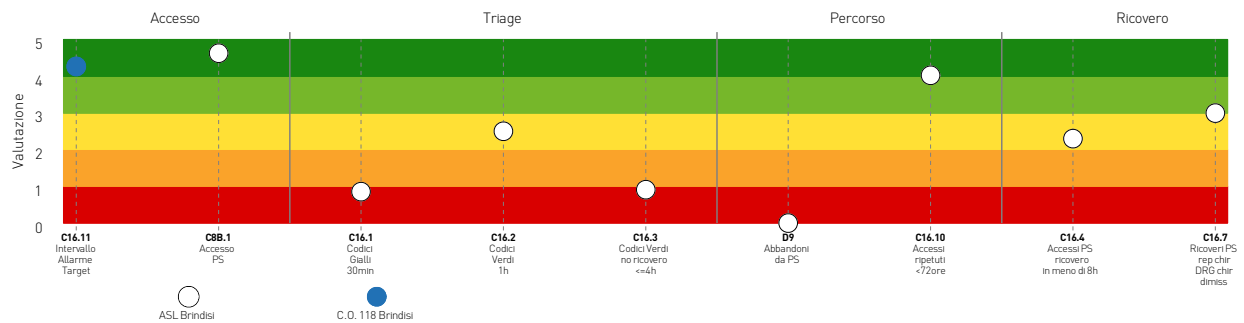
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

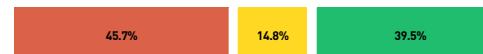
# ASL TARANTO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



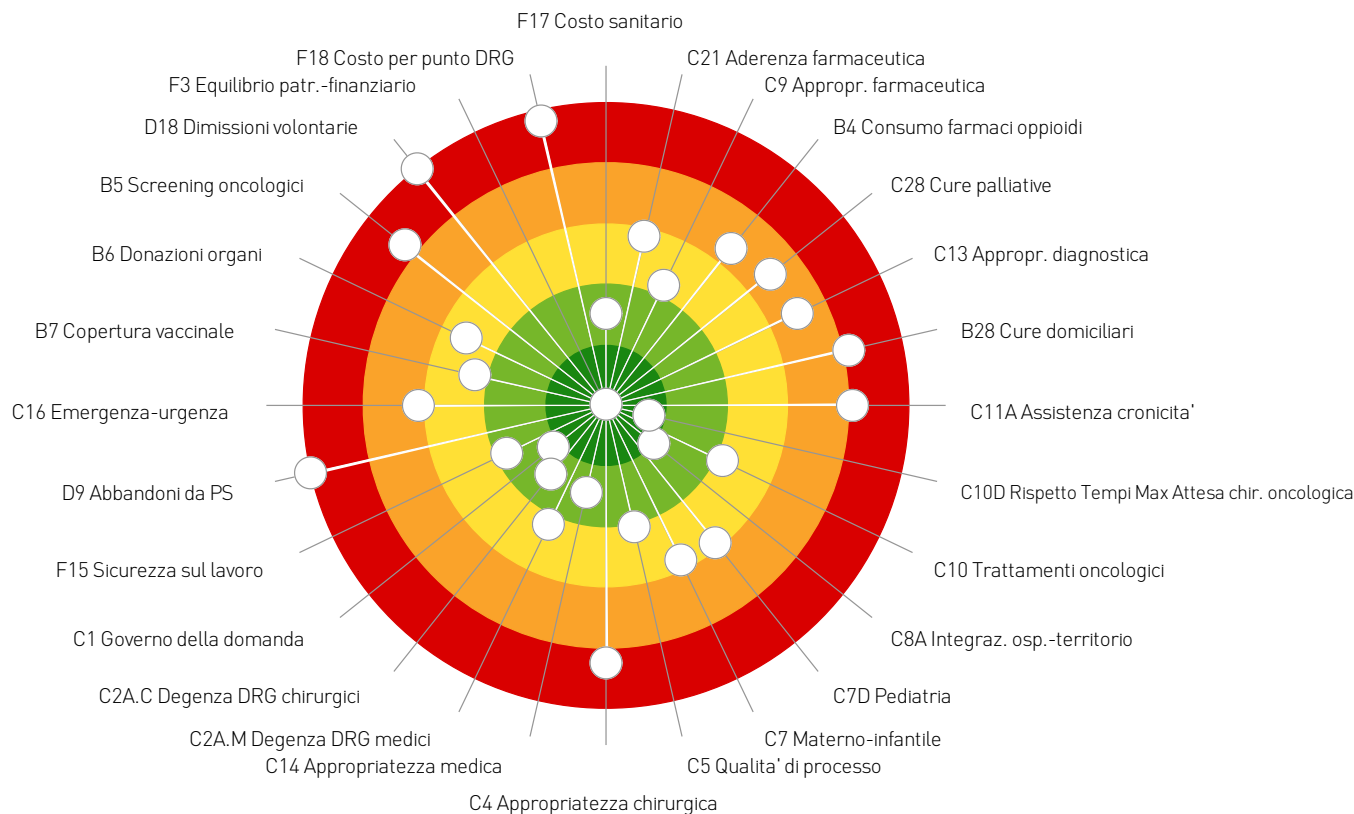
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

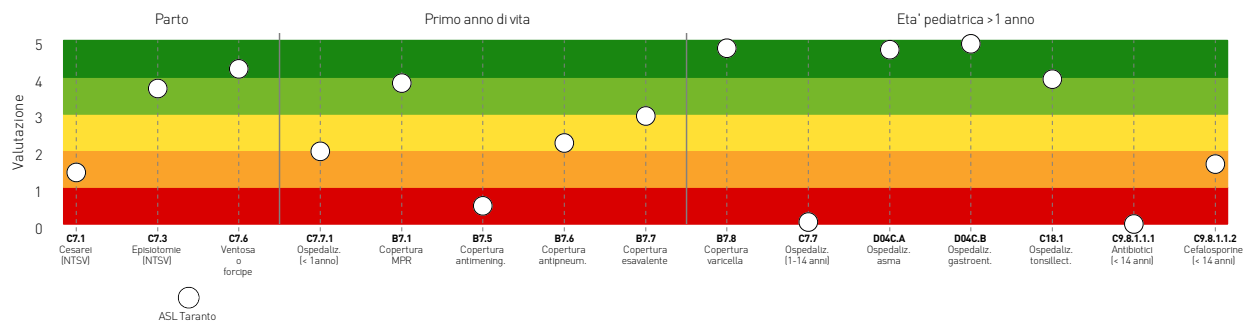
Numero Indicatori di valutazione: 81



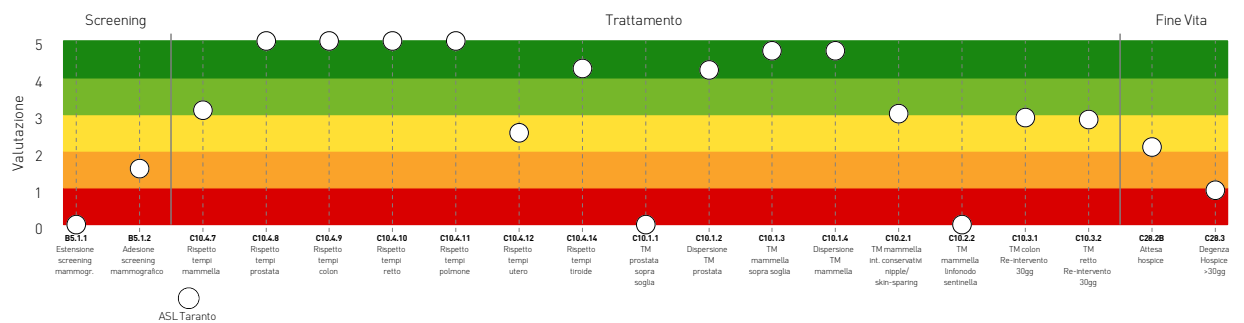
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

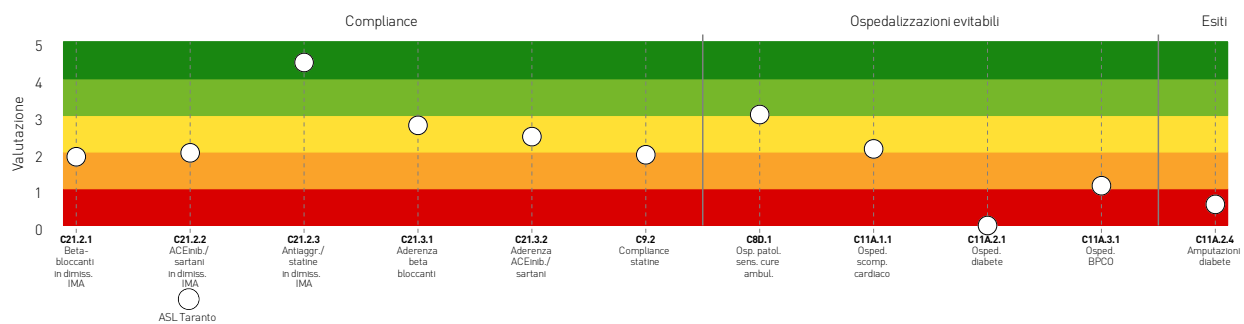




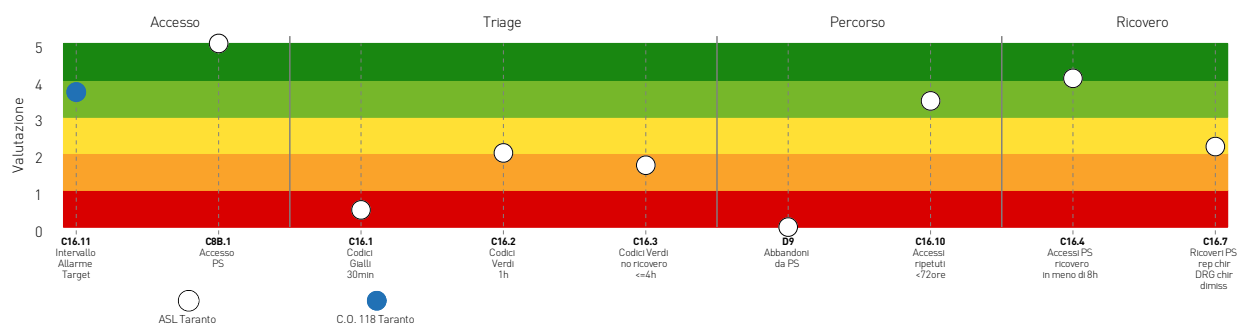
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



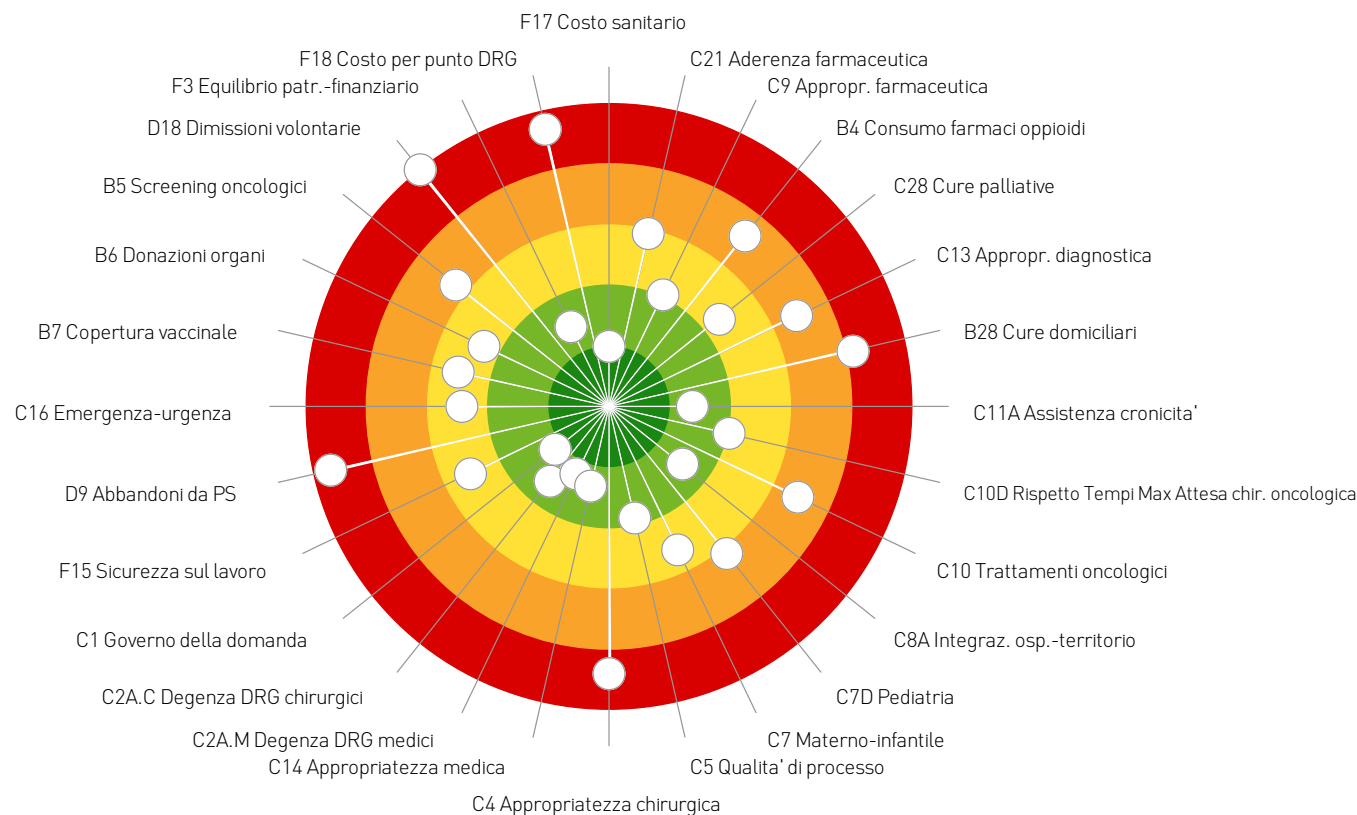
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

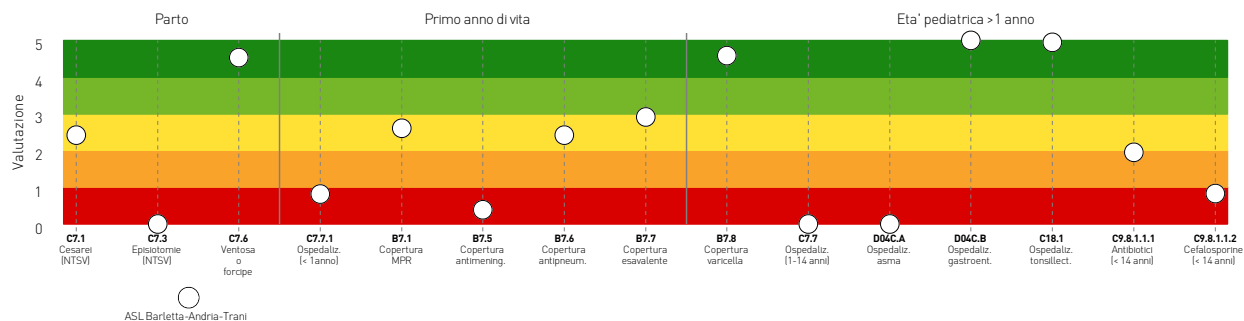
Numero Indicatori di valutazione: 81



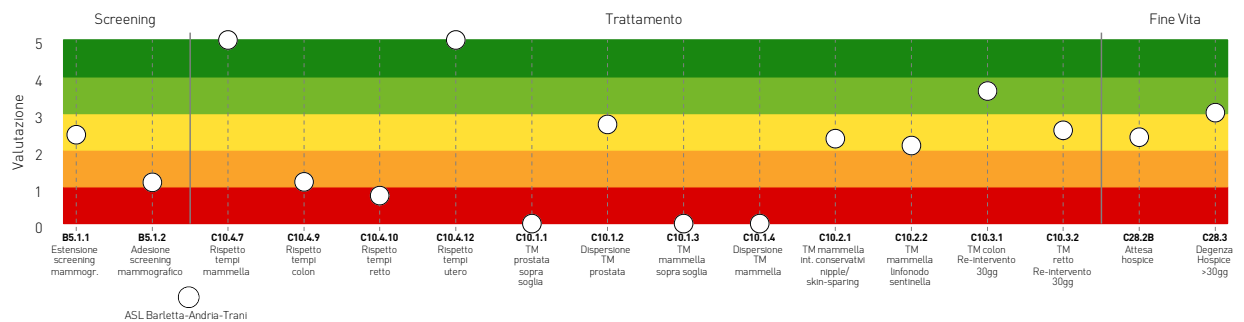
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

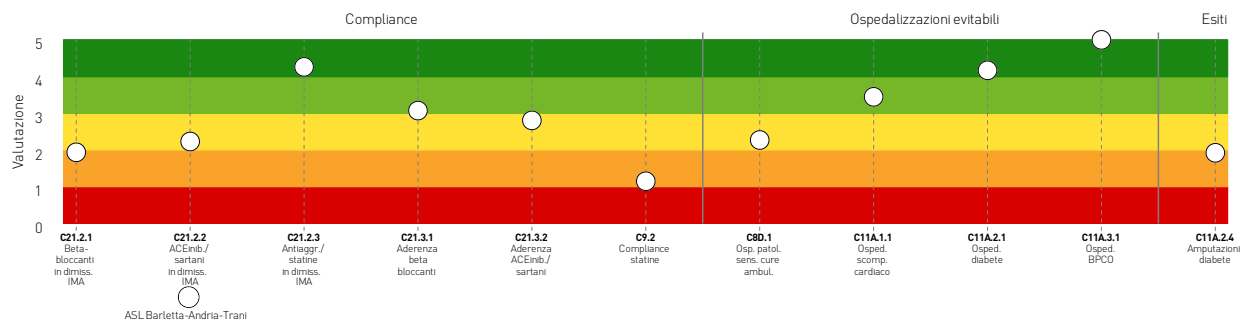




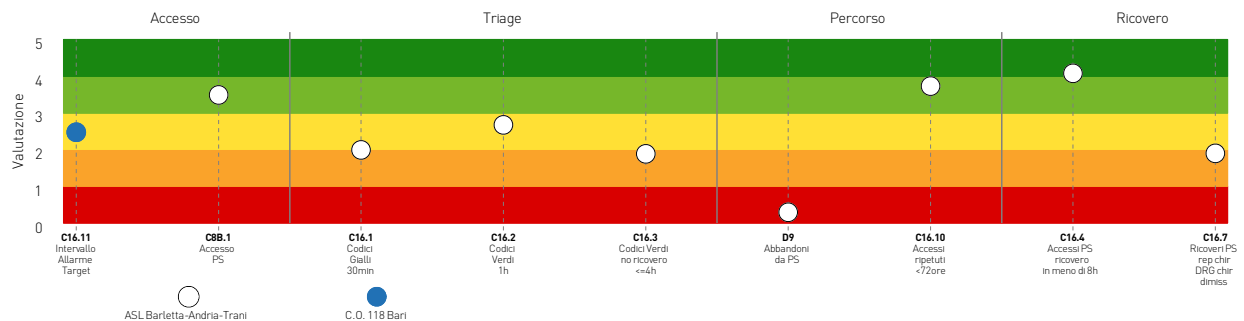
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



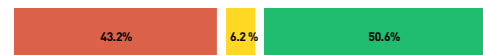
# ASL BARI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



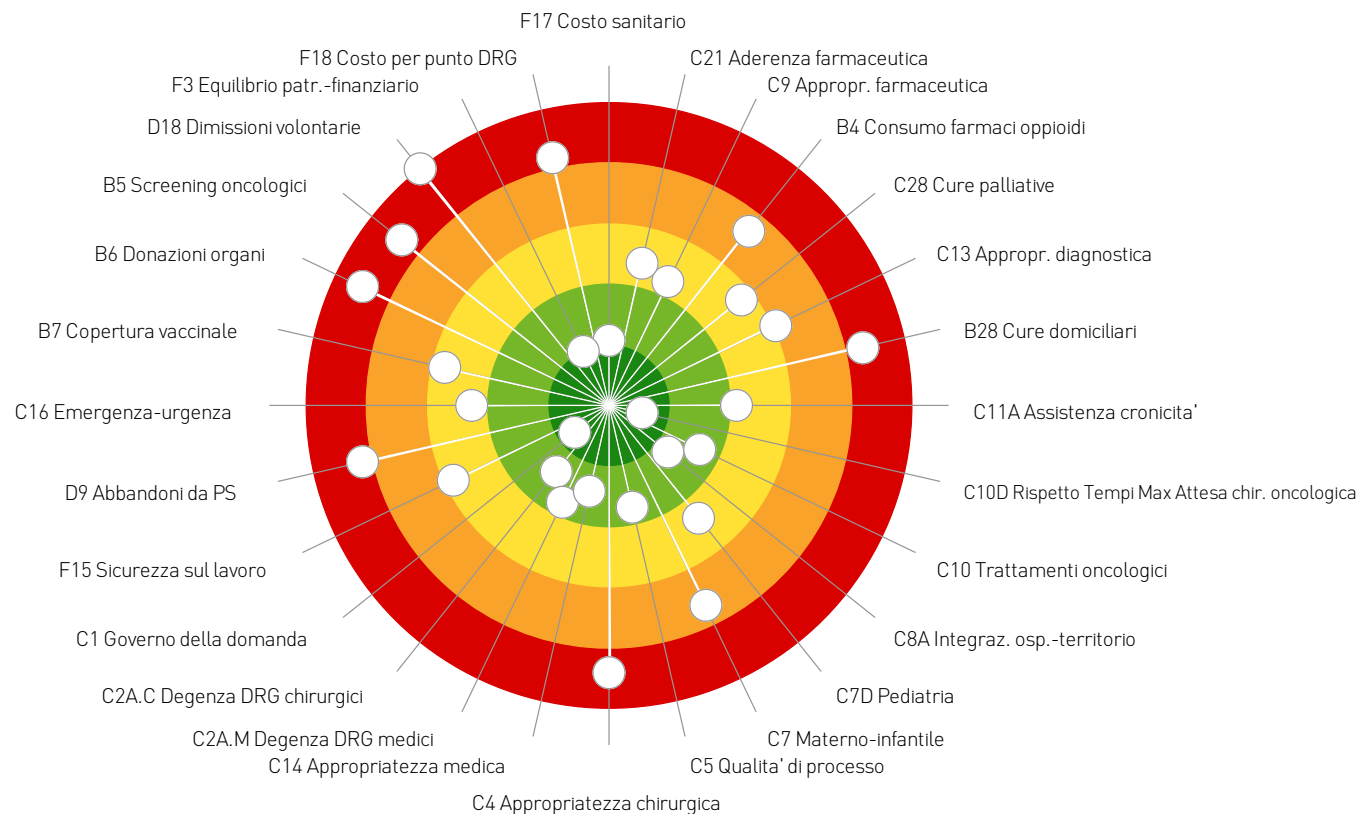
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 81



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# AOU POL. BARI

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



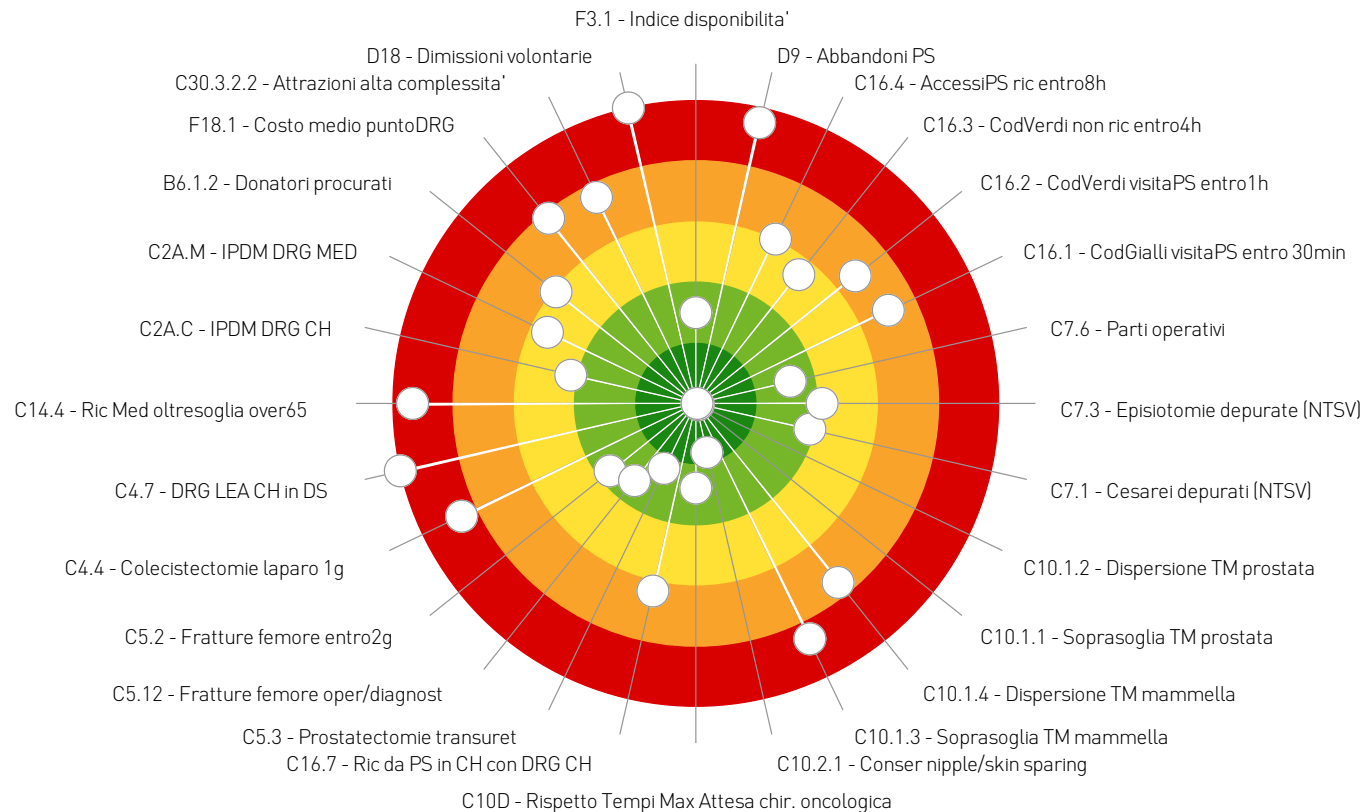
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 37



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

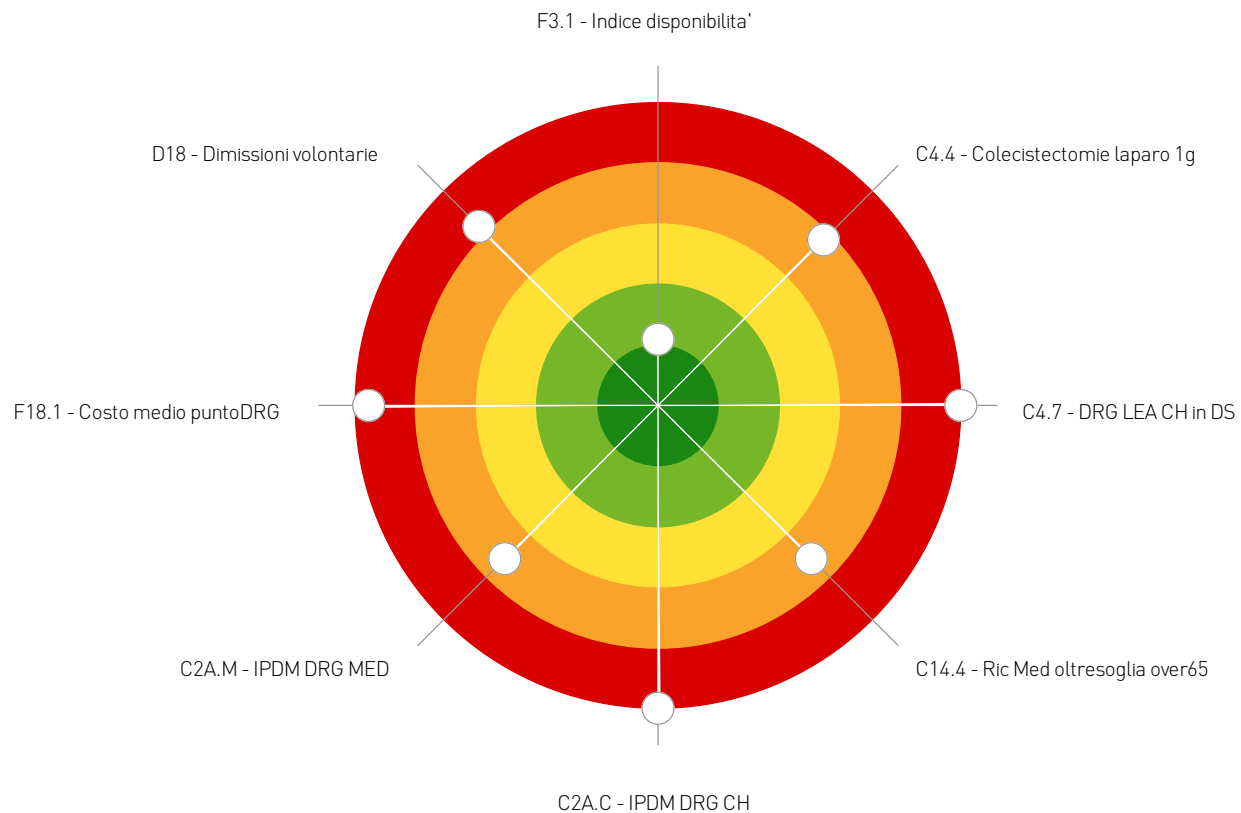


# IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)

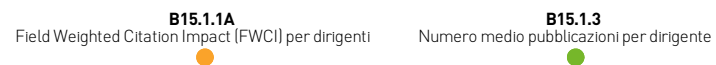


## Valutazione della performance 2019

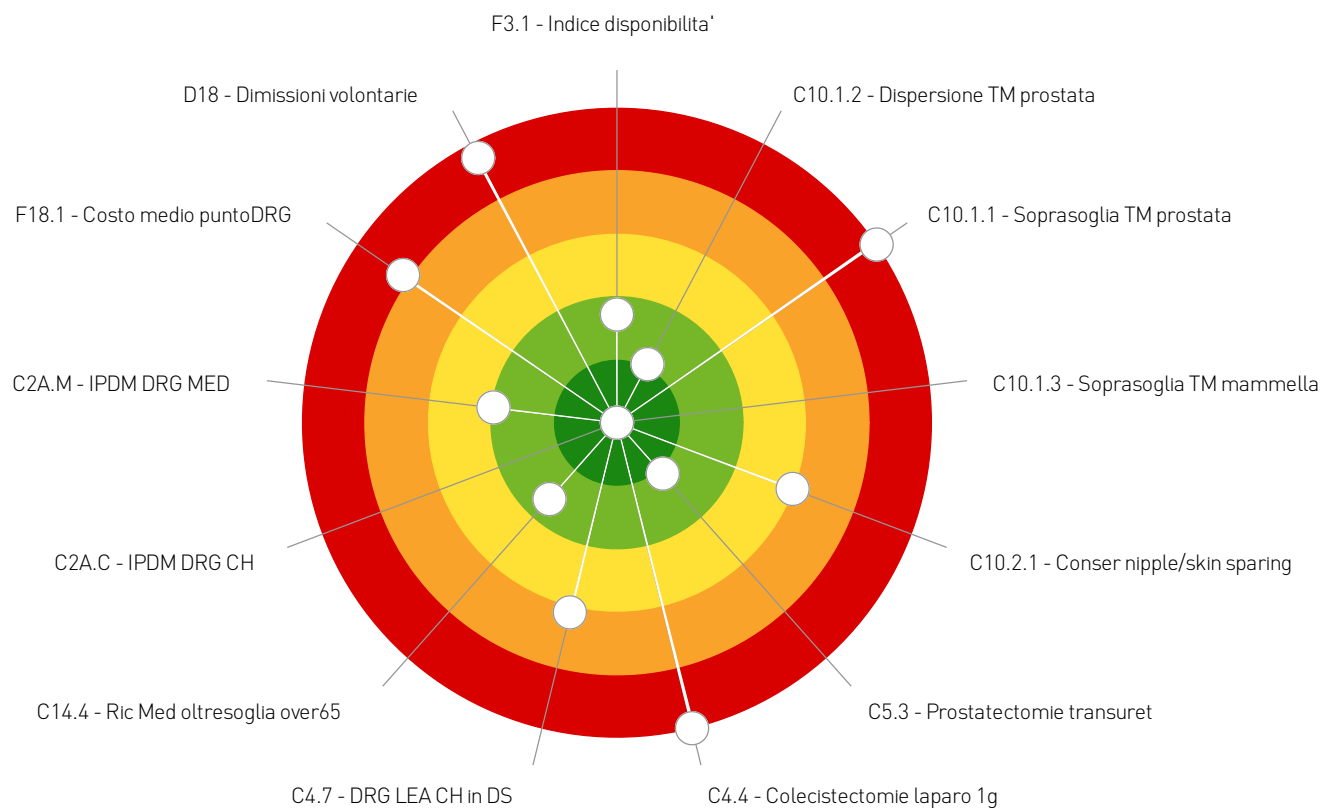


# IRCCS ONCOLOGICO BARI

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



## Valutazione della performance 2019



# E.E. MIULLI

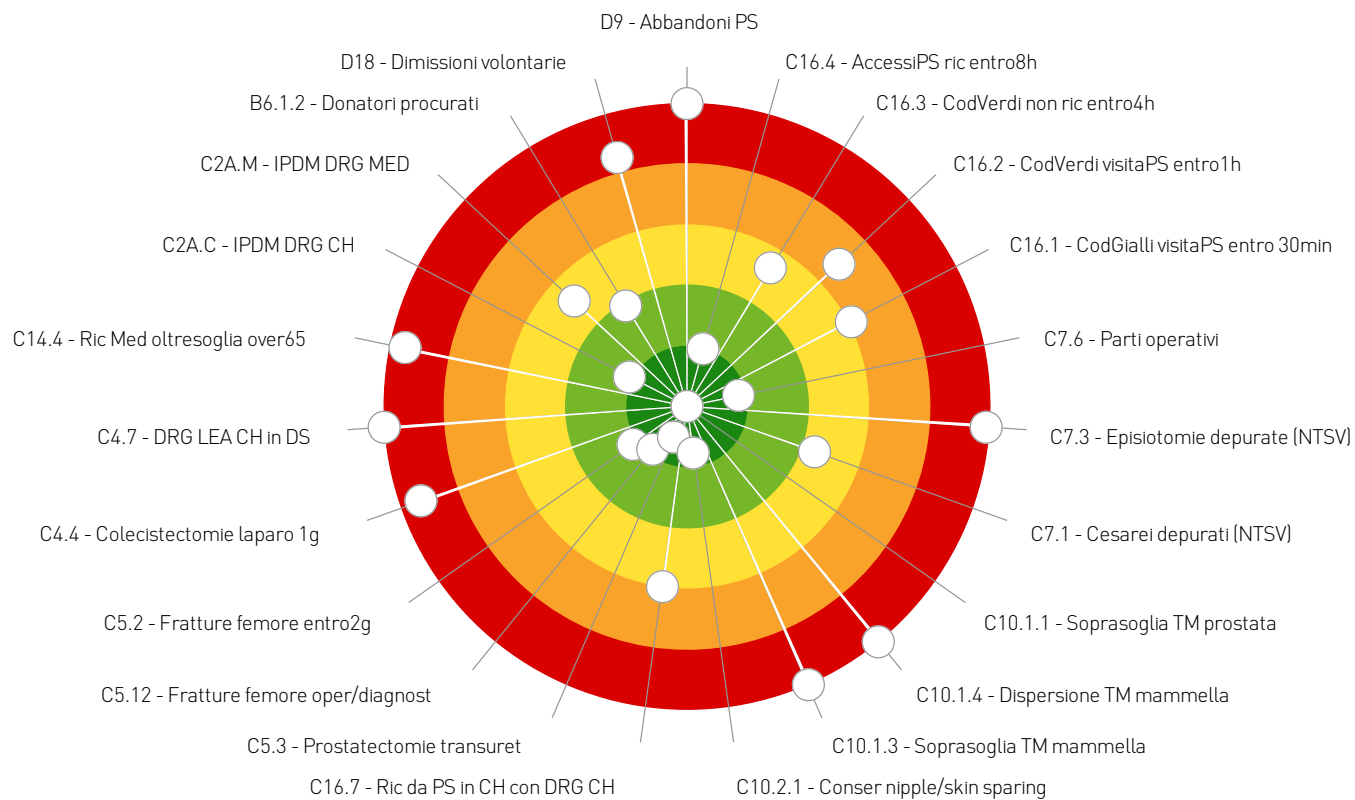
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

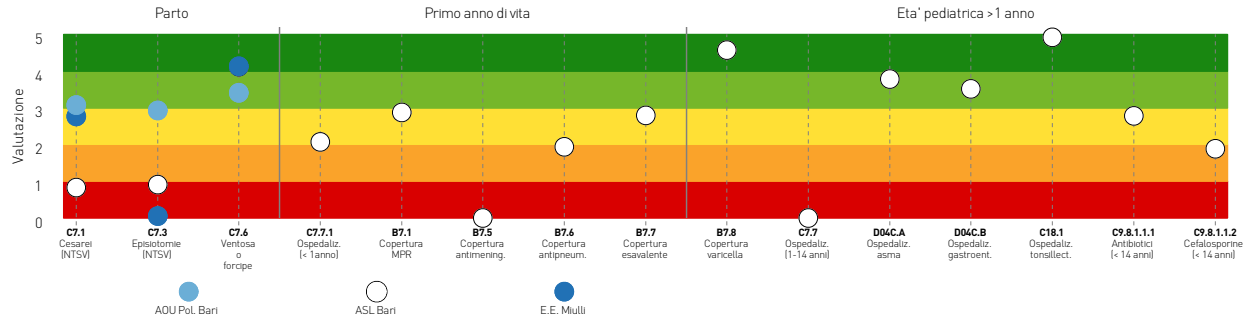
Numero indicatori di valutazione: 27



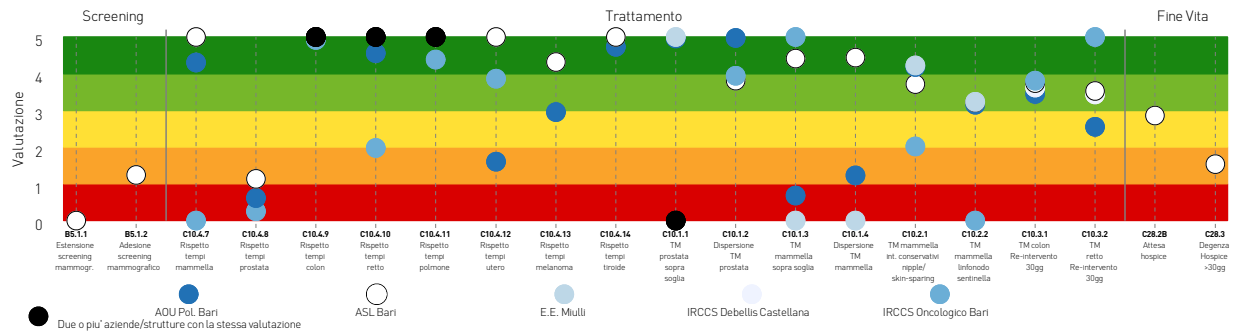
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

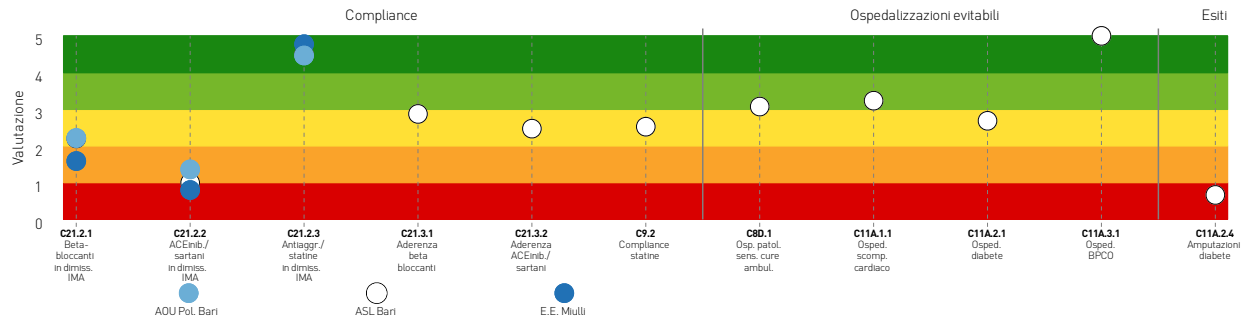




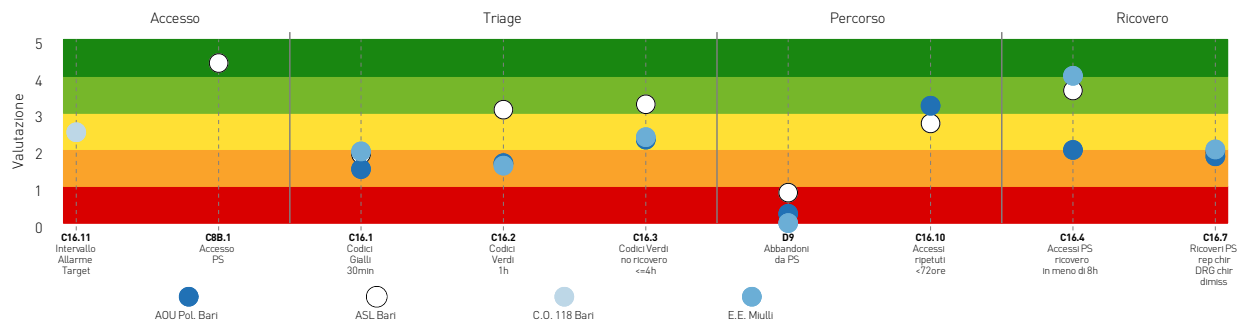
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ASL FOGGIA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



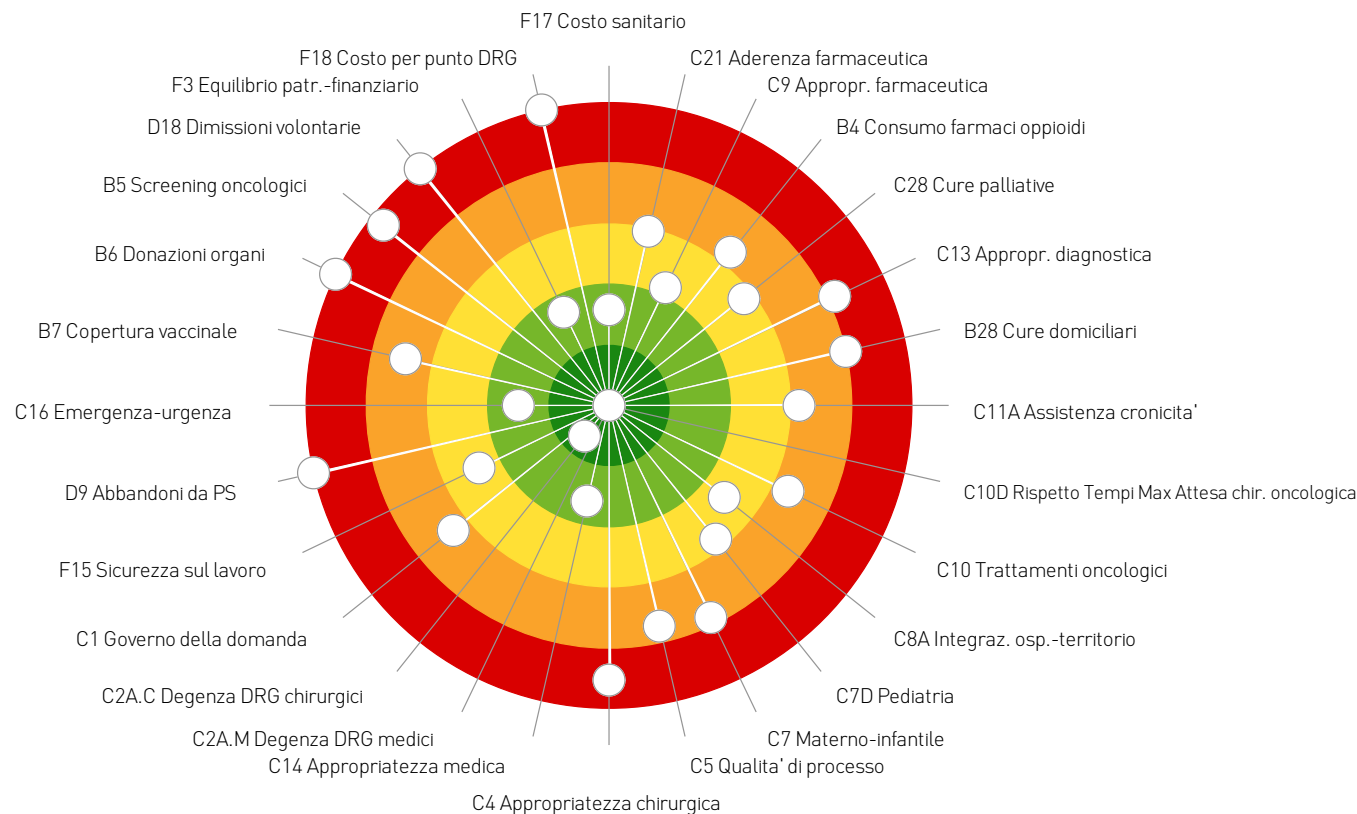
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 80



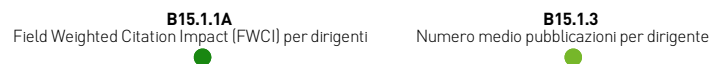
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



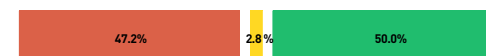
# OO.RR. FOGGIA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



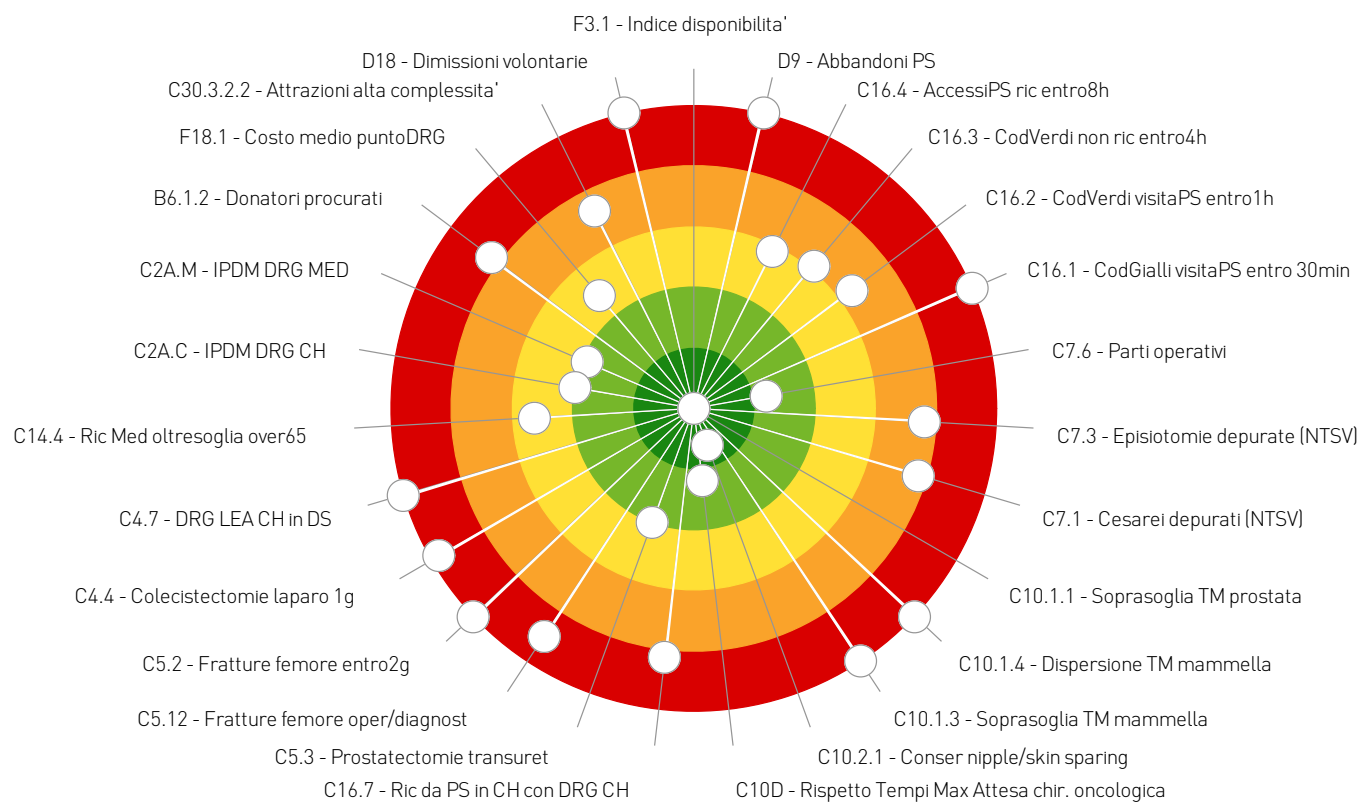
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 36



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





## E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

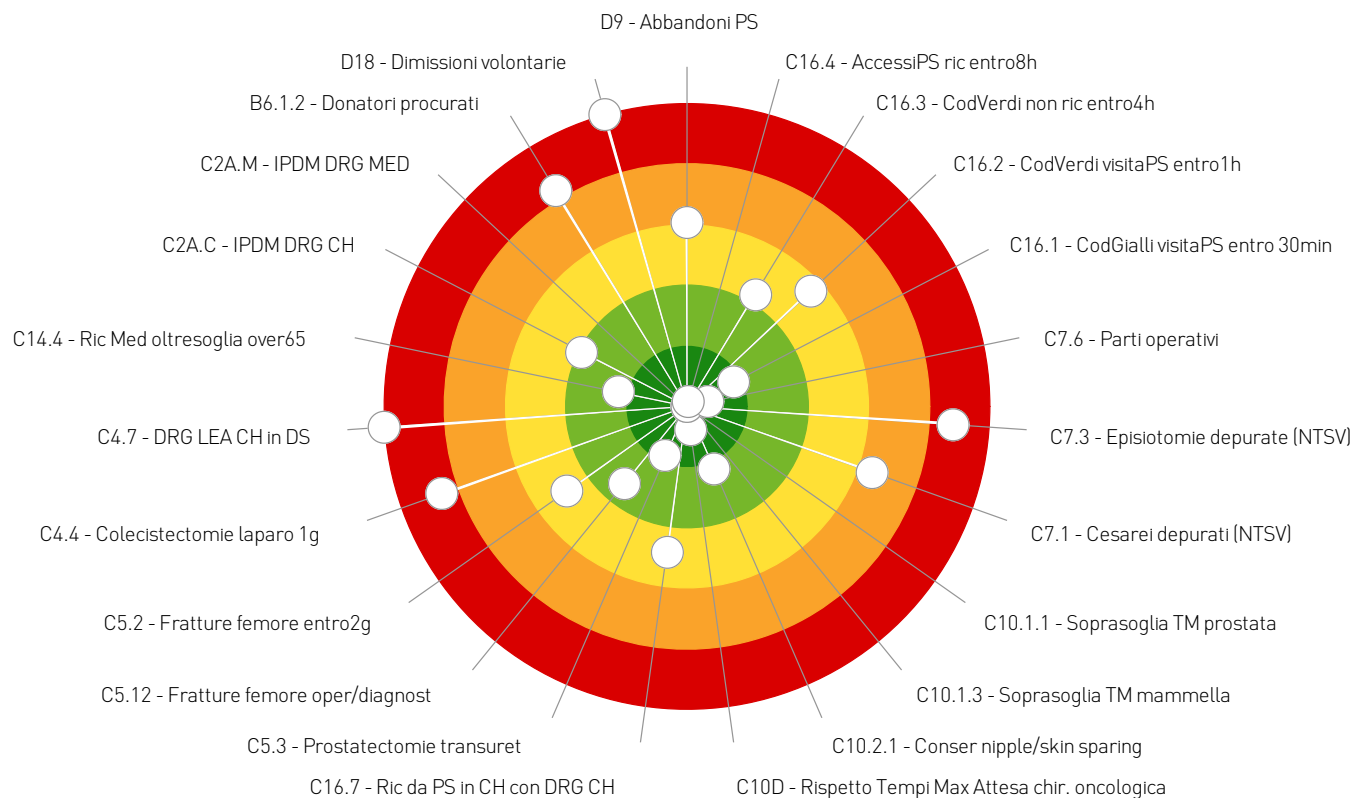
### Andamento indicatori/Trend 2018/2019

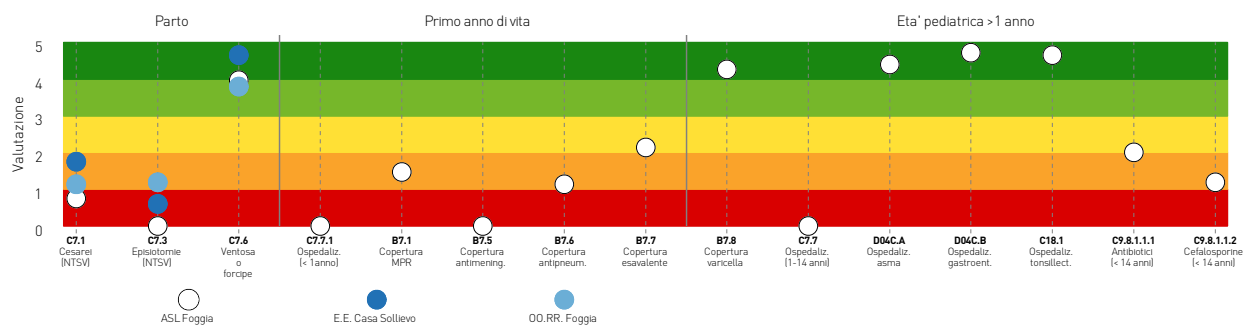
Numero indicatori di valutazione: 28



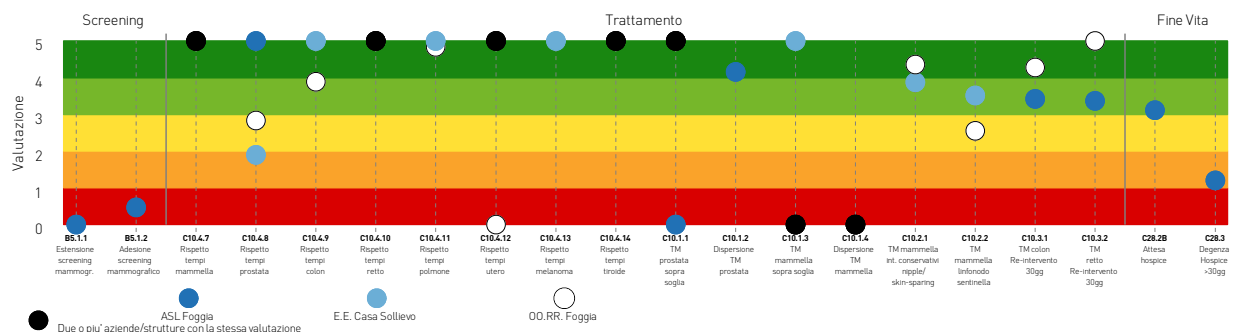
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2019

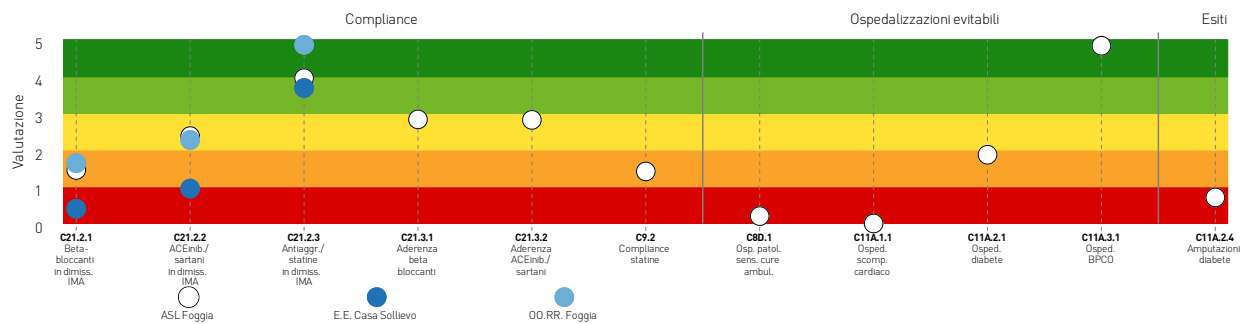




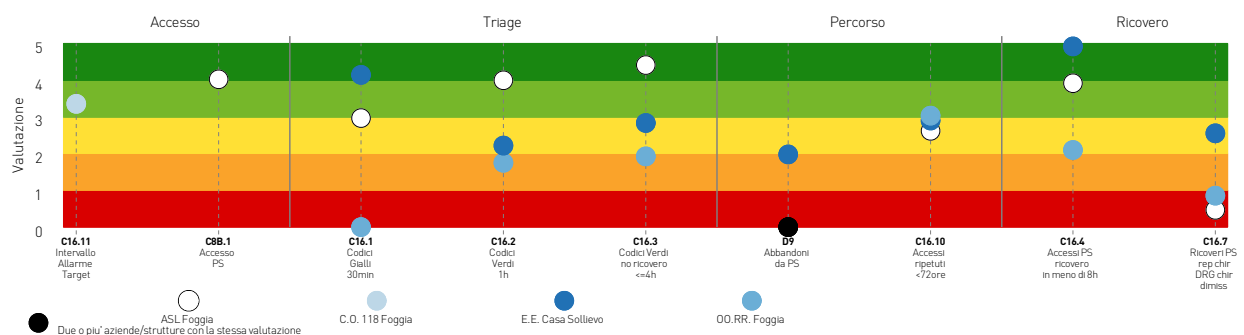
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

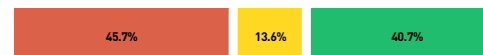
# ASL LECCE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



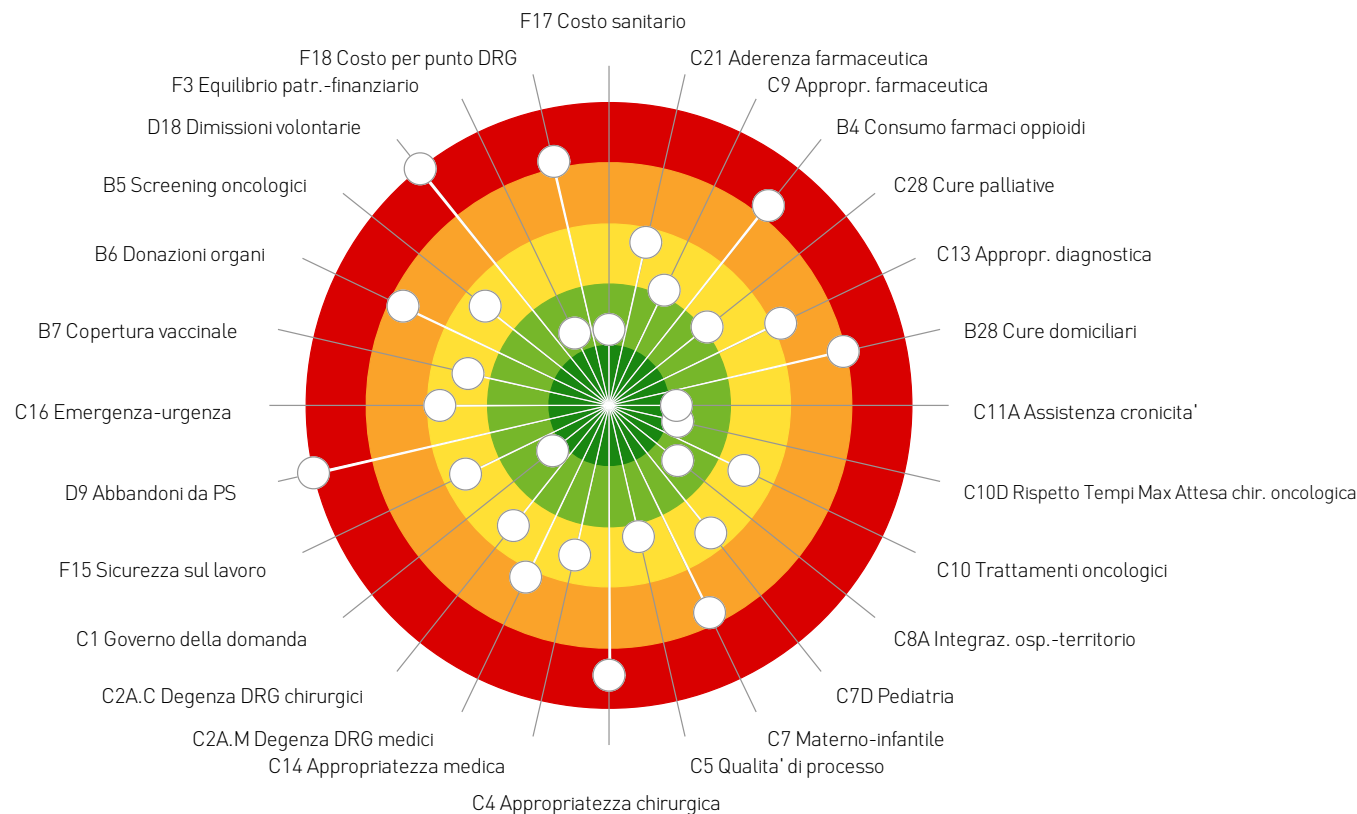
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 81



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# E.E. CARD. PANICO

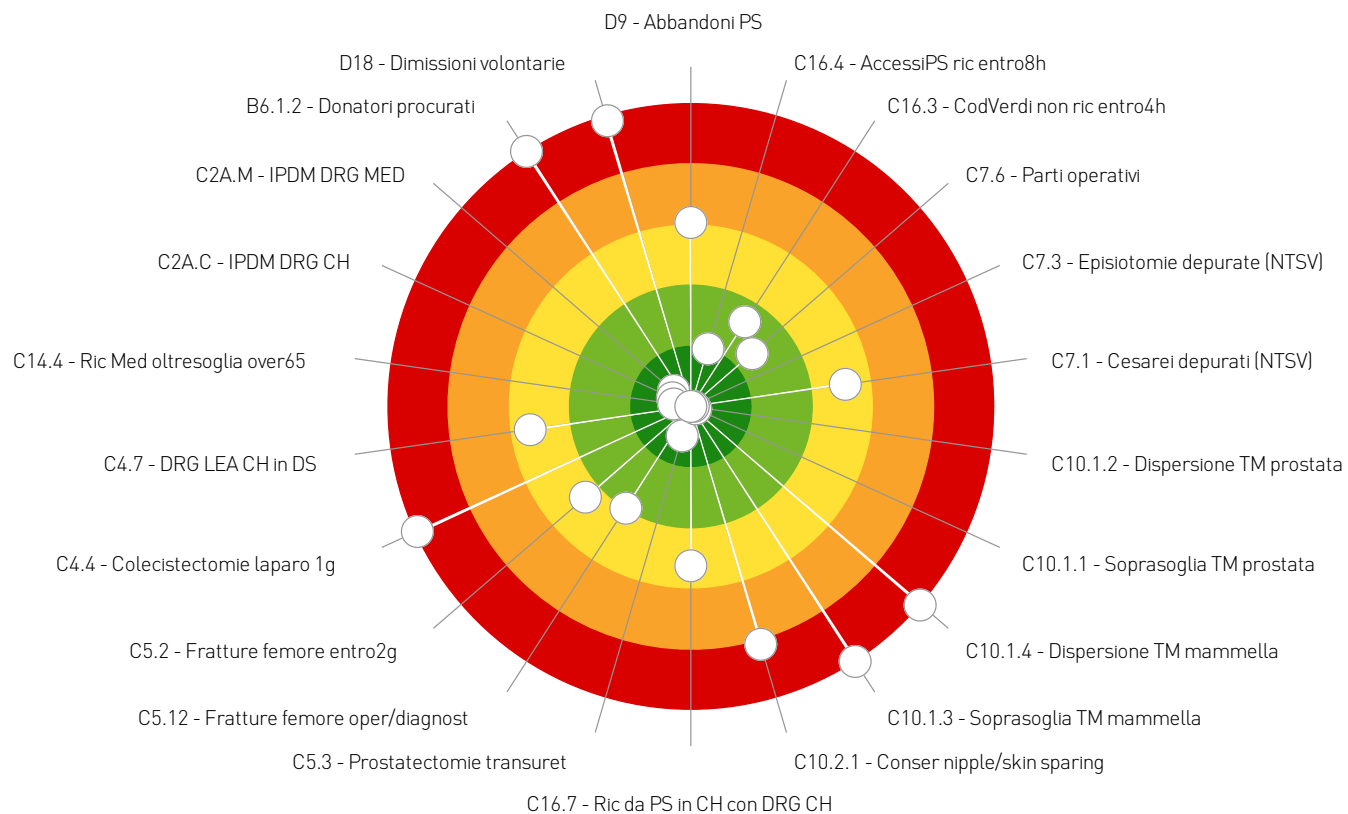
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 27

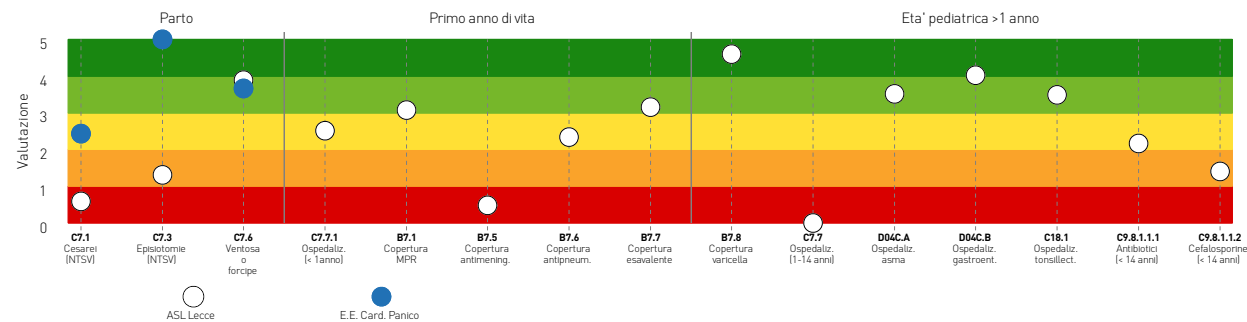


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

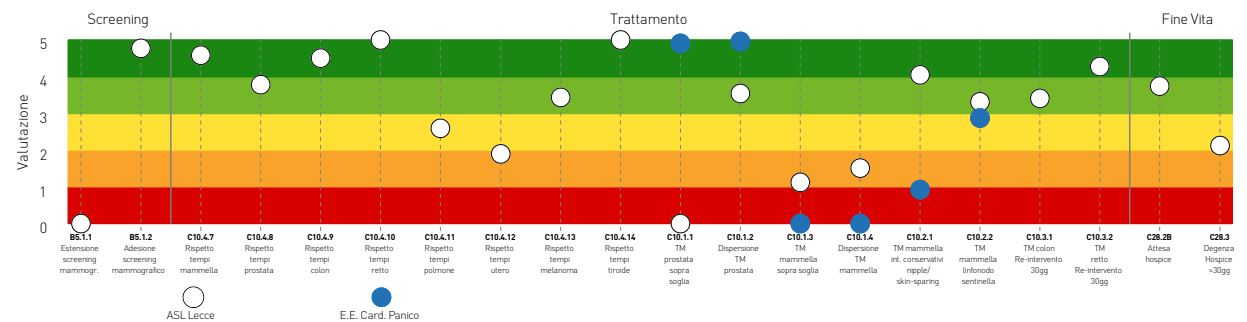
## Valutazione della performance 2019



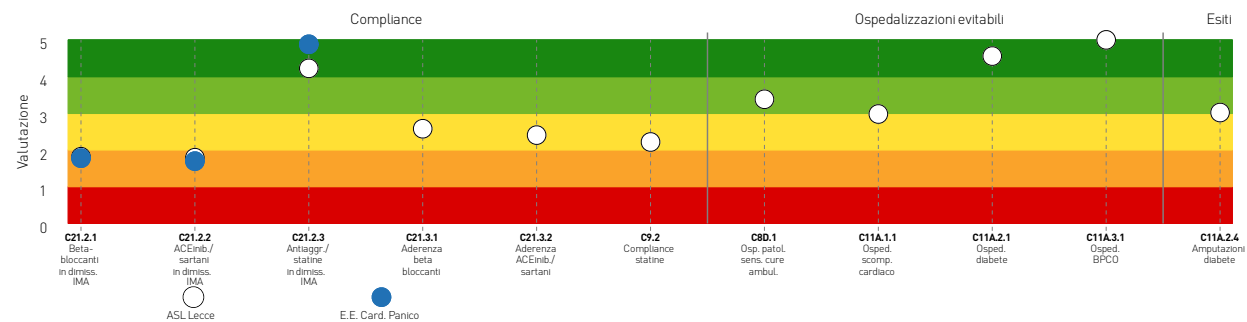
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



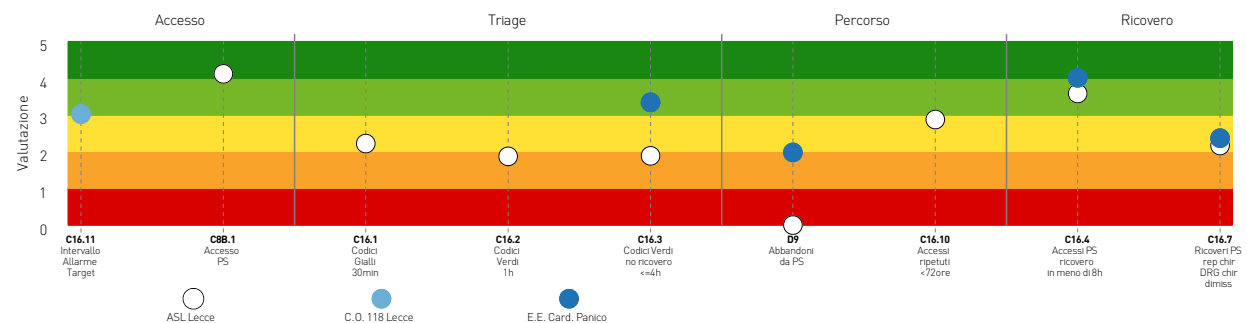
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



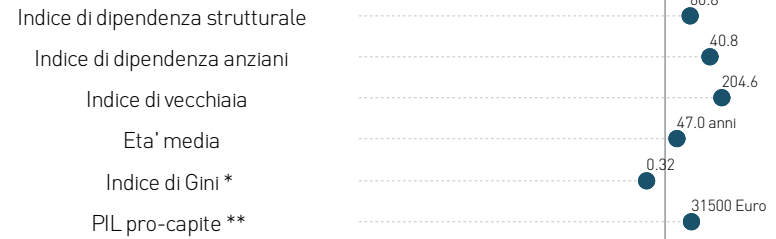
### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# TOSCANA



Popolazione: 3.729.641 abitanti  
Densità: 162.24 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

Il Servizio sanitario toscano è stato interessato nel 2015 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), l'IRCCS Fondazione Stella Maris 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

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è alzare il livello di salute della popolazione: quella dei residenti toscani è complessivamente buona, considerando i risultati relativi alla mortalità infantile, alla mortalità per tumori, a quella per malattie cardiocircolatorie e a quella per suicidi (i dati fanno riferimento al triennio 2015-2017). L'indagine ministeriale PASSI rileva – anche per il 2019 – la diffusione di stili di vita complessivamente piuttosto sani, eccezion fatta per un leggero eccesso di persone sedentarie.

Le strategie sanitarie regionali sono implementate in modo complessivamente efficace: la Toscana è *best practice* per quanto concerne la copertura vaccinale per varicella ed esavalente e si attesta tra le migliori Regioni del Network per MPR (morbillo, parotite, rosolia) e antinfluenzale per gli operatori sanitari. Buona la copertura dei programmi di screening oncologici, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione; si nota però, rispetto al 2018, un lieve calo delle adesioni (sia per lo screening mammografico, sia per quello coloretale), suggerendo l'opportunità di un'attività di sensibilizzazione. In riferimento alle donazioni d'organi, tornano ad aumentare le segnalazioni di morte encefalica in UTI, per cui la Toscana risulta *best practice*, e sale lievemente la percentuale di donatori procurati.

La gestione della sicurezza sul lavoro, nell'ambito della prevenzione collettiva, mostra risultati di copertura del territorio in linea rispetto alle altre Regioni e in miglioramento rispetto al 2018, ma il livello di efficienza del personale dedicato resta un ambito di attenzione.

L'appropriato ricorso al *setting* ospedaliero si conferma un punto di forza del sistema sanitario toscano: il tasso di ospedalizzazione (125,9 ricoveri per 1.000 residenti) rimane stabile, tra i più bassi del Network, a testimonianza della capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i bisogni di salute della popolazione e di un'efficiente organizzazione dei percorsi intra-ospedalieri. La durata delle degenze, molto contenuta, conferma l'utilizzo appropriato sia dei reparti chirurgici, sia di quelli medici. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni si attesta sui più alti valori del Network, per quanto si osservi un lieve calo rispetto al 2018 (79,1% contro 80,2%). La bassa percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero entro 8 ore segnala una criticità: si osserva, infatti, un ulteriore calo rispetto al 2018 (fanalini di coda: AOU Senese e AOU Careggi).

La buona capacità di presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali – anche in fase di post-dimissione – è confermata nel basso numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni (numero che cala ulteriormente rispetto al 2018). Aumentano invece leggermente le ospedalizzazioni per patologie sensibili alle cure ambulatoriali (indicatore dell'attività di filtro da parte del territorio rispetto al ricorso al *setting* ospedaliero), per quanto il valore toscano si confermi migliore della media.

Relativamente all'appropriatezza prescrittiva diagnostica, permangono delle criticità: se il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriata) è il più contenuto del Network (nonostante il lieve peggioramento che si osserva nel 2019), la percentuale di utenti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro dodici mesi si conferma elevata.

Venendo alla *governance* farmaceutica, aumenta ancora la propensione dei MMG toscani alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto, sì da sfruttare le opportunità offerte

dalle scadenze brevettuali. Sopra la media l'appropriatezza prescrittiva, a esclusione di quella relativa ai farmaci antidepressivi, rispetto alla quale si osserva un lieve peggioramento. Il consumo di farmaci oppioidi (indicatore proxy dell'attenzione verso la gestione del dolore) resta stabile rispetto al 2018 e complessivamente nella media.

Il coinvolgimento dell'utenza, i processi di comunicazione e di valorizzazione del personale sono gli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore proxy della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, resta stabilmente inferiore alla media, come la percentuale di assenza del personale aziendale, che indirettamente monitora il clima organizzativo.

Riguardo alla sostenibilità economico-finanziaria, il costo sanitario è in media con le altre Regioni (1.988 euro pro capite - dato riferito all'anno 2018) e si contrae rispetto all'anno precedente (2.041 euro pro capite).

Il percorso materno infantile si conferma piuttosto ben presidiato nella fase del parto, con un basso ricorso all'episiotomia e una proporzione di parti cesarei nella media. Richiede attenzione il ricorso ai parti operativi, più frequente rispetto alle altre Regioni. Per quanto riguarda la presa in carico in età pediatrica, i tassi di ospedalizzazione per asma, gastroenterite e tonsillectomia risultano molto contenuti e il consumo di antibiotici è allineato alla media.

Si registrano risultati buoni nelle varie fasi del percorso oncologico. In progressiva diminuzione i tempi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica, in particolare quelli per il melanoma.

I tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, diabete e BPCO sono in calo costante, a ulteriore dimostrazione dell'efficacia della presa in carico delle patologie croniche.

Relativamente al percorso emergenza-urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni; si osserva un lieve peggioramento nella percentuale di abbandoni, mentre l'intervallo allarme-target, ovvero il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo, resta contenuto.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



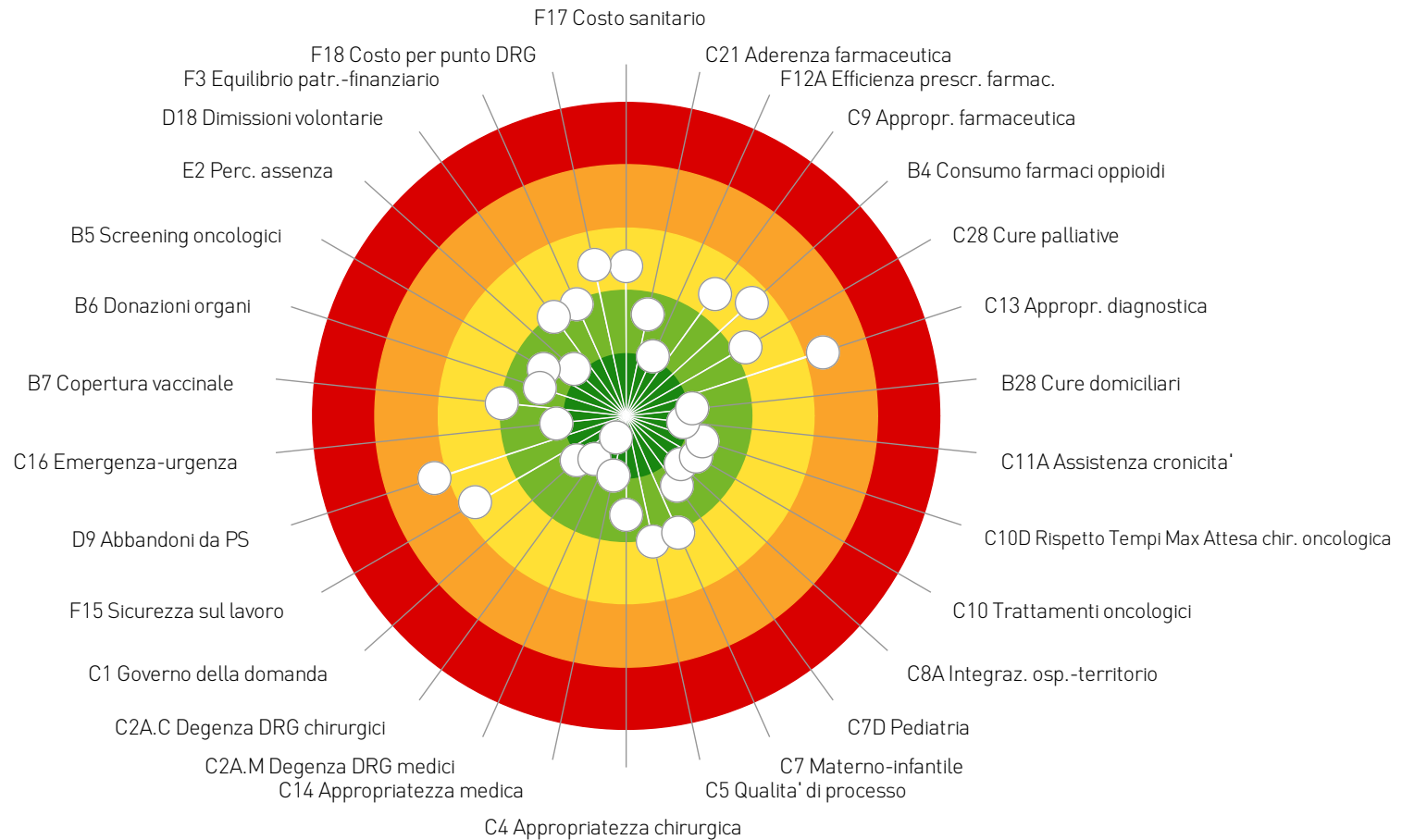
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 103



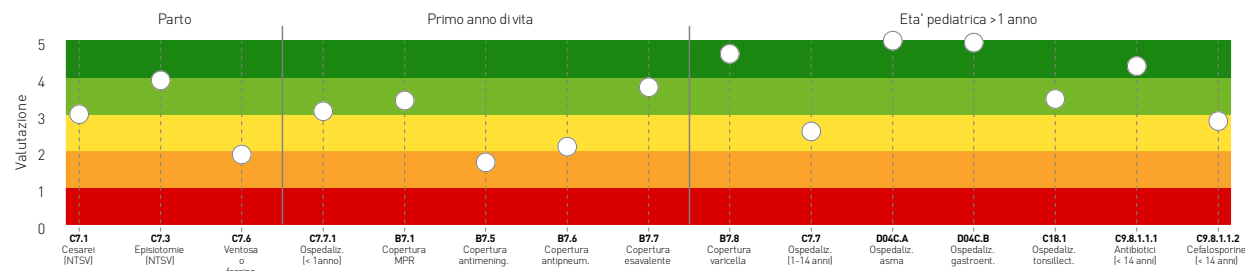
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

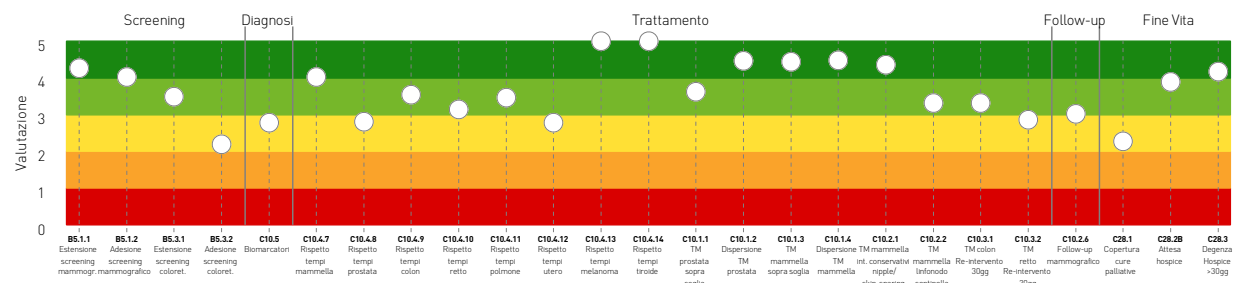




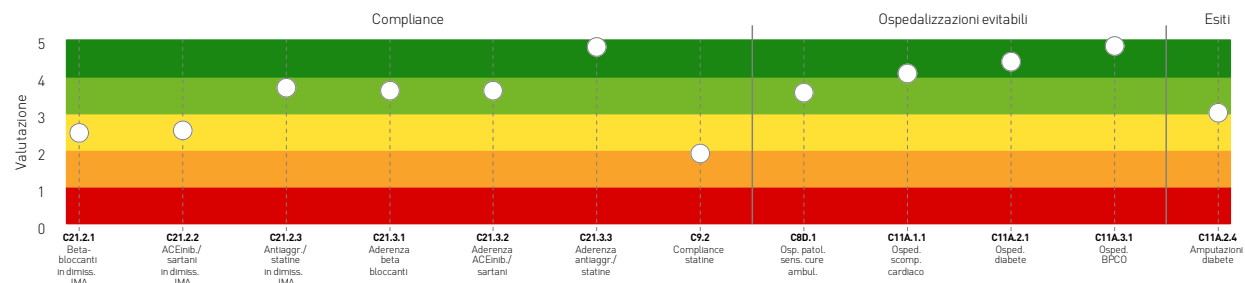
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



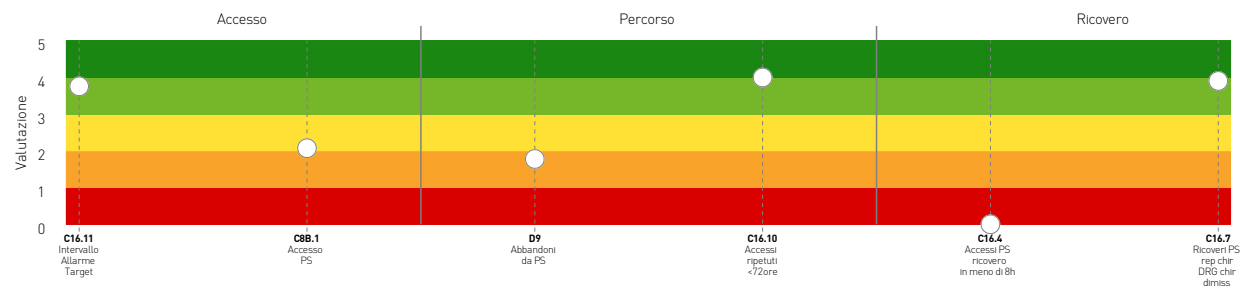
## PERCORSO ONCOLOGICO



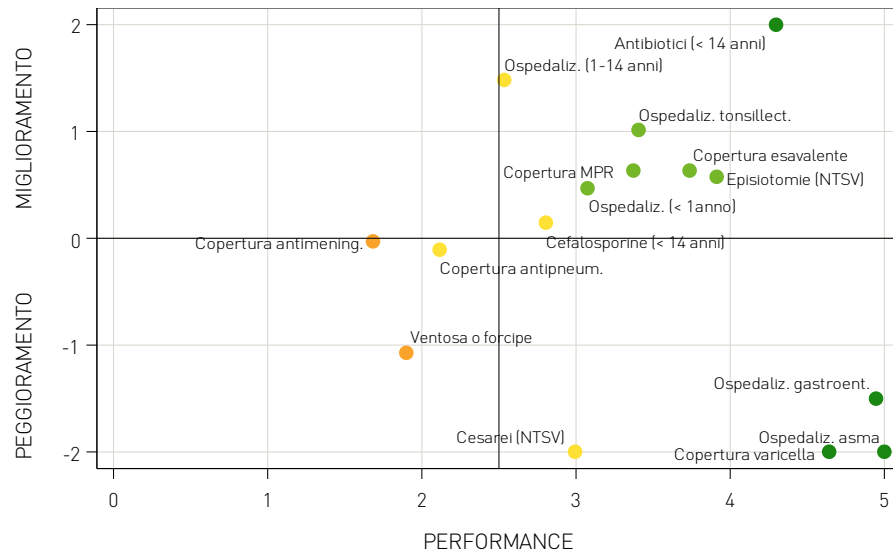
## PERCORSO CRONICITÀ



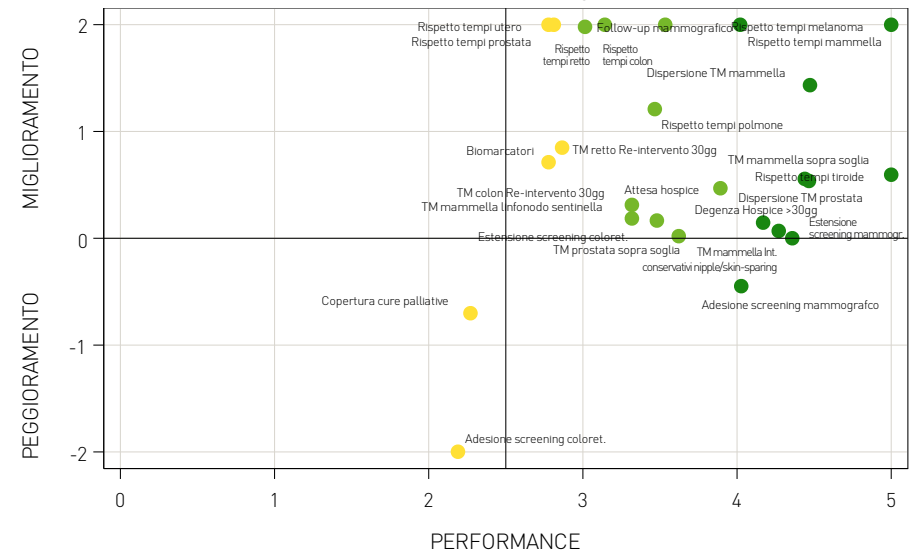
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



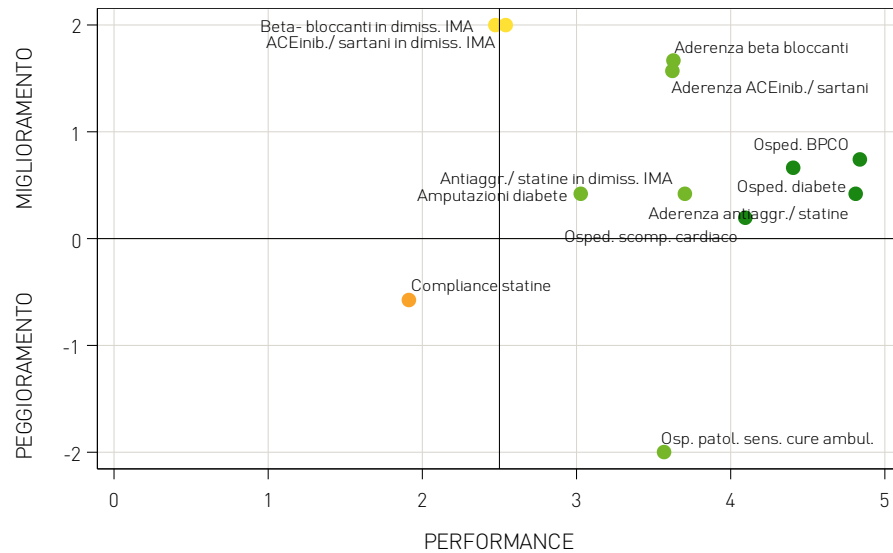
Percorso Materno Infantile



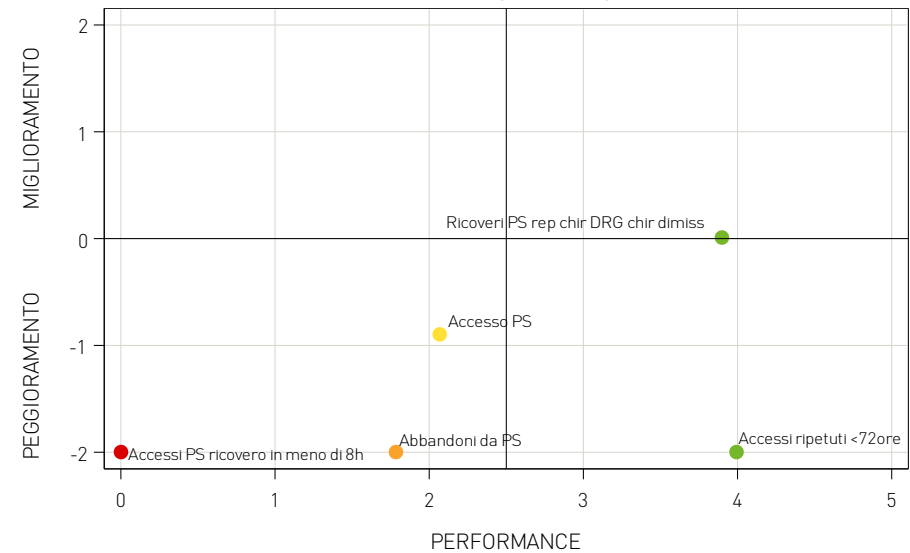
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



# AUSL CENTRO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



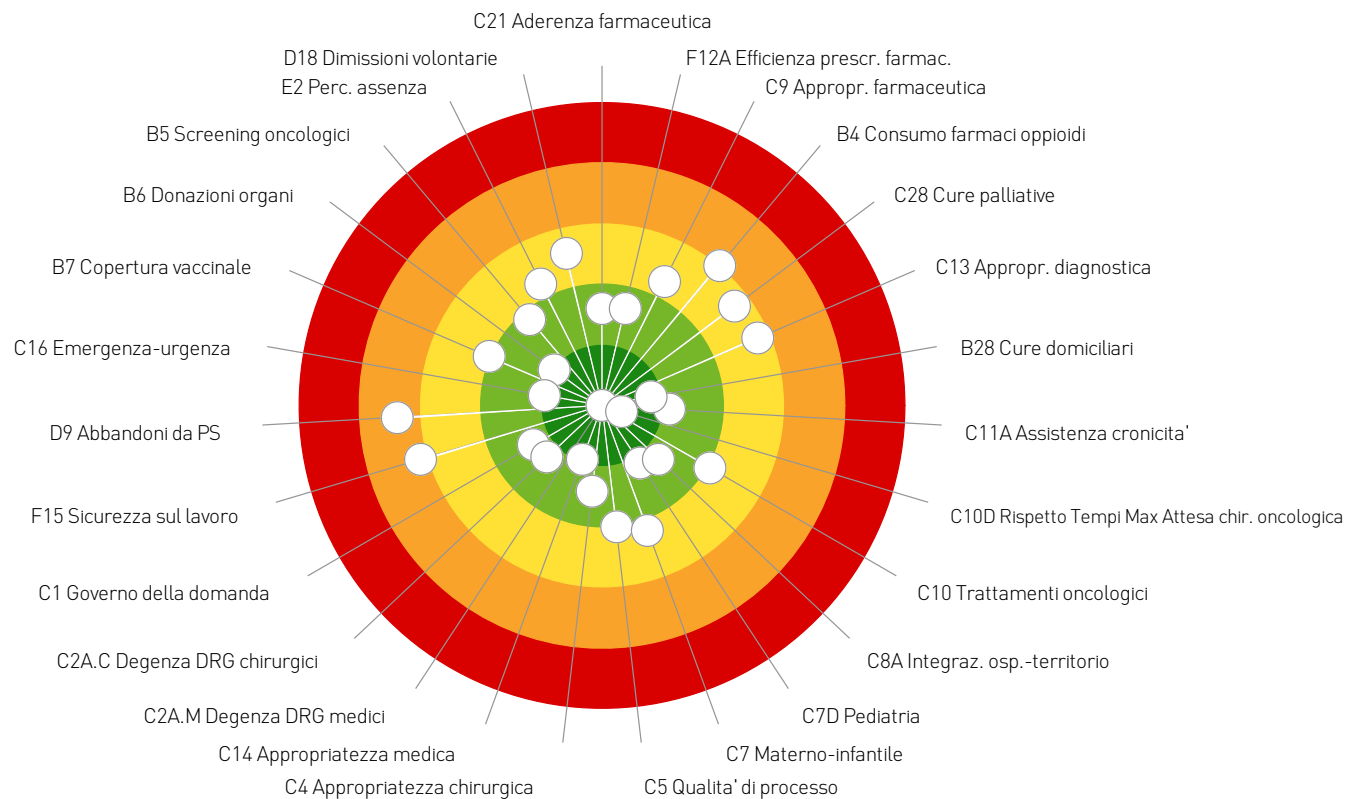
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 99



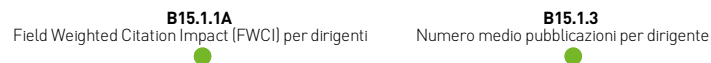
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



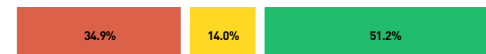
# AOU CAREGGI

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



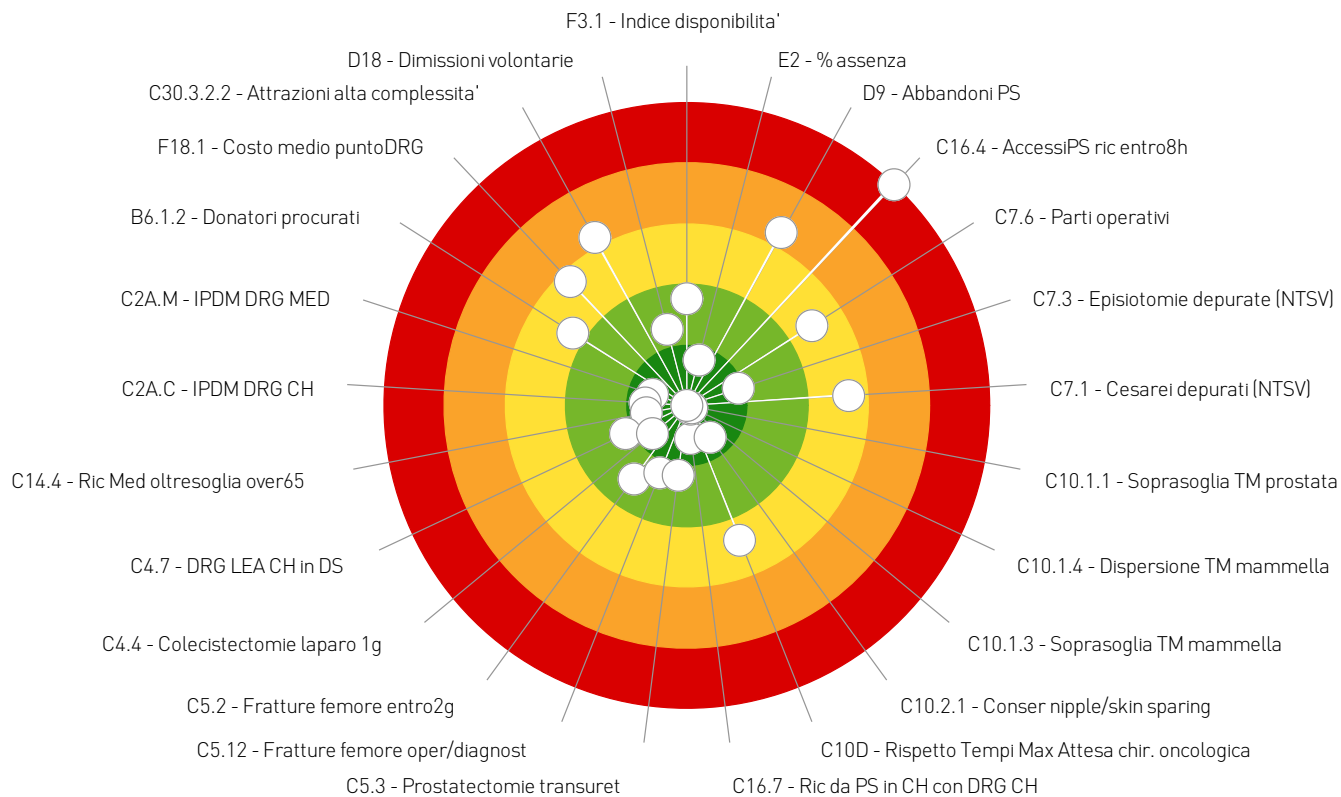
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 43



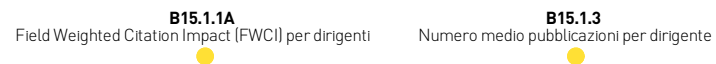
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

