

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

REPORT 2022



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, Lombardia,
Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto

REPORT 2022

A cura di:

Milena Vainieri, Francesca Ferrè, Giuseppe D'Orio, Domenico Cerasuolo e Sabina Nuti

© Copyright 2022 Laboratorio MeS

ISBN : 979-12-5486-304-6



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)

Responsabili Scientifici: Milena Vainieri e Sabina Nuti.

Coordinamento: Francesca Ferrè.

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

Coordinamento Statistico ed elaborazione dati: Giuseppe D’Orio.

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

Team di ricerca: Nicola Bellè, Alessandro Bonanni, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Elisa Conti, Iliaria Corazza, Federica Covre, Benedetta Dal Canto, Sabina De Rosi, Erica De Vita, Piermario Di Grazia, Giuseppe D’Orio, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Maria Francesca Furmenti, Manuela Furlan, Fabio Gentile, Sofia Longhi, Claudio Mazzi, Giaele Moretti, Anna Maria Murante, Francesco Noferi, Riccardo Novaro, Emiliano Pardini, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Chiara Seghieri, Marzia Cettina Severino, Matteo Signoretti, Lorenzo Taddeucci, Davide Trinchese, Milena Vainieri e Alessandro Vinci.

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

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

Regione Friuli Venezia Giulia: Ivana Burba, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Elisa Riosa, Paola Rossi, Lucian Ejlli, Roberto Peressutti, Daniela Germano, Barbara Alessandrini, Giulio Castelpietra, Antonella Bulfone, Davide Duri e Cristina Zappetti.

Regione Lombardia: Danilo Cereda, Francesco Cideni, Michele Ercolanoni, Ida Fortino, Luca Gallitognotta, Olivia Leoni, Roberta Pavesi, Giovanni Pavesi.

Regione Liguria: Filippo Ansaldi, Francesco Quaglia, Giovanni Battista Andreoli, Michele Orlando, Cristina Giordano, Domenico Gallo, Maria Franca Tomassi, Tommaso Grillo Ruggieri, Camilla Sticchi, Daniela Amicizia, Matteo Astengo, Francesca Marchini, Chiara Paganino, Maria Francesca Piazza, Federico Grammatico, Roberta Zanetti, Rosa Lavieri, Barbara Rebesco, Susanna Rivetti, Michele Bonfiglio, Bruno Buonopane, Manuela Albanese, Marco Manoni, Carlo Olivari, Laura Perini, Paolo Romairone, Francesca Marazza, Roberto Oneto.

Regione Marche: Marco Pompili, Armando Marco Gozzini, Filippo Masera, Paolo Aletti, Matteo Scaradozzi, Alessia Stacchiotti, Christian Bogino, Alessandro Manes, David Barchiesi, Alessandro Pierluca, Francesca Polverini, Giuseppe Feliciangeli, Daniel Fiacchini, Fabio Filippetti, Benedetta Ruggeri, Luigi Patregnani, Alessandro Mengoni, Giovanni Lagalla.

Regione Puglia: Vito Montanaro, Giovanni Gorgoni, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Michele Saracino, Cinzia Tanzarella, Antonio Chieti, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli, Paola Barracano, Concetta Ladalardo, Nehludoff Albano, Caterina Fanizza, Alessandro Musa, Domenico Convertini, Elisabetta Graps, Pantaleo Scoccimarro, Laura Paradies.

Regione Toscana: Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Simona Dini, Federico Gelli, Silvia Fantappie, Luciano Lippi, Michela Maielli, Claudio Marini, Daniela Matarrese, Moraldo Neri, Carla Rizzuti, Barbara Trambusti e Paolo Zoppi.

P.A. Trento: Laura Battisti, Pirus Fateh Moghadam, Damiano Voza, Diego Cagol, Paolo Santini, Filippo Re, Marco Frassoni, Riccardo Roni, Marina Ferri, Andrea Polverino, Luca Leonardi, Annalisa Campomori, Giorgio Costa, Angela Moresco, Gino Gobber, Giuliano Brunori, Alberto Della Rosa, Dario Uber, Nicoletta Copat, Giovanna Zanetti, Iliaria Trentini, Katia Chistè, Valeria Buzzi, Simone Bilato, Lorenza Vieno, Manuela Campus, Mariangela Soverini, Federica Bresciani, Paola Leonardelli, Carlo Trentini, Lucia Bombarda, Maria Adalgisa Gentilini, William Mantovani, Marina Mastellarò.

Regione Umbria: Piero Rosi, Ombretta Checconi, Barbara Gamboni, Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Marcello De Giorgi, David Franchini, Francesco Cozzolino, Marianna Giustozzi, Chiara Antonini, Livia Convertino, Sara Calandrini, Bruno Taburchi, Mauro Marchesi, Atanassios Dovas, Simona Foresi, Ester Bonanno, Anna Rita Flamini, Piero Macellari, Gabriella Madeo, Alessandro Montedori, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Solfiti.

Regione Veneto: Massimo Annicchiarico, Roberto Toniolo, Monica Troiani, Laura Moretti, Manuel Zorzi, Michele Tessarin, Denise Signorelli, Anna Maria Saieva, Alberto Bortolami, Elena Schievano, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Bricchese, Michele Tonon, Elena Narne, Giulia Capodaglio, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Anna Cavazzana, Lorenzo Dorigo, Davide Lissandri, Angela Scapin, Roberto Bellamoli, Alessandro Curto, Paola Facchin, Laura Visonà Dalla Pozza, Claudio Pilerici, Silvia Vigna, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Mario Saia, Giuseppe Feltrin, Pantaleo Corlianò, Roberta Tiso, Patrizia Bonesso, Simone De Bellonia.

A.O.U. Sant’Andrea: Adriano Marcolongo, Daniela Donetti, Paolo Anibaldi, Christian Napoli, Francesco Stella, Riccardo Macera, Marco Sabatini, Luigi Vittorini.

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





IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Introduzione	7	Personale e ricerca	461
Metodologia e rappresentazione dei risultati	11	Promozione della salute e sanità pubblica	467
I Risultati 2022	31	Donazioni	485
Basilicata	33	Sanità digitale	489
P.A. Bolzano	53	Governo delle cure e appropriatezza	501
Friuli Venezia Giulia	61	Qualità e sicurezza	521
Liguria	85	Materno infantile	527
Lombardia	121	Oncologico	539
Marche	247	Responsiveness	555
Puglia	281	Gestione della cronicità	565
Toscana	327	Domiciliare residenziale	571
P.A. Trento	357	Salute mentale	585
Umbria	365	Emergenza-Urgenza	593
Veneto	385	Assistenza farmaceutica e dispositivi medici	603
A.O.U. Sant'Andrea (Roma)	435	Bibliografia	639
Gli indicatori 2022*	441		
Stato di salute della popolazione	443		
Efficienza e sostenibilità	453		
Valutazione dell'Utenza	459		

* 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 in tempi di ripresa e rilancio

Nel 2022, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è ancora scosso dall'emergenza pandemica e concentrato nel provare a non perdere le opportunità degli investimenti previsti dal PNRR. Nel corso del 2020 il SSN ha dovuto "resistere", assorbendo lo shock e organizzandosi per contrastare il virus SARS-CoV-2 attraverso le chiusure e riduzione di alcuni servizi e all'organizzazione di una campagna vaccinale senza precedenti. Successivamente, nel corso del 2021, il SSN ha dovuto adattarsi alla fase della "ripartenza", una fase caratterizzata dalla ripresa delle attività lavorative, sociali (anche se regolate), della mobilità delle persone che ha portato all'aumento dell'incidenza dell'infezione Covid-19 con numeri superiori a quelli registrati nel 2020. Questa situazione ha avuto un impatto sulla ripartenza con un sistema concentrato ancora una volta nella lotta al virus SARS-CoV-2 e delle sue mutazioni. Nel 2022 accanto allo sforzo nel riprendere i livelli di servizio e attività pre-pandemia, il SSN è impegnato nel prendere in carico le code delle attività sospese e allo stesso tempo provare a mettere a terra l'ultima delle tre R del PNRR: il "rilancio" del SSN. Una sfida questa che ha riguardato maggiormente la dimensione della programmazione strategica. Certamente meno rilevante in termini di impatto diretto sui servizi sanitari del presente ma di primaria importanza per lo sviluppo del SSN. Una fase meno operativa ma che ha comunque richiesto lo sforzo e le energie di chi non necessariamente si trovava in prima linea ma che organizza e riorganizza i servizi per dare risposta ai bisogni del presente confrontandosi con sfide endemiche al sistema e sfide dettate dall'epidemia in corso e dalle sue diverse ondate¹.

Il Report del 2022 del Network delle Regioni cerca quindi di fotografare la capacità dei sistemi sanitari regionali di riuscire a rispondere ai bisogni di salute della popolazione nel corso del 2022. L'eccezionalità dell'emergenza sanitaria non ha 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 particolare²; i valori della multidimensionalità, della tempestività, della valutazione, della rappresentazione grafica e del benchmarking possono ancora essere di sostegno per una riprogettazione e una valutazione dei risultati di performance ottenuti. A questi si aggiunge un altro punto cardine del sistema di valutazione della performance del Network delle Regioni che è la dinamicità³. Infatti, per definizione, i sistemi di valutazione della performance sono strumenti che devono fotografare la realtà e adattarsi al contesto di riferimento e alle mutevoli esigenze degli attori del sistema stesso⁴.

La vocazione a una impostazione **multidimensionale** è da sempre un elemento caratterizzante del Sistema di Valutazione del Network delle Regioni. Le Regioni del Network

riconoscono come i risultati conseguiti dai 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.

Nel contesto pandemico, il richiamo alla multidimensionalità ha assunto un'accezione peculiare. Nella misura in cui richiama la capacità dei sistemi di valutazione di offrire una lettura di un fenomeno complesso nelle sue diverse declinazioni, accogliendo una pluralità di prospettive di indagine, si traduce, per quanto riguarda il Network delle Regioni, in due sfide complementari. Da una parte, il Network ha allargato la propria prospettiva di analisi inserendo – già dal 2020 – una nuova dimensione, quella della "resilienza" volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. In questa dimensione sono stati inseriti indicatori provenienti da fonti esterne (ad esempio, i report sulle coperture vaccinali contro il Covid-19 pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, per misurare le attività di contenimento della diffusione del coronavirus) e indicatori provenienti dai flussi sanitari correnti per il monitoraggio della contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Questi ultimi sono stati oggetto non solo di valutazione ex-post, ma di un monitoraggio in itinere che è stato condotto per tutto il 2021. Nel 2022 è stata altresì rafforzata la dimensione della digitalizzazione con un'indagine ad hoc dei siti web aziendali e si sono confermati gli indicatori relativi all'altra strategia trasversale ovvero la parità di genere attraverso indicatori che ne monitorano l'andamento. Se la **tempestività** della restituzione dei risultati è da sempre un elemento qualificante dell'attività del Network delle Regioni, con la pandemia si è rivelata una vera e propria preconditione dell'attività valutativa. Le Regioni del Network hanno quindi accolto la sfida andando ad integrare la classica valutazione annuale con un ambiente di monitoraggio delle prestazioni, alimentato con un lag temporale di soli tre mesi, per l'individuazione e la pronta correzione di potenziali criticità. La restituzione in continuo dei risultati alle direzioni regionali e la condivisione pubblica già nel mese di aprile sono il risultato di un investimento sulla tempestività con ricadute positive sulla "azionabilità" delle informazioni prodotte. Tale monitoraggio è stato sospeso nel 2022 per poter approfondire altri aspetti collegati anche all'utilizzo delle risorse come la spesa media per dispositivi medici ad alto costo.

L'adesione **volontaria** delle Regioni al Network ha permesso il coinvolgimento e la co-progettazione attiva con i referenti regionali degli indicatori da includere nelle varie fasi evolutive del sistema di valutazione della performance. Questo è stato l'elemento fondamentale per poter discutere di **valutazione** della performance dei servizi sanitari. Nei sistemi cogenti, la valutazione non è solo un momento di riflessione per comprendere i risultati ottenuti e per tracciare la strada verso azioni di miglioramento, ma è anche un momento a cui seguono delle potenziali modifiche nell'autonomia decisionale dei livelli di governo o una diversa distribuzione di risorse. In questo scenario, la comunicazione pubblica dei risultati di performance può ingenerare attriti e resistenze. La volontarietà

1 Anna Sagan, Erin Webb, Natasha Azzopardi-Muscat, Isabel de la Mata, Martin McKee, Josep Figueras (eds.) (2021), Health systems resilience during COVID-19. Lessons for building back better, World Health Organization.

2 Sabina Nuti, Guido Noto, Federico Vola, Milena Vainieri (2018) "Let's play the patients music: a new generation of performance measurement systems in healthcare". Management Decision, 56(10), 2252-2272.

3 Federico Vola, Vera Benedetto, Milena Vainieri, Sabina Nuti (2022) "The Italian interregional performance evaluation system". Research in Health Services & Regions, 1(1), 1-14.

4 Milena Vainieri, Guido Noto, Francesca Ferrè, Laura Rosella (2020) "A Performance Management System in Healthcare for All Seasons? International Journal of Environmental Research and Public Health" 17 (15), 5590.

5 Horton Richard (2020) "Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic.", The Lancet 396(10255): 874.

è stata invece la base per consentire una maggiore flessibilità del sistema stesso, consentendo rapide decisioni circa l'introduzione di alcune modifiche al sistema, come ad esempio l'inserimento di nuovi indicatori di "resilienza" o la sospensione delle valutazioni per alcuni indicatori.

L'utilizzo del **benchmarking** è sempre stato un elemento chiave nella definizione delle fasce di valutazione per molti indicatori. Il benchmarking è usato in molti sistemi di misurazione e valutazione della performance⁶ per la sua capacità di innescare processi reputazionali capaci di attivare il cambiamento⁷. Le Regioni del Network hanno sempre riconosciuto la centralità del benchmarking: 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. Il processo di confronto tra le istituzioni del sistema su numeri, scelte e 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 apprendere e individuare eventuali ambiti di miglioramento.

Un altro importante elemento chiave del sistema di valutazione è la **rappresentazione grafica** che fa leva sul benchmarking e sulla valutazione sia nel mostrare i singoli indicatori che i risultati di sintesi. Il bersaglio è il simbolo del sistema di valutazione della performance del network che mostra a colpo d'occhio i punti di forza e di debolezza accanto al quale c'è il pentagramma per rappresentare i risultati di sintesi dei vari percorsi assistenziali⁸. Da analisi condotte con i dirigenti di struttura del sistema sanitario italiano abbiamo verificato che la forma conta e si trasforma in sostanza in quanto modalità di rappresentazioni grafiche diverse possono aiutare più di altre la comprensione e il ricordo delle informazioni mostrate⁹.

L'ultimo cardine del sistema di valutazione del network è la **dinamicità**. Nel corso del 2022 tutte le regioni sono state chiamate a recepire il decreto ministeriale n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". All'interno del decreto si richiama l'importanza e il ruolo del distretto sanitario. Per questo motivo, abbiamo promosso l'analisi a livello di distretto in modo coerente e integrato rispetto agli altri livelli di governo. Un'altra novità riguarda l'introduzione di una nuova rappresentazione di sintesi che abbiamo chiamato "il profilo". Il profilo è una fotografia degli elementi di contesto della regione e dell'azienda come, ad esempio, la popolazione di riferimento, il numero di ospedali, il numero di di-

stretti e altre caratteristiche socio-demografiche e di struttura che possono fornire lenti e prospettive di lettura delle informazioni e delle valutazioni.

La consultazione di questo rapporto permette di comprendere i risultati ottenuti da nove Regioni, due Province Autonome e un'Azienda Ospedaliero Universitaria (non appartenente alle undici realtà regionali/provinciali già indicate) che aderiscono al Network nell'anno della ripresa e del rilancio. In particolare, il report presenta lo stato dell'arte della sanità regionale e aziendale attraverso circa 180 indicatori di valutazione.

⁶ Claire Willmington, Pao Belardi, Anna Maria Murante, Milena Vainieri (2022) "The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review". BMC health services research 22 (1), 1-20.

⁷ Gwyn Bevan, Alice Evans, Sabina Nuti (2019) Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. Heal Econ Policy Law. 14 (2):141-61.

⁸ Nicola Belle, Giorgio Giacomelli, Sabina Nuti, Milena Vainieri. Factoring in the human factor: experimental evidence on how public managers make sense of performance information. International Public Management Journal 25 (2), 178-191

2

METODOLOGIA



Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della performance è, nel 2022, composto da 9 Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. L'adesione è su base volontaria, ossia è il frutto di una scelta consapevole delle Regioni aderenti che vogliono, mediante questo strumento di governance, garantire la trasparenza sui loro risultati da un lato, e rigore scientifico dall'altro, affidando a un soggetto terzo e pubblico, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il compito di assicurare la correttezza del calcolo e il superamento dell'autoreferenzialità.

L'obiettivo del Network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance dei SSR, attraverso il confronto di un set di oltre 400 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni dell'offerta dei sistemi stessi. Questo rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto a cui si aggiunge, anche quest'anno, l'AOU Sant'Andrea (Roma).

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) o, da quest'anno, anche di confronto tra distretti socio-sanitari. Il confronto può inoltre avvenire in ottica intra-regionale, tra le Aziende e i distretti di ciascuna Regione. Questo secondo approccio garantisce la possibilità di misurare indicatori volti a esplorare particolari aspetti che siano rilevanti per le strategie locali. Questa possibilità coinvolge in primis le Regioni con più Aziende, pur non escludendo l'opportunità anche per Regioni quali le Marche e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano – articolate in un'unica Azienda territoriale – di approfondire la valutazione intra-regionale o intra-provinciale, assumendo come unità di analisi le aree vaste o i distretti. Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della performance dei SSR, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi. La cernita degli indicatori è volta a evidenziare le dimensioni fondamentali della performance in un ambito complesso quale quello sanitario:

- Assistenza farmaceutica e dispositivi medici, che comprende gli indicatori relativi all'utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci e dei dispositivi medici, sia in ambito territoriale, sia in ambito ospedaliero;
- Domiciliare e residenziale, ambito che include gli indicatori relativi agli interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone o in strutture residenziali; la soddisfazione dell'utenza, quella del personale e i processi di comunicazione;
- Donazioni, dimensione che include misure relative al monitoraggio in termini di efficienza e organizzazione i processi di donazione degli organi e tessuti e dell'efficacia del sistema trasfusionale regionale; la presa in carico dell'emergenza-urgenza;
- Efficienza e sostenibilità, dimensione che include gli indicatori relativi all'utilizzo

delle risorse economiche e alla struttura finanziaria delle aziende; il governo e la qualità dell'offerta;

- Emergenza-Urgenza, che include gli indicatori che misurano l'appropriatezza e la tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in pronto soccorso e sul territorio [112];
- Equità, che include gli indicatori che misurano l'equità di accesso ad alcuni servizi ospedalieri per genere e titolo di studio;
- Gestione delle cronicità, dimensione che racchiude gli indicatori per il monitoraggio e valutazione del percorso cronicità;
- Governo delle cure e appropriatezza, che include gli indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza dei servizi offerti dal sistema sanitario;
- Materno infantile, dimensione che racchiude gli indicatori per il monitoraggio e valutazione del percorso materno-infantile;
- Oncologico, dimensione che racchiude gli indicatori per il monitoraggio e valutazione del percorso oncologico;
- Personale e ricerca, dimensione che riguarda la gestione delle risorse umane e la capacità dell'attività di ricerca dei dirigenti medici e sanitari delle aziende;
- Qualità e sicurezza, che monitora gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;
- *Responsiveness* e comunicazione, che include gli indicatori volti a monitorare i processi organizzativi che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'azienda (come, ad esempio, la Carta dei Servizi e i tempi di attesa);
- Salute mentale, dimensione che racchiude gli indicatori per il monitoraggio e valutazione del percorso della salute mentale;
- Promozione della salute e sanità pubblica, che include gli indicatori riferiti ai programmi di promozione e prevenzione primaria e secondaria (screening), alle coperture vaccinali, ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;
- Sanità digitale, dimensione relativa al monitoraggio dei cambiamenti nell'adozione di strumenti / approcci di sanità digitale da parte di cittadini e professionisti del settore sanitario;
- Valutazione dell'utenza, che riprende gli indicatori della valutazione esterna.

Per gli anni 2020 e 2021 il bersaglio è stato integrato dalla dimensione della Resilienza volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Questa dimensione nel 2022 è stata monitorata ma non valutata, dunque, non è più visibile come sintesi nel bersaglio.

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

- fa leva su un ampio spettro di flussi amministrativi – dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ai bilanci, al flusso delle Prestazioni Ambulatoriali, a quelli del Pronto

Soccorso e del 118, passando per i Certificati di Assistenza al Parto, i flussi dell'ambito farmaceutico (distribuzione in regime convenzionato, diretto e in regime di ricovero), il flusso AD-RSA (assistenza domiciliare e residenziale), ecc.;

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

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2022, 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 180 indicatori è attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5. Questa è ottenuta attraverso il confronto del valore degli indicatori con standard condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale (ad esempio, la percentuale di parti cesarei, la cui soglia è indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), o dal raffronto della performance delle Aziende del Network con quella registrata a livello europeo, oppure considerando il confronto e la distribuzione inter-aziendale in seno al Network stesso. Per i dati di performance del 2022, è stata reintrodotta la valutazione per tutti quegli indicatori il cui andamento e la cui valutazione potevano essere distorti dall'impatto della pandemia e successiva fase di ripresa. È il caso, ad esempio, dei tassi di ospedalizzazione per patologie potenzialmente evitabili: se questi indicatori negli anni scorsi potevano essere misure indirette della capacità di presa in carico da parte del territorio, per il 2020 e il 2021 la loro lettura e interpretazione è stata inficiata dalle restrizioni imposte ai sistemi sanitari regionali sull'offerta di servizi differibili e il loro andamento risultava quindi intrinsecamente non valutabile. Queste restrizioni sono andate scemando fino alla dichiarazione di fine emergenza pandemica di maggio 2023, motivo per cui anche per questi indicatori si è tornati alla valutazione con un tendenziale mantenimento delle medesime fasce di valutazione dell'anno 2019 (pre-covid).

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

Tabella 1. (pagina seguente)

Elenco degli indicatori 2022, condivisi dal Network delle Regioni

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

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE													
A1	Mortalità infantile												
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	100%	444	3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8
A1.2	Mortalità neonatale precoce												
A1.3	Mortalità neonatale totale												
A2	Mortalità per tumori	100%	445	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233
A3	Mortalità per malattie circolatorie	100%	446	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299
A4	Mortalità per suicidi	100%	447	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6
A10	Stili di vita (PASSI)												
A10.1.1	Percentuale di sedentari	100%	448	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	100%	449	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34
A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	100%	450	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10
A10.4.1	Percentuale di fumatori	100%	451	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24
EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ													
F1	Equilibrio economico reddituale												
F1.1	Equilibrio economico generale	100%	454	-2,6	-1,73	-1,73	-0,87	-0,87	0	0	0,87	0,87	7,34
F1.2	Equilibrio economico sanitario	100%	455	-2,6	-1,73	-1,73	-0,87	-0,87	0	0	0,87	0,87	3,49
F1.3	ROI												
F17N	Costo sanitario pro capite												
F17N.R	Costo sanitario pro capite regionale												
F17N.A	Costo sanitario pro capite aziendale												
F17.3.2	Costo pro-capite per assistenza sanitaria di medicina generale												
F18	Costo medio per punto DRG												
F18.1	Costo medio per punto DRG	100%	456	8393	9726	7061	8393	5728	7061	4395	5728	3062	4395
F2	Gestione del magazzino												
F2.1	Indice di rotazione dei beni sanitari												
F2.2	Indice di rotazione dei prodotti farmaceutici ed emoderivati												
F2.3	Giornate di giacenza media dei beni sanitari												
F2.4	Giornate di giacenza media dei prodotti farmaceutici ed emoderivati												
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario												
F3.1	Indice di disponibilità	100%	457	0,4	0,6	0,6	0,8	0,8	1	1	1,5	1,5	2
F3.2	Politiche di investimento												
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica												
F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio												
F3.4	Costi di finanziamento												
F3.4.1	Indice di onerosità												
F3.4.2	Dilazione dei debiti												
F3.4.3	Tempestività dei pagamenti												
VALUTAZIONE DELL'UTENZA													
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	100%	460	1,4	1,75	1,05	1,4	0,7	1,05	0,35	0,7	0	0,35
D18M	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri medici												
D18C	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici												
PERSONALE E RICERCA													
E2	Percentuale di assenza	100%	462	15	18	13,5	15	12	13,5	10,5	12	9,6	10,5
E2A	Indice assenza donne vs. uomini												
E2B	Indice soffitto di cristallo												
B15	Capacità attività di ricerca												
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici	100%	463	0,25	0,75	0,75	1,25	1,25	1,75	1,75	2,25	2,25	2,75
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici	100%	464	1,1	1,44	1,44	1,87	1,87	2,3	2,3	2,73	2,73	3,16
B15.2.1A	Percentuale di dirigenti medici produttivi	100%	465	63,23	70,04	70,04	76,86	76,86	83,68	83,68	90,49	90,49	97,31
PROMOZIONE DELLA SALUTE E SANITÀ PUBBLICA													
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici												
B5.1	Screening mammografico	100%											
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	100%	468	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	100%	469	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
P15CB	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella												
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo												
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti												
P16C	Proporzione di cancro in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza												
B5.2	Screening cervice uterina	100%											
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	100%	470	1,55	18,97	18,97	36,39	36,39	53,81	53,81	71,23	71,23	88,65
B5.3	Screening colorettales	100%											
B5.3.1	Estensione dello screening colorettales	100%	471	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2	Adesione allo screening colorettales	100%	472	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
P15CC	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto												
B7	Copertura vaccinale												
B7.1	Copertura per vaccino MPR	25%	473	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	10%	474	42	53	53	64	64	75	75	86	86	95

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina	50-60		60-70		70-85		85-95		95-100	
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	0%	475	50	60	60	70	70	85	85	95	95	100
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	10%	476	0	7	7	16	16	25	25	34	34	43
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	10%	477	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	10%	478	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	25%	479	87	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.8	Copertura vaccinale varicella	10%	480	50	55	55	65	65	75	75	85	85	95
F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)												
F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro												
F15.1.4	Inchieste per malattie professionali												
F15.2	Copertura del territorio	100%											
F15.2.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti	100%	481	0	2,25	2,25	5	5	7,75	7,75	10,5	10,5	12,75
F15.2.3	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati	100%	482	0	1	1	10	10	19	19	28	28	37
F15.3	Efficienza produttiva	100%											
F15.3.1	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL	100%	483	0	16	16	37	37	58	58	79	79	100
F15.3.2	N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL	100%	484	0	18	18	67	67	116	116	165	165	214
F16	Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN) e Sanità Veterinaria												
P09Z	Copertura attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva												
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza												
P11Z	Copertura attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti												
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti												
DONAZIONI													
B6	Donazioni organi e tessuti												
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	100%	486	0	0,25	0,25	0,62	0,62	0,98	0,98	1,35	1,35	1,72
B6.1.9	Opposizione alla donazione												
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	100%	487	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8
B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo												
B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo												
B6.1.12	Donatori di tessuti (pmp)												
B6.1.11	Tempo medio di attesa di trapianto per rene												
B6.1.14	Indice di trapiantabilità												
B6.1.14.1	Indice di trapiantabilità - rene												
B6.1.14.2	Indice di trapiantabilità - fegato												
B6.1.14.3	Indice di trapiantabilità - cuore												
B6.1.14.4	Indice di trapiantabilità - polmone												
B6.1.14.5	Indice di trapiantabilità - pancreas												
SANITÀ DIGITALE													
B24A	Sanità digitale												
B24B	ePrescription	100%											
B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	100%	490	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	100%	491	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	100%	492	35,51	59,78	59,78	66,19	66,19	72,6	72,6	79,9	79,9	91,82
B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	100%	493	35,51	59,78	59,78	66,19	66,19	72,6	72,6	79,9	79,9	91,82
B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico	100%											
B24C.1C	Stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico												
B24C.2C.1	Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni	100%	494	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.2.1	Operatori sanitari abilitati al FSE	100%	495	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.2.2	Aziende sanitarie che alimentano il FSE	100%	496	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.3.1	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	100%	497	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.3.2	Medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario Sintetico del paziente												
B24P	Servizio Digitale - MMG	100%											
B24P.1	PCDI - MMG	100%	498	1,6	2,2	2,2	2,8	2,8	3,4	3,4	4	4	4,6
B24P.2	Leggibilità delle informazioni sui siti web - MMG	100%											
B24P.2.1	Indice GulpEase dei testi sul servizio scelta/cambio MMG												
B24P.2.2	Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi del servizio scelta/cambio MMG												
B24P.2.3	Indice READ-IT sui testi del servizio scelta/cambio MMG	100%	499	60,8	66,8	66,8	72,6	72,6	79,9	79,9	86,8	86,8	93,6
C13.R3.A	Telemedicina												
C13.R3.2	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)												
C13.R3.3	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)												
C13.R3.4	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)												
C13.R3.10	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)												
C13.R3.11	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)												
C13.R3.13	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)												
GOVERNO DELLE CURE E APPROPRIATEZZA													
C1	Capacità di governo della domanda												
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso												
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	100%	502	160	179	153	160	146	153	139	146	124	139
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	100%	503	117	124	110	117	103	110	96	103	94	96
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso												

		Estremi delle fasce di valutazione																					
		Pesatura	Pagina	16		22		13		16		10		13		7		10		2		7	
C1.1.2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti	100%	504	16	22	13	16	10	13	7	10	2	7										
C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale																						
C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso																						
C1.3	Posti letto per 1.000 residenti																						
C1.5	Indice di case mix																						
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		505	0	3,77	3,77	11,29	11,29	18,81	18,81	26,34	26,34	33,86										
C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario																						
C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	100%	506	1	1,65	0,35	1	-0,3	0,35	-0,95	-0,3	-1,6	-0,95										
C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurghi	100%	507	1,04	1,69	0,39	1,04	-0,27	0,39	-0,92	-0,27	-1,57	-0,92										
C14	Appropriatezza medica																						
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	100%	508	267	311	223	267	179	223	135	179	91	135										
C14.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica																						
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H06Z)	100%	509	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)	100%	510	5	6	4	5	3	4	2	3	1	2										
C4	Appropriatezza chirurgica																						
C4.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici																						
C4.1.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari																						
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	20%	511	0	40	40	55	55	70	70	90	90	100										
C4.7	DrG LEA Chirurghi: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	60%	512	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85										
C4.13	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (NSG H04Z)	10%	513	0,38	0,6	0,3	0,38	0,23	0,3	0,15	0,23	0	0,15										
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	10%	514	160	195	125	160	90	125	55	90	20	55										
C8A	Integrazione ospedale territorio																						
C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC																						
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	40%	515	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9										
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	516	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2										
C8C.1.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)																						
C8C.2.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C)																						
C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione adulta residente (NSG D07Ca)																						
D07C.P.N	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Cb)																						
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	40%	517	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2										
C8A.20	Percentuale di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno																						
C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica																						
C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti																						
C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini																						
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC erogate, extra PS, per 1.000 residenti																						
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti																						
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	100%	518	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15										
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	100%	519	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8										
C13.2.2.4	Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1000 residenti std età e sesso																						
C13.3	Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei																						
C13.3.1	Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20																						
C13.3.2	Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20																						
C13.3.3	Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20																						
C13.4	Tempi di attesa (NSG)																						
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)																						
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)																						
QUALITÀ E SICUREZZA																							
C5	Qualità clinica/Qualità di processo																						
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	10%	522	0	15	15	35	35	55	55	75	75	95										
C5.1	Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione (NSG H12C)																						
C5.30	Percentuale di fratture operate entro 48 ore																						
H13C	Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	40%	523	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100										
H13C.B	Percentuale di pazienti di età <65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario																						
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni																						
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	10%	524	55	65	65	75	75	85	85	95	95	100										
C36.1	Percentuale di prostatectomie computer-assistite																						
C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati																						
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti																						
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati																						
C5.20	Trombolisi endovenosa per ictus ischemico																						
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	20%	525	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85										
C16.8	Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica																						
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	20%	526	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100										
C5.21	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (118, PS o struttura di ricovero)																						
C5.19	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna																						
C6	Rischio clinico																						
C6.4	Sicurezza del paziente																						
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione																						

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità												
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica												
C6.4.5	Mortalità tra pazienti chirurgici con complicanze severe trattabili												
MATERNAL INFANTILE													
C7	Materno-infantile												
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	50%	528	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7.1.2	Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)												
C7.1.3	Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)												
C7.1.4	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati												
C7.30	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	5%	529	0	5	5	13	13	25	25	40	40	100
C7.0	Volumi per parti												
C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti												
C7.0.2	Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti												
C7.2a	Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN (NSG H19S)												
H20S	Percentuale di parti pre-termine tardivi (34-36 settimane di gestazione)												
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti	10%	530	30	90	25	30	20	25	15	20	0	15
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti	10%	531	35	90	30	35	25	30	20	25	0	20
C7.2	Percentuale di parti indotti												
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	10%	532	36	44	28	36	20	28	12	20	4	12
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	15%	533	10	12,5	7,5	10	5	7,5	2,5	5	0	2,5
C7.13	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva												
C7.14	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4												
C7.27	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza (NSG D19C)												
C7.16A	Accesso area maternità del consultorio												
C7.1B.1	Tasso di concepimento per minorenni												
C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti												
C7.11	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute												
C7.10.1	Percentuale di IVG con certificazione consultoriale												
C7D	Pediatria												
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	25%	534	11,2	12,8	9,6	11,2	8	9,6	6,4	8	4,8	6,4
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	25%	535	53	60	46	53	39	46	32	39	25	32
C7.7.4	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)												
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite	25%	536	240	400	180	240	120	180	60	120	0	60
D04C.A	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma												
D04C.B	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite												
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	25%	539	370,9	456,5	285,3	370,9	199,7	285,3	114,1	199,7	28,4	114,1
ONCOLOGICO													
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici												
C10.1	Volumi Oncologia	40%											
C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella	100%											
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 [10Percentuale tolleranza] interventi annui	100%	540	0	20	20	40	40	70	70	90	90	100
C10.1.12	Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui												
C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata	100%											
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	100%	541	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	100%	542	50	100	40	50	25	40	10	25	0	10
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata												
C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon												
C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto												
C10.2	Percorso tumore alla mammella	20%											
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	100%	543	0	65	65	70	70	75	75	80	80	100
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	100%	544	30	44,4	44,4	58,5	58,5	72,6	72,6	86,7	86,7	100
C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella												
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	100%	545	18	100	12	18	8	12	5	8	0	5
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante												
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	100%	546	0	58,3	58,3	68,7	68,7	79	79	89,4	89,4	100
C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella												
PDTA06.1	Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	100%		0	48,66	48,66	54,96	54,96	61,25	61,25	67,55	67,55	100
PDTA06.2	Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	100%		0	33,89	33,89	37,7	37,7	41,51	41,51	45,32	45,32	100
PDTA06.3	Radioterapia complementare (PDTA Mammella)	100%		0	54,8	54,8	63,2	63,2	71,6	71,6	80	80	100
C10.3	Percorso tumore al colon	15%											
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	100%	547	8,1	10	5,75	8,1	3,39	5,75	1,04	3,39	0	1,04
C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante												
PDTA07	Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)												
PDTA08	Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)												
C10.4	Percorso tumore al retto	15%											
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	100%	548	5,64	7,5	3,78	5,64	1,92	3,78	0,6	1,92	0	0,6
PDTA09	Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)												
PDTA10	Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)												

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
		10%	100%										
C10.5A	Oncologia Medica												
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali		549	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461,5	0	248
C28	Cure Palliative												
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	55%	550	28,5	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	80
C28.1.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio												
D302	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore												
C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni												
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	15%	551	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%	552	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	15%	553	30	50	25	30	20	25	10	20	0	10
RESPONSIVENESS													
C10D	Tempi di Attesa chirurgia oncologica (PNGLA)												
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	100%	556	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	100%	557	0	29,2	29,2	47,8	47,8	66,5	66,5	90	90	100
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	100%	558	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	100%	559	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	100%	560	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	100%	561	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	100%	562	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	100%	563	60	65	65	70	70	80	80	90	90	100
GESTIONE DELLA CRONICITÀ													
C11A	Efficacia assistenziale territoriale												
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	100%	566	418	550	373	418	343	373	186,5	343	0	186,5
C11A.1	Scompenso Cardiaco	100%											
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	100%	567	305	355	255	305	205	255	155	205	105	155
D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco												
PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	100%		42	54	54	66	66	78	78	90	90	100
PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	100%		32	44	44	56	56	68	68	80	80	100
PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	100%		0	15	15	19,4	19,4	60	60	70	70	100
C11A.2	Diabete	100%											
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	100%	568	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20
D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete												
PDTA05	Aderenza complessiva alle raccomandazioni di controllo, almeno 4 su 5, (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente (PDTA Diabete)												
PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%		0	30	30	40,1	40,1	60	60	70	70	100
PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%		0	35	35	57,1	57,1	68	68	80	80	100
PDTA05.3	Aderenza alla raccomandazione di controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)												
PDTA05.4	Aderenza alla raccomandazione di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)												
PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%		0	10	10	18	18	50	50	70	70	100
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	100%	569	40,81	49,02	32,6	40,81	24,39	32,6	16,17	24,39	7,96	16,17
C11A.3	BPCO	100%											
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	100%	570	83	98	68	83	53	68	38	53	23	38
D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta (>= 18 anni) per BPCO												
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	100%		0	30	30	36,2	36,2	60	60	70	70	100
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	100%		0	30	30	46,7	46,7	60	60	70	70	100
DOMICILIARE E RESIDENZIALE													
B28.1	Assistenza Domiciliare												
B28.1.1	Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari	30%	572	5	7,5	7,5	9	9	10,5	10,5	13	13	15
B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare												
B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	10%	573	0	2,7	2,7	5,4	5,4	8,1	8,1	10,8	10,8	13,5
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	10%	574	6	8	8	10	10	12	12	14	14	16
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10%	575	1,72	4,01	4,01	6,3	6,3	8,6	8,6	10,89	10,89	13,19
B28.2.5A	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA > 0.5)												
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari												
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni	20%	576	0	15	15	30	30	45	45	60	60	75
B28.2.13	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente												
B28.2.14	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente												
D222	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-peso 0,15; CIA 2-peso 0,35; CIA 3-peso 0,50)	20%											
D22Z.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	15%	577	0	0,5	0,5	1,55	1,55	2,6	2,6	4	4	6
D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	35%	578	0	1	1	1,45	1,45	1,9	1,9	2,5	2,5	6
D22Z.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	50%	579	0	0,75	0,75	1,13	1,13	1,5	1,5	2	2	6
D23Z	Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)												
D23Z.1	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)												
D23Z.2	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)												
D23Z.3	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)												
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	0%	580	6,8	8	5,6	6,8	4,4	5,6	3,2	4,4	2	3,2
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	0%	581	31,36	35,97	26,75	31,36	22,13	26,75	17,52	22,13	12,91	17,52
B28.3	Assistenza Residenziale												
B28.3.10	Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA												

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	100%	582	28	35	21	28	14	21	7	14	0	7
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	100%	583	32	40	24	32	16	24	8	16	0	8
D332A	Numero di anziani in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente (R1, R2, R3)												
D332A.R1	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1												
D332A.R2	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2												
D332A.R3	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	100%	584	0	5	5	10	10	15	15	20	20	35
B28.3.14	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti												
B28.3.15	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione												
B28.3.16	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione												
SALUTE MENTALE													
C15	Salute mentale												
C15.1A	Attività territoriale	100%											
C15.12	Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti												
C15.13	Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti												
C15.14	Percentuale di prestazioni domiciliari												
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni												
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	100%	586	5,96	20,38	20,38	34,8	34,8	49,23	49,23	63,65	63,65	100
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	100%	587	0	12,76	12,76	27,6	27,6	42,45	42,45	57,29	57,29	100
C15.15	Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti												
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	0%	588	8,58	100	7,74	8,58	6,9	7,74	4	6,9	0	4
C15.1B	Attività ospedaliera	100%											
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenni	100%	589	359,94	459,36	260,52	359,94	161,1	260,52	61,68	161,1	0	61,68
C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in tutti i reparti per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	100%	590	6,01	7,49	4,54	6,01	3,06	4,54	1,59	3,06	0,11	1,59
C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche												
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	100%	591	3	5	1	3	-1	1	-3	-1	-5	-3
C15A.6B	Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni												
C15.1C	Continuità assistenziale												
C15.9.2	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)												
C15.1D	Infanzia-adolescenza	100%											
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni												
C15A.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	100%	592	306,06	399,74	212,4	306,06	118,71	212,4	25,04	118,71	0	25,04
EMERGENZA-URGENZA													
C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza												
C16A	Appropriatezza	30%											
C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	100%	594	25	40	40	55	55	70	70	85	85	100
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	100%	595	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	100%	596	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	100%	597	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16T	Valutazione triage												
C16A.T1.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti												
C16A.T2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI												
C16A.T3.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, trasferiti o in OBI												
C16A.T4.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati, trasferiti o in OBI												
C16A.T5.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati, trasferiti o in OBI												
C16P	Processo	70%											
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	100%	598	80	84	84	88	88	92	92	96	96	100
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve												
C16.5.1C	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore												
C16.9	Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero												
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	100%	599	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3
C16C	Sistema 118												
C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)	100%	600	26	40	22	26	18	22	14	18	8	14
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1/Rosso - NSG)												
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	100%	601	5	6,25	3,75	5	2,5	3,75	1,25	2,5	0	1,25
EQUITÀ													
B9A	Equità												
B9A.1	Genere												
C5.4.1	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEM												
C18	Variabilità chirurgia elettiva												
C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti												



- C18.3 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti
- C18.4 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti
- C18.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti
- C18.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti
- C18.6 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

ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

B4 Strategie per il controllo del dolore													
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	100%	604	1,2	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9	2,9	3,4
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	100%	605	0	3,5	3,5	4,4	4,4	5,2	5,2	6,1	6,1	8
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina												
B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio												
C9 Approprietezza prescrittiva farmaceutica													
C6.8	Rischio farmacologico	100%											
C6.8.1	Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)												
C6.8.2	Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)												
C6.8.3	Uso concomitante di Corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di chinoloni												
C6.8.4	Uso concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di FANS o ASA												
C6.8.5	Consumo di penicilline in età pediatrica												
C6.8.6	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e acido clavulanico in età pediatrica												
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	100%	606	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
C9.8.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	100%	607	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9
C9.7	Gastrointestinali	100%											
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	100%	608	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.9	Farmaci in Salute Mentale	100%											
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	100%	609	20839,3	23164,8	18513,7	20839,3	16188,2	18513,7	13862,6	16188,2	11537	13862,6
C9.5.3	Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni												
C9.8	Antimicrobici	100%											
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	100%	610	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)	100%	611	2,4	4	1,9	2,4	1,5	1,9	1	1,5	0	1
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	100%	612	2,3	2,8	1,8	2,3	1,2	1,8	0,7	1,2	0	0,7
C9.8.1.7	Proporzione di antibiotici Access	100%	613	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
F12A.20	Prevenzione e trattamento della carenza di Vit. D												
F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio												
C9.6B	Antipertensivi												
C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi (NSG D17C)												
C9.6.1	Ipolipemizzanti												
C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine (NSG D18C)												
C9.19	Farmaci respiratori												
C9.19.4	Spesa pro-capite per farmaci adrenergici												
C9.20	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica												
C9.17	Ospedaliera	100%											
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	100%	614	75,26	83,55	66,98	75,26	58,69	66,98	50,4	58,69	42,11	50,4
C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)												
C9.12B	Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)												
C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti												
C21.2	Terapia post IMA	100%											
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	100%	615	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	100%	616	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	100%	617	43	53	53	63	63	73	73	83	83	93
F10A Governo della spesa farmaceutica													
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite												
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG												
F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva pro capite												
F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti pro-capite												
F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite												
F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA												
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa												
F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV												
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici												
F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica													
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	40%	618	72	74	74	76	76	78	78	80	80	82
F12A.19	Ospedaliera	60%											
F20.7.1	Spesa per UP Imatinib	100%	619	8,5	12	5,5	8,5	2,5	5,5	0,5	2,5	0	0,5
F20.8.1	Spesa per UP Etanercept	100%	620	91	101,3	80,7	91	70,5	80,7	60,2	70,5	49,9	60,2
F20.9.1	Spesa per UP Infliximab	100%	621	147,9	176,8	119	147,9	90	119	61,2	90	32,2	61,2
F20.10.1	Spesa per MG Rituximab	100%	622	1	1,2	0,8	1	0,6	0,8	0,4	0,6	0,2	0,4

		Estremi delle fasce di valutazione											
		0,8 - 1		0,7 - 0,8		0,5 - 0,7		0,3 - 0,5		0,2 - 0,3			
Pesatura	Pagina												
F20.11.1	Spesa per mg Trastuzumab	100%	623	0,8	1	0,7	0,8	0,5	0,7	0,3	0,5	0,2	0,3
F20.12.1	Spesa per UP Adalimumab	100%	624	110,3	127,3	93,3	110,3	76,2	93,3	59,2	76,2	42,2	59,2
F20.13.1	Spesa per UP Follitropina	100%	625	162,5	185,7	139,4	162,5	116,2	139,4	93,1	116,2	69,9	93,1
F20.14.1	Spesa per UP Enoxaparina	100%	626	2	2,1	1,9	2	1,8	1,9	1,7	1,8	1,6	1,7
F20.15.1	Spesa per UP Somatropina	100%	627	186,1	227,5	144,7	186,1	103,3	144,7	61,9	103,3	20,4	61,9
F20.16.1	Spesa per UP Epoietina	100%	628	19,8	24,4	15,2	19,8	10,6	15,2	6	10,6	1,4	6
F20.17.2	Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie	100%	629	11,5	13,5	9,6	11,5	7,7	9,6	5,8	7,7	3,9	5,8
F20.18.1	Spesa per UP Insulina Glargine	100%	630	14,9	17,9	12	14,9	9	12	6	9	3	6
F20.19.1	Spesa per UP Insulina lispro	100%	631	14,8	18,3	11,3	14,8	7,9	11,3	4,4	7,9	0,9	4,4
F20.20.1	Spesa per UP Teriparatide	100%	632	314,1	369	259,2	314,1	204,3	259,2	149,4	204,3	94,5	149,4
F12C	Dispositivi medici												
F10.3.5	Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale												
F12C.A	Dispositivi medici ad alto consumo, basso costo												
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG												
F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero												
F12C.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza												
F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza												
F12C.4.1B	Spesa per guanti per giornata di degenza												
F12C.B	Dispositivi medici a basso consumo, alto costo												
F12C.B.1	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Protesi d'anca												
F12C.B.2	Costo del dispositivo per punto DRG: Protesi d'anca												
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)												
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	100%	633	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)	100%	634	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)	100%	635	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolepizzanti)	100%	636	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8	6,9	8,3
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	100%	637	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.

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

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

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

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

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

La rappresentazione dei risultati

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

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

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

- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una cartina e da due istogrammi: la cartina restituisce la valutazione 2022 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento) del livello regionale; il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il trend rispetto agli anni precedenti (2019-2022); il secondo mostra tutte le Aziende del Network a confronto, raggruppate per Regione (vedi figura 2). Per ogni

indicatore viene, inoltre, riportato un QR code (Quick Response Code): inquadrando con il proprio dispositivo mobile o cliccando su di esso (nella versione in pdf), è possibile recuperare le tabelle con i valori dell'indicatore e dei relativi numeratori e denominatori;

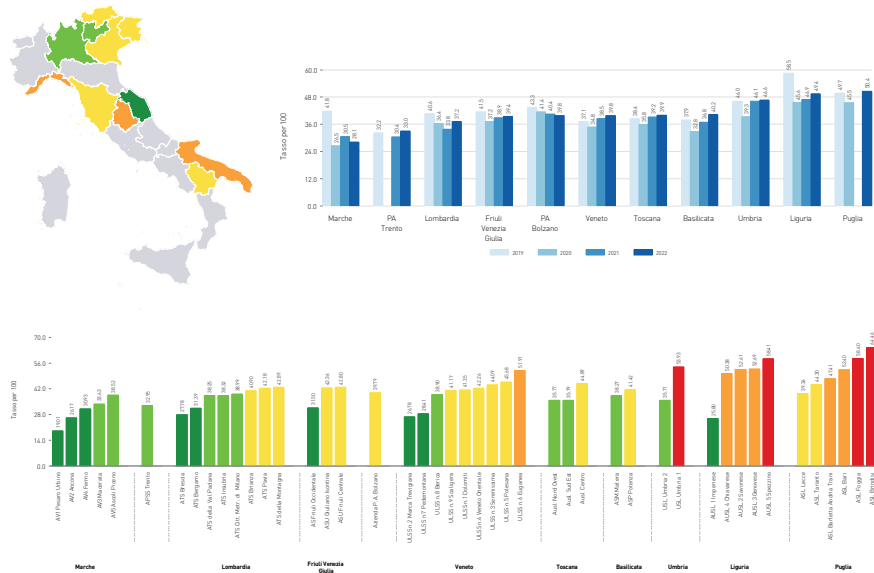


Figura 2. Mappa, istogramma trend e istogramma Aziende

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

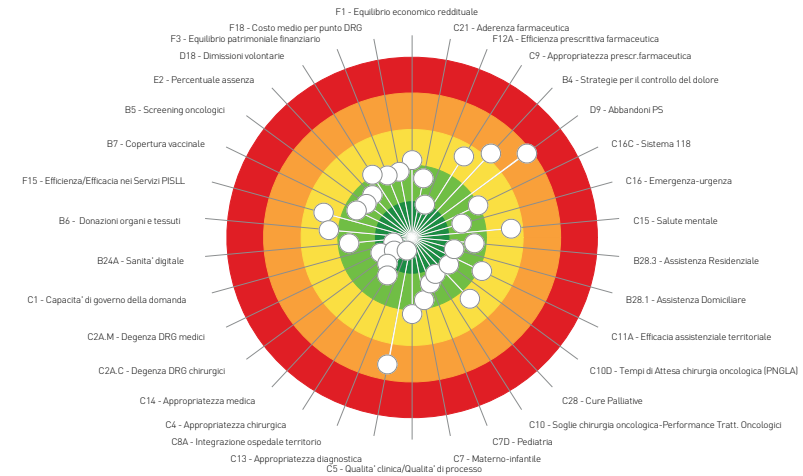


Figura 3. Il bersaglio

- per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene corredato da una sintesi di miglioramento (vedi figura 4) che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2021 e il 2022, mostrando – nel caso in cui siano disponibili almeno 10 indicatori (di valutazione) – la percentuale di questi migliorati, peggiorati o stabili (in un intorno compreso tra +1% e -1%);

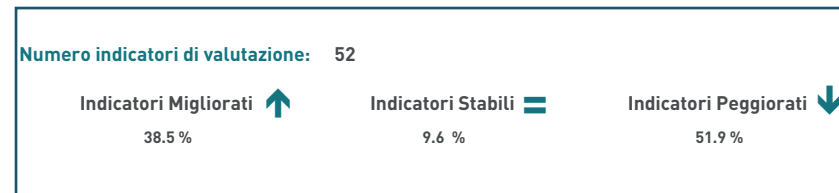


Figura 4. Sintesi di miglioramento

- di fianco al bersaglio è stata introdotta quest'anno anche una scheda di sintesi (vedi figura 5) che riporta informazioni di contesto. La scheda di sintesi illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere. Nel

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

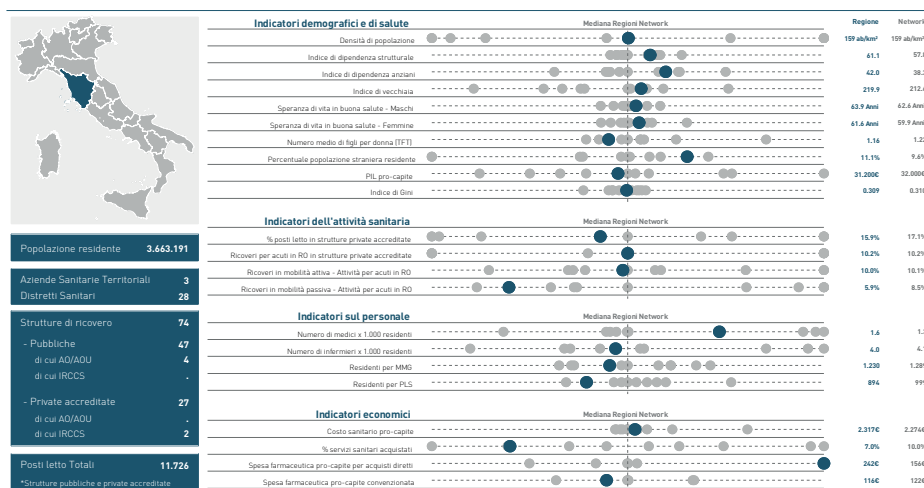


Figura 5. Scheda di sintesi regionale

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

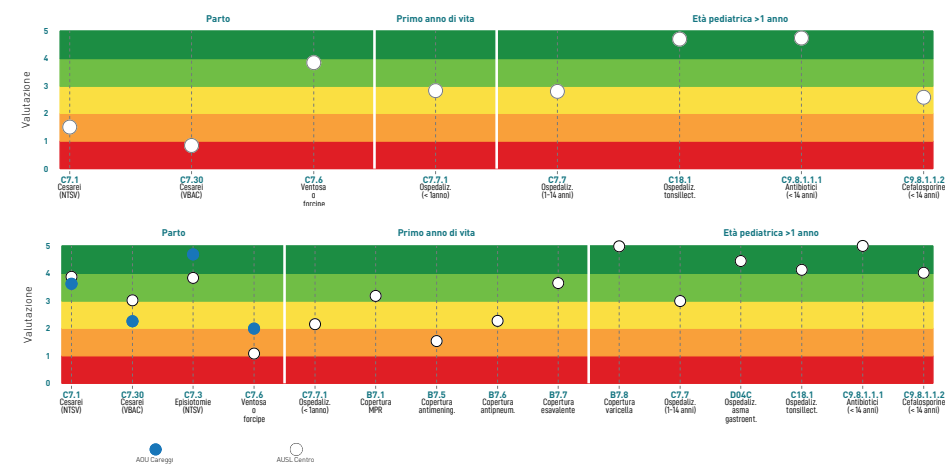


Figura 6. Un esempio di pentagramma regionale e di area del percorso materno infantile

Tabella 3a. I percorsi 2022, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO MATERNO INFANTILE		
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	Parto
C7.30	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	Primo anno di vita
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	Età pediatrica >1 anno
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite	
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 2021, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO CRONICITÀ		
A10.1.1	Percentuale di sedentari	Promozione e prevenzione
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	
A10.4.1	Percentuale di fumatori	
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	
B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	Trattamento e compliance
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	
PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	
PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	
PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	
PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	
PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	
PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	
C21.2.1	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)	
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 (Ipolepemizanti)	
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	Esiti
D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco	
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	
D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete	
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO	

Tabella 3c. I percorsi 2022, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO ONCOLOGICO		
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	
P15CB	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo	
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti	
P16C	Proporzione di cancro in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Screening
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	
P15CC	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	Diagnosi
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	
C10.1.12	Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui	
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon	
C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto	Trattamento
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	
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	
PDTA06.1	Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	
PDTA06.2	Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	
PDTA06.3	Radioterapia complementare (PDTA Mammella)	
C10.2.5	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)	
C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	
PDTA07	Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
PDTA09	Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	
C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella	
PDTA08	Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	Follow-up
PDTA10	Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	
C28.1.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio	
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	Fine Vita
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	

Tabella 3d. I percorsi 2022, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO EMERGENZA-URGENZA		
C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C8C.1.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C,	Accesso
C8C.2.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C,	
C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione adulta residente (NSG D07Ca,	
D07C.P.N	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Cb,	
C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	
C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	
C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	
C16A.T1.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti	Triage
C16A.T2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI	
C16A.T3.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, trasferiti o in OBI	
C16A.T4.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati, trasferiti o in OBI	
C16A.T5.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati, trasferiti o in OBI	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	
C16.5.1C	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore	Percorso
C16.5	Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero	
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	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	

Tabella 3e. I percorsi 2022, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

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

- per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono affiancate, come di consueto, le relative mappe di performance (vedi figura 7). Ciascuna di esse include tutti gli indicatori di valutazione di ogni percorso e riporta, per ogni indicatore, la performance dello stesso nell'anno in corso e la sua variazione rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance, il trend (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolato, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2022-2021, 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 2022. 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 2021 e il 2022. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2021 e il 2022 ma che il suo livello di performance 2022 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 2022, 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 tecnostrutture regionali/provinciali, il gruppo dei professional affiliate e i ricercatori del Laboratorio MeS, sotto la supervisione scientifica della professoressa Sabina Nuti e della professoressa Milena Vainieri.

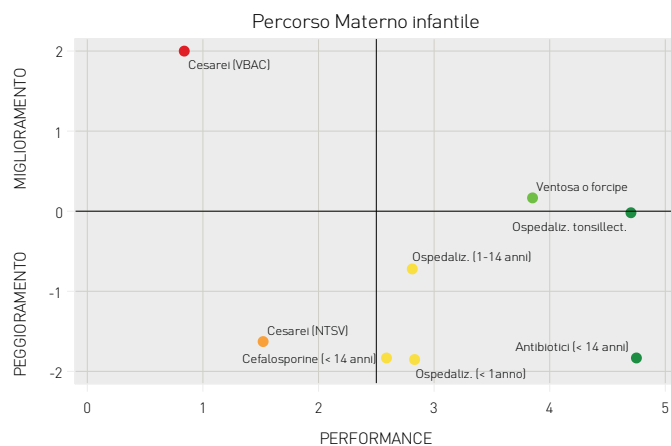


Figura 7. Un esempio di mappa di performance regionale del percorso materno infantile

3

RISULTATI 2022

BASILICATA

Il Sistema Sanitario lucano nel 2022 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.

Profilo regione



Popolazione residente **541.168**

Aziende Sanitarie Territoriali **2**
Distretti Sanitari **9**

Strutture di ricovero **15**
- Pubbliche **14**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **1**
- Private accreditate **1**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **.**

Posti letto Totali **2.043**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BASILICATA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Basilicata nel 2022. Degli 89 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione mostra un quadro tendenzialmente stabile con una quota non trascurabile di indicatori che registrano un peggioramento rispetto ai risultati dell'anno precedente: il 52% degli indicatori peggiora tra il 2021 e il 2022, il 10% resta stabile e il 38% migliora. Il posizionamento dei pallini all'interno del bersaglio appare abbastanza eterogeneo: la maggior parte di essi si trova nelle zone a cavallo tra il verde chiaro e il giallo. Si intravedono, però, diversi pallini posizionati sia in area arancione che in area rossa, lasciando trasparire alcune criticità.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Per l'anno 2022 la Basilicata, però, riporta un peggioramento nella quasi totalità degli indicatori afferenti alla tempestività di accesso a interventi chirurgici oncologici di priorità A (unica eccezione è data dall'intervento alla mammella e al polmone). Si evidenzia la perdurante ottima performance nei tempi di transito in Pronto Soccorso (con il 96,75% di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, la Basilicata è la best practice del Network).

Riferendosi ai dati sulla performance a livello ospedaliero, la percentuale di dimissione volontarie, considerata come indicazione della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, seppur riducendosi rispetto allo scorso anno (da 2,9% nel 2021 a 2,6 nel 2022), mette in luce una criticità del bersaglio lucano. Cresce di 12 punti percentuali rispetto allo scorso anno, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (indicatore non valutato), che evidenzia un aumento significativo della qualità di processo. Stabili, i tempi di degenza sia per DRG chirurgici che medici. In crescita l'area ospedaliera relativa alla donazione di organi, con la percentuale di donatori procurati in aumento rispetto allo scorso anno (si passa dal 50% del 2021 al 60% del 2022).

Sul territorio, l'assistenza domiciliare emerge come area critica, vedendo la Basilicata all'ultimo posto del Network. In particolare, la Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari si attesta al 5% (performance negativa anche per la percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni). Nella continuità tra ospedale e territorio, si registra, invece, una performance ottima: il tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti, si attesta ad un valore di 5,8.

Relativamente all'ambito farmaceutico, la Regione Basilicata vede un peggioramento nell'aderenza farmaceutica misurata come aumento nella percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (passa dal 12% del 2021 al 15% del 2022). Ancora in lieve miglioramento, invece, la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.

Il percorso materno-infantile, per l'anno 2022, evidenzia una performance non uniforme lungo le tre fasi. Luci e ombre nella fase del parto: a un'ottima performance relativa alla percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa), che con solo i 2,8% fa riconfermare la Basilicata come best practice del network, si contrappone una performance più critica per gli indicatori relativi ai cesari. In crescita il tasso di ospedalizzazioni nel primo anno

di vita per 100 residenti (< 1 anno), che fa registrare una performance media. Nella fase dell'età pediatrica non si evidenziano indicatori in area critica. Ottima la performance relativa al tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti (proxy dell'appropriatezza). In aumento, come in tutte le altre Regioni, il consumo di antibiotici in età pediatrica.

Il percorso cronicità risulta sottoperformante, soprattutto se considerato nelle fasi della promozione e prevenzione e del trattamento e compliance. Anche se in calo rispetto al 2021, la percentuale di sedentari rimane comunque una criticità per la Regione Basilicata: con il 41% (45% lo scorso anno) l'indicatore si posiziona in fascia rossa. Rimane meno preoccupante, invece, la percentuale di fumatori. Più performante la fase degli esiti. Ottimo il tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni), che rimane in linea con la performance dello scorso anno. Buone anche le ospedalizzazioni per diabete e per scompenso cardiaco.

Anche il percorso oncologia raffigura molti indicatori nelle fasce più basse del pentagramma (arancione e rossa). Come già segnalato, critici gli indicatori circa il rispetto dei tempi di attesa per la maggior parte degli interventi chirurgici oncologici con classe di priorità A. In linea con le altre Regioni, risulta ottima la performance per gli interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella. Buona e in linea con lo scorso anno la percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni (87,6% nel 2022). Più problematica la situazione relativa alla percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg (in peggioramento di 4 punti percentuali rispetto al 2021).

Molto buona la performance complessiva del percorso emergenza-urgenza, con quasi tutti gli indicatori nella fascia verde scuro. Uniche eccezioni sono date dall'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo), che per la Regione Basilicata arriva a 30 minuti, e dalla percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti. Nella fase del ricovero, la Basilicata si riconferma best practice del Network per la percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)
●

Numero indicatori di valutazione: 52

Indicatori Migliorati ↑
38.5 %

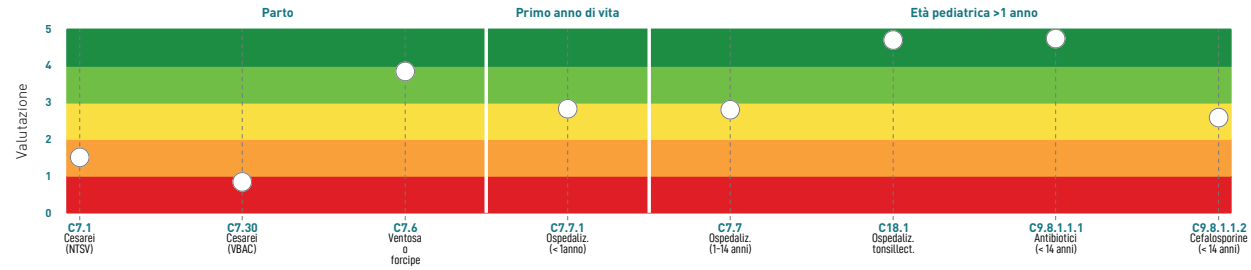
Indicatori Stabili =
9.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
51.9 %

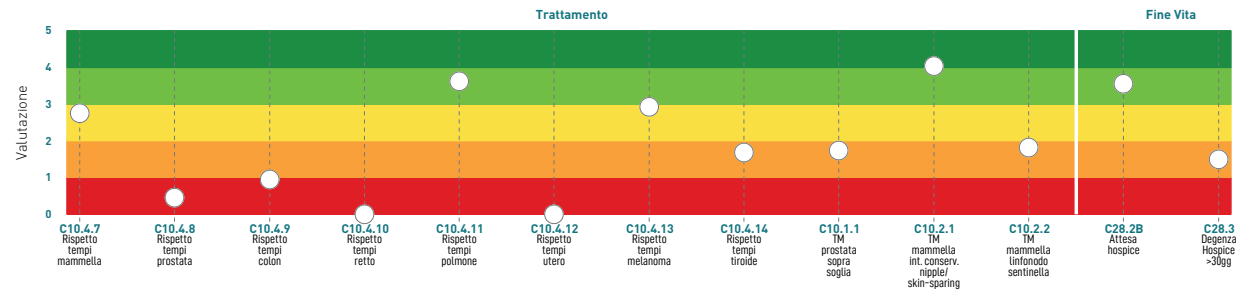
Valutazione della performance 2022



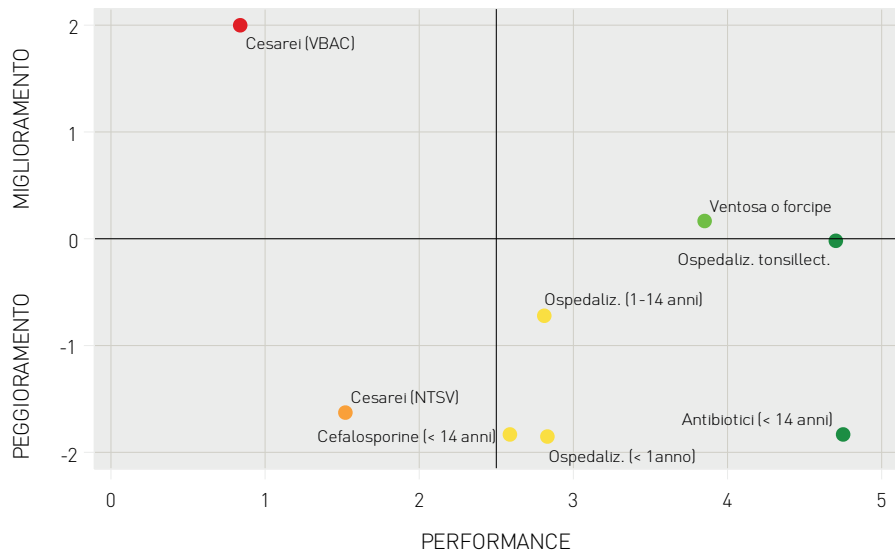
PERCORSO MATERNO INFANTILE



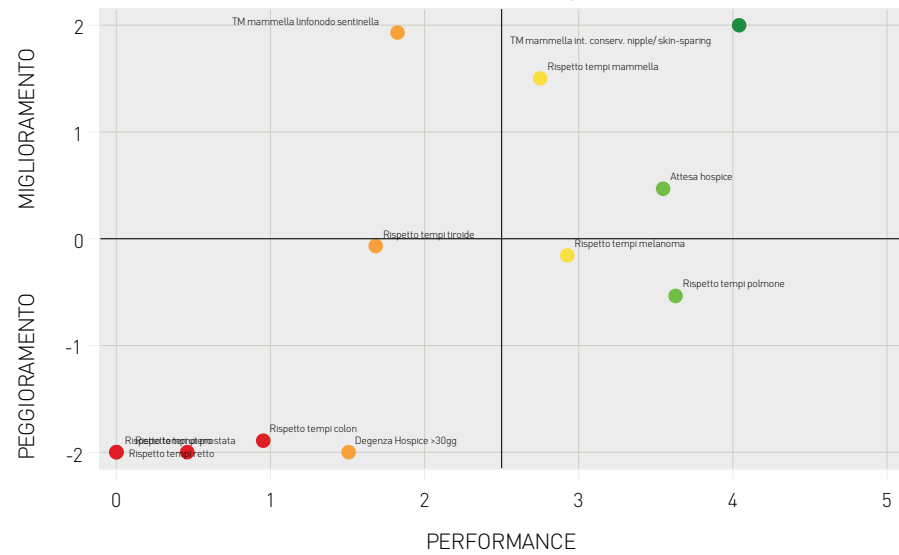
PERCORSO ONCOLOGICO

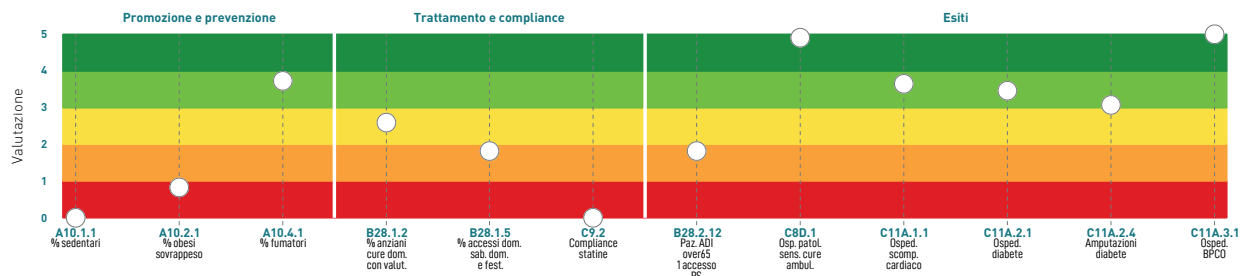


Percorso Materno infantile

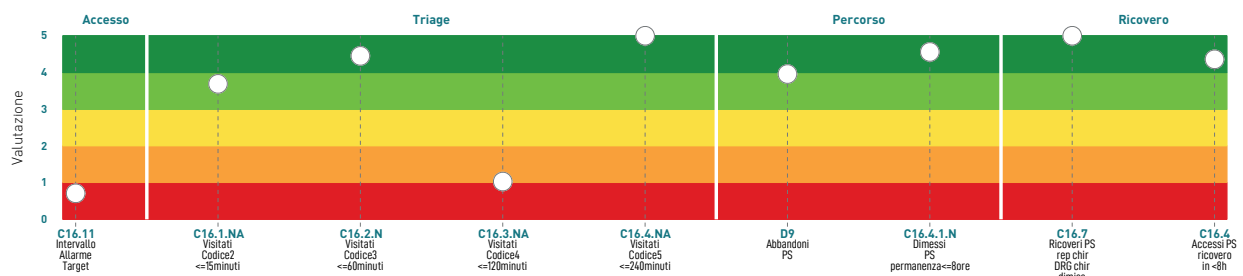


Percorso Oncologico

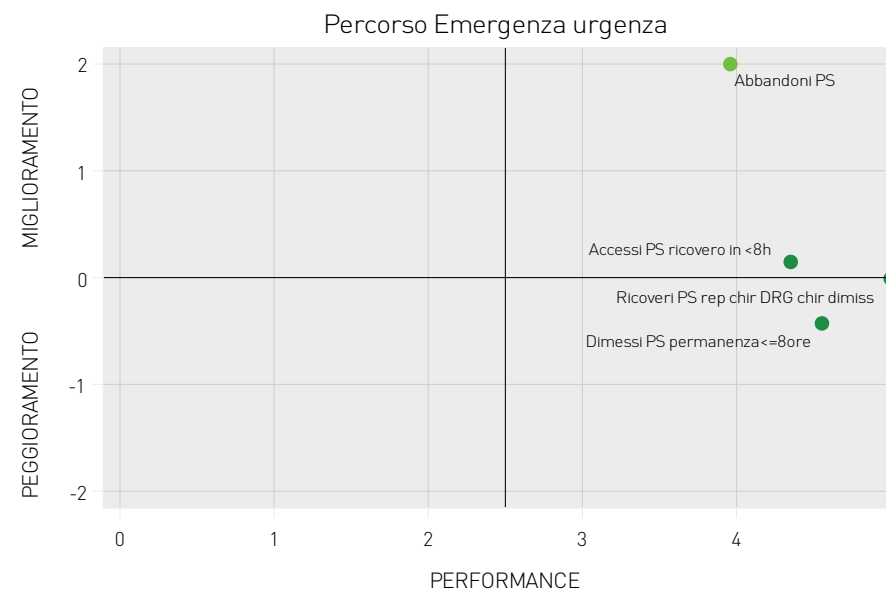
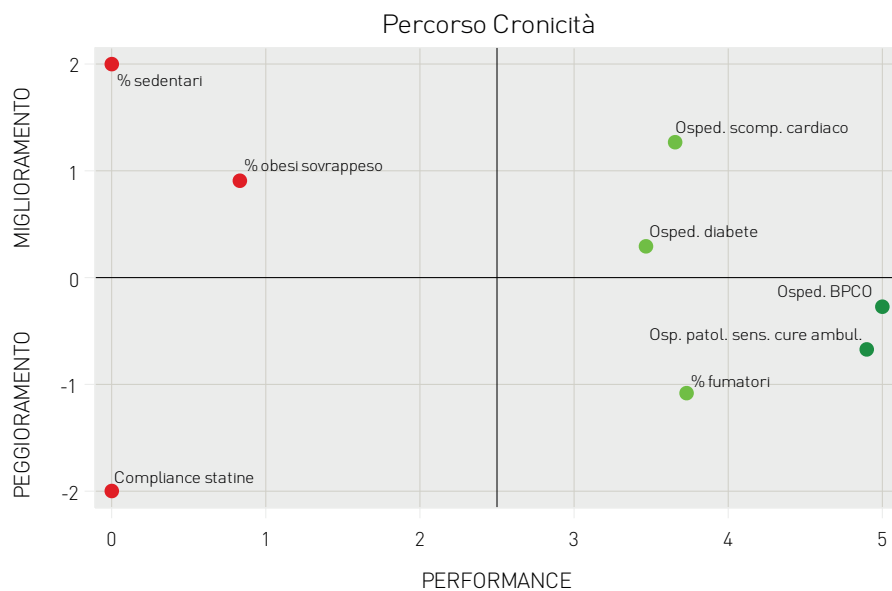




PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





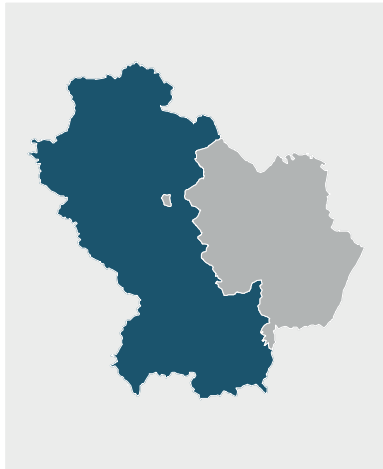
BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE BASILICATA

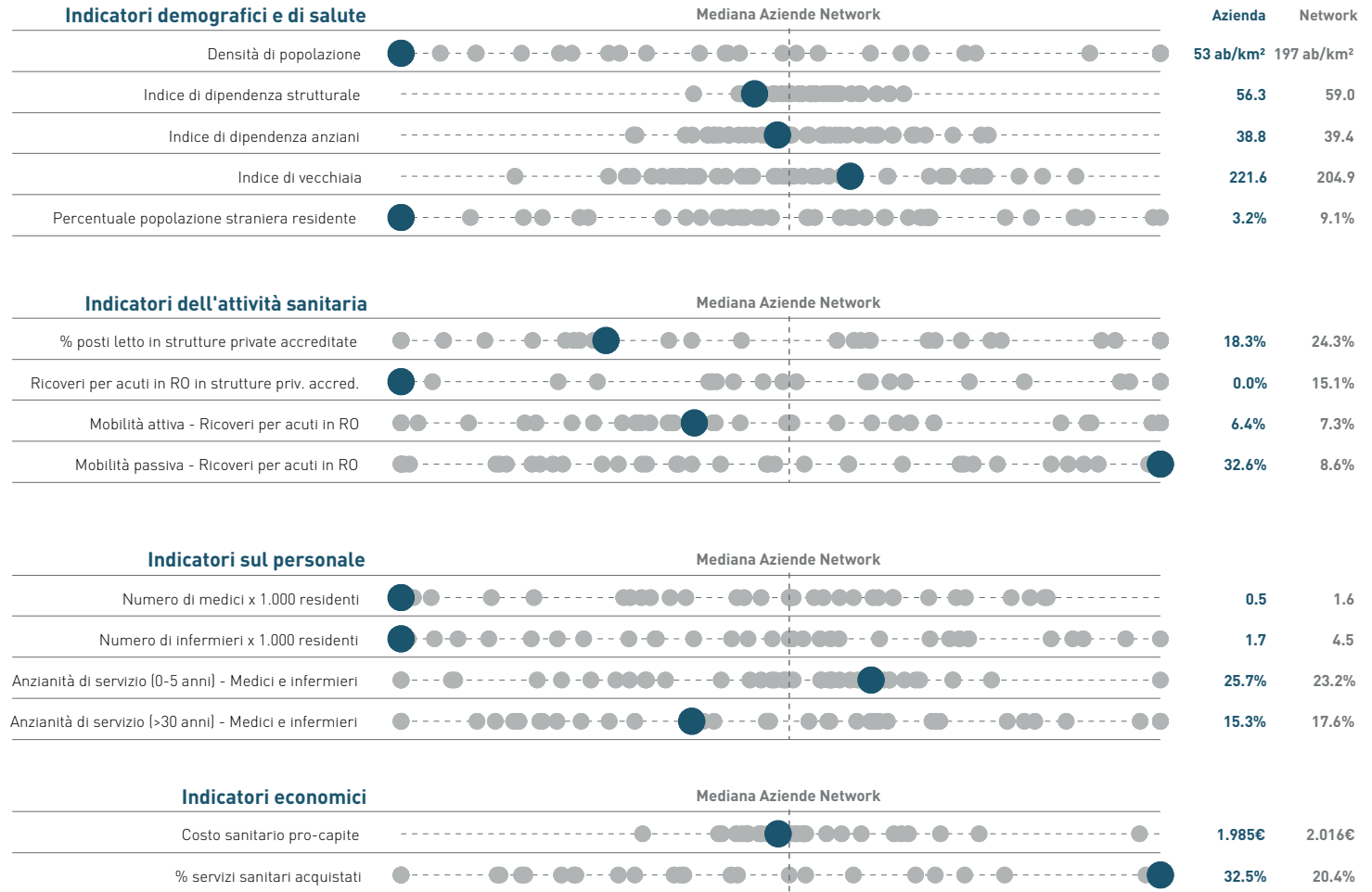


ASP POTENZA

Profilo azienda



Popolazione residente	349.616
Distretti Sanitari	6
Stabilimenti	5
- Pubblici	4
- Privati accreditati	1
Posti letto	219
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASP POTENZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

Numero indicatori di valutazione: 26

Indicatori Migliorati ↑
19.2 %

Indicatori Stabili =
0.0 %

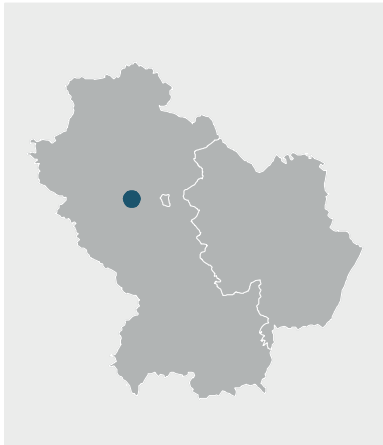
Indicatori Peggiorati ↓
80.8 %

Valutazione della Performance 2022



AO S. CARLO

Profilo azienda

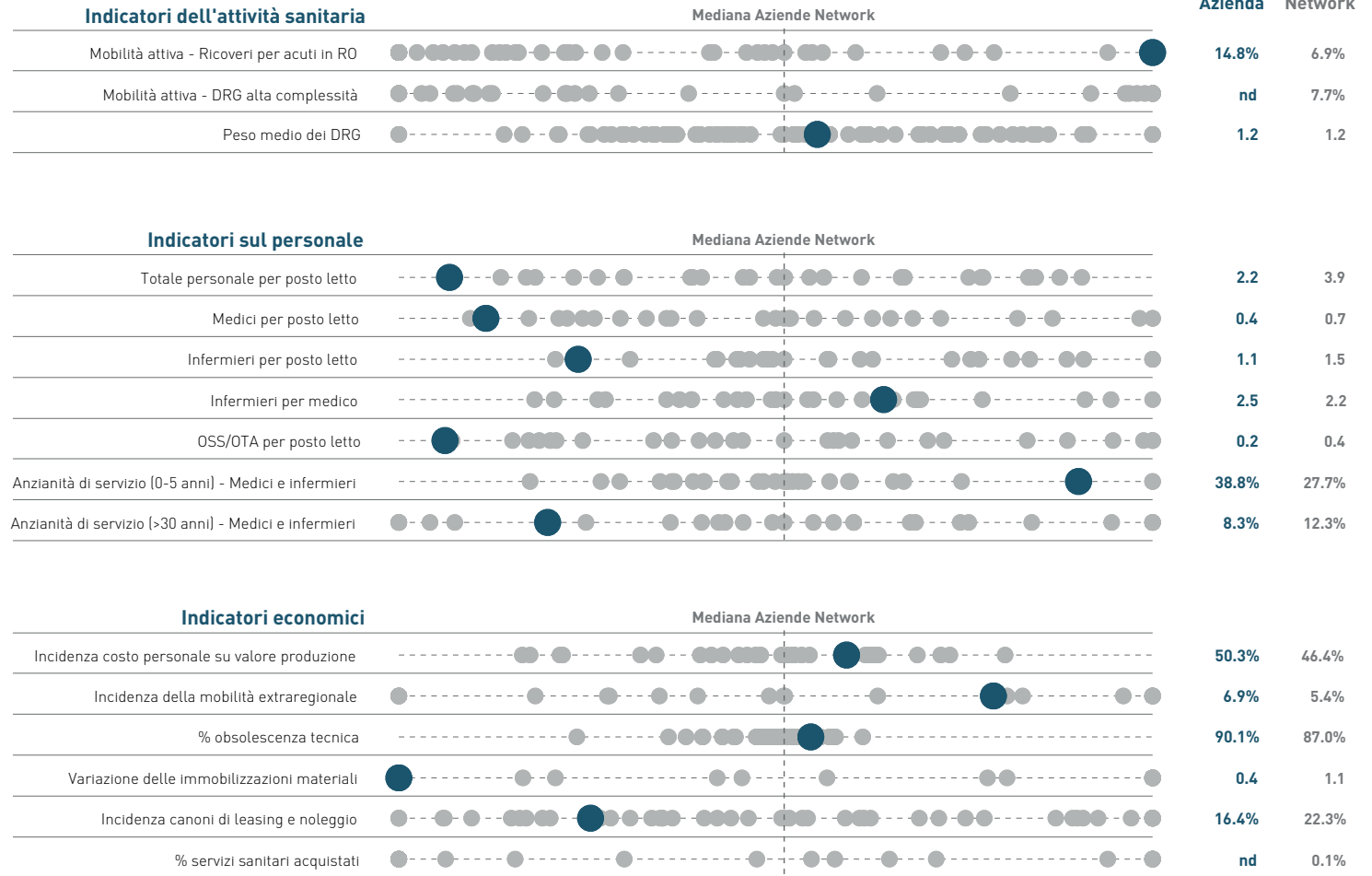


Posti letto	1.130
- Degenza Ordinaria	1.011
- Day Hospital/Day surgery	72

Dimissioni totali	38.145
Giornate di degenza ordin.	203.386

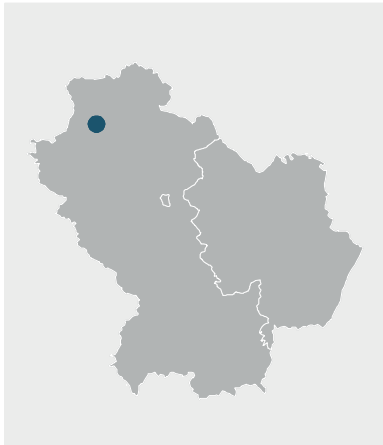
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	88.706

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.319



IRCCS CROB RIONERO

Profilo azienda

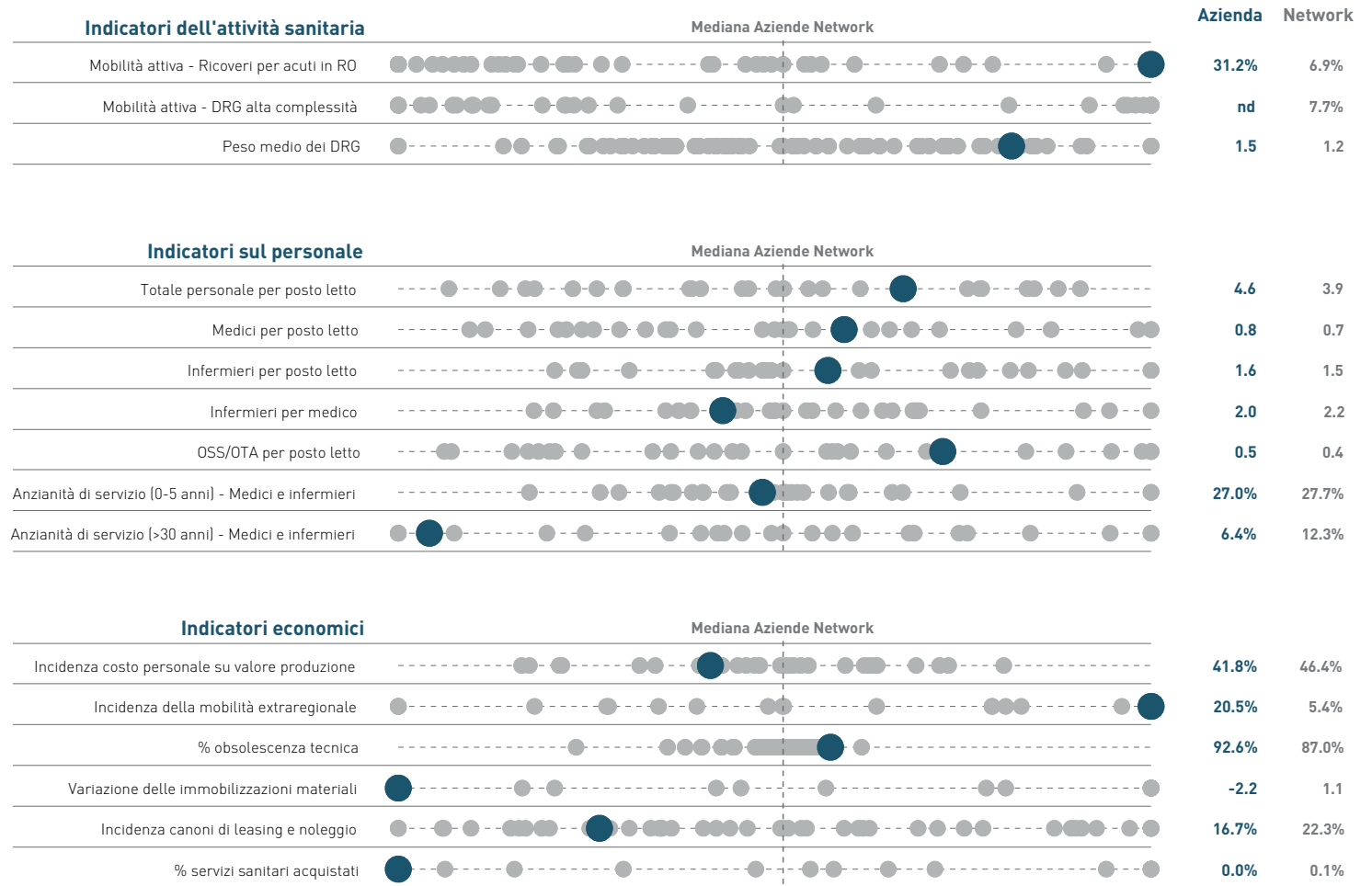


Posti letto	87
- Degenza Ordinaria	64
- Day Hospital/Day surgery	16

Dimissioni totali	5.085
Giornate di degenza ordin.	11.304

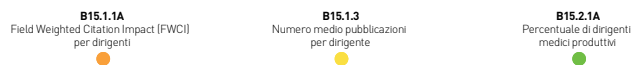
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS CROB RIONERO

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

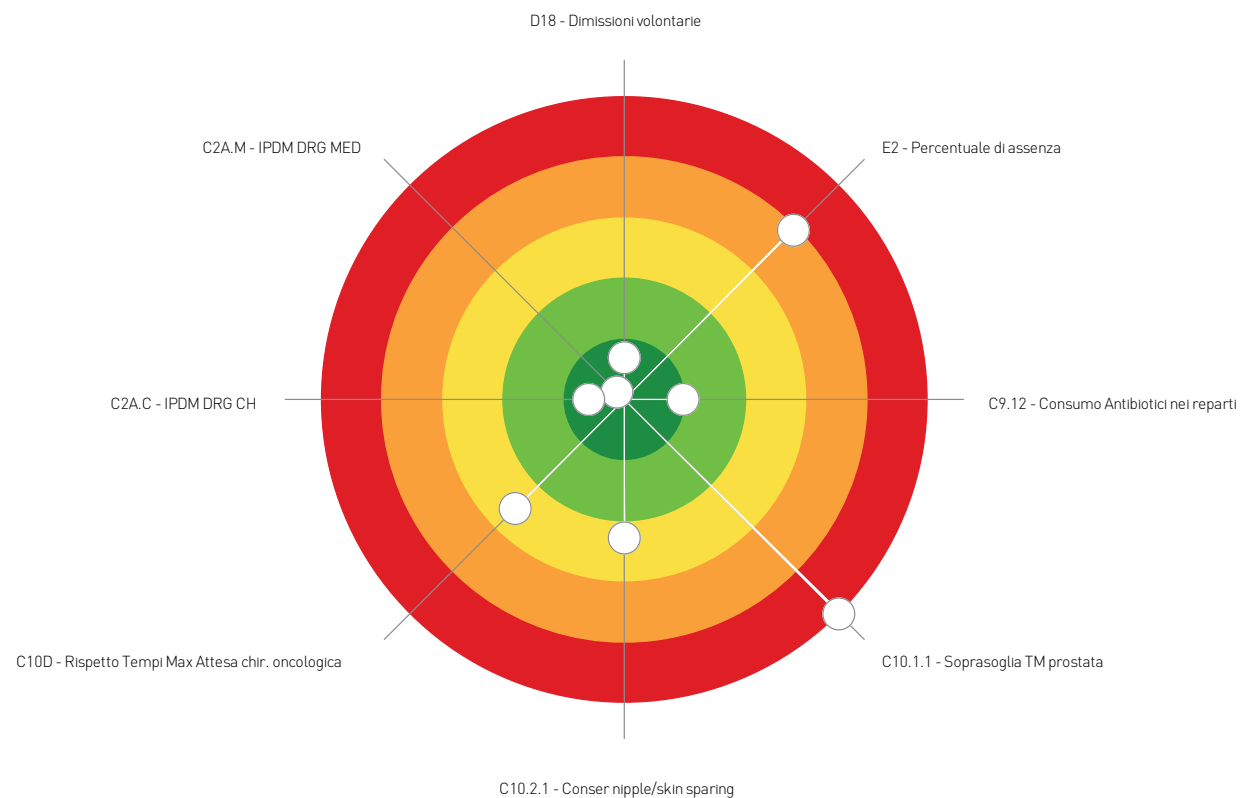
Numero indicatori di valutazione: 18

Indicatori Migliorati ↑
33.3 %

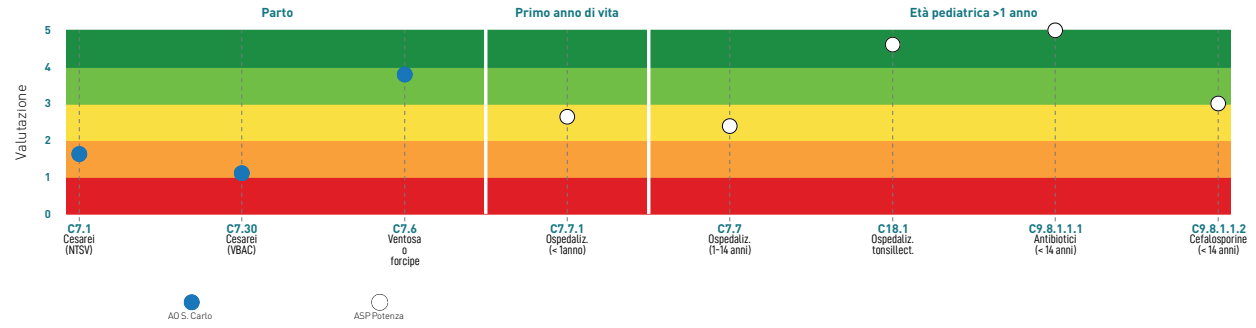
Indicatori Stabili =
11.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
55.6 %

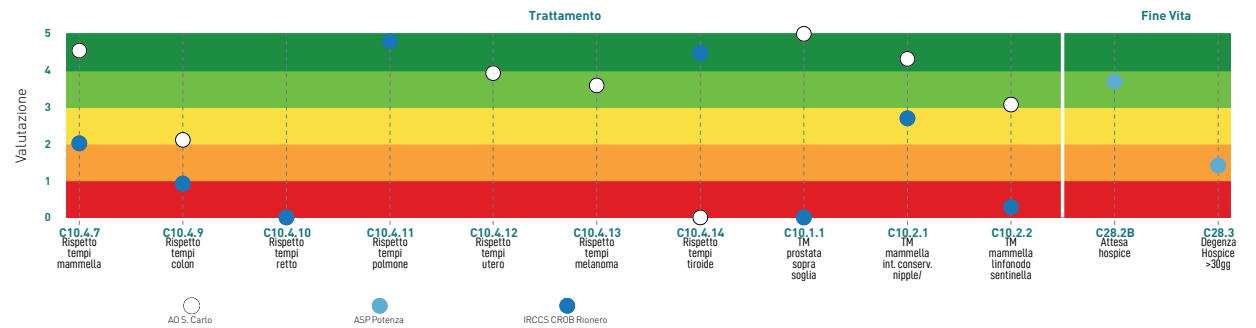
Valutazione della Performance 2022



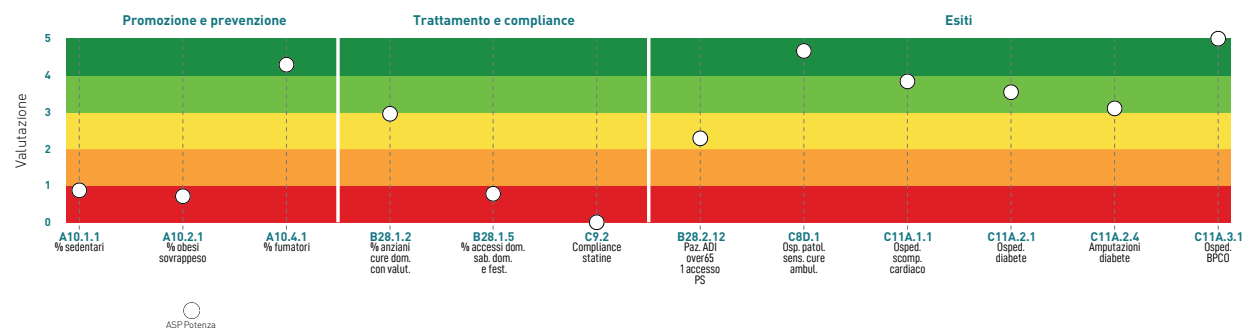
PERCORSO MATERNO INFANTILE

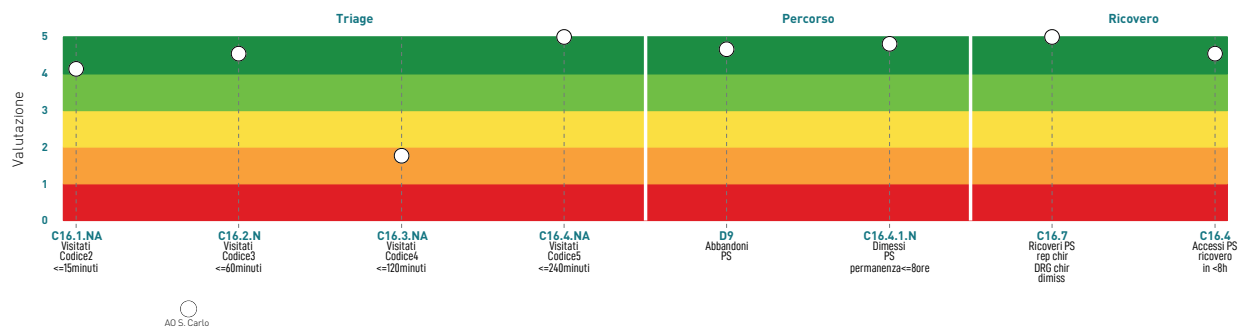


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASM MATERA

Profilo azienda



Popolazione residente **191.552**

Distretti Sanitari **3**

Stabillimenti **4**

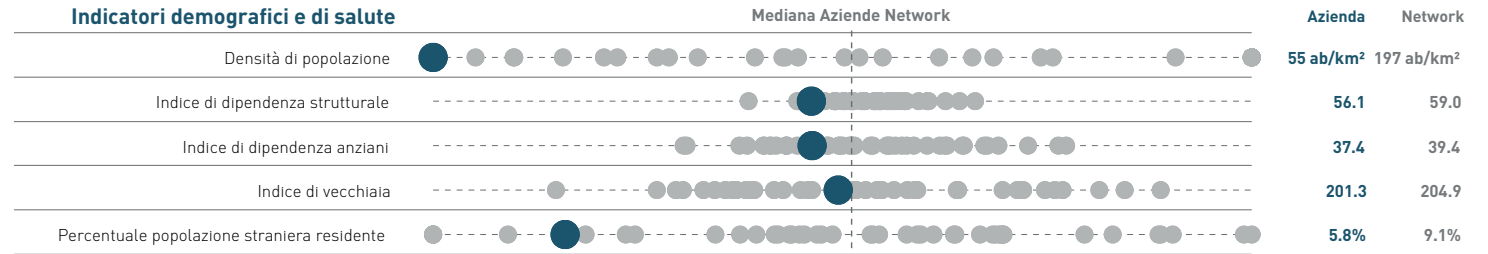
- Pubblici **4**

- Privati accreditati **·**

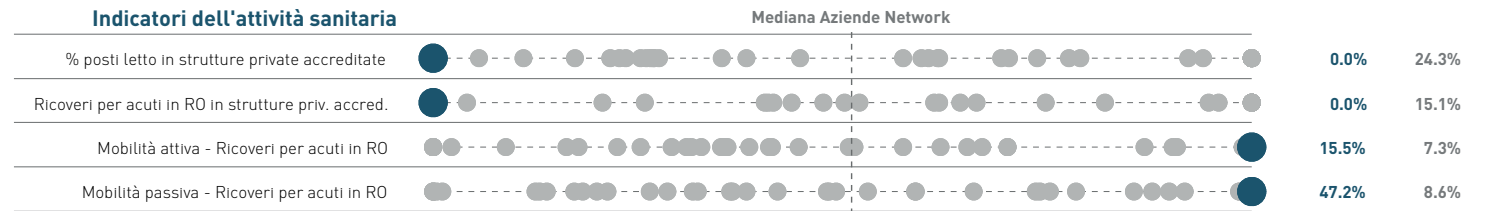
Posti letto **607**

*Strutture pubbliche e private accreditate

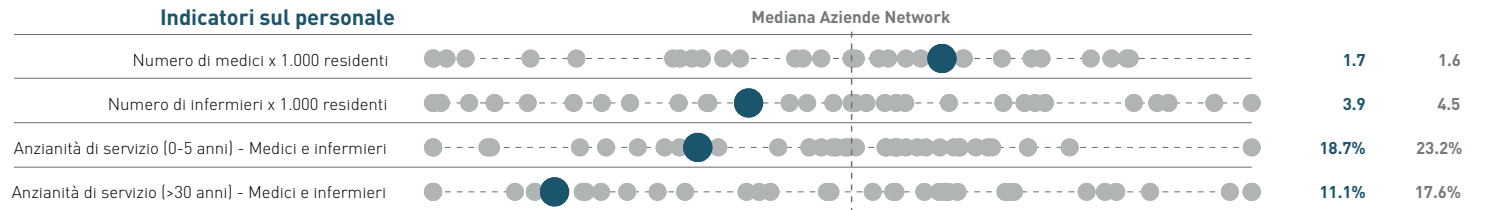
Indicatori demografici e di salute



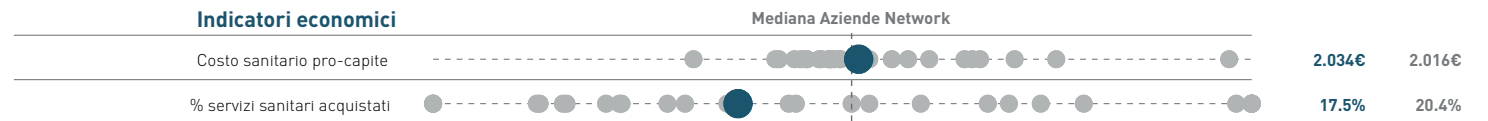
Indicatori dell'attività sanitaria



Indicatori sul personale



Indicatori economici



ASM MATERA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

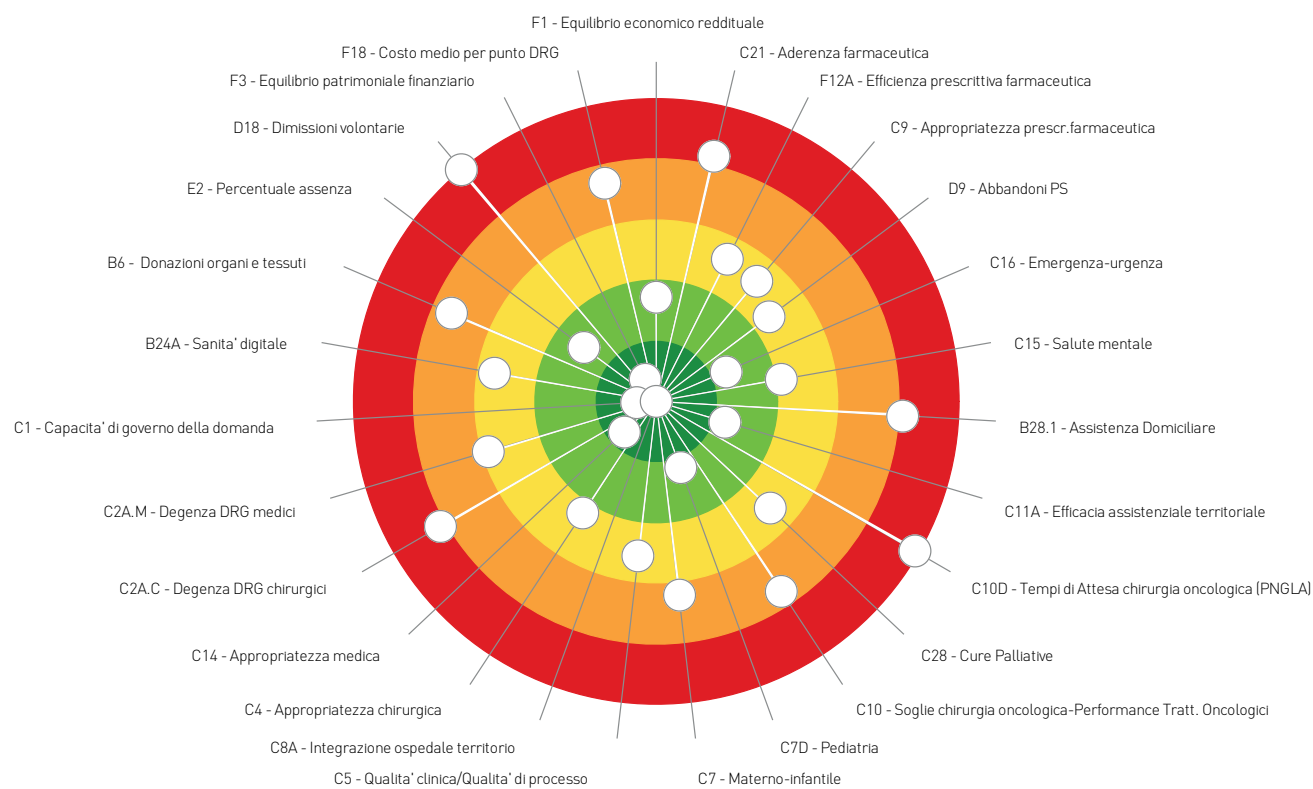
Numero indicatori di valutazione: 50

Indicatori Migliorati ↑
34.0 %

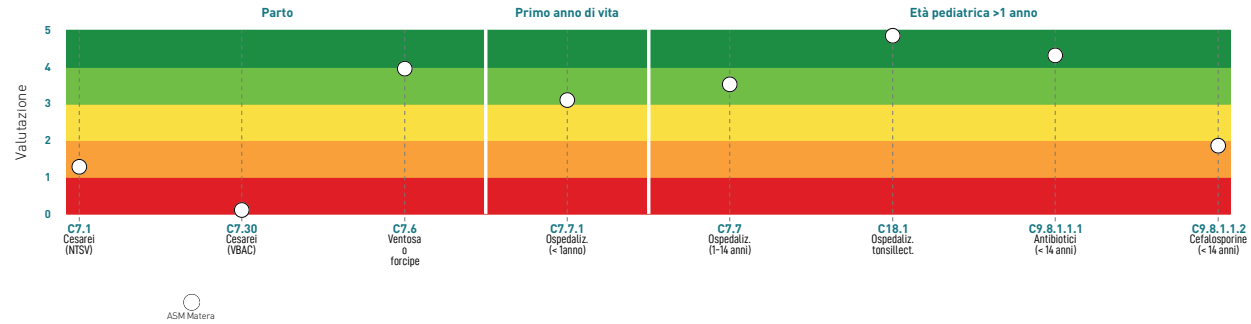
Indicatori Stabili =
16.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.0 %

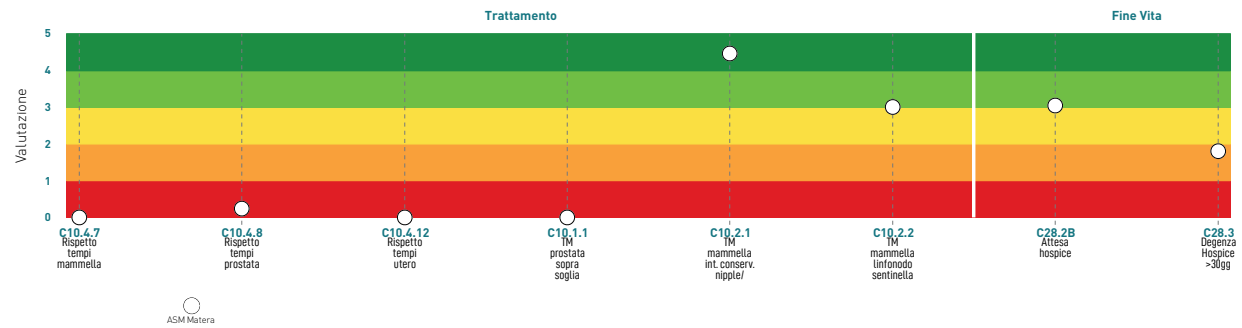
Valutazione della Performance 2022



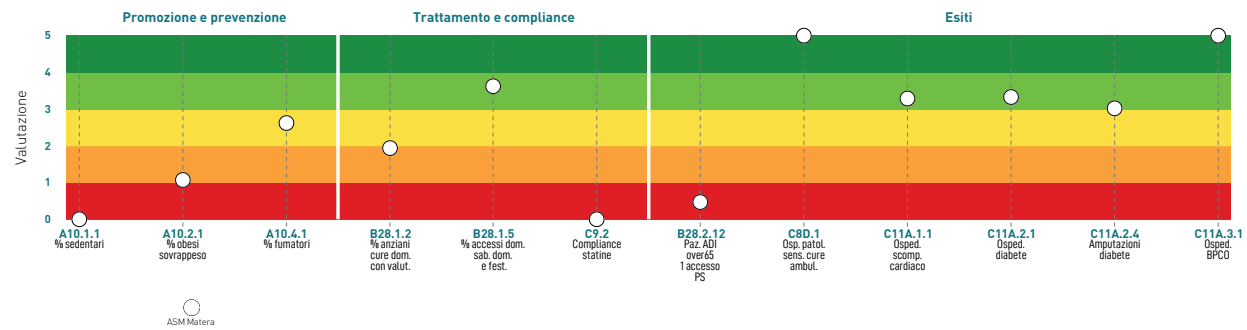
PERCORSO
MATERNO
INFANTILE

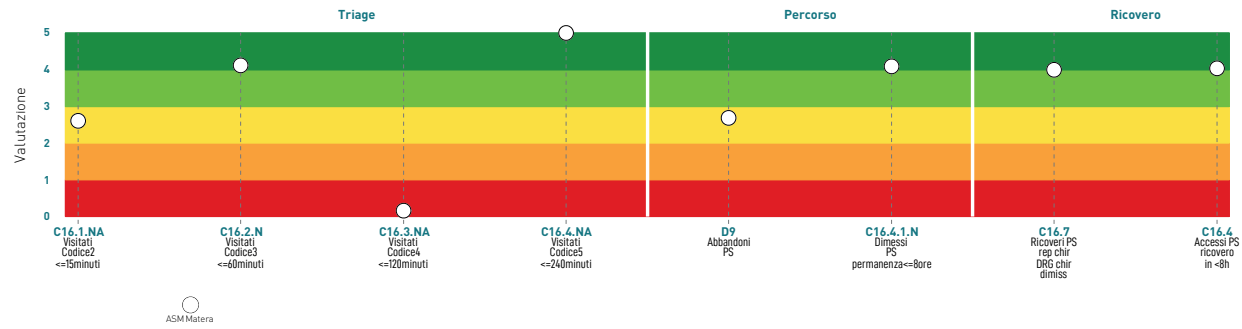


PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA

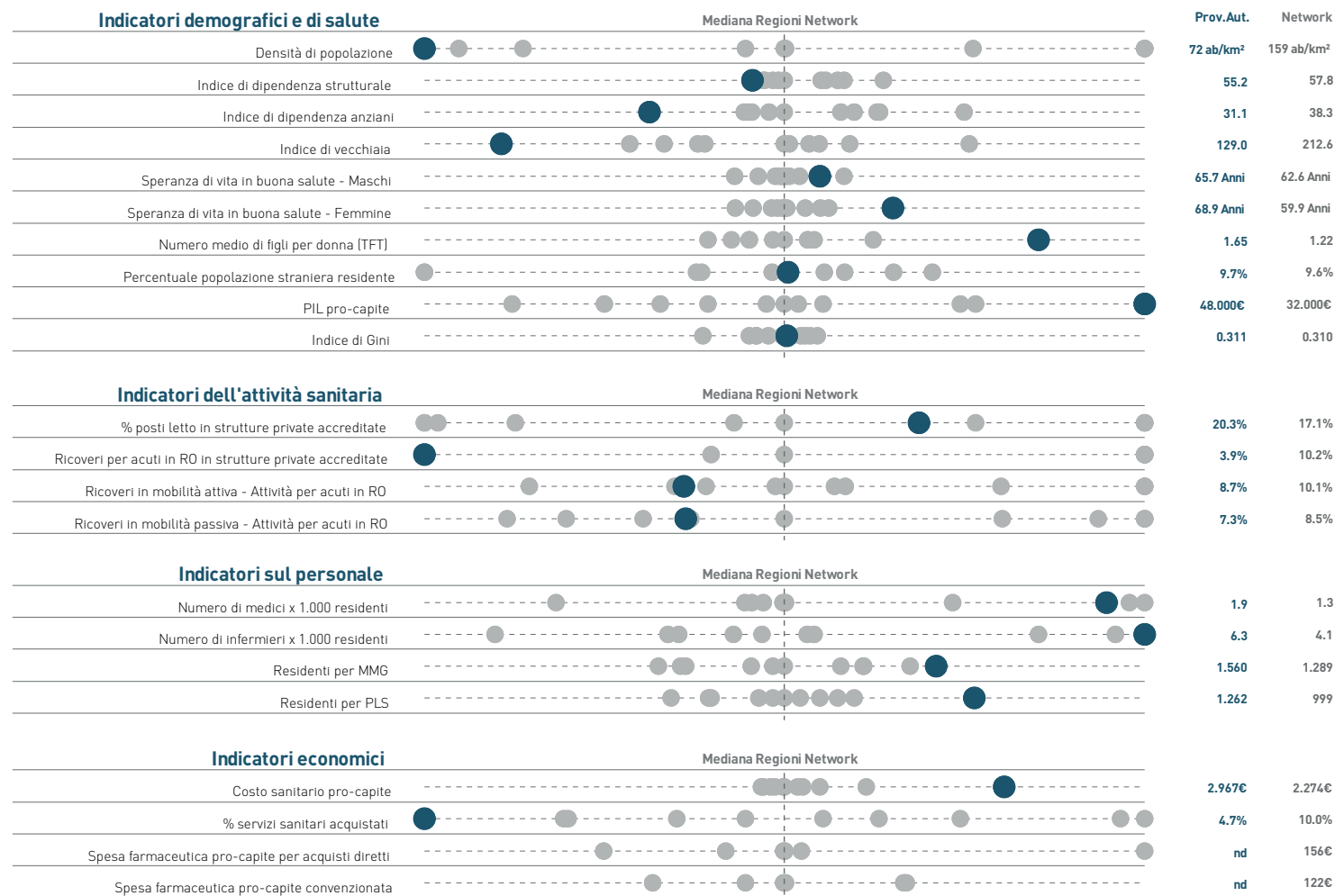
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

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 (distretti) sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico). Dal 1° gennaio 2007, l'Azienda svolge la propria attività come ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano.

Profilo P.A.



Popolazione residente	532.616
Aziende Sanitarie Territoriali	1
Distretti Sanitari	4
Strutture di ricovero	16
- Pubbliche	7
di cui AO/AOU	.
di cui IRCCS	.
- Private accreditate	9
di cui AO/AOU	.
di cui IRCCS	.
Posti letto Totali	2.317
*Strutture pubbliche e private accreditate	



LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Provincia Autonoma di Bolzano nel 2022. Dei 79 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Provincia mostra un quadro complessivamente buono. La gran parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, sono posizionati nelle fasce gialla e verde del bersaglio con alcune criticità evidenziate dai pallini nelle fasce arancione e rossa. Da segnalare che, complessivamente, il 42% degli indicatori registrano un peggioramento rispetto ai risultati dell'anno precedente, il 14% resta stabile, mentre il 44% migliora.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. A fronte di tassi di ospedalizzazione e accessi al Pronto Soccorso tra i più alti nel contesto del Network delle regioni, si mantiene molto positiva la tempestività di accesso alla chirurgia oncologica di priorità A, come anche i tempi di transito in Pronto Soccorso e l'attesa in Pronto Soccorso per tutti i codici di priorità. In ambito ambulatoriale e diagnostico si conferma un ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, aumentano infatti i tassi di prestazioni per RM muscoloscheletriche per gli anziani e permangono tra le più alte del Network la percentuale di pazienti che ripetono le RM lobari entro 12 mesi.

Per quanto riguarda la risposta del setting ospedaliero la percentuale di dimissioni volontarie, considerata come indicazione della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è stabile e in media con i valori registrati nelle altre Regioni. Migliorano i già positivi indici di performance della degenza media sia chirurgica che medica, si ravvisa però un lieve incremento nella percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti over 65 anni. La proporzione di pazienti con diagnosi di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo, pari a 76%, registra un ulteriore incremento rispetto all'anno passato come in crescita è anche la percentuale di prostatectomie transuretrali (+ 1 punto percentuale). Qualche ambito di miglioramento sull'appropriatezza chirurgica è ravvisabile dalla quota significativa di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (23%, indicatore di osservazione), nonché da una percentuale stabile e non in crescita di DRG LEA chirurgici tratti in day surgery (57%) e un lieve aumento dei DRG ad alto rischio inappropriatezza rispetto al valore dell'anno precedente. Molto positivo il risultato sulla gestione degli interventi di stripping per le vene considerando il percorso dal 2019 al 2022.

Sul territorio, la copertura delle cure domiciliari è ancora debole, rispetto all'obiettivo del 10% entro il 2026 previsto dal PNRR, sebbene l'intensità di presa in carico sia in crescita. Solo il 5,7% della popolazione anziana ha registrato un accesso per cure domiciliari nel corso del 2022; di questi accessi cresce la percentuale con valutazione e il tasso di prese in carico con CIA>0,13 per over 65 anni. Rimane da potenziare l'accesso all'assistenza domiciliare il sabato, la domenica e nei giorni festivi. Nella continuità tra ospedale e territorio, rimane buona la percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione, mentre si registra una riduzione di accessi al PS durante la presa in carico domiciliare. Positivo il

risultato sugli assistiti over 75 anni in trattamento sociosanitario residenziale.

In riferimento alla prevenzione, il livello di copertura vaccinale si conferma un punto di criticità, con valori decisamente al di sotto della media. Cresce l'estensione e adesione allo screening mammografico, mentre lo screening colorettales seppur con ottimi livelli di estensione non vede crescere la partecipazione nella popolazione target che si ferma al 30,5%.

La sanità digitale mostra ancora insufficienti livelli di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte di cittadini, mentre è in crescita l'uso tra i professionisti. L'indagine condotta sulla disponibilità e leggibilità delle informazioni riguardo il cambio del medico di base sui siti web istituzionali mostra risultati positivi.

Analizzando i risultati dei percorsi assistenziali, il percorso materno-infantile registra una buona performance nella fase del parto, con una riduzione della percentuale di parti cesarei depurati, delle episiotomie e dei parti operativi. Rimane da attenzionare la copertura vaccinale nel primo anno di vita e la crescita del tasso di ospedalizzazione per asma e gastroenterite e una ripresa degli interventi di tonsillectomia, sebbene non raggiungano i livelli pre-pandemia.

Nel percorso cronicità, la fase della prevenzione mostra risultati molto buoni sugli stili di vita, ancora troppo esigua però la copertura vaccinale antiinfluenzale rivolta agli anziani. La fase del trattamento e compliance ed esiti risulta nella media o leggermente inferiore alla media. Si registra, come anticipato, un aumento della presa in carico in ADI con valutazione, e con una presa in carico ad alta intensità, tuttavia, i valori sono ancora inferiori alla media delle altre regioni. Negli indicatori di esito o proxy di esito, crescono le ospedalizzazioni per patologie sensibili alle cure ambulatoriali, in particolare per le patologie diabetiche e respiratorie, buoni i risultati sulle amputazioni maggiori per diabete che si riducono ulteriormente.

Il percorso oncologico presenta risultati complessivamente molto buoni, soprattutto in riferimento ai tempi di attesa per intervento chirurgico e alla concentrazione della casistica. Più critica la gestione delle cure palliative e del fine vita, migliora la copertura dei servizi di cure palliative verso la popolazione oncologica anche se permangono margini di miglioramento.

Di nuova introduzione il percorso della salute mentale che vede i pochi indicatori selezionati posizionarsi sulle fasce basse del pentagramma, in particolare appare consistente il ricorso alle ospedalizzazioni per patologie psichiatriche sia tra la popolazione adulta che giovane con frequenti re ricoveri sia a breve termine (entro 7 giorni), che a medio termine tra gli 8 e i 30 giorni. Buono il livello di continuità delle cure letto come quota di pazienti adulti dimessi da ricovero con contatto con DSM entro 7 giorni dalla dimissione.

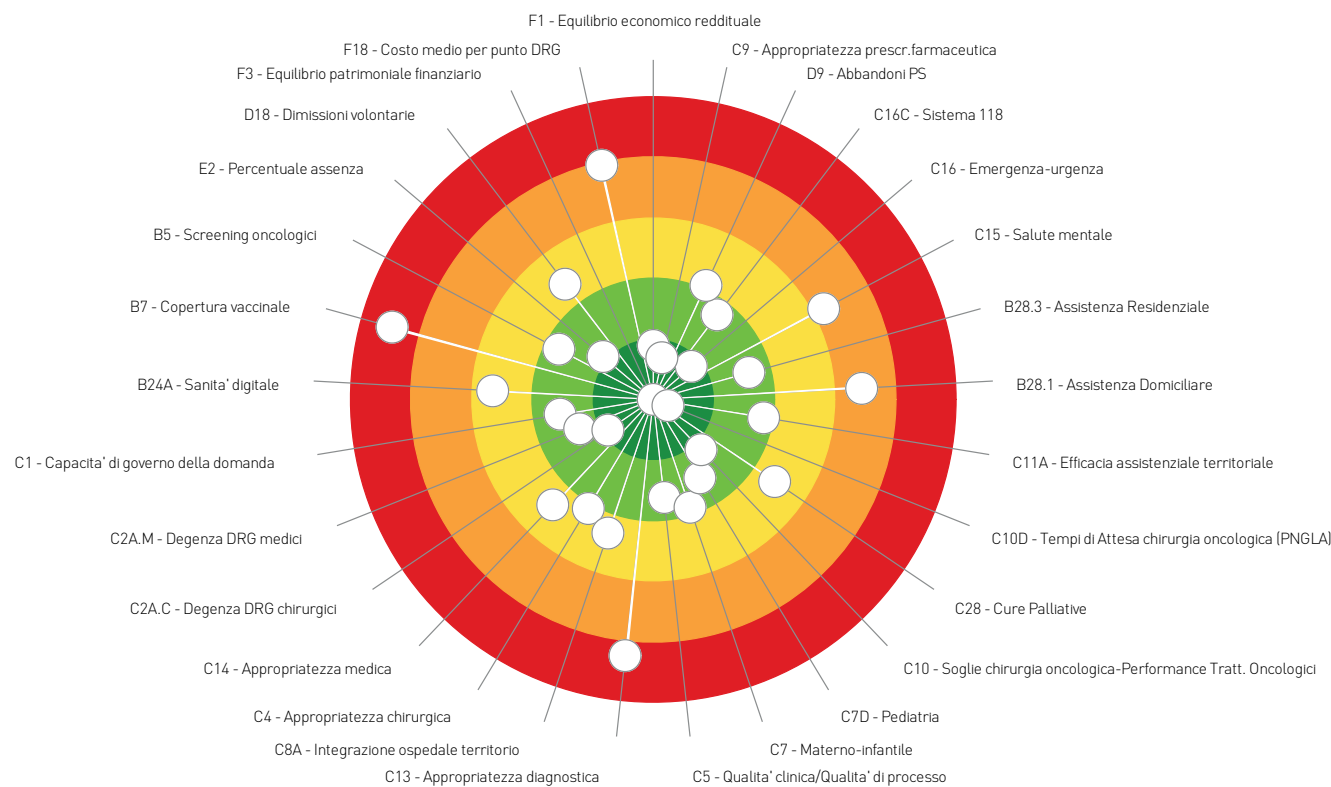
La gestione dell'emergenza-urgenza si conferma nel complesso molto buona: sebbene ci sia una crescita negli accessi al Pronto Soccorso, si mantiene alta la tempestività di risposta e presa in carico al netto di un peggioramento nel valore ancora critico ma in miglioramento per la tempestività di gestione dei codici 2. Da attenzionare la riduzione nella percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione, valore già tra i più bassi delle regioni del Network.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

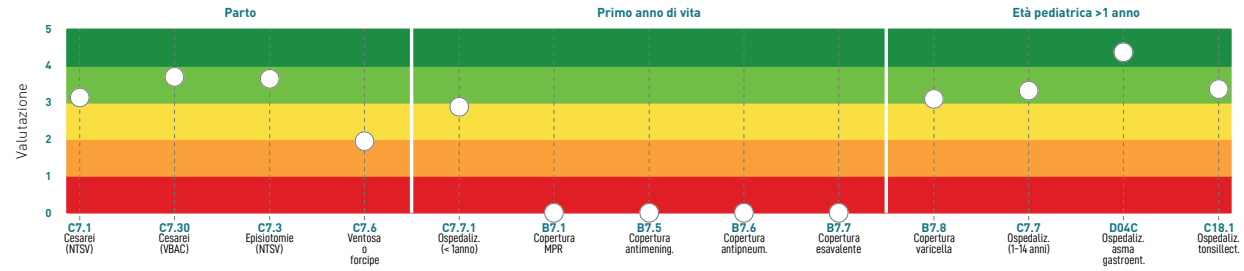
Andamento indicatori - Trend 2021/2022



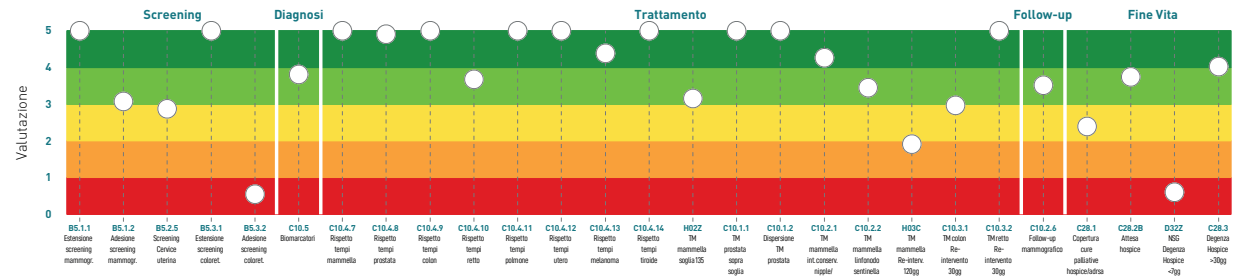
Valutazione della performance 2022



PERCORSO MATERNO INFANTILE



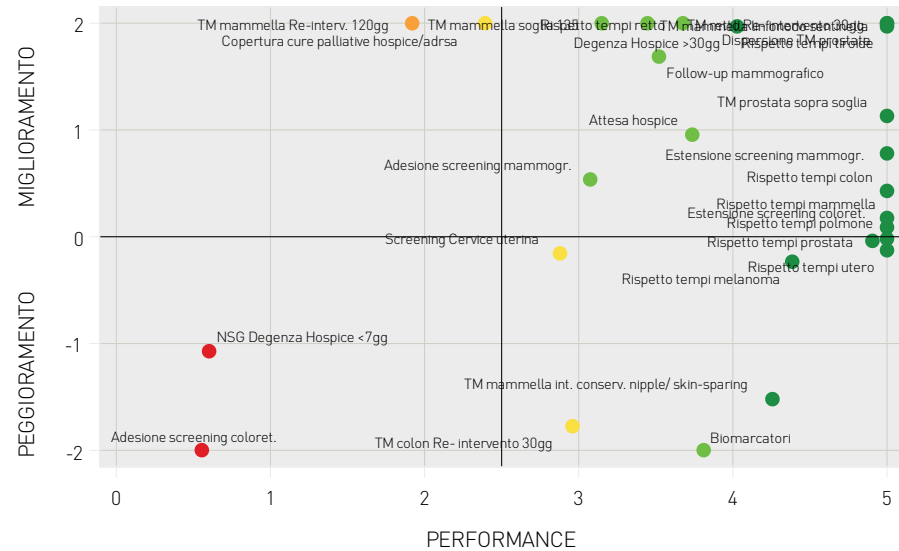
PERCORSO ONCOLOGICO

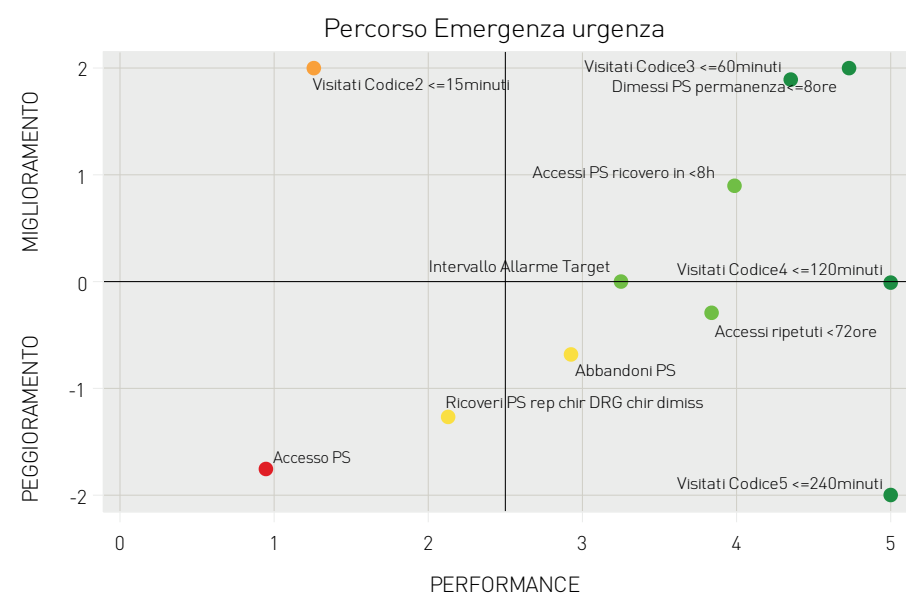
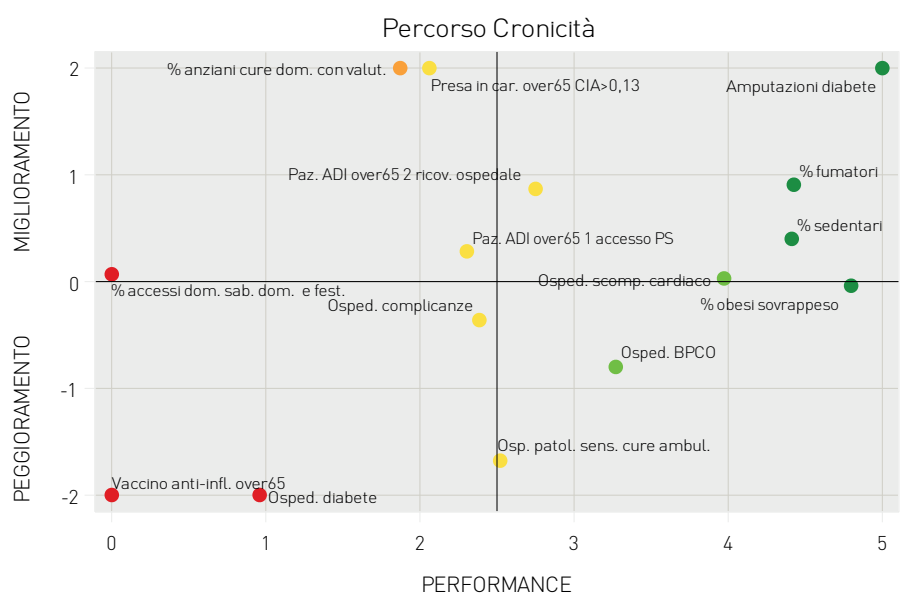
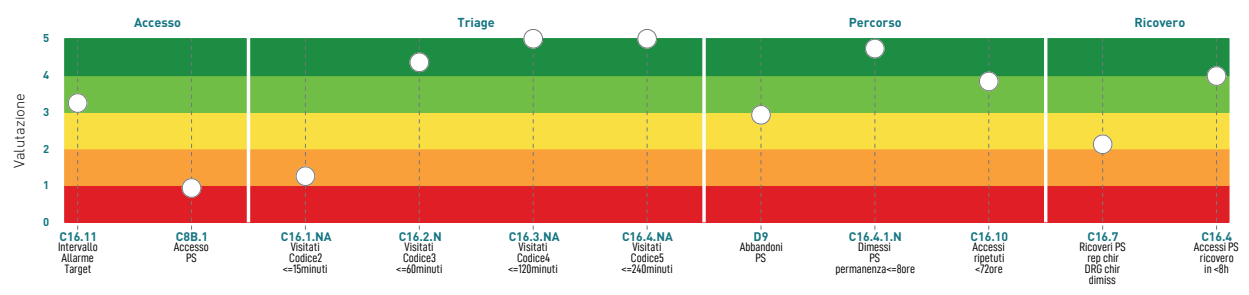
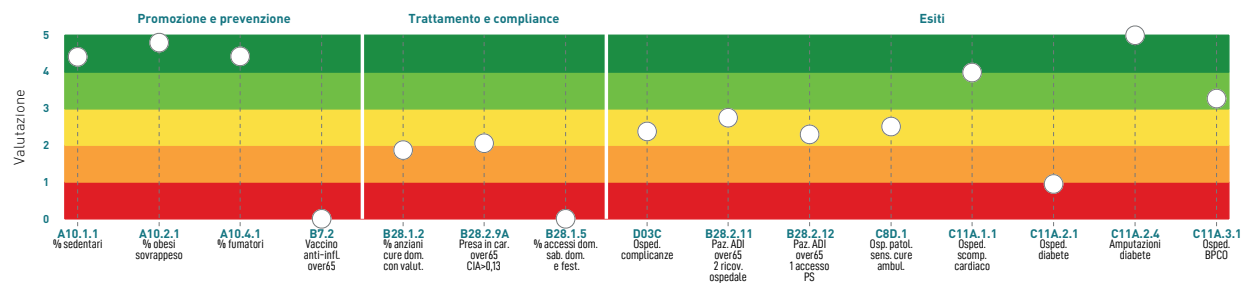


Percorso Materno infantile

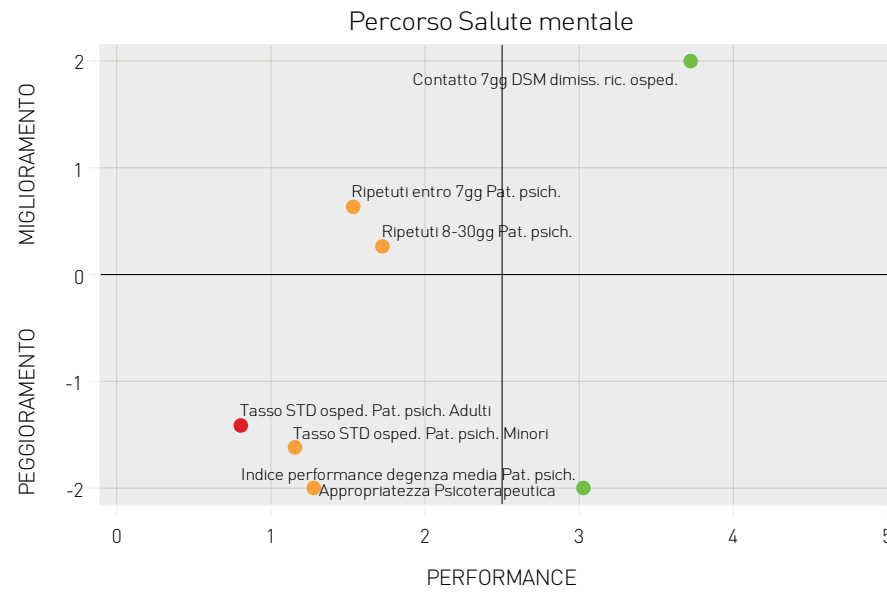
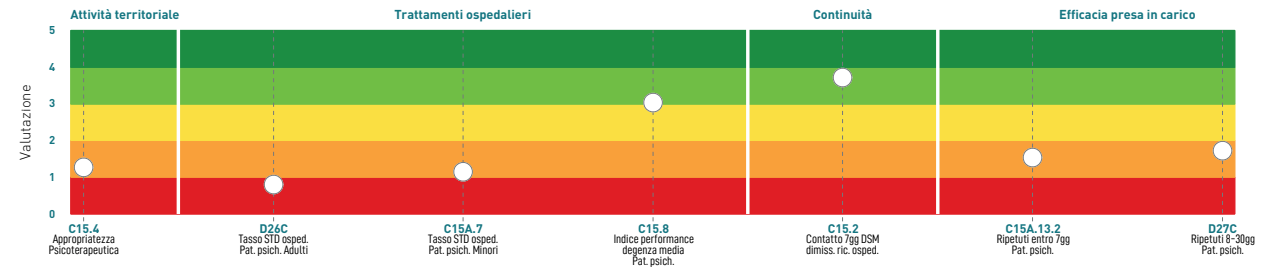


Percorso Oncologico





PERCORSO SALUTE MENTALE



FRIULI VENEZIA GIULIA

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 una 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).

Profilo regione



Popolazione residente **1.194.647**

Aziende Sanitarie Territoriali **3**
Distretti Sanitari **20**

Strutture di ricovero **19**
- Pubbliche **14**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **2**
- Private accreditate **5**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **.**

Posti letto Totali **4.343**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel 2022. Dei 157 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione mostra un quadro tendenzialmente stabile con una quota pari al 33% degli indicatori che risulta migliorato rispetto all'anno precedente, una quota pari al 13% che resta stabile e il restante 54% che risulta peggiorato. La gran parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, sono posizionati nelle fasce verde e gialla.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Si segnalano perduranti criticità nella tempestività di accesso a interventi chirurgici oncologici di priorità A (prostata, colon, retto, utero, tiroide), con quota di ricoveri effettuati entro i 30 giorni in calo rispetto al 2021. Al di sopra della media delle Regioni del Network la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, indicatore che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture. Da attenzionare la garanzia dei tempi per l'accesso alla specialistica ambulatoriale (indicatori di osservazione definiti secondo gli standard nazionali). Critica è anche l'appropriatezza prescrittiva in ambito diagnostico dove aumenta il ricorso a prestazioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, segnatamente risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, che passa da 27,4% del 2021 a 32,6% del 2022, e la percentuale di RM colonna ripetute entro 12 mesi che registra il valore più elevato tra le regioni del Network (12,5%). Questo trend è comune a molte regioni del Network.

A livello ospedaliero, si segnala l'ottimo e consolidato risultato nella percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero, dove il Friuli Venezia Giulia si attesta come best practice delle Regioni del Network. L'indicatore è di fatto una proxy della soddisfazione del paziente rispetto all'assistenza ospedaliera. In calo invece la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo: il 54% degli anziani diagnosticati con frattura è sottoposto a intervento entro 2 giorni, dato che si attestava quasi al 58% nel 2021. Da attenzionare anche l'aumento di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza, indicatore di appropriatezza del setting assistenziale. Per quanto riguarda l'area della qualità e dell'organizzazione dei processi ospedalieri, la durata delle degenze (chirurgiche e mediche) si conferma superiore alla media. Continua a crescere in particolar modo la durata di quelle mediche, che si attesta a 0,87 contro lo 0,51 del 2021. Superiore alla media delle Regioni del Network la performance circa le donazioni di organi e tessuti, dove la regione Friuli Venezia Giulia mostra una buona capacità nella fase di procurement degli organi.

Sul territorio, l'assistenza domiciliare è in linea con le altre Regioni del Network. Buona la percentuale di anziani con almeno un accesso per cure domiciliari (12% in media a livello regionale), misura che indica la capacità complessiva di gestione a domicilio espressa dal sistema sanitario. Risultano tuttavia ancora migliorabili la presa in carico per cure domiciliari con valutazione e l'intensità assistenziale erogata agli over 65 anni che cala considerevolmente (- dieci punti percentuali rispetto al 2021). Buono invece il risultato nella continuità di cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio e in particolare al domicilio, dove la percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni si attesta al 10,7%. Critica e con un trend in aumento la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico residenziale, almeno un accesso al Pronto Soccorso non seguito da ricovero, con un anziano ogni quattro che ricorre al PS.

Molto buona la performance che la Regione registra nel campo della governance farmaceutica, ottima sia sull'efficienza prescrittiva che sul consumo di farmaci oppioidi. La Regione migliora di fatti nella capacità di monitoraggio della spesa farmaceutica, con una contrazione nella spesa per unità posologica per Imatinib, Etanercept, Infliximab, e Trastuzumab. Ottima anche la prescrizione di farmaci bioequivalenti nelle liste di trasparenza e quindi a brevetto scaduto, con una percentuale che sfiora l'87%. Rispetto all'appropriatezza prescrittiva, si conferma la propensione alla riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio, anche con riferimento a quelli in età pediatrica. Il consumo di cefalosporine in età pediatrica è di fatto il più basso del Network delle Regioni (0,4 DDD per 1,000 abitanti). Si segnala inoltre l'ottimo risultato nella proporzione di antibiotici ACESS, unica Regione del Network a raggiungere il target dell'OMS fissato al 60%.

La gestione del percorso materno infantile si mantiene piuttosto buona, con una percentuale di parti cesarei contenuta (16,6%), in miglioramento rispetto al 2021. Molto buono anche il ricorso a parto vaginale dopo precedente taglio cesareo (VBAC), che raggiunge quasi il 36%. La regione riesce anche a contenere maggiormente rispetto allo scorso anno l'uso di episiotomie depurate, mentre il ricorso ai parti operativi rimane il più alto tra le Regioni del Network (9,5%). Qualche criticità nella fase relativa al primo anno di vita, segnatamente per la copertura vaccinale antimeningococcica e antipneumococcica. Ottima invece la gestione dell'età pediatrica, interamente nelle fasce verde e verdone.

La presa in carico delle cronicità si conferma complessivamente buona, seppur più eterogenea rispetto allo scorso anno. Qualche criticità nella fase di promozione e prevenzione alla salute, con la sola eccezione nella percentuale di fumatori. Da attenzionare maggiormente la fase di trattamento e compliance, dove si presentano le già evidenziate criticità per il tasso di presa in carico con CIA > 0,13, nonché la bassa percentuale di accessi domiciliari effettuati in giorni festivi e prefestivi, proxy dell'organizzazione del percorso domiciliare (5,6%). Molto buona la performance nella fase degli esiti.

Più eterogenei i risultati riferiti al percorso oncologico. Relativamente ai programmi di screening oncologici, buona la performance del sistema sanitario friulano: l'adesione dello screening mammografico e della cervice uterina fanno registrare ottimi valori per il 2022. Nella fase del trattamento, si segnalano invece delle criticità sul rispetto dei tempi massimi di attesa, mentre migliora la performance relativa alla concentrazione della casistica in reparti con maggiore expertise, soprattutto relativamente al tumore alla prostata. Da presidiare maggiormente la fase del fine vita.

La gestione dell'emergenza-urgenza si mostra nel complesso buona, seppur con le già evidenziate criticità nel rispetto dei tempi d'attesa in PS per i codici urgenti. Buona la fase di ricovero. Infine, di nuova introduzione il percorso della salute mentale, che fa apprezzare una buona performance lungo tutte le fasi del percorso. La Regione friulana presenta uno dei tassi di ospedalizzazione per patologie psichiatriche tra i più bassi tra le regioni del Network, con soli 74,7 ricoveri per 100,000 abitanti, dato che sconta la presenza dei Centri della Salute Mentale che garantiscono attività sul territorio inclusa ospitalità diurna e notturna h24. Inoltre, si segnala un notevole miglioramento nella percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche nel triennio in esame, al punto che la regione Friuli Venezia Giulia si attesta come best practice nel 2022.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A2
Mortalità per tumori



A3
Mortalità per malattie circolatorie



A4
Mortalità per suicidi



Numero indicatori di valutazione: 133

Indicatori Migliorati ↑
33.1 %

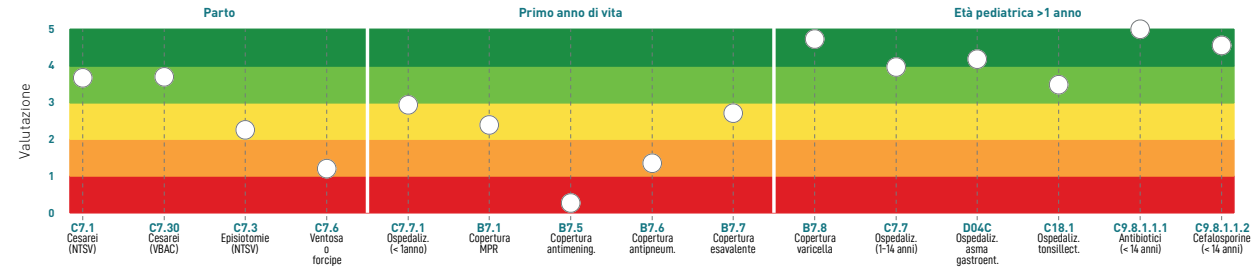
Indicatori Stabili =
12.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
54.1 %

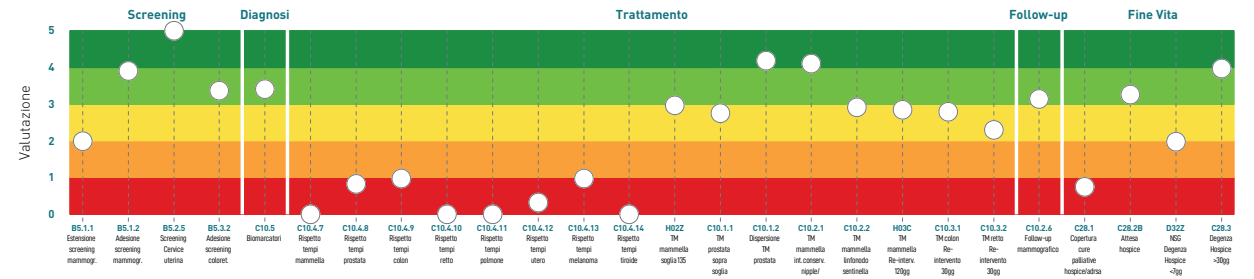
Valutazione della performance 2022



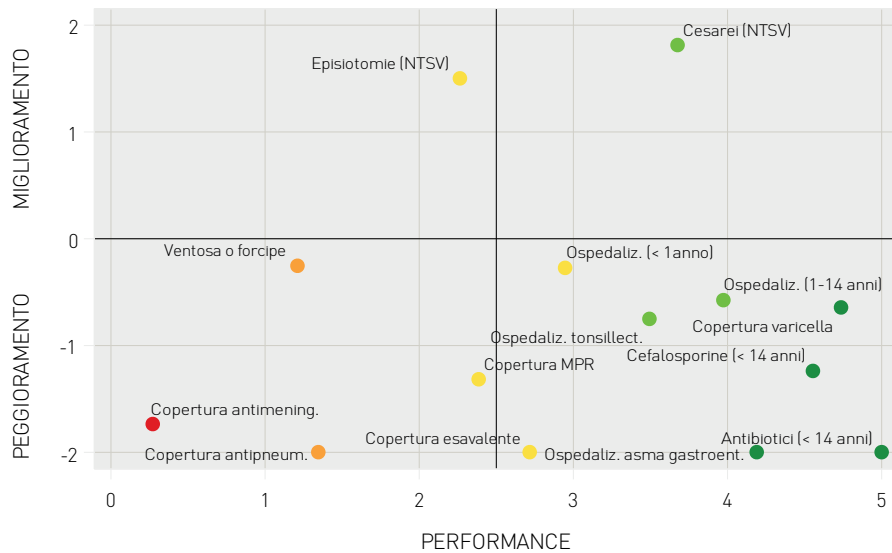
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO

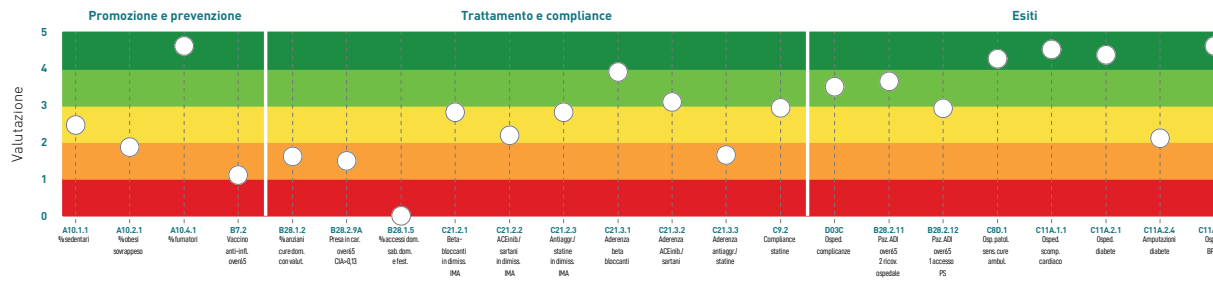


Percorso Materno infantile

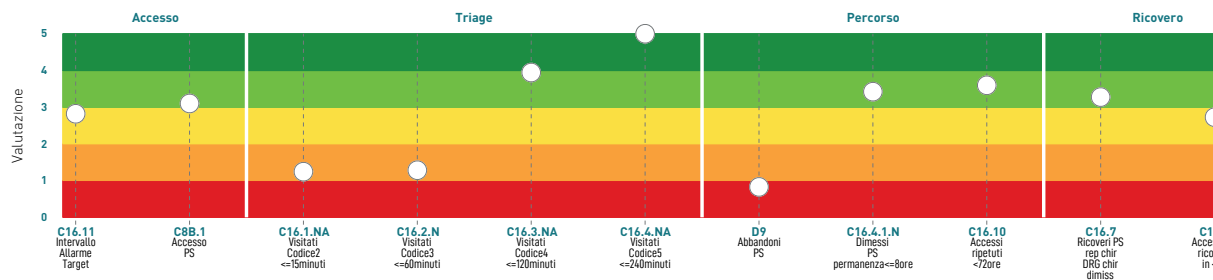


Percorso Oncologico

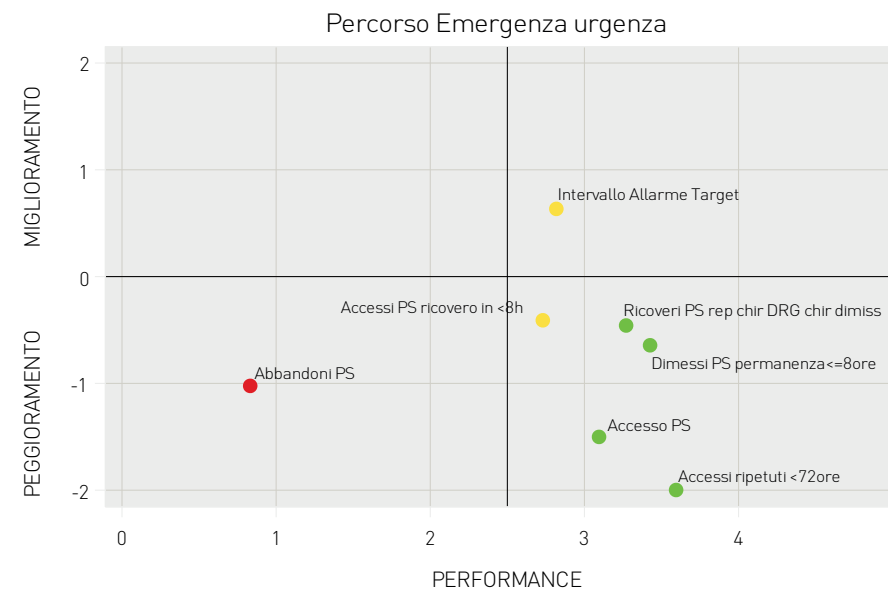
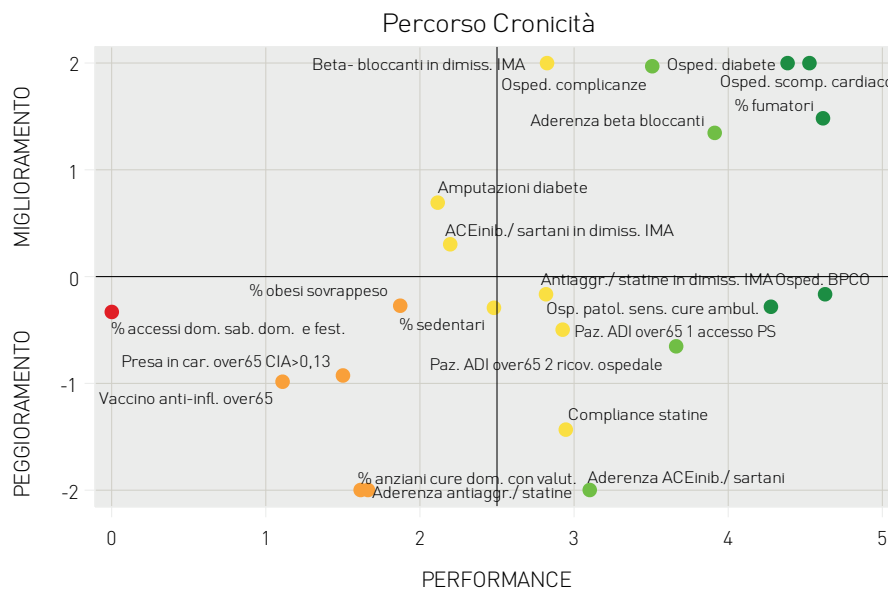




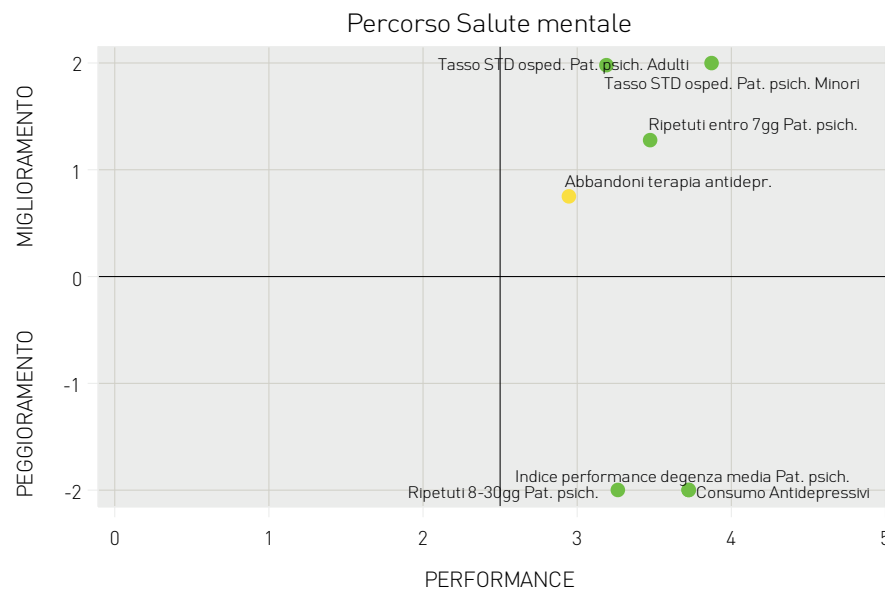
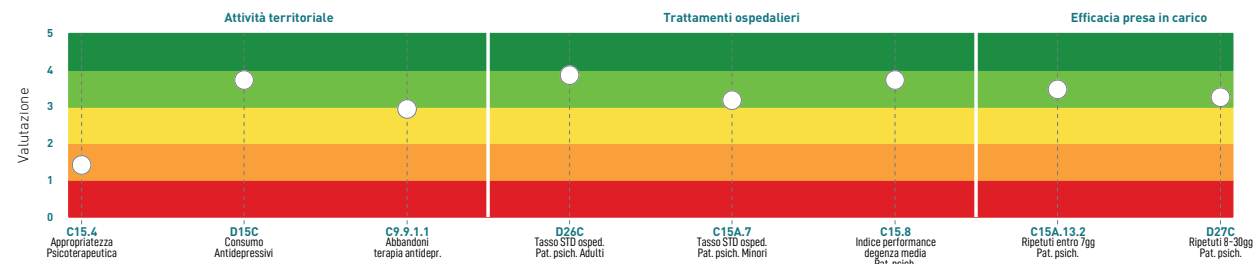
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

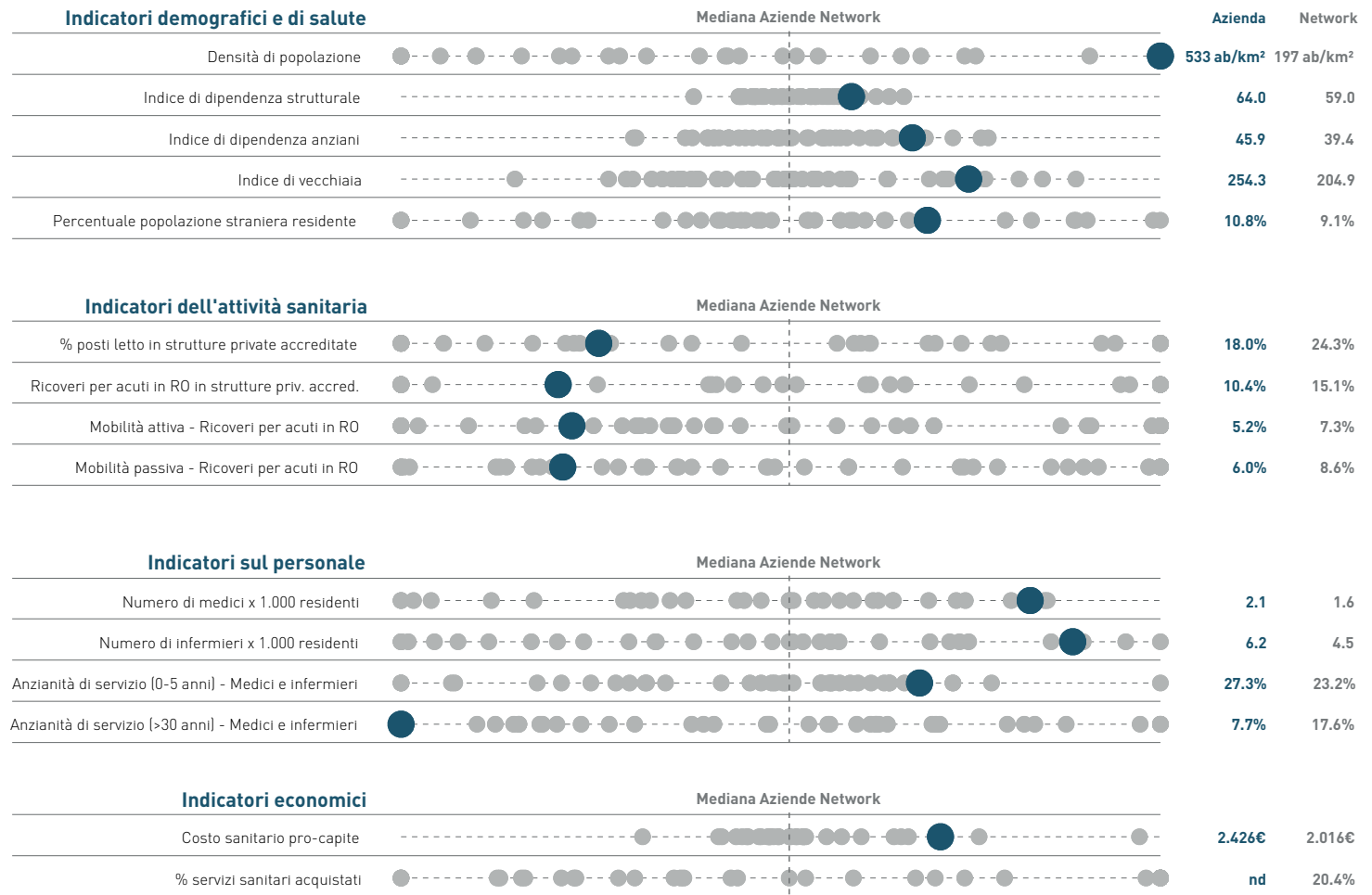
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

AZ.SAN.UNIV.GIULIANO ISONT.

Profilo azienda



Popolazione residente	366.732
Distretti Sanitari	6
Stabilimenti	6
- Pubblici	3
- Privati accreditati	3
Posti letto	1.331
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AZ.SAN.UNIV.GIULIANO ISONT.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



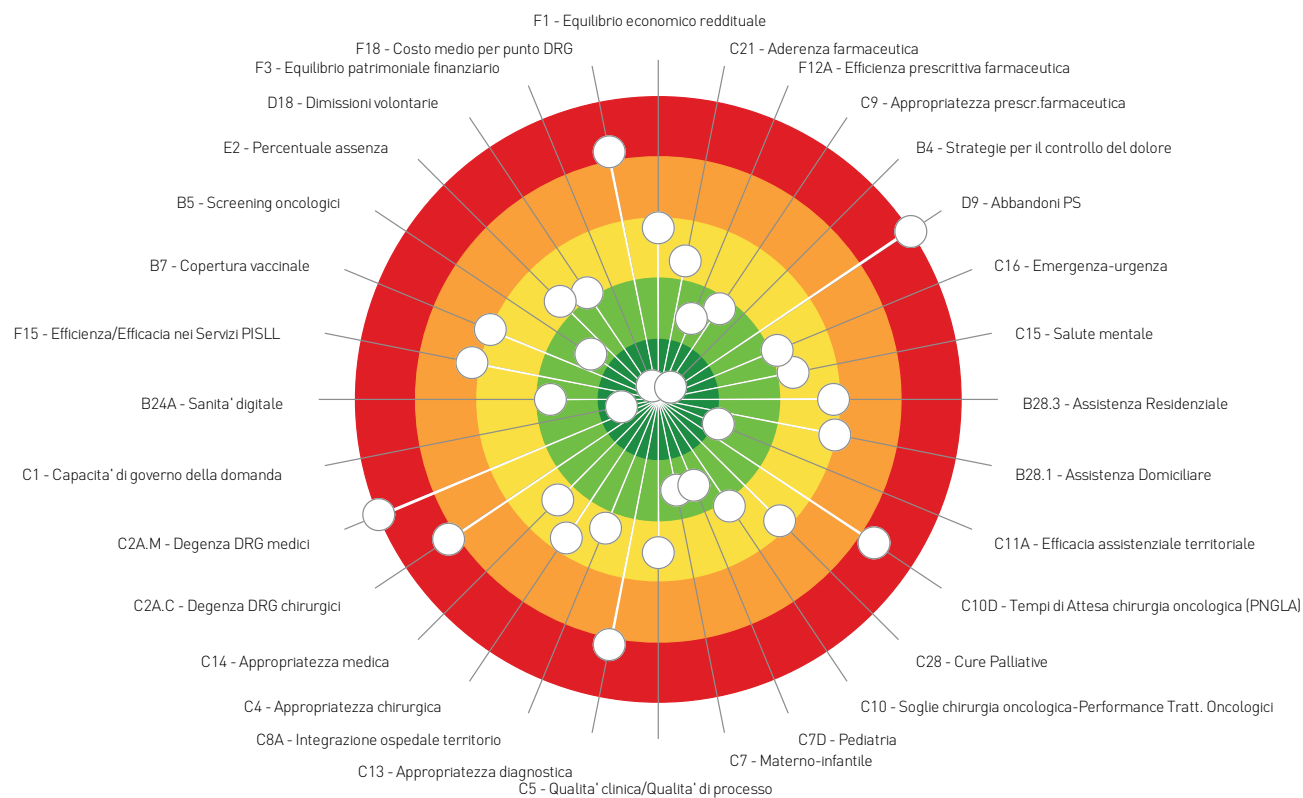
Numero indicatori di valutazione: 130

Indicatori Migliorati ↑
33.1 %

Indicatori Stabili =
5.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
61.5 %

Valutazione della Performance 2022

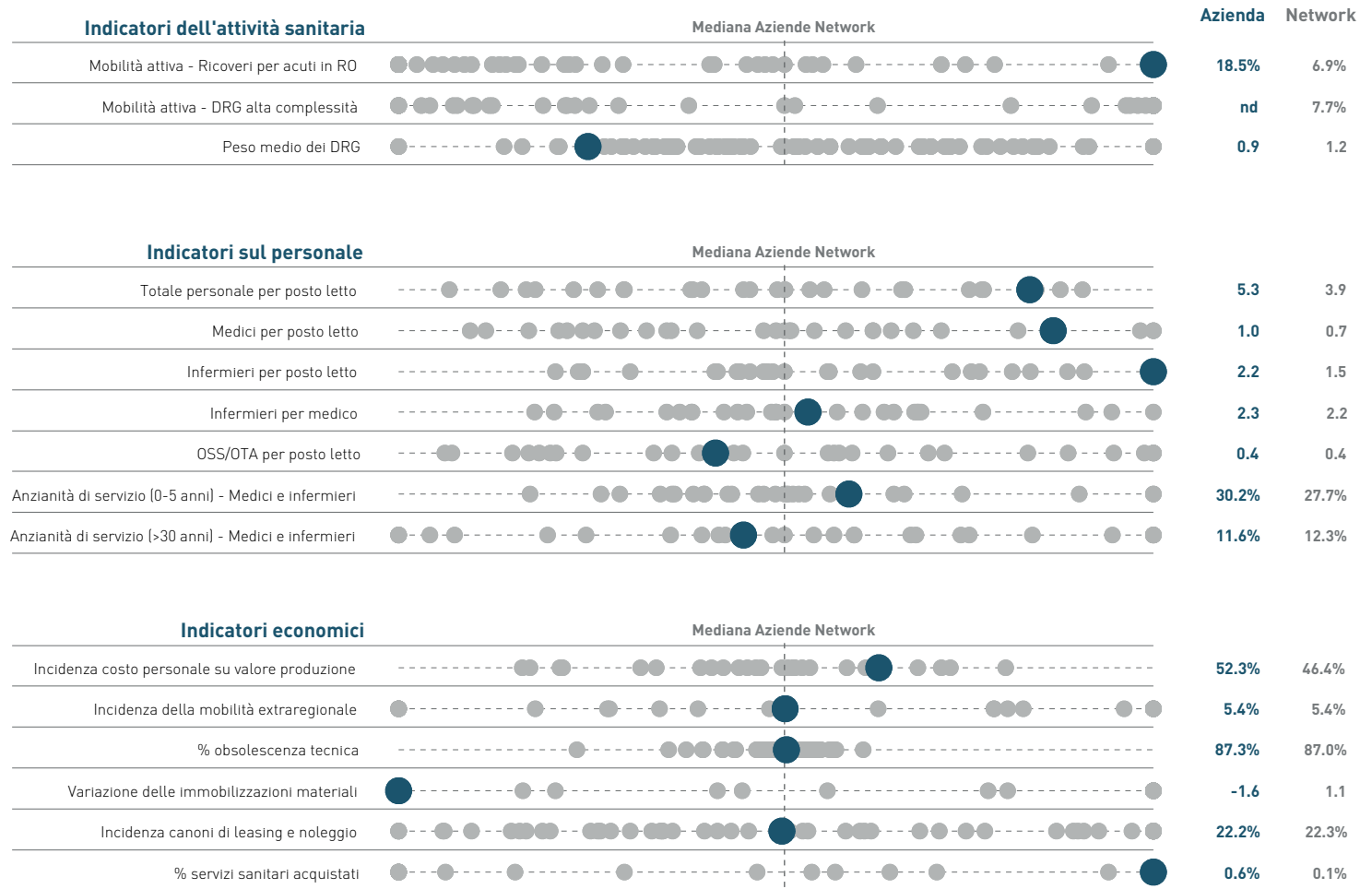


IRCCS BURLO GAR.

Profilo azienda



Posti letto	136
- Degenza Ordinaria	113
- Day Hospital/Day surgery	23
Dimissioni totali	10.646
Giornate di degenza ordin.	26.997
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	25.727
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.563



IRCCS BURLO GAR.

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

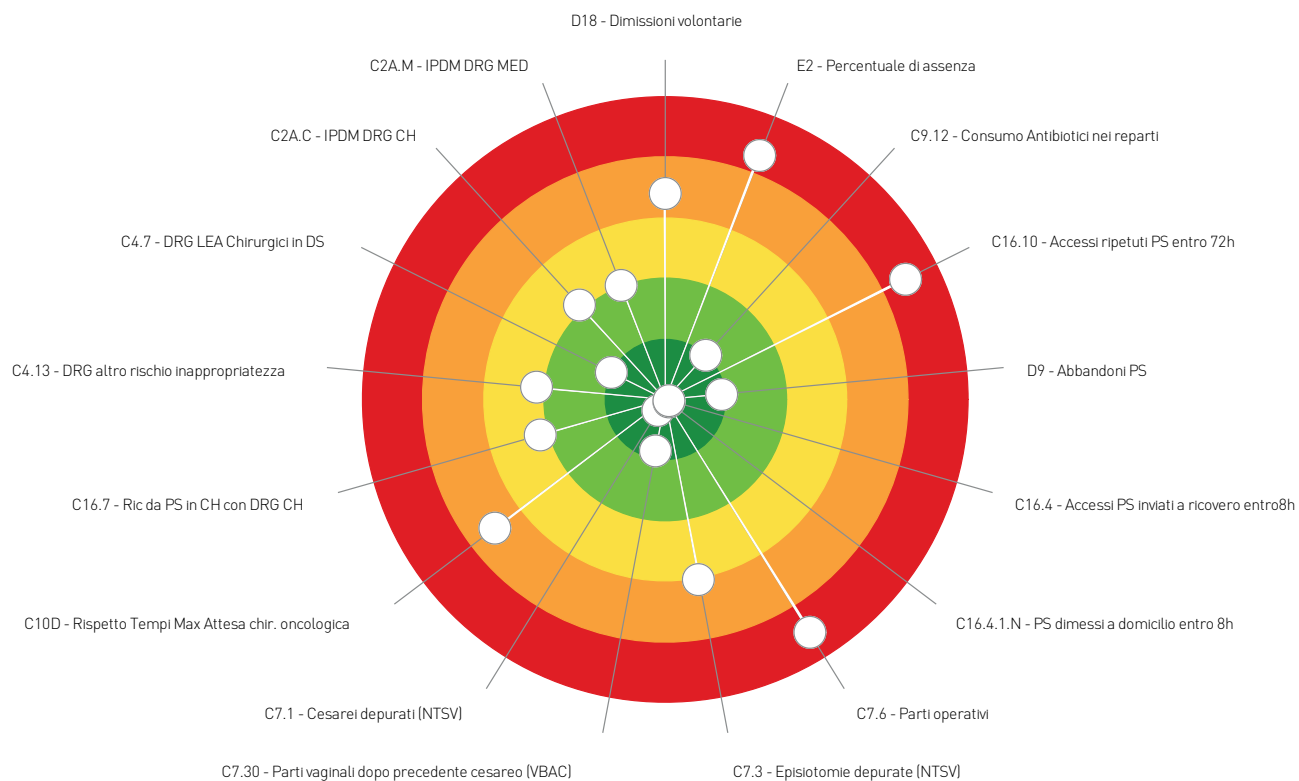
Numero indicatori di valutazione: 33

Indicatori Migliorati ↑
45.5%

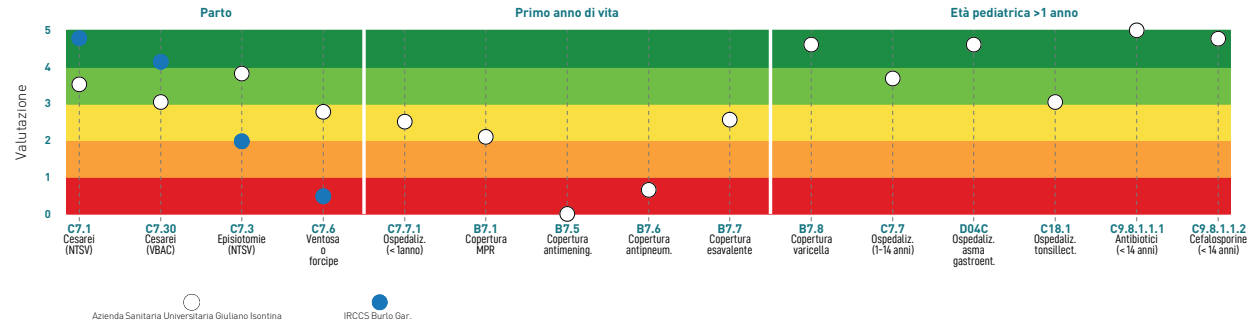
Indicatori Stabili =
12.1%

Indicatori Peggiorati ↓
42.4%

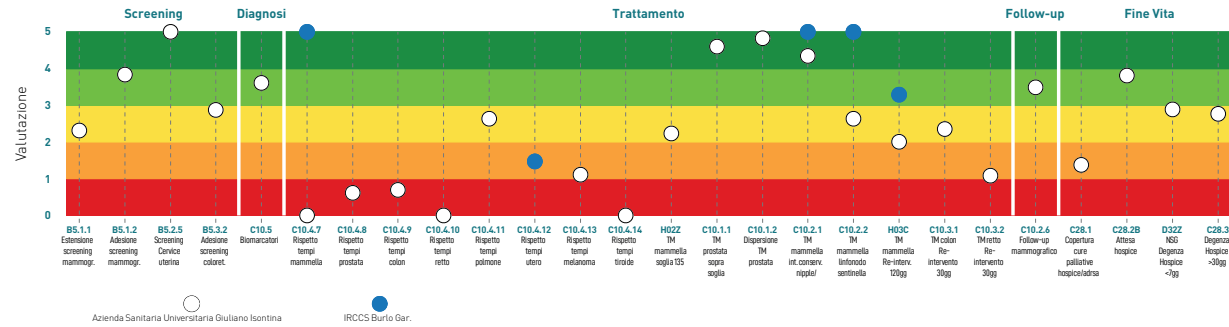
Valutazione della Performance 2022



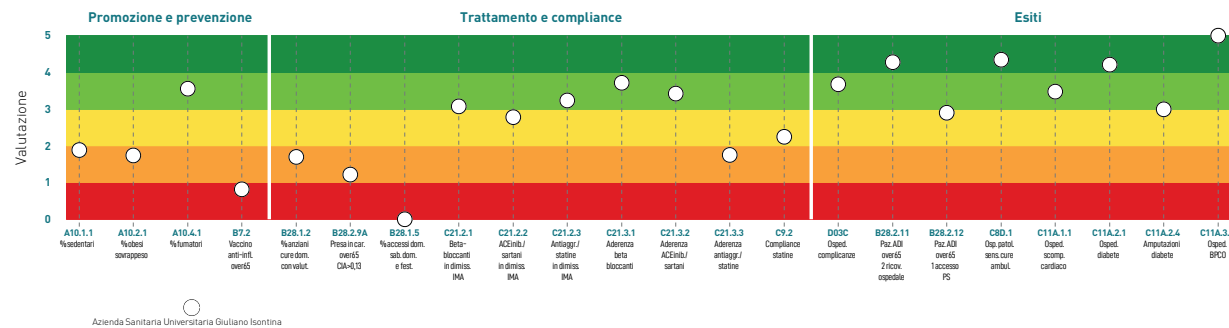
PERCORSO MATERNO INFANTILE

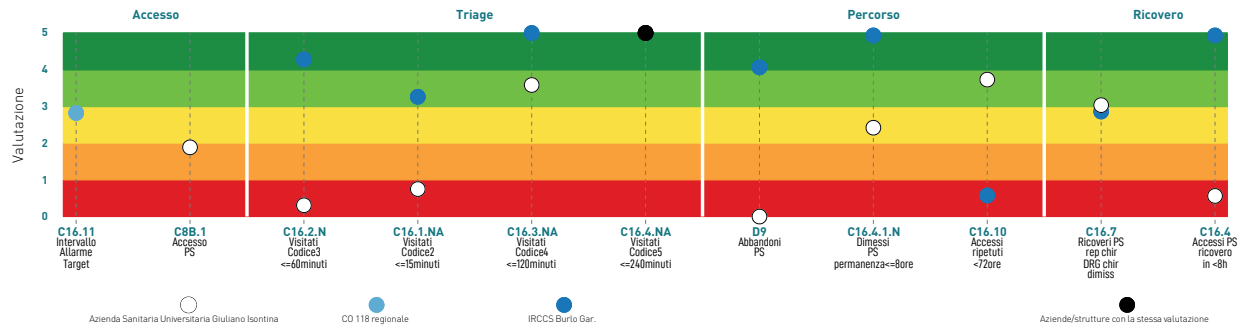


PERCORSO ONCOLOGICO

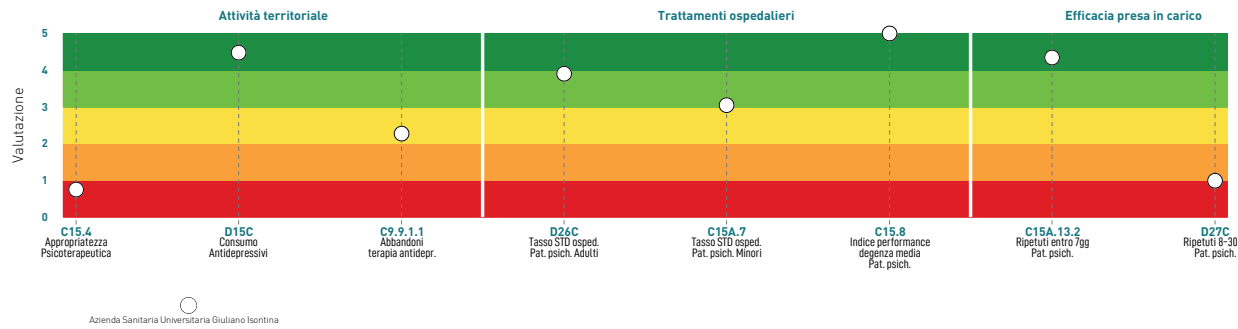


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



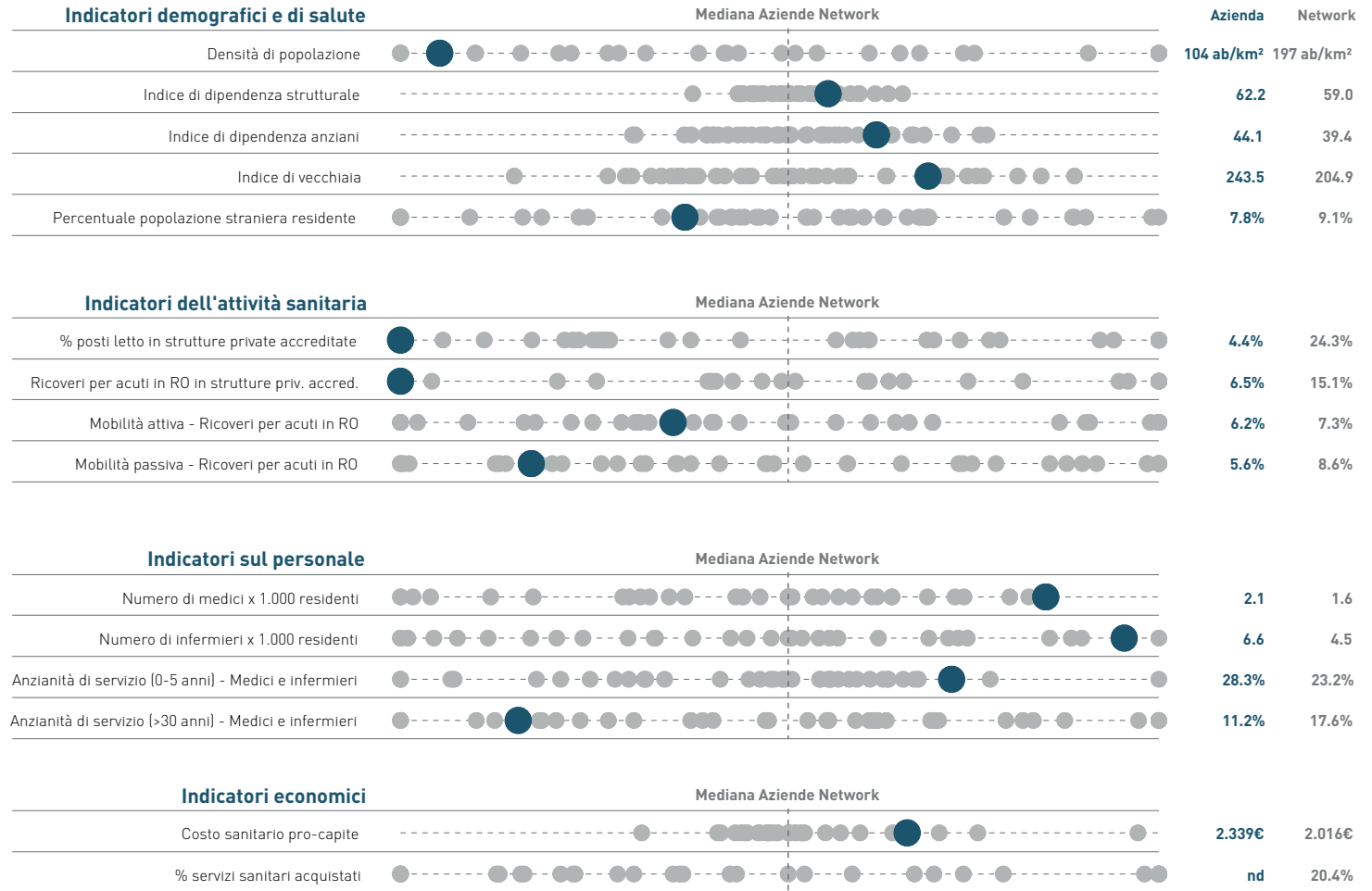
PERCORSO SALUTE MENTALE

AZ.SAN.UNIV.FRIULI CENTRALE

Profilo azienda



Popolazione residente	518.442
Distretti Sanitari	9
Stabilimenti	7
- Pubblici	6
- Privati accreditati	1
Posti letto	1.908
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AZ.SAN.UNIV.FRIULI CENTRALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑
37.4 %

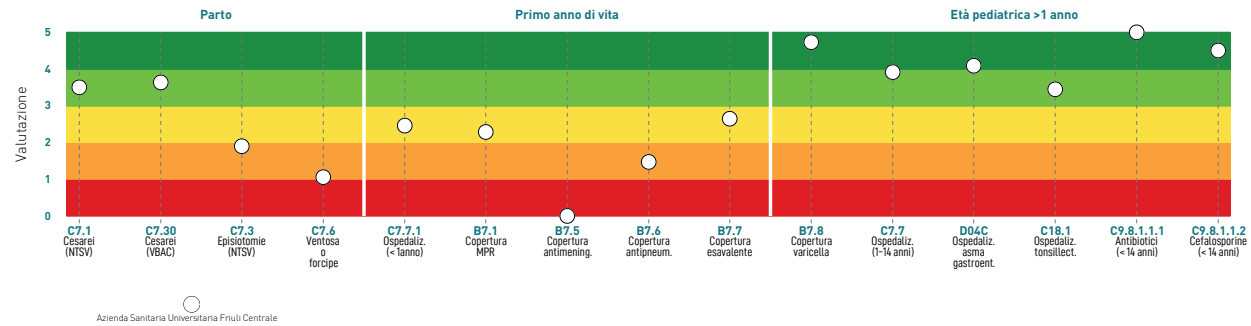
Indicatori Stabili =
7.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
55.0 %

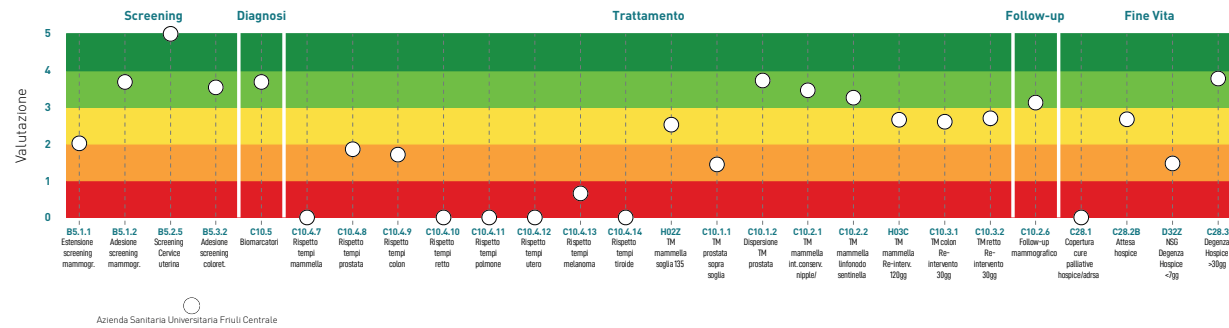
Valutazione della Performance 2022



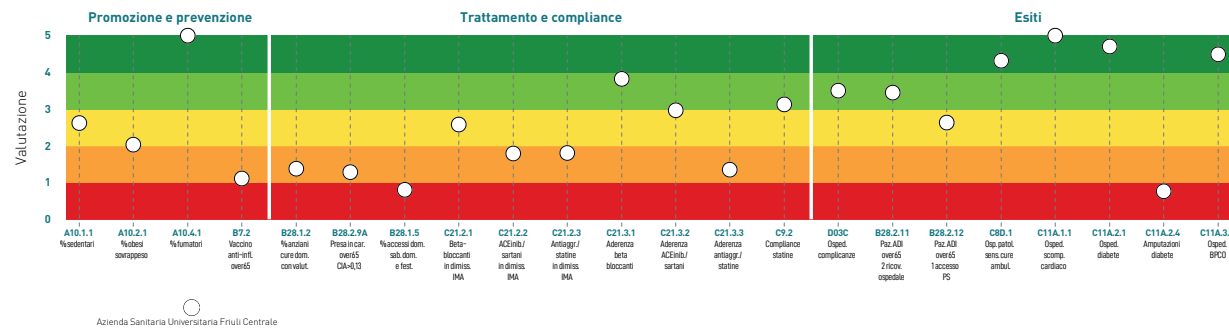
PERCORSO MATERNO INFANTILE

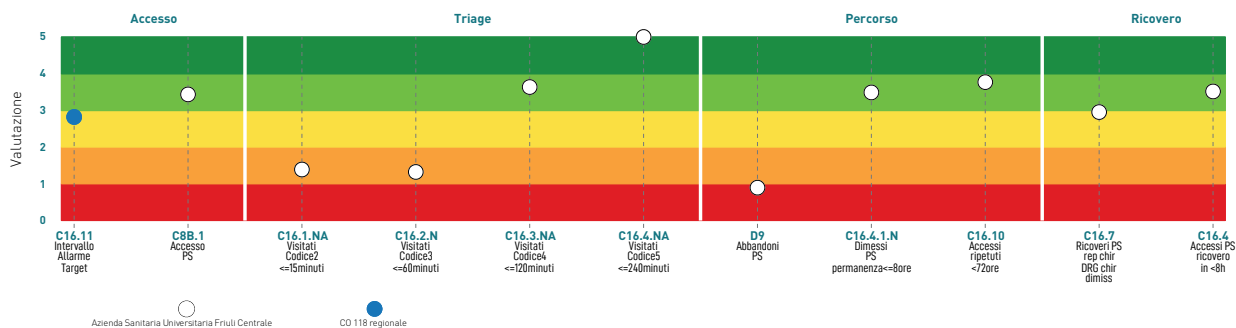


PERCORSO ONCOLOGICO

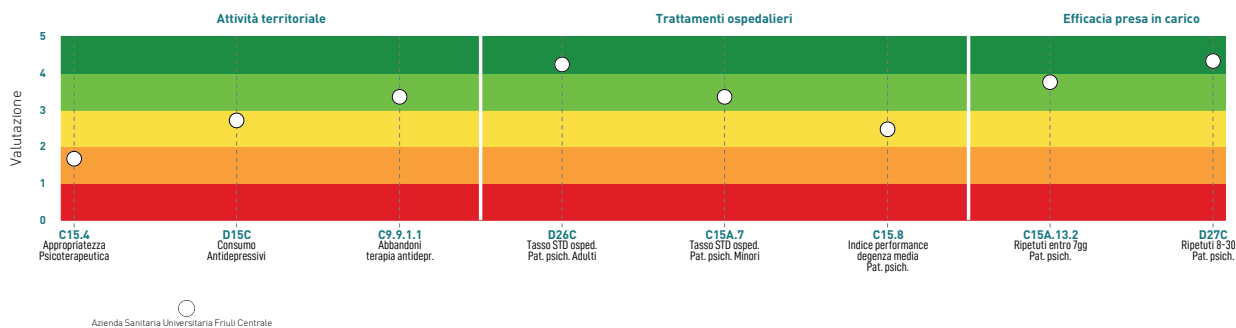


PERCORSO CRONICITÀ





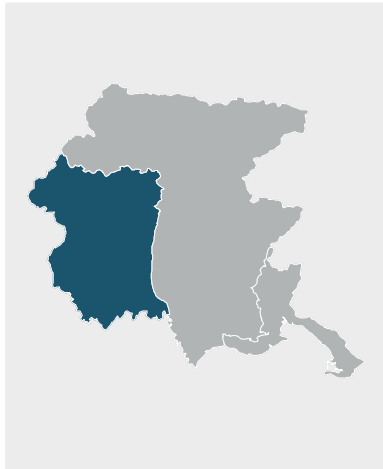
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



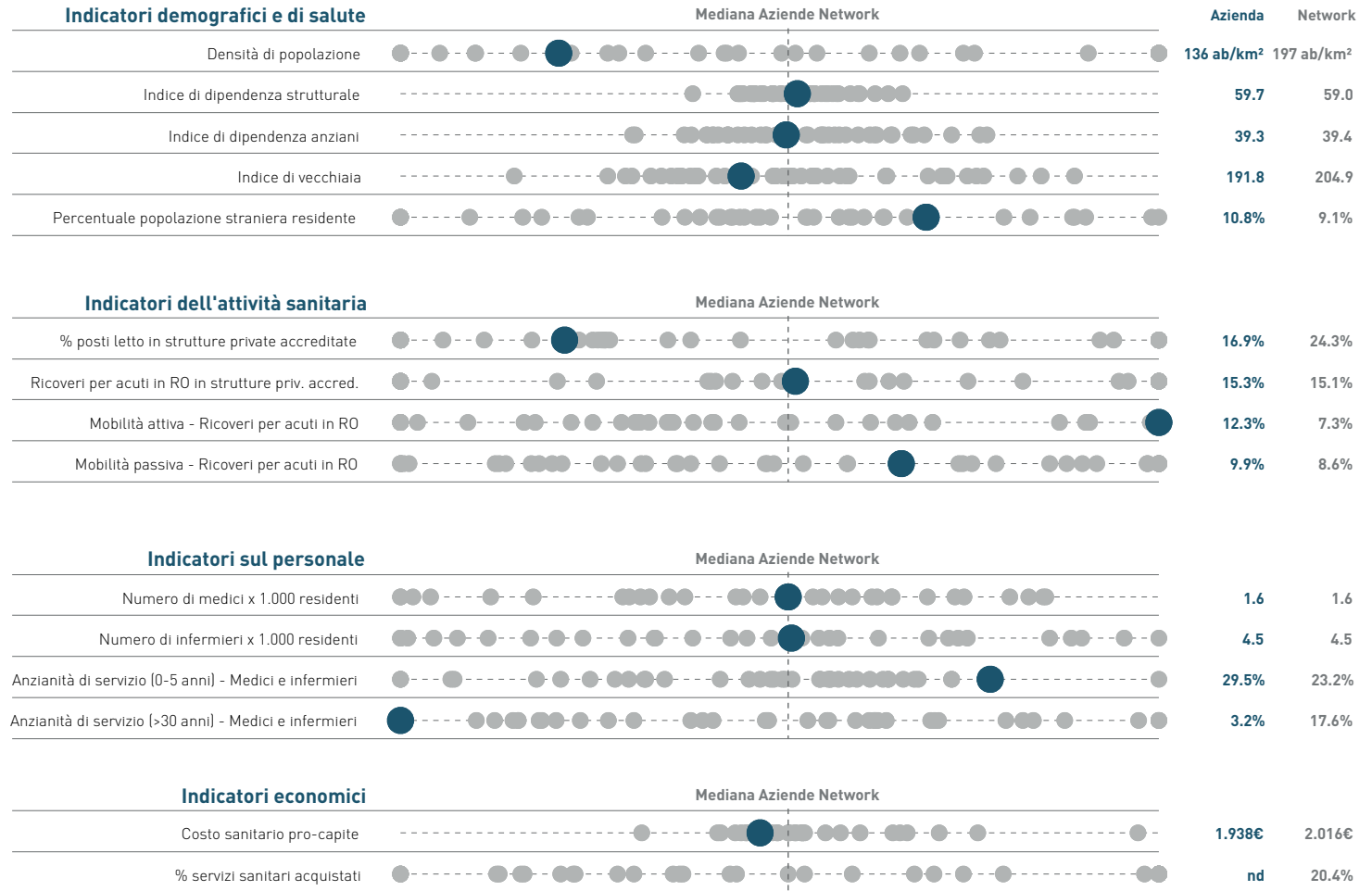
PERCORSO SALUTE MENTALE

AZ.SAN.FRIULI OCCIDENTALE

Profilo azienda



Popolazione residente	309.473
Distretti Sanitari	5
Stabilimenti	4
- Pubblici	3
- Privati accreditati	1
Posti letto	838
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AZ.SAN.FRIULI OCCIDENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



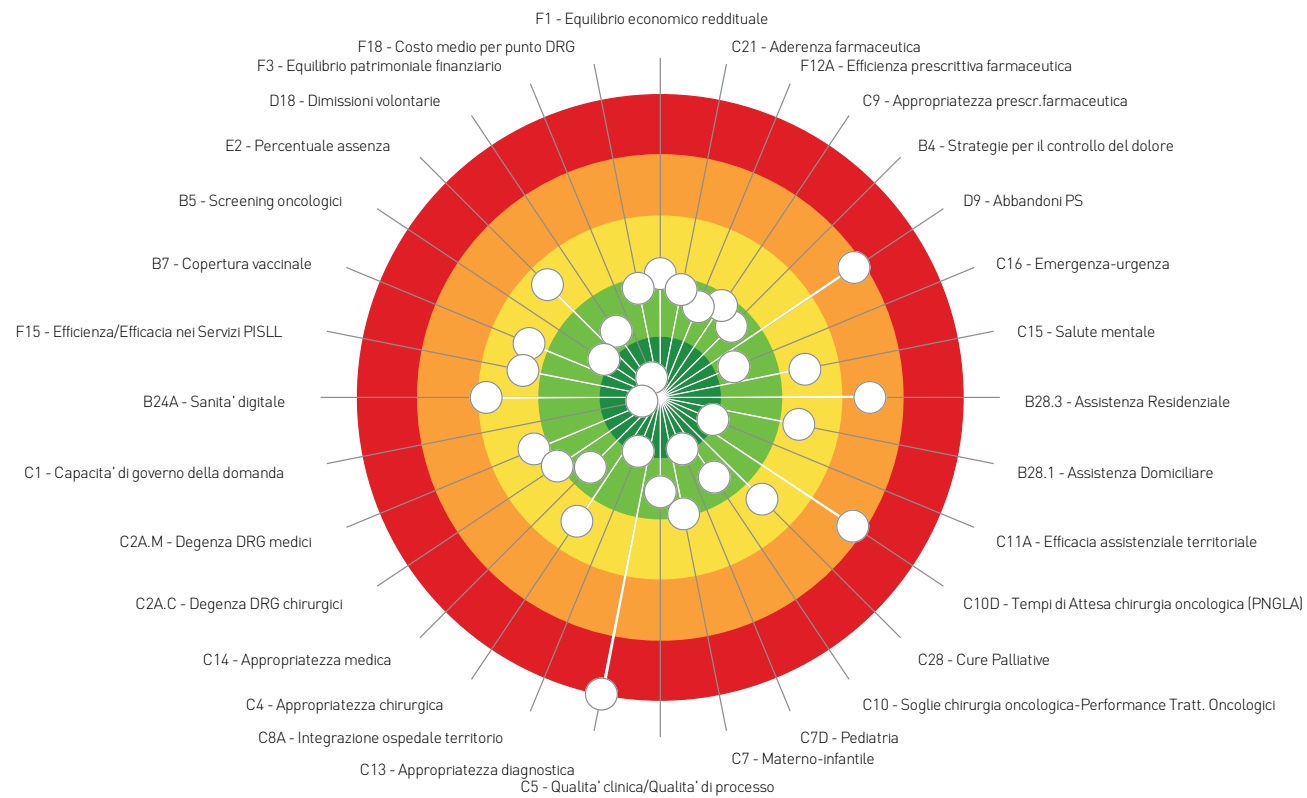
Numero indicatori di valutazione: 129

Indicatori Migliorati ↑
38.0 %

Indicatori Stabili =
10.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
51.2 %

Valutazione della Performance 2022



IRCCS CENTRO RIF. ONCOL.

Profilo azienda

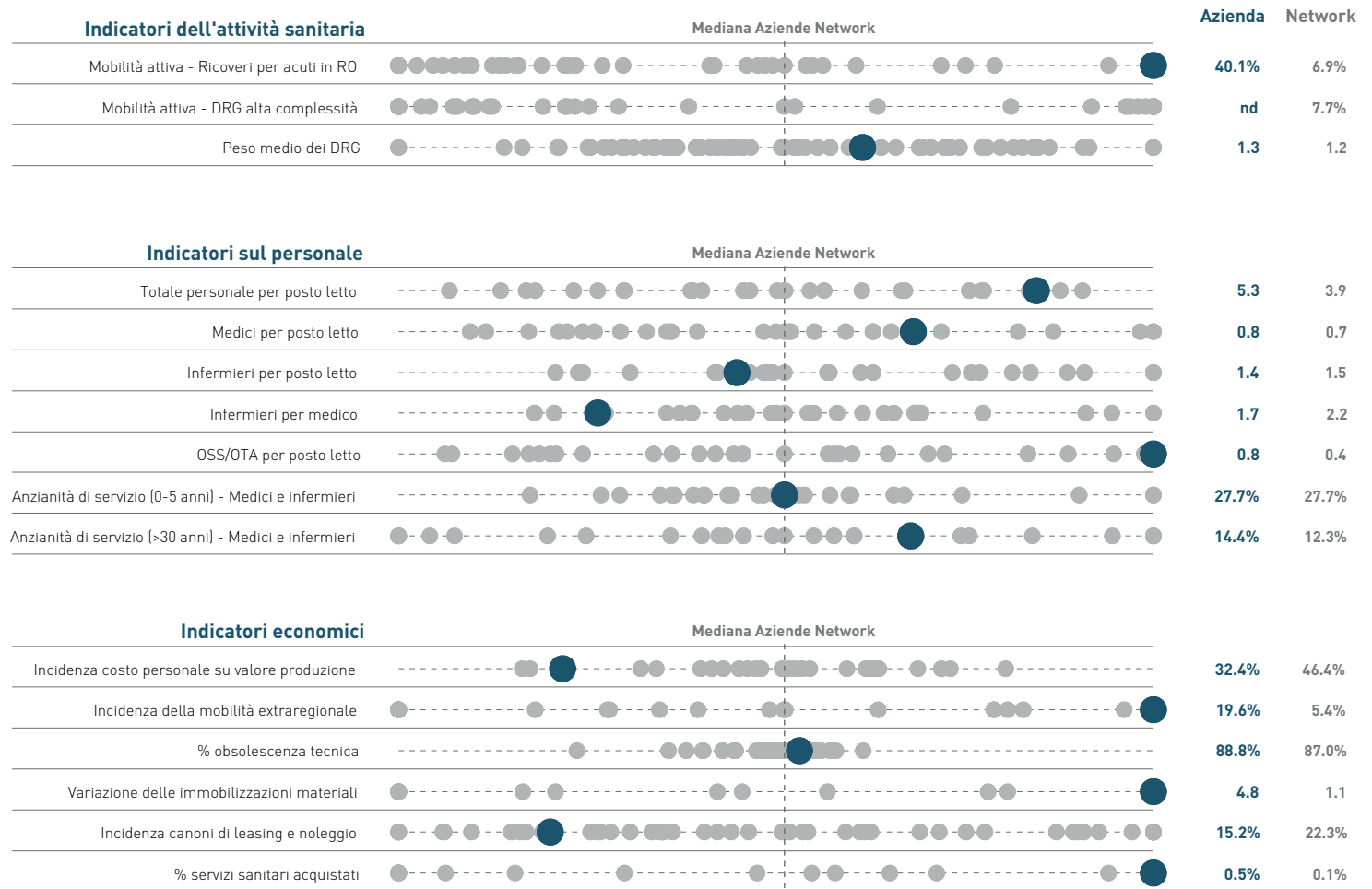


Posti letto	130
- Degenza Ordinaria	98
- Day Hospital/Day surgery	32

Dimissioni totali	4.672
Giornate di degenza ordin.	20.311

Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS CENTRO RIF. ONCOL.

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 31

Indicatori Migliorati ↑

35.5 %

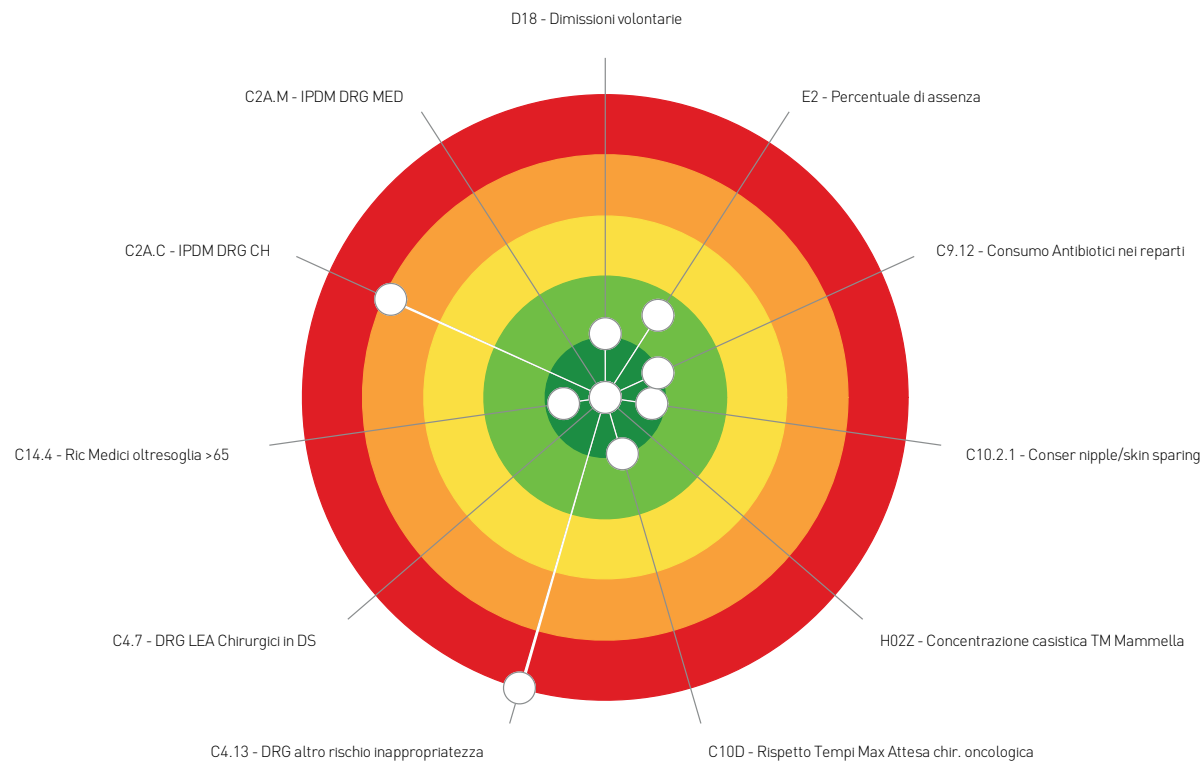
Indicatori Stabili =

22.6 %

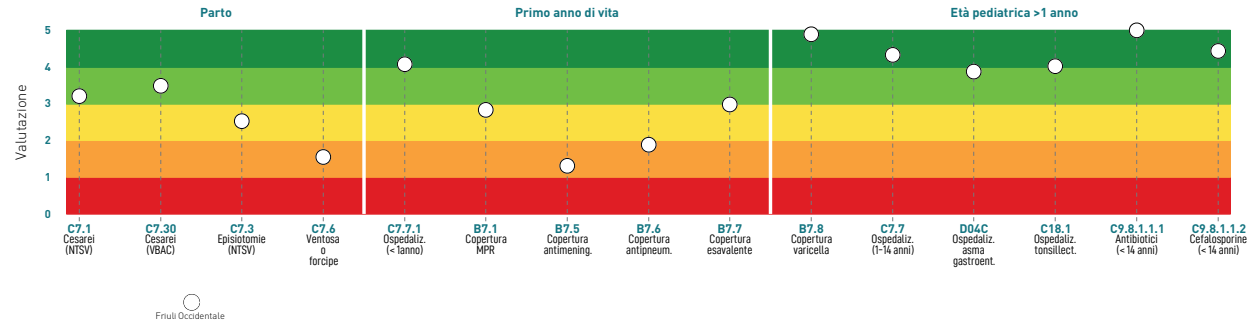
Indicatori Peggiorati ↓

41.9 %

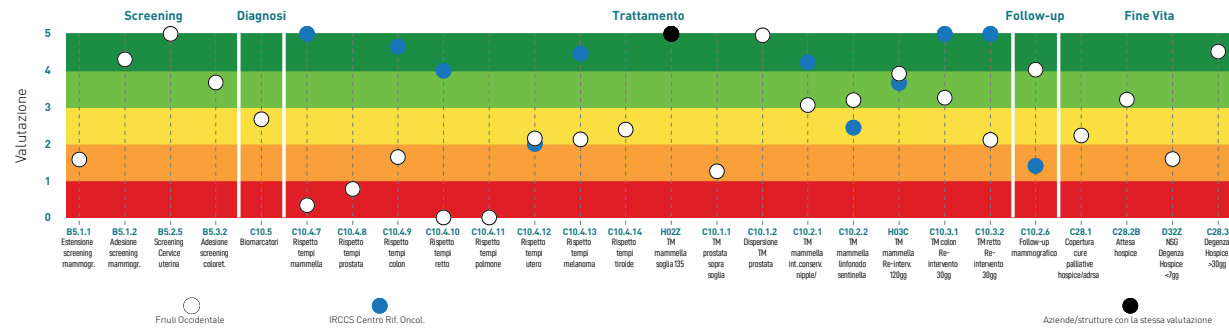
Valutazione della Performance 2022



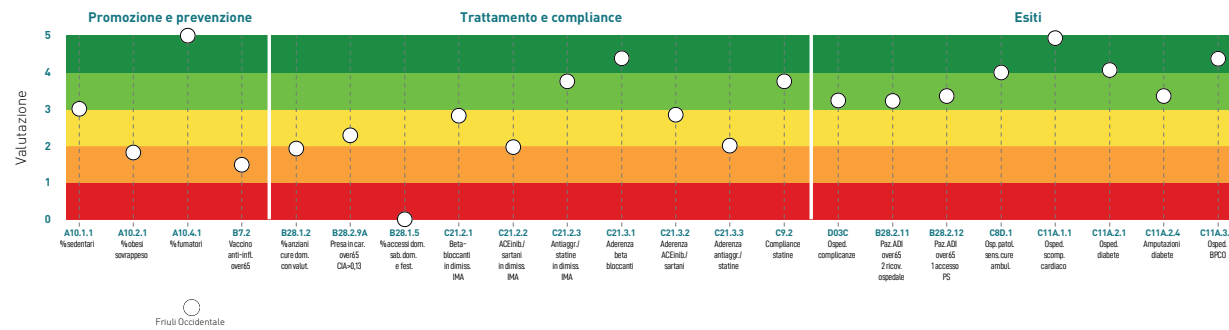
PERCORSO MATERNO INFANTILE

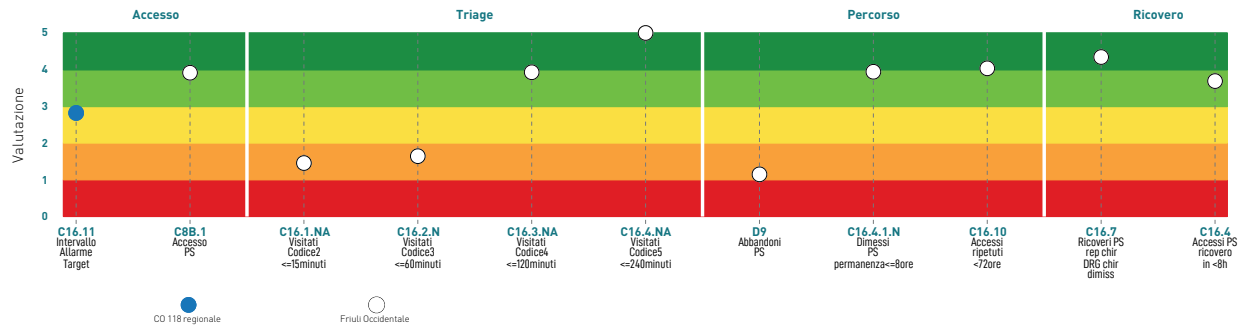


PERCORSO ONCOLOGICO

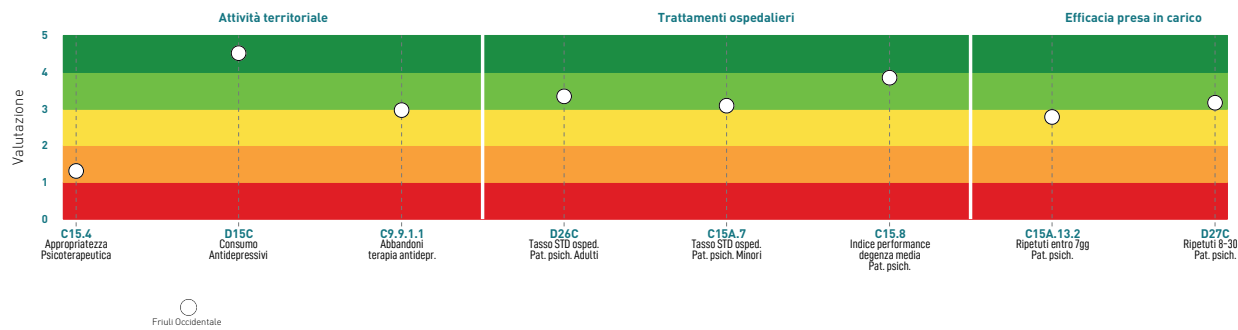


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

LIGURIA

Il Sistema Sanitario Regionale Ligure prevede l'esistenza di 5 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), con funzioni di programmazione e governance del SSR. Sono inoltre presenti un'Azienda Ospedaliero-Universitaria (Ospedale Policlinico S. Martino, che svolge anche la funzione di IRCCS oncologico), un IRCCS pediatrico (Istituto Giannina Gaslini) e 2 Enti Ospedalieri (Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale).

Profilo regione



Popolazione residente	1.509.227
Aziende Sanitarie Territoriali	5
Distretti Sanitari	19
Strutture di ricovero	30
- Pubbliche	19
di cui AO/AOU	·
di cui IRCCS	2
- Private accreditate	11
di cui AO/AOU	·
di cui IRCCS	1
Posti letto Totali	5.493
*Strutture pubbliche e private accreditate	



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LIGURIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Liguria nel 2022. Dei 138 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione restituisce una situazione di sostanziale stabilità anche se non è da trascurare la quota di indicatori che peggiorano rispetto allo scorso anno (che si attesta al 51%). Stabili il 12% di essi. Migliora, invece, il 37% degli indicatori. L'immagine del bersaglio restituisce una performance generale a "macchia di leopardo": la maggior parte degli indicatori è posizionata tra le fasce verdi e gialle a testimonianza di una performance buona o media. Si evidenziano, comunque, diverse aree di criticità con alcuni indicatori posizionati in fascia arancione o rossa.

Con particolare riferimento all'area ospedaliera si osserva una sostanziale situazione di stabilità, anche se vanno evidenziati alcuni punti di sfida per il sistema ligure. In linea, con lo scorso anno la percentuale di dimissioni volontarie, proxy della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera (1% nel 2022, valore in linea con quasi tutte le altre Regioni del Network). Ancora in calo, per il terzo anno consecutivo, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (indicatore di osservazione), proxy della qualità di processo, che con un valore pari al 45% si contrae di 3 punti percentuali rispetto allo scorso anno. Crescono i tempi di degenza media per DRG chirurgici ma si riducono, invece, quelli per i DRG medici.

L'ambito territoriale è sicuramente un punto di forza per la Regione Liguria. L'assistenza domiciliare restituisce ottimi segnali di crescita: la percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari, continua a migliorare, passando dal 11% nel 2021 al 12% nel 2022 (grande salto in avanti anche per la percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari, che aumenta di ben 3 punti percentuali rispetto allo scorso anno). Ottimo anche il tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni, in linea con i valori dello scorso anno. Performante anche la bassa percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni), proxy di una buona qualità dell'assistenza residenziale. Leggermente in crescita, anche se in minima misura, la percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni.

In relazione ai risultati nell'ambito della sanità digitale, la Liguria presenta la più alta percentuale di ricette farmaceutiche e specialistiche dematerializzate di tutto il Network delle Regioni, attestandosi, quindi, come best practice. Più sfidante l'area relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico: solo il 17% dei cittadini lo ha utilizzato nel 2022.

Relativamente all'ambito farmaceutico, l'efficienza prescrittiva è buona, con oltre l'87% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (in aumento di 10 punti percentuali rispetto allo scorso anno). Da attenzionare la spesa per unità posologica di molte molecole: anche se non si registra nessun valore critico (eccezione fatta per l'enoxyparina), questo ambito mostra importanti margini di miglioramento. Segnali di potenziale inapproprietezza giungono dall'area dell'aderenza prescrittiva: la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti) è la più alta di tutto il Network (in crescita di un punto percentuale rispetto allo scorso anno)., Nell'area delle strategie per il controllo del dolore, il consumo di oppioidi sul territorio (farmaci essenziali per il trattamento del dolore) registra un valore di 9,31 DDD per 1000 ab/die, rendendo la Liguria la best practice del Network.

Il percorso materno-infantile della Regione Liguria mostra una performance altalenante, con la maggior parte degli indicatori che si posizionano tra la fascia gialla e quella arancione del pentagramma. A un valore in linea con lo scorso anno per la percentuale di parti cesarei depurati (NTSV), si affianca una performance non brillante per la percentuale di parti operativi, in crescita rispetto allo scorso anno (+1 punto percentuale). Nella fase del primo anno di vita, la Liguria non presenta nessun

indicatore in fascia verde, con una criticità marcata sulla copertura antimeningococcica. Molto più performante, invece, la fase dell'età pediatrica, con la copertura vaccinale per la varicella che arriva a oltre l'89%. In diminuzione il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti, indice di una gestione più appropriata.

Performance "a due velocità" per il percorso cronicità. Nessuna particolare criticità per la fase della prevenzione (fatta eccezione per il vaccino antiinfluenzale per gli over 65). Nella fase del trattamento e compliance, la gran parte degli indicatori si posiziona tra le fasce gialle e verdi del pentagramma. Anche qui, si registra una sola criticità, relativa alla compliance per il trattamento con statine, già citata in precedenza. Molto positiva, invece, la performance della fase degli esiti, con quasi tutti gli indicatori in fascia verde scuro. Molto positivi tutti i tassi di ospedalizzazione, con particolare riferimento al Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni), restituendo l'immagine di una buona qualità dei servizi assistenziali.

In riferimento al percorso oncologico, molto buona l'estensione degli screening oncologici: quello mammografico e coloretale aumentano di circa 20 punti percentuali ciascuno rispetto al 2021. Più sfidante, la partita relativa alle adesioni, con valori generalmente bassi. Nella fase del trattamento, si segnalano criticità nell'ambito dei tempi di attesa per quasi tutti gli interventi chirurgici oncologici di priorità A monitorati (mammella, prostata, retto, polmone, utero, melanoma e tiroide). Unica eccezione è data dall'intervento al colon che rimane stabile rispetto allo scorso anno). Per quanto riguarda invece gli interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella, la Liguria fa registrare una percentuale tra le più alte del Network (86% nel 2022). Non si registrano particolari criticità neanche nella fase del follow-up e del fine vita.

Rispetto al percorso salute mentale, di nuova introduzione, si evidenzia una situazione di performance media, con la maggior parte degli indicatori in fascia gialla o arancione (nessun indicatore in fascia rossa). Da attenzionare il tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni, in salita rispetto allo scorso anno e in aumento per il terzo anno consecutivo. Molto buono, invece, l'indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche, in cui la Liguria colleziona il valore migliore del Network, affermandosi come una best practice.

