

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

**REPORT 2021**



---

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, Piemonte, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto

## REPORT 2021

A cura di:

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

Laboratorio Management e Sanità  
Istituto di Management  
Scuola Superiore Sant'Anna  
Via San Zeno 2, Pisa  
[www.meslab.santannapisa.it](http://www.meslab.santannapisa.it)

© Copyright 2022 Laboratorio MeS

ISBN :



## 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:** Federico Vola e Francesca Ferrè.

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

**Coordinamento Statistico ed elaborazione dati:** Giuseppe D’Orio.

**Coordinamento, progettazione editoriale, editing del report:** Alessandro Bonanni, Francesca Ferrè, Francesco Noferi, Davide Vicari, Alessandro Vinci.

**Team di ricerca:** Sara Barsanti, Nicola Bellè, Vera Benedetto, Manila Bonciani, Alessandro Bonanni, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Iliaria Corazza, Federica Covre, Michele Cumetti, Alessandra Da Ros, Elisa Demontis, Sabina De Rosi, Erica De Vita, Giuseppe D’Orio, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Maria Francesca Furmenti, Manuela Furlan, Fabio Gentile, Sofia Longhi, Barbara Lupi, Stefania Manetti, Maria Saveria Mavillonio, Giaele Moretti, Anna Maria Murante, Anna Noci, Francesco Noferi, Riccardo Novaro, Gianluca Papatatto, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Chiara Seghieri, Marzia Cettina Severino, Veronica Spataro, Milena Vainieri, Davide Vicari, Alessandro Vinci, Federico Vola.

**Regione Basilicata:** Domenico Tripaldi, Giuseppe Montagano, Sergio Sassano, Michele Labianca, Michele Recine, Annarita Lucia, Vincenzo Perneti, Maria Rosaria Puzo, Gabriella Sabino, Maria Luisa Zullo, Maria Rosaria Tamburrino.

**P.A. Bolzano:** Günther Burger, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Antonella Di Munno, Antonio Fanolla, Eva Papa, Roberto Picus, Thomas Prinnoth, 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.

**Regione Lombardia:** Francesco Bortolan, Danilo Cereda, Francesco Cideni, Michele Ercolanoni, Olivia Leoni, 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 Piemonte:** Mario Minola, Franco Ripa, Anna Orlando, Marco Musso, Ferruccio Fazio, Enrica Francesconi, Gisella Begliatti.

**Regione Puglia:** Vito Montanaro, Giovanni Gorgoni, Antonio Alfio Circhetta, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Andrea Pugliese, Anna Salvatore, Michele Saracino, Cinzia Tanzarella, Antonio Chieti, Rossella Caccavo, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli, Paola Barracano, Concetta Ladalardo, Nehludoff Albano, Caterina Fanizza.

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

**P.A. Trento:** Laura Battisti, Pirus Fateh Moghadam, Damiano Vozza, Diego Cagol, Paolo Santini, Filippo Re, Marco Frassoni, Riccardo Roni, Marina Ferri, Andrea Polverino, Luca Leonardi, Annalisa Campomori, Giorgio Costa, Elisabetta Fonzi, Lucia Pilati, Angela Moresco, Gino Gobber, Giuliano Brunori, Alberto Della Rosa, Anna Franceschini, Dario Uber, Nicoletta Copat, Giovanna Zanetti, Iliaria Trentini, Angela Trentin, Chiara Francesca Dalle Fratte, Simone Bilato, Lorenza Vieno, Manuela Campus, Mariangela Soverini, Paola Zambiasi, Federica Bresciani, Paola Leonardelli, Carlo Trentini.

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

**Regione Veneto:** Luciano Flor, Roberto Toniolo, Monica Troiani, Manuel Zorzi, Michele Tessarin, Denise Signorelli, Anna Maria Saieva, Elena Schievano, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Brichese, Michele Tonon, Elena Narne, Giulia Capodaglio, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Anna Cavazzana, Valeria Biasi, Lorenzo Dorigo, Davide Lissandri, Angela Scapin, Roberto Bellamoli, Alessandro Curto, Paola Facchin, Laura Visonà Dalla Pozza, Claudio Pileri, Silvia Vigna, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Mario Saia, Stefano Nicola, Andrea Marcolongo, Edda Stramare, Marco Di Lenna, Marco Bigoni, Carla Di Lorenzo, Giuseppe Feltrin, Pantaleo Corlianò, Roberta Tiso, Tommaso Maniscalco, Patrizia Bonesso, Simone De Bellonia.

**A.O.U. Sant’Andrea:** Adriano Marcolongo, Paolo Anibaldi, Francesco Stella, Riccardo Macera, Marco Sabatini, Francesca Romana Benedetto, Enrico Bertamino, Luigi Vittorini, Andrea Folino.

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





---

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE  
DELLA PERFORMANCE  
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

<b>Introduzione</b>	<b>7</b>	<b>Gli indicatori 2021*</b>	<b>315</b>
<b>Metodologia e rappresentazione dei risultati</b>	<b>11</b>	Stato di salute della popolazione	317
<b>I Risultati 2021</b>	<b>35</b>	Utenza, personale e comunicazione	329
Basilicata	37	Strategie sanitarie regionali	335
P.A. Bolzano	51	Emergenza-Urgenza	359
Friuli Venezia Giulia	57	Prevenzione collettiva	367
Liguria	73	Governo e qualità dell'offerta	373
Lombardia	95	Assistenza farmaceutica	421
Marche	161	Resilienza	453
Piemonte	183	<b>Bibliografia</b>	<b>489</b>
Puglia	217		
Toscana	243		
P.A. Trento	261		
Umbria	267		
Veneto	281		
A.O.U. Sant'Andrea (Roma)	311		

\* 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: le premesse valoriali in tempi di pandemia

Nel 2021, così come nel 2020, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha vissuto in piena emergenza e ha dovuto rispondere alla sfida delle tre R (resistenza, ripartenza e rilancio) dell'epoca pandemica. Dapprima, il SSN ha dovuto "resistere", assorbendo lo shock e organizzandosi per contrastare il virus SARS-CoV-2. Una fase che ha portato alla chiusura o riduzione di alcuni servizi e all'organizzazione di una campagna vaccinale senza precedenti. Successivamente, nel corso del 2021, il SSN ha dovuto rispondere e adattarsi alla fase della "ripartenza". Una fase caratterizzata dalla ripresa delle attività lavorative, sociali (anche se regolate), della mobilità delle persone, che ha coinciso con l'aumento dell'incidenza dell'infezione Covid-19 registrando picchi molto superiori rispetto a quanto registrato nel 2020. Questa situazione ha quindi richiesto un adattamento dell'offerta dei servizi anche alla luce della necessità di dover rispondere, oltre alla recrudescenza del virus, ai servizi non-Covid, non solo quelli non procrastinabili ma anche di rispondere ai più ampi bisogni di salute della popolazione. Infine, nell'ultimo periodo del 2021 con il "rilancio" (l'ultima delle tre R) il SSN si è dovuto occupare anche della sfida della riprogettazione dei servizi territoriali attraverso la partecipazione al dibattito sulla definizione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). 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 ondate<sup>1</sup>.

Il Report del 2021 del Network delle Regioni cerca quindi di fotografare la capacità dei sistemi sanitari regionali di riuscire a rispondere ai bisogni di salute della popolazione nella turbolenza che ha caratterizzato il 2021. 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 particolare<sup>2</sup>. Al contrario ne ha messo in luce la straordinaria attualità e la rinnovata rilevanza, facendo emergere come cardine anche il concetto della dinamicità<sup>3</sup>. 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 stesso<sup>4</sup>.

In questo scenario i valori riconosciuti come fondanti sono: la multidimensionalità, la tempestività, la valutazione e il benchmarking.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Horton Richard (2020), "Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic.", *The Lancet* 396(10255): 874.

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

<sup>4</sup> 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.

La vocazione ad 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"<sup>5</sup> 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 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. Dall'altro, 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.

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 nel 2020 e nel 2021. 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 deci-

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

sionale 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 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'altro aspetto che ha assunto un peso rilevante è stato l'utilizzo del **benchmarking** come elemento chiave nella definizione delle fasce di valutazione per molti indicatori. Il benchmarking è usato in molti sistemi di misurazione e valutazione della performance<sup>6</sup> per la sua capacità di innescare processi reputazionali capaci di attivare il cambiamento<sup>7</sup>. 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. L'utilità del benchmarking è ancora più evidente in epoca pandemica per comprendere se le strategie messe in atto per contrastare la diffusione del coronavirus e gli sforzi per riaprire e recuperare i servizi sospesi sono allineati ai risultati nazionali e interregionali attesi.

La consultazione di questo rapporto permette di comprendere i risultati ottenuti da 10 Regioni e due Province Autonome che aderiscono al Network nell'anno di maggiore sforzo del sistema sanitario: l'anno in cui il virus ha visto picchi di diffusione molto alti, l'anno in cui è stata organizzata la campagna vaccinale di massa contro il coronavirus, l'anno in cui si è spinto per recuperare le prestazioni (visite, esami e interventi) sospese nel 2020. In particolare, il report presentata lo stato dell'arte della sanità regionale e aziendale attraverso circa 160 indicatori di valutazione su otto dimensioni di analisi:

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

<sup>6</sup> Claire Willmington, Paolo 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.

<sup>7</sup> 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.

- la presa in carico dell'emergenza-urgenza;
- la prevenzione collettiva;
- il governo e la qualità dell'offerta;
- l'assistenza farmaceutica.



# 2

## METODOLOGIA





## Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della performance è, nel 2022, composto da 10 Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, 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 450 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni dell'offerta dei sistemi stessi. Nel 2014 è stato istituito un ulteriore livello di confronto – un "Network nel Network" – dedicato allo sviluppo e all'elaborazione di un set di indicatori per valutare la capacità delle Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) di assolvere alla propria triplice missione (Assistenza, Formazione e Ricerca). Questo rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto a cui si aggiunge quest'anno anche l'AOU Sant'Andrea (Roma). Ai risultati delle AOU presenti su tutto il territorio nazionale è dedicata una pubblicazione specifica, curata insieme ad Agenas che, in maniera sperimentale, mette a sistema i risultati di due sistemi di misurazione consolidati – il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di Valutazione dei Sistemi Sanitari Regionali – aggiungendo una prospettiva di analisi nuova, che fotografa l'assetto organizzativo e alcune scelte economico-gestionali delle aziende ospedaliere. I risultati della sperimentazione si riferiscono al 2019; il report in formato pdf è scaricabile all'indirizzo [https://www.agenas.gov.it/images/headers/1\\_RE-PORT\\_AOU\\_Agenas\\_2019\\_Completo.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/headers/1_RE-PORT_AOU_Agenas_2019_Completo.pdf).

## L'architettura del sistema di valutazione

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

Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della performance 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:

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

Nel 2020 è stata introdotta una nuova dimensione, specificamente volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. L'ambito della "resilienza" include 117 indicatori che – riprendendo, estendendo e sistematizzando alcune precedenti iniziative di analisi inter-regionali (Spadea et al. 2020) – misurano la capacità dei sistemi sanitari regionali di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia e nella fase di ripresa, limitando la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Più nel dettaglio, durante la Fase1 della pandemia, il Network delle Regioni ha condiviso una selezione di indicatori riferiti alle prestazioni sanitarie che la normativa e le indicazioni nazionali susseguitesi nel corso del 2020 hanno individuato quali «prestazioni non differibili». Si tratta in particolar modo di prestazioni attinenti all'ambito oncologico e cardio-circolatorio, rispetto alle quali i Sistemi sanitari sono stati chiamati ad uno sforzo per contenere la contrazione dei volumi. Tra queste, per fare un esempio, gli interventi chirurgici per tumore maligno (classe di priorità A).

A complemento di questo primo gruppo, è stato condiviso un set di indicatori per la valutazione della capacità di mantenimento dell'erogazione di prestazioni non ospedaliere: visite ambulatoriali di controllo, assistenza domiciliare, consumi farmaceutici, screening oncologici. Infine, è stato incluso un terzo insieme di indicatori, individuati quali «indicatori di sistema», teso a inquadrare complessivamente la tenuta dei sistemi sanitari regionali. Ne fanno parte, ad esempio, il volume di ricoveri urgenti, quello di ricoveri programmati, o, più nello specifico, il volume di ricoveri programmati di tipo chirurgico. Questi indicatori, oltre a fornire una panoramica sulla situazione complessiva, aiutano a individuare, a livello macro, le aree rispetto alle quali i singoli sistemi regionali sono ora chiamati a uno sforzo di ripresa e rilancio, per andare a recuperare le prestazioni non erogate nel corso del 2020 e 2021. Per questa edizione sono stati introdotti 58 nuovi indicatori che misurano la variazione media dei volumi di prestazioni 2021 e 2020 rispetto al 2019 al fine di apprezzare complessivamente la capacità di resilienza nel biennio da parte delle Regioni e aziende. Buona parte dei nuovi indicatori è di valutazione e la valutazione è assegnata attraverso il confronto degli andamenti di ciascun indicatore tra le Regioni del Network

Gli indicatori della dimensione della "resilienza", oltre a trovare una precisa collocazione nel bersaglio (in alto a destra), per favorirne una veloce individuazione, sono stati inseriti anche all'interno dei "pentagrammi", lo strumento grafico utilizzato per rappresentare la valutazione dei percorsi clinico-assistenziali (Materno-infantile, Cronicità, Oncologia ed Emergenza-urgenza), nonché una rappresentazione sintetica è presente anche nelle mappe di performance regionali.

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 2021, 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.

Anche per i dati di performance del 2021, è stata sospesa la valutazione per tutti quegli indicatori il cui andamento e la cui valutazione potessero 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, ancora per il 2021 la loro lettura e interpretazione è inficiata dalla riduzione dell’offerta tout court e non dalla presa in carico da parte di altri e più appropriati setting assistenziali. Il loro andamento risulta quindi intrinsecamente non valutabile

In riferimento alla sezione originaria del sistema di valutazione, a circa 160 degli indicatori è attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5 (a questi si aggiungono gli indicatori della nuova sezione “resilienza”). 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. La cernita di indicatori non direttamente interessati dalla pandemia si è tradotta nel tendenziale mantenimento delle medesime fasce di valutazione dell’anno precedente.

**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 2021, condivisi dal Network delle Regioni*

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

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
<b>STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE</b>												
<b>A1 Mortalità infantile</b>												
A1.1 Mortalità nel primo anno di vita	100%	<b>318</b>	3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8
A1.2 <i>Mortalità neonatale precoce</i>												
A1.3 <i>Mortalità neonatale totale</i>												
<b>A2 Mortalità per tumori</b>	100%	<b>319</b>	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233
<b>A3 Mortalità per malattie circolatorie</b>	100%	<b>320</b>	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299
<b>A4 Mortalità per suicidi</b>	100%	<b>321</b>	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6
<b>A8 Eccesso di mortalità</b>												
<b>A10 Stili di vita (PASSI)</b>												
A10.1.1 Percentuale di sedentari	100%	<b>322</b>	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15
A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso	100%	<b>323</b>	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34
A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto	100%	<b>324</b>	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10
A10.4.1 Percentuale di fumatori	100%	<b>325</b>	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24
<b>EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ</b>												
<b>F1 Equilibrio economico reddituale</b>												
F1.1 <i>Equilibrio economico generale</i>												
<b>F17N Costo sanitario pro capite</b>												
F17N.R Costo sanitario pro capite regionale	100%	<b>328</b>	2523	2705	2352	2523	2180	2352	2008	2180	1800	2008
F17N.A Costo sanitario pro capite aziendale	100%		2193	2333	2050	2193	1906	2050	1763	1906	1623	1763
F17.3.2 <i>Costo pro-capite per assistenza sanitaria di medicina generale</i>												
<b>F18 Costo medio per punto DRG</b>												
F18.1 <i>Costo medio per punto DRG</i>												
<b>F3 Equilibrio patrimoniale finanziario</b>												
F3.1 <i>Indice di disponibilità</i>												
F3.2.2 <i>Percentuale di obsolescenza tecnica</i>												
F3.2.1 <i>Incidenza canoni leasing e noleggio</i>												
F3.4.2 <i>Dilazione dei debiti</i>												
<b>UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE</b>												
<b>D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero</b>	100%	<b>330</b>	1,4	1,75	1,05	1,4	0,7	1,05	0,35	0,7	0	0,35
D18M <i>Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri medici</i>												
D18C <i>Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici</i>												
<b>E2 Percentuale di assenza</b>	100%	<b>331</b>	15	18	13,5	15	12	13,5	10,5	12	9,6	10,5
E2A <i>Indice assenza donne vs. uomini</i>												
E2B <i>Indice soffitto di cristallo</i>												
<b>B15 Capacità attività di ricerca</b>												
B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti	100%	<b>332</b>	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	100%	<b>333</b>	1,1	1,44	1,44	1,87	1,87	2,3	2,3	2,73	2,73	3,16
<b>STRATEGIE SANITARIE REGIONALI</b>												
<b>B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>												
B5.1 Screening mammografico	100%											
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico	100%	<b>336</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico	100%	<b>337</b>	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
P15CB <i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</i>												
B5.1.5 <i>Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo</i>												
B5.1.6 <i>Percentuale di adesione agli approfondimenti</i>												
B5.1.7 <i>Proporzione di tumori in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</i>												
B5.2 Screening cervice uterina	100%											
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	100%	<b>338</b>	1,55	18,97	18,97	36,39	36,39	53,81	53,81	71,23	71,23	88,65
B5.3 Screening coloretta	100%											
B5.3.1 Estensione dello screening coloretta	100%	<b>339</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2 Adesione allo screening coloretta	100%	<b>340</b>	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
P15CC <i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</i>												
<b>B6 Donazioni</b>												
B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche	100%	<b>341</b>	0	0,25	0,25	0,62	0,62	0,98	0,98	1,35	1,35	1,72
B6.1.9 <i>Opposizione alla donazione</i>												
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	100%	<b>342</b>	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8

Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione										
<i>B6.1.10 Donazione di organi a cuore fermo</i>												
<i>B6.1.8 Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>												
<i>B6.1.12 Donatori di tessuti (pmp)</i>												
<i>B6.1.11 Tempo medio di attesa di trapianto per rene</i>												
<i>B6.1.14 Indice di trapiantabilità</i>												
<i>B6.1.14.1 Indice di trapiantabilità - rene</i>												
<i>B6.1.14.2 Indice di trapiantabilità - fegato</i>												
<i>B6.1.14.3 Indice di trapiantabilità - cuore</i>												
<i>B6.1.14.4 Indice di trapiantabilità - polmone</i>												
<i>B6.1.14.5 Indice di trapiantabilità - pancreas</i>												
<b>B7 Copertura vaccinale</b>												
B7.1 Copertura per vaccino MPR	25%	<b>343</b>	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	10%	<b>344</b>	42	53	53	64	64	75	75	86	86	95
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)		<b>345</b>	50	60	60	70	70	85	85	95	95	100
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	10%	<b>346</b>	0	7	7	16	16	25	25	34	34	43
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	10%	<b>347</b>	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	10%	<b>348</b>	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	25%	<b>349</b>	87	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.8 Copertura vaccinale varicella	10%	<b>350</b>	50	55	55	65	65	75	75	85	85	95
<b>B9A Equità</b>												
<i>B9A.1 Genere</i>												
<i>C5.4 Equità di accesso ad intervento di angioplastica (PTCA) post infarto Miocardico acuto (IMA) per genere</i>												
<i>C5.4.1 Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEM</i>												
<i>C5.4.2 Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI</i>												
<b>B24A Sanità digitale</b>												
B24B ePrescription	100%											
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	100%	<b>351</b>	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%	<b>352</b>	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%	<b>353</b>	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%	<b>354</b>	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 Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	100%											
B24C.2C.1 Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni	100%	<b>355</b>	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.2 Aziende Sanitarie che alimentano e utilizzano il FSE	100%											
B24C.2C.2.1 Operatori sanitari abilitati al FSE	100%	<b>356</b>	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.2.2 Aziende sanitarie che alimentano il FSE	100%	<b>357</b>	0	20	20	40	40	60	60	80	80	100
B24C.2C.3 Medici che alimentano ed utilizzano il FSE	100%											
B24C.2C.3.1 Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	100%	<b>358</b>	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												
<b>C30 Indicatori AOU</b>												
<i>C30.3.2.2 Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>												
<i>C36.1 Percentuale prostatectomie computer-assistite</i>												
<b>EMERGENZA-URGENZA</b>												
<b>C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>												
C16A Appropriattezza	30%											
C16.1.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	100%	<b>360</b>	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%	<b>361</b>	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%	<b>362</b>	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%	<b>363</b>	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
<i>C16T Valutazione triage</i>												
<i>C16A.T1.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 [emergenza] ricoverati, deceduti o trasferiti</i>												
<i>C16A.T2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 [urgenza] ricoverati, deceduti, trasferiti o in OB.</i>												
<i>C16A.T3.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 [urgenza differibile] ricoverati, trasferiti o in OB.</i>												
<i>C16A.T4.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 [urgenza minore] ricoverati, trasferiti o in OB.</i>												
<i>C16A.T5.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 [nessuna urgenza] ricoverati, trasferiti o in OB.</i>												
C16P Processo	70%											
C16.4.1.N Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	100%	<b>364</b>	80	84	84	88	88	92	92	96	96	100

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione											
			13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3		
<i>C16.5 Percentuale di accessi in Osservazione Breve</i>														
<i>C16.5.1C Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore</i>														
<i>C16.9 Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero</i>														
<i>C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore</i>	100%	<b>365</b>	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3		
<i>C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso</i>	100%	<b>366</b>	26	40	22	26	18	22	14	18	8	14		
<b>D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</b>														
<b>PREVENZIONE COLLETTIVA</b>														
<b>F14 Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria</b>														
<i>P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza a</i>														
<b>F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>														
<i>F15.1.3 Inchieste per infortunio sul lavoro</i>														
<i>F15.1.4 Inchieste per malattie professionali</i>														
<i>F15.2 Copertura del territorio</i>														
<i>F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti</i>														
<i>F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati</i>														
<i>F15.3 Efficienza produttiva</i>														
<i>F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL</i>														
<i>F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL</i>														
<b>F16 Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)</b>														
<i>P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti</i>														
<b>GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA</b>														
<b>C1 Capacità di governo della domanda</b>														
<i>C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>														
<i>H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</i>														
<i>C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti</i>														
<i>C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>														
<i>C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti</i>														
<i>C1.1.2.2.1 Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale</i>														
<i>C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>														
<i>C1.3 Posti letto per 1.000 residenti</i>														
<i>C1.5 Indice di case mix</i>														
<i>C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA,</i>														
<b>C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici</b>														
<b>C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurghi</b>														
<b>C14 Appropriatazza medica</b>														
<i>C4.8 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti</i>														
<i>C14.2 Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (solo AOU)</i>														
<i>C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA,</i>														
<i>C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti &gt;=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)</i>														
<b>C4 Appropriatazza chirurgica</b>														
<i>C4.1 Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici</i>														
<i>C4.1.1 Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari</i>														
<i>H05Z Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</i>														
<i>C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery</i>														
<i>C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA)</i>														
<i>C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti</i>														
<b>C5 Qualità clinica/Qualità di processo</b>														
<i>C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno</i>														
<i>C5.1 Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>														
<i>C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni</i>														
<i>C5.30 Percentuale fratture operate entro 48 ore</i>														
<i>C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali</i>														
<i>C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate</i>														
<i>C5.17 Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati</i>														
<i>C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</i>														
<i>C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati</i>														
<i>C5.20 Trombolisi endovenosa per ictus ischemico</i>														

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
			35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	20%	<b>380</b>	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
<i>C16.8 Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>												
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	15%	<b>381</b>	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
<i>C5.21 Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (118, PS o struttura di ricovero)</i>												
<i>H13C Percentuale di pazienti di età' &gt;=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario</i>												
<i>C5.19 Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna</i>												
<b>C6 Rischio clinico</b>												
<i>C6.4.1 Sepsis post-operatoria per chirurgia di elezione</i>												
<i>C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità</i>												
<i>C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica</i>												
<b>C7 Materno-infantile</b>												
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	70%	<b>382</b>	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
<i>C7.1.2 Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)</i>												
<i>C7.1.3 Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)</i>												
<i>C7.1.4 Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati</i>												
<i>C7.0 Volumi per parti</i>												
<i>C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti</i>												
<i>C7.0.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti</i>												
<i>C7.26 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN</i>												
<i>H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti</i>												
<i>H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti</i>												
<i>C7.2 Percentuale di parti indotti</i>												
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	15%	<b>383</b>	36	44	28	36	20	28	12	20	4	12
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	15%	<b>384</b>	10	12,5	7,5	10	5	7,5	2,5	5	0	2,5
<i>C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum</i>												
<i>C7.13 Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva</i>												
<i>C7.14 Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza &lt;4</i>												
<i>C7.27 Percentuale donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza</i>												
<i>C7.16A Accesso area maternità del consultorio</i>												
<i>C7.1B.1 Tasso di concepimento per minorenni</i>												
<i>C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti</i>												
<i>C7.11 Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute</i>												
<i>C7.10.1 Percentuale di IVG con certificazione consultoriale</i>												
<b>C7D Pediatria</b>												
<i>C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (&lt; 14 anni)</i>												
<i>C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (&lt; 1 anno)</i>												
<i>C7.7.4 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)</i>												
<i>D04C.A Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (&lt; 18 anni) per asma</i>												
<i>D04C.B Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (&lt; 18 anni) per gastroenterite</i>												
<i>C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti</i>												
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	100%	<b>385</b>	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	100%	<b>386</b>	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9
<b>C8A Integrazione ospedale territorio</b>												
<i>C8A.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC</i>												
<i>C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti</i>												
<i>C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso</i>												
<i>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,</i>												
<i>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,</i>												
<i>C8C.3.N Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Ca,</i>												
<i>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,</i>												
<i>C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti</i>												
<i>C8A.20 Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno</i>												
<b>C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>												
C10.1 Volumi Oncologia	60%											
C10.1A Volumi interventi tumore maligno alla mammella												
<i>C10.1.3 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella</i>												
<i>C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella</i>												

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
			50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
<b>C10.1.7 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella</b>												
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	100%	<b>387</b>	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
<b>C10.1.12 Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui</b>												
C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata												
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	100%	<b>388</b>	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%	<b>389</b>	50	100	40	50	25	40	10	25	0	10
<b>C10.1.6 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata</b>												
C10.1.6A 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	25%	<b>390</b>	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	25%	<b>391</b>	30	44,4	44,4	58,5	58,5	72,6	72,6	86,7	86,7	100
<b>C10.2.2.1 Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella</b>												
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	50%	<b>392</b>	0	58,3	58,3	68,7	68,7	79	79	89,4	89,4	100
<b>C10.2.10 Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella</b>												
C10.3 Percorso tumore al colon-retto	20%											
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	100%	<b>393</b>	8,1	10	5,75	8,1	3,39	5,75	1,04	3,39	0	1,04
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	100%	<b>394</b>	5,64	7,5	3,78	5,64	1,92	3,78	0,6	1,92	0	0,6
C10.3.3 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante												
C10.3.5 Percentuale di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia entro 18 mesi dall'intervento per tumore maligno al colon o al retto												
<b>C10.5A Oncologia Medica</b>												
<b>C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali</b>												
<b>C10D Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore</b>												
C10.4.7 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore alla mammella	100%	<b>395</b>	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.8 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore alla prostata	100%	<b>396</b>	0	29,2	29,2	47,8	47,8	66,5	66,5	90	90	100
C10.4.9 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore al colon	100%	<b>397</b>	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100
C10.4.10 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore al retto	100%	<b>398</b>	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.11 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore al polmone	100%	<b>399</b>	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.12 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore all'utero	100%	<b>400</b>	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
C10.4.13 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per melanoma	100%	<b>401</b>	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100
C10.4.14 Quota di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per tumore maligno alla tiroide	100%	<b>402</b>	60	65	65	70	70	80	80	90	90	100
<b>C11A Efficacia assistenziale territoriale</b>												
<b>C11A.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)</b>												
D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco												
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												
<b>C11A.2A Assistenza cronicità (diabete)</b>												
<b>C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)</b>												
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)	100%	<b>403</b>	40,81	49,02	32,6	40,81	24,39	32,6	16,17	24,39	7,96	16,17
<b>B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale</b>												
<b>B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari</b>												
B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare												
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	45%	<b>404</b>	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		<b>405</b>	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	20%	<b>406</b>	1,72	4,01	4,01	6,3	6,3	8,6	8,6	10,89	10,89	13,19
<b>B28.2.5A Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA &gt; 0.5)</b>												
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 over 65 in Cure Domiciliari	20%	<b>407</b>	0	15	15	30	30	45	45	60	60	75
<b>B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente</b>												
<b>B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente</b>												
D22.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)		<b>408</b>	0	1,5	1,5	3	3	4,5	4,5	6	6	7,5
D22.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)		<b>409</b>	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5
D22.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)		<b>410</b>	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni		<b>411</b>	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		<b>412</b>	31,36	35,97	26,75	31,36	22,13	26,75	17,52	22,13	12,91	17,52



Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione										
		28-35		21-28		14-21		7-14		0-7		
<b>B28.3.10 Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA</b>												
		<b>413</b>	28	35	21	28	14	21	7	14	0	7
<b>B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)</b>												
		<b>414</b>	32	40	24	32	16	24	8	16	0	8
<b>D33ZA.R1 Tasso di assistiti di età &gt;=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1</b>												
<b>D33ZA.R2 Tasso di assistiti di età &gt;=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2</b>												
<b>D33ZA.R3 Tasso di assistiti di età &gt;=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3</b>												
15%	<b>415</b>	0	5	5	10	10	15	15	20	20	20	35
<b>B28.3.14 Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti</b>												
<b>B28.3.15 Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione</b>												
<b>B28.3.16 Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione</b>												
<b>C13 Appropriately Diagnostica/Prescrittiva Diagnostica</b>												
<b>C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti</b>												
<b>C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini</b>												
<b>C13.2.1 Tasso di prestazioni TC erogate, extra PS, per 1.000 residenti</b>												
<b>C13.2.2 Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti</b>												
100%	<b>416</b>	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15	
100%	<b>417</b>	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8	
<b>C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (&gt;= 65 anni)</b>												
<b>C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi</b>												
<b>C13.2.2.4 Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriately per 1000 residenti std età e sesso</b>												
<b>C13.3 Appropriately prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei</b>												
<b>C13.3.1 Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 26</b>												
<b>C13.3.2 Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 26</b>												
<b>C13.3.3 Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 26</b>												
<b>C13.4 Tempi di attesa</b>												
<b>D102 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)</b>												
<b>D112 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)</b>												
<b>C15 Salute mentale</b>												
<b>C15.1A Attività territoriale</b>												
<b>C15.12 Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti</b>												
<b>C15.13 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti</b>												
<b>C15.14 Percentuale di prestazioni domiciliari</b>												
<b>C15.15 Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti</b>												
<b>C15.1B Attività ospedaliera</b>												
<b>C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni</b>												
<b>C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche</b>												
<b>C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</b>												
<b>C15A.13B Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria</b>												
<b>C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche</b>												
<b>C15A.6B Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni</b>												
<b>C15.1C Continuità assistenziale</b>												
<b>C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)</b>												
<b>C15.1D Infanzia-adolescenza</b>												
<b>C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni</b>												
<b>C18 Variabilità chirurgia elettiva</b>												
<b>C18.2 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.3 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.4 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.8 Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.9 Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C18.10 Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti</b>												
<b>C28 Cure Palliative</b>												

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
			28,5	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	80
C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative <i>D302 Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</i>	70%	<b>418</b>	28,5	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	80
<i>C28.2 Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni.</i>												
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%	<b>419</b>	27	44	44	61,1	61,1	78,2	78,2	95,3	95,3	100
C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	15%	<b>420</b>	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
<i>D322 N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero &lt;= 7gg</i>												
<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA</b>												
<b>B4 Strategie per il controllo del dolore</b>												
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	100%	<b>422</b>	1,1	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9	2,9	3,4
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	100%	<b>423</b>	0	3,5	3,5	4,4	4,4	5,2	5,2	6,1	6,1	8
<i>B4.1.3 Consumo territoriale di morfina</i>												
<i>B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio</i>												
<b>C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica</b>												
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	100%	<b>424</b>	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	100%	<b>425</b>	34	38	30	34	26	30	22	26	18	22
<i>C9.5.3 Consumo di Antidepressivi nei giovani</i>												
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	100%	<b>426</b>	22,5	25,5	19,5	22,5	16,5	19,5	13,5	16,5	10,5	13,5
<i>D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici</i>												
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)		<b>427</b>	2,4	4	1,9	2,4	1,5	1,9	1	1,5	0	1
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio		<b>428</b>	2,3	2,8	1,8	2,3	1,2	1,8	0,7	1,2	0	0,7
<i>C9.8.1.7 Proporzioni di antibiotici Access</i>												
<i>F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo sul territorio</i>												
<i>C9.10.1 Polypharmacy sul territorio</i>												
<i>C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi</i>												
<i>C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine</i>												
<i>C9.19.4 Spesa pro-capite per farmaci adrenergici</i>												
<i>C9.20 Percentuale pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica</i>												
<i>C9.17 Ospedaliere</i>												
<i>C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti</i>												
<i>C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)</i>												
<i>C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)</i>												
<i>C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti</i>												
C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	100%	<b>429</b>	38	51	51	64	64	77	77	90	90	100
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	100%	<b>430</b>	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	100%	<b>431</b>	43	53	53	63	63	73	73	83	83	93
<b>F10A Governo della spesa farmaceutica e dispositivi</b>												
<i>F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite</i>												
<i>F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliere per punto DRG</i>												
<i>F10.1A Spesa farmaceutica complessiva</i>												
<i>F10.1B Spesa farmaceutica per acquisti diretti</i>												
<i>F10.1C Spesa farmaceutica convenzionata</i>												
<i>F10.1D Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA</i>												
<i>F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa</i>												
<i>F10.2.3 Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV</i>												
<i>F10.2.1B Spesa Media per Farmaci Oncologici</i>												
<i>F10.3 Spesa dispositivi (ospedaliere)</i>												
<i>F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliere) per punto DRG</i>												
<i>F10.3.3 Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero</i>												
<i>F10.3.4 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico</i>												
<i>F10.3.5 Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale</i>												
<b>F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>												
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	40%	<b>432</b>	72	74	74	76	76	78	78	80	80	82
<i>F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto</i>												
F12A.19 Ospedaliere	60%											
F20.7 Percentuale Imatinib equivalente	100%	<b>433</b>	0	40	40	55	55	70	70	85	85	100
F20.8 Percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara	100%	<b>434</b>	0	60	60	70	70	80	80	90	90	100
F20.9 Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara	100%	<b>435</b>	70	76	76	82	82	88	88	94	94	100
F20.10 Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara	100%	<b>436</b>	0	72	72	79	79	86	86	93	93	100

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
F20.11 Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara	100%	437	0	80	80	85	85	90	90	95	95	100
F20.12 Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara	100%	438	0	56	56	67	67	78	78	89	89	100
F20.13 Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara	100%	439	0	35	35	50	50	65	65	80	80	100
F20.14 Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara	100%	440	0	77	77	83	83	89	89	94	94	100
F20.15 Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara	100%	441	0	25	25	30	30	35	35	40	40	100
F20.16 Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara	100%	442	0	61	61	71	71	81	81	91	91	100
F20.17 Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara	100%	443	0	92	92	94	94	96	96	98	98	100
<i>F20.17.1 Percentuale Fattori di crescita delle colonie short activity su totale</i>												
F20.18 Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara	100%	444	0	27	27	44	44	61	61	78	78	100
F20.19 Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara	100%	445	0	5	5	10	10	15	15	20	20	100
F20.20 Percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara	100%	446	0	25	25	40	40	55	55	70	70	100
<i>F20.21.1 Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole</i>												
<i>F20.21.2 Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 13 molecole</i>												
<b>F12C Dispositivi medici</b>												
<i>F12C.3.1A Consumo di siringhe per giornata di degenza</i>												
<i>F12C.3.2B Spesa per siringhe per giornata di degenza</i>												
<i>F12C.4.1B Spesa per guanti per giornata di degenza</i>												
<b>C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)</b>												
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	100%	447	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%	448	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%	449	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	100%	450	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%	451	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5	15,5	18,5
<b>RESILIENZA</b>												
<b>C10R RESILIENZA - Oncologia</b>												
<i>S.M3.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M4.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M5.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M6.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M7.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M8.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M9.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A</i>												
<i>S.M10.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A</i>												
<i>F.M4.R Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici</i>												
S.M3.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	100%	454	-23,26	-16,29	-16,29	-9,32	-9,32	-2,36	-2,36	4,61	4,61	11,58
S.M4.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	100%	455	-61,57	-42,35	-42,35	-23,13	-23,13	-3,91	-3,91	15,31	15,31	34,54
S.M5.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	100%	456	-29,38	-22,79	-22,79	-16,21	-16,21	-9,63	-9,63	-3,05	-3,05	3,54
S.M6.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	100%	457	-25,12	-20,9	-20,9	-16,69	-16,69	-12,47	-12,47	-8,26	-8,26	-4,04
S.M7.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	100%	458	-31,56	-22,64	-22,64	-13,72	-13,72	-4,79	-4,79	4,13	4,13	13,05
S.M8.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	100%	459	-22,48	-15,65	-15,65	-8,83	-8,83	-2,01	-2,01	4,82	4,82	11,64
S.M9.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	100%	460	-30,85	-21,36	-21,36	-11,87	-11,87	-2,39	-2,39	7,1	7,1	16,59
S.M10.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla tiroide	100%	461	-34,86	-26,05	-26,05	-17,25	-17,25	-8,44	-8,44	0,37	0,37	9,18
F.M4.M Variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	100%	462	3,7	5,32	5,32	6,94	6,94	8,56	8,56	10,19	10,19	11,81
<b>TD.R RESILIENZA - Reti tempo dipendenti</b>												
<i>S.M12.R Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI</i>												
<i>S.M14.R Variazione nei volumi per ricoveri per ictus ischemico</i>												
S.M12.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per IMA STEMI	100%	463	-16,91	-14,87	-14,87	-12,83	-12,83	-10,79	-10,79	-8,75	-8,75	-6,71
S.M14.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per ictus ischemico	100%	464	-20,68	-17,05	-17,05	-13,42	-13,42	-9,79	-9,79	-6,16	-6,16	-2,53
<b>CC.R RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio</b>												
<i>S.M13.R Variazione nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica</i>												
<i>S.M16.R Variazione nei volumi per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico</i>												
S.M13.M Variazione media nei volumi per per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	100%	465	-18,71	-15,99	-15,99	-13,26	-13,26	-10,53	-10,53	-7,81	-7,81	-5,08
S.M16.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico	100%	466	-34,83	-27,26	-27,26	-19,69	-19,69	-12,12	-12,12	-4,55	-4,55	3,02
<b>C16R RESILIENZA - Pronto Soccorso</b>												
<i>PS.M1.R Variazione nei volumi accessi in Pronto soccorso</i>												
<i>PS.M2.R Variazione del tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero</i>												
<i>PS.M1.M Variazione media nei volumi per accessi in Pronto soccorso</i>												
<i>PS.M2.M Variazione media nel tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero</i>												

Estremi delle fasce di valutazione

Pesatura Pagina

**S.R RESILIENZA - Indicatori di contesto**

- S.M1.R *Variazione nei volumi ricoveri urgenti*
- S.M2.R *Variazione nei volumi ricoveri programmati*
- S.M11.R *Variazione nei volumi fratture del collo del femore operate*
- S.M15.R *Variazione nei volumi per ricoveri chirurgici programmati*
- S.M1.M *Variazione media nei volumi per ricoveri urgenti*
- S.M2.M *Variazione media nei volumi per ricoveri programmati*
- S.M11.M *Variazione media nei volumi per fratture del collo del femore operate*
- S.M15.M *Variazione media nei volumi per per ricoveri chirurgici programmati*

**C13.R1 RESILIENZA - Ambulatoriale e Diagnostica**

- A.M1.R *Variazione nei volumi prestazioni ambulatoriali*
- A.M2.R *Variazione nei volumi diagnostica per immagini*
- A.M1.M *Variazione media nei volumi per prestazioni ambulatoriali*
- A.M2.M *Variazione media nei volumi per diagnostica per immagini*

**C13.R5 RESILIENZA - Prime Visite**

- A.M3.R *Variazione nei volumi per prima visita cardiologica*
- A.M4.R *Variazione nei volumi per prima visita chirurgia vascolare*
- A.M5.R *Variazione nei volumi per prima visita endocrinologica*
- A.M6.R *Variazione nei volumi per prima visita neurologica*
- A.M7.R *Variazione nei volumi per prima visita oculistica*
- A.M8.R *Variazione nei volumi per prima visita ortopedica*
- A.M9.R *Variazione nei volumi per prima visita ginecologica*
- A.M10.R *Variazione nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica*
- A.M11.R *Variazione nei volumi per prima visita urologica*
- A.M12.R *Variazione nei volumi per prima visita dermatologica*
- A.M13.R *Variazione nei volumi per prima visita fisiatrica*
- A.M14.R *Variazione nei volumi per prima visita gastroenterologica*
- A.M15.R *Variazione nei volumi per prima visita oncologica*
- A.M16.R *Variazione nei volumi per prima visita pneumologica*
- A.M3.M *Variazione media nei volumi per prima visita cardiologica*
- A.M4.M *Variazione media nei volumi per prima visita chirurgia vascolare*
- A.M5.M *Variazione media nei volumi per prima visita endocrinologica*
- A.M6.M *Variazione media nei volumi per prima visita neurologica*
- A.M7.M *Variazione media nei volumi per prima visita oculistica*
- A.M8.M *Variazione media nei volumi per prima visita ortopedica*
- A.M9.M *Variazione media nei volumi per prima visita ginecologica*
- A.M10.M *Variazione media nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica*
- A.M11.M *Variazione media nei volumi per prima visita urologica*
- A.M12.M *Variazione media nei volumi per prima visita dermatologica*
- A.M13.M *Variazione media nei volumi per prima visita fisiatrica*
- A.M14.M *Variazione media nei volumi per prima visita gastroenterologica*
- A.M15.M *Variazione media nei volumi per prima visita oncologica*
- A.M16.M *Variazione media nei volumi per prima visita pneumologica*

**C13.R4 RESILIENZA - Visite di Controllo (Follow-up)**

- A.M17.R *Variazione nei volumi per visita di controllo cardiologica*
- A.M18.R *Variazione nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare*
- A.M19.R *Variazione nei volumi per visita di controllo endocrinologica*
- A.M20.R *Variazione nei volumi per visita di controllo neurologica*
- A.M21.R *Variazione nei volumi per visita di controllo oculistica*
- A.M22.R *Variazione nei volumi per visita di controllo ortopedica*
- A.M23.R *Variazione nei volumi per visita di controllo ginecologica*
- A.M24.R *Variazione nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica*
- A.M25.R *Variazione nei volumi per visita di controllo urologica*
- A.M26.R *Variazione nei volumi per visita di controllo dermatologica*
- A.M27.R *Variazione nei volumi per visita di controllo fisiatrica*
- A.M28.R *Variazione nei volumi per visita di controllo gastroenterologica*
- A.M29.R *Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica*
- A.M30.R *Variazione nei volumi per visita di controllo pneumologica*

		Estremi delle fasce di valutazione											
Pesatura	Pagina												
A.M17.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo cardiologica	100%	<b>467</b>	-55,39	-45,02	-45,02	-34,65	-34,65	-24,28	-24,28	-13,91	-13,91	-3,54
A.M18.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	100%	<b>468</b>	-53,67	-43,92	-43,92	-34,18	-34,18	-24,44	-24,44	-14,69	-14,69	-4,95
A.M19.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo endocrinologica	100%	<b>469</b>	-43,02	-35,65	-35,65	-28,27	-28,27	-20,9	-20,9	-13,52	-13,52	-6,15
A.M20.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo neurologica	100%	<b>470</b>	-42,7	-33,7	-33,7	-24,7	-24,7	-15,7	-15,7	-6,7	-6,7	2,3
A.M21.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oculistica	100%	<b>471</b>	-48,65	-42,31	-42,31	-35,96	-35,96	-29,61	-29,61	-23,27	-23,27	-16,92
A.M22.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo ortopedica	100%	<b>472</b>	-30,55	-27,91	-27,91	-25,27	-25,27	-22,62	-22,62	-19,98	-19,98	-17,34
A.M23.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo ginecologica	100%	<b>473</b>	-44,32	-33,37	-33,37	-22,42	-22,42	-11,48	-11,48	-0,53	-0,53	10,42
A.M24.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	100%	<b>474</b>	-45,12	-39,95	-39,95	-34,78	-34,78	-29,62	-29,62	-24,45	-24,45	-19,29
A.M25.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo urologica	100%	<b>475</b>	-44,39	-36,31	-36,31	-28,22	-28,22	-20,13	-20,13	-12,05	-12,05	-3,96
A.M26.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo dermatologica	100%	<b>476</b>	-40,28	-35,25	-35,25	-30,22	-30,22	-25,19	-25,19	-20,16	-20,16	-15,12
A.M27.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo fisiatrica	100%	<b>477</b>	-41,72	-33,81	-33,81	-25,9	-25,9	-17,99	-17,99	-10,07	-10,07	-2,16
A.M28.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo gastroenterologica	100%	<b>478</b>	-50,51	-37,7	-37,7	-24,89	-24,89	-12,08	-12,08	0,72	0,72	13,53
A.M29.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica	100%	<b>479</b>	-22,56	-15,53	-15,53	-8,5	-8,5	-1,47	-1,47	5,56	5,56	12,59
A.M30.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo pneumologica	100%	<b>480</b>	-51,69	-44,46	-44,46	-37,23	-37,23	-30	-30	-22,77	-22,77	-15,54
<b>C15R RESILIENZA - Salute Mentale</b>													
<i>SM.M1.R Variazione nei volumi prestazioni domiciliari</i>													
<i>SM.M2.R Variazione nei volumi prestazioni erogate nel territorio</i>													
<i>SM.M1.M Variazione media nei volumi per prestazioni domiciliari</i>													
<i>SM.M2.M Variazione media nei volumi per prestazioni erogate nel territorio</i>													
<b>B28R RESILIENZA - Setting Domiciliare</b>													
<i>AD.M1.R Variazione nei volumi per Accessi domiciliari ADI/ADF</i>													
<i>AD.M1.M Variazione media nei volumi per per Accessi domiciliari ADI/ADF</i>													
<b>C9R RESILIENZA - Farmaceutica</b>													
<i>F.M1.R Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio</i>													
<i>F.M2.R Variazione nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio</i>													
<i>F.M3.R Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio</i>													
F.M1.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	100%	<b>481</b>	-2,13	-1,31	-1,31	-0,48	-0,48	0,34	0,34	1,17	1,17	1,99
F.M2.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	100%	<b>482</b>	-4,33	-3,39	-3,39	-2,45	-2,45	-1,51	-1,51	-0,57	-0,57	0,37
<i>F.M3.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale</i>													
<b>B5R RESILIENZA - Screening oncologici</b>													
<i>B5.1.2.R Variazione nei volumi per lo screening mammografico</i>													
<i>B5.2.2.R Variazione nei volumi per lo screening cervice uterina</i>													
<i>B5.3.2.R Variazione nei volumi per lo screening coloretale</i>													
B5.1.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening mammografico	100%	<b>483</b>	-40	-30	-30	-20	-20	-10	-10	0	0	10
B5.2.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening cervice uterina	100%	<b>484</b>	-40	-30	-30	-20	-20	-10	-10	0	0	10
B5.3.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening coloretale	100%	<b>485</b>	-40	-30	-30	-20	-20	-10	-10	0	0	10
<b>B7.9 Vaccinazioni Covid-19 - Popolazione</b>													
B7.9.1	Copertura per vaccino COVID 19 - Ciclo completo	100%	<b>486</b>	71,45	73,7	73,7	75,95	75,95	78,21	78,21	80,46	80,46	82,71

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

Al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano, che rappresentano tra le determinanti più significative della performance stessa, negli ultimi anni è stato dato un forte impulso alla rilevazione del clima organizzativo dei sistemi sanitari regionali. L'indagine, promossa e coordinata dal Laboratorio MeS, è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interview), che prevede la compilazione di un questionario online, gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna. L'indagine di clima interno si effettua una volta ogni due anni e dal 2014 ha coinvolto più di 350.000 professionisti (vedi Tabella 2). L'evento pandemico ha comprensibilmente implicato una sospensione di questa attività di rilevazione nel 2020-2021, con una ri programmazione in corso.

Lo studio del clima organizzativo risponde infatti 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).

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
2020	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della P.A. di Trento	1	7,983

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

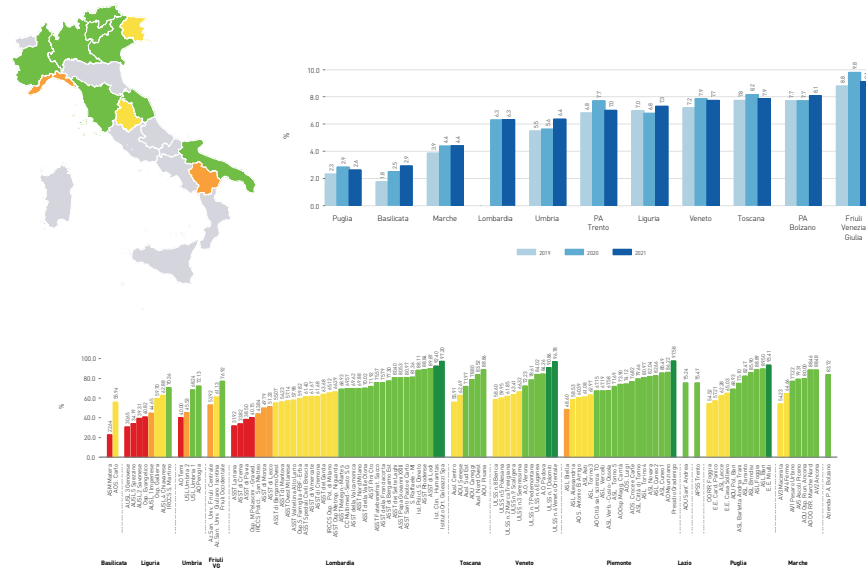
I risultati delle indagini di clima organizzativo sono messi a disposizione dei dipendenti con modalità definite a livello regionale.

### La rappresentazione dei risultati

Fin dal 2008 è stato predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende sanitarie. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al Network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e di condivisione tra gli attori dello stesso. Dal 2010 il report è pubblico, fruibile da tutti gli stakeholder, cittadini e utenti compresi. La presente pubblicazione riporta – per ragioni di economia di stampa – i soli indicatori a cui è attribuita una valutazione. Gli indicatori di osservazione sono comunque consultabili all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). La restituzione dei risultati si avvale di un ampio ventaglio di soluzioni grafiche, per un'immediata rappresentazione delle performance a confronto:

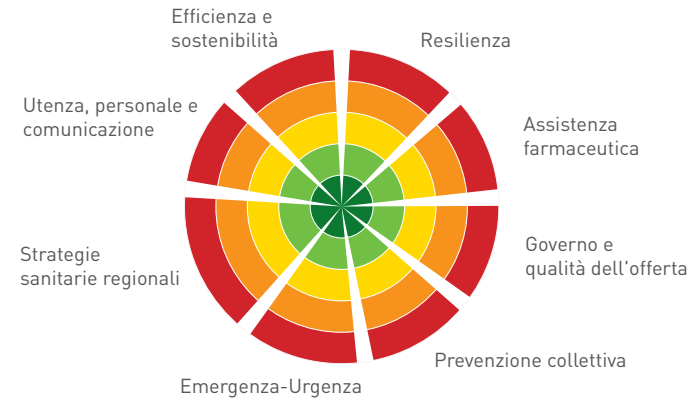
- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una mappa e da due istogrammi: la mappa restituisce la valutazione 2020 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento); il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il trend rispetto agli anni precedenti; il secondo mostra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

**Figura 2.** Mappa, istogramma trend e istogramma Aziende



- per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati regionali, provinciali e aziendali, gli indicatori compositi sono inoltre riportati in una rappresentazione a "bersaglio" (figura 3). Lo schema del bersaglio permette di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Province/Aziende considerate. I pallini del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori compositi e sono ordinati seguendo le dimensioni precedentemente listate; la dimensione della "resilienza" è riportata in alto a destra, per favorirne una veloce individuazione. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema: una fotografia dei punti di forza e di debolezza delle organizzazioni; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo 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 barra in pila (vedi figura 4) che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2020 e il 2021, 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%);

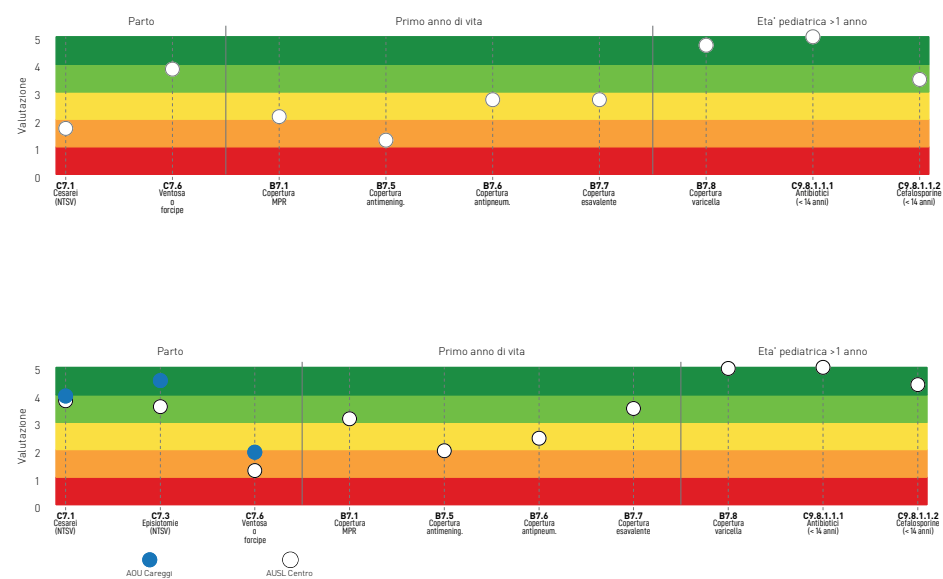
**Figura 4.** Barra in pila

Numero indicatori di valutazione: 59



- il bersaglio fornisce una buona sintesi della performance complessiva regionale e aziendale ma difficilmente aiuta a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, lungo il percorso di cura. A tal fine, la rappresentazione dei risultati viene proposta anche attraverso una prospettiva di percorso. L'obiettivo è quello di focalizzare l'attenzione non sul soggetto erogatore dei servizi ma sull'utente a cui sono rivolti. Sono quattro i percorsi individuati: materno infantile, oncologico, cronicità ed emergenza-urgenza. Le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase del percorso sono riportati nelle tabelle 3a-3d. Evocando la metafora della "musica suonata a favore del paziente", i percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma – anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione – articolato nelle diverse fasi (le "battute"): le "note" riproducono i singoli indicatori. In questa soluzione grafica, vengono riportati esclusivamente gli indicatori cui sia attribuita una valutazione; quelli "di osservazione" inclusi nei quattro percorsi sono comunque consultabili su web, all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). Nella logica del superamento 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 5). 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 (Nutti et al., 2018). Come già indicato, gli indicatori della dimensione "resilienza" sono stati collocati nei rispettivi pentagrammi;

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





**Tabella 3a.** I percorsi 2021, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO MATERNO-INFANTILE	
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Parto
C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) B7.1 Copertura per vaccino MPR B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico B7.7 Copertura per vaccino esavalente	Primo anno di vita
B7.8 Copertura vaccinale varicella C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) D04C.A Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma D04C.B Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	Età pediatrica > 1 anno

**Tabella 3b.** I percorsi 2021, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO CRONICITA'	
A10.1.1 Percentuale di sedentari A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso A10.4.1 Percentuale di fumatori B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	Promozione
A.M17.M Variazione media nei volumi per visita di controllo cardiologica A.M19.M Variazione media nei volumi per visita di controllo endocrinologica A.M30.M Variazione media nei volumi per visita di controllo pneumologica	Accesso e presa in carico
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi 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 (Ipolipemizzanti) F.M1.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio F.M2.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	Trattamento e compliance
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) 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.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 C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	Esiti

Tabella 3c. I percorsi 2021, 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	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</i>	
B5.1.5	<i>Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo</i>	
B5.1.6	<i>Percentuale di adesione agli approfondimenti</i>	
B5.1.7	<i>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</i>	
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	Screening
P15CC	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</i>	
B5.1.2.R	<i>Variazione nei volumi per lo screening mammografico</i>	
B5.2.2.R	<i>Variazione nei volumi per lo screening cervice uterina</i>	
B5.3.2.R	<i>Variazione nei volumi per lo screening coloretale</i>	
B5.1.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening mammografico	
B5.2.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening cervice uterina	
B5.3.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening coloretale	
C10.5	<i>Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali</i>	Diagnosi
S.M3.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A</i>	
C10.4.7	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
S.M4.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A</i>	
C10.4.8	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
S.M5.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A</i>	
C10.4.9	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	
S.M6.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A</i>	
C10.4.10	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	
S.M7.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A</i>	
C10.4.11	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	
S.M8.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A</i>	
C10.4.12	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	
S.M9.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A</i>	
C10.4.13	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	
S.M10.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A</i>	
C10.4.14	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	
C10.1.6	<i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata</i>	
C10.1.3	<i>Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella</i>	
C10.1.4	<i>Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella</i>	Trattamento
C10.1.7	<i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella</i>	
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	<i>Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui</i>	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	

**Tabella 3c.** I percorsi 2021, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	
C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	
F.M4.R	Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	
F.M4.M	Variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	
S.M3.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	
S.M4.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	
S.M5.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	
S.M6.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	
S.M7.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	
S.M8.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	
S.M9.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	
S.M10.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla tiroide	
A.M29.R	Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica	
A.M29.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	<b>Follow-up</b>
C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella	
C10.3.5	Percentuale di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia entro 18 mesi dall'intervento per tumore maligno al colon o al retto	
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	
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	<b>Fine vita</b>
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	

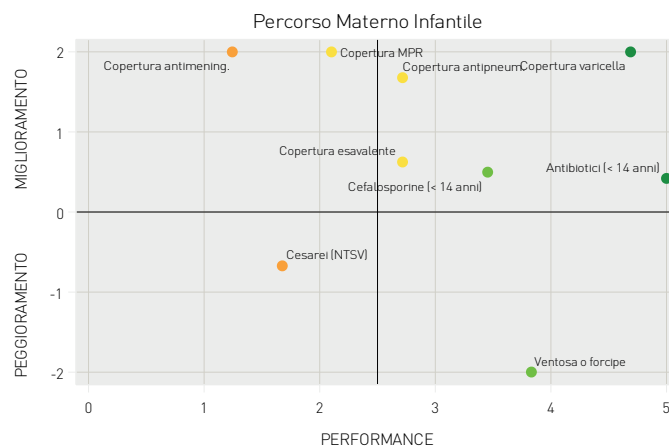
**Tabella 3d.** I percorsi 2021, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO EMERGENZA-URGENZA	
C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	
C8B.1 <i>Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso</i>	
C8C.1.N <i>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)</i>	<b>Accesso</b>
C8C.2.N <i>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)</i>	
C8C.3.N <i>Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Ca)</i>	
D07C.P.N <i>Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Cb)</i>	
C16.1.NA <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti</i>	<b>Triage</b>
C16.3.NA <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti</i>	
C16.4.NA <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti</i>	
C16A.T1.N <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>	
C16A.T2.N <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI</i>	
C16A.T3.N <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, trasferiti o in OBI</i>	
C16A.T4.N <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati, trasferiti o in OBI</i>	<b>Percorso</b>
C16A.T5.N <i>Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati, trasferiti o in OBI</i>	
D9 <i>Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</i>	
C16.4.1.N <i>Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso &lt;= 8 ore</i>	
C16.10 <i>Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore</i>	
C16.5 <i>Percentuale di accessi in Osservazione Breve</i>	<b>Ricovero</b>
C16.5.1C <i>Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore</i>	
C16.9 <i>Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero</i>	
C16.4 <i>Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore</i>	
C16.8 <i>Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>	
C16.7 <i>Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione</i>	

- per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono affiancate, come lo scorso anno, le relative mappe di performance. Ciascuna di esse include tutti gli indicatori di valutazione di ogni percorso e riporta, per ogni indicatore, la performance dello stesso nell'anno in corso e la sua variazione rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance, il trend (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolato, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2021-2020, 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 2021. 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 2020 e il 2021. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2020 e il 2021 ma che il suo livello di performance 2021 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 2021, 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 tecnostutture 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. Con riferimento allo sviluppo di alcuni indicatori e di alcune metodologie di valutazione, il Network si avvale altresì della collaborazione del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università degli Studi di Bologna.

**Figura 6.** Un esempio di mappa di performance regionale del percorso materno infantile







3

# RISULTATI 2021



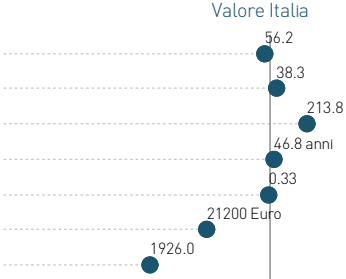


# BASILICATA



Popolazione: 545130 abitanti  
 Densita': 54.92 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
 Indice di dipendenza anziani  
 Indice di vecchiaia  
 Eta' media  
 Indice di Gini \*  
 PIL pro-capite \*\*  
 Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

Il Sistema Sanitario lucano nel 2021 è articolato in 2 Aziende Sanitarie territoriali provinciali (ASP Potenza e ASM Matera), un'Azienda Ospedaliera Regionale (AO San Carlo) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata - CROB). Il processo di riordino del Sistema Sanitario regionale (LR 2 del 12/01/2017) ha portato a un cambiamento della struttura organizzativa, costituita quindi da:

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

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BASILICATA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 43 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Basilicata mostra una performance complessivamente nella media o medio-bassa; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è infatti posizionata nelle fasce gialla e arancione del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 55.8% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 4.7% resta stabile e il 39.5% peggiora.

La sezione dedicata alla resilienza riconferma anche nel 2021 delle criticità nella gestione delle reti tempo dipendenti, dove la variazione media nei ricoveri per infarto acuto e per ictus ischemico tra 2020 e 2021 contro il 2019 registra una contrazione più marcata rispetto alle altre regioni del Network. Nella media, invece, la situazione per l'ambito cardiocircolatorio di tipo elettivo: il sistema sanitario lucano fa registrare un aumento di circa l'11% nei volumi di bypass aortocoronarici, mentre persiste il calo nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica. La flessione negli interventi chirurgici oncologici classe di priorità A è un'altra area da attenzionare, seppur persista una certa variabilità tra le diverse neoplasie. Anche le visite di follow up continuano a mostrare forti contrazioni che potrebbero avere ricadute importanti nella presa in carico dei pazienti. Molto buono si è dimostrato lo sforzo organizzativo per l'erogazione della vaccinazione Covid-19 con ciclo completo, che ha raggiunto una copertura pari al 79.2% della popolazione a fine 2021.

In merito alle politiche di prevenzione e promozione di salute, la Regione Basilicata presenta delle criticità circa i programmi di screening oncologici, occupando spesso posizioni ben al di sotto della media delle regioni del Network. Si segnalano infatti i risultati ottenuti per adesione ed estensione degli screening colorettales e della cervice uterina i quali, nonostante il trend in miglioramento, non raggiungono ancora livelli adeguati. La copertura vaccinale presenta nel complesso prestazioni nella media. La Regione si posiziona come best practice nella copertura per vaccino antinfluenzale over 65anni, dove registra un incremento del 21%. Da attenzionare invece la copertura per HPV, che registra una flessione rispetto al 2020.

In riferimento alla qualità dei processi ospedalieri, la Regione Basilicata registra complessivamente dei risultati di performance buoni. Se la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni conferma il trend in calo già registrato durante il 2020, la Regione si posiziona come best practice per 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. Anche la percentuale di prostatectomie transuretrali rimane tra le migliori del Network. Persiste invece una problematica nella percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera: valore che cresce fino al 2.9% nel 2021 dopo un calo osservato nel biennio precedente.

In ultimo, per quanto riguarda l'area della farmaceutica, sono osservabili livelli di per-

formance media per quanto riguarda l'appropriatezza farmaceutica: da evidenziare, però, l'ottimo valore raggiunto nel consumo di antidepressivi sul territorio. Da attenzionare maggiormente invece l'area dell'efficienza prescrittiva dove, per molti medicinali, la Regione denota una limitata propensione al consumo di farmaci biologici con pari efficacia clinica e minor costo.

Relativamente al percorso materno-infantile, la Basilicata si conferma, in linea con lo scorso anno, tra le migliori regioni del Network per i parti operativi, a fronte però di una criticità relativa ai parti cesarei, in cui si registra una crescita, da 24.5% nel 2020 a 26.6% nel 2021. Per quanto riguarda la presa in carico della casistica pediatrica, si registra un consumo appropriato di antibiotici e cefalosporine.

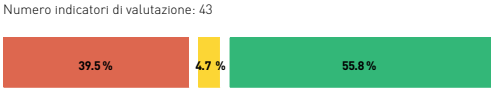
Nel percorso oncologico, sono molti gli indicatori che si posizionano nelle fasce più basse del pentagramma: tra questi, lo screening mammografici, colorettales della cervice uterina, come già segnalato. Critica anche la fase del trattamento, dove molti interventi chirurgici in classe di priorità A non vengono erogati nel rispetto dei tempi d'attesa (in particolare, retto ed utero). In controtendenza invece il rispetto dei tempi d'attesa per intervento per tumore al polmone, dove la Regione è best practice per il Network. Positiva (valutazione buona) la percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella.

Venendo, infine, al percorso cronicità, si registra una variabilità di performance tra le varie fasi. Critica, infatti, la percentuale di sedentari mentre è contenuta la percentuale di fumatori. Le fasi di accesso e presa in carico del paziente e di trattamento e compliance mostrano margini di miglioramento.

### Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)

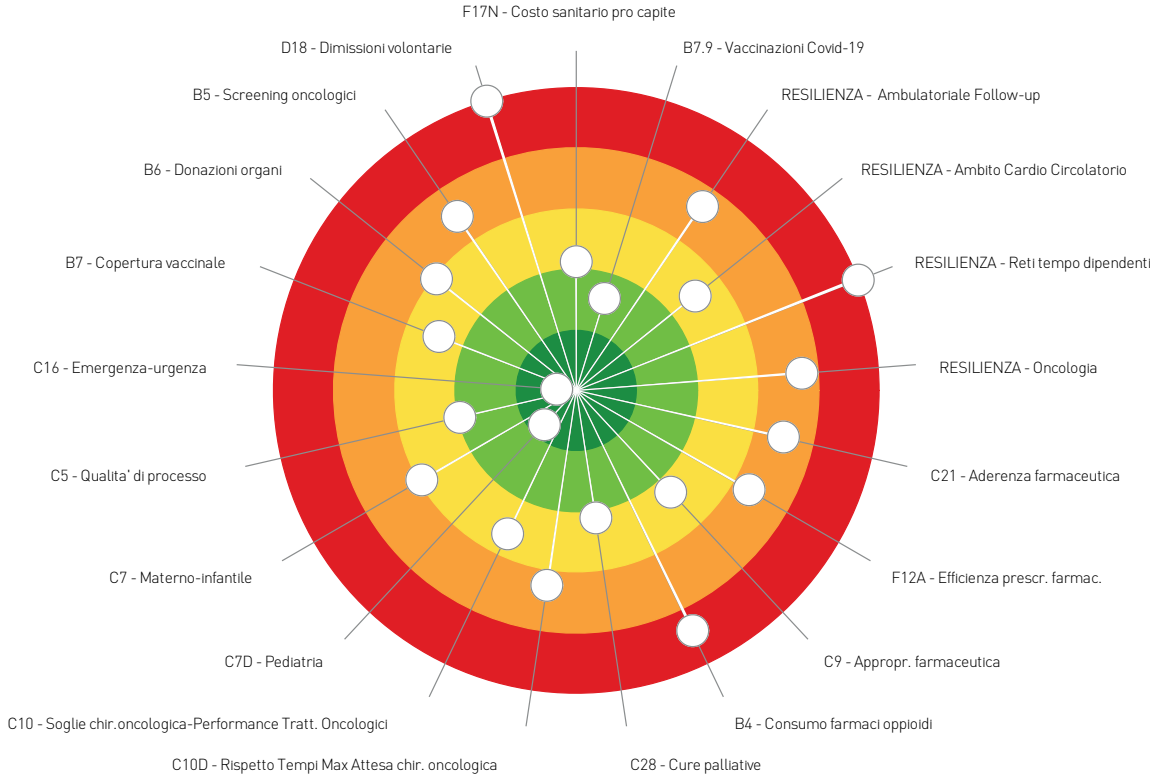
A10  
Stili di vita (PASSI)

### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

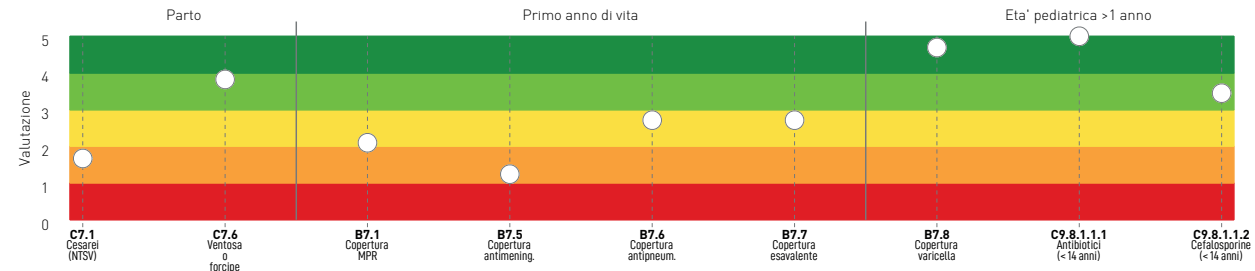


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

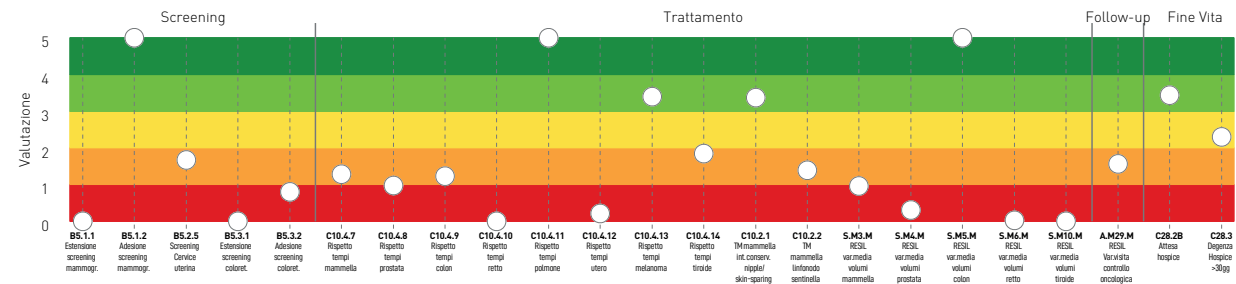
### Valutazione della performance 2021



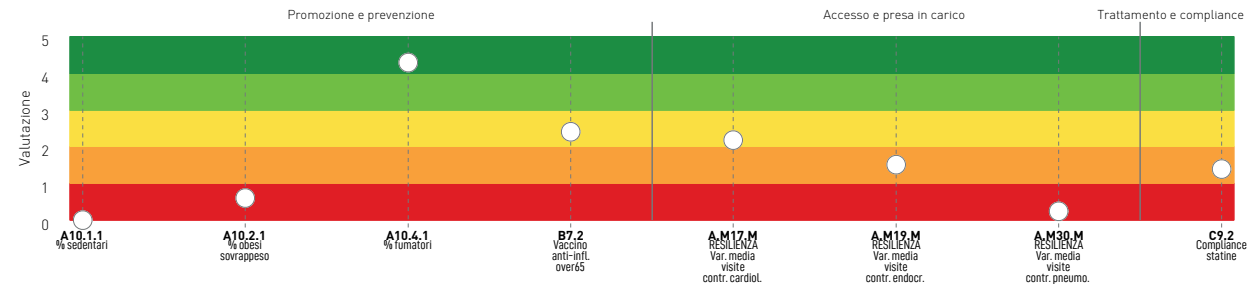
## PERCORSO MATERNO INFANTILE

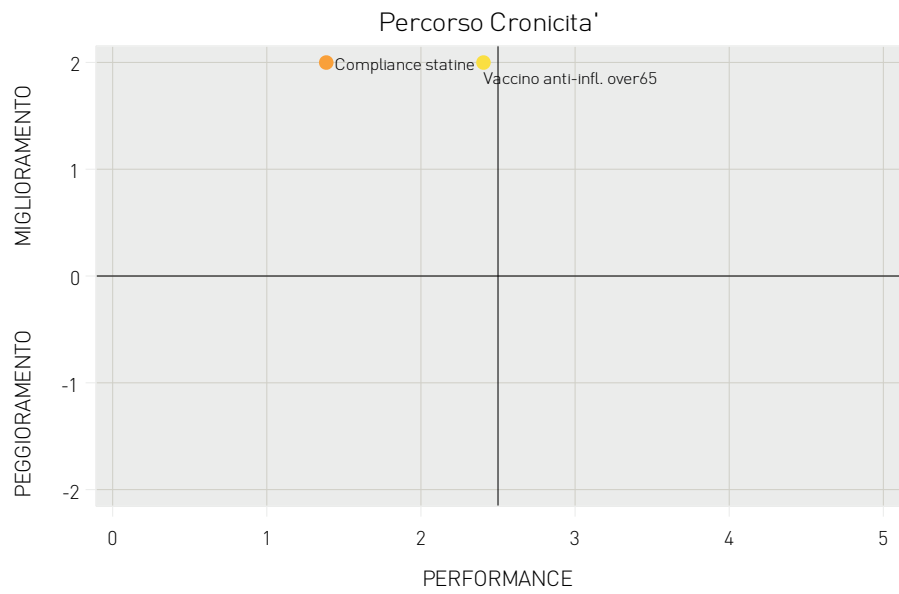
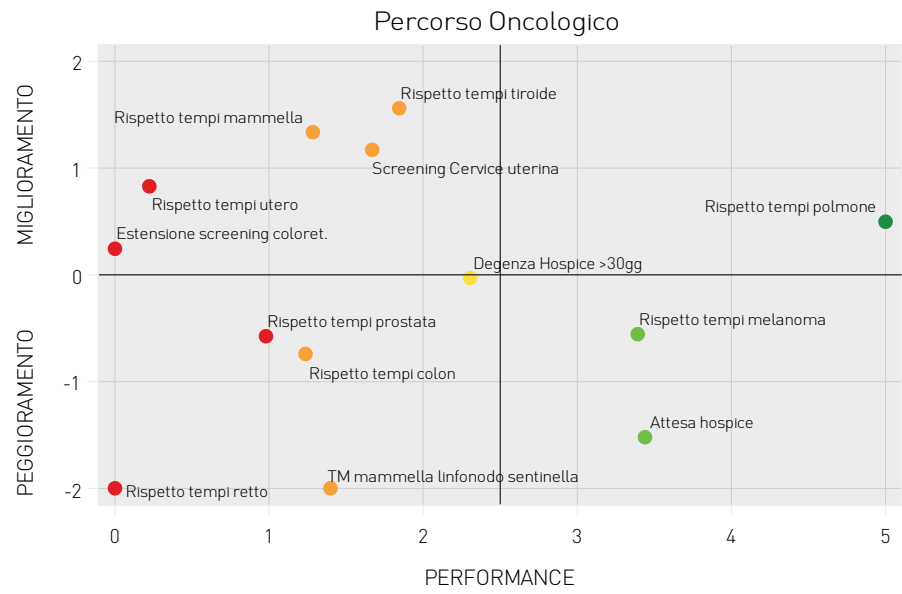
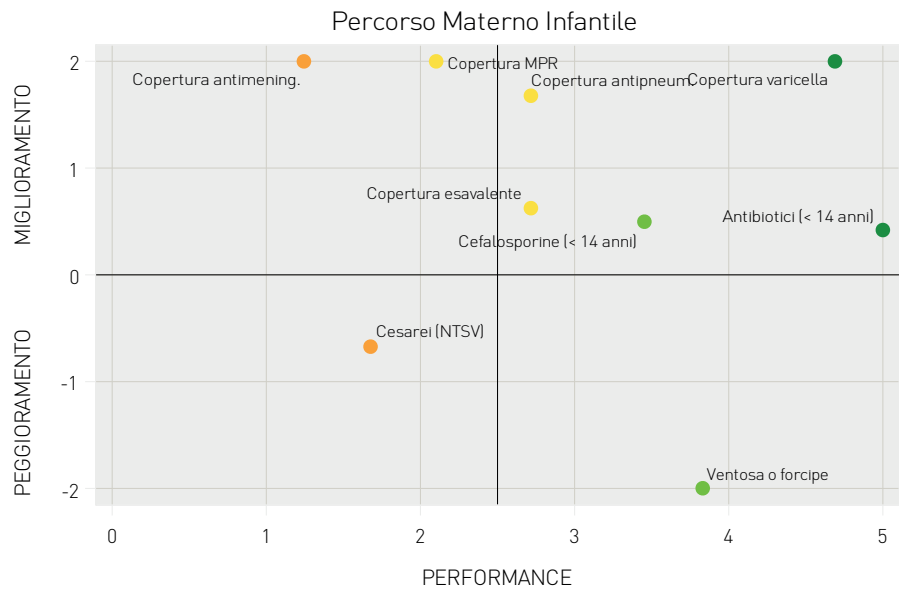


## PERCORSO ONCOLOGICO



## PERCORSO CRONICITÀ

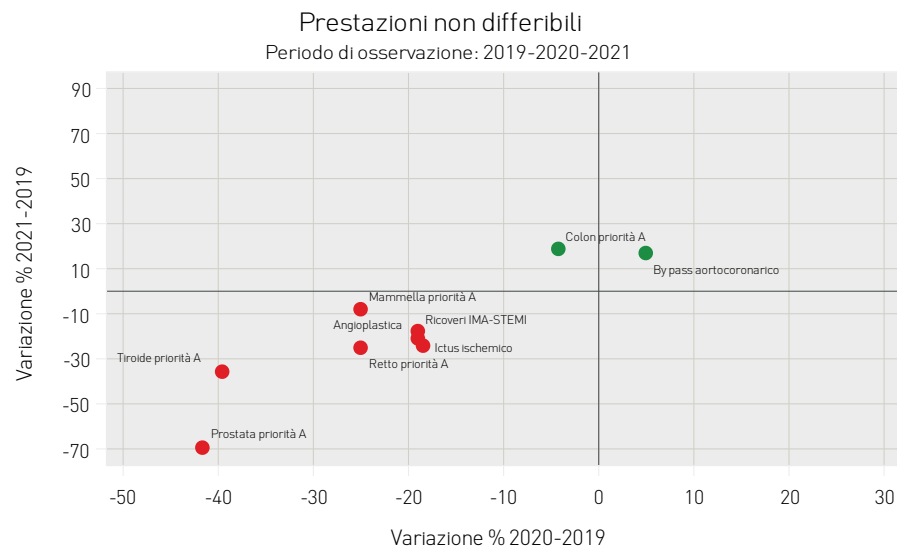




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE BASILICATA





# ASP POTENZA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



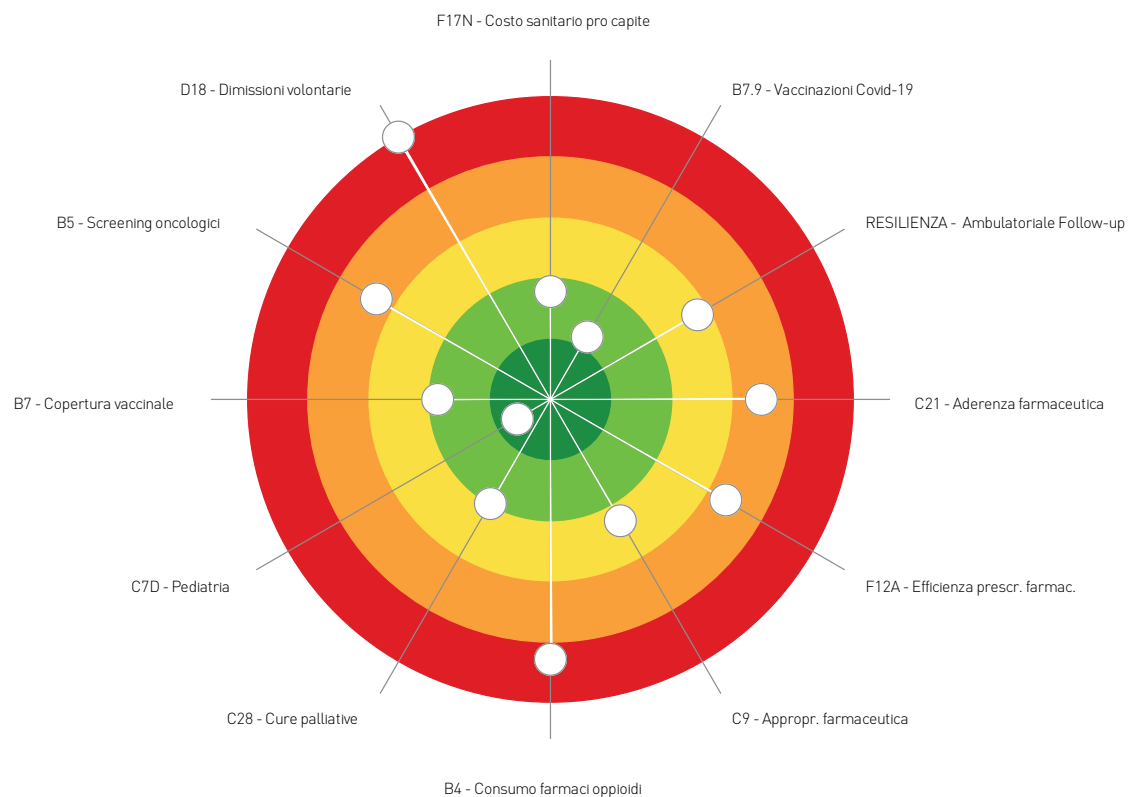
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# AO S. CARLO

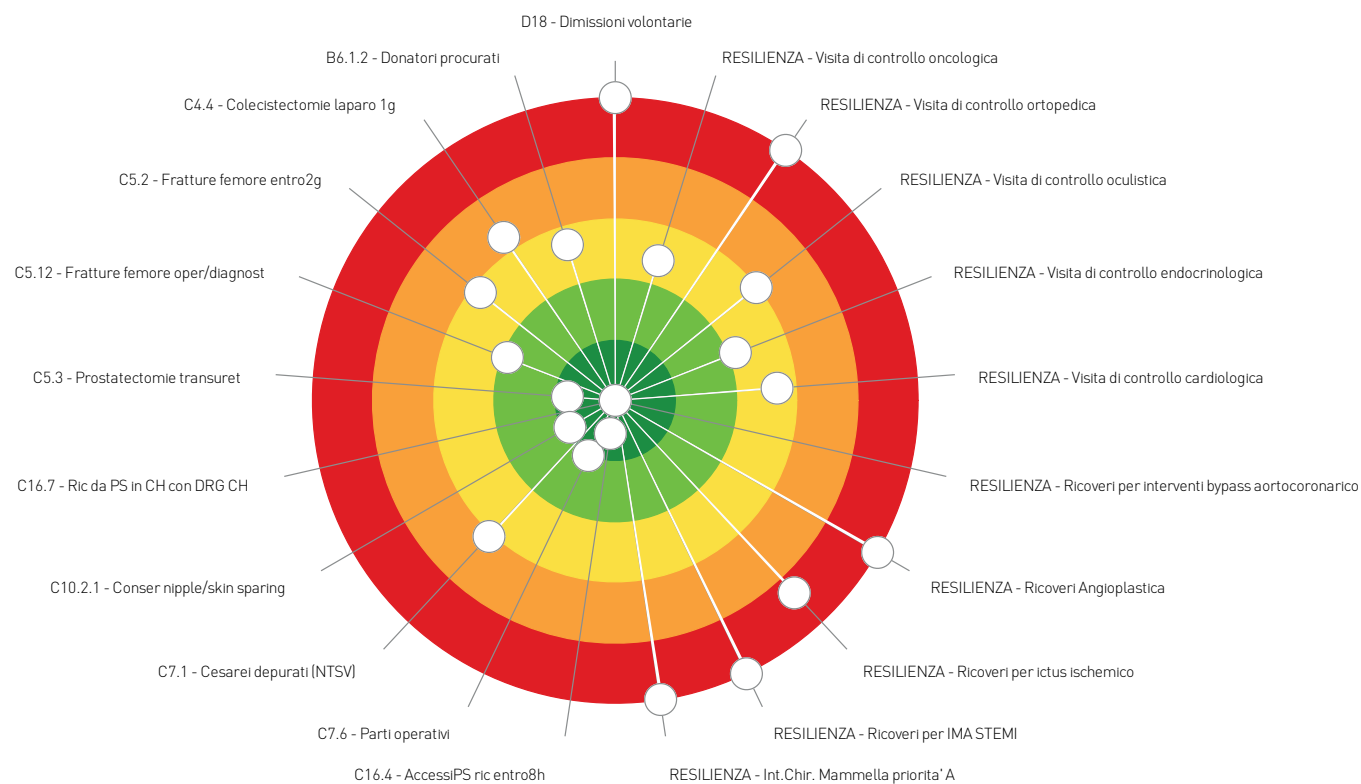
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 20



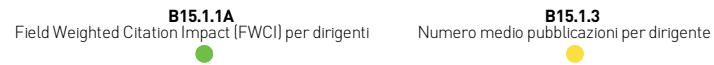
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS CROB RIONERO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



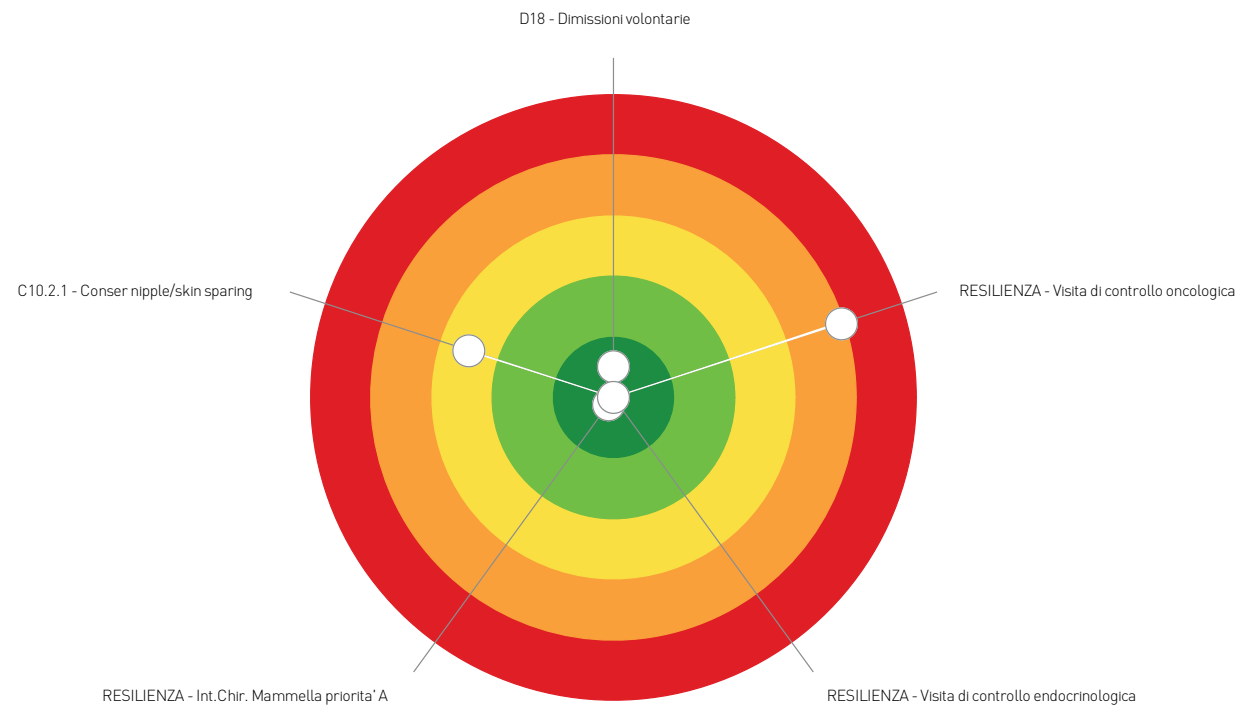
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

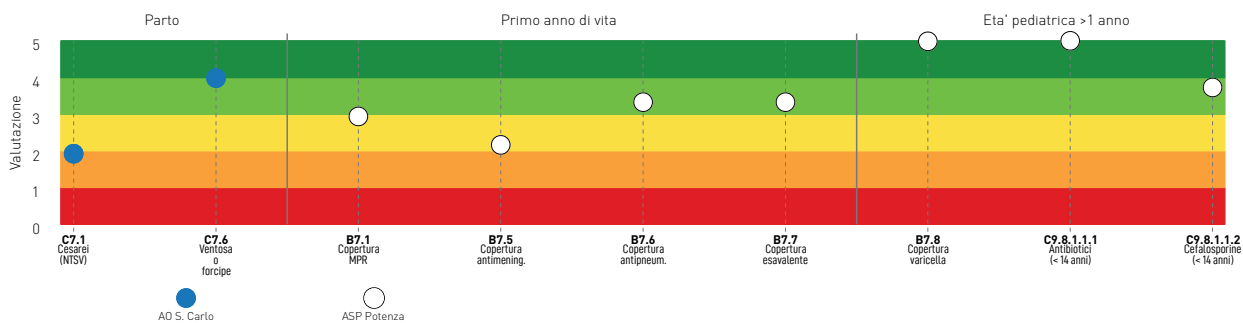
Numero indicatori di valutazione: 10



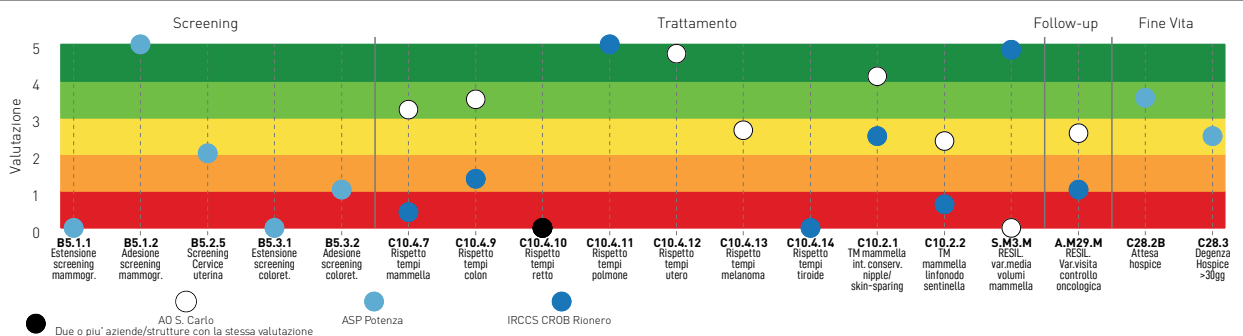
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

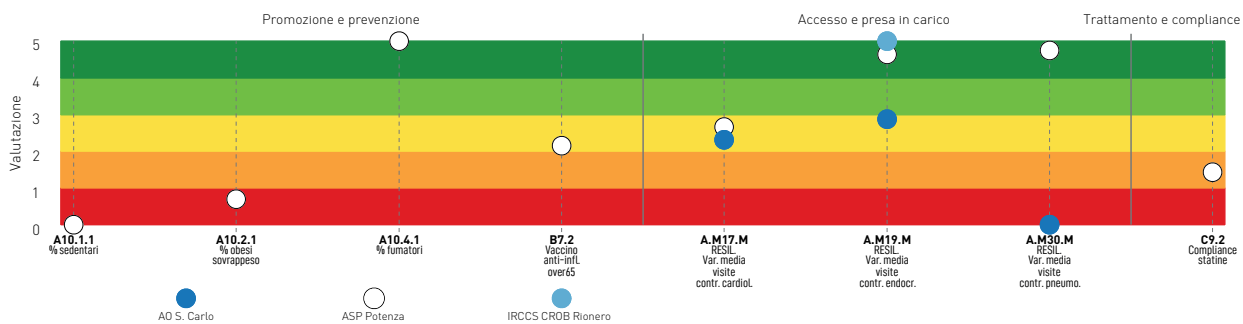




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

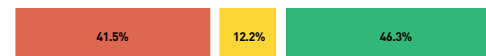
# ASM MATERA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)

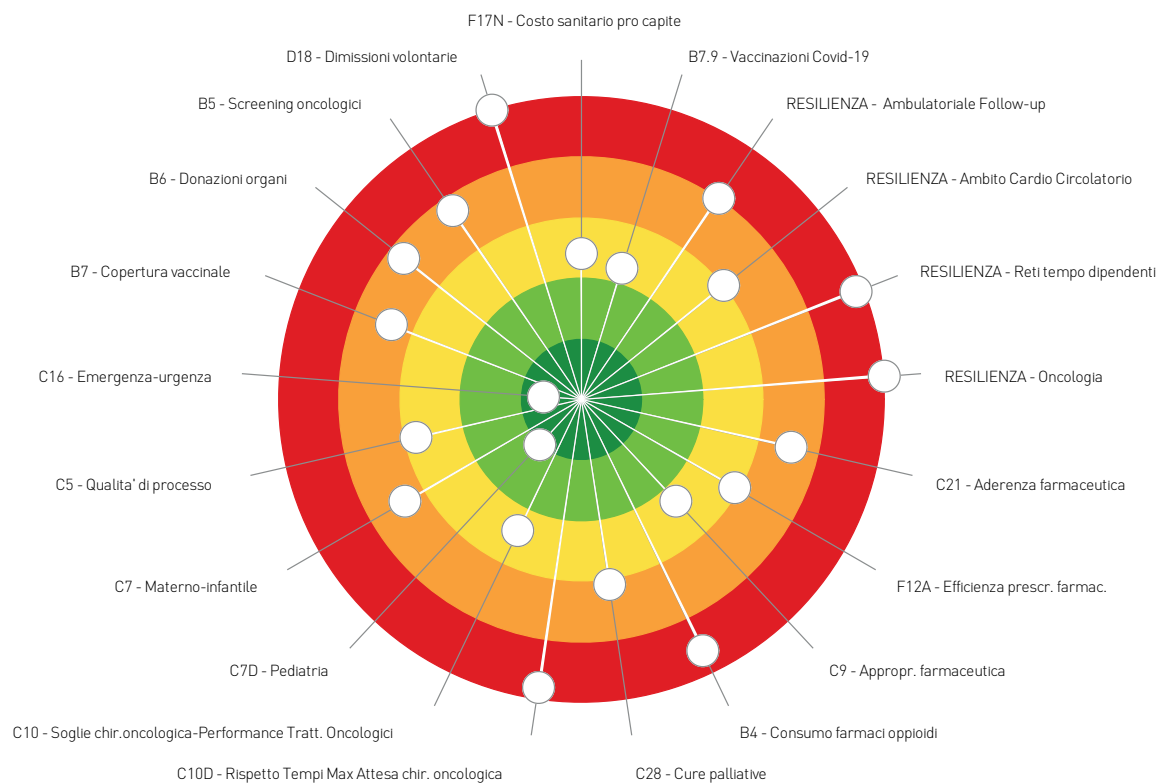
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

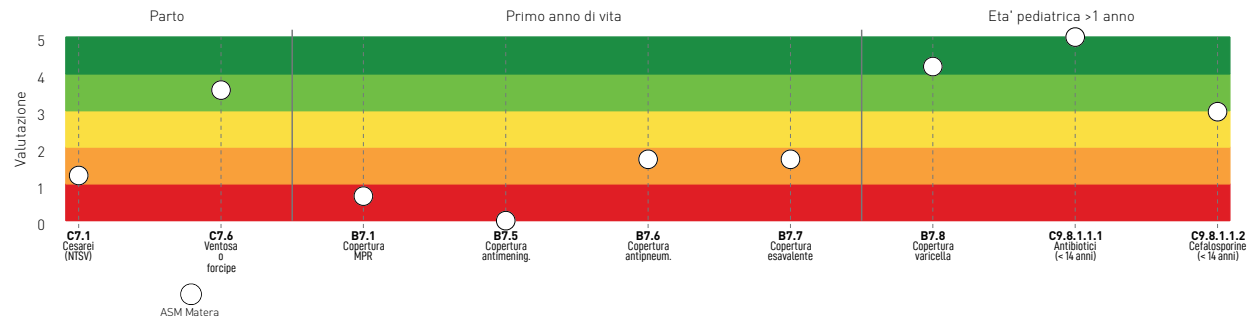
Numero indicatori di valutazione: 41



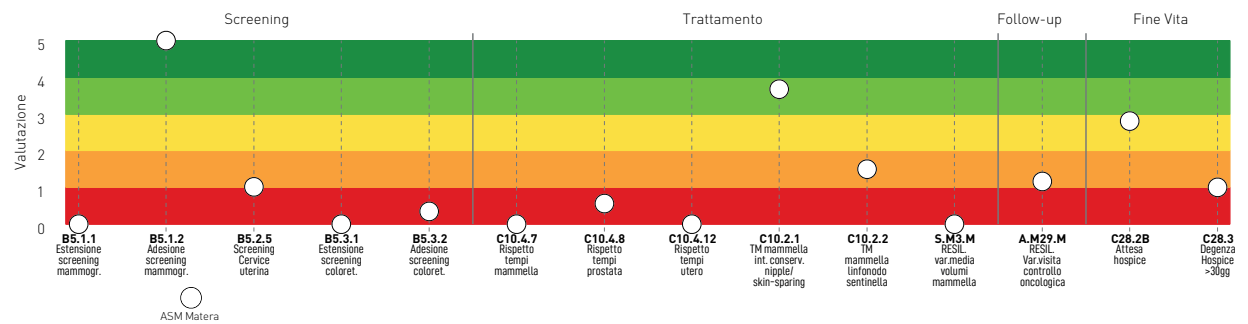
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

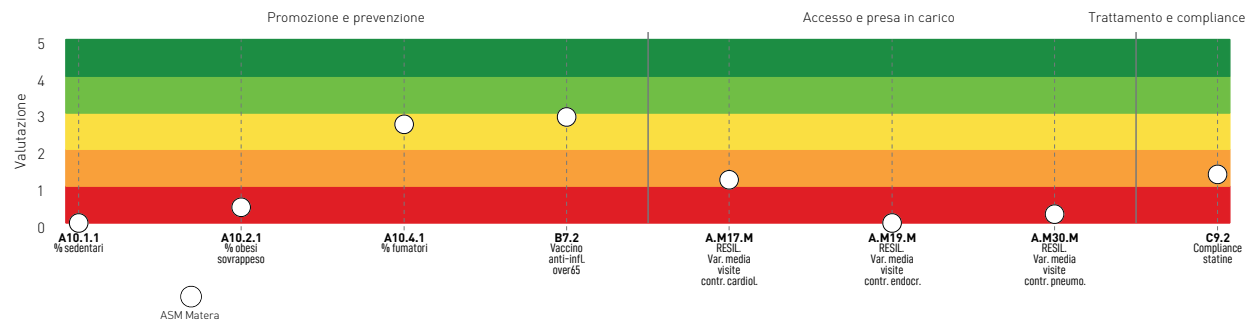




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



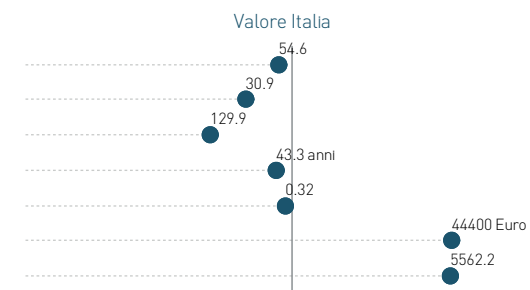
PERCORSO CRONICITÀ



# BOLZANO



Popolazione: 545130 abitanti  
Densita': 54.92 ab./km quadrato  
Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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



## LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 64 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Provincia Autonoma di Bolzano mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 41% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 15% resta stabile mentre il 44% peggiora.

Complessivamente bene la sezione della resilienza, in particolare si conferma una performance ottima sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici oncologici (priorità A) e sugli esiti dei pazienti cronici affetti da diabete. Positivi i risultati registrati dai programmi di screening oncologici che hanno visto un sostanziale aumento nei volumi e una contestuale ripresa nei tassi di adesione da parte della popolazione. Il sistema ha dimostrato un'ottima tenuta dei volumi per ricoveri di patologie tempo-dipendenti - quali IMA STEMI e ictus ischemici - e nell'ambito oncologico (classe di priorità A), mantenendo i livelli erogati nel 2019 o superandoli come nel caso del tumore alla mammella, utero e polmone. Anche le visite ambulatoriali di follow up hanno registrato una sostanziale tenuta, con qualche eccezione rappresentata dalla visita cardiologica e gastroenterologica. Il volume degli interventi elettivi cardiovascolari con almeno un'angioplastica sono invece ancora inferiori ai livelli del 2019.

L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra un'ottima capacità di resistenza e ripresa. I dati sono in miglioramento anche rispetto ai livelli registrati nel 2019: la proporzione di fratture collo del femore operate entro 2 giorni è pari all'83,7% nel 2021 contro un 81,4% del 2019, il miglior risultato del Network come anche la percentuale di prostatectomie transuretrali (95,6%). Anche gli indici di performance della degenza media sia chirurgica che medica continuano a confermare i già ottimi risultati. Da attenzionare invece l'appropriatezza clinica; il dato dei parti cesarei - sebbene nella media rispetto alle altre regioni del Network - torna ai livelli del 2019, sfiorando quasi il 21%. Complessivamente bene la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente permette di monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, nonostante il risultato sia lievemente ridotto rispetto all'anno precedente.

Si registra una buona performance per i tempi di attesa in Pronto Soccorso, con la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori alle 8 ore tra le più alte del Network, sebbene si riscontri un risultato critico nell'attesa per i codici di priorità 2. Nonostante un continuo miglioramento, permane bassa la percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione.

Il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate mostra margini di miglioramento, aumentano infatti i tassi di prestazioni per RM muscoloscheletriche per gli anziani e permane tra le più alte del Network la percentuale di pazienti che ripetono le RM lobari entro 12 mesi.

La copertura delle cure domiciliari per pazienti anziani è significativamente inferiore

alla media, ma potrebbe risentire di una qualità del flusso non ancora ottimale.

In riferimento alla prevenzione, il livello di copertura vaccinale (anche per l'infezione COVID) si conferma un punto di criticità, con valori decisamente al di sotto della media.

Un'eredità della pandemia è sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.804 euro pro-capite nel 2020 a 2.968 nel 2021, andamento condiviso con le altre regioni. Sul lato del personale, si coglie la necessità di una maggiore valorizzazione e investimento, laddove la percentuale di assenza dei dipendenti cresce anche nel 2021, a sottolineare lo stress a cui il personale sanitario è sottoposto.

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale, è buona l'attenzione da parte delle aziende nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, sebbene l'alimentazione da parte dei professionisti risulti limitato e quasi nullo l'uso da parte dei cittadini.

Si conferma buona la gestione del percorso materno infantile nella fase del parto, con un contenuto ricorso alle episiotomie, mentre la proporzione di parti cesarei registra un peggioramento rispetto al 2020, ricollocandosi nella fascia gialla di valutazione così come si registra un aumento dei parti operativi, pratica più frequente rispetto alle altre Regioni/Province. Rimane da attenzionare la copertura vaccinale nel primo anno di vita.

Il percorso oncologico presenta risultati complessivamente molto buoni, soprattutto in riferimento ai tempi di attesa per intervento chirurgico e - come già segnalato - al mantenimento dei volumi erogati, rispetto al 2019. Più critica la gestione delle cure palliative.

La gestione dell'emergenza-urgenza si conferma nel complesso molto buona al netto di un peggioramento nel valore già critico per la tempestività di gestione dei codici 2 e negli accessi ripetuti entro le 72 ore.

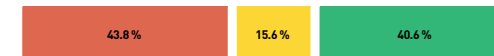
Il percorso cronicità presenta risultati critici nella fase della presa in carico del paziente a livello territoriale, che risente ancora in buona parte alla qualità non ancora ottimale del flusso delle cure domiciliari.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)



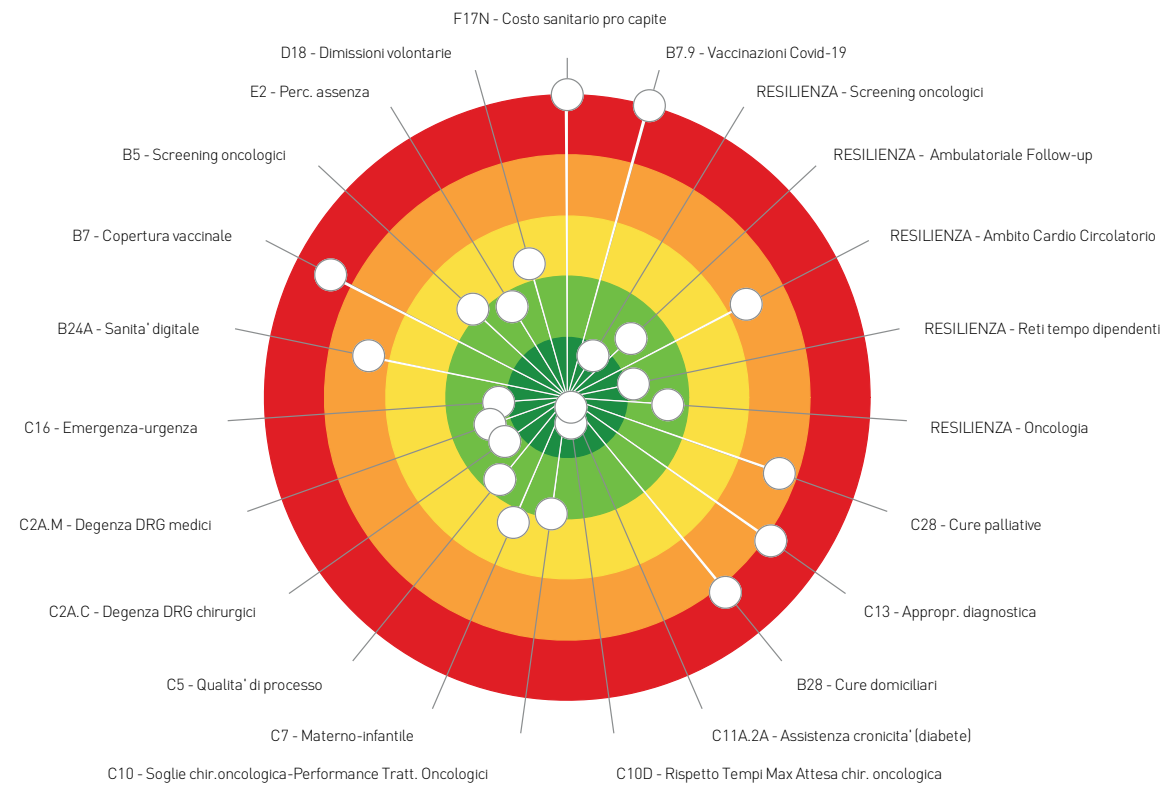
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 64

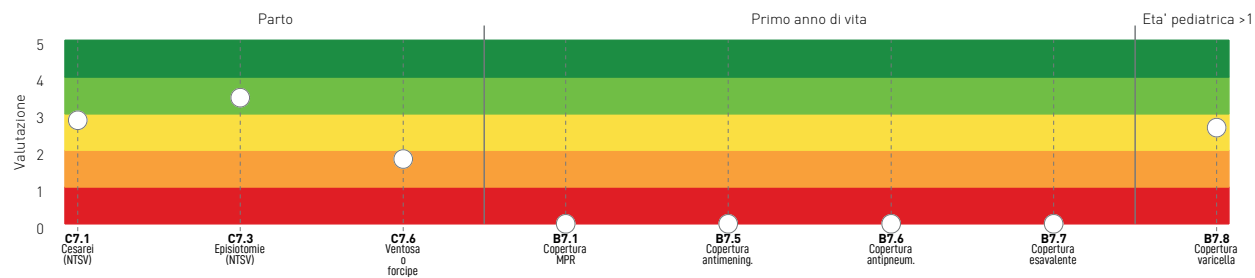


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

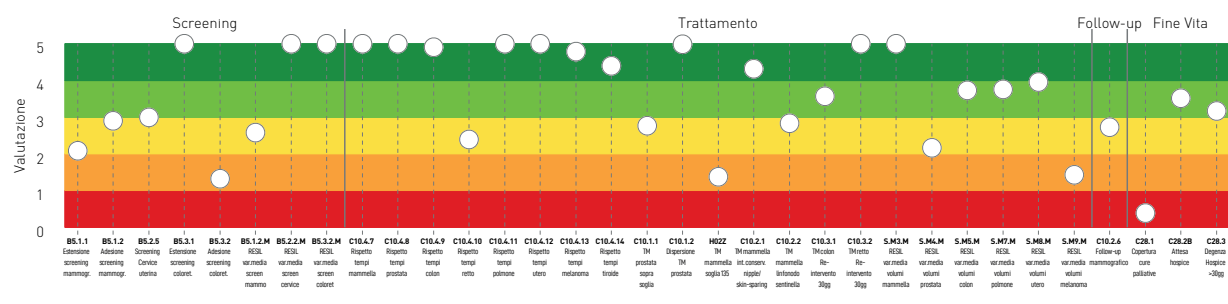
## Valutazione della performance 2021



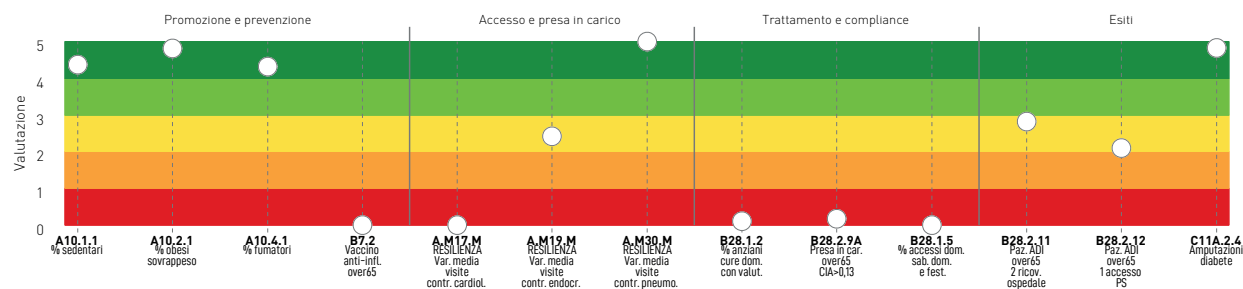
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



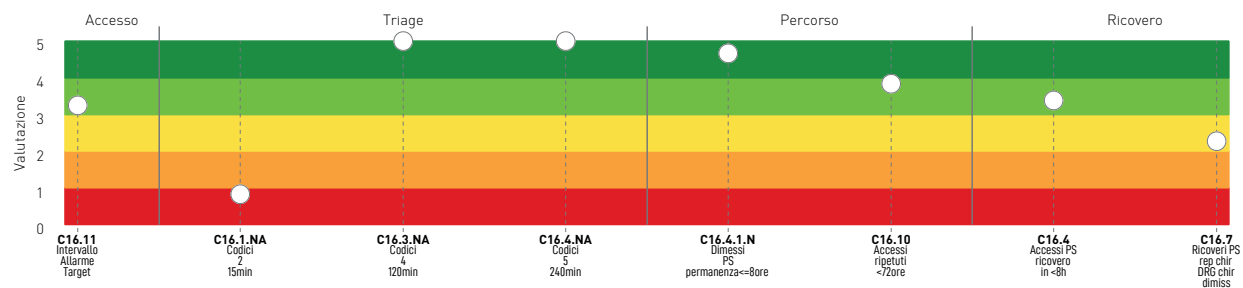
## PERCORSO ONCOLOGICO



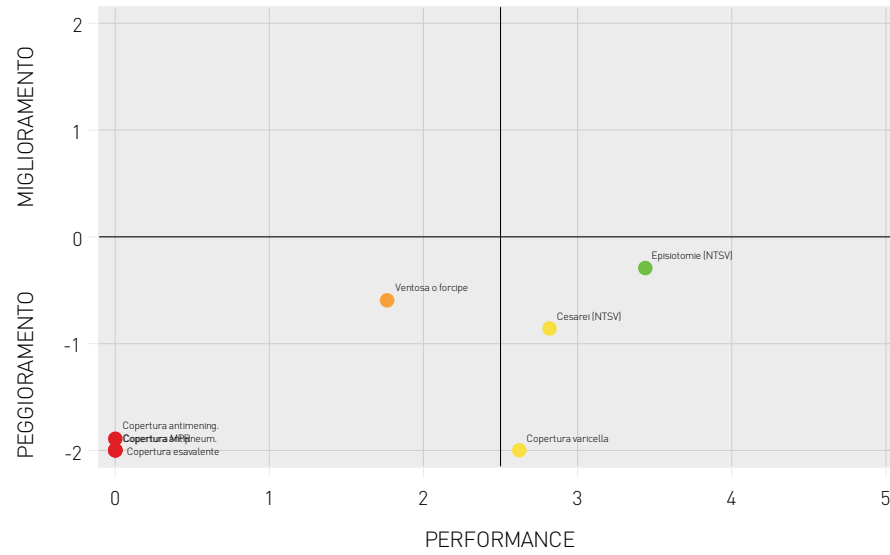
## PERCORSO CRONICITÀ



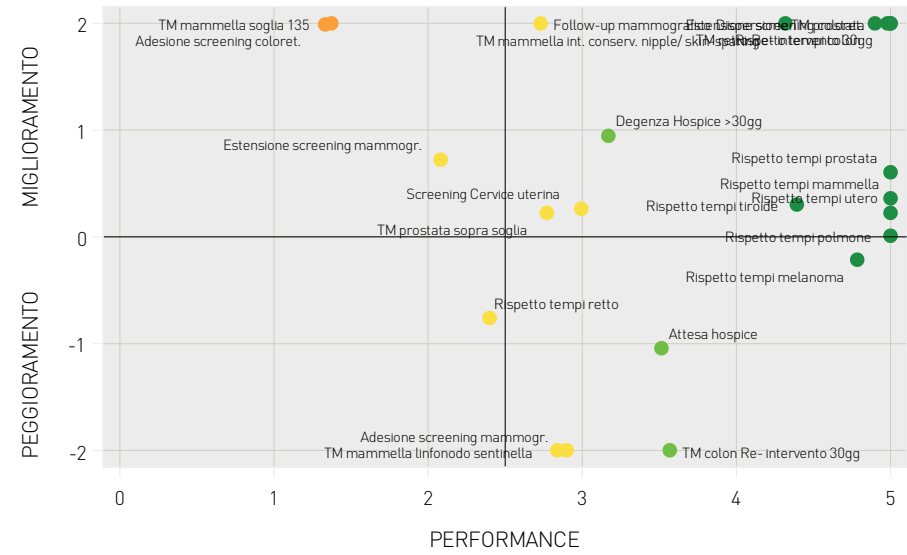
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



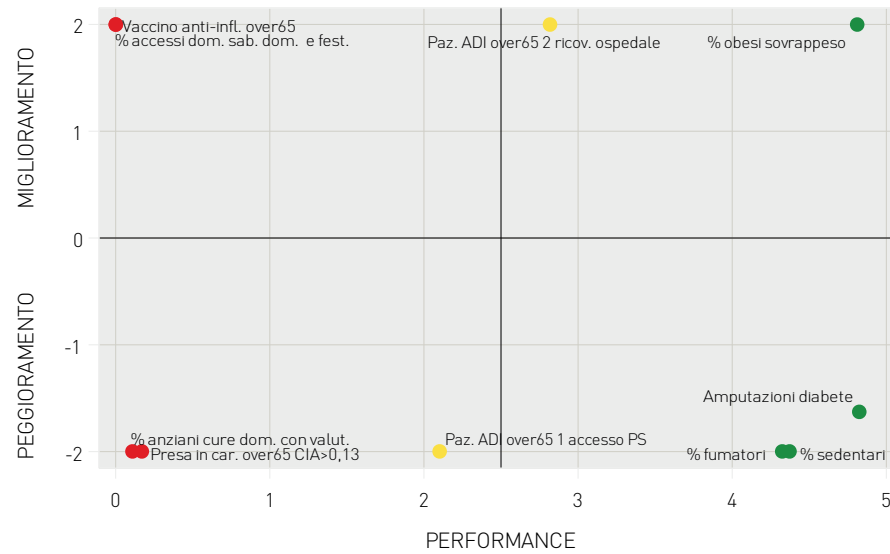
Percorso Materno Infantile



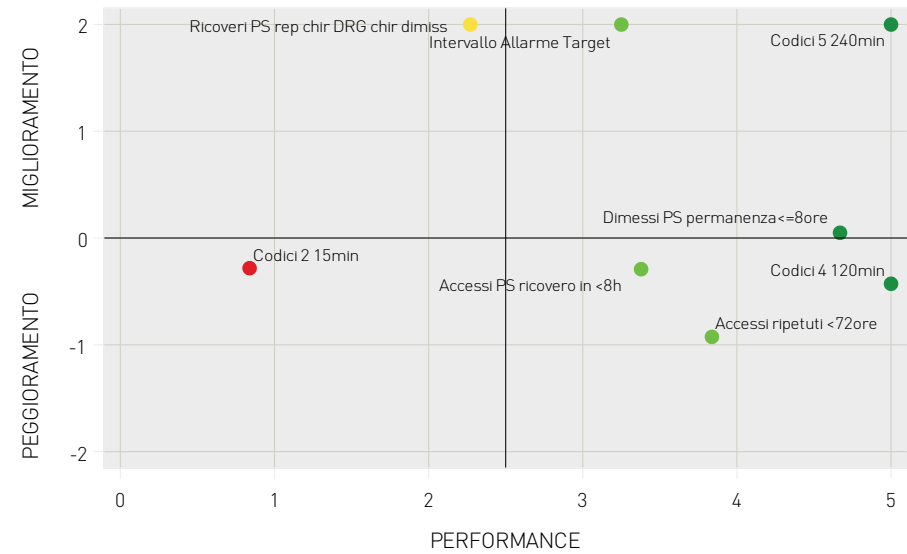
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



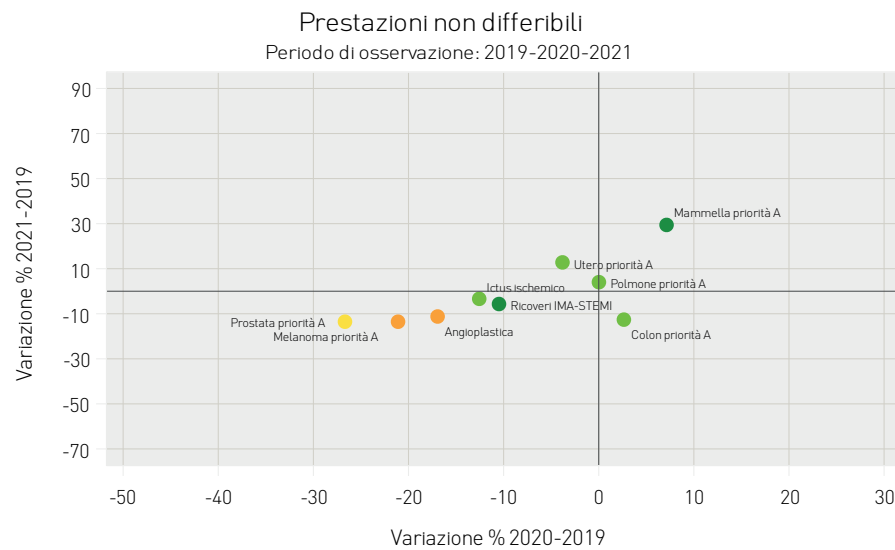
Percorso Emergenza Urgenza



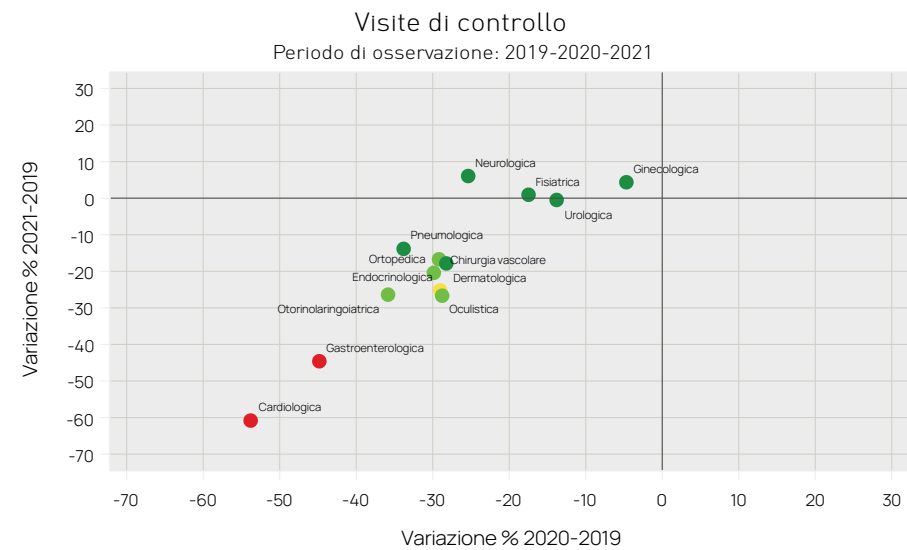
Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

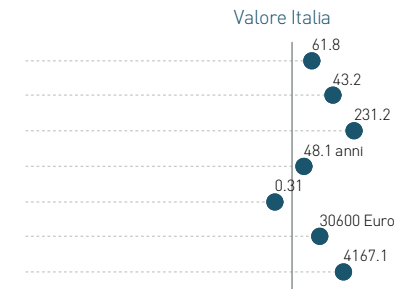


Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

# FRIULI VENEZIA GIULIA



Popolazione: 1201510 abitanti  
 Densita': 152.21 ab./km quadrato  
 Indice di dipendenza strutturale  
 Indice di dipendenza anziani  
 Indice di vecchiaia  
 Eta' media  
 Indice di Gini\*  
 PIL pro-capite\*\*  
 Incidenza cumulata COVID x 100.000\*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

In seguito al processo di riorganizzazione, attuato dal 1° gennaio 2020, il Sistema Sanitario del Friuli Venezia Giulia è attualmente articolato in 3 Aziende Sanitarie Locali, di cui 1 votata all'Assistenza Sanitaria (Azienda Sanitaria Friuli Occidentale) e 2 Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale e Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina), che incorporano le precedenti Aziende Ospedaliero-Universitarie e le restanti Aziende per i servizi sanitari. Inoltre, sono presenti due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS Burlo Garofolo e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano). Al fine di offrire al management del Sistema Sanitario regionale una prospettiva di analisi aggiornata, la valutazione della performance 2021 è stata riportata alla nuova architettura istituzionale del sistema.

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando gli 84 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Friuli Venezia Giulia mostra una performance complessivamente buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 33% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 24% resta stabile e il 43% peggiora.

La valutazione rispetto alla capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico è complessivamente buona, contrassegnata da un'ottima gestione dell'ambito cardio-circolatorio, dove la Regione si posiziona come best practice del Network. Ottima, infatti, la variazione media nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica, proxy della tenuta complessiva del percorso assistenziale, con una contrazione molto ridotta nel biennio (-6.4%). Anche le visite ambulatoriali di follow up hanno registrato una sostanziale tenuta, con qualche eccezione: visita oncologica, pneumologica e di chirurgia vascolare.

In merito alle politiche di prevenzione e promozione di salute, sicuramente i programmi di screening oncologici hanno visto un miglioramento rispetto al 2020, da sottolineare come l'aumento di estensione e adesione alla cervice è principalmente legato all'ampliamento della fascia d'età delle donne invitate a HPV che nel calcolo dell'indicatore pesano di più delle donne sottoposte a pap test. Da attenzionare invece l'efficienza ed efficacia nei PISLL.

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale. In particolare, le aziende e i medici mostrano un'accresciuta attenzione all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, mentre è ancora contenuto il numero di operatori sanitari abilitati al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Molto buona la performance che la Regione registra in relazione alla governance farmaceutica, ottima sia sull'efficienza prescrittiva che sul consumo di farmaci oppioidi. La Regione è best practice del Network per l'efficienza prescrittiva in ambito ospedaliero, confermando l'elevata propensione al consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto. Rispetto all'appropriatezza prescrittiva, si conferma la propensione nella riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio anche con riferimento a quelli in età pediatrica.

Per quanto riguarda l'area della qualità e dell'organizzazione dei processi ospedalieri, la durata delle degenze (chirurgiche e mediche) si conferma leggermente superiore alla media. Continua a crescere in particolar modo la durata di quelle mediche, mentre la degenza media per DRG chirurgici mostra un trend in miglioramento. Stabile e leggermente inferiore alla media la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno. Da attenzionare invece la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, che conferma il trend in calo registrato già nel 2020. Tra le prime posizioni del Network (con un valore di 90.2%), invece, la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, indicatore che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture.

Critica è invece 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 23.1 % del 2020 a 26.9% del 2021, e la percentuale di RM colonna ripetute entro 12 mesi che registra il valore più elevato tra le regioni del Network (10.4%). Questo trend è comune a molte regioni del Network.

La gestione del percorso materno infantile si mantiene piuttosto buona, con una percentuale di parti cesarei contenuta (18.2%), nonostante il trend in aumento rispetto al 2020. Critica è invece la percentuale di episiotomie, che si attesta al 29.1%. I parti operativi, inoltre, sono i più numerosi tra le regioni del Network (9.1%). Nell'età pediatrica la Regione Friuli Venezia Giulia registra invece una performance ottima, dove si attesta come best practice per il consumo di cefalosporine.

La presa in carico delle cronicità si conferma complessivamente buona, lungo tutte le fasi. In particolare, la Regione registra la minore contrazione media nei volumi per la visita di controllo endocrinologica.

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 2021. Nella fase del "trattamento", si segnalano invece delle criticità sul rispetto dei tempi massimi di attesa per gli interventi alla mammella, al polmone, al retto e alla tiroide.

La gestione dell'emergenza-urgenza si mostra nel complesso molto buona, seppur sia presente un numero limitato di indicatori. Non si segnala, infatti, alcuna criticità.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)



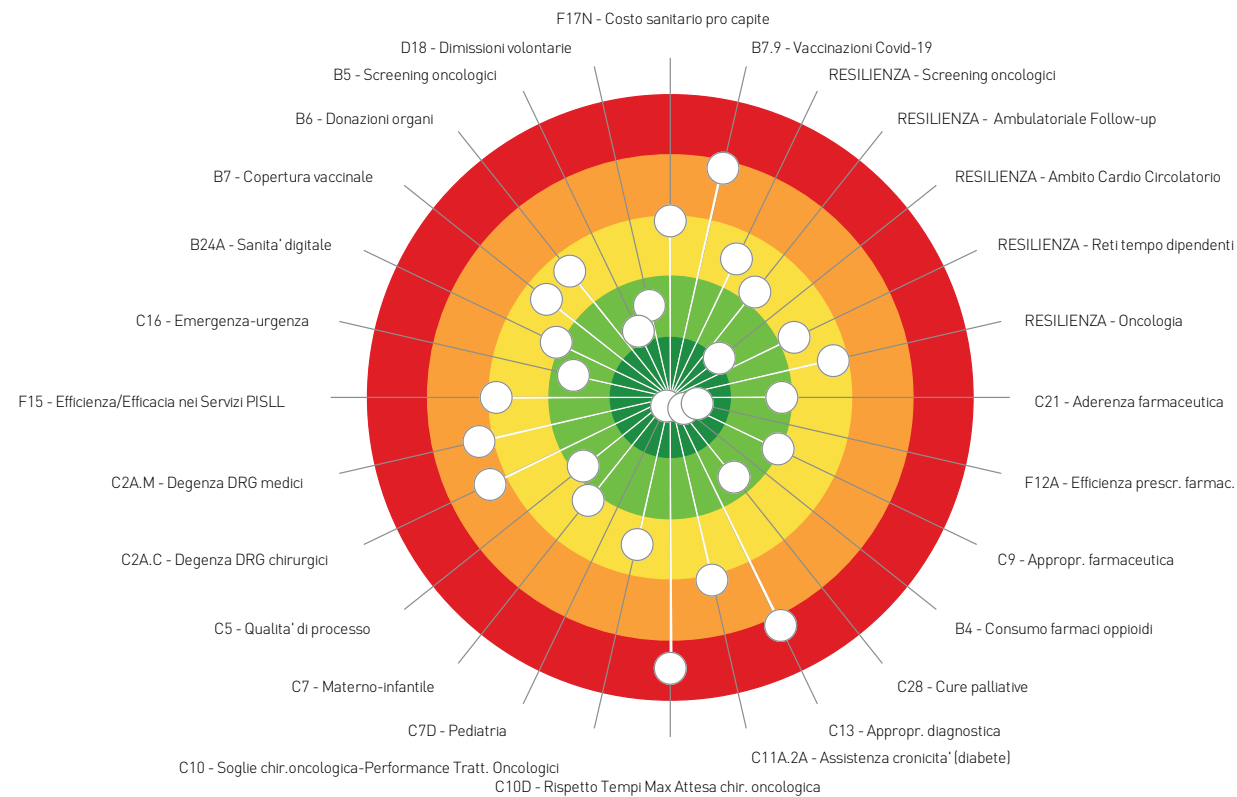
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 84



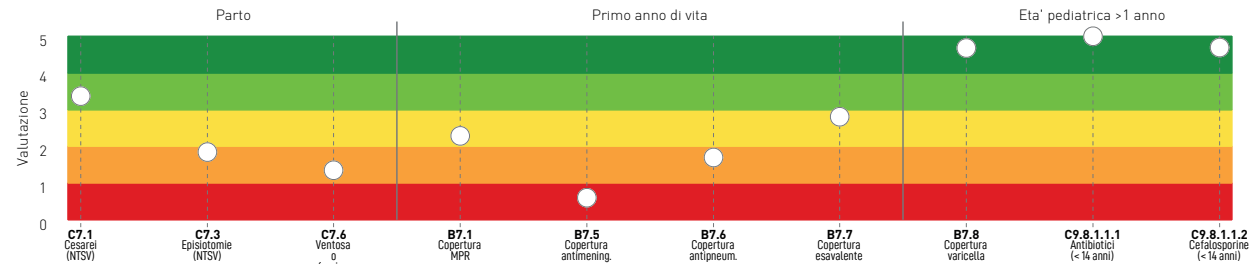
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2021

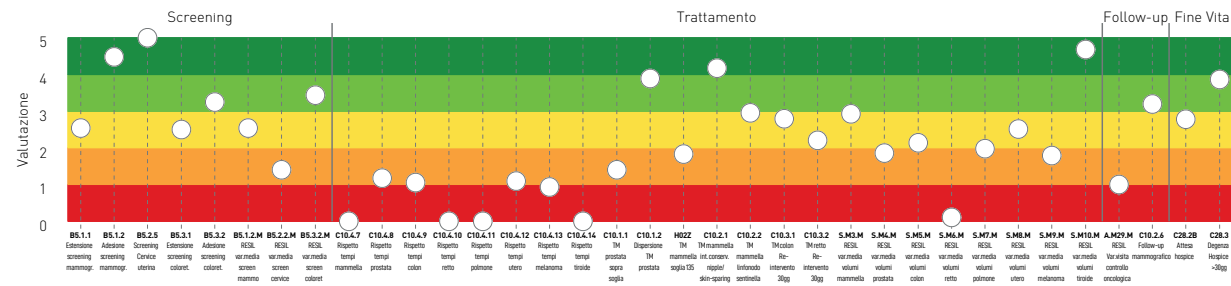




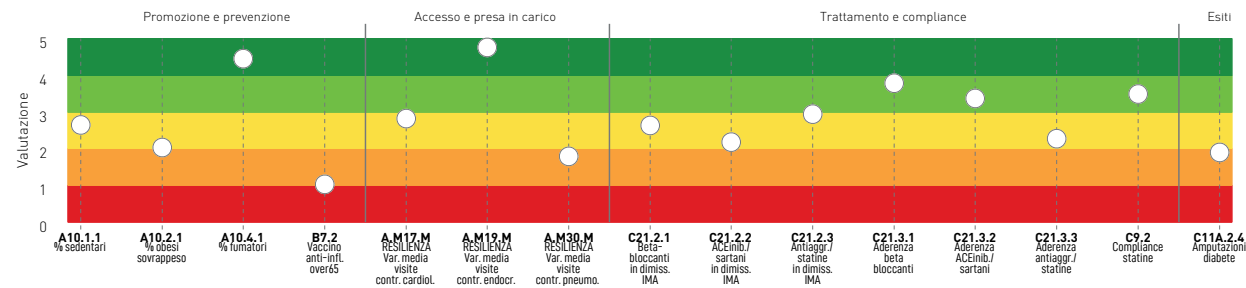
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



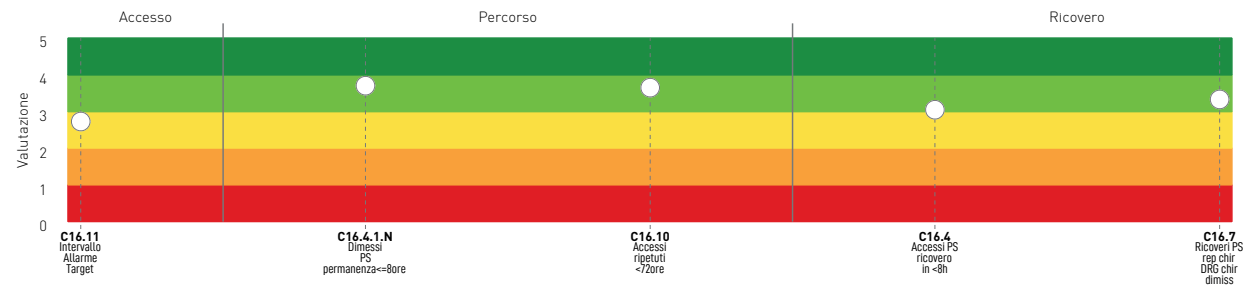
## PERCORSO ONCOLOGICO

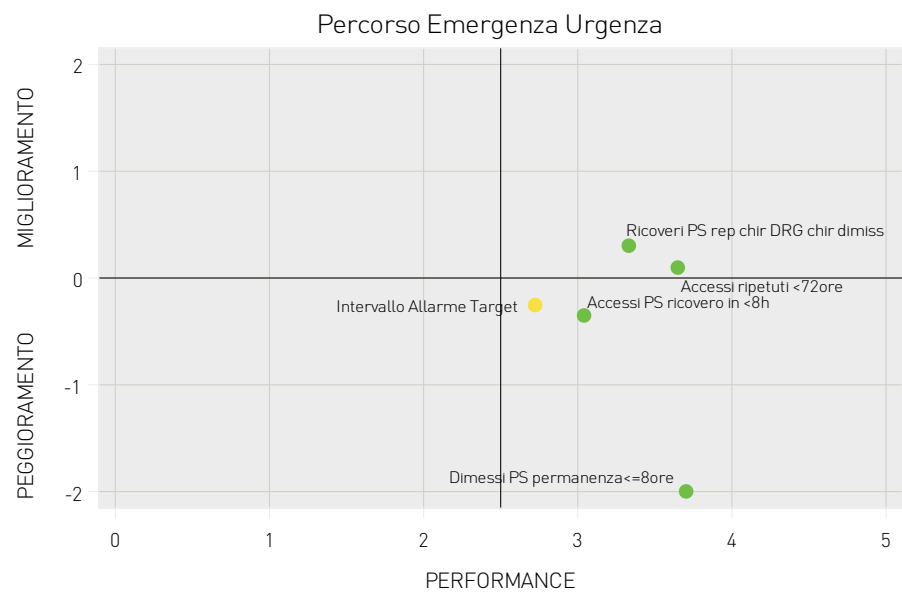
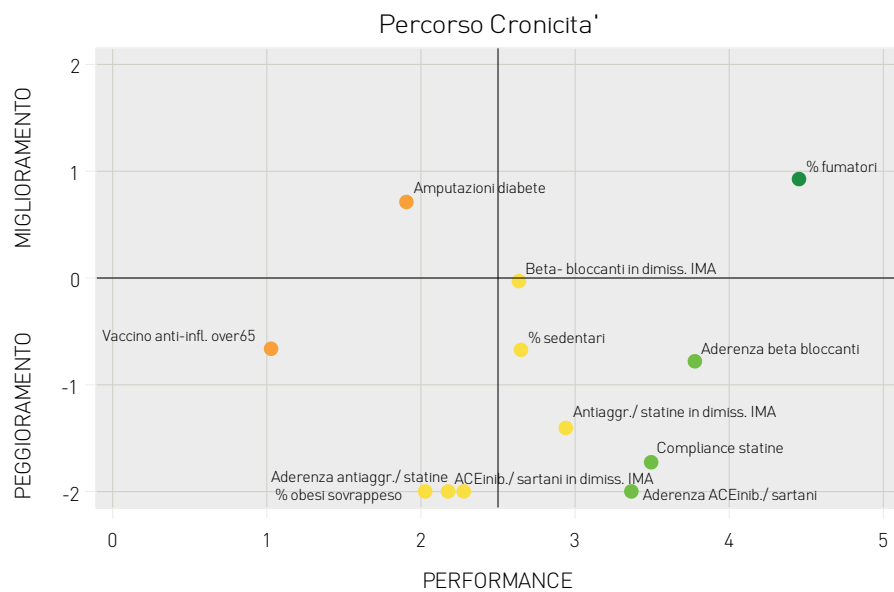
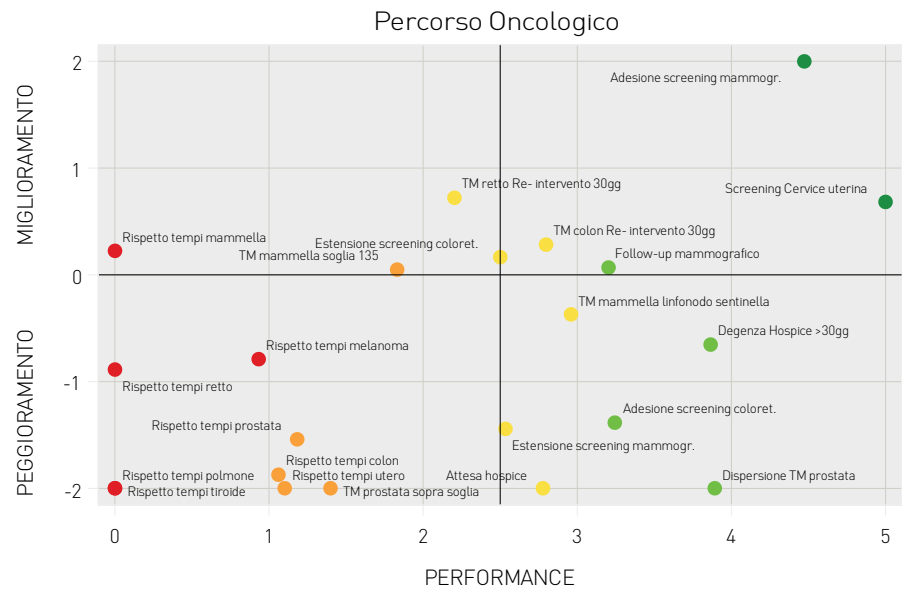
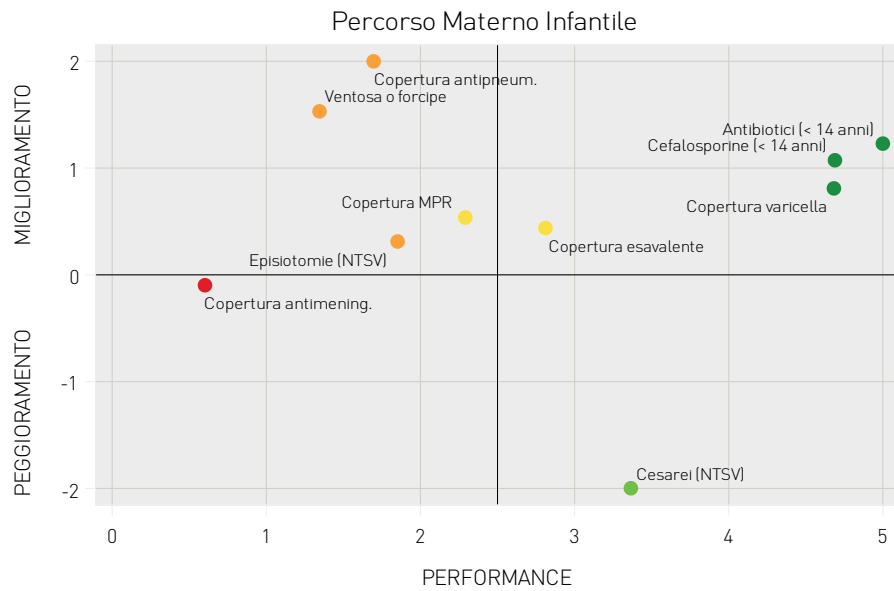


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA

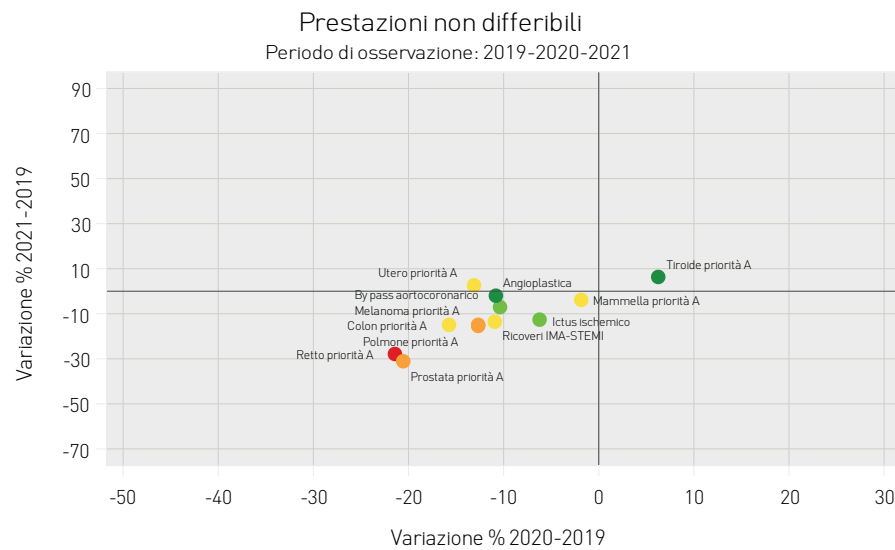




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

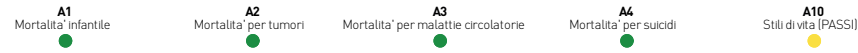
# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA



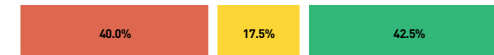
# AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



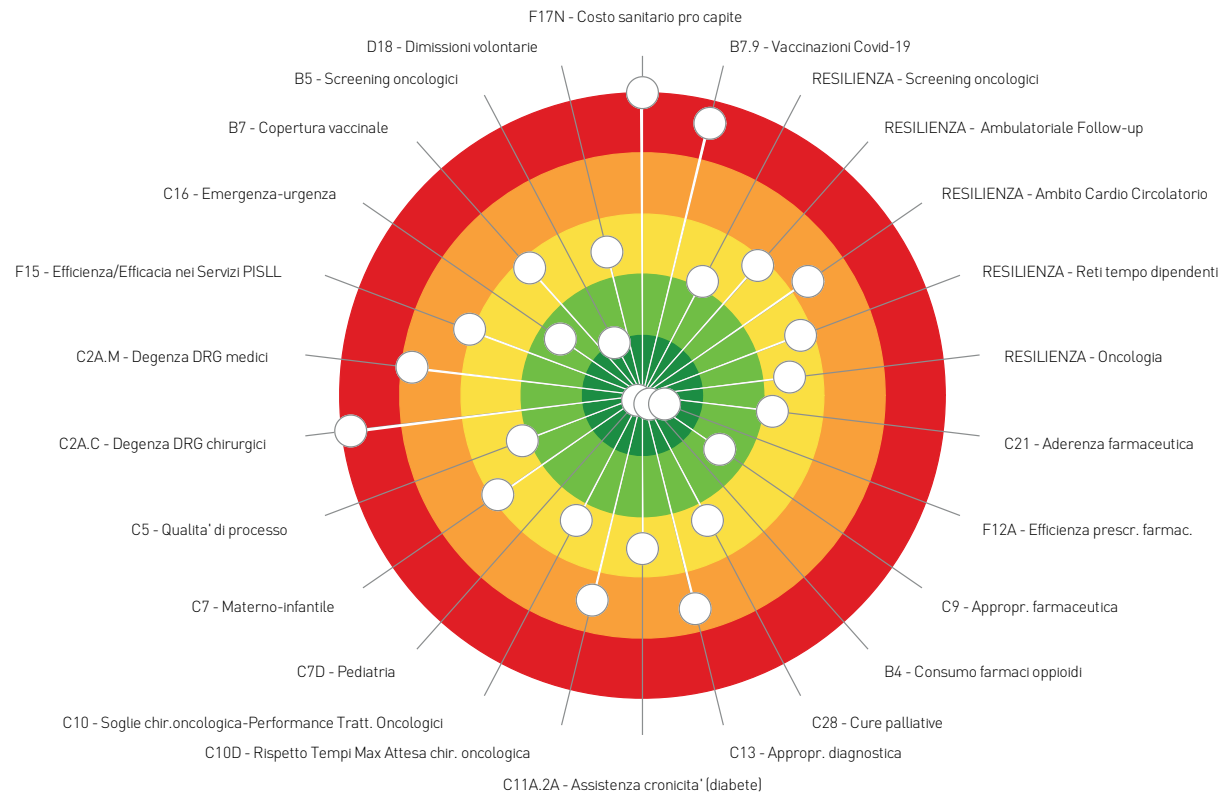
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 80



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

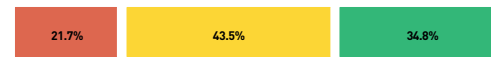
## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS BURLO GAROFALO

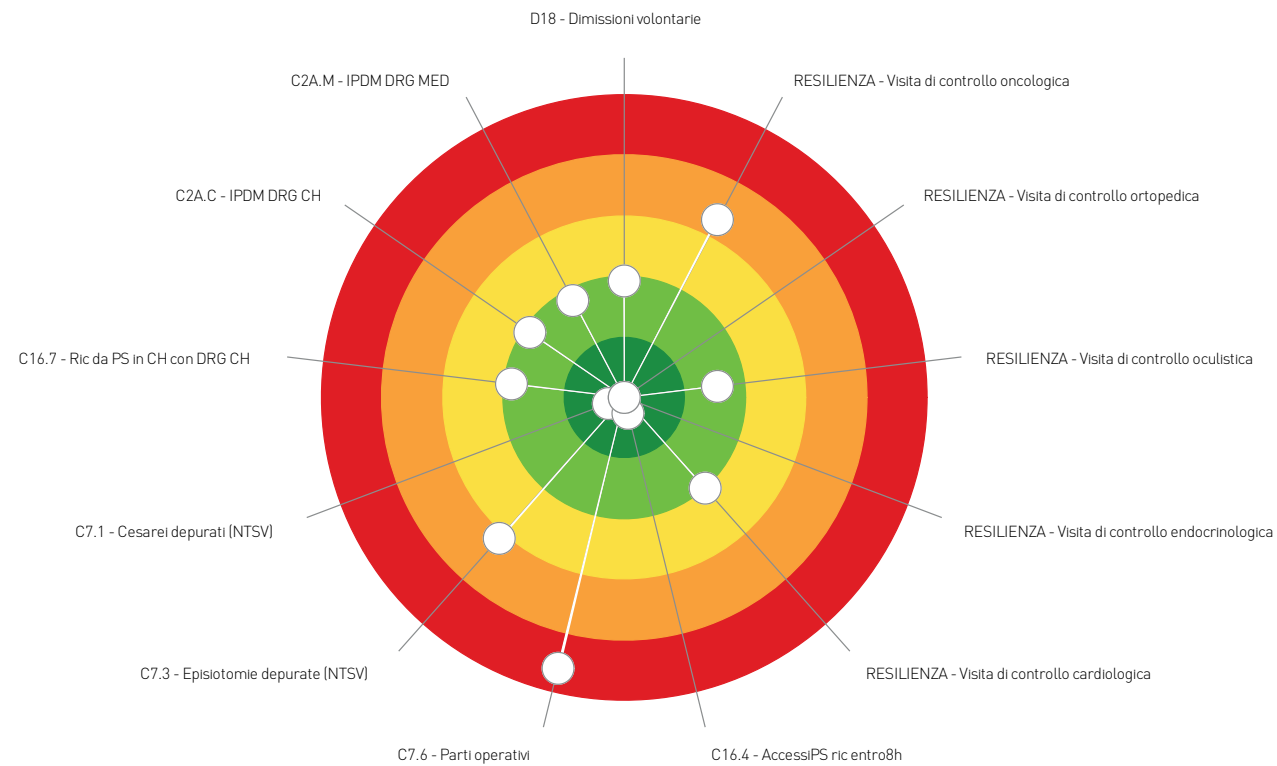
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 23

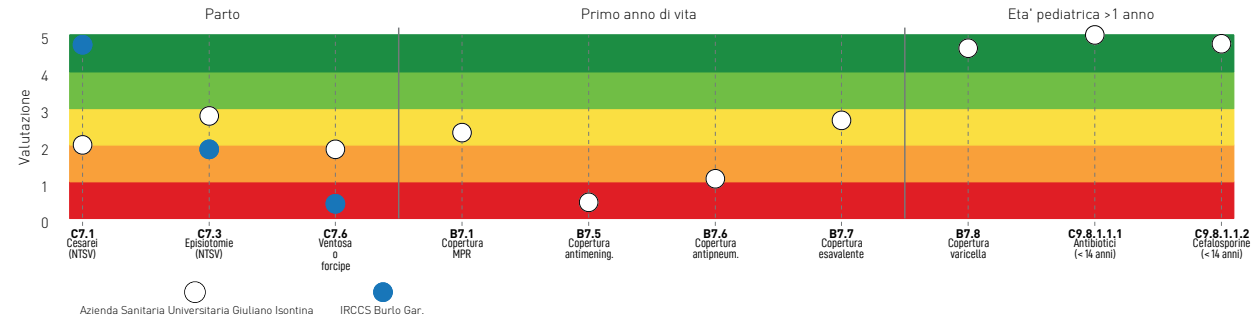


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

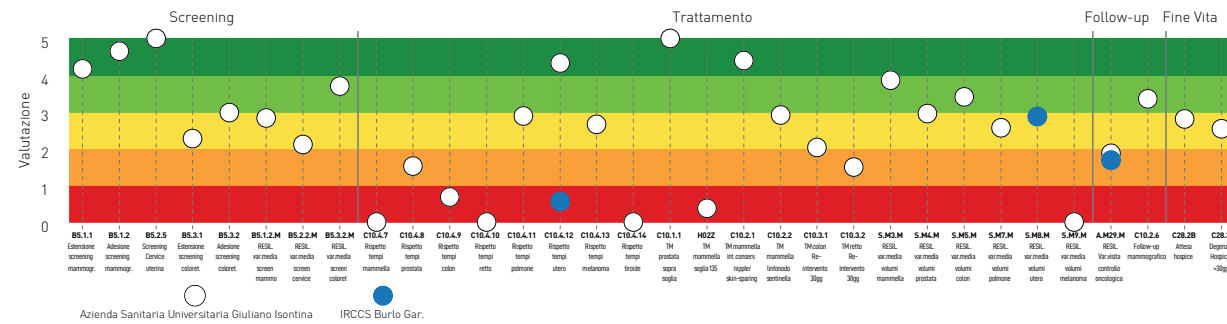
## Valutazione della Performance 2021



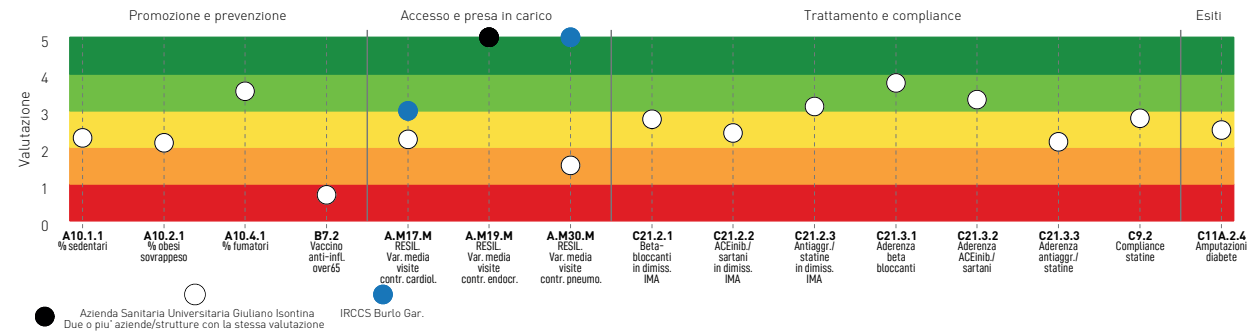
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