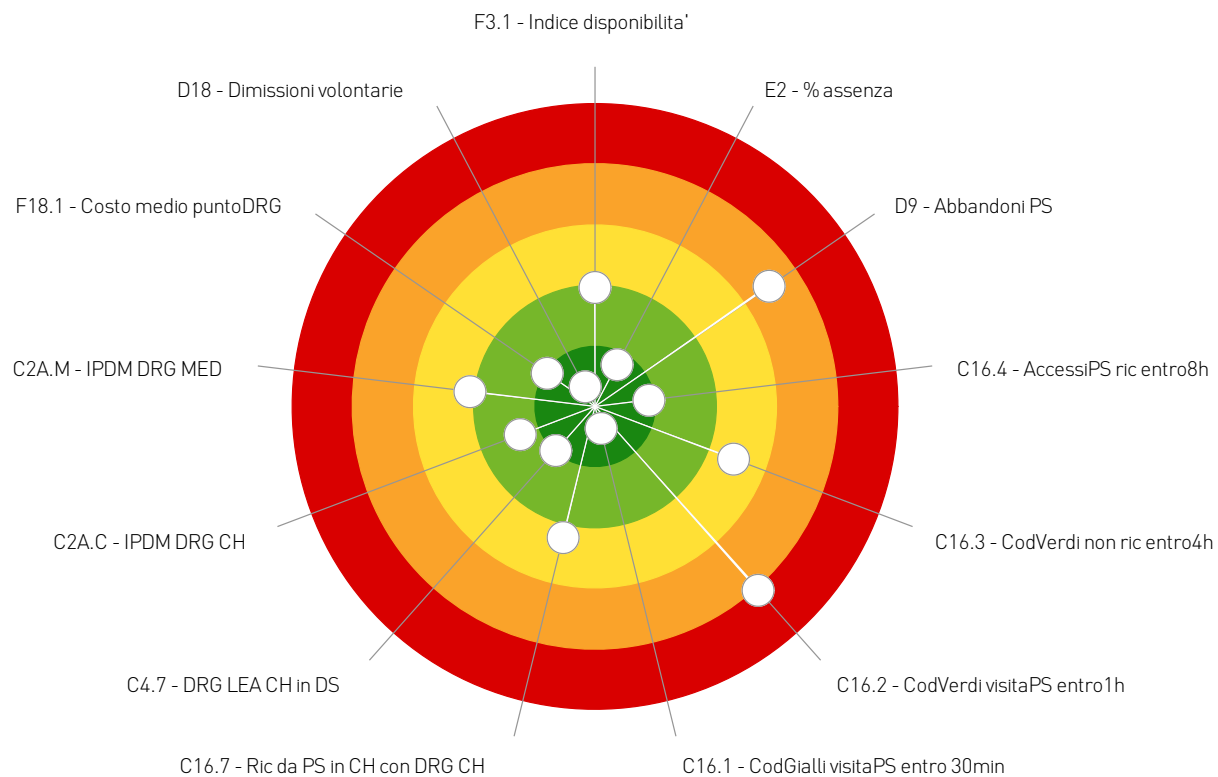


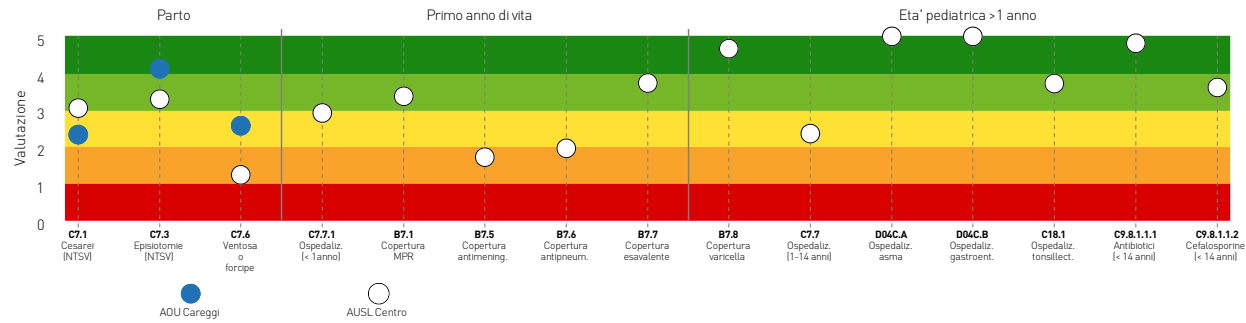
# MEYER

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)

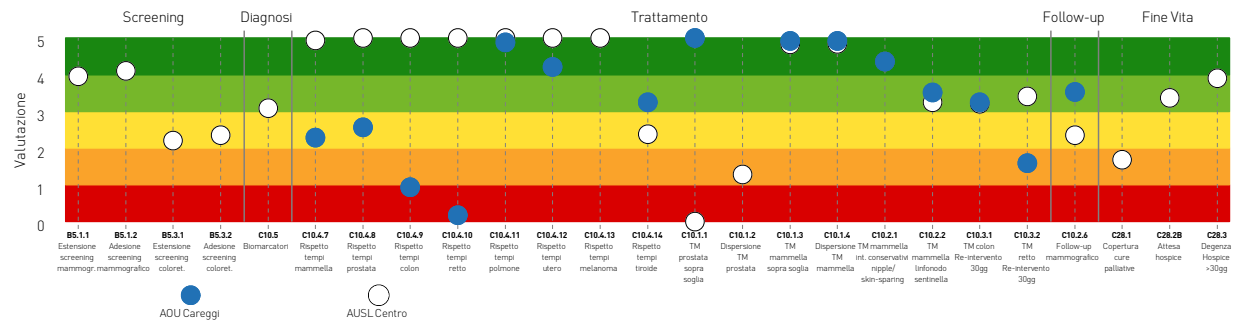


## Valutazione della performance 2019

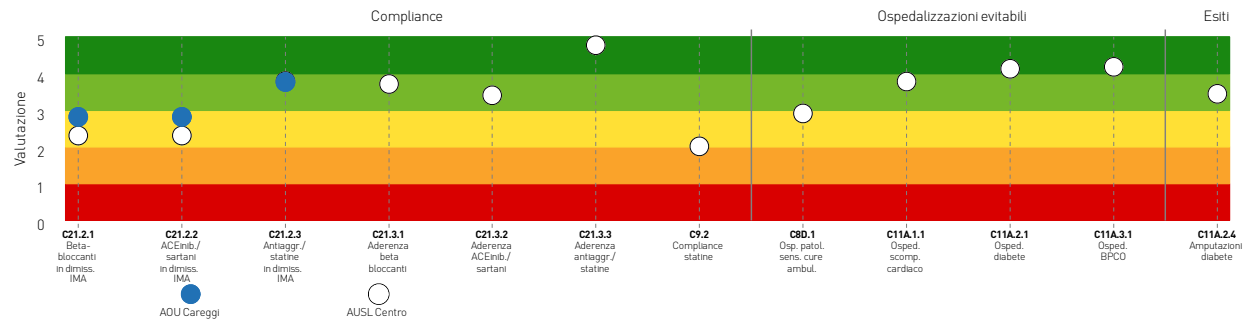




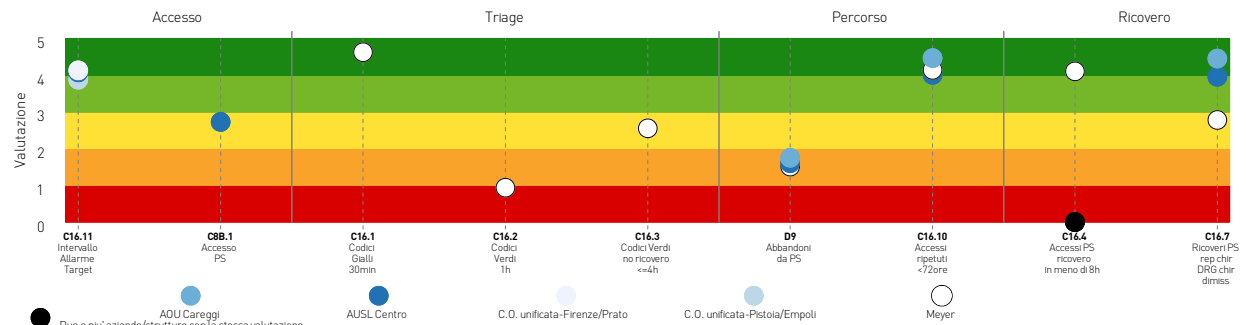
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

● Due o piu' aziende/strutture con la stessa valutazione

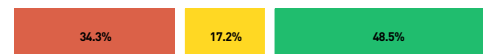
# AUSL NORD OVEST

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



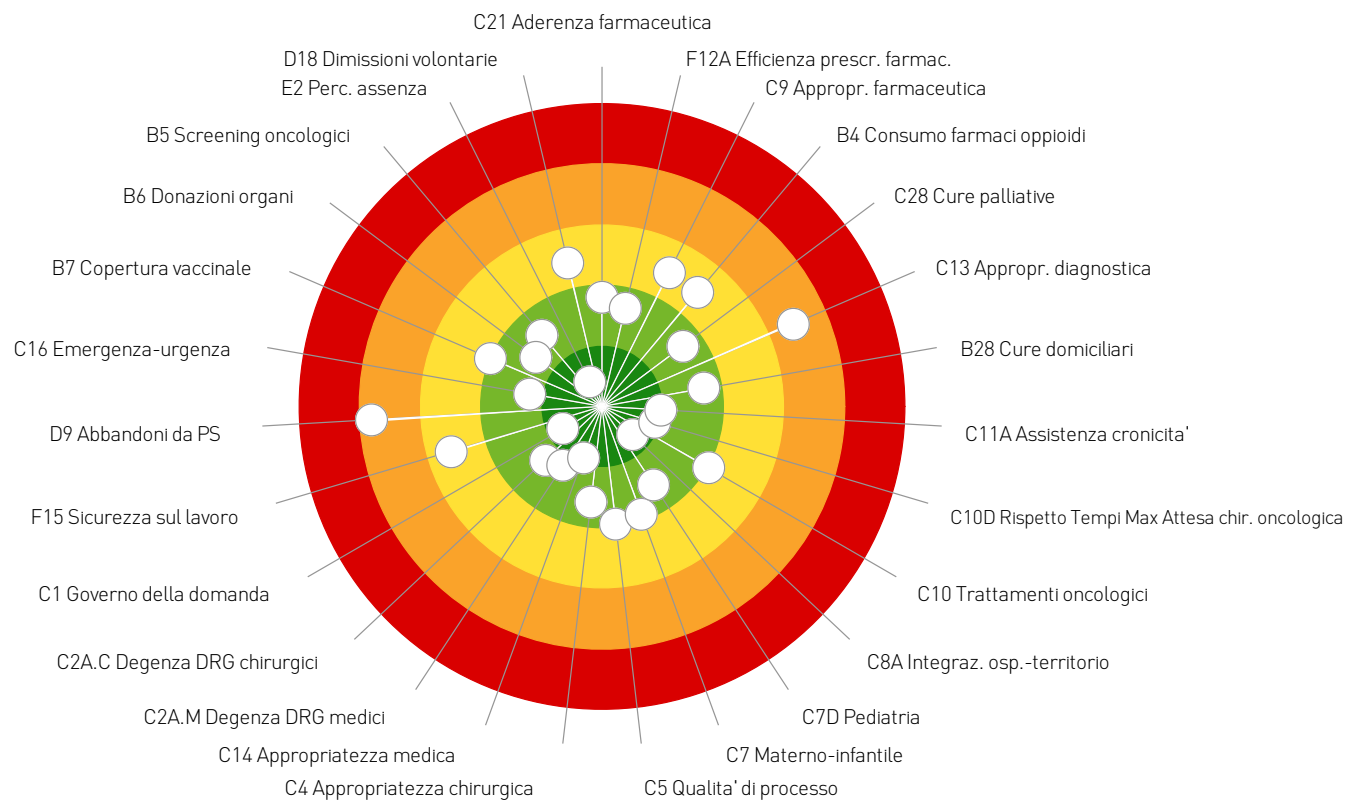
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 99



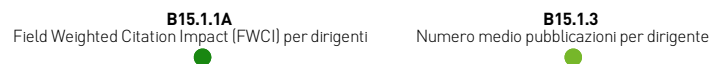
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# AOU PISANA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



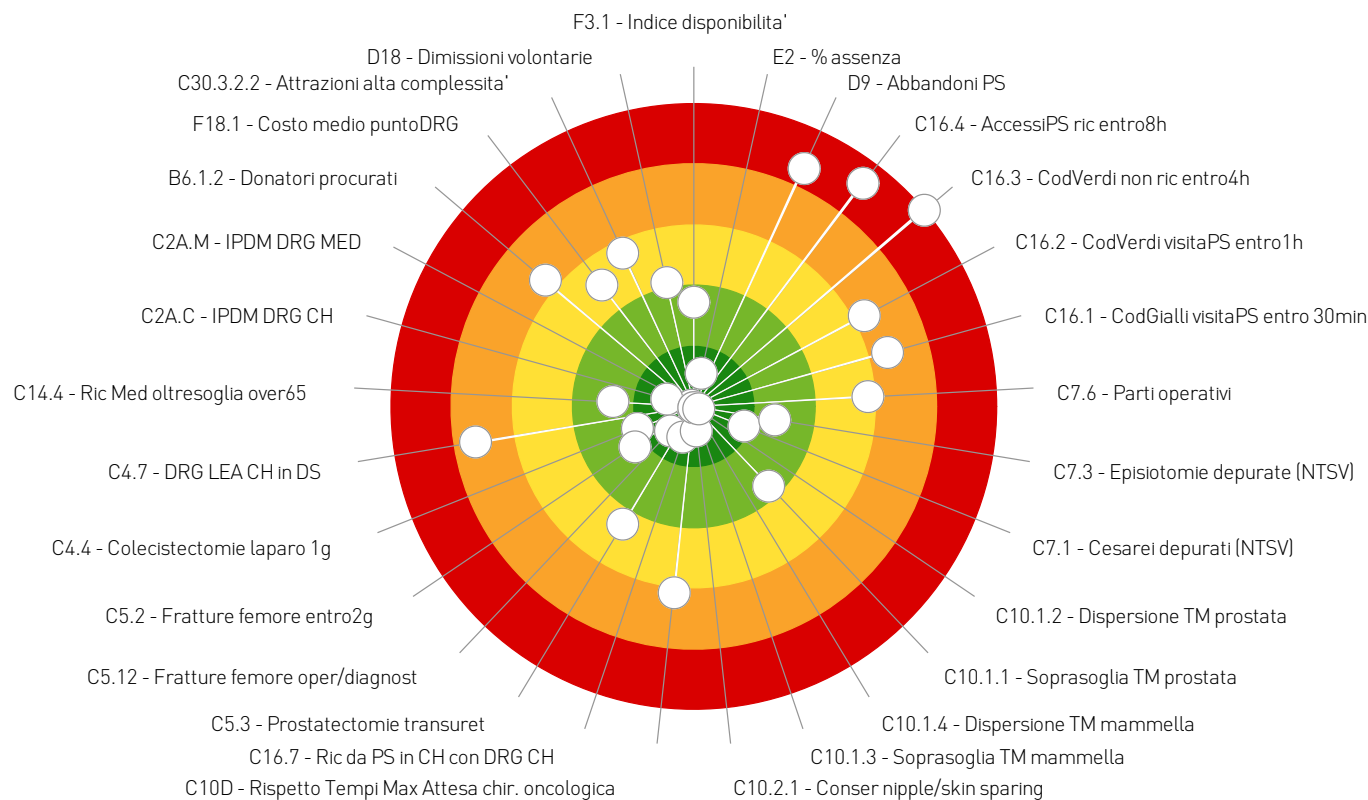
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 47



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

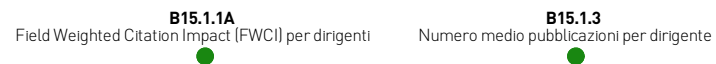
## Valutazione della performance 2019



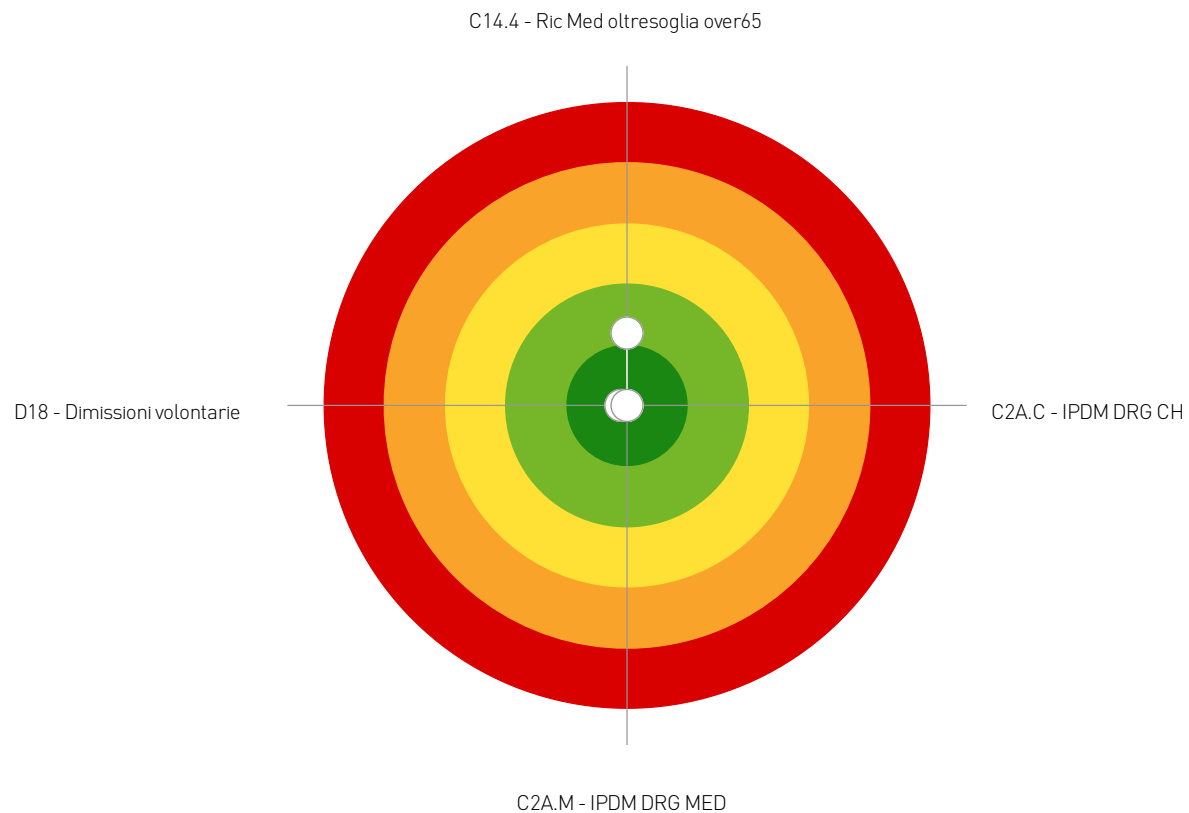


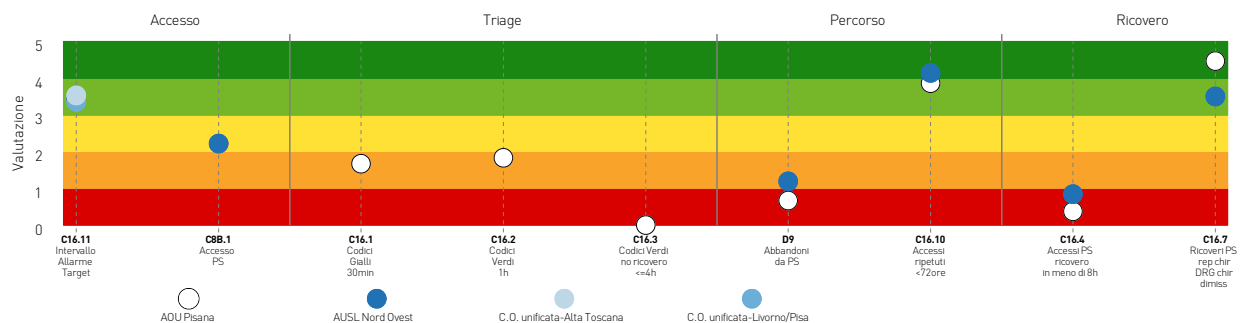
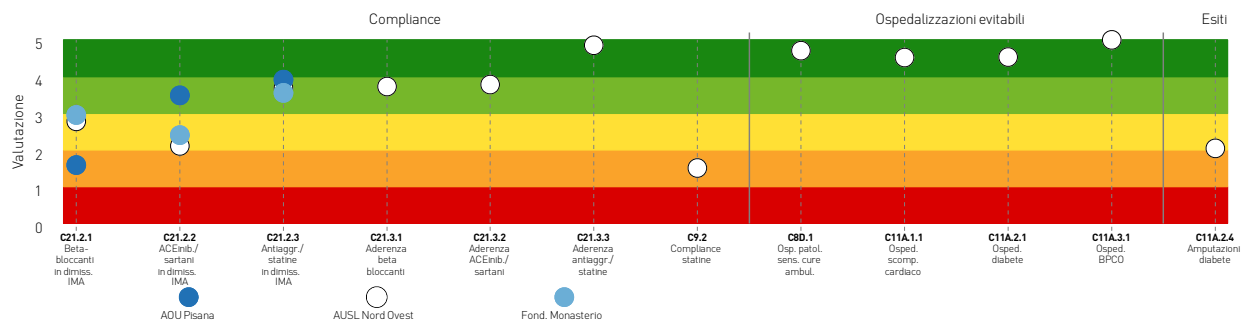
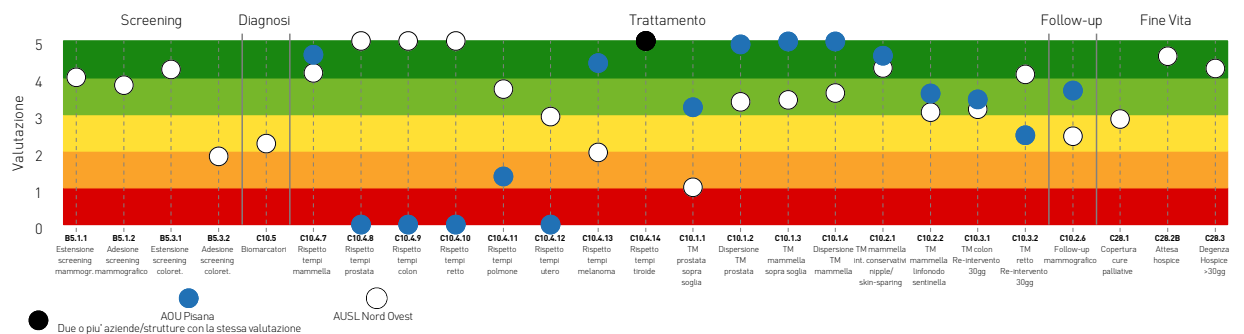
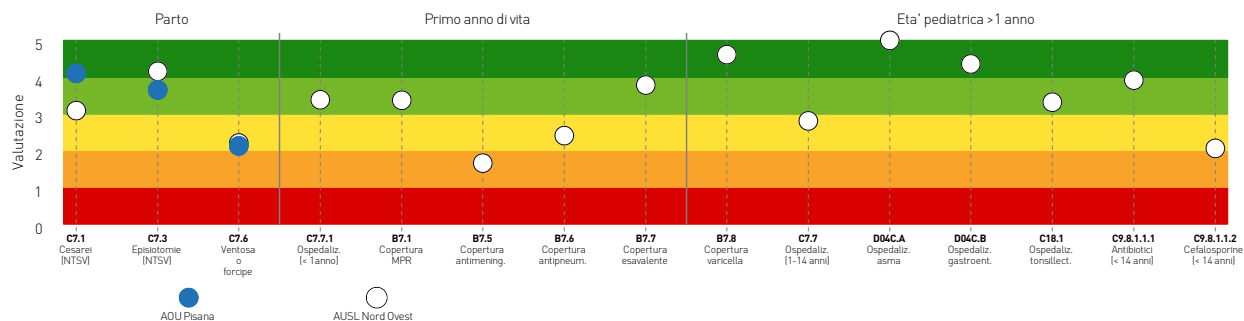
## FONDAZIONE MONASTERIO

### Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



### Valutazione della performance 2019





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

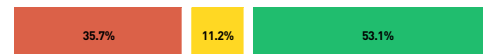
# AUSL SUD EST

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



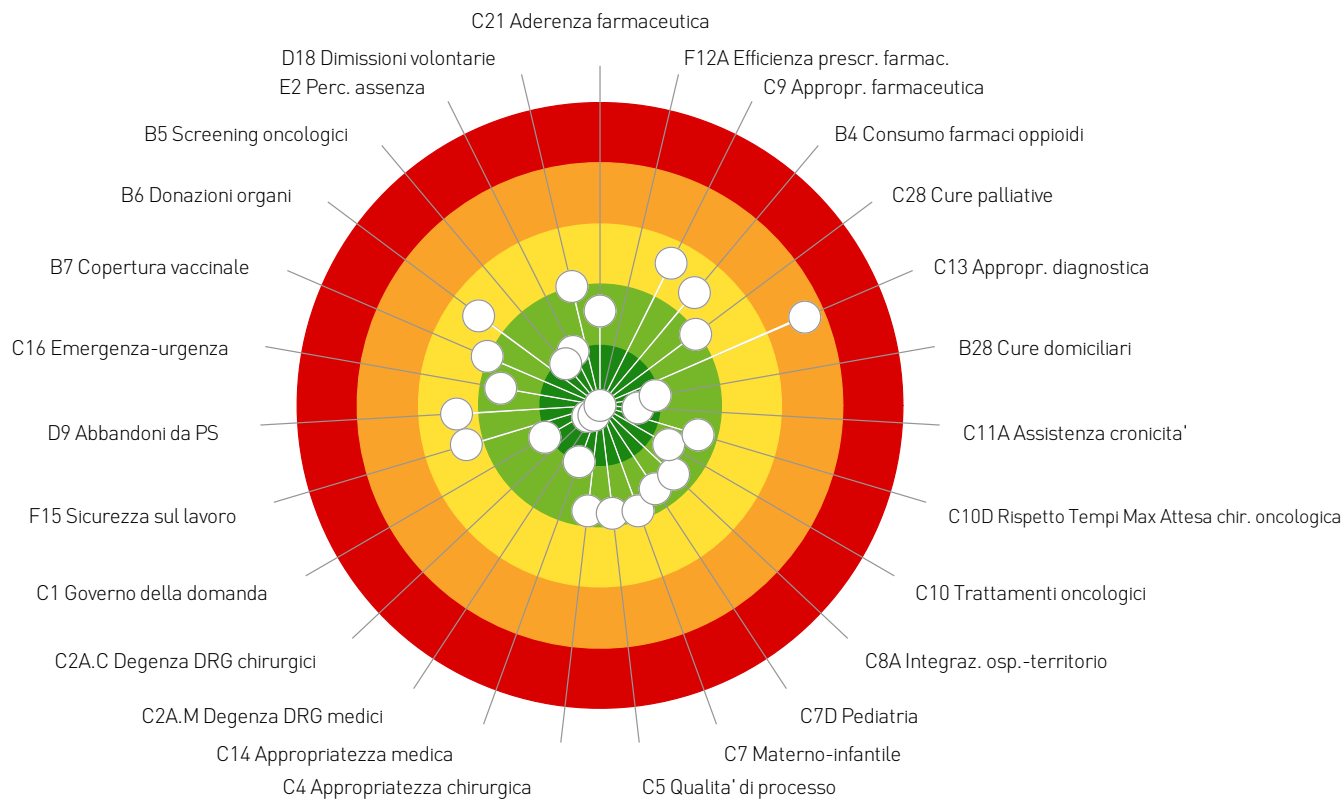
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 98



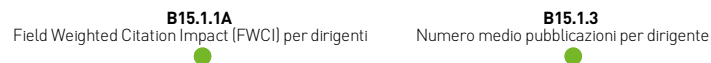
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# AOU SENESE

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



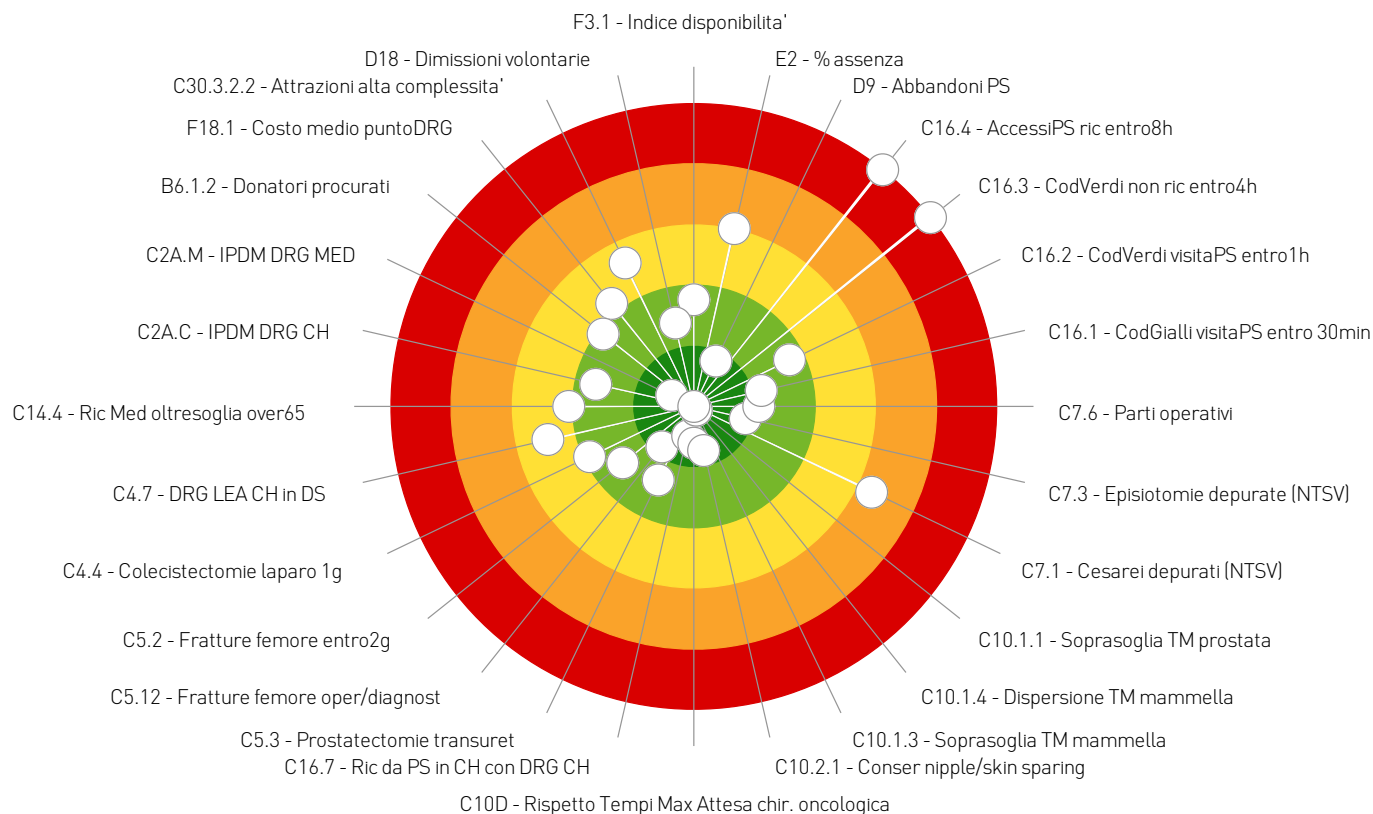
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 45

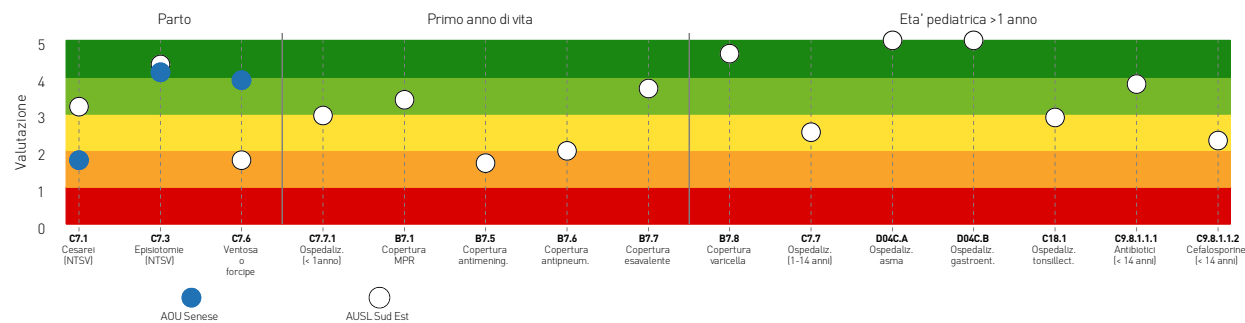


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

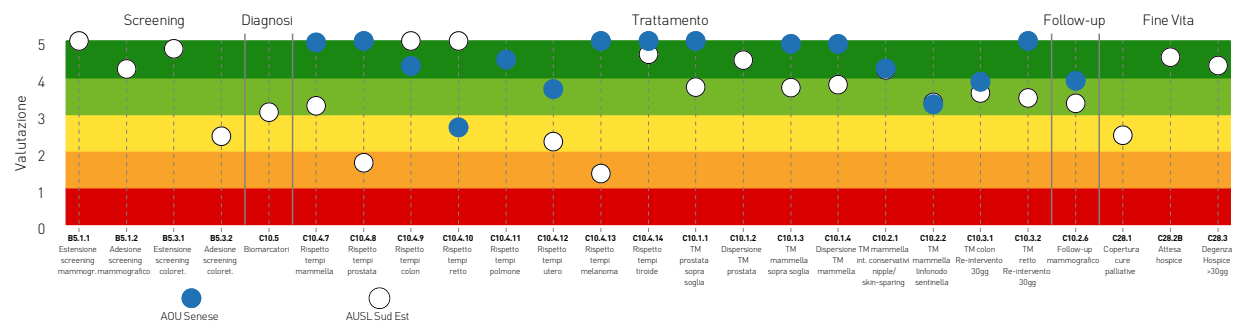
## Valutazione della performance 2019



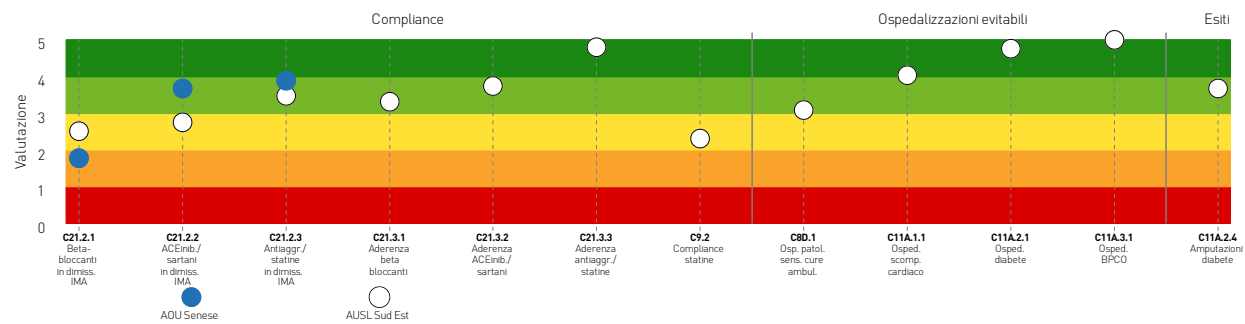
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



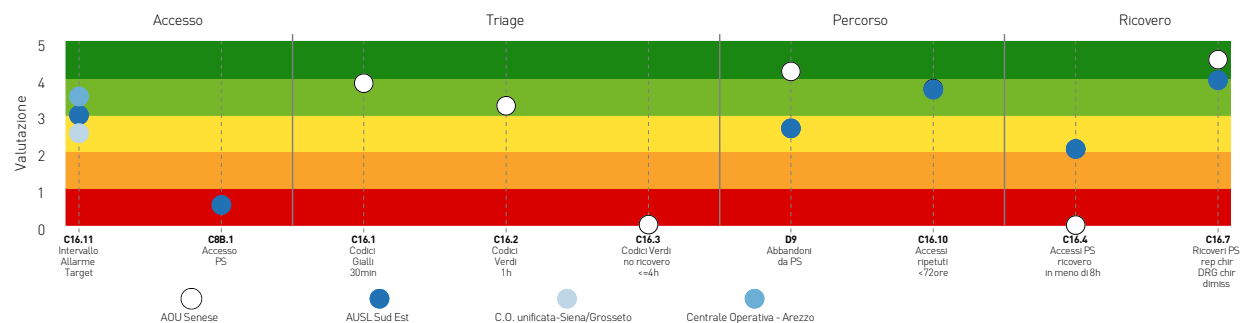
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



## P.A. TRENTO



Popolazione: 541.098 abitanti  
Densità: 87.17 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

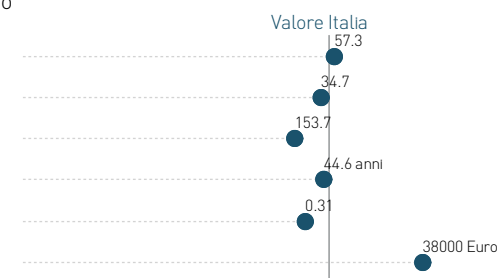
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini \*

PIL pro-capite \*\*



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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

## LA PERFORMANCE DELLA P.A. TRENTO

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è alzare il livello di salute della popolazione: quella dei residenti trentini è complessivamente nella media, considerando i risultati relativi alla mortalità per tumori, a quella per malattie cardiovascolari e alla mortalità infantile (i dati fanno riferimento al triennio 2015-2017).

Riguardo alla diffusione di stili di vita sani, l'indagine ministeriale PASSI rileva una situazione buona; il consumo di alcol resta elevato ma è in flessione: così come nella provincia di Bolzano, la percentuale di bevitori "a rischio" (ovvero di persone che dichiarano un consumo abituale elevato, oppure un consumo episodico eccessivo, oppure un consumo fuori pasto) è superiore alla media ma in calo. Aumenta, invece, la percentuale di sedentari.

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/Province e continua il miglioramento rispetto al 2018 per molti dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una situazione molto buona, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione. In riferimento alle donazioni di organi, la percentuale di donatori procurati si conferma la più alta del Network, per quanto in calo (86,6% nel 2018, 71,4% nel 2019).

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni/Province e la copertura del territorio risulta intensificata rispetto al 2018.

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, continua la diminuzione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 141,4 per 1.000 residenti nel 2018 a 139 nel 2019). Cala ancora in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di inappropriata. Resta elevata (ma in netta contrazione) la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani, suggerendo sia stata posta più attenzione alla fase di dimissione, come confermato anche dalla diminuzione della durata delle degenze.

La gestione della casistica chirurgica è complessivamente nella media, ma meriterebbe di essere incentivato il ricorso alla day surgery (in ulteriore calo). Ottimo il tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping di vene. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni risulta la più elevata del Network (85,7%).

In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le otto ore, resta una difficoltà nella capacità dei Pronto Soccorso di indirizzare la casistica verso il corretto *setting* di degenza, come dimostrato dalla bassa percentuale di pazienti inviati da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico in dimissione (55,1%).

L'integrazione ospedale-territorio conferma risultati in linea rispetto alle altre Regioni/Province, con un'ulteriore contrazione del tasso di ricoveri con durata della degenza oltre trenta giorni.

Ottima la *performance* relativa all'efficienza prescrittiva farmaceutica (la percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza è la più alta del Network) e complessivamente buoni e in miglioramento i dati relativi all'aderenza terapeutica (per quanto aumentino gli abbandoni per la terapia con statine). Resta qualche criticità in riferimento all'attività prescrittiva in fase di dimissione ospedaliera (in miglioramento, però, relativamente ai beta bloccanti). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attra-

verso il consumo di farmaci oppioidi, è complessivamente molto buona.

La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima organizzativo – resta più bassa rispetto della media.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del Network (i dati fanno riferimento al 2018), 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 è la più contenuta tra le Regioni/Province, in ulteriore calo rispetto al 2018.

L'organizzazione del percorso oncologico si conferma complessivamente ottima in tutte le fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita); in crescita, per quanto vi siano ulteriori margini di miglioramento, la percentuale di interventi conservativi e *nipple-skin sparing* ricostruttivi per tumore maligno alla mammella. Da tenere sotto controllo anche i tempi di attesa per interventi chirurgici per melanoma.

In riferimento alla presa in carico delle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti testimoniano il buon livello assistenziale. Cala ulteriormente il tasso di amputazioni maggiori per diabete (indicatore su base triennale), conseguendo una tra le migliori *performance* del Network.

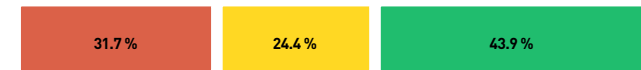
Relativamente al percorso Emergenza-Urgenza, nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi con codice giallo visitati entro trenta minuti è la più elevata del Network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (5,4%), in ulteriore aumento rispetto al 2018. La tempestività di risposta da parte dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 è molto soddisfacente.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



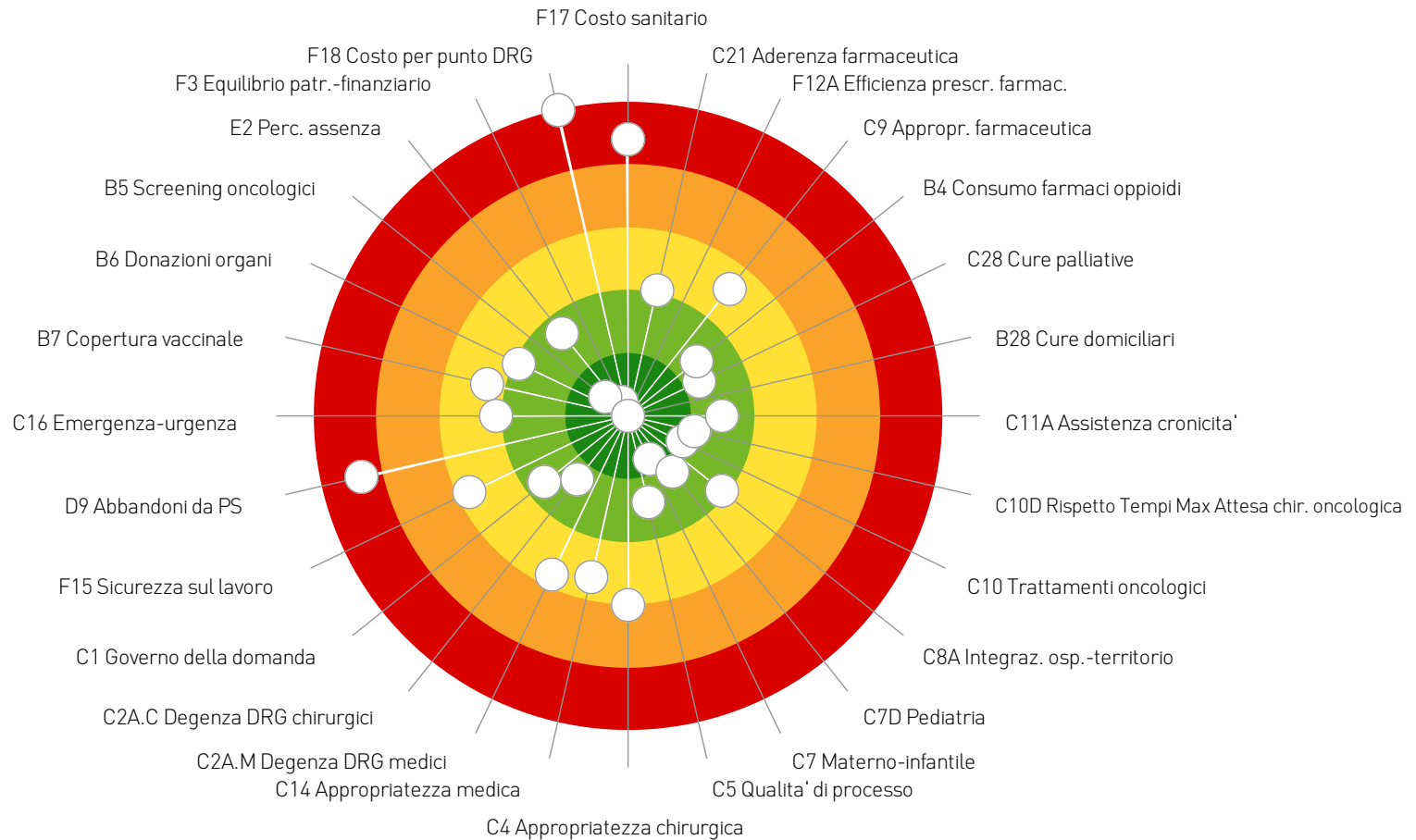
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 82



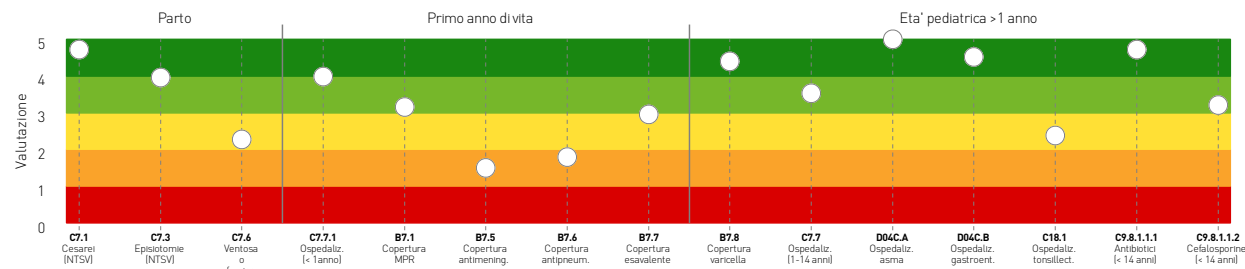
● Indicatori peggiorati    
 ● Indicatori stazionari    
 ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

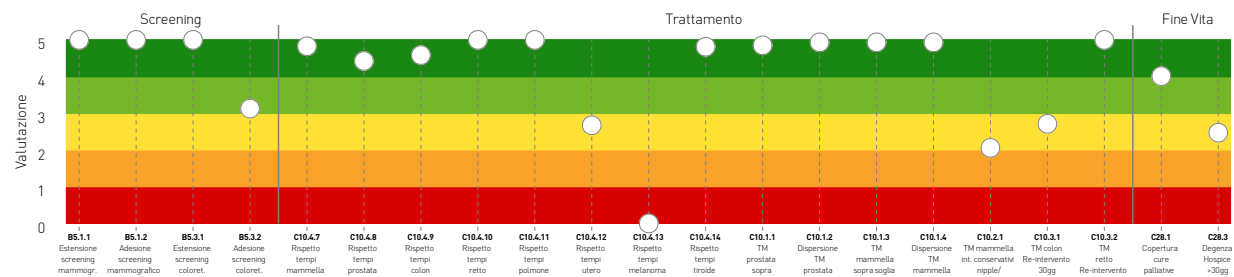




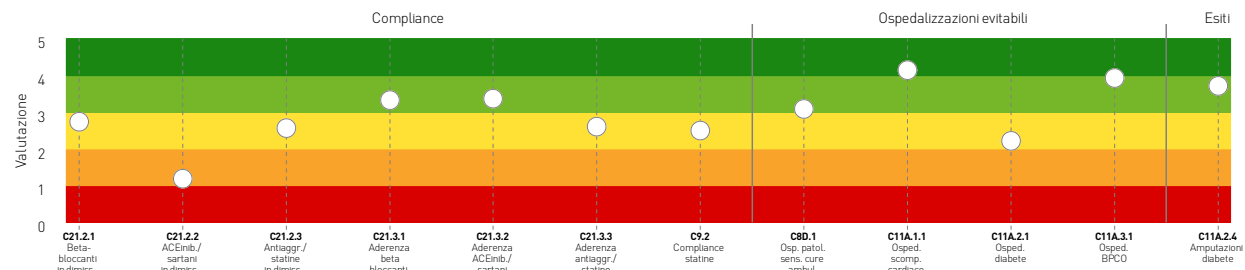
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



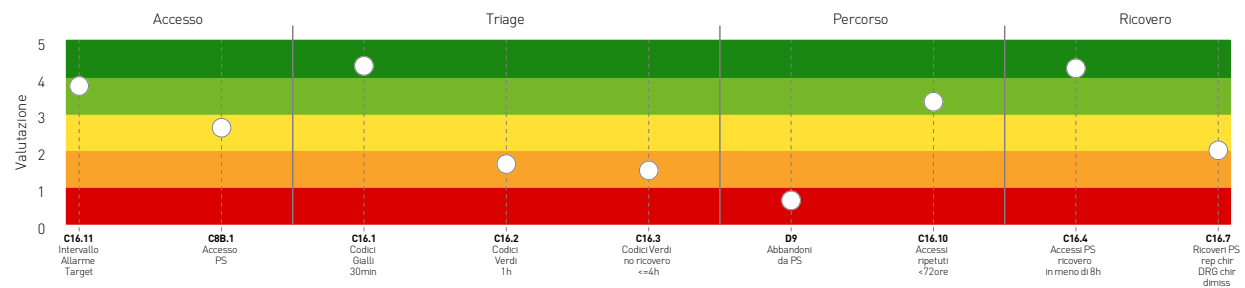
## PERCORSO ONCOLOGICO



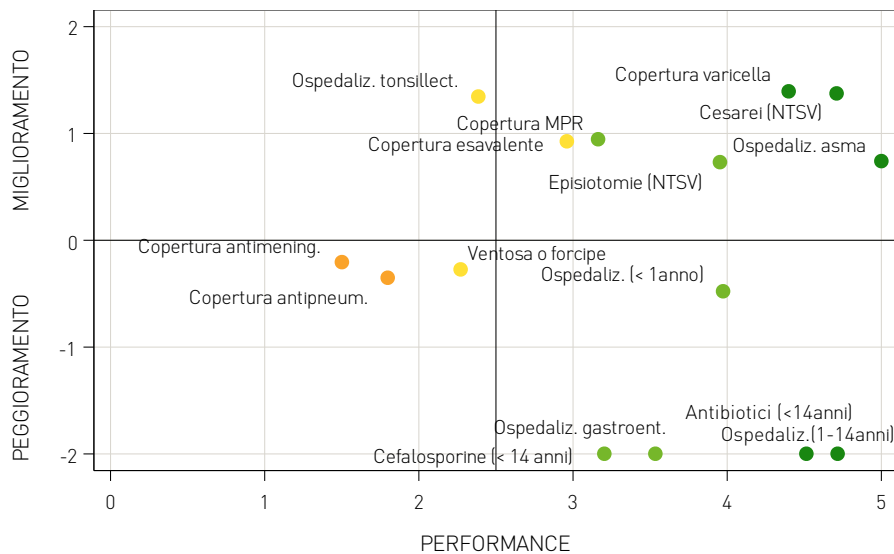
## PERCORSO CRONICITÀ



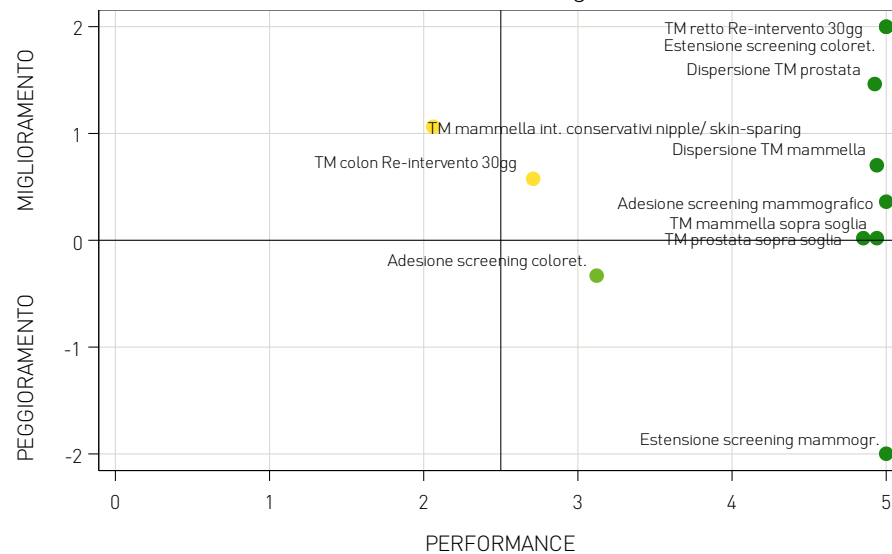
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



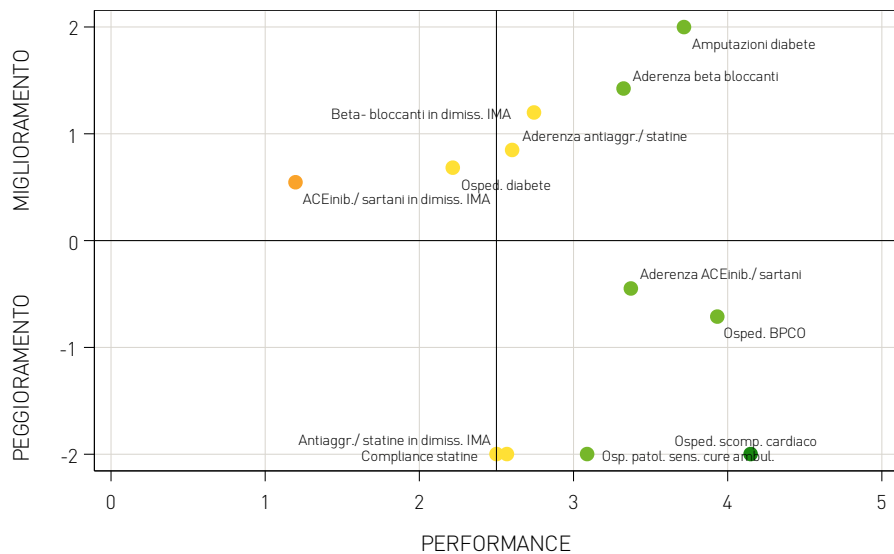
Percorso Materno Infantile



Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza





# UMBRIA



Popolazione: 882.015 abitanti  
Densità: 104.20 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

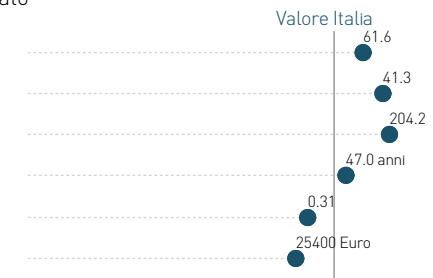
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini \*

PIL pro-capite \*\*



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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

Migliorare il livello di salute della popolazione è uno degli obiettivi principali verso cui tende ogni sistema sanitario: in Umbria, la mortalità infantile è nella media rispetto alle altre Regioni del Network, come quella per suicidi. La mortalità per tumori, invece, è inferiore alla maggior parte delle altre Regioni (i dati sono riferiti al triennio 2015-2017). L'indagine ministeriale PASSI rileva che gli stili di vita sono generalmente sani, per quanto in lieve peggioramento relativamente alla prevalenza di sedentari, alle persone obese o in sovrappeso e ai bevitori binge e fuori pasto. La percentuale di fumatori, invece, diminuisce ma resta superiore alla media.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale resta complessivamente molto buono. Notevole il miglioramento nella vaccinazione contro la varicella (88,5% nel 2019 contro il 42,9% nel 2018). Da tenere sotto controllo, invece, la copertura antimeningococcica.

I programmi di screening oncologici presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione e di adesione. Si osserva però una lieve flessione nell'adesione allo screening mammografico.

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

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il relativamente contenuto tasso di ospedalizzazione (136,6 ricoveri per 1.000 residenti – in ulteriore calo rispetto al 2018) 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 nella media. La proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (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 Pronto Soccorso inviati al ricovero entro otto ore segna un decremento (91,7% nel 2019 contro il 93,5 del 2018), pur rimanendo tra le più elevate del Network.

Migliora l'integrazione ospedale-territorio, per quanto il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali si confermi superiore alla media (ma in progressivo miglioramento). I dati sull'assistenza domiciliare restano invariati e nella media.

Resta invariata anche la proporzione di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente, a dimostrazione che l'appropriatezza prescrittiva diagnostica è un ambito al quale prestare attenzione; a ulteriore conferma di questo, l'aumento del tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, una prestazione ad alto rischio di inappropriata (26,8 per 1.000 residenti nel 2018, 28,3 nel 2019).

Sul versante della *governance* farmaceutica, si riducono le prescrizioni di inibitori di pompa protonica, a testimonianza della maggiore attenzione dedicata negli ultimi anni da Regione Umbria al recupero di appropriatezza. 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) i risultati sono in costante miglioramento. Va prestata invece

maggiore attenzione alla 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 organizzativo – rimane sopra la media. La soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera può essere indirettamente monitorata attraverso la percentuale di dimissioni volontarie: il valore registrato per Regione Umbria nel 2019 diminuisce ulteriormente rispetto al 2018 e resta in media con quello delle altre Regioni.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2018), il costo sanitario complessivo resta contenuto (1.996,7 euro pro capite).

Nel percorso materno infantile, l'Umbria ha risultati in linea con quelli delle altre Regioni. In riferimento all'assistenza in età pediatrica, la situazione resta sostanzialmente stabile rispetto al 2018, in media con le altre Regioni.

Il miglioramento nella gestione del percorso oncologico è evidente e progressivo: si vedono i risultati degli sforzi posti nella gestione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici al retto, in netto miglioramento rispetto al 2018 (71,5% di prestazioni garantite entro i tempi di attesa massimi, rispetto al 65,5% del 2018).

I tassi di ospedalizzazione per patologie croniche si mantengono in linea con le altre Regioni, ma deve migliorare la gestione del diabete, per la quale si registra nel 2019 un incremento del tasso di ospedalizzazione e del numero di amputazioni maggiori (indicatore calcolato su base triennale).

Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano allineati alla media del Network, per quanto in lieve peggioramento, così come il tasso di accesso. La percentuale di abbandoni è in media rispetto alle altre Regioni ma in aumento (4,1% nel 2018, 5% nel 2019), con un incremento concentrato soprattutto presso l'AO perugina.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



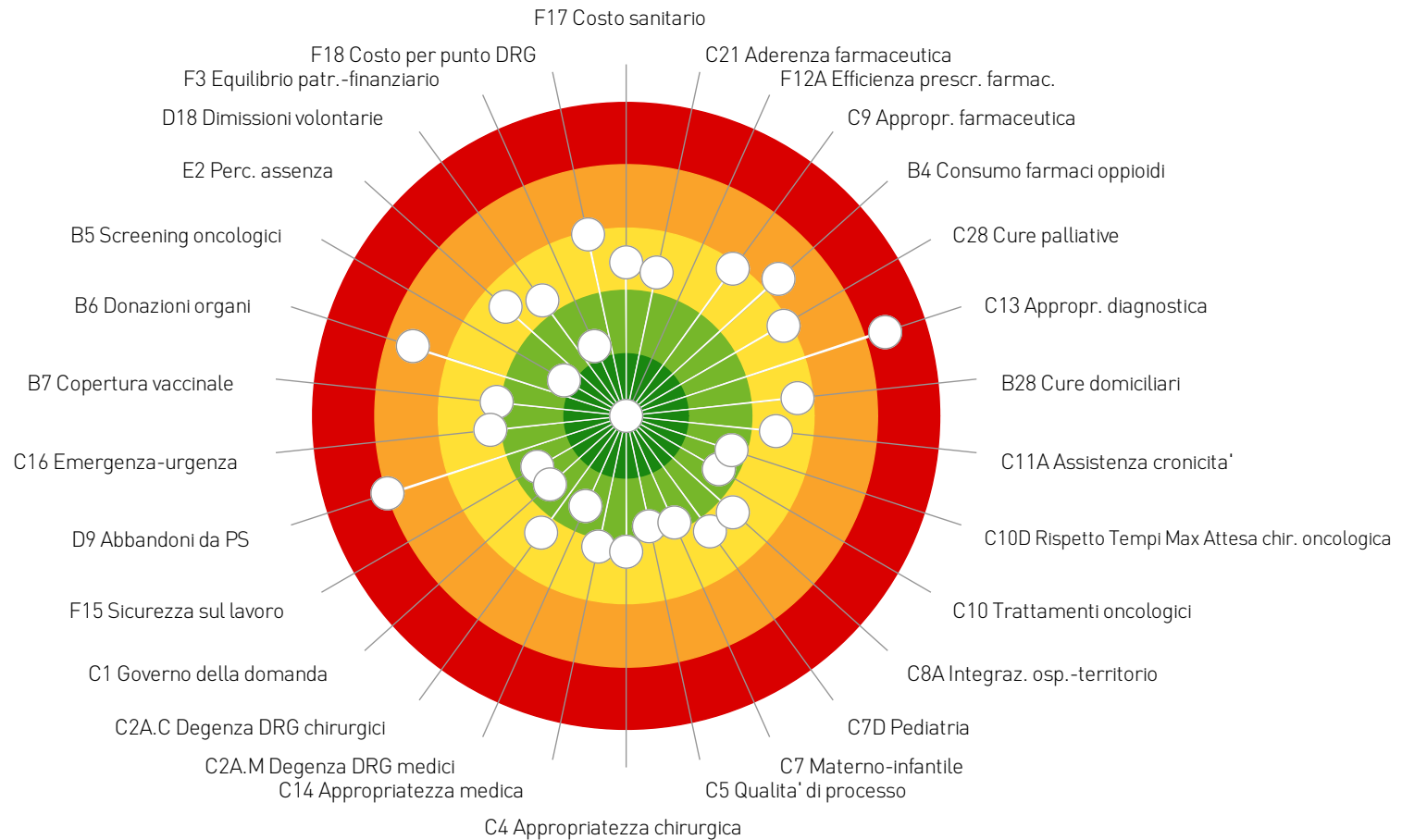
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 96

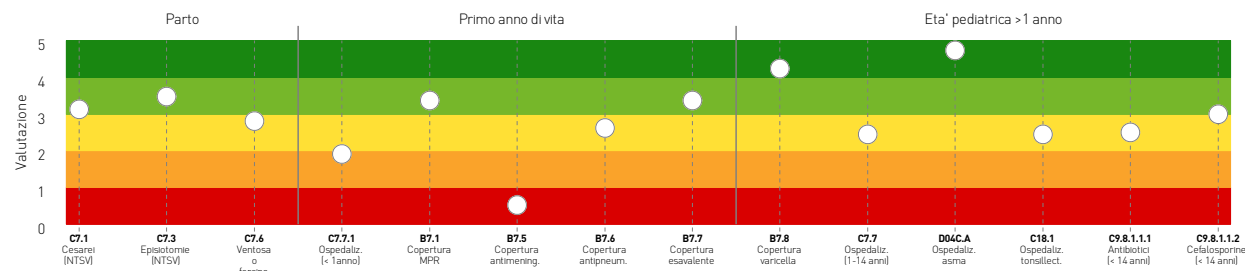


● Indicatori peggiorati   
 ● Indicatori stazionari   
 ● Indicatori migliorati

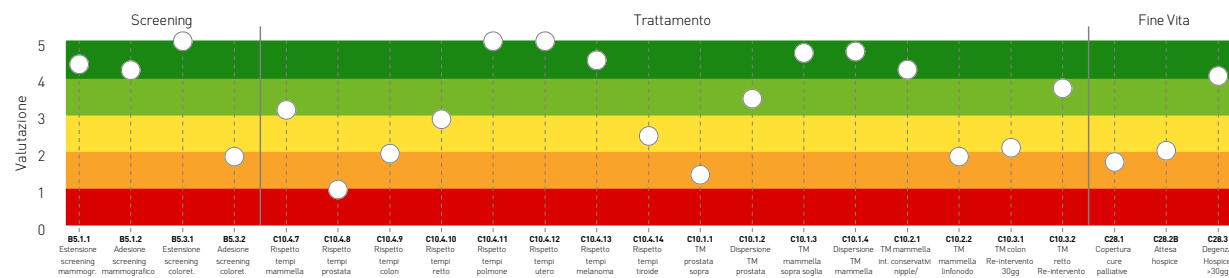
## Valutazione della performance 2019



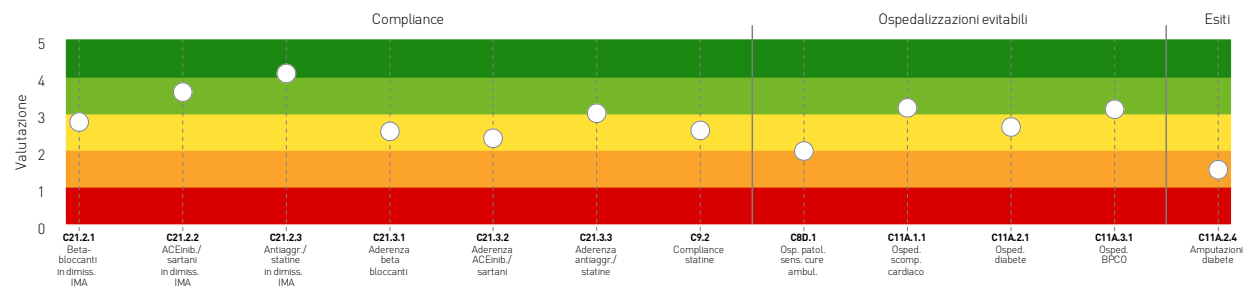
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



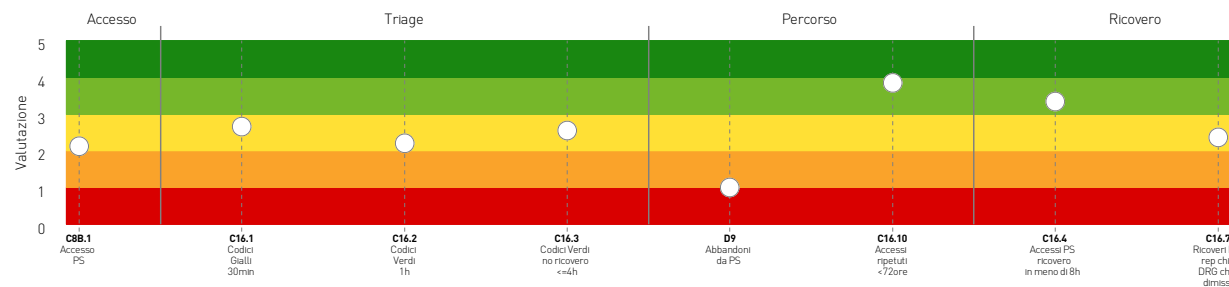
## PERCORSO ONCOLOGICO

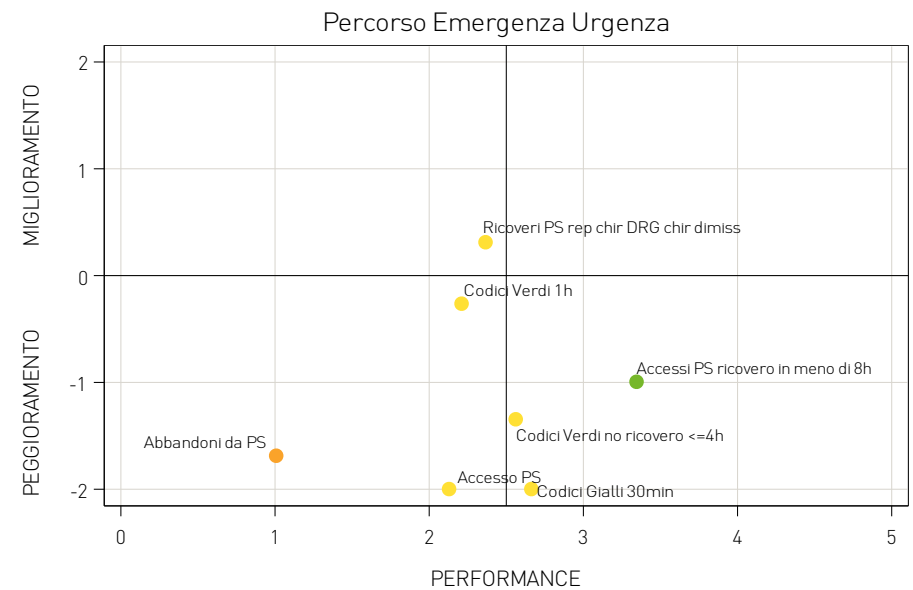
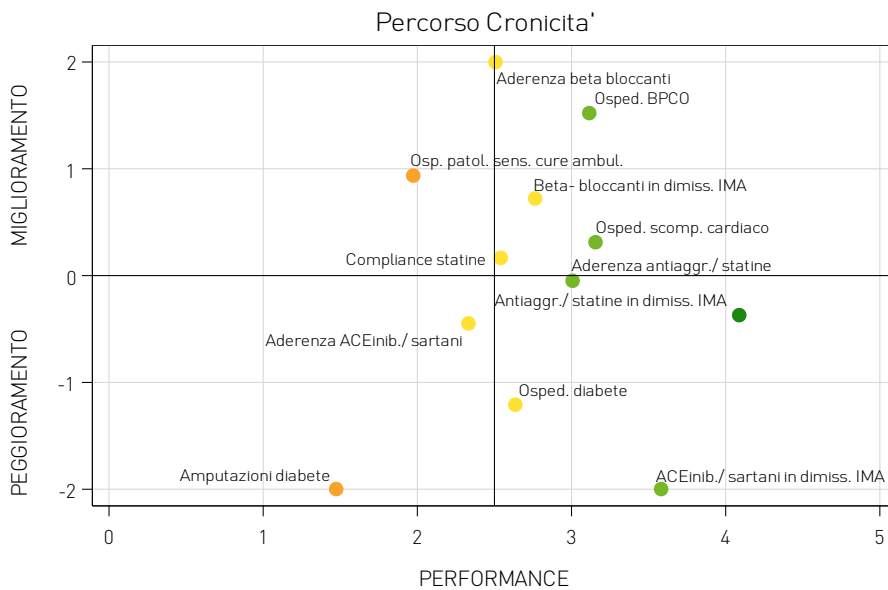
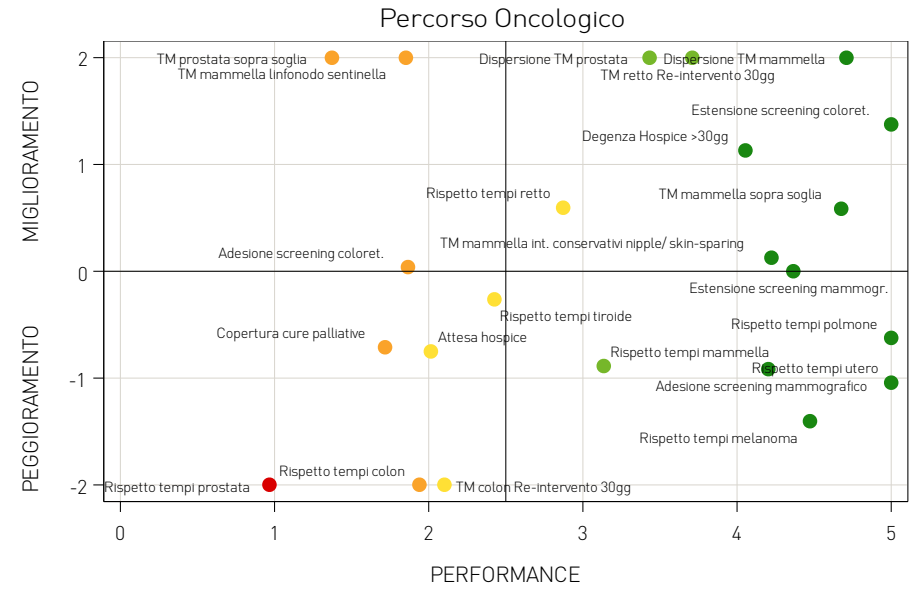
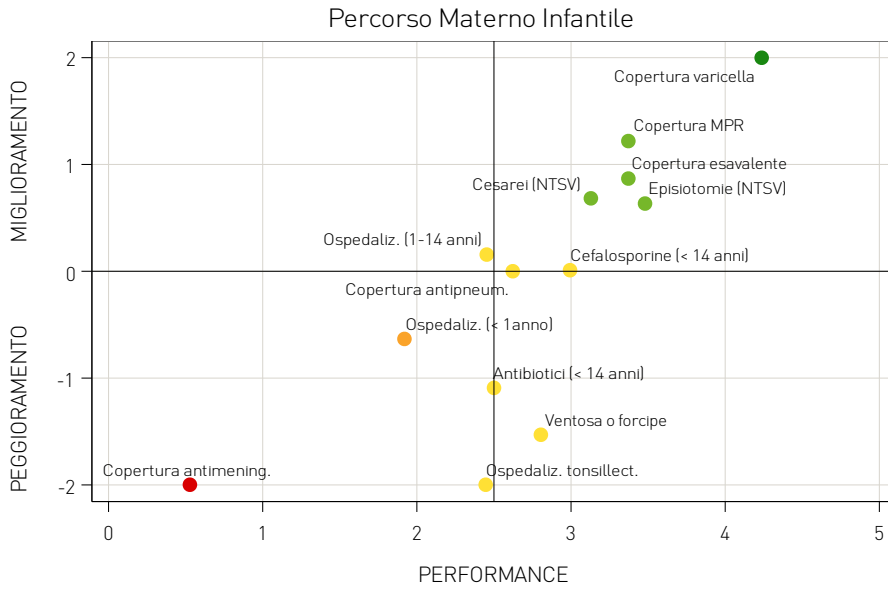


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA







# USL UMBRIA 1

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



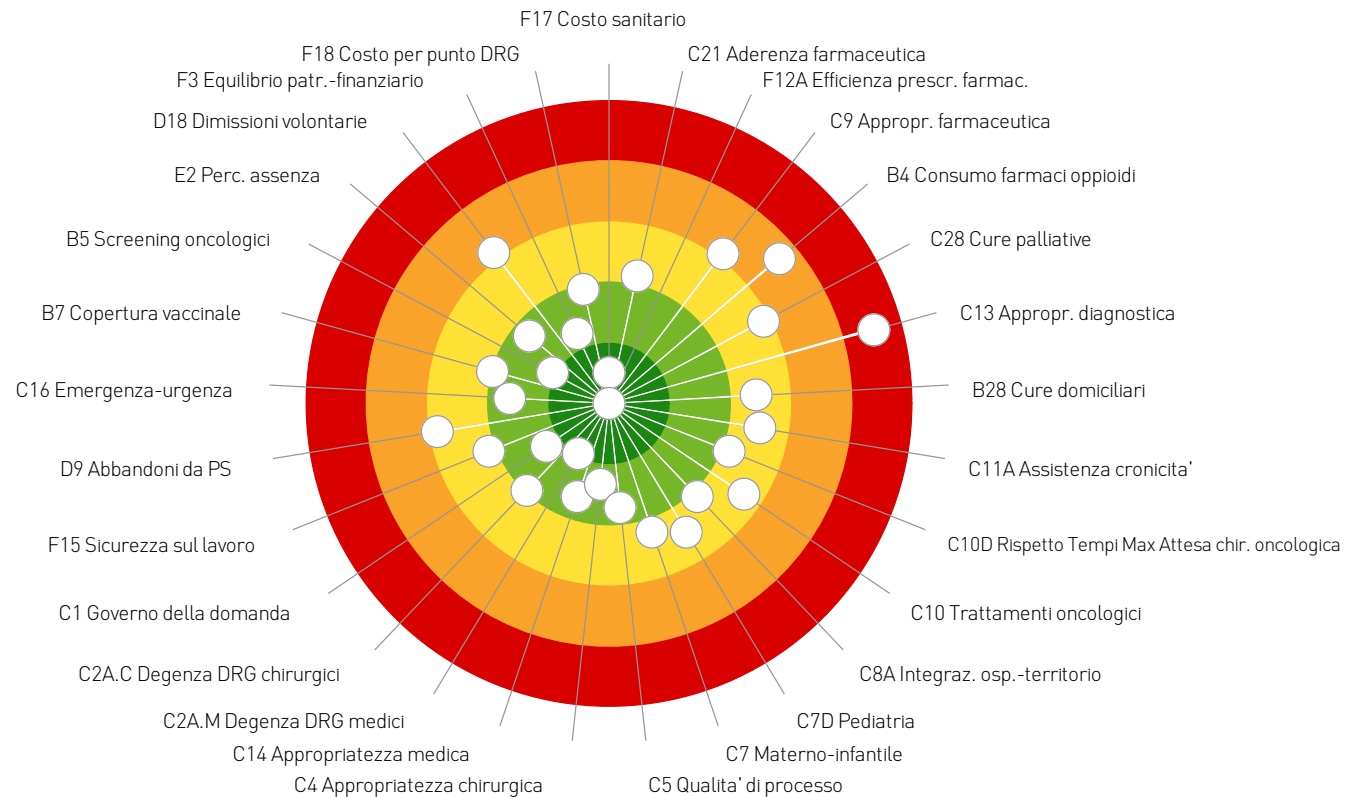
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 93



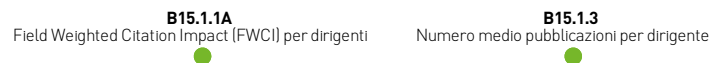
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

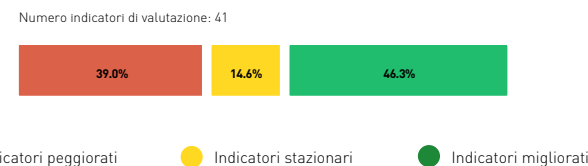


# AO PERUGIA

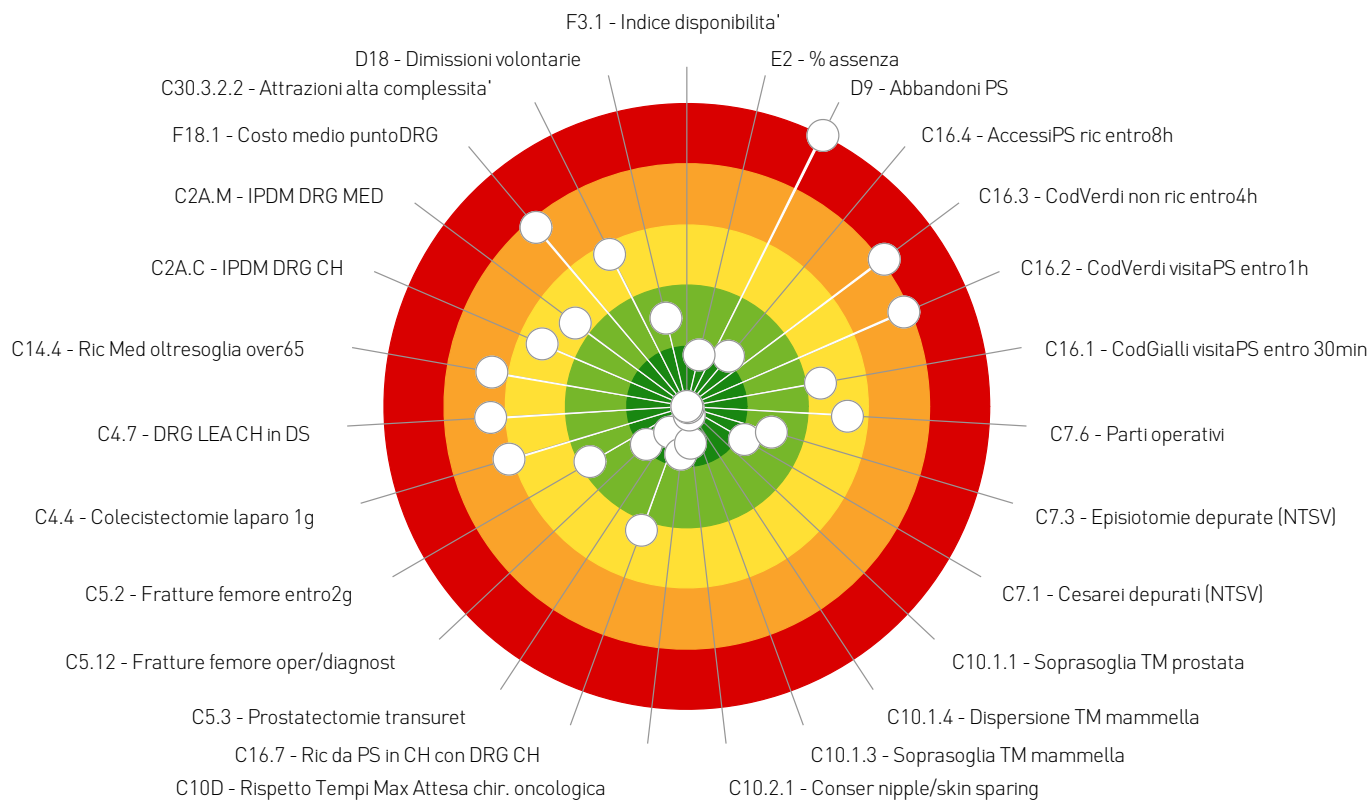
## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



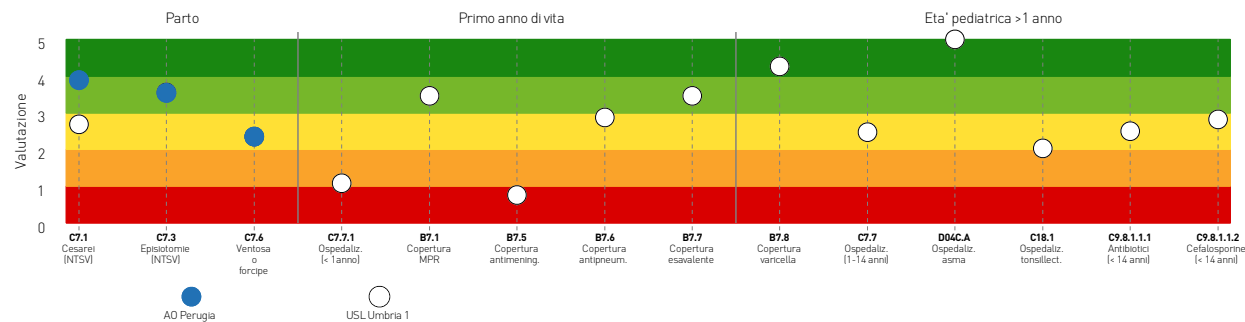
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019



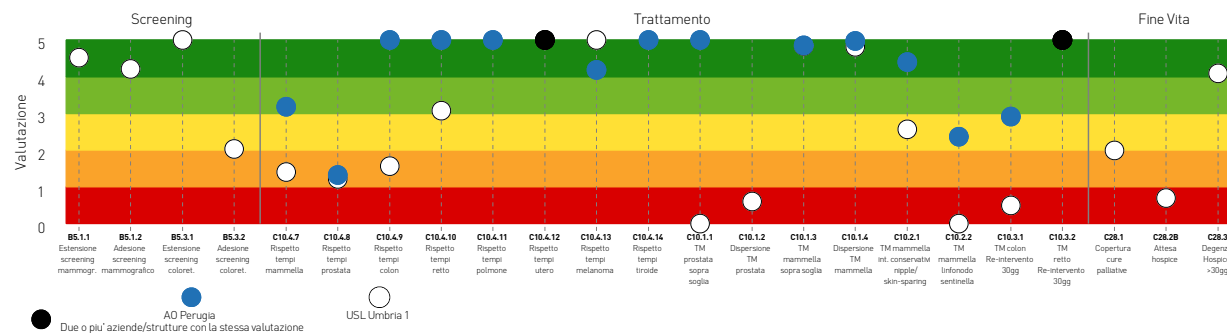
## Valutazione della performance 2019



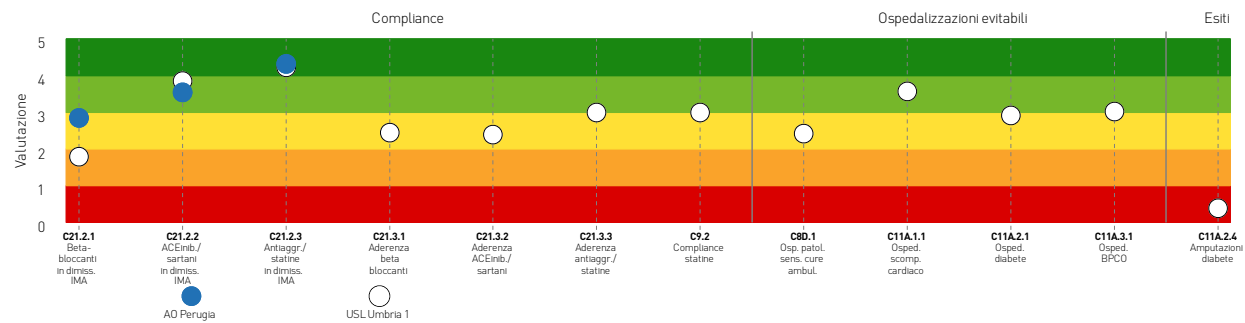
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



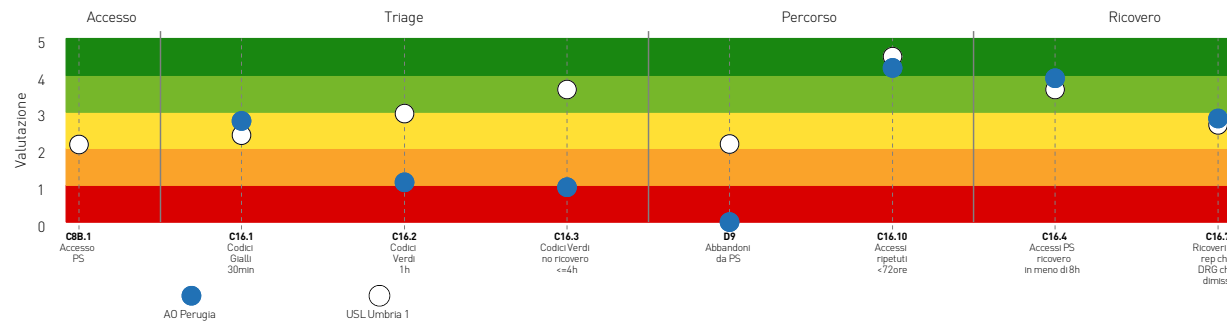
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



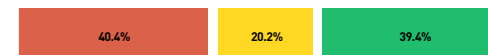
# USL UMBRIA 2

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



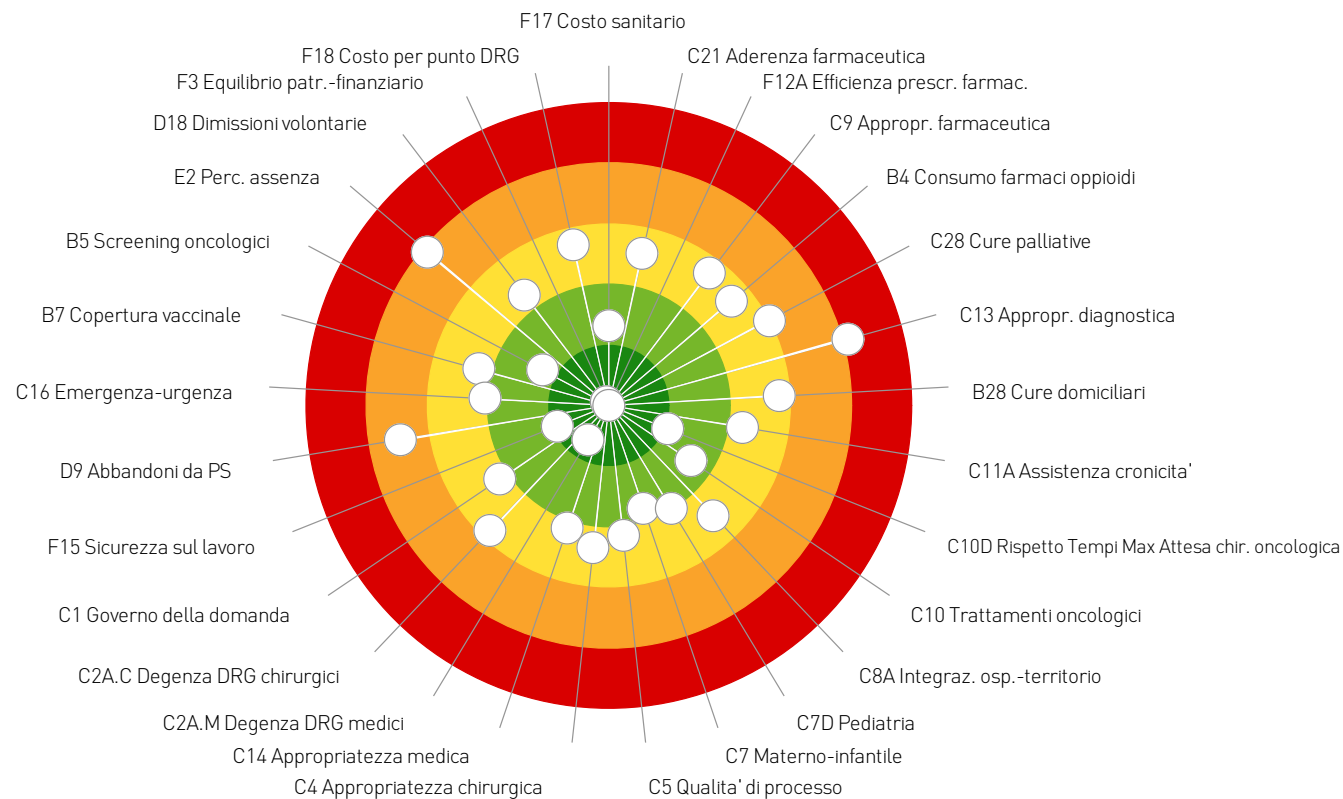
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 94



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# AO TERNI

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



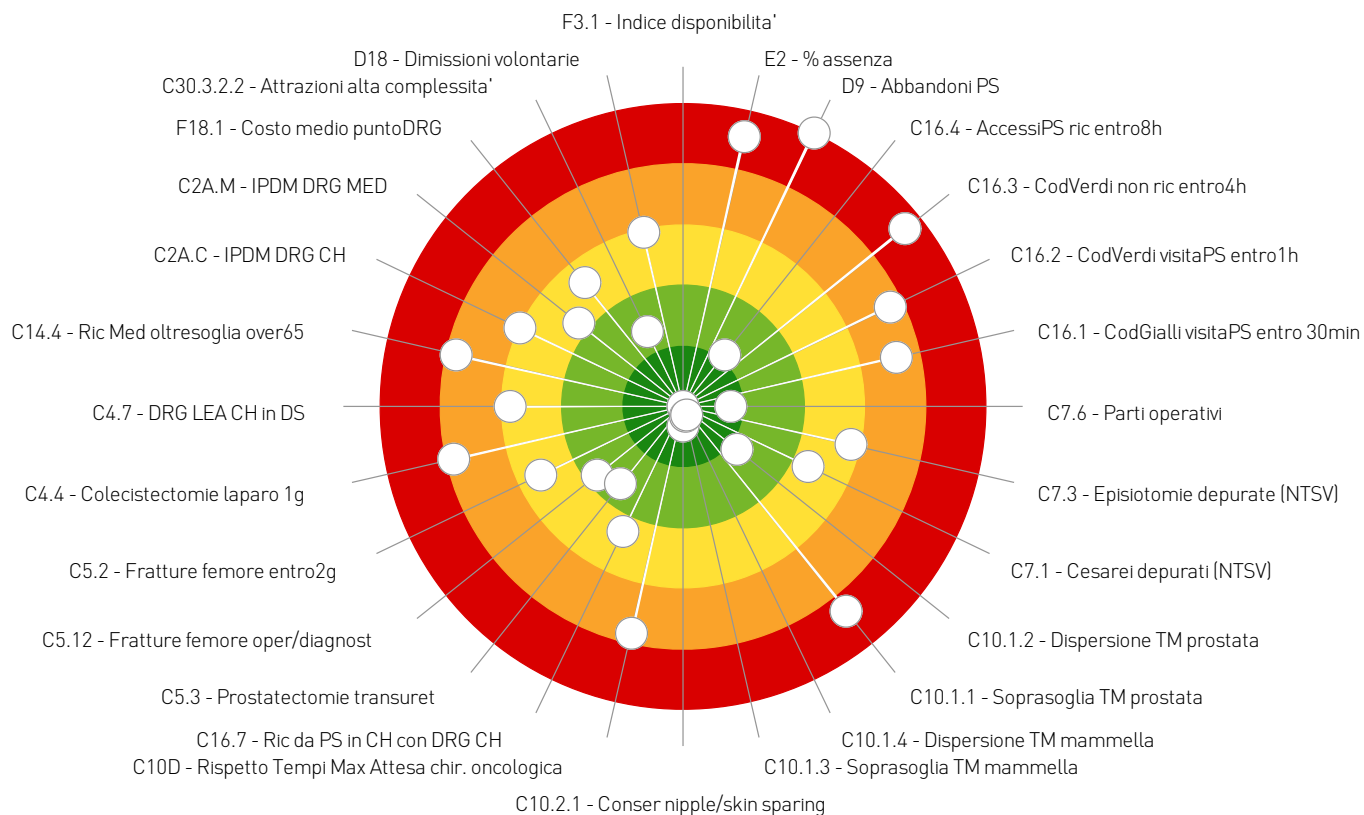
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

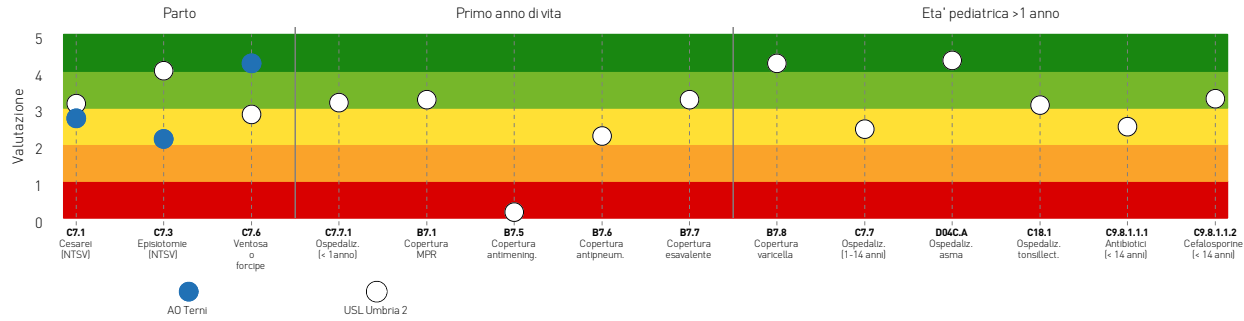
Numero Indicatori di valutazione: 43



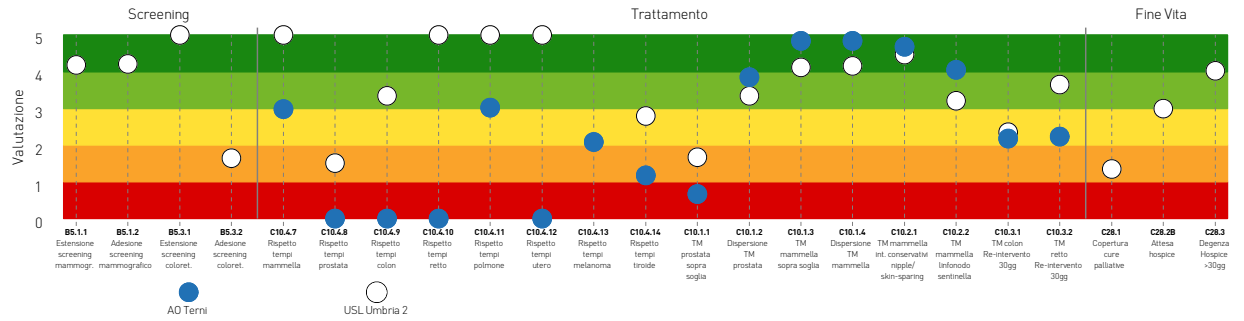
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

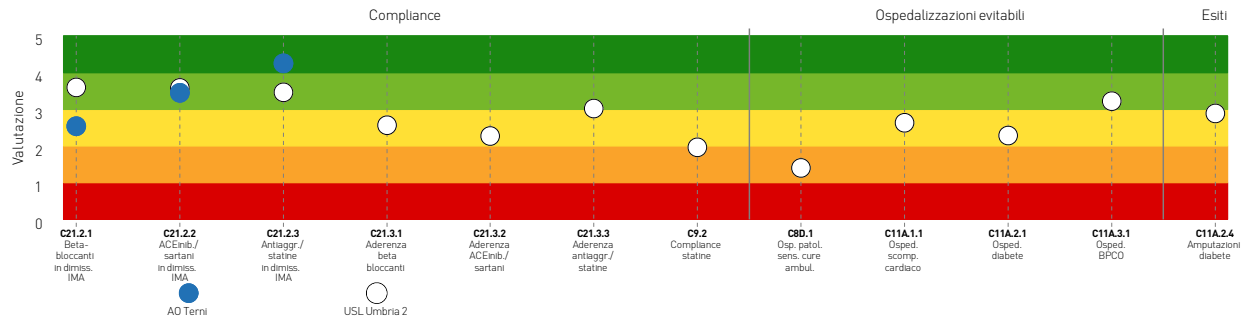




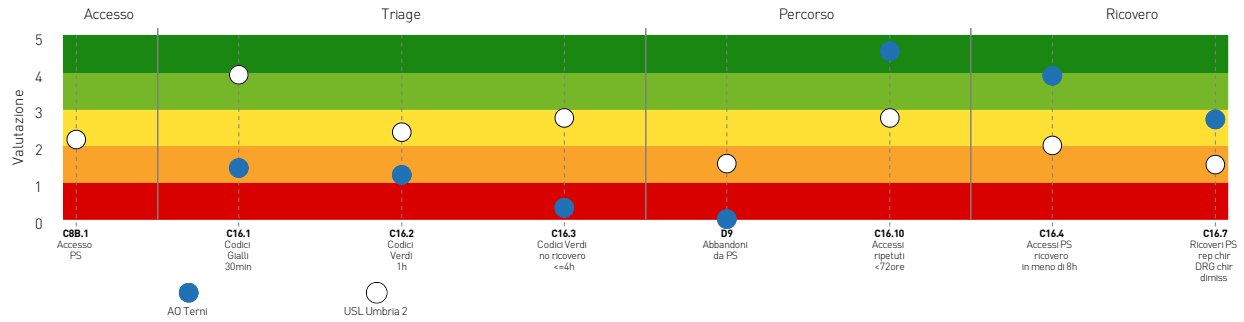
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



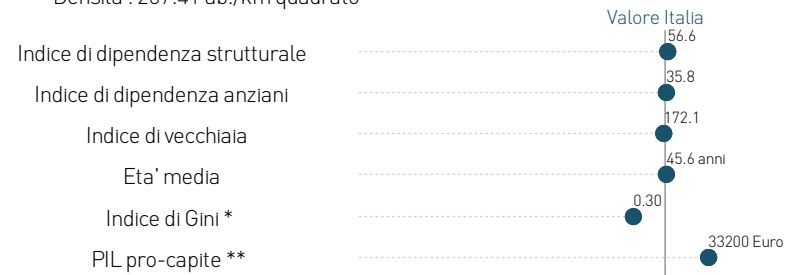
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# VENETO



Popolazione: 4.905.854 abitanti  
Densità: 267.41 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2019 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2017 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2018

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 infantile, per malattie circolatorie, per tumori e per suicidi inferiori alla media del Network (i dati sono riferiti al triennio 2015-2017). 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 alcol (dati 2019).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, l'attività vaccinale – per quanto complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni – presenta alcuni margini di miglioramento in riferimento al vaccino anti-influenzale per persone anziane. Cresce, però, la copertura per le principali vaccinazioni pediatriche, conseguendo risultati tendenzialmente buoni.