Il percorso emergenza-urgenza restituisce una performance eterogenea. Buona la fase di accesso al Pronto Soccorso, così come la fase del triage per i pazienti visitati entro 120 e 240 minuti (più critici gli indicatori relativi agli accessi entro 15 e 60 minuti). Risultano invece in peggioramento i tempi di transit in Pronto Soccorso (la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, si attesta al 61% nel 2022, registrando una contrazione di 6 punti percentuali rispetto al 2021). Nella fase del percorso, la Liguria registra la più bassa percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore tra tutte le Regioni del Network, confermandosi una best practice. In peggioramento l'indicatore relativo alla percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)
●

Numero indicatori di valutazione: 118

Indicatori Migliorati ↑
37.3 %

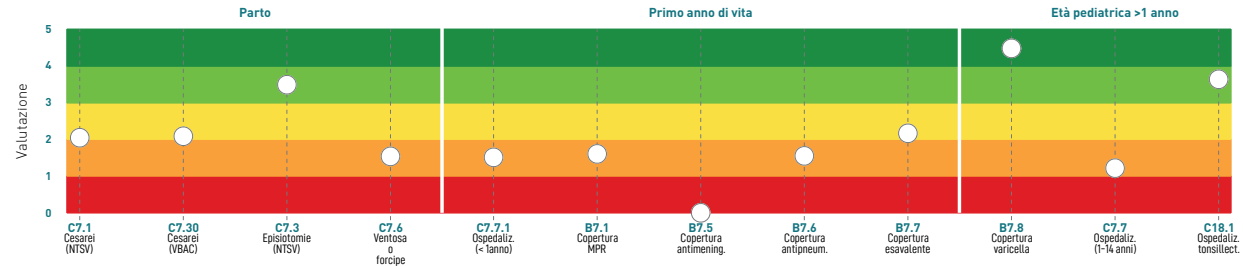
Indicatori Stabili =
11.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.8 %

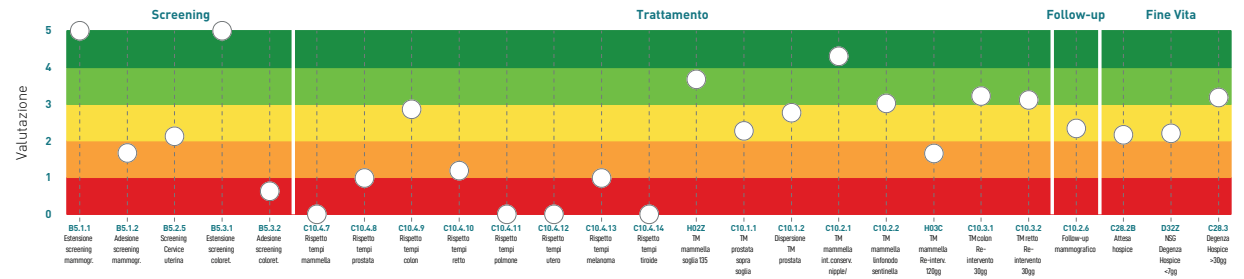
Valutazione della performance 2022



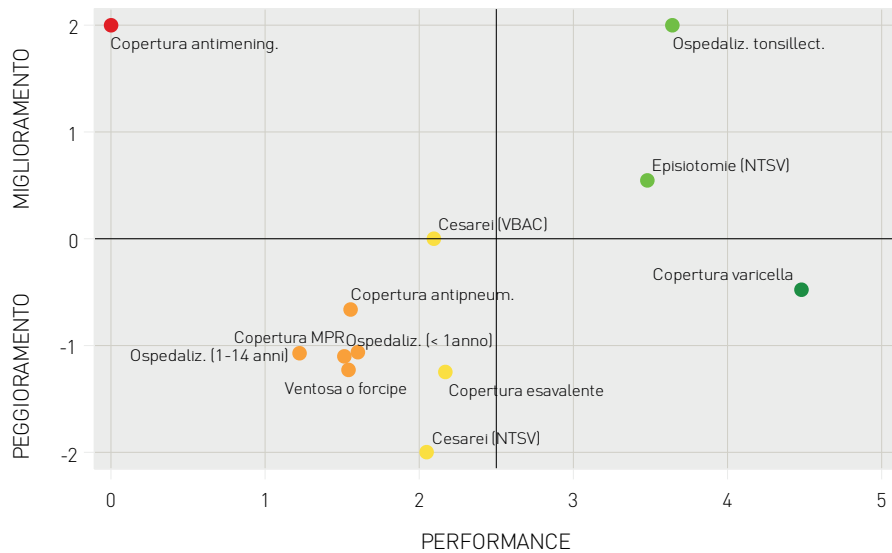
PERCORSO MATERNO INFANTILE



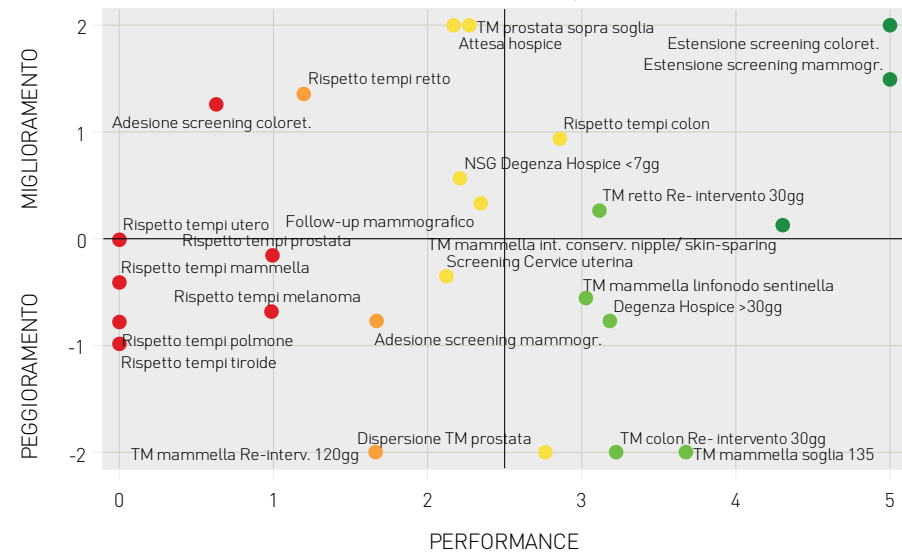
PERCORSO ONCOLOGICO

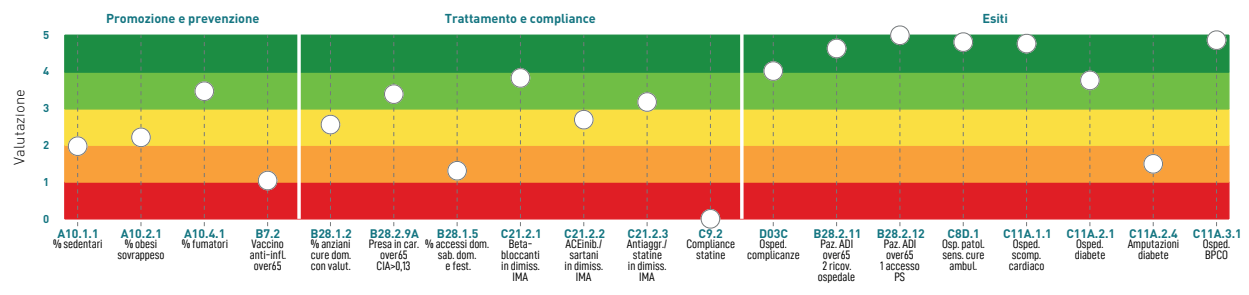


Percorso Materno infantile

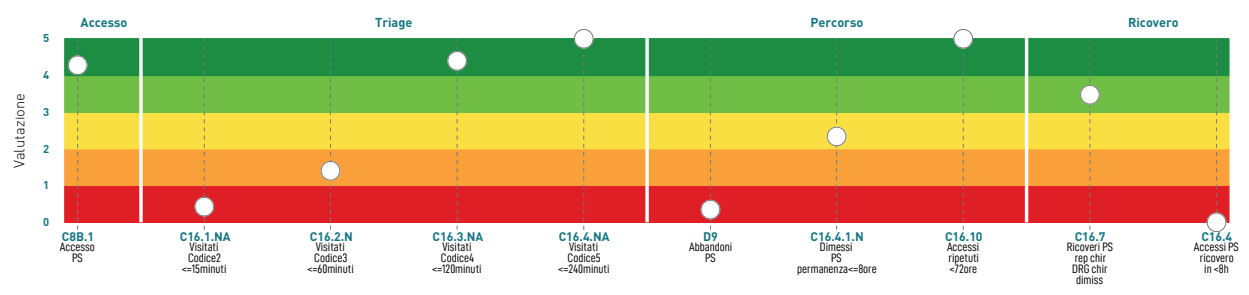


Percorso Oncologico

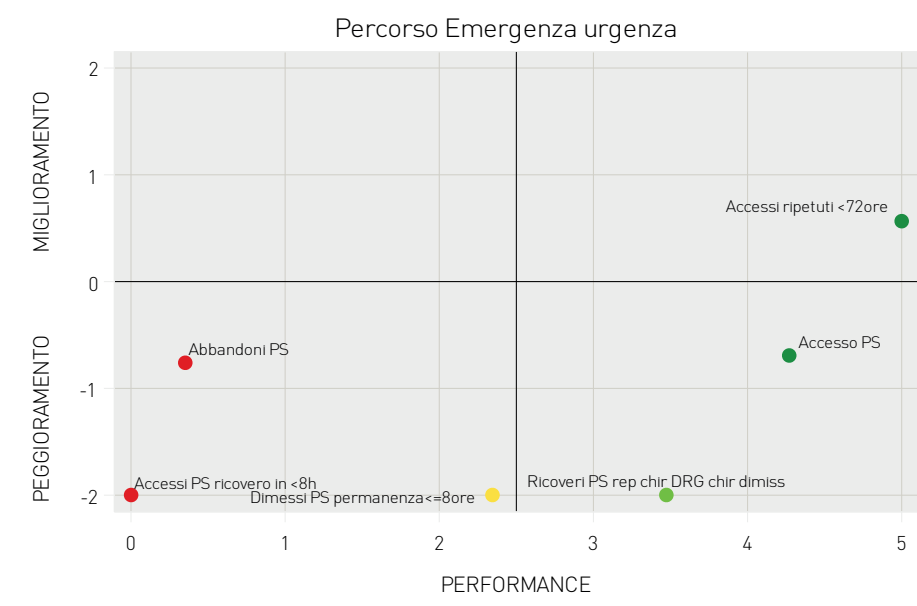
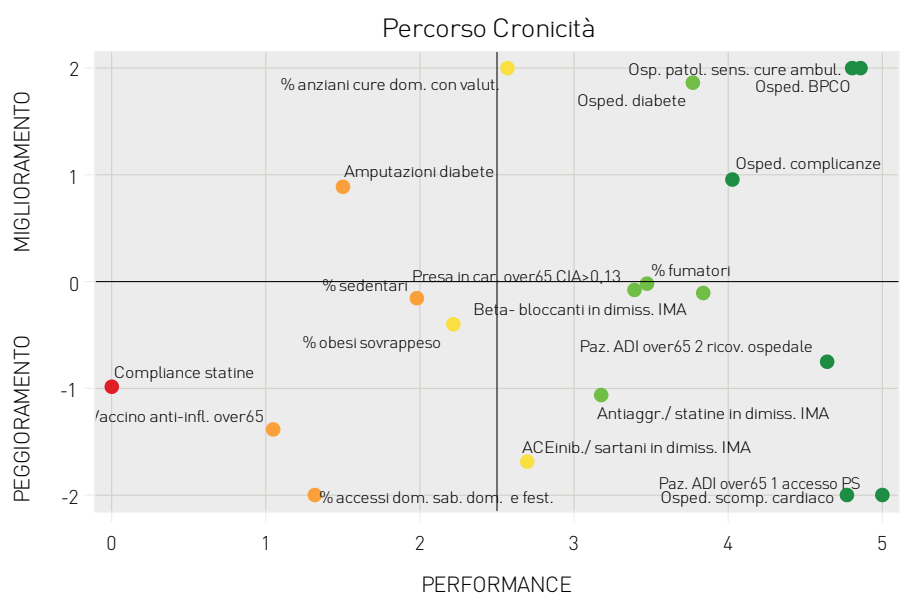




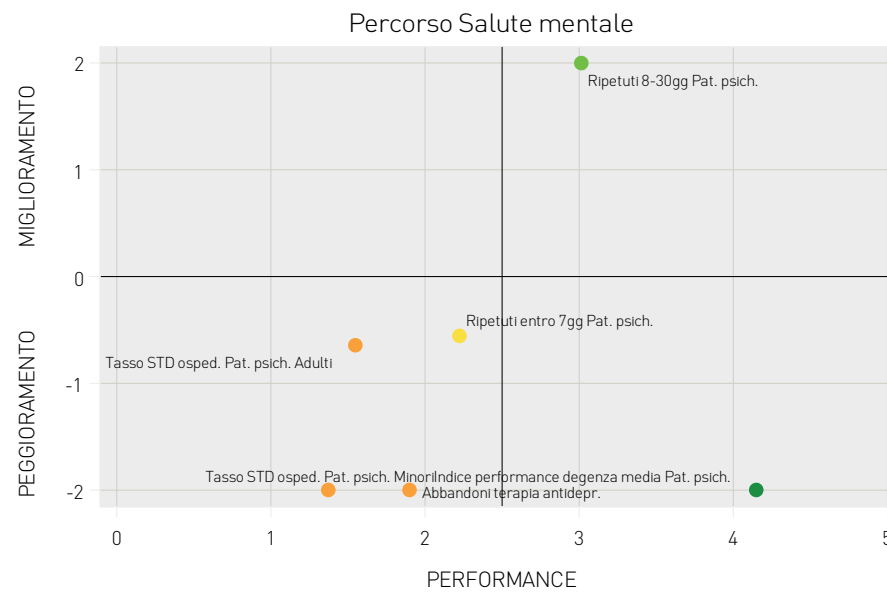
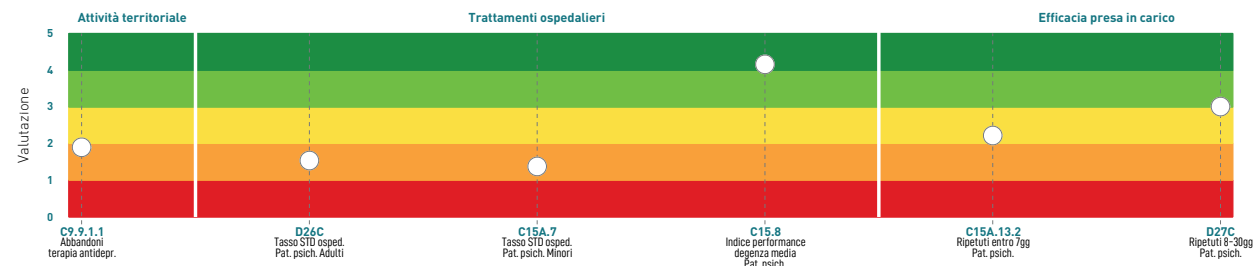
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



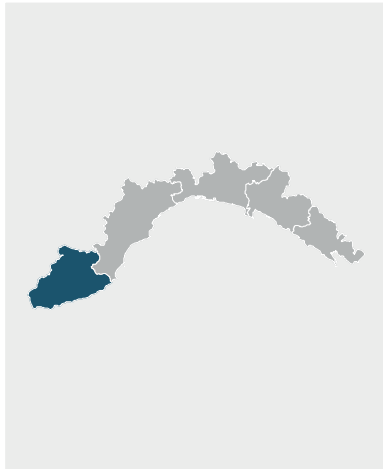
BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE LIGURIA

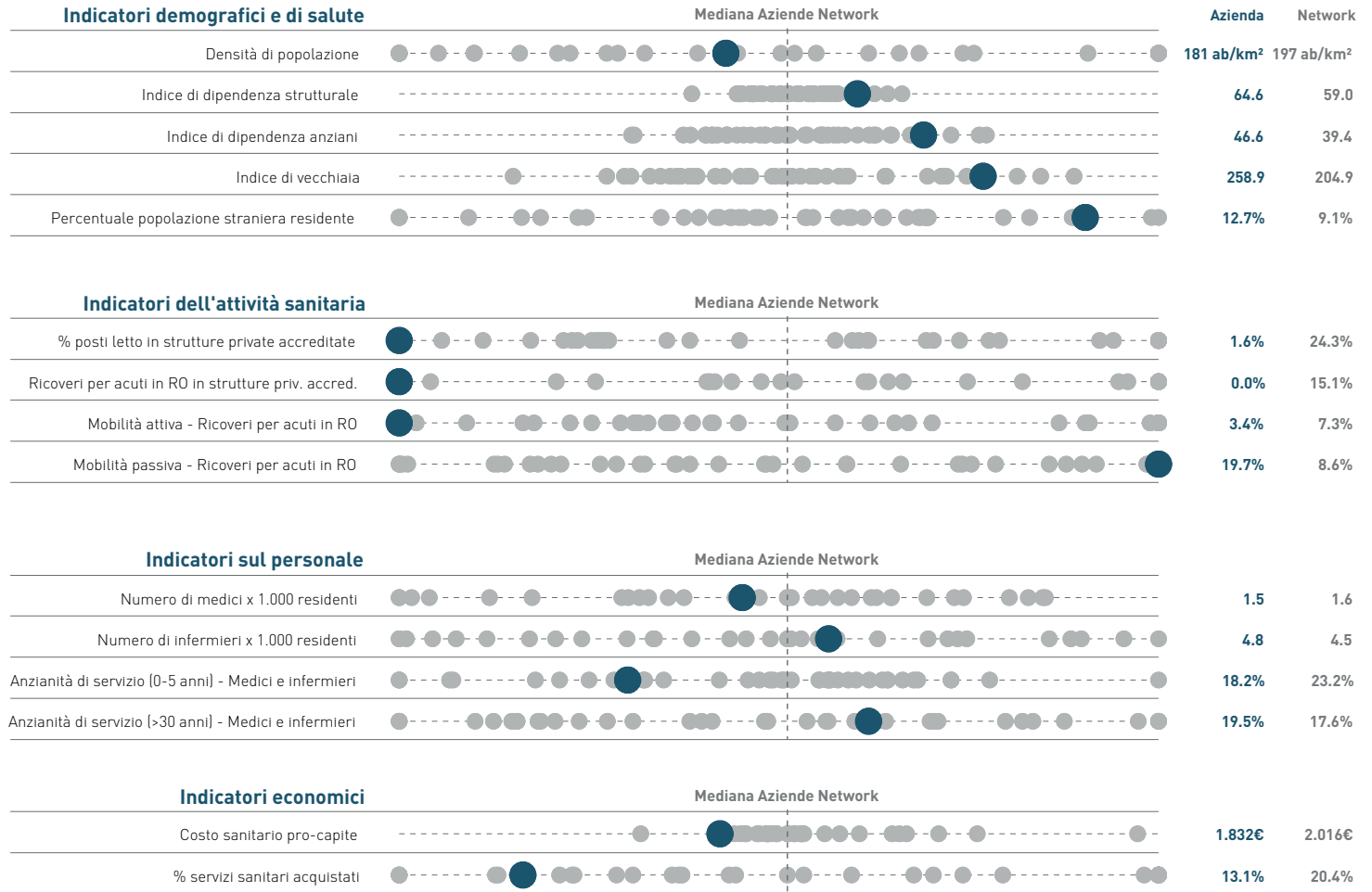


AUSL 1 IMPERIESE

Profilo azienda



Popolazione residente	208.670
Distretti Sanitari	3
Stabilimenti	4
- Pubblici	3
- Privati accreditati	1
Posti letto	513
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AUSL 1 IMPERIESE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

Numero indicatori di valutazione: 114

Indicatori Migliorati ↑
43.0 %

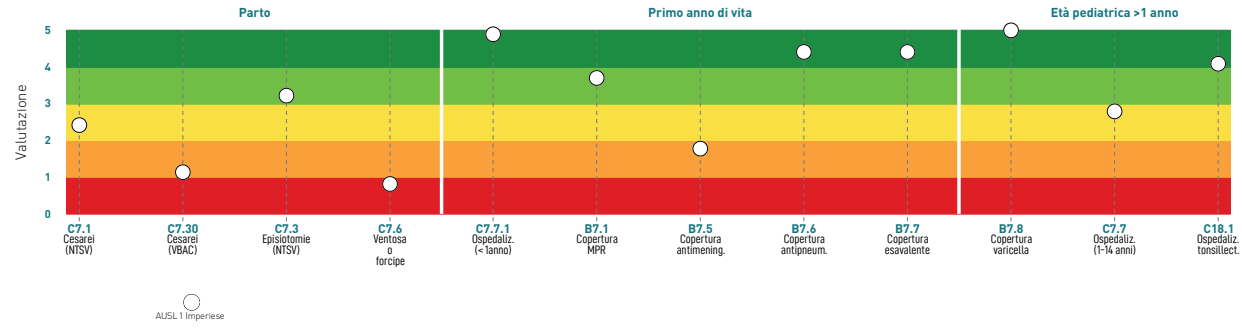
Indicatori Stabili =
8.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
48.2 %

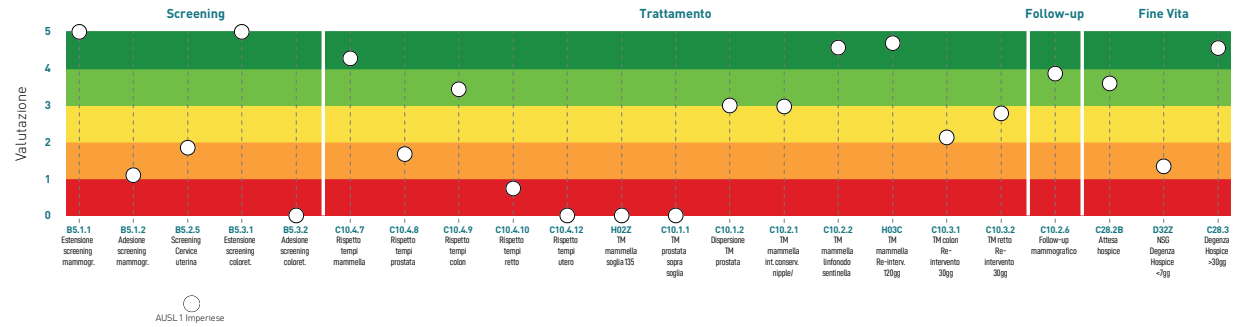
Valutazione della Performance 2022



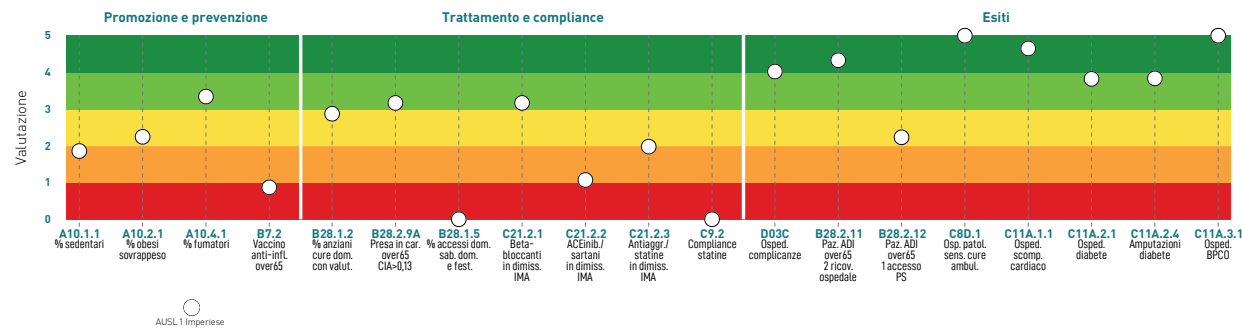
PERCORSO MATERNO INFANTILE

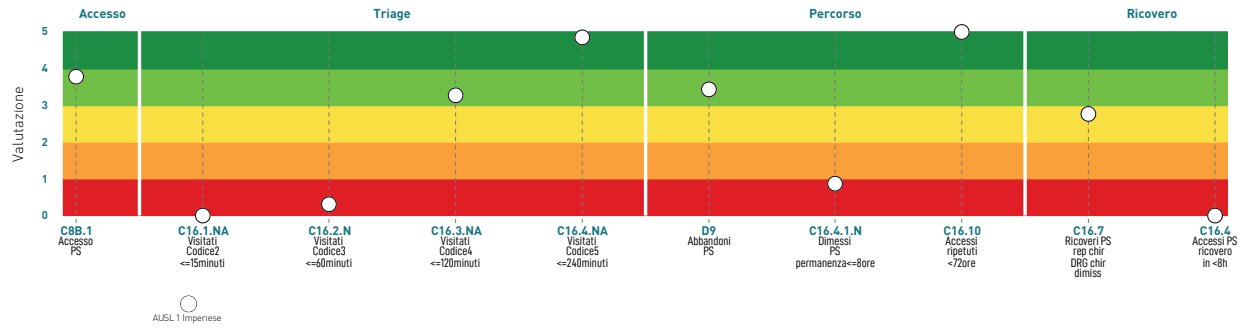


PERCORSO ONCOLOGICO

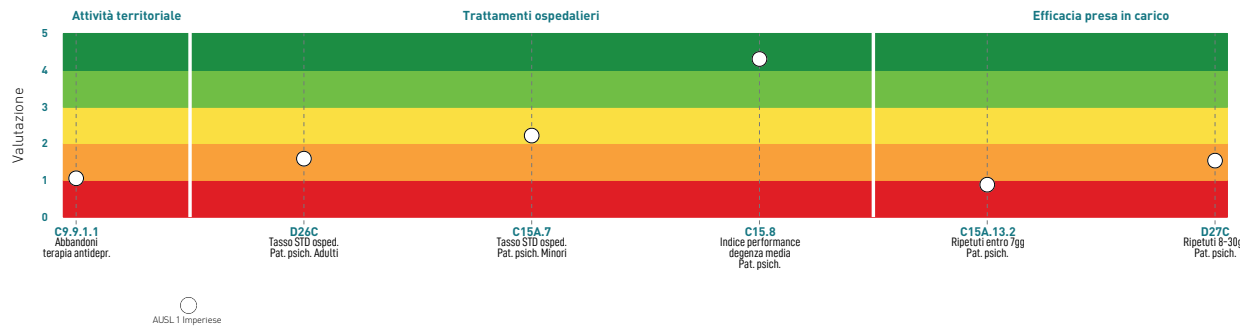


PERCORSO CRONICITÀ





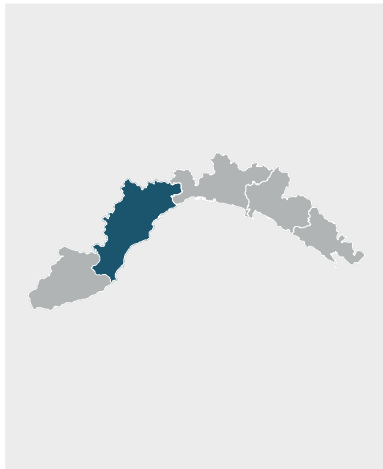
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



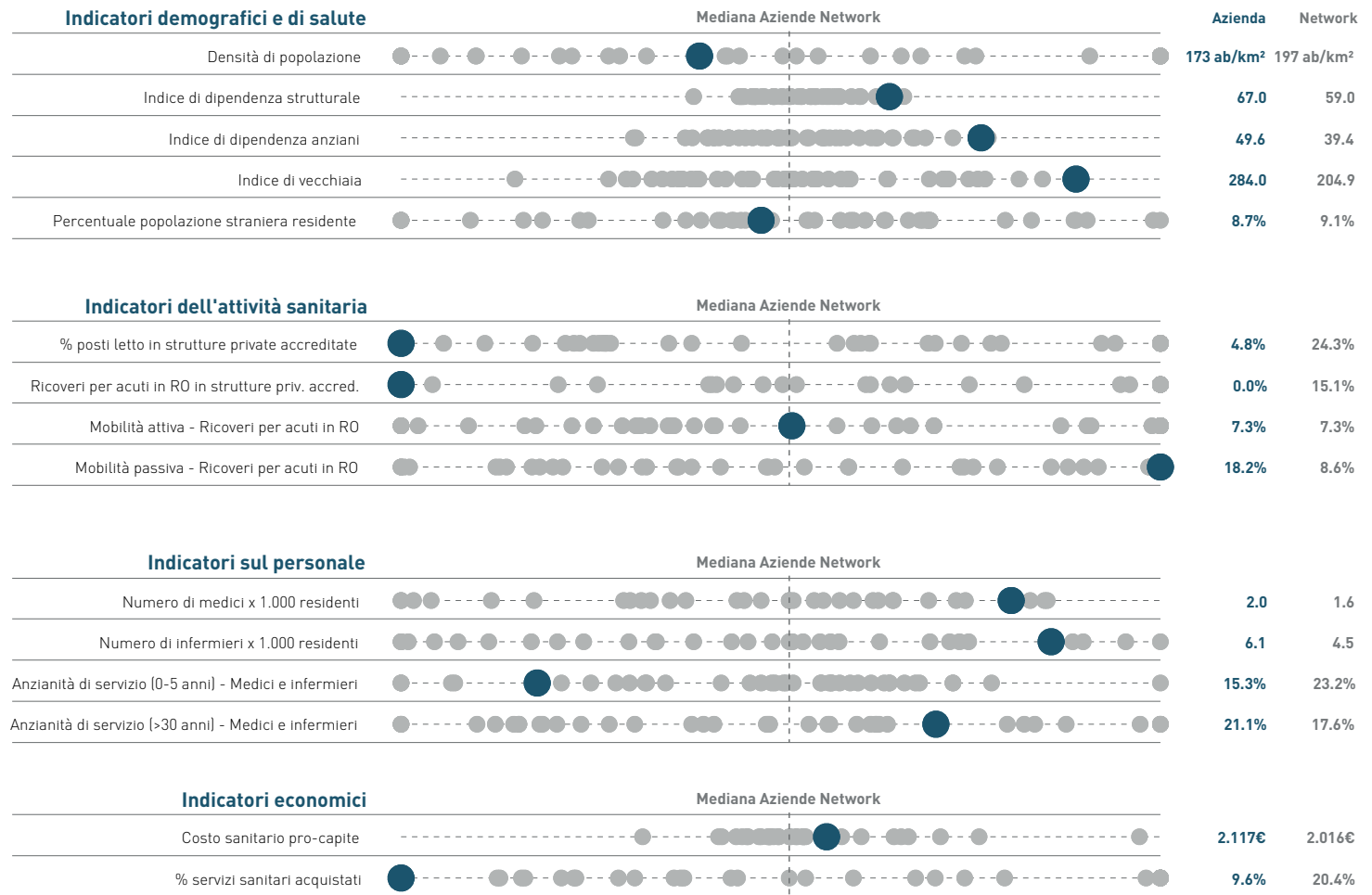
PERCORSO SALUTE MENTALE

AUSL 2 SAVONESE

Profilo azienda



Popolazione residente	268.038
Distretti Sanitari	4
Stabilimenti	5
- Pubblici	4
- Privati accreditati	1
Posti letto	947
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AUSL 2 SAVONESE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

Numero indicatori di valutazione: 115

Indicatori Migliorati ↑
38.3 %

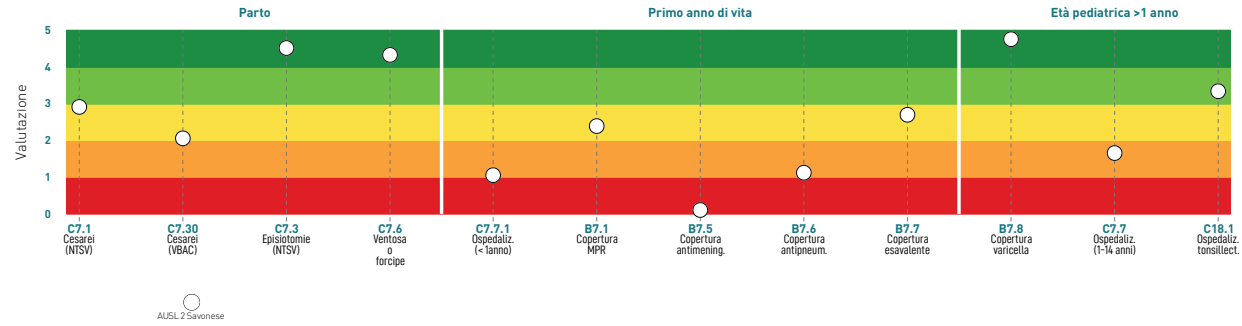
Indicatori Stabili =
10.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
51.3 %

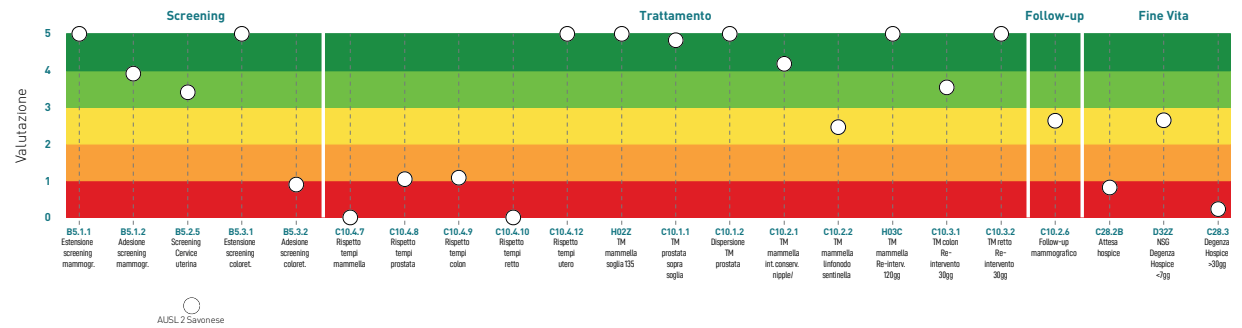
Valutazione della Performance 2022



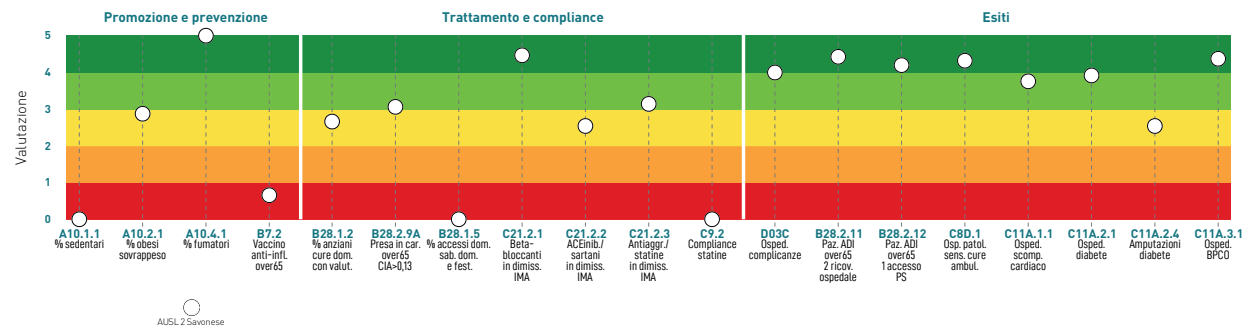
PERCORSO MATERNO INFANTILE

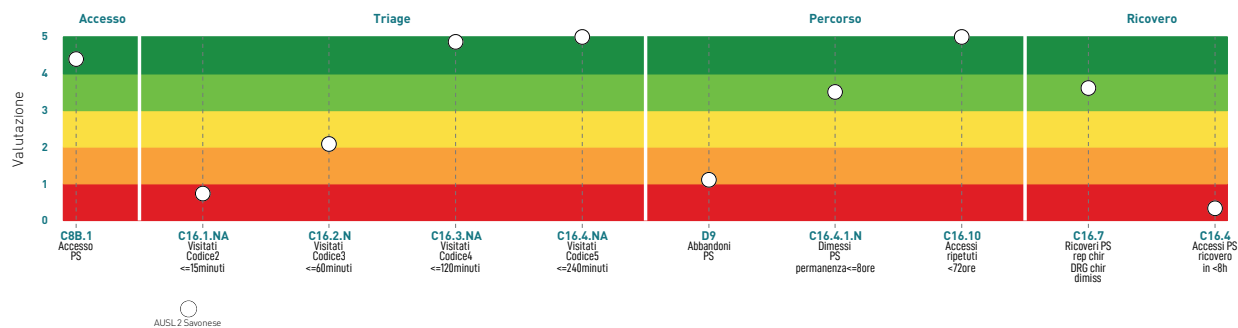


PERCORSO ONCOLOGICO

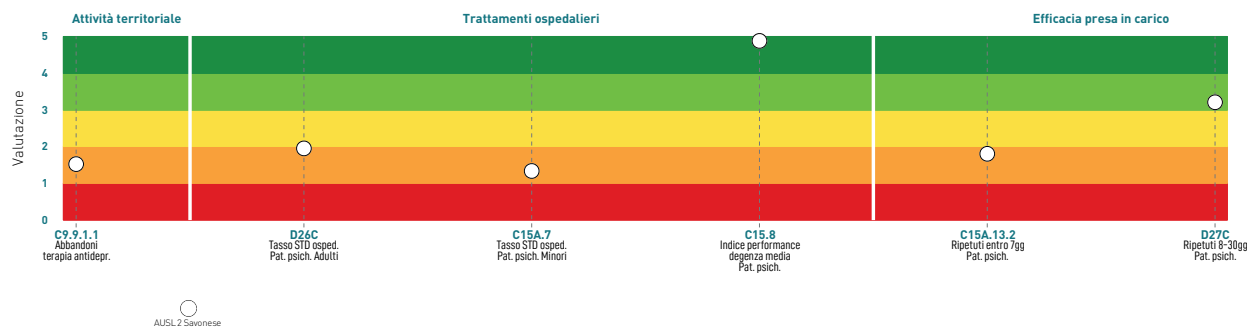


PERCORSO CRONICITÀ





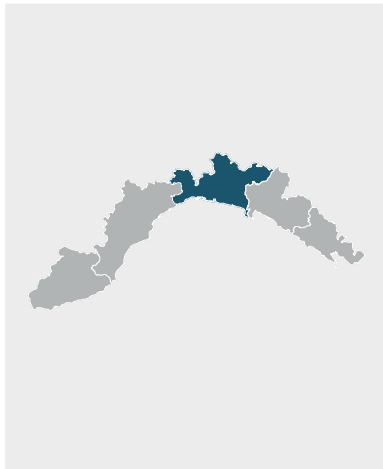
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



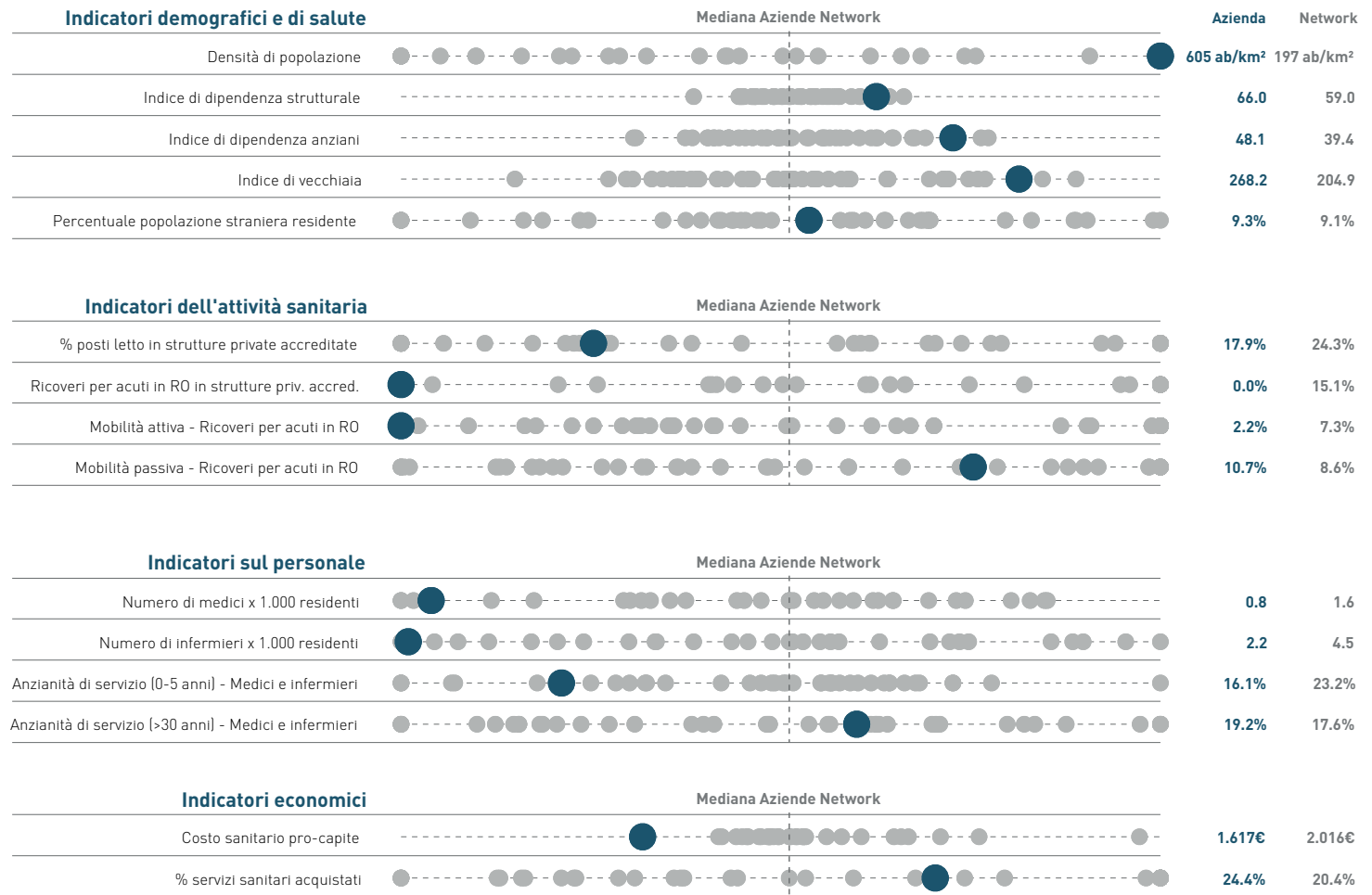
PERCORSO SALUTE MENTALE

AUSL 3 GENOVESE

Profilo azienda

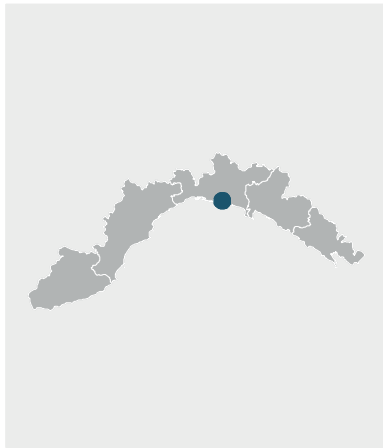


Popolazione residente	679.512
Distretti Sanitari	6
Stabilimenti	10
- Pubblici	4
- Privati accreditati	6
Posti letto	733
*Strutture pubbliche e private accreditate	



OSP. GALLIERA

Profilo azienda

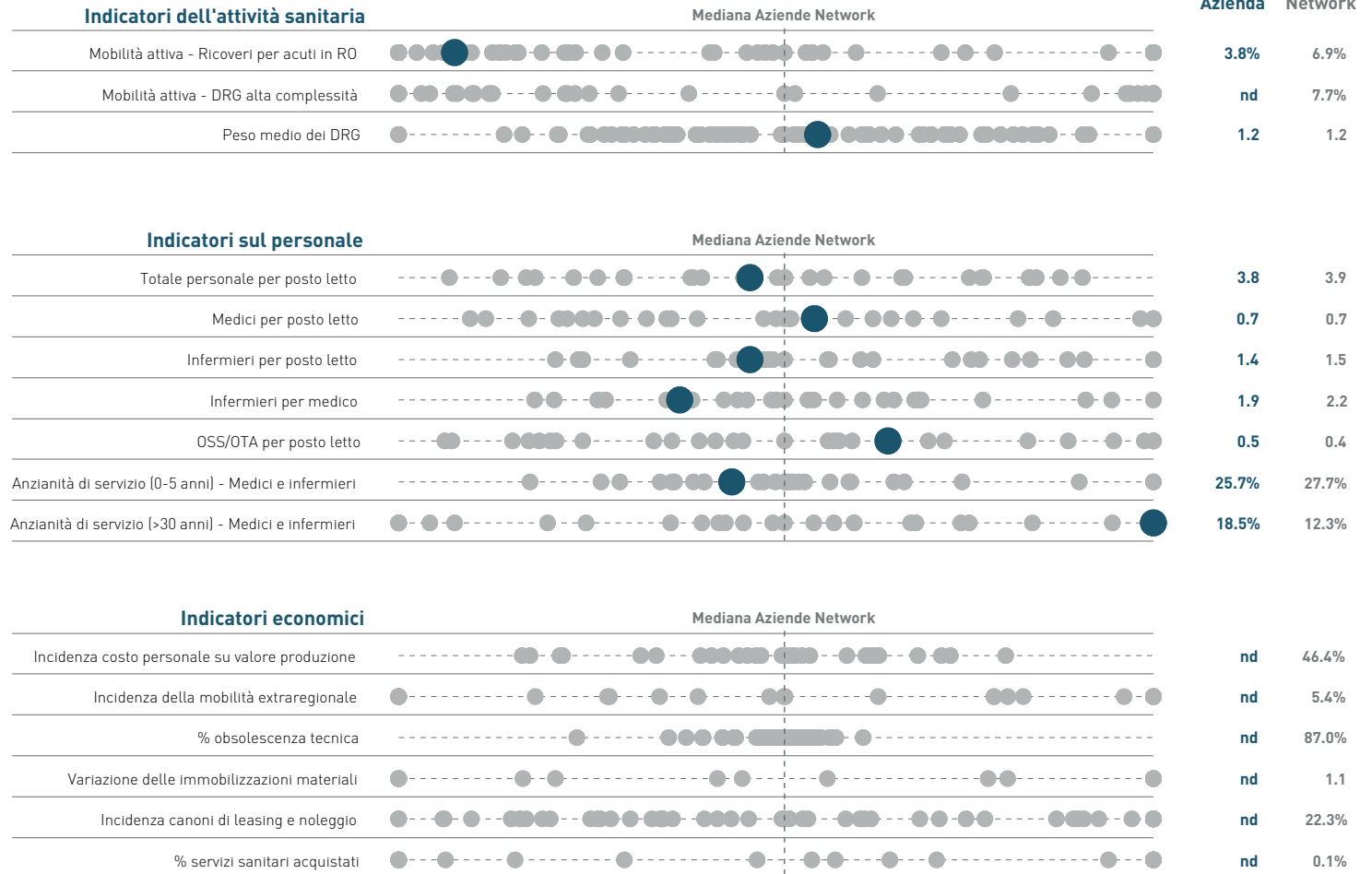


Posti letto	421
- Degenza Ordinaria	372
- Day Hospital/Day surgery	49

Dimissioni totali	21.455
Giornate di degenza ordin.	109.577

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	35.953

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	845



OSP. GALLIERA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

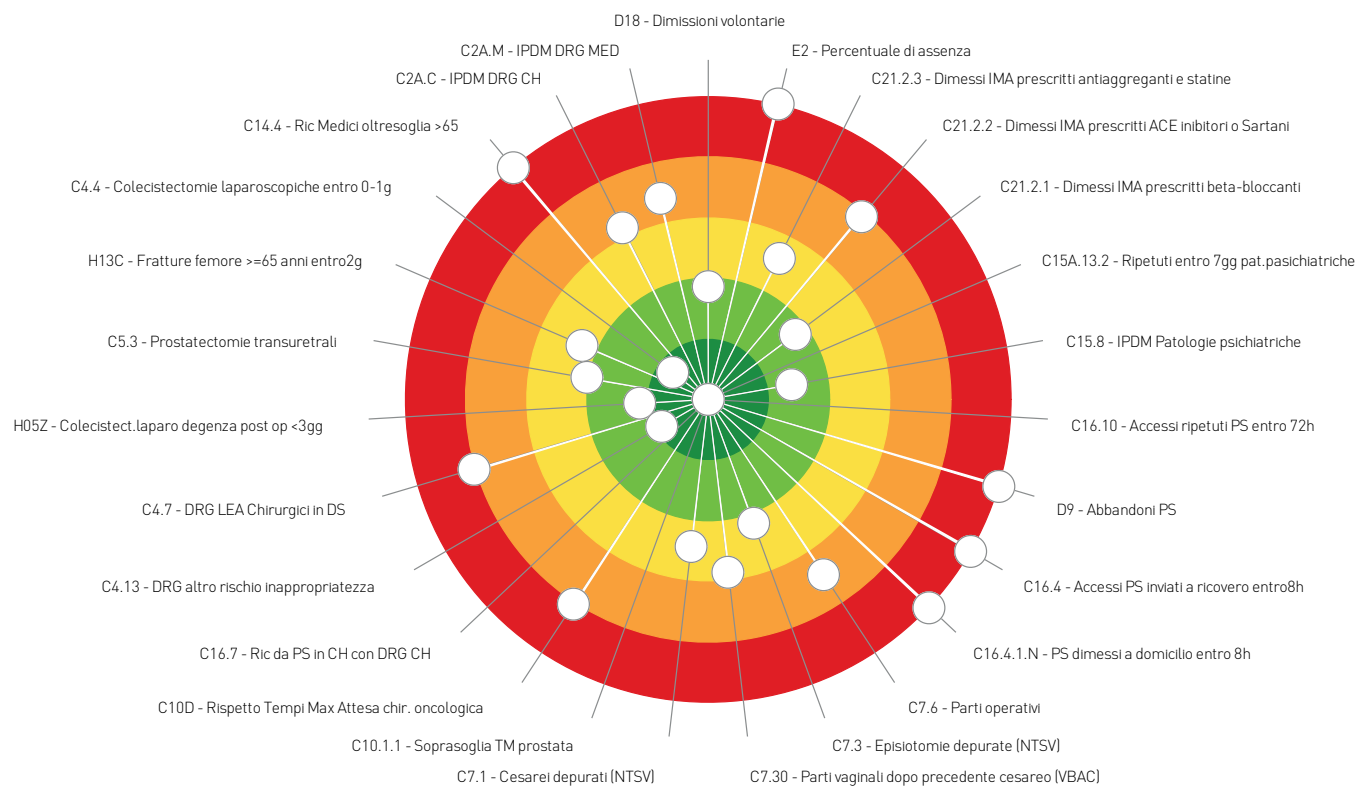
Numero indicatori di valutazione: 46

Indicatori Migliorati ↑
50.0%

Indicatori Stabili =
13.0%

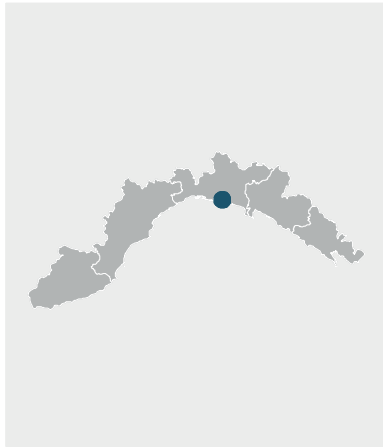
Indicatori Peggiorati ↓
37.0%

Valutazione della Performance 2022

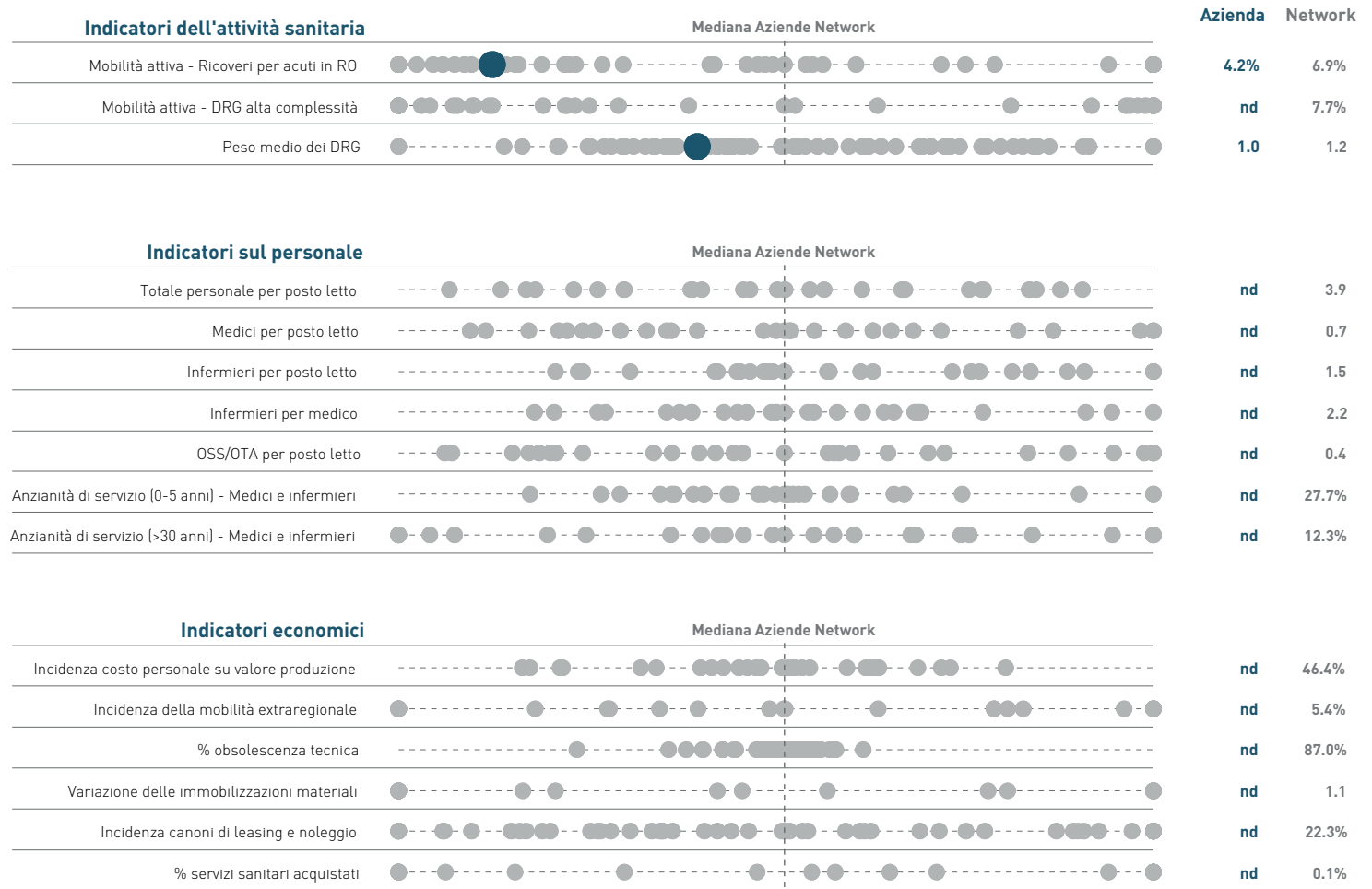


OSP. EVANGELICO

Profilo azienda



Posti letto	131
- Degenza Ordinaria	110
- Day Hospital/Day surgery	21
Dimissioni totali	8.161
Giornate di degenza ordin.	34.489
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	21.913
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	582 (500-1000)



OSP. EVANGELICO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

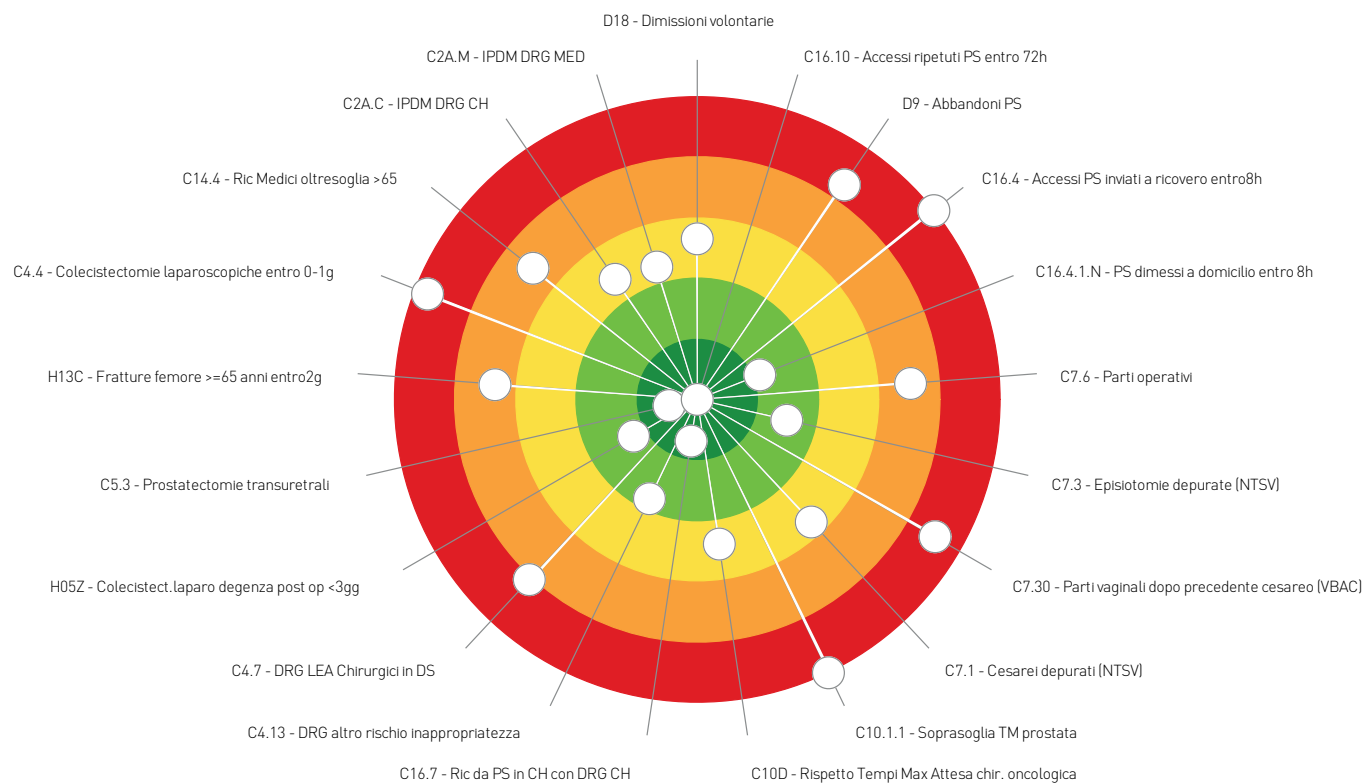
Numero indicatori di valutazione: 32

Indicatori Migliorati ↑
43.8%

Indicatori Stabili =
18.8%

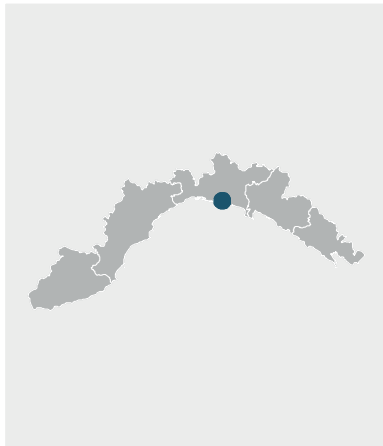
Indicatori Peggiorati ↓
37.5%

Valutazione della Performance 2022

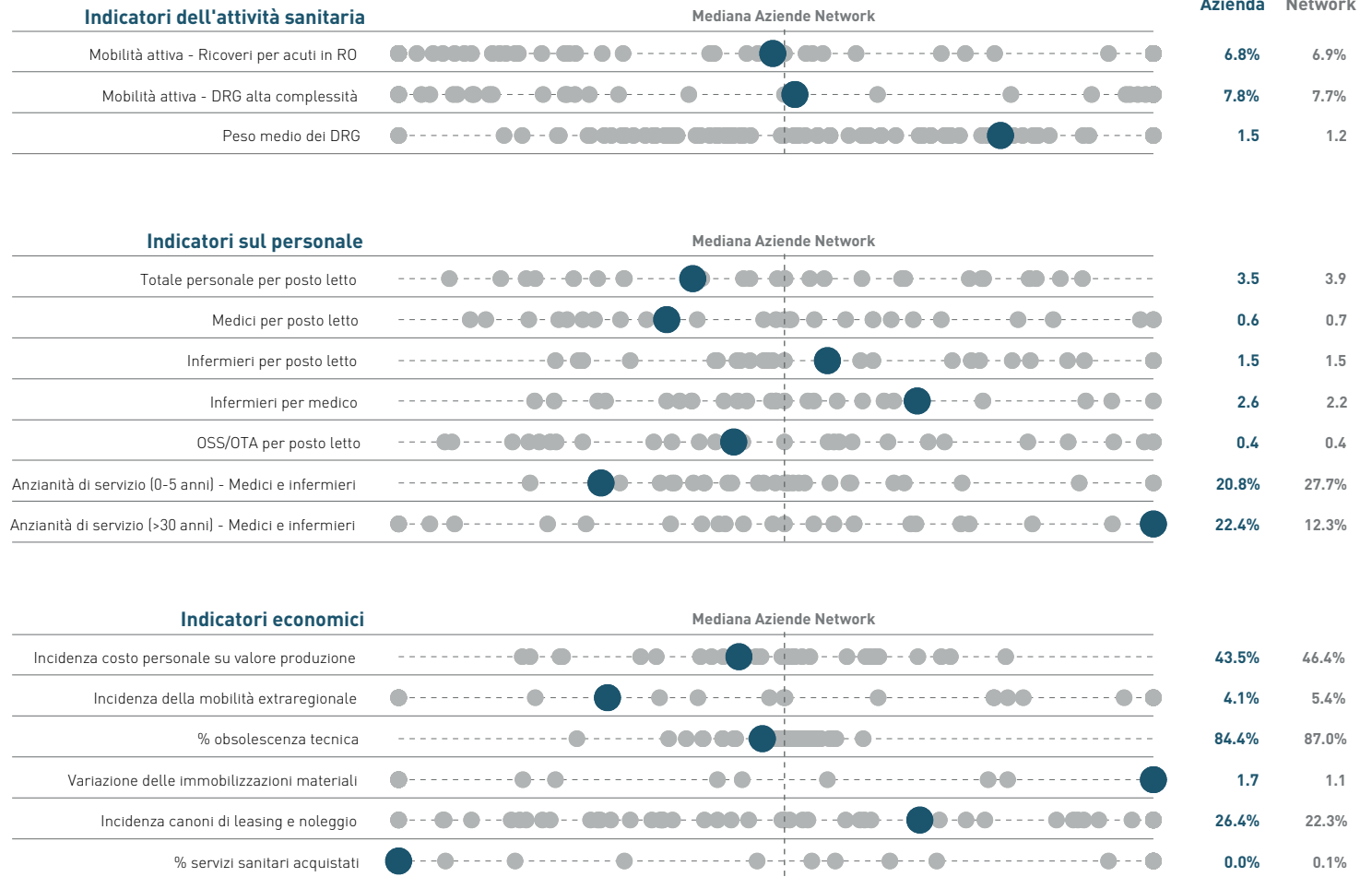


IRCCS S. MARTINO

Profilo azienda



Posti letto	1.301
- Degenza Ordinaria	1.183
- Day Hospital/Day surgery	118
Dimissioni totali	46.350
Giornate di degenza ordin.	315.186
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	66.212
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.608



IRCCS S. MARTINO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 55

Indicatori Migliorati ↑

38.2%

Indicatori Stabili =

14.5%

Indicatori Peggiorati ↓

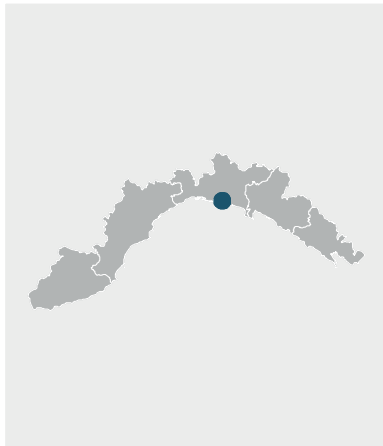
47.3%

Valutazione della Performance 2022



IST. GASLINI

Profilo azienda

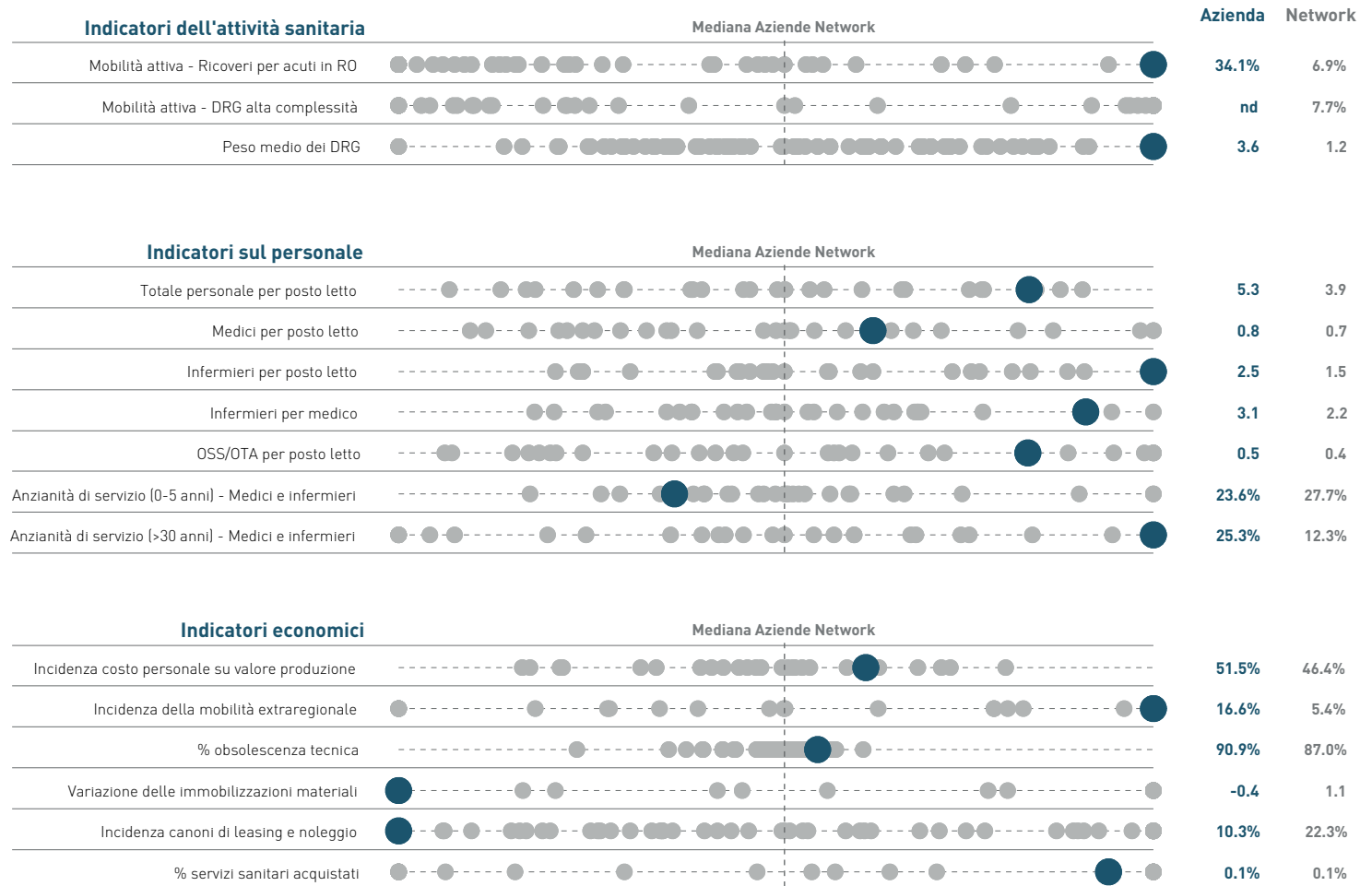


Posti letto	339
- Degenza Ordinaria	290
- Day Hospital/Day surgery	49

Dimissioni totali	30.398
Giornate di degenza ordin.	93.707

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	35.118

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.155



IST. GASLINI

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

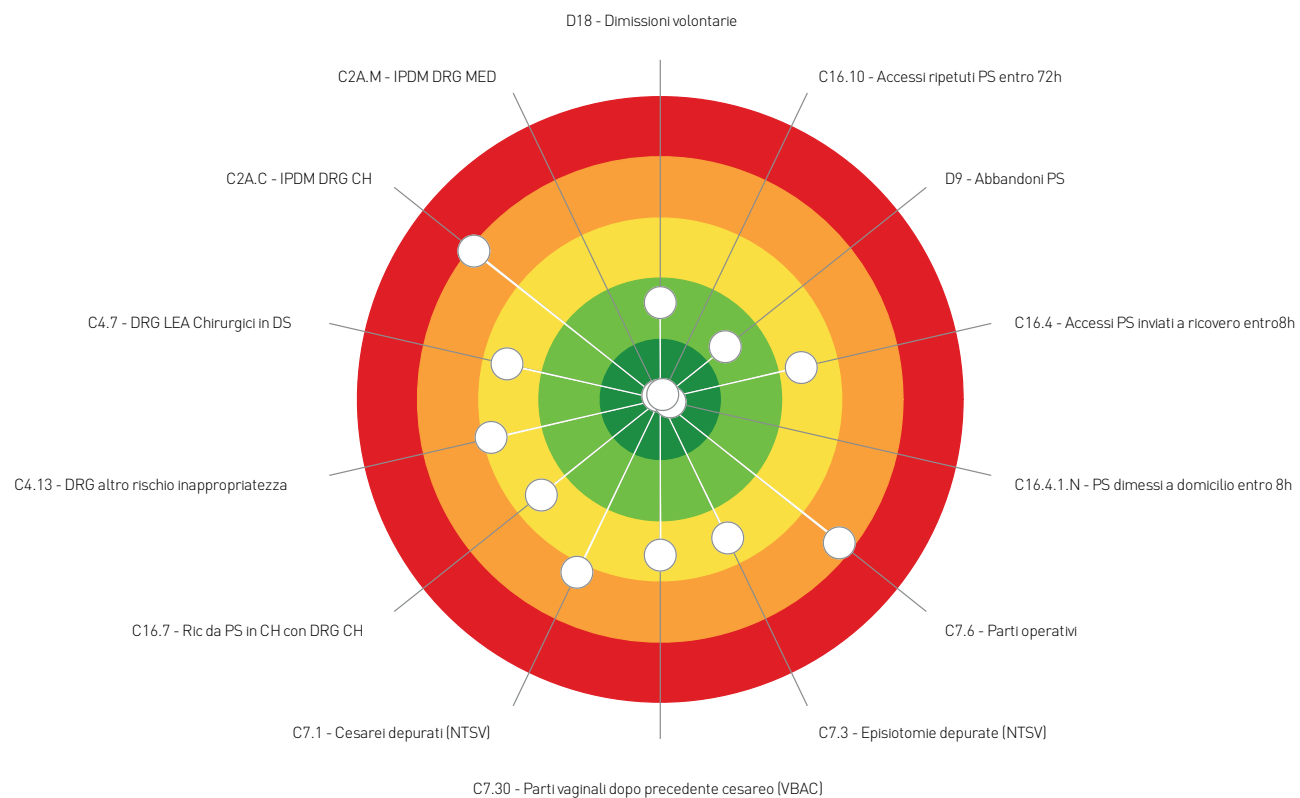
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
57.1%

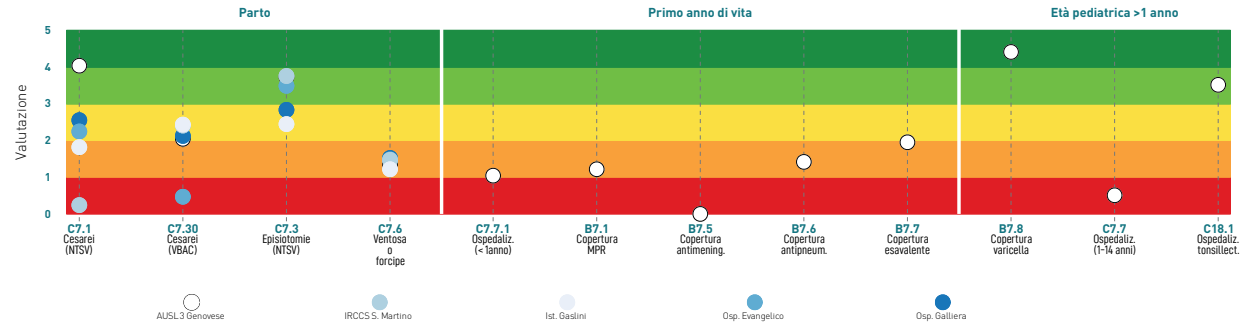
Indicatori Stabili =
10.7%

Indicatori Peggiorati ↓
32.1%

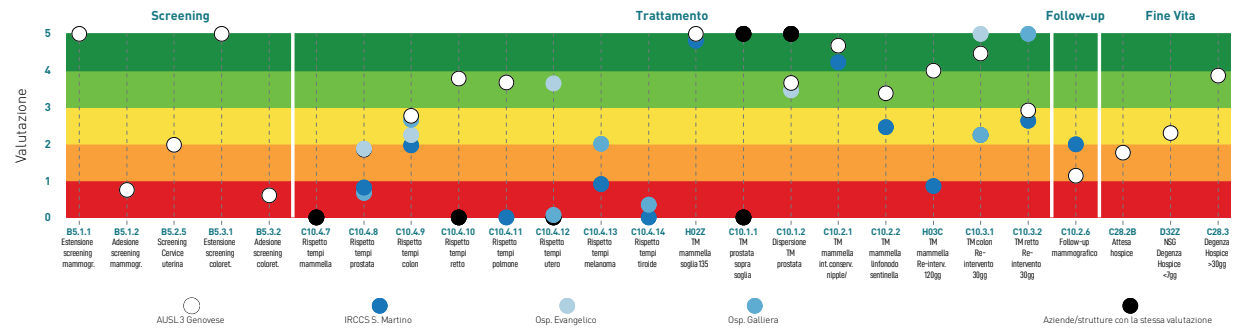
Valutazione della Performance 2022



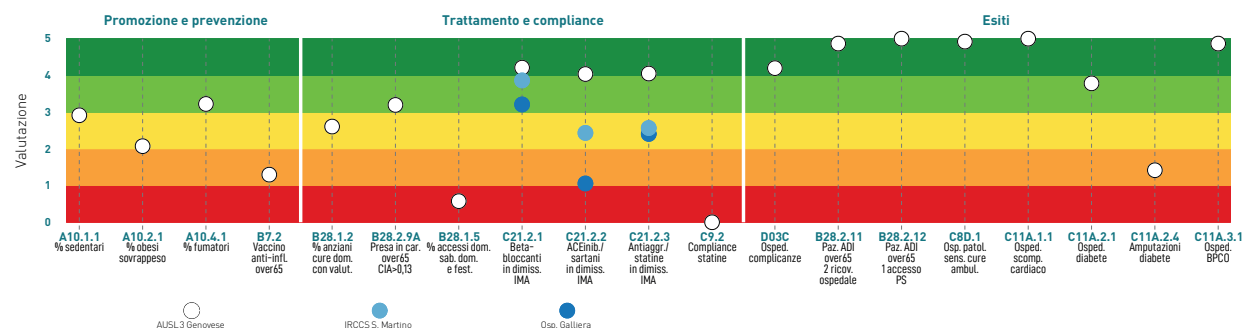
PERCORSO MATERNO INFANTILE

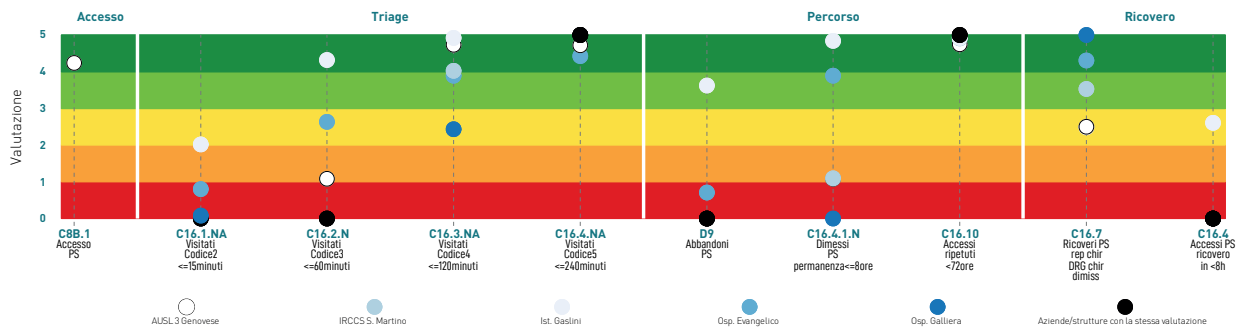


PERCORSO ONCOLOGICO

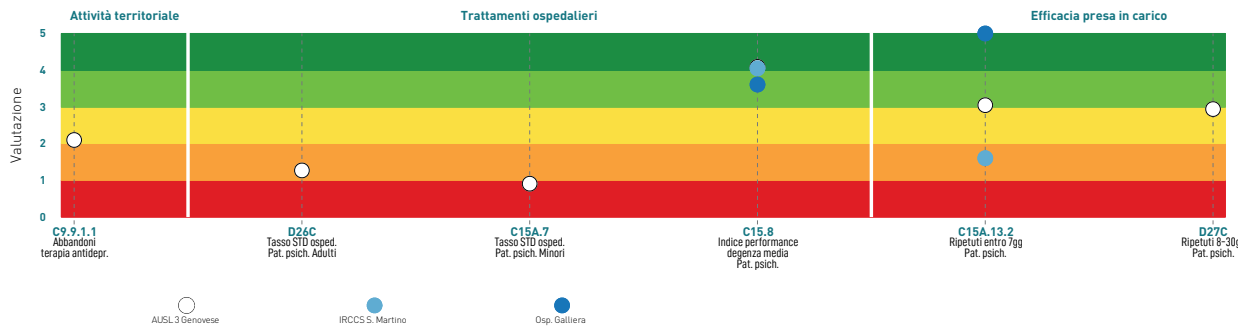


PERCORSO CRONICITA'





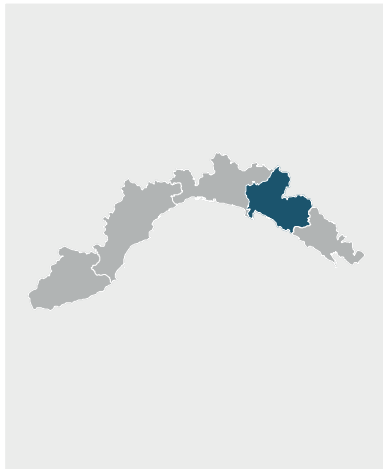
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



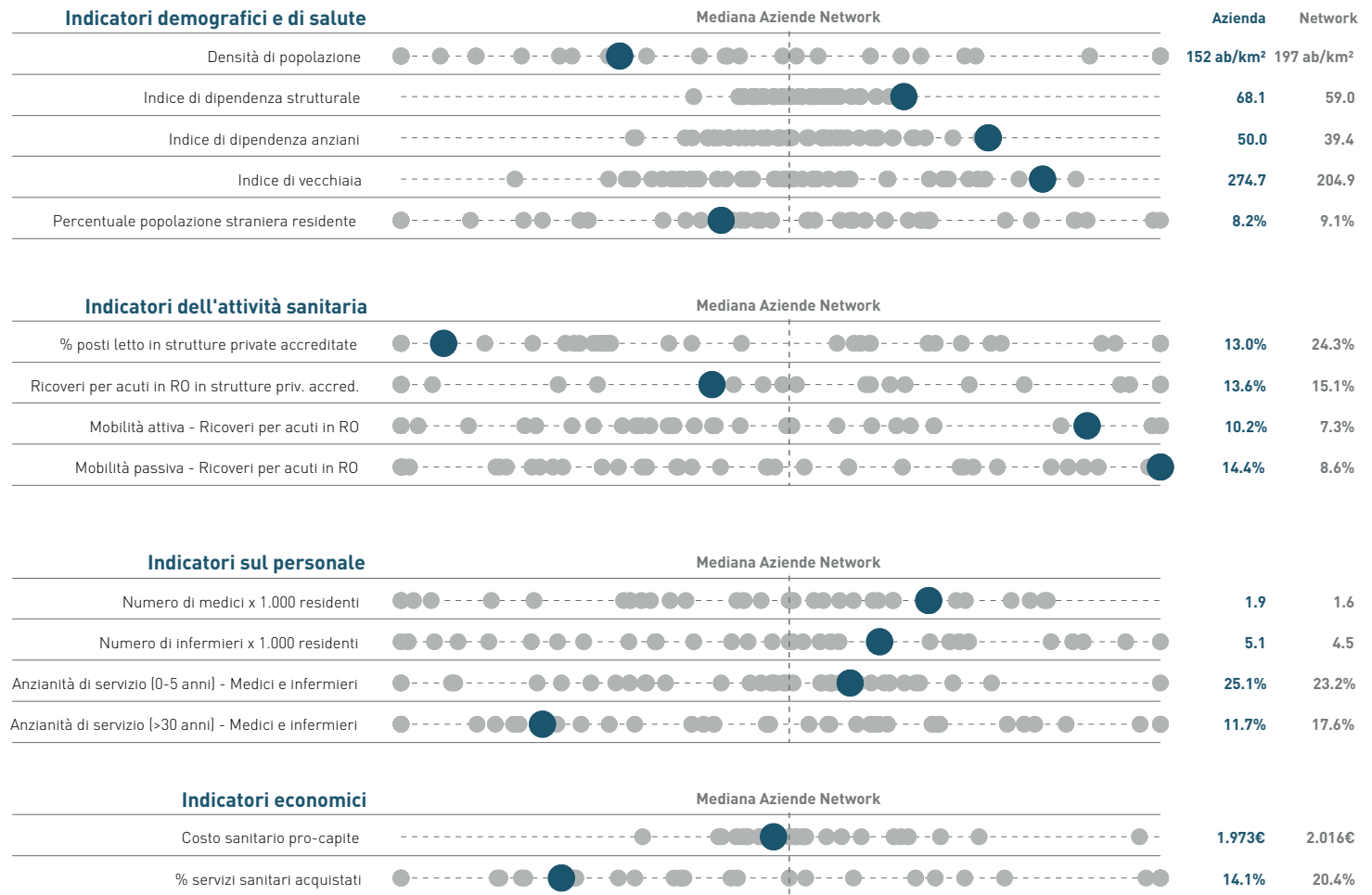
PERCORSO SALUTE MENTALE

AUSL 4 CHIAVARESE

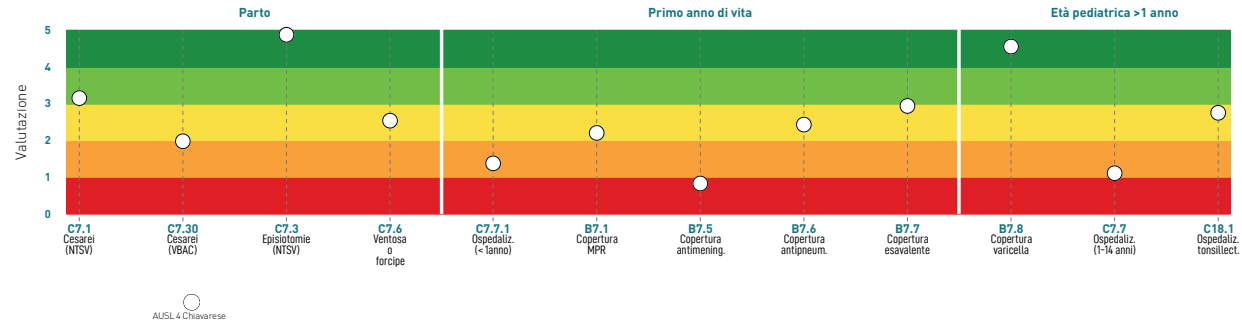
Profilo azienda



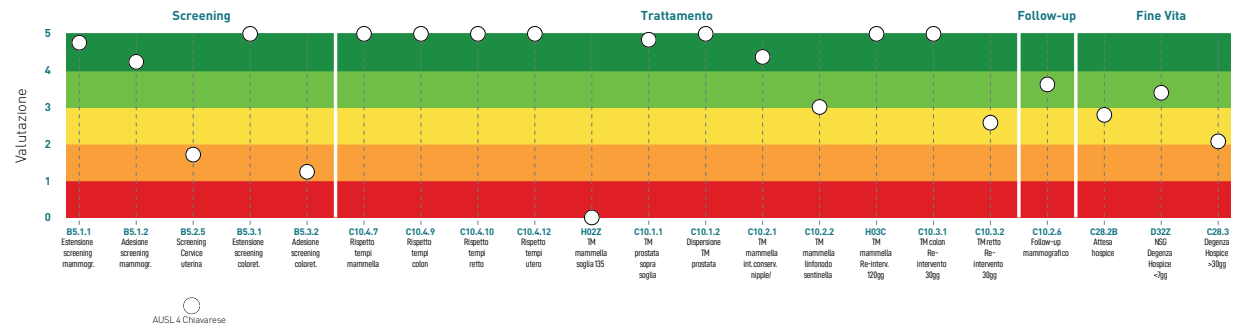
Popolazione residente	140.798
Distretti Sanitari	3
Stabilimenti	4
- Pubblici	3
- Privati accreditati	1
Posti letto	548
*Strutture pubbliche e private accreditate	



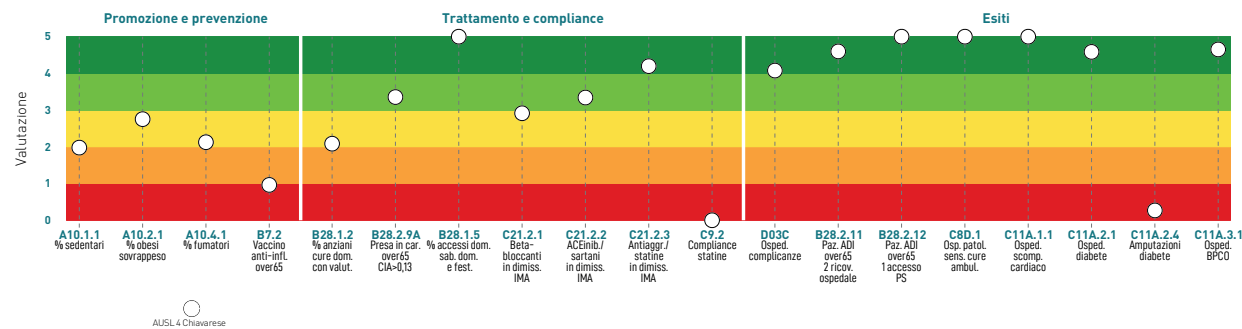
PERCORSO MATERNO INFANTILE

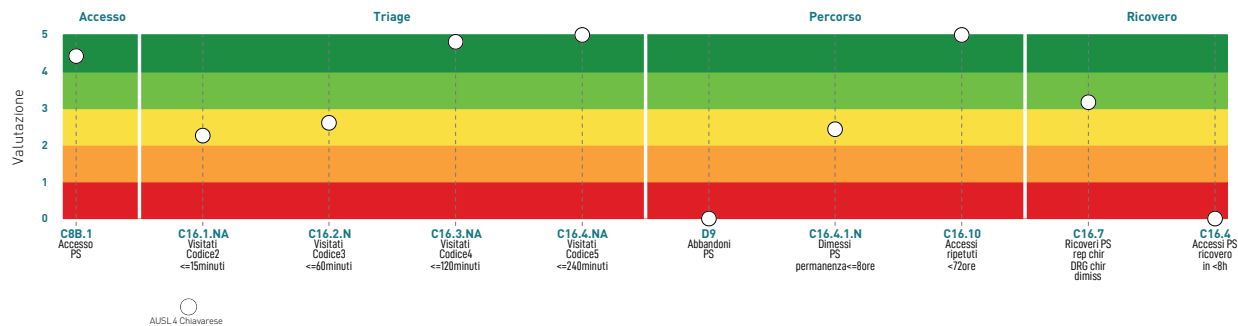


PERCORSO ONCOLOGICO

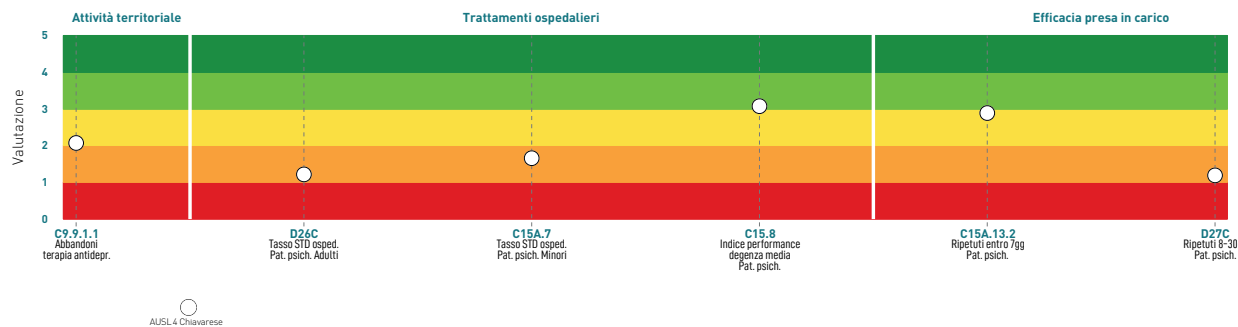


PERCORSO CRONICITÀ





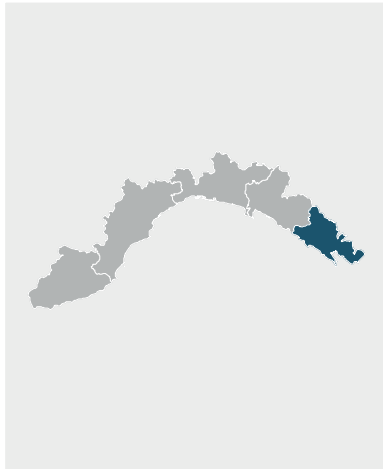
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



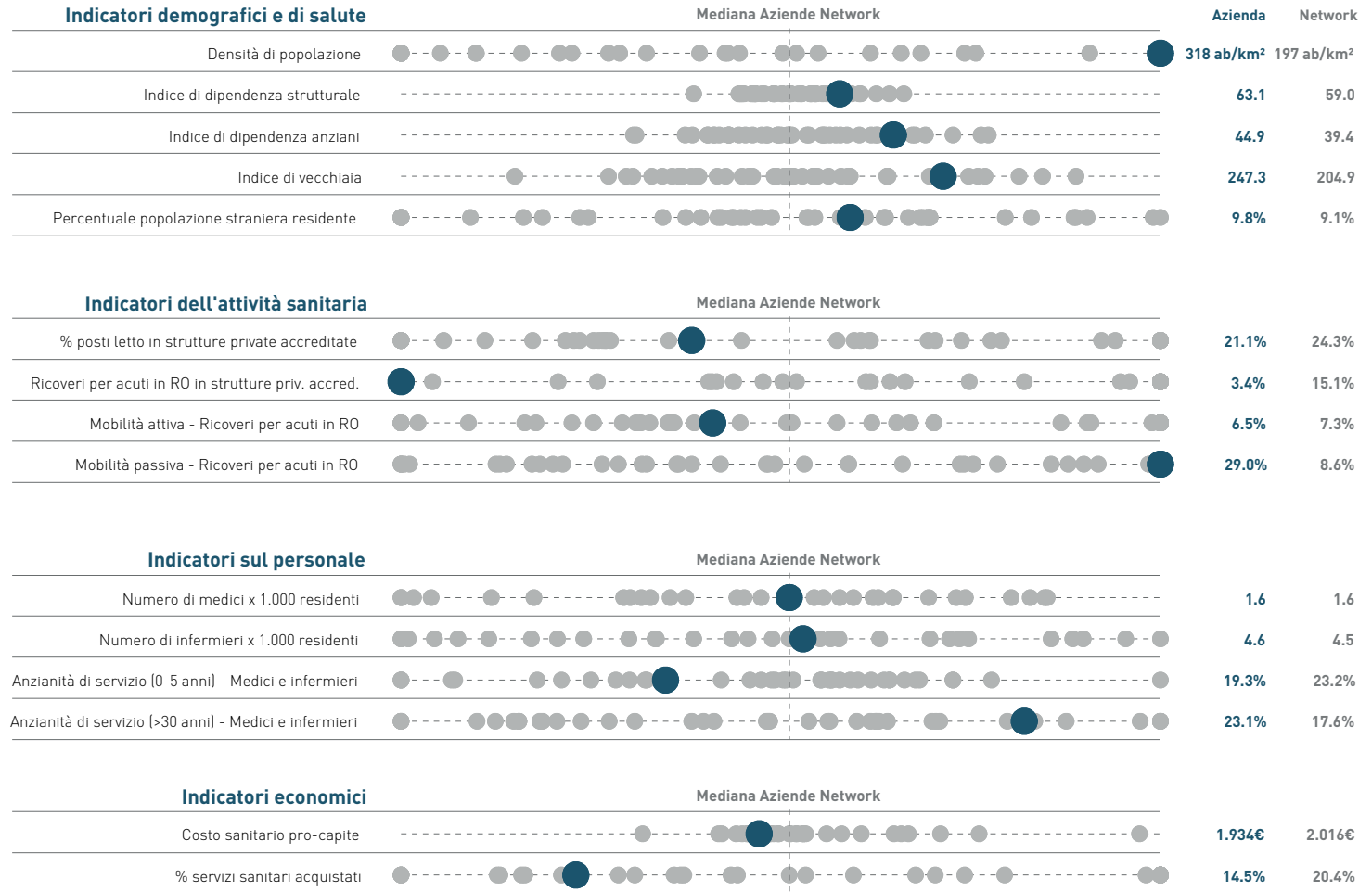
PERCORSO SALUTE MENTALE

AUSL 5 SPEZZINO

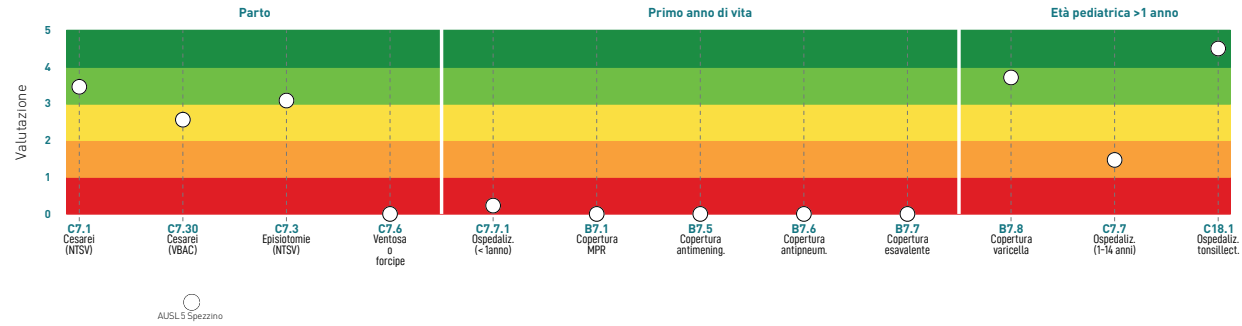
Profilo azienda



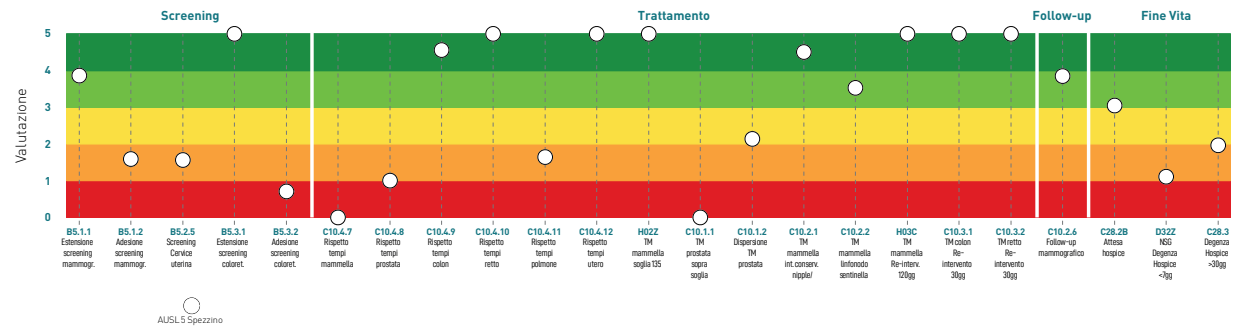
Popolazione residente	212.209
Distretti Sanitari	3
Stabilimenti	5
- Pubblici	3
- Privati accreditati	2
Posti letto	560
*Strutture pubbliche e private accreditate	



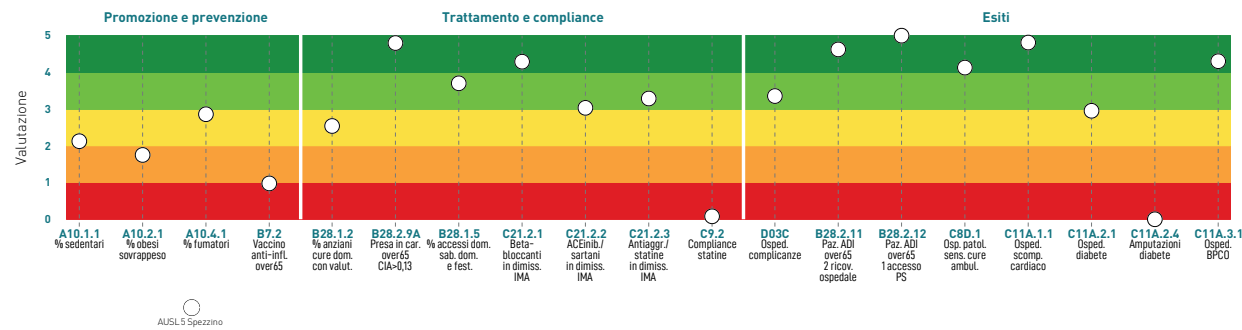
PERCORSO MATERNO INFANTILE

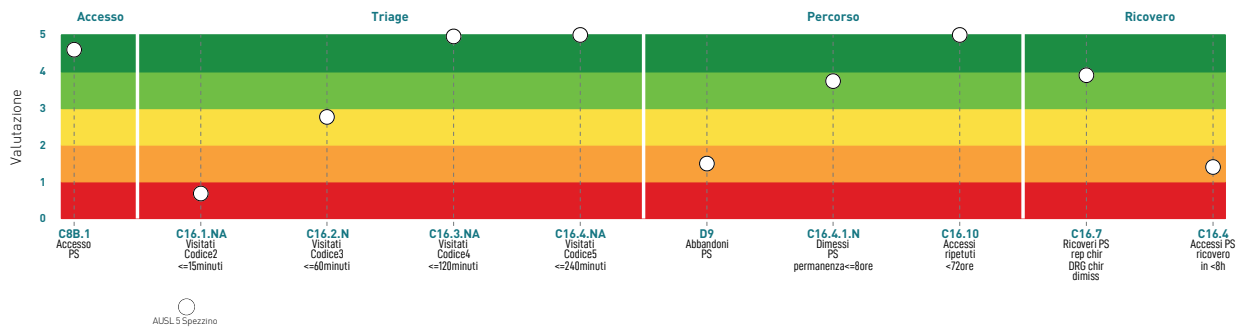


PERCORSO ONCOLOGICO

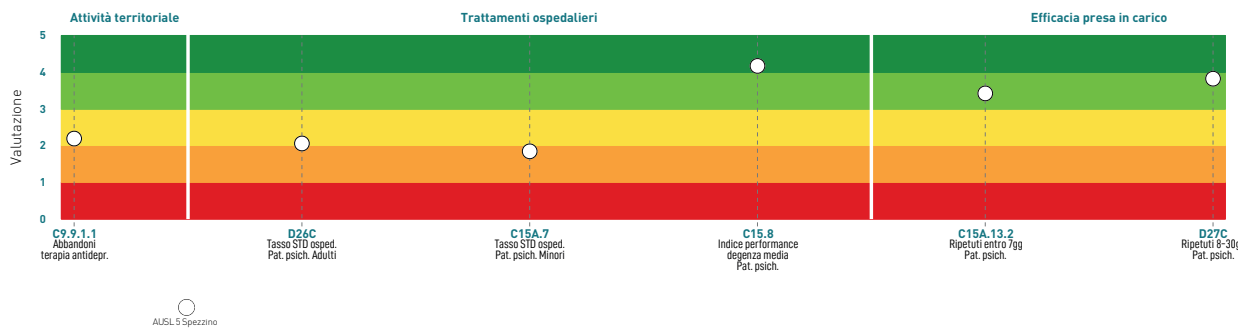


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

LOMBARDIA

Il sistema sanitario della Regione Lombardia ha promosso, a partire dal 1° gennaio 2016 (legge regionale n. 23 del 11/08/2015), un processo di profonda riorganizzazione. Nel 2020, la struttura si articola in 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e 27 Aziende Sanitarie Territoriali (ASST). Sono inoltre presenti 18 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, di cui 5 pubblici (Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani, IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, IRCCS Policlinico San Matteo, IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico).

Profilo regione



Popolazione residente **9.943.004**

Aziende Sanitarie Territoriali **8**
Distretti Sanitari **nd**

Strutture di ricovero **219**
- Pubbliche **127**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **5**
- Private accreditate **92**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **22**

Posti letto Totali **43.720**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario della Regione Lombardia nel 2022. Dei 96 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, il 41% migliora, il 45% peggiora e il 14% rimane stabile. Nonostante il peggioramento di un numero non trascurabile di indicatori, la maggior parte dei pallini è posizionata nelle aree più interne del bersaglio, tra il giallo e il verde chiaro mentre sono pochi quelli che fanno registrare delle criticità.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Buona la performance complessiva rispetto ai tempi di attesa per la chirurgia oncologica: si registra un netto aumento di 10 punti percentuali rispetto al 2021 nella percentuale di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella e di ben 20 punti percentuali per il tumore alla prostata.

L'attività ospedaliera, a livello complessivo, fa registrare una generale tenuta della performance, seppur evidenziando margini di miglioramento. La percentuale di dimissioni volontarie, considerata come indicazione della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, rimane stabile rispetto allo scorso anno, collezionando una performance nella media rispetto alle altre Regioni. Invariata anche la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo.

Relativamente all'ambito territoriale, si registrano buoni segnali di miglioramento. Cresce la percentuale di anziani con valutazione per cure domiciliari, in aumento di 2 punti percentuali rispetto allo scorso anno. Buona la continuità ospedale-territorio. Criticità si evidenziano in riferimento all'appropriatezza diagnostica: il Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche (over 65 anni) per 1.000 residenti pari a 30.79, colloca la Lombardia al penultimo posto tra le Regioni del Network, mentre meno critica è la Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi, che aumenta di 1 punto percentuale rispetto allo scorso anno, mantenendosi comunque ad un livello migliore rispetto alle altre Regioni del Network. Molto buona la Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni), che si attesta a 9 punti percentuali, secondo miglior risultato nel Network delle Regioni.

Particolarmente performanti gli indicatori afferenti all'area della sanità digitale. Ottima la percentuale di ricette specialistiche e farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati (al di sopra dei 95 punti percentuali ed in linea con le altre Regioni). La Regione Lombardia si attesta come best practice del Network per i cittadini che hanno utilizzato il FSE, indicatore che restituisce una fotografia circa l'utilizzo del FSE da parte dei cittadini durante l'anno. Ottimo anche l'utilizzo del FSE da parte dei professionisti.

Per quanto riguarda l'ambito farmaceutico, rimangono da attenzionare alcune aree. Con 79 punti percentuali, tuttavia, migliora la percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, ri-confermando, quindi, l'obiettivo fondamentale di perseguire maggiori livelli di efficienza, attraverso un uso maggiore di farmaci bioequivalenti. Decisamente migliore l'area dell'aderenza farmaceutica. Stabile in buona posizione sia

la percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti che con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni). In lieve aumento, invece, la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti): più mezzo punto percentuale rispetto al 2021.

Il percorso materno-infantile registra una performance sostanzialmente buona nell'area del parto e del primo anno di vita (anche se con un numero limitato di indicatori) con nessun indicatore in area critica. Da tenere sotto controllo la percentuale di episiotomie depurate (NTSV) che, seppur in lieve contrazione rispetto allo scorso anno, si attesta in penultima posizione rispetto alle altre Regioni. Aumenta, specularmente a tutte le altre Regioni del Network, il consumo di antibiotici in età pediatrica.

Venendo al percorso cronicità, la performance generale appare media. Si riconfermano quasi tutti gli indicatori osservati già nel 2021. Da notare che, anche quest'anno, la Regione Lombardia si riconferma come best practice del Network per quanto riguarda la percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione, stabilmente sopra gli 85 punti percentuali.

Seppur con un numero inferiore di indicatori rispetto allo scorso anno, il percorso oncologico registra una buona performance. Non si evidenziano indicatori in area critica nella fase del trattamento, che mostra quasi tutti gli indicatori in fascia verde o verde scuro. Da tenere sotto controllo la percentuale di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma che, nonostante l'aumento rispetto allo scorso anno, si posiziona in fascia gialla, crescendo meno rispetto alle altre Regioni del Network. Buona anche la fase del follow-up mammografico.

Più variegata la situazione del percorso emergenza-urgenza, che mostra una performance altalenante nelle diverse fasi. Per quanto riguarda il triage, buone le percentuali di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 60, 120 e 240 minuti mentre sono da attenzionare gli accessi entro 15 minuti. In ultimo, la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore si conferma bassa, anche rispetto alla maggior parte delle altre Regioni del Network, evidenziando un'area su cui è necessario investire. Buona, invece, la fase dell'accesso.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 71

Indicatori Migliorati ↑
40.8 %

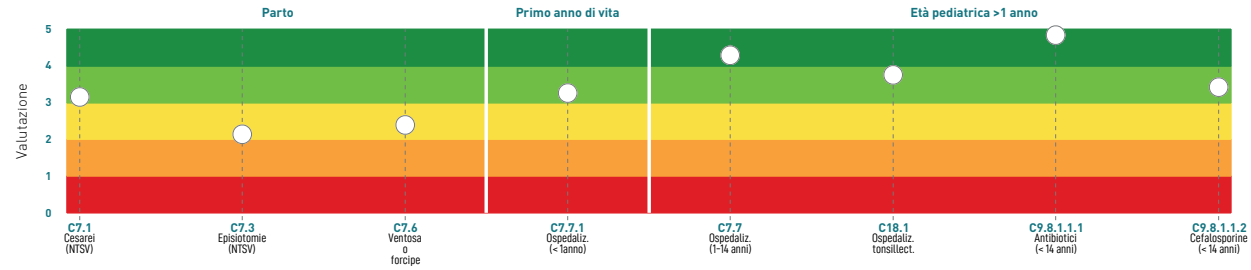
Indicatori Stabili =
14.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
45.1 %

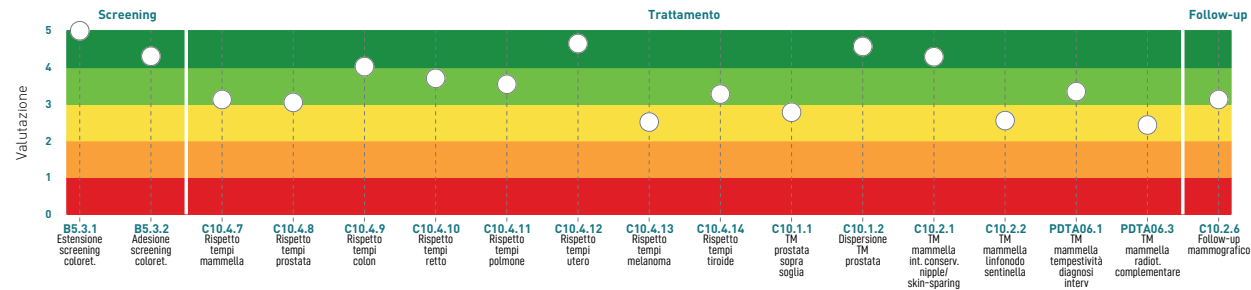
Valutazione della performance 2022



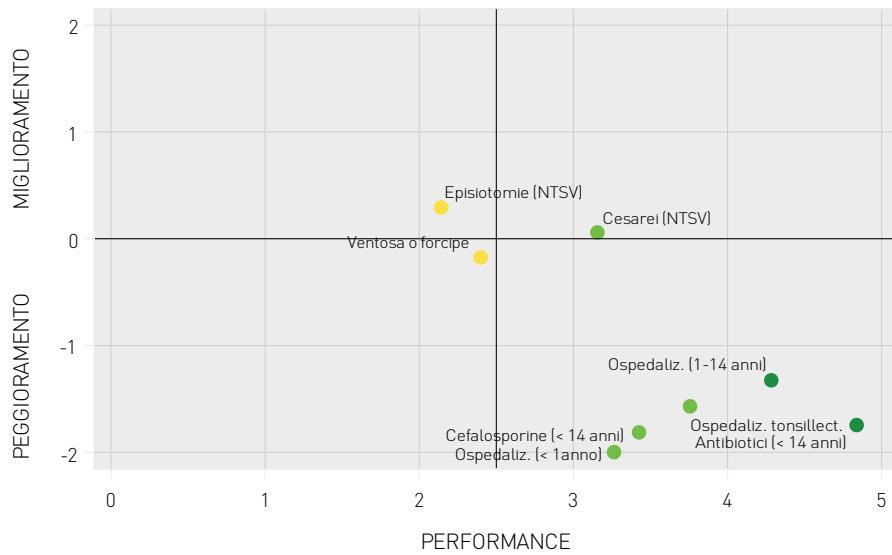
PERCORSO MATERNO INFANTILE



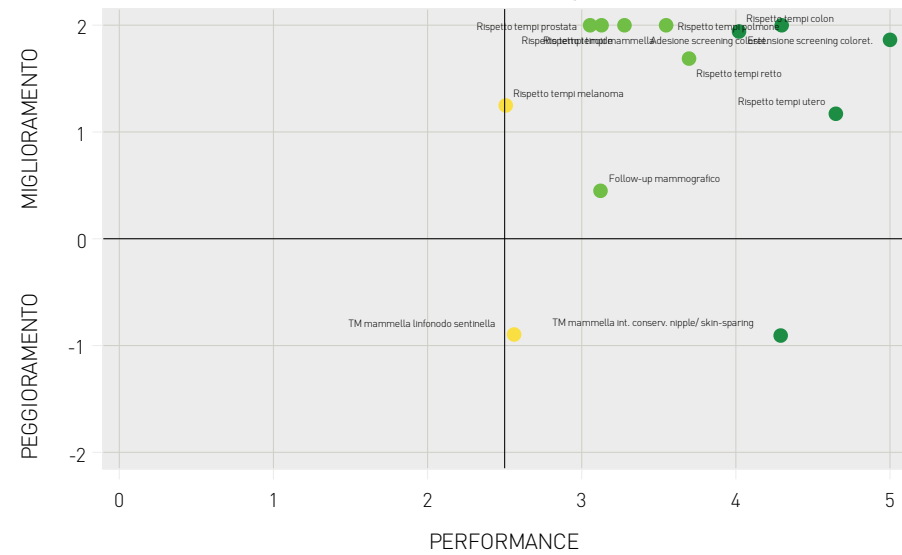
PERCORSO ONCOLOGICO

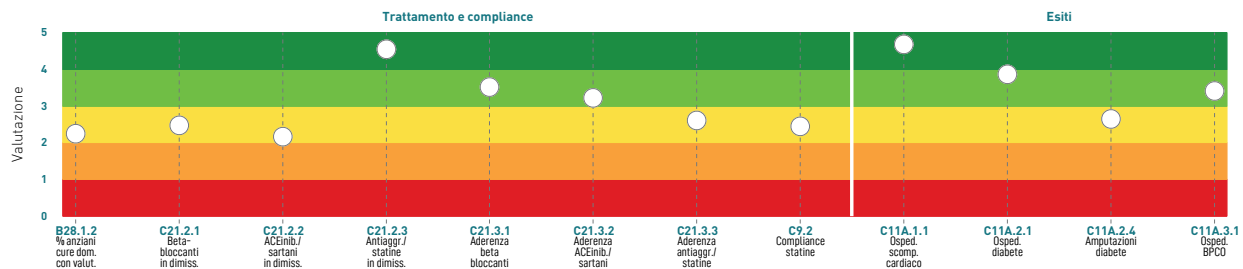


Percorso Materno infantile

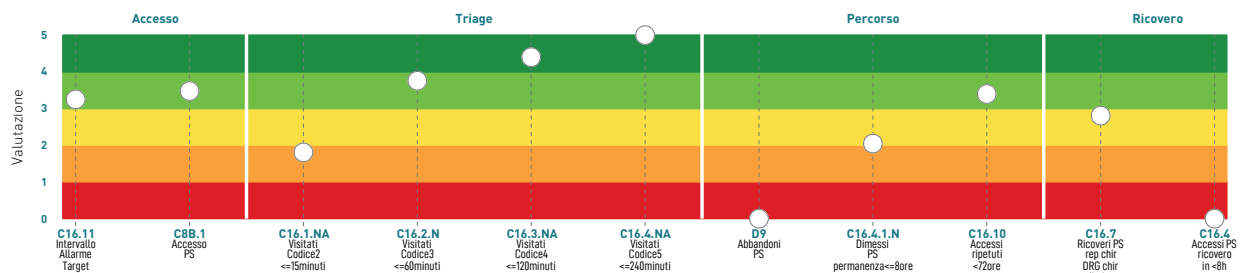


Percorso Oncologico

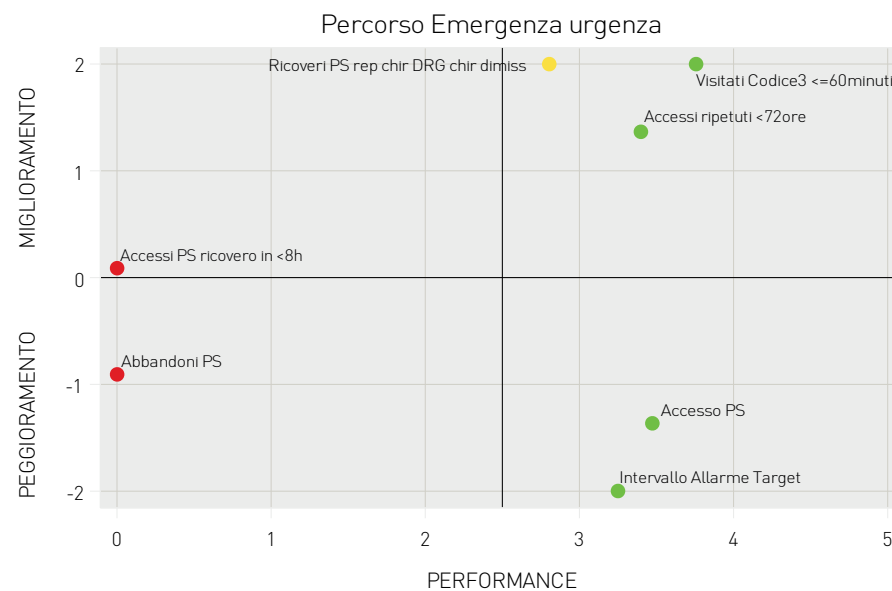
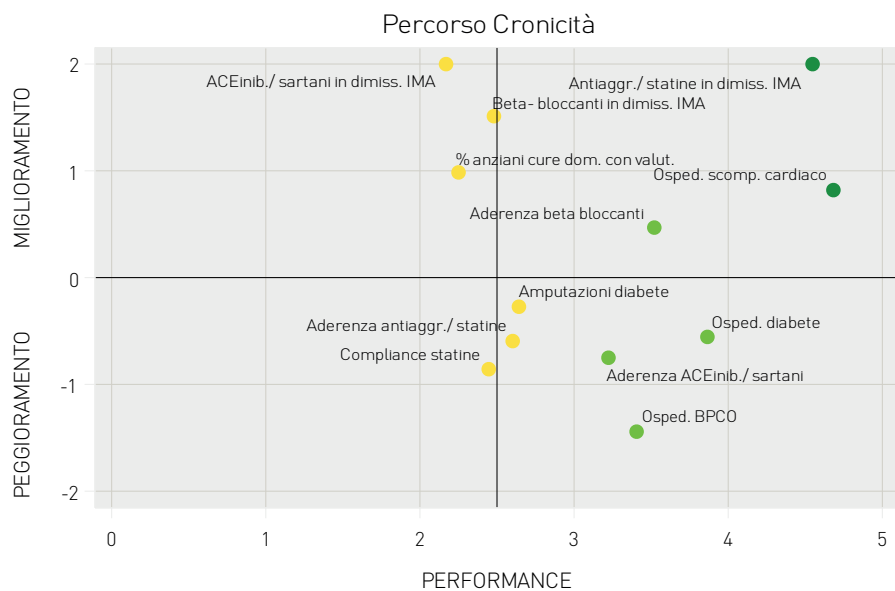




PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE LOMBARDIA

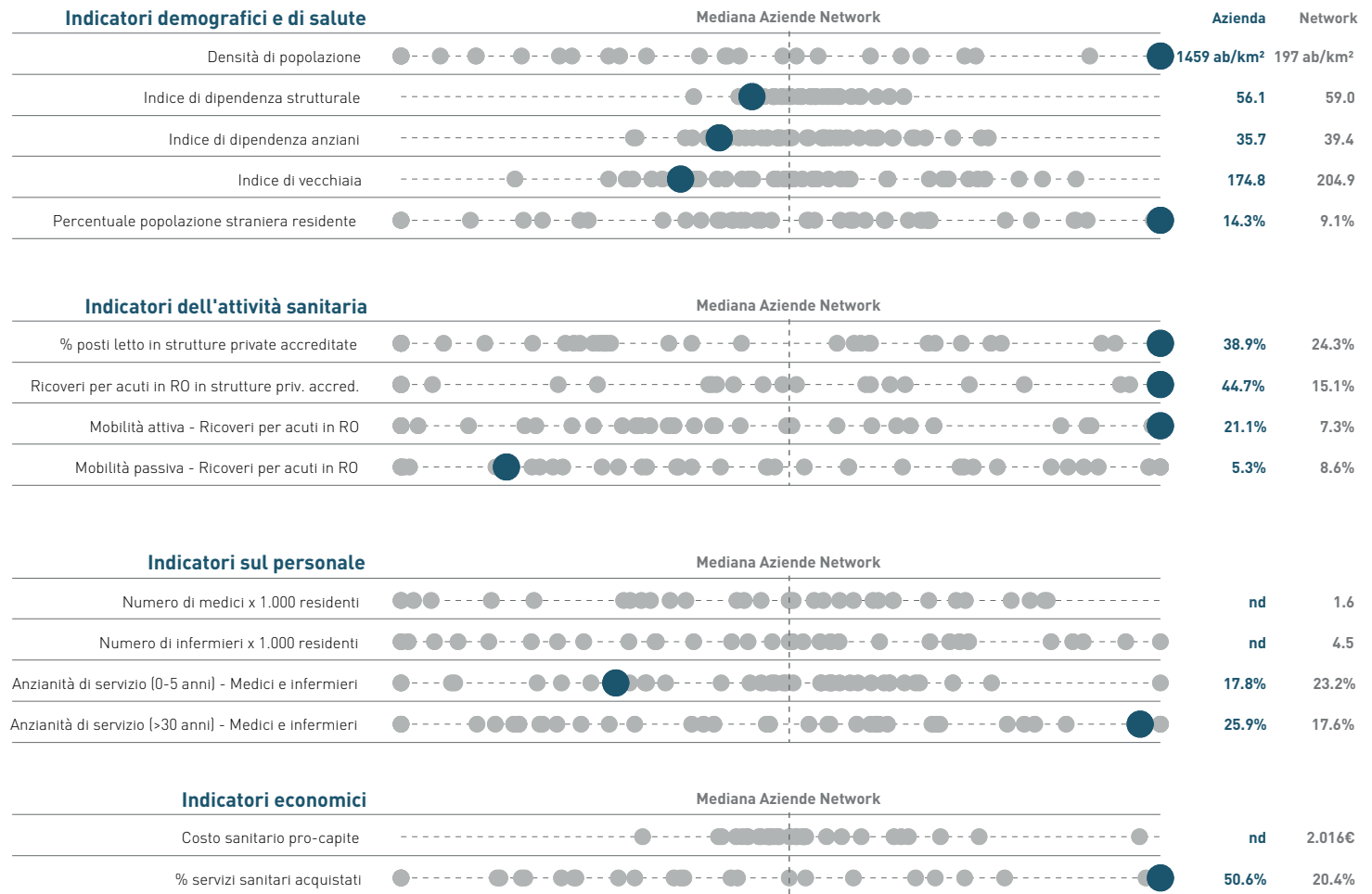


ATS CITT. METR. DI MILANO

Profilo azienda



Popolazione residente	3.441.957
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	68
- Pubblici	40
- Privati accreditati	28
Posti letto	16.126
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS CITT. METR. DI MILANO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

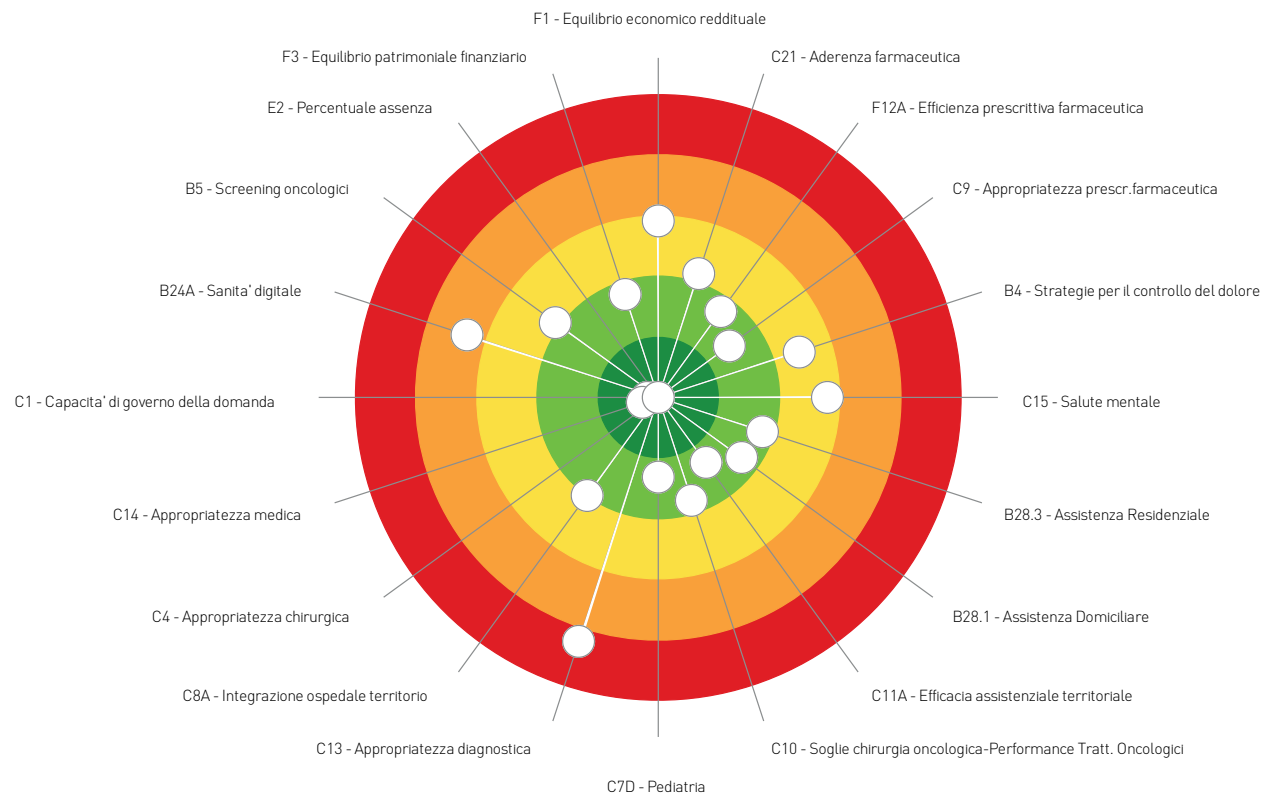
Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑
22.2 %

Indicatori Stabili =
11.1 %

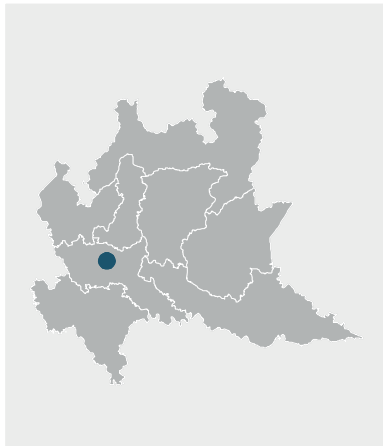
Indicatori Peggiorati ↓
66.7 %

Valutazione della Performance 2022



ASST OSP METROP. NIGUARDA

Profilo azienda

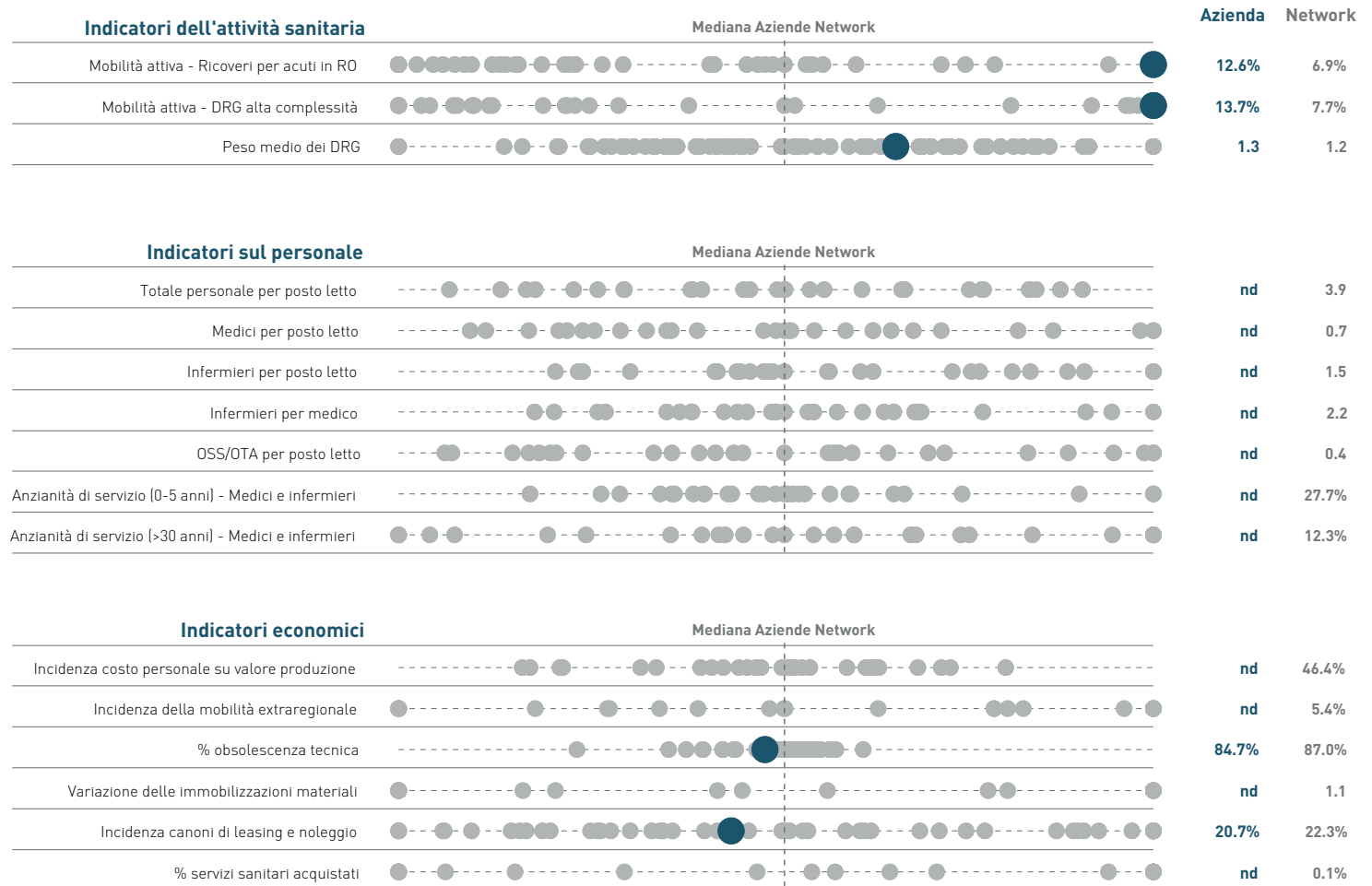


Posti letto	1.243
- Degenza Ordinaria	1.154
- Day Hospital/Day surgery	67

Dimissioni totali	40.065
Giornate di degenza ordin.	298.035

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	90.659

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.059



ASST OSP METROP. NIGUARDA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

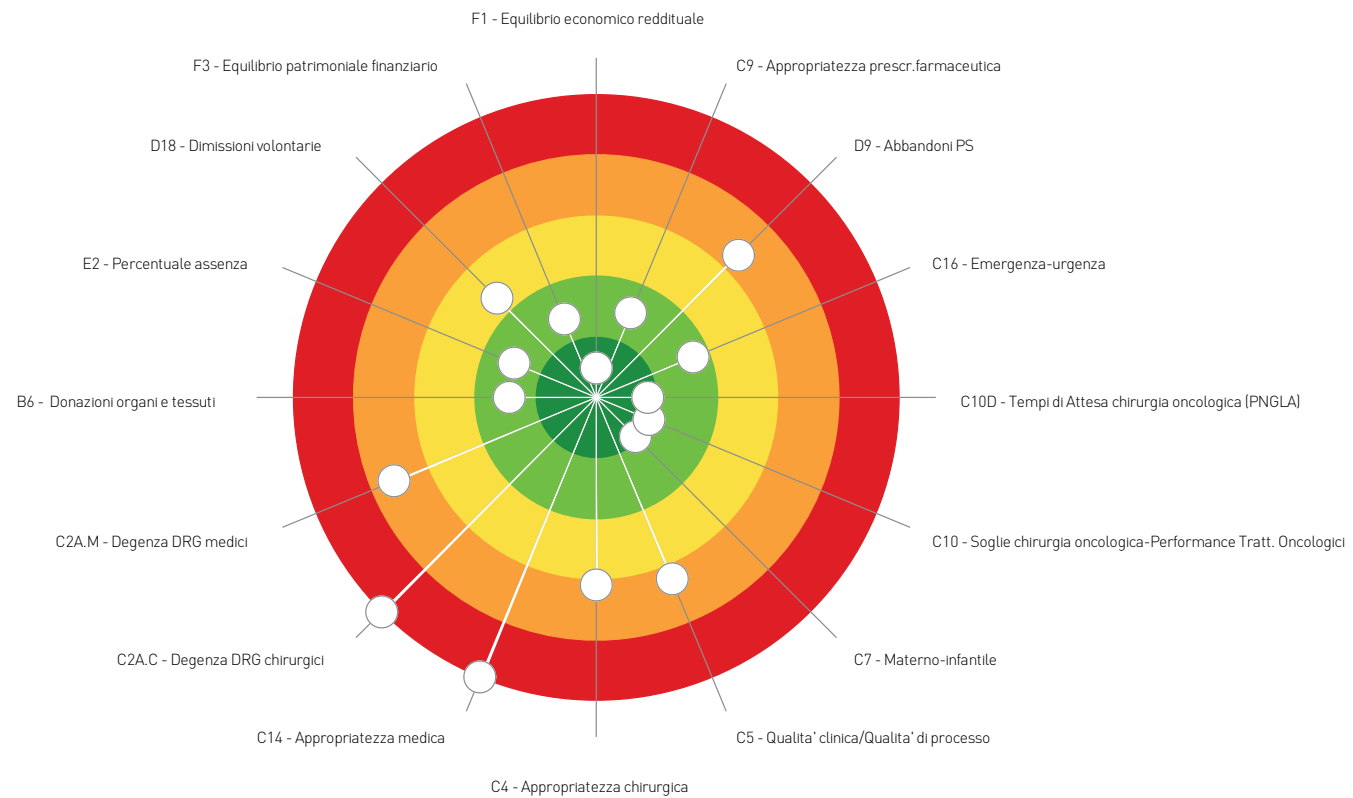
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
75.0 %

Indicatori Stabili =
3.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
21.4 %

Valutazione della Performance 2022

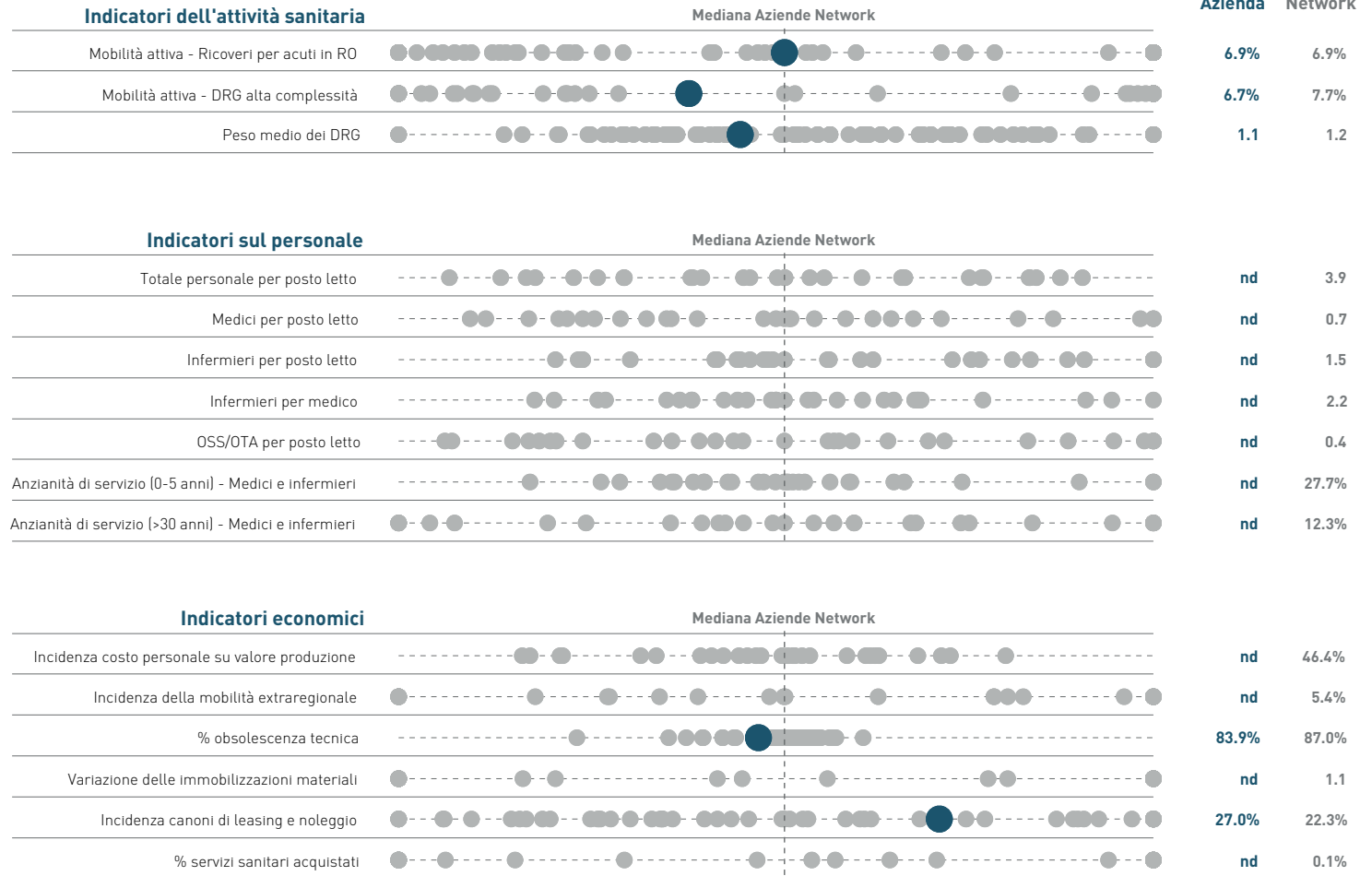


ASST SANTI PAOLO E CARLO

Profilo azienda



Posti letto	1.196
- Degenza Ordinaria	1.104
- Day Hospital/Day surgery	82
Dimissioni totali	33.554
Giornate di degenza ordin.	259.094
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	125.131
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (>1000)	1.806



ASST SANTI PAOLO E CARLO

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

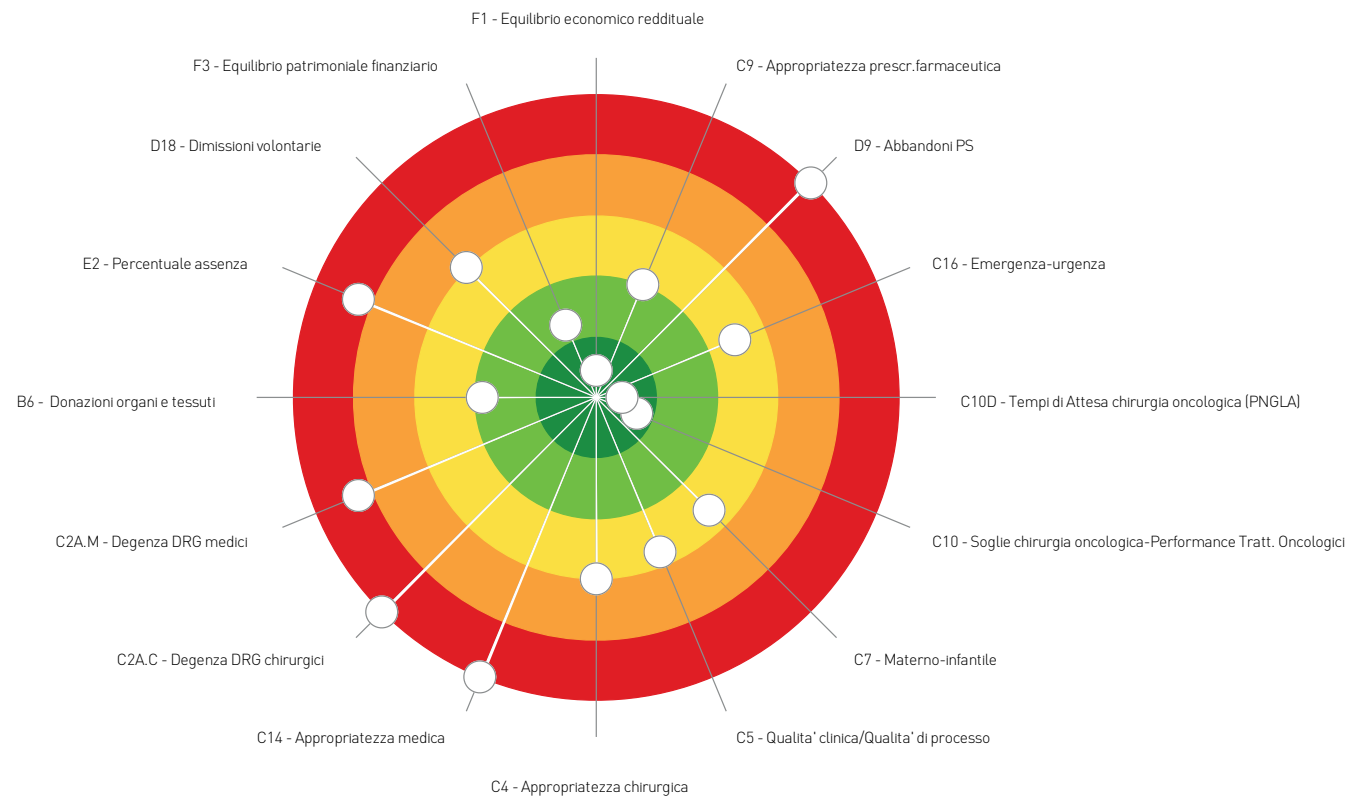
Numero indicatori di valutazione: 29

Indicatori Migliorati ↑
44,8 %

Indicatori Stabili =
6,9 %

Indicatori Peggiorati ↓
48,3 %

Valutazione della Performance 2022

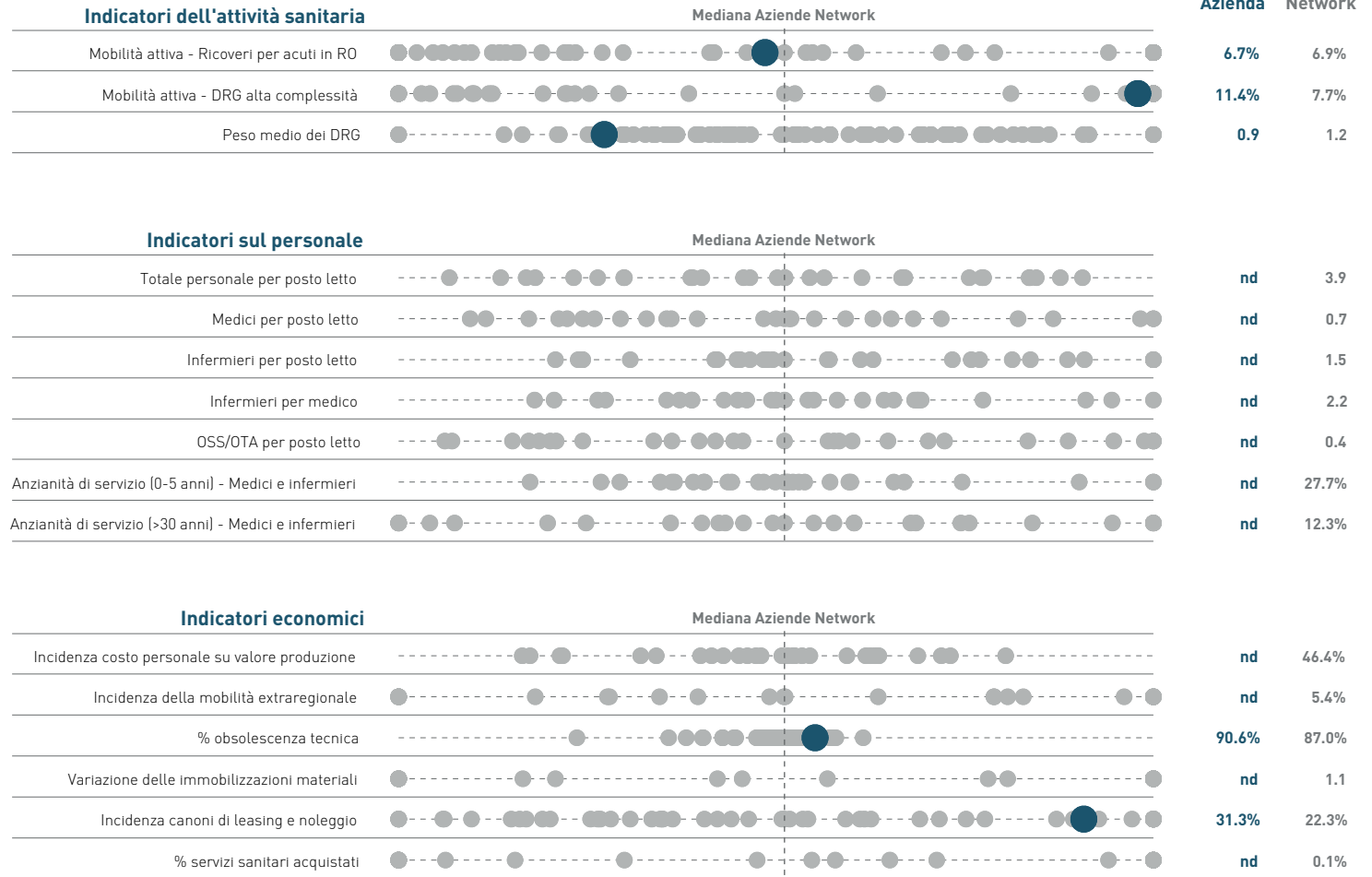


ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Profilo azienda



Posti letto	1.166
- Degenza Ordinaria	1.050
- Day Hospital/Day surgery	79
Dimissioni totali	40.625
Giornate di degenza ordin.	234.447
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	175.182
N. Punti Nascita	4
- Numero Parti (>1000)	5.490



ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

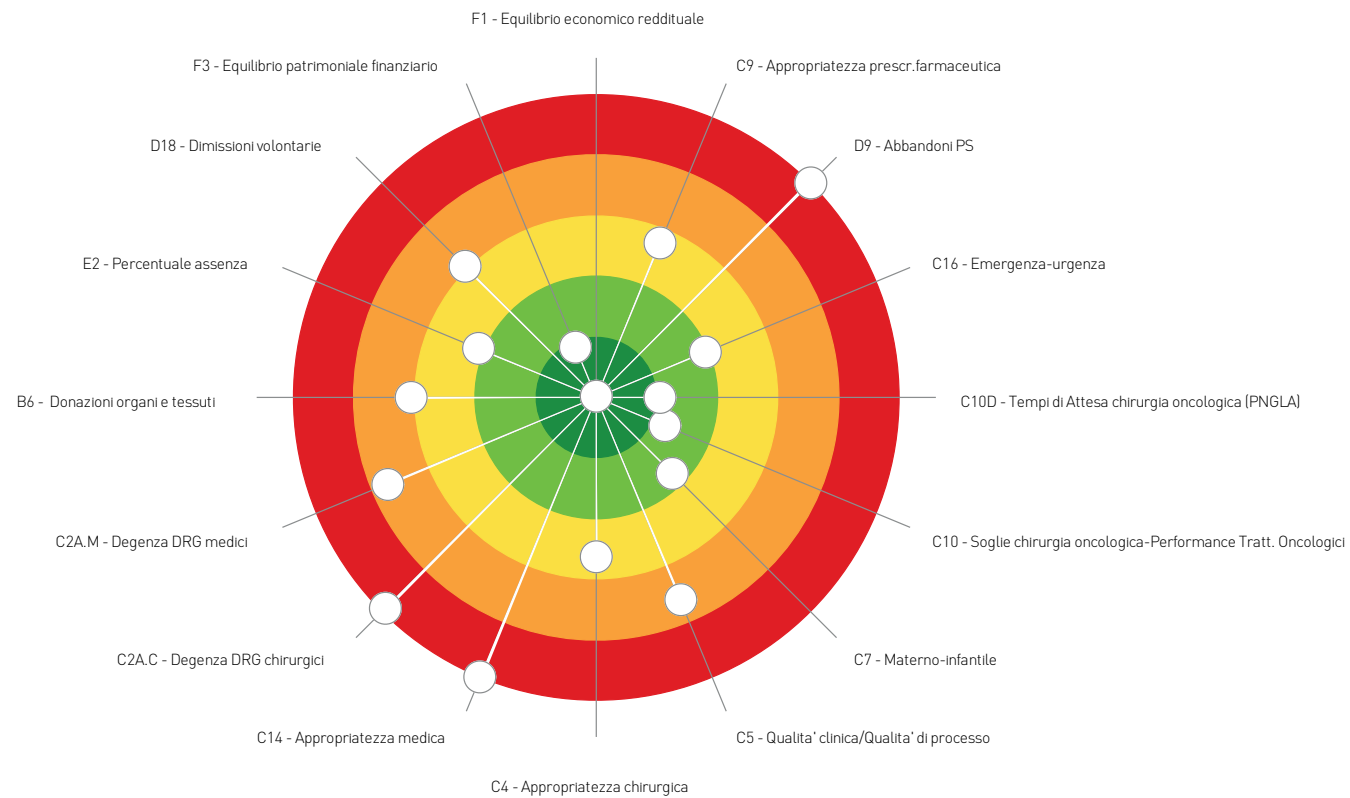
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
57.1 %

Indicatori Stabili =
7.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
35.7 %

Valutazione della Performance 2022



ASST PINI CTO

Profilo azienda

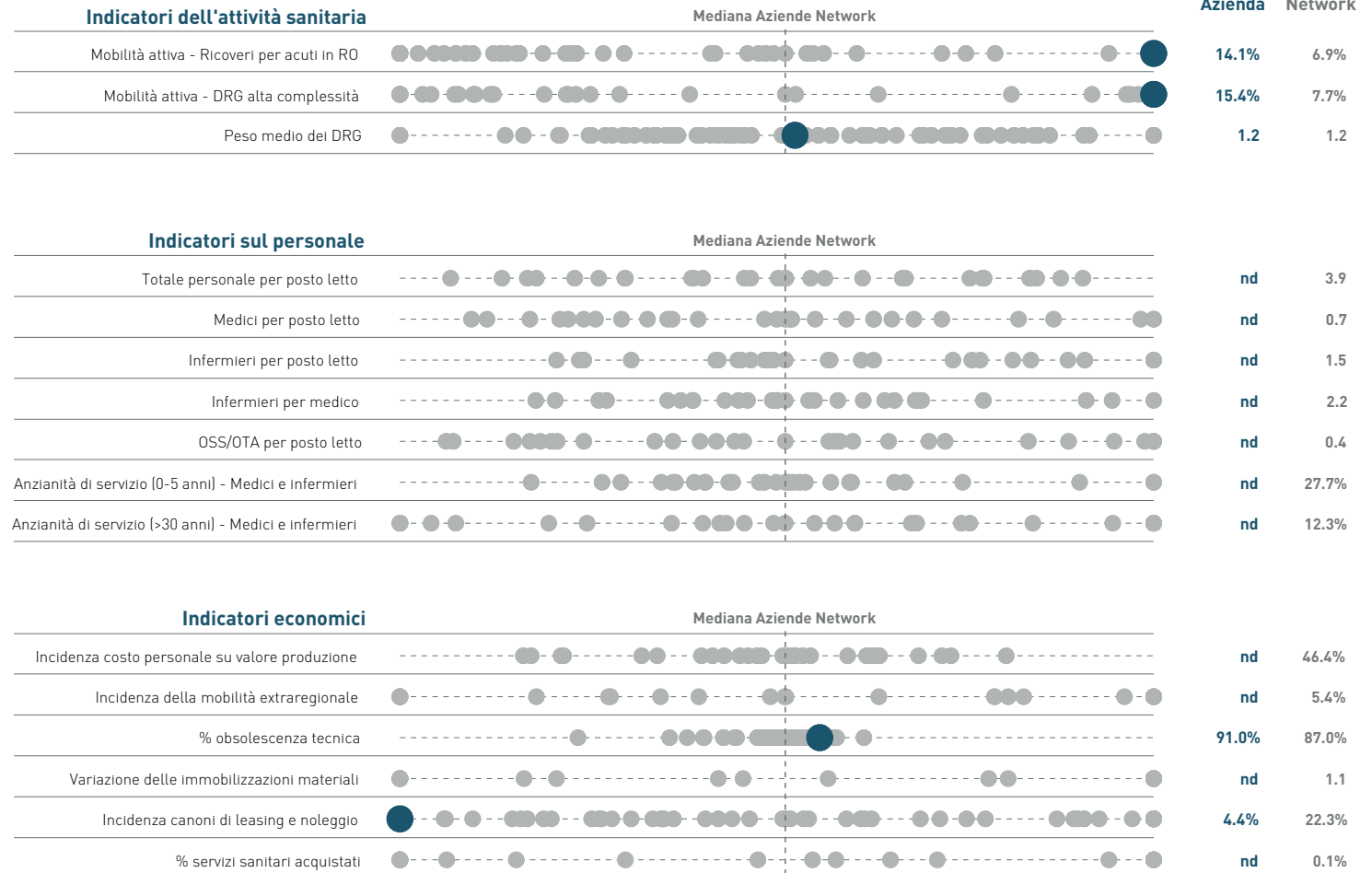


Posti letto	458
- Degenza Ordinaria	429
- Day Hospital/Day surgery	29

Dimissioni totali	12.684
Giornate di degenza ordin.	91.033

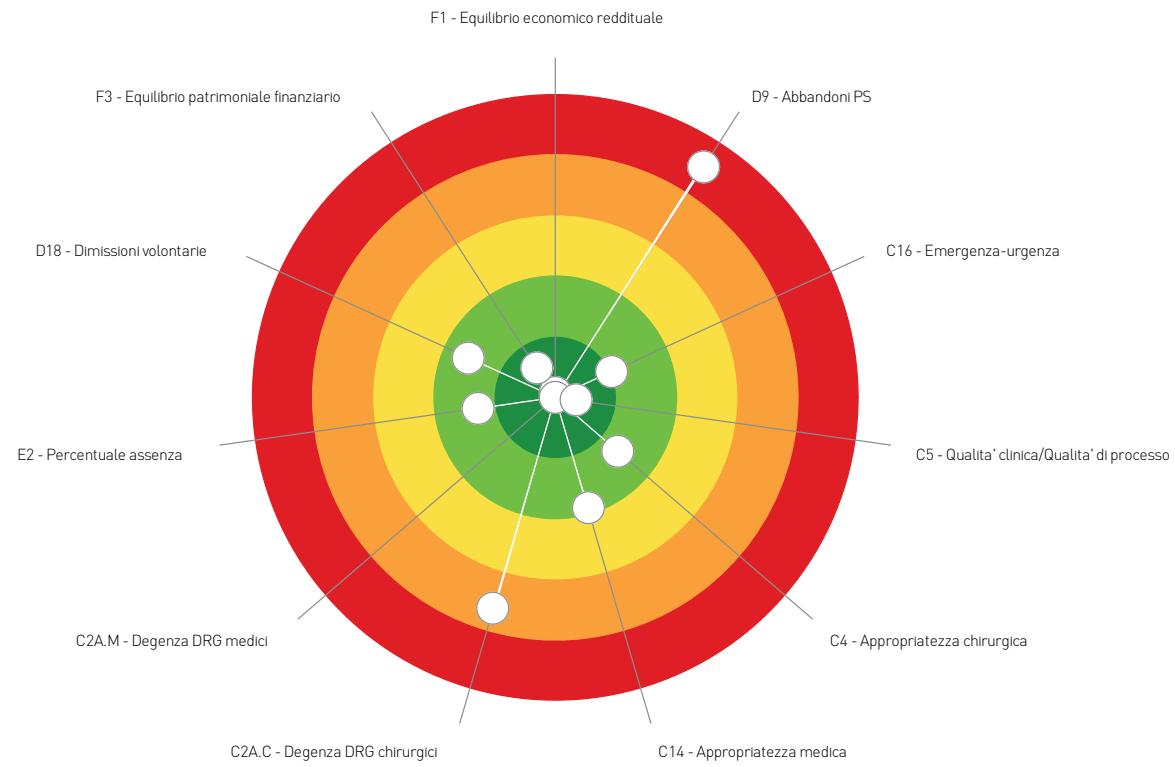
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	55.444

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ASST PINI CTO

Valutazione della Performance 2022

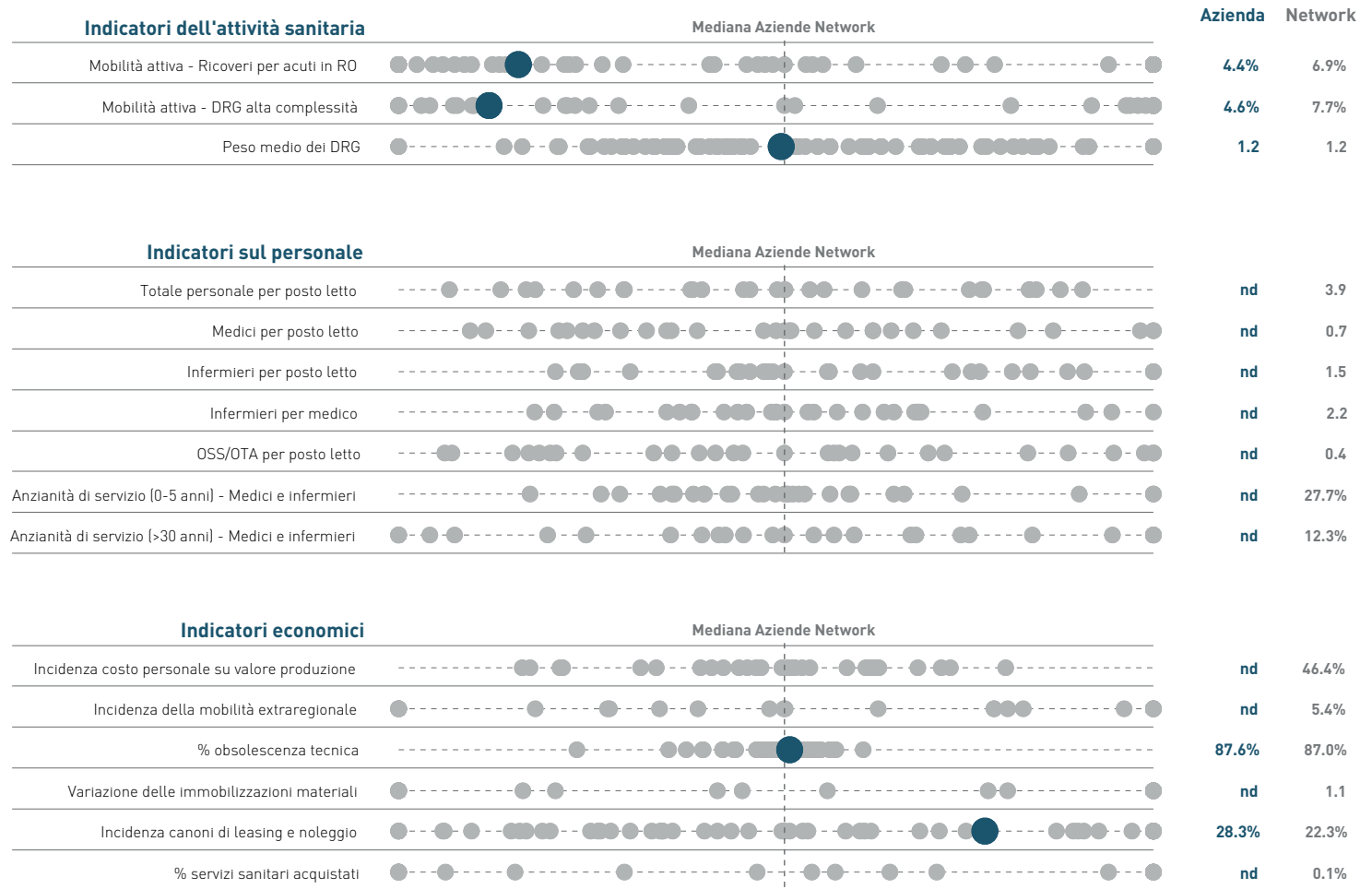


ASST OVEST MILANESE

Profilo azienda



Posti letto	1.408
- Degenza Ordinaria	1.336
- Day Hospital/Day surgery	58
Dimissioni totali	36.188
Giornate di degenza ordin.	254.289
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	137.227
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (>1000)	1.907



ASST OVEST MILANESE

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

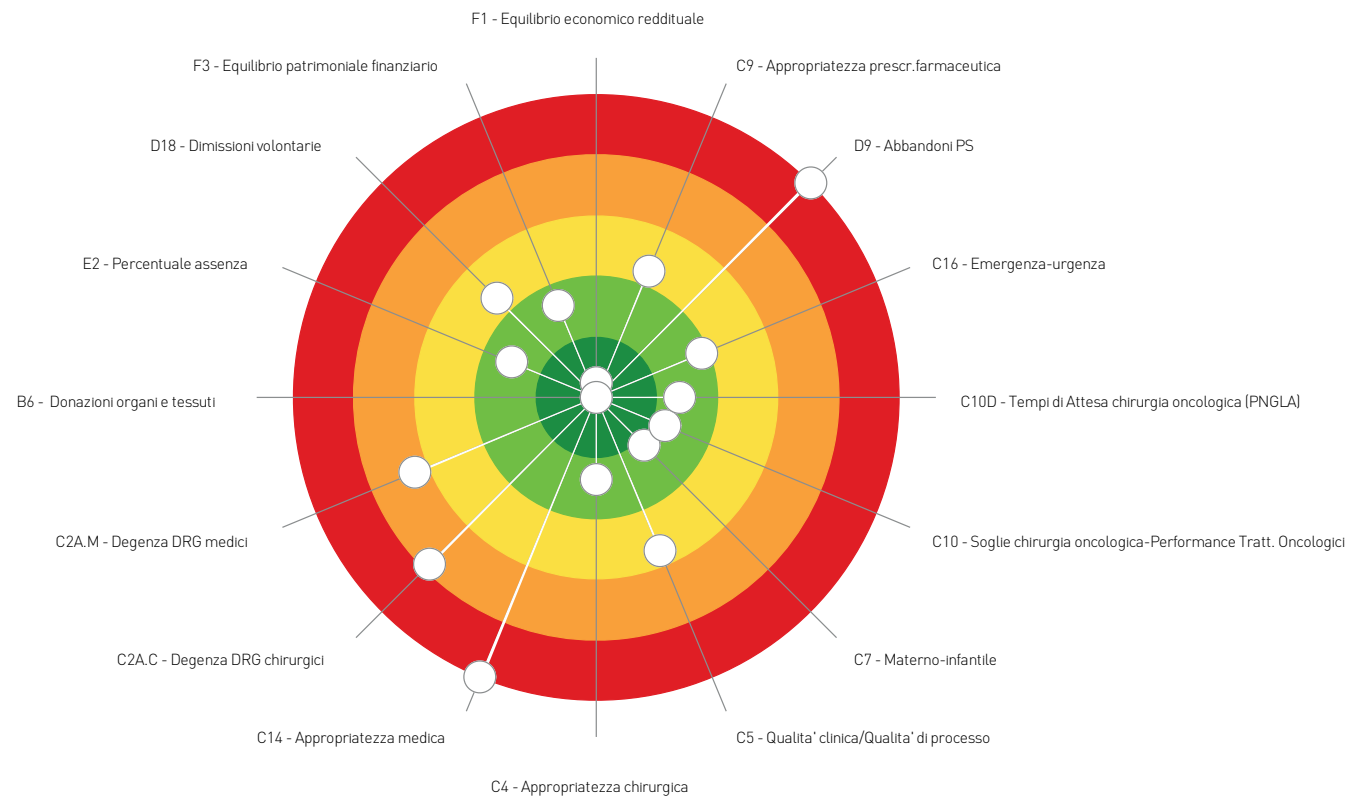
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
78.6%

Indicatori Stabili =
7.1%

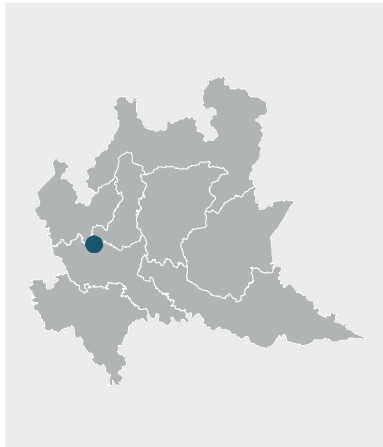
Indicatori Peggiorati ↓
14.3%

Valutazione della Performance 2022

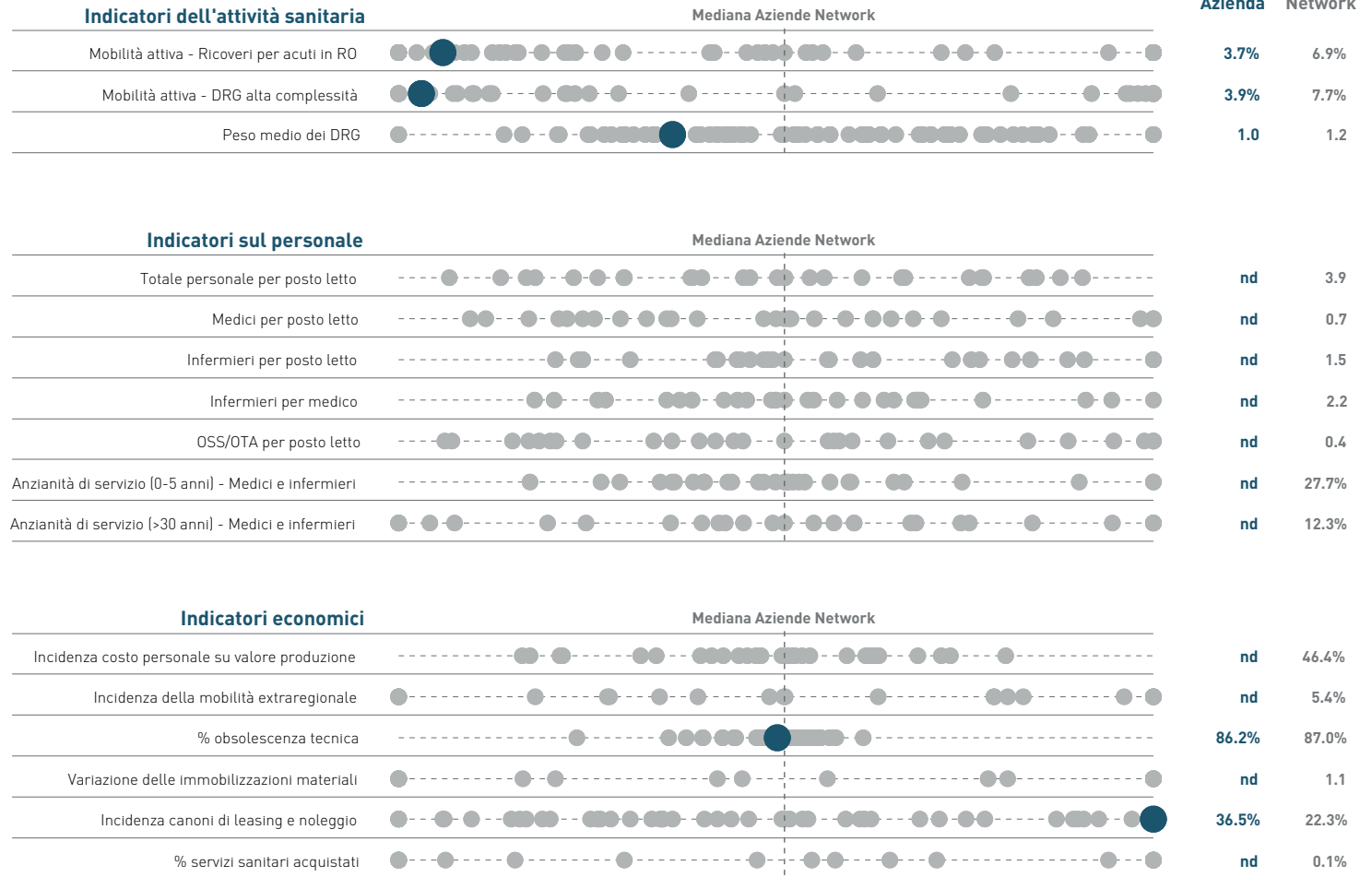


ASST RHODENSE

Profilo azienda



Posti letto	758
- Degenza Ordinaria	712
- Day Hospital/Day surgery	37
Dimissioni totali	20.430
Giornate di degenza ordin.	142.335
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	92.888
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (>1000)	1.670

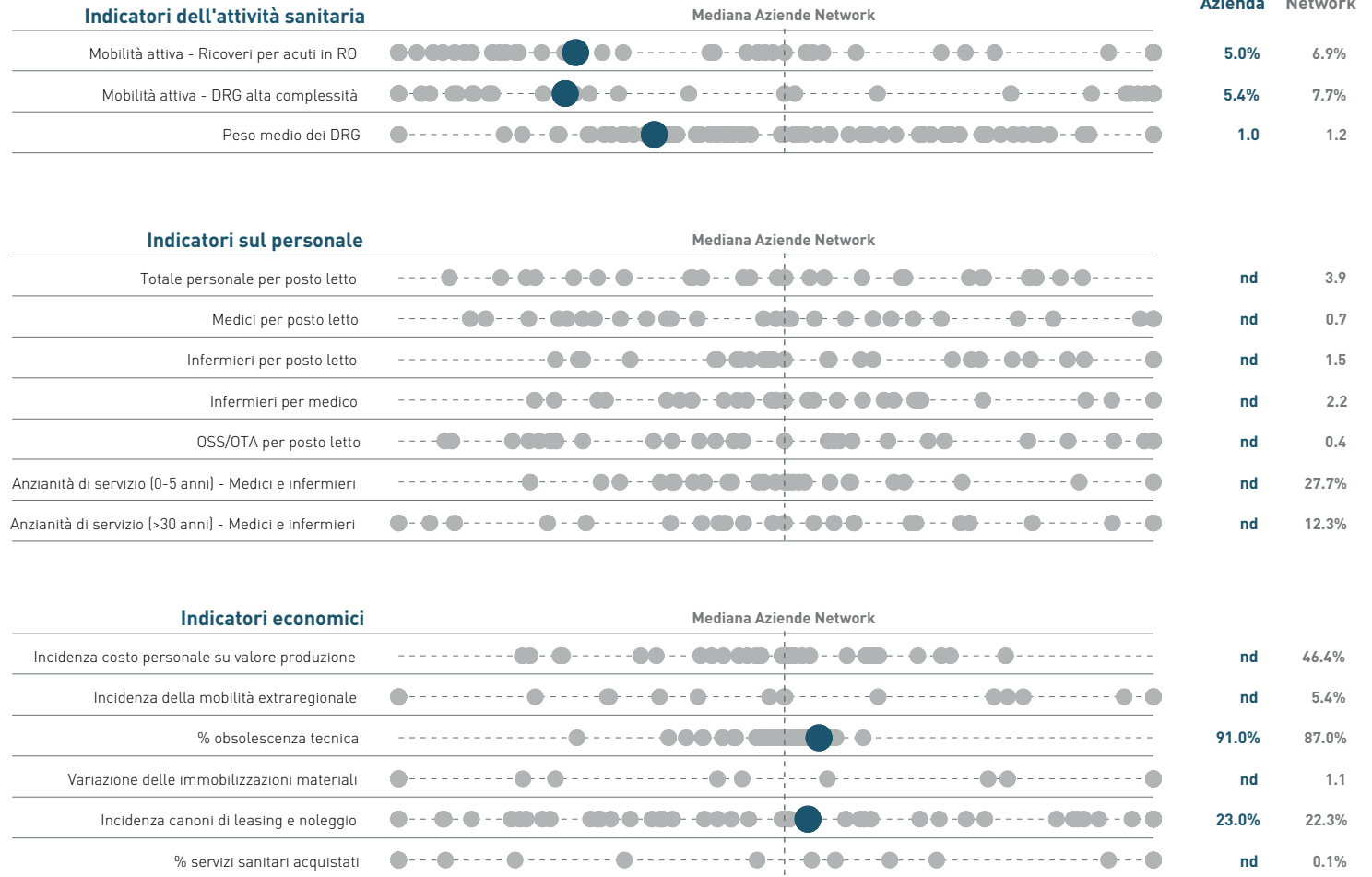


ASST NORD MILANO

Profilo azienda



Posti letto	477
- Degenza Ordinaria	452
- Day Hospital/Day surgery	21
Dimissioni totali	14.155
Giornate di degenza ordin.	85.050
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	59.634
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	624 (500-1000)



ASST NORD MILANO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

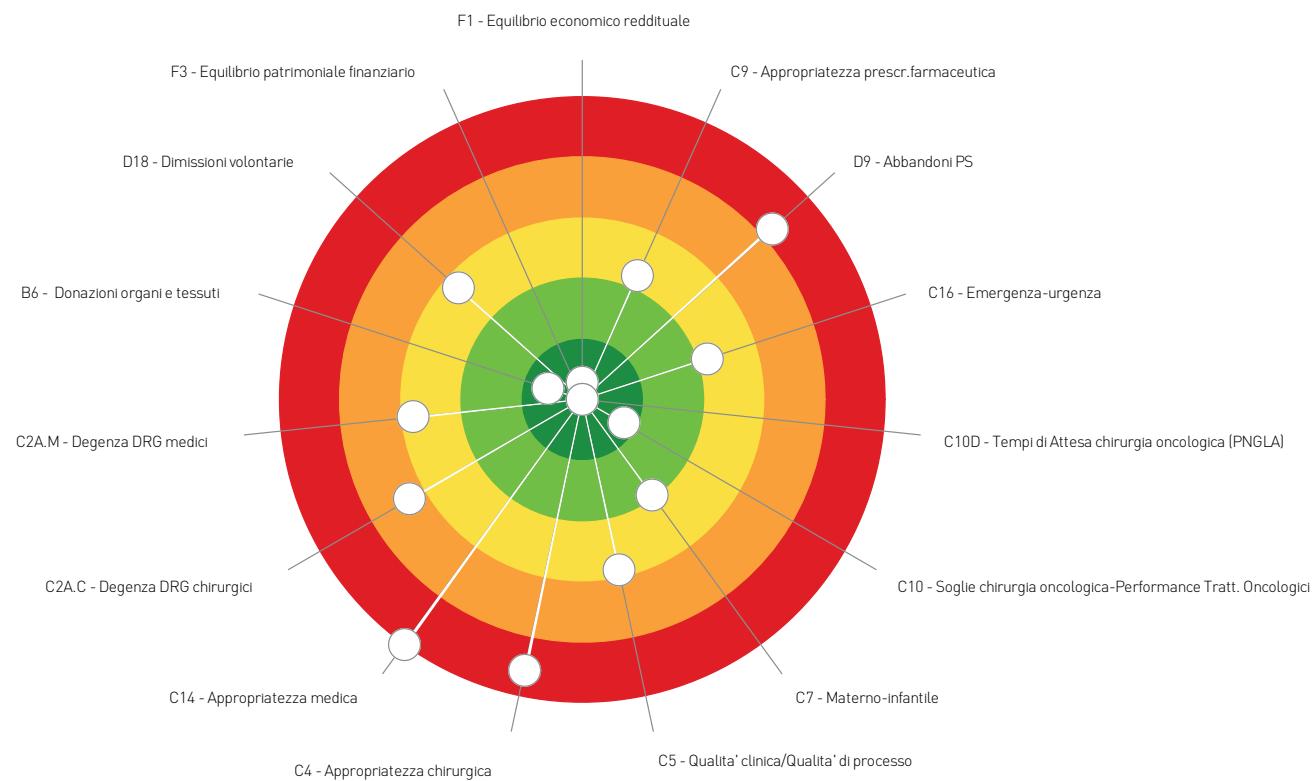
Numero indicatori di valutazione: 24

Indicatori Migliorati ↑
50.0%

Indicatori Stabili =
12.5%

Indicatori Peggiorati ↓
37.5%

Valutazione della Performance 2022



ASST MELEGNANO-MARTESANA

Profilo azienda

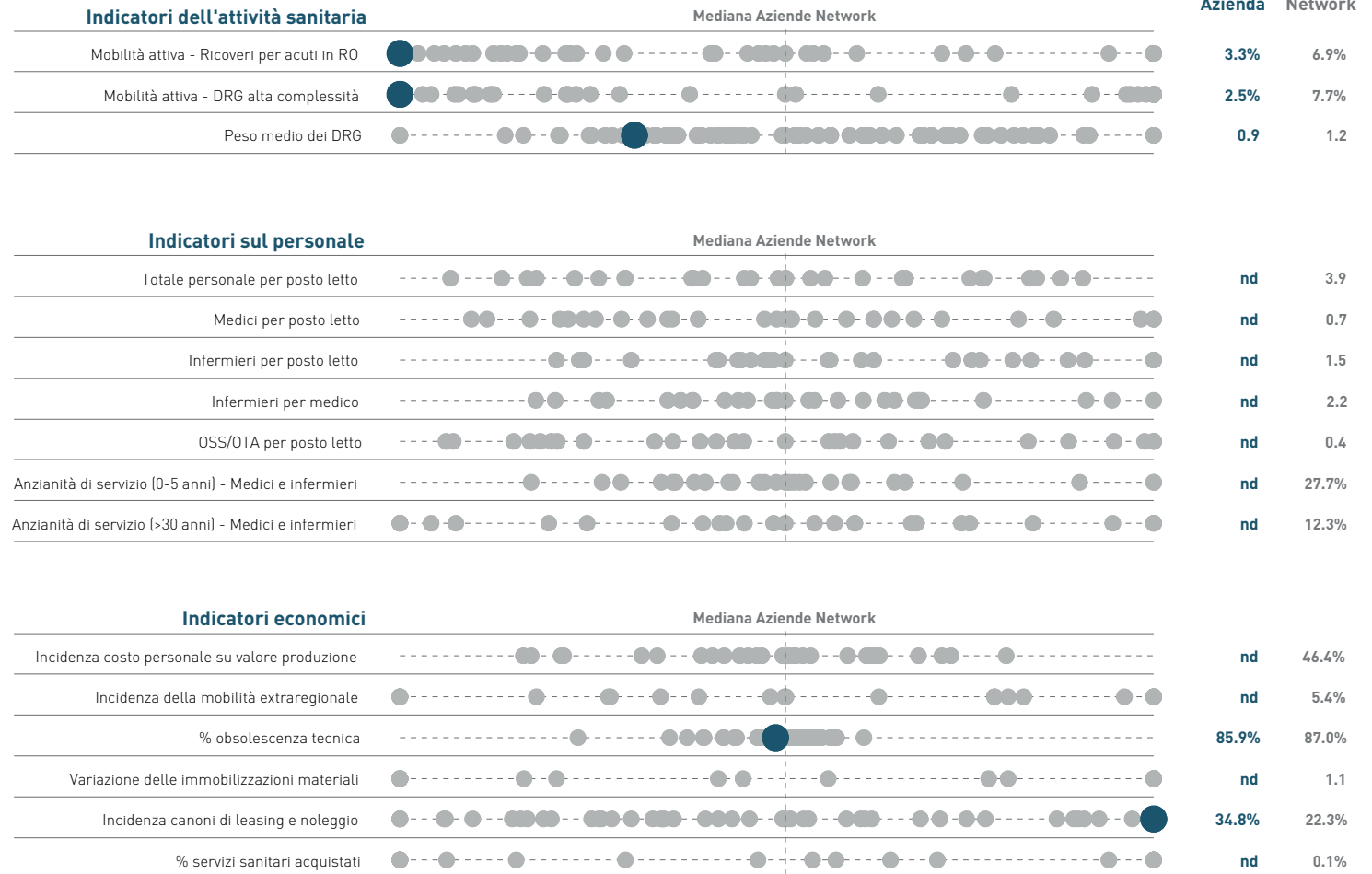


Posti letto	639
- Degenza Ordinaria	579
- Day Hospital/Day surgery	55

Dimissioni totali	19.462
Giornate di degenza ordin.	132.485

N. Pronto Soccorso	3
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	86.886

N. Punti Nascita	3
- Numero Parti (>1000)	1.059



ASST MELEGNANO-MARTESANA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

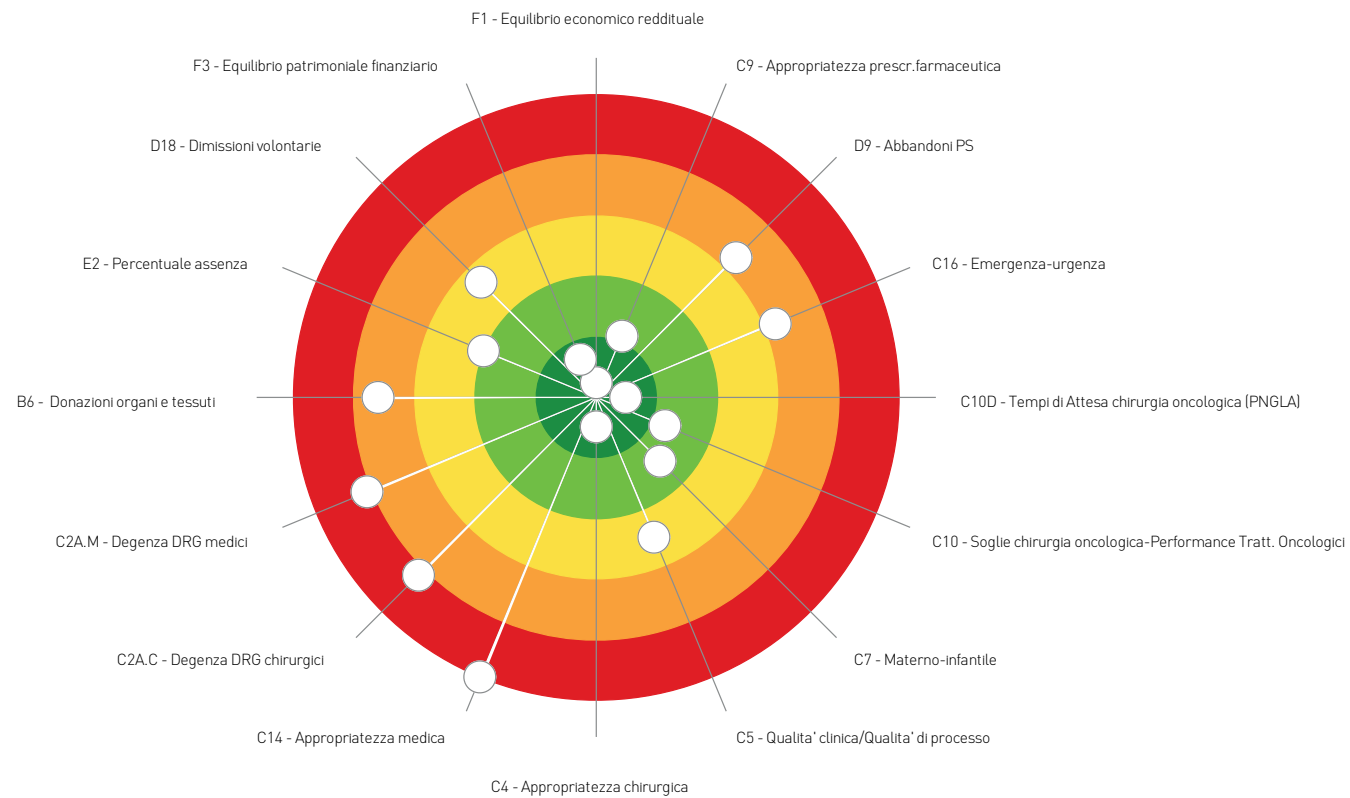
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
63.0%

Indicatori Stabili =
7.4%

Indicatori Peggiorati ↓
29.6%

Valutazione della Performance 2022

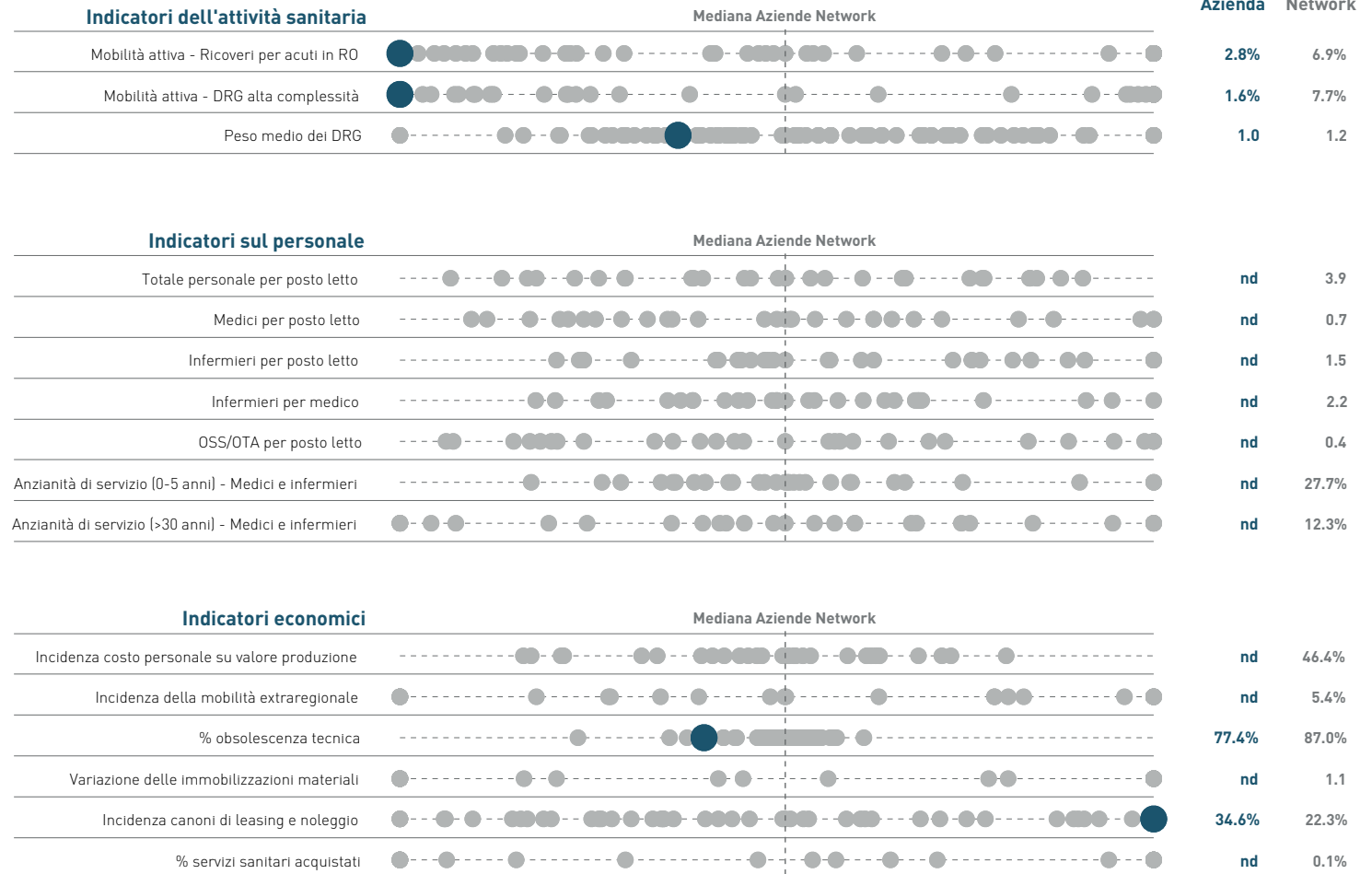


ASST DI LODI

Profilo azienda



Posti letto	815
- Degenza Ordinaria	776
- Day Hospital/Day surgery	29
Dimissioni totali	18.554
Giornate di degenza ordin.	142.238
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	73.821
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.061



ASST DI LODI

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

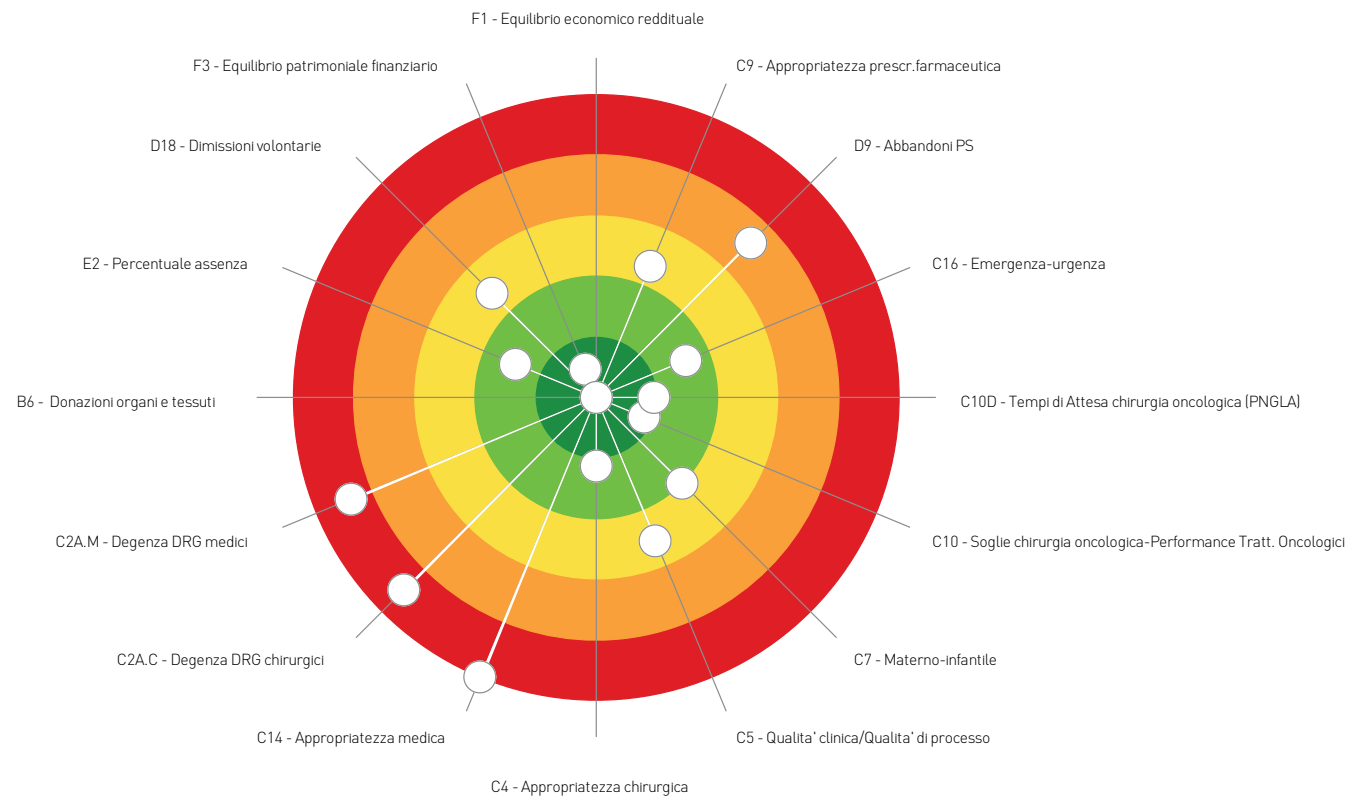
Numero indicatori di valutazione: 26

Indicatori Migliorati ↑
50.0%

Indicatori Stabili =
19.2%

Indicatori Peggiorati ↓
30.8%

Valutazione della Performance 2022

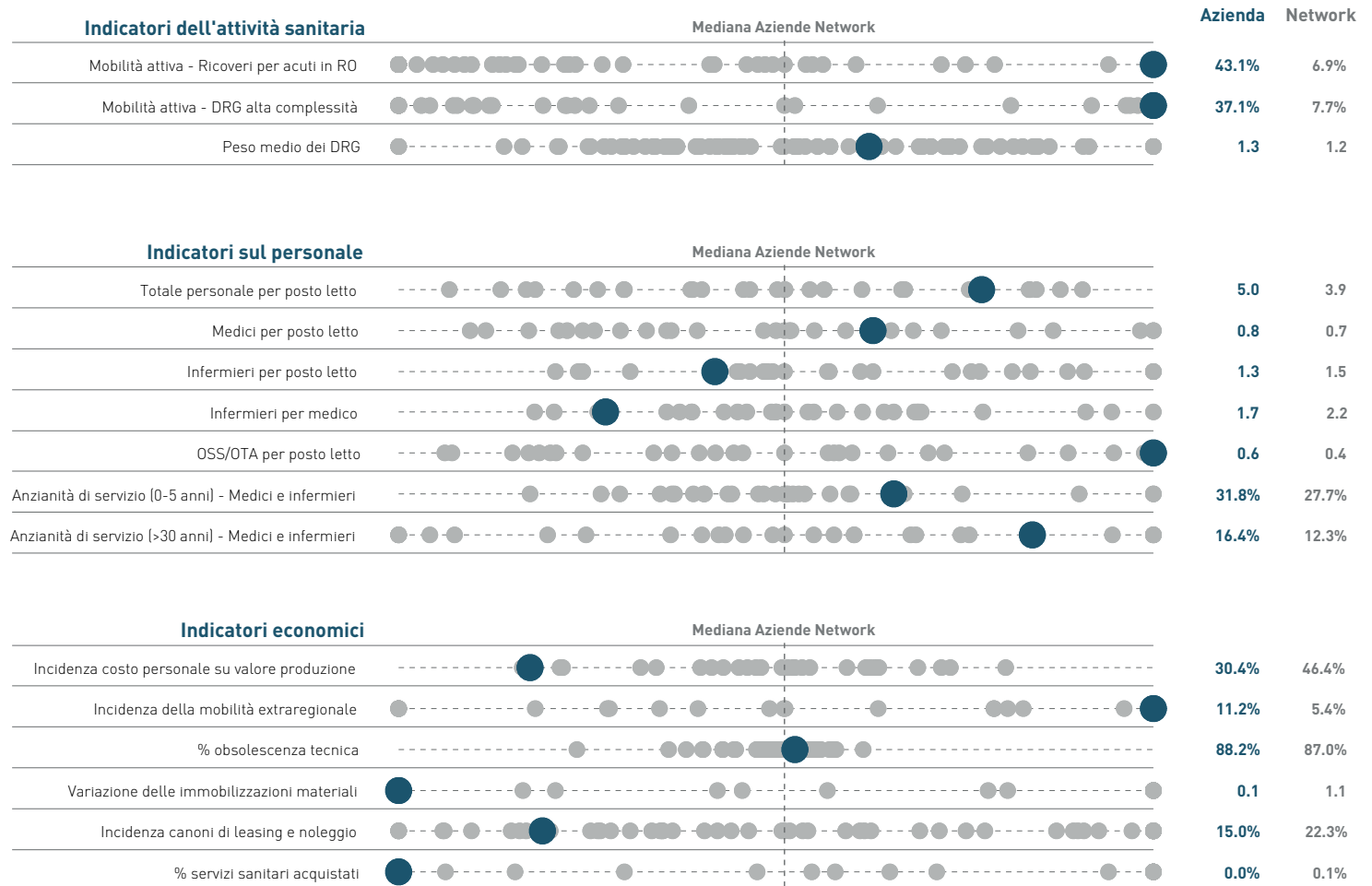


IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

Profilo azienda



Posti letto	294
- Degenza Ordinaria	262
- Day Hospital/Day surgery	32
Dimissioni totali	16.711
Giornate di degenza ordin.	57.990
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

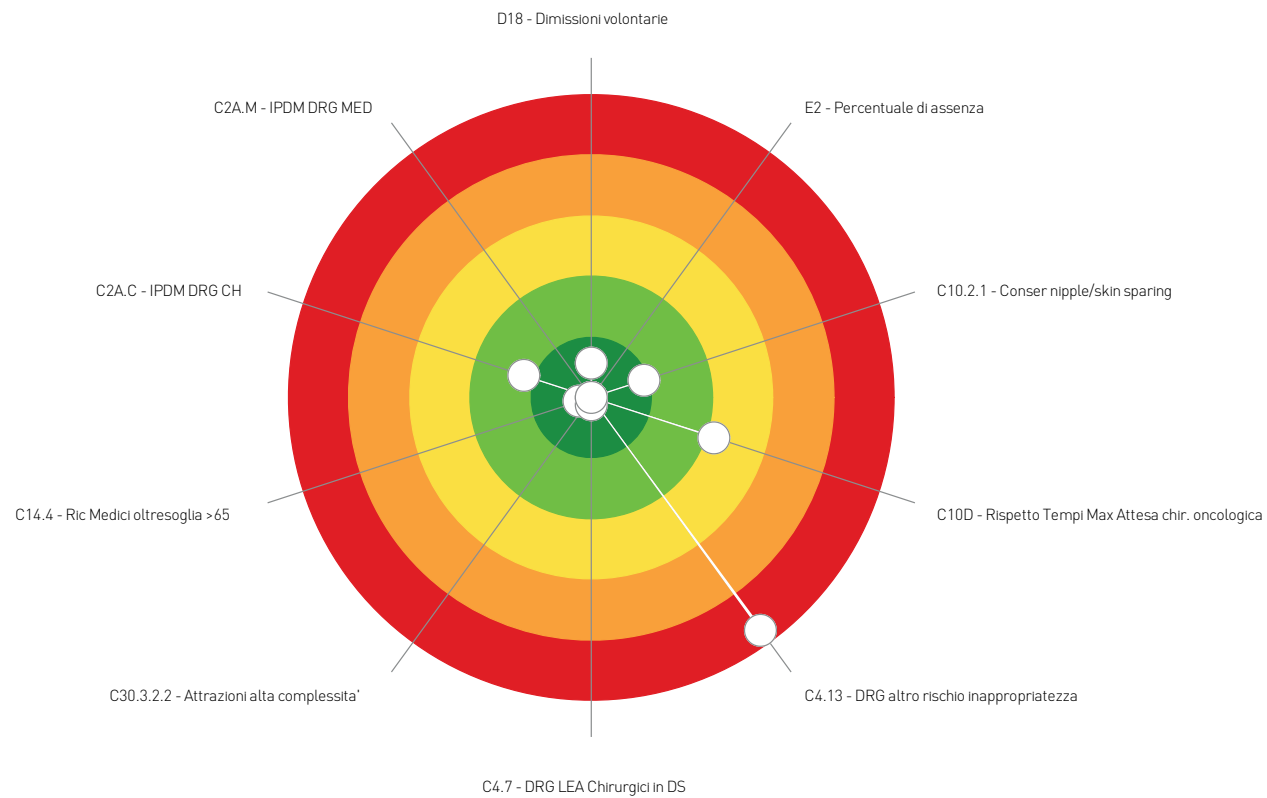
Numero indicatori di valutazione: 17

Indicatori Migliorati ↑
70.6%

Indicatori Stabili =
11.8%

Indicatori Peggiorati ↓
17.6%

Valutazione della Performance 2022

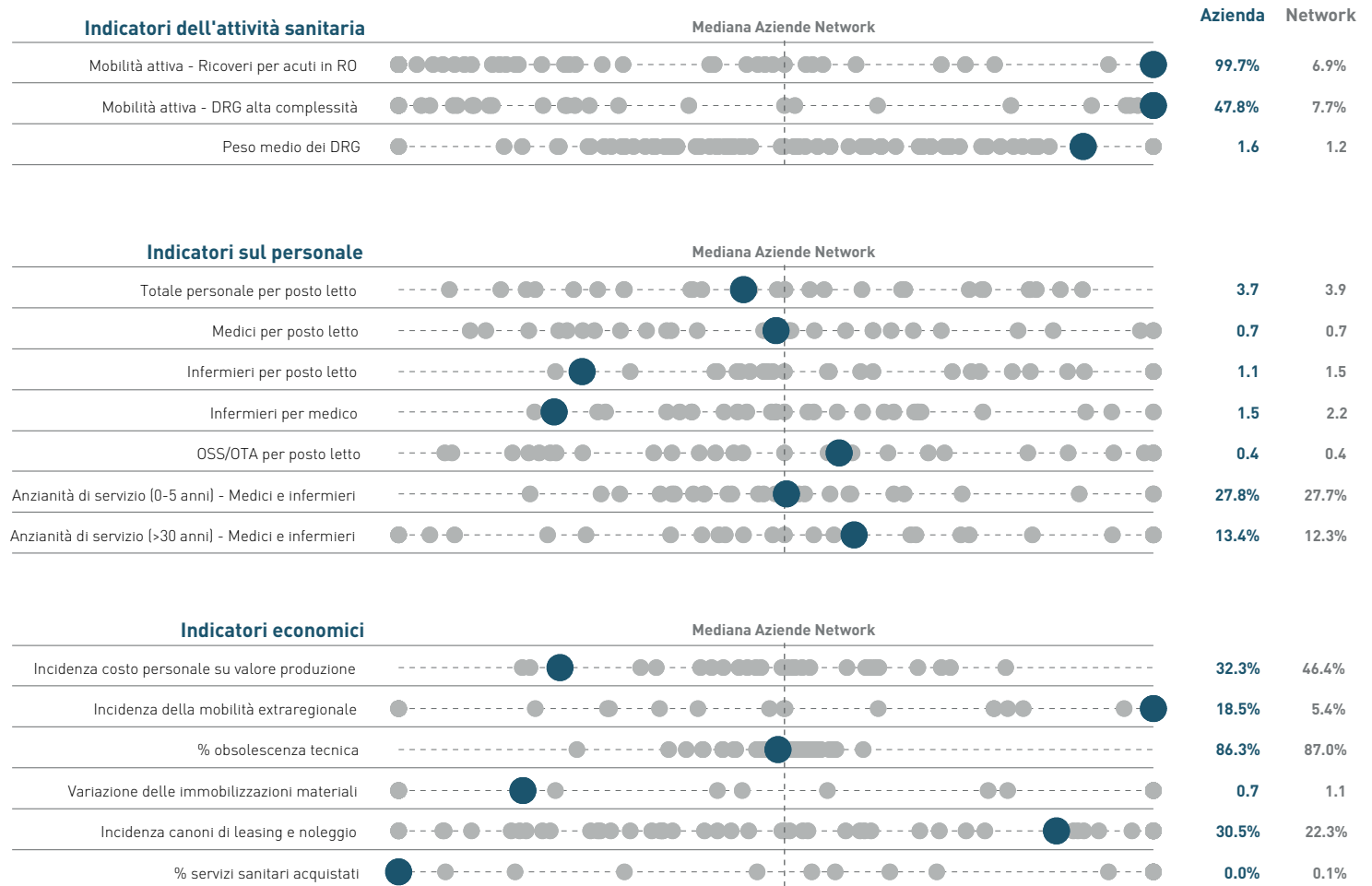


IRCCS ISTITUTO NEUR. C.BESTA

Profilo azienda

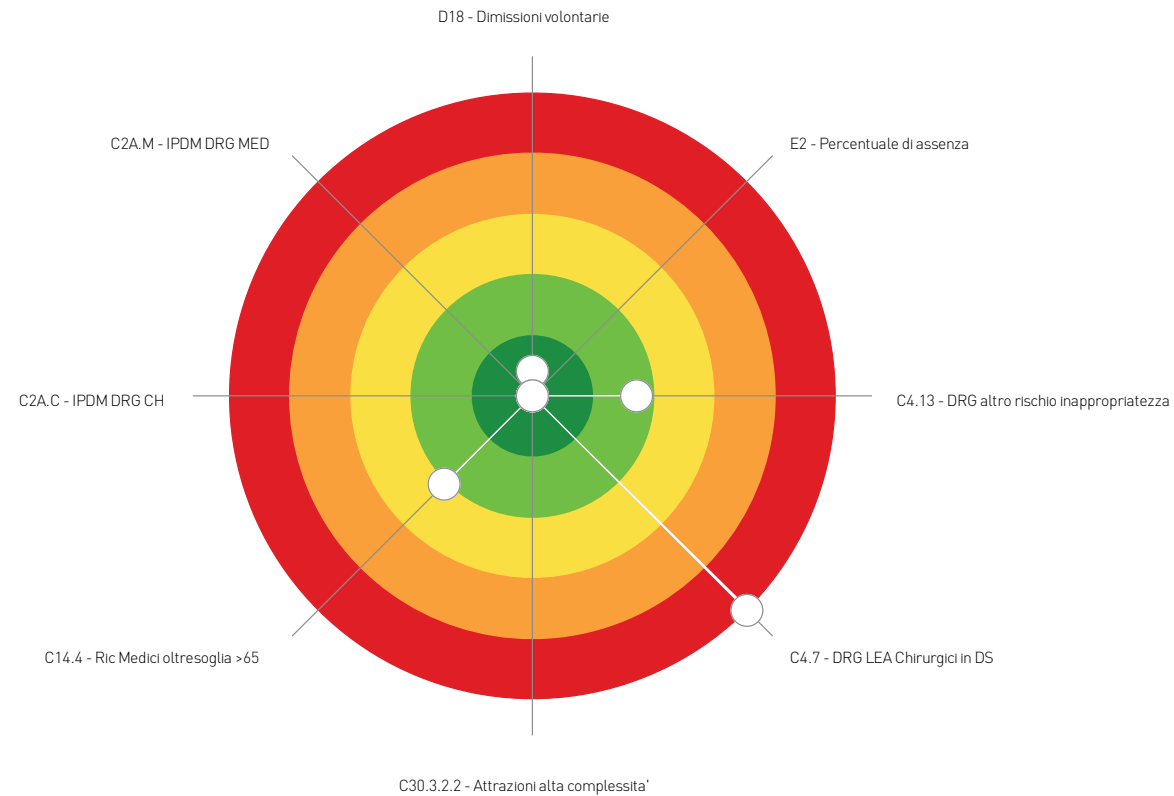


Posti letto	168
- Degenza Ordinaria	161
- Day Hospital/Day surgery	7
Dimissioni totali	5.081
Giornate di degenza ordin.	31.839
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IRCCS ISTITUTO NEUR. C.BESTA

Valutazione della Performance 2022



IRCCS OSP. POL. DI MILANO

Profilo azienda

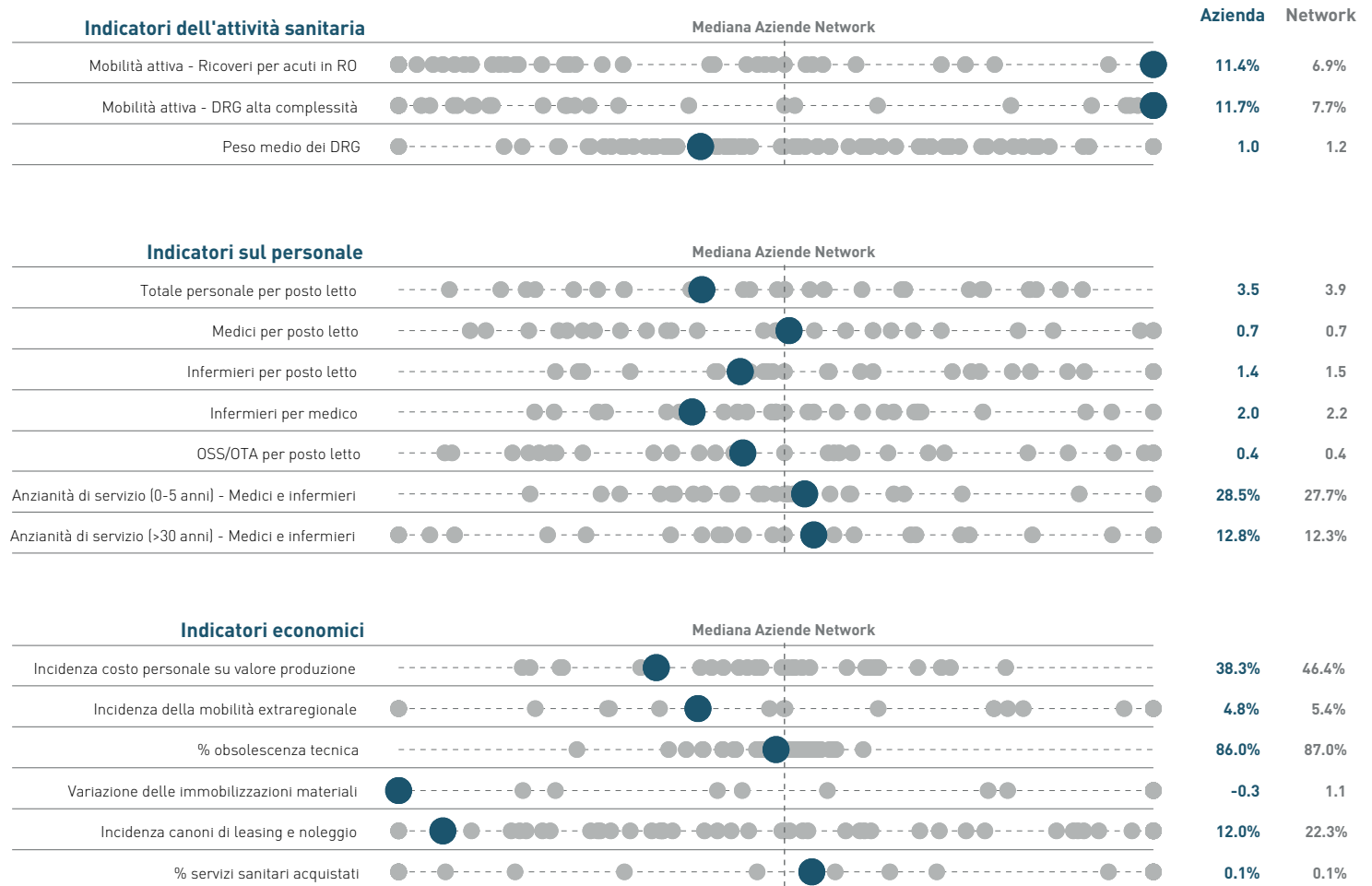


Posti letto	1.214
- Degenza Ordinaria	1.120
- Day Hospital/Day surgery	94

Dimissioni totali	41.440
Giornate di degenza ordin.	230.632

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	89.102

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	5.787



IRCCS OSP. POL. DI MILANO

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

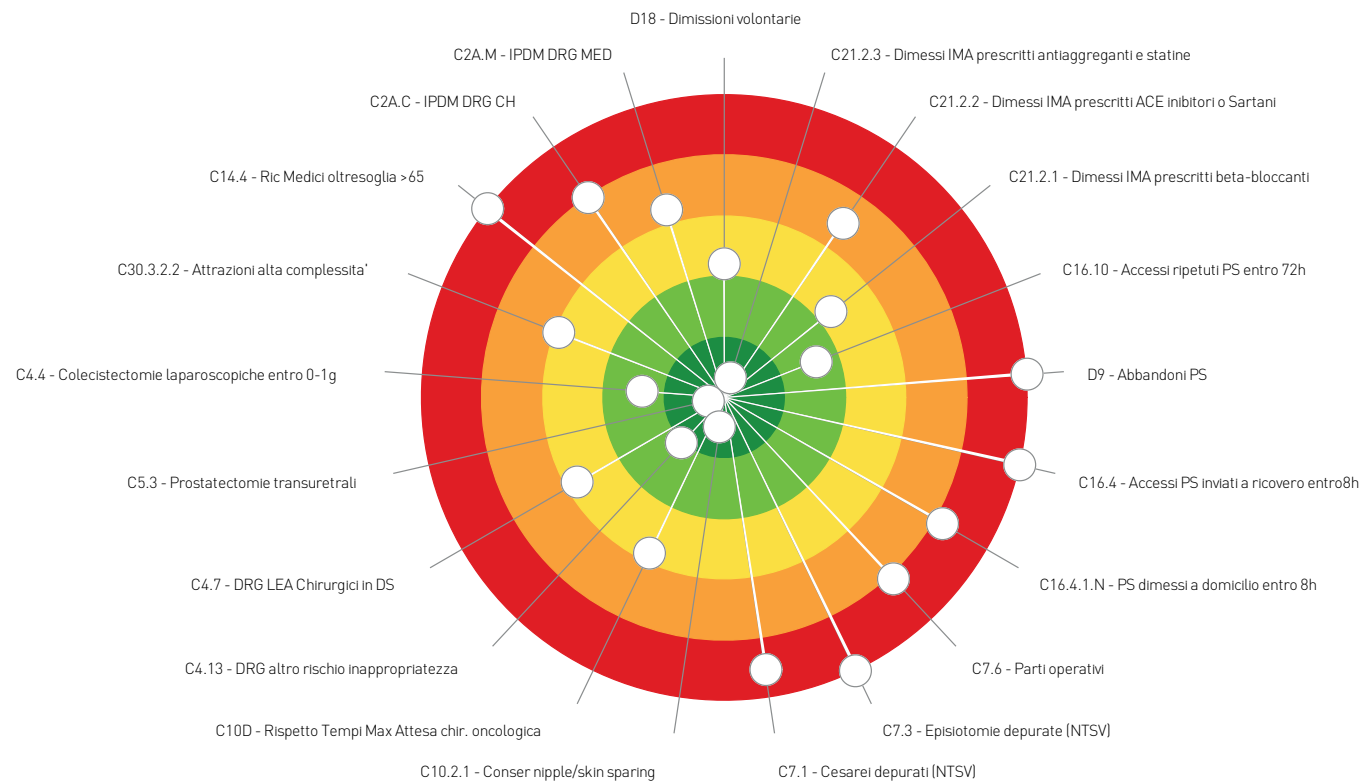
Numero indicatori di valutazione: 29

Indicatori Migliorati ↑
44.8 %

Indicatori Stabili =
13.8 %

Indicatori Peggiorati ↓
41.4 %

Valutazione della Performance 2022

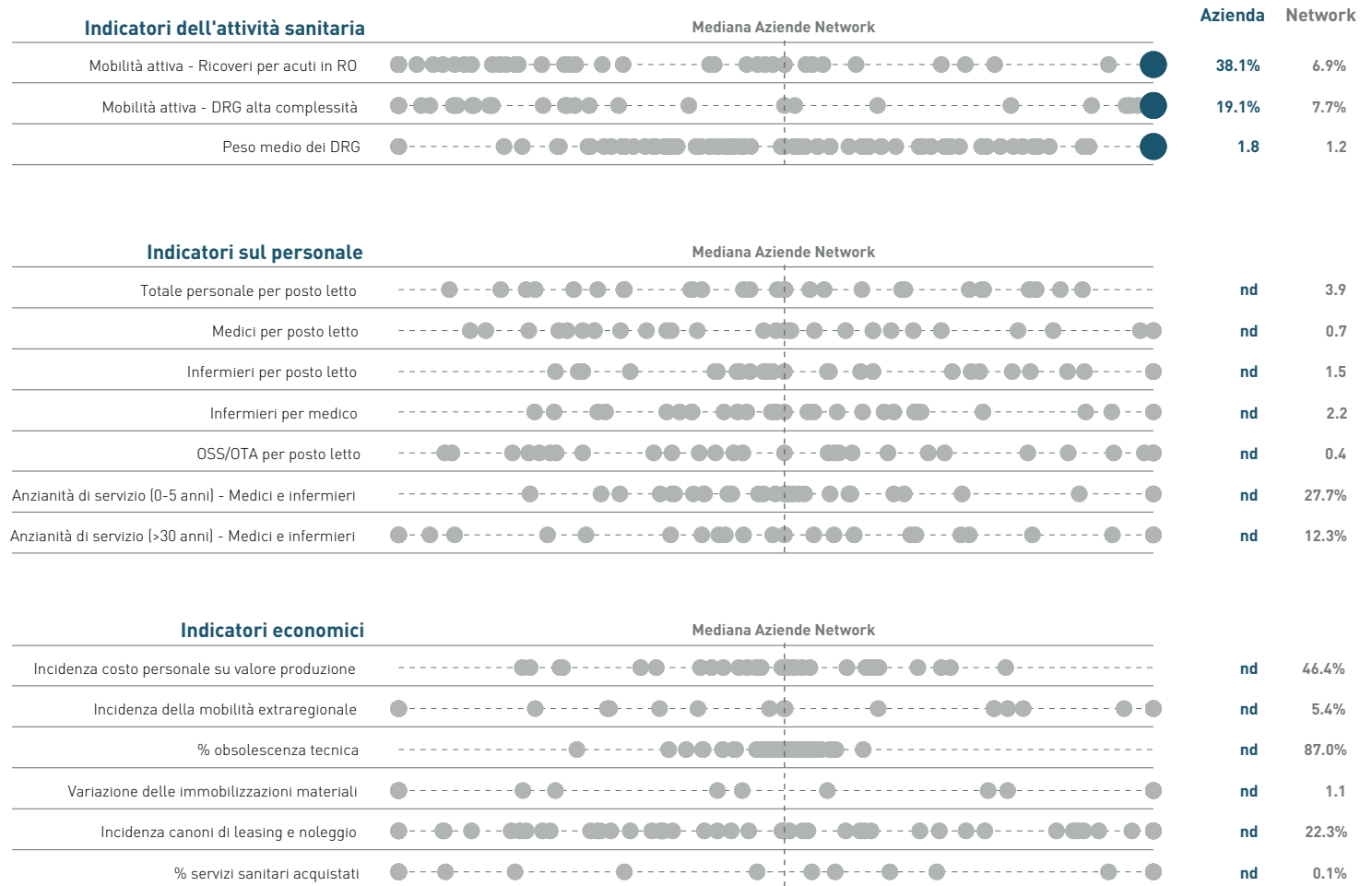


FOND.MONZINO-CENTRO CARDIOL.-MI

Profilo azienda

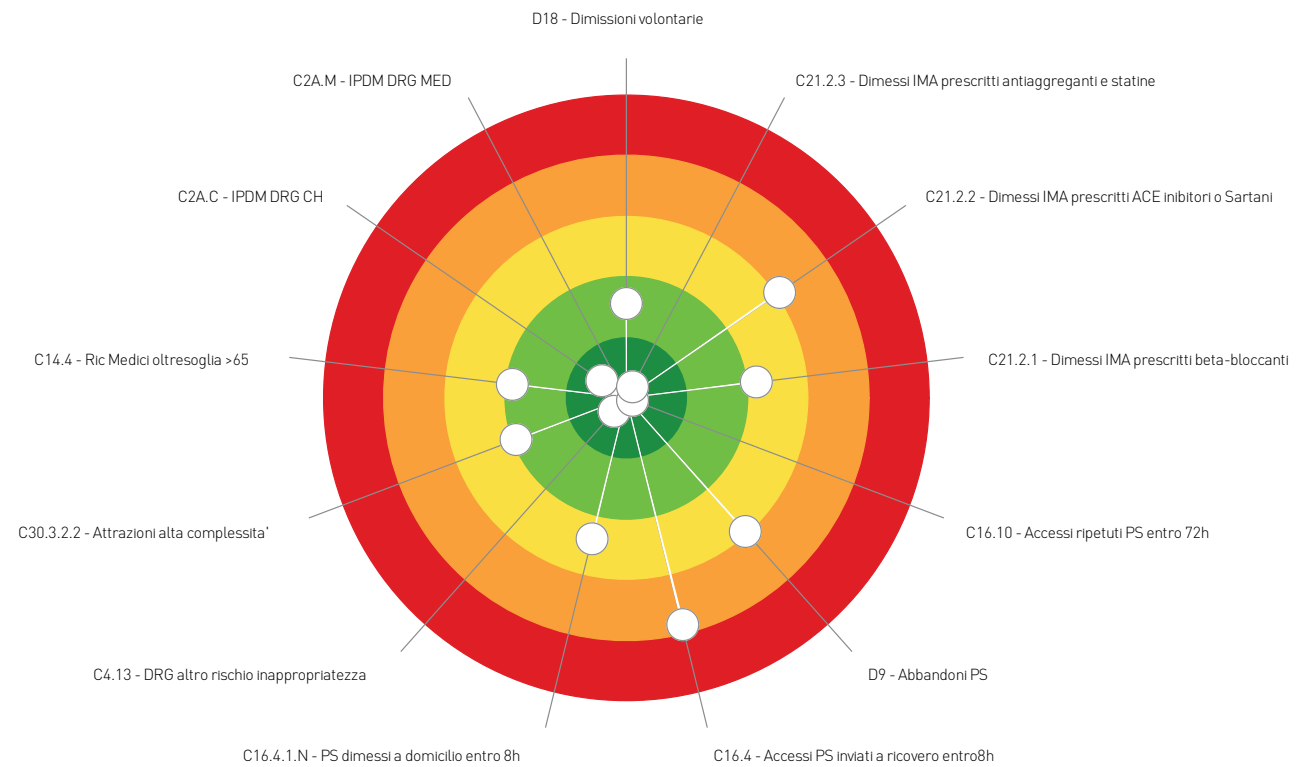


Posti letto	193
- Degenza Ordinaria	189
- Day Hospital/Day surgery	4
Dimissioni totali	8.711
Giornate di degenza ordin.	38.997
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	11.982
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



FOND.MONZINO-CENTRO CARDIOL.-MI

Valutazione della Performance 2022



S. RAFFAELE - MI

Profilo azienda

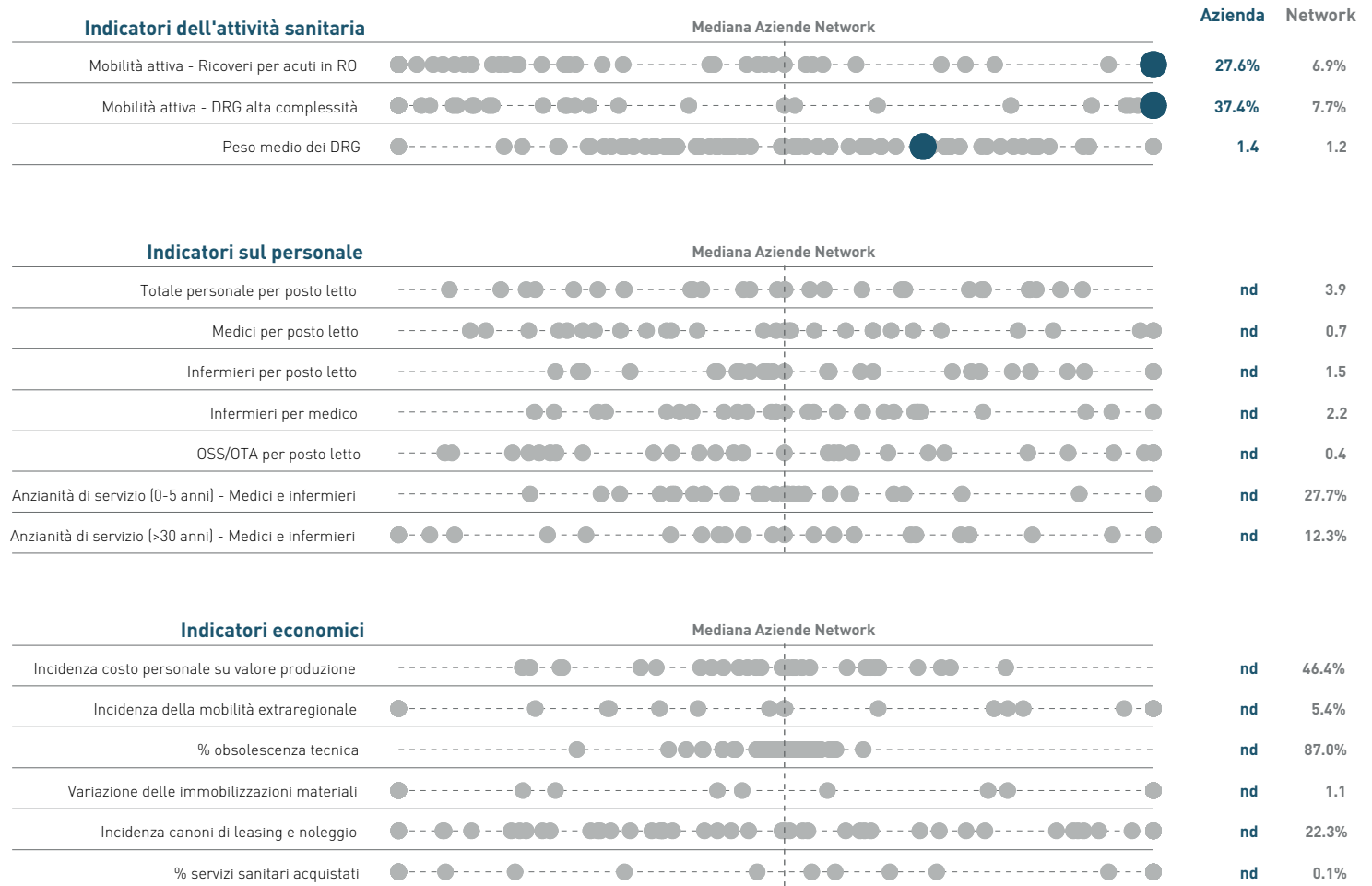


Posti letto	901
- Degenza Ordinaria	863
- Day Hospital/Day surgery	38

Dimissioni totali	46.788
Giornate di degenza ordin.	258.663

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	66.029

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.187



S. RAFFAELE - MI

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

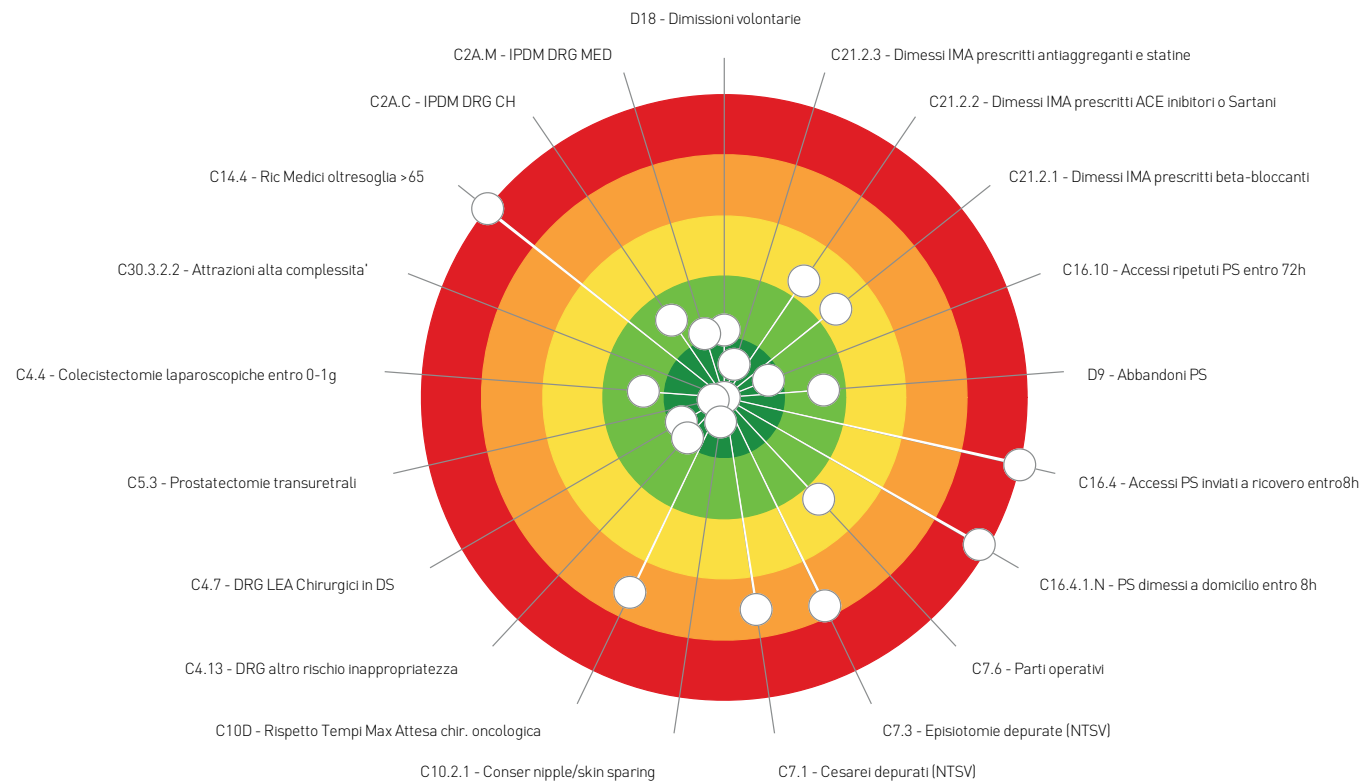
Numero indicatori di valutazione: 29

Indicatori Migliorati ↑
44,8 %

Indicatori Stabili =
10,3 %

Indicatori Peggiorati ↓
44,8 %

Valutazione della Performance 2022

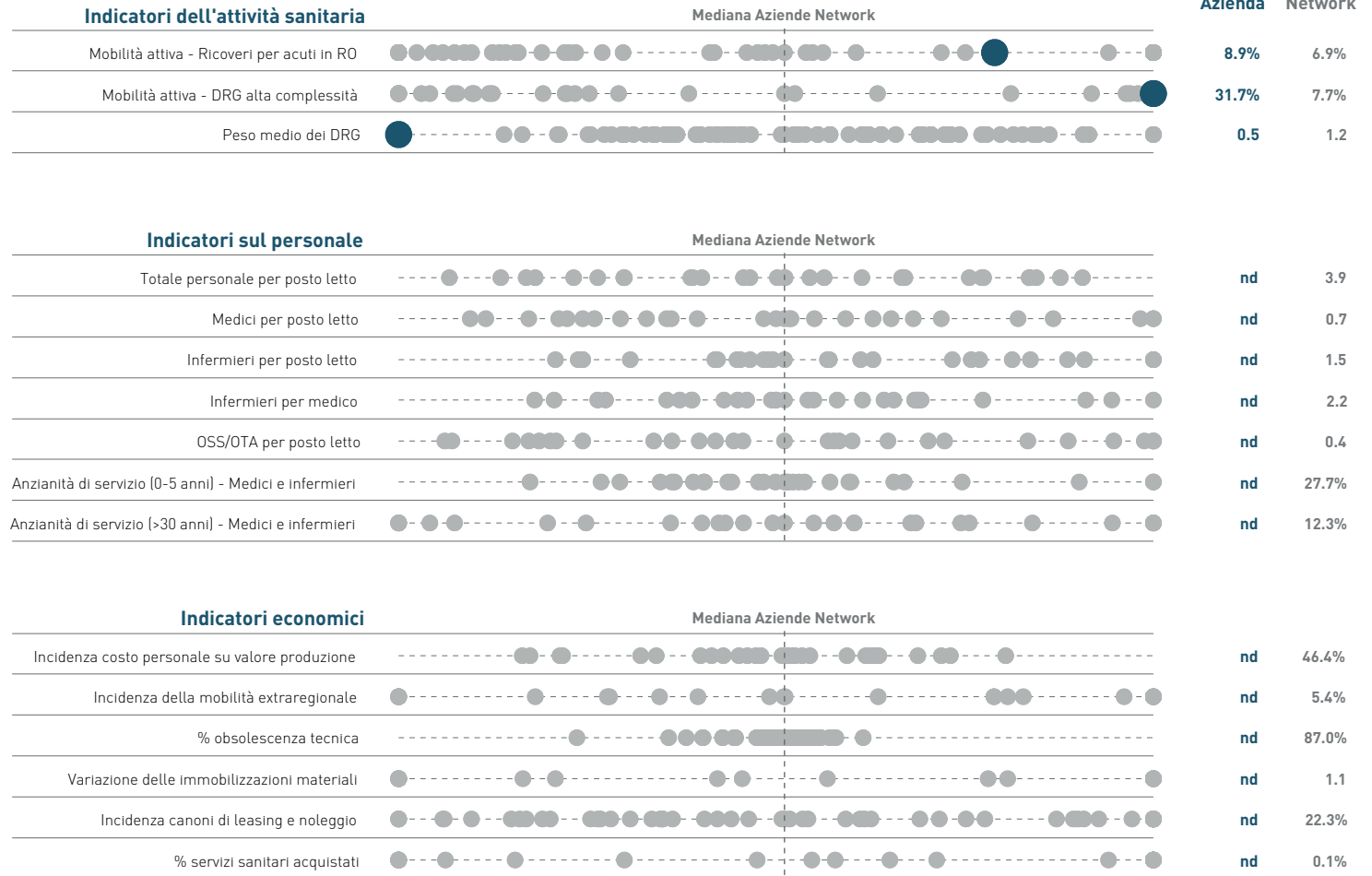


IST. AUXOLOGICO ITALIANO

Profilo azienda



Posti letto	276
- Degenza Ordinaria	257
- Day Hospital/Day surgery	19
Dimissioni totali	10.452
Giornate di degenza ordin.	49.478
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	9.342
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IST. AUXOLOGICO ITALIANO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

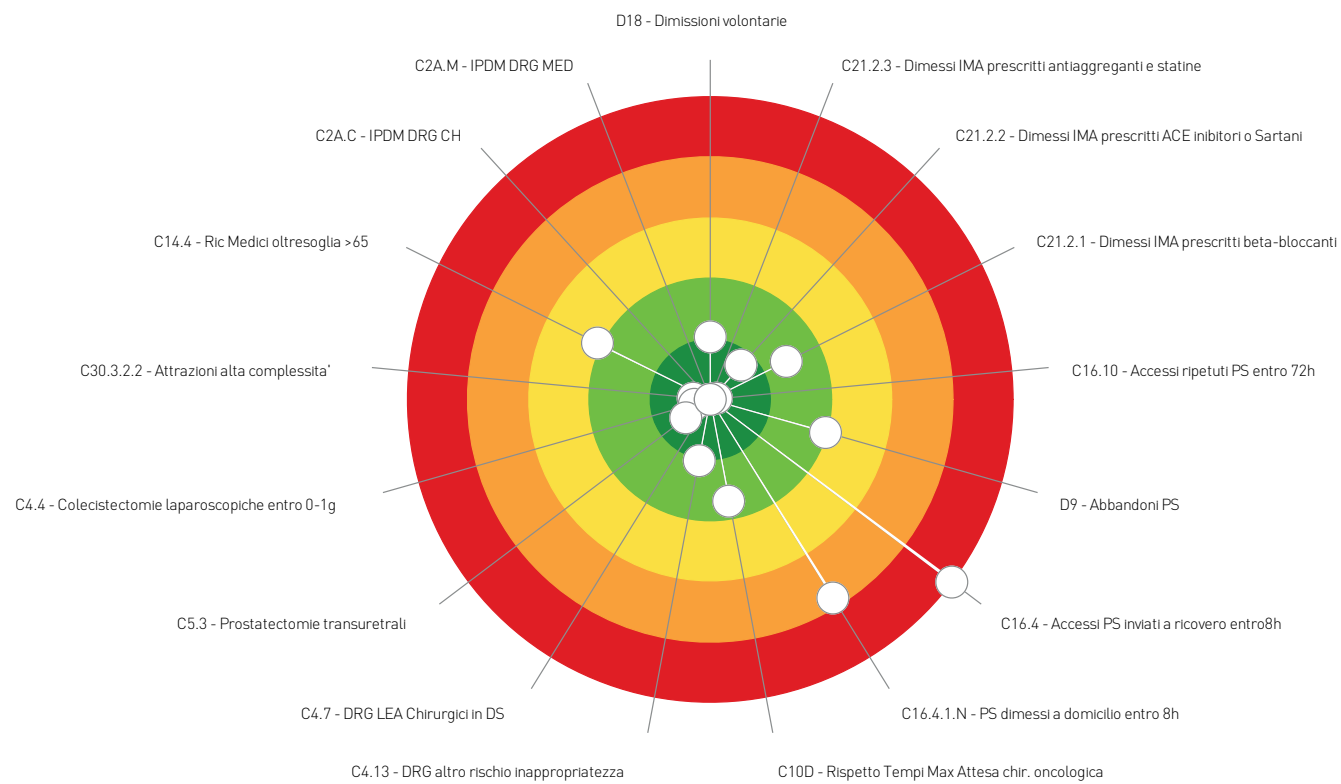
Numero indicatori di valutazione: 15

Indicatori Migliorati ↑
60.0%

Indicatori Stabili =
26.7%

Indicatori Peggiorati ↓
13.3%

Valutazione della Performance 2022

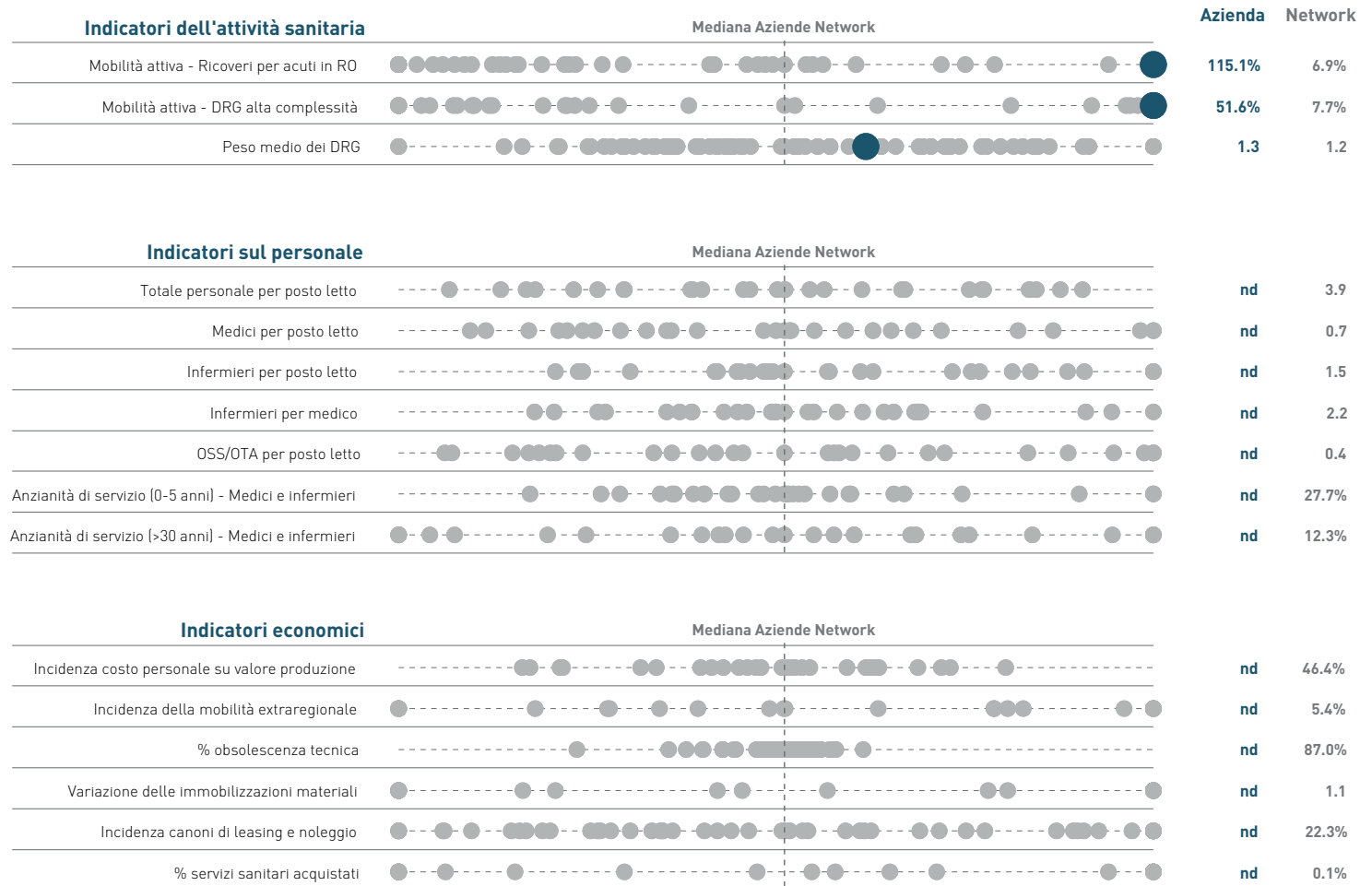


ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Profilo azienda



Posti letto	240
- Degenza Ordinaria	186
- Day Hospital/Day surgery	54
Dimissioni totali	16.548
Giornate di degenza ordin.	46.401
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

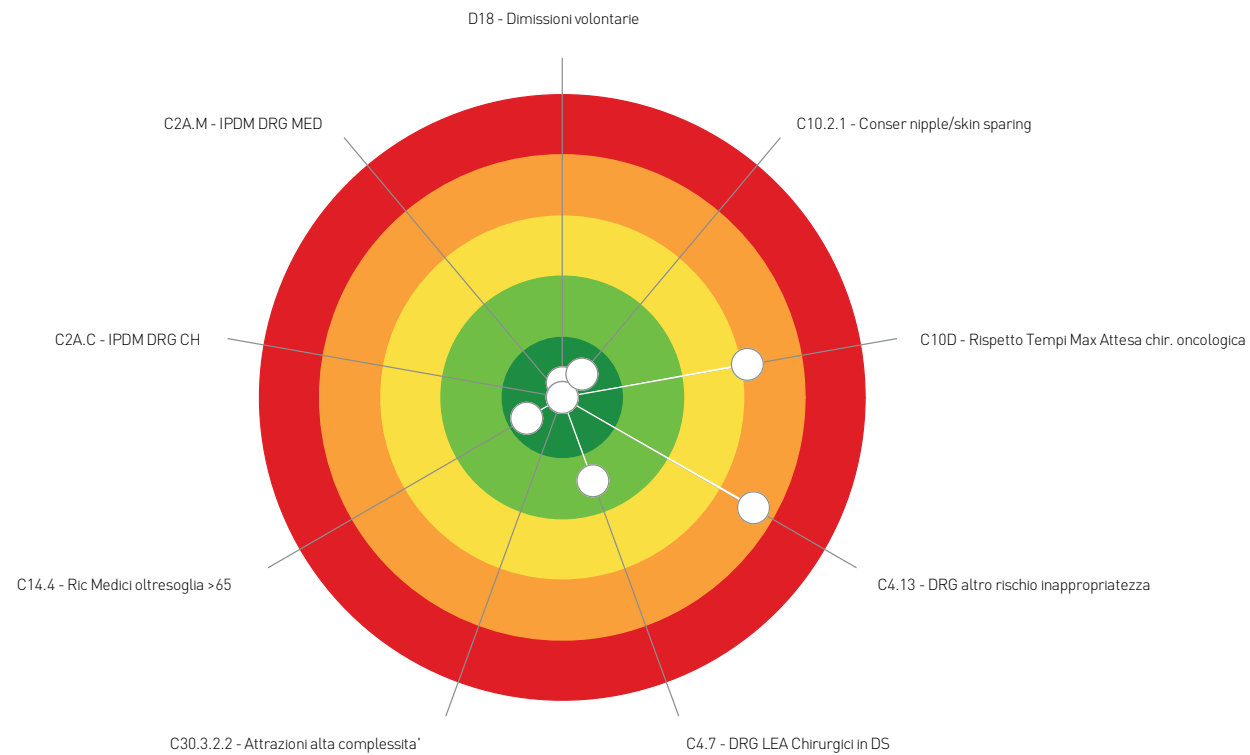
Numero indicatori di valutazione: 17

Indicatori Migliorati ↑
23.5%

Indicatori Stabili =
5.9%

Indicatori Peggiorati ↓
70.6%

Valutazione della Performance 2022

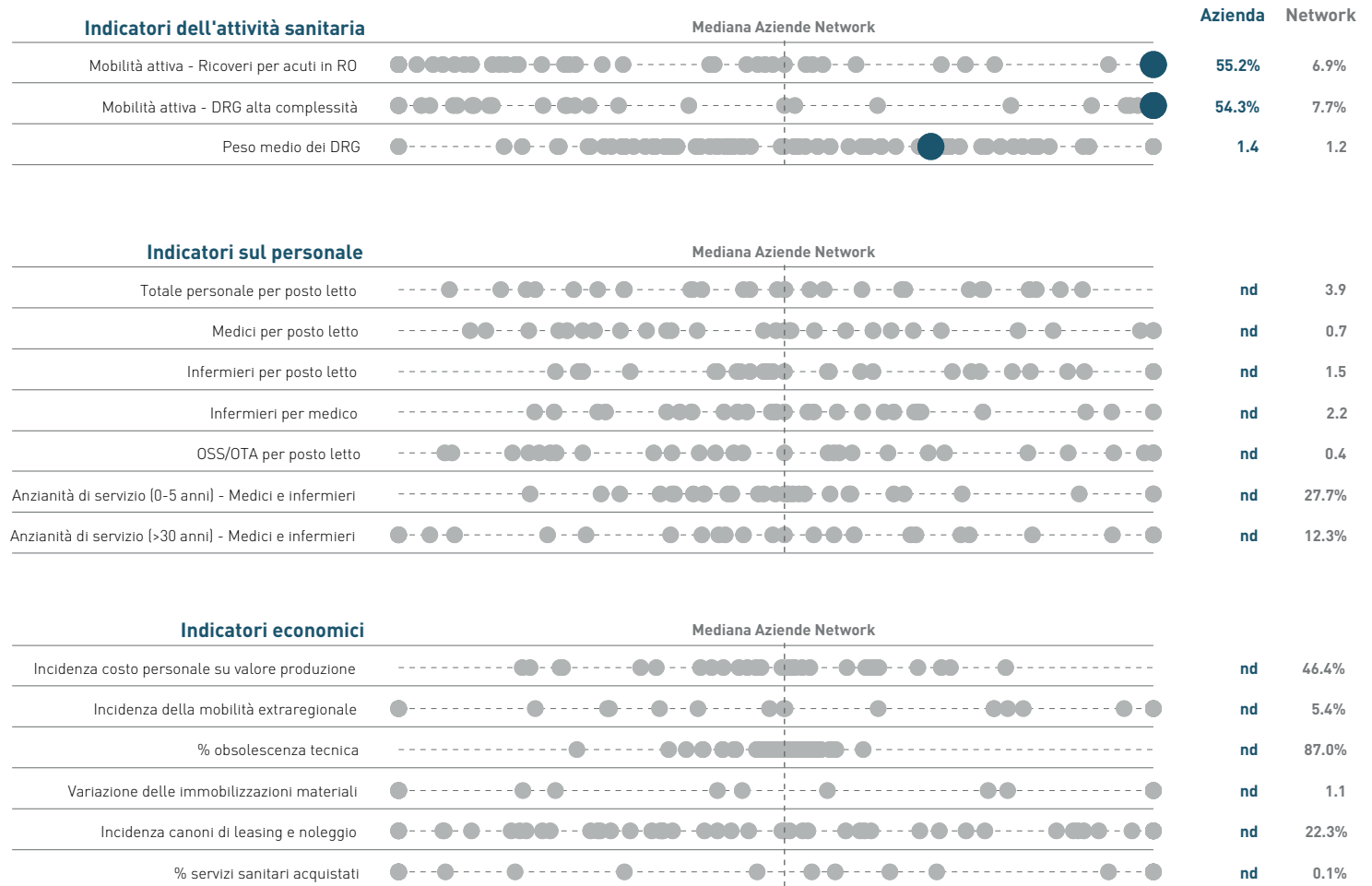


IST. CLIN. HUMANITAS

Profilo azienda



Posti letto	650
- Degenza Ordinaria	620
- Day Hospital/Day surgery	30
Dimissioni totali	45.421
Giornate di degenza ordin.	198.021
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	48.731
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IST. CLIN. HUMANITAS

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

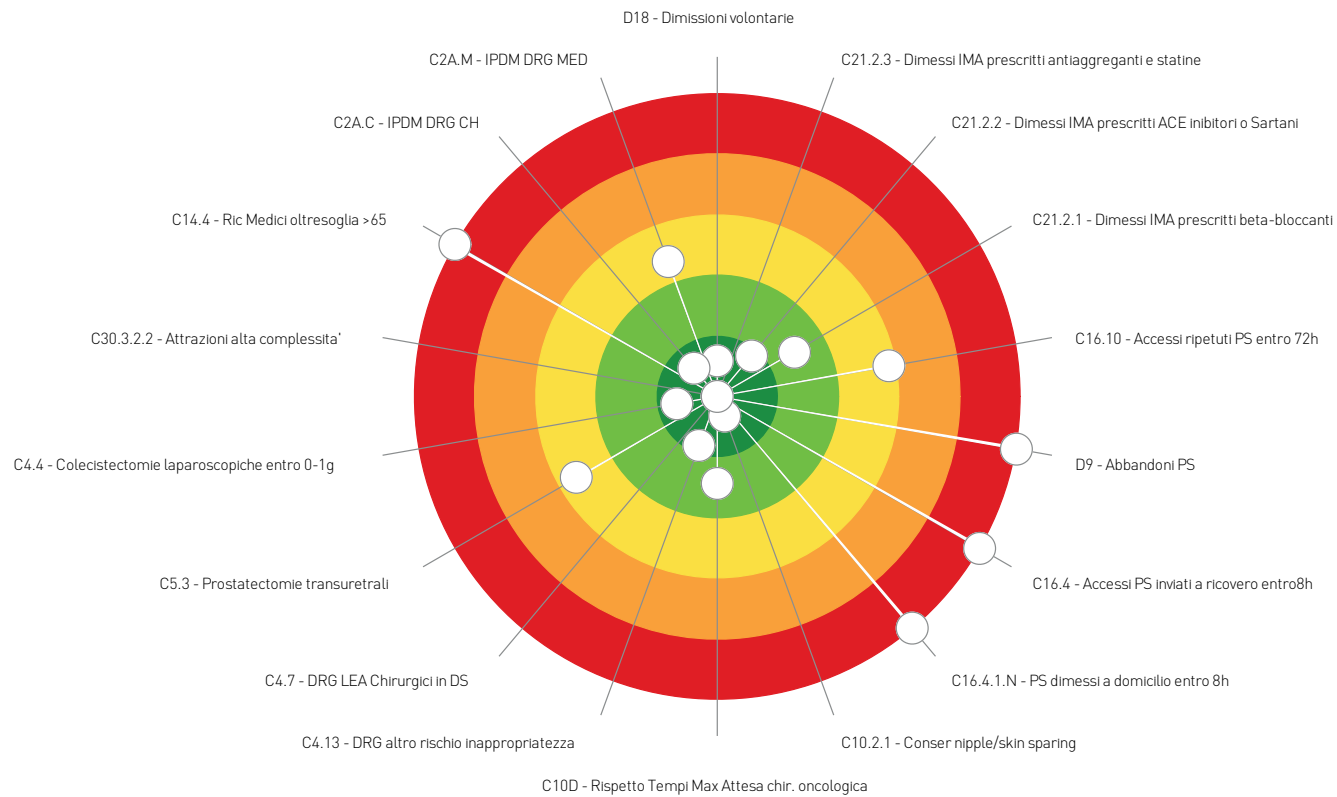
Numero indicatori di valutazione: 25

Indicatori Migliorati ↑
60.0 %

Indicatori Stabili =
8.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
32.0 %

Valutazione della Performance 2022

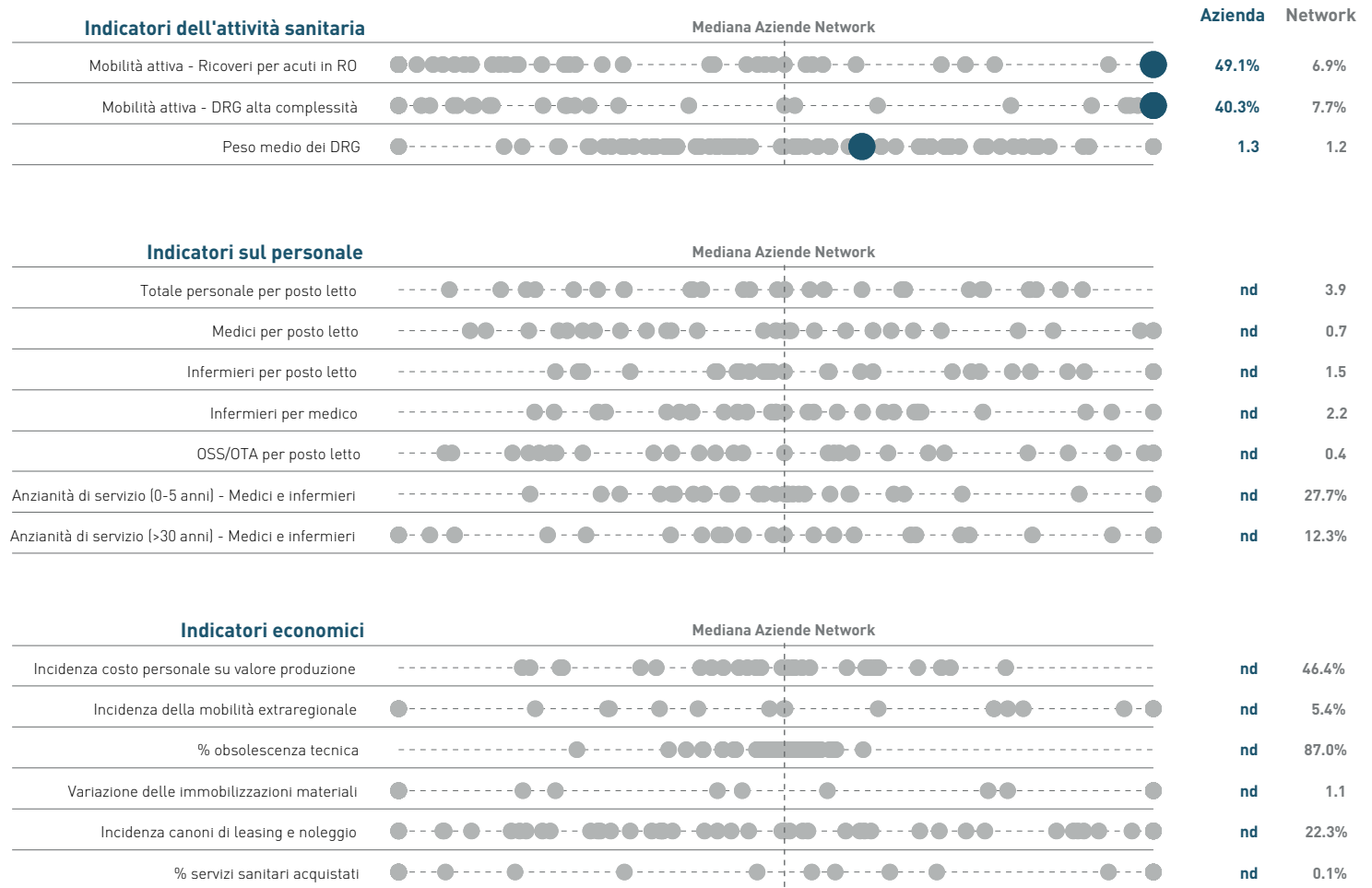


ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

Profilo azienda

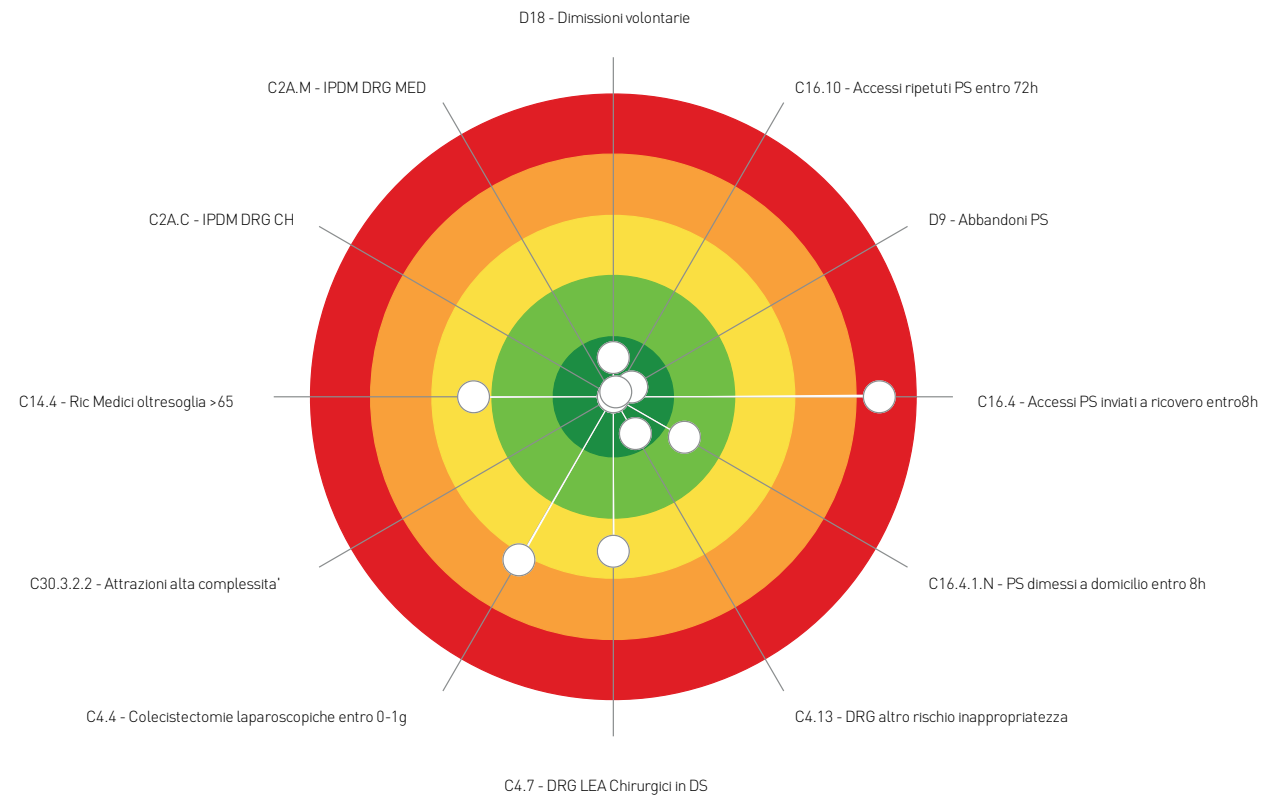


Posti letto	597
- Degenza Ordinaria	575
- Day Hospital/Day surgery	22
Dimissioni totali	20.723
Giornate di degenza ordin.	100.480
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	23.818
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

Valutazione della Performance 2022



IST.POLICL. S.DONATO

Profilo azienda

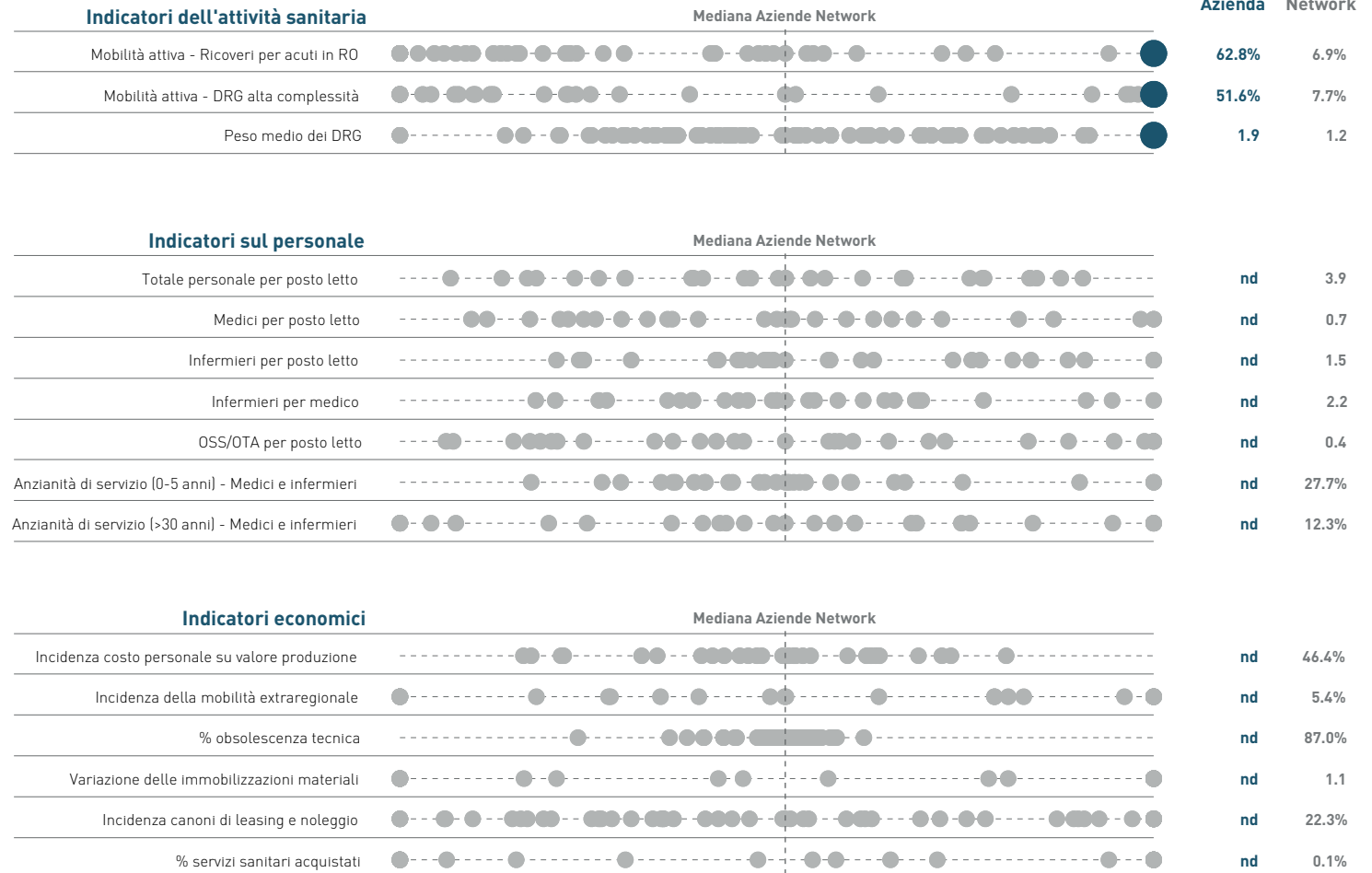


Posti letto	474
- Degenza Ordinaria	469
- Day Hospital/Day surgery	5

Dimissioni totali	14.616
Giornate di degenza ordin.	85.727

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	22.429

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IST.POLICL. S.DONATO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

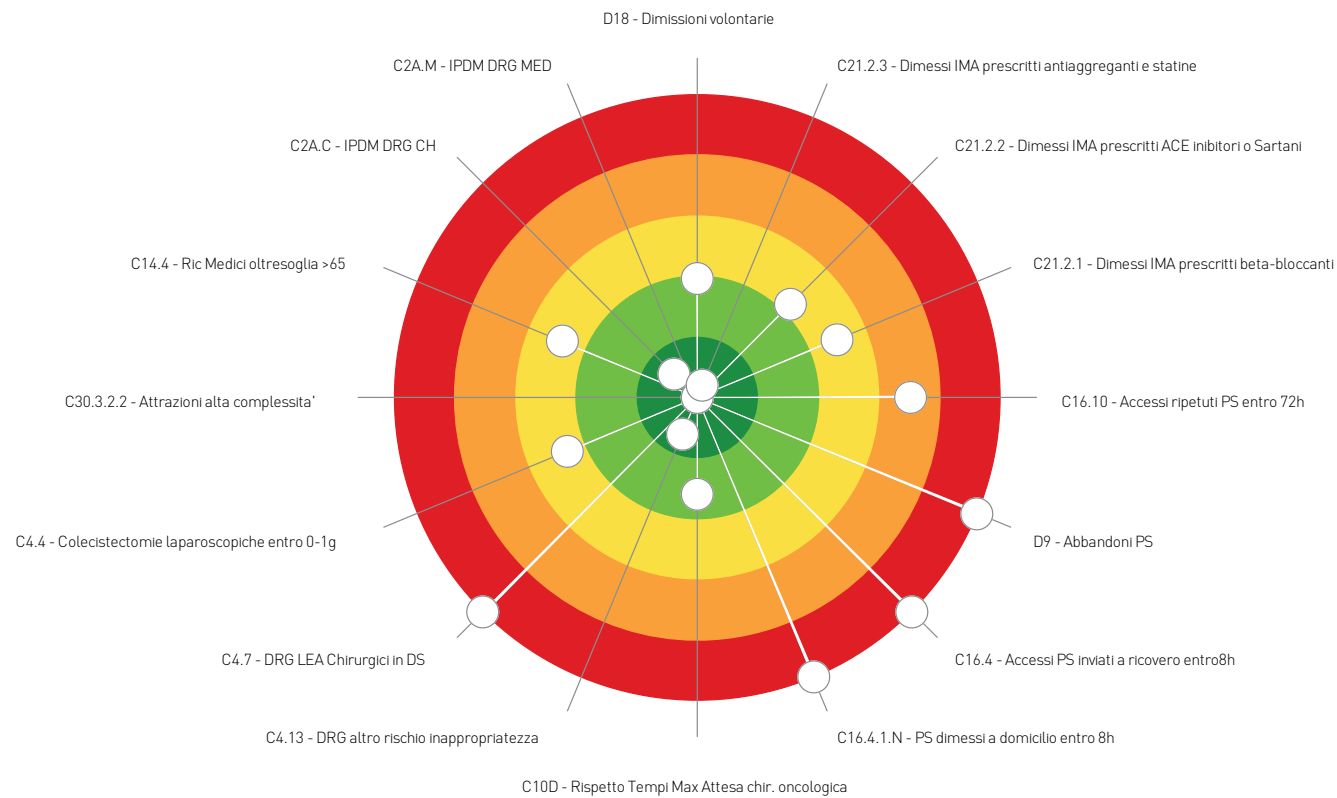
Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori Migliorati ↑
42.9%

Indicatori Stabili =
14.3%

Indicatori Peggiorati ↓
42.9%

Valutazione della Performance 2022

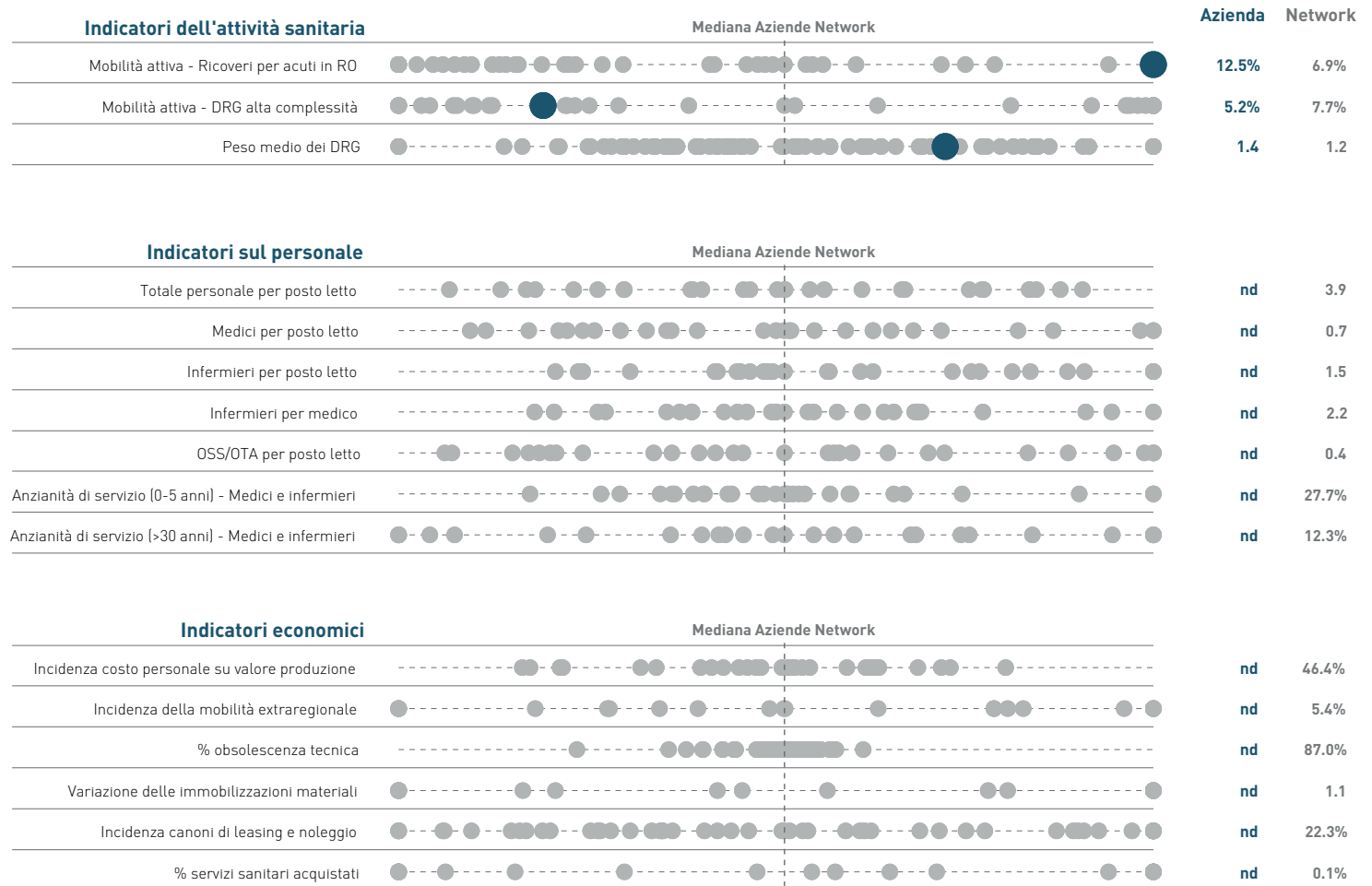


CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

Profilo azienda



Posti letto	175
- Degenza Ordinaria	161
- Day Hospital/Day surgery	14
Dimissioni totali	7.567
Giornate di degenza ordin.	33.845
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	14.973
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

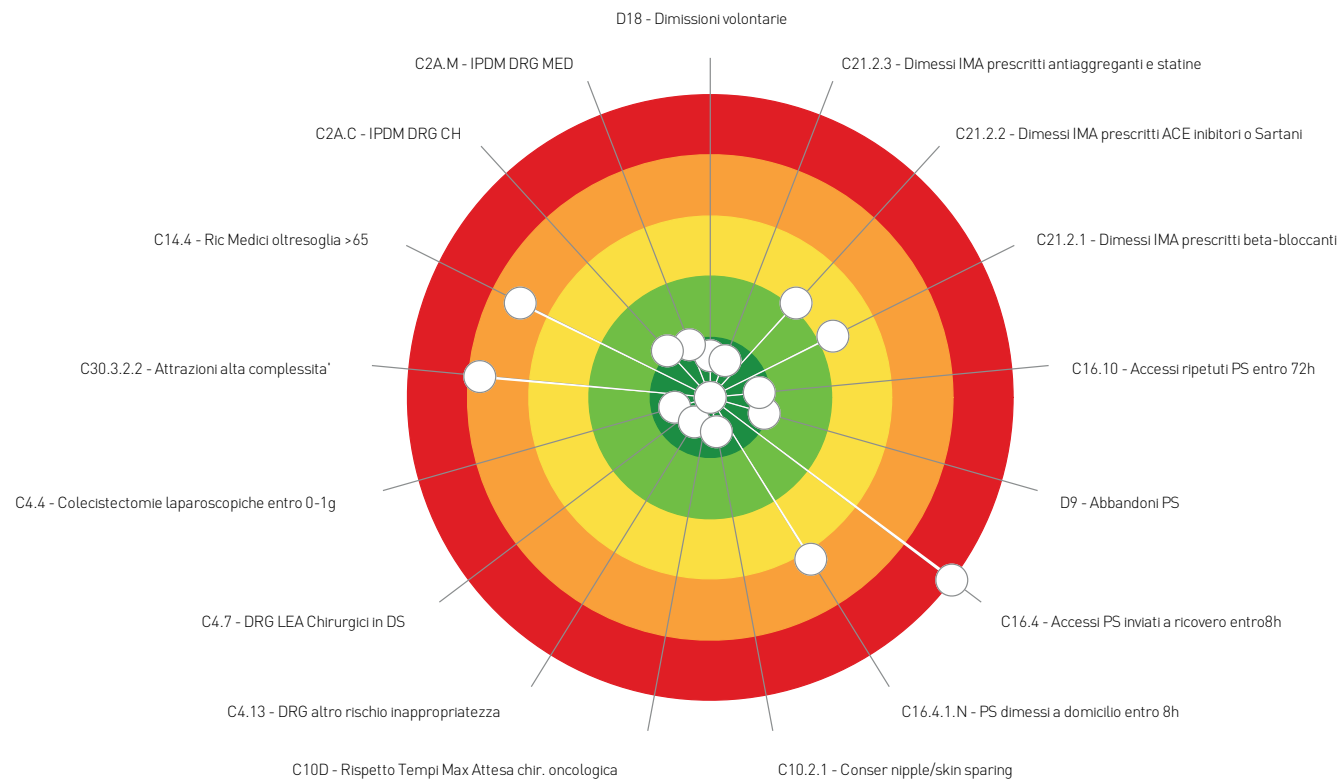
Numero indicatori di valutazione: 20

Indicatori Migliorati ↑
55.0 %

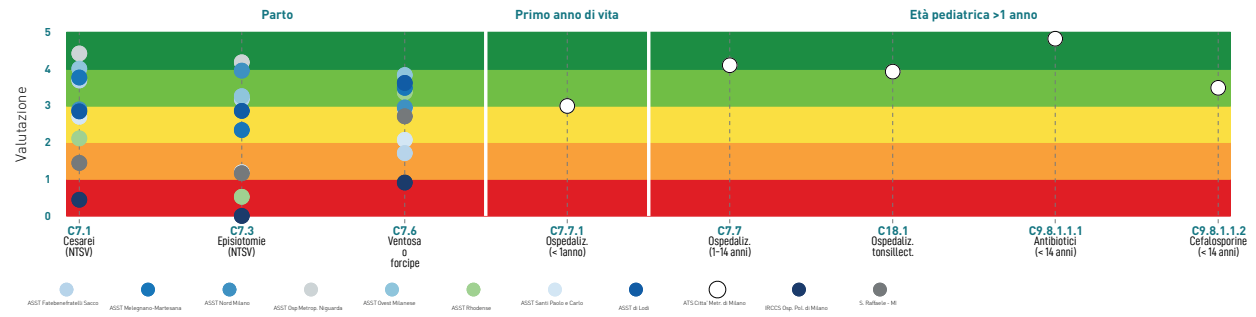
Indicatori Stabili =
20.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
25.0 %

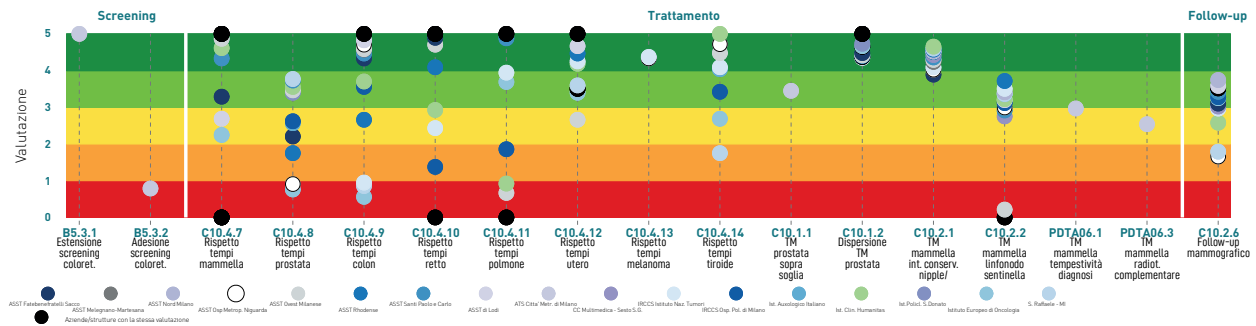
Valutazione della Performance 2022



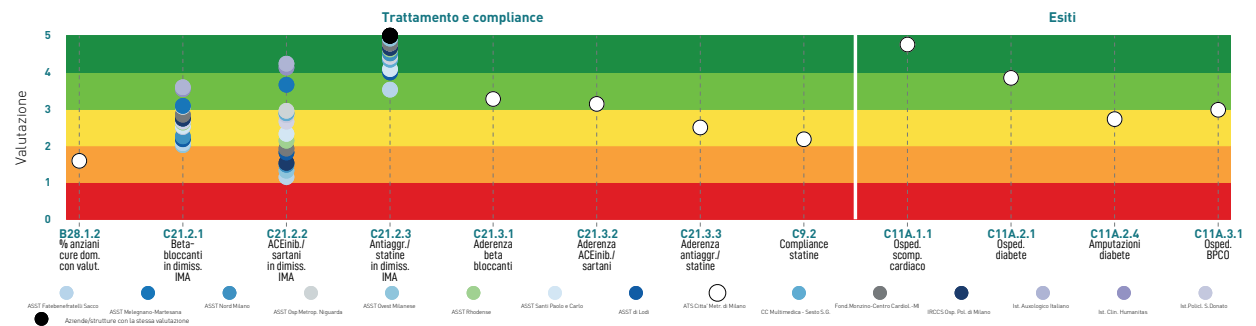
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO

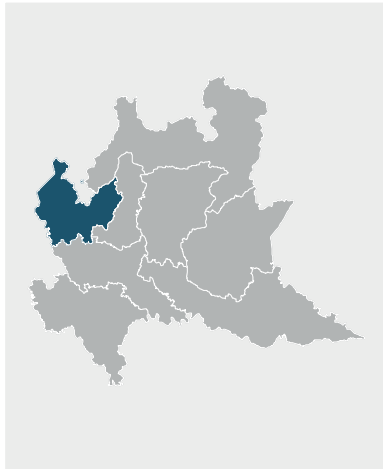


PERCORSO CRONICITÀ

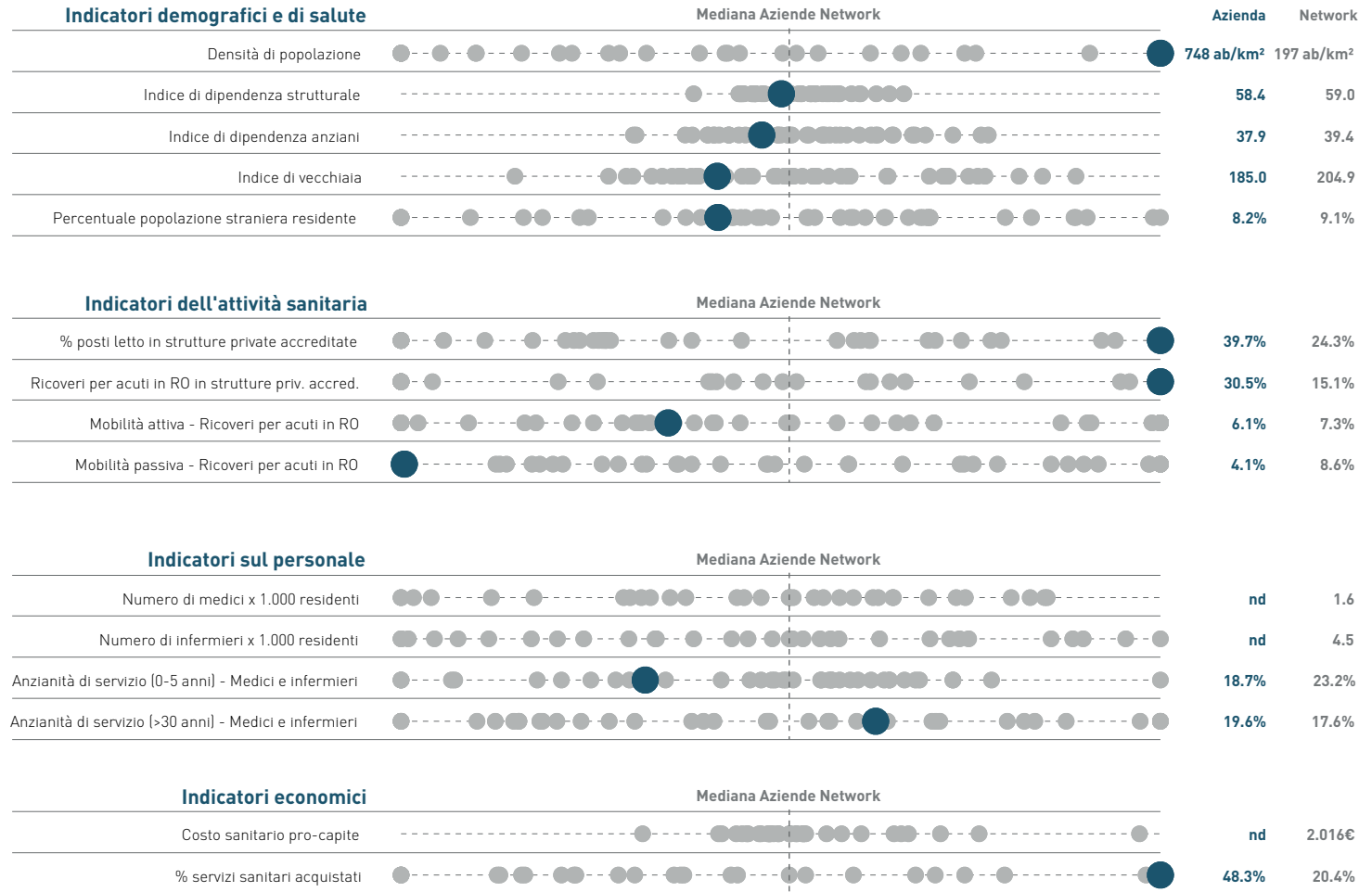


ATS INSUBRIA

Profilo azienda



Popolazione residente	1.418.783
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	30
- Pubblici	19
- Privati accreditati	11
Posti letto	5.070
*Strutture pubbliche e private accreditate	

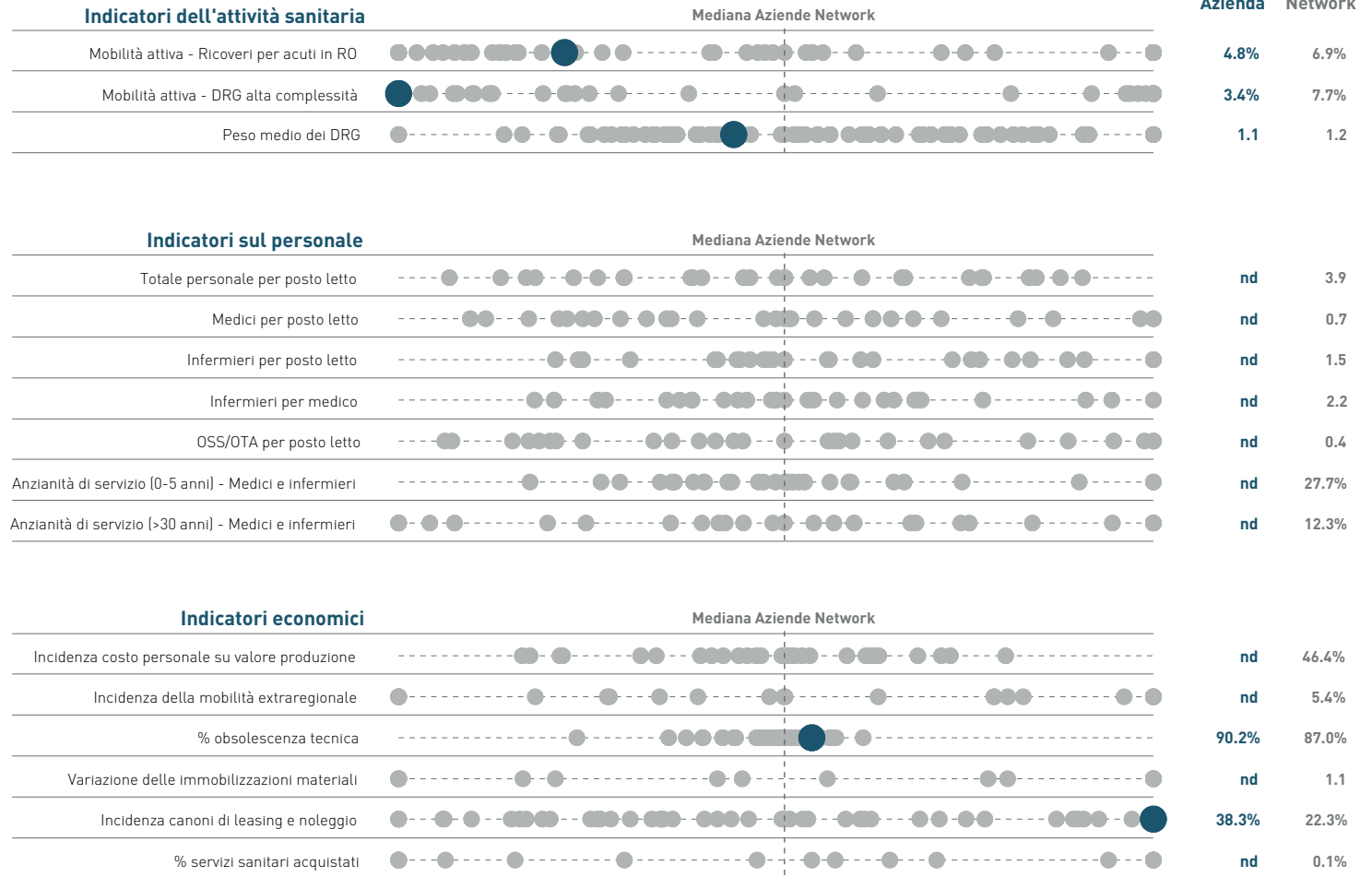


ASST DEI SETTE LAGHI

Profilo azienda



Posti letto	1.237
- Degenza Ordinaria	1.115
- Day Hospital/Day surgery	102
Dimissioni totali	51.063
Giornate di degenza ordin.	292.709
N. Pronto Soccorso	3
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	149.748
N. Punti Nascita	3
- Numero Parti (>1000)	3.767



ASST DEI SETTE LAGHI

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 29

Indicatori Migliorati ↑

44,8 %

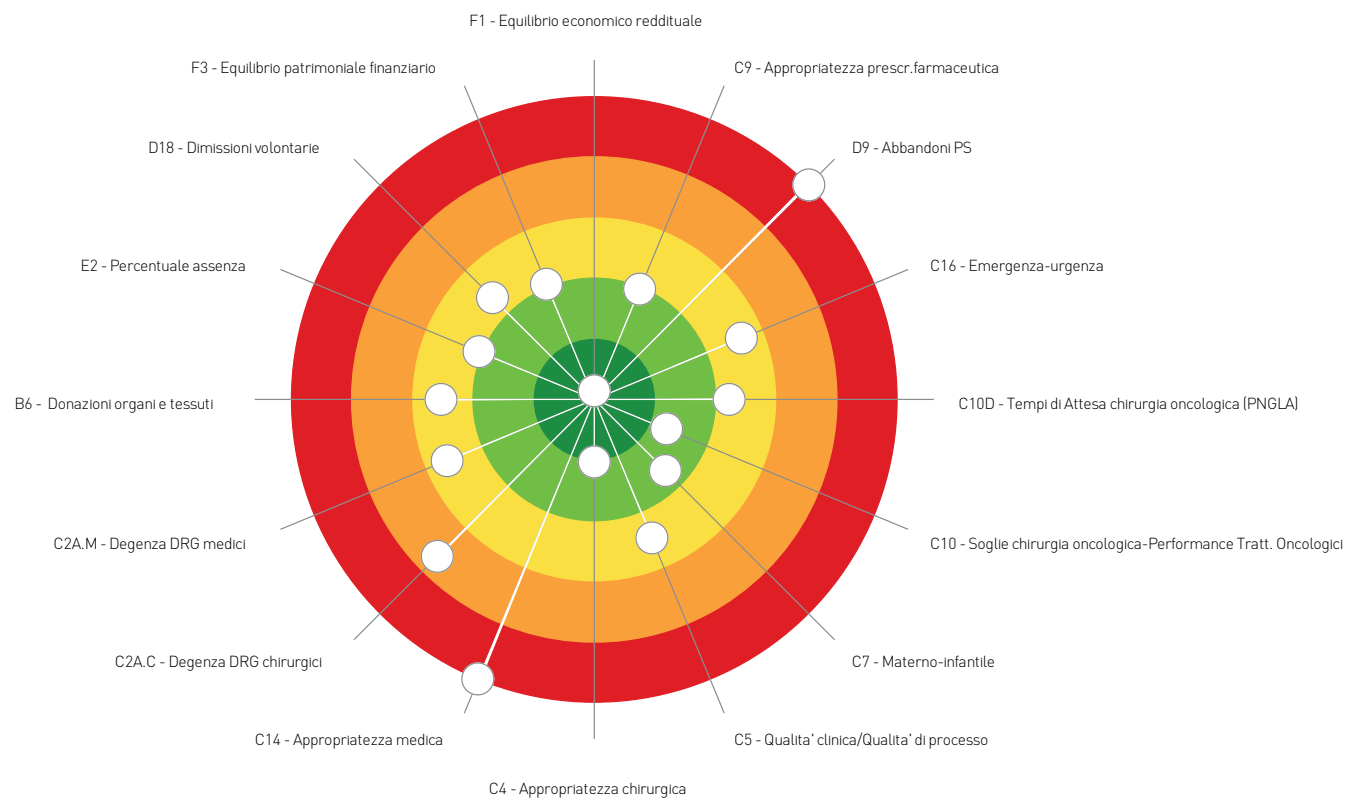
Indicatori Stabili =

13,8 %

Indicatori Peggiorati ↓

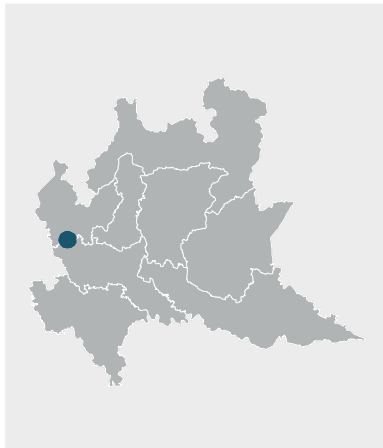
41,4 %

Valutazione della Performance 2022

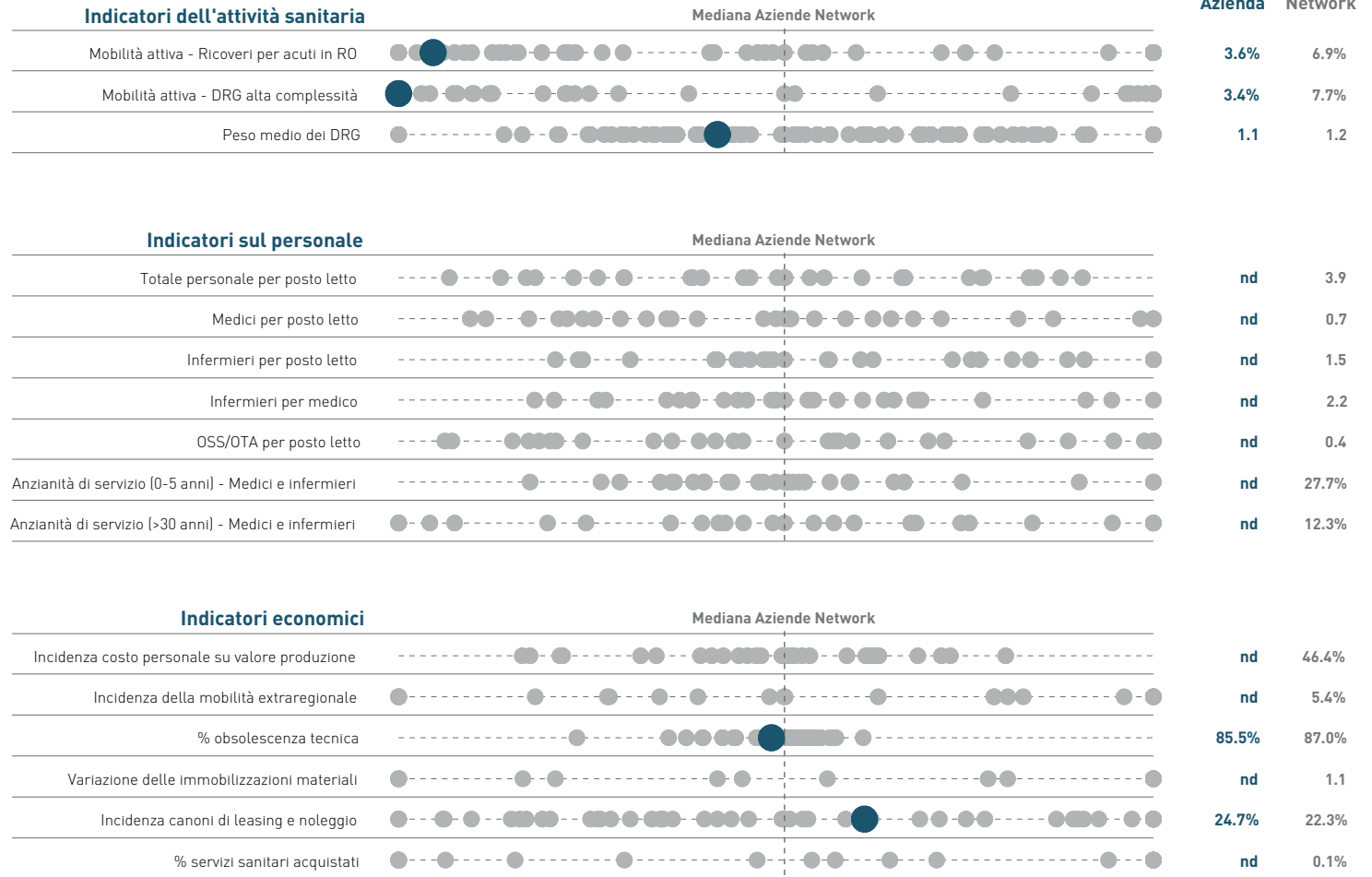


ASST DELLA VALLE OLONA

Profilo azienda



Posti letto	848
- Degenza Ordinaria	792
- Day Hospital/Day surgery	56
Dimissioni totali	28.692
Giornate di degenza ordin.	223.738
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	106.191
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (>1000)	1.498



ASST DELLA VALLE OLONA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

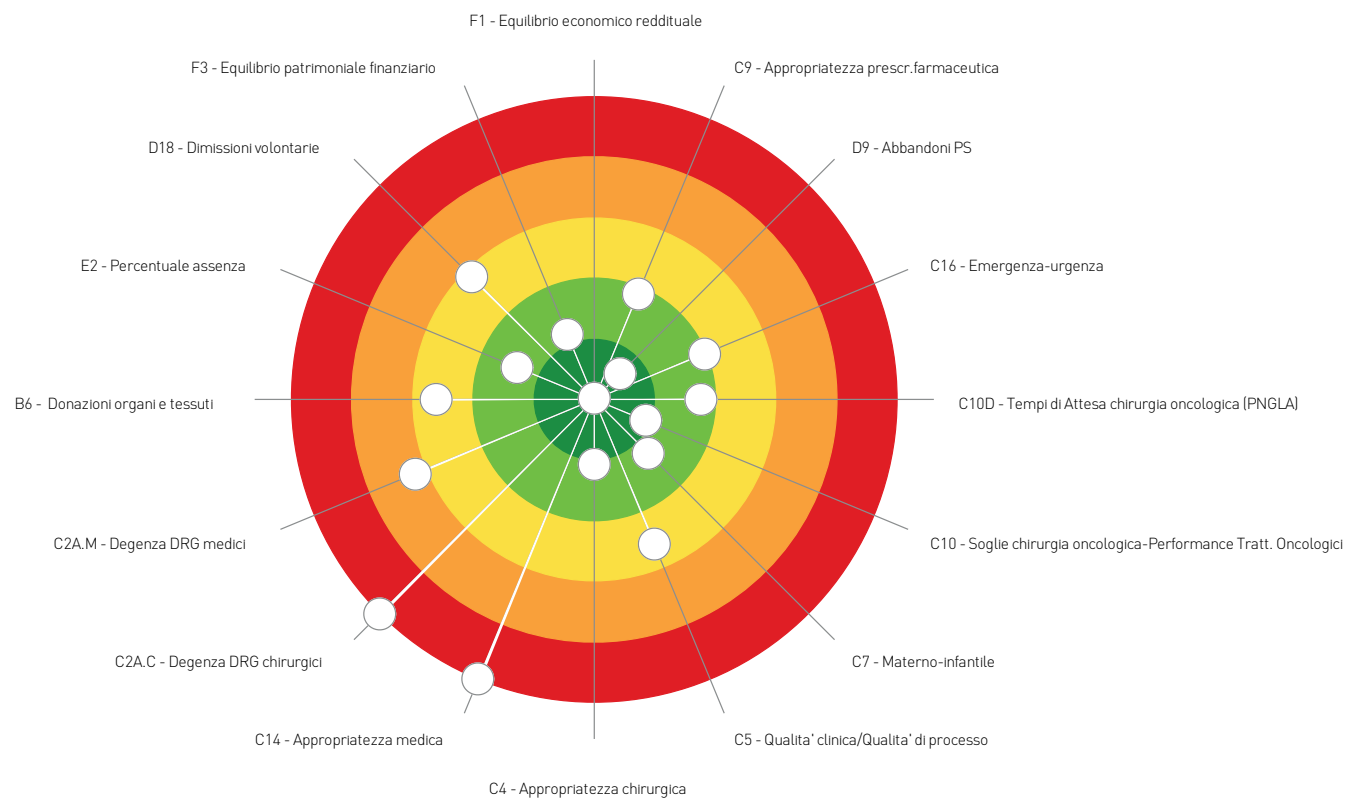
Numero indicatori di valutazione: 29

Indicatori Migliorati ↑
41.4%

Indicatori Stabili =
13.8%

Indicatori Peggiorati ↓
44.8%

Valutazione della Performance 2022

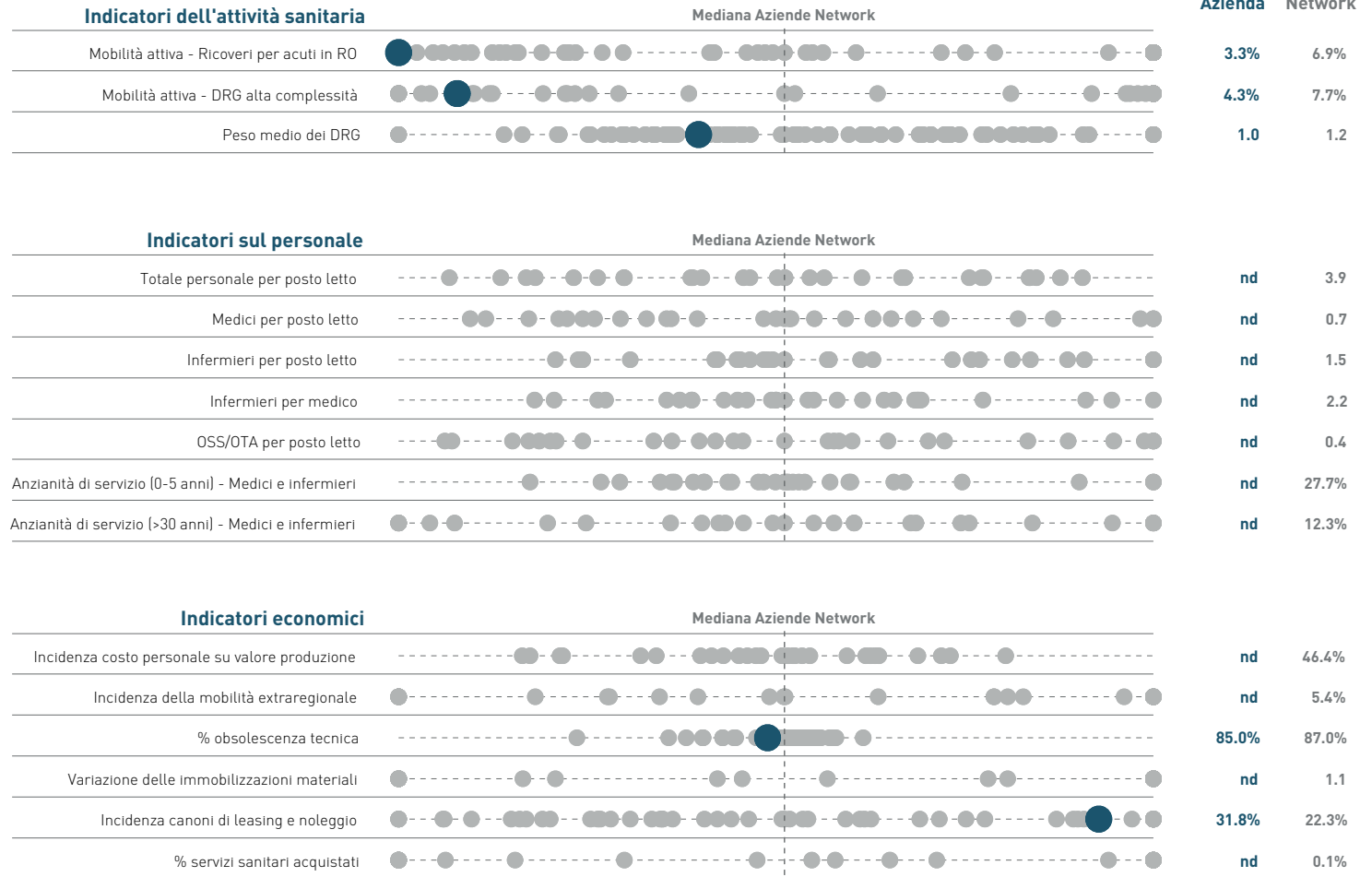


ASST LARIANA

Profilo azienda



Posti letto	970
- Degenza Ordinaria	898
- Day Hospital/Day surgery	57
Dimissioni totali	25.868
Giornate di degenza ordin.	190.632
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	89.436
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.812



ASST LARIANA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

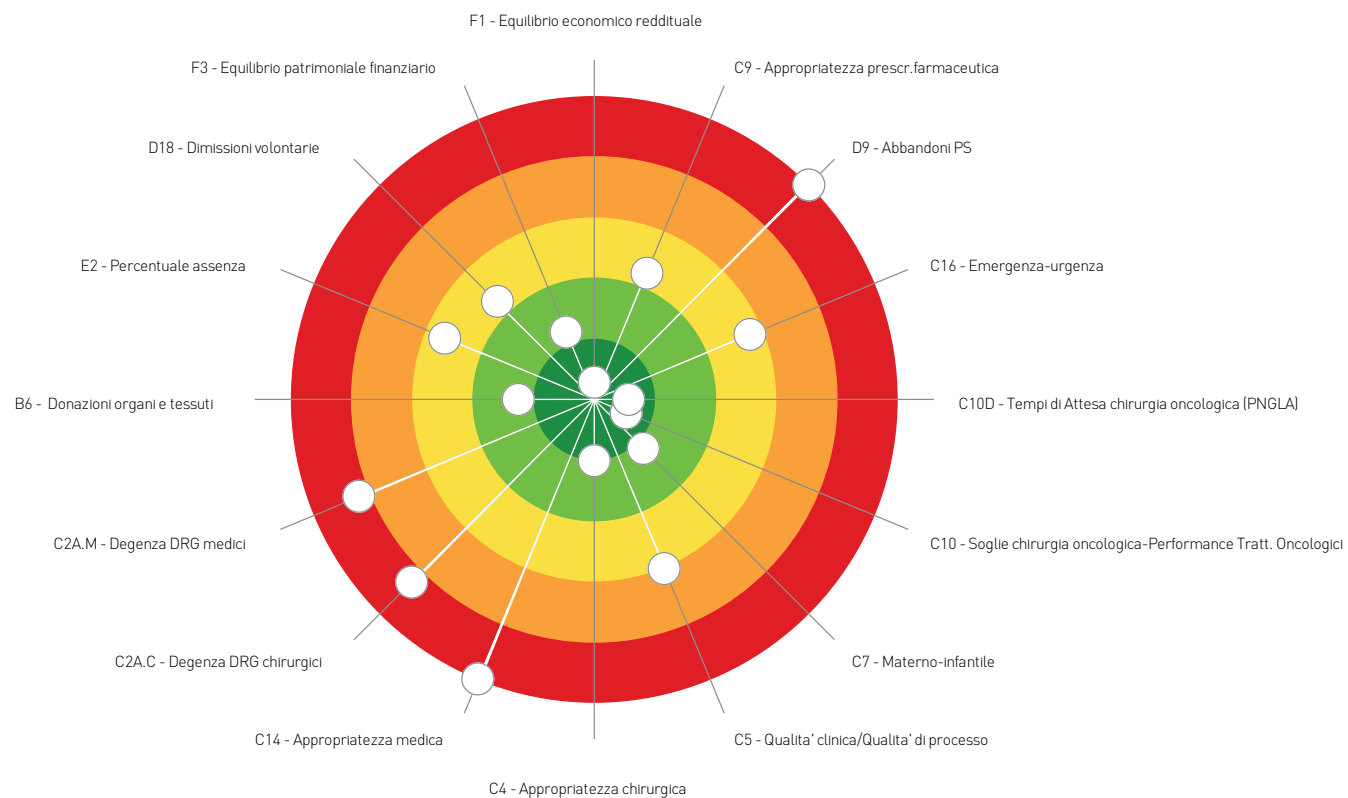
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
46.4%

Indicatori Stabili =
10.7%

Indicatori Peggiorati ↓
42.9%

Valutazione della Performance 2022

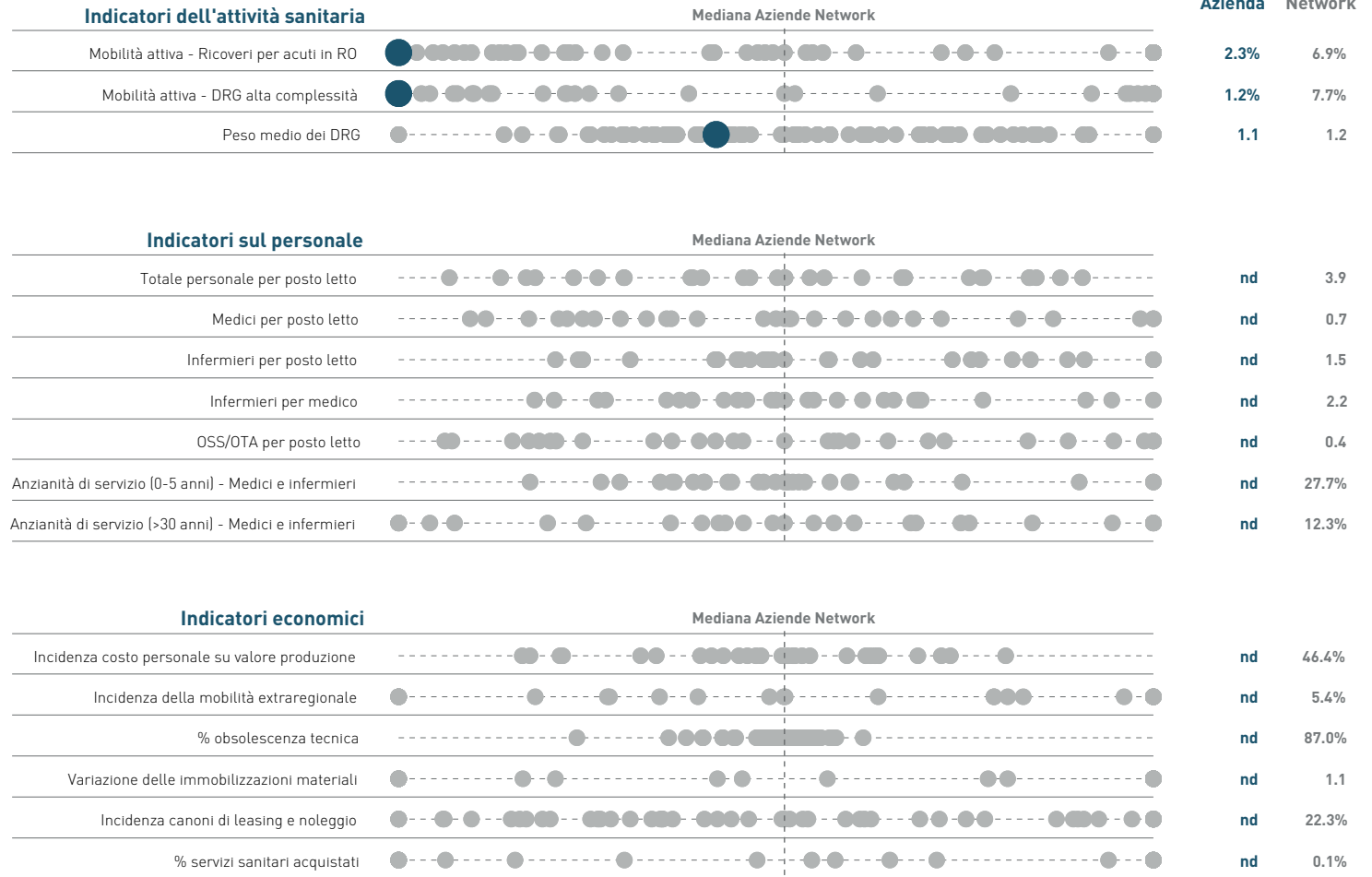


OSP.S.FAMIGLIA-FBF- ERBA

Profilo azienda



Posti letto	261
- Degenza Ordinaria	245
- Day Hospital/Day surgery	16
Dimissioni totali	6.677
Giornate di degenza ordin.	36.815
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	30.952
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (<500)	412



OSP.S.FAMIGLIA-FBF- ERBA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

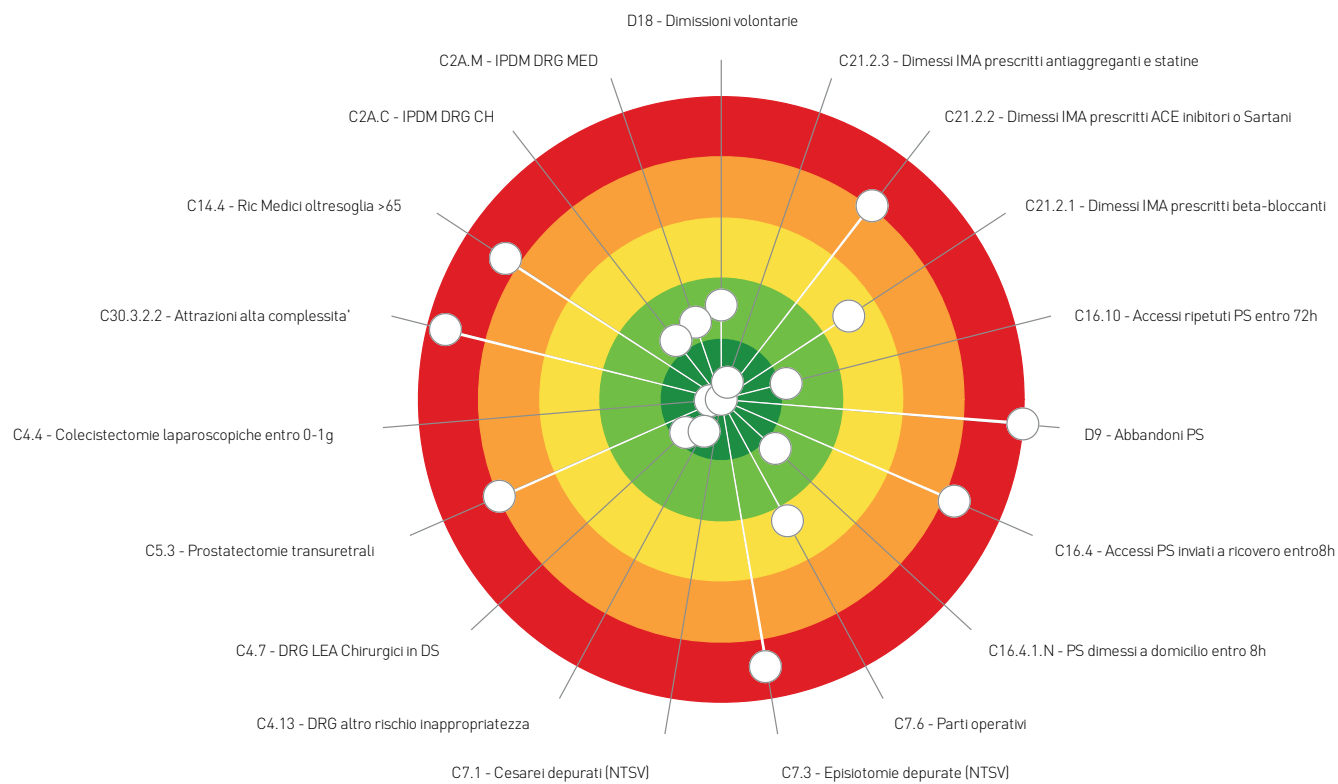
Numero indicatori di valutazione: 19

Indicatori Migliorati ↑
57.9%

Indicatori Stabili =
0.0%

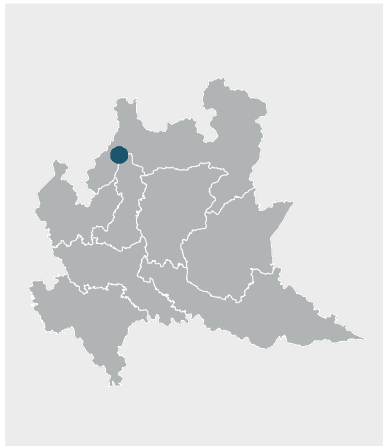
Indicatori Peggiorati ↓
42.1%

Valutazione della Performance 2022

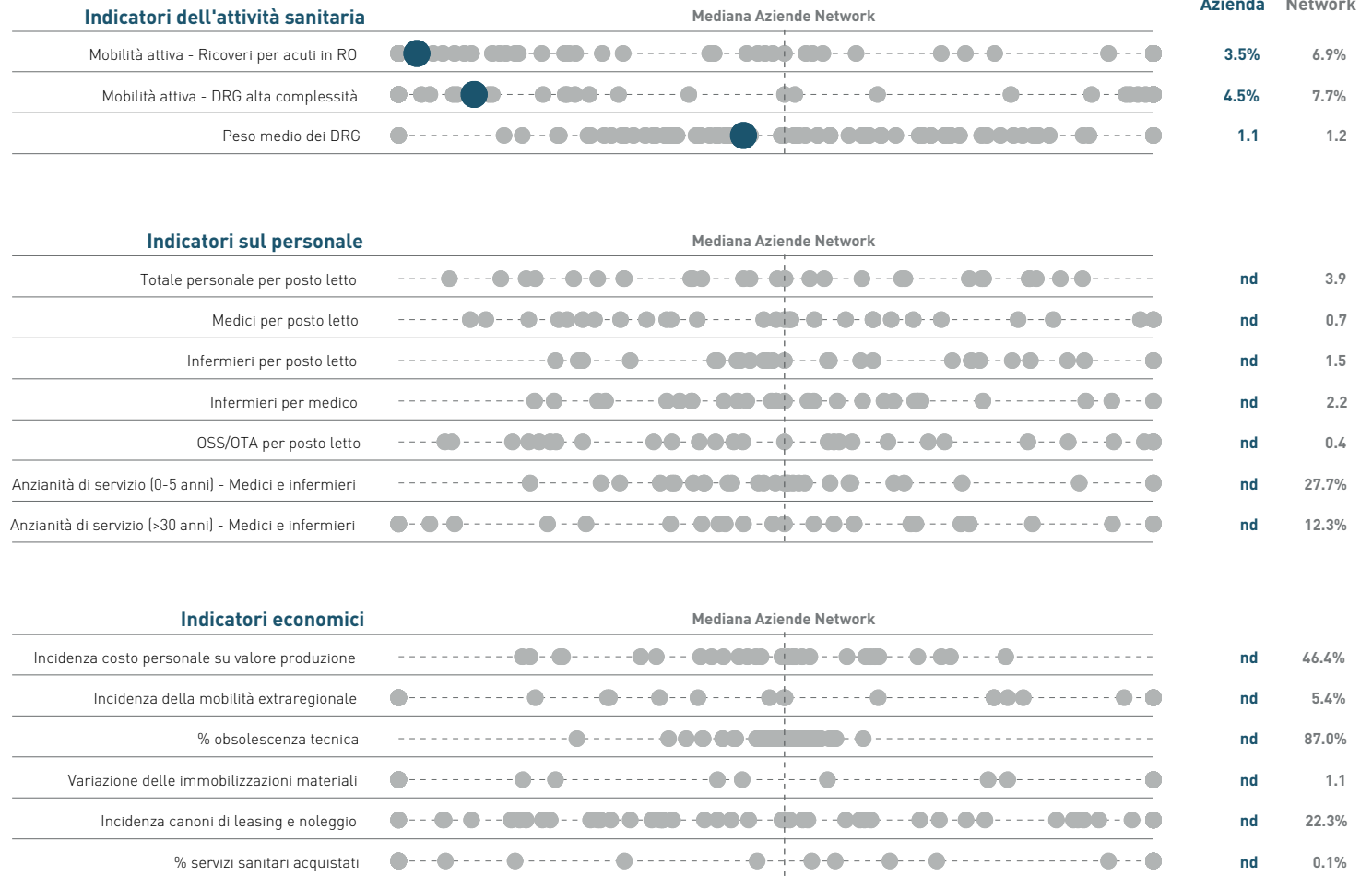


OSP. M.PELASCINI - GRAVED.