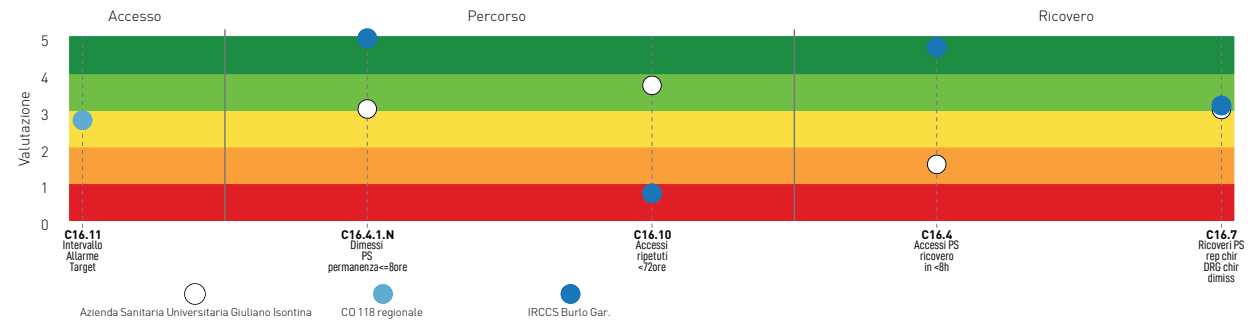
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



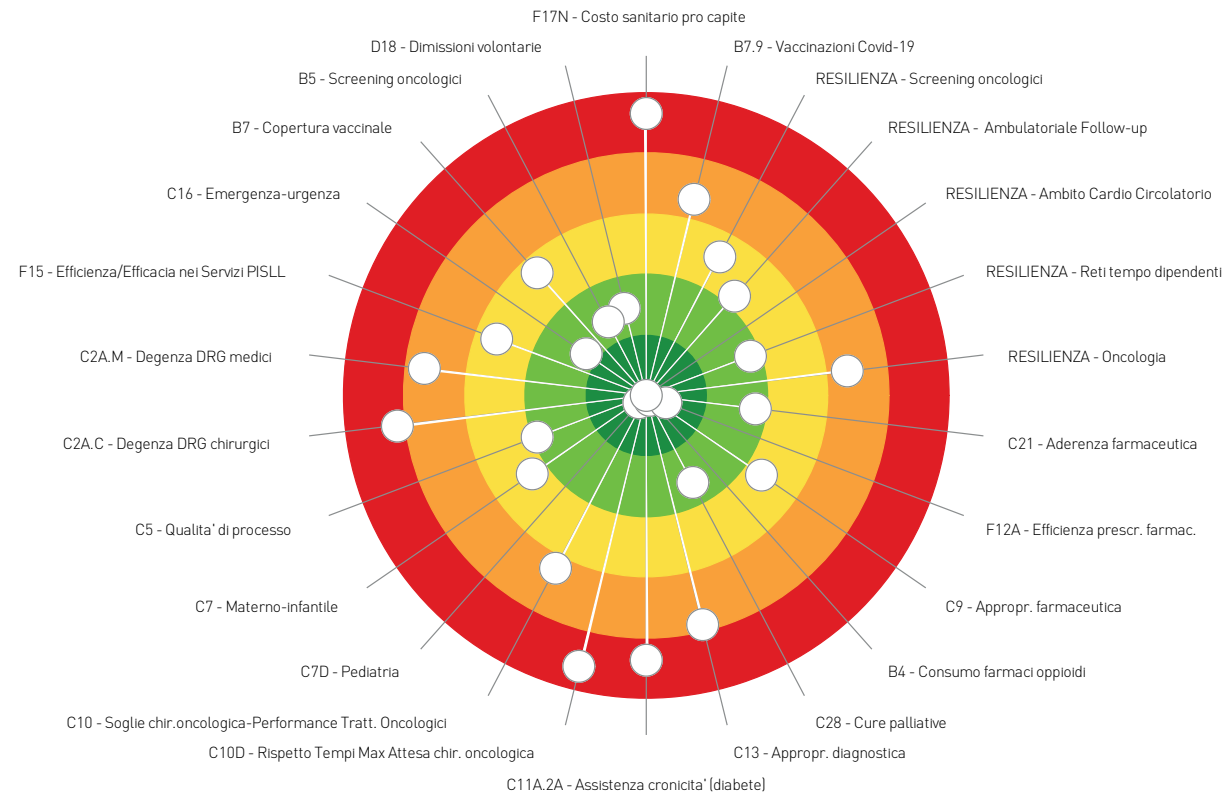
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 81



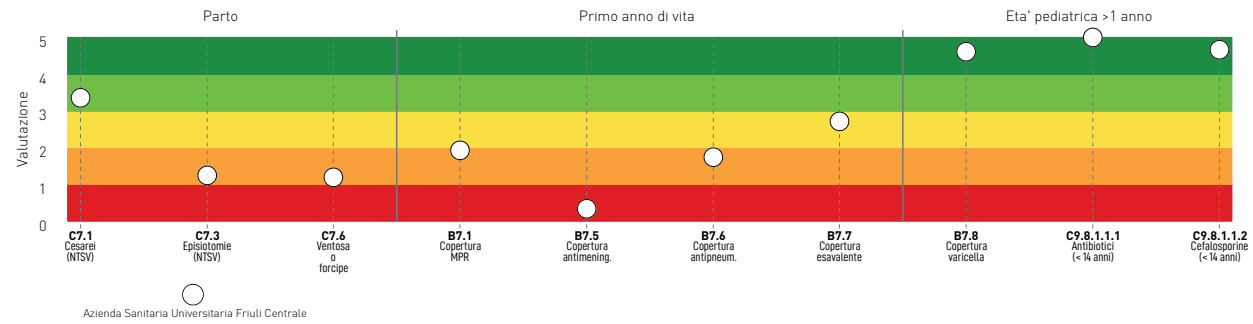
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

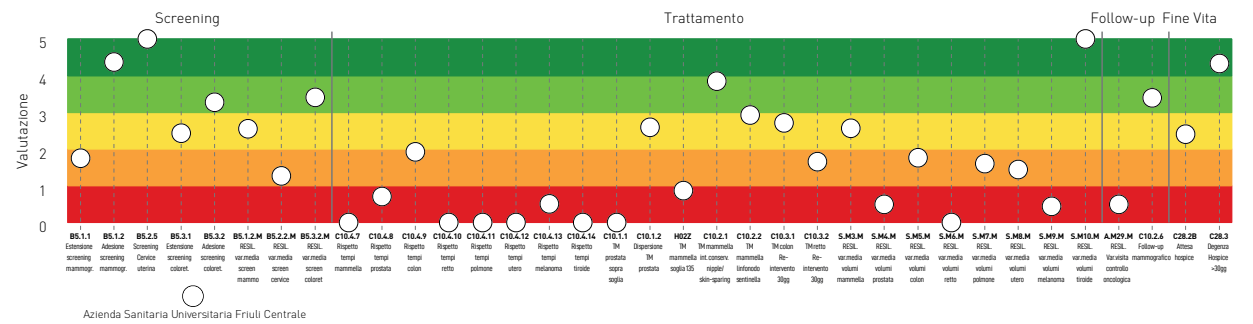




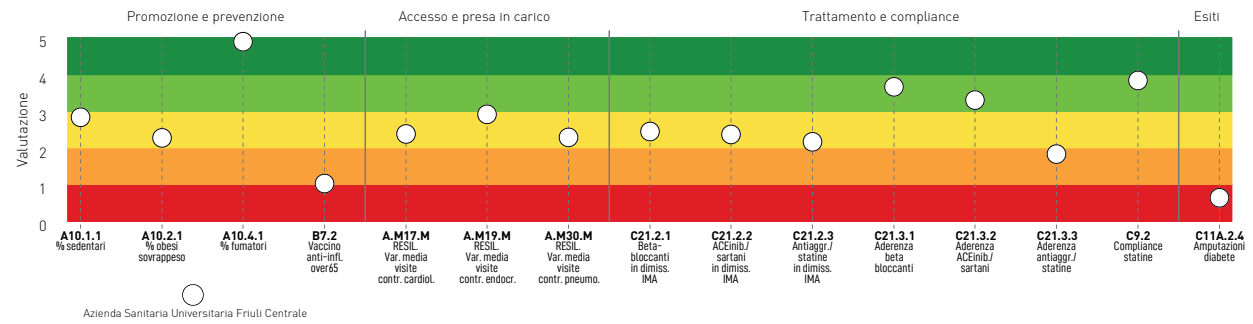
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



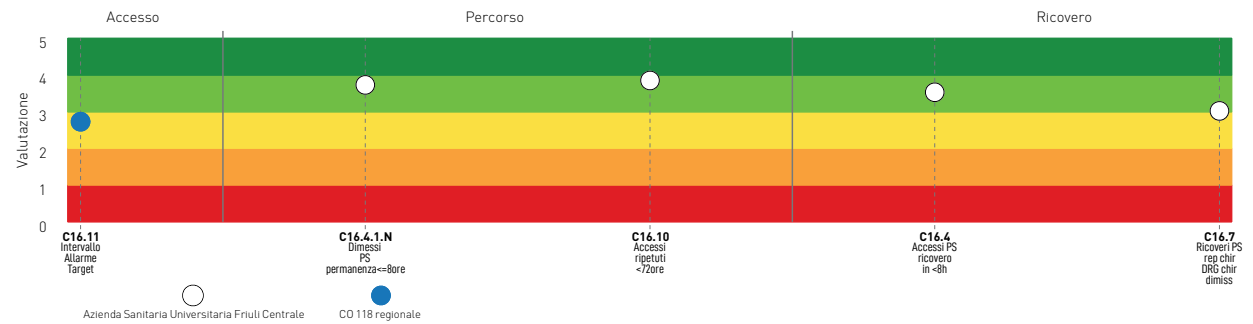
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



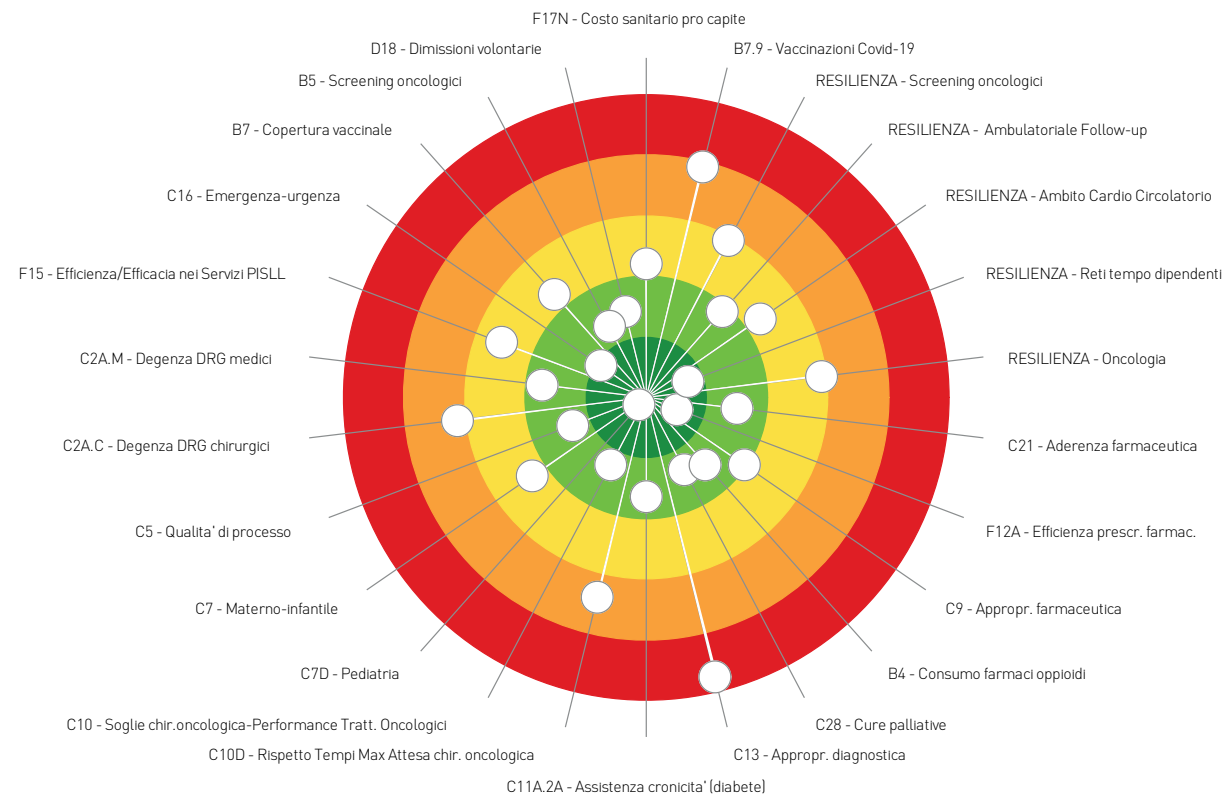
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 78



● Indicatori peggiorati   
 ● Indicatori stazionari   
 ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS CENTRO RIF. ONCOLOGICO

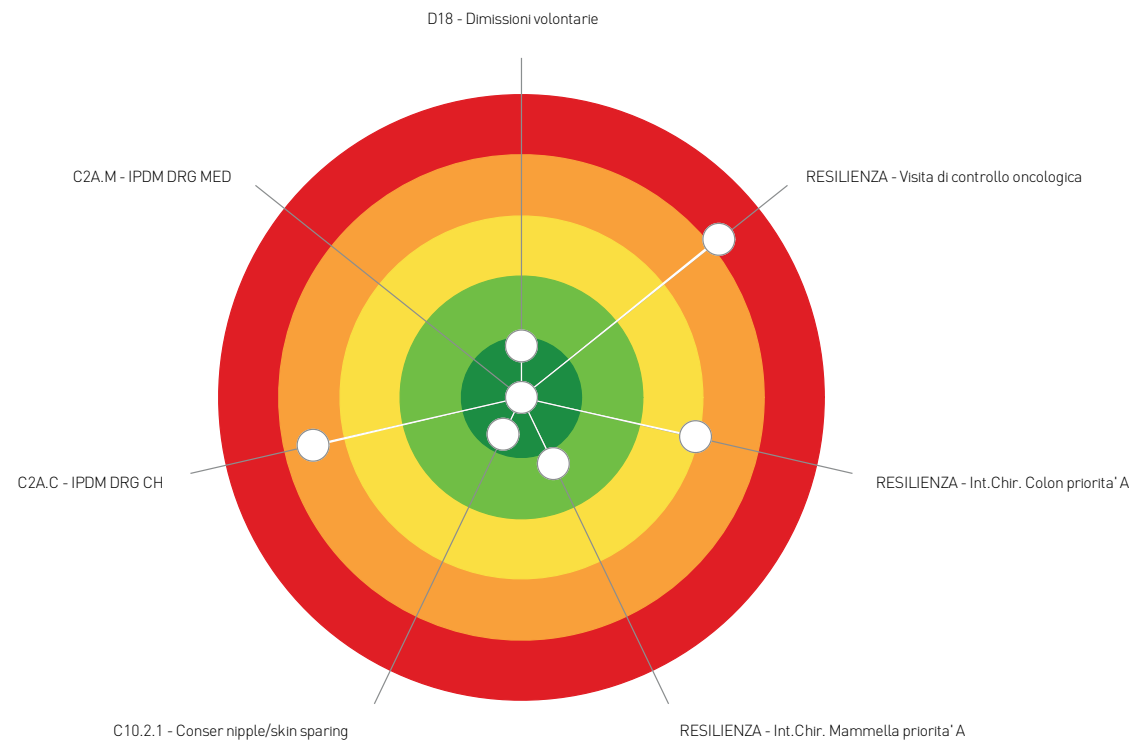
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

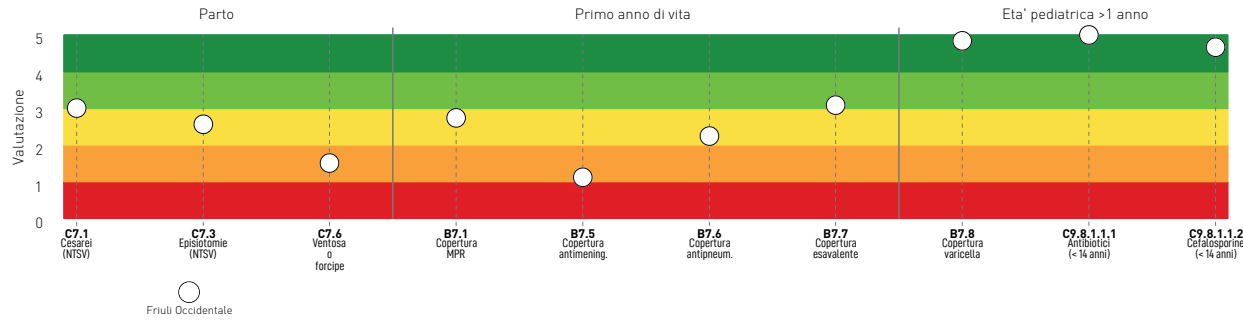
Numero indicatori di valutazione: 22



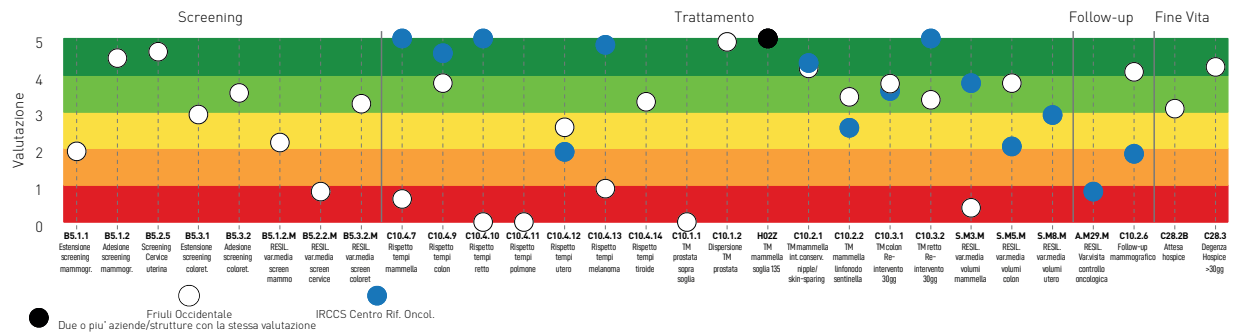
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

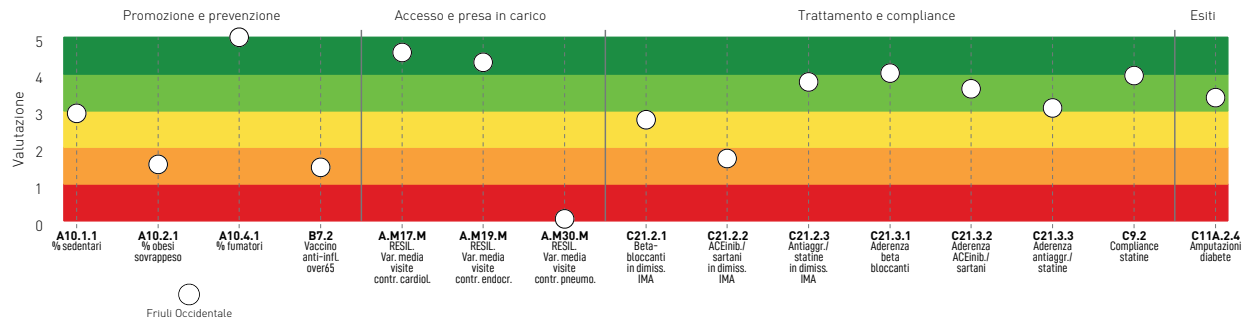




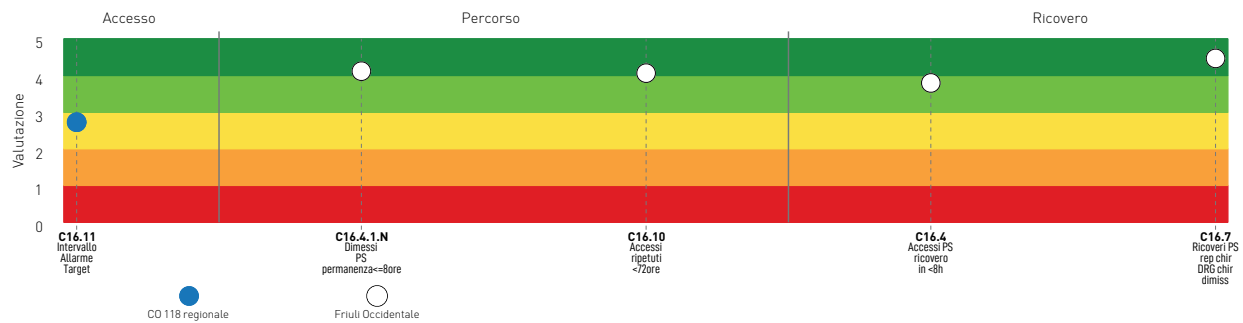
**PERCORSO ONCOLOGICO**



**PERCORSO CRONICITÀ**



**PERCORSO EMERGENZA URGENZA**



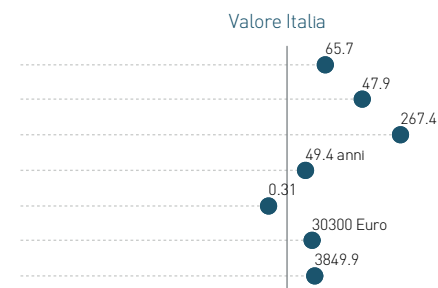


# LIGURIA



Popolazione: 1518495 abitanti  
Densita': 281.53 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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).

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LIGURIA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 79 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Liguria mostra una performance complessivamente nella media; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nella fascia gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 38% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 21.5% resta stabile e il 40.5% peggiora.

La sezione relativa alla resilienza mostra una performance eterogenea, con maggiori criticità registrate nella tenuta dei consumi di alcune classi di farmaci sul territorio, segnatamente gli antidiabetici e le sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina, e nel volume di screening oncologici erogati. Buona invece la performance in ambito cardio-circolatorio, dove si registra una contrazione più contenuta rispetto alle altre regioni del Network per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico e per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica.

In sintesi, sulle politiche di prevenzione e promozione di salute i programmi di screening oncologici hanno visto un mantenimento o una lieve crescita rispetto al 2020 nell'estensione ed adesione. Nonostante tali segnali di ripresa, l'adesione allo screening mammografico e coloretale mostrano ancora elementi di criticità. Per quanto riguarda i livelli di copertura vaccinale, ci sono margini di miglioramento in particolare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari, che cala dopo una maggiore propensione registrata nel corso del 2020.

Una prima nota di merito è rappresentata dall'efficienza prescrittiva farmaceutica, dove la Regione Liguria conferma la buona performance registrata nell'anno precedente. Inoltre, si segnala l'ottimo risultato ottenuto nel consumo di farmaci oppioidi sul territorio, percentuale superiore alla media delle regioni del Network. Un'area critica da attenzionare in ambito farmaceutico è tuttavia l'aderenza farmaceutica. In particolare, la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine mostra segnali di peggioramento rispetto ai due anni precedenti.

Per quanto riguarda la risposta del setting ospedaliero, la performance complessivamente nella media. Tuttavia, la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo, che risultava già in flessione negli anni precedenti, mostra un'ulteriore contrazione rispetto al 2020 e continua ad essere inferiore rispetto alle altre regioni. Inoltre, la Regione Liguria registra una performance ancora sotto la media circa la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore (in calo rispetto al 2020). Nella media l'indice di performance della degenza media per DRG medici. Maggiori criticità sono invece presentate dall'indice di performance della degenza media per DRG chirurgici.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, la situazione ligure non si discosta significativamente rispetto a quelle delle altre regioni del Network. Se la copertura ancora non può dirsi soddisfacente (la percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione si ferma

al 3,53%, seppur in crescita rispetto al 2020), la Regione Liguria si posiziona come best practice nella percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni, pari a 9,26%.

Un'eredità della pandemia è sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario che passa da 2.209 euro pro-capite nel 2020 a 2.299 nel 2021 (un incremento del 4%), in linea con l'andamento delle altre regioni.

Il percorso materno-infantile registra una performance complessivamente media. Si segnala il buon risultato relativo alla percentuale di episiotomie e l'ottima percentuale di copertura vaccinale per varicella. Da attenzionare la copertura nella fase del primo anno di vita, dove la copertura antimeningococcica mostra una criticità persistente, con un trend in calo rispetto al 2020.

La gestione del percorso oncologico mostra ancora degli ambiti di miglioramento, nonché evidenti variabilità nelle diverse fasi del percorso. La fase degli screening registra delle criticità come già evidenziato sopra. Nella fase del trattamento, si registrano tempi di attesa per gli interventi chirurgici più lunghi rispetto alle altre Regioni (in particolare per il tumore alla mammella, per il tumore al polmone e per il tumore al retto). Ottima invece la performance relativa alla percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella. Per quanto riguarda il fine vita, si segnalano margini di miglioramento nella tempestività di accesso alle strutture Hospice, mentre è buono il risultato per la durata della degenza in Hospice.

La presa in carico delle cronicità mostra nel suo complesso performance in linea rispetto alle altre regioni. Attenzione alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine e al tasso di amputazioni maggiori per diabete, che risultano tuttora i più alti del Network.

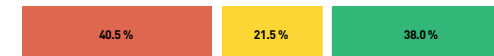
Il percorso emergenza-urgenza, seppur con un numero limitato di indicatori, mantiene una buona performance lungo tutte le fasi del percorso, eccezion fatta per la percentuale di accessi al Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro le 8 ore. Ottima invece la percentuale ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione nella fase di ricovero, dato che conferma il trend in miglioramento registrato nel triennio.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)

A10  
Stili di vita (PASSI)

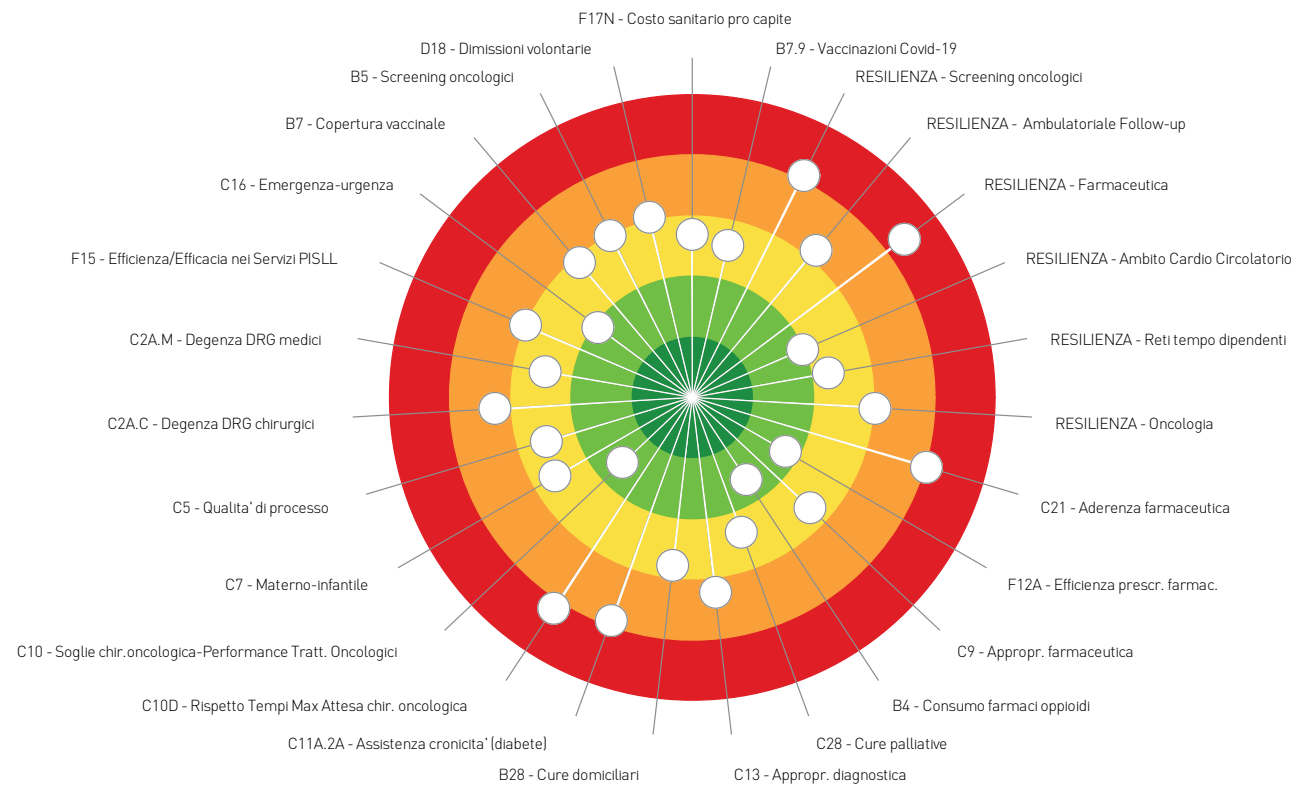
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 79



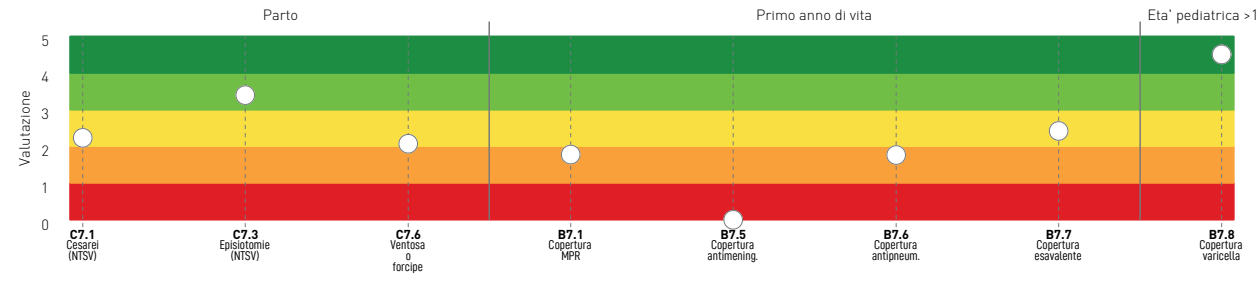
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2021

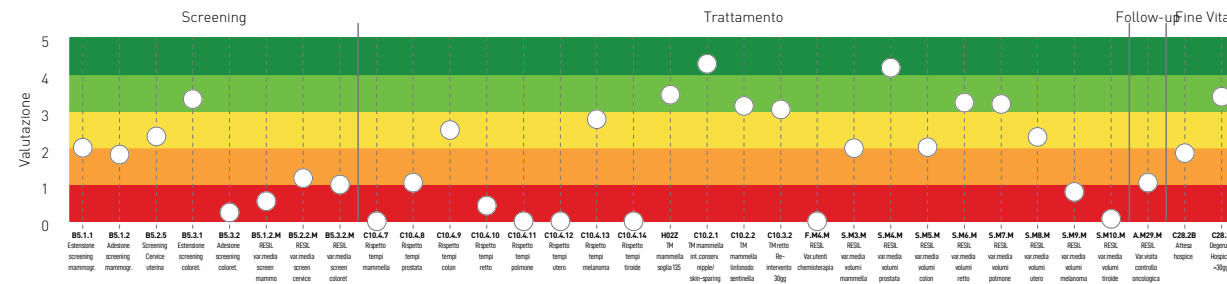




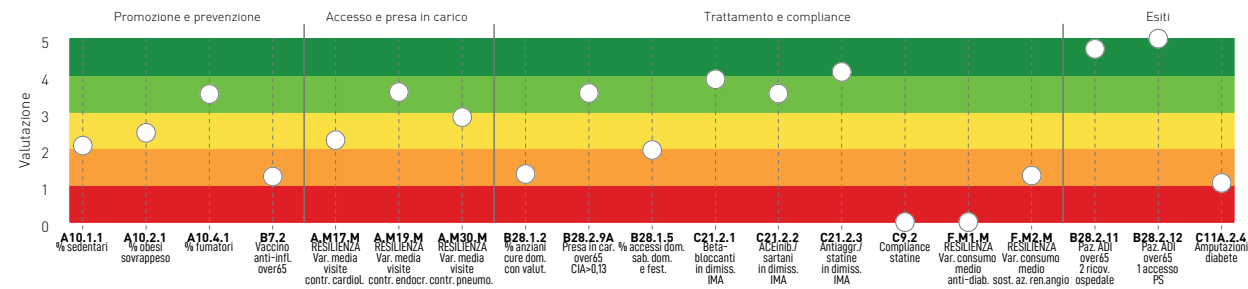
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



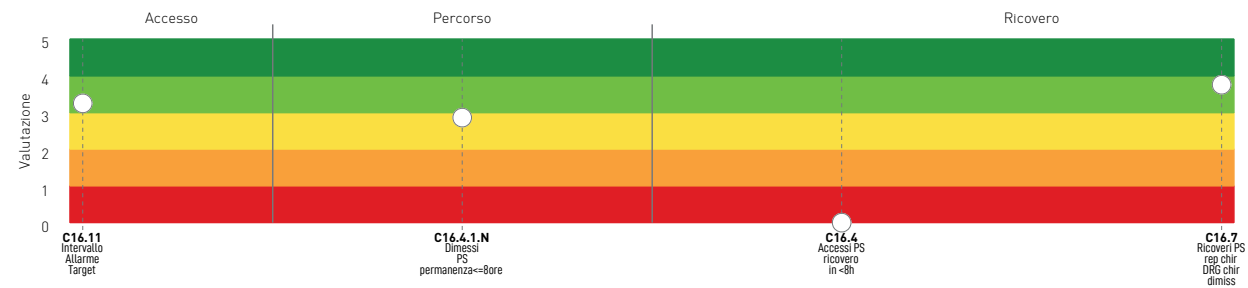
## PERCORSO ONCOLOGICO



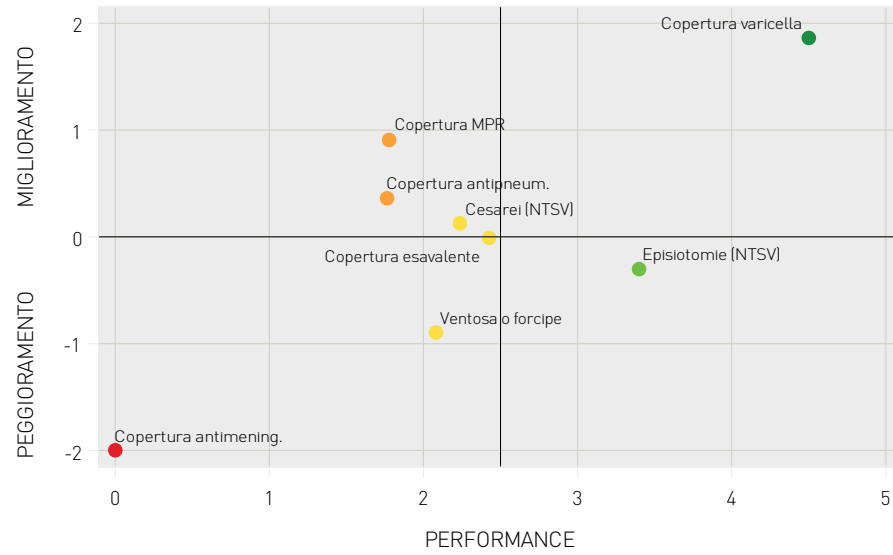
## PERCORSO CRONICITÀ



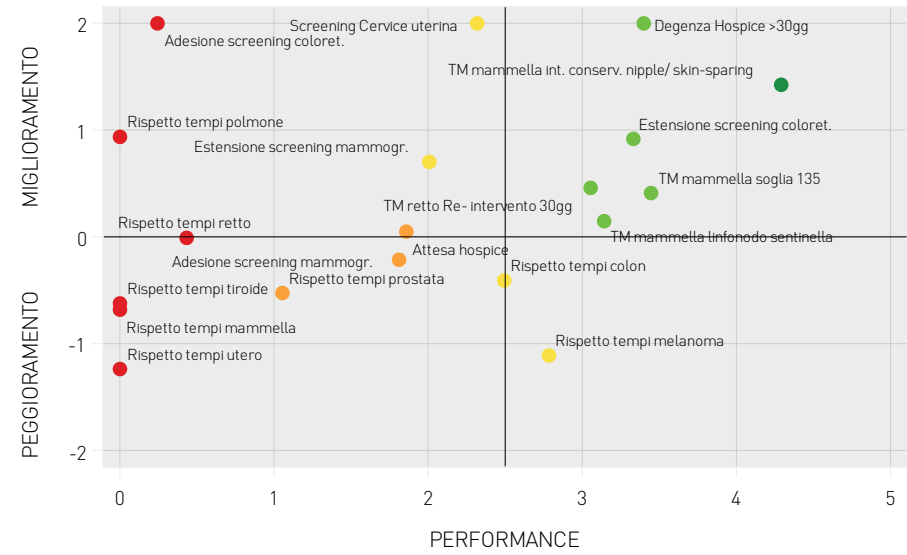
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



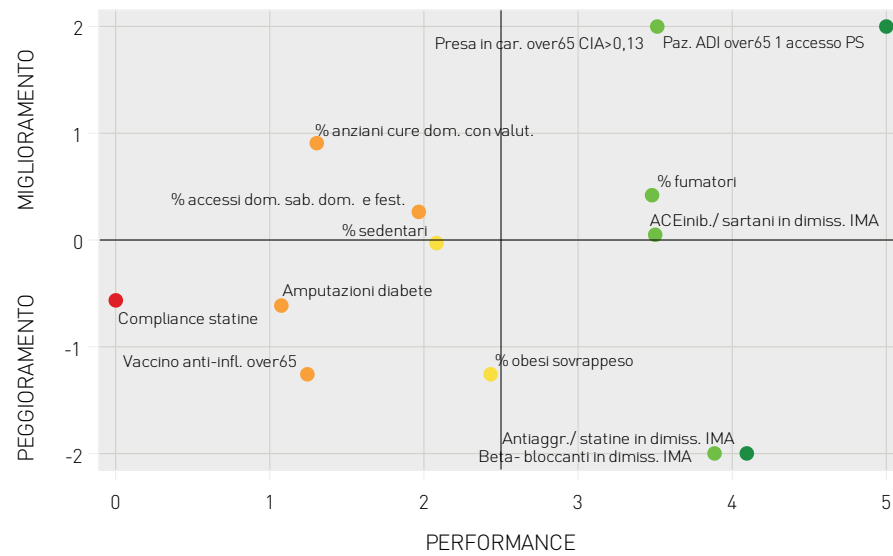
Percorso Materno Infantile



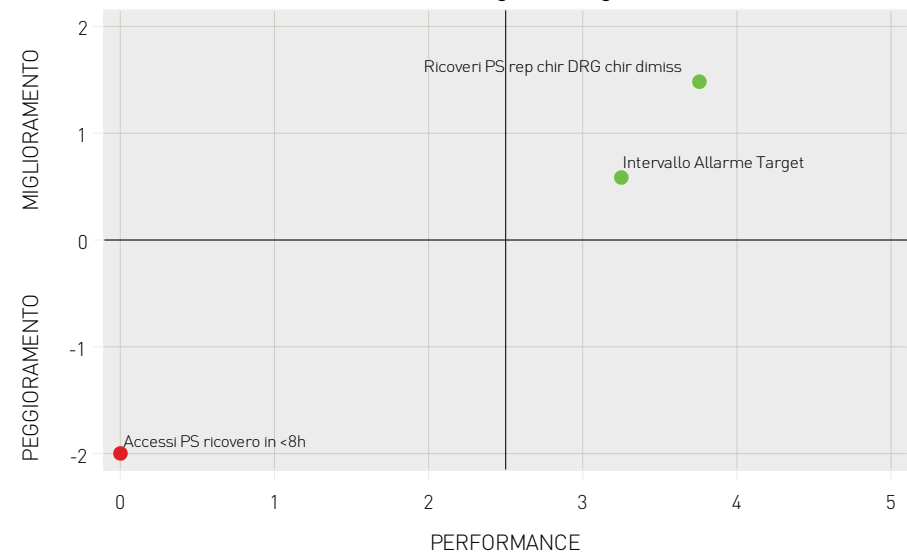
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



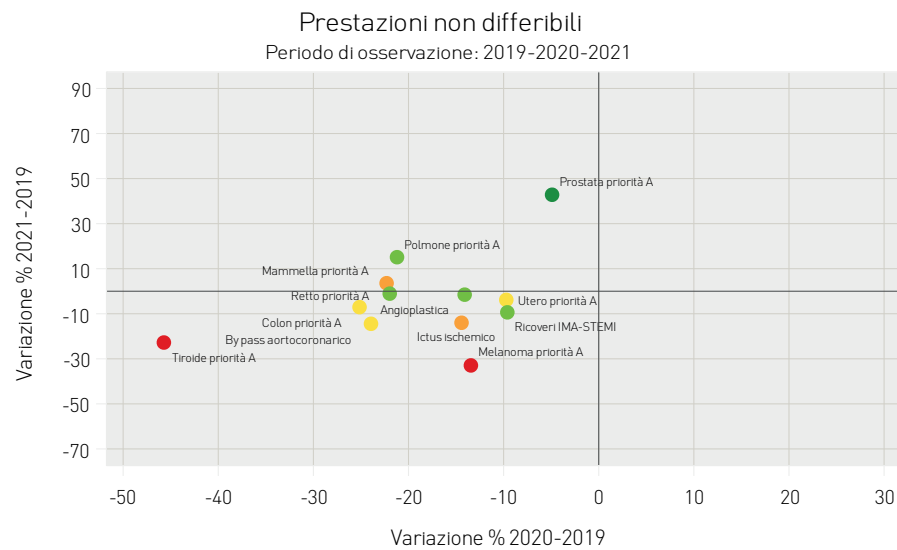
Percorso Emergenza Urgenza



Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE LIGURIA



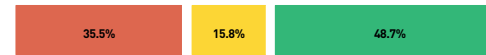
# AUSL 1 IMPERIESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)

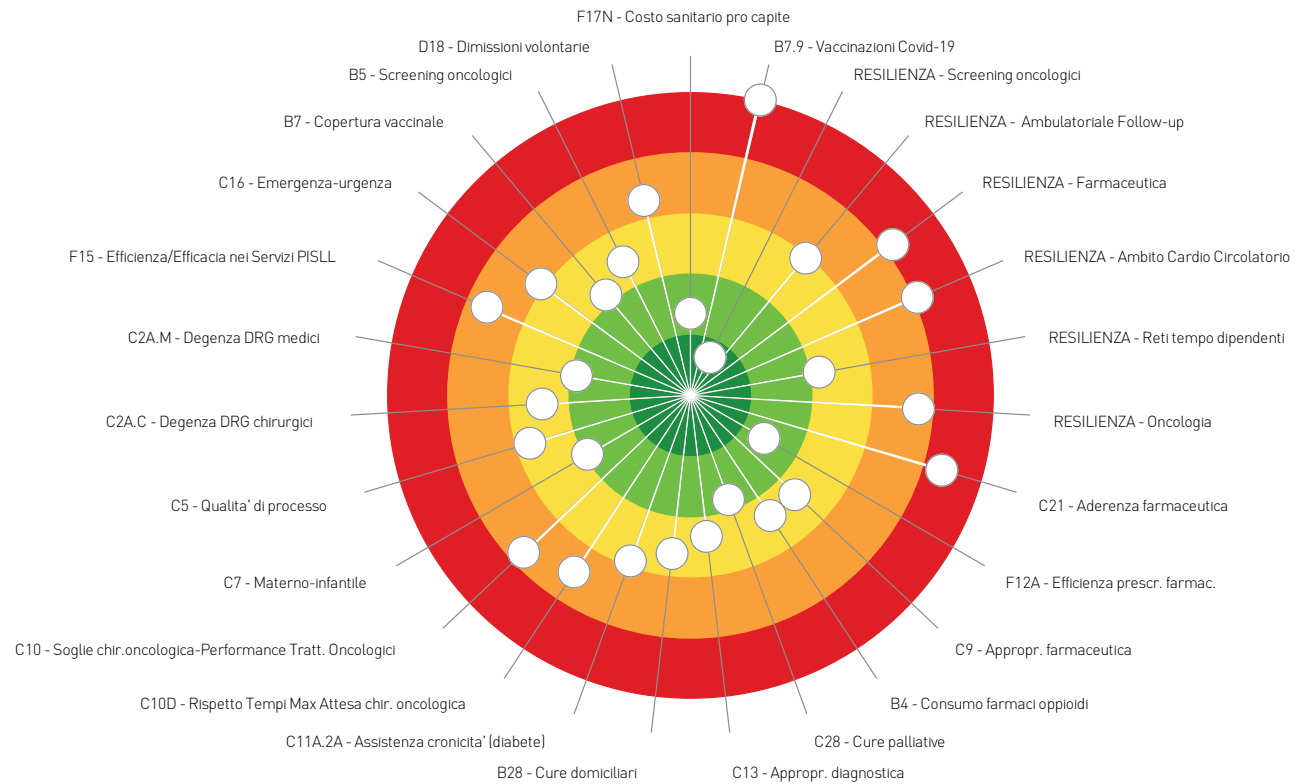
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

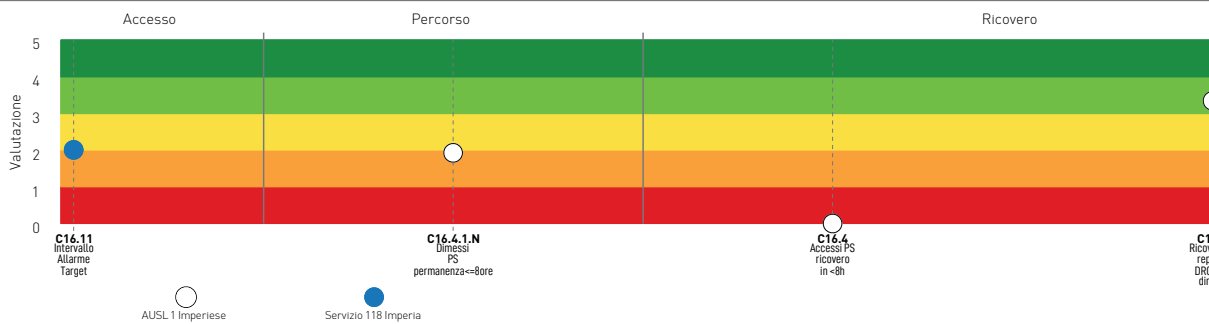
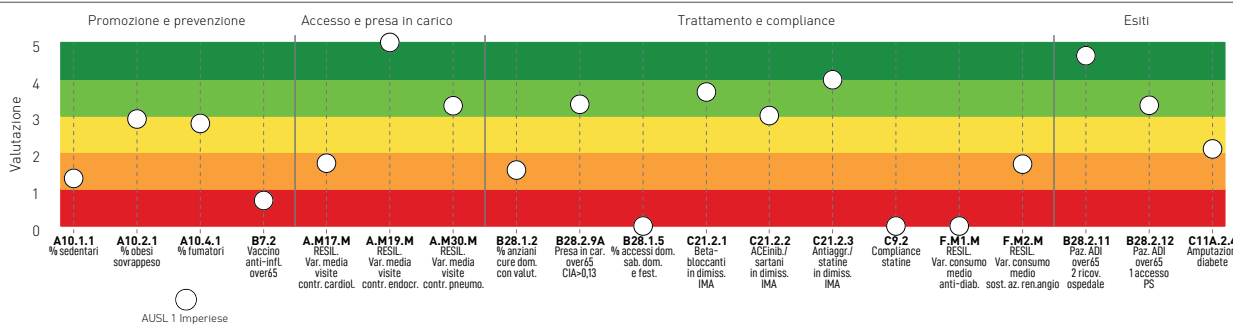
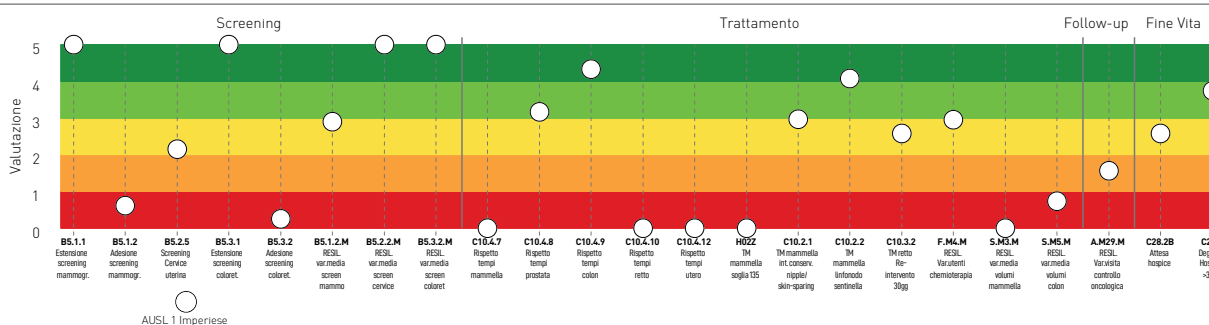
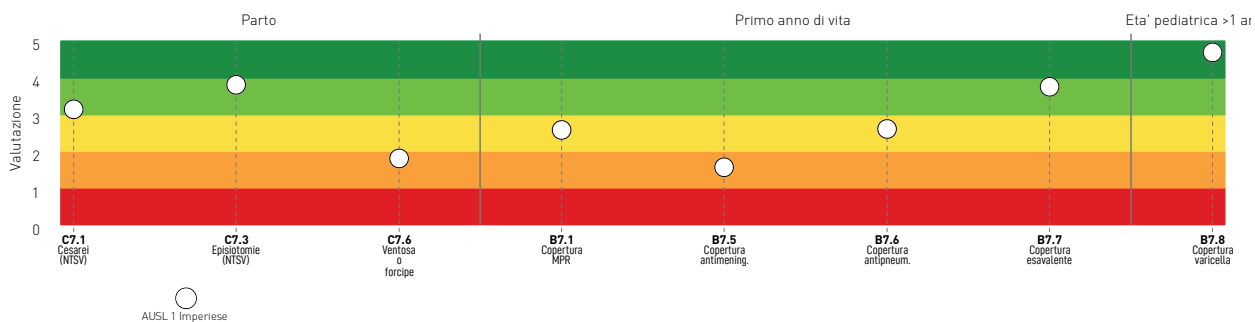
Numero indicatori di valutazione: 76



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





# AUSL 2 SAVONESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



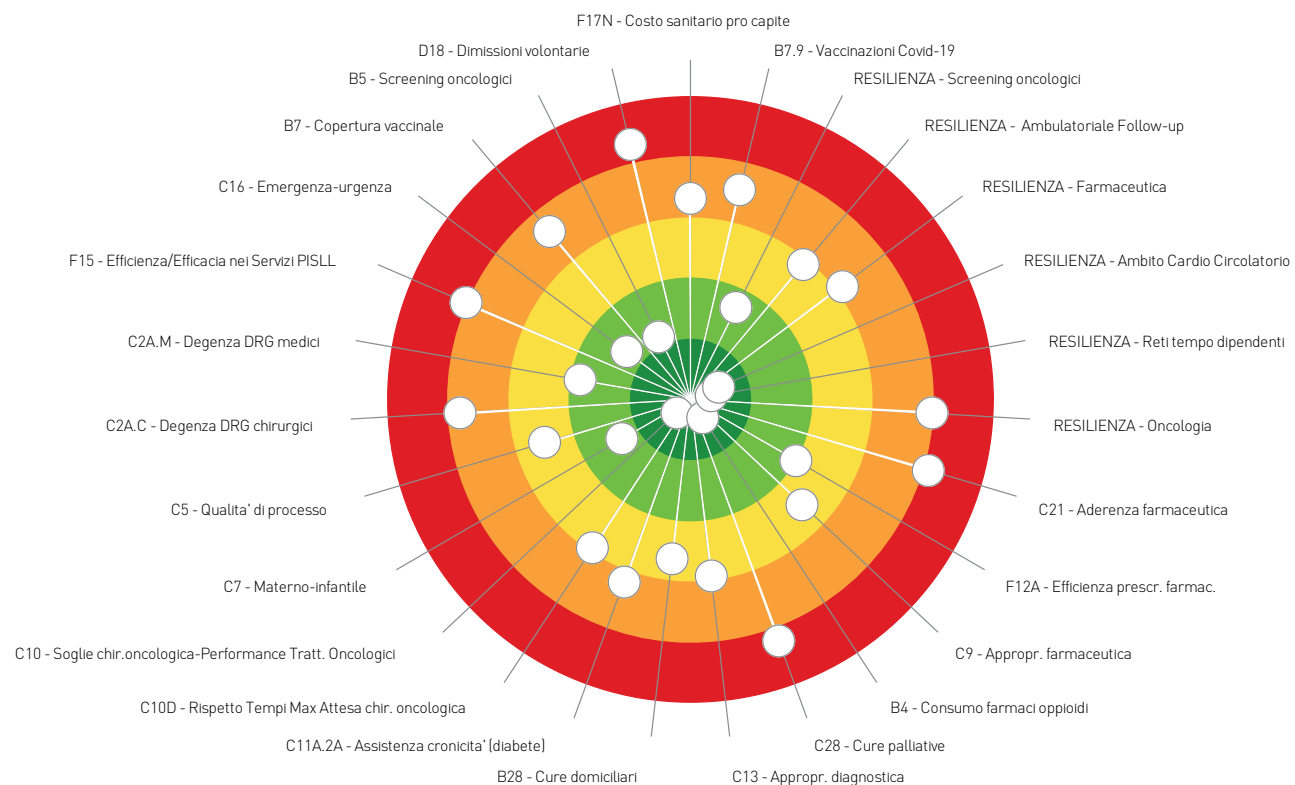
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

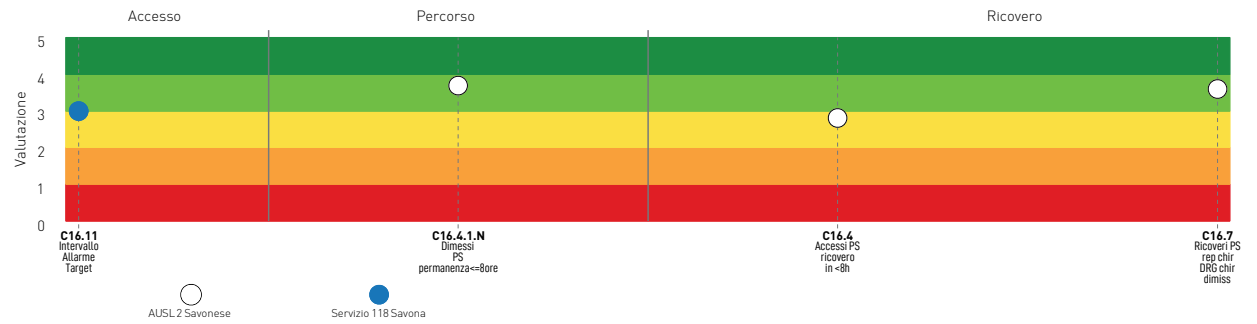
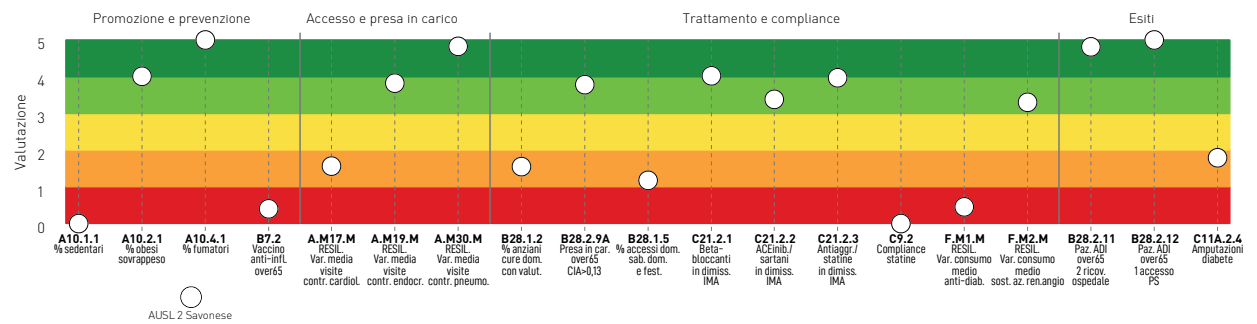
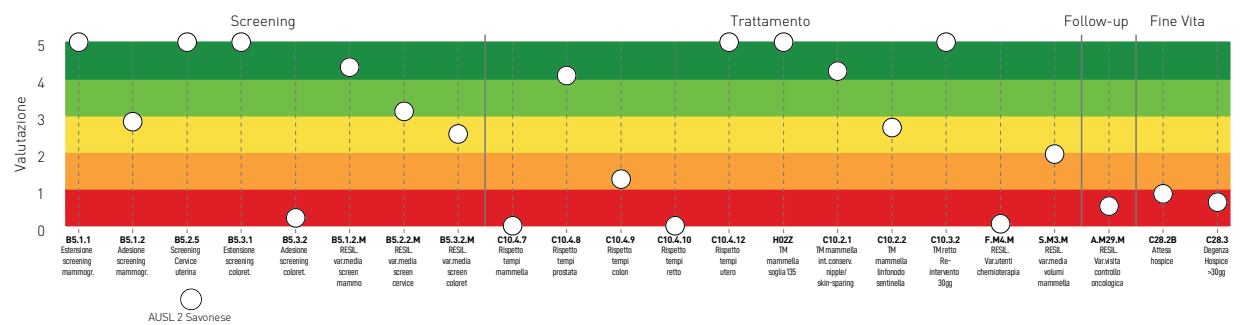
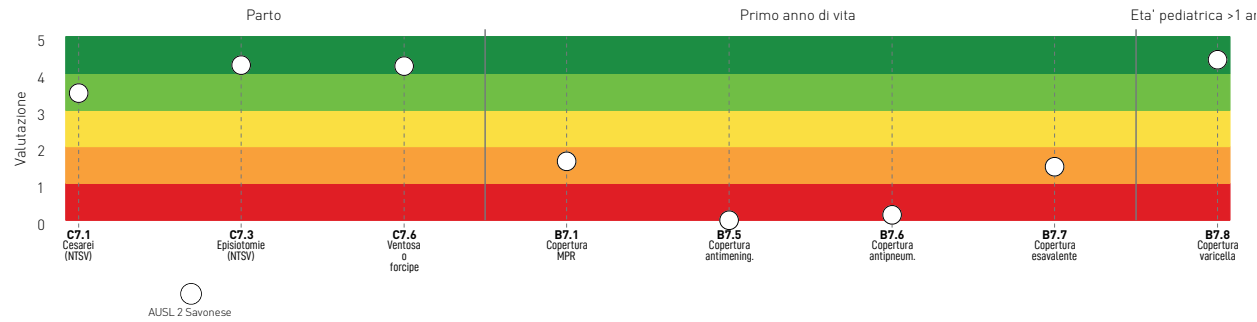
Numero indicatori di valutazione: 76



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021







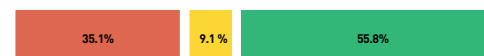
# AUSL 3 GENOVESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)

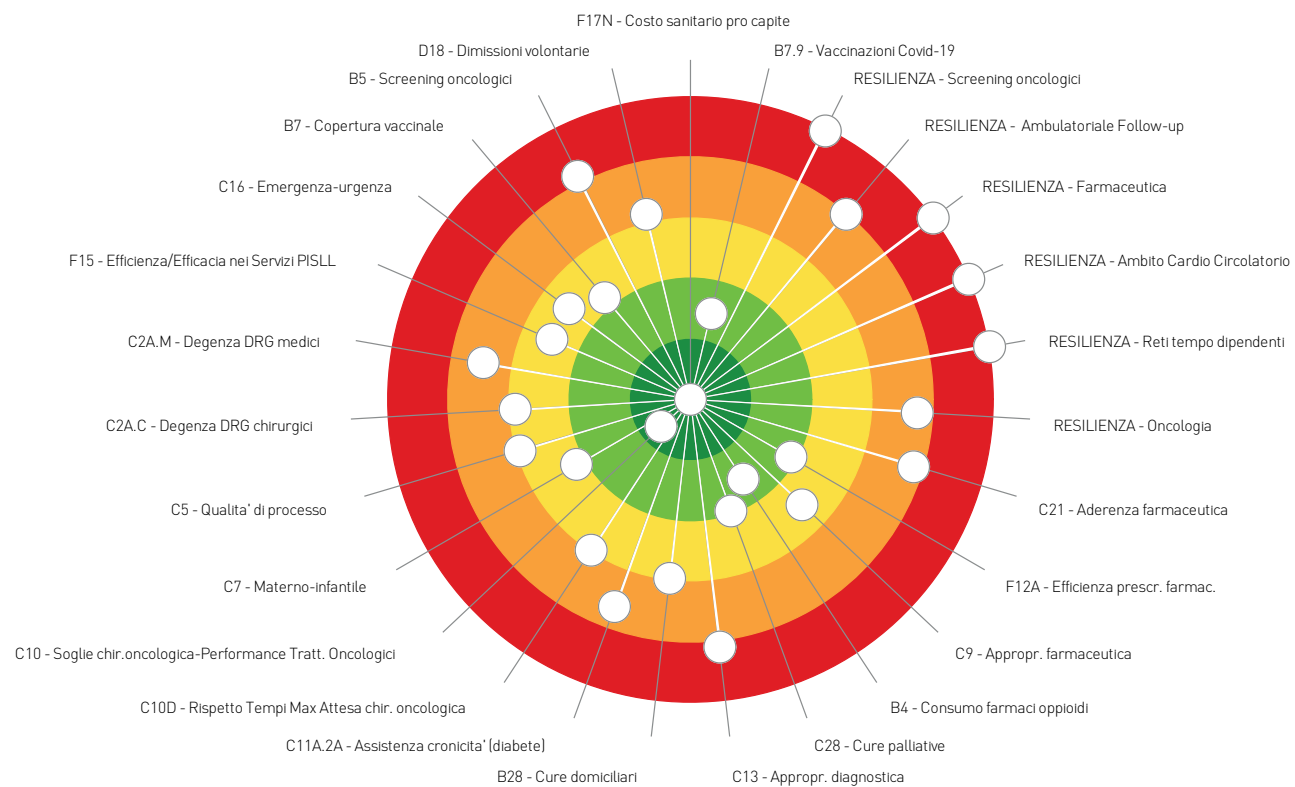
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 77



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# OSP. GALLIERA

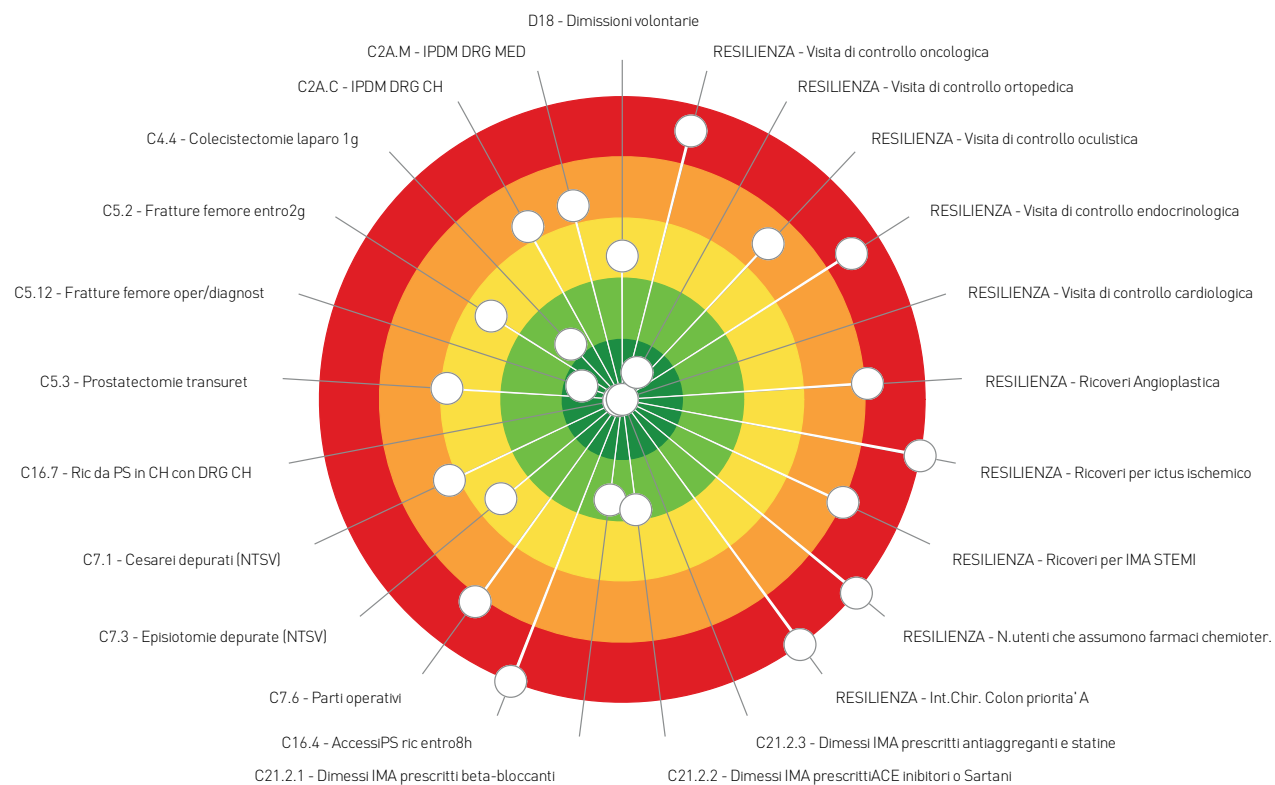
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 32



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

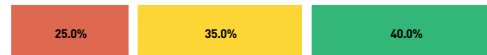
## Valutazione della Performance 2021



# OSP. EVANGELICO

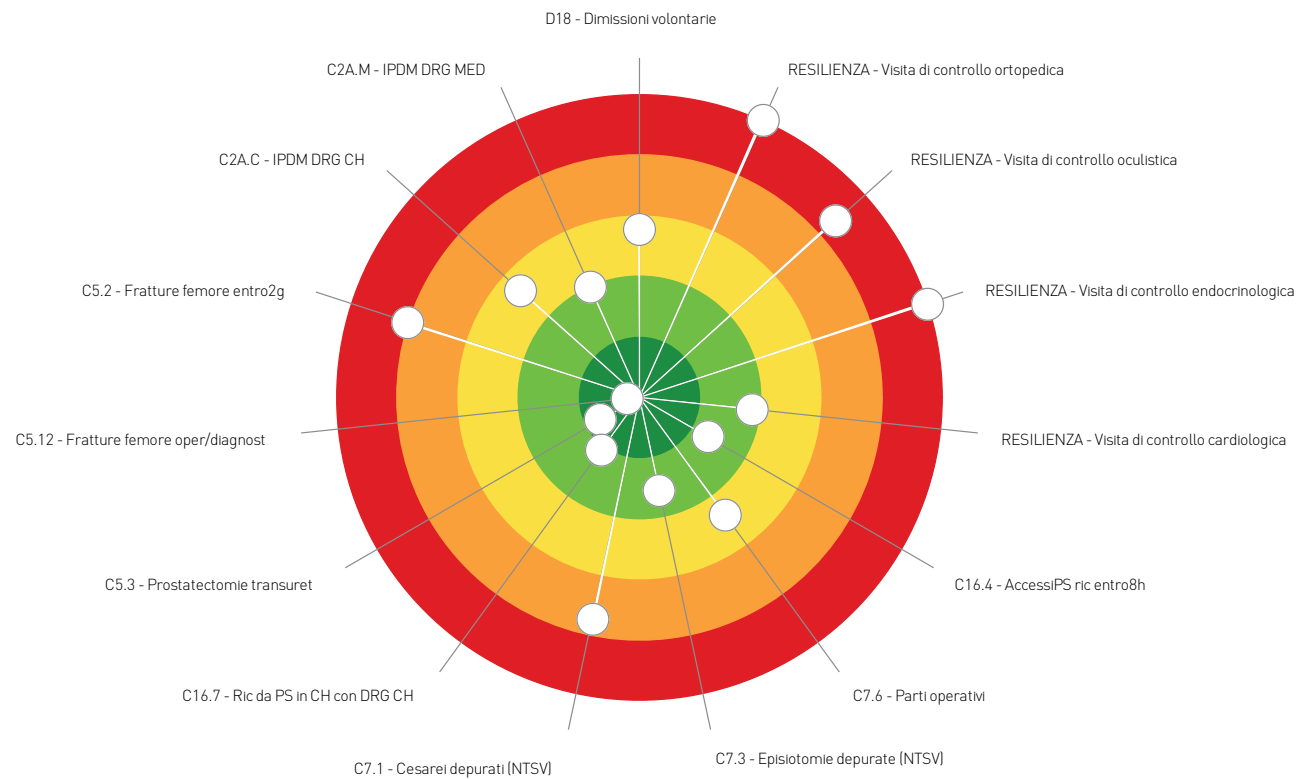
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 20



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

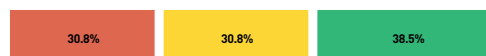
## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS S. MARTINO

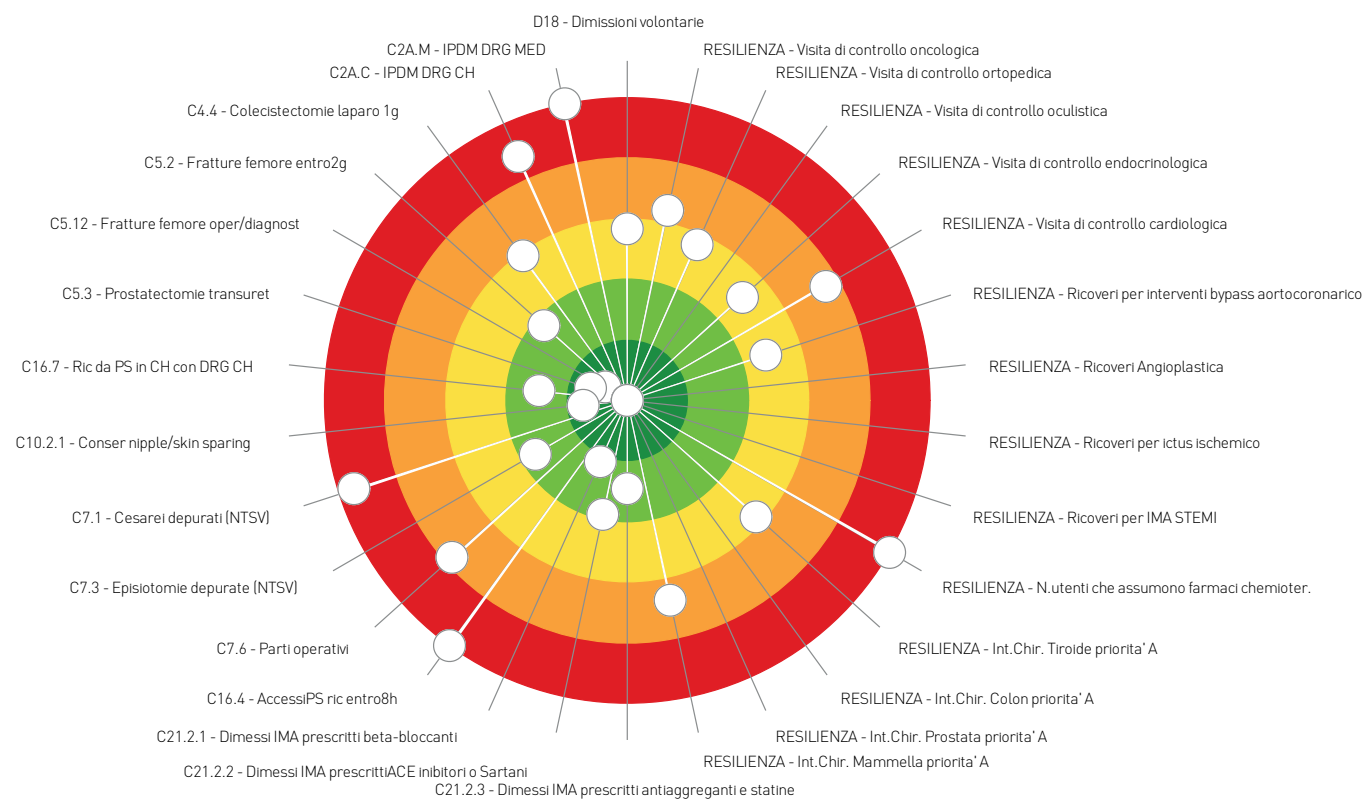
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 39



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# IST. GASLINI

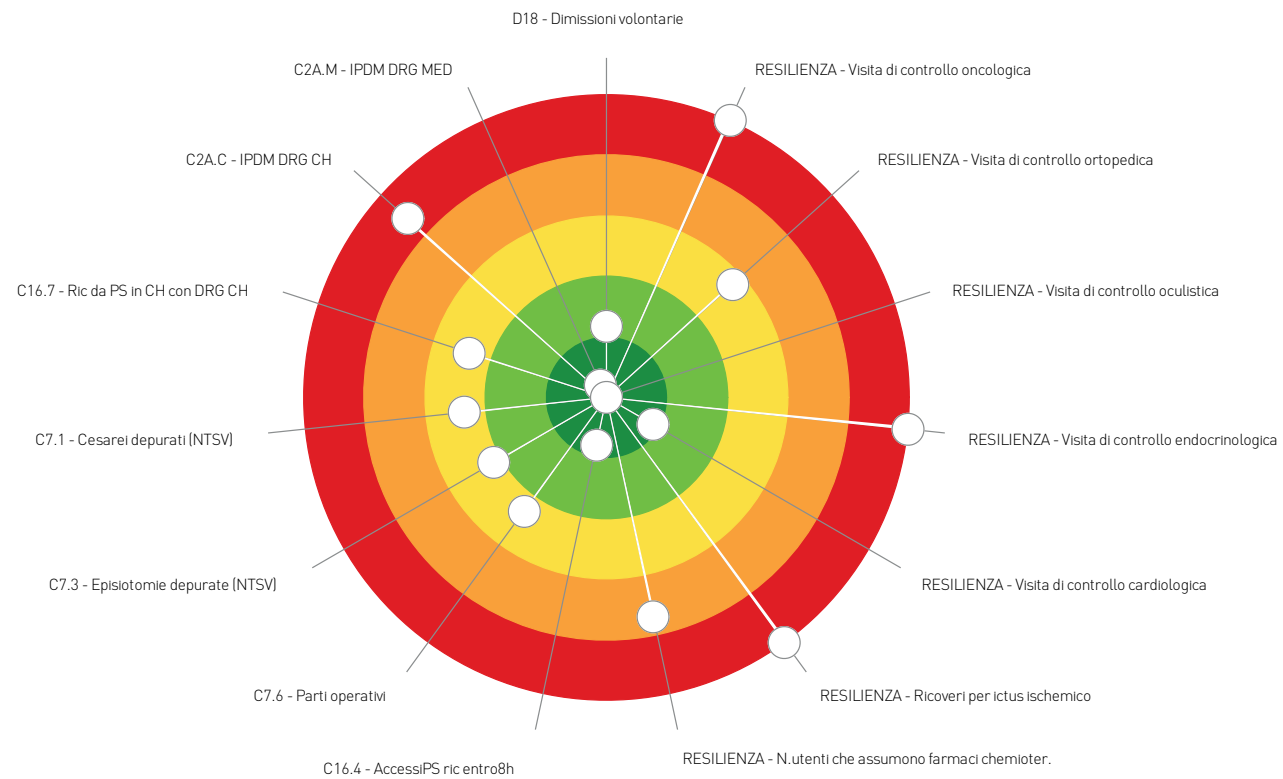
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

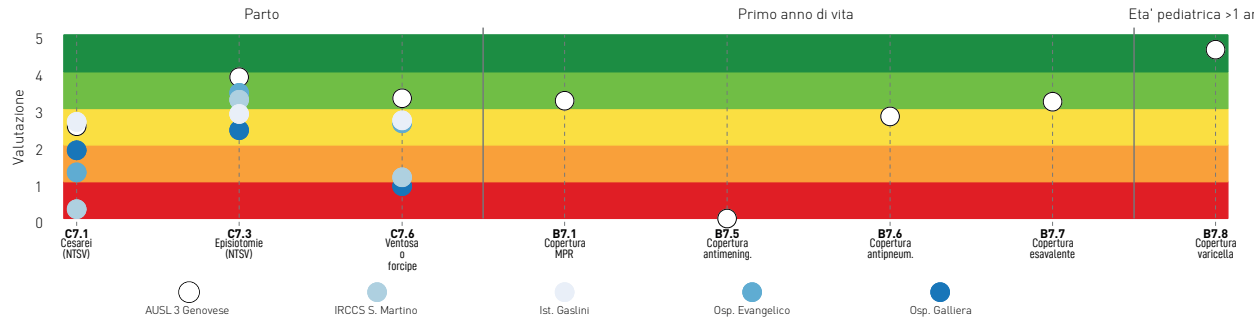
Numero indicatori di valutazione: 22



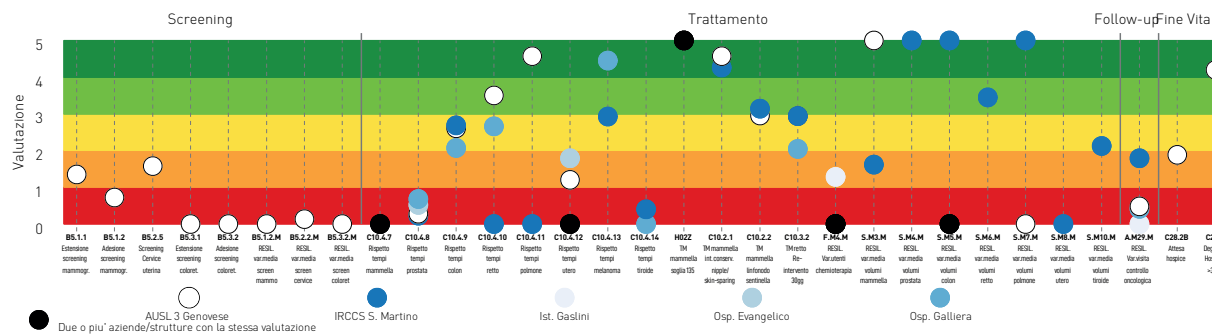
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