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, tornano a crescere sia le segnalazioni di morti encefaliche che la percentuale di donatori procurati.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro resta complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni, sia in termini di 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 resta estremamente contenuto e in ulteriore contrazione (124,4 ricoveri ogni 1.000 residenti nel 2019, 125,4 nel 2018) a dimostrazione dell'ottima capacità di governo della domanda da parte del sistema veneto; buona l'appropriatezza medica ma non si registra un variazione nella percentuale di ricoveri medici oltre-soglia di pazienti anziani (indicatore proxy di una potenziale difficoltà di ricezione da parte delle strutture territoriali), ancora leggermente superiore alla media. Relativamente all'appropriatezza chirurgica, i dati veneti sono nella media. La Regione risulta *best practice* in riferimento al tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping di vene.

Ancora in crescita e sopra la media la durata della degenza per i ricoveri medici, mentre quella dei ricoveri chirurgici registra un lieve calo e si allinea alla media del Network. La percentuale di interventi per frattura del collo del femore effettuati entro le 48 ore dall'ammissione si contrae leggermente rispetto al 2018 e si attesta nel 2019 sul 72.2%, valore comunque superiore alla media.

Per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono complessivamente allineati rispetto alle altre Regioni; il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali continua a diminuire, confermandosi il più basso del Network. L'offerta di assistenza domiciliare si conferma tra le più estese.

In ambito diagnostico, il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche prescritte a pazienti con più di 65 anni - una prestazione ad alto rischio di inappropriata - è stabile e allineato alle altre Regioni, mentre cala ulteriormente e registra il dato più basso del Network la percentuale di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente.

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 prescrizione di molecole a brevetto scaduto). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è inferiore alla media ma in aumento rispetto al 2018.

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 organizzativo – è lievemente in crescita rispetto al 2018, ma continua a rimanere tra le migliori del Network. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2019 estremamente contenuta.

Per quanto concerne la dimensione economico-finanziaria, il Veneto registra un costo sanitario pro capite contenuto (1.918,8 euro – il dato è riferito all'anno 2018) che sale leggermente rispetto all'anno precedente ma resta il più basso del Network.

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 (quelle per tonsillectomia si riducono ulteriormente) 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), per quanto si registri un lieve peggioramento nei re-interventi per tumore al retto e al colon (indicatori triennali) e nei tempi di attesa per i ricoveri in hospice (il valore resta comunque in media con le altre Regioni).

Il sistema veneto conferma complessivamente un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche, per quanto ancora possa essere opportuno prestare maggiore attenzione alle prescrizioni farmaceutiche alla dimissione dei pazienti infartuati.

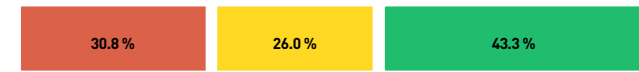
Venendo, infine, al percorso Emergenza-Urgenza, i risultati restano tendenzialmente stabili e complessivamente allineati a quelli delle altre Regioni, in riferimento ai principali oggetti di indagine (intervallo tra chiamata e arrivo del mezzo di soccorso, tasso di accesso al Pronto Soccorso, tempi di attesa al Pronto Soccorso, abbandoni da Pronto Soccorso).

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



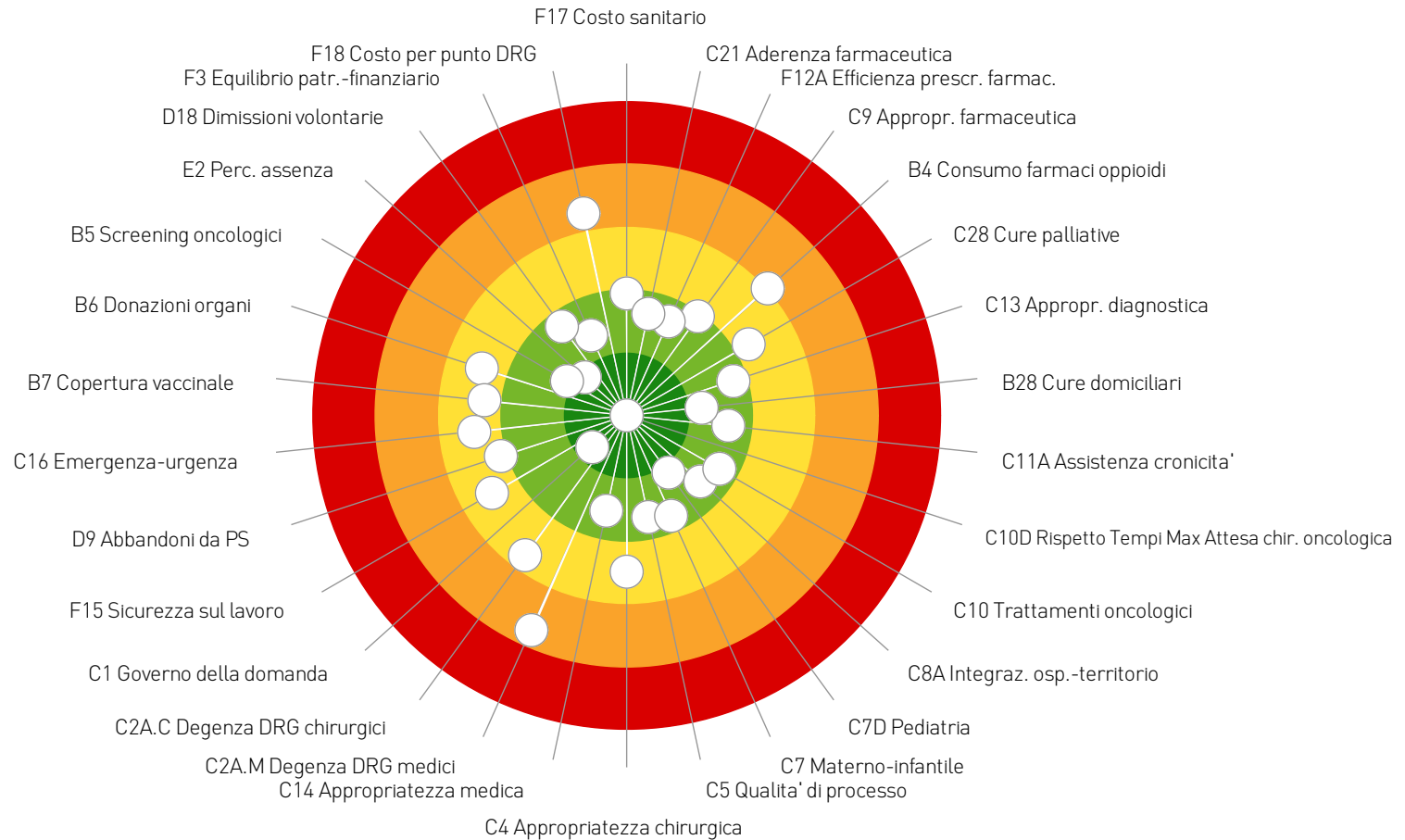
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 104

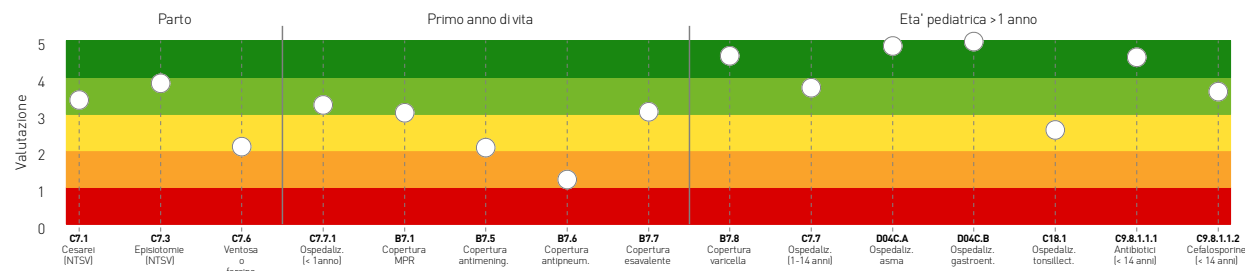


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

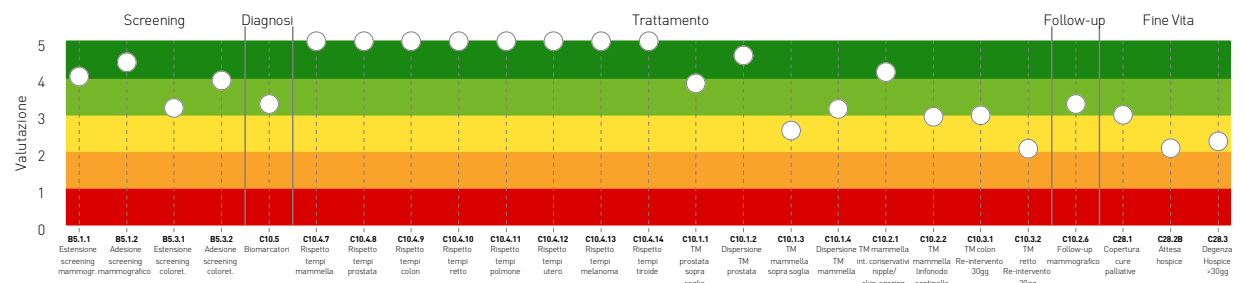
## Valutazione della performance 2019



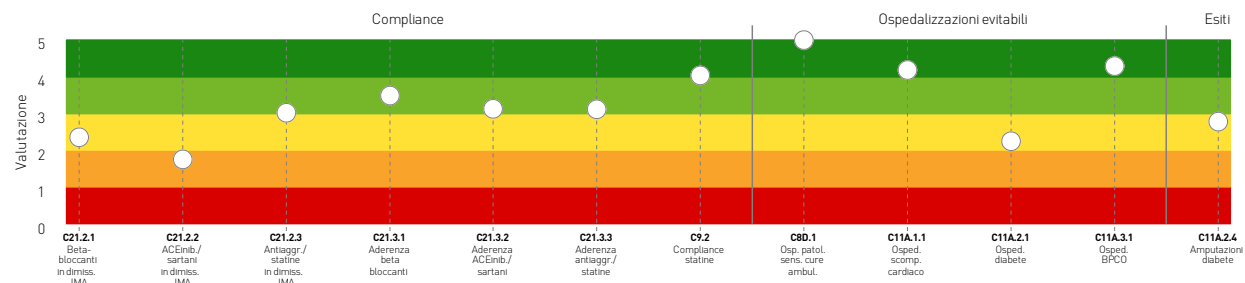
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



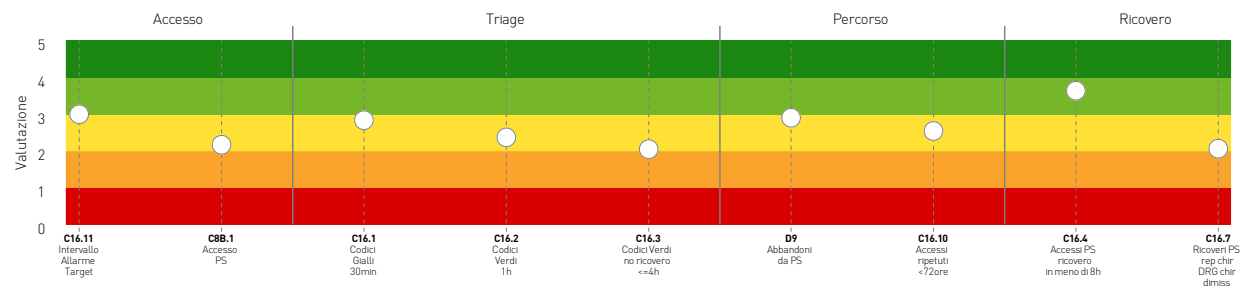
## PERCORSO ONCOLOGICO

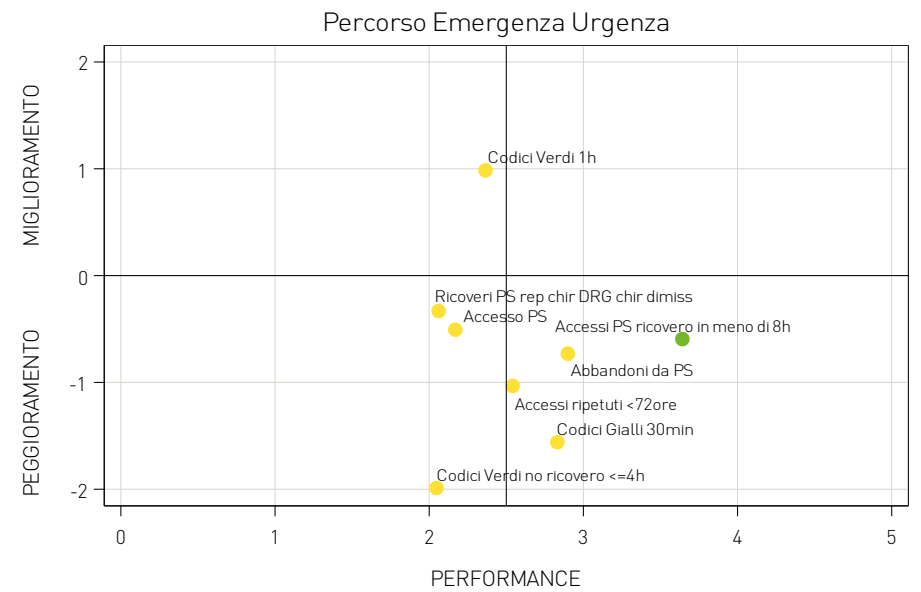
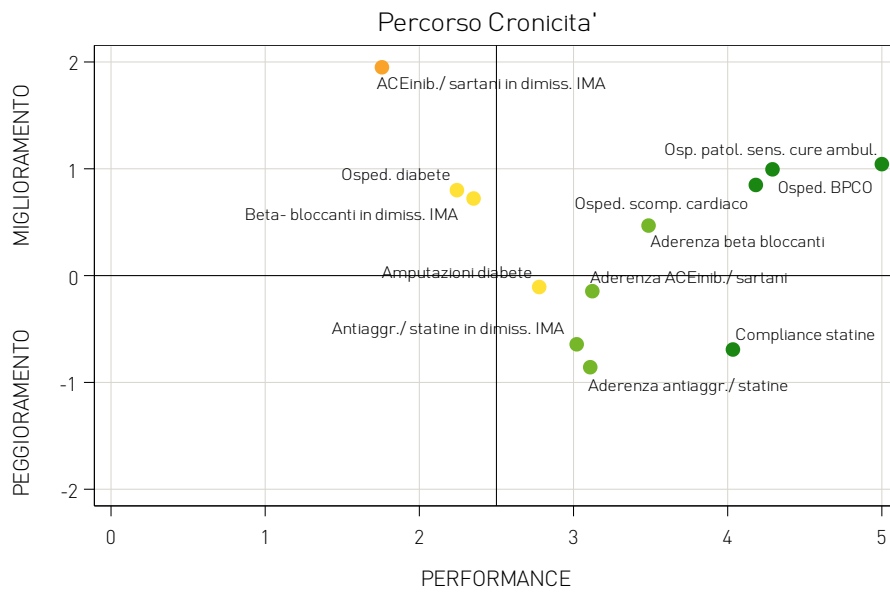
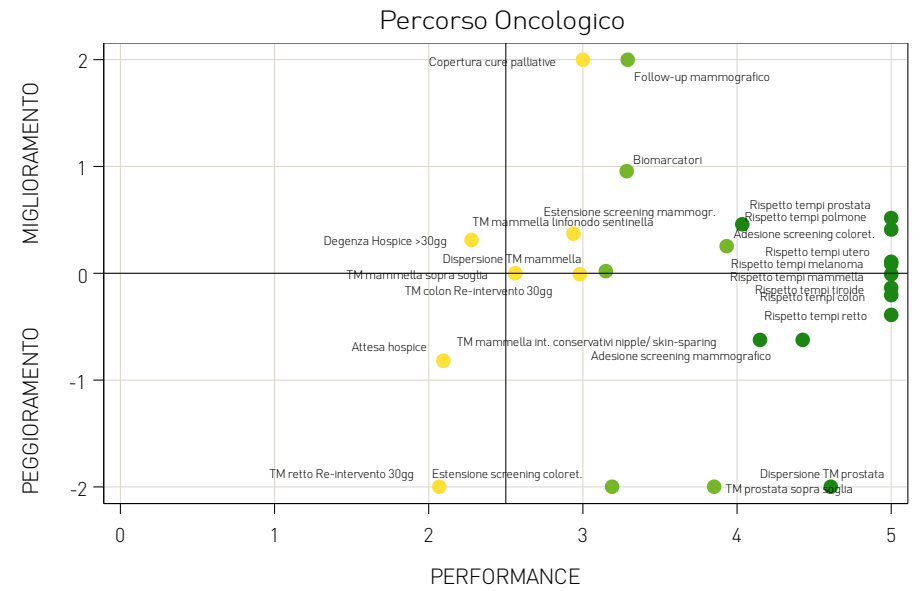
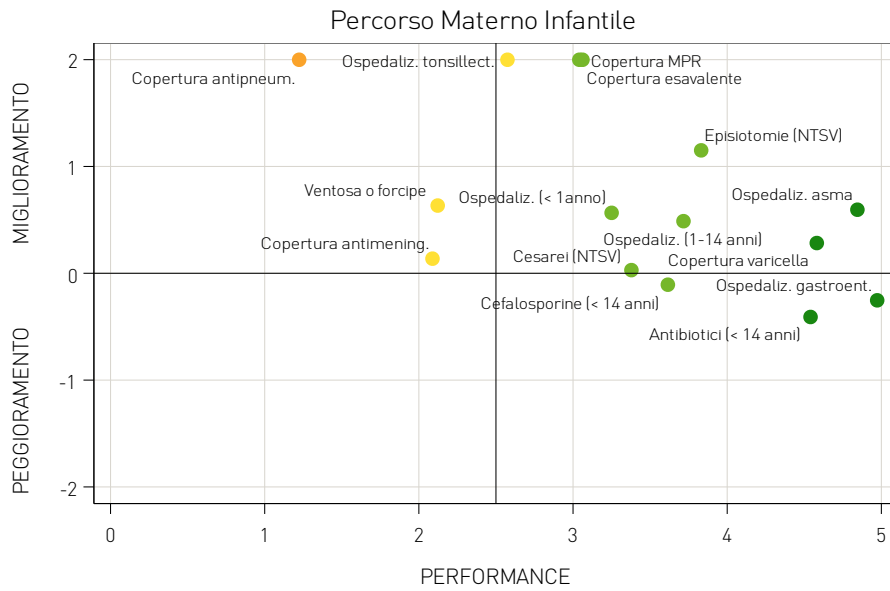


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA





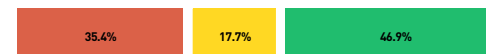
# ULSS N. 1 DOLOMITI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



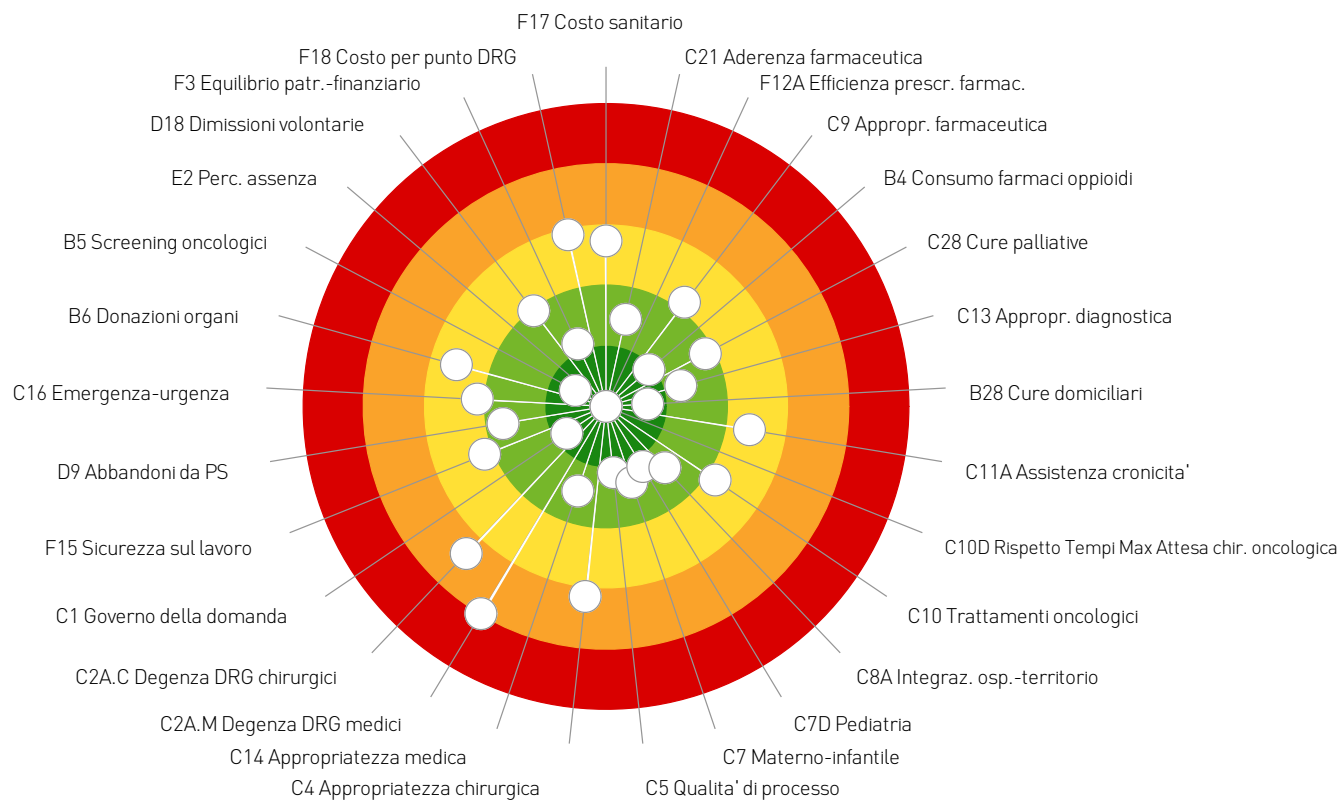
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

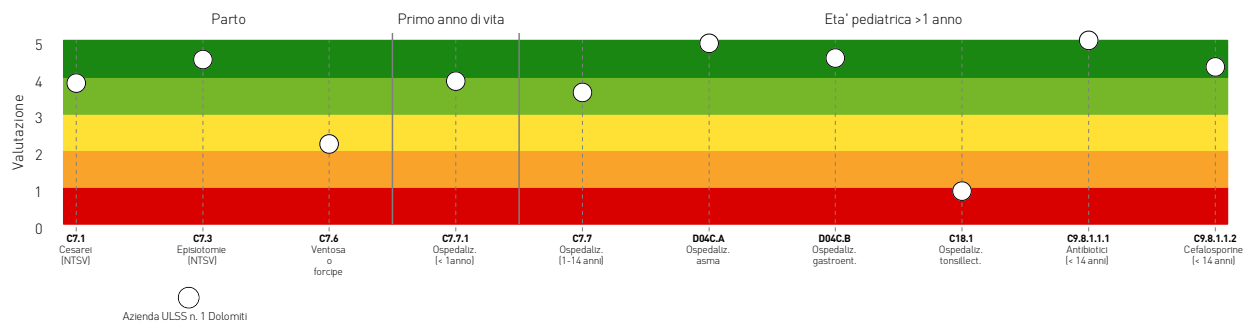
Numero Indicatori di valutazione: 96



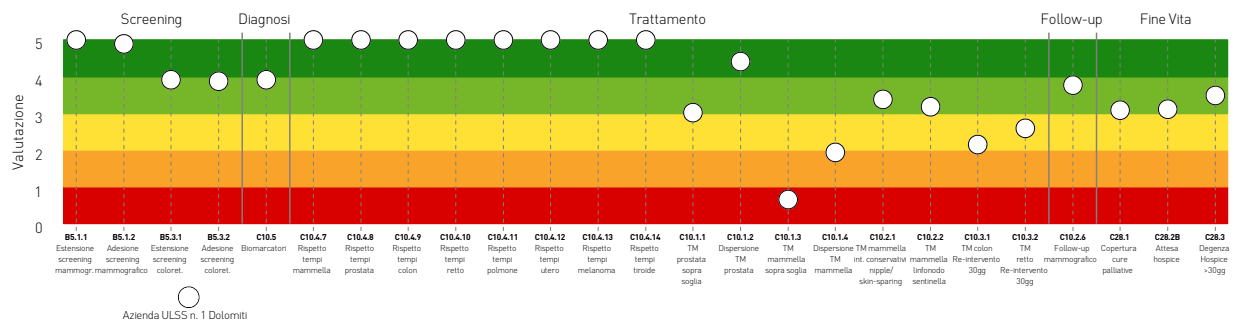
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

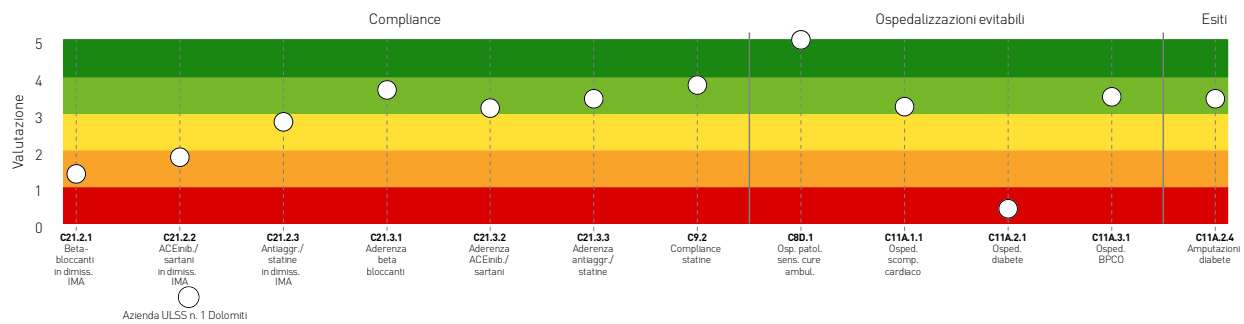




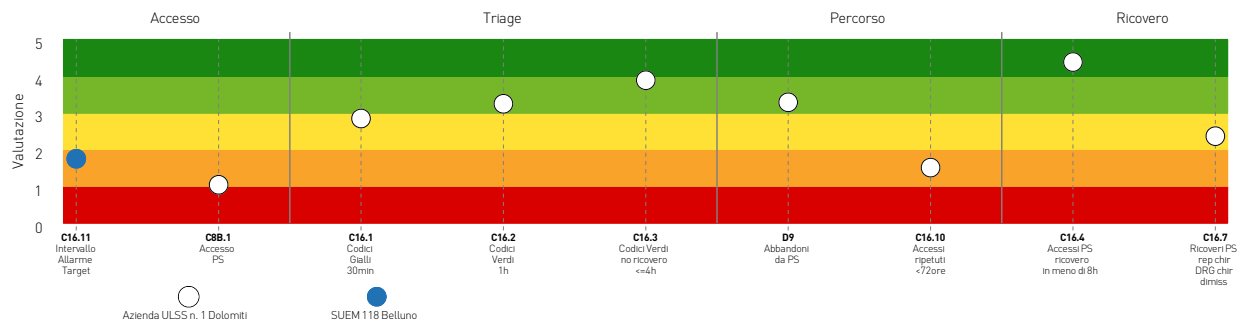
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



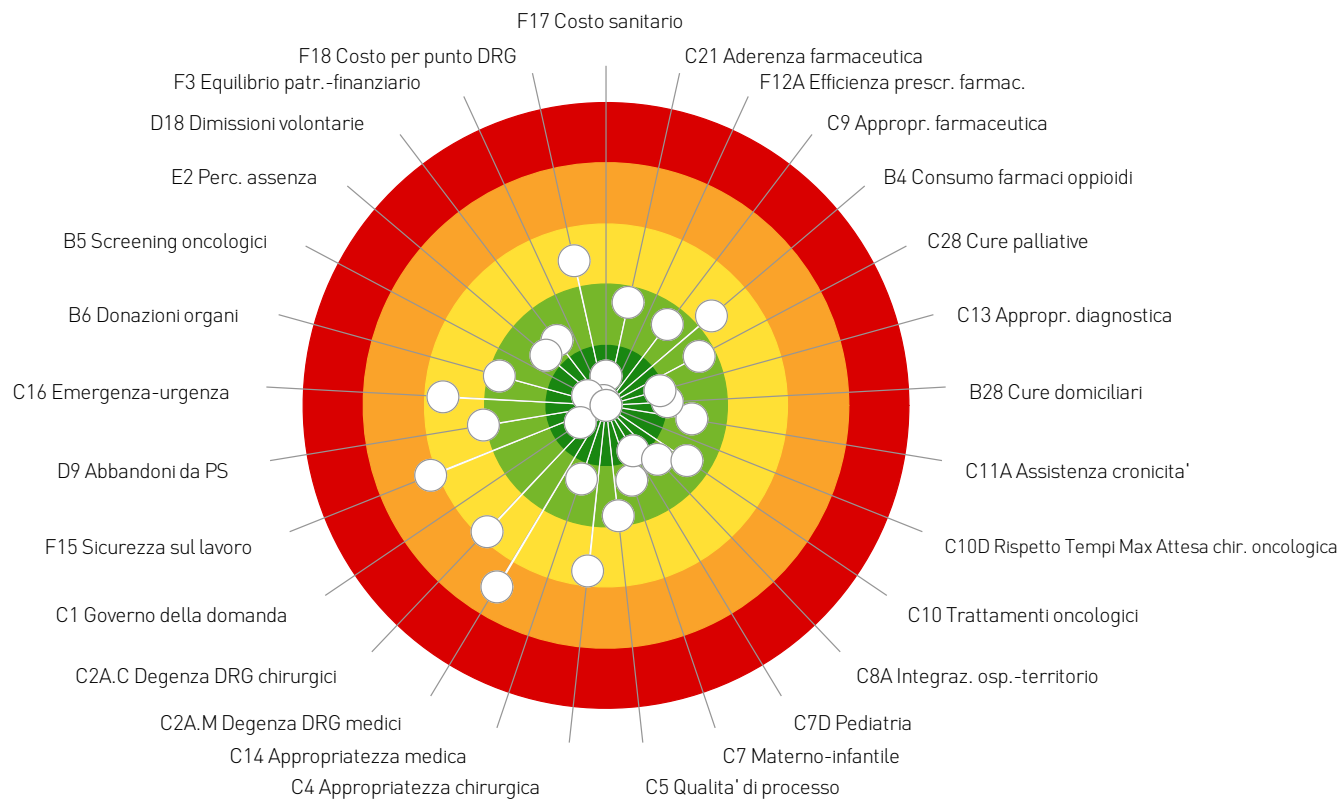
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

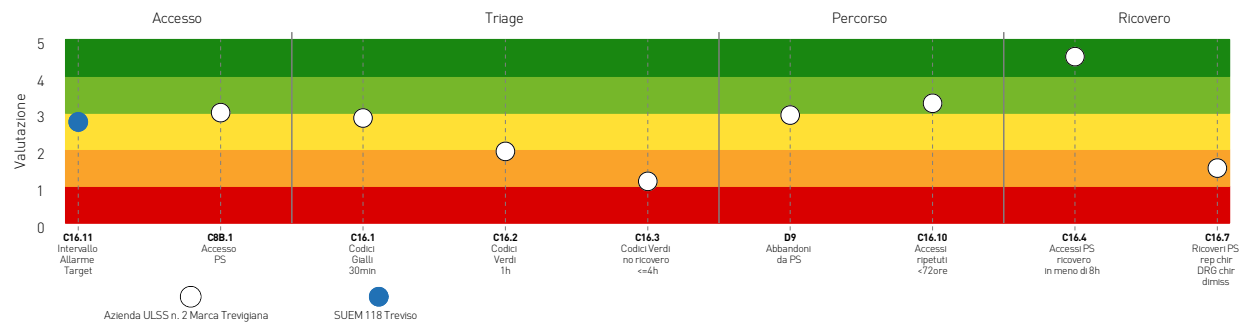
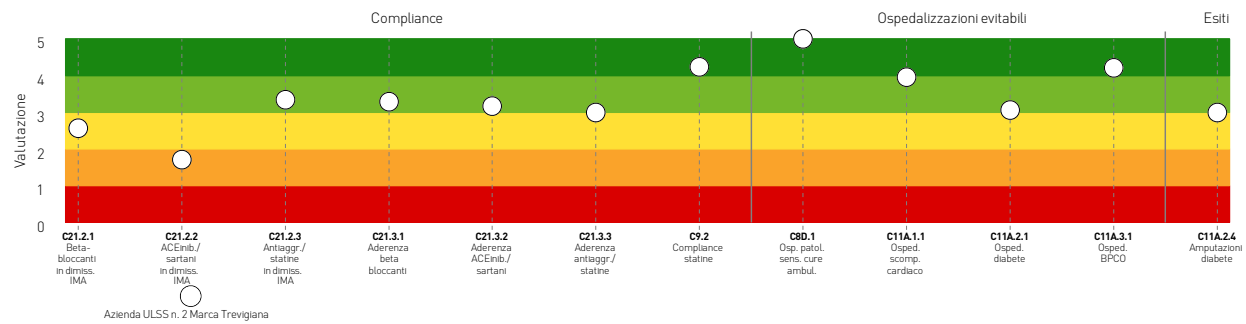
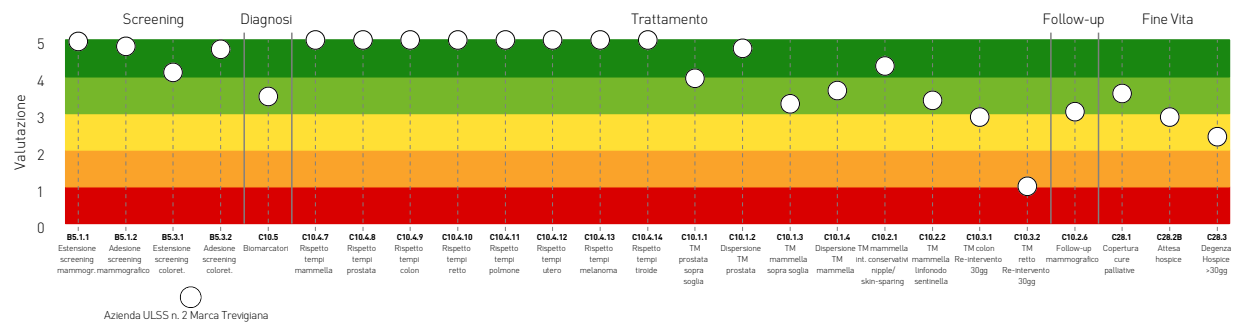
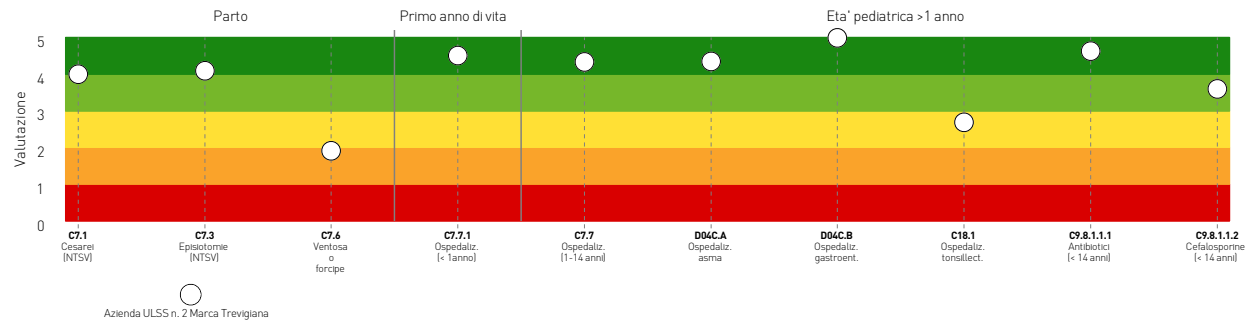
Numero Indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# ULSS N. 3 SERENISSIMA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



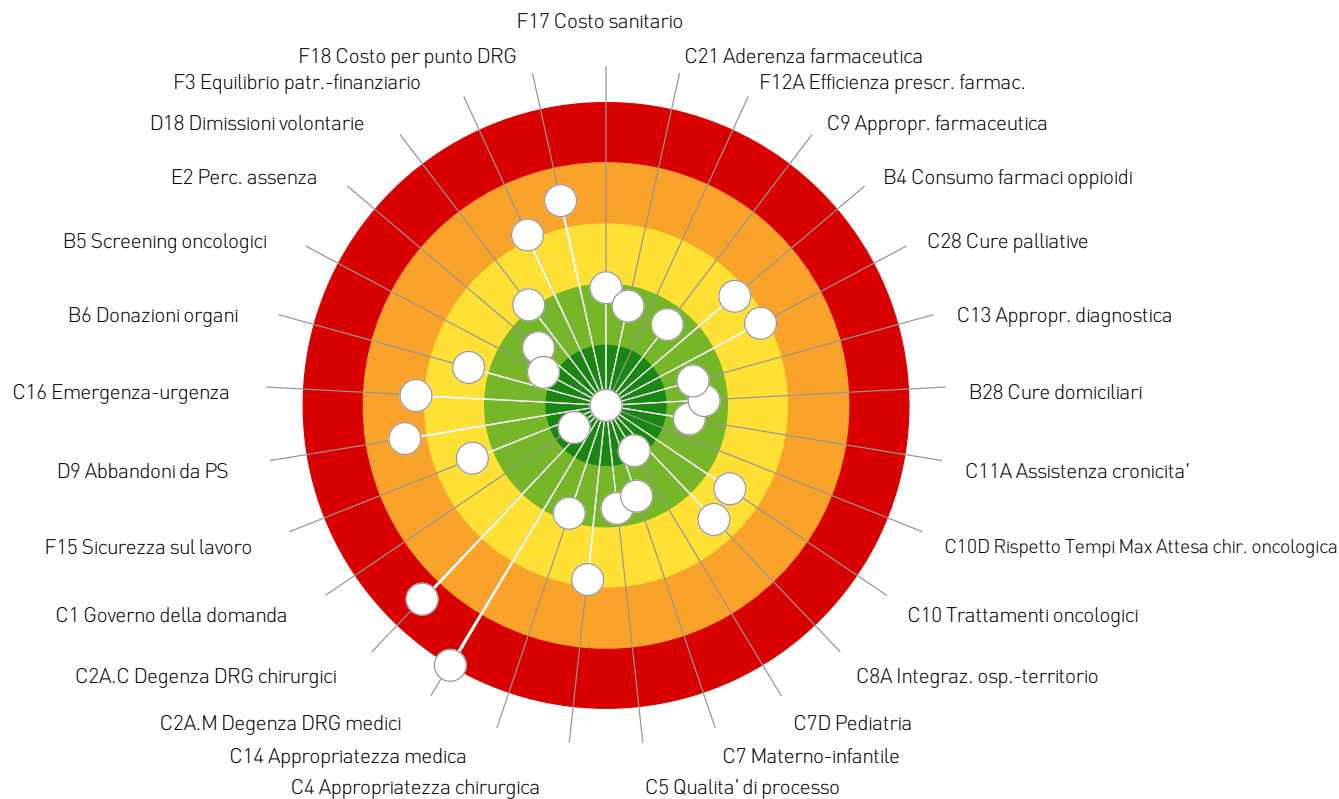
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

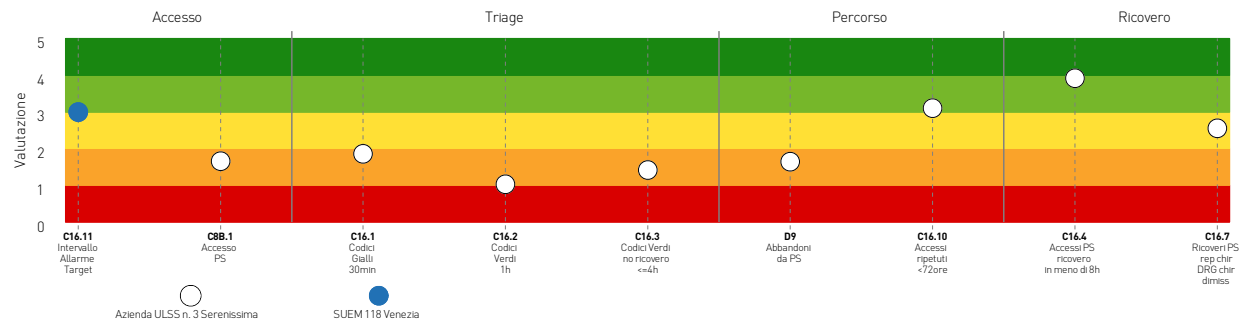
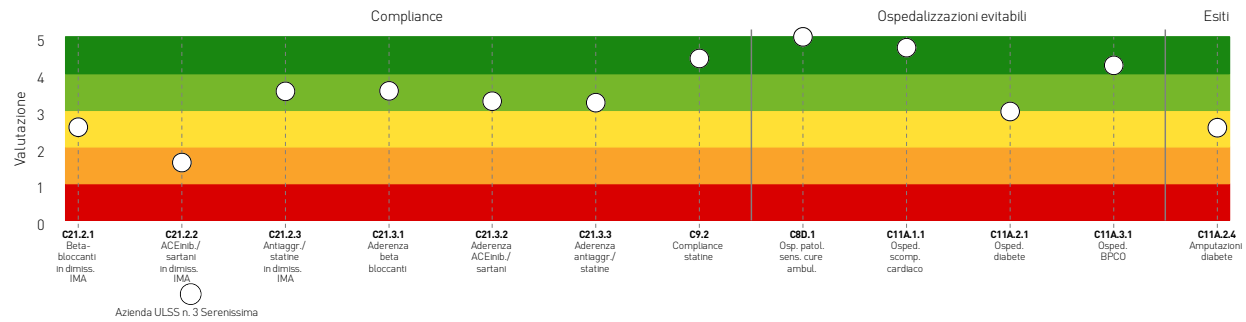
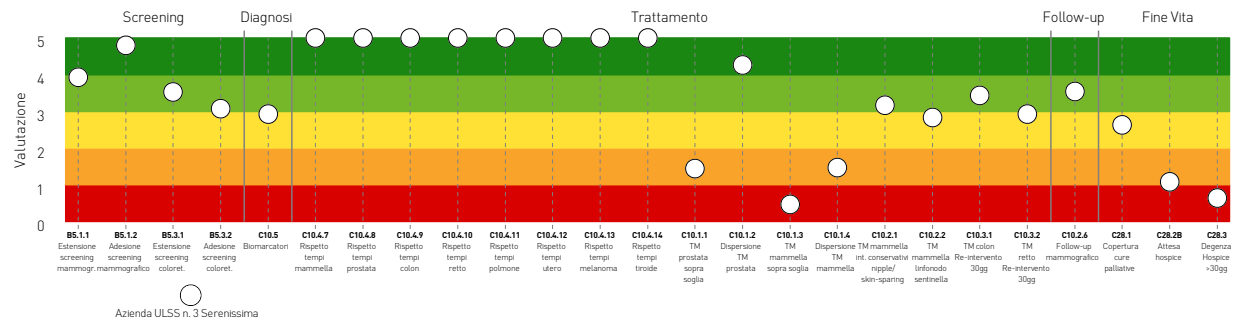
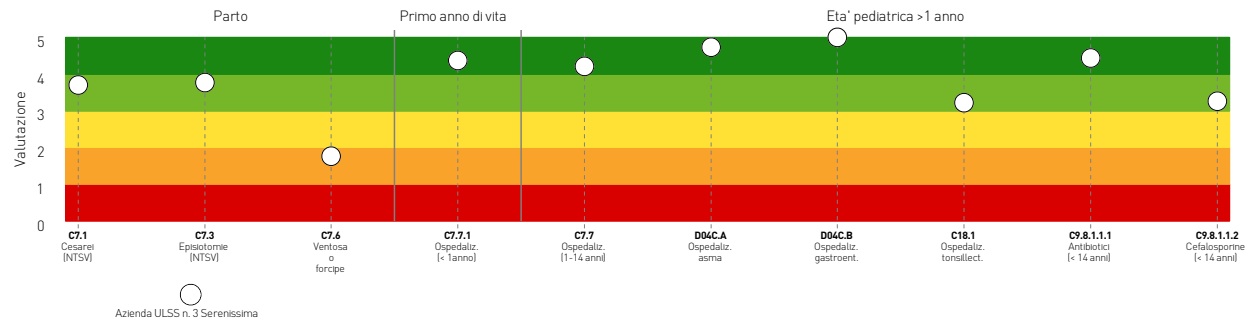
Numero Indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





# ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



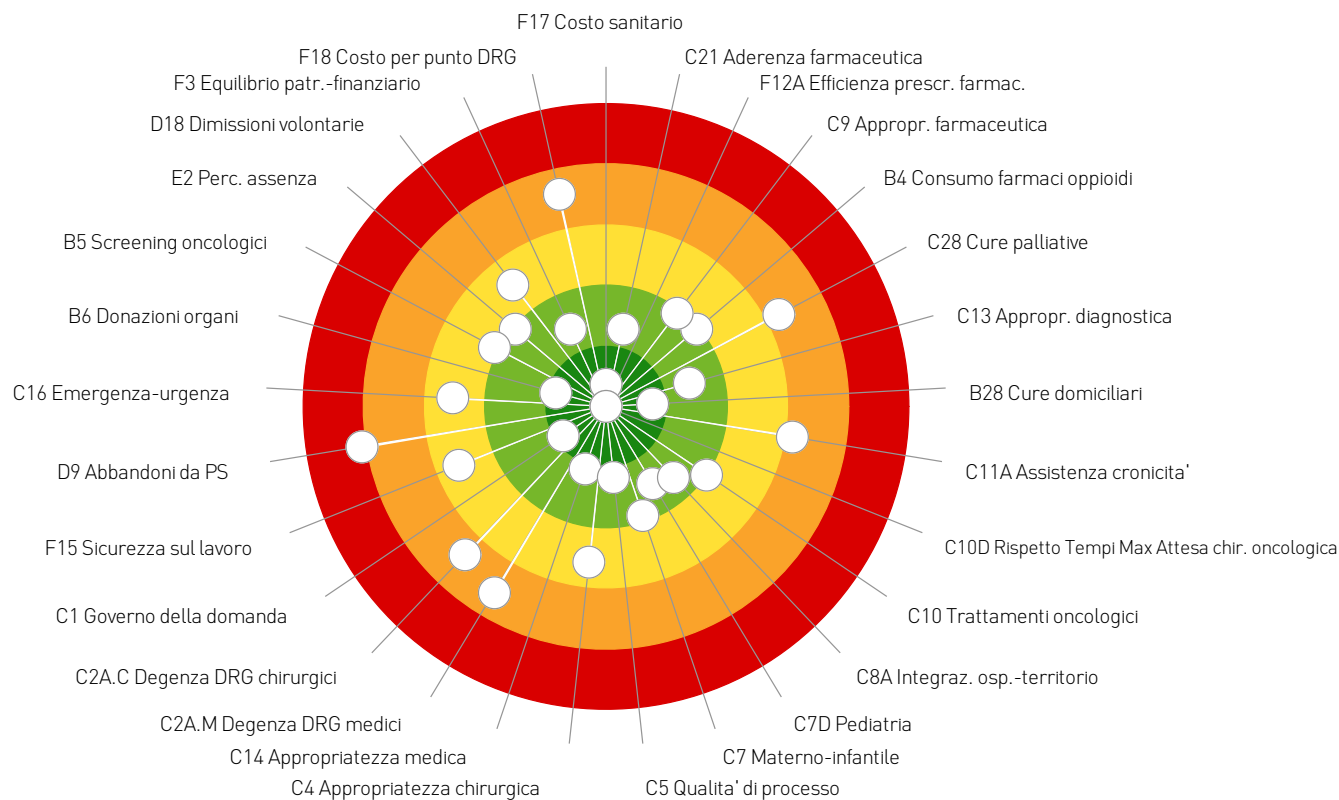
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

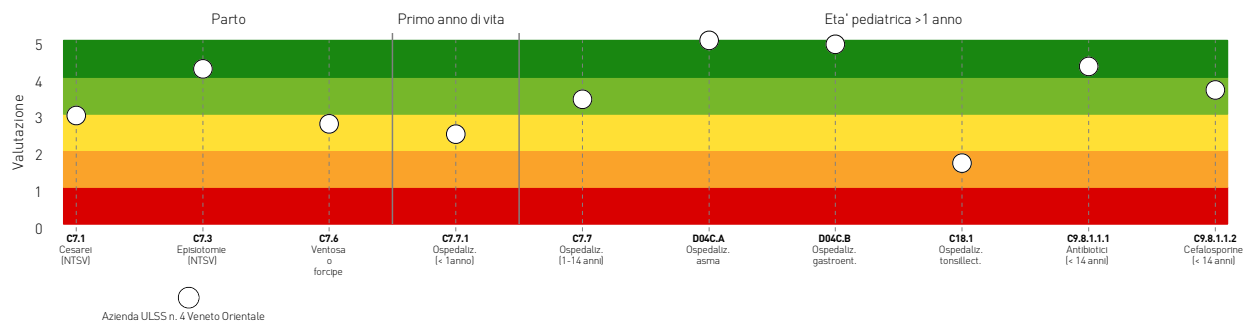
Numero Indicatori di valutazione: 93



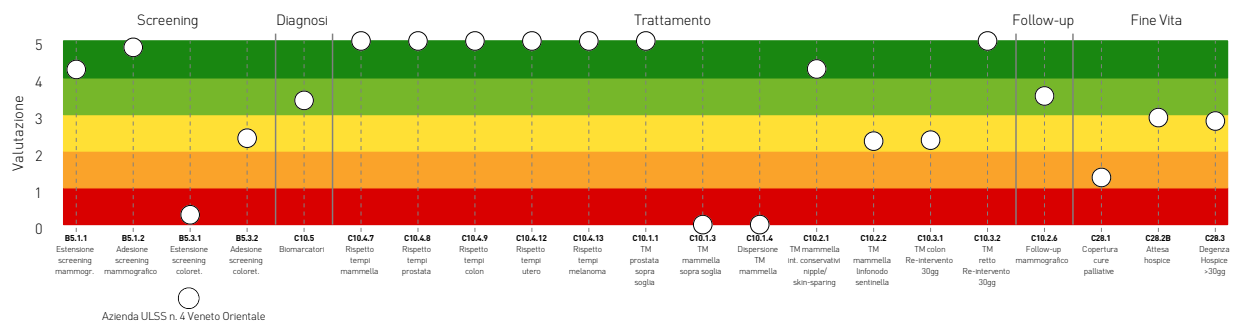
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

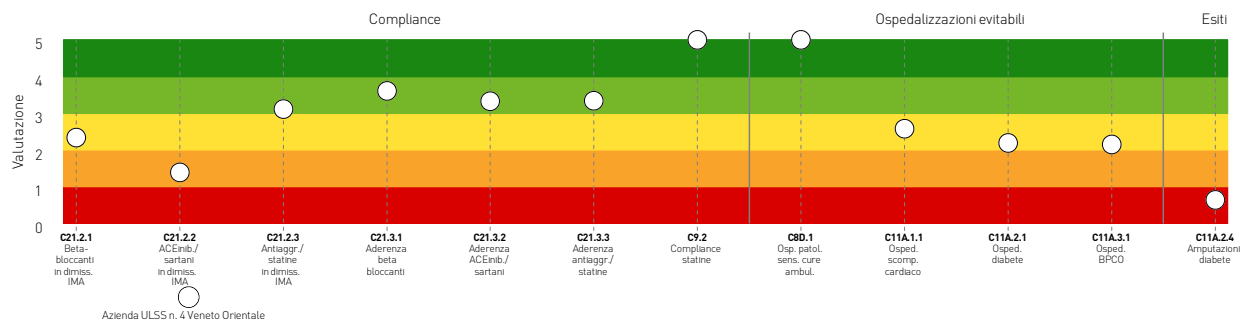




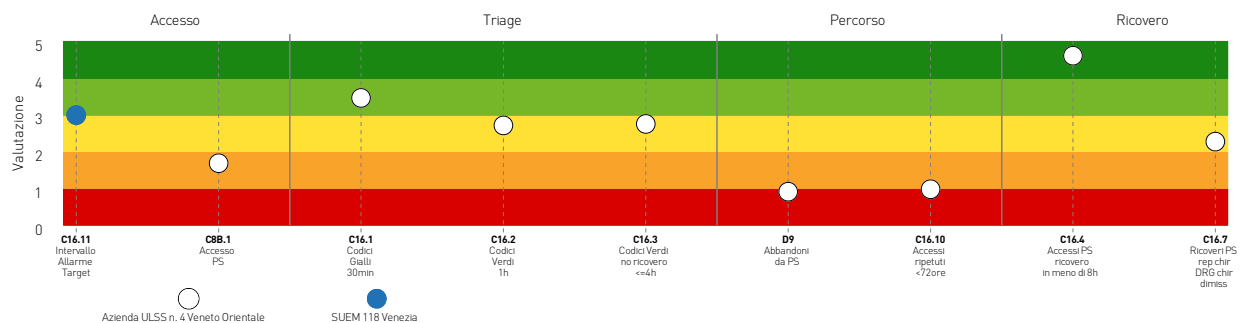
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 5 POLESANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



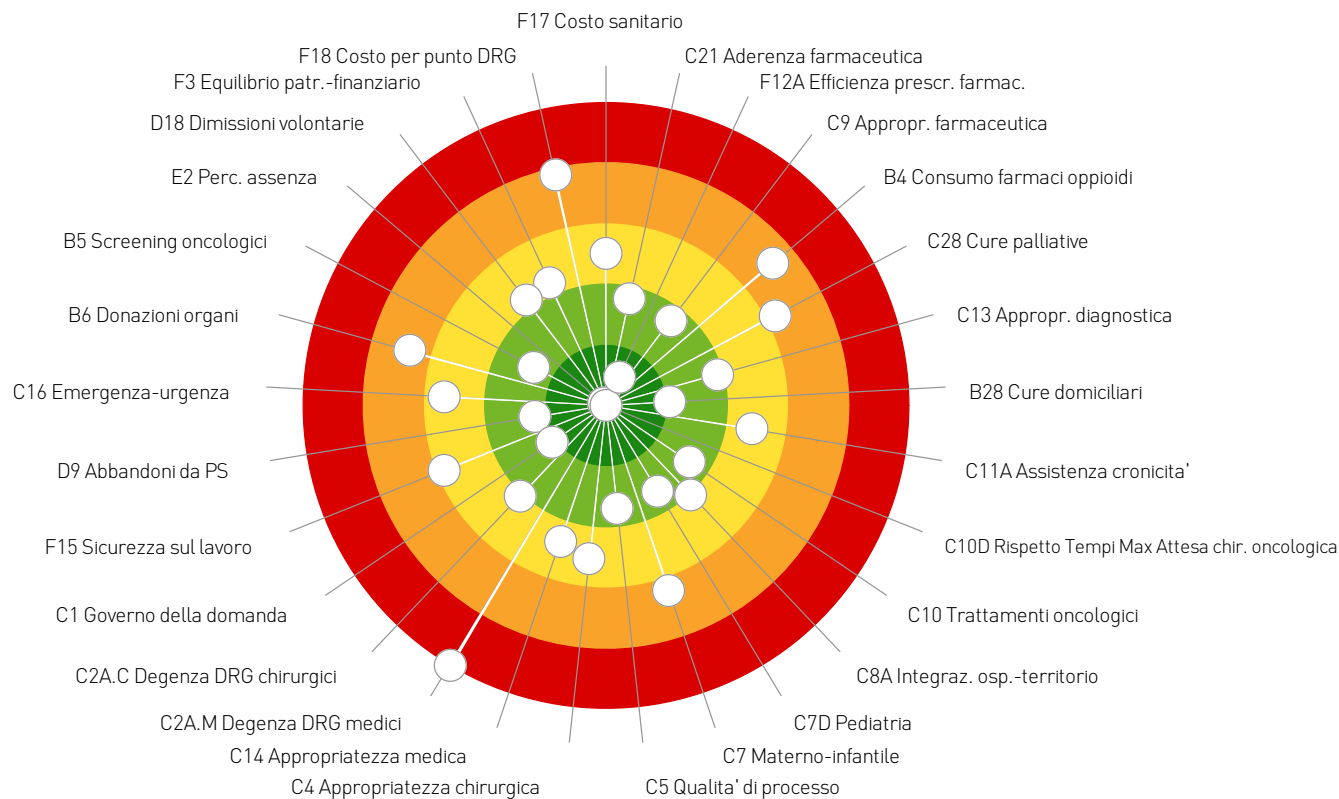
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

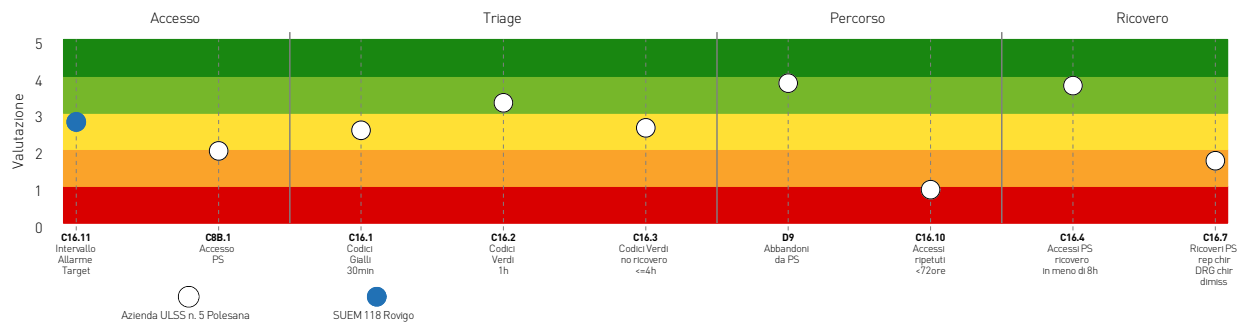
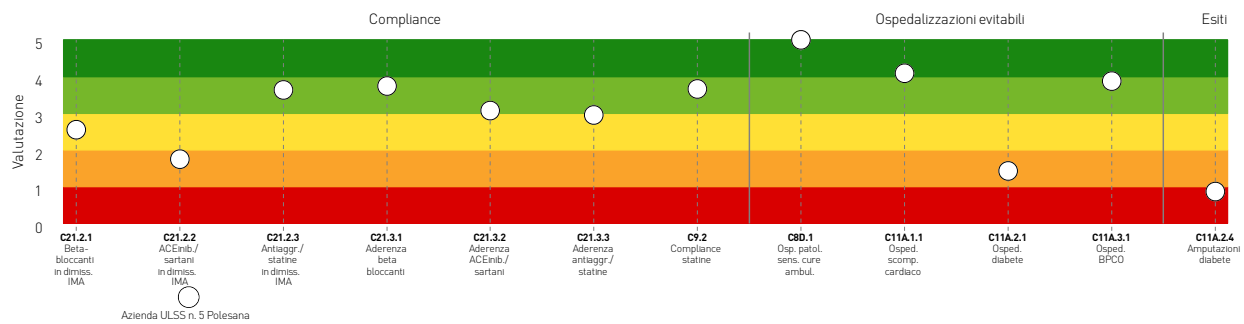
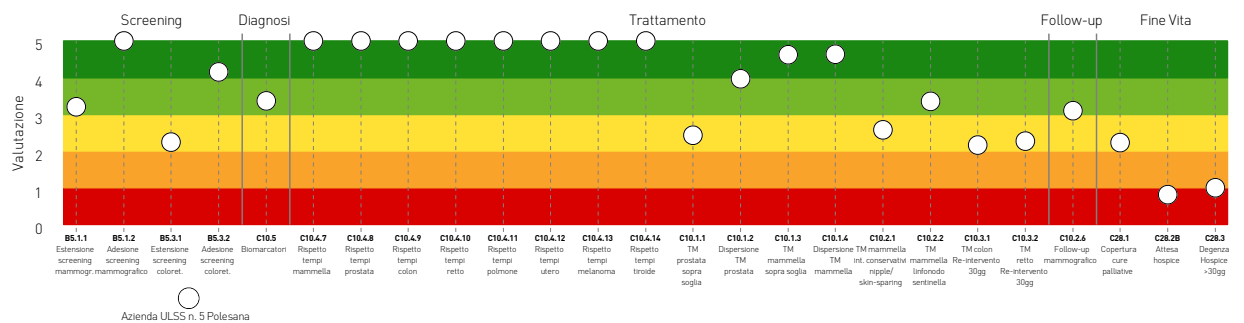
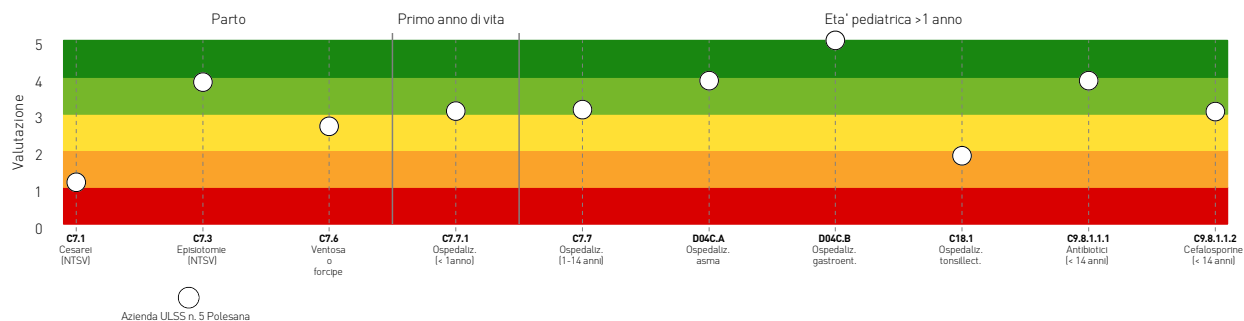
Numero Indicatori di valutazione: 96



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





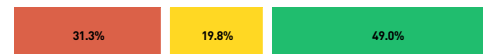
# ULSS N. 6 EUGANEA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



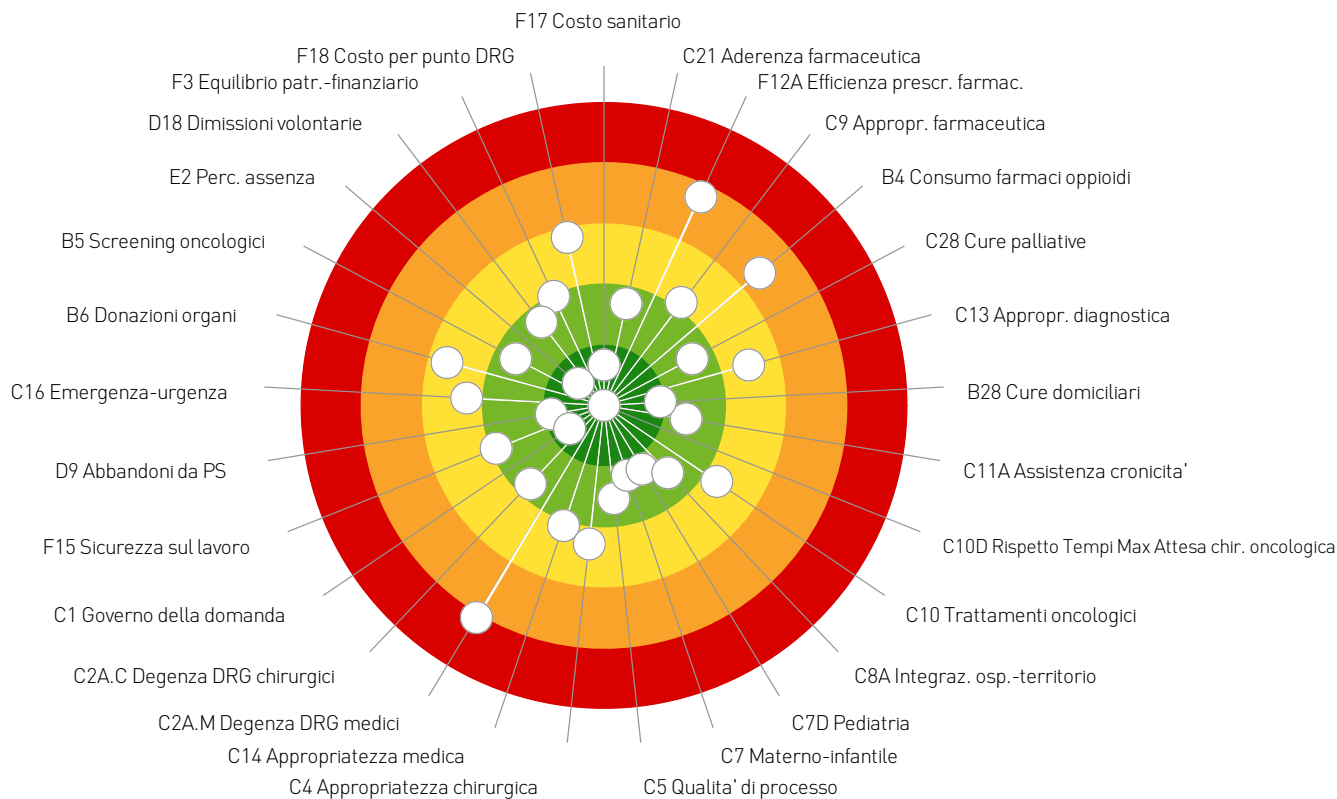
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 96



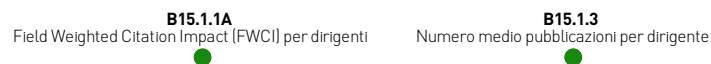
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# A.O. PADOVA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



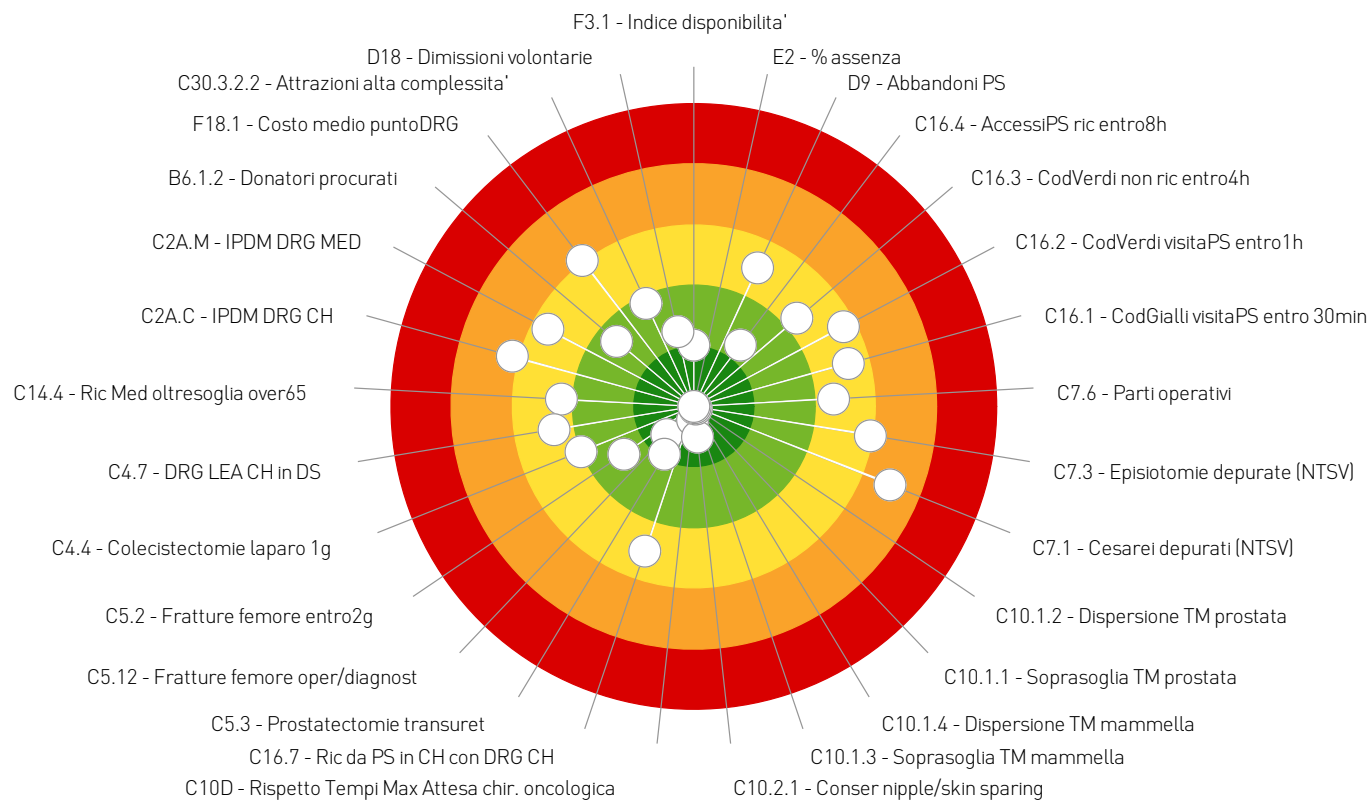
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 46



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019





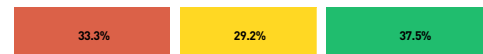
# IOV PADOVA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



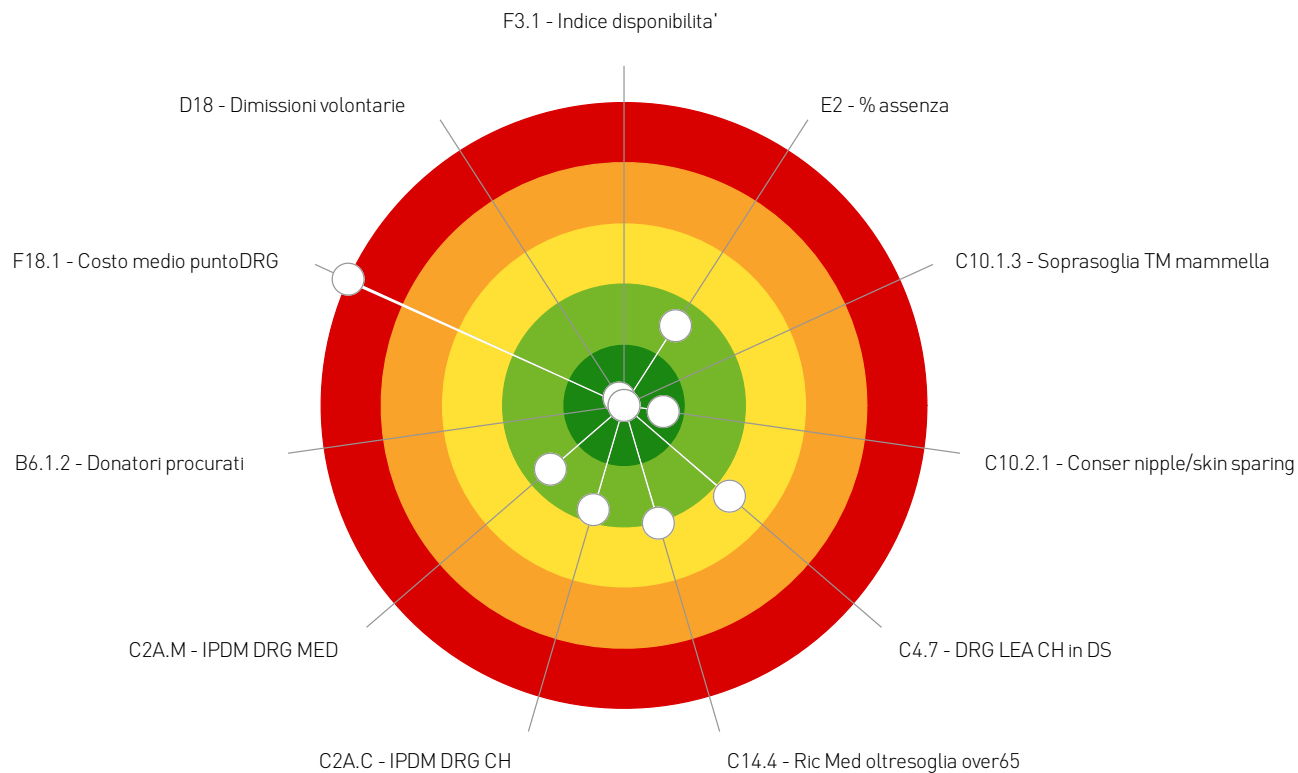
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

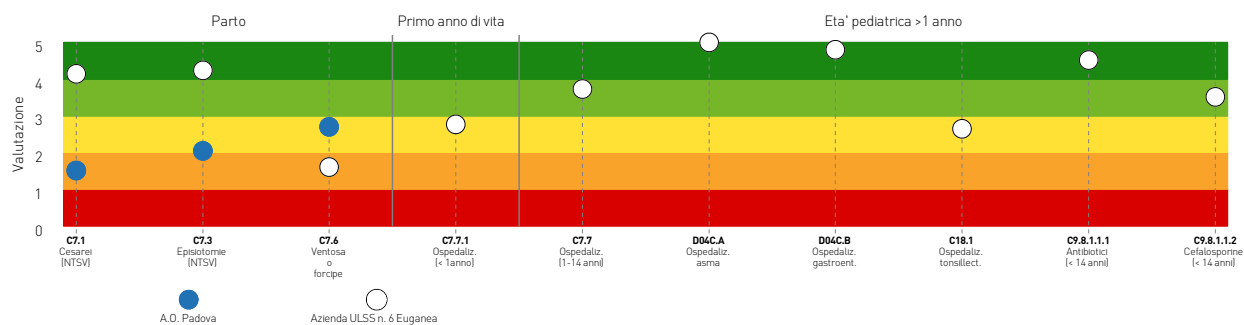
Numero Indicatori di valutazione: 24



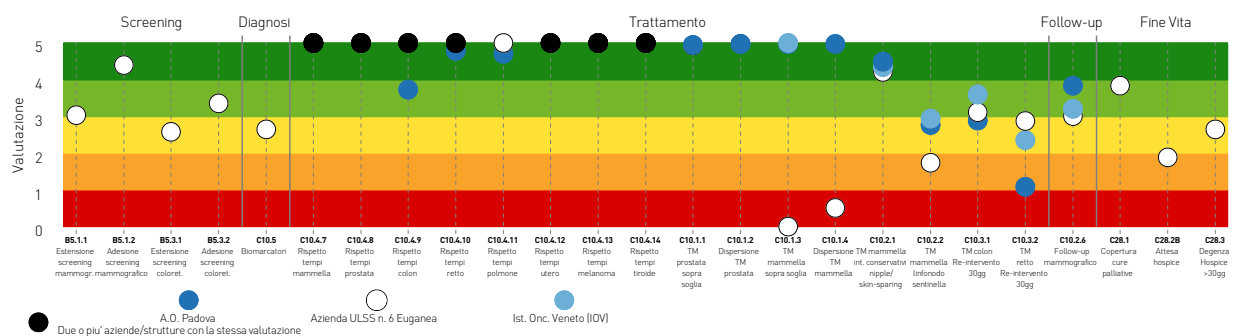
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

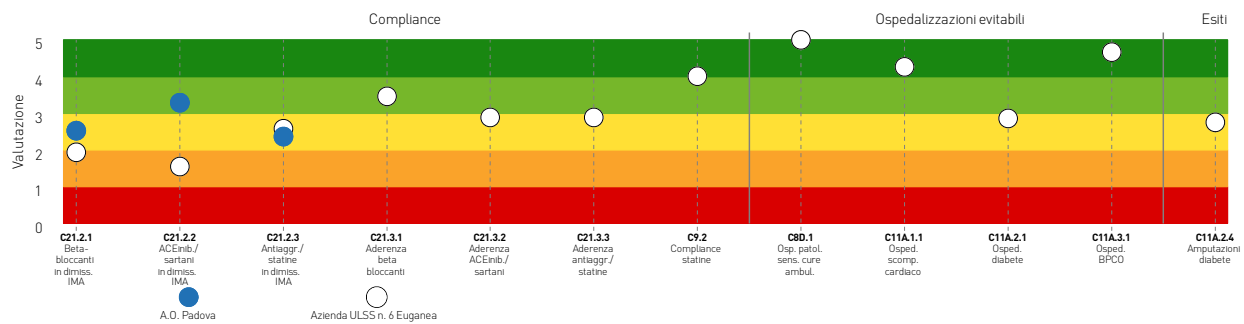




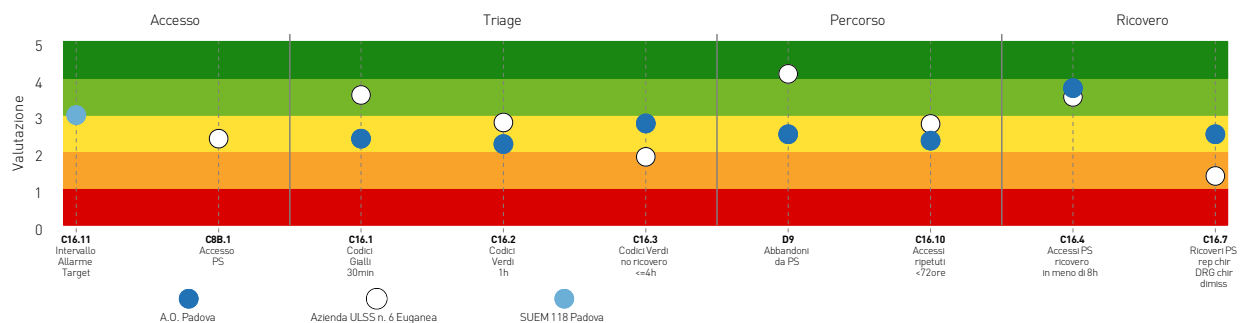
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 7 PEDEMONTANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



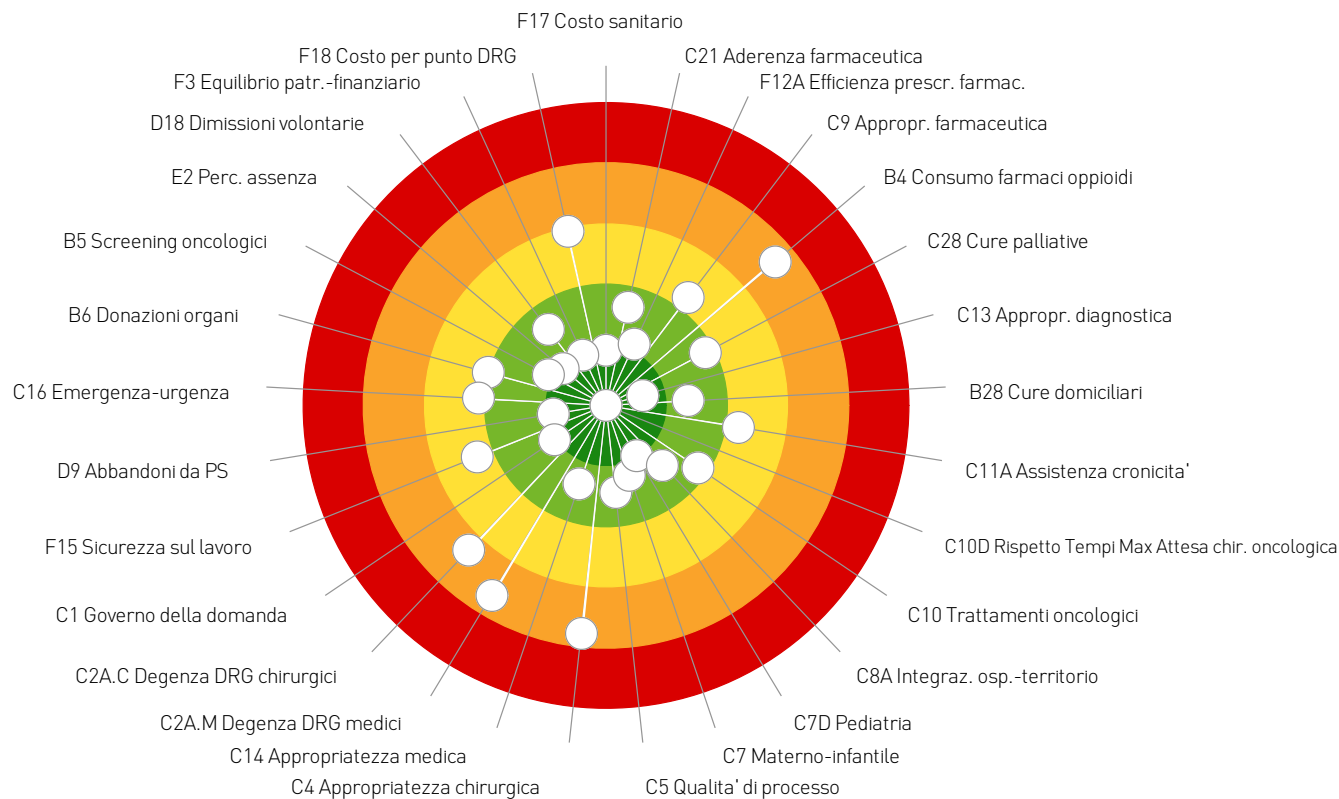
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

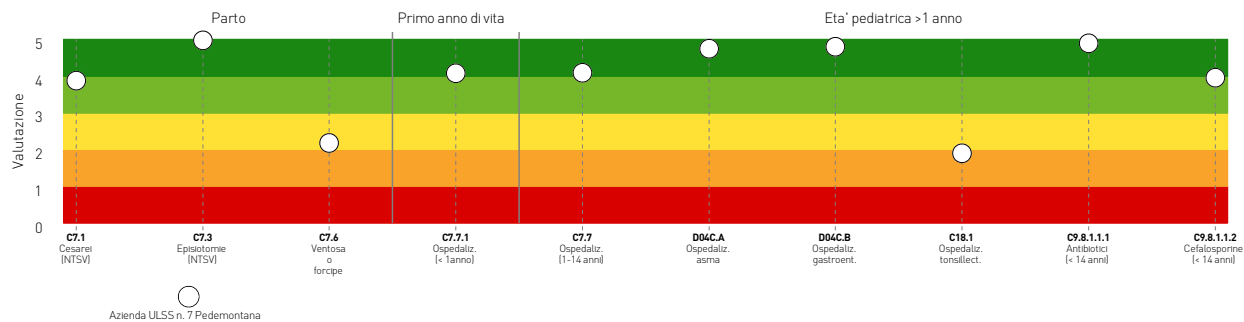
Numero Indicatori di valutazione: 95



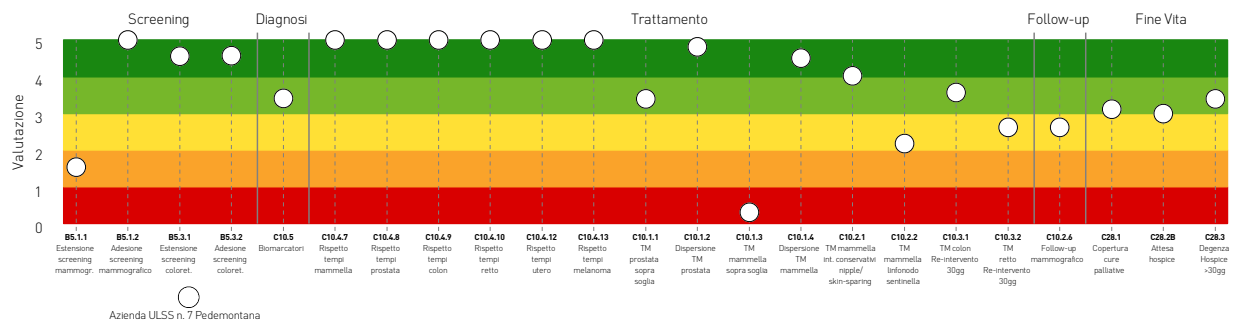
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

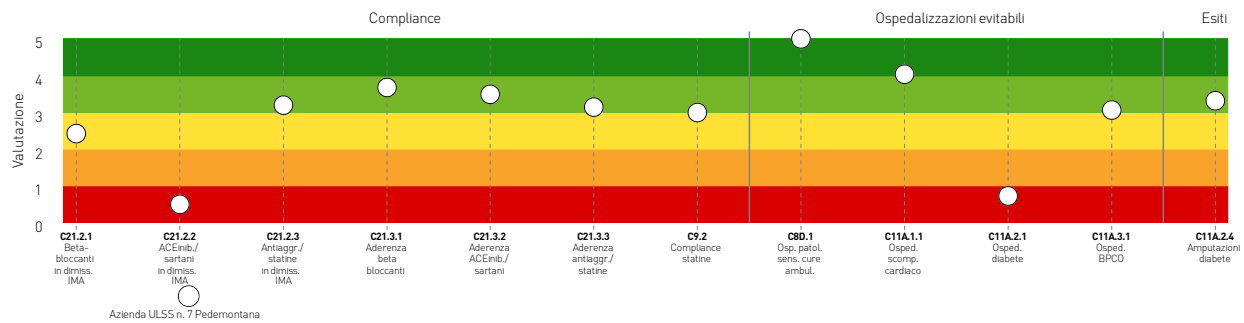




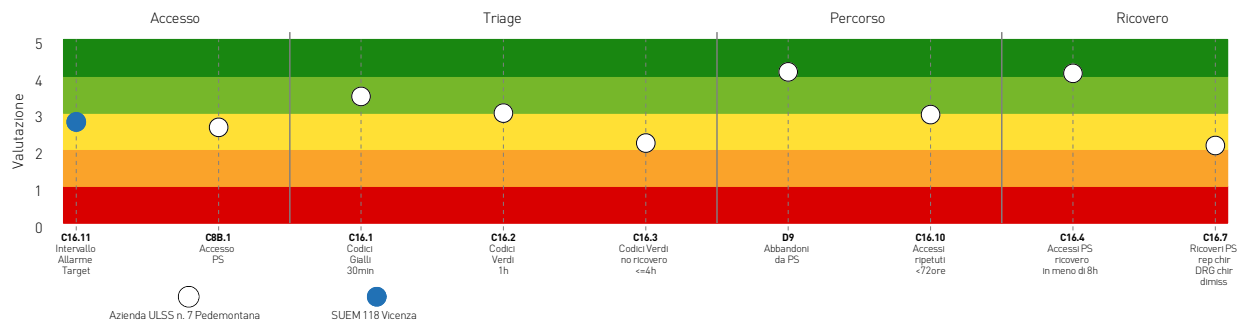
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 8 BERICA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



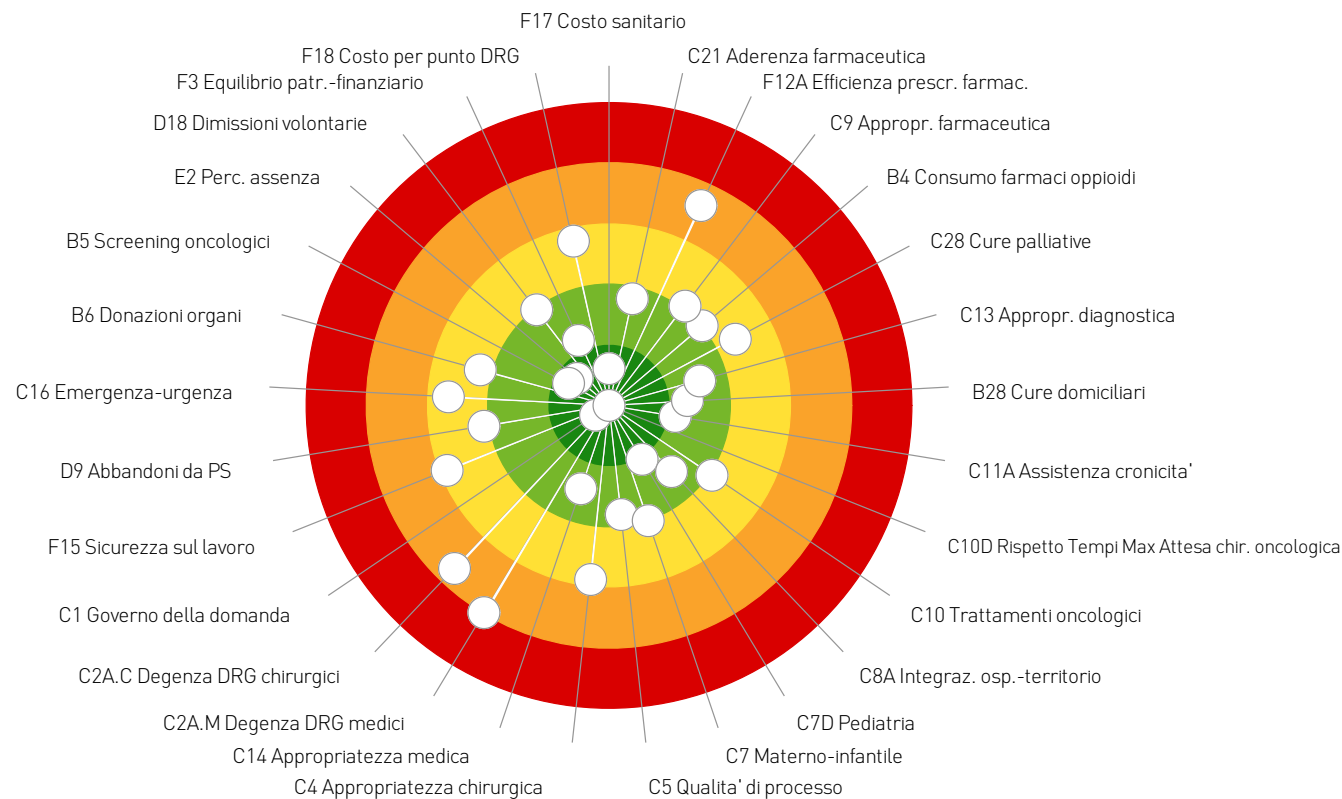
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

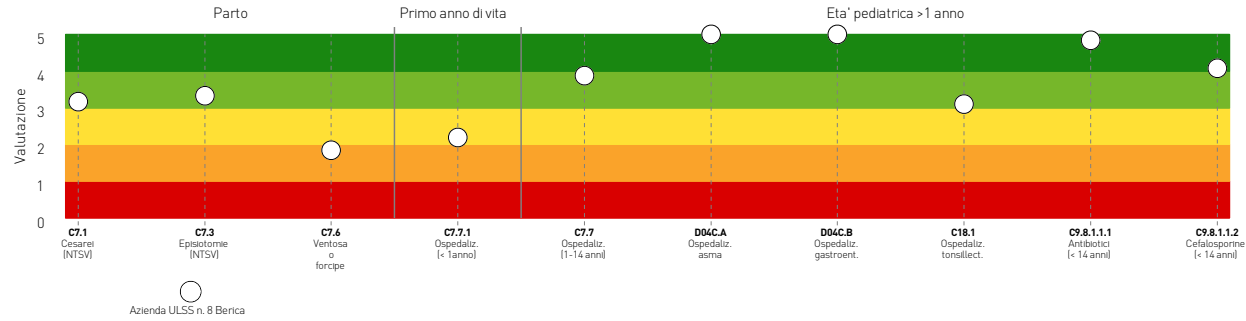
Numero Indicatori di valutazione: 96



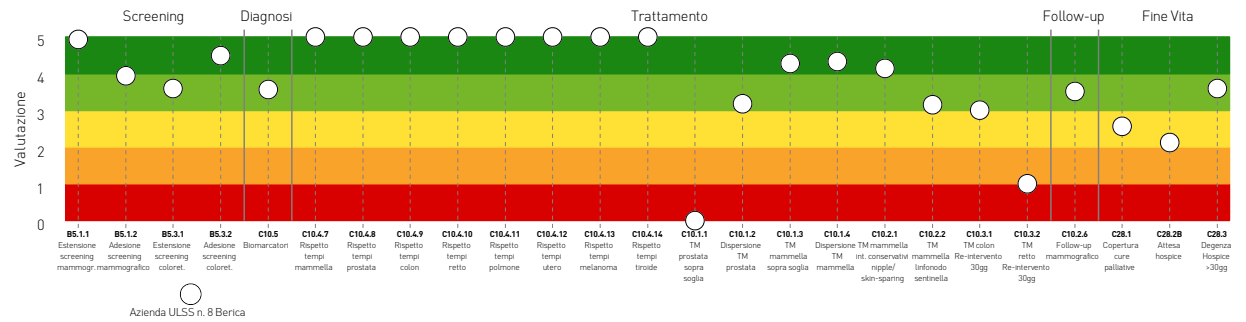
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

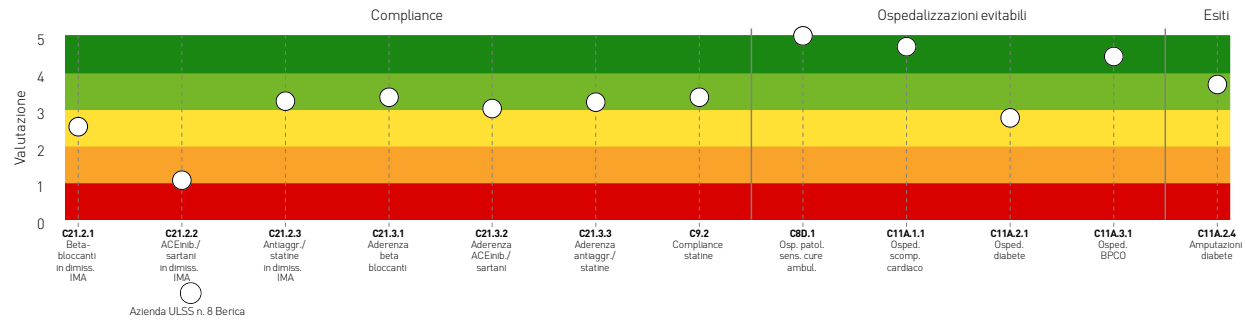




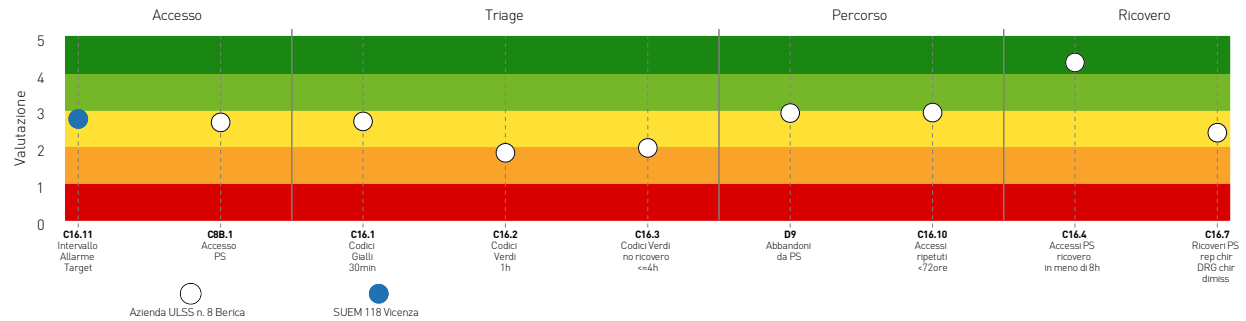
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 9 SCALIGERA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2015-2017)



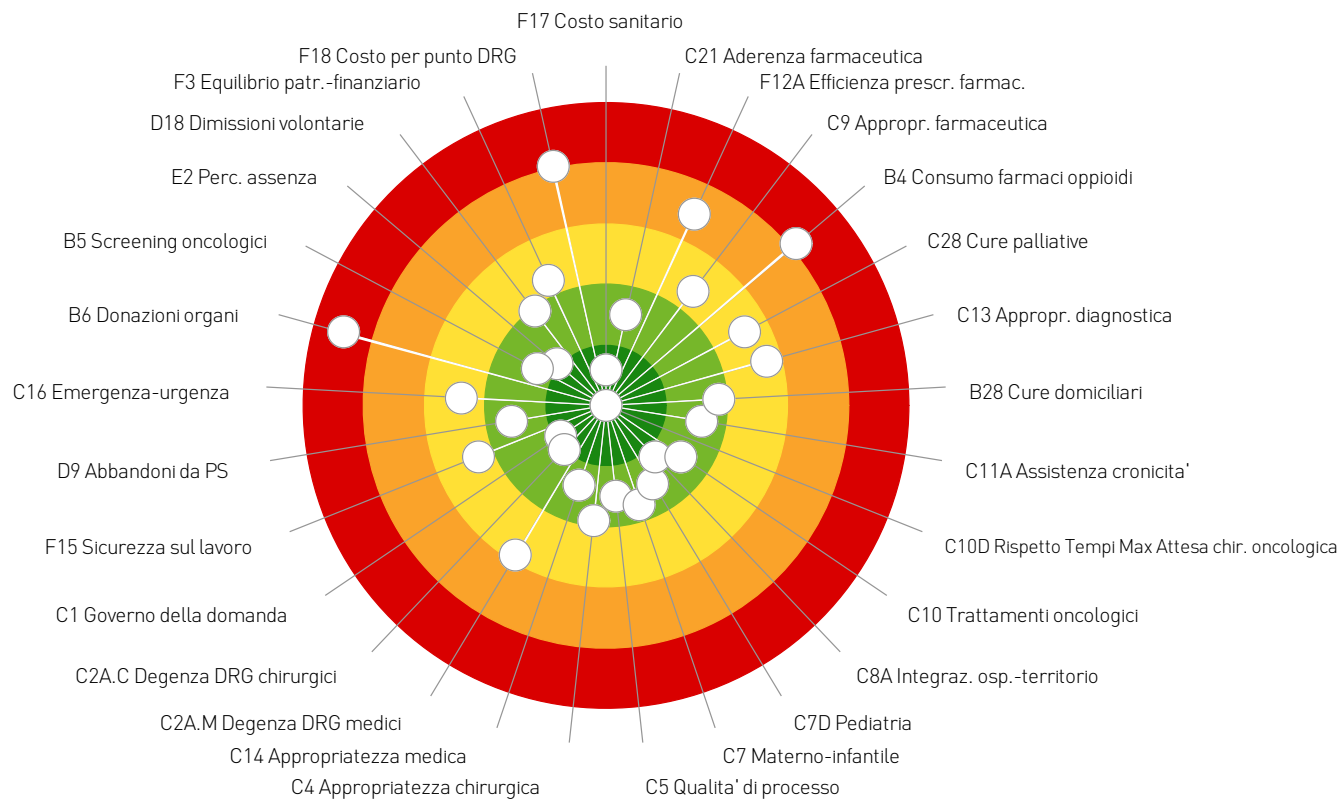
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero Indicatori di valutazione: 96