Profilo azienda



Posti letto	295
- Degenza Ordinaria	284
- Day Hospital/Day surgery	11
Dimissioni totali	7.900
Giornate di degenza ordin.	77.595
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	13.728
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	323 (<500)



OSP. M.PELASCINI - GRAVED.

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

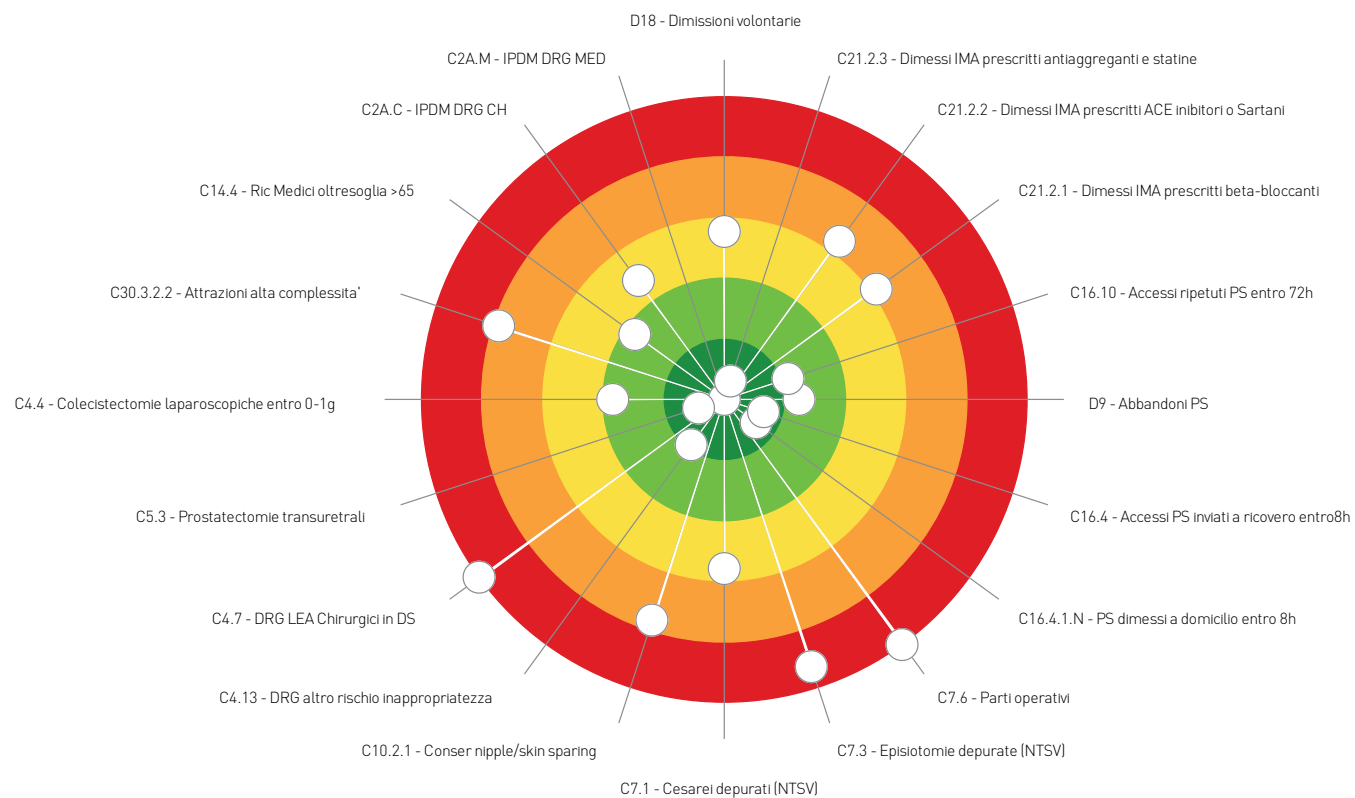
Numero indicatori di valutazione: 25

Indicatori Migliorati ↑
24.0 %

Indicatori Stabili =
28.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
48.0 %

Valutazione della Performance 2022



OSPEDALE VALDUCE

Profilo azienda

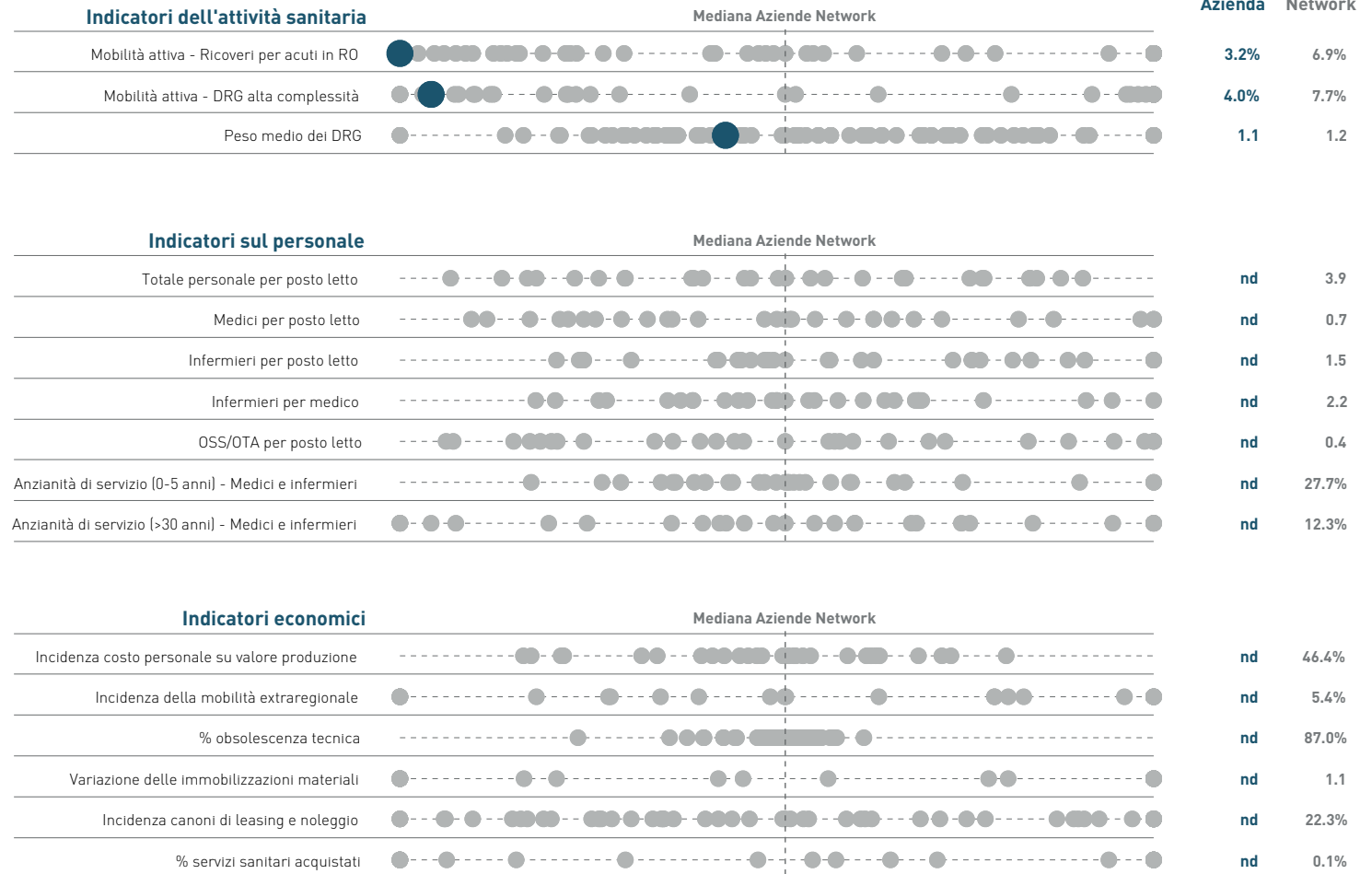


Posti letto	208
- Degenza Ordinaria	199
- Day Hospital/Day surgery	9

Dimissioni totali	10.089
Giornate di degenza ordin.	43.818

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	24.567

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.026



OSPEDALE VALDUCE

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

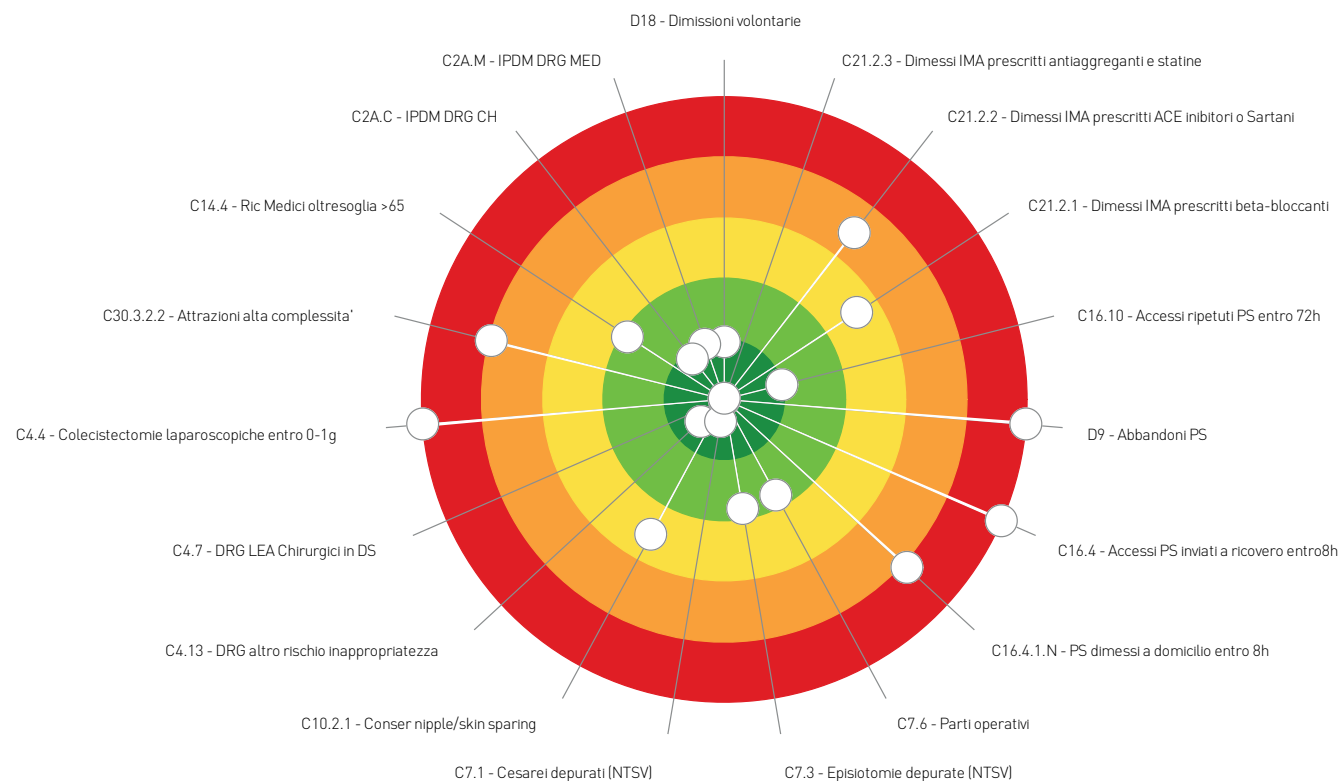
Numero indicatori di valutazione: 23

Indicatori Migliorati ↑
43.5%

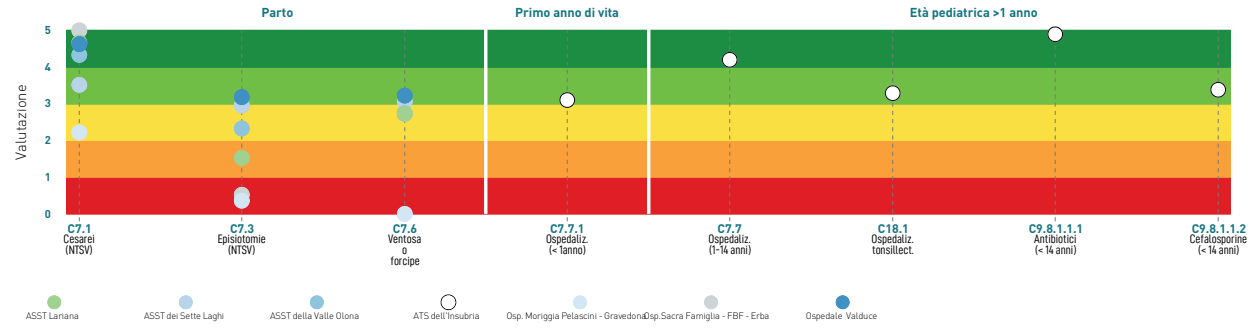
Indicatori Stabili =
21.7%

Indicatori Peggiorati ↓
34.8%

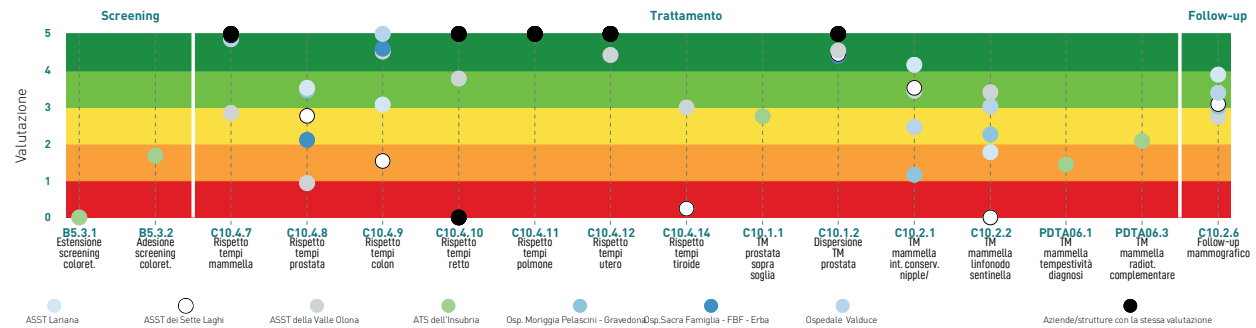
Valutazione della Performance 2022



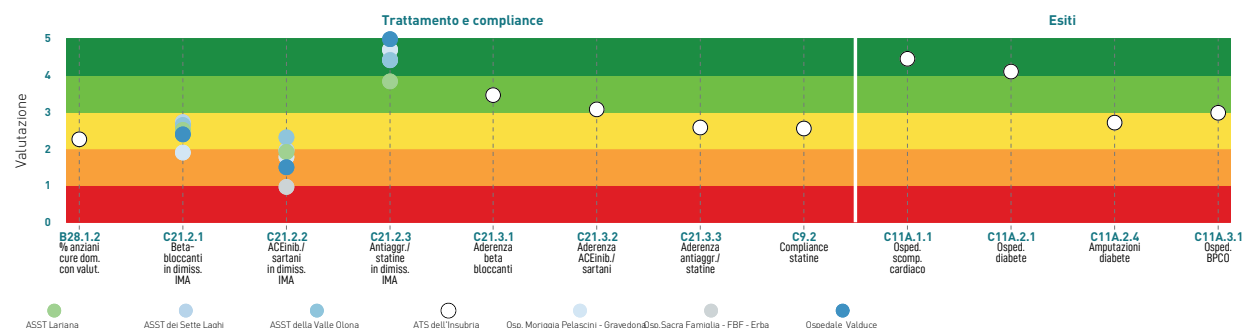
PERCORSO MATERNO INFANTILE

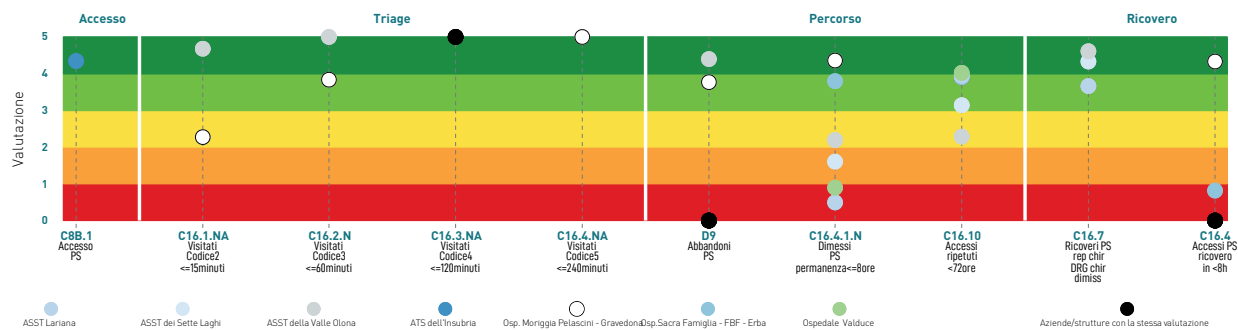


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

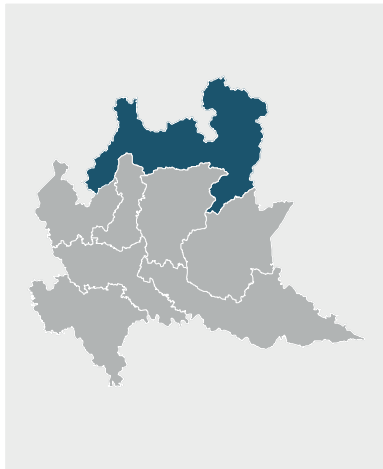




PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DELLA MONTAGNA

Profilo azienda



Popolazione residente	330.628
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	9
- Pubblici	8
- Privati accreditati	1
Posti letto	1.299
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS DELLA MONTAGNA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

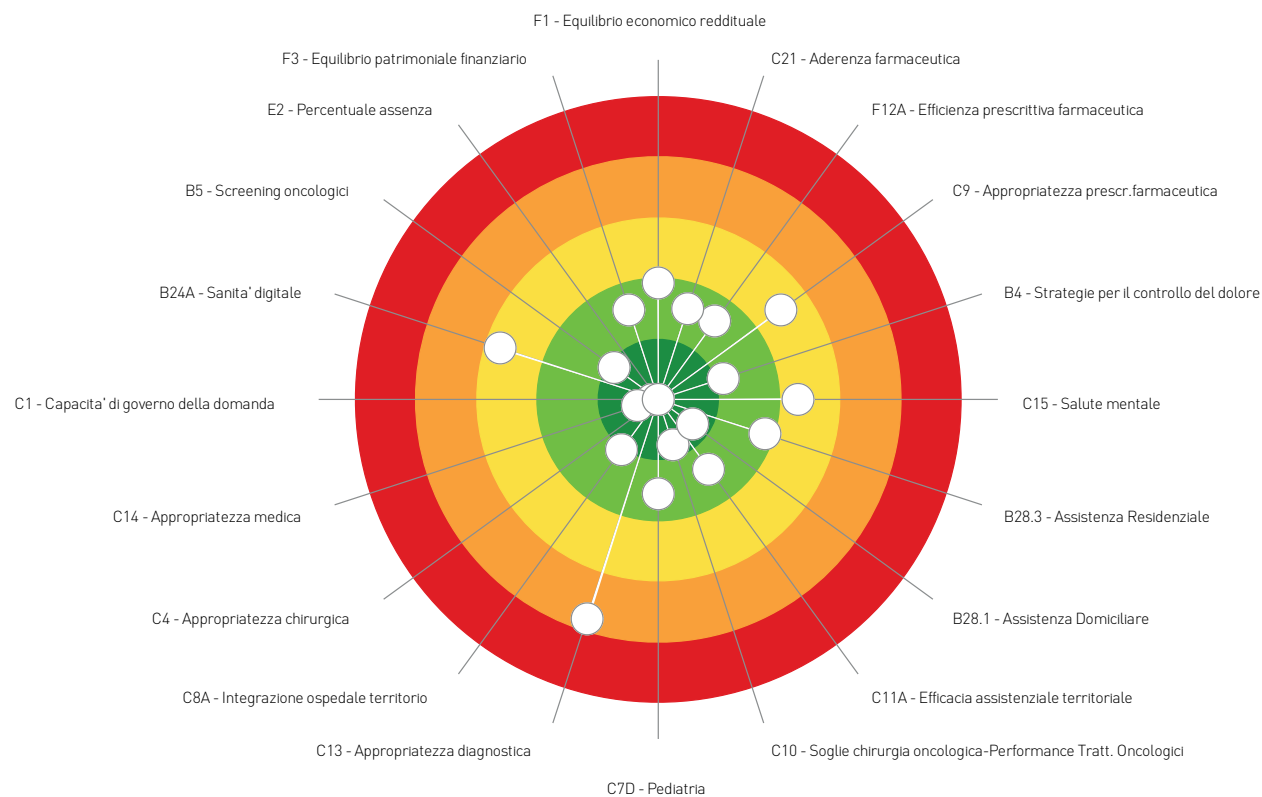
Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori Migliorati ↑
28.6 %

Indicatori Stabili =
11.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
60.0 %

Valutazione della Performance 2022

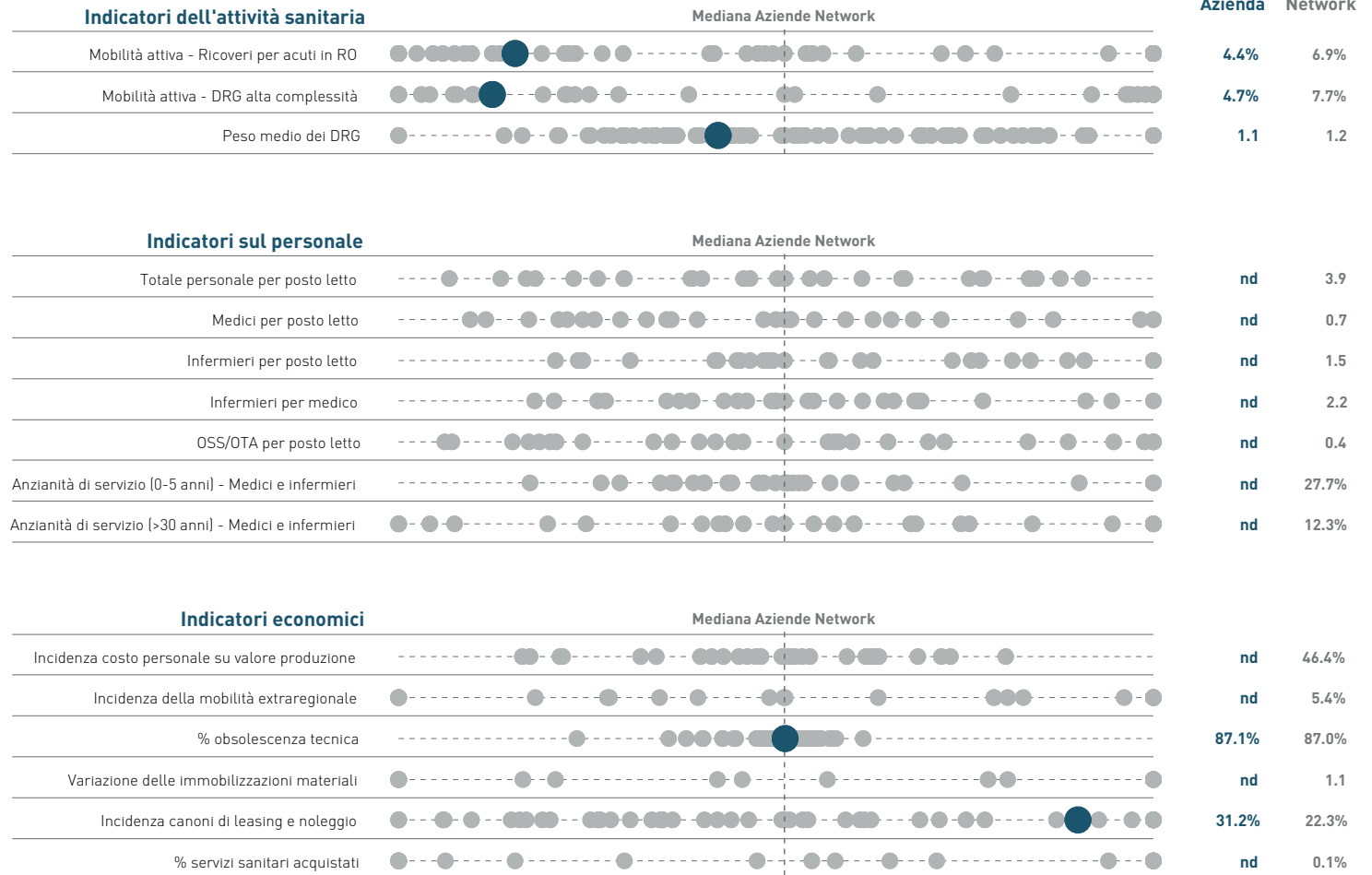


ASST VALTELLINA ALTO LARIO

Profilo azienda



Posti letto	643
- Degenza Ordinaria	605
- Day Hospital/Day surgery	33
Dimissioni totali	15.683
Giornate di degenza ordin.	113.757
N. Pronto Soccorso	3
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	57.297
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti	709 (500-1000)



ASST VALTELLINA ALTO LARIO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

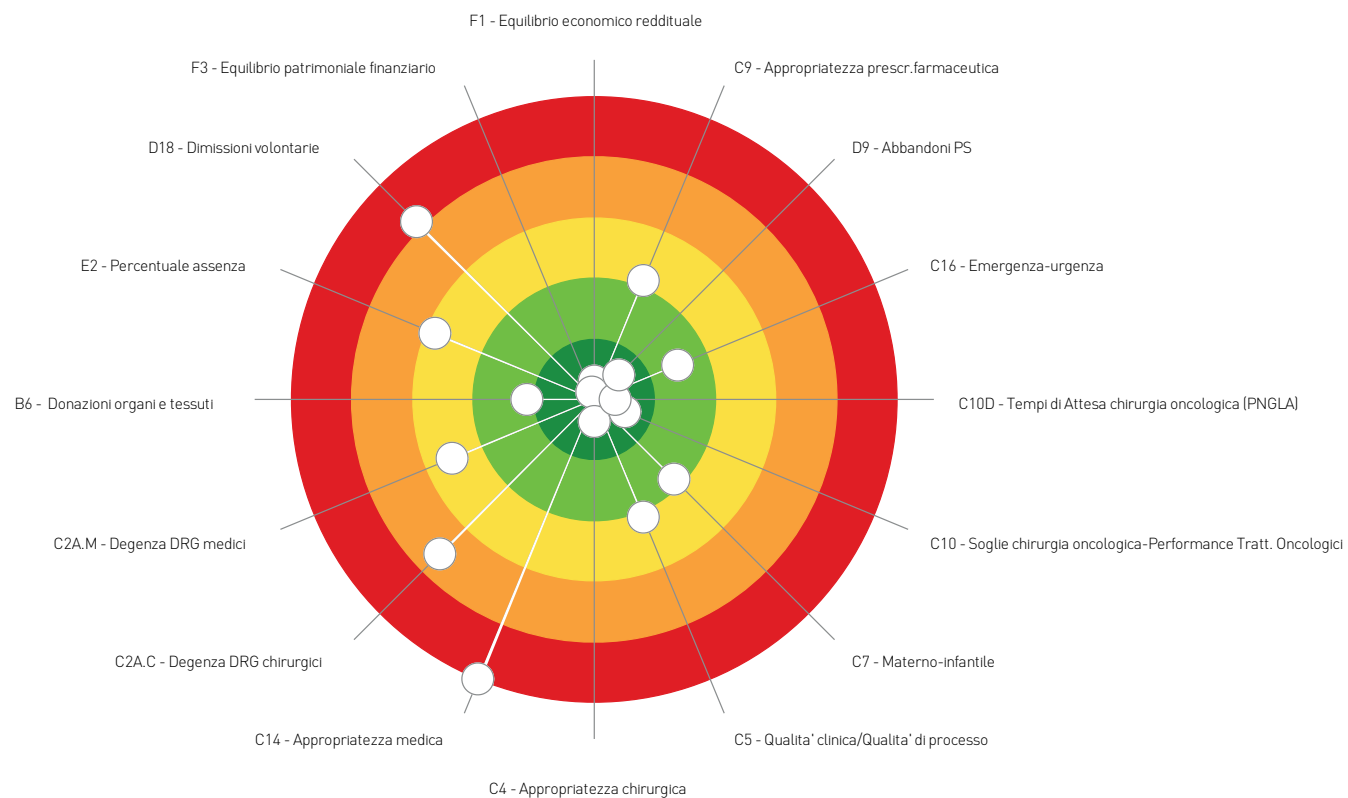
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
46.4%

Indicatori Stabili =
10.7%

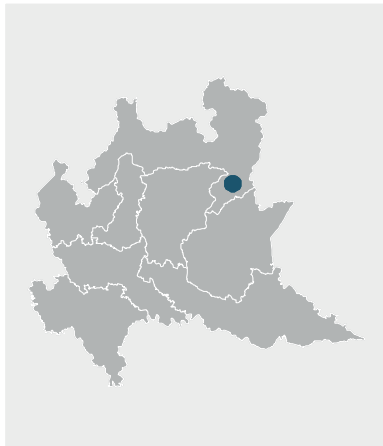
Indicatori Peggiorati ↓
42.9%

Valutazione della Performance 2022

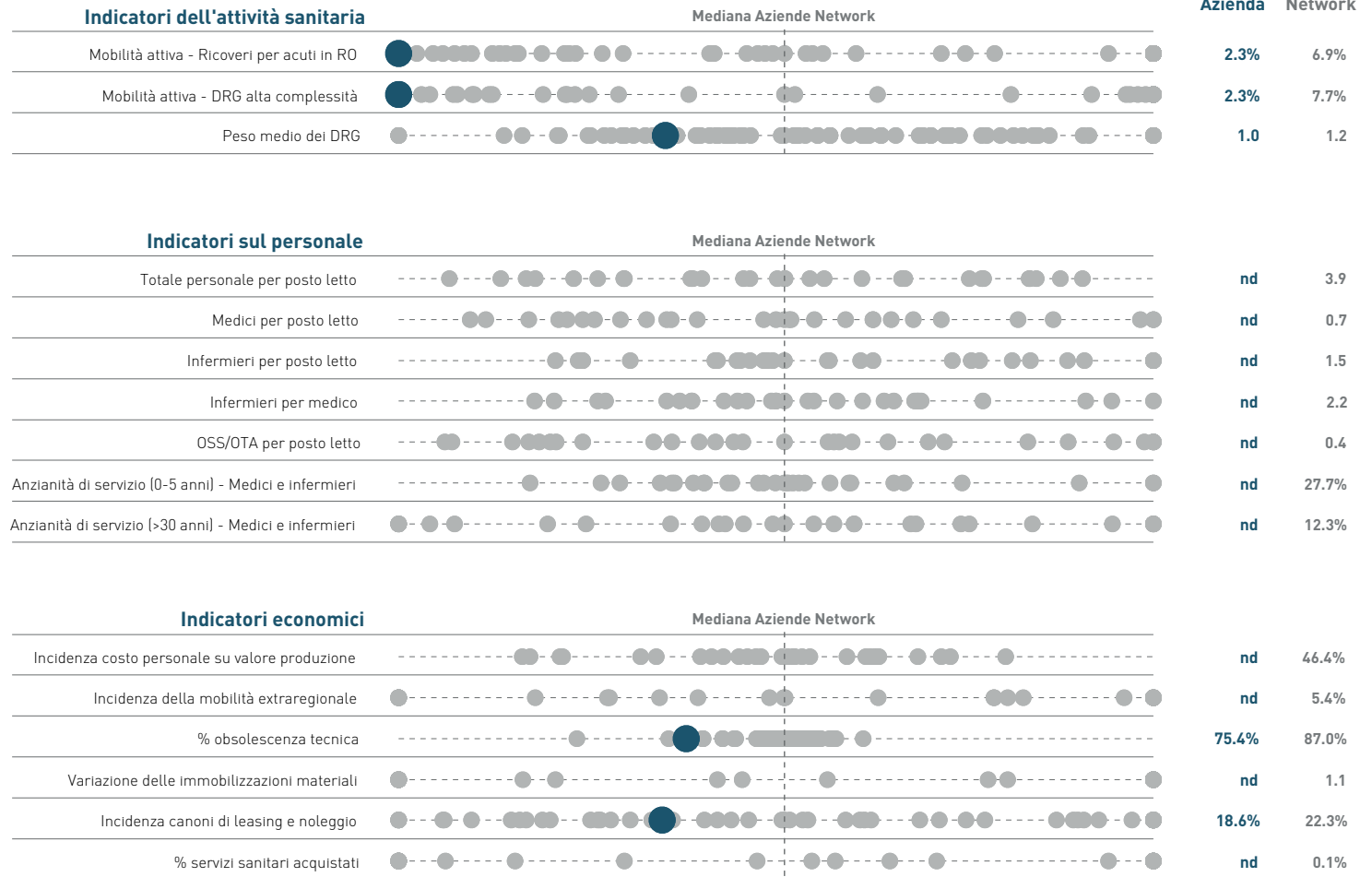


ASST DELLA VALCAMONICA

Profilo azienda



Posti letto	361
- Degenza Ordinaria	344
- Day Hospital/Day surgery	17
Dimissioni totali	9.668
Giornate di degenza ordin.	71.248
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	38.930
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	708 (500-1000)



ASST DELLA VALCAMONICA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

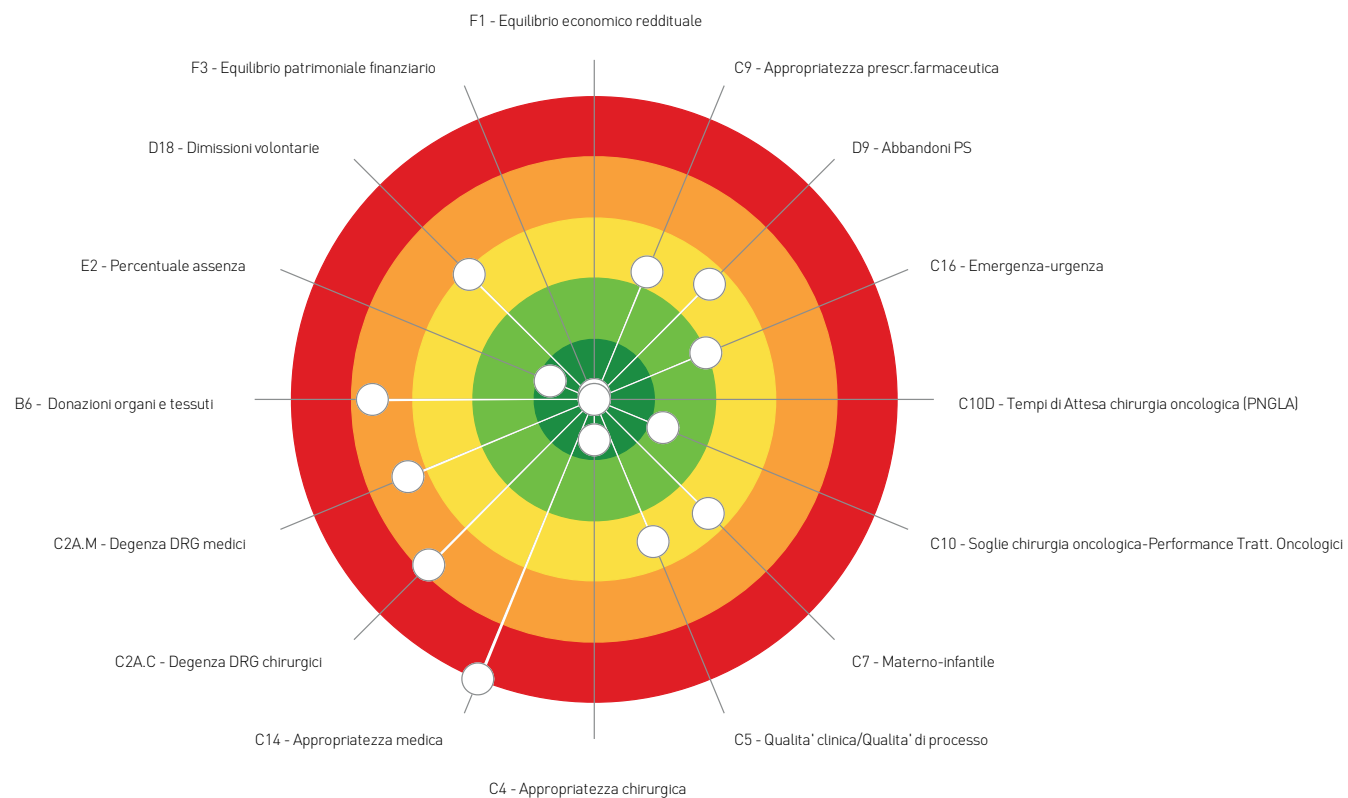
Numero indicatori di valutazione: 25

Indicatori Migliorati ↑
40.0%

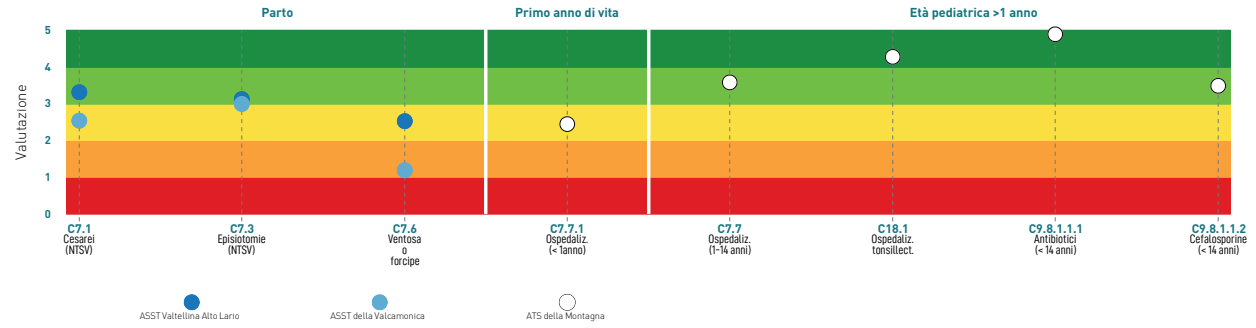
Indicatori Stabili =
12.0%

Indicatori Peggiorati ↓
48.0%

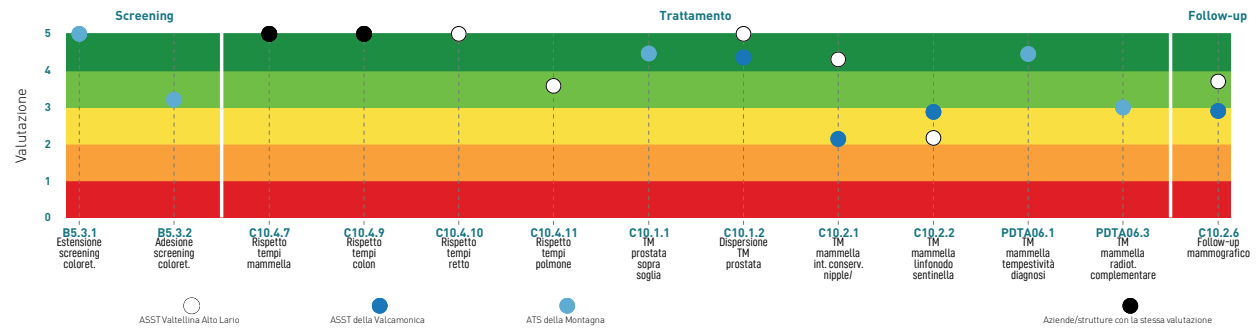
Valutazione della Performance 2022



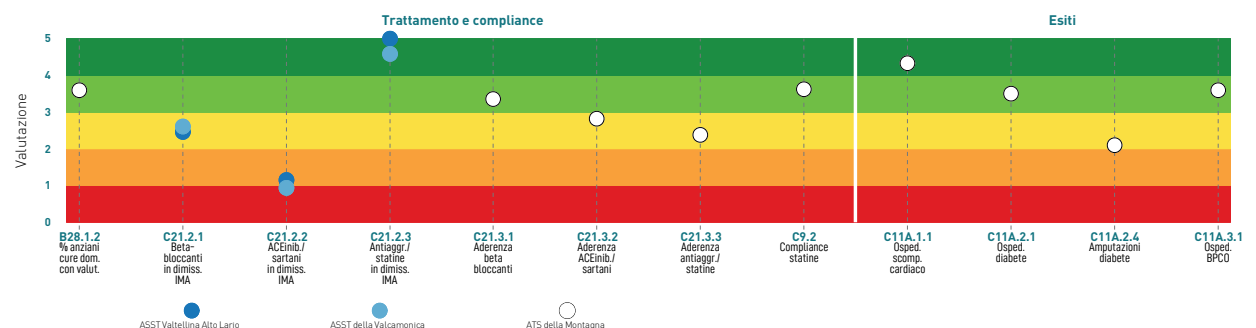
PERCORSO MATERNO INFANTILE

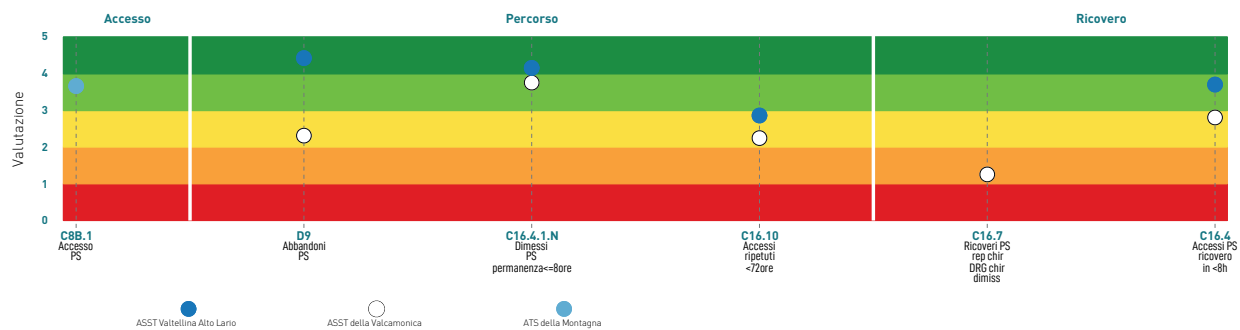


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

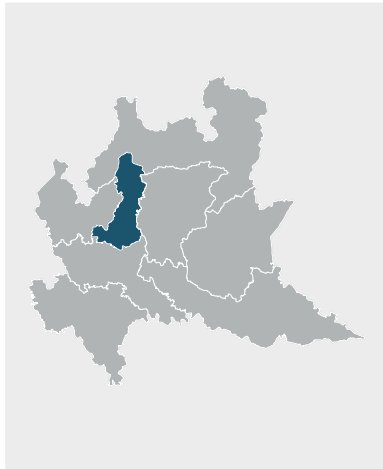




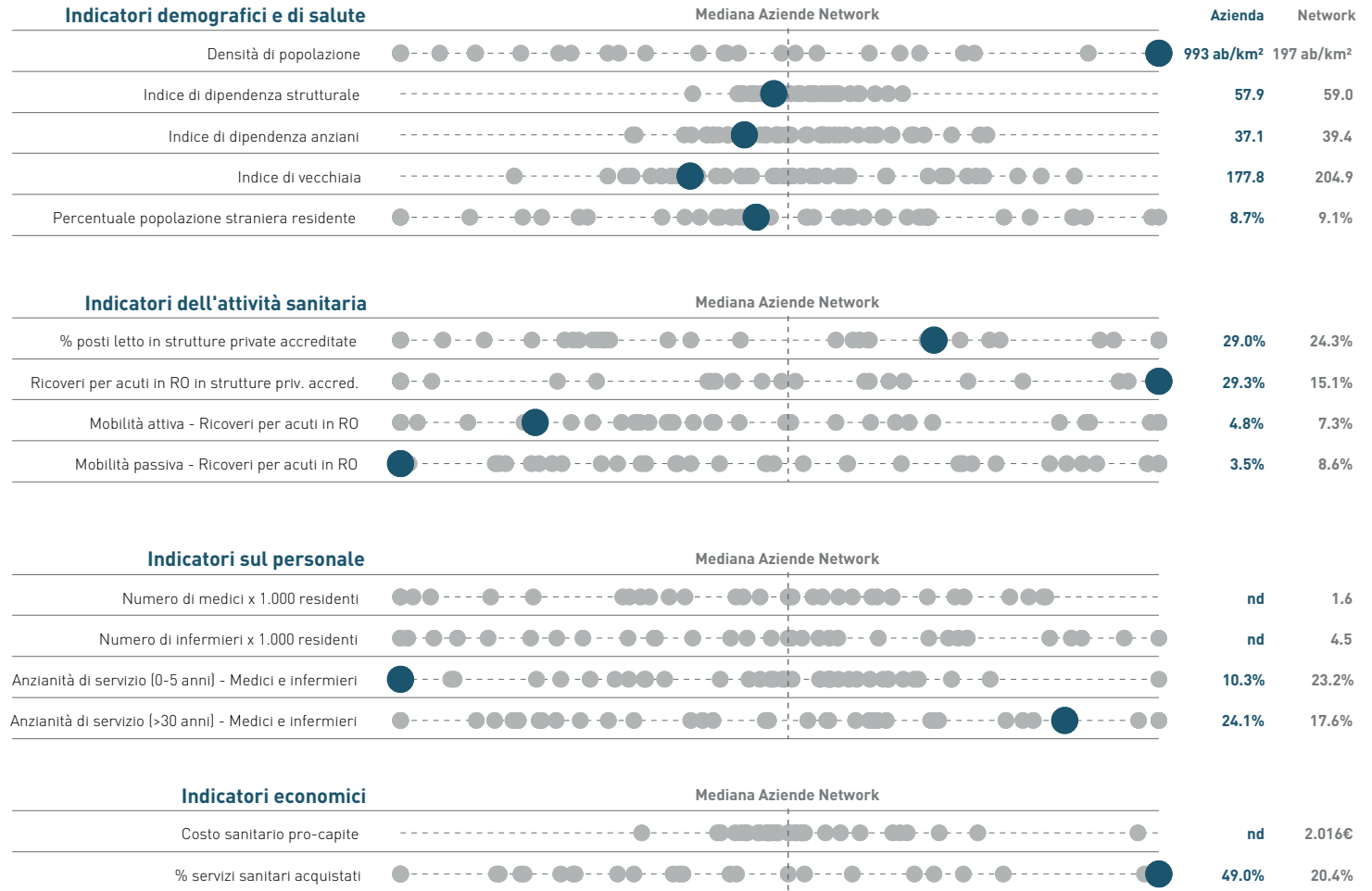
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DELLA BRIANZA

Profilo azienda



Popolazione residente	1.202.864
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	23
- Pubblici	12
- Privati accreditati	11
Posti letto	4.325
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS DELLA BRIANZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

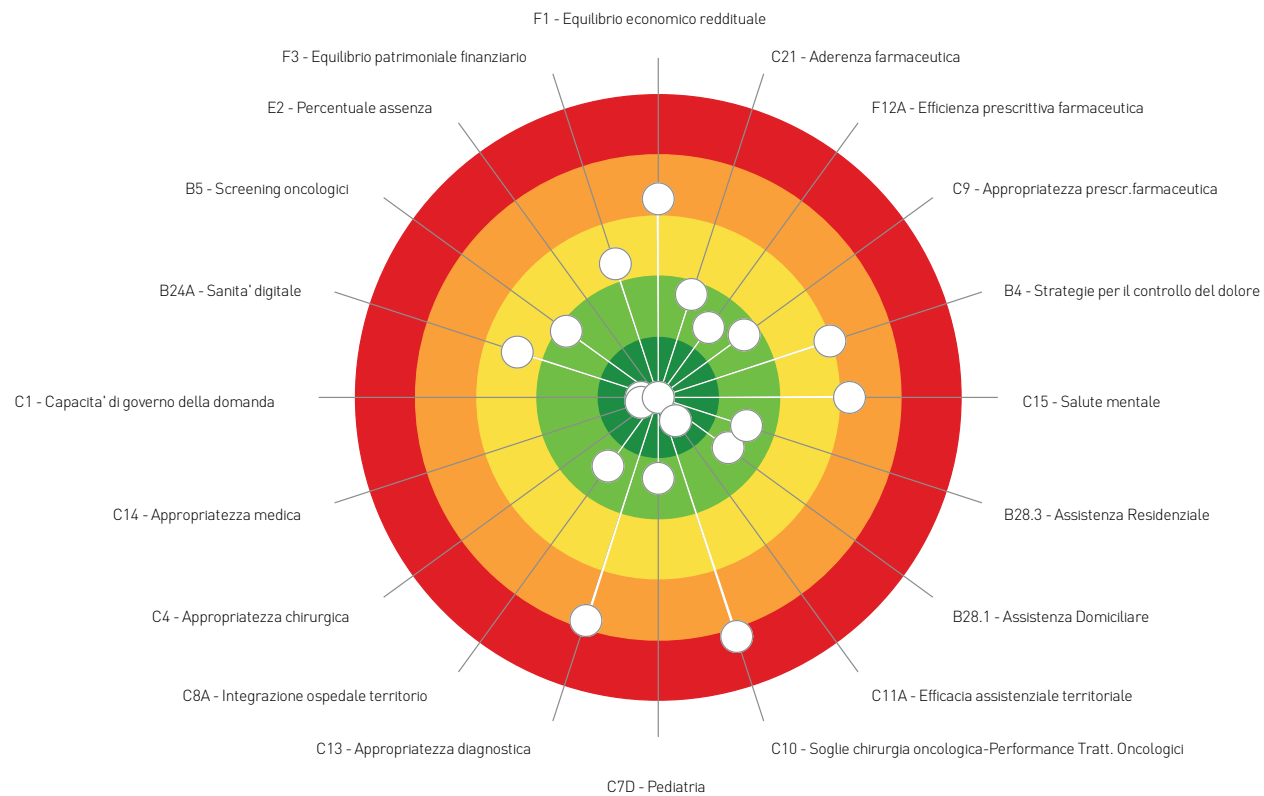
Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑
27.8 %

Indicatori Stabili =
5.6 %

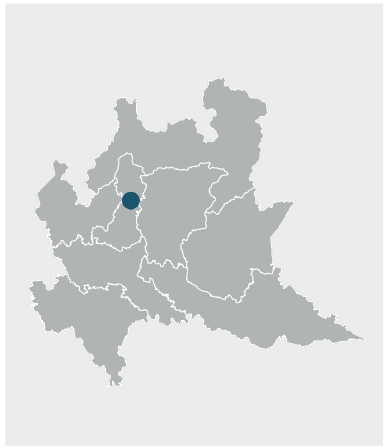
Indicatori Peggiorati ↓
66.7 %

Valutazione della Performance 2022

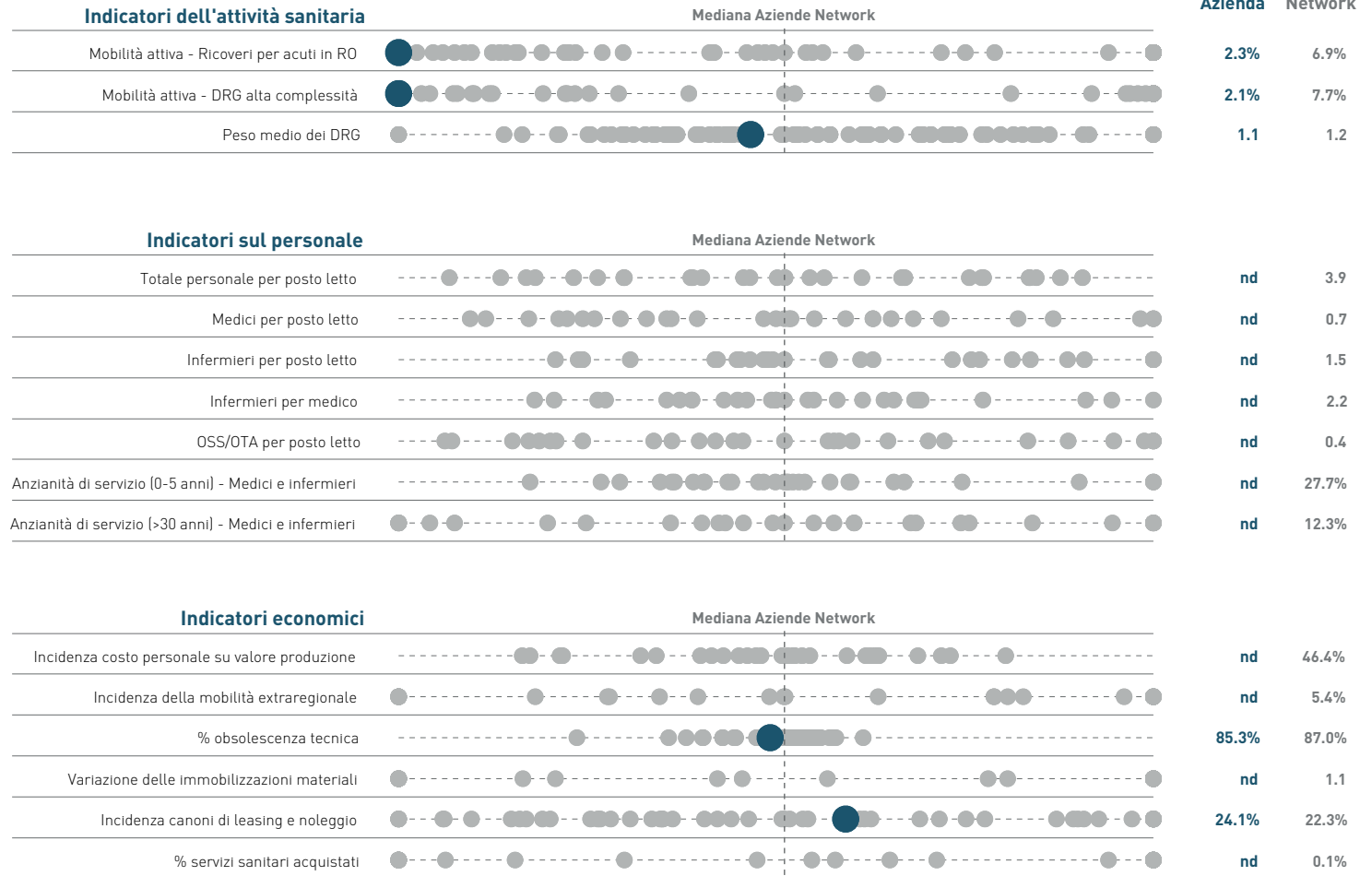


ASST DI LECCO

Profilo azienda



Posti letto	1.030
- Degenza Ordinaria	959
- Day Hospital/Day surgery	57
Dimissioni totali	27.631
Giornate di degenza ordin.	208.674
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	90.956
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (>1000)	1.988



ASST DI LECCO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

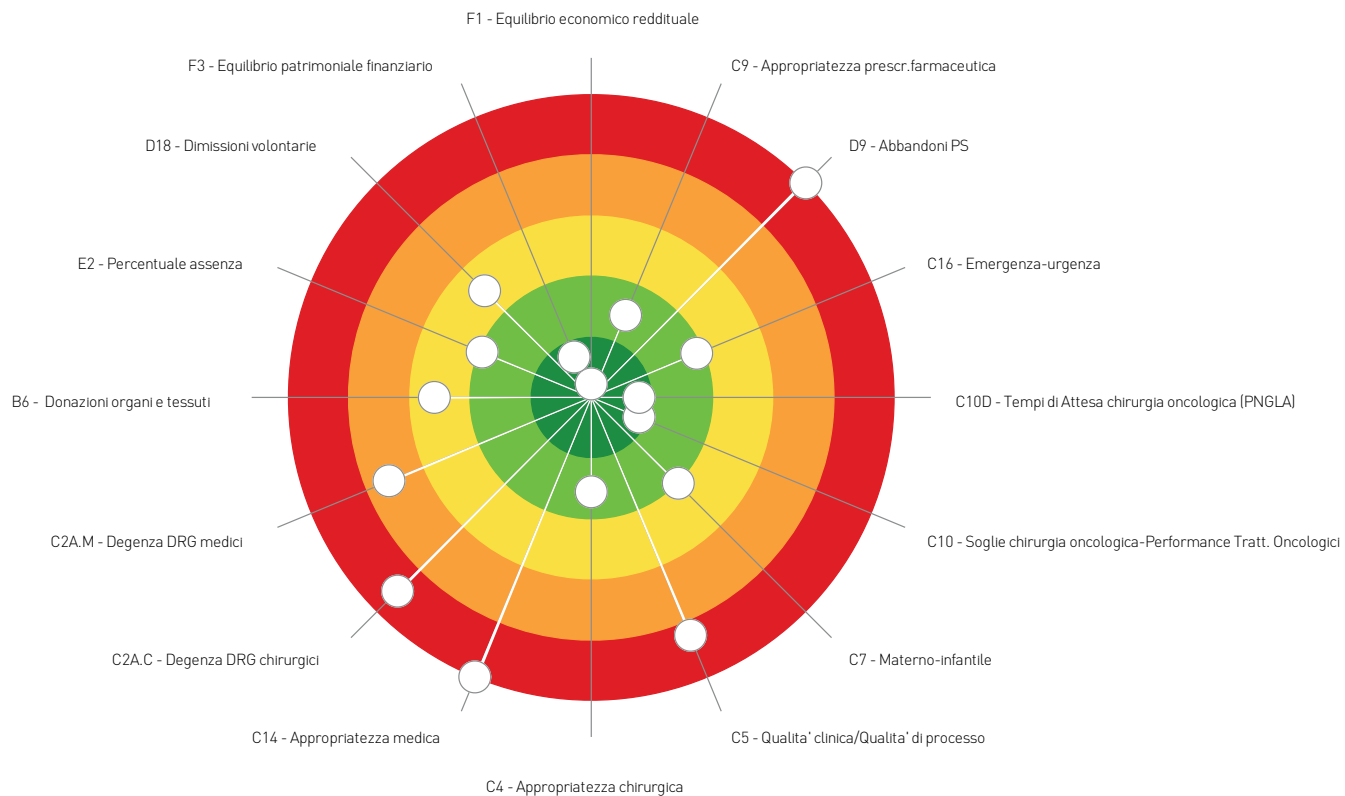
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
66.7%

Indicatori Stabili =
3.7%

Indicatori Peggiorati ↓
29.6%

Valutazione della Performance 2022

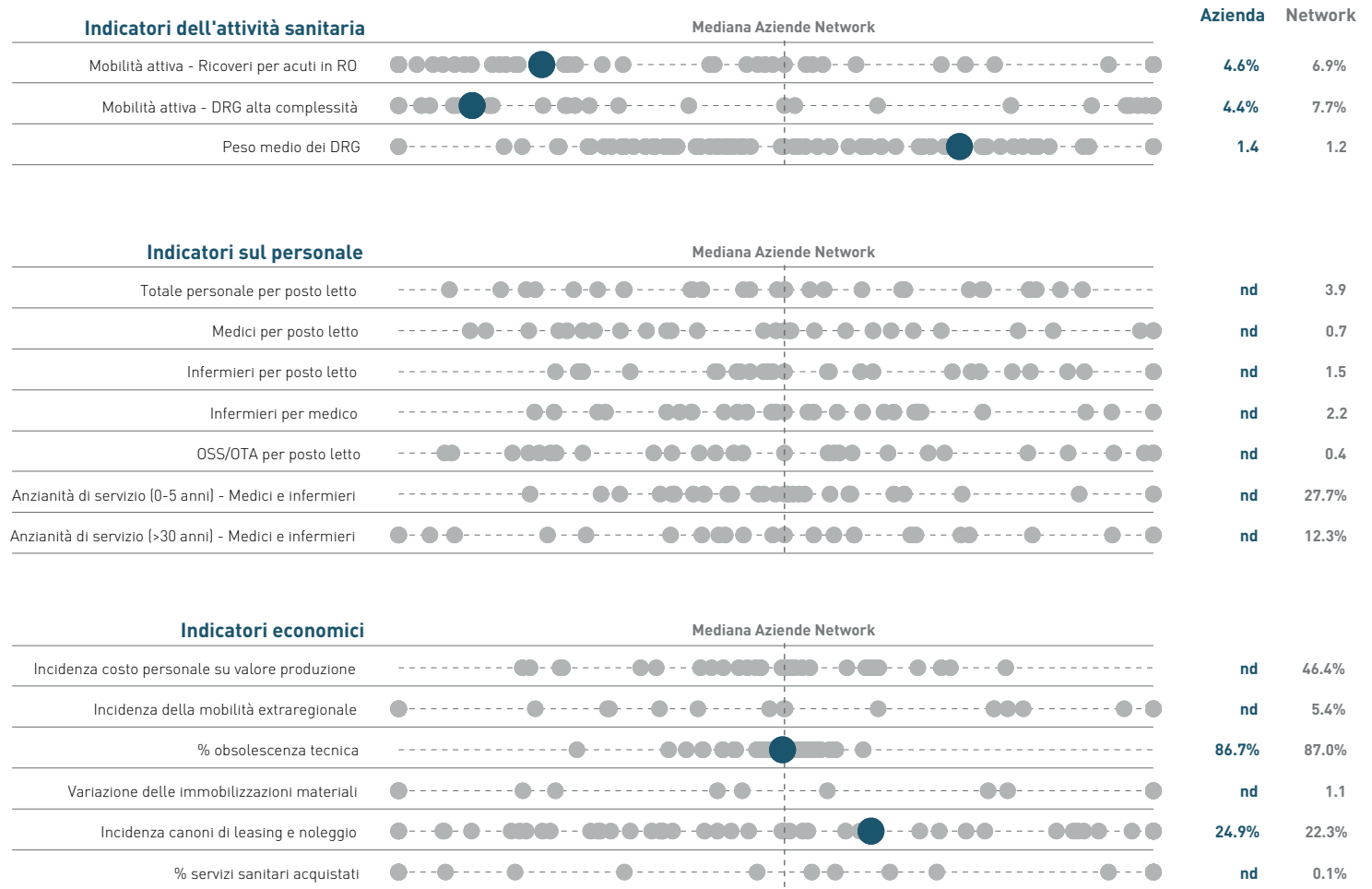


ASST DI MONZA

Profilo azienda



Posti letto	835
- Degenza Ordinaria	781
- Day Hospital/Day surgery	54
Dimissioni totali	22.367
Giornate di degenza ordin.	175.829
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	92.699
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



ASST DI MONZA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

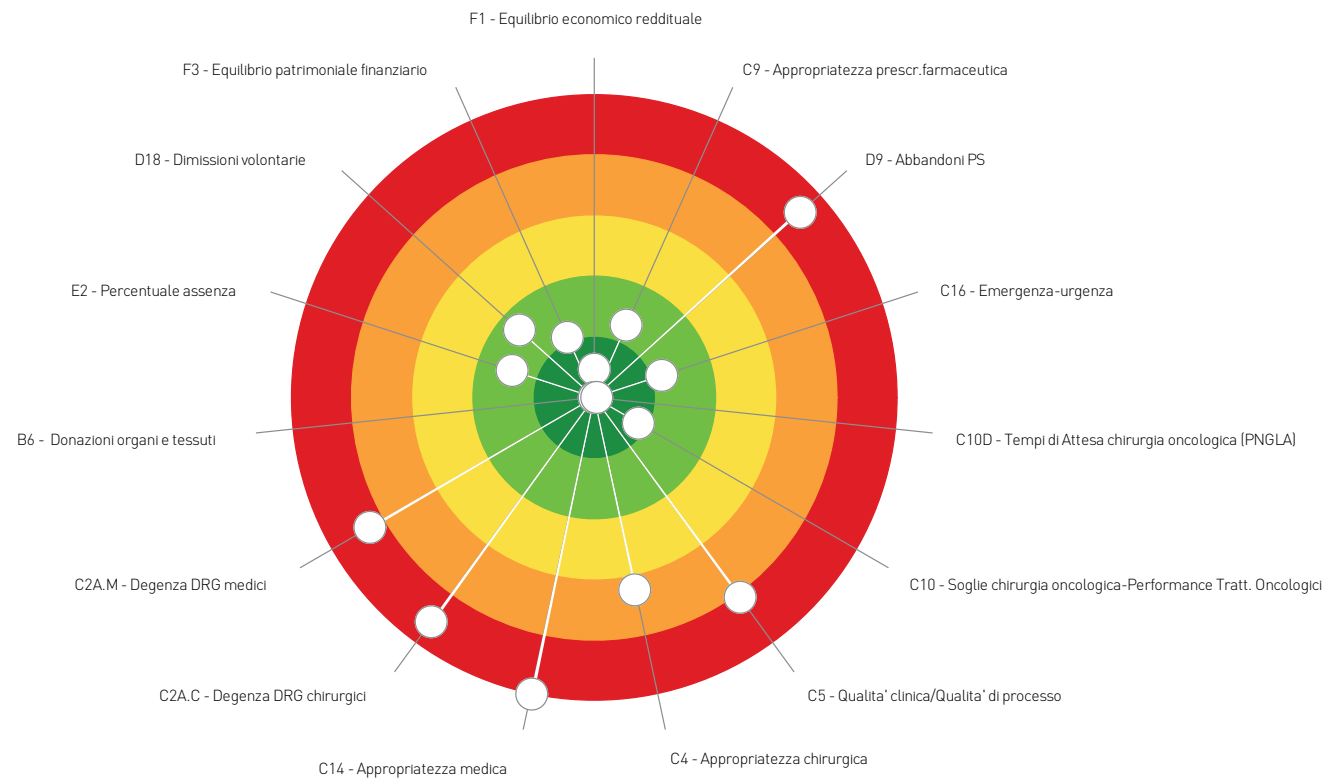
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
59.3 %

Indicatori Stabili =
11.1 %

Indicatori Peggiorati ↓
29.6 %

Valutazione della Performance 2022

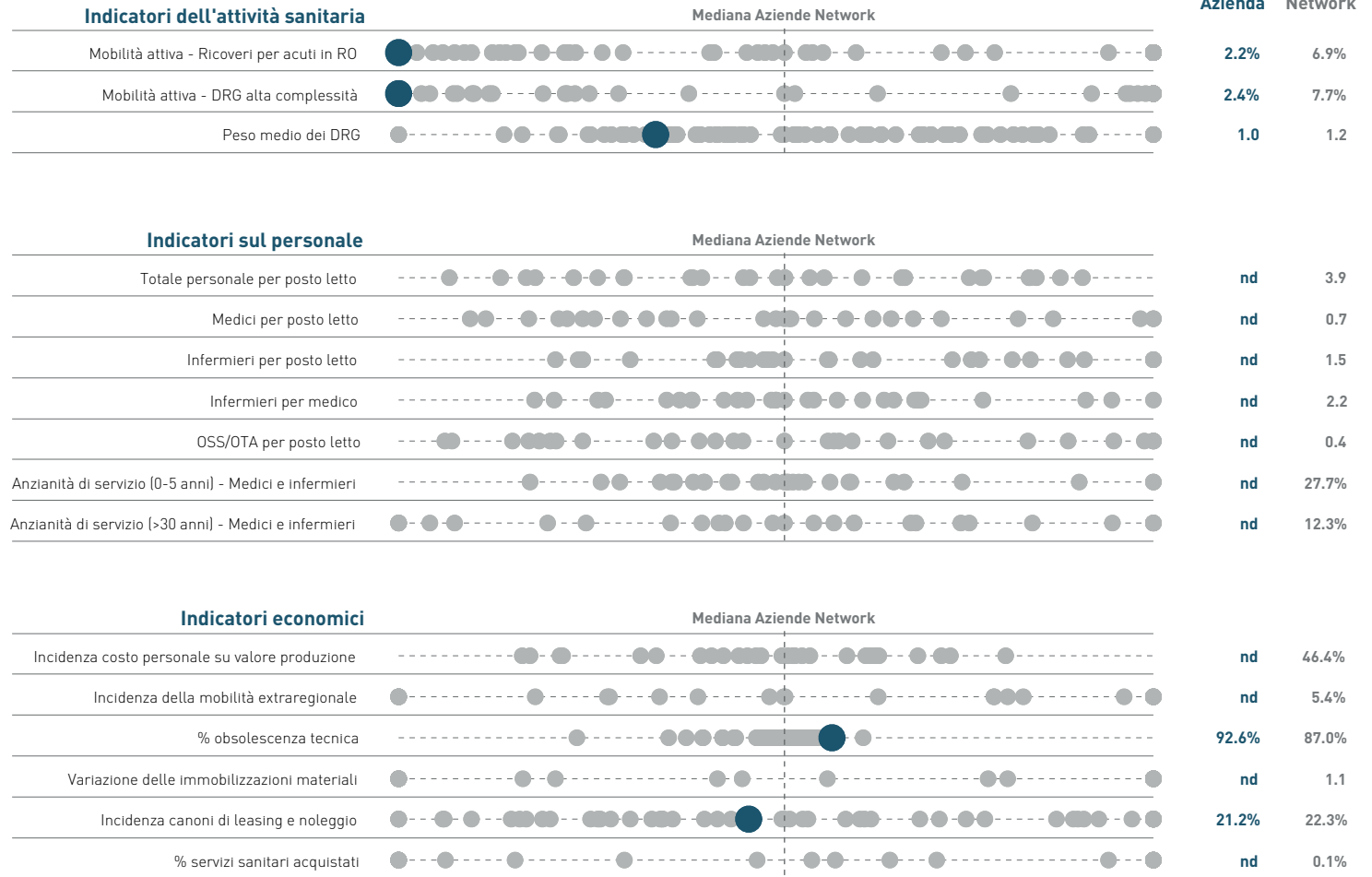


ASST DI VIMERCATE

Profilo azienda



Posti letto	1.150
- Degenza Ordinaria	1.017
- Day Hospital/Day surgery	111
Dimissioni totali	32.766
Giornate di degenza ordin.	208.043
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	157.138
N. Punti Nascita	3
- Numero Parti (>1000)	3.294



ASST DI VIMERCATE

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

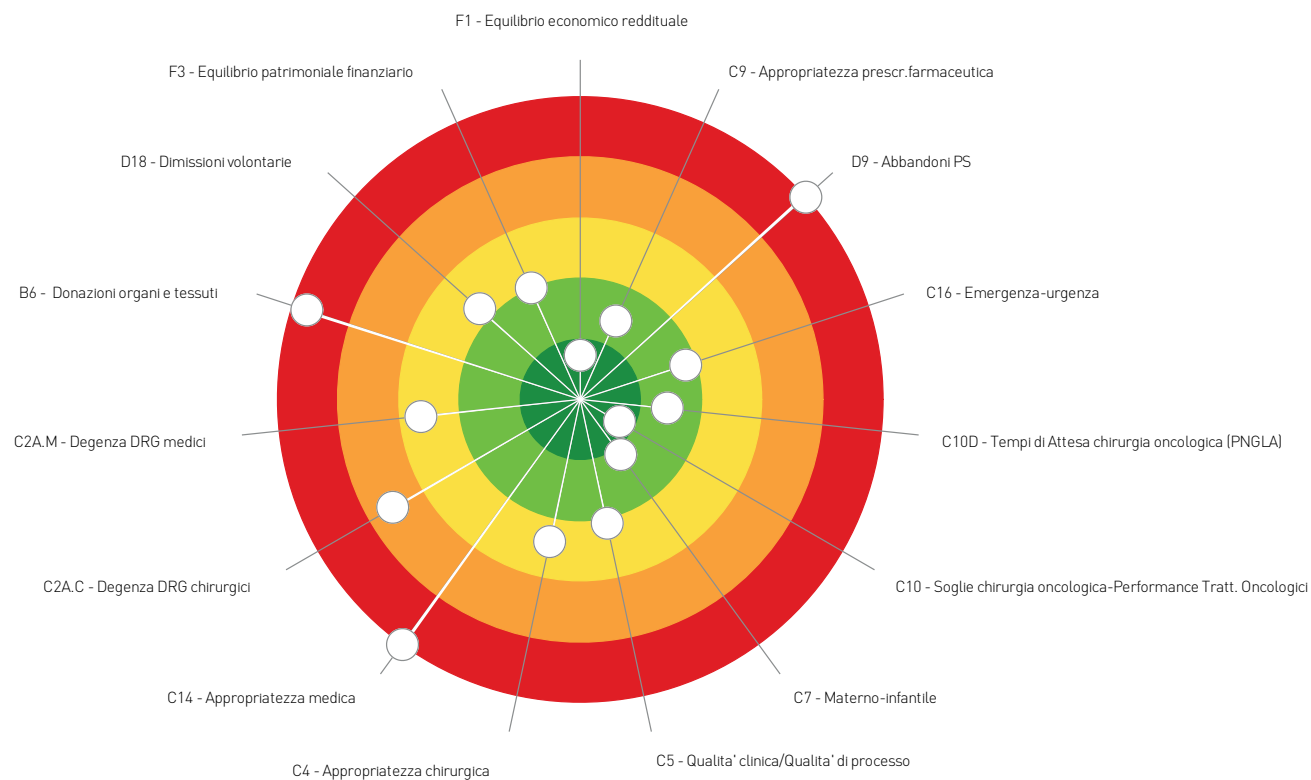
Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑
67.9%

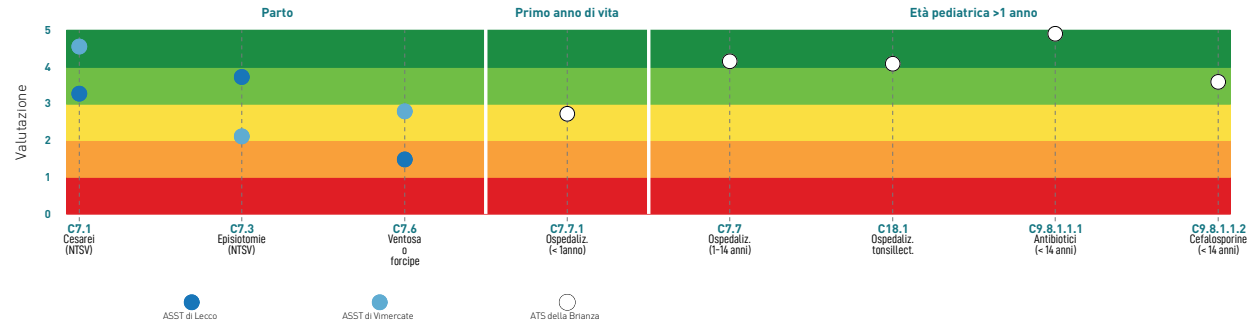
Indicatori Stabili =
7.1%

Indicatori Peggiorati ↓
25.0%

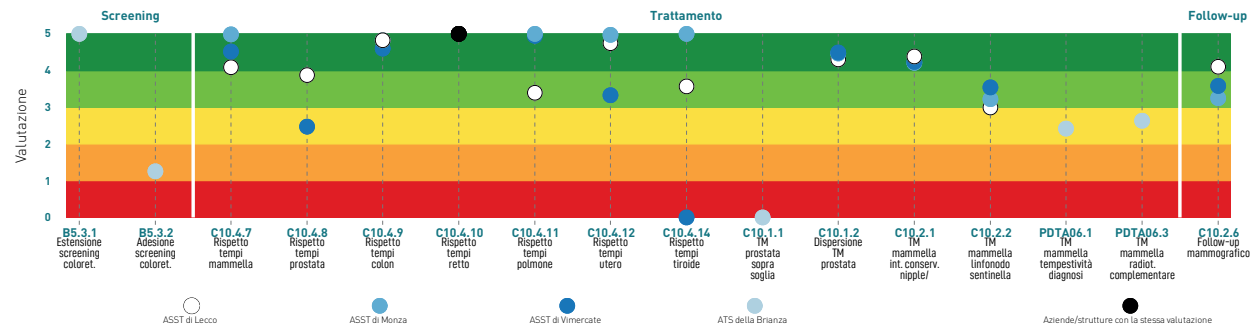
Valutazione della Performance 2022



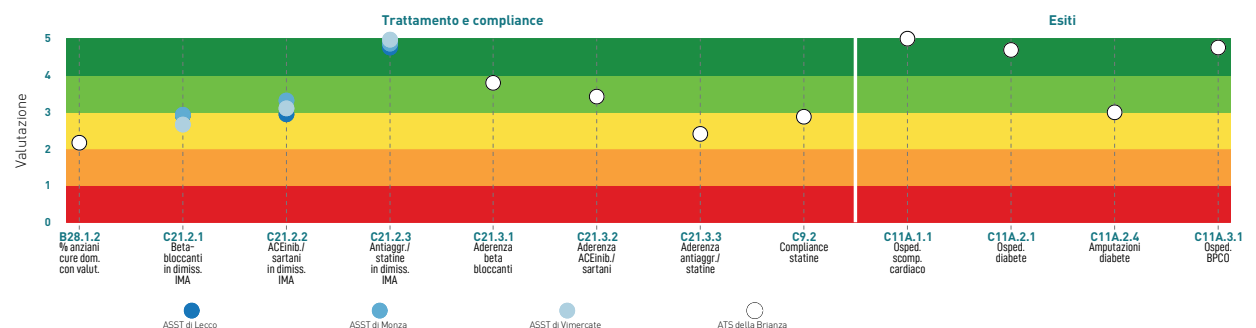
PERCORSO MATERNO INFANTILE

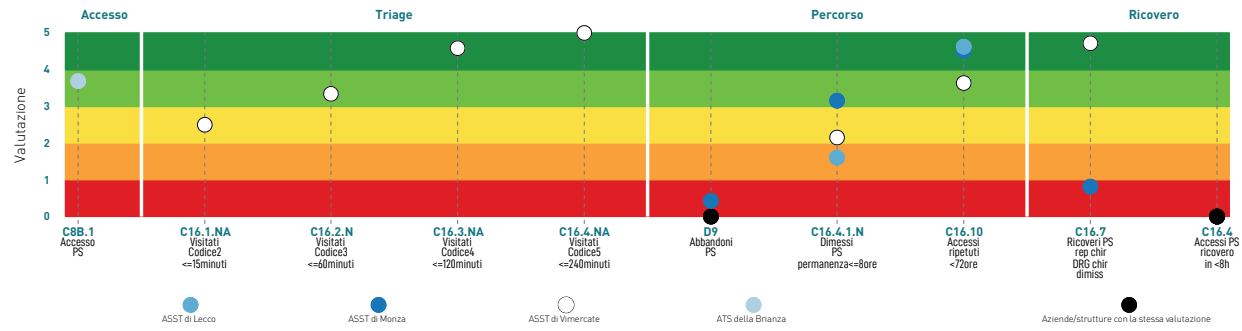


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

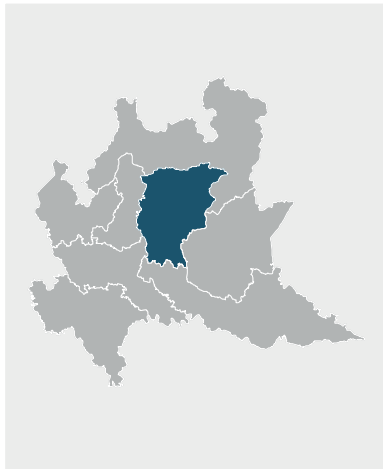




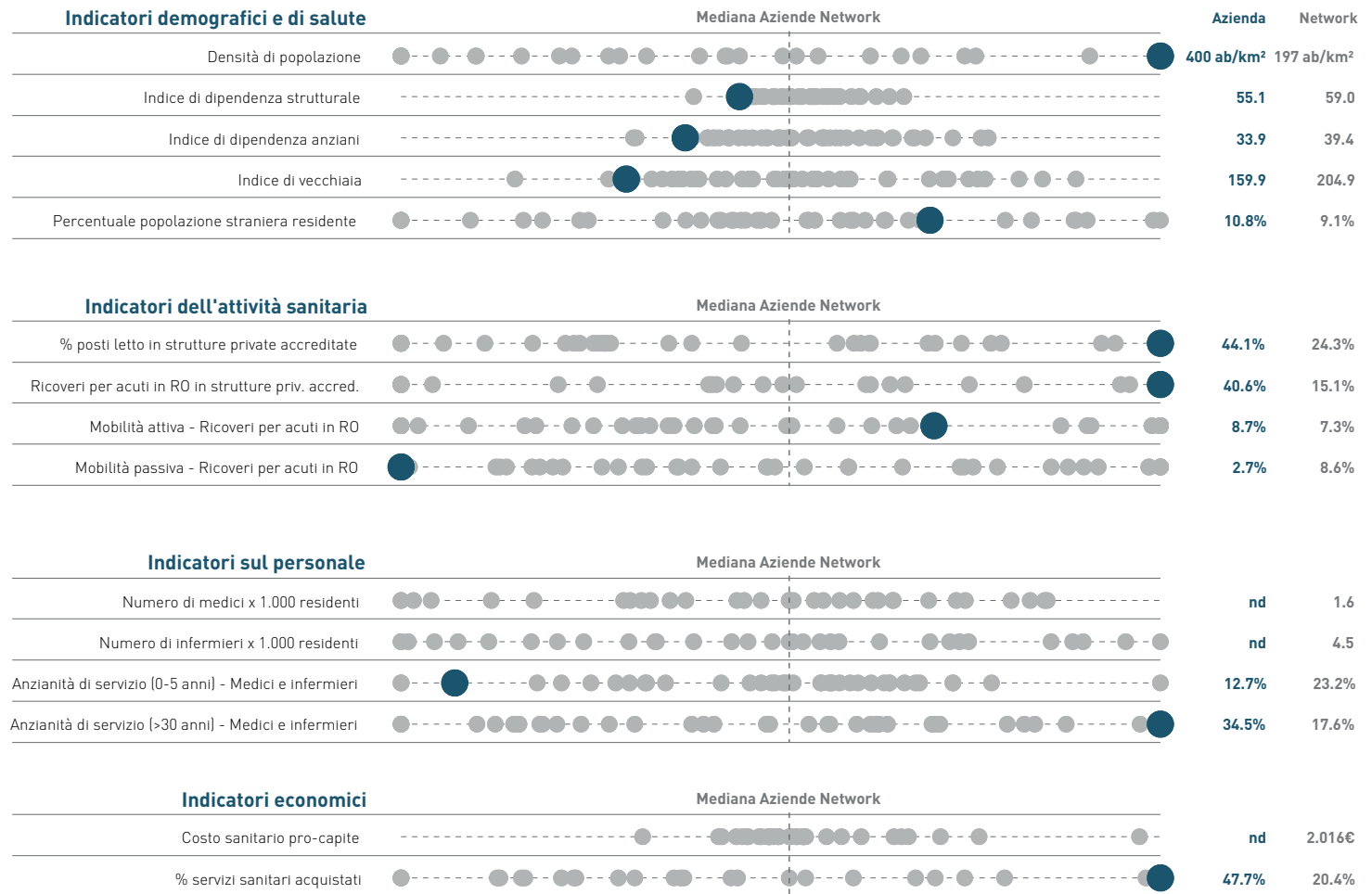
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DI BERGAMO

Profilo azienda



Popolazione residente	1.102.997
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	24
- Pubblici	12
- Privati accreditati	12
Posti letto	4.404
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS DI BERGAMO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑

27.8 %

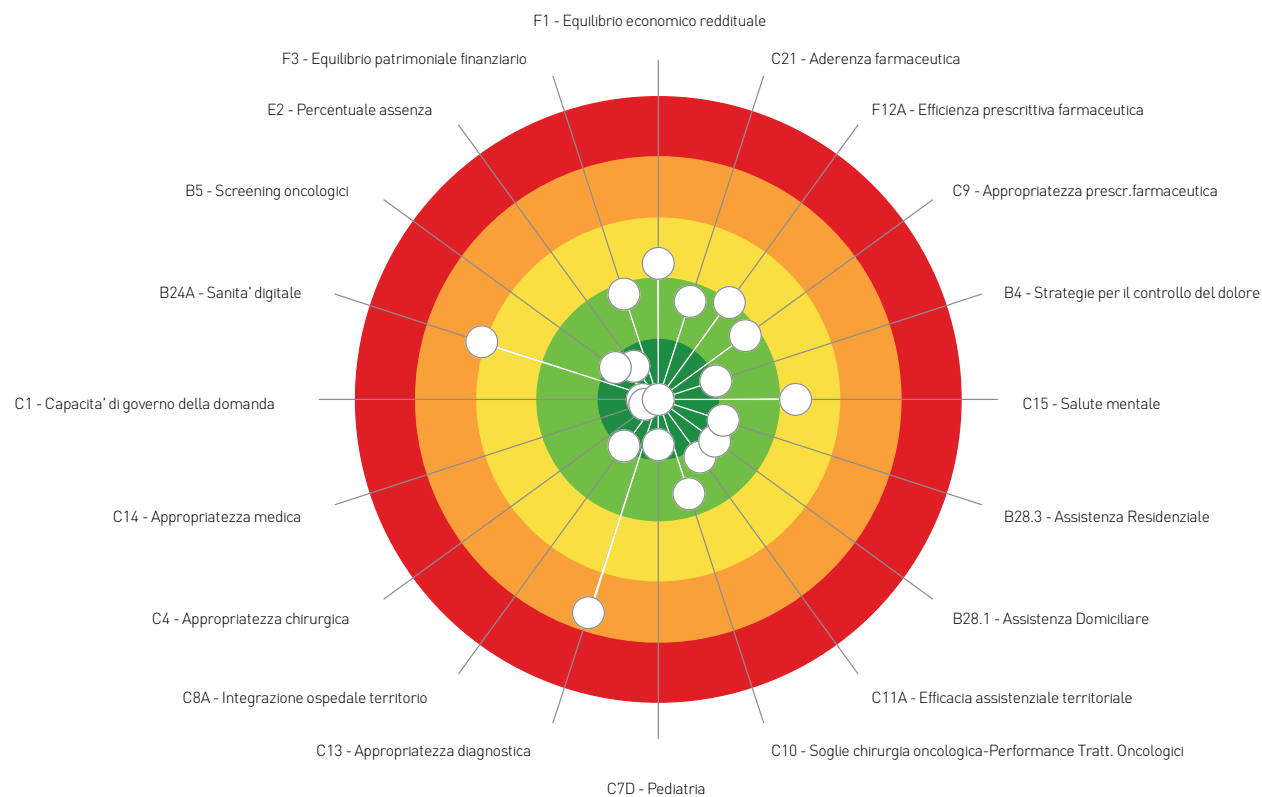
Indicatori Stabili =

5.6 %

Indicatori Peggiorati ↓

66.7 %

Valutazione della Performance 2022

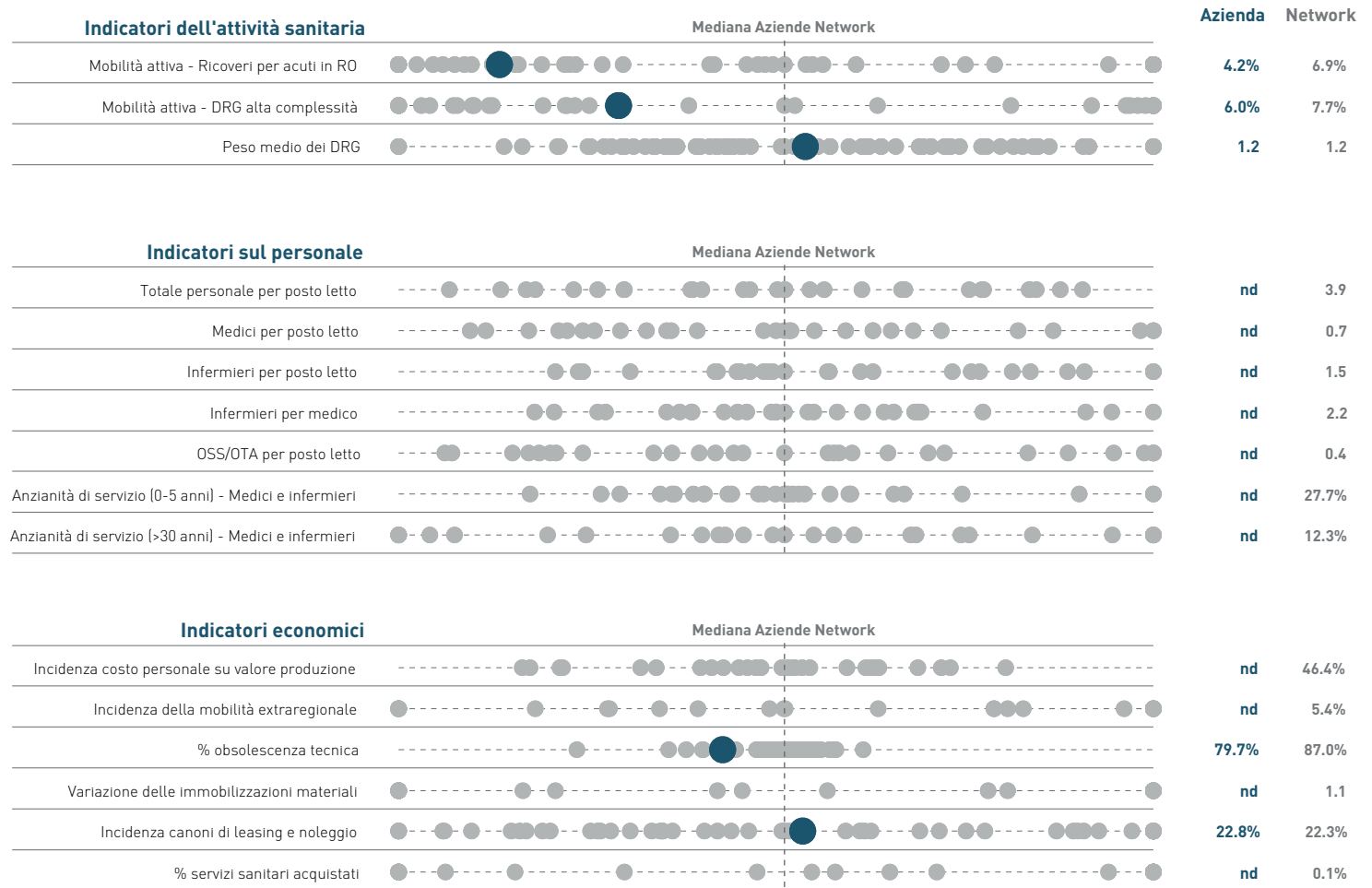


ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Profilo azienda



Posti letto	1.366
- Degenza Ordinaria	1.268
- Day Hospital/Day surgery	72
Dimissioni totali	42.644
Giornate di degenza ordin.	271.782
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	97.889
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.931



ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

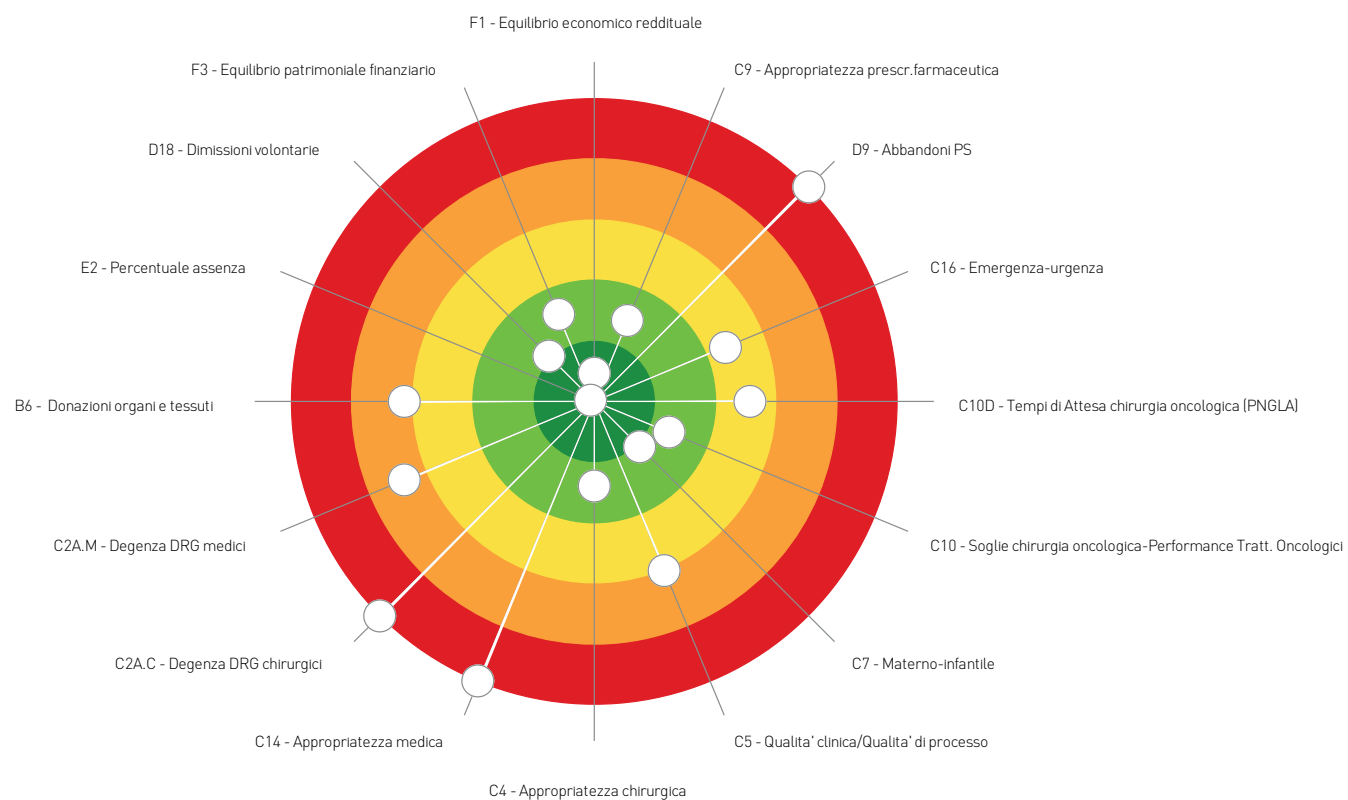
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
63.0%

Indicatori Stabili =
11.1%

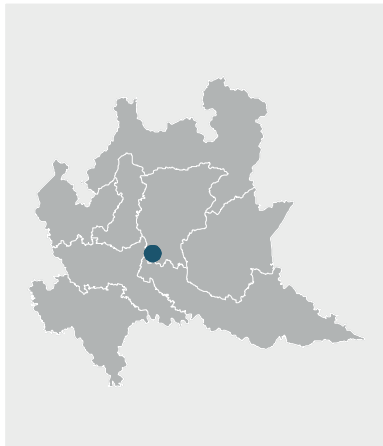
Indicatori Peggiorati ↓
25.9%

Valutazione della Performance 2022

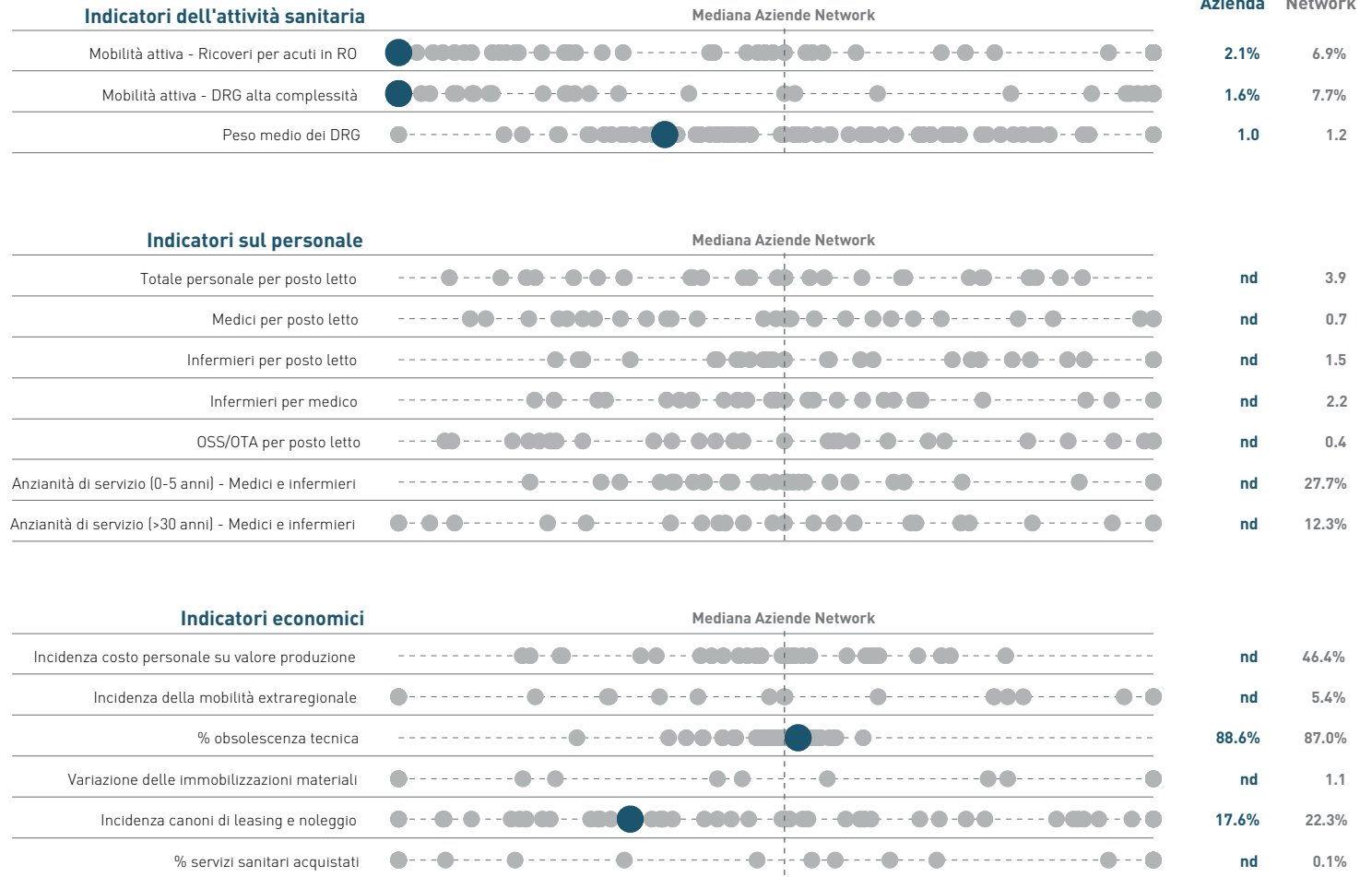


ASST DI BERGAMO OVEST

Profilo azienda



Posti letto	479
- Degenza Ordinaria	432
- Day Hospital/Day surgery	37
Dimissioni totali	15.428
Giornate di degenza ordin.	97.464
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	66.589
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	871 (500-1000)



ASST DI BERGAMO OVEST

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

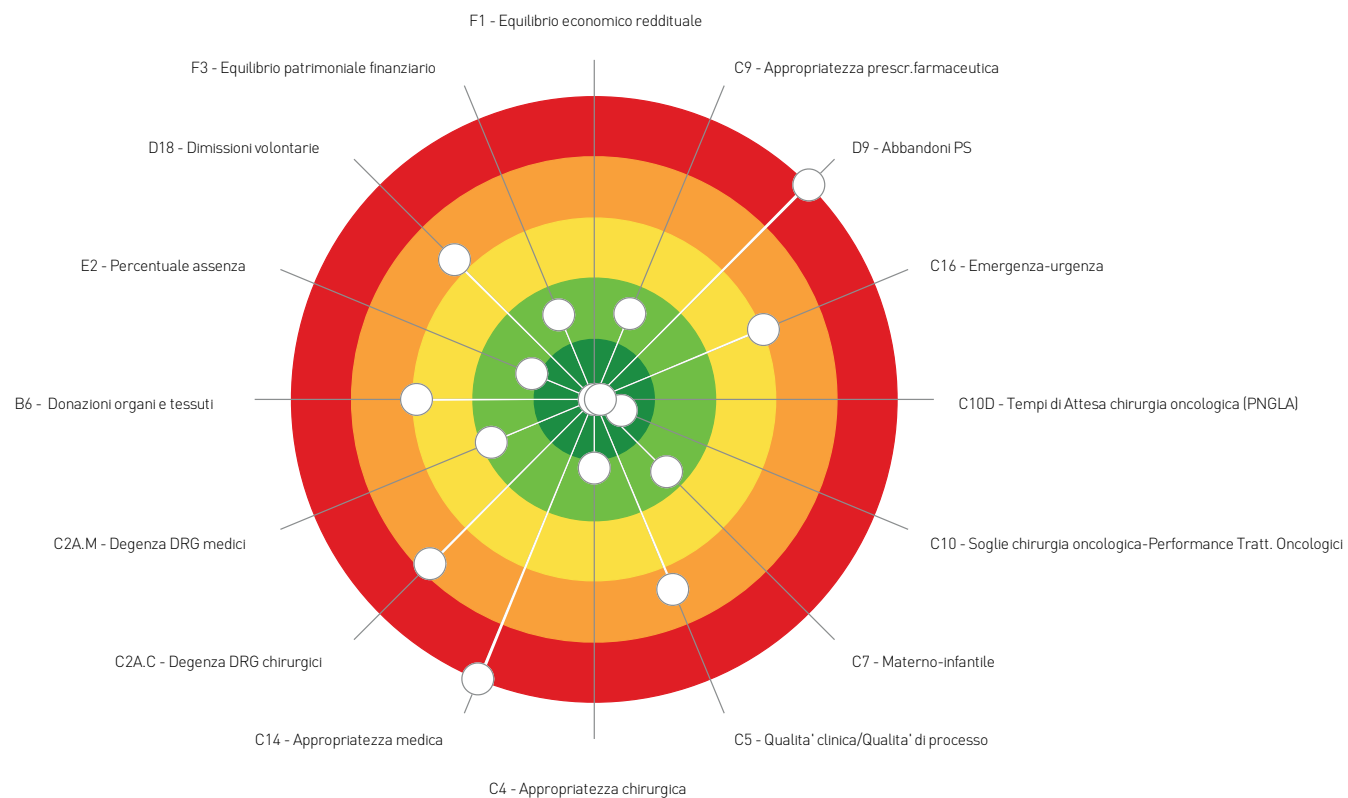
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
59.3%

Indicatori Stabili =
3.7%

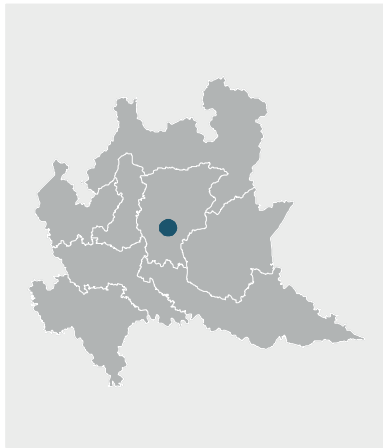
Indicatori Peggiorati ↓
37.0%

Valutazione della Performance 2022

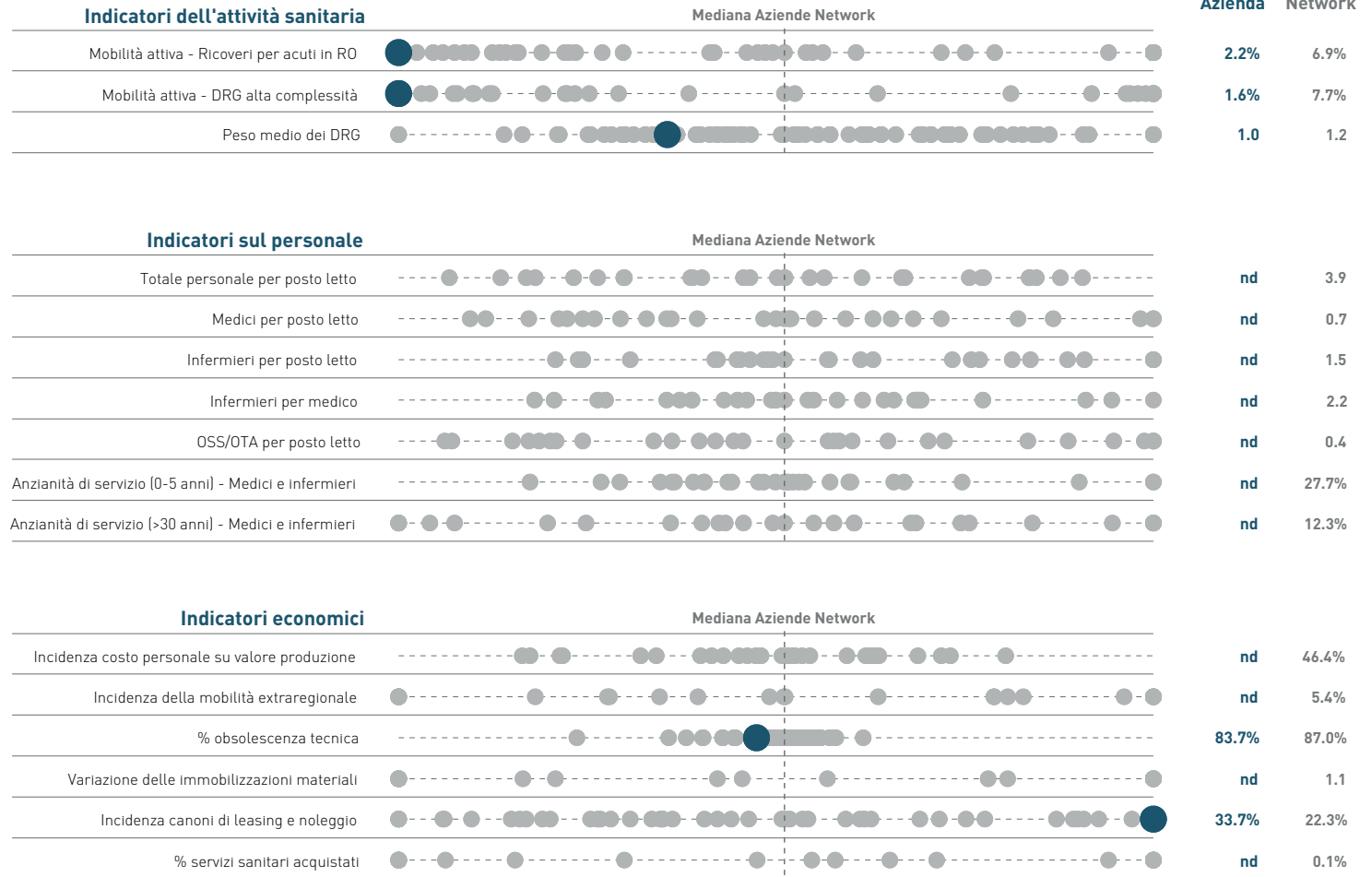


ASST DI BERGAMO EST

Profilo azienda



Posti letto	619
- Degenza Ordinaria	578
- Day Hospital/Day surgery	30
Dimissioni totali	23.860
Giornate di degenza ordin.	145.734
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	103.569
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.876



ASST DI BERGAMO EST

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

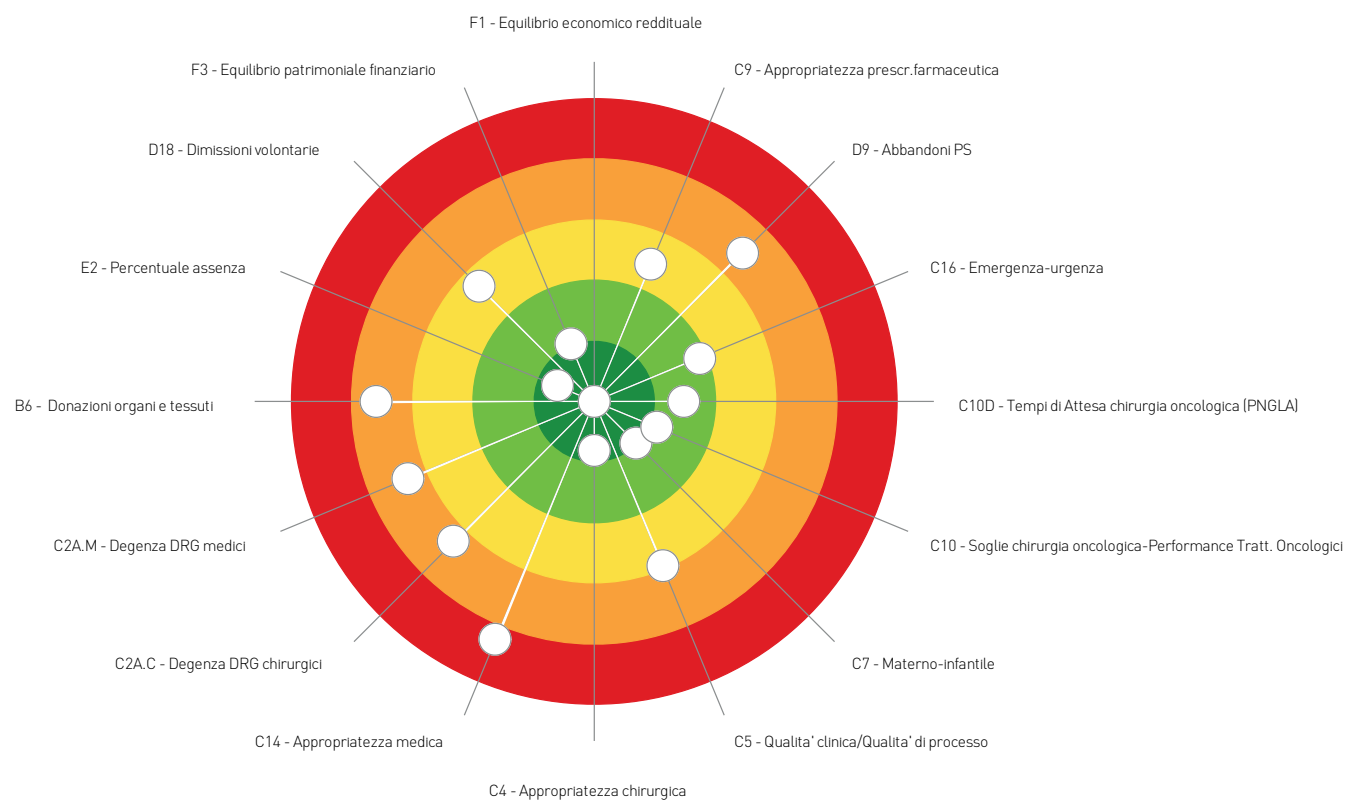
Numero indicatori di valutazione: 26

Indicatori Migliorati ↑
42.3%

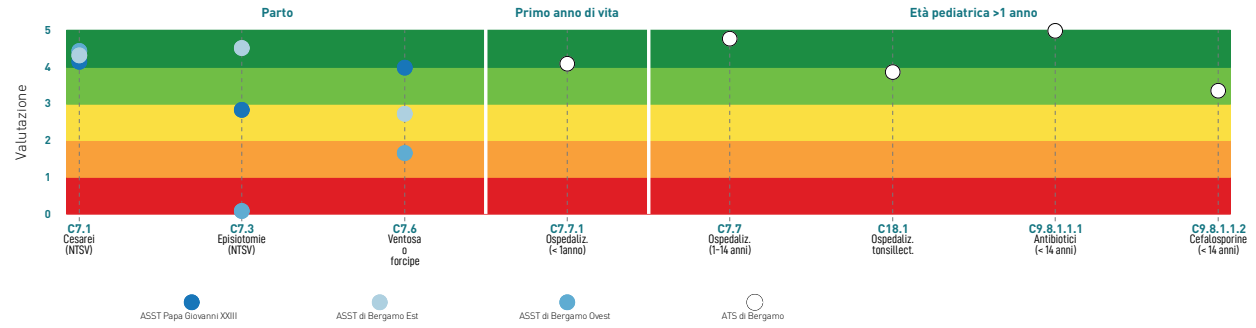
Indicatori Stabili =
11.5%

Indicatori Peggiorati ↓
46.2%

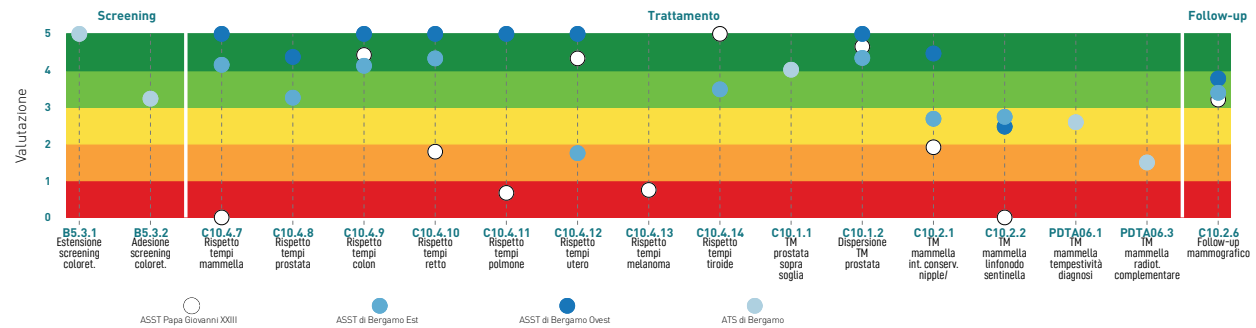
Valutazione della Performance 2022



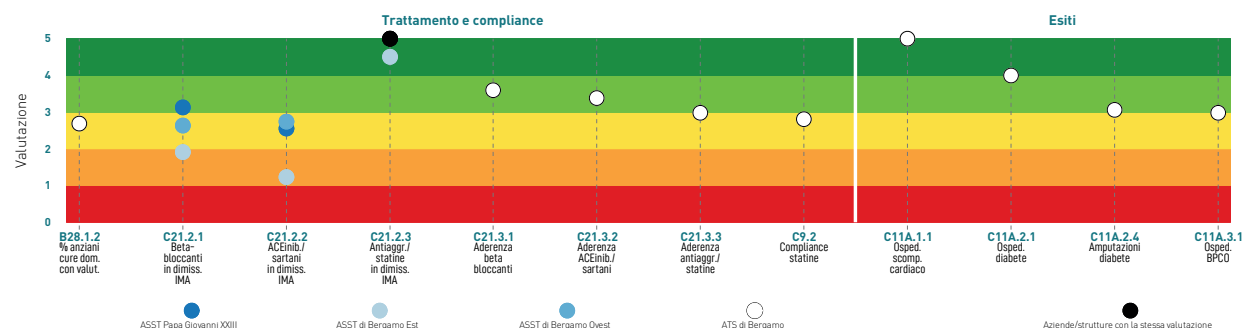
PERCORSO MATERNO INFANTILE

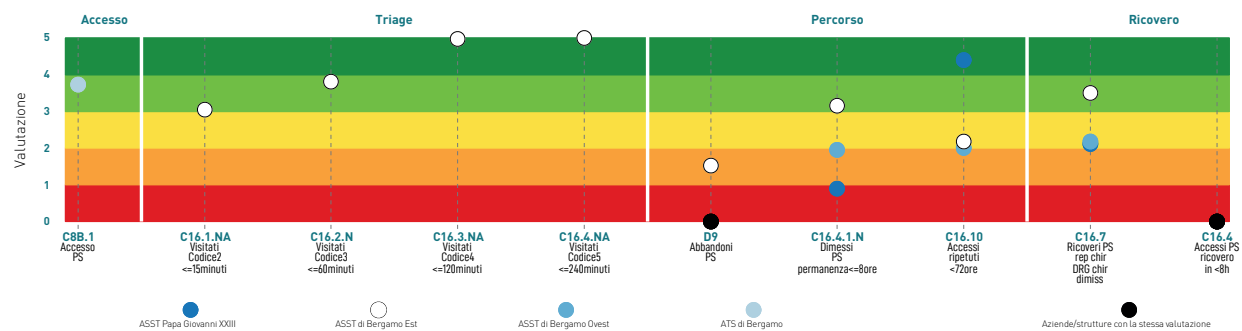


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

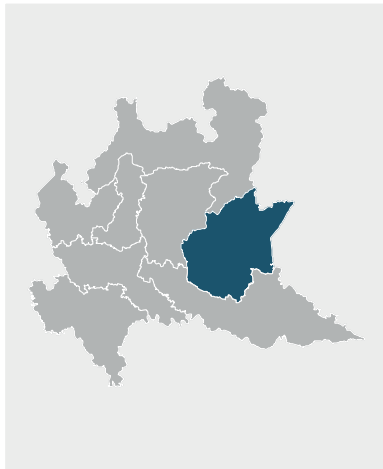




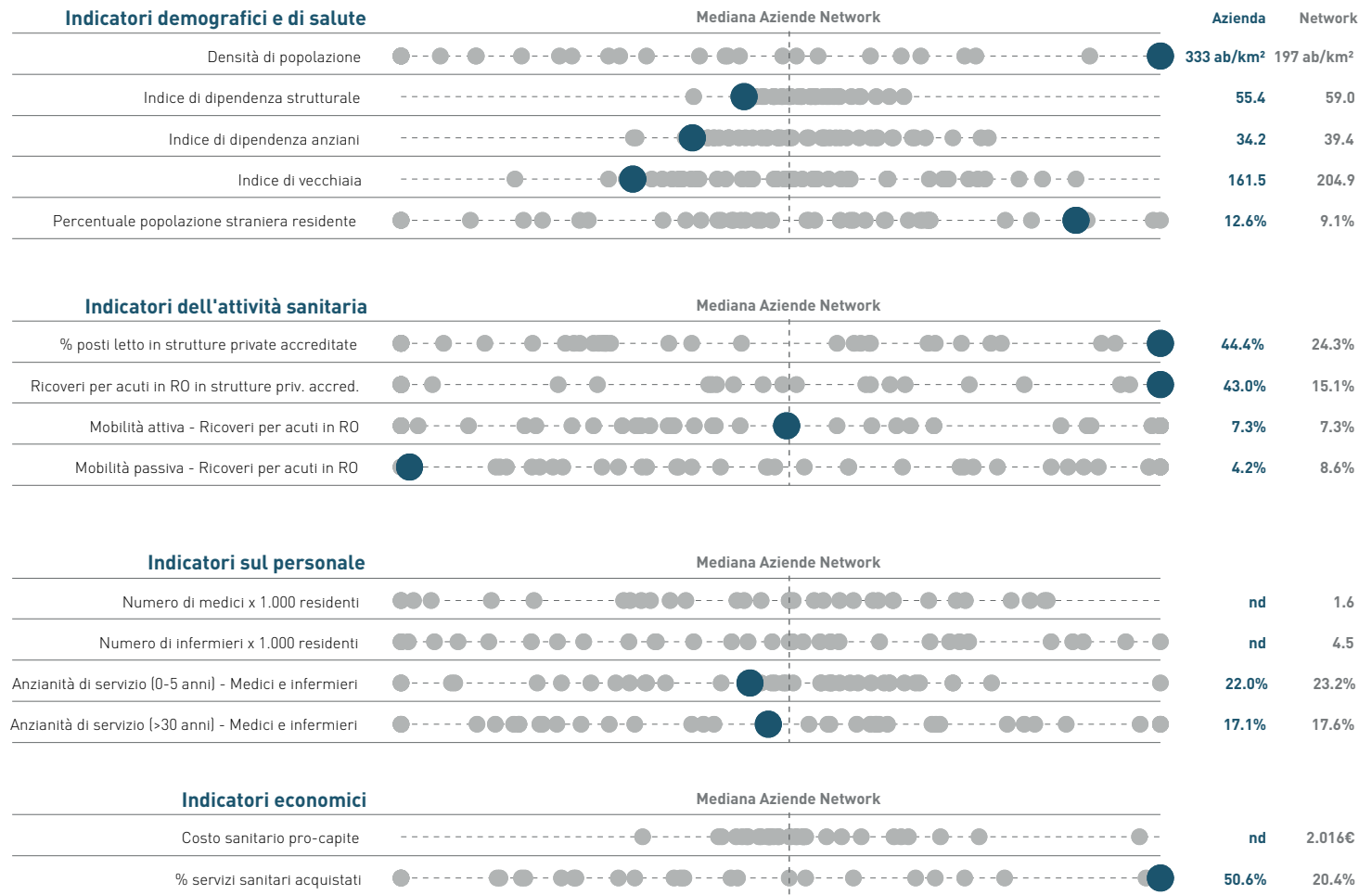
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DI BRESCIA

Profilo azienda



Popolazione residente	1.155.139
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	30
- Pubblici	16
- Privati accreditati	14
Posti letto	5.630
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS DI BRESCIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

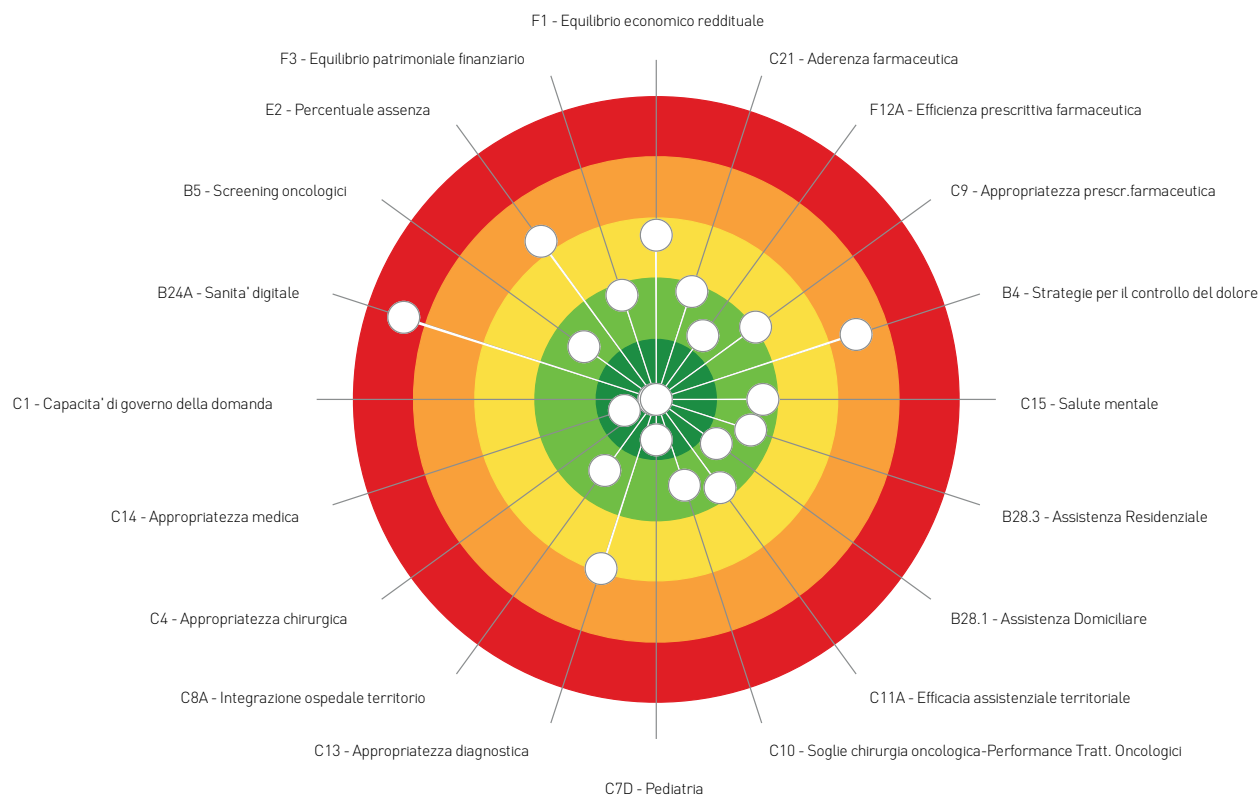
Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑
27.8 %

Indicatori Stabili =
8.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
63.9 %

Valutazione della Performance 2022

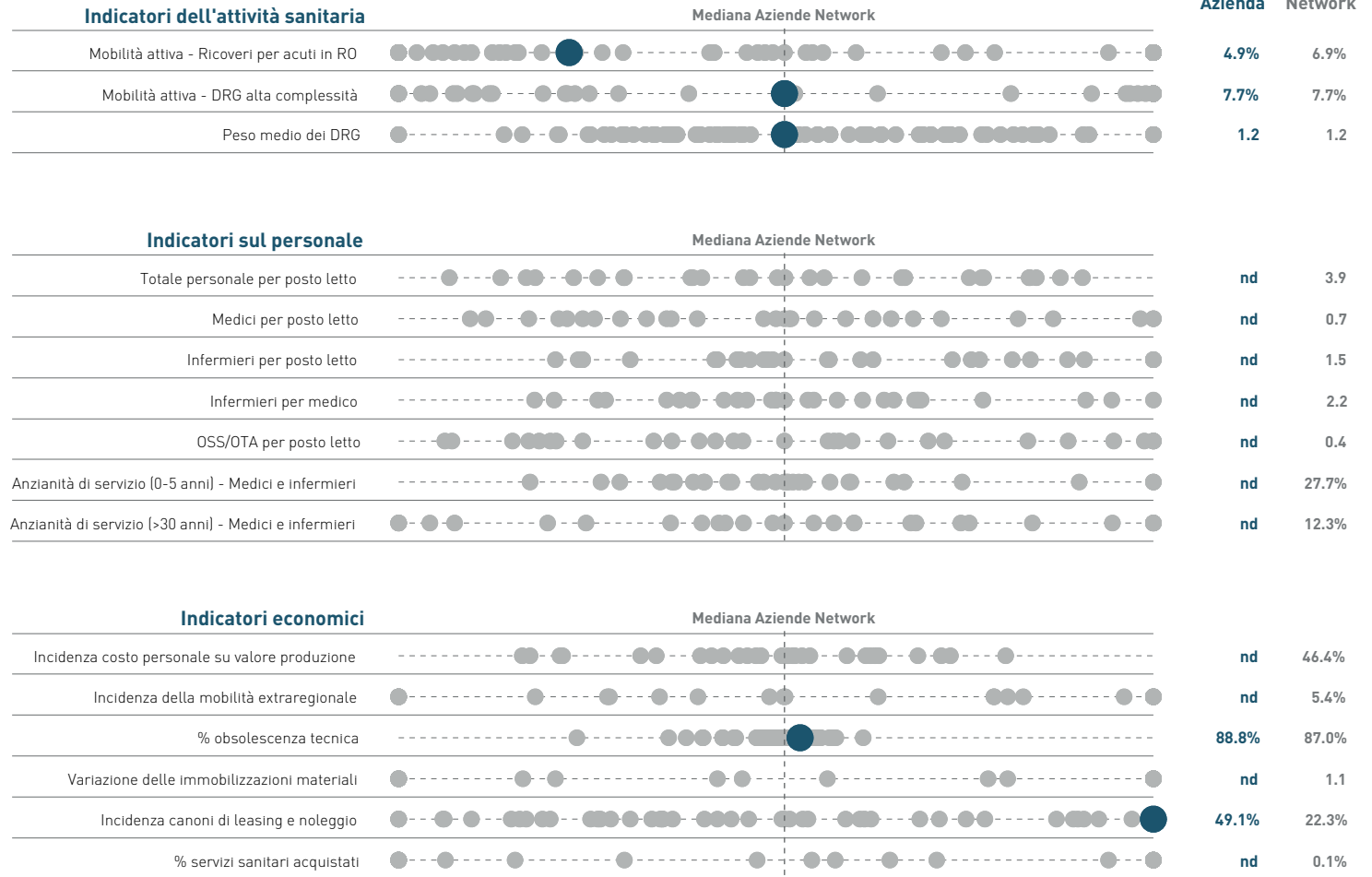


ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

Profilo azienda



Posti letto	1.865
- Degenza Ordinaria	1.765
- Day Hospital/Day surgery	78
Dimissioni totali	58.571
Giornate di degenza ordin.	414.837
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	141.787
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.070



ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 30

Indicatori Migliorati ↑

46.7 %

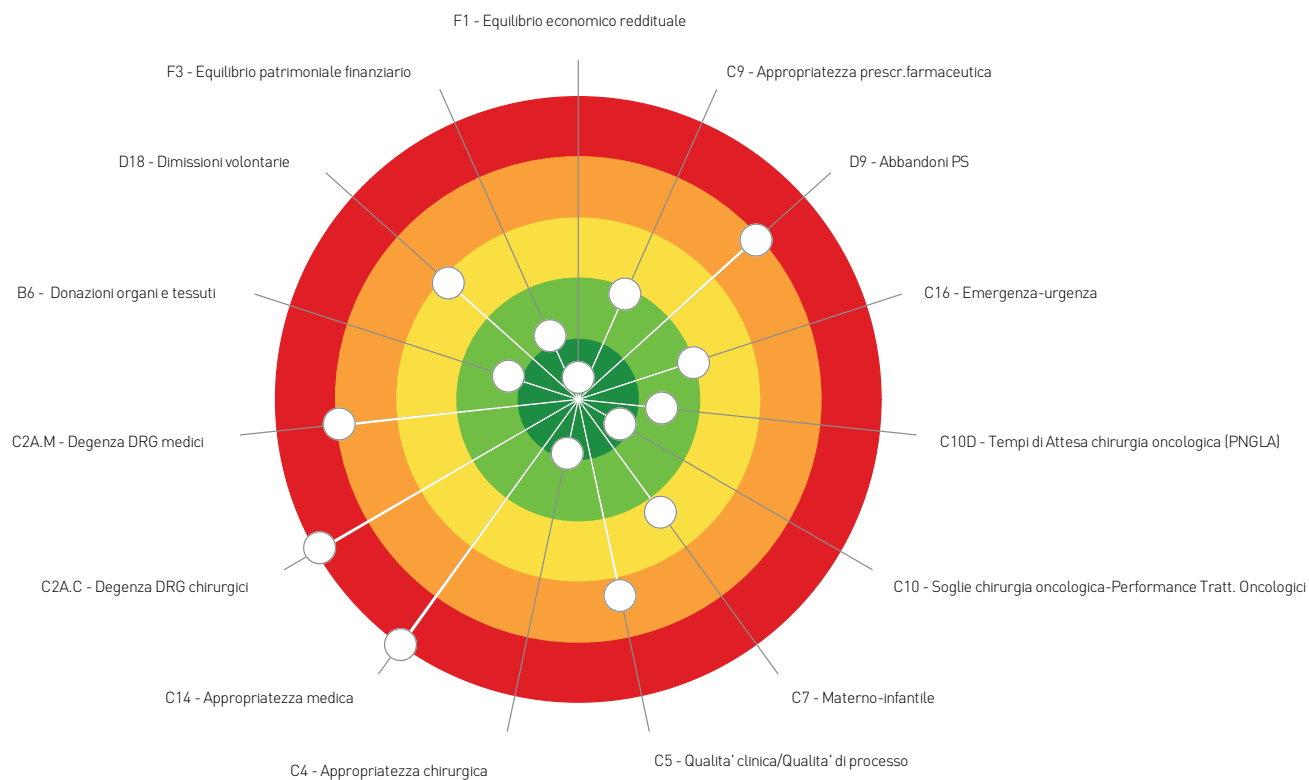
Indicatori Stabili =

6.7 %

Indicatori Peggiorati ↓

46.7 %

Valutazione della Performance 2022

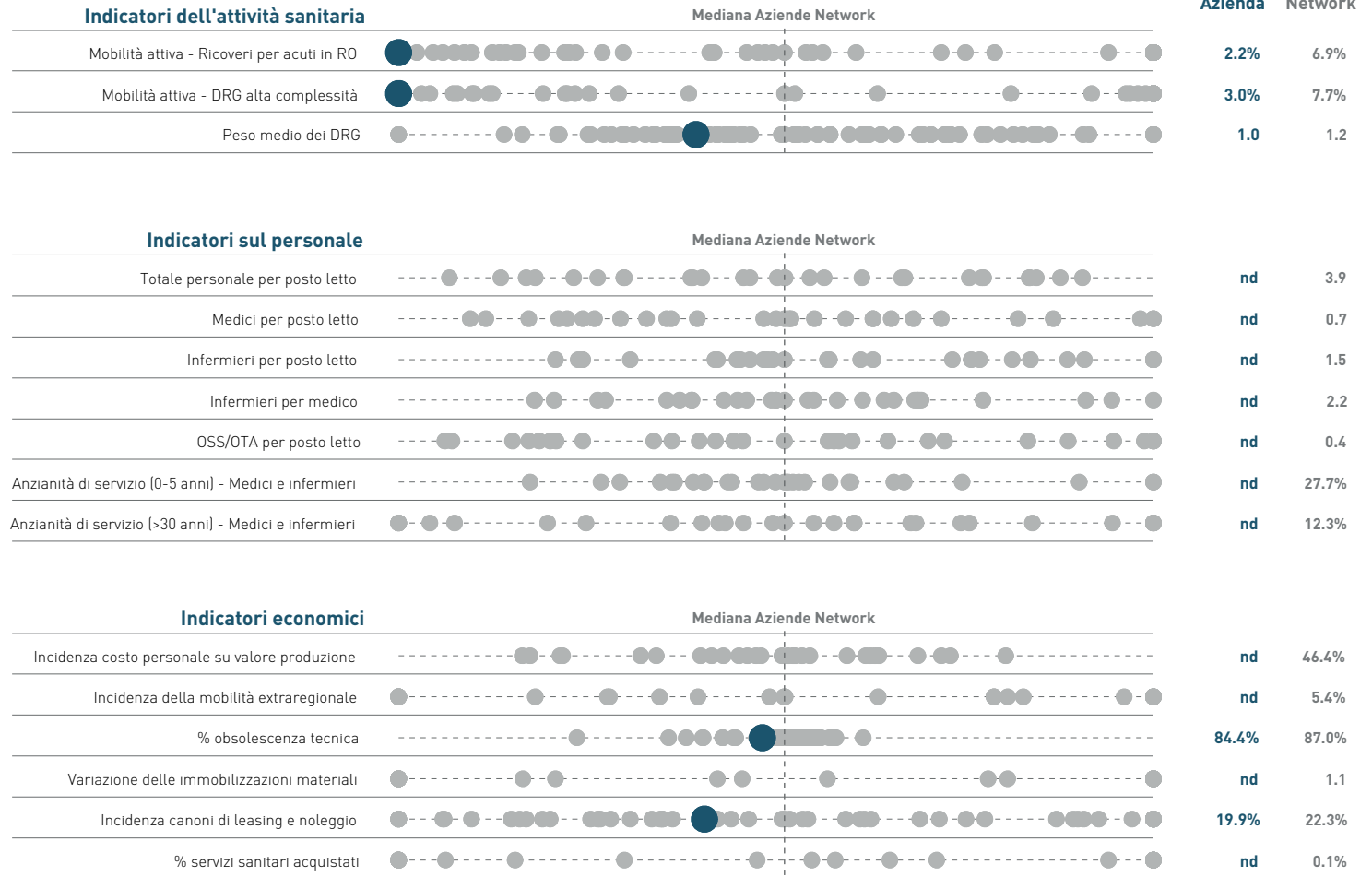


ASST DELLA FRANCIACORTA

Profilo azienda



Posti letto	392
- Degenza Ordinaria	372
- Day Hospital/Day surgery	15
Dimissioni totali	12.713
Giornate di degenza ordin.	71.329
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	65.271
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	681



ASST DELLA FRANCIACORTA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

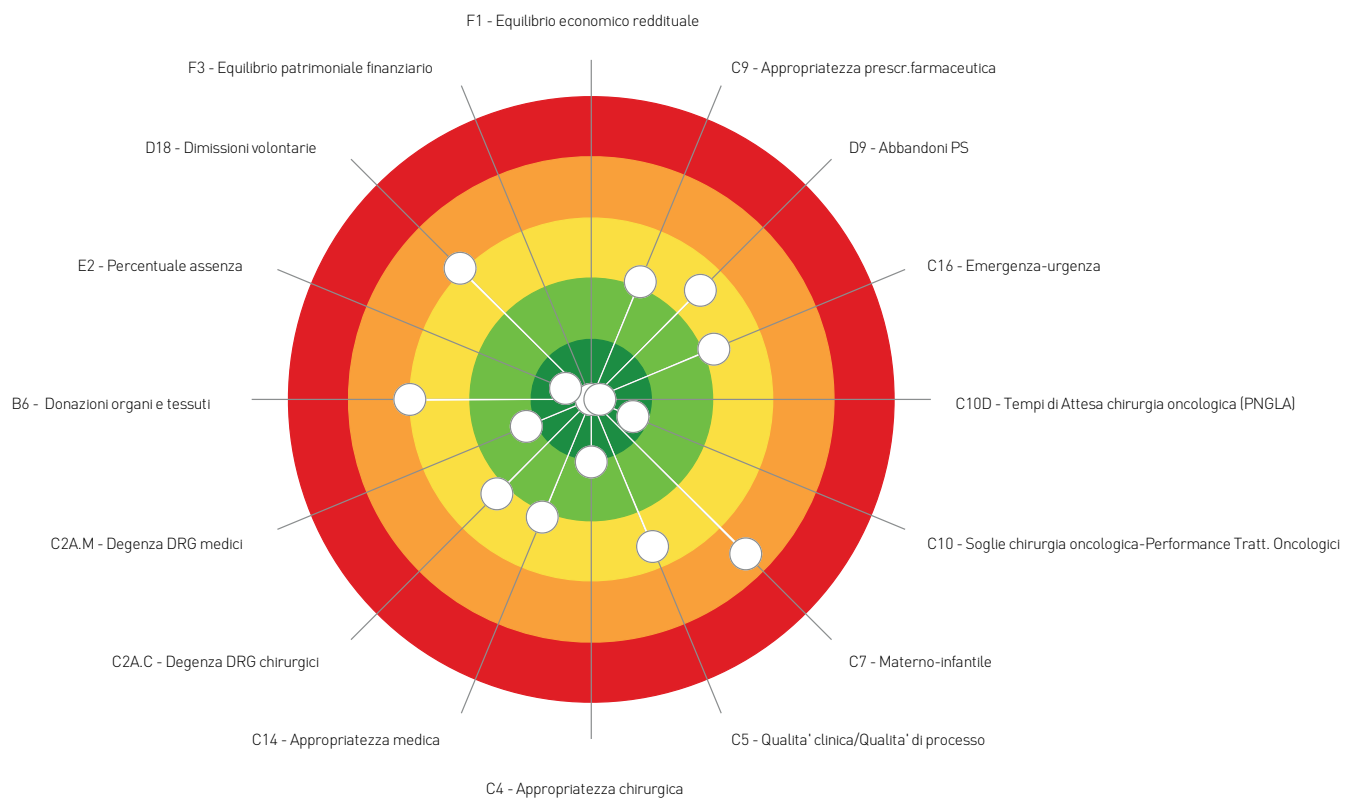
Numero indicatori di valutazione: 22

Indicatori Migliorati ↑
40.9%

Indicatori Stabili =
22.7%

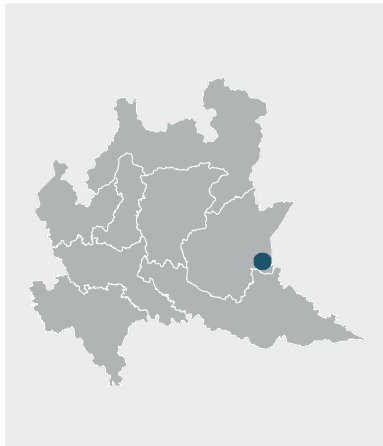
Indicatori Peggiorati ↓
36.4%

Valutazione della Performance 2022

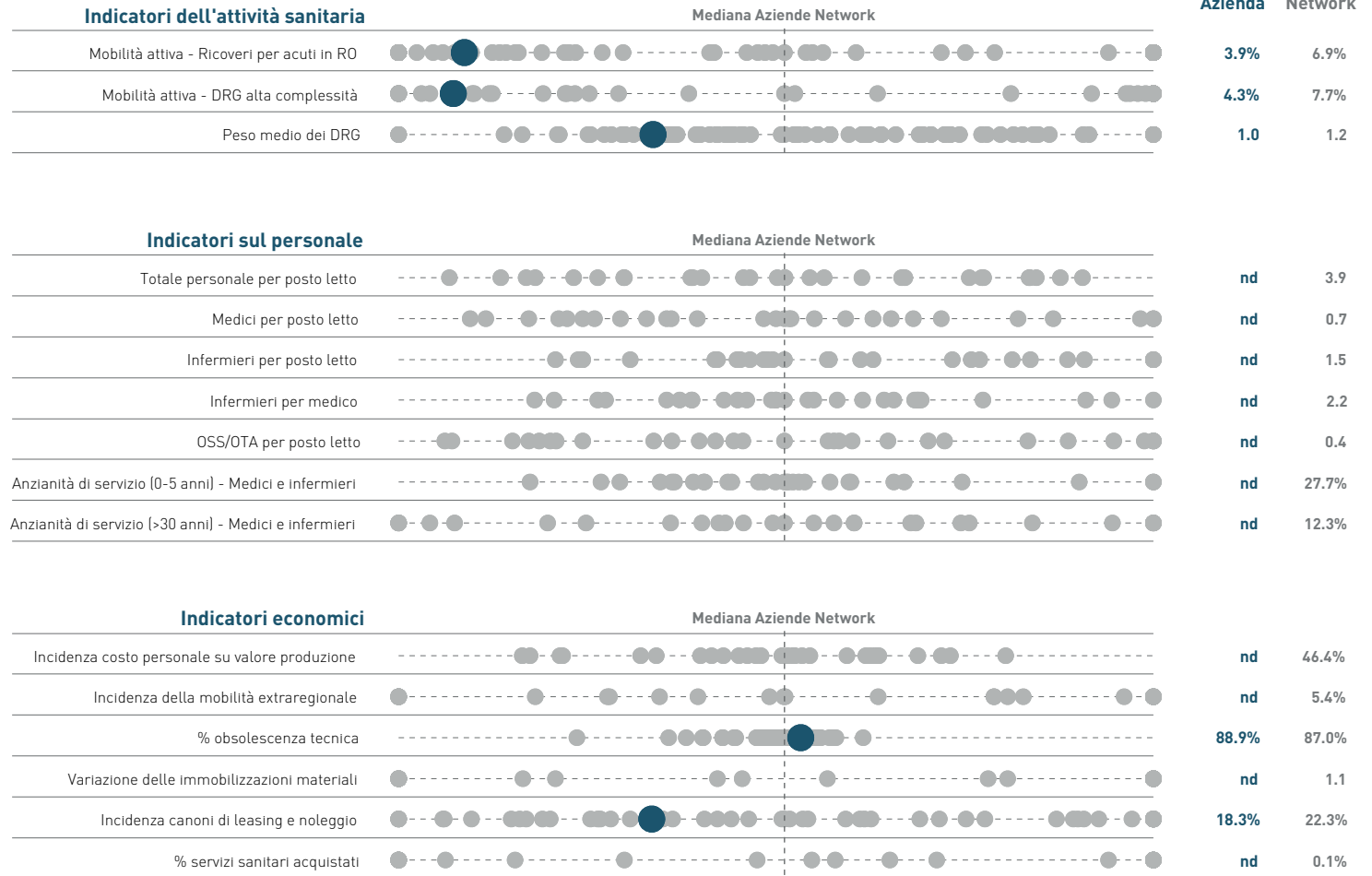


ASST DEL GARDA

Profilo azienda



Posti letto	871
- Degenza Ordinaria	826
- Day Hospital/Day surgery	36
Dimissioni totali	25.350
Giornate di degenza ordin.	139.970
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	129.882
N. Punti Nascita	3
- Numero Parti (>1000)	1.774



ASST DEL GARDA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

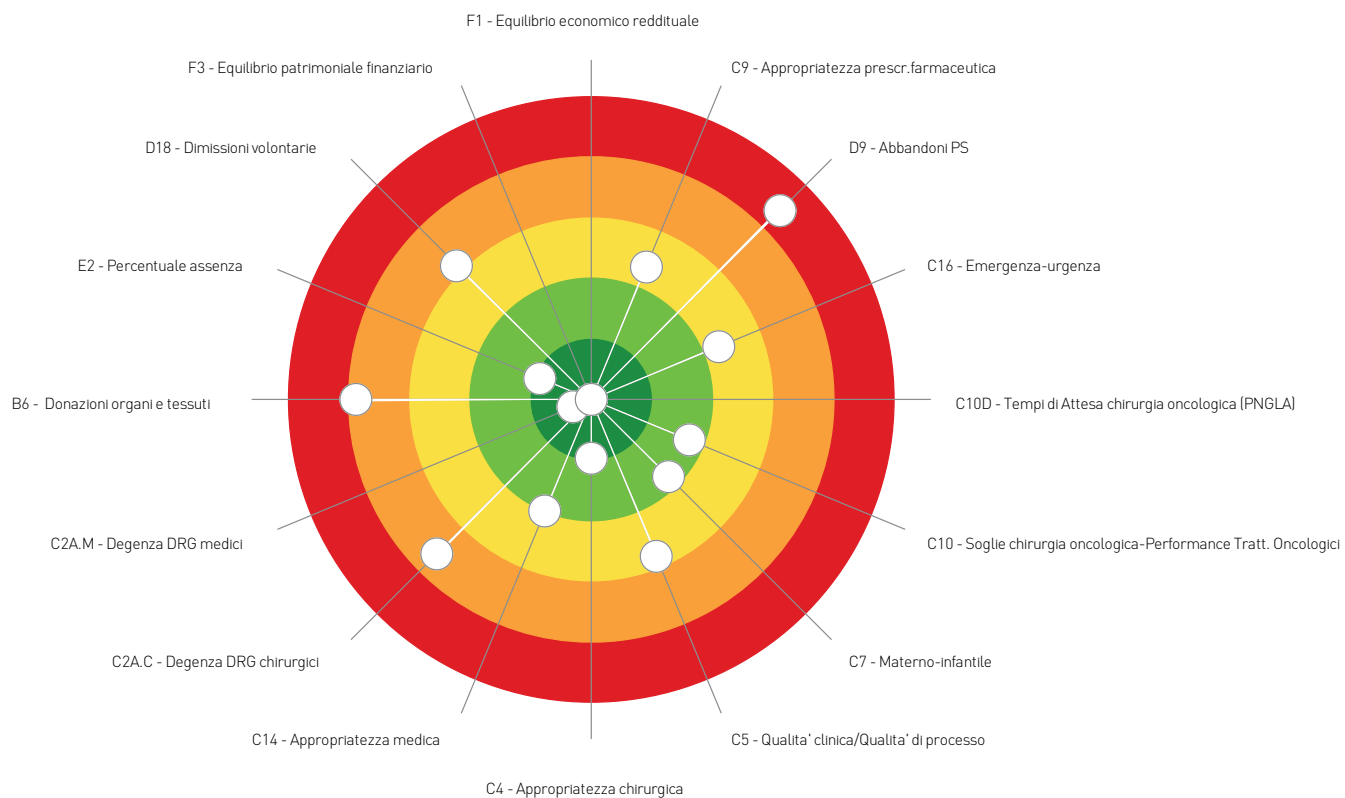
Numero indicatori di valutazione: 25

Indicatori Migliorati ↑
36.0%

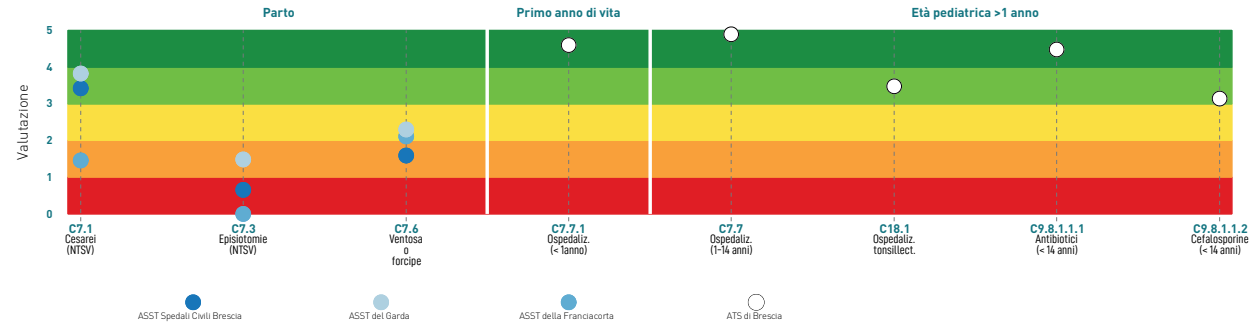
Indicatori Stabili =
28.0%

Indicatori Peggiorati ↓
36.0%

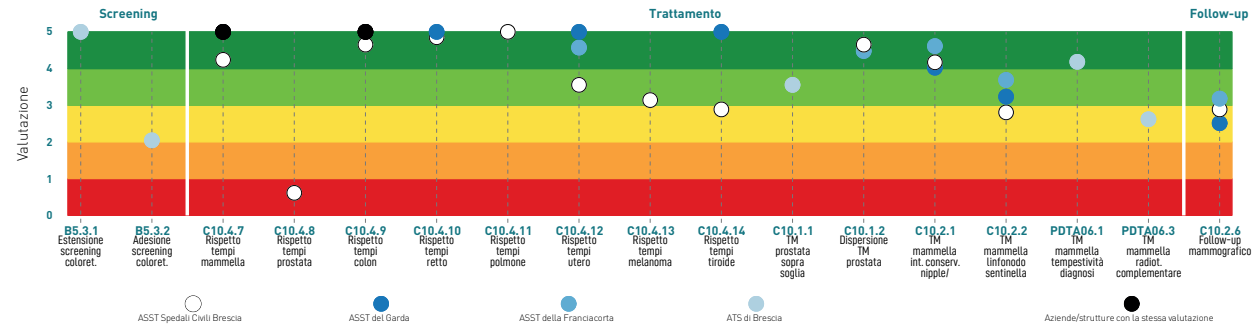
Valutazione della Performance 2022



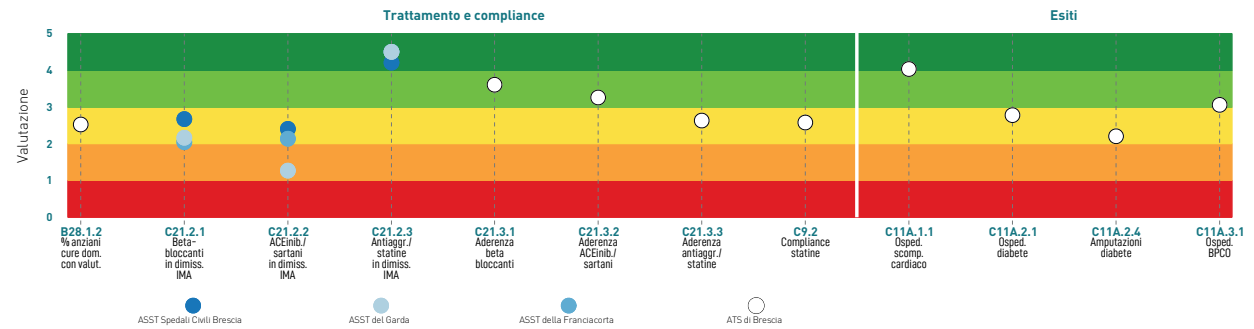
PERCORSO MATERNO INFANTILE

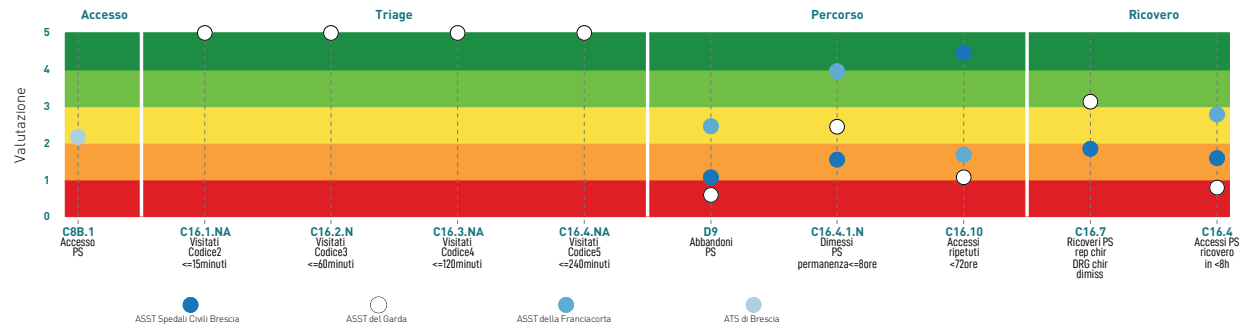


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

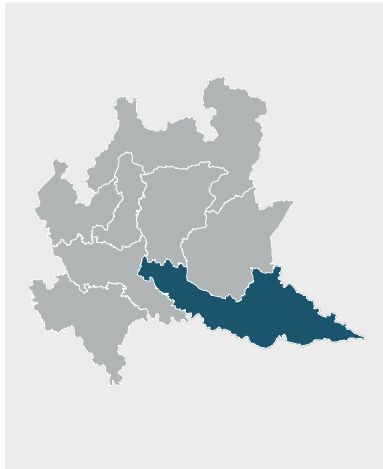




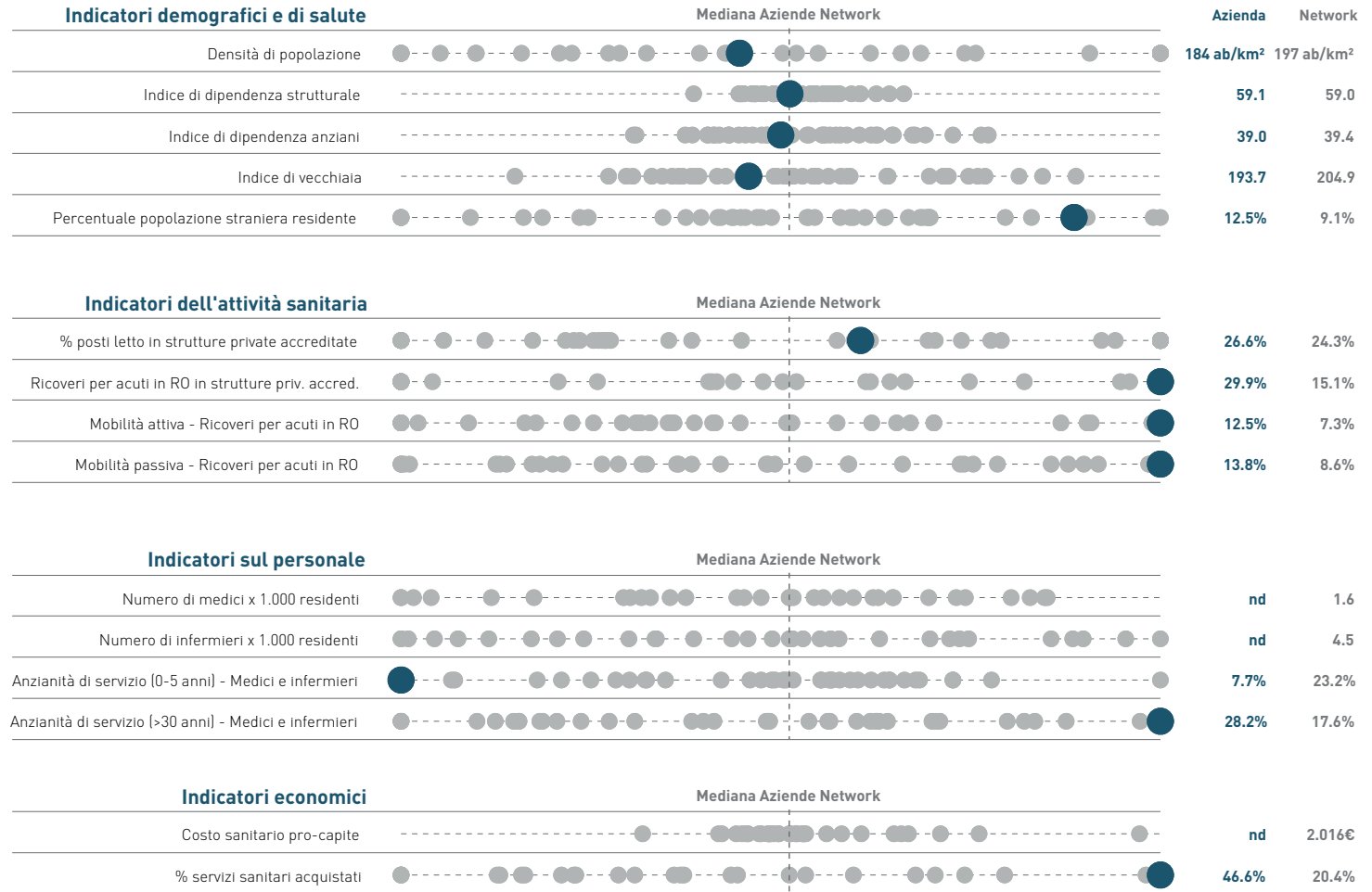
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DELLA VAL PADANA

Profilo azienda



Popolazione residente	756.130
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	19
- Pubblici	11
- Privati accreditati	8
Posti letto	3.185
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS DELLA VAL PADANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑
25.0 %

Indicatori Stabili =
8.3 %

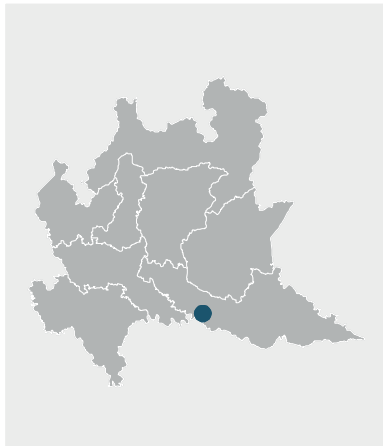
Indicatori Peggiorati ↓
66.7 %

Valutazione della Performance 2022

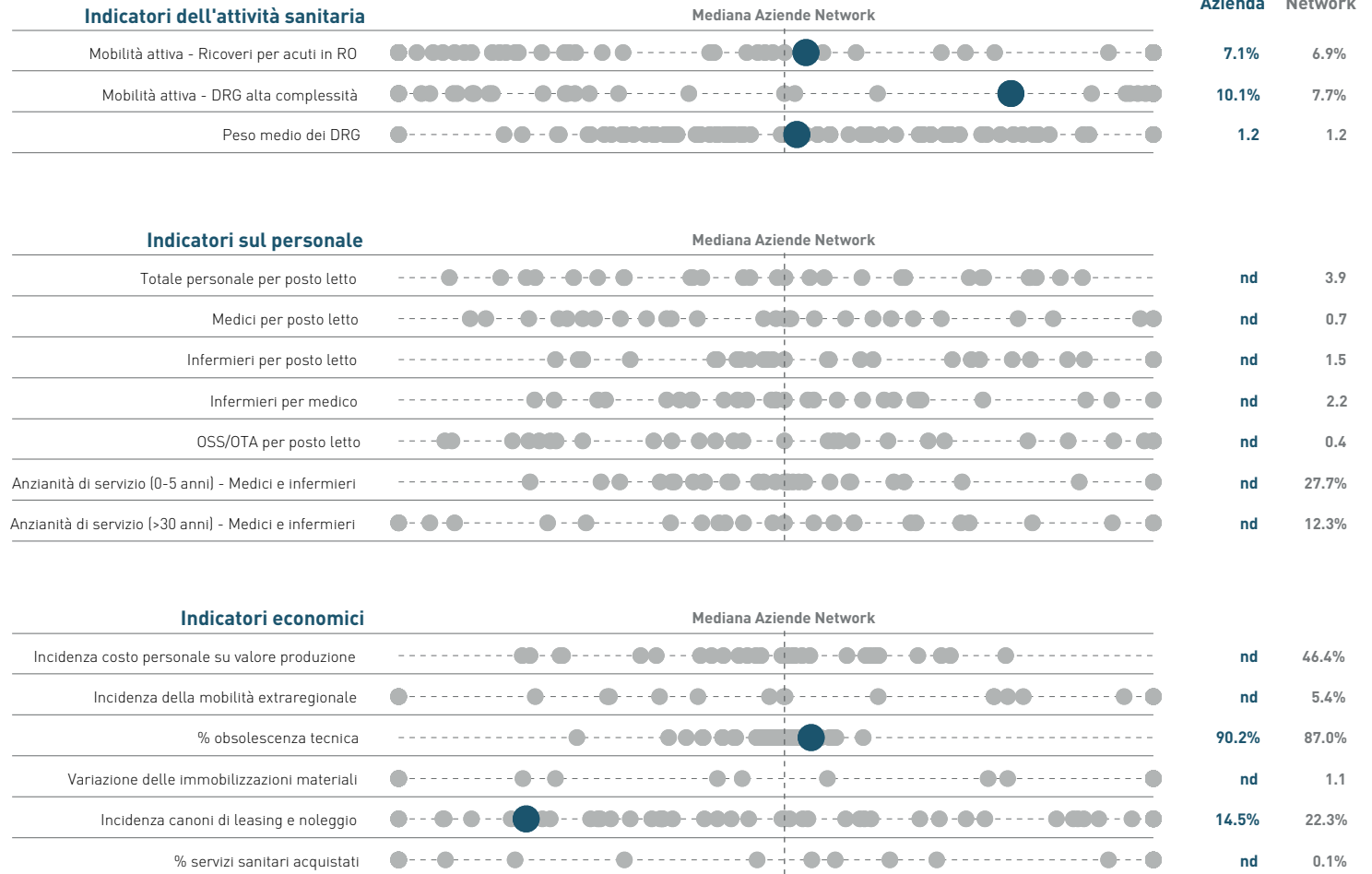


ASST DI CREMONA

Profilo azienda




Posti letto	747
- Degenza Ordinaria	675
- Day Hospital/Day surgery	50
Dimissioni totali	21.183
Giornate di degenza ordin.	148.728
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	75.257
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.124





ASST DI CREMONA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

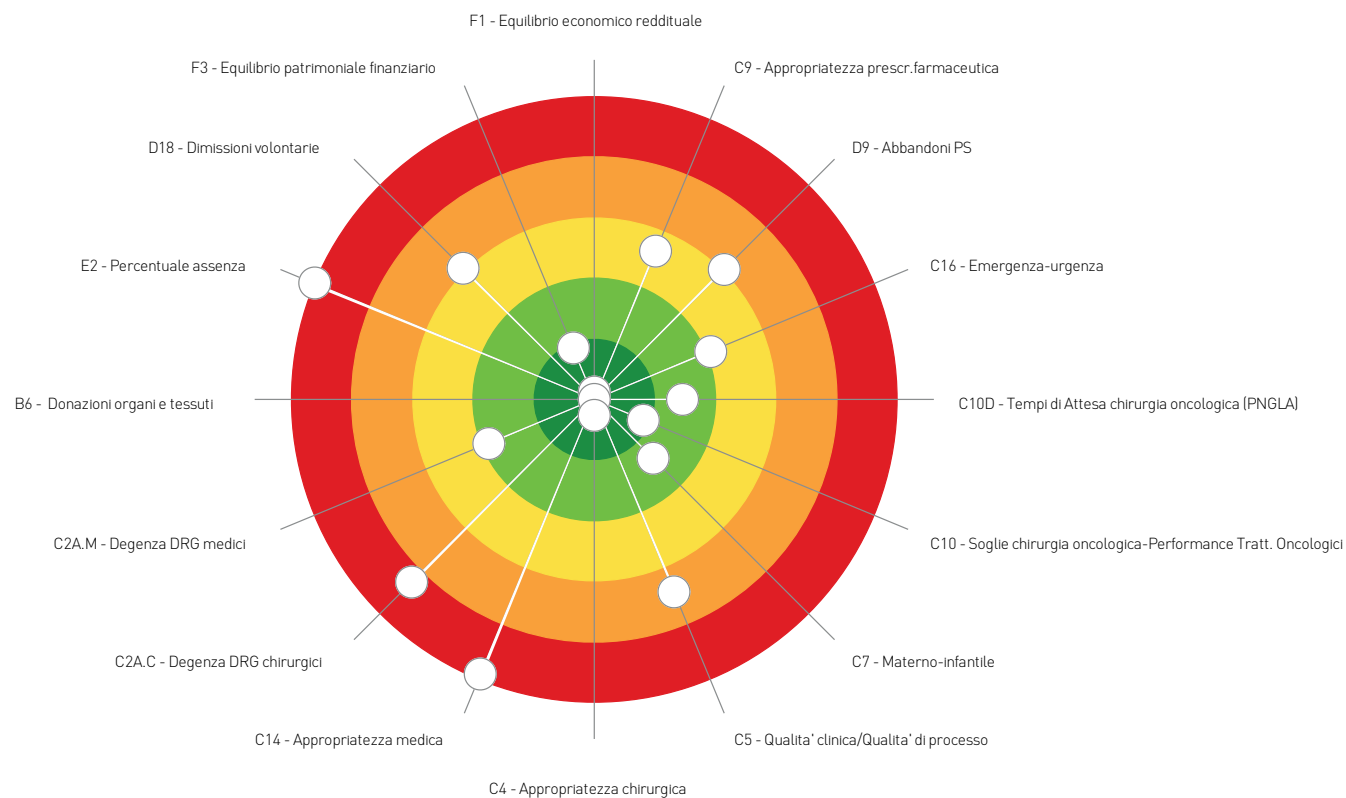
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati 
40.7%

Indicatori Stabili 
11.1%

Indicatori Peggiorati 
48.1%

Valutazione della Performance 2022

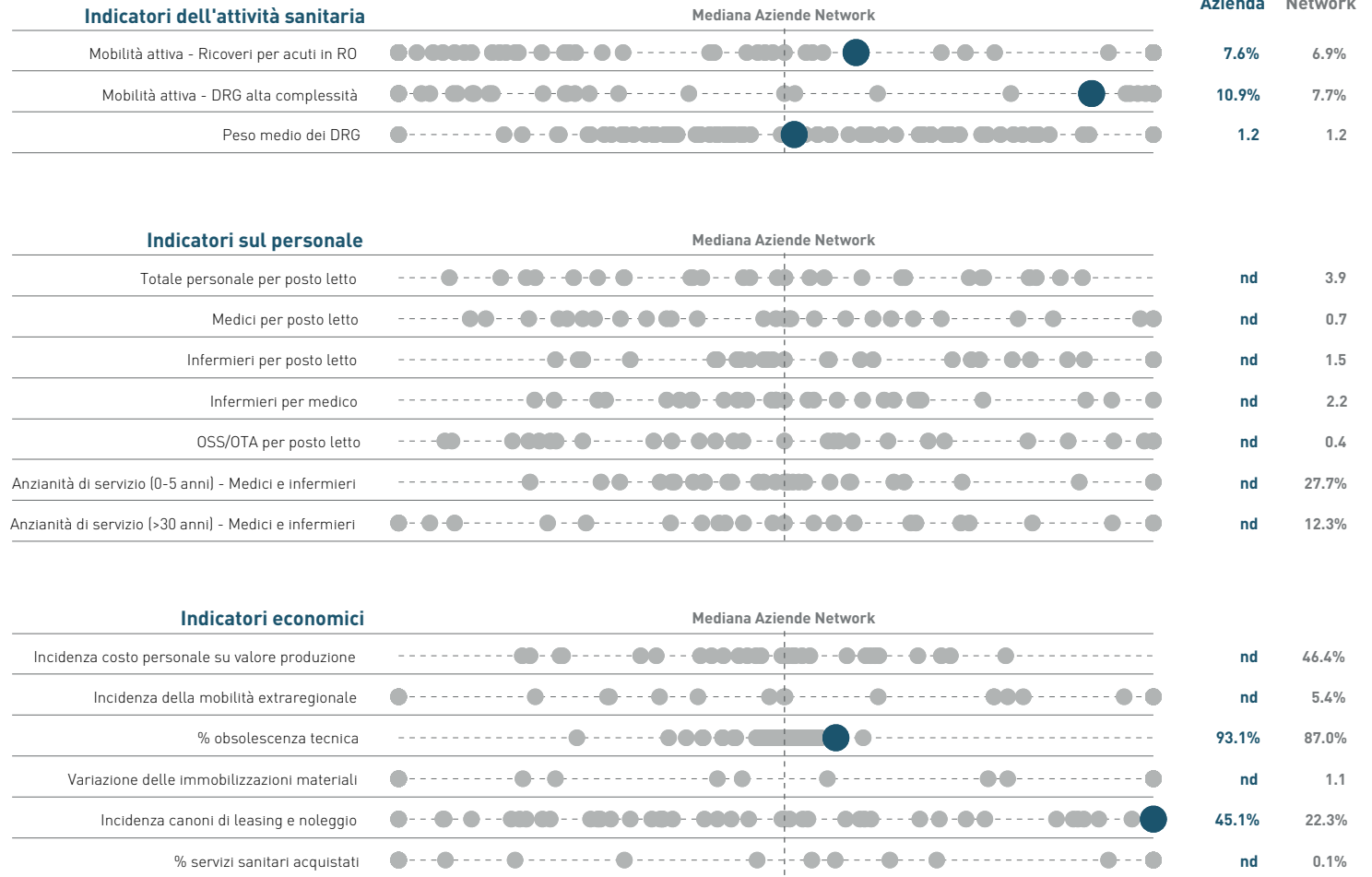


ASST DI MANTOVA

Profilo azienda



Posti letto	1.129
- Degenza Ordinaria	1.052
- Day Hospital/Day surgery	59
Dimissioni totali	28.800
Giornate di degenza ordin.	186.551
N. Pronto Soccorso	3
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	99.291
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (>1000)	2.036



ASST DI MANTOVA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

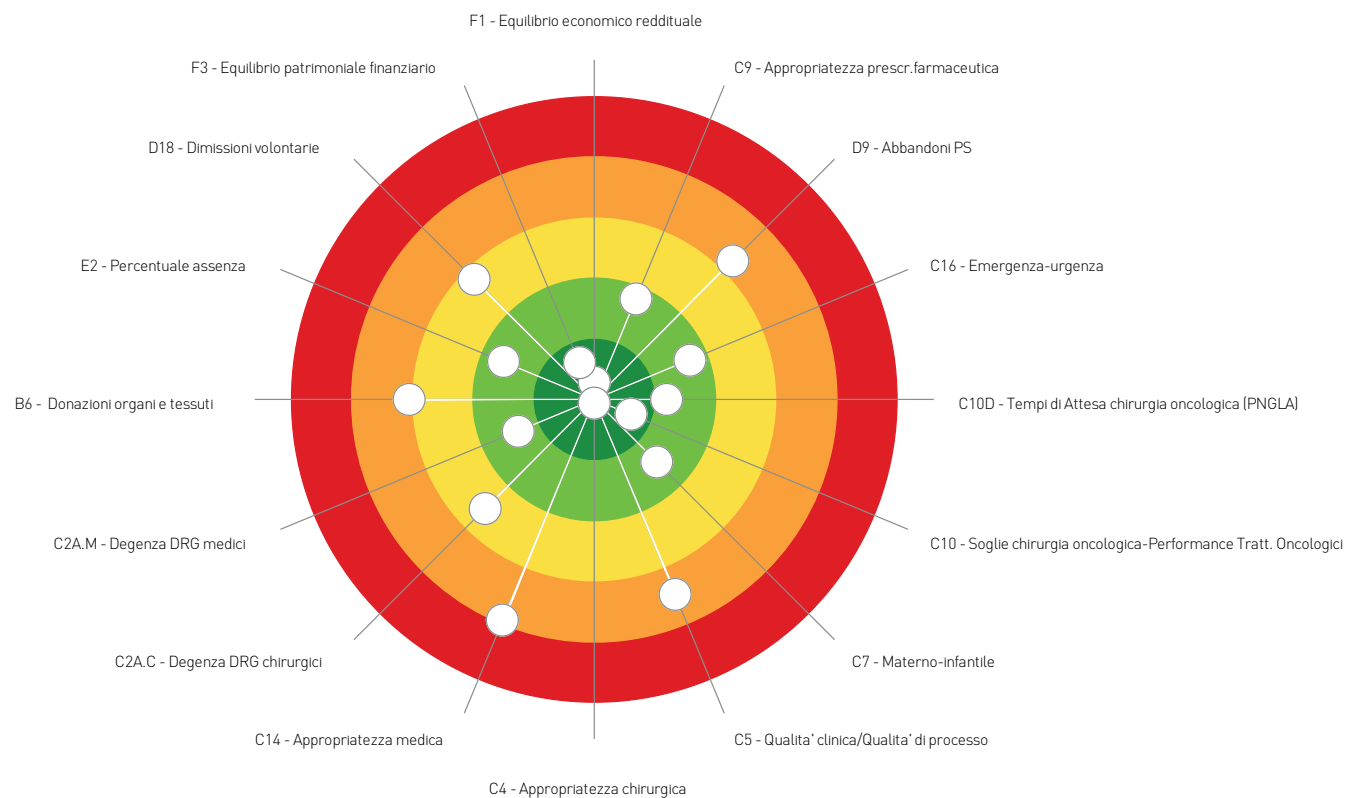
Numero indicatori di valutazione: 29

Indicatori Migliorati ↑
48.3%

Indicatori Stabili =
6.9%

Indicatori Peggiorati ↓
44.8%

Valutazione della Performance 2022

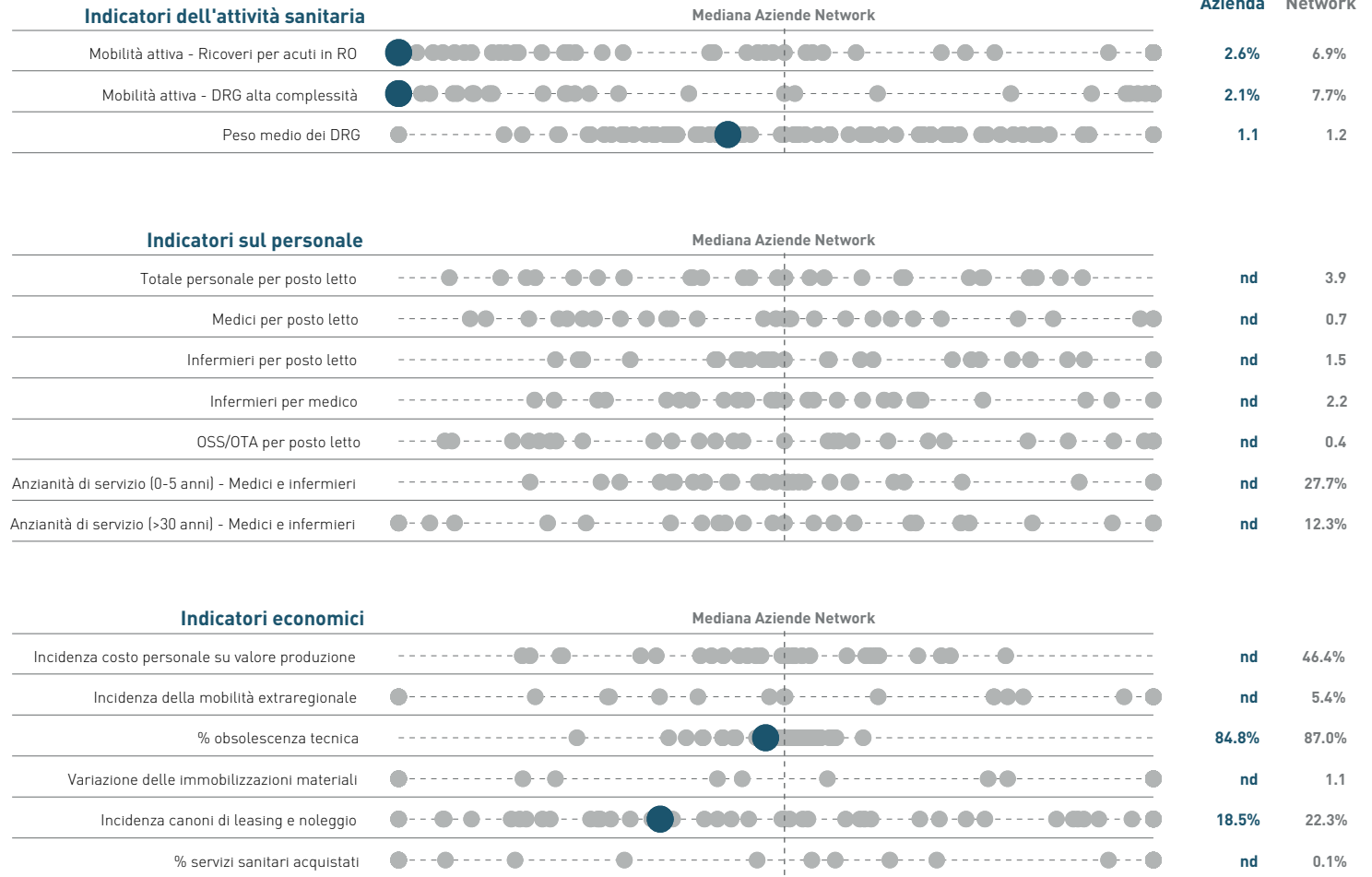


ASST DI CREMA

Profilo azienda



Posti letto	462
- Degenza Ordinaria	423
- Day Hospital/Day surgery	39
Dimissioni totali	13.094
Giornate di degenza ordin.	99.823
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	54.614
N. Punti Nascita	2
- Numero Parti (500-1000)	671



ASST DI CREMA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

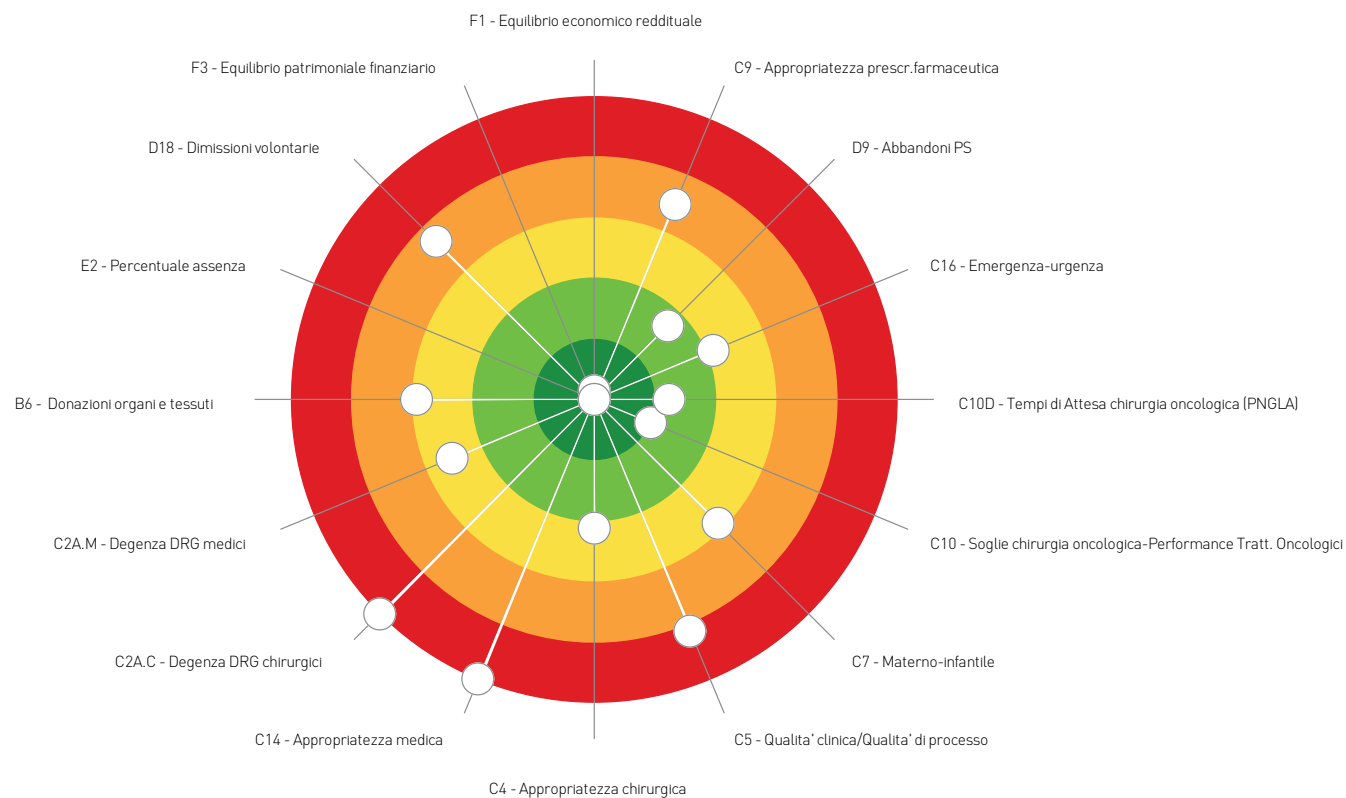
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
29.6%

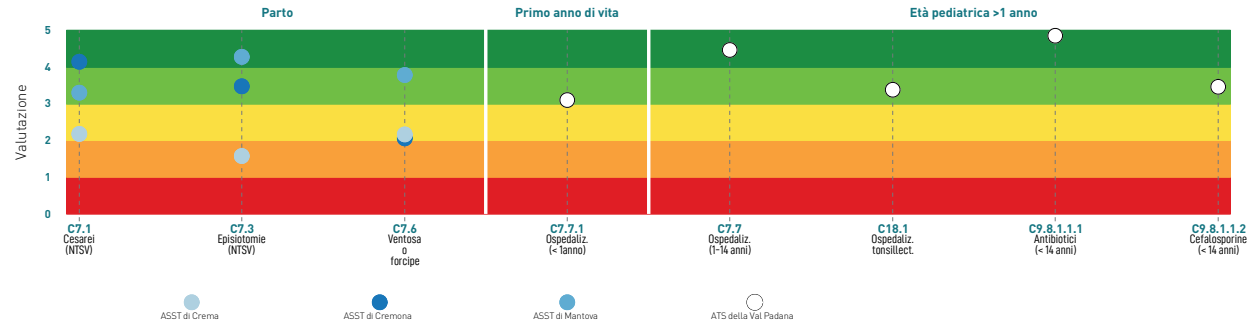
Indicatori Stabili =
22.2%

Indicatori Peggiorati ↓
48.1%

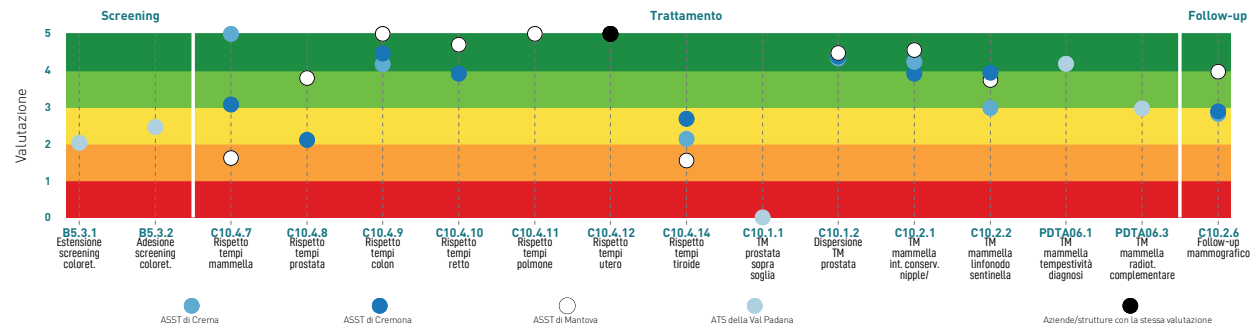
Valutazione della Performance 2022



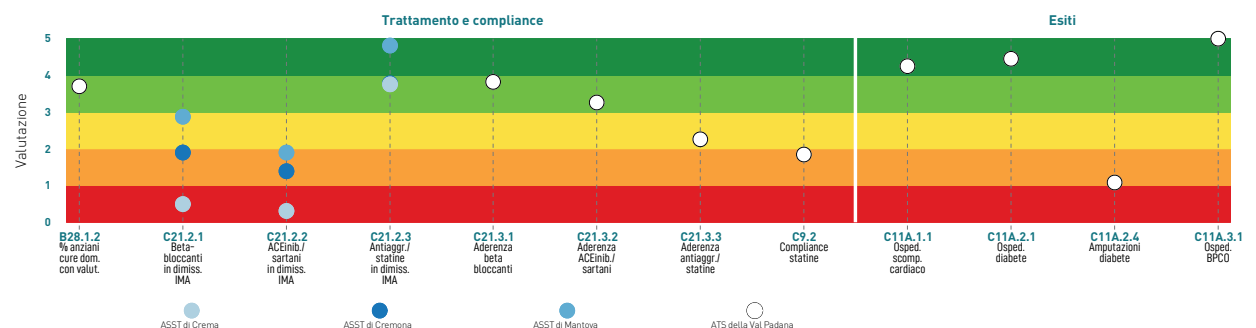
PERCORSO MATERNO INFANTILE

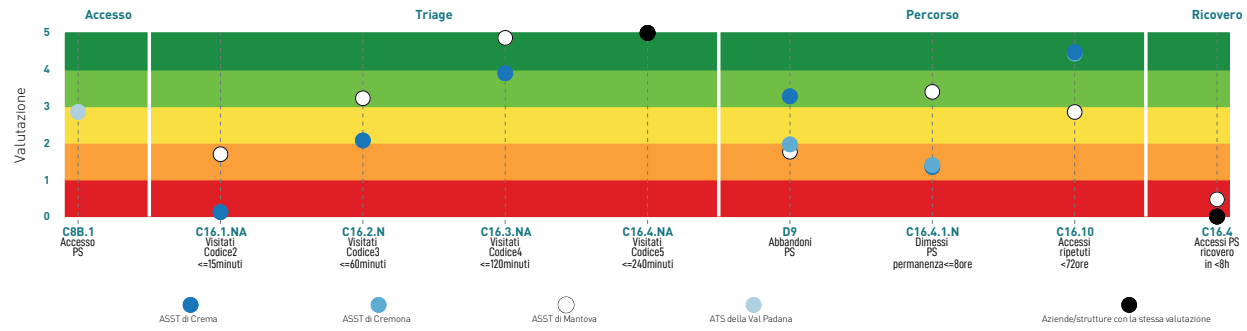


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

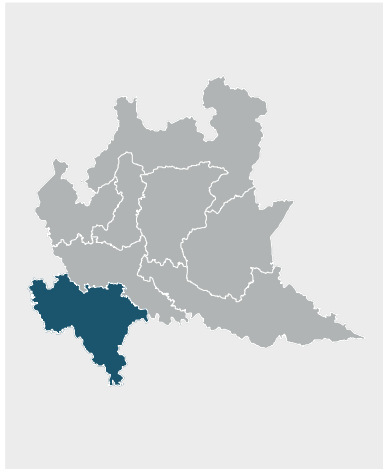




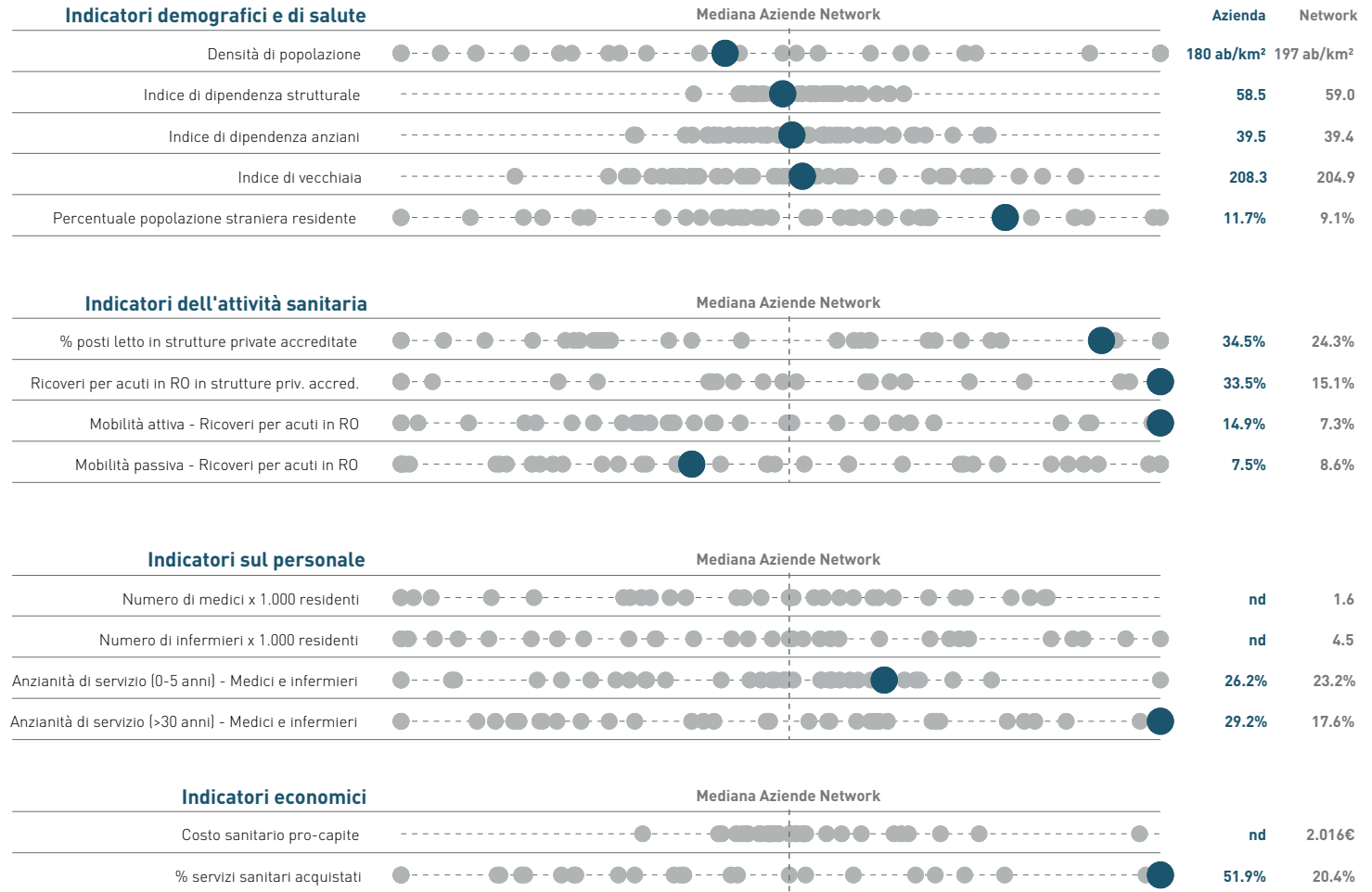
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DI PAVIA

Profilo azienda



Popolazione residente	534.506
Distretti Sanitari	nd
Stabilimenti	16
- Pubblici	9
- Privati accreditati	7
Posti letto	3.698
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ATS DI PAVIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A1
Mortalità infantile

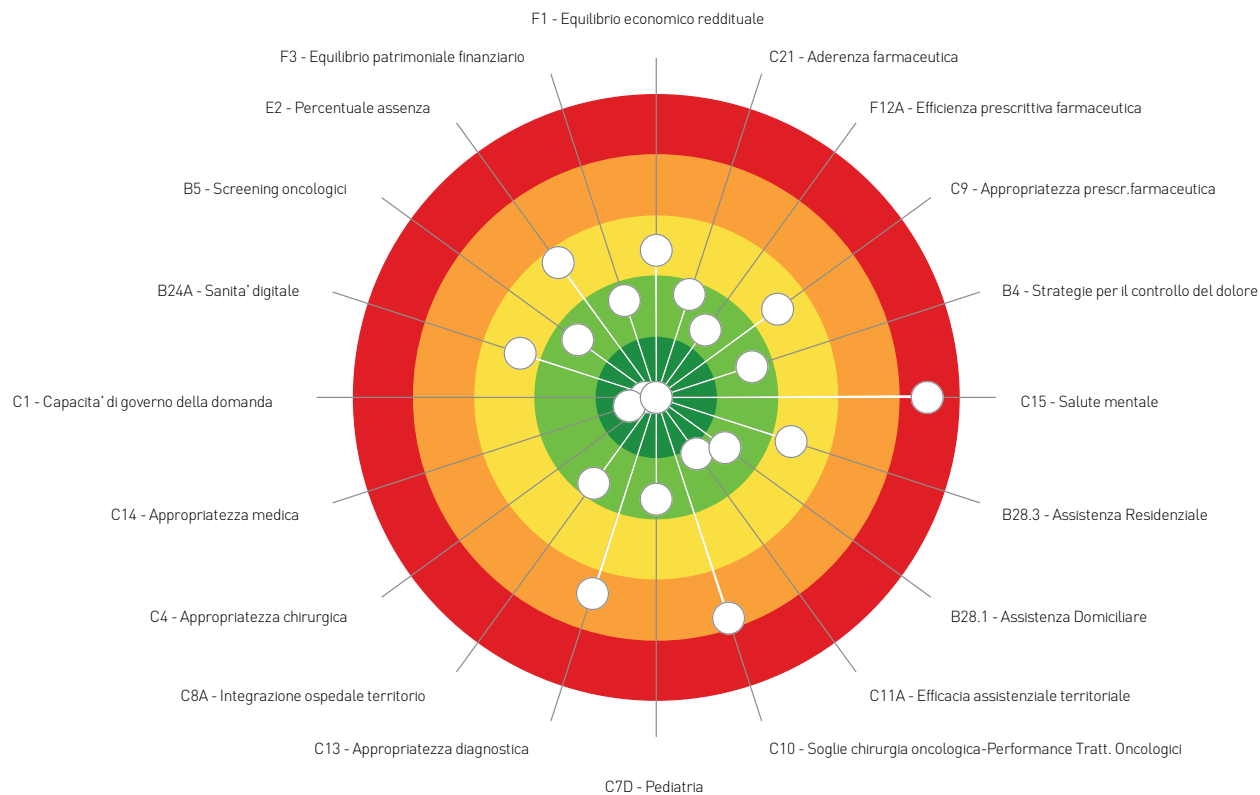
Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori Migliorati ↑
27.8 %

Indicatori Stabili =
16.7 %

Indicatori Peggiorati ↓
55.6 %

Valutazione della Performance 2022

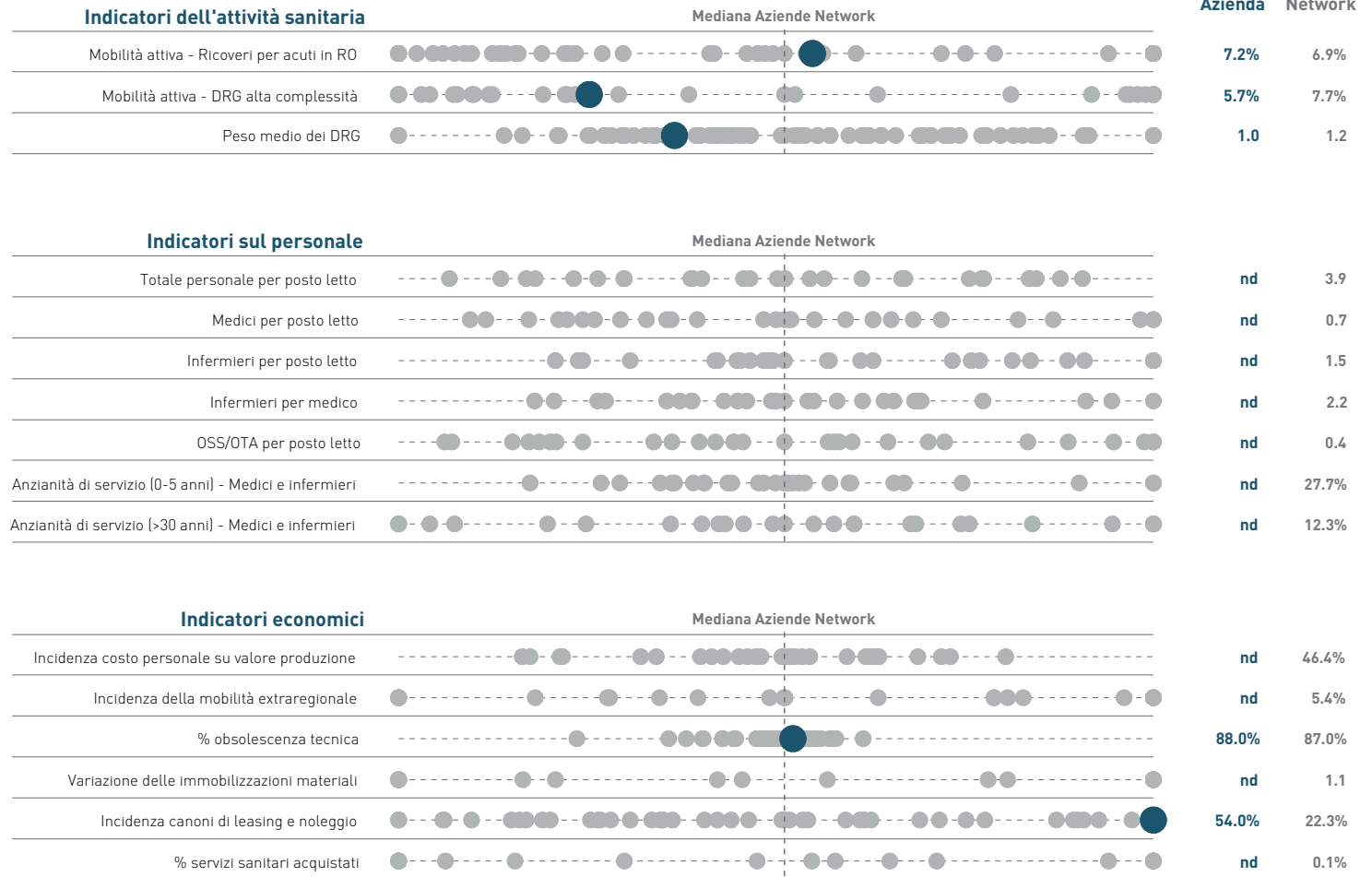


ASST DI PAVIA

Profilo azienda



Posti letto	1.198
- Degenza Ordinaria	1.163
- Day Hospital/Day surgery	35
Dimissioni totali	21.832
Giornate di degenza ordin.	171.225
N. Pronto Soccorso	2
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	87.784
N. Punti Nascita	3
- Numero Parti (>1000)	1.270



ASST DI PAVIA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

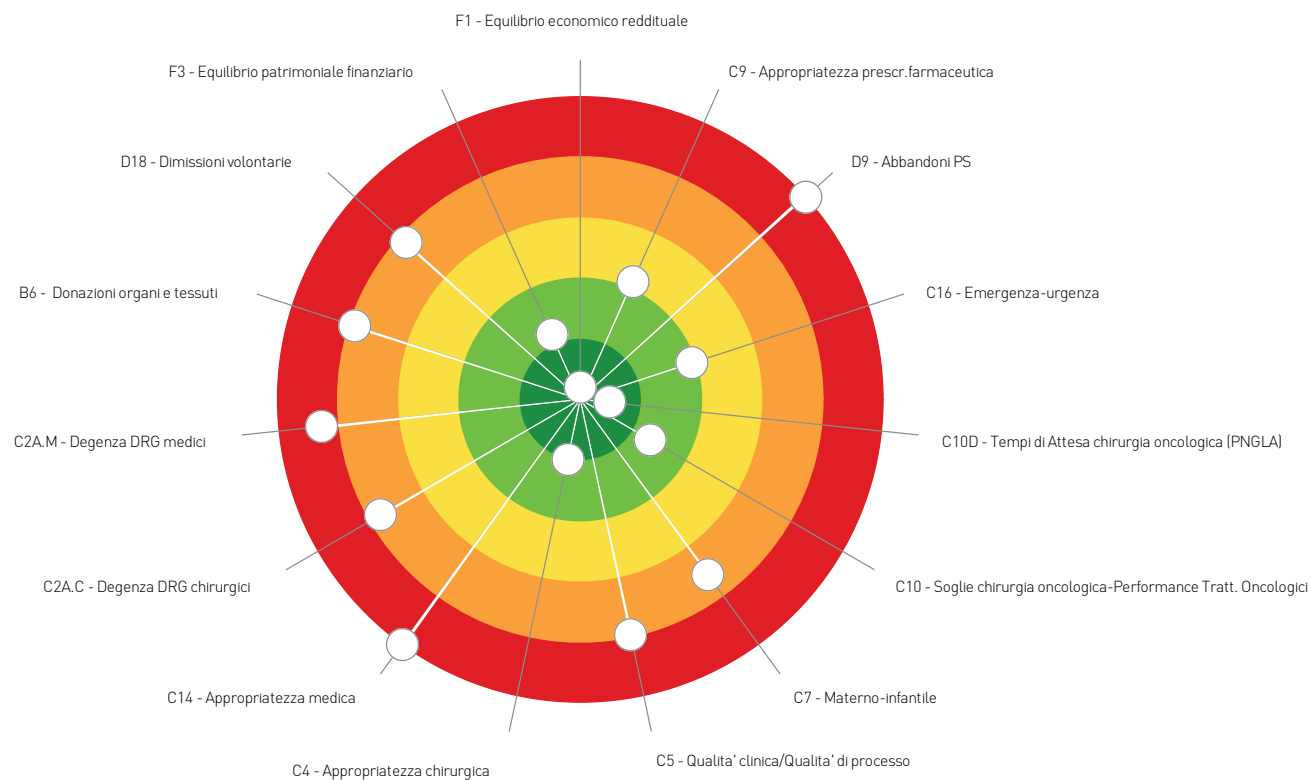
Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑
55.6%

Indicatori Stabili =
7.4%

Indicatori Peggiorati ↓
37.0%

Valutazione della Performance 2022



IRCCS POLIC. SAN MATTEO

Profilo azienda

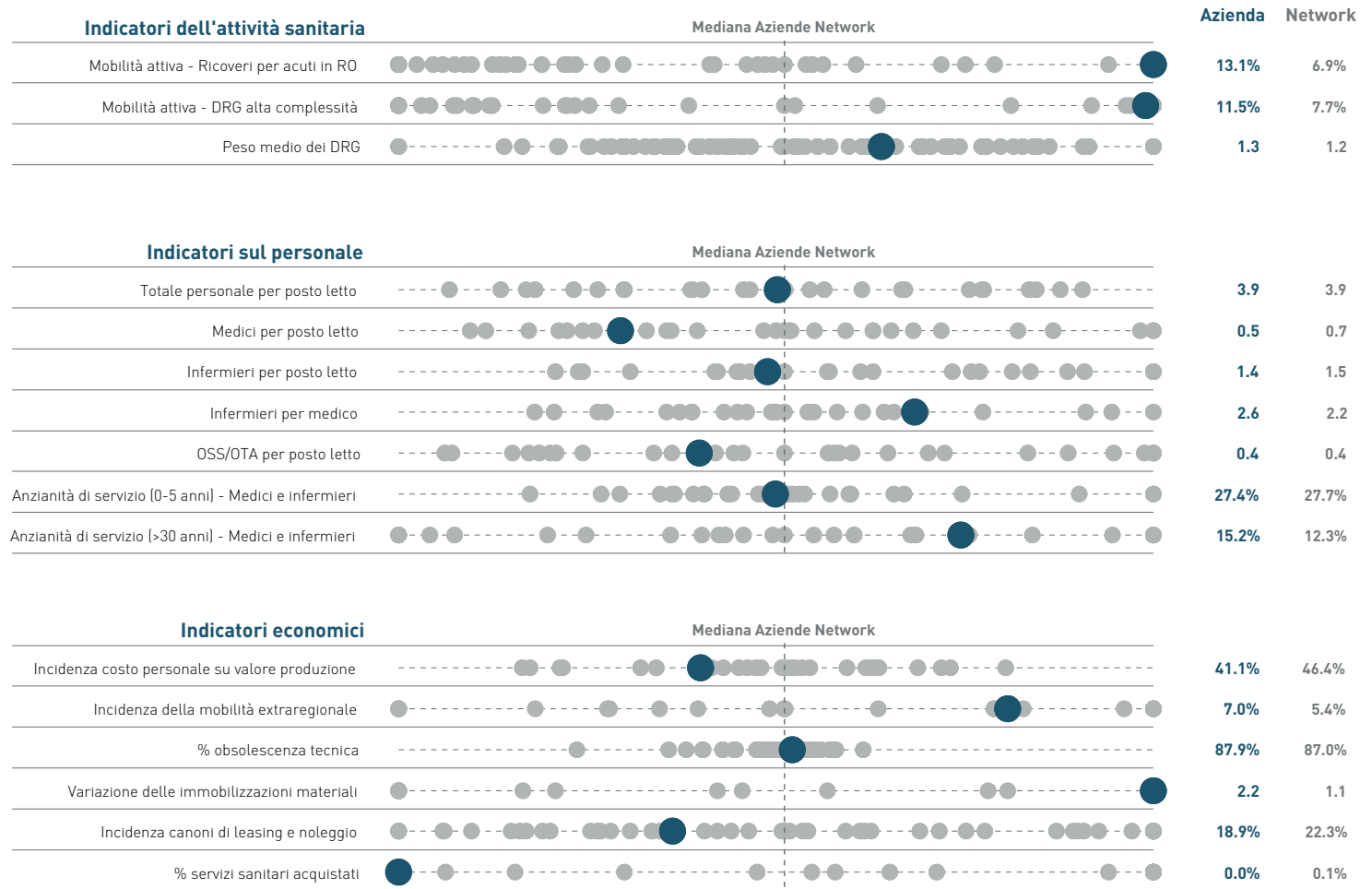


Posti letto	1.225
- Degenza Ordinaria	1.171
- Day Hospital/Day surgery	54

Dimissioni totali	31.072
Giornate di degenza ordin.	217.578

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	86.235

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.992



IRCCS POLIC. SAN MATTEO

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

Numero indicatori di valutazione: 30

Indicatori Migliorati ↑
50.0 %

Indicatori Stabili =
10.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
40.0 %

Valutazione della Performance 2022

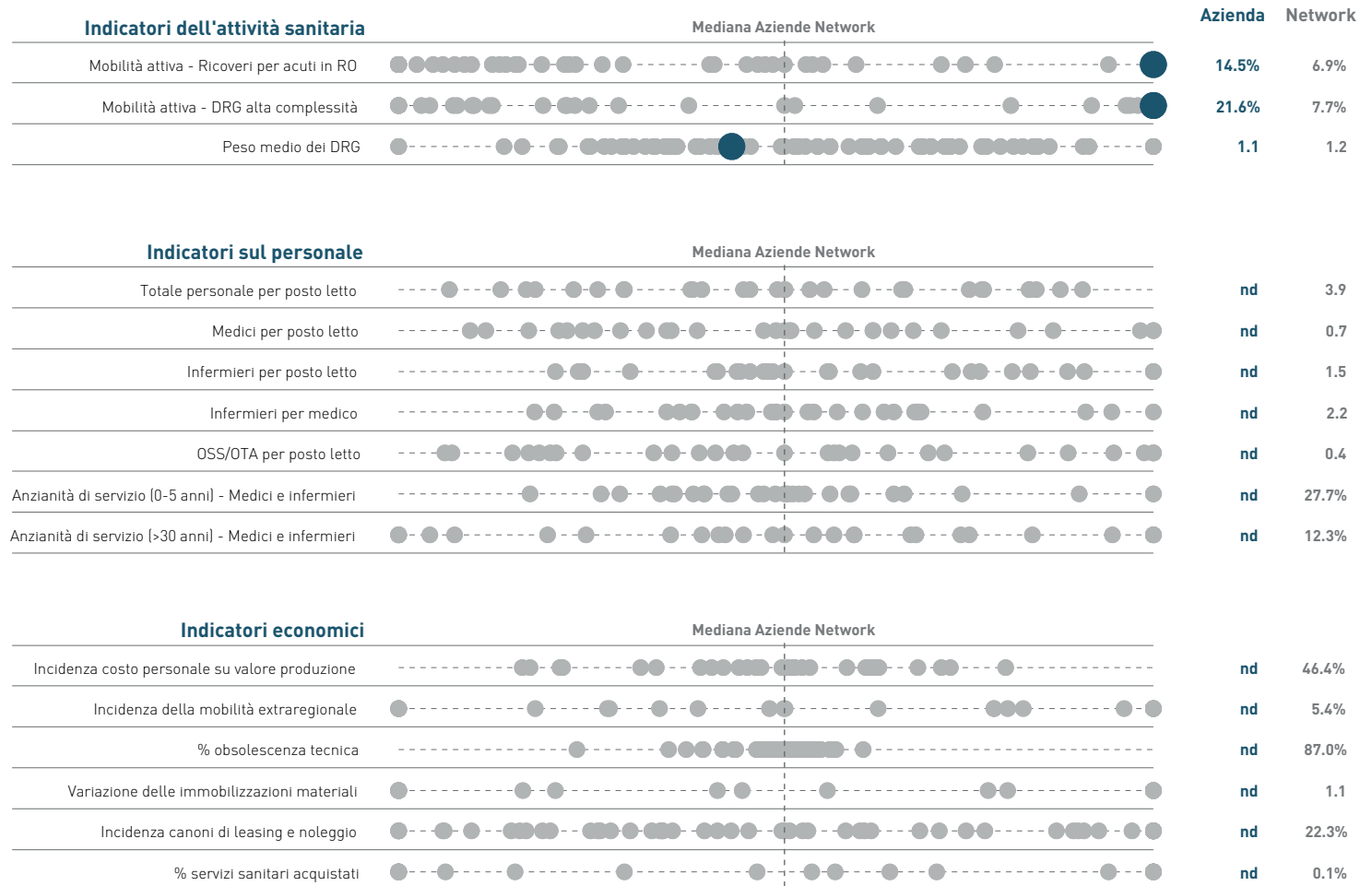


FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

Profilo azienda



Posti letto	371
- Degenza Ordinaria	365
- Day Hospital/Day surgery	6
Dimissioni totali	7.680
Giornate di degenza ordin.	96.254
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

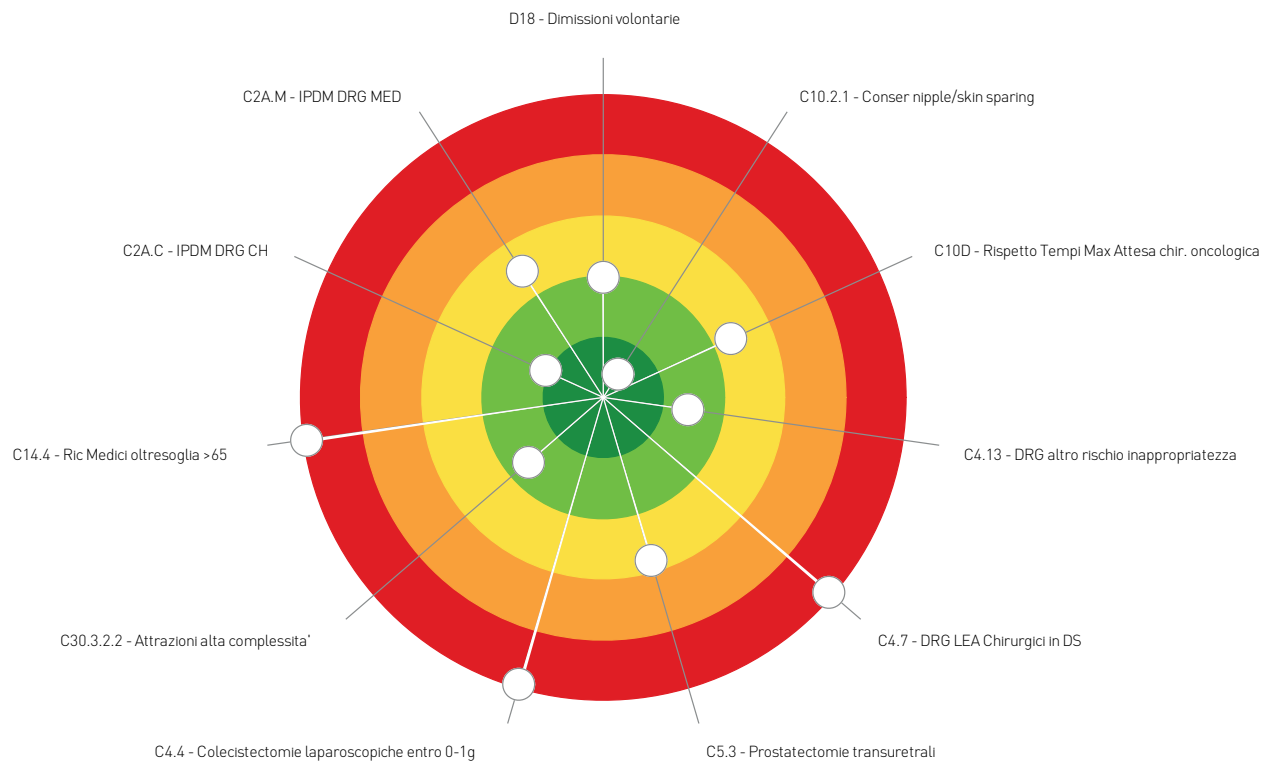
Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori Migliorati ↑
57.1%

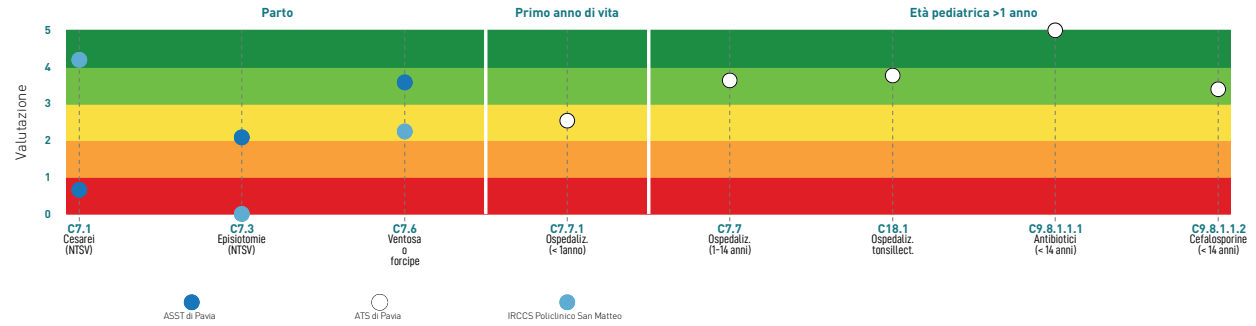
Indicatori Stabili =
7.1%

Indicatori Peggiorati ↓
35.7%

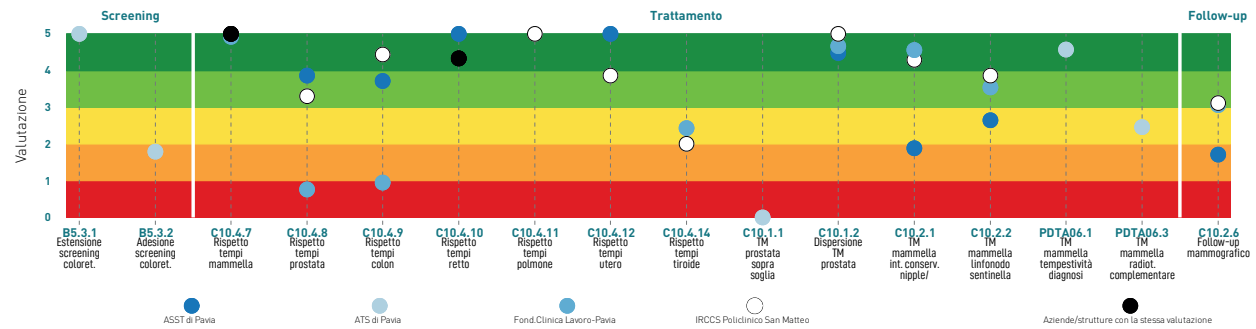
Valutazione della Performance 2022



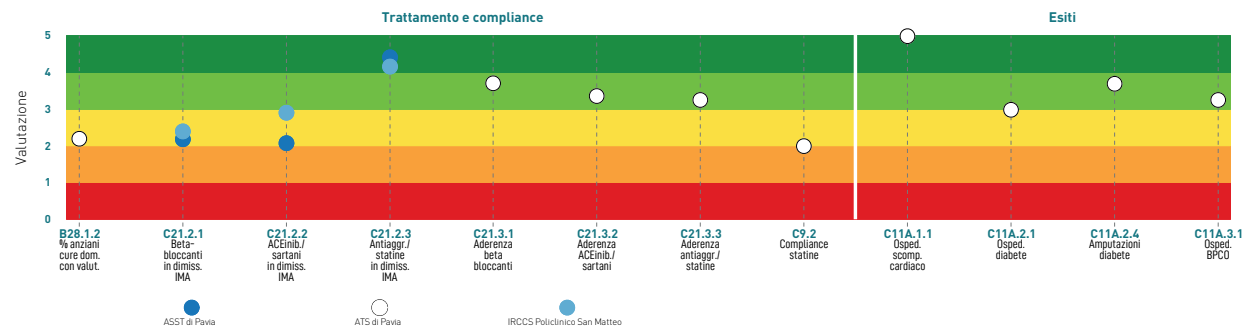
PERCORSO MATERNO INFANTILE

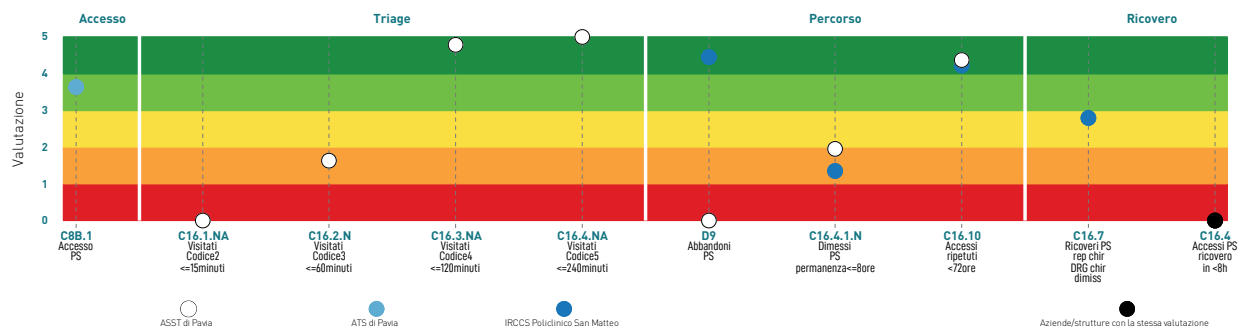


PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA

MARCHE

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).

Profilo regione



Popolazione residente **1.487.150**

Aziende Sanitarie Territoriali **5**

Distretti Sanitari **13**

Strutture di ricovero **37**

- Pubbliche **21**

di cui AO/AOU **2**

di cui IRCCS **3**

- Private accreditate **16**

di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

Posti letto Totali **7.424**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE MARCHE

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Marche nel 2022. Dei 113 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione Marche mostra una performance eterogenea nelle diverse aree; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce gialla del bersaglio, seppur non manchino pallini nelle fasce verda e rossa. La Regione mostra una situazione in lieve peggioramento rispetto all'anno precedente: il 58% degli indicatori peggiora tra il 2021 e il 2022, il 8% è rimasto costante, mentre il 35% ha registrato miglioramenti.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. La Regione Marche mostra delle criticità nella tempestività di accesso agli interventi chirurgici oncologici di priorità A, in calo per tutti gli interventi con l'eccezione della prostata. Da attenzionare anche i tempi d'attesa in Pronto Soccorso, che subiscono un peggioramento in tutti i codici assegnati nella fase del triage.

Buona la performance livello ospedaliero, con miglioramenti nella qualità dei processi rispetto all'anno precedente. La Regione Marche si attese come best practice nella proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni per gli ultrasessantacinquenni (84%). Questo dato rappresenta un indicatore della capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza. Migliora anche la percentuale di colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno. In lieve aumento la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, ma in media con i valori registrati nelle altre Regioni. In miglioramento anche l'area dell'appropriatezza chirurgica. Da attenzionare tuttavia l'aumento del 45% nel tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, che si attesta comunque al di sotto dei valori pre-pandemici (33 nel 2022 contro il 56 del 2019). Da prestare maggiore attenzione invece all'area dell'appropriatezza medica. In lieve peggioramento la degenza media per DRG medici e chirurgici, nonostante nel secondo caso il risultato rimanga molto buono.

La performance sul territorio è più eterogenea. Mentre la Regione Marche si distingue per una buona gestione degli accessi domiciliari effettuati nei giorni festivi e prefestivi (13%), emergono alcune criticità in merito alla continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio e in particolare al domicilio. Di fatti, la percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione si attesta al 3,5%, ben al di sotto della media del Network delle Regioni. Buono invece il tasso di accesso al PS, indicatore indiretto che monitora l'efficacia di risposta assistenziale del territorio, in calo rispetto al 2021. In aumento invece il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali.

Relativamente all'ambito farmaceutico, l'efficienza prescrittiva è nella media. La spesa per unità posologica di molte molecole è nella media del Network, con maggiori criticità per Etanercept e Infliximab. Molto buono il controllo della spesa per Enoxaparina e Somatropina. A livello di appropriatezza farmaceutica, è da attenzionare l'area degli antibiotici,

dove il consumo in età pediatrica è in aumento rispetto al 2020, seppur rimanga al di sotto dei valori pre-pandemici. Rimane critico il consumo di oppioidi sul territorio, in calo rispetto ai valori dell'ultimo triennio. Da attenzionare anche la dispensazione concomitante di 10 o più farmaci tra gli anziani (indicatore di osservazione), che si attesta all'8%.

In riferimento al percorso materno-infantile, come nell'anno precedente permangono alcune criticità nella gestione del primo anno di vita, soprattutto in riferimento alla copertura vaccinale antimeningococcica. Si riduce il ricorso al parto cesareo a fronte di un aumento nei parti operativi. Critica anche la percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC). Buona invece la fase dell'età pediatrica.

Relativamente al percorso cronicità, si segnala l'ottima performance nella fase di esiti, dove la Regione Marche è la best practice per il tasso di ospedalizzazione per BPCO, proxy di qualità dei servizi assistenziali. Qualche debolezza invece nella fase di prevenzione e promozione della salute, che vede la percentuale di sedentari e di persone obese o sovrappeso in aumento rispetto al 2021.

Il percorso oncologia subisce dei peggioramenti rispetto al 2021, dove la proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A cala per tutti gli interventi chirurgici, con la sola eccezione della prostata. Più eterogenea la fase dello screening, dove si segnala il miglioramento per estensione e adesione dello screening coloretale.