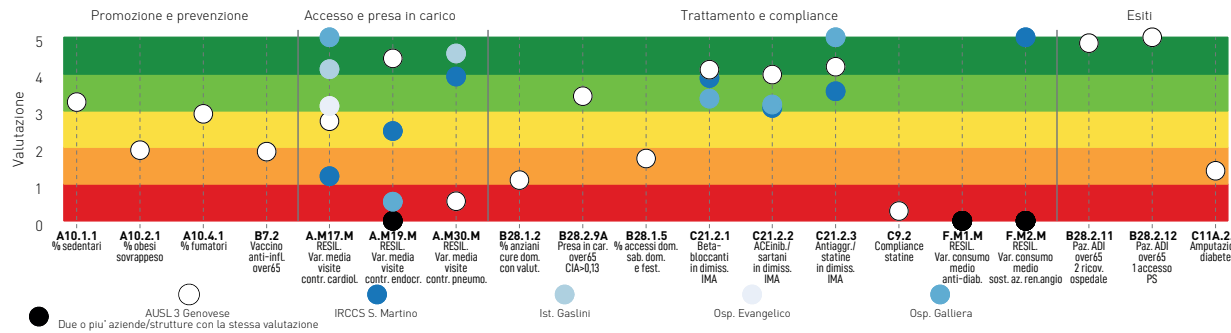




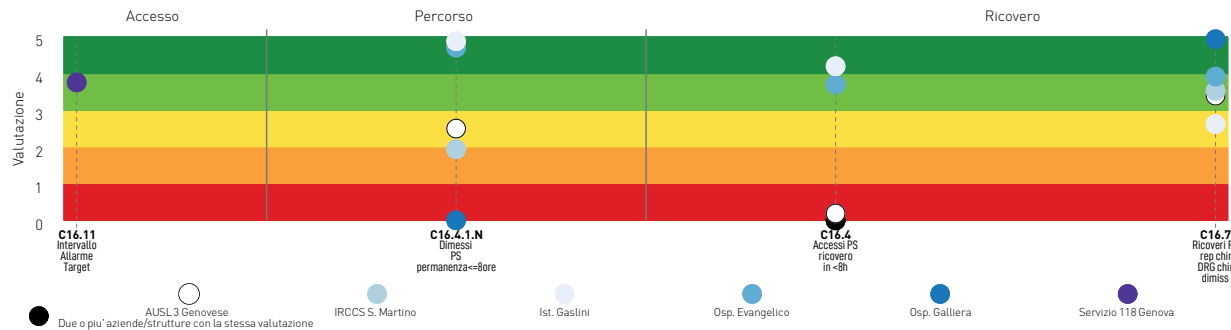
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

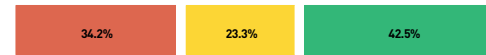
# AUSL 4 CHIAVARESE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)

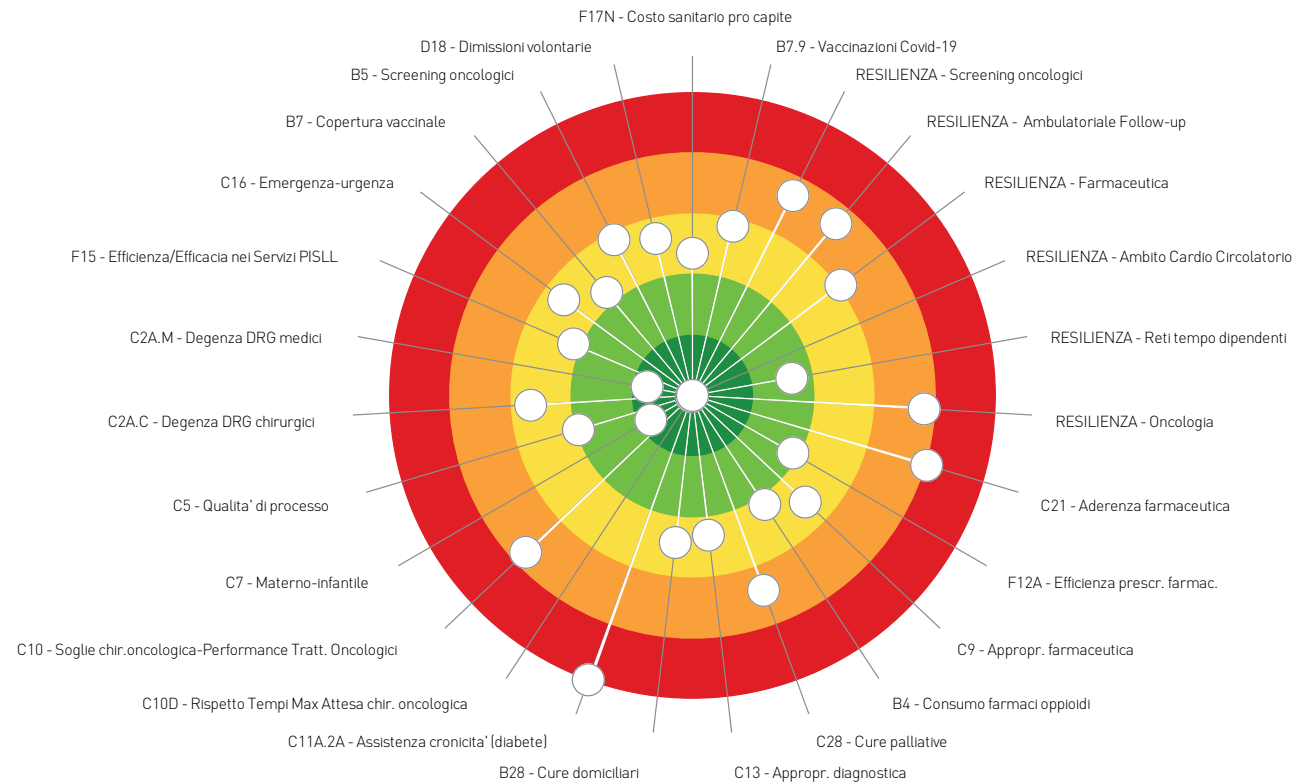
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

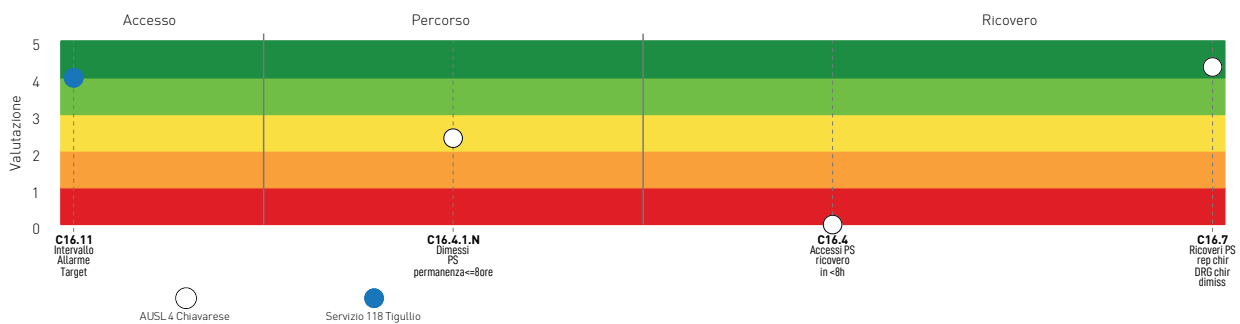
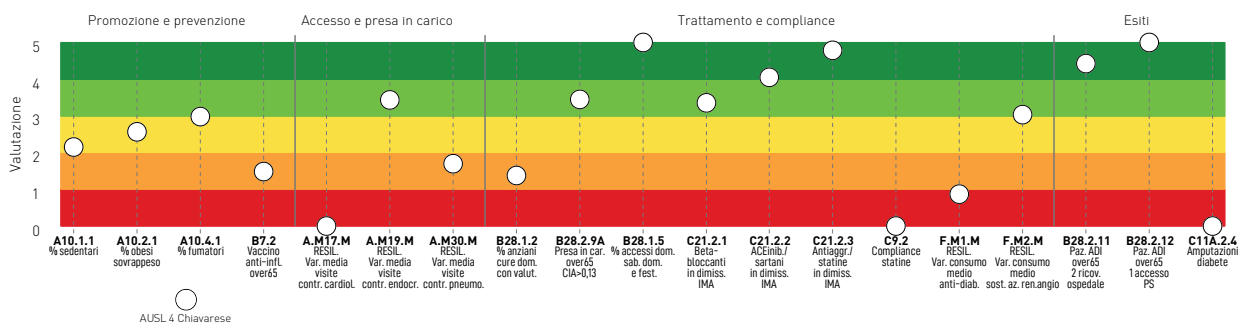
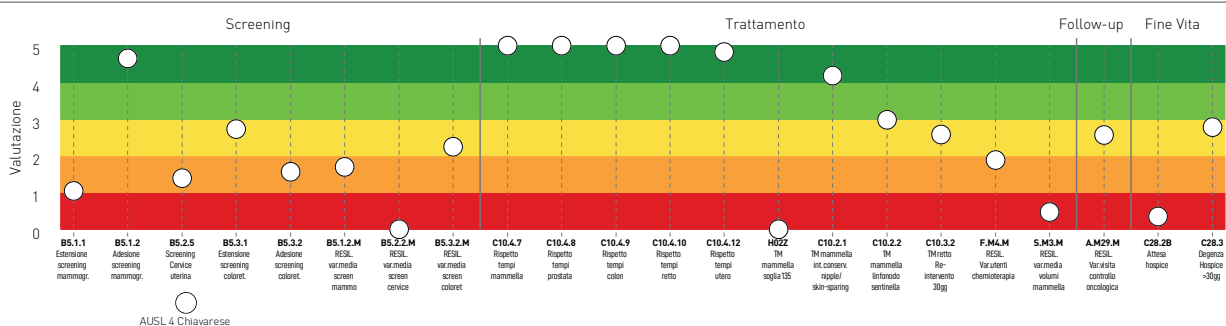
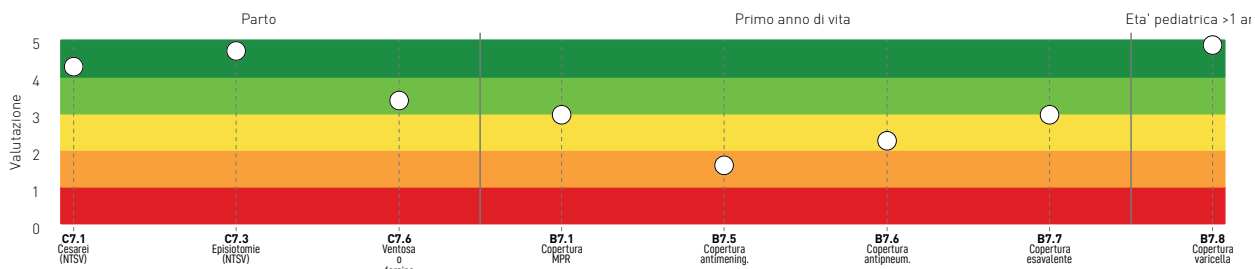
Numero indicatori di valutazione: 73



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AUSL 5 SPEZZINO

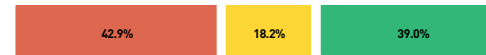
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



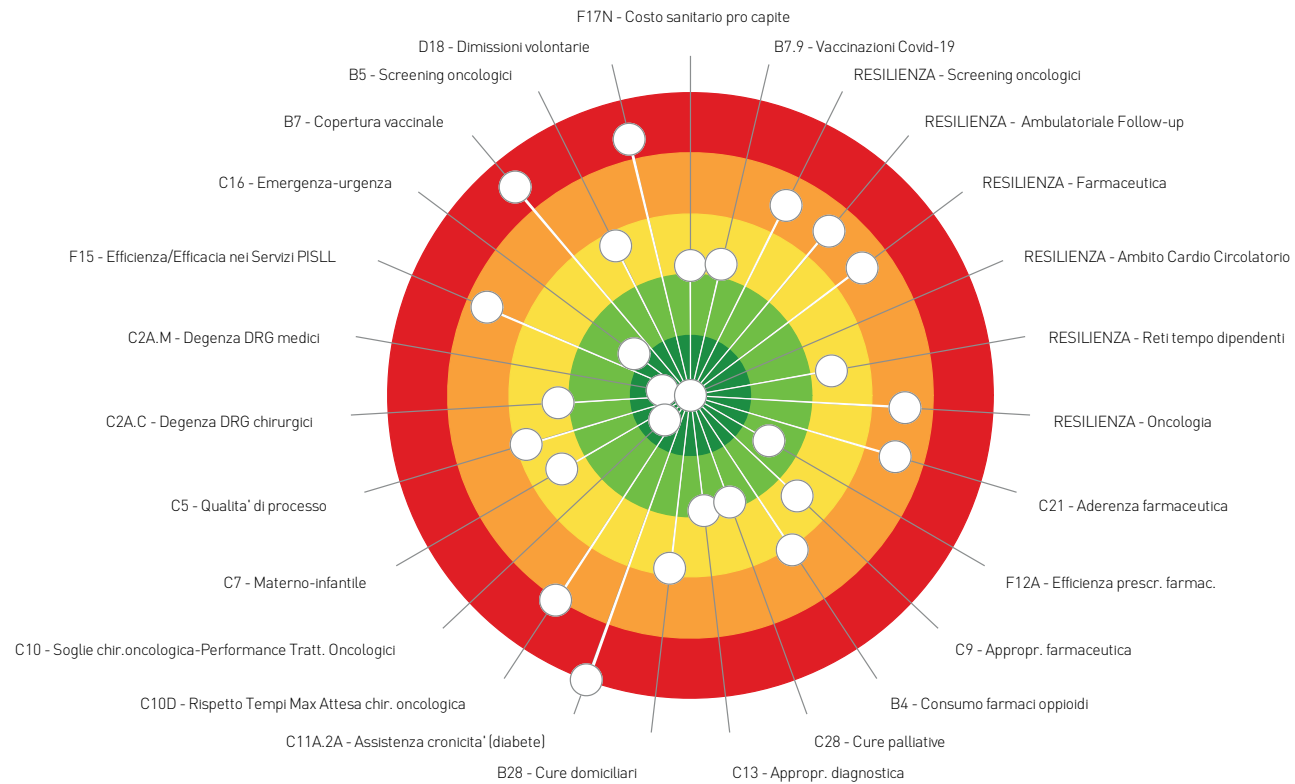
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

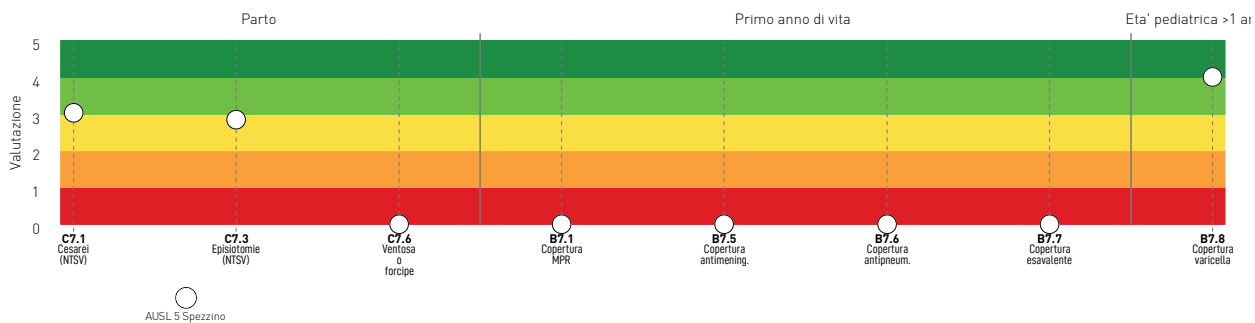
Numero indicatori di valutazione: 77



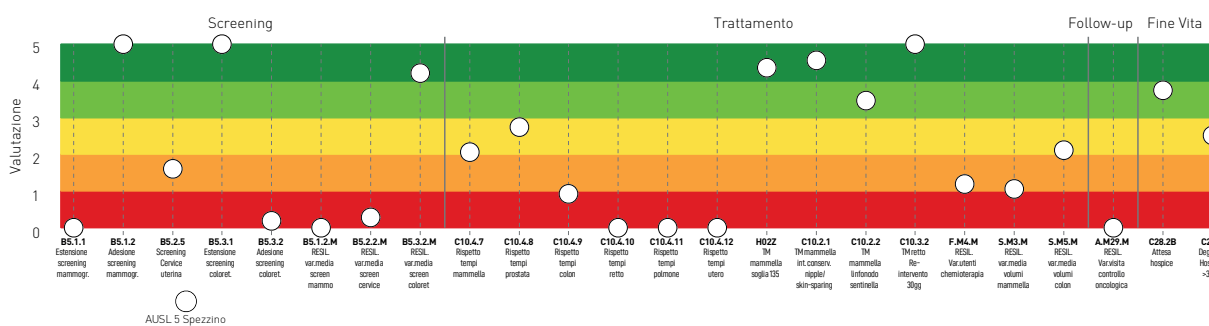
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

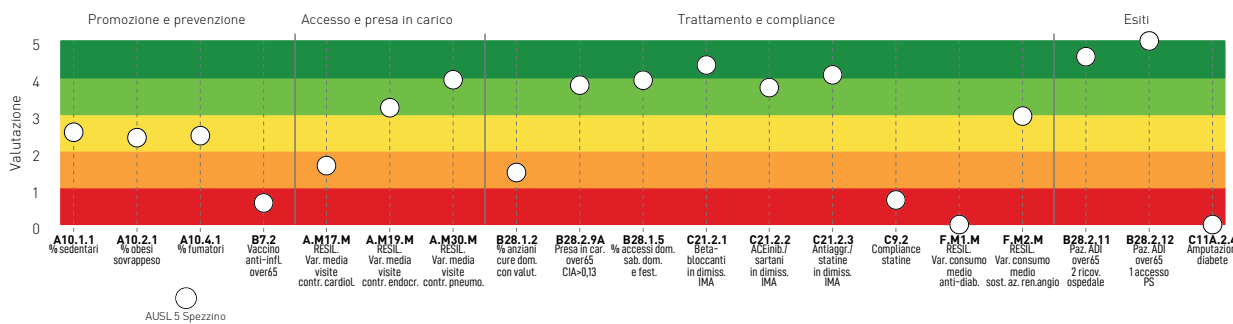




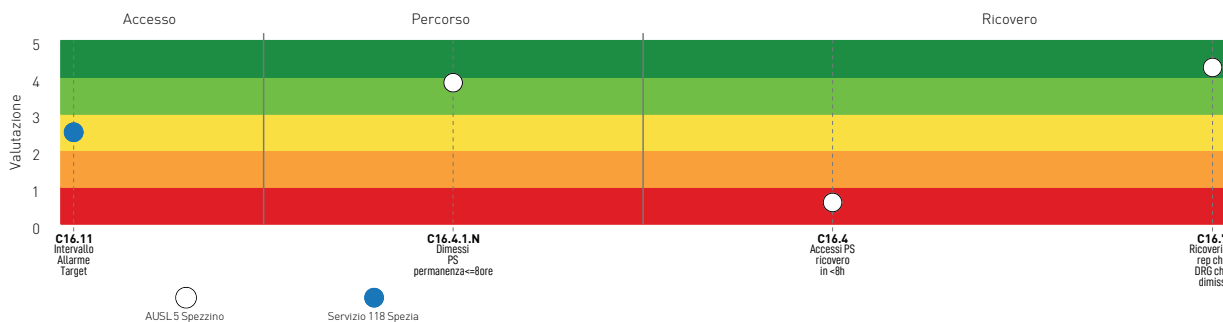
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

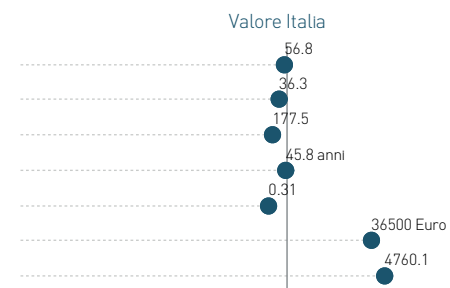


# LOMBARDIA



Popolazione: 9981554 abitanti  
Densita': 420.2 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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 Socio Sanitarie Territoriali (ASST). Sono inoltre presenti 18 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, di cui 5 pubblici (Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani, IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, IRCCS Policlinico San Matteo, IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico).

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LOMBARDIA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 59 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Lombardia mostra una performance in significativo miglioramento sebbene in maniera eterogenea nelle diverse aree. Nel dettaglio il 49% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 24% resta stabile mentre il 27% peggiora. La maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio.

Discreta la sezione relativa alla resilienza, con una certa stabilità nei volumi di interventi chirurgici oncologici di priorità A rispetto al 2020 (aumentano gli interventi eseguiti alla mammella, al colon, al polmone e alla tiroide), e un significativo miglioramento nell'attività elettiva considerando i ricoveri con almeno un intervento di angioplastica. Valori in lieve crescita rispetto al 2020 si registrano anche nei ricoveri per IMA STEMI e ictus ischemico, e nelle prestazioni ambulatoriali di follow-up che si posizionano nei valori intermedi rispetto alle altre regioni del Network. Ad una ripresa sostenuta si affianca anche un aumento del costo sanitario pro-capite – andamento condiviso con le altre regioni, che passa da 2.075 euro nel 2020 a 2.163 euro nel 2021, valore che comunque rimane il più basso tra le regioni del Network.

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale (non-COVID) registra ottime performance in quasi tutti gli indicatori con una crescita significativa anche nella copertura per papilloma virus, che passa da un'adesione del 40.5% nel 2020 a 58% nel 2021. I programmi di screening oncologici, valutati tramite l'estensione delle mammografie, registrano un rebound nel 2021 con un'estensione superiore al 90% sul territorio regionale. Migliora l'efficienza ed efficacia nei PISLL, sebbene il risultato sia ancora in fascia rossa e tra i più bassi del Network.

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale. In continuità con i dati del 2020, migliorano l'e-prescription e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.

L'attività ospedaliera mostra ancora segnali di stress dovuti alle recrudescenze COVID: la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni segna un lieve peggioramento, così come la percentuale di prostatectomie transuretrali. Migliora la gestione del Pronto Soccorso, con un aumento nella percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e una riduzione nell'intervallo allarme-target per i mezzi di soccorso, sebbene la percentuale degli accessi in Pronto Soccorso che hanno un tempo di permanenza inferiore alle 8 ore sia ancora in area critica (solo 62.5%). Relativamente buona è la percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (6.9%).

In riferimento alla durata della degenza chirurgica, il valore è complessivamente nella media. Si conferma contenuta la percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera.

L'assistenza domiciliare vede piccoli segnali positivi ma resta un ambito su cui investire

maggiormente, in primis in termini di copertura: la percentuale di anziani in cure domiciliari, con valutazione, è del 4%. Al contrario, la percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasettantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione si mantiene la più alta del Network: 24.2%.

Sul versante della governance farmaceutica, la Regione Lombardia mostra complessivamente una buona performance, sia in termini di appropriatezza, sia di aderenza. È tra le regioni con il più basso consumo di antibiotici - soprattutto in età pediatrica - e registra ottime performance anche in riferimento alla percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione. Il consumo di oppioidi sul territorio registra valori medi rispetto al Network. L'efficienza prescrittiva farmaceutica, rappresentata dal ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, e sull'uso appropriato dei farmaci, è invece un'area critica (fascia rossa).

Relativamente al percorso materno-infantile, il sistema sanitario lombardo registra risultati nella media, per quanto concerne le fasi del parto e del primo anno di vita. In particolare, la percentuale di parti cesarei depurati – 19.3% - è leggermente più bassa della media, ma aumenta il ricorso all'episiotomie, che passano dal 21% circa del 2020 a oltre il 27% nel 2021. Ottima la gestione della casistica pediatrica maggiore di un anno: il consumo di antibiotici, in particolare, in modo significativo si contrae rispetto agli anni precedenti e segna nel 2021 uno dei valori più contenuti del Network.

Sul percorso oncologico, le performance registrano un tendenziale miglioramento dopo lo shock pandemico. Emergono alcune debolezze in riferimento al rispetto dei tempi di attesa e alla tenuta dei volumi di interventi chirurgici per alcune neoplasie. Nella media la gestione del follow-up.

Performance un po' più deboli per il percorso cronicità, che vede un sostanziale stabilità di risultati o qualche peggioramento nell'ambito dell'aderenza oltre alla riduzione rispetto al 2020 nella copertura vaccinale antiinfluenzale per gli anziani.

In riferimento al percorso emergenza-urgenza migliora l'accesso con la contrazione di un minuto nell'intervallo allarme-target (ovvero il tempo impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere l'obiettivo).

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)

A1  
Mortalità infantile



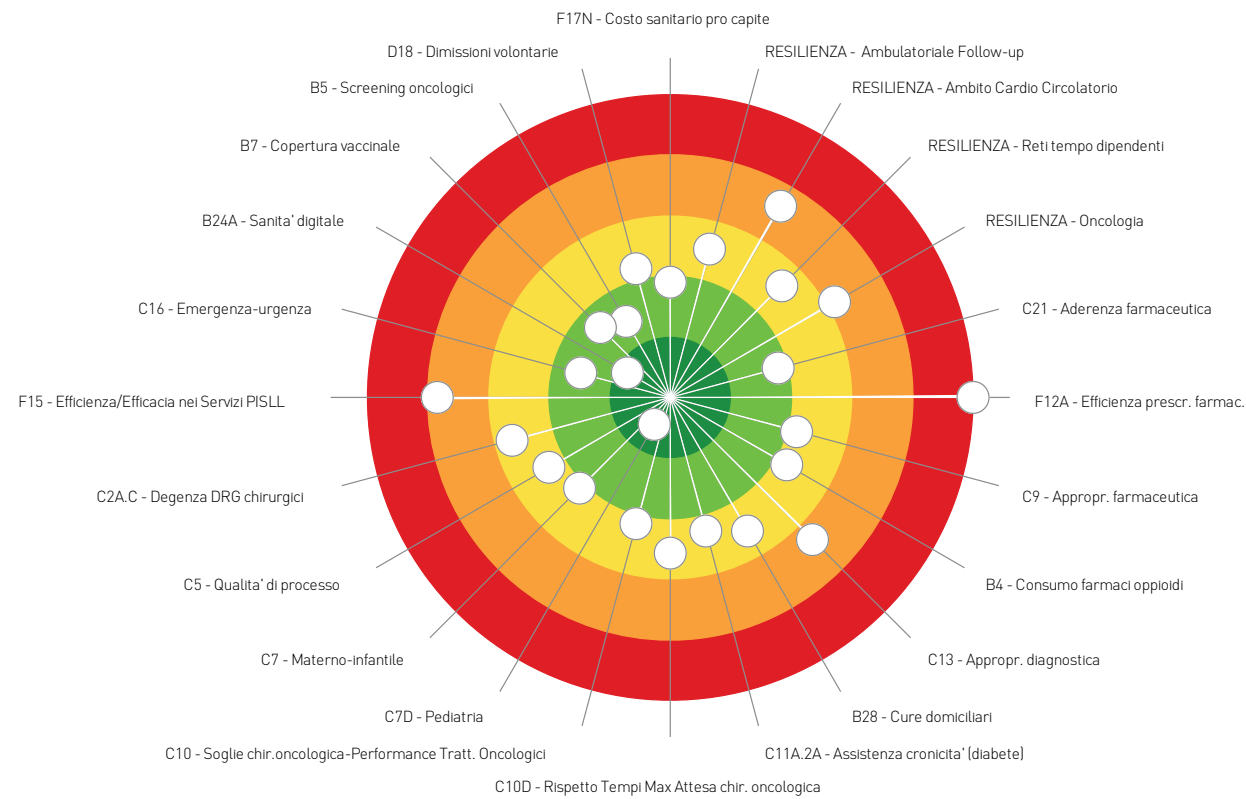
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 59

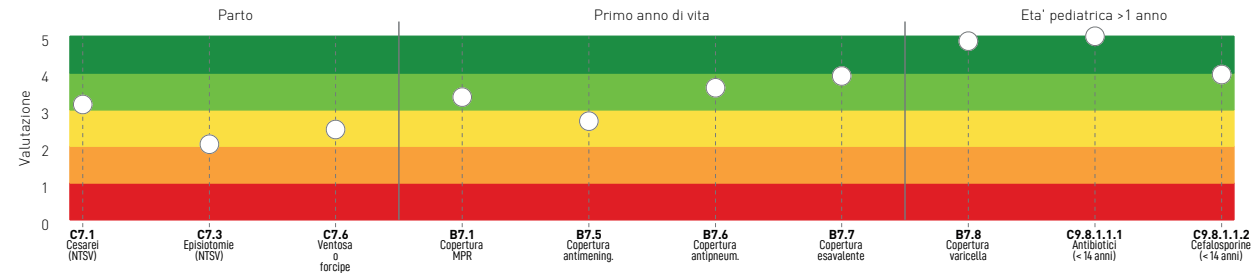


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

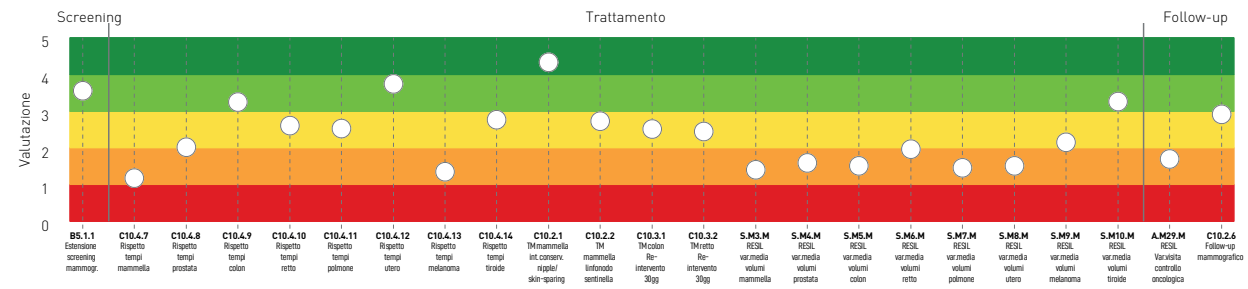
## Valutazione della performance 2021



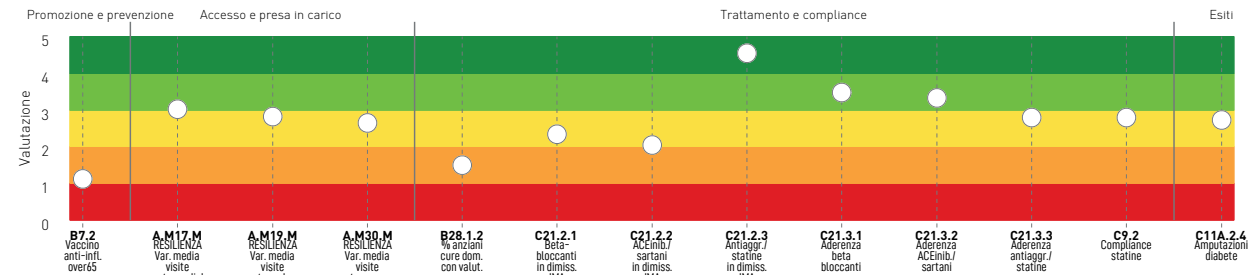
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



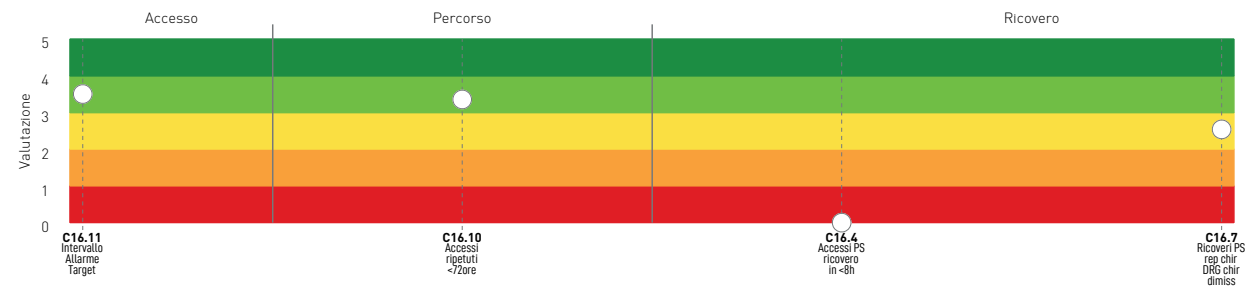
## PERCORSO ONCOLOGICO



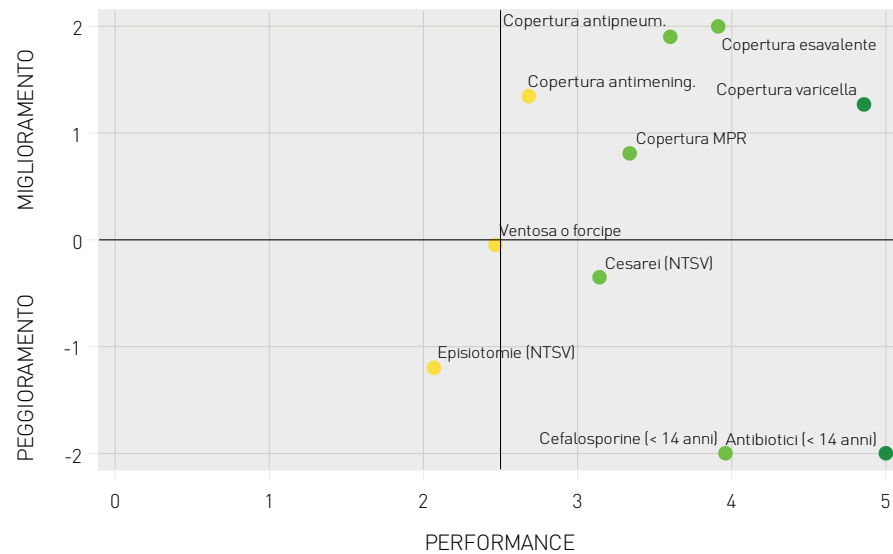
## PERCORSO CRONICITÀ



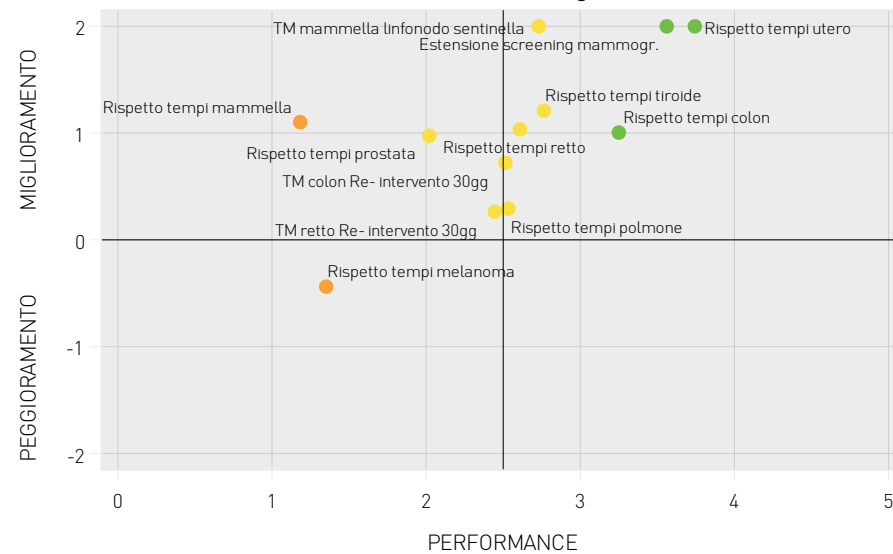
## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



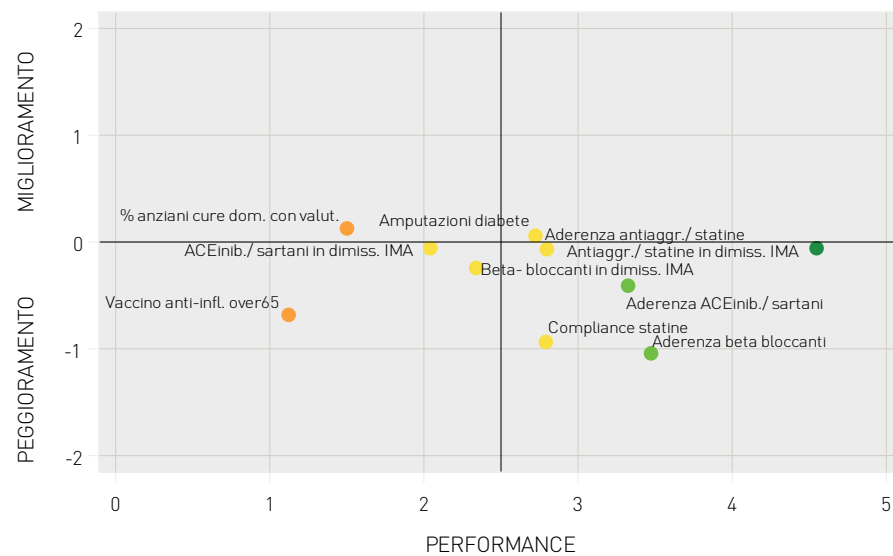
Percorso Materno Infantile



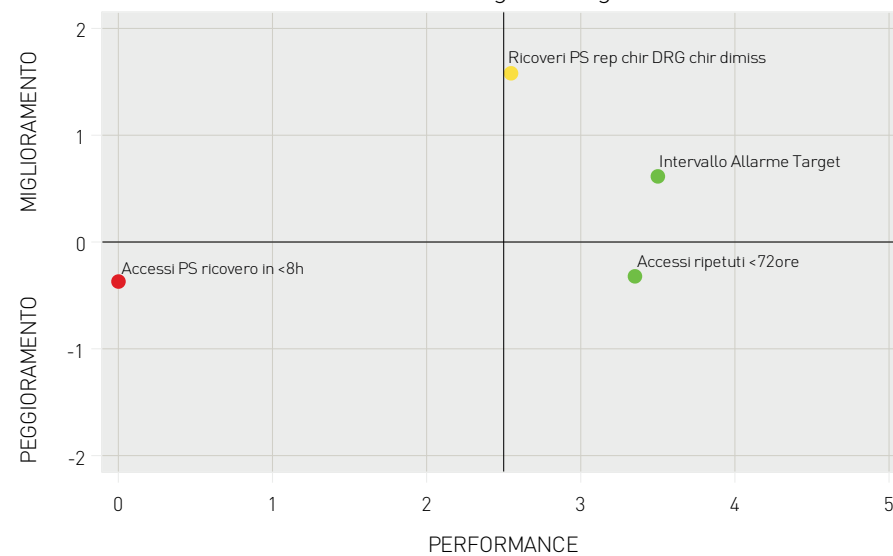
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza

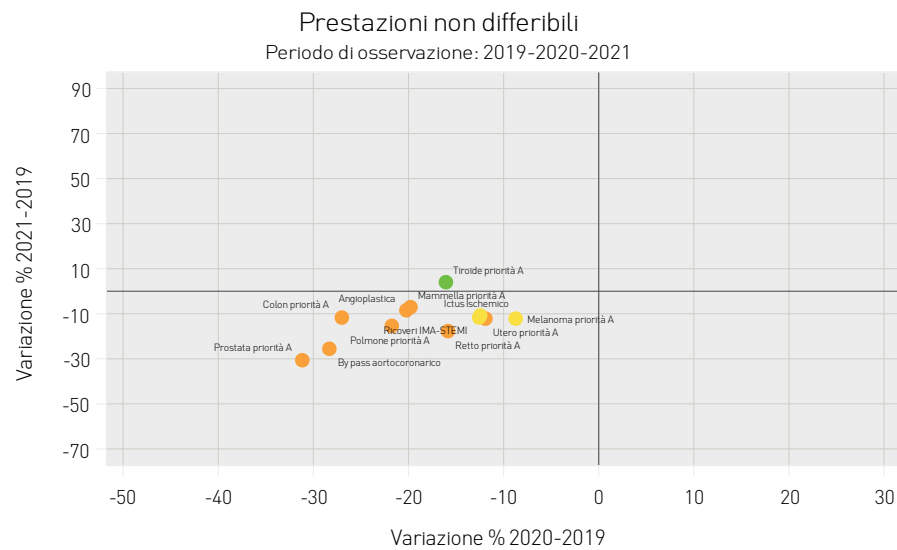




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE LOMBARDIA



# ATS CITTÀ METR. DI MILANO

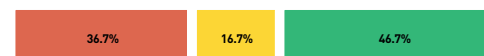
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalità infantile



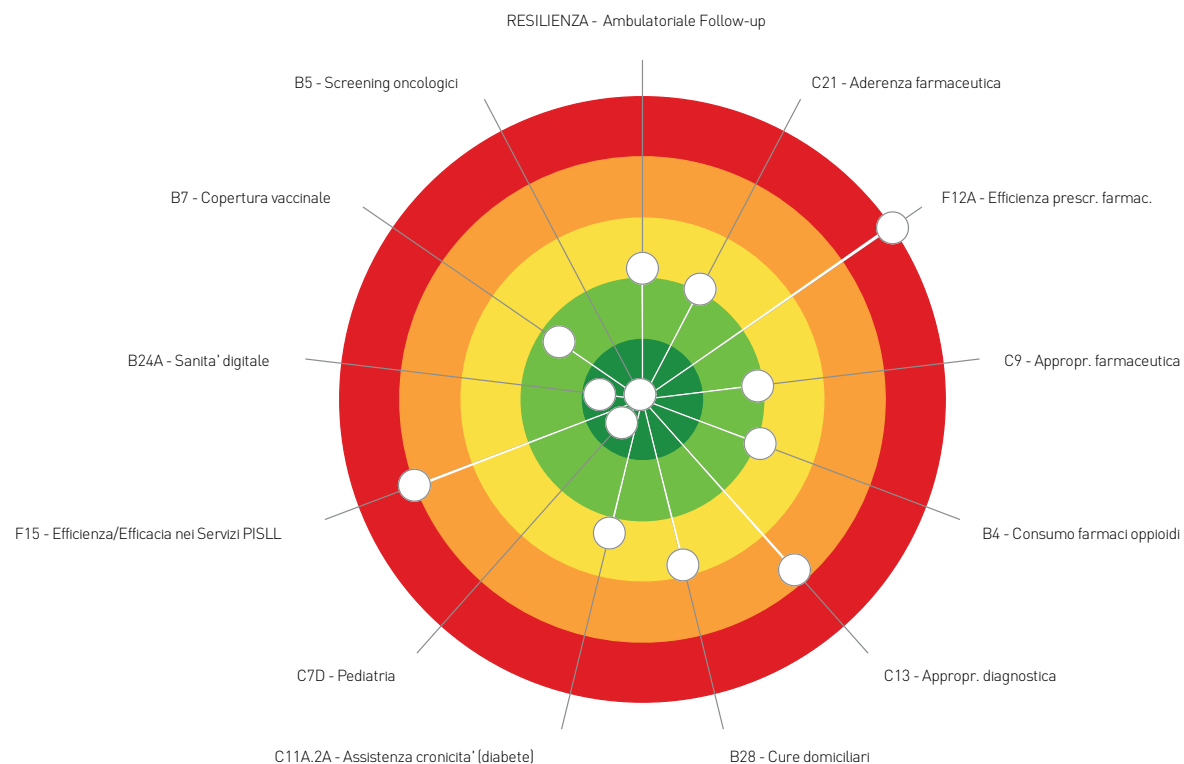
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO

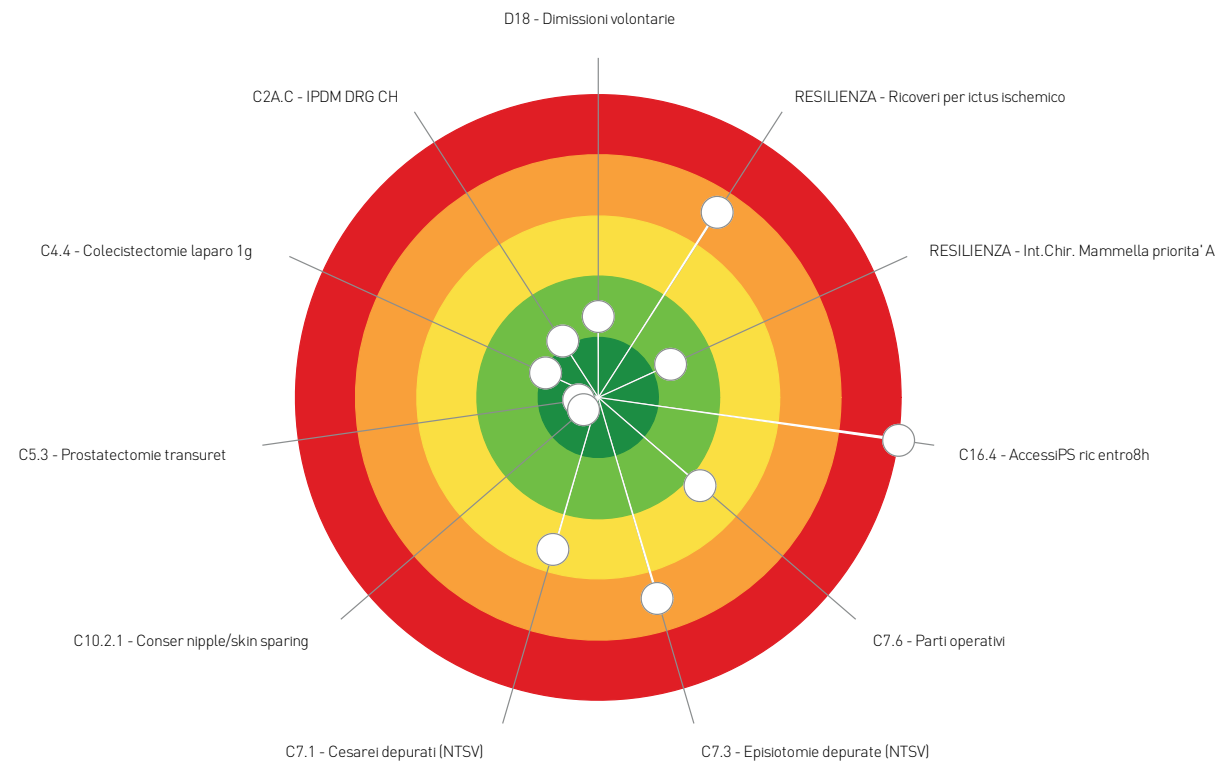
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 20



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

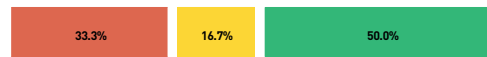
## Valutazione della Performance 2021



# ASST OSP METROP. NIGUARDA

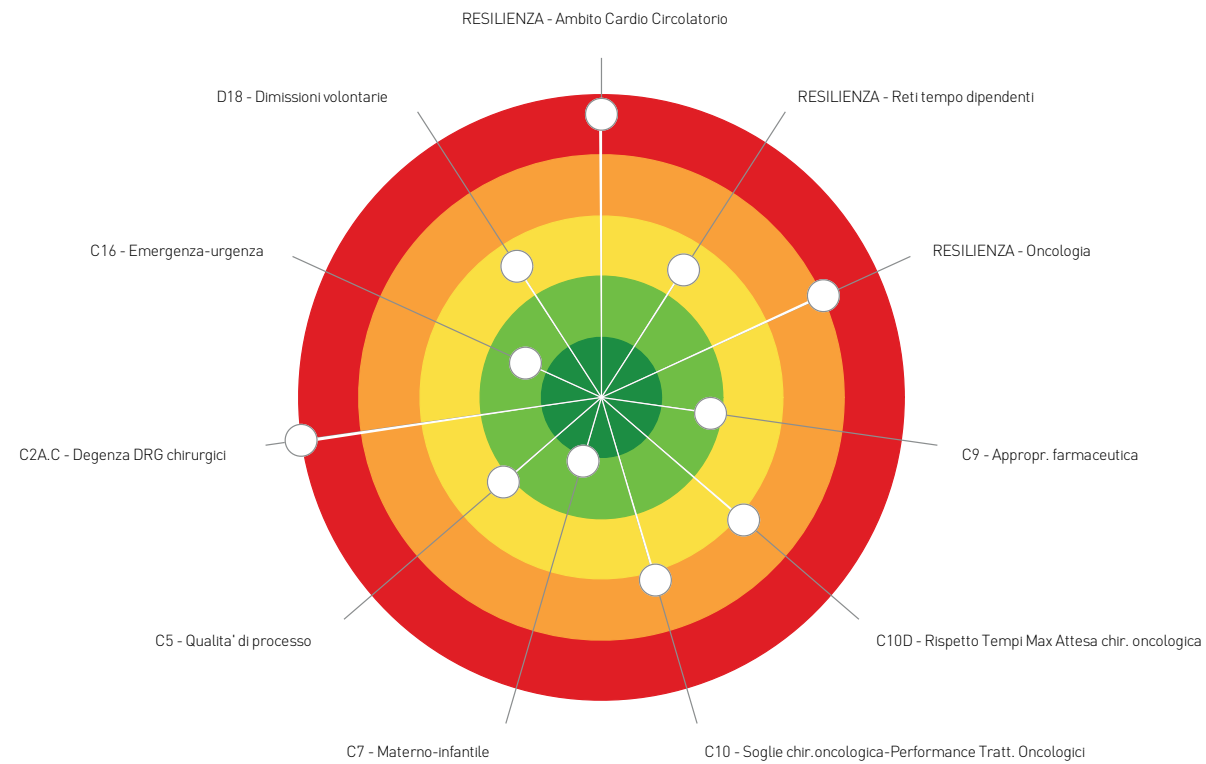
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



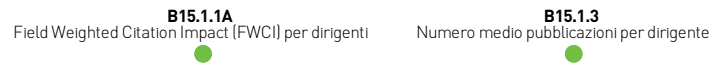
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST SANTI PAOLO E CARLO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



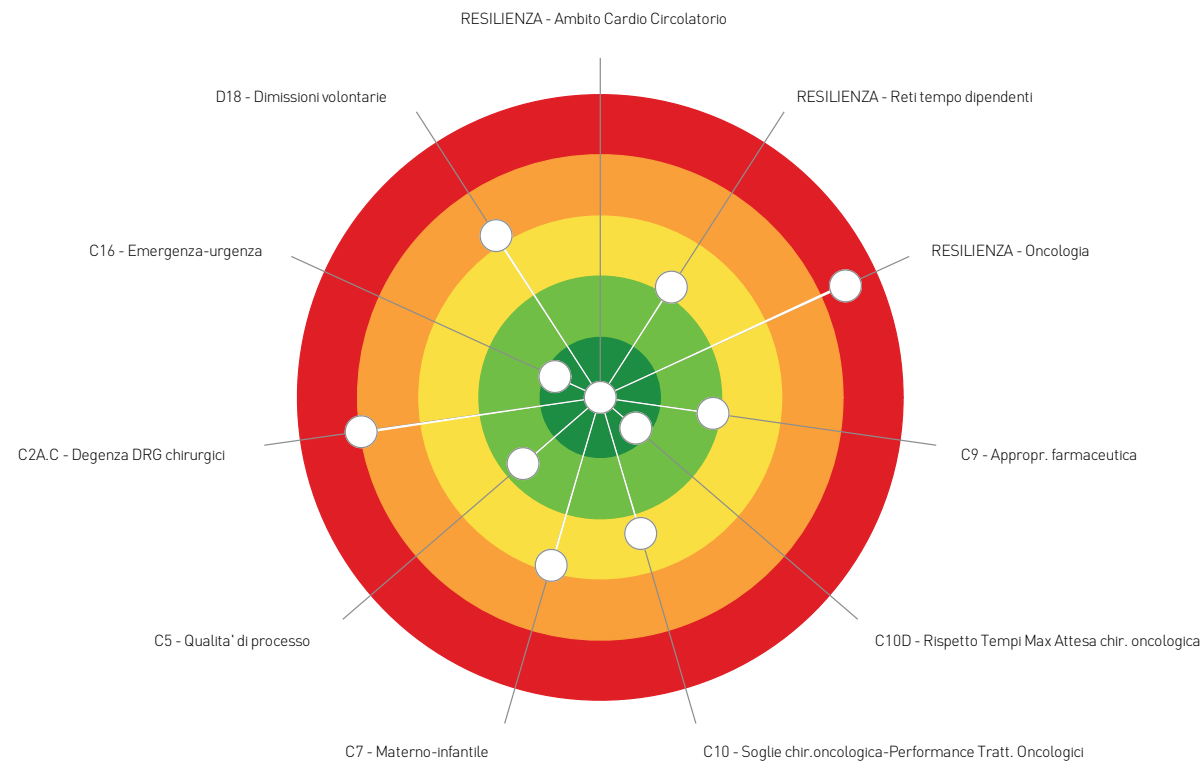
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



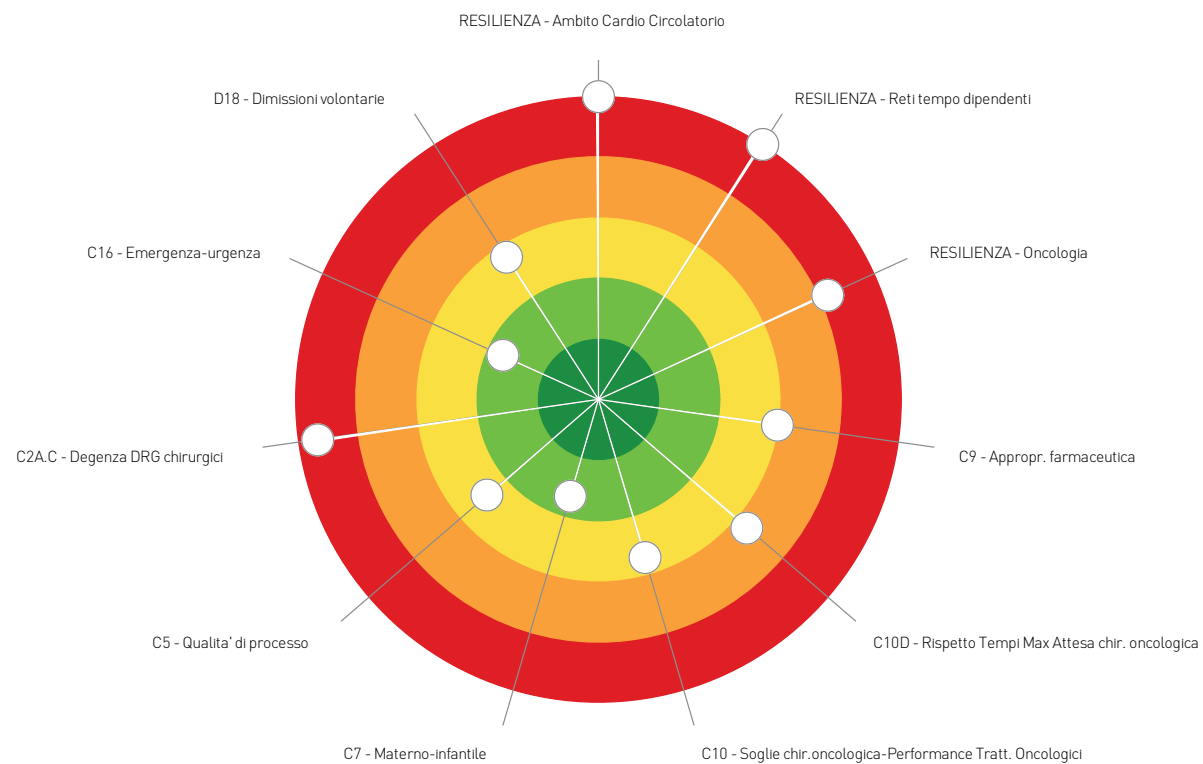
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



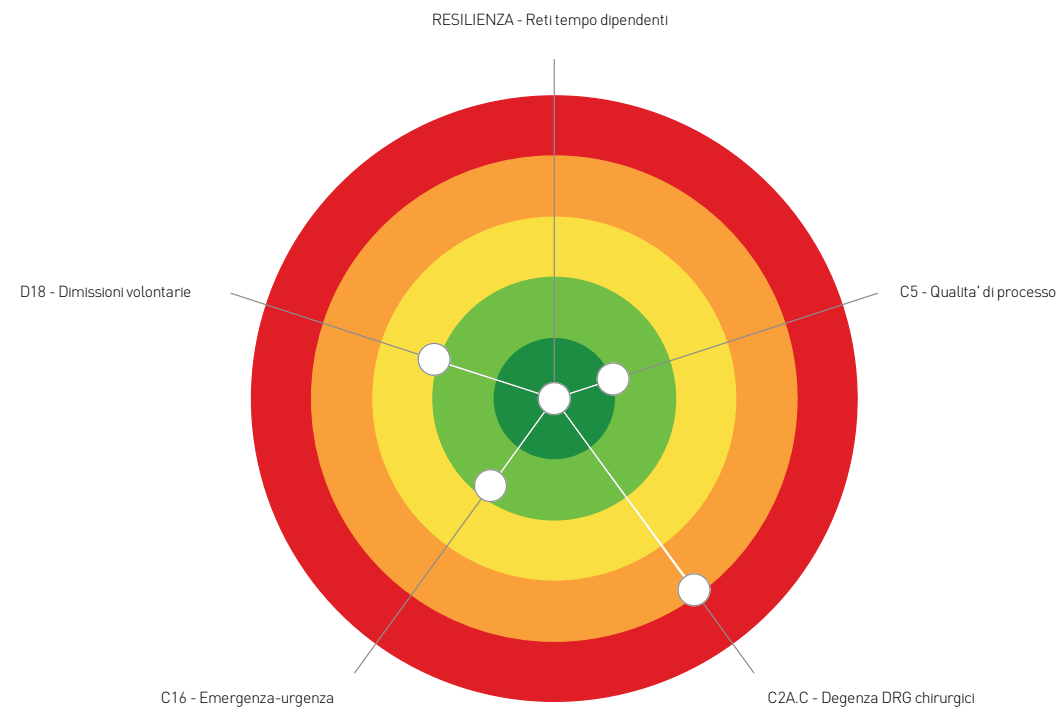
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST PINI CTO

## Valutazione della Performance 2021

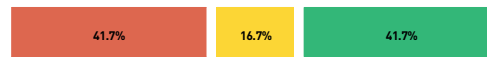




# ASST OVEST MILANESE

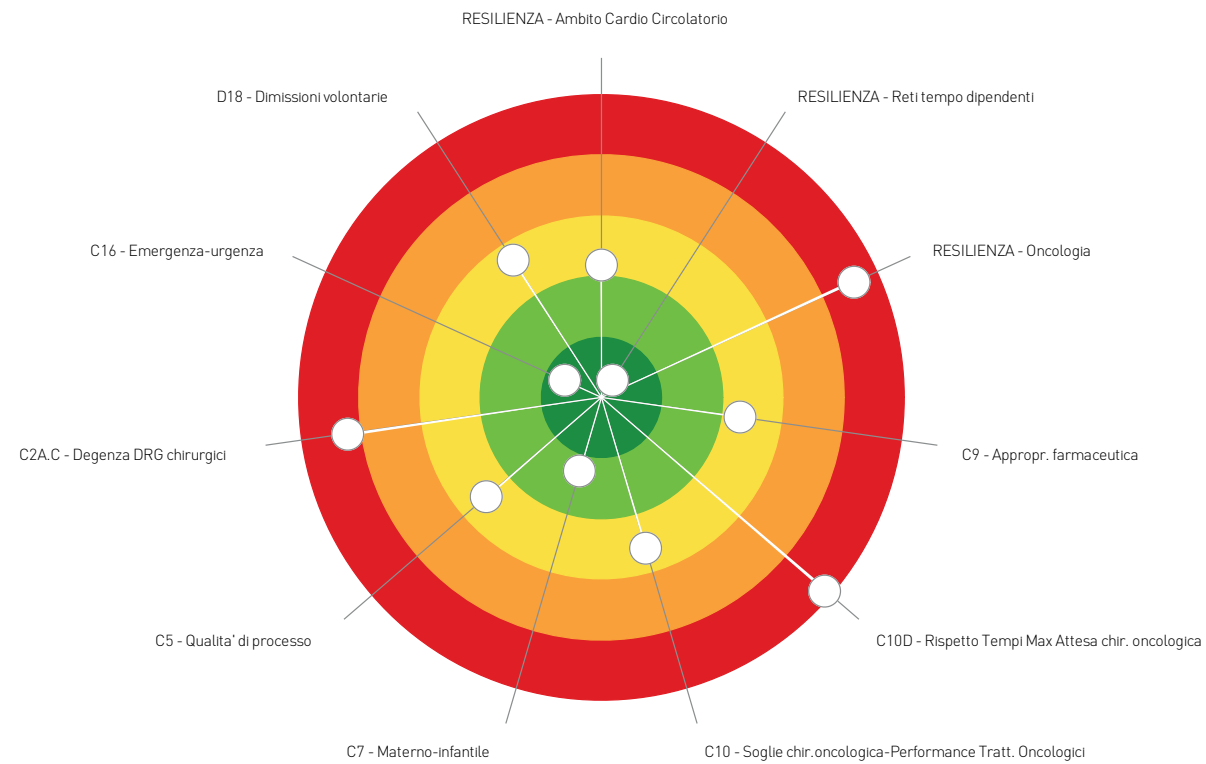
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST RHODENSE

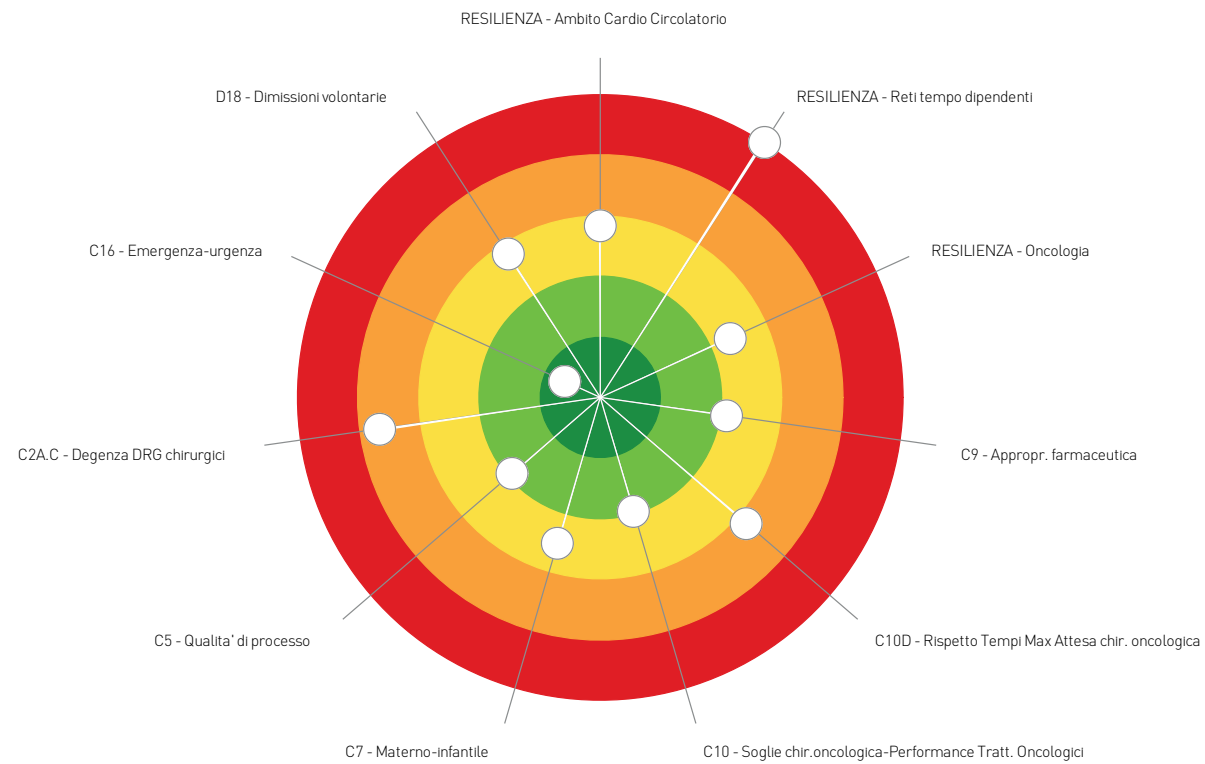
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 21



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

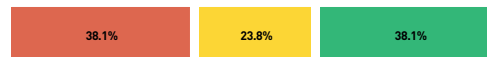
## Valutazione della Performance 2021



# ASST NORD MILANO

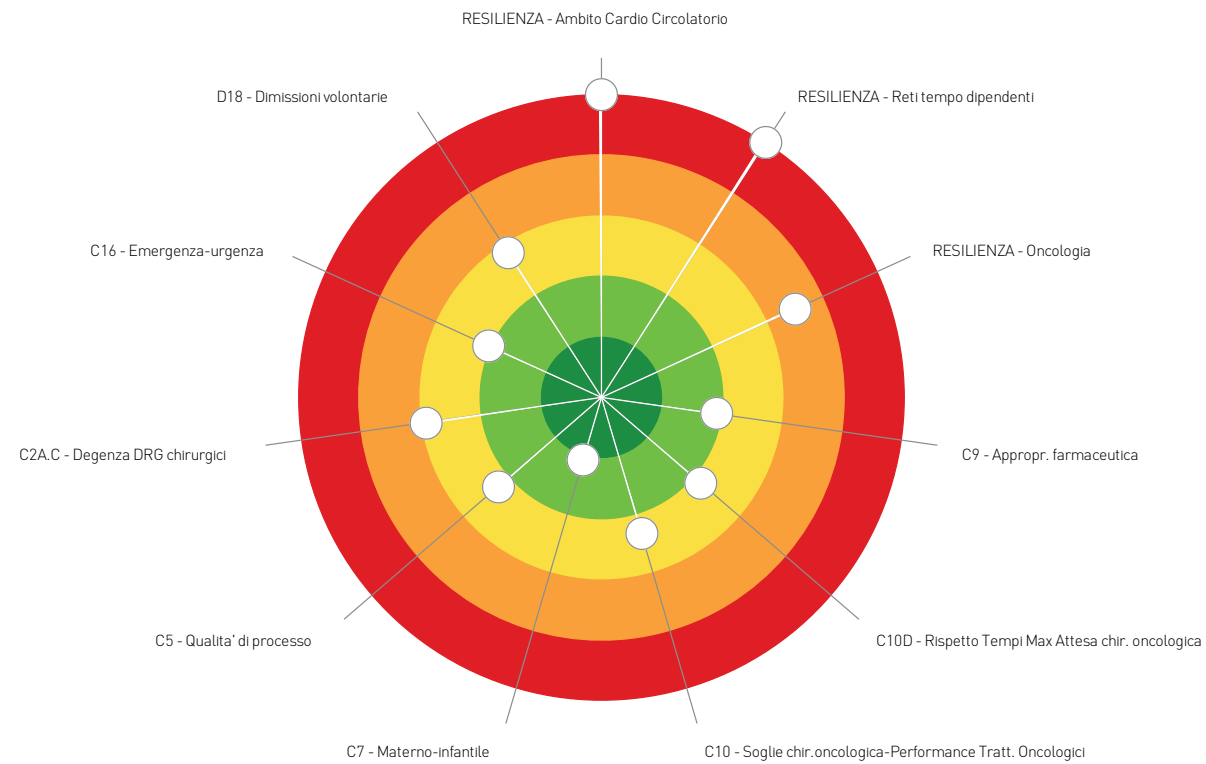
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 21



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST MELEGNANO-MARTESANA

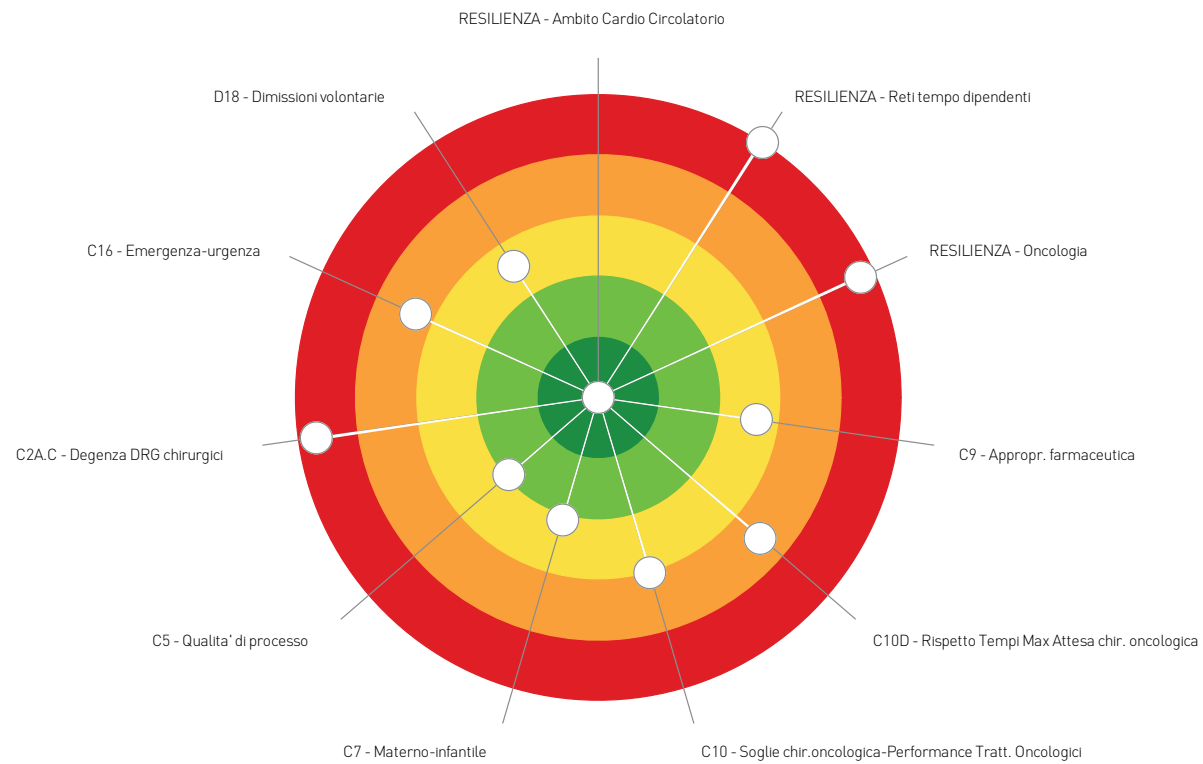
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 22



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

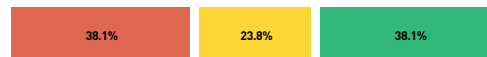
## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI LODI

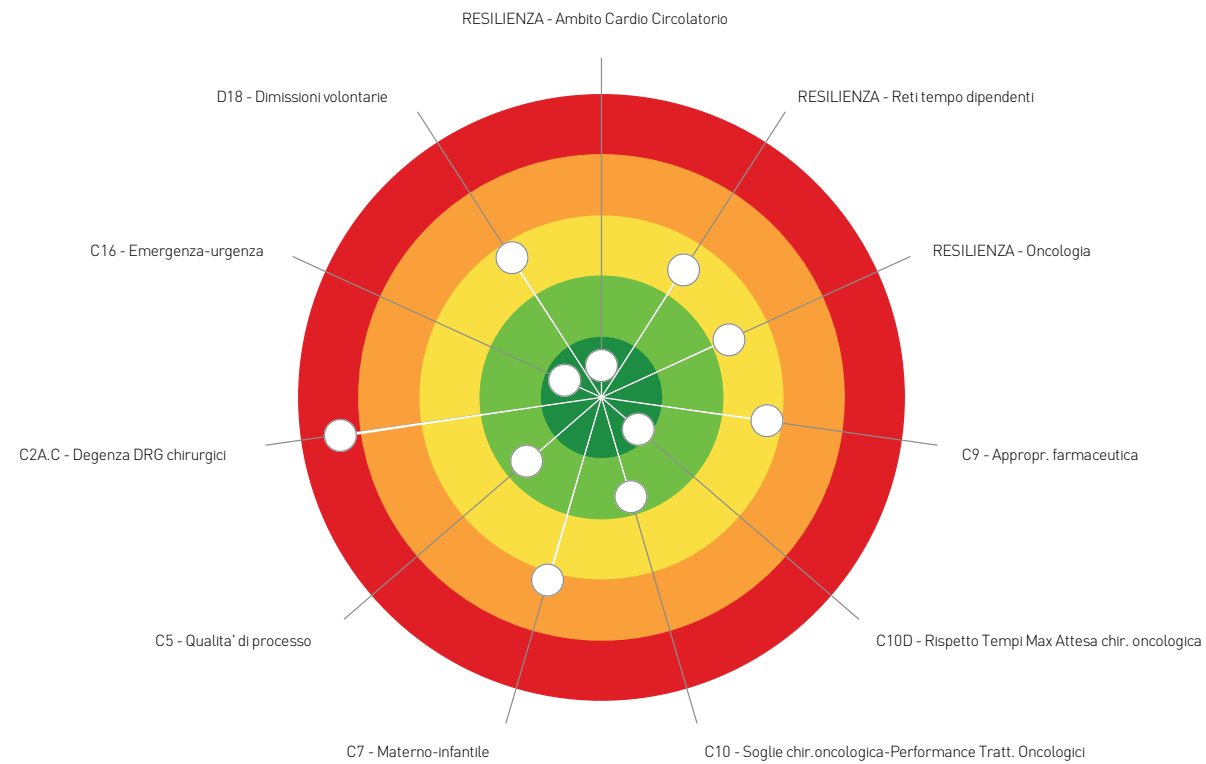
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 21



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

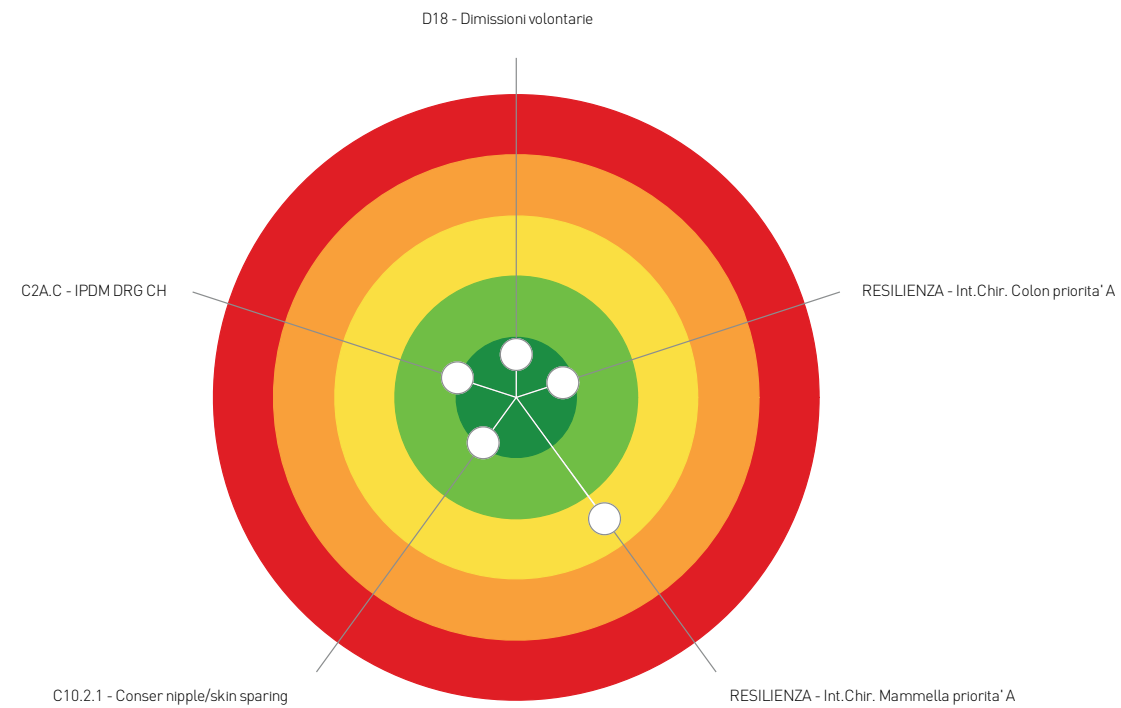
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 13



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS OSP. POL. DI MILANO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