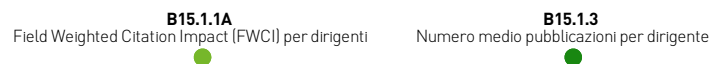
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019



# A.O. VERONA

## Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2016-2018)



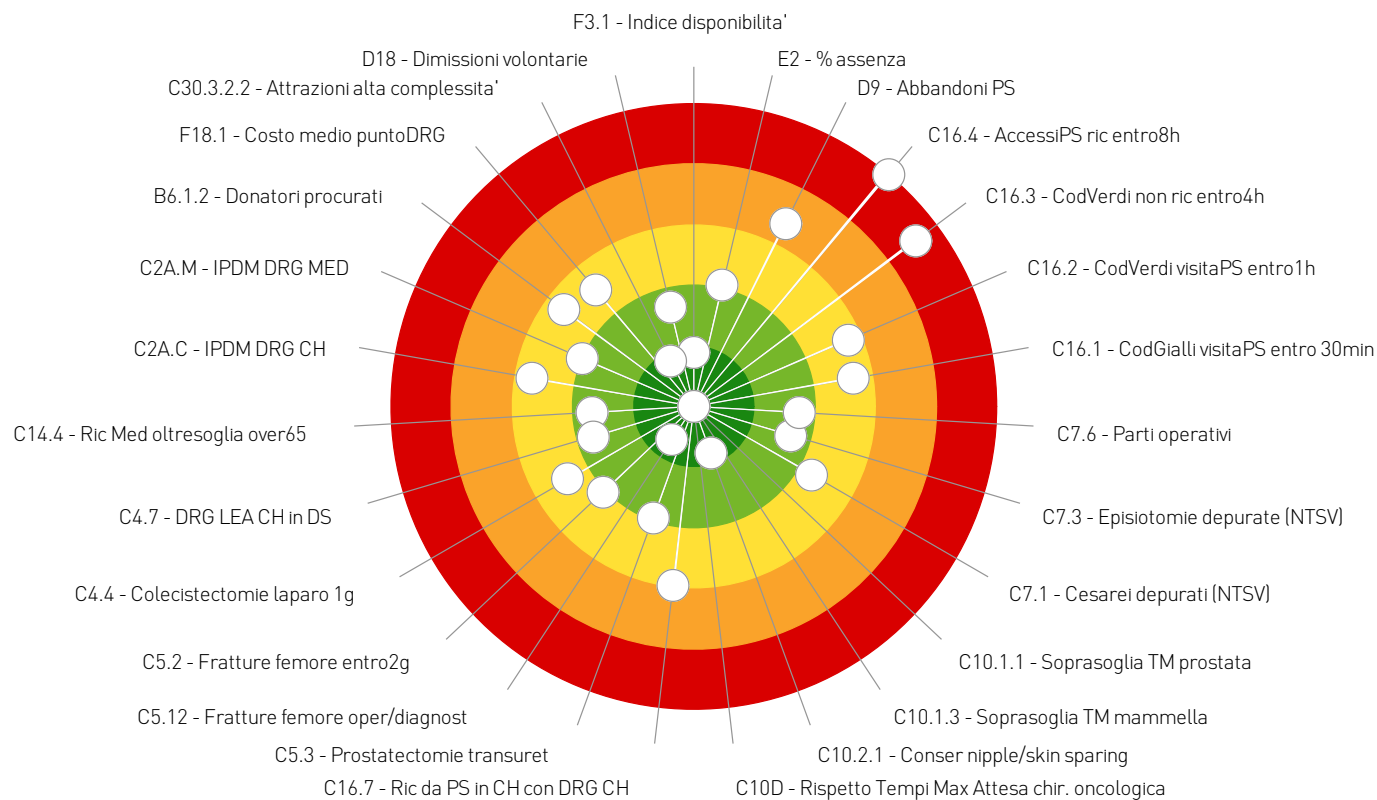
## Andamento indicatori/Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 45



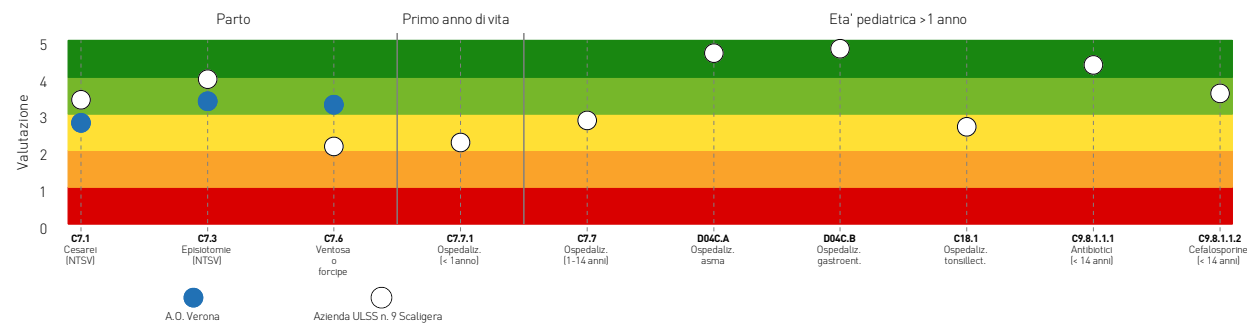
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2019

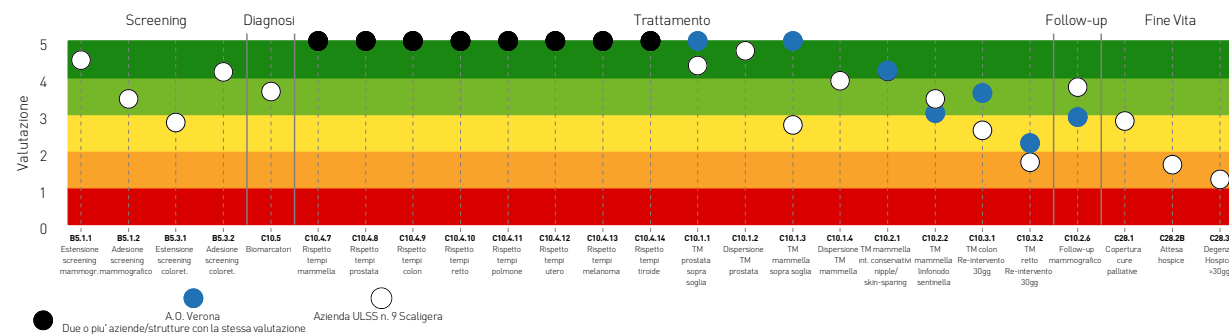




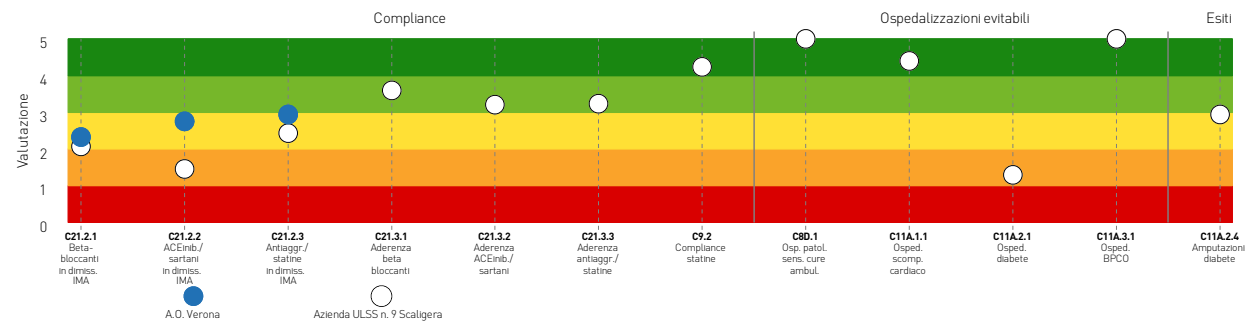
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



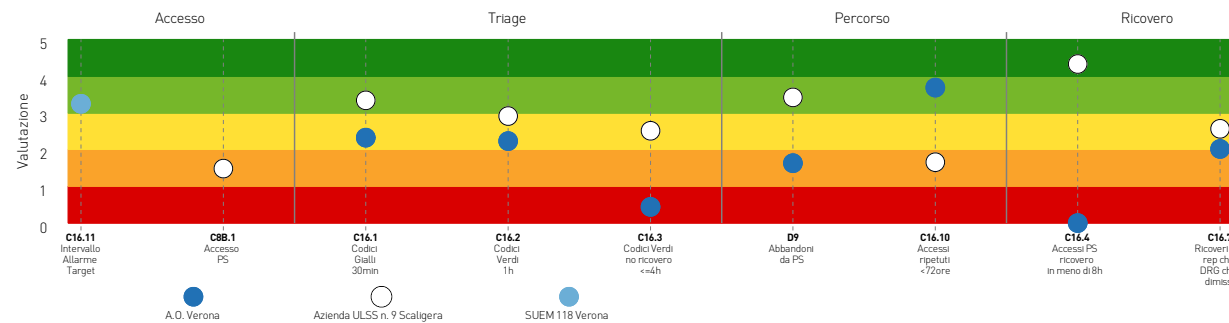
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA







4

INDICATORI





---

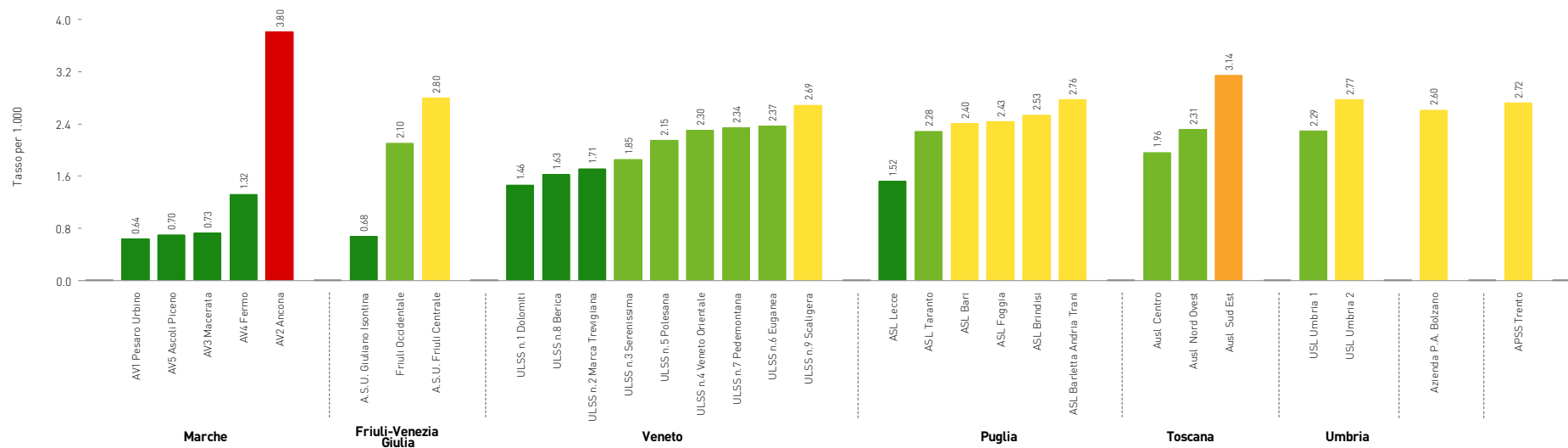
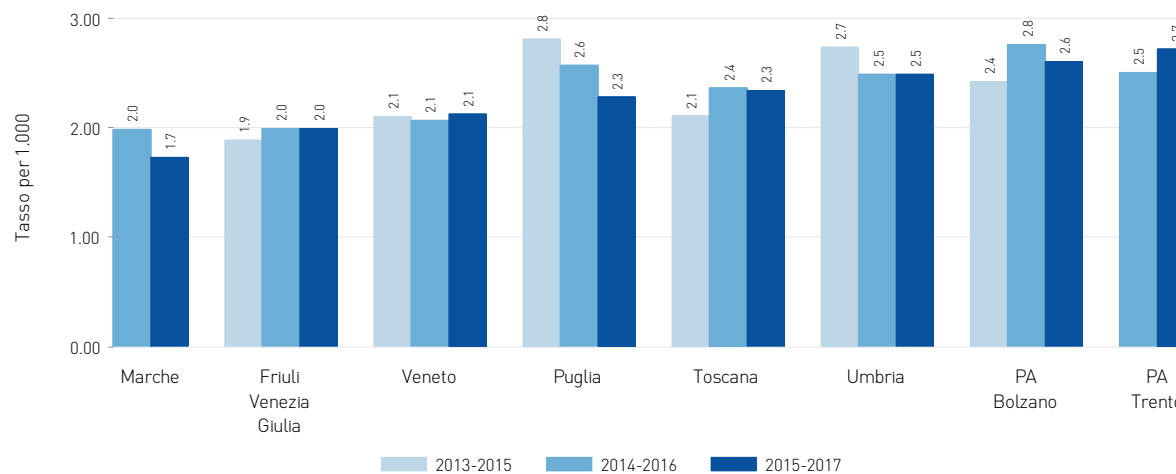
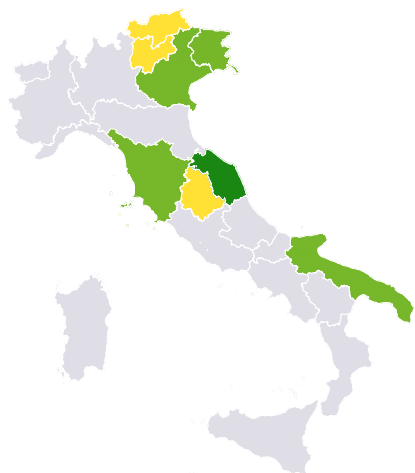
# STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE





## A1.1 Mortalità nel primo anno di vita

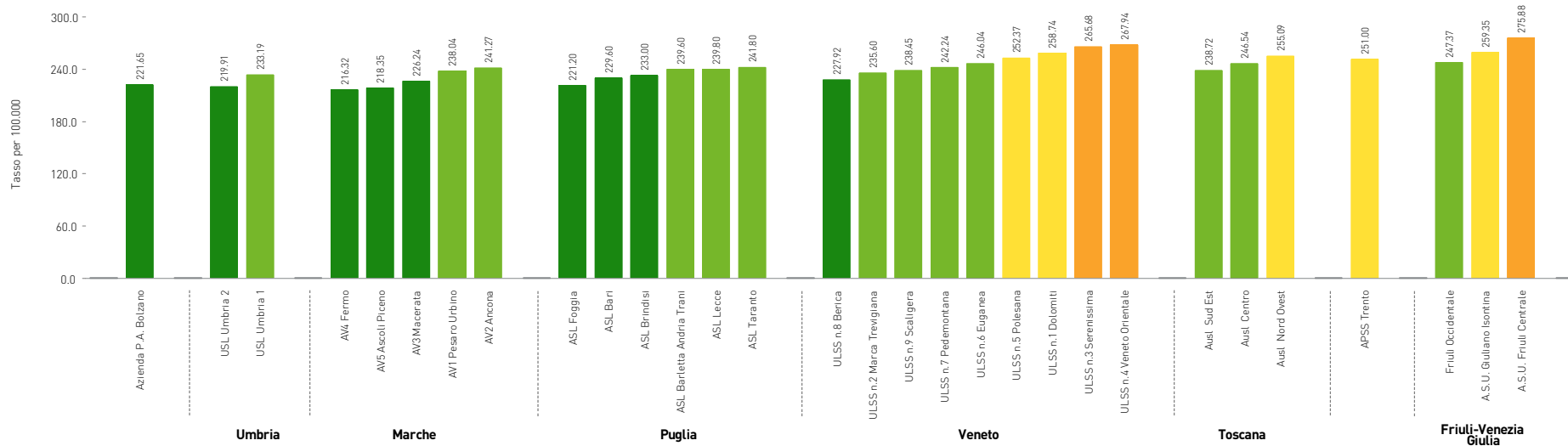
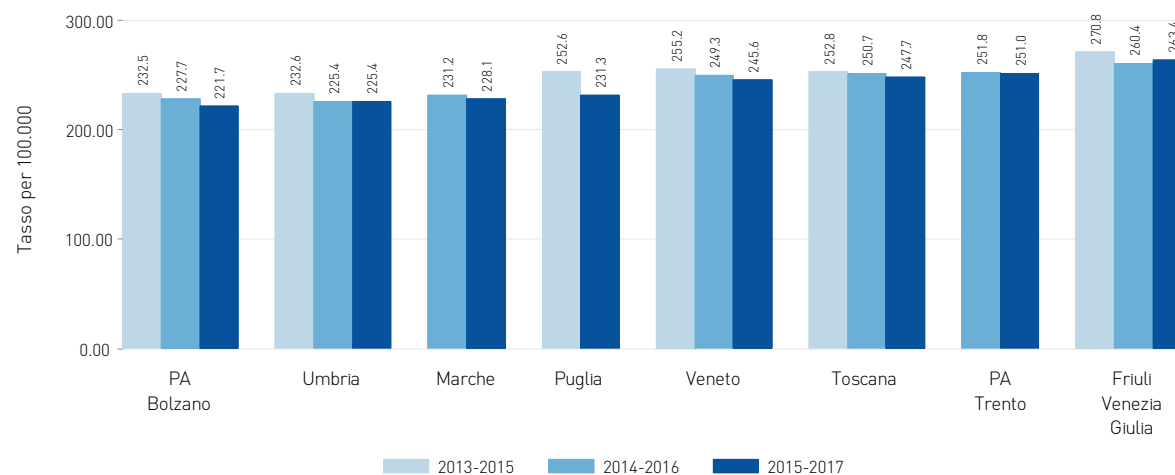
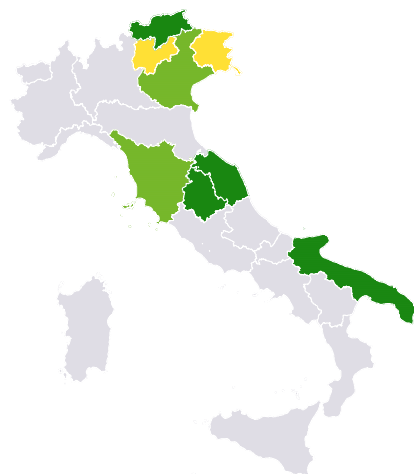
Sul rischio di mortalità nel corso del primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria che l'incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.





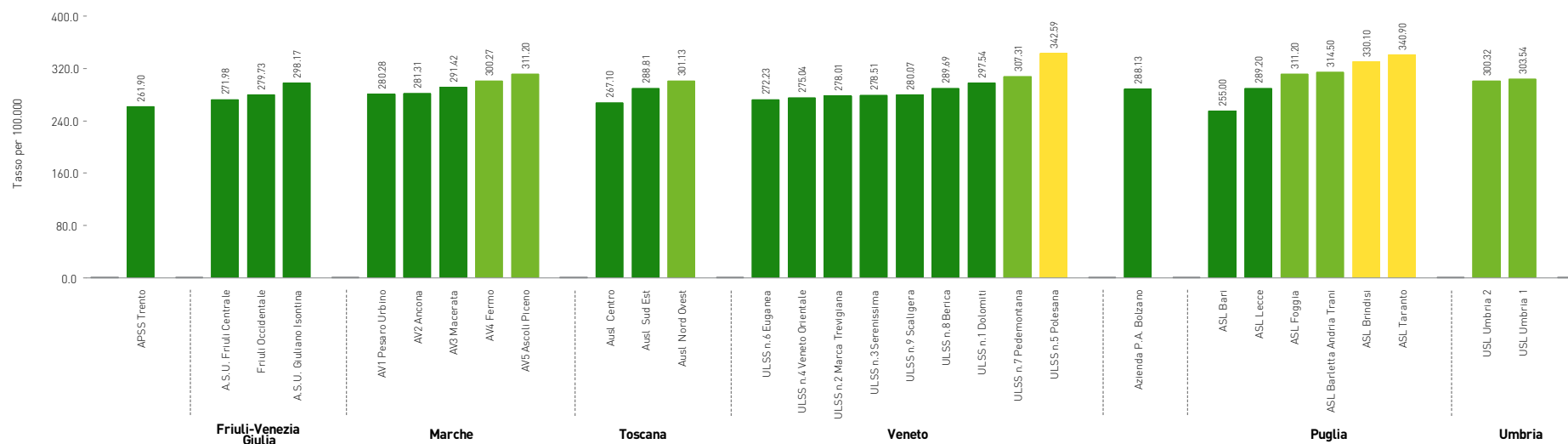
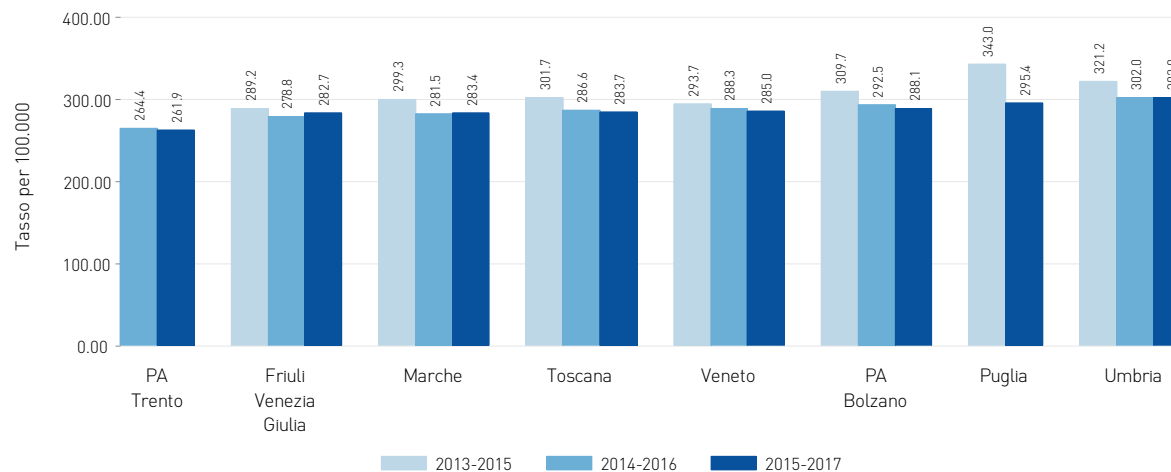
## A2 Mortalità per tumori

Il monitoraggio dell'epidemiologia oncologica permette di valutare l'impatto delle strategie di prevenzione dei tumori e dei sistemi diagnostico-terapeutici, essendo il cancro una patologia cronica potenzialmente più prevenibile ed oggi anche più "curabile" [I numeri del cancro in Italia 2019", AIOM-AIRTUM]. Nel periodo 1995-2016 la mortalità per tumore in Italia è diminuita, complessivamente, del 23,6% negli uomini e del 14,2% nelle donne. Tuttavia, questa tendenza positiva non si riscontra in modo omogeneo in tutte le aree del nostro Paese ed esistono ancora forti differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud e Isole. Storicamente erano le regioni settentrionali ad avere una mortalità più elevata rispetto a quelle meridionali, mentre, oggi, questo gradiente si sta modificando e in alcuni casi invertendo. Tra le principali azioni efficaci le misure volte a favorire l'adozione di corretti stili di vita, l'implementazione e diffusione di programmi di screening oncologici e gli avanzamenti terapeutici (Rapporto Osservasalute 2019).



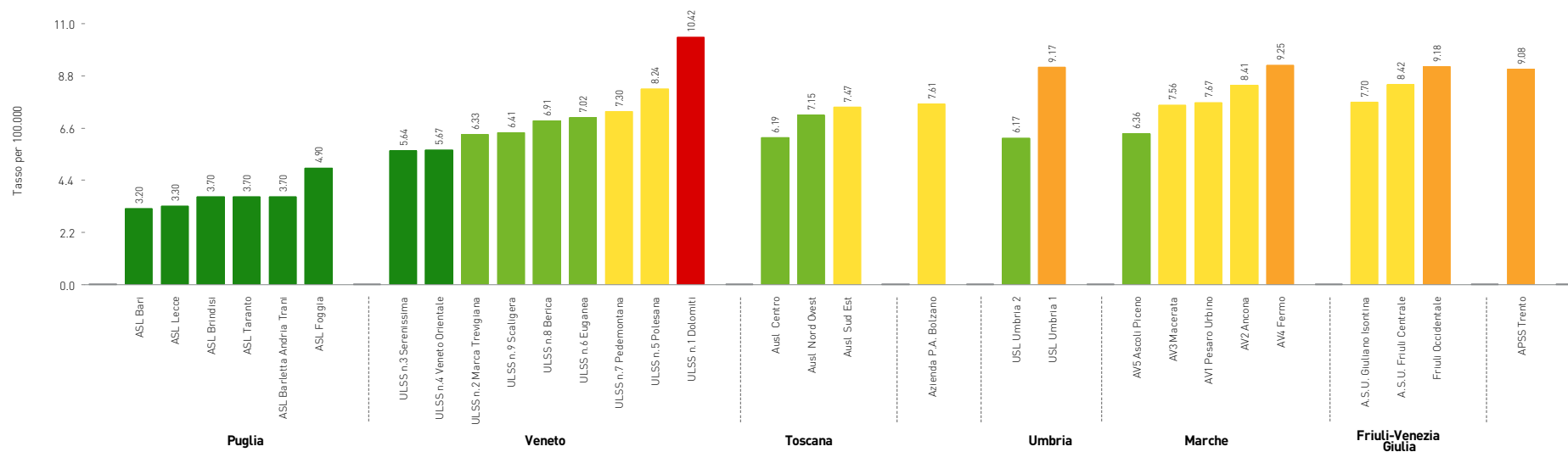
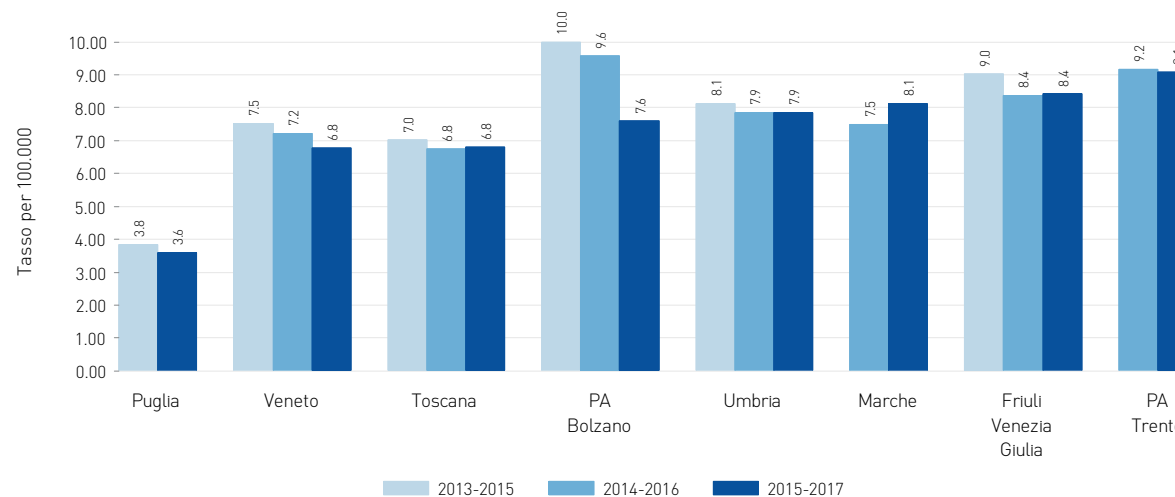
### A3 Mortalità per malattie circolatorie

Attualmente le cause di morte più frequenti in Italia sono connesse alle malattie del sistema cardiovascolare, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori ([www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)). Le malattie cardiovascolari sono in gran parte prevenibili, in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (fumo, consumo di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà). Pertanto, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo sugli stili di vita, al fine di impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa (Rapporto Osservasalute 2019). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato delle Aziende Sanitarie, che rappresenta uno dei molteplici determinanti della mortalità per malattie circolatorie, ma offre informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche al fine di riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.



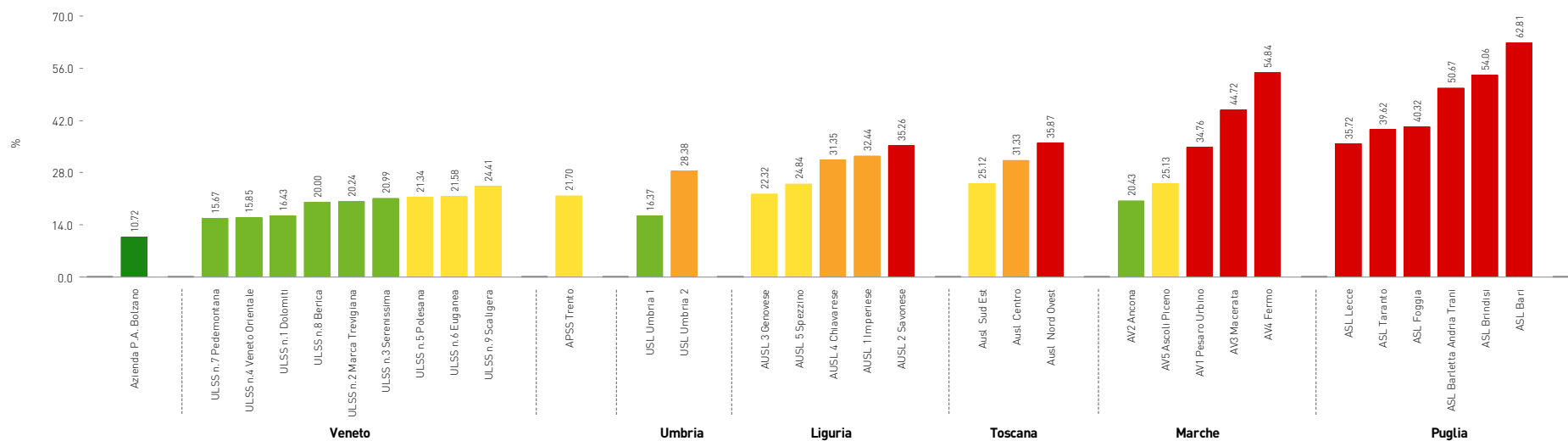
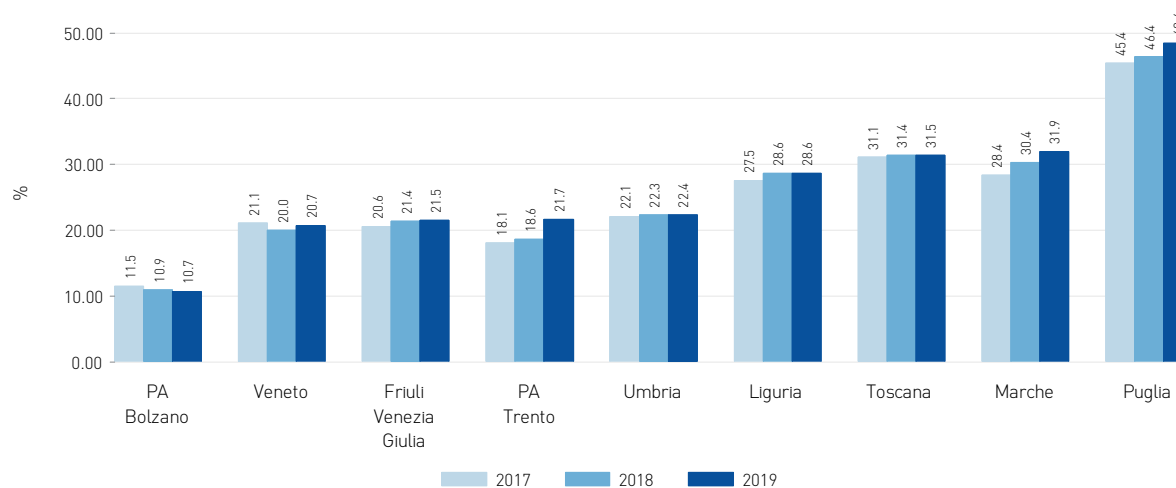
## A4 Mortalità per suicidi

La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni anno 800mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza negli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, si trovano a fronteggiare il problema. Il suicidio è la seconda causa di morte nelle persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni; oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 ([www.who.int](http://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.



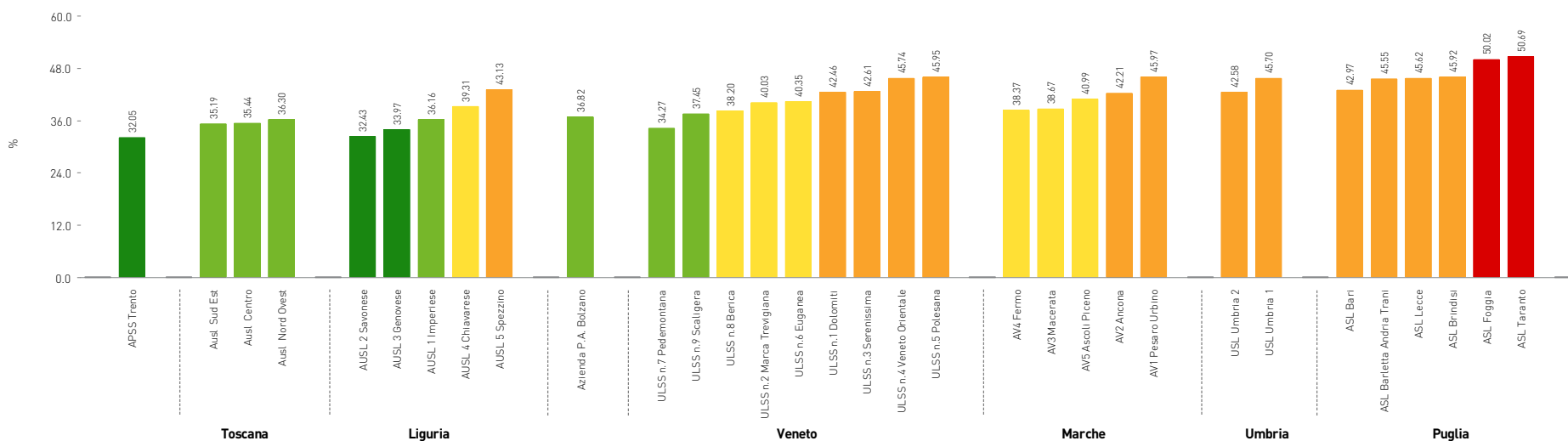
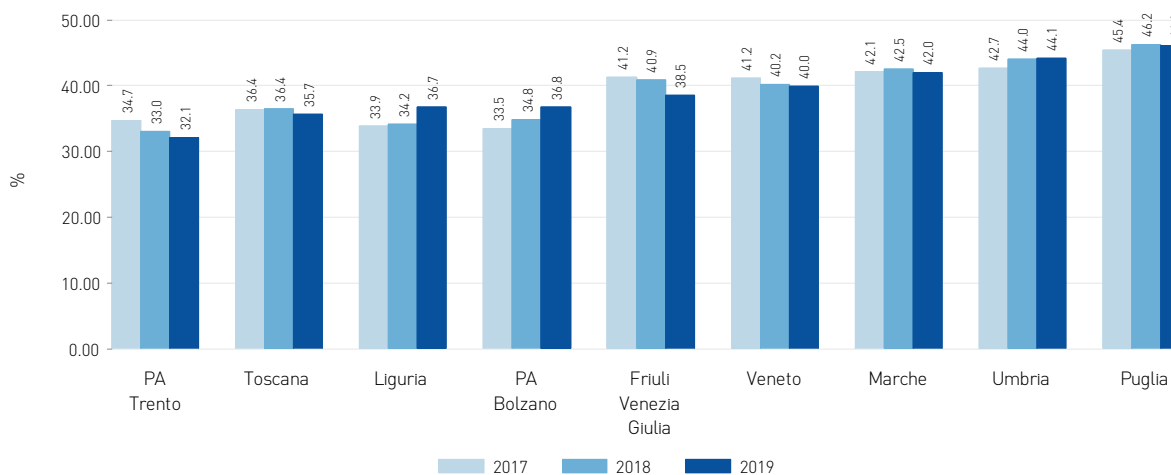
### A10.1.1 Percentuale di sedentari

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.



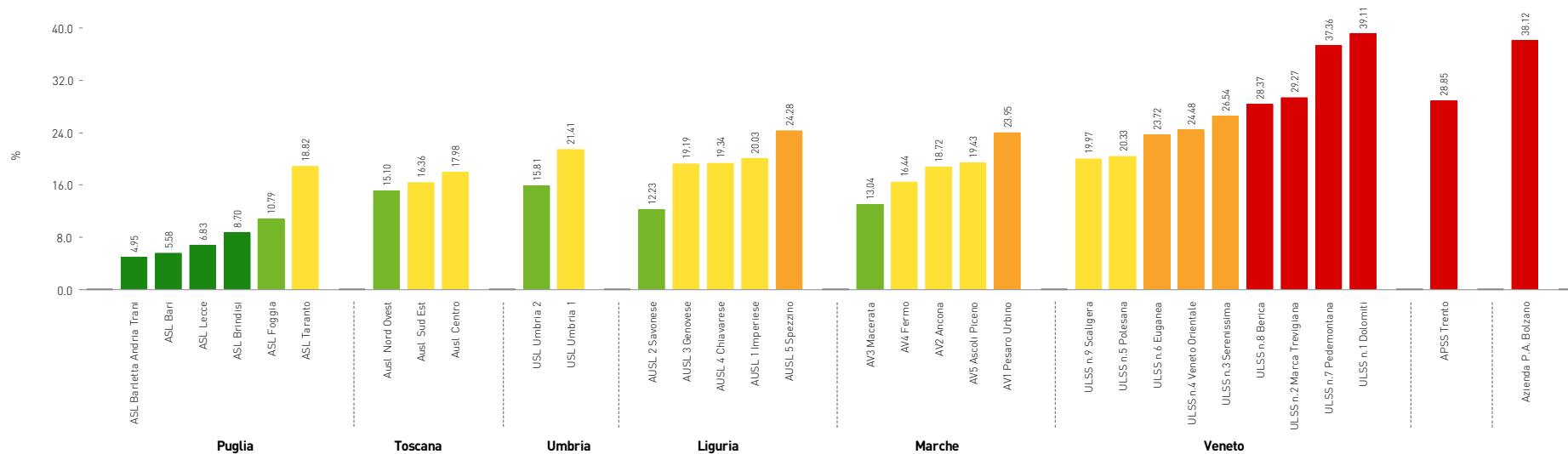
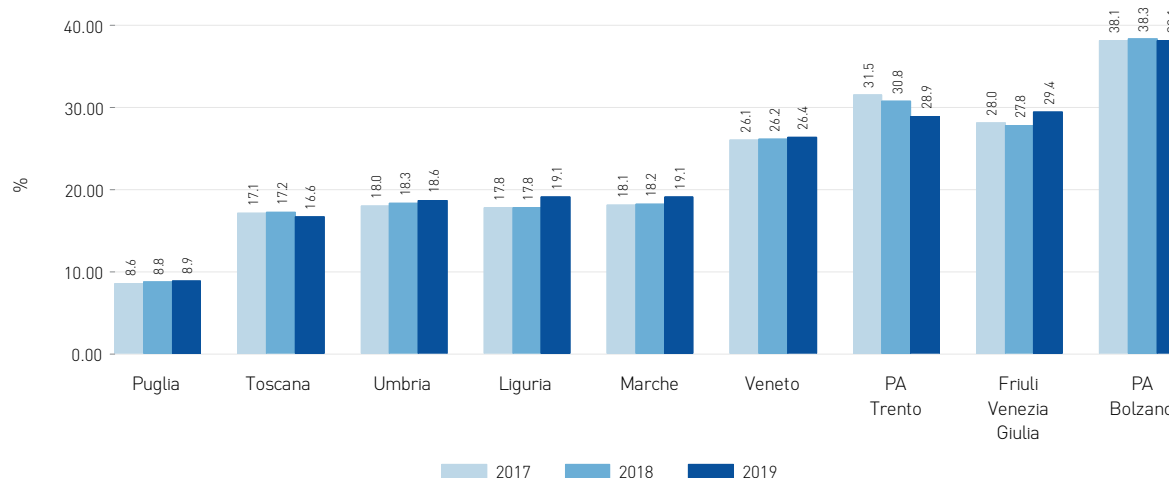
### A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

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. L'Imc descrive le seguenti categorie di peso: grave magrezza (Imc=30) con tre gradi di gravità con l'aumentare dell'Imc. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.



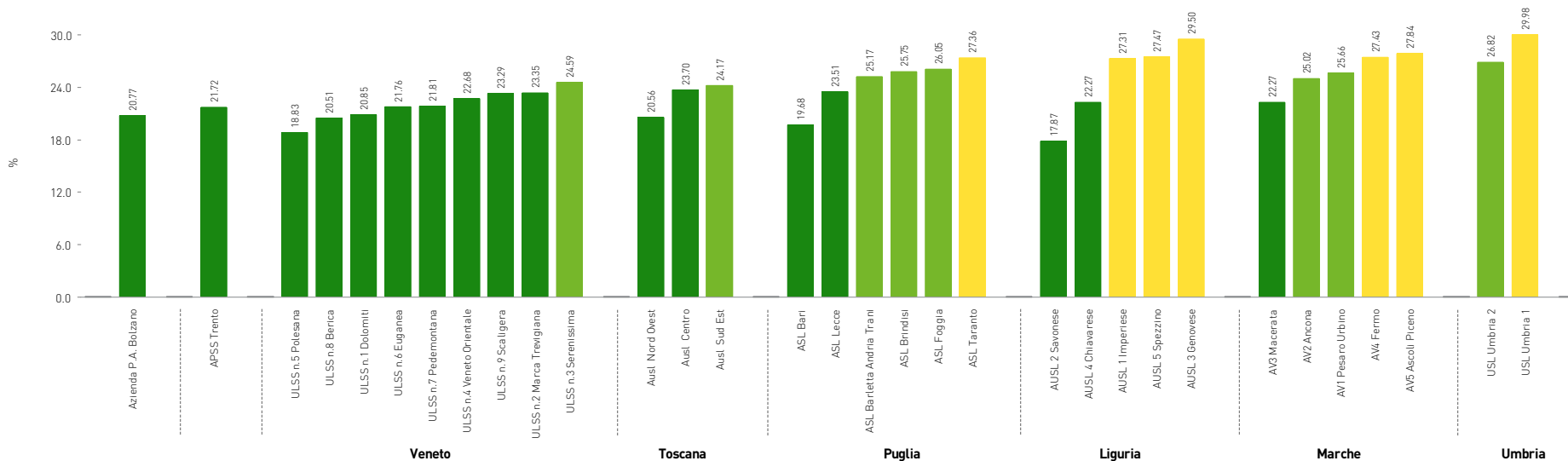
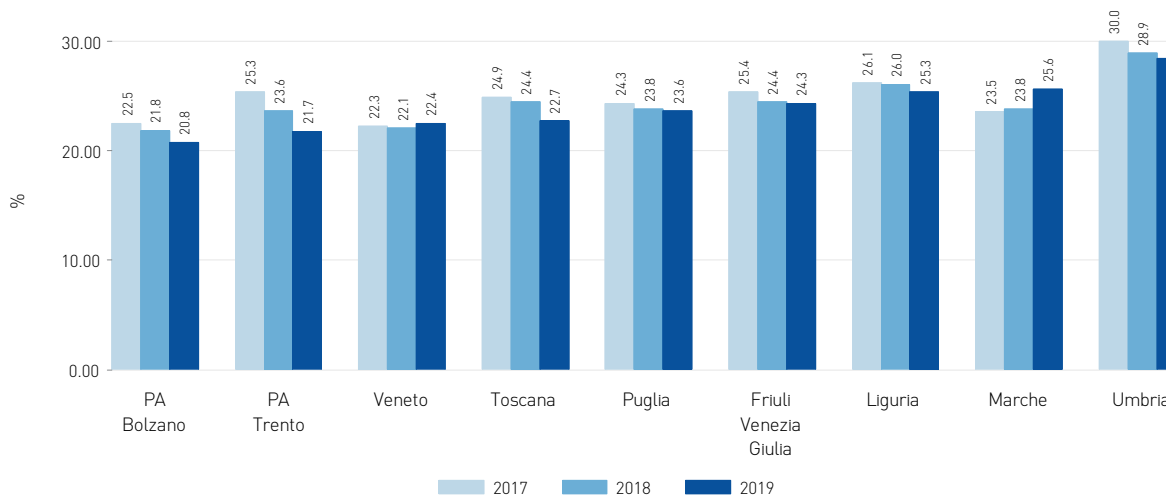
### A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

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



### A10.4.1 Percentuale di fumatori

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



---

# EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ

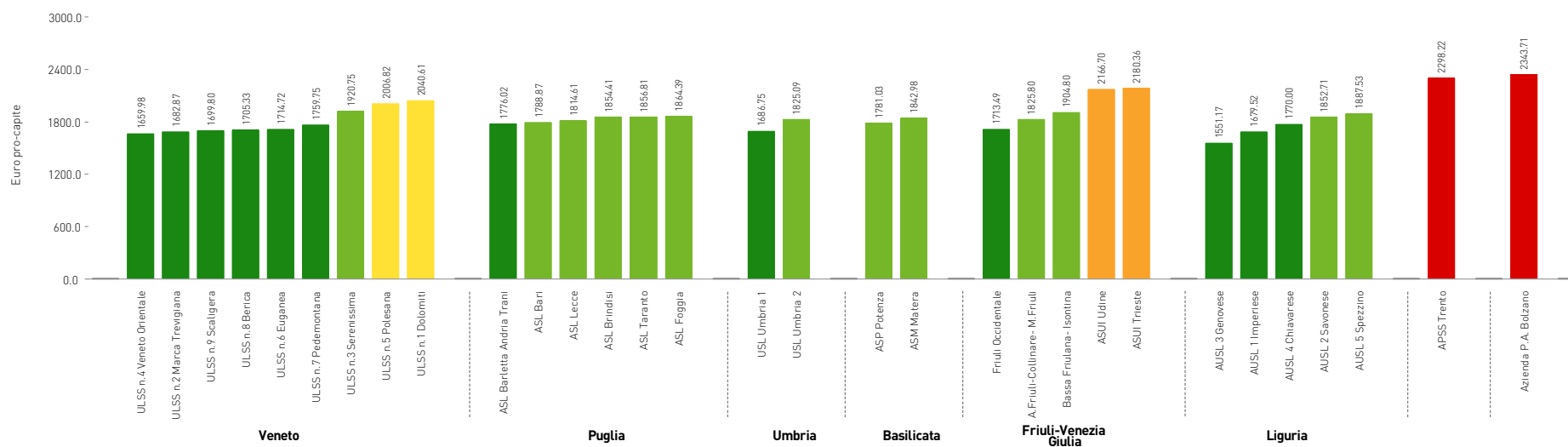
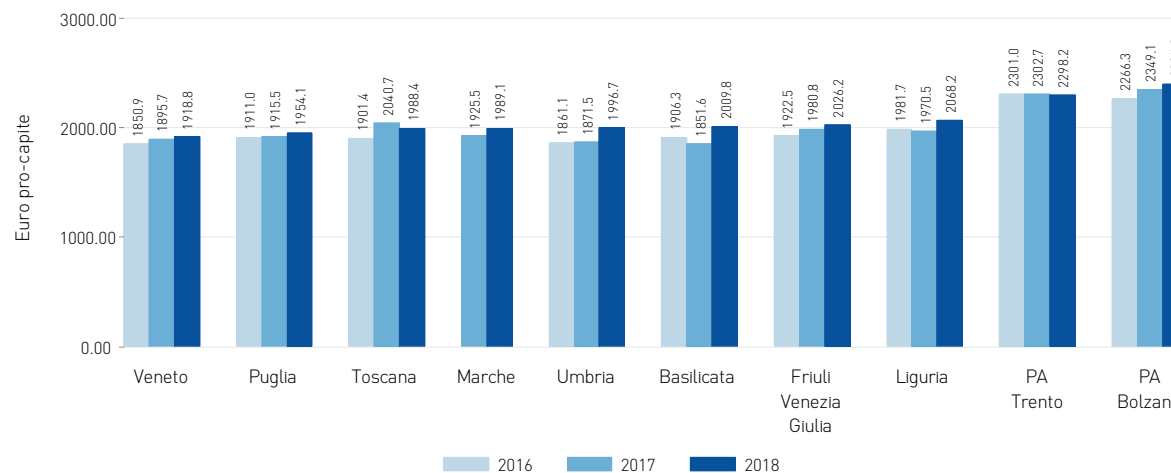
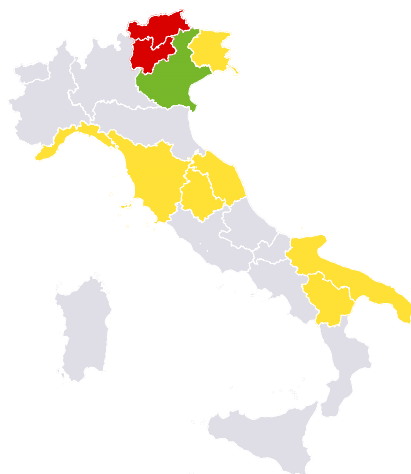






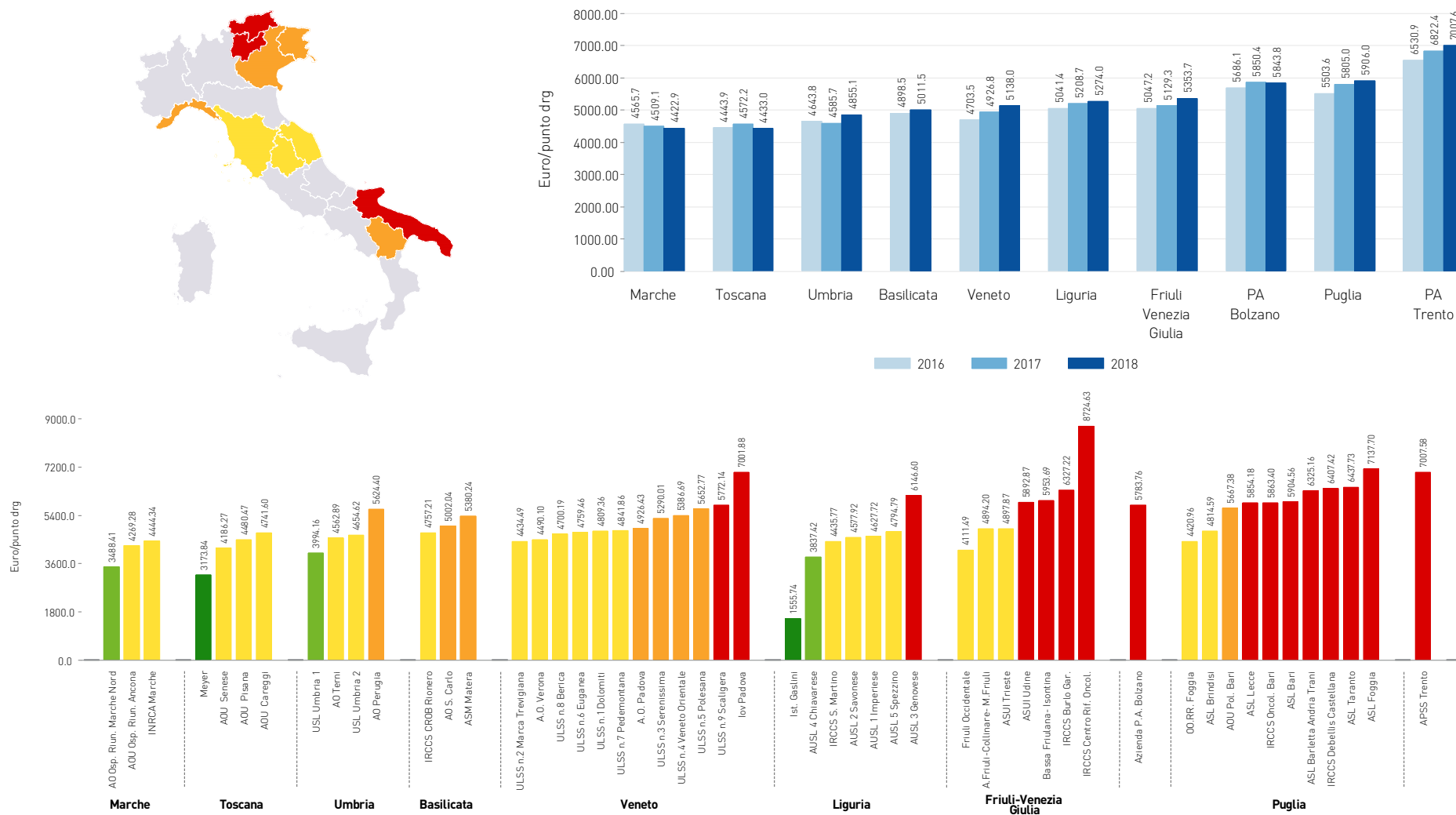
## F17 Costo sanitario pro capite

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 scaricato dal portale OpenBDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche) della Ragioneria Generale dello Stato e la popolazione fornita dal Ministero della Salute.



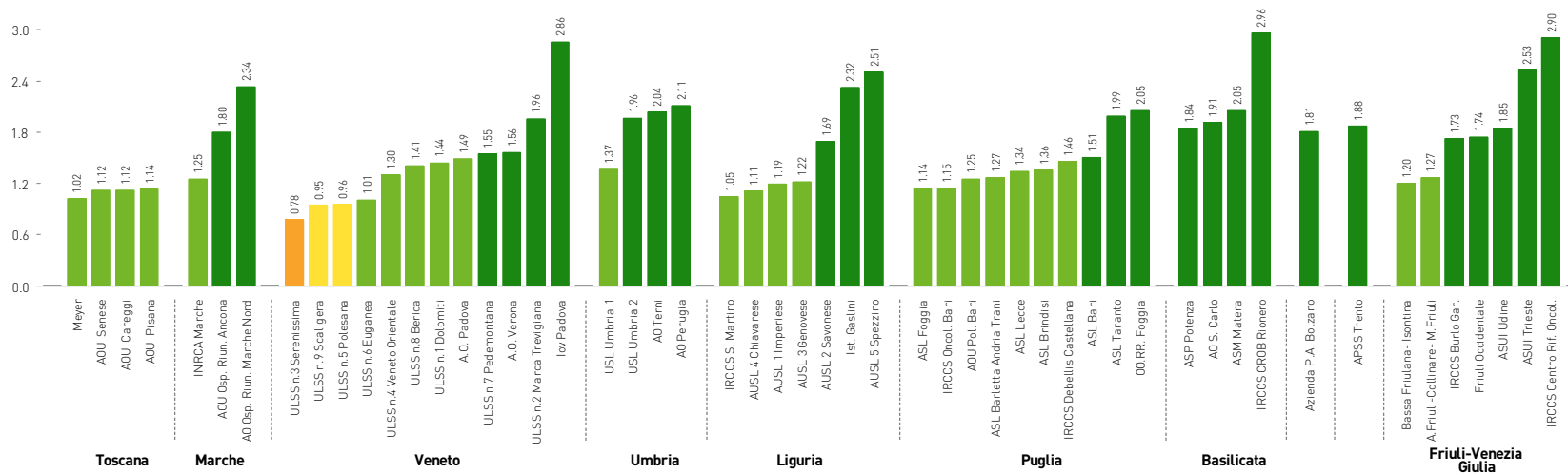
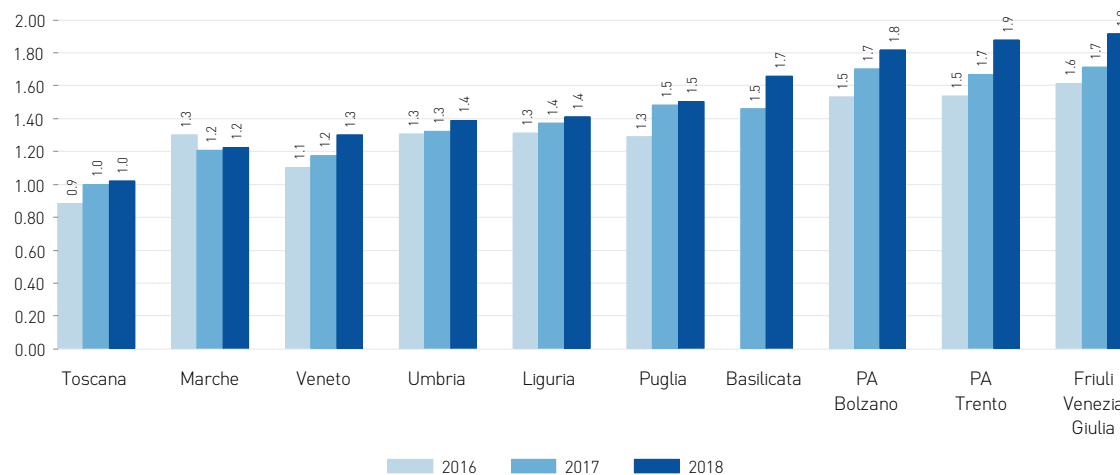
## F18.1 Costo medio per punto DRG

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). La fonte dei dati è il flusso LA, scaricato dal portale OpenBDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche) della Ragioneria Generale dello Stato.



### F3.1 Indice di disponibilità

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





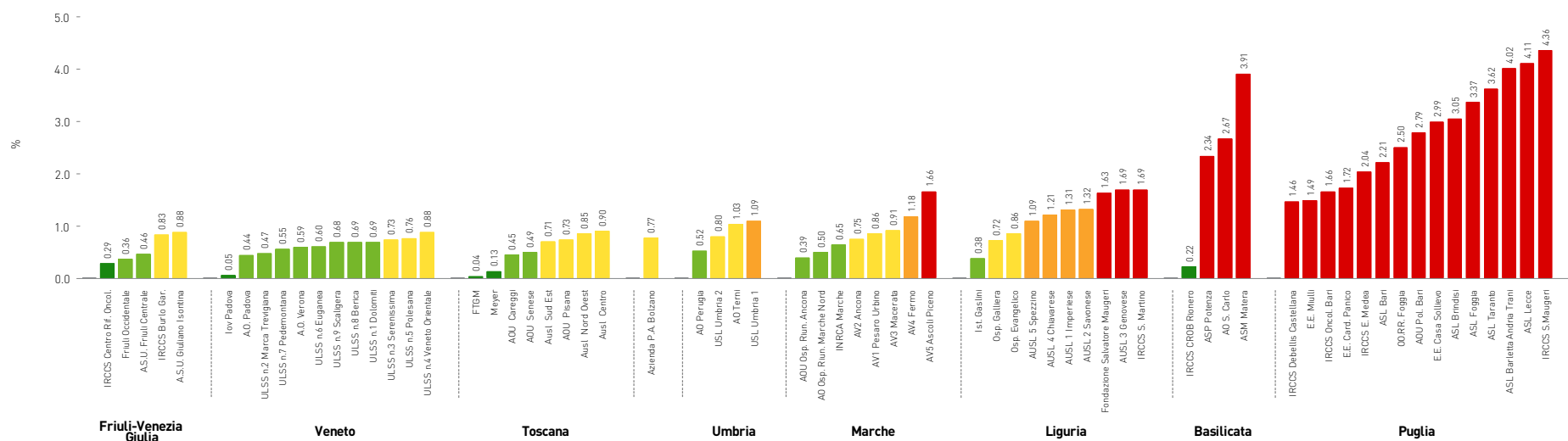
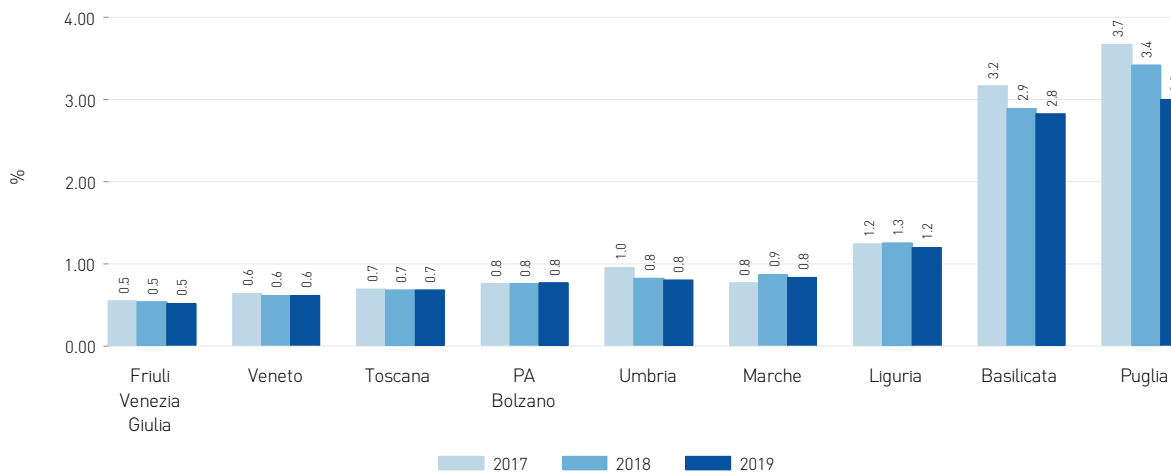
---

# UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE



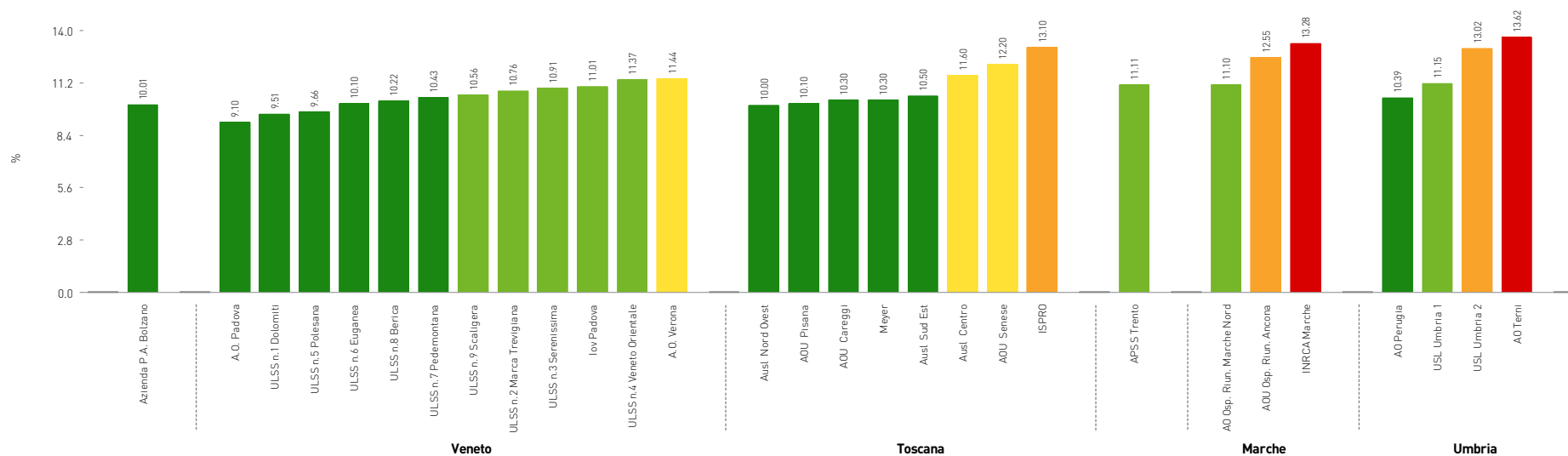
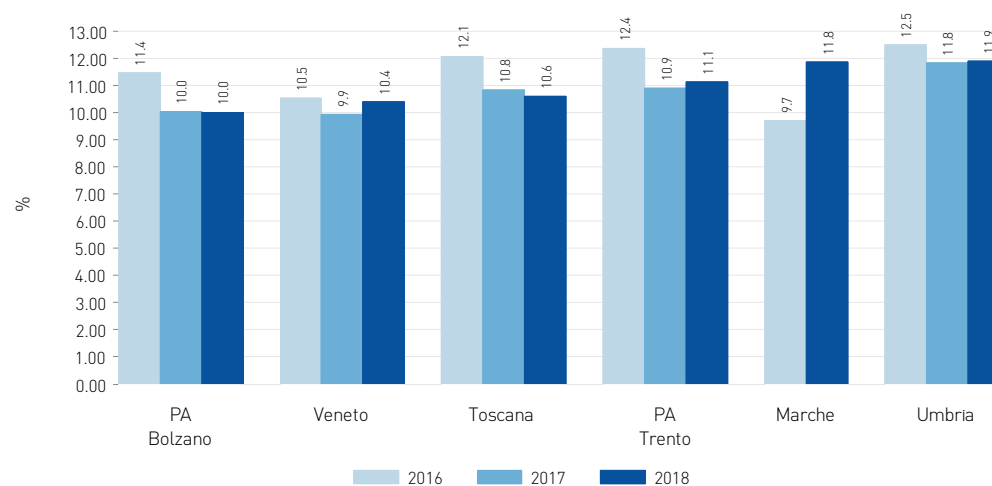
## D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

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 [lex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio], il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici. Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dell'utenza perché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



## E2 Percentuale di assenza

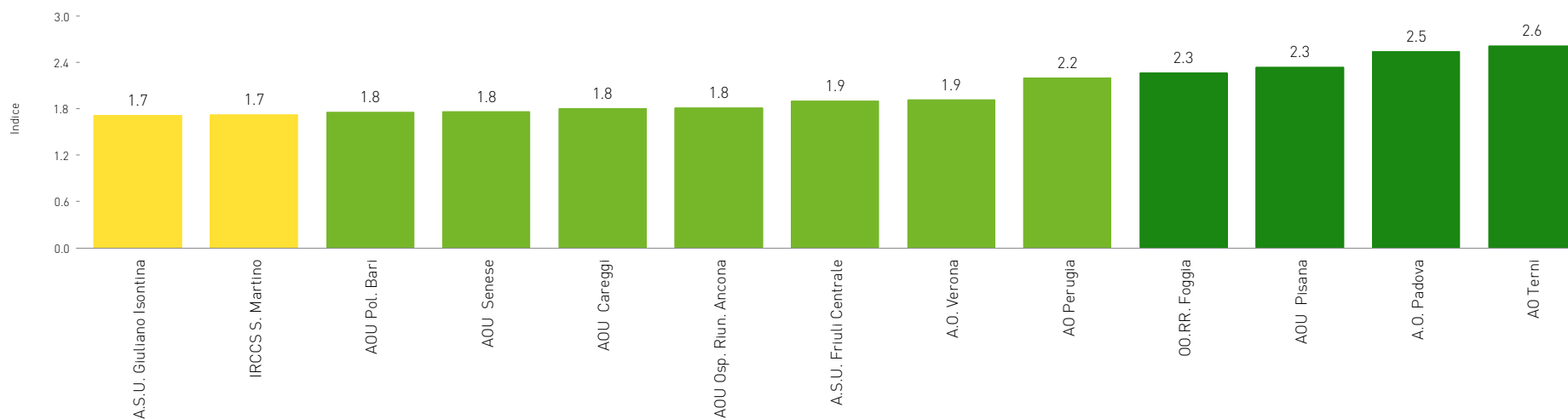
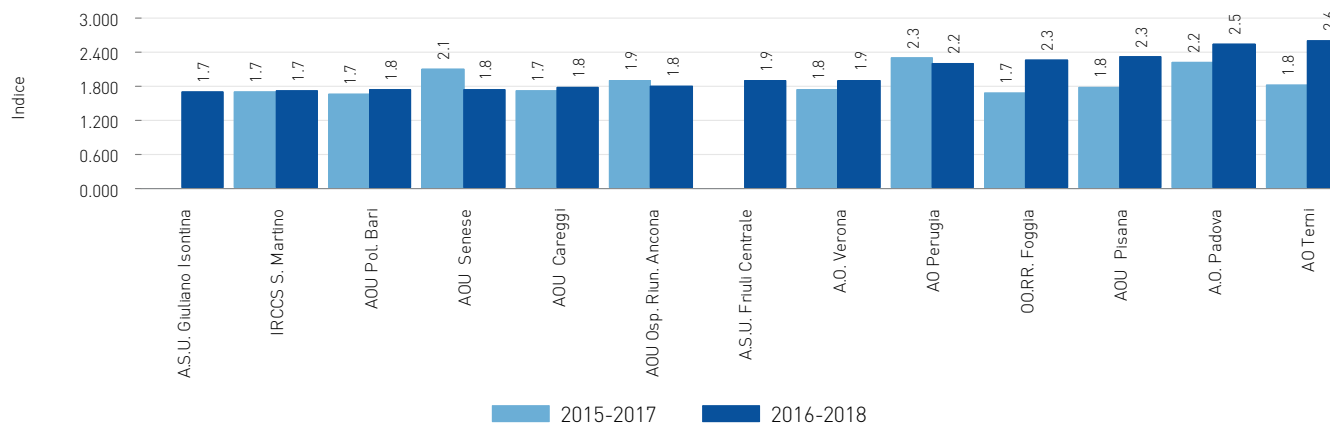
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per 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 2018.





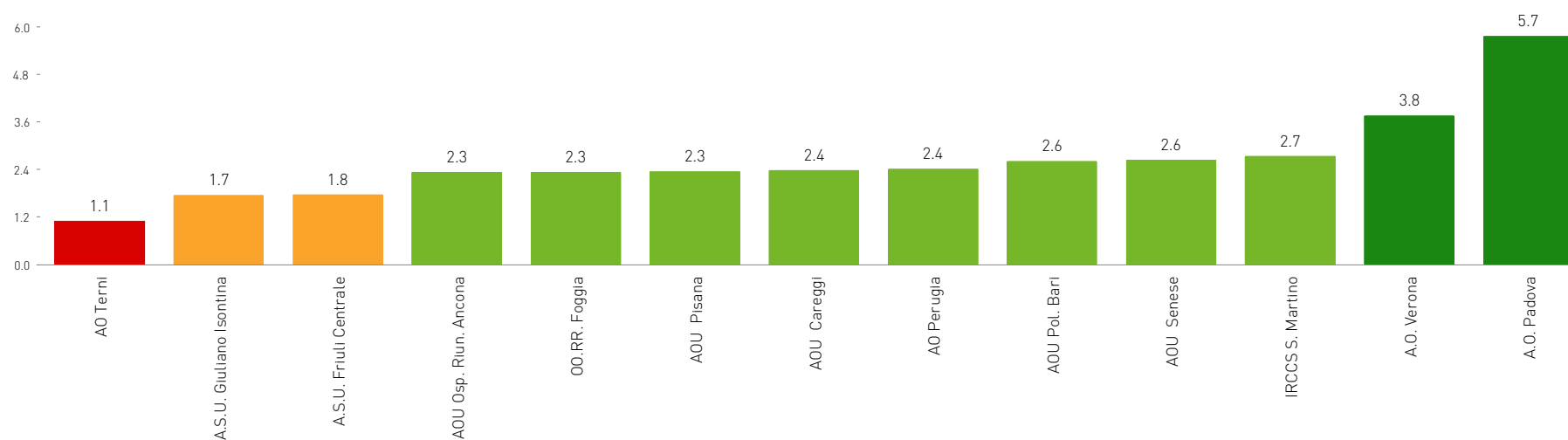
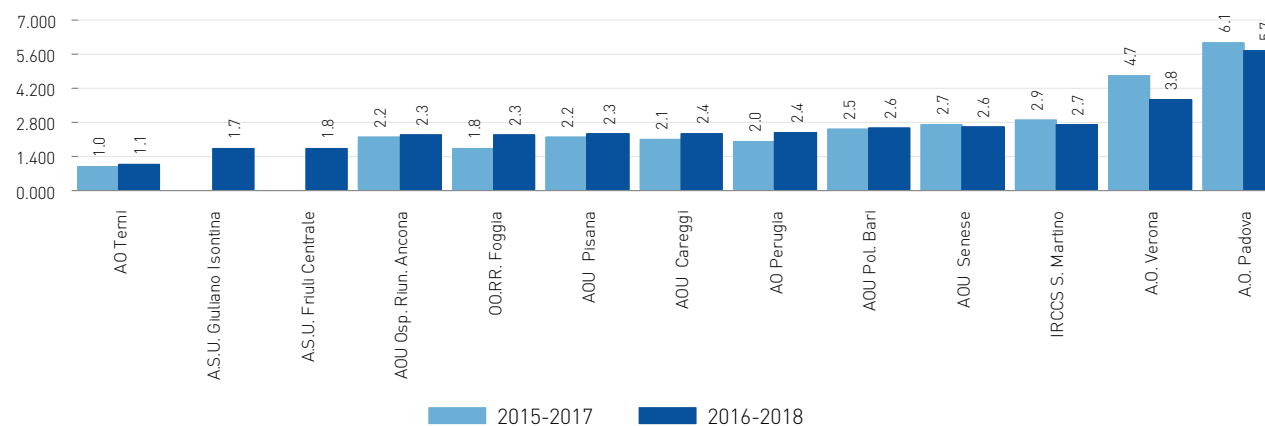
### B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

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 2016-2018.



### 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 2016-2018.





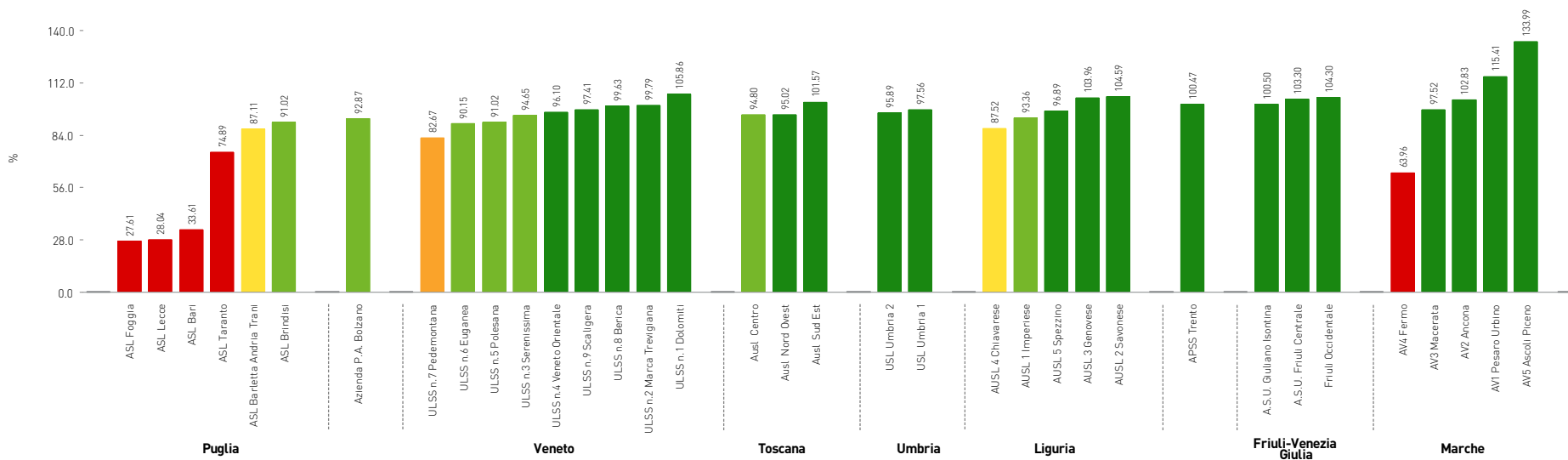
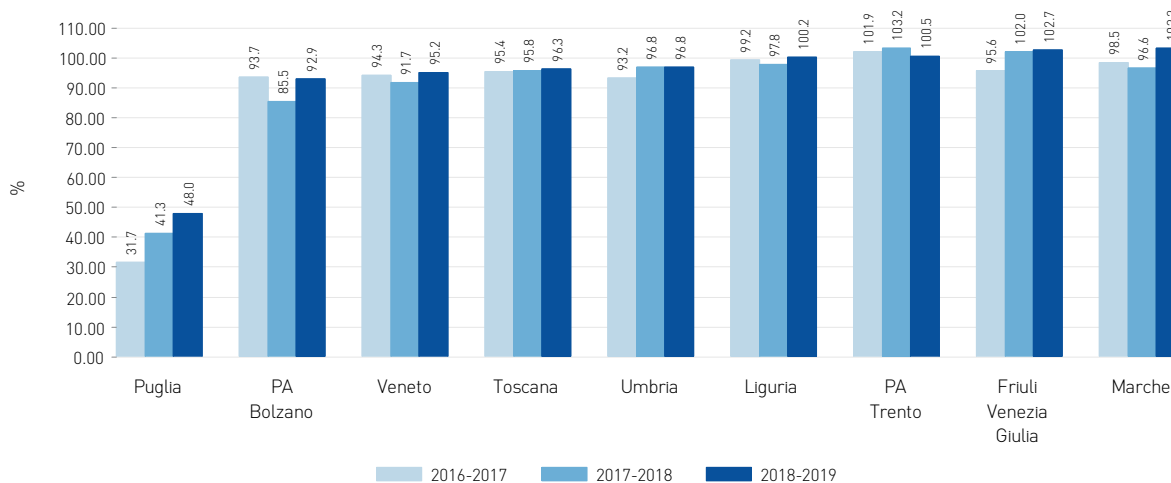
---

# STRATEGIE SANITARIE REGIONALI



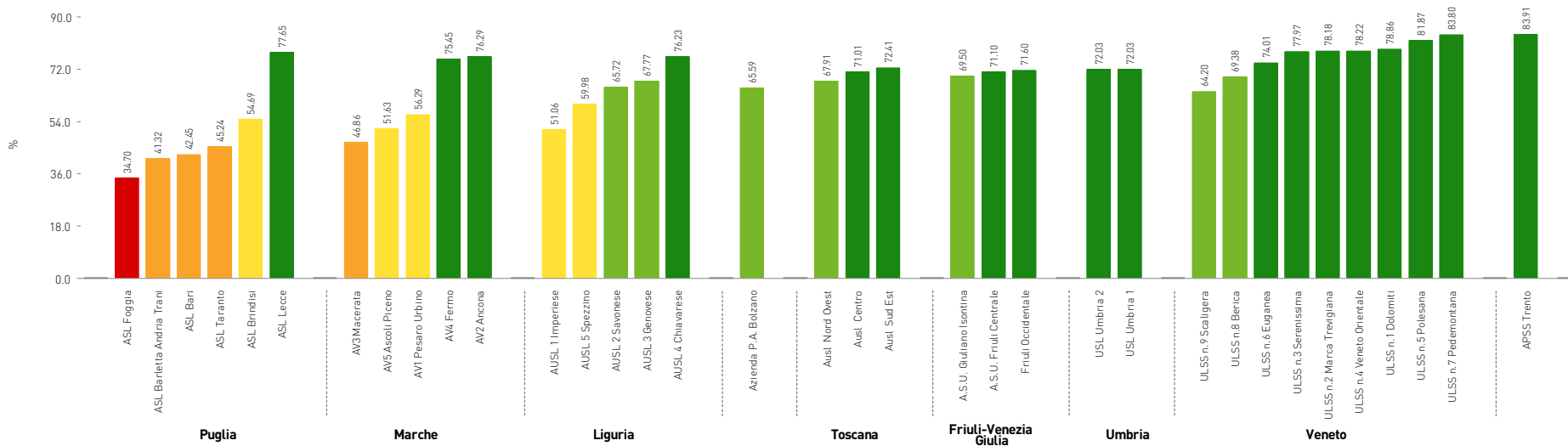
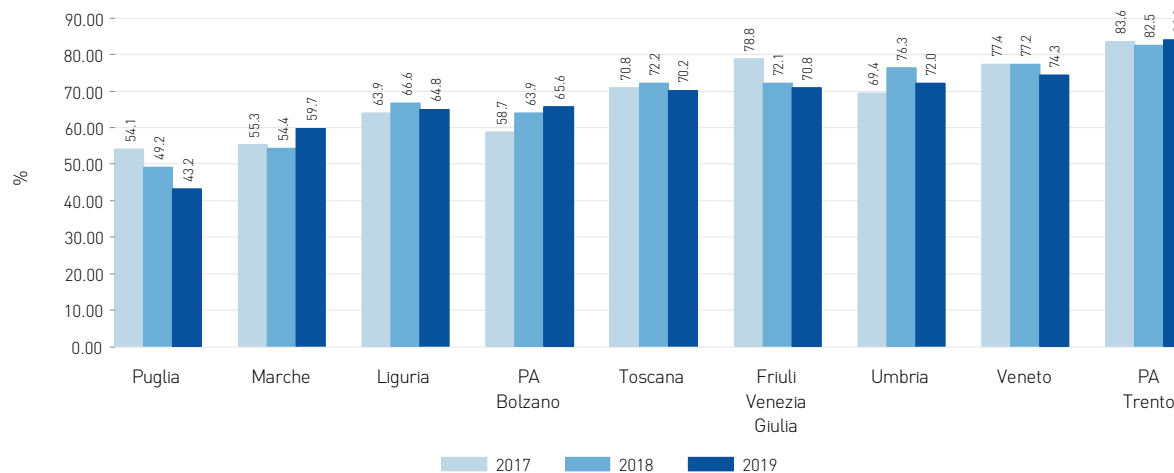
### B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

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).



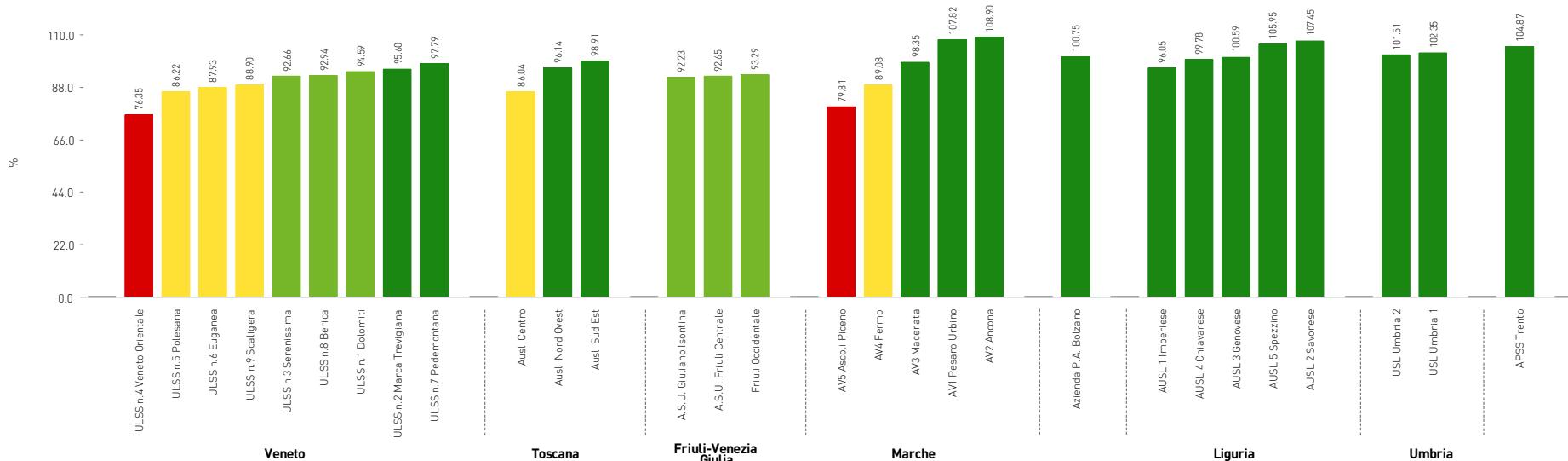
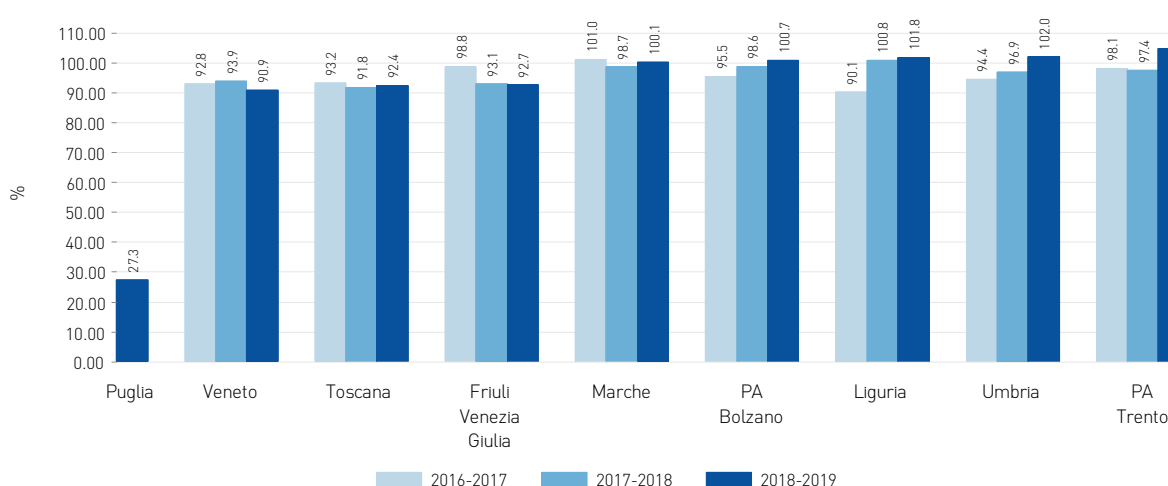
### B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

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.



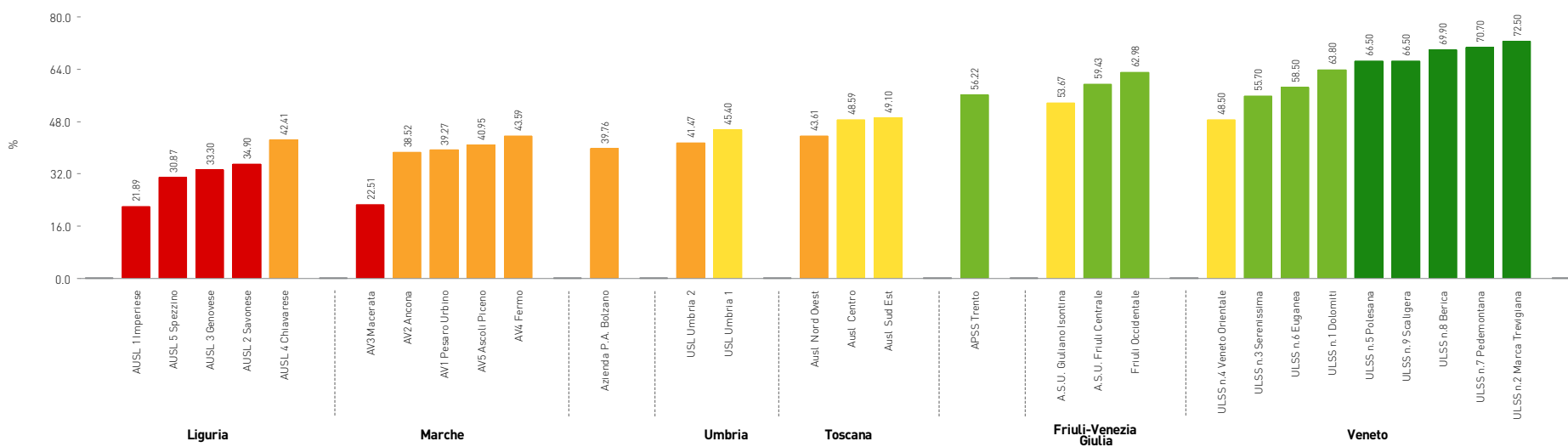
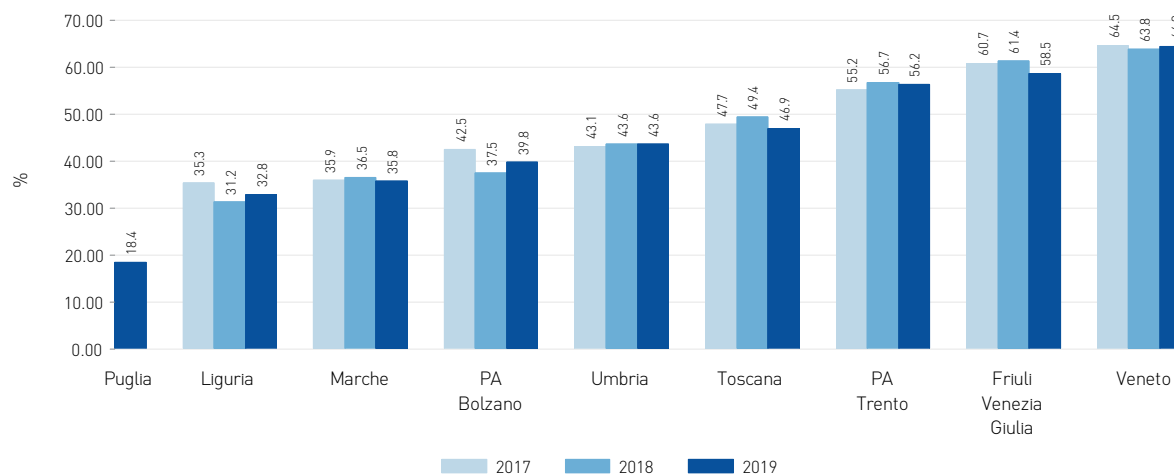
### B5.3.1 Estensione dello screening coloretta

Lo screening coloretta 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 colorettales

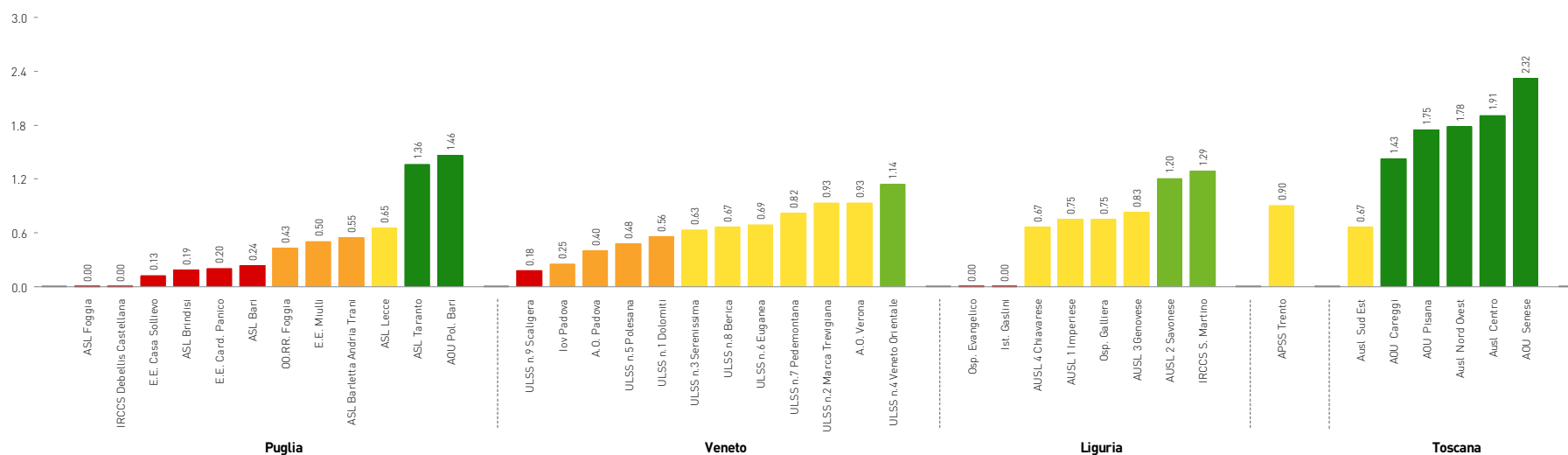
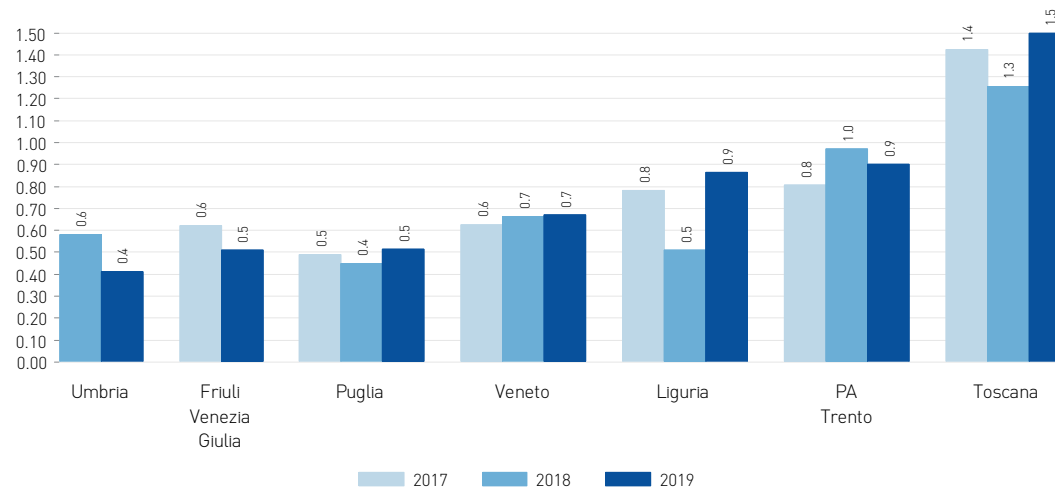
Lo screening colorettales è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.





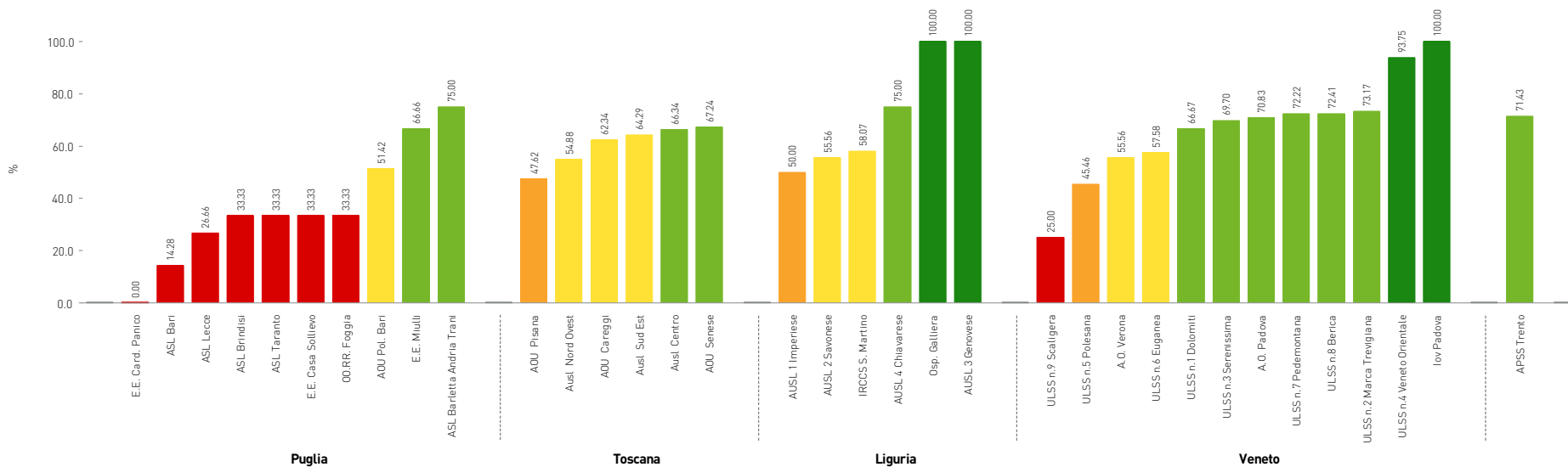
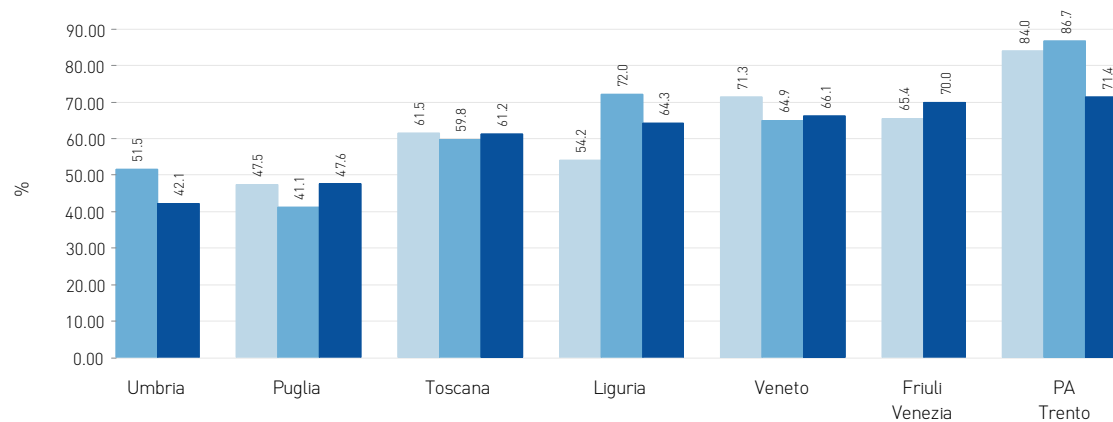
## B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

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 2017).