Nel percorso emergenza-urgenza, si conferma una certa criticità nei tempi di attesa in Pronto Soccorso: ancora molto ridotta la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (circa il 64%), mentre aumenta la percentuale di dimessi entro le 8 ore (96% nel 2022 contro 88% nel 2021), che si posiziona nella fascia verde. Non del tutto soddisfacente la presa in carico dei codici di priorità urgenti, mentre è più tempestiva la gestione dei codici 4 e 5. Infine, aumentano gli accessi ripetuti al Pronto Soccorso entro 72 ore, che passano da 2,48% nel 2021 a 4,17% nel 2022.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)
●

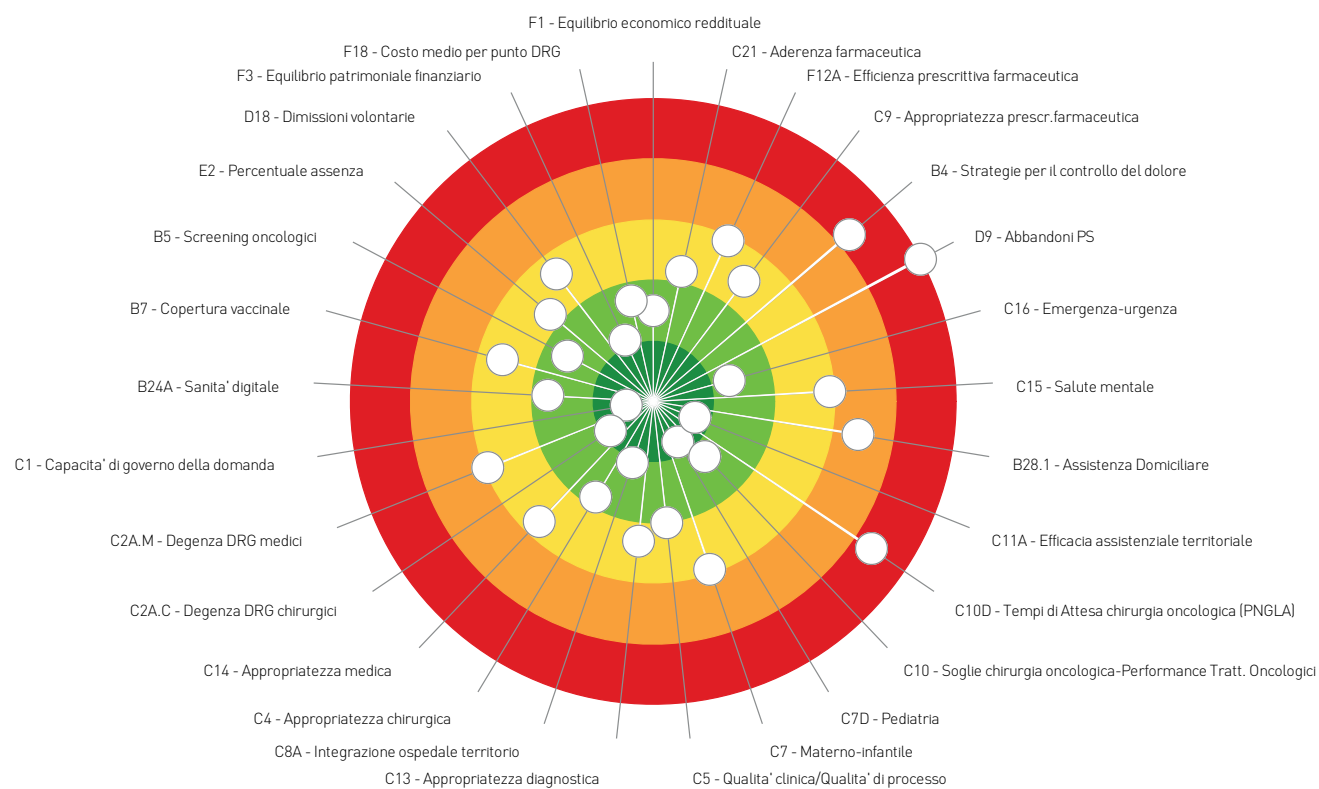
Numero indicatori di valutazione: 78

Indicatori Migliorati ↑
34.6 %

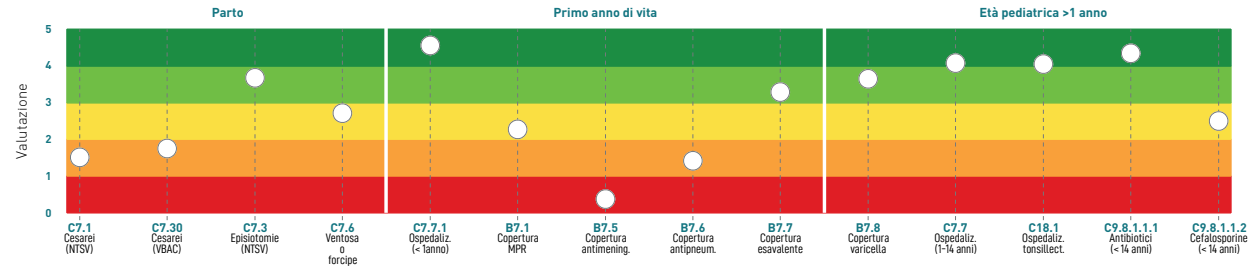
Indicatori Stabili =
7.7 %

Indicatori Peggiorati ↓
57.7 %

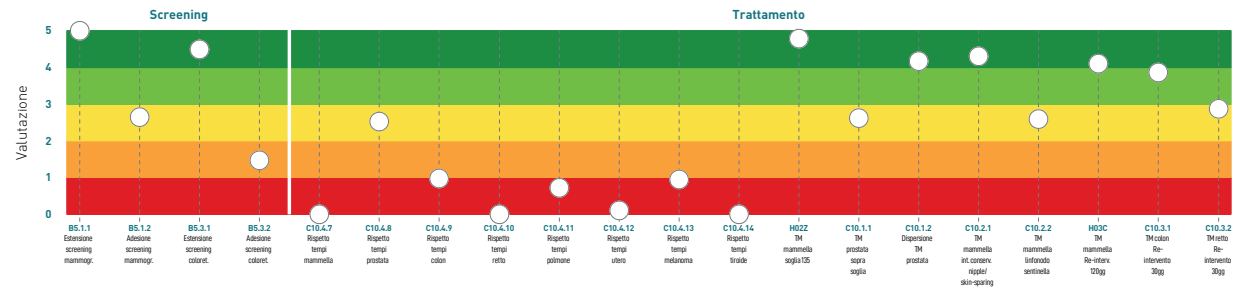
Valutazione della performance 2022



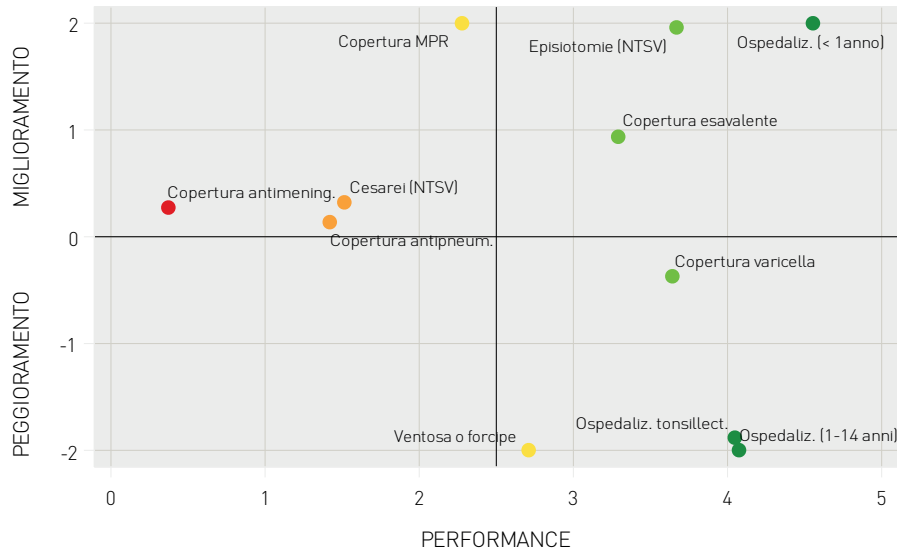
PERCORSO MATERNO INFANTILE



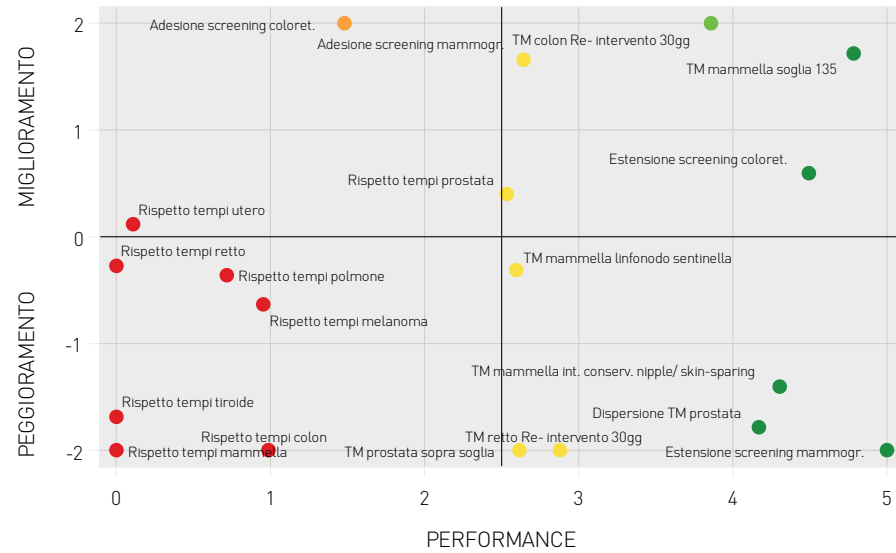
PERCORSO ONCOLOGICO

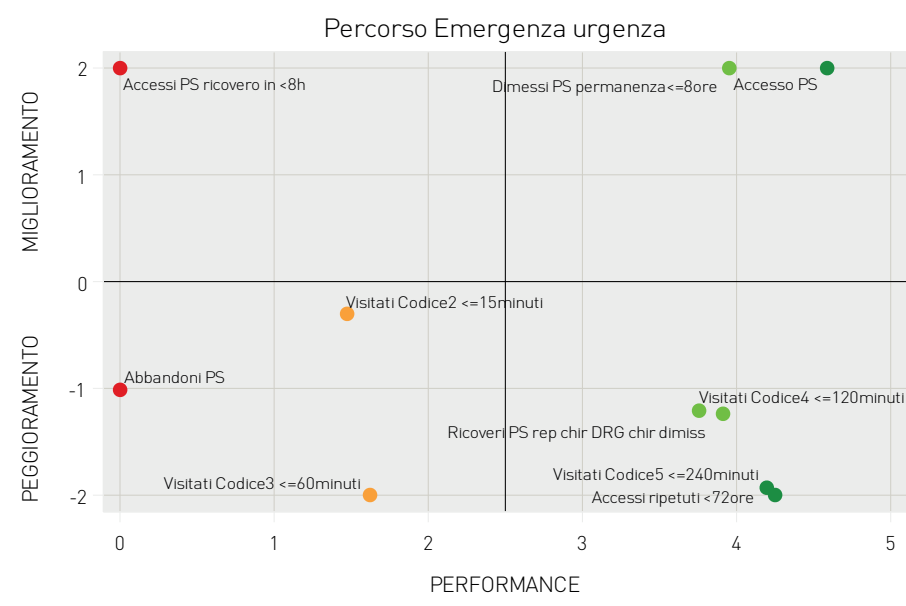
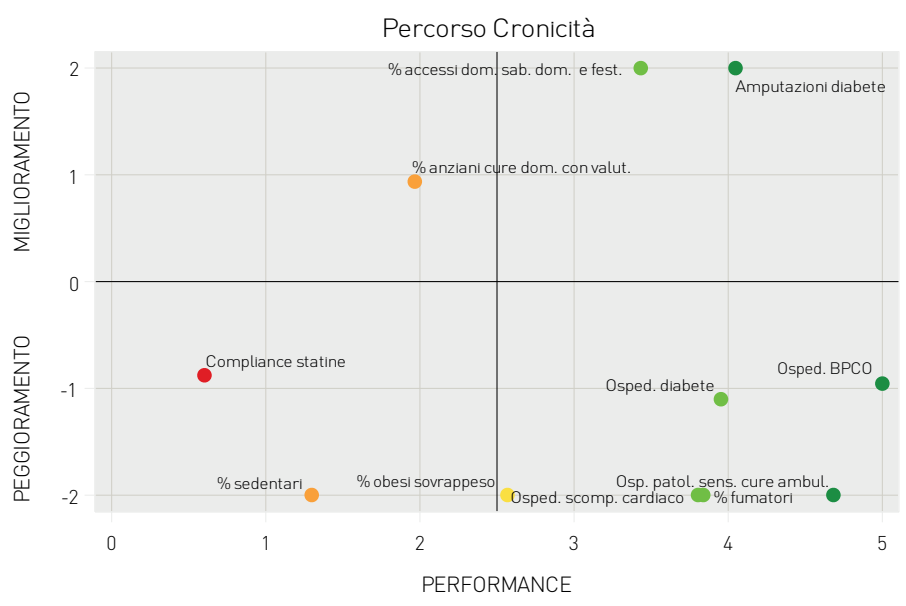
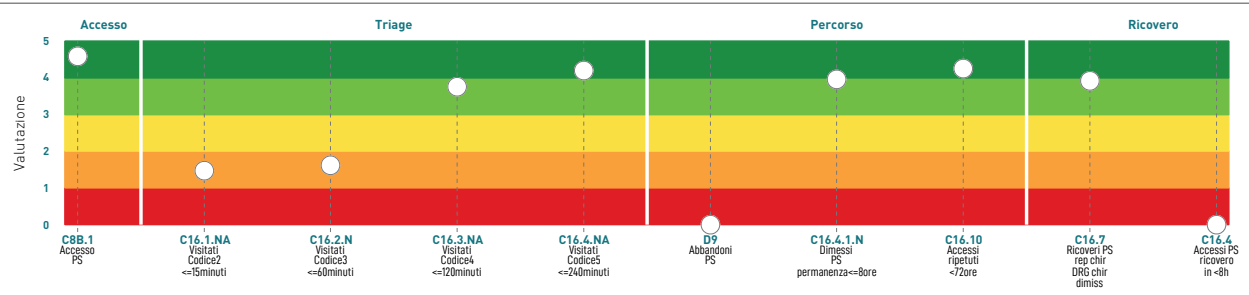
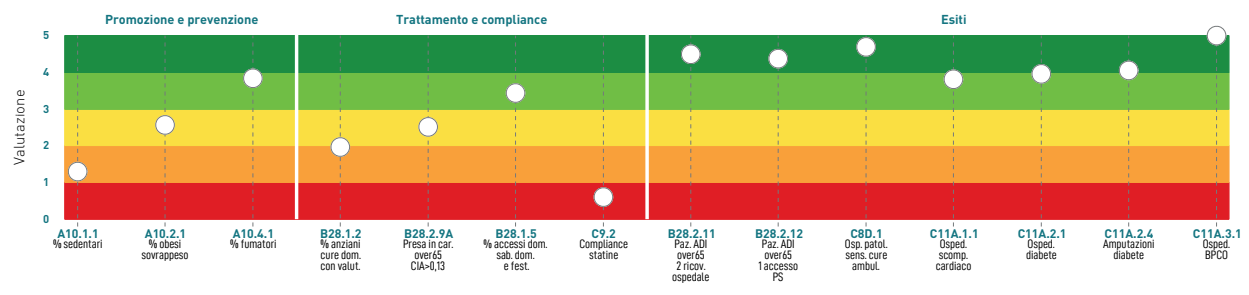


Percorso Materno infantile



Percorso Oncologico







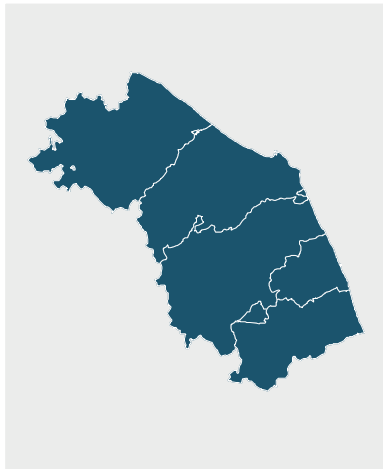
BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE MARCHE



ASUR MARCHE

Profilo azienda



Popolazione residente	1.487.150
Distretti Sanitari	13
Stabilimenti	30
- Pubblici	14
- Privati accreditati	16
Posti letto	5.174
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASUR MARCHE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

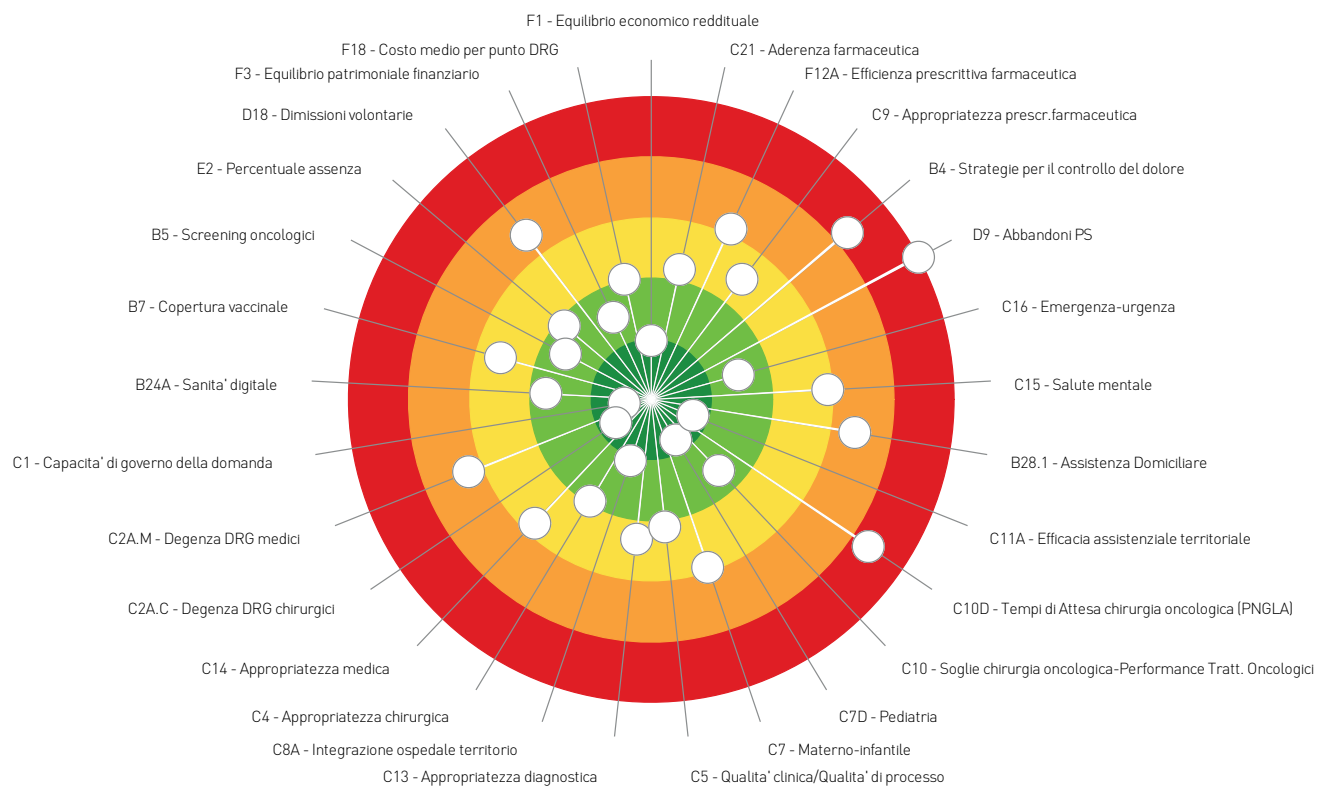
Numero indicatori di valutazione: 59

Indicatori Migliorati ↑
30.5 %

Indicatori Stabili =
8.5 %

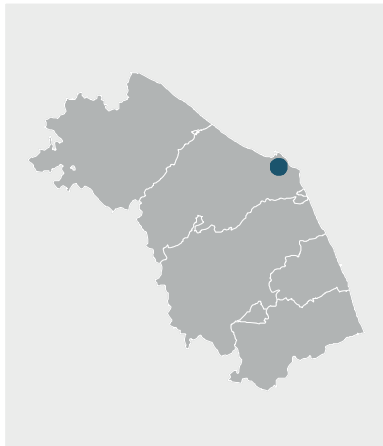
Indicatori Peggiorati ↓
61.0 %

Valutazione della Performance 2022

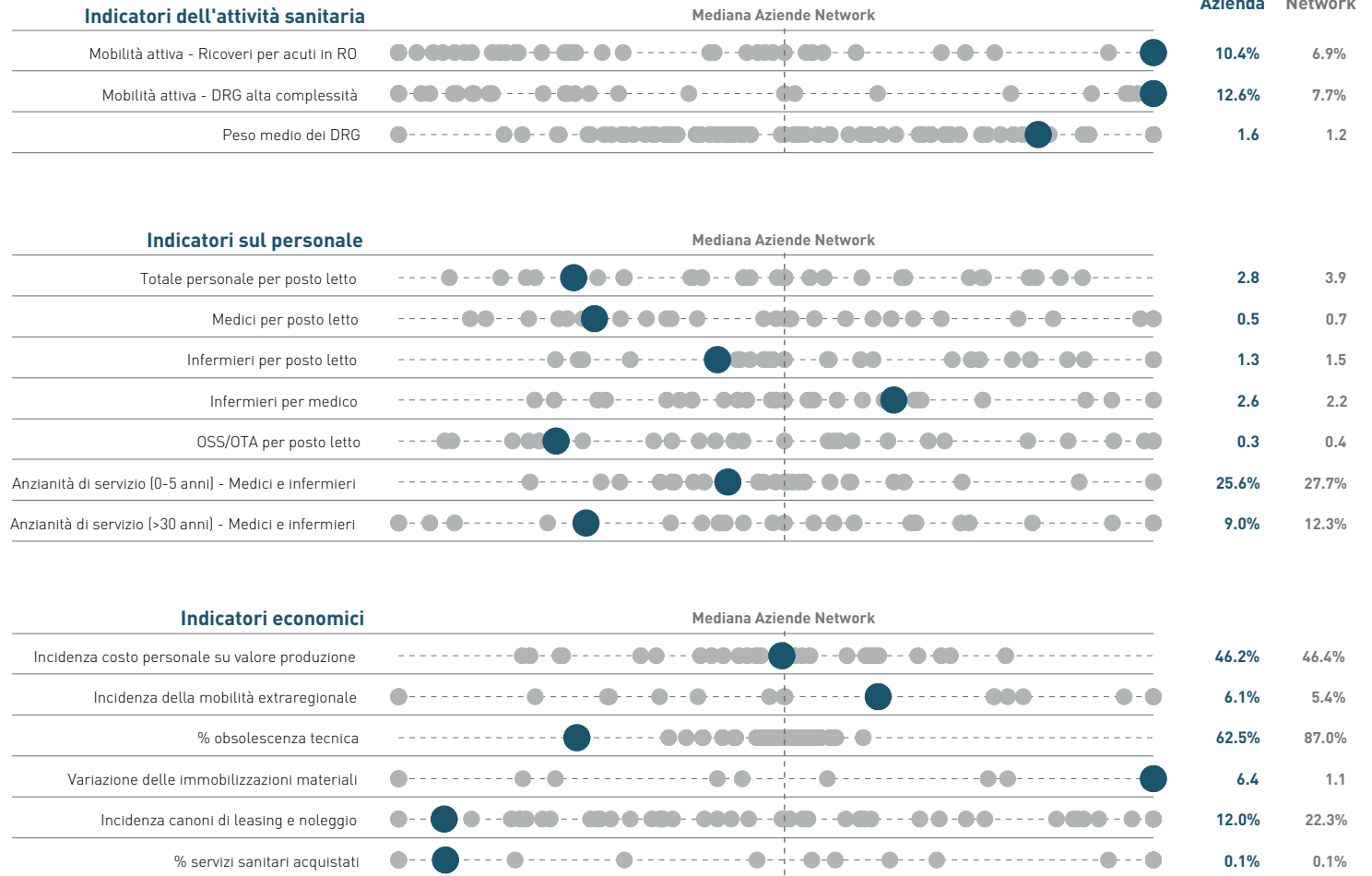


AOU OSP.RIUN.ANCONA

Profilo azienda



Posti letto	1.168
- Degenza Ordinaria	1.084
- Day Hospital/Day surgery	82
Dimissioni totali	41.170
Giornate di degenza ordin.	246.015
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	77.149
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.551



AOU OSP.RIUN.ANCONA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Numero indicatori di valutazione: 38

Indicatori Migliorati ↑

31.6 %

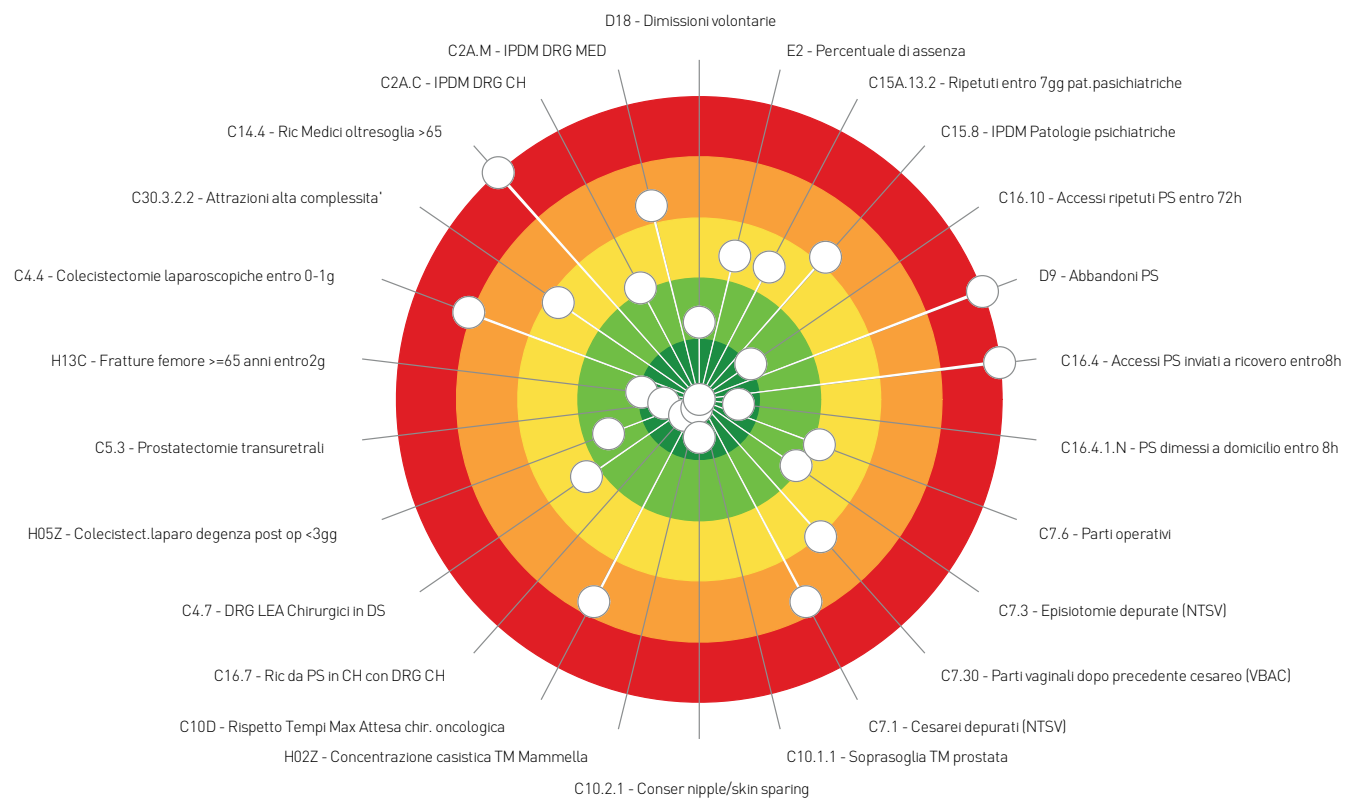
Indicatori Stabili =

15.8 %

Indicatori Peggiorati ↓

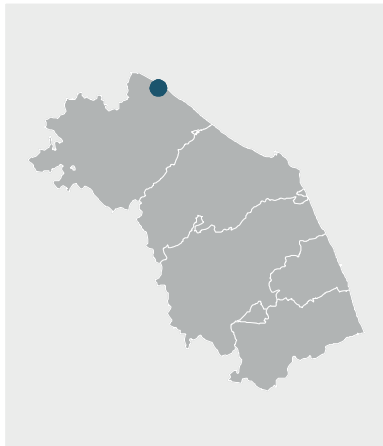
52.6 %

Valutazione della Performance 2022

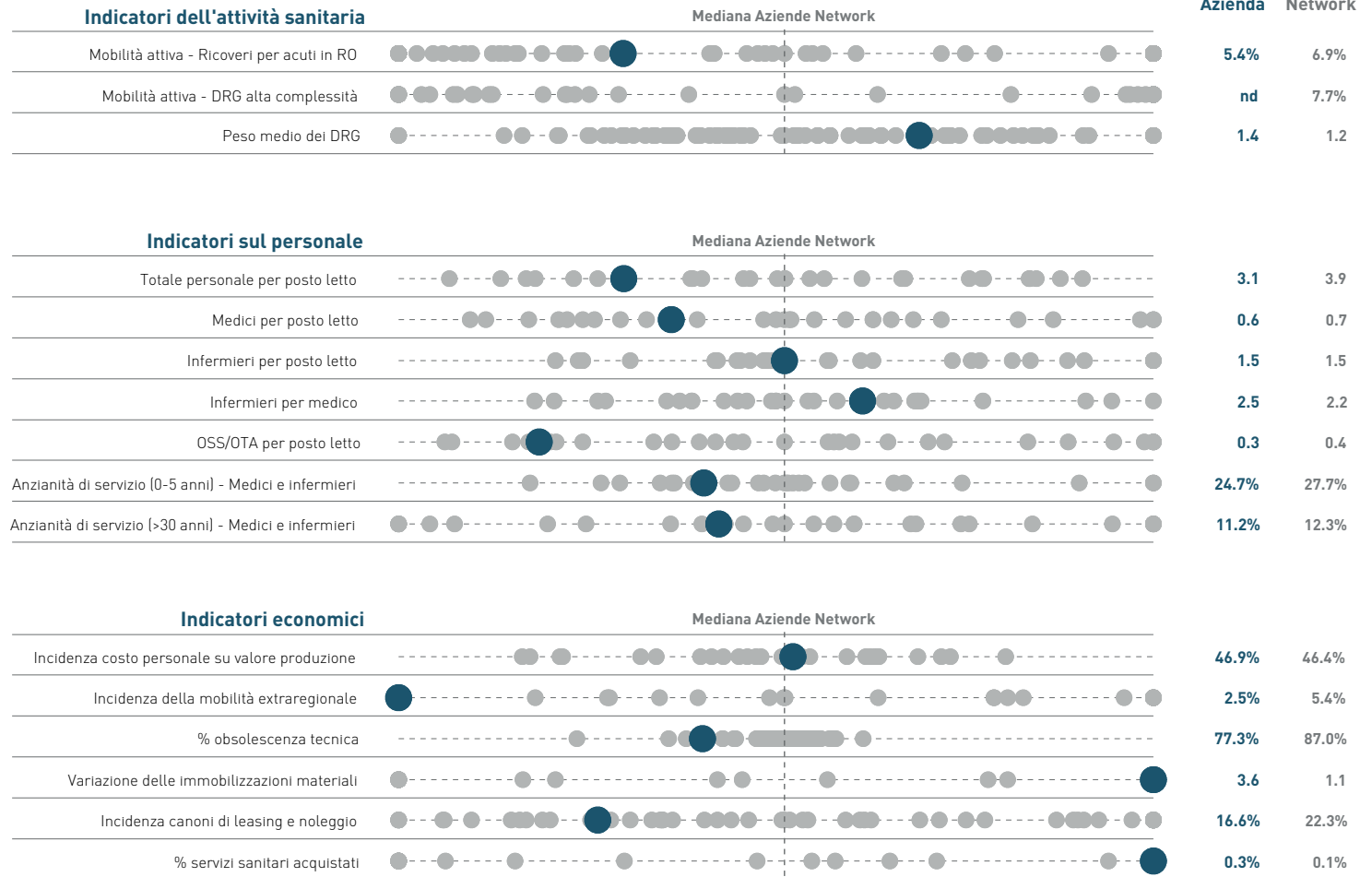


AO OSP. RIUN. MARCHE NORD

Profilo azienda



Posti letto	642
- Degenza Ordinaria	550
- Day Hospital/Day surgery	92
Dimissioni totali	26.155
Giornate di degenza ordin.	128.081
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	76.789
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.010



AO OSP. RIUN. MARCHE NORD

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

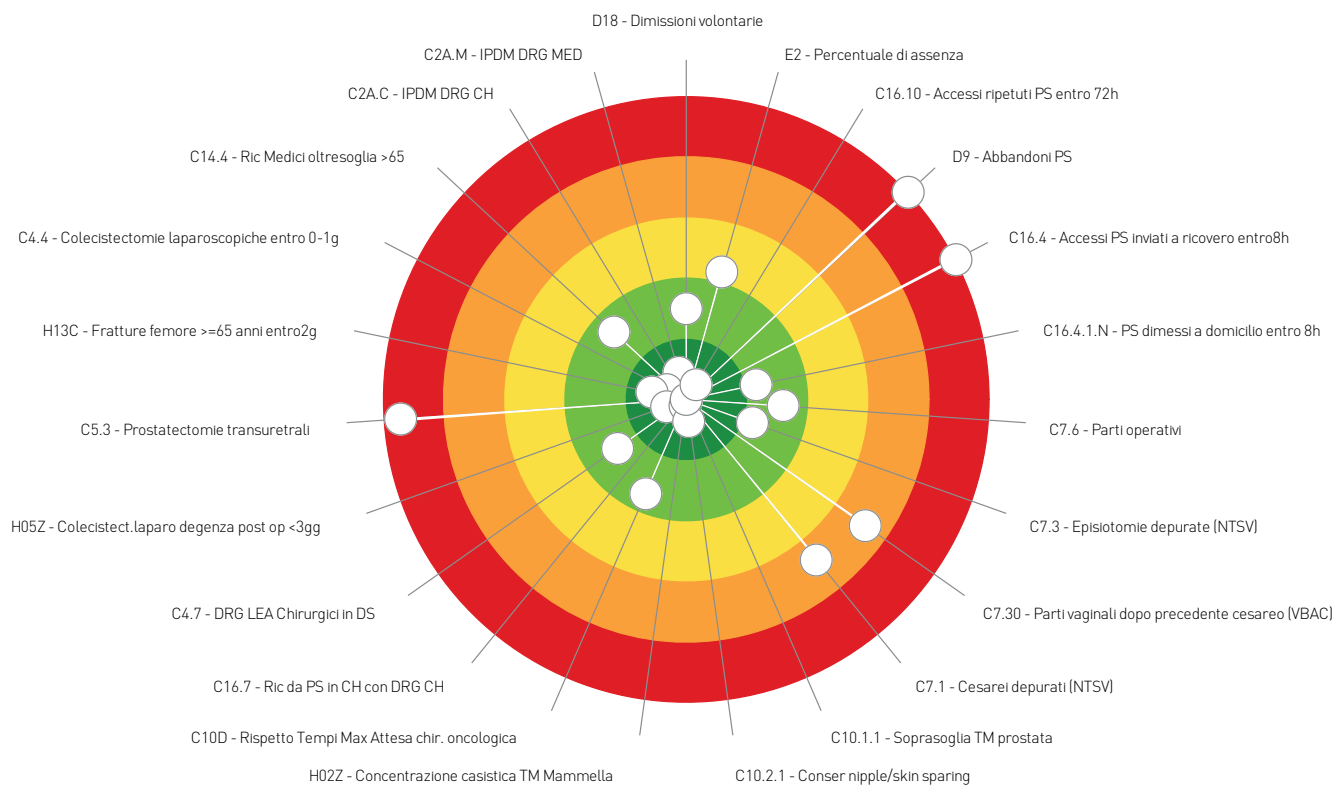
Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori Migliorati ↑
45.7%

Indicatori Stabili =
8.6%

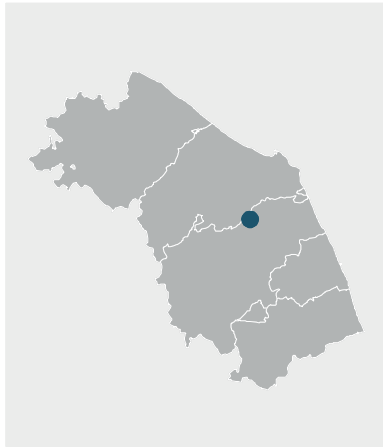
Indicatori Peggiorati ↓
45.7%

Valutazione della Performance 2022

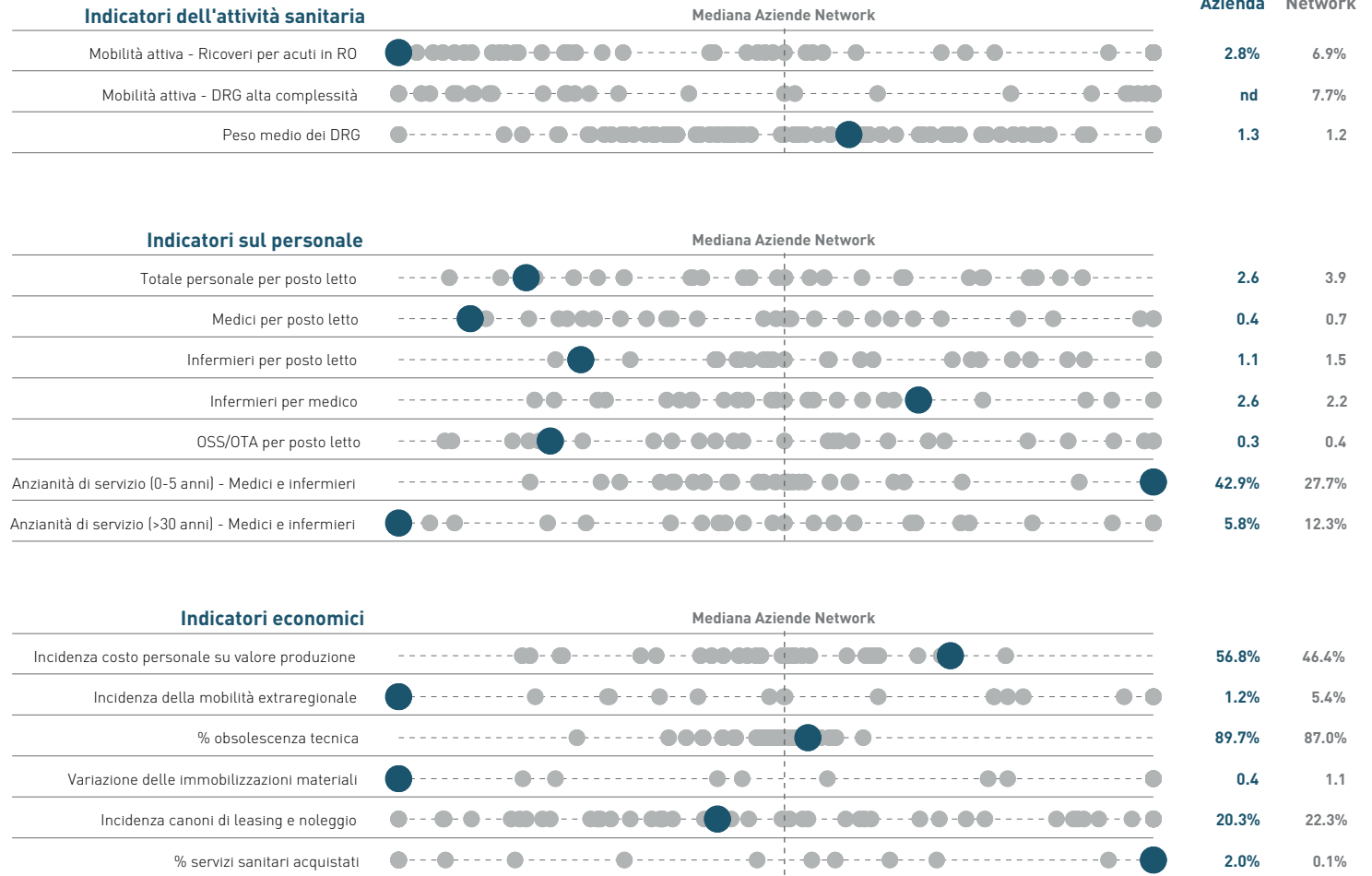


INRCA MARCHE

Profilo azienda



Posti letto	440
- Degenza Ordinaria	418
- Day Hospital/Day surgery	22
Dimissioni totali	6.901
Giornate di degenza ordin.	52.080
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	PS
- Accessi	22.234
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



INRCA MARCHE

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Numero indicatori di valutazione: 28

Indicatori Migliorati ↑

39.3 %

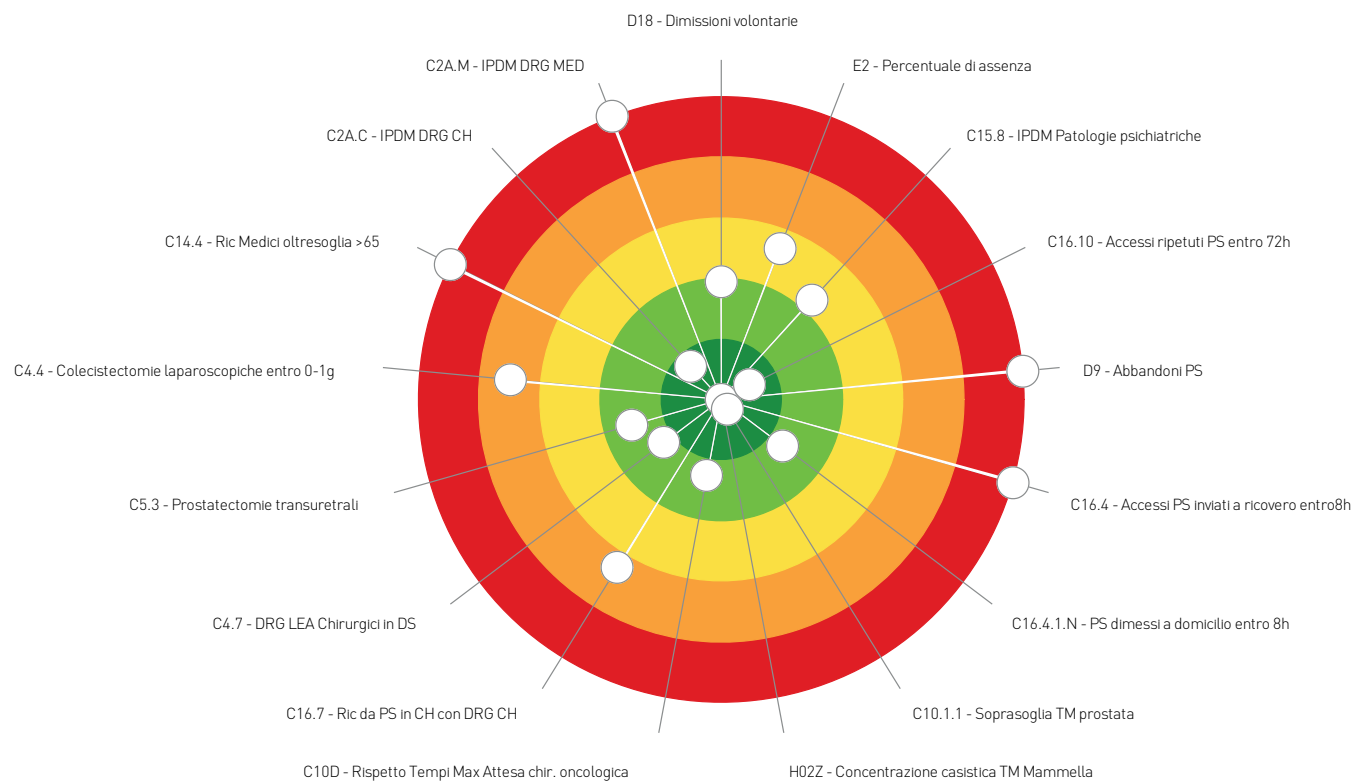
Indicatori Stabili =

3.6 %

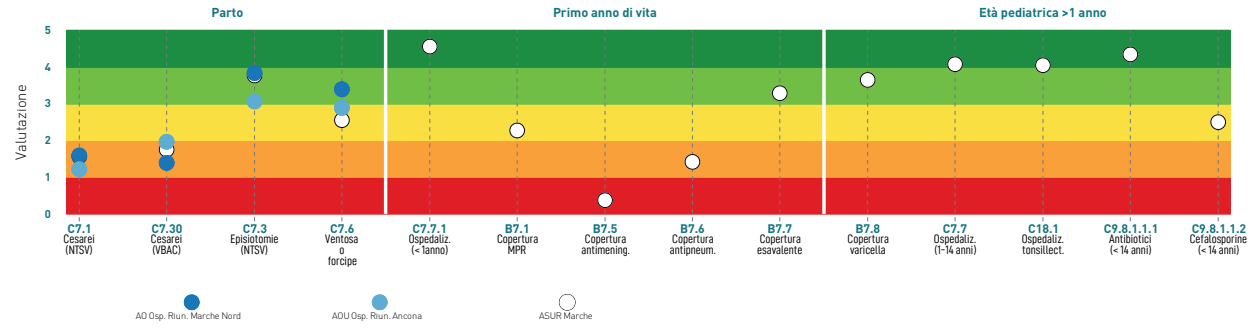
Indicatori Peggiorati ↓

57.1 %

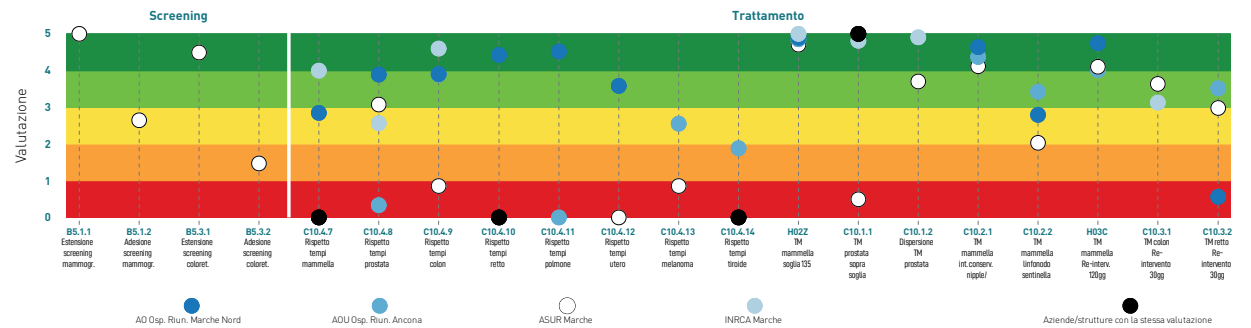
Valutazione della Performance 2022



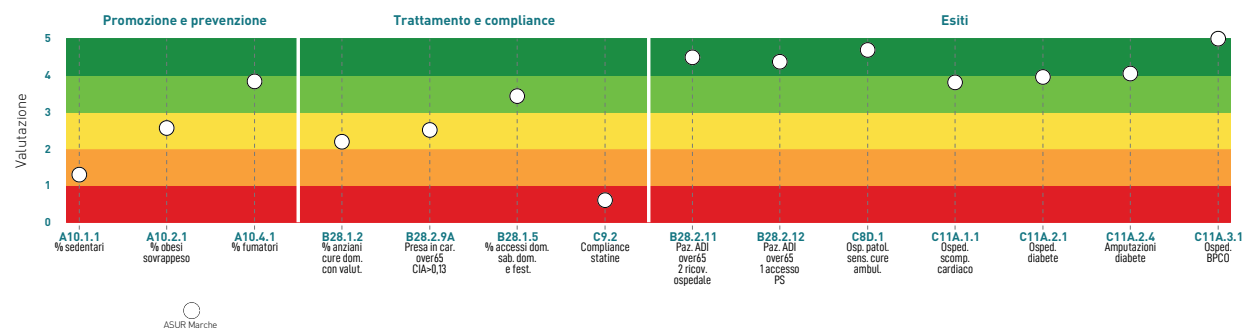
PERCORSO MATERNO INFANTILE

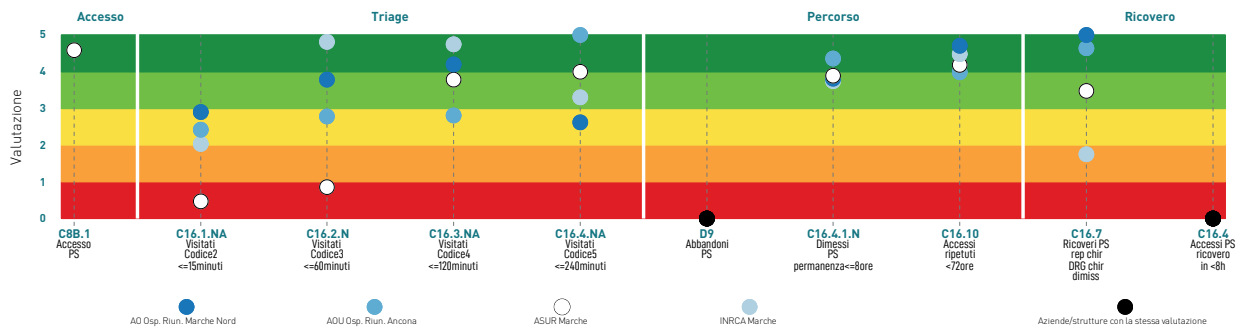


PERCORSO ONCOLOGICO

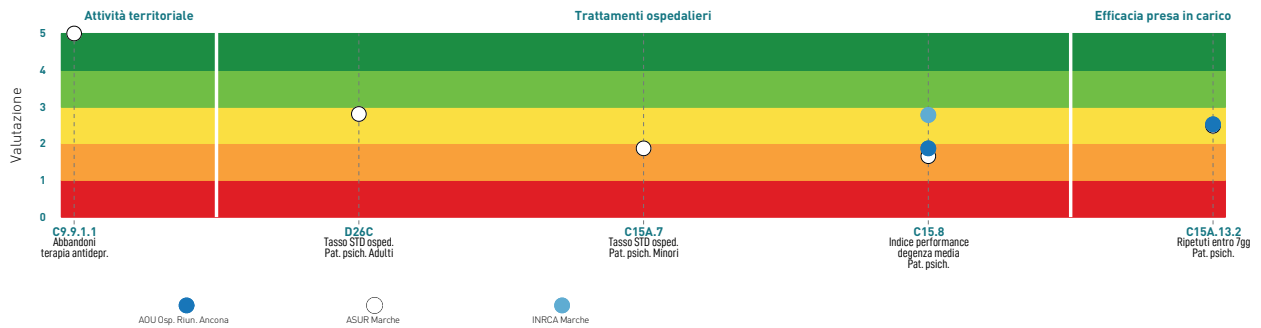


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

AV1 PESARO-URBINO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

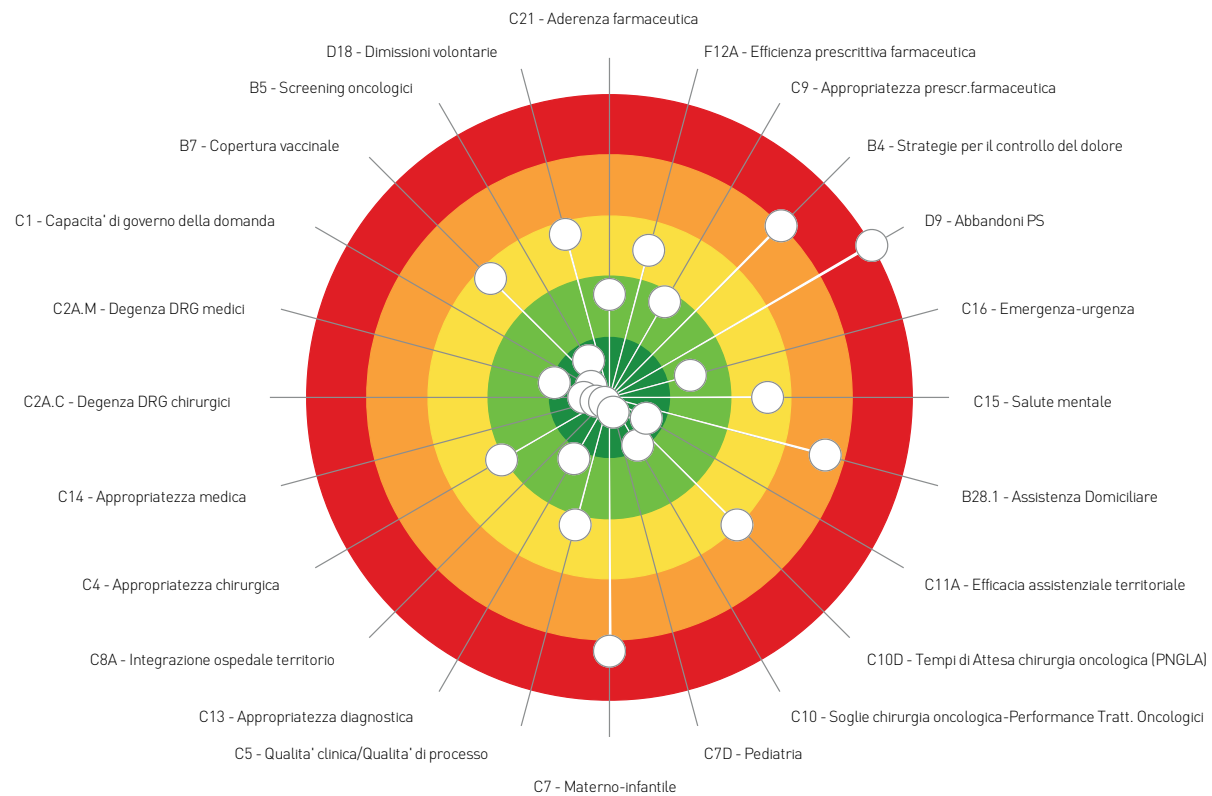
Numero indicatori di valutazione: 64

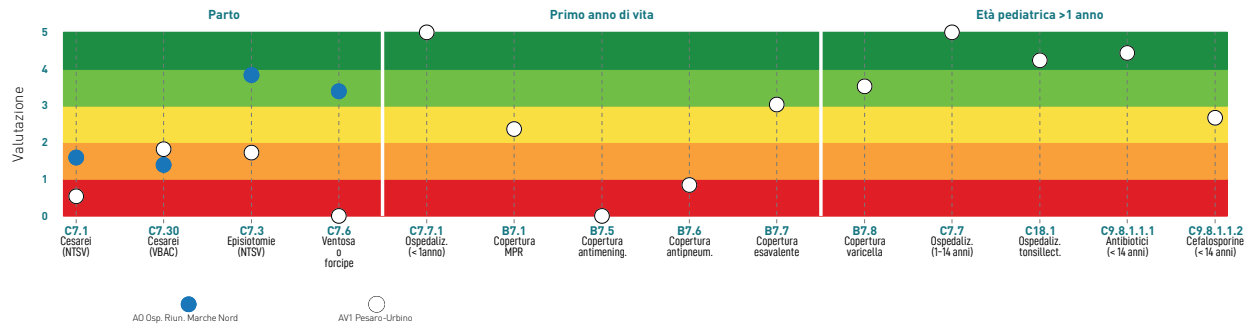
Indicatori Migliorati ↑
34,4 %

Indicatori Stabili =
10,9 %

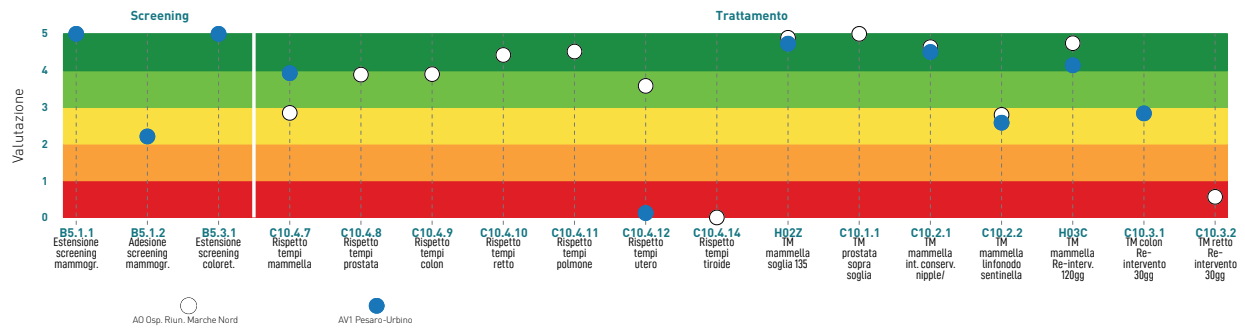
Indicatori Peggiorati ↓
54,7 %

Valutazione della Performance 2022

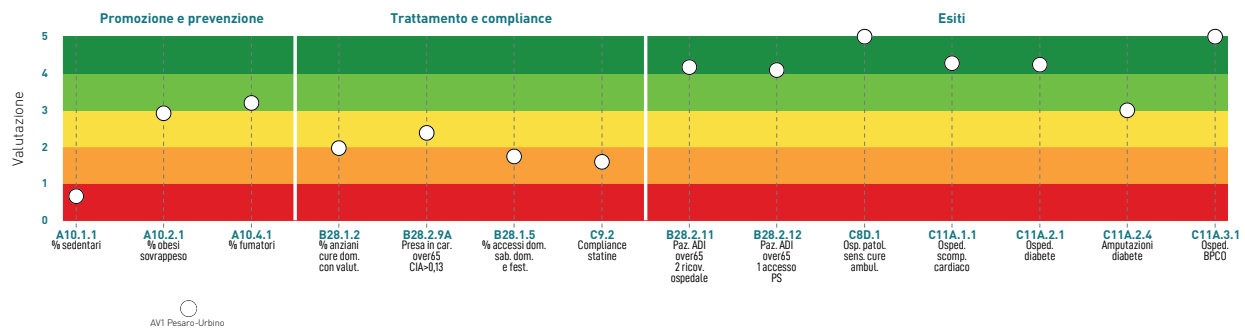




PERCORSO MATERNO INFANTILE

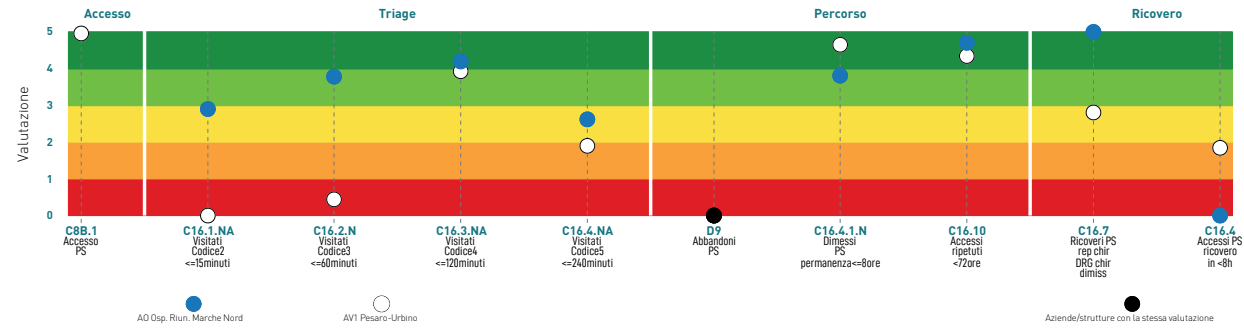


PERCORSO ONCOLOGICO

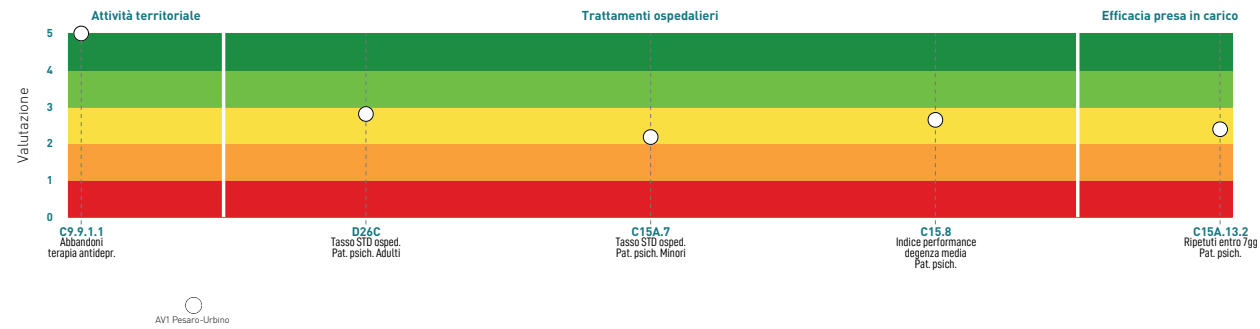


PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



AV2 ANCONA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

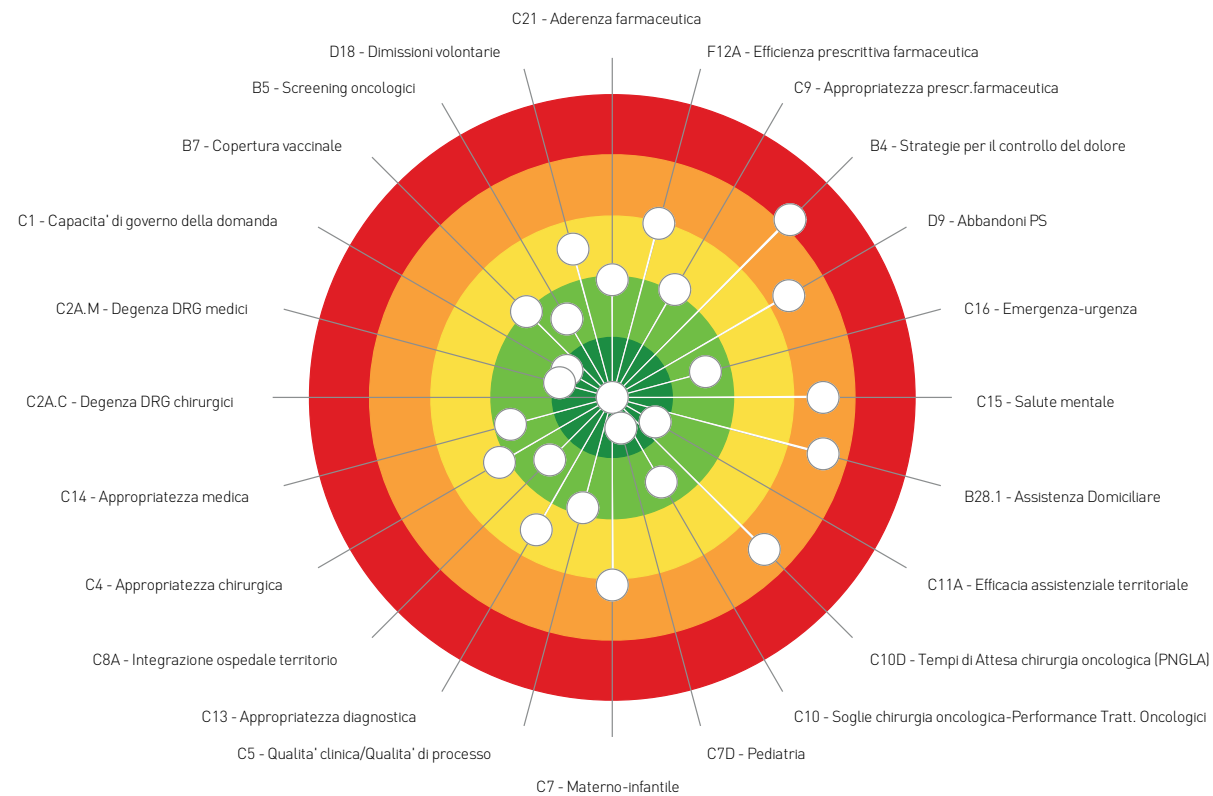
Numero indicatori di valutazione: 71

Indicatori Migliorati ↑
32.4 %

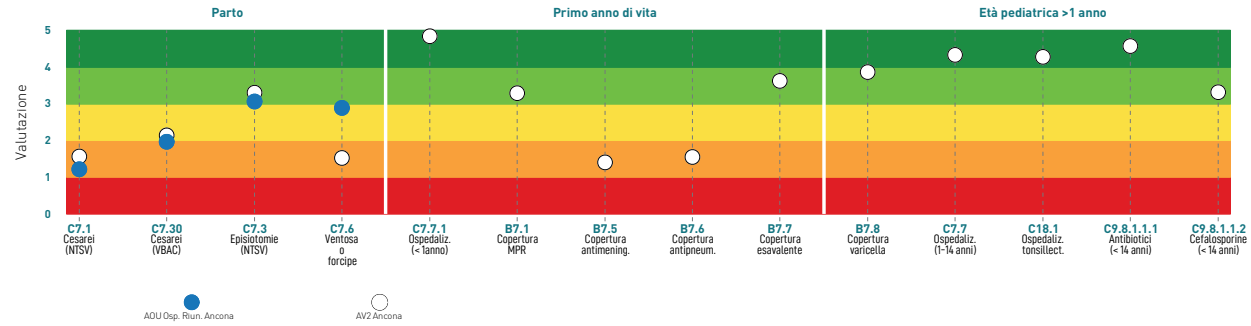
Indicatori Stabili =
15.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
52.1 %

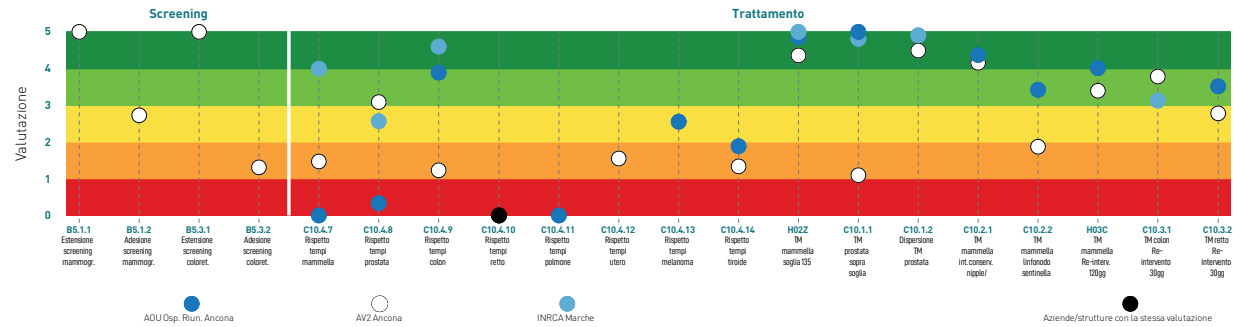
Valutazione della Performance 2022



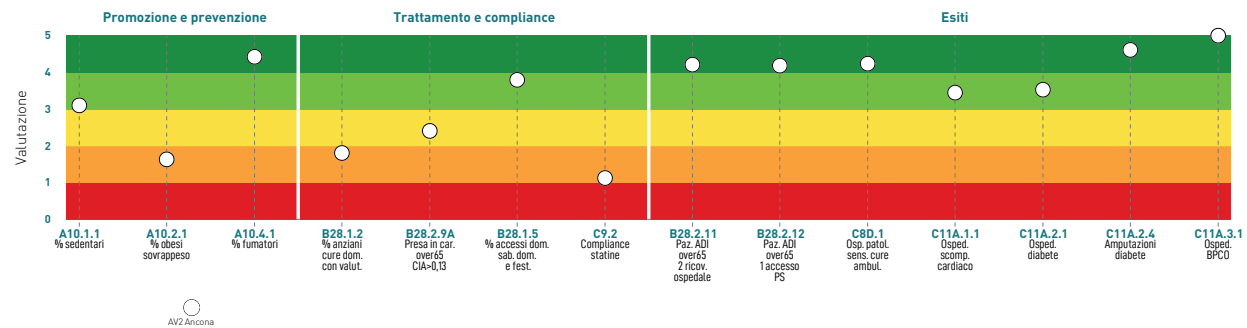
PERCORSO MATERNO INFANTILE

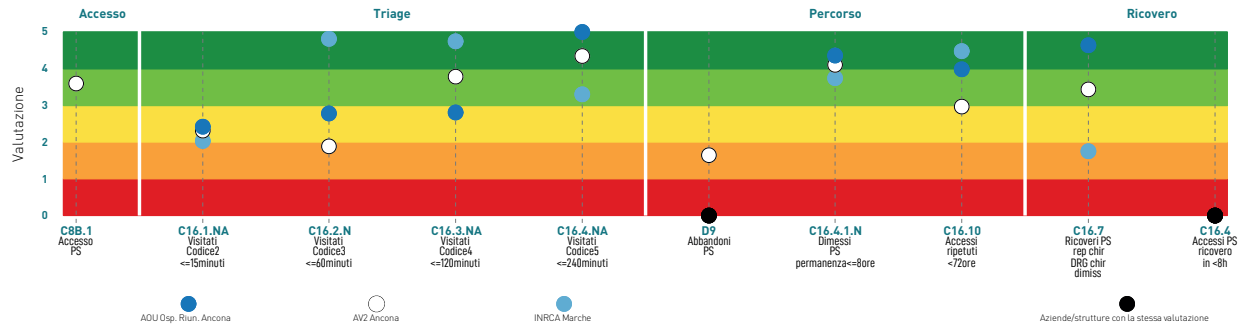


PERCORSO ONCOLOGICO

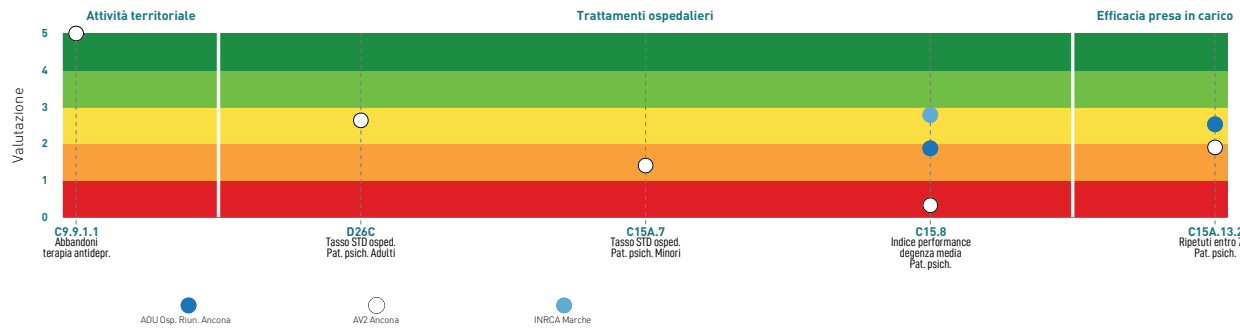


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

AV3 MACERATA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

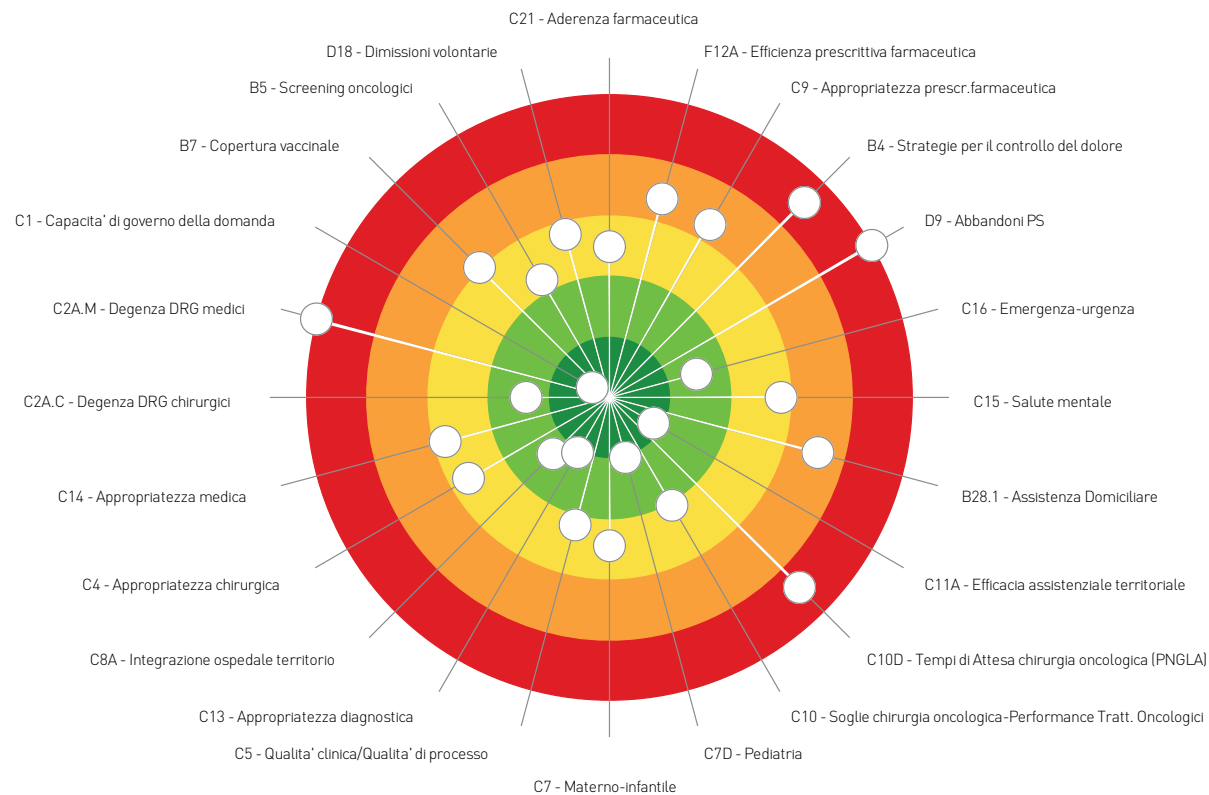
Numero indicatori di valutazione: 68

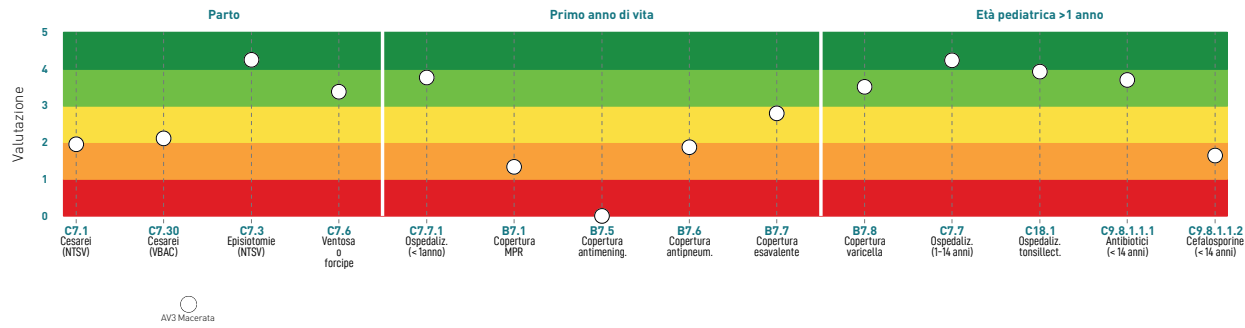
Indicatori Migliorati ↑
33.8 %

Indicatori Stabili =
11.8 %

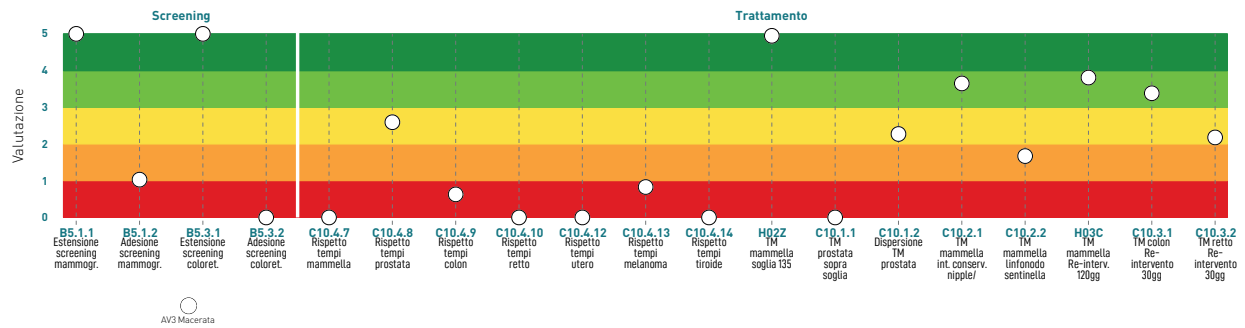
Indicatori Peggiorati ↓
54.4 %

Valutazione della Performance 2022

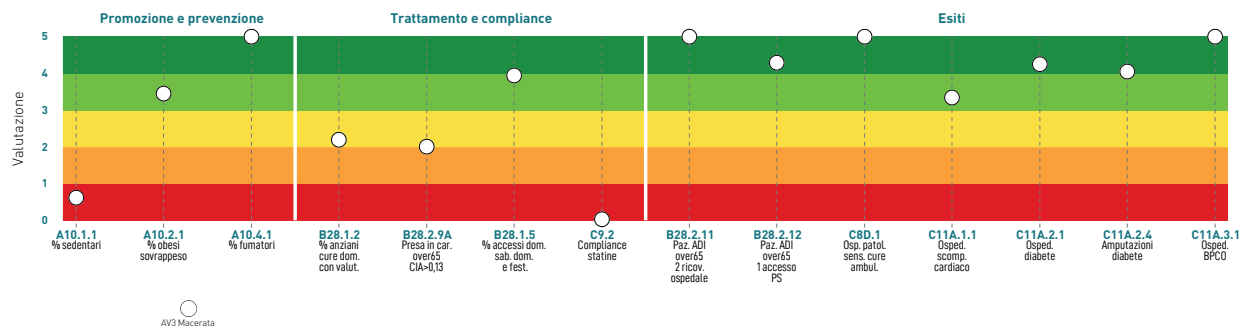




PERCORSO MATERNO INFANTILE

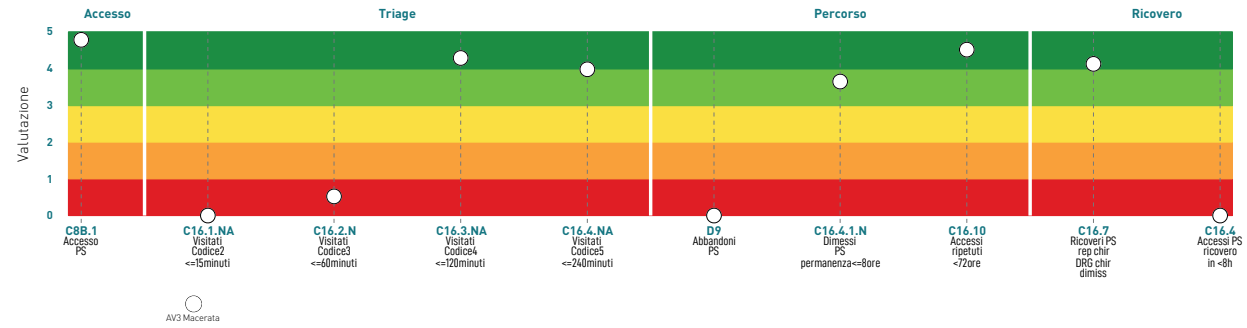


PERCORSO ONCOLOGICO

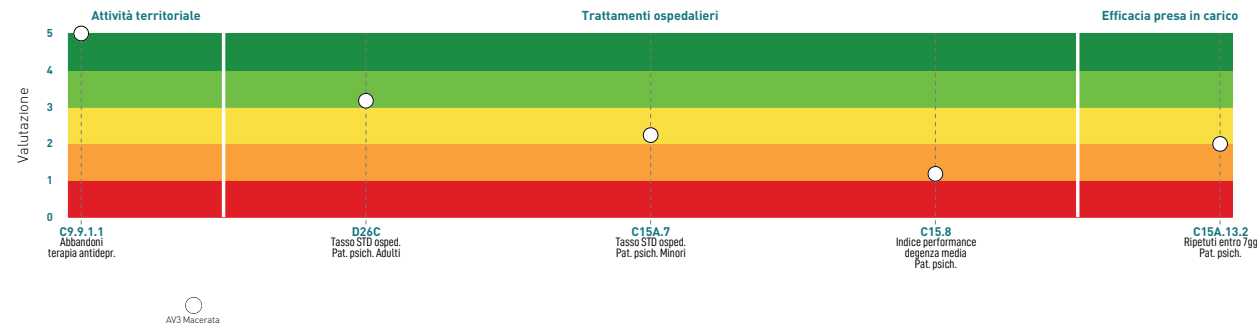


PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE



AV4 FERMO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

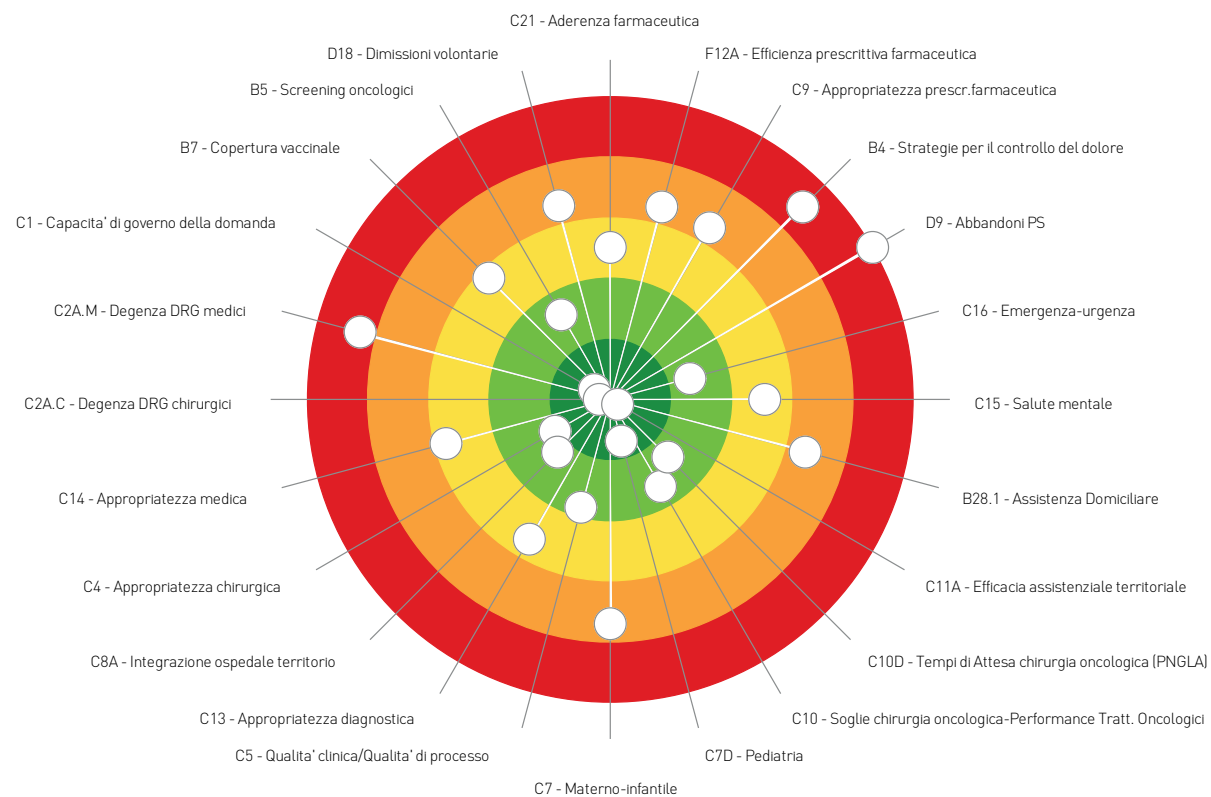
Numero indicatori di valutazione: 63

Indicatori Migliorati ↑
39.7 %

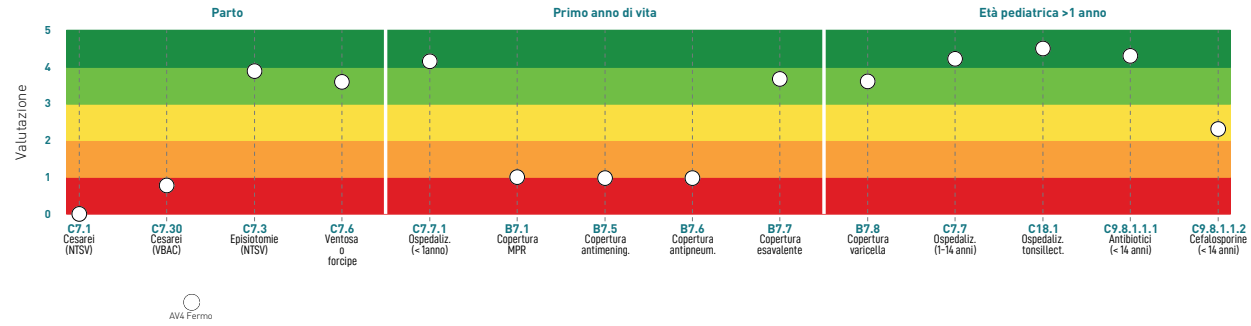
Indicatori Stabili =
17.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
42.9 %

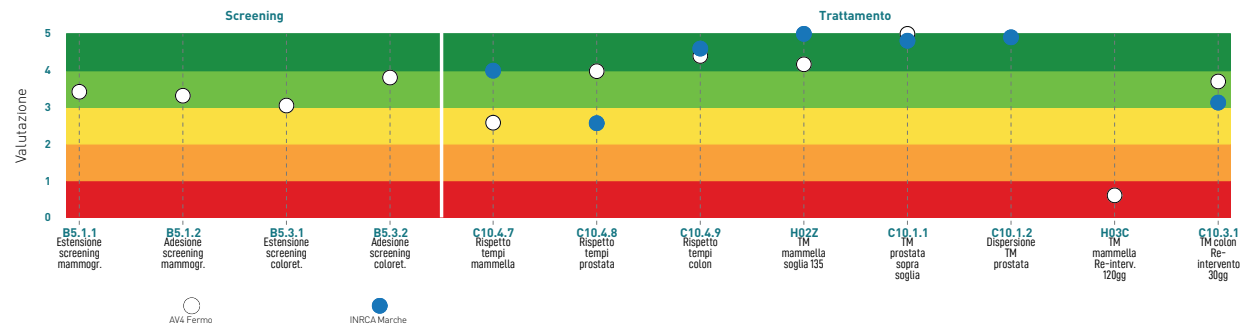
Valutazione della Performance 2022



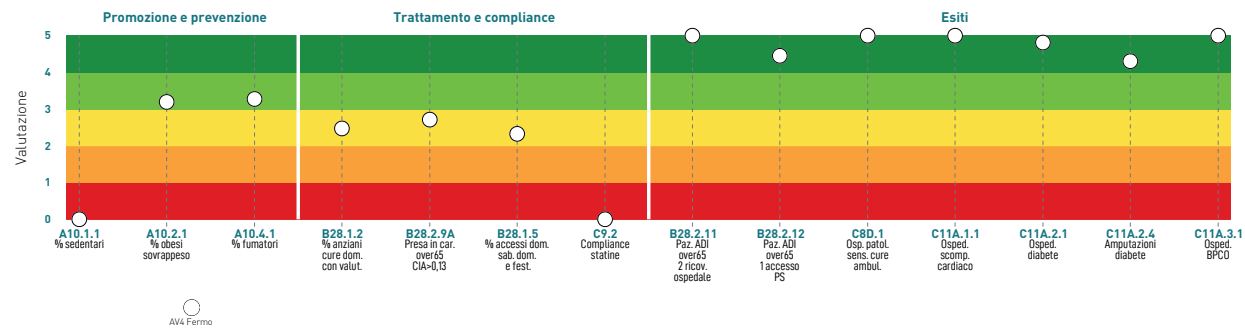
PERCORSO
MATERNO
INFANTILE

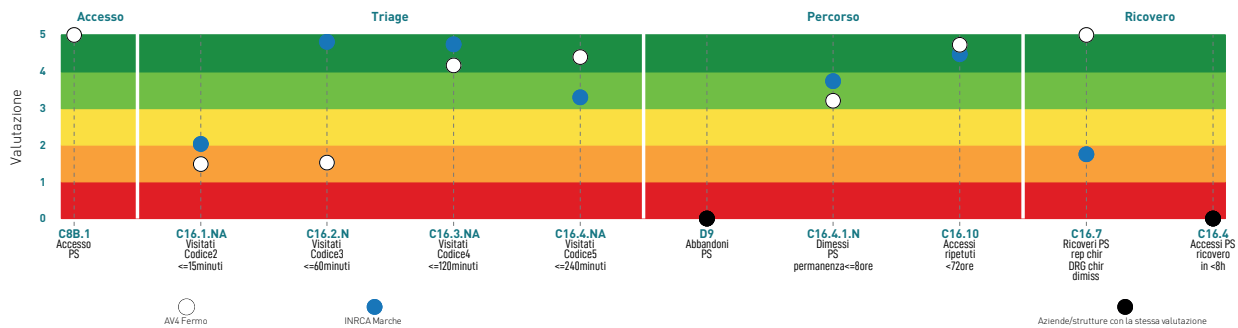


PERCORSO
ONCOLOGICO

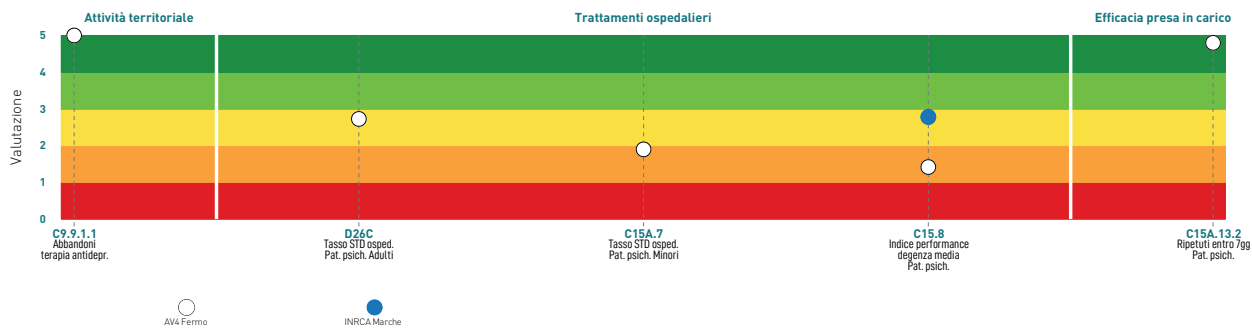


PERCORSO
CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

AV5 ASCOLI PICENO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)
●

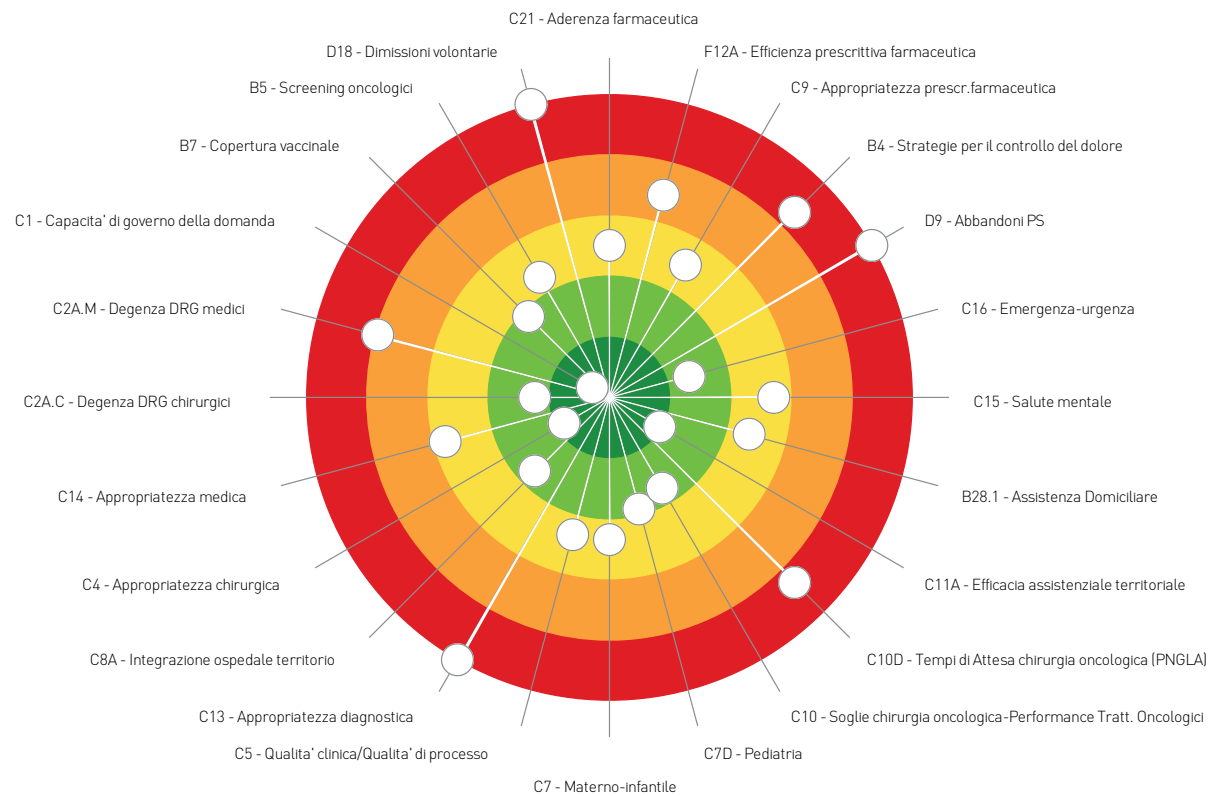
Numero indicatori di valutazione: 66

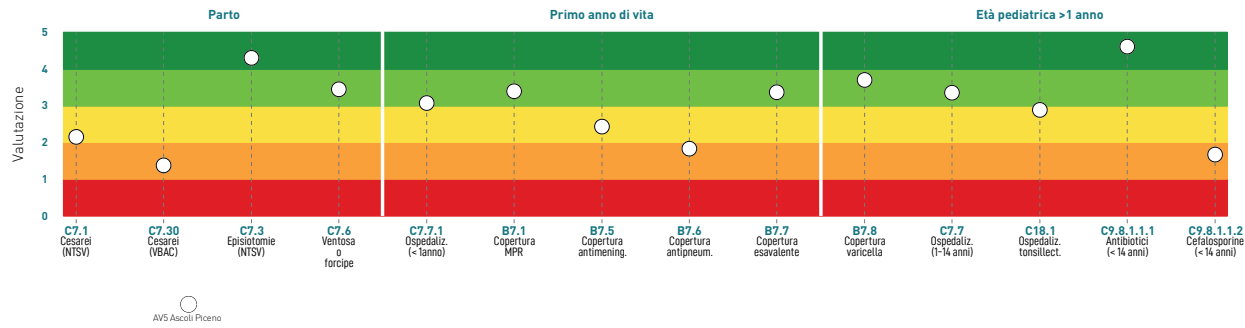
Indicatori Migliorati ↑
39.4 %

Indicatori Stabili =
12.1 %

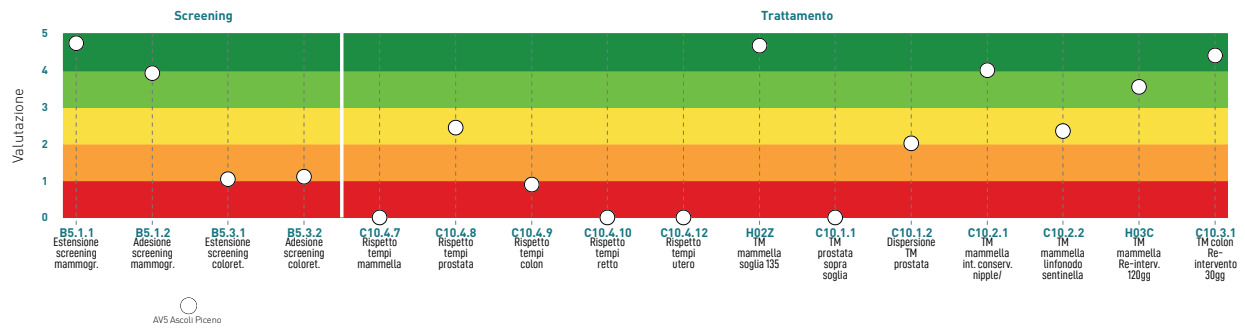
Indicatori Peggiorati ↓
48.5 %

Valutazione della Performance 2022

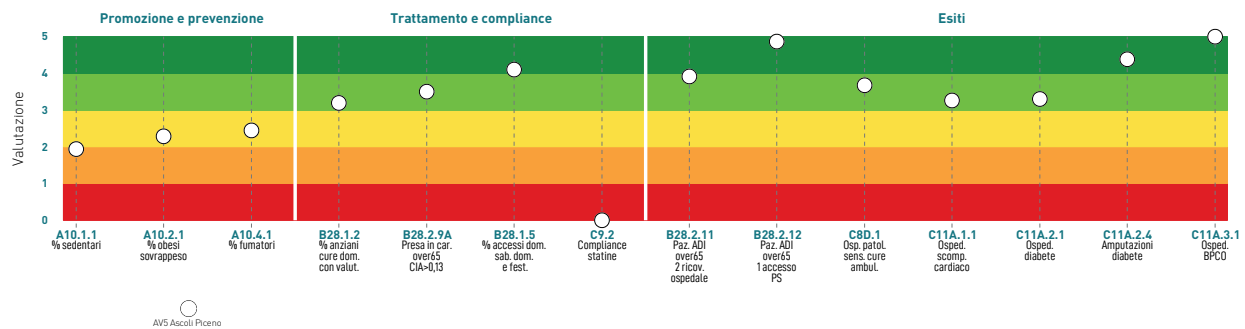




PERCORSO MATERNO INFANTILE

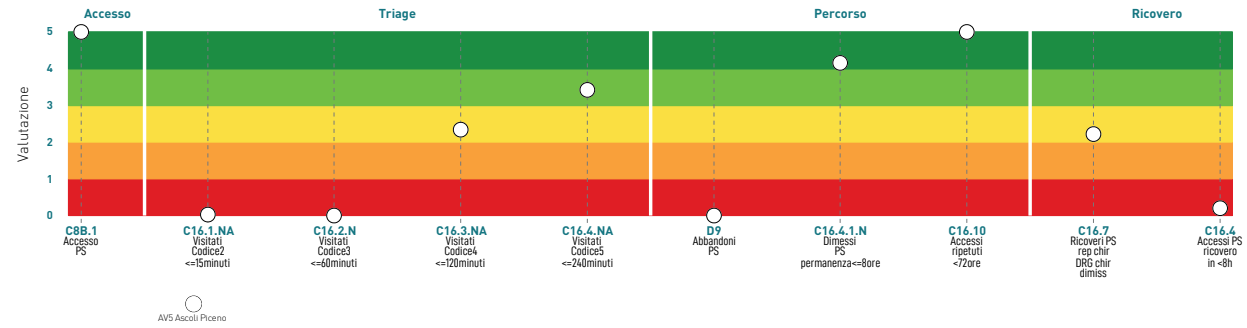


PERCORSO ONCOLOGICO

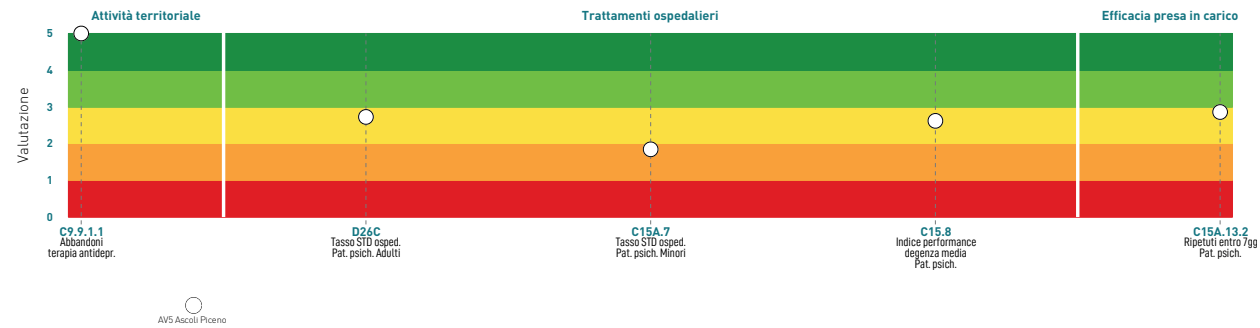


PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE





PUGLIA

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 pubblici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (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.

Profilo regione



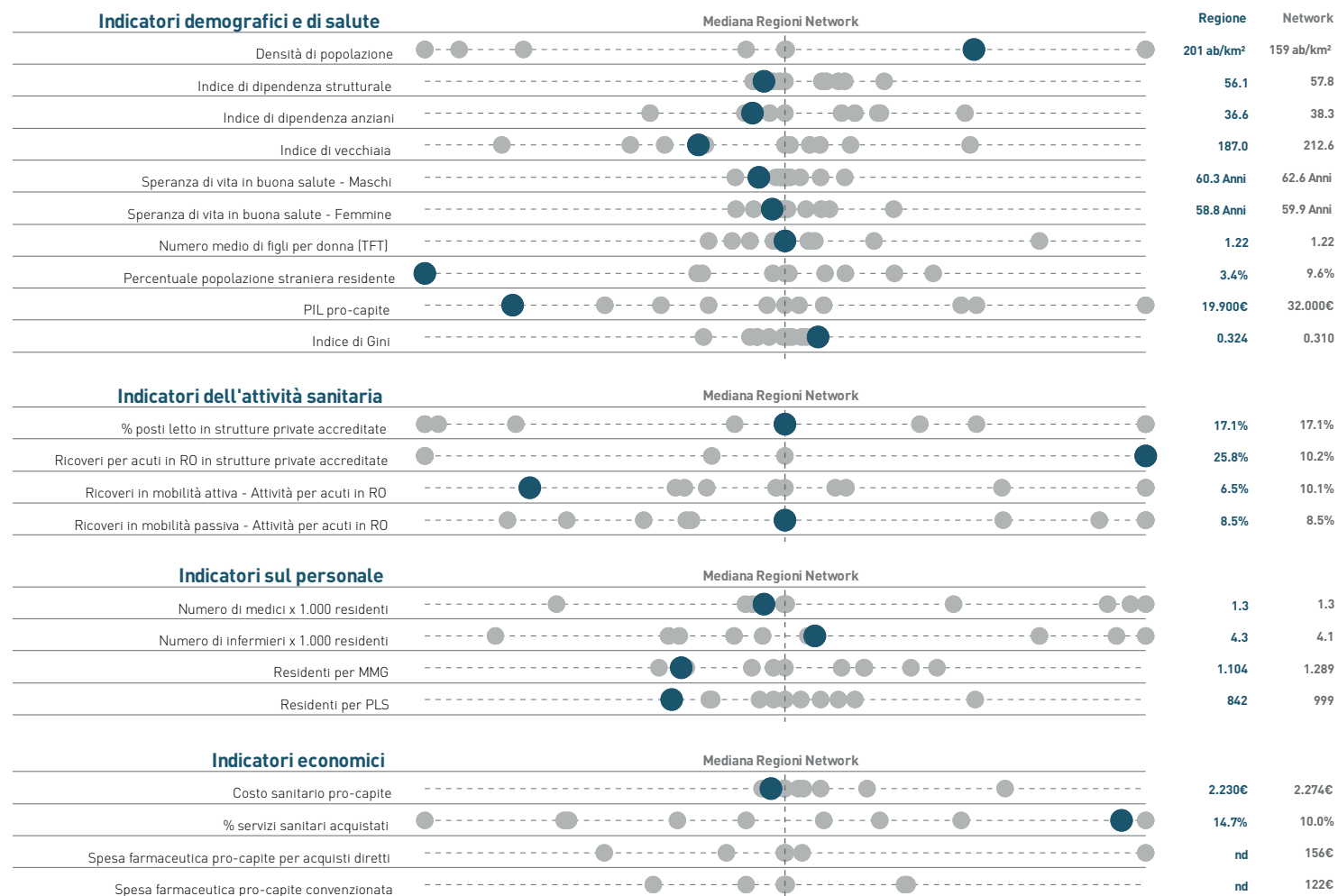
Popolazione residente **3.922.941**

Aziende Sanitarie Territoriali **6**
Distretti Sanitari **45**

Strutture di ricovero **80**
- Pubbliche **49**
di cui AO/AOU **5**
di cui IRCCS **2**
- Private accreditate **31**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **3**

Posti letto Totali **14.580**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Puglia nel 2022. Dei 150 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione Puglia mostra una performance eterogenea nelle diverse aree; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce gialla del bersaglio, seppur non manchino pallini nelle fasce verda e rossa. La Regione mostra una situazione in lieve peggioramento rispetto all'anno precedente: il 53% degli indicatori peggiora tra il 2021 e il 2022, il 14% è rimasto costante, mentre il 33% ha registrato miglioramenti.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. La tempestività di accesso agli interventi chirurgici oncologici di priorità A nella Regione Puglia registra un calo, ad eccezione degli interventi al colon, melanoma e tiroide, seppur persistano le perduranti criticità anche per queste classi di interventi. Più eterogenea invece la gestione dell'attesa in Pronto Soccorso in fase di triage, dove la Regione Puglia è il fanalino di coda del Network per il codice di priorità d'urgenza, mentre è la best practice nella risposta del sistema ospedaliero per i codici minori. Il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, comunemente noto come "boarding," rimane una sfida costante, ma si nota un miglioramento. Nel 2022, il 79,6% dei pazienti che hanno fatto accesso al Pronto Soccorso è stato destinato a un ricovero con una permanenza inferiore a 8 ore, rispetto al 74,4% registrato nel 2021.

A livello ospedaliera la performance rimane pressoché stabile. Si conferma la buona performance registrata nel triennio nella proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo (71%). L'incidenza di dimissioni volontarie – indicatore proxy dell'apprezzamento da parte dell'utenza – resta il tallone di Achille del sistema, tornando a salire nel 2022 (2,7 contro il 2,6 del 2021). Ottima la degenza media per DRG medici e chirurgici, che conferma il trend in calo registrato nel triennio. L'appropriatezza chirurgica si mantiene a un buon livello, con la Regione Puglia che dimostra una notevole capacità nell'individuare il setting assistenziale adeguato, limitando il numero di ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatezza. Unica criticità in questo ambito il ricorso al Day-Surgery per le prestazioni chirurgiche identificate nel Patto per la Salute, proporzione che continua a mantenersi al di sotto del 18%. È comunque importante evidenziare che questo dato vada analizzato alla luce del notevole aumento del numero di prestazioni di Day Surgery che sono state spostate verso il setting ambulatoriale grazie all'attivazione di Day Services. Ottima la capacità di governo della domanda, dove la regione Puglia registra tra i tassi di ospedalizzazioni più contenuti del Network delle Regioni, a riprova di una buona capacità di erogare i servizi sanitari nelle forme più appropriate. Un ambito di criticità ospedaliera è individuato nelle donazioni di organi, soprattutto nella segnalazione di potenziali donatori.

Nel contesto territoriale, l'assistenza domiciliare si qualifica come un'area critica, collocando la Puglia tra le regioni meno performanti all'interno del Network. Le carenze più significative includono la bassa percentuale di anziani che hanno beneficiato di almeno un intervento domiciliare, un dato notevolmente inferiore rispetto alle altre regioni del

Network. Inoltre, la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, che rappresenta una misura della capacità generale del sistema sanitario nella gestione domiciliare, si mantiene al di sotto del 6%. Nella media ma in netto calo il tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni (30,6 contro il 41,6 del 2021). Migliora la percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero, mentre si registra un aumento nella percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al Pronto Soccorso, evidenziando una criticità per l'anno 2022 nella capacità di stabilizzare il paziente durante la presa in carico (+ 3 punti percentuali).

Più eterogenea la performance relativa alla sanità digitale, dove si registrano ottimi risultati nella percentuale di utilizzo del FSE da parte dei medici (99,8%), mentre rimane contenuto l'utilizzo del FSE da parte dei cittadini (14,2%).

Buona l'efficienza prescrittiva farmaceutica. Molto alta la percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (85,2% nel 2022) a testimonianza di una strategia strutturata per il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, in linea con quasi tutte le altre Regioni del Network. Buona anche la governance della spesa farmaceutica, dove l'unico elemento da attenzionare è l'aumento del costo per unità posologica per Trastuzumab. Relativamente all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, si segnala l'aumento nel consumo di antibiotici sul territorio, soprattutto in età pediatrica, nonché il ricorso ad antibiotici Access (48% nel 2022) al di sotto della soglia del 60% fissata dall'OMS. Bene il consumo di antibiotici nei reparti, stabile a 54,8 DDD per giornate di degenza. Critico il basso consumo di oppioidi sul territorio.

Luci e ombre per il percorso materno-infantile: il ricorso a parti cesarei continua ad essere in crescita rispetto allo scorso anno. A completare la lettura, risulta basso anche il ricorso a parti vaginali dopo precedete taglio cesareo (VBAC), che si attesta al 5,5%. D'altro canto, è stabilmente contenuto il ricorso a parti operativi, dato da leggere insieme all'alta incidenza di tagli cesarei. Da attenzionare le coperture vaccinali nel primo anno di vita, mentre la performance è complessivamente molto buona in età pediatrica. Alcune criticità nella fase di trattamento e compliance, soprattutto relativamente all'aderenza alle raccomandazioni per i PDTA diabetici. In generale molto buona la fase degli esiti.

Venendo al percorso oncologico, si evidenziano le già sottolineate criticità nel rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici in priorità A. Buona invece la capacità di concentrazione della casistica nei centri maggiormente specializzati. Ad esempio, sotto il 2 l'indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata. Sostanzialmente nella media, infine, la fase del fine vita. Si segnala solo il lieve aumento nel numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio non precedentemente assistiti dalla rete delle cure palliative con degenza inferiore ai 7 giorni.

Buona la performance del percorso salute mentale, dove la regione Puglia si qualifica come best practice nel consumo di farmaci antidepressivi. Da attenzionare l'aumento del 40% nella percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, collegata alla non corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.

Il percorso emergenza urgenza mostra una performance nella media, con la già evidenziata differenza di performance nei tempi d'attesa in PS assegnati in fase di triage. Ottimo il risultato ottenuto nel tasso di accesso al PS, il più contenuto del Network delle Regioni.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

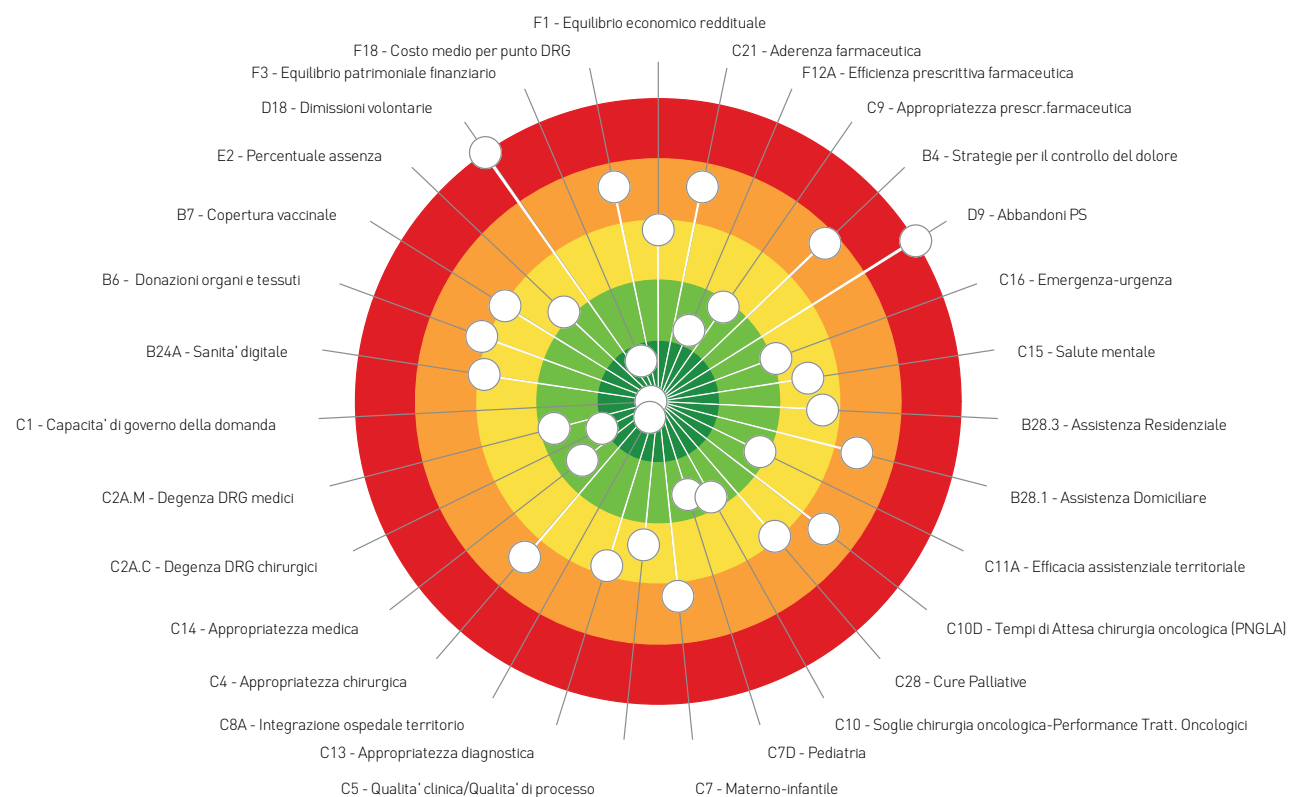
Numero indicatori di valutazione: 108

Indicatori Migliorati ↑
33.3 %

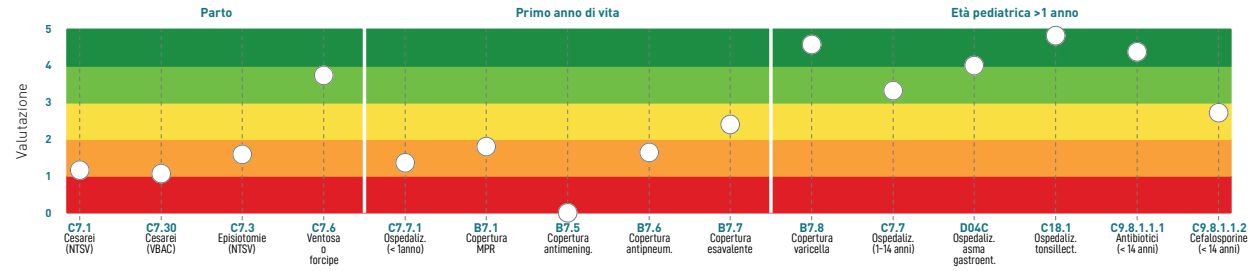
Indicatori Stabili =
13.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
52.8 %

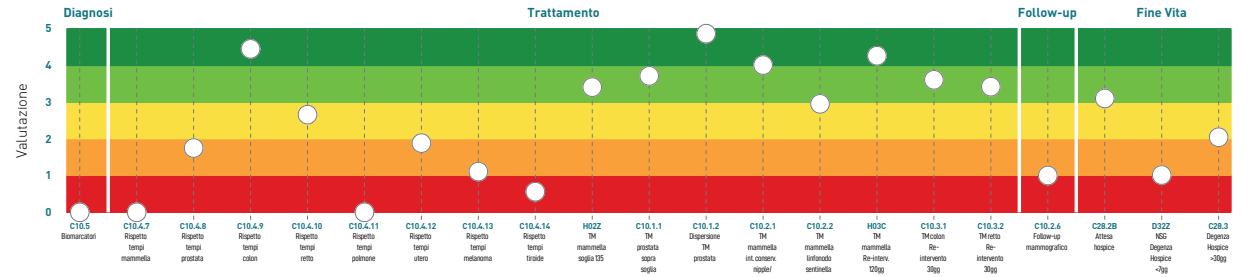
Valutazione della performance 2022



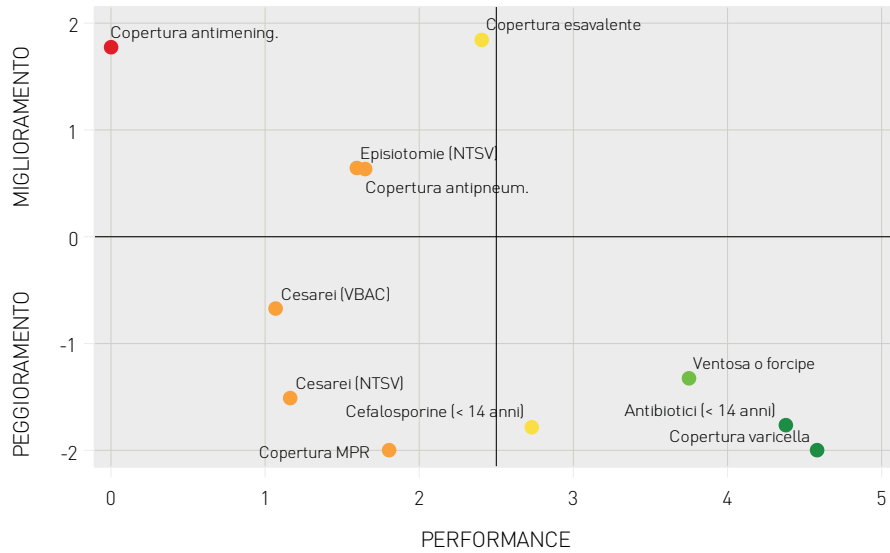
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO

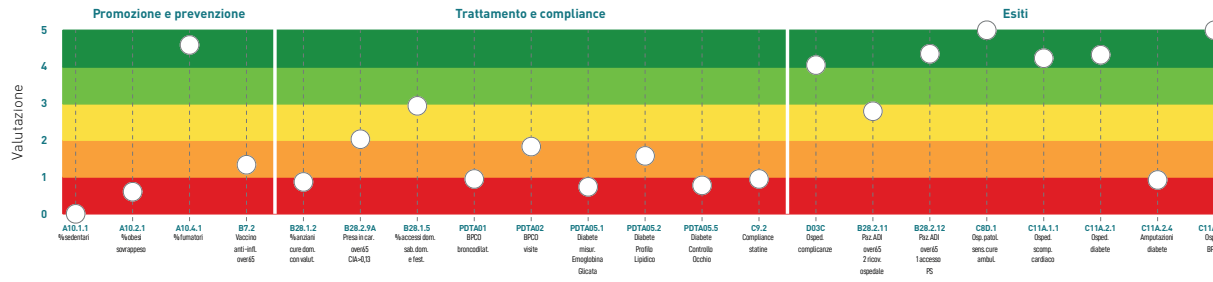


Percorso Materno infantile

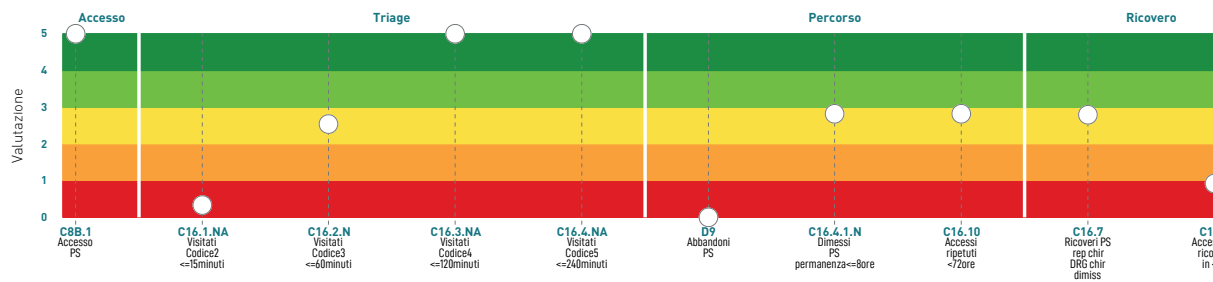


Percorso Oncologico

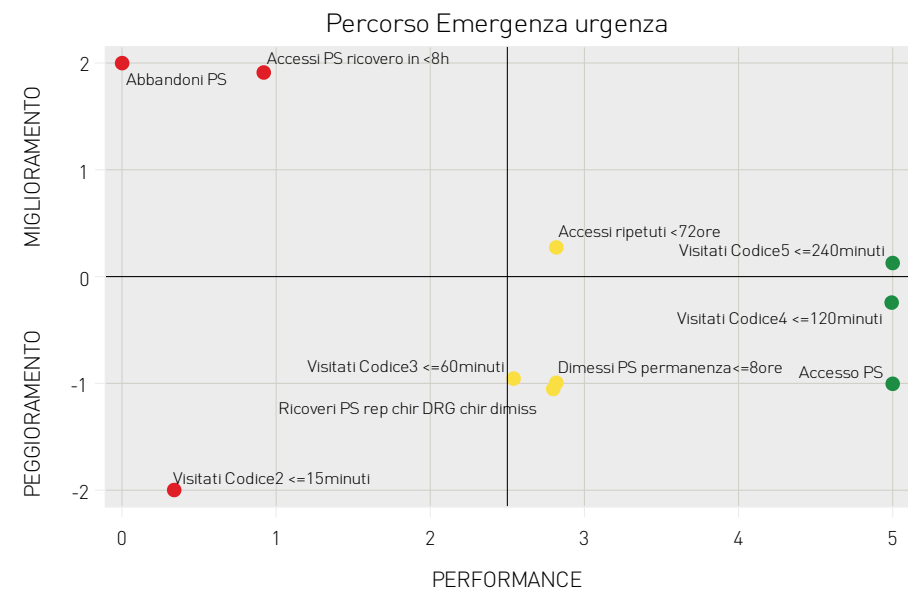
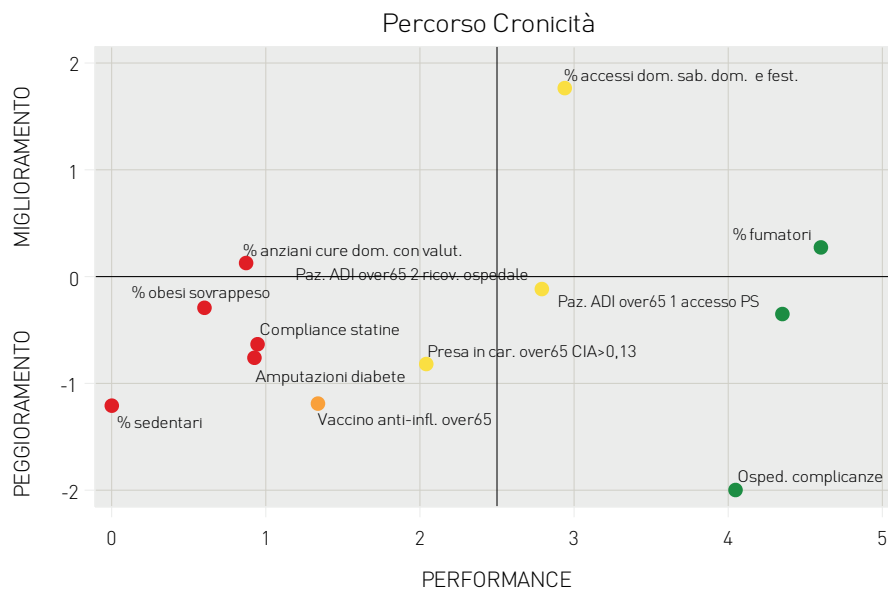




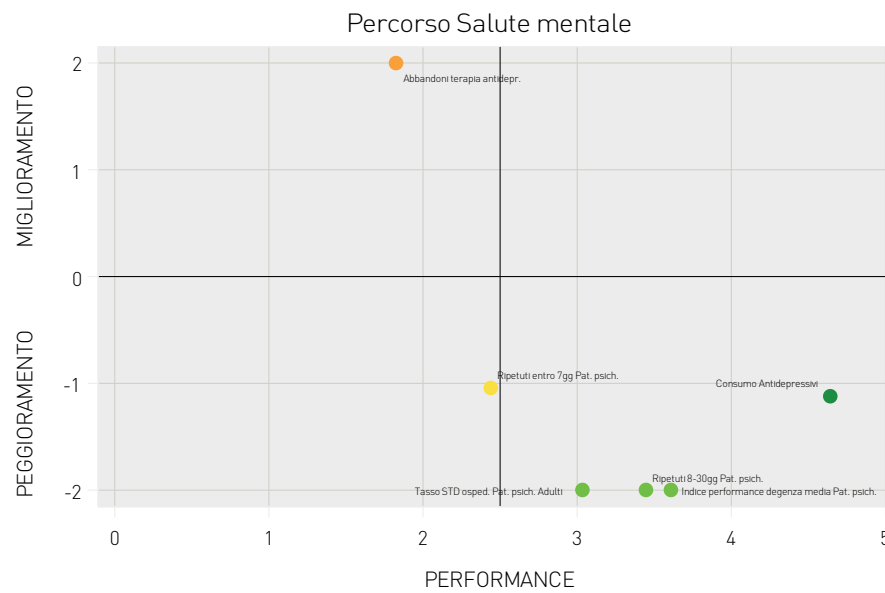
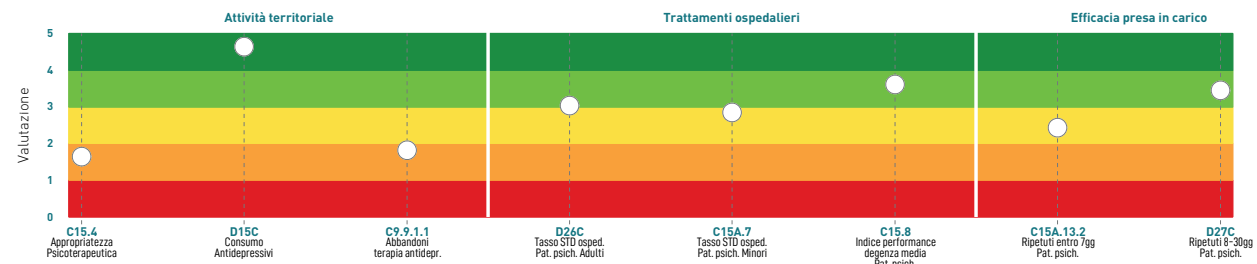
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

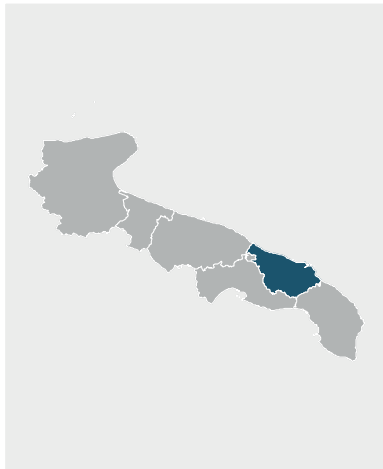


BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

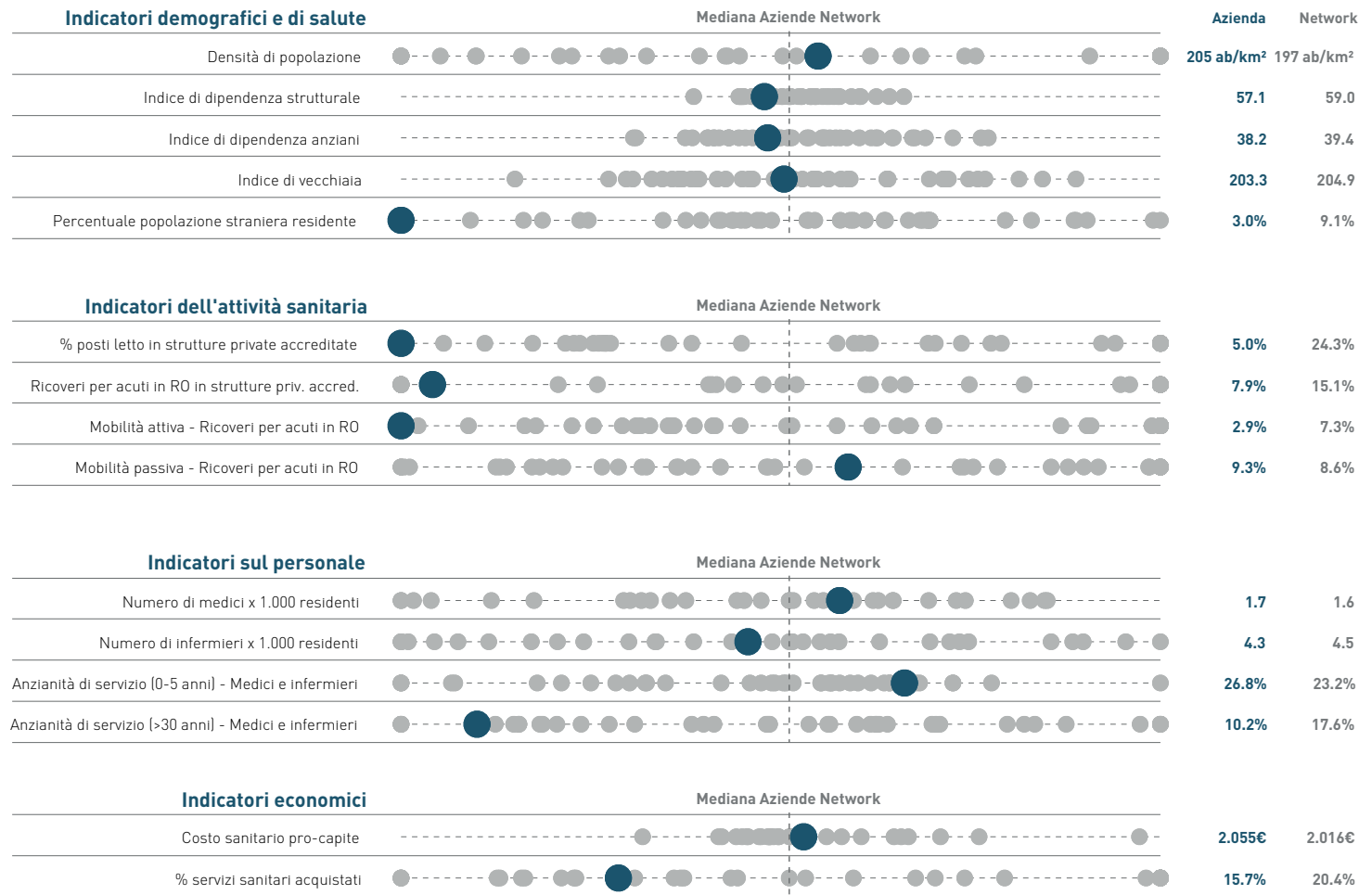
REGIONE PUGLIA

ASL BRINDISI

Profilo azienda



Popolazione residente	381.273
Distretti Sanitari	4
Stabilimenti	12
- Pubblici	10
- Privati accreditati	2
Posti letto	1.205
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASL BRINDISI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 102

Indicatori Migliorati ↑
34,3 %

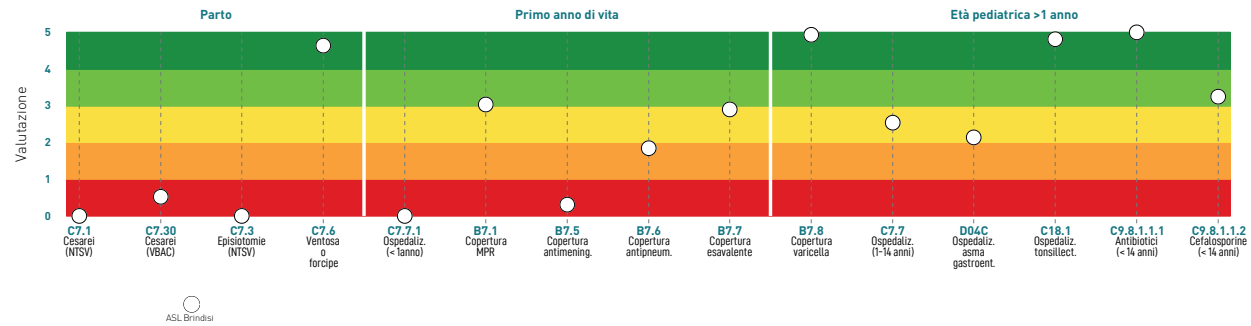
Indicatori Stabili =
7,8 %

Indicatori Peggiorati ↓
57,8 %

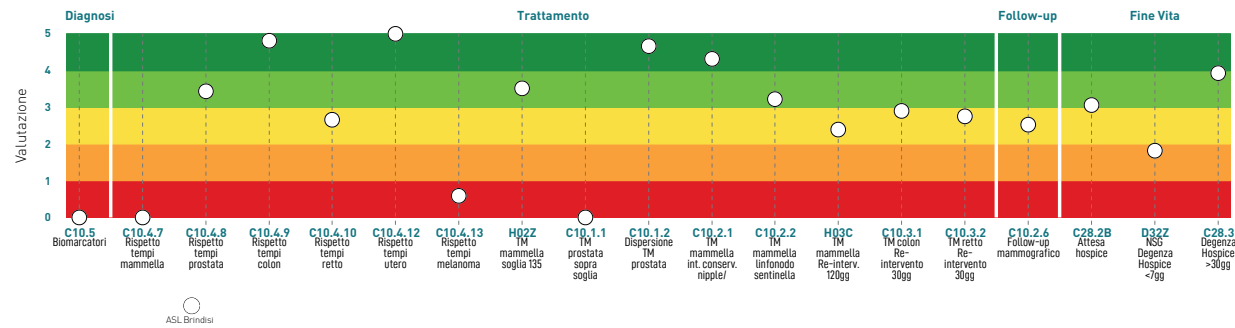
Valutazione della Performance 2022



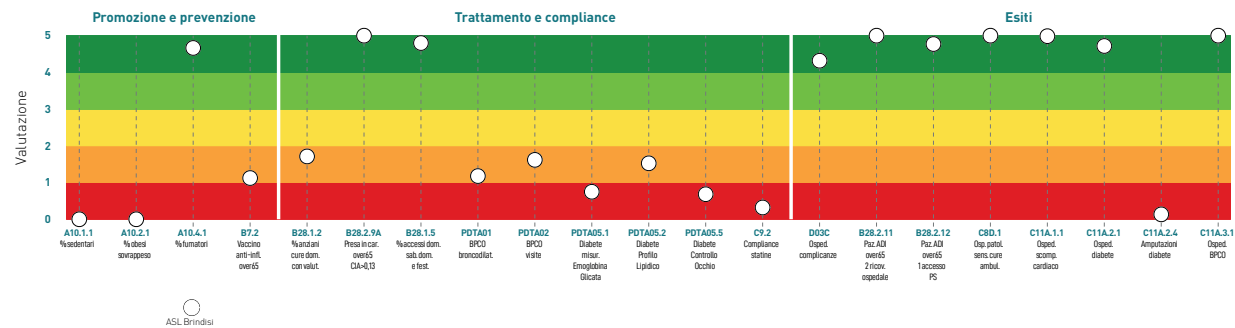
PERCORSO MATERNO INFANTILE

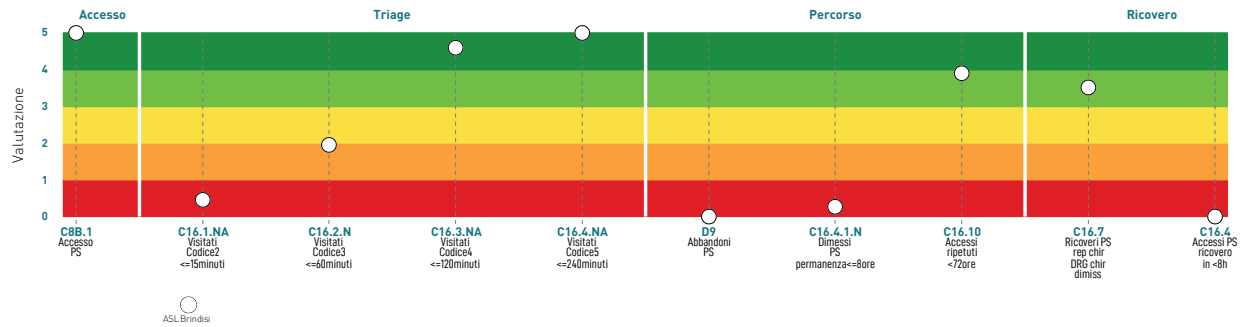


PERCORSO ONCOLOGICO

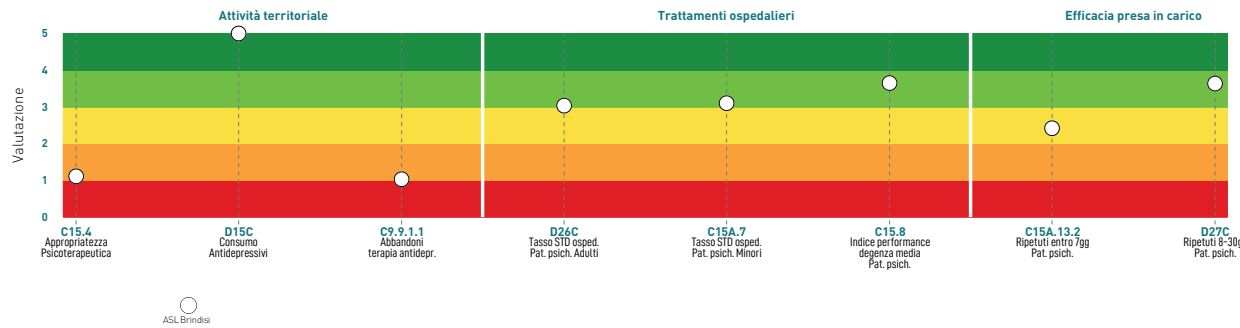


PERCORSO CRONICITÀ





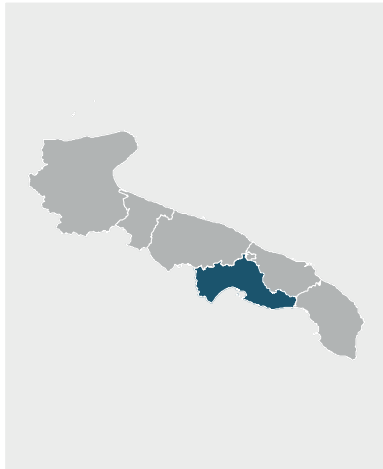
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



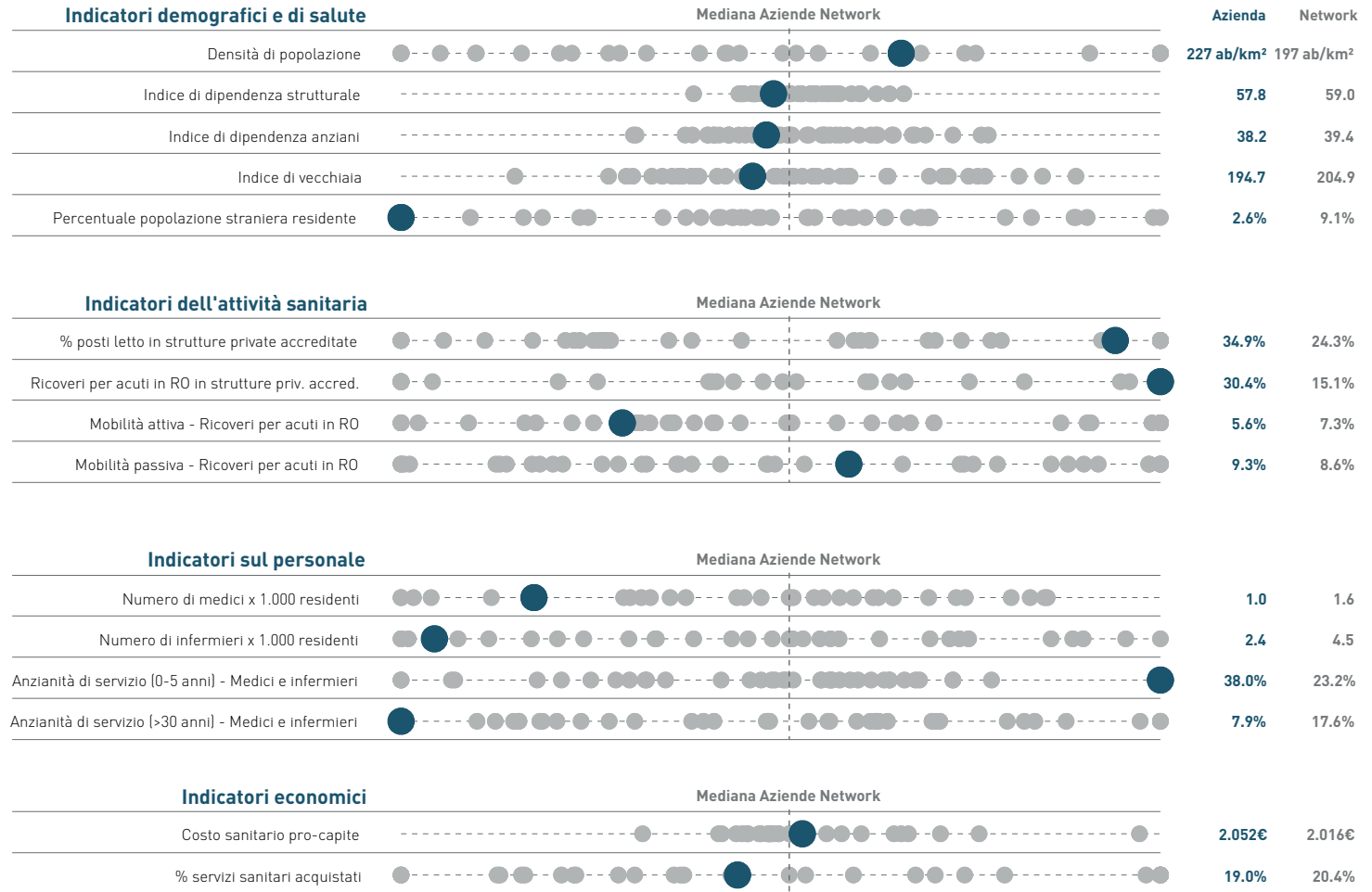
PERCORSO SALUTE MENTALE

ASL TARANTO

Profilo azienda



Popolazione residente	559.892
Distretti Sanitari	6
Stabilimenti	16
- Pubblici	8
- Privati accreditati	8
Posti letto	1.884
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASL TARANTO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 103

Indicatori Migliorati ↑
36.9 %

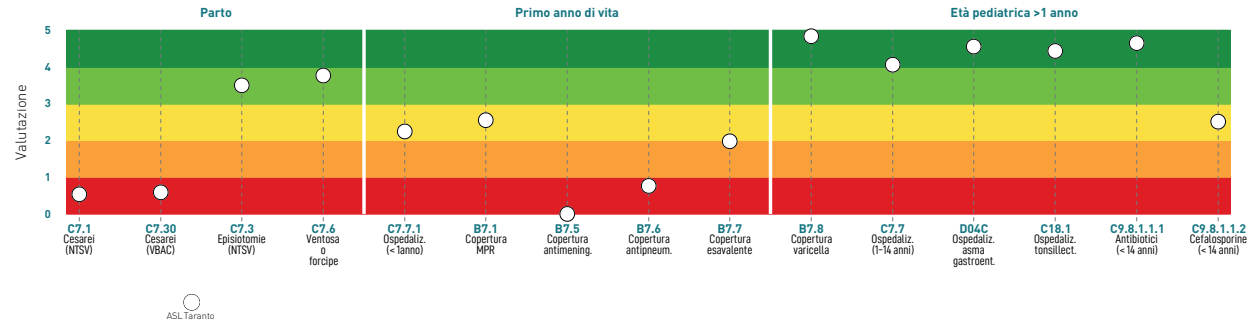
Indicatori Stabili =
9.7 %

Indicatori Peggiorati ↓
53.4 %

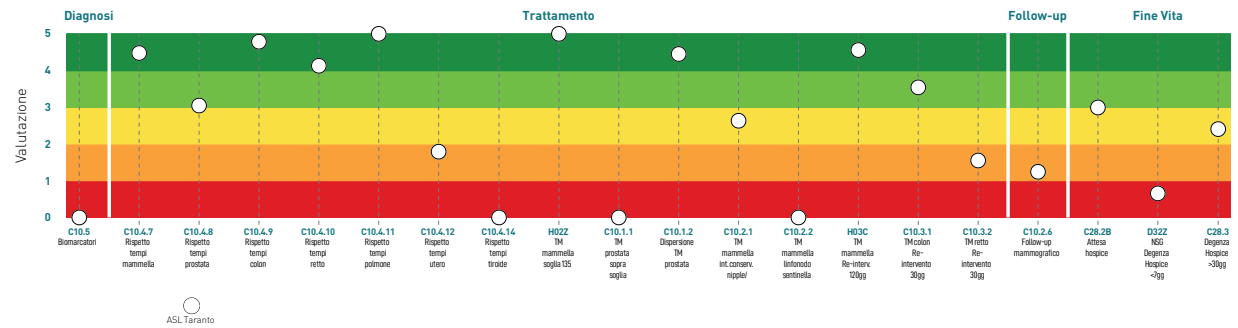
Valutazione della Performance 2022



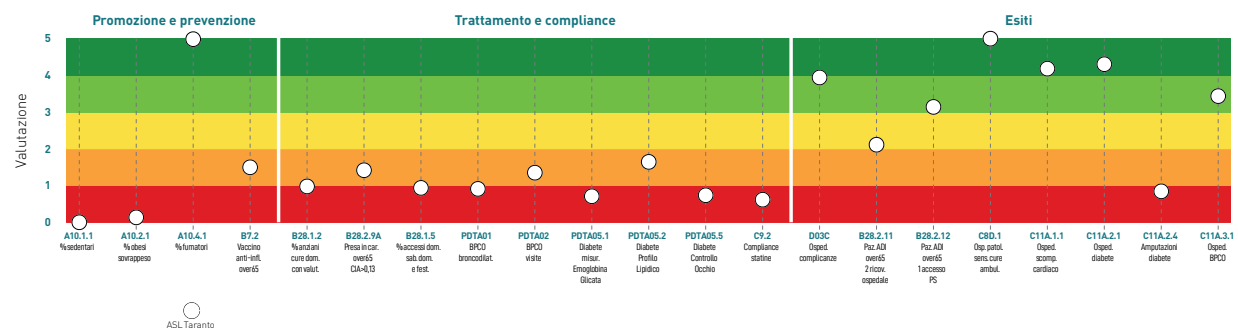
PERCORSO MATERNO INFANTILE

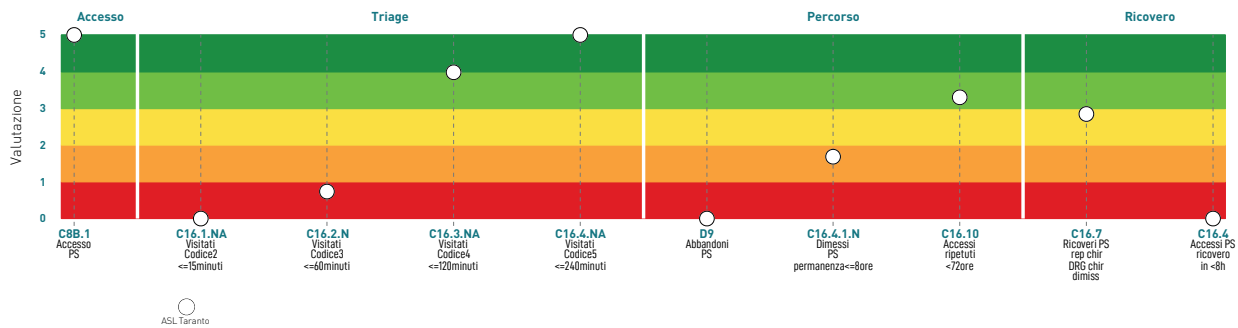


PERCORSO ONCOLOGICO

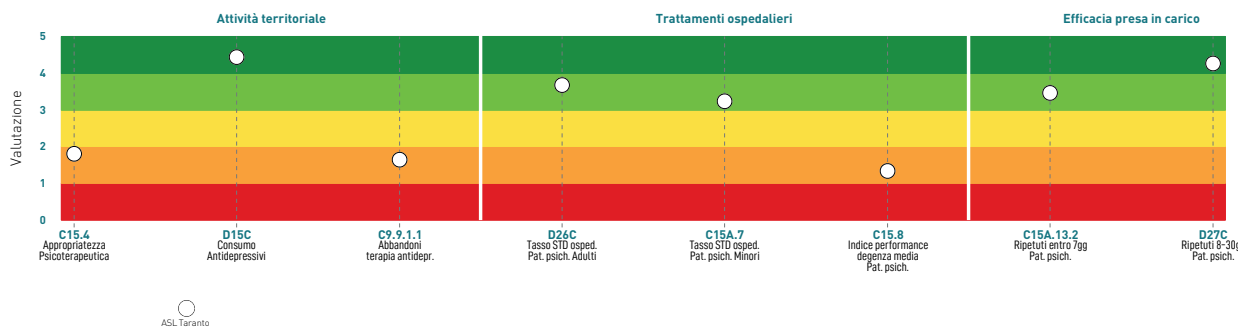


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



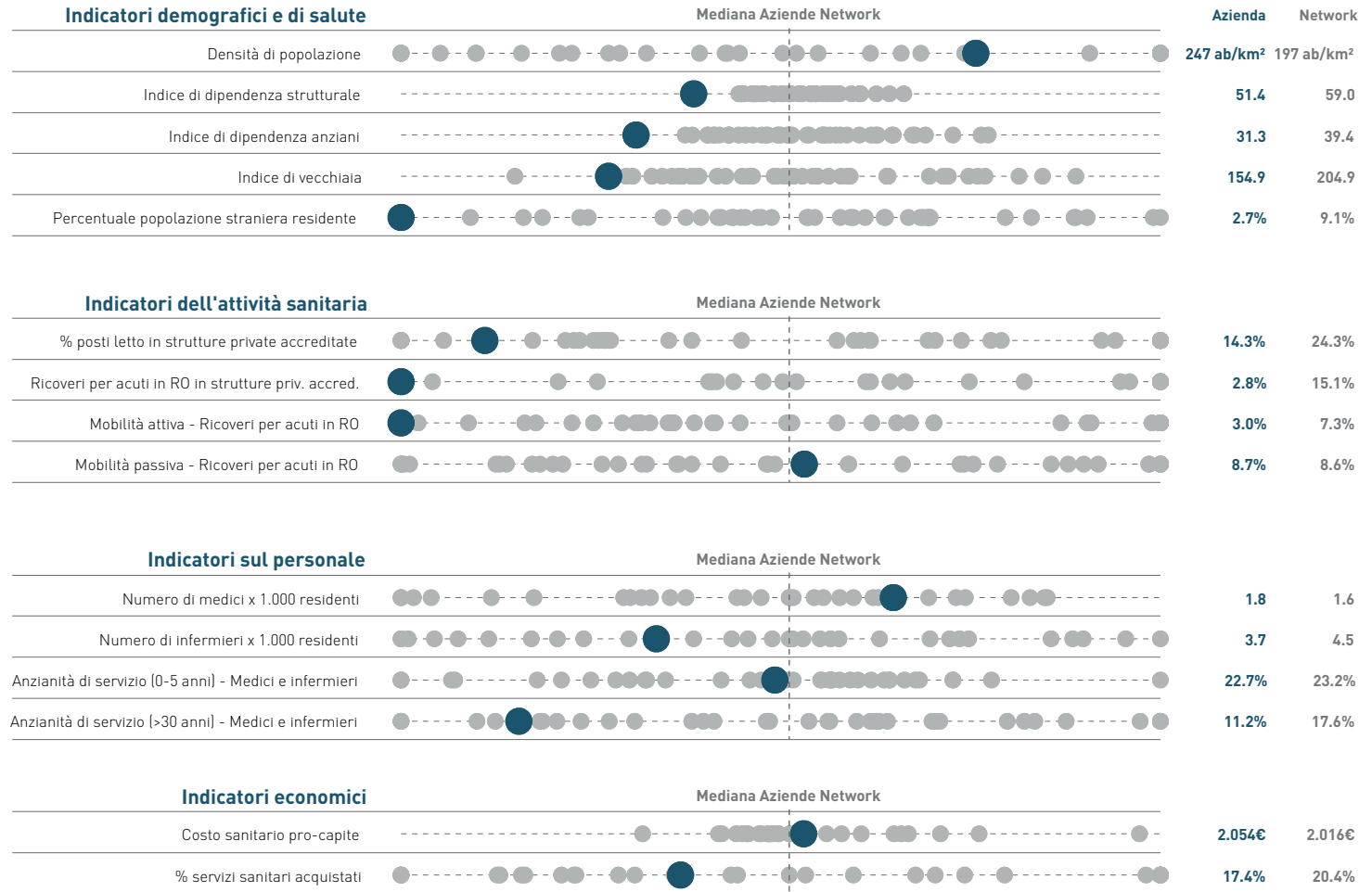
PERCORSO SALUTE MENTALE

ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Profilo azienda



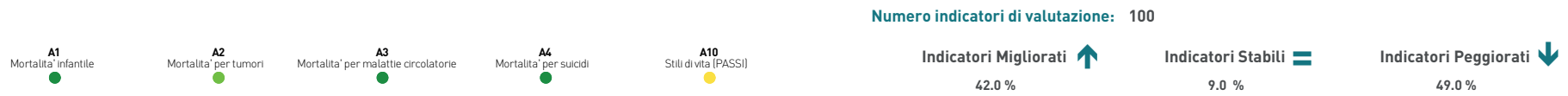
Popolazione residente	380.616
Distretti Sanitari	5
Stabilimenti	6
- Pubblici	5
- Privati accreditati	1
Posti letto	909
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

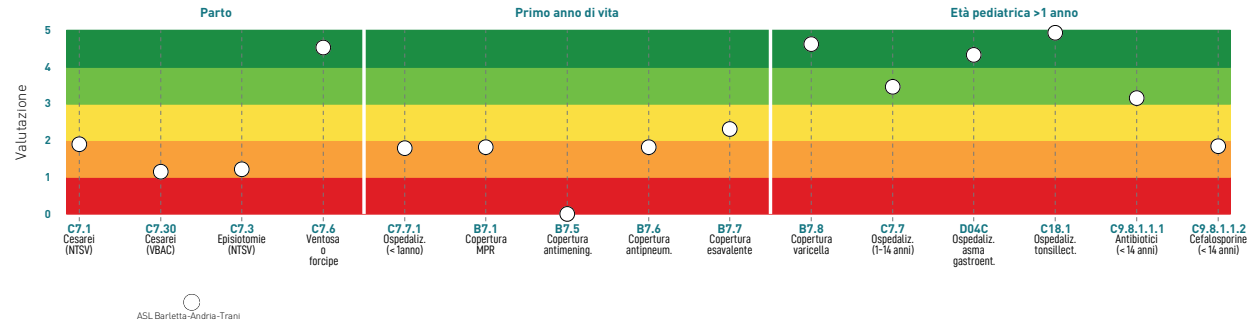
Andamento indicatori - Trend 2021/2022



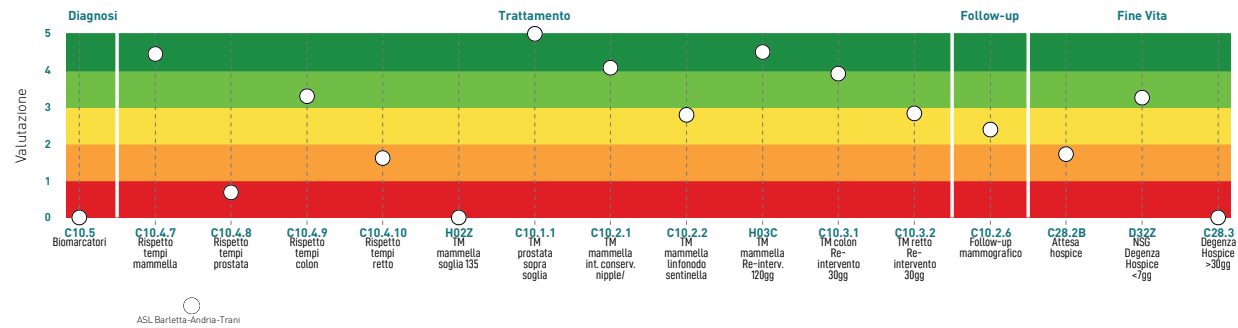
Valutazione della Performance 2022



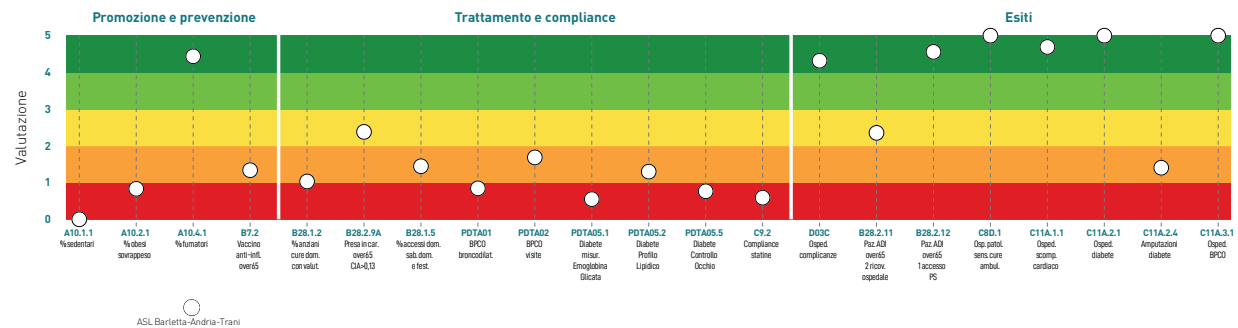
PERCORSO MATERNO INFANTILE

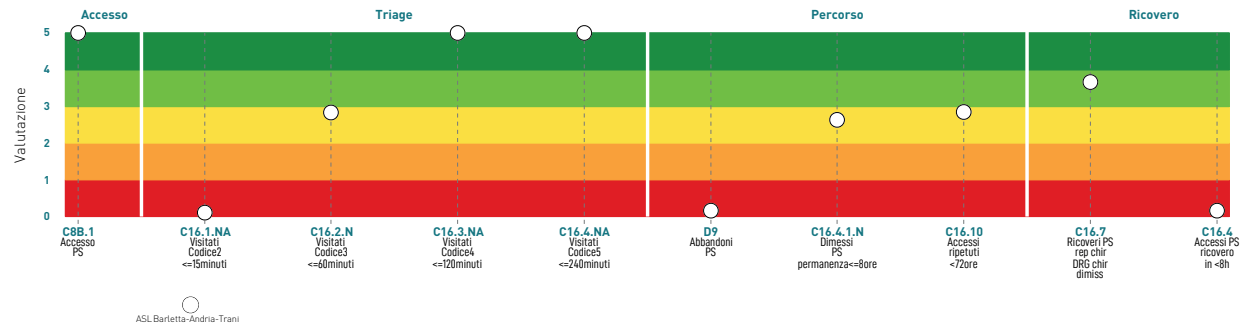


PERCORSO ONCOLOGICO

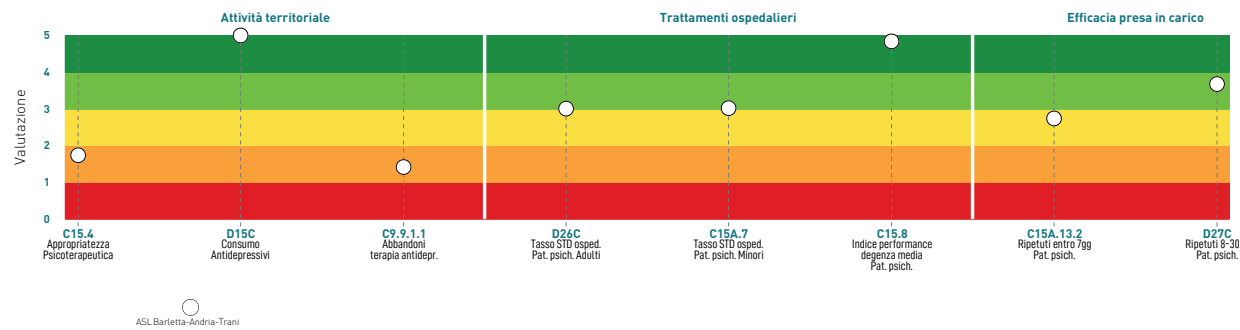


PERCORSO CRONICITÀ





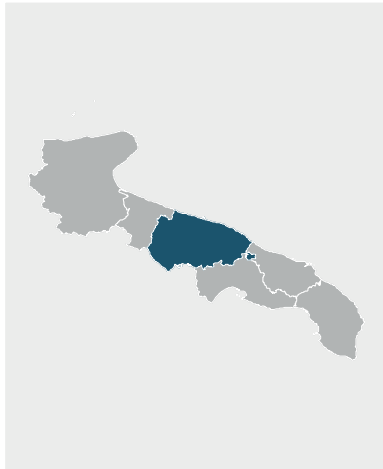
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



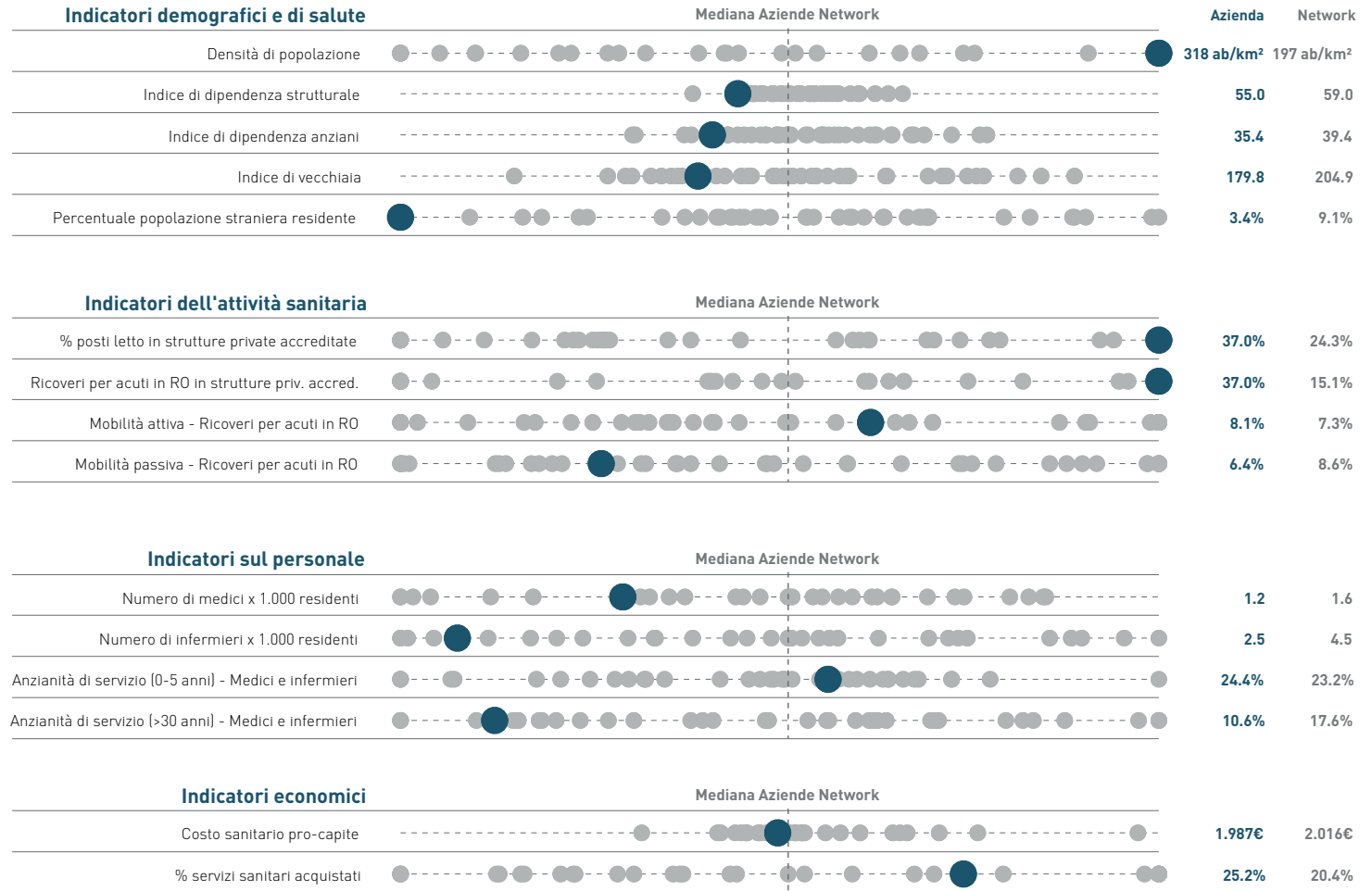
PERCORSO SALUTE MENTALE

ASL BARI

Profilo azienda



Popolazione residente	1.226.784
Distretti Sanitari	12
Stabilimenti	15
- Pubblici	9
- Privati accreditati	6
Posti letto	2.593
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASL BARI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)

Numero indicatori di valutazione: 104

Indicatori Migliorati ↑
36.5 %

Indicatori Stabili =
8.7 %

Indicatori Peggiorati ↓
54.8 %

Valutazione della Performance 2022

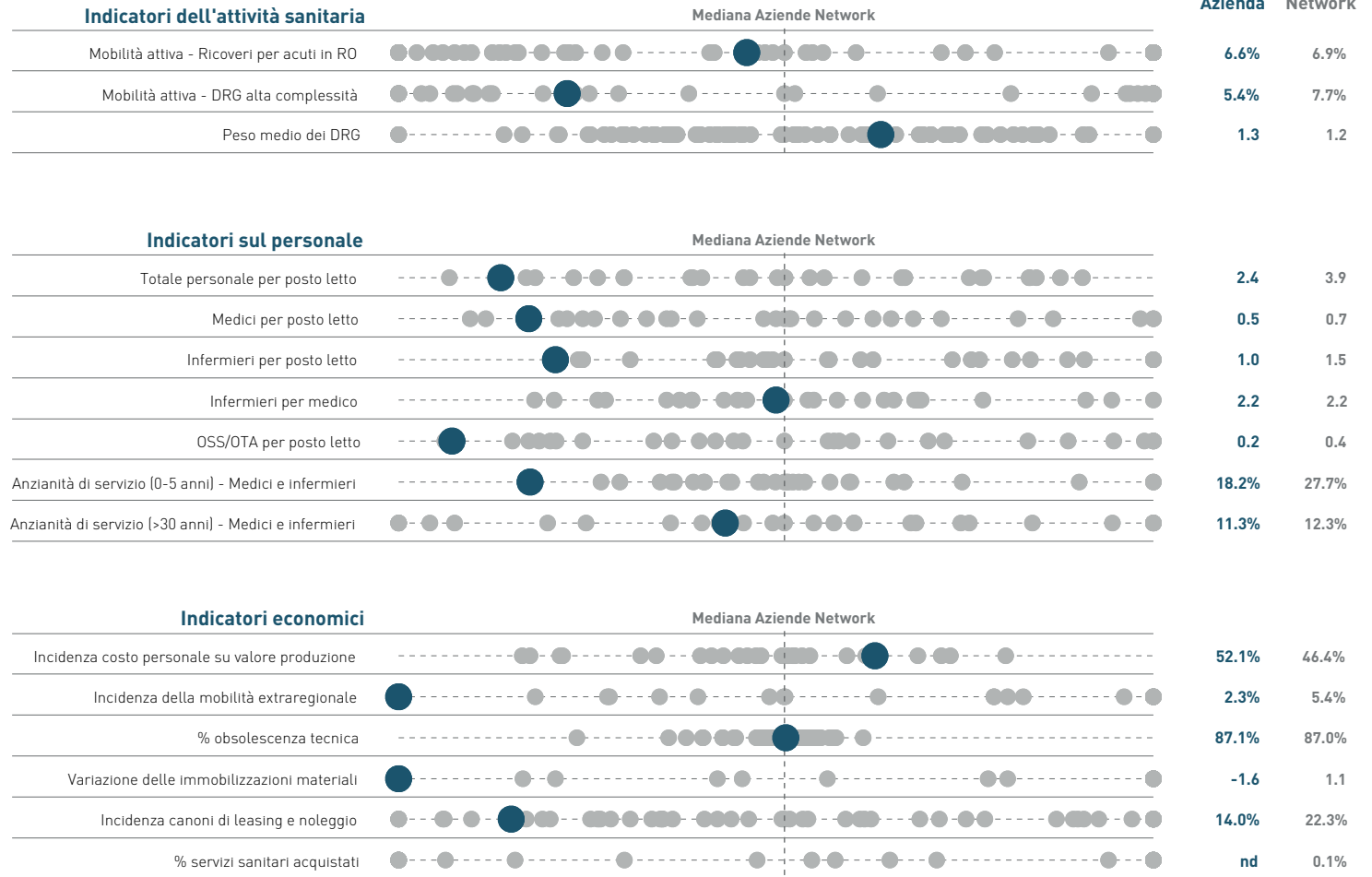


AOU POL. BARI

Profilo azienda



Posti letto	1.536
- Degenza Ordinaria	1.447
- Day Hospital/Day surgery	89
Dimissioni totali	42.632
Giornate di degenza ordin.	278.609
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	97.655
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.706



AOU POL. BARI

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Numero indicatori di valutazione: 56

Indicatori Migliorati ↑

41.1 %

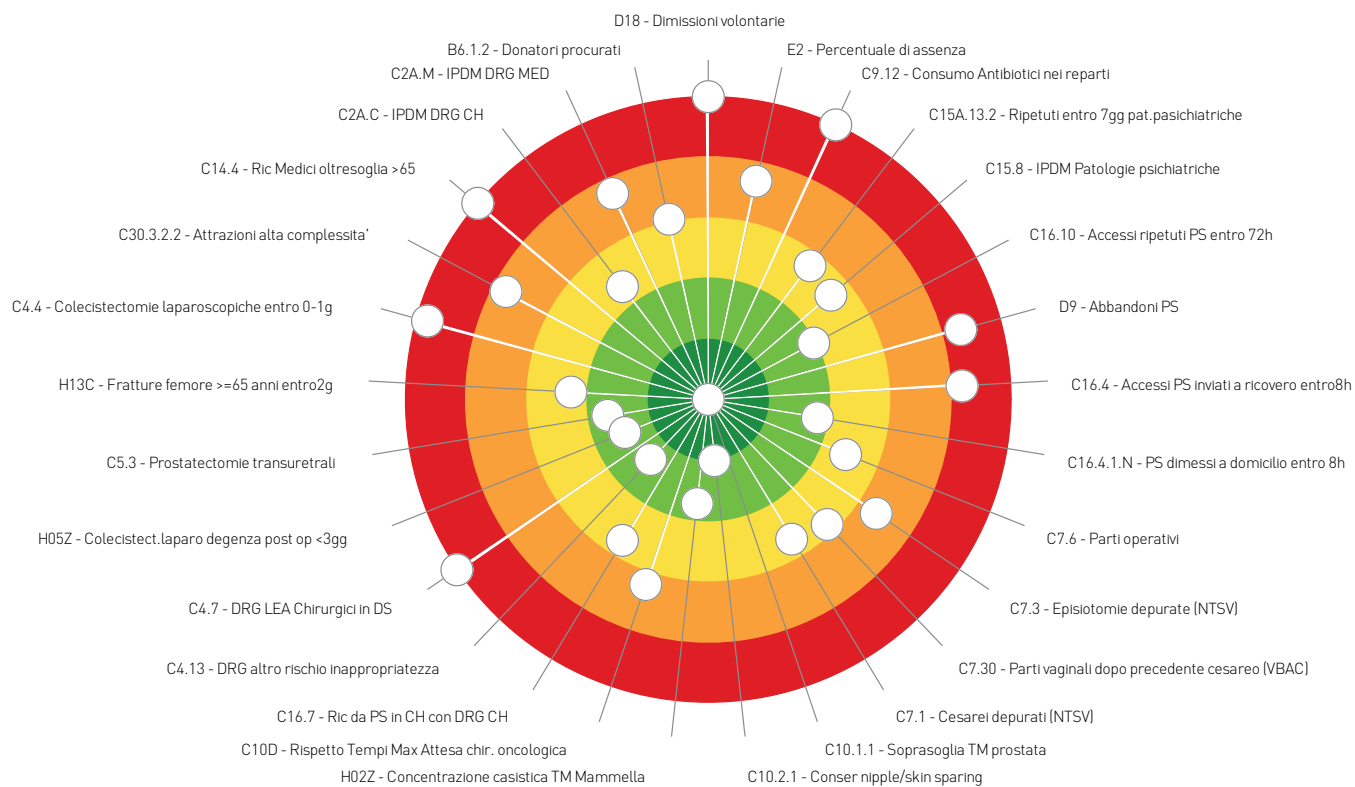
Indicatori Stabili =

14.3 %

Indicatori Peggiorati ↓

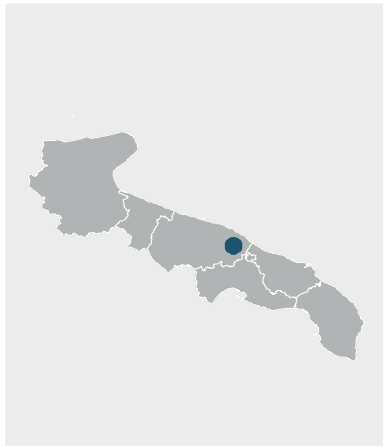
44.6 %

Valutazione della Performance 2022

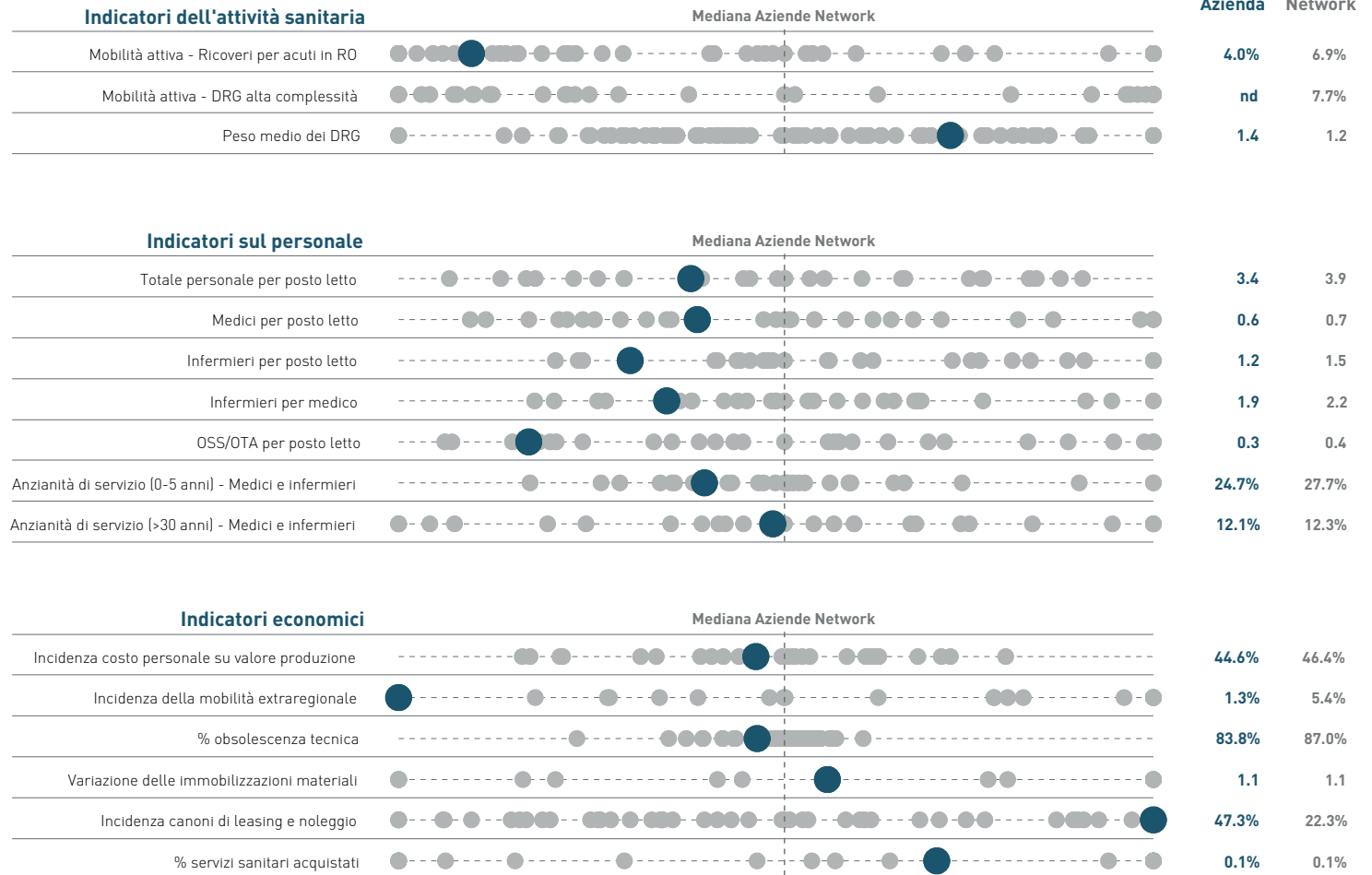


IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

Profilo azienda



Posti letto	102
- Degenza Ordinaria	95
- Day Hospital/Day surgery	7
Dimissioni totali	3.184
Giornate di degenza ordin.	25.842
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	0
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	0 (<500)



IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Numero indicatori di valutazione: 19

Indicatori Migliorati ↑

36.8 %

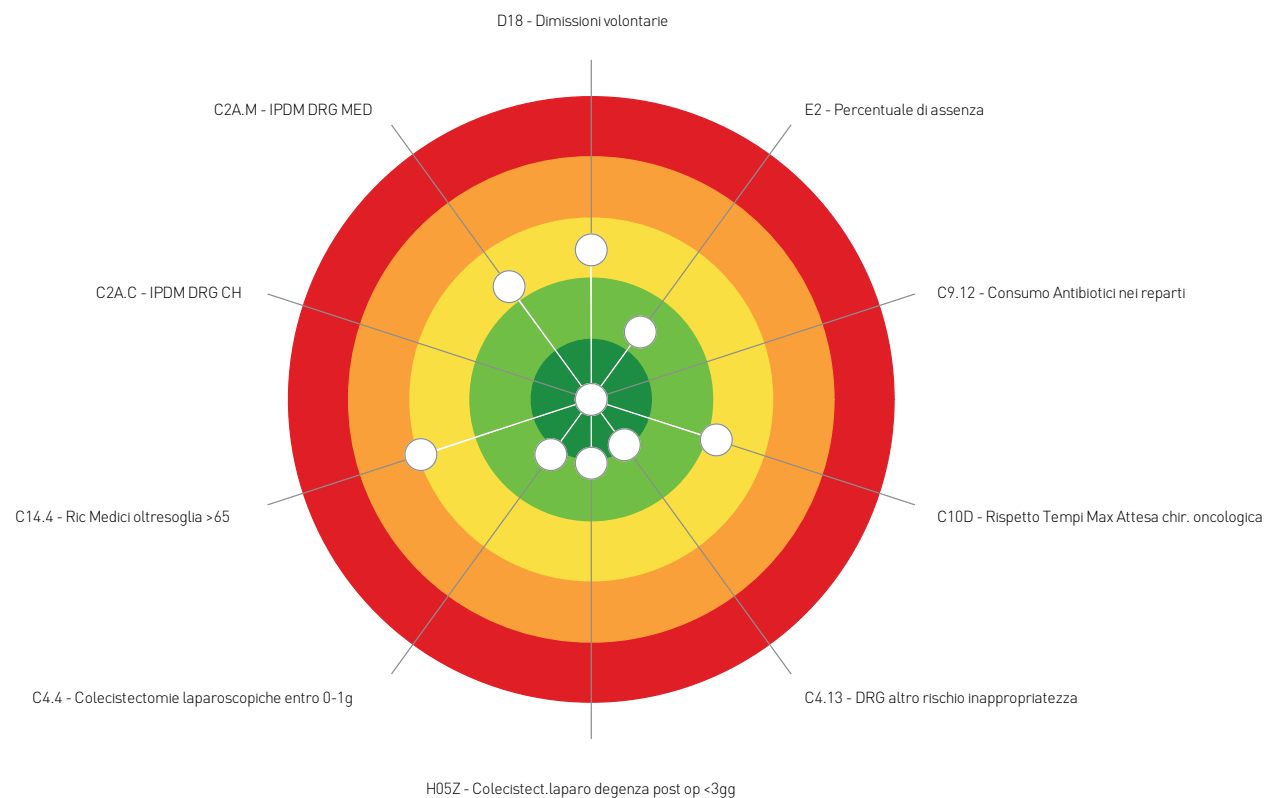
Indicatori Stabili =

5.3 %

Indicatori Peggiorati ↓

57.9 %

Valutazione della Performance 2022

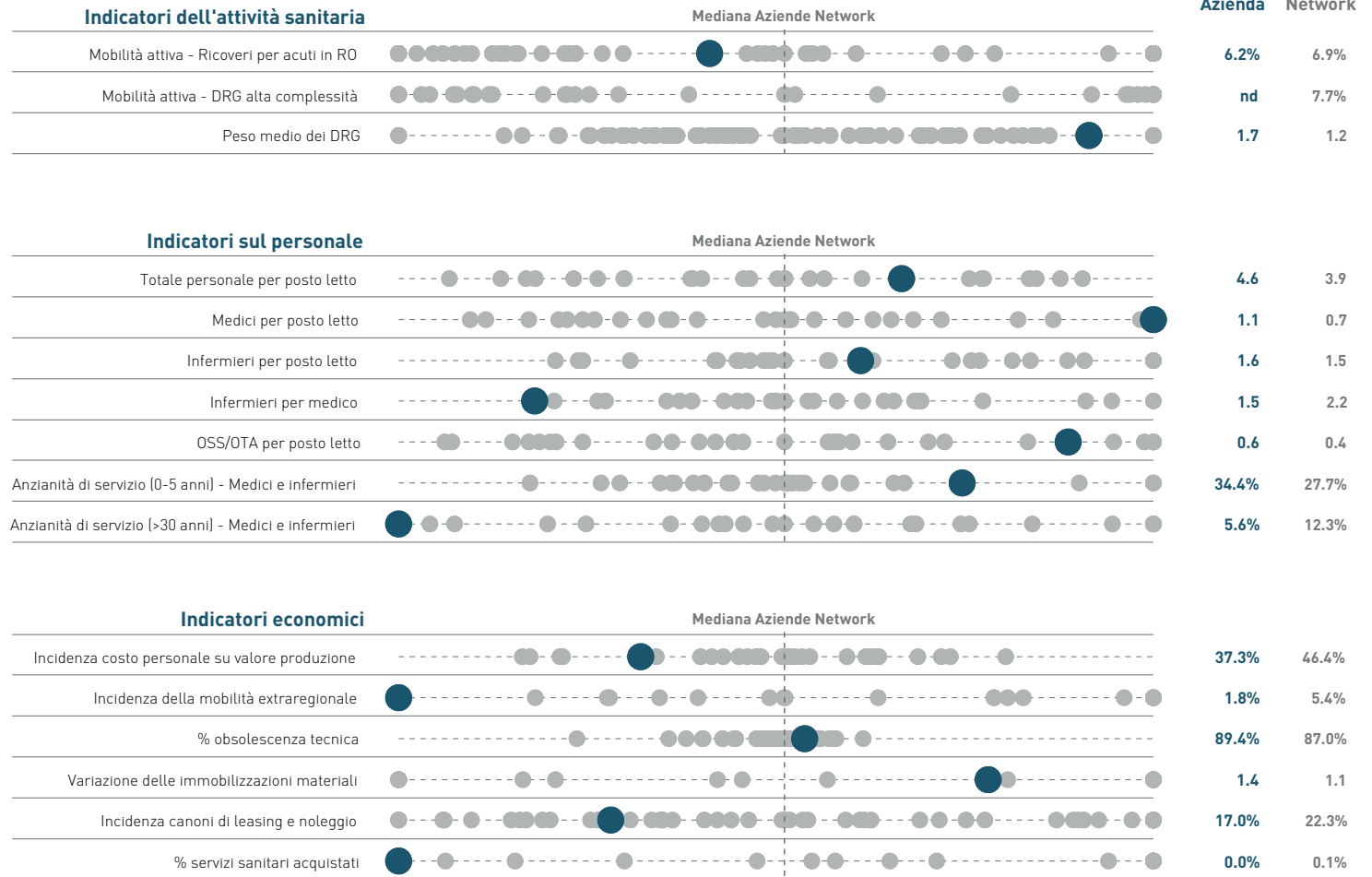


IRCCS ONCOLOGICO BARI

Profilo azienda



Posti letto	137
- Degenza Ordinaria	118
- Day Hospital/Day surgery	19
Dimissioni totali	3.864
Giornate di degenza ordin.	22.130
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	0
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	0 (<500)



IRCCS ONCOLOGICO BARI

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑

38.2 %

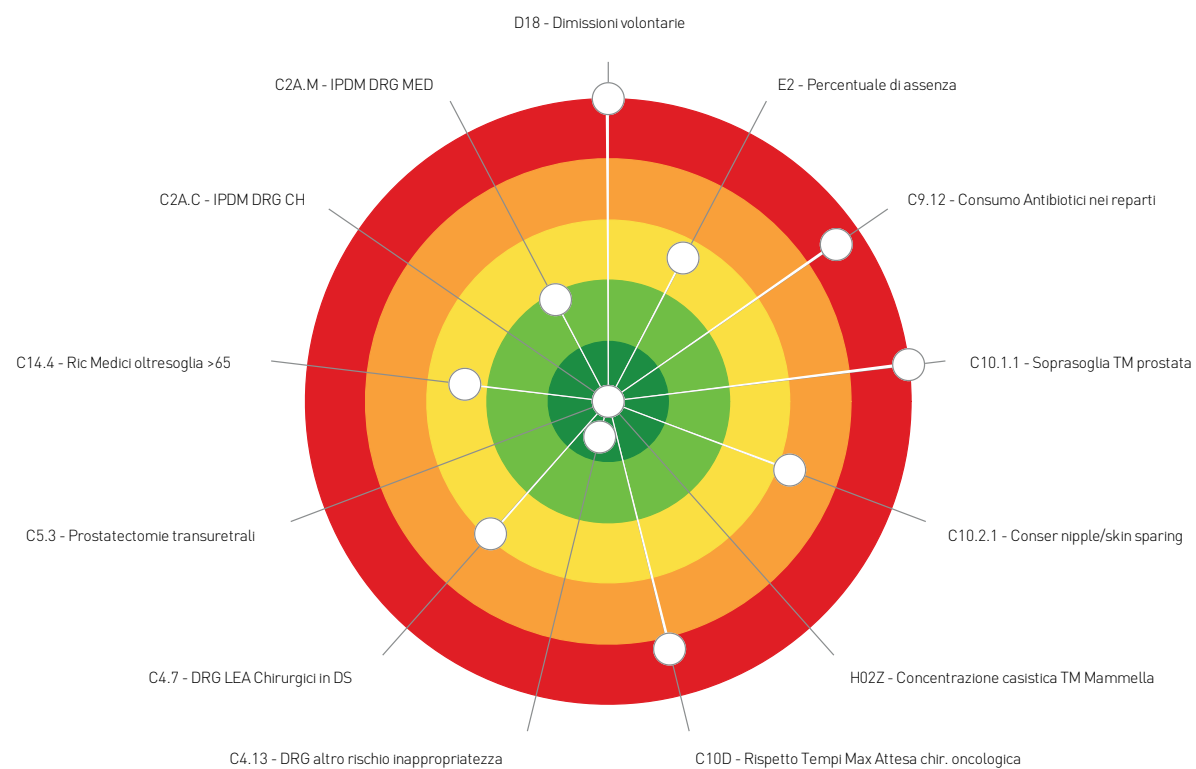
Indicatori Stabili =

17.6 %

Indicatori Peggiorati ↓

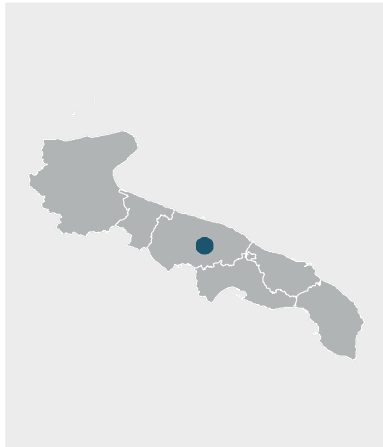
44.1 %

Valutazione della Performance 2022

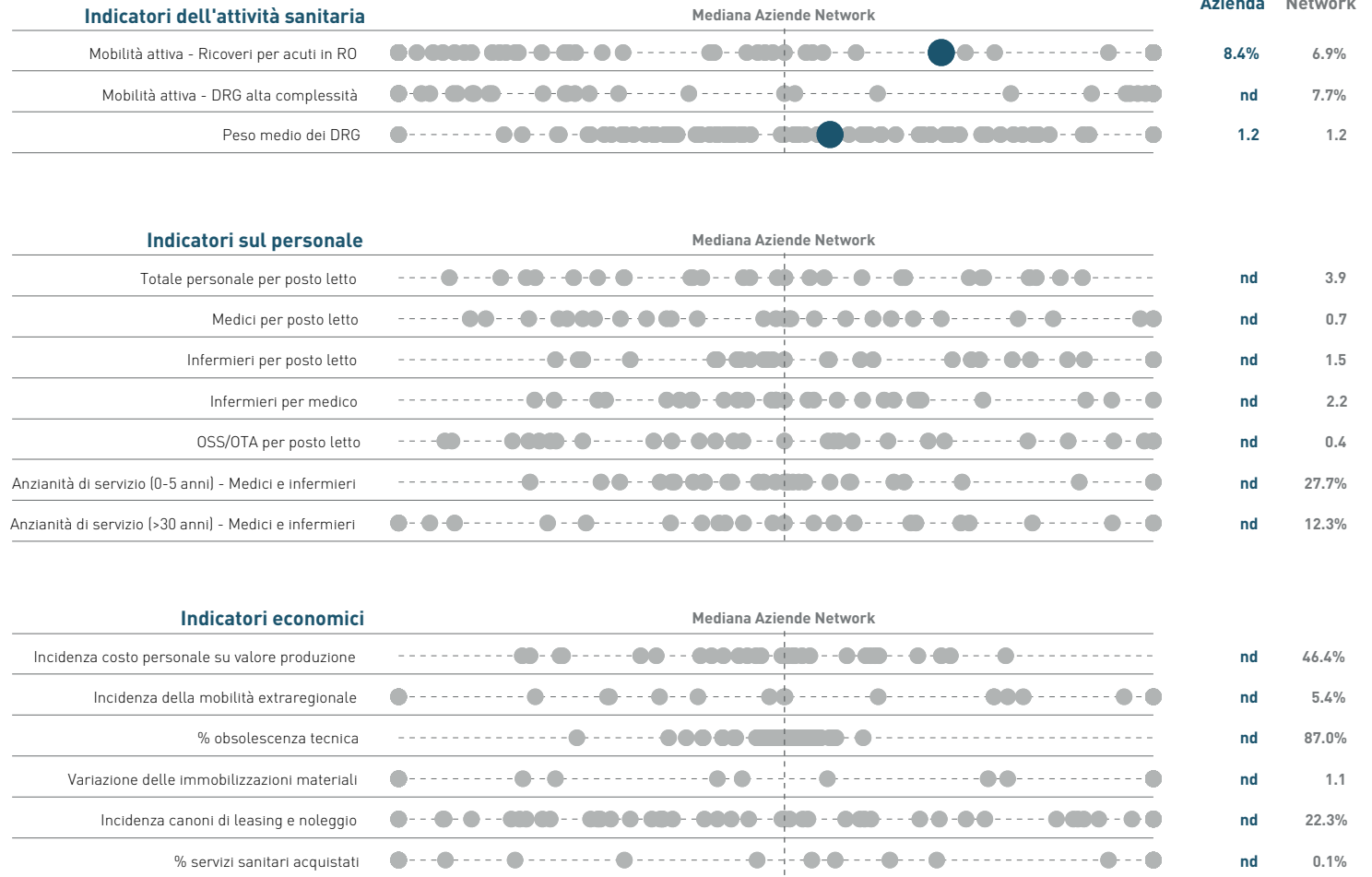


E.E. MIULLI

Profilo azienda



Posti letto	686
- Degenza Ordinaria	648
- Day Hospital/Day surgery	38
Dimissioni totali	25.989
Giornate di degenza ordin.	150.406
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	34.484
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.925



E.E. MIULLI

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

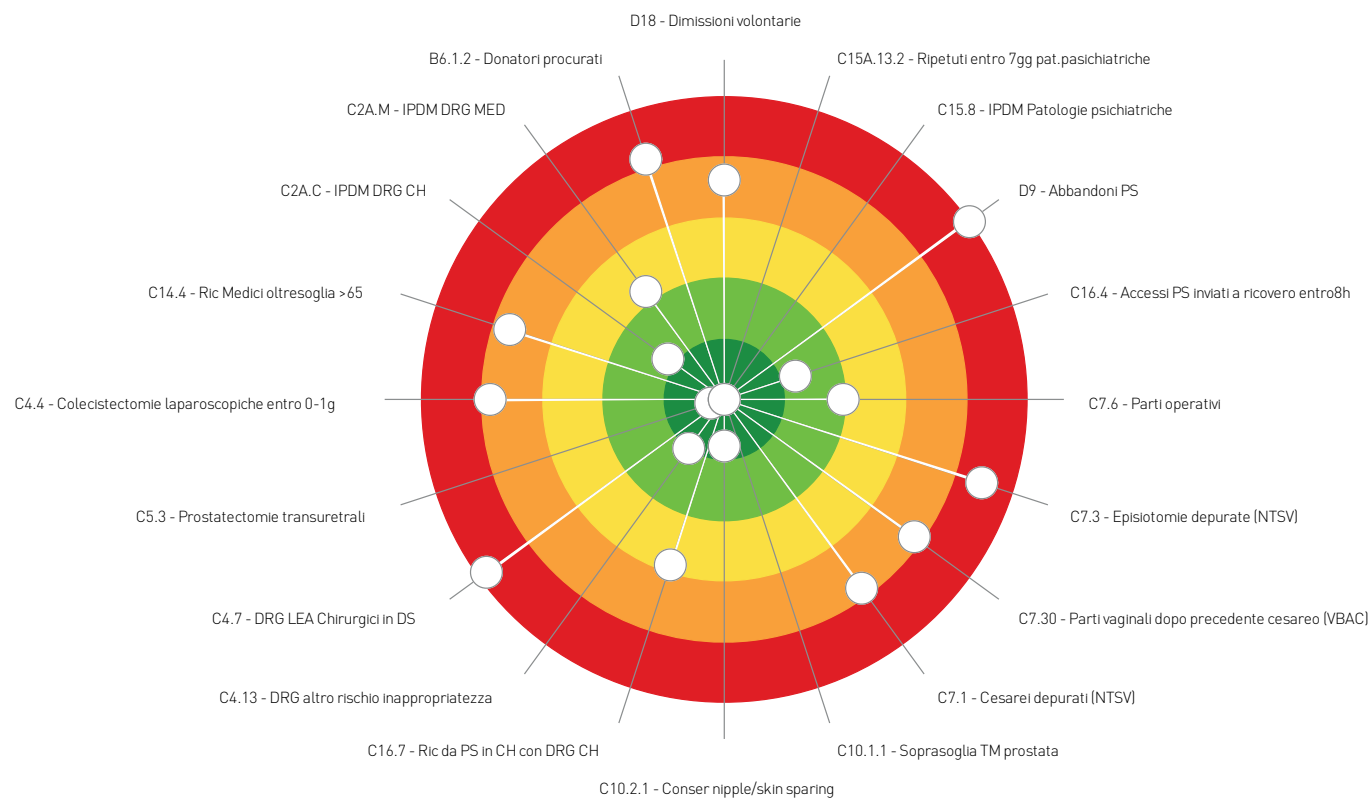
Numero indicatori di valutazione: 22

Indicatori Migliorati ↑
31.8%

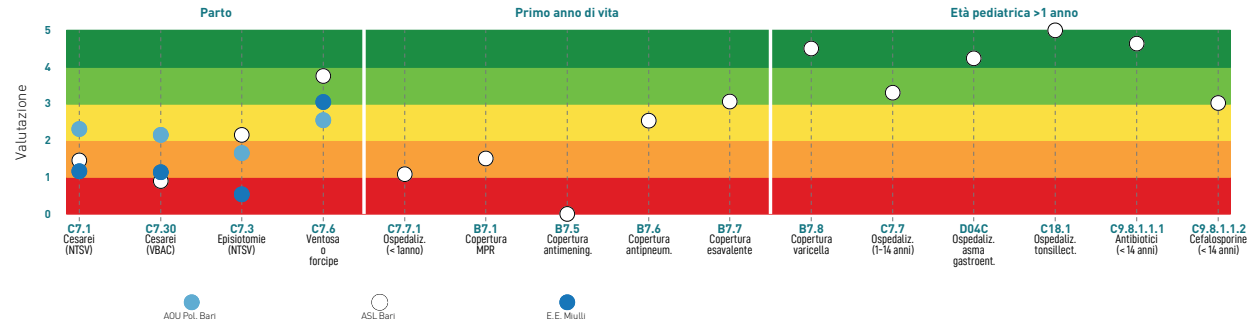
Indicatori Stabili =
22.7%

Indicatori Peggiorati ↓
45.5%

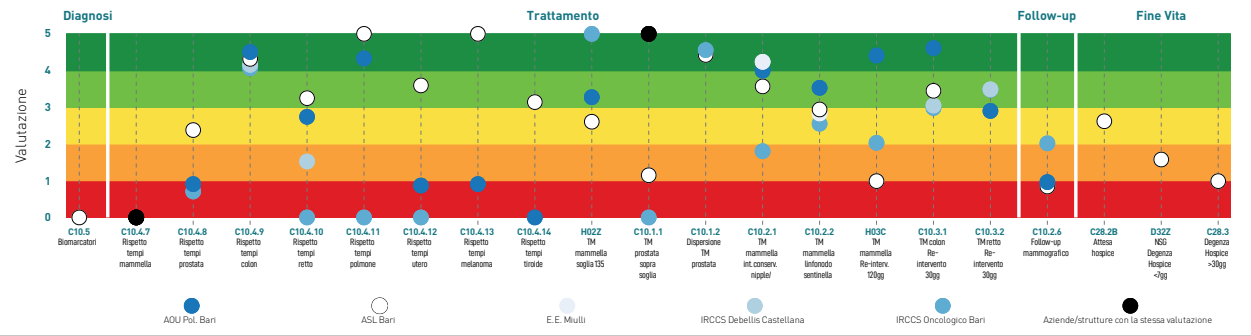
Valutazione della Performance 2022



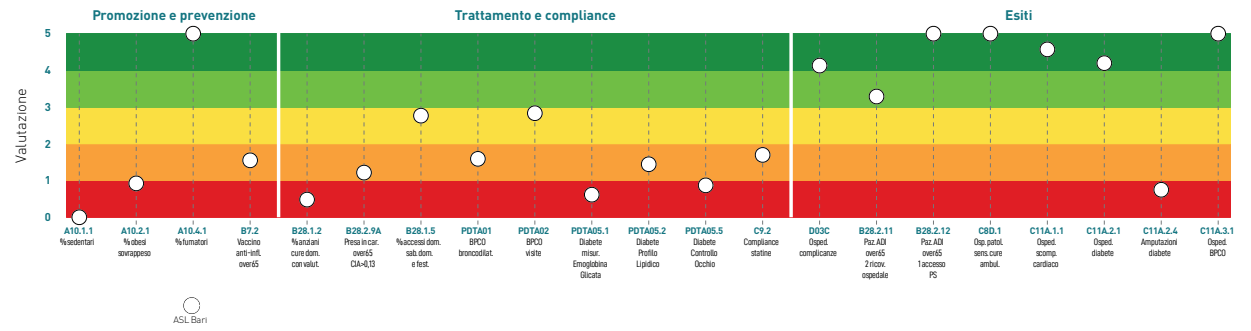
PERCORSO MATERNO INFANTILE

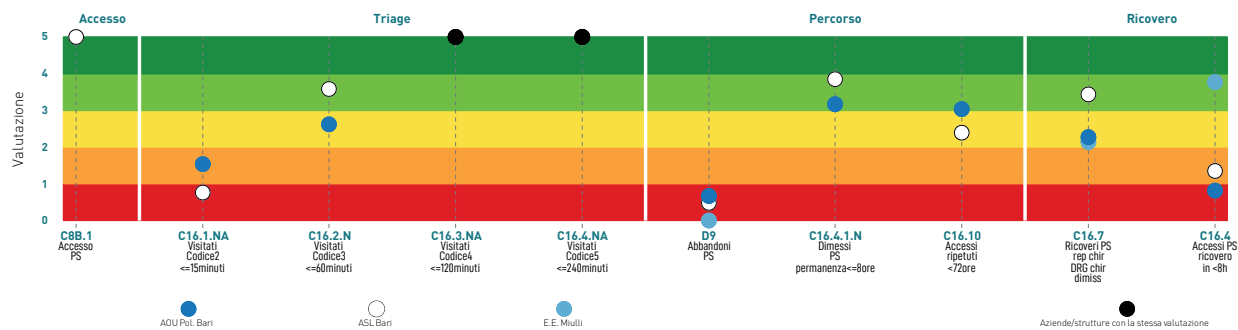


PERCORSO ONCOLOGICO

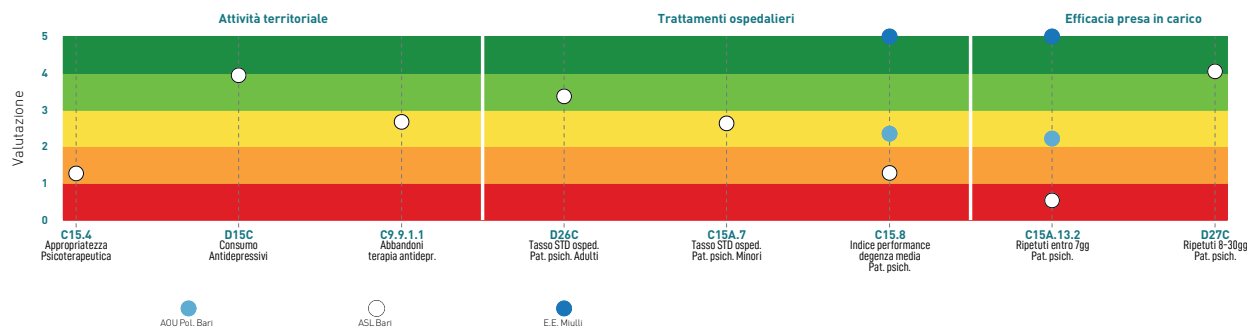


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



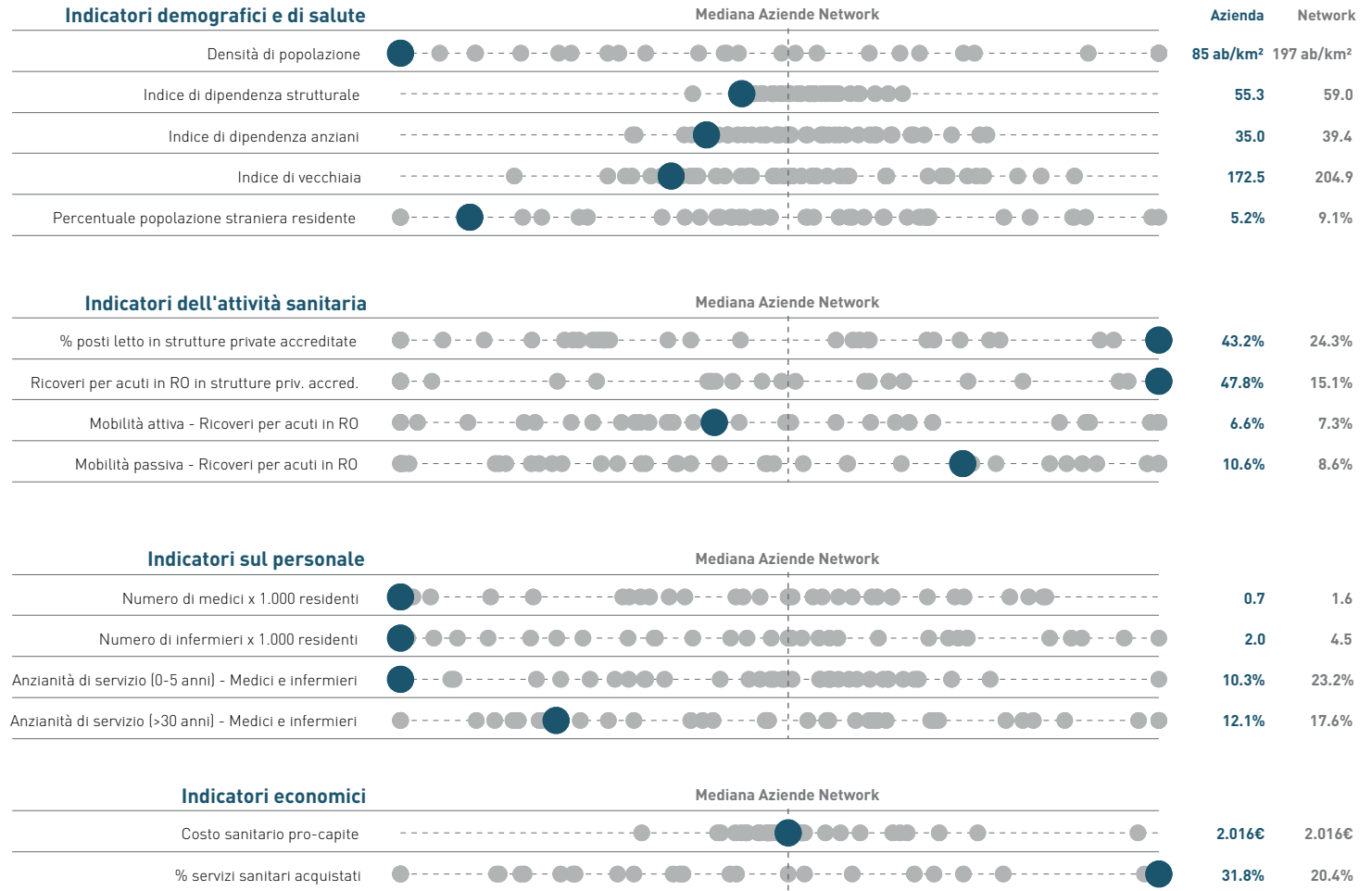
PERCORSO SALUTE MENTALE

ASL FOGGIA

Profilo azienda



Popolazione residente	599.028
Distretti Sanitari	8
Stabilimenti	8
- Pubblici	3
- Privati accreditati	5
Posti letto	695
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASL FOGGIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 97

Indicatori Migliorati ↑
27.8 %

Indicatori Stabili =
20.6 %

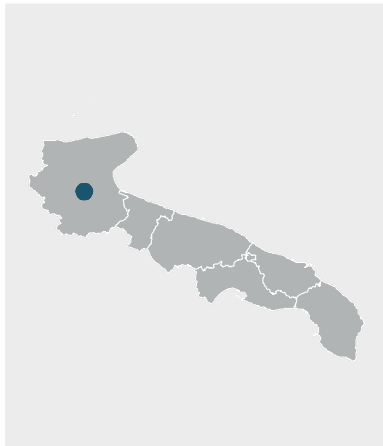
Indicatori Peggiorati ↓
51.5 %

Valutazione della Performance 2022

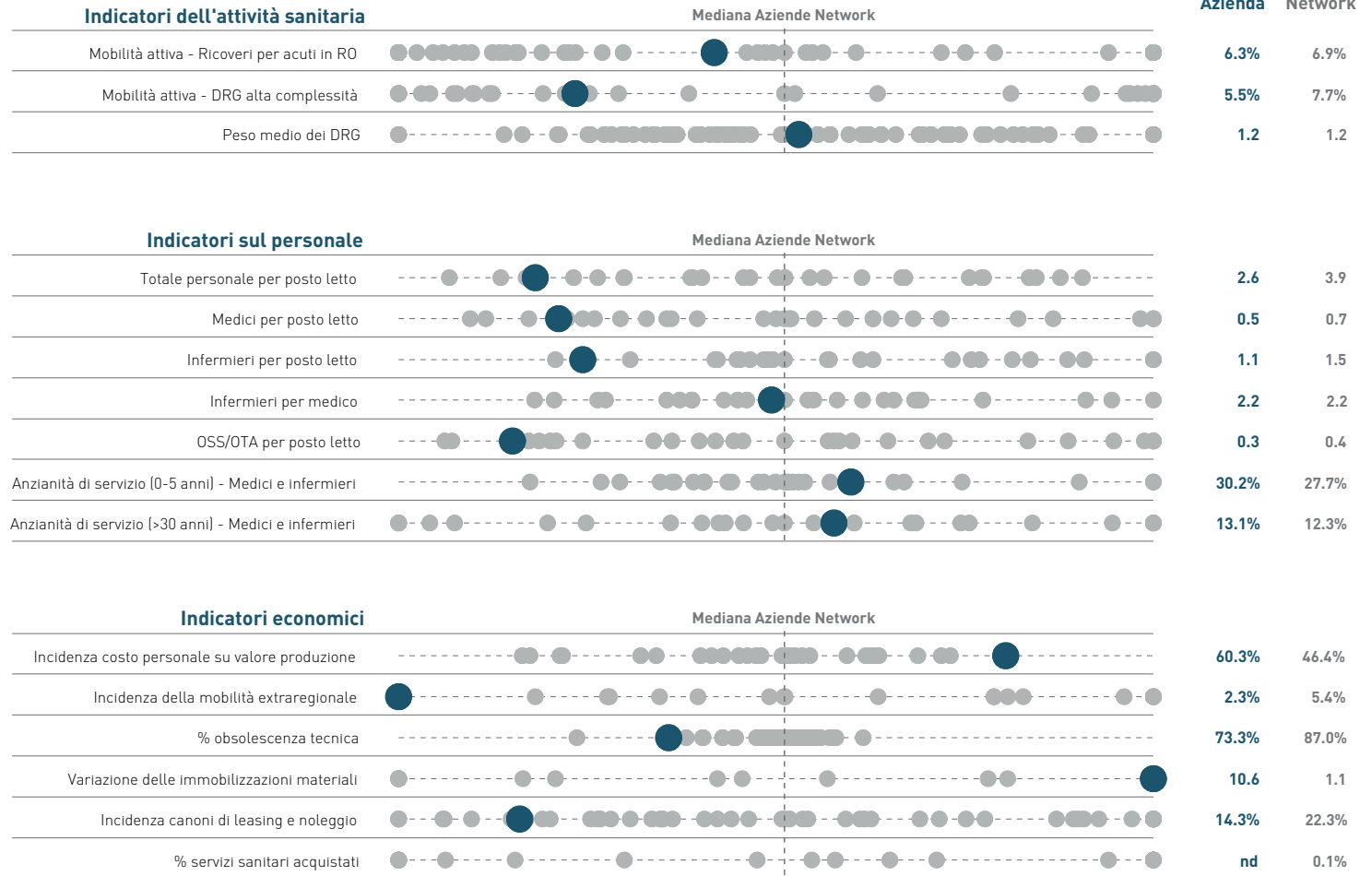


00.RR. FOGGIA

Profilo azienda



Posti letto	1.009
- Degenza Ordinaria	931
- Day Hospital/Day surgery	78
Dimissioni totali	31.064
Giornate di degenza ordin.	202.854
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	51.711
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.470



00.RR. FOGGIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 56

Indicatori Migliorati ↑

48.2 %

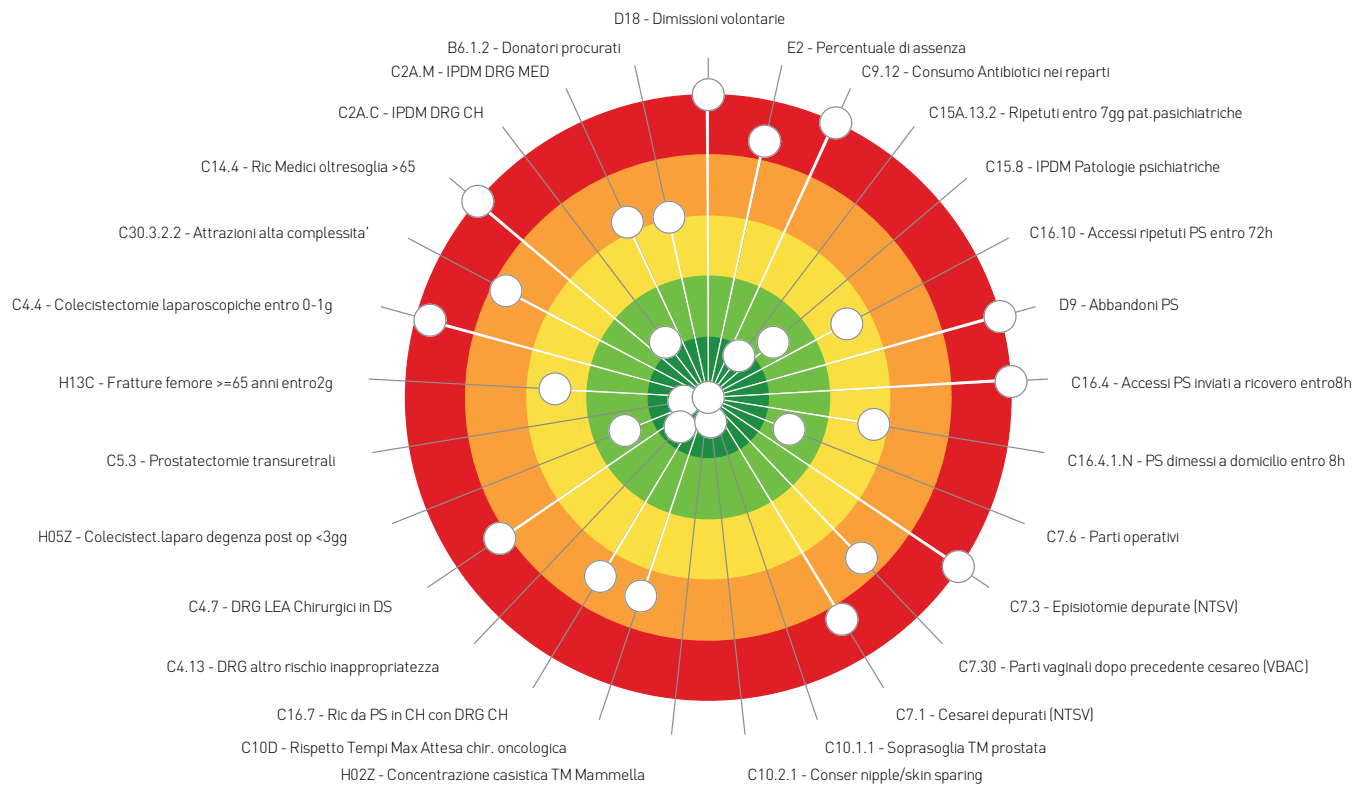
Indicatori Stabili =

12.5 %

Indicatori Peggiorati ↓

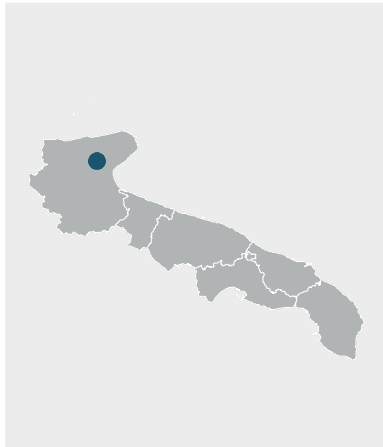
39.3 %

Valutazione della Performance 2022

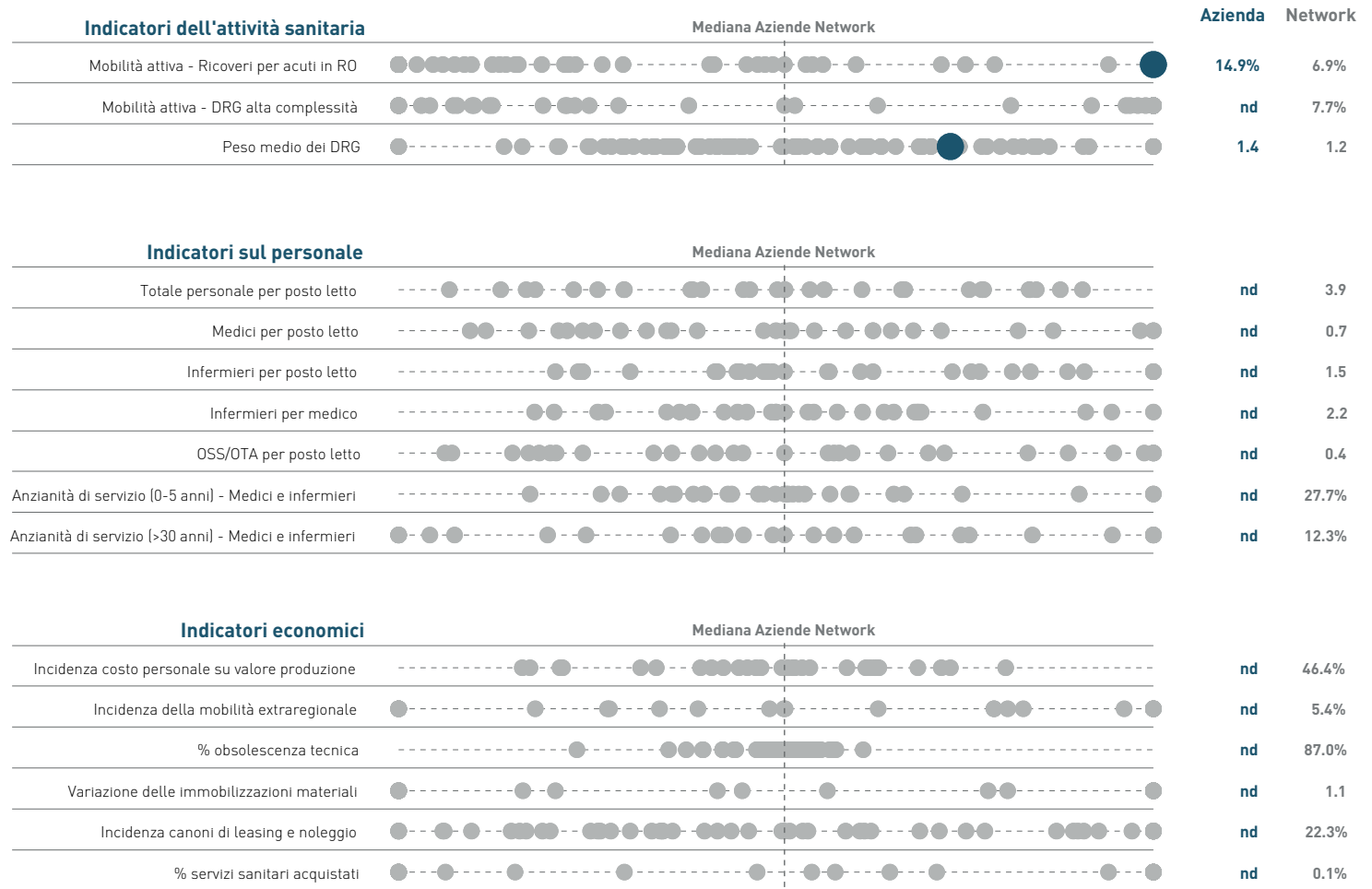


E.E. CASA SOLLIEVO

Profilo azienda



Posti letto	1.010
- Degenza Ordinaria	947
- Day Hospital/Day surgery	63
Dimissioni totali	32.555
Giornate di degenza ordin.	192.910
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	43.547
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	888



E.E. CASA SOLLIEVO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

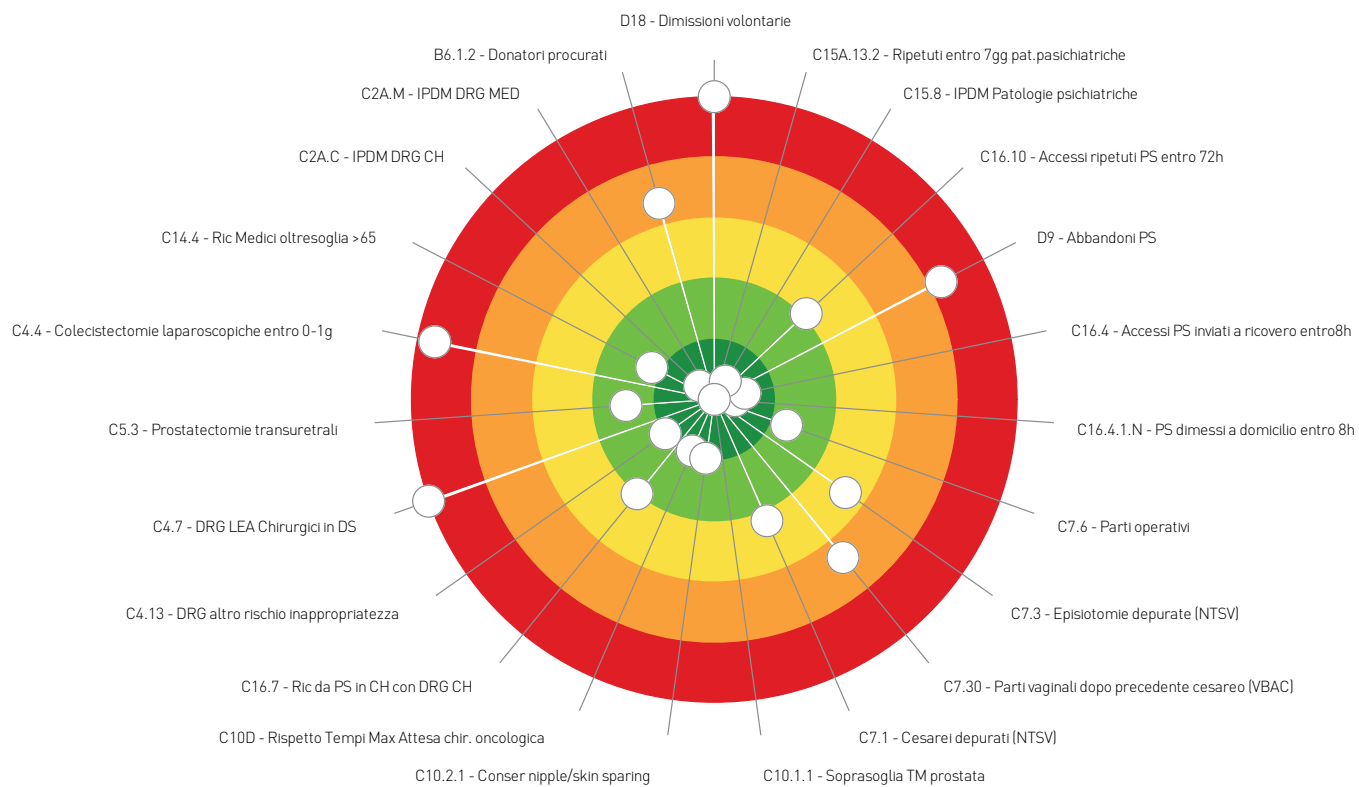
Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori Migliorati ↑
32.4%

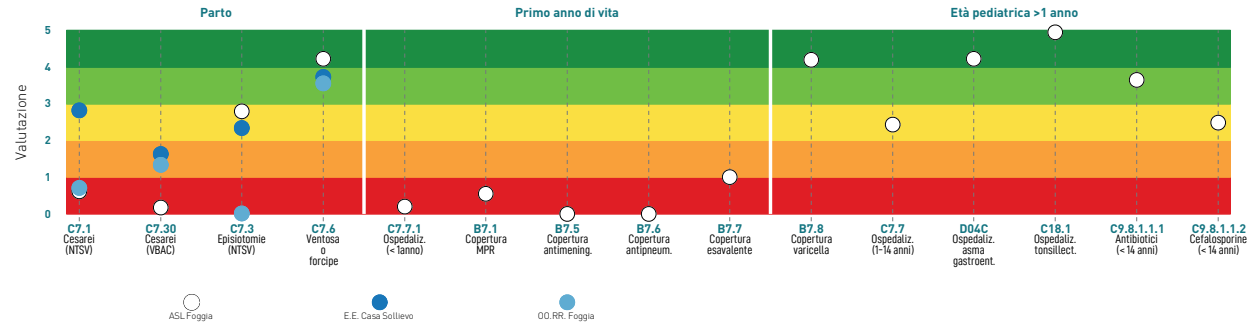
Indicatori Stabili =
23.5%

Indicatori Peggiorati ↓
44.1%

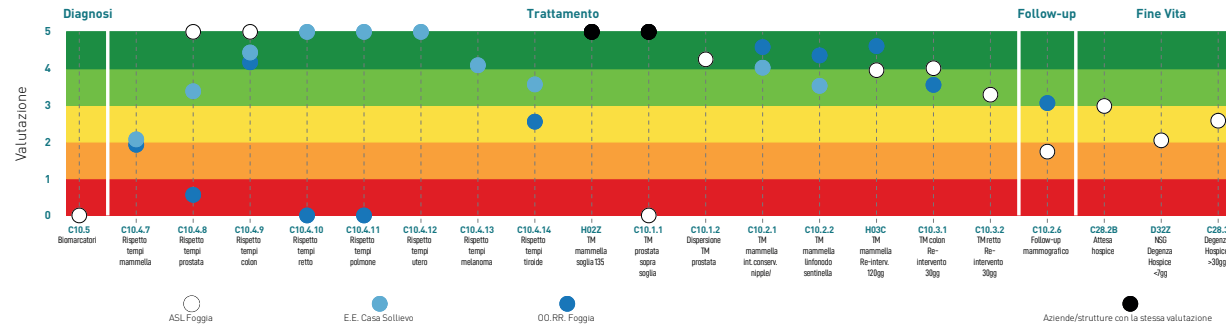
Valutazione della Performance 2022



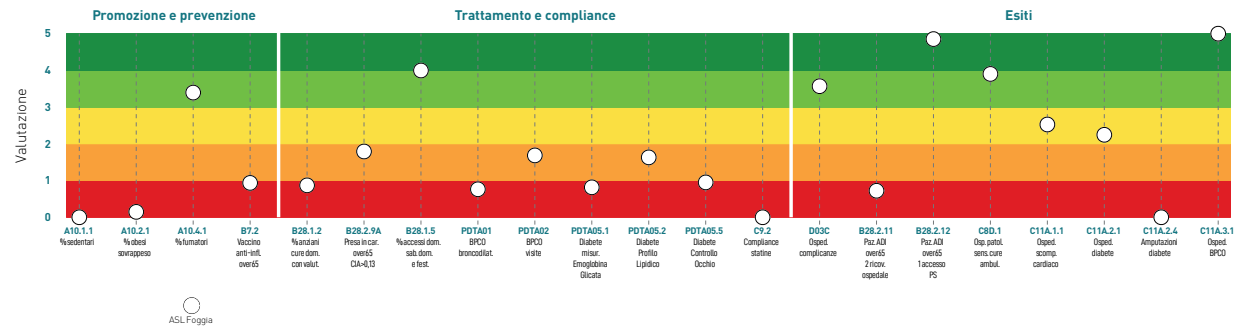
PERCORSO MATERNO INFANTILE

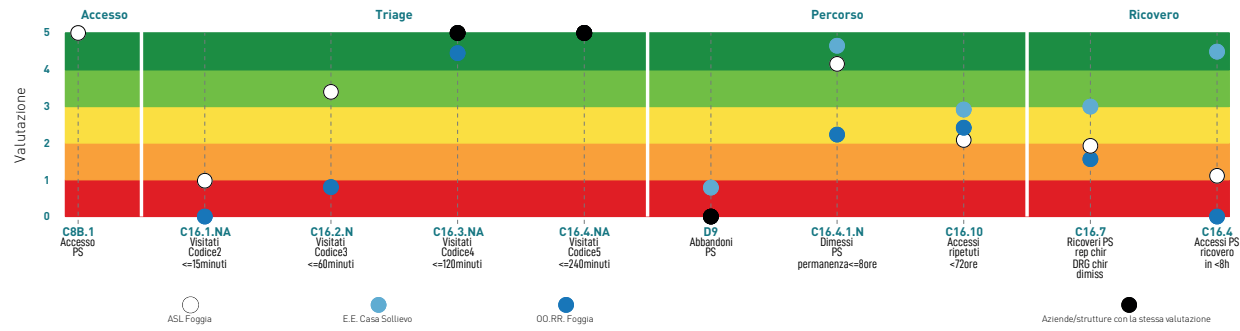


PERCORSO ONCOLOGICO

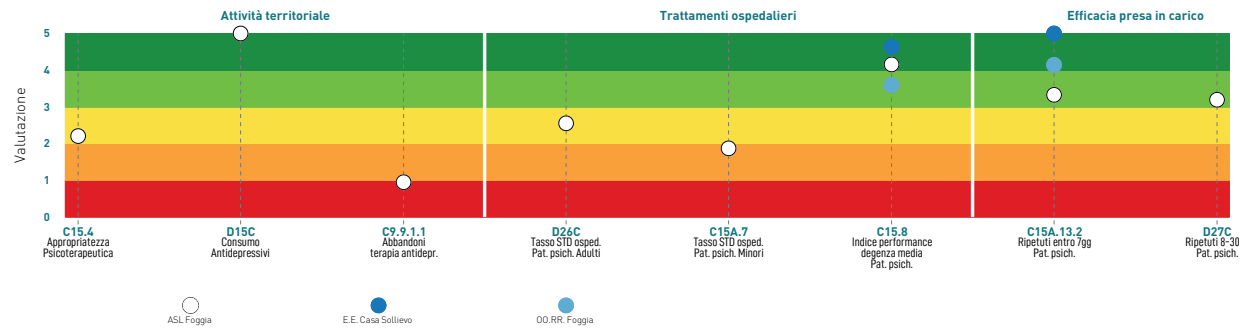


PERCORSO CRONICITÀ





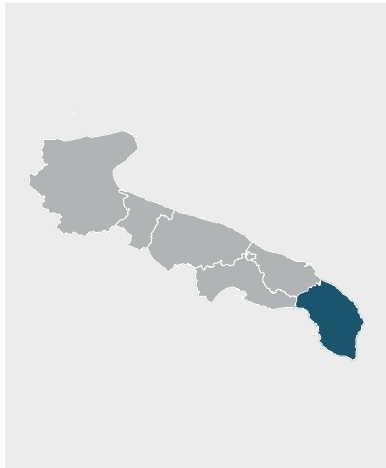
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



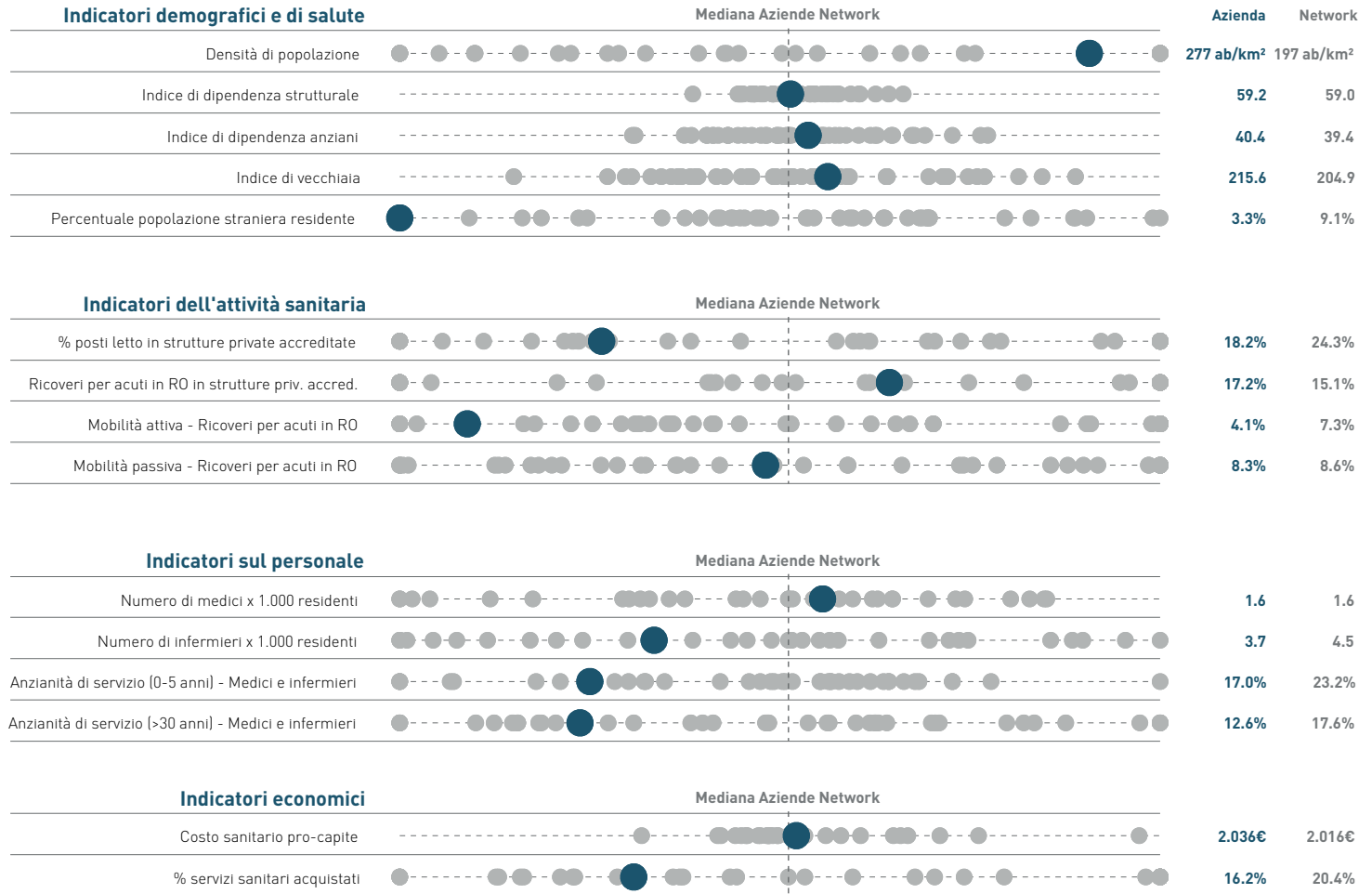
PERCORSO SALUTE MENTALE

ASL LECCE

Profilo azienda



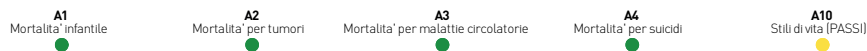
Popolazione residente	775.348
Distretti Sanitari	10
Stabilimenti	14
- Pubblici	7
- Privati accreditati	7
Posti letto	2.152
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ASL LECCE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 104

Indicatori Migliorati ↑
41.3 %

Indicatori Stabili =
13.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
45.2 %

Valutazione della Performance 2022



E.E. CARD. PANICO

Profilo azienda

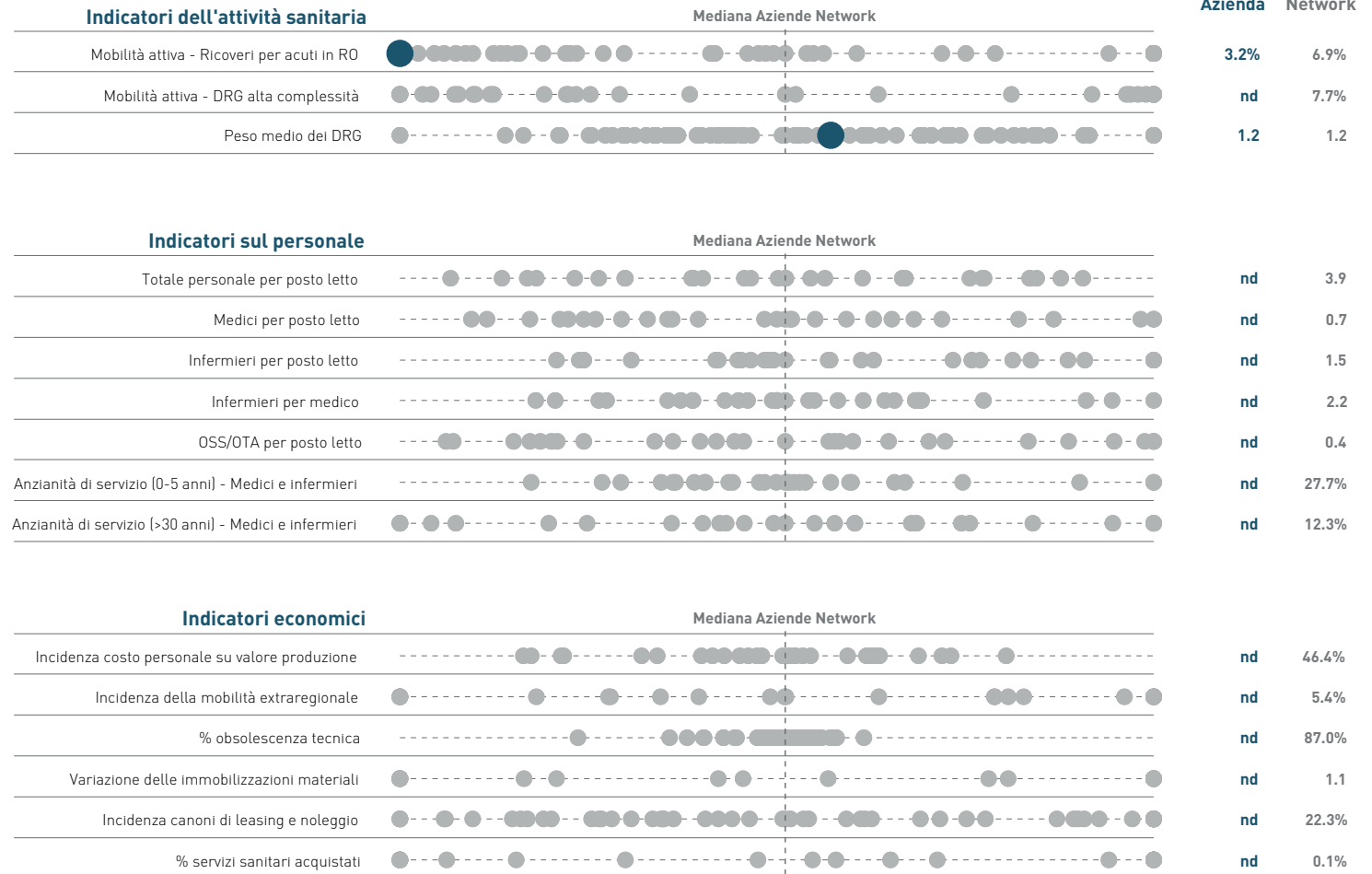


Posti letto	402
- Degenza Ordinaria	375
- Day Hospital/Day surgery	27

Dimissioni totali	19.835
Giornate di degenza ordin.	81.610

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA I
- Accessi	32.548

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.248



E.E. CARD. PANICO

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

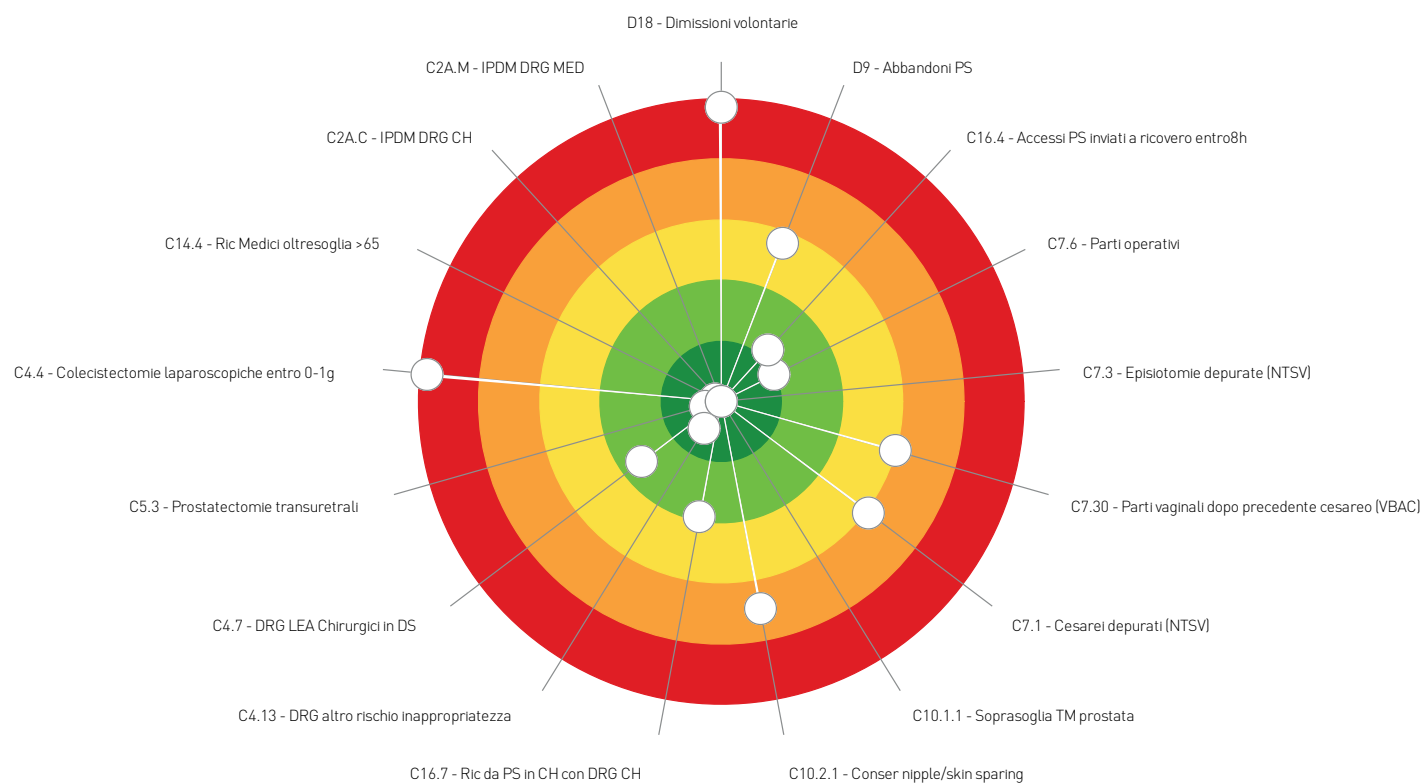
Numero indicatori di valutazione: 21

Indicatori Migliorati ↑
42.9%

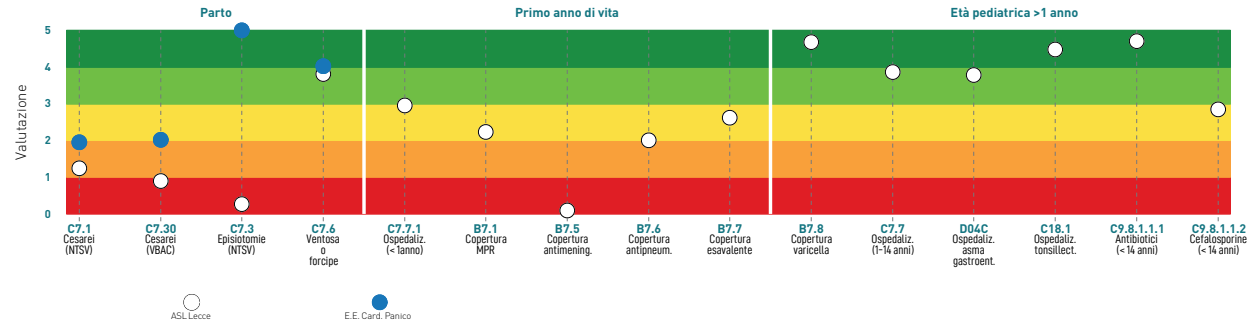
Indicatori Stabili =
9.5%

Indicatori Peggiorati ↓
47.6%

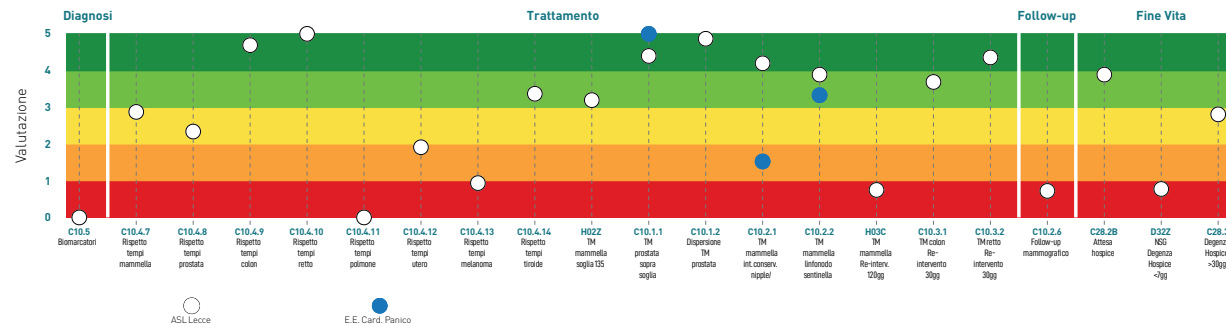
Valutazione della Performance 2022



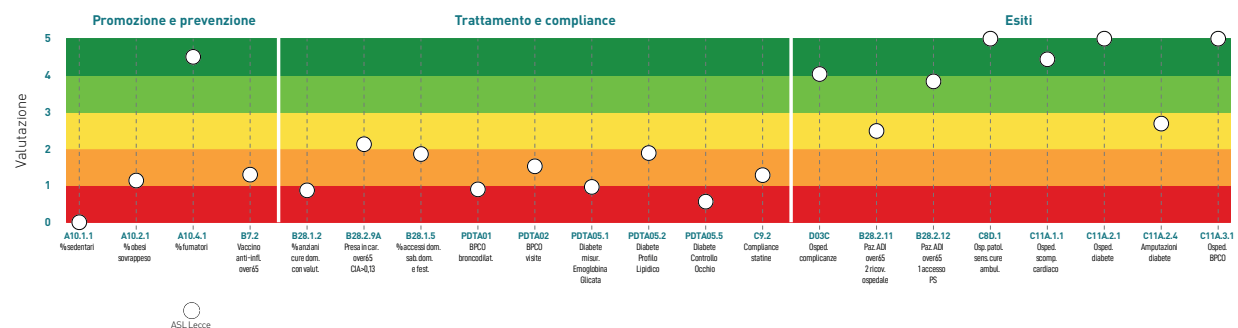
PERCORSO MATERNO INFANTILE

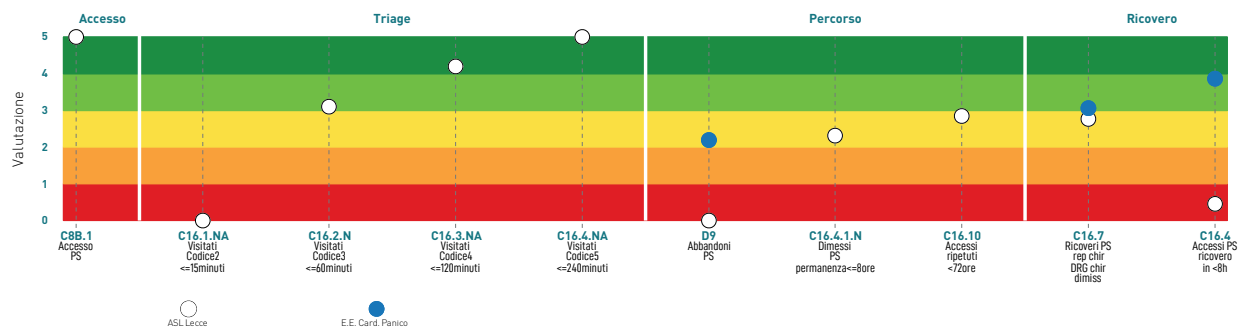


PERCORSO ONCOLOGICO

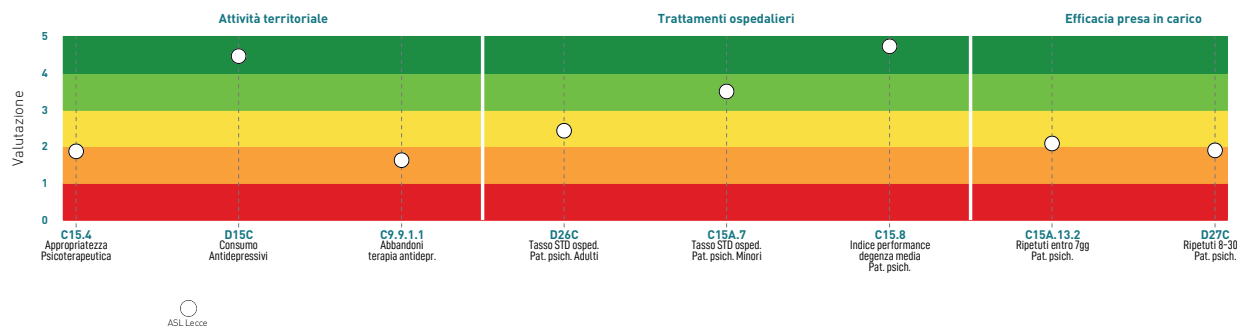


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

TOSCANA

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, AOU Pisana, AOU Senese e AOU Meyer), 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.

Profilo regione



Popolazione residente **3.663.191**

Aziende Sanitarie Territoriali **3**
Distretti Sanitari **28**

Strutture di ricovero **74**
- Pubbliche **47**
di cui AO/AOU **4**
di cui IRCCS **.**
- Private accreditate **27**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **2**

Posti letto Totali **11.726**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE TOSCANA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Toscana nel 2022. Dei 177 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione mostra una performance buona con gran parte dei pallini, che rappresentano indicatori composti, posizionati nella fascia verde e verdina del bersaglio con poche criticità evidenziate dai pallini in fascia rossa. La performance è tendenzialmente stabile con una quota equilibrata di indicatori che migliorano o peggiorano rispetto ai risultati dell'anno precedente: tra il 2022 e il 2023 il 39% degli indicatori migliora, il 39% peggiora mentre il 22% resta stabile.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. La Regione Toscana mantiene o migliora la tempestività per l'accesso alla chirurgia oncologica (al netto della chirurgia alla prostata), non migliora la situazione nota come "boarding" nei Pronto Soccorso, ovvero la difficoltà a inviare nei reparti i pazienti che devono essere ricoverati entro le 8 ore e peggiora la capacità di garantire i tempi d'attesa per la specialistica e diagnostica ambulatoriale (indicatori di osservazione, definiti secondo gli standard nazionali). Critica la valutazione sull'appropriatezza diagnostica, misurata come percentuale di RM lombari ripetute entro 12 mesi, è in crescita e supera i livelli pre-covid.

A livello ospedaliero, gli indici di performance della degenza media segnalano due andamenti diversificati per l'ambito medico e quello chirurgico: continua l'aumento della durata media della degenza per i DRG medici, mentre i DRG chirurgici confermano una degenza media stabile nell'ultimo triennio. La performance della Toscana si riconferma comunque la migliore rispetto alle altre Regioni del Network. Stabili o in miglioramento gli indicatori che misurano la qualità dei processi clinico assistenziali, sebbene sia da attenzionare l'indicatore sulla tempestività delle fratture del collo del femore operate entro 2 giorni che si attesta attorno al 71% a livello regionale, valore diminuito di 8 punti percentuali dal 2019 e con un'ampia variabilità a livello aziendale (da 54% a 100%). Positiva, la situazione sulle dimissioni volontarie da ricovero in tendenziale riduzione quasi in tutte le aziende.

Nella continuità tra ospedale e territorio, si registra una stabilità nella percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasettantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (10,6% nel 2022). Si segnala un lieve incremento degli assistiti in RSA con almeno un accesso al PS per il 2022, benché venga mantenuta una valutazione media da tutte le aziende. Sul territorio, l'assistenza domiciliare fa registrare ottimi segnali di crescita e un'ottima performance generale. Nettamente in crescita la percentuale di anziani con almeno un accesso per cure domiciliari. In crescita anche il tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni.

Relativamente all'ambito farmaceutico, la Regione Toscana conferma un consumo tra i più bassi del Network per oppioidi e oppioidi maggiori per la gestione del dolore. Di converso rimane la Regione con il consumo più elevato di antidepressivi. In aumento anche l'uso degli antibiotici sul territorio in tutte le aree, in particolare sono aumentati quelli in età pediatrica passati in un anno da 6,2 DDD per 1000 abitanti/die a 10,4 comunque ancora al di sotto dei valori 2019. In merito all'aderenza farmaceutica, la percentuale di pazienti dimessi per infarto miocardico con prescrizione di statine e antiaggreganti e in diminuzione (meno 10 punti percentuali nell'ultimo biennio) e si conferma il trend in diminuzione per l'aderenza alle statine sul territorio. D'altro canto, si registra una buona performance sull'efficienza prescrittiva, rappresentata sia dall'aumento nel ricorso ai farmaci a brevetto scaduto sia da una riduzione nel costo medio per unità posologica.

Significativi gli sforzi nell'ambito della sanità digitale. In continuità con i dati del 2021, la quota di

ricette dematerializzate continua ad aumentare, arrivando a percentuali prossime al 95%. Anche il Fascicolo Sanitario Elettronico riceve sempre maggiore attenzione, e si dimostra sempre più utilizzato da medici di base e pediatri mentre rimane sostanzialmente stabile e non elevato l'utilizzo da parte dei cittadini (27%).