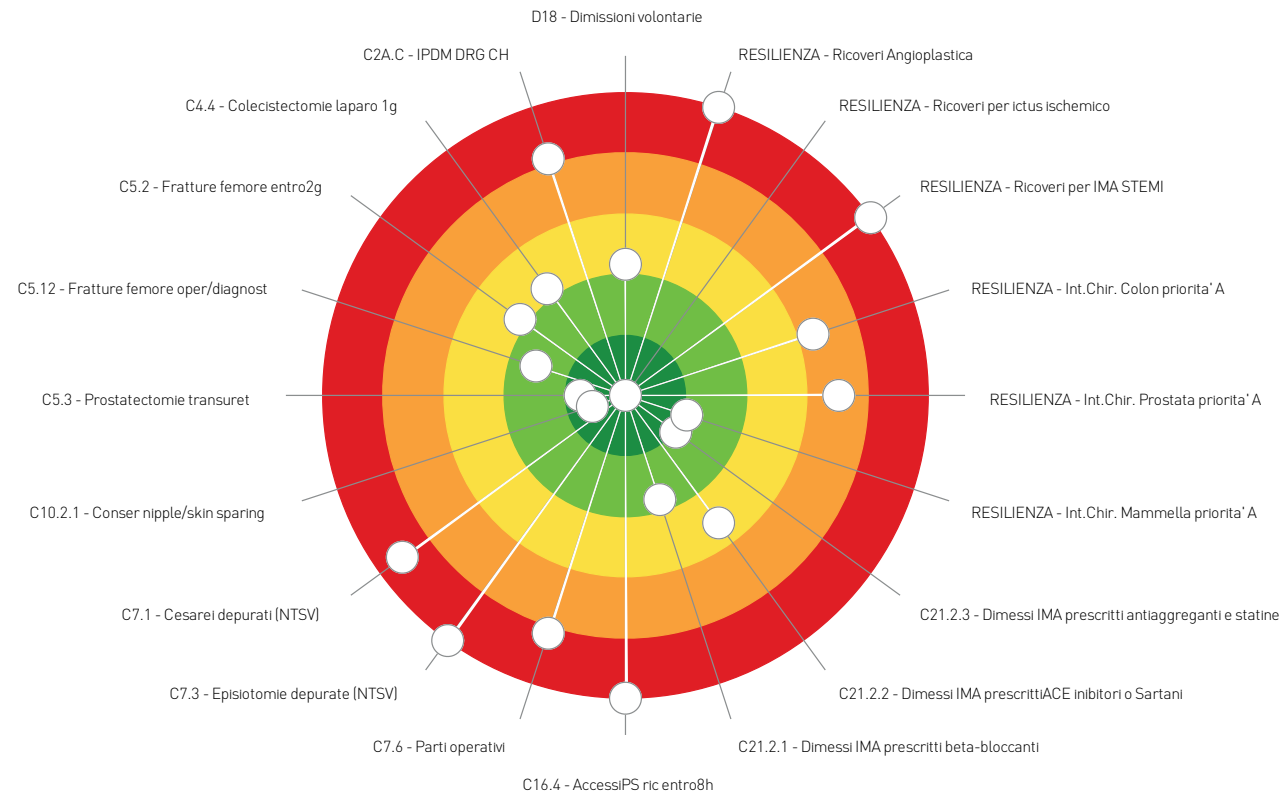
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 25



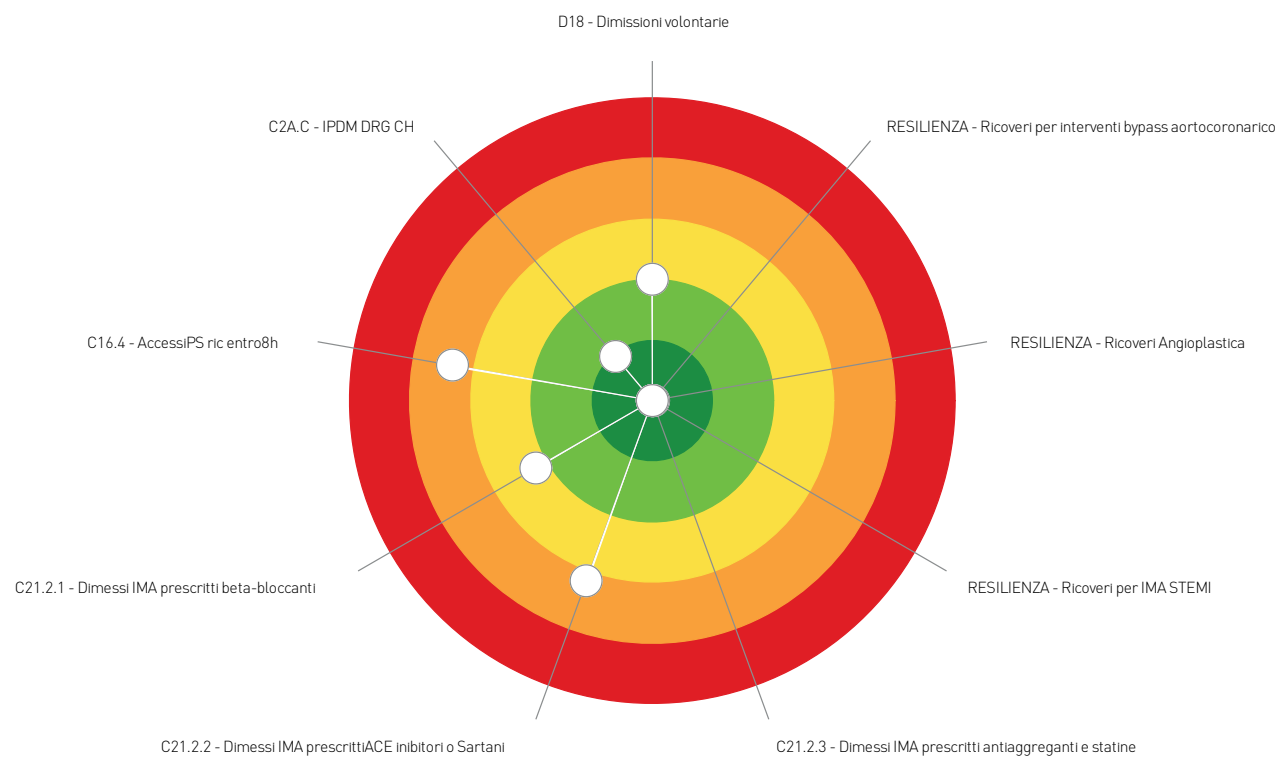
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# FOND. MONZINO-CENTRO CARDIOL.-MI

## Valutazione della Performance 2021





## S. RAFFAELE - MI

### Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



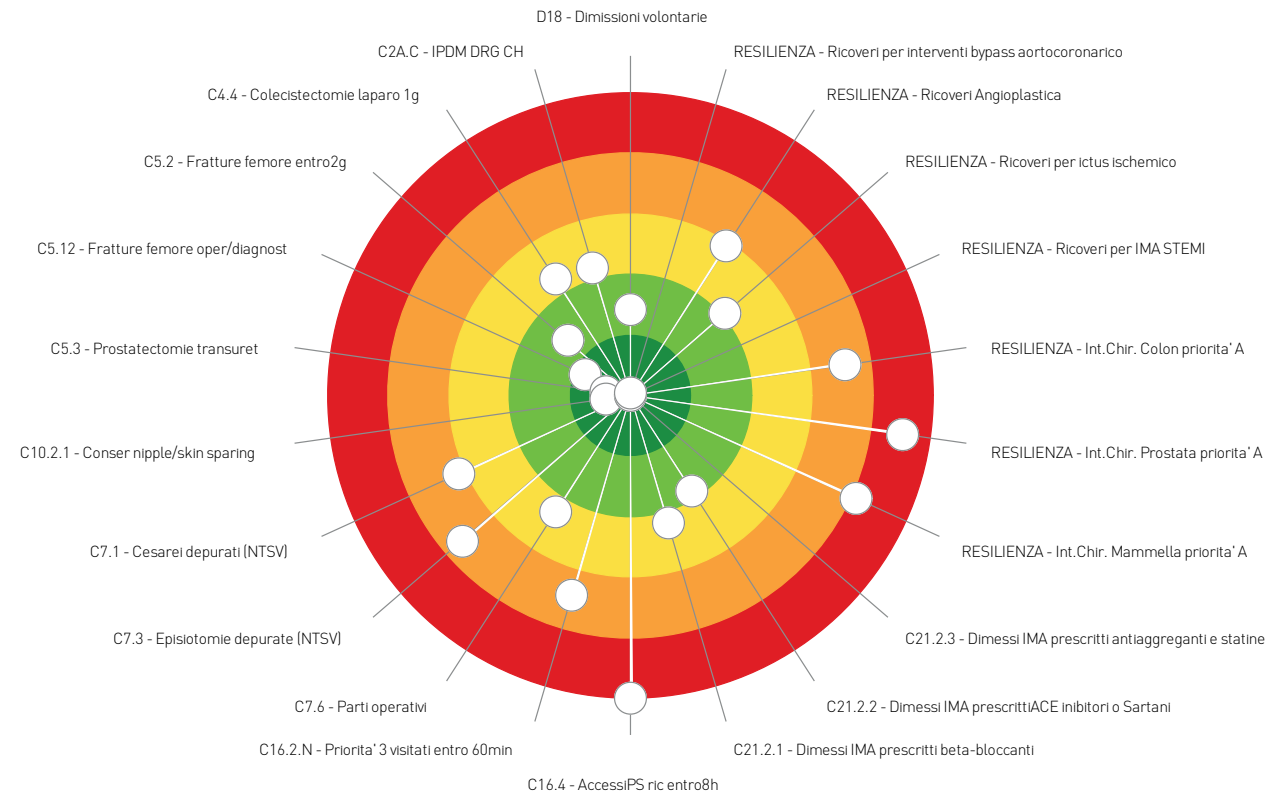
### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

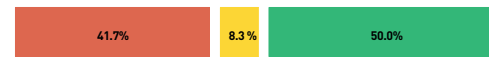
### Valutazione della Performance 2021



# IST. AUXOLOGICO ITALIANO

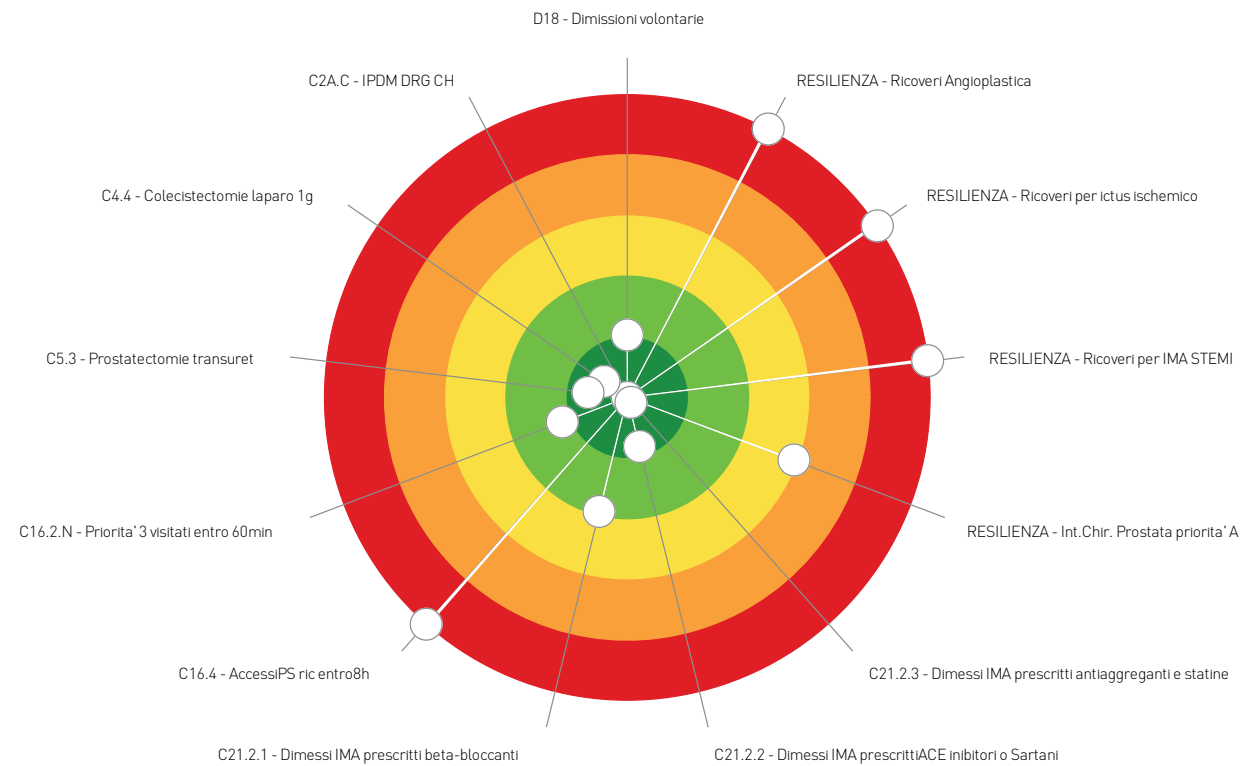
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 12



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

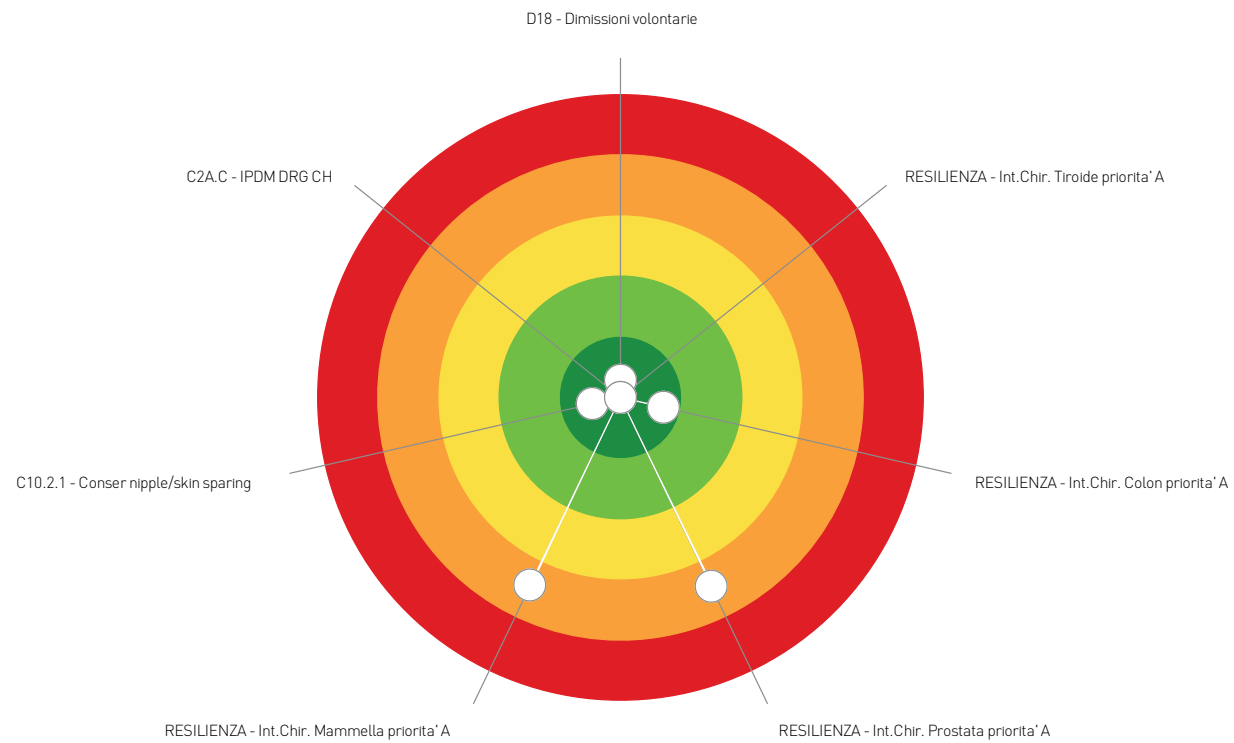
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 14



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



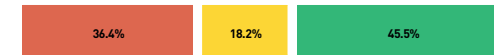
# IST. CLIN. HUMANITAS

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



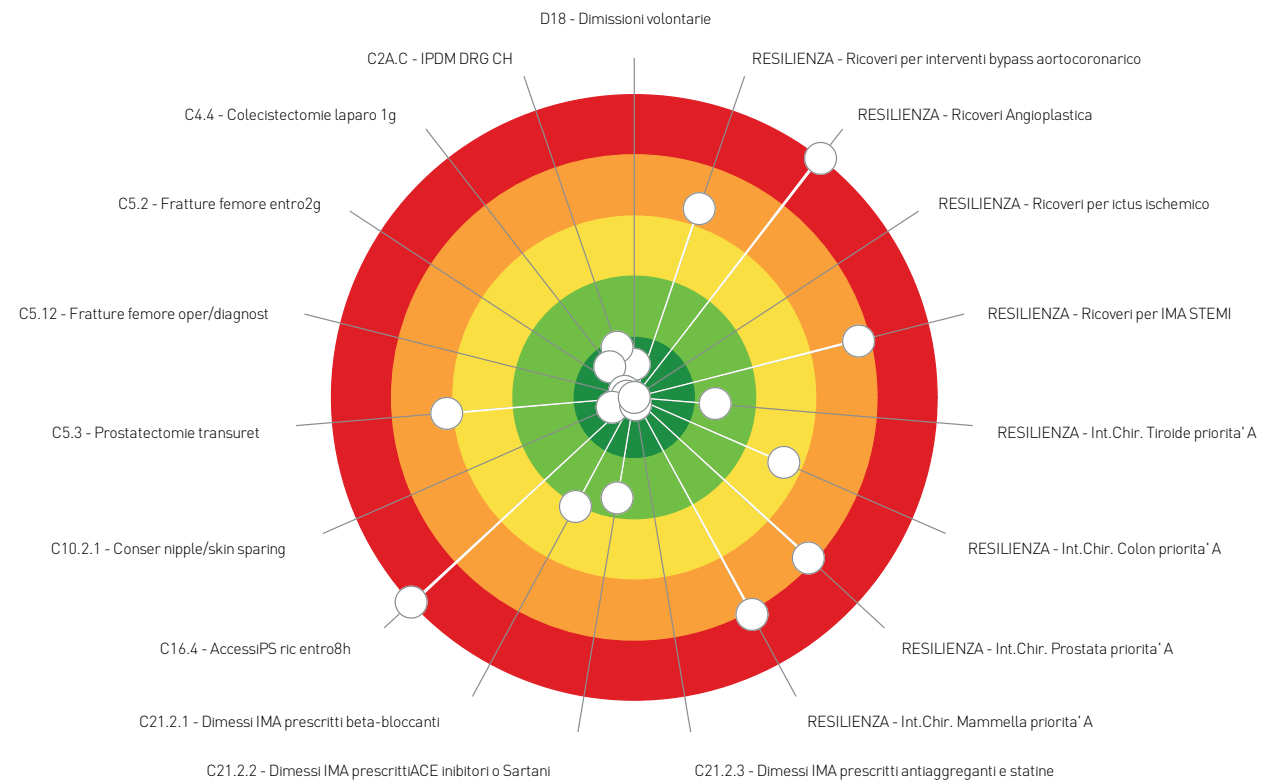
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 22



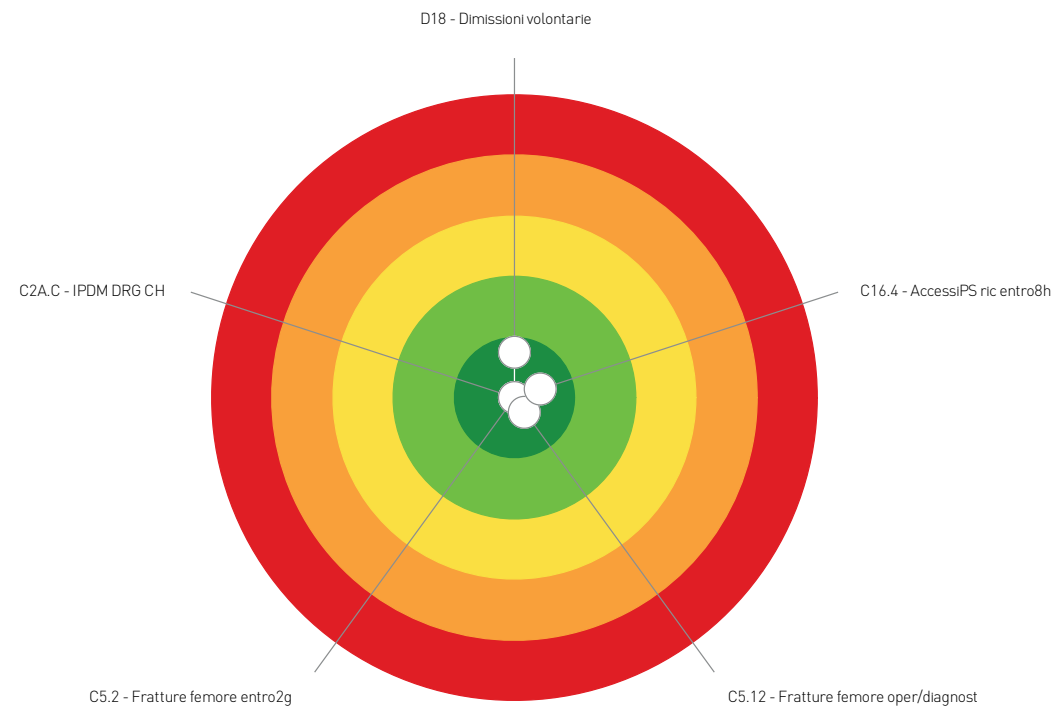
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

## Valutazione della Performance 2021



# IST.POLICL. S.DONATO

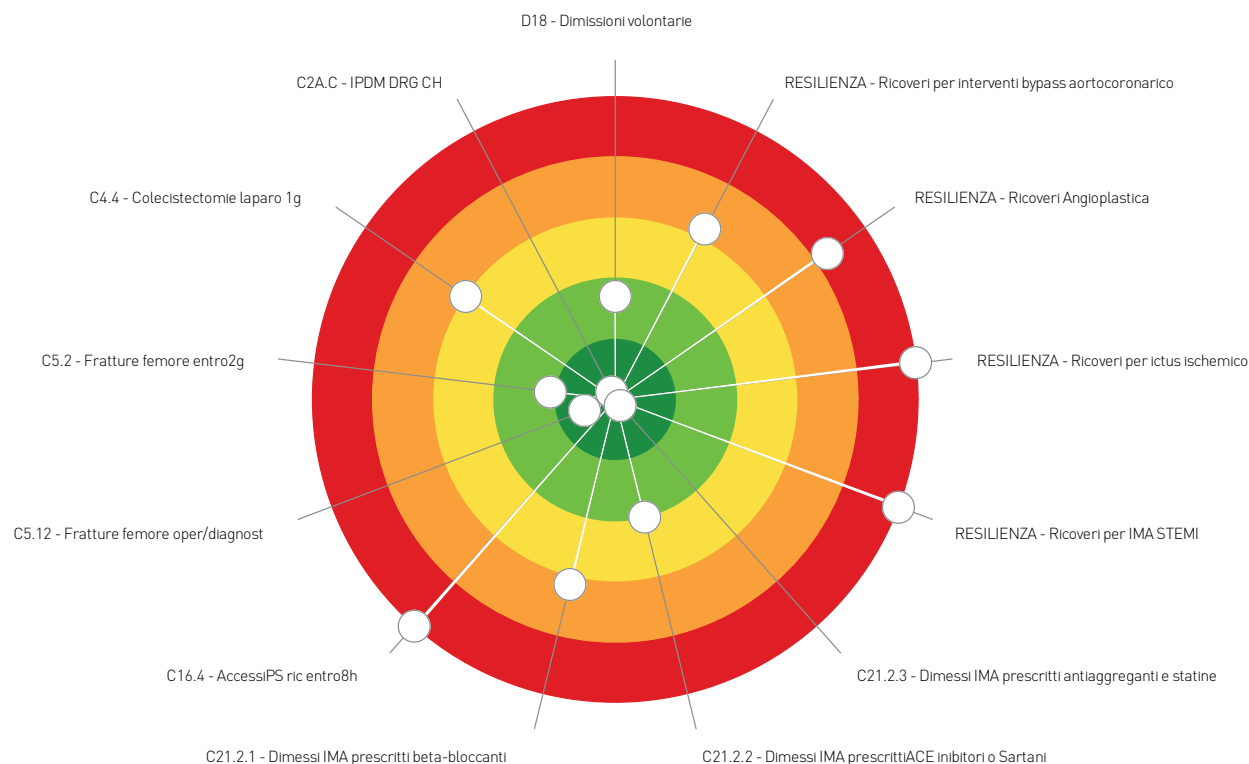
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 14



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



## CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

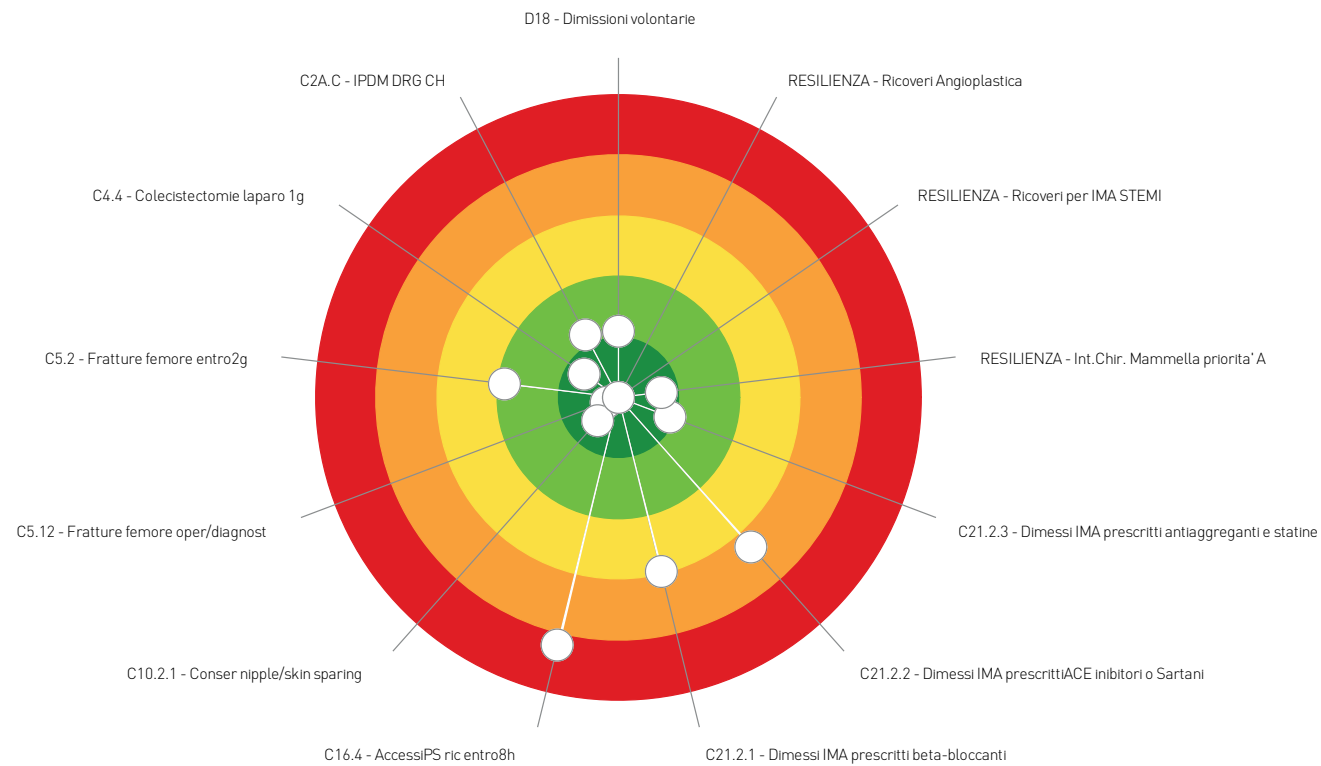
### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

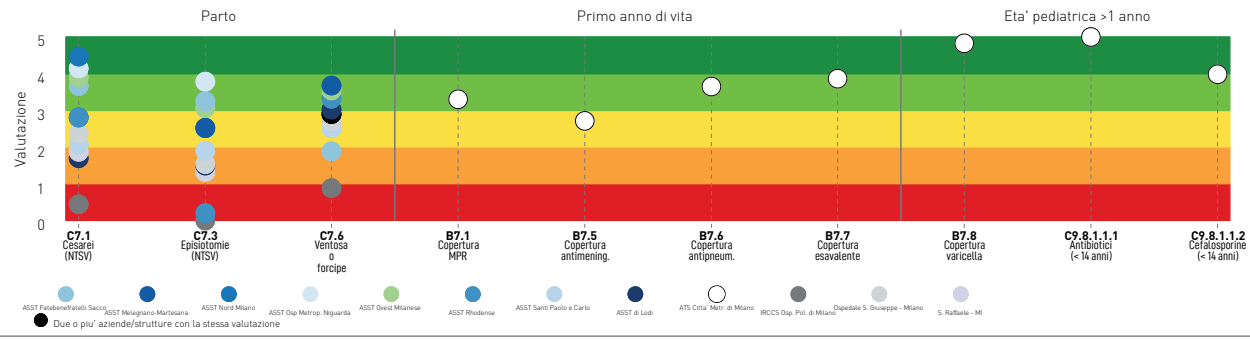
Numero indicatori di valutazione: 14



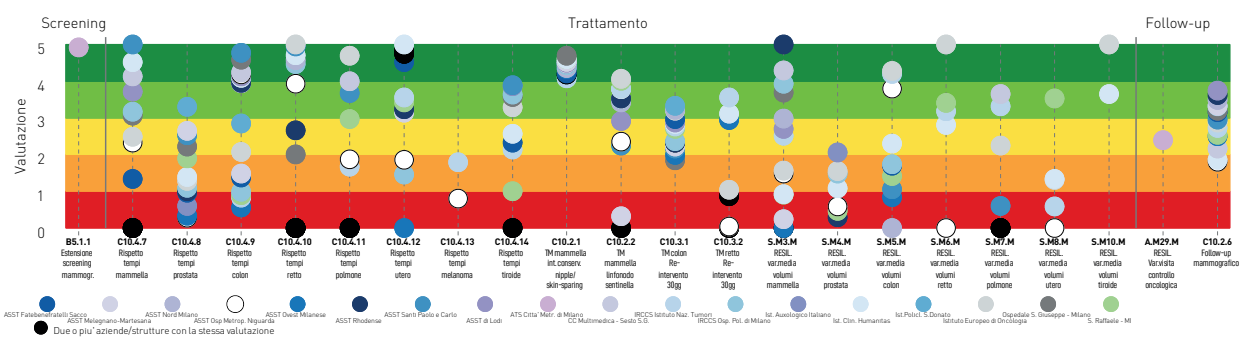
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della Performance 2021

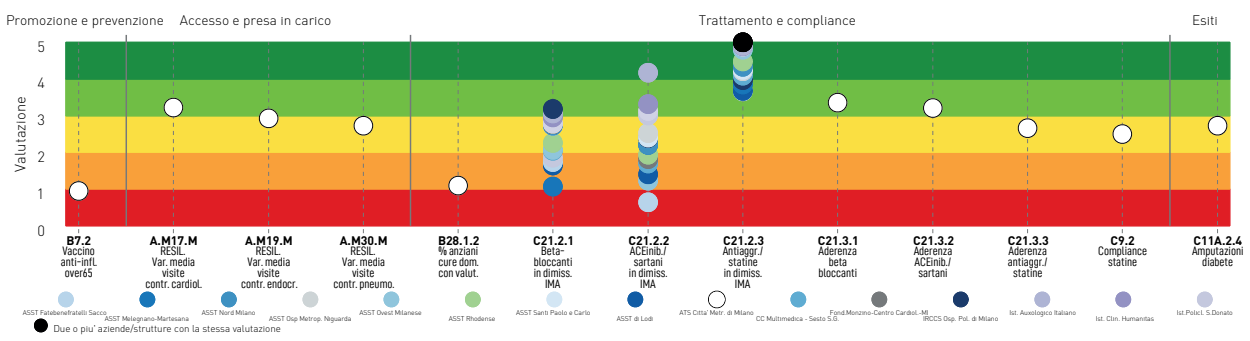




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITA'



# ATS INSUBRIA

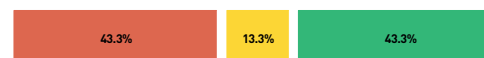
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalita' infantile



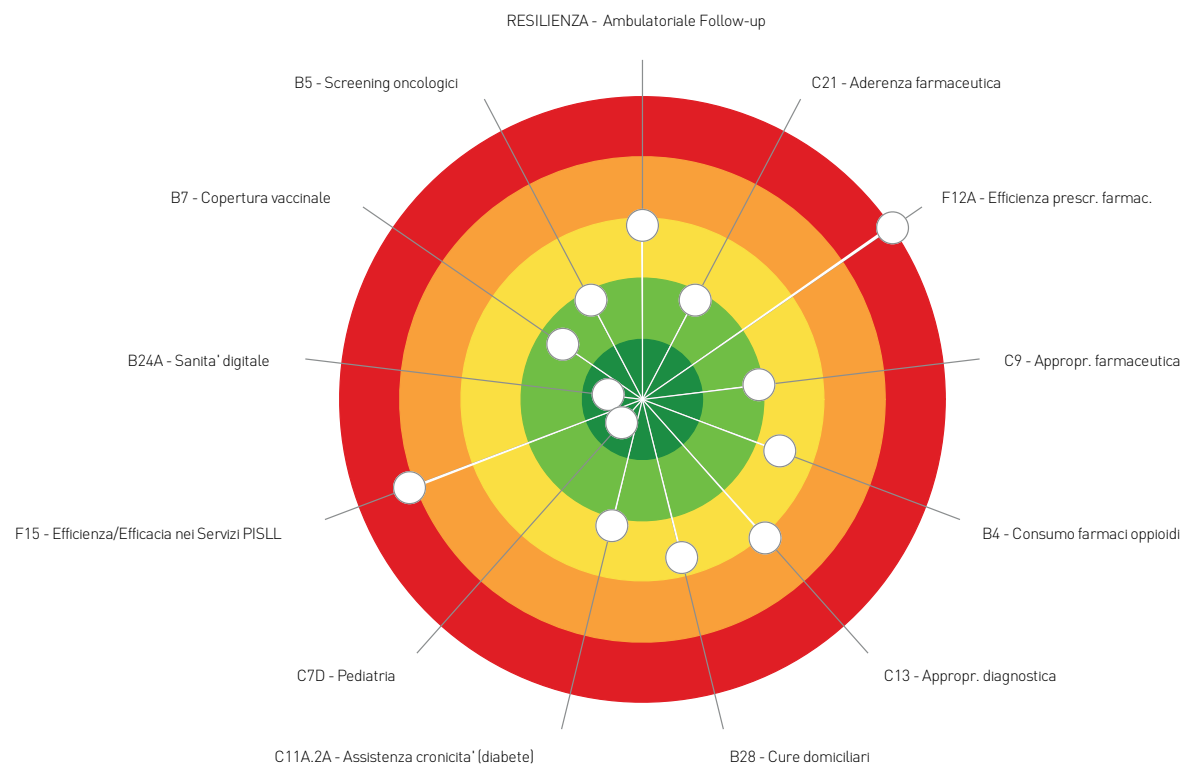
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# OSP.S.FAMIGLIA-FBF- ERBA

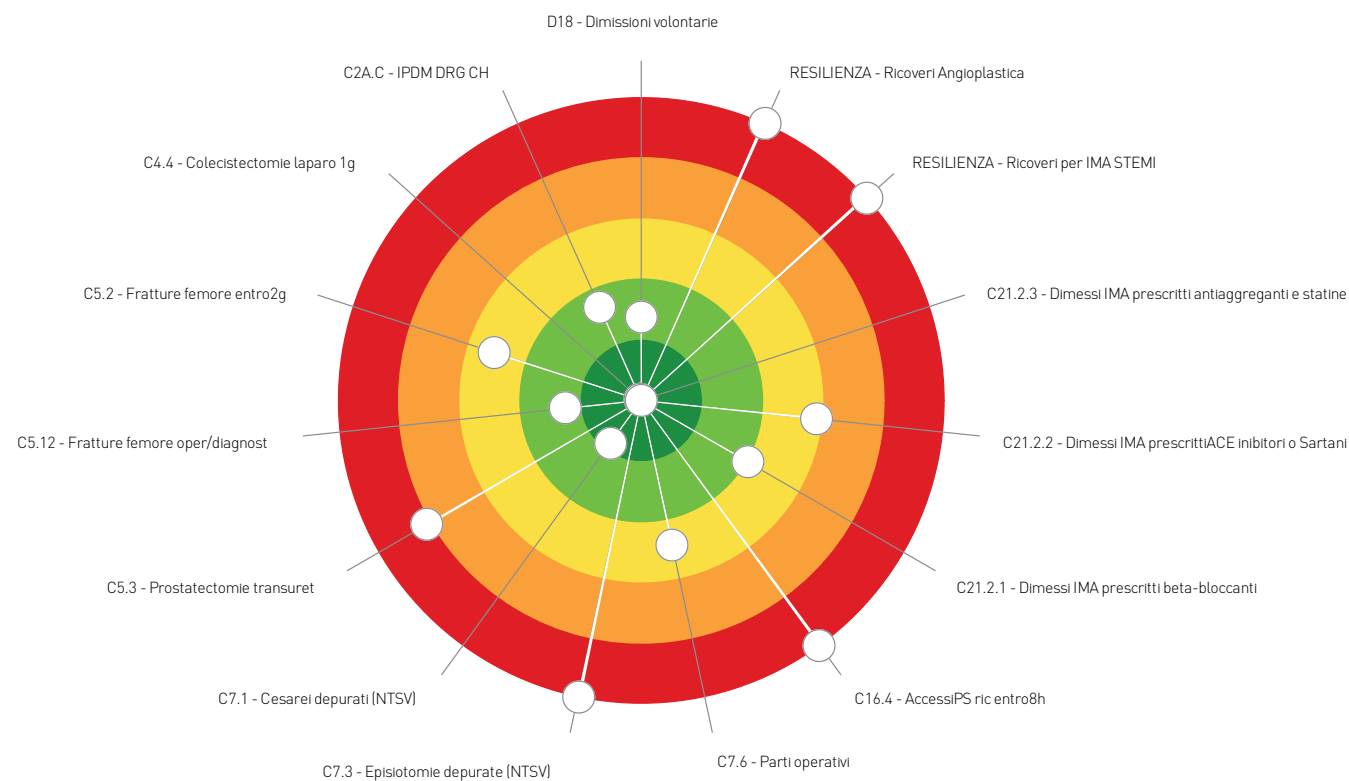
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 17



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

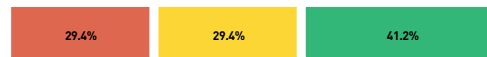
## Valutazione della Performance 2021



# OSPEDALE VALDUCE

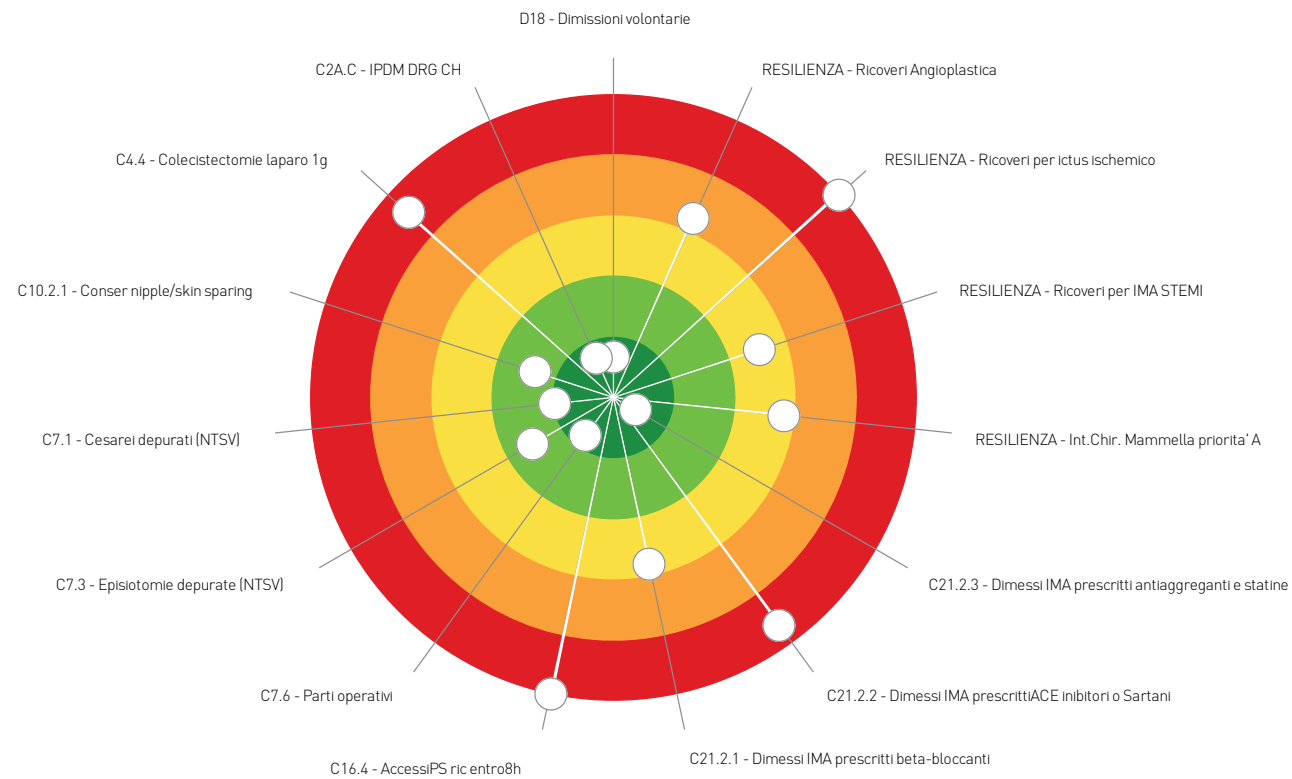
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 17



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

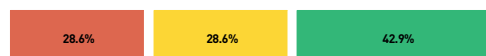
## Valutazione della Performance 2021



# OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA

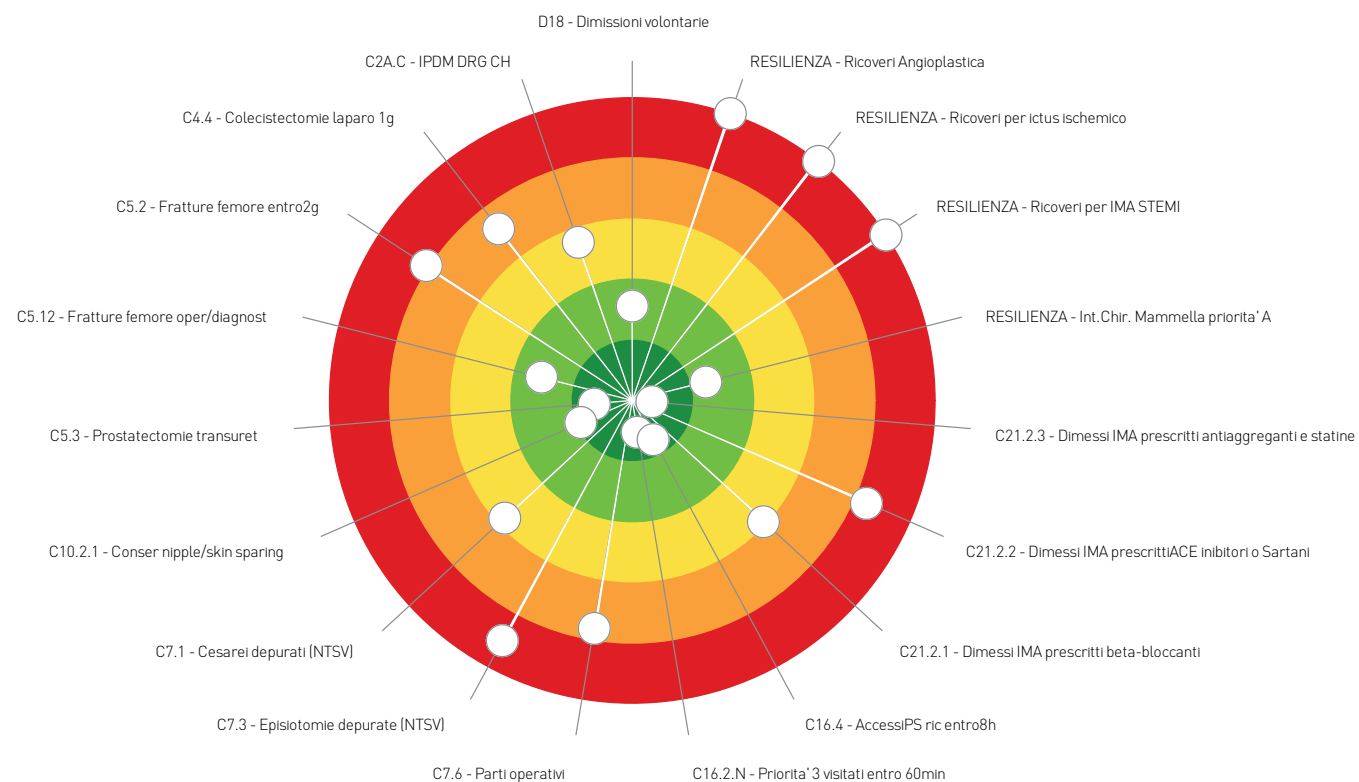
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 21



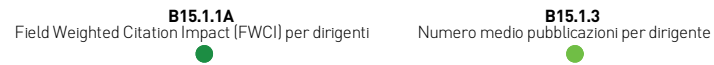
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



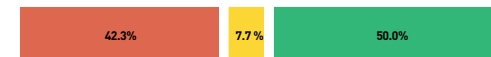
# ASST DEI SETTE LAGHI

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



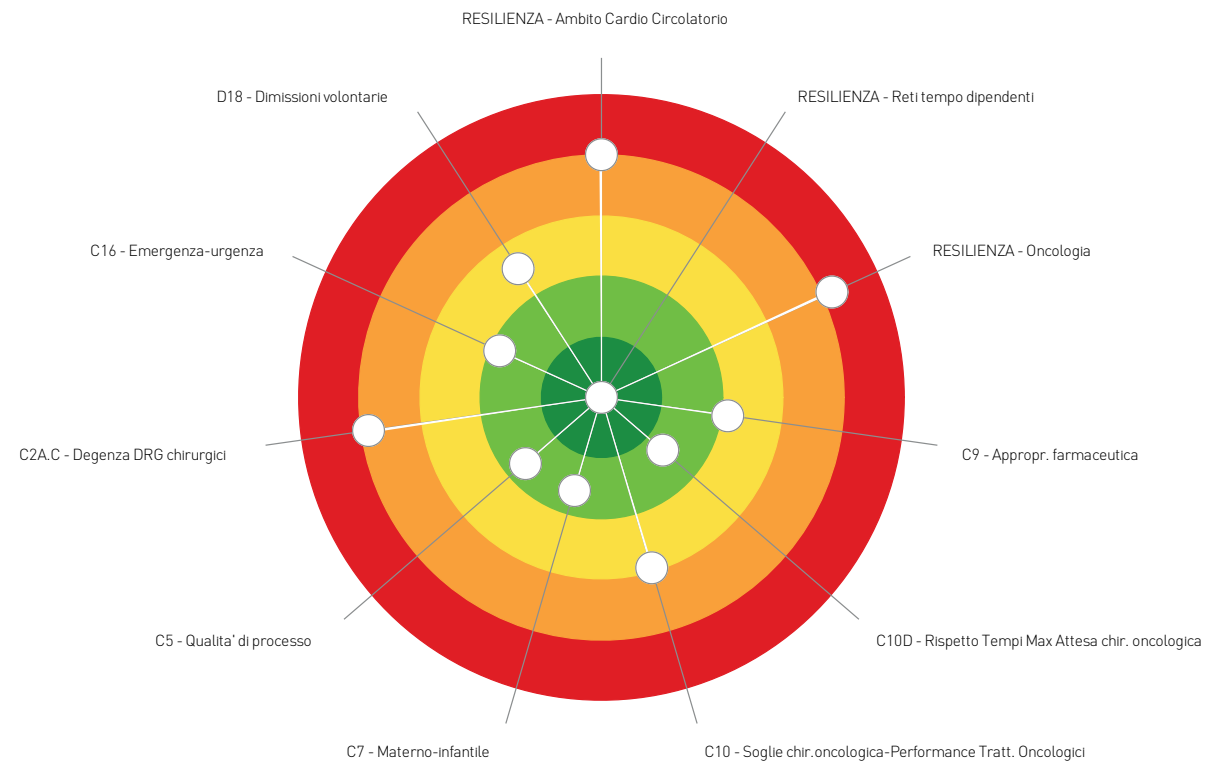
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 26



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DELLA VALLE OLONA

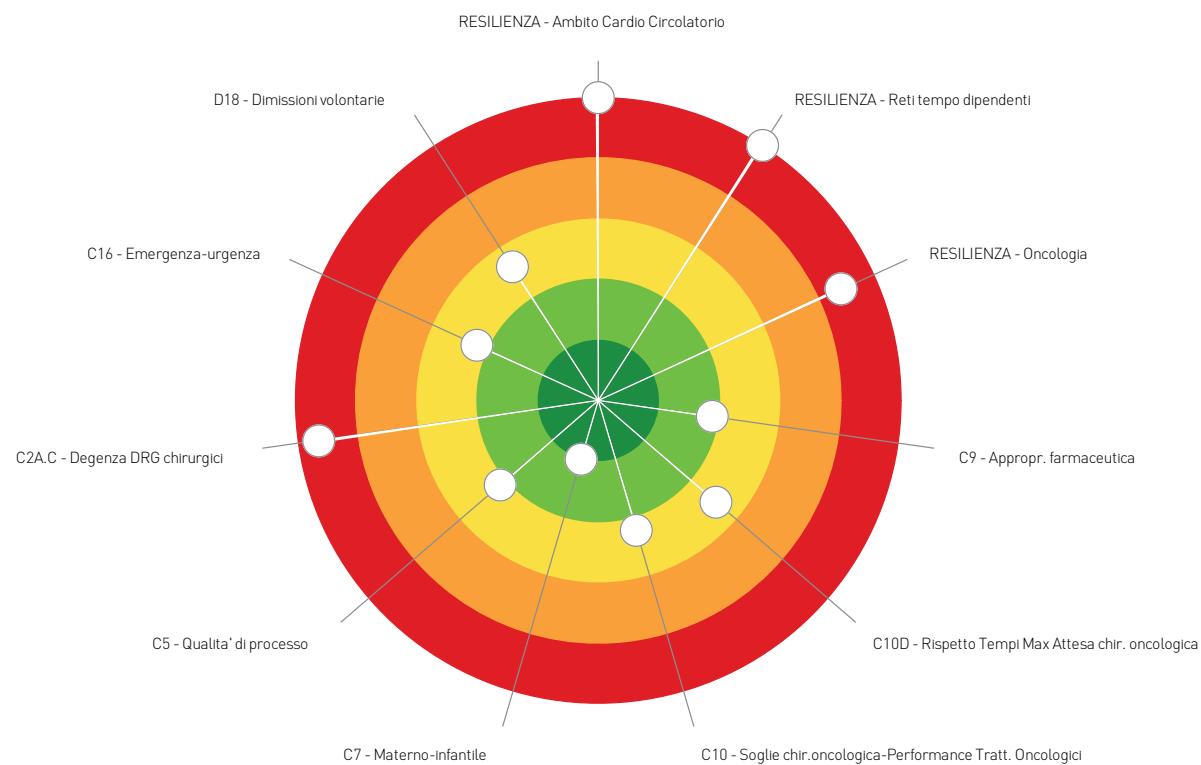
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 25



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

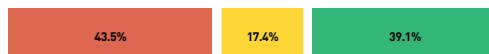
## Valutazione della Performance 2021



# ASST LARIANA

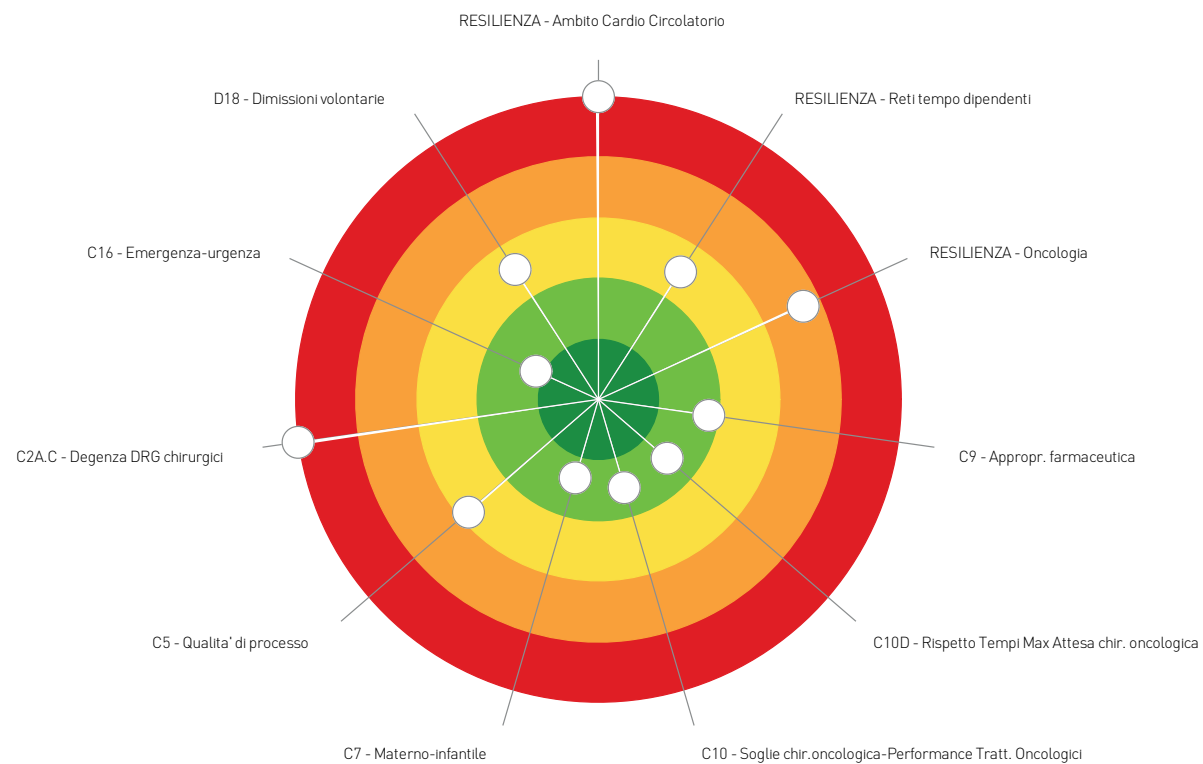
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

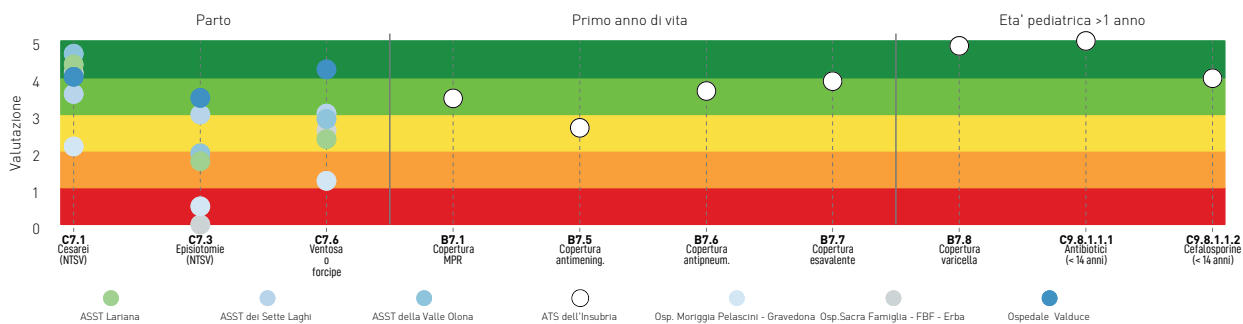
Numero indicatori di valutazione: 23



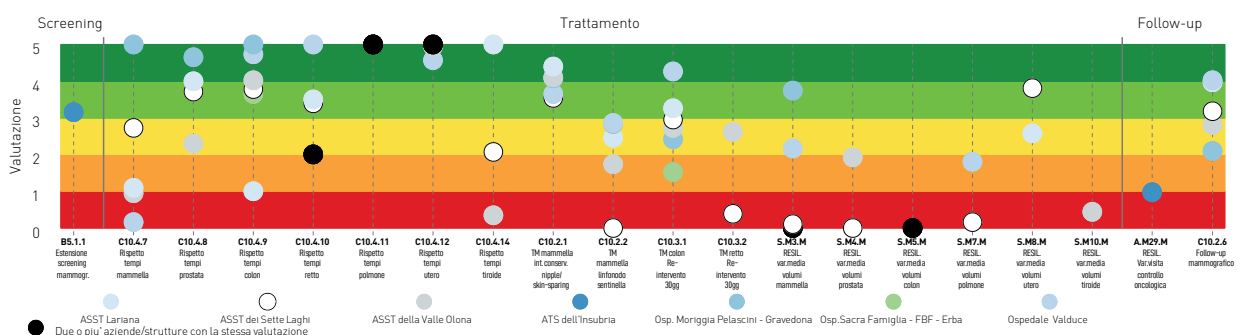
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

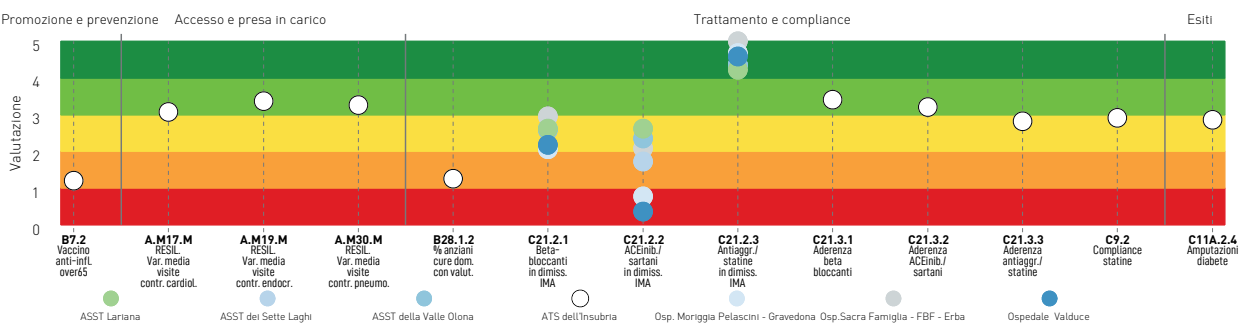




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



# ATS DELLA MONTAGNA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalità infantile



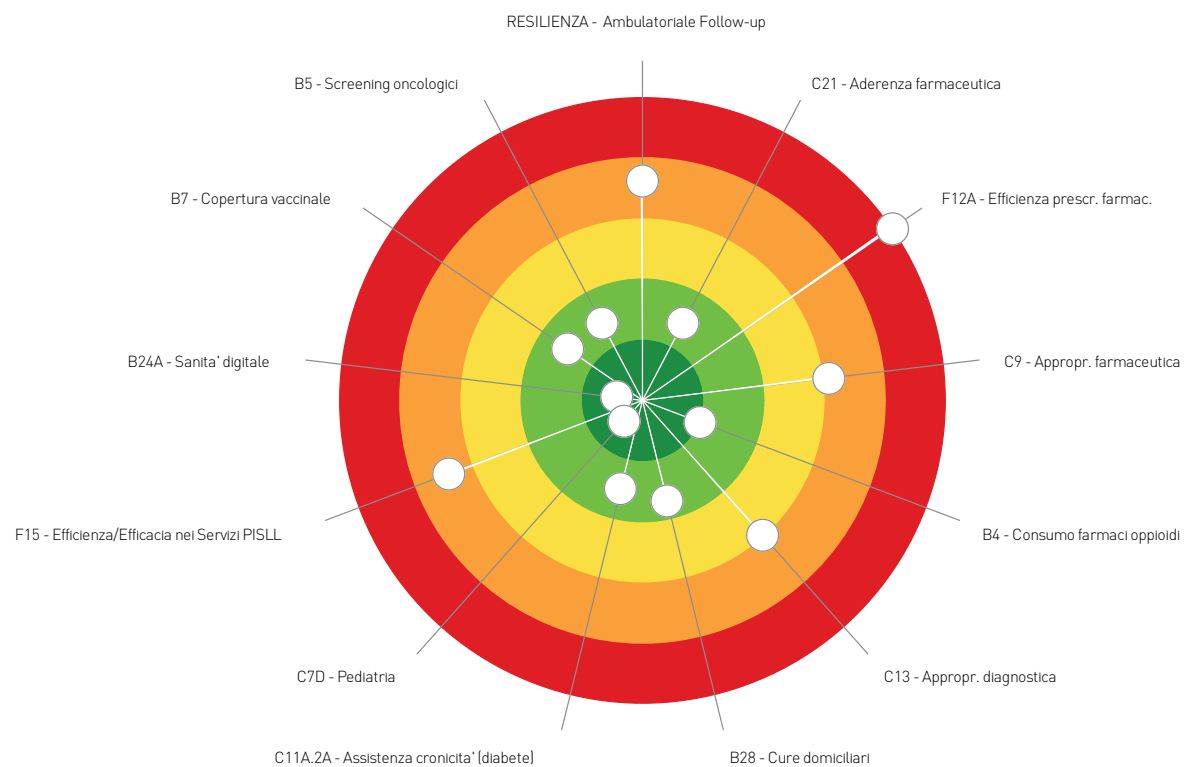
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST VALTELLINA ALTO LARIO

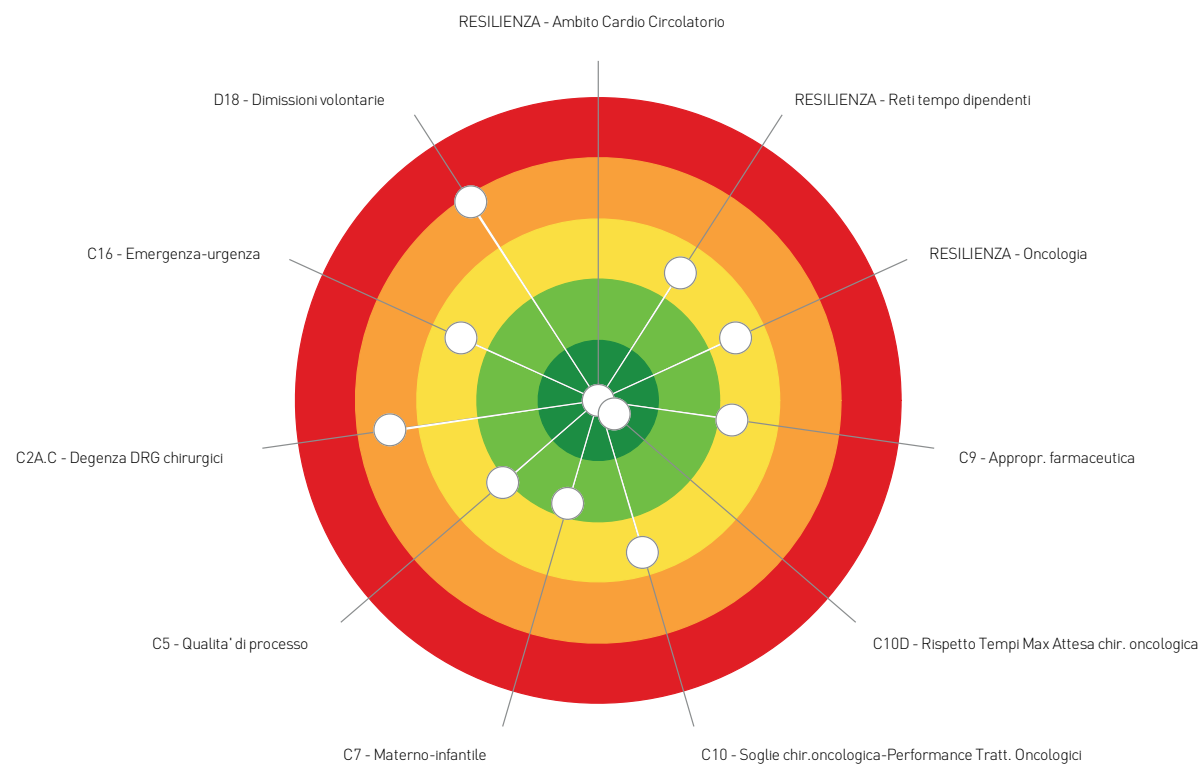
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

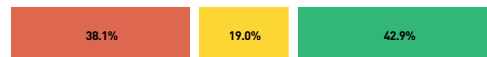
## Valutazione della Performance 2021



# ASST DELLA VALCAMONICA

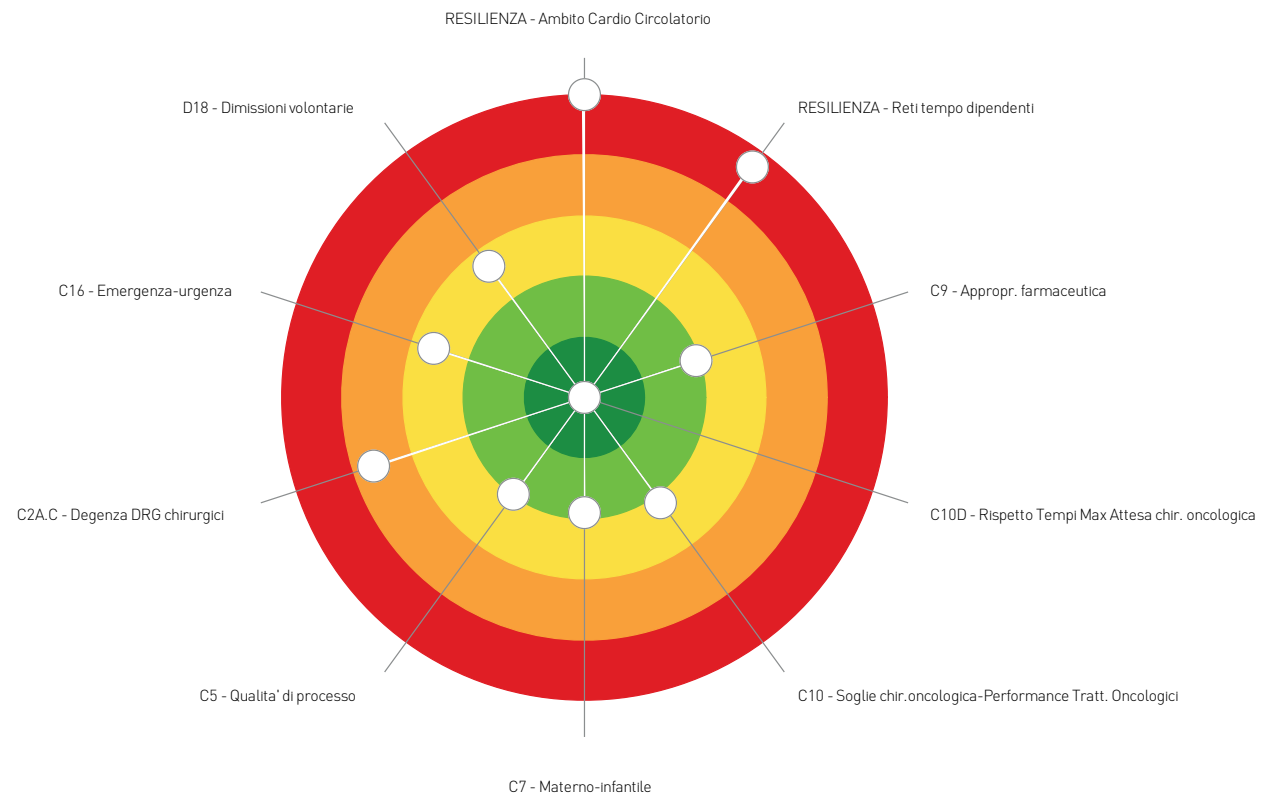
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

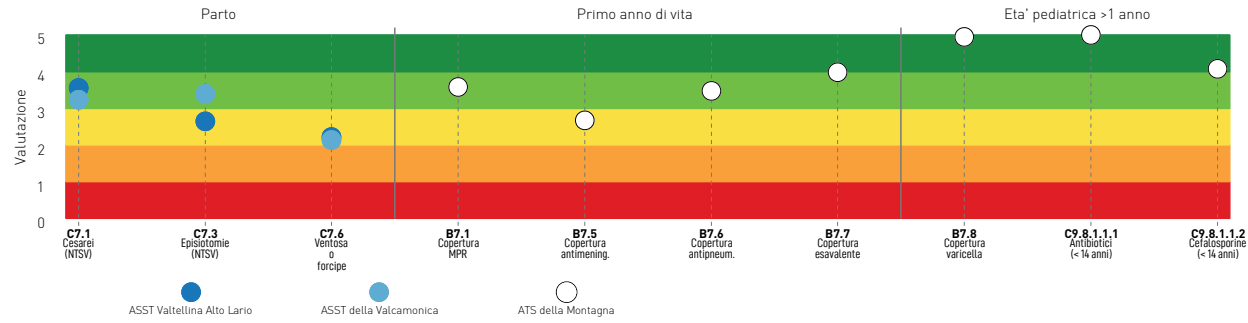
Numero indicatori di valutazione: 21



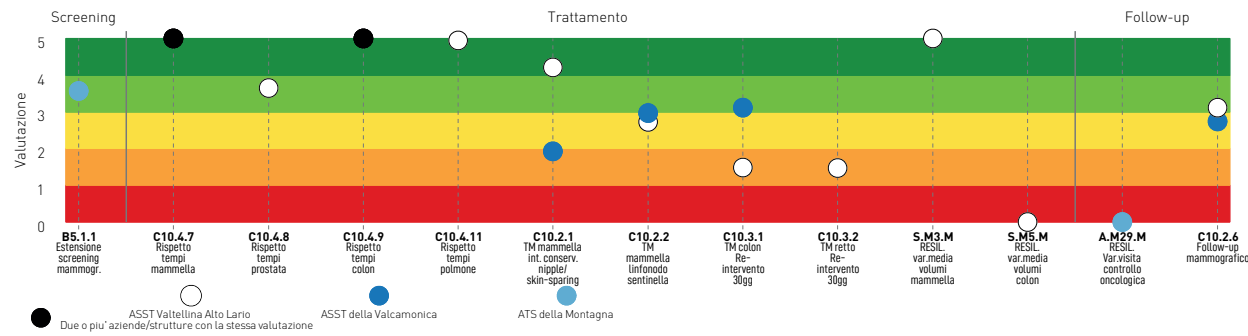
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

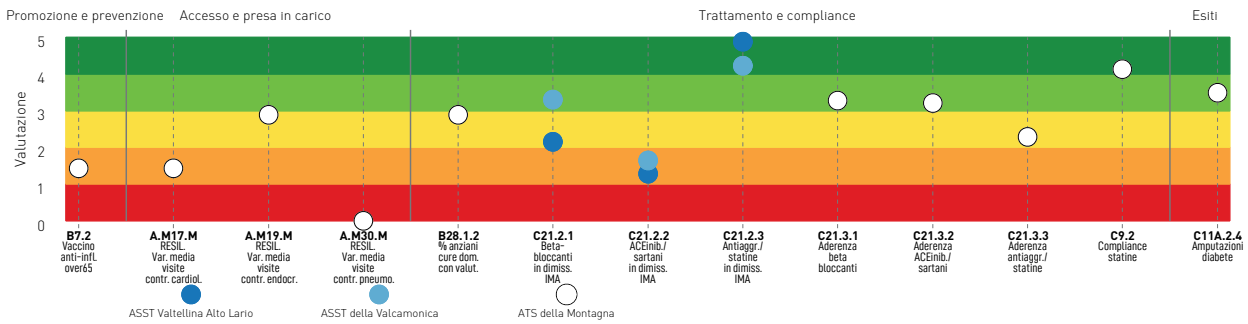




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

# ATS DELLA BRIANZA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalità infantile



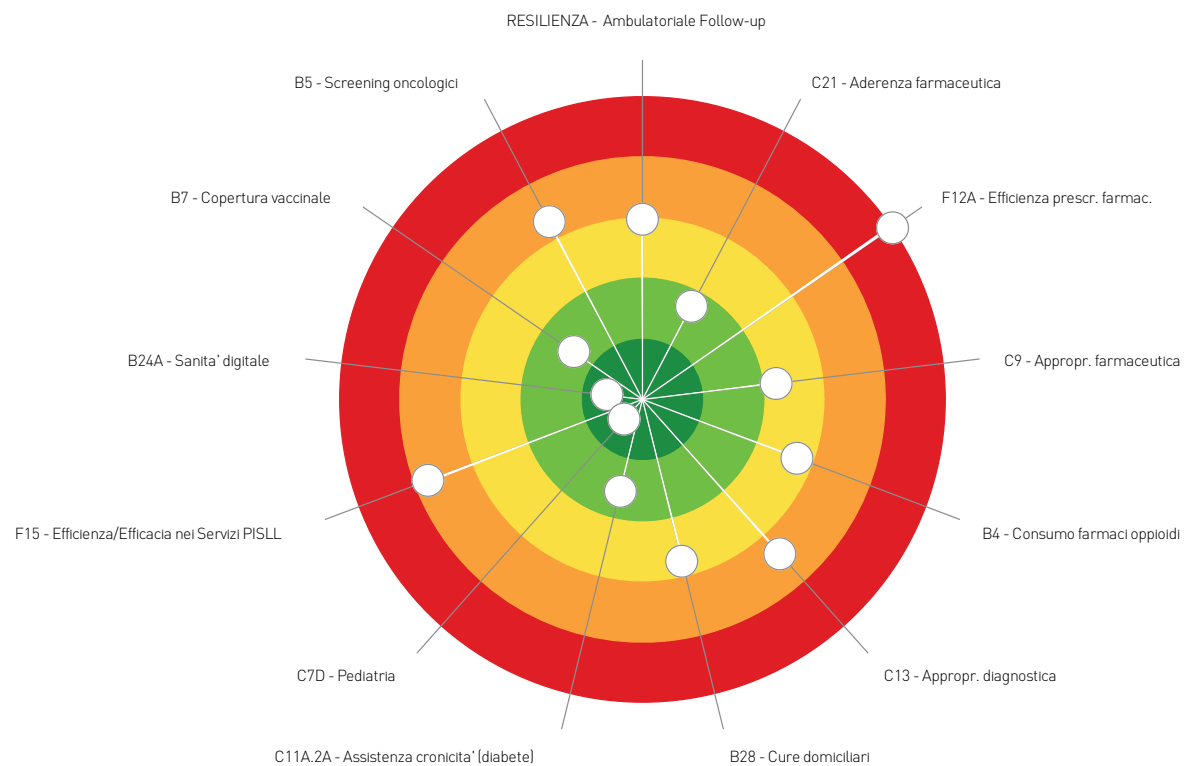
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI LECCO

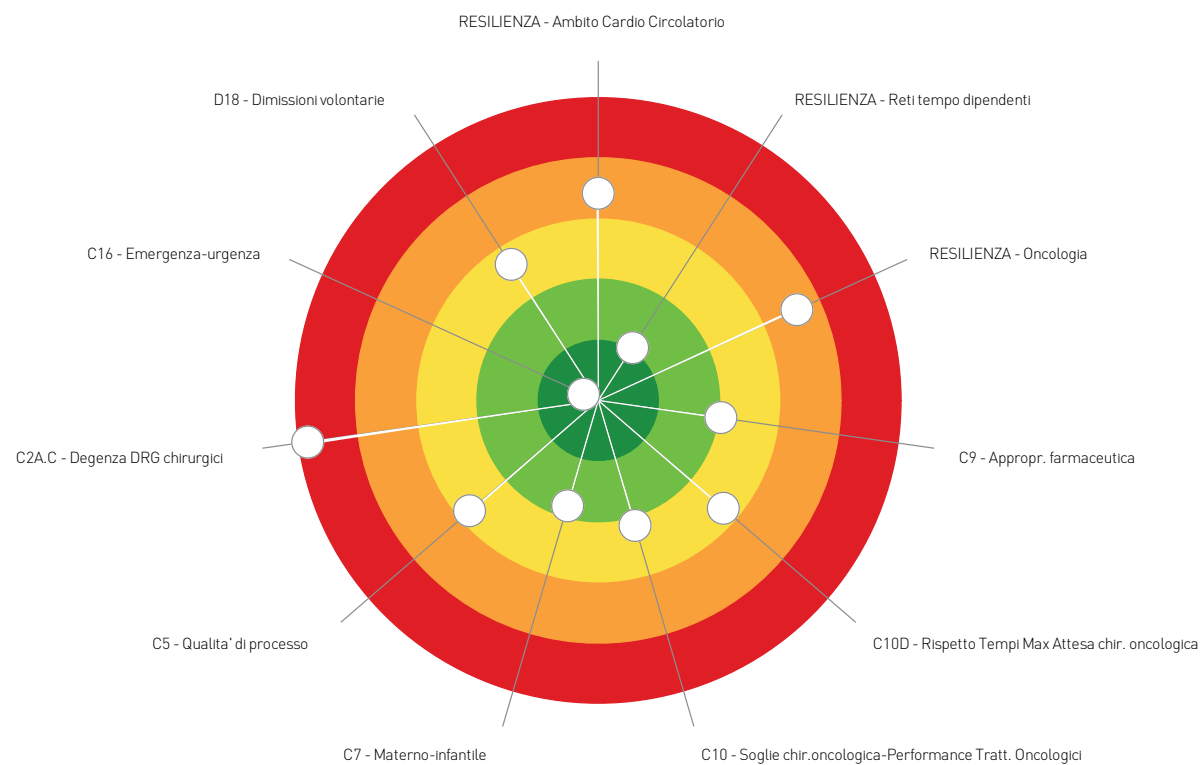
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 23