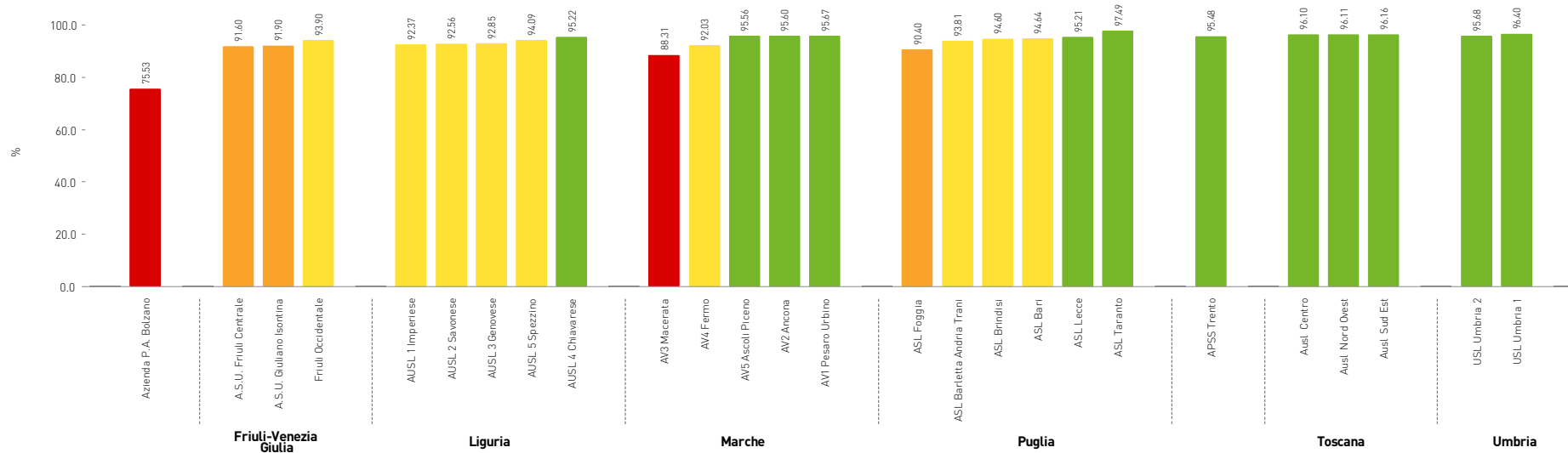
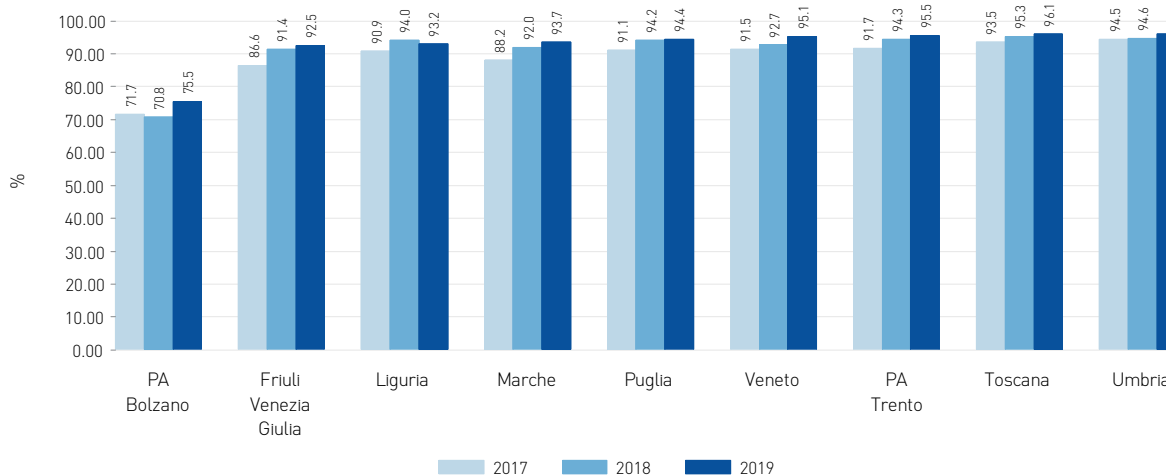
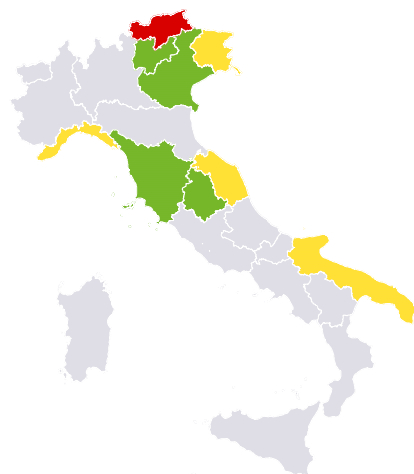
### B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

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



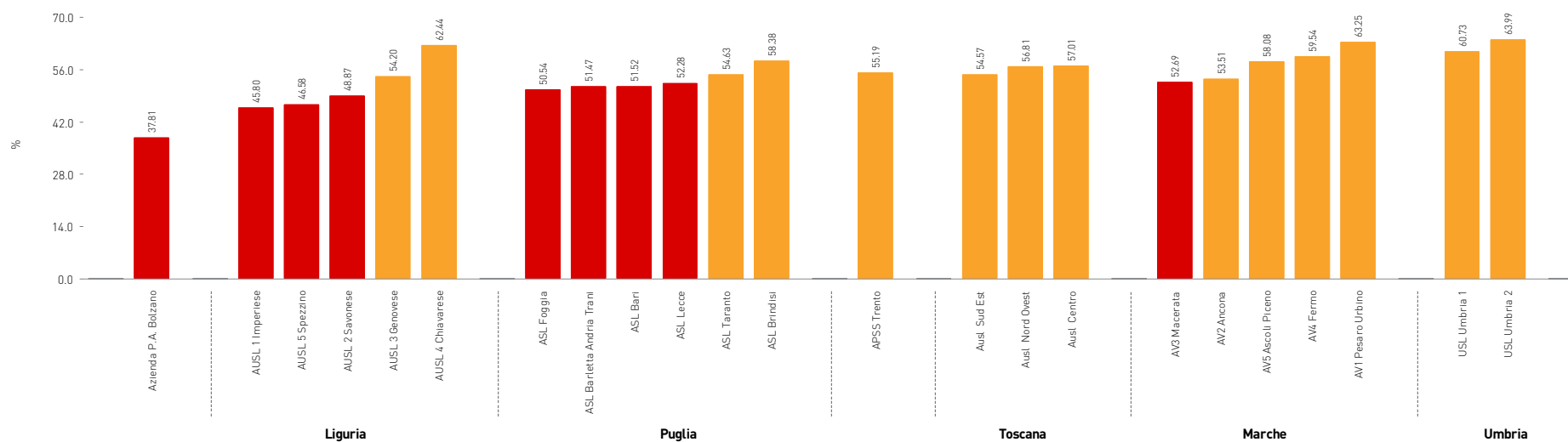
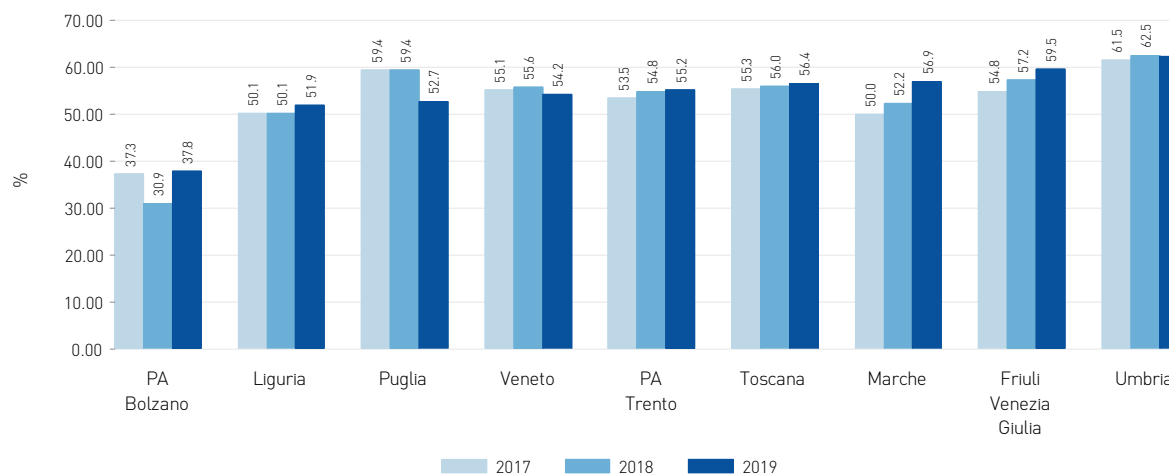
## B7.1 Copertura per vaccino MPR

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.



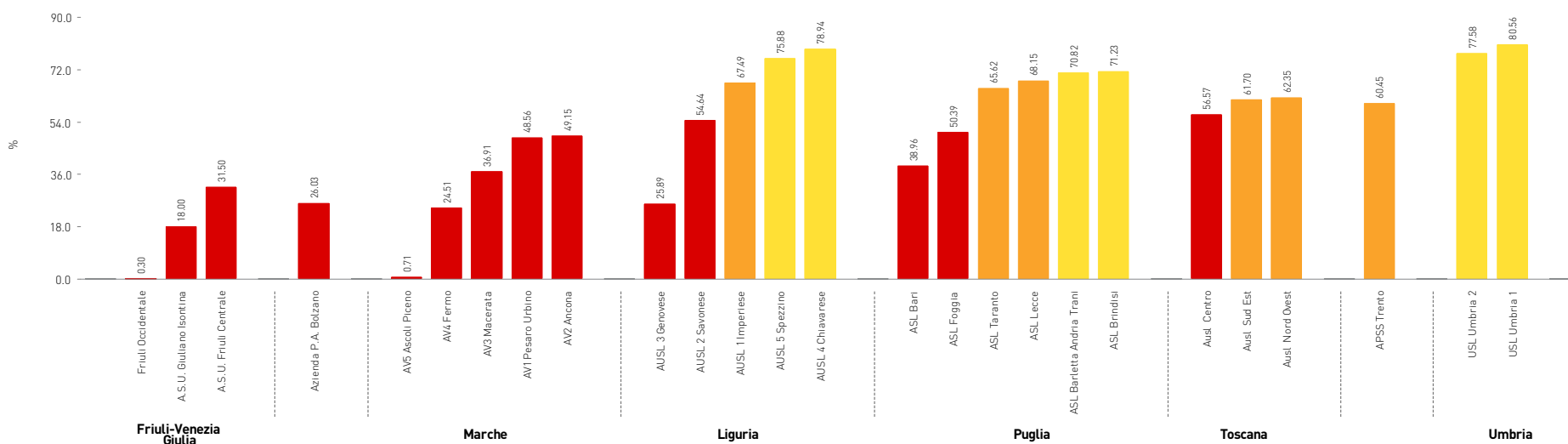
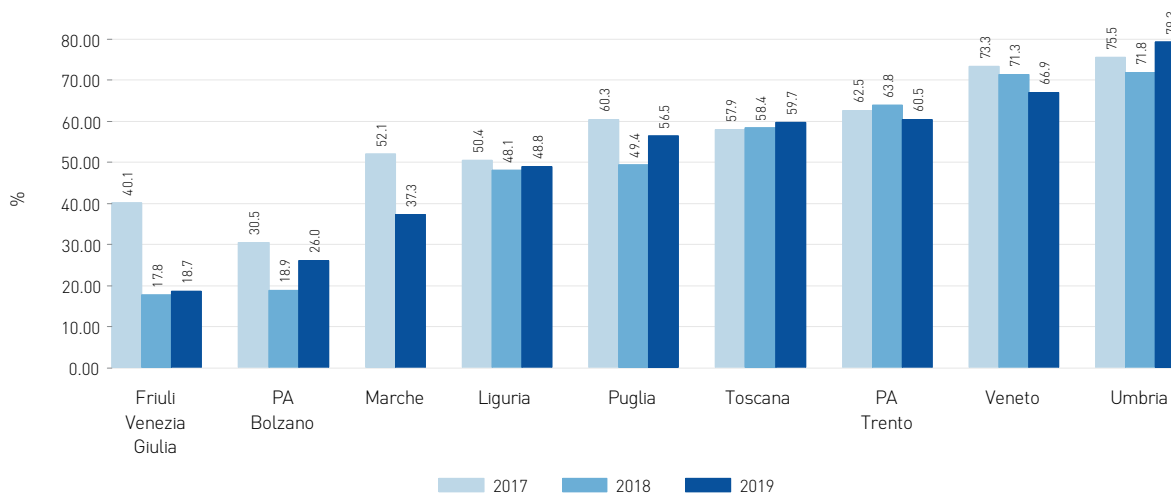
## B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

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.



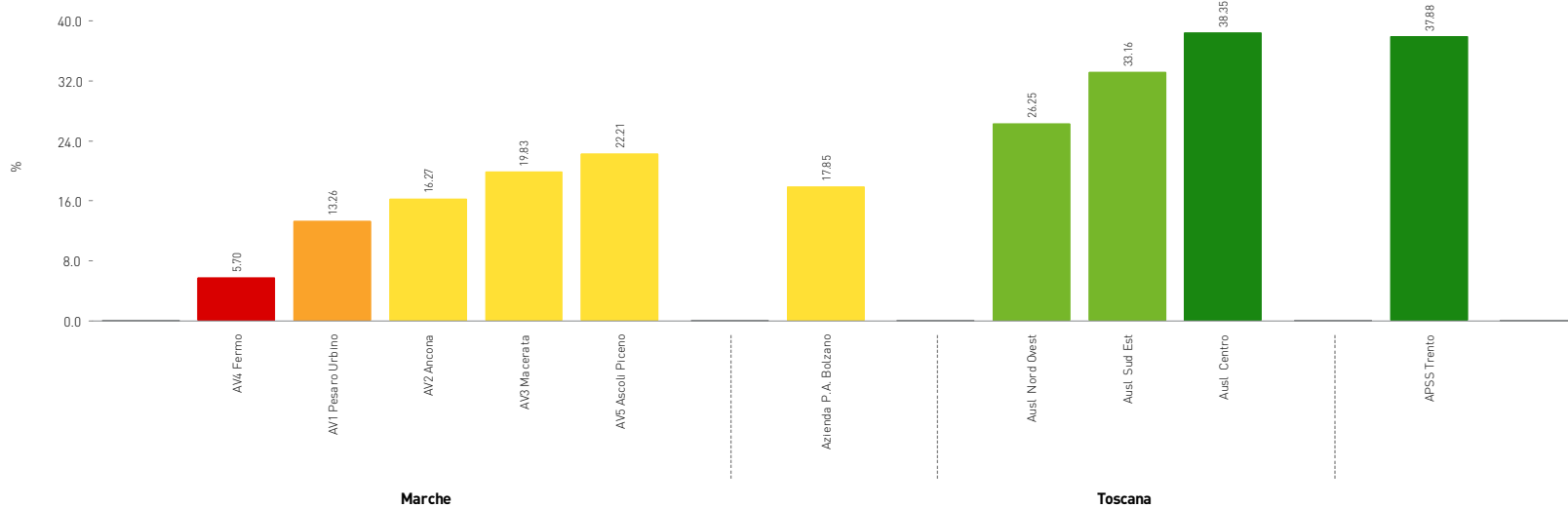
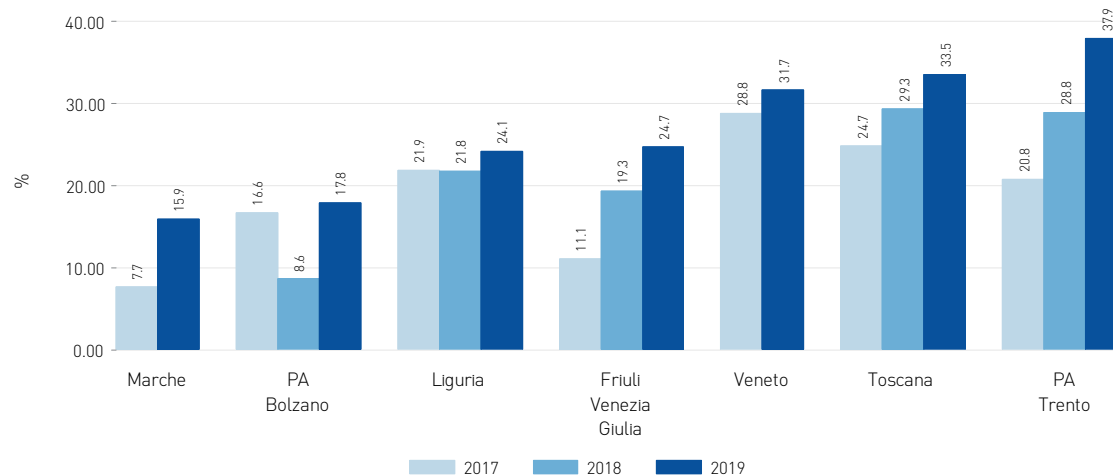
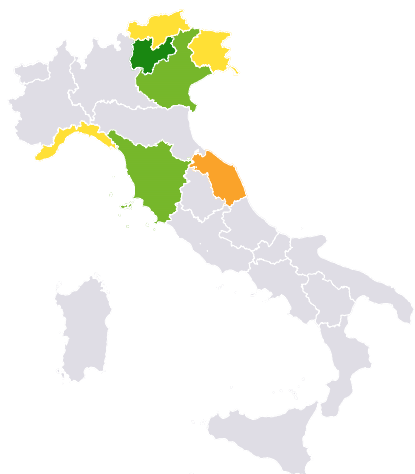
### B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

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.



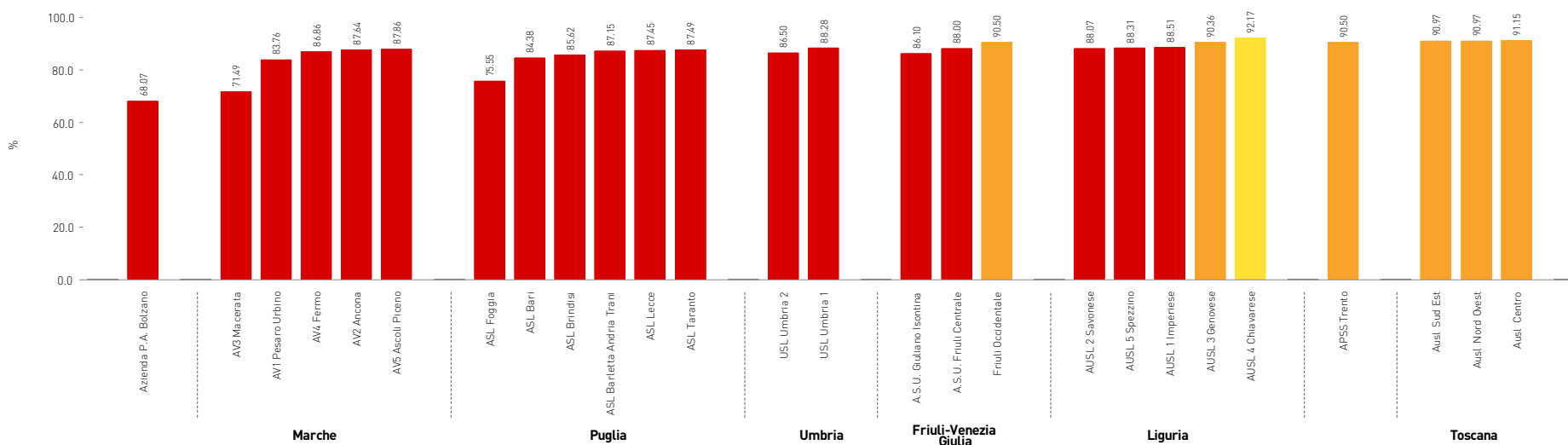
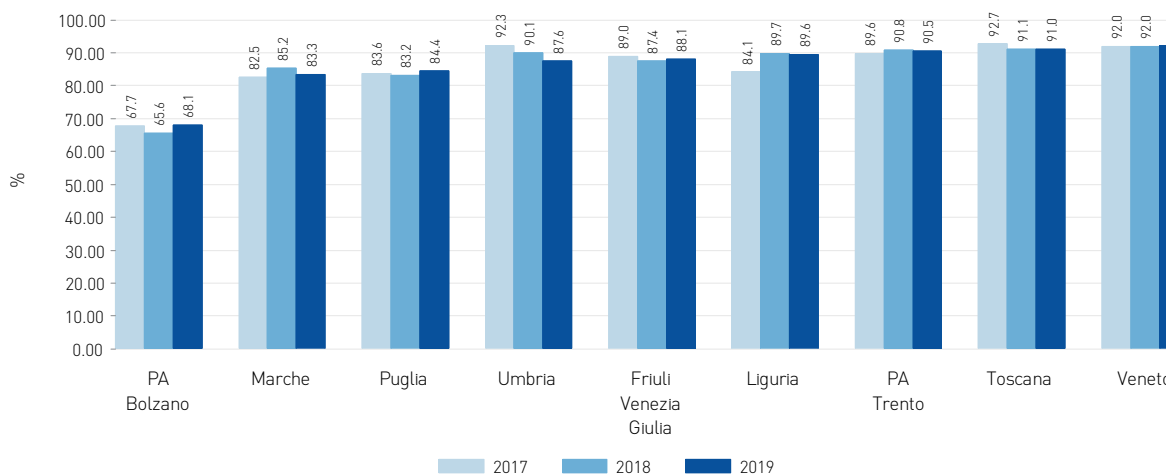
### B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

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.



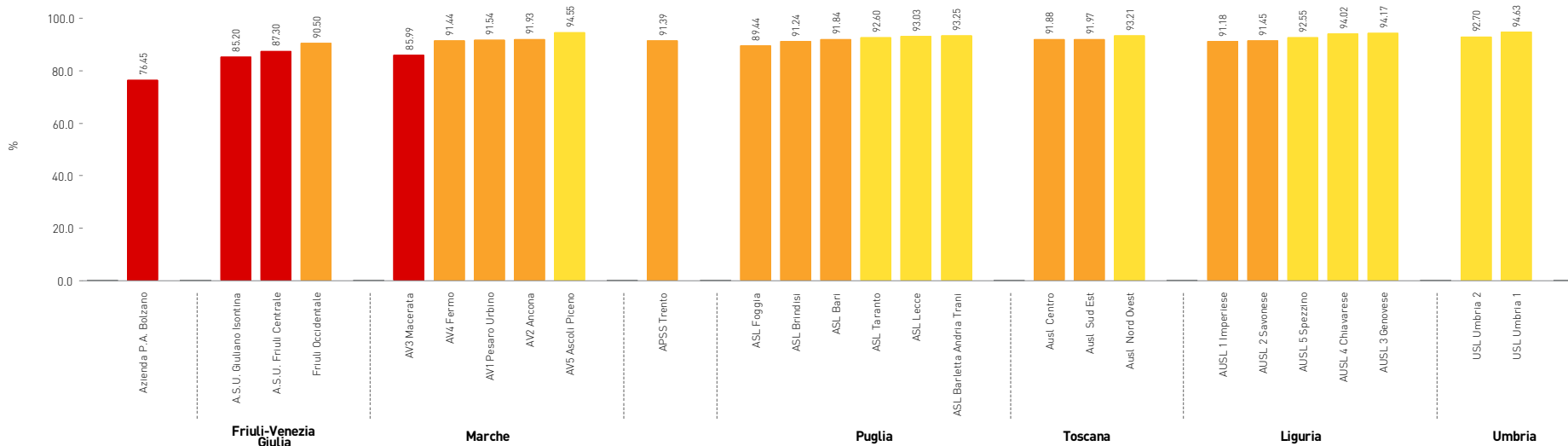
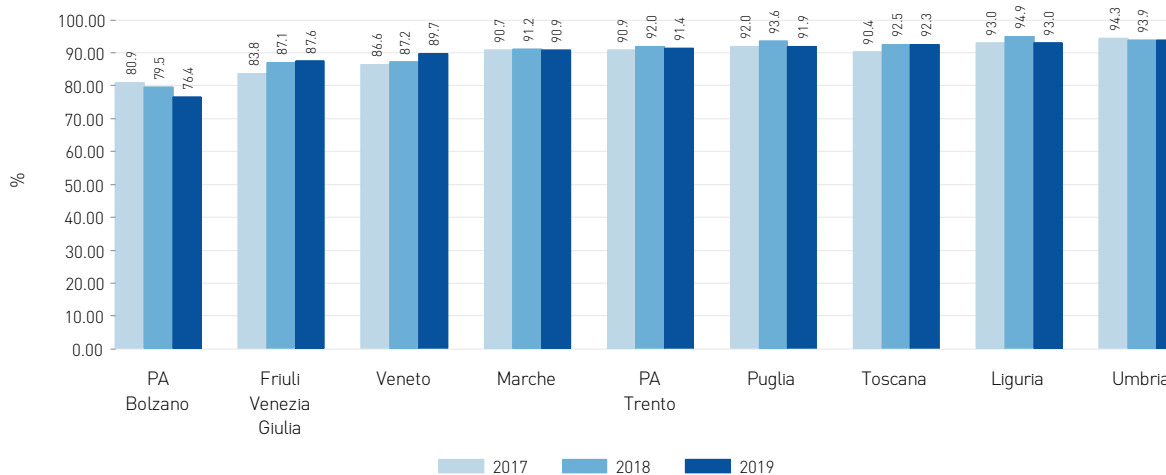
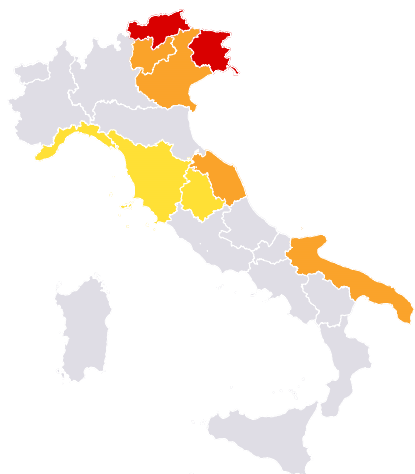
## B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

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

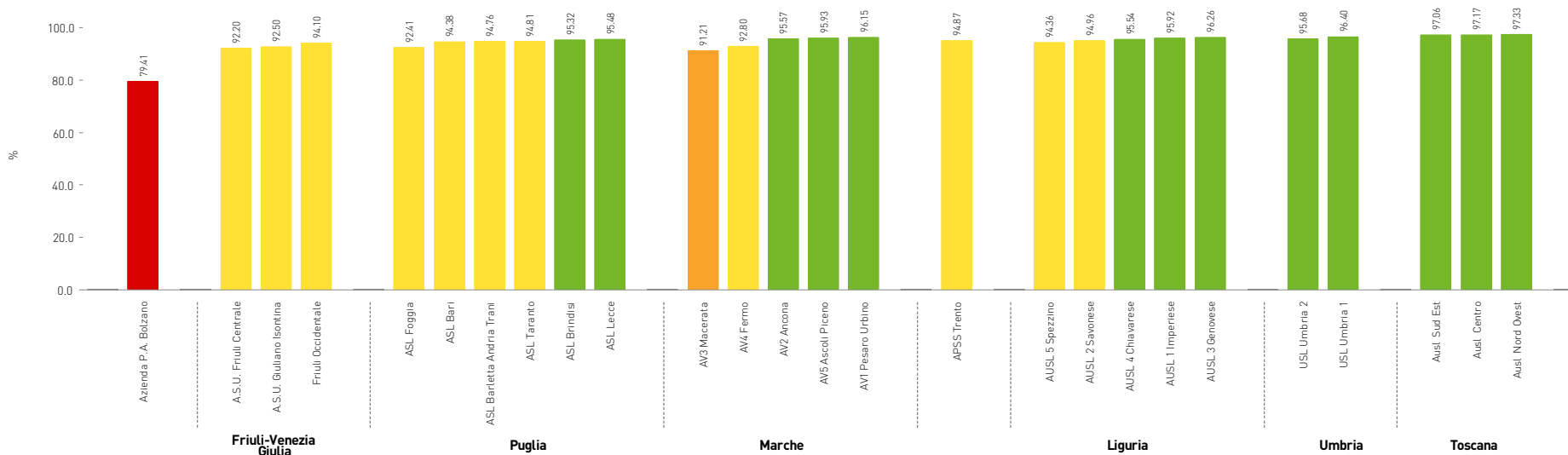
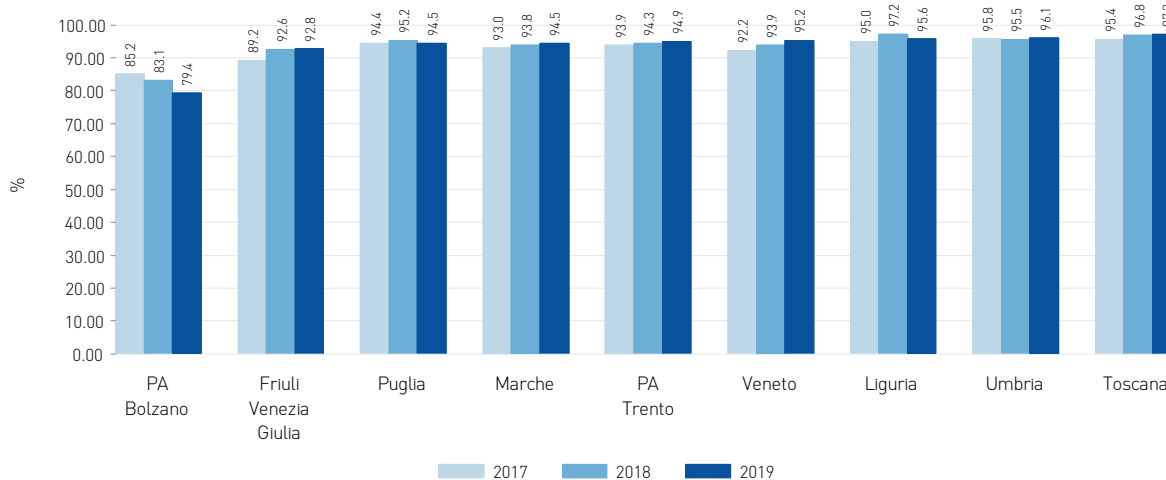
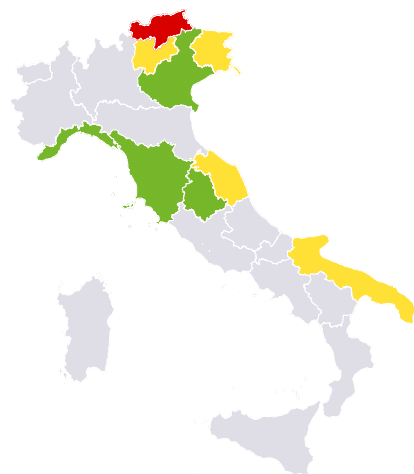
Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel 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.





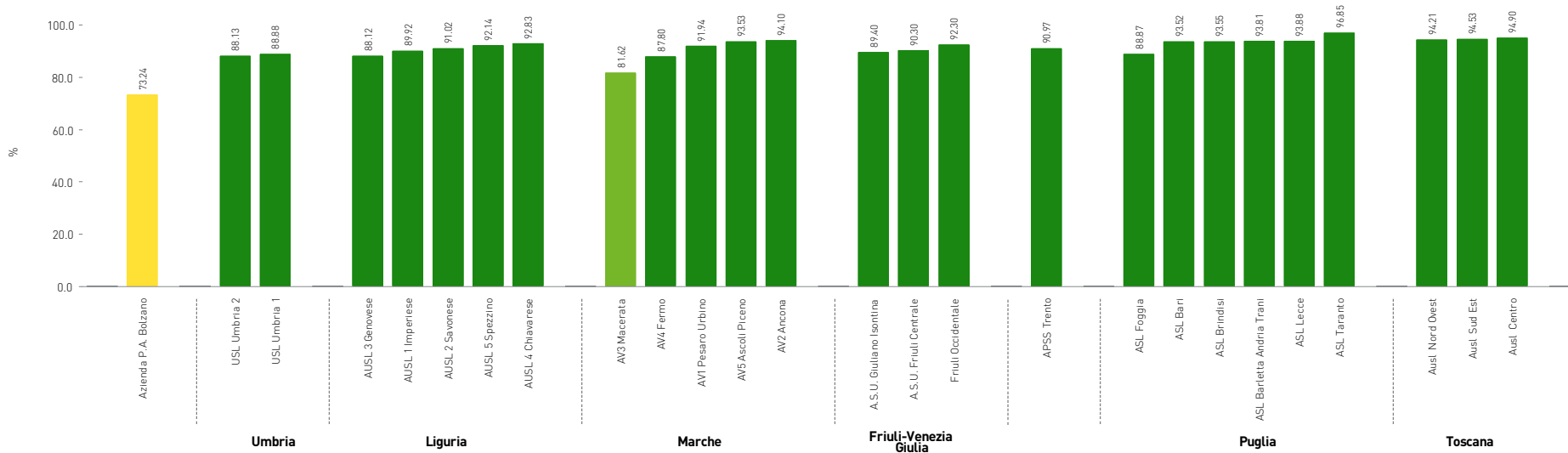
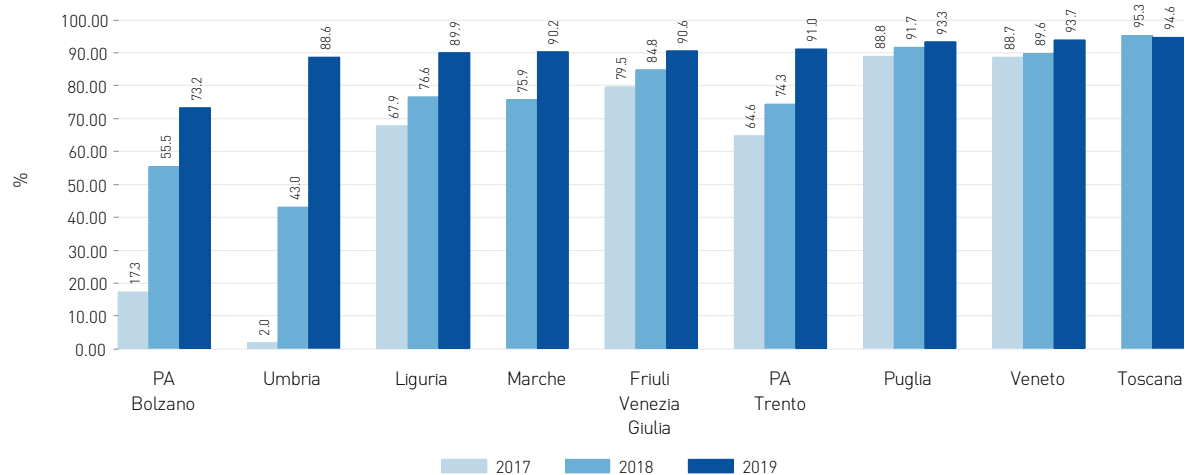
## B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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.



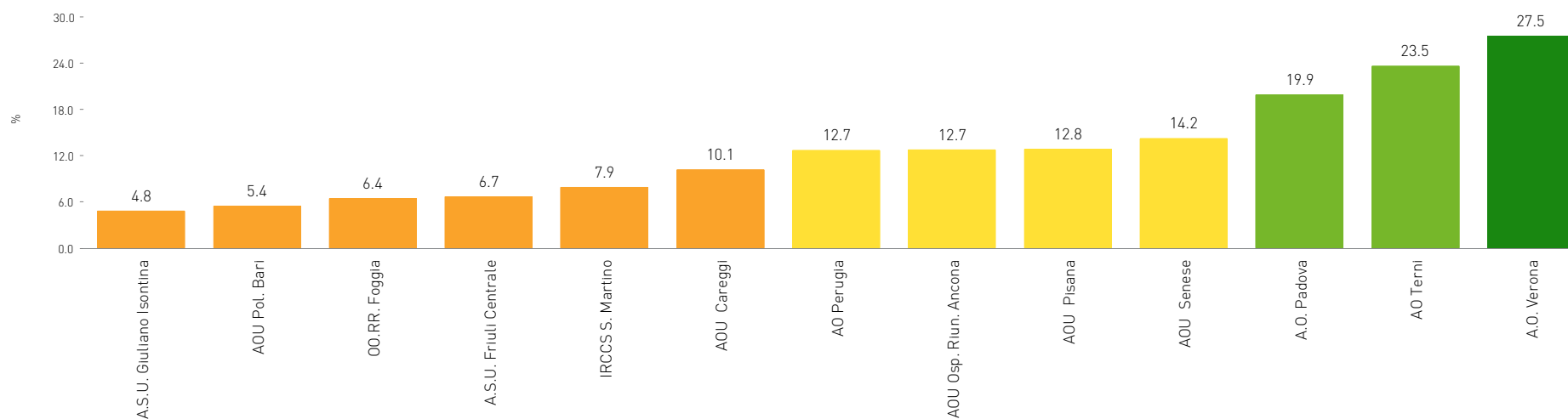
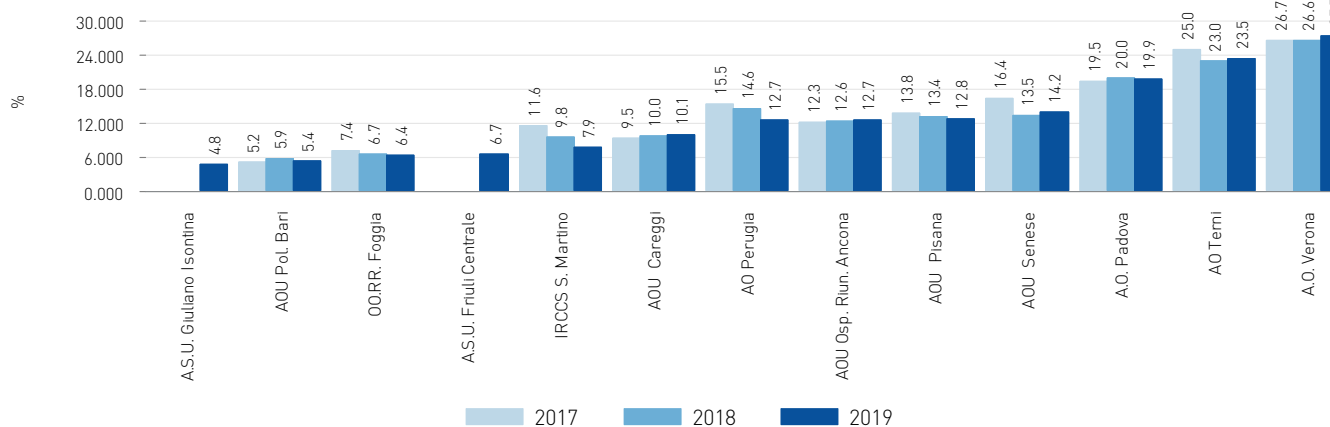
## B7.8 Copertura vaccinale varicella

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 2019.



### 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.



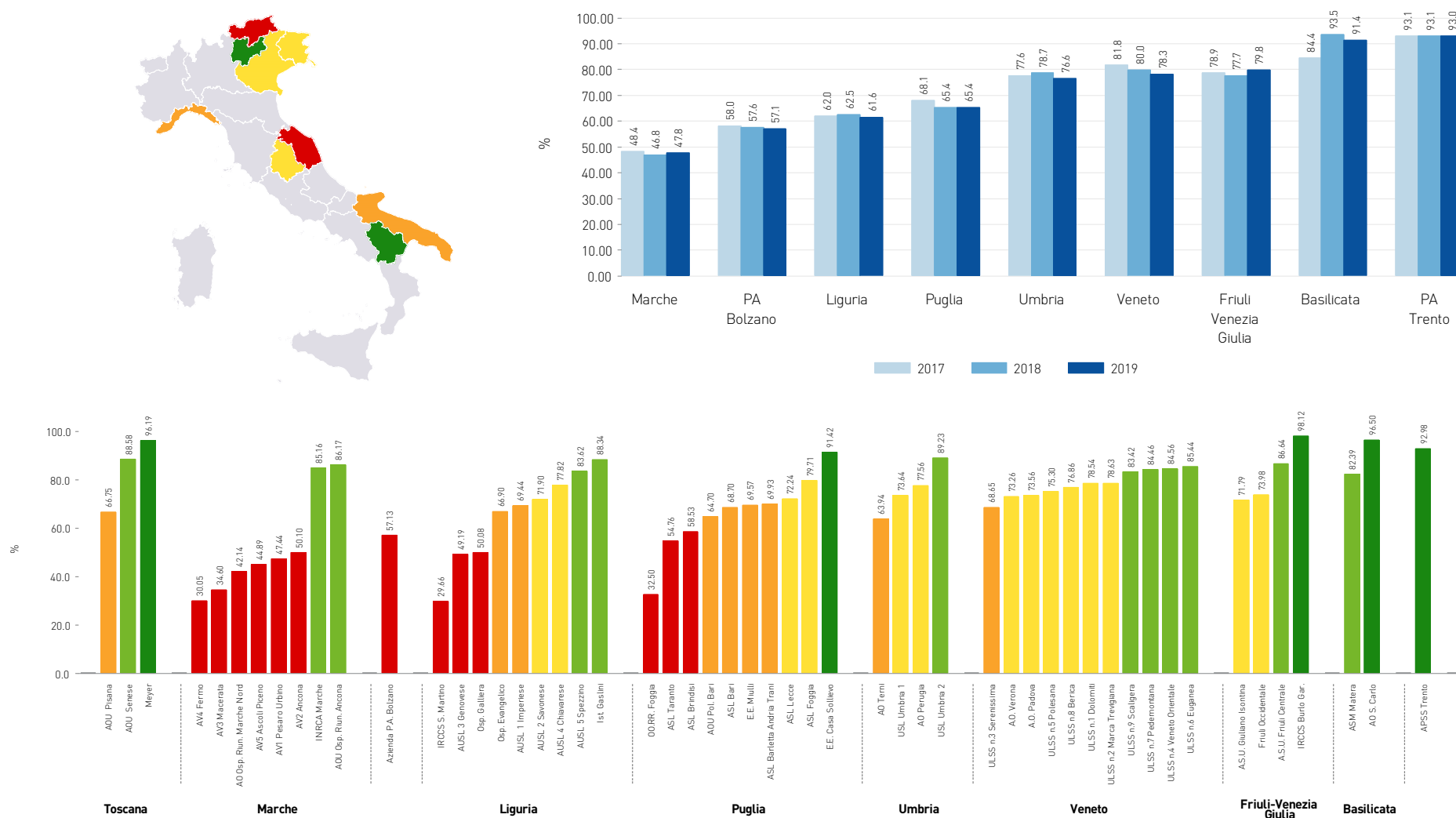
---

# EMERGENZA-URGENZA



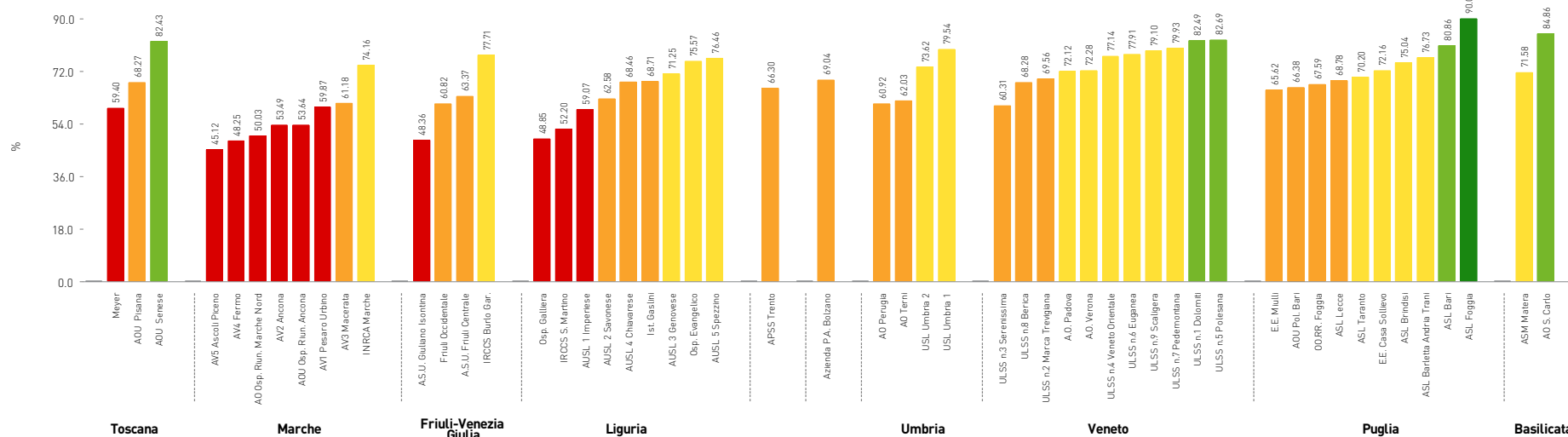
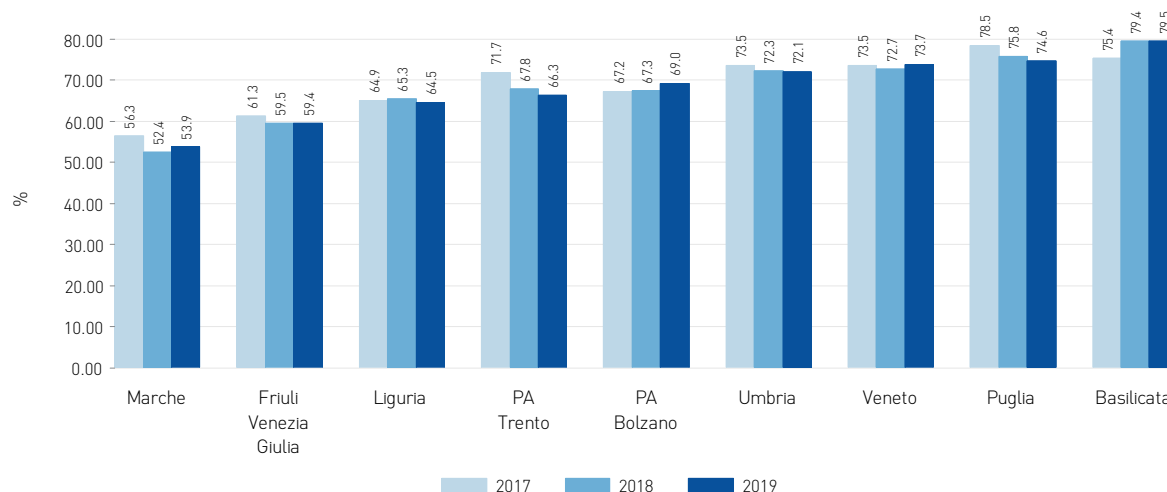
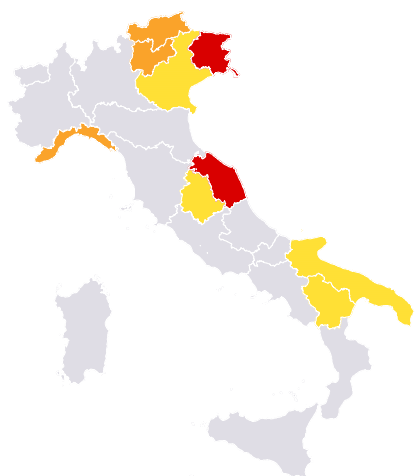
## C16.1 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

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). Per il 2019 per la Regione Toscana sono caricati solo i dati delle AOU Pisana, Senese e Meyer.



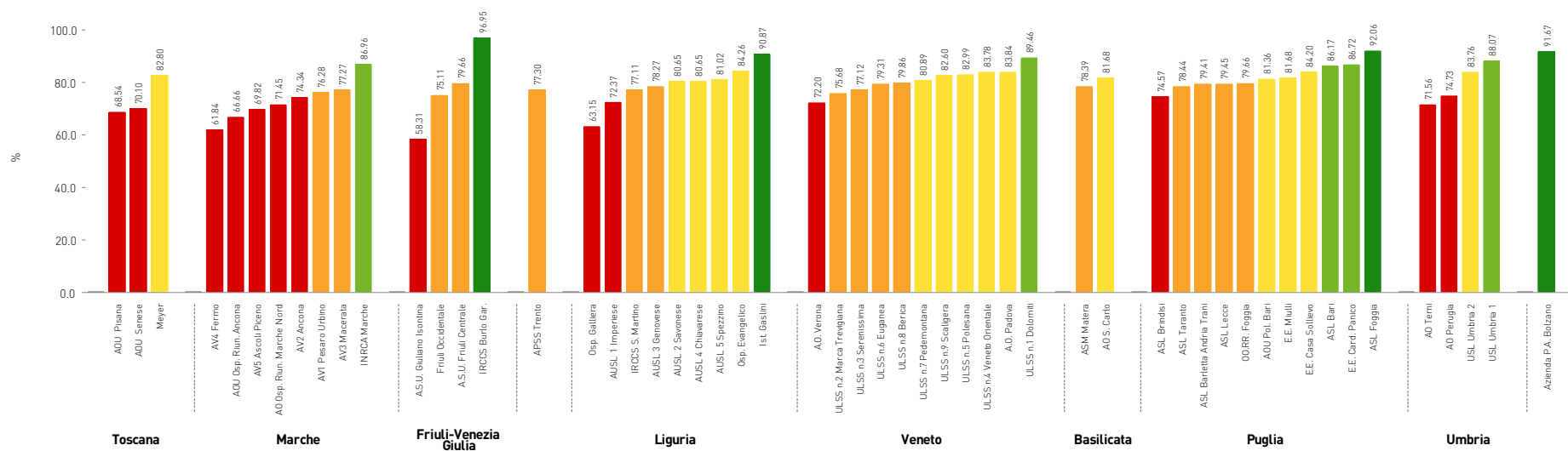
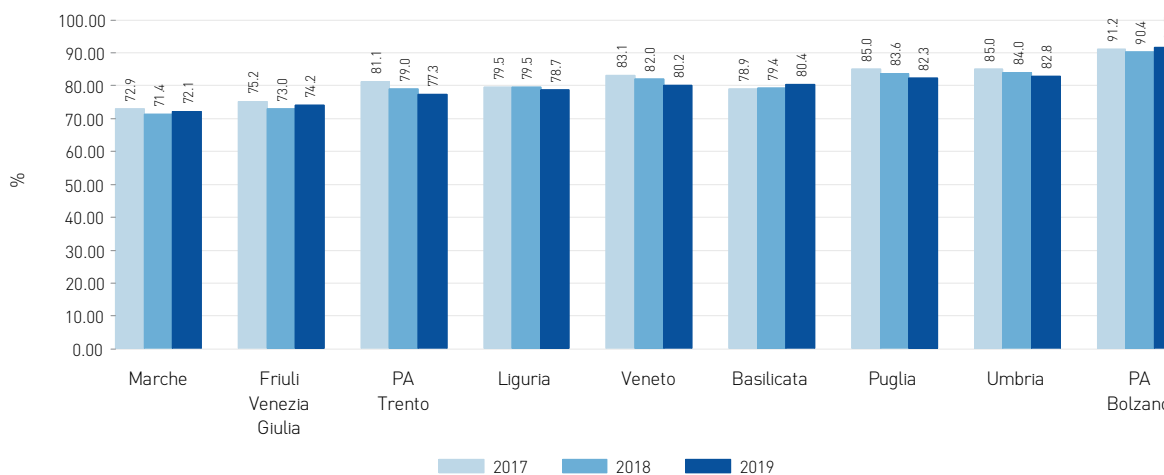
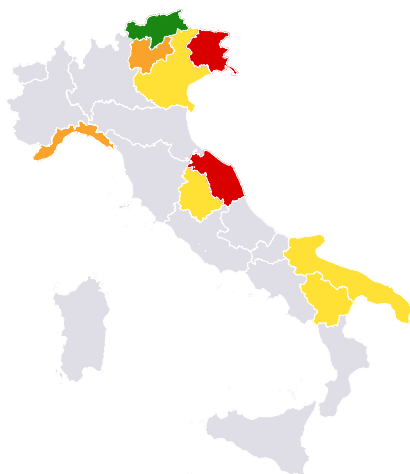
## C16.2 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

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. Per il 2019 per la Regione Toscana sono caricati solo i dati delle AOU Pisana, Senese e Meyer.



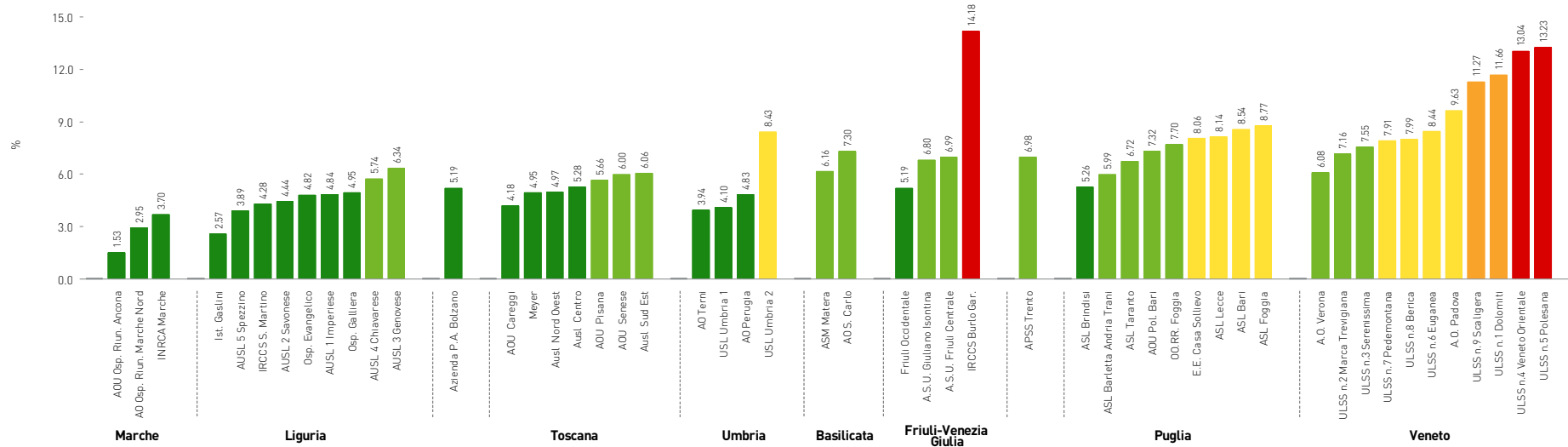
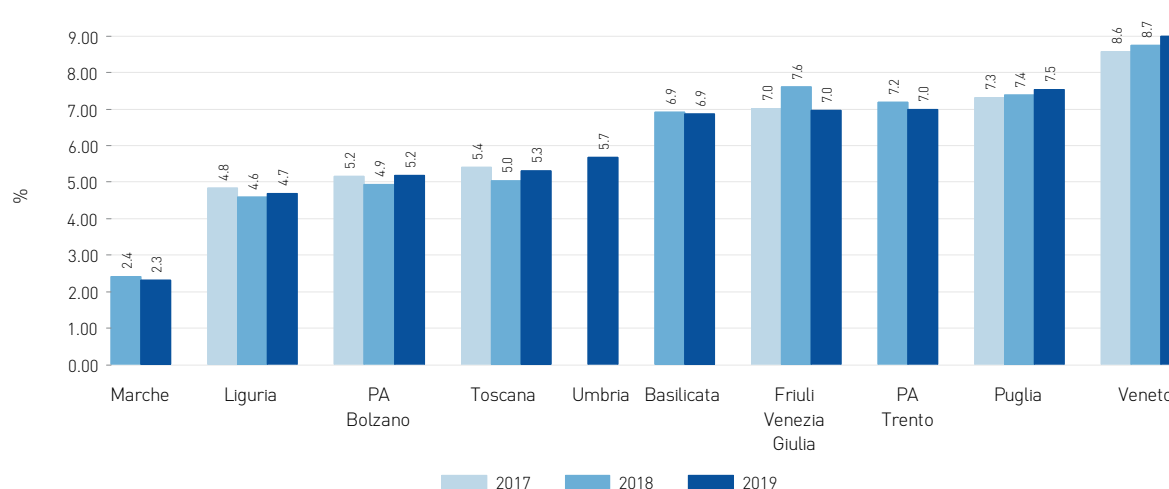
### C16.3 Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore

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. Per il 2019 per la Regione Toscana sono caricati solo i dati delle AOU Pisana, Senese e Meyer.



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

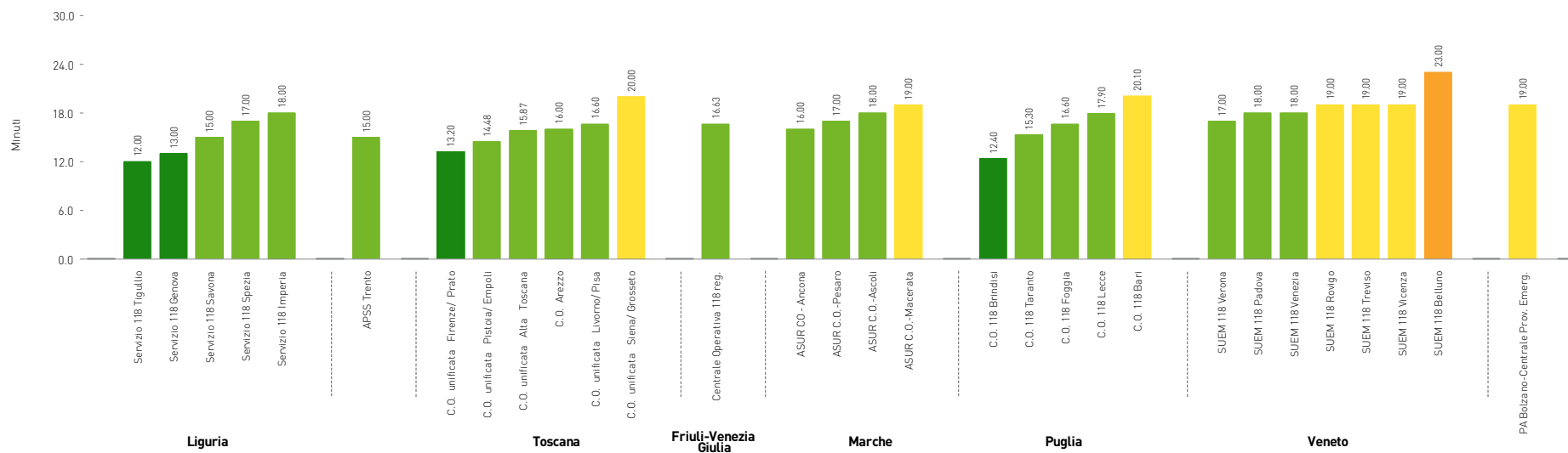
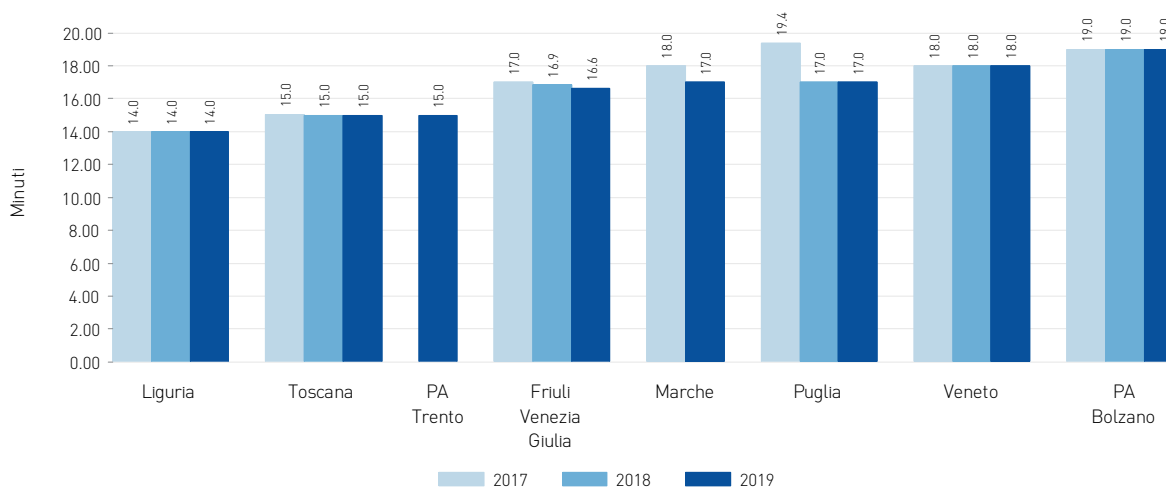
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS.





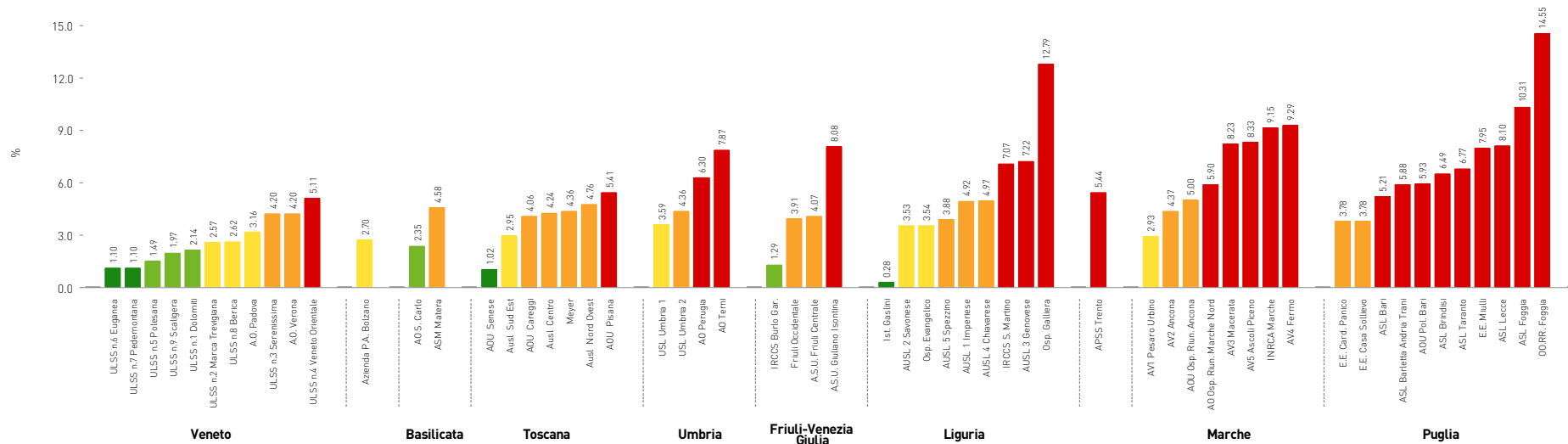
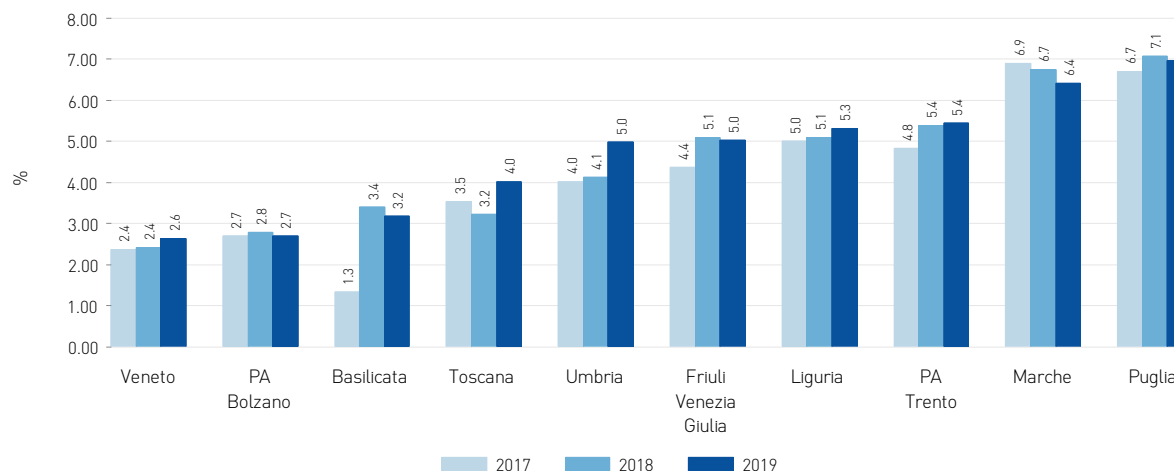
### C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

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



## 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.





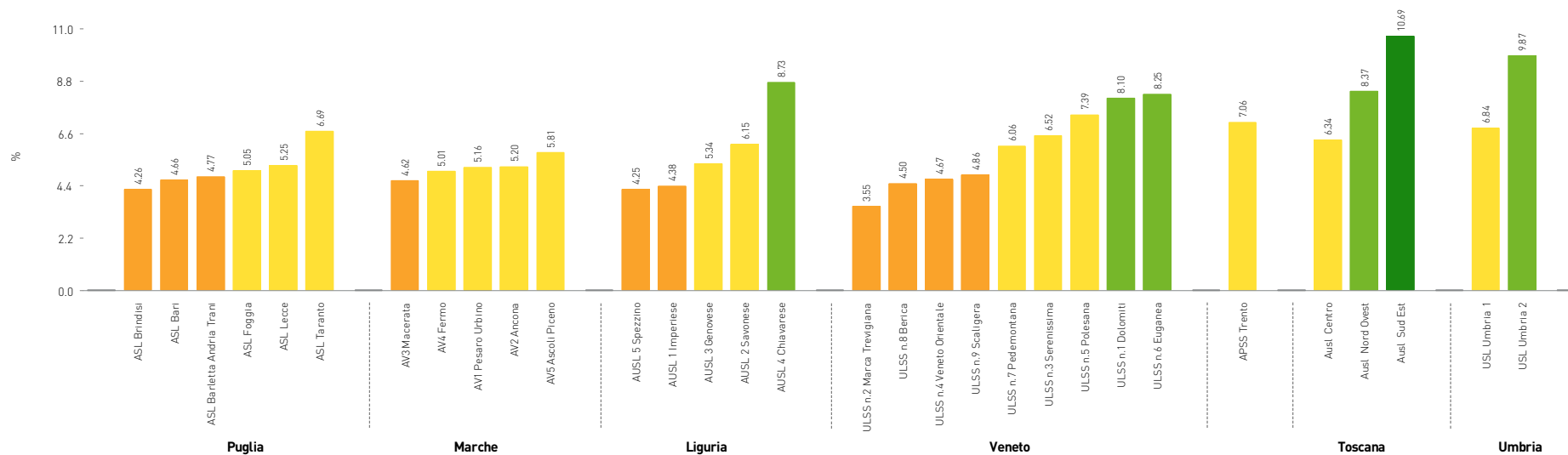
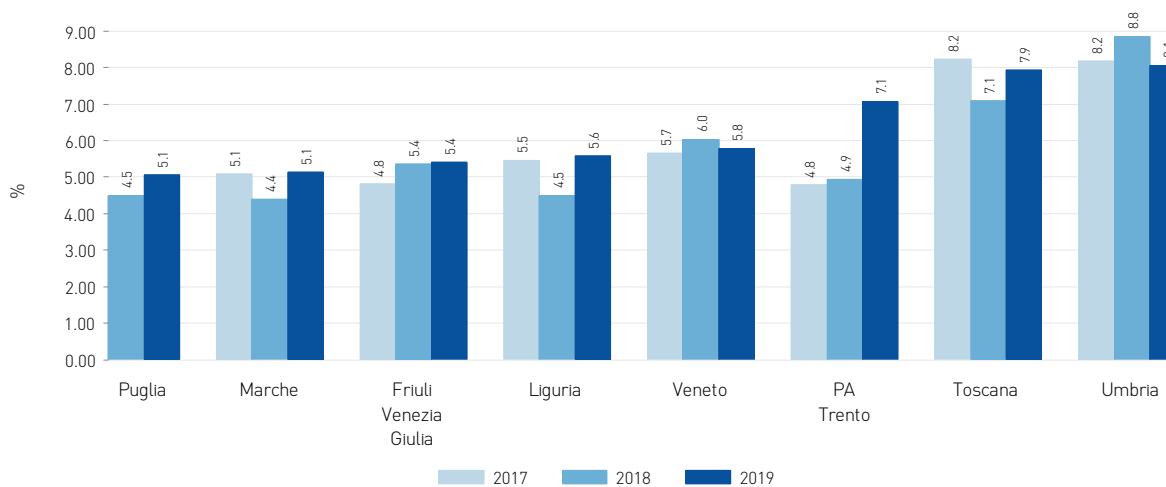
---

# PREVENZIONE COLLETTIVA



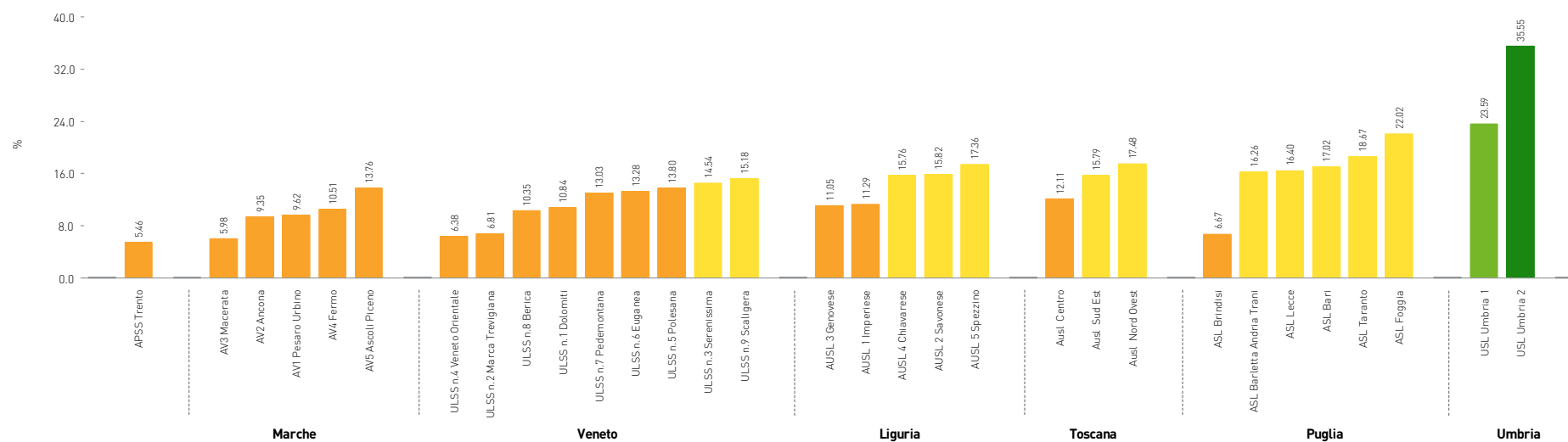
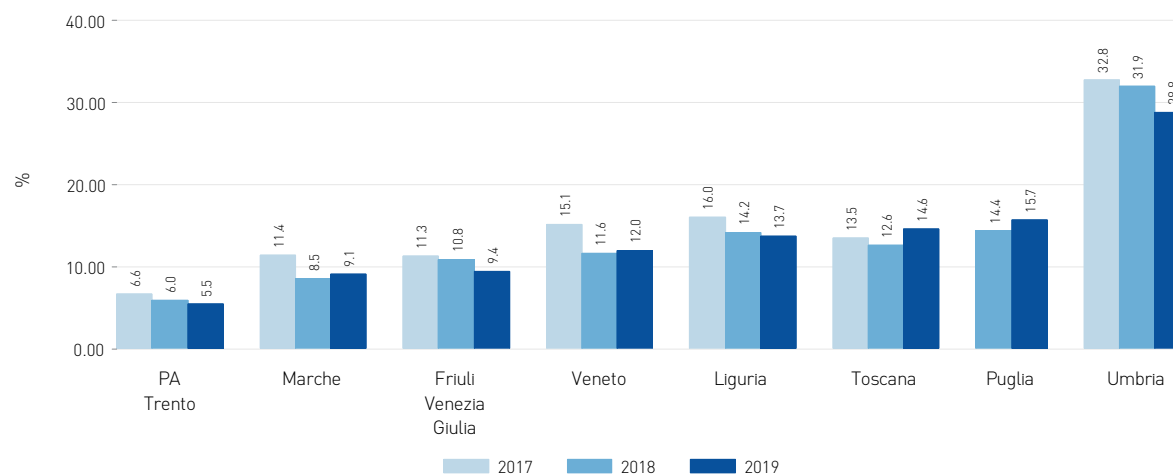
## F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

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.



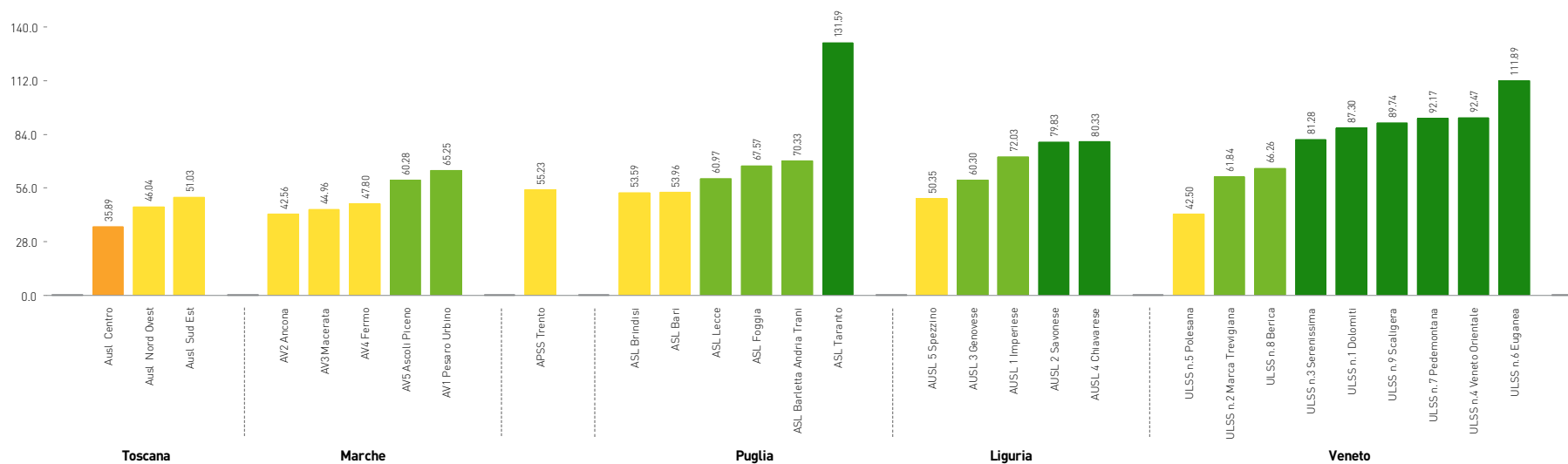
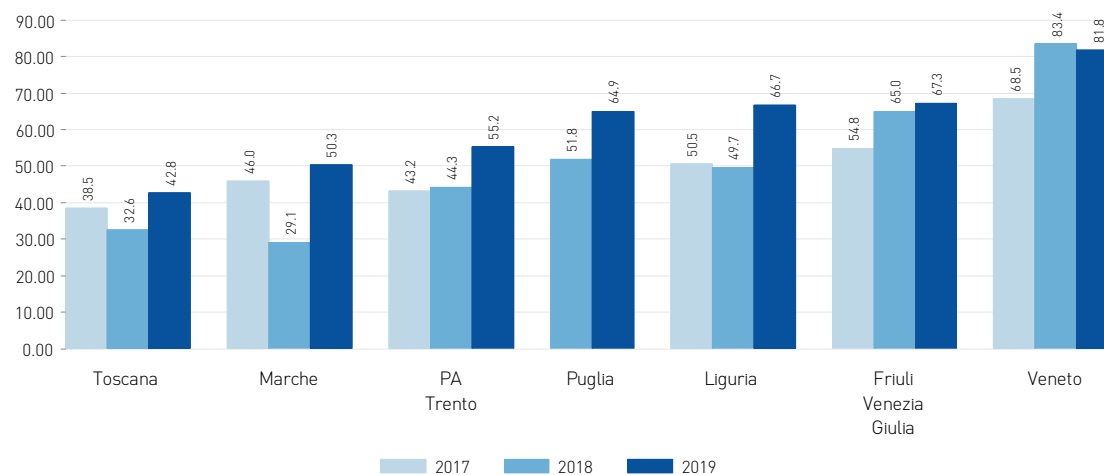
### F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

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.



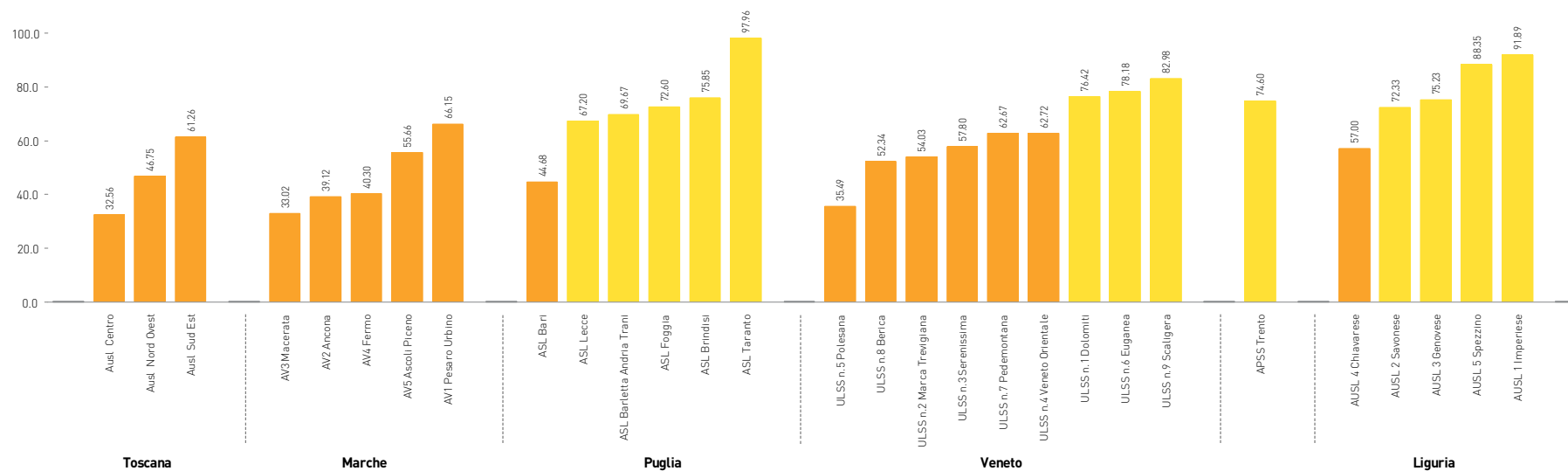
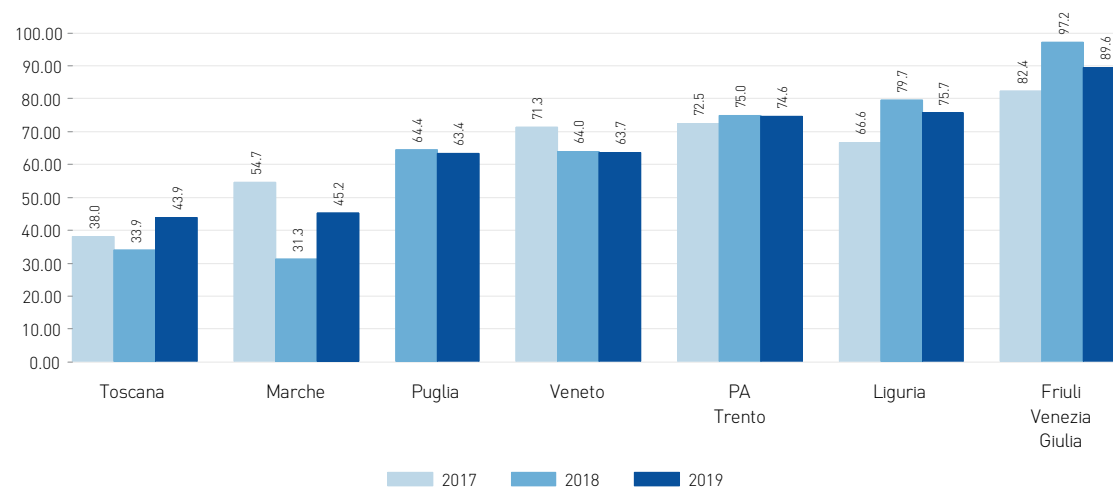
### F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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 SPSAL

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







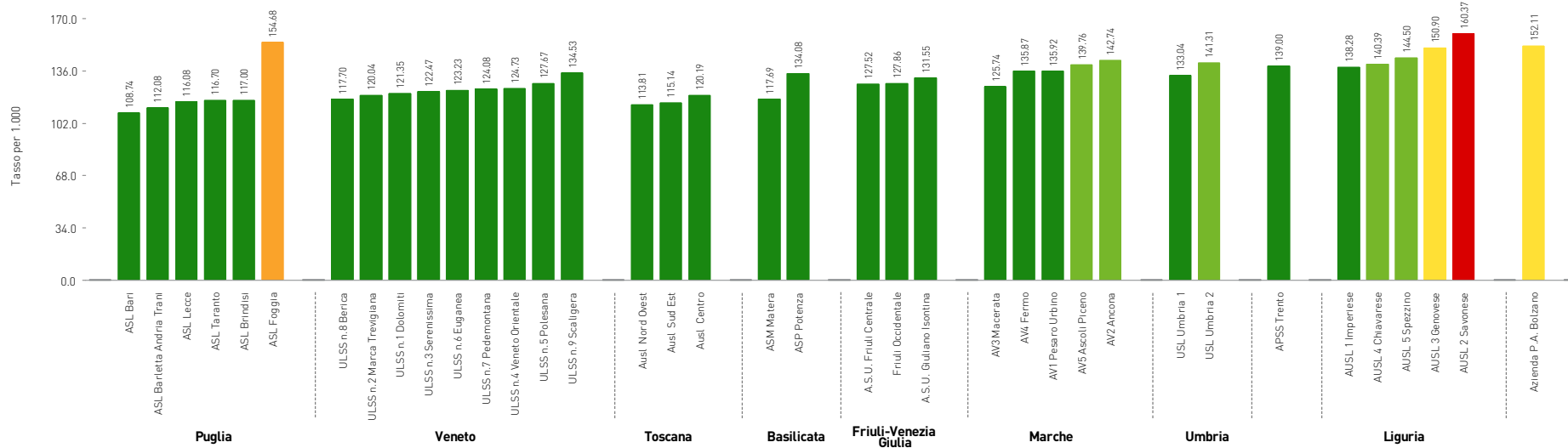
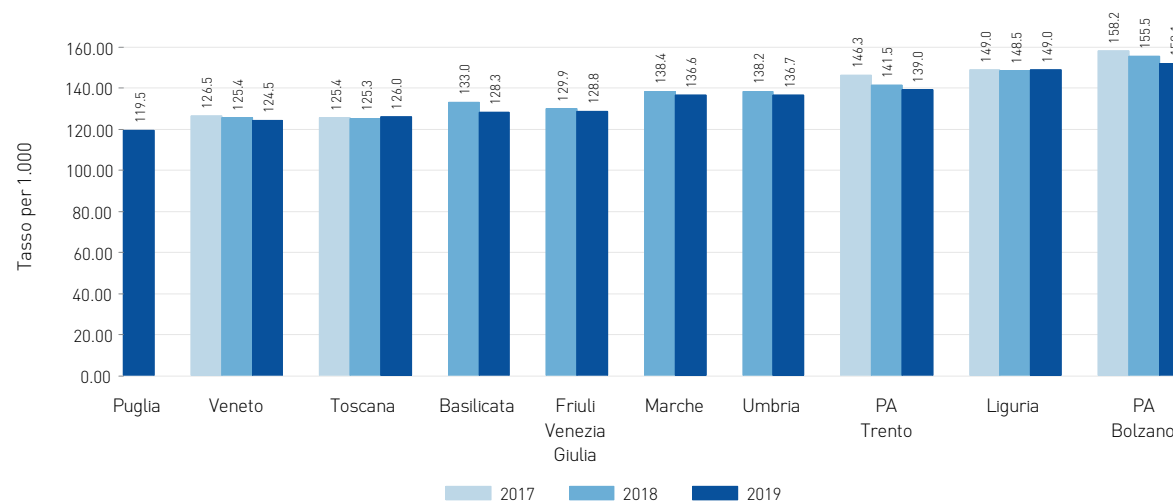
---

# GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA



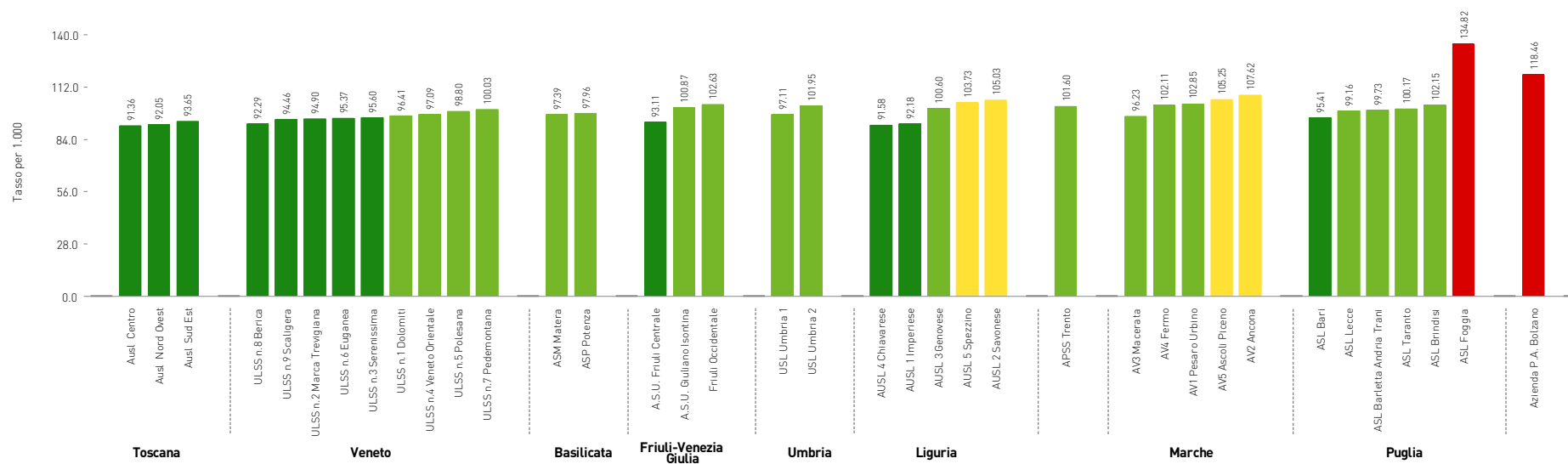
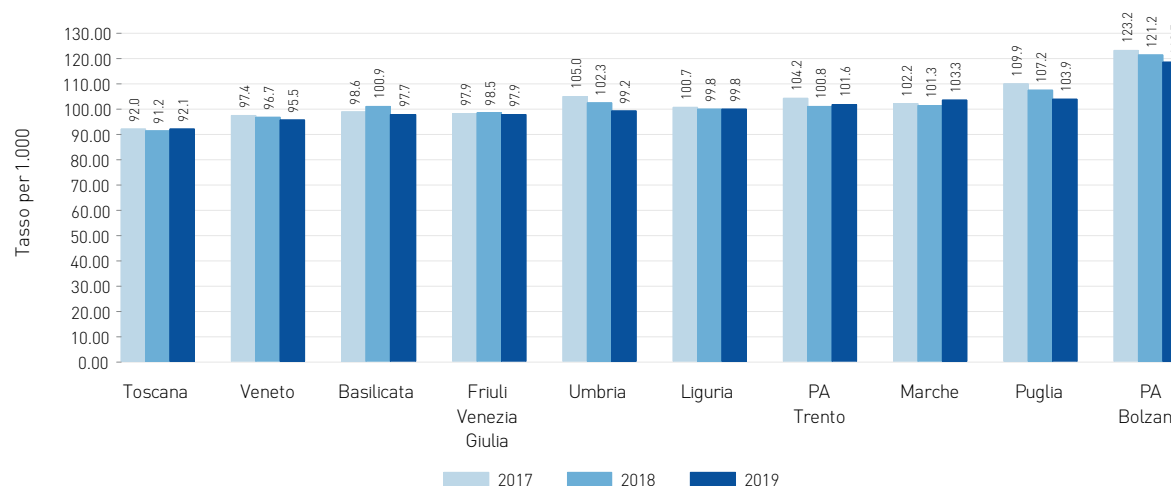
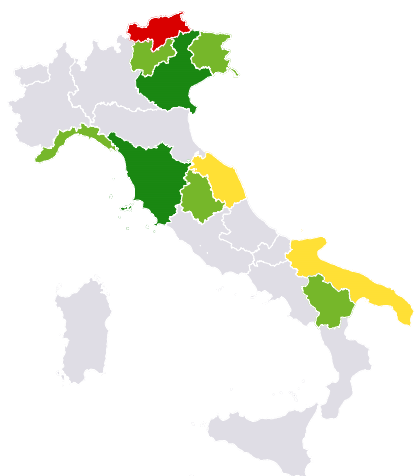
## H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

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



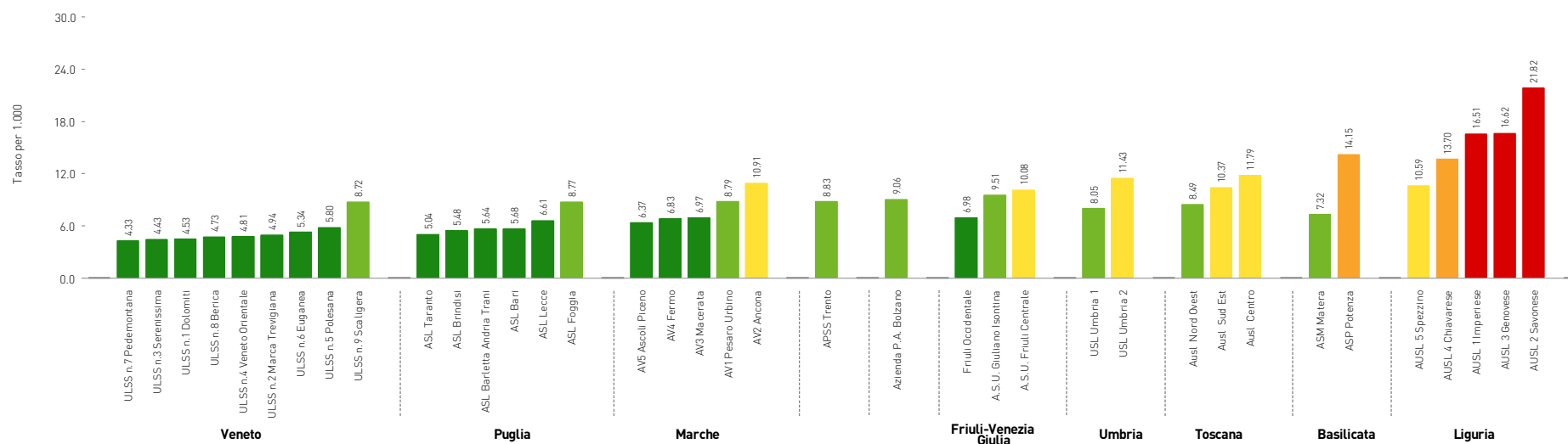
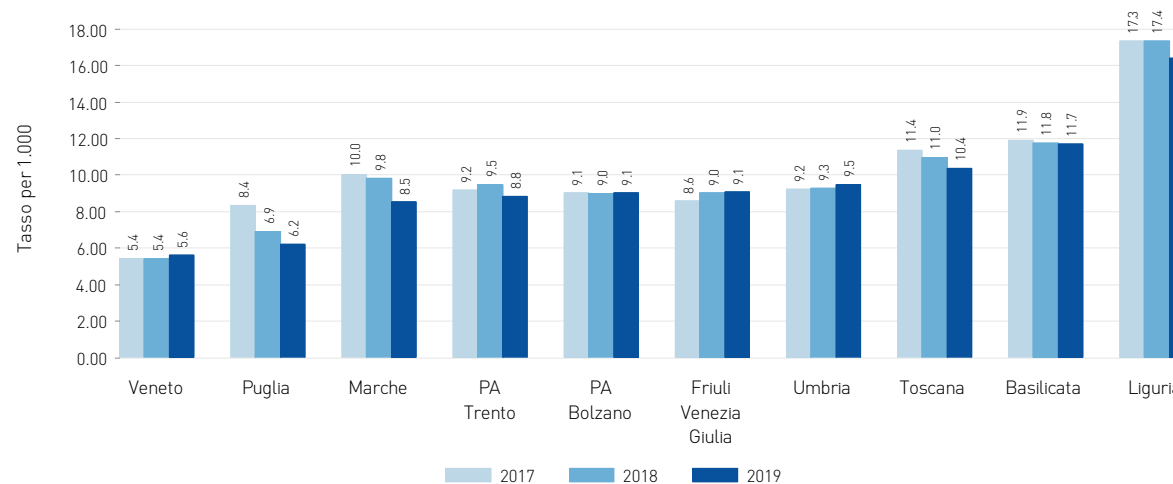
### C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti

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



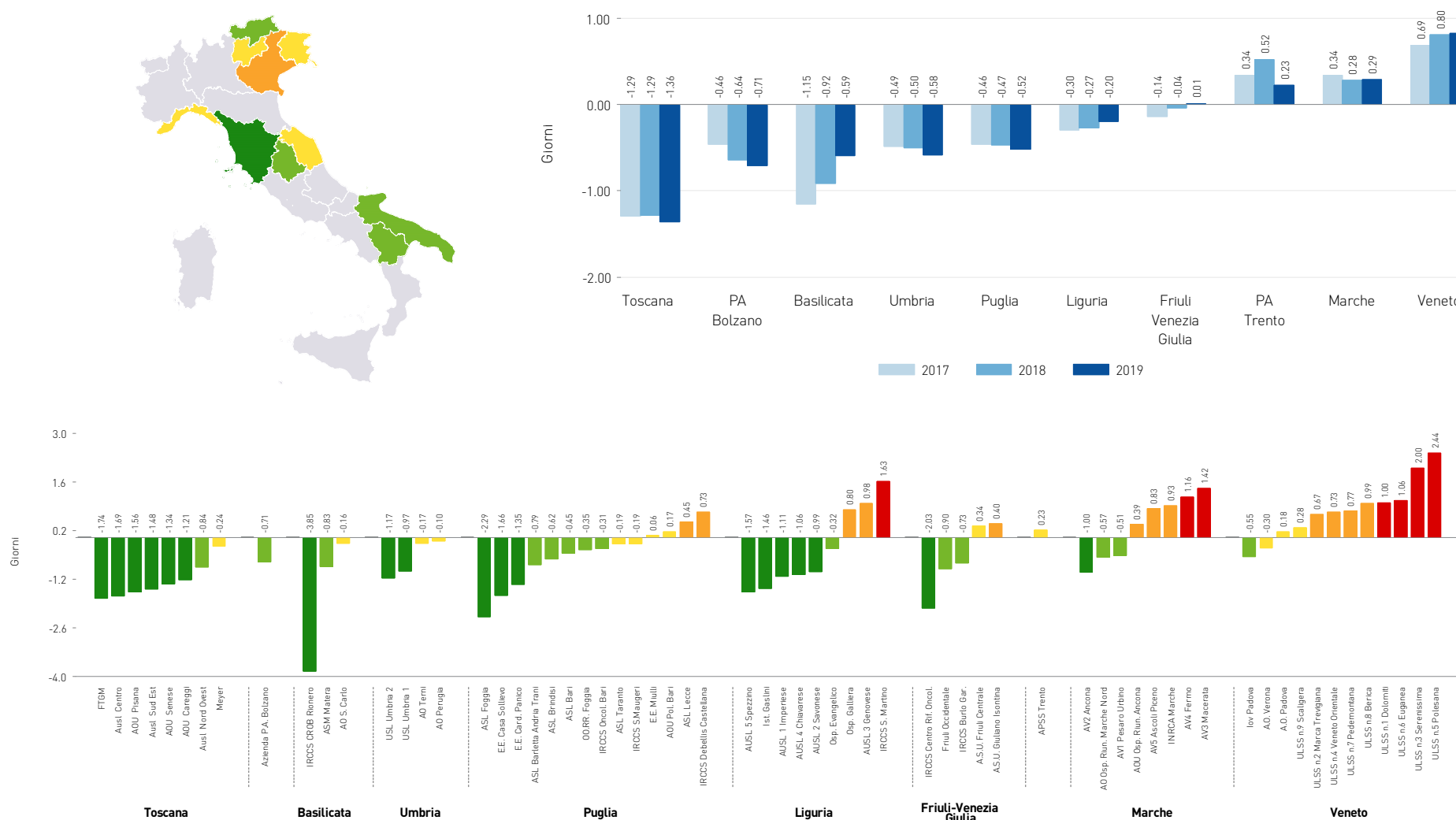
### C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti

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



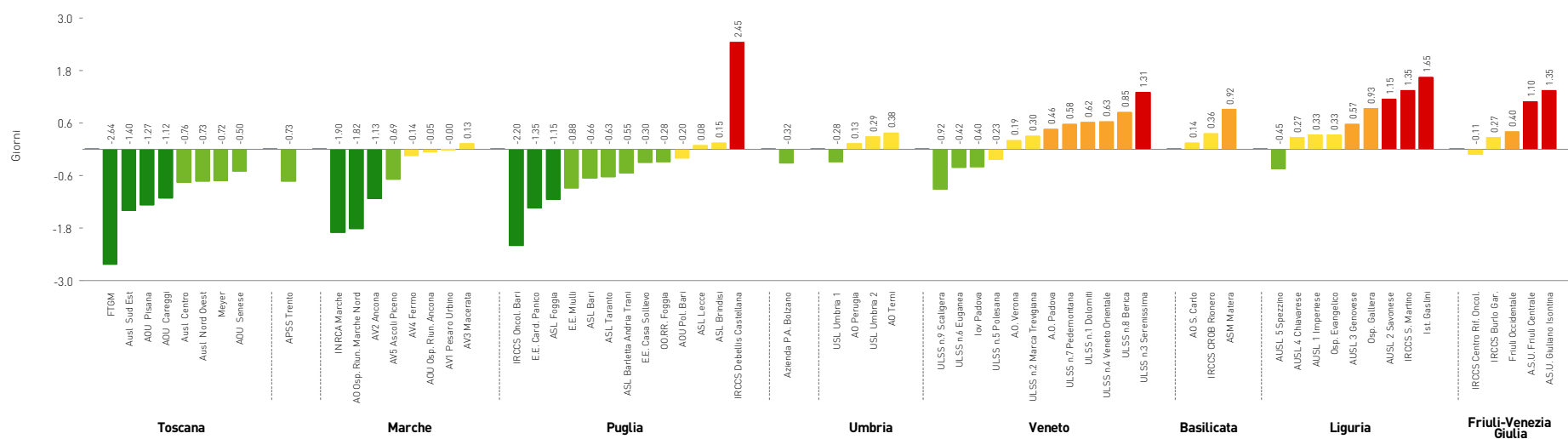
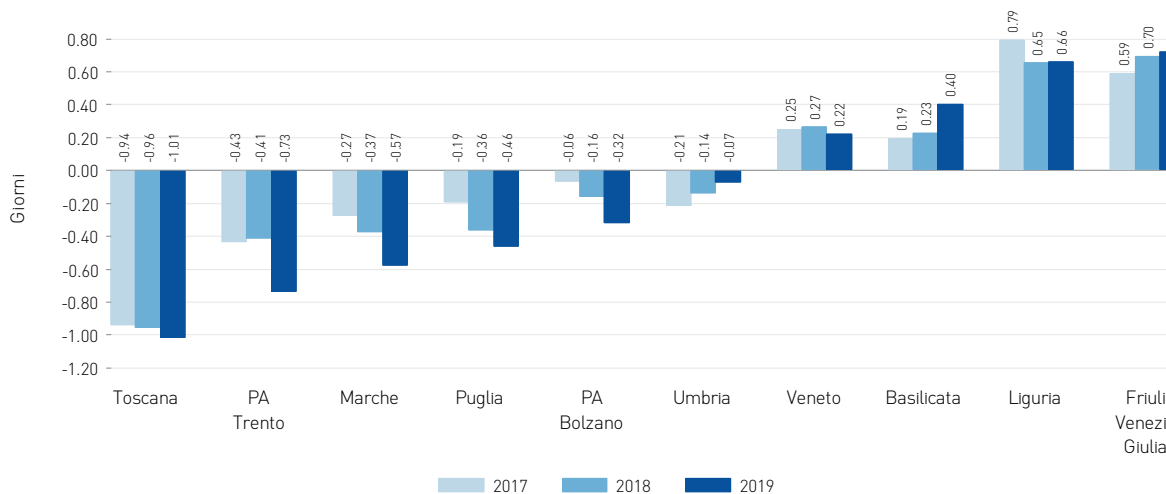
## C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

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.