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile. Migliora la fase del parto con una riduzione delle episiotomie depurate, una quota stabile di parti cesarei depurati (18,4%), sebbene si registri un sensibile aumento nelle Aziende Ospedaliere Universitarie, e una discreta la percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (18,7%). Mentre sono in aumento i parti operativi. Ottima la copertura vaccinale pediatrica con esavalente, MPR e varicella; rimane ancora inferiore allo standard del 95% di copertura la vaccinazione antimeningococcica (91,1%) e anti-pneumococcica (93,4%). Performance buona anche per la fase dell'età pediatrica sebbene in aumento le ospedalizzazioni pediatriche e le ospedalizzazioni per tonsillectomie.

La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente buona nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, con molti indicatori che si posizionano nella fascia più alta (verde scuro) del pentagramma, alcune criticità limitate nella gestione dei tempi d'attesa per la chirurgia alla prostata e polmone. Anche la fase degli screening presenta buone performance, si registra una crescita continua nell'estensione degli inviti, con una ripresa anche dei livelli di partecipazione sebbene nell'ambito dello screening coloretale la partecipazione è scarsa (41%) e non è ancora ritornata ai livelli pre-Covid. Permangono invece margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative.

Un ambito su cui emergono margini di miglioramento riguarda la gestione della cronicità. Il pentagramma che rappresenta la presa in carico dei pazienti cronici mostra una buona performance negli esiti ospedalieri, tornati quest'anno di valutazione, mentre un generale peggioramento nei controlli di follow up previsti (in particolare per il percorso del diabete e della BPCO). Buona la prescrizione e l'aderenza alle terapie farmacologiche, eccetto per la prescrizione di ACE-inibitori e sartani per i pazienti scompensati. Ancora margini di miglioramento nella promozione degli stili di vita, per cui si registra una copertura stabile nel vaccino antiinfluenzale anziani, valori inferiori al periodo del covid.

Di nuova introduzione il percorso della salute mentale che, seppur con un numero limitato di indicatori, fa apprezzare risultati intermedi in tutte le fasi, dalla presa in carico alla qualità e continuità dell'assistenza. In peggioramento l'indicatore sulla presa in carico entro 7 giorni da parte del DSM. In peggioramento anche gli indicatori legati al consumo degli antidepressivi e alla continuità di presa in carico per minorenni e maggiorenni. Da segnalare il trend in aumento costante del tasso di ospedalizzazione dei minorenni per disturbi di salute mentale.

In ultimo, l'Emergenza-Urgenza nel 2022 registra un aumento nei tassi di accesso al PS accompagnato da un peggioramento negli abbandoni non presidiati rispetto all'anno precedente che passano da 2,9 al 3,8% (con punte superiori al 6% nelle Aziende Ospedaliere Universitarie) e negli accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore. La tempestività di presa in carico in PS risulta più appropriata per i codici minori, solo il 69% dei codici priorità 2 (urgenti) è visitato entro 15 minuti, mentre il 93% dei codici priorità 5 è visitato entro 240 minuti. Questi elementi riaffermano la necessità di una continua attenzione e investimento per garantire una presa in carico efficace e tempestiva degli accessi nel percorso.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

Numero indicatori di valutazione: 162

Indicatori Migliorati ↑
39.5 %

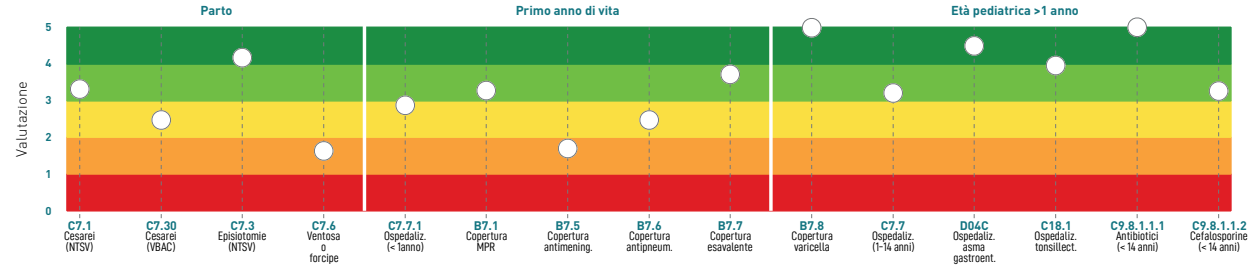
Indicatori Stabili =
21.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
38.9 %

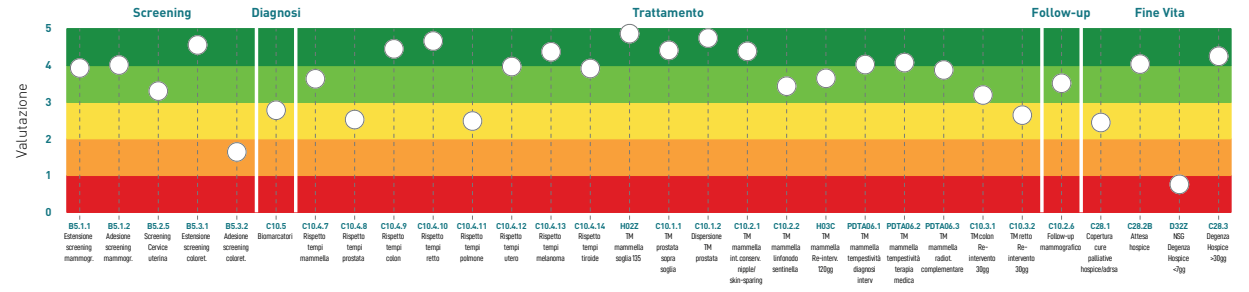
Valutazione della performance 2022



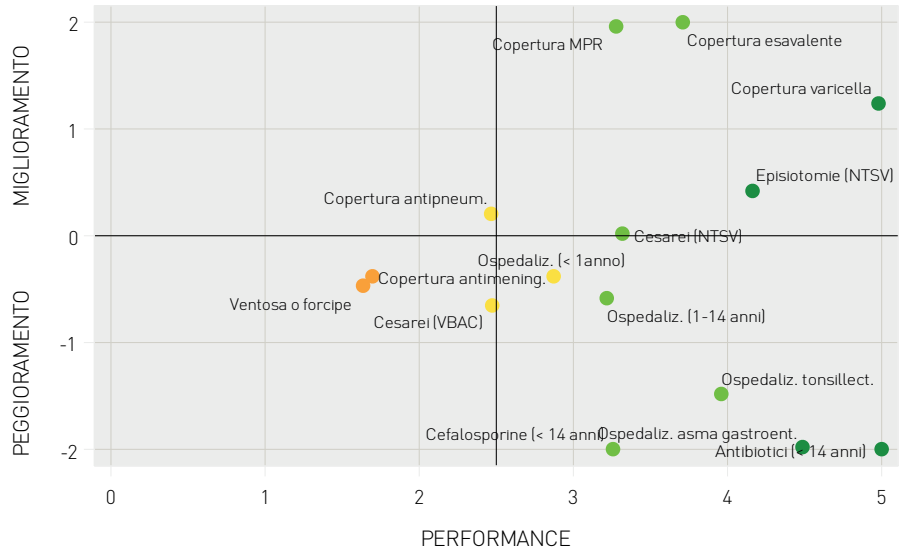
PERCORSO MATERNO INFANTILE



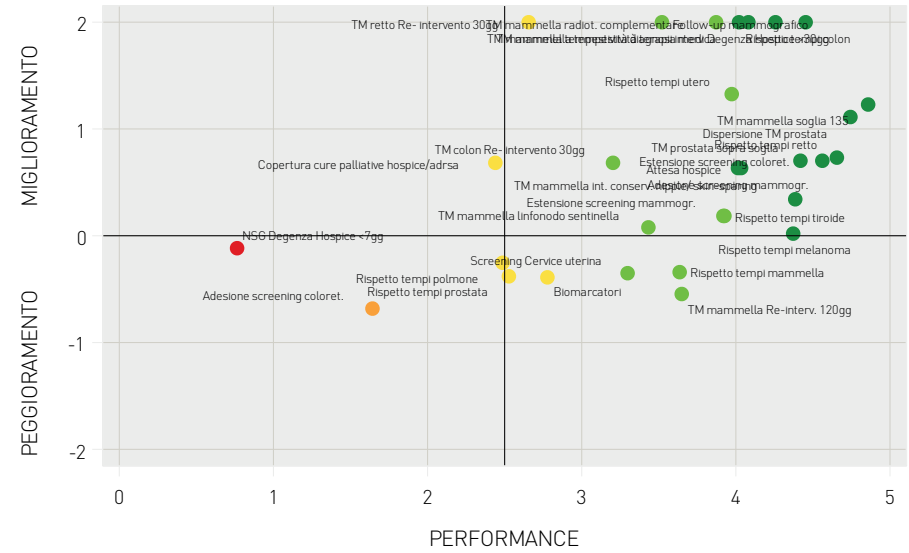
PERCORSO ONCOLOGICO

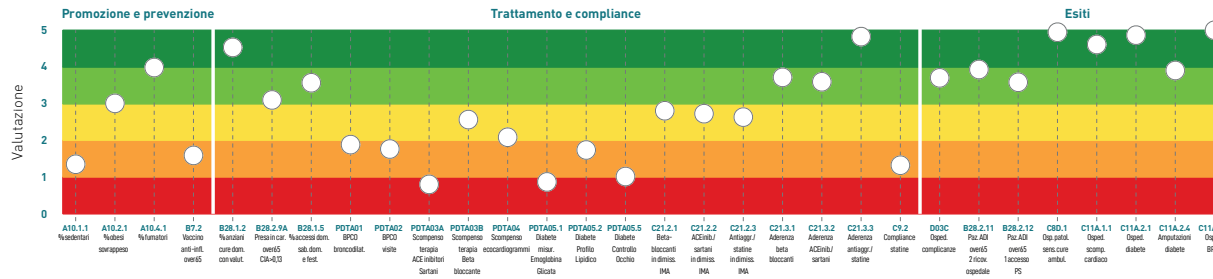


Percorso Materno infantile

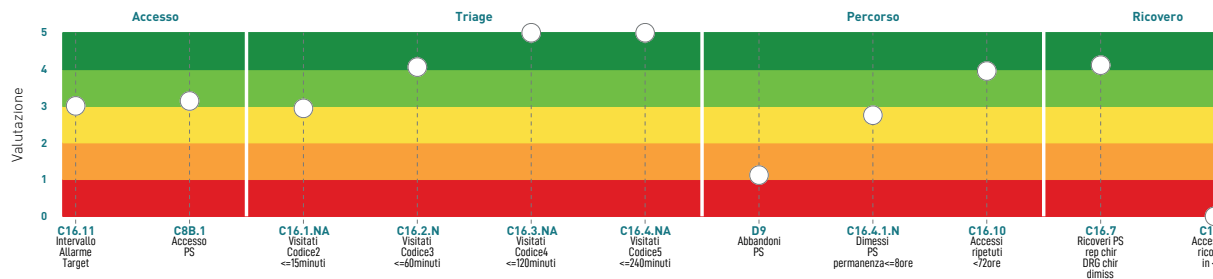


Percorso Oncologico



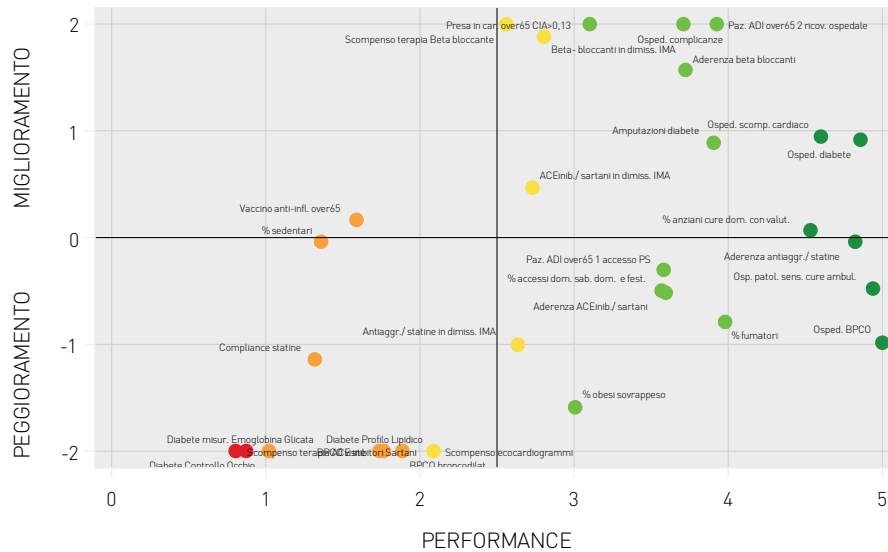


PERCORSO CRONICITÀ

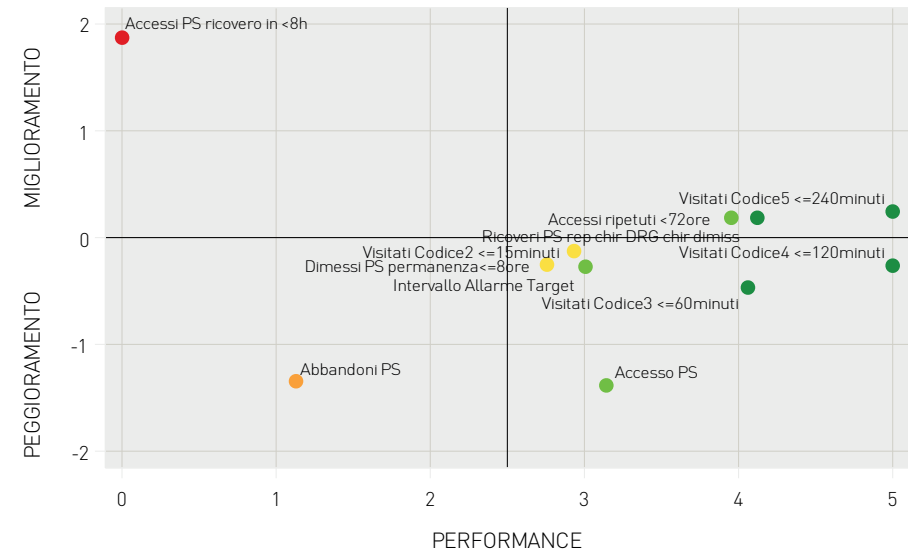


PERCORSO EMERGENZA URGENZA

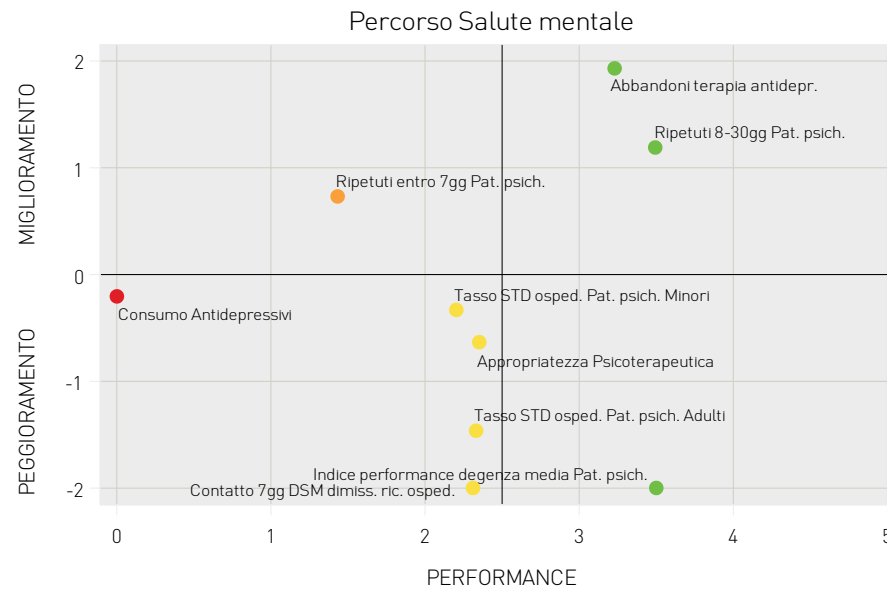
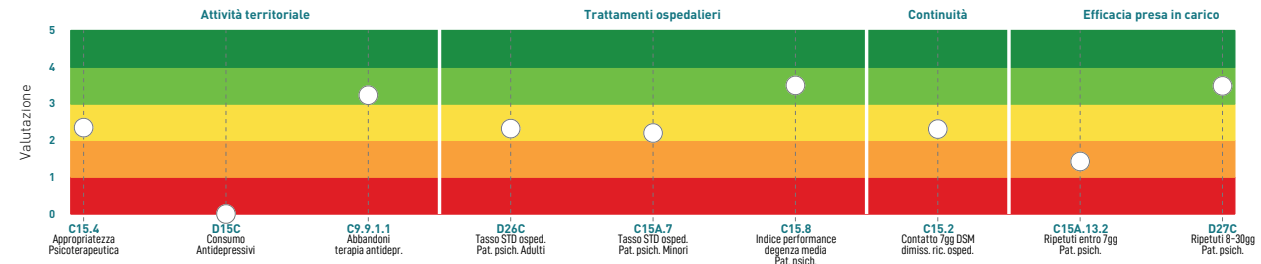
Percorso Cronicità



Percorso Emergenza urgenza



PERCORSO SALUTE MENTALE

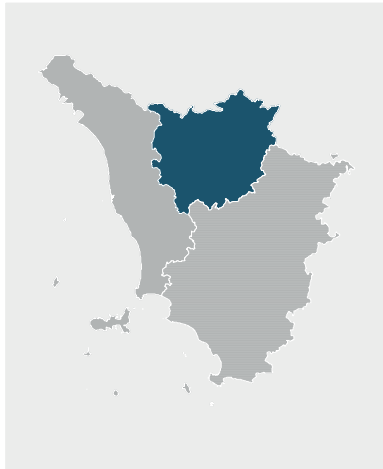


BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

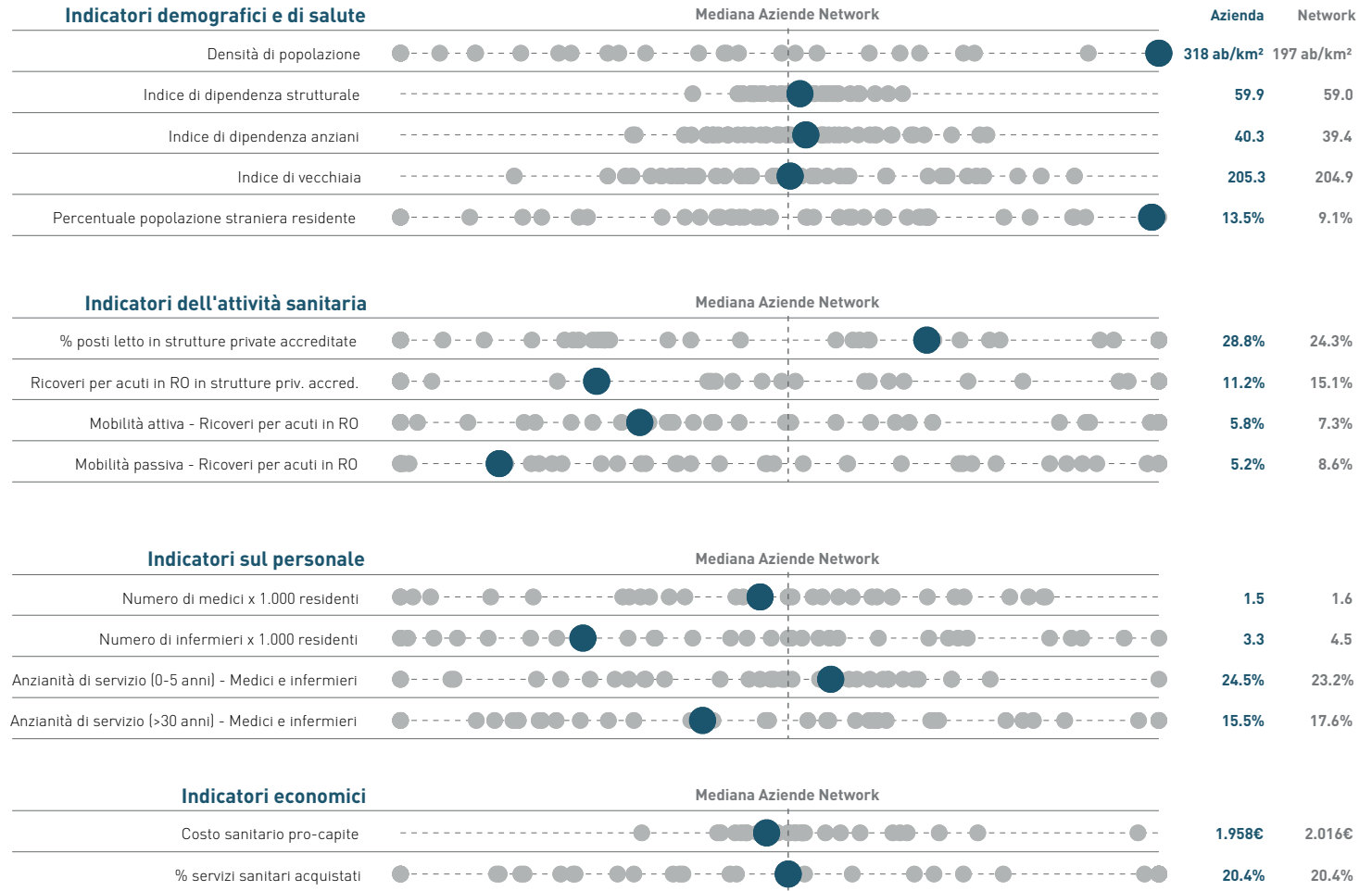
REGIONE TOSCANA

AUSL CENTRO

Profilo azienda



Popolazione residente	1.601.741
Distretti Sanitari	8
Stabilimenti	23
- Pubblici	13
- Privati accreditati	10
Posti letto	3.702
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AUSL CENTRO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 158

Indicatori Migliorati ↑
40.5 %

Indicatori Stabili =
15.8 %

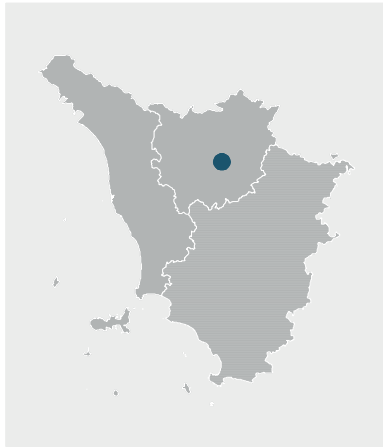
Indicatori Peggiorati ↓
43.7 %

Valutazione della Performance 2022

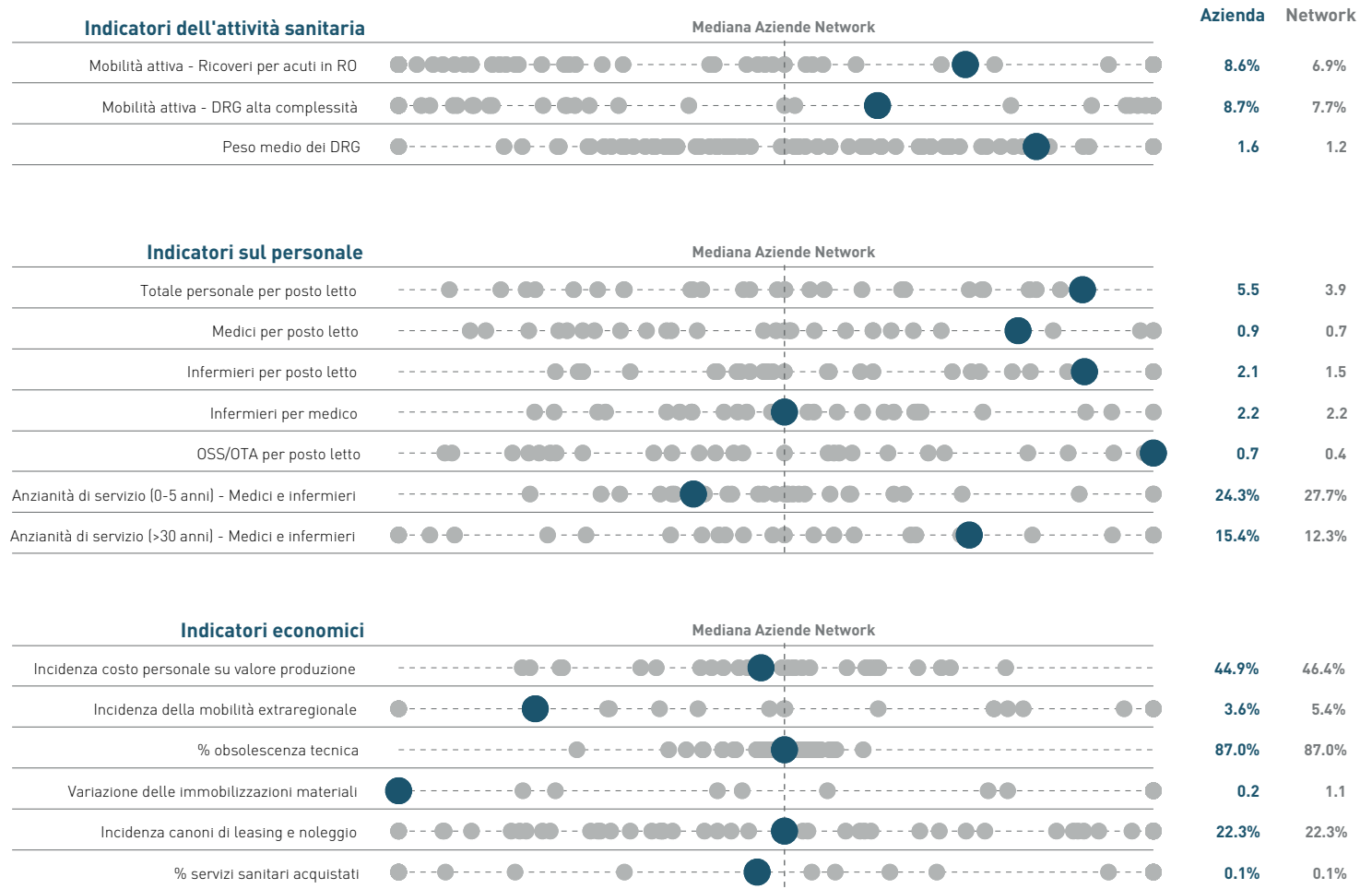


AOU CAREGGI

Profilo azienda



Posti letto	988
- Degenza Ordinaria	873
- Day Hospital/Day surgery	115
Dimissioni totali	53.680
Giornate di degenza ordin.	284.079
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	91.533
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.065



AOU CAREGGI

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

Numero indicatori di valutazione: 59

Indicatori Migliorati ↑
27.1 %

Indicatori Stabili =
11.9 %

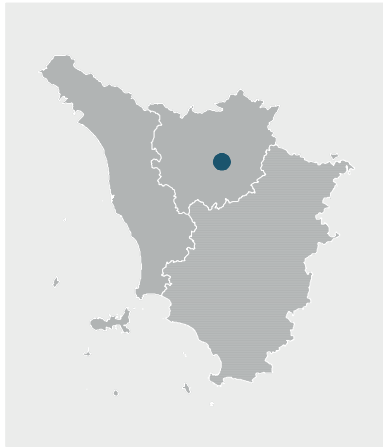
Indicatori Peggiorati ↓
61.0 %

Valutazione della Performance 2022

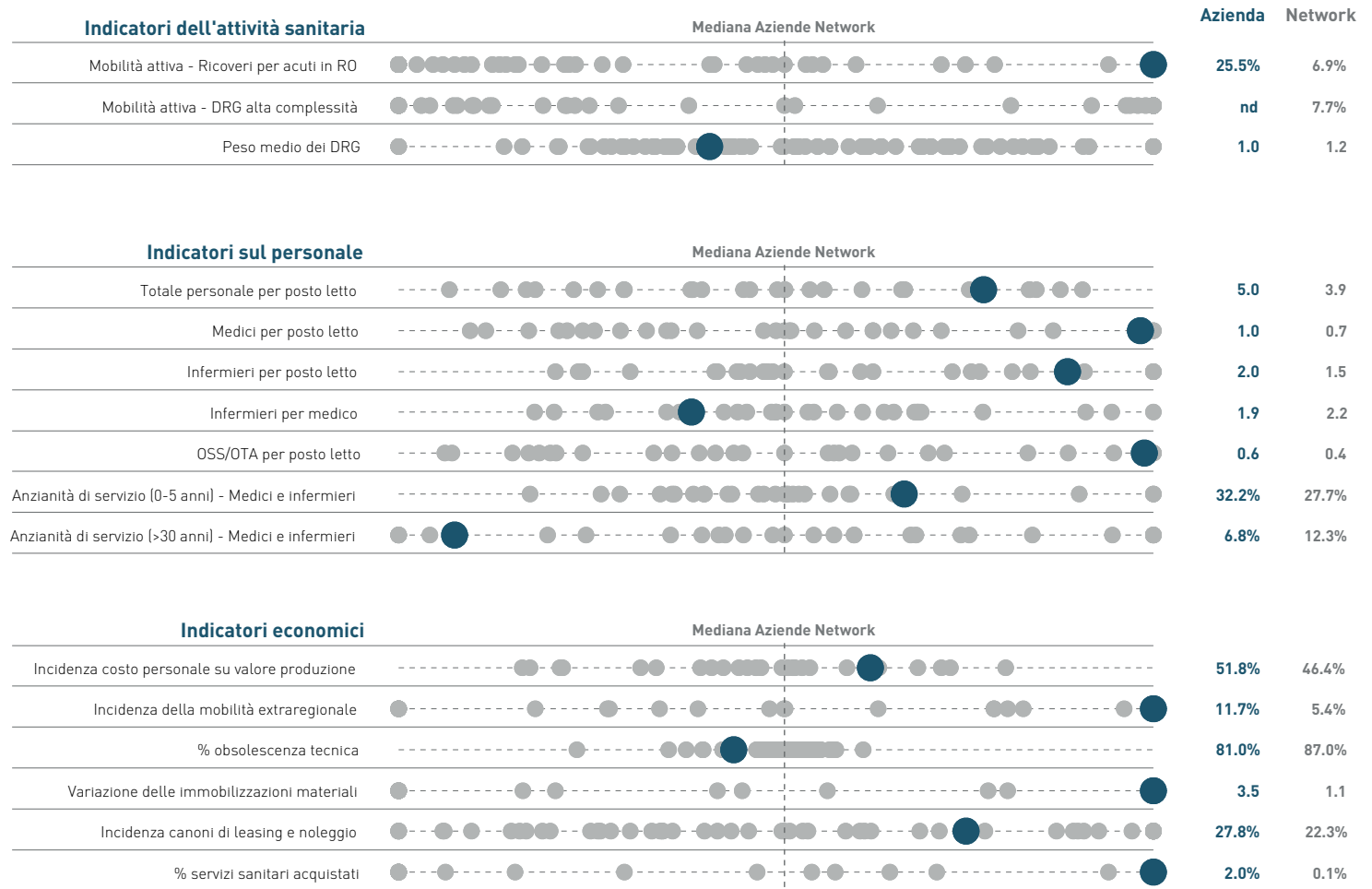


MEYER

Profilo azienda



Posti letto	255
- Degenza Ordinaria	183
- Day Hospital/Day surgery	72
Dimissioni totali	22.587
Giornate di degenza ordin.	49.669
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	34.015
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



MEYER

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Numero indicatori di valutazione: 27

Indicatori Migliorati ↑

29.6 %

Indicatori Stabili =

18.5 %

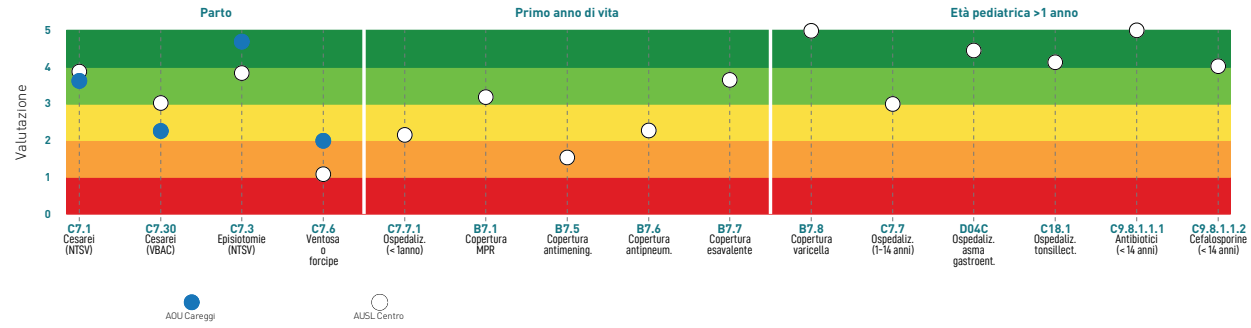
Indicatori Peggiorati ↓

51.9 %

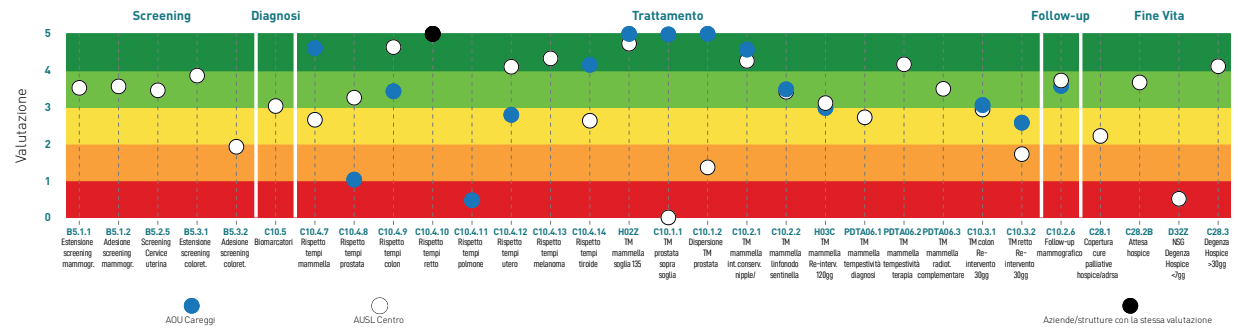
Valutazione della Performance 2022



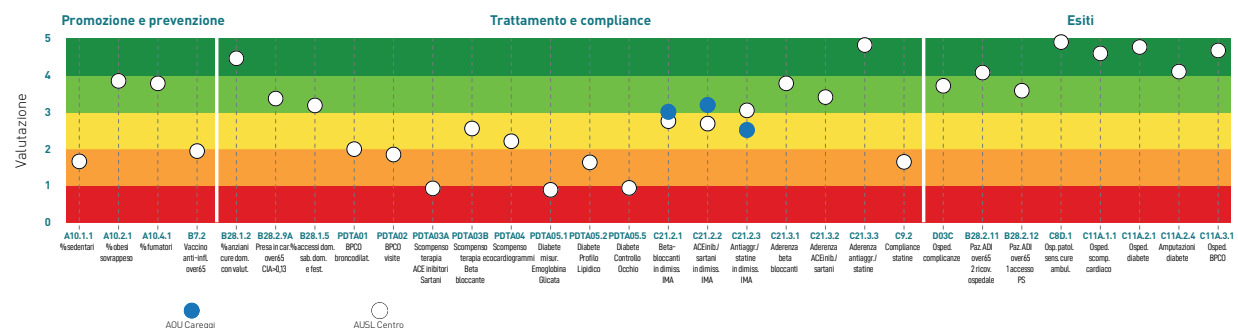
PERCORSO MATERNO INFANTILE

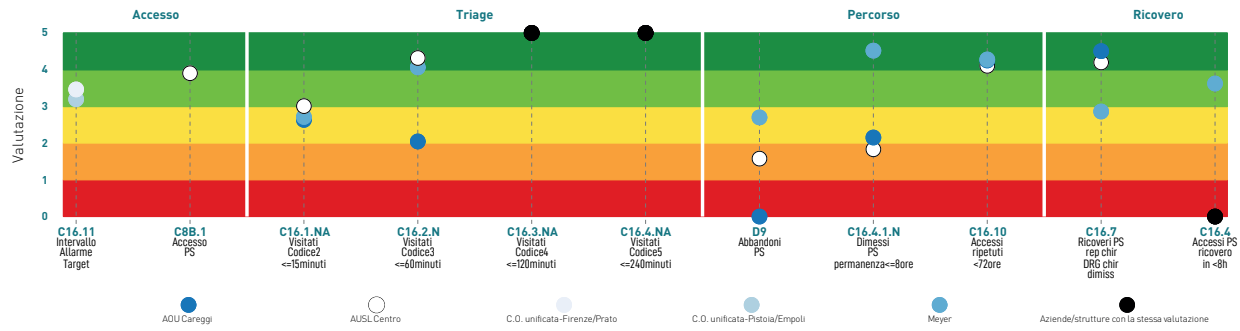


PERCORSO ONCOLOGICO

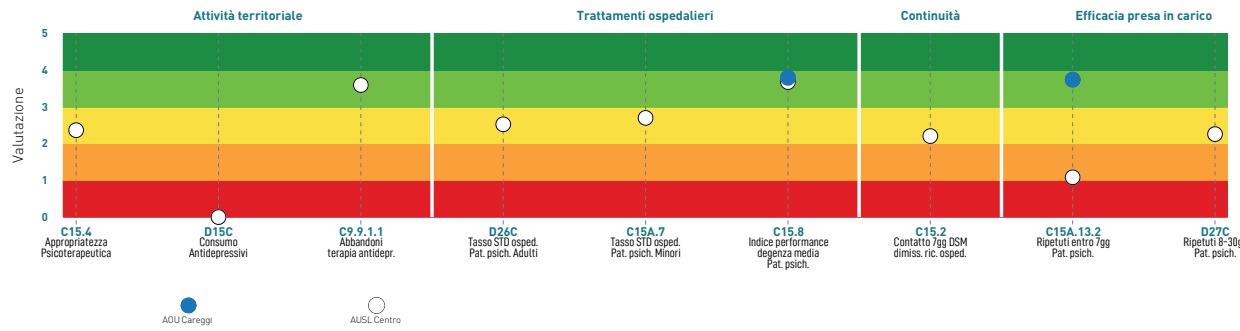


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



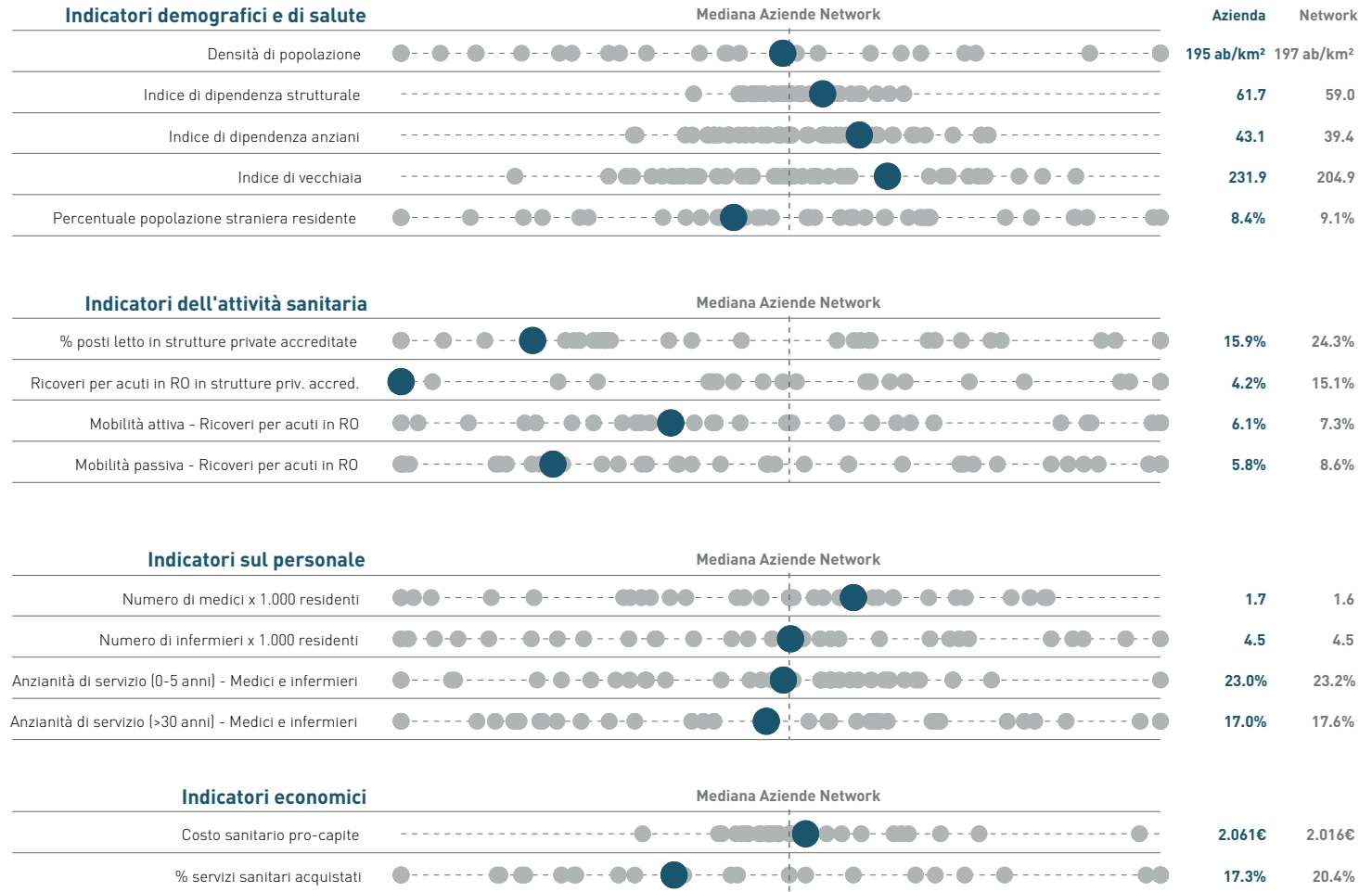
PERCORSO SALUTE MENTALE

AUSL NORD OVEST

Profilo azienda



Popolazione residente	1.248.306
Distretti Sanitari	10
Stabilimenti	26
- Pubblici	16
- Privati accreditati	10
Posti letto	3.000
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AUSL NORD OVEST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 159

Indicatori Migliorati ↑
42.1 %

Indicatori Stabili =
16.4 %

Indicatori Peggiorati ↓
41.5 %

Valutazione della Performance 2022

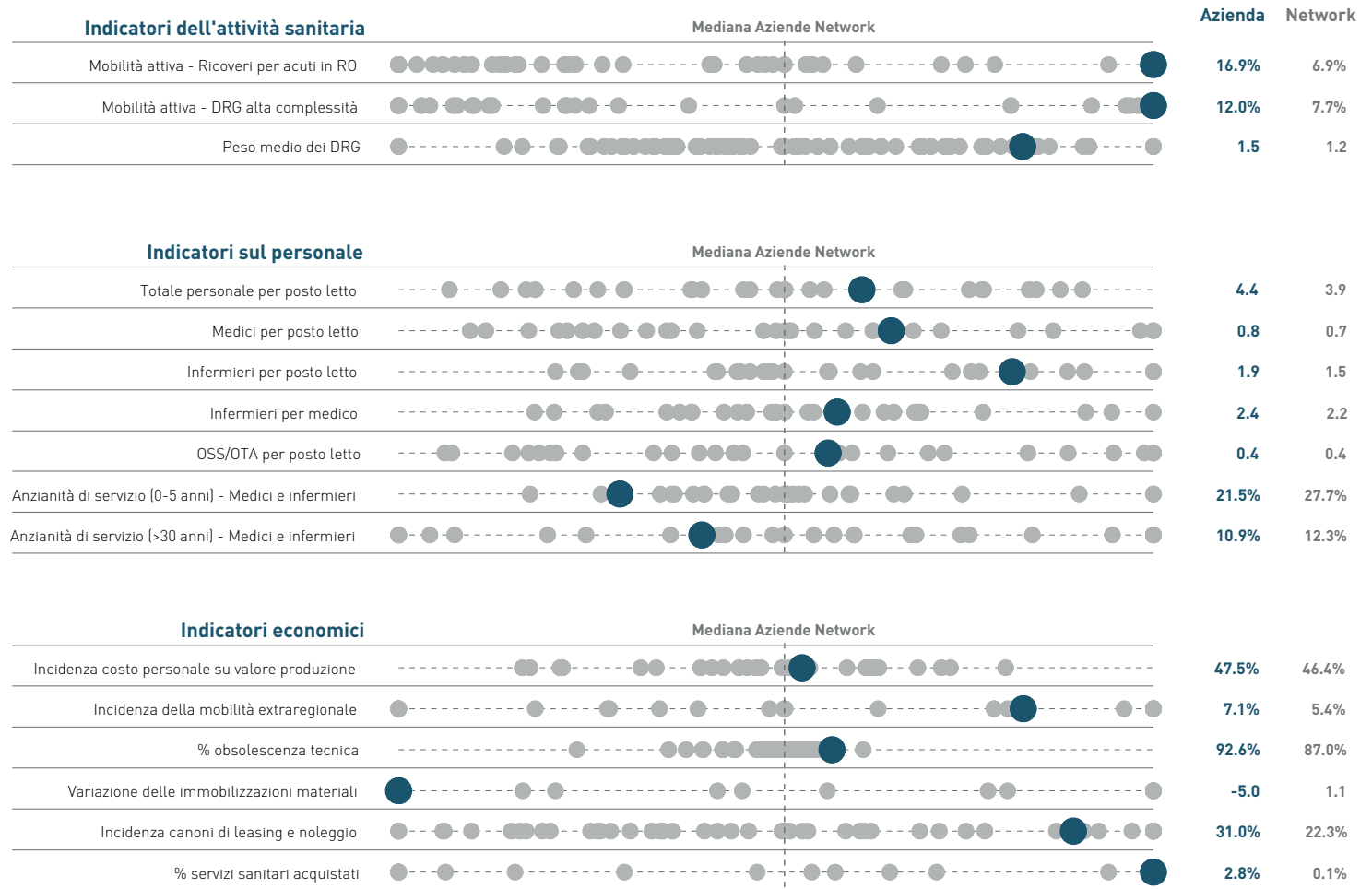


AOU PISANA

Profilo azienda



Posti letto	1.109
- Degenza Ordinaria	1.035
- Day Hospital/Day surgery	135
Dimissioni totali	51.395
Giornate di degenza ordin.	263.523
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	79.259
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.762



AOU PISANA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

Numero indicatori di valutazione: 61

Indicatori Migliorati ↑
49.2 %

Indicatori Stabili =
18.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
32.8 %

Valutazione della Performance 2022

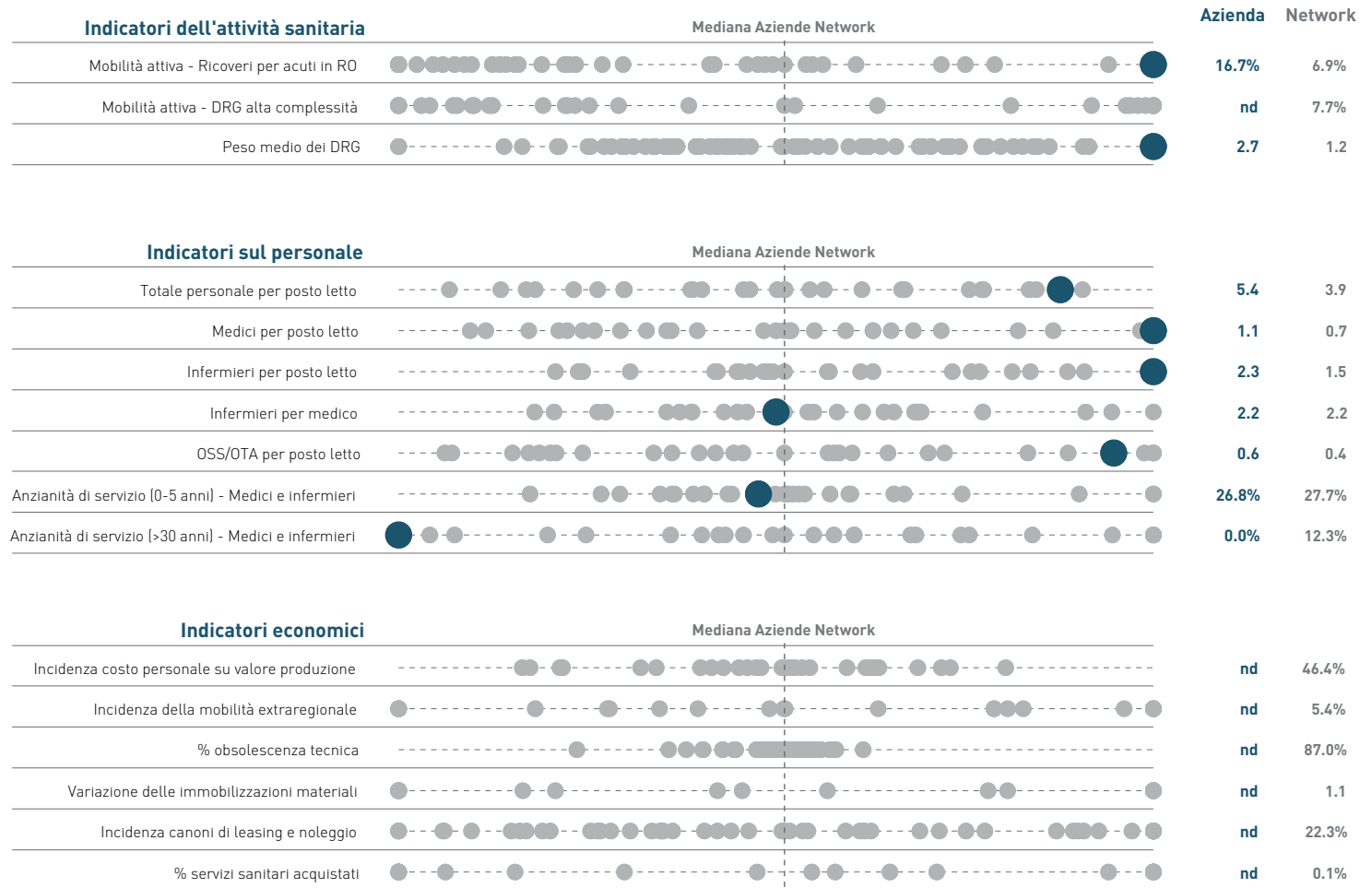


FOND.MONASTERIO

Profilo azienda



Posti letto	121
- Degenza Ordinaria	119
- Day Hospital/Day surgery	2
Dimissioni totali	5.248
Giornate di degenza ordin.	32.320
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	-
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



FOND.MONASTERIO

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori Migliorati ↑

28.6 %

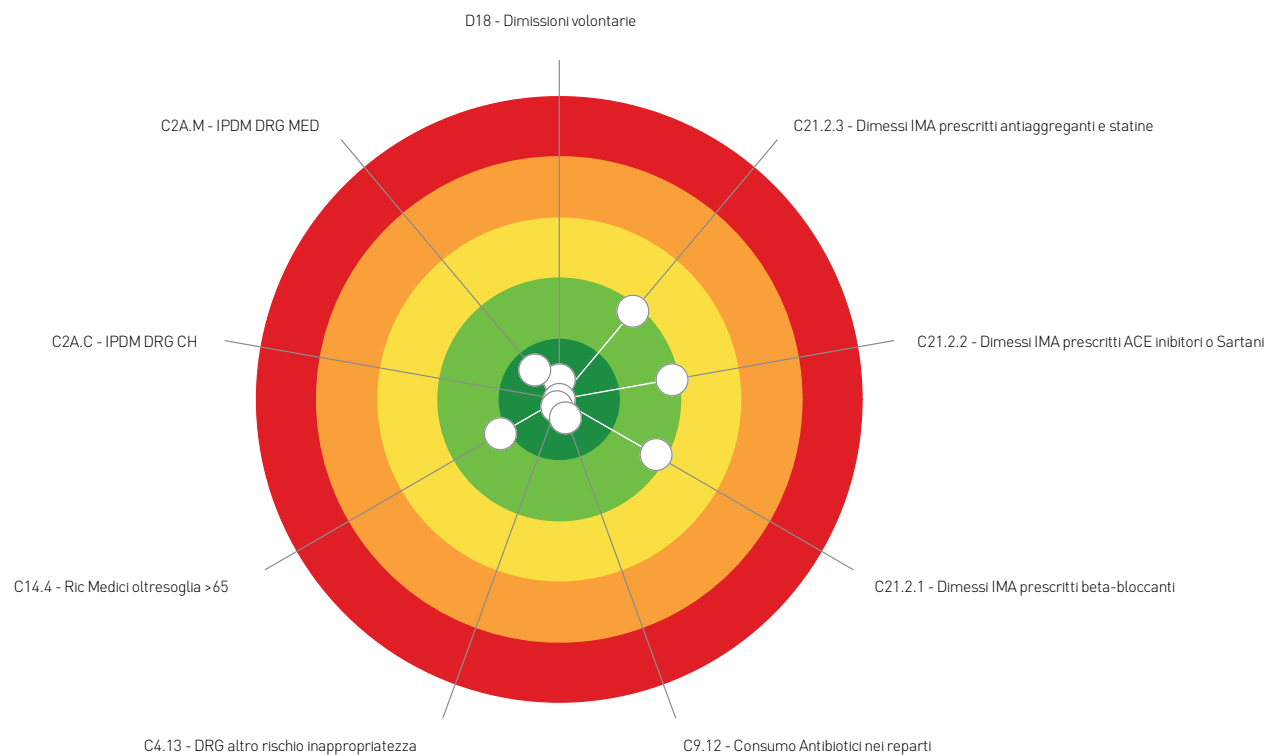
Indicatori Stabili =

21.4 %

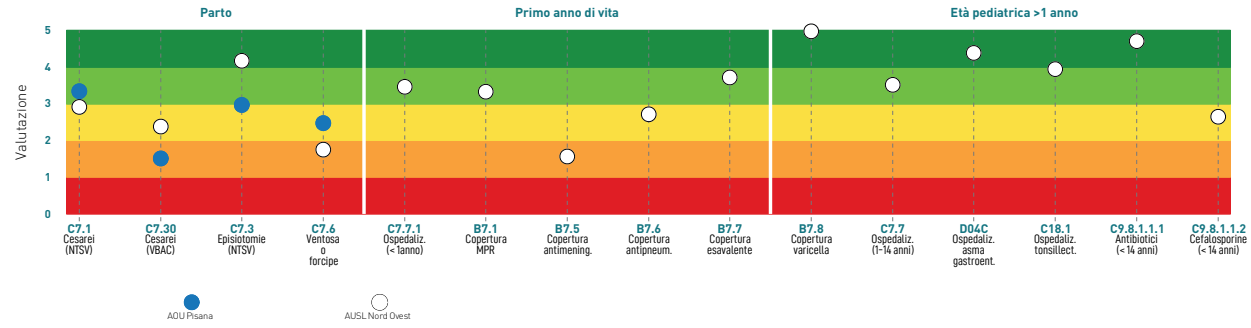
Indicatori Peggiorati ↓

50.0 %

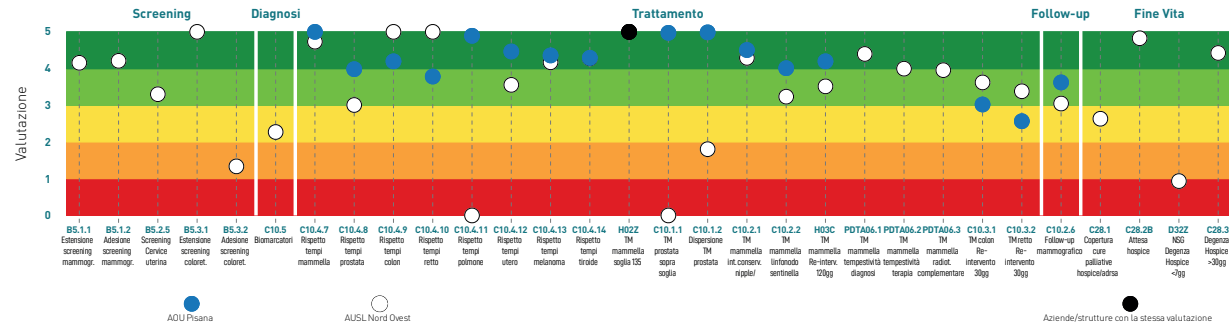
Valutazione della Performance 2022



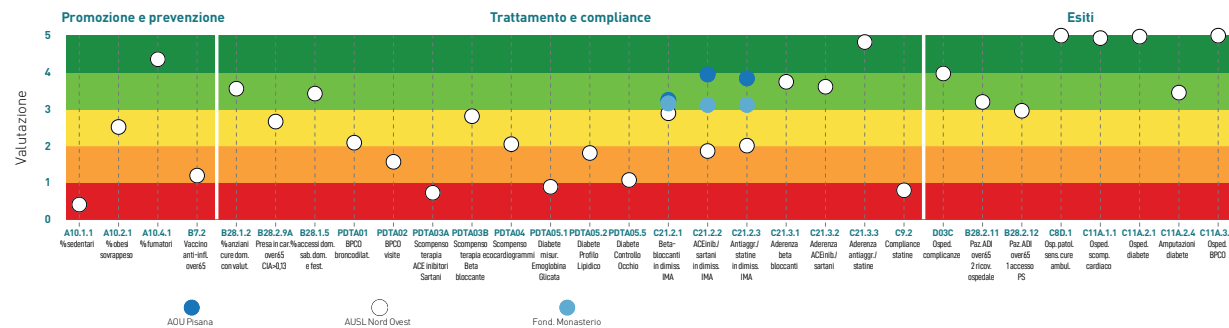
PERCORSO MATERNO INFANTILE

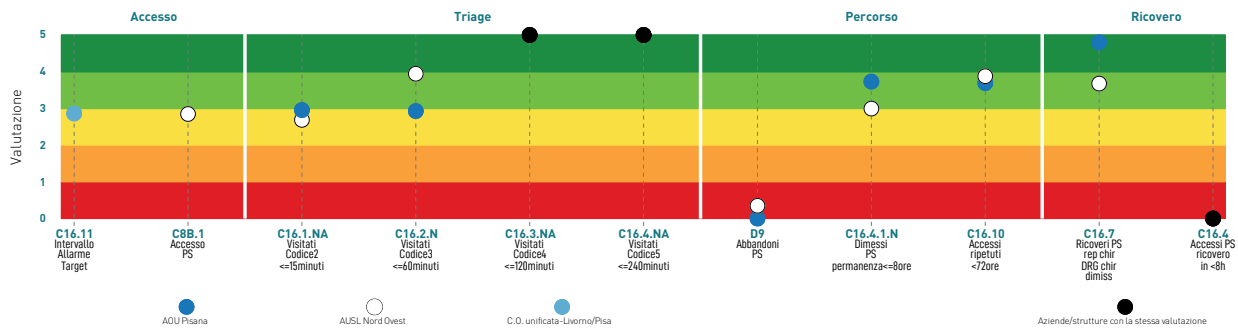


PERCORSO ONCOLOGICO

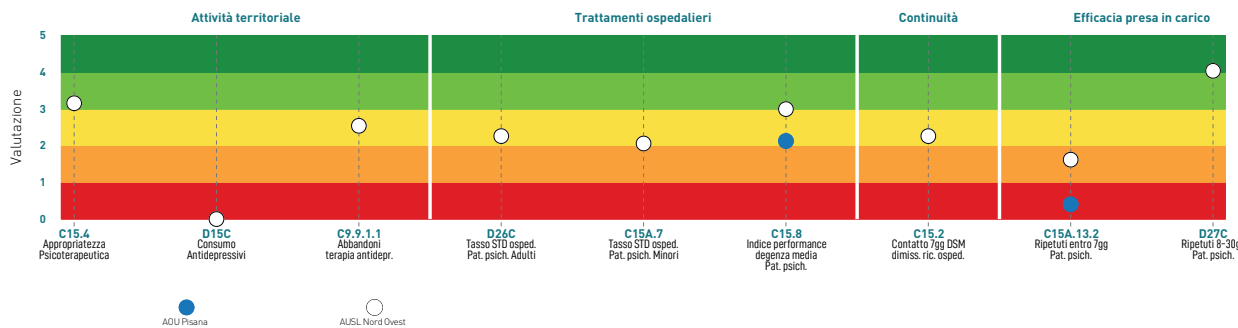


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



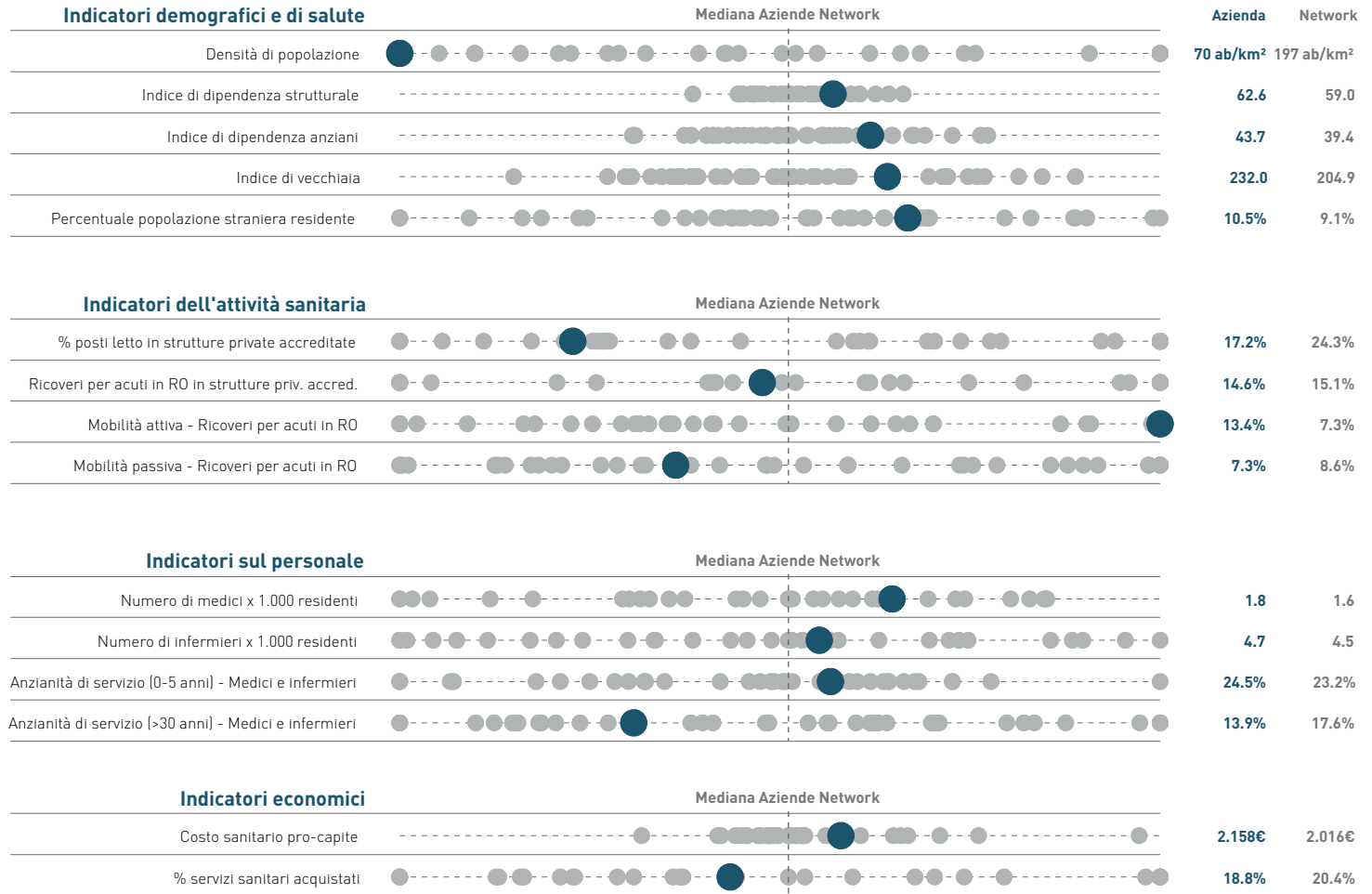
PERCORSO SALUTE MENTALE

AUSL SUD EST

Profilo azienda



Popolazione residente	813.144
Distretti Sanitari	10
Stabilimenti	18
- Pubblici	14
- Privati accreditati	4
Posti letto	1.899
*Strutture pubbliche e private accreditate	



AUSL SUD EST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 158

Indicatori Migliorati ↑
48.7 %

Indicatori Stabili =
14.6 %

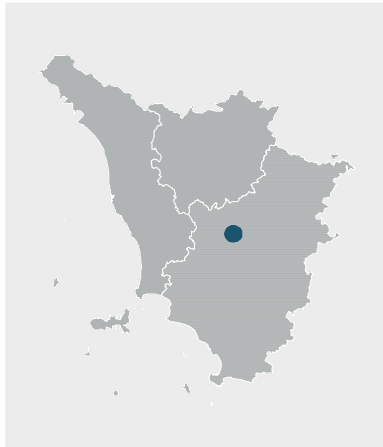
Indicatori Peggiorati ↓
36.7 %

Valutazione della Performance 2022

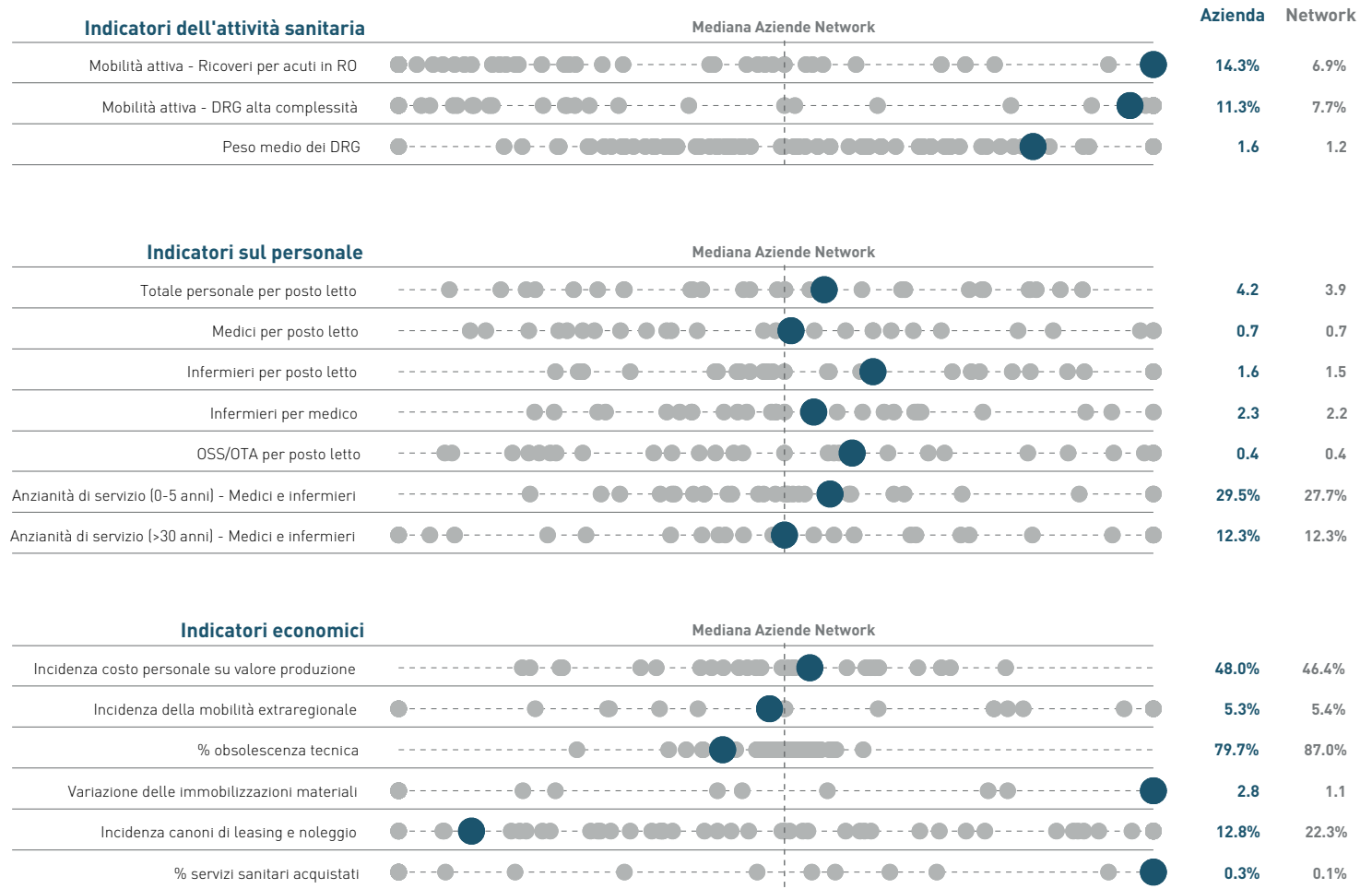


AOU SENESE

Profilo azienda



Posti letto	652
- Degenza Ordinaria	590
- Day Hospital/Day surgery	62
Dimissioni totali	29.754
Giornate di degenza ordin.	149.219
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	49.936
Punto Nascita	SI
- Numero Parti	924 (500-1000)



AOU SENESE

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Numero indicatori di valutazione: 60

Indicatori Migliorati ↑

45.0 %

Indicatori Stabili =

26.7 %

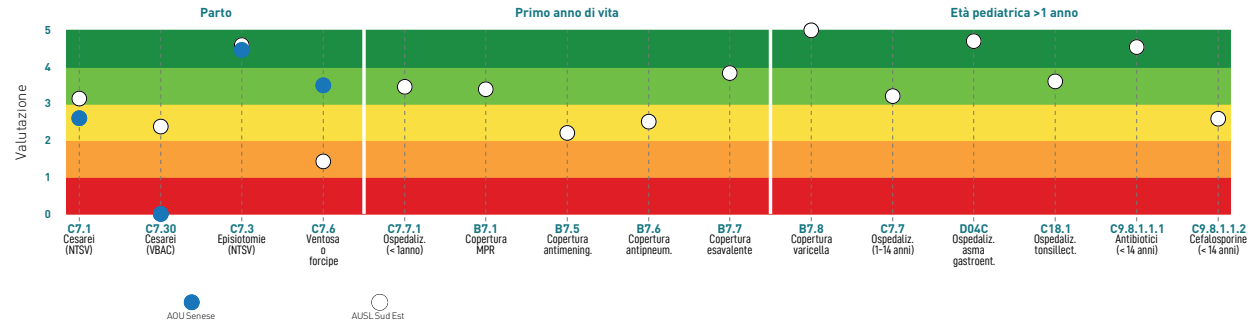
Indicatori Peggiorati ↓

28.3 %

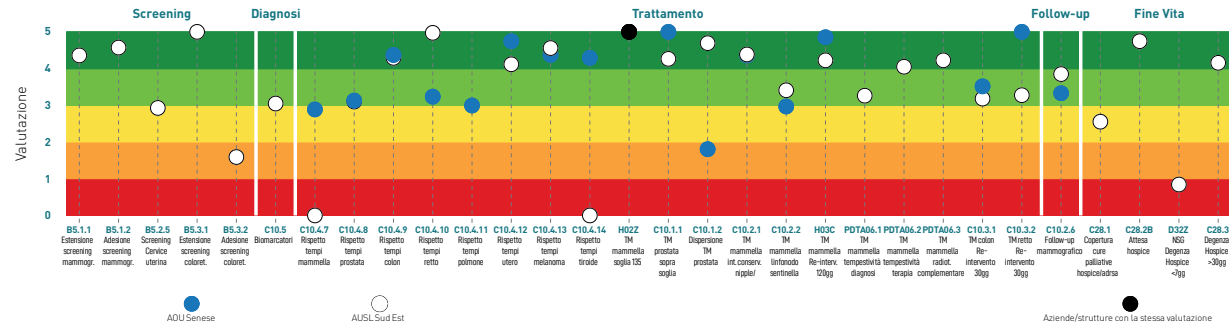
Valutazione della Performance 2022



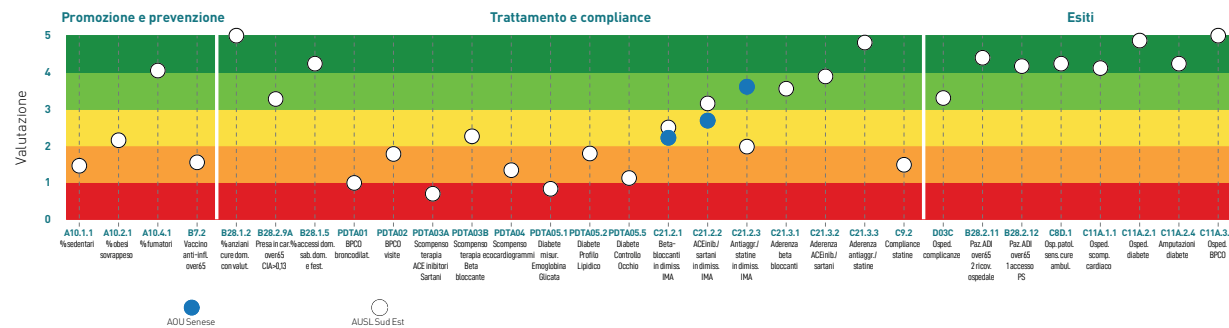
PERCORSO MATERNO INFANTILE

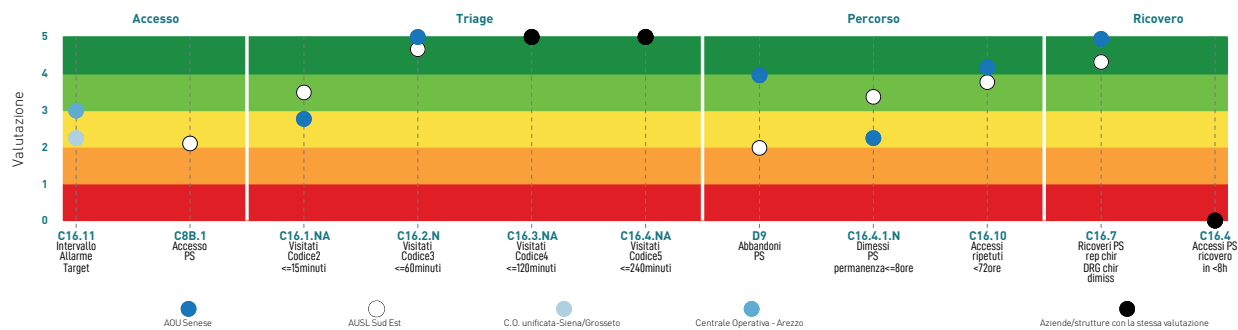


PERCORSO ONCOLOGICO

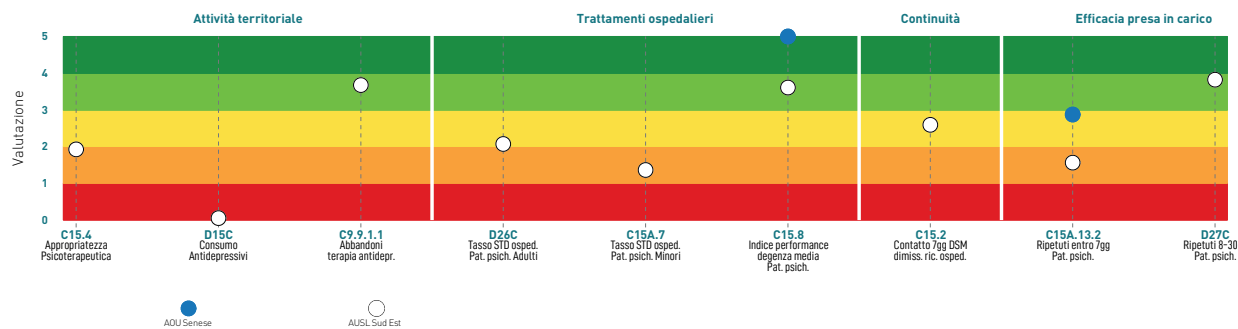


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Il sistema sanitario della Provincia autonoma di Trento è costituito da un'unica Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss), le cui articolazioni organizzative fondamentali sono i 3 distretti (nord, sud, est) il Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) e il Dipartimento prevenzione.

Profilo P.A.



Popolazione residente	540.958
Aziende Sanitarie Territoriali	1
Distretti Sanitari	3
Strutture di ricovero	15
- Pubbliche	9
di cui AO/AOU	.
di cui IRCCS	.
- Private accreditate	6
di cui AO/AOU	.
di cui IRCCS	.
Posti letto Totali	2.207
*Strutture pubbliche e private accreditate	



LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla P.A. Trento nel 2022. Dei 150 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Provincia mostra un quadro tendenzialmente stabile, anche se risulta da evidenziare una quota consistente di indicatori che registrano un peggioramento rispetto ai risultati dell'anno precedente: il 49% degli indicatori peggiora tra il 2021 e il 2022, il 12% resta stabile e il 38% migliora. La gran parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, sono posizionati nelle aree più interne del bersaglio, tra il verde e il verde scuro. A parte sporadici casi, non si evidenziano particolari criticità.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Si segnalano alcuni punti da attenzionare rispetto alla tempestività di accesso a interventi chirurgici oncologici di priorità A. In particolare, molto sottoperformante la percentuale di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella (in calo di 5 punti percentuali rispetto al già critico valore dello scorso anno). Stessa condizione di criticità si ritrova negli interventi per polmone e melanoma. Molto più performante, invece, colon e tiroide. Molto buoni e in aumento i tempi di transito in Pronto Soccorso (94% degli accessi al PS sono inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore nel 2022).

Dal punto di vista ospedaliero, è fondamentale sottolineare alcune aree significative: la percentuale di dimissioni volontarie, considerata come indicatore della soddisfazione dei pazienti nei confronti dell'assistenza ospedaliera, ha registrato un leggero aumento rispetto all'anno precedente, ma si mantiene in linea con le i valori osservati nelle altre Regioni. La proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (indicatore di osservazione), proxy della qualità di processo, registra un significativo aumento rispetto al 2021, passando dal 75% al 84% nel 2022. Ottima la performance sui tempi di degenza per i DRG chirurgici, proxy dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni: La P.A. Trento, nel 2022, è la best practice del Network. Leggermente in aumento (e, quindi, meno performante) la degenza media per i DRG medici.

Sul territorio, l'assistenza domiciliare fa registrare una performance media: ad esempio, il tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni), rimane stabile rispetto allo scorso anno ma superiore rispetto a quasi tutte le altre Regioni del Network. Molto performante, invece, l'area della continuità tra ospedale e territorio: il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti è tra i migliori delle Regioni del Network. Buona anche la percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni), con un valore di 11,3% nel 2022.

Molto performante l'area della sanità digitale. Buone e in linea con lo scorso anno le percentuali di ricette specialistiche e farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico. Buono, rispetto alle altre Regioni, anche l'utilizzo del FSE da parte dei cittadini, in aumento rispetto allo scorso anno (passa dal 34% nel 2021 al 44% nel 2022). Ottimo anche l'utilizzo da parte dei professionisti sanitari.

Relativamente all'area farmaceutica, la P.A Trento fa registrare una performance complessivamente buona. Ottima, anche se in diminuzione, la percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (passa dal 97% del 2021 al 90% del 2022). Buona anche la

percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni), che si mantiene in linea con i valori dello scorso anno. Da attenzionare invece la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti), in aumento per due anni consecutivi (+1 punto percentuale nel 2022). La spesa per unità posologica di molte molecole è buona e inferiore alle altre Regioni del Network con alcune criticità registrate per il medicinale follitropina e enoxaparina.

Il percorso materno-infantile della P.A. Trento restituisce una situazione complessivamente molto buona, con quasi tutti gli indicatori posizionati nelle fasce alte del pentagramma. Spicca per l'ottima performance la fase dell'età pediatrica dove Trento ha il valore più basso del Network rispetto al tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni), attestandosi come best practice. Molto buona anche la fase del parto con unica eccezione data dalla percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa), che evidenzia una performance sotto tono. Meno brillante, invece, la fase del primo anno di vita. Da segnalare la performance scarsa (anche se allineata a quelle di quasi tutte le altre Regioni) in relazione alla copertura per vaccino antimeningococcico. Da attenzionare anche la copertura antimeningococcica.

Il percorso cronicità evidenzia un andamento altalenante: alle ottime performance degli indicatori nella fase della promozione e prevenzione (eccezion fatta per le vaccinazioni antinfluenzali per gli anziani), si contrappone una performance mediamente scarsa nella fase del trattamento e della compliance, con gli indicatori PDTA che si posizionano tra la fascia arancione e rossa. Migliore, la parte degli esiti: ottimo sia il tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti (anche se in aumento di un punto rispetto allo scorso anno) che il tasso di ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni), che in questo caso fa apprezzare una levele riduzione rispetto al 2021 (circa 10 punti in meno).

Performance a macchia di leopardo per il percorso oncologia. Eccezionale la performance nella fase degli screening: la P.A. Trento è la best practice del network sia nell'adesione che nell'estensione dello screening mammografico e si posiziona ottimamente anche per gli screening della cervice uterina e del colon retto (in quest'ultimo caso, meno performante nell'adesione). Performance altalenante, relativamente al rispetto dei tempi di attesa oncologici, come segnalato in precedenza. Molto buona la percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella.

Di nuova introduzione il percorso della salute mentale che fa apprezzare una buona performance generale. Da segnalare solamente la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi, che in questo caso fa registrare il valore più alto di tutto il Network.

Complessivamente buona la performance del percorso emergenza-urgenza. Con 15 minuti, Trento è la best practice del network rispetto all'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo), restituendo ottimi segnali rispetto all'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. Buone le seguenti fasi del triage, percorso e ricovero, con alcune segnalazioni relativamente agli indicatori che valutano la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (si osserva una riduzione di circa 10 punti percentuali rispetto al 2021) e la percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (in questo caso il valore è più basso di altre Regioni del Network ma costante rispetto al 2021).

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A10
Stili di vita (PASSI)
●

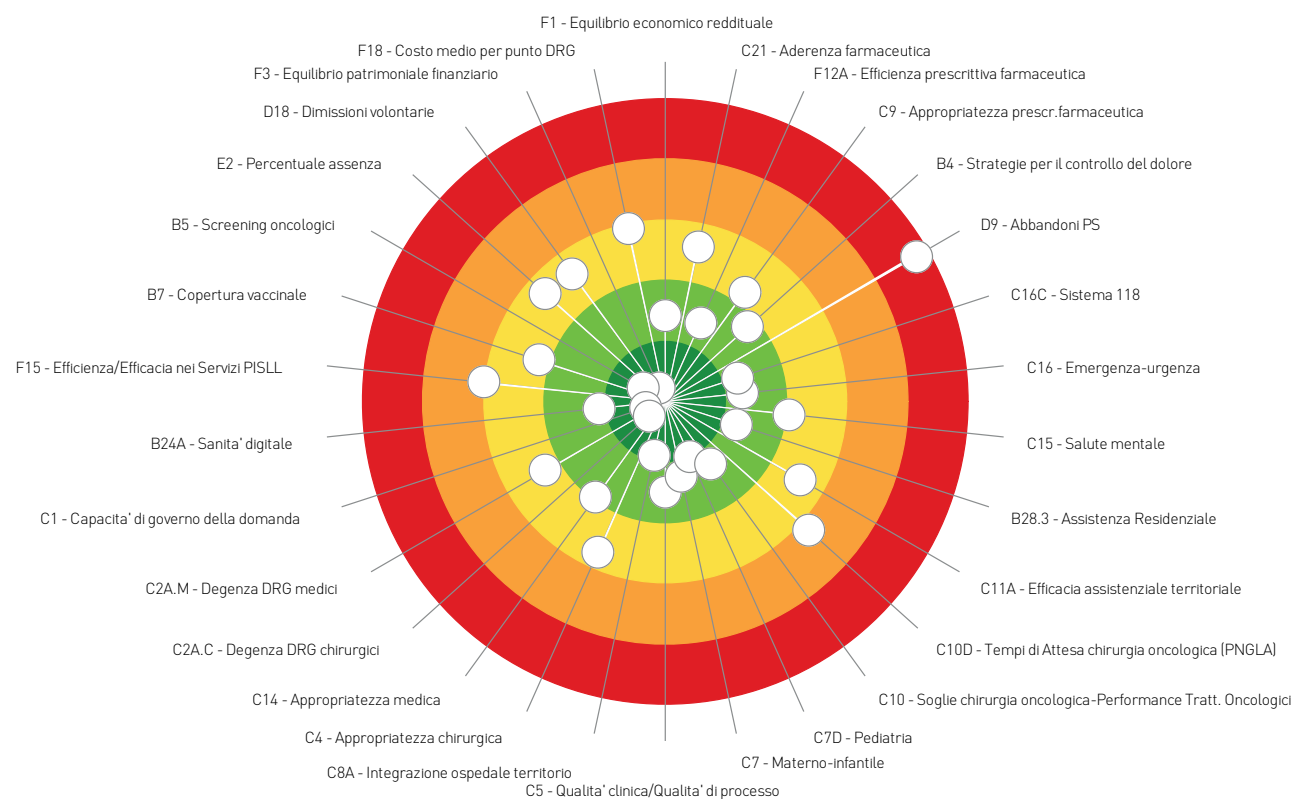
Numero indicatori di valutazione: 112

Indicatori Migliorati ↑
38.4 %

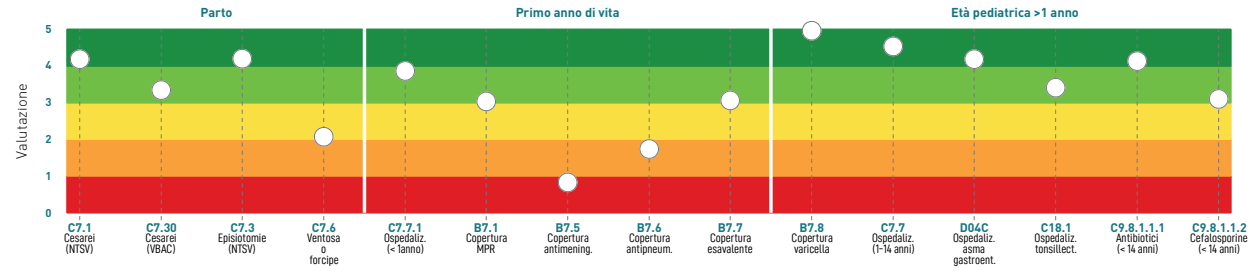
Indicatori Stabili =
12.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
49.1 %

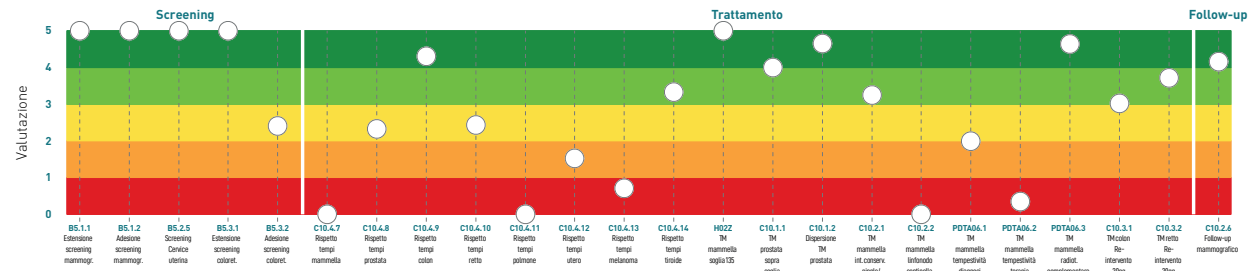
Valutazione della performance 2022



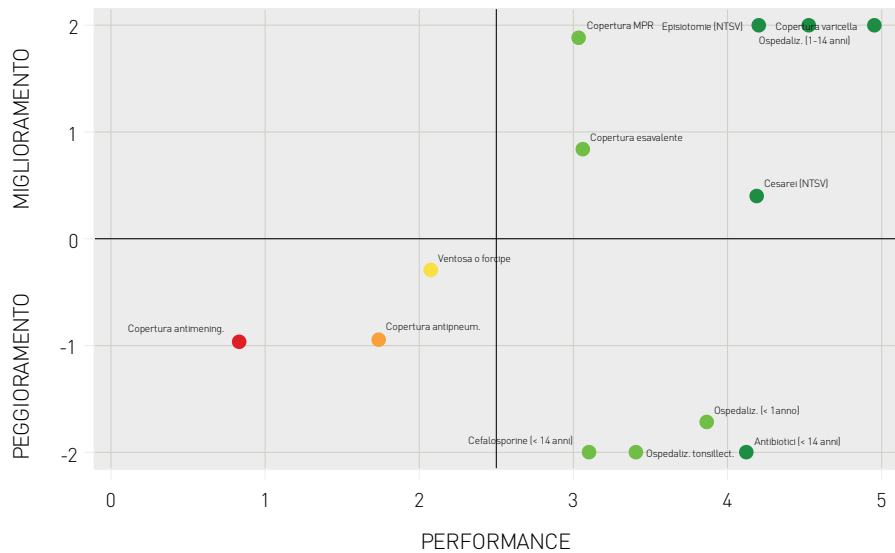
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO

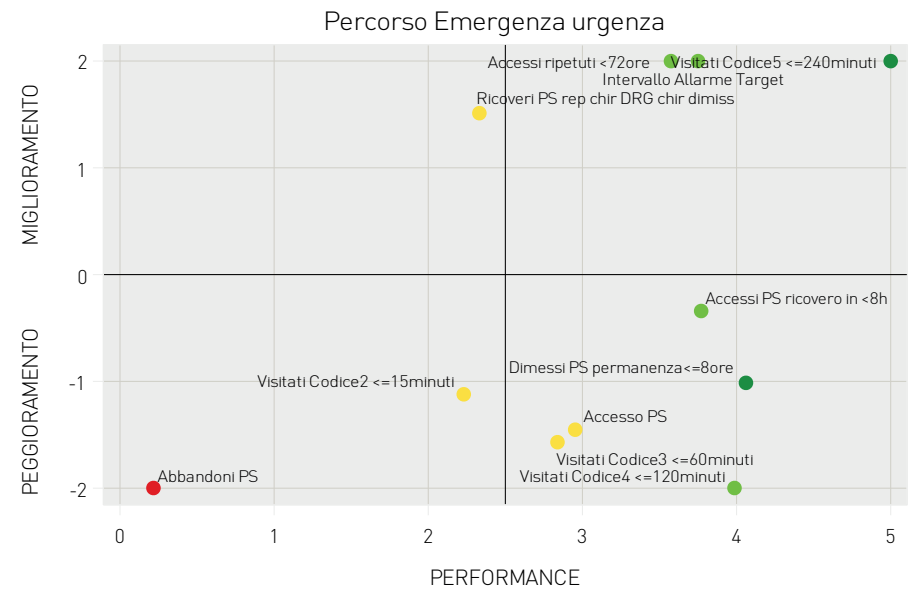
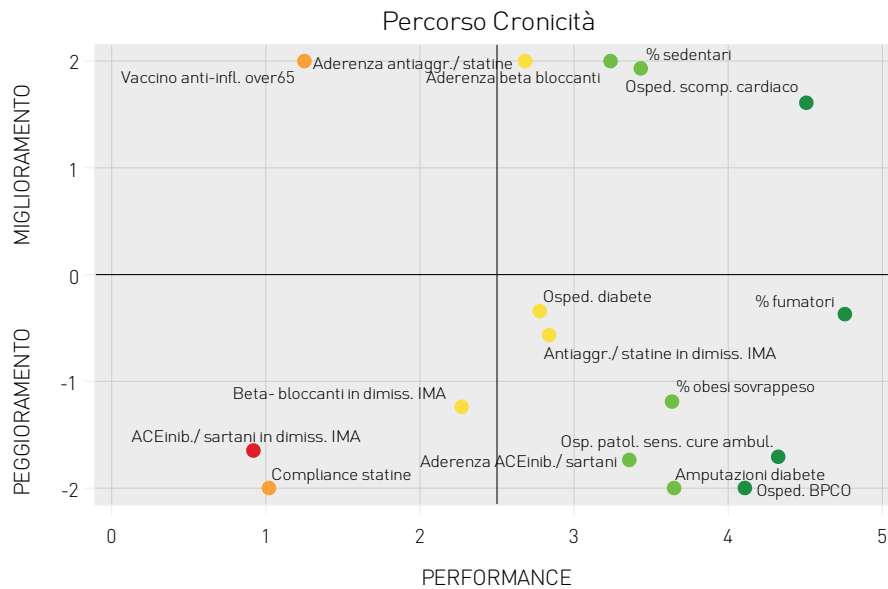
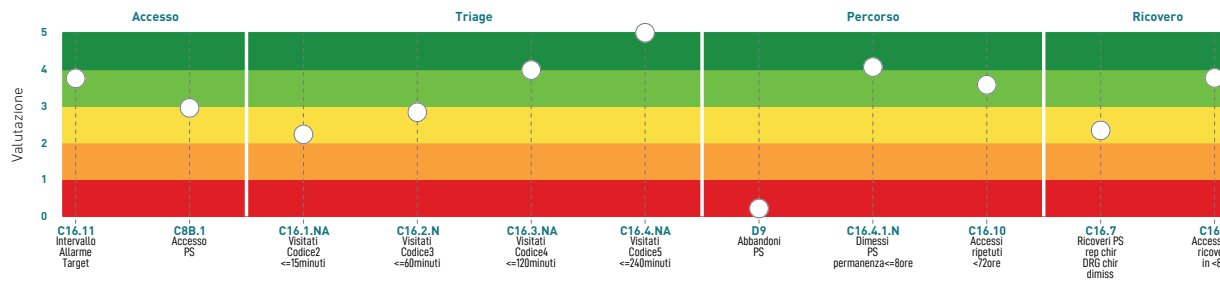
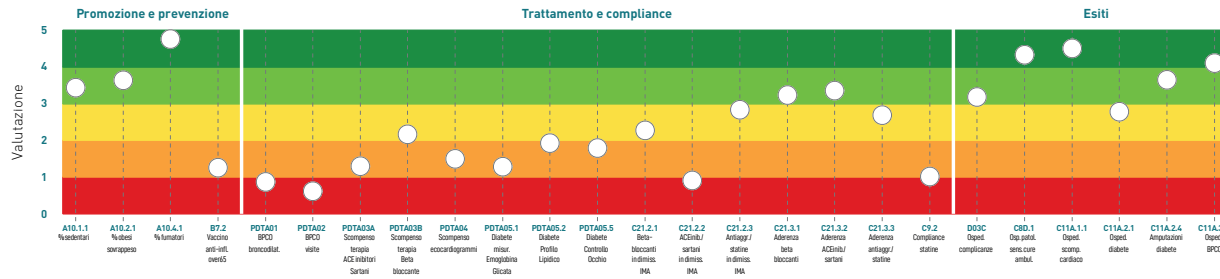


Percorso Materno infantile

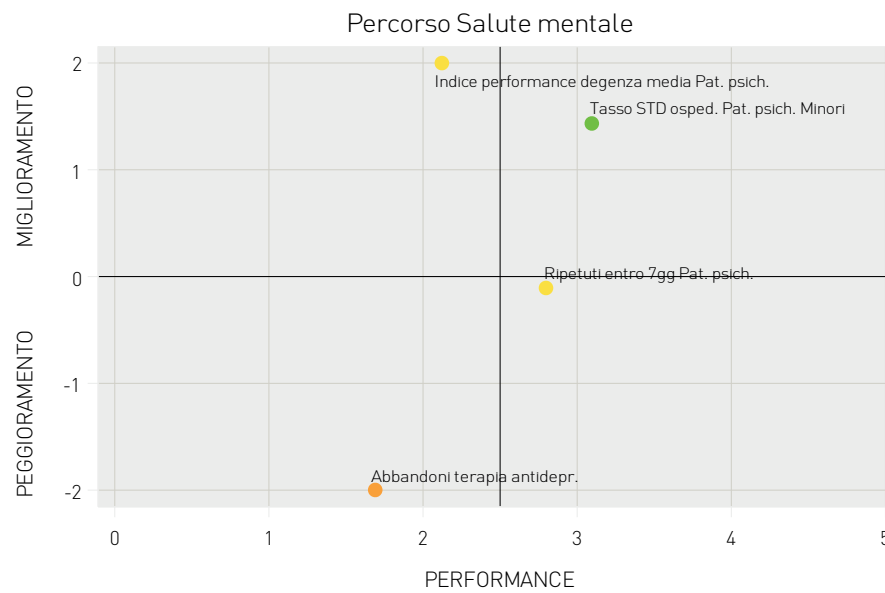
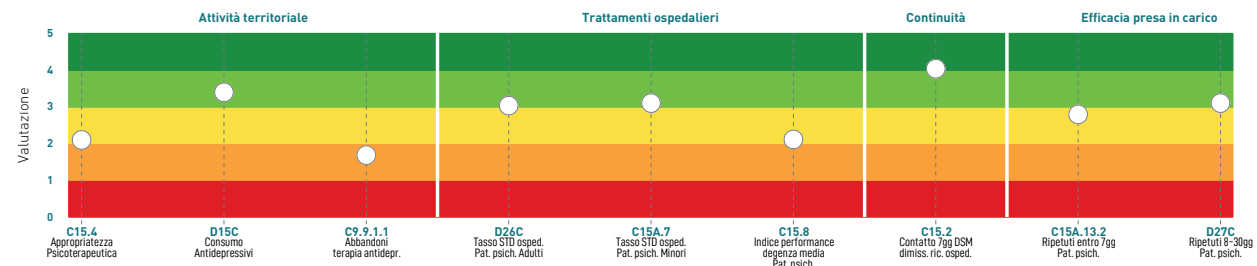


Percorso Oncologico





PERCORSO SALUTE MENTALE





UMBRIA

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).

Profilo regione



Popolazione residente **858.812**

Aziende Sanitarie Territoriali **2**

Distretti Sanitari **12**

Strutture di ricovero **24**

- Pubbliche **19**

di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

- Private accreditate **5**

di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **.**

Posti letto Totali **3.172**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE UMBRIA

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Umbria nel 2022. Dei 140 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione mostra un quadro tendenzialmente stabile con una performance complessiva buona. La gran parte dei pallini, che rappresentano indicatori composti, sono posizionati nelle fasce gialla e verdina del bersaglio con alcune criticità evidenziate dai pallini nelle fasce arancione e rossa. Da segnalare che, complessivamente, il 50% degli indicatori registrano un peggioramento rispetto ai risultati dell'anno precedente, il 10% resta stabile, mentre il 39% migliora.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Risulta buona la garanzia dei tempi per l'accesso alla specialistica ambulatoriale (indicatori di osservazione definiti secondo gli standard nazionali) mentre si riscontra un lieve incremento nei tempi di transito in Pronto Soccorso (dal 93% nel 2021 all'88,4% del 2022 per gli accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore). Da segnalare la criticità perdurante nella tempestività di accesso a interventi chirurgici oncologici di priorità A (retto, mammella e prostata).

Per quanto riguarda la risposta del setting ospedaliero la percentuale di dimissioni volontarie, considerata come indicazione della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è in crescita rispetto ai valori dello ultimo triennio ma in media con i valori registrati nelle altre Regioni. La proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo registra un ulteriore incremento (circa il 52% degli anziani diagnosticati con frattura è sottoposto a intervento entro 2 giorni). In media crescono i tempi di degenza sia per DRG chirurgici che medici con un significativo aumento dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti over 65 anni (+ 1 punto percentuale). Un ambito di criticità ospedaliera è individuato nelle donazioni di organi, sia nella segnalazione di potenziali donatori sia nel procurement di organi.

Riguardo la prevenzione, si conferma molto buona la copertura vaccinale, in particolare la Regione registra il risultato migliore tra le Regioni del Network sulla copertura per vaccino antiinfluenzale per anziani (67,8%), mentre riguardo gli screening migliora l'adesione allo screening coloretale (sebbene ancora inferiore agli standard attesi).

Sul territorio, l'assistenza domiciliare fa registrare ottimi segnali di crescita e una buona performance generale. Cresce la percentuale di anziani con valutazione per cure domiciliari sebbene il tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni registri un'importante contrazione. Nella continuità tra ospedale e territorio, si registra un miglioramento nella percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (+5 punti percentuali). Bene anche la riduzione di accessi al PS durante la presa in carico domiciliare.

Da attenzionare l'area della sanità digitale: se da un lato, la percentuale di ricette specialistiche elettroniche o dematerializzate per gli specialisti fa registrare una buona copertura (77,7%) dall'altro le ricette farmaceutiche elettroniche o dematerializzate sono ancora poco utilizzate, meno del 15% delle prescrizioni. Insufficiente anche l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte di professionisti.

Relativamente all'ambito farmaceutico, la Regione Umbria riduce il consumo di oppioidi sul territorio, confermando un consumo tra i più bassi del Network, e vede un peggioramento nell'aderenza farmaceutica misurata come aumento nella percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine. L'appropriatezza continua a mostrare miglioramenti sebbene la dispensazione concomitante di 10 o più farmaci tra gli anziani (indicatore di osservazione) mostra criticità registrando il valore più alto per il Network (10,4%). L'efficienza prescrittiva è buona con oltre l'88% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza.

Il percorso materno-infantile registra una performance sostanzialmente media nell'area del parto e del primo anno di vita, con nessun indicatore in area critica (da attenzionare la copertura antimeningococcica). Migliora la percentuale di parti cesarei depurati e si registra una quota molto alta di parti vaginali dopo parto cesareo (83%). Performance buona anche per la fase dell'età pediatrica: molto buona sia le percentuali della copertura vaccinale per la varicella (94%) che il consumo di antibiotici in età pediatrica, in linea con le altre Regioni del Network, mentre risulta in crescita il tasso di ospedalizzazione per asma e gastroenterite.

Nel percorso cronicità, la performance della fase della promozione e prevenzione così come quella del trattamento e compliance risulta leggermente inferiore alla media. Si registra, come anticipato, la migliore copertura per vaccino antiinfluenzale per anziani rispetto alle Regioni del Network ed un aumento della presa in carico in ADI con valutazione, ma rimane ancora bassa la quota di accessi ADI con alti livelli di intensità di cura. Si mantiene buona invece la fase degli esiti con una percentuale di assistiti in ADI (over 65) con almeno un accesso al PS durante la presa in carico domiciliare (supera di poco il 10%) ma si registra un incremento nelle ospedalizzazioni per patologie sensibili alle cure ambulatoriali.

Riguardo al percorso oncologico, mentre rimane buona la performance del sistema per quanto riguarda gli screening, è possibile apprezzare una performance eterogena per le altre fasi del percorso: a valori ottimi per il rispetto dei tempi di attesa per intervento di tumore all'utero si contrappone una performance molto bassa per il rispetto dei tempi per tumore del retto, prostata e mammella. Ad una completa concentrazione della casistica nei centri di senologia si contrappone ancora un'alta dispersione della casistica per gli interventi chirurgici per tumore alla prostata. Complessivamente media la gestione del follow-up e del fine vita, in continuità con lo scorso anno.

Di nuova introduzione il percorso della salute mentale che fa apprezzare una buona performance soprattutto con riferimento alla continuità dell'assistenza mentre peggiora la quota di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche.

Il percorso emergenza-urgenza, seppur con un numero limitato di indicatori, mantiene una buona performance lungo tutte le fasi del percorso. Da attenzionare la crescita degli abbandoni da PS in linea con le altre Regioni del Network.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

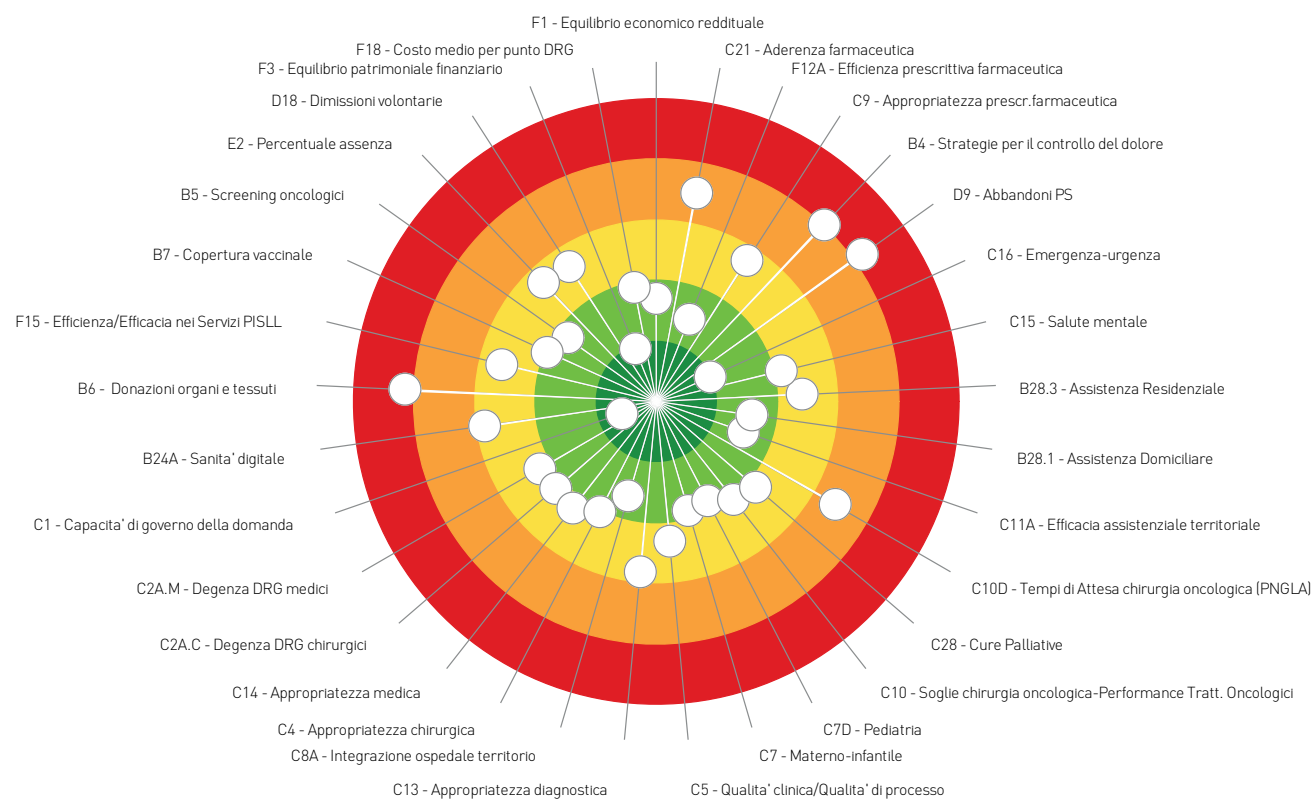
Numero indicatori di valutazione: 107

Indicatori Migliorati ↑
39.3 %

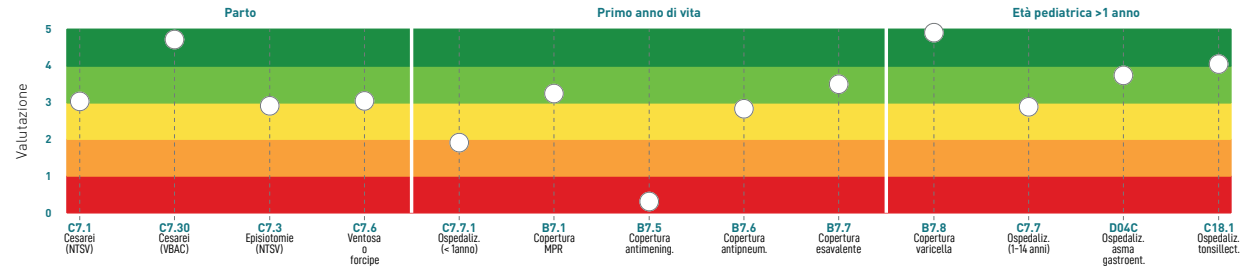
Indicatori Stabili =
10.3 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.5 %

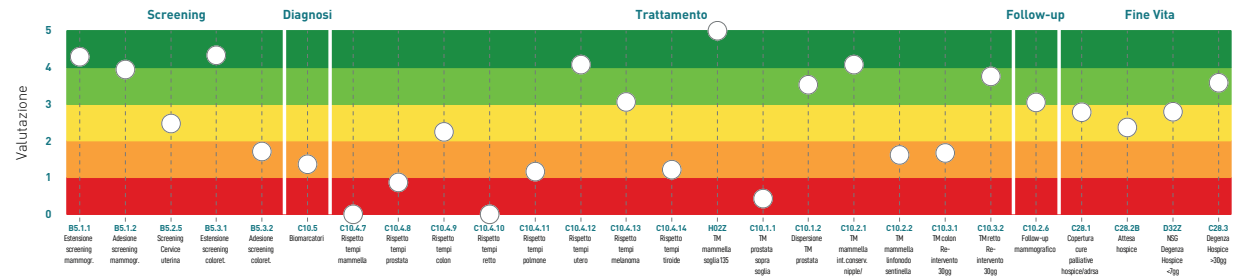
Valutazione della performance 2022



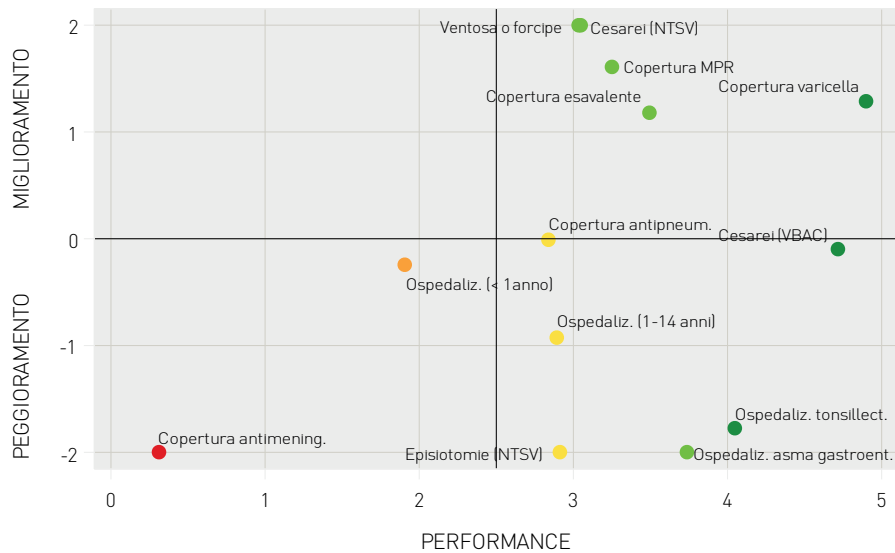
PERCORSO MATERNO INFANTILE



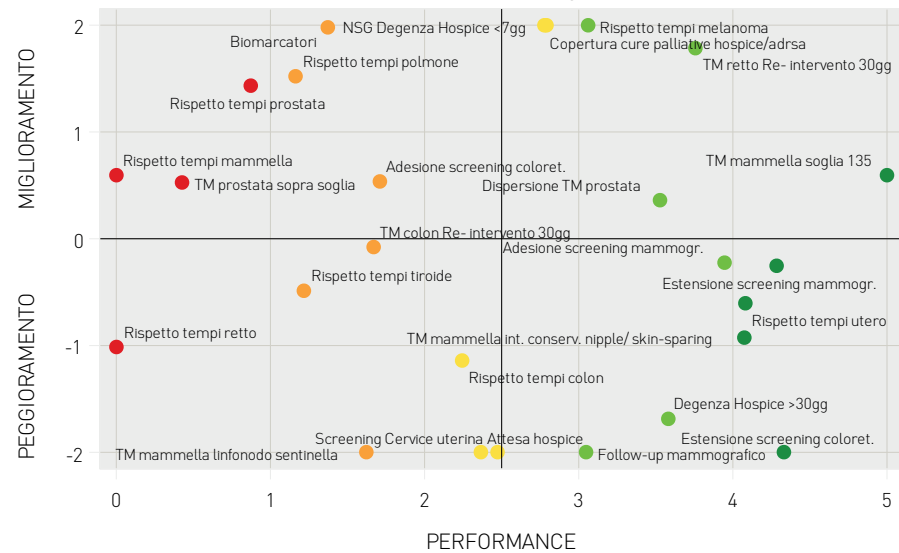
PERCORSO ONCOLOGICO

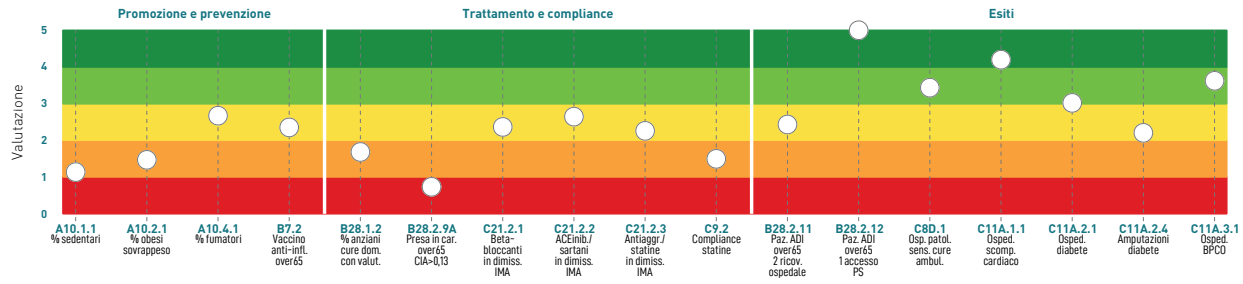


Percorso Materno infantile

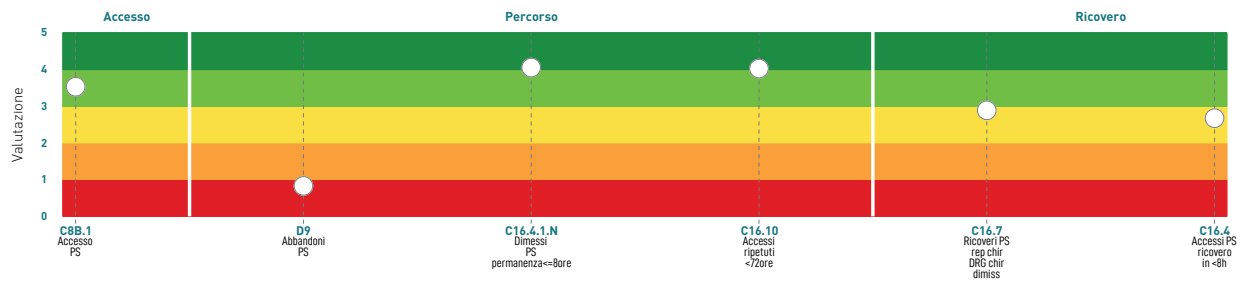


Percorso Oncologico

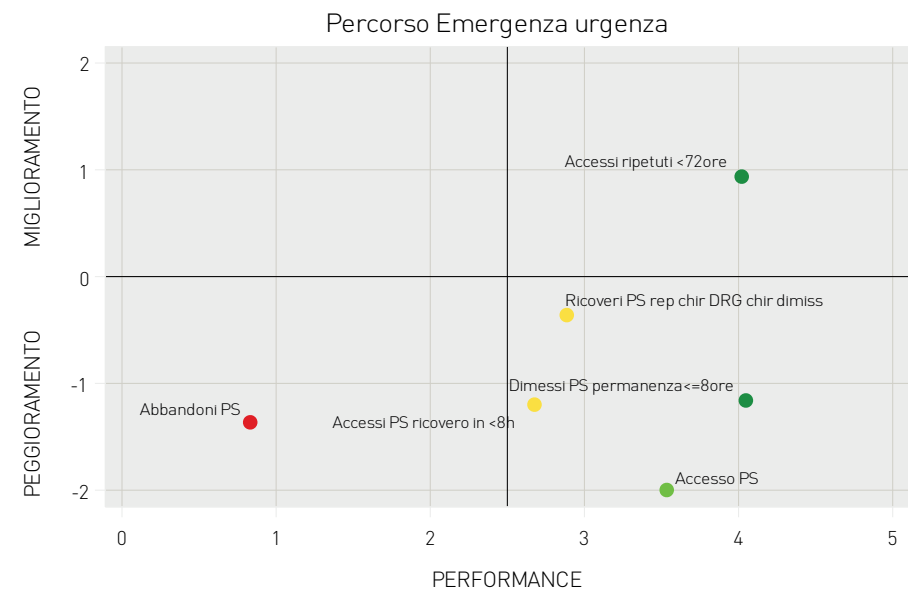
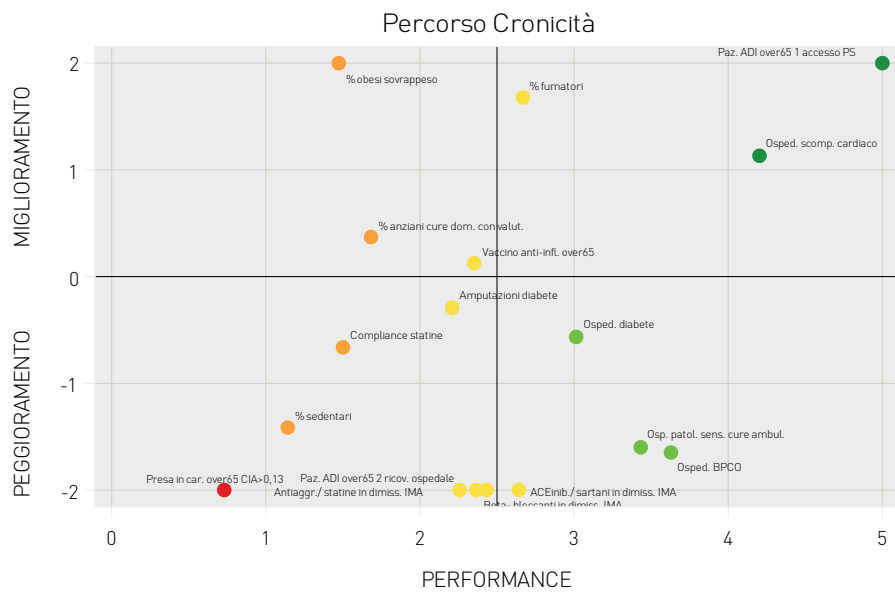




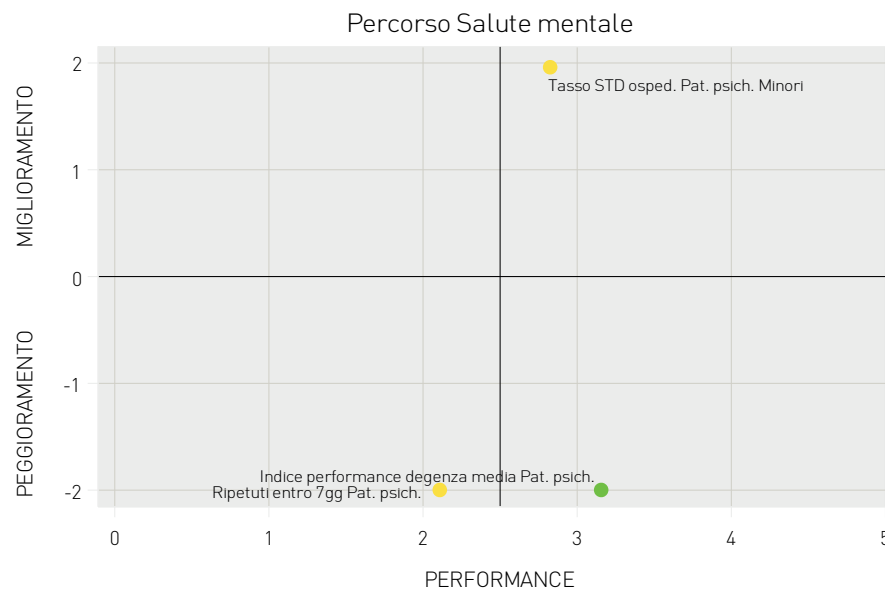
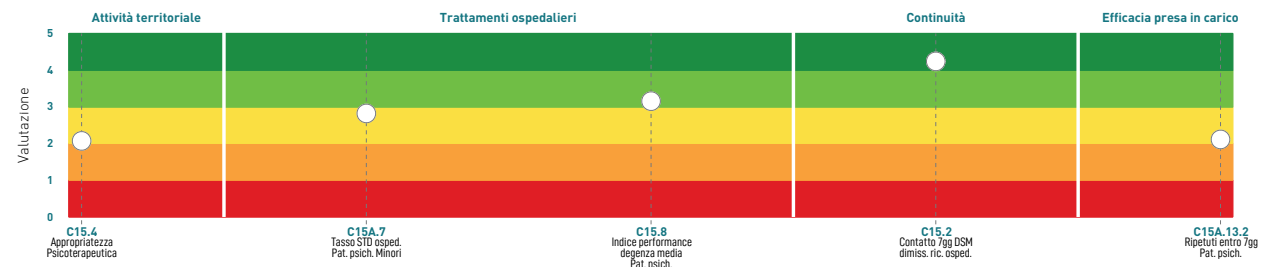
PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

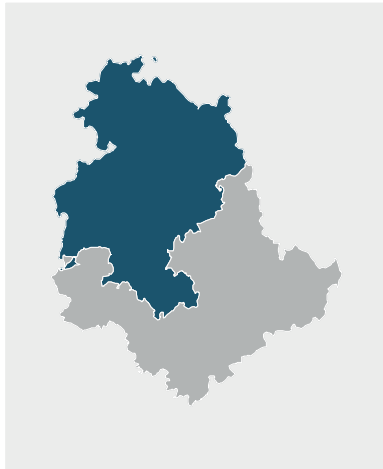


BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

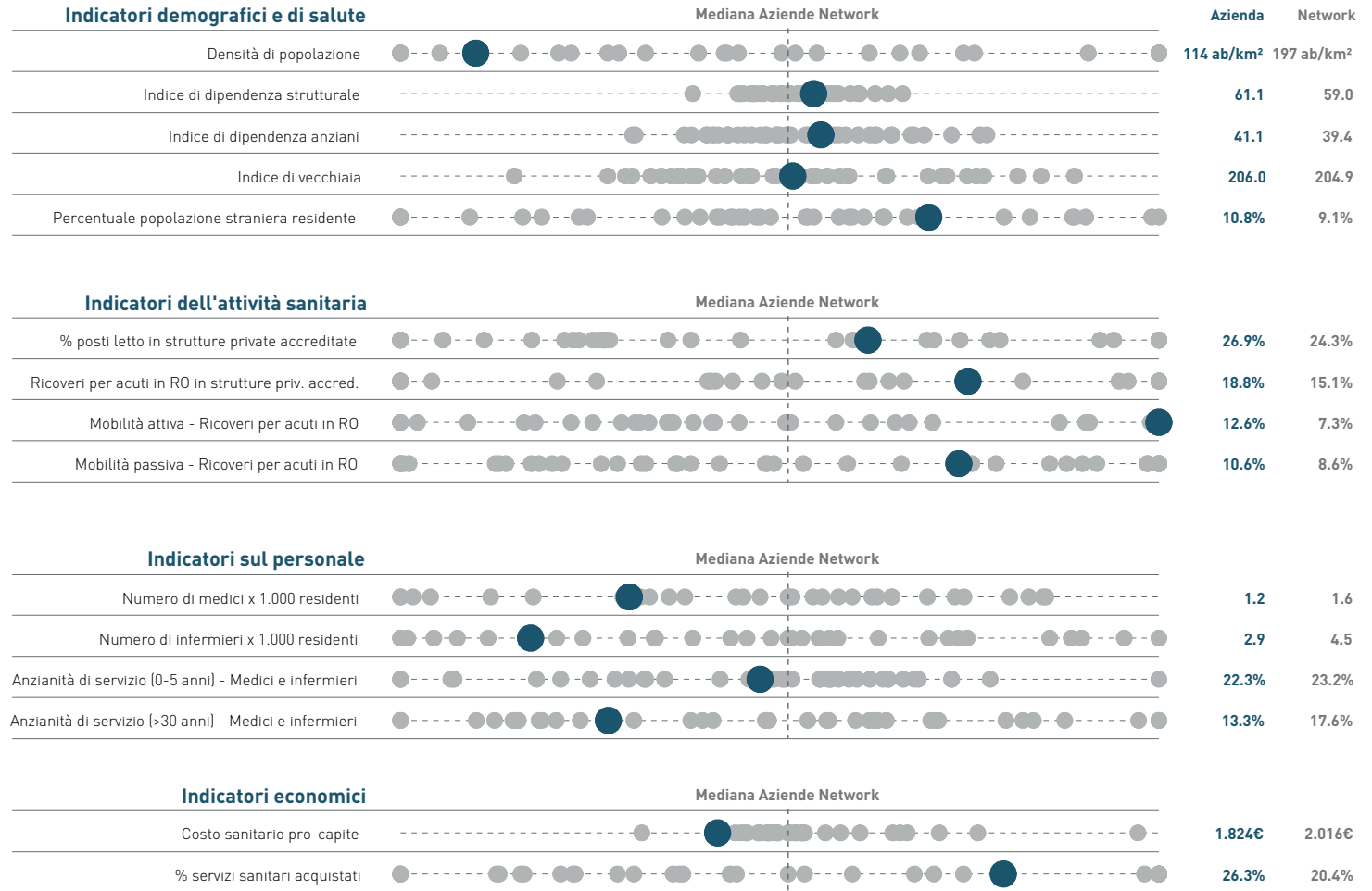
REGIONE UMBRIA

USL UMBRIA 1

Profilo azienda



Popolazione residente	490.272
Distretti Sanitari	6
Stabilimenti	11
- Pubblici	7
- Privati accreditati	4
Posti letto	938
*Strutture pubbliche e private accreditate	



USL UMBRIA 1

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 98

Indicatori Migliorati ↑
44,9 %

Indicatori Stabili =
11,2 %

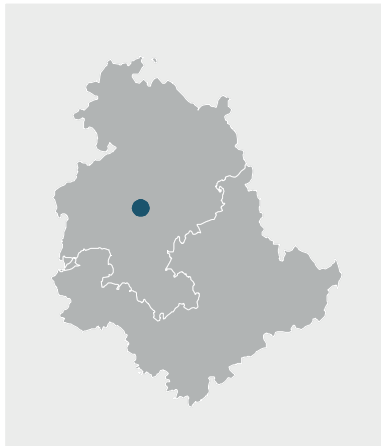
Indicatori Peggiorati ↓
43,9 %

Valutazione della Performance 2022



AO PERUGIA

Profilo azienda

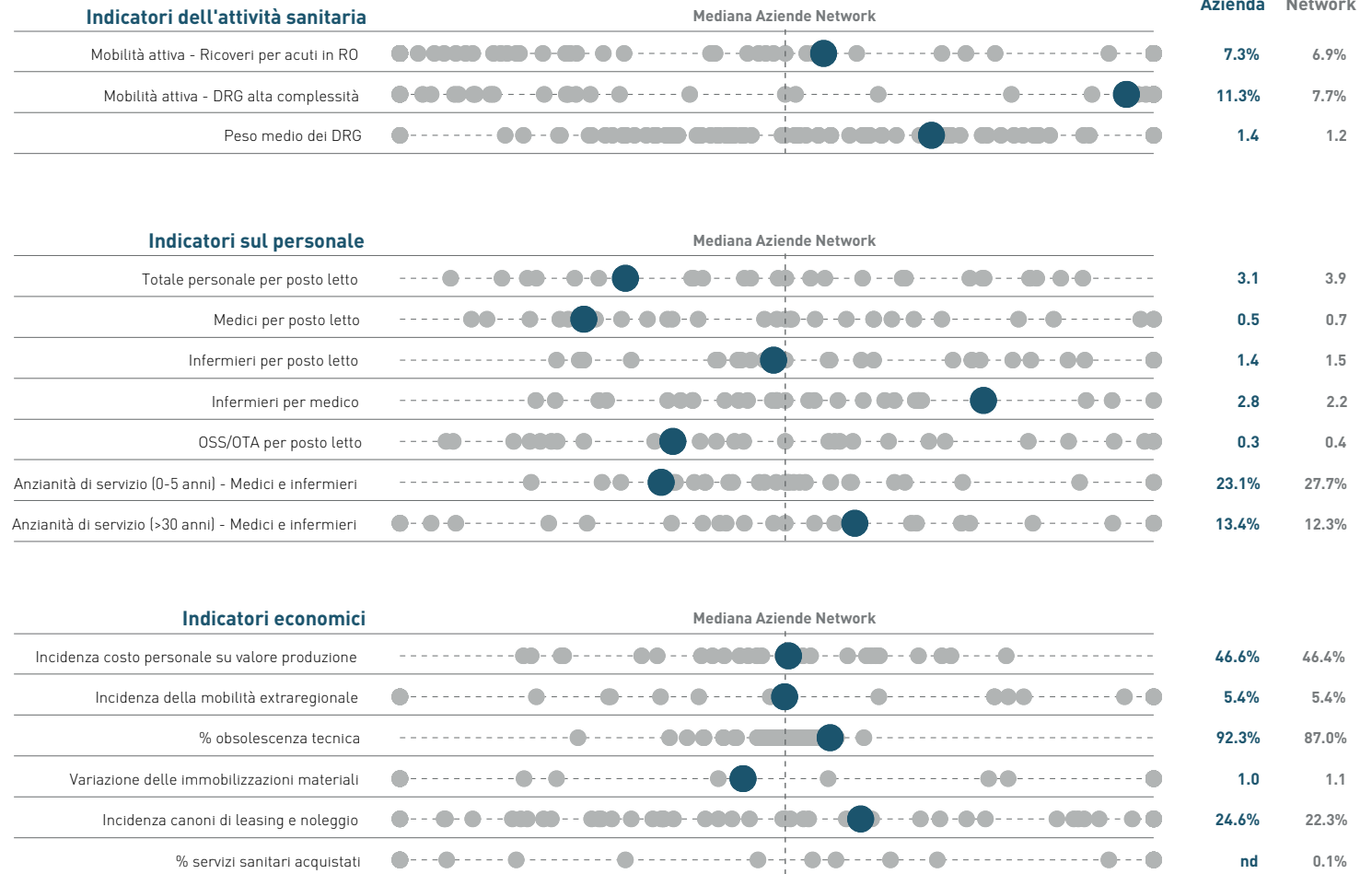


Posti letto	845
- Degenza Ordinaria	789
- Day Hospital/Day surgery	56

Dimissioni totali	35.539
Giornate di degenza ordin.	223.927

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	72.856

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.777



AO PERUGIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente

B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 48

Indicatori Migliorati ↑
37.5 %

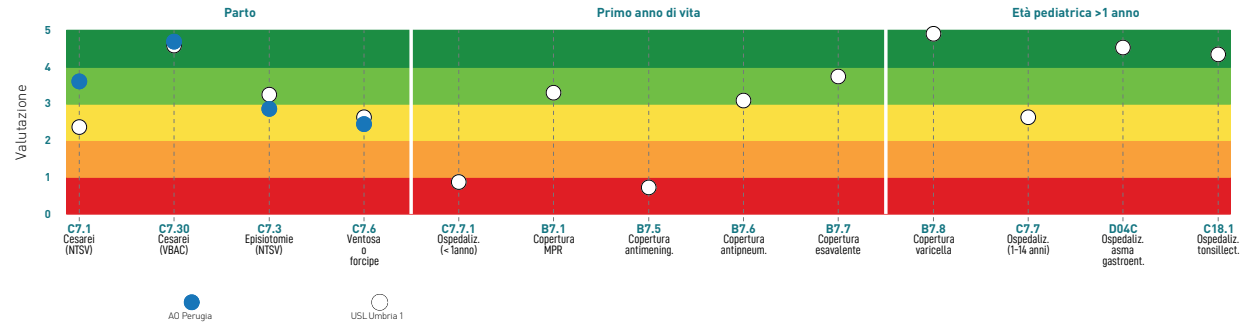
Indicatori Stabili =
12.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
50.0 %

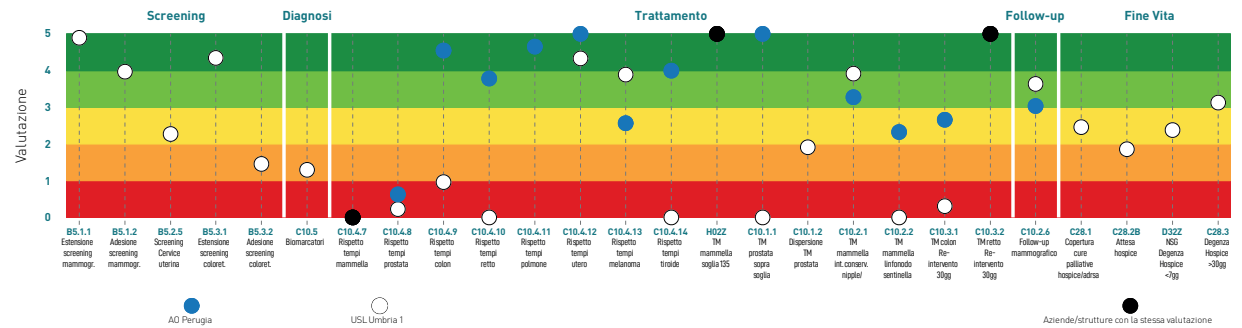
Valutazione della Performance 2022



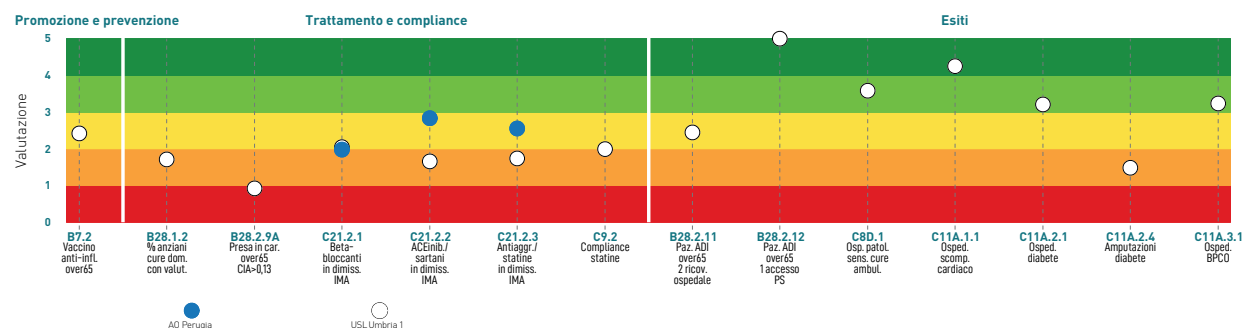
PERCORSO MATERNO INFANTILE

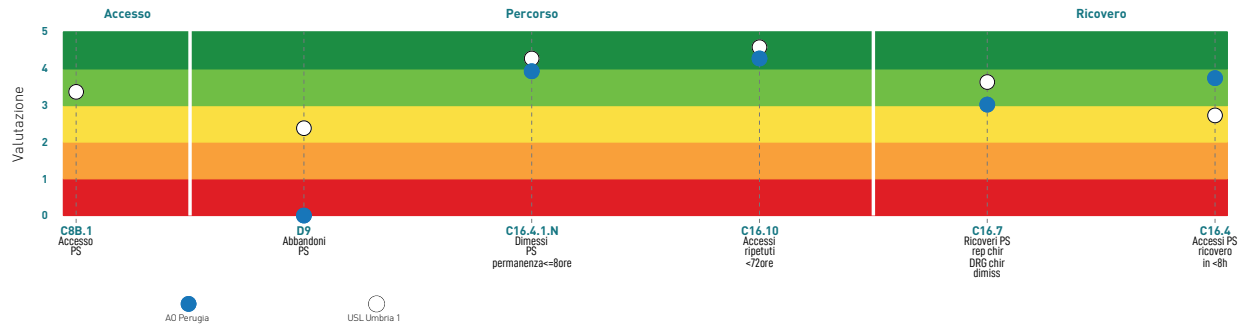


PERCORSO ONCOLOGICO

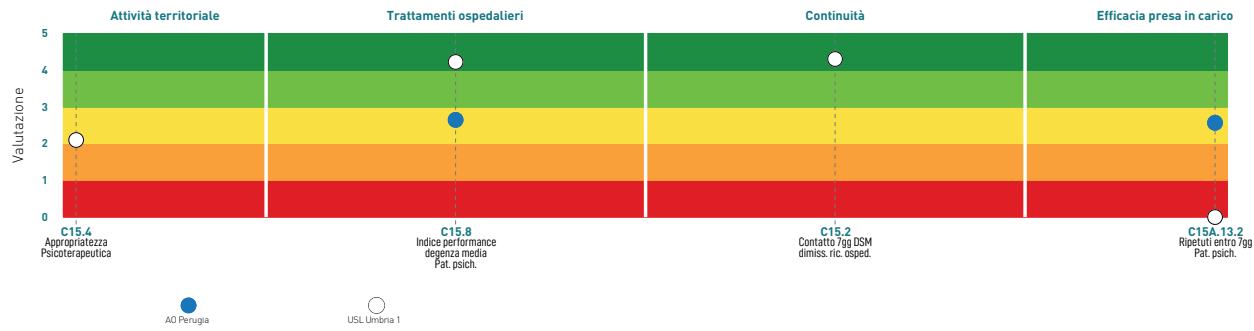


PERCORSO CRONICITÀ





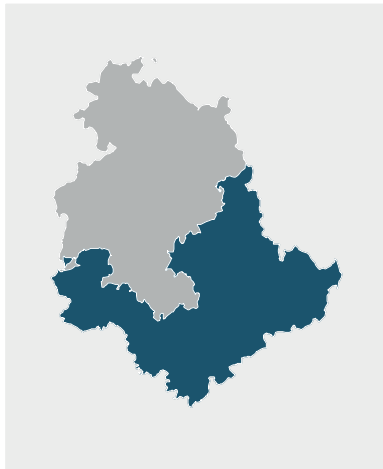
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

USL UMBRIA 2

Profilo azienda



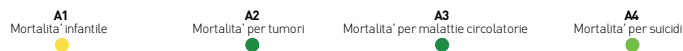
Popolazione residente	368.540
Distretti Sanitari	6
Stabilimenti	11
- Pubblici	10
- Privati accreditati	1
Posti letto	840
*Strutture pubbliche e private accreditate	



USL UMBRIA 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 99

Indicatori Migliorati ↑
35.4 %

Indicatori Stabili =
11.1 %

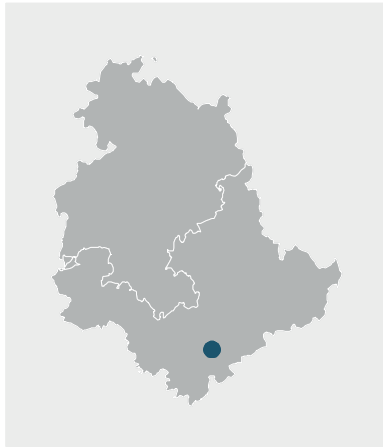
Indicatori Peggiorati ↓
53.5 %

Valutazione della Performance 2022

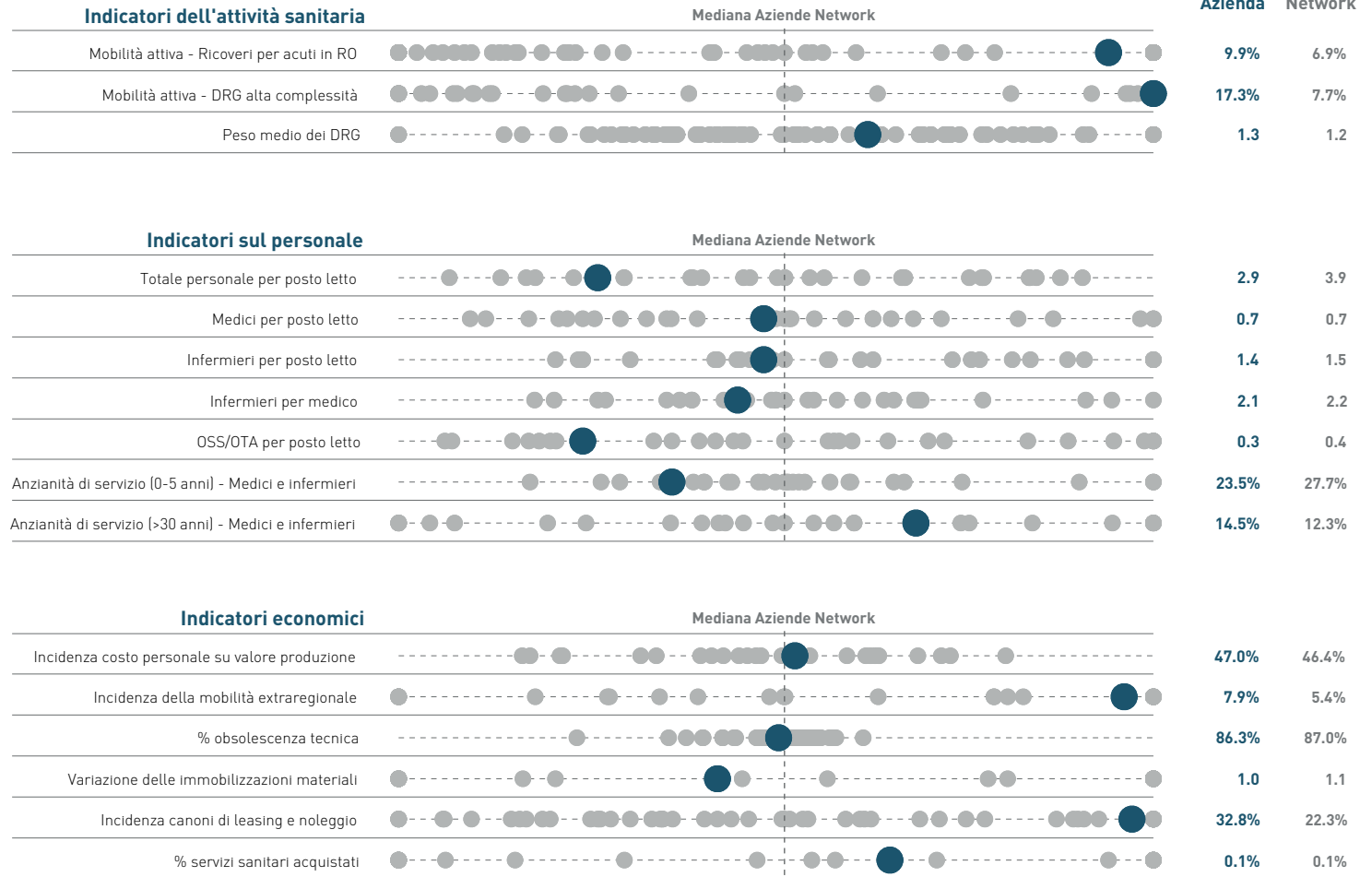


AO TERNI

Profilo azienda



Posti letto	549
- Degenza Ordinaria	511
- Day Hospital/Day surgery	38
Dimissioni totali	23.624
Giornate di degenza ordin.	156.741
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	41.548
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.040



AO TERNI

Valutazione dell'attività di ricerca (2019-2021)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 50

Indicatori Migliorati ↑

40.0 %

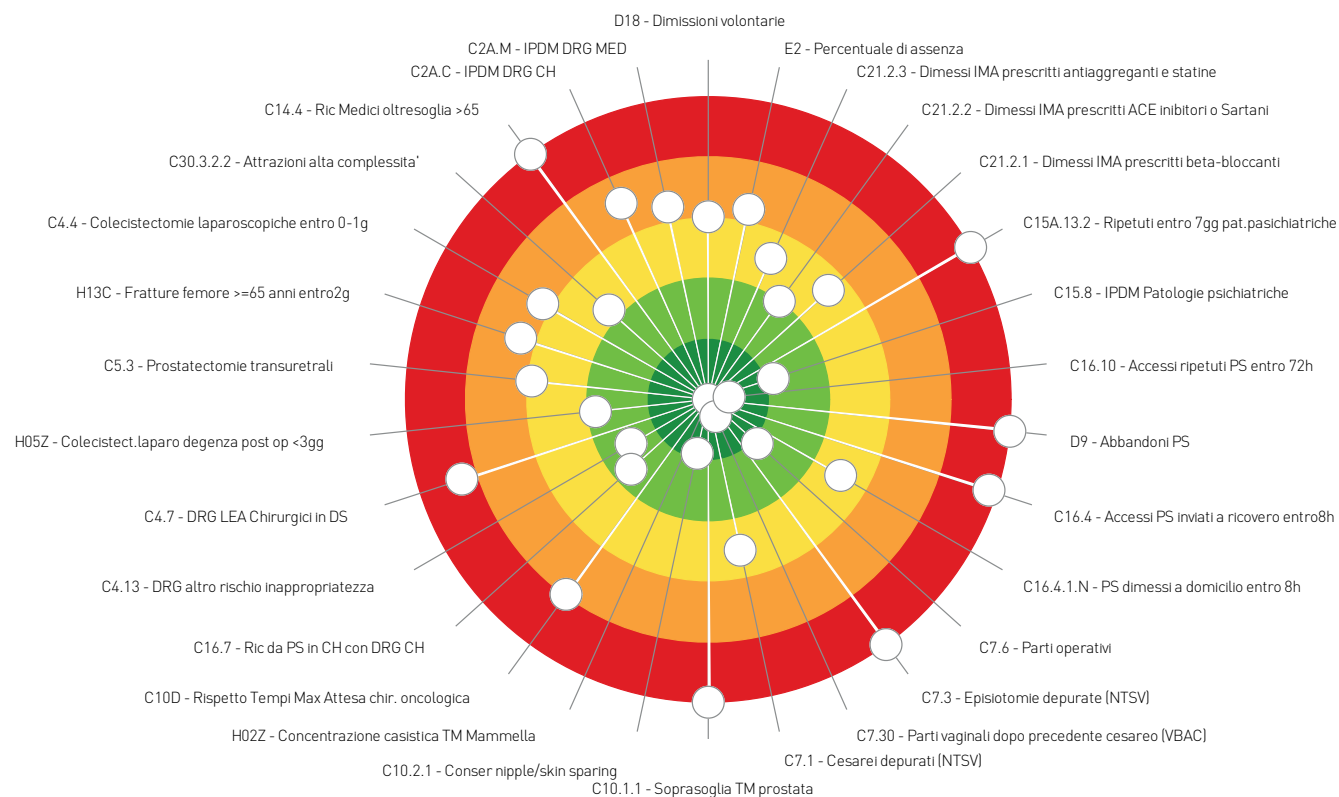
Indicatori Stabili =

8.0 %

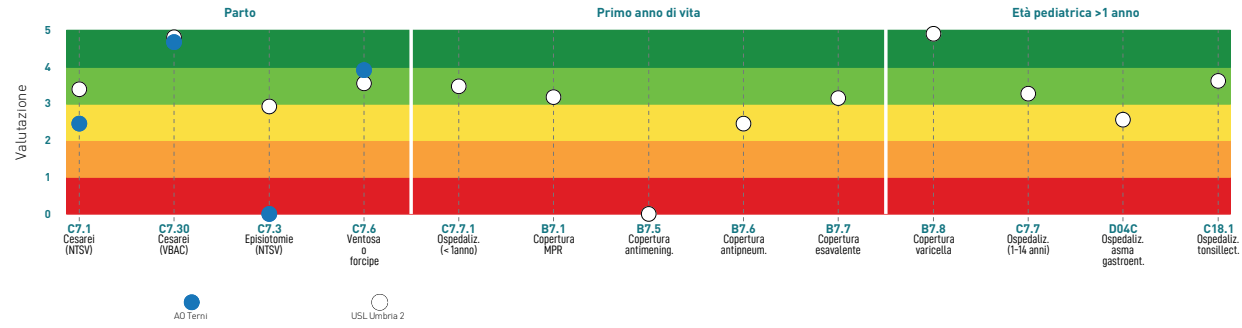
Indicatori Peggiorati ↓

52.0 %

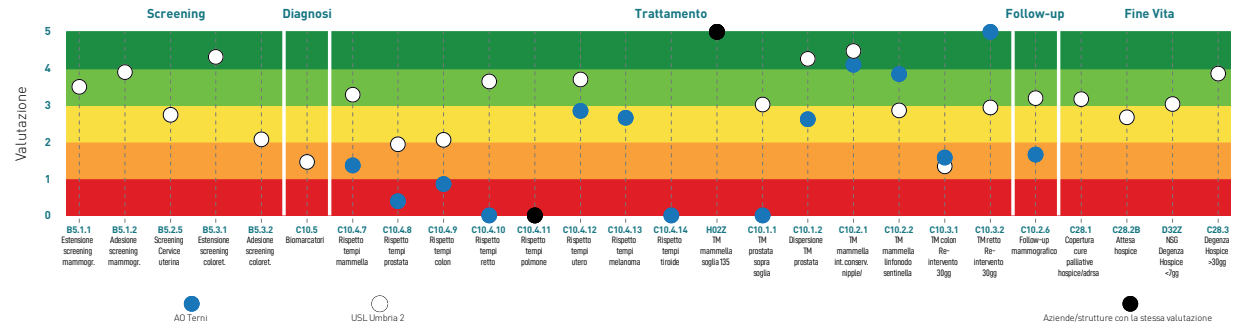
Valutazione della Performance 2022



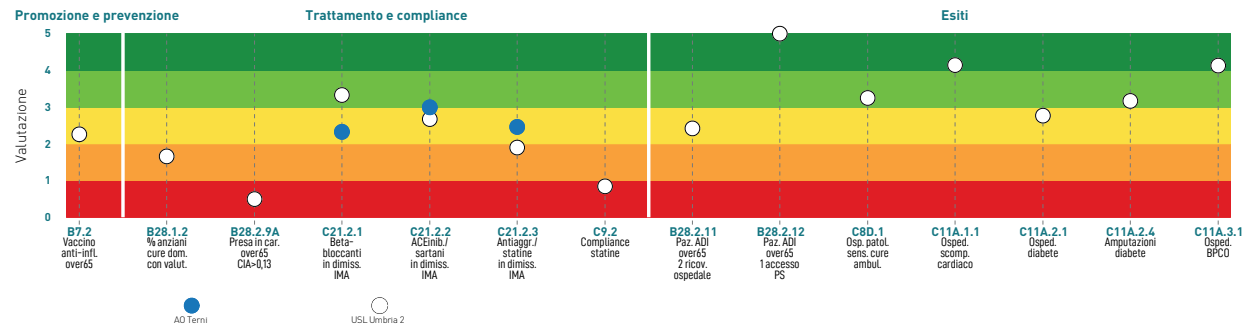
PERCORSO MATERNO INFANTILE

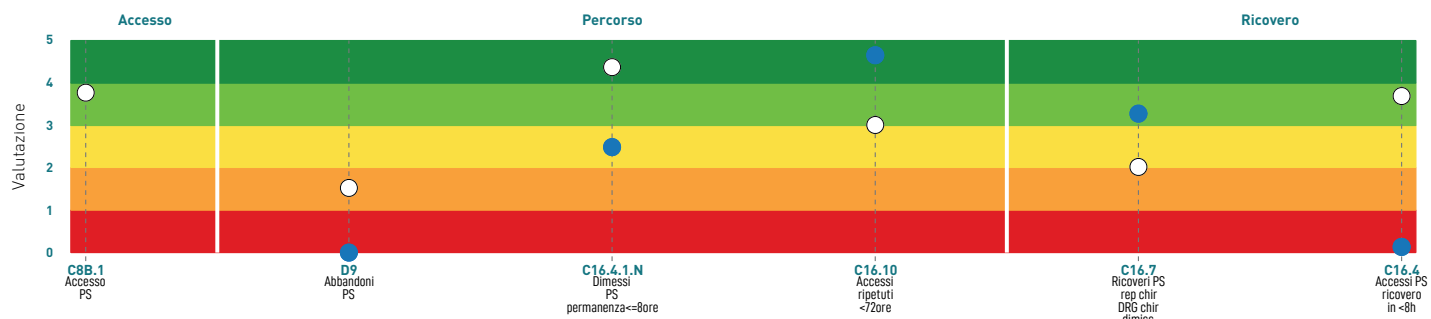


PERCORSO ONCOLOGICO

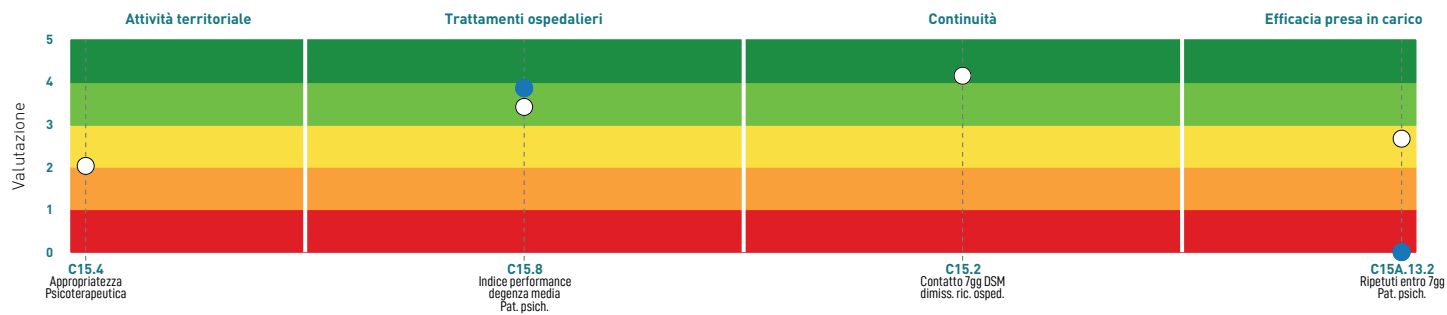


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

VENETO

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. La stessa norma ha istituito Azienda Zero, quale "Azienda per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale". 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).

Profilo regione



Popolazione residente **4.847.745**

Aziende Sanitarie Territoriali **9**
Distretti Sanitari **26**

Strutture di ricovero **75**
- Pubbliche **47**
di cui AO/AOU **2**
di cui IRCCS **1**
- Private accreditate **28**
di cui AO/AOU **.**
di cui IRCCS **3**

Posti letto Totali **16.764**

*Strutture pubbliche e private accreditate



LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Veneto nel 2022. Dei 159 indicatori di valutazione caricati a maggio 2023, la Regione Veneto mostra una performance ottima; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e verdona del bersaglio. La Regione mostra una situazione complessivamente stabile: il 17% degli indicatori è rimasto costante, mentre il 37% ha mostrato miglioramenti, mentre il 46% peggiora tra il 2021 e il 2022, pur mantenendosi in una fascia di performance molto buona.

Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. La Regione Veneto mostra una performance ottima in tutti gli indicatori volti a monitorare la tempestività di accesso agli interventi chirurgici oncologici di priorità A, risultato che si conferma altresì nell'ambito della specialistica ambulatoriale. Qua, la Regione Veneto si distingue come best practice nel rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche di priorità B e D, parametrati secondo gli standard nazionali (indicatori di osservazione). L'appropriatezza diagnostica, misurata come percentuale di RM lombari ripetute entro 12 mesi e come tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti, è in linea con i valori pre-pandemici. Infine, la gestione del triage risulta efficiente, sebbene si noti una criticità nella gestione dei pazienti con priorità urgente (Codice 2), che colloca la Regione nella categoria "arancione" con una diminuzione del 13%.

L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma buona. Si osserva una stabilità nell'ambito dell'appropriatezza chirurgica, con particolare rilievo per l'eccellente risultato ottenuto nella proporzione di colecistomie laparoscopiche che prevedono una degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni, proxy della performance delle strutture ospedaliere. La qualità clinica rimane stabile, seppur vi siano ambiti che hanno visto un miglioramento nel corso del 2022. La regione Veneto registra un aumento di dieci punti nella percentuale di fratture del collo del femore trattate entro 2 giorni, nonché un miglioramento di due punti percentuali nella percentuale di colecistomie laparoscopiche svolte in regime di day-surgery e con ricovero ordinario di 0-1 giorno. Per quanto riguarda i ricoveri medici, si rileva un aumento nella durata rispetto all'anno precedente, mentre continua la tendenza alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici, con valori allineati alla media delle altre regioni facenti parte del Network. Da segnalare la percentuale di dimissioni volontarie, considerata come proxy della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, in crescita rispetto ai valori dell'ultimo triennio ma al di sotto della media dei valori registrati nelle altre Regioni.

Nel contesto della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, è essenziale prestare particolare attenzione all'incremento del tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, un indicatore che mira a valutare l'efficacia della risposta assistenziale fornita sul territorio. D'altra parte, la regione registra un ottimo risultato nella percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni, un dato che si mantiene sostanzialmente stabile durante l'arco del triennio. È inoltre degna di nota l'ottima qualità dell'assistenza residenziale, con un efficace approccio alla gestione dei pazienti a livello domiciliare, riducendo al minimo la necessità di ricorrere alle strutture ospedaliere e ai Pronto Soccorso. Da sottolineare anche l'eccellente offerta del servizio di assistenza domiciliare per i pazienti coinvolti in programmi di cure domiciliari integrate a vari livelli di intensità assistenziale.

Nel campo della sanità digitale, si riscontrano risultati eterogenei. In linea con i dati del 2021, la per-

centuale di ricette dematerializzate continua a crescere, raggiungendo il 99% per quanto riguarda le ricette farmaceutiche dematerializzate. Tuttavia, si assiste a una diminuzione dell'attenzione riservata al Fascicolo Sanitario Elettronico. Sebbene si verifichi un aumento dell'alimentazione da parte degli operatori e dei professionisti sanitari, si registra un calo da parte delle aziende sanitarie, che passa dal 99% all'88%. Cala, inoltre, l'utilizzo da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Migliorano i risultati sull'efficienza prescrittiva farmaceutica misurati attraverso il ricorso ai farmaci a brevetto scaduto (dal 77% all'85%); si riduce inoltre la spesa per unità posologica di molte molecole, mantenendo in generale la performance dell'efficienza prescrittiva ospedaliera nella media delle Regioni del Network. Da attenzionare invece il consumo di antibiotici, in aumento soprattutto nella fascia pediatrica, seppur la performance rimanga buona. Segnale positivo è invece la conferma nella riduzione dell'uso di antibiotici iniettabili sul territorio. Gli altri indicatori che valutano l'appropriatezza prescrizione farmaceutica rimangono sostanzialmente stabili tra il 2021 e il 2022. Molto buona la gestione della politerapia, dove la regione Veneto mostra una dispensazione di farmaci concomitanti inferiore rispetto alle altre regioni del Network (indicatori di osservazione). Rimangono pressoché stabili anche i livelli di aderenza farmaceutica per i pazienti con infarto del miocardio, con riferimento a beta-bloccanti, ACE inibitori o sartani, a fronte di una crescita nell'abbandono di terapia con statine nella popolazione generica.

Relativamente al percorso materno-infantile, il sistema veneto conferma una buona performance lungo tutte le fasi; si inverte la tendenza rilevata lo scorso anno nella percentuale di episiotomie depurate, che calano del 7%. Buono il ricorso a parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC), in crescita rispetto allo scorso anno (dal 23,8% al 25,5%). Performance buona anche per la fase dell'età pediatrica: molto buona sia le percentuali della copertura vaccinale per la varicella (94,3%) che per il tasso di ospedalizzazioni per asma e gastroenterite, seppur in aumento rispetto al 2021.

Il percorso cronicità presenta una buona performance, seppur più eterogenea. Da attenzionare maggiormente la fase di promozione e prevenzione della salute, con particolare riferimento alla copertura per vaccino antinfluenzale per anziani, che mostra tuttavia segni di ripresa rispetto al 2021. Si mantengono molto buone le fasi di trattamento e compliance e di esiti, dove la regione Veneto registra alcune tra le performance migliori del Network nei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche e per patologie sensibili alle cure ambulatoriali.

Relativamente al percorso oncologico, tutto il percorso è caratterizzato da performance molto buone, in particolare nella fase del trattamento con il rispetto dei tempi d'attesa per la chirurgia oncologica di priorità A e la concentrazione della casistica per i tumori al seno e alla prostata. Molto buona anche la fase degli screening. Complessivamente nella media la gestione del follow-up e del fine vita.

In riferimento al percorso emergenza-urgenza, sebbene si registri un generale peggioramento degli indicatori, il sistema veneto mantiene una performance molto buona nella tempestività di gestione dei codici di priorità 3, 4 e 5, a fronte della criticità nel codice 2 già evidenziata in precedenza. Peggiorano tuttavia la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, proxy dell'efficienza del sistema ospedaliero nel suo complesso, e la percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso.

Di nuova introduzione il percorso della salute mentale che fa apprezzare una buona performance soprattutto con riferimento all'attività territoriale, dove la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi è tra le più basse del Network e in calo rispetto al 2021.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

A2
Mortalità per tumori

A3
Mortalità per malattie circolatorie

A4
Mortalità per suicidi

Numero indicatori di valutazione: 145

Indicatori Migliorati ↑
36.6 %

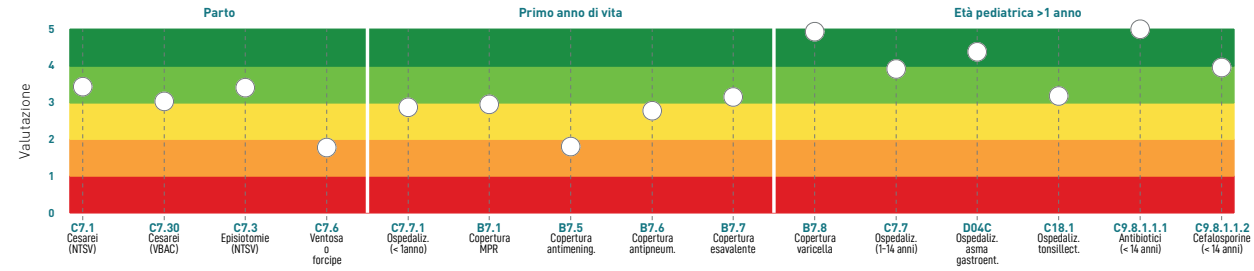
Indicatori Stabili =
17.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
46.2 %

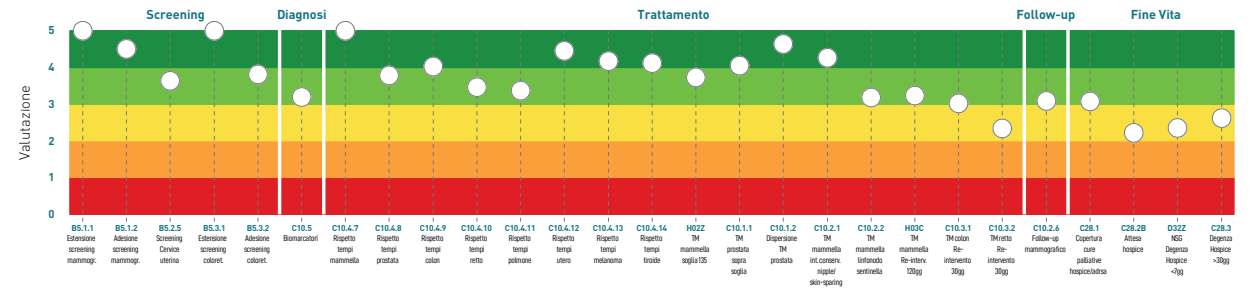
Valutazione della performance 2022



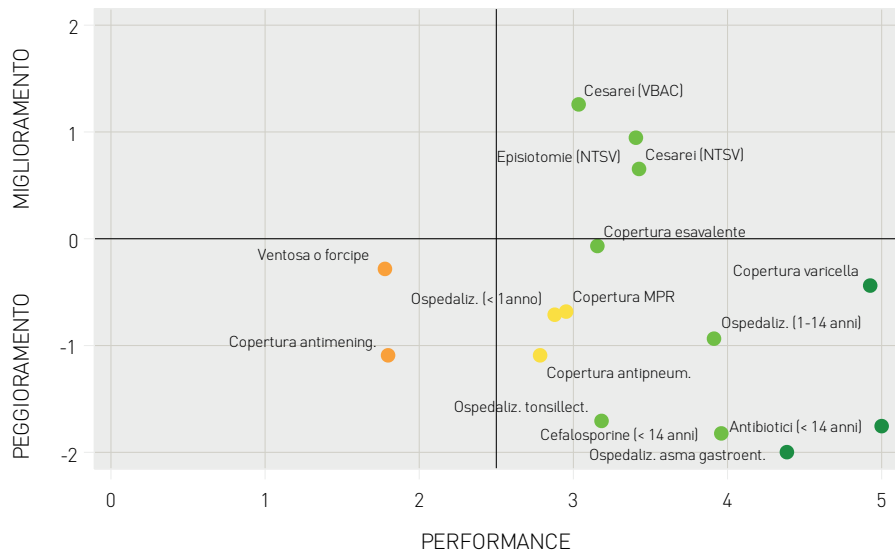
PERCORSO MATERNO INFANTILE



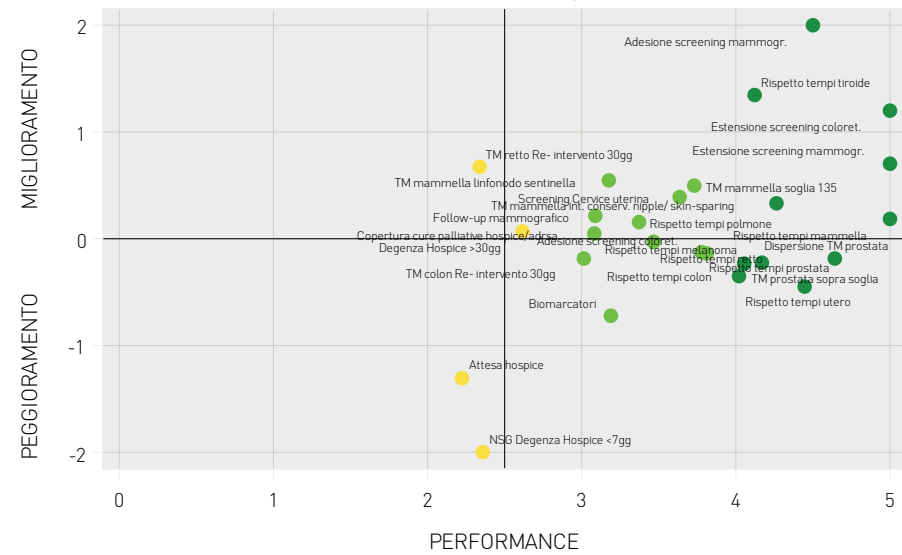
PERCORSO ONCOLOGICO

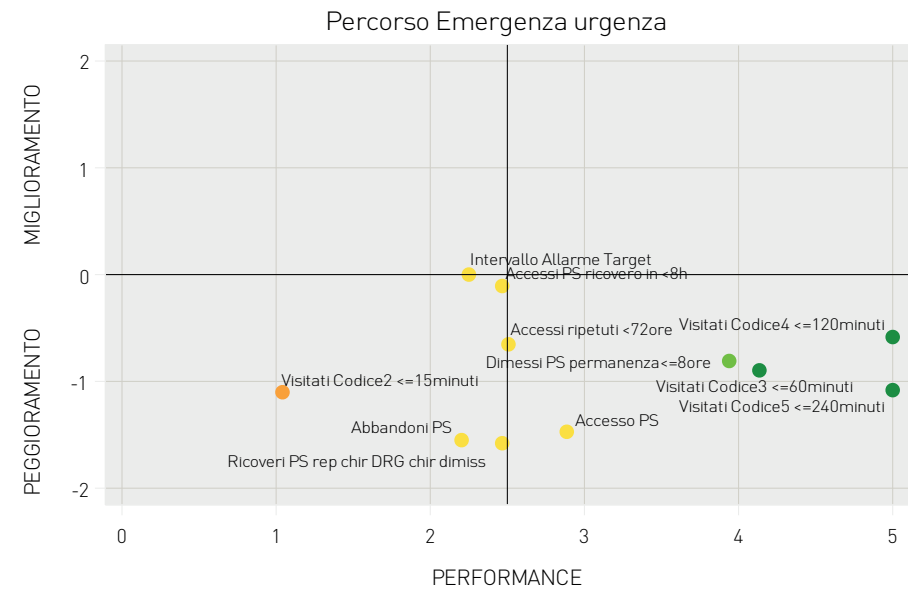
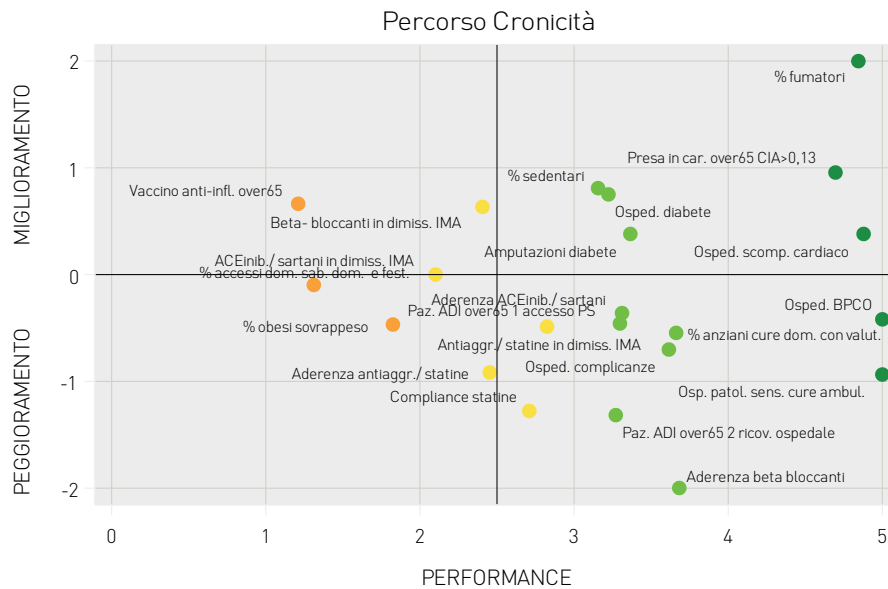
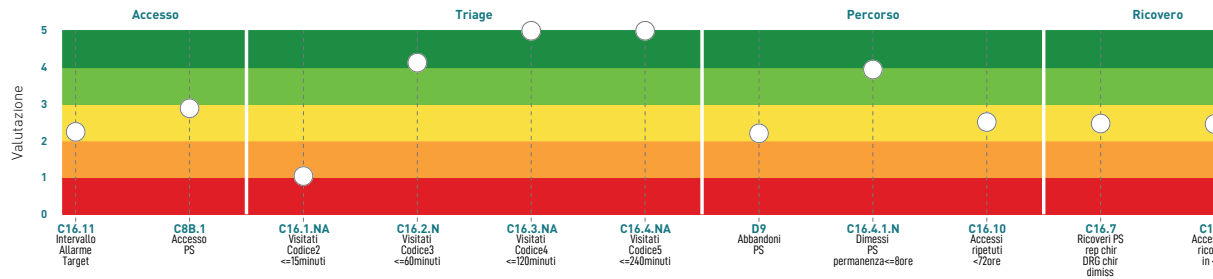
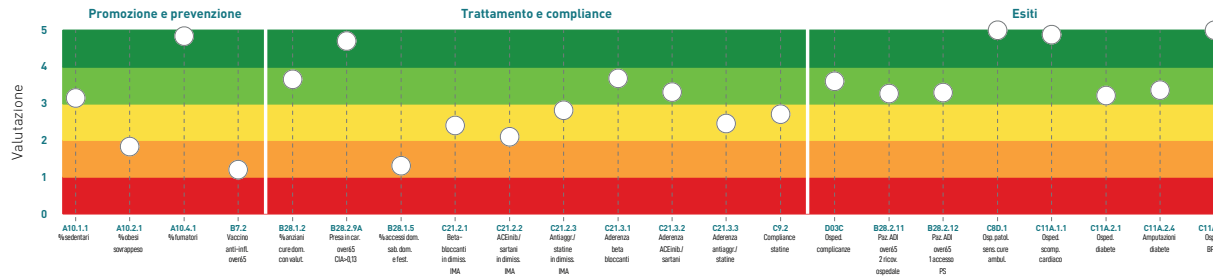


Percorso Materno infantile

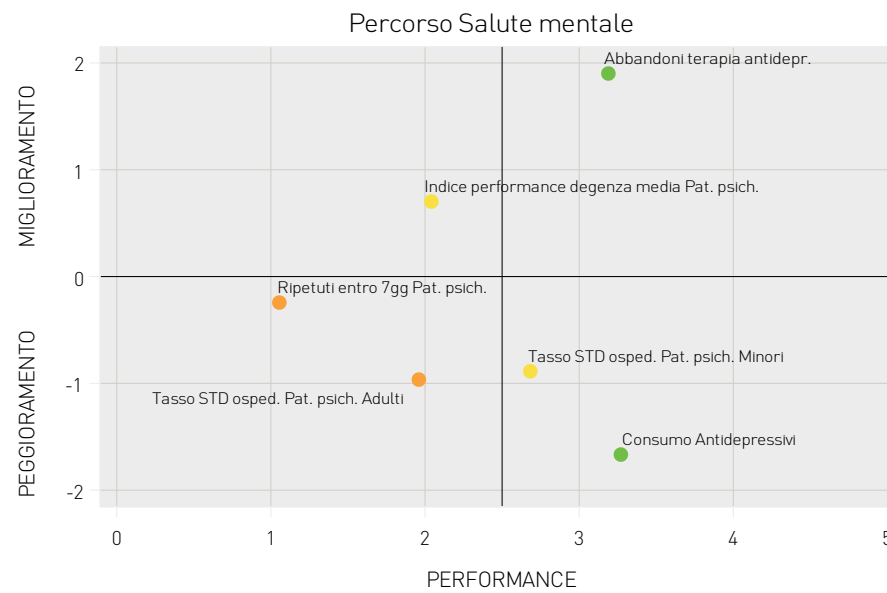
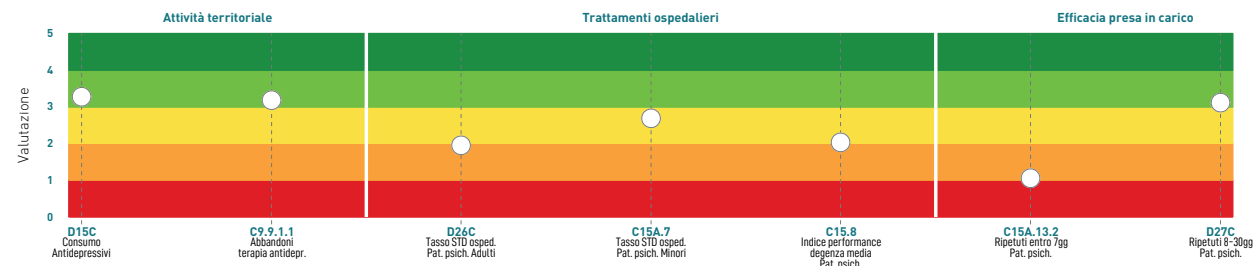


Percorso Oncologico





PERCORSO SALUTE MENTALE

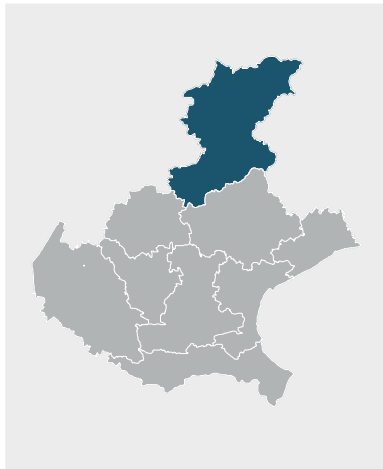


BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

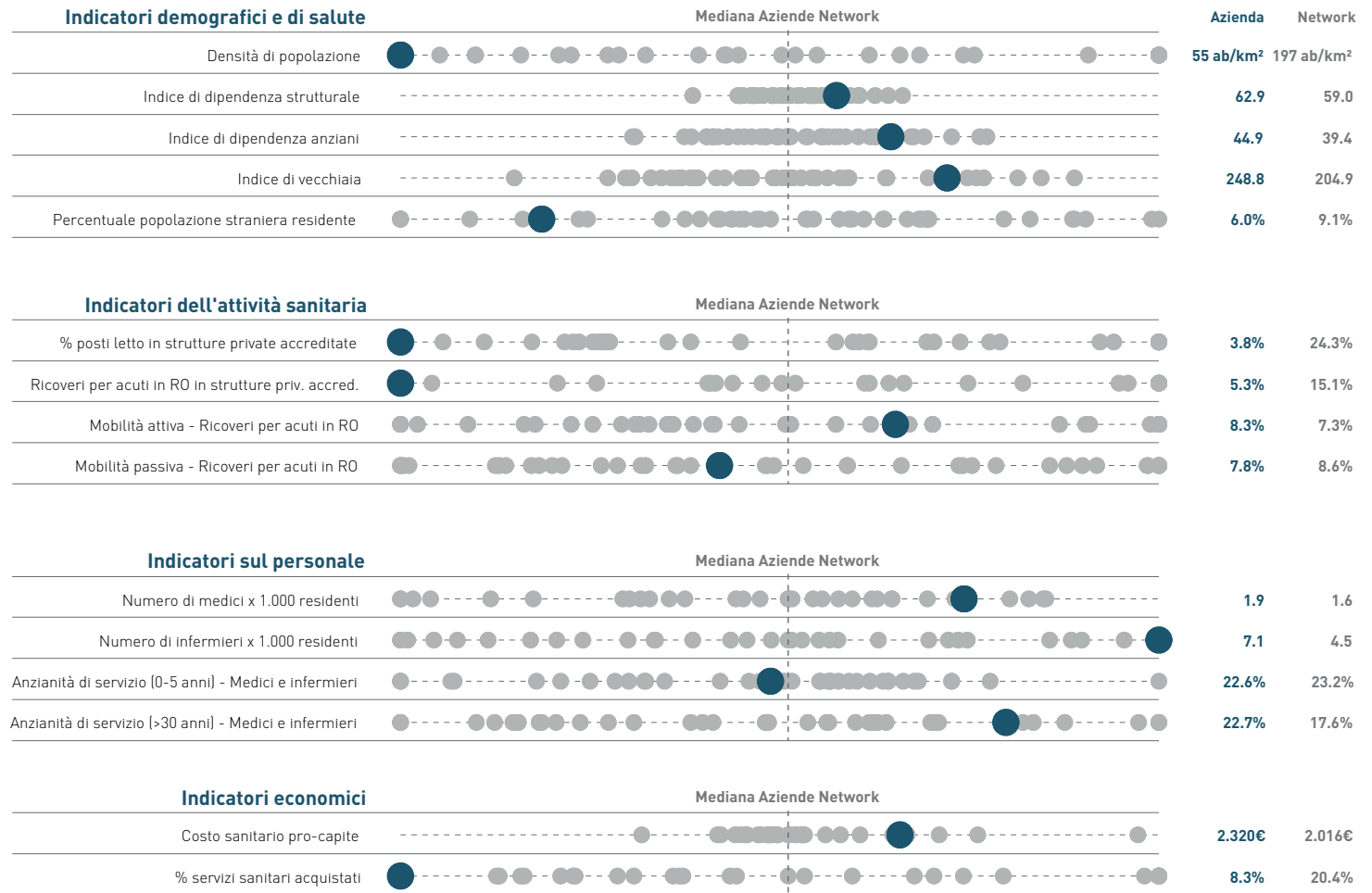
REGIONE VENETO

ULSS N. 1 DOLOMITI

Profilo azienda



Popolazione residente	198.676
Distretti Sanitari	2
Stabilimenti	6
- Pubblici	5
- Privati accreditati	1
Posti letto	741
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 1 DOLOMITI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 130

Indicatori Migliorati ↑
41.5 %

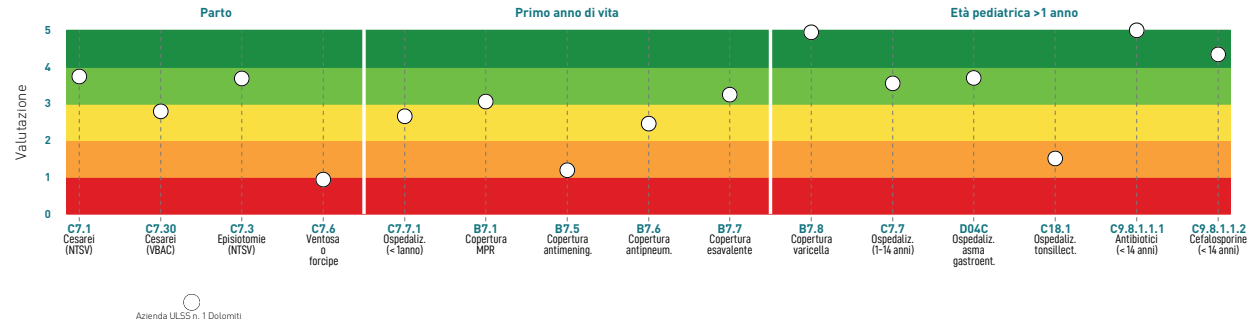
Indicatori Stabili =
14.6 %

Indicatori Peggiorati ↓
43.8 %

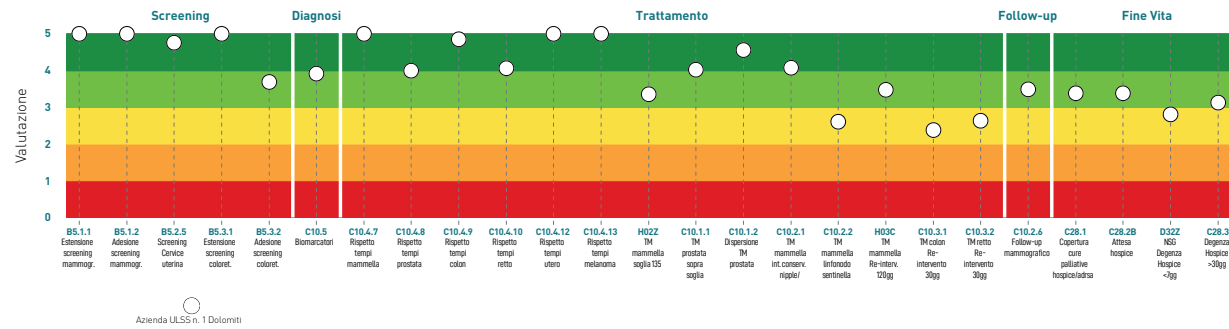
Valutazione della Performance 2022



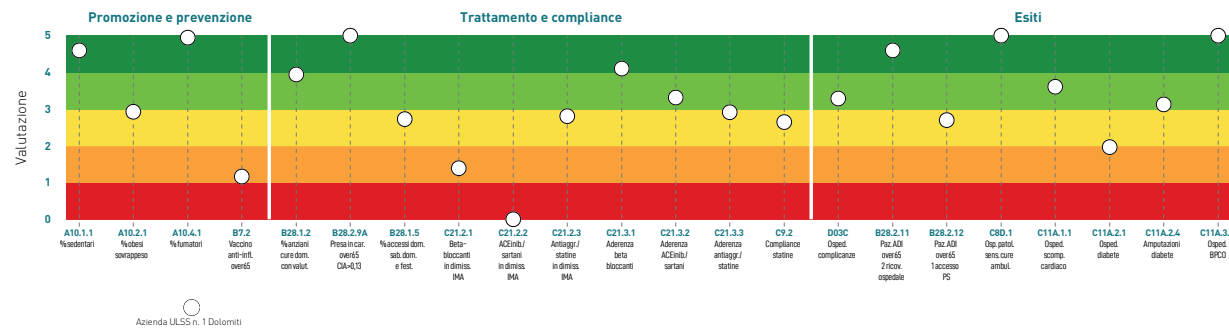
PERCORSO MATERNO INFANTILE

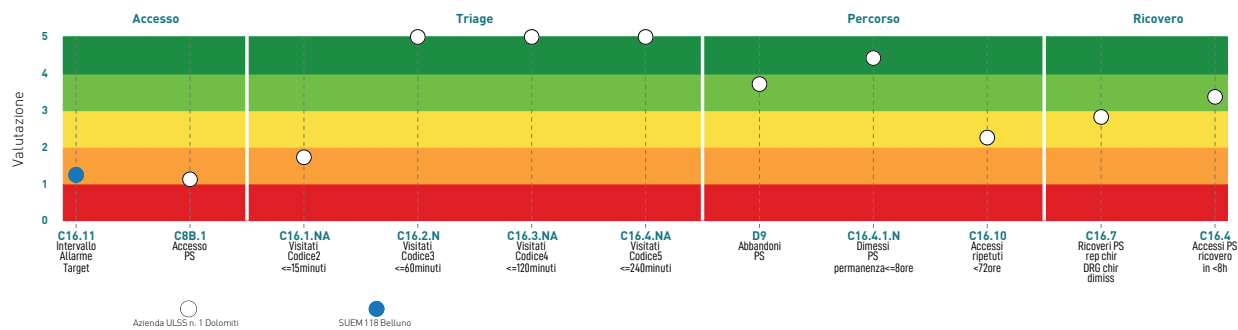


PERCORSO ONCOLOGICO

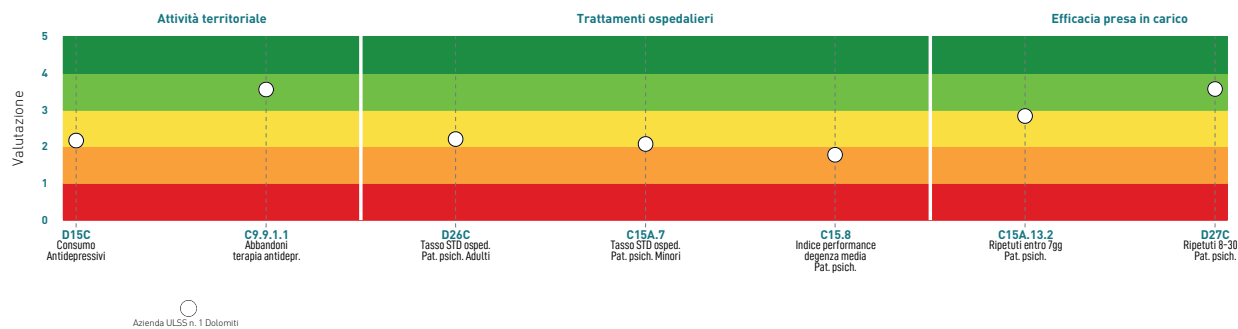


PERCORSO CRONICITÀ





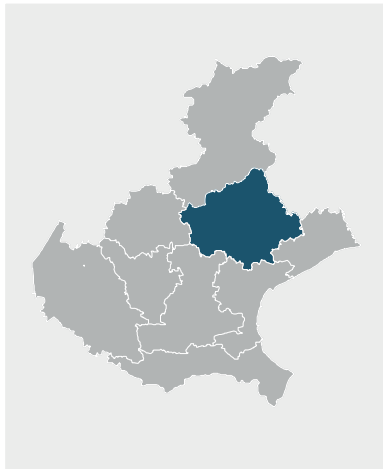
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



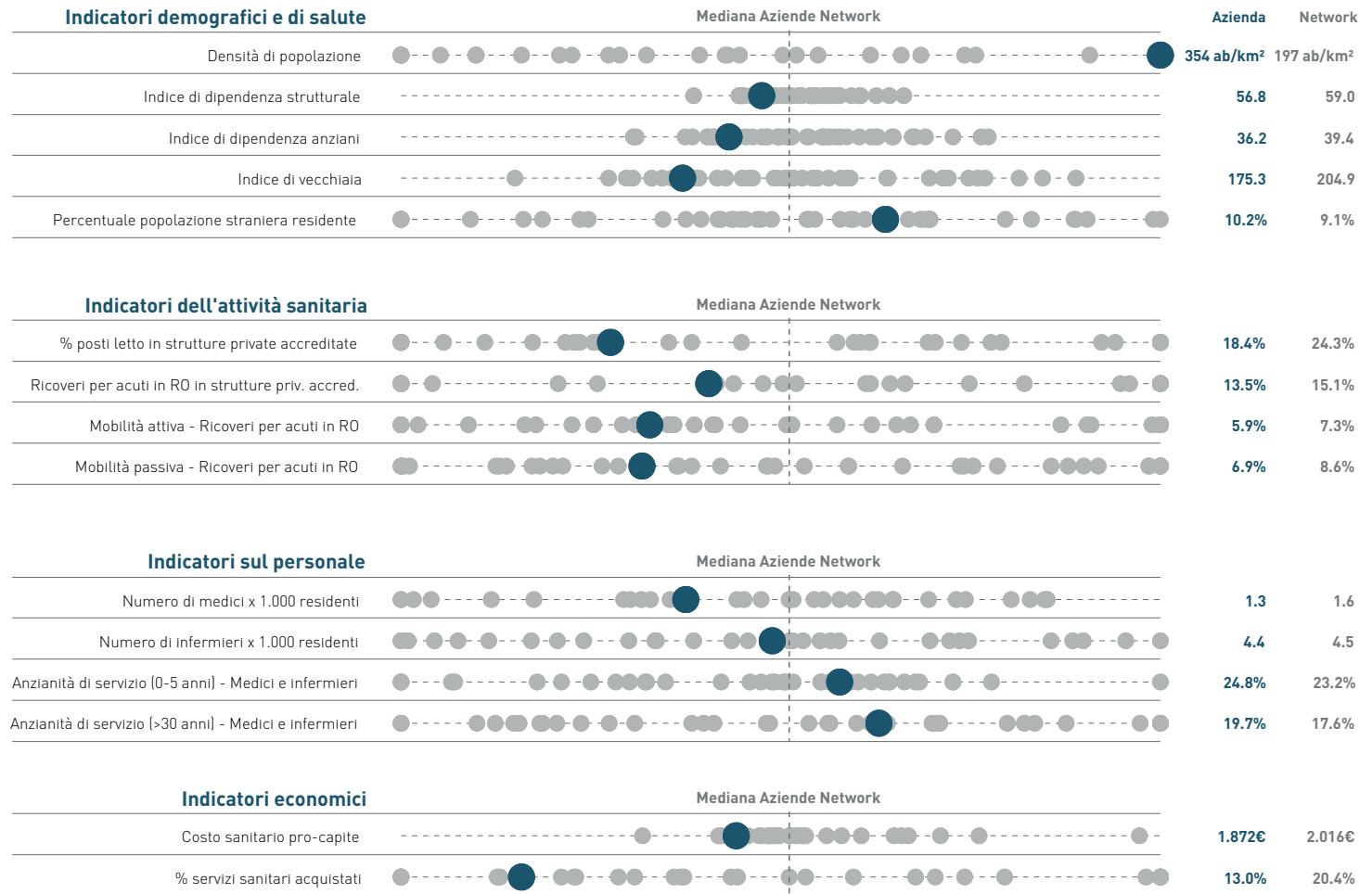
PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Profilo azienda



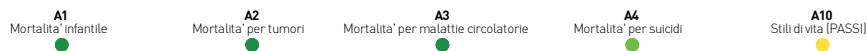
Popolazione residente	877.890
Distretti Sanitari	4
Stabilimenti	12
- Pubblici	7
- Privati accreditati	5
Posti letto	2.640
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑
30.5 %

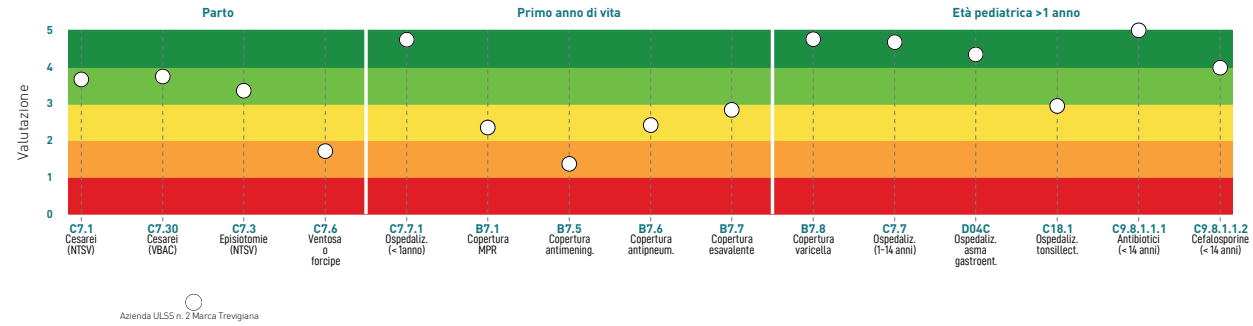
Indicatori Stabili =
14.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
55.0 %

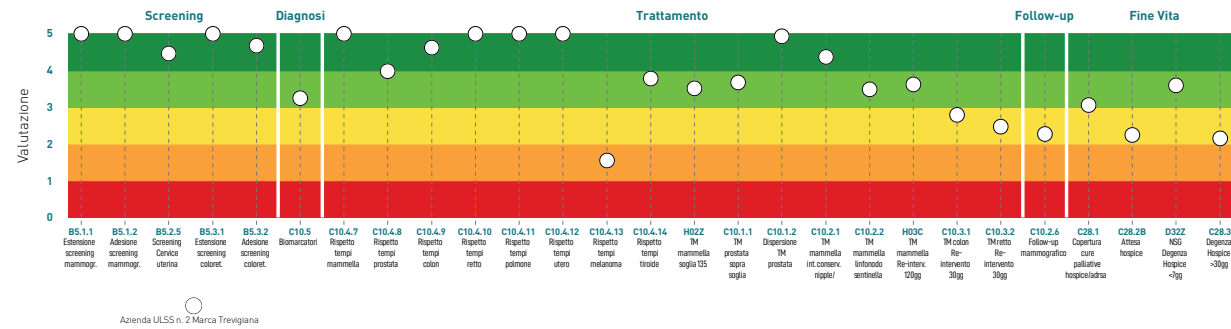
Valutazione della Performance 2022



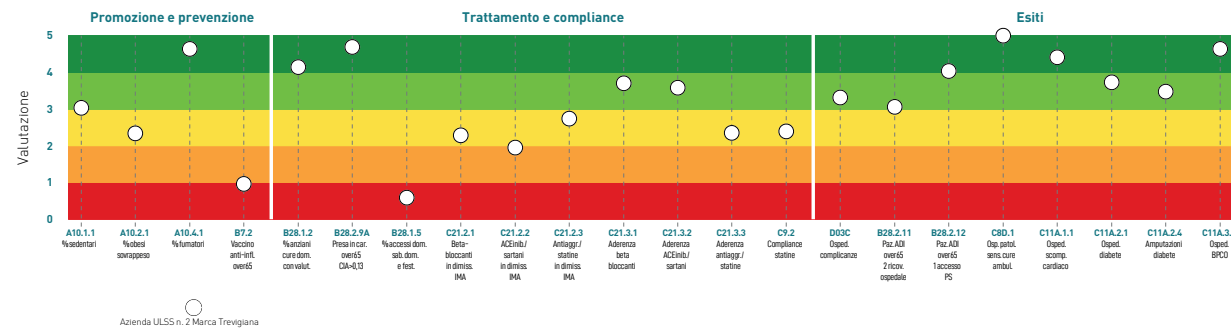
PERCORSO MATERNO INFANTILE

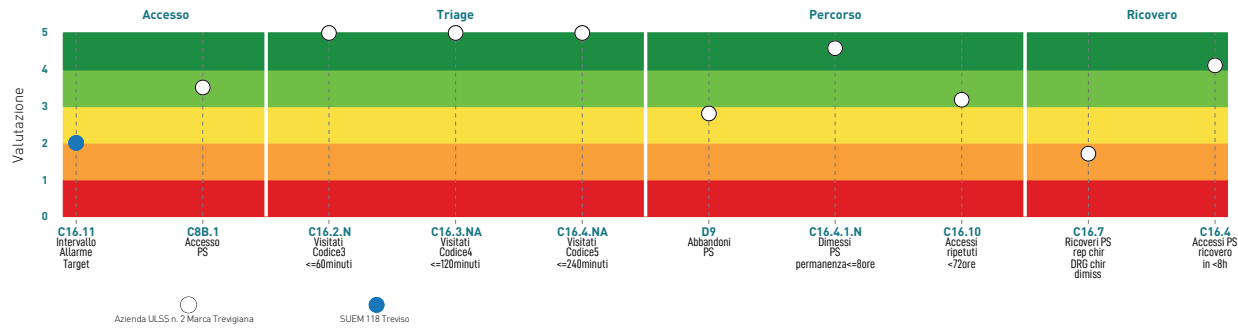


PERCORSO ONCOLOGICO

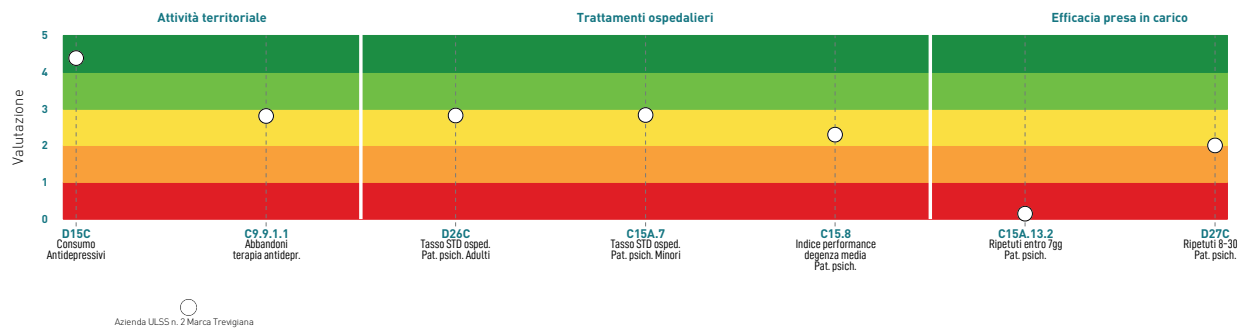


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 3 SERENISSIMA

Profilo azienda



Popolazione residente	624.668
Distretti Sanitari	4
Stabilimenti	9
- Pubblici	5
- Privati accreditati	4
Posti letto	2.051
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 3 SERENISSIMA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 132

Indicatori Migliorati ↑
44,7 %

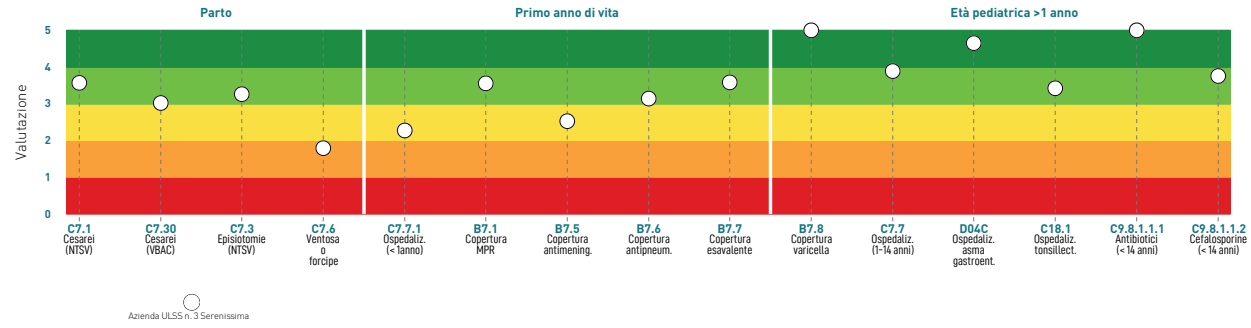
Indicatori Stabili =
7,6 %

Indicatori Peggiorati ↓
47,7 %

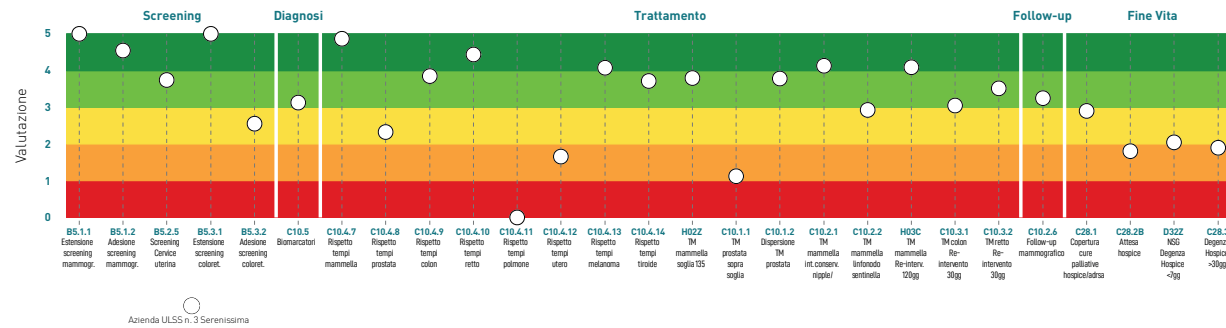
Valutazione della Performance 2022



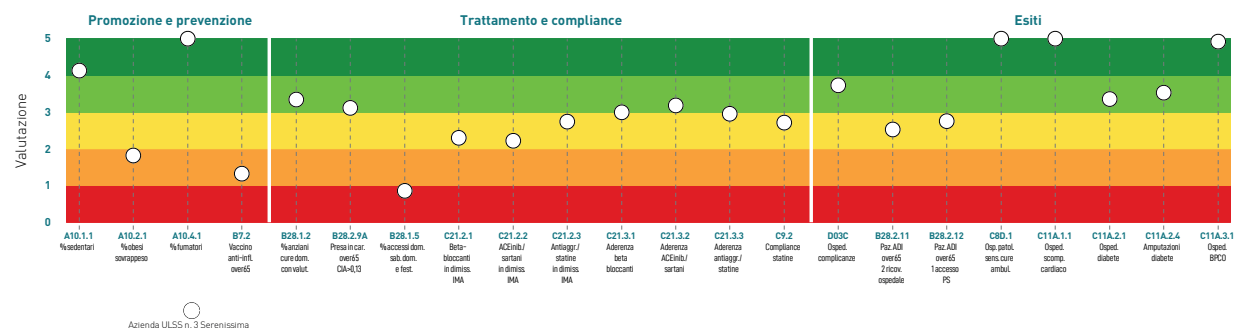
PERCORSO MATERNO INFANTILE

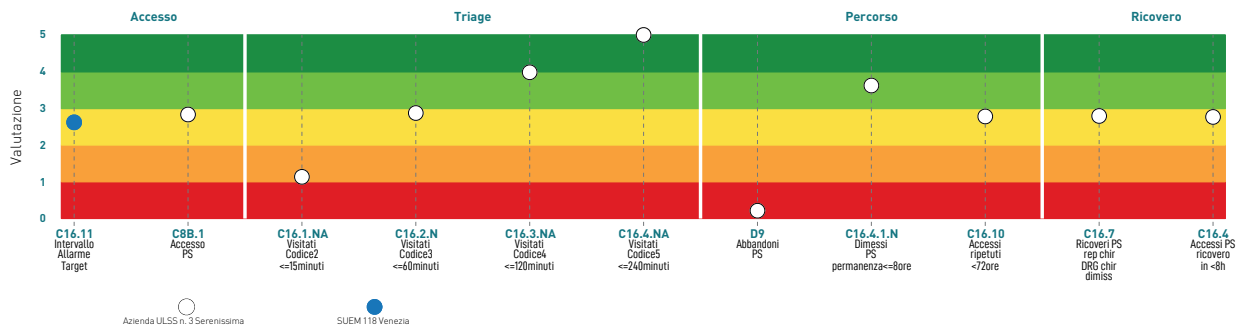


PERCORSO ONCOLOGICO

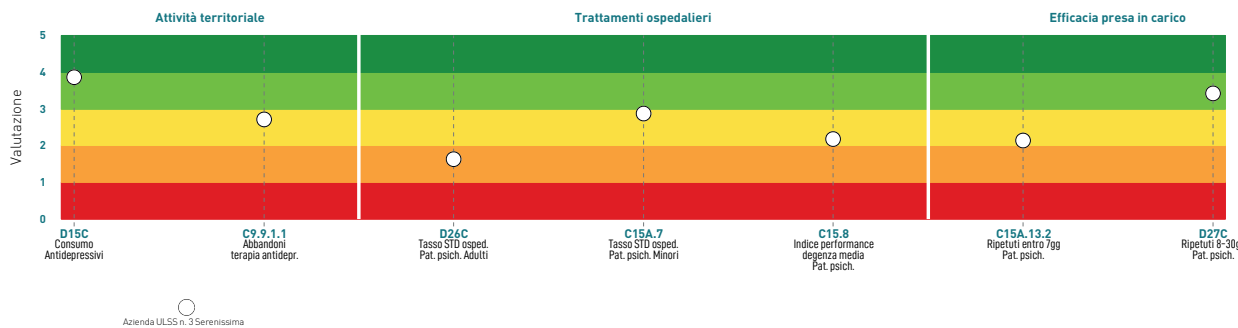


PERCORSO CRONICITÀ





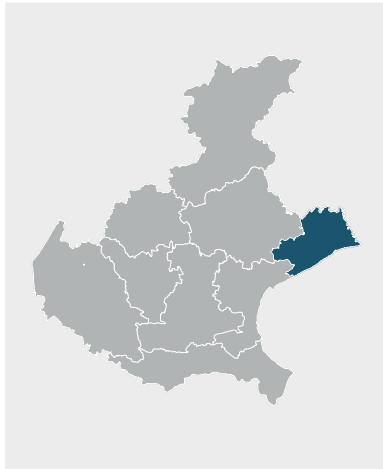
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



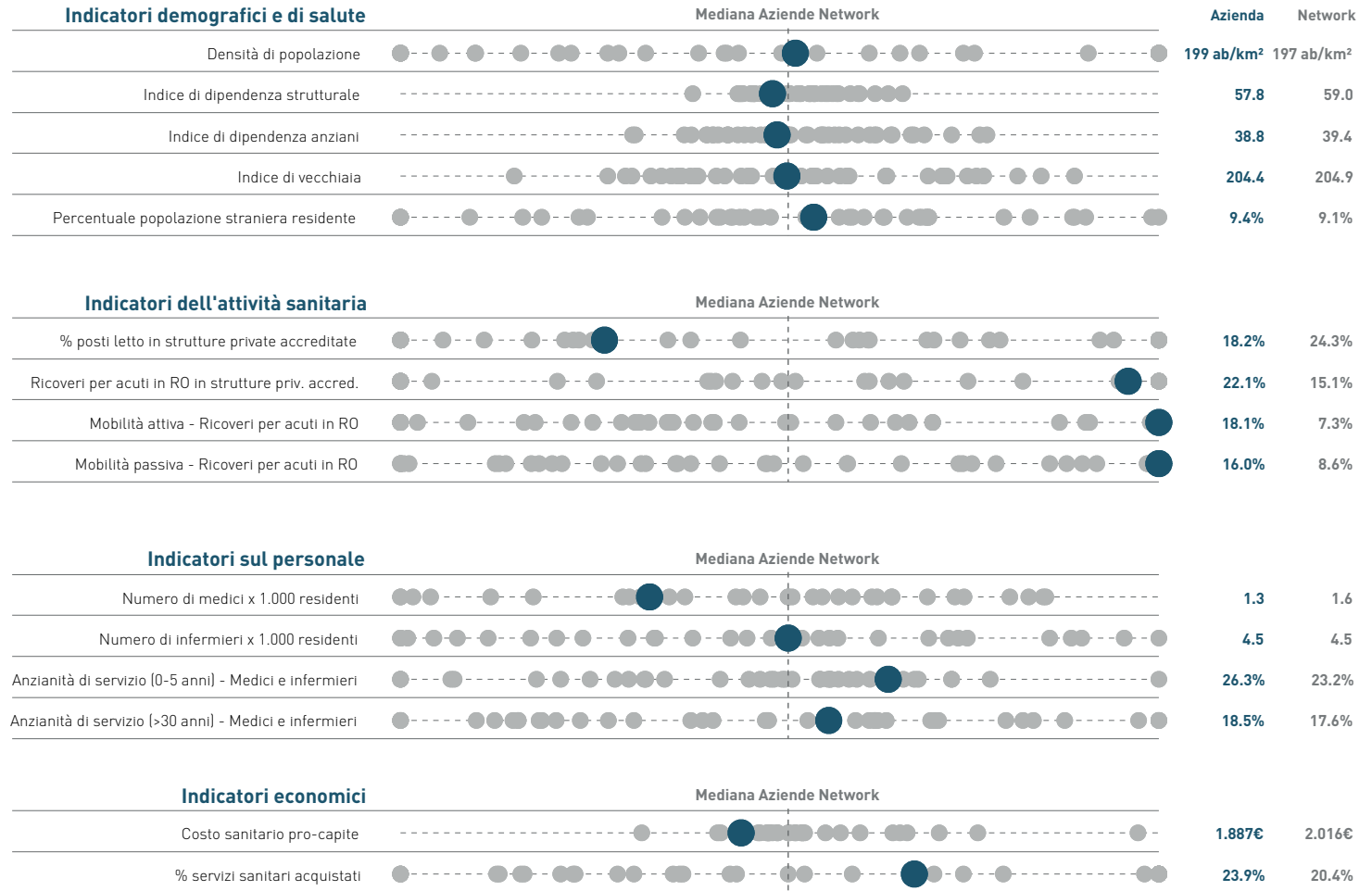
PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

Profilo azienda



Popolazione residente	212.248
Distretti Sanitari	1
Stabilimenti	4
- Pubblici	3
- Privati accreditati	1
Posti letto	718
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 128

Indicatori Migliorati ↑

39.1 %

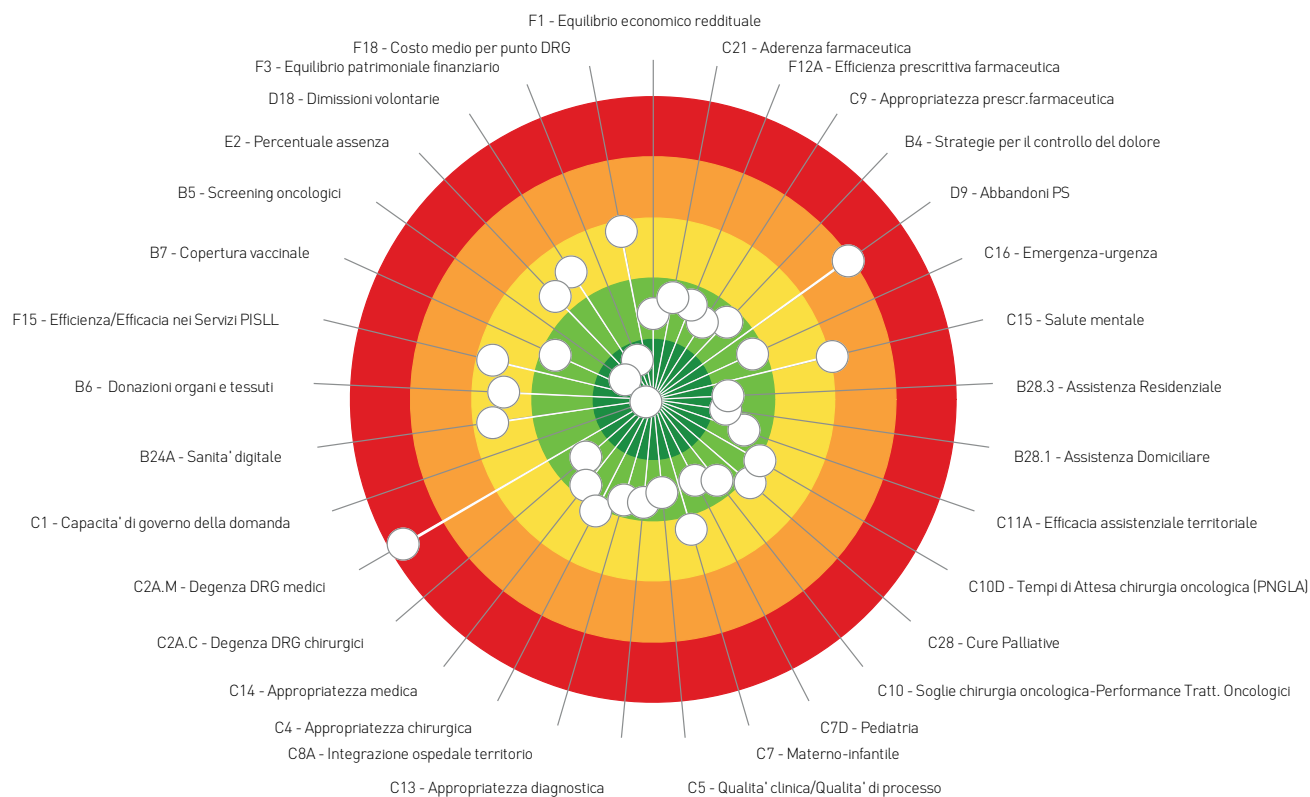
Indicatori Stabili =

11.7 %

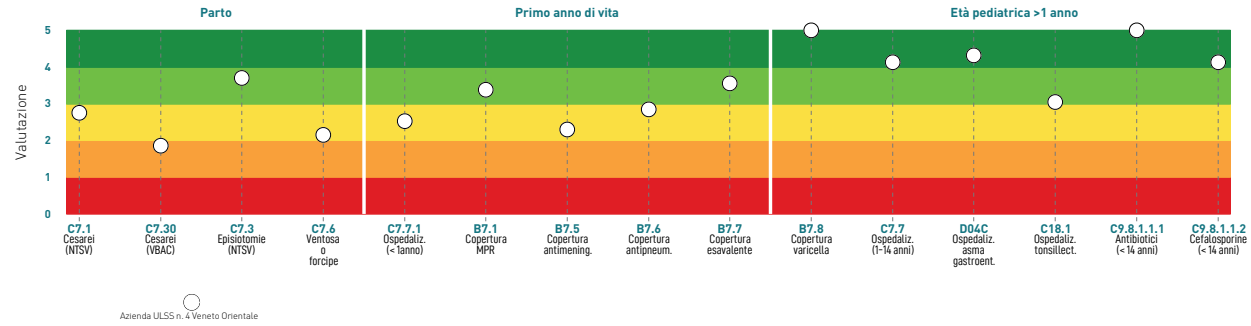
Indicatori Peggiorati ↓

49.2 %

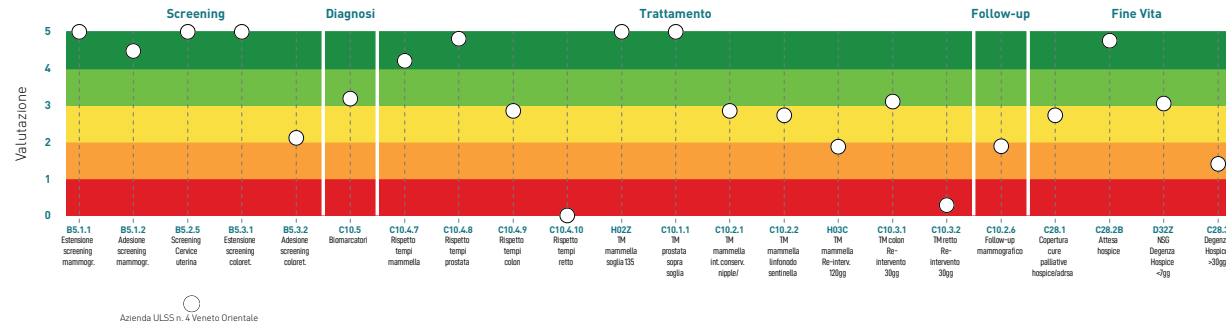
Valutazione della Performance 2022



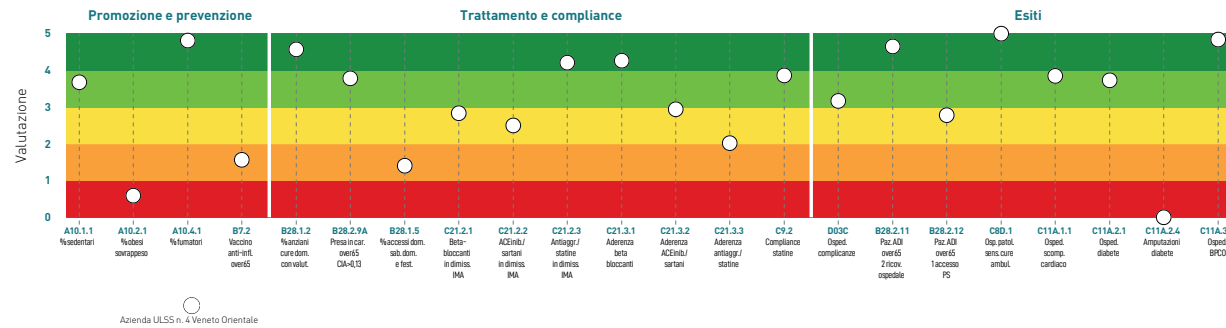
PERCORSO MATERNO INFANTILE

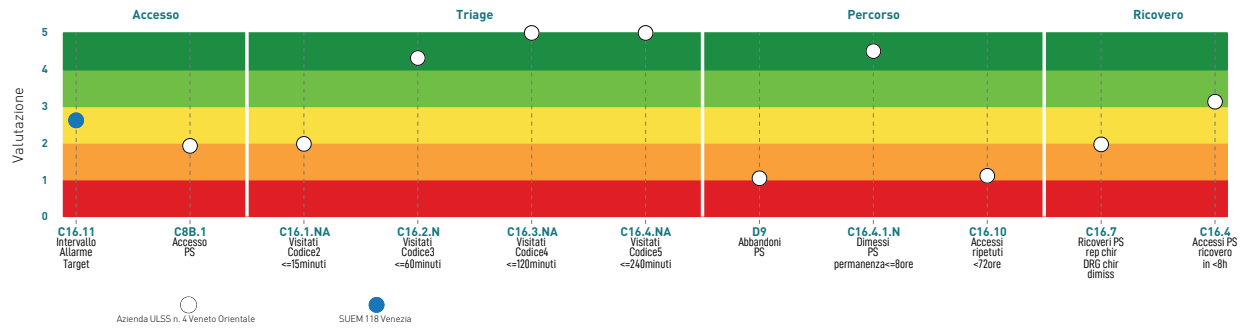


PERCORSO ONCOLOGICO

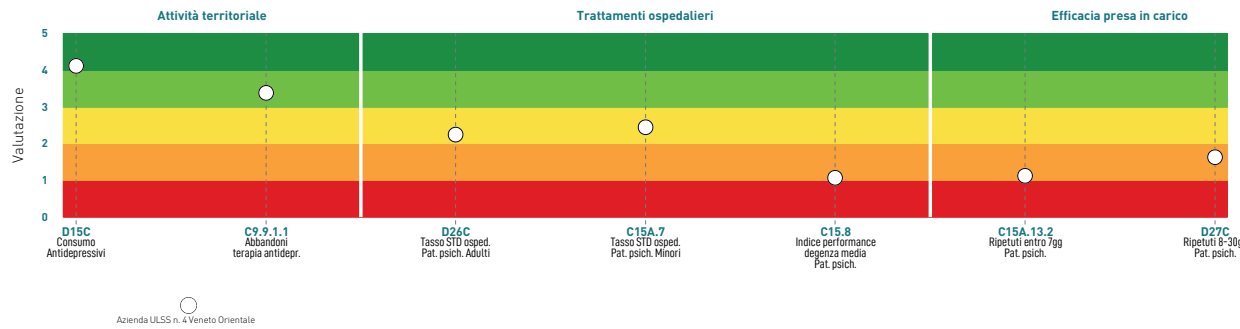


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



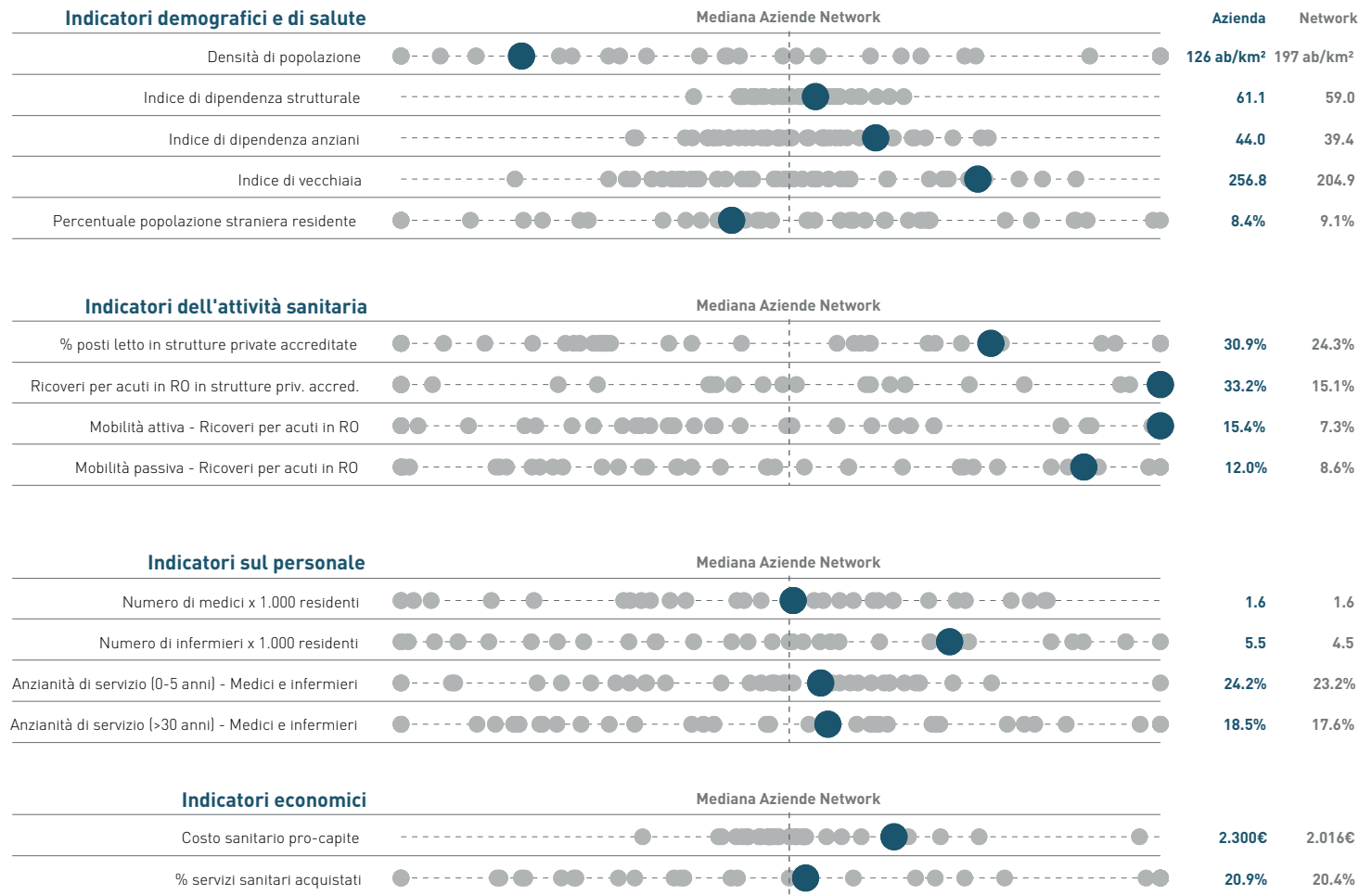
PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 5 POLESANA

Profilo azienda



Popolazione residente	231.295
Distretti Sanitari	2
Stabilimenti	6
- Pubblici	3
- Privati accreditati	3
Posti letto	982
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 5 POLESANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑
35.1 %

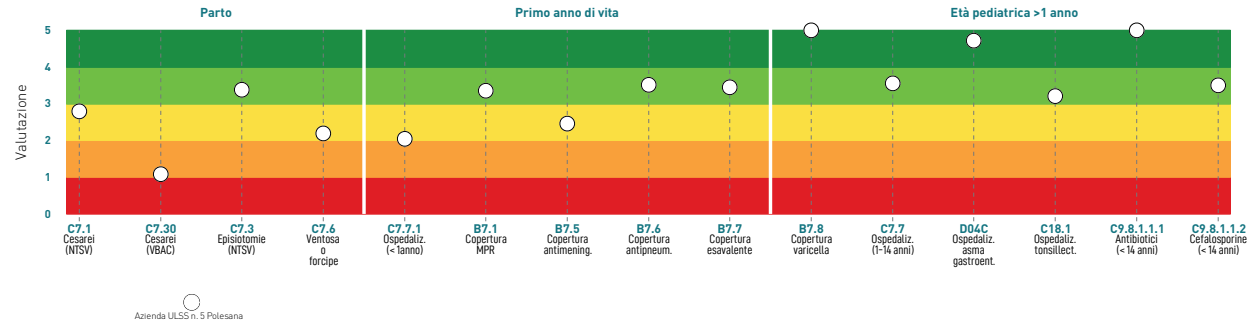
Indicatori Stabili =
13.0 %

Indicatori Peggiorati ↓
51.9 %

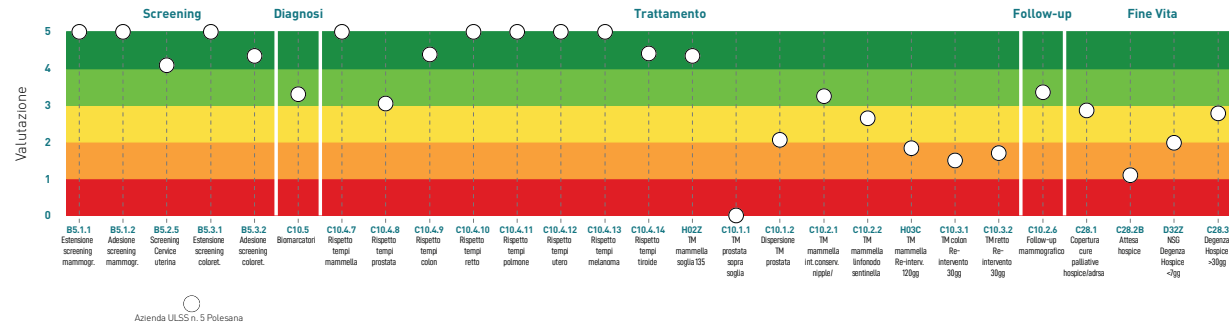
Valutazione della Performance 2022



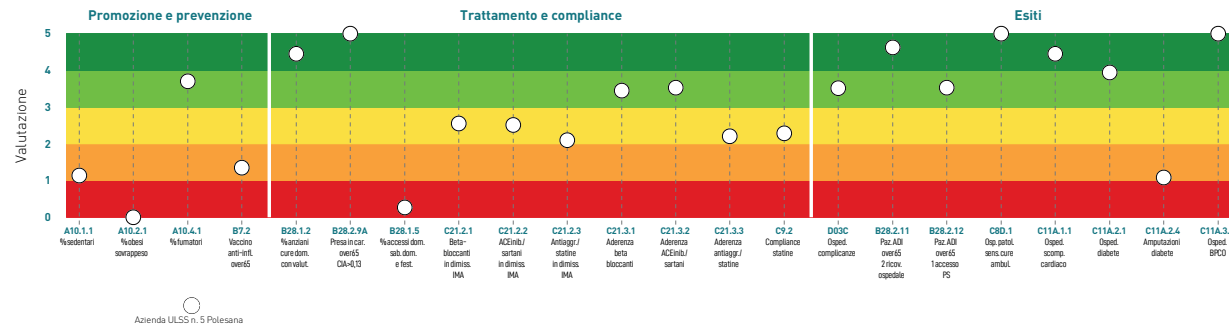
PERCORSO MATERNO INFANTILE

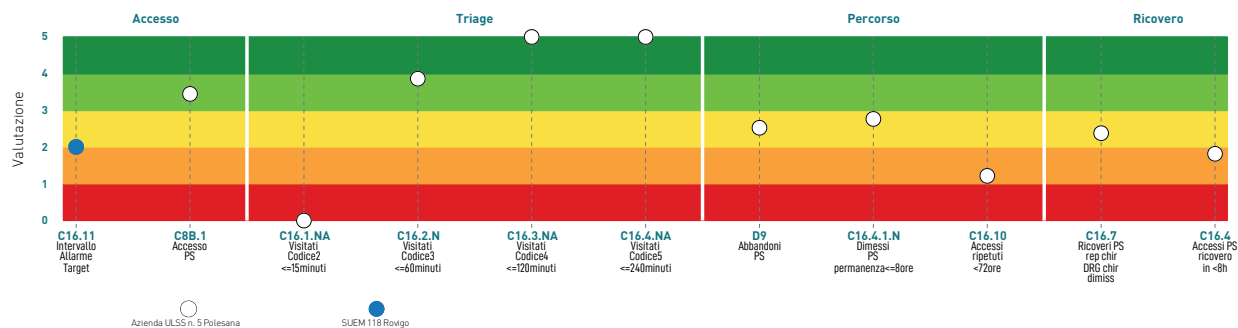


PERCORSO ONCOLOGICO

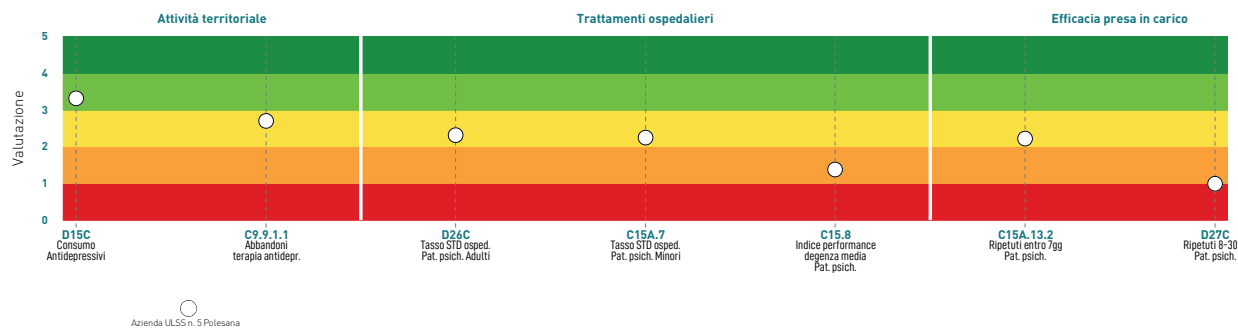


PERCORSO CRONICITÀ





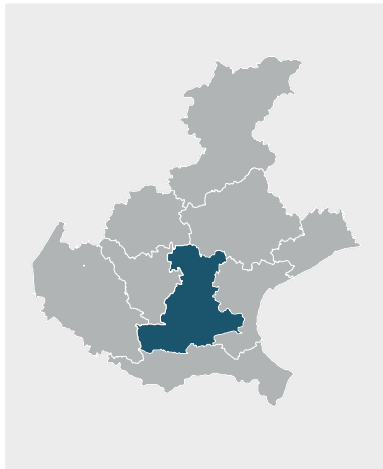
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 6 EUGANEA

Profilo azienda



Popolazione residente	926.805
Distretti Sanitari	5
Stabilimenti	9
- Pubblici	5
- Privati accreditati	4
Posti letto	1.924
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 6 EUGANEA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 132

Indicatori Migliorati ↑
39.4 %

Indicatori Stabili =
15.2 %

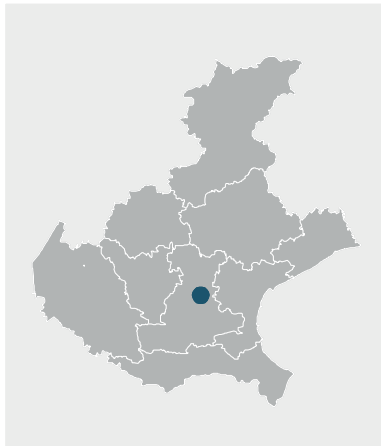
Indicatori Peggiorati ↓
45.5 %

Valutazione della Performance 2022

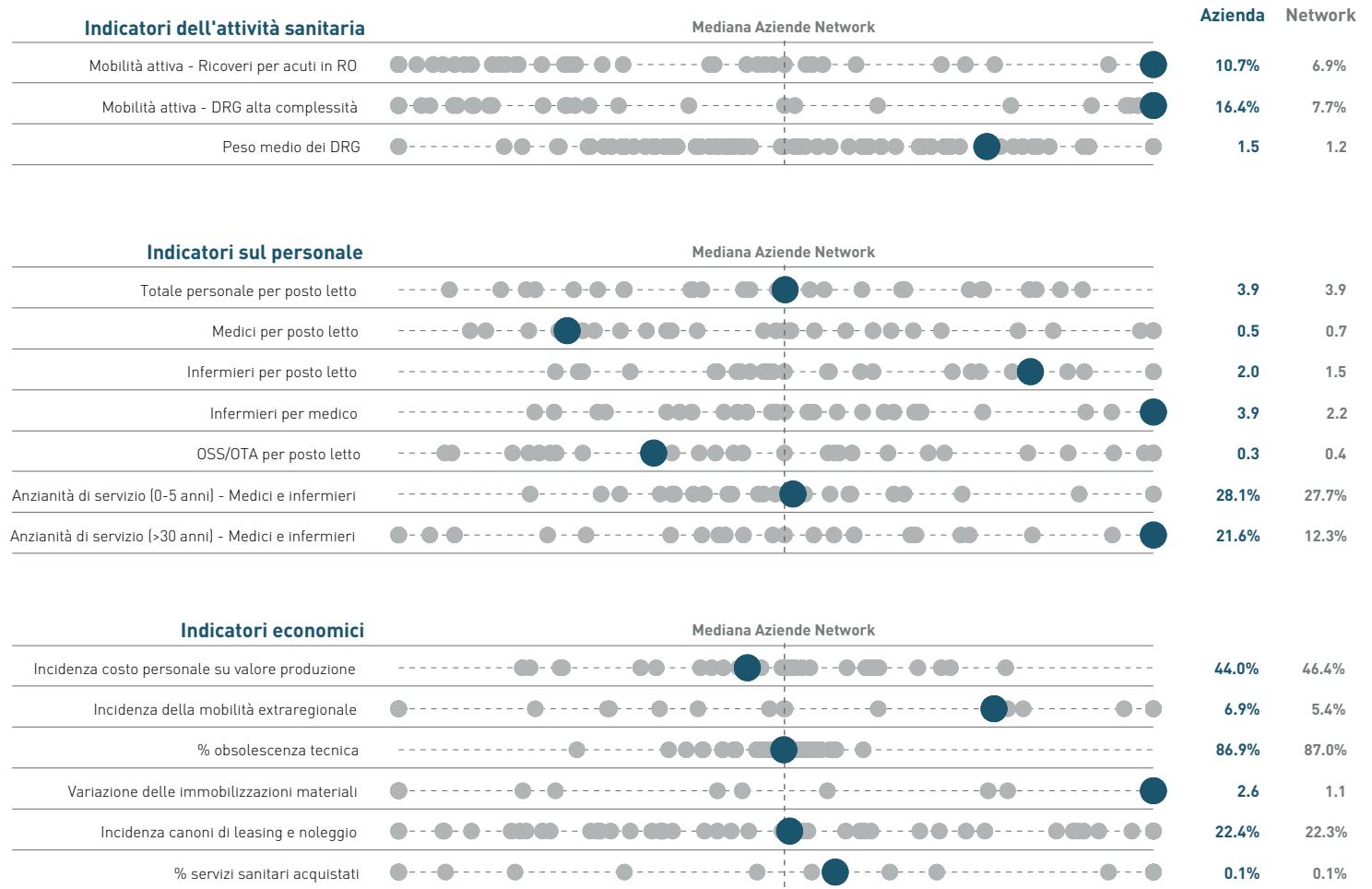


A.O. PADOVA

Profilo azienda



Posti letto	1.536
- Degenza Ordinaria	1.420
- Day Hospital/Day surgery	116
Dimissioni totali	64.331
Giornate di degenza ordin.	409.763
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	145.048
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.732



A.O. PADOVA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 63

Indicatori Migliorati ↑
42.9 %

Indicatori Stabili =
15.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
41.3 %

Valutazione della Performance 2022

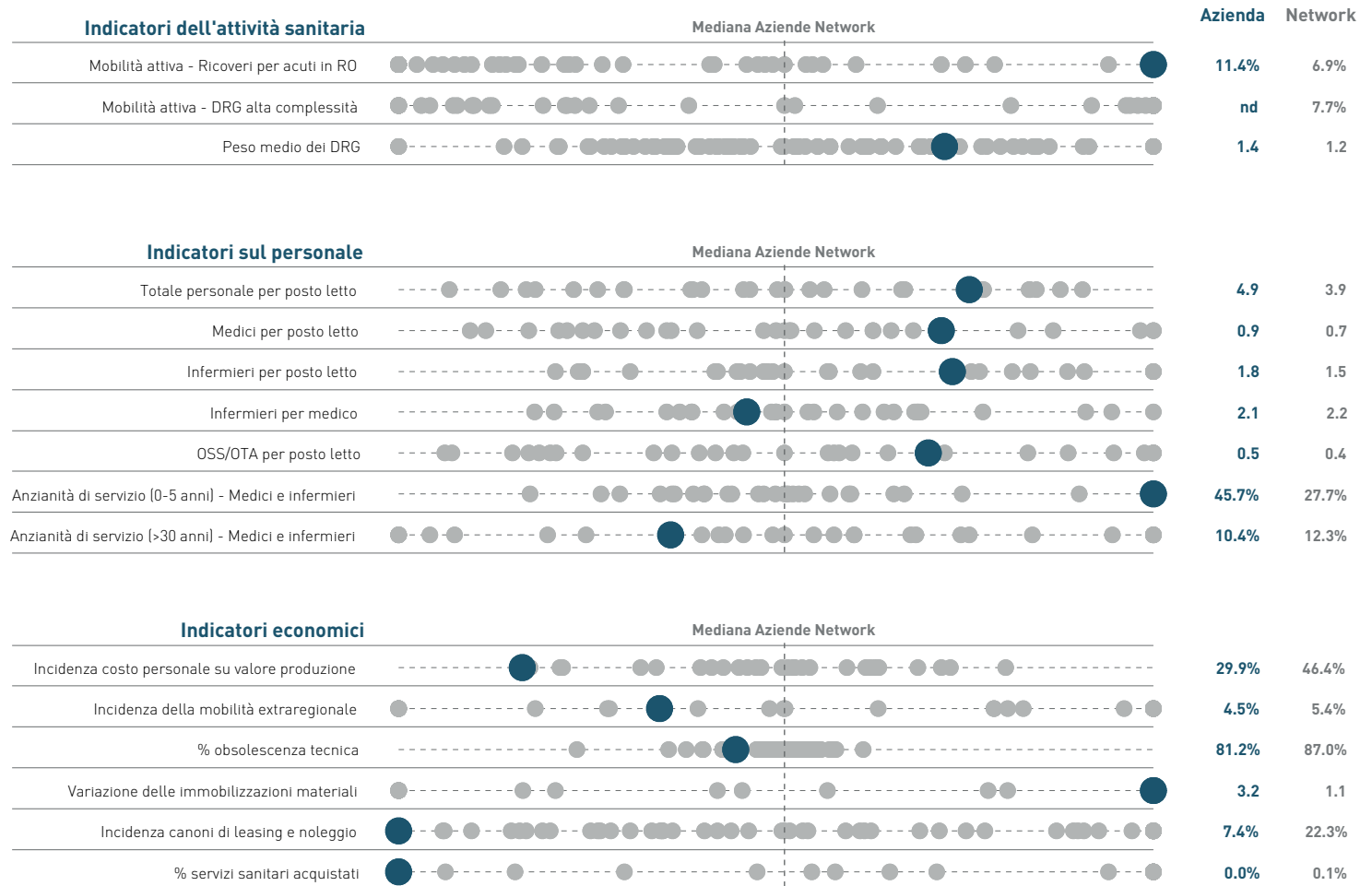


IOV PADOVA

Profilo azienda



Posti letto	206
- Degenza Ordinaria	150
- Day Hospital/Day surgery	56
Dimissioni totali	8.272
Giornate di degenza ordin.	31.491
Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	.
- Accessi	.
Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



IOV PADOVA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

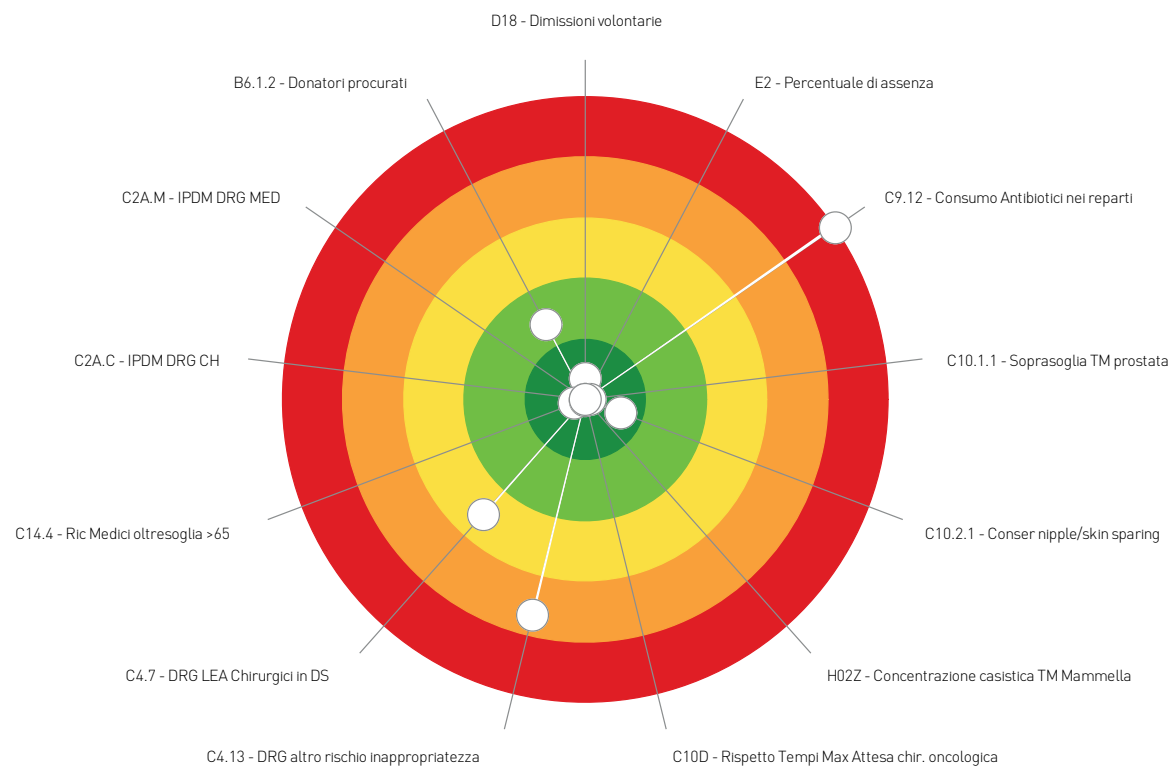
Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori Migliorati ↑
35.1%

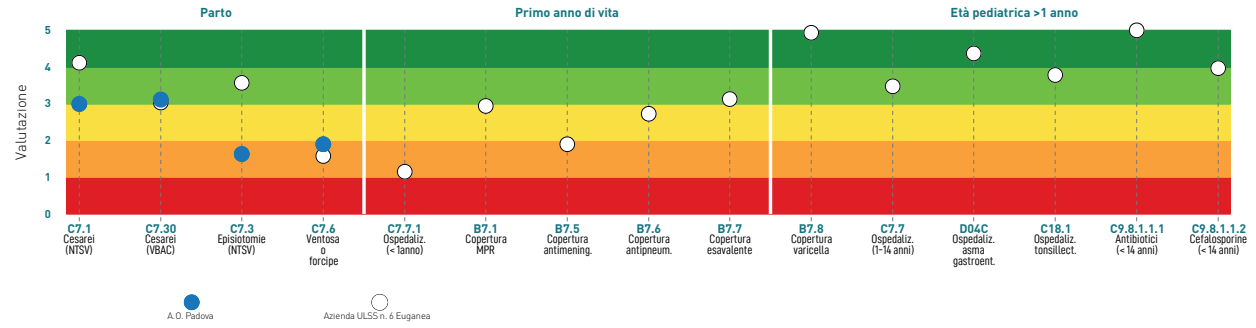
Indicatori Stabili =
24.3%

Indicatori Peggiorati ↓
40.5%

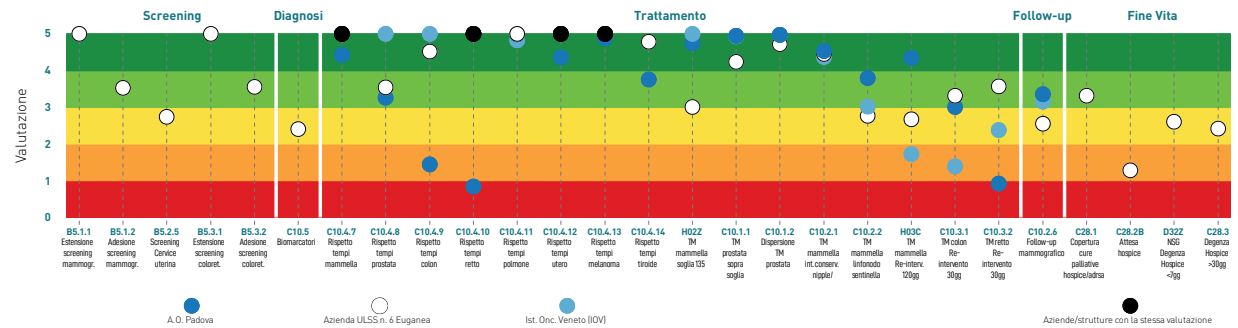
Valutazione della Performance 2022



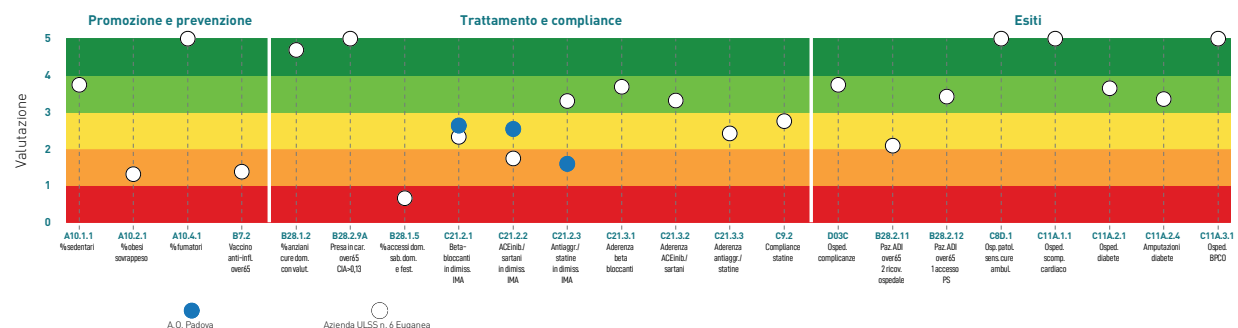
PERCORSO MATERNO INFANTILE

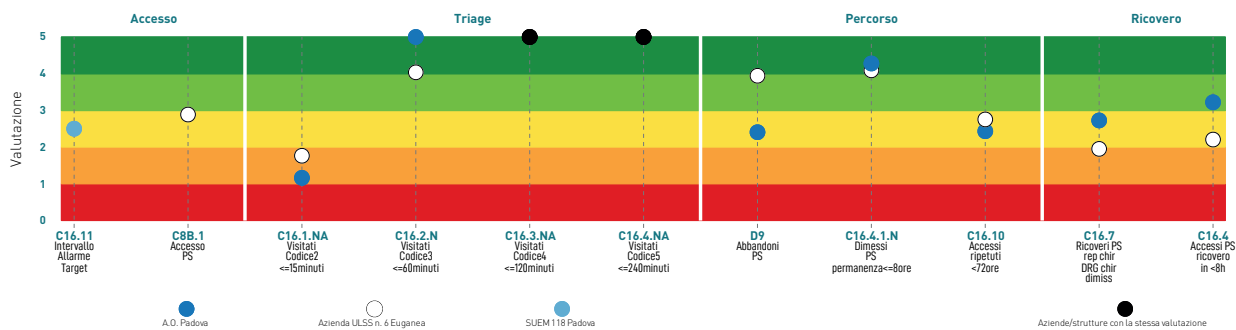


PERCORSO ONCOLOGICO

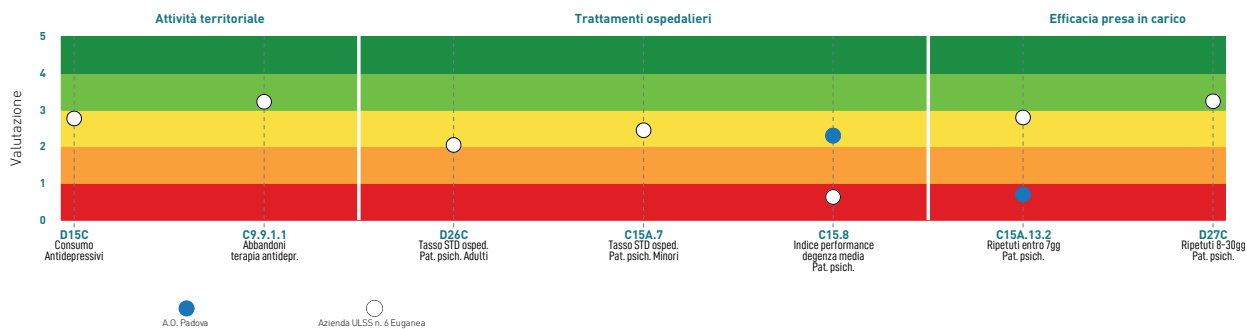


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



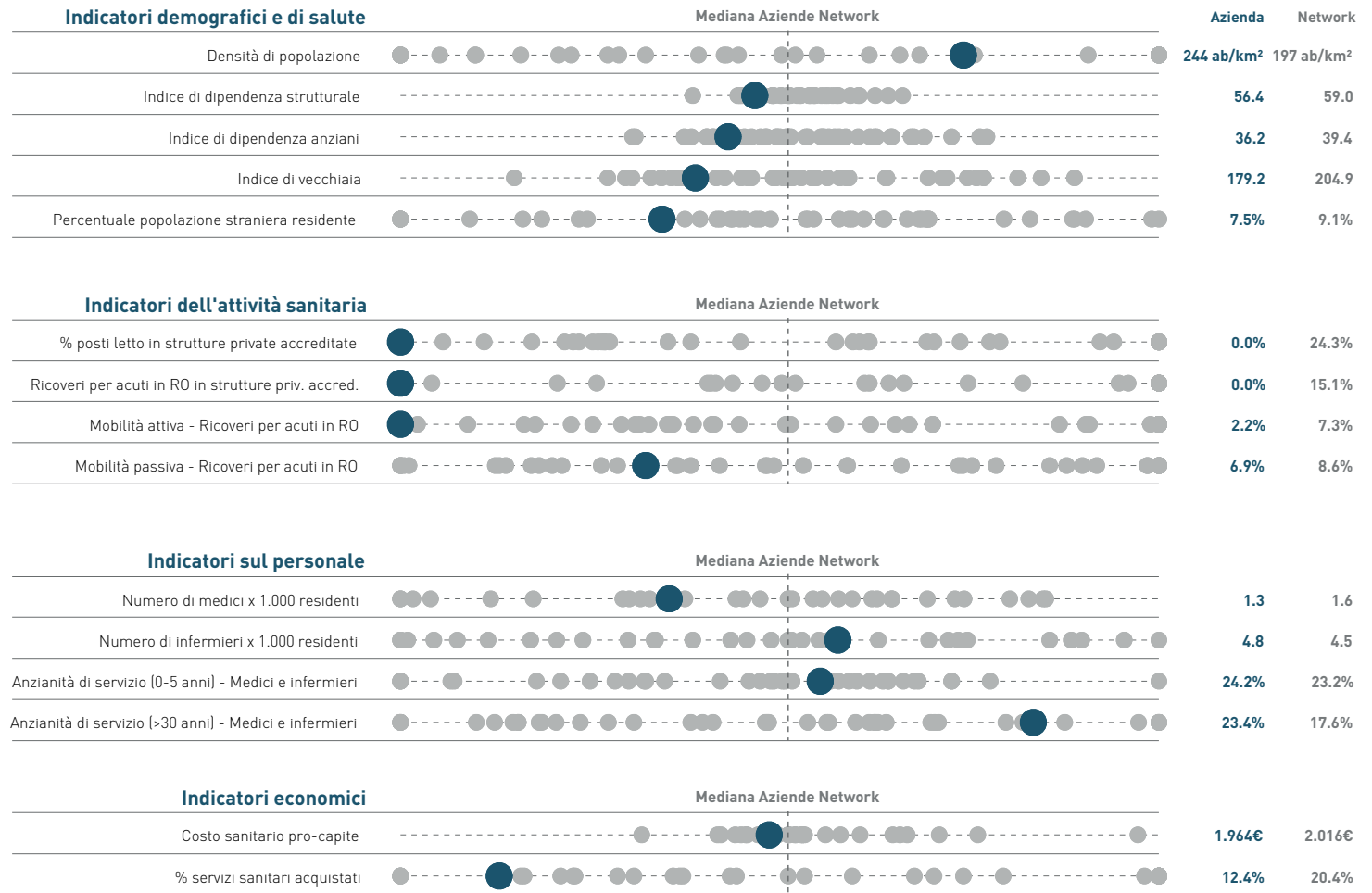
PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 7 PEDEMONTANA