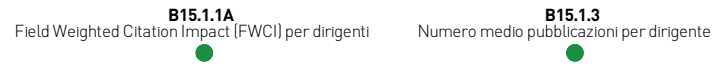
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI MONZA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



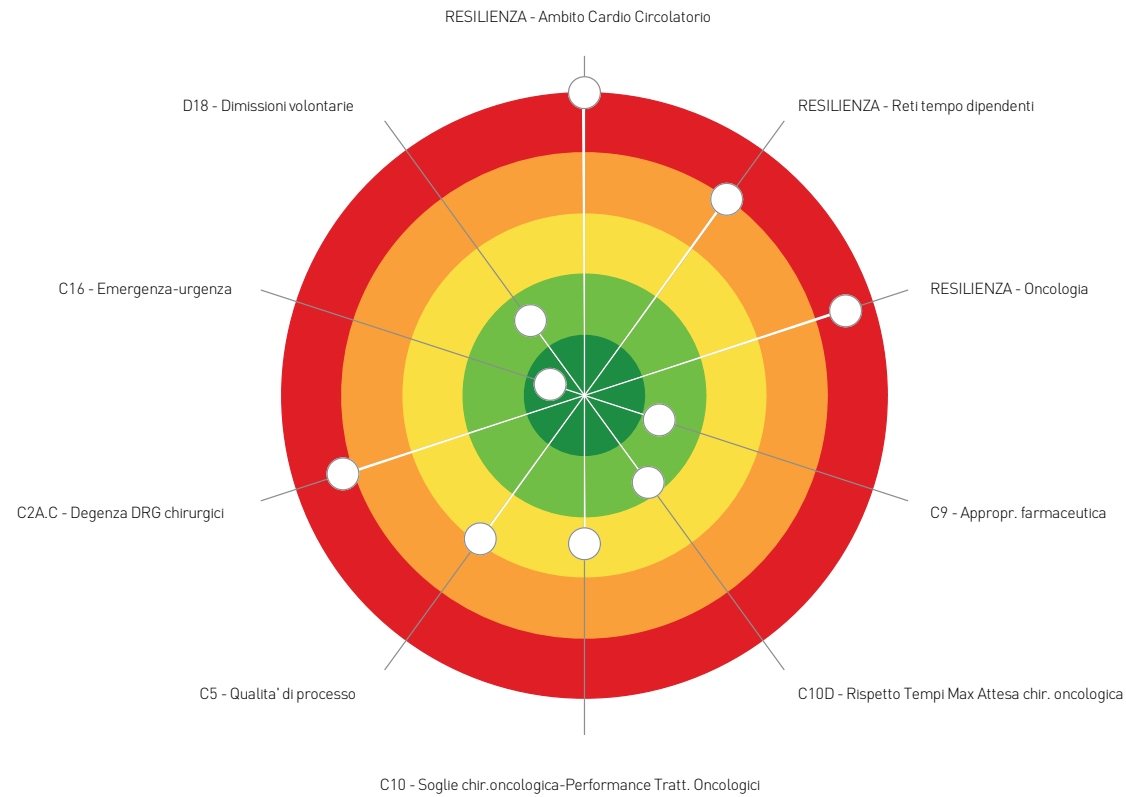
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 23



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI VIMERCATE

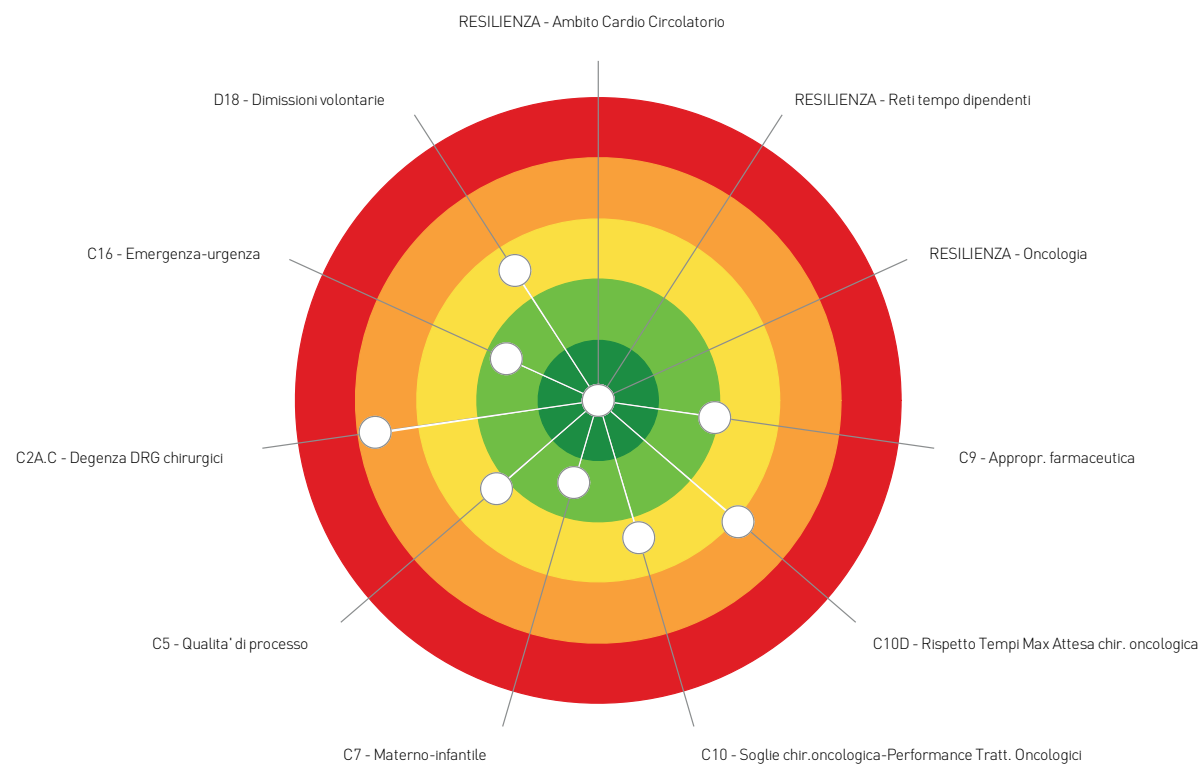
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 23



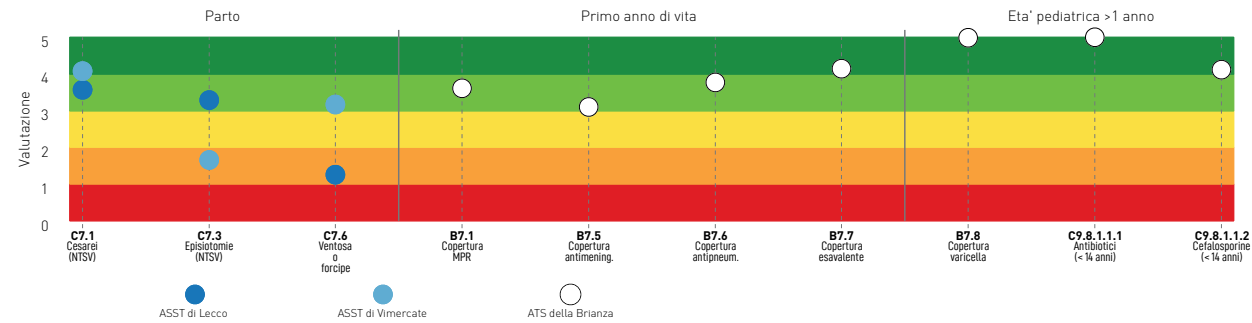
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

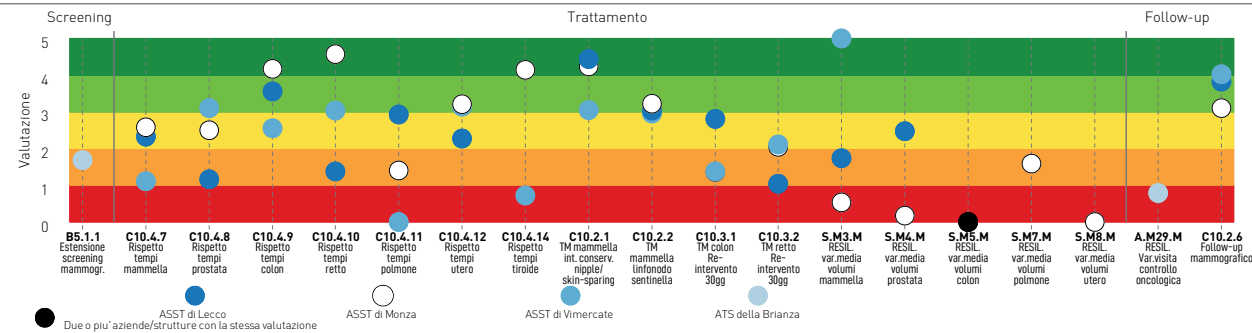




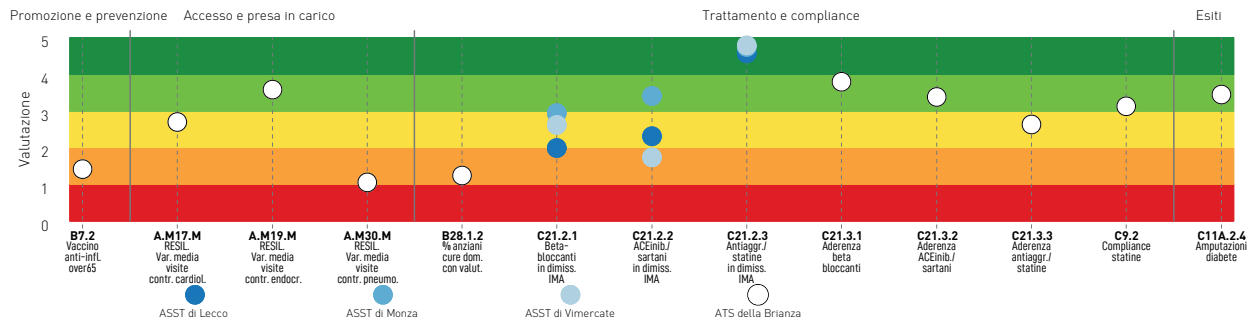
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



# ATS DI BERGAMO

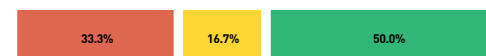
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalità infantile



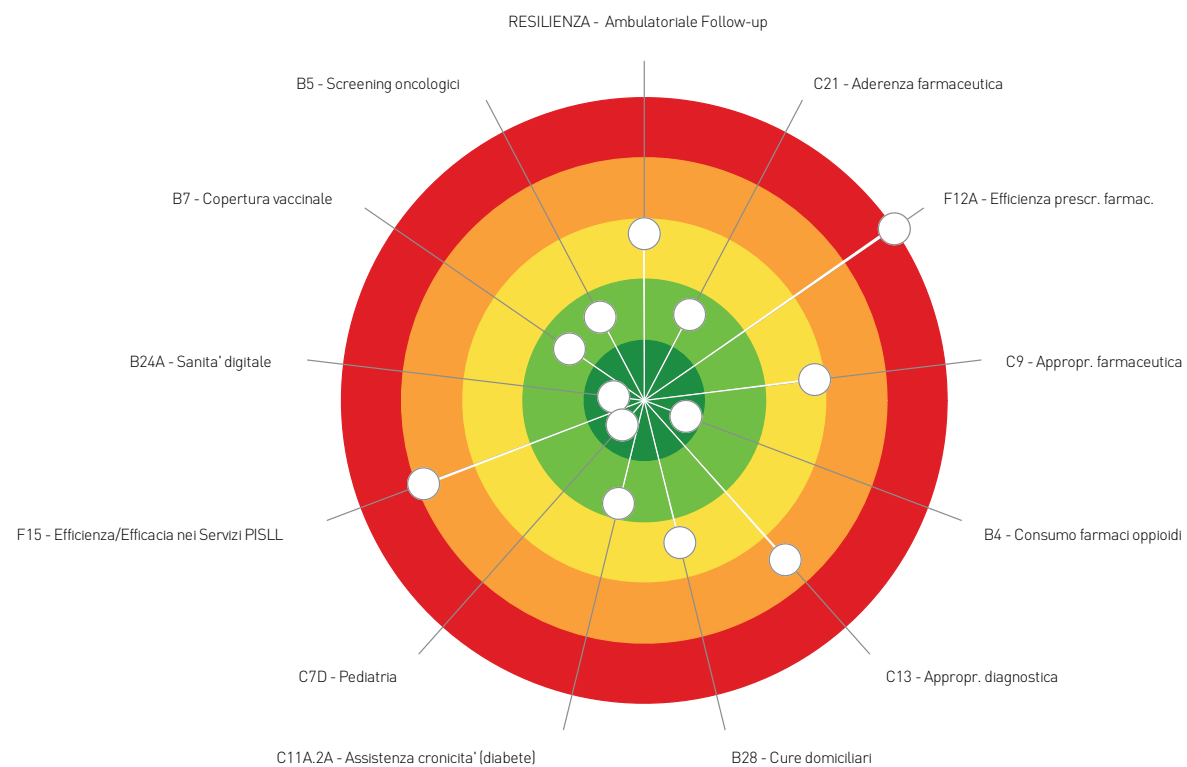
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST PAPA GIOVANNI XXIII

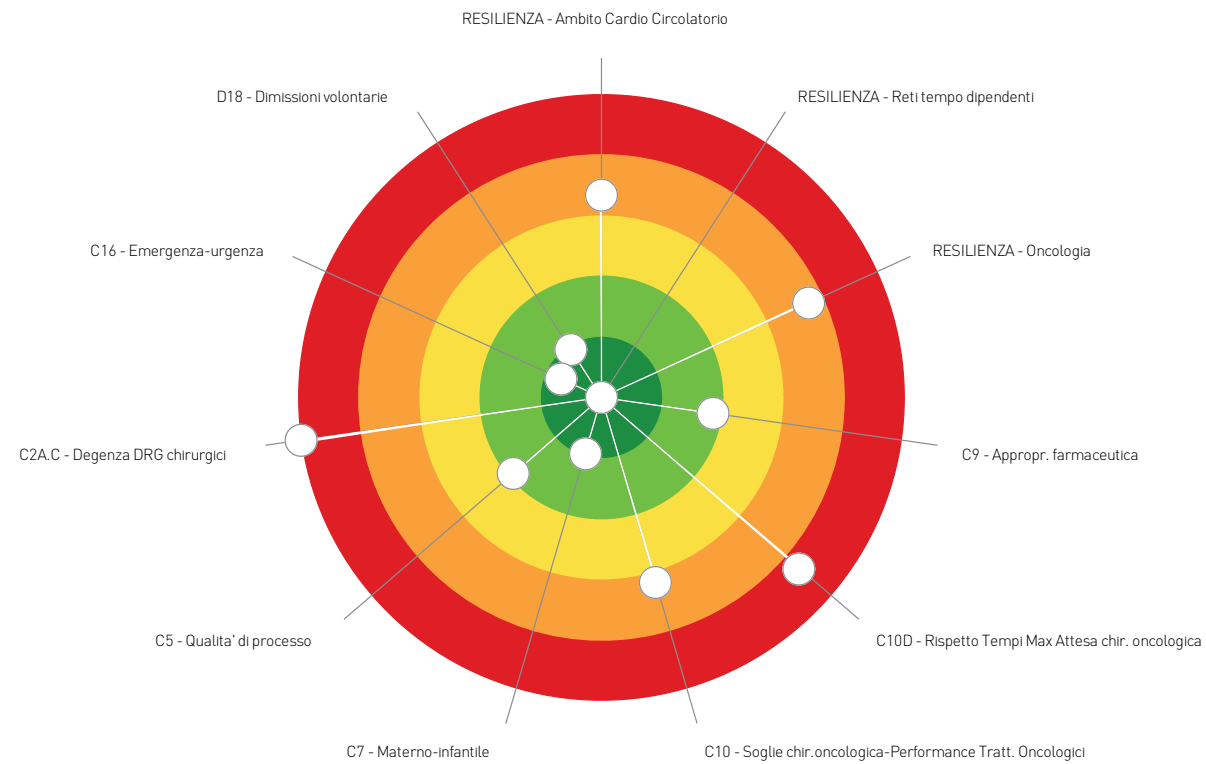
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 23



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI BERGAMO OVEST

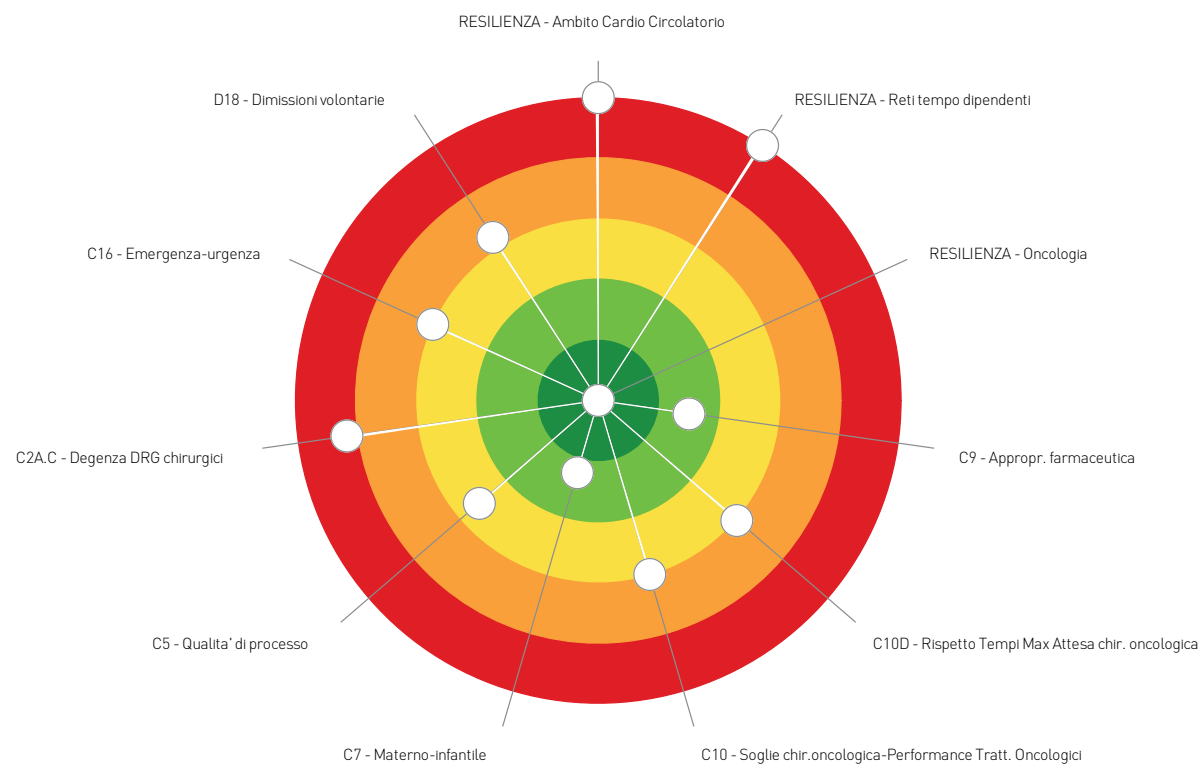
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

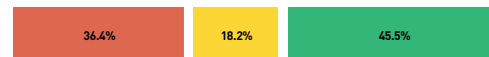
## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI BERGAMO EST

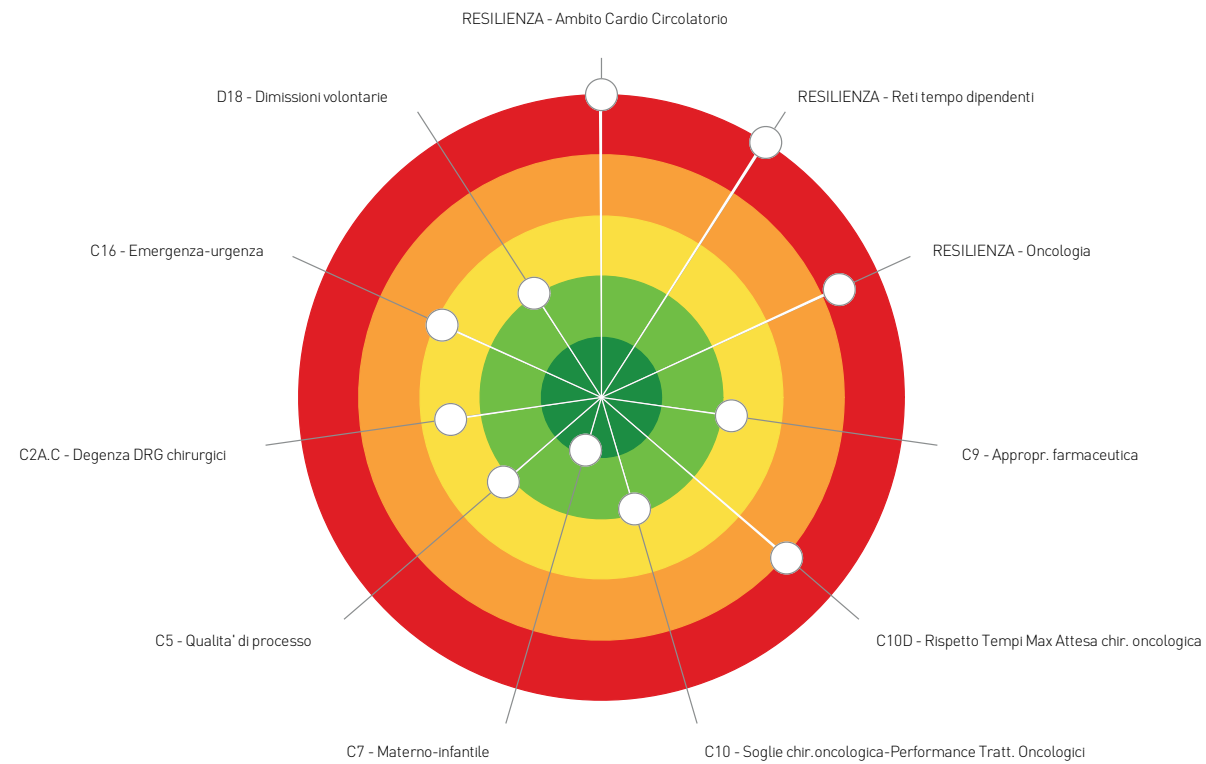
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

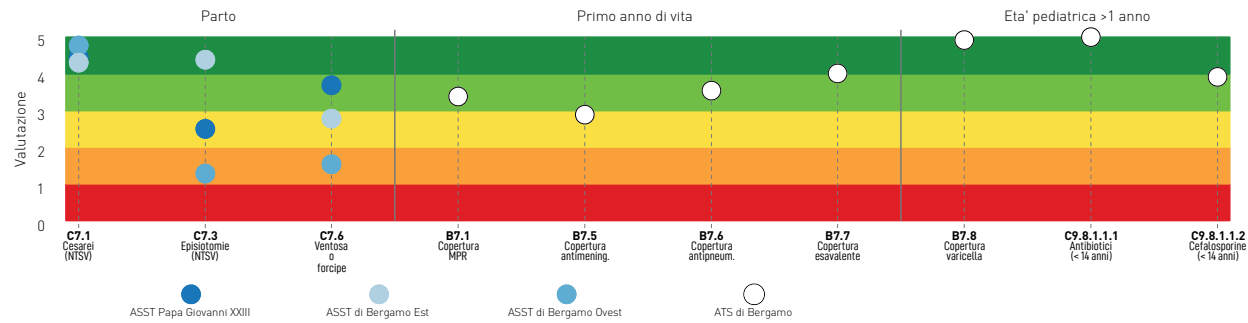
Numero indicatori di valutazione: 22



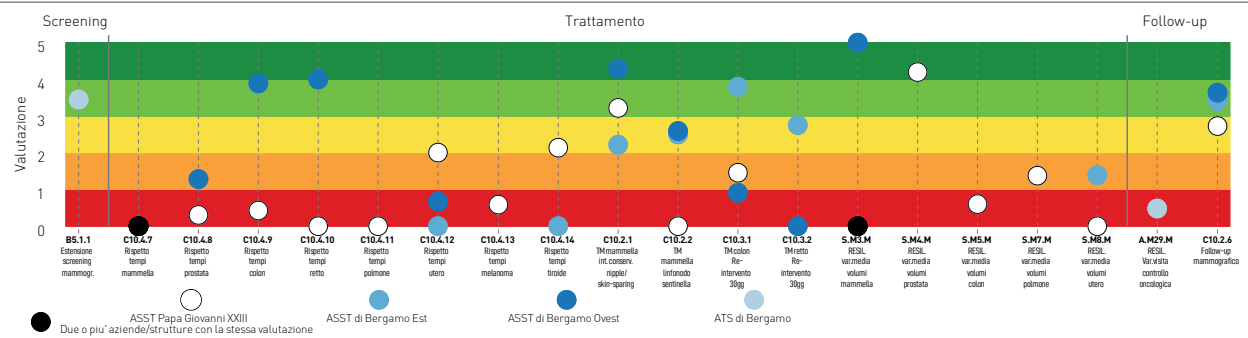
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

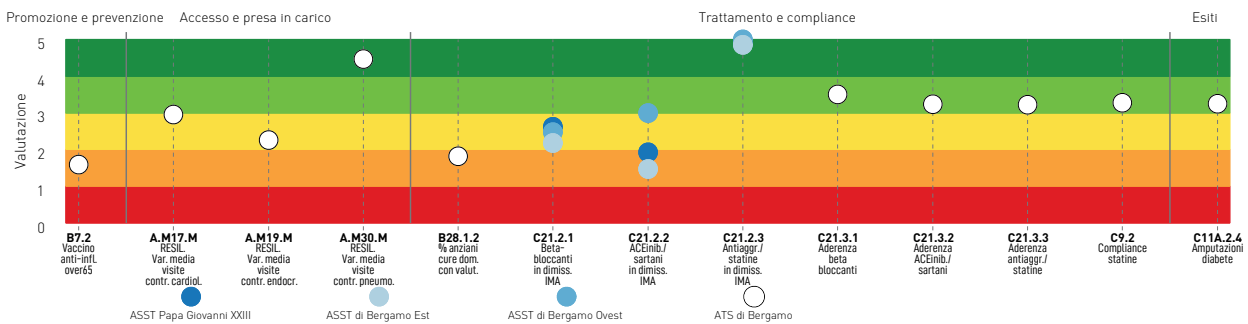




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

# ATS DI BRESCIA

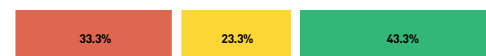
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalita' infantile



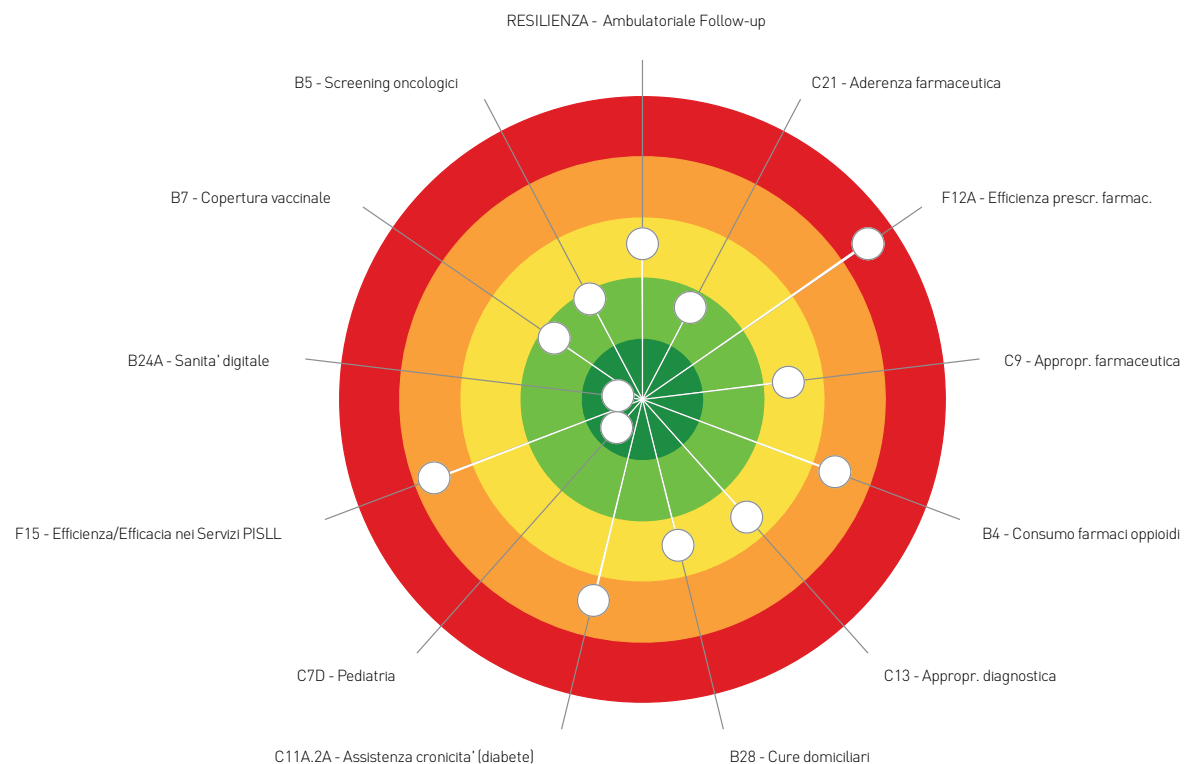
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



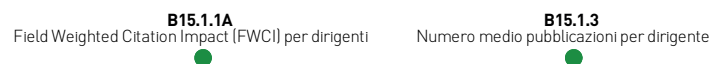
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



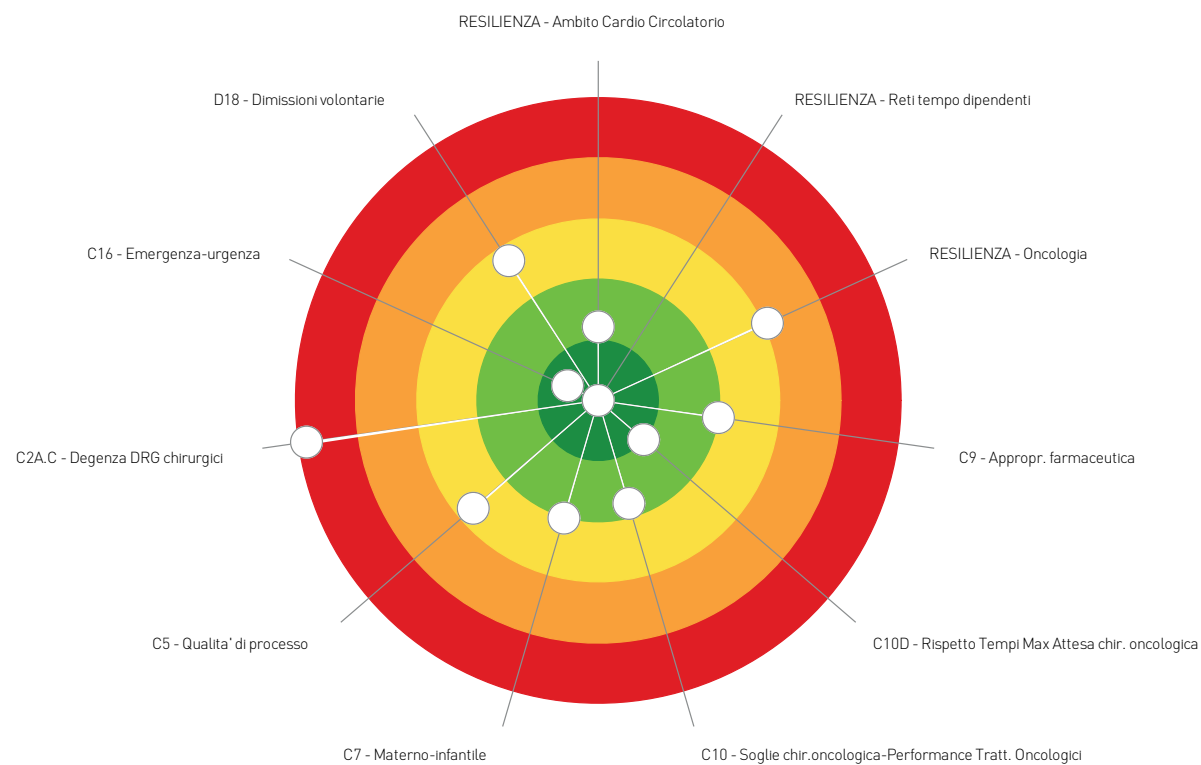
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 26



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





# ASST DELLA FRANCIACORTA

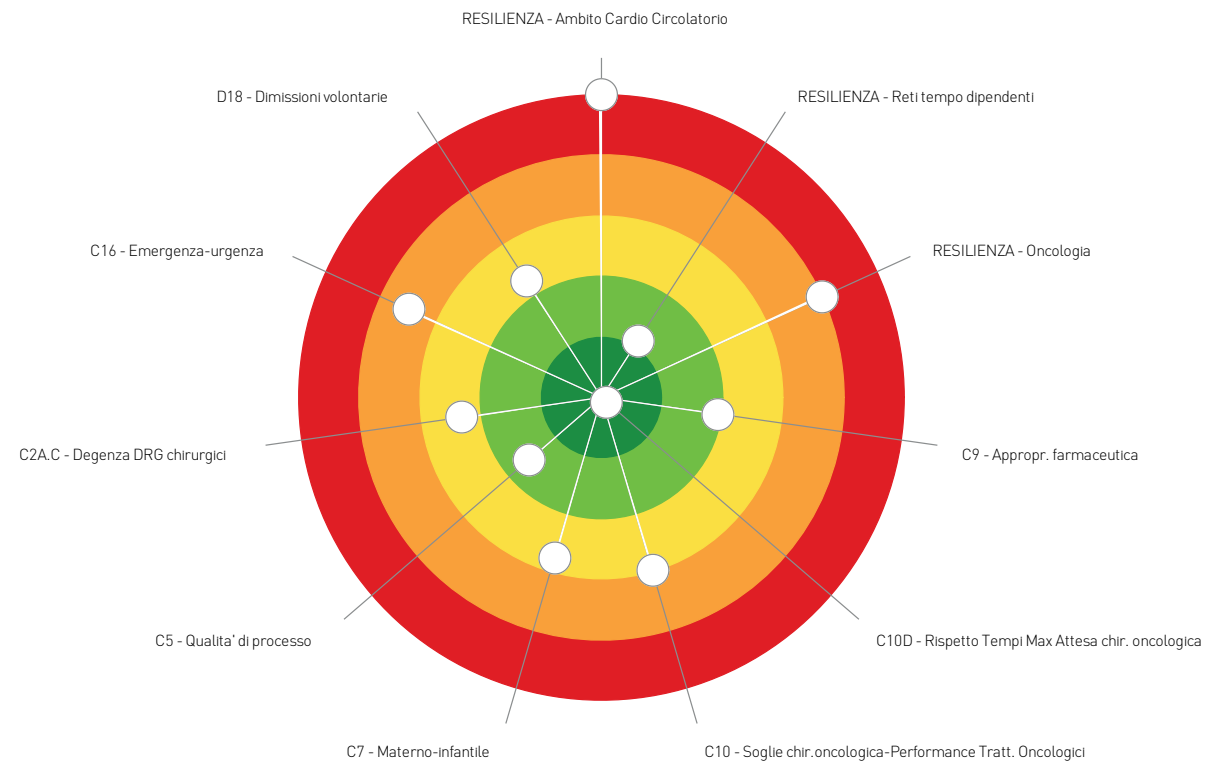
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 17



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

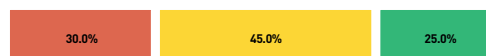
## Valutazione della Performance 2021



# ASST DEL GARDA

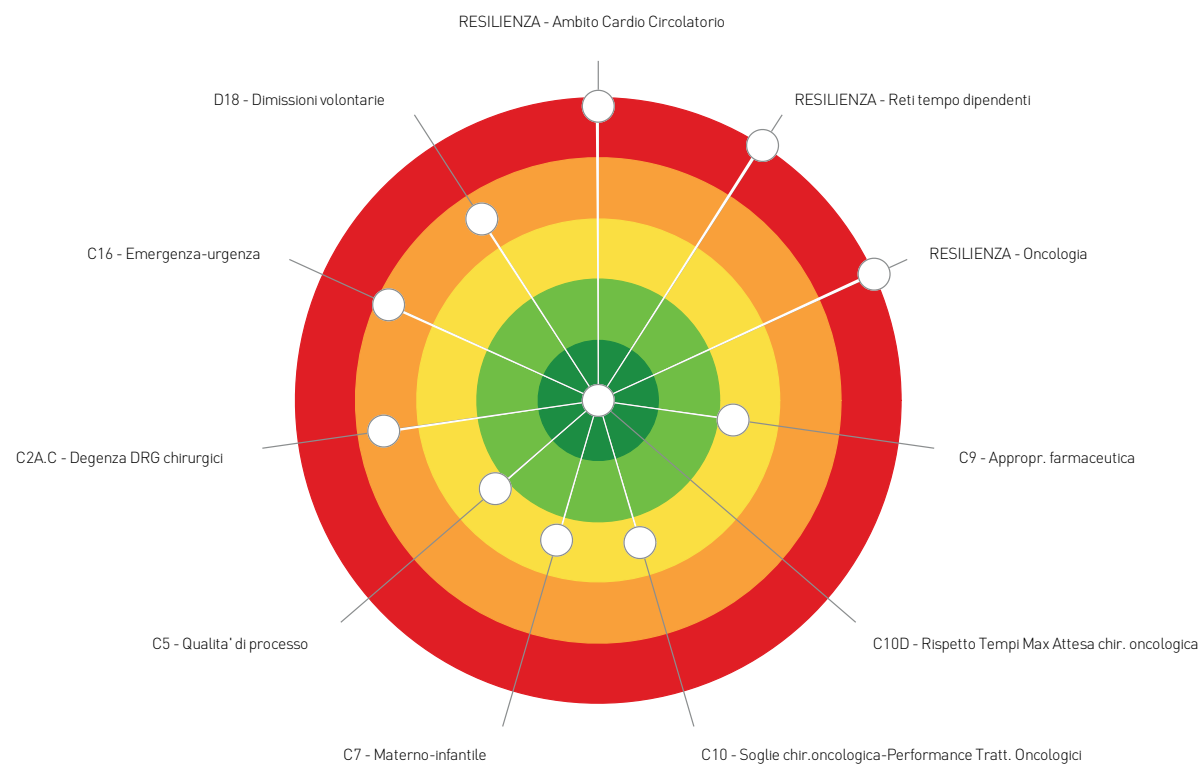
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 20

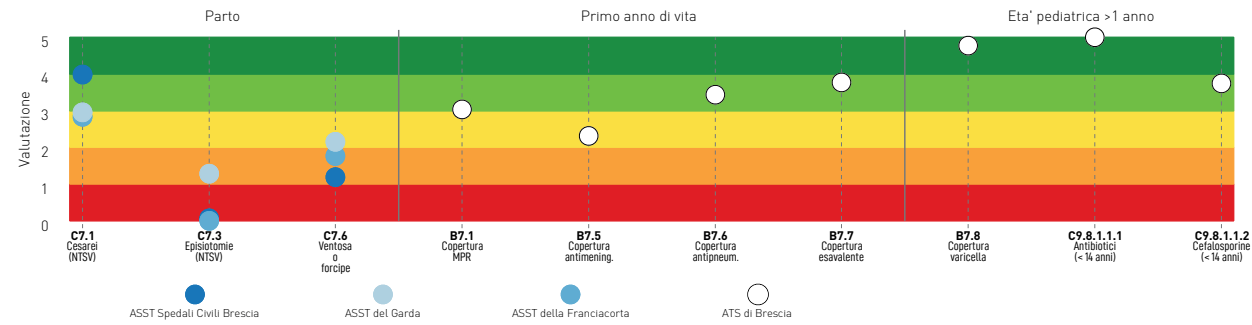


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

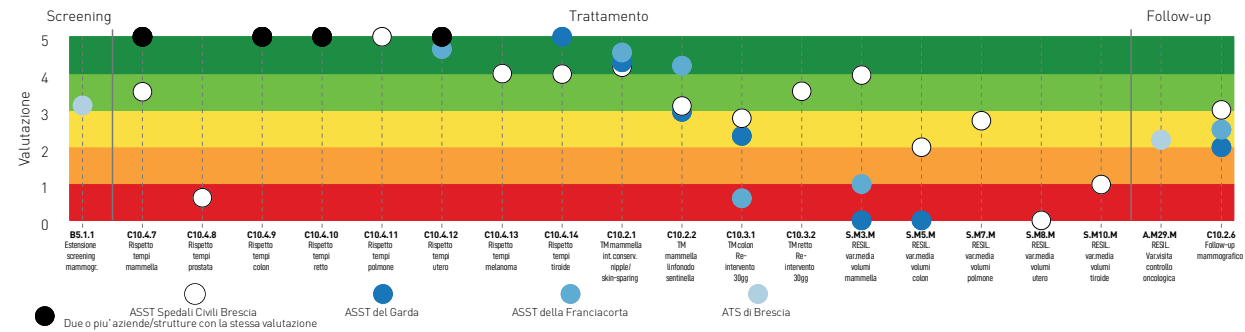
## Valutazione della Performance 2021



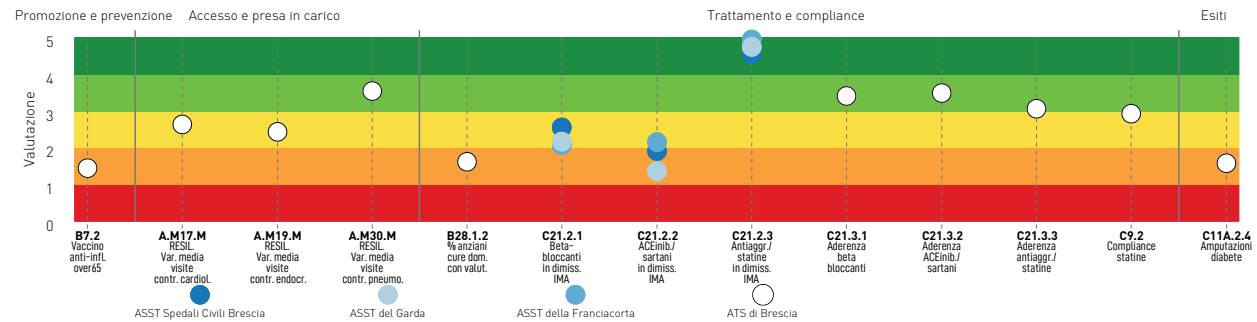
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



# ATS DELLA VAL PADANA

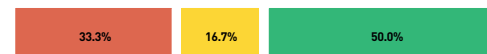
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalità infantile



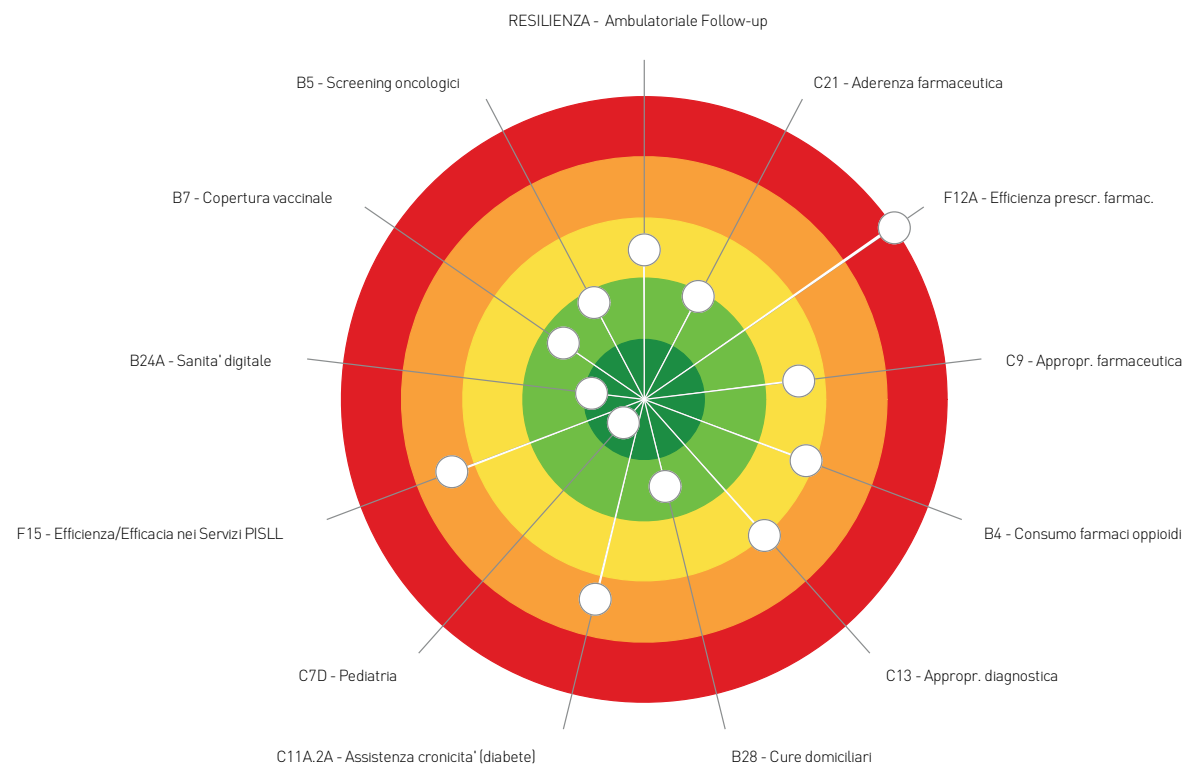
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

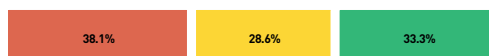
## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI CREMONA

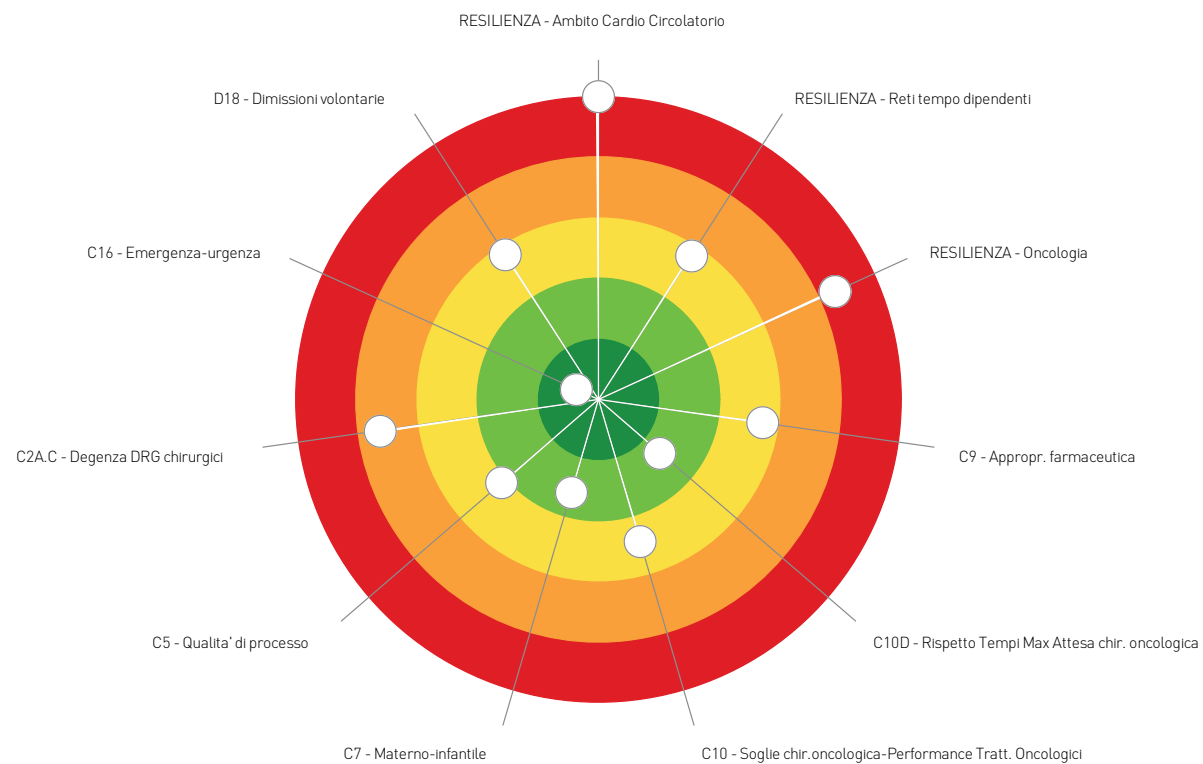
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 21



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI MANTOVA

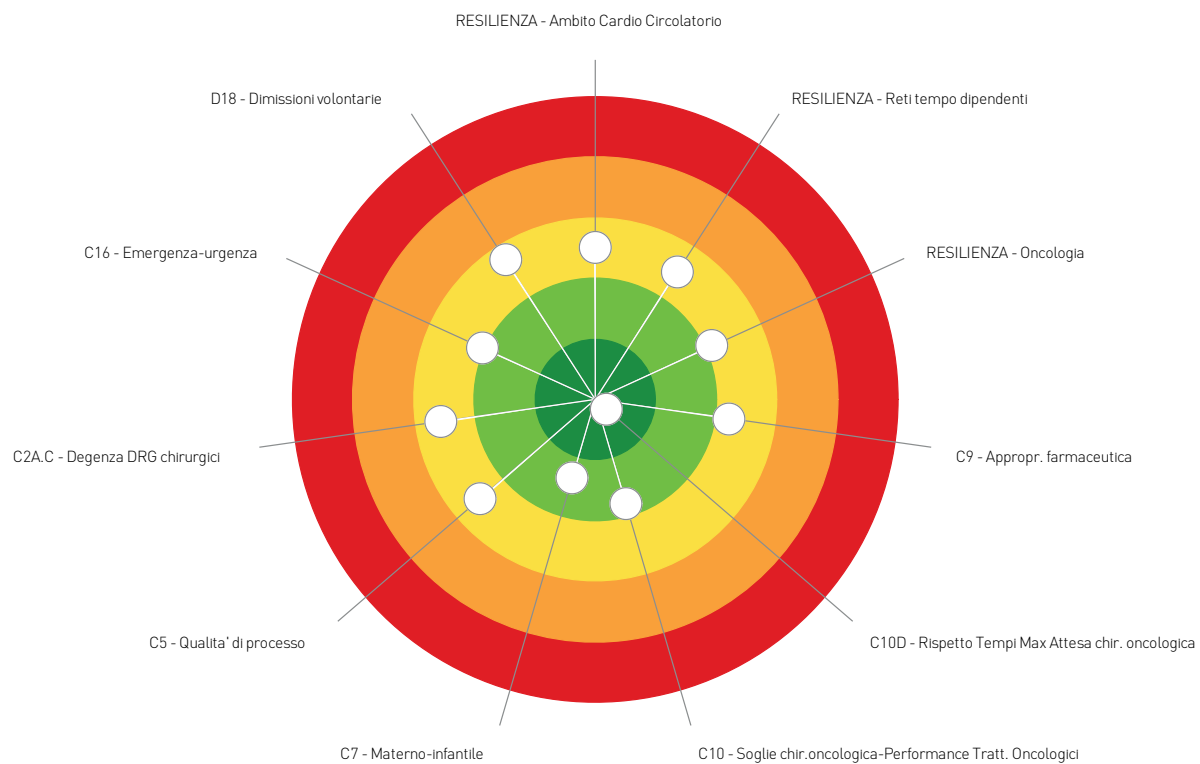
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 25



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI CREMA

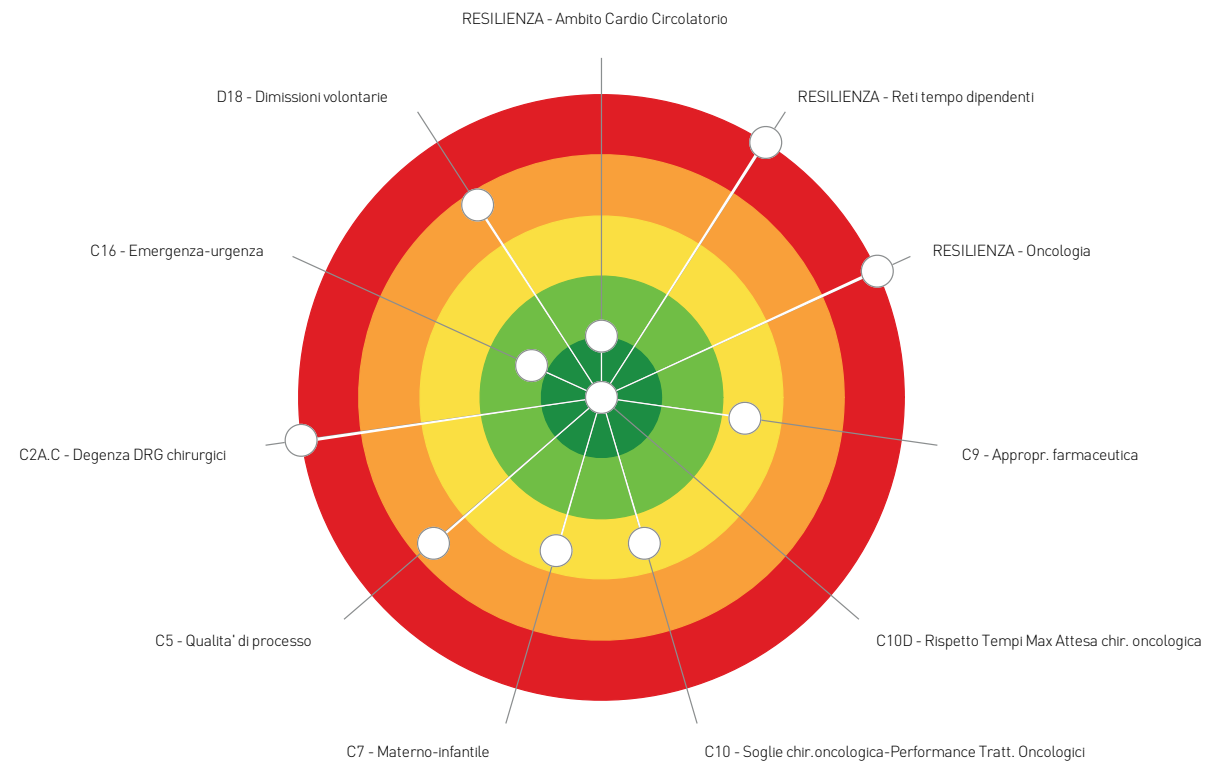
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

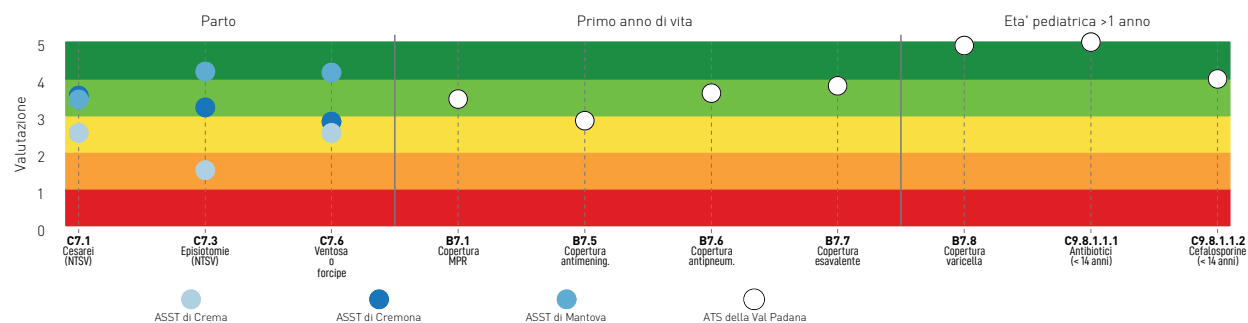
Numero indicatori di valutazione: 23



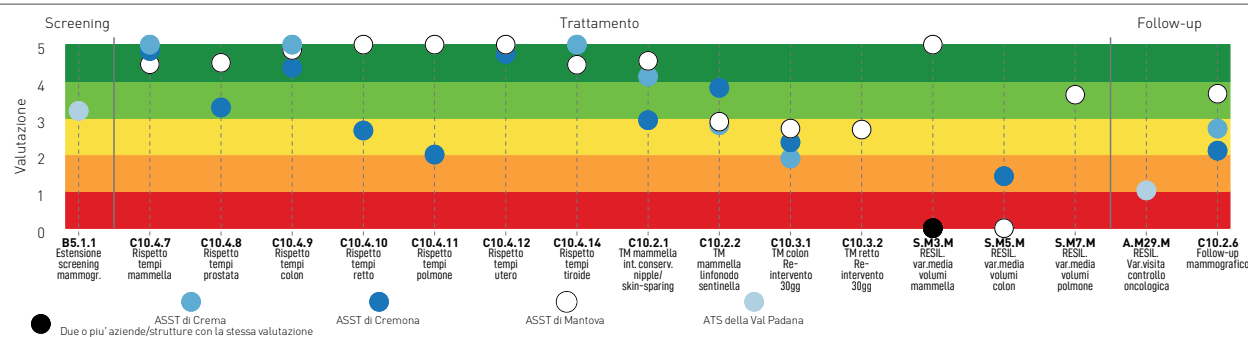
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

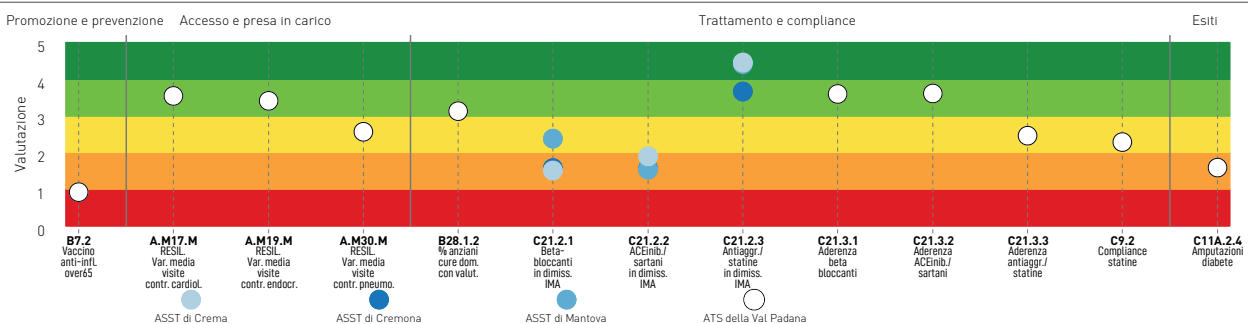




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITA'



# ATS DI PAVIA

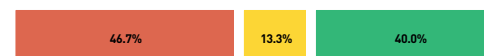
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A1**  
Mortalita' infantile



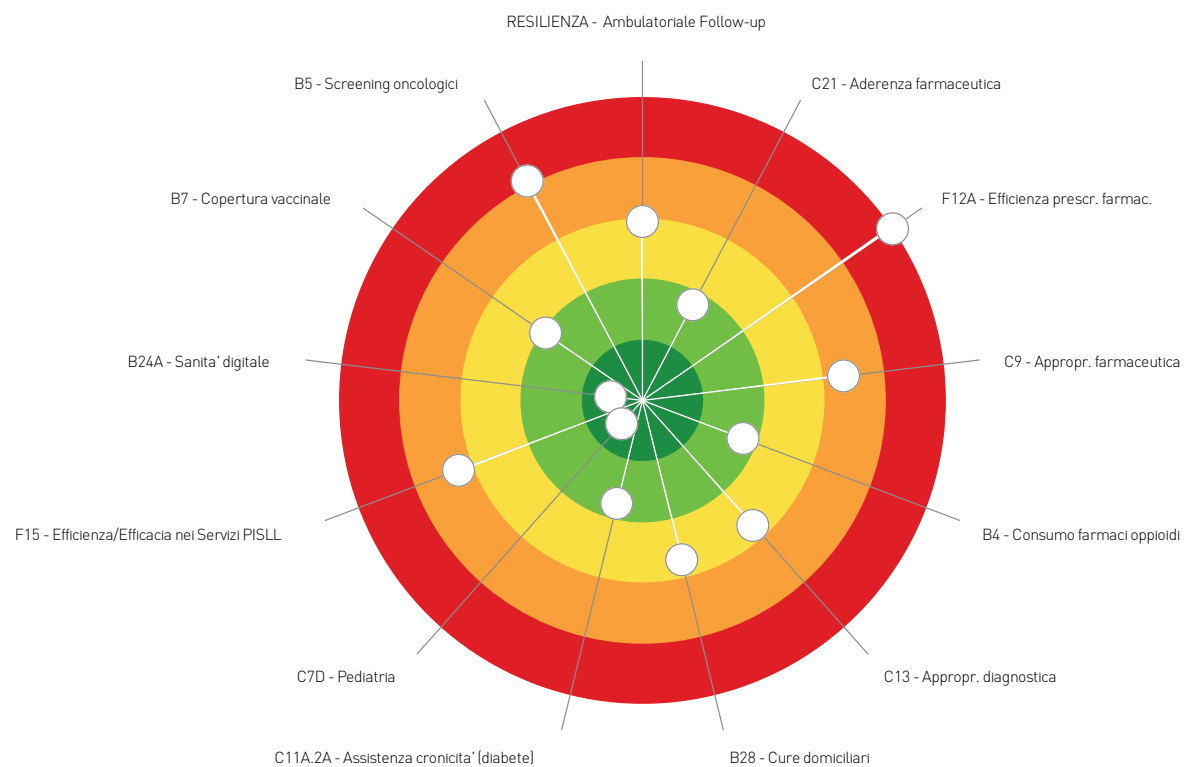
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

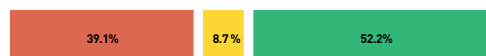
## Valutazione della Performance 2021



# ASST DI PAVIA

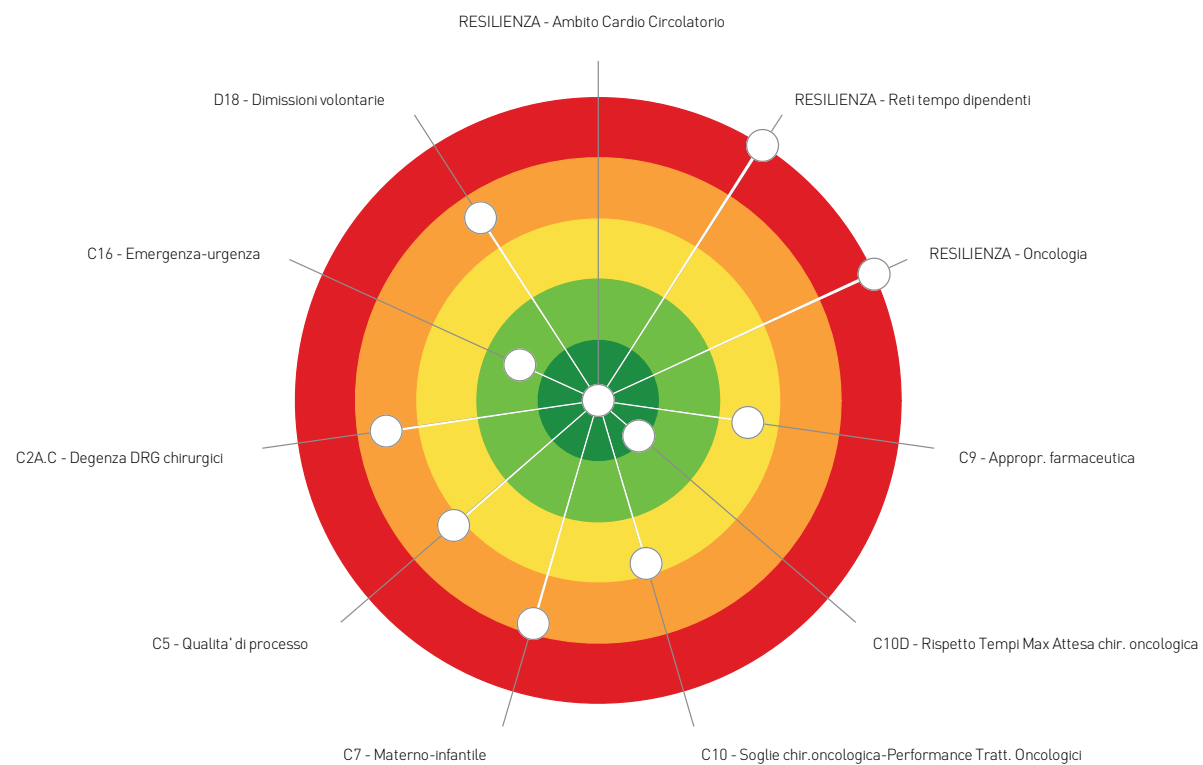
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 23



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# IRCCS POLIC. SAN MATTEO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 25



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

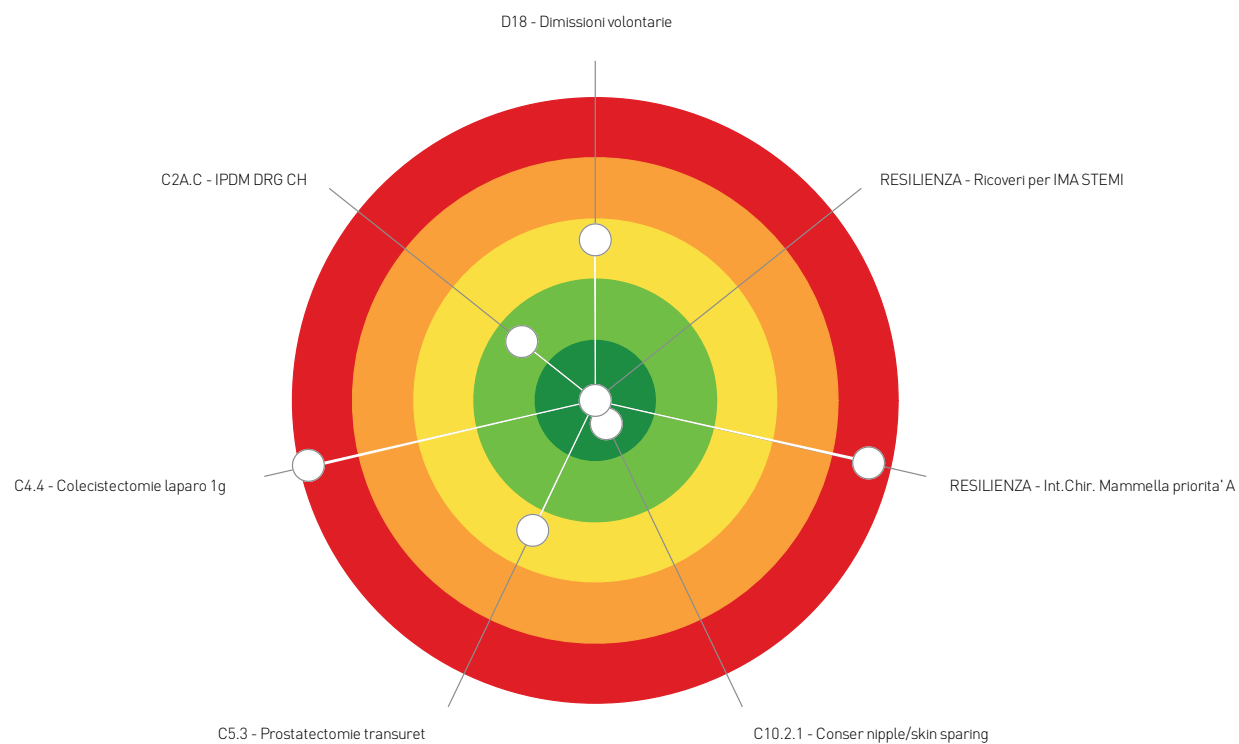
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 11

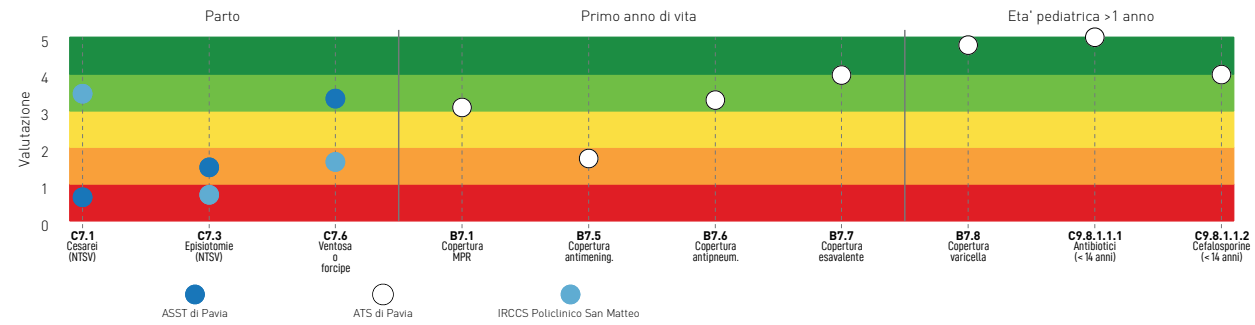


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

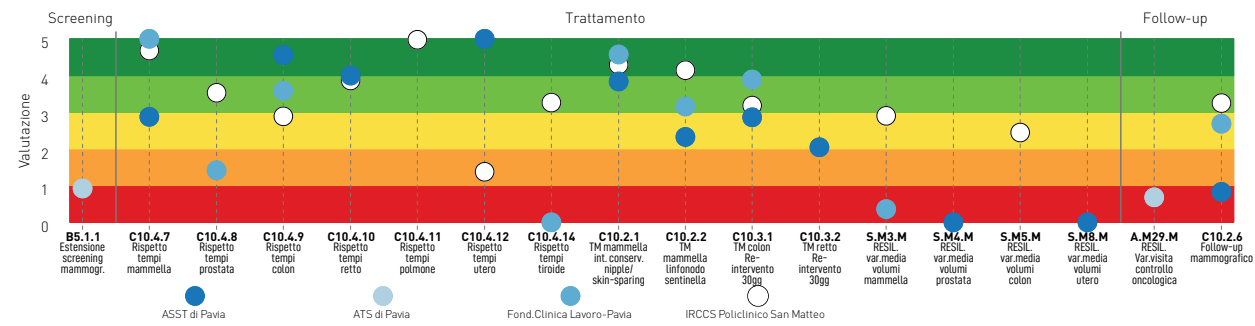
## Valutazione della Performance 2021



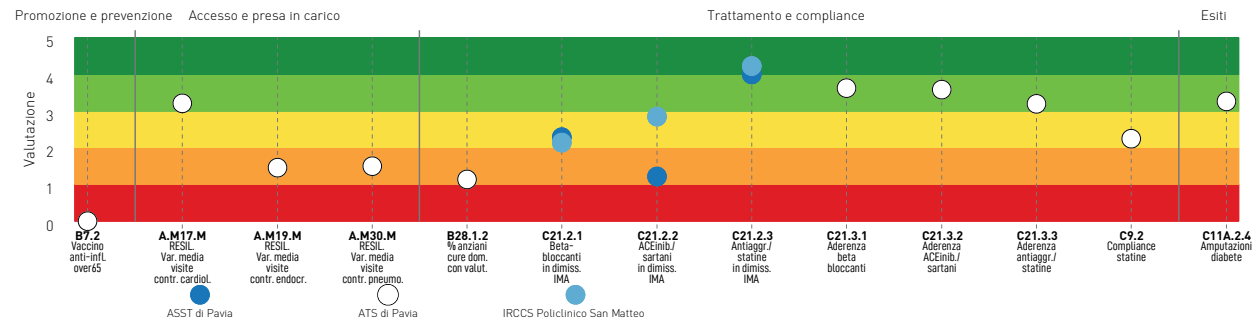
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ

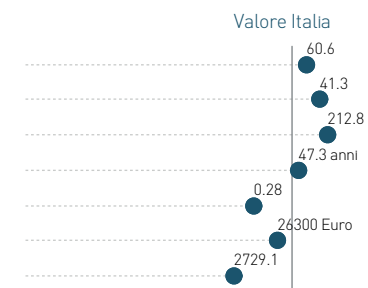


# MARCHE



Popolazione: 1498236 abitanti  
Densita': 160.89 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE MARCHE

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 44 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Marche mostra una performance eterogenea nelle diverse aree. Nel dettaglio il 45% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 15% resta stabile mentre il 38% peggiora. La maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nella fascia gialla del bersaglio.

Per quanto riguarda la capacità del sistema regionale di rispondere in maniera resiliente alla pandemia, si registrano aumenti nei volumi di interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A), spesso con un recupero dei volumi erogati rispetto al 2019. Nella media la tenuta dei volumi per ricoveri nell'ambito delle patologie tempo-dipendenti, mentre i ricoveri elettivi con almeno un intervento di angioplastica rimangono significativamente contratti (-13% rispetto al 2019). Per le visite ambulatoriali di controllo buoni risultati con rebound in quasi tutte le specialità, da attenzionare i volumi ancora contratti per oculistica, otorinolaringoiatrica e urologia. Eccellente si è dimostrato lo sforzo organizzativo per l'erogazione della vaccinazione Covid-19 con ciclo completo, raggiungendo una copertura pari all'80% della popolazione alla fine del 2021.

Un'eredità della pandemia è certamente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.069 euro pro-capite nel 2020 a 2.172 nel 2021, andamento condiviso con le altre regioni.

In merito alle politiche di prevenzione, il sistema regionale registra luci e ombre. Risultati molti buoni o buoni per l'estensione degli screening mammografici e coloretali, tuttavia l'adesione allo screening mammografico raggiunge solo il 51% della popolazione target, valore superiore al dato del 2020 ma ancora non soddisfacente; il livello di adesione allo screening coloretale è stabile intorno al 32.5%, posizionandosi in area critica (fascia rossa). La copertura vaccinale presenta nel complesso prestazioni sotto i livelli medi del Network, in particolare la Regione si posiziona in fascia rossa per la copertura per vaccino antimeningococcico e HPV. Da attenzionare anche la copertura per varicella, che registra una flessione di 8 punti percentuali rispetto al 2020, pure rimanendo in fascia verde.

In riferimento alla qualità dei processi ospedalieri, la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni continua ad aumentare raggiungendo il 76% nel 2021 così come migliora la tempestività delle colecistectomie laparoscopiche, mentre è stabile e a buoni livelli la percentuale di prostatectomie transuretrali. Si conferma a livelli molto buoni la percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione sebbene in diminuzione rispetto al 2020. Per quanto riguarda la degenza per DRG medici e chirurgici si attestano nei valori medi-alti ed entrambi registrano un miglioramento della performance rispetto al 2020.

Buona la percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera: valore che cresce continua a migliorare passando da 0.83% nel 2019 a 0.73% nel 2021. Sul lato del personale, la per-

centuale di assenza dei dipendenti diminuisce lievemente anche nel 2021, classificandosi come best practice.

Il livello di appropriatezza farmaceutica è complessivamente medio, migliora l'incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio, sebbene risulti tra le più alte del Network. Per quanto riguarda l'efficienza nella prescrizione di farmaci ospedalieri, monitorata tramite la percentuale di biosimilari o vincitori di gara, la Regione Marche registra una performance in flessione rispetto al 2020. Critico il consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori che risulta ancora molto limitato.

Per quanto riguarda l'appropriatezza diagnostica il risultato è inferiore alla media del Network: aumenta il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche over 65anni mentre si contrae leggermente la percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi.

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, seppur in miglioramento. Aumenta il ricorso al parto cesareo, stabile la percentuale di parti operativi. L'ambito pediatrico registra una riduzione nella copertura vaccinale per varicella come già segnalato.

In riferimento al percorso oncologico, l'attività di screening vede un aumento nei livelli di estensione rispetto all'esame mammografico e coloretale, mentre cala l'adesione nel primo caso e rimane stabile nel secondo. Va prestata attenzione alla proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella, retto e utero, mentre migliora significativamente la tempestività per tumore al polmone.