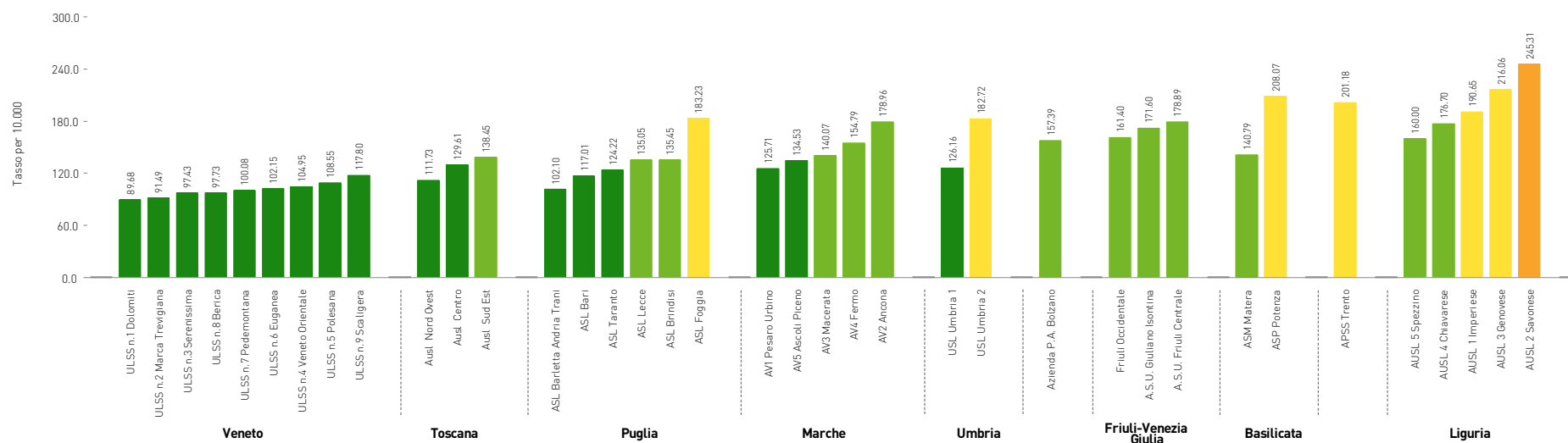
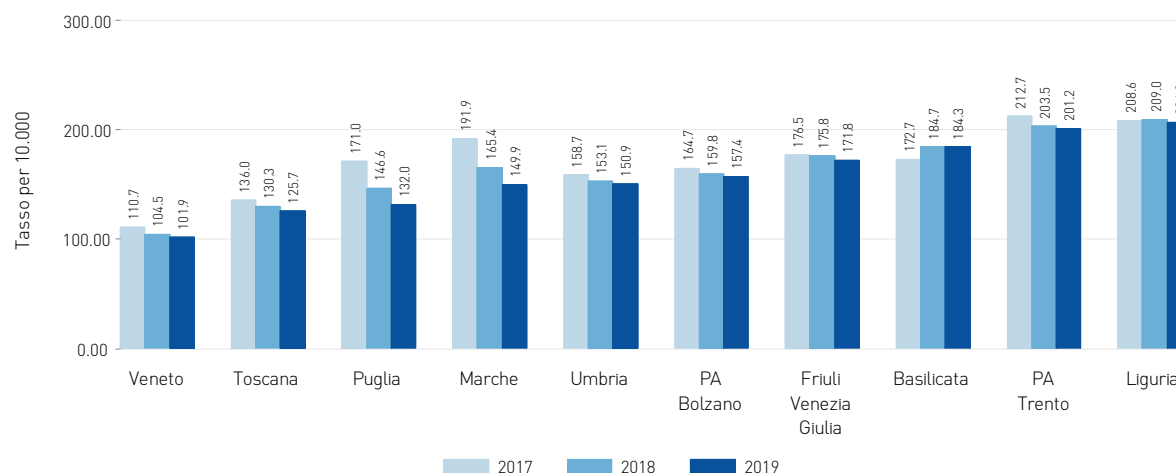
## C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

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

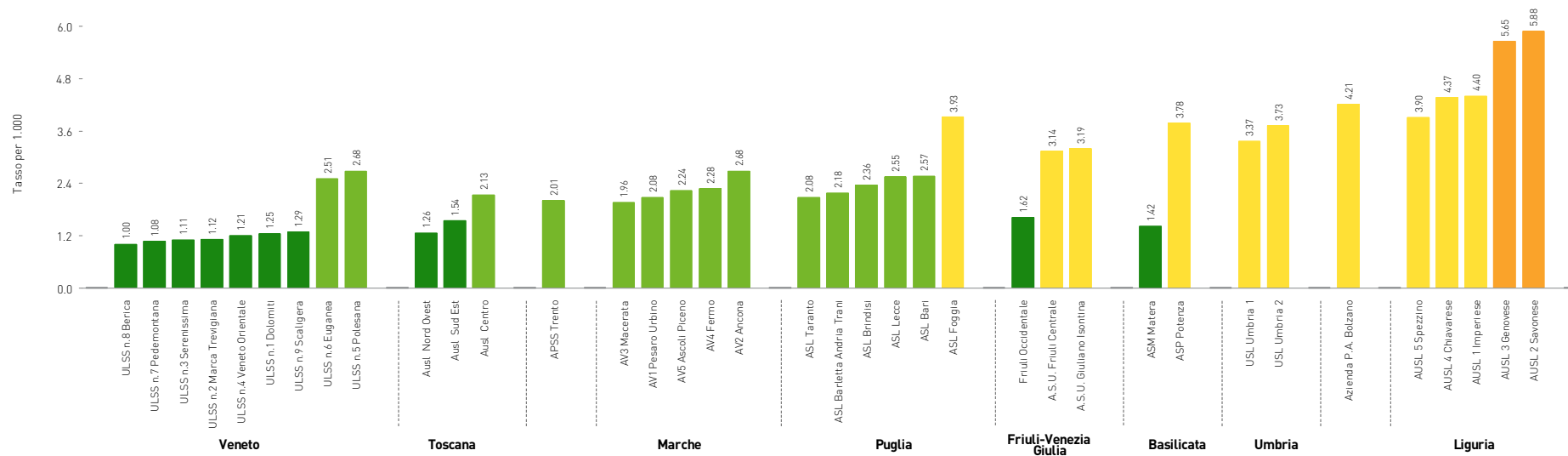
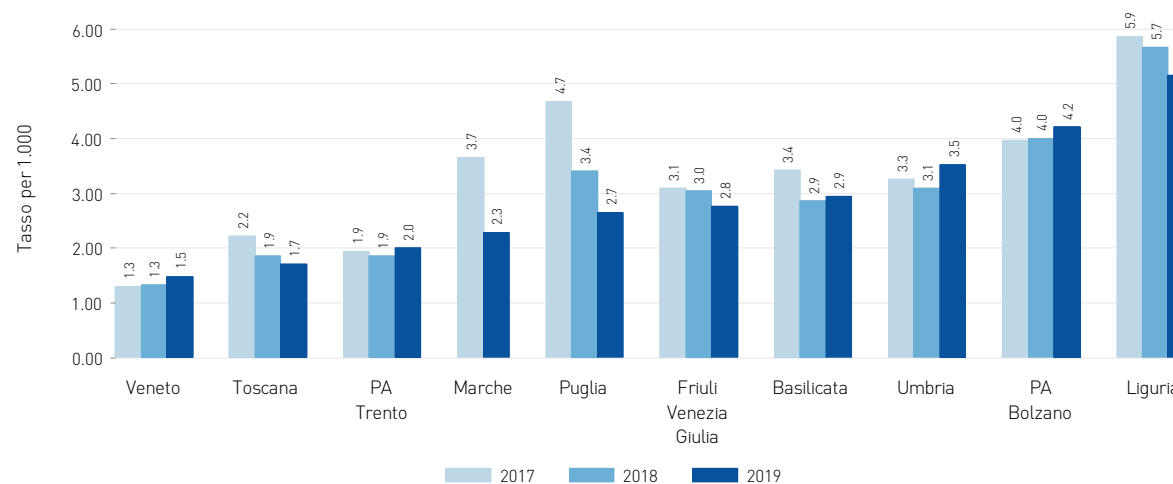
I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire equamente a tutti. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe 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.





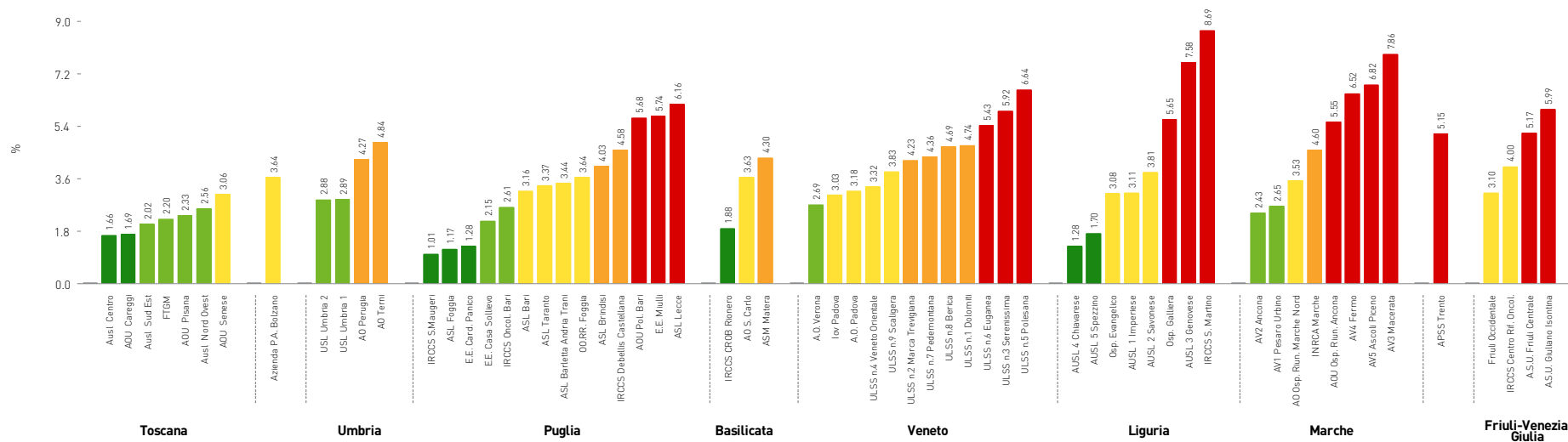
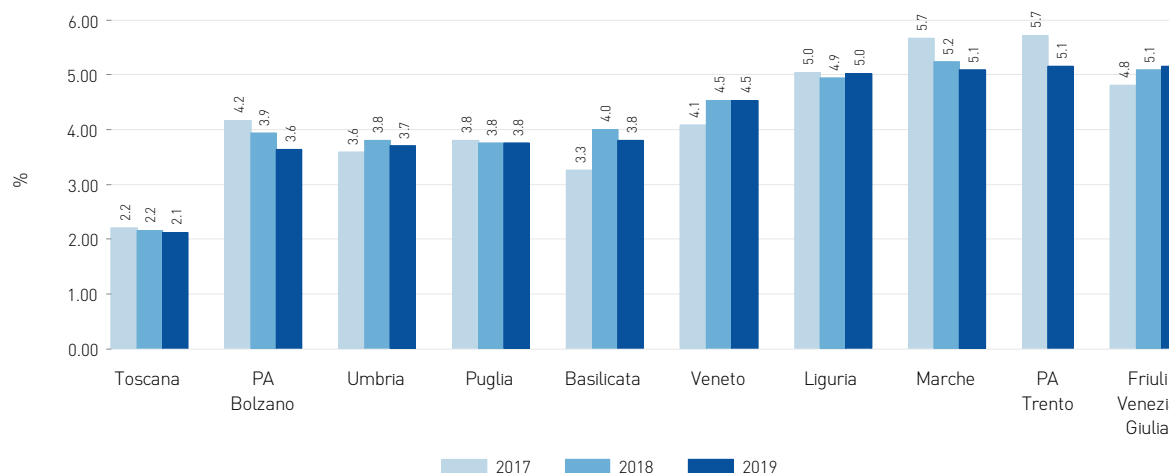
## C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

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.



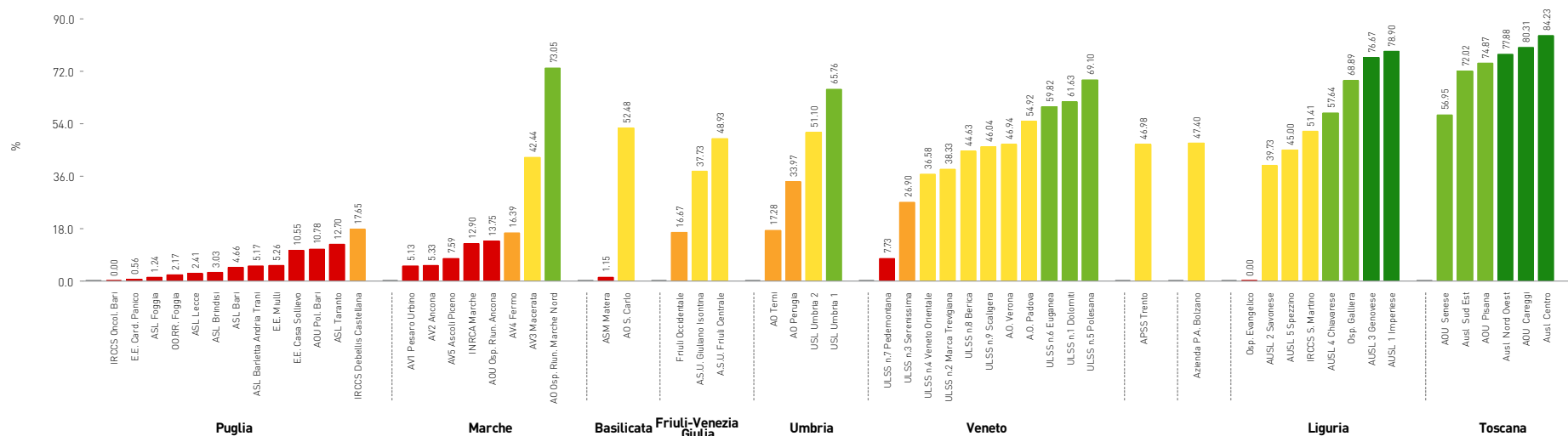
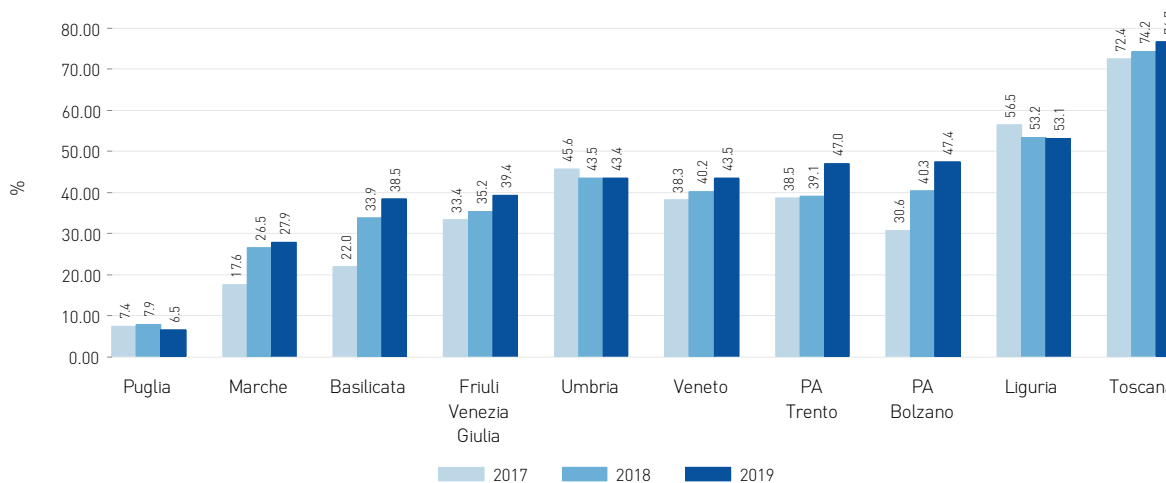
### C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni

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.



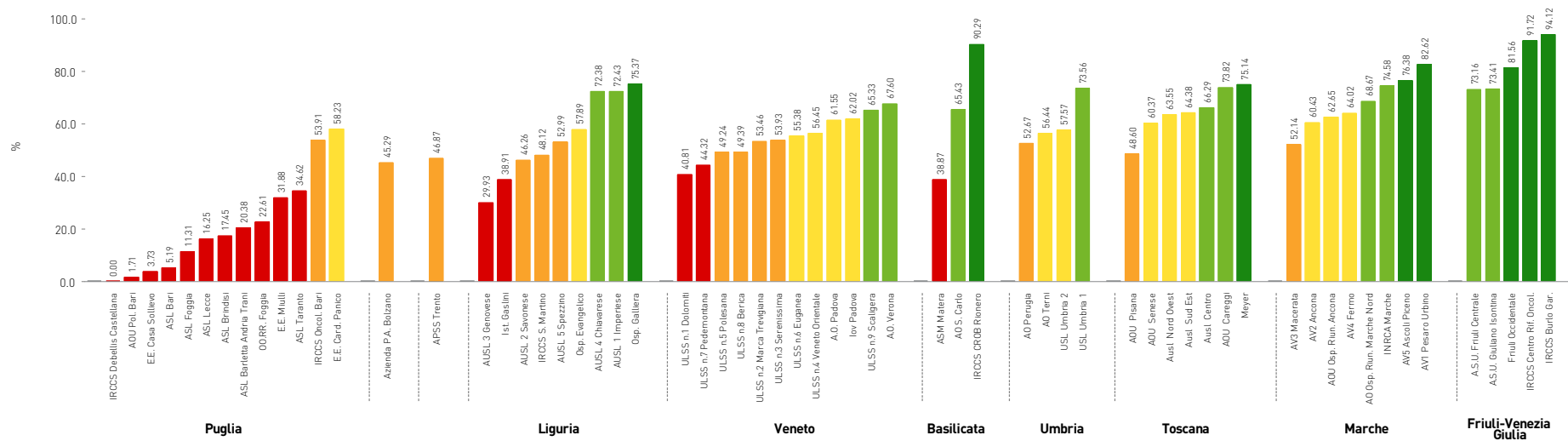
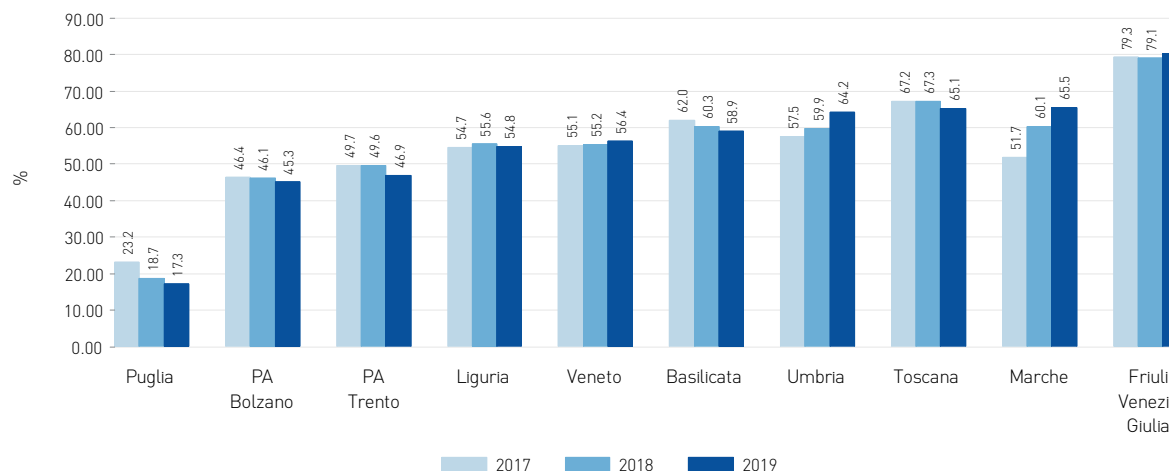
## C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

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).



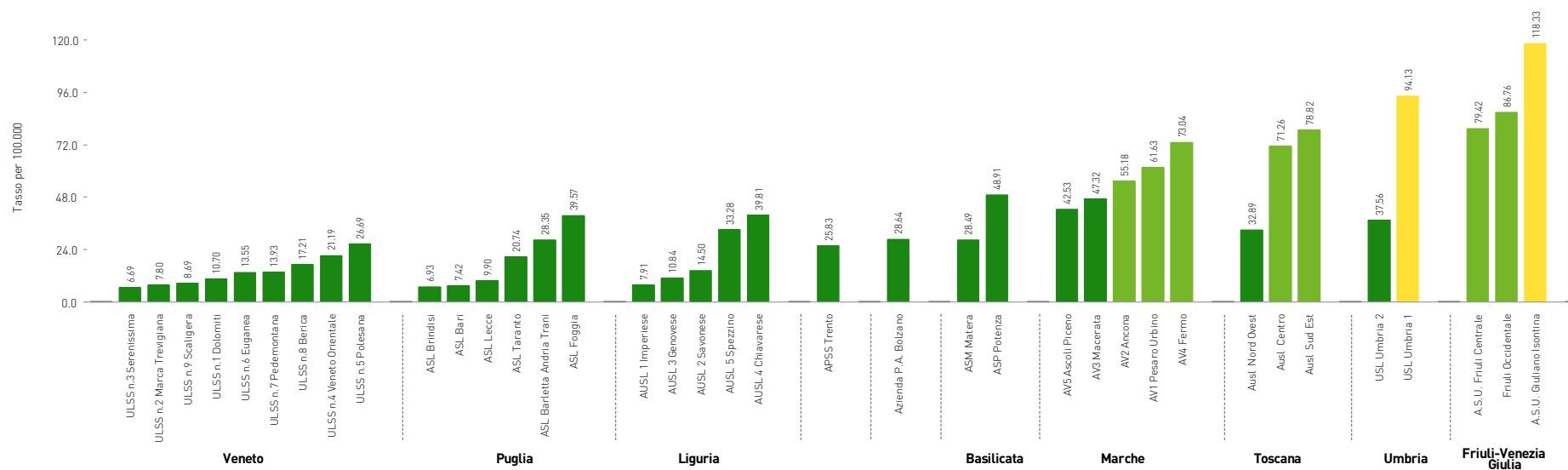
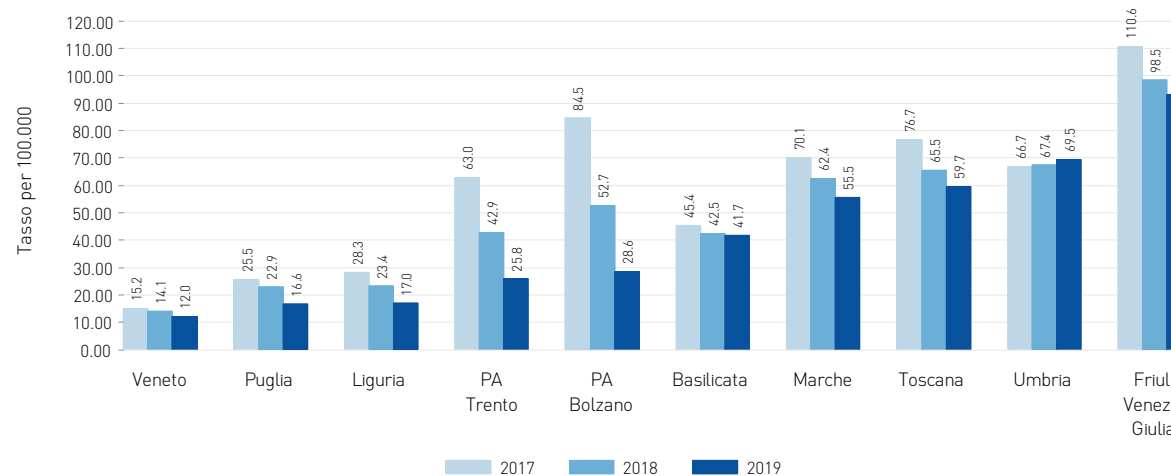
### C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery

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.



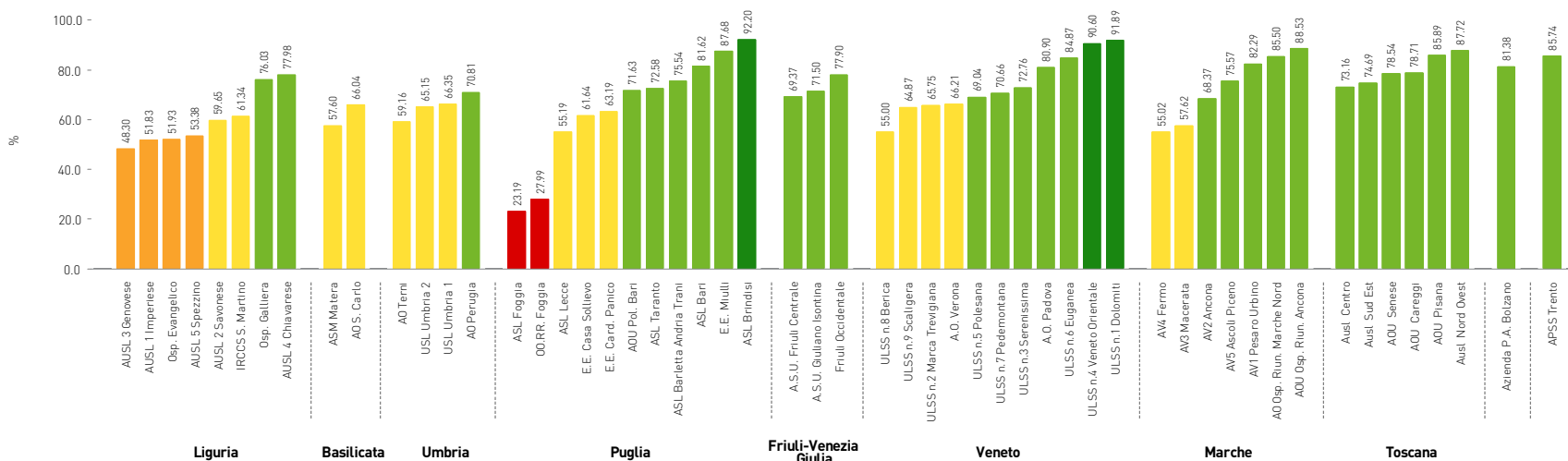
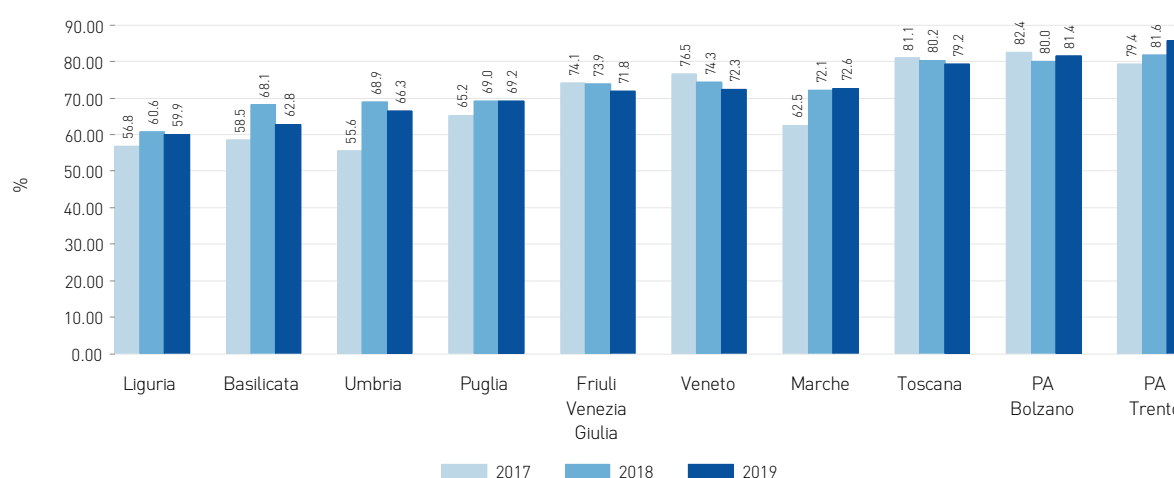
## C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti

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.



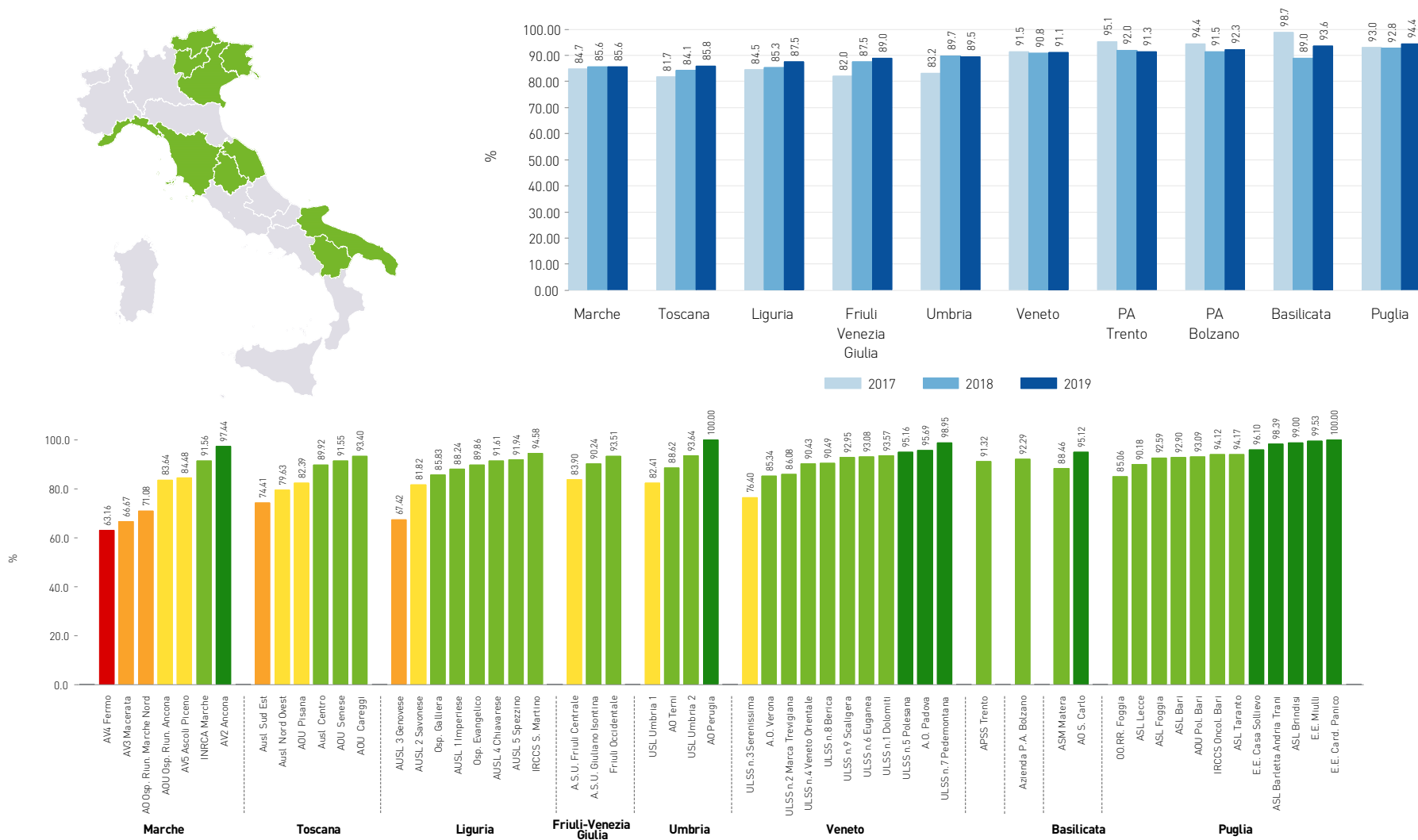
## C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni

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%.



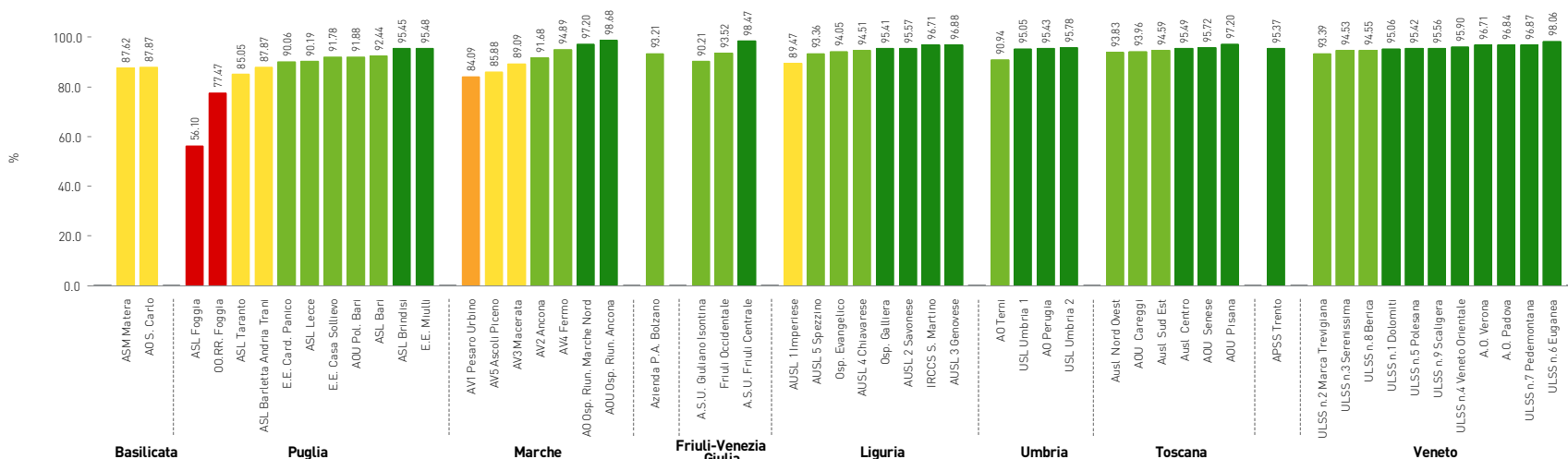
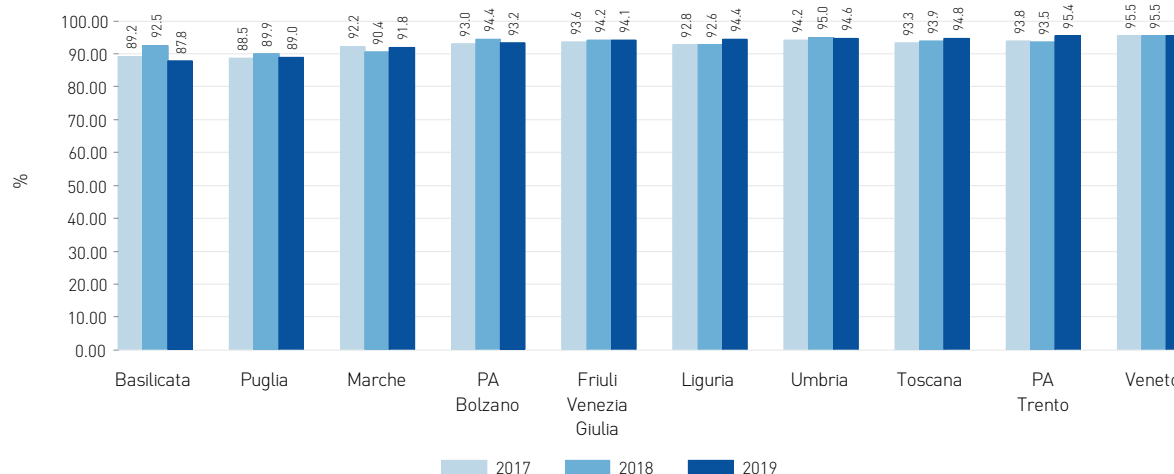
### C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

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

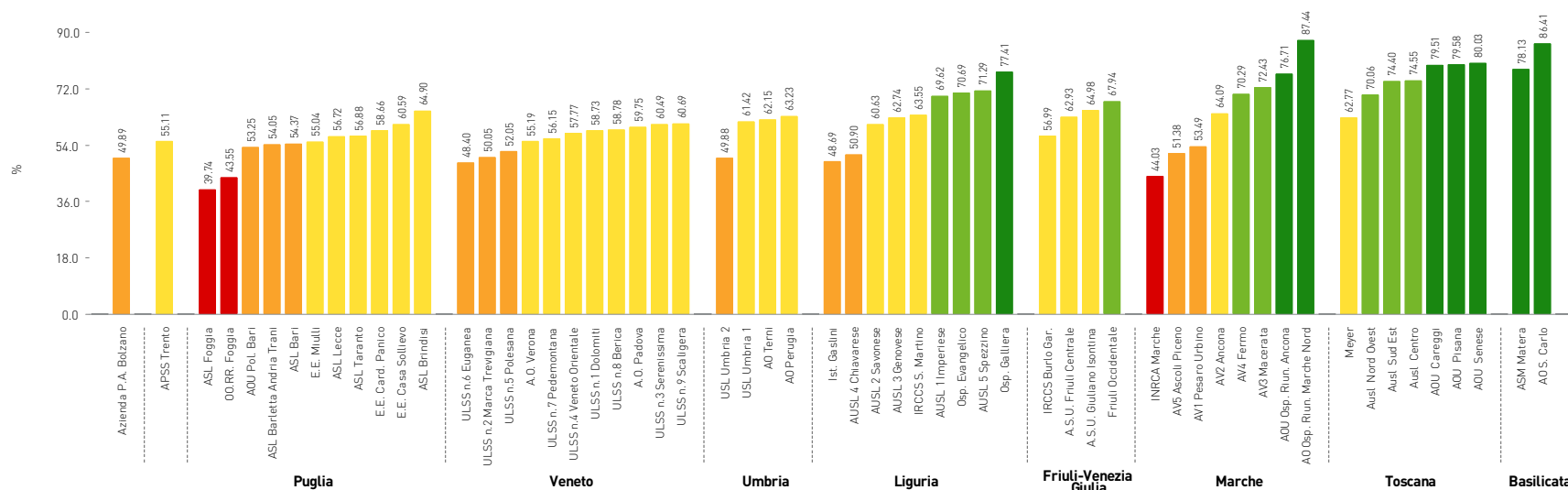
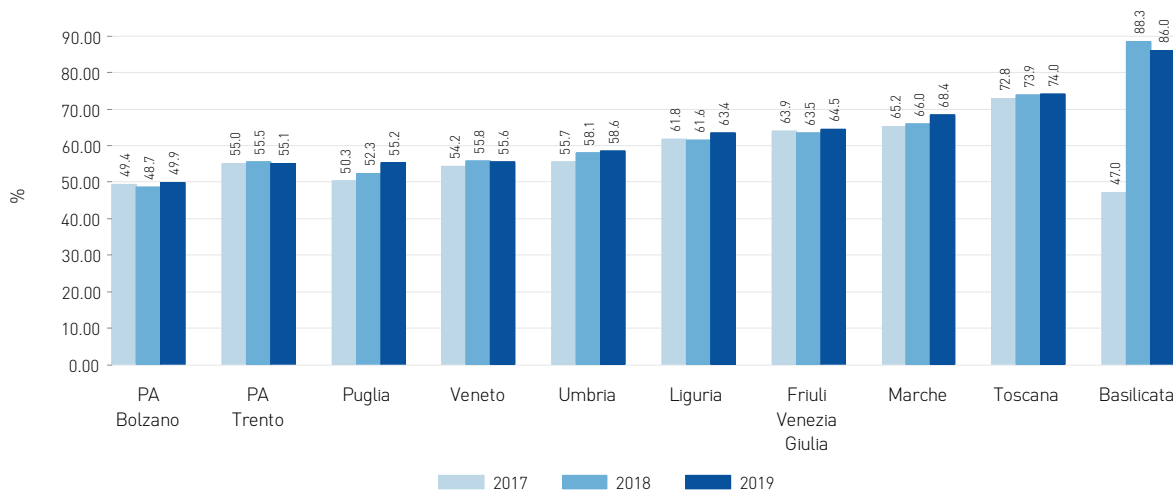
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento 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.





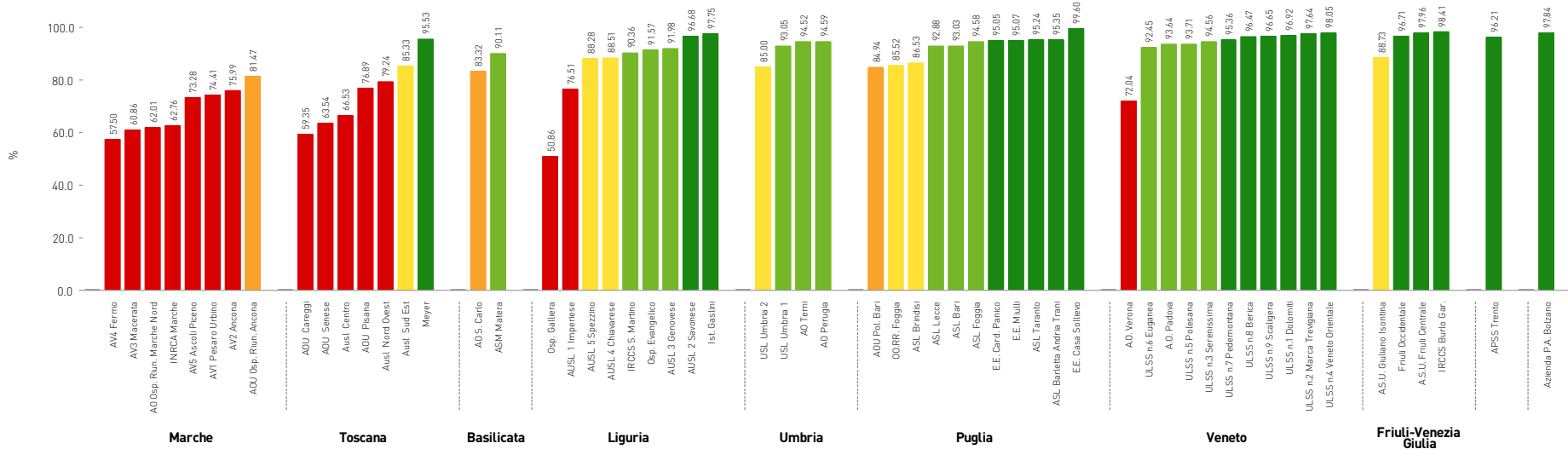
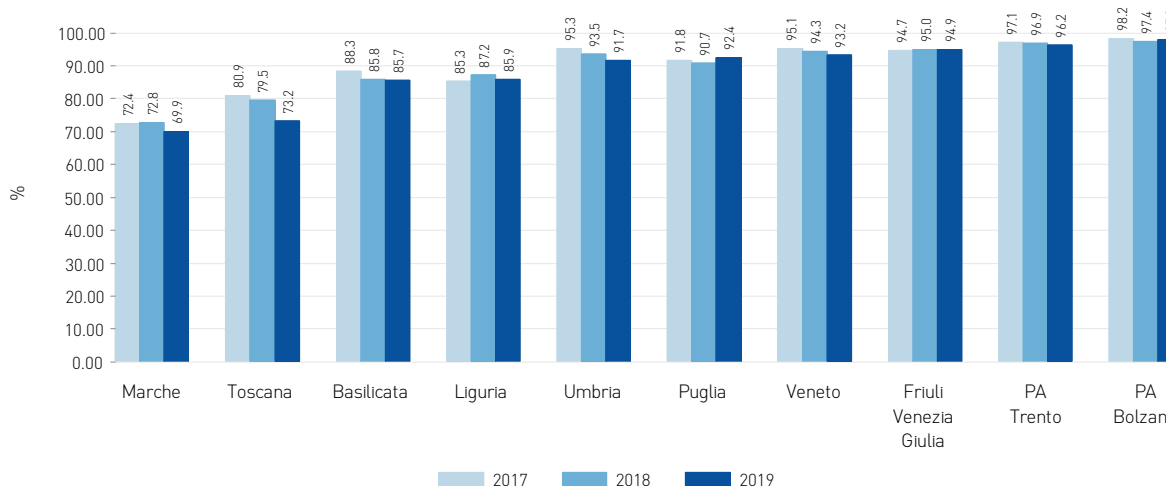
## C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

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



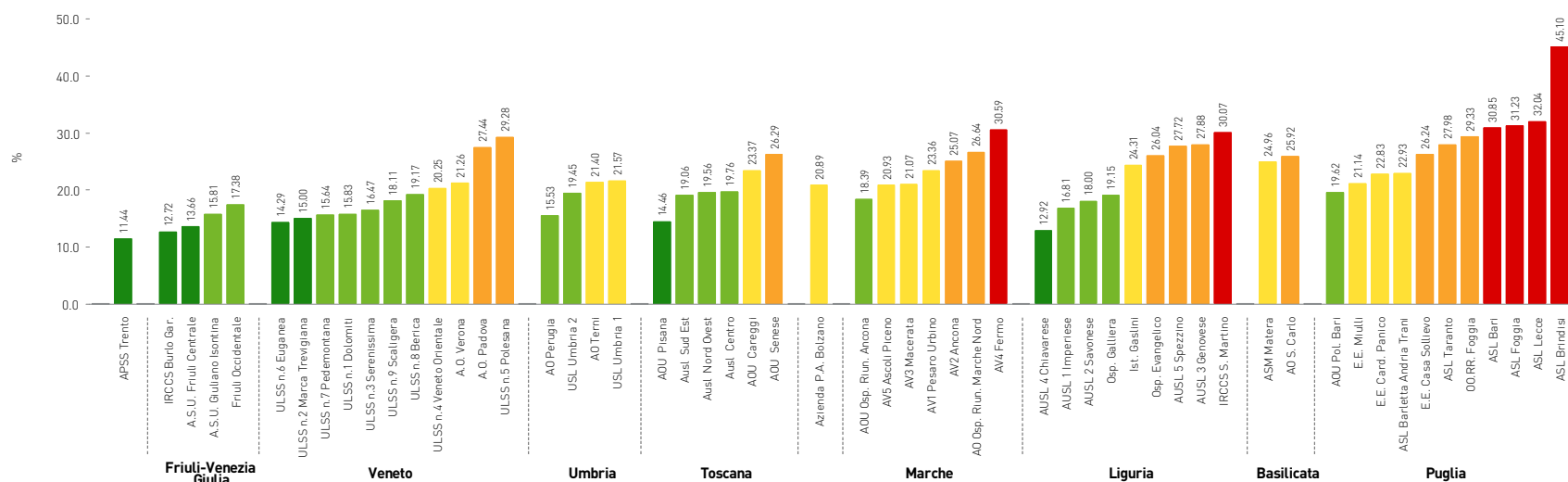
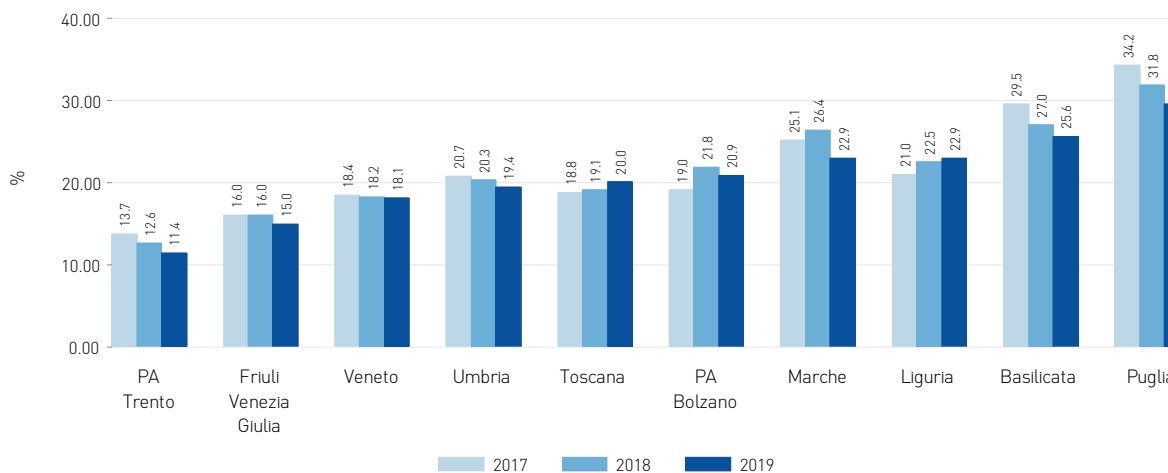
### C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, 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). Il boarding è attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraffollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.



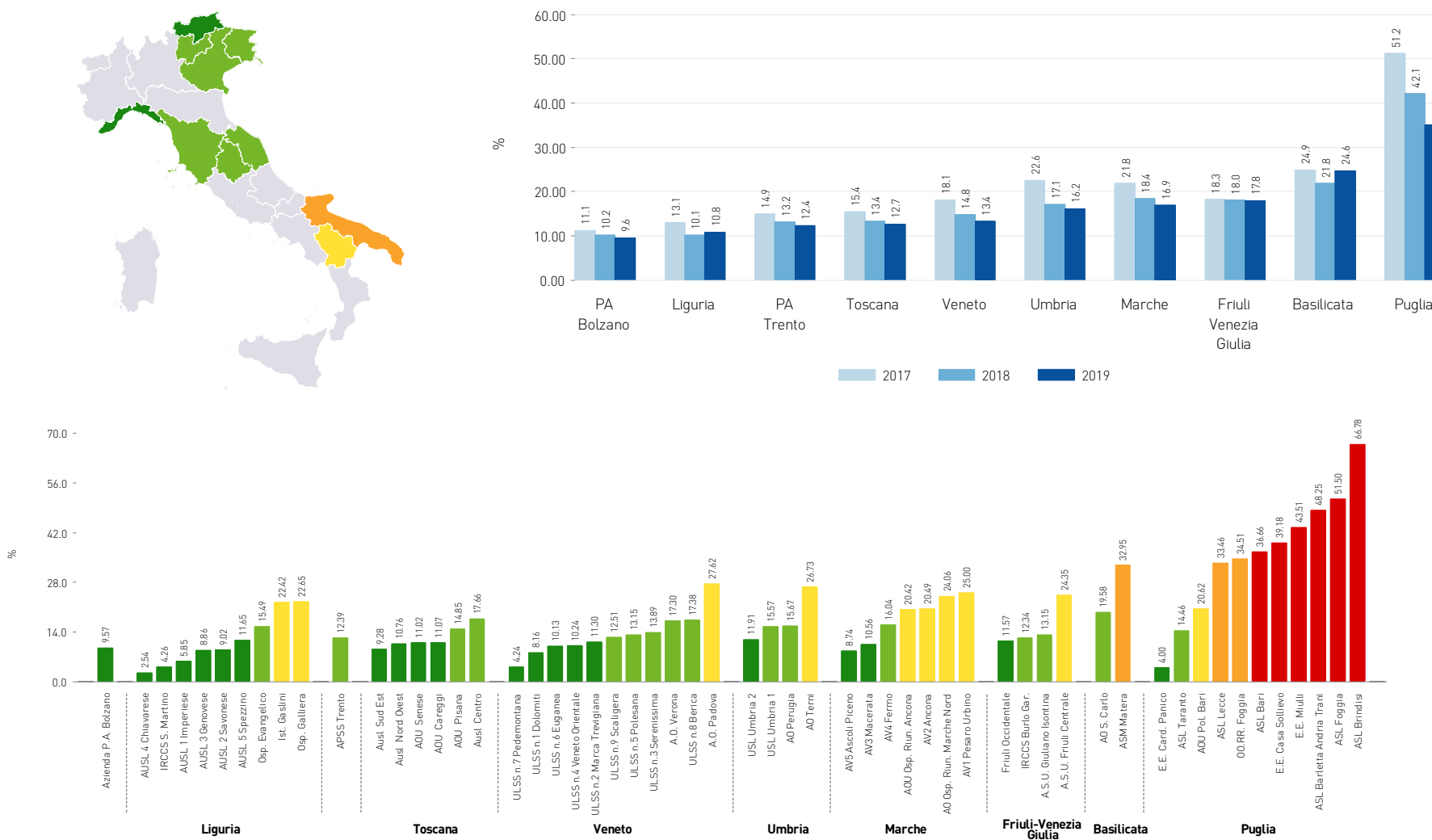
## C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

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.



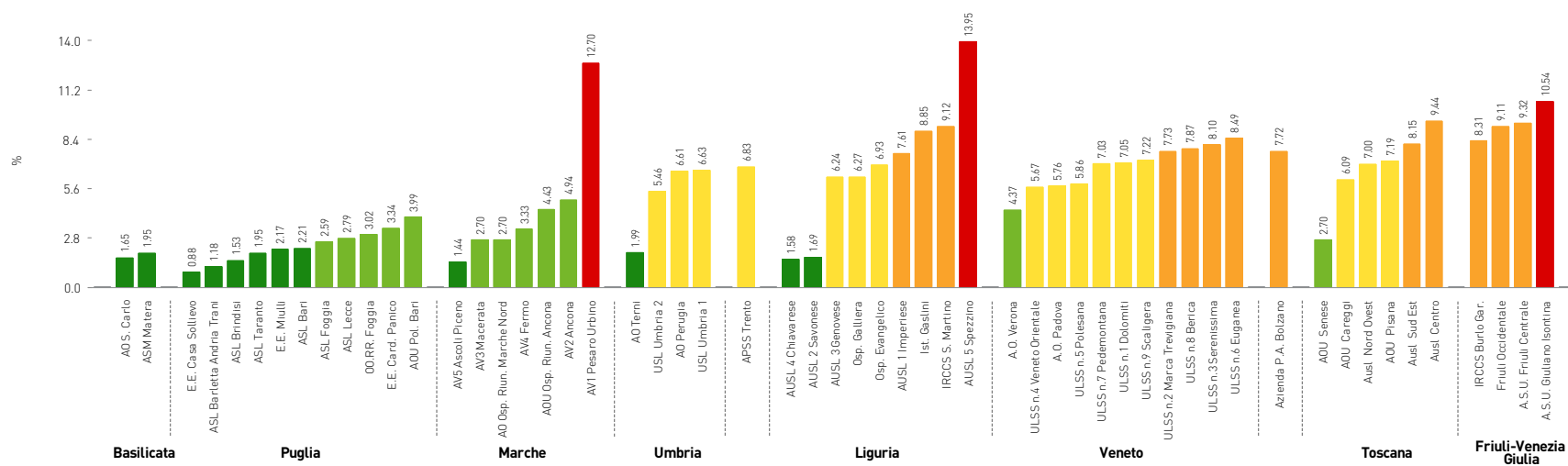
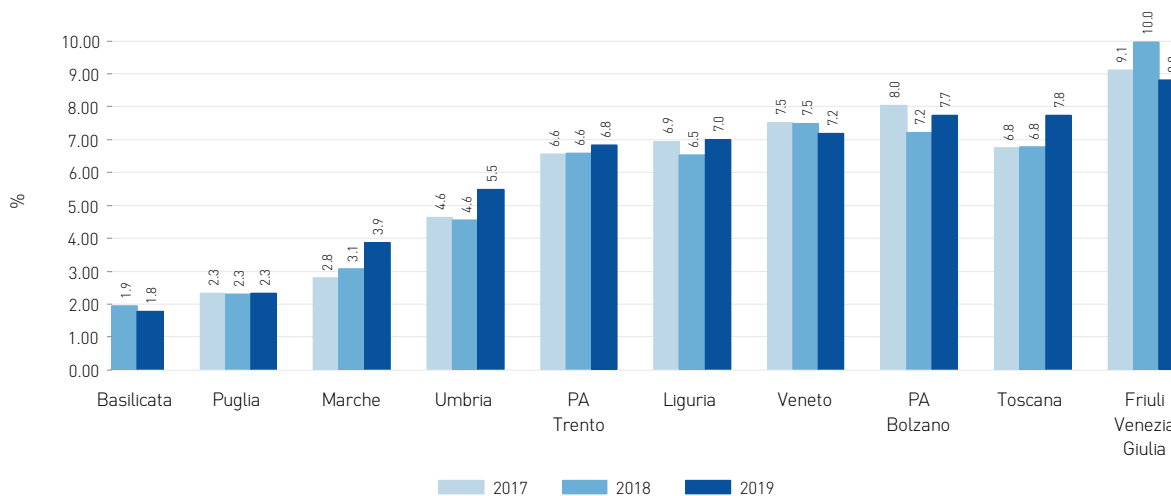
### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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%.



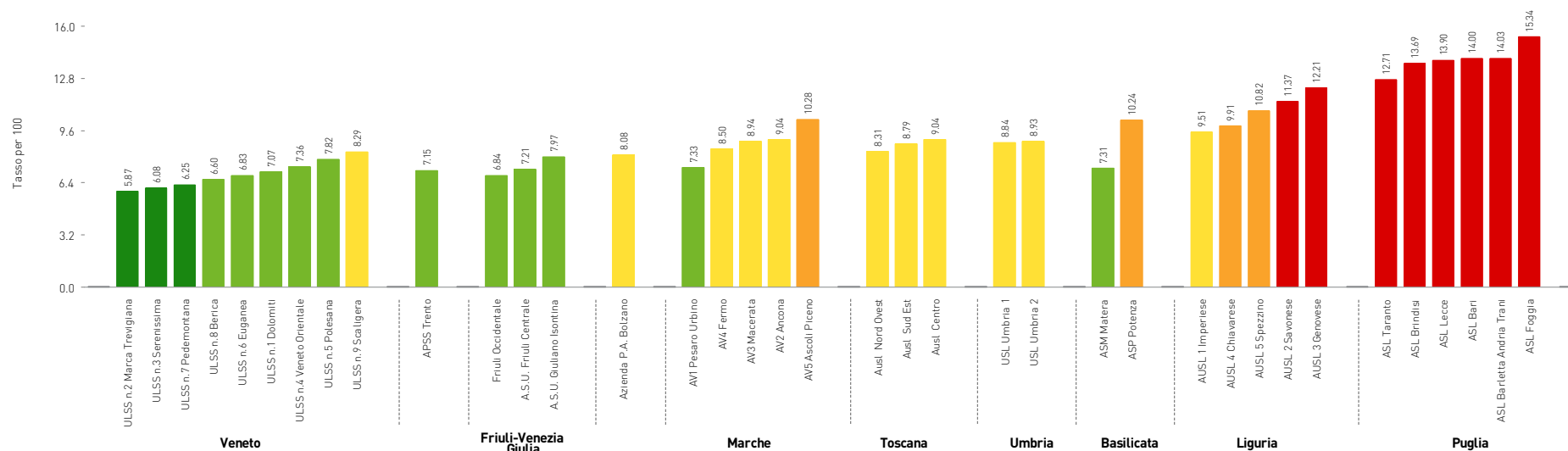
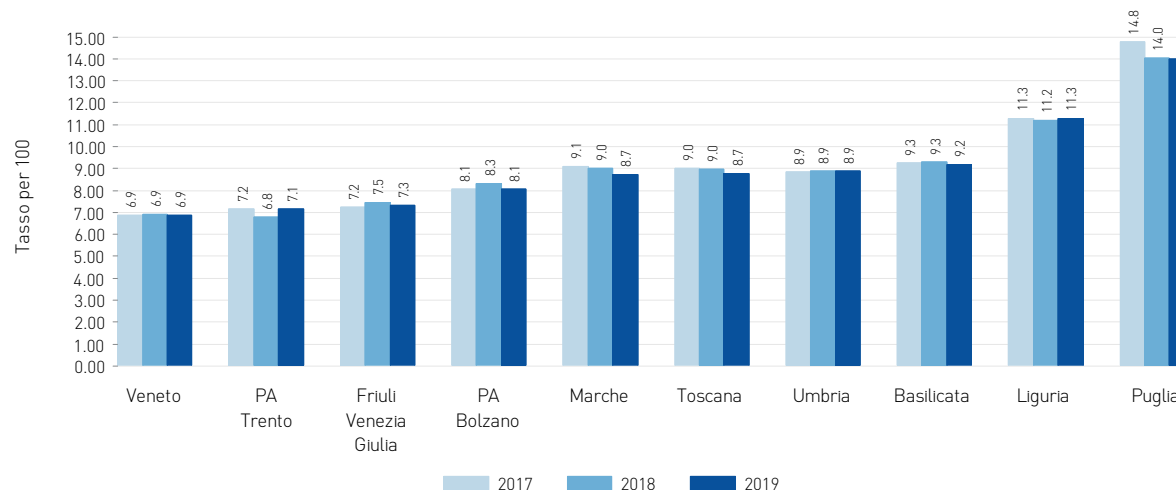
## C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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.



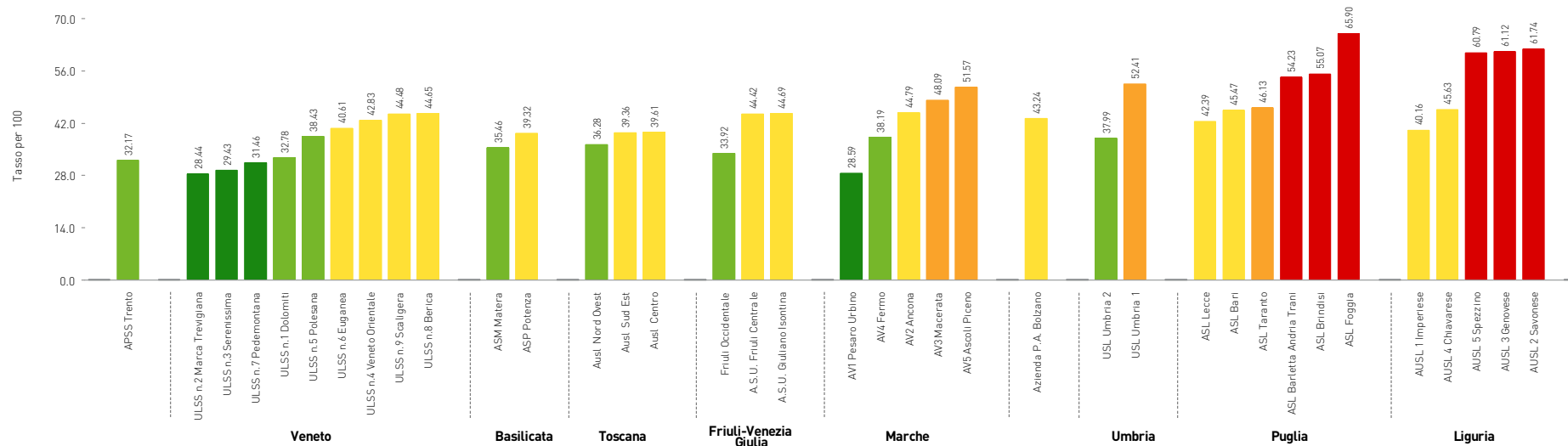
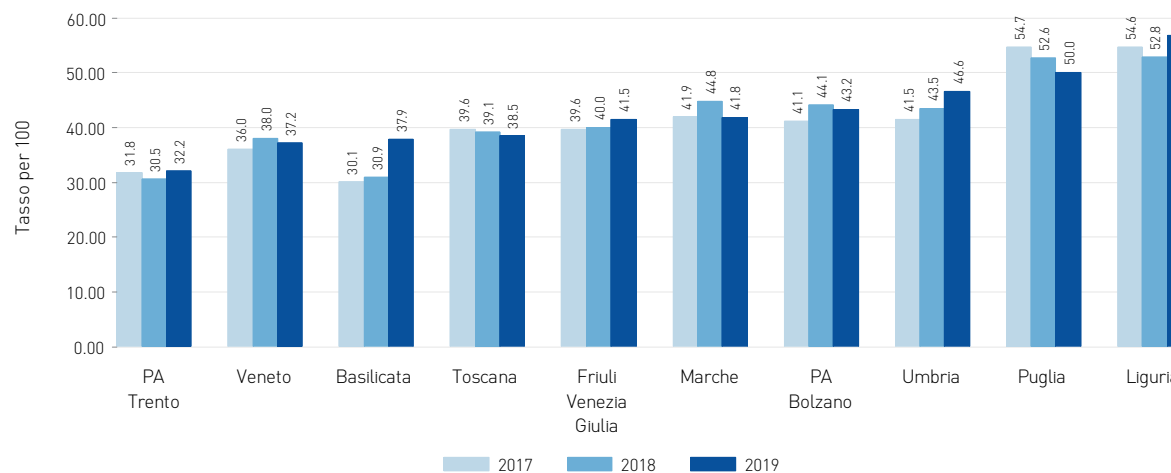
### C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

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 inappropriata dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005]. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano è compresa anche la mobilità austriaca.



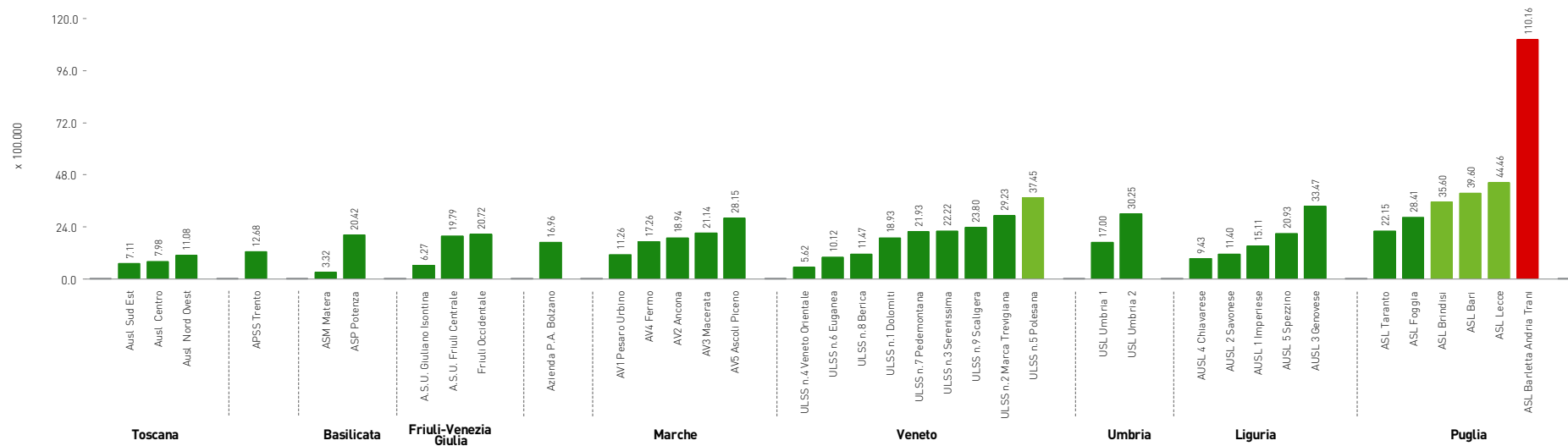
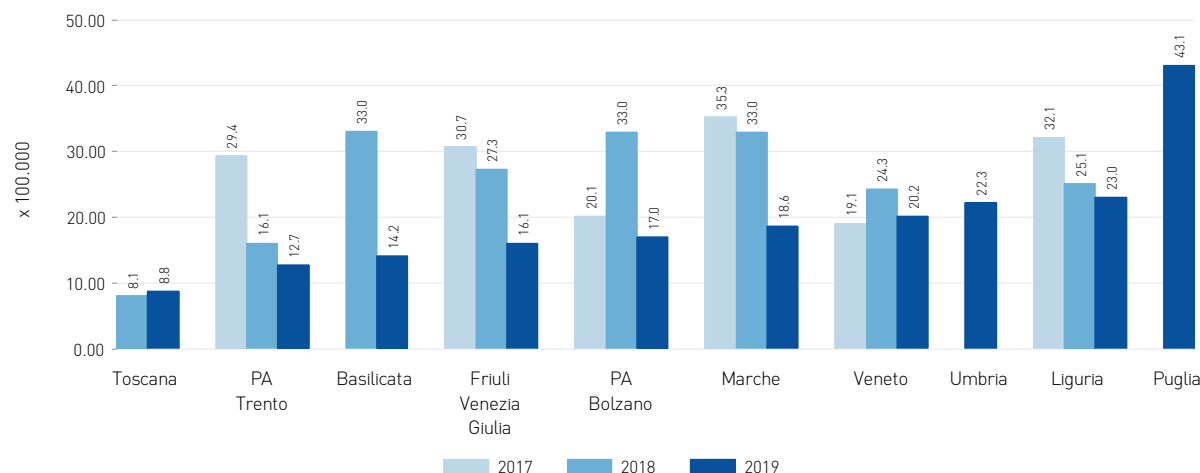
### C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

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



## D04C.A Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma

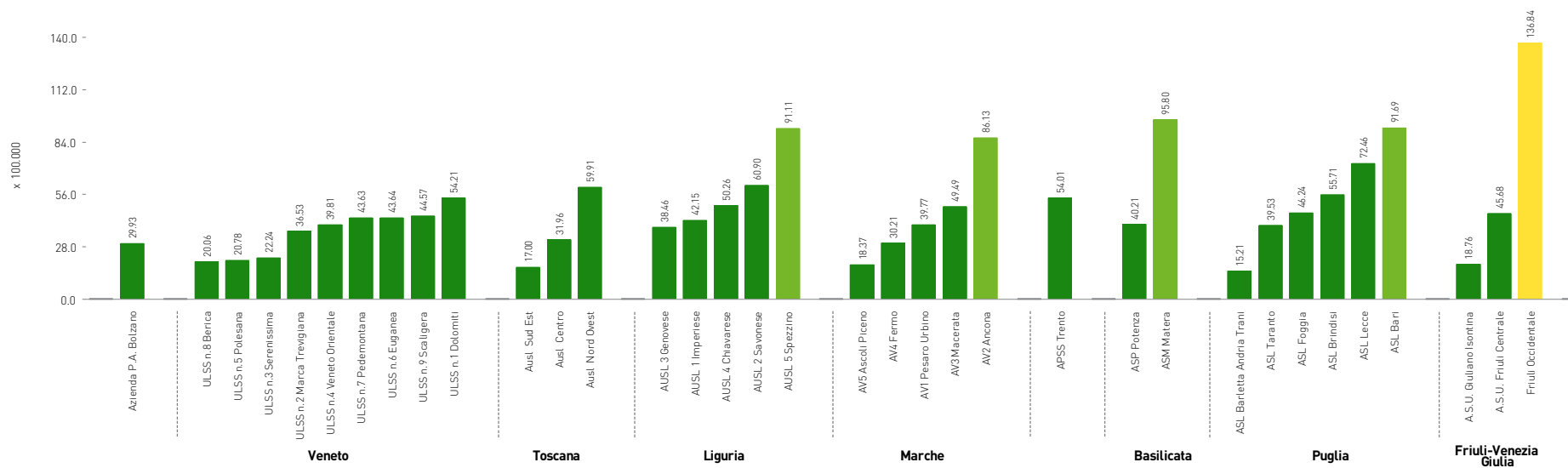
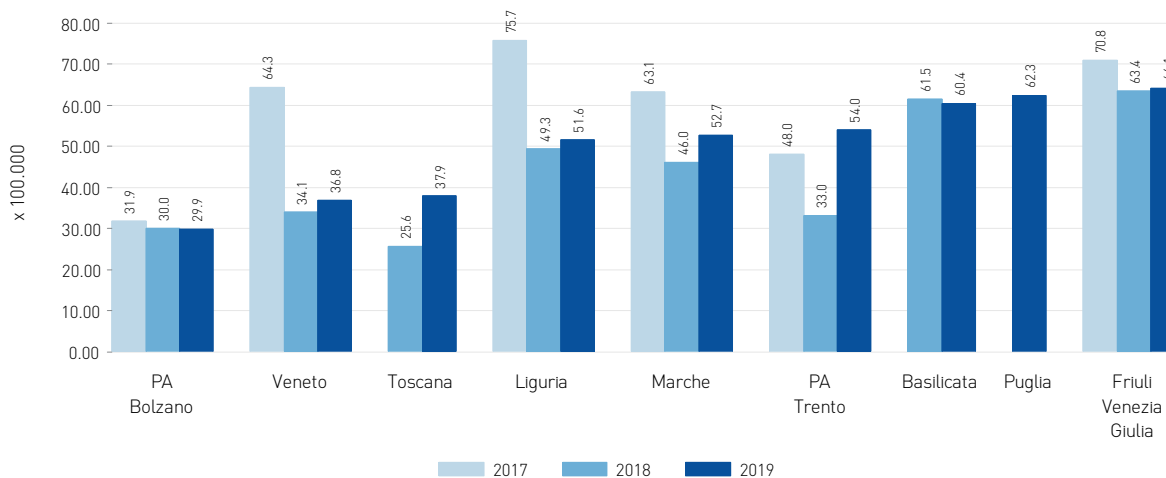
L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuta è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione 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.





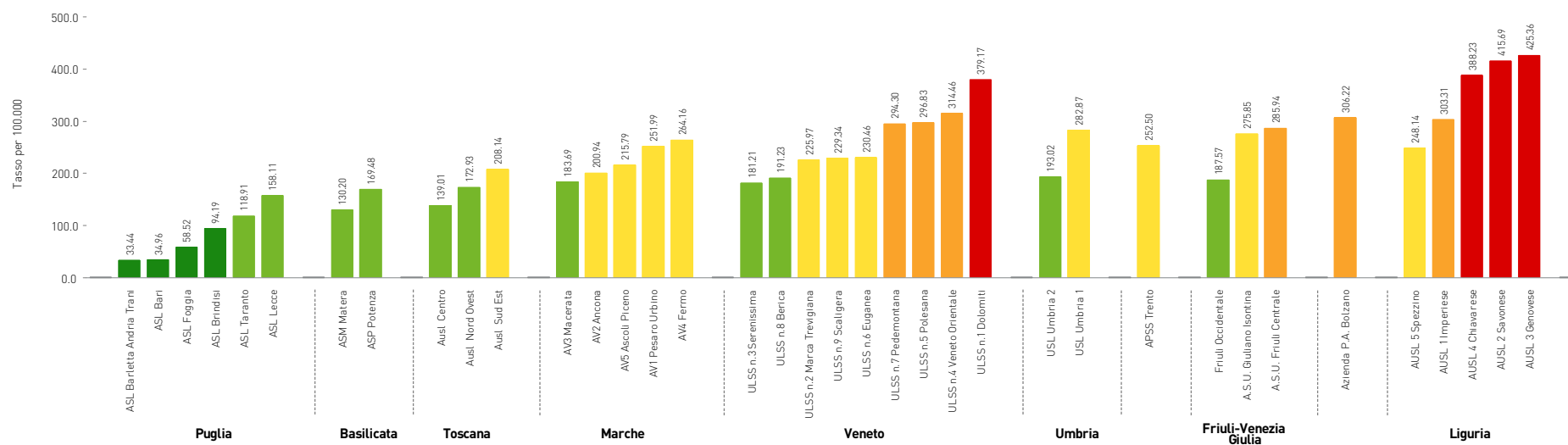
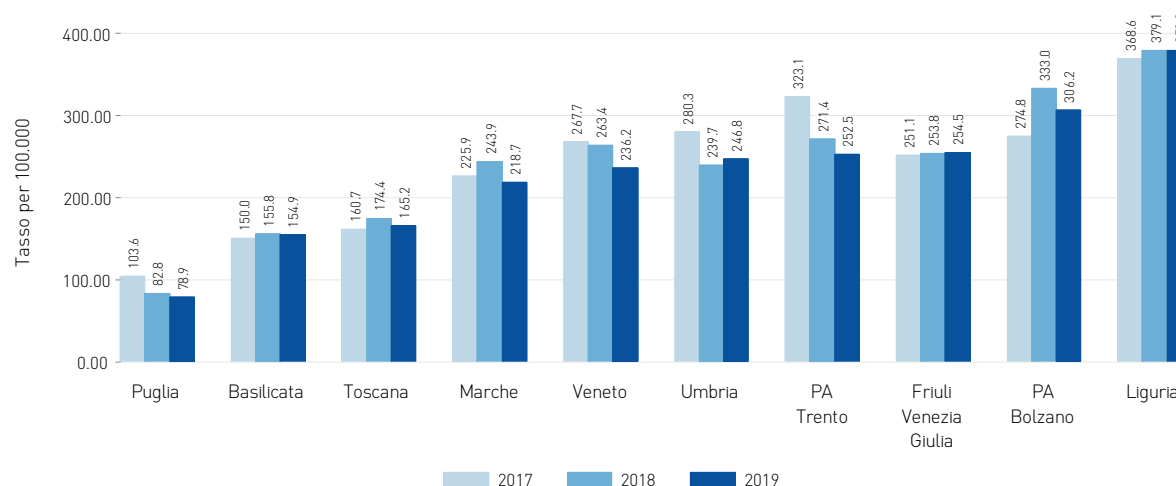
## D04C.B Tasso di ospedalizzazione standardizzato in eta' pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite

In Italia 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 della patologia si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima fra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi, pertanto 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.



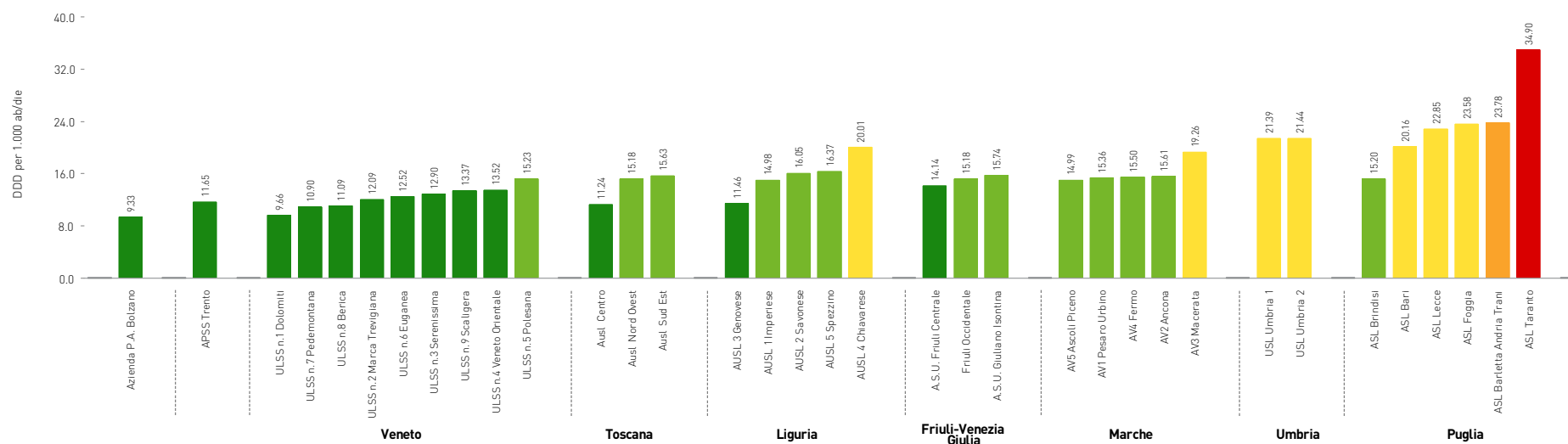
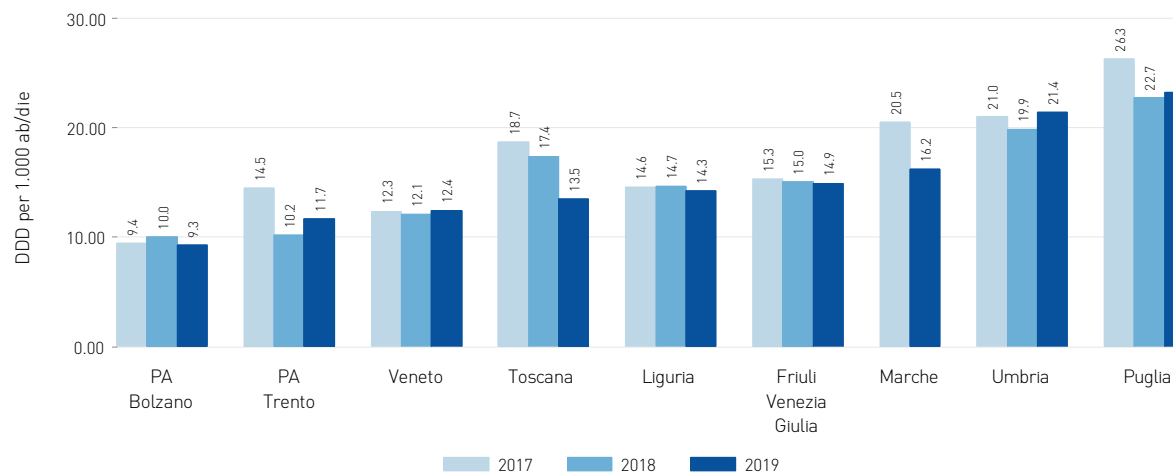
### C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti

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



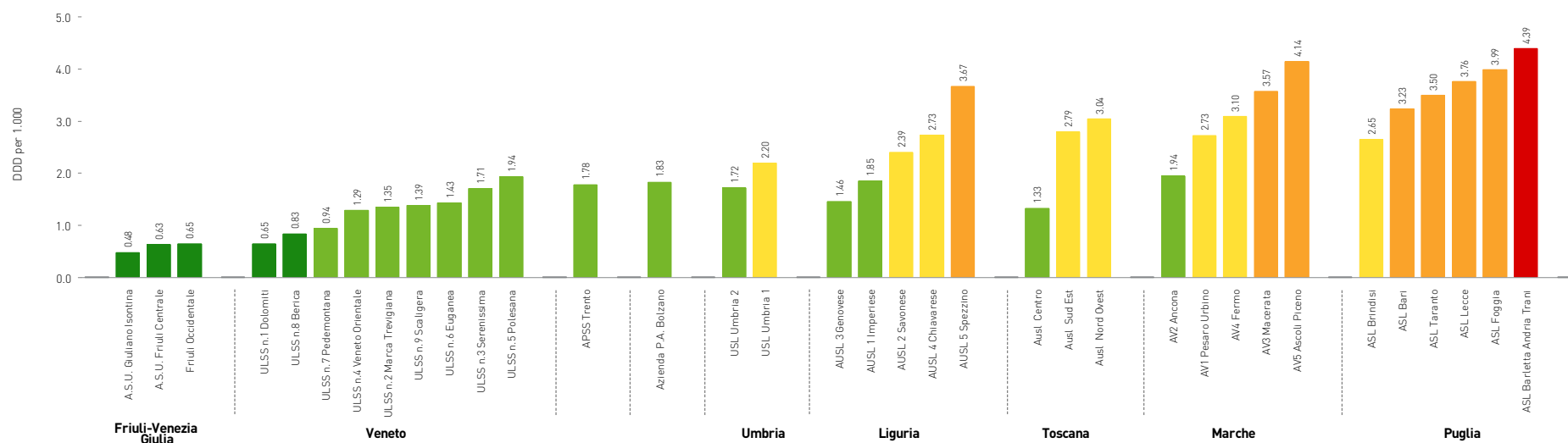
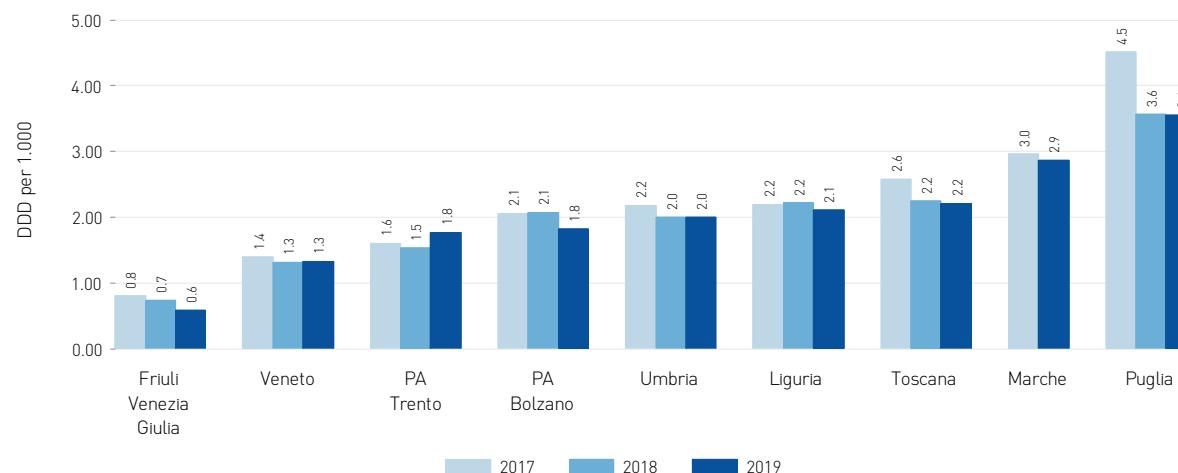
### C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

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.



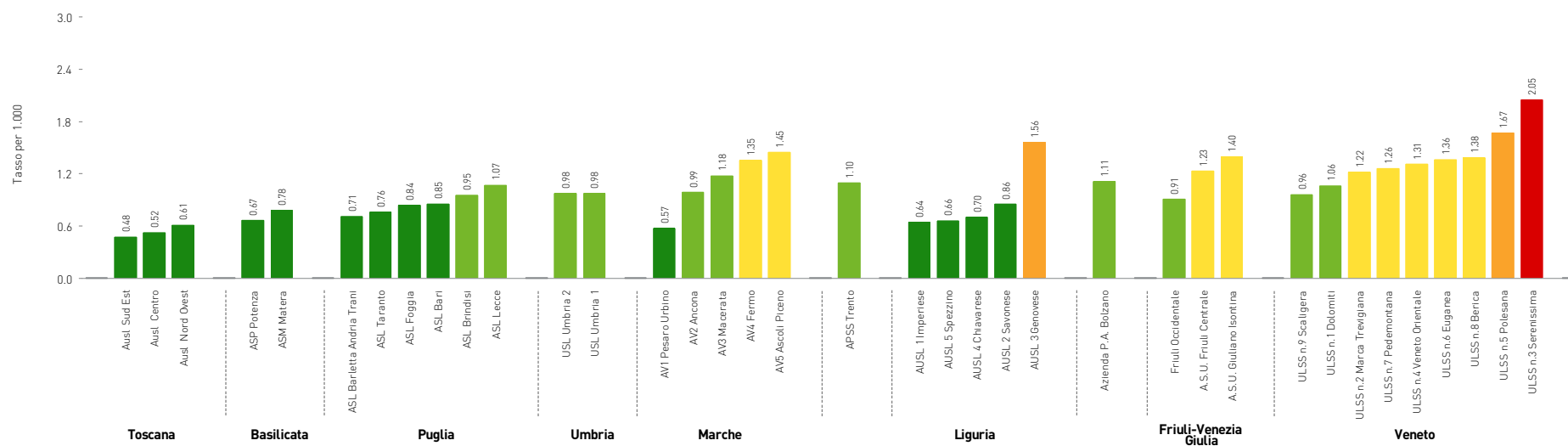
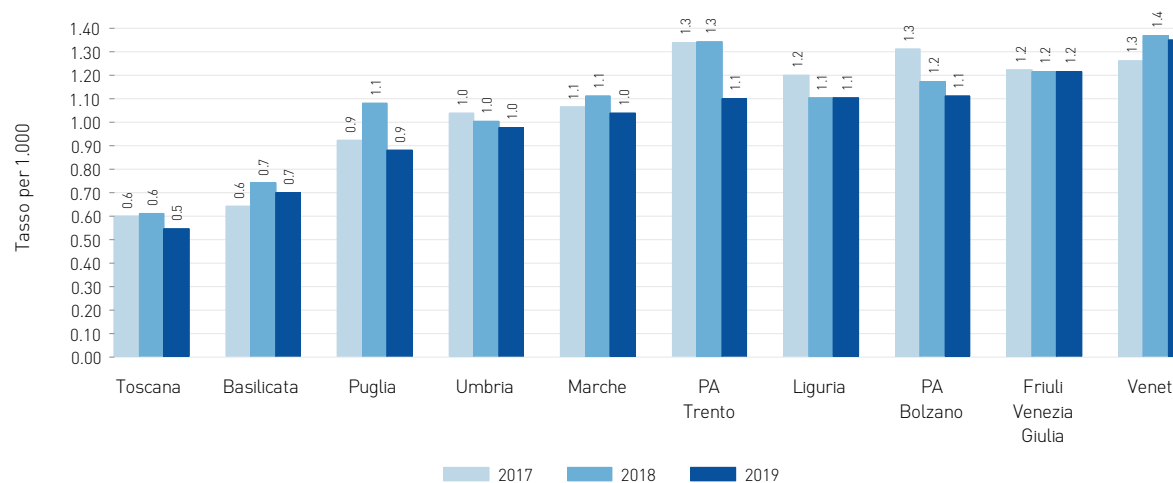
### C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

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.



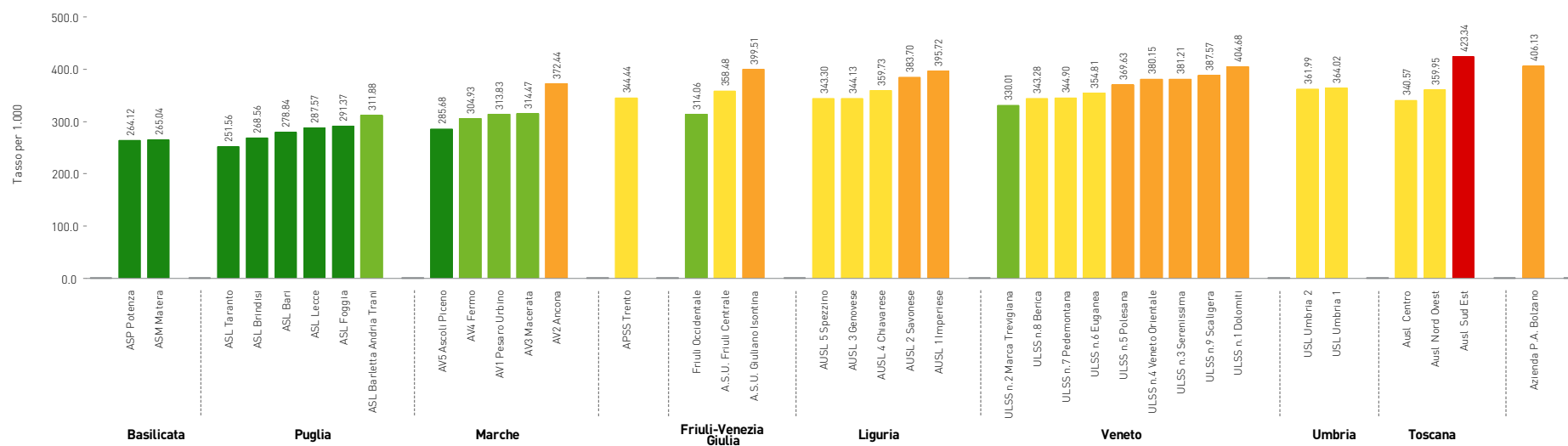
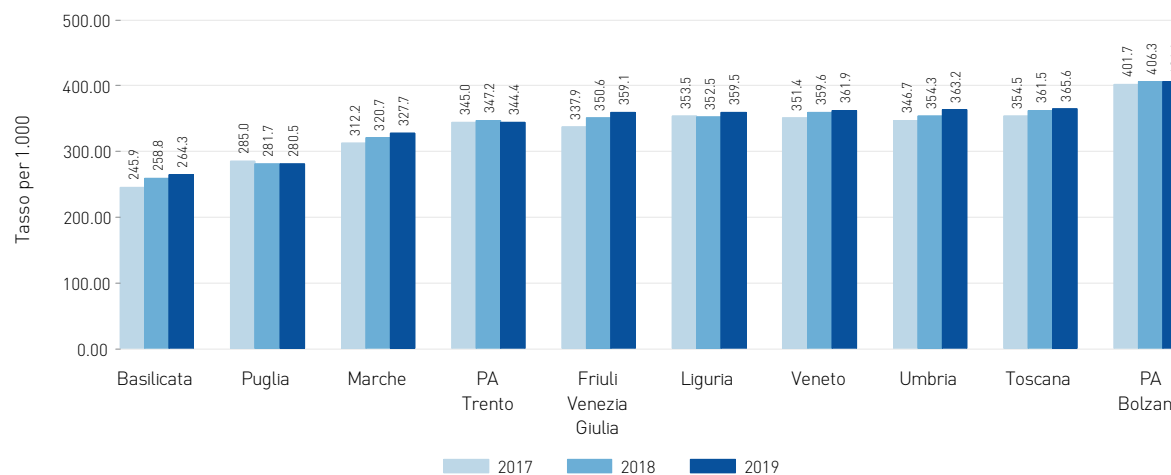
## C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

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.



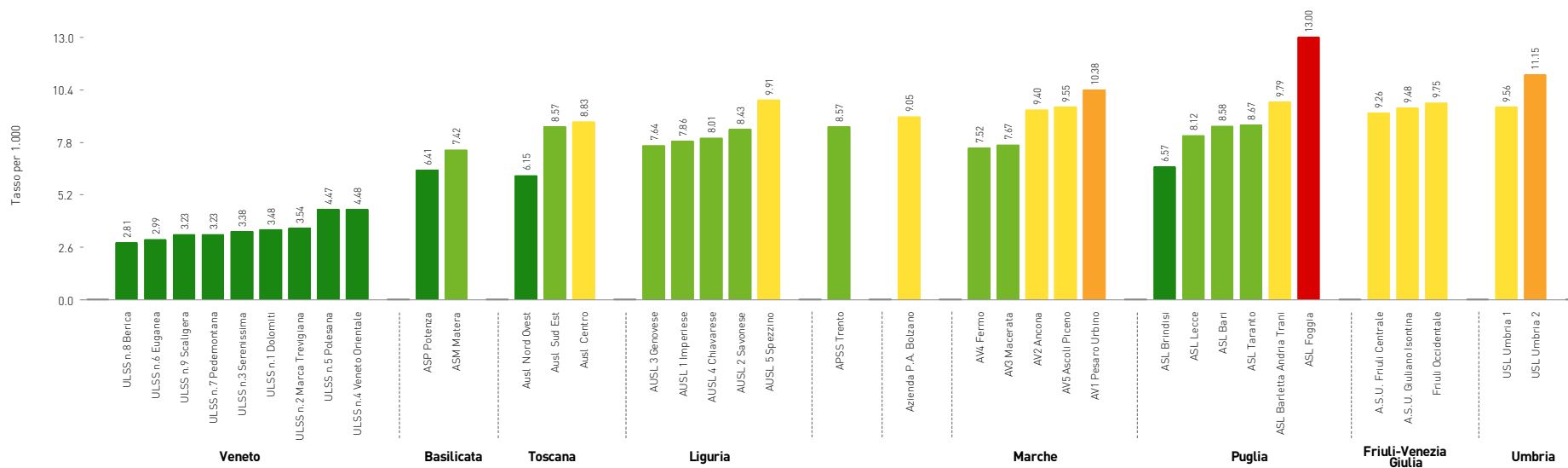
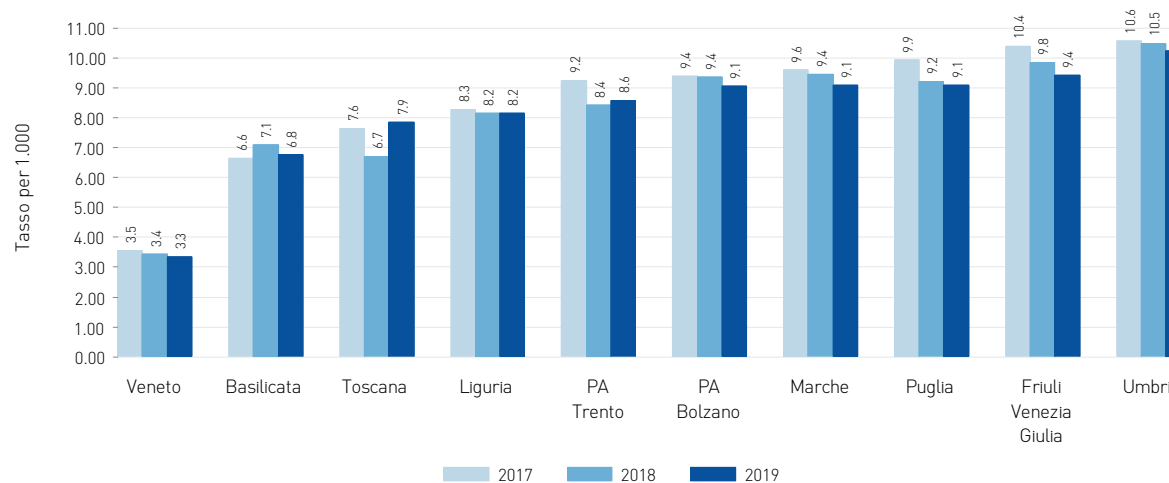
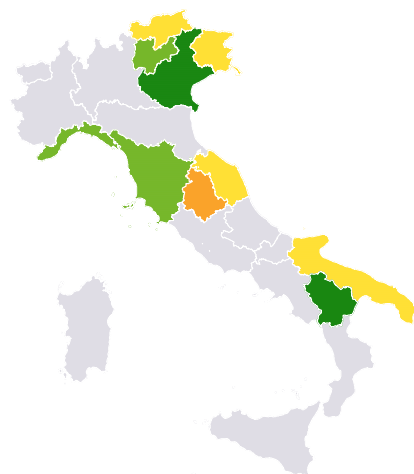
### C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

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.