Profilo azienda



Popolazione residente	361.564
Distretti Sanitari	2
Stabilimenti	3
- Pubblici	3
- Privati accreditati	-
Posti letto	832
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 7 PEDEMONTANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



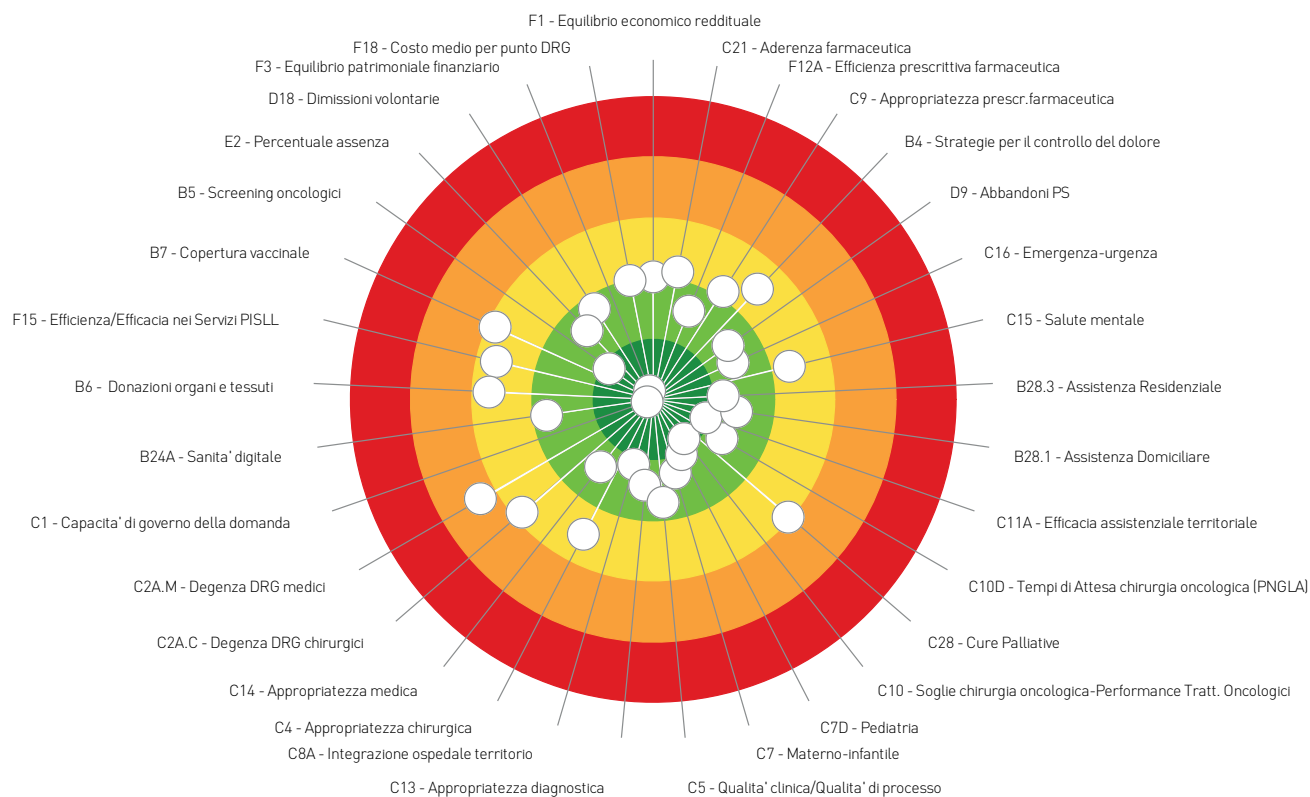
Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑
38.9 %

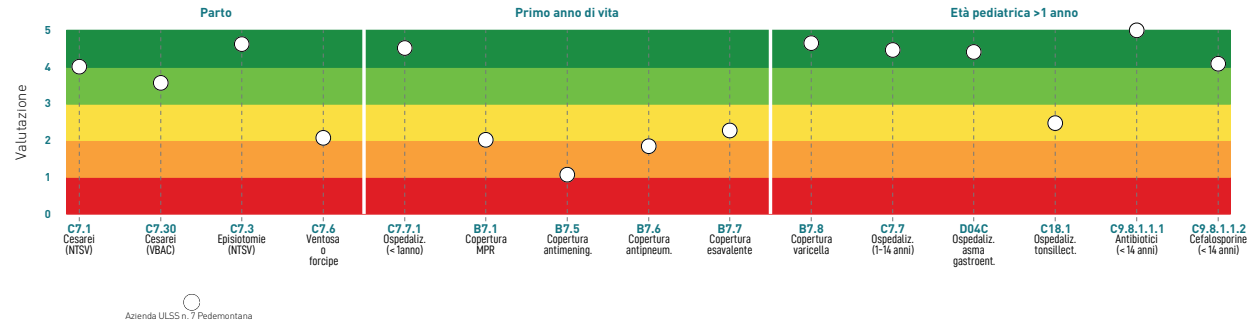
Indicatori Stabili =
11.5 %

Indicatori Peggiorati ↓
49.6 %

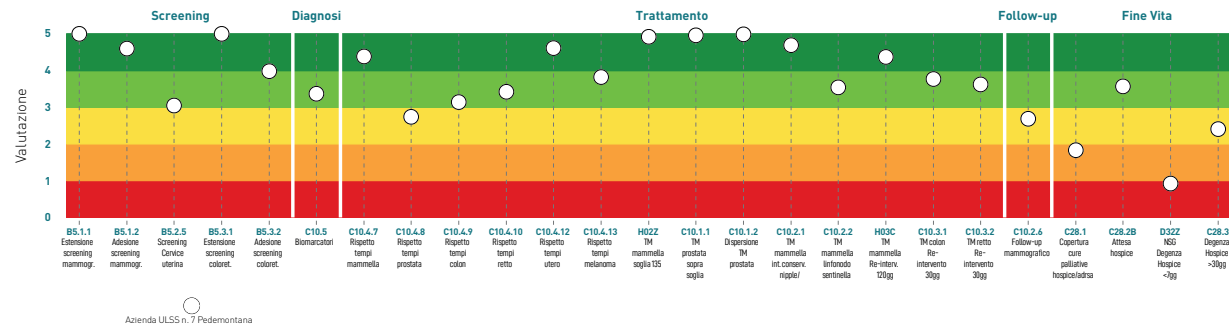
Valutazione della Performance 2022



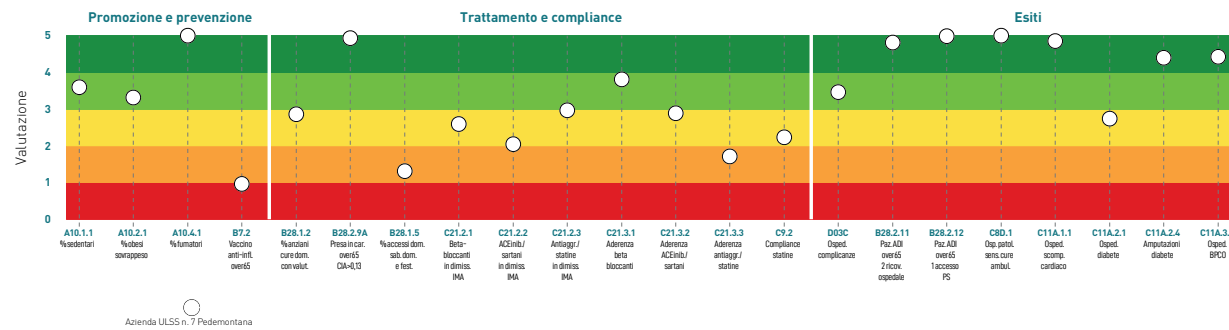
PERCORSO MATERNO INFANTILE

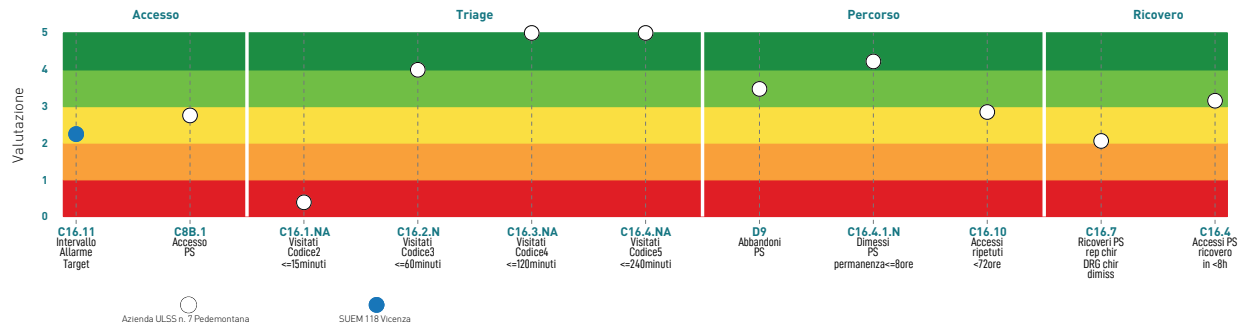


PERCORSO ONCOLOGICO

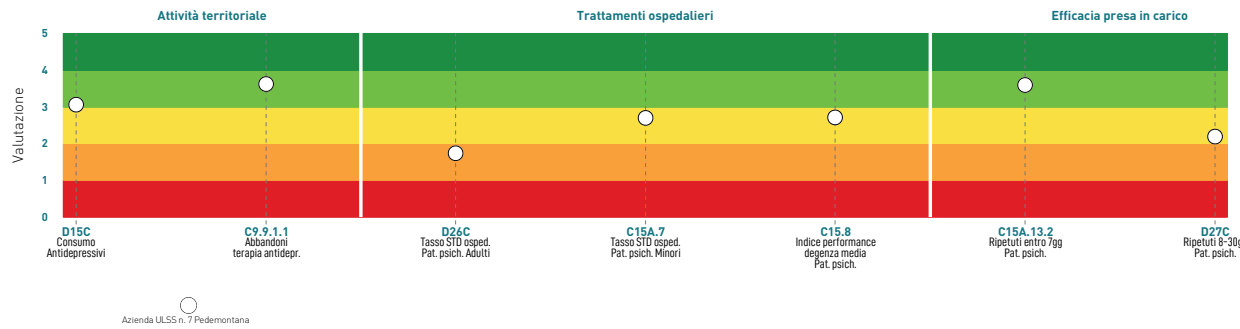


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



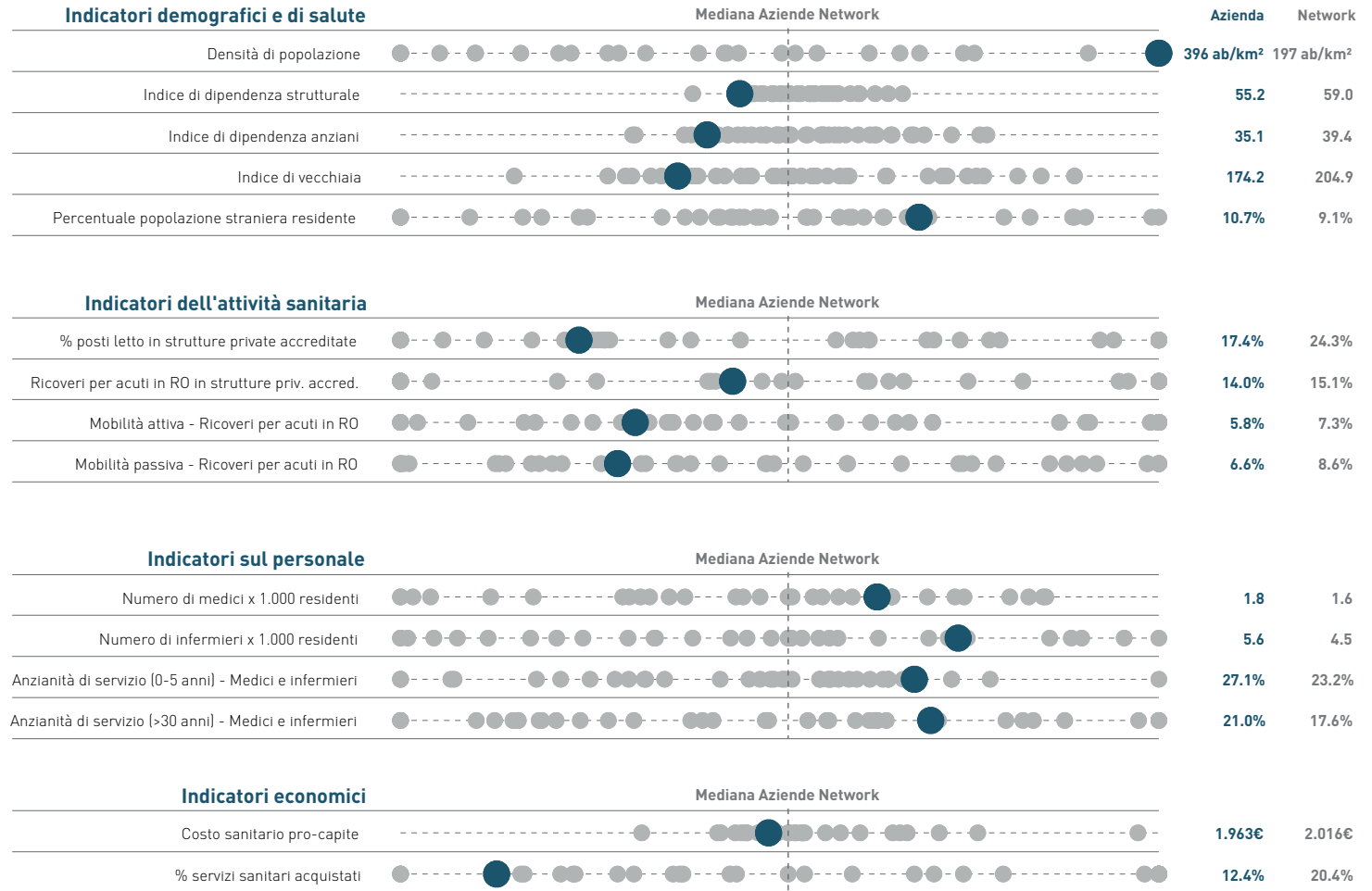
PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 8 BERICA

Profilo azienda



Popolazione residente	490.575
Distretti Sanitari	2
Stabilimenti	9
- Pubblici	6
- Privati accreditati	3
Posti letto	1.591
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 8 BERICA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑
39.7 %

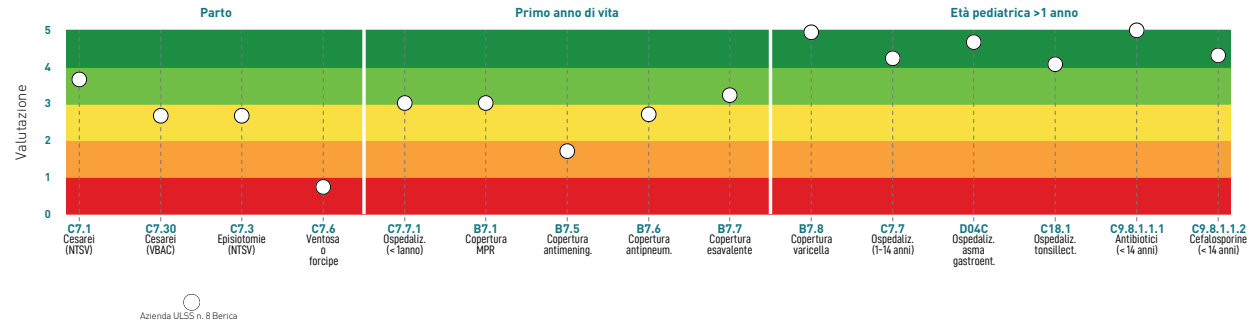
Indicatori Stabili =
12.2 %

Indicatori Peggiorati ↓
48.1 %

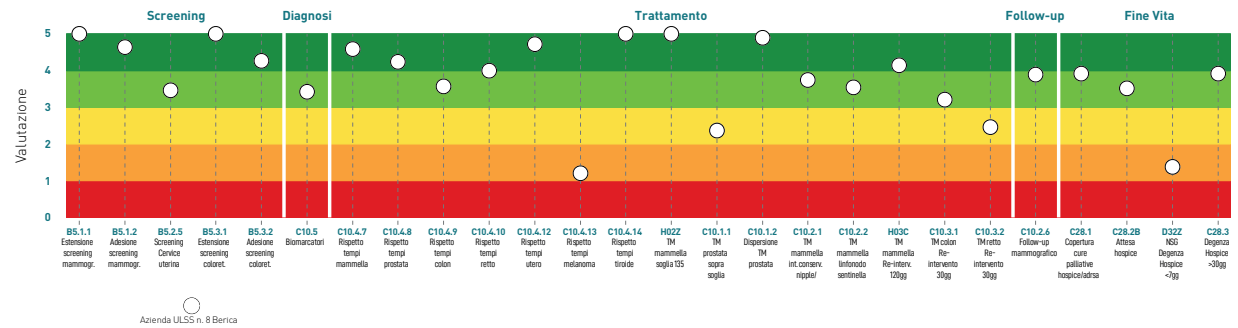
Valutazione della Performance 2022



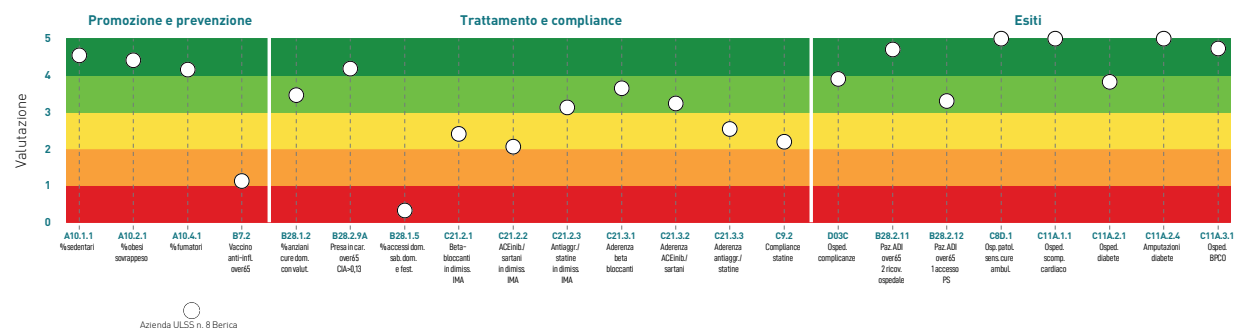
PERCORSO MATERNO INFANTILE

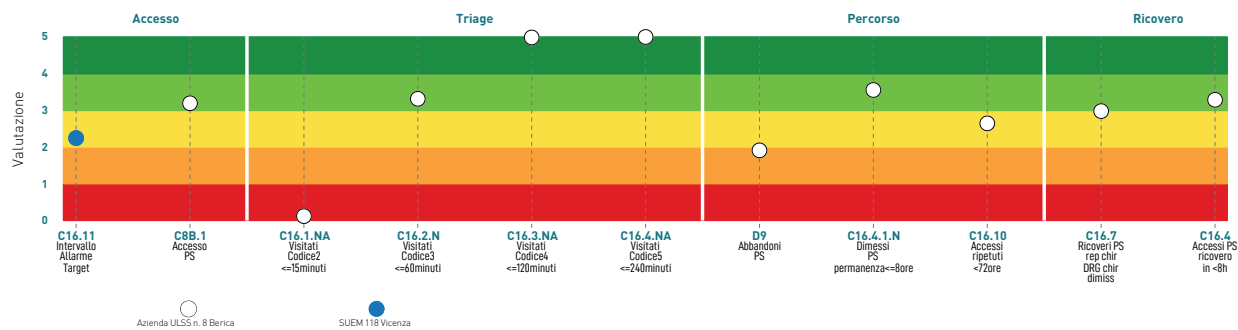


PERCORSO ONCOLOGICO

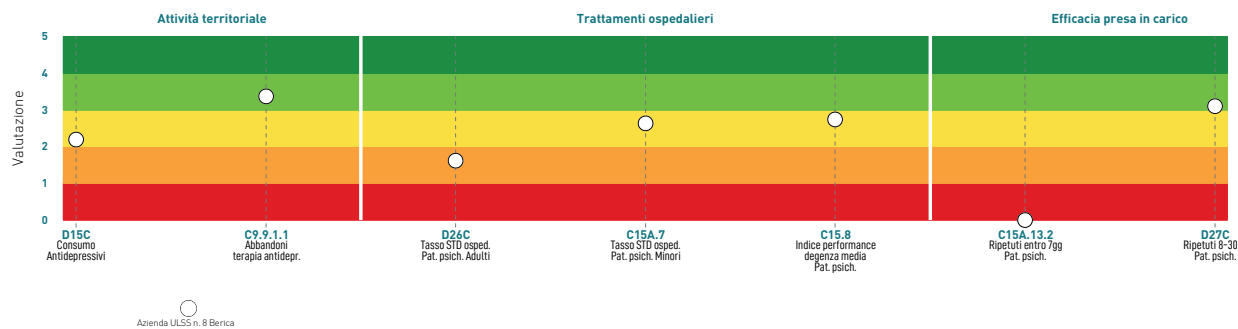


PERCORSO CRONICITÀ





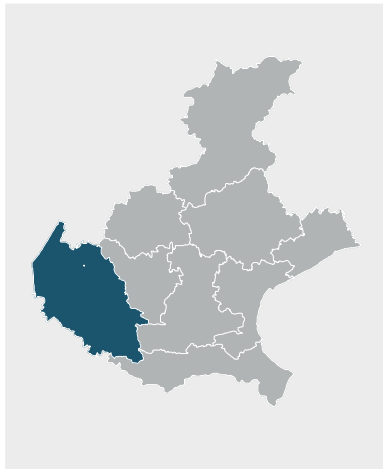
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



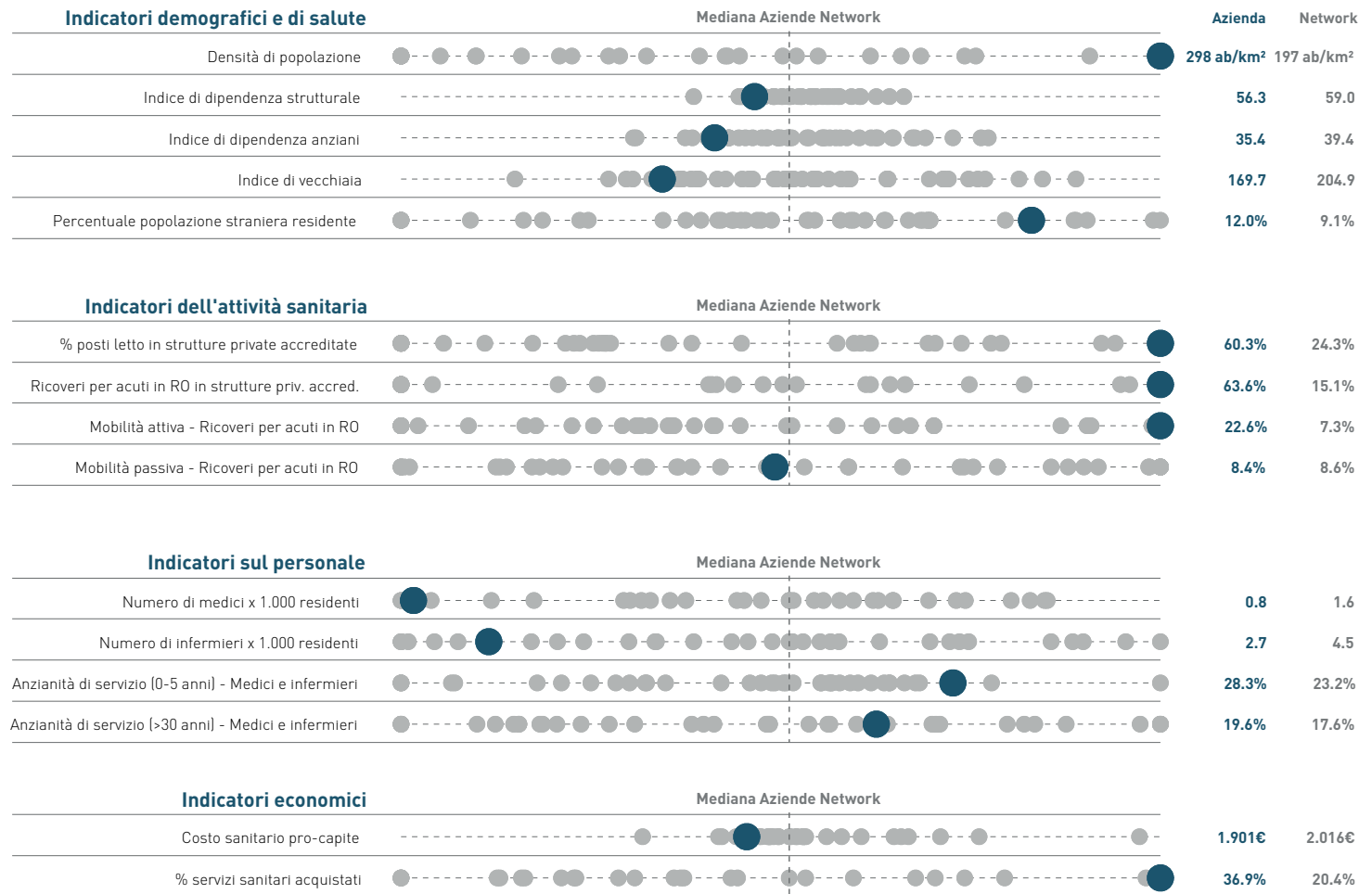
PERCORSO SALUTE MENTALE

ULSS N. 9 SCALIGERA

Profilo azienda



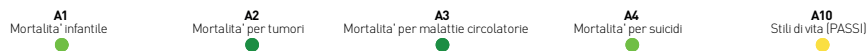
Popolazione residente	924.024
Distretti Sanitari	4
Stabilimenti	14
- Pubblici	7
- Privati accreditati	7
Posti letto	2.274
*Strutture pubbliche e private accreditate	



ULSS N. 9 SCALIGERA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2018-2020)

Andamento indicatori - Trend 2021/2022



Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑
45.0 %

Indicatori Stabili =
13.7 %

Indicatori Peggiorati ↓
41.2 %

Valutazione della Performance 2022

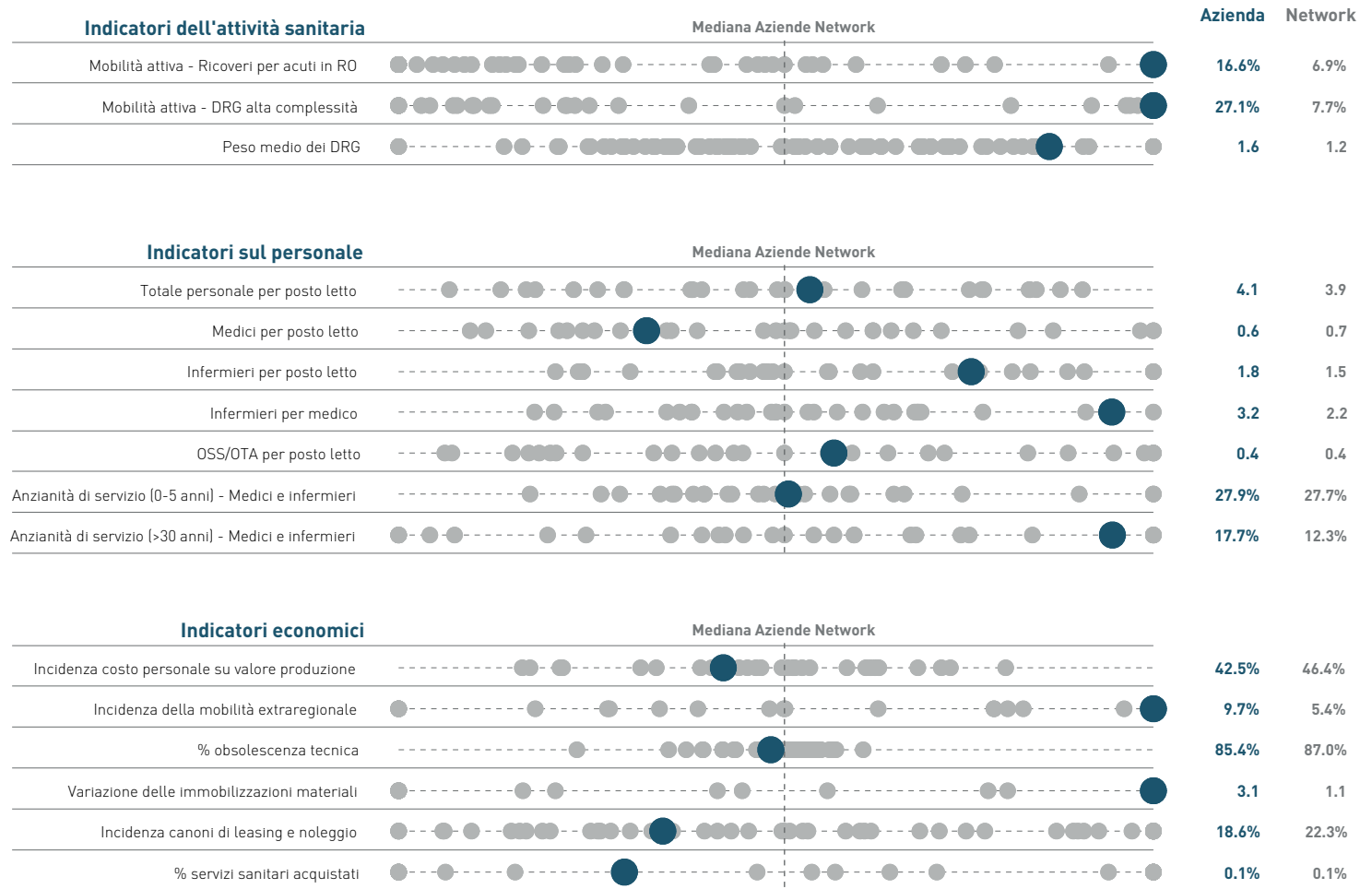


A.O. VERONA

Profilo azienda



Posti letto	1.269
- Degenza Ordinaria	1.134
- Day Hospital/Day surgery	135
Dimissioni totali	57.373
Giornate di degenza ordin.	332.497
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	116.960
Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	2.578



A.O. VERONA

Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 64

Indicatori Migliorati ↑
45.3 %

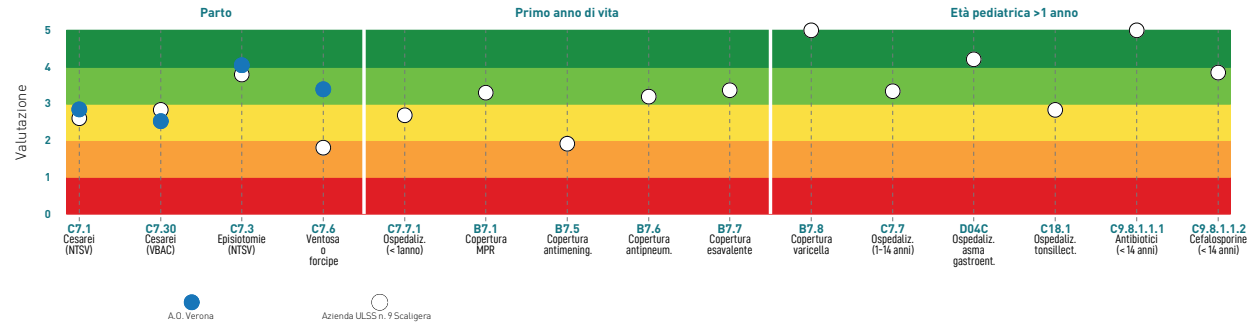
Indicatori Stabili =
10.9 %

Indicatori Peggiorati ↓
43.8 %

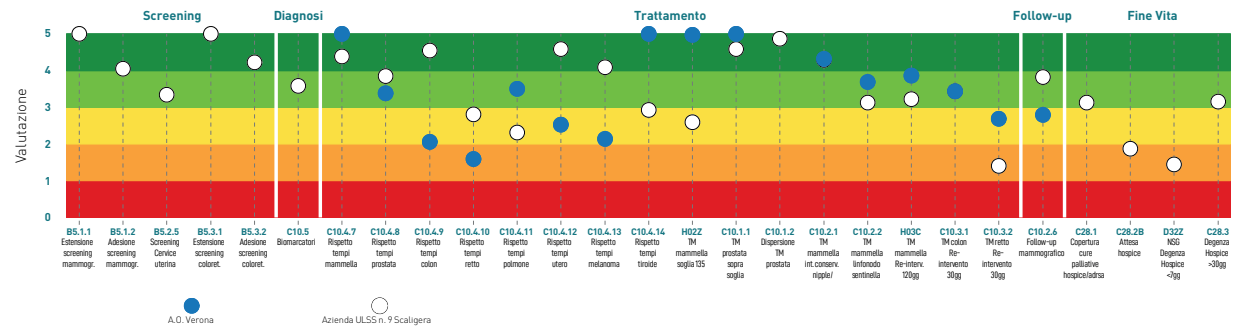
Valutazione della Performance 2022



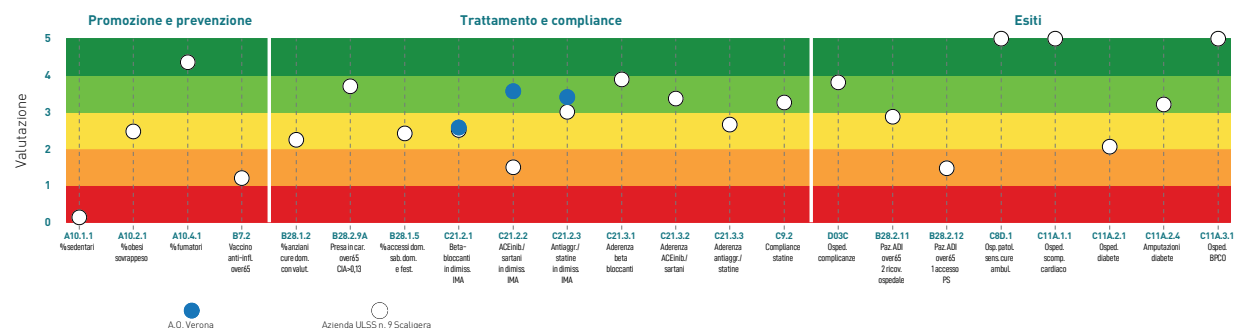
PERCORSO MATERNO INFANTILE

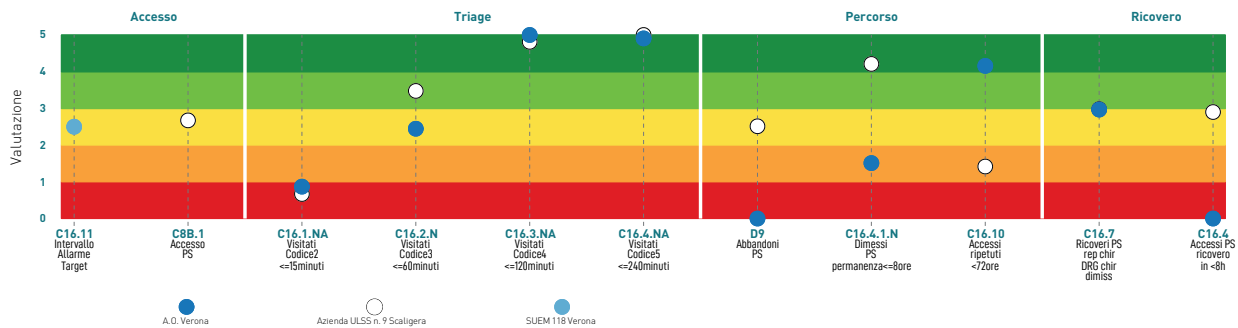


PERCORSO ONCOLOGICO

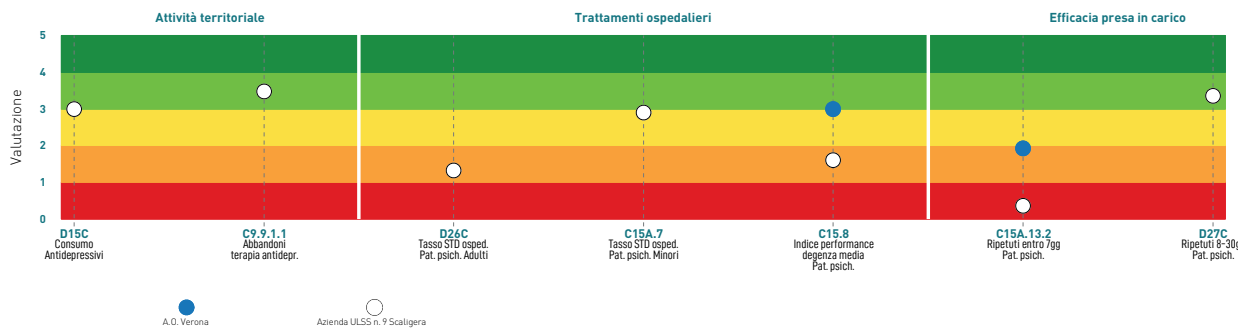


PERCORSO CRONICITÀ





PERCORSO EMERGENZA URGENZA



PERCORSO SALUTE MENTALE

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SANT'ANDREA



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

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dall'AOU S. Andrea nel 2022. Dei 44 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, l'AOU S. Andrea mostra un quadro eterogeneo, con una più accentuata variabilità di performance rispetto all'anno precedente. In particolare, il 57% peggiora tra il 2021 e il 2022, il 3% resta stabile e il 40% migliora.

Durante il 2022 i sistemi sanitari hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell'accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori), specialistica e diagnostica ambulatoriale. Una sfida importante riguarda la capacità di risposta rispetto ad accesso e tempestività ai servizi. Risulta per gran parte critica la tempestività di accesso a interventi chirurgici oncologici di priorità A, con l'eccezione di mammella e melanoma che mostrano segni di miglioramento rispetto al 2021. Persiste la debolezza nei tempi di transito in Pronto Soccorso (27% degli accessi al PS sono inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore), che tuttavia migliora di 6 punti percentuali rispetto al 2021. Da attenzionare anche il calo di tempestività in PS in tutti i codici di priorità.

L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra una buona performance. Si confermano i notevoli risultati già ottenuti nel 2021 in termini di percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in regime di day-surgery e con ricovero ordinario di 0-1 giorno, nonché la percentuale di pazienti provenienti dai Pronto Soccorso ricoverati in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione. Ottima la performance relativa alla proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni per gli ultrasessantacinquenni (81%). Questo dato riflette la capacità di presa in carico dei pazienti in modo tempestivo e la risposta efficace alle loro esigenze di assistenza. Molto buona anche l'appropriatezza chirurgica, volta a monitorare che le prestazioni specialistiche siano erogate con le giuste tempistiche e utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate. La percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è cresciuta del 5%, confermando la qualità dei servizi forniti. Anche la proporzione di DRG a elevato rischio di inappropriatazza, che funge da indicatore per valutare la qualità dell'assistenza fornita, si mantiene a un livello molto buono.

L'AOU S. Andrea registra una performance nella media per la degenza media per DRG chirurgici e medici, due indicatori chiave per valutare il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. È importante notare, tuttavia, che entrambi gli indici hanno registrato un aumento nel corso del 2022.

Più eterogenea la performance circa il sistema donazione e trapianto. Da un lato, l'AOU S. Andrea dimostra uno sforzo crescente nella segnalazione di potenziali donatori, registrando un incremento del 17%. D'altro canto, la fase di procurement degli organi presenta una marcata contrazione, con la percentuale che scende dal 62% del 2021 al 43% del 2022.

Nel contesto dell'oncologia, va notato come la struttura dimostri una notevole capacità di concentrazione della casistica riguardante gli interventi per il tumore maligno alla mammella. Inoltre, la dispersione dei casi relativi al tumore alla prostata rimane costantemente bassa, in linea con quanto osservato nel 2021. Tuttavia, c'è spazio per il miglioramento riguardo alla percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing-ricostruttivi, che si attesta al 71%.

AOU SANT'ANDREA

Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)

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



B15.1.3
Numero medio pubblicazioni
per dirigente



B15.2.1A
Percentuale di dirigenti
medici produttivi



Andamento indicatori - Trend 2021/2022

Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori Migliorati ↑

40.5 %

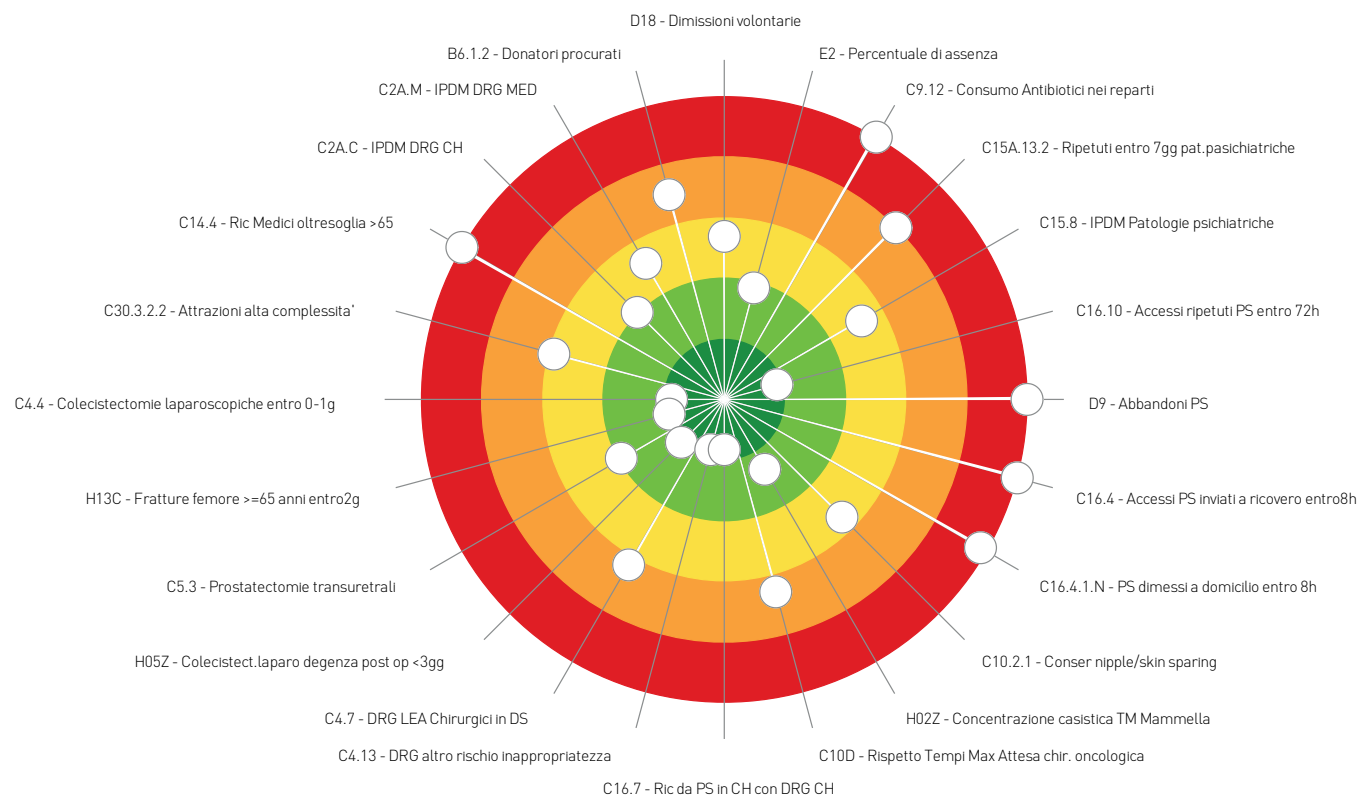
Indicatori Stabili =

2.7 %

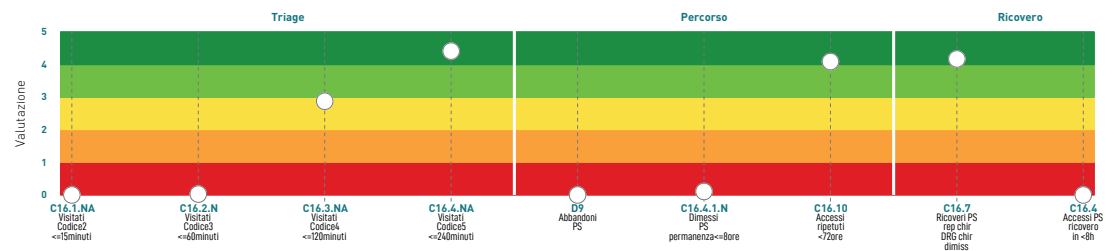
Indicatori Peggiorati ↓

56.8 %

Valutazione della performance 2022



PERCORSO EMERGENZA URGENZA





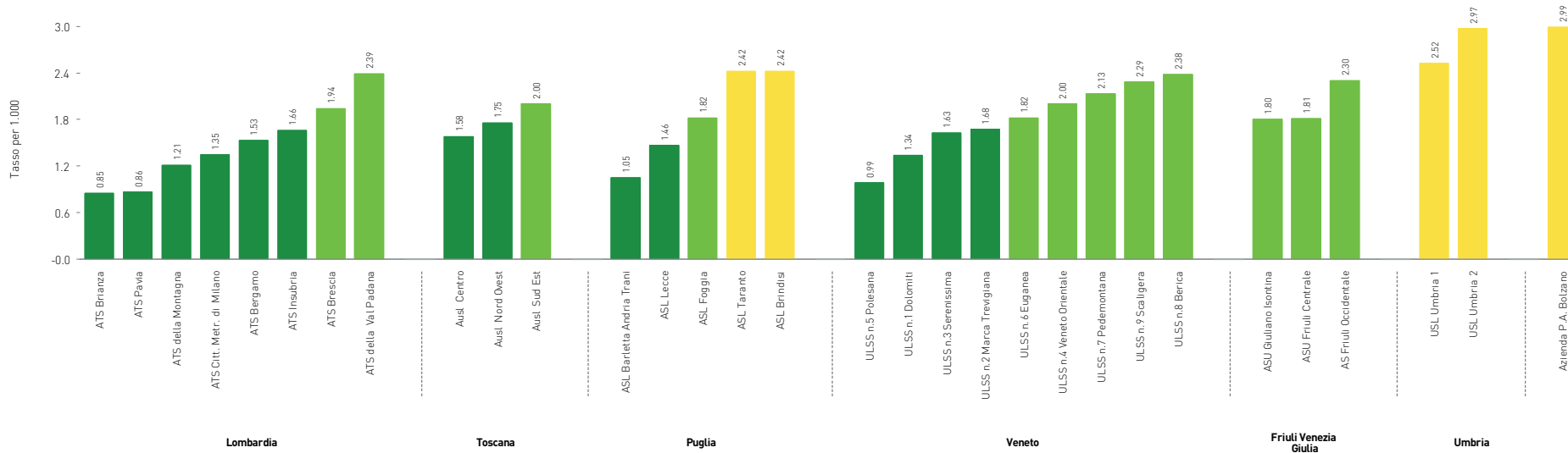
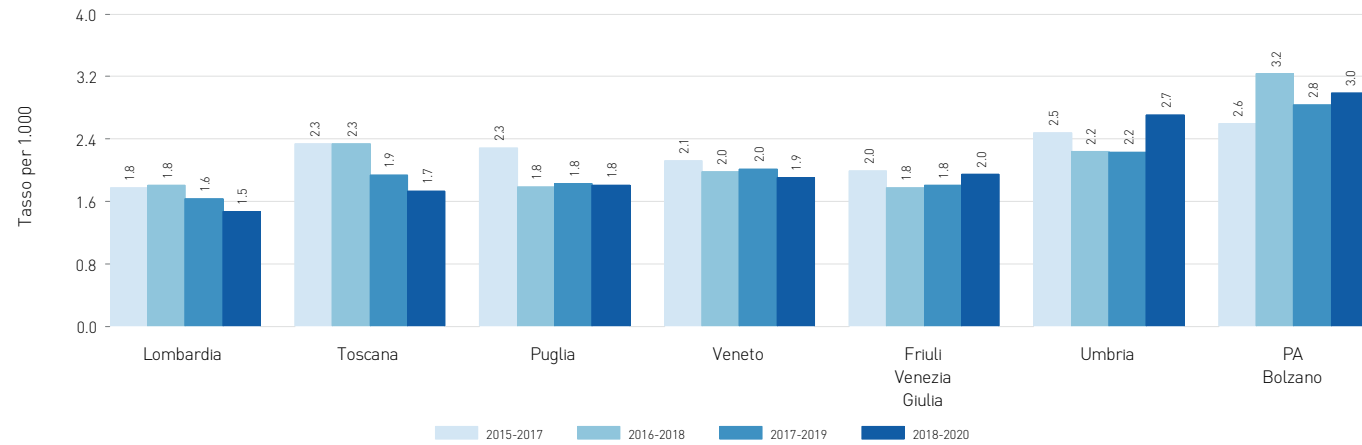
4

INDICATORI

STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

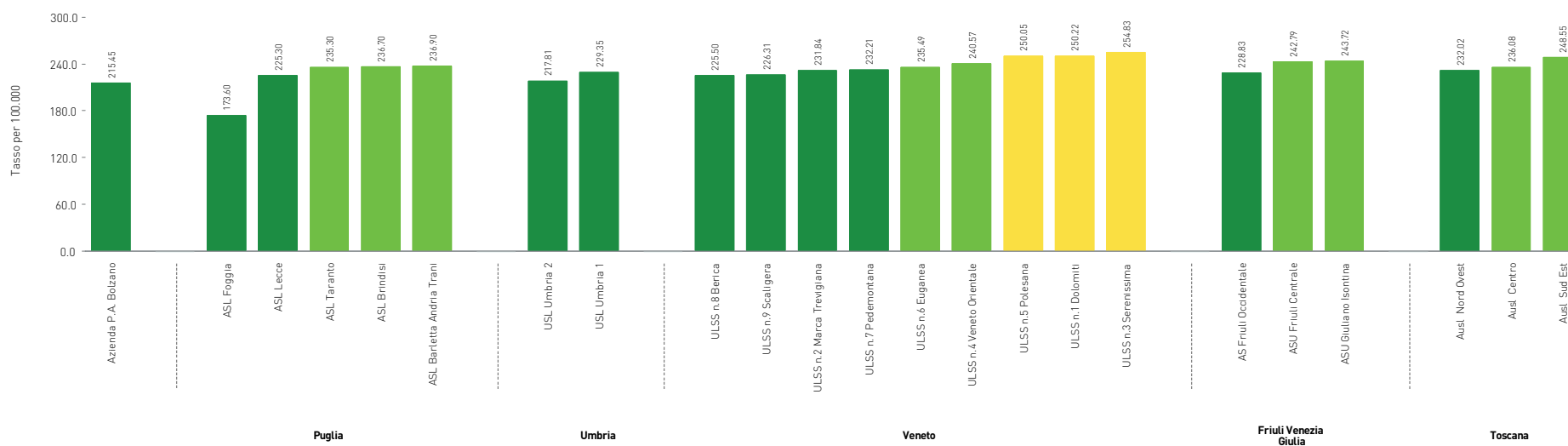
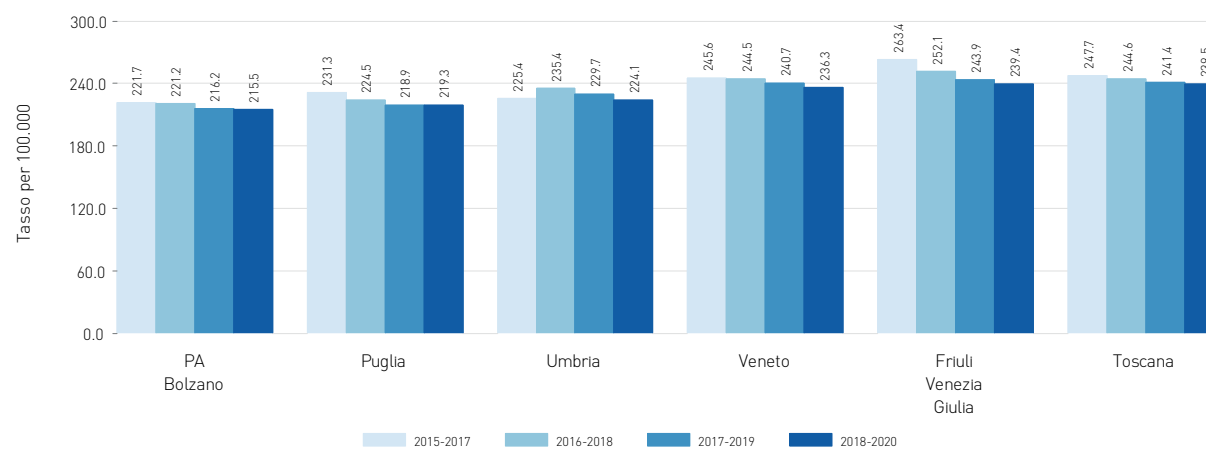
A1.1 Mortalità nel primo anno di vita

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.



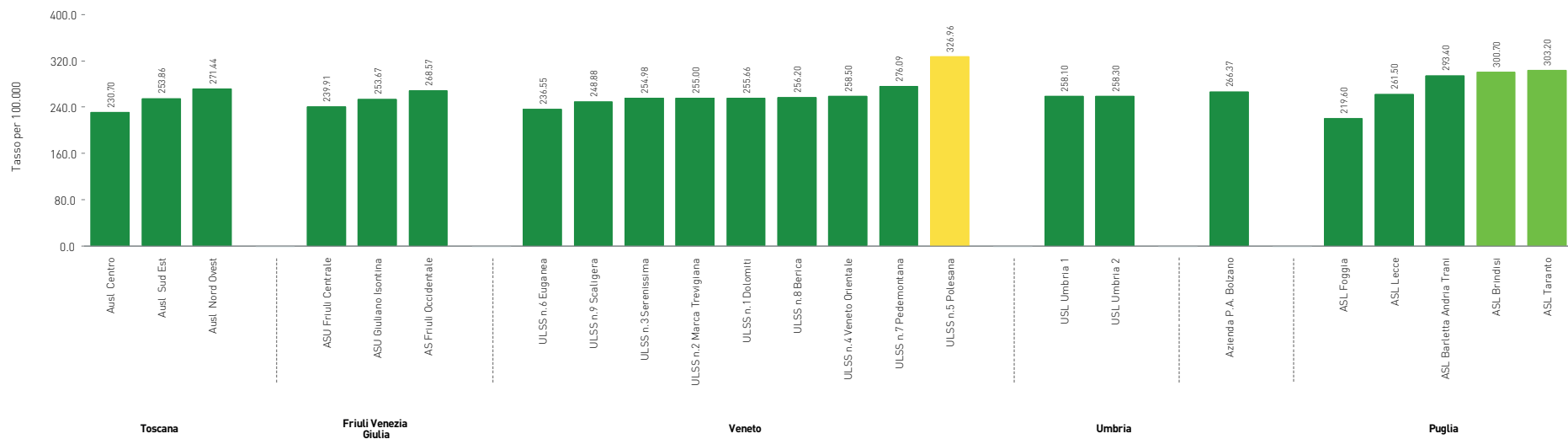
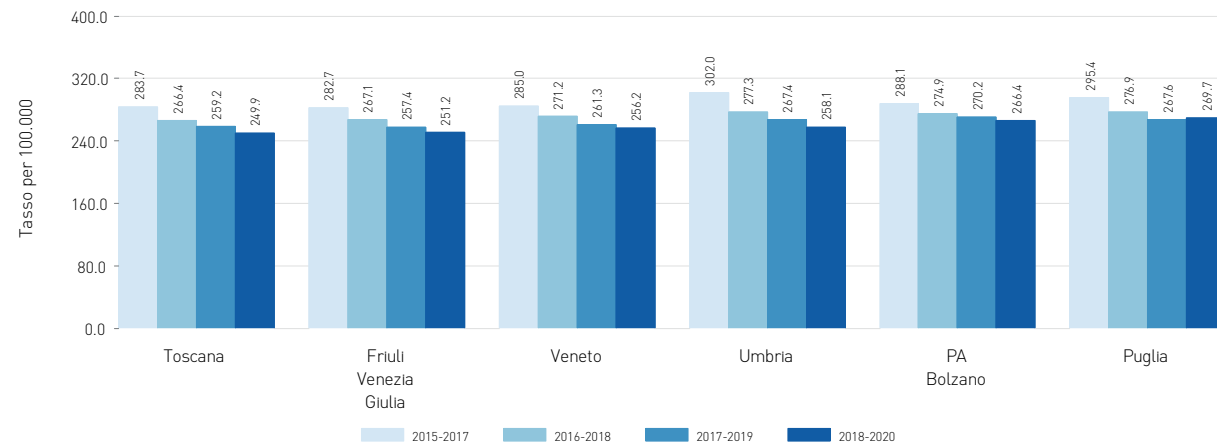
A2 Mortalità per tumori

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



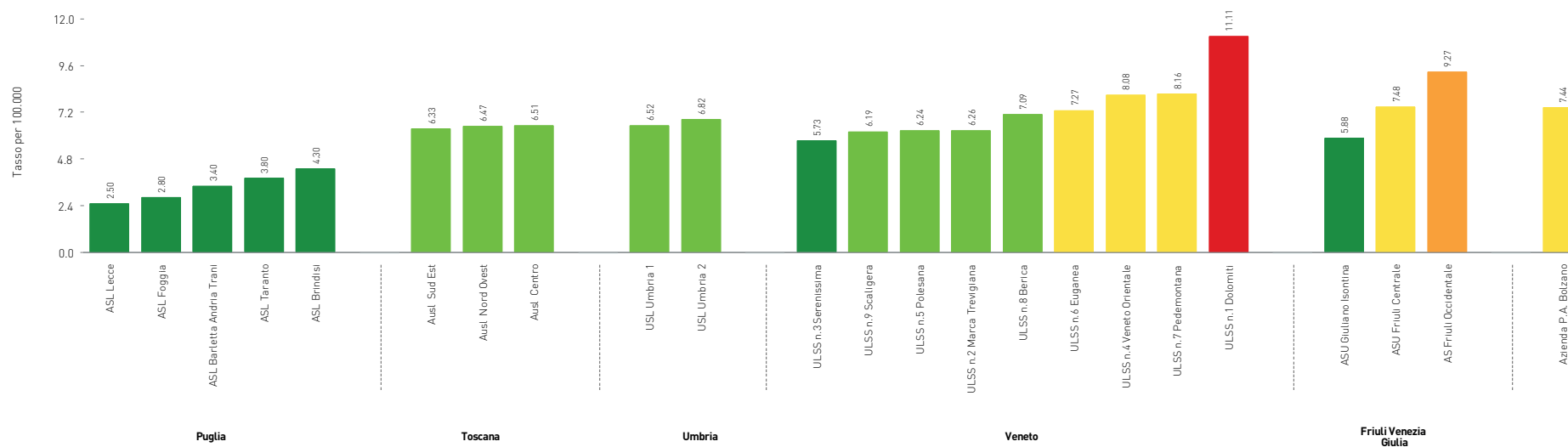
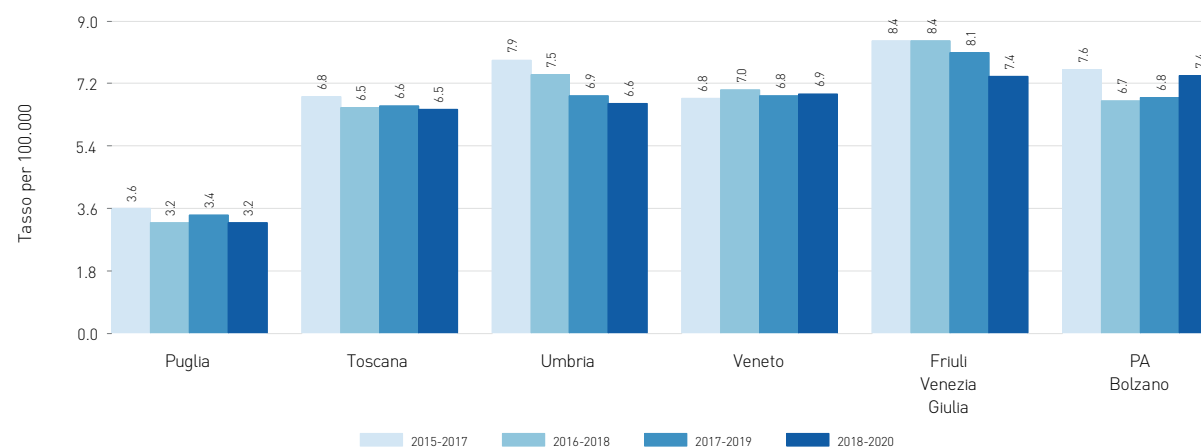
A3 Mortalità per malattie circolatorie

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



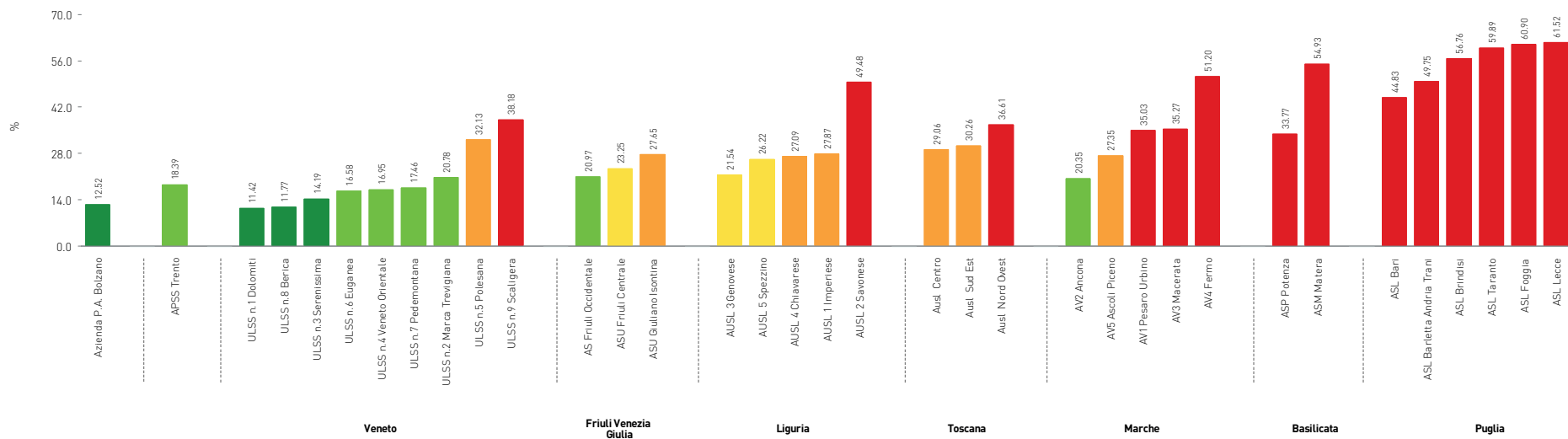
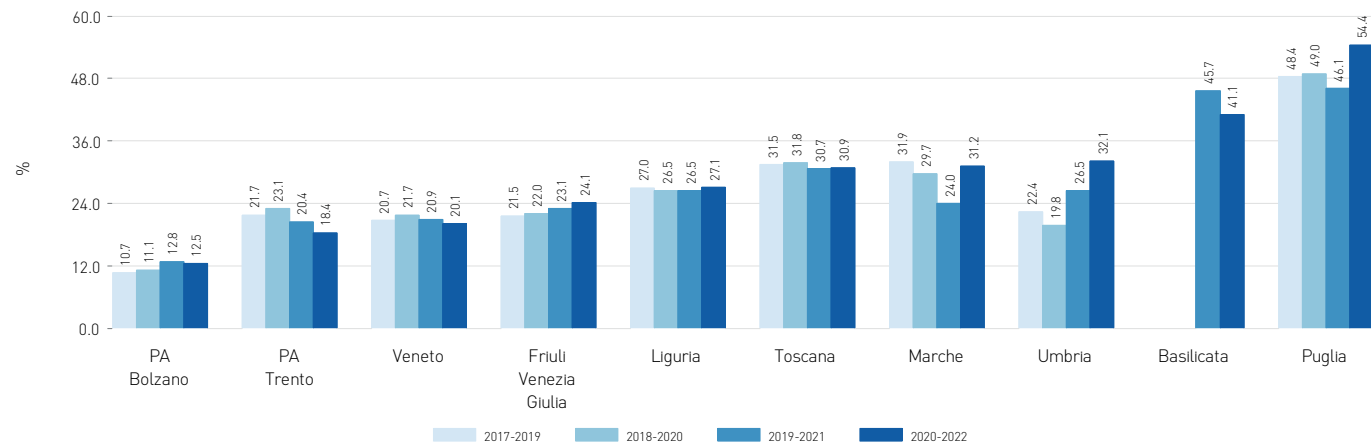
A4 Mortalità per suicidi

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



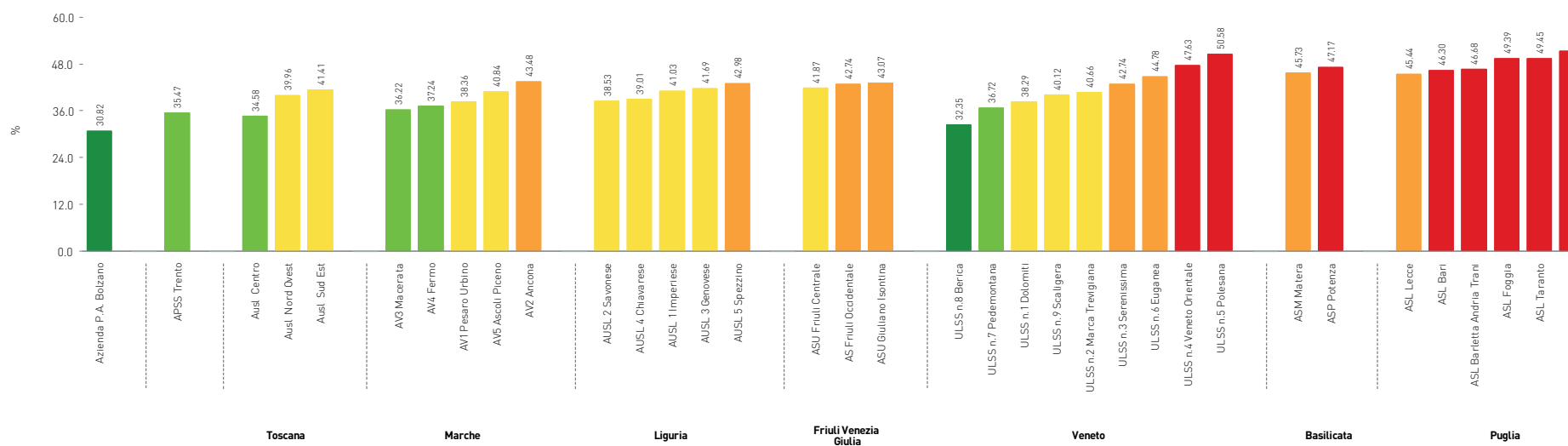
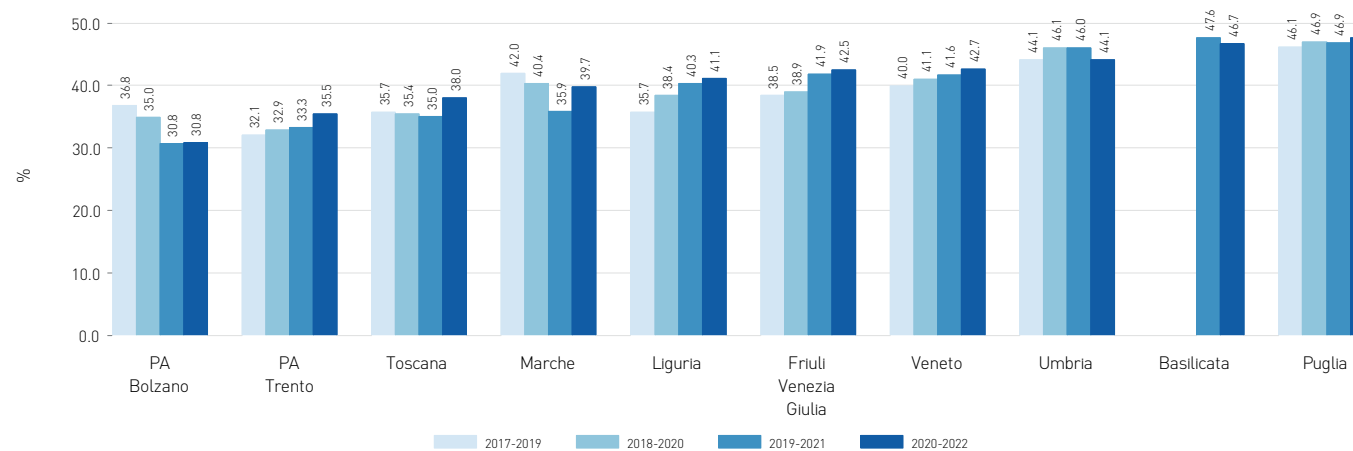
A10.1.1 Percentuale di sedentari

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.



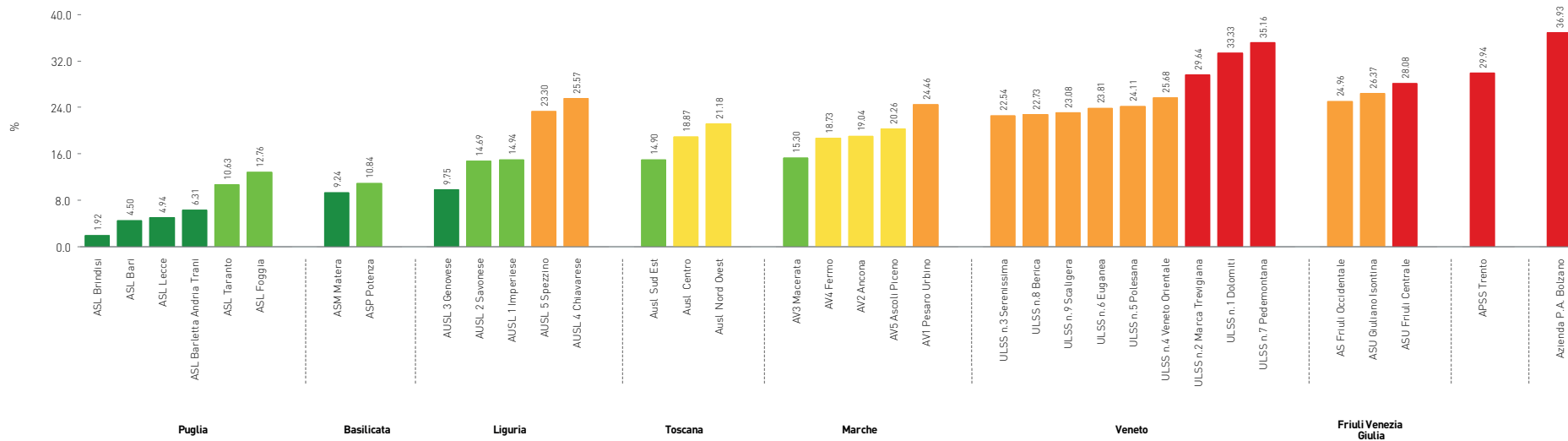
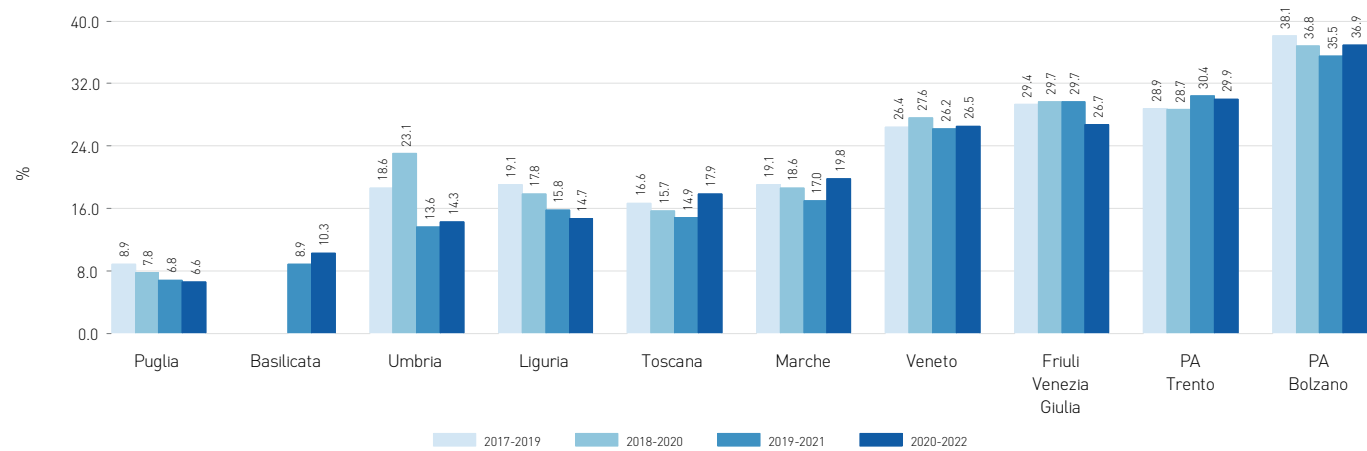
A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

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.



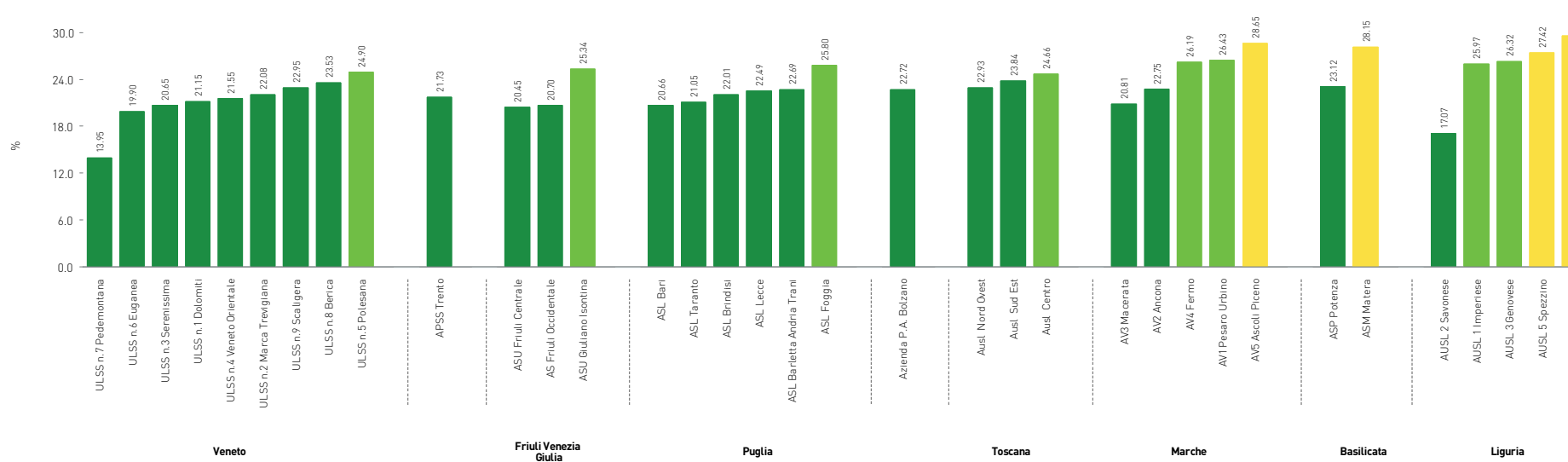
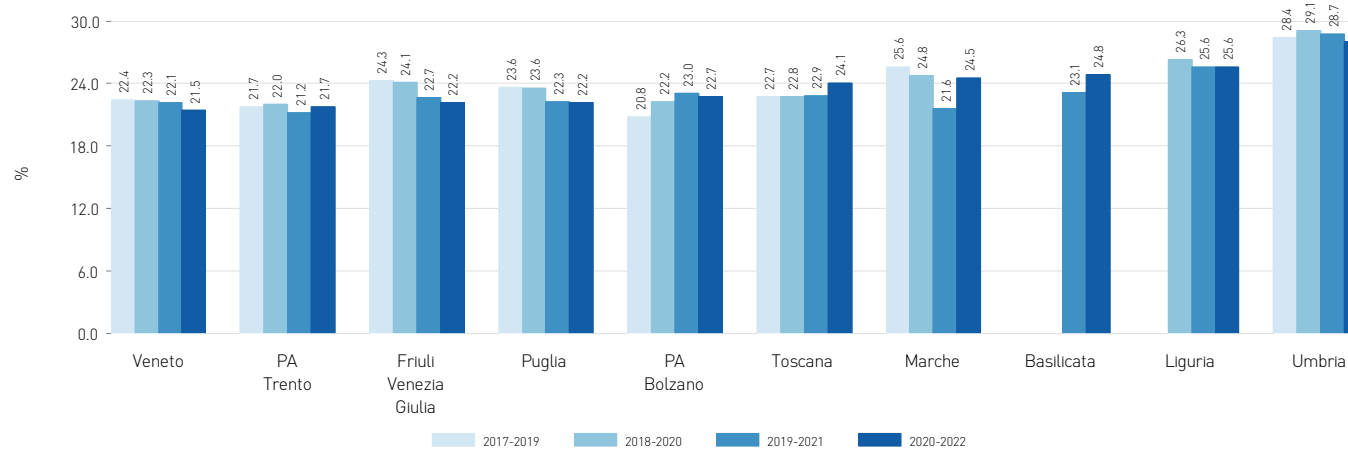
A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

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.



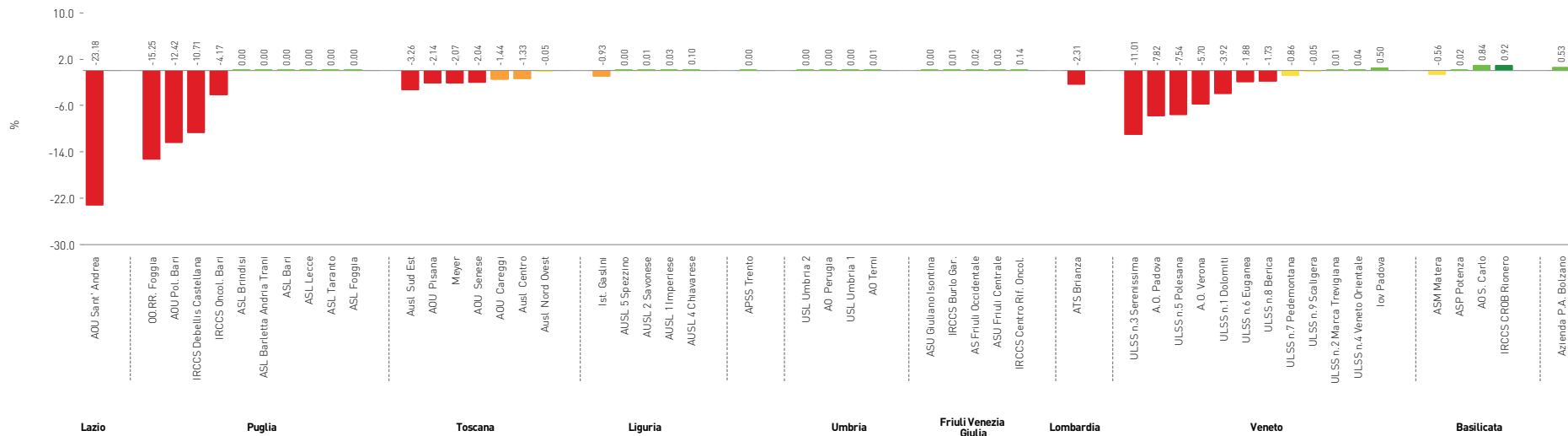
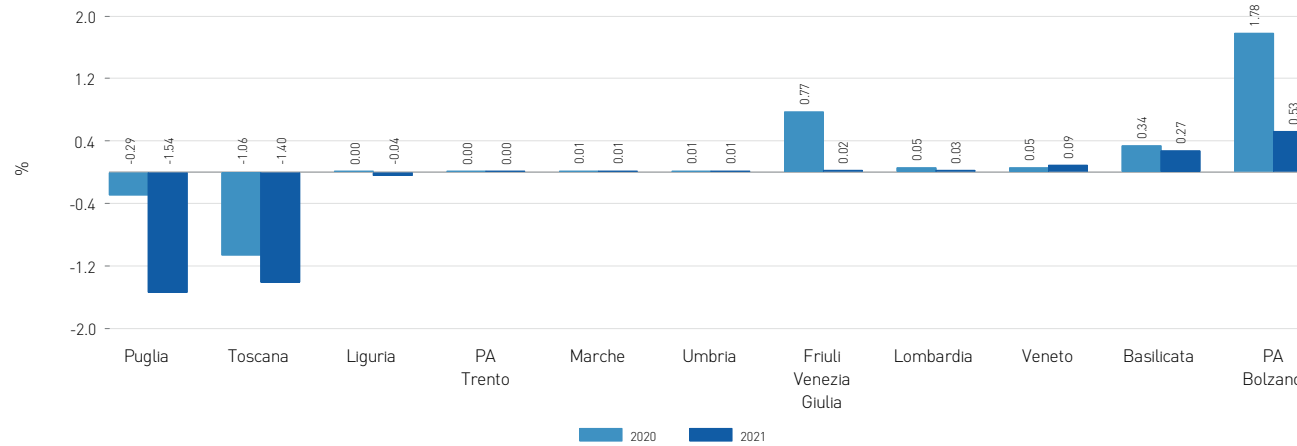


EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ



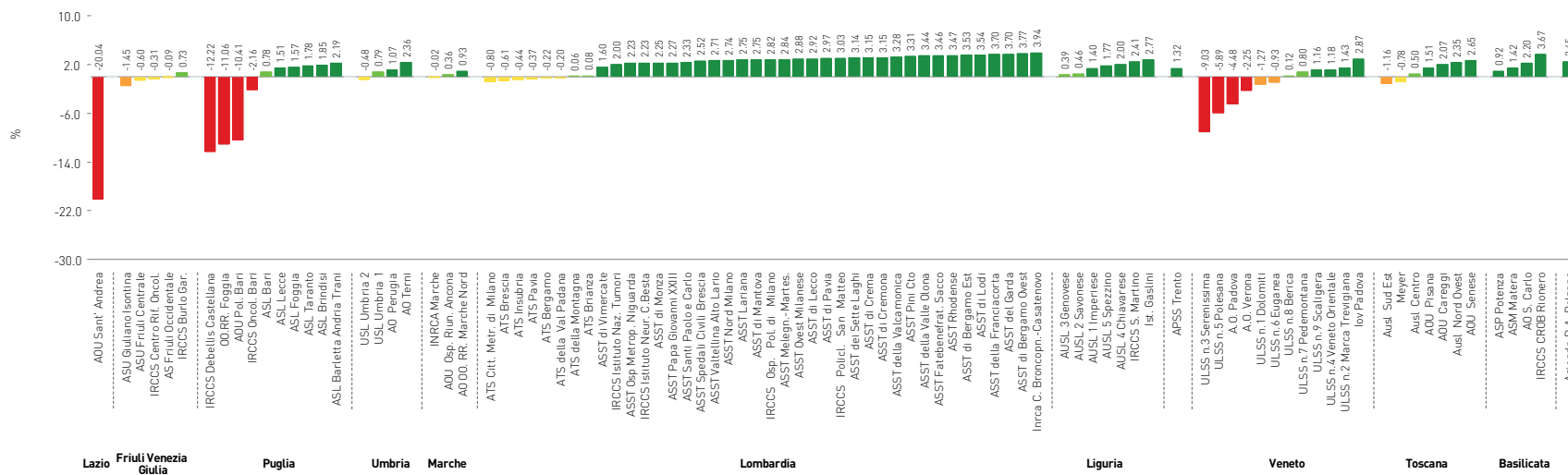
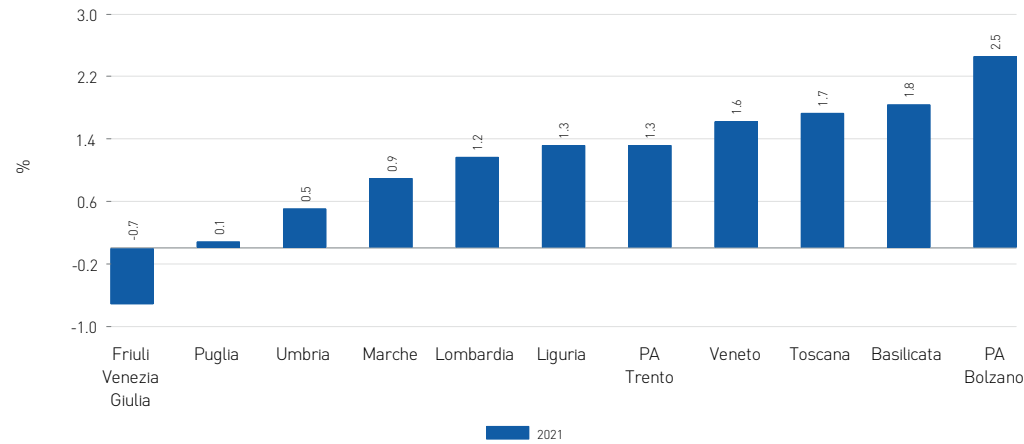
F1.1 Equilibrio economico generale

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



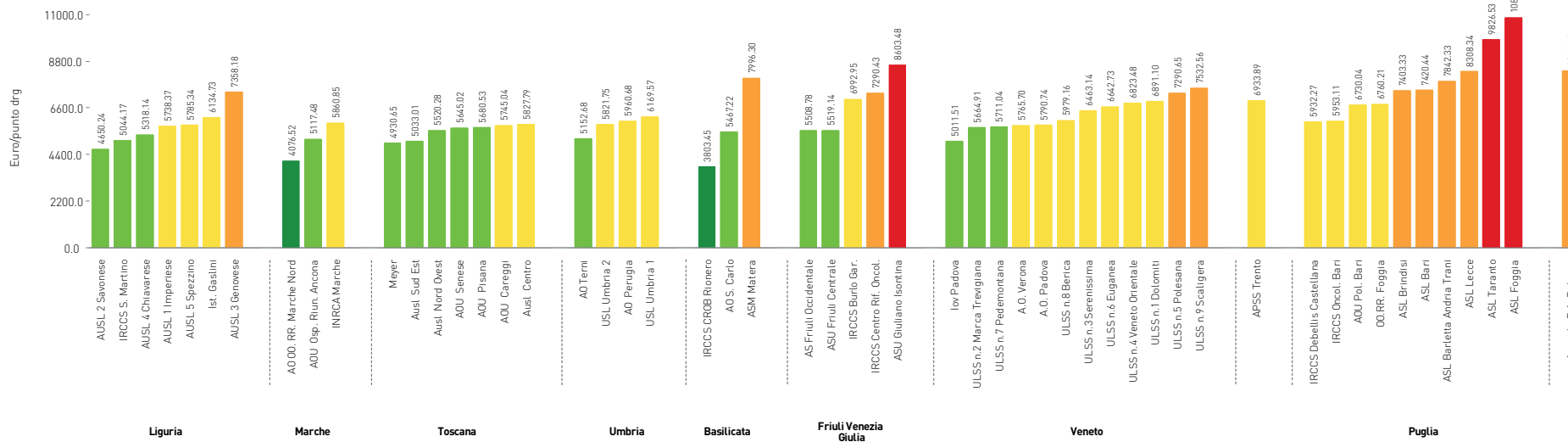
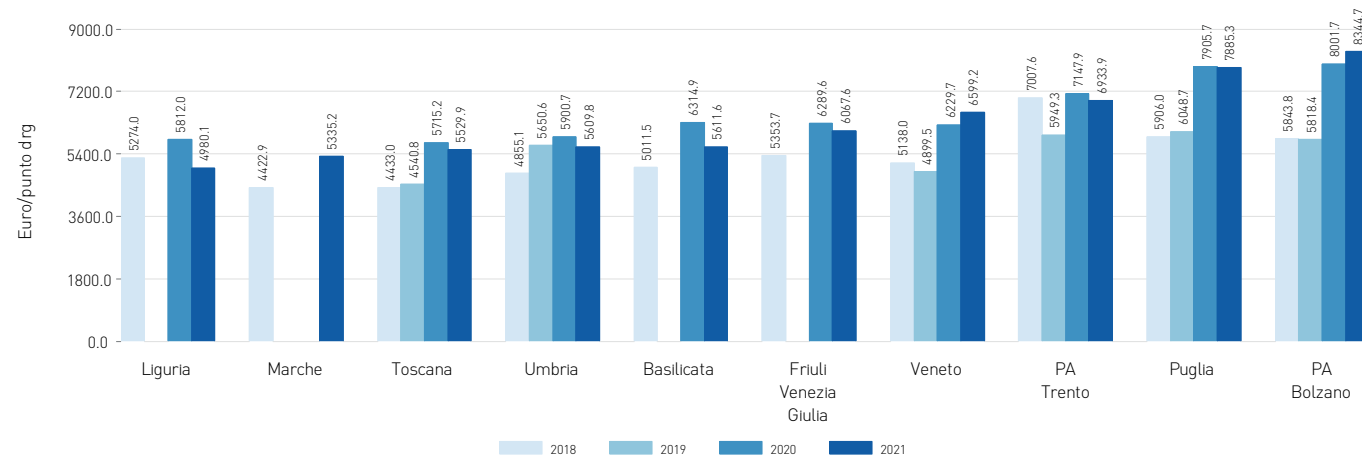
F1.2 Equilibrio economico sanitario

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



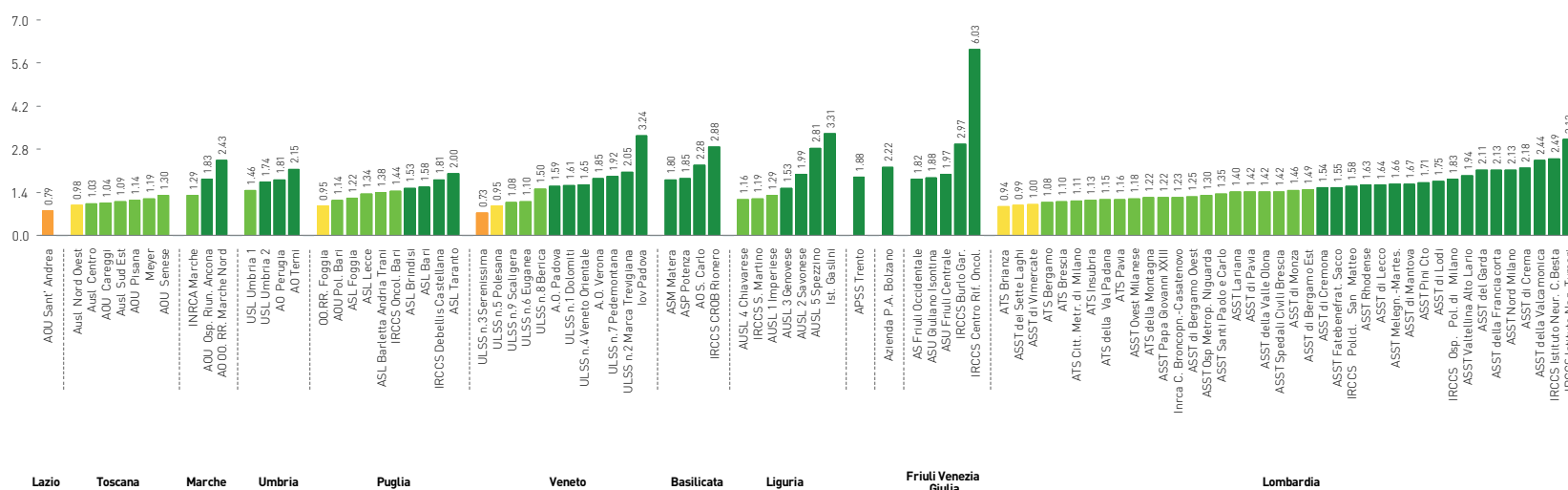
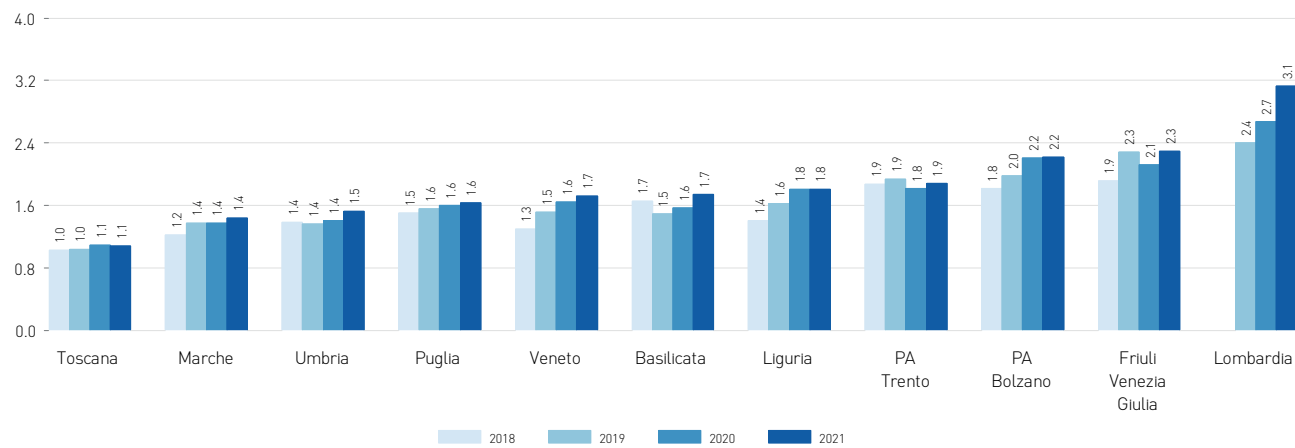
F18.1 Costo medio per punto DRG

L'indicatore è volto a misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti DRG). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti DRG relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto inter-regionale, i punti DRG utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti e dei trapianti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera e per i trapianti (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). La fonte dei dati è il flusso LA, scaricato dal portale OpenBDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche della Ragioneria Generale dello Stato) ed i dati sono relativi all'anno 2021.



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.

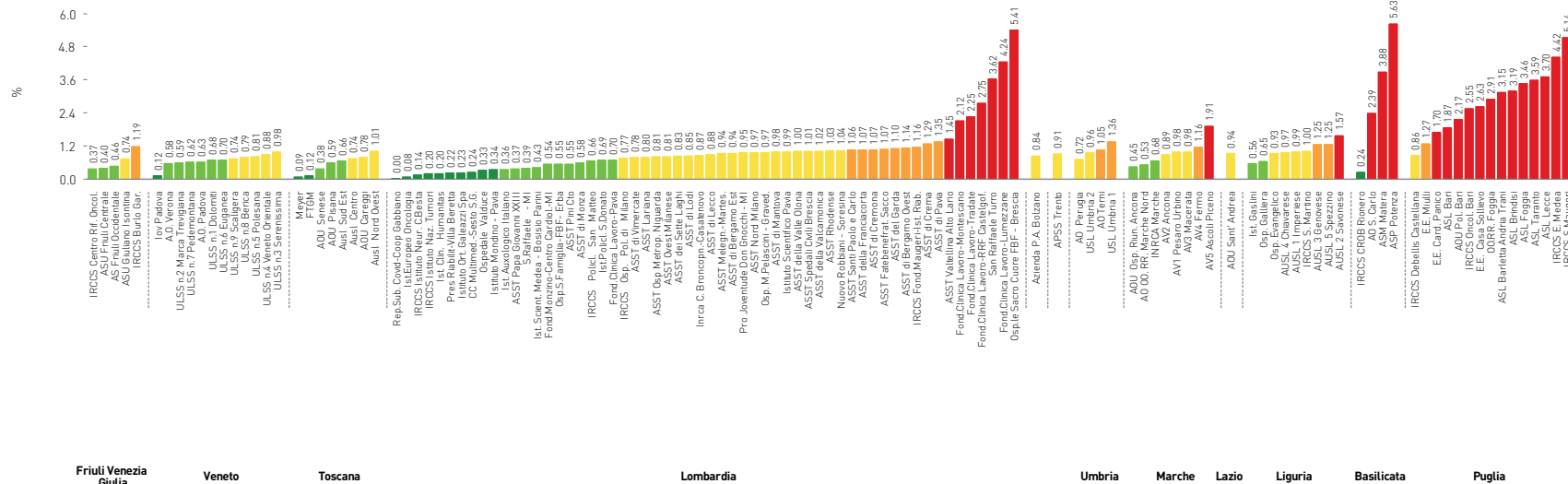
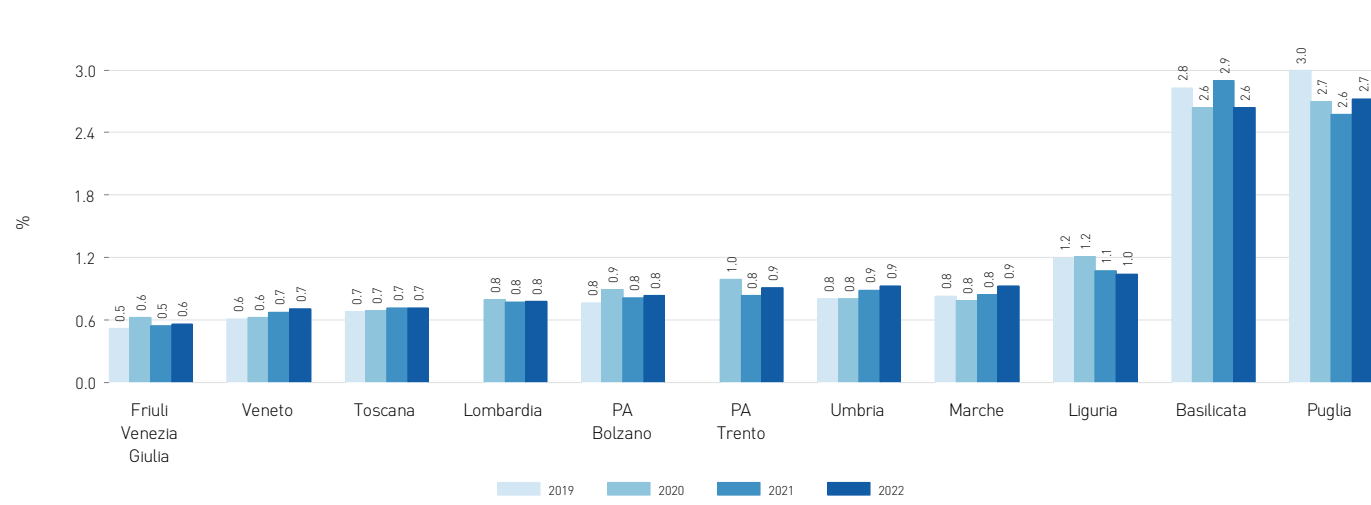




VALUTAZIONE DELL'UTENZA

D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

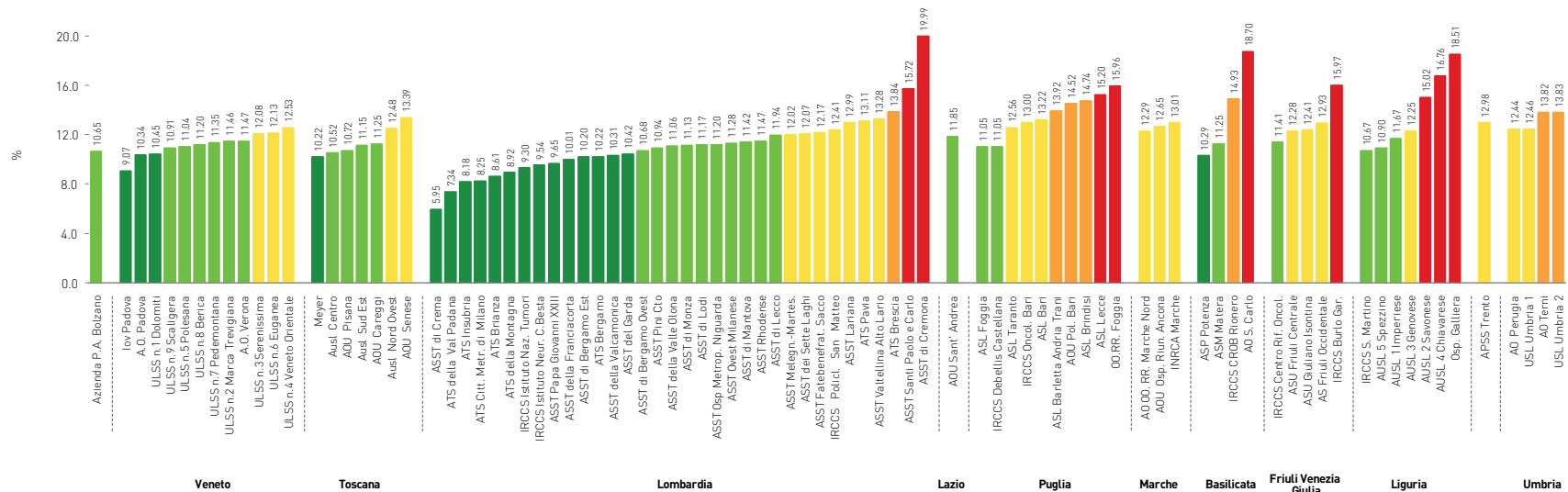
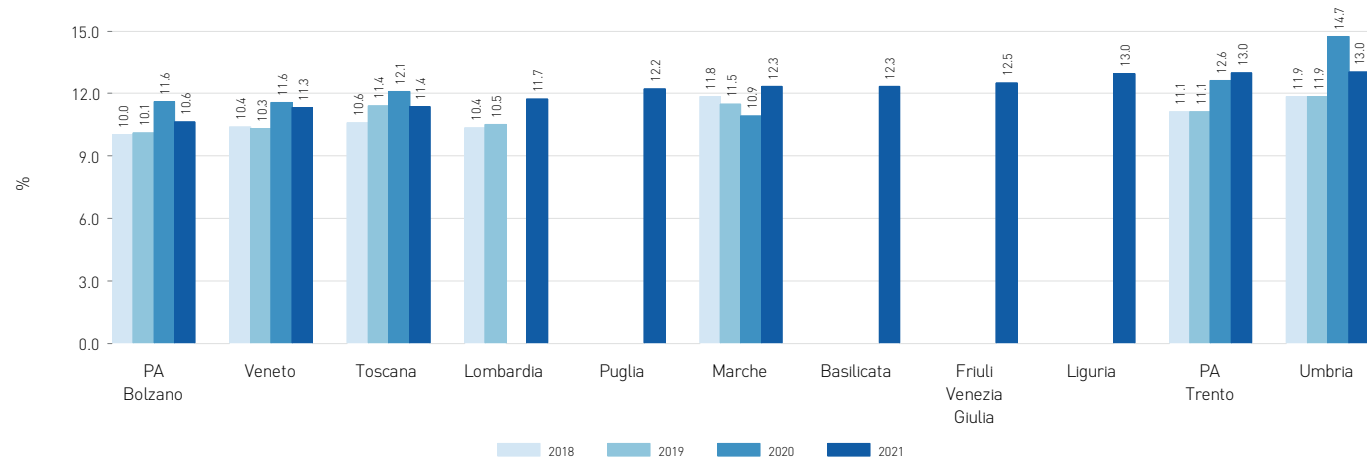
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario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



PERSONALE E RICERCA

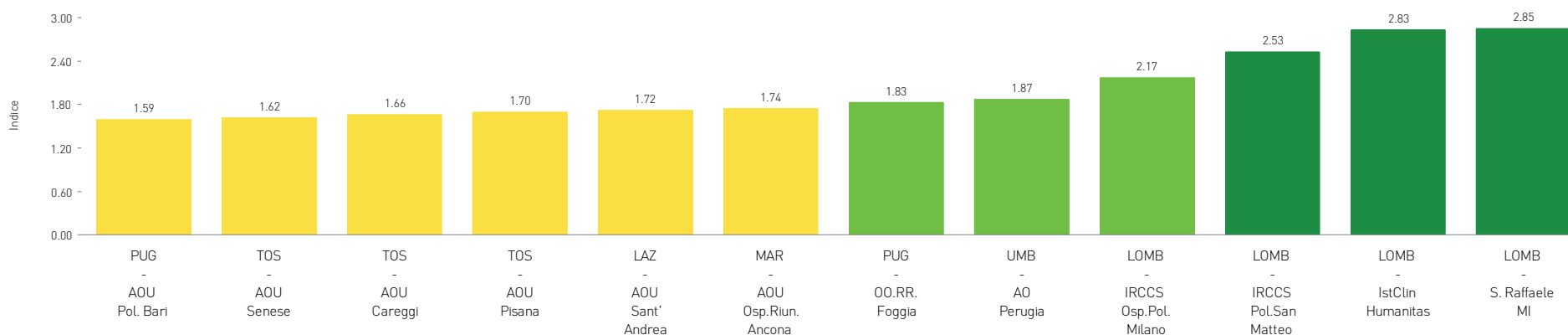
E2 Percentuale di assenza

L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato un 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 2021.

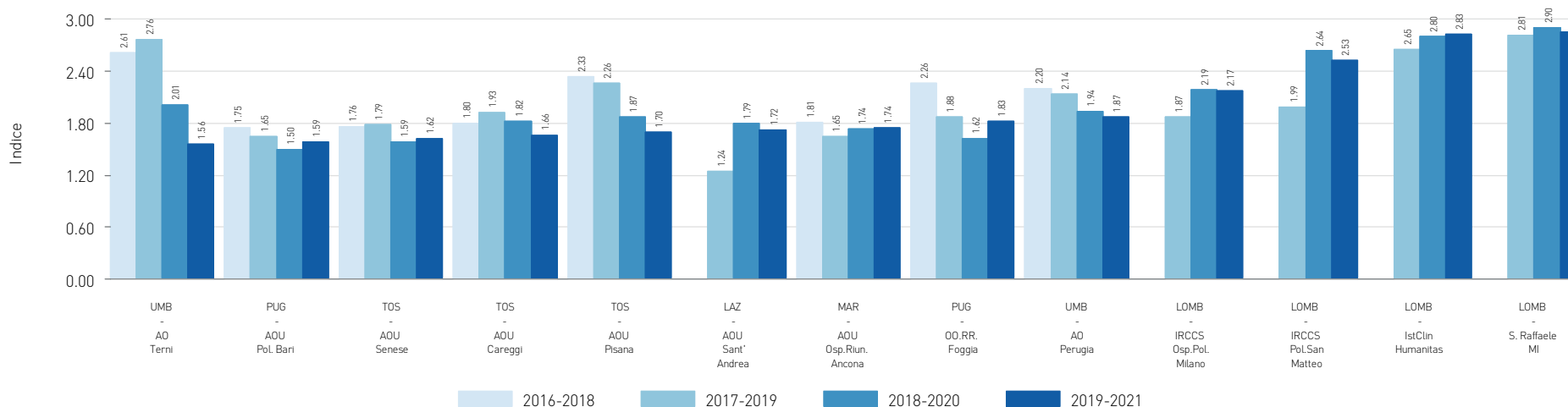


B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici

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

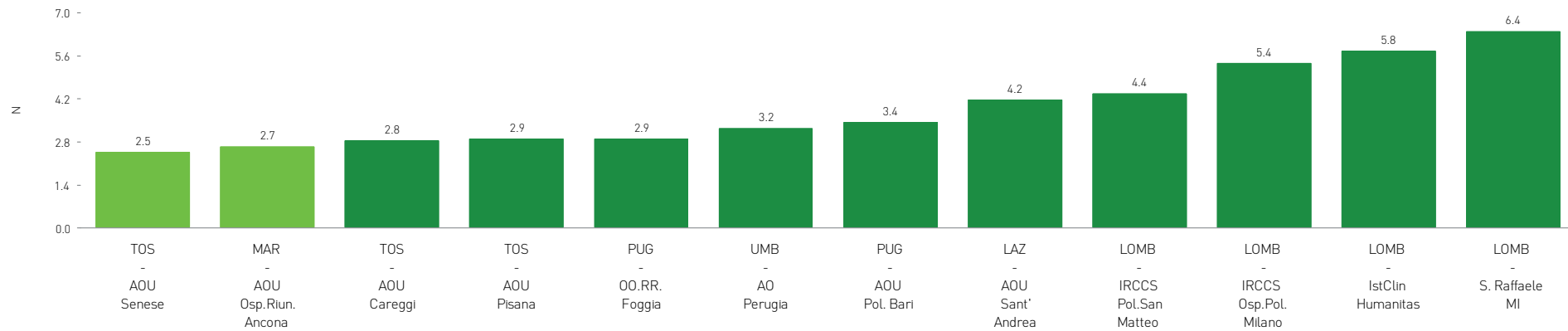


B15.1.1A - Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici

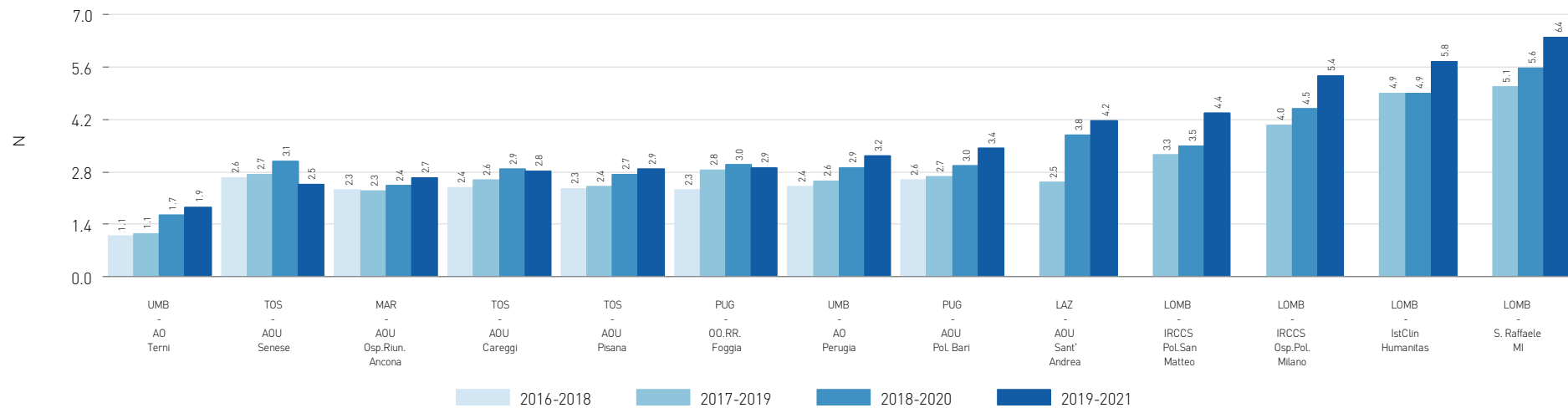


B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici

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

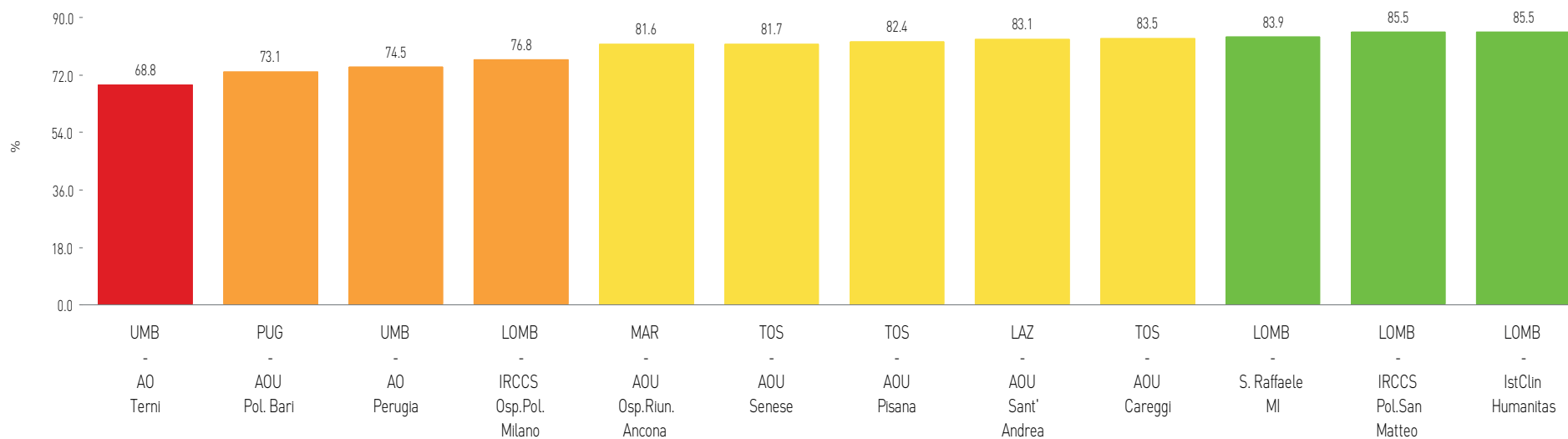


B15.1.3 - Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici



B15.2.1A Percentuale di dirigenti medici produttivi

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

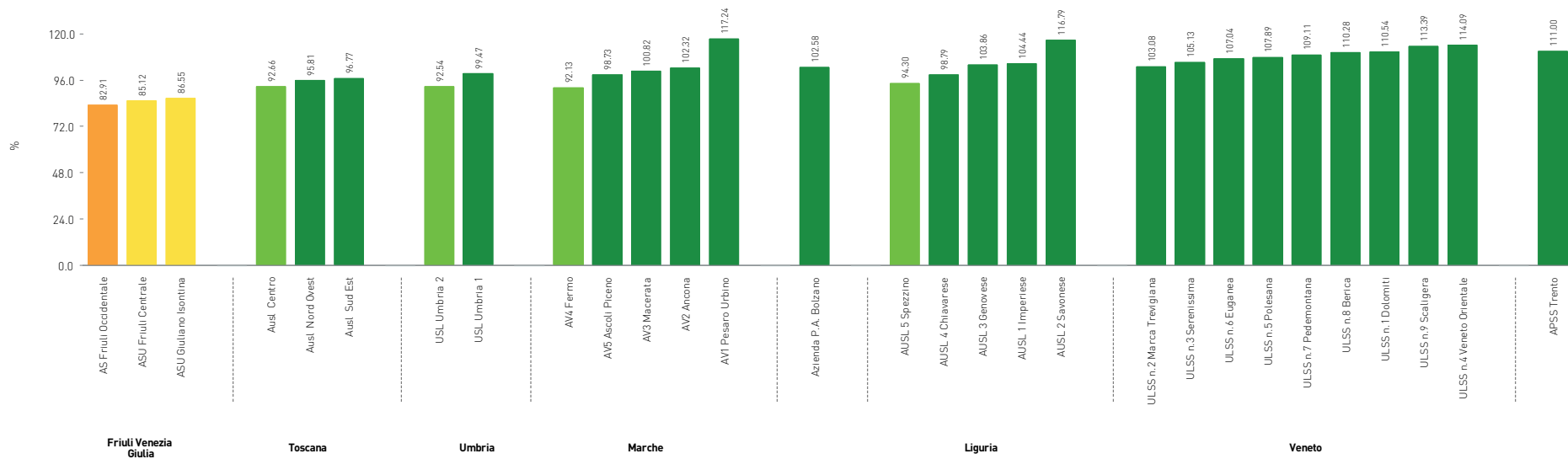
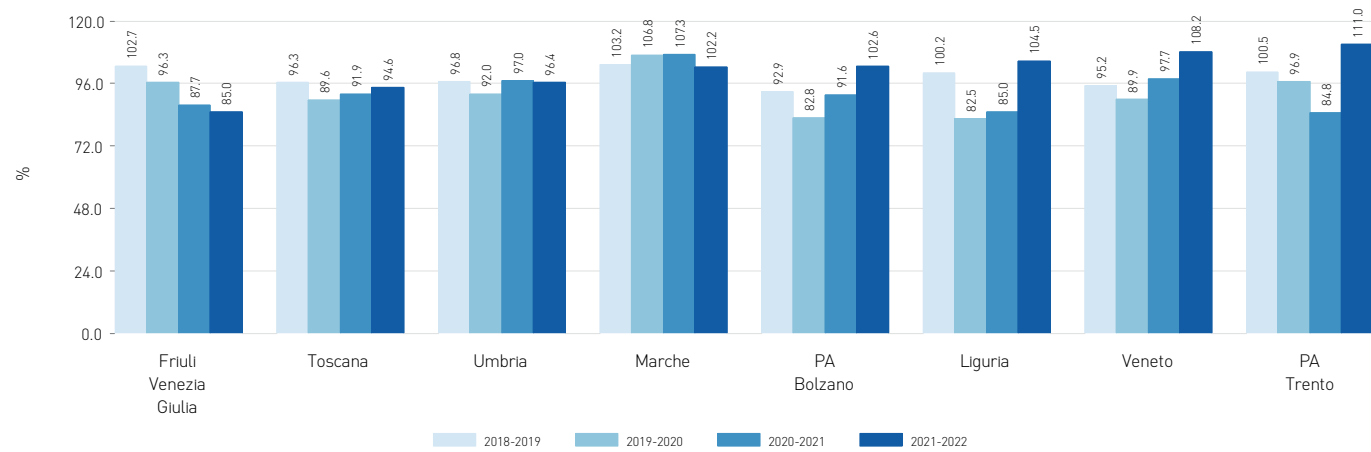




PROMOZIONE DELLA SALUTE E SANITÀ PUBBLICA

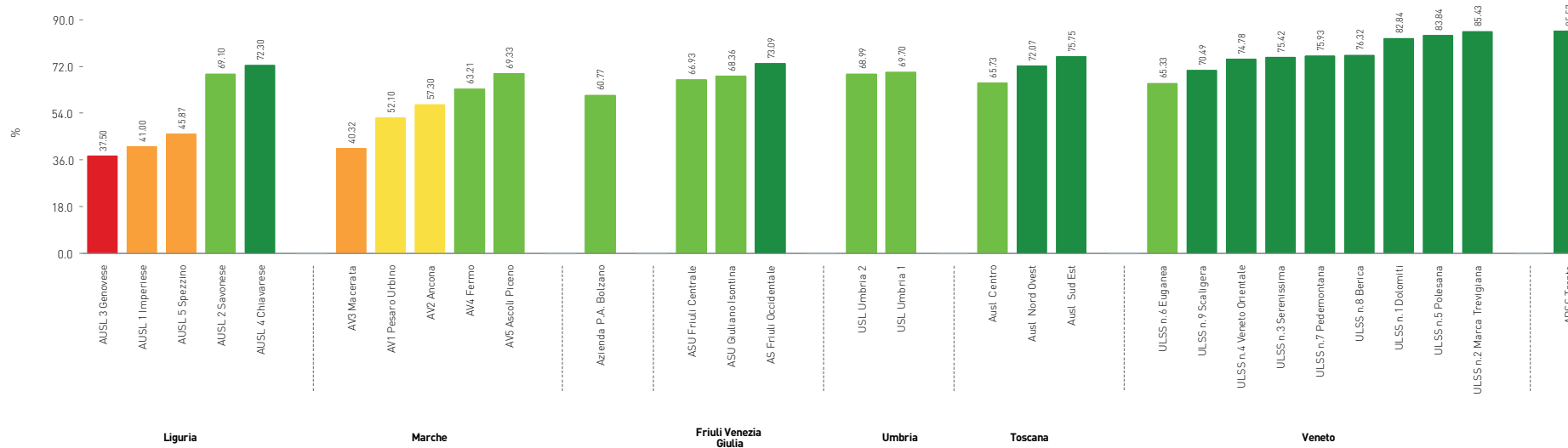
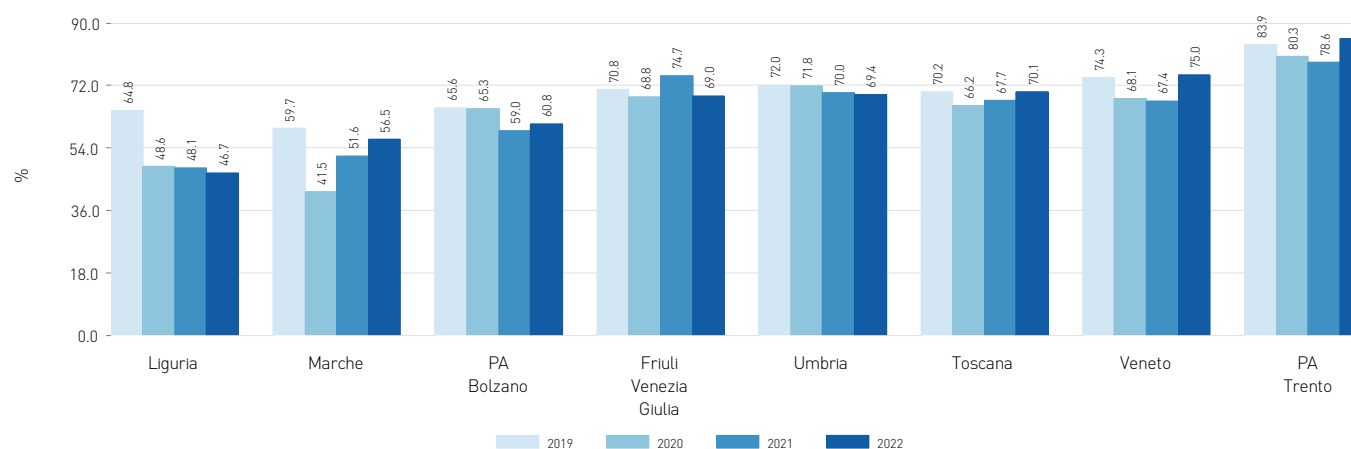
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne, sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio). L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti con il round di invito (biennale o triennale, a seconda del programma di screening).



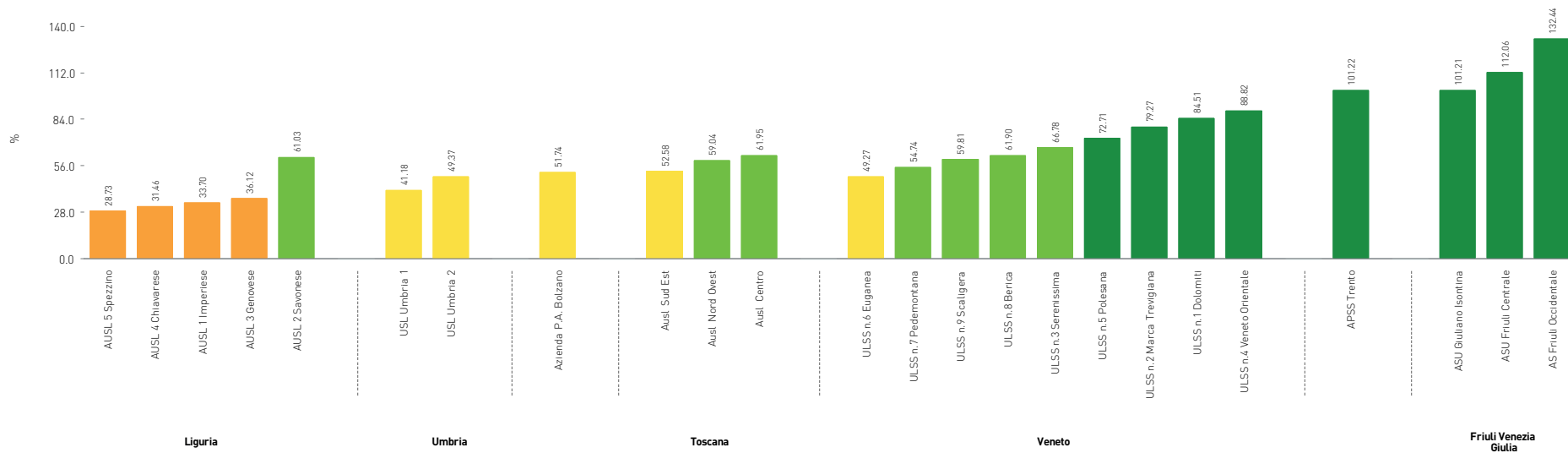
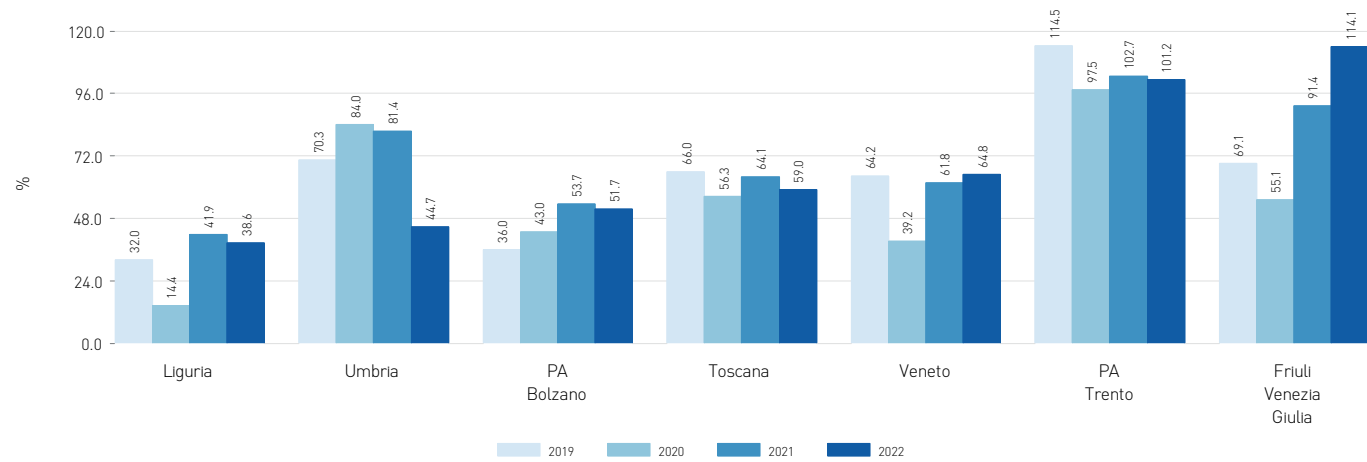
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne, hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



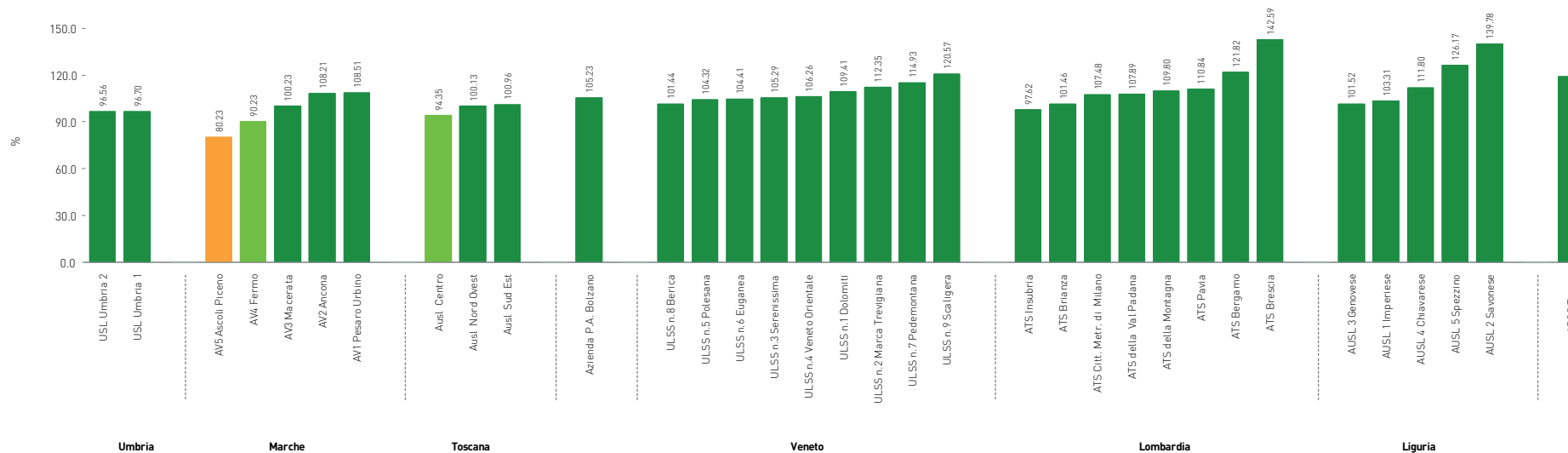
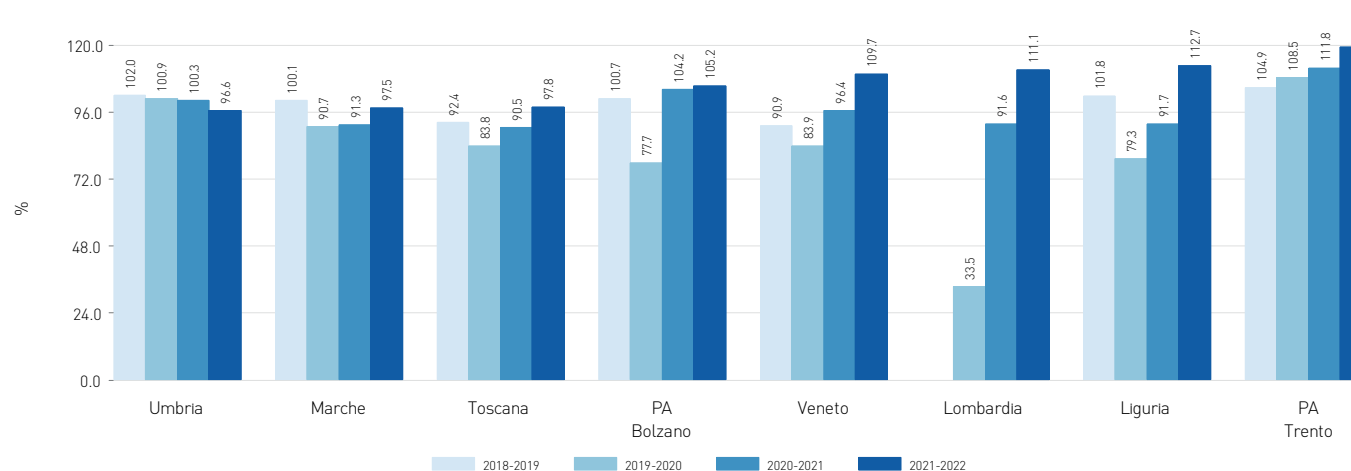
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)

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



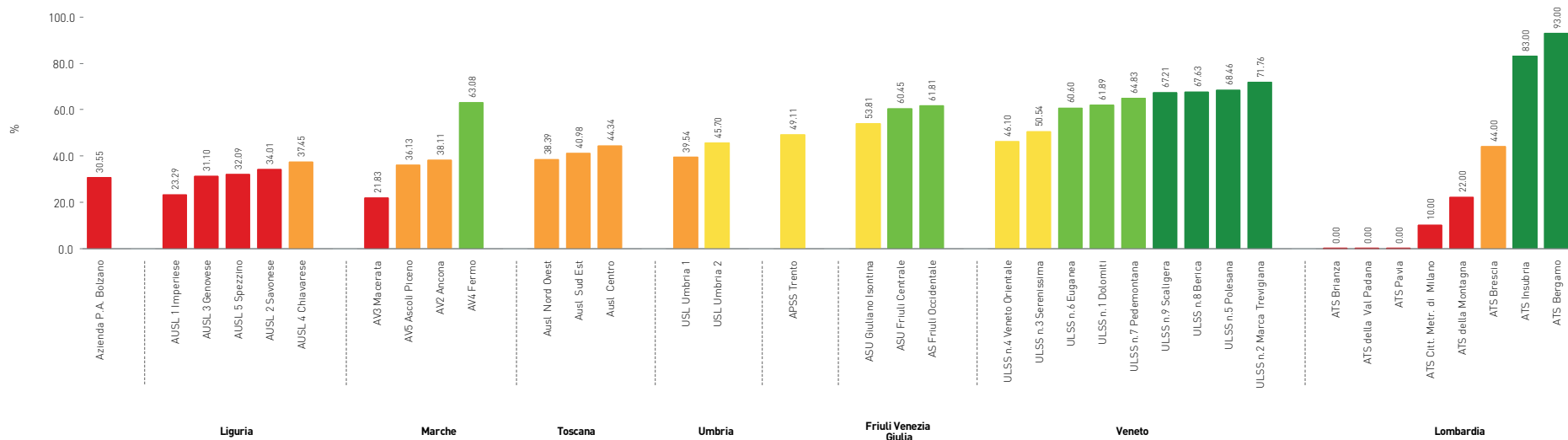
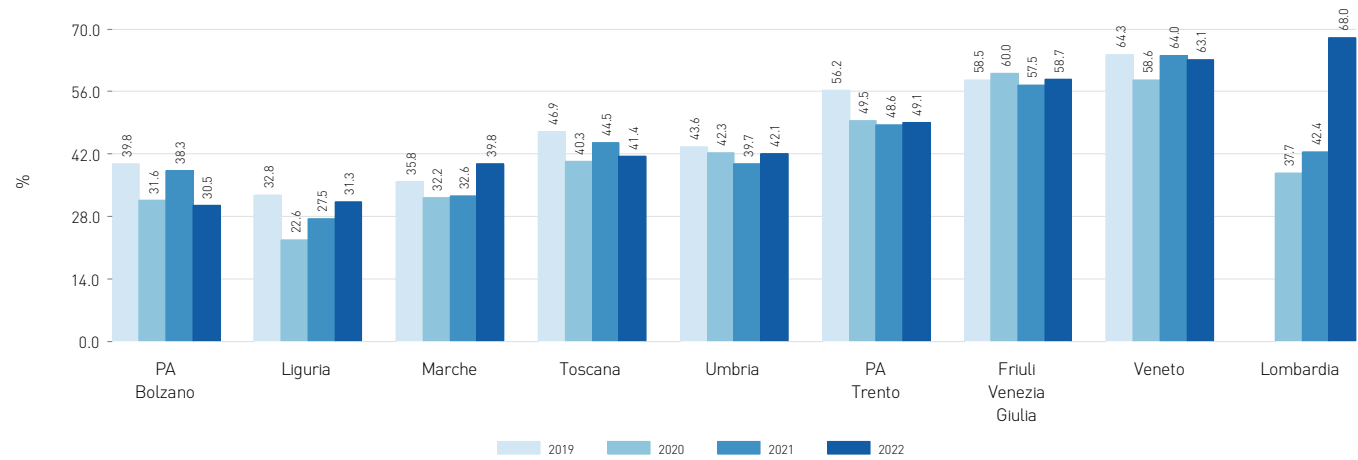
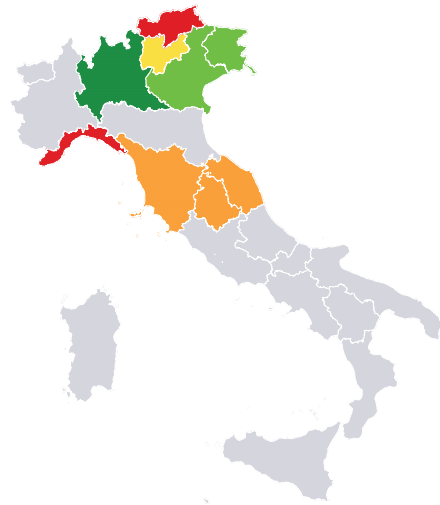
B5.3.1 Estensione dello screening coloretta

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).



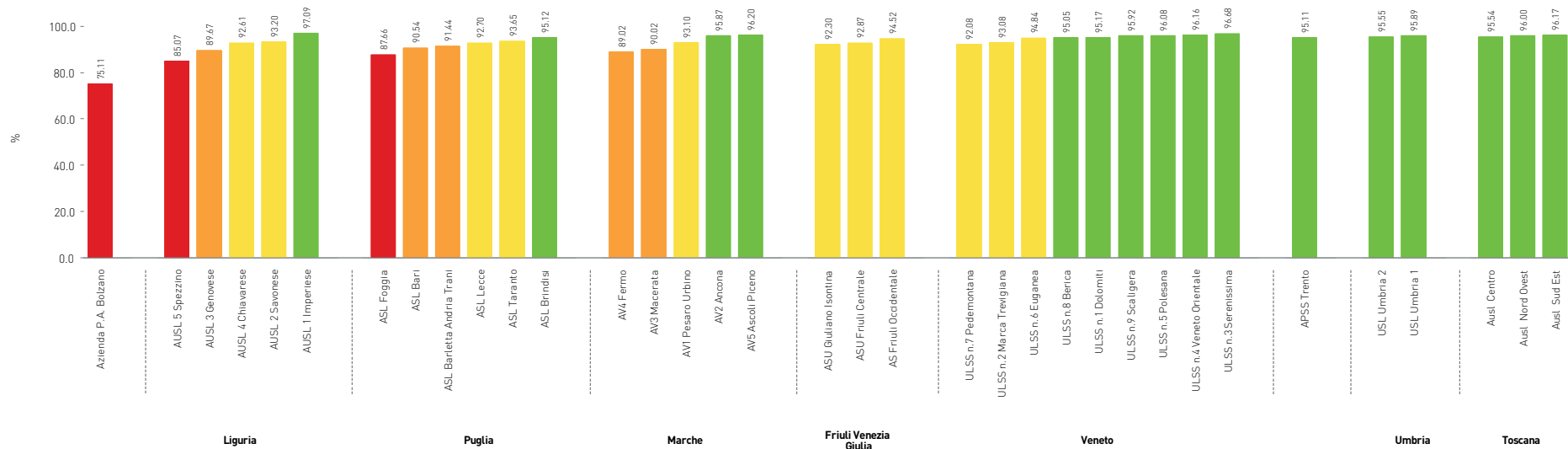
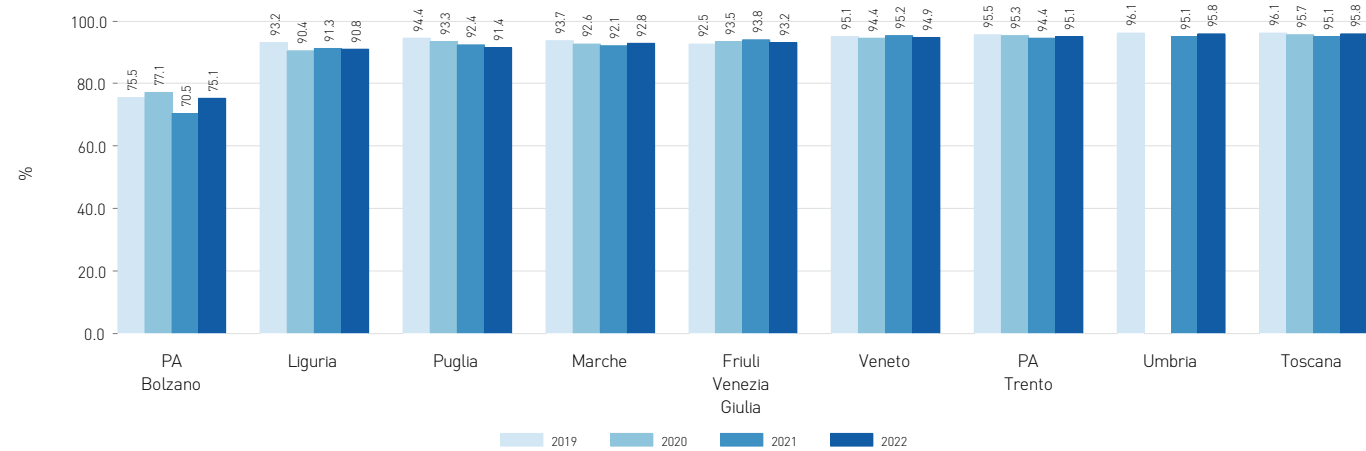
B5.3.2 Adesione allo screening colorettaile

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



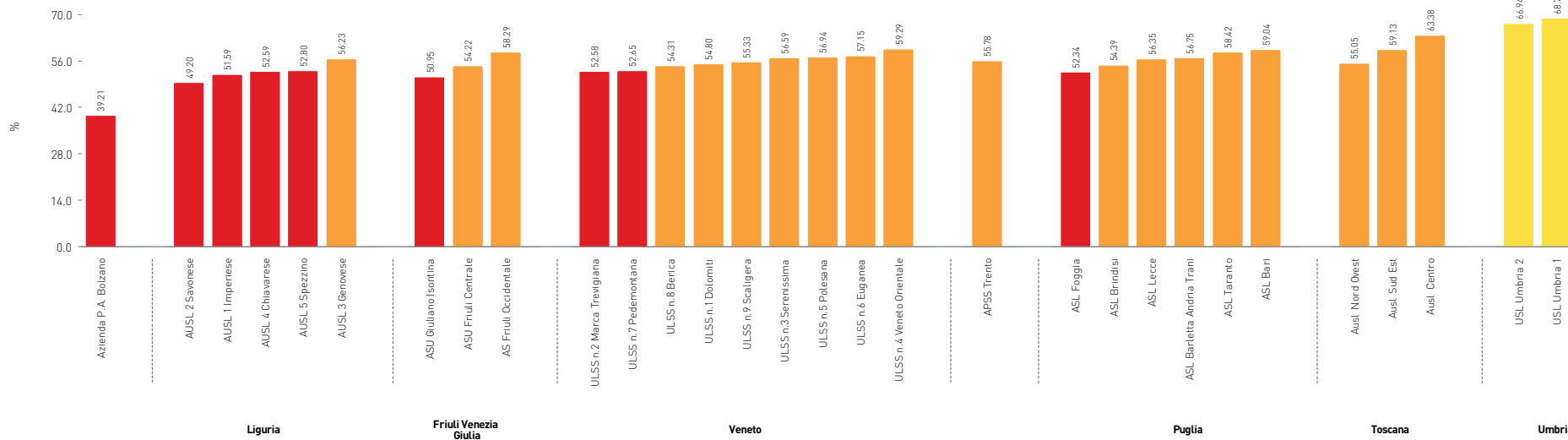
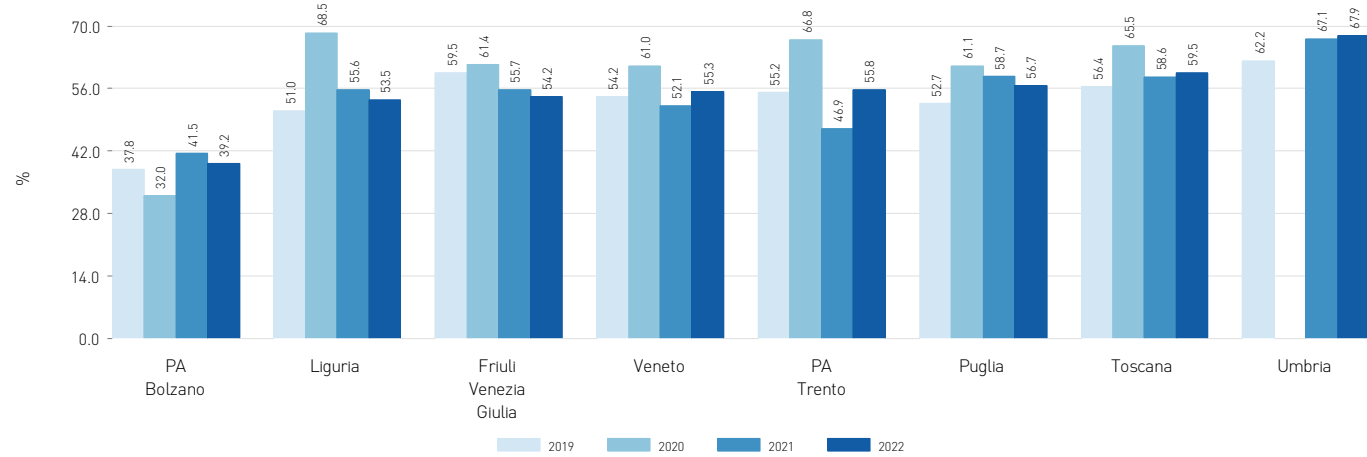
B7.1 Copertura per vaccino MPR

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



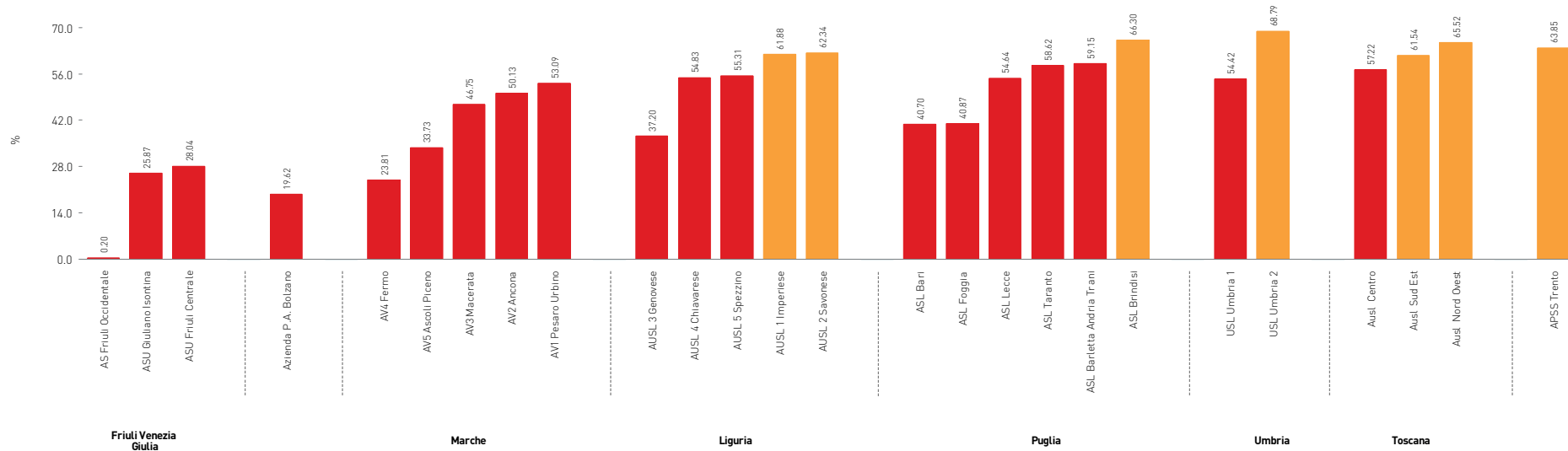
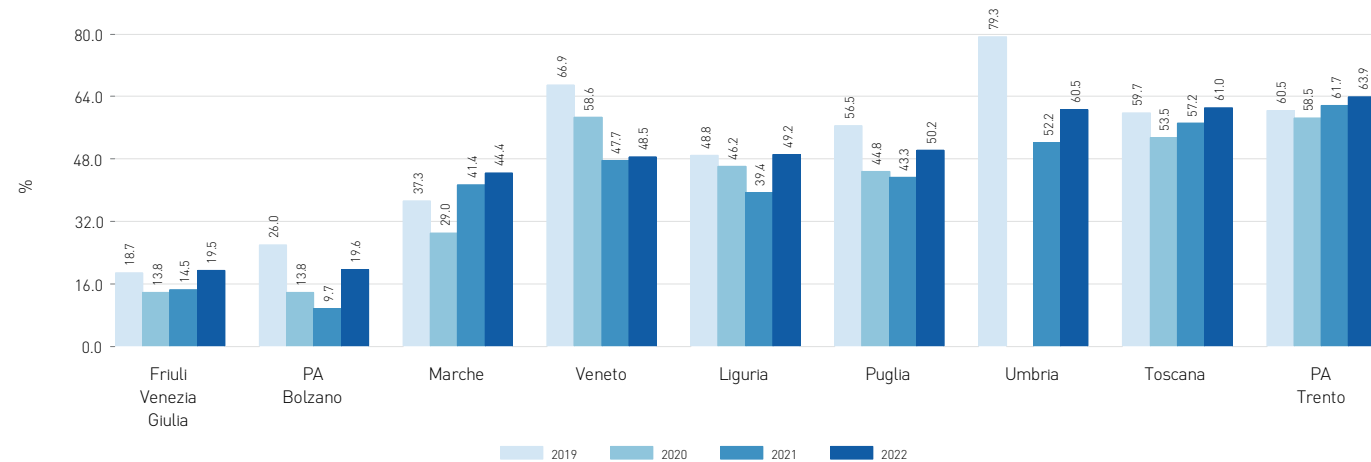
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

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



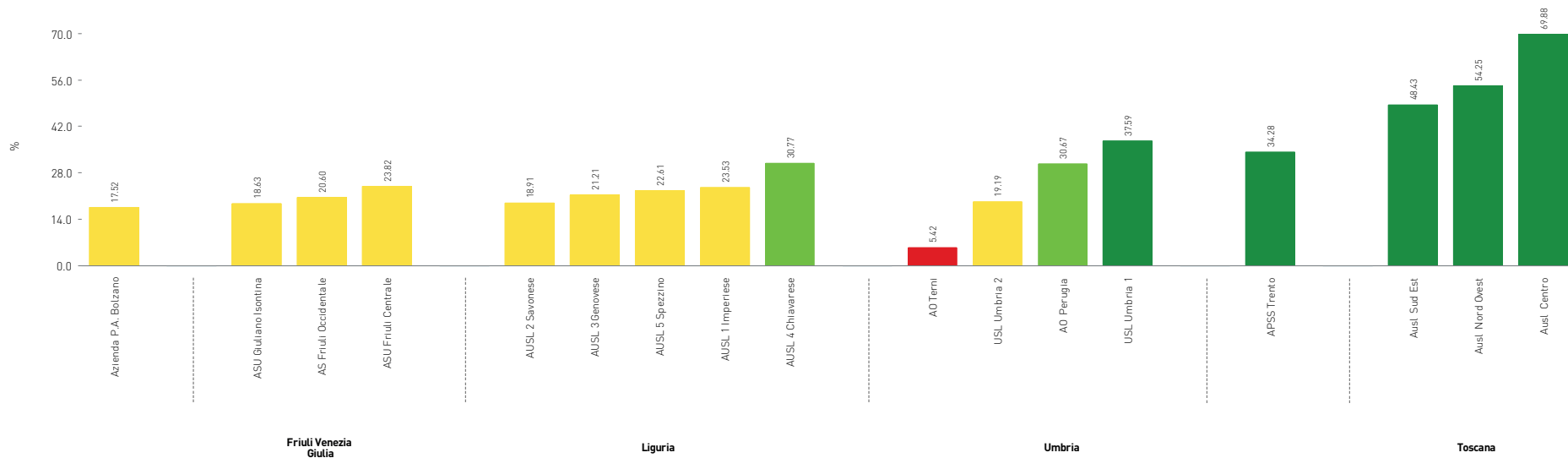
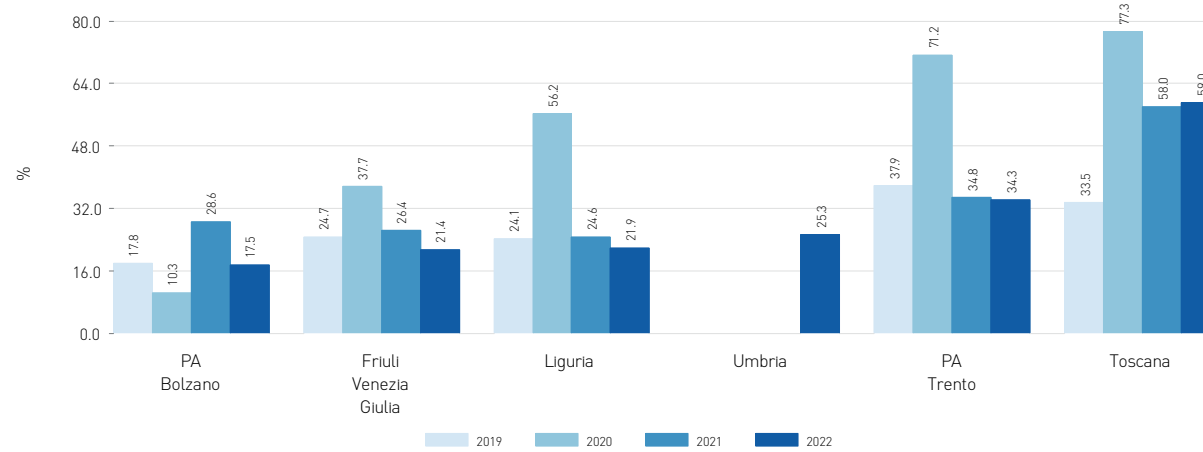
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

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



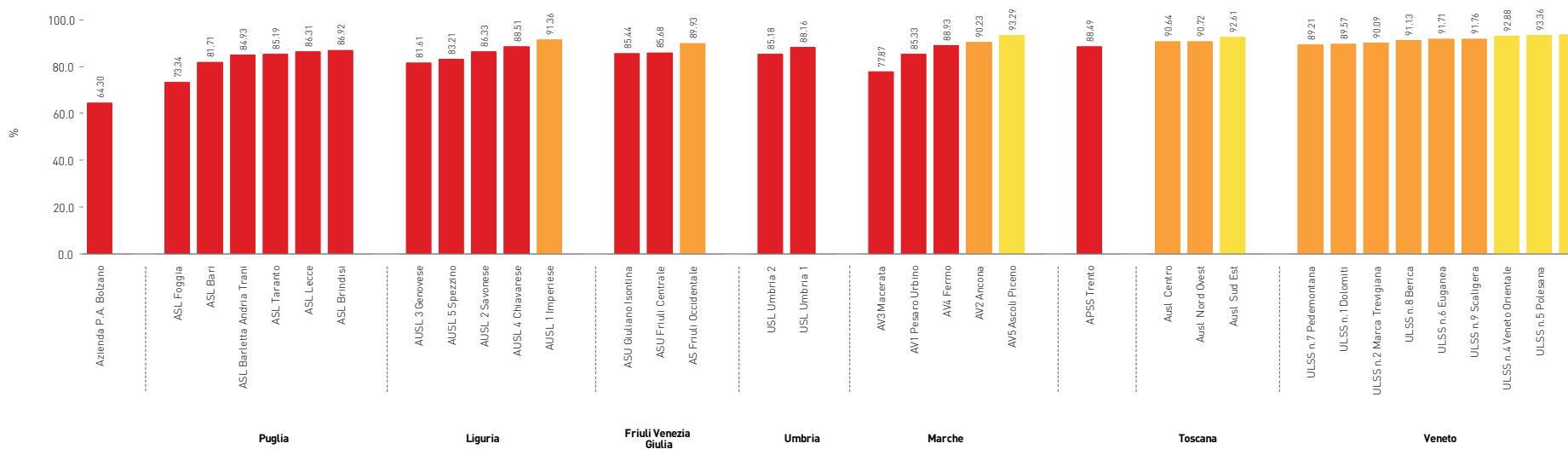
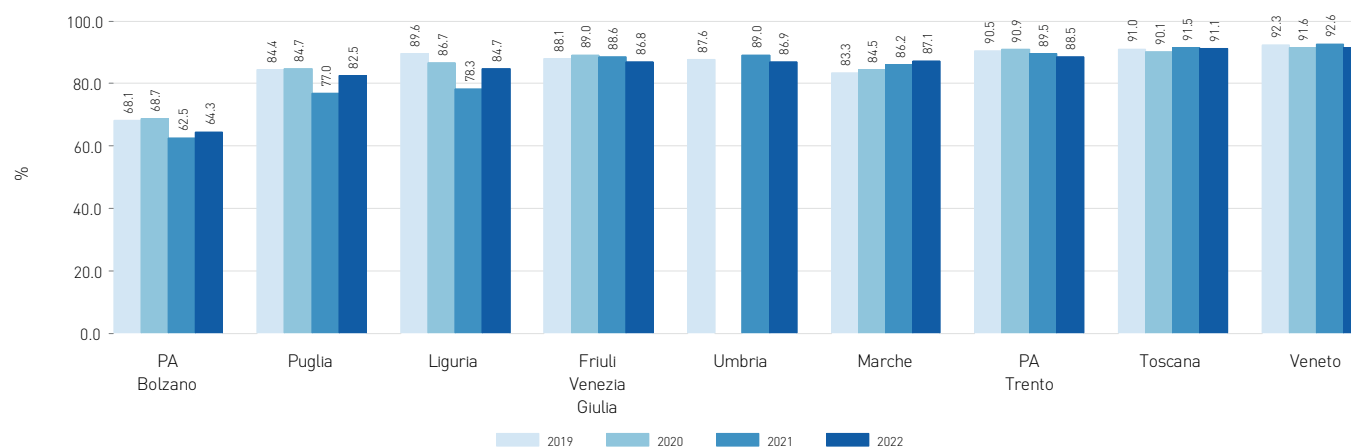
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

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



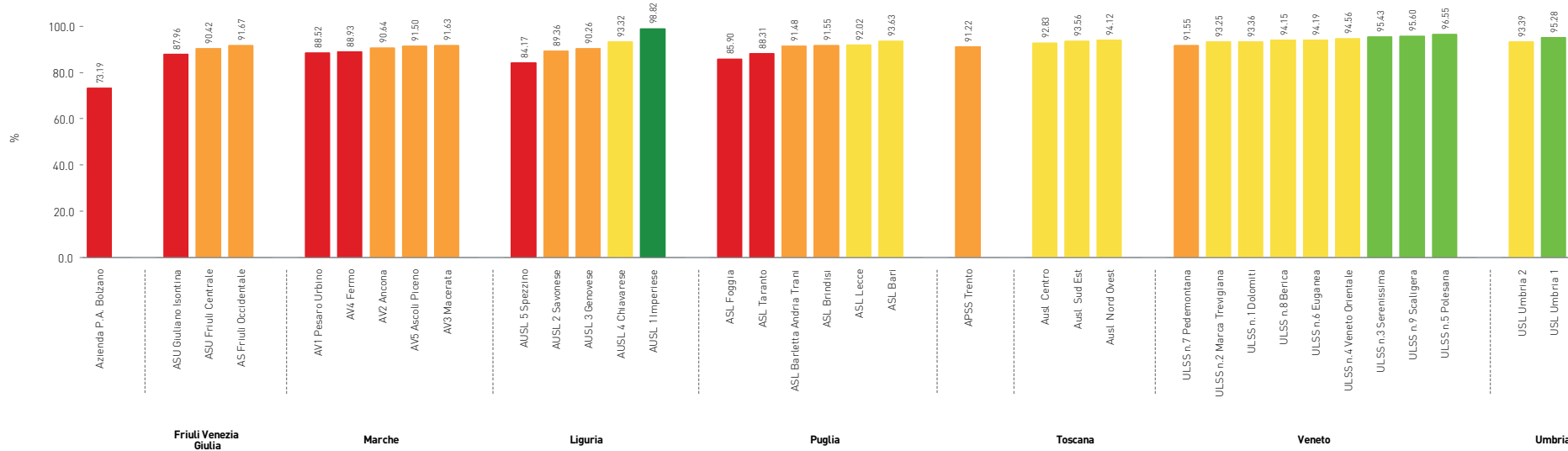
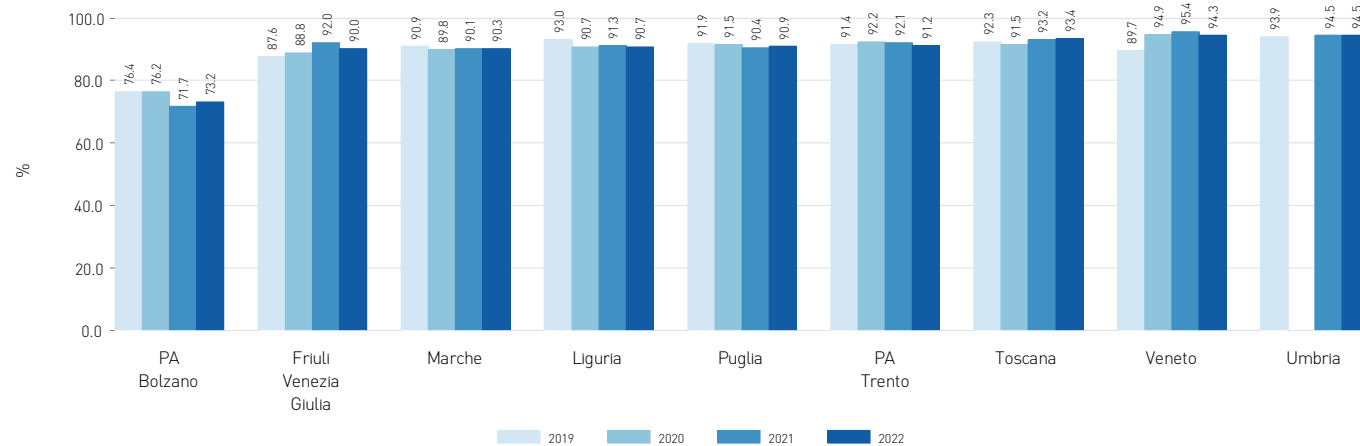
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

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



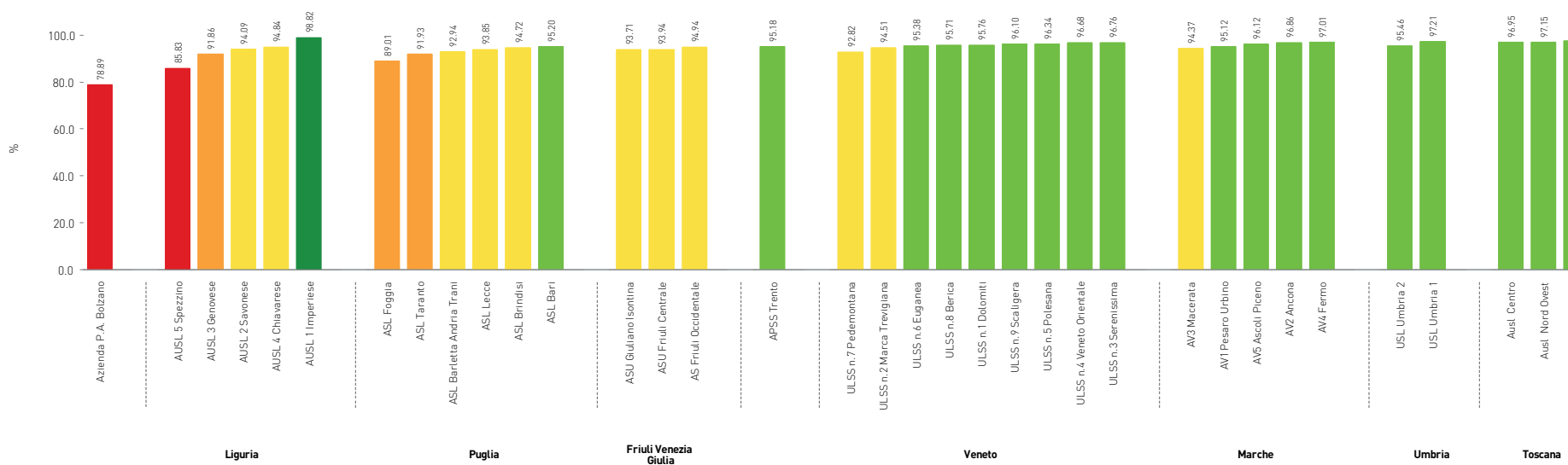
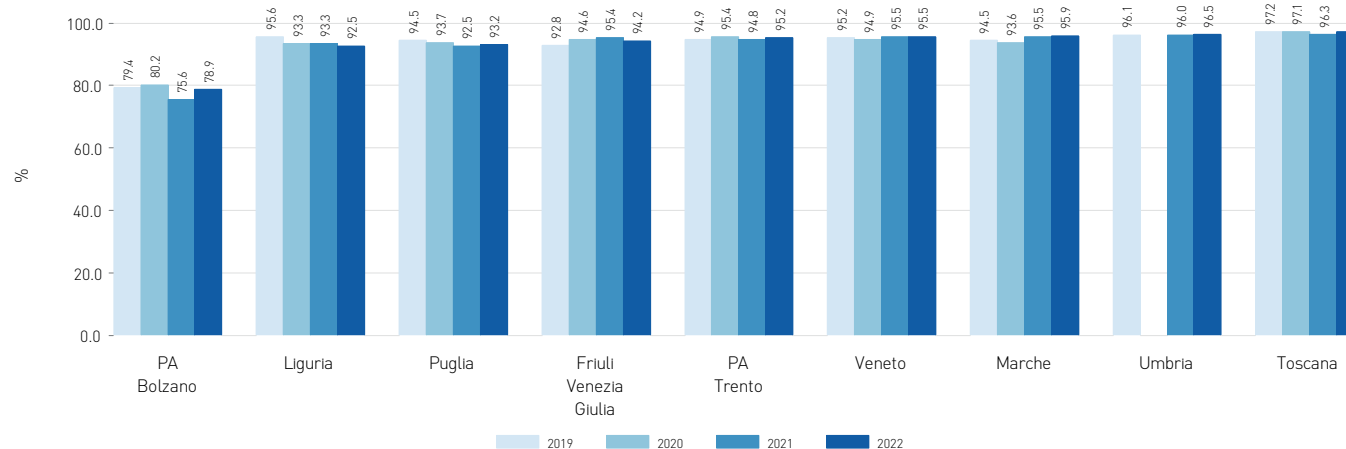
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

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



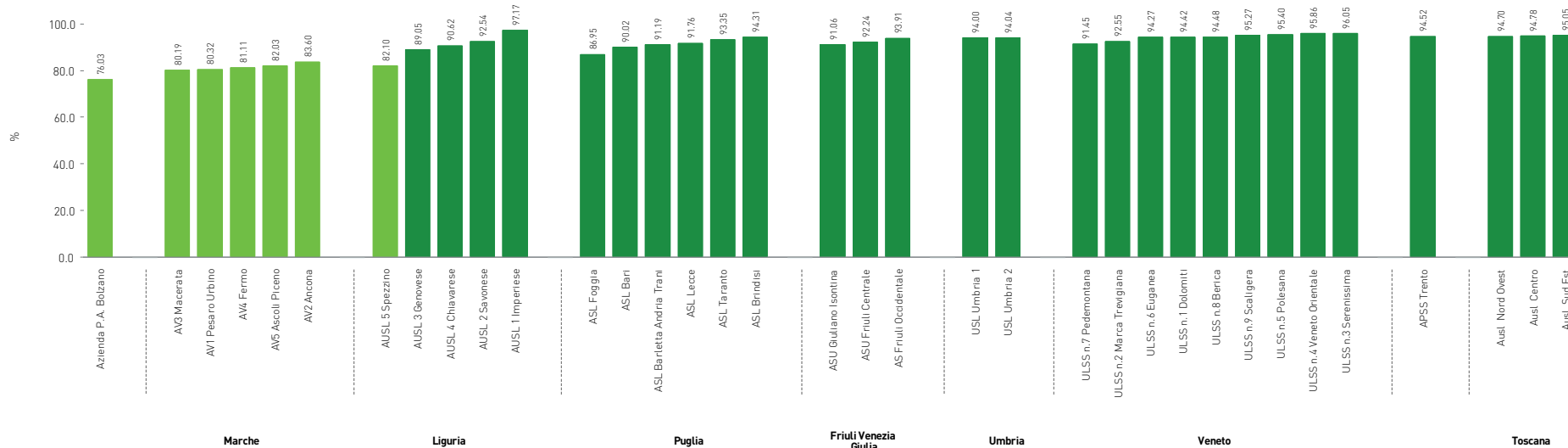
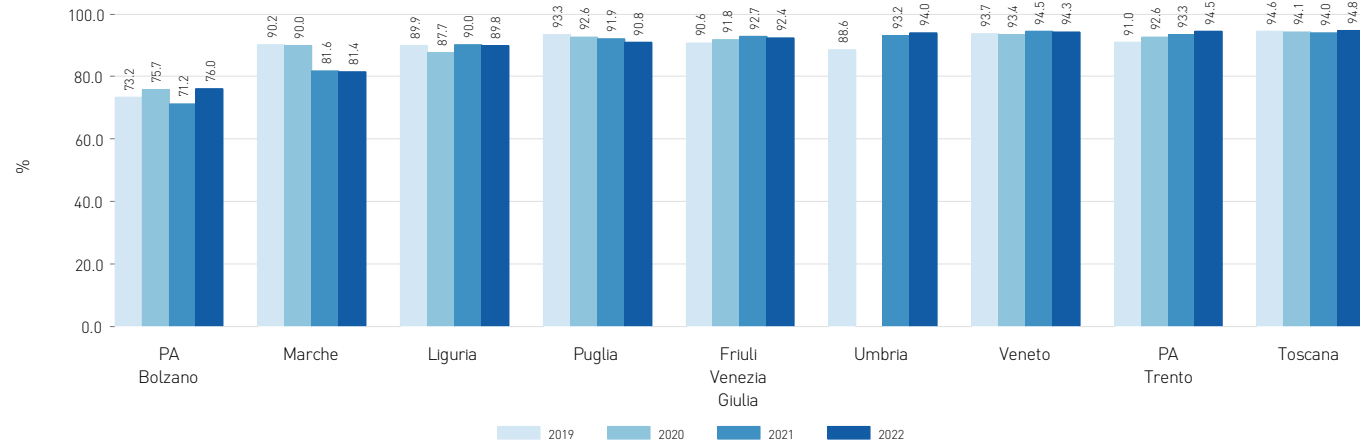
B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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



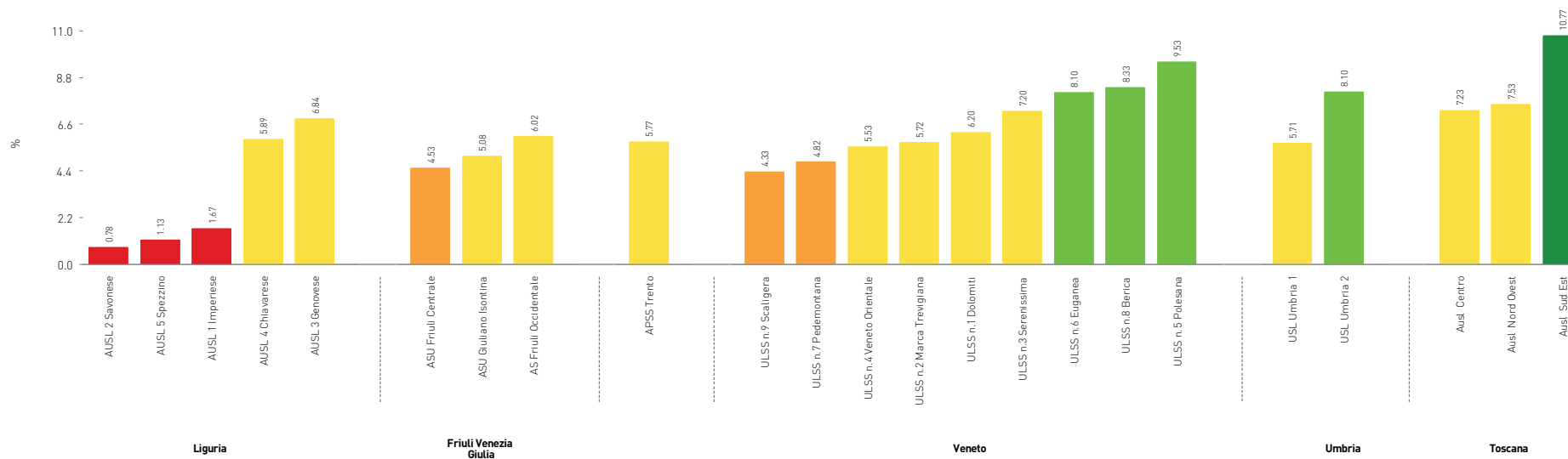
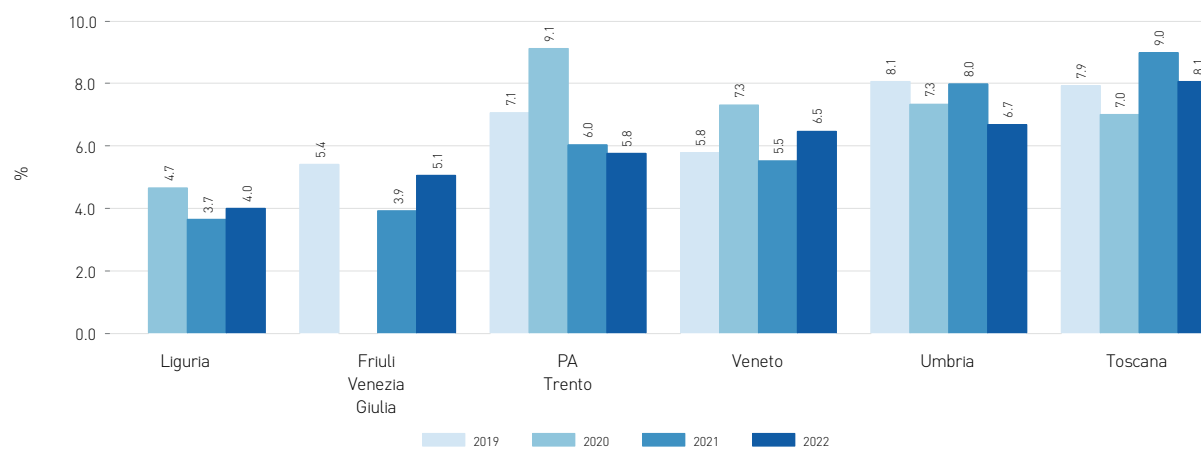
B7.8 Copertura vaccinale varicella

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



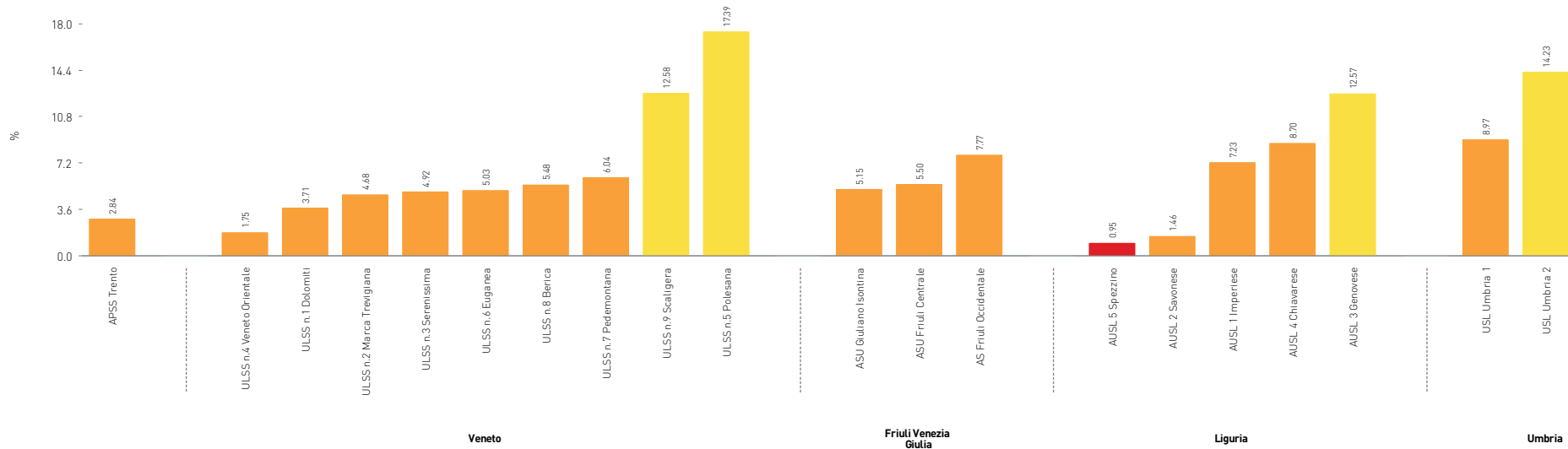
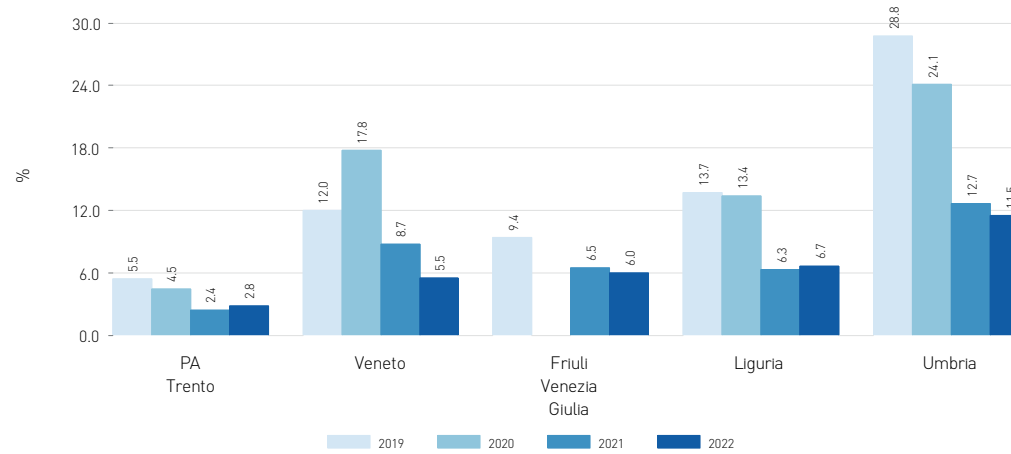
F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

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.



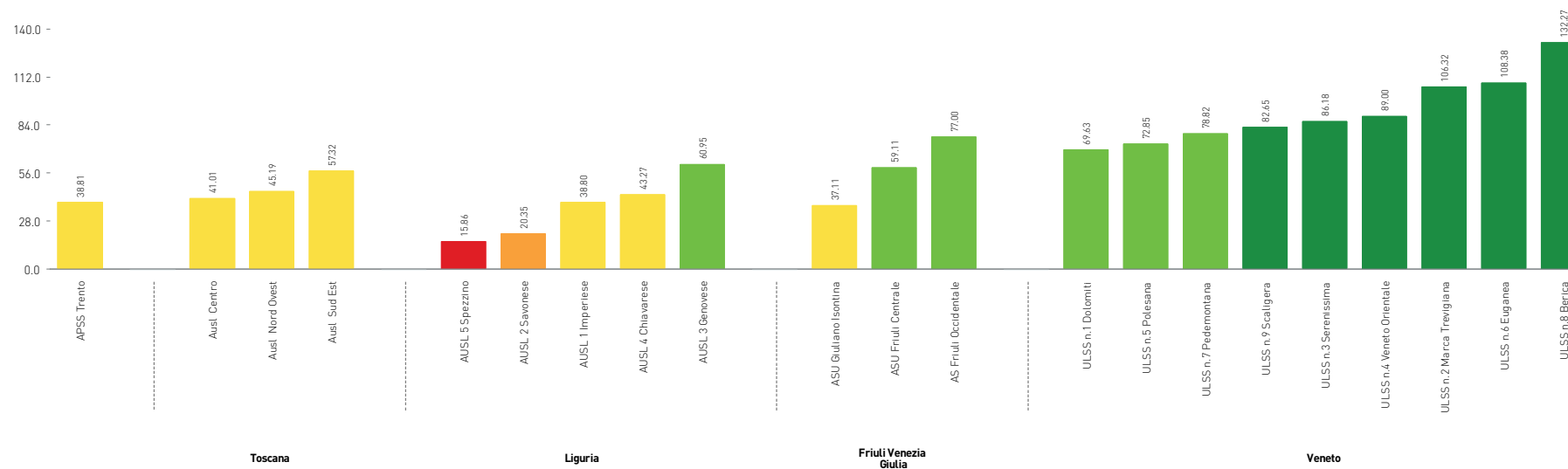
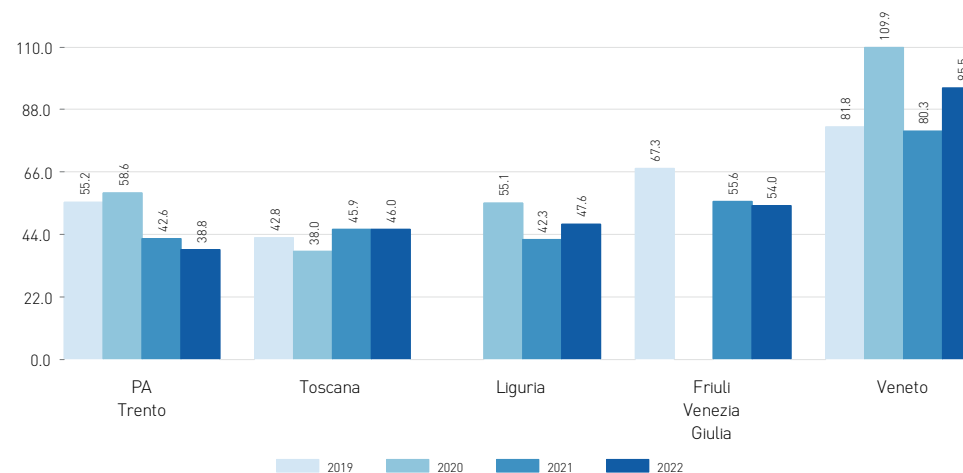
F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

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.



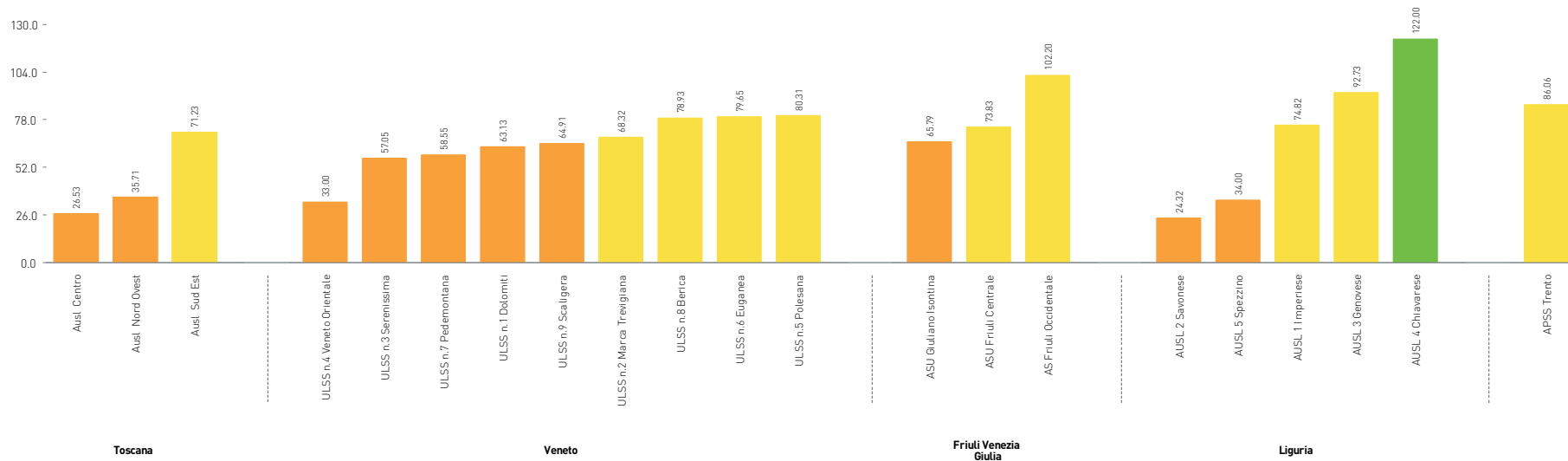
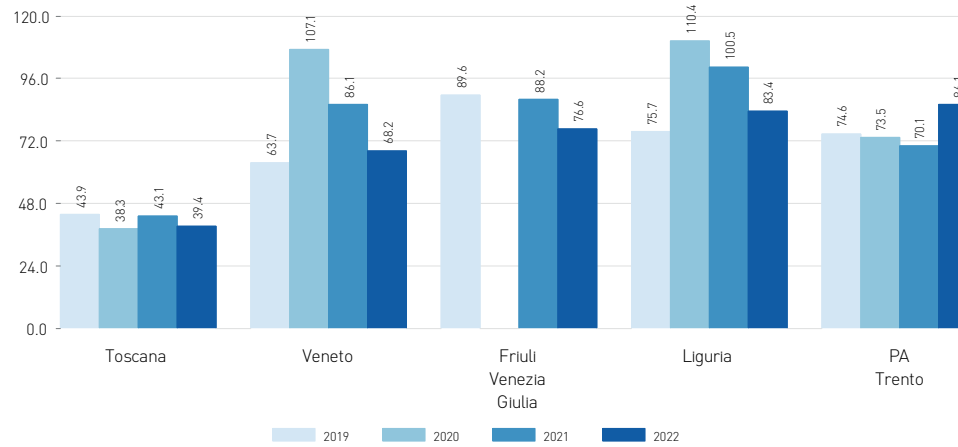
F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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

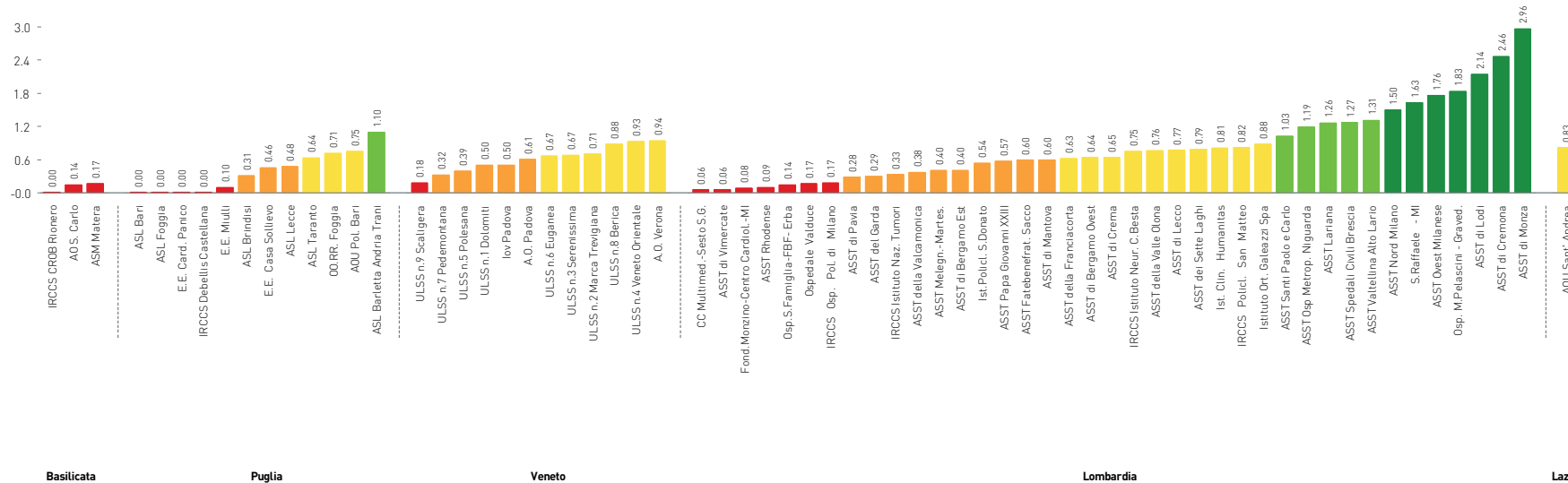
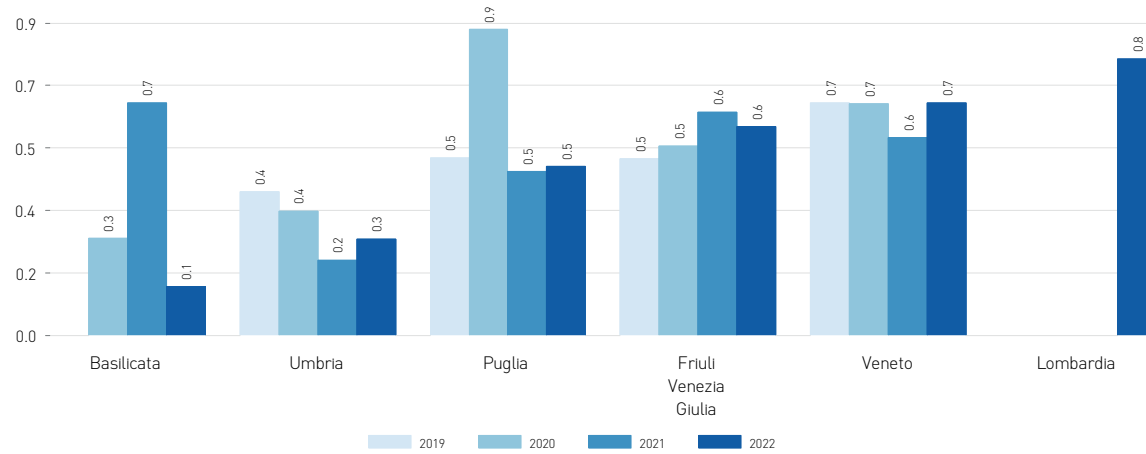
Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali Polizia Giudiziaria (UPG) e Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).



DONAZIONI

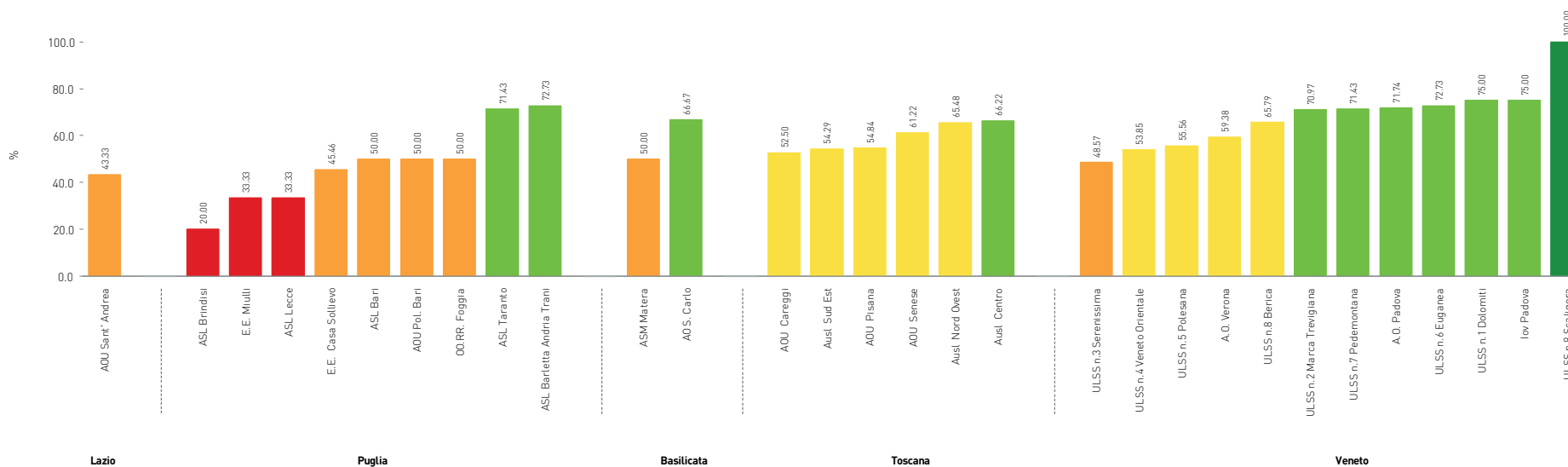
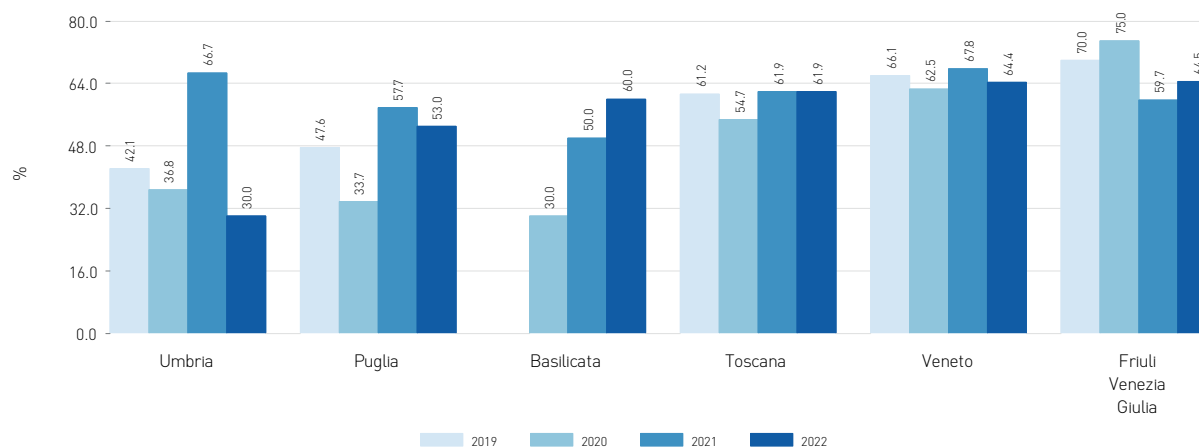
B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

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.

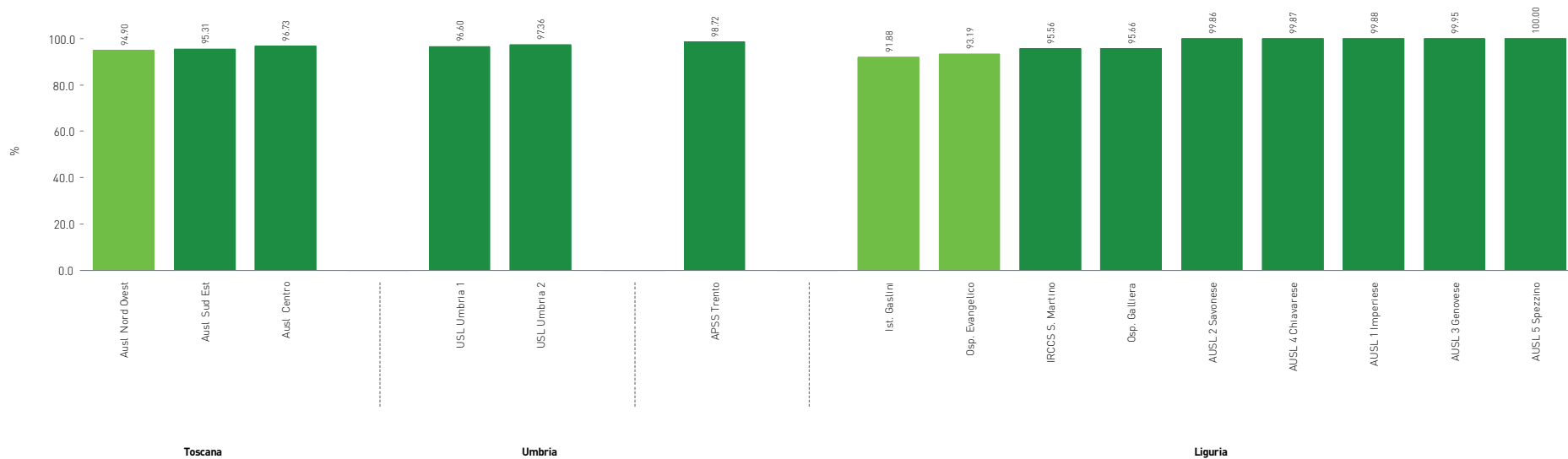
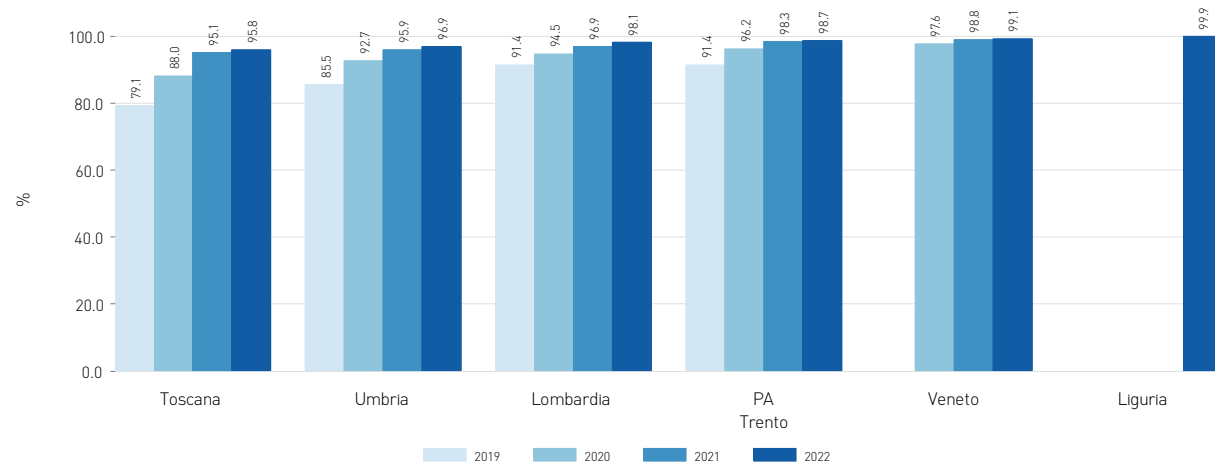




SANITÀ DIGITALE

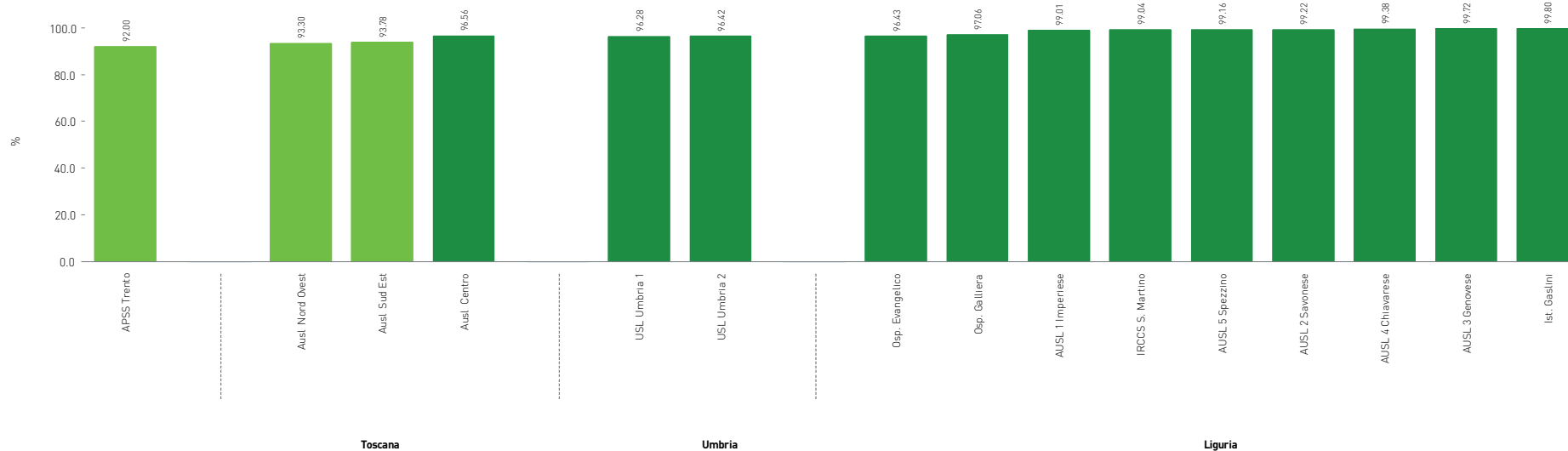
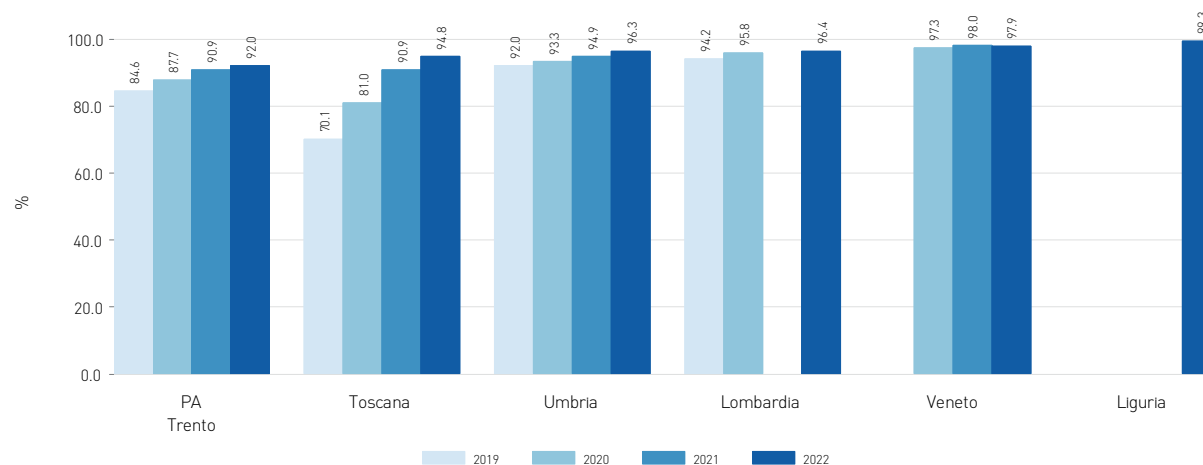
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore esprime la percentuale di ricette farmaceutiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico, con riguardo soltanto ai medici convenzionati. L'importanza della ricetta dematerializzata risiede in diversi aspetti: riduce gli errori di prescrizione, migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, aumenta l'efficienza del sistema sanitario eliminando la gestione di documenti cartacei. La prescrizione elettronica consente anche di monitorare i dati sulle prescrizioni in tempo reale, facilitando la ricerca e l'adeguamento delle politiche sanitarie. Infine, promuove la digitalizzazione del settore sanitario, migliorando la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.



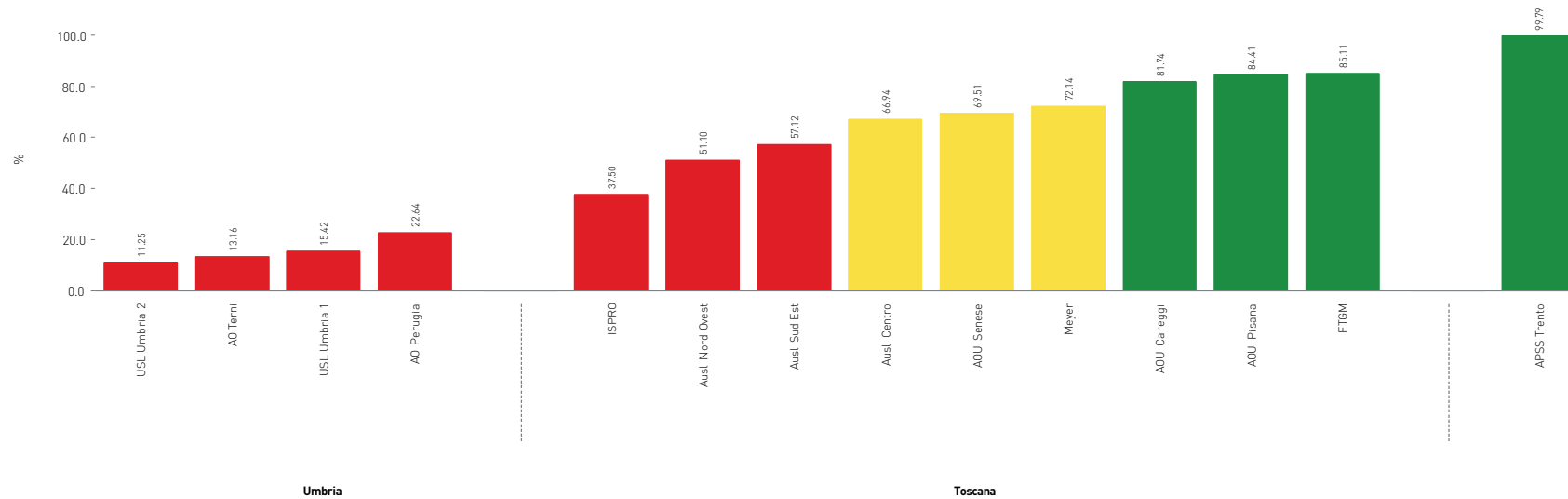
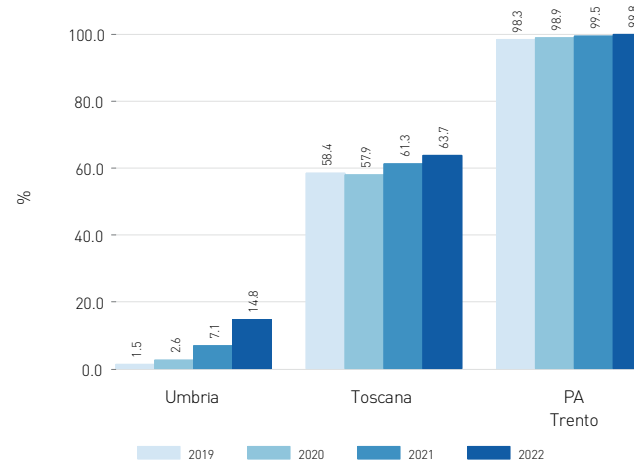
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore esprime la percentuale di ricette specialistiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico per i medici convenzionati. L'importanza della ricetta dematerializzata risiede in diversi aspetti: riduce gli errori di prescrizione, migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, aumenta l'efficienza del sistema sanitario eliminando la gestione di documenti cartacei. La prescrizione elettronica consente anche di monitorare i dati sulle prescrizioni in tempo reale, facilitando la ricerca e l'adeguamento delle politiche sanitarie. Infine, promuove la digitalizzazione del settore sanitario, migliorando la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.



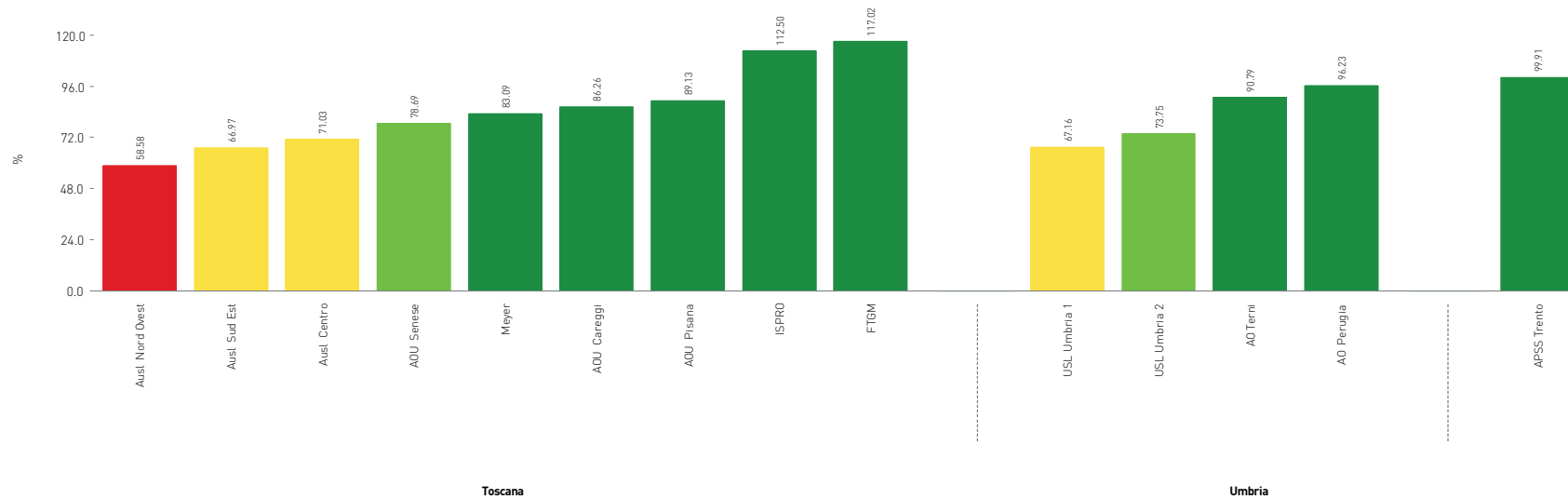
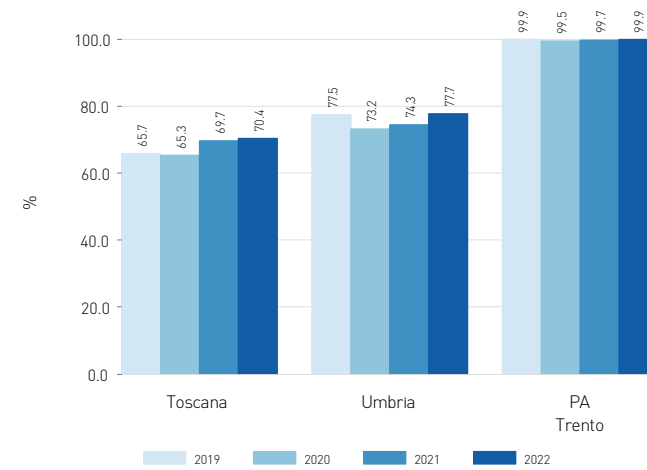
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata

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



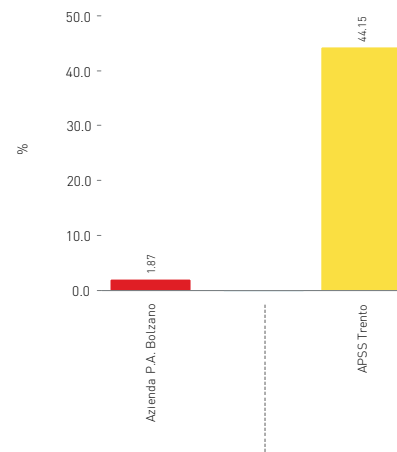
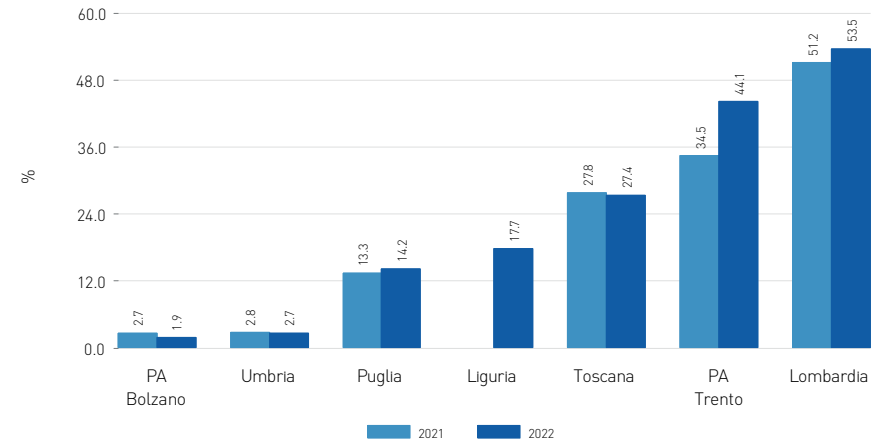
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

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



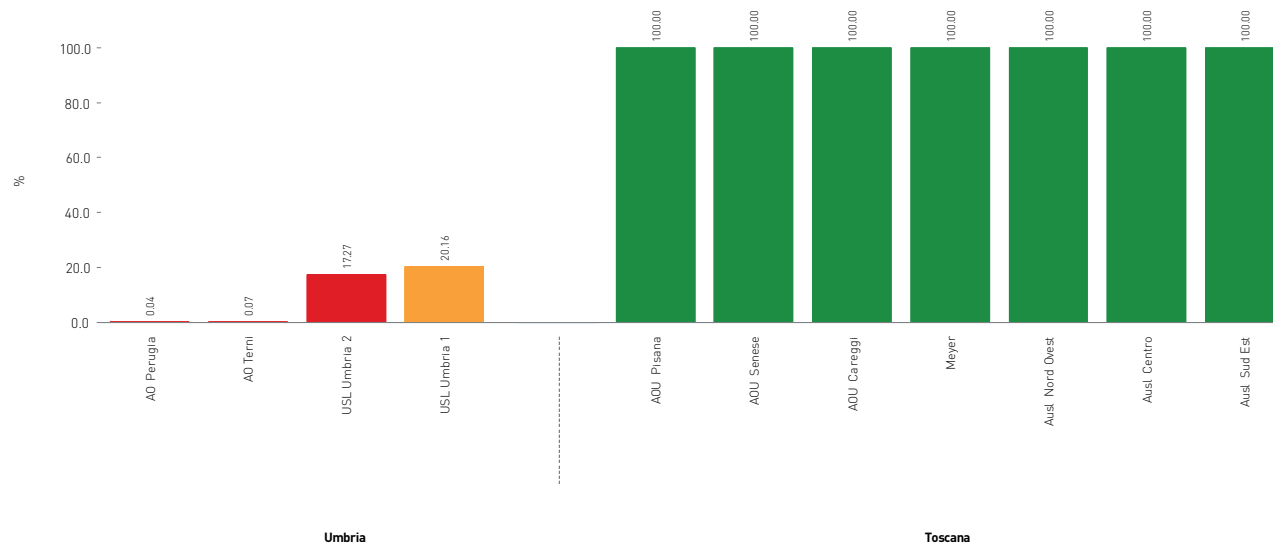
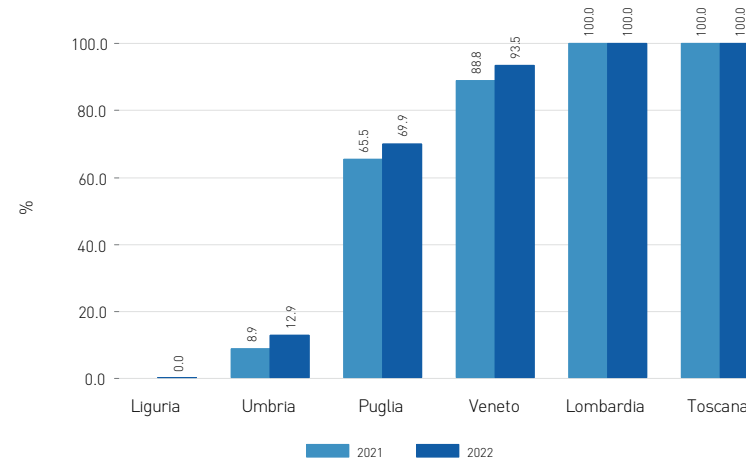
B24C.2C.1 Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni

Il dato si riferisce alla % di accesso da parte dei cittadini ai propri FSE nei quali è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni. La ratio dell'indicatore è monitorare la percentuale di cittadini che accedono al proprio FSE dopo che è stato reso disponibile un referto consultabile. Essendo calcolato come la somma dei quattro trimestri, l'indicatore restituisce una fotografia dell'utilizzo del FSE da parte dei cittadini durante l'anno.



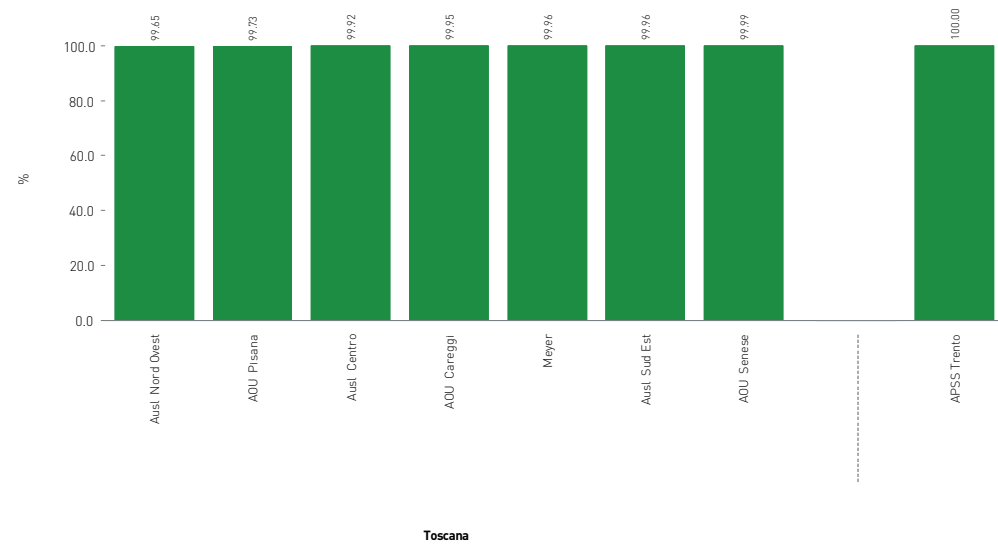
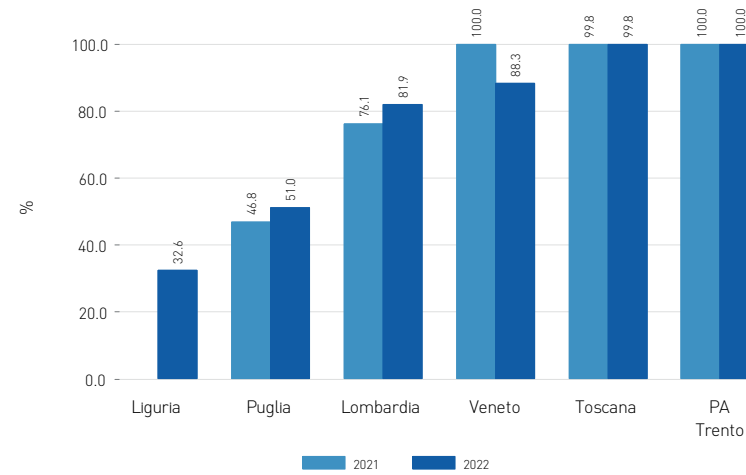
B24C.2C.2.1 Operatori sanitari abilitati al FSE

Gli operatori e professionisti sanitari operanti nelle strutture sanitarie possono essere abilitati all'alimentazione del FSE con i documenti e dati sanitari prodotti interagendo con una interfaccia utente web o con applicativi software che possono essere centralizzati o distribuiti sui nodi del sistema regionale. L'interfaccia o gli applicativi software devono offrire almeno i seguenti servizi: Autenticazione al sistema; inserimento di un nuovo documento o dato nel FSE; Aggiornamento di un documento o dato già presente nel FSE.



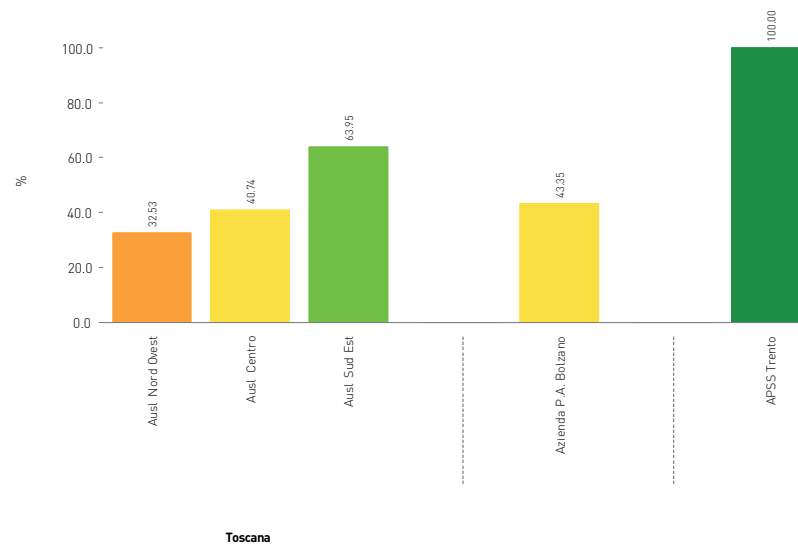
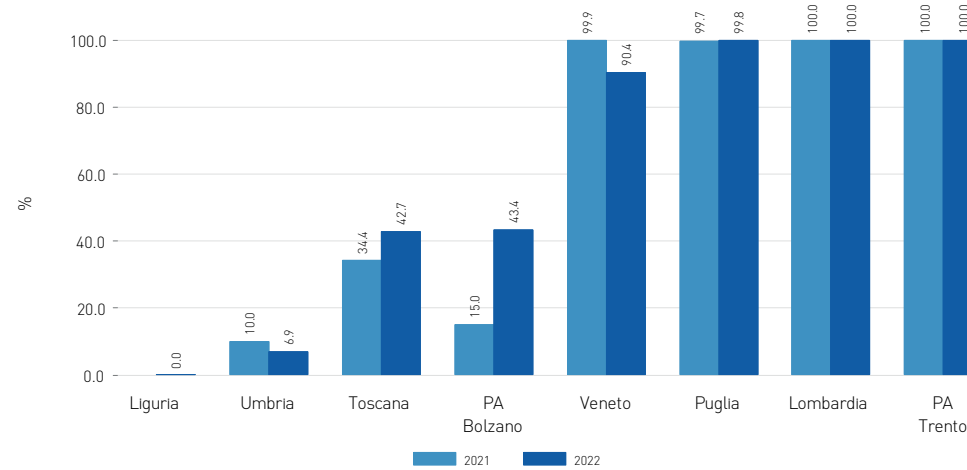
B24C.2C.2.2 Aziende sanitarie che alimentano il FSE

L'indicatore ha lo scopo di mostrare l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte delle Aziende Sanitarie attraverso la percentuale di referti digitalizzati resi disponibili nel FSE.



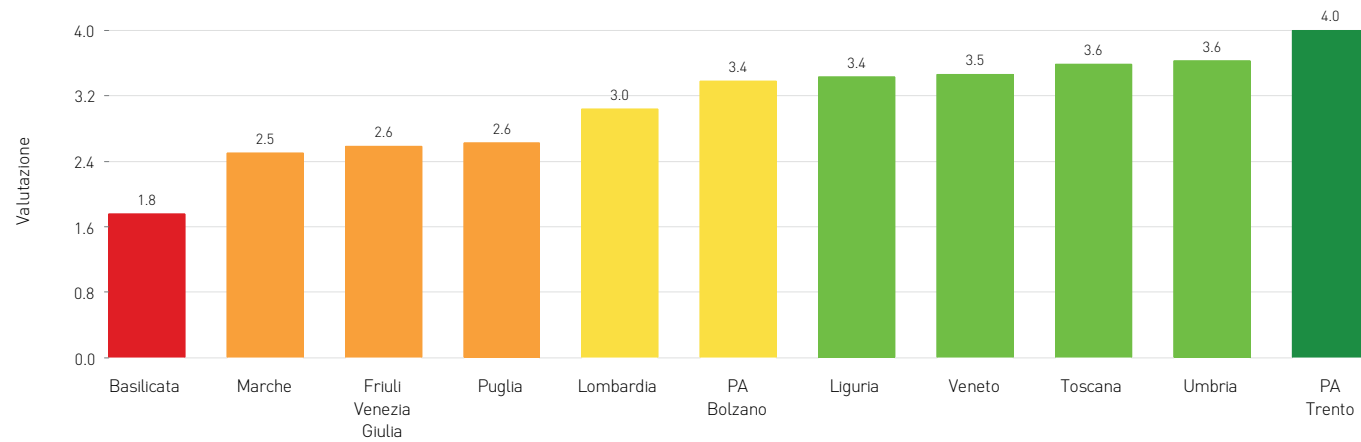
B24C.2C.3.1 Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE

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



B24P.1 PCDI - MMG

L'indicatore valuta la qualità e la fruibilità del servizio di "scelta/cambio medico di medicina generale (MMG), sui siti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). L'indicatore ha come obiettivo quello di riflettere la reale prospettiva dell'utente, riportando una fotografia della semplicità di consultazione dei siti web, oltre che della qualità stessa dei contenuti. I risultati sono stati aggregati in quattro dimensioni come segue: informatività del servizio;accessibilità del servizio;inclusività del servizio;consultabilità del servizio.I punteggi di ogni dimensione sono stati trasformati in una scala da 0 a 5, come da Sistema di Valutazione delle Performance.



B24P.2.3 Indice READ-IT sui testi del servizio scelta/cambio MMG

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sul servizio di scelta/cambio MMG delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. L'indice di leggibilità READ IT è uno strumento che viene utilizzato per valutare il grado di leggibilità di un testo. Esso si basa su una serie di parametri, tra cui la lunghezza delle parole e delle frasi, la complessità del lessico e la struttura sintattica del testo. Lo scopo principale dell'indice di leggibilità READ IT è quello di aiutare gli autori a creare testi più comprensibili e accessibili per il pubblico. In particolare, l'indice può essere utilizzato per valutare la leggibilità di testi destinati a diverse categorie di lettori, come i bambini, gli adulti con bassa alfabetizzazione o i lettori di lingua straniera.

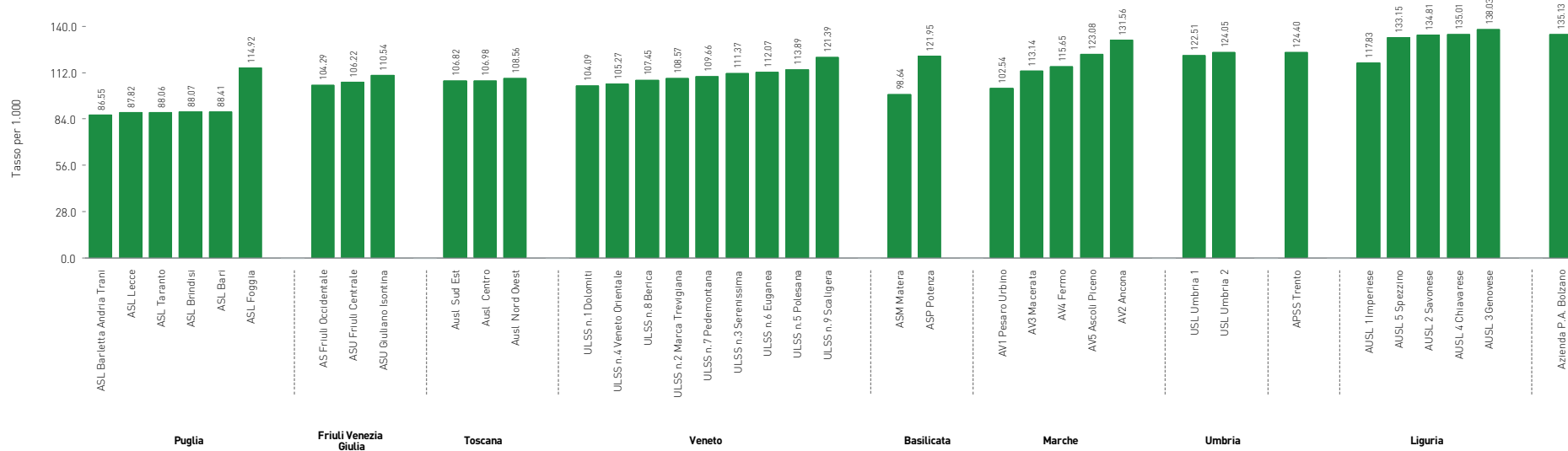
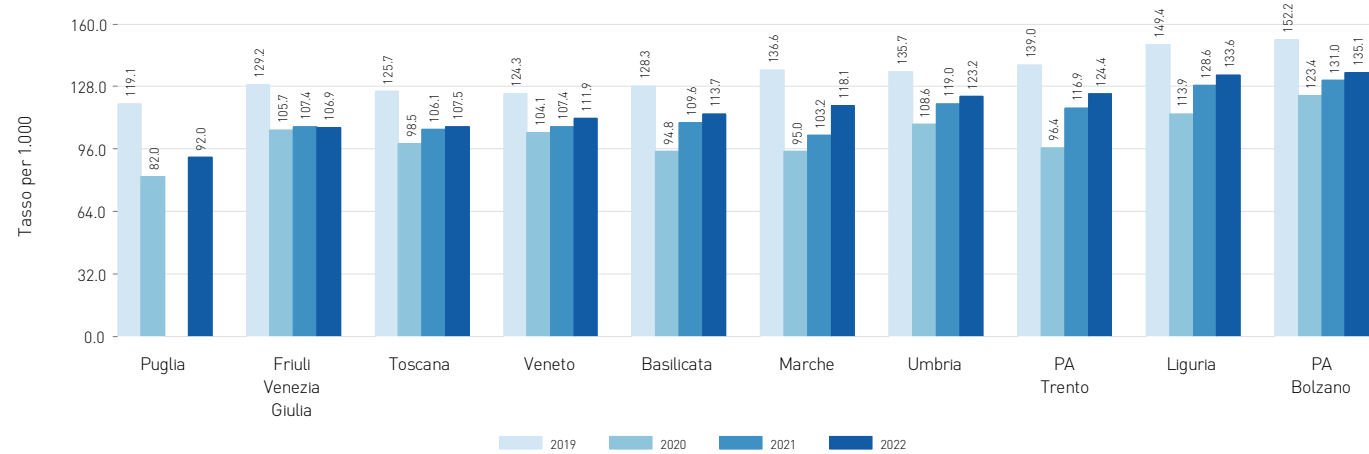




GOVERNO DELLE CURE E APPROPRIATEZZA

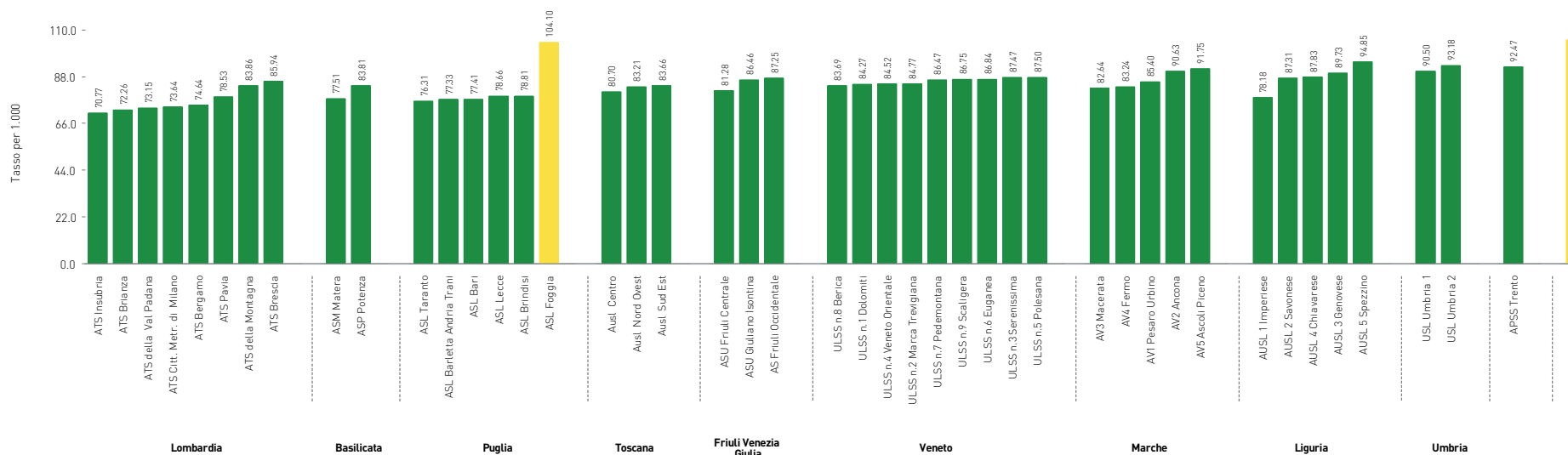
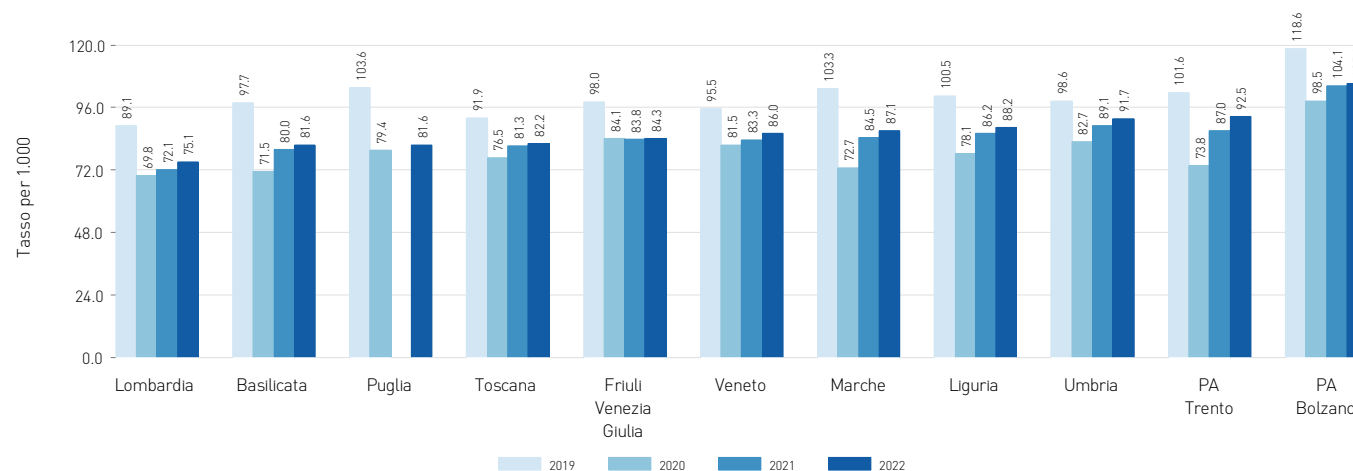
H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

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



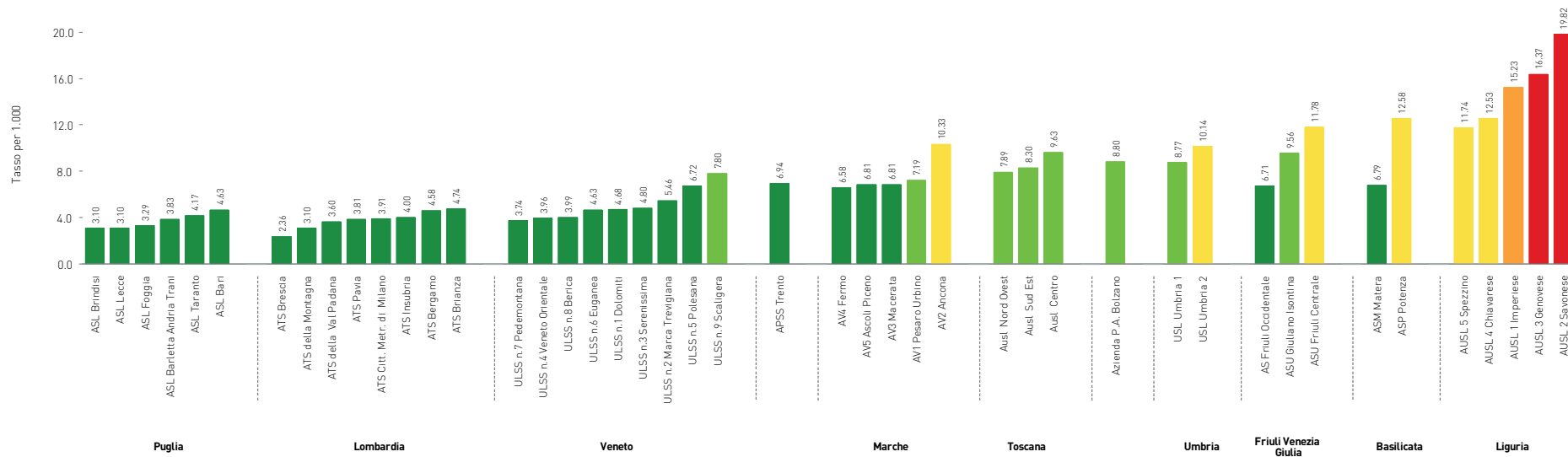
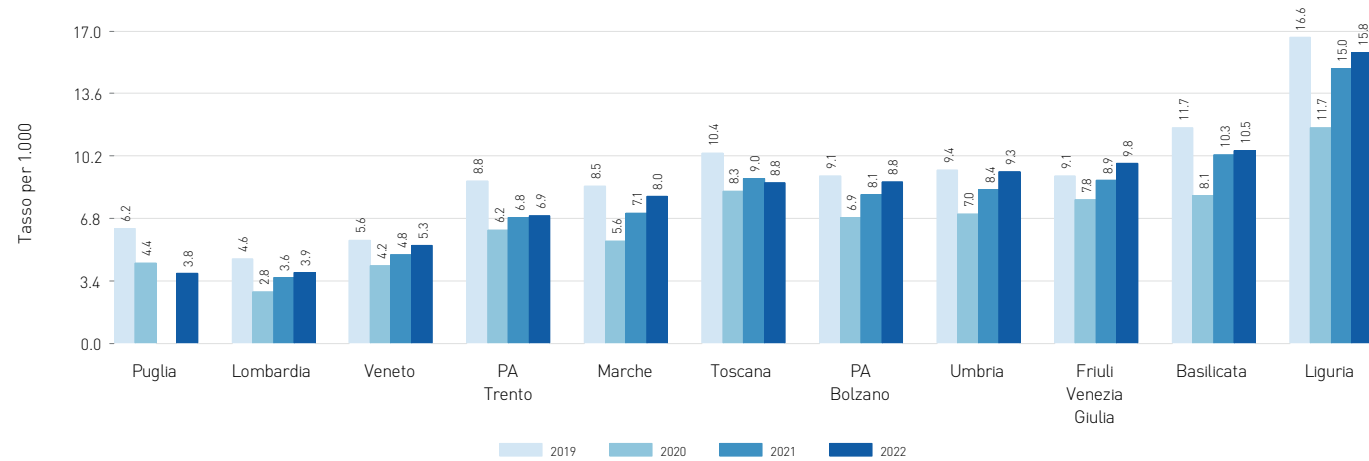
C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti

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



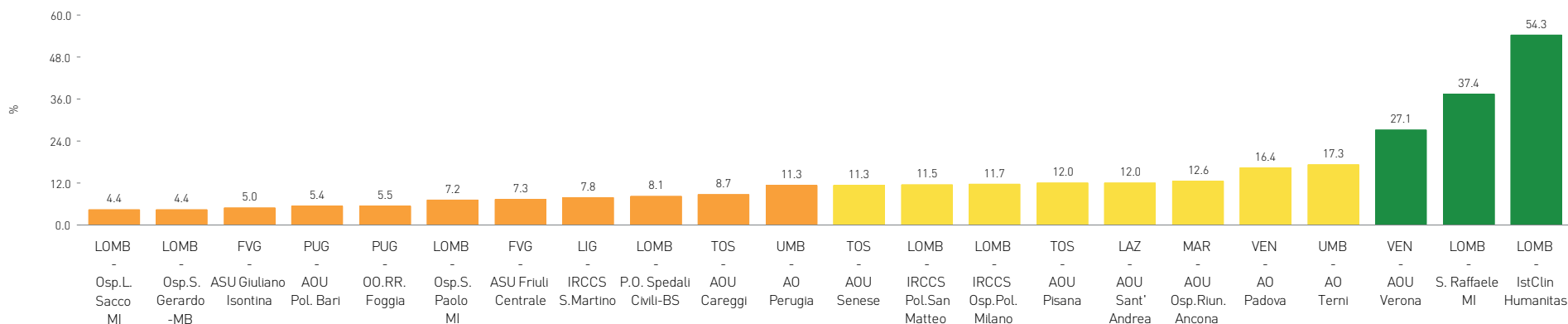
C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti

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

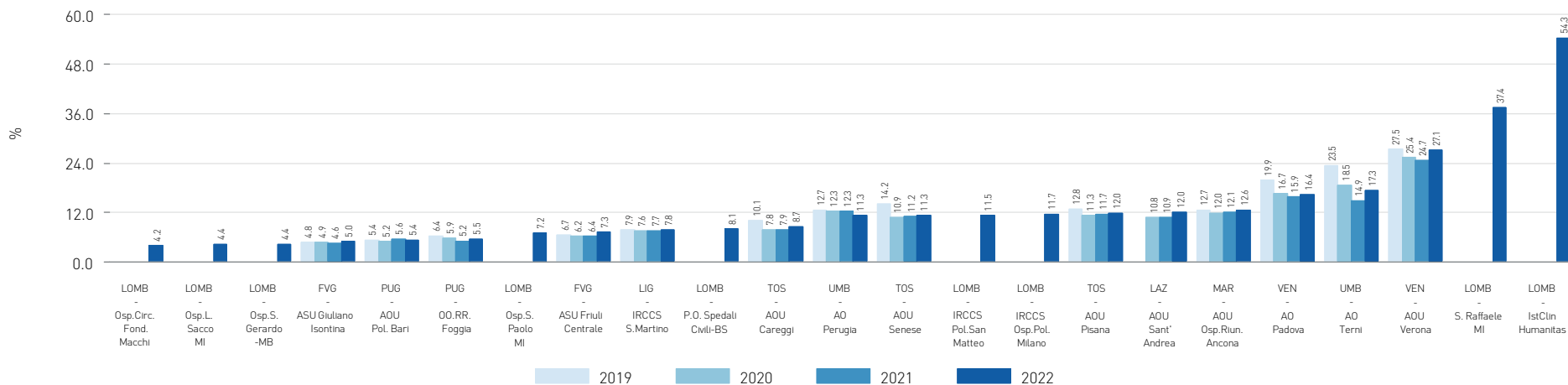


C30.3.2.2 Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

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

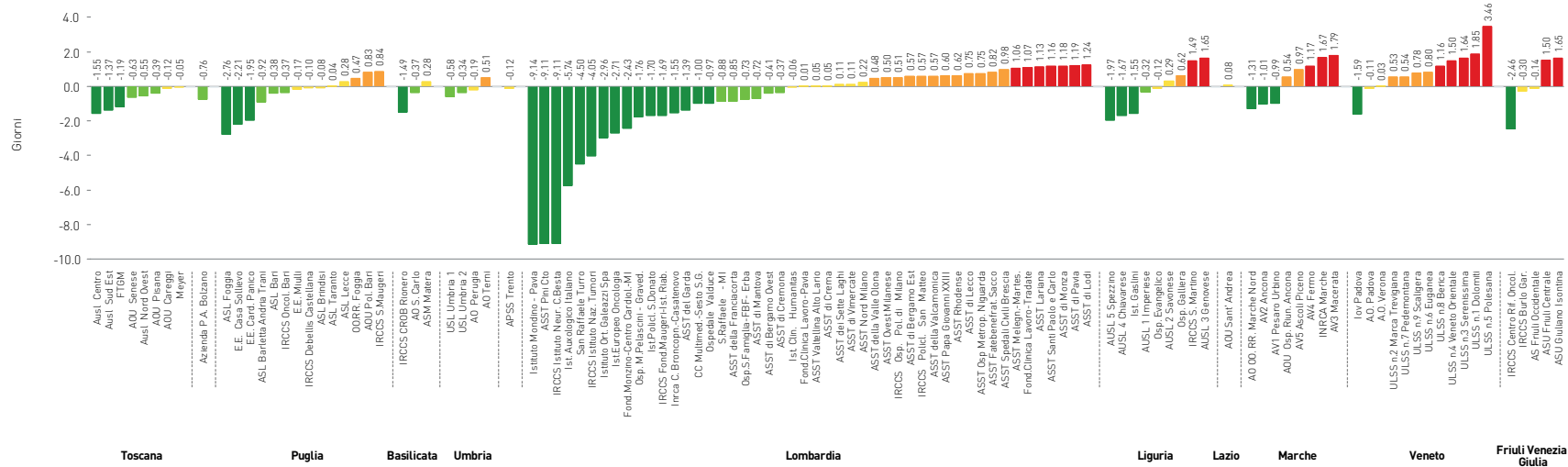
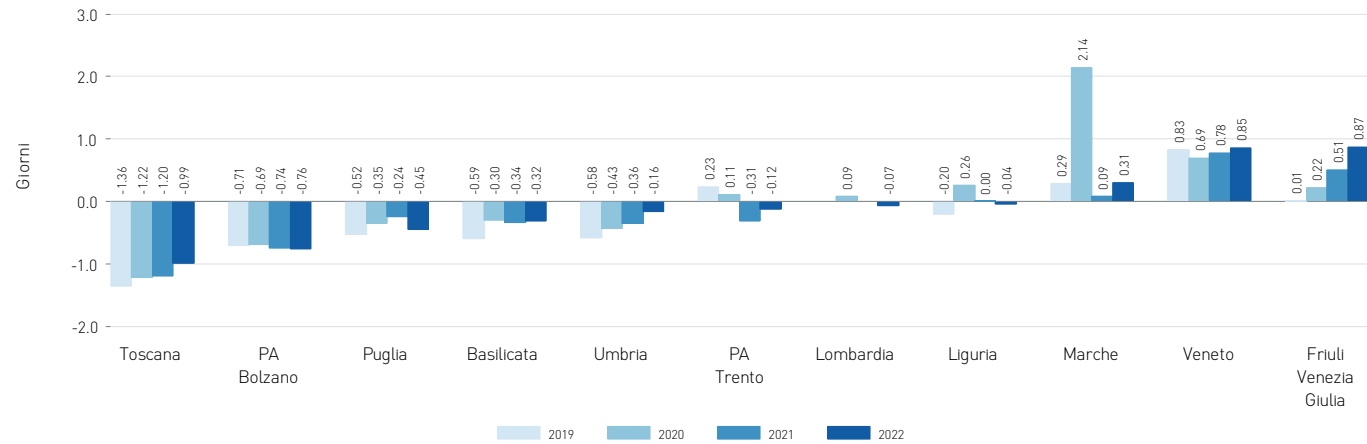


C30.3.2.2 - Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità



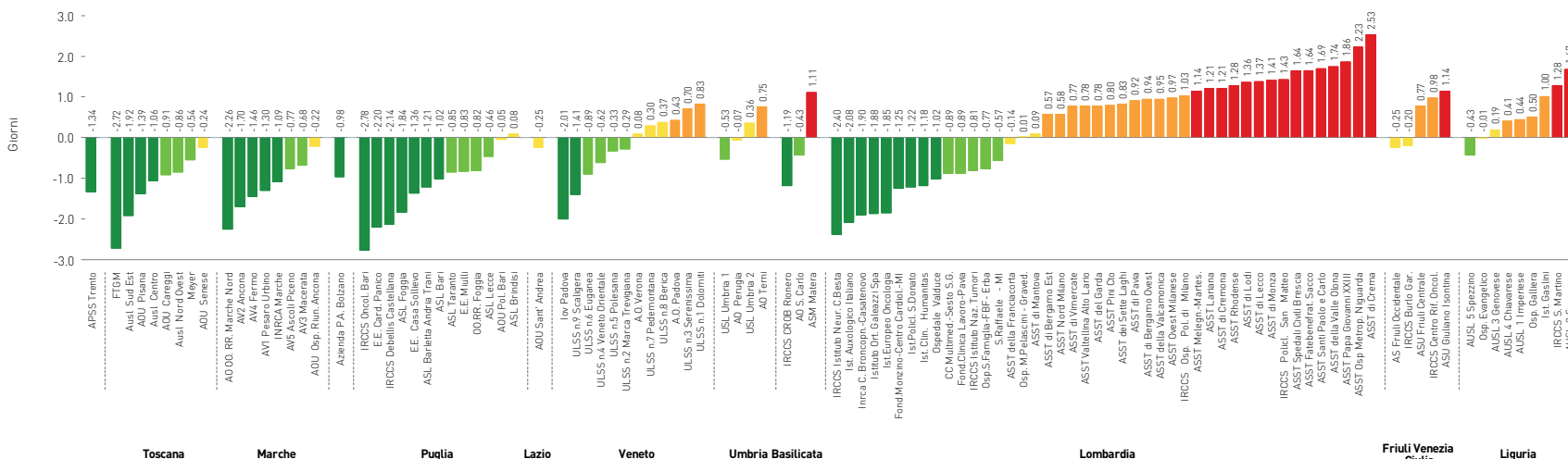
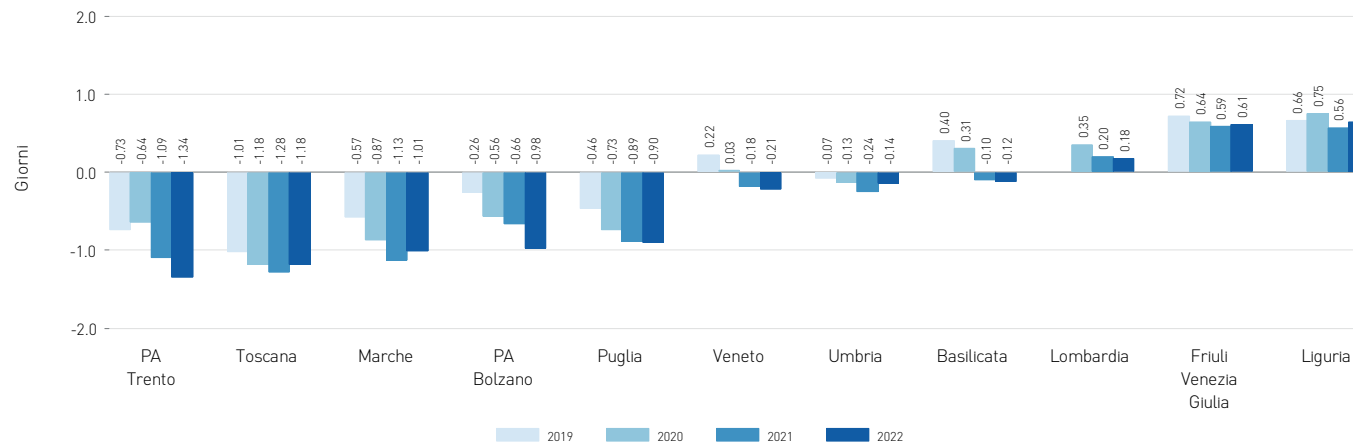
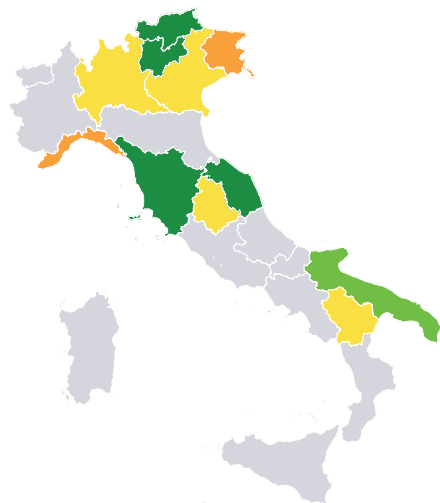
C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascuno 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.