Anche il percorso cronicità registra dei miglioramenti rispetto al 2020 con riferimento a promozione e prevenzione, una buona presa in carico, monitorata attraverso l'offerta ambulatoriale (visite di controllo cardiologiche, endocrinologiche e pneumologiche), e qualche debolezza nella fase della compliance. In particolare, aumenta la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti).

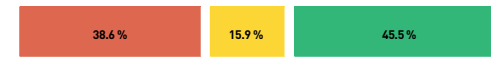
Nel percorso emergenza-urgenza, si conferma una certa criticità nei tempi di attesa in Pronto Soccorso: ancora molto ridotta la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (circa il 58%), nella media la percentuale di dimessi entro le 8 ore (88.4%), 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 1.91% nel 2020 a 7.14% nel 2021.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)

A10  
Stili di vita (PASSI)

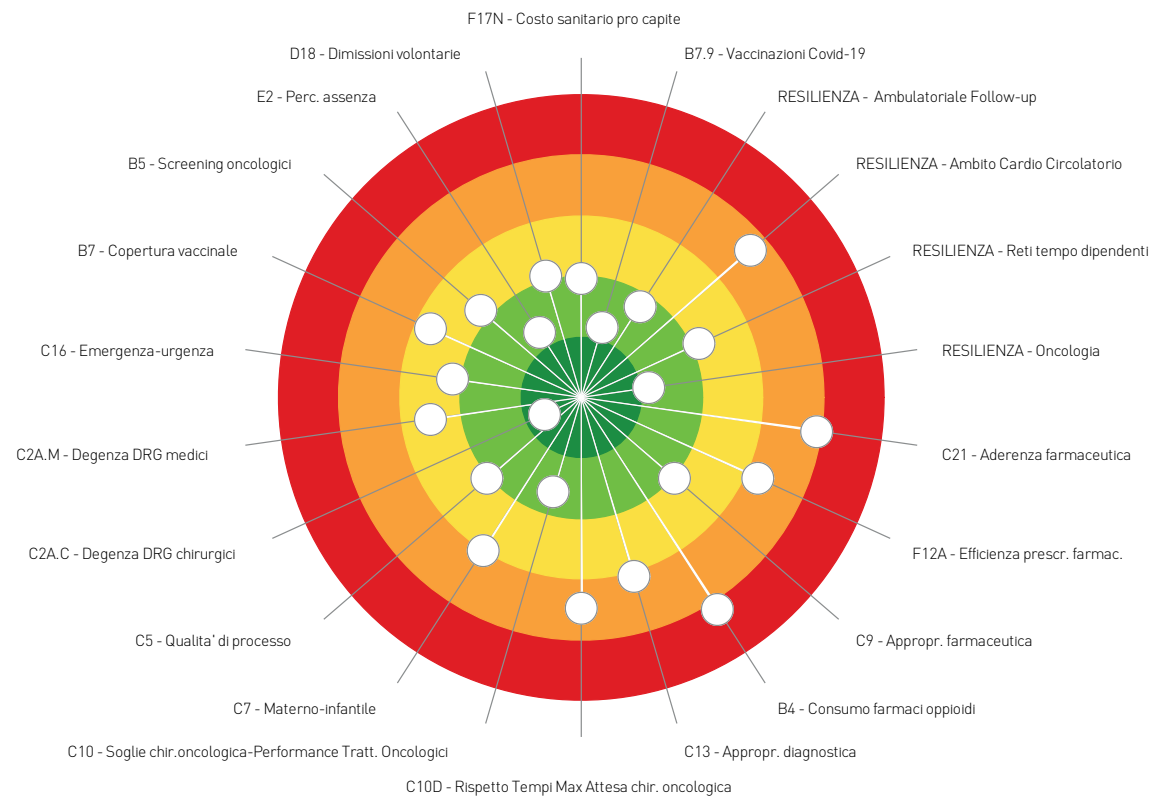
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 44



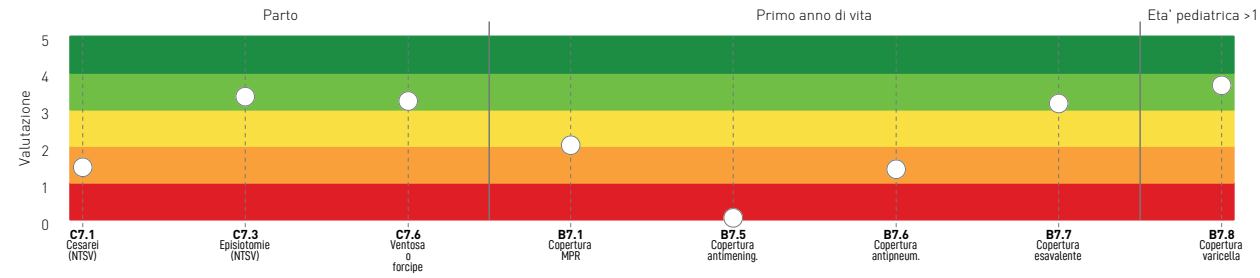
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2021

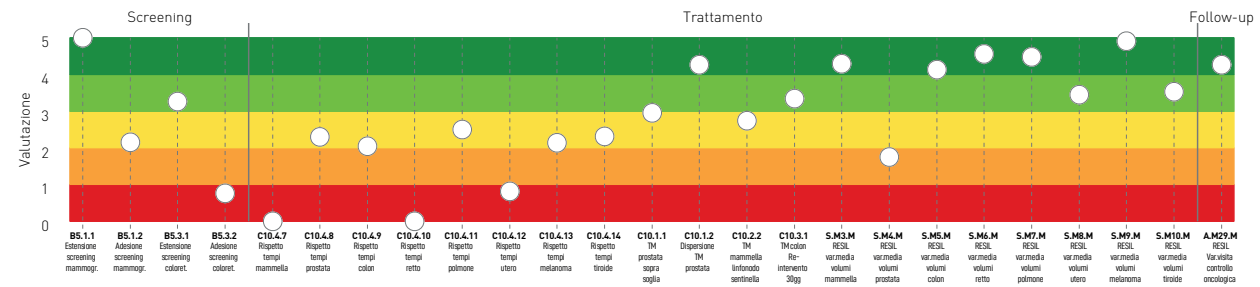




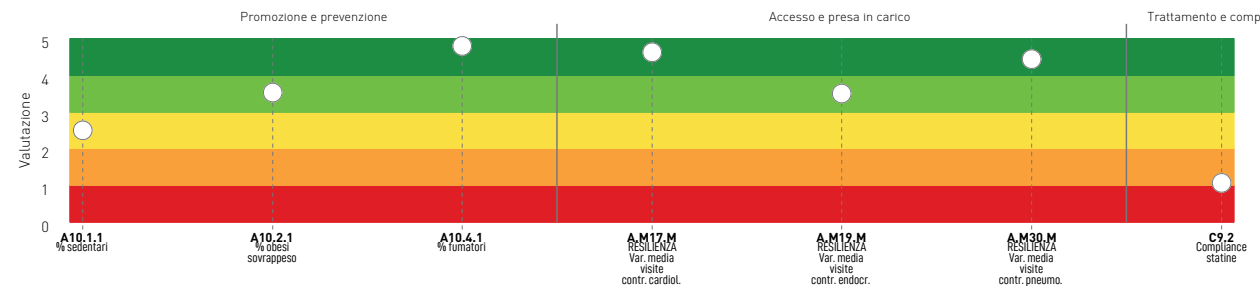
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



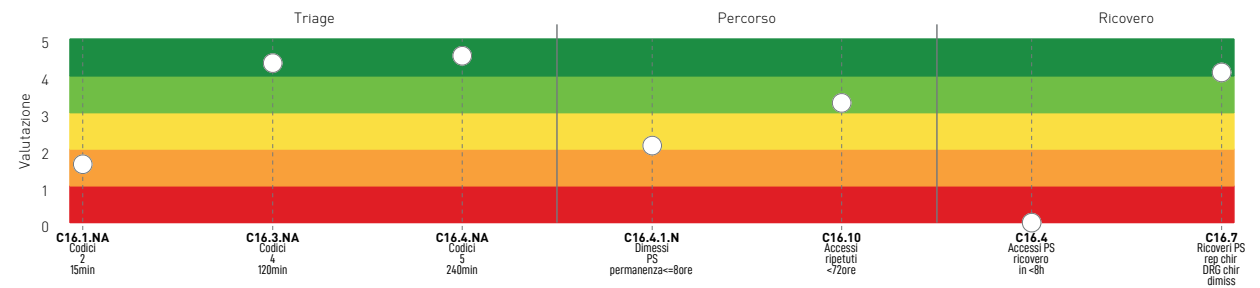
## PERCORSO ONCOLOGICO

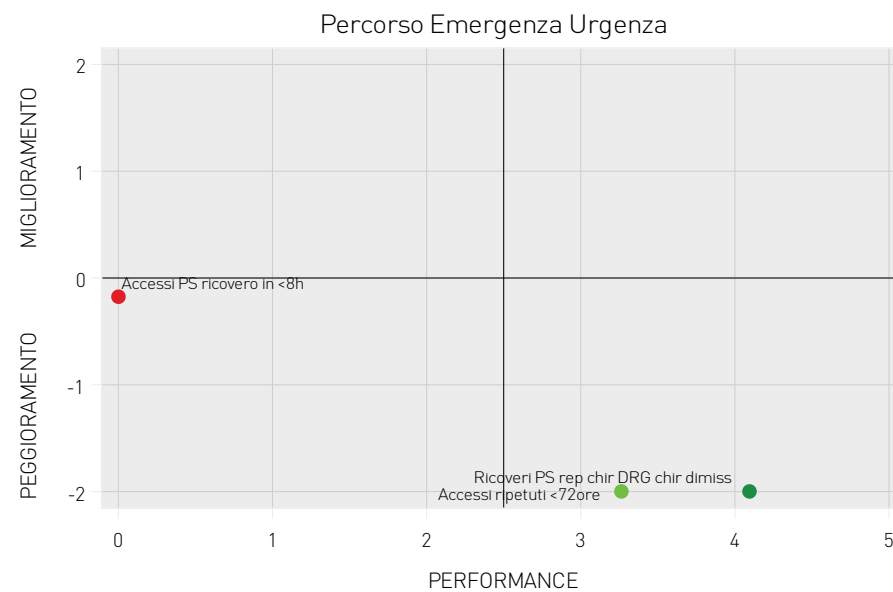
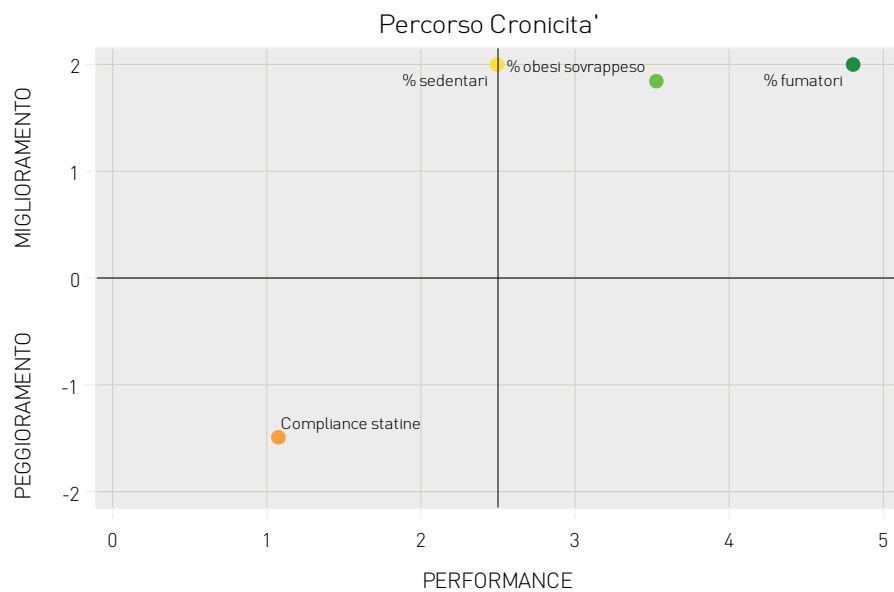
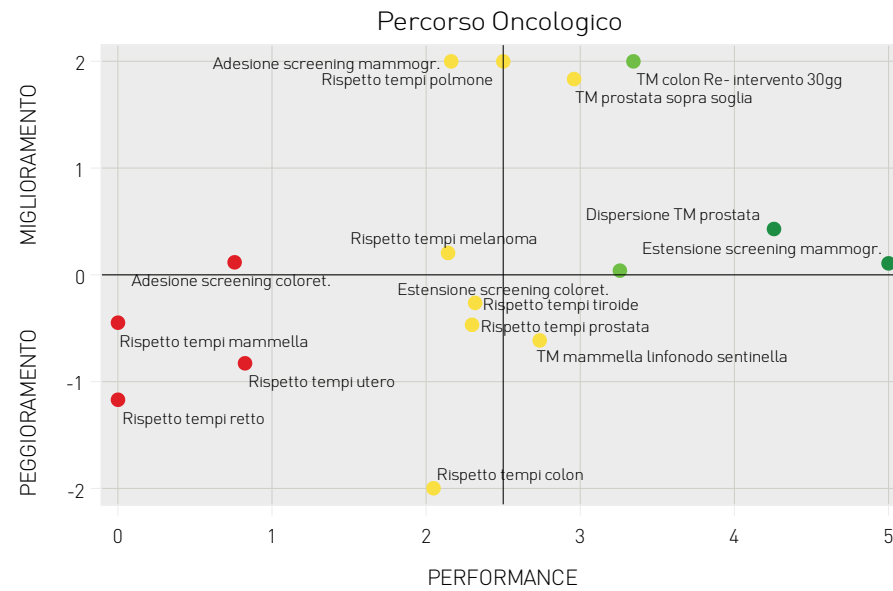
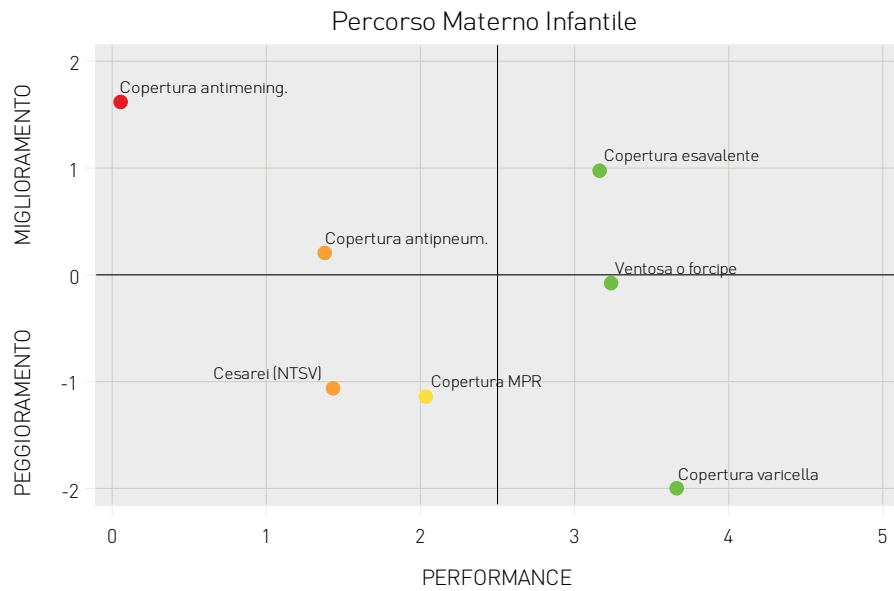


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA

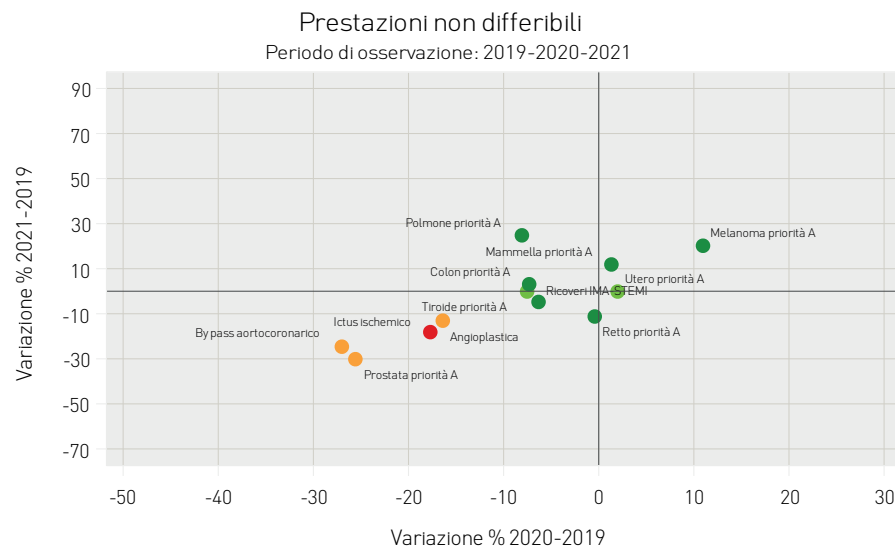




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE MARCHE



# ASUR MARCHE

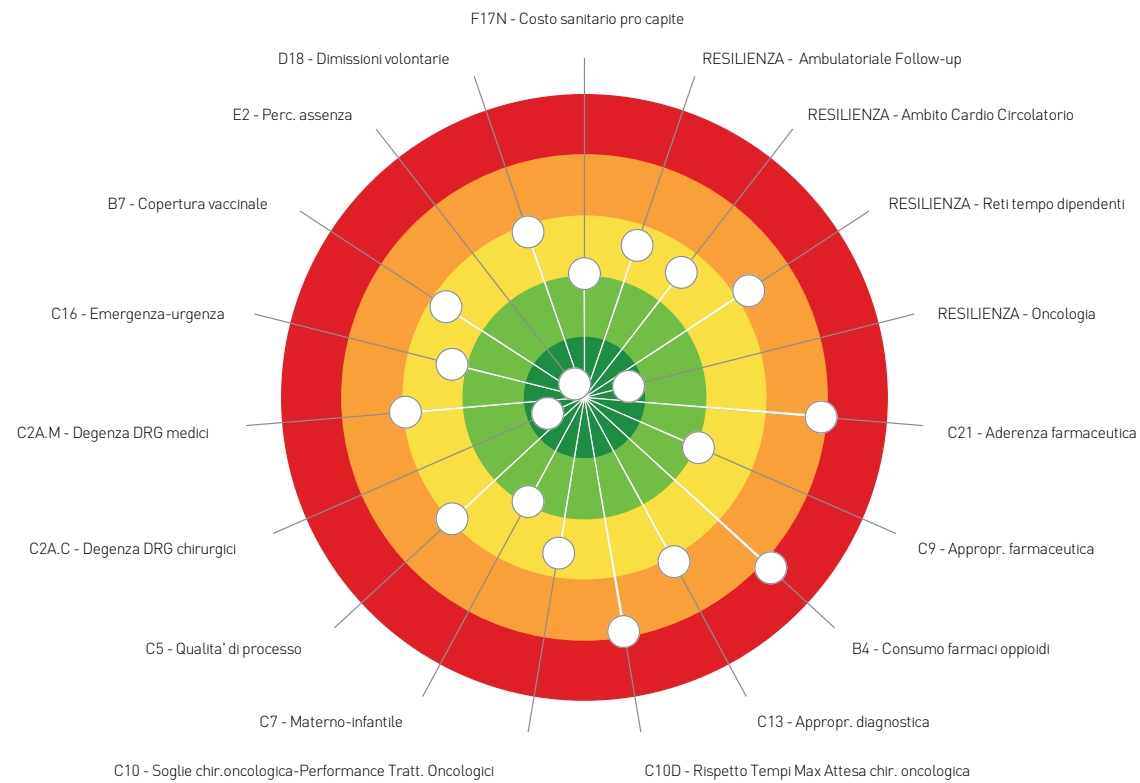
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# AOU OSP.RIUN.ANCONA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



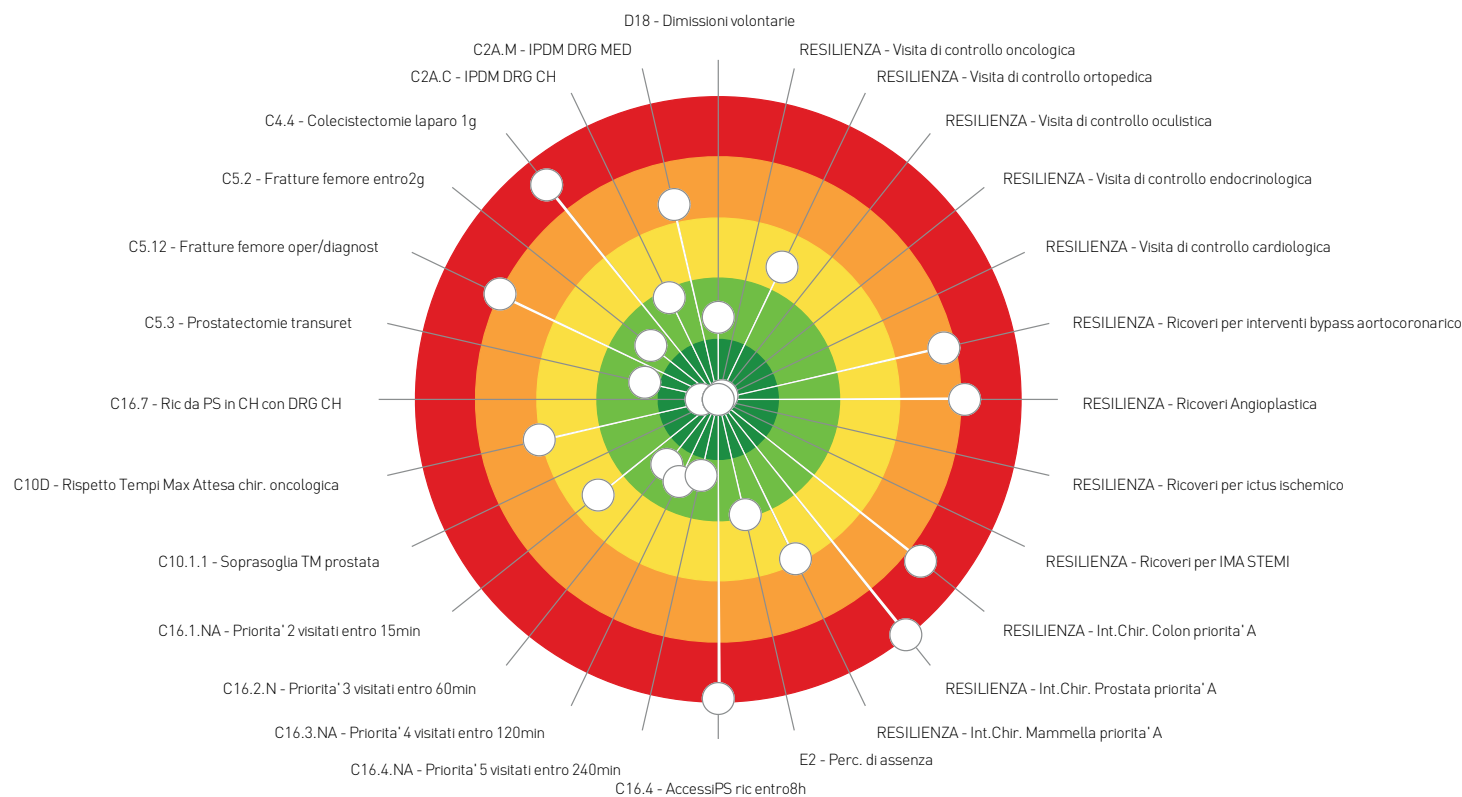
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 24



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

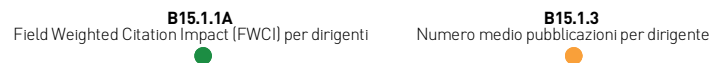
## Valutazione della Performance 2021





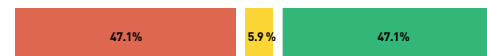
# INRCA MARCHE

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



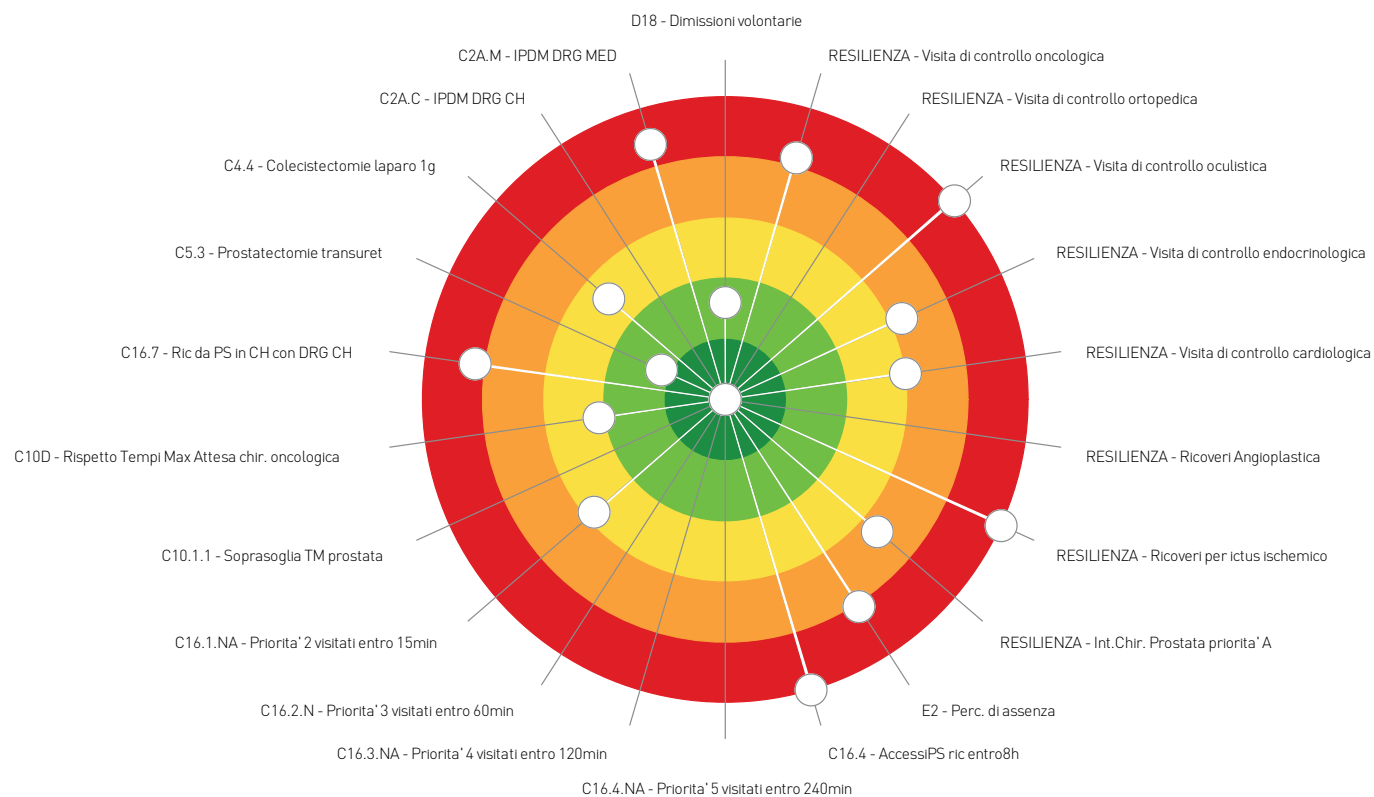
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 17



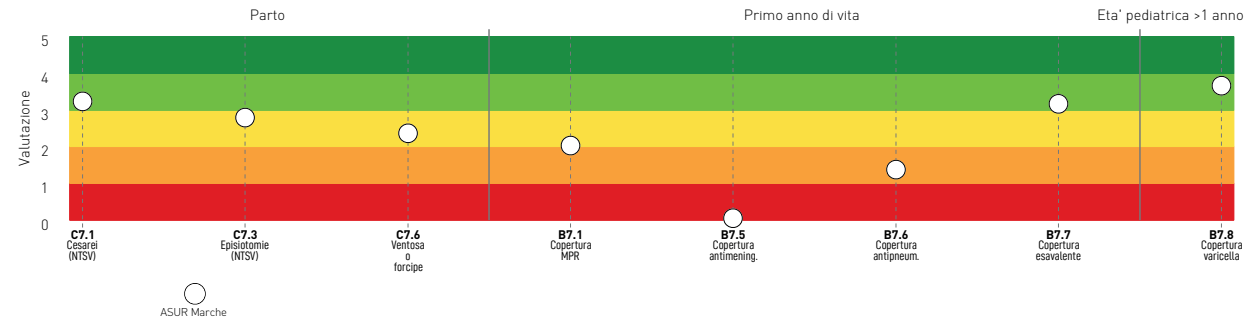
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

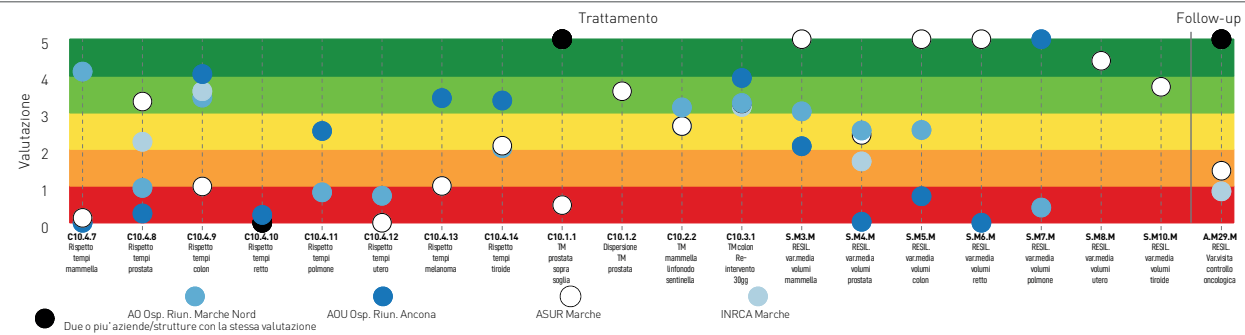




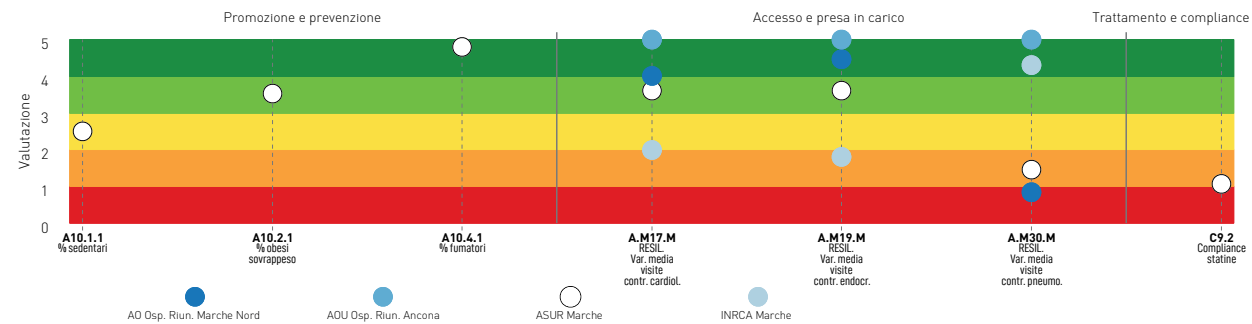
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



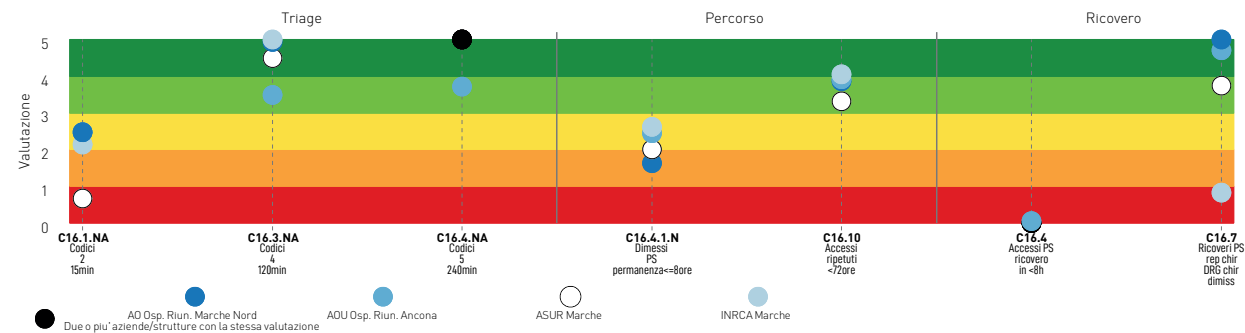
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV1 PESARO-URBINO

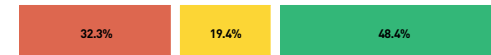
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



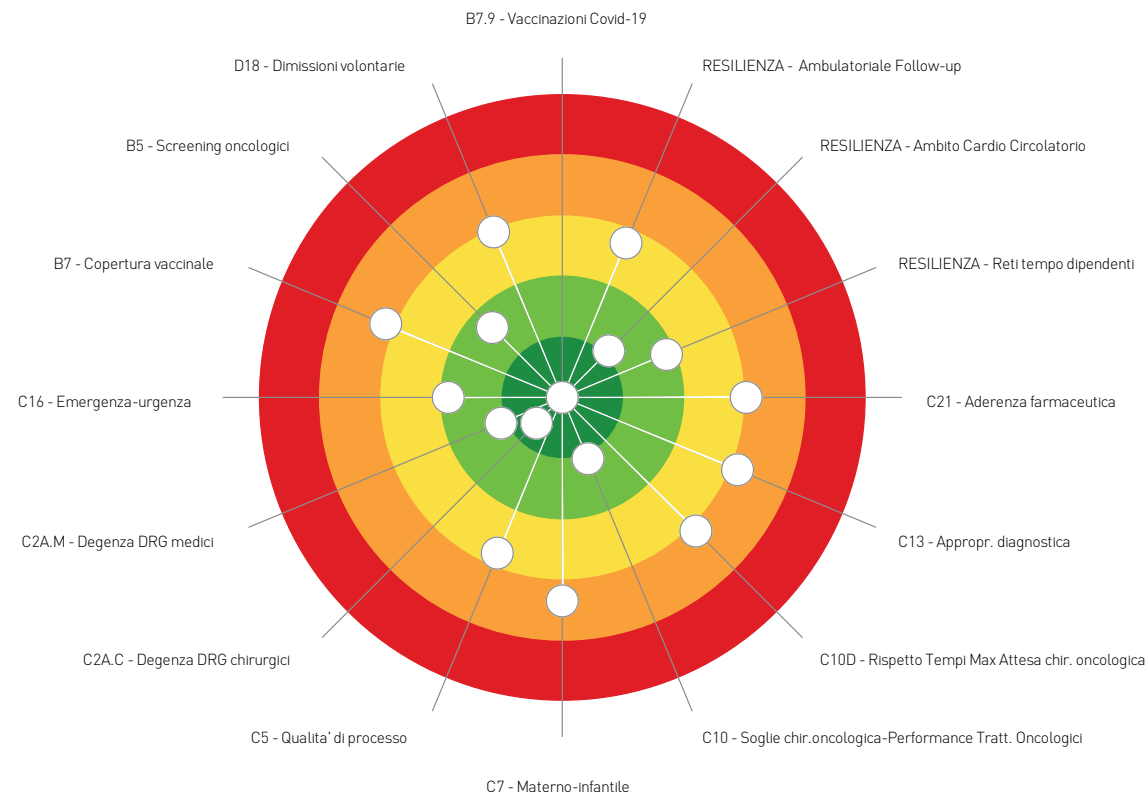
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 31

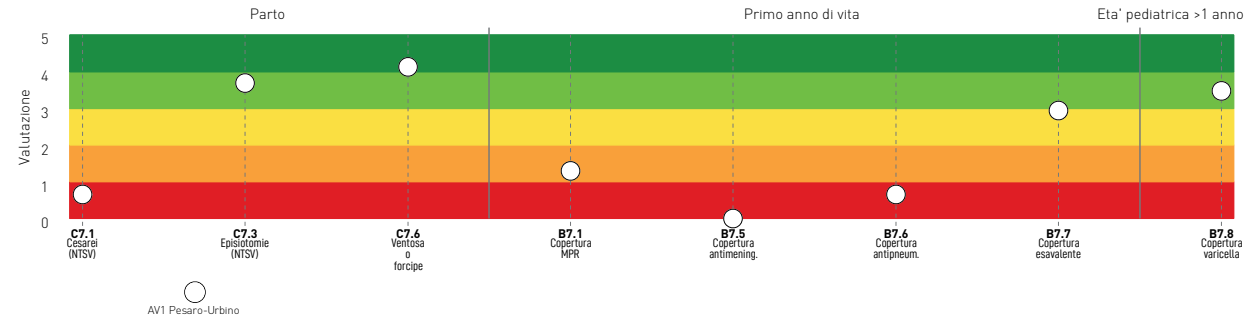


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

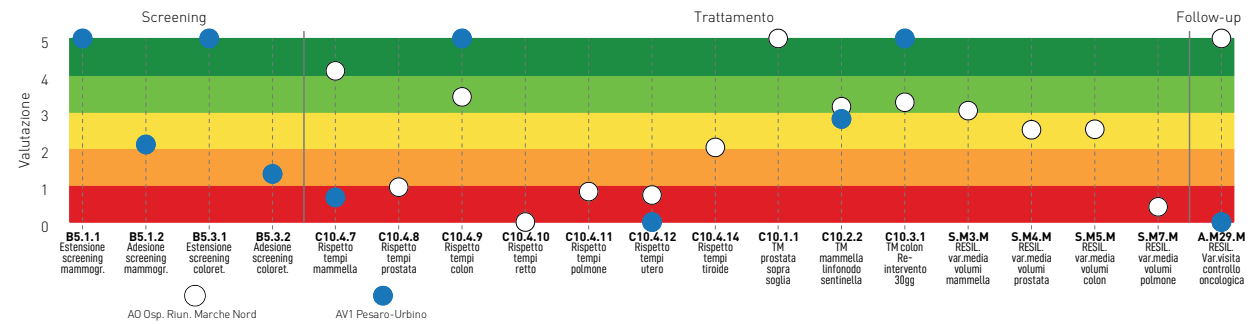
## Valutazione della Performance 2021



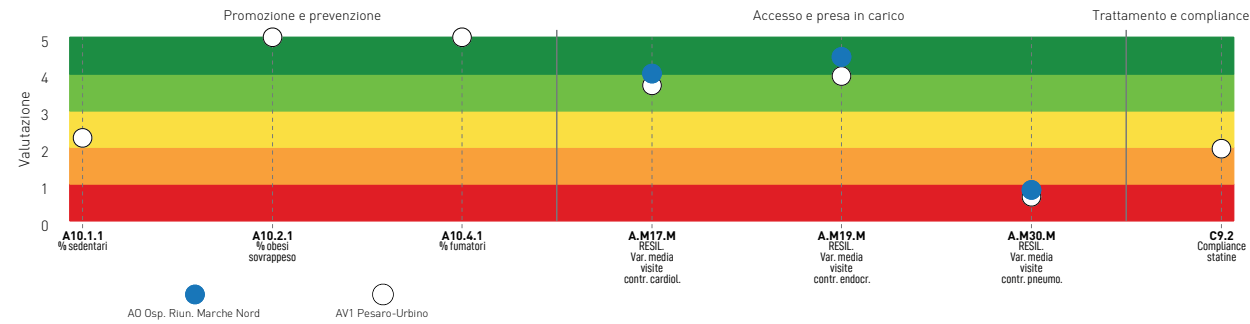
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



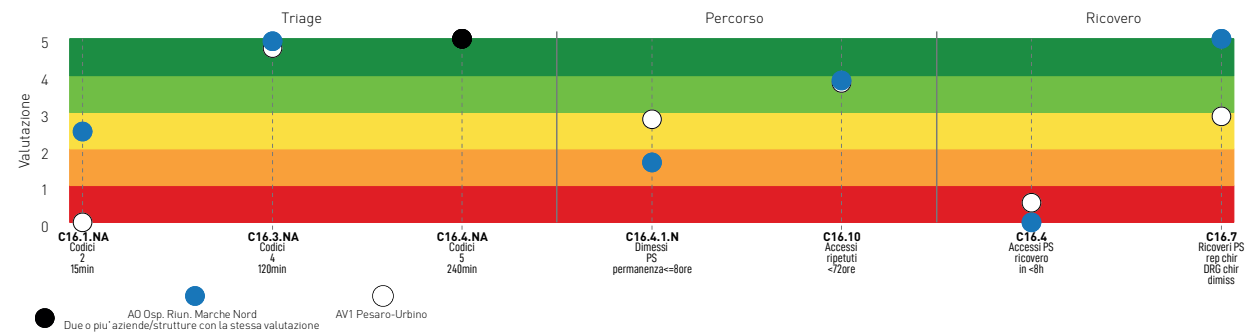
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV2 ANCONA

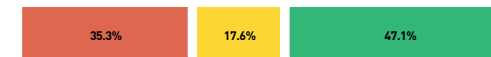
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



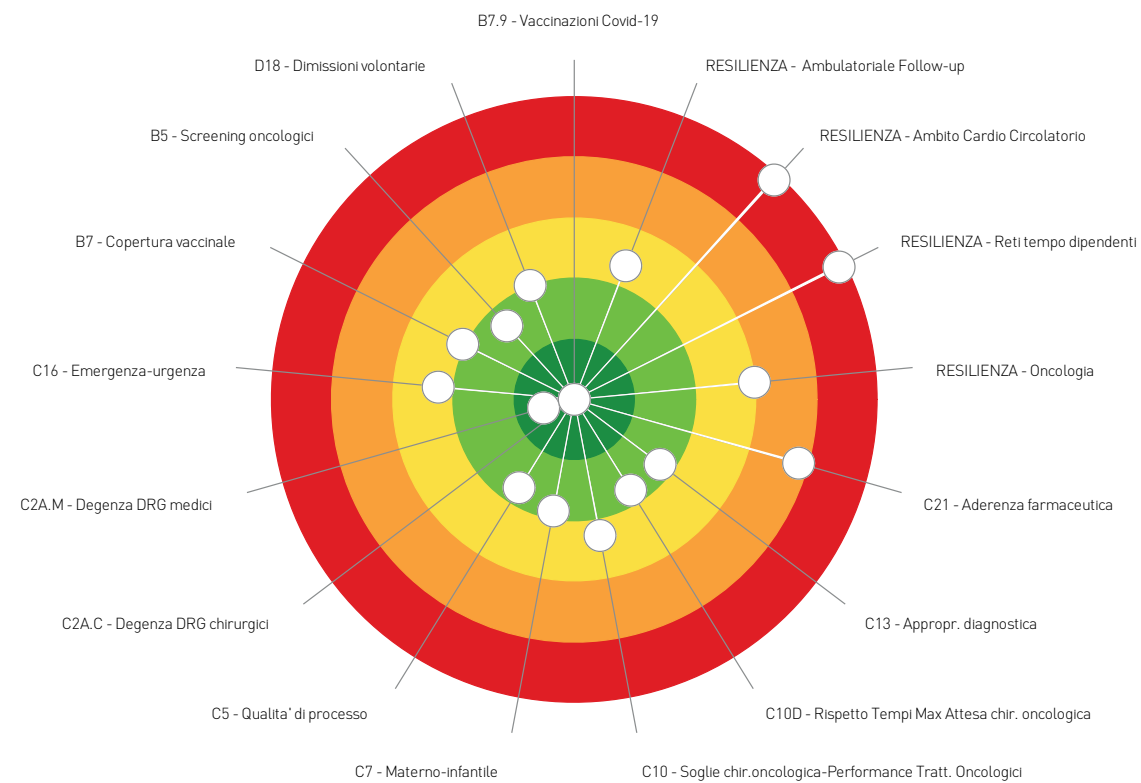
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 34

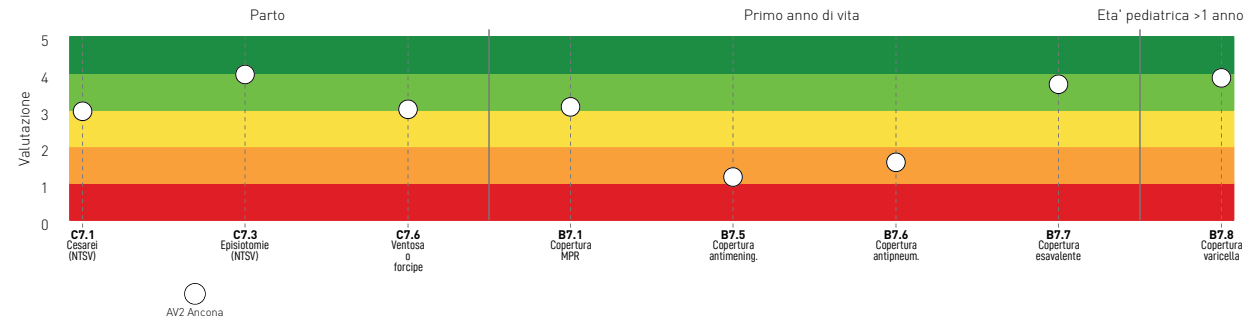


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

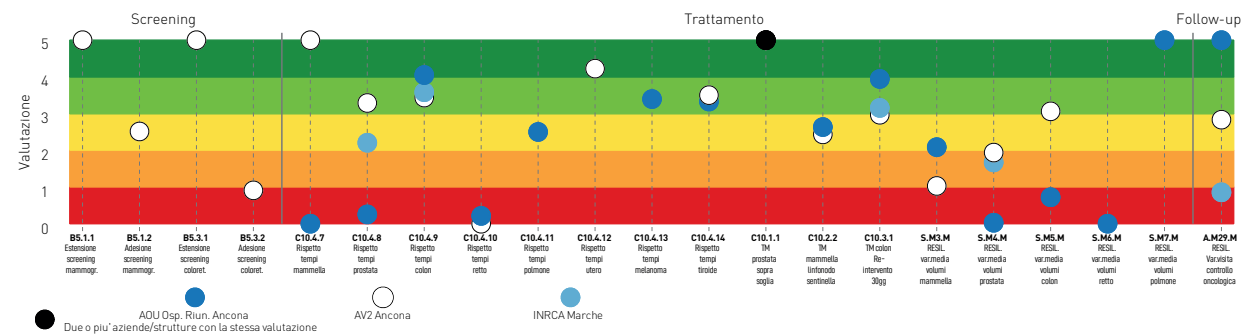
## Valutazione della Performance 2021



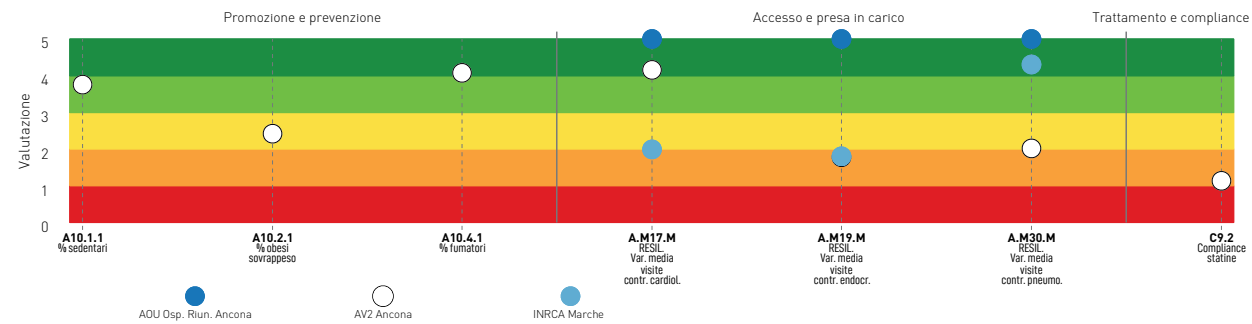
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



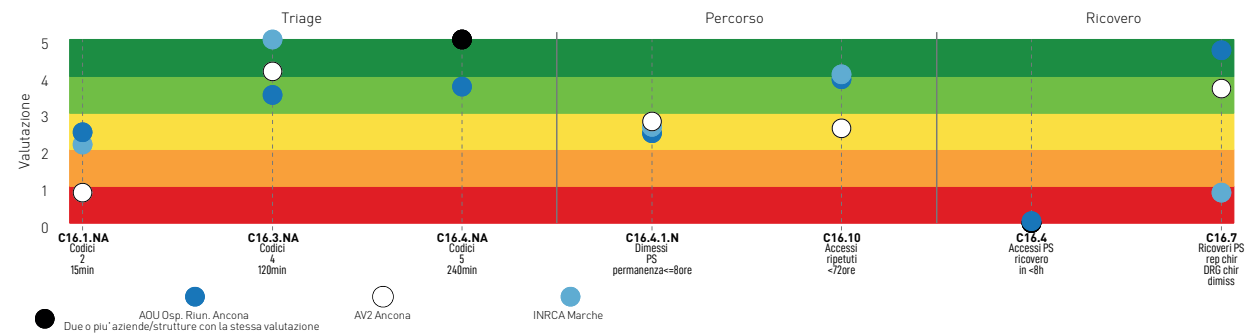
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV3 MACERATA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



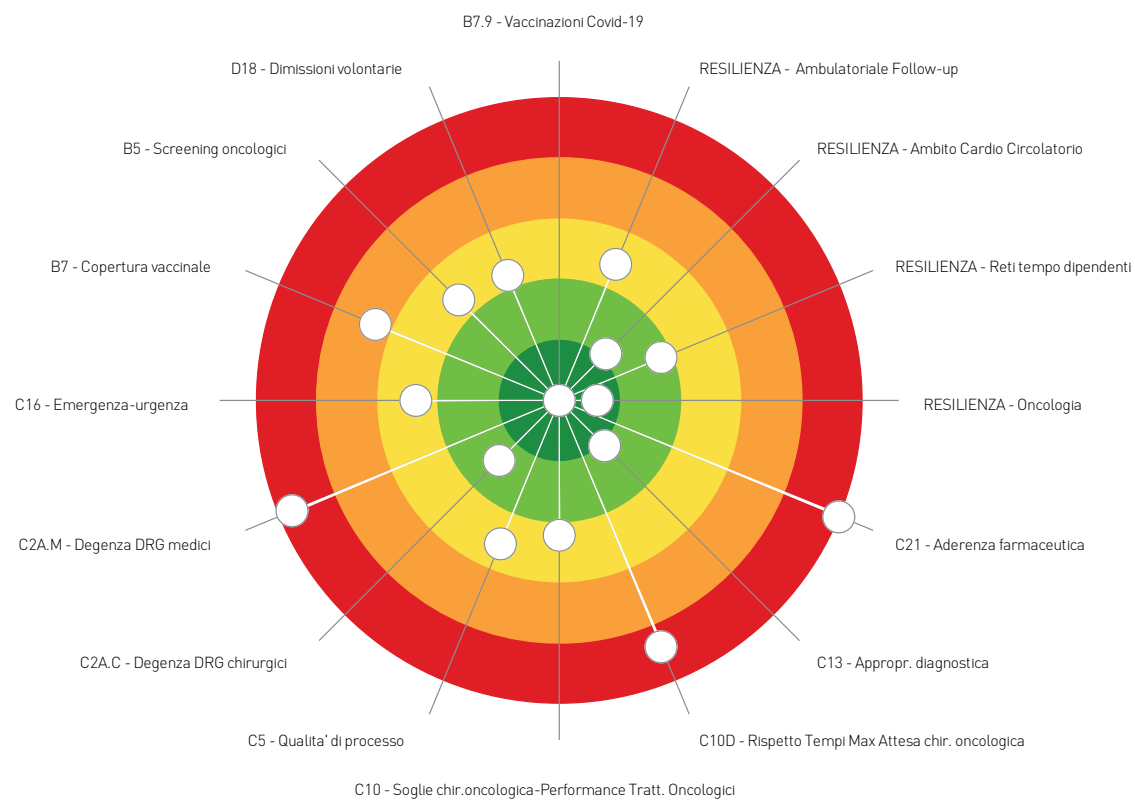
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 33

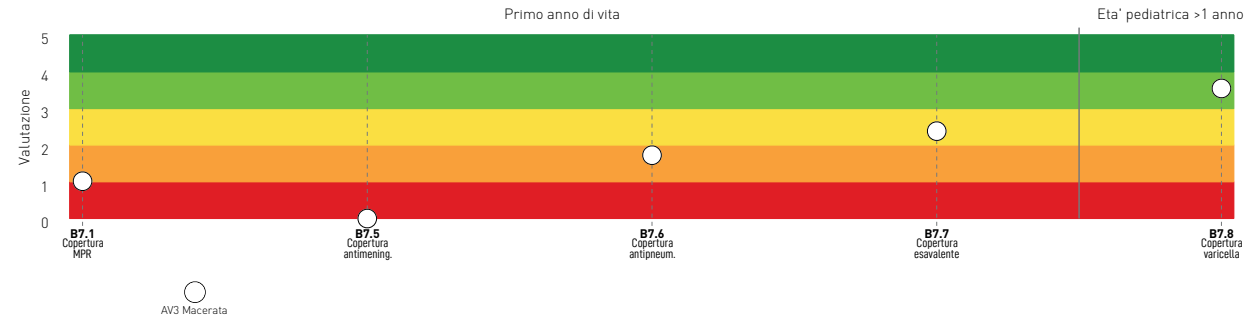


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

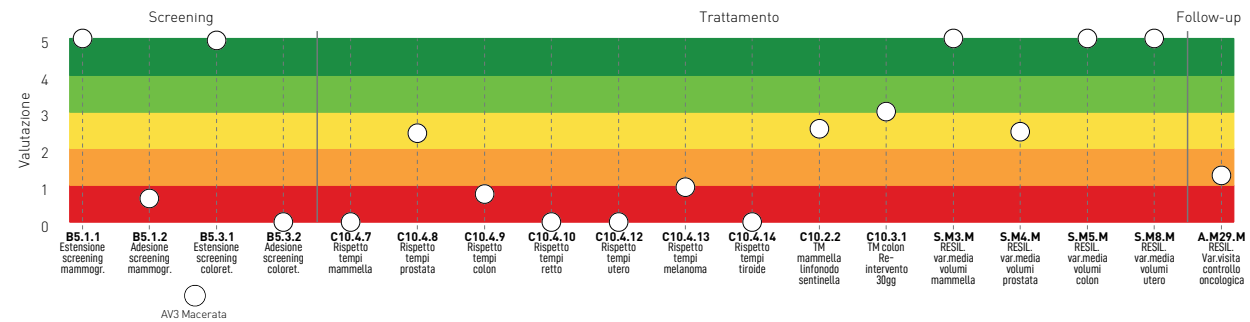
## Valutazione della Performance 2021



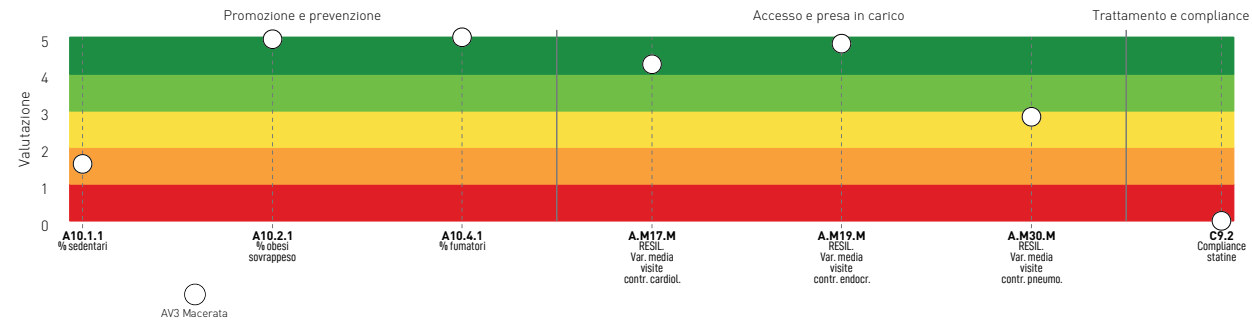
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



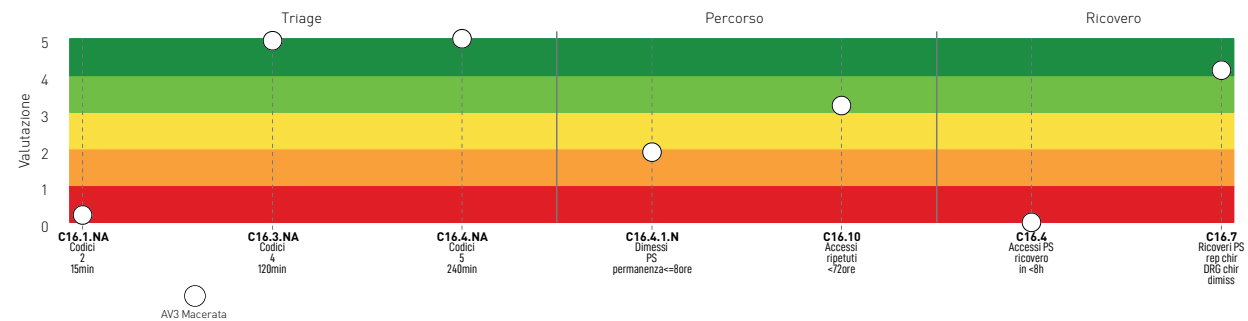
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



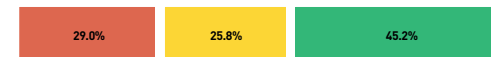
# AV4 FERMO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)

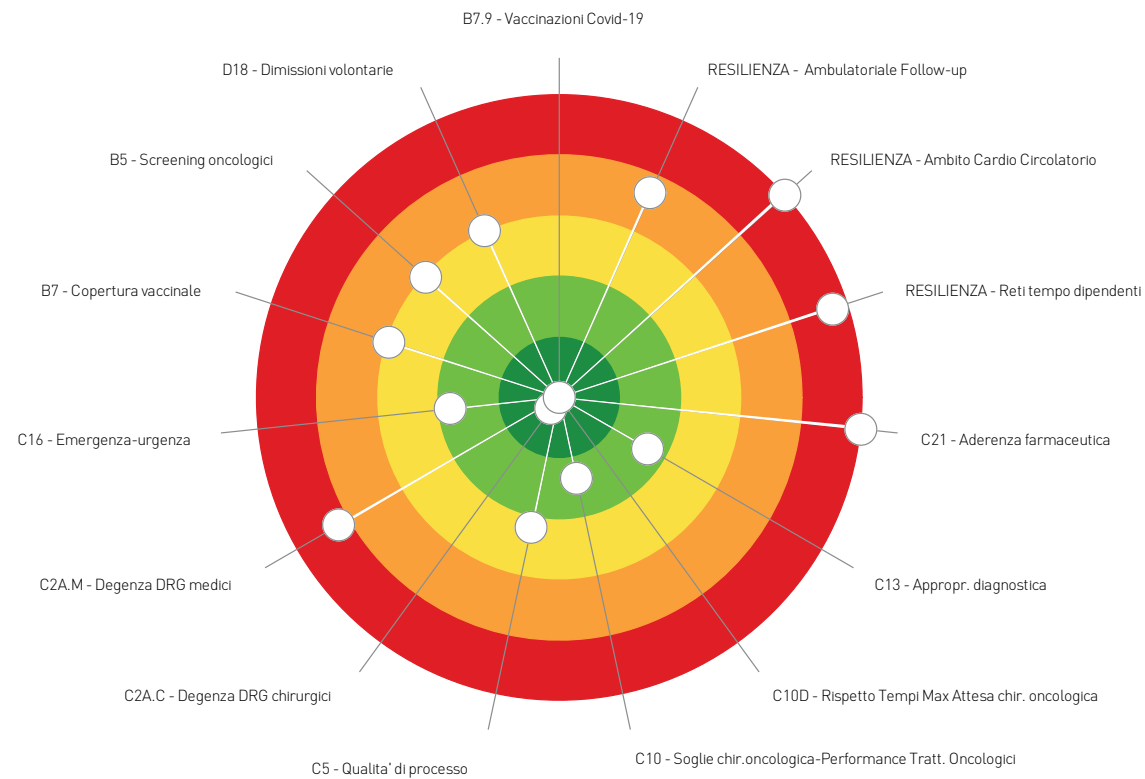
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 31



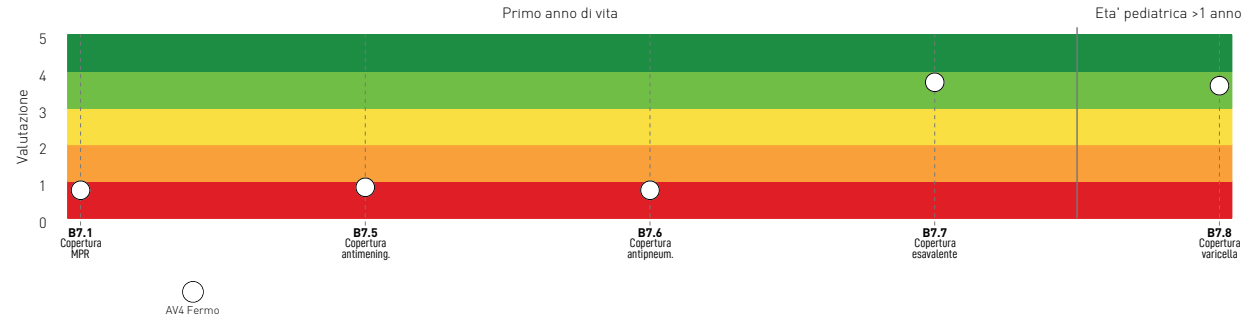
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

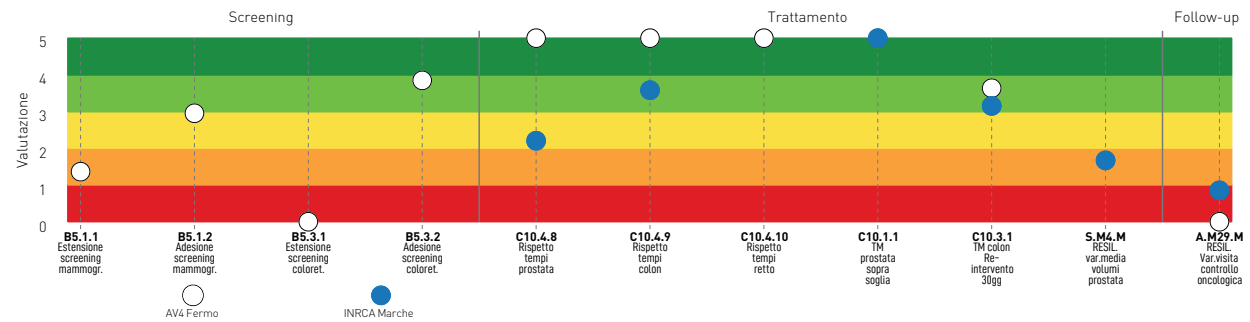




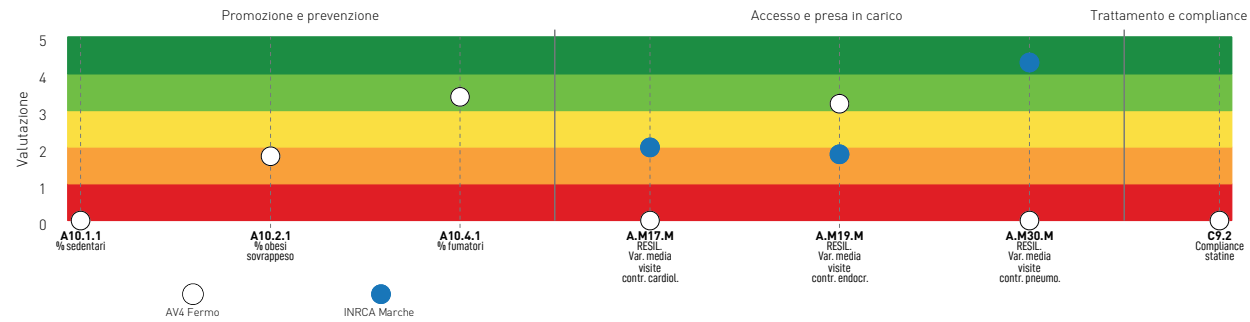
PERCORSO MATERNO INFANTILE



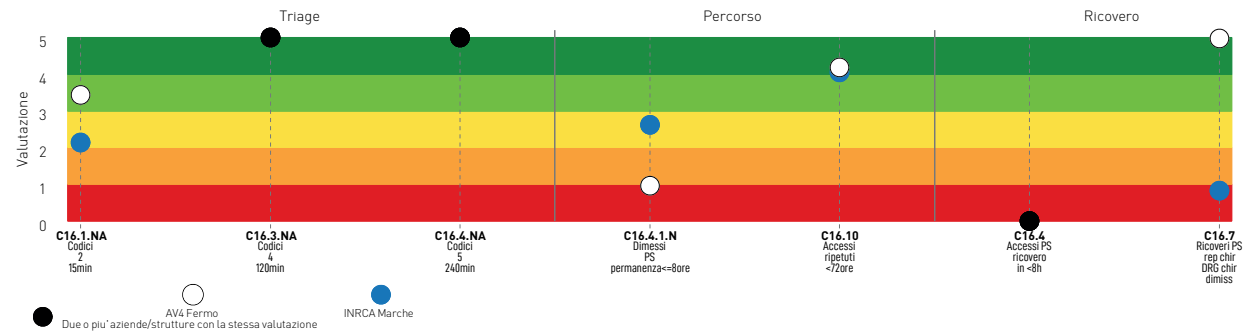
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# AV5 ASCOLI PICENO

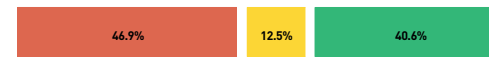
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



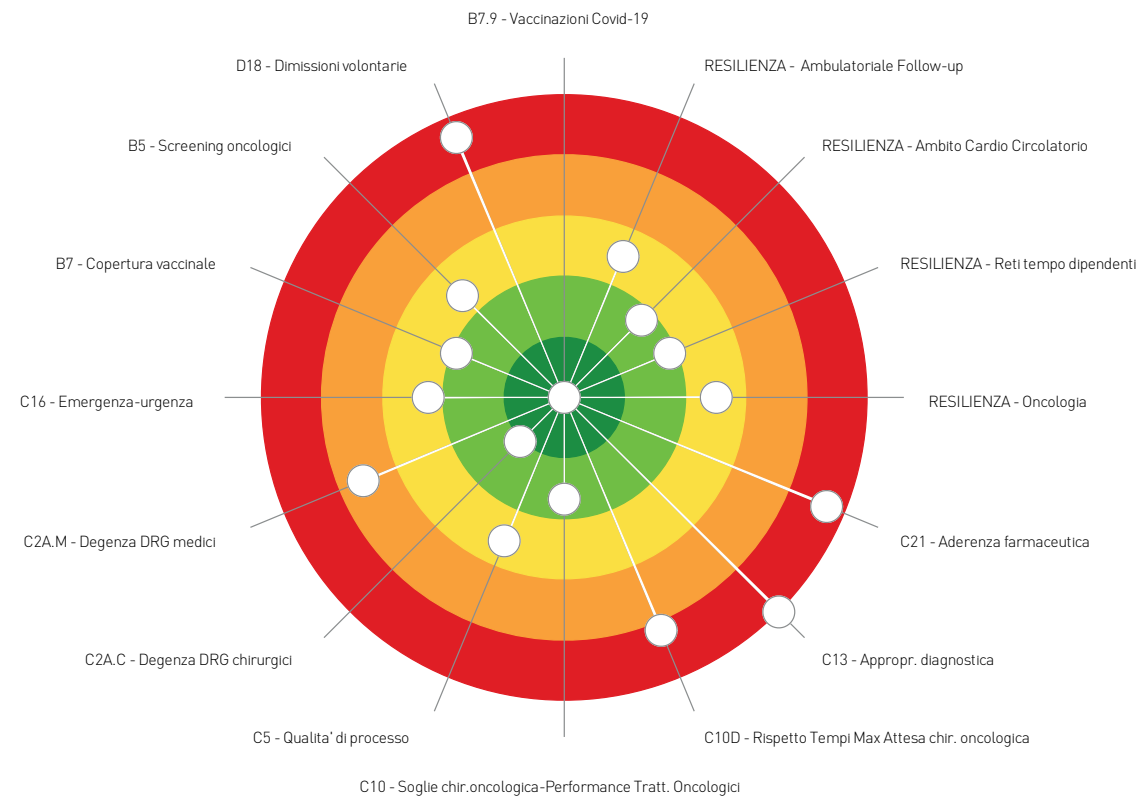
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 32

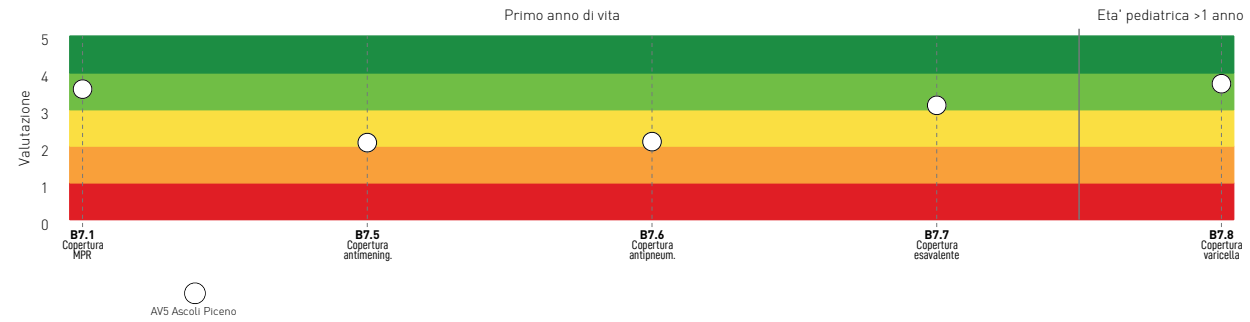


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

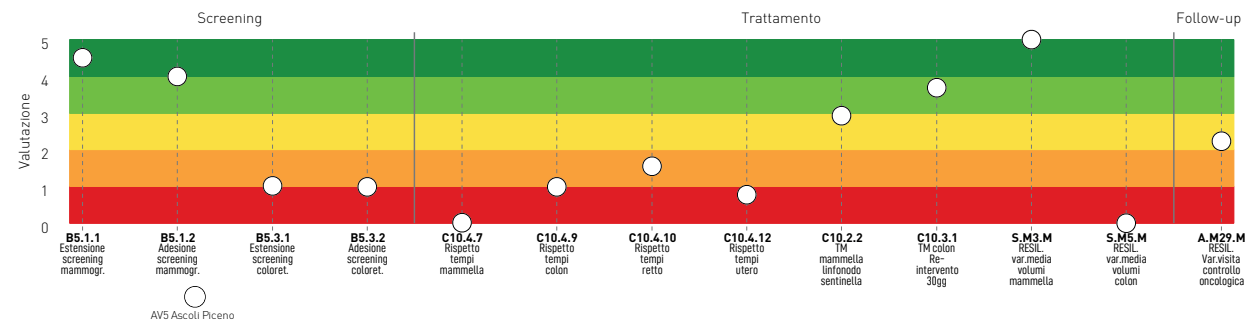
## Valutazione della Performance 2021



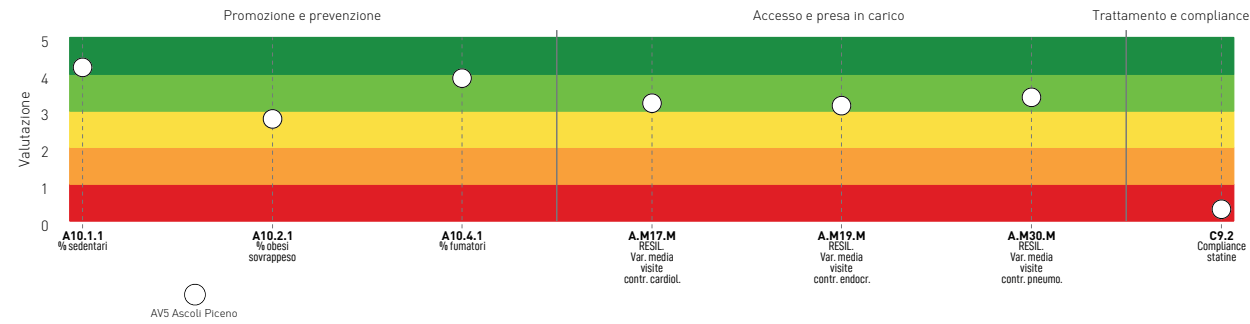
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



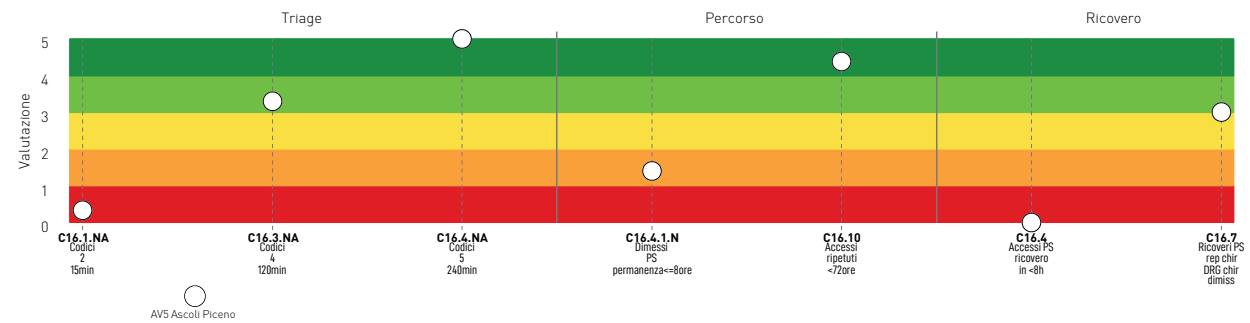
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA

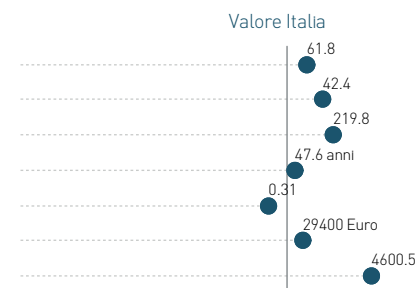


# PIEMONTE



Popolazione: 4274945 abitanti  
Densità: 169.81 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

Il Servizio Sanitario regionale garantisce a tutti servizi appropriati per la cura della salute, assicurando prestazioni e servizi nel rispetto dei tre principi fondamentali: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso, solidarietà. Il Sistema Sanitario piemontese è attualmente articolato in: 12 Aziende sanitarie locali, a cui si è aggiunta recentemente l'Azienda Zero, 3 Aziende ospedaliere universitarie, 3 Aziende sanitarie ospedaliere, 3 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, 6 istituti qualificati presidi di ASL e 42 Case di cura private.

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PIEMONTE

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessita contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Regione Piemonte per il secondo anno consecutivo aderisce al Network e, misurando le performance del sistema sanitario regionale a confronto con quelle delle altre regioni, mantiene alta l'attenzione sui risultati raggiunti sebbene con un numero limitato di indicatori calcolati. Infatti, alla luce degli indicatori disponibili, la Regione Piemonte mostra una performance media; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 44% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 19% resta stabile mentre il 37% peggiora.

La valutazione rispetto alla capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico è contrassegnata da un'ottima capacità sul fronte dei farmaci territoriali con un rebound nel consumo di farmaci territoriali antidiabetici e ad azione sul sistema renina-angiotensina, a indicare una buona presa in carico di alcune classi di pazienti. In merito agli interventi non differibili, si registra una buona tenuta dei volumi degli interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A), in particolare continuano ad essere superiore rispetto al 2019 gli interventi per tumore al polmone (+5.7%), e superano i valori del 2019 anche gli interventi per melanoma (+14.8%) e all'utero (+2.6%). Significativa anche la ripresa degli interventi per tumore alla mammella e colon, che tuttavia non raggiungo ancora i dati del 2019. Rimangono sensibilmente inferiori ai dati del 2019 gli interventi elettivi per bypass aortocoronarici (-18.9%) e i volumi dei ricoveri per ictus ischemico (-20.2%).

Per quanto riguarda i volumi delle visite di controllo il trend è complessivamente sotto la media del Network, con piccole riprese in alcuni ambiti (visita neurologica e ortopedica), tuttavia permane un gap nel recupero delle visite di otorinolaringoiatrica (-40.7%).

Le strutture ospedaliere regionali hanno registrato un buon risultato nella qualità dei processi, in particolare migliora di sei punti percentuali la proporzione di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno, che raggiunge il 50%; rimane stabile la percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (71.9%) così come quella da ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (72.5%). Migliora la performance dell'emergenza-urgenza, grazie ad un calo nella percentuale di accessi ripetuti al Pronto Soccorso entro 72 ore (9.6% nel 2020 contro 8.6% del 2021) e alla proporzione di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, sebbene il valore di 59.1% rimane tra i più bassi del Network. Da attenzionare il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi di chirurgia oncologica (classe di priorità A).