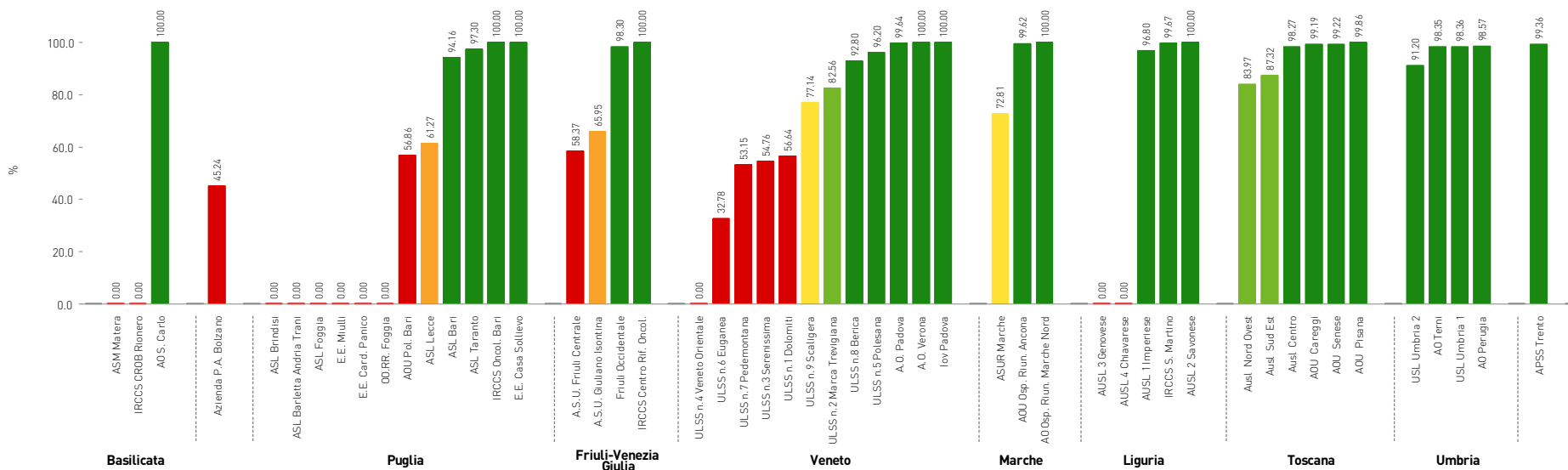
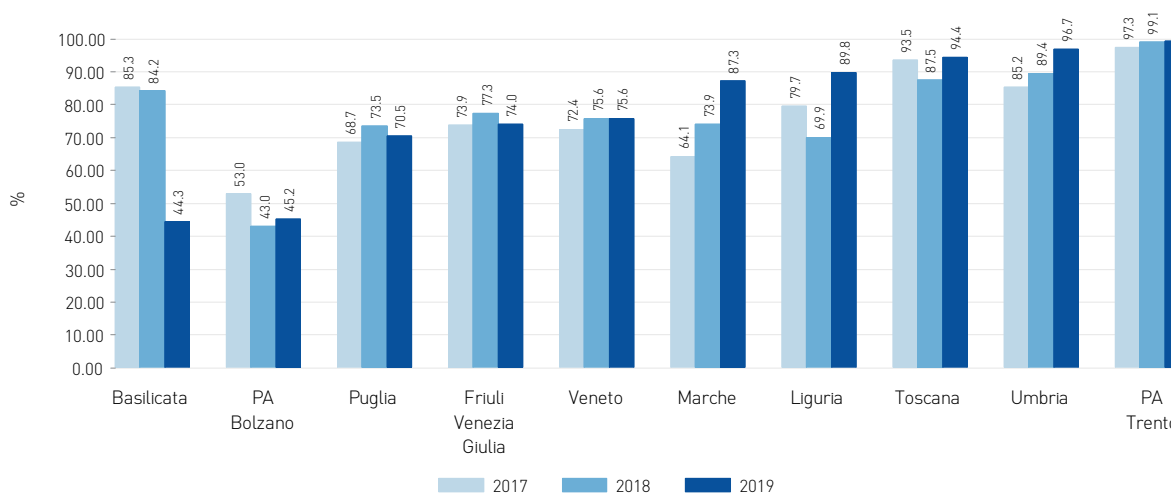
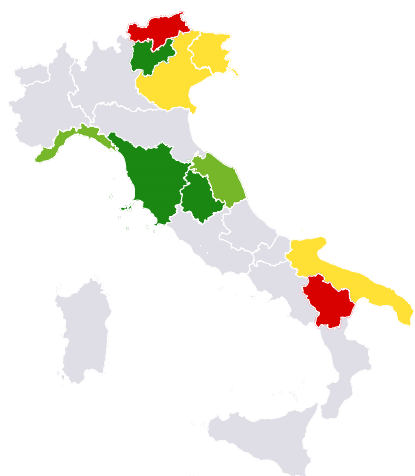
### C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

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

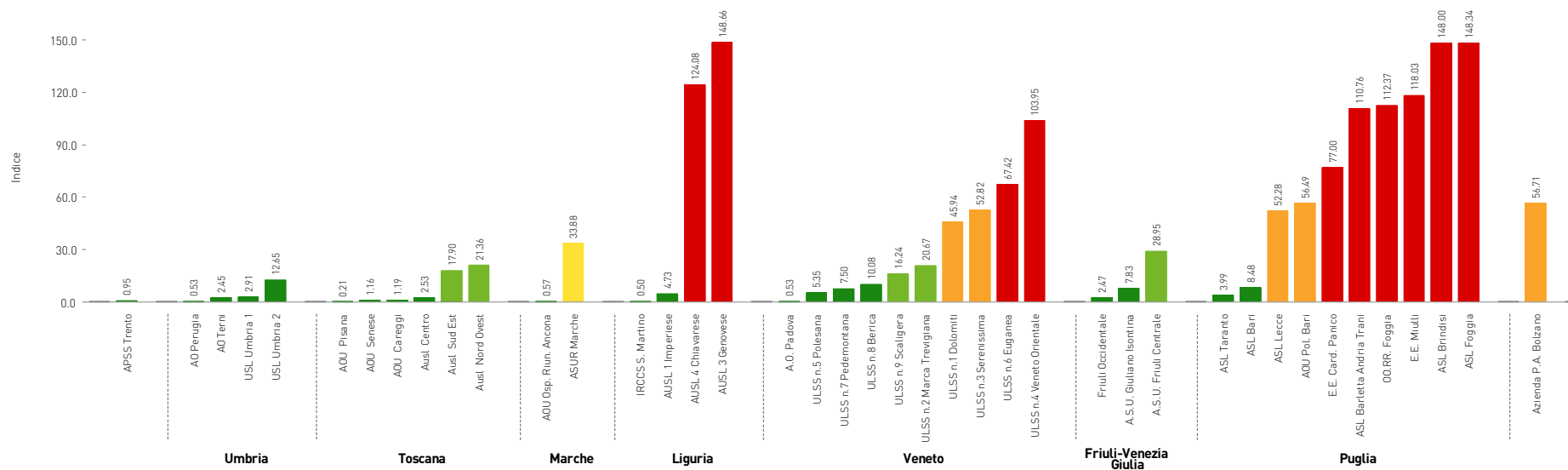
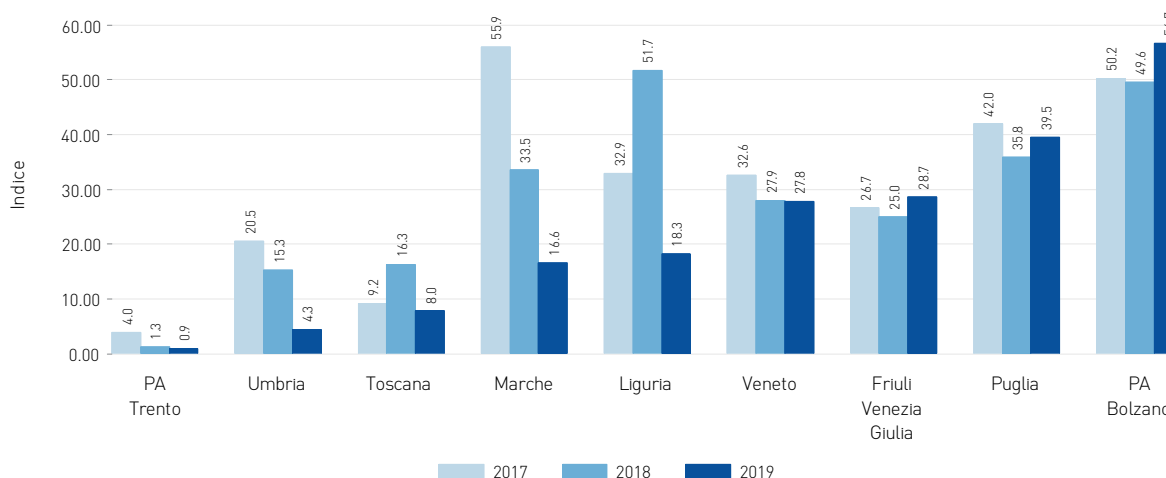
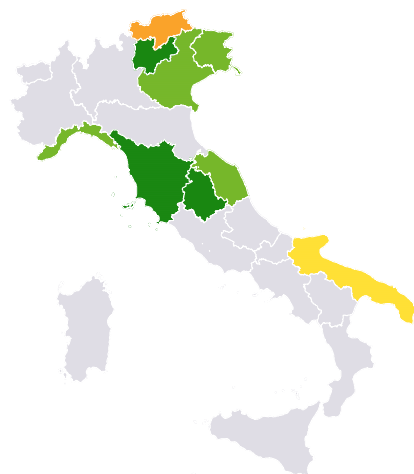
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia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





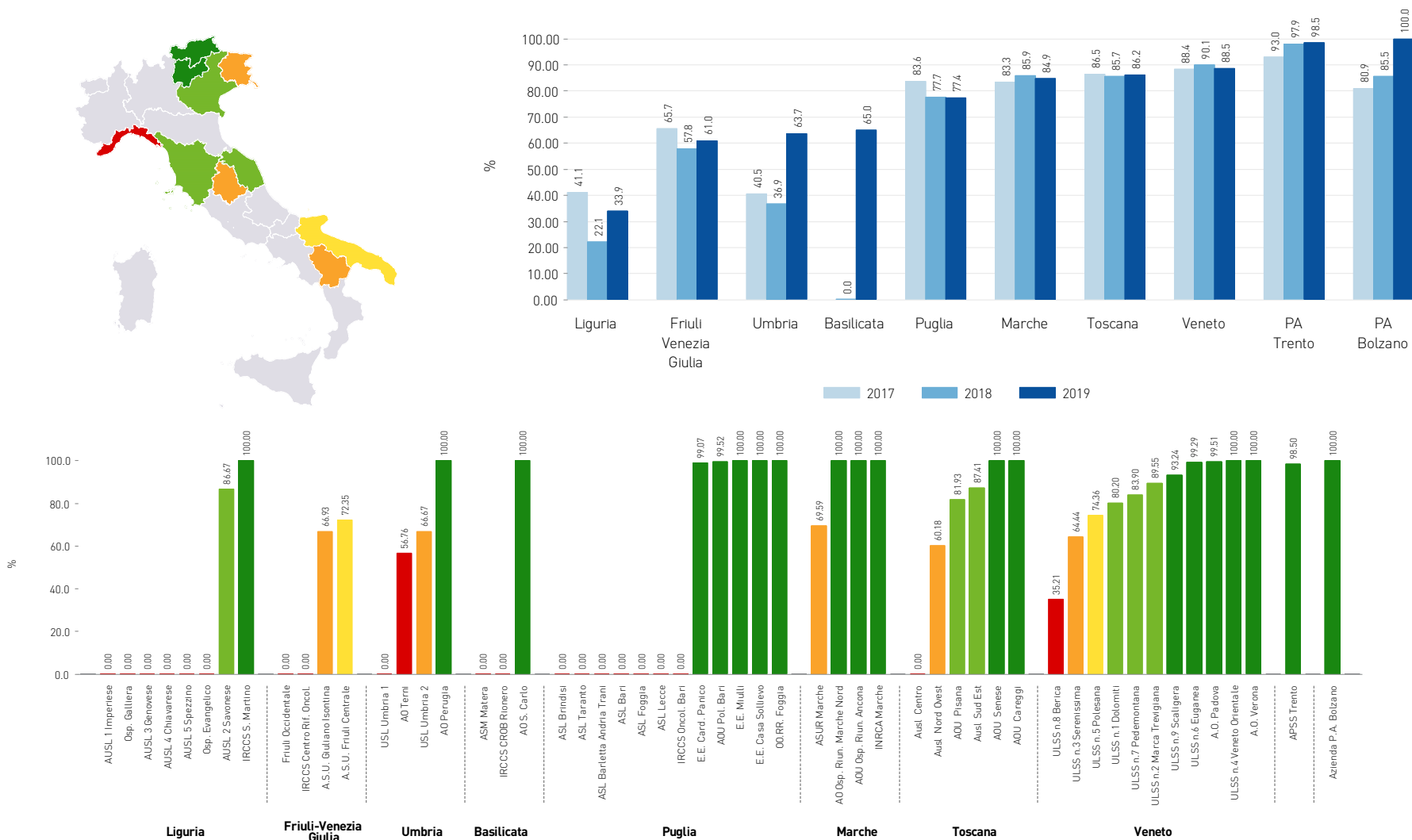
### C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

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).



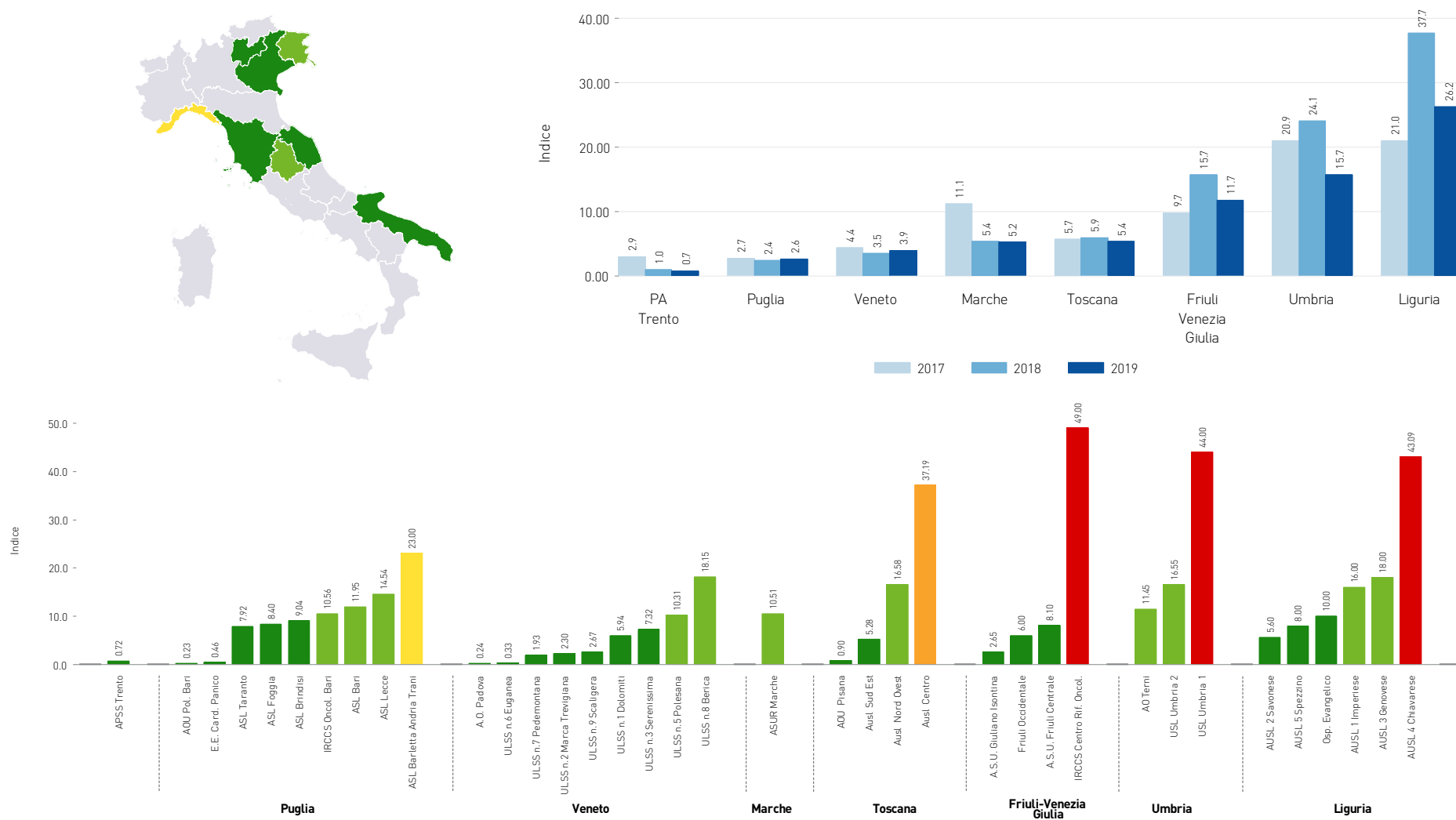
### C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

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.



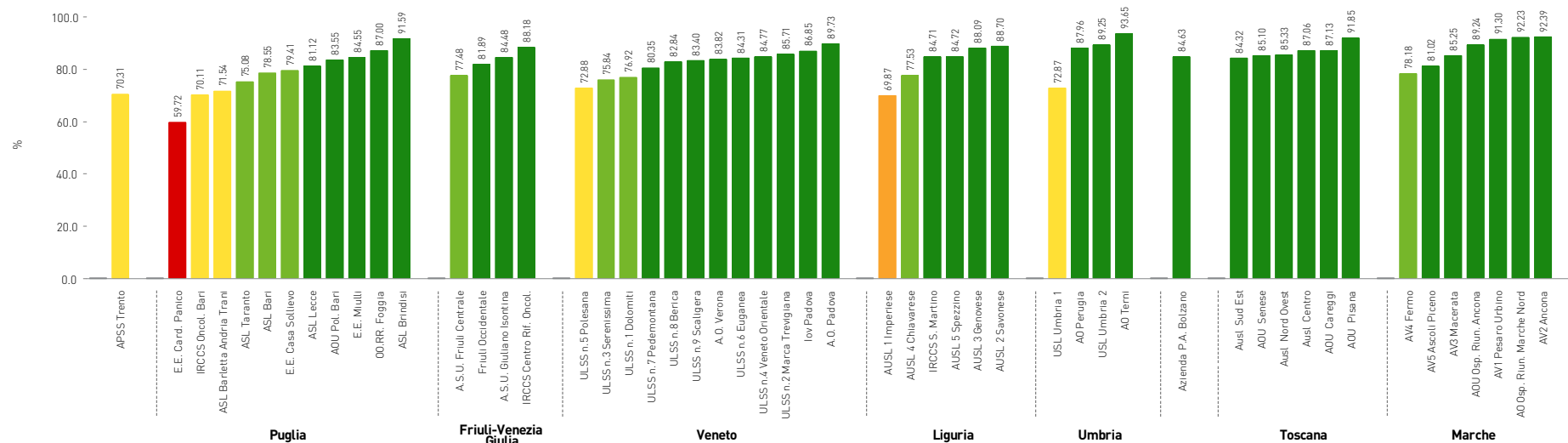
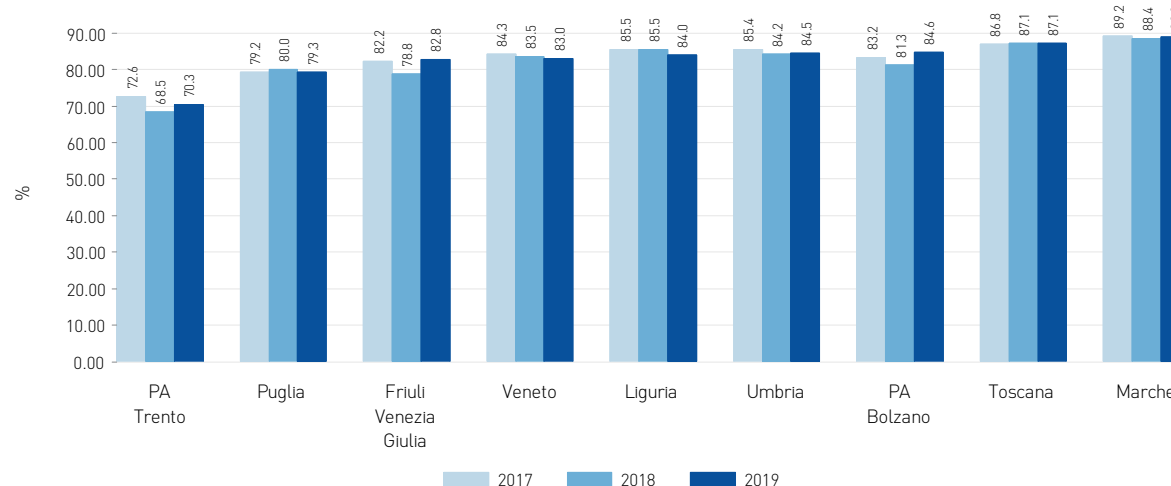
## C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

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).



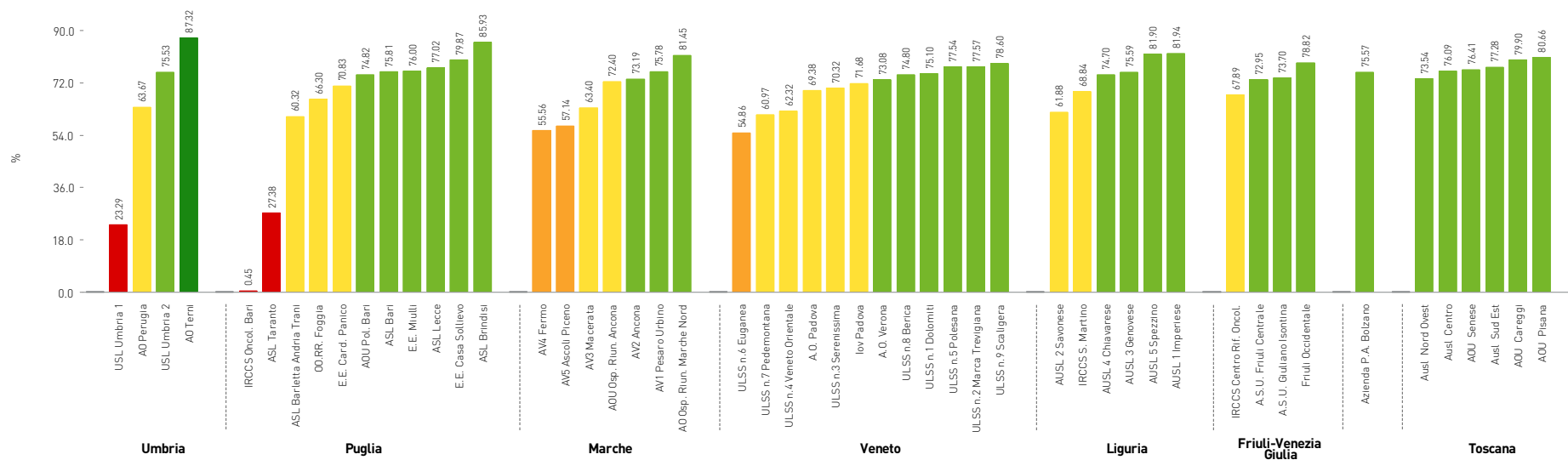
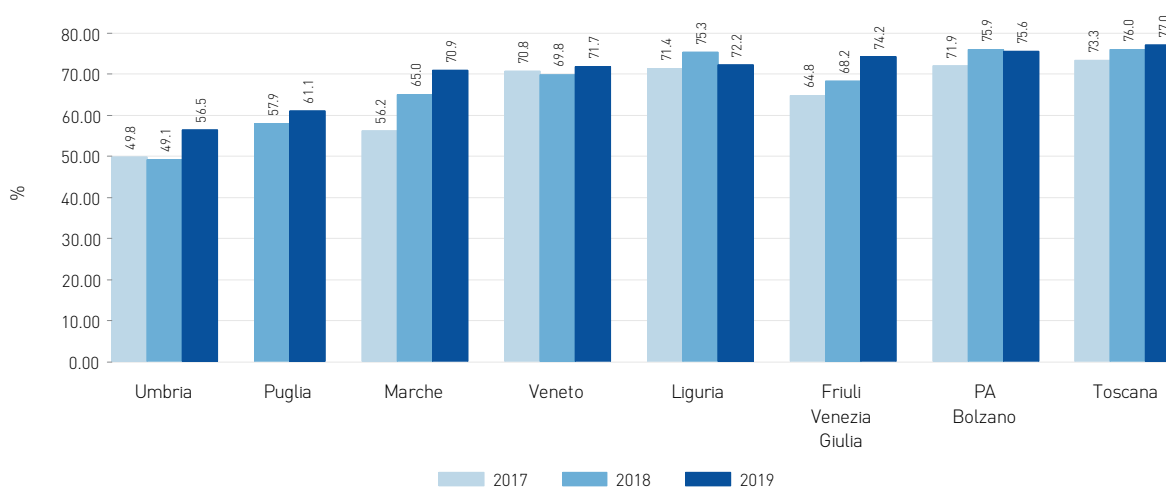
### C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

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).



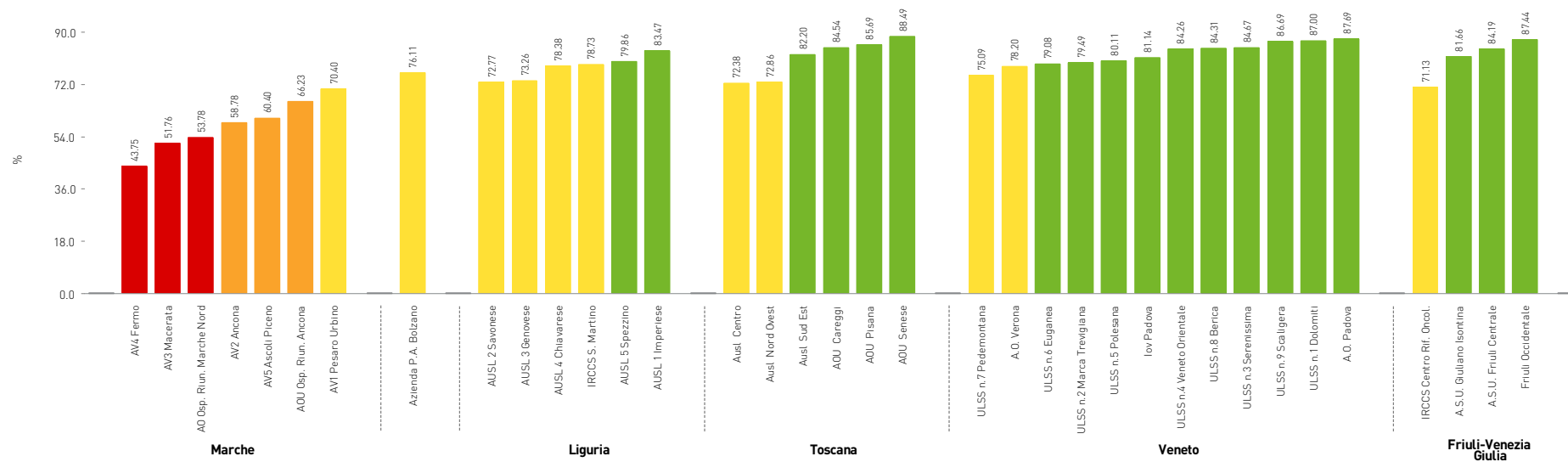
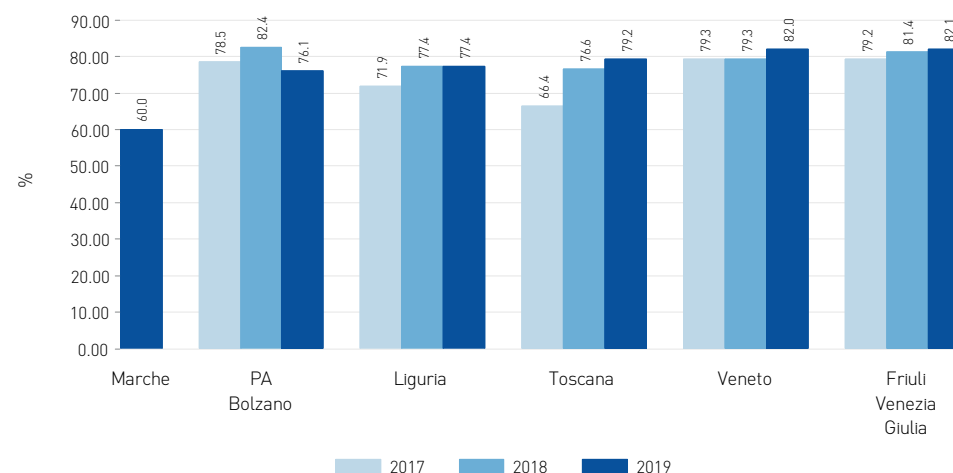
## C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

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.



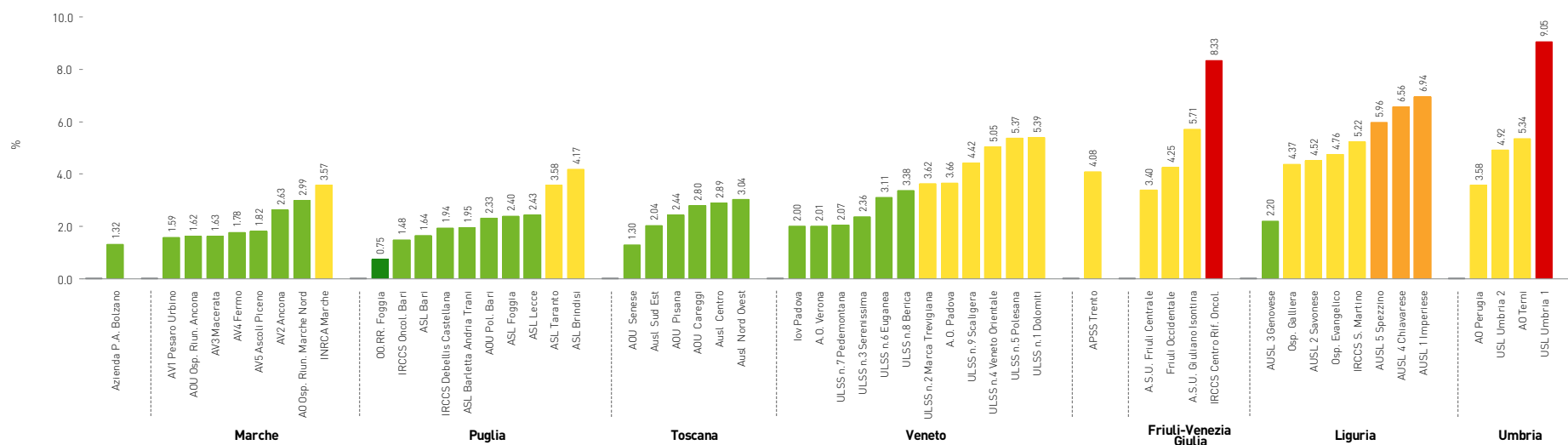
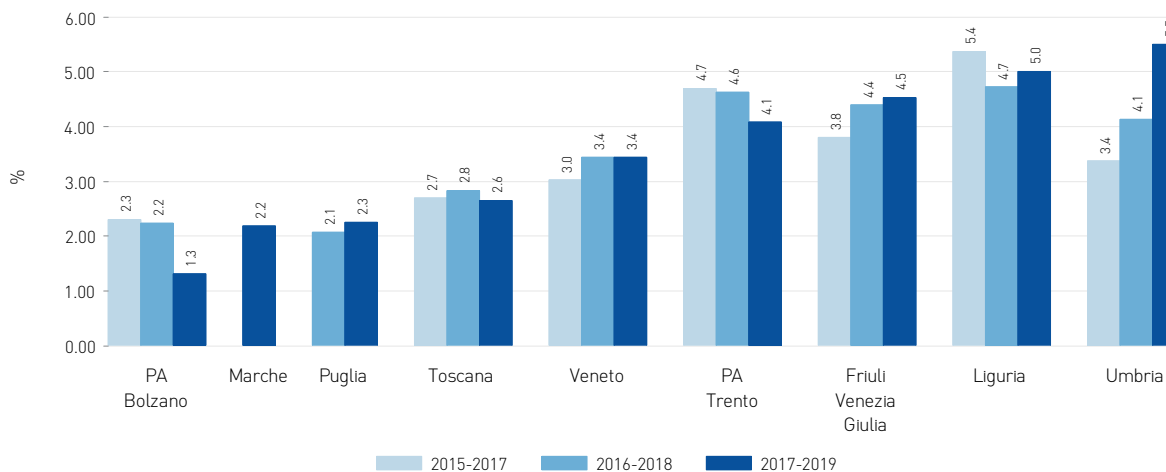
## C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

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.



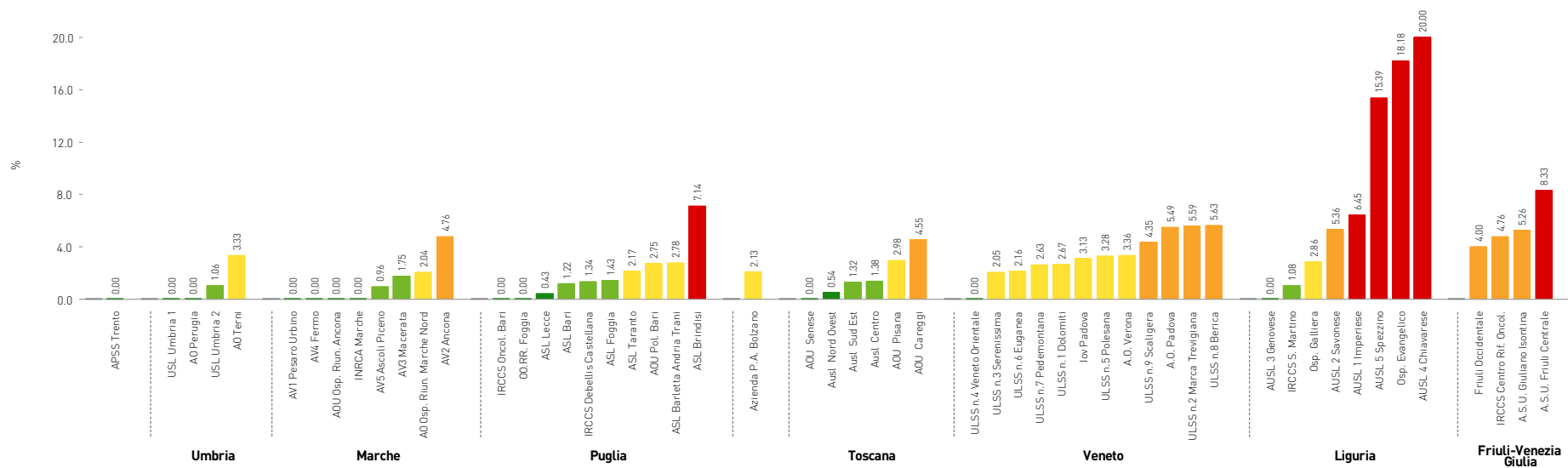
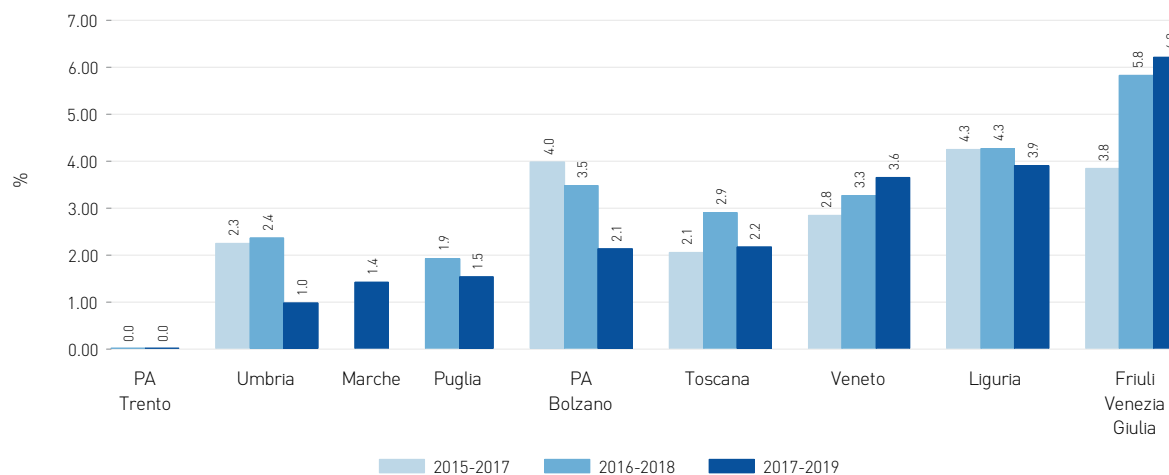
### C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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)

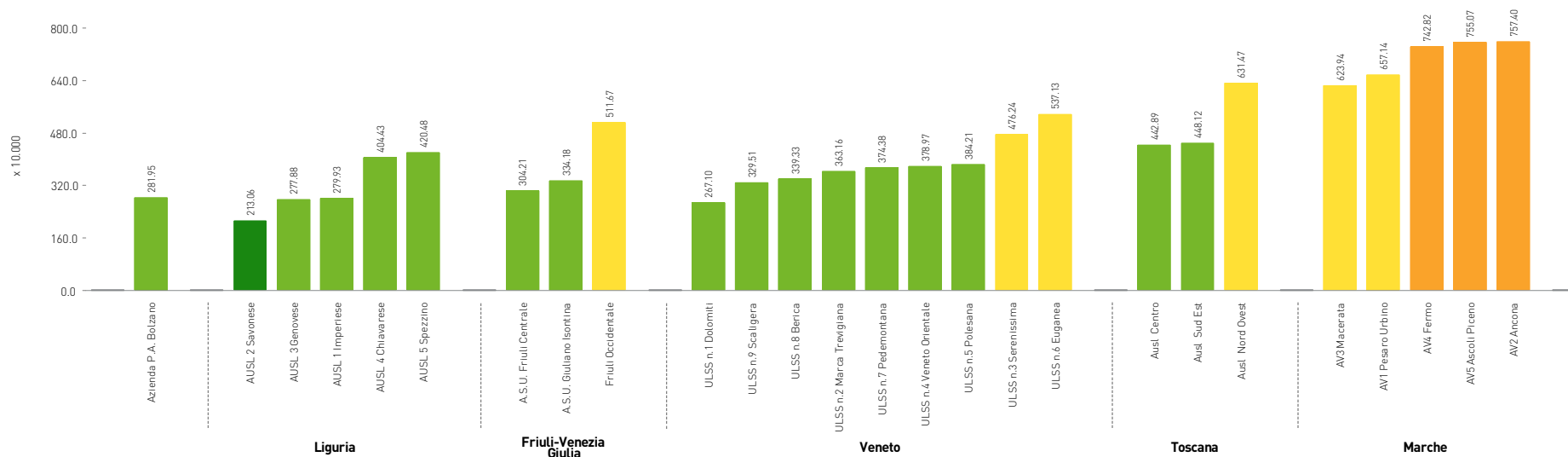
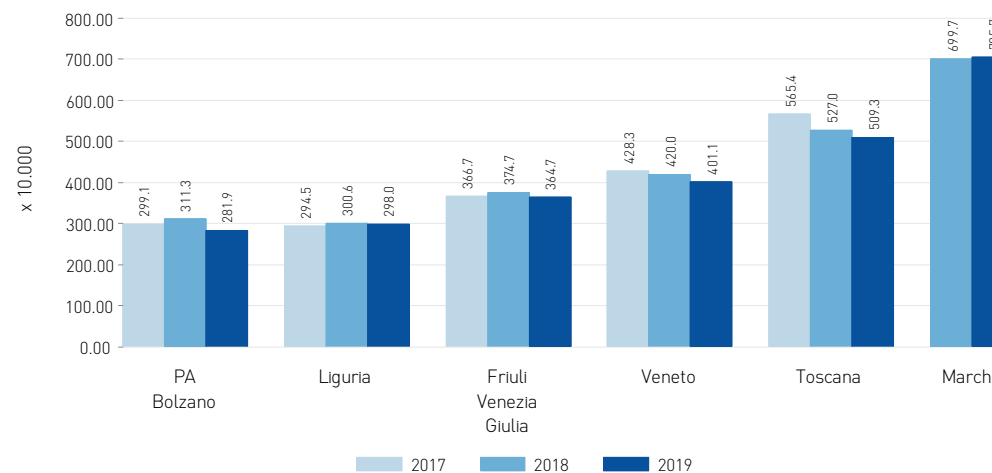
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.





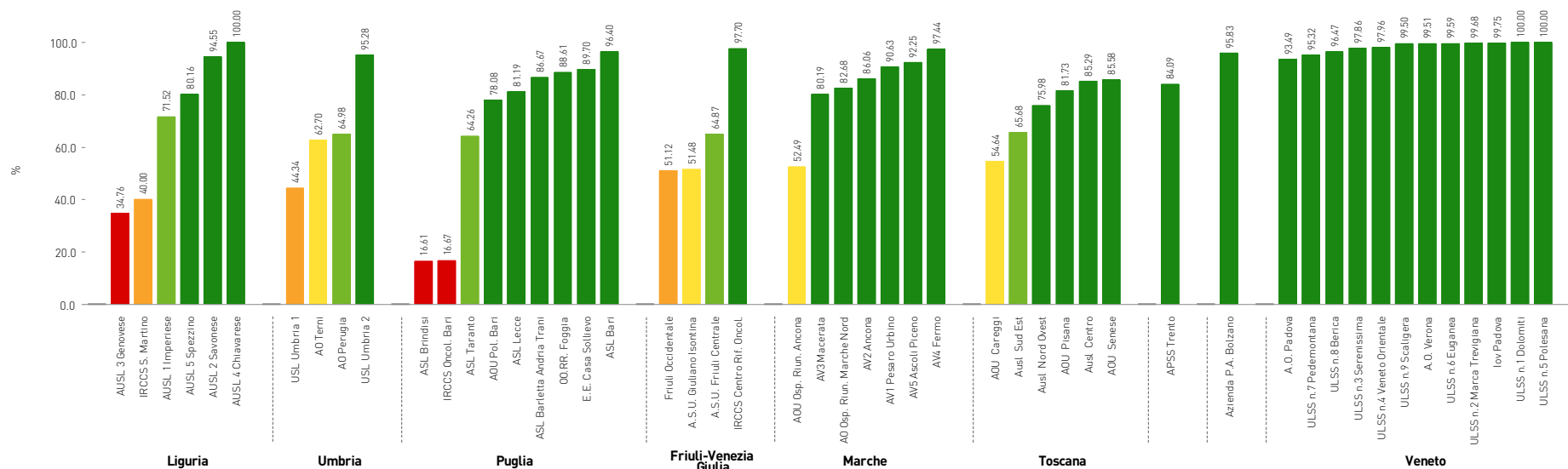
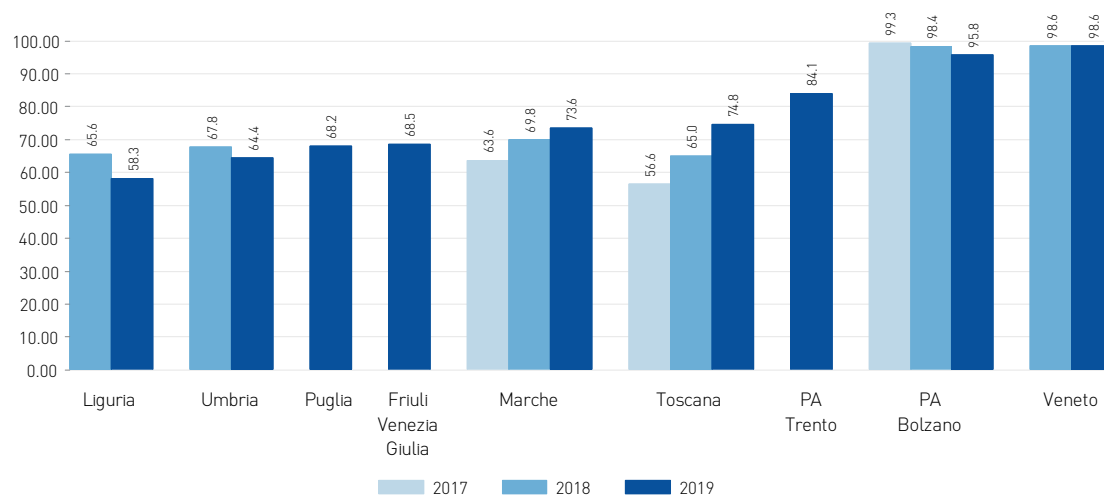
## C10.5 Appropriatelyzza prescrittiva dei biomarcatori tumorali

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.



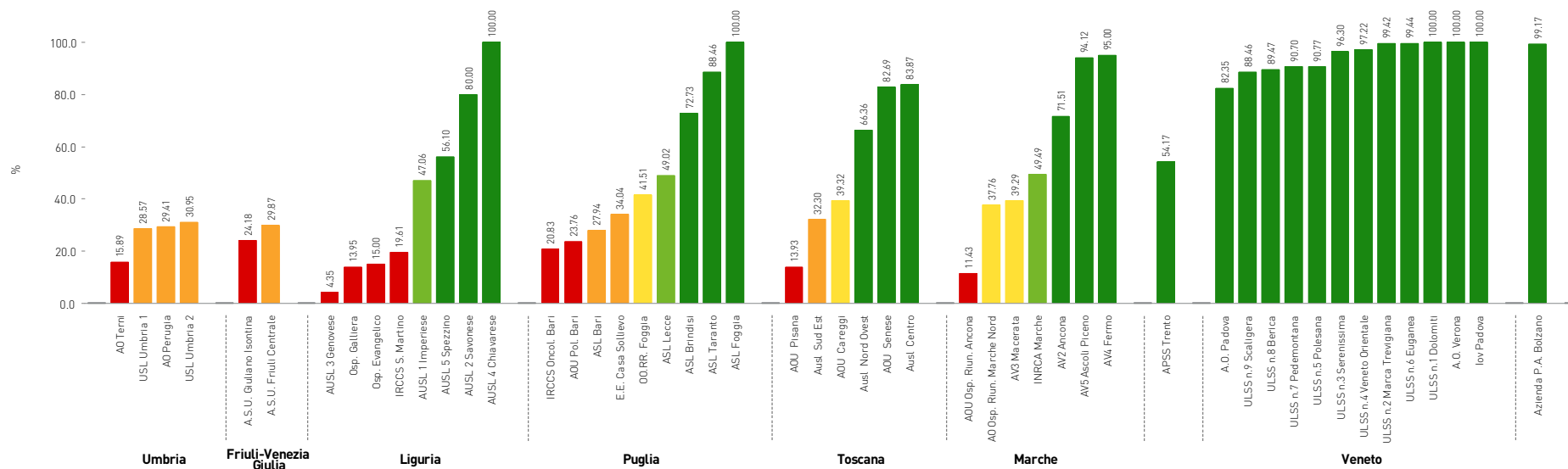
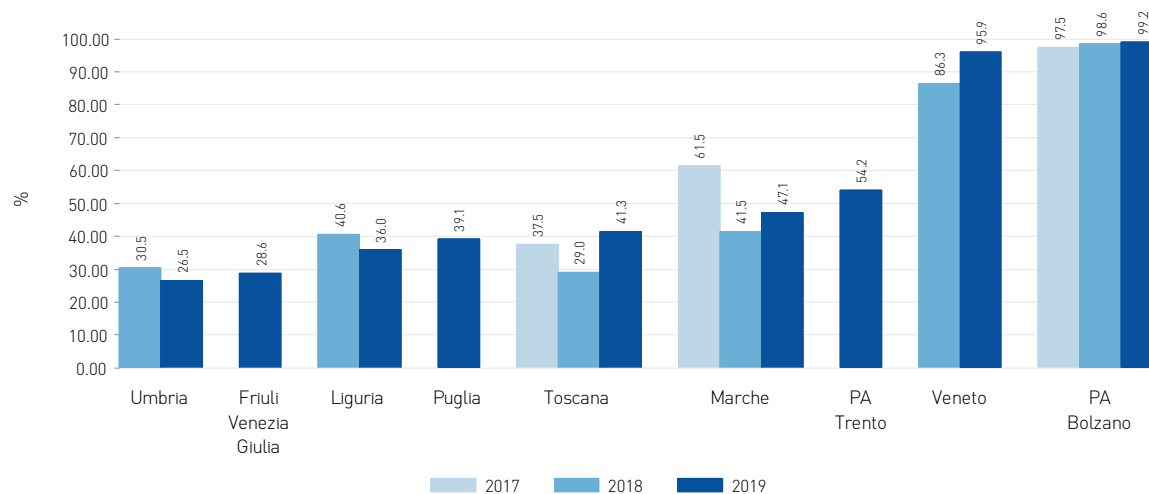
### C10.4.7 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



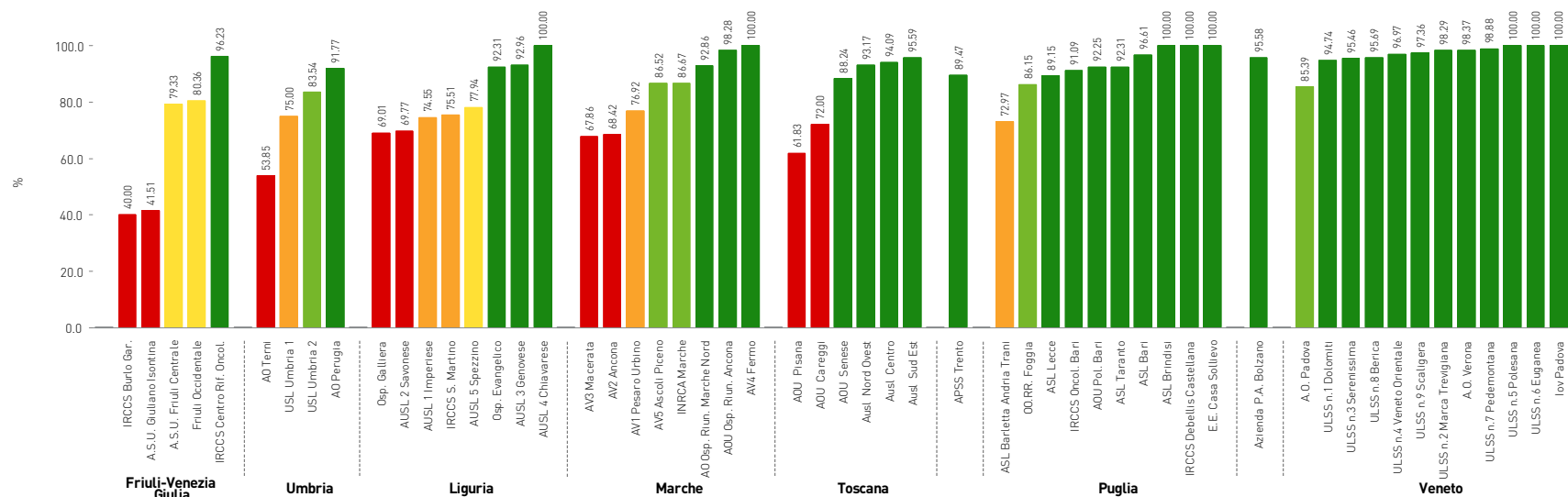
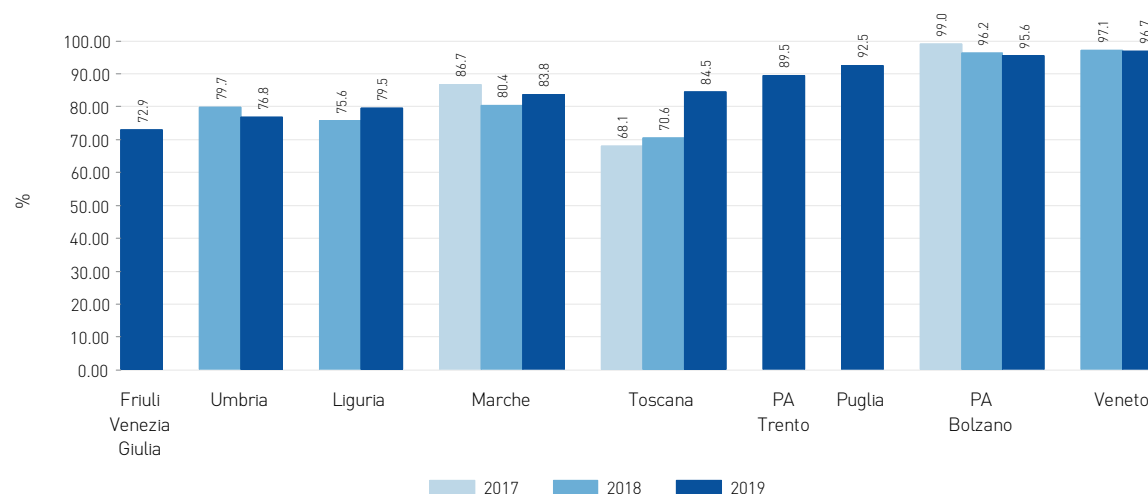
### C10.4.8 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla prostata. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



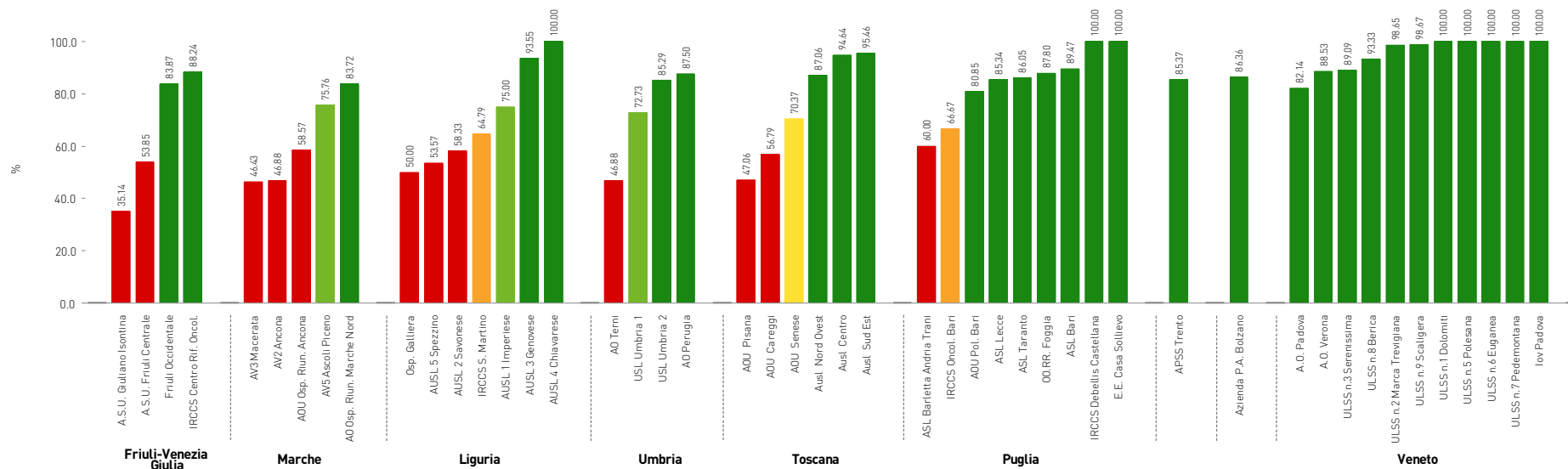
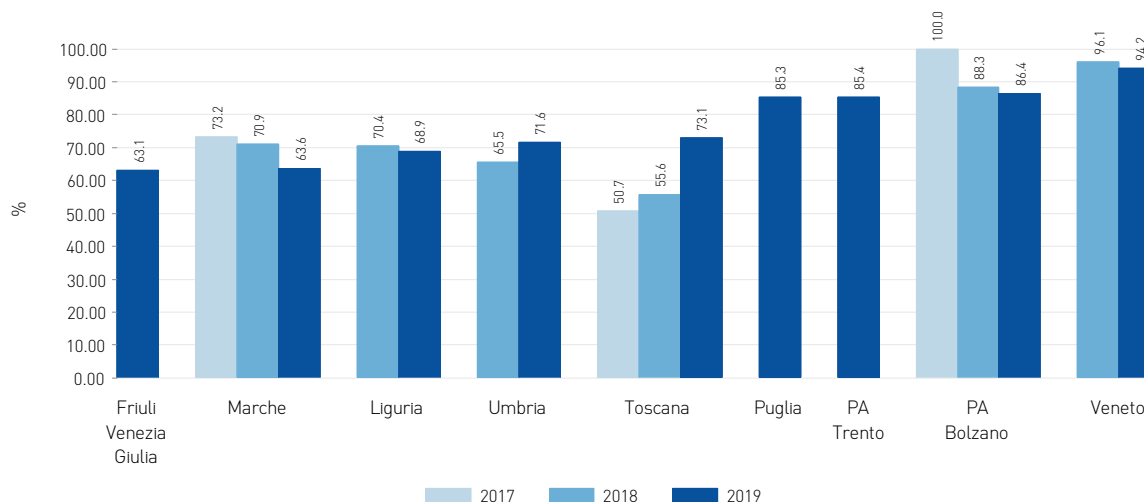
### C10.4.9 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al colon. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



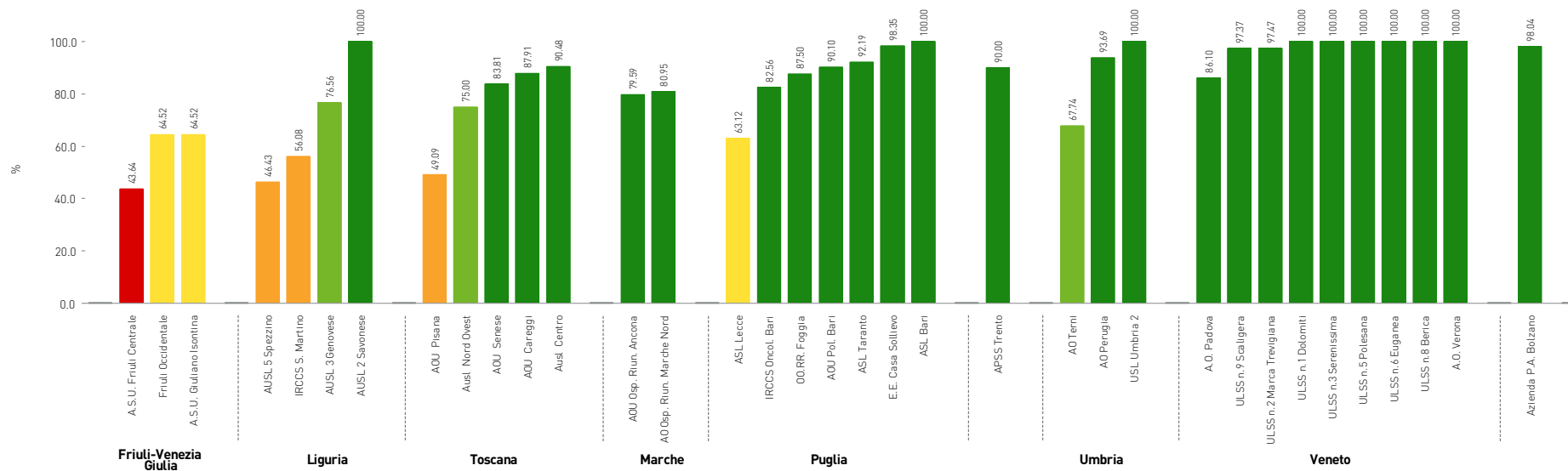
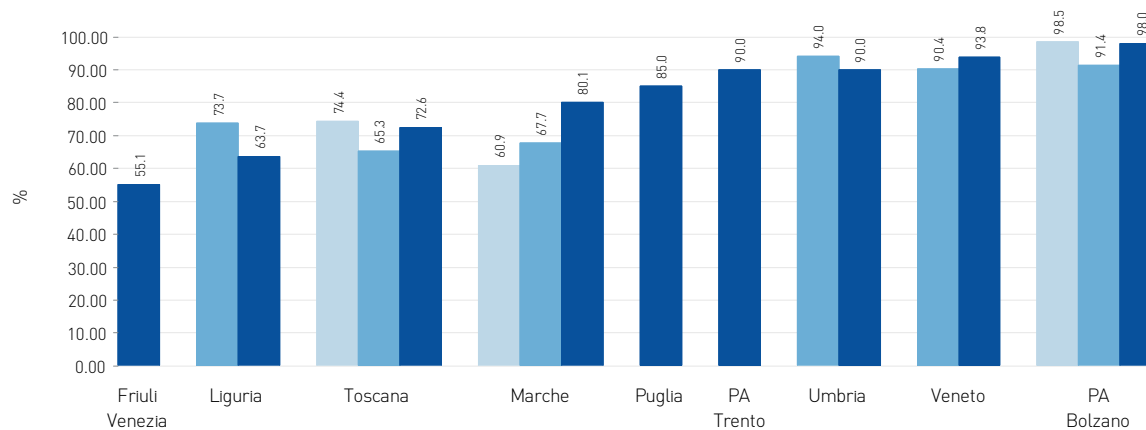
### C10.4.10 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al retto. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



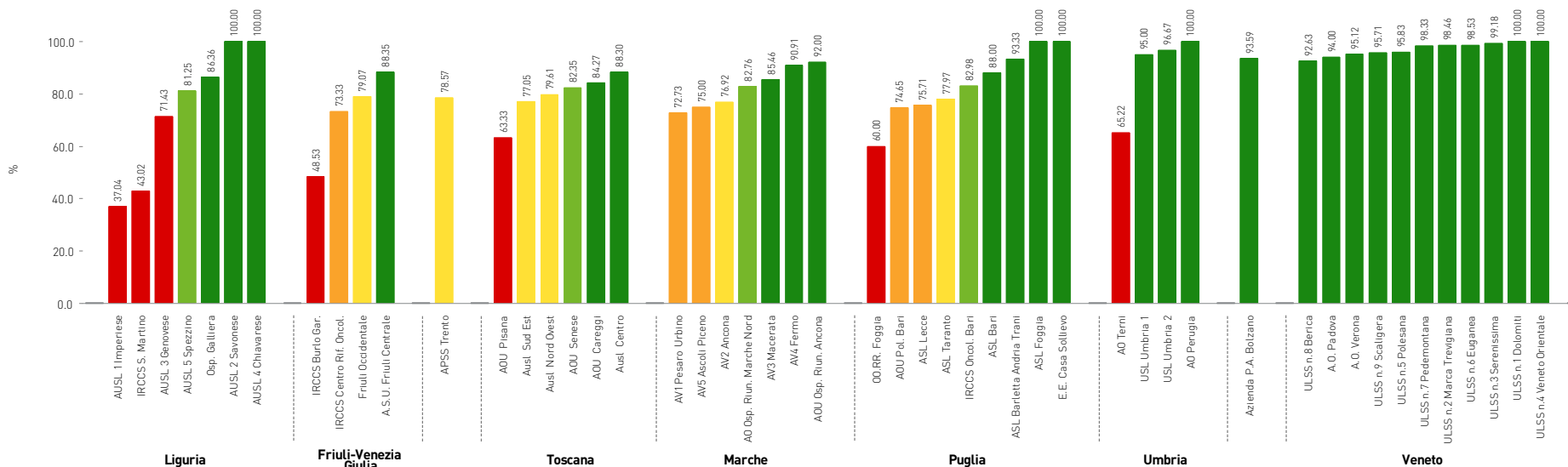
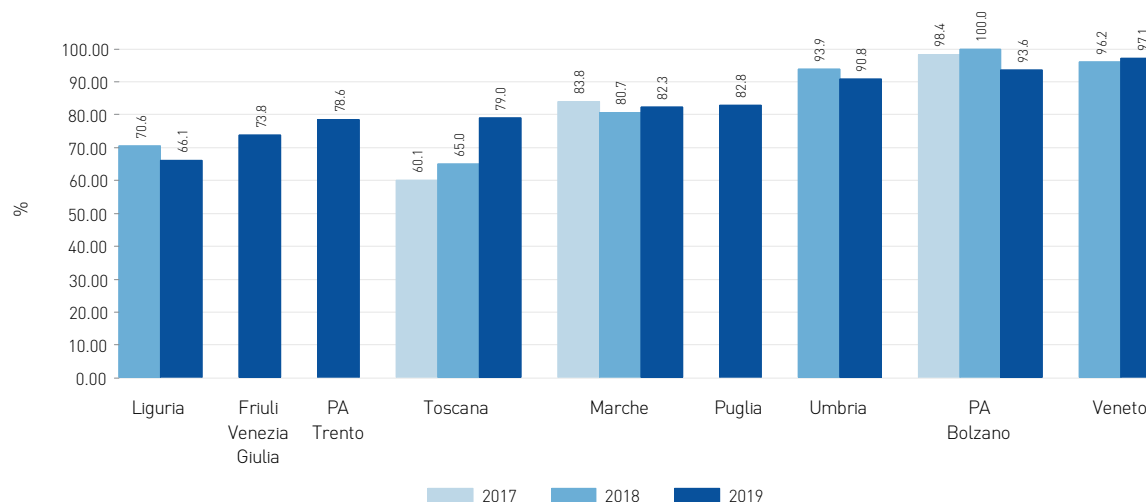
### C10.4.11 Proportione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone

This indicator, defined according to what indicated in the National Management of Waiting Lists 2019-2021, measures the percentage of admissions (priority A) with a waiting time inferior or equal to 30 days for surgical intervention for malignant lung cancer. Ordinary admissions and day hospital are included.



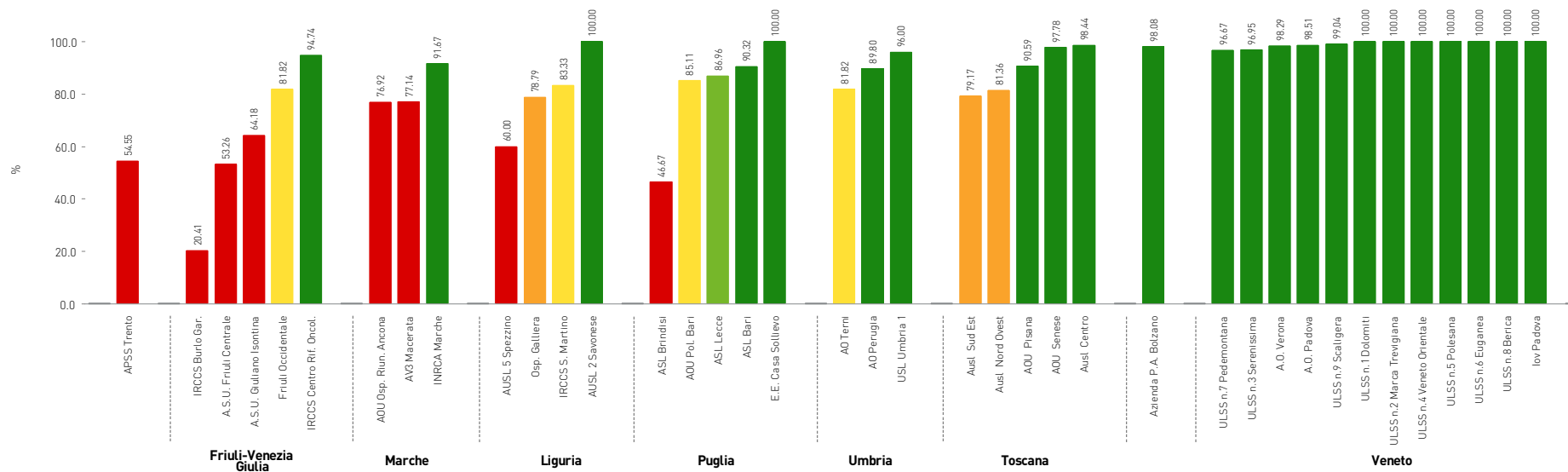
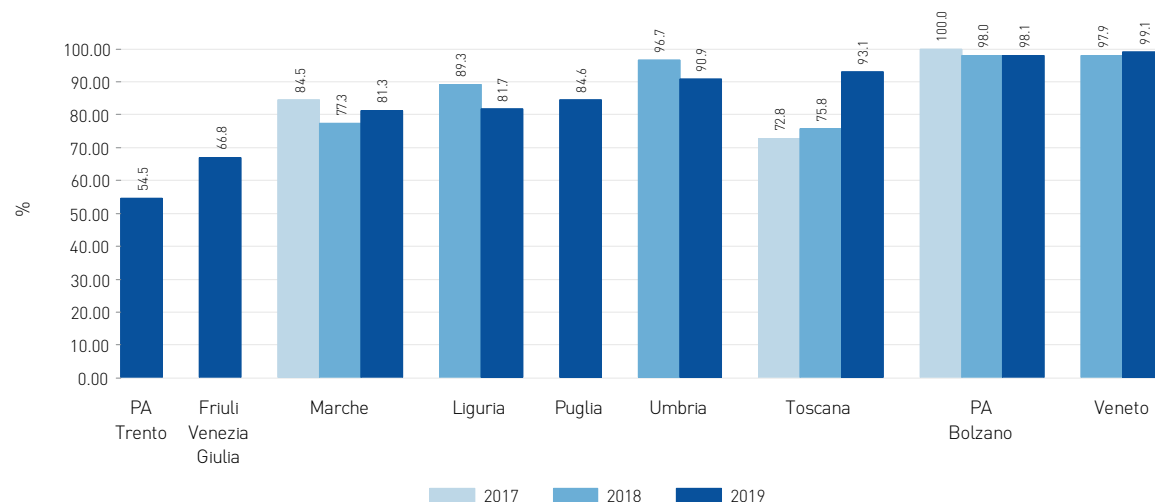
### C10.4.12 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno all'utero. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



### C10.4.13 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma

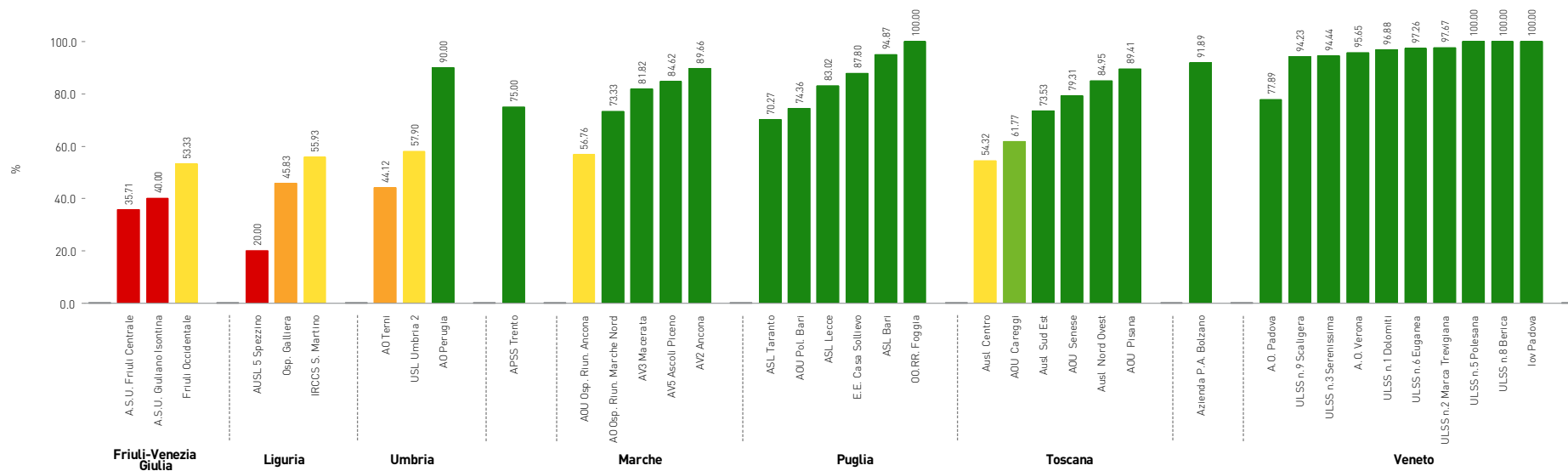
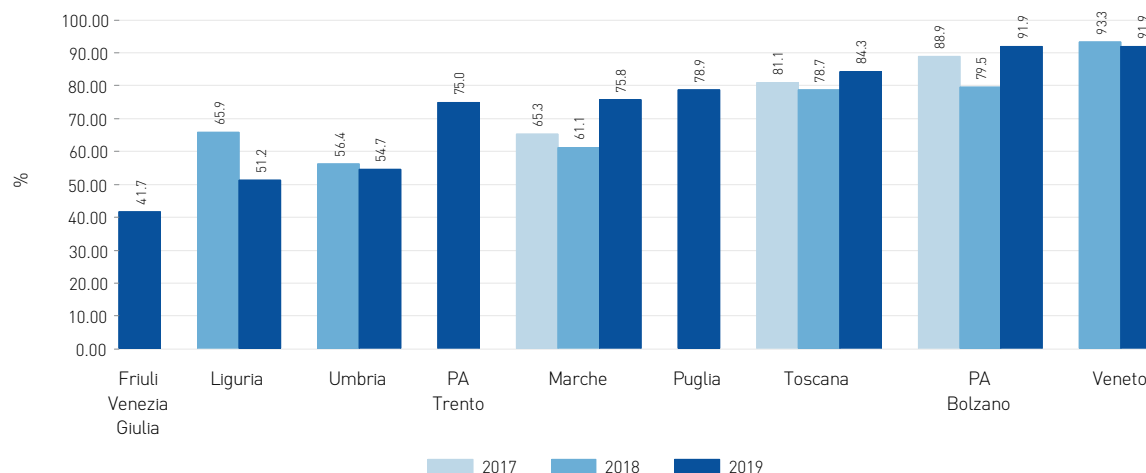
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per melanoma. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.





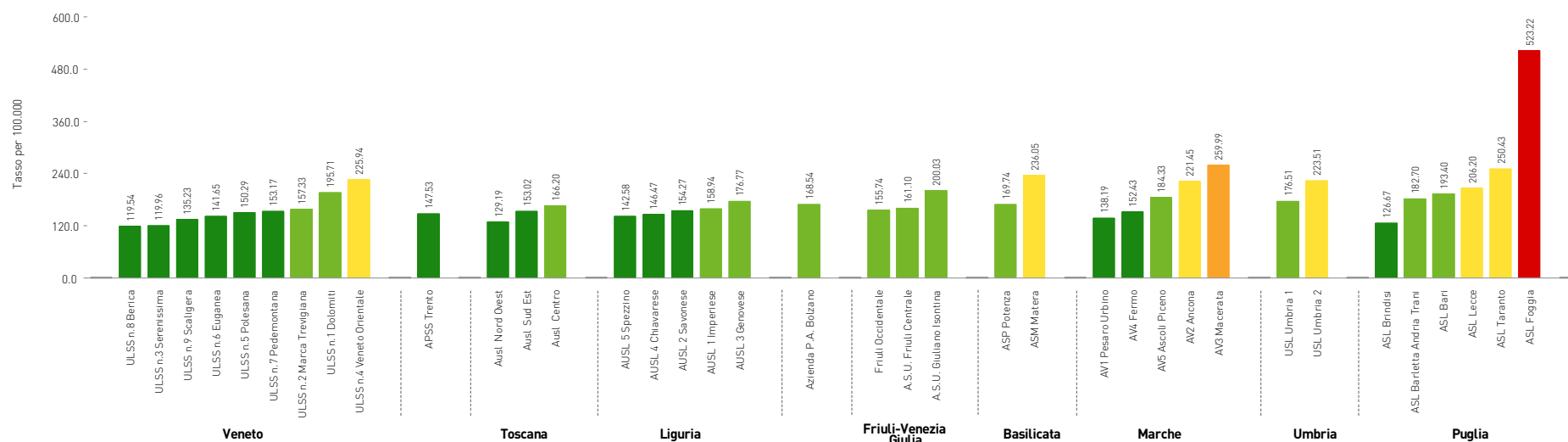
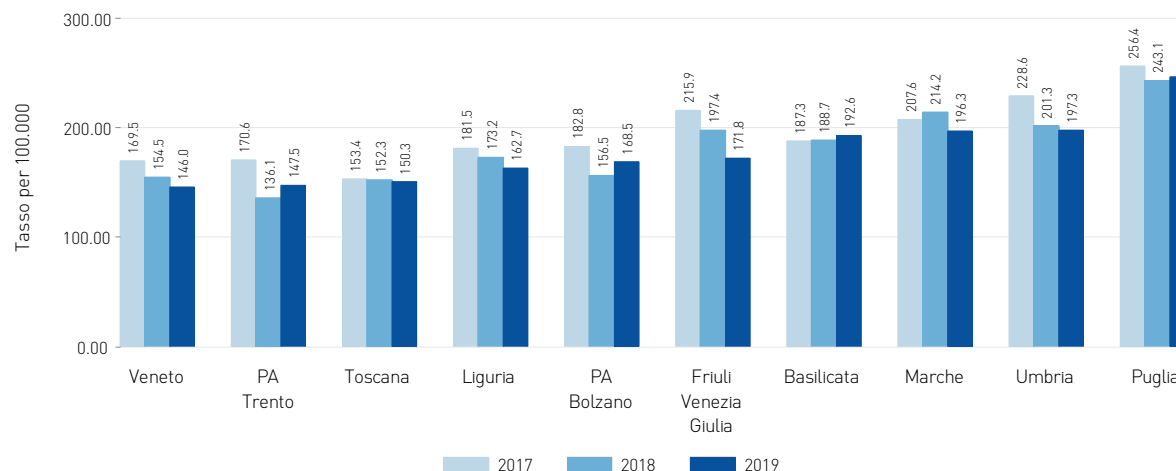
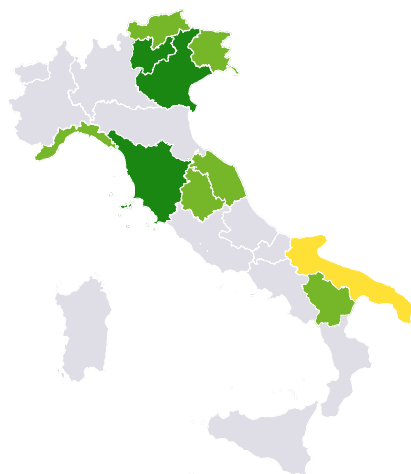
### C10.4.14 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max. di attesa per Classe di priorità A per interventi chir. per tumore maligno alla tiroide

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



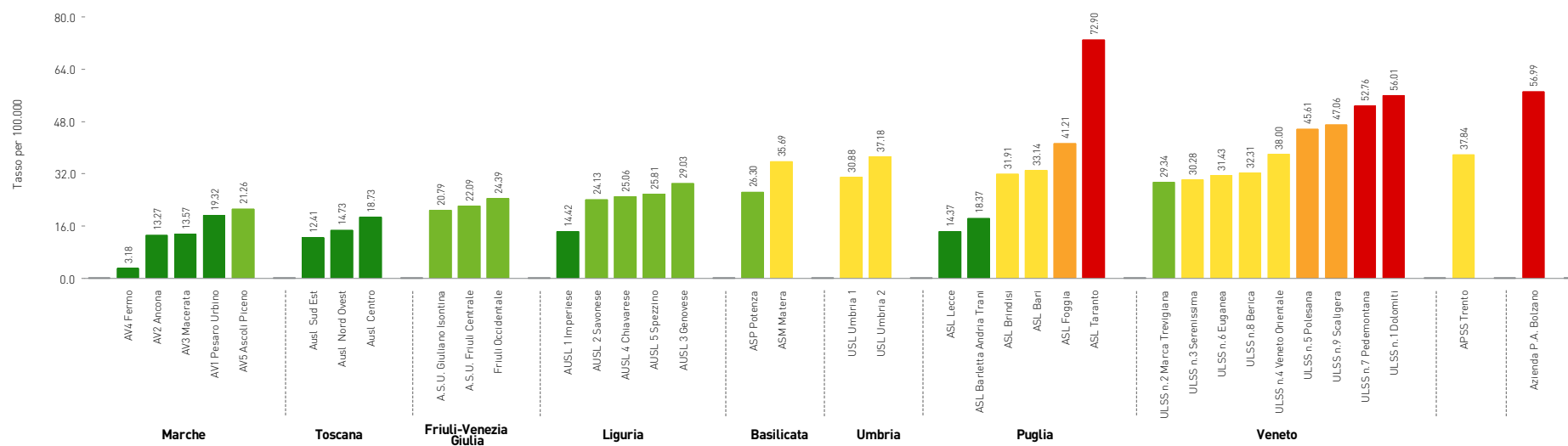
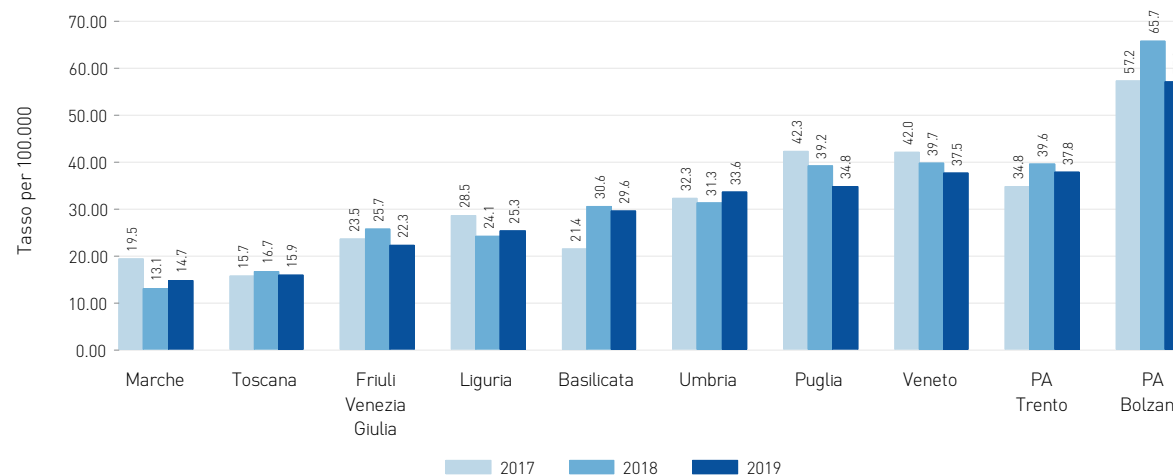
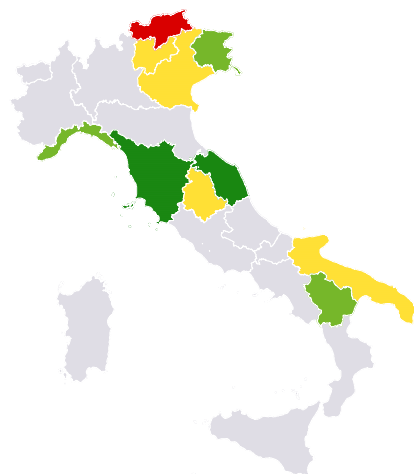
### C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scopenso 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.



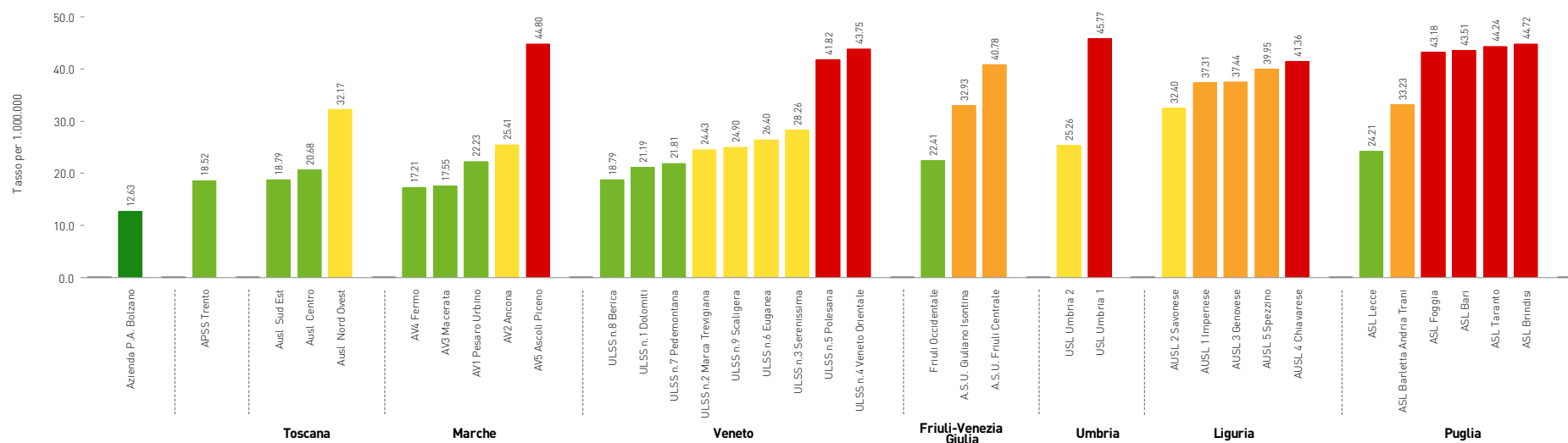
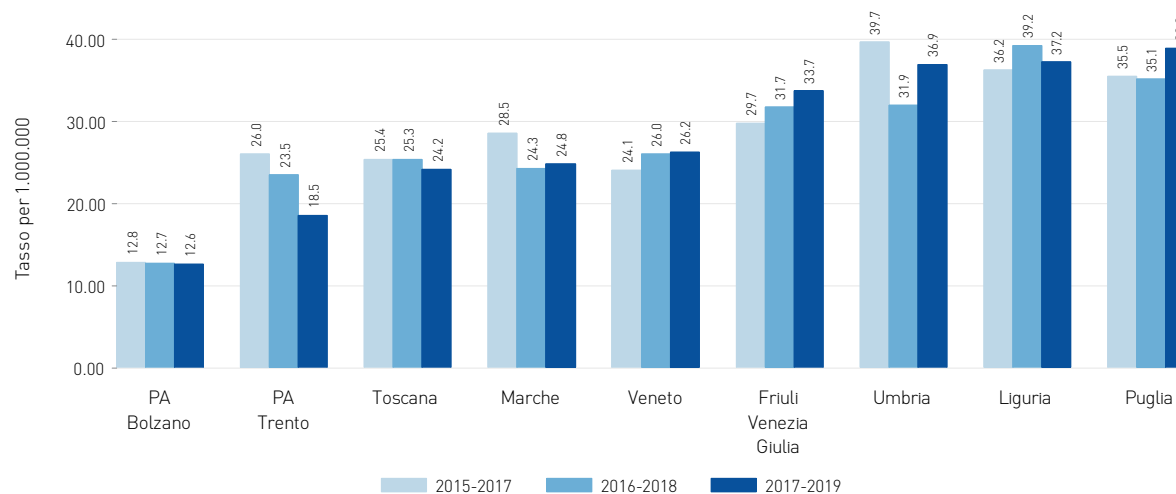
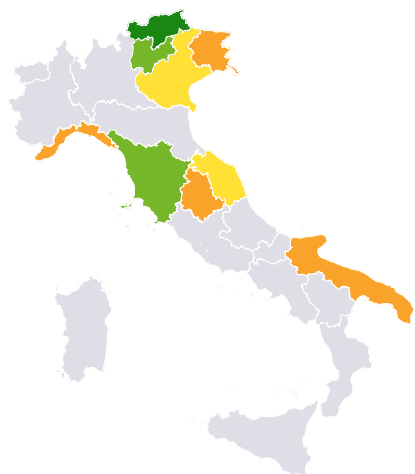
## C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

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.



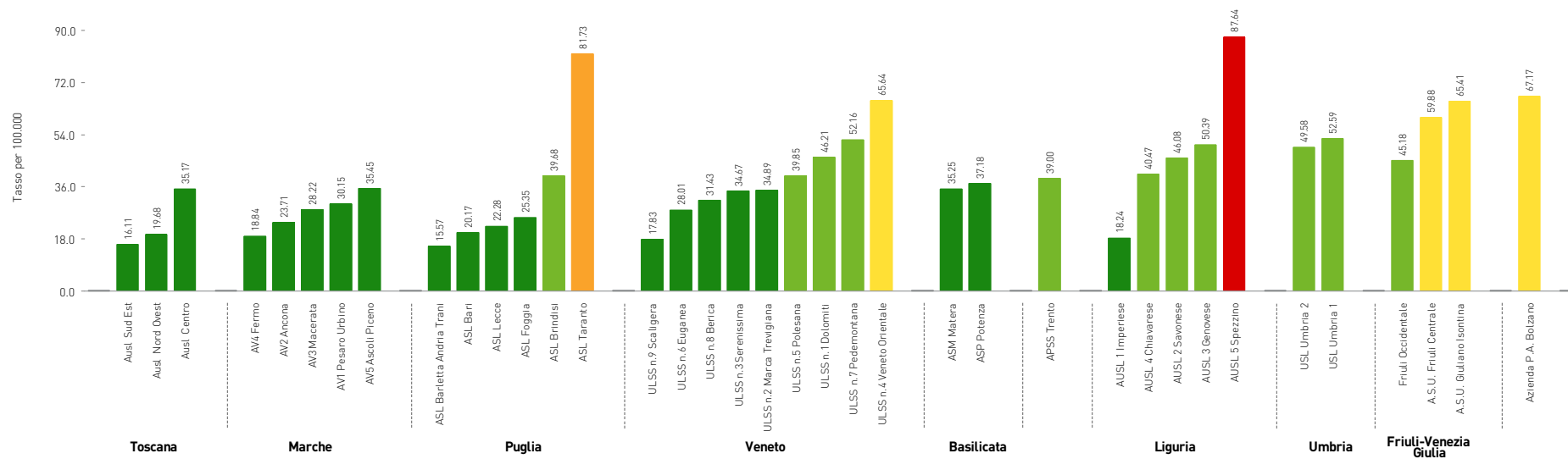
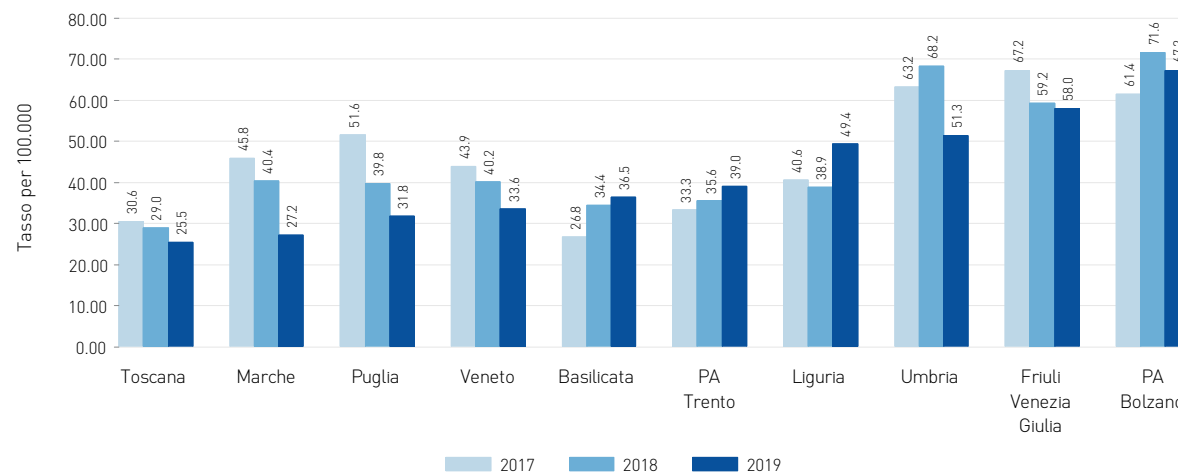
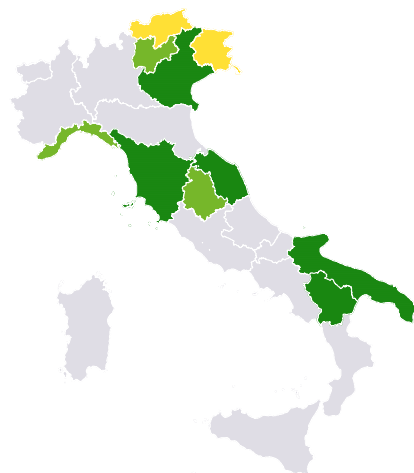
### C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

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 rivascularizzazione 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 [Nutti et al. 2014; Nutti et al. 2016]. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



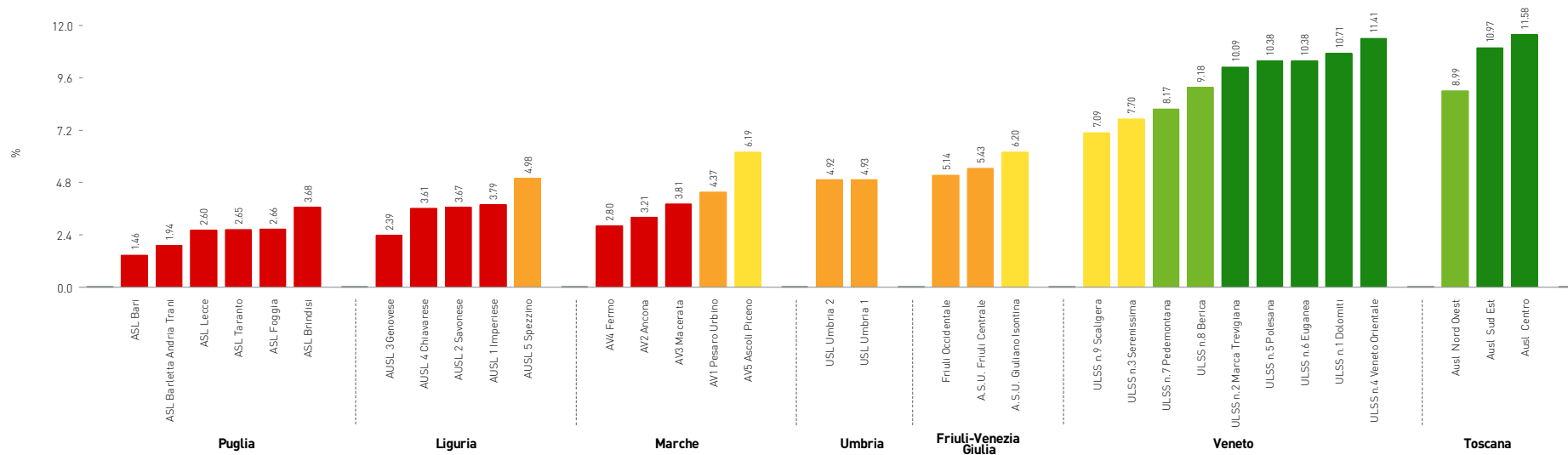
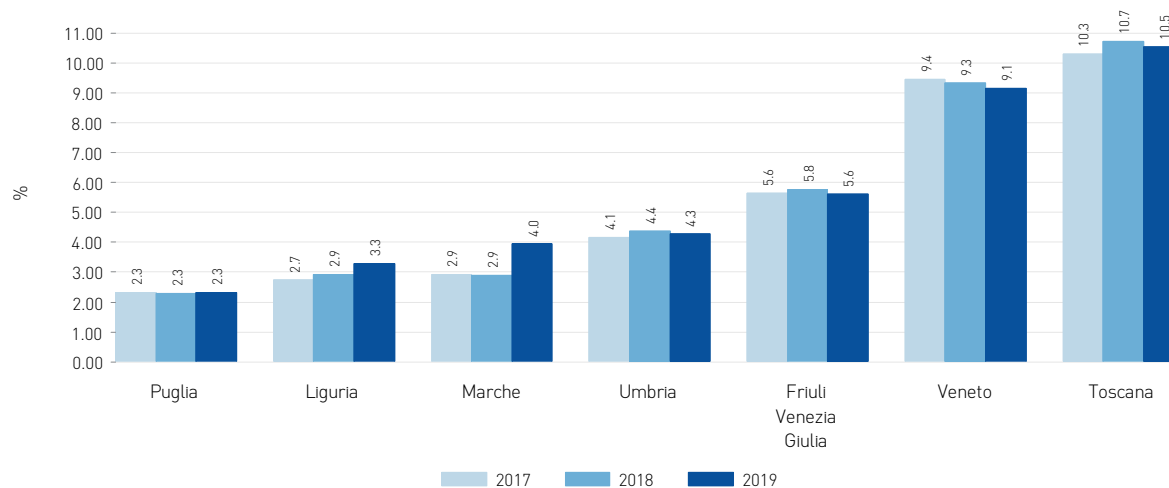
### C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

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.



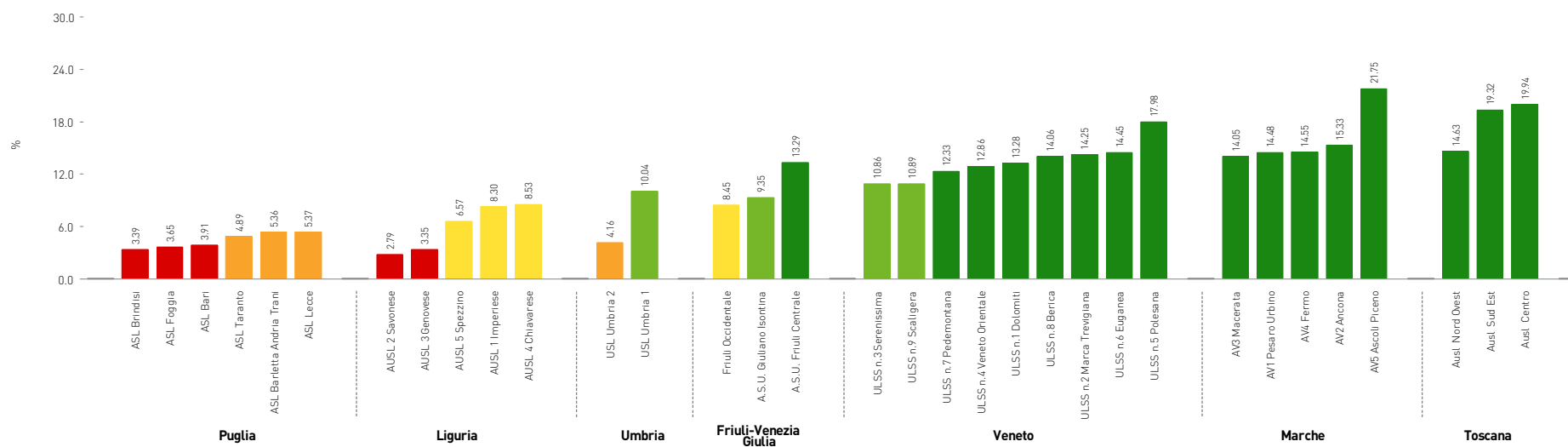
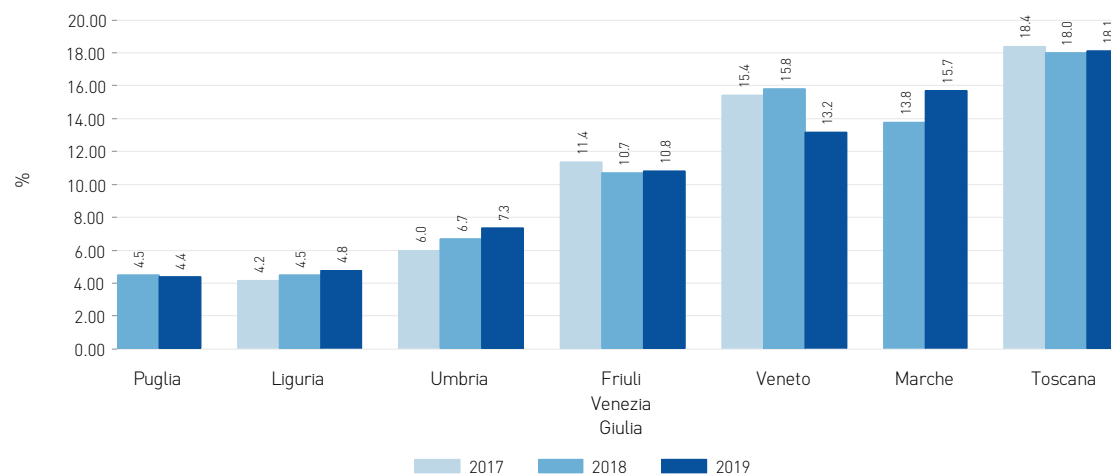
## B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva la percentuale di anziani con almeno un accesso in cure domiciliari 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 mono professionali occasionali.