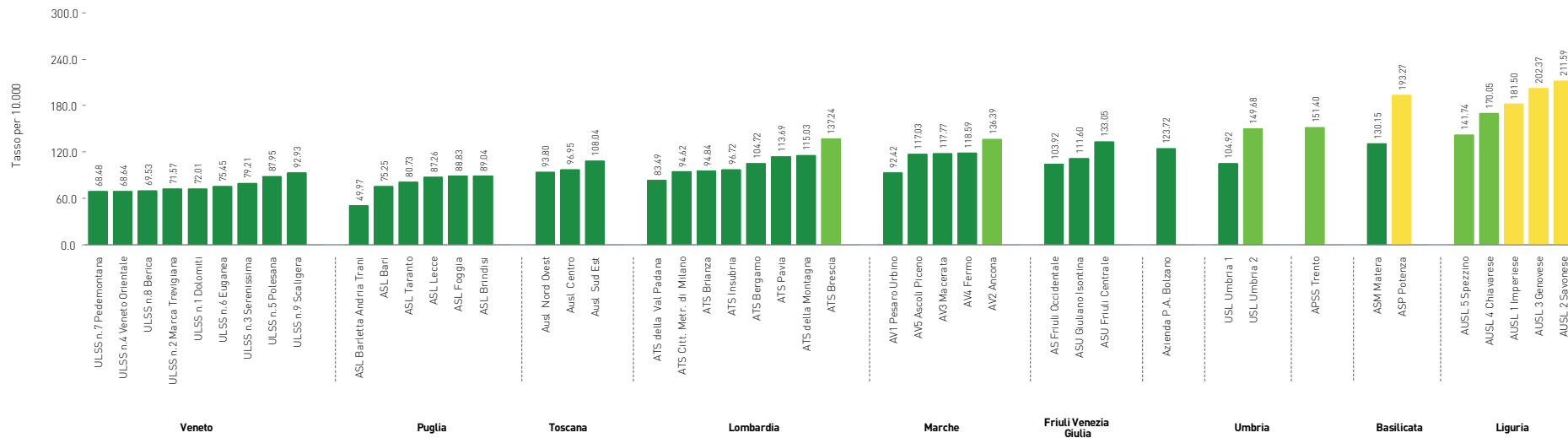
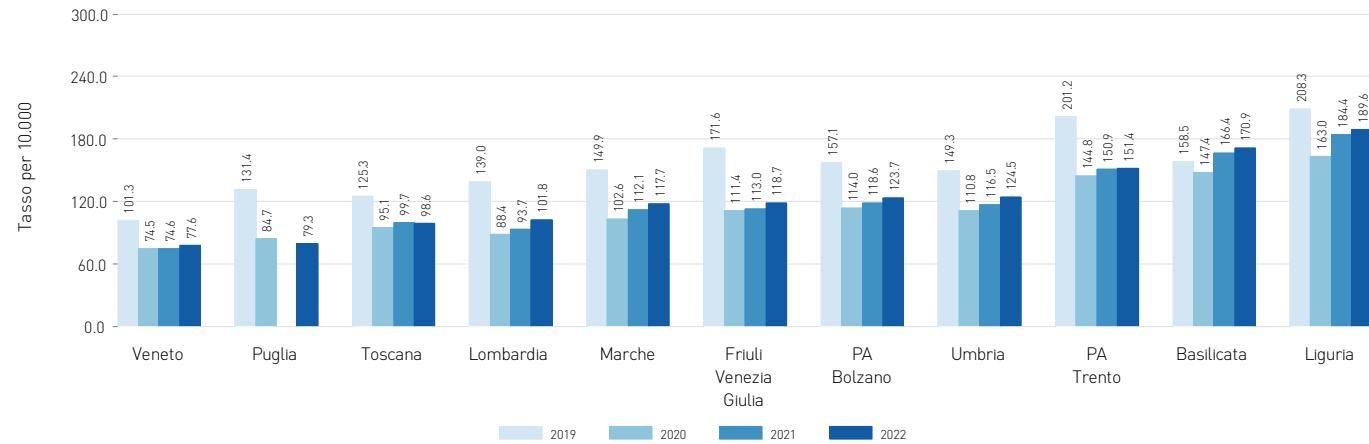
C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

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.



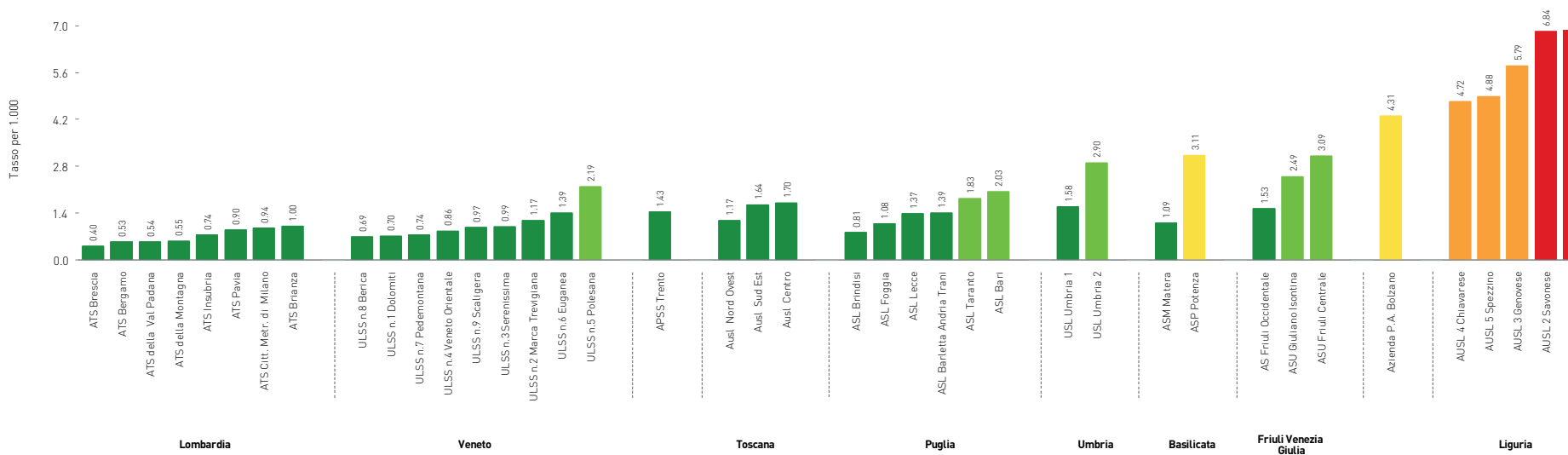
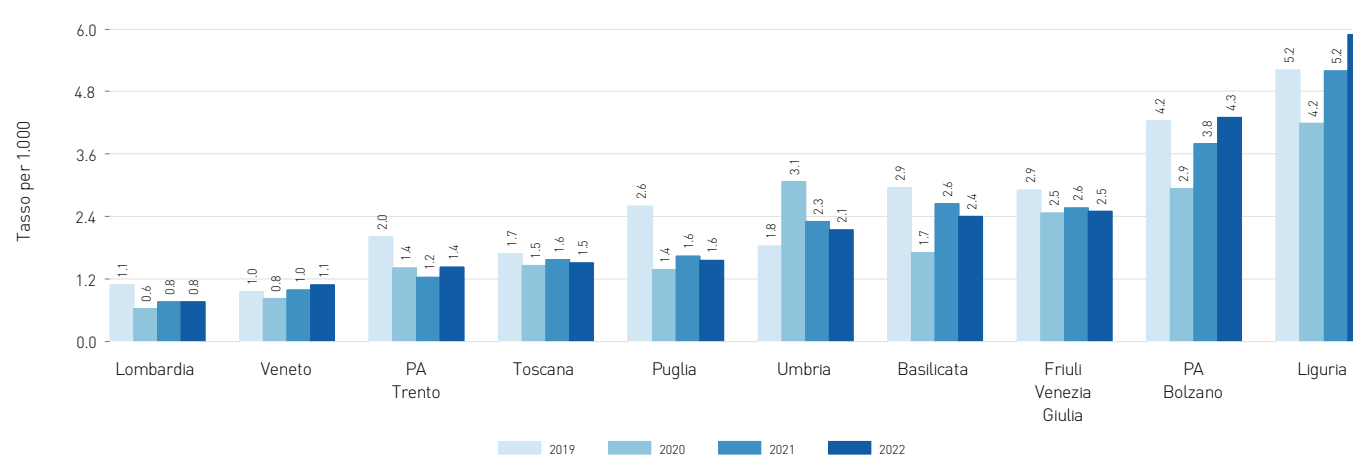
C4.8 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti

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



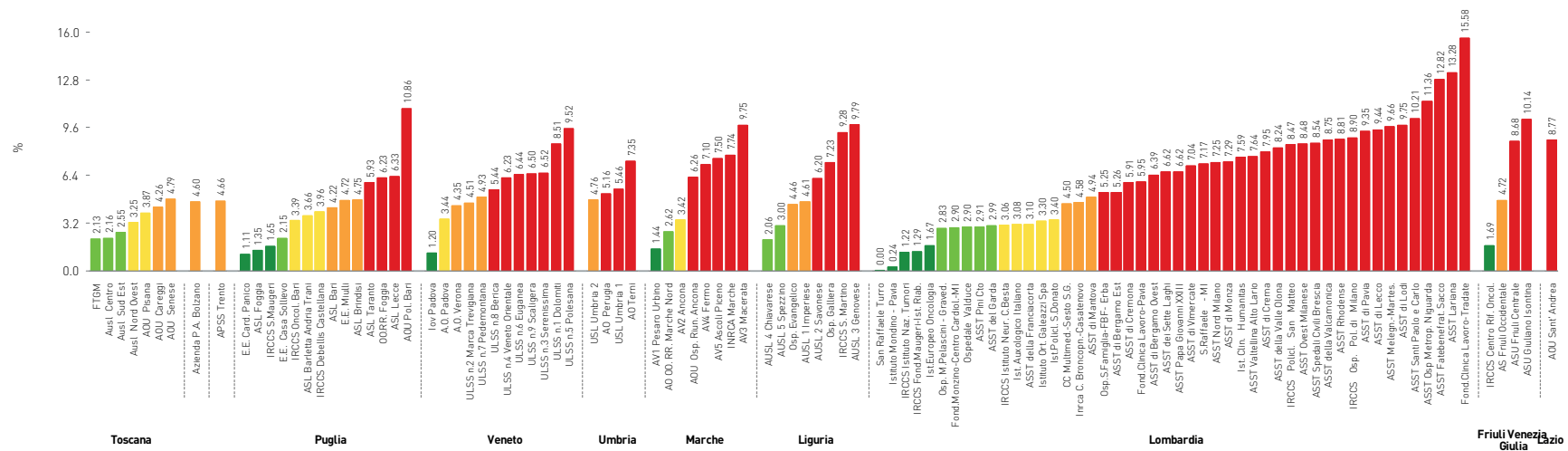
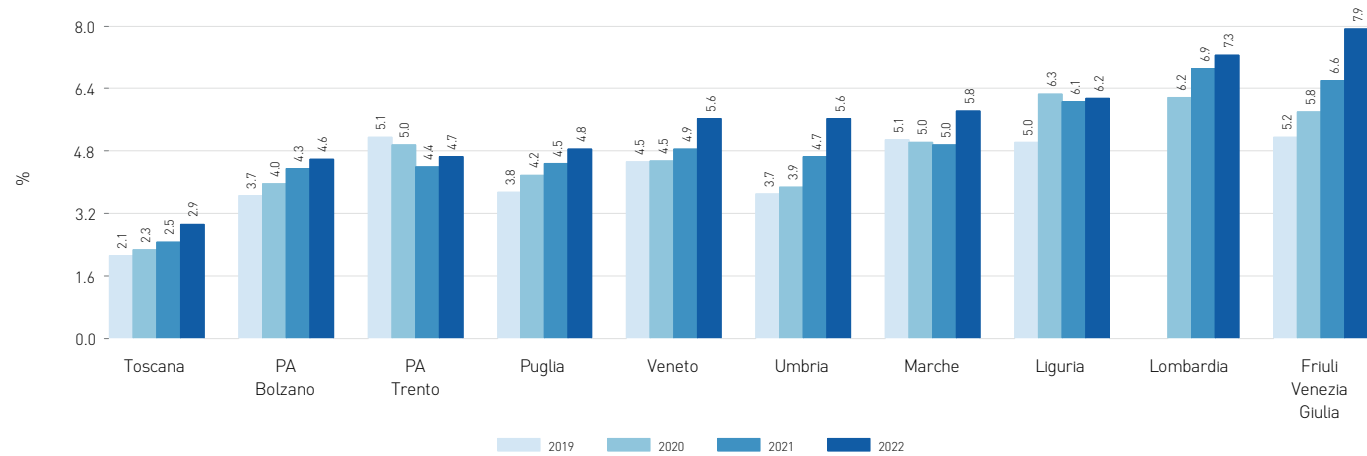
C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H06Z)

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



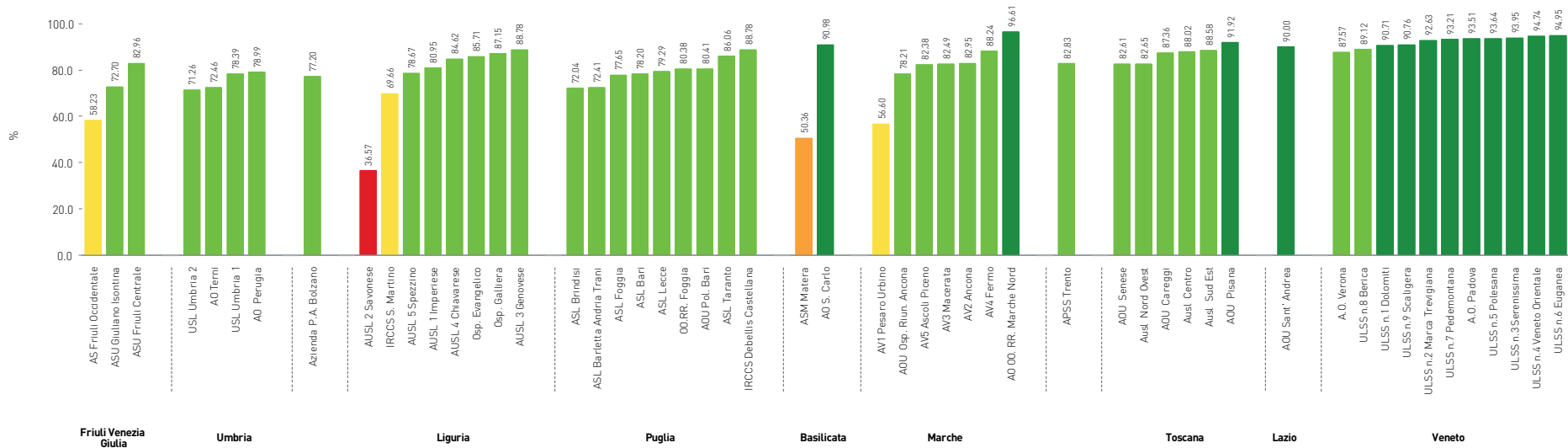
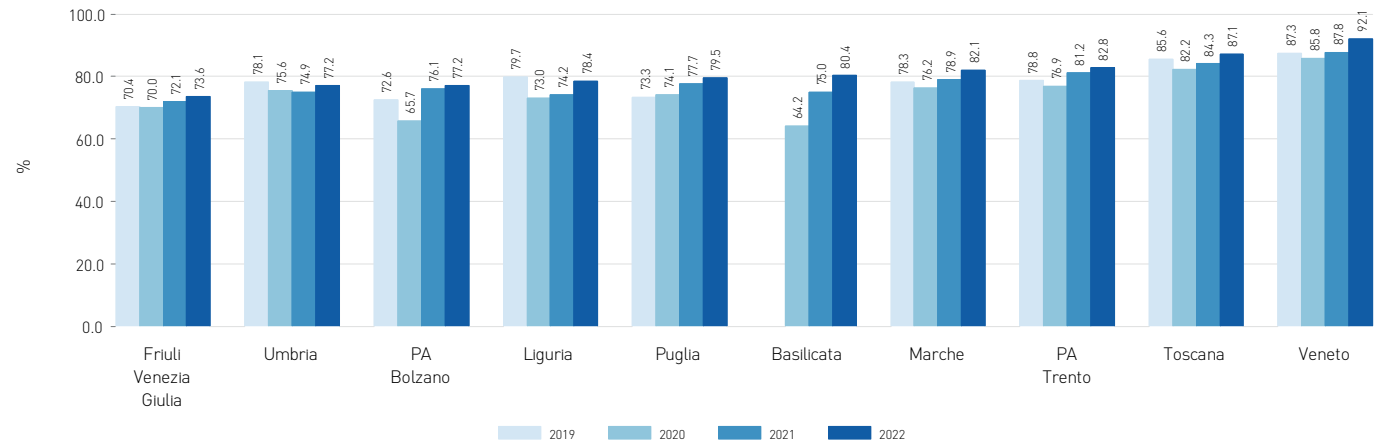
C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a durabili 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.



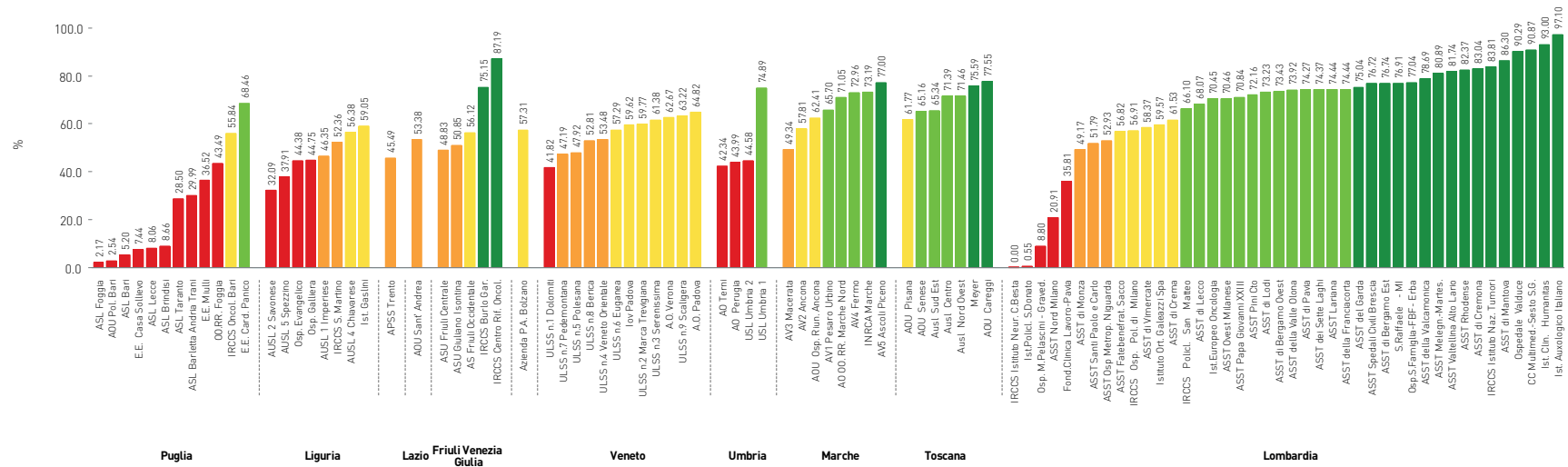
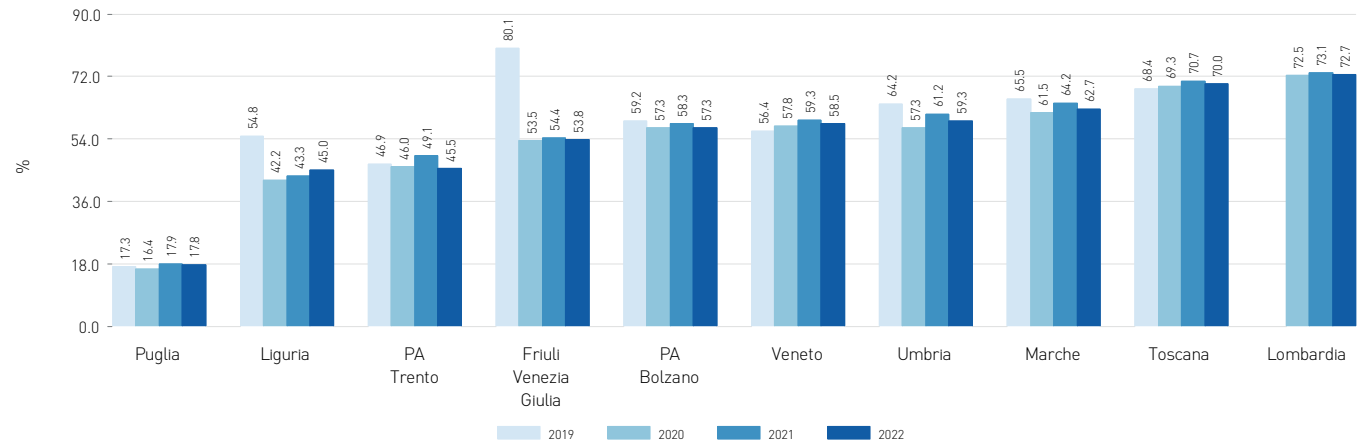
H05Z Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

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



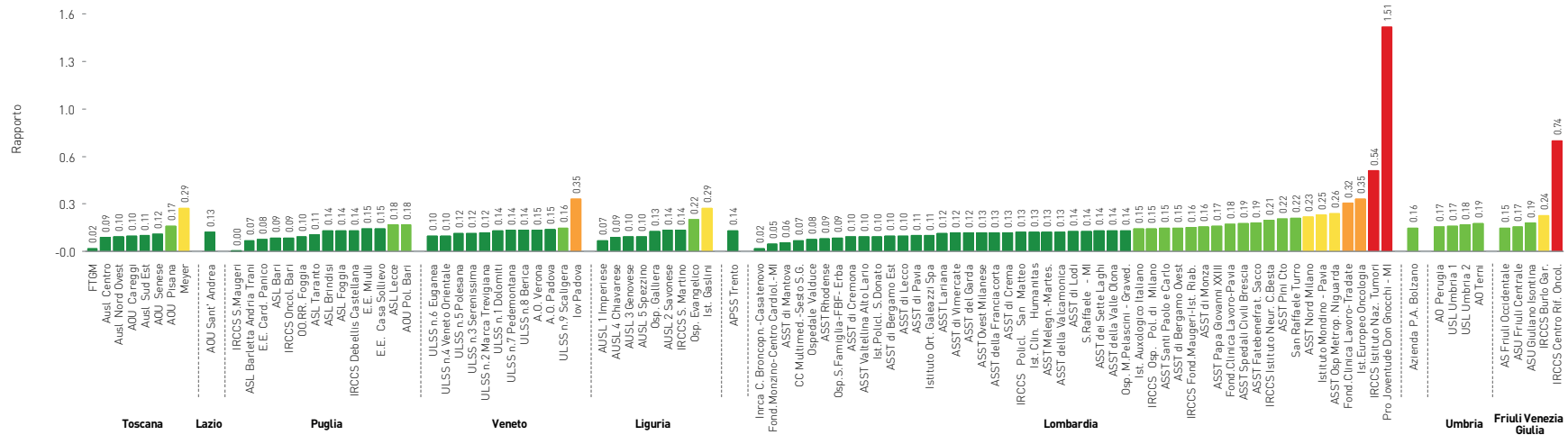
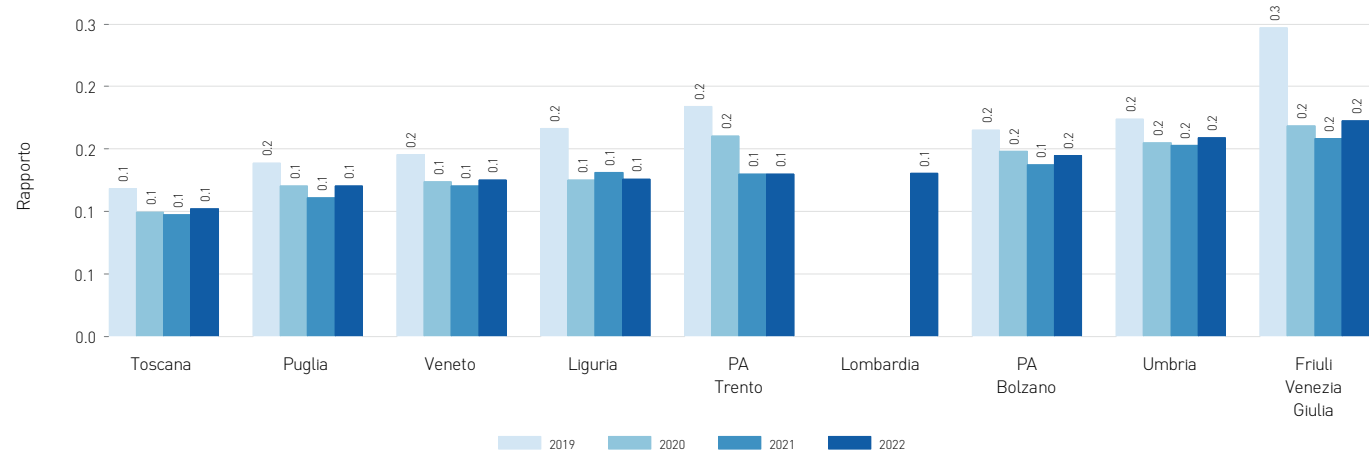
C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery

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



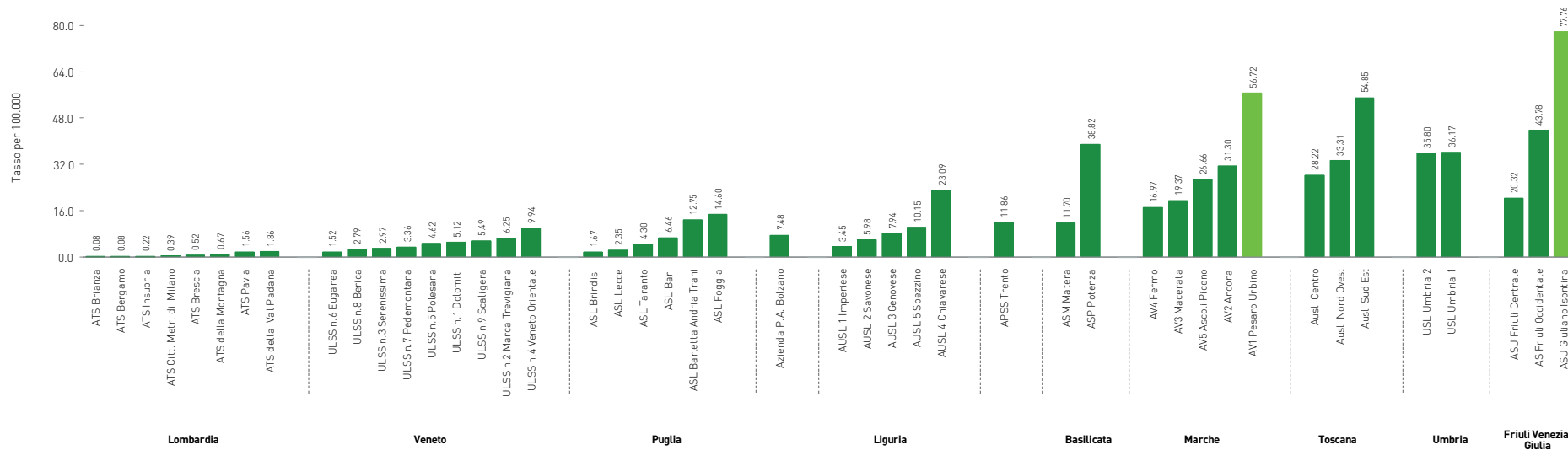
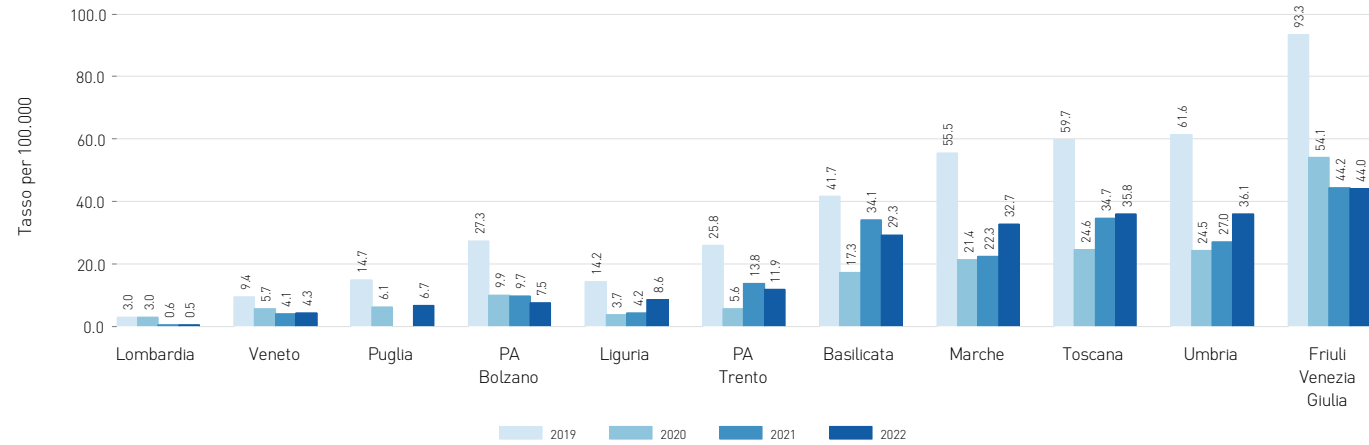
C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (NSG H04Z)

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



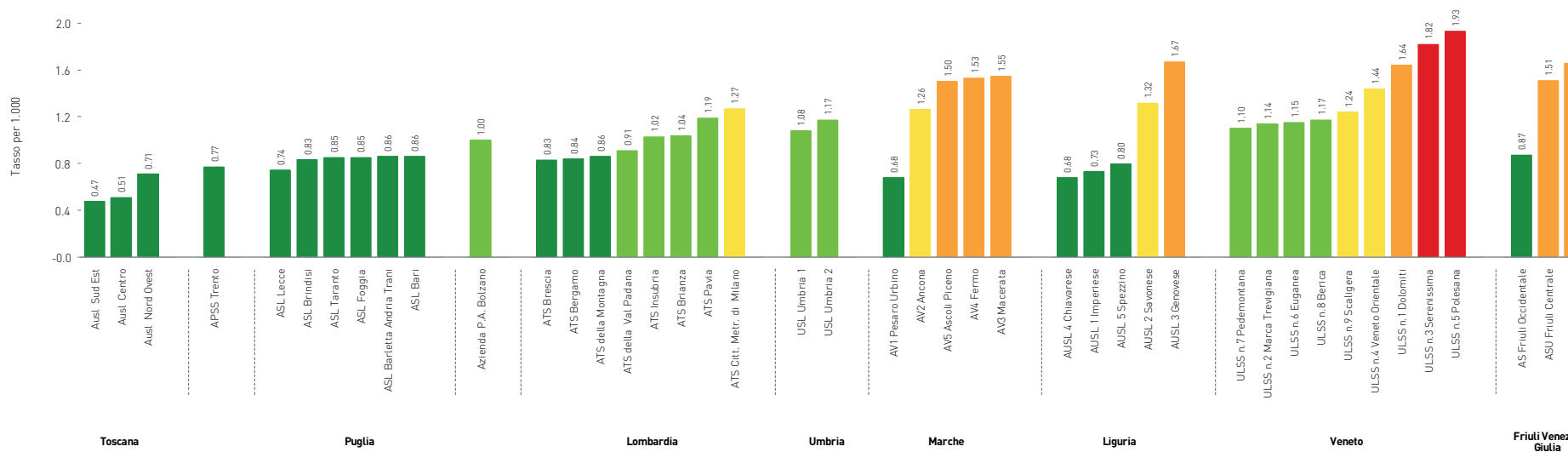
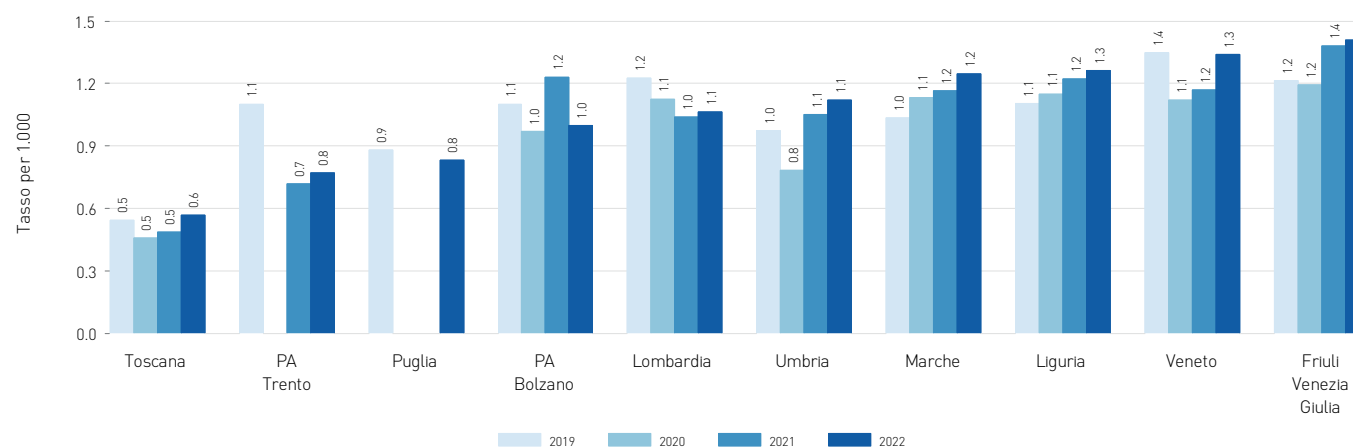
C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti

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



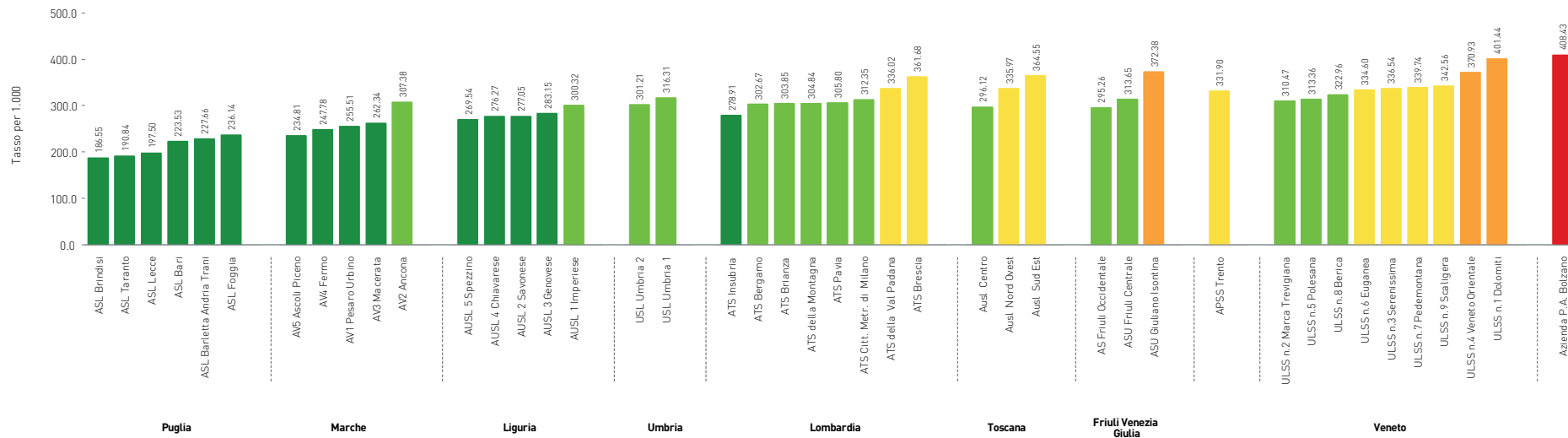
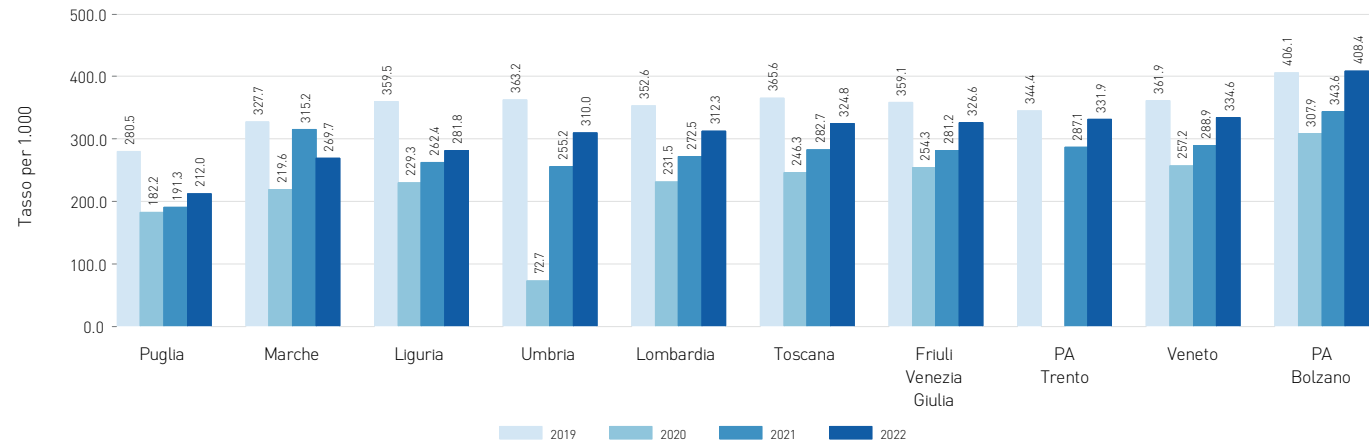
C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

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



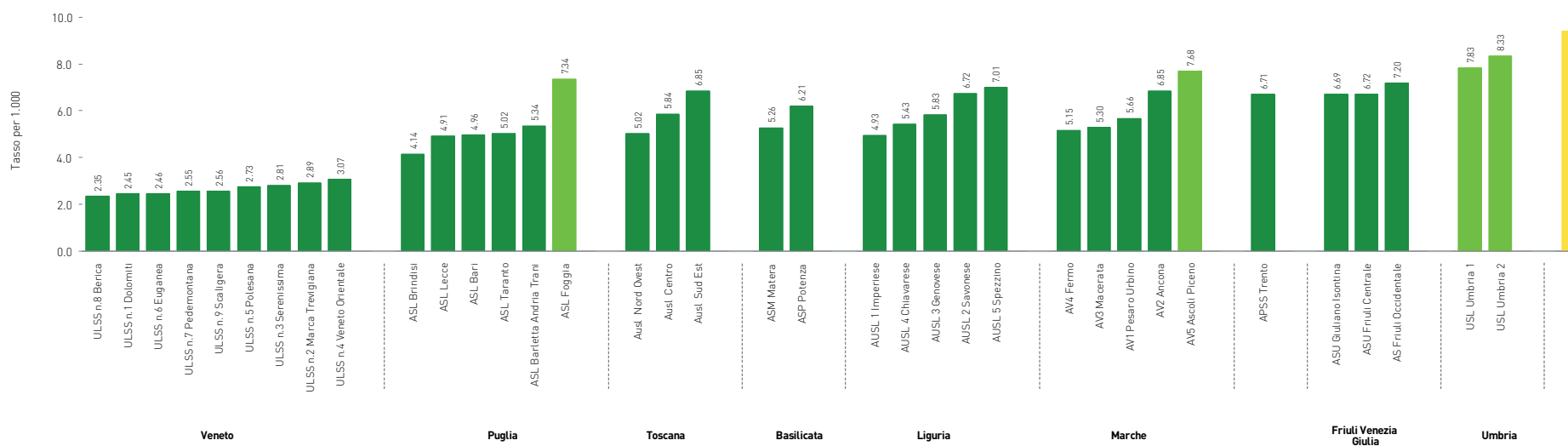
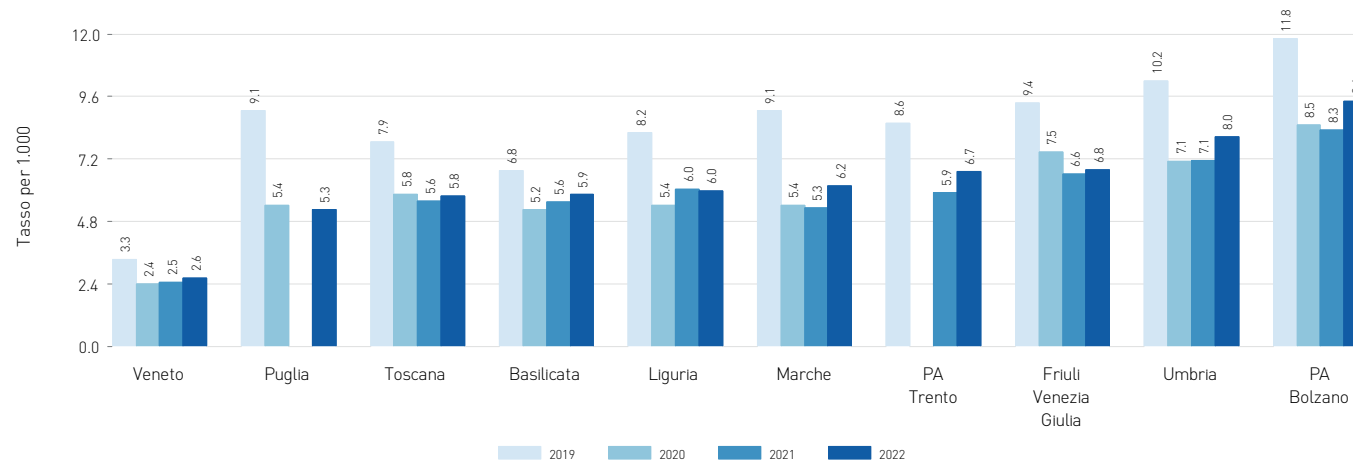
C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

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



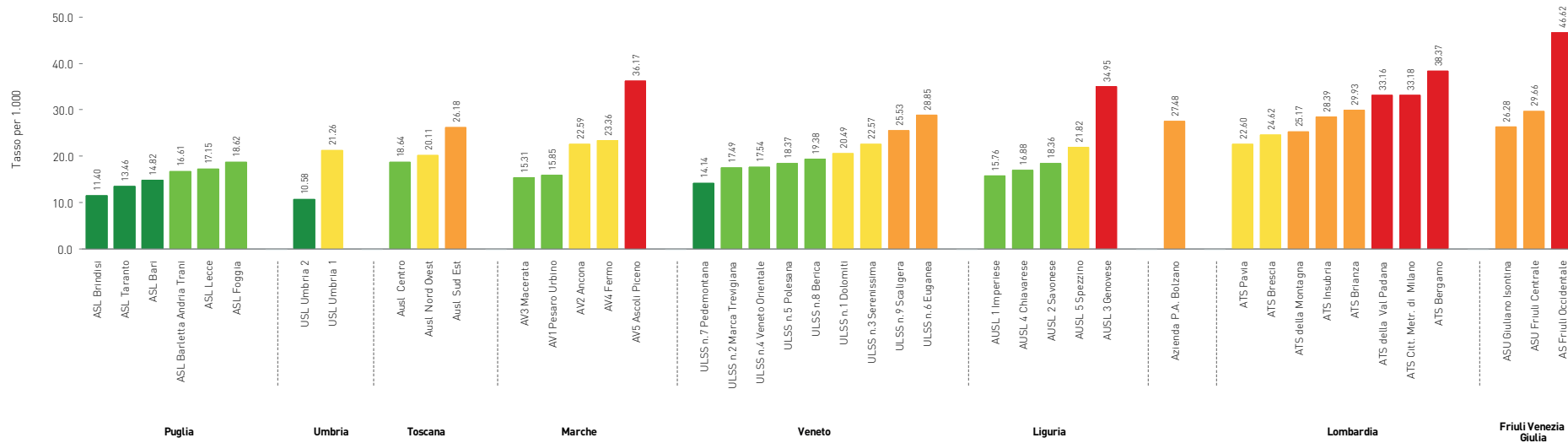
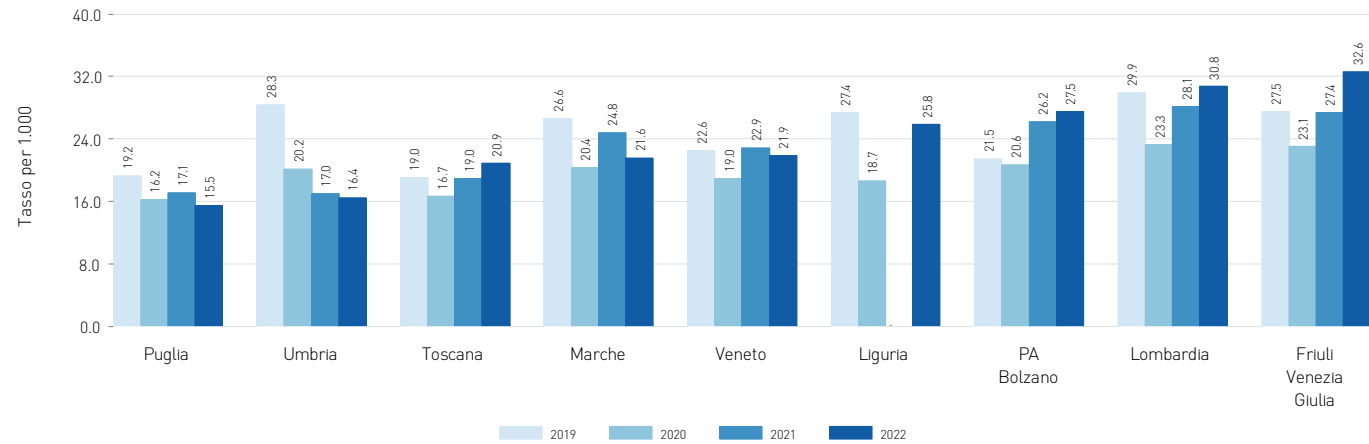
C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

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



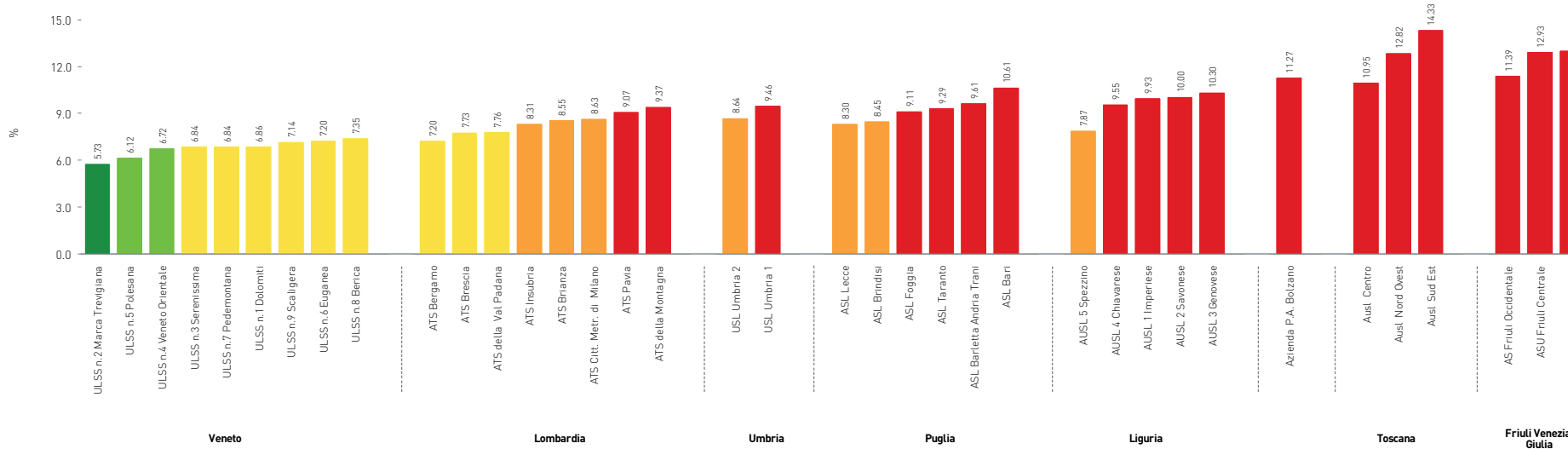
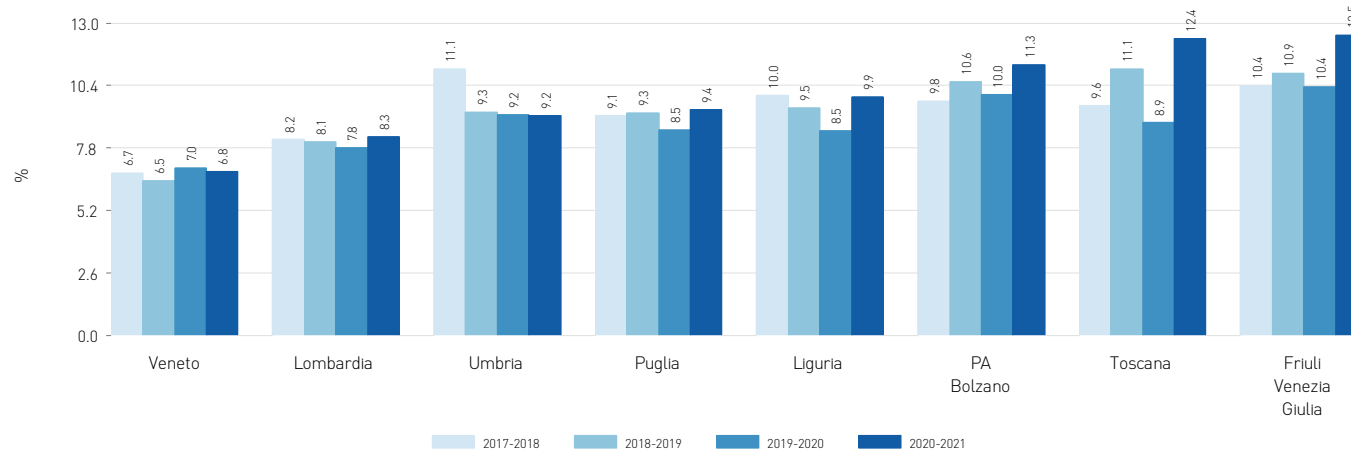
C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

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 segnaletico di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.



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

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

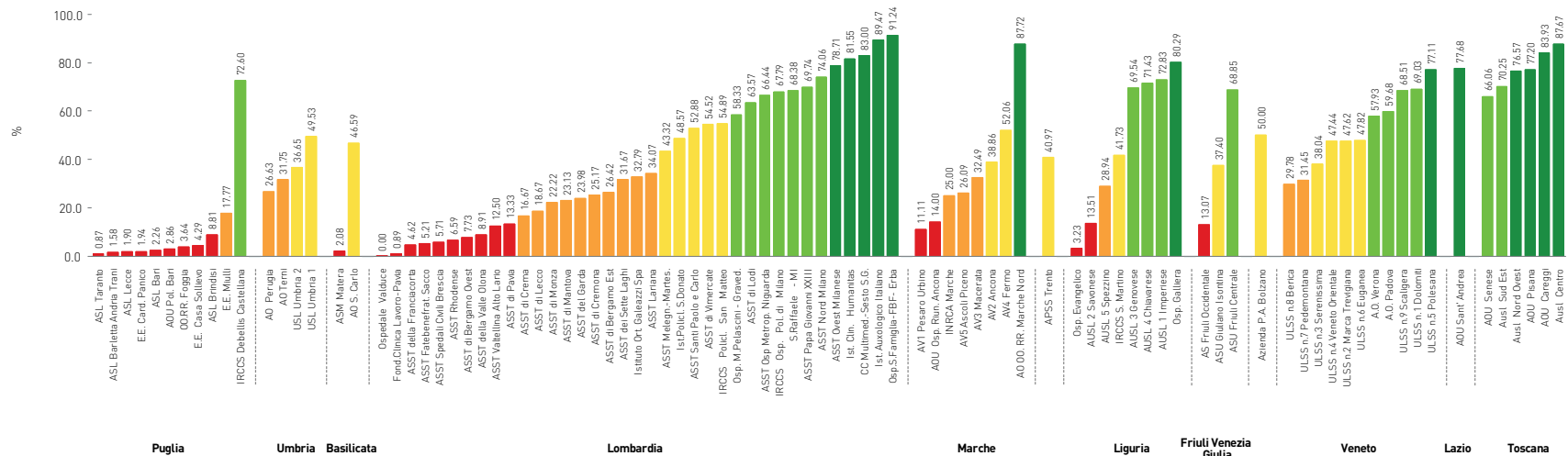
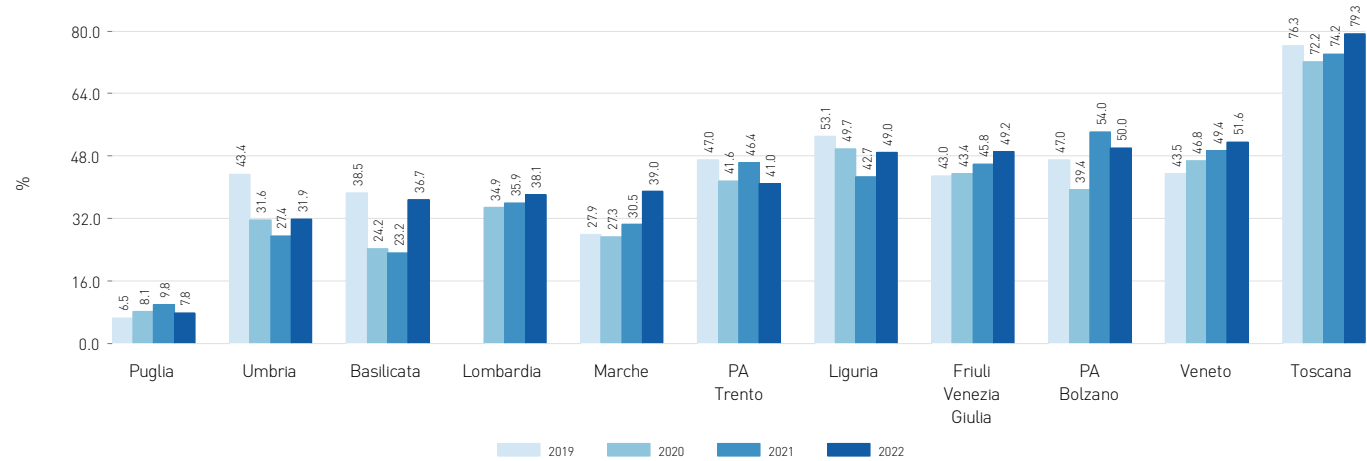




QUALITÀ E SICUREZZA

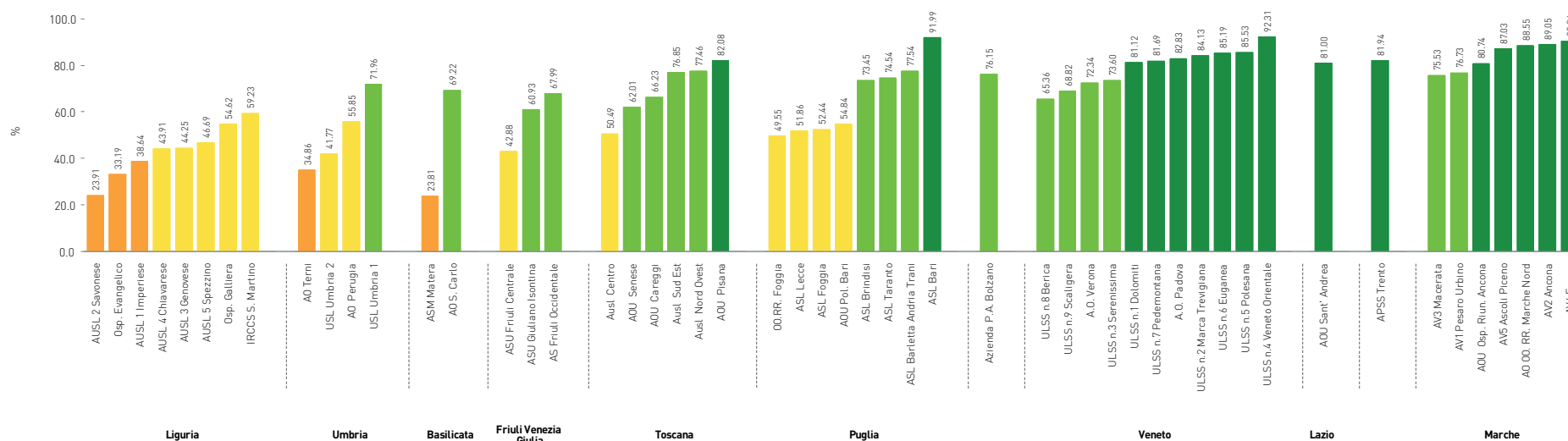
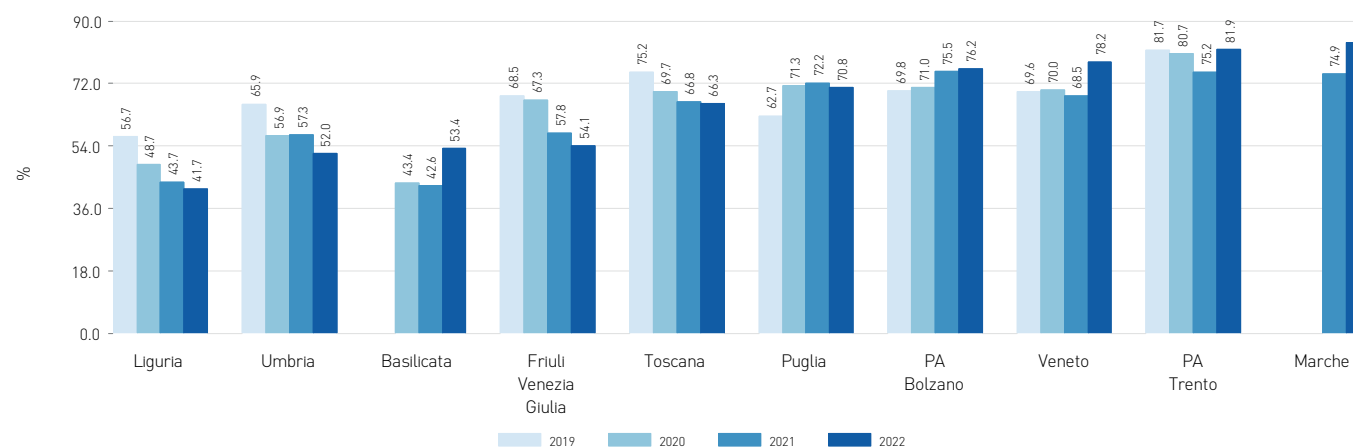
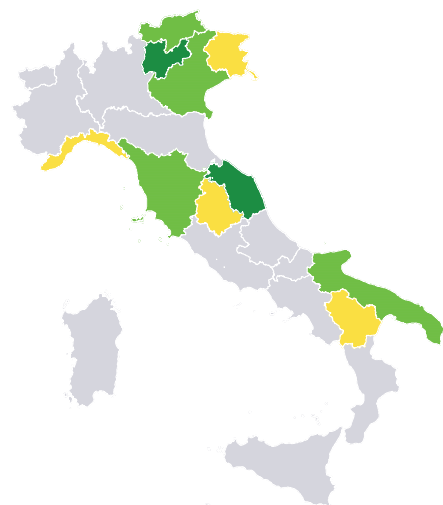
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

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



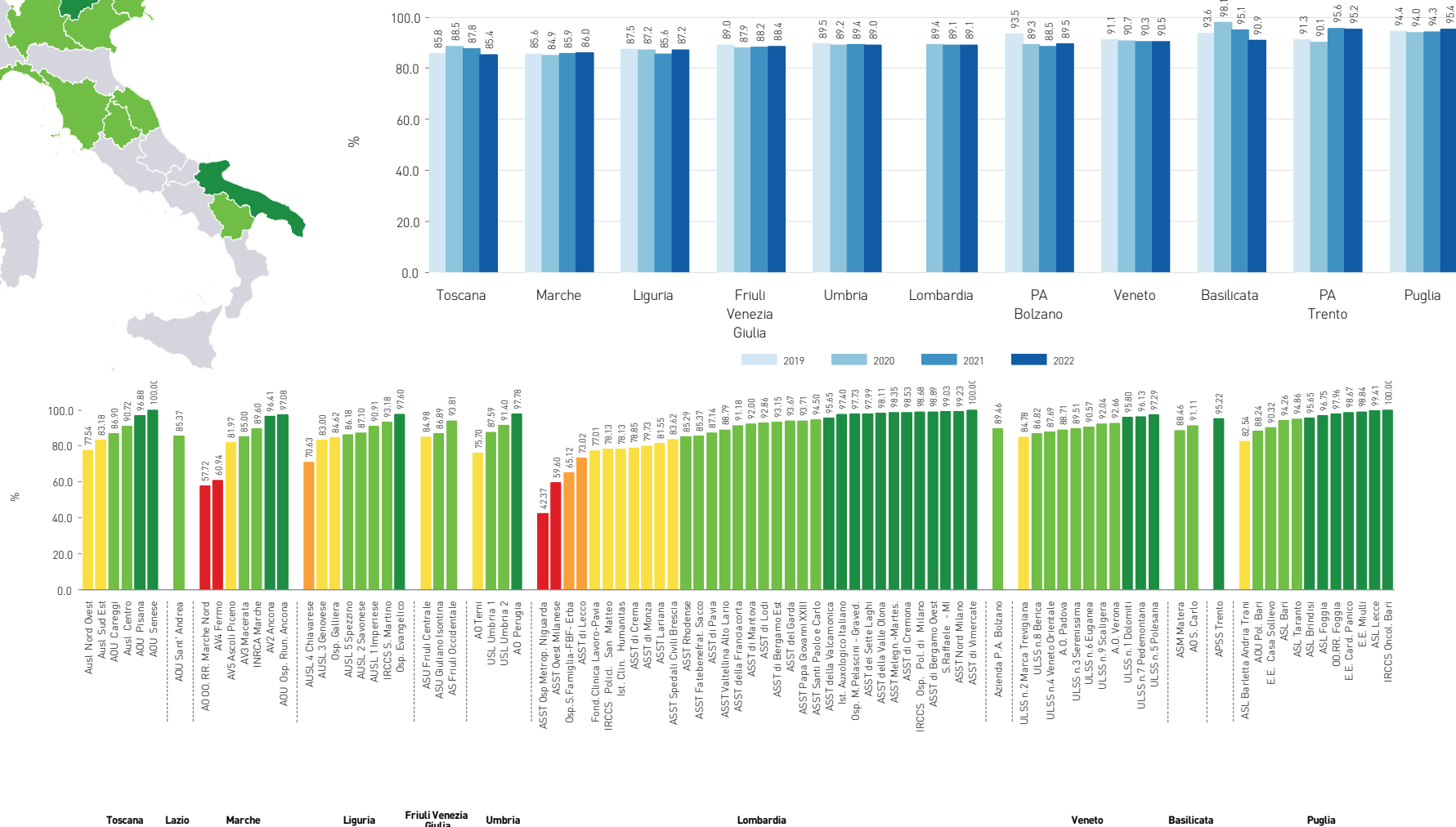
H13C Percentuale di pazienti di età ≥ 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

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



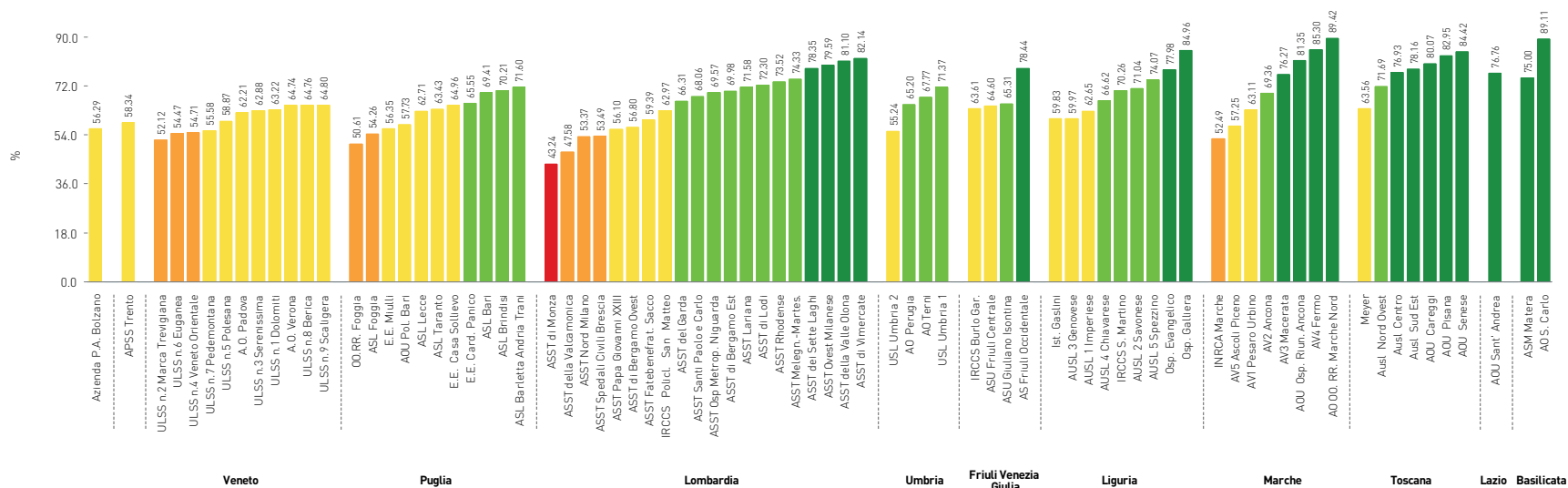
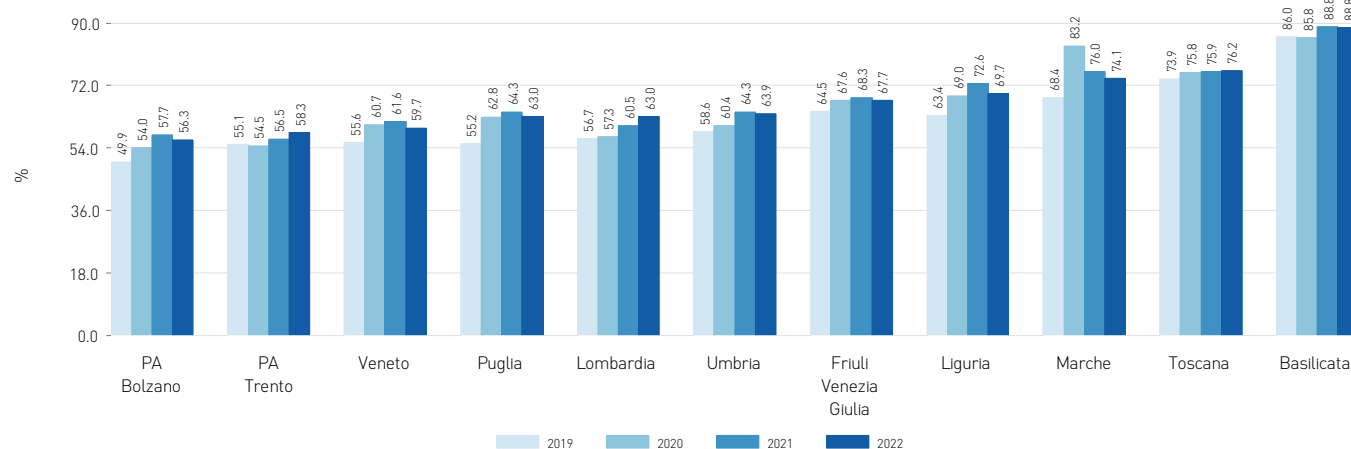
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido e una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.



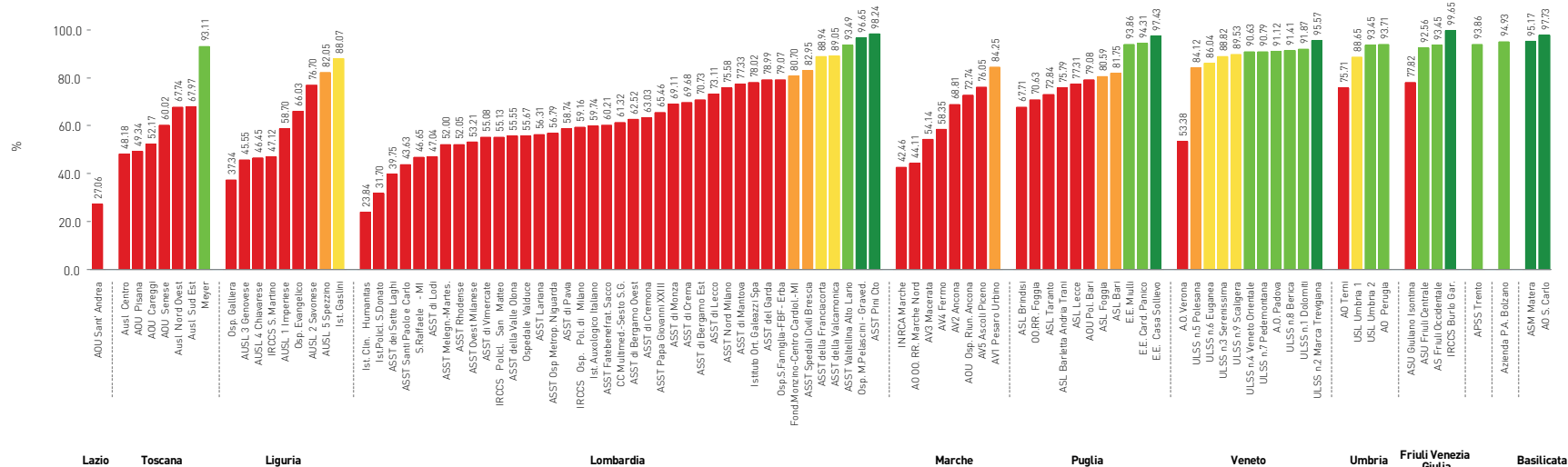
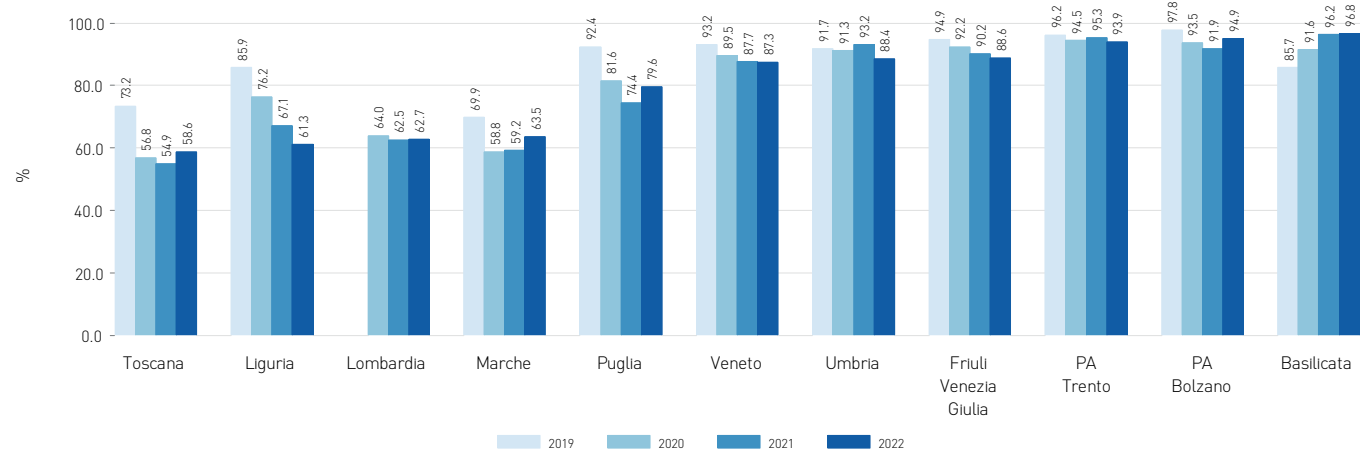
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

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



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

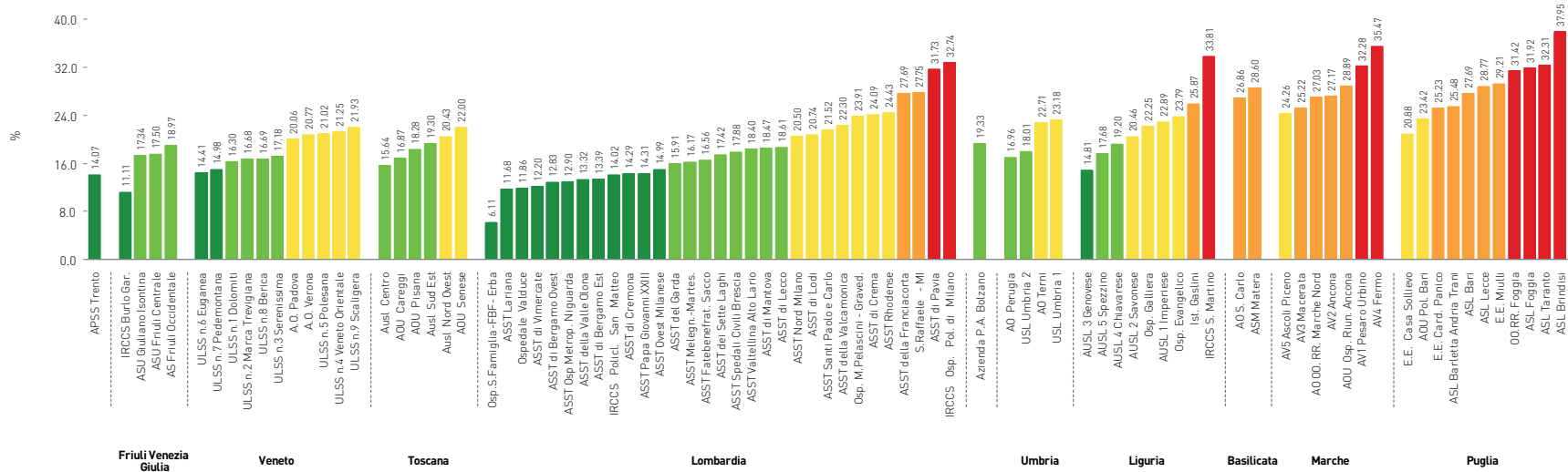
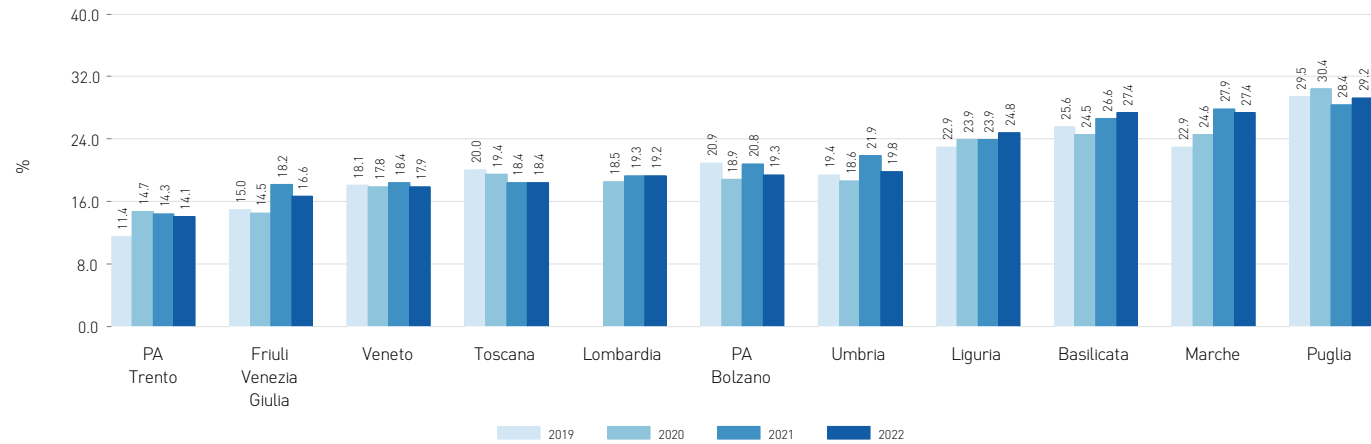
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, può dipendere infatti, anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di PS, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in PS di pazienti inviati a ricovero). Ritenuto una delle criticità determinanti il sovraccollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in PS.



MATERNO INFANTILE

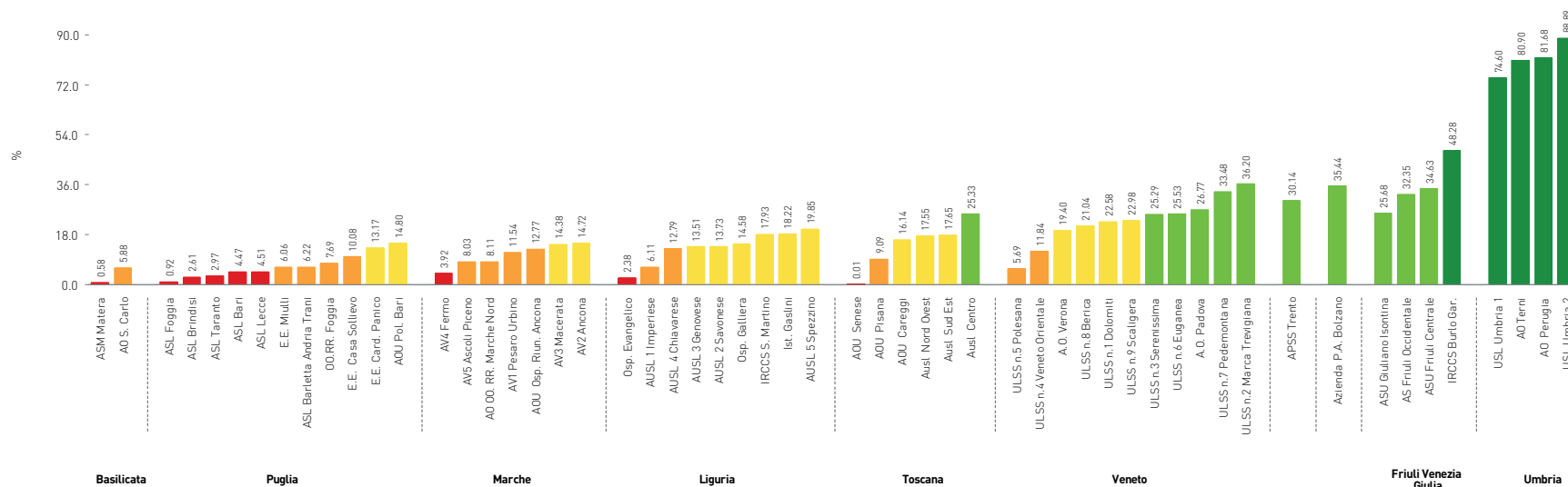
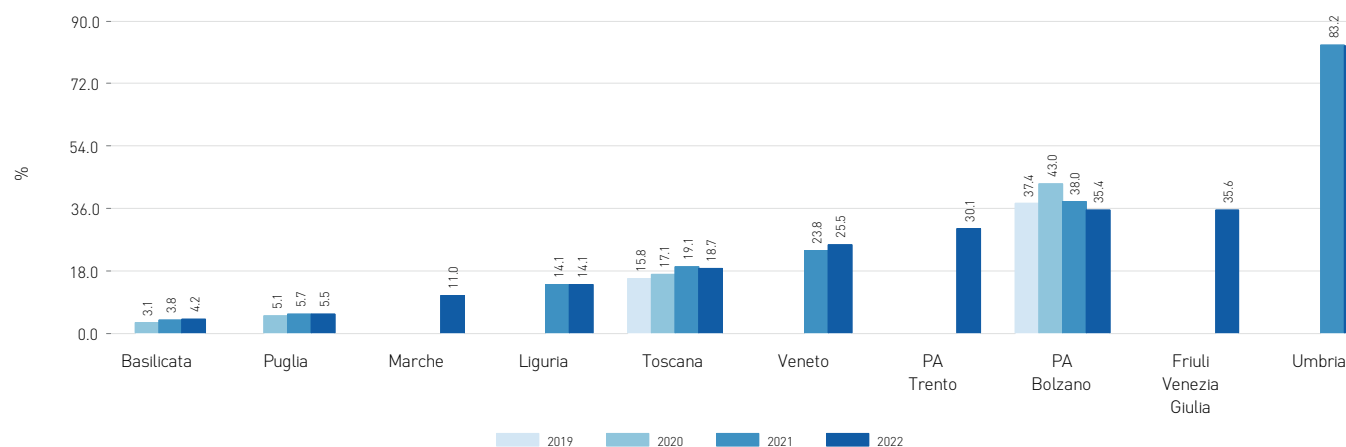
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

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



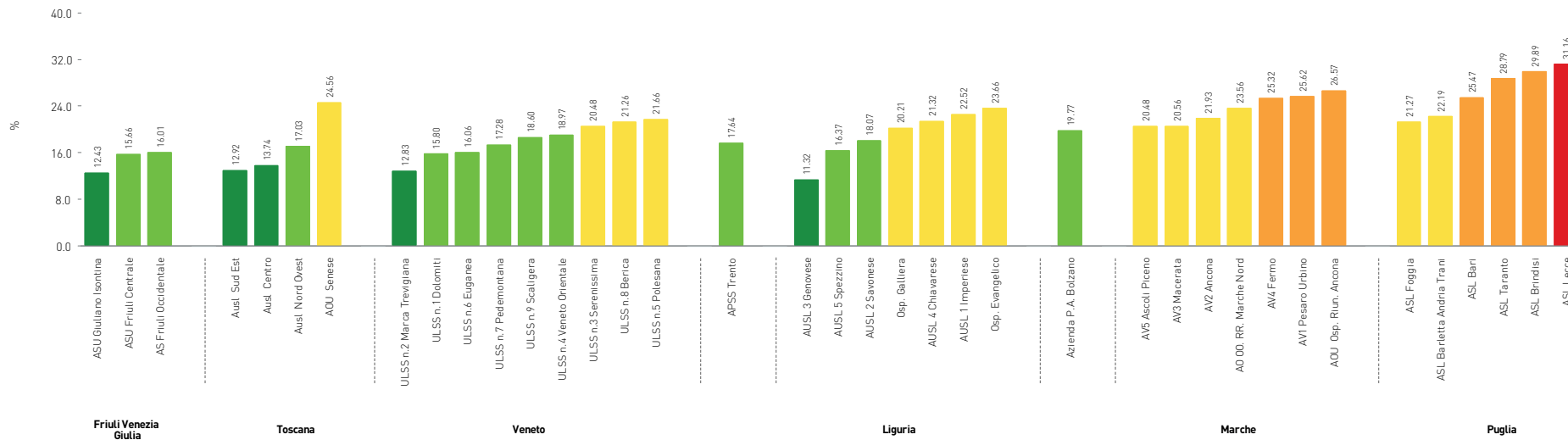
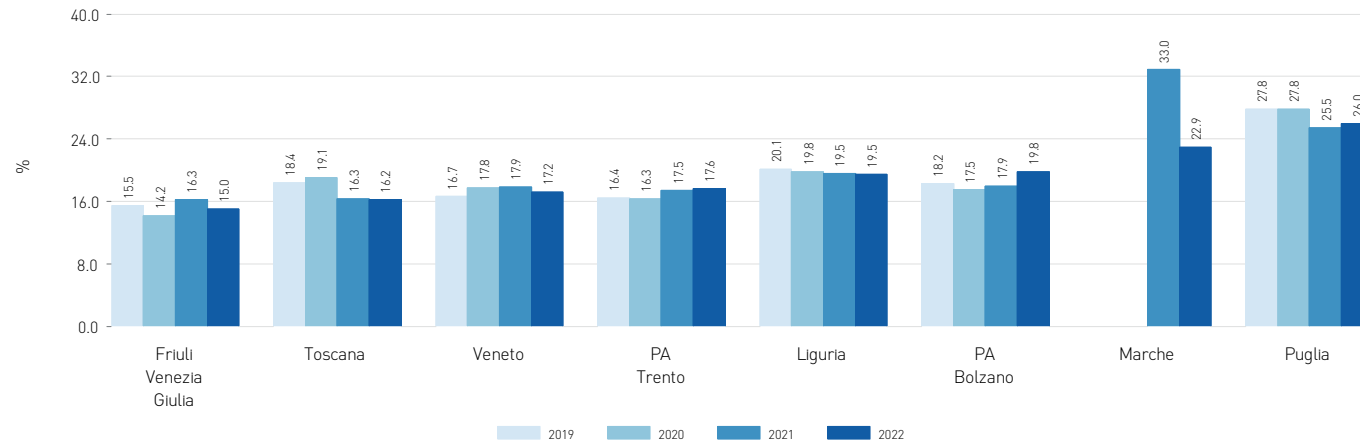
C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)

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



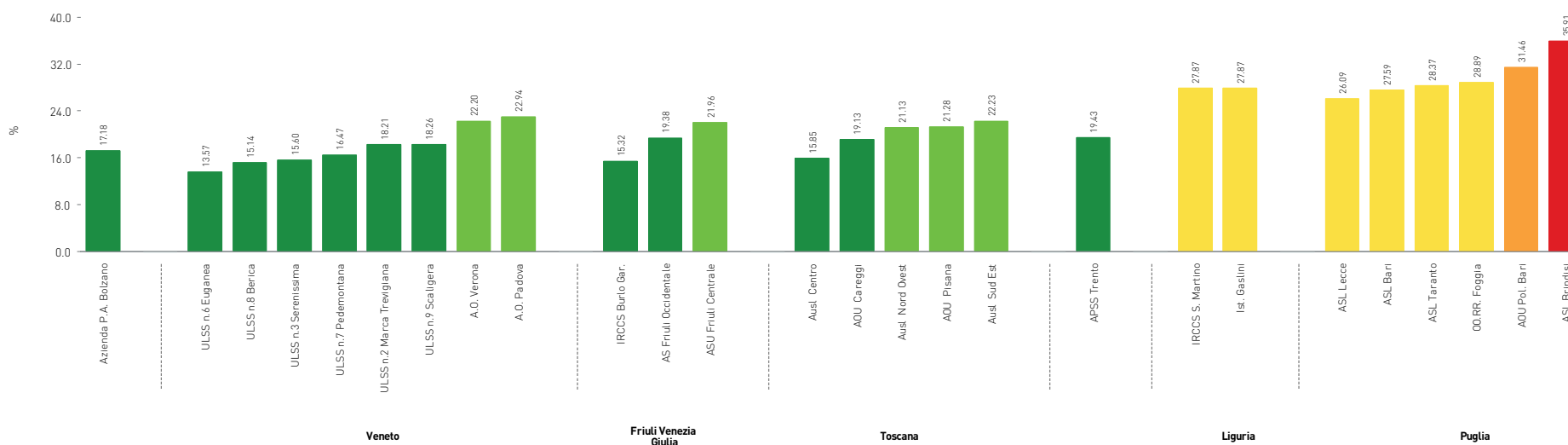
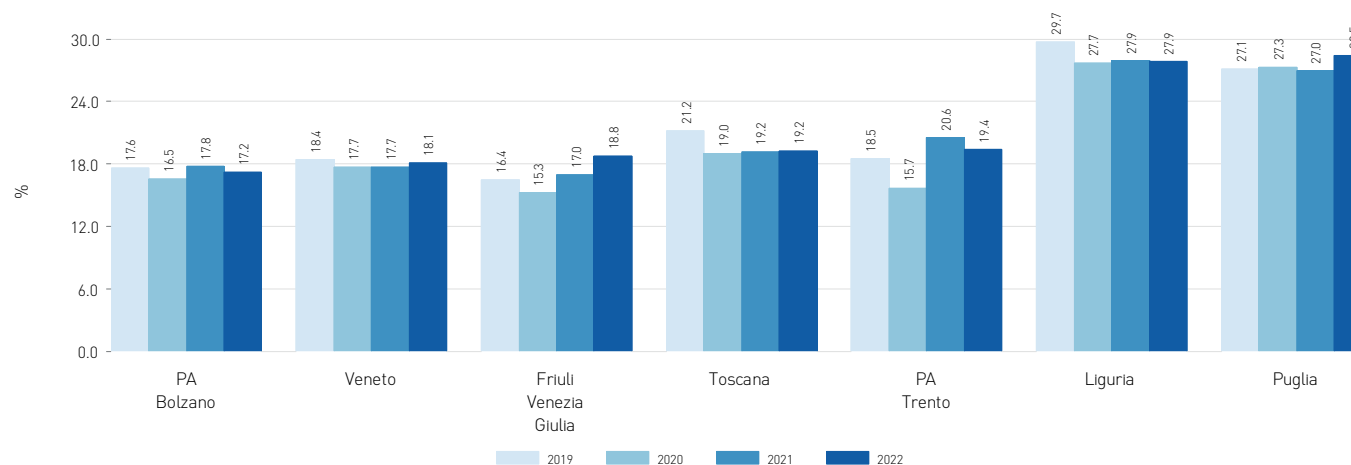
H17C Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti

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



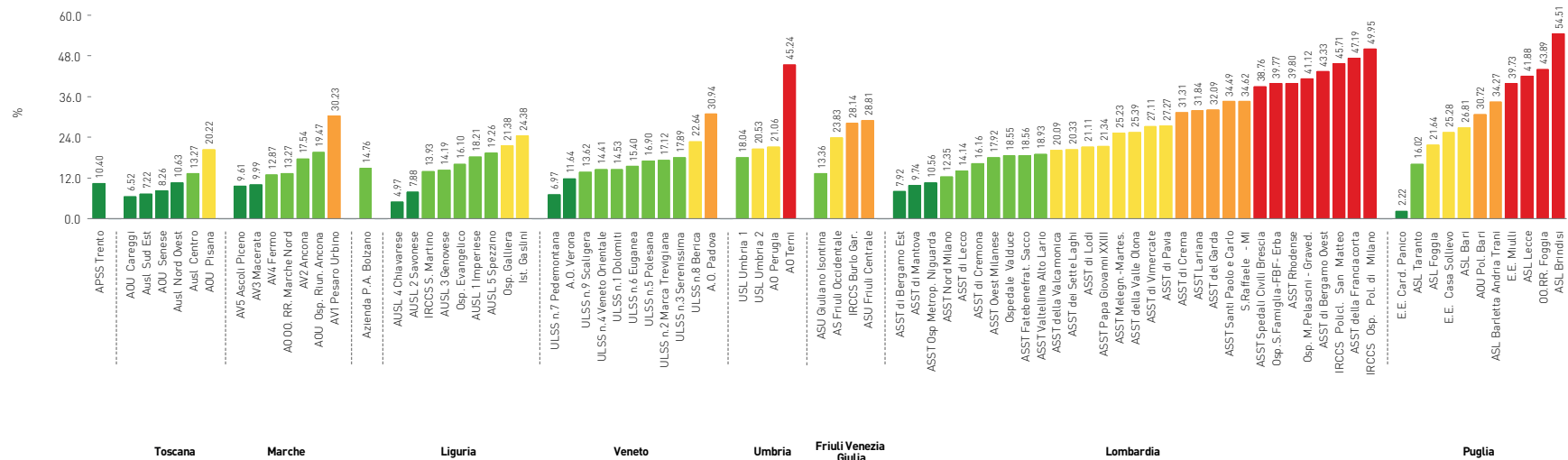
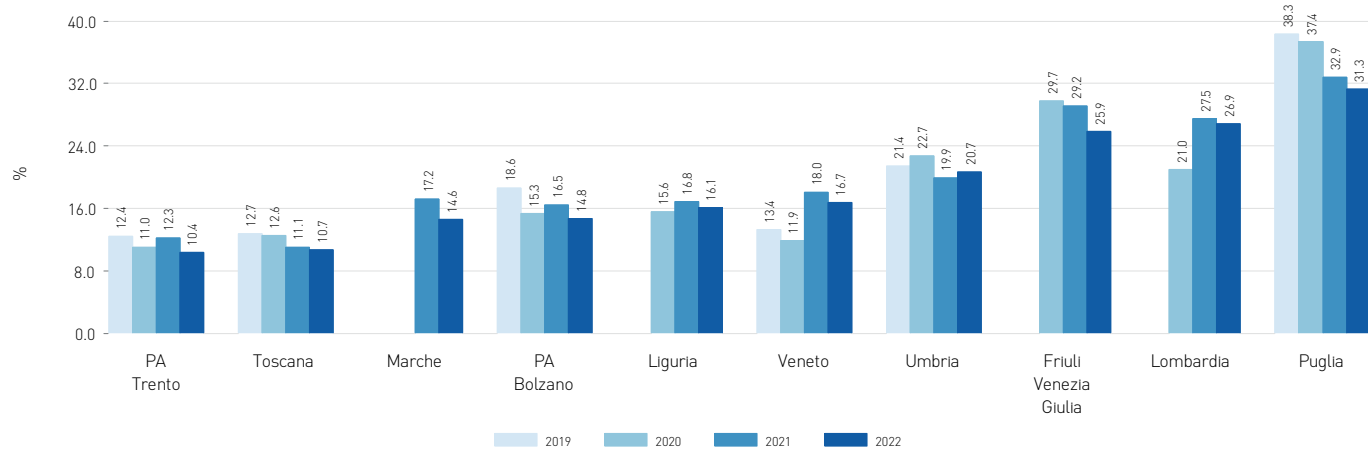
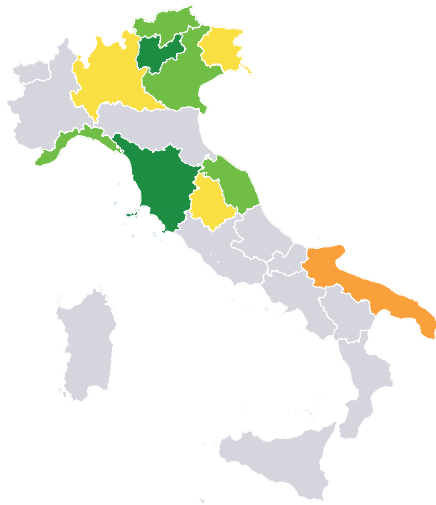
H18C Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti

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



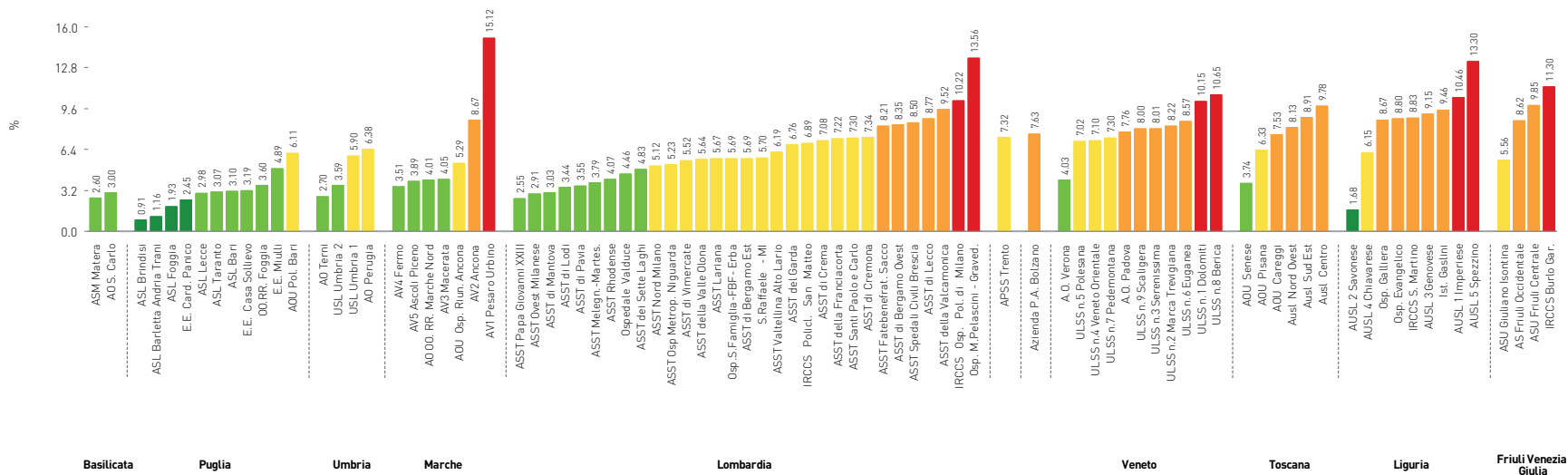
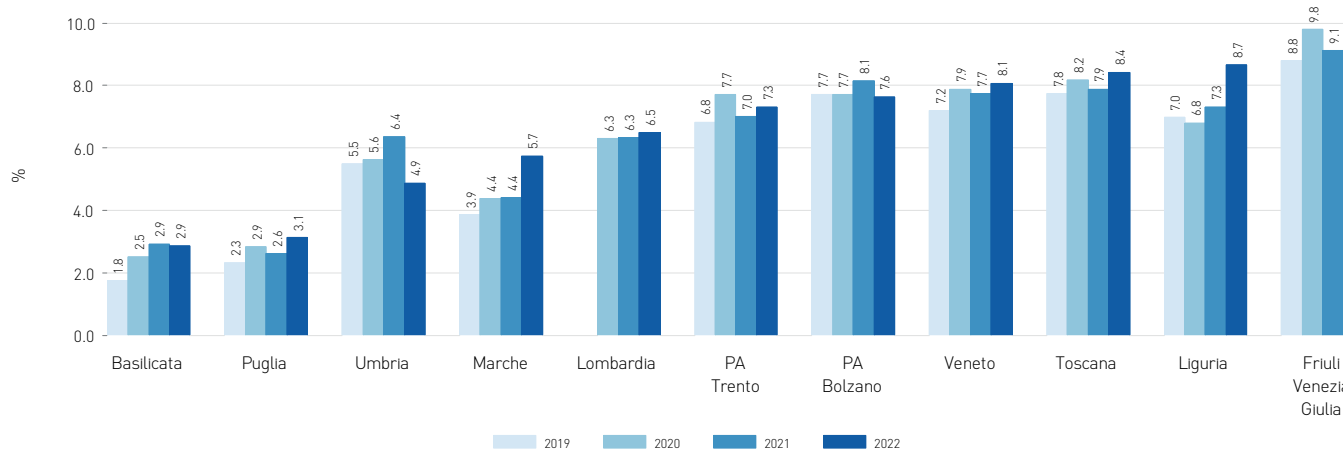
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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



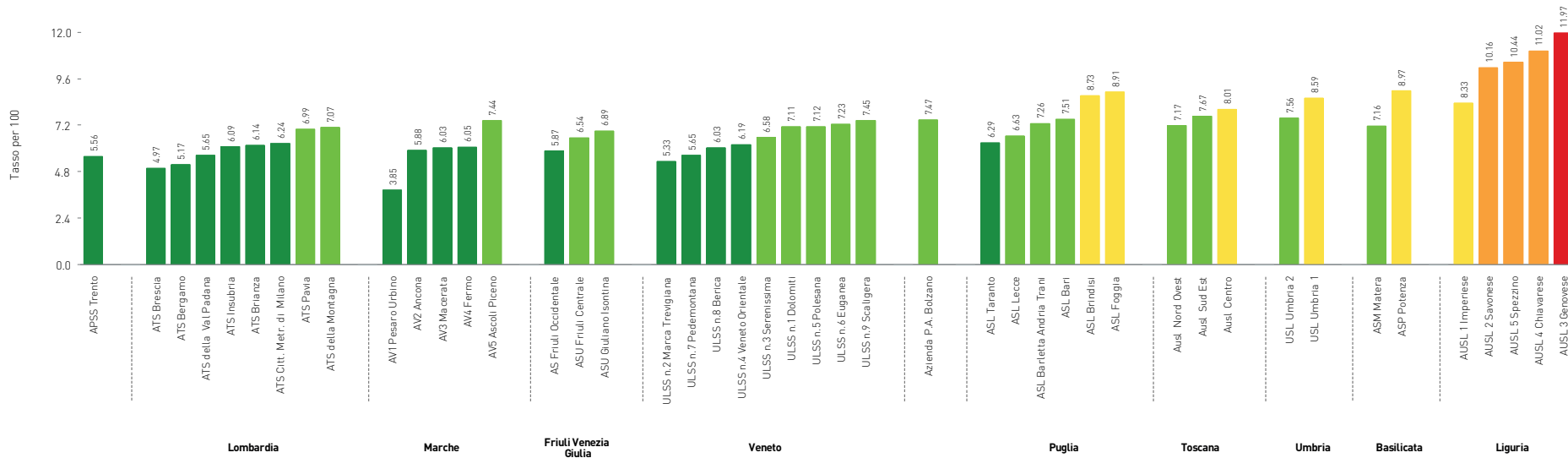
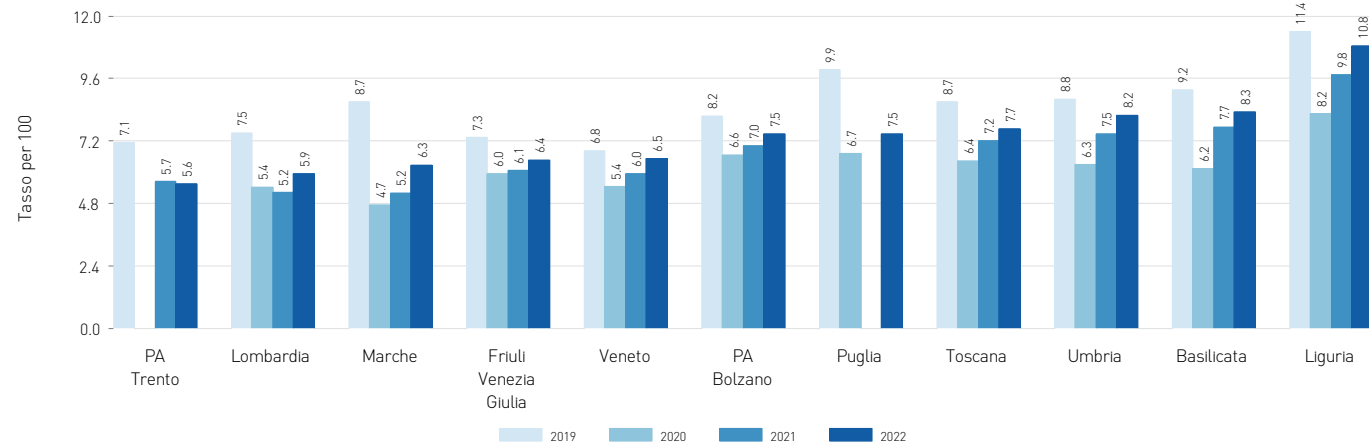
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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



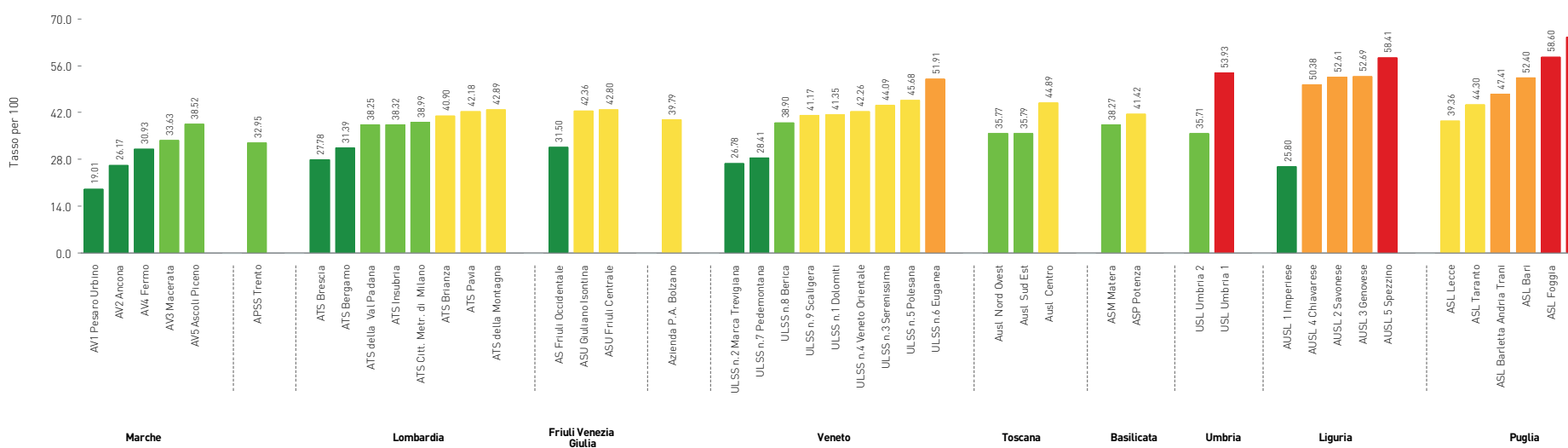
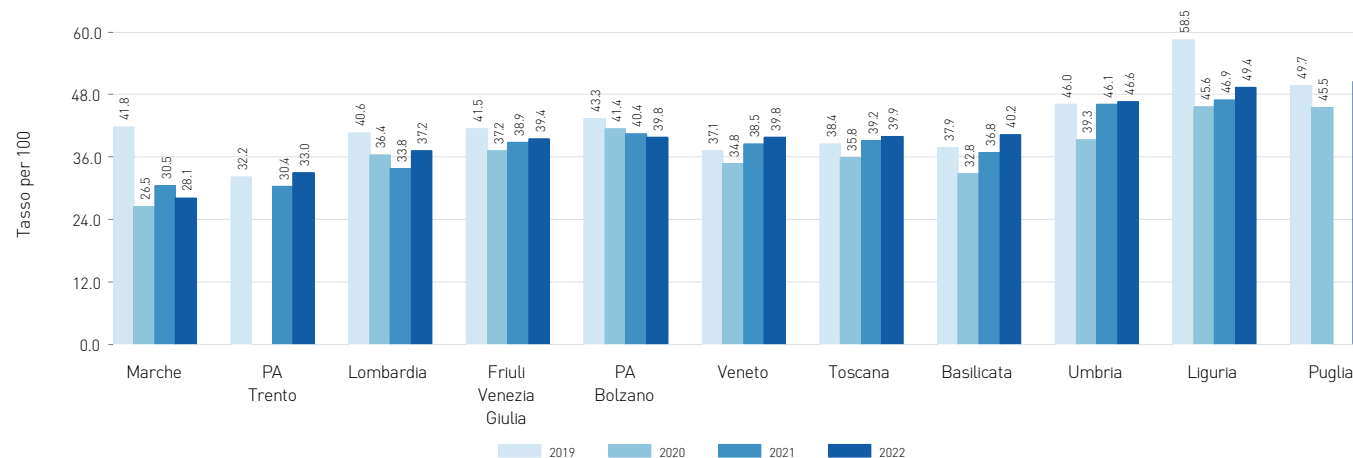
C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

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



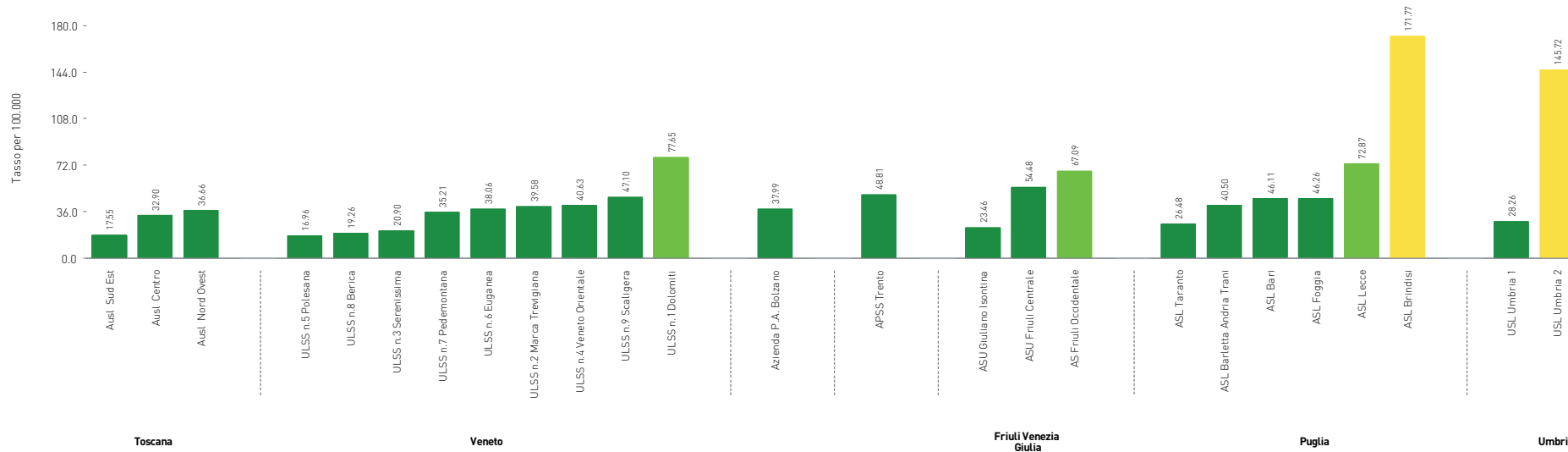
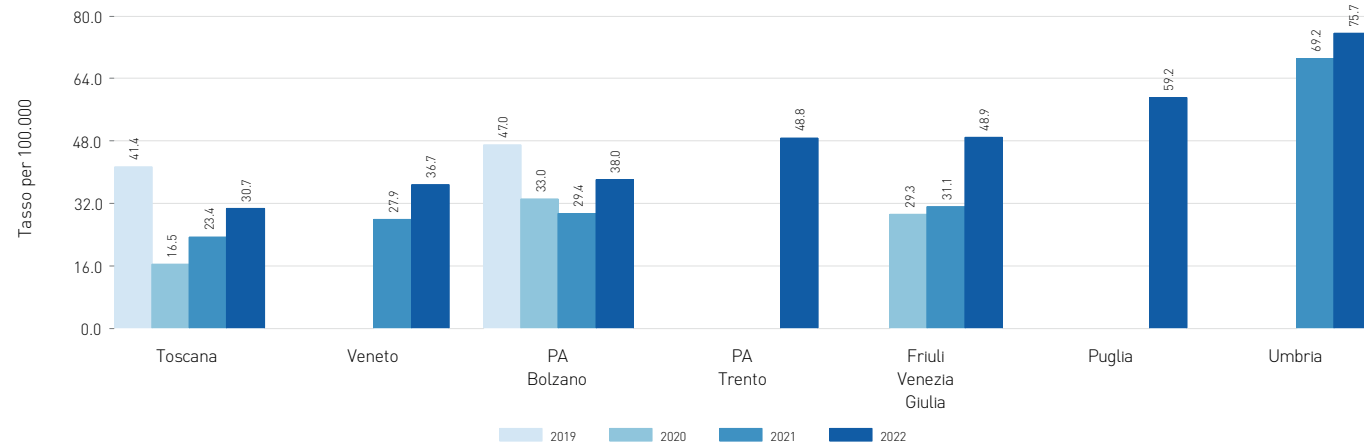
C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

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



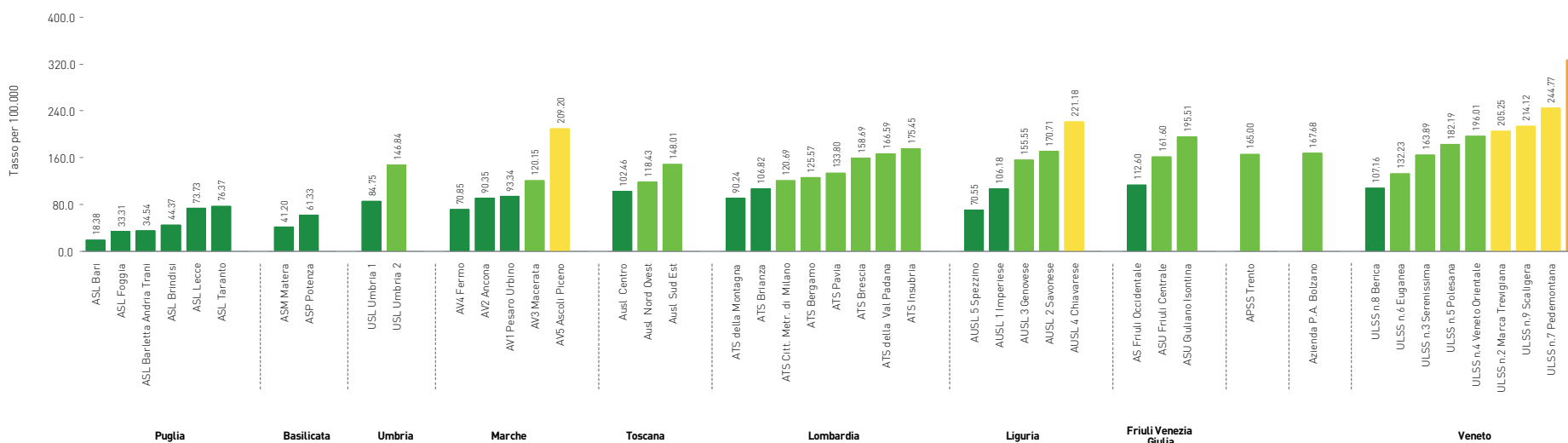
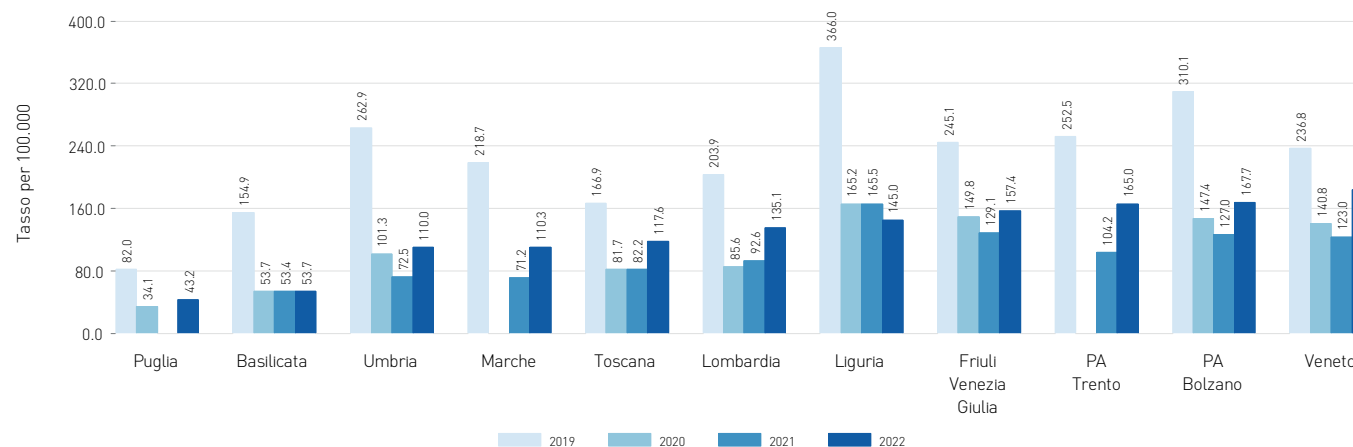
D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite

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



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

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



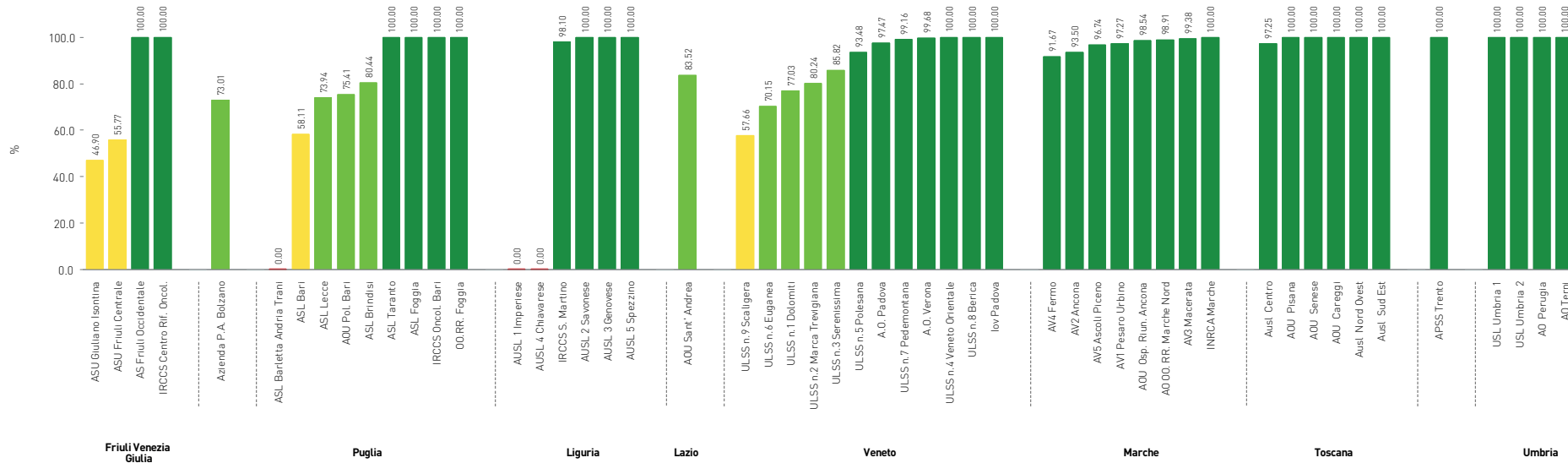
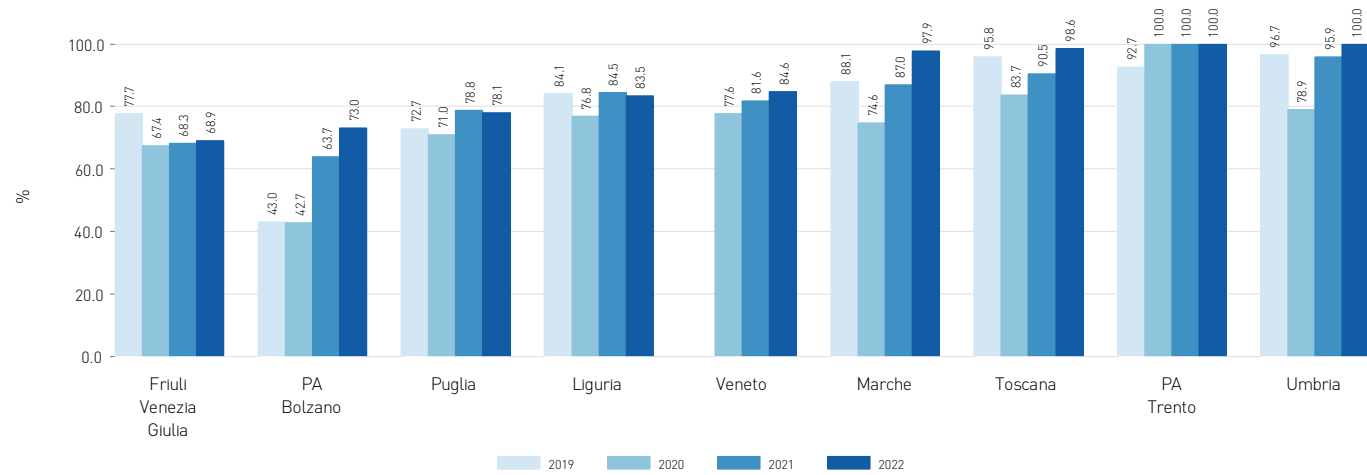
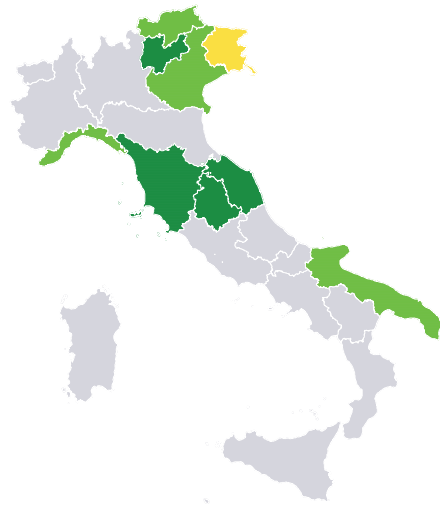


ONCOLOGICO



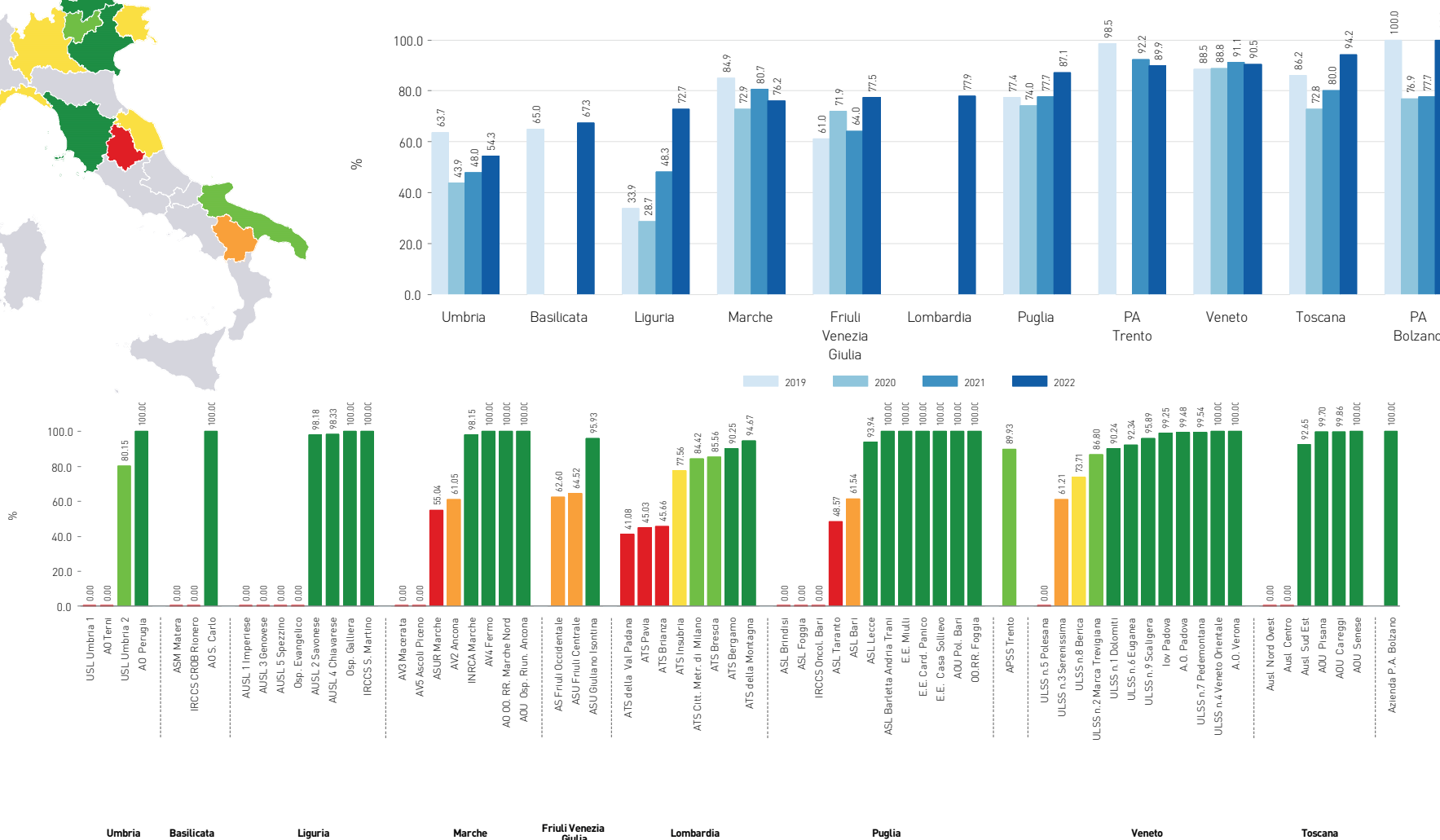
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui

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



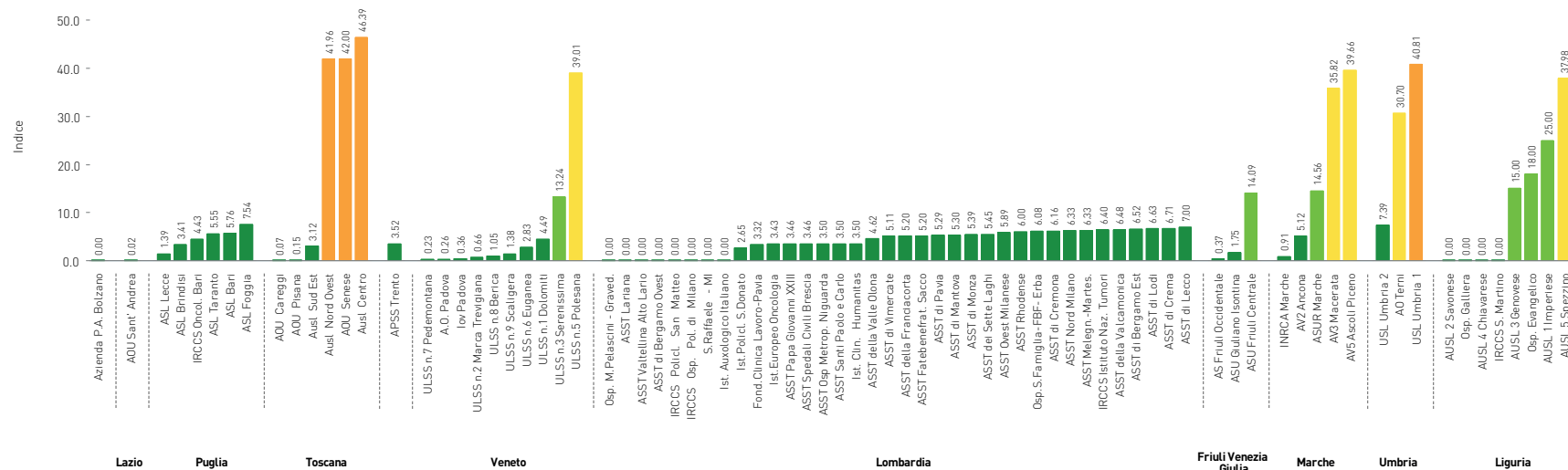
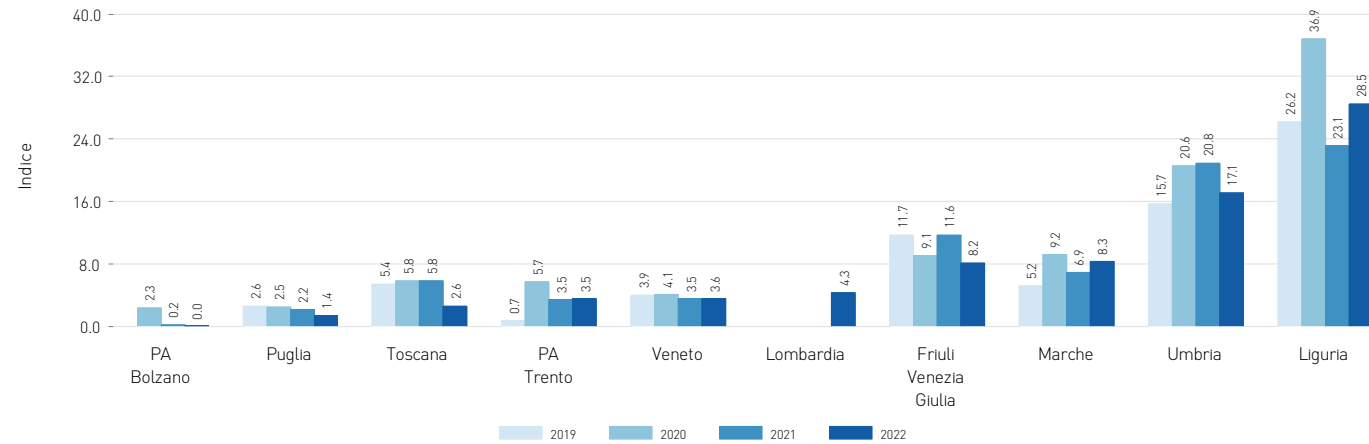
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi 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.



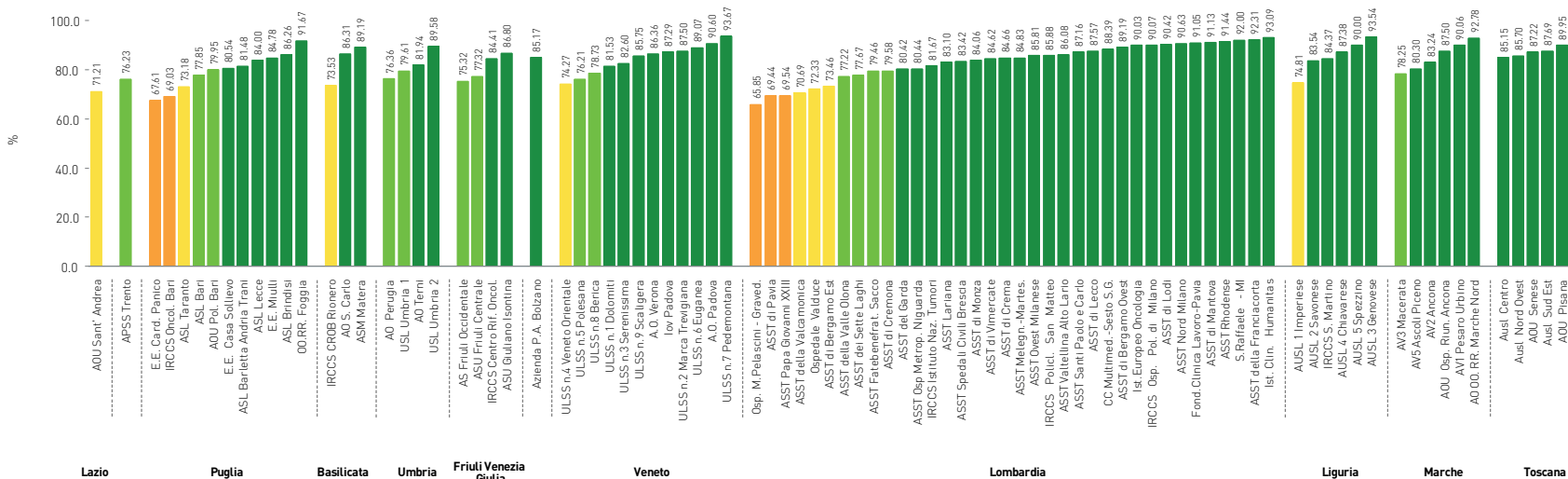
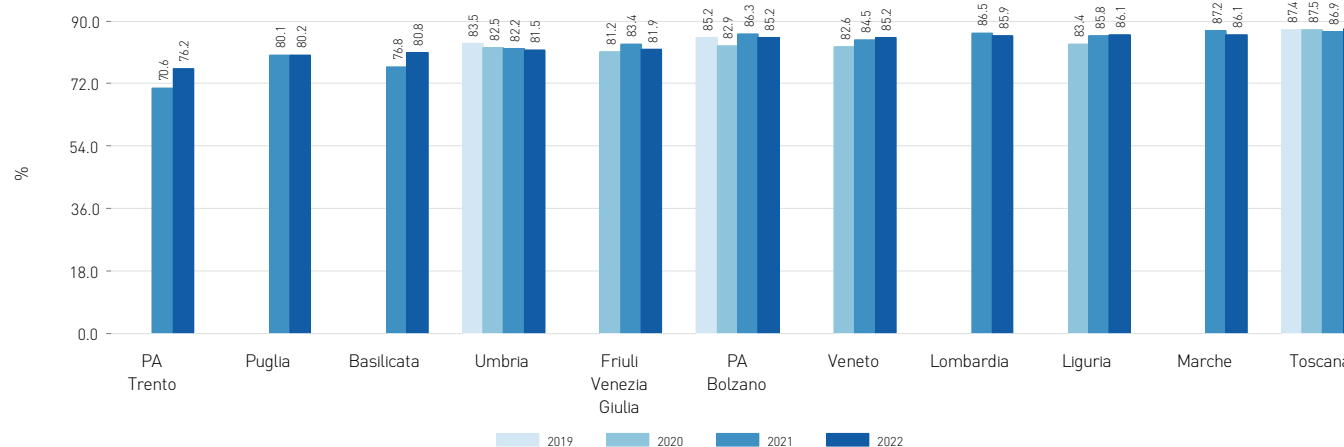
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

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).



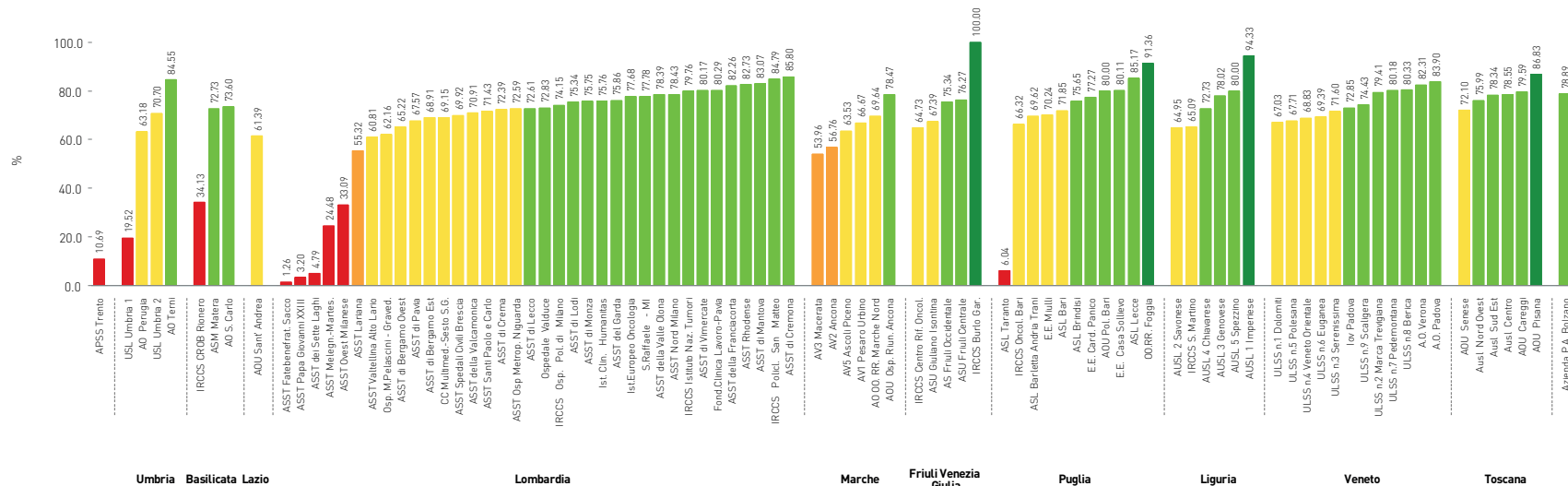
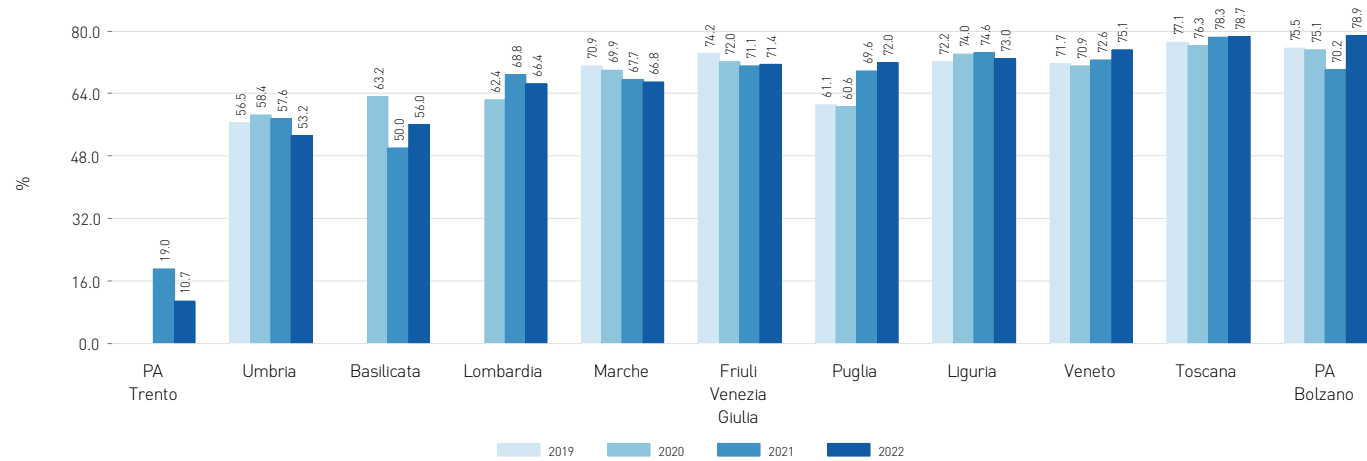
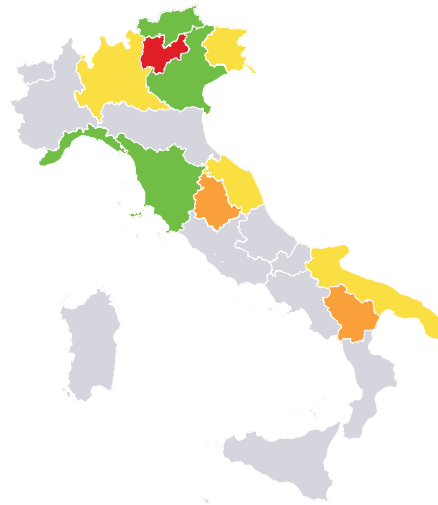
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

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



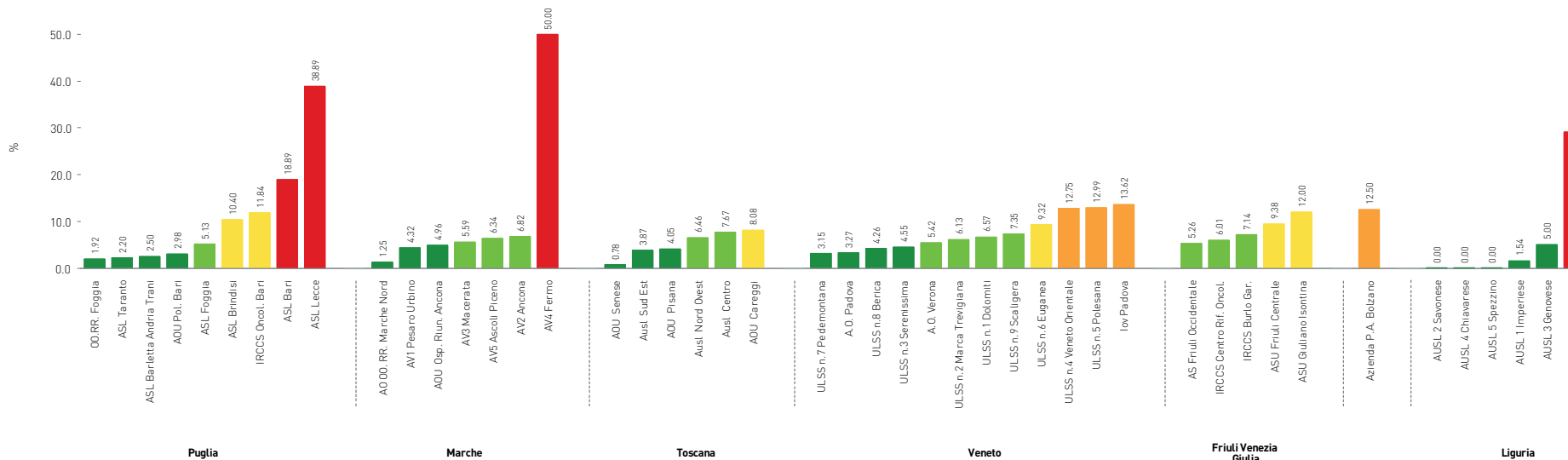
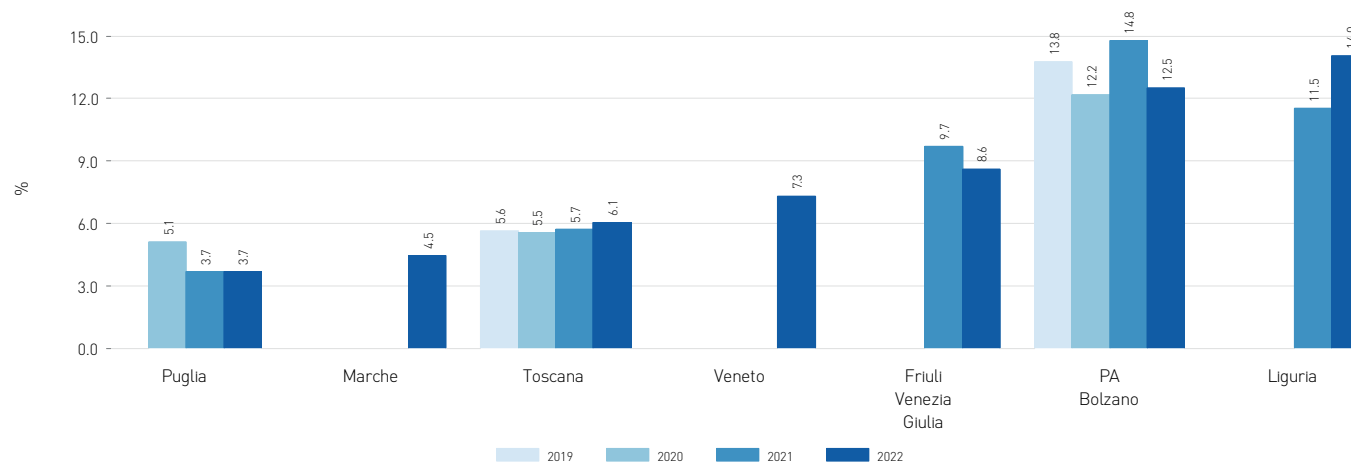
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

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



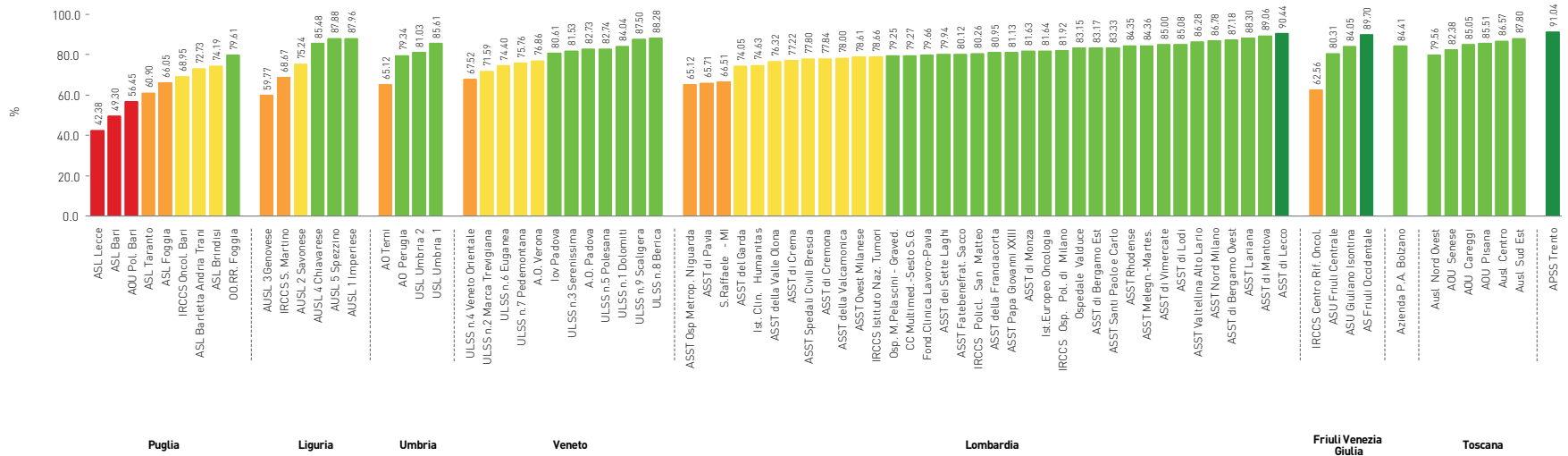
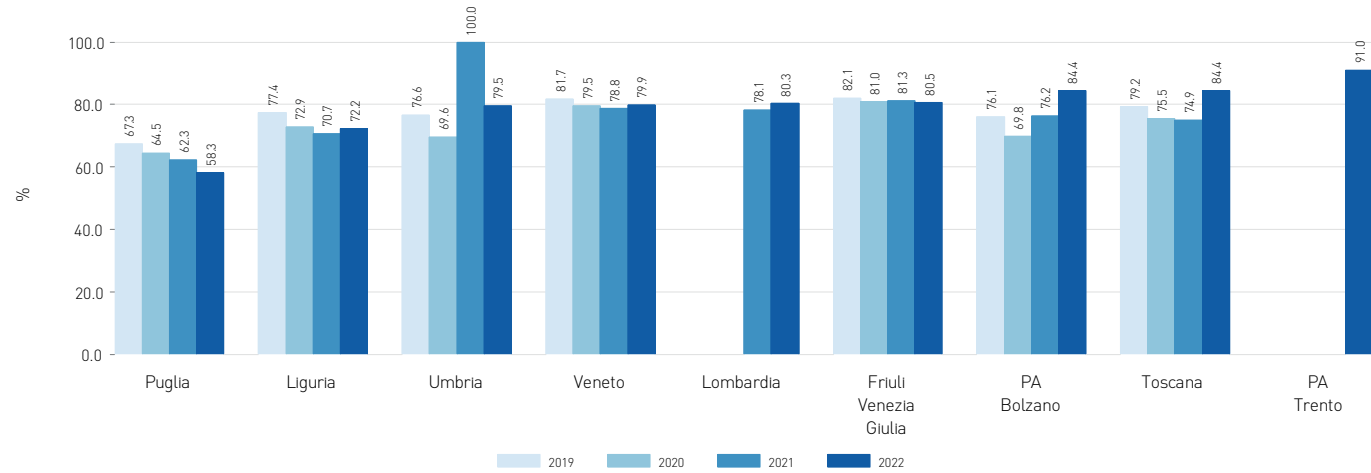
H03C Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

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



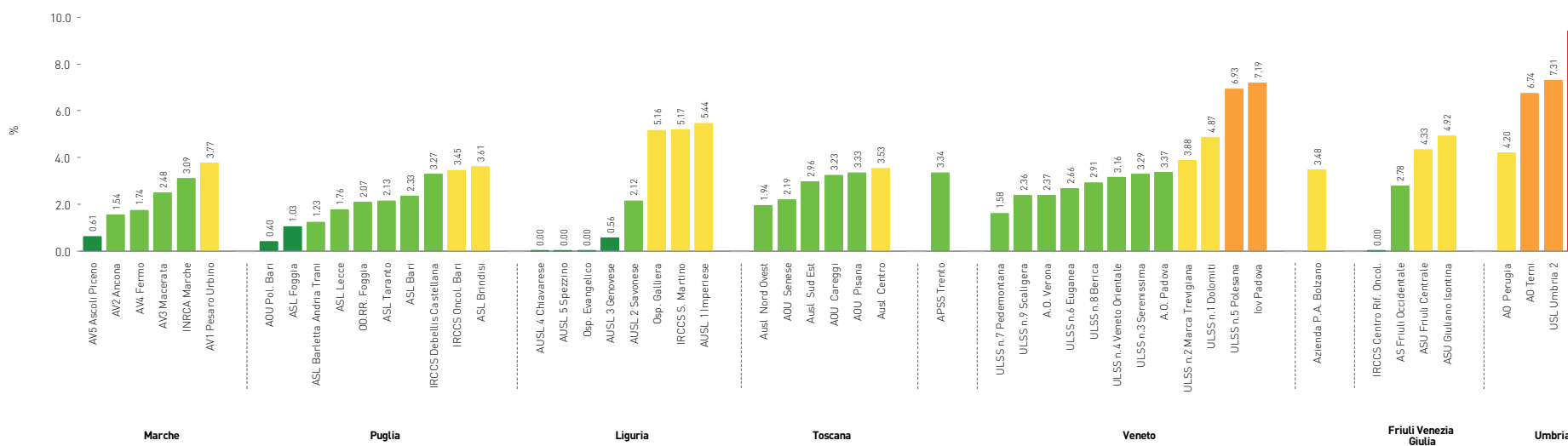
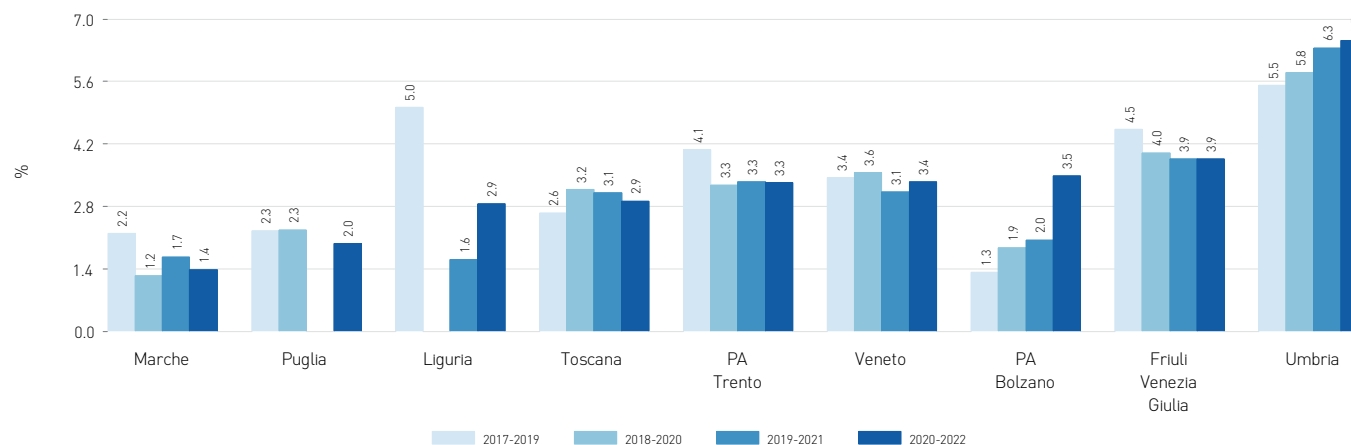
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e alla diagnosi di tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale. L'indicatore non considera la quota di mammografie erogate in ambito privato, potrebbe quindi sottostimare la copertura del follow-up mammografico.



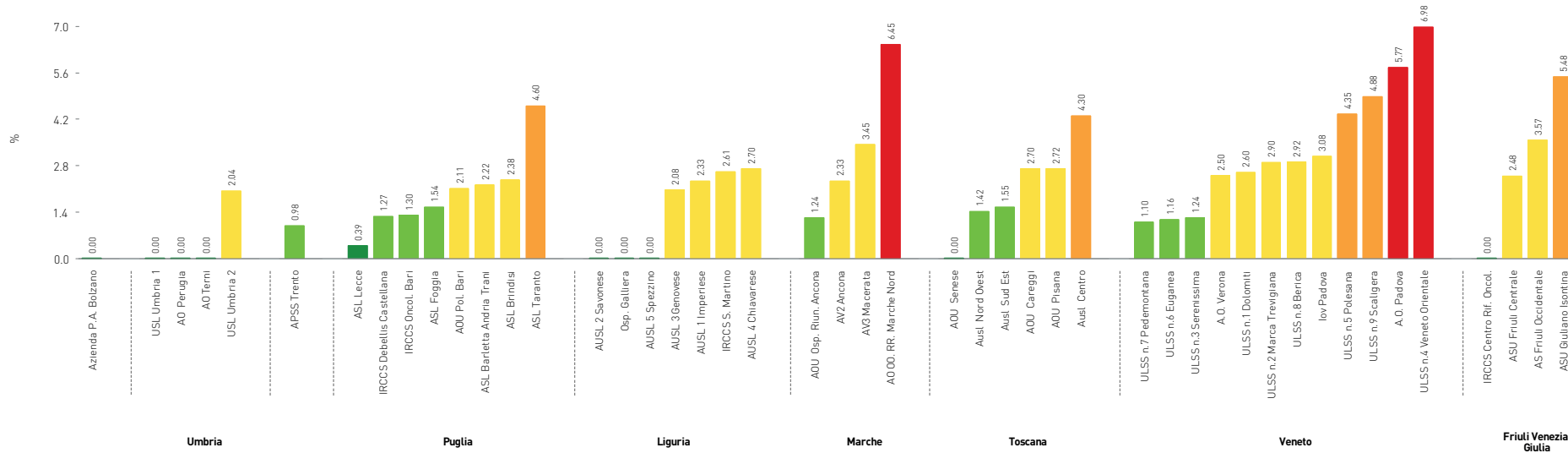
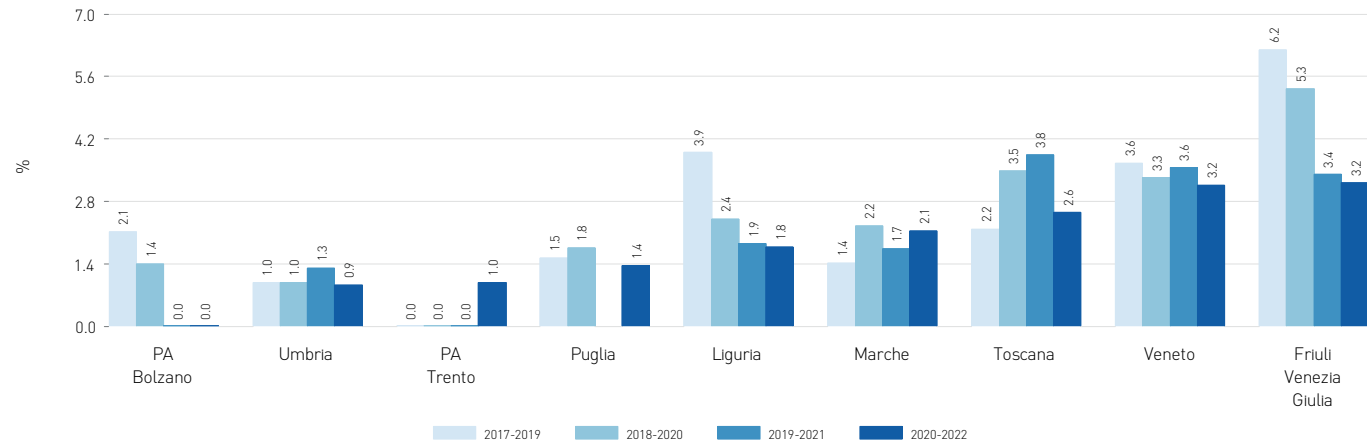
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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



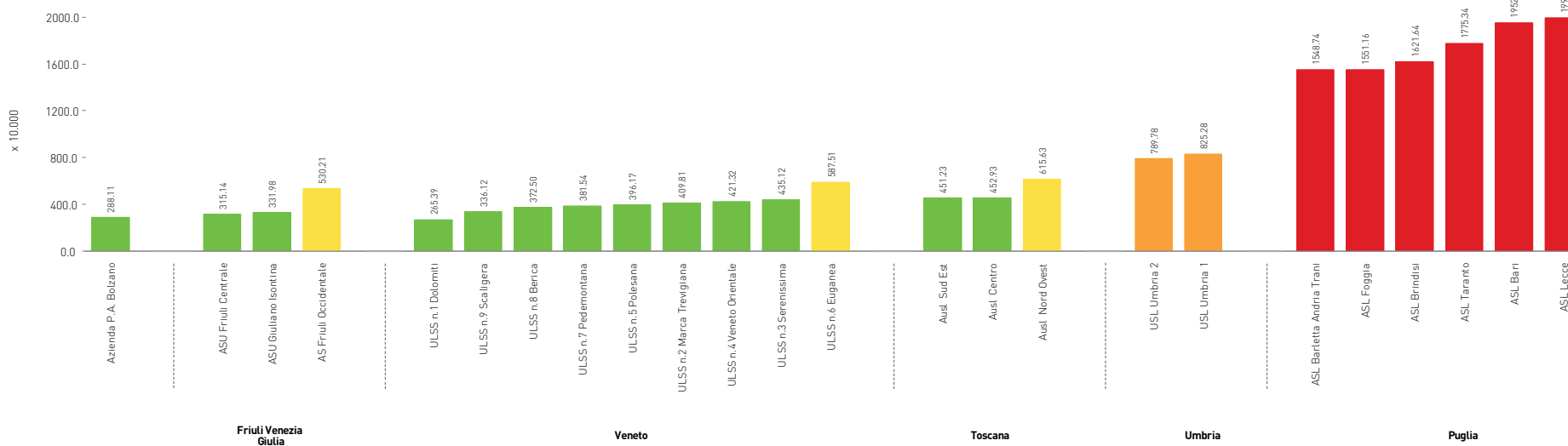
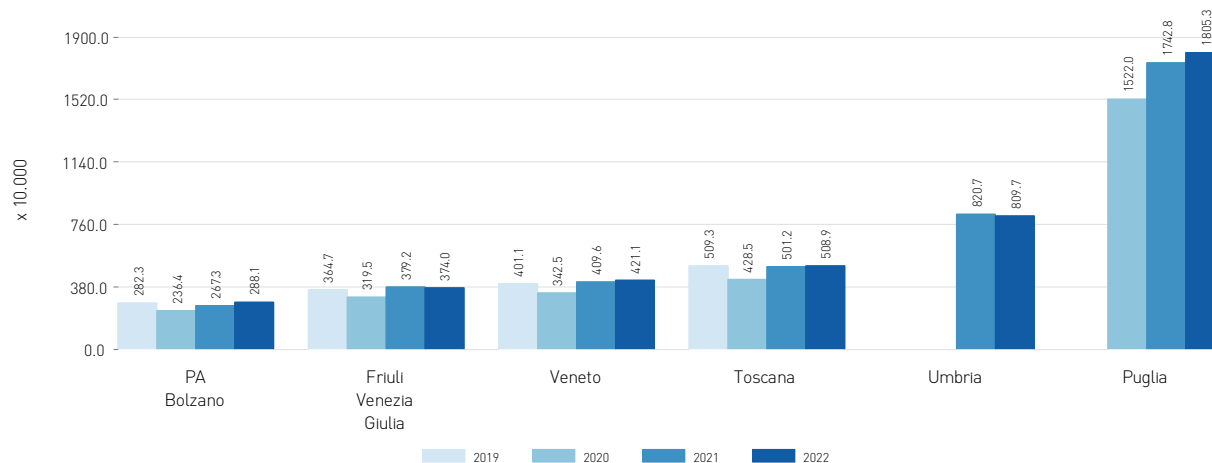
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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



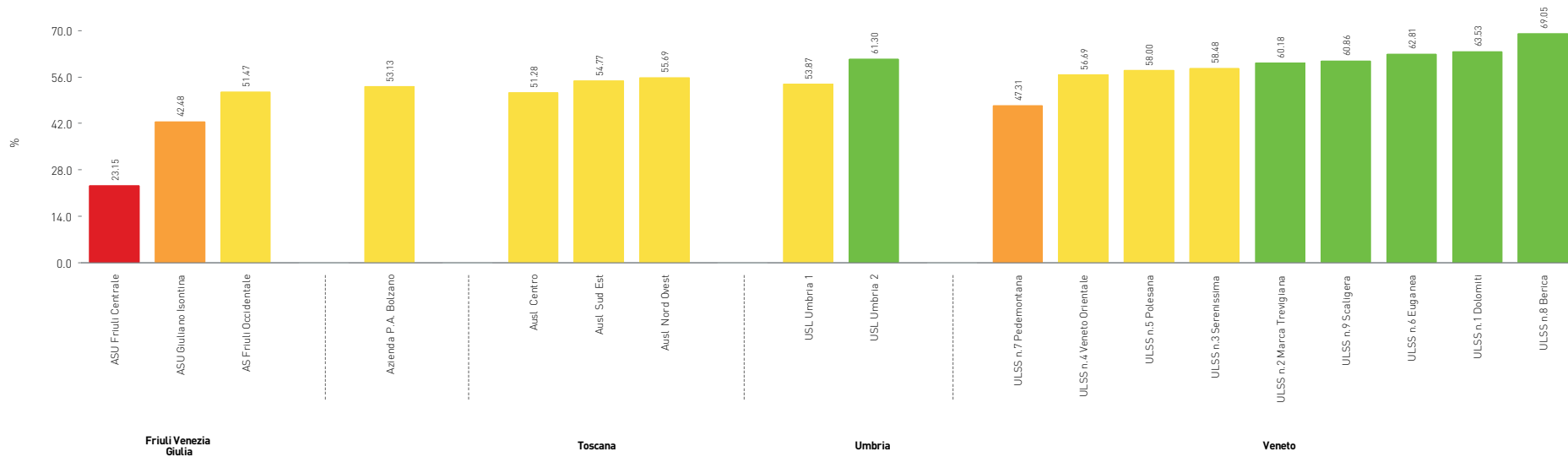
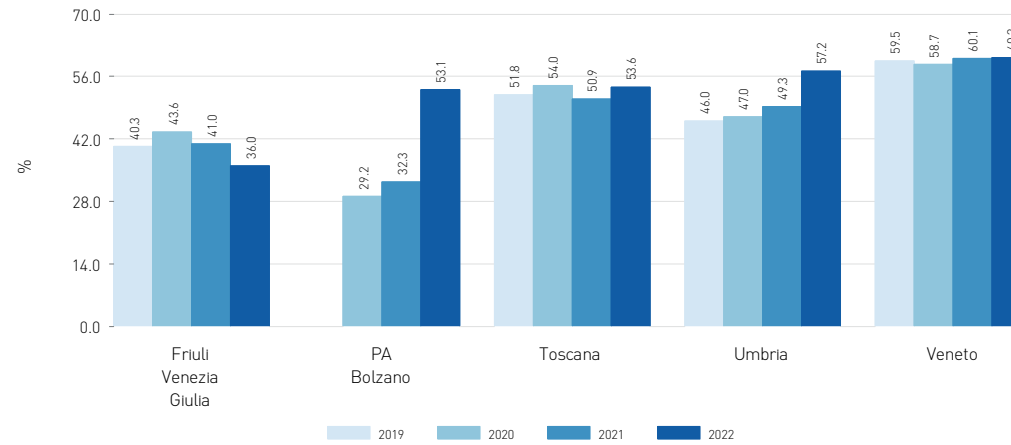
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali

Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologia o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatezza di utilizzo degli stessi. Di fatto, i biomarcatori tumorali sono utili per monitorare un'eventuale recidiva della neoplasia dopo il trattamento del tumore primitivo, e non dovrebbero invece essere prescritti per screening in quanto non riducono la mortalità ma possono causare inutili complicanze da trattamento e assorbimento ingiustificato di risorse.



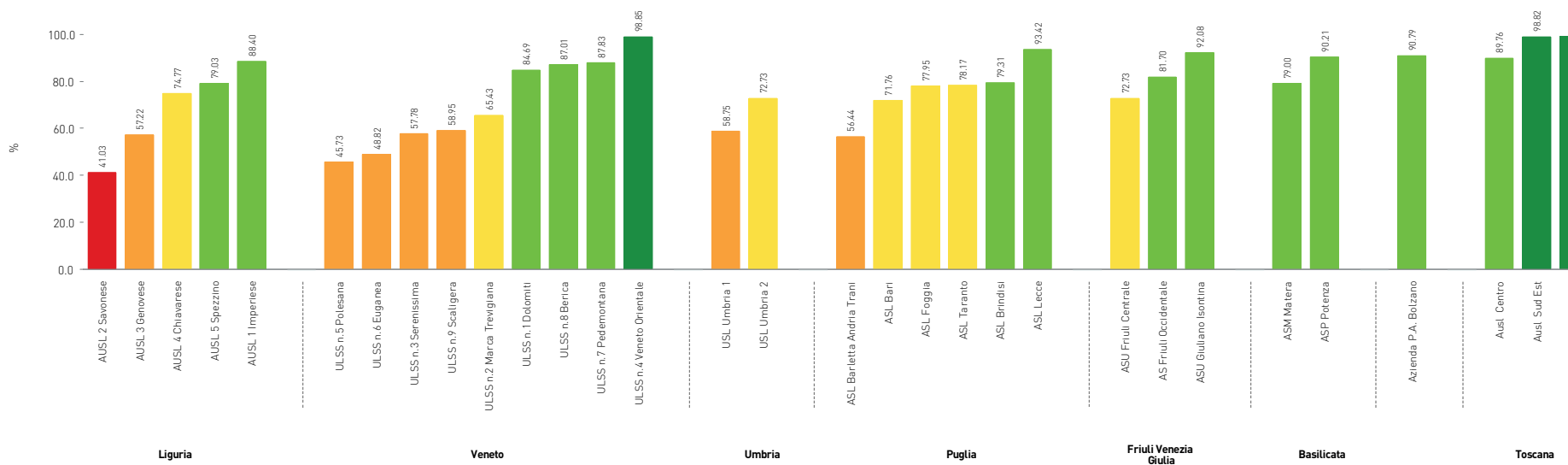
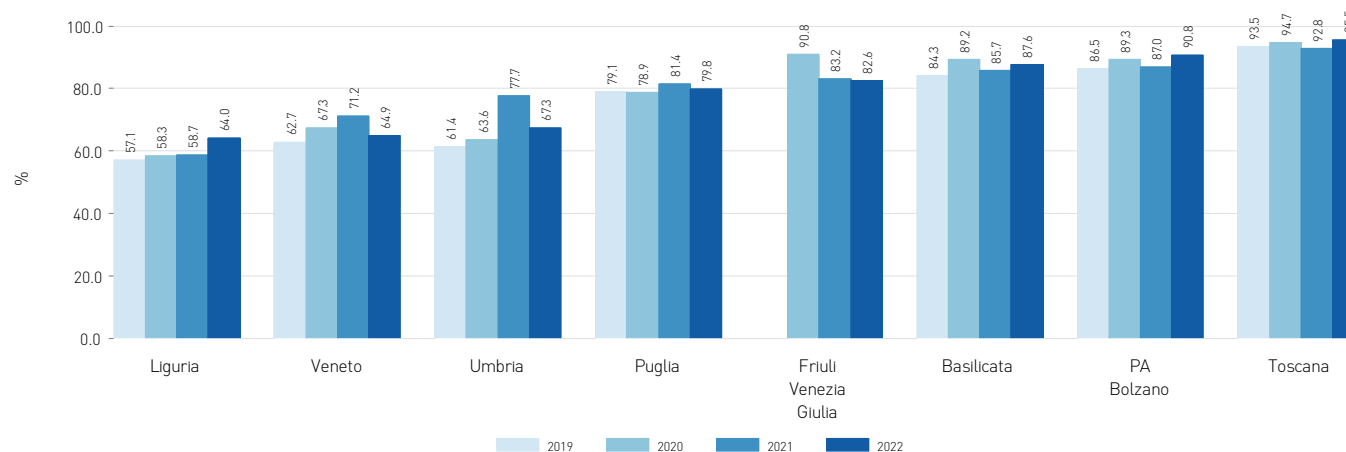
C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative

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



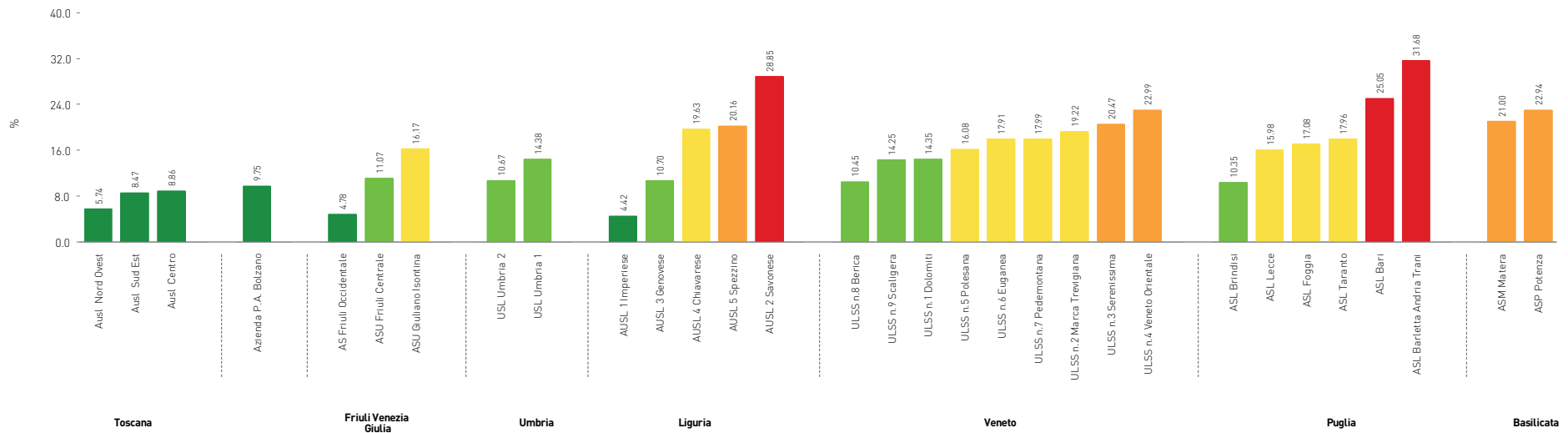
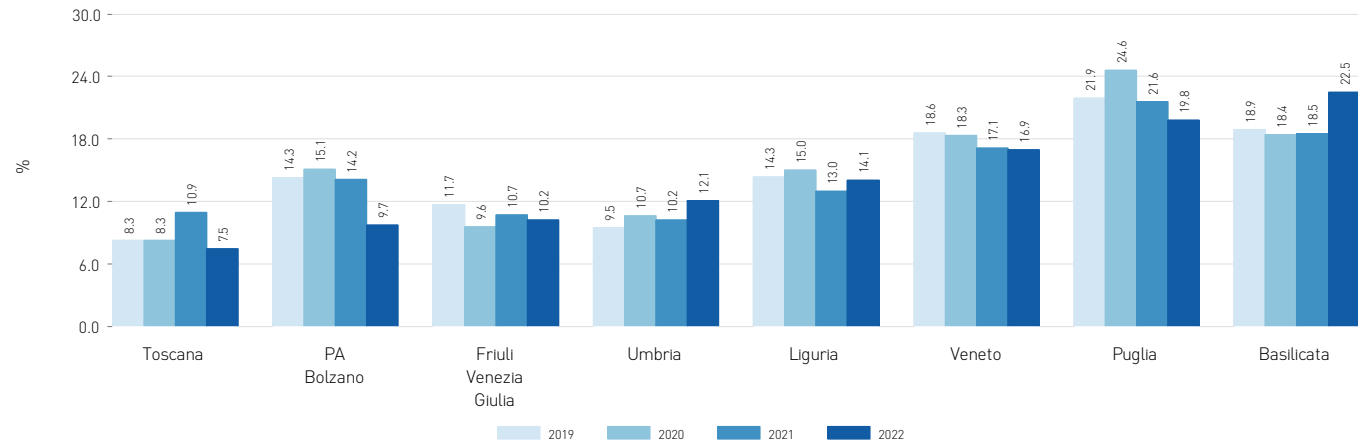
C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice

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



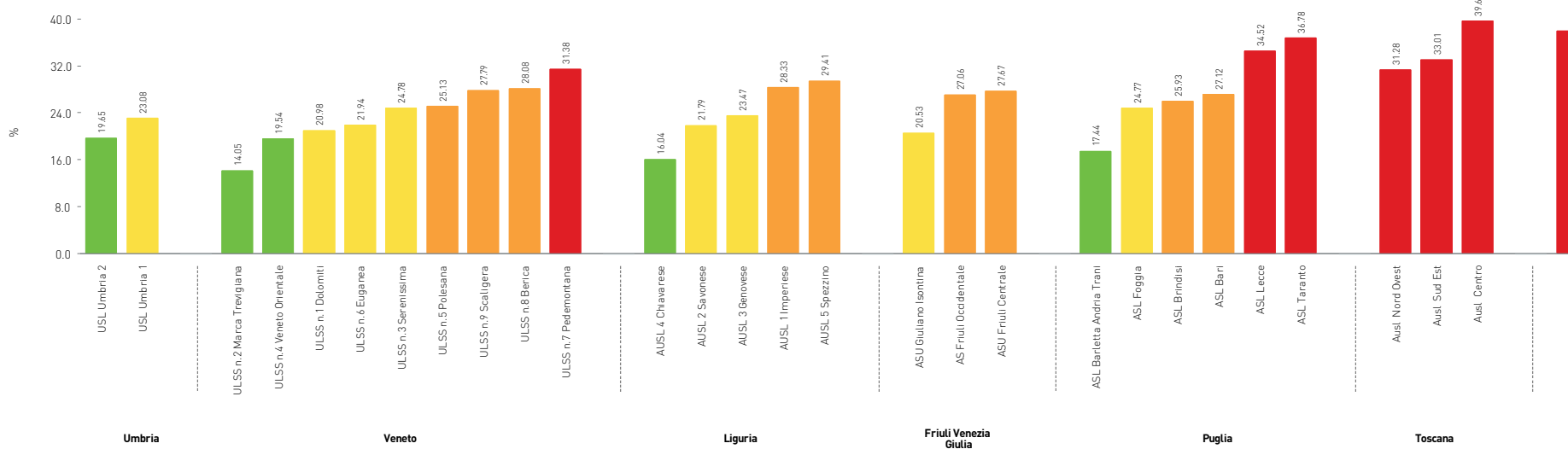
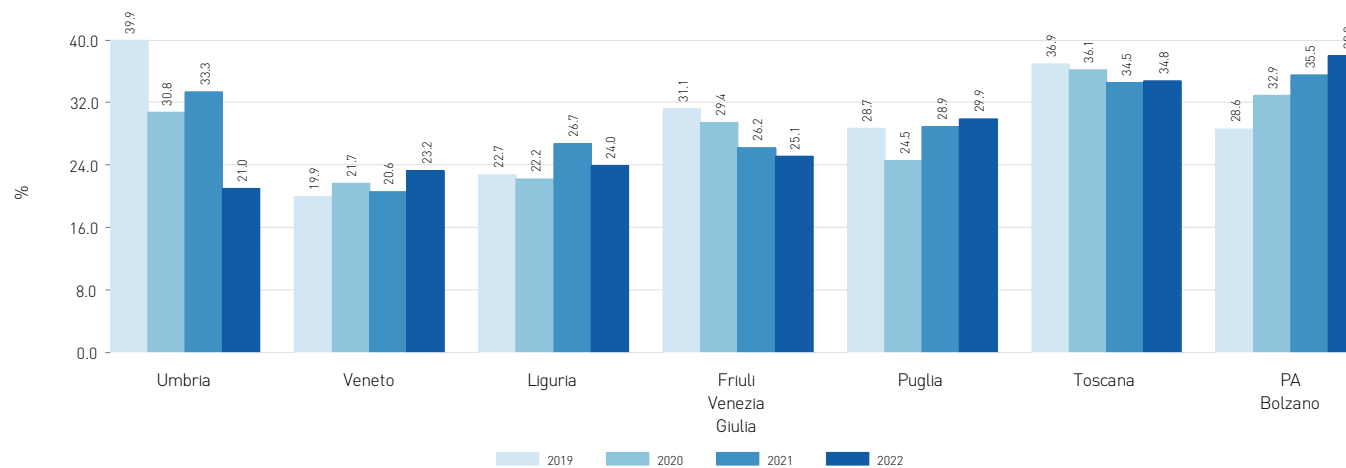
C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

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



D3Z2 N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero

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

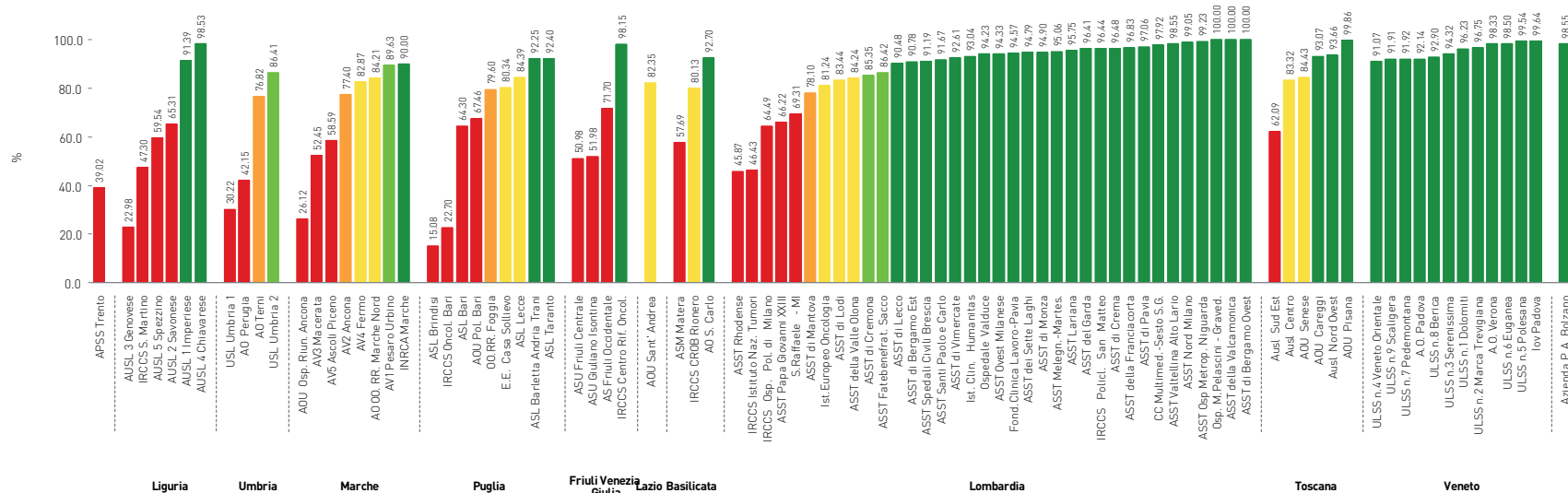
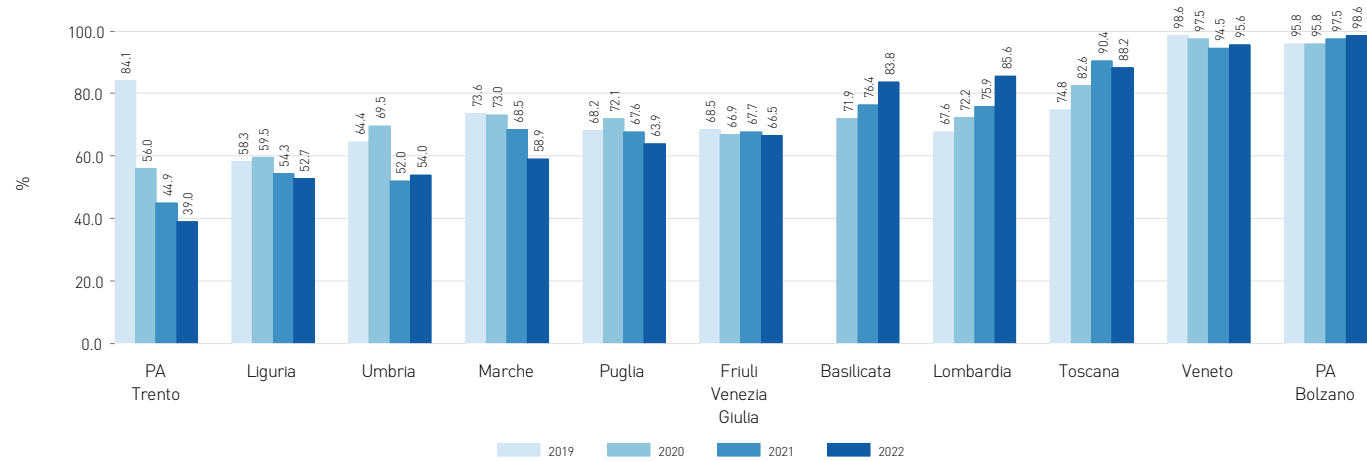




RESPONSIVENESS

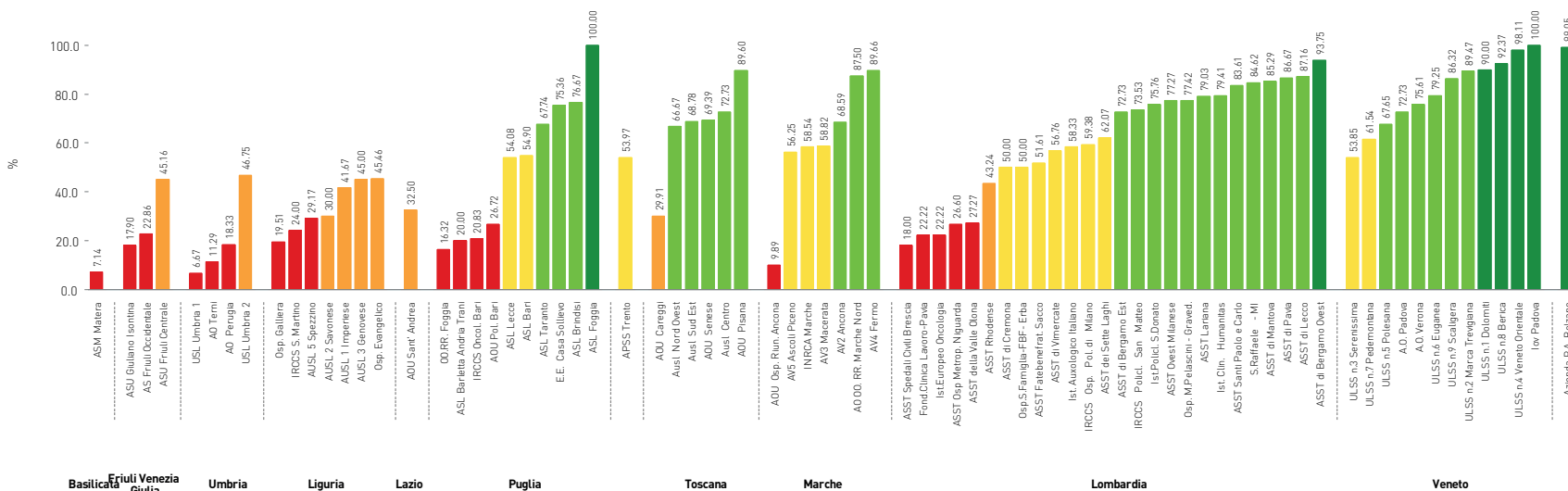
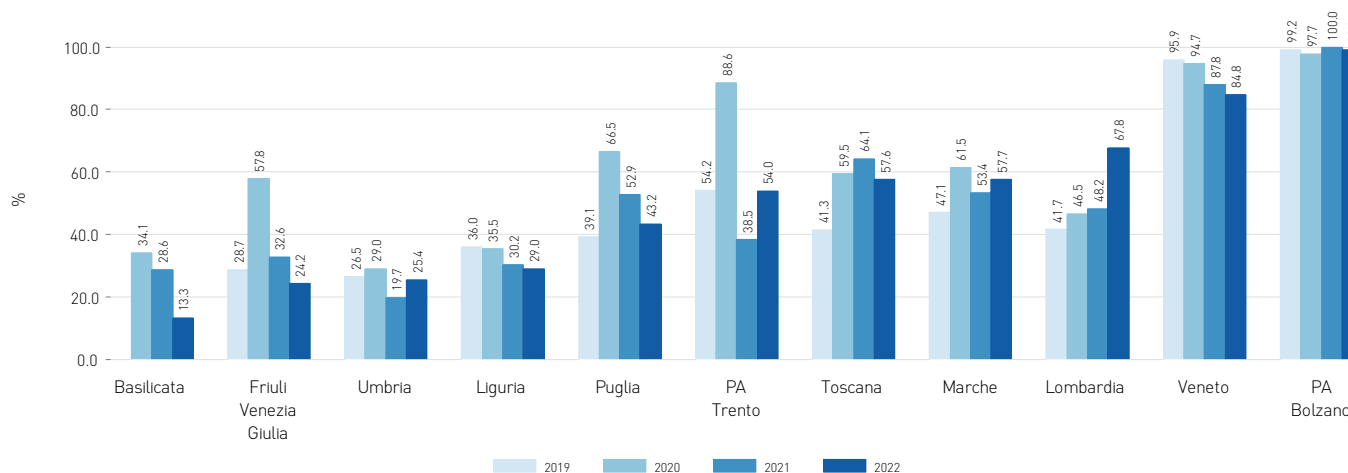
C10.4.7 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



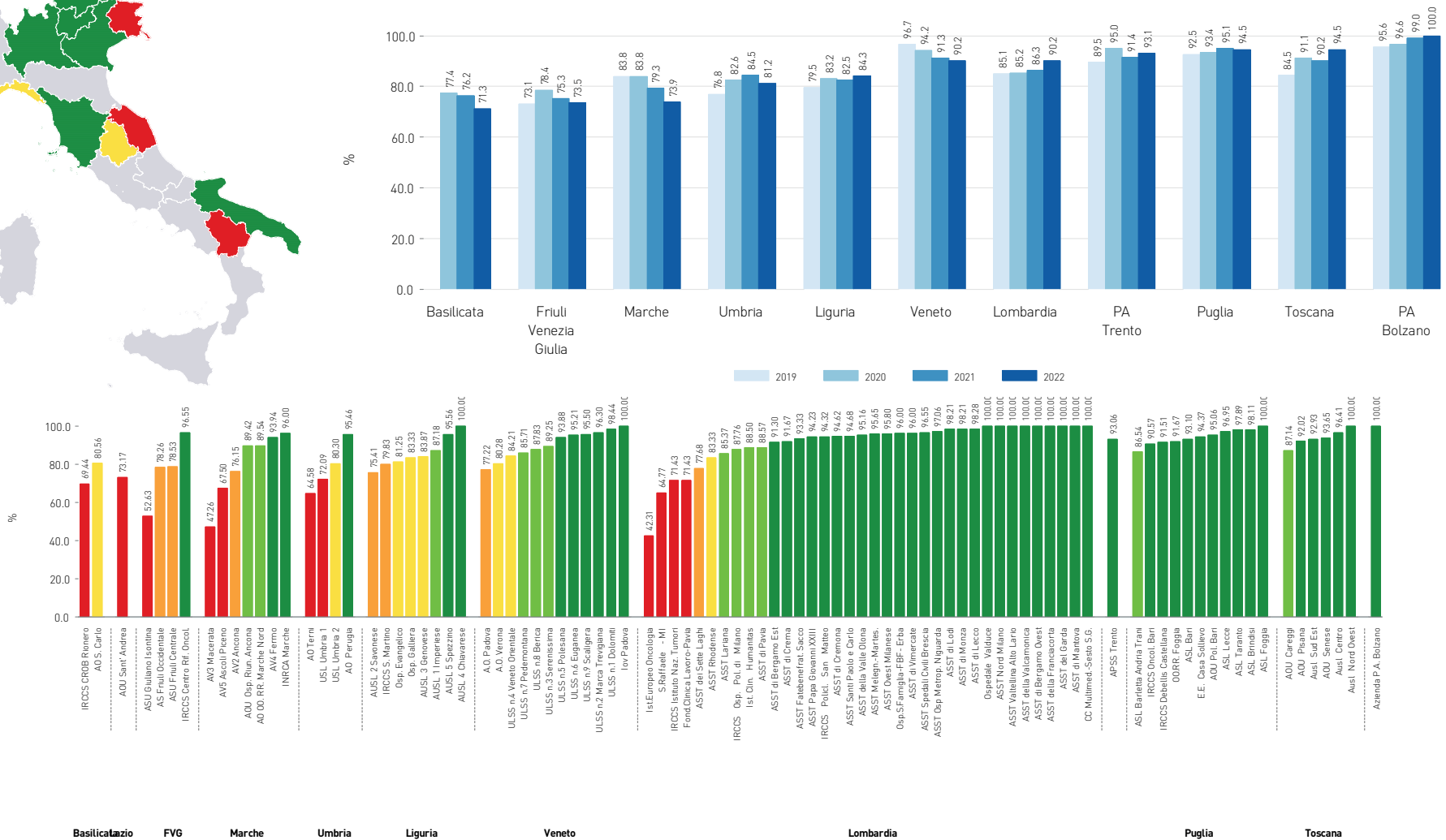
C10.4.8 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla prostata. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazione erogate.



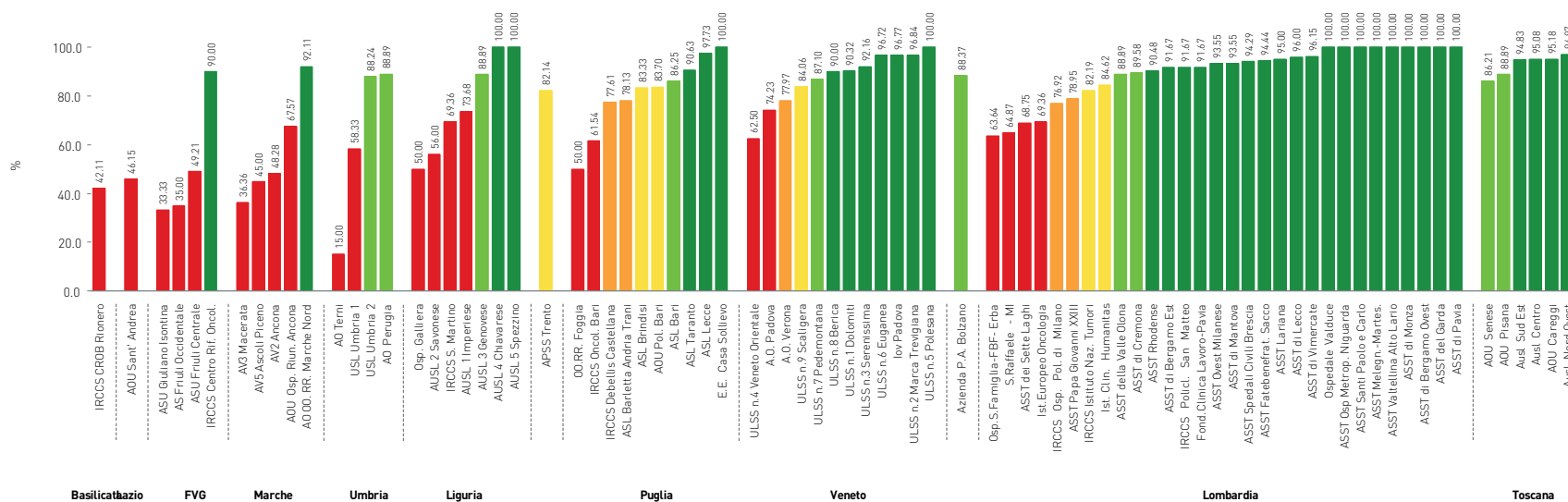
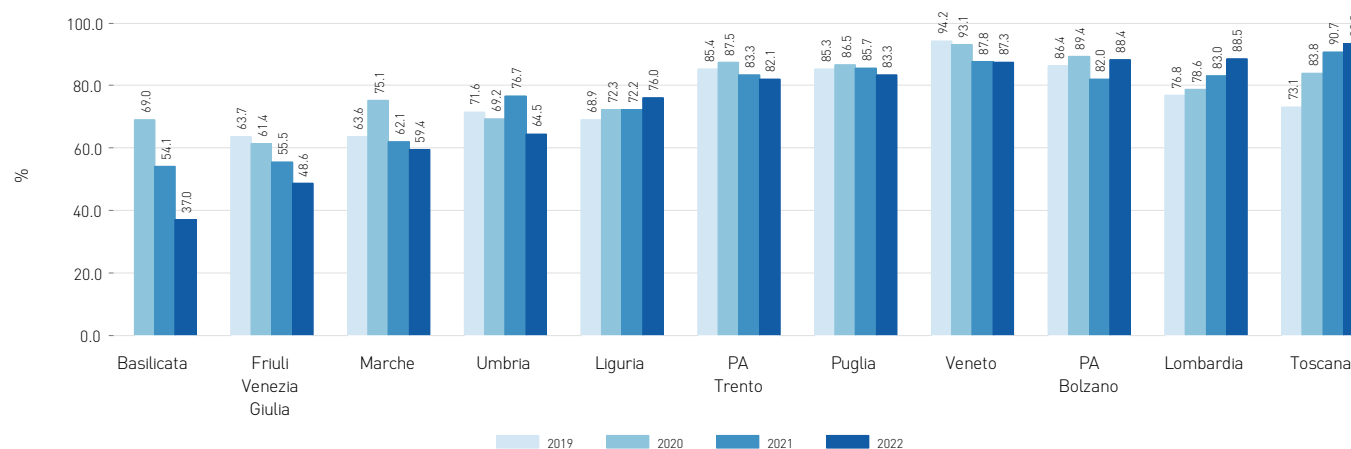
C10.4.9 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al colon. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



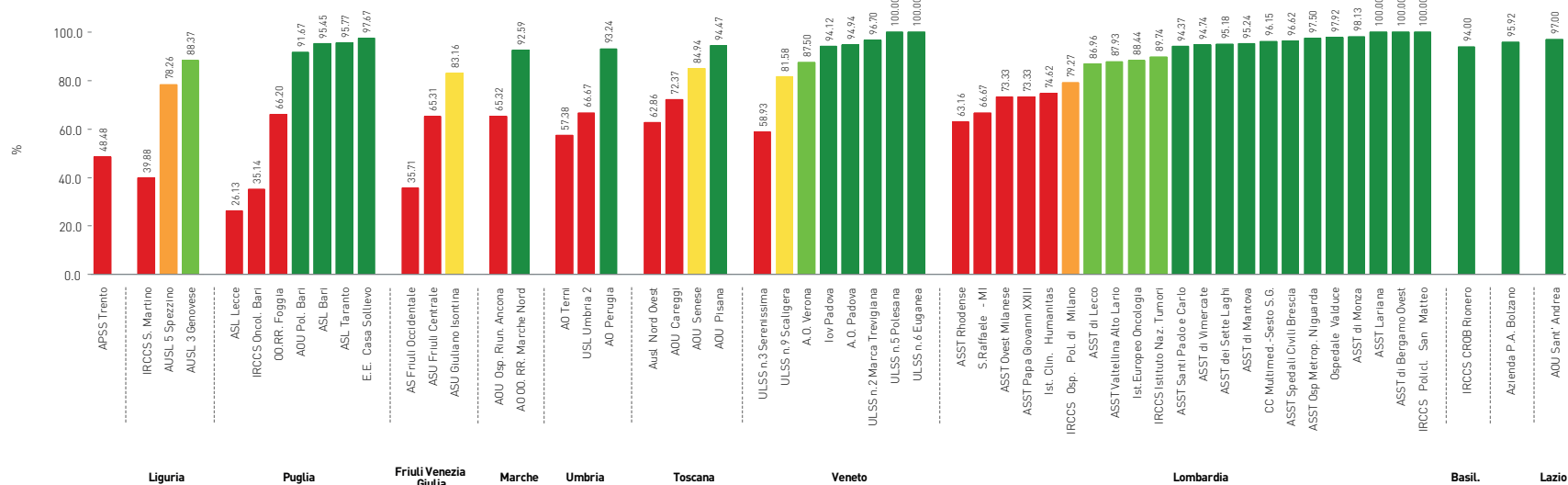
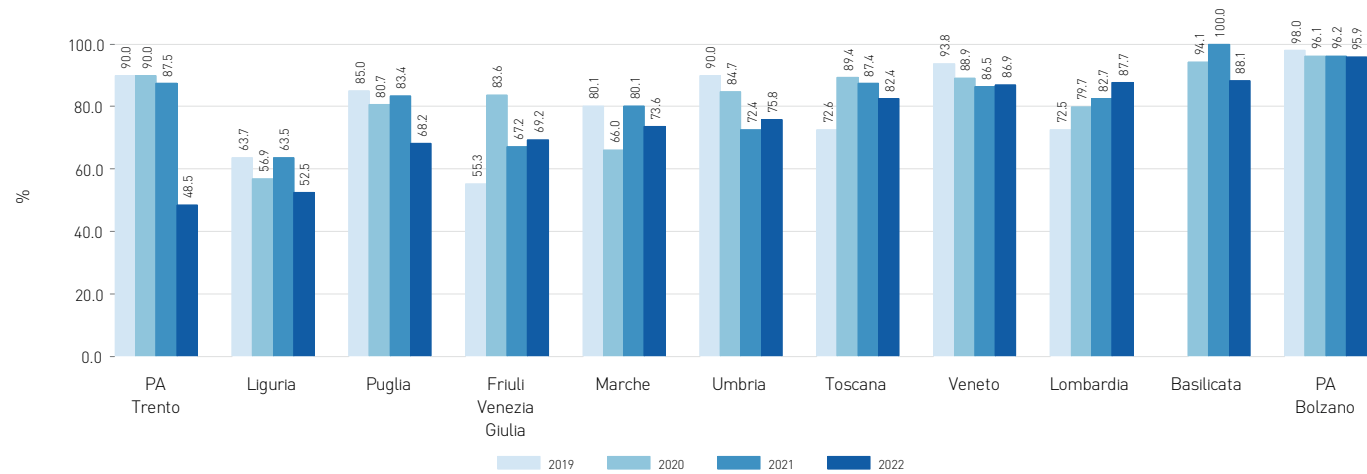
C10.4.10 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al retto. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



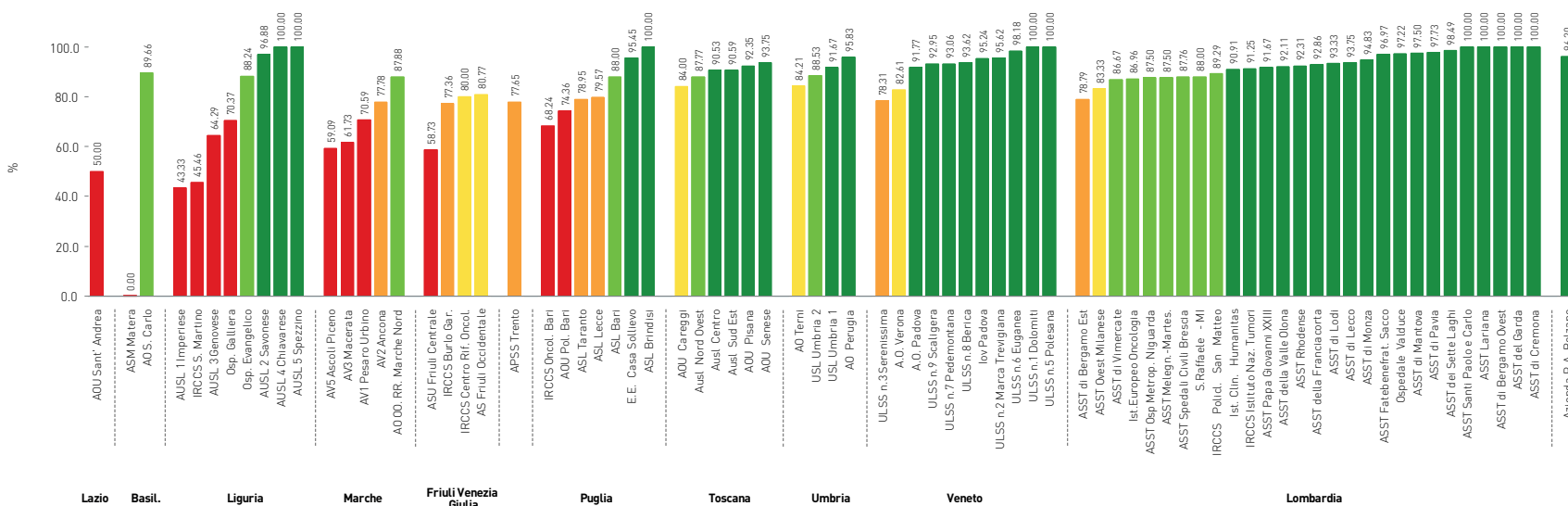
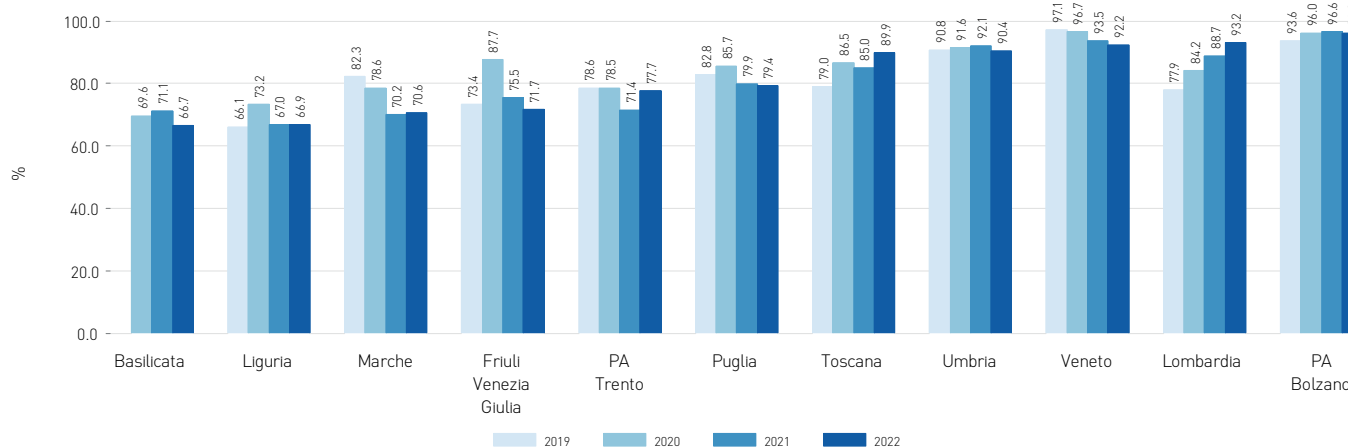
C10.4.11 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al polmone. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



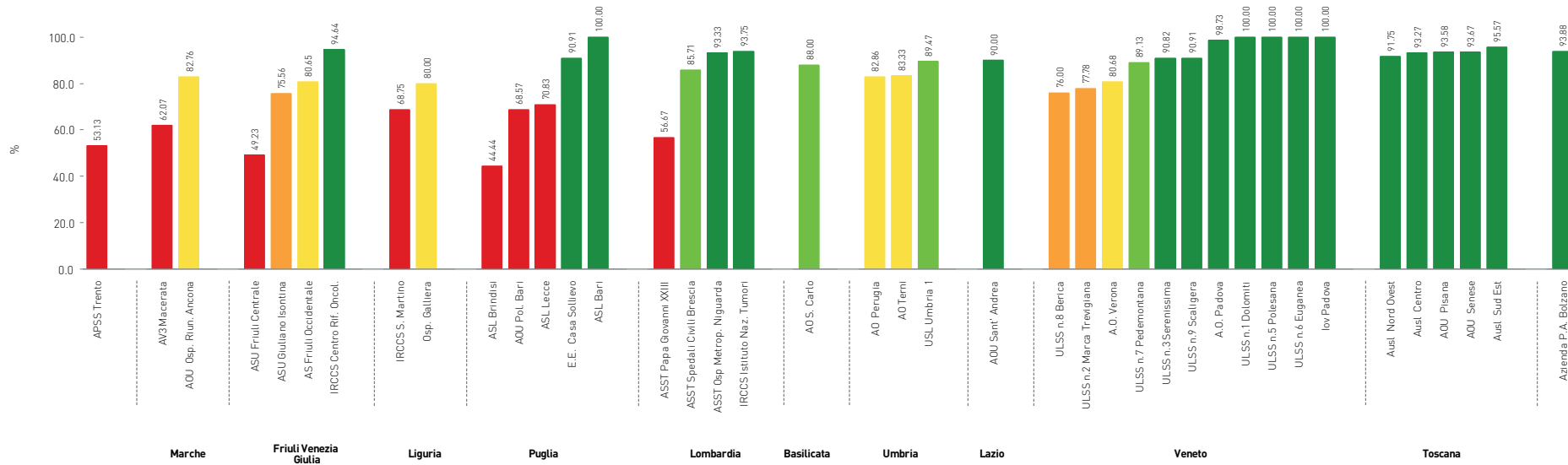
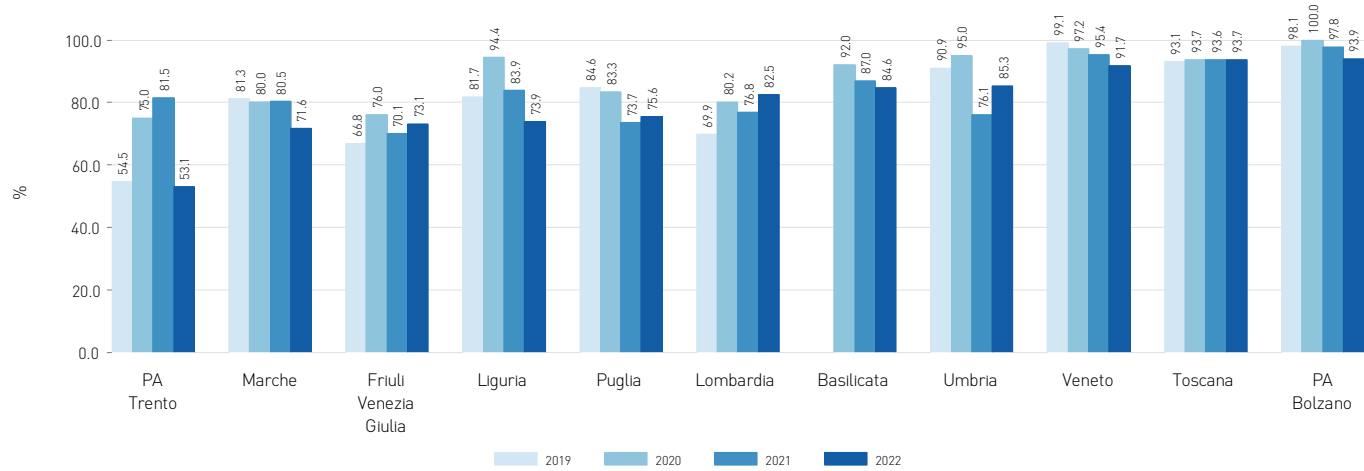
C10.4.12 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno all'utero. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



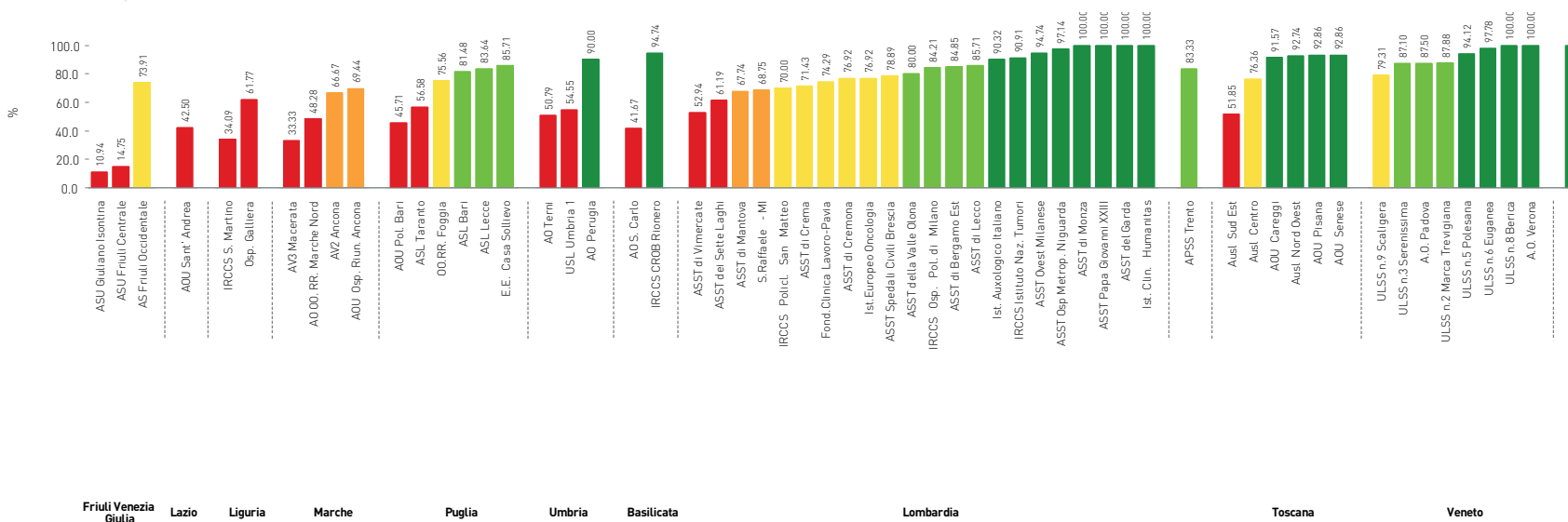
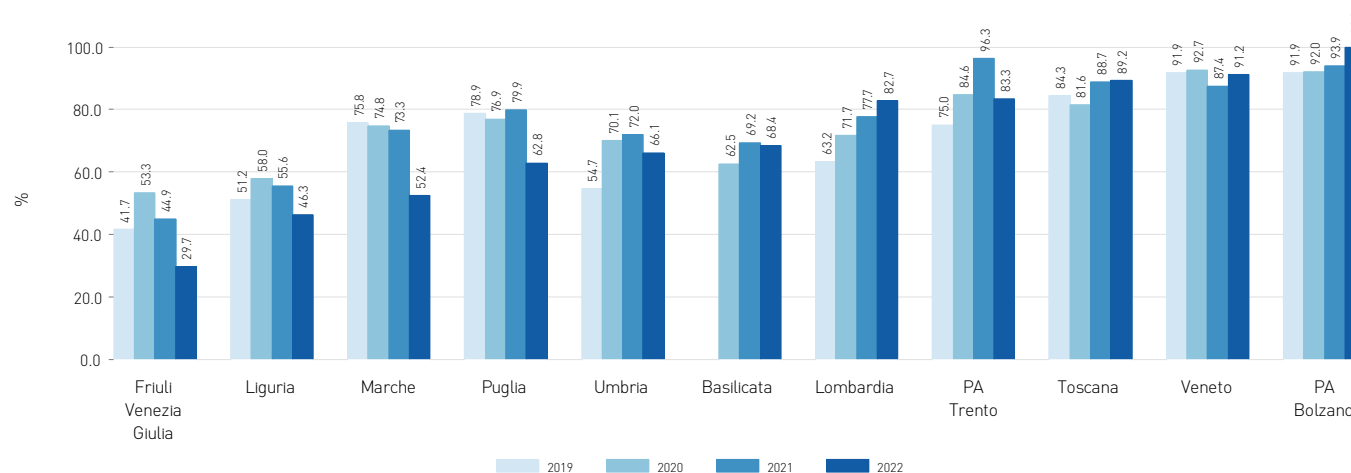
C10.4.13 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per melanoma. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



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

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.

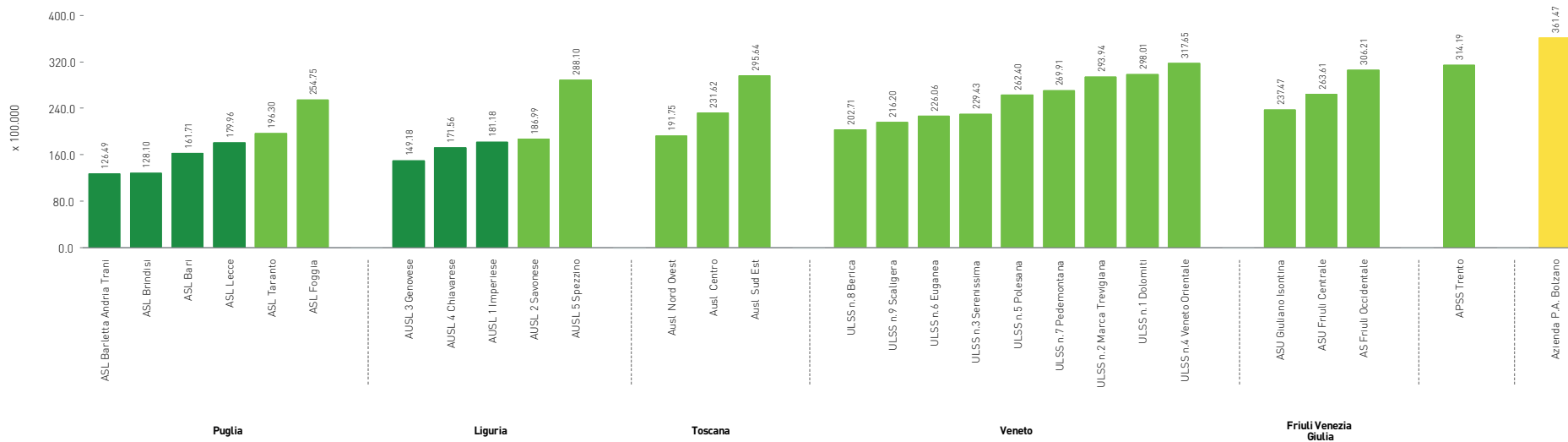
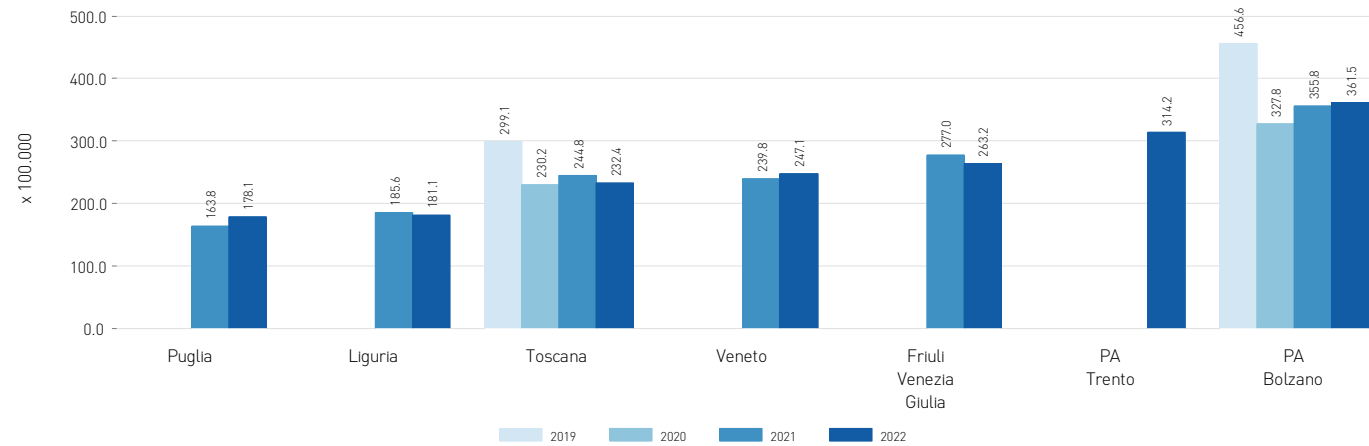




GESTIONE DELLA CRONICITÀ

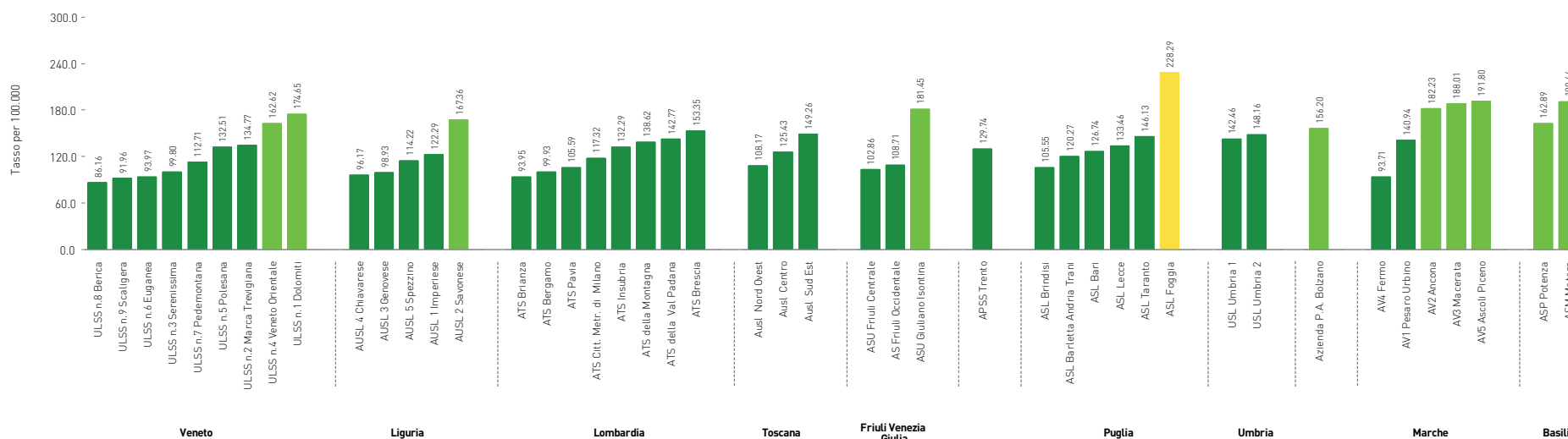
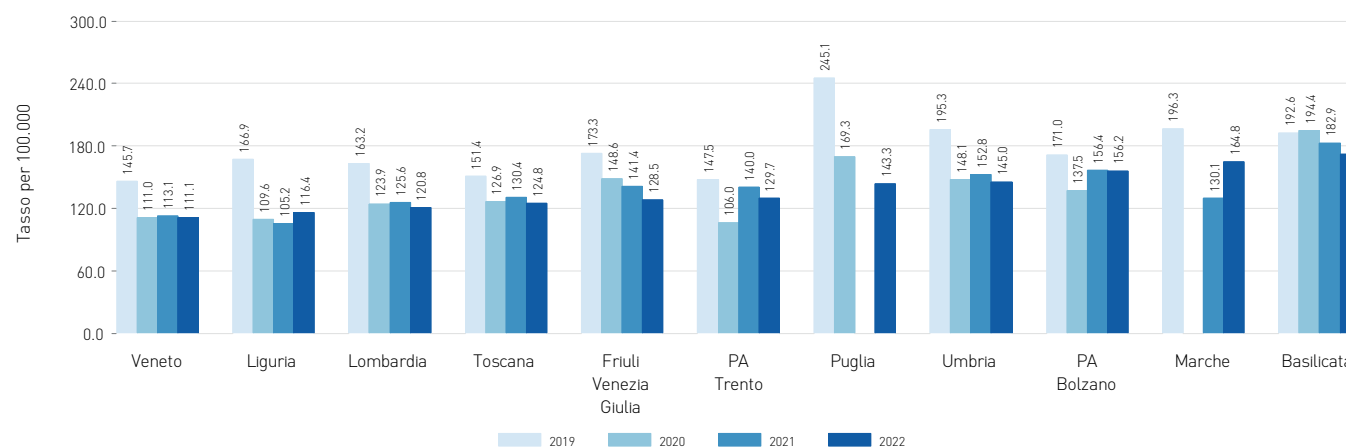
D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco

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



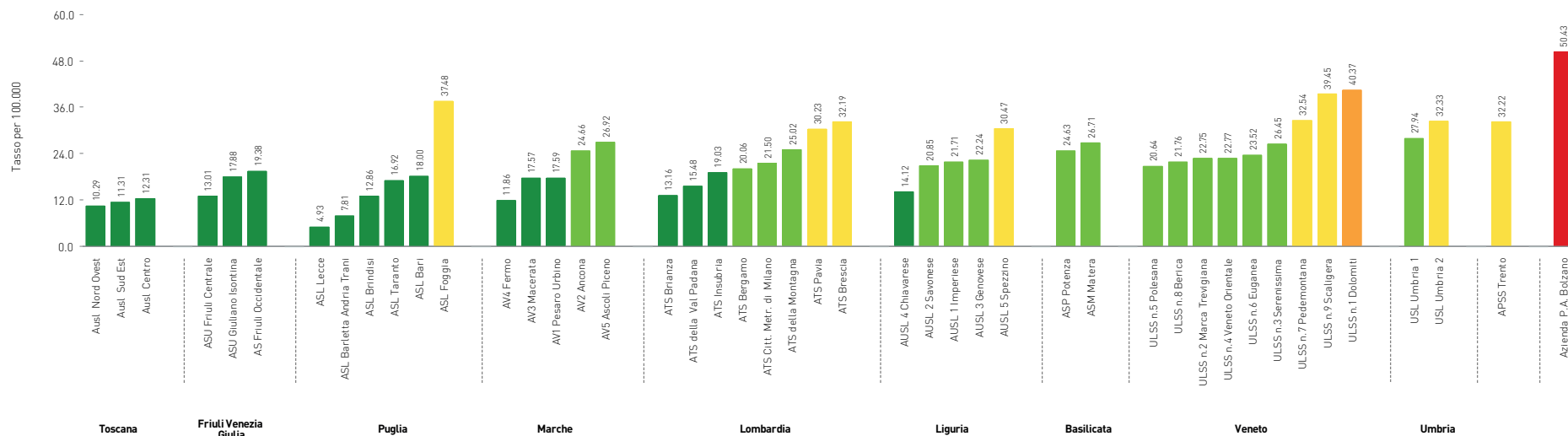
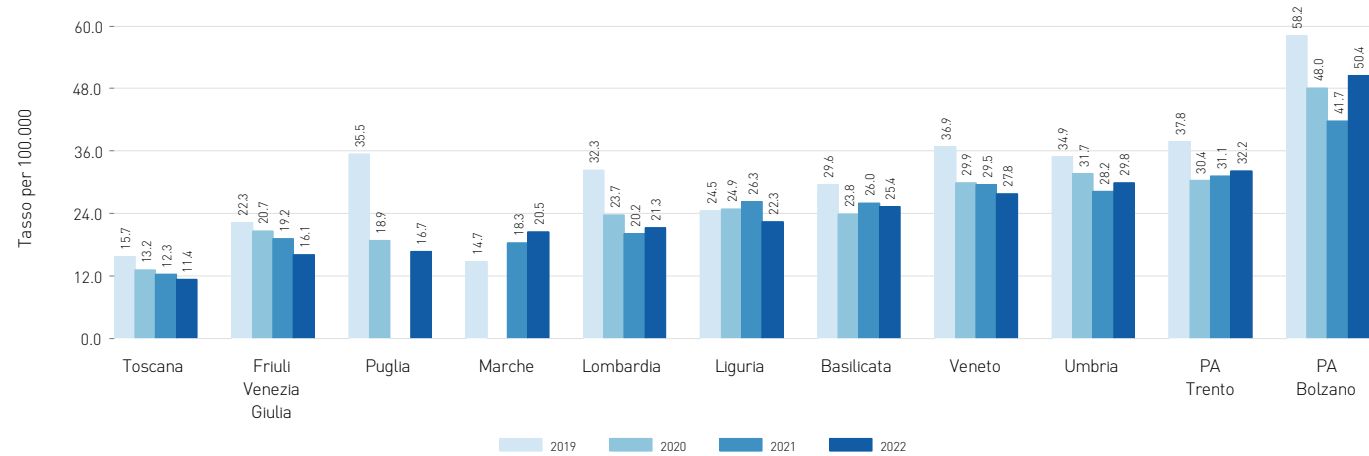
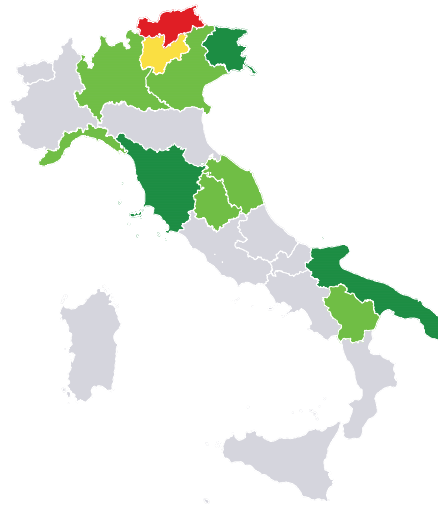
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74 anni, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronicodegenerativa, 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.



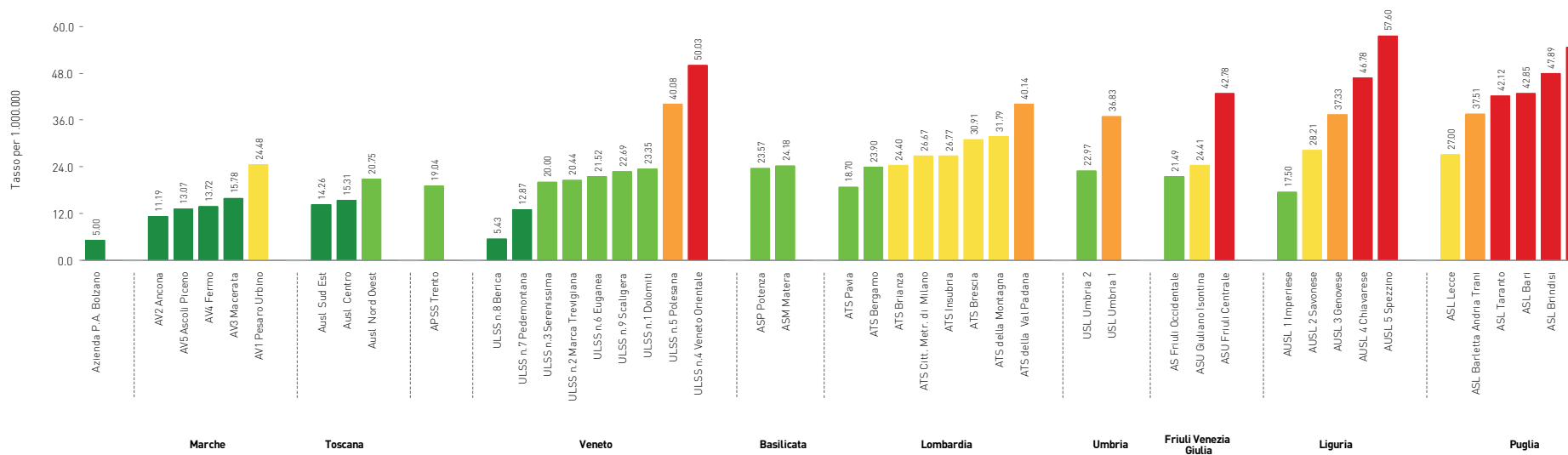
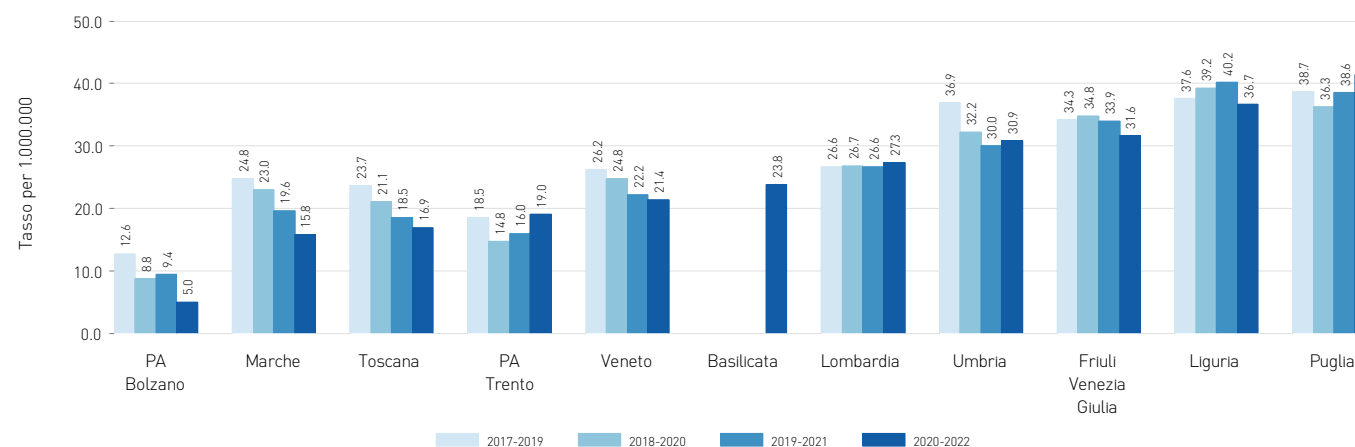
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica la cui acuitizzazione 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.



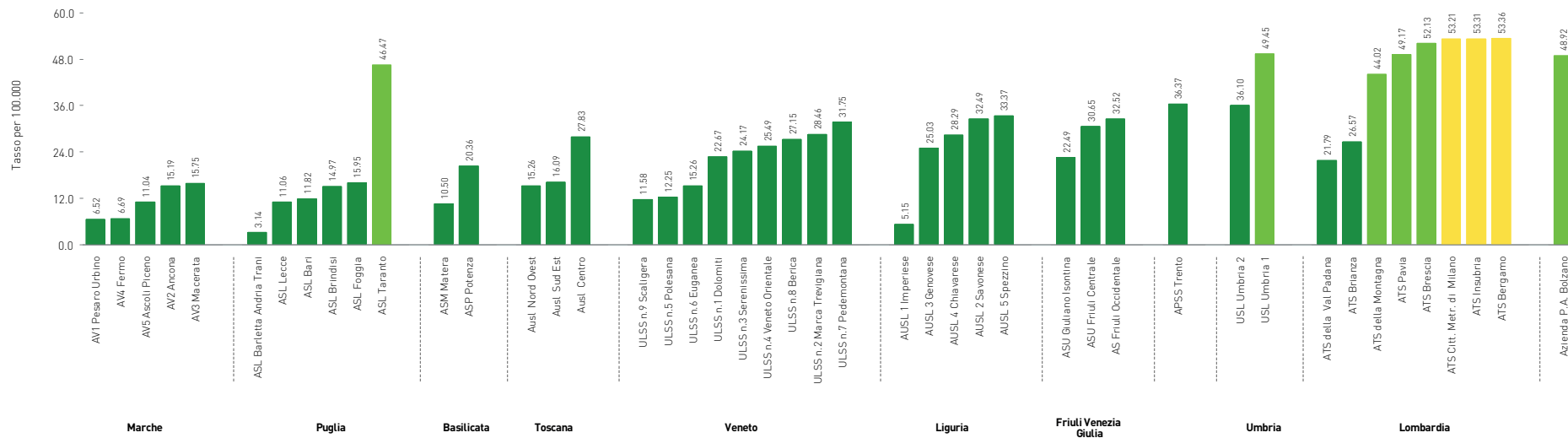
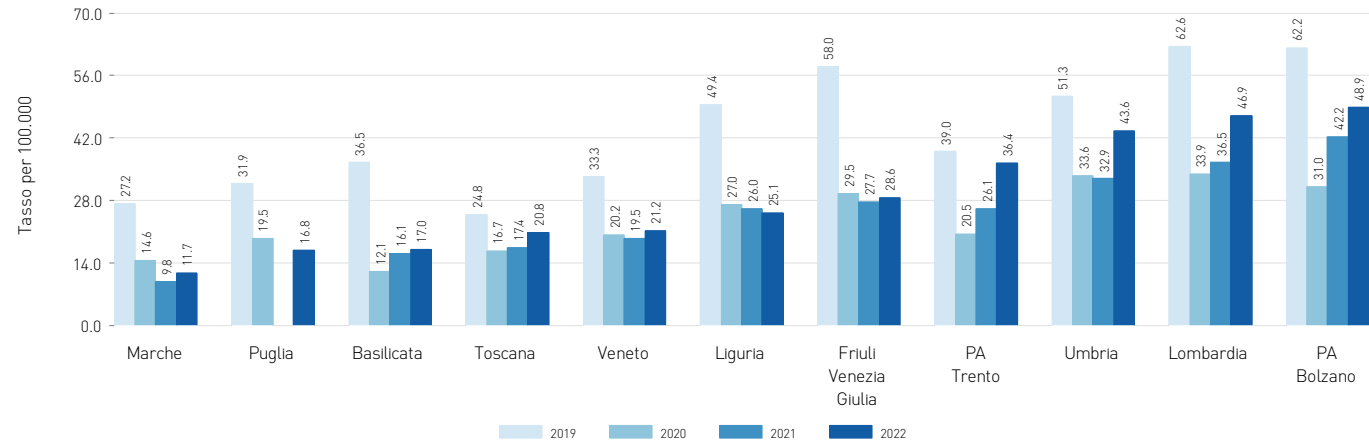
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

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



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

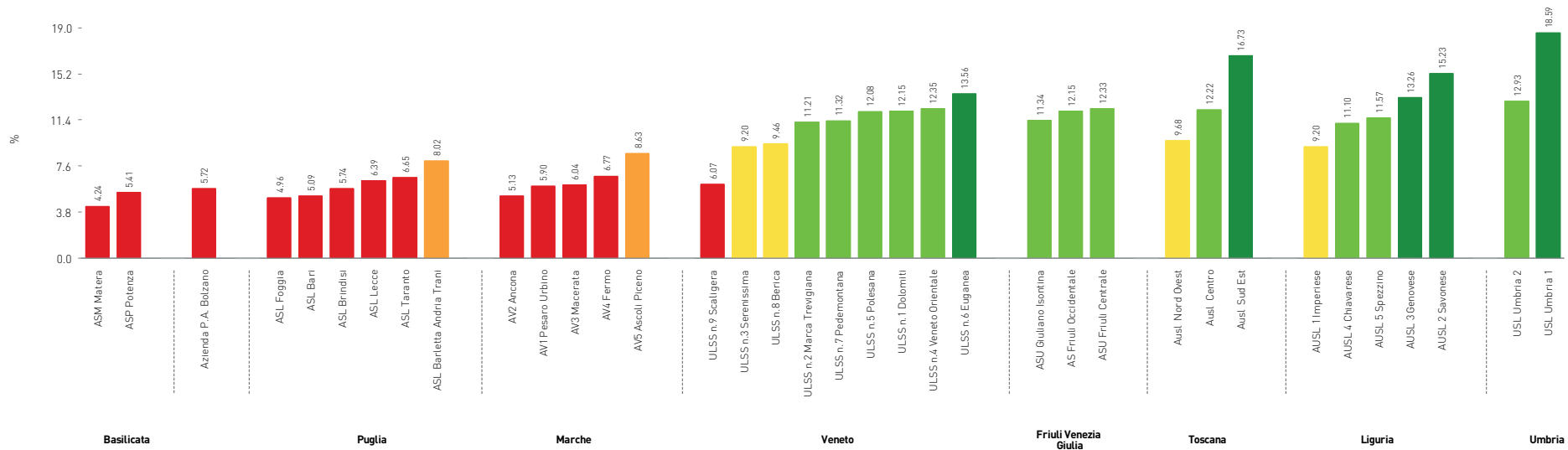
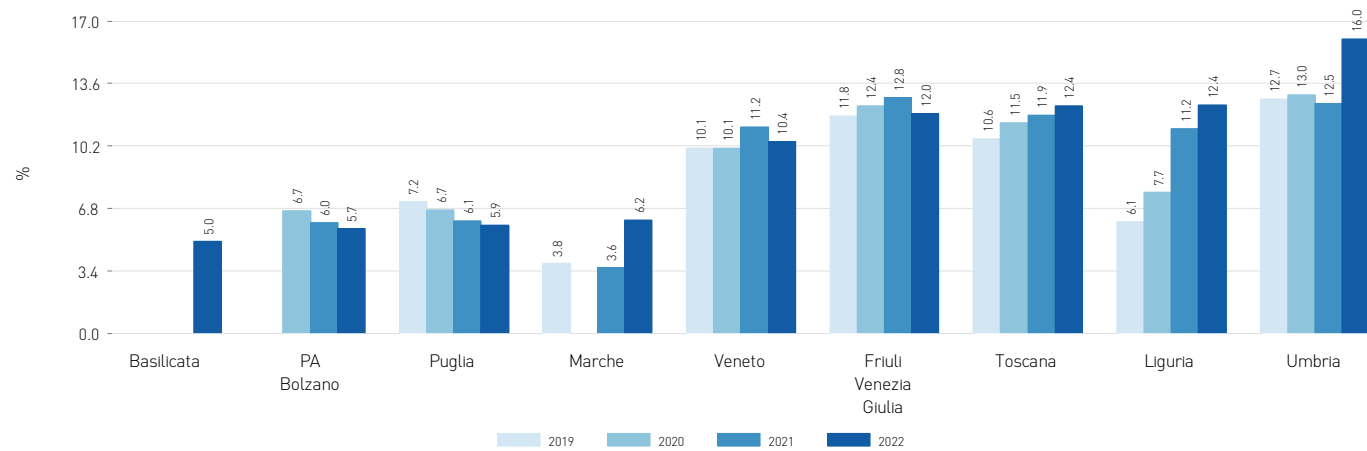
Per le broncopneumopatie croniche-ostruttive, alla pari di molte malattie croniche-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore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



DOMICILIARE E RESIDENZIALE

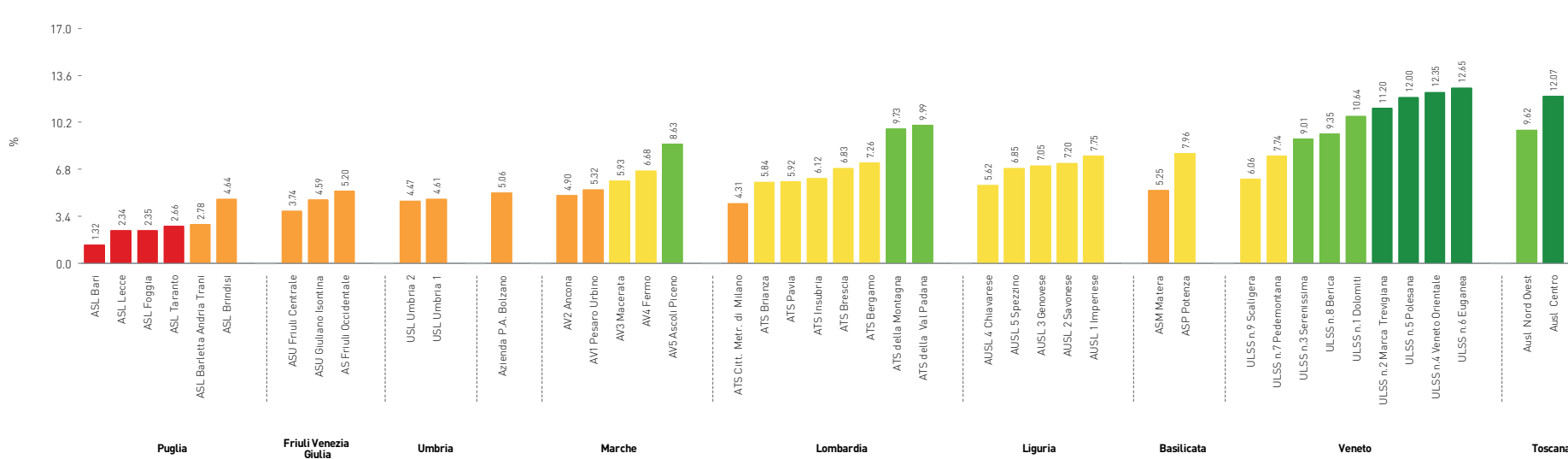
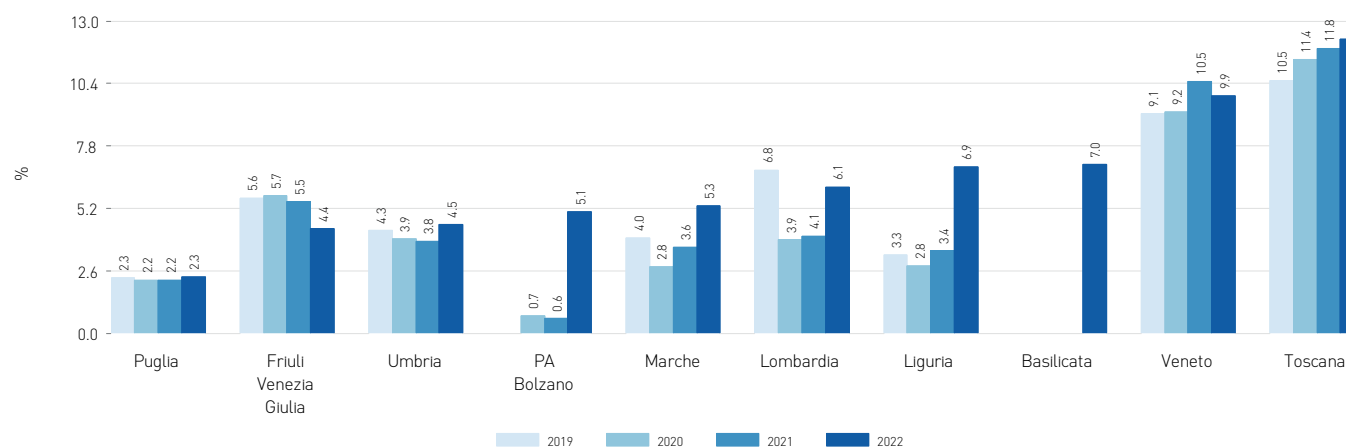
B28.1.1 Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari

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



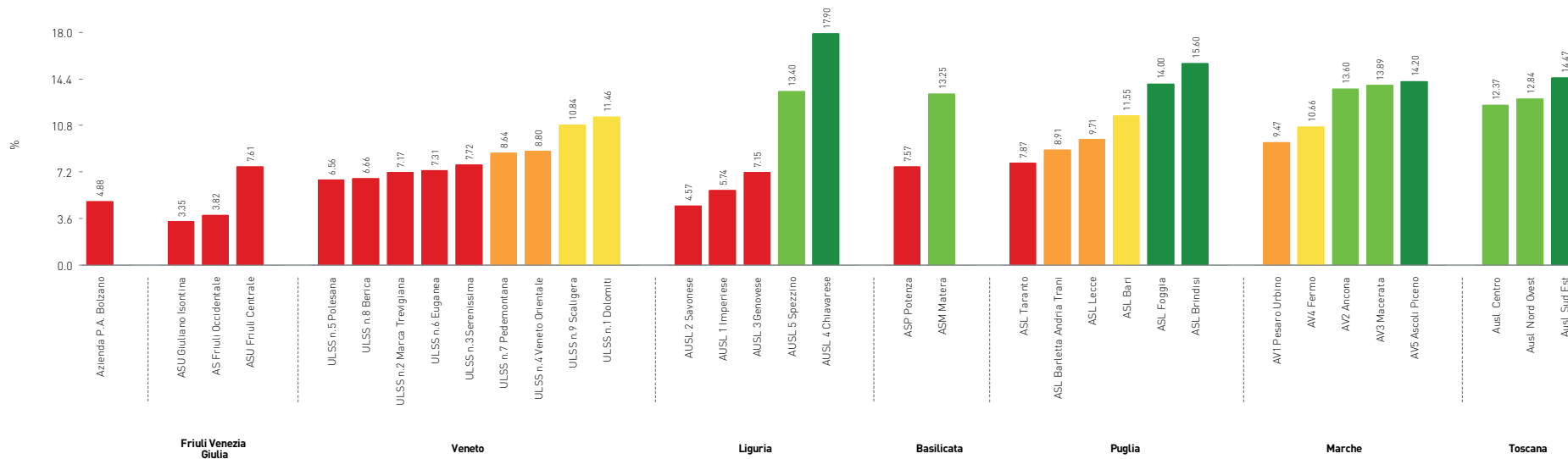
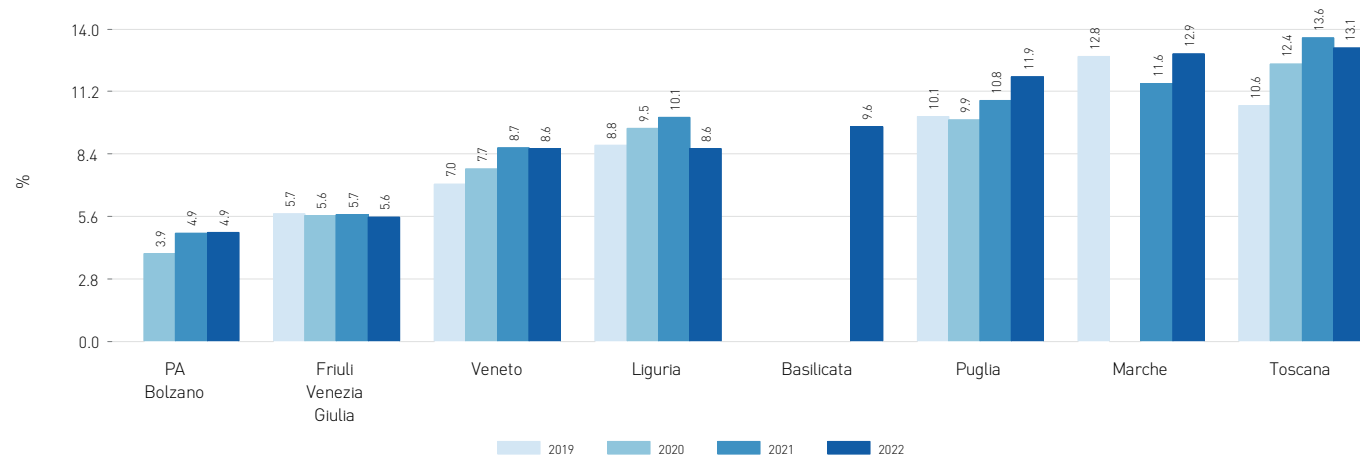
B28.1.2 Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari

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



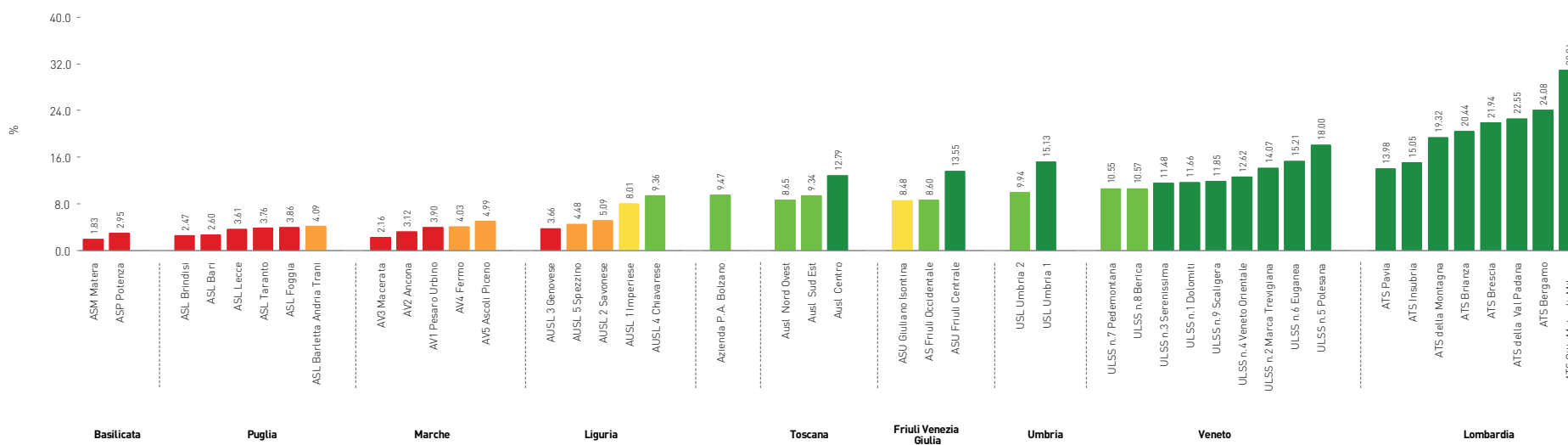
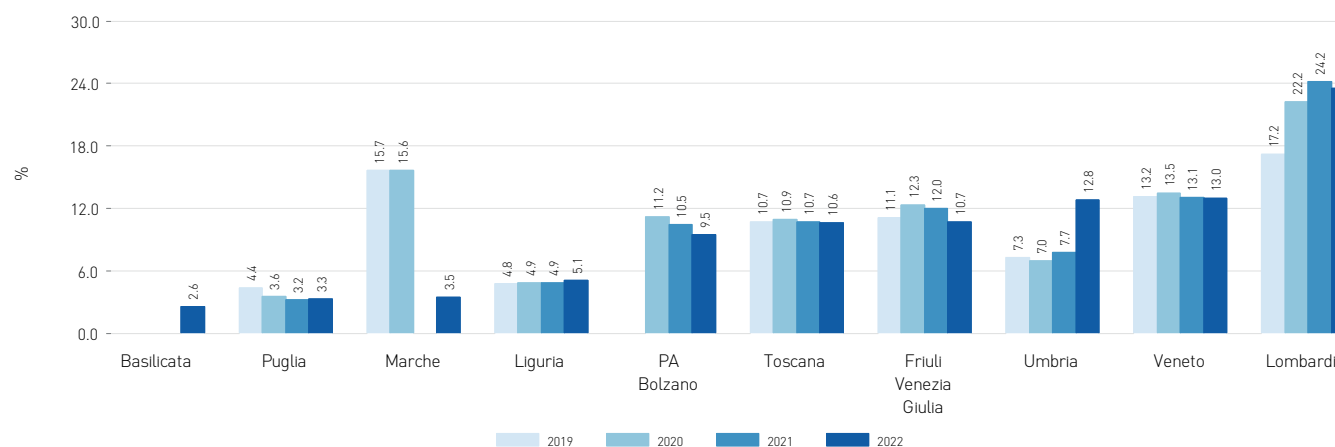
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

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



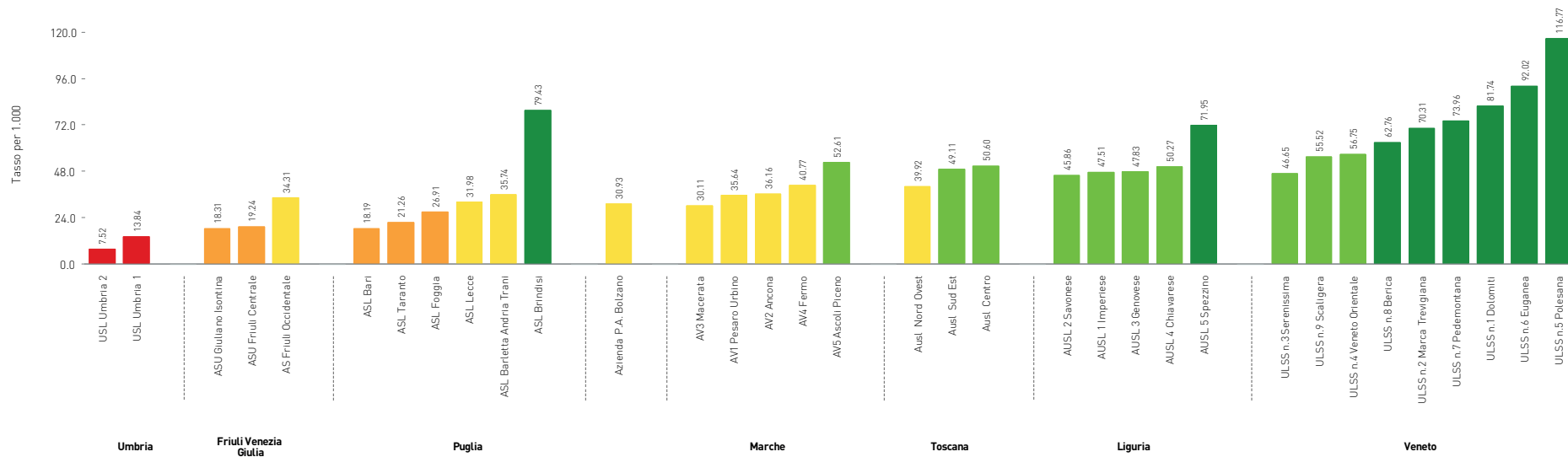
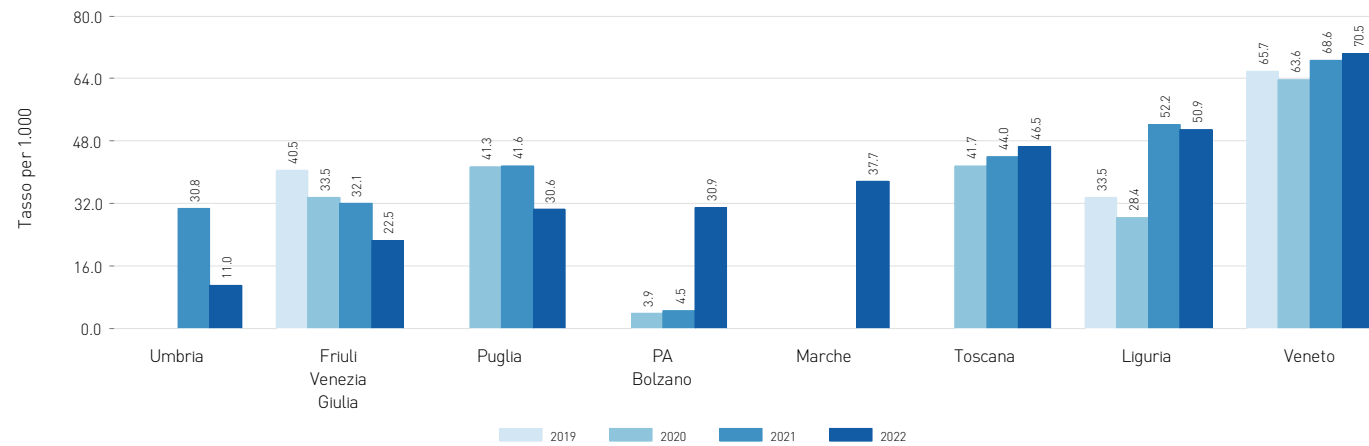
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

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



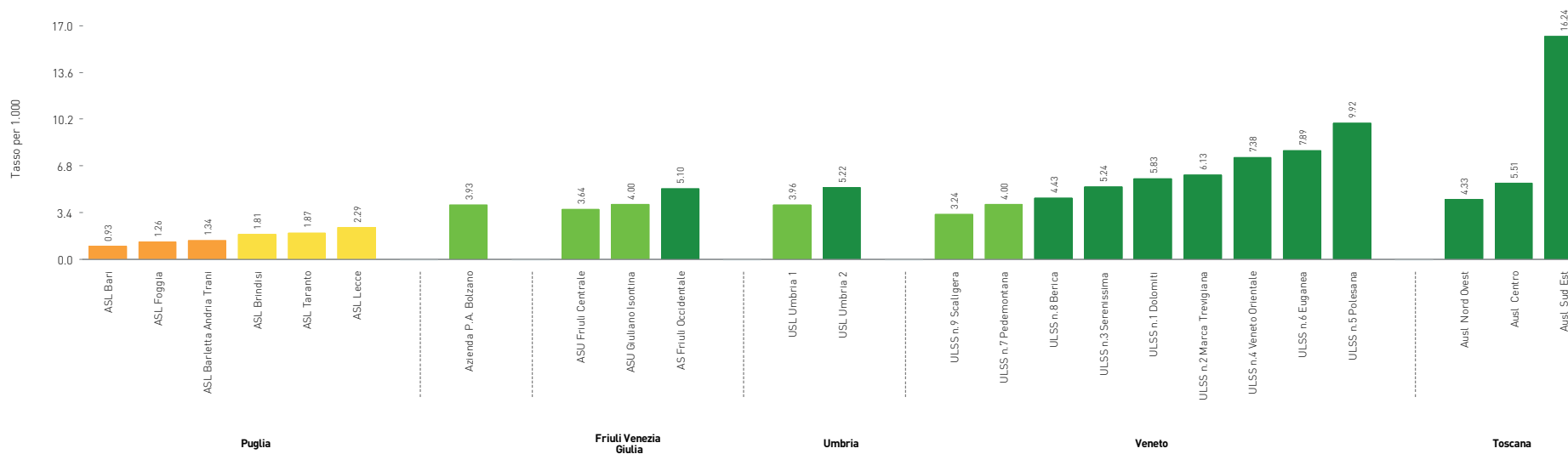
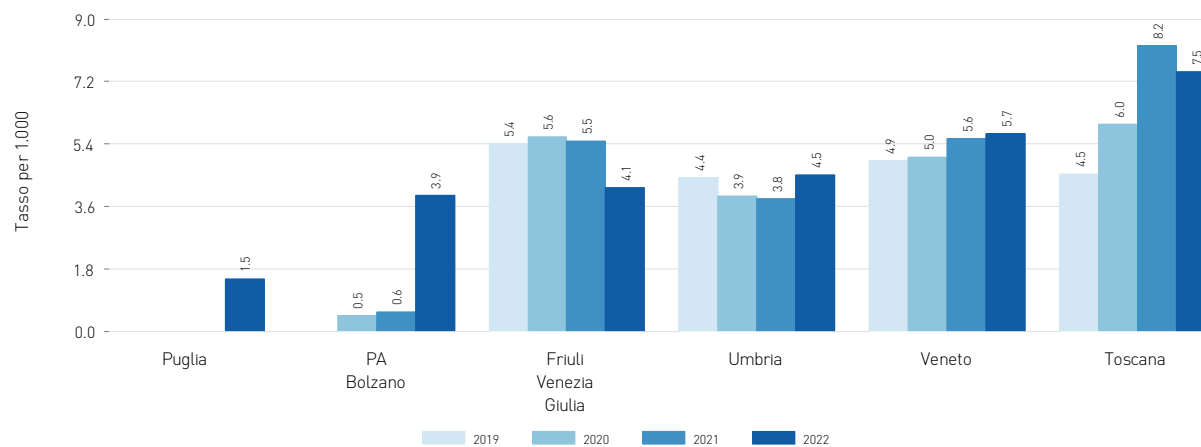
B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni

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



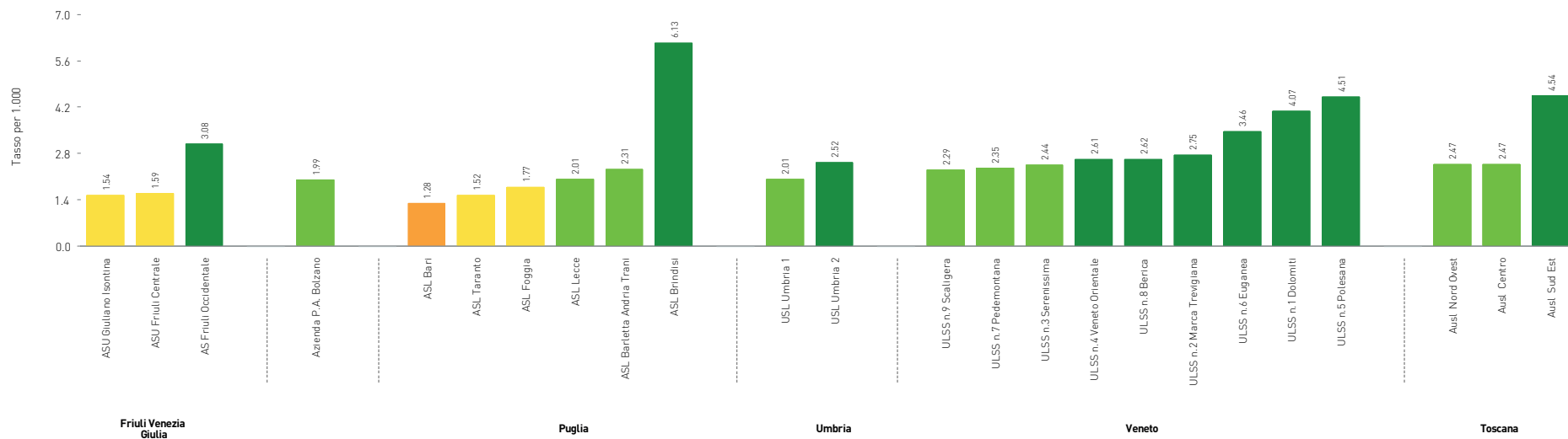
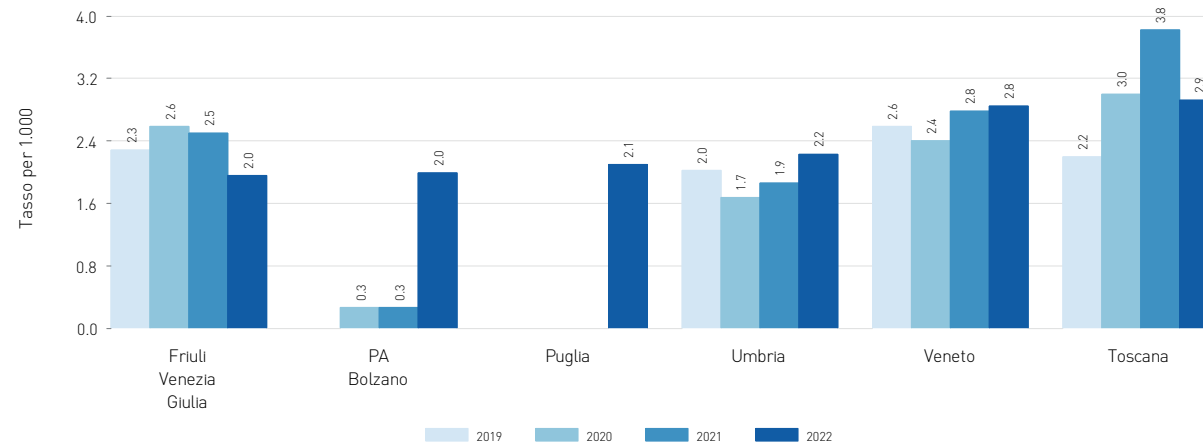
D2Z2.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)

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



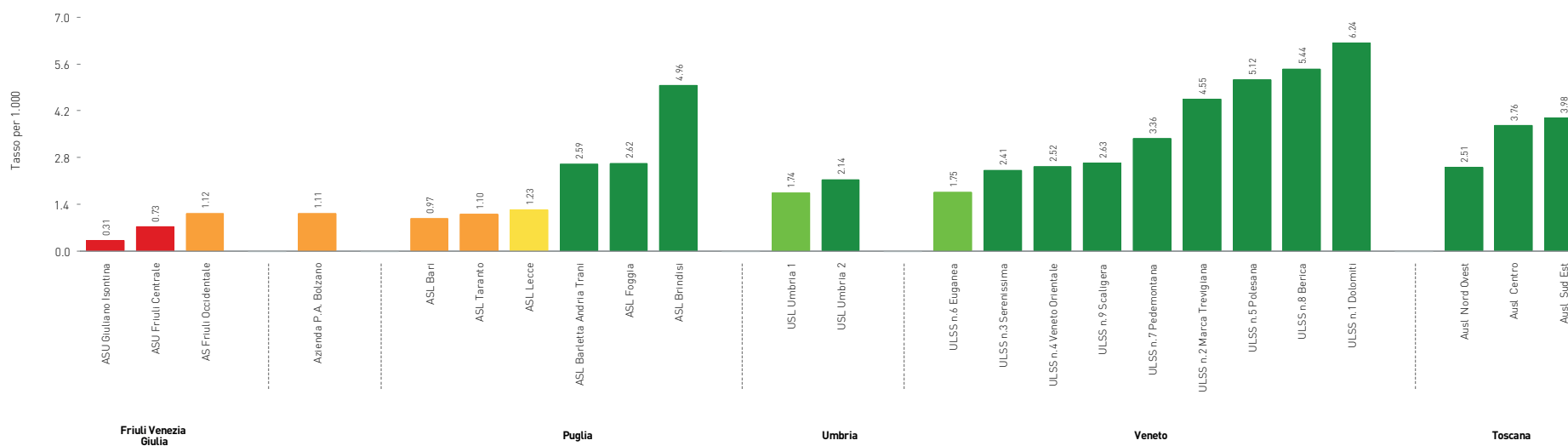
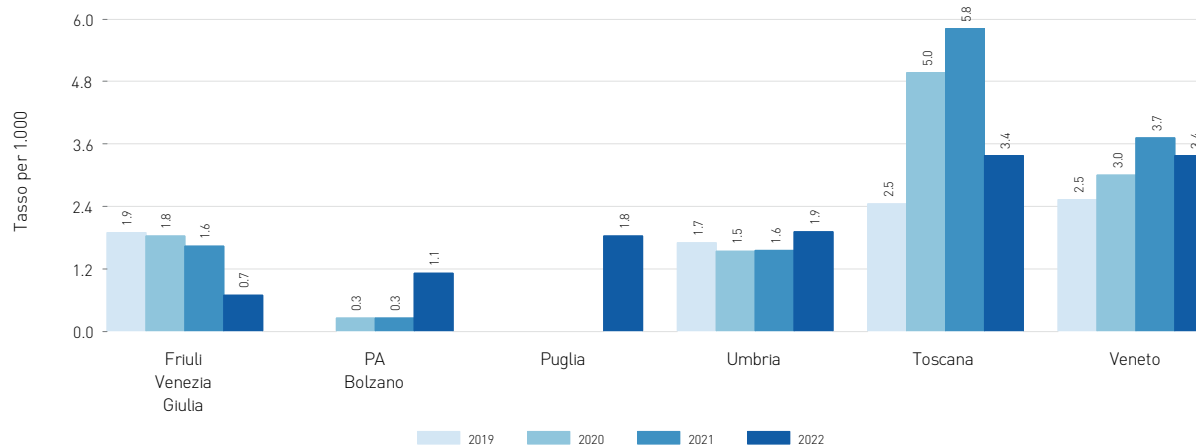
D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)

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



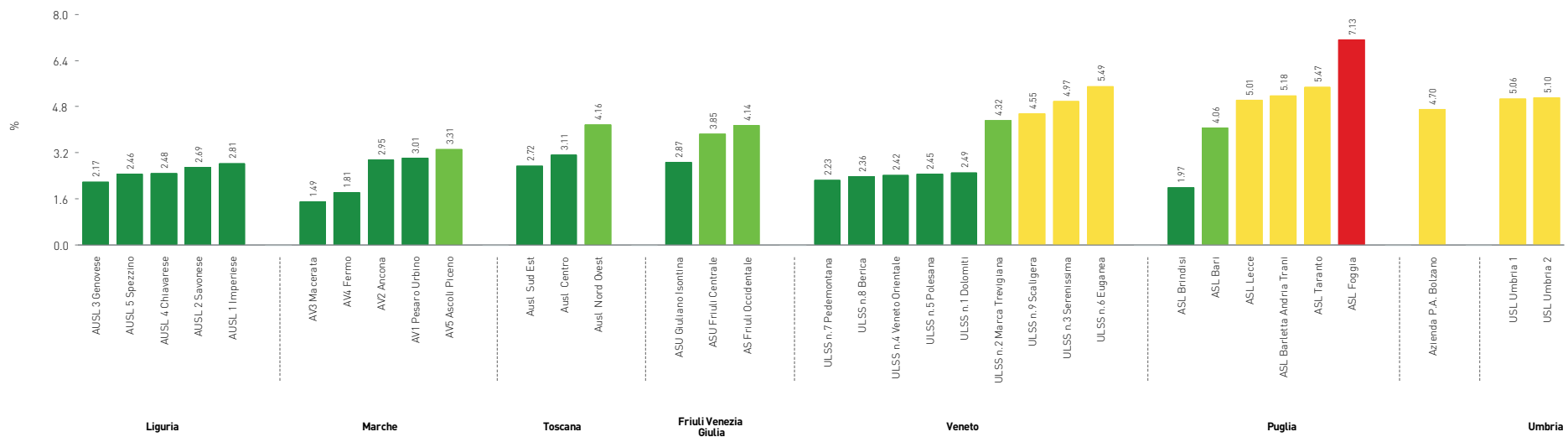
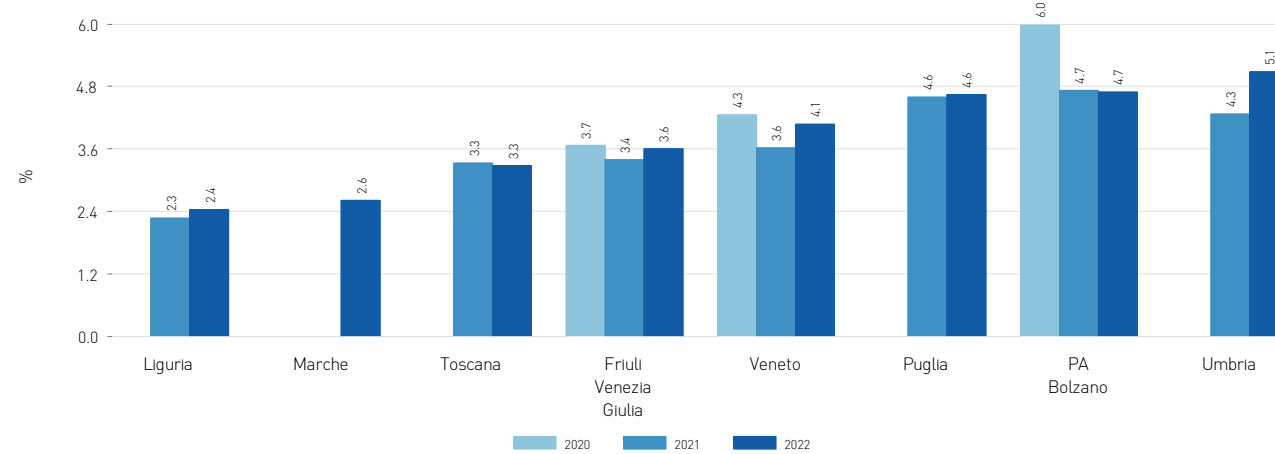
D2Z2.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)

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



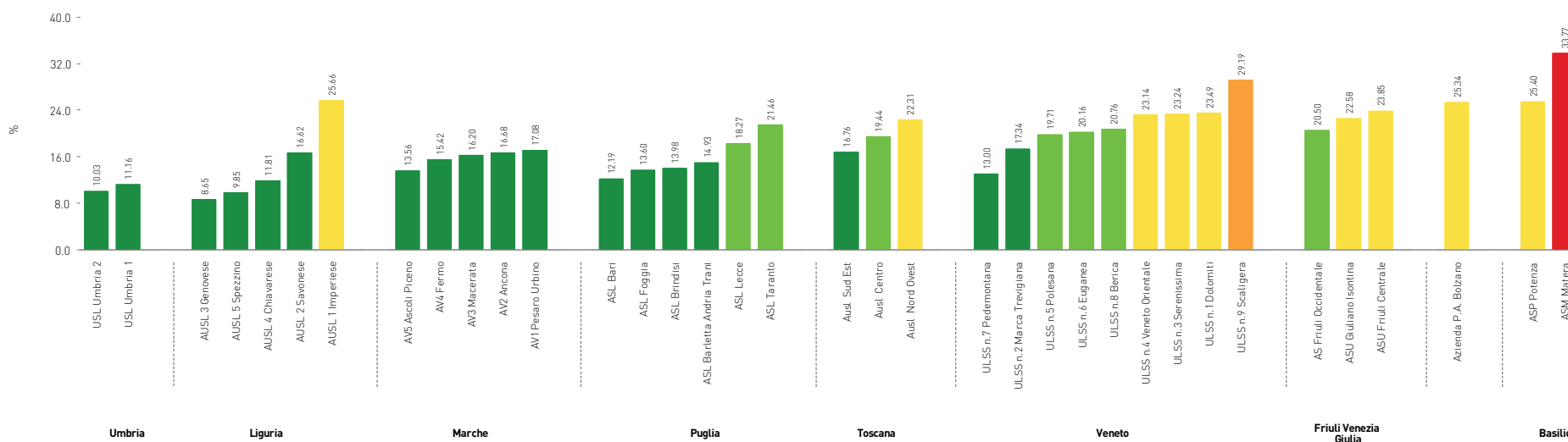
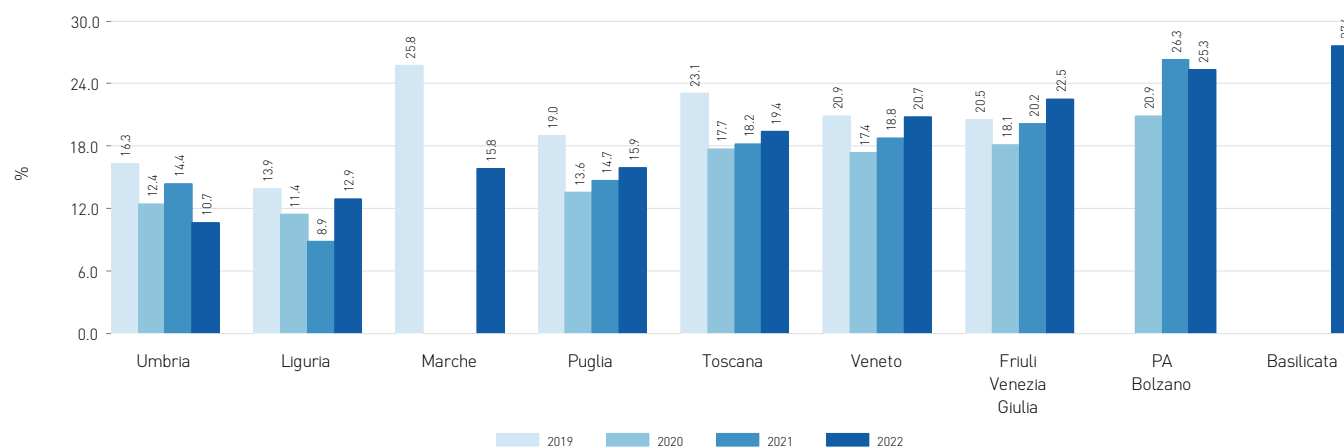
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

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



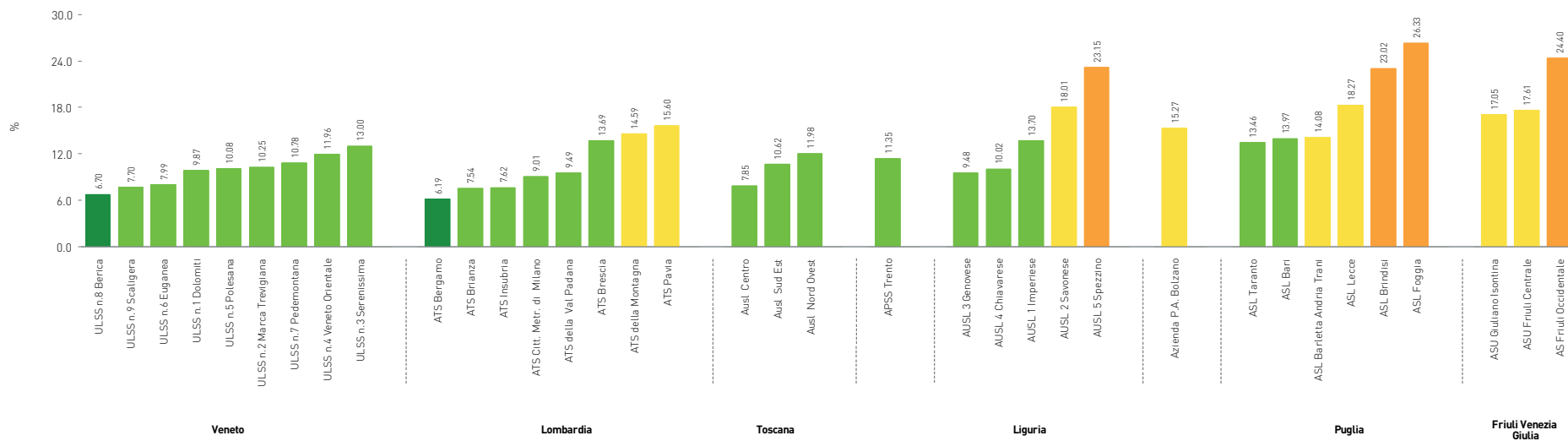
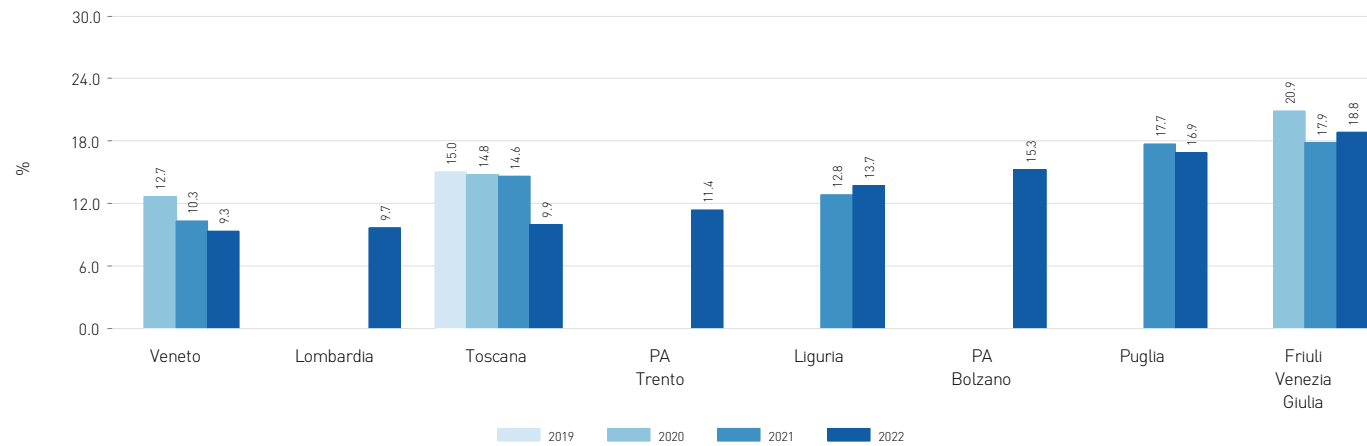
B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

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



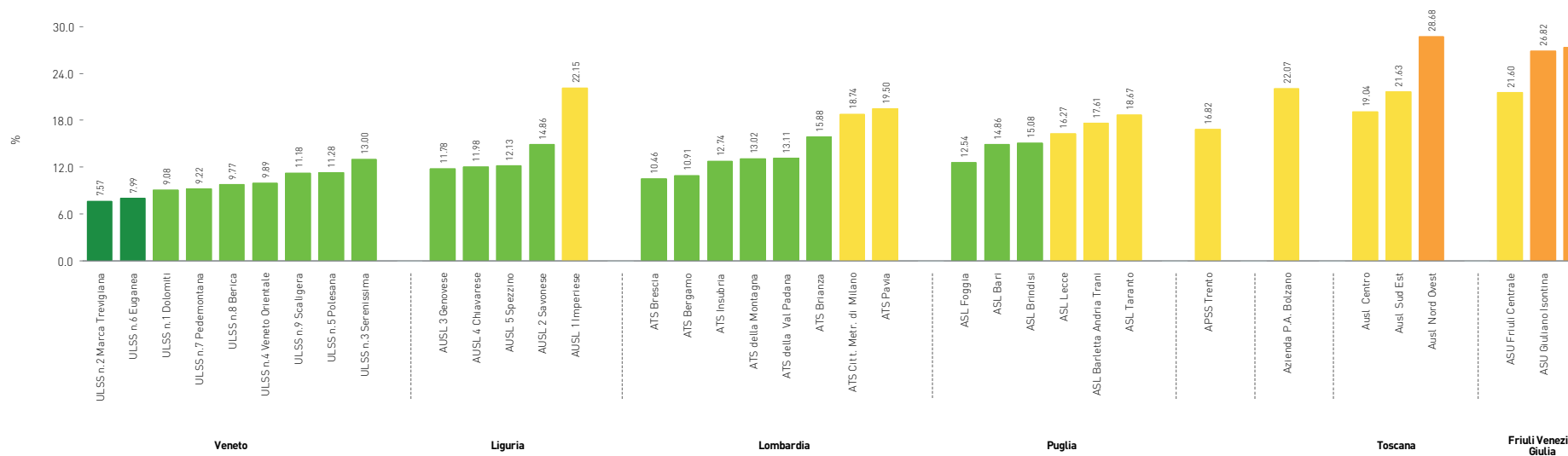
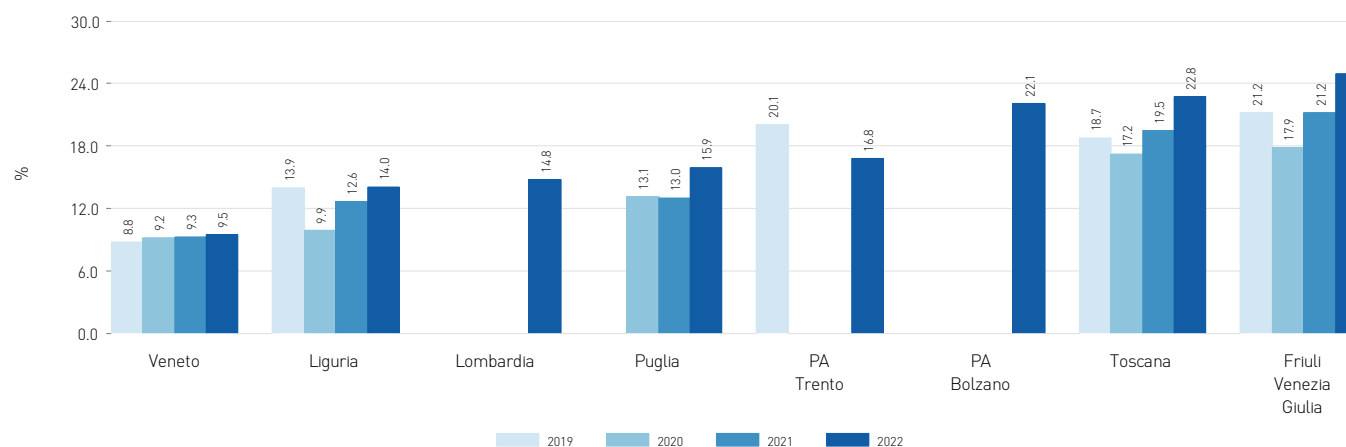
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)

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



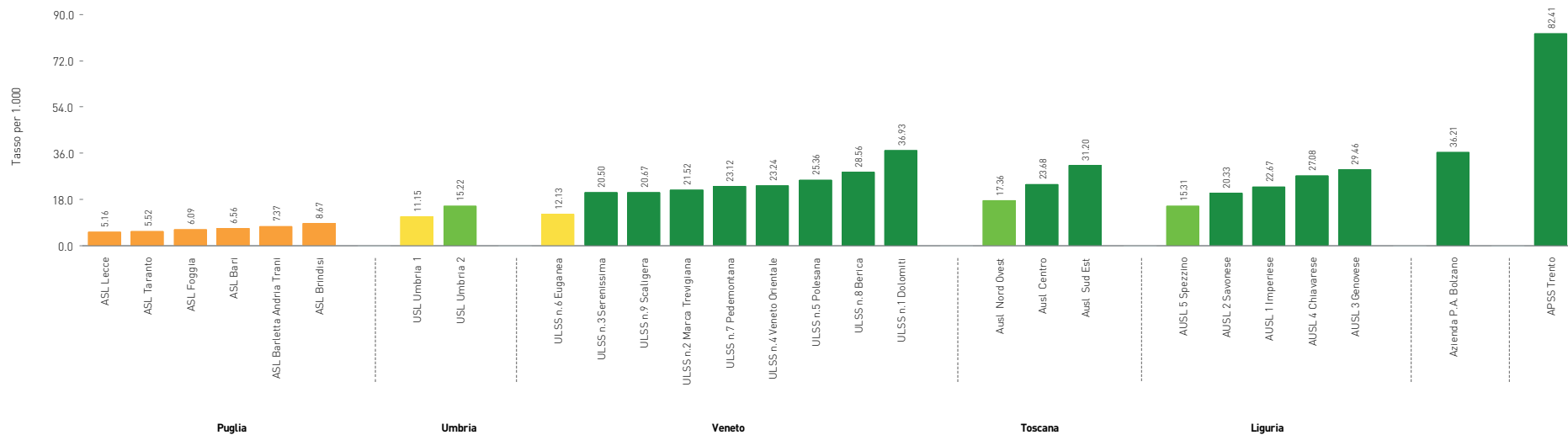
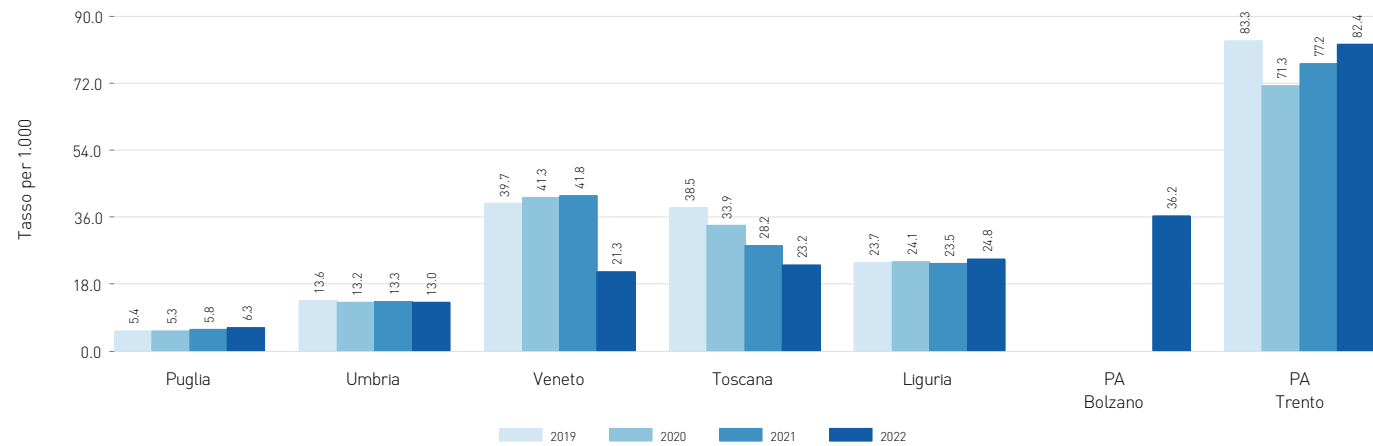
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

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



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

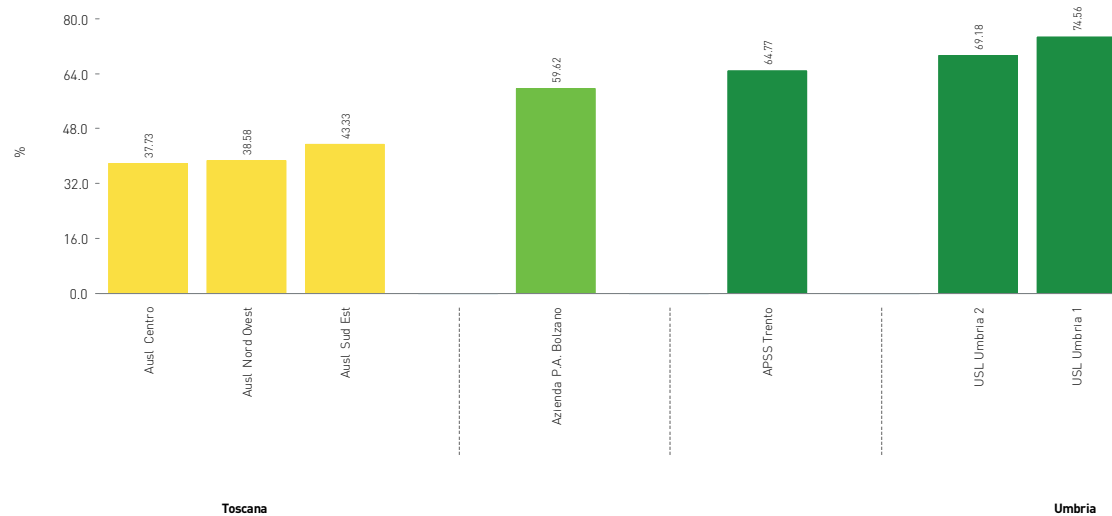
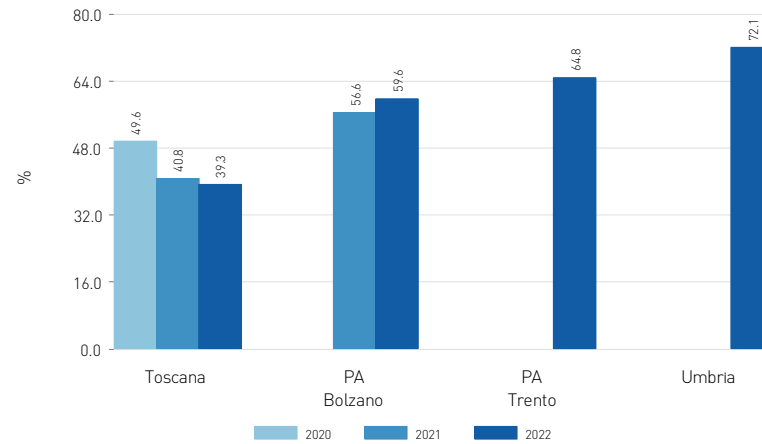
L'indicatore misura il numero di assistiti presenti nelle strutture residenziali di tipo R3 con età maggiore o uguale a 75 anni sulla popolazione relativa. Secondo la definizione ministeriale, per R3 vengono indicate le prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate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



SALUTE MENTALE

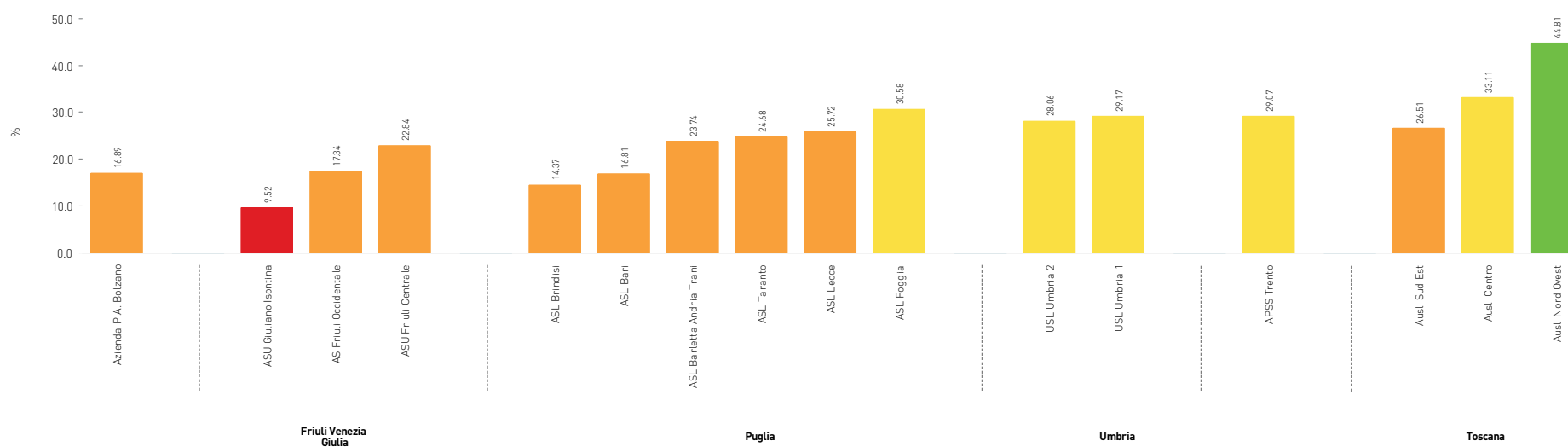
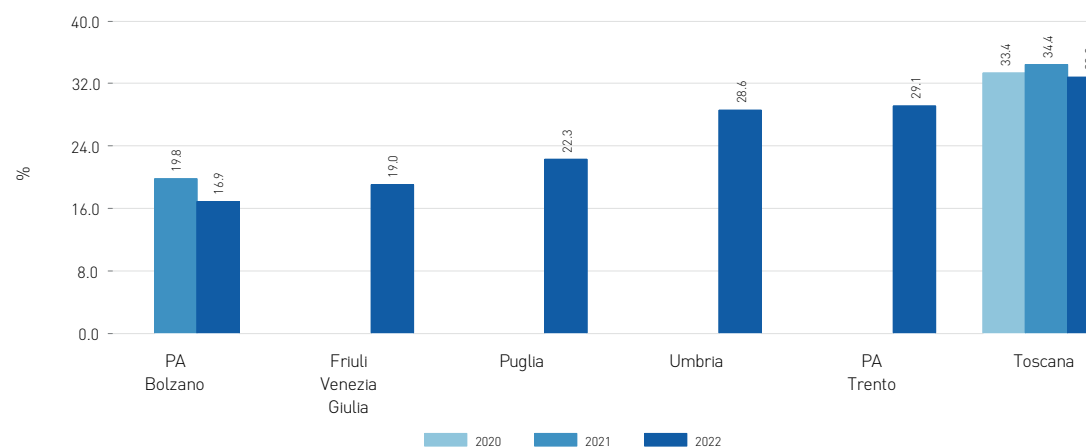
C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero

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



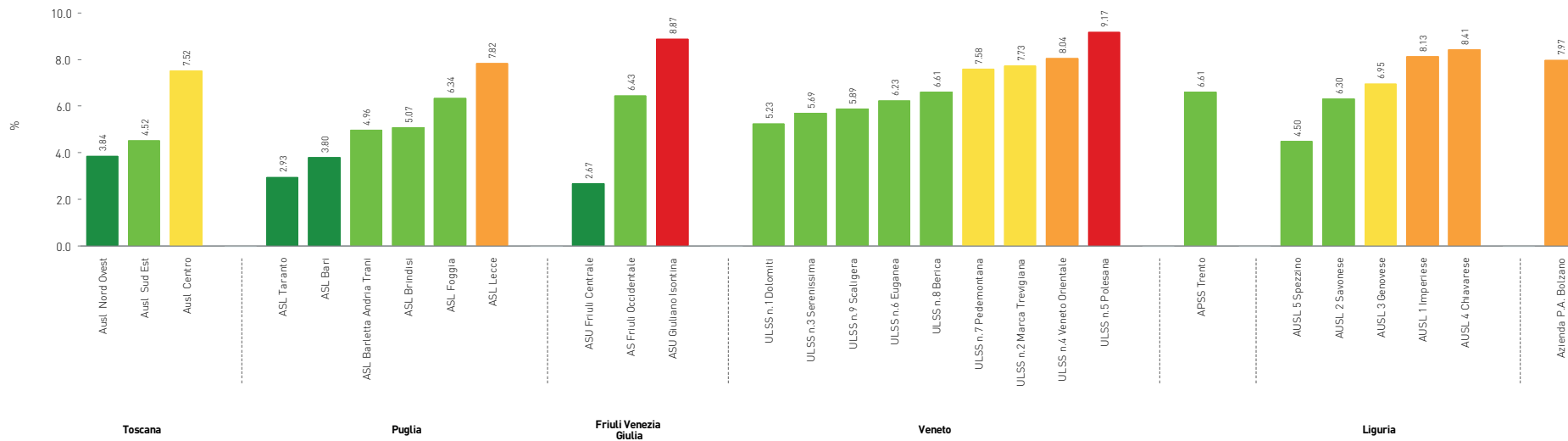
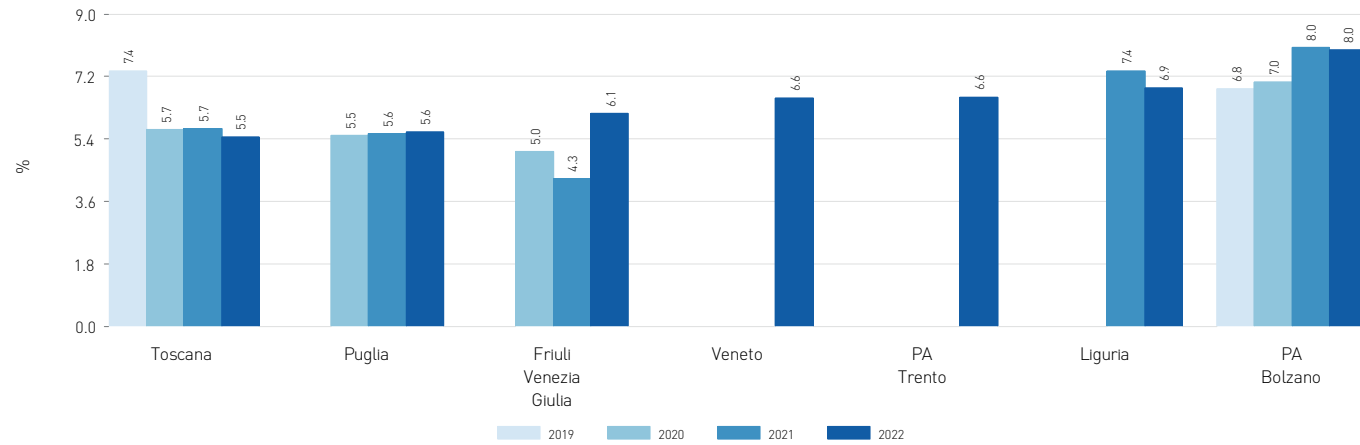
C15.4 Appropriatazza psicoterapeutica

La psicoterapia presenta un'elevata efficacia, largamente confermata in letteratura, nel trattamento di un ampio spettro di disturbi mentali e condizioni di disagio sociale. E' considerata una componente fondamentale dei percorsi di trattamento e cura nei servizi di salute mentale, spesso integrata ai trattamenti farmacologici. Se utilizzata appropriatamente, la psicoterapia è in grado di apportare da un lato miglioramenti duraturi e, dall'altro, un notevole vantaggio nel rapporto costo-beneficio, riducendo l'utilizzo di altri servizi da parte dei pazienti trattati con successo. Nello specifico l'indicatore calcola la percentuale di pazienti in psicoterapia che ha ricevuto tra le 10 e 30 prestazioni in un anno.



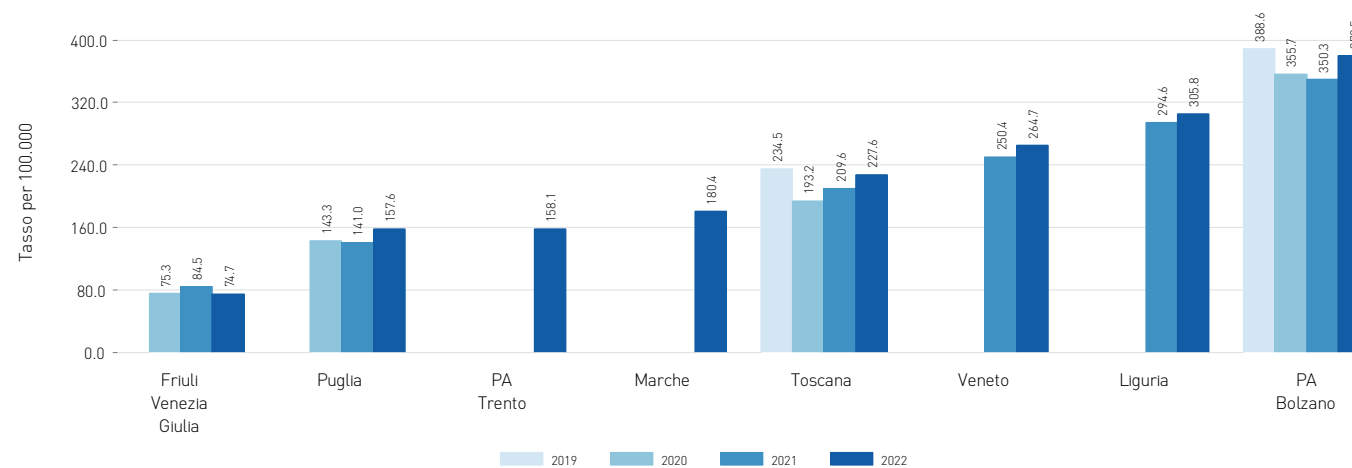
D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

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



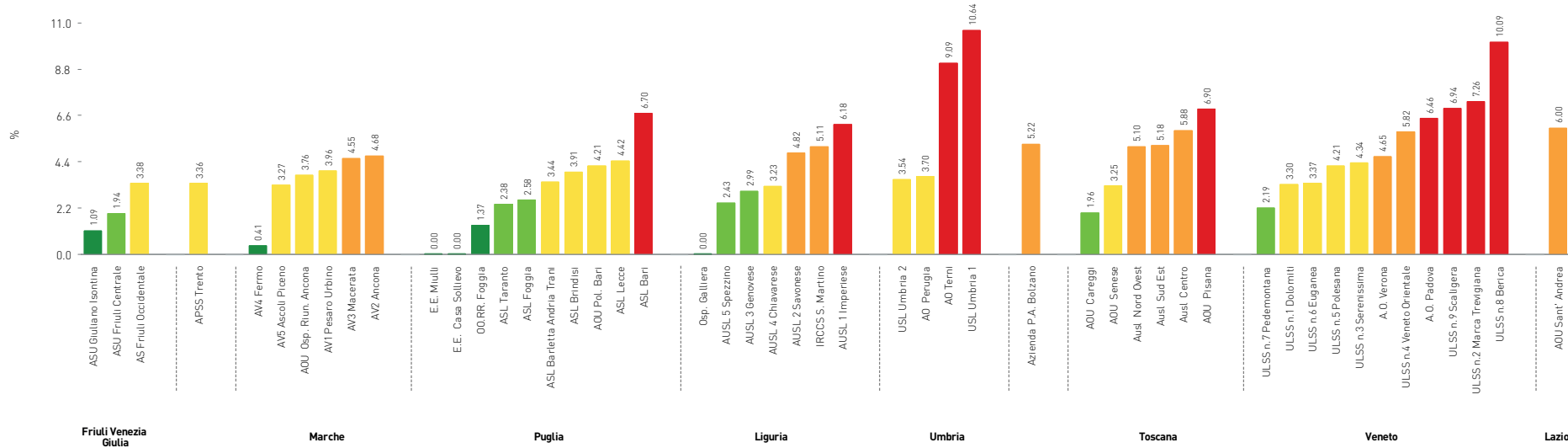
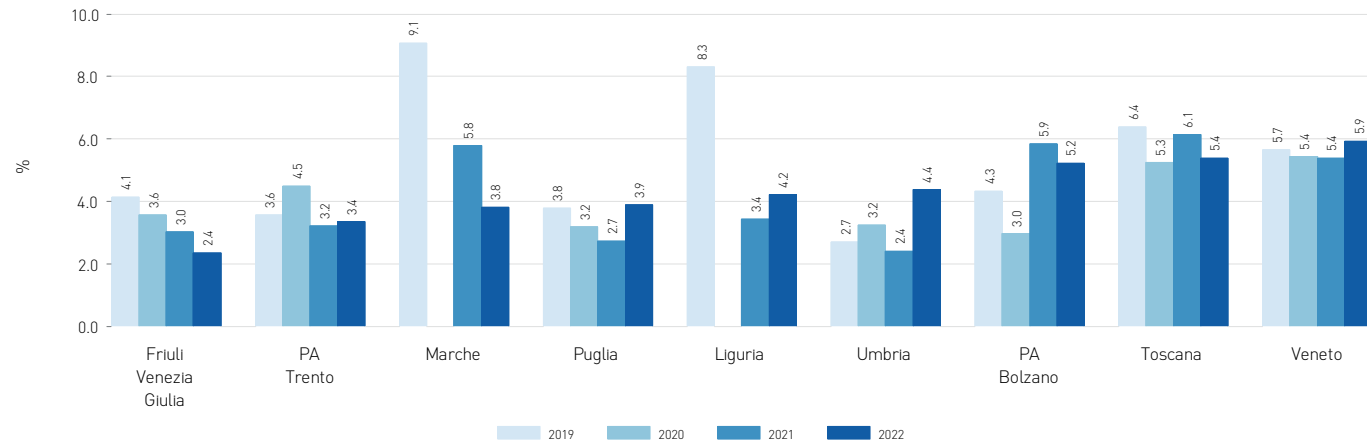
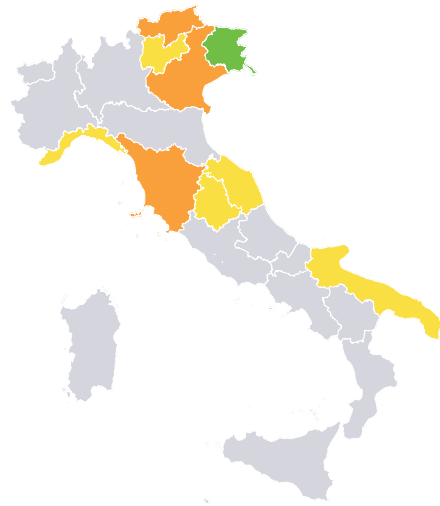
D26C Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne

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



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

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



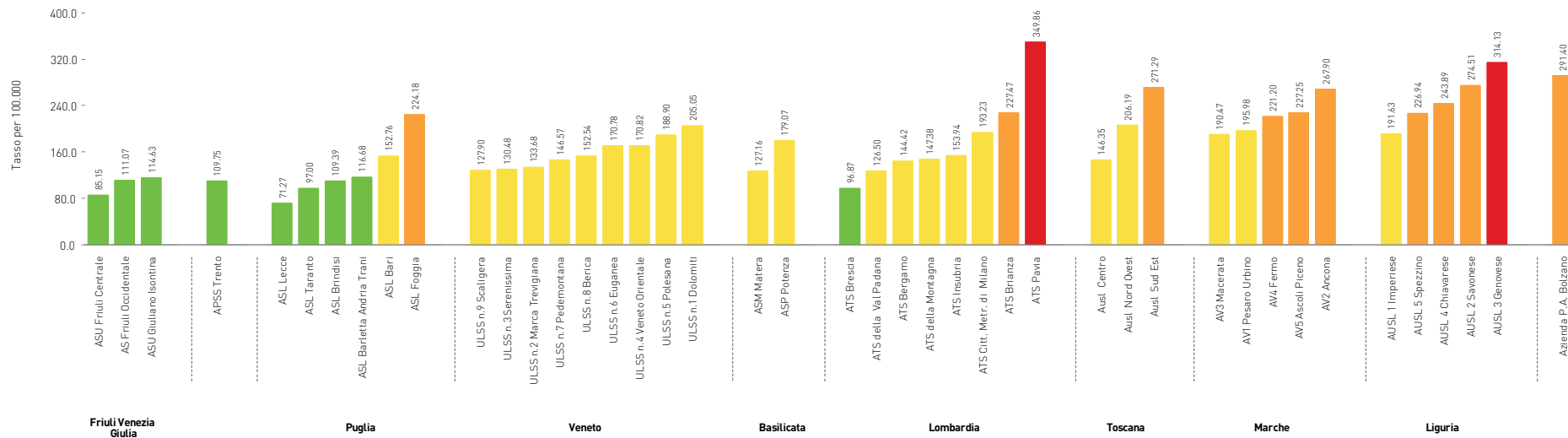
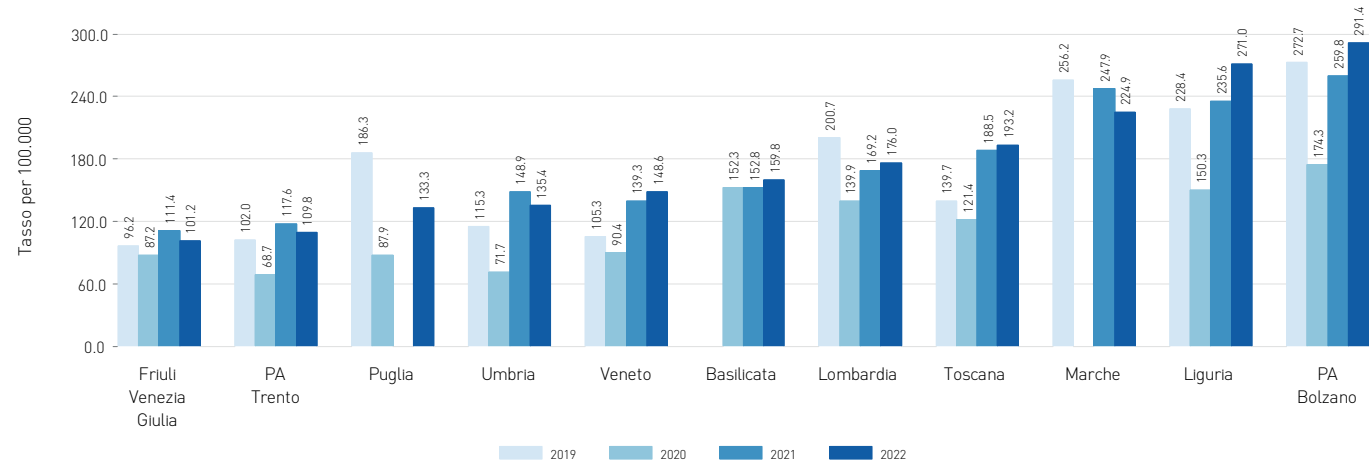
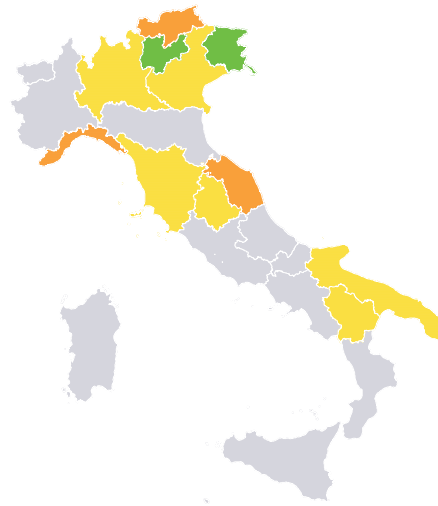
C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche

L'indicatore misura l'intensità dell'utilizzo dei reparti ospedalieri confrontando la degenza media per ciascun ricovero psichiatrico con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'Indice di Performance della Degenza Media dei ricoveri per patologie psichiatriche consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.



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

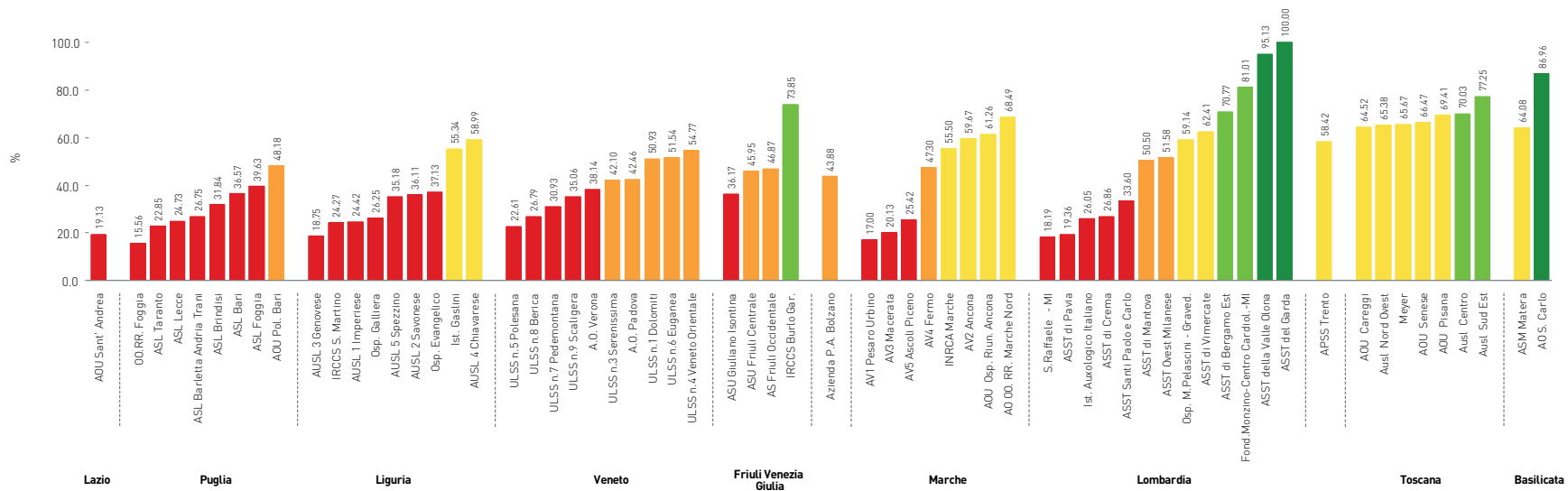
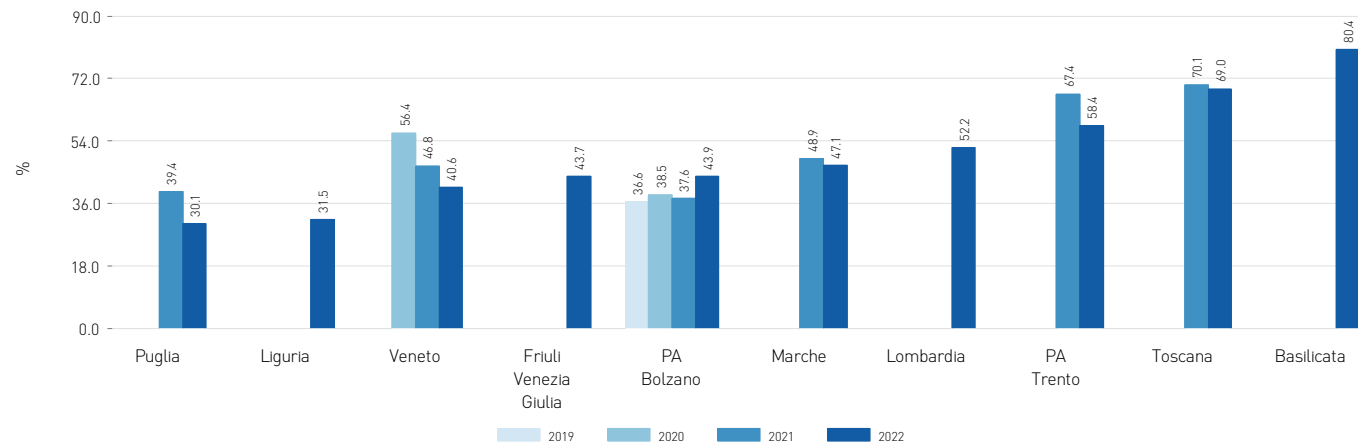
Come il precedente indicatore, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per minorenni misura indirettamente l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



EMERGENZA-URGENZA

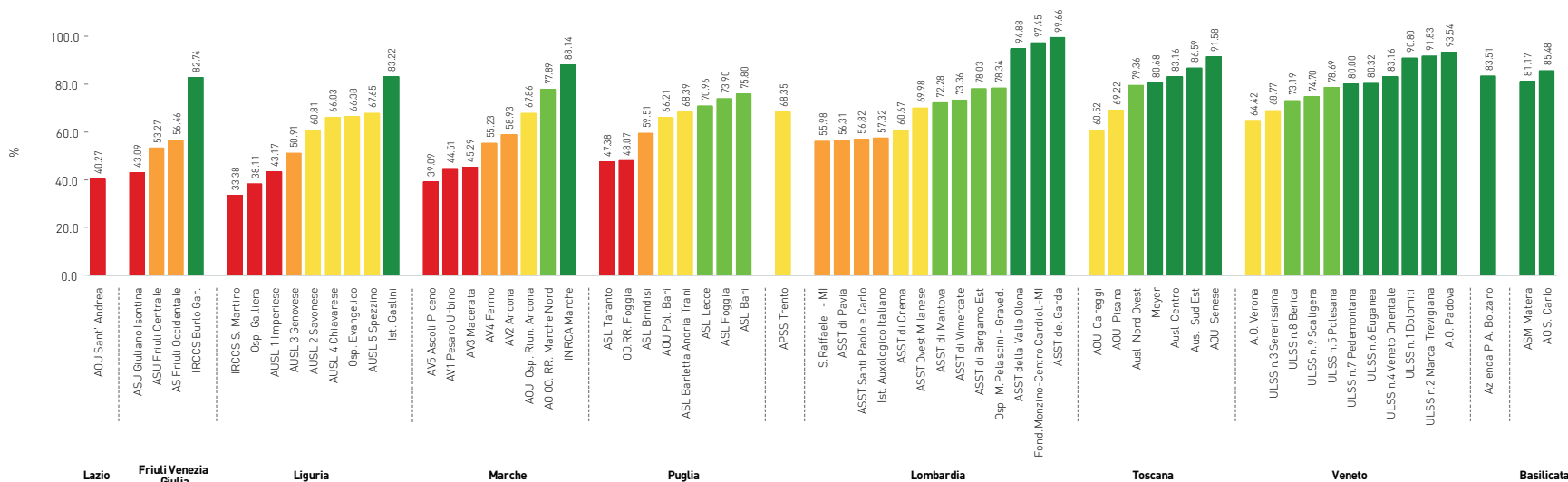
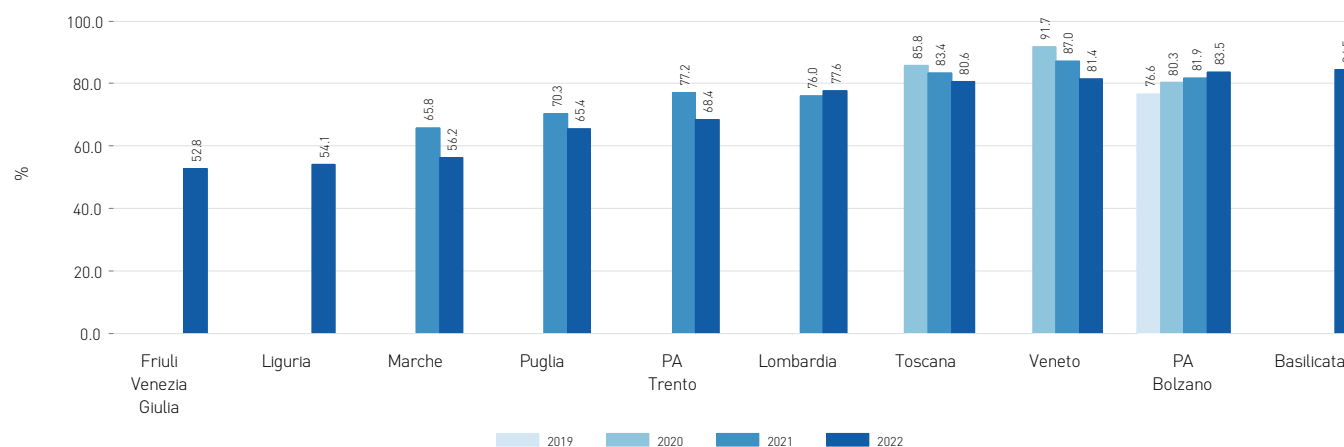
C16.1.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti

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



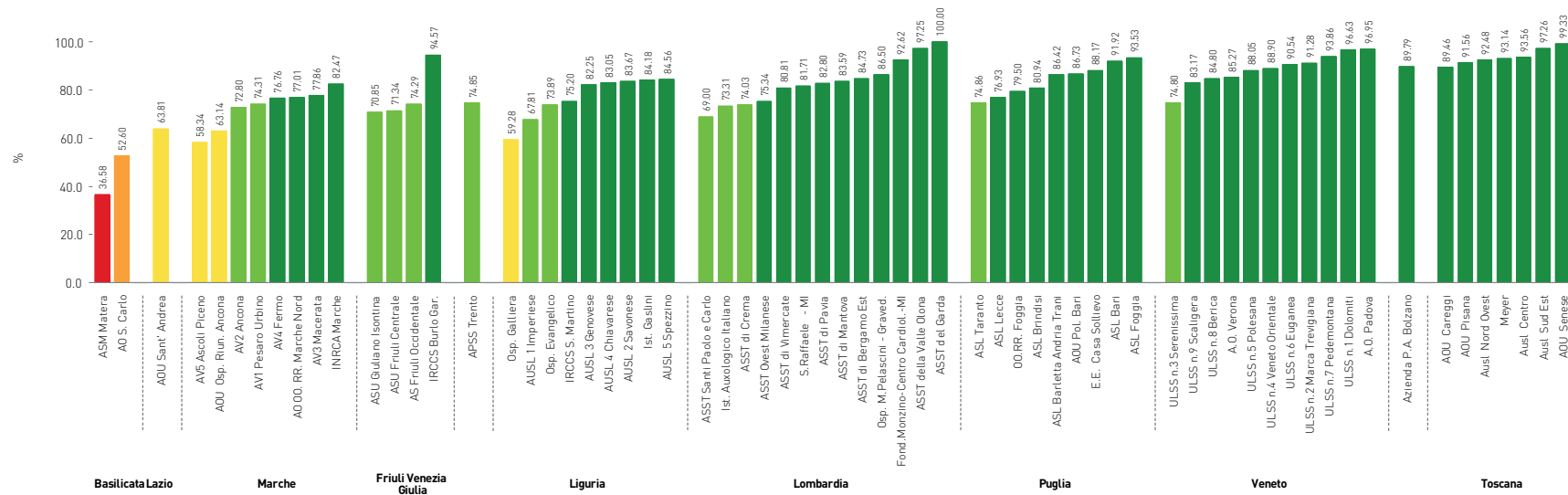
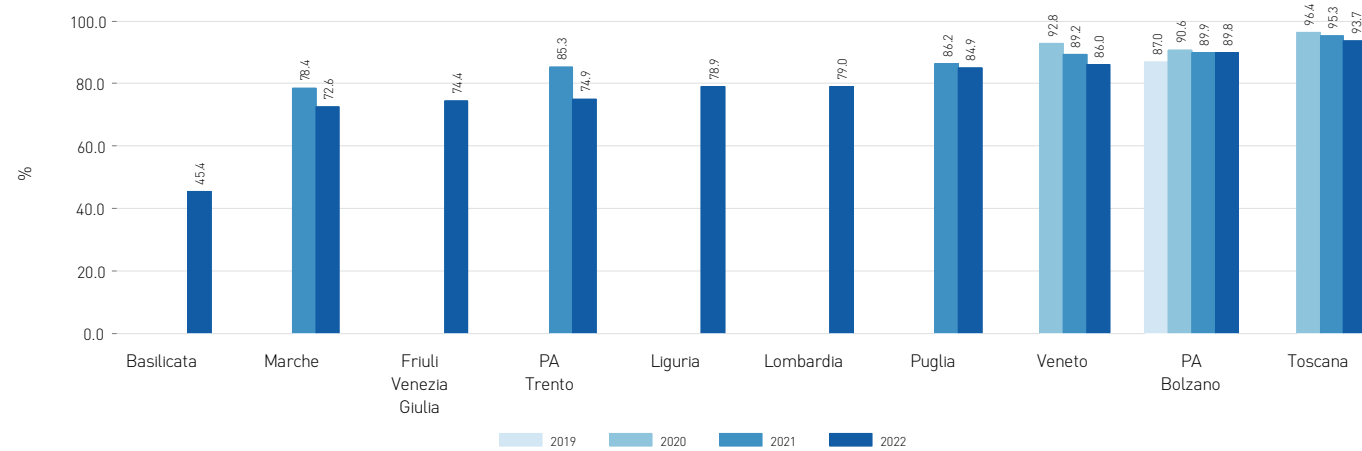
C16.2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti

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



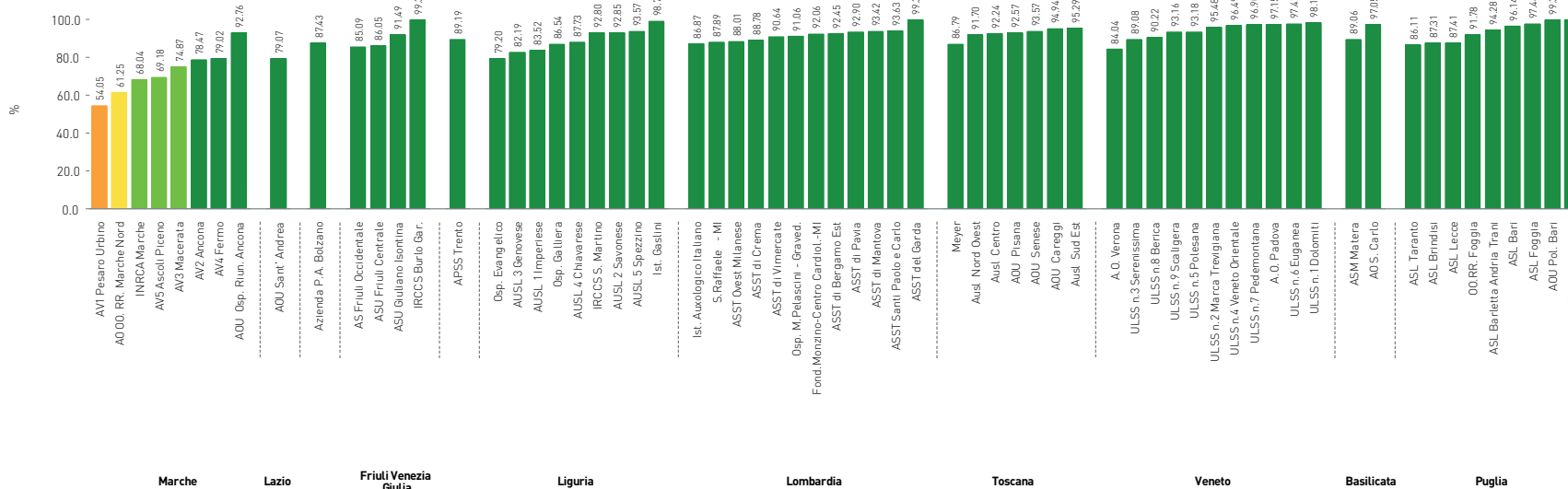
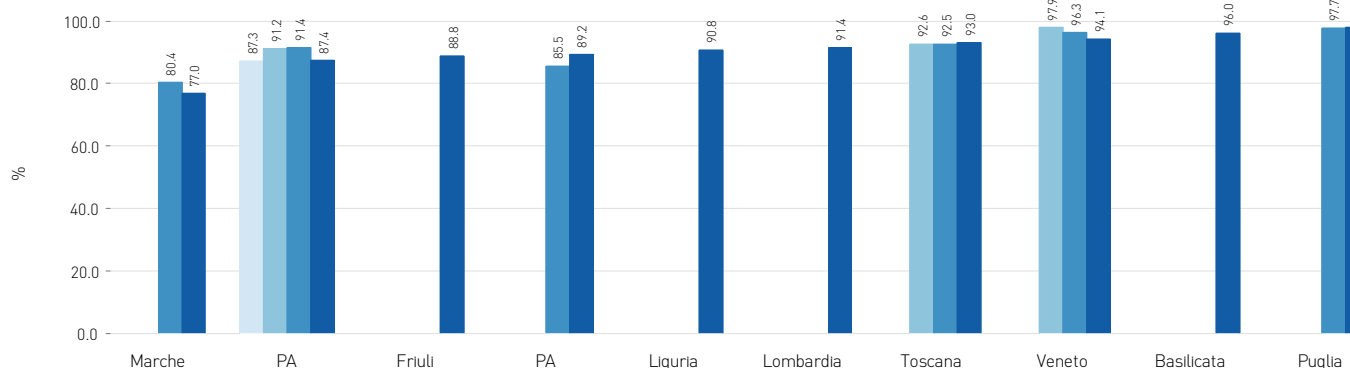
C16.3.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti

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



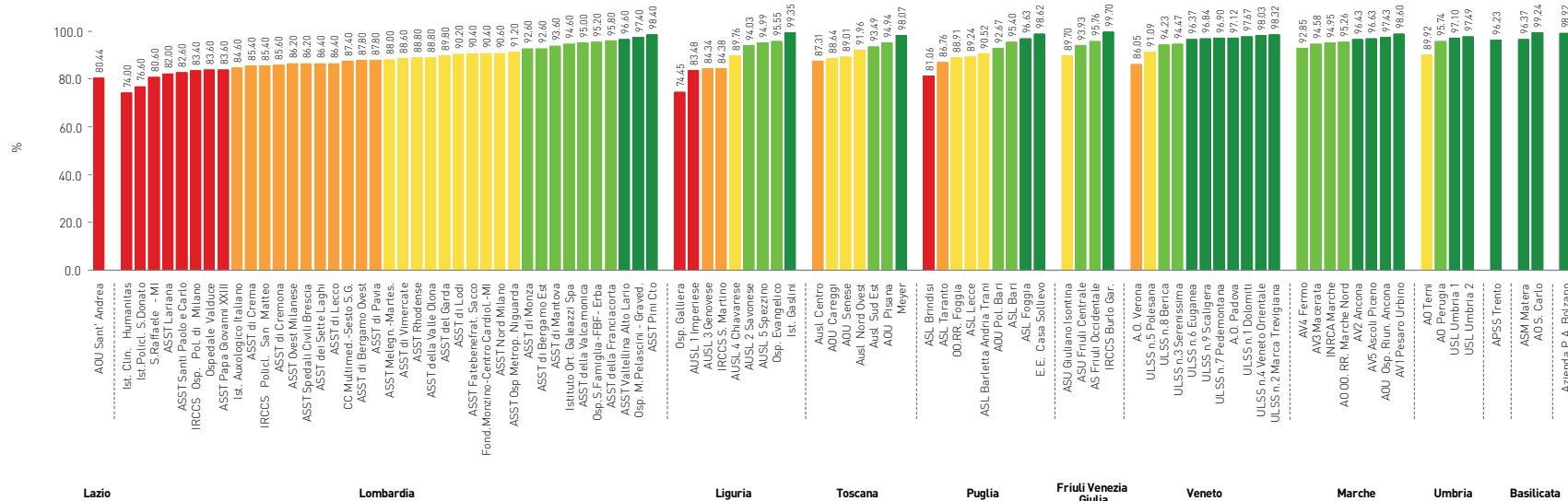
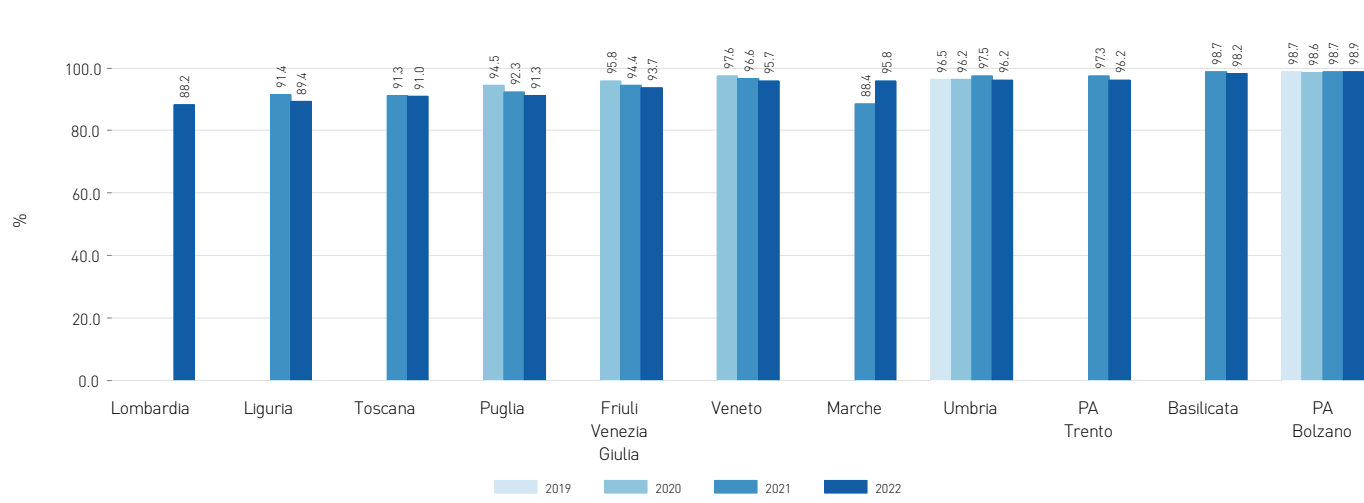
C16.4.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti

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



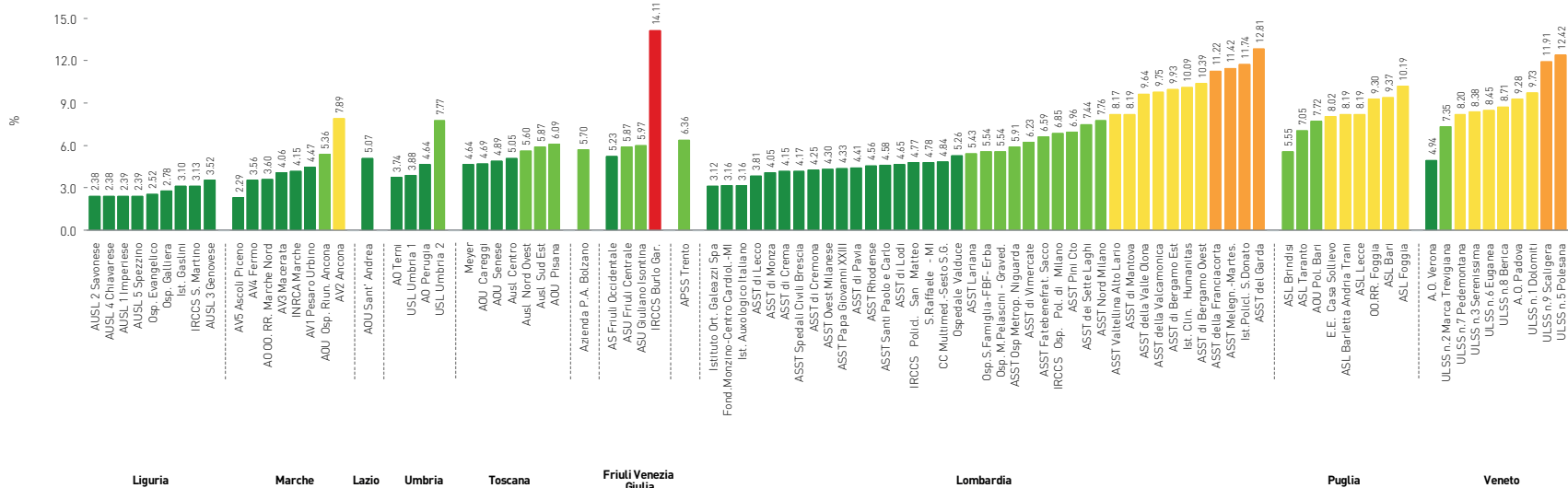
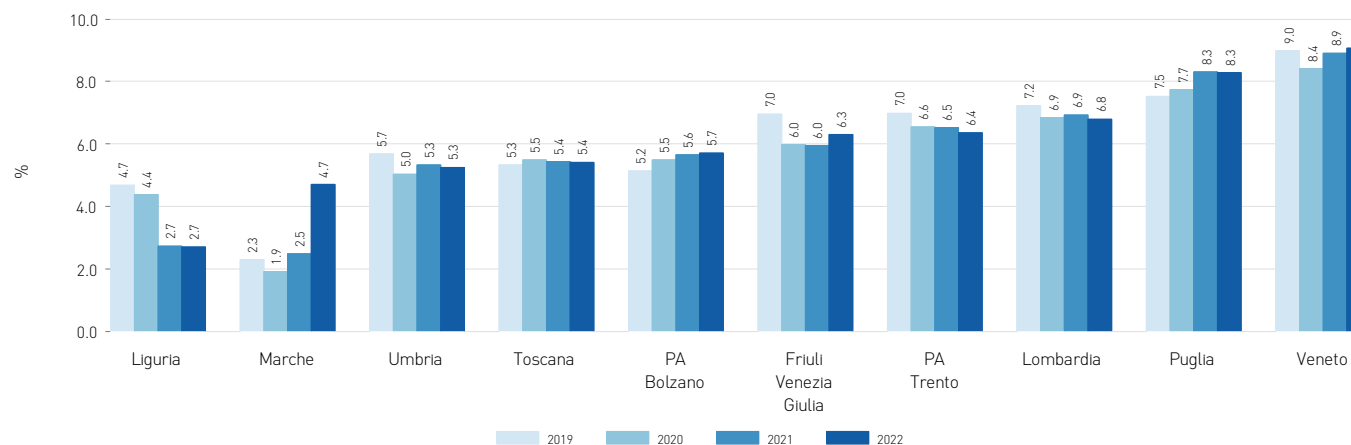
C16.4.1.N Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso entro 8 ore

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



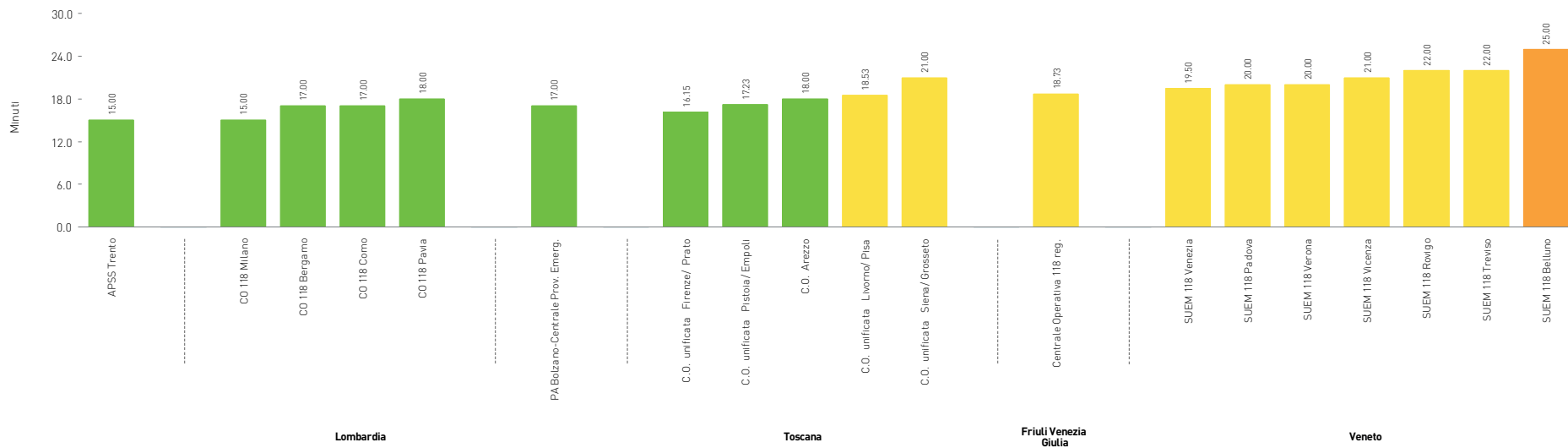
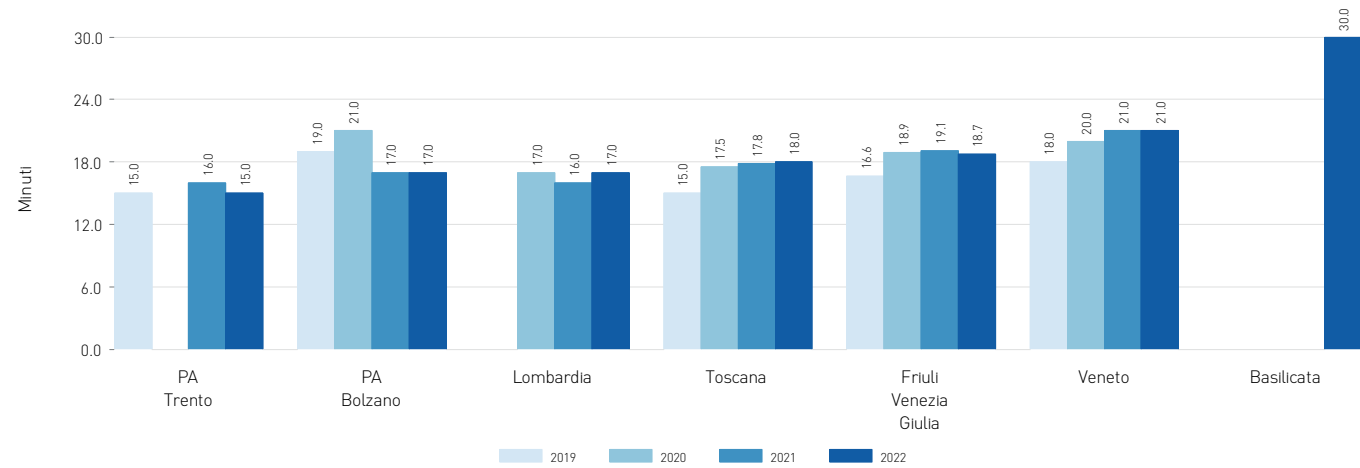
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

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



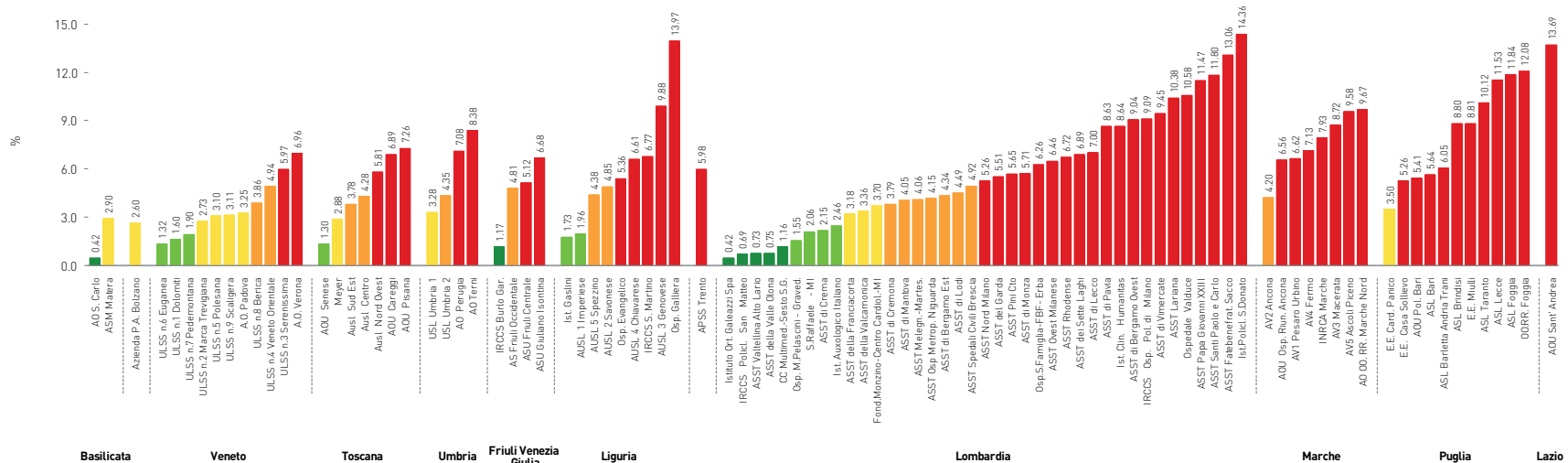
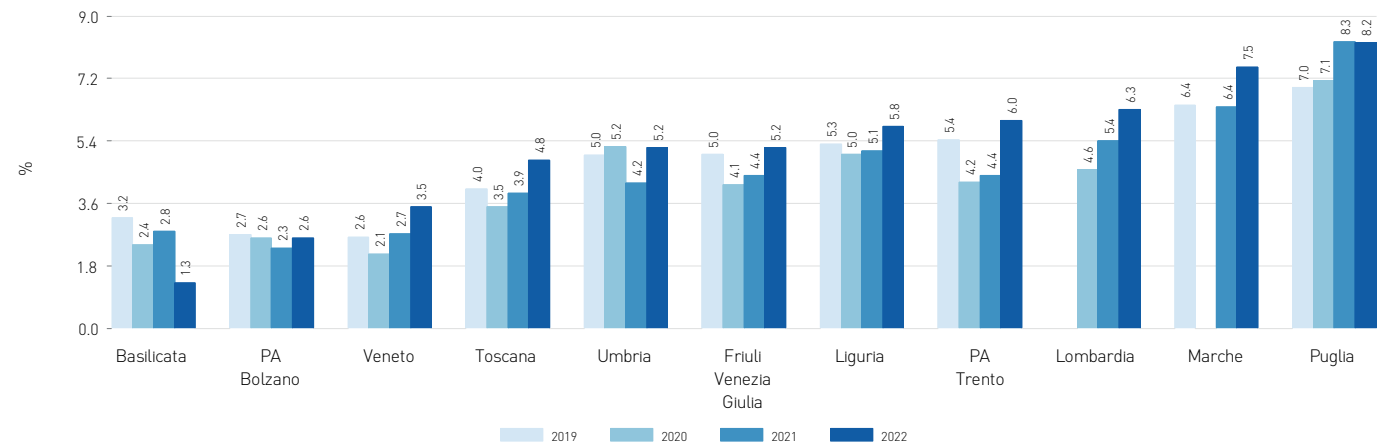
C16.11 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)

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



D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

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

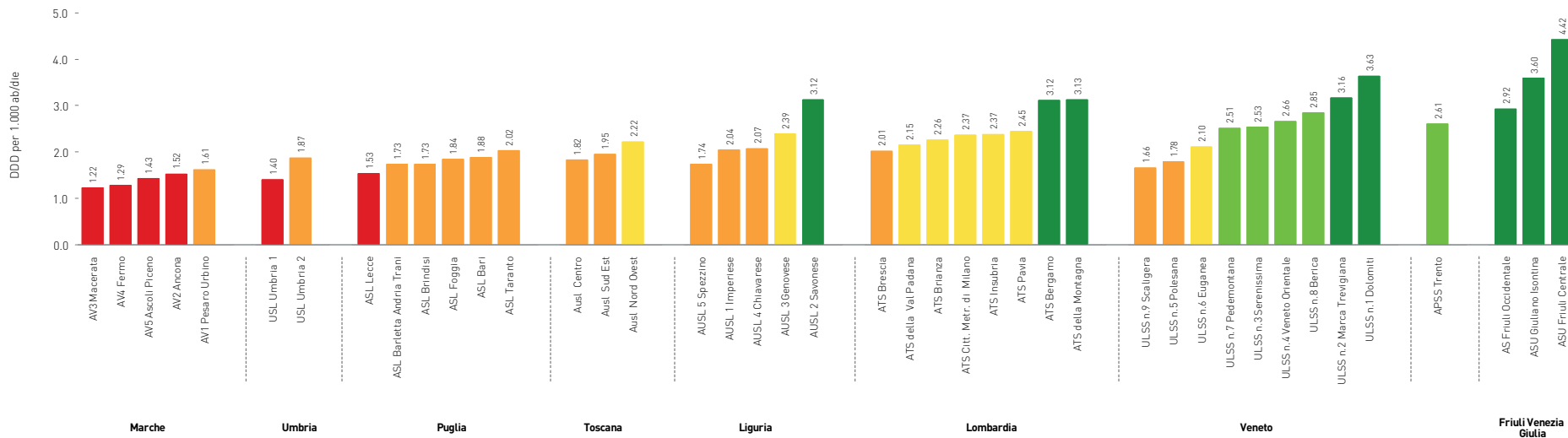
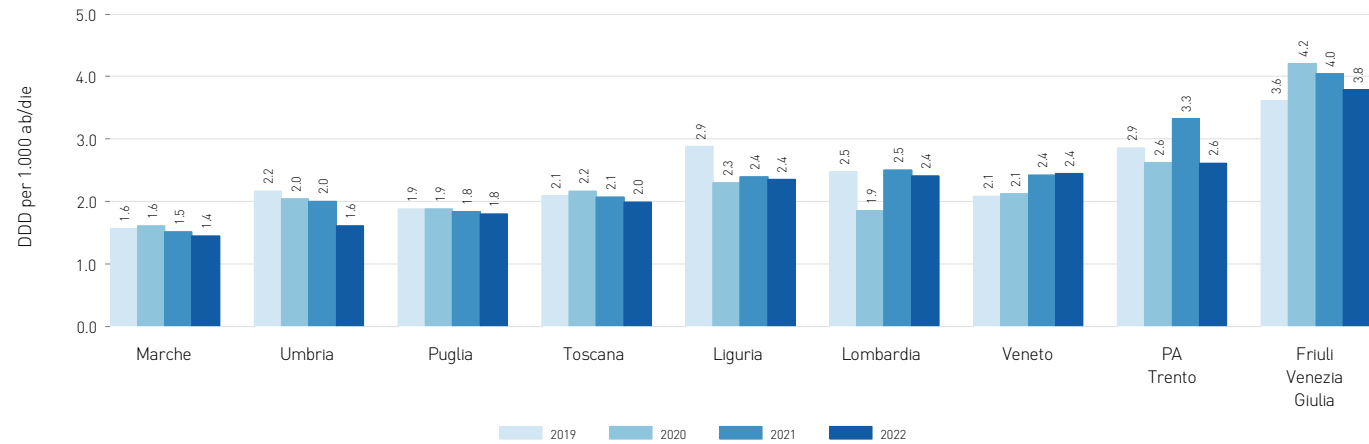




ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

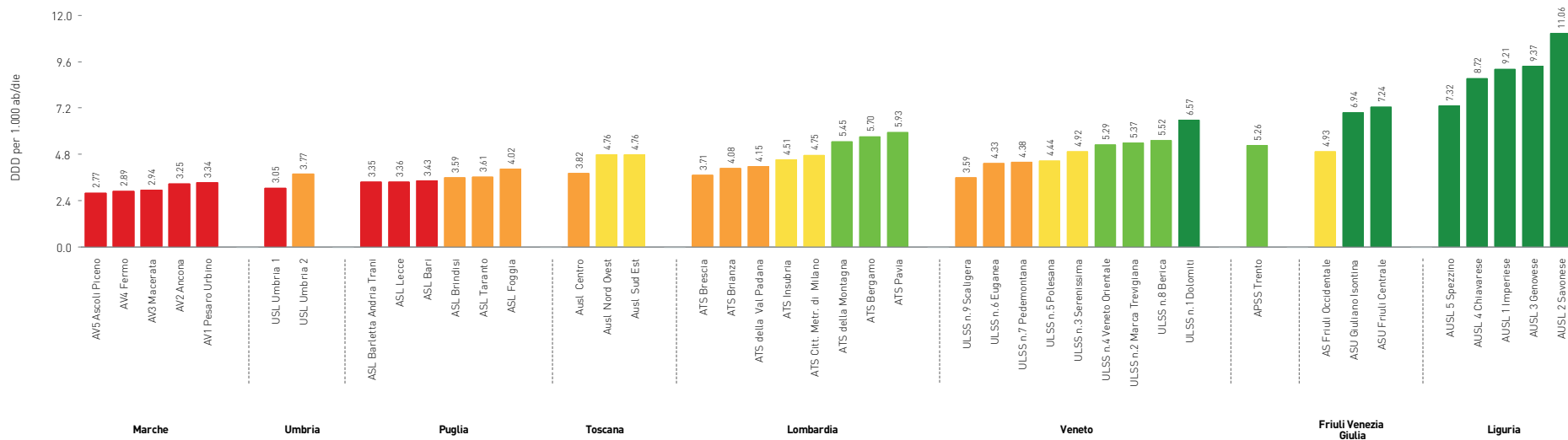
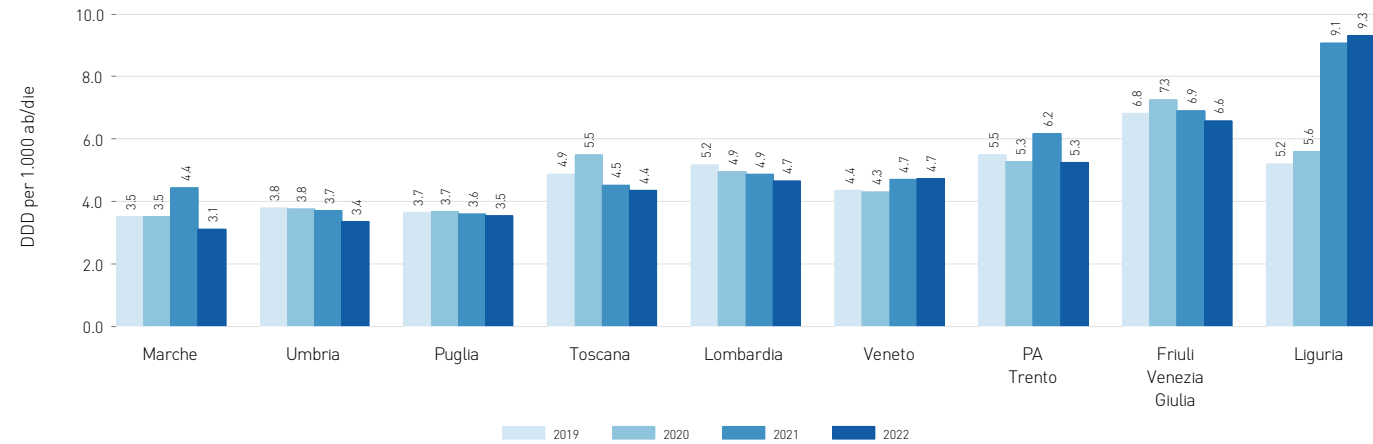
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

Il consumo di farmaci oppioidi è indice della presa in carico dei pazienti affetti da dolore severo. La medicina, i suoi professionisti ed il Sistema Sanitario lavorano non solo per prevenire e mantenere la salute, ma anche per dare al malato sollievo dalla sofferenza. L'indicatore monitora il consumo sul territorio dei farmaci oppioidi maggiori, indicati nel trattamento del dolore severo. Il fine del monitoraggio è garantire il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata e un'adeguata risposta al bisogno di salute tramite un equo accesso a questa classe di farmaci. Ricordiamo infatti, che la legge 38/2010 ha semplificato le procedure di accesso ai farmaci oppioidi impiegati per il trattamento del dolore tramite lo snellimento delle procedure prescrittive a carico dei MMG.



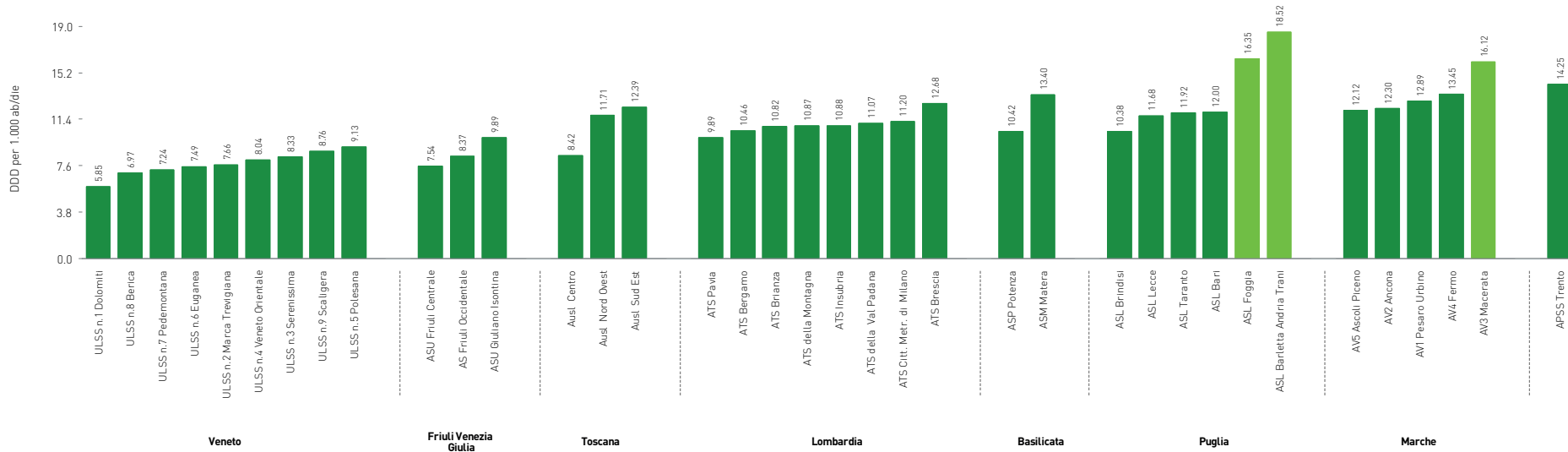
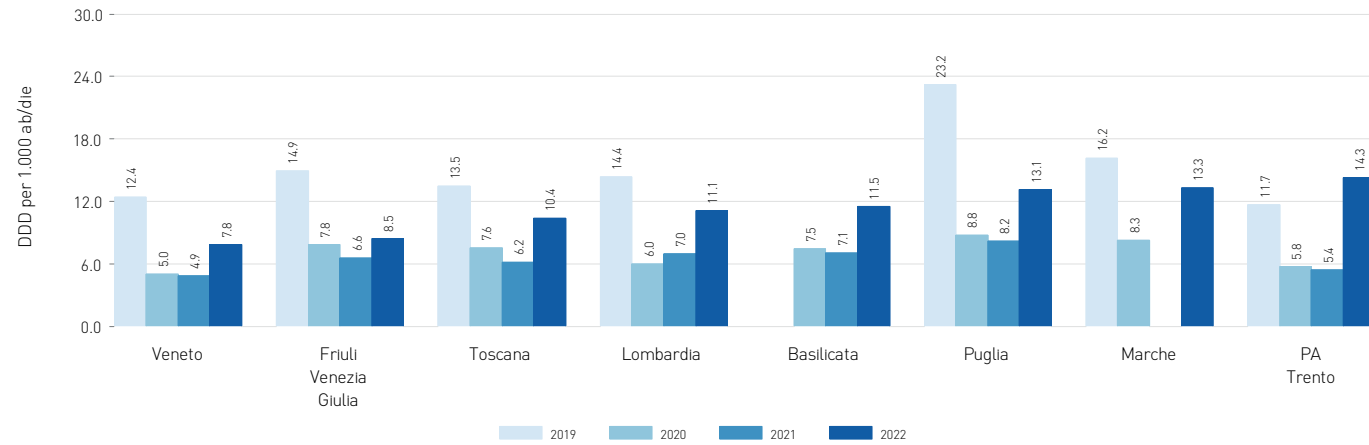
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio

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



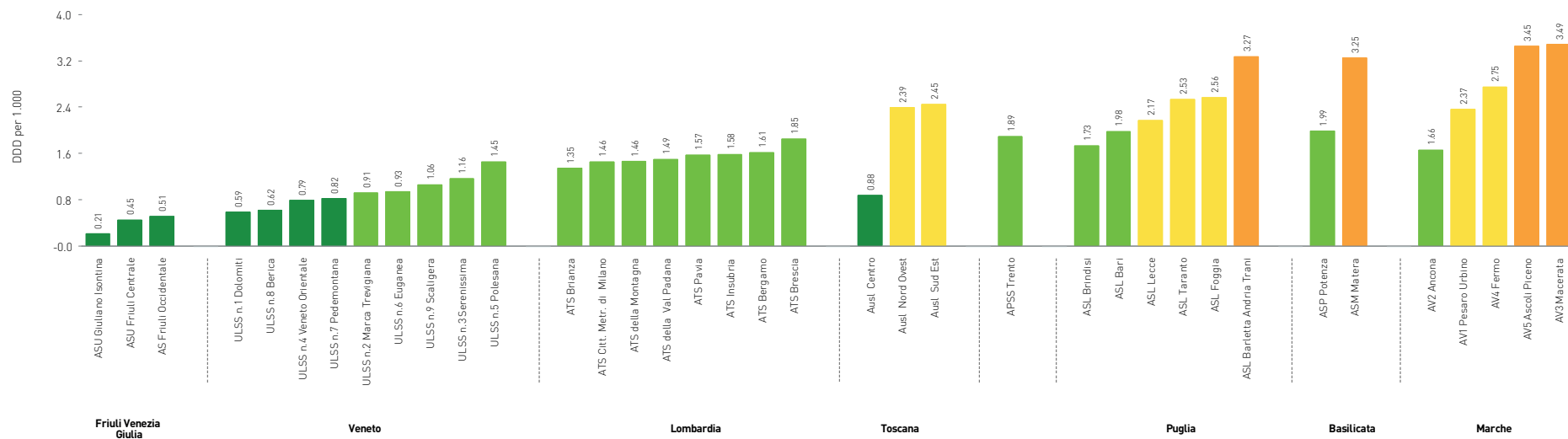
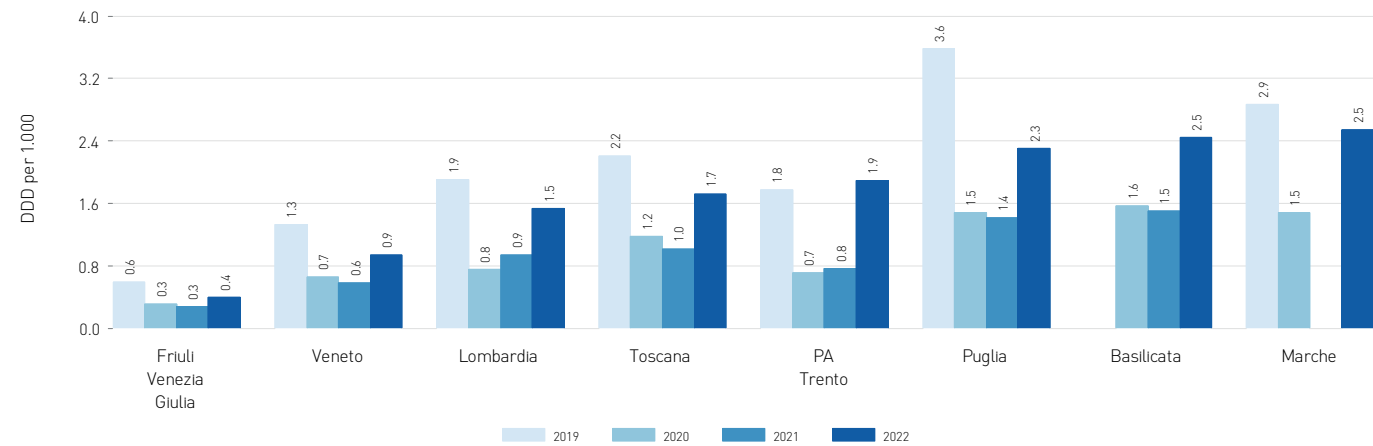
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

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



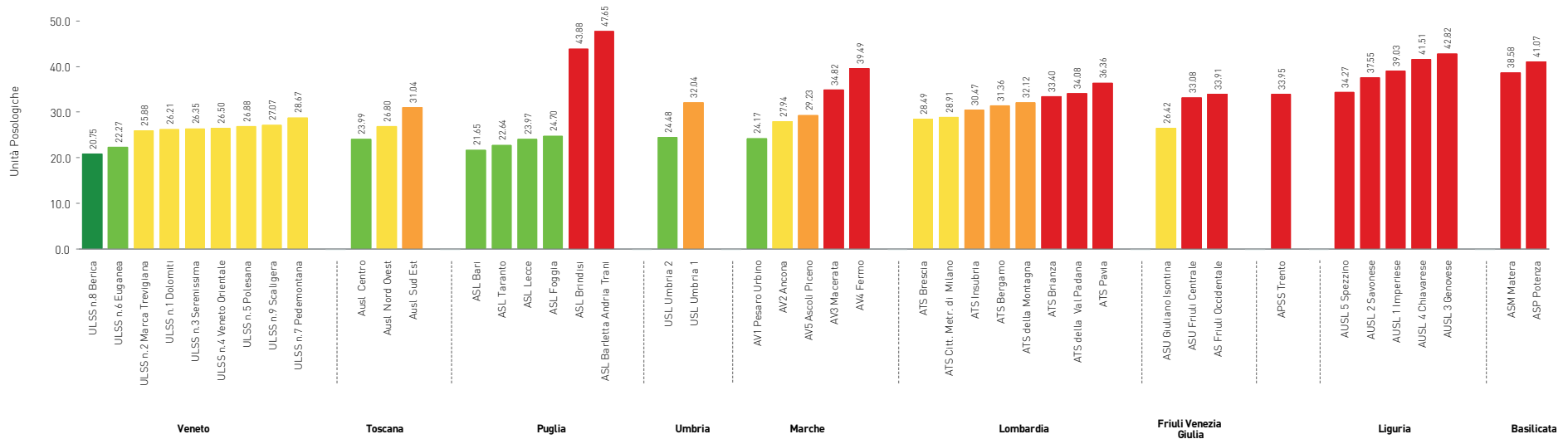
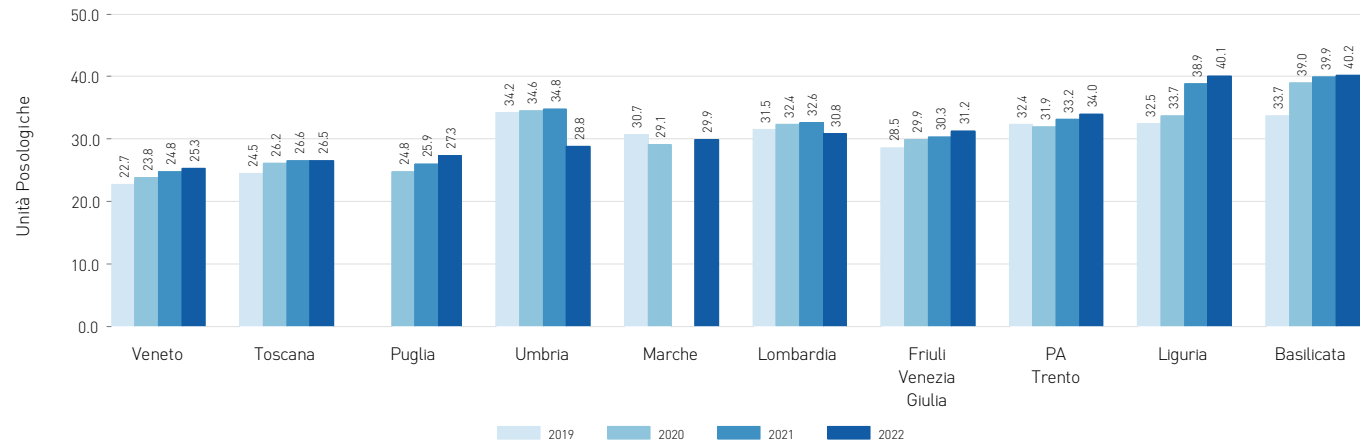
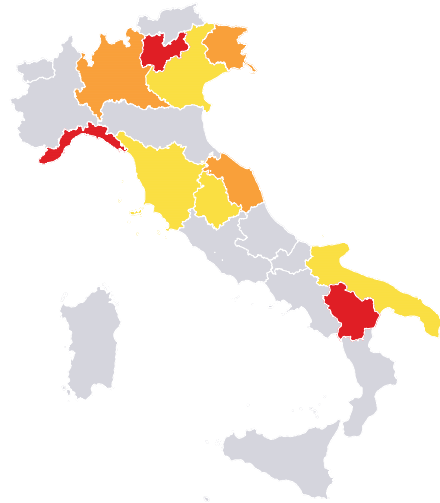
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

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



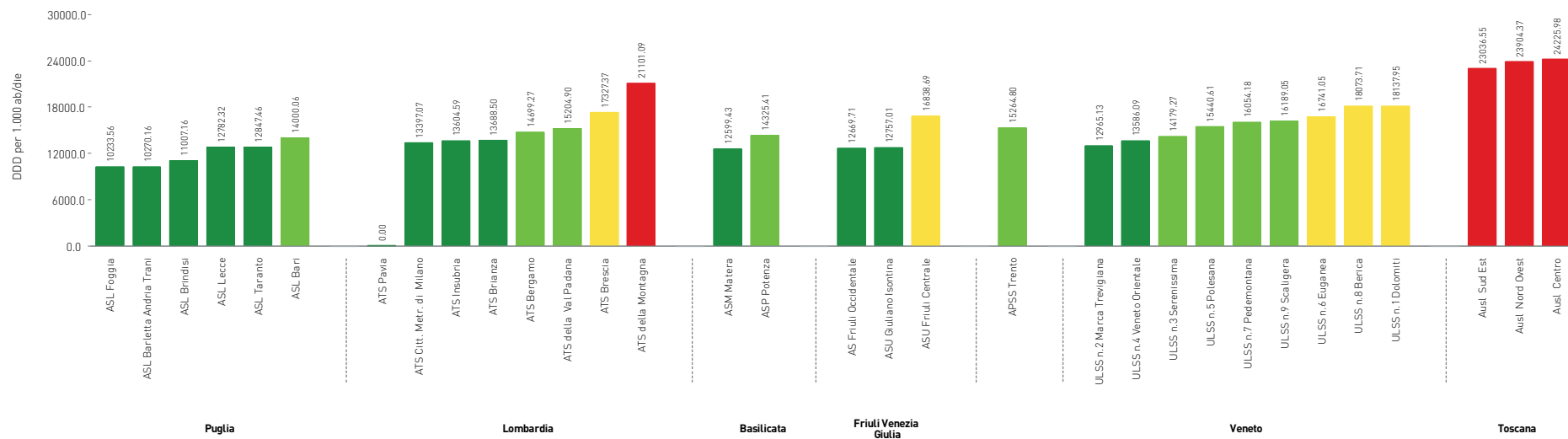
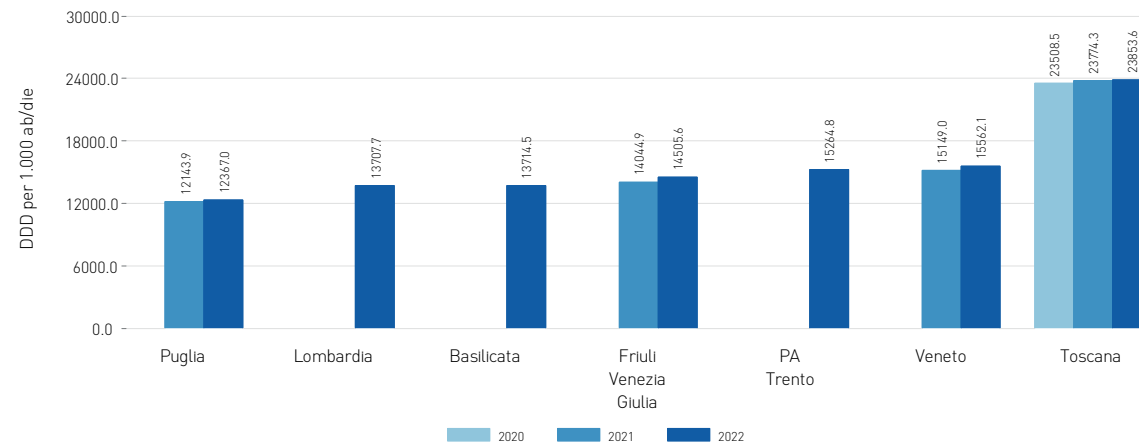
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

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



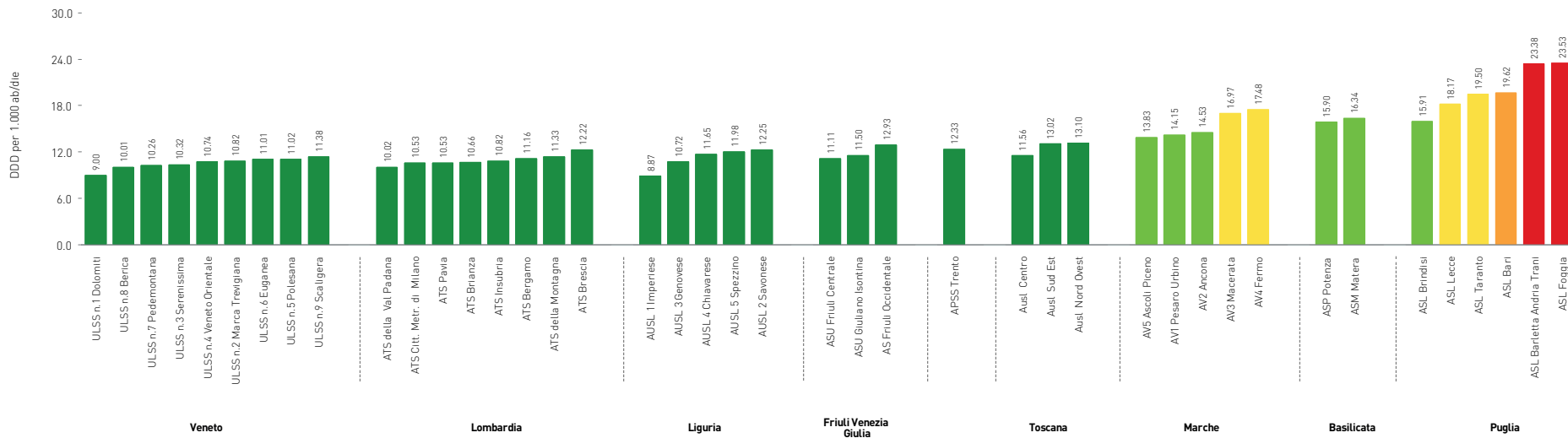
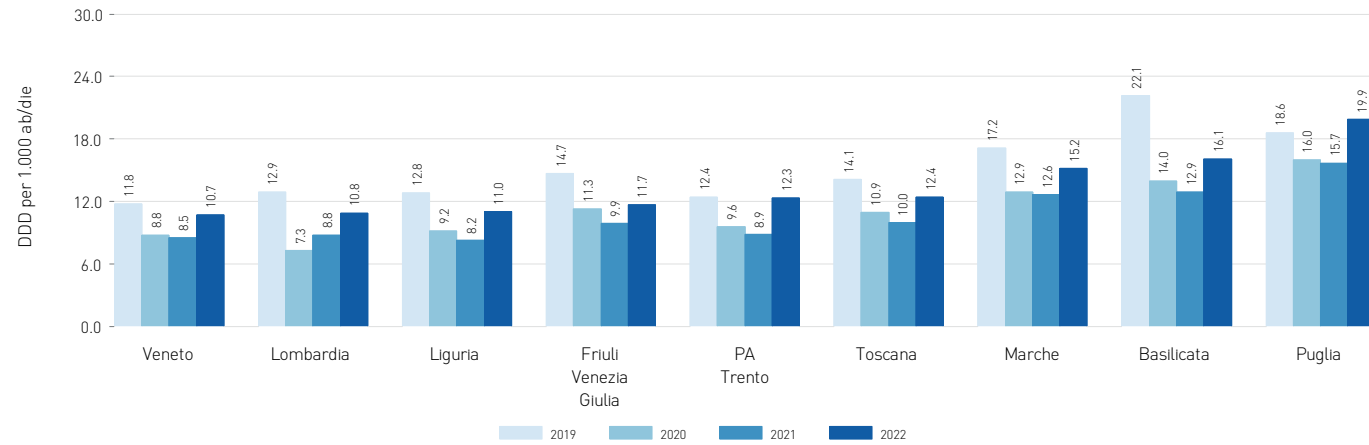
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.

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



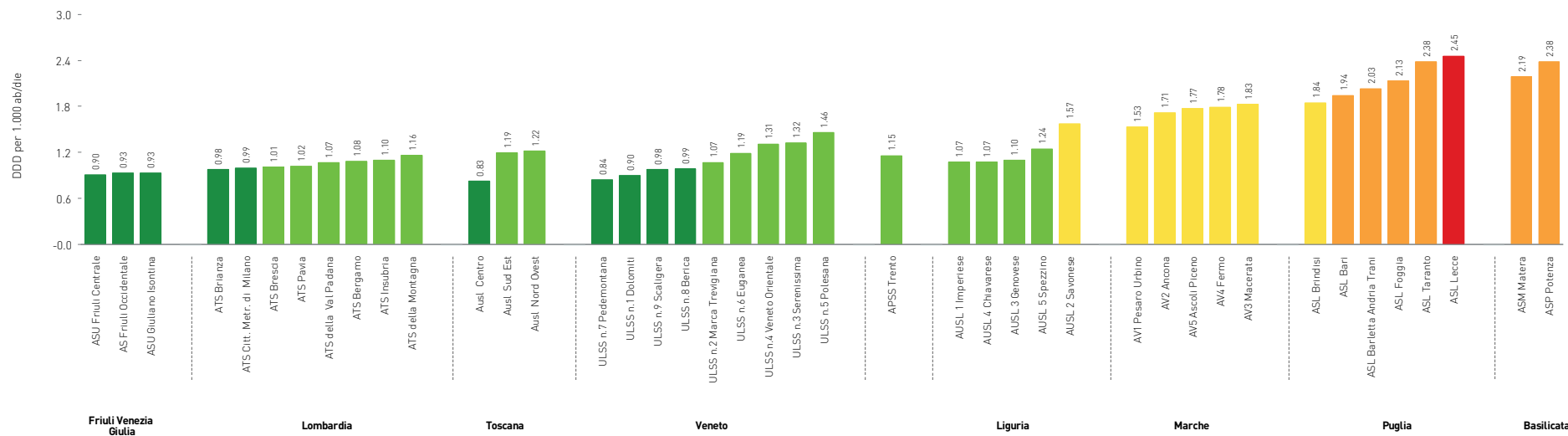
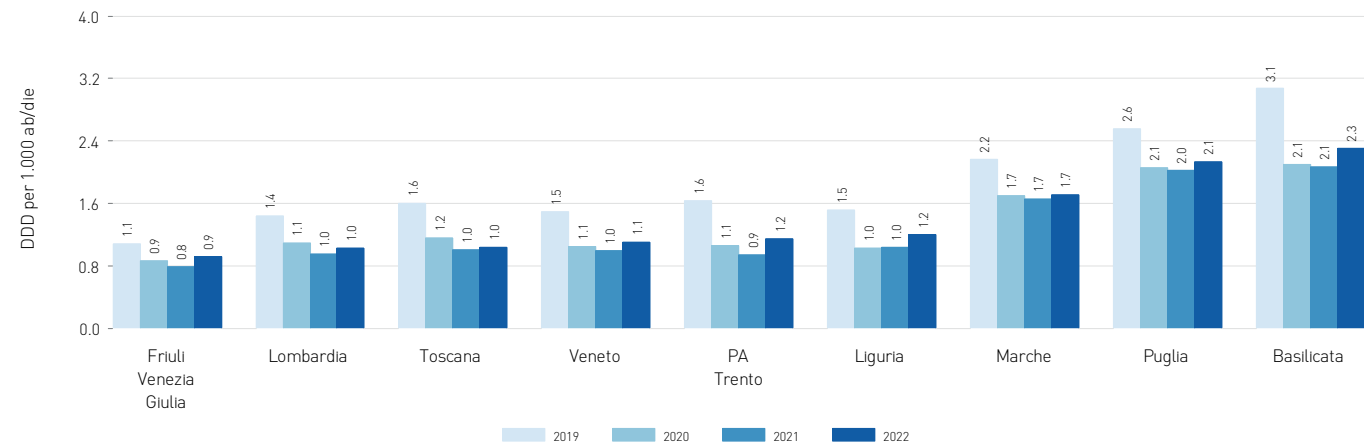
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

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



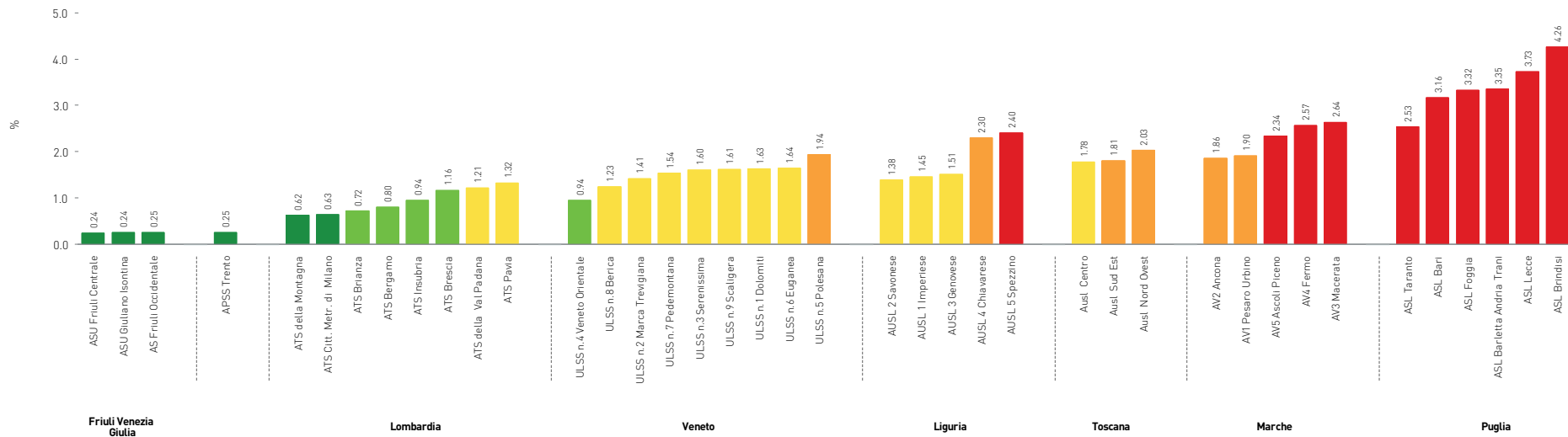
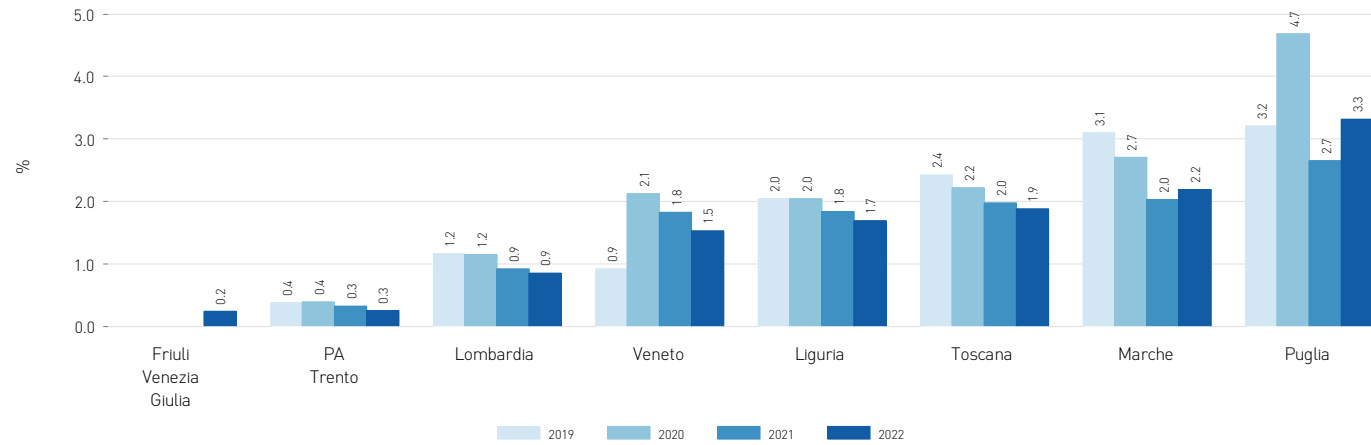
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

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



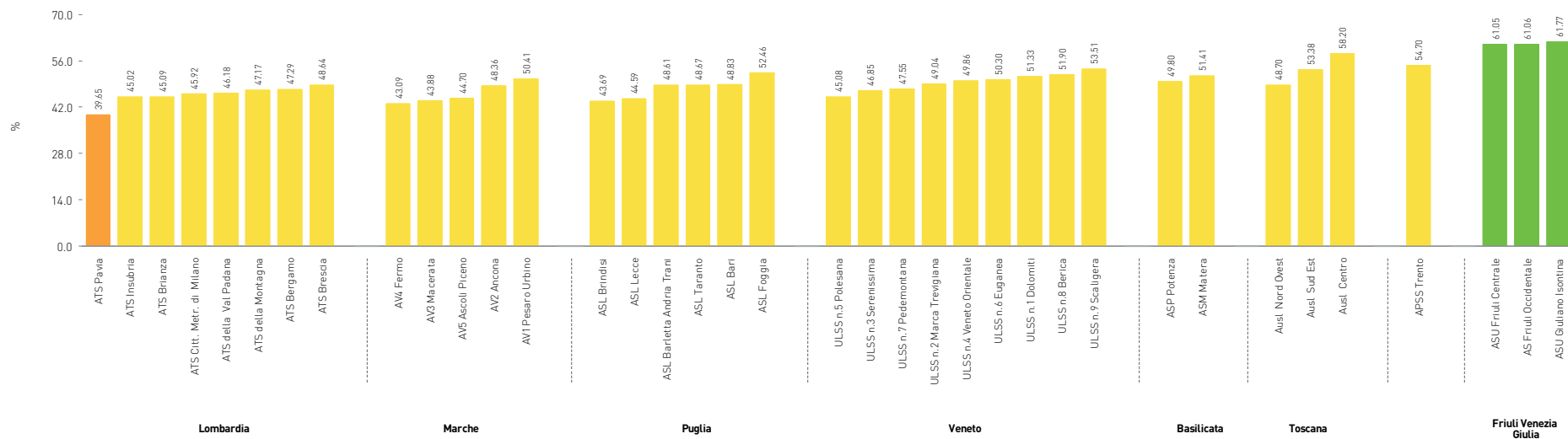
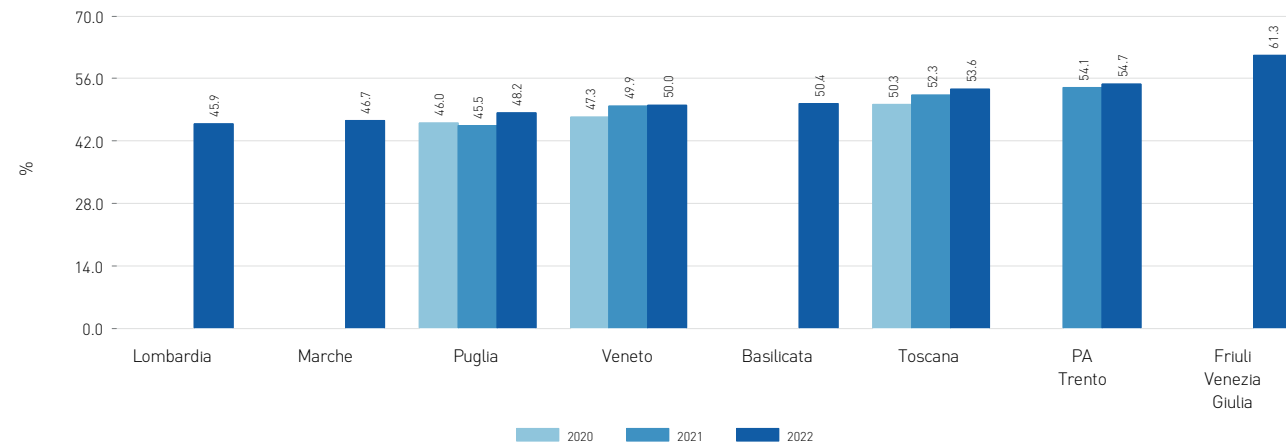
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

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



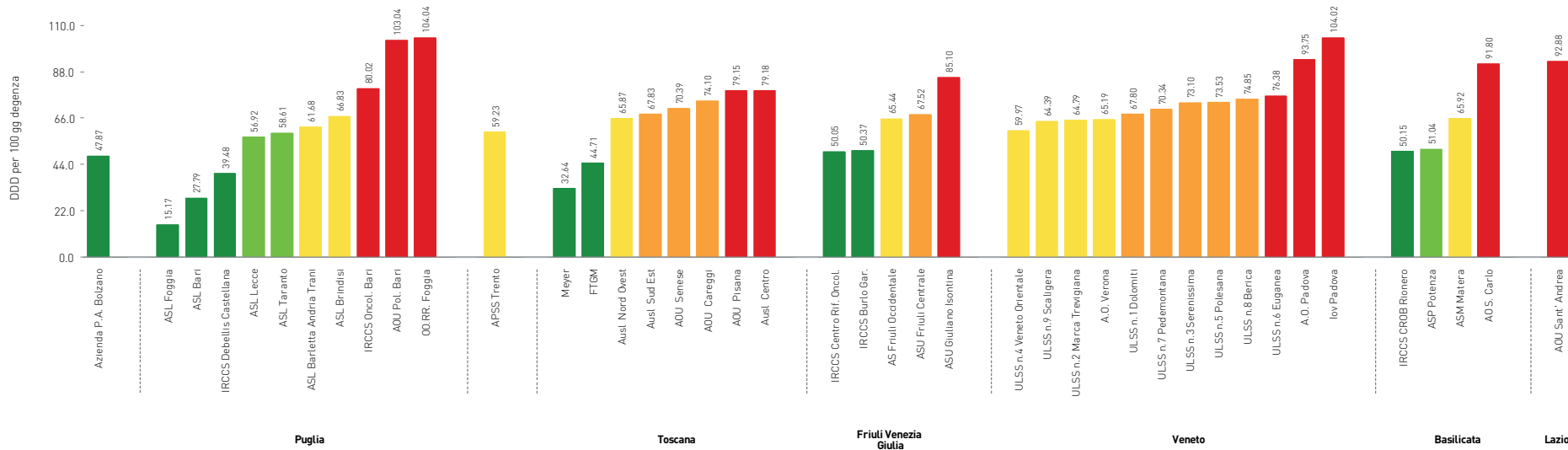
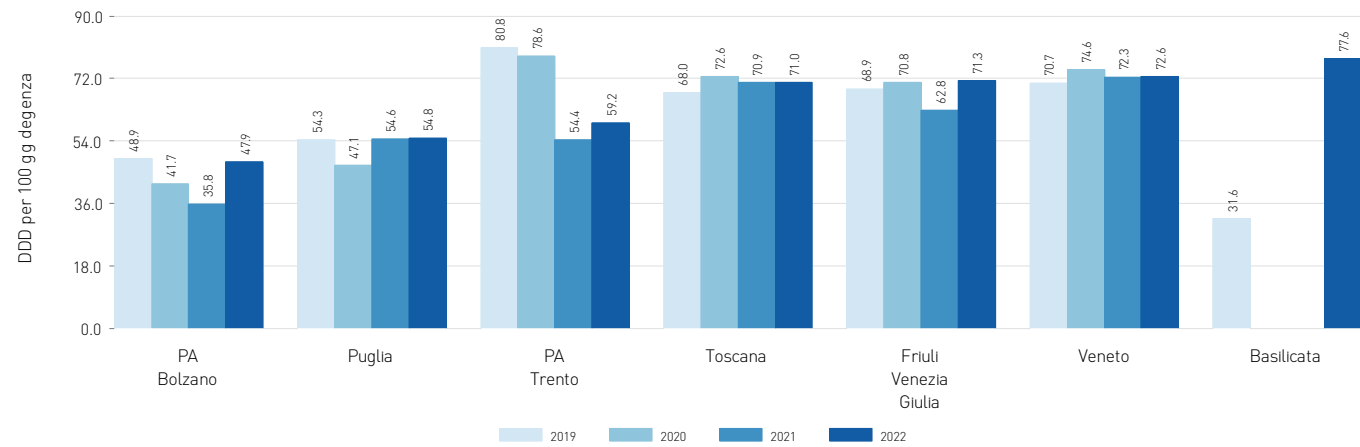
C9.8.1.7 Proporzione di antibiotici Access

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



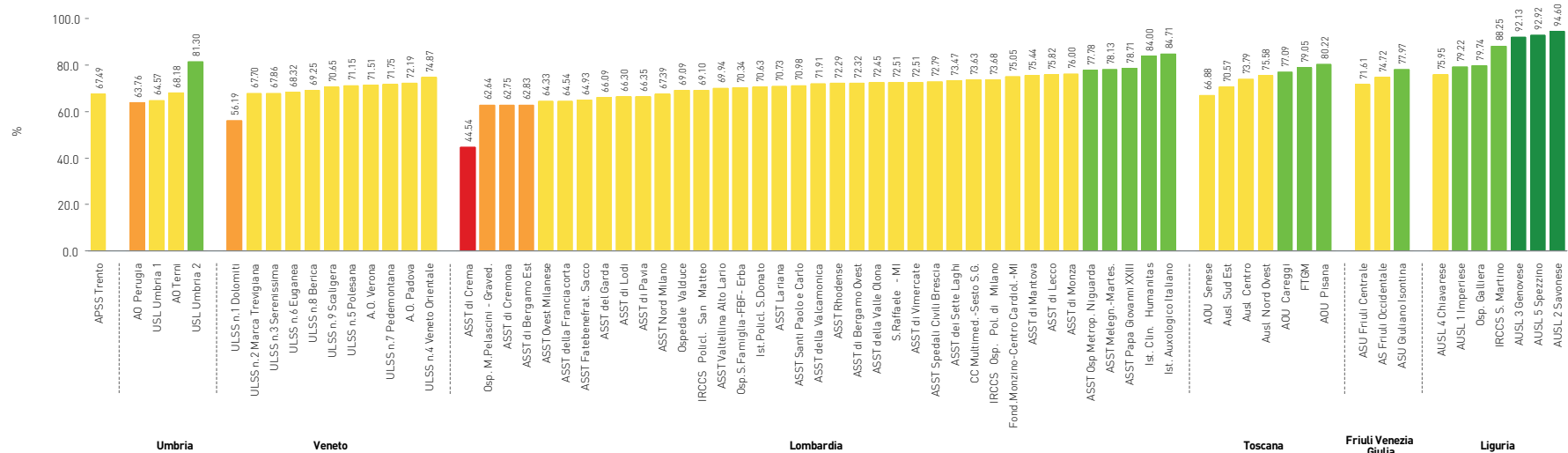
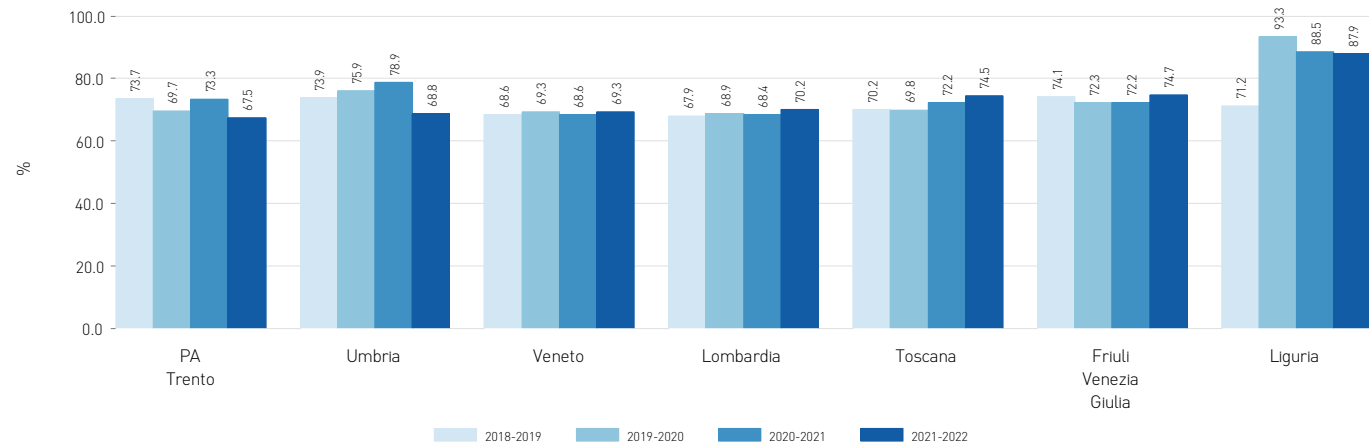
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti

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



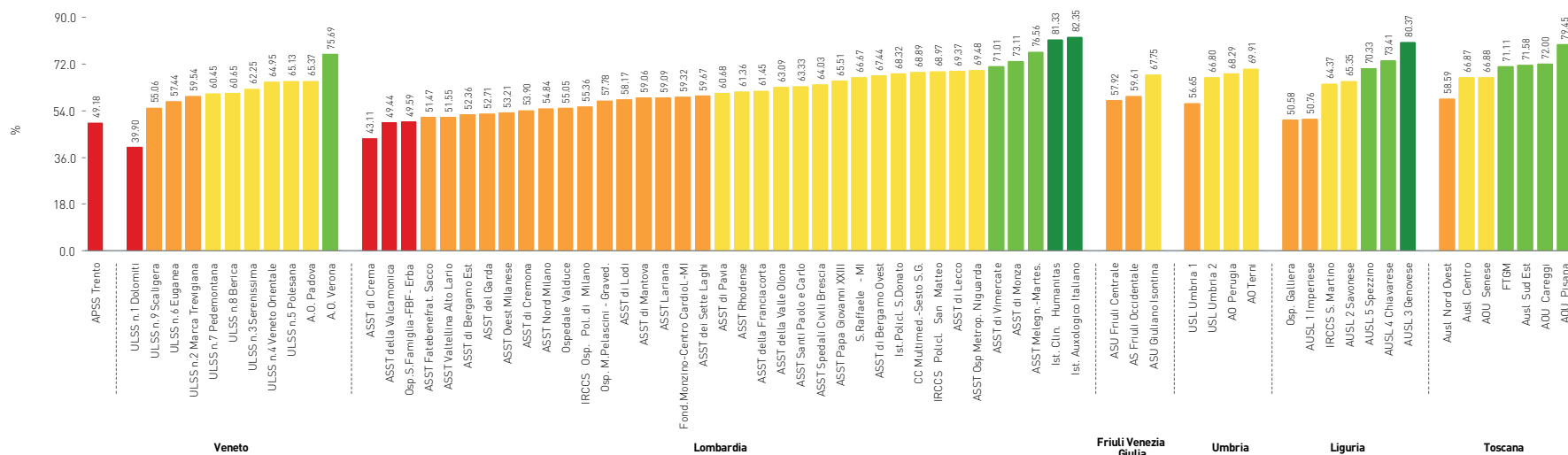
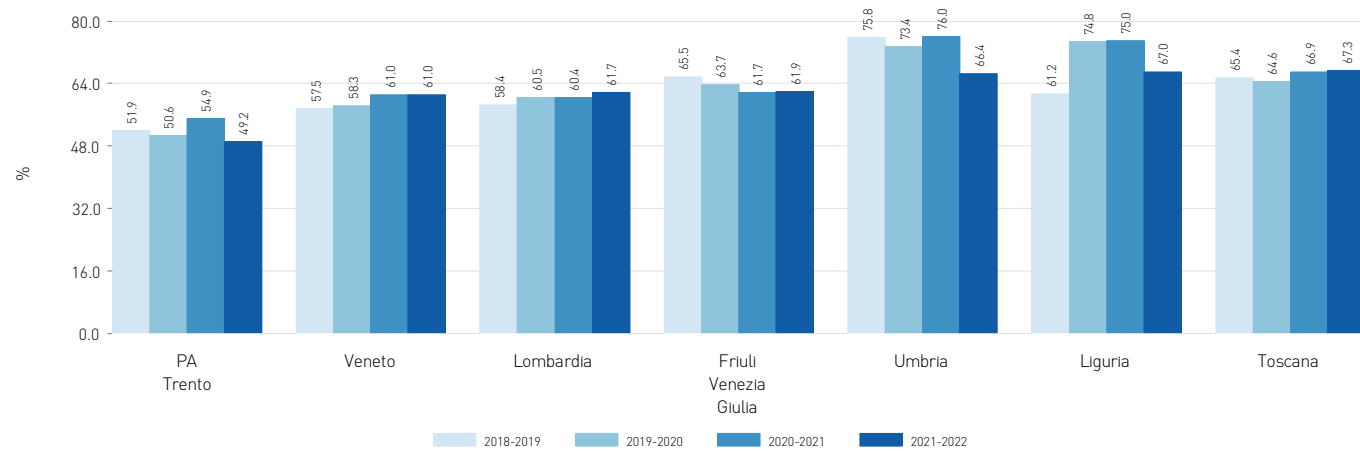
C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

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.



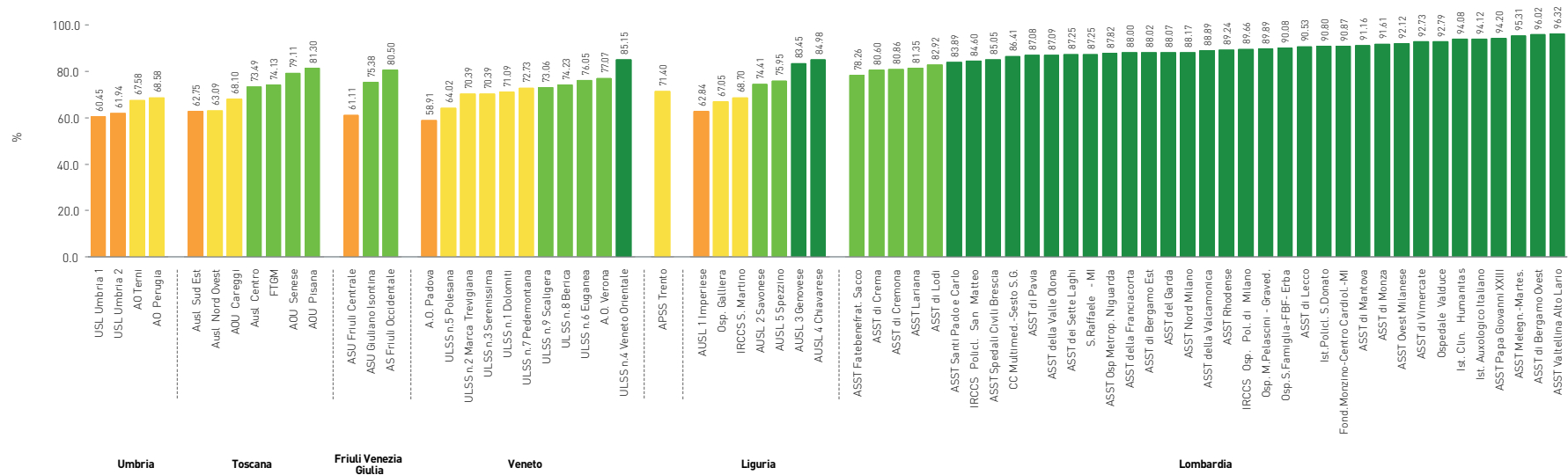
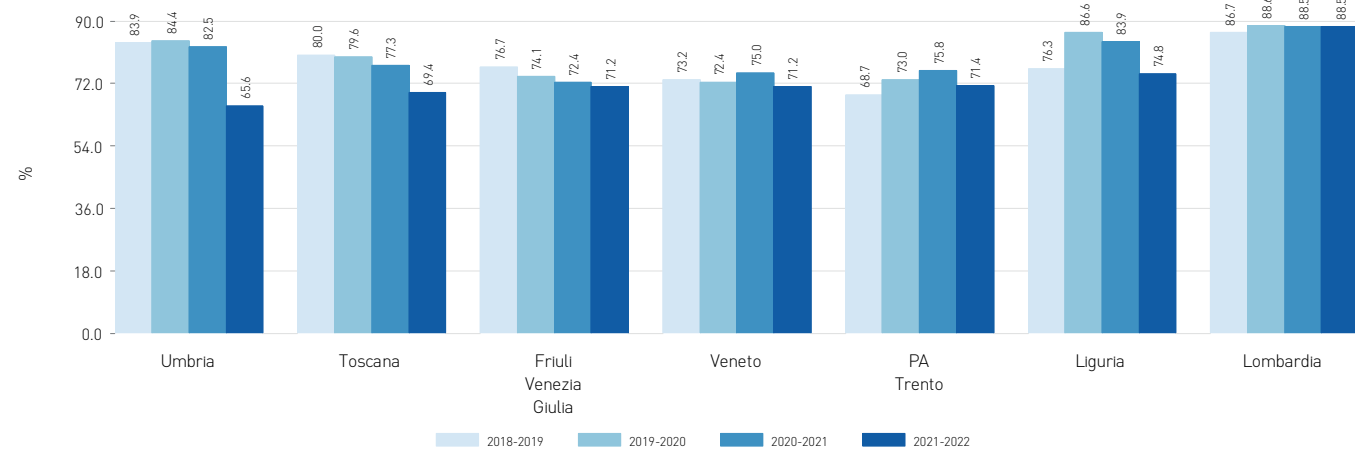
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

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.



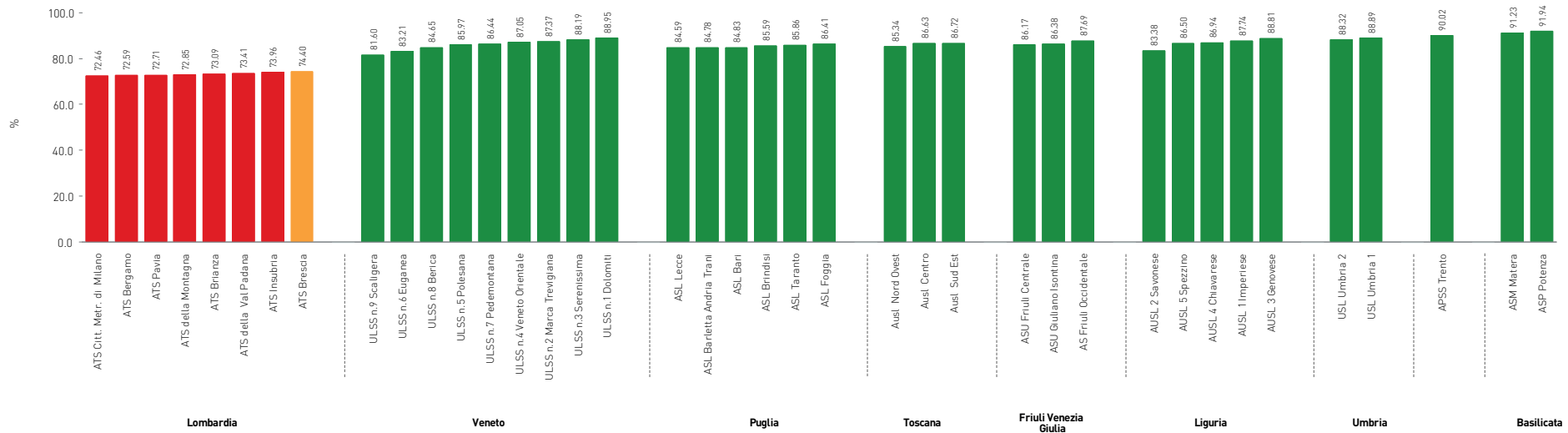
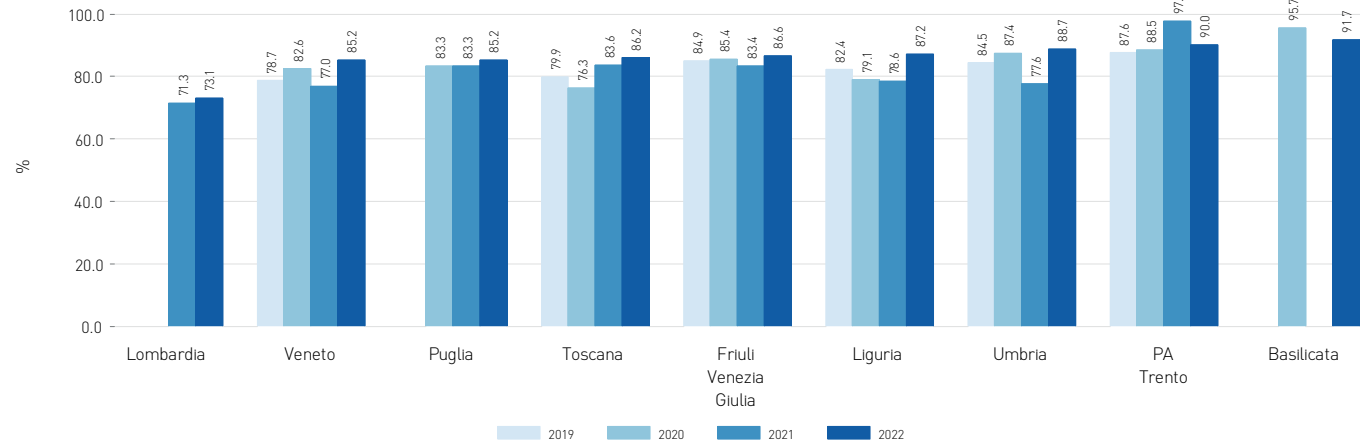
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

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.



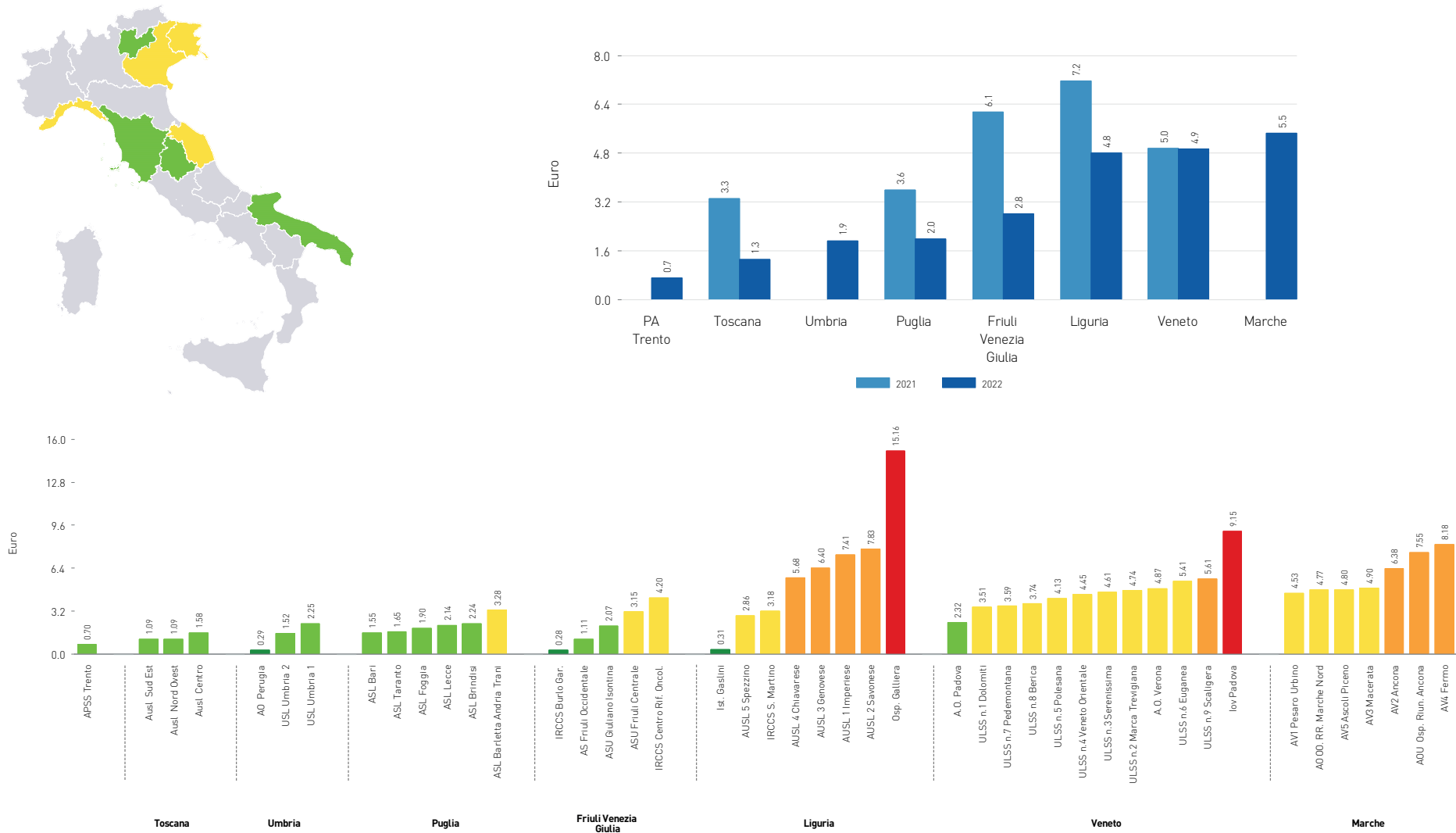
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

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



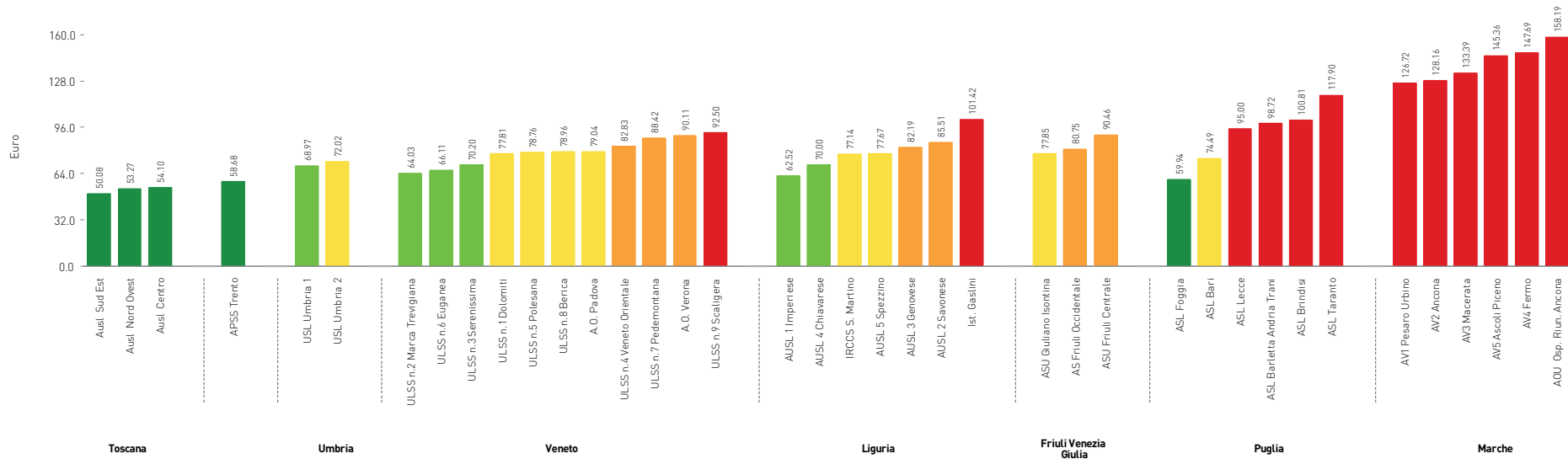
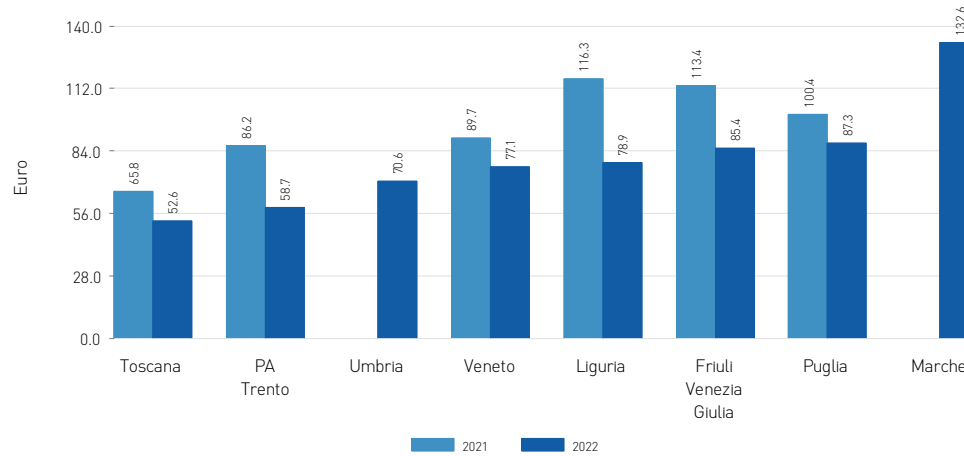
F20.7.1 Spesa per UP Imatinib

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



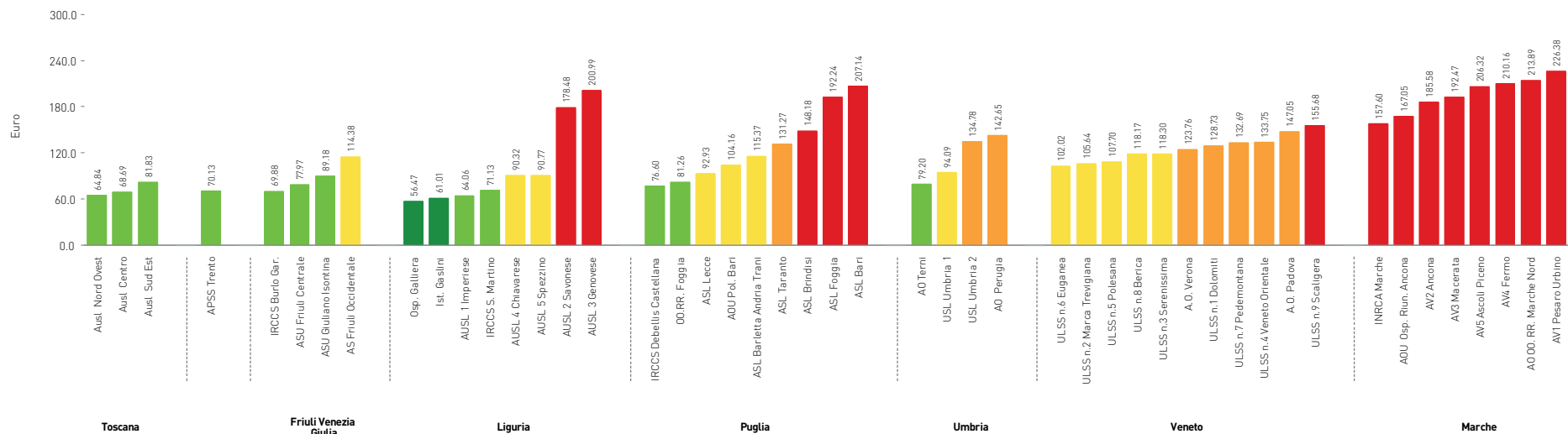
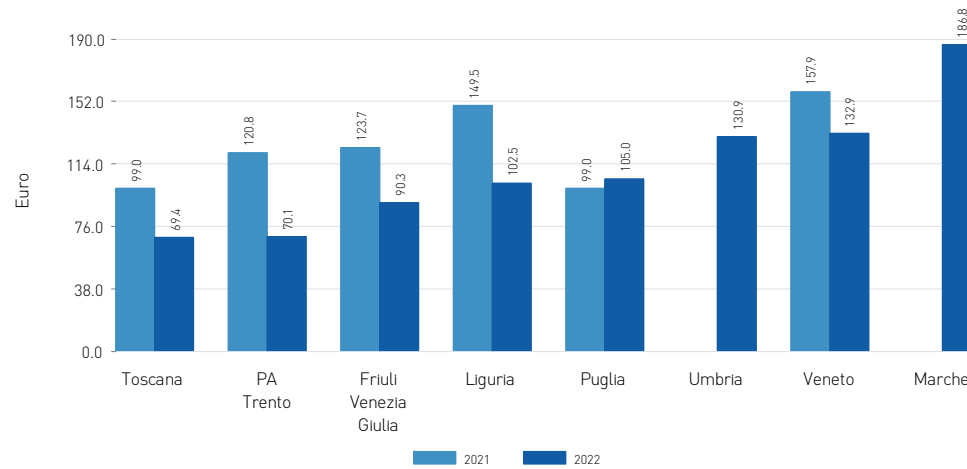
F20.8.1 Spesa per UP Etanercept

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



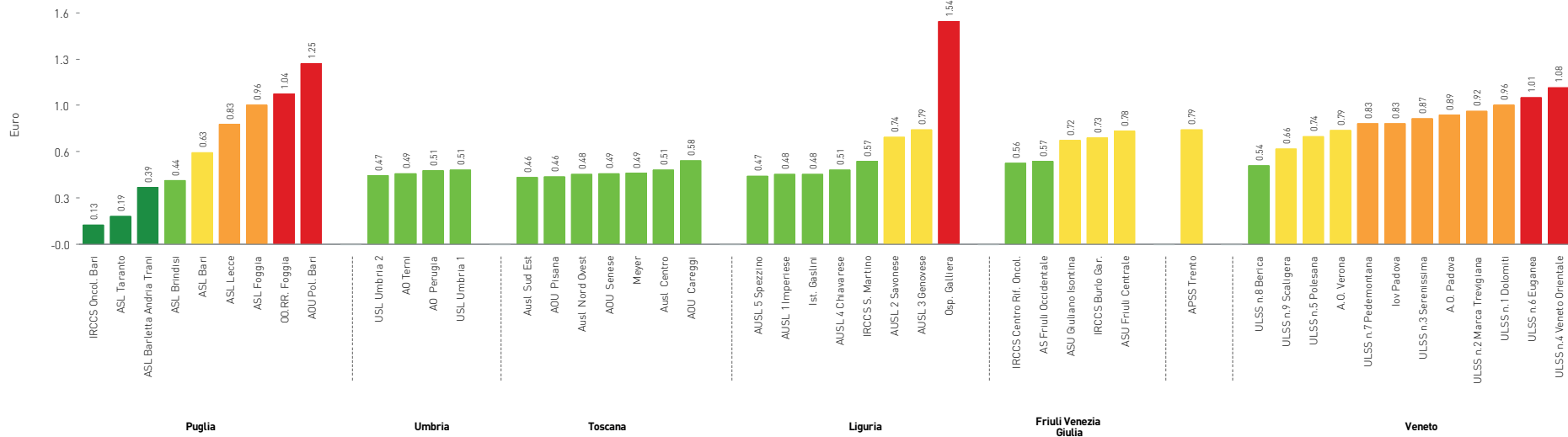
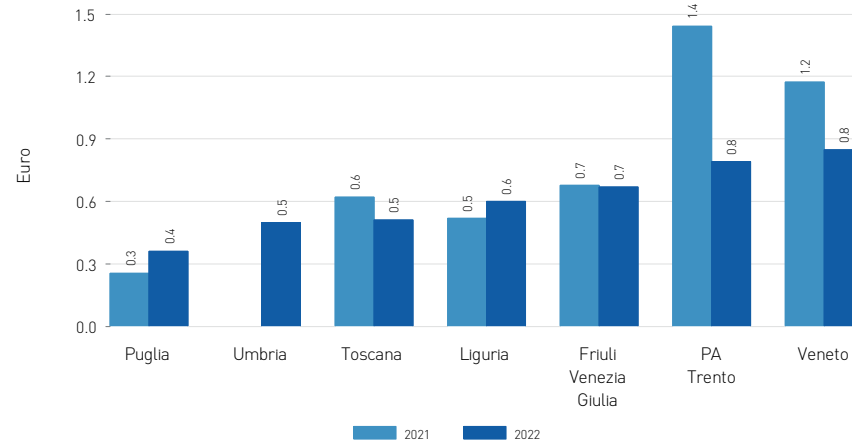
F20.9.1 Spesa per UP Infliximab

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



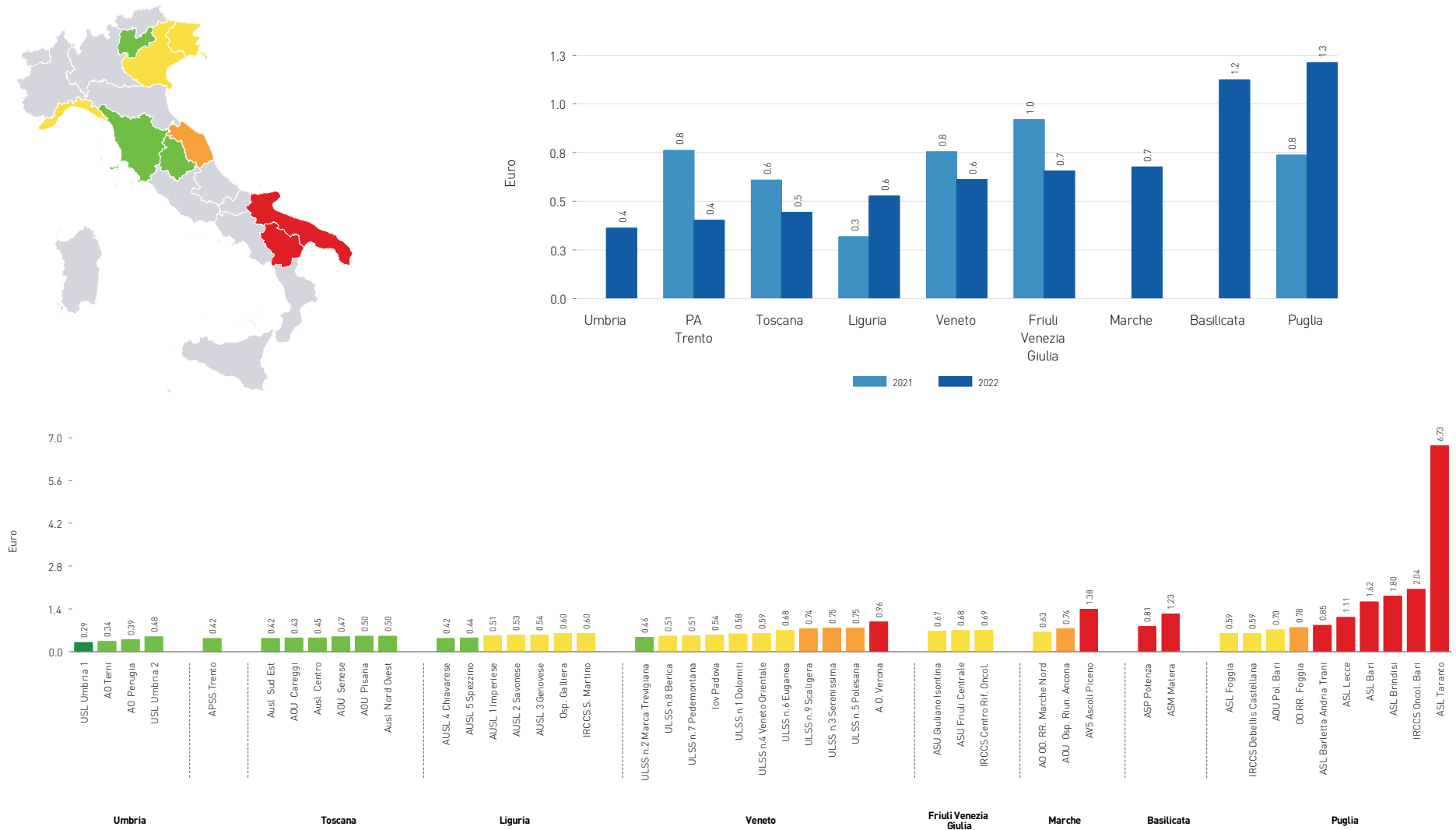
F20.10.1 Spesa per MG Rituximab

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



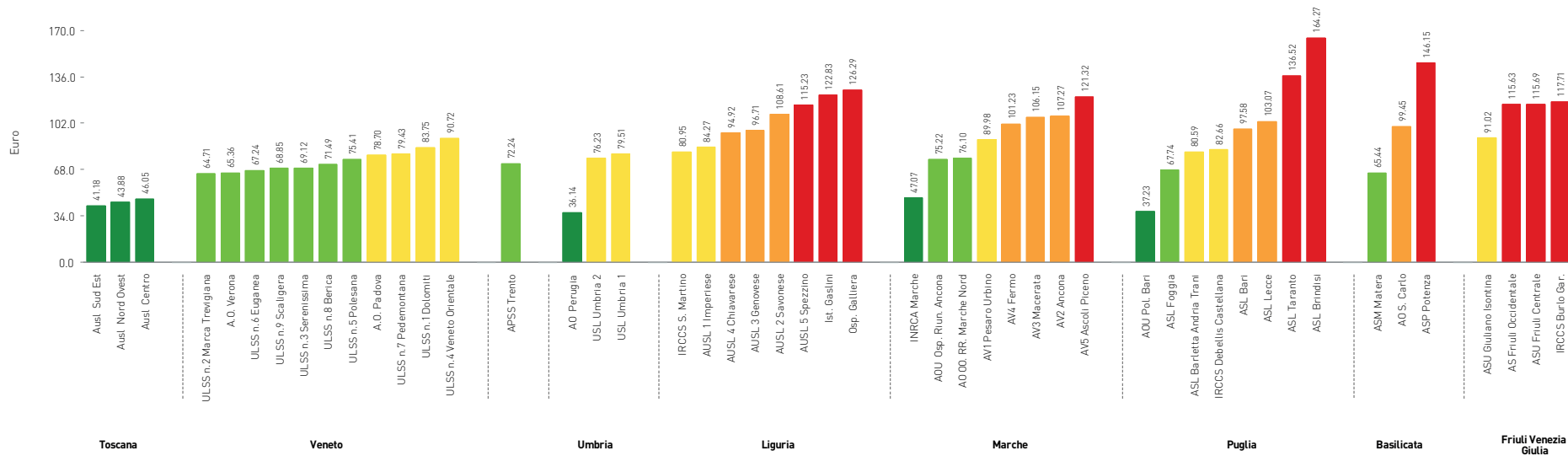
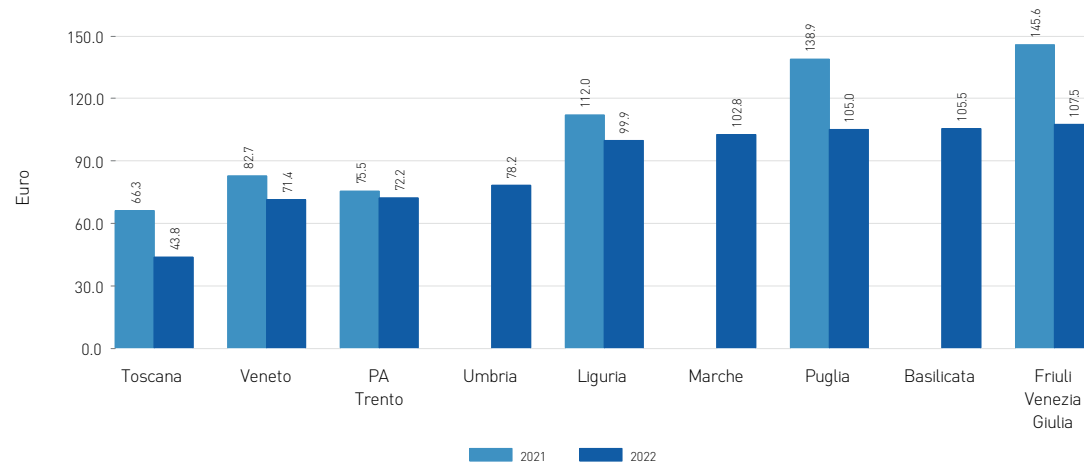
F20.11.1 Spesa per mg Trastuzumab

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



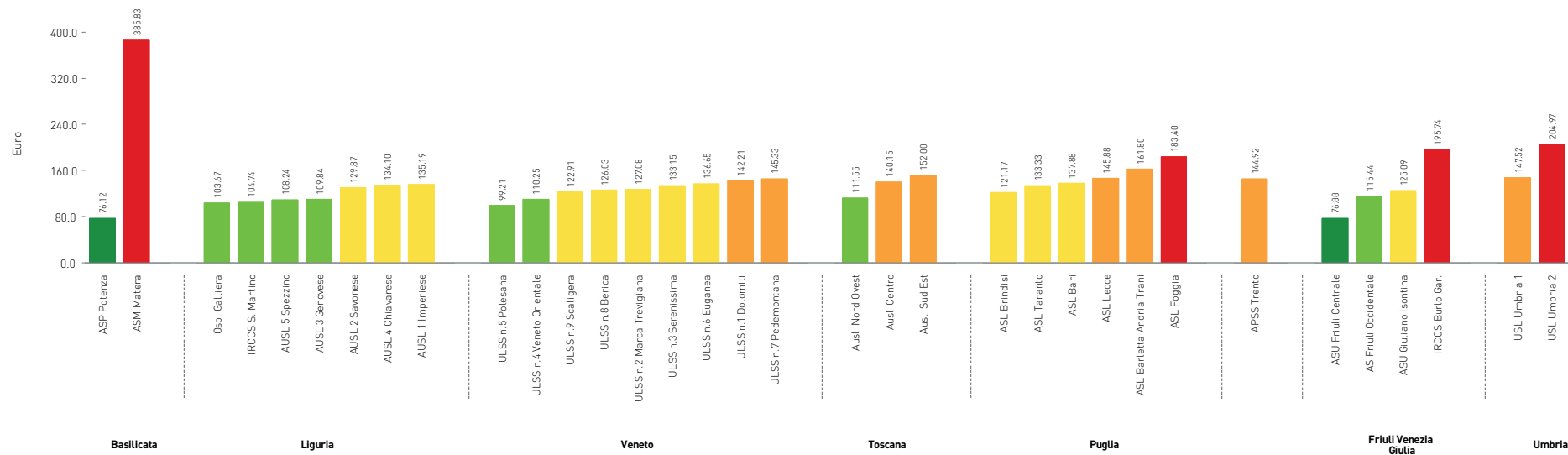
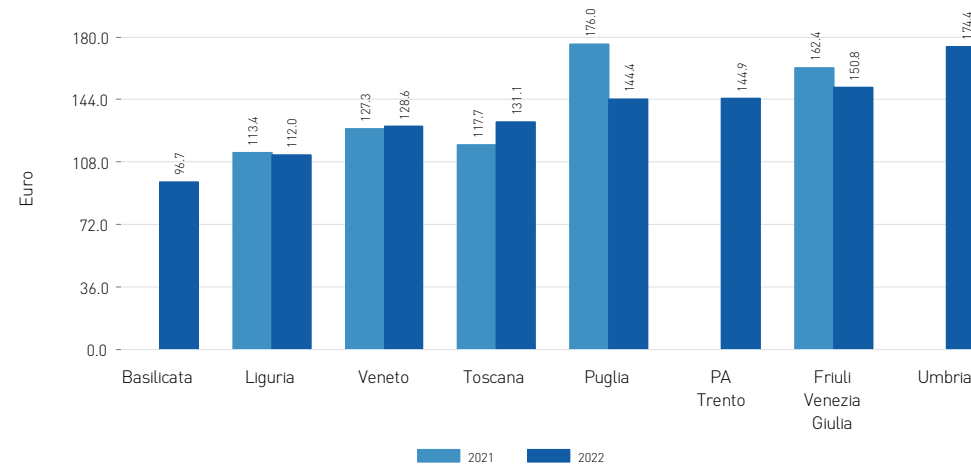
F20.12.1 Spesa per UP Adalimumab

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



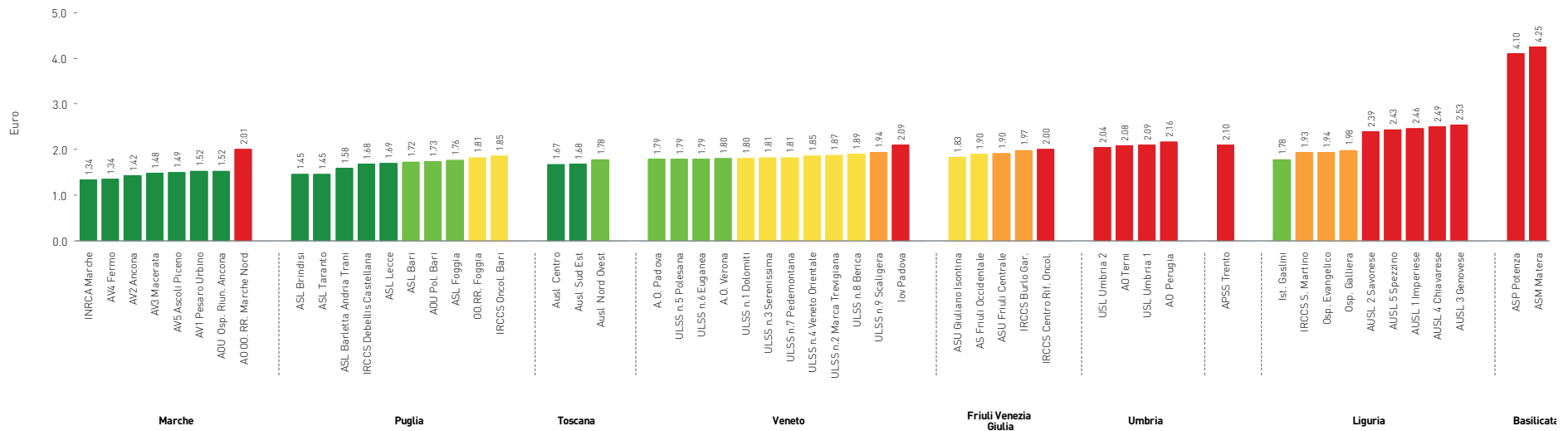
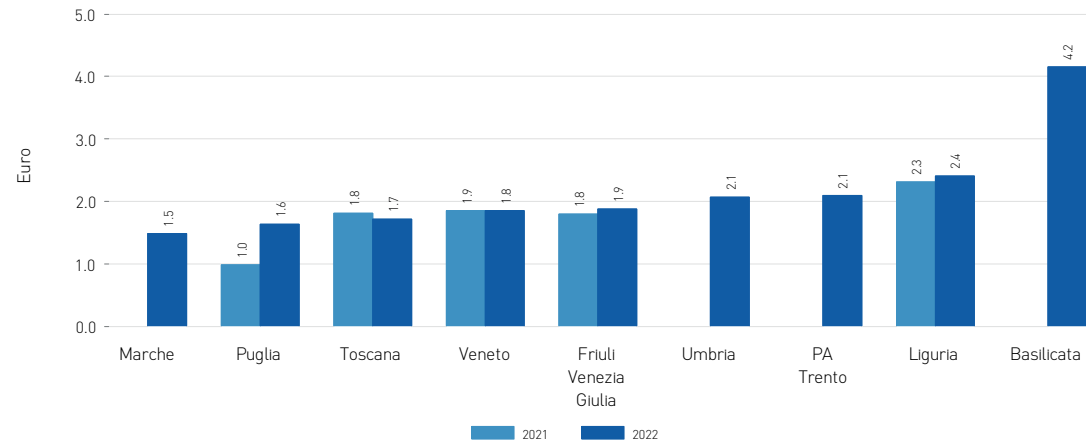
F20.13.1 Spesa per UP Follitropina

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



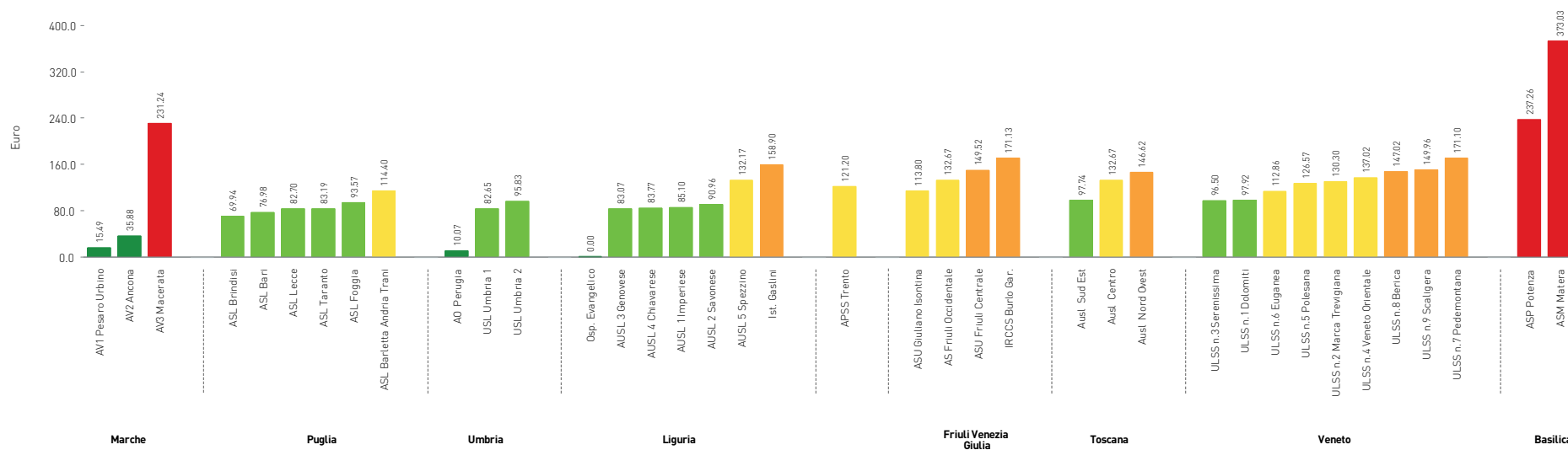
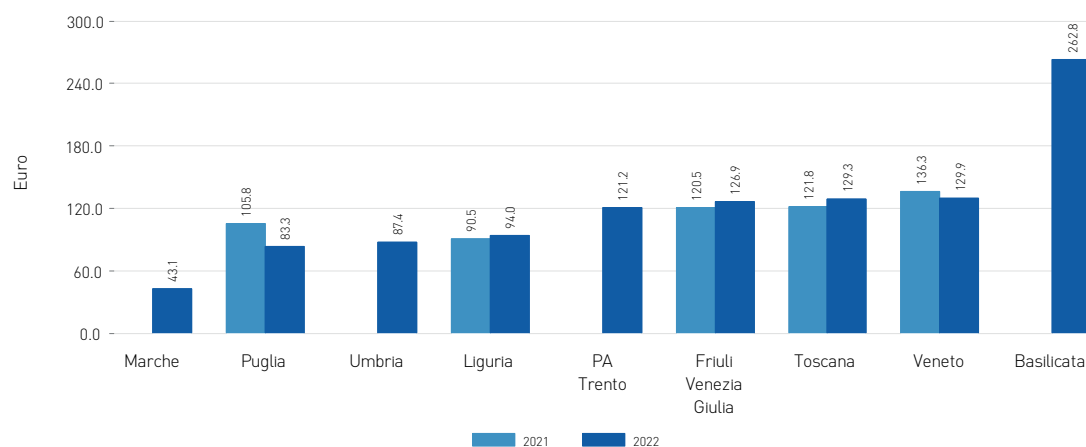
F20.14.1 Spesa per UP Enoxaparina

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



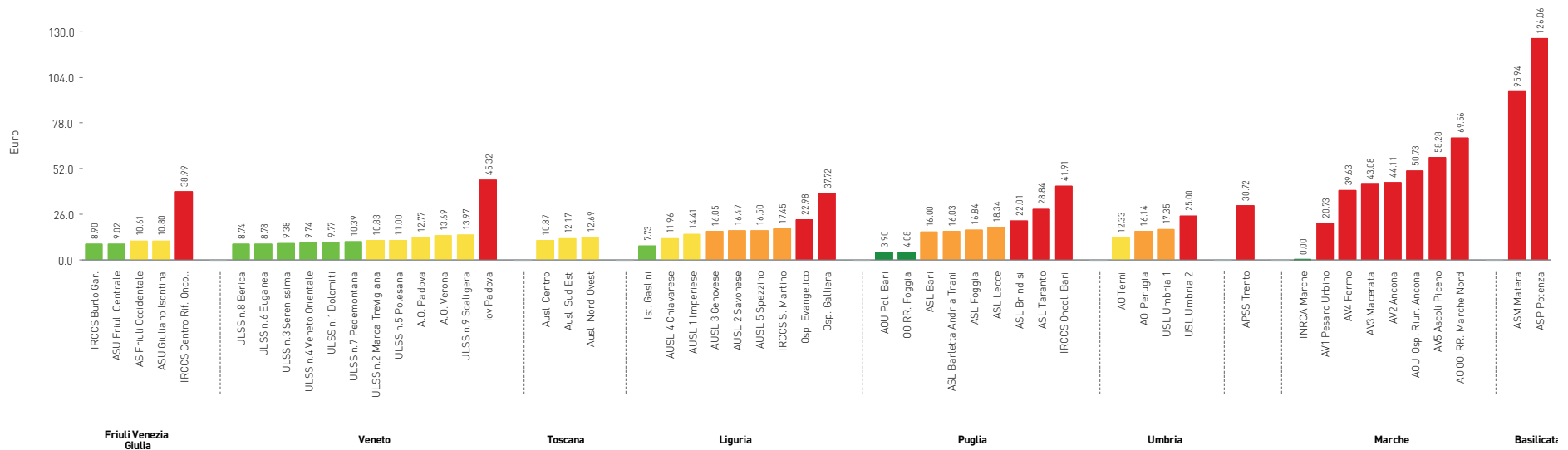
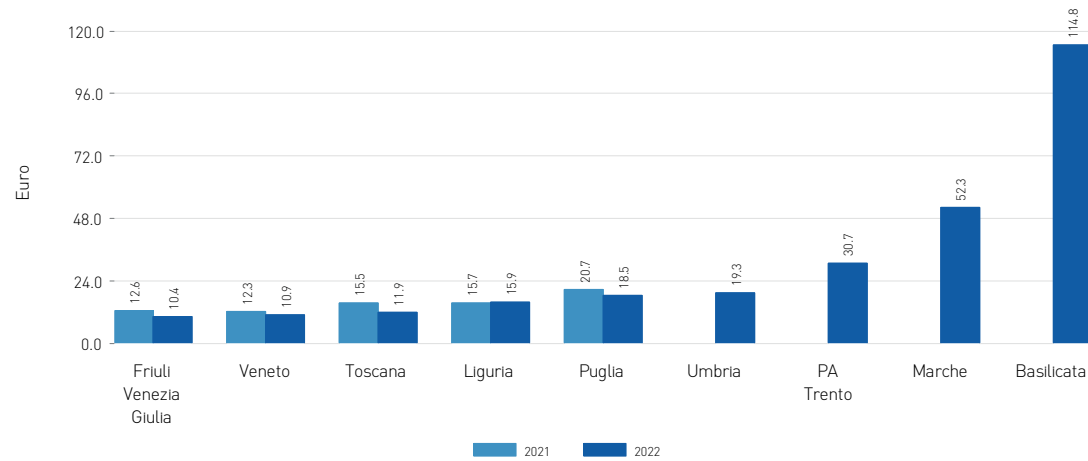
F20.15.1 Spesa per UP Somatropina

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



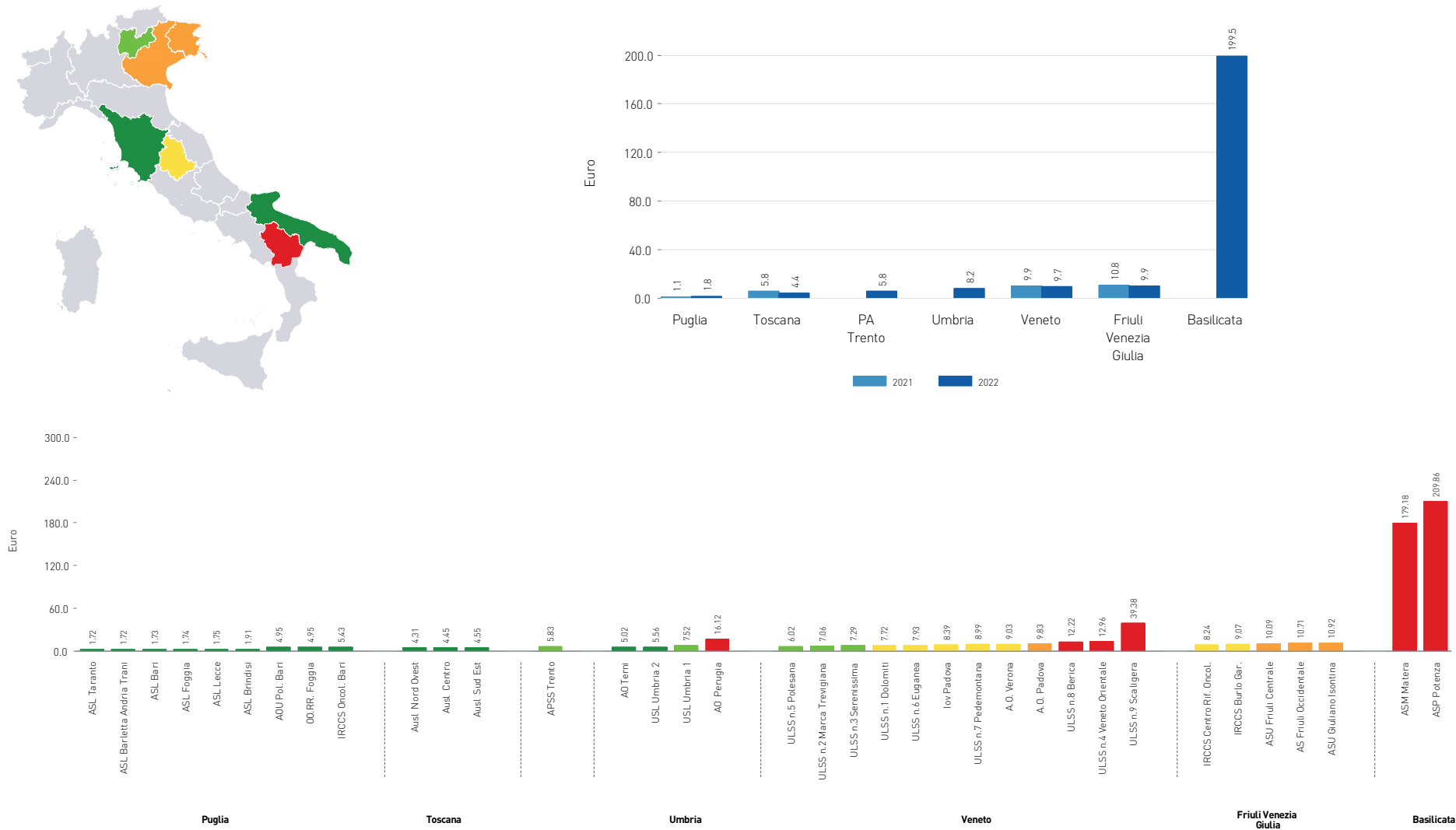
F20.16.1 Spesa per UP Epoietina

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



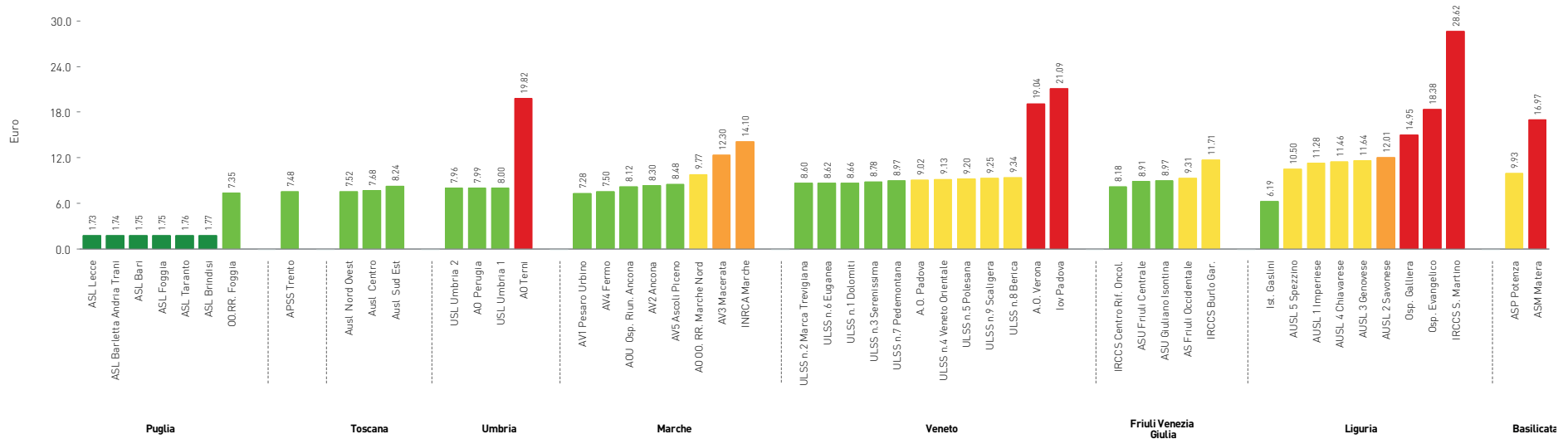
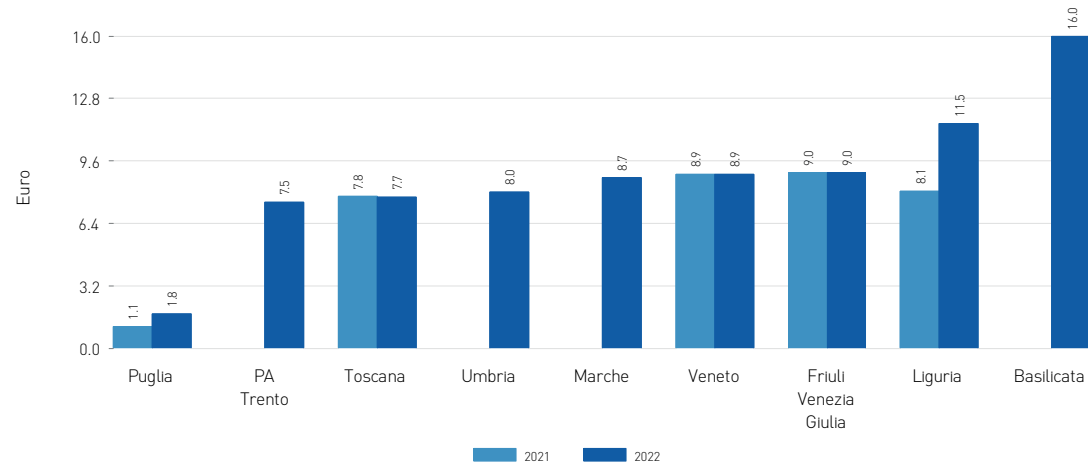
F20.17.2 Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie

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



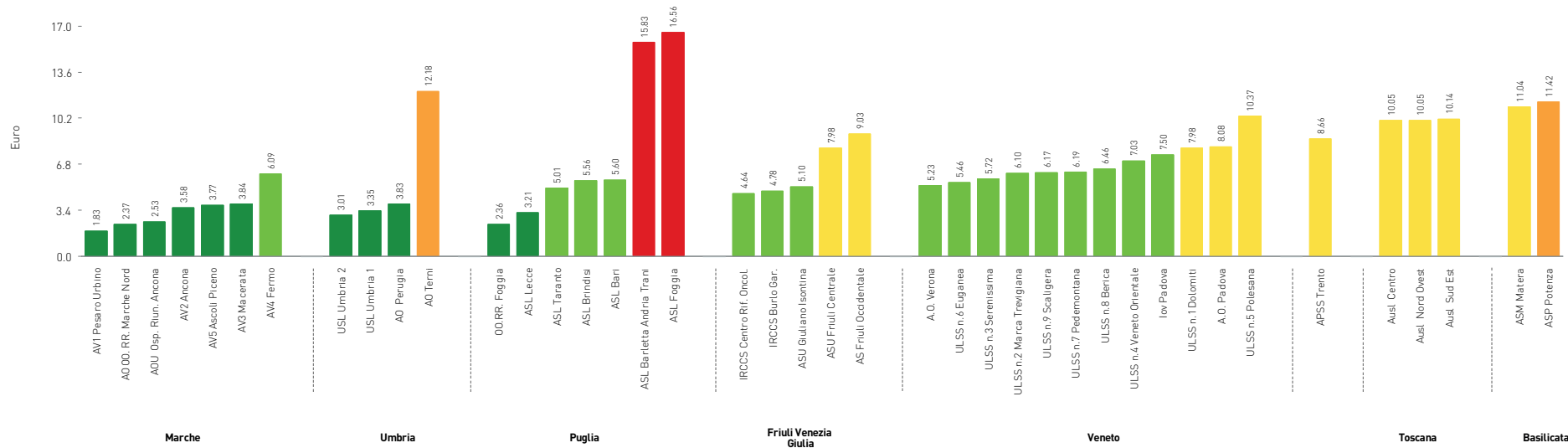
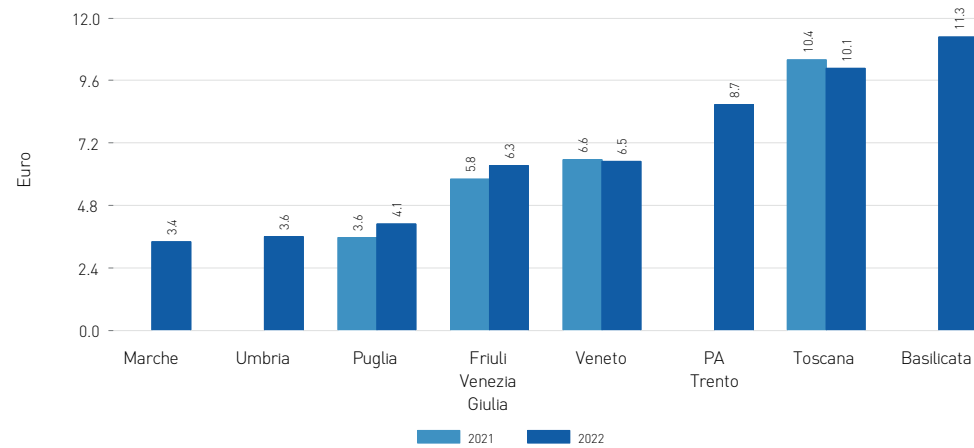
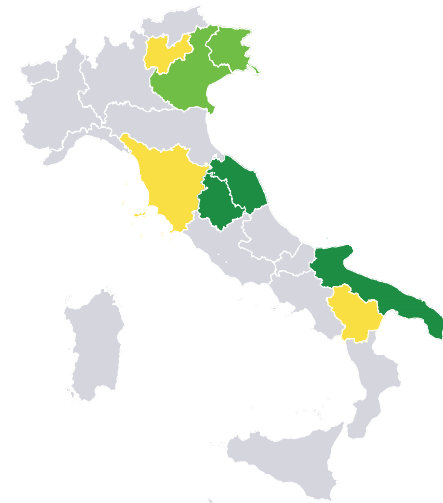
F20.18.1 Spesa per UP Insulina Glargine

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



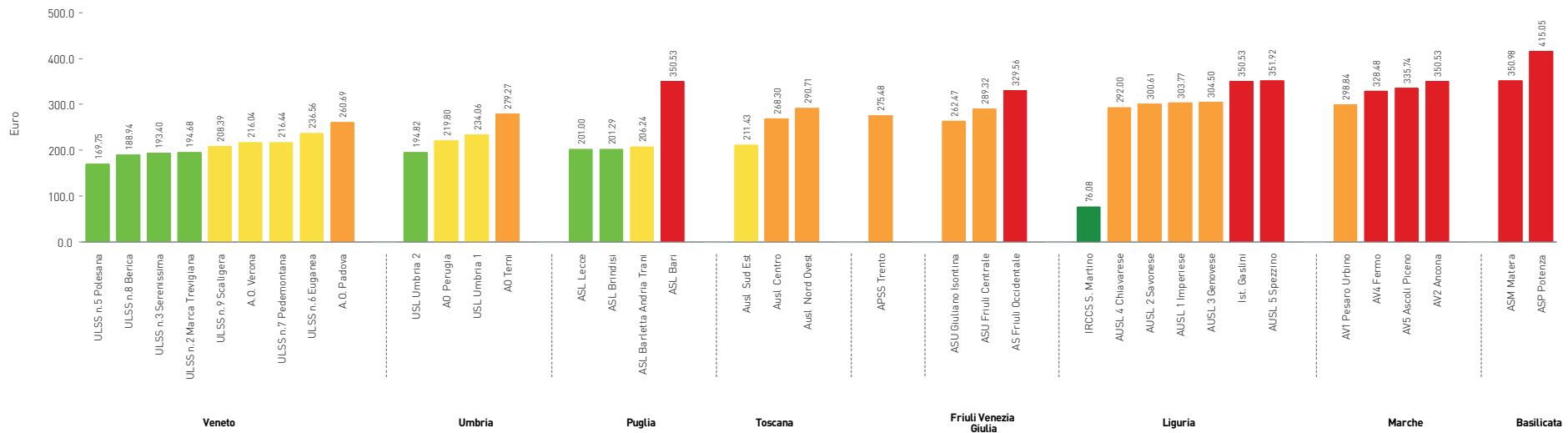
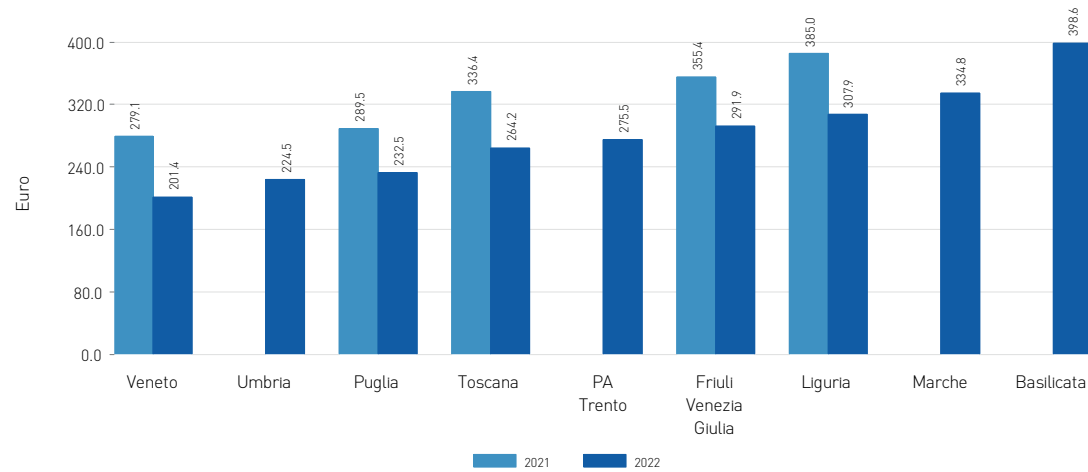
F20.19.1 Spesa per UP Insulina lispro

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



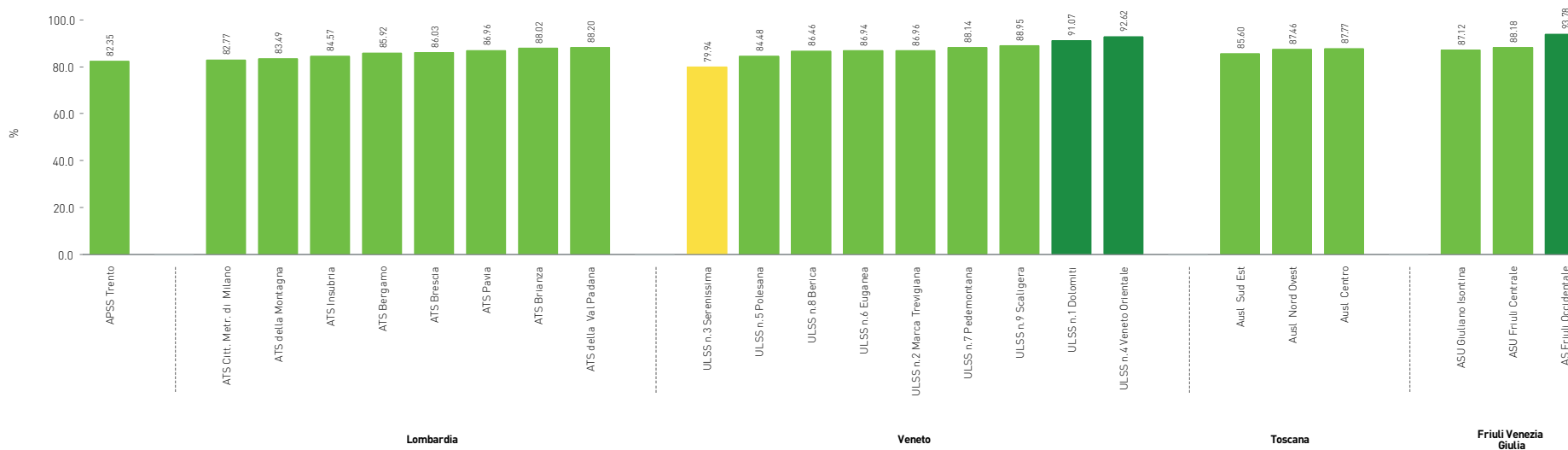
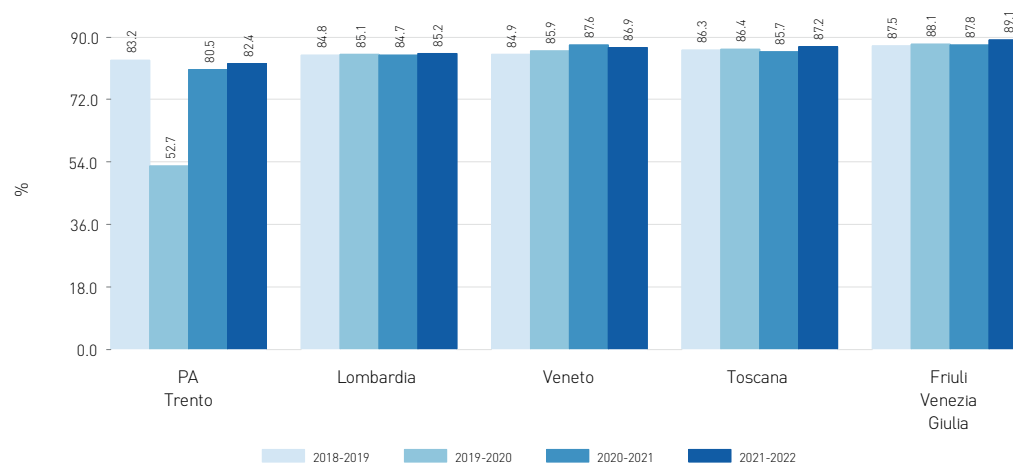
F20.20.1 Spesa per UP Teriparatide

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



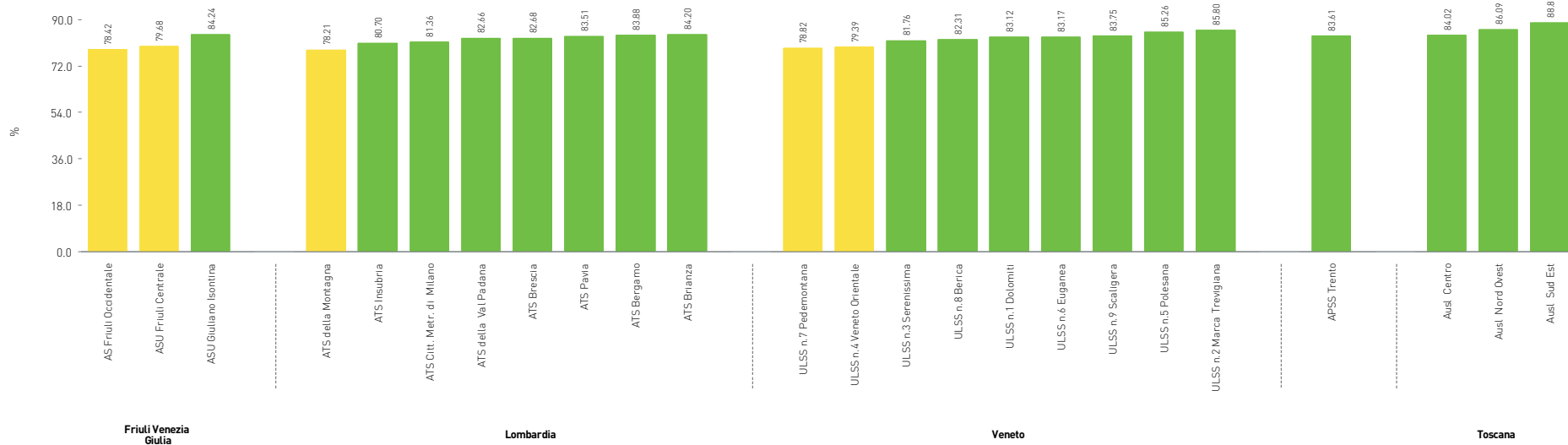
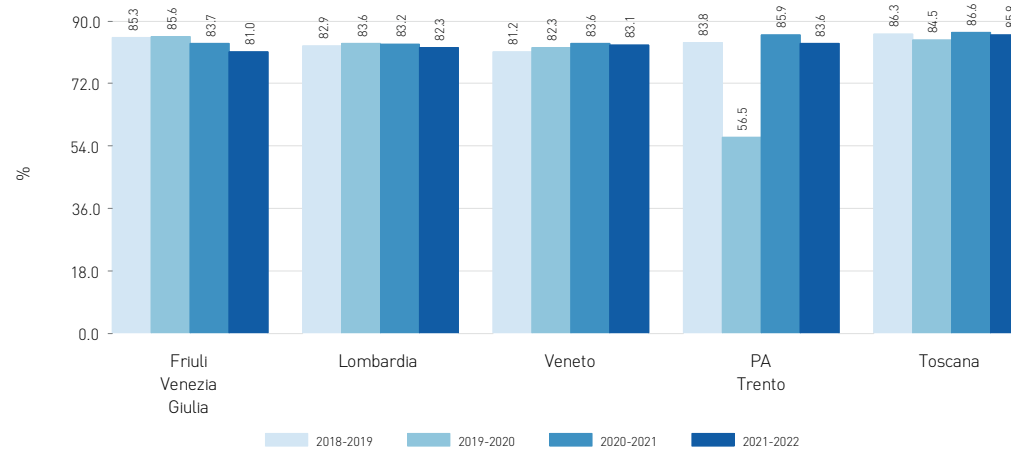
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

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



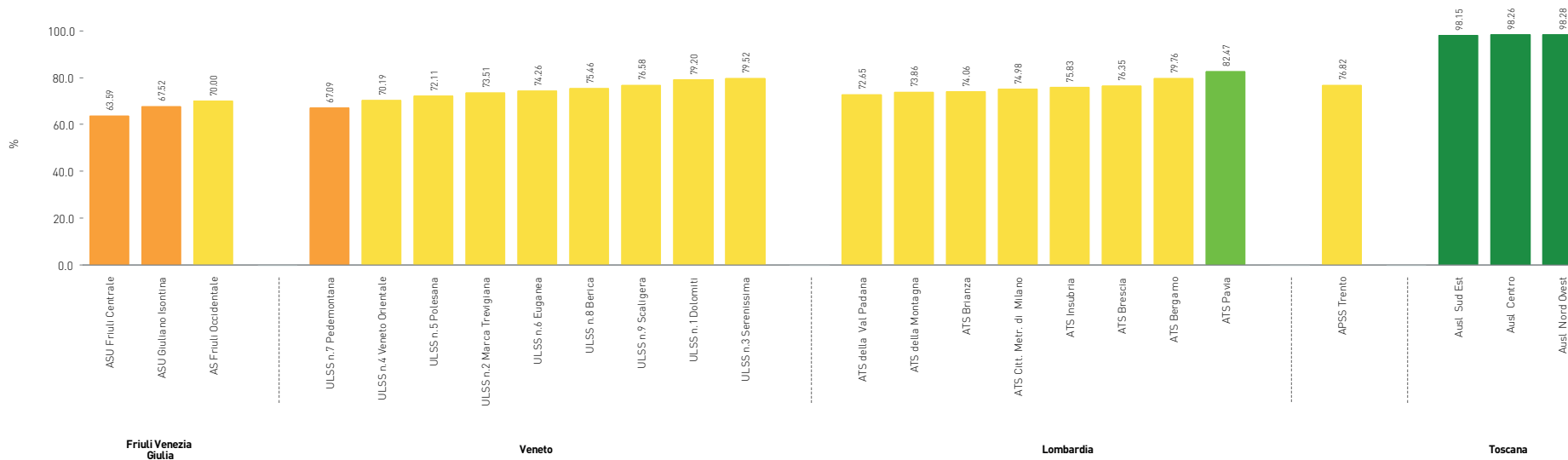
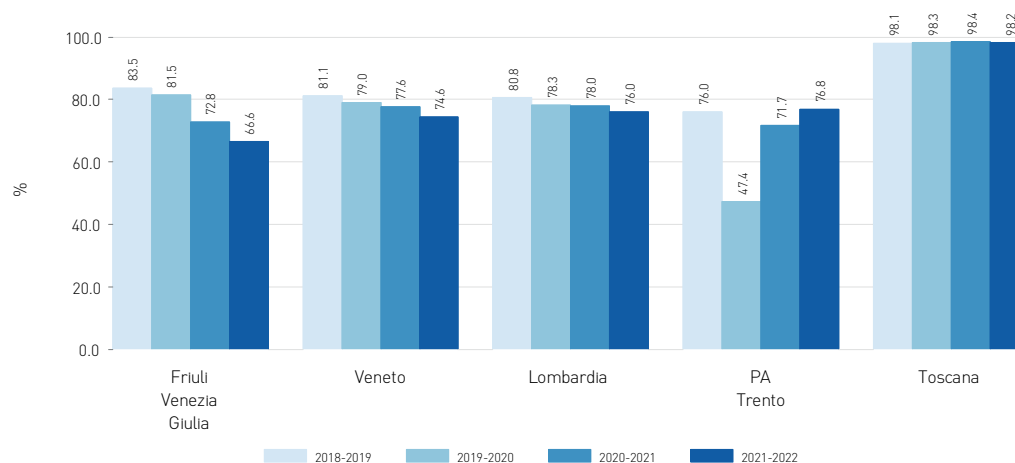
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

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 comunemente prescritto il farmaco in dimissione - ritiri lo stesso nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.



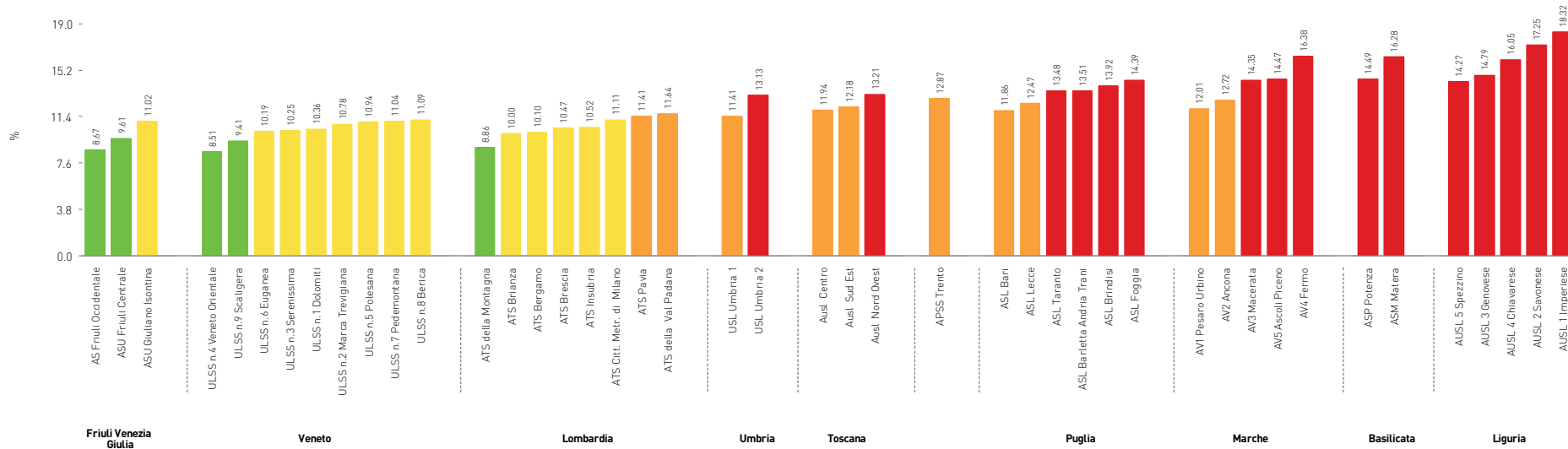
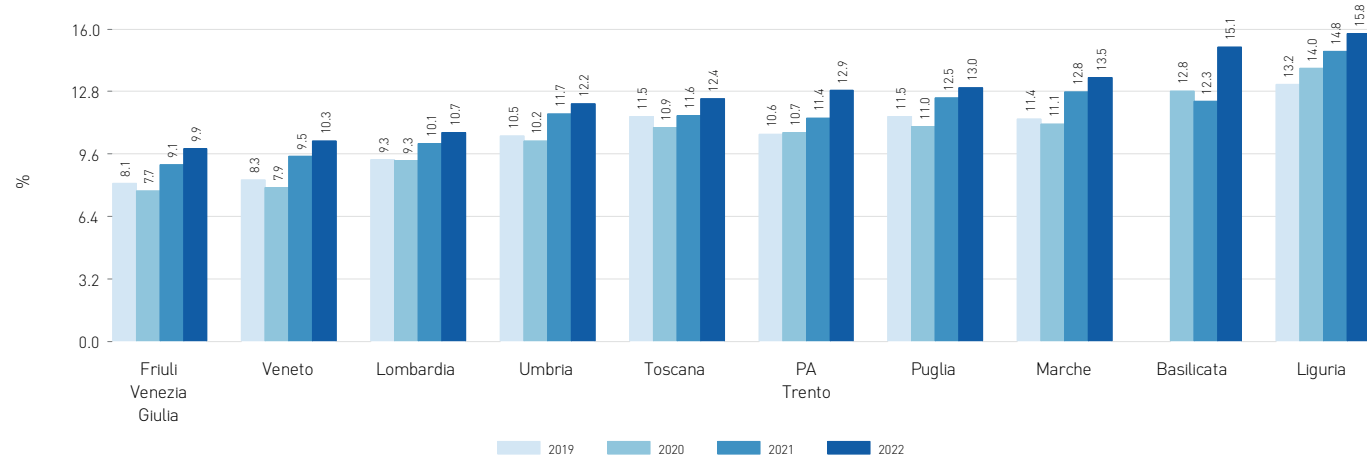
C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

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.



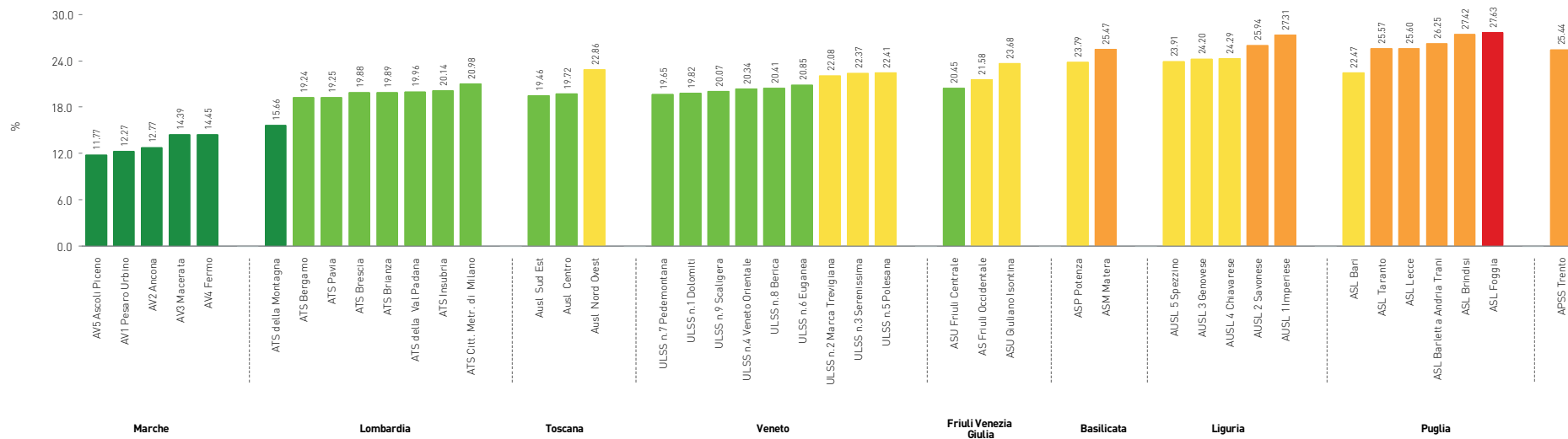
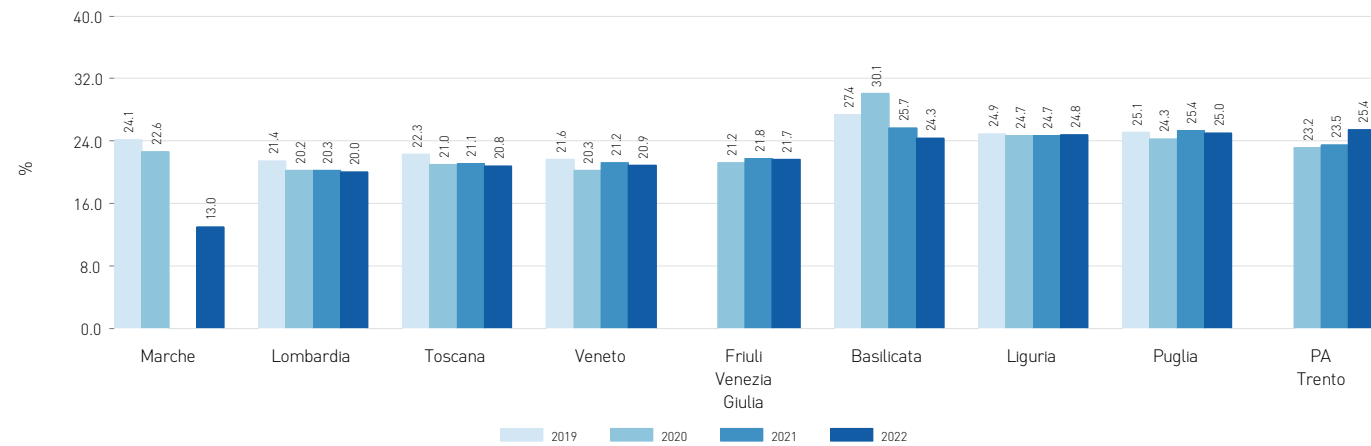
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

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



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

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



5

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

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

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

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

Publicazioni del Laboratorio Management e Sanità

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

- Vainieri, M., Vandelli, A., Casini Benvenuti, S., Bertarelli, G., Tracking the digital health gap in elderly: A study in Italian remote areas, *Health Policy*, 2023.
- De Rosi, S., Spataro, V., Vainieri, M., What does stimulate people to co-assess healthcare public services and policies?, in Giuseppe Fattori (a cura di) "Social Marketing for One Health", Ed. Cultura e Salute Editore Perugia, 2023.
- De Rosi, S., Loppreite, M., Puliga, M., Vainieri, M., Analyzing the emotional impact of COVID-19 with Twitter data: Lessons from a B-VAR analysis on Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2023.
- Valleggi, A., Passino, C., Emdin, M., Murante, A.M., Differences in family caregiver experiences and expectations of end-of-life heart failure care across providers and settings: a systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2023.
- Ferrari, A., Moretti, G., Corazza, I., Mannella, P., Simoncini, T., Bonciani, M., Pregnancy vaccination predictive factors and uptake profiles among Italian women: A cross-sectional survey study on a large population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2023.
- Ferrè, F., Seghieri, C., Nuti, S., Women's choices of hospital for breast cancer surgery in Italy: quality and equity implications, *Health Policy*, 2023.
- Ferrari, A., Giannini, A., Seghieri, C., Simoncini, T., Vainieri, M., Regional practice variation in pelvic organ prolapse surgery in Tuscany, Italy: a retrospective cohort study on administrative health data,

BMJ Open, 2023.

Belardi, P., Corazza, I., Bonciani, M., Manenti, F., Vainieri, M., Evaluating Healthcare Performance in Low- and Middle-Income Countries: A Pilot Study on Selected Settings in Ethiopia, Tanzania, and Uganda, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022.

Ferrari, A., Seghieri, C., Giannini, A., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Driving time drives the hospital choice: choice models for pelvic organ prolapse surgery in Italy, *The European Journal of Health Economics*, 2022.

De Rosis, S., Ferrè, F., Pennucci, F., Including patient-reported measures in performance evaluation systems: Patient contribution in assessing and improving the healthcare systems, *The International Journal of Health Planning and Management*, 2022

Vainieri, M., Nuti, S., Mantoan, D., Does the healthcare system know what to cut under the pandemic emergency pressure? An observational study on geographic variation of surgical procedures in Italy, *BMJ Open*, 2022.

Cepiku, D., Marsilio, M., Sicilia, M., Vainieri, M., A comprehensive framework for the activation, management, and evaluation of Co-production in the public sector, *Journal of Cleaner Production*, 2022.

Jani, A., Exner, A., Braun, R., Braun, B., Torri, L., Verhoeven, S., Murante, A.M., et al., Transitions to food democracy through multilevel governance, *Front. Sustain. Food Syst.*, 2022.

Ferrari, A., Pirrotta, L., Bonciani, M., Venturi, G., Vainieri, M., Higher readability of institutional websites drives the correct fruition of the abortion pathway: A cross-sectional study, *PLoS ONE*, 2022.

Ferrari, A., Corazza, I., Mannella, P., Simoncini, T., Bonciani, M., Influence of COVID-19 pandemic on self-reported urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective study, *Int J Gynecol Obstet.*, 2022.

Vola, F., Benedetto, V., Vainieri, M., Nuti, S., The Italian interregional performance evaluation system, *Res Health Serv Reg* 1, 10, 2022.

Ferrari, A., Bonciani, M., Corazza, I., Tortù, C., Simoncini, T., & Vainieri, M., Reduced Abortion Rates and Improved Provision of Counseling and Contraception Services: Analysis of a Regional Campaign for Young Women in Italy, *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 3(9), CAT-22, 2022.

Vainieri, M., De Rosis, S., Nuti, S., Spataro, V., Bellentani, M. D., Carbone, S., Quattrone, F., Visca, M., Urbani, A., Da un'iniziativa internazionale a un osservatorio nazionale per monitorare l'esperienza dei pazienti cronici in Italia, *Sistema Salute*, 66, 2 2022.

Dros, J. T., Bos, I., Bennis, F. C., Wieggersma, S., Paget, J., Seghieri, C., Barrio Cortés, J., Verheij, R. A., Detection of primary Sjögren's syndrome in primary care: developing a classification model with the use of routine healthcare data and machine learning. *BMC Primary Care*, 2022.

Guidotti, E., Pennucci, F., Alleggi, A., De Rosis, S., Passino, C., A longitudinal assessment of chronic care pathways in real-life: self-care and outcomes of chronic heart failure patients in Tuscany, *BMC Health Services Research*, 2022.

Quattrone, F., Aimò, A., Castiglione, V., Passino, C., Bergamasco, M., Barsanti, S., Nuti, S., Emdin, M., Using co-creation to develop a cardiology online open course: an effective approach for implementing digital learning, *J Cardiovasc Med*, 2022.

Deandrea, S., Ferrè, F., D'Antona, R., Angiolini, C., Bortul, M., Bucchi, L., Caumo, F., Fortunato, L., Giordano, L., Giordano, M., Mantellini, P., Martelli, I., Melucci, G., Naldoni, C., Paci, E., Pau, L., Saguatti, G., Sestini, E., Tinterri, C., Vainieri, M., e Cataliotti L., Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres, *BMC Health Services Research*, 2022.

Damone, A., Vainieri, M., Brunetto, M., Bonino, F., Nuti, S., Ciuti, G., Decision-making algorithm and predictive model to assess the impact of infectious disease epidemics on the healthcare system: the COVID-19 case study in Italy, *IEEE J Biomed Health Inform*, 2022.

Seghieri, C., Ferrè, F., Foresi, E., Borghini, A., Healthcare costs of diabetic foot disease in Italy: estimates for event and state costs, *The European Journal of Health Economics*, 2022.

Tonutti, G.; Bertarelli, G.; Giusti, C.; Pratesi, M., Disaggregation of poverty indicators by small area methods for assessing the targeting of the "Reddito di Cittadinanza" national policy in Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2022

Longo, F., Barsanti, S., Bonciani, M., Bunea, A., Zazzera, A., Managing community engagement initiatives in health and social care: Lessons learned from Italy and the United Kingdom, *Health Care Manage Review*, 2022.

Deandrea, S., Sardanelli, F., Calabrese, M., Ferrè, F., Vainieri, M., Sestini, E., Caumo, F., Saguatti, G., Bucchi, L., Cataliotti, L., Provision of follow-up care for women with a history of breast cancer following the 2016 position paper by the Italian Group for Mamographic Screening and the Italian College of Breast Radiologists by SIRM: a survey of Senonetwork Italian breast centres, *La radiologia medica*, 2022.

Tavoschi, L., Belardi, P., Mazzilli, S., Manenti, F., Pellizzer, G., Abebe, D., Azzimonti, G., Nsubuga, J.B., Dall'Oglio, G., Vainieri, M., An integrated hospital-district performance evaluation for communicable diseases in low- and middle-income countries: Evidence from a pilot in three sub-Saharan countries, *PLoS ONE*, 2022.

Ferrari, A., Bonciani, M., Russo, E., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Patient-reported outcome measures for pregnancy-related urinary and fecal incontinence: A prospective cohort study in a large Italian population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2022.

Bonciani, M., Corazza, I., De Rosis, S., The COVID-19 emergency as an opportunity to co-produce an innovative approach to health services provision: the women's antenatal classes move on the web, *Italian Journal of Marketing*, 2022.

Willmington, C., Belardi, P., Murante, A.M., Vainieri, M., The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2022.

Barchielli, C., Rafferty, A.M., Vainieri, M., Integrating Key Nursing Measures into A Comprehensive Healthcare Performance Management System: A Tuscan Experience, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022.

Alba, S., Rood, E., Mecatti, F., Ross, J.M., Dodd, P.J., Chang, S., Potgieter, M., Bertarelli, G., Henry, N.J., LeGrand, K.E., Trouleau, W., Shaweno, D., MacPherson, P., Qin, Z.Z., Mergenthaler, C., Giardina, F., Augustijn, E-W., Baloch, A.Q., Latif, A., TB Hackathon: Development and Comparison of Five Models to Predict Subnational Tuberculosis Prevalence in Pakistan, *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 2022.

Barchielli, C., Rafferty, A.M., Vainieri, M., Integrating Key Nursing Measures into A Comprehensive Healthcare Performance Management System: A Tuscan Experience, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022.

Bonciani, M., Corazza, I., De Rosis, S., The COVID-19 emergency as an opportunity to co-produce an innovative approach to health services provision: the women's antenatal classes move on the web, *Italian Journal of Marketing*, 2022.

Damone, A., Vainieri, M., Brunetto, M., Bonino, F., Nuti, S., Ciuti, G., Decision-making algorithm and predictive model to assess the impact of infectious disease epidemics on the healthcare system: the COVID-19 case study in Italy, *IEEE J Biomed Health Inform*, 2022.

- Deandrea, S., Ferrè, F., D'Antona, R., Angiolini, C., Bortul, M., Bucchi, L., Caumo, F., Fortunato, L., Giordano, L., Giordano, M., Mantellini, P., Martelli, I., Melucci, G., Naldoni, C., Paci, E., Pau, L., Saguatti, G., Sestini, E., Tinterri, C., Vainieri, M., e Cataliotti L., Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Deandrea, S., Sardanelli, F., Calabrese, M., Ferrè, F., Vainieri, M., Sestini, E., Caumo, F., Saguatti, G., Bucchi, L., Cataliotti, L., Provision of follow-up care for women with a history of breast cancer following the 2016 position paper by the Italian Group for Mammographic Screening and the Italian College of Breast Radiologists by SIRM: a survey of Senonetwork Italian breast centres, *La radiologia medica*, 2022.
- Ferrari, A., Bonciani, M., Russo, E., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Patient-reported outcome measures for pregnancy-related urinary and fecal incontinence: A prospective cohort study in a large Italian population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2022.
- Longo, F., Barsanti, S., Bonciani, M., Bunea, A., Zazzera, A., Managing community engagement initiatives in health and social care: Lessons learned from Italy and the United Kingdom, *Health Care Manage Review*, 2022
- Seghieri, C., Ferrè, F., Foresi, E., Borghini, A., Healthcare costs of diabetic foot disease in Italy: estimates for event and state costs, *The European Journal of Health Economics*, 2022.
- Tonutti, G.; Bertarelli, G.; Giusti, C.; Pratesi, M., Disaggregation of poverty indicators by small area methods for assessing the targeting of the "Reddito di Cittadinanza" national policy in Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2022.
- Tavoschi, L., Belardi, P., Mazzilli, S., Manenti, F., Pellizzer, G., Abebe, D., Azzimonti, G., Nsubuga, J.B., Dall'Oglio, G., Vainieri, M., An integrated hospital-district performance evaluation for communicable diseases in low- and middle-income countries: Evidence from a pilot in three sub-Saharan countries, *PLoS ONE*, 2022.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A.M., Vainieri, M., The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Aimo, A., Rapezzi, C., Perfetto, F., Cappelli, F., Palladini, G., Obici, L., Merlini, G., Di Bella, G., Serenelli, M., Zampieri, M., Milani, P., Licordari, R., Teresi, L., Ribarich, N., Castiglione, V., Quattrone, F., De Rosis, S., Vergaro, G., Panichella, G., Emdin, M., Passino, C., Quality of life assessment in amyloid transthyretin (ATTR) amyloidosis, *European Journal of Clinical Investigation*, 2021.
- Barbaza, E., Ivankovic, D., Wang, S., Jamieson Gilmore, K., Poldrugovac, M., Willmington, C., Larrain, N., Bos, V., Allin, S., Klazinga, N., Kringos, D., Exploring Changes to the Actionability of COVID-19 Dashboards Over the Course of 2020 in the Canadian Context: Descriptive Assessment and Expert Appraisal Study, *Journal of Medical Internet Research*, 2021.
- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Zoppi, P., La resilienza del sistema sanitario ai tempi della pandemia di covid-19: il caso delle opportunità colte dall'Azienda Usl Toscana Centro, *Politiche Sanitarie*, vol. 22, n. 1, 2021.
- Barsanti, S., Bunea, A. M. and Colombini, G., What Counts in Nursing Homes' Quality and Efficiency? Results From Data Envelopment Analysis in Italy, *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 2021
- Battaglio, R. P., Bellé, N., Cantarelli, P., Self-determination theory goes public: experimental evidence on the causal relationship between psychological needs and job satisfaction, *Public Management Review*, 2021.
- Bellé, N., Giacomelli, G., Nuti, S., Vainieri, M., Factoring in the human factor: experimental evidence on how public managers make sense of performance information, *International Public Management Journal*, 2021.
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. and Vainieri, M., Response to COVID-19: Was Italy (un)prepared?, *Health Economics, Policy and Law*, 2021.
- Borghini, A., Corazza, I., Nuti, S., Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.
- Cantarelli, P., Bellé, N., Nudging Public Employees Through Descriptive Social Norms in Healthcare Organizations, *Public Administration Review*, 2021
- Cantarelli, P., Bellé, N., Quattrone, F. Nudging influenza vaccination among health care workers, *Vaccine*, 2021.
- Coletta, L., Vainieri, M., Noto, G., Murante, A.M., Assessing inter-organizational performance through customer value: a literature review, *Journal of Business & Industrial Marketing*, 2021.
- Corazza, I., Jamieson Gilmore, K., Menegazzo, F., Abols, V., Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals, *BMC Health Services Researc*, 2021.
- Corazza, I., Pennucci, F., De Rosis, S., Promoting healthy eating habits among youth according to their preferences: Indications from a discrete choice experiment in Tuscany, *Health Policy*, 2021.
- De Rosis, S., Barchielli, C., Vainieri, M., Bellé, N., The relationship between healthcare service provision models and patient experience, *Journal of Health Organization and Management*, 2021
- De Rosis, S., Pennucci, F., Lungu, D.A., Manca, M., Nuti, S., A continuous PREMs and PROMs Observatory for elective hip and knee arthroplasty: study protocol, *BMJ Open*, 2021.
- De Vita, E., Sbrana, F., Quattrone, F., Dal Pino, B., Megaro, M., Lombardi, R., Prontera, C., Passino, C., Petrillo, M., Adverse events and humoral response after two doses of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) mRNA vaccine in the hospital/personnel of a cardiopulmonary tertiary- care center, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2021.
- Di Martino, M., Alagna, M., Lallo, A., Jamieson Gilmore, K., Francesconi, P., Profili, F., Scodotto, S., Fantaci, G., Trifirò, G., Isgrò, V., Davoli, M., Fusco, D., Chronic polytherapy after myocardial infarction: the trade-off between hospital and community-based providers in determining adherence to medication, *BMC Cardiovascular Disorders*, 2021.
- Ivanković D., Barbazza E., Bos V., Brito Fernandes Ó., Jamieson Gilmore K., Jansen T., Kara P., Larrain N., Lu S., Meza-Torres B., Mulyanto J., Poldrugovac M., Rotar A., Wang S., Willmington C., Yang Y., Yelgezekova Z., Allin S., Klazinga N., Kringos D., Features Constituting Actionable COVID-19 Dashboards: Descriptive Assessment and Expert Appraisal of 158 Public Web-Based COVID-19 Dashboards, *Journal of Medical Internet Research*, 2021.
- Lopreite, M., Puliga, M., Riccaboni, M., De Rosis, S., A social network analysis of the organizations focusing on tuberculosis, malaria and pneumonia, *Social Science & Medicine*, 2021.
- Lungu D.A., Røislien J., Wiig S., Shortt M.T., Ferrè F., Berg S.H., Thune H. & Brønnick K.K.. (2021) "The Role of Recipient Characteristics in Health Video Communication Outcomes: Scoping Review." *Journal of Medical Internet Research* 23, no. 12: e30962
- Mele, V., Bellé, N., Cucciniello, M., Thanks, but no thanks. Preferences towards teleworking colleagues in public organizations, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2021.
- Nuti, S., Noto, G., Grillo Ruggieri, T., Vainieri, M., The Challenges of Hospitals' Planning & Control

- Systems: The Path toward Public Value Management, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.
- Nuti, S., Vinci, A., Vola, F., Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Futura, 2021.
- Pennucci, F., Victor Pestoff: Co-production and Japanese Healthcare: Work Environment, Governance, Service Quality and Social Values, *Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity*, 2021.
- Seghieri, C., La Regina, M., Tanzini, M., Tartaglia, R., Looking for the right balance between human and economic costs during COVID-19 outbreak, *International Journal for Quality in Health Care*, 2021.
- Seghieri, C., Lupi, E., Tzioufas, A.G., De Vita, S., Baldini, C., Patient-reported experience and health-related quality of life in patients with primary Sjögren's syndrome in Europe, *Clin Exp Rheumatol*. 2021
- Vainieri, M., Ferrè, F., Manetti, S., An Integrated Framework to Measure the Performance of Inter-Organizational Programme on Health Technology Assessment, *Sustainability*, 2021.
- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Maggiali, A., Zoppi, P., Meaningful Words: Why the Importance of Nurses and Midwives Has Never Been Greater, *Nursing Economics*, 2020.
- Boncianni, M., Corazza, I., Lupi, B., De Rosis, S., How to Improve the Maternal Pathway for Migrant Women: Insights for Retention Strategies from Tuscany Region, *Micro & Macro Marketing*, 2020.
- De Rosis, S., Corazza, I., Pennucci, F., Physical Activity in the Daily Life of Adolescents: Factors Affecting Healthy Choices from a Discrete Choice Experiment, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020.
- 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 services research*, 20, 1-17.
- De Rosis, S., Guidotti, E., Zuccarino, S., Venturi, G., & Ferré, F. (2020). Waiting time information in the Italian NHS: A citizen perspective. *Health Policy*.
- Gori, L., Lupi, E., Manfredi, P., & Sodini, M. (2020). A contribution to the theory of economic development and the demographic transition: fertility reversal under the HIV epidemic. *JODE-Journal of Demographic Economics*, 86(2), 125-155.
- Guidotti, E., Vinci, B., Attanasio, F., Vola, F. Effective tools to manage biosimilars prescription: The Italian experience, *Health Policy and Technology*, 2020.
- Horenberg, F., Lungu, D. A., Nuti, S., Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals, *Health Policy*, 2020.
- Jamieson Gilmore, K., Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C., Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice, *HealthcarePapers*, 2020
- Lenzi, J., Noto, G., Corazza, I., Lepikson, J., Fantini, M. P., Measuring the quality of care in small countries: the empirical analysis of 30-day mortality following acute myocardial infarction and ischaemic stroke in Latvia, *Health Policy*, 2020.
- Lungu, D. A., Pennucci, F., De Rosis, S., Romano, G., & Melfi, F. (2020). Implementing successful systematic Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in robotic oncological surgery—The role of physicians. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(3), 773-787.
- Manetti, S., Vainieri, M., Guidotti, E., Zuccarino, S., Ferrè, F., Morelli, M.S., Emdin, M., Research protocol for the validation of a new portable technology for real-time continuous monitoring of Early Warning Score (EWS) in hospital practice and for an early-stage multistakeholder assessment, *BMJ Open* 2020.
- Noto, G., Belardi, P., & Vainieri, M. (2020). Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems. *Health Policy*.
- Nuti, S., Ferrè, F., Seghieri, C., Foresi, E., & Stukel, T. A. (2020). Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway. *Health Policy*, 124(1), 44-51.
- Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C., Piloting a web-based systematic collection and reporting of patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures in chronic heart failure, *BMJ Open*, 2020.
- Quattrone, F., Borghini, A., Emdin, M. e Nuti, S., Protecting higher education institutions from COVID-19: insights from an Italian experience, *J Am Coll Health*, 2020.
- Quattrone, F., Vabanesi, M., Borghini, A., De Vito, G., Emdin, M., & Passino, C. (2020). The value of hospital personnel serological screening in an integrated COVID-19 infection prevention and control strategy. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-5.
- Tavoschi, L., Quattrone, F., D'Andrea, E., Ducange, P., Vabanesi, M., Marcelloni, F., & Lopalco, P. L. (2020). Twitter as a sentinel tool to monitor public opinion on vaccination: an opinion mining analysis from September 2016 to August 2017 in Italy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(5), 1062-1069.
- Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020). Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue?.
- Vainieri, M., Noto, G., Ferrè, F., Rosella, L. C., A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020.
- Vainieri, M., Seghieri, C. e Barchielli, C., Influences over Italian nurses' job satisfaction and willingness to recommend their workplace, *Health Services Management Research*, 2020.
- Vola, F., Benedetto, V., Vainieri, M. et al. The Italian interregional performance evaluation system. *Res Health Serv Reg* 1, 10 [2022]. <https://doi.org/10.1007/s43999-022-00010-6>.
- Vola, F., Vinci, B., Golinelli, D., Fantini, M.P., Vainieri, M., Harnessing pharmaceutical innovation for anti-cancer drugs: Some findings from the Italian regions, *Health Policy*, 2020
- Zuccarino, S., Fattore, G., Vitali, S., Antronaco, G., Frigerio, S., Colombo, M., The Association between Education and Rehabilitation Outcomes: a Population Retrospective Observational Study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2020.
- Barsanti, S., & Guarneri, F. (2020). Chronic disease management: Discussing the perspectives of general practitioners in Italy. *Health Services Management Research*, 33(1), 13-23.
- Barsanti, S., Vola, F., & Boncianni, M. (2020). Trade union or trait d'union? Setting targets for general practitioners: A regional case study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), 262-279.
- Coletta L., Murante A.M. (2019). The continuous collection of user experience for timely addressing critical factors of the hospital journey. 22th Excellence in Services International Conference (Eisic), ISBN 978-88-9043-279-8.

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

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

Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

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

- Barretta A. D. (2009), L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca operativa ed esperienze operative a confronto
- Nuti S. (2008), La valutazione della performance in sanità
- Nuti S., Fantini M.P., Murante A.M. (2014), Valutare i percorsi in sanità. I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN
- Nuti S., Grillo Ruggieri T. (2016), La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale
- Nuti S., Vainieri M. (2011), Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile
- Nuti S., Vainieri M. (2013), Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2
- Øvretveit J. (2014), Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze, Edizione italiana a cura di Bellandi T. e Grillo Ruggieri T.
- Vainieri M., Barchielli C., Bellé N. (2020), Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica
- Vainieri M., Nuti S., (2015), Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali

Creare valore in sanità, edito da ETS

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

- Barsanti S., Rosa A. (2018), Il management della salute nel territorio. Competenze e strumenti nell'esperienza della Regione Toscana
- Borghini A., Vola F., Nuti S. (2019), Dall'individuazione alla valorizzazione delle best practice. L'esperienza del sistema di valutazione dei servizi sanitari regionali a supporto della diffusione dell'eccellenza
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), La sanità come volano dello sviluppo economico
- Niccolai F., Nuti S. (2012), Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale

- Nuti S. (2005), Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto
- Nuti S., Furlan M. (2012), La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità
- Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana - Una sfida aperta
- Vainieri, M., Coletta, L., Noto, G. (2021), Analisi e strumenti per la gestione della performance nei servizi sanitari di supporto. Il caso degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

I quaderni, editi da Polistampa

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



Note

Lined writing area on the left side of the page.

Lined writing area on the right side of the page.

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

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

www.meslab.santannapisa.it

ISBN: 979-12-5486-304-6