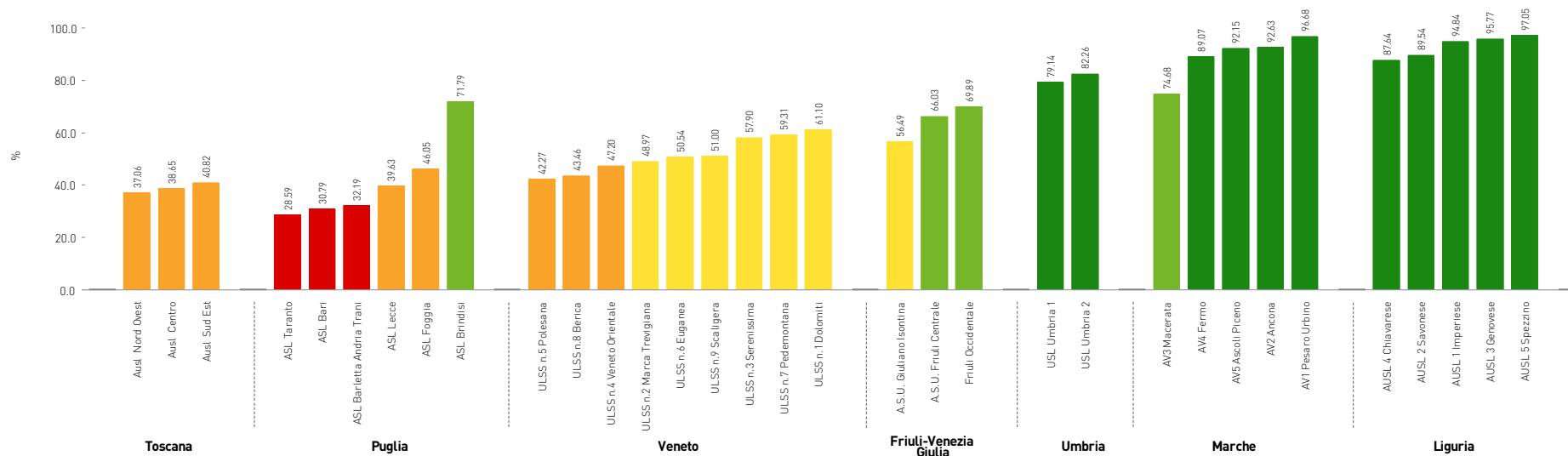
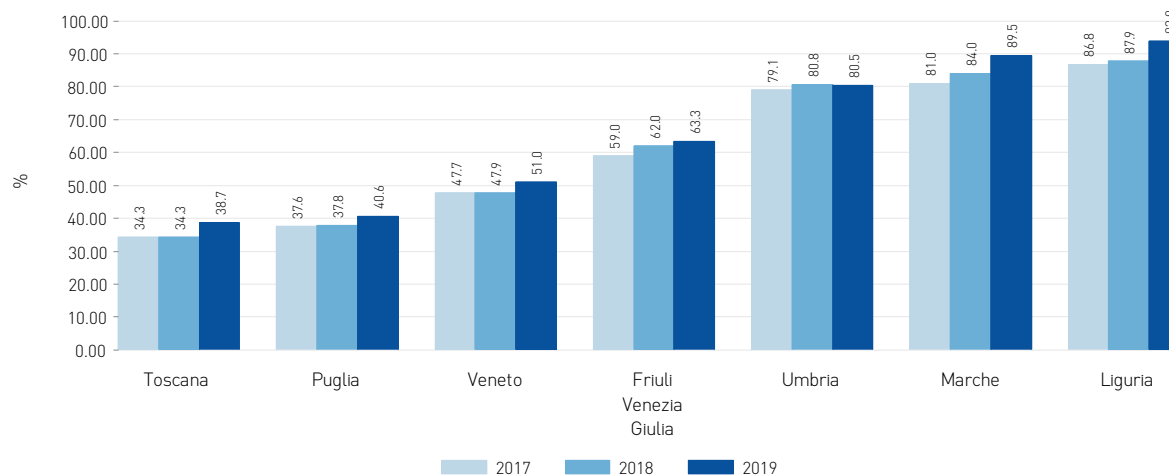
## B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2gg dalla dimissione

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

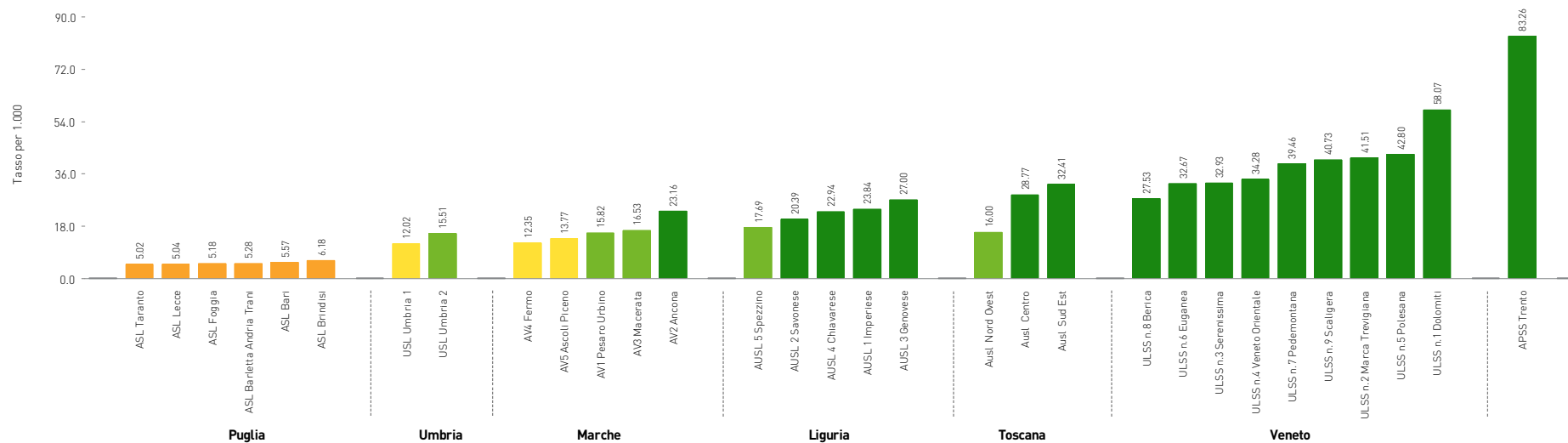
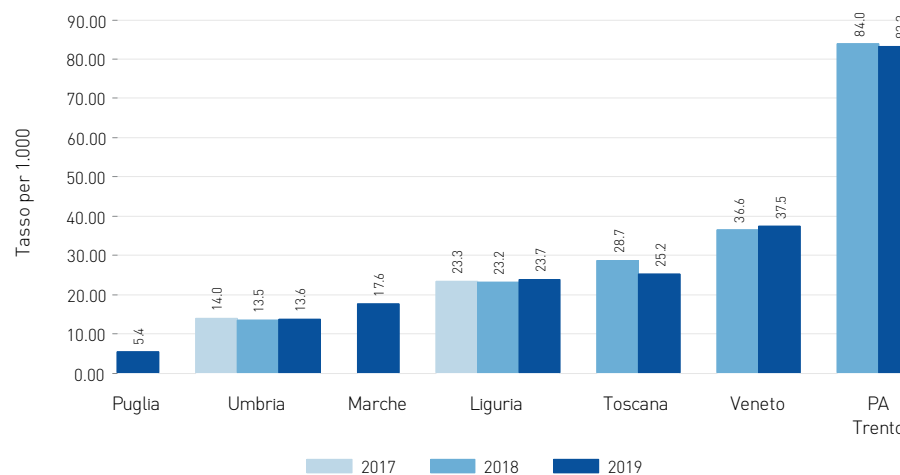
Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.





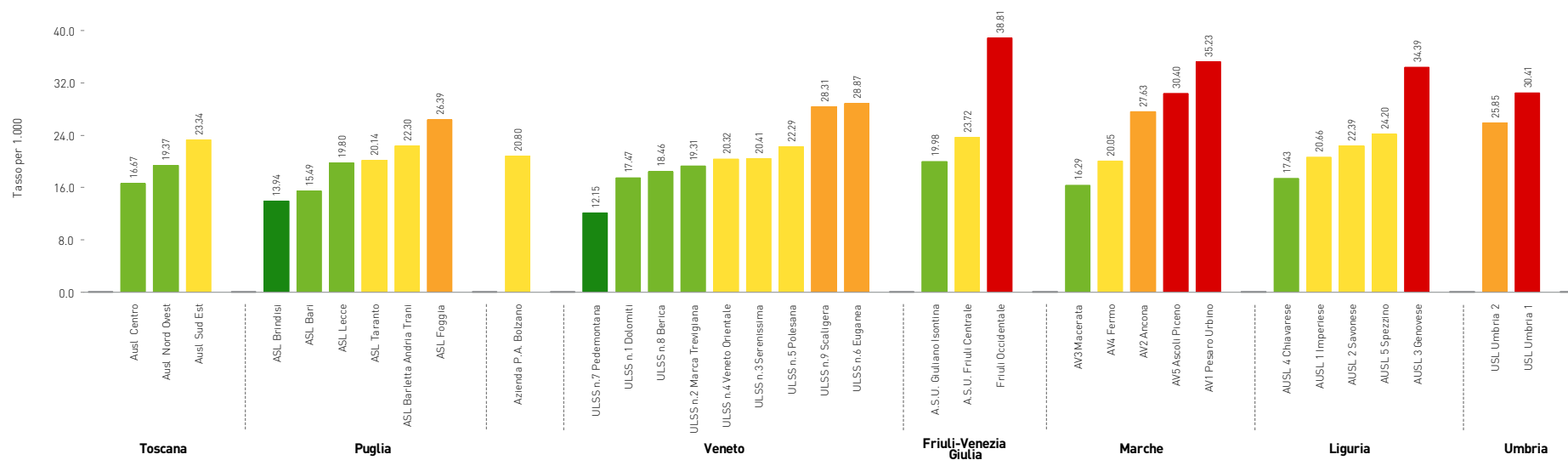
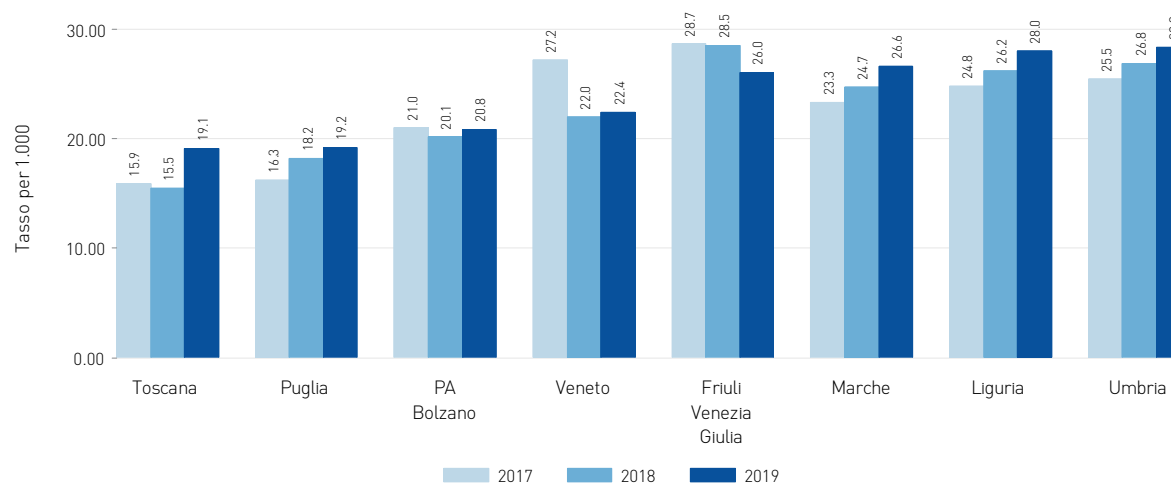
### D33ZA.R3 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)

L'indicatore misura il numero di assistiti presenti nelle strutture residenziali di tipo R3 con età maggiore di 75 anni sulla popolazione relativa. Secondo la definizione ministeriale per R3 vengono indicate le prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento). Questo indicatore fa parte degli indicatori *core* del nuovo sistema di garanzia.



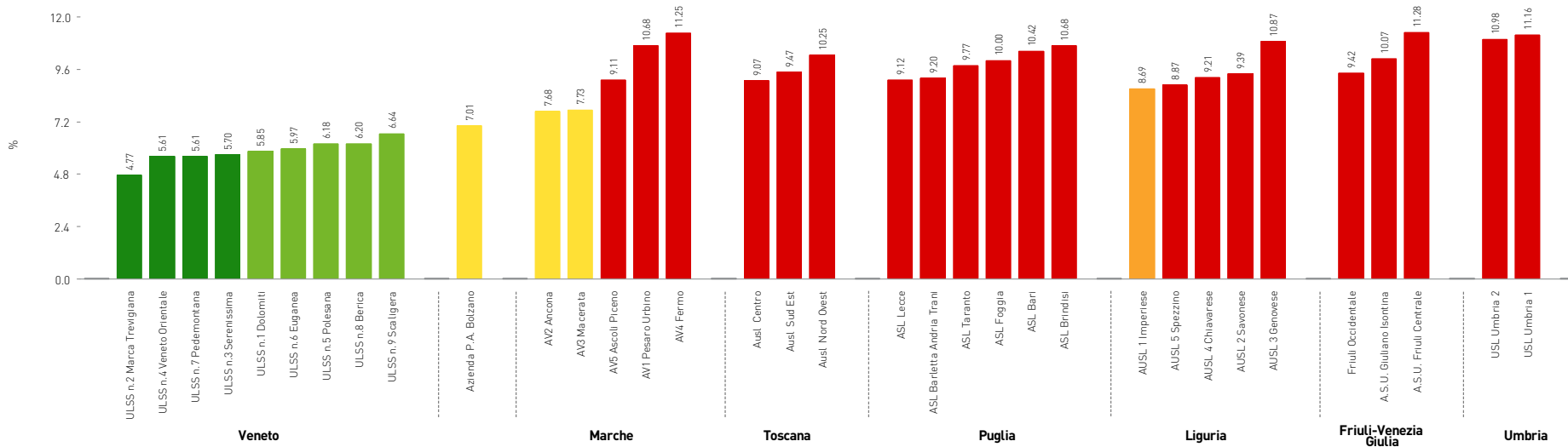
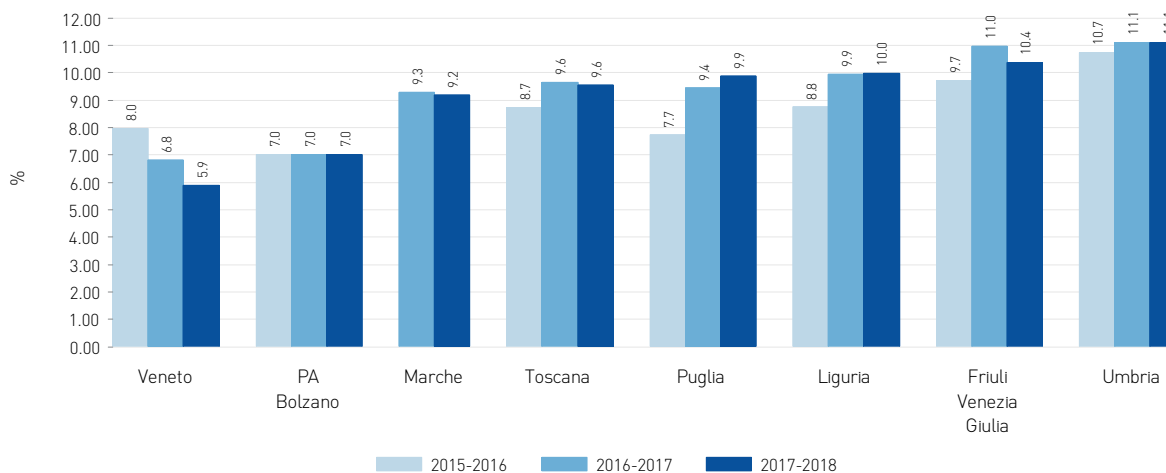
### C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

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.



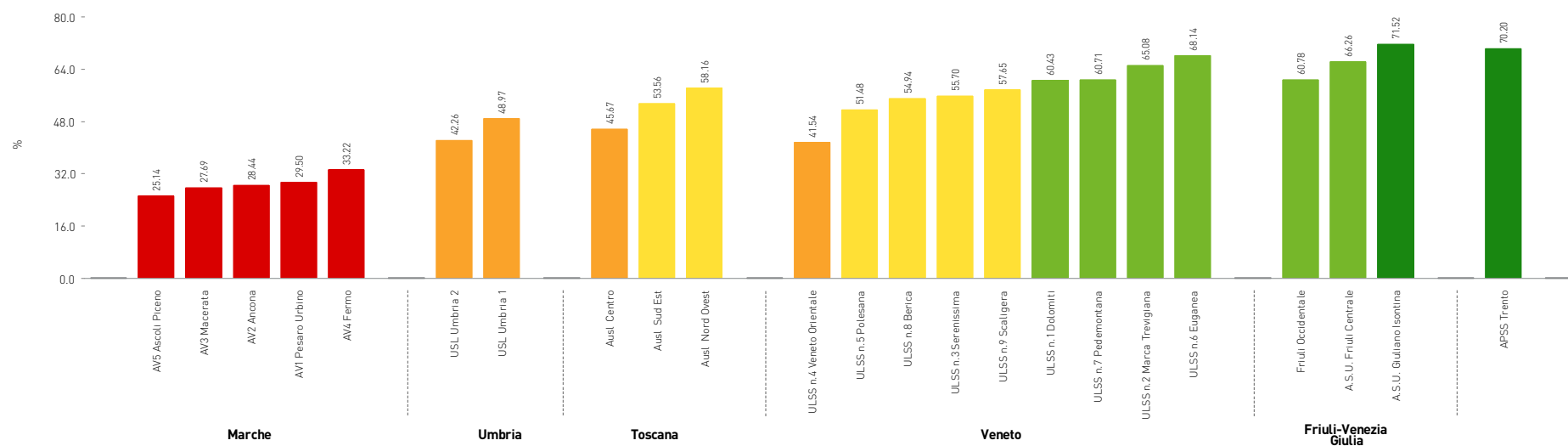
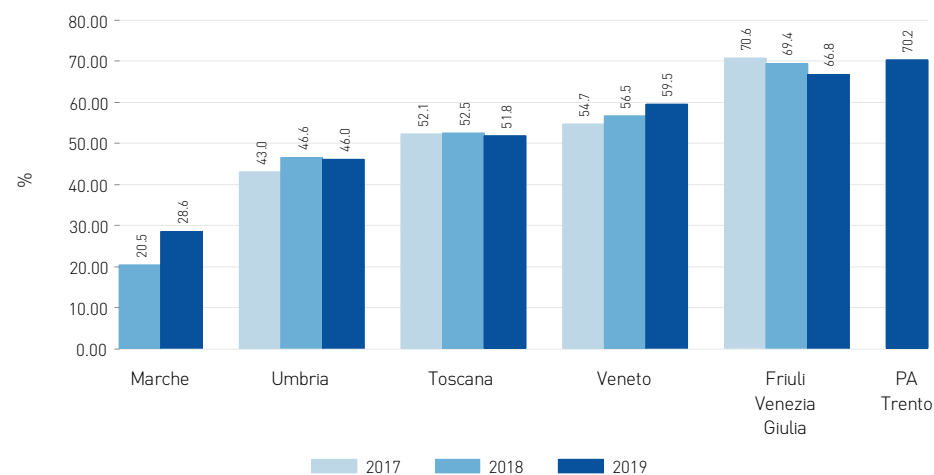
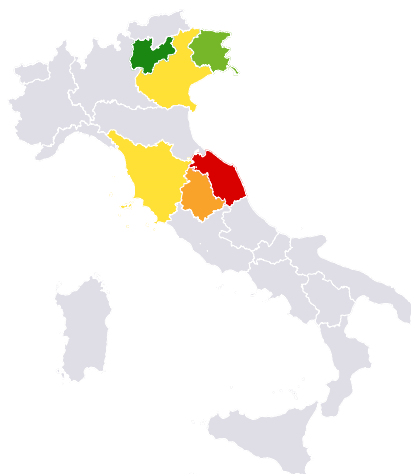
### C13A.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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



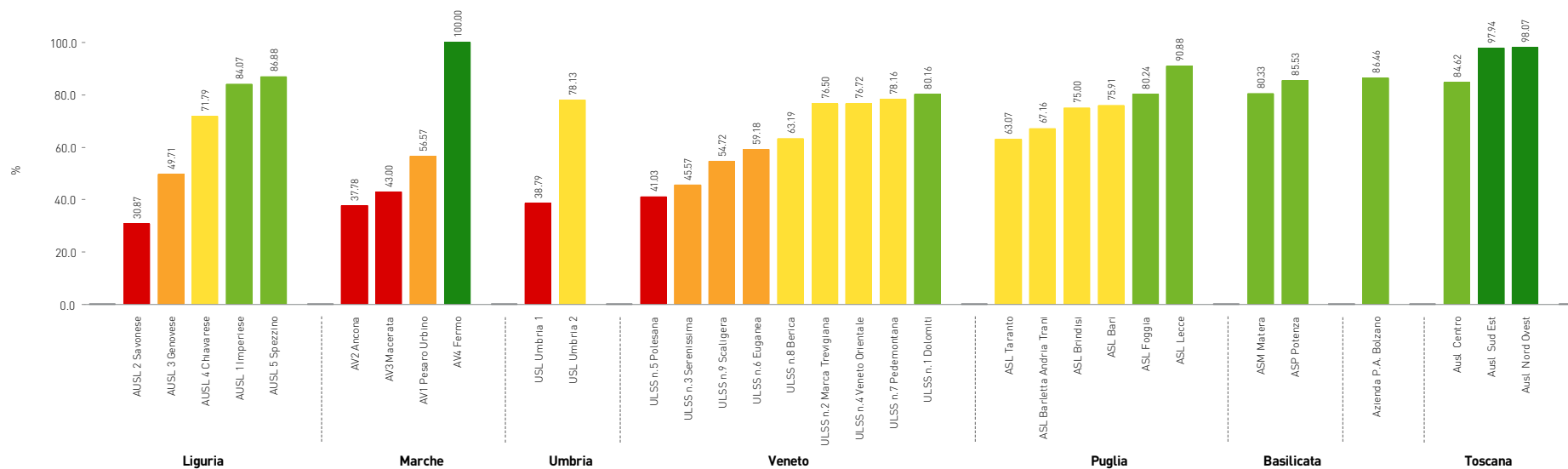
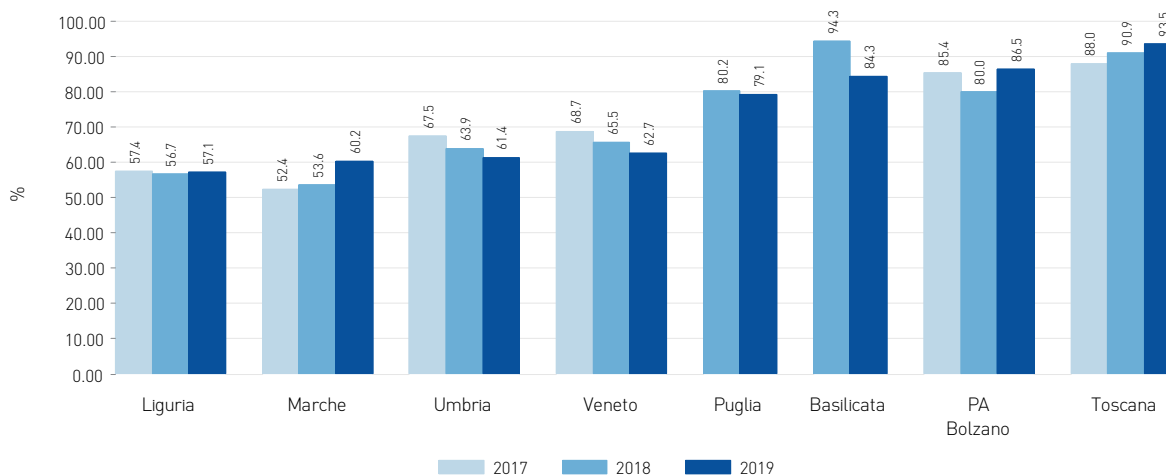
## C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative

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.



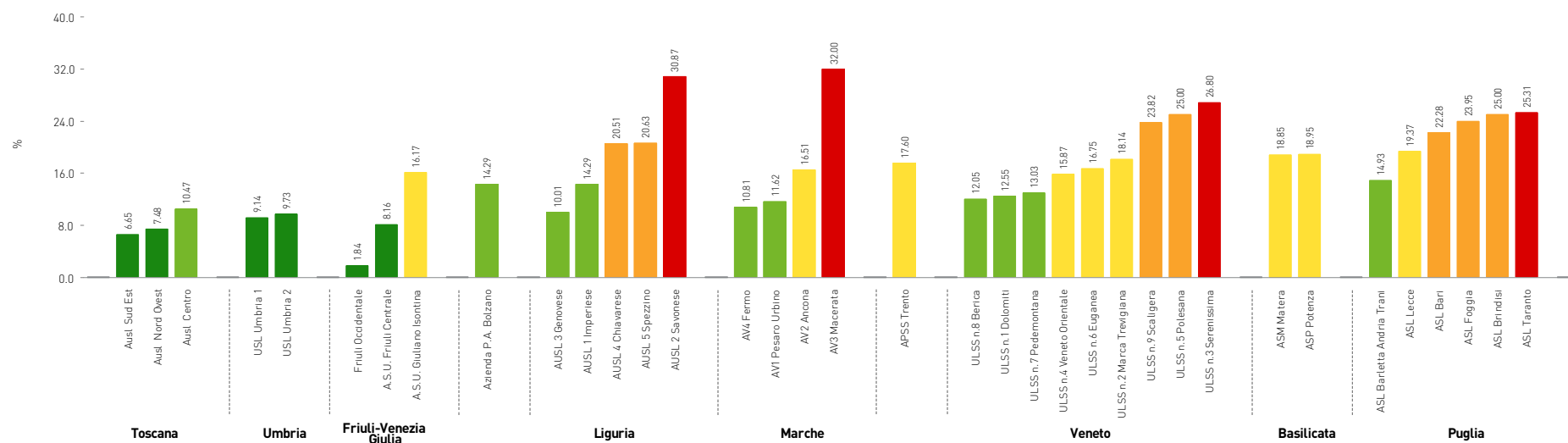
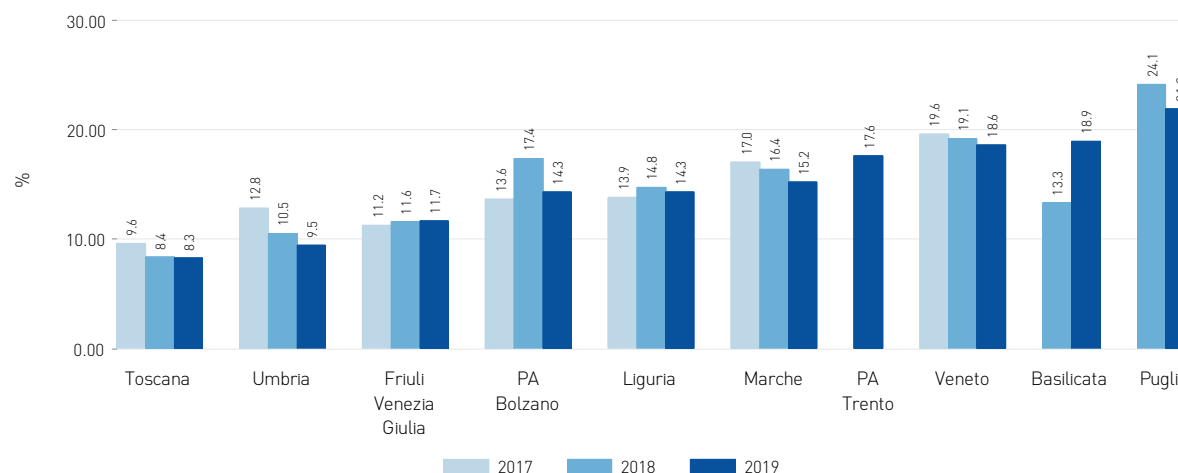
## C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo max. di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg

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.





---

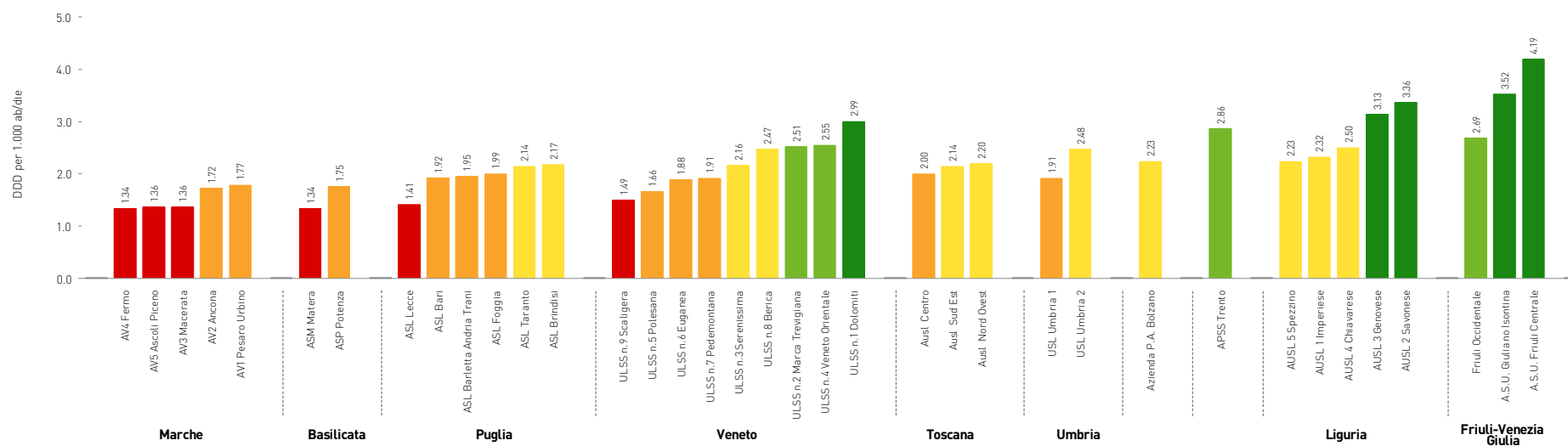
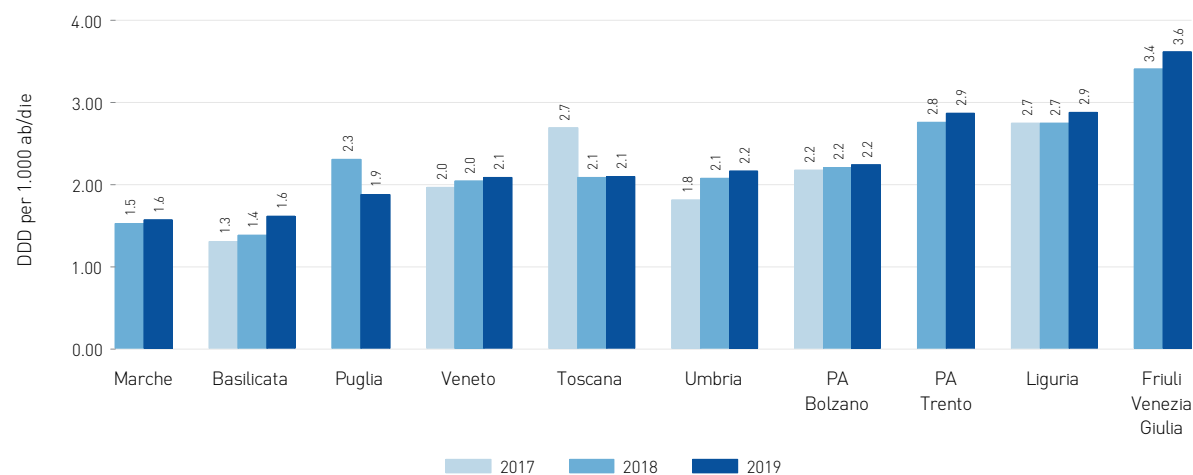
# ASSISTENZA FARMACEUTICA





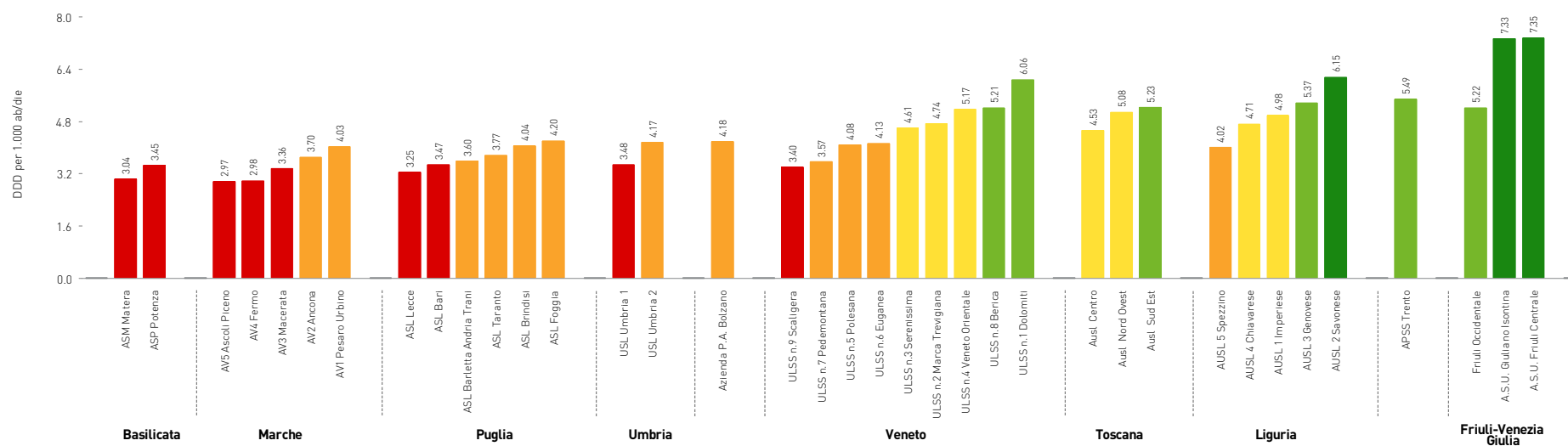
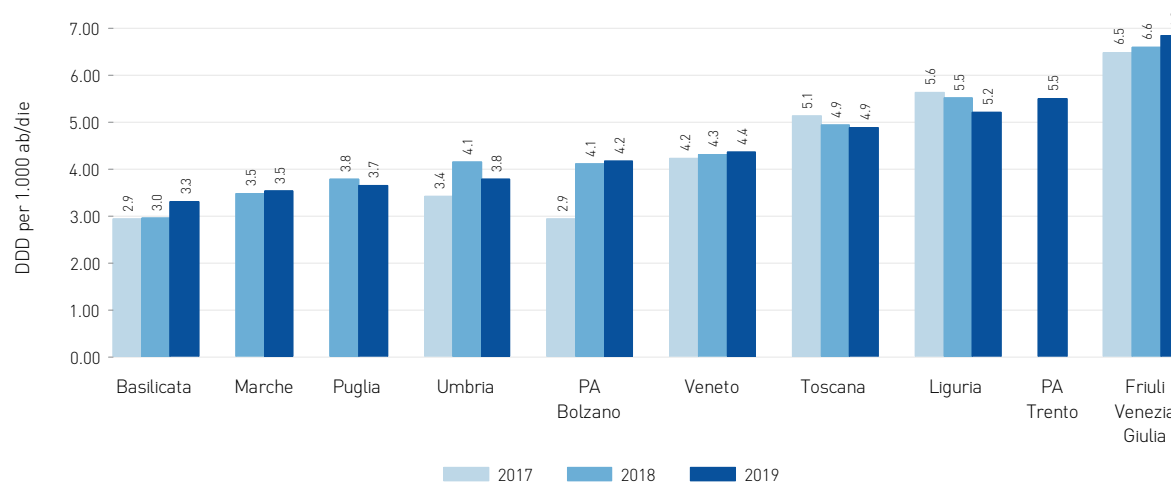
## B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

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.



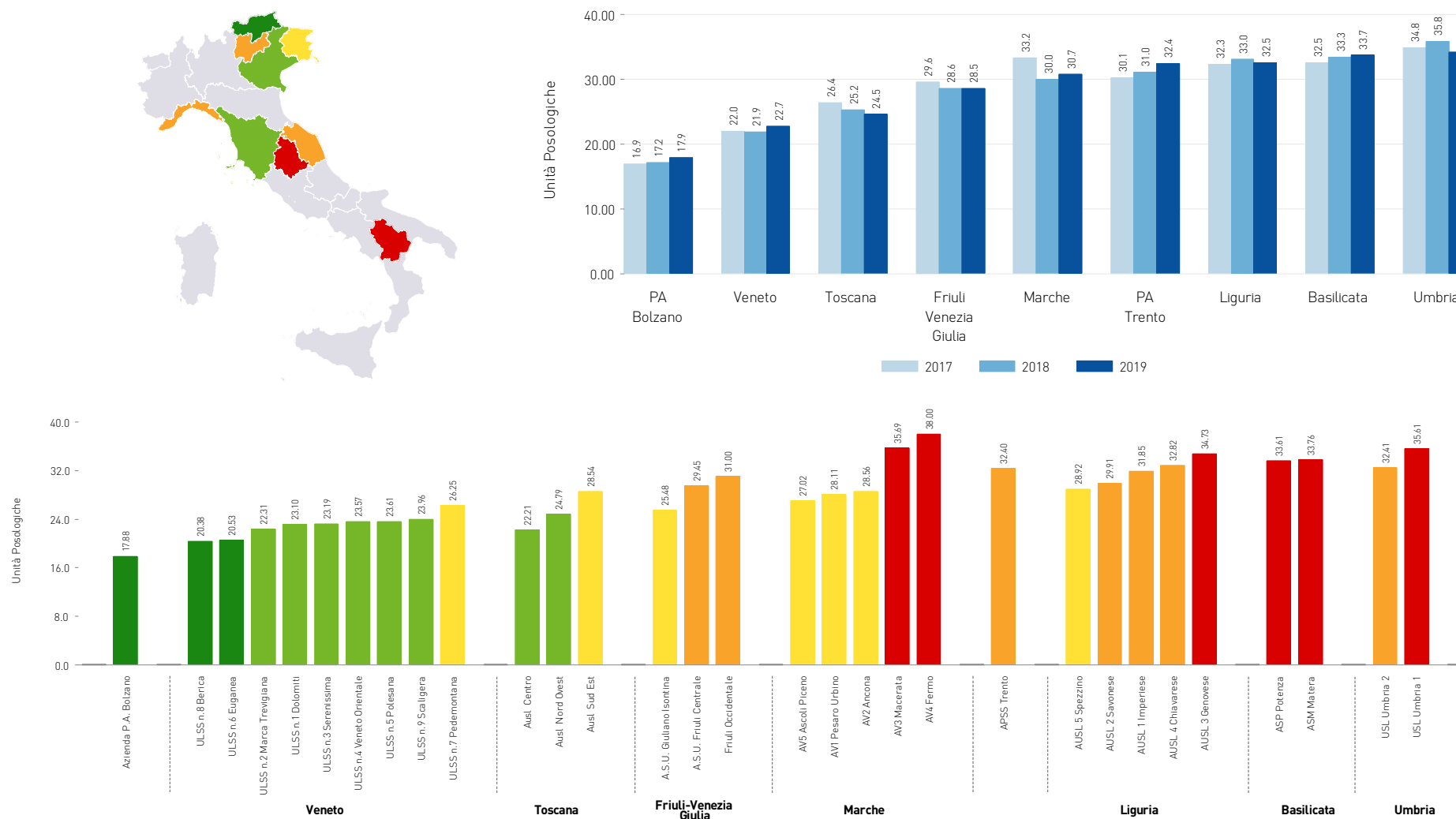
## B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio

Gli oppioidi sono farmaci essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, moderato-severo sia di origine neoplastica sia da altre cause, quale per esempio il dolore post operatorio. Notoriamente in ambito internazionale l'Italia è sempre stato uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi. Risulta quindi fondamentale monitorare il consumo di oppioidi con l'obiettivo di raggiungere un giusto equilibrio, ricorrendo a prescrizioni appropriate senza limitare l'accesso a questi farmaci o facilitarne l'abuso. L'ambizione è che il monitoraggio costante del consumo di questi farmaci contribuisca a innalzare la soglia di attenzione degli operatori verso l'uso dei farmaci oppioidi, un campo in cui l'Italia registra ancora un ritardo. Questo aumento di prescrizioni si prevede, ovviamente, che avvenga seguendo le raccomandazioni pubblicate in letteratura per prevenire l'epidemia di abuso prescrittivo evidenziato in altri paesi.



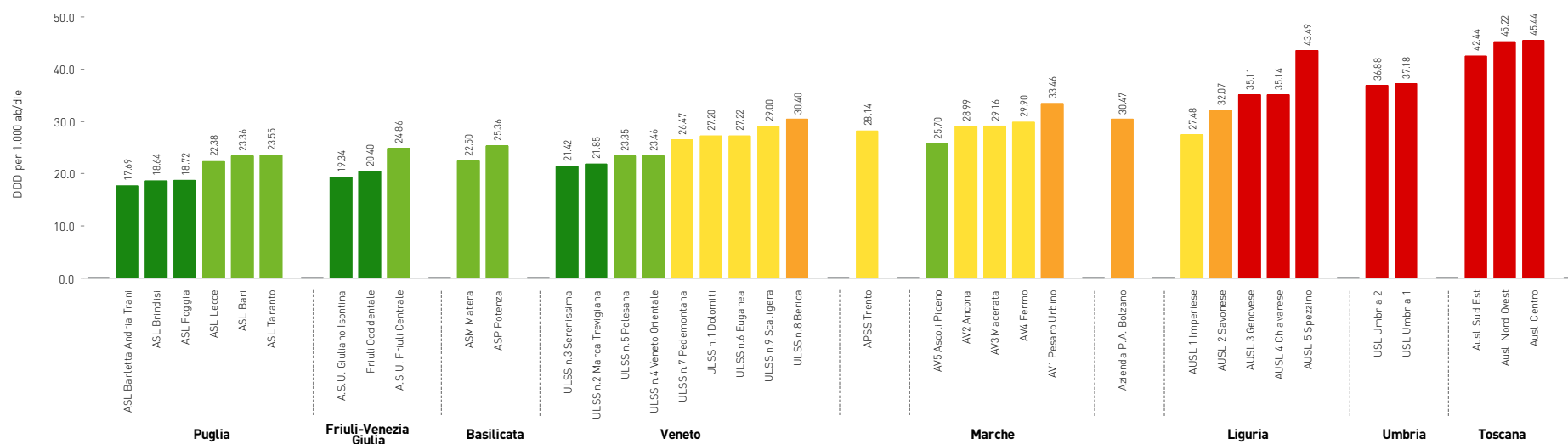
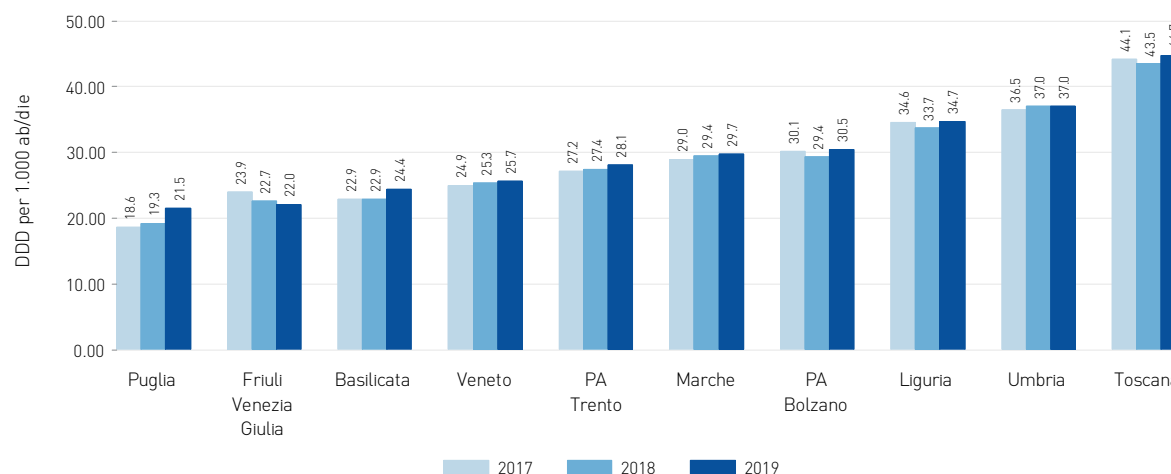
## C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

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.



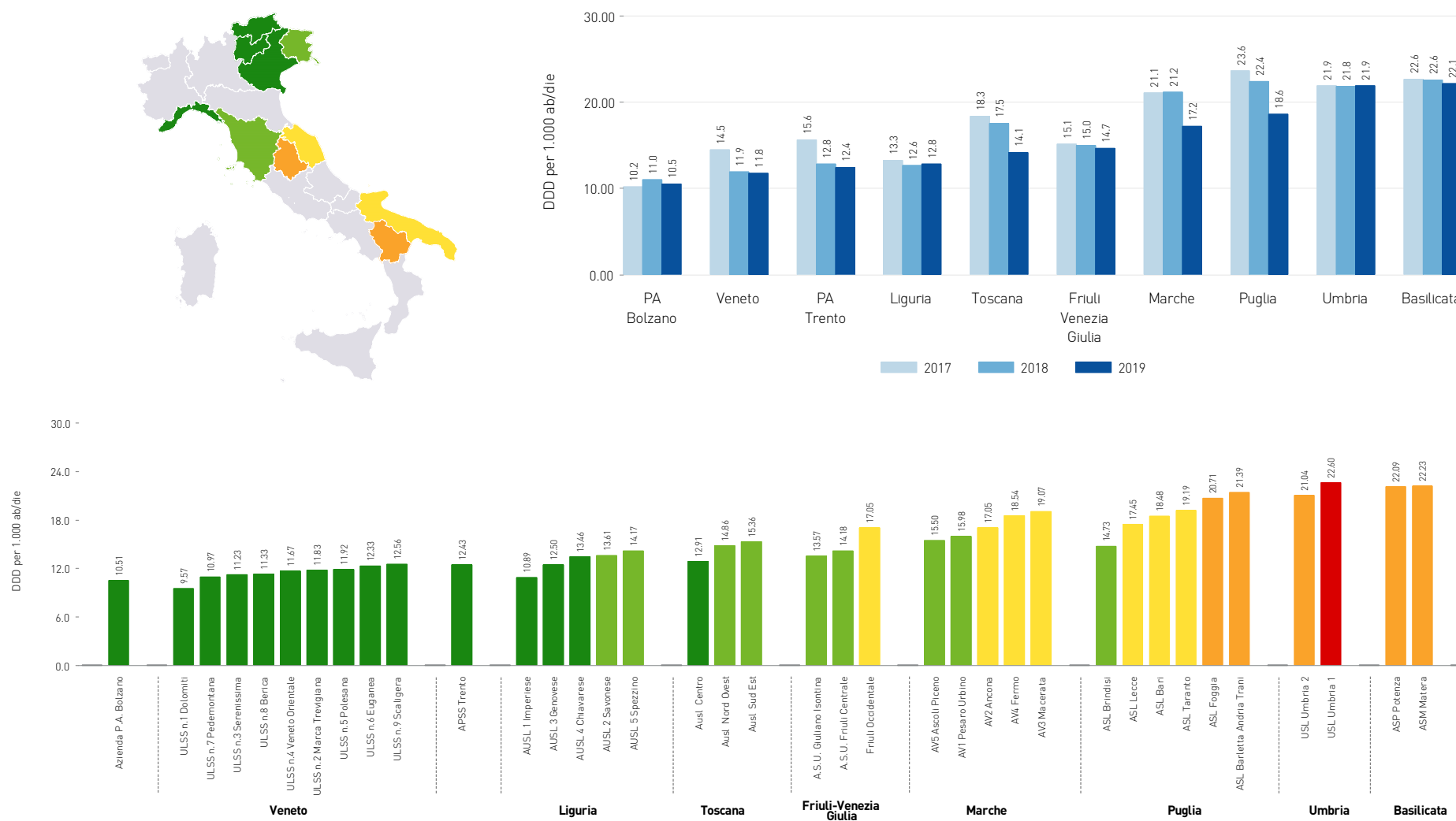
## C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio

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.



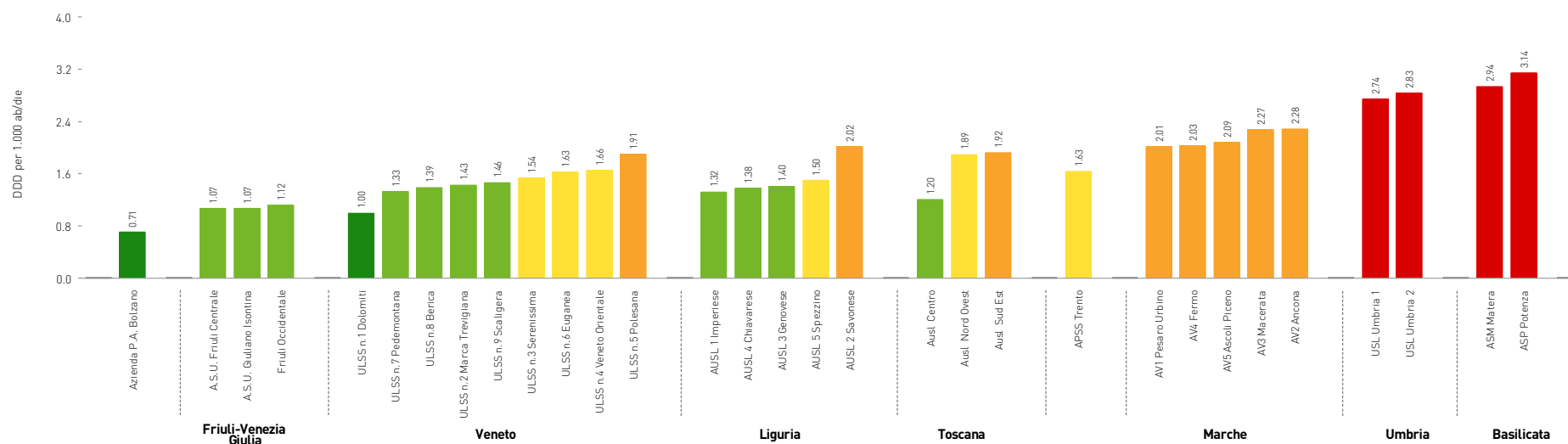
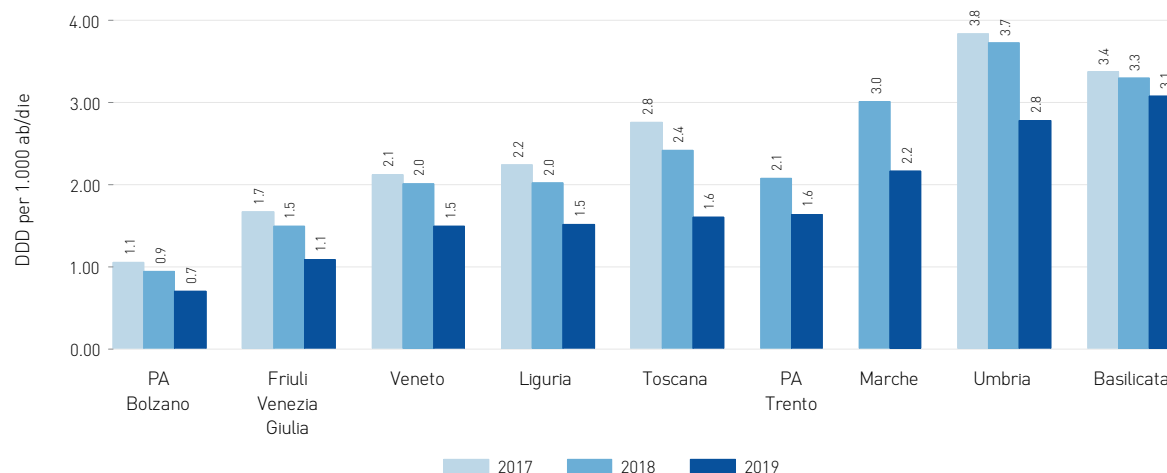
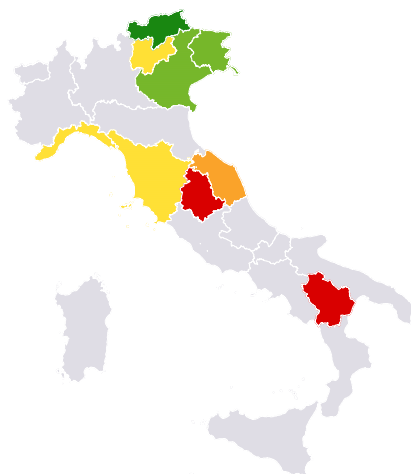
### C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

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.



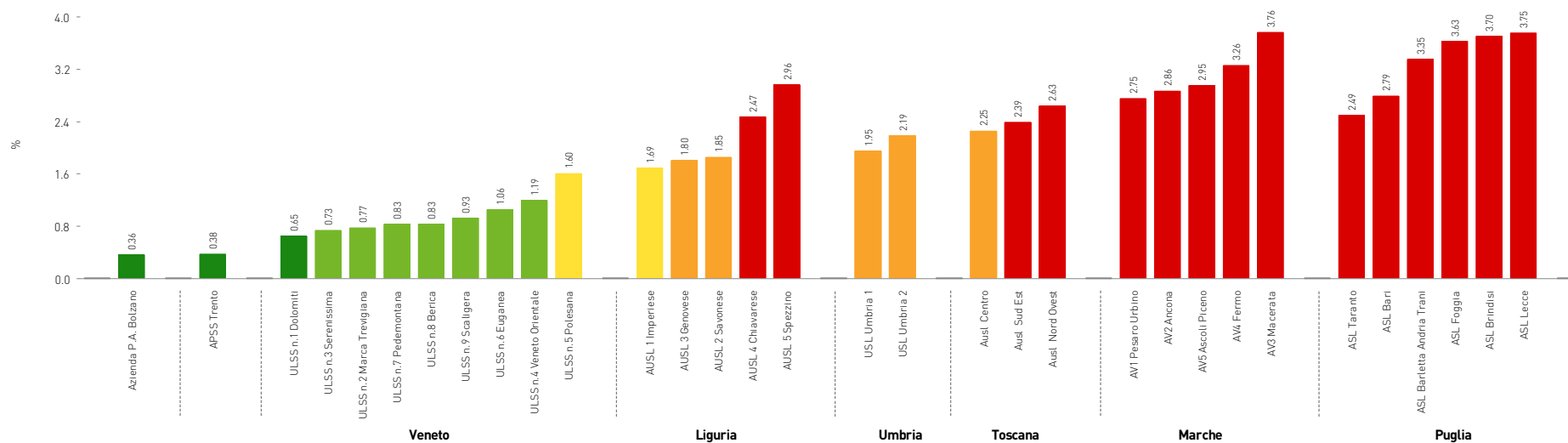
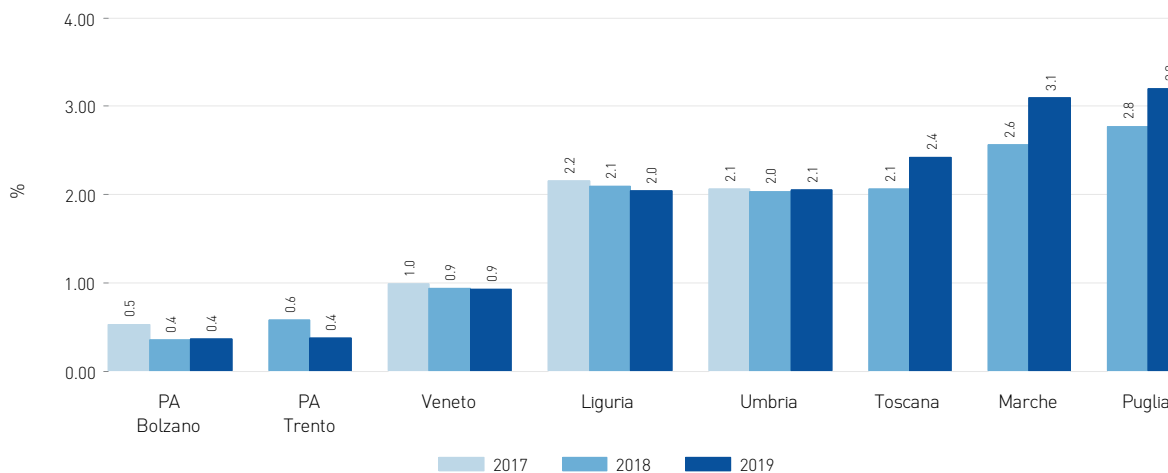
### C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

L'antibiotico-resistenza - ovvero l'incapacità di un antibiotico di inibire la crescita o la replicazione di un microrganismo - costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La perdita di efficacia degli antibiotici attualmente disponibili rischia di mettere in crisi i sistemi sanitari, causando sia l'aumento della mortalità per infezioni che maggiori costi sanitari e sociali. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibiotico-resistenza sia per il consumo degli antibiotici; infatti, nonostante il trend in riduzione, il consumo continua a essere superiore alla media europea, con una grande variabilità tra le regioni. Particolare attenzione va rivolta a una classe di antibiotici - i fluorochinoloni. L'attenzione specifica segue alla comunicazione dell'EMA, intervenuta a novembre 2018, circa gli effetti indesiderati gravi, invalidanti e potenzialmente permanenti associati all'uso di antibiotici chinolonici e fluorochinoloni. In seguito l'AIFA ha segnalato in una nota come alcune molecole appartenenti alle famiglie dei chinoloni e dei fluorochinoloni debbano essere prescritte con grande cautela poiché sono in grado di indurre, oltre alle note reazioni avverse a carico del sistema muscolo-scheletrico e del sistema nervoso, la comparsa di gravi patologie a carico dell'aorta. E' di conseguenza auspicata una riduzione dell'utilizzo di questa classe di antibiotici. Questo indicatore monitora il consumo di fluorochinoloni sul territorio ed è allineato all'indicatore previsto dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020.



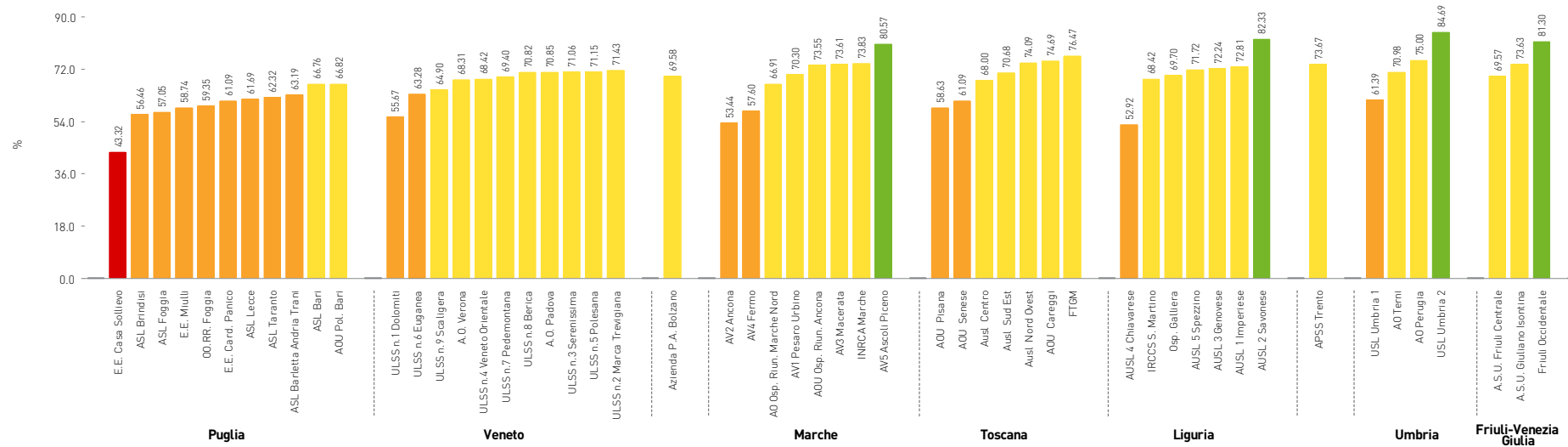
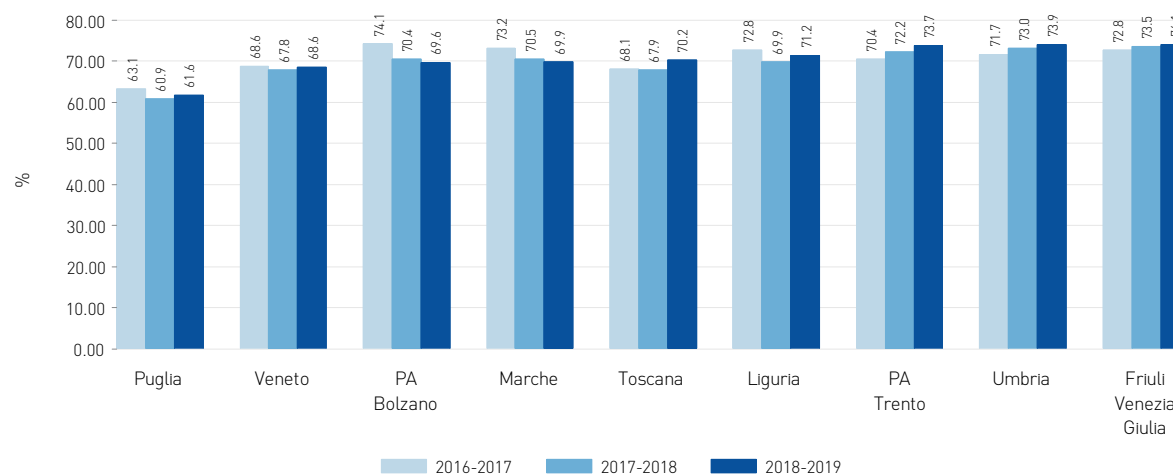
### C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità dello stesso. Gli antibiotici iniettabili rappresentano per il sistema un costo rilevante tanto da rendere importante il monitoraggio del loro utilizzo rispetto alla complessità degli antibiotici erogati sul territorio.



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

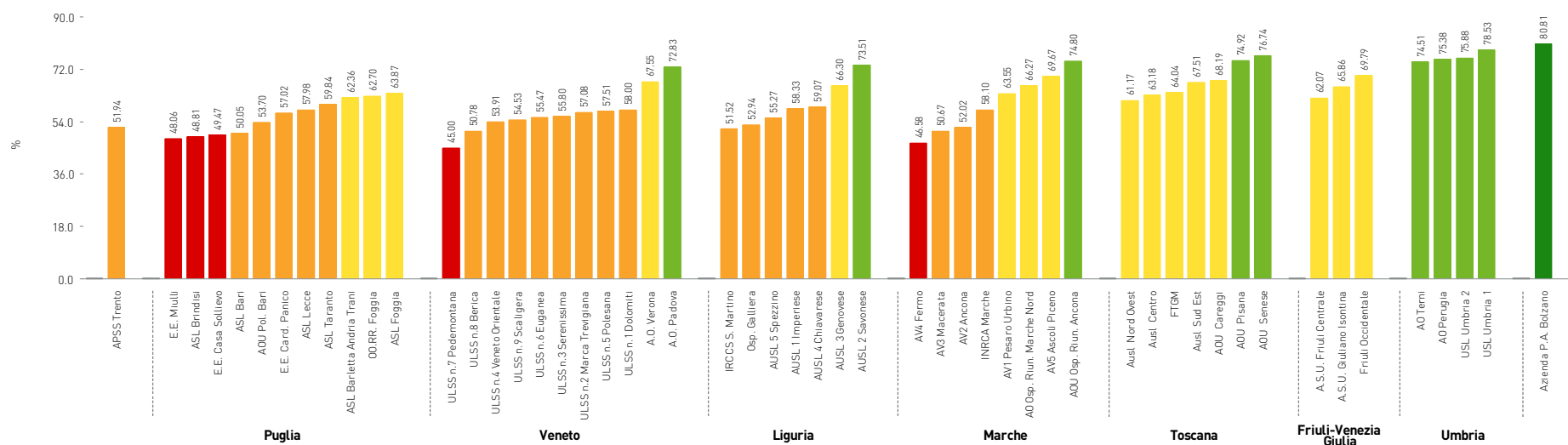
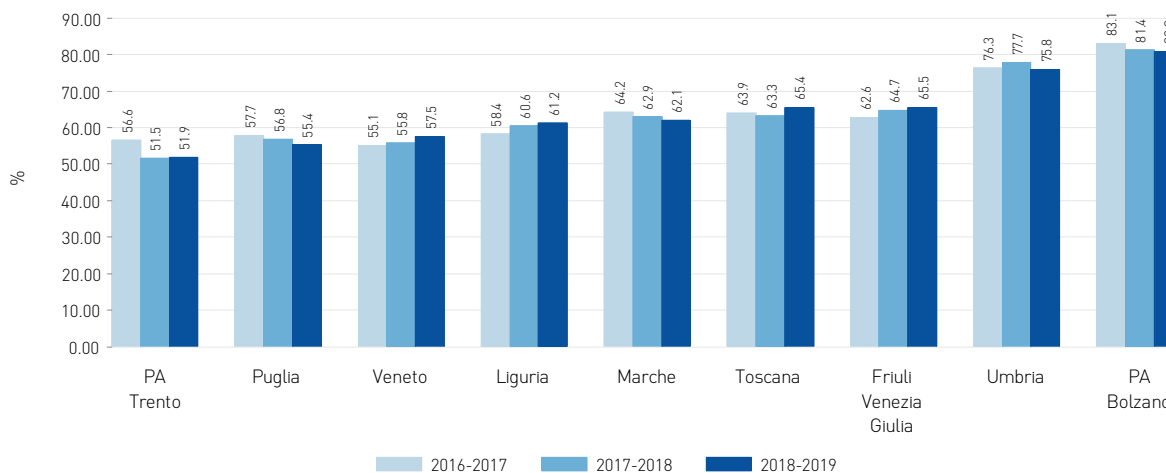
I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime 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.





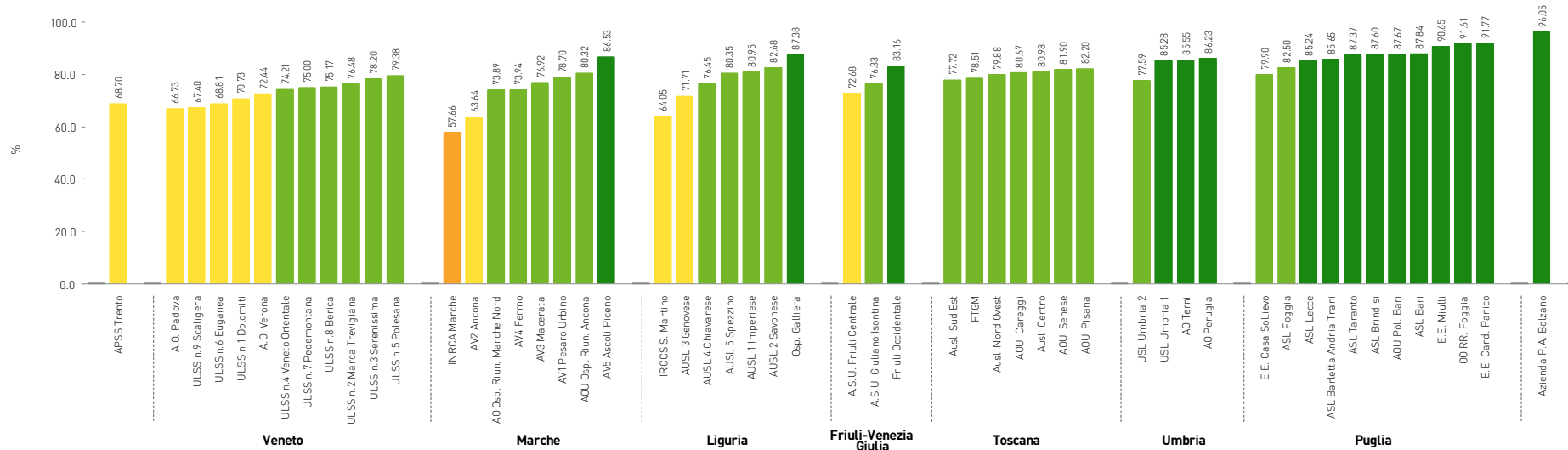
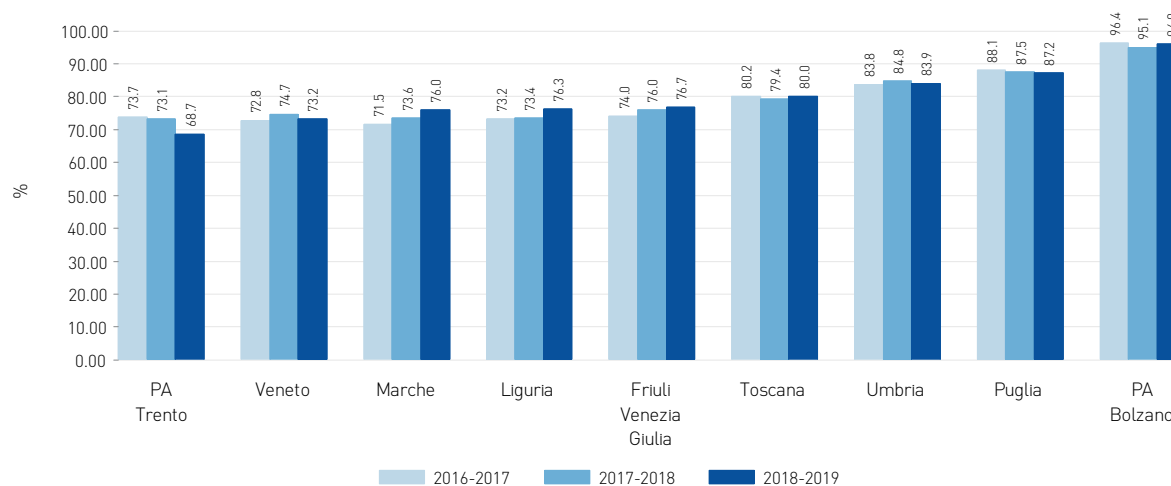
## C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

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.



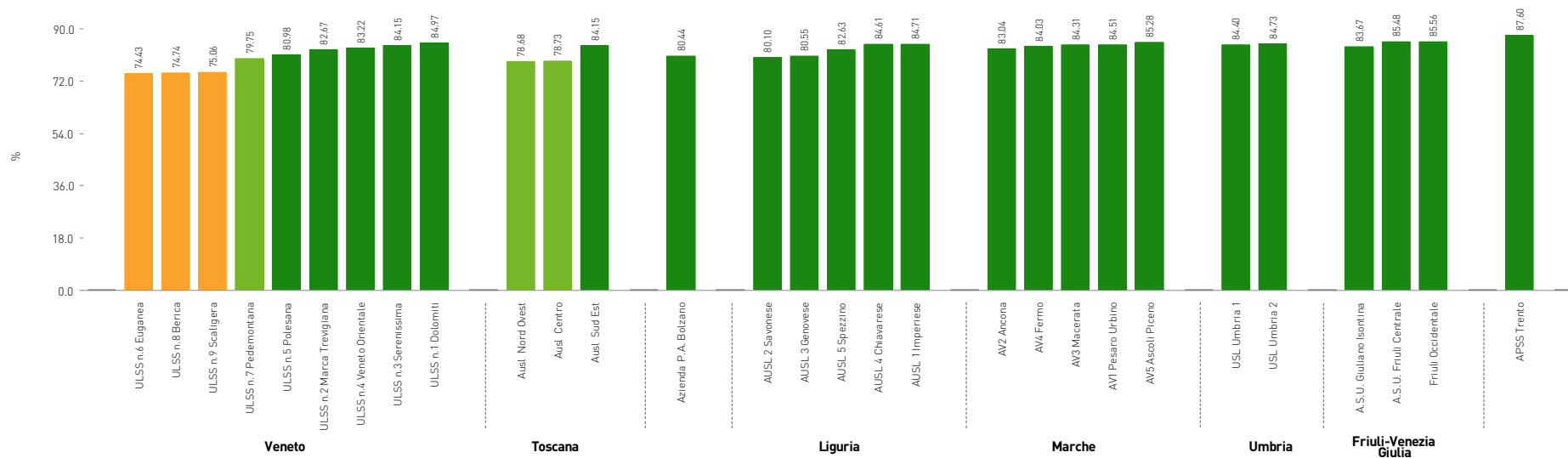
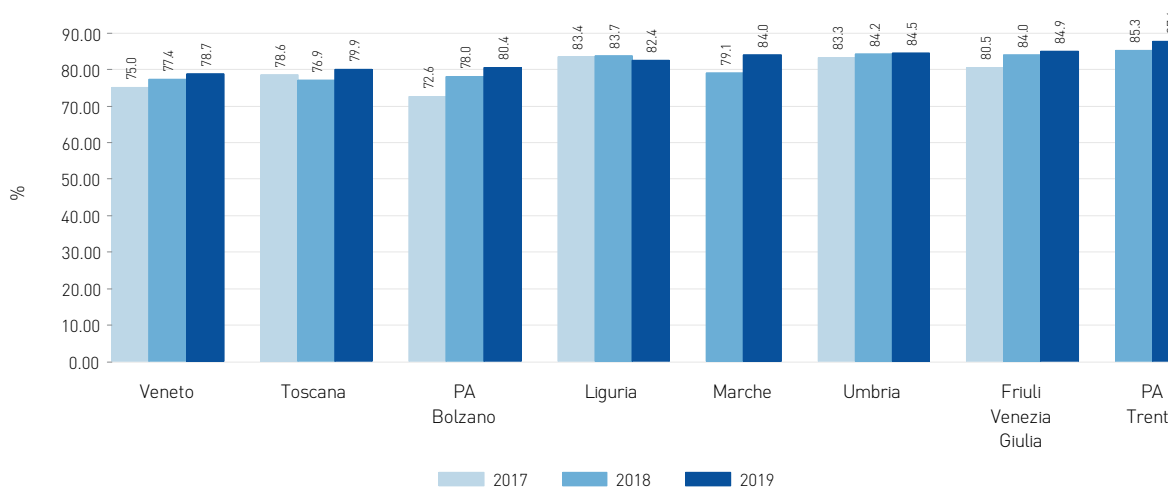
## C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

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.



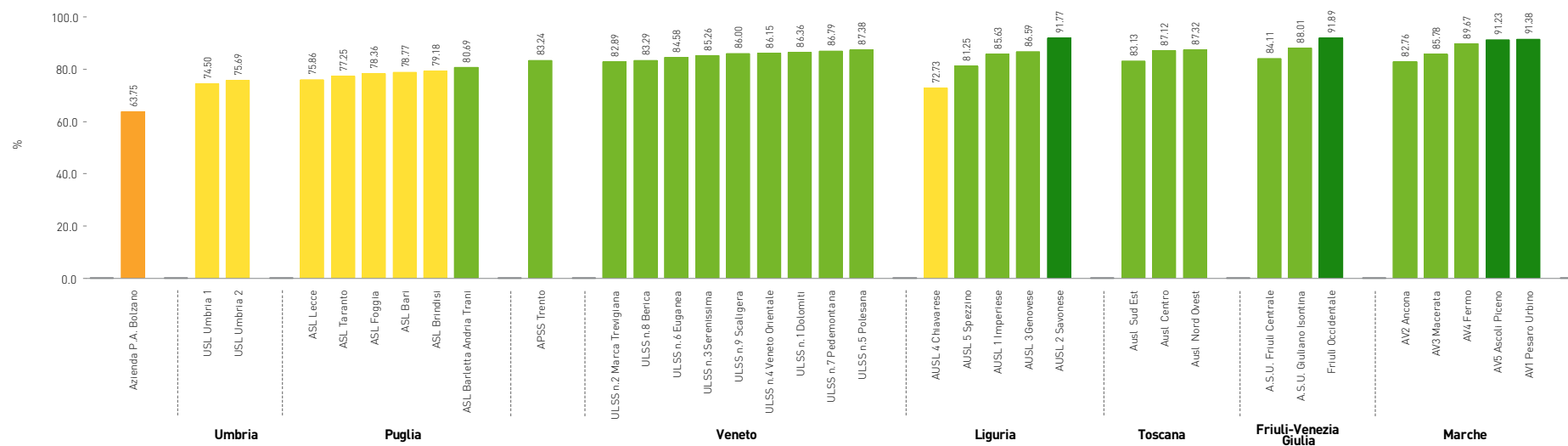
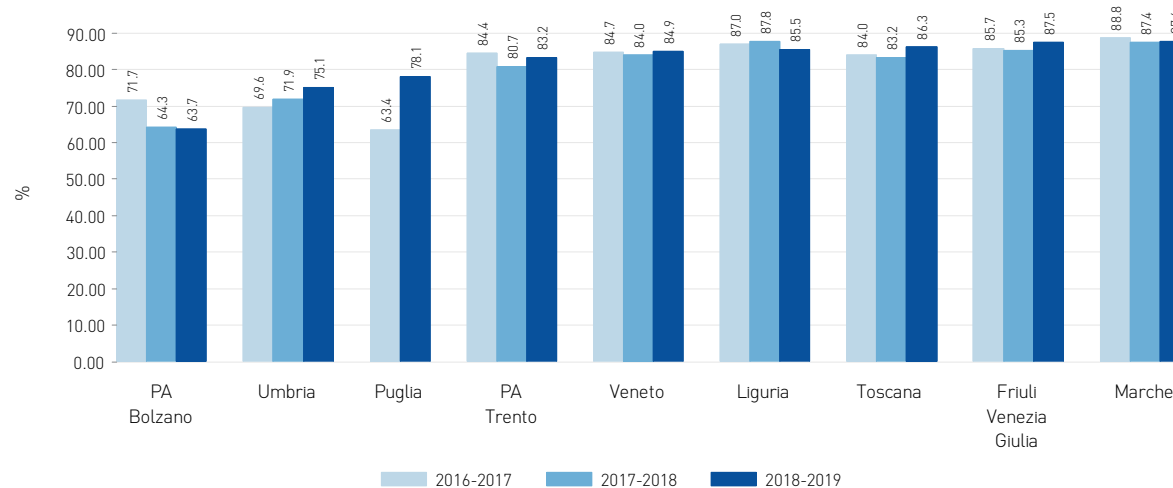
## F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

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).



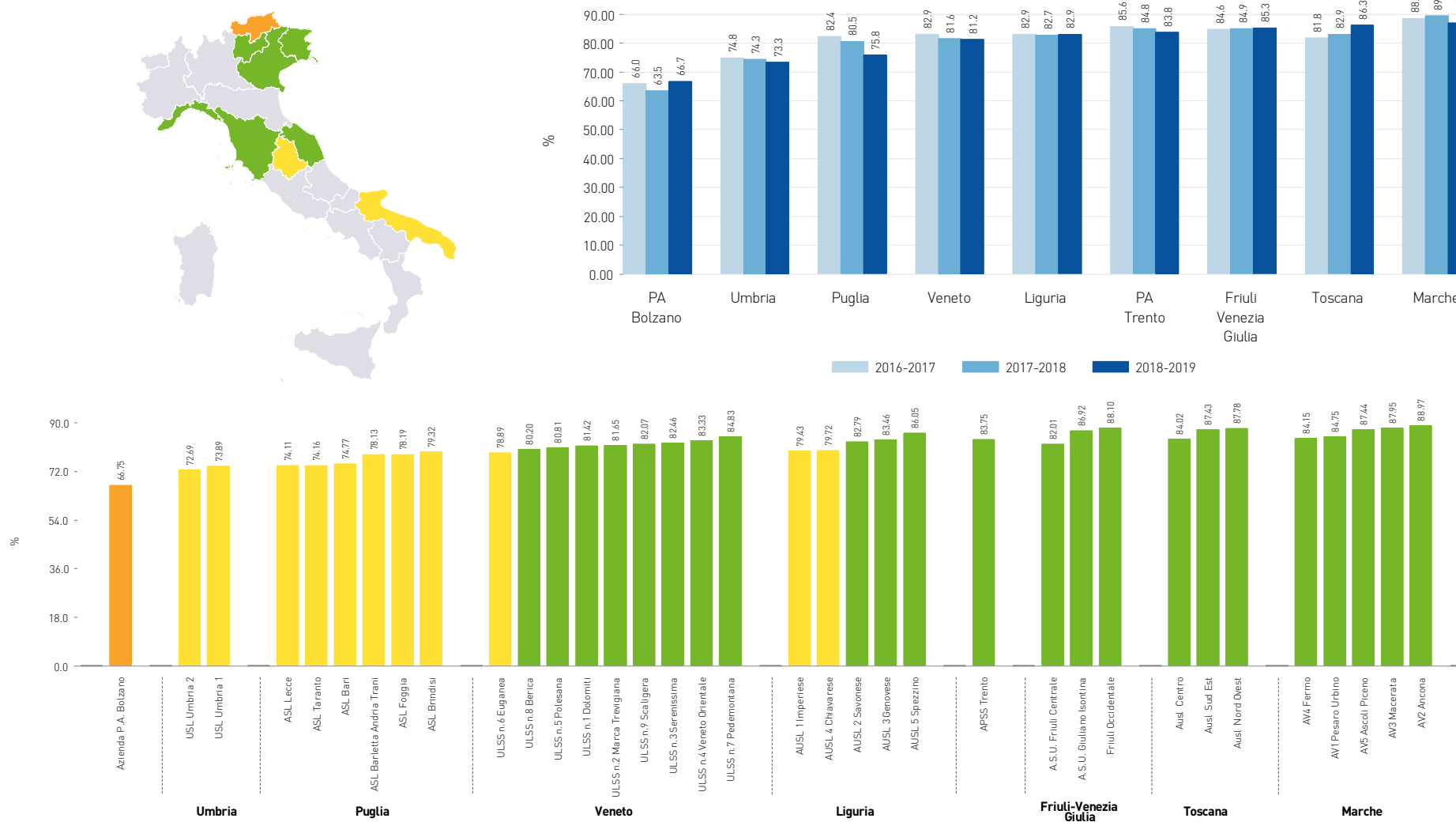
### C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

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.



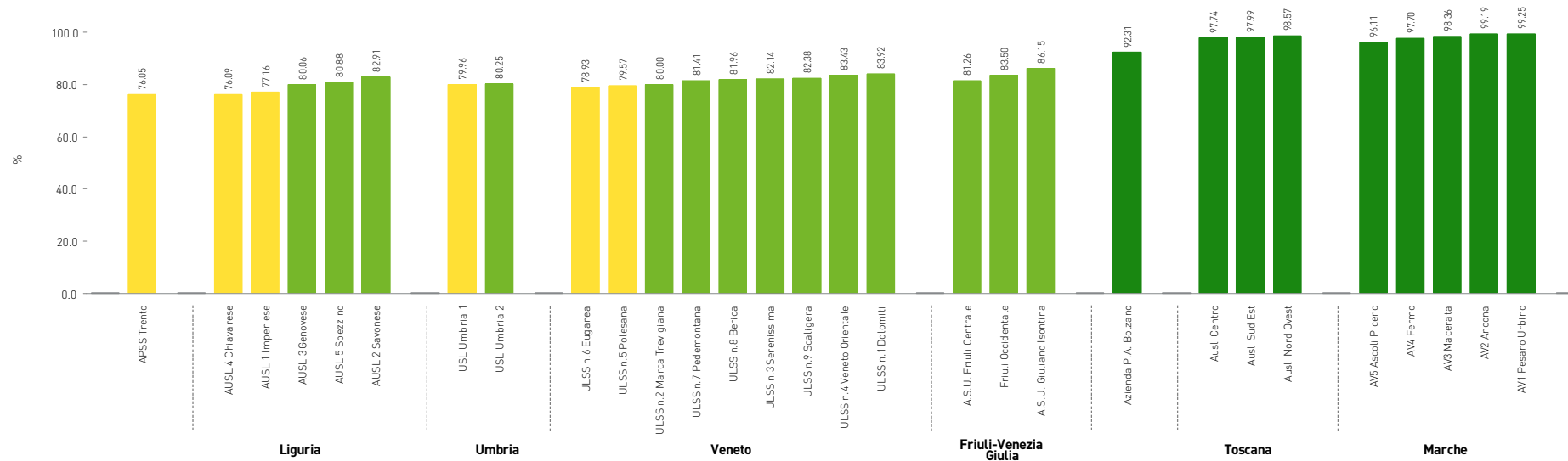
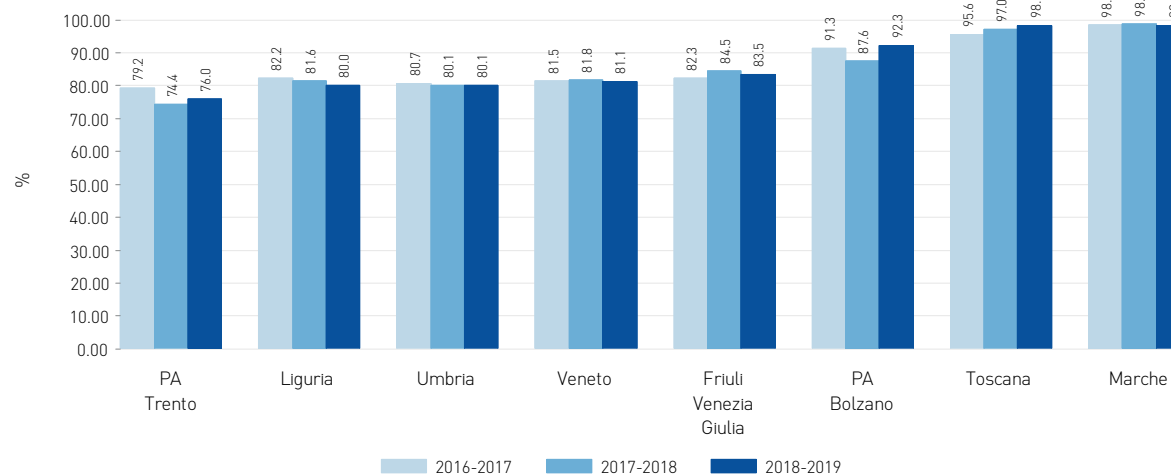
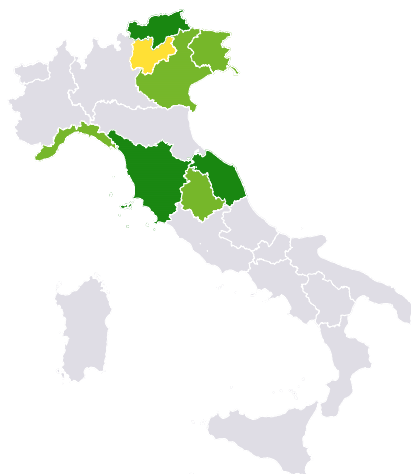
## C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

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.



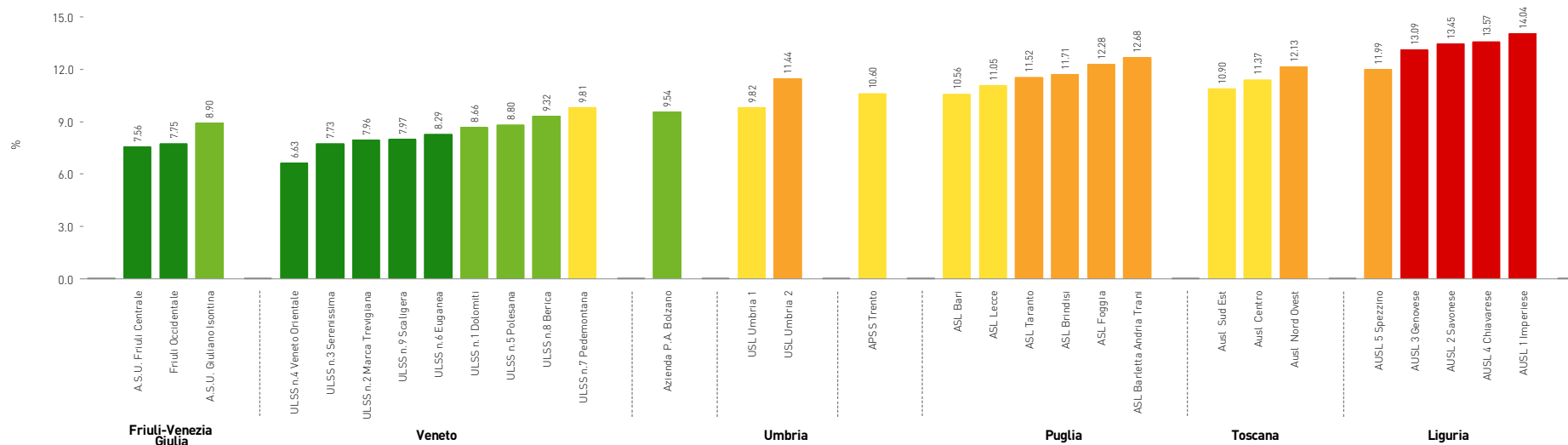
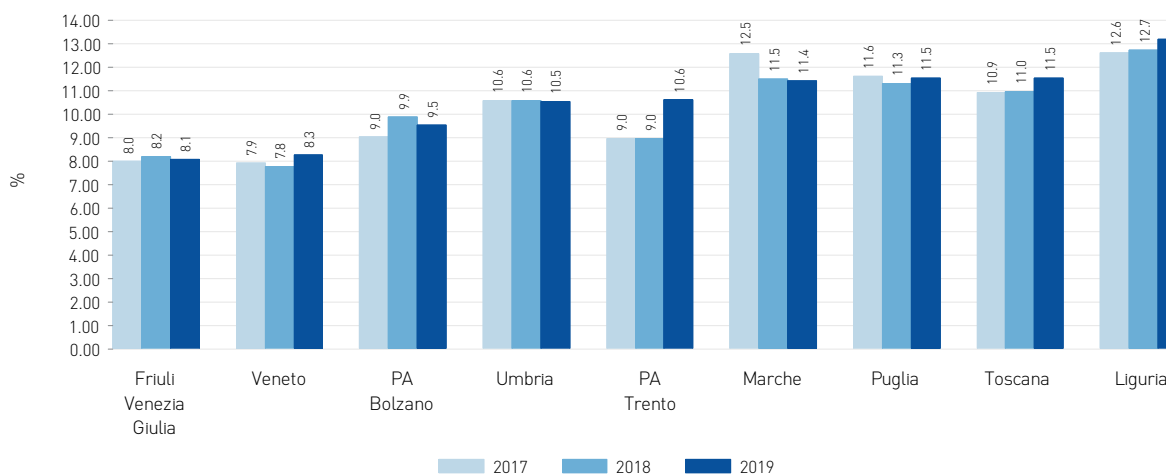
### C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

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.



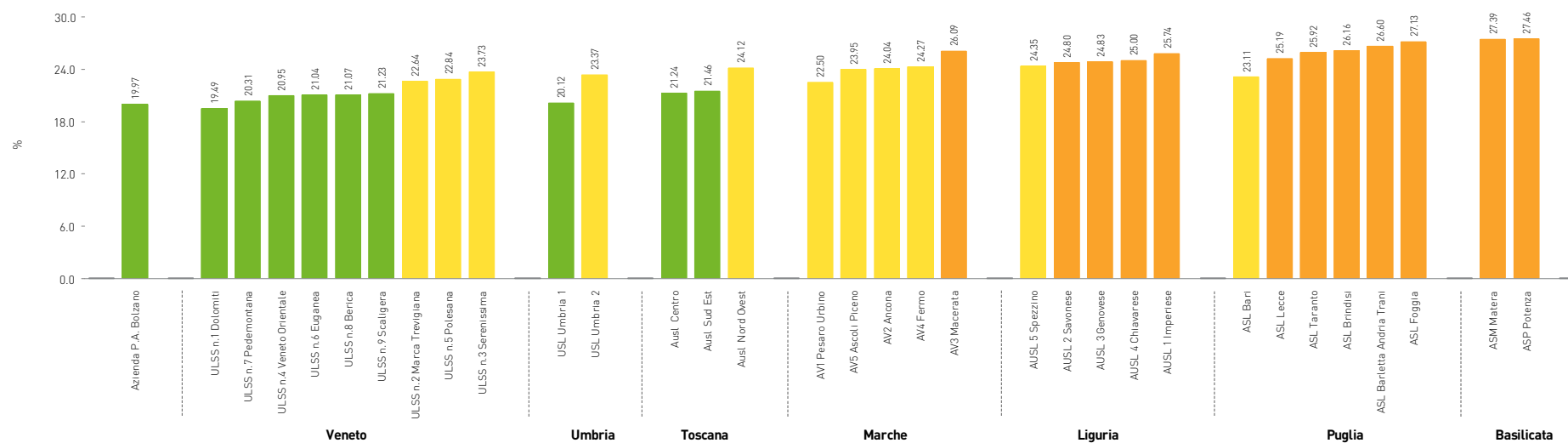
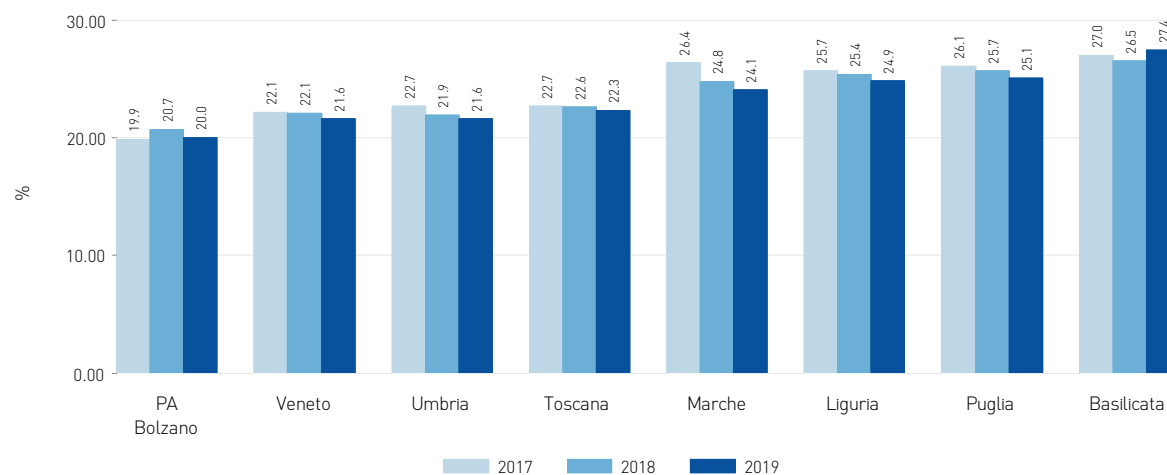
## C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

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](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](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](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
- Kitzmler 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](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), *Uso 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., Nicolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, 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 boarding", *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*, 44(4):306-317
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra razionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*, 7(4): 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
- World Health Organization (1991), *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), [http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509\\_10.html](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:

- De Rosis S., Guidotti E., Zuccarino S., Venturi G., Ferré F. (2020), "Waiting time information in the Italian NHS: A citizen perspective", *Health Policy*, 124(8): 796-804
- De Rosis S., Cerasuolo D., Nuti S. (2020), "Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy", *BMC Health Service Research*, 20: 315
- Noto G., Belardi P., Vainieri M. (2020), "Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems", *Health Policy*, 124(4): 462-469
- Jamieson Gilmore K., Pennucci F., De Rosis S., Passino C. (2019), "Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice", *HealthcarePapers*, 18(4): 28-35
- Ferré 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*, 34(4): 1251-1264
- Giacomelli G., Ferré 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*, 32(4): 168-179
- 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*, 19: 369
- Noto G., Giacomelli G., Barsanti S. (2019), "I sistemi di controllo manageriale nel contesto dell'accentramento istituzionale: il caso della Regione Toscana", *Azienda Pubblica*, 4: 443-462
- 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*, 34(4): 1408-1422
- Seghieri C., Berta P., Nuti S. (2019), "Geographic variation in inpatient costs for Acute Myocardial Infarction care: Insights from Italy", *Health Policy*, 123(5): 449-456
- Seghieri G., Seghieri C., Policardo L., Gualdani E., Francesconi 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*, 64: 595-601
- 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*, 19: 90-97
- 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*, 33(3): 637-651
- 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*, 32(1): 2-15
- 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*, 79(3): 304-320
- 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*, 78(6): 841-851
- 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*, 78(6): 828-840
- Bevan G., Evans A., Nuti S. (2018), "Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world", *Health Economics, Policy and Law*, 14(s2), 141-161
- Bonciani M., Schäfer W., Barsanti S., Heinemann S., Groenewegen P. P. (2018), "The benefits of colocation in primary care practices: The perspectives of general practitioners and patients in 34 countries", *BMC Health Services Research*, 18: 132
- Calovi M., Seghieri C. (2018), "Using a GIS to support the spatial reorganization of outpatient care services delivery in Italy", *BMC Health Services Research*, 18: 833
- 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*, 18(s2): 249
- 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*, 18(1): 51
- Kumah E., Sciolli 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*, 122(8): 866-877
- Nuti S., Noto G., Vola F., Vainieri M. (2018), "Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare", *Management Decision*, 56(10): 2252-2272
- 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*, 19(3): 277-287
- Seghieri C., Calovi M., Ferré F. (2018), "Proximity and waiting times in choice models for outpatient cardiological visits in Italy", *PLoS ONE*, 13(8): e0203018
- 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*, 30(8):594-601
- 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*, 33(2): e474-e484
- 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*, 18:659
- Nuti S., De Rosis S., Bonciani M., Murante A.M. (2017), "Rethinking Healthcare Perfor-

mance 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*, 44(4): 306-317

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.

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

Nuti S., Grillo Ruggieri T. (2016), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-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](http://www.meslab.santannapisa.it)



ISBN: 978-88-6995-799-4



9 788869 957994