Sul versante della governance farmaceutica, la Regione Piemonte mostra complessivamente una buona performance in termini di appropriatezza, con un basso consumo sul territorio di antidepressivi (12.8%) e antibiotici (3.4%) - entrambi valori più bassi del Network, e valori superiori alla media nel consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori. Sull'appropriatezza prescrittiva, il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate è critico per quanto riguarda la percentuale di pazienti che ripetono le RM

colonna entro 12 mesi (8.9%); un dato allineato alla media del Network invece se si considera il tasso di prestazioni RM muscoloscheletriche per i pazienti over 65 anni (23.9%).

Un'eredità della pandemia è sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.101 euro pro-capite nel 2020 a 2.213 nel 2021, andamento condiviso con le altre regioni.

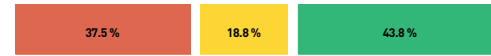
Luci e ombre per quanto riguarda la gestione del percorso oncologico. Peggiora il rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici, già nodo critico nel 2020, con alcune procedure da attenzionare: mammella e tiroide in particolare. La variazione media dei volumi per visita di controllo oncologica è nella media (-9.3%). Leggermente inferiori alla media i risultati sul fine vita.

I pochi indicatori disponibili sul percorso cronicità permettono una valutazione parziale, soprattutto in assenza dei dati sull'assistenza domiciliare. Sono comunque positivi i risultati per la fase di trattamento e compliance, più debole la capacità di presa in carico misurata come variazione media rispetto al 2019 nel numero di visite di follow up cardiologica, endocrinologica e pneumologica.

Infine, la gestione del percorso emergenza-urgenza registra dei miglioramenti - come già evidenziato, seppure rimanga critica la proporzione di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore.

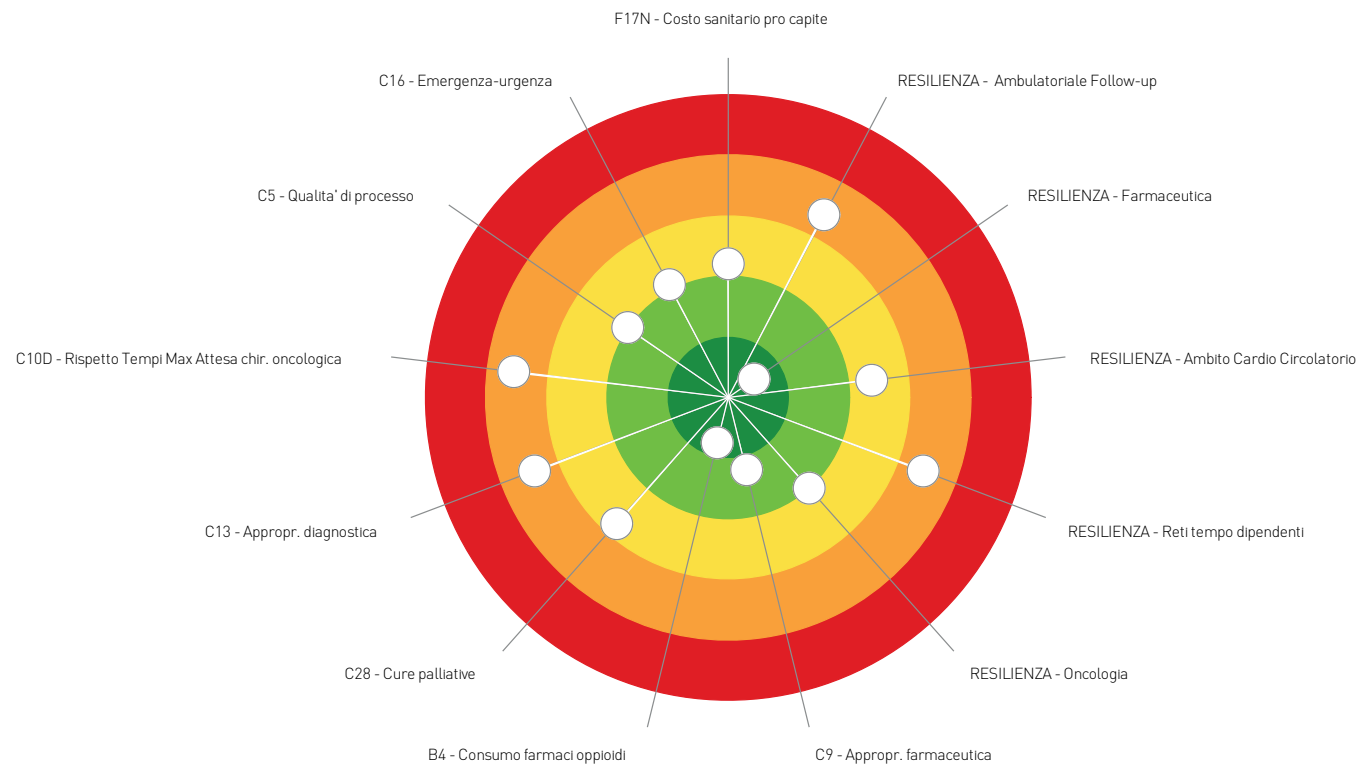
### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 16

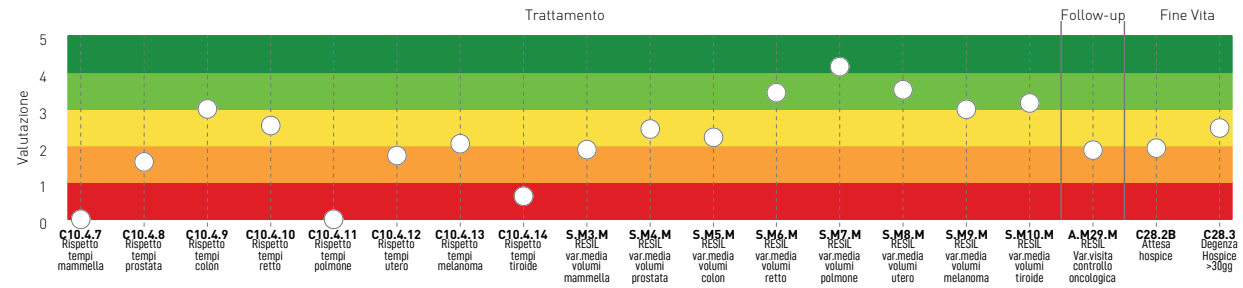


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

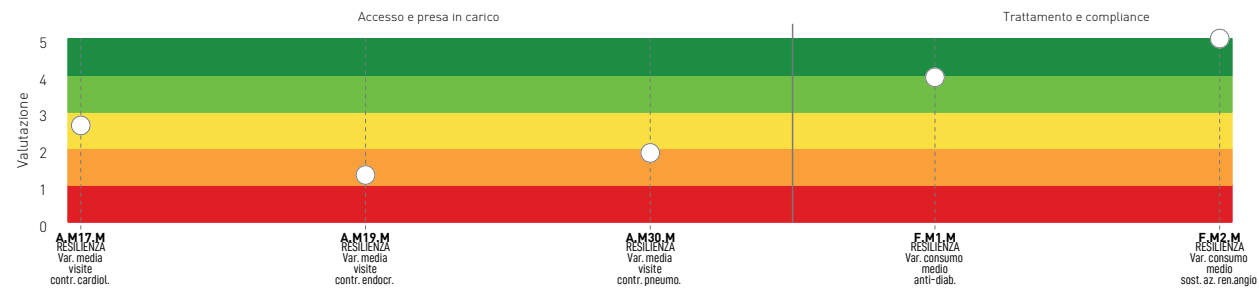
### Valutazione della performance 2021



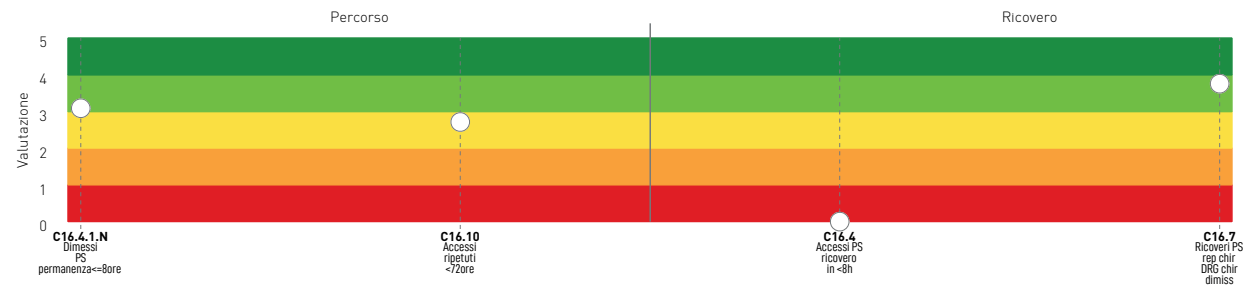
## PERCORSO ONCOLOGICO

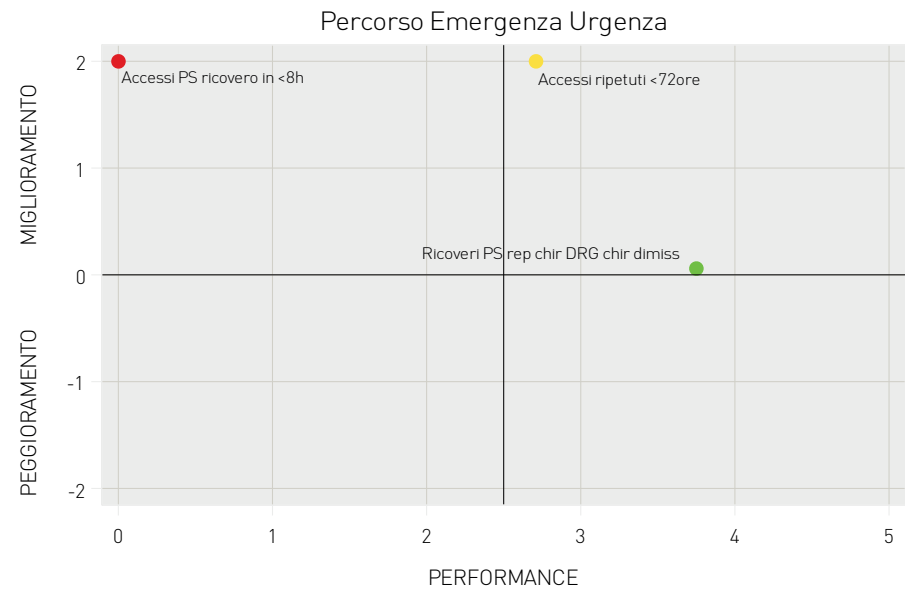
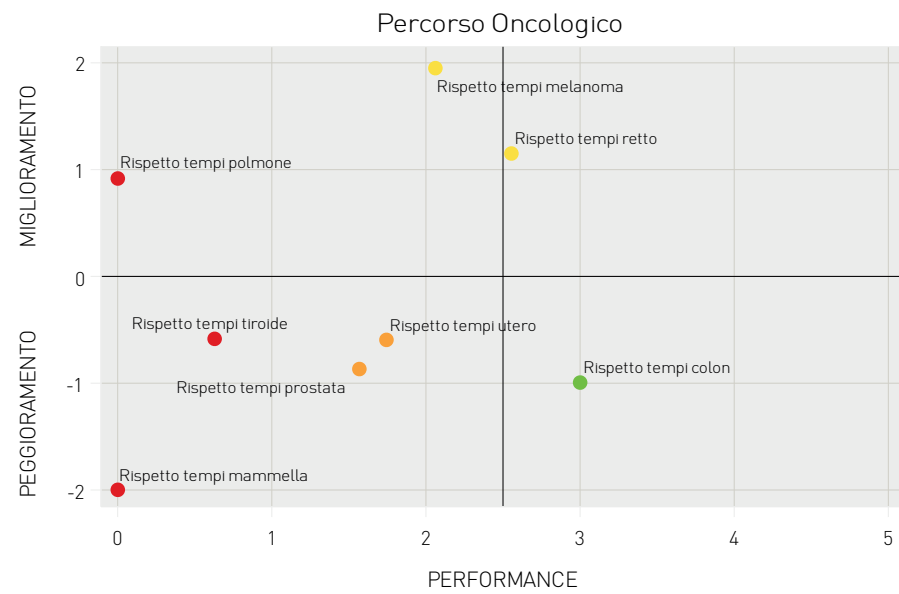


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



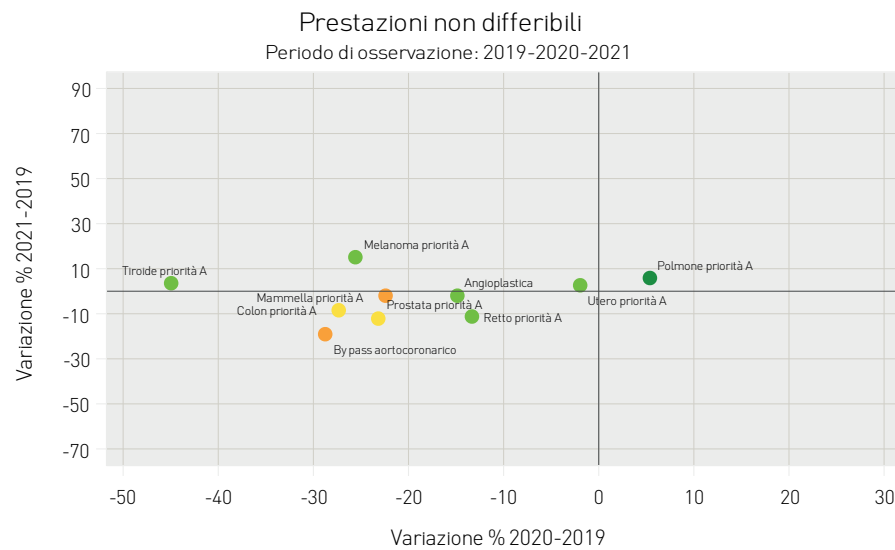




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE PIEMONTE



# ASL CITTÀ DI TORINO

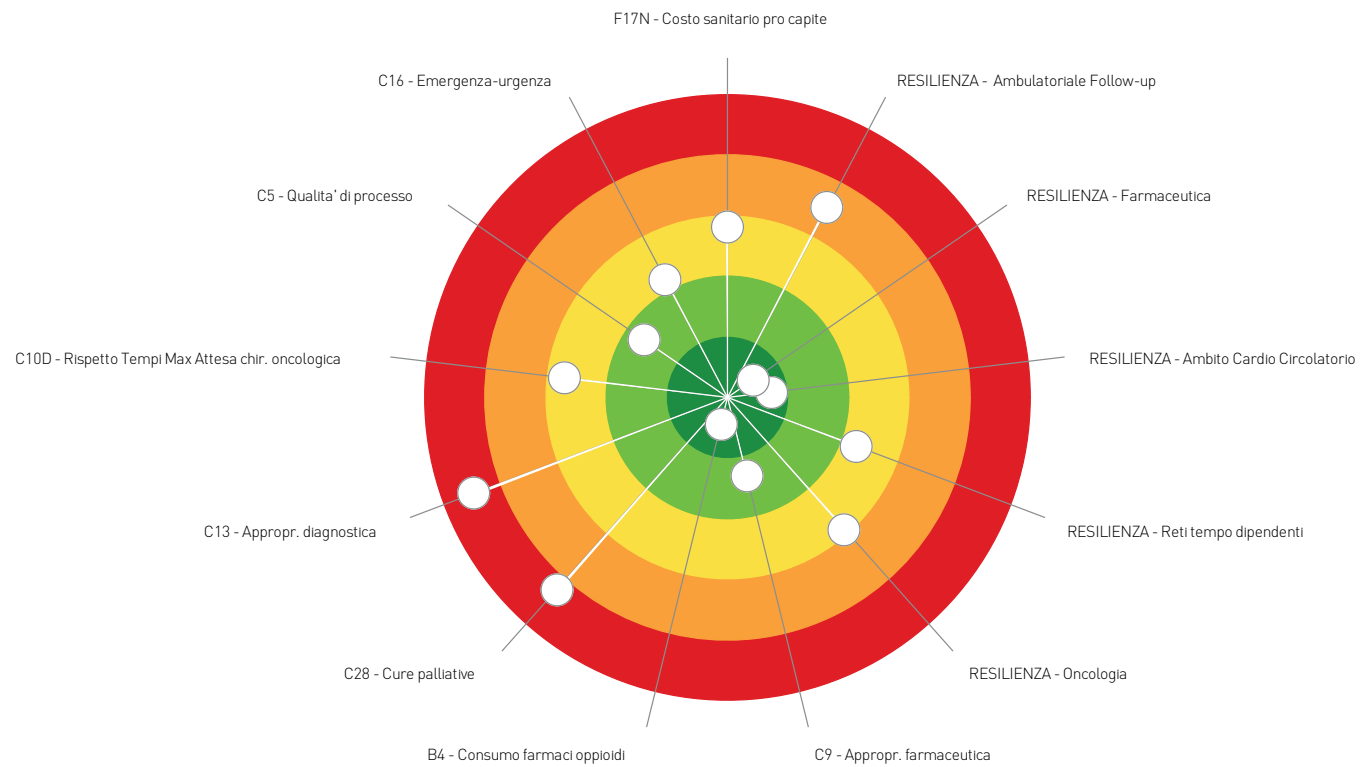
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 16



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

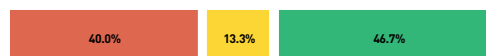
## Valutazione della Performance 2021



# ASL TORINO 4

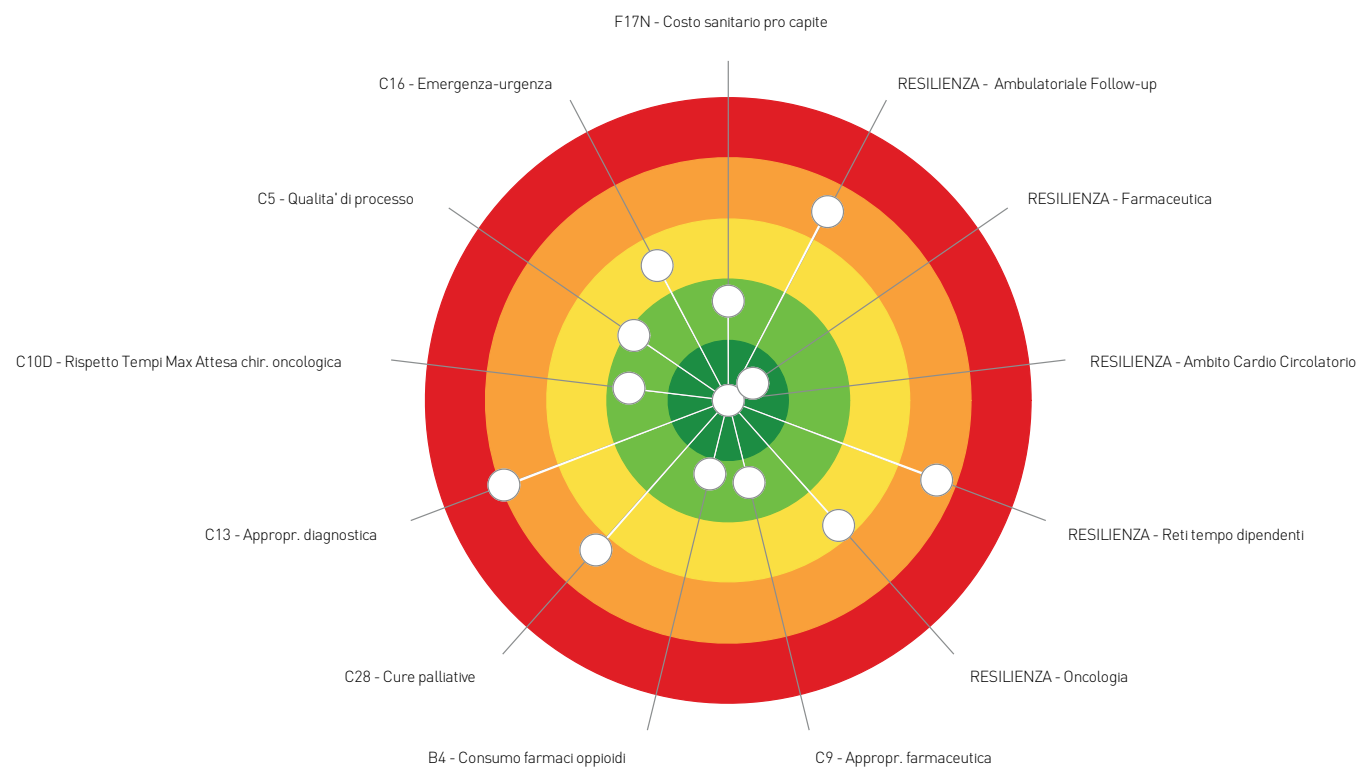
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 15



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASL TORINO 5

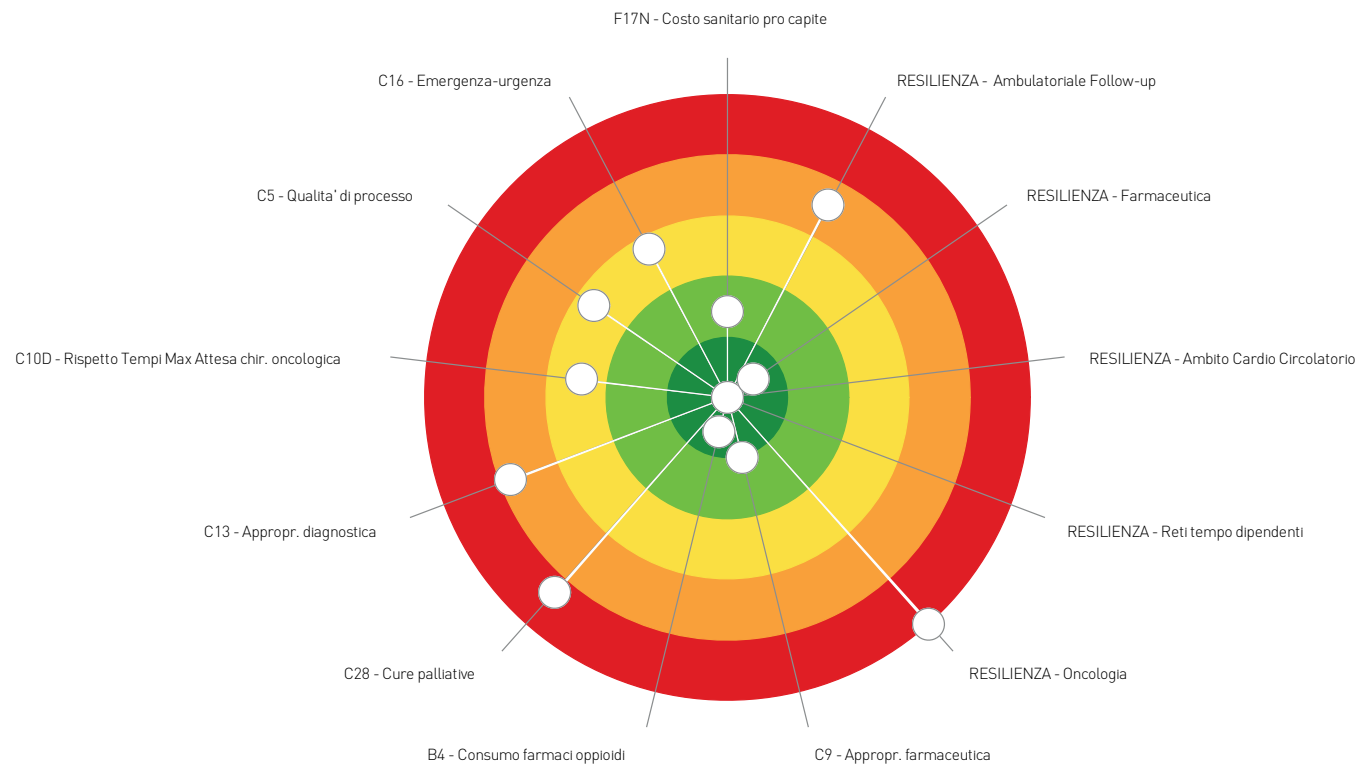
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 14



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



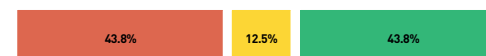
# AO CITTÀ SALUTE E SCIENZA TORINO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



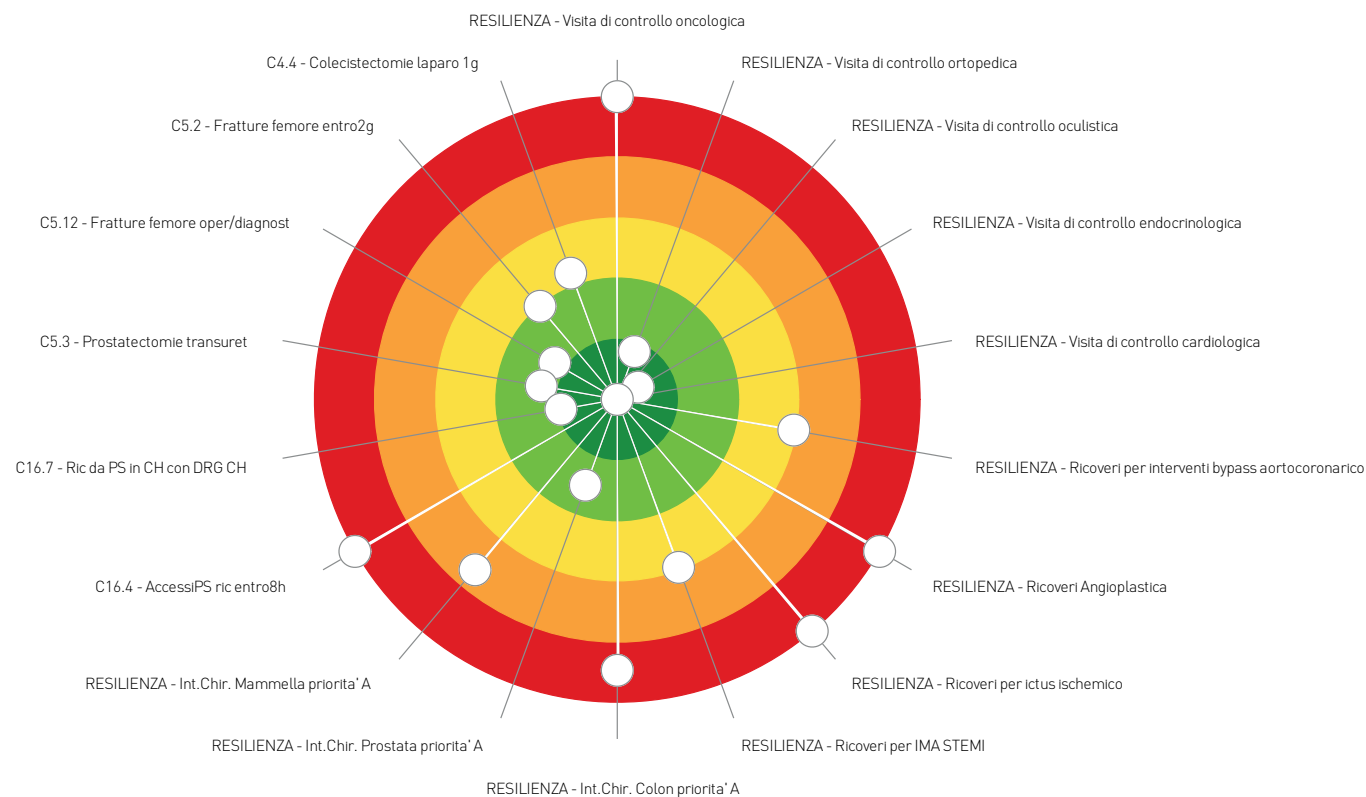
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 16



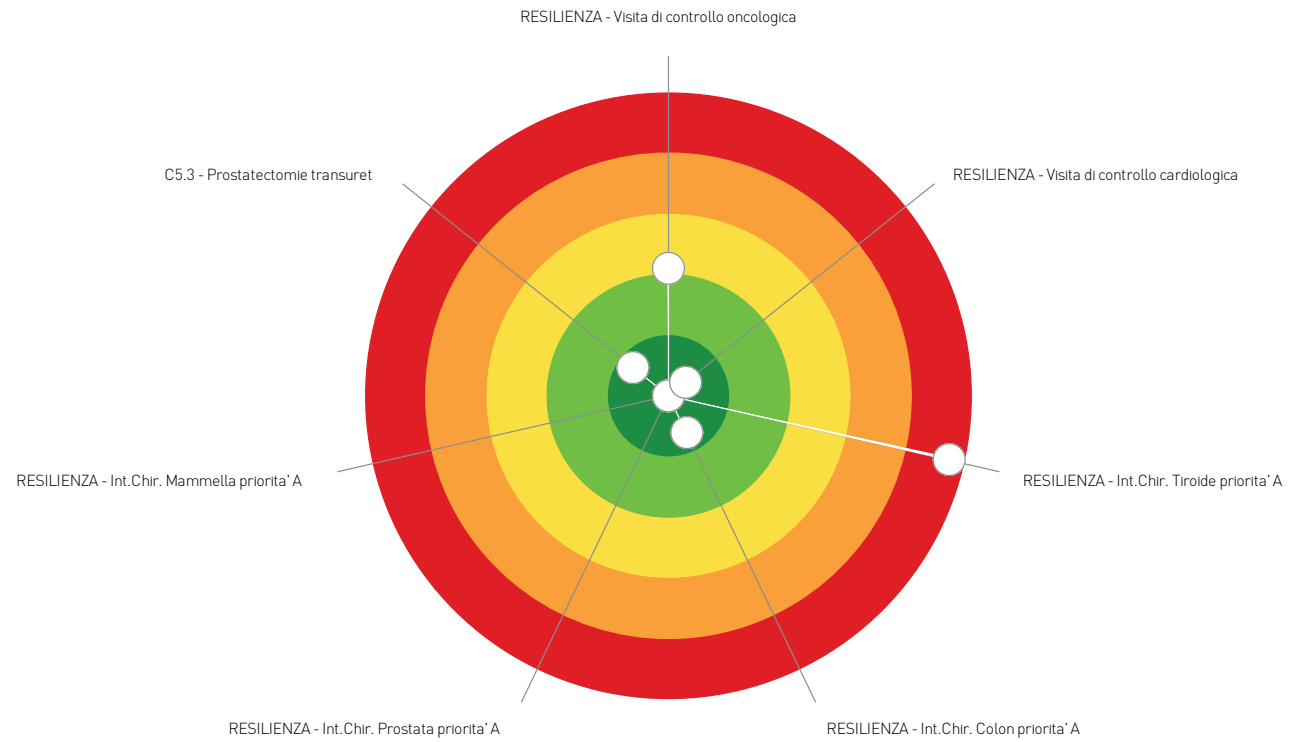
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



## FOND. DEL PIEMONTE PER ONCOLOGIA

### Valutazione della Performance 2021



# HUMANITAS GRADENIGO - PRESIDIO SANITARIO

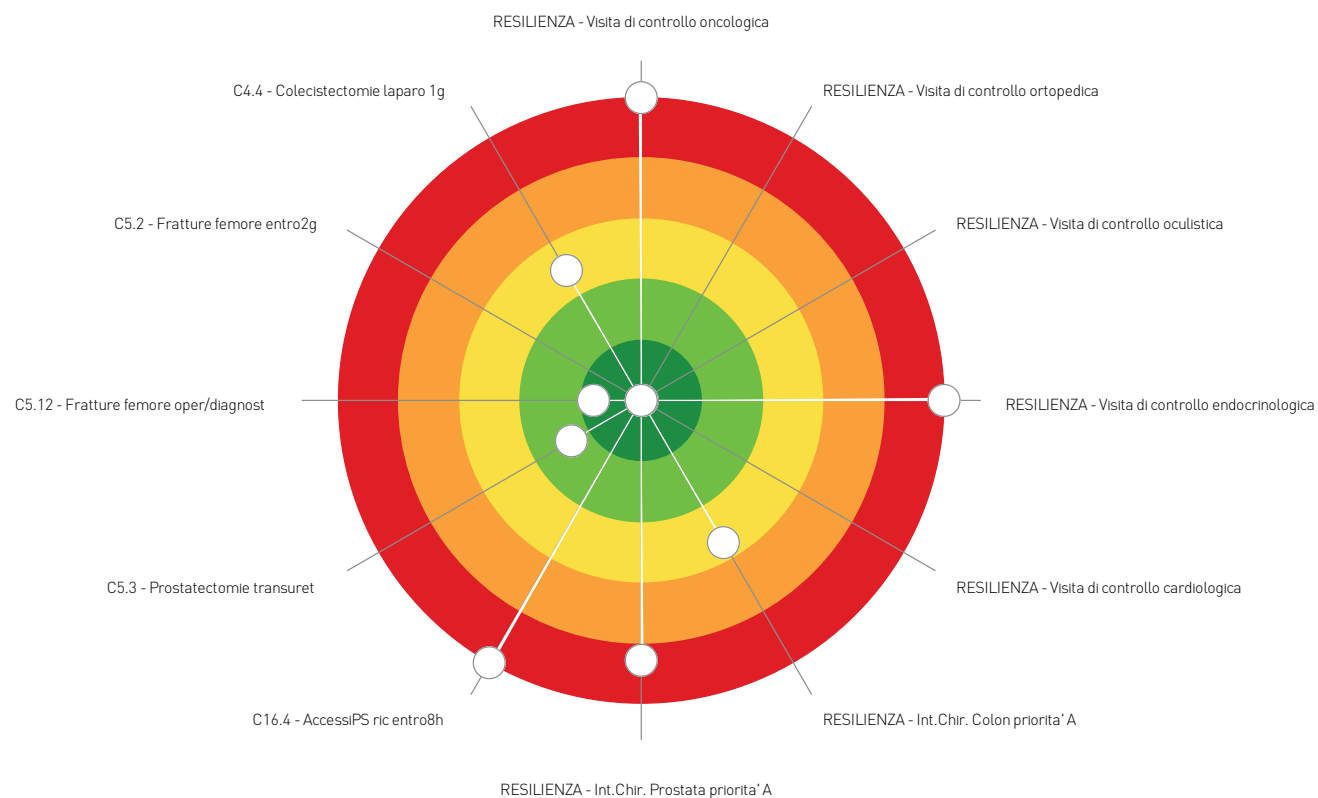
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 11



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

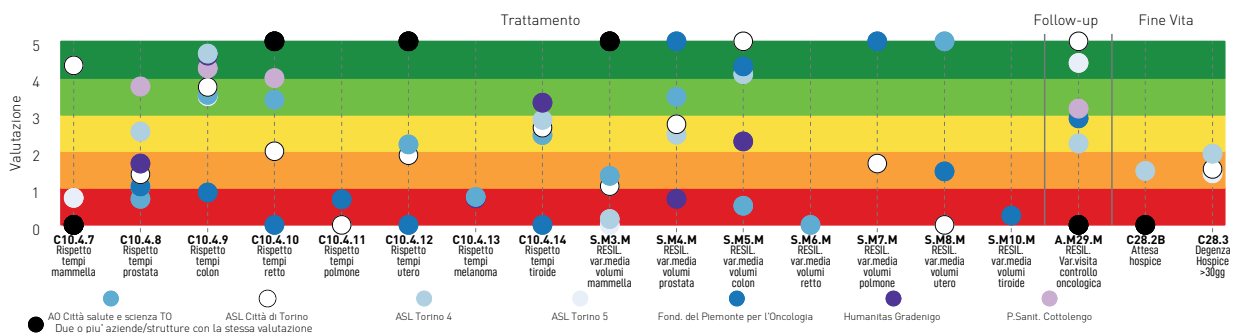




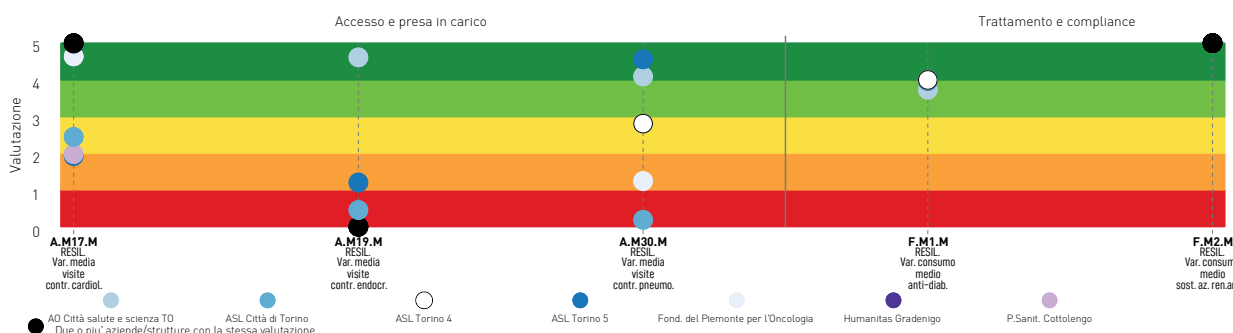
## PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO

### Valutazione della Performance 2021

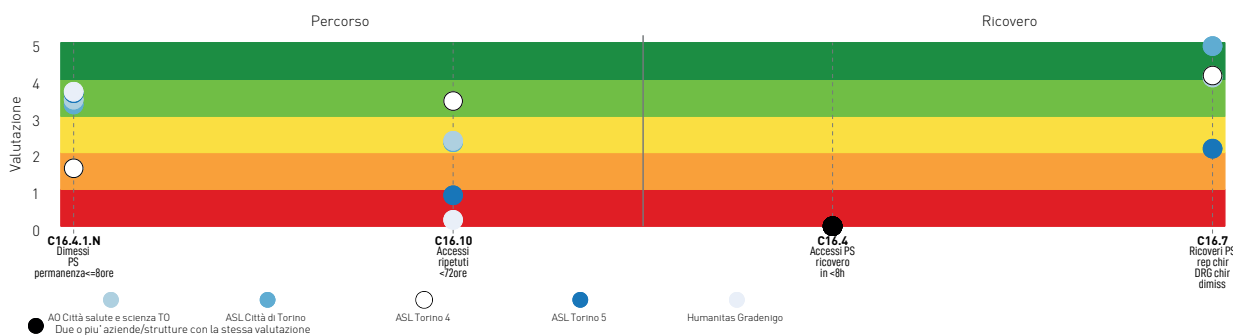




PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



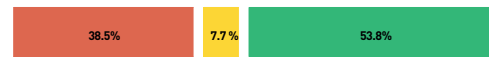
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

PIEMONTE

# ASL TORINO 3

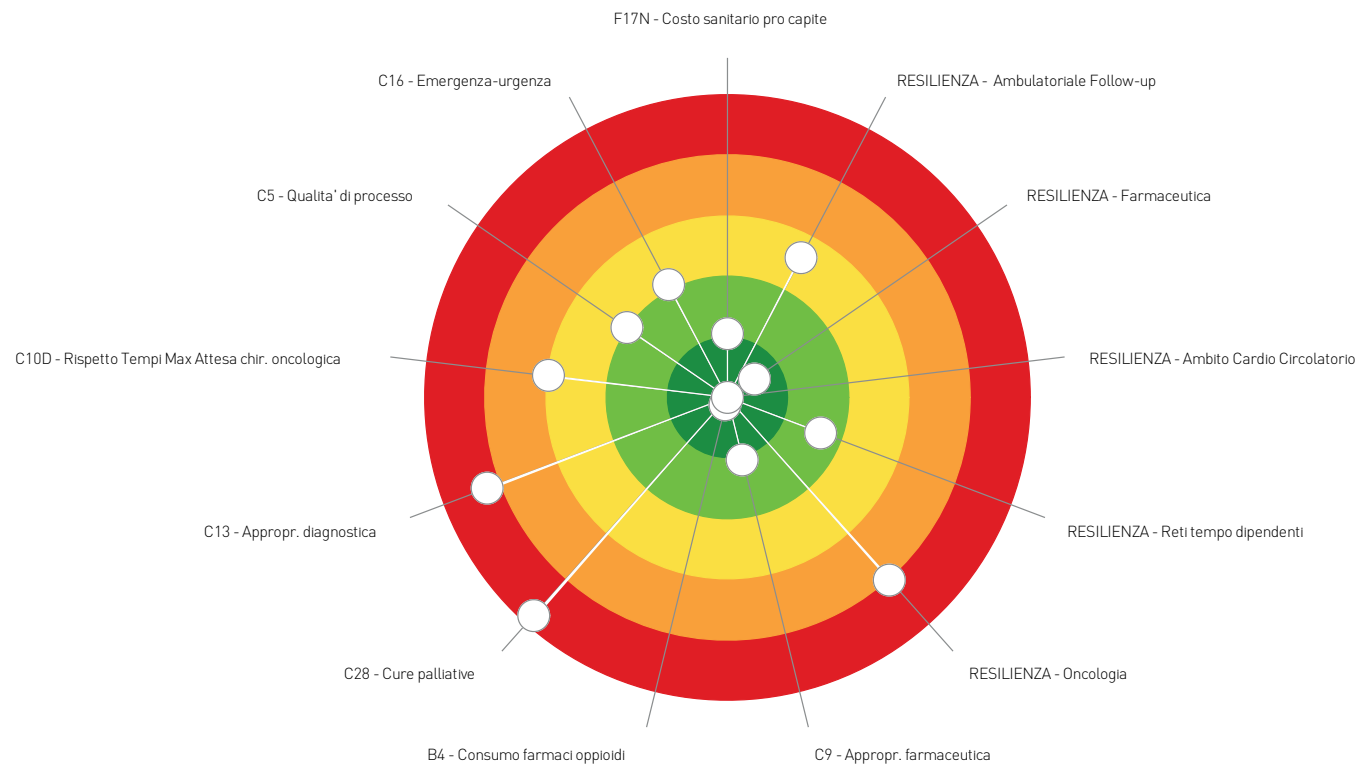
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 13



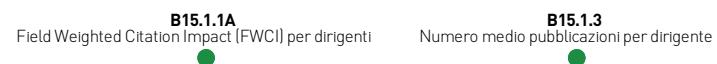
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



## AO S. LUIGI

### Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



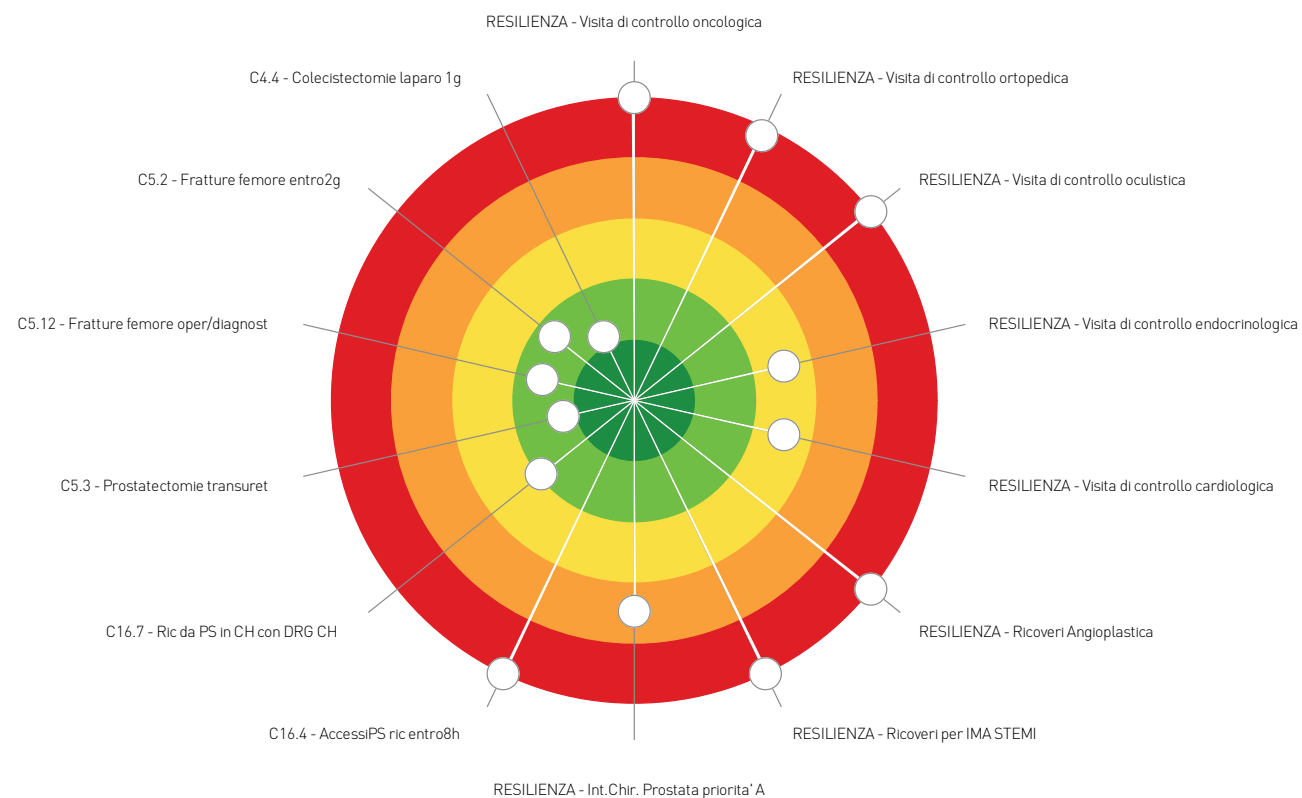
### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 12



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della Performance 2021



# AO MAURIZIANO

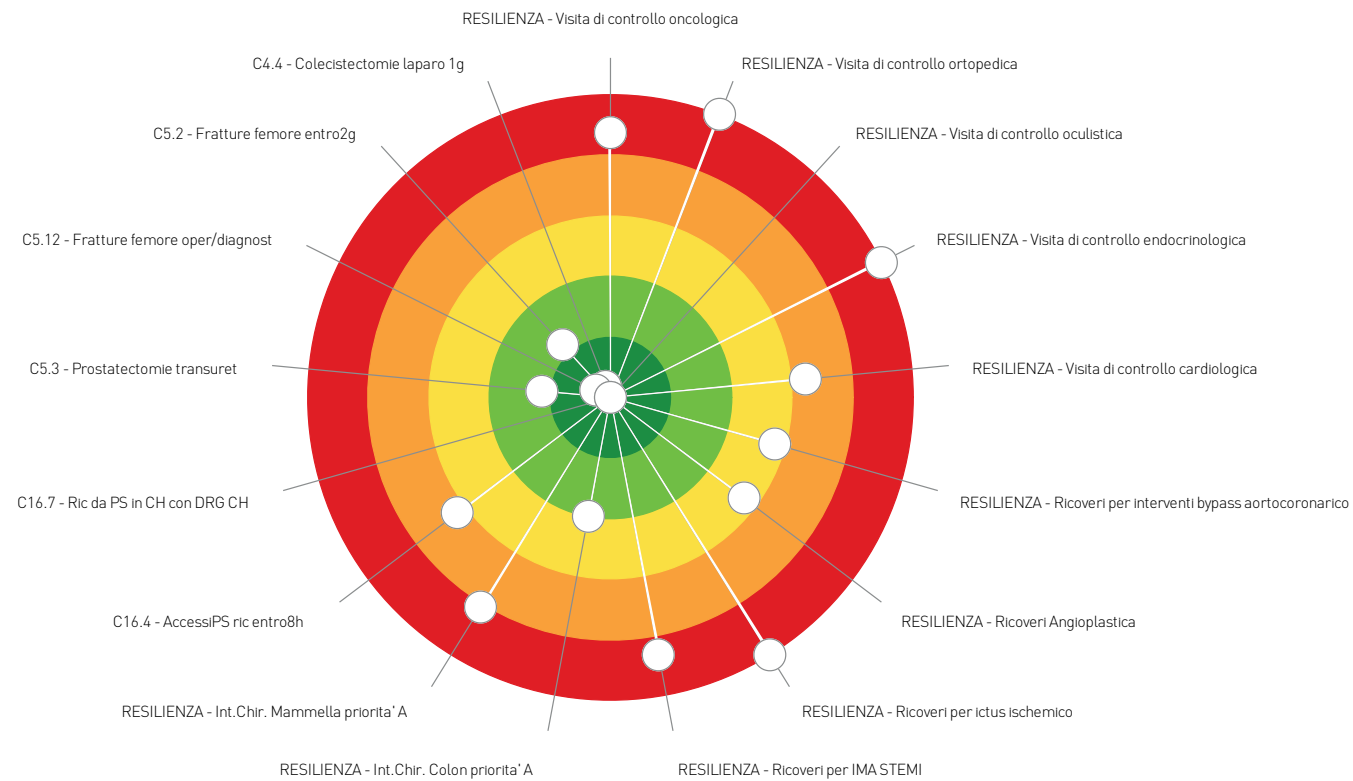
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

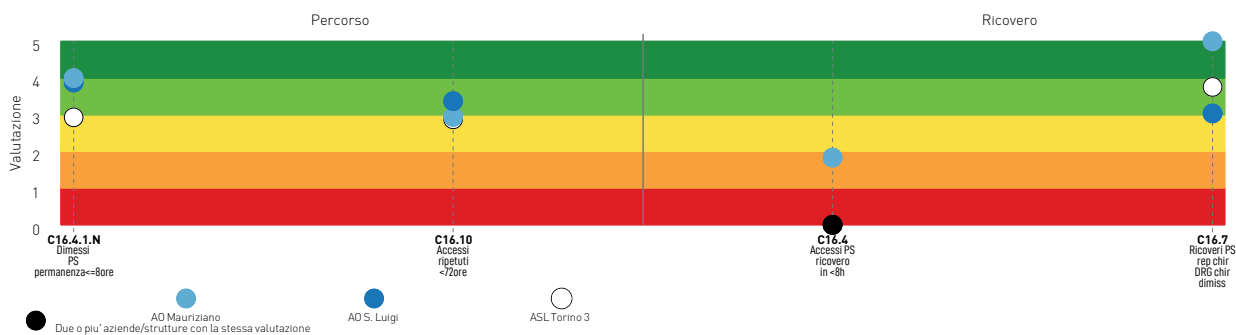
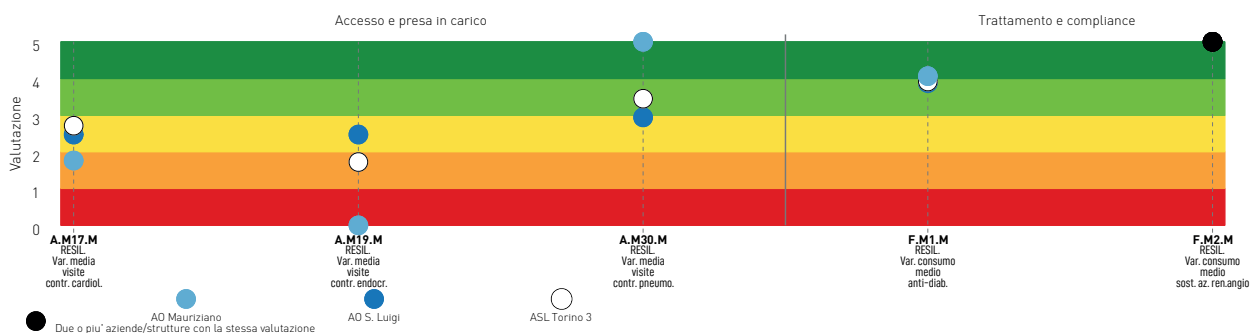
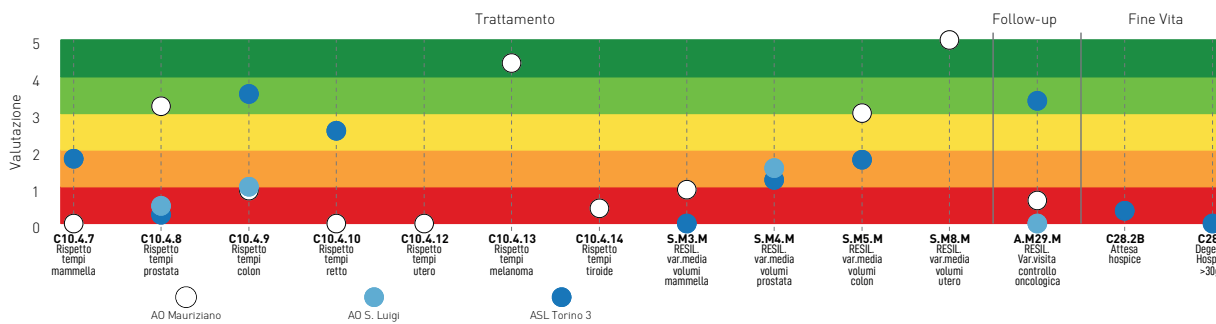
Numero indicatori di valutazione: 13



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





# ASL CUNEO 1

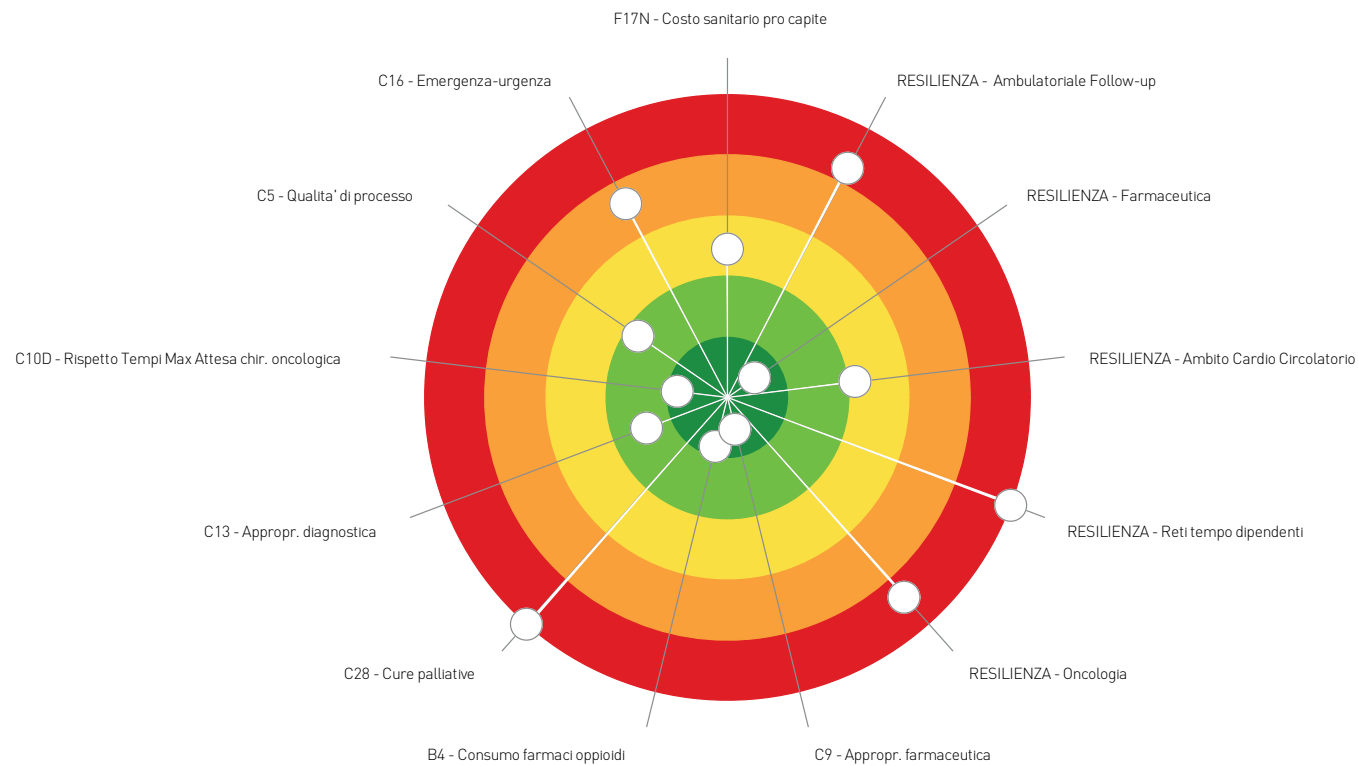
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 14



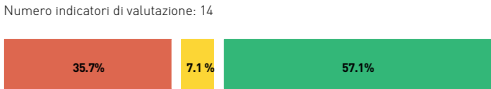
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



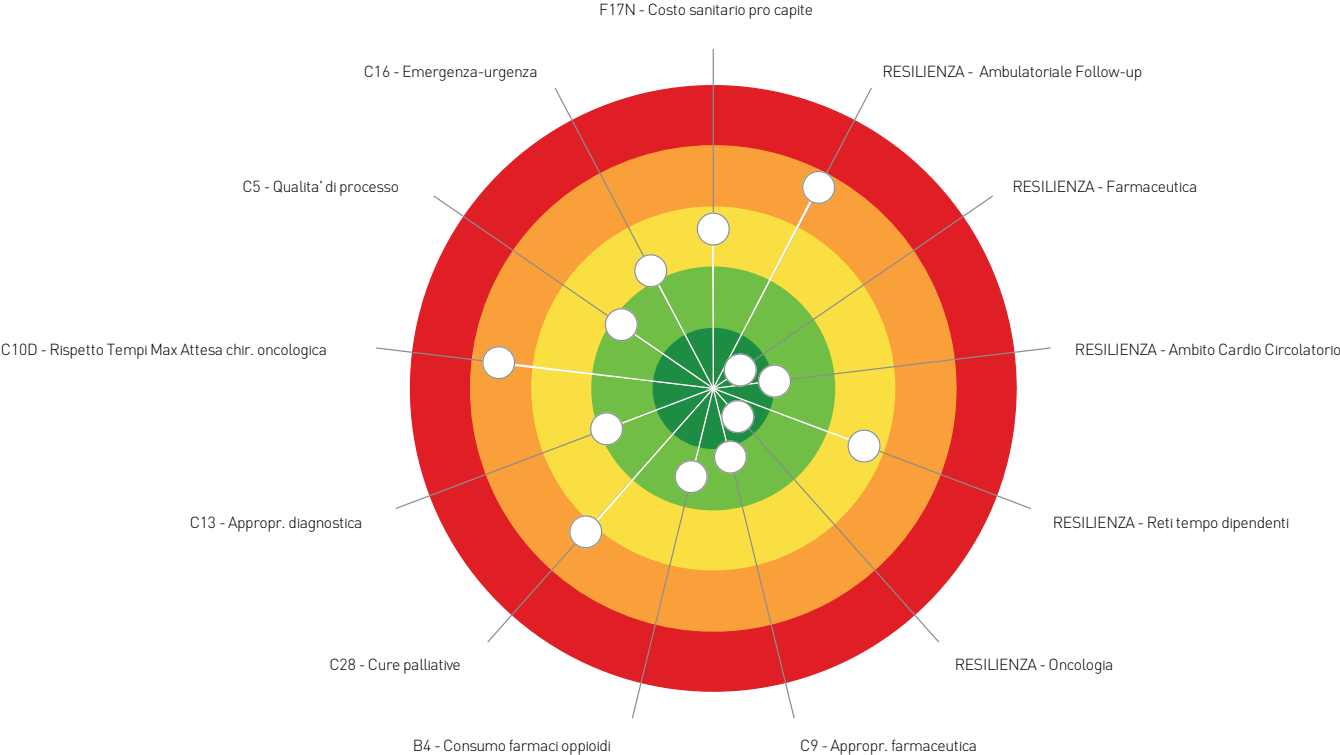
# ASL CUNEO 2

## Andamento indicatori - Trend 2020/2021



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





## AO S. CROCE E CARLE

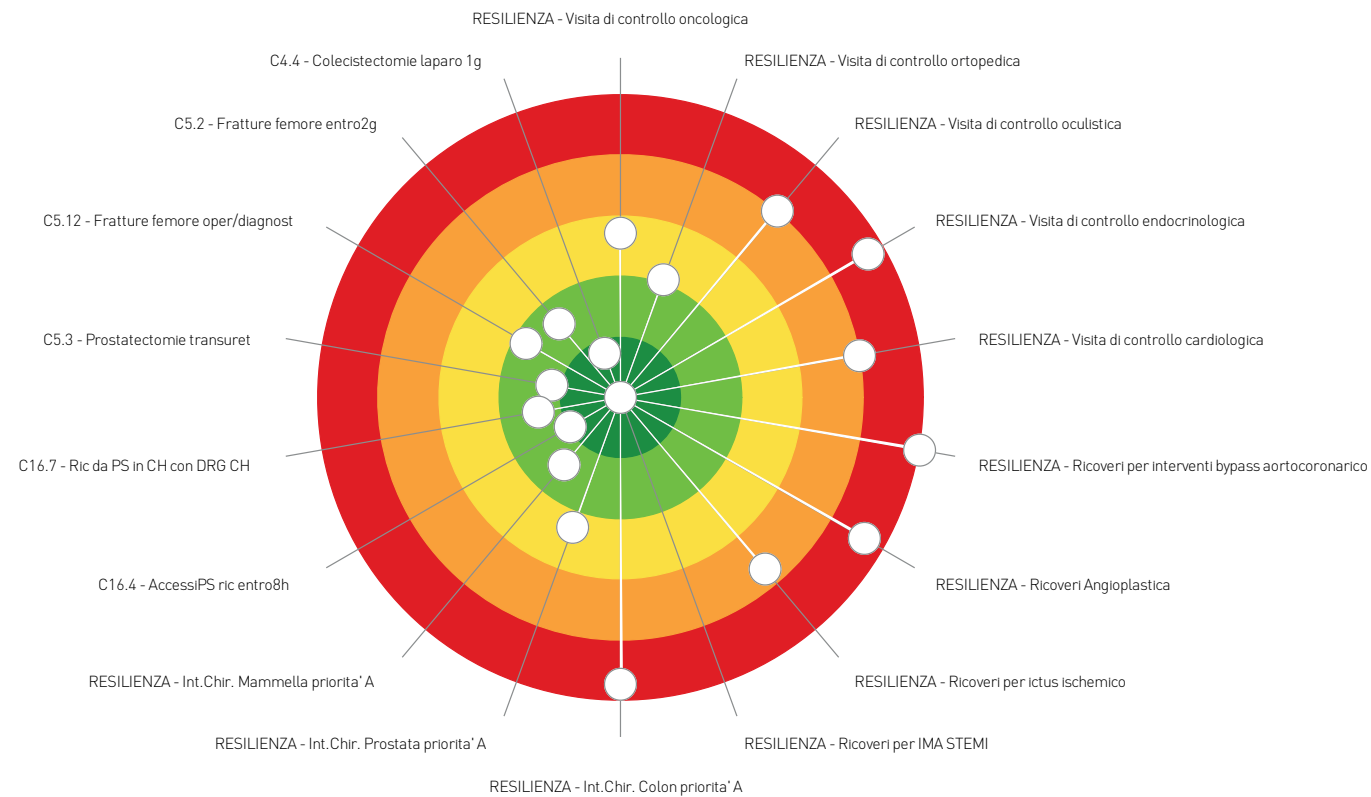
### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

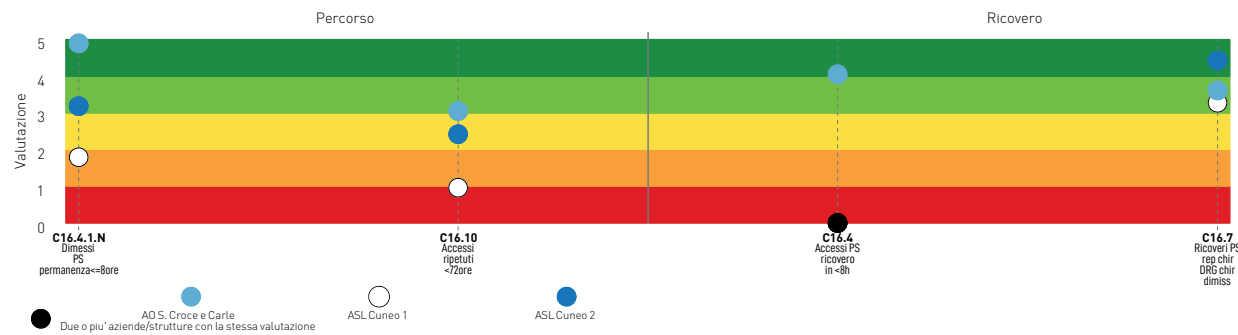
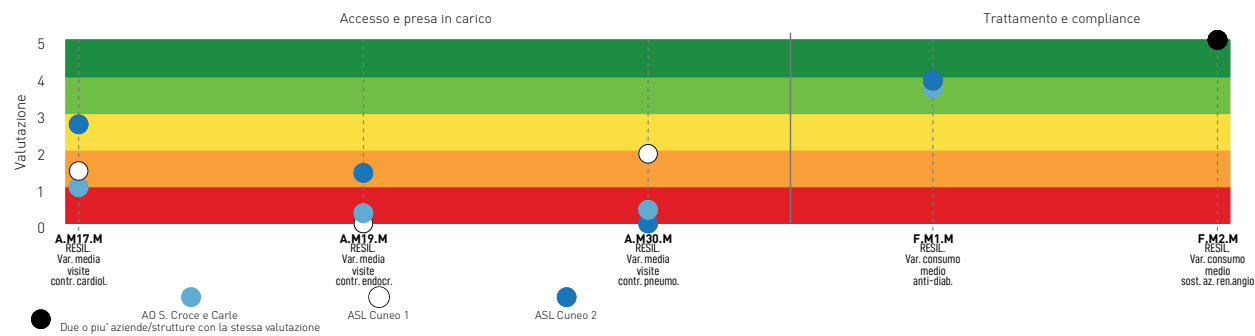
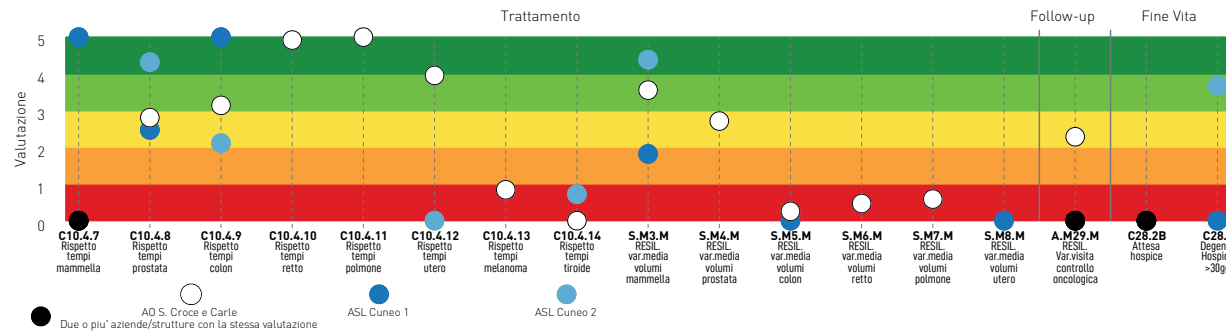
Numero indicatori di valutazione: 14



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della Performance 2021





# ASL NOVARA

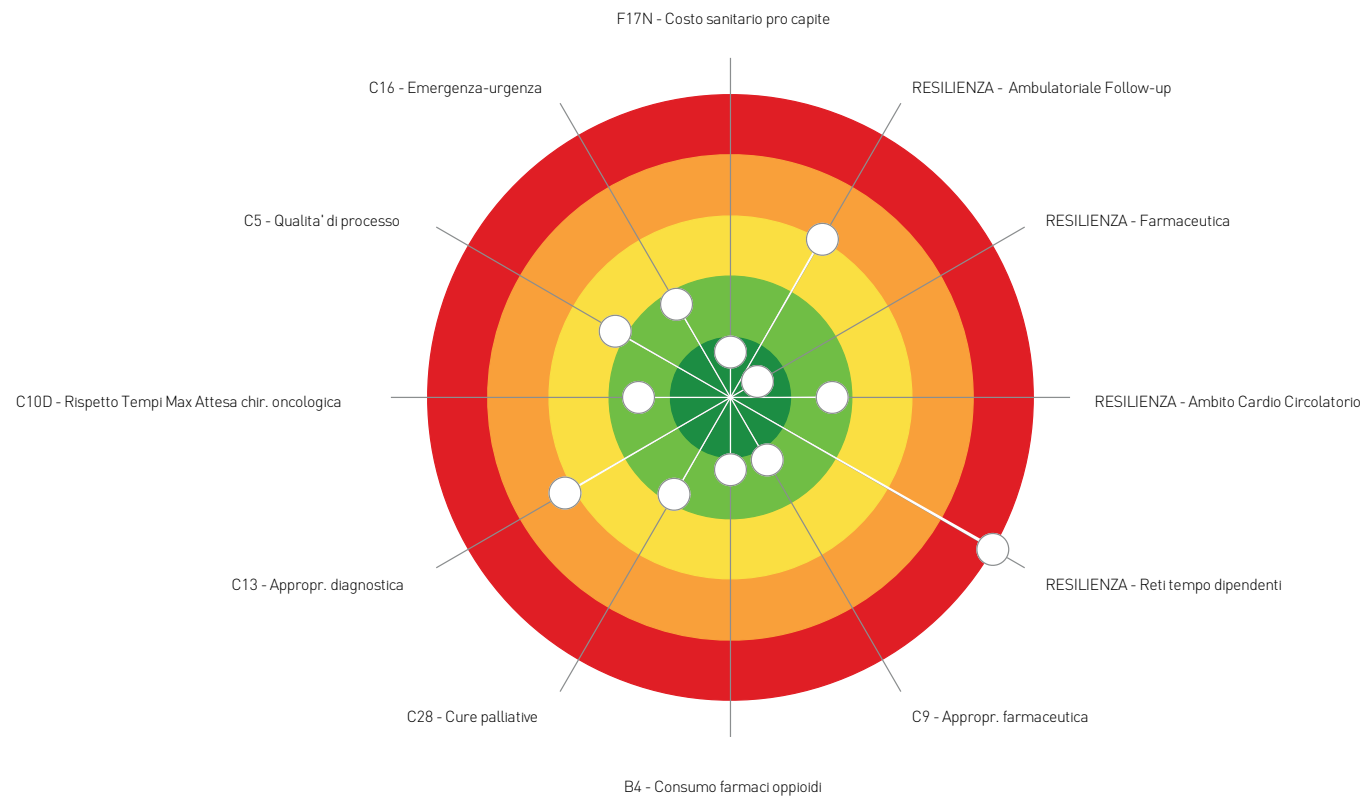
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 14



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASL VERBANO-CUSIO-OSSOLA

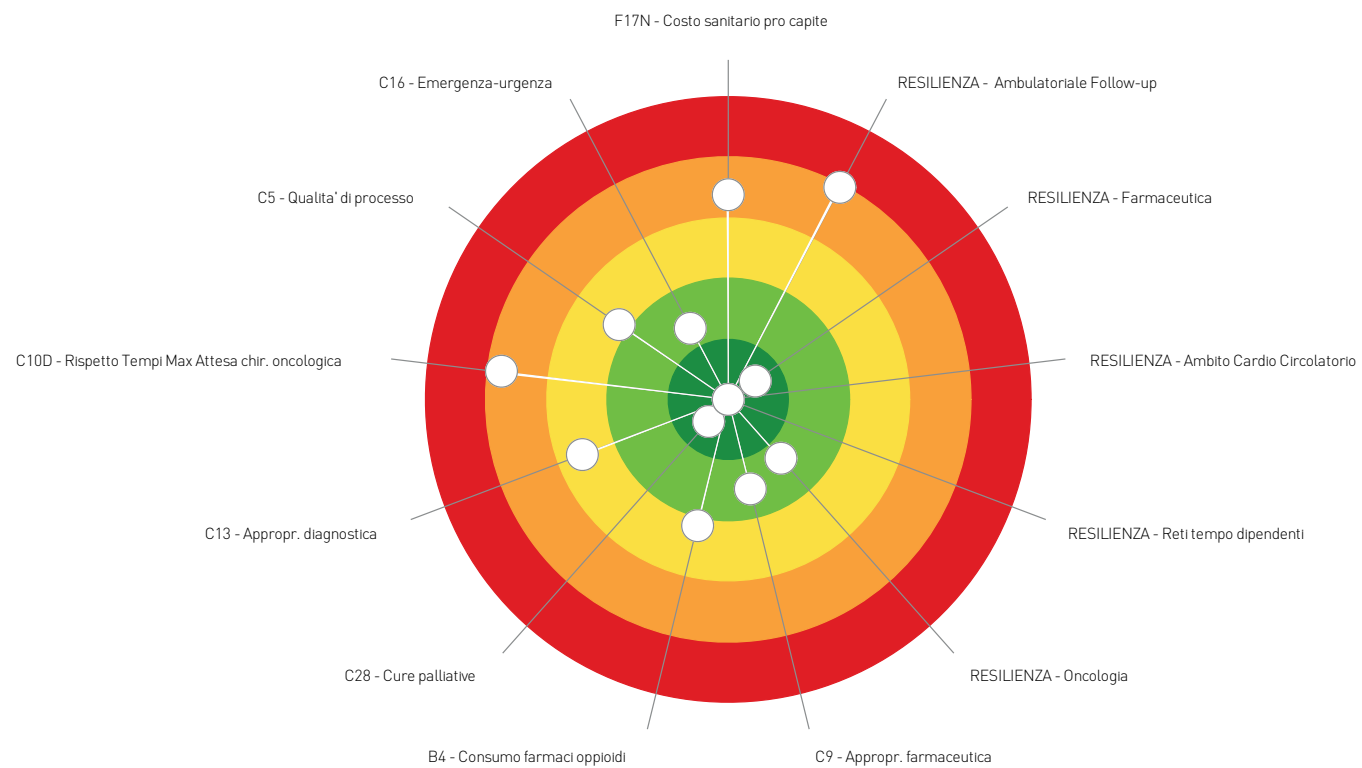
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 15



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

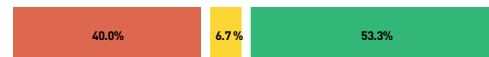
## Valutazione della Performance 2021



# ASL VERCELLI

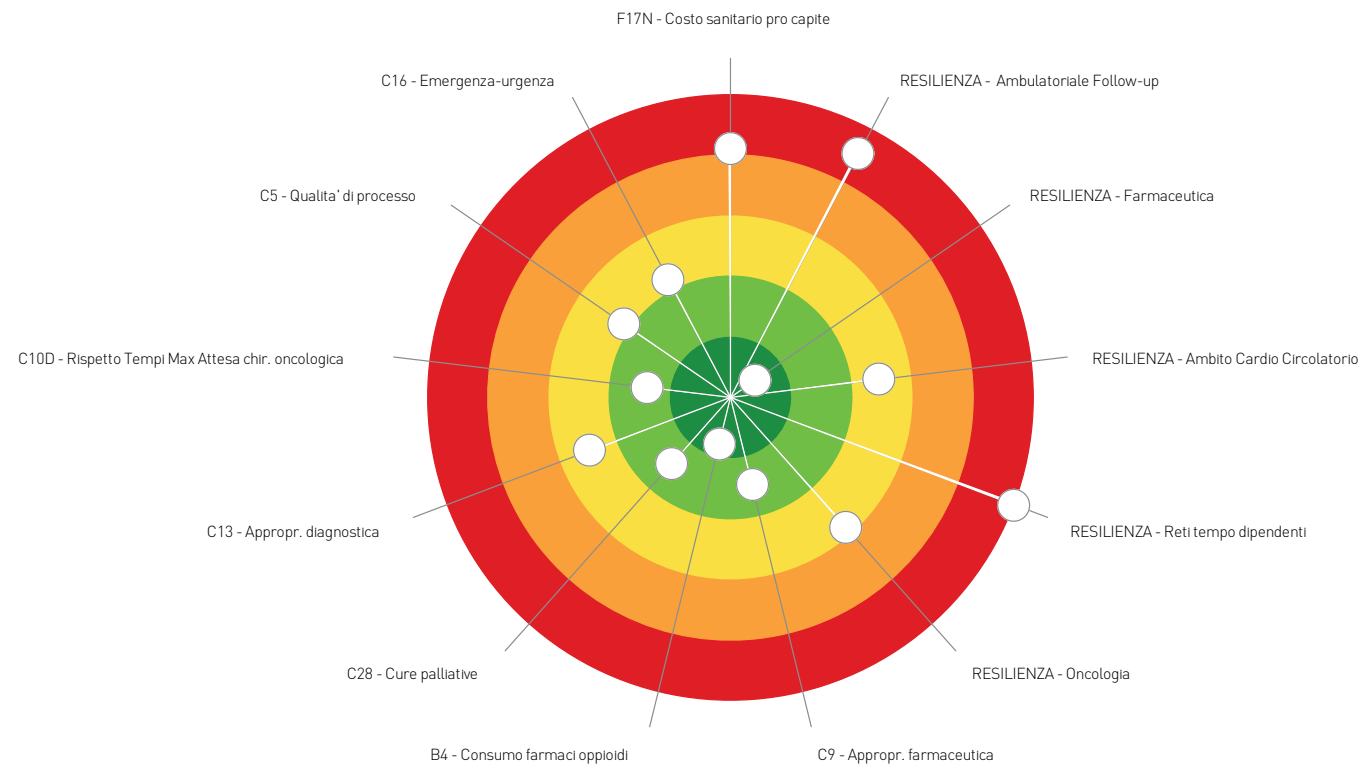
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 15



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

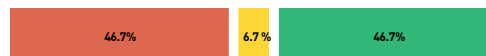
## Valutazione della Performance 2021



# ASL BIELLA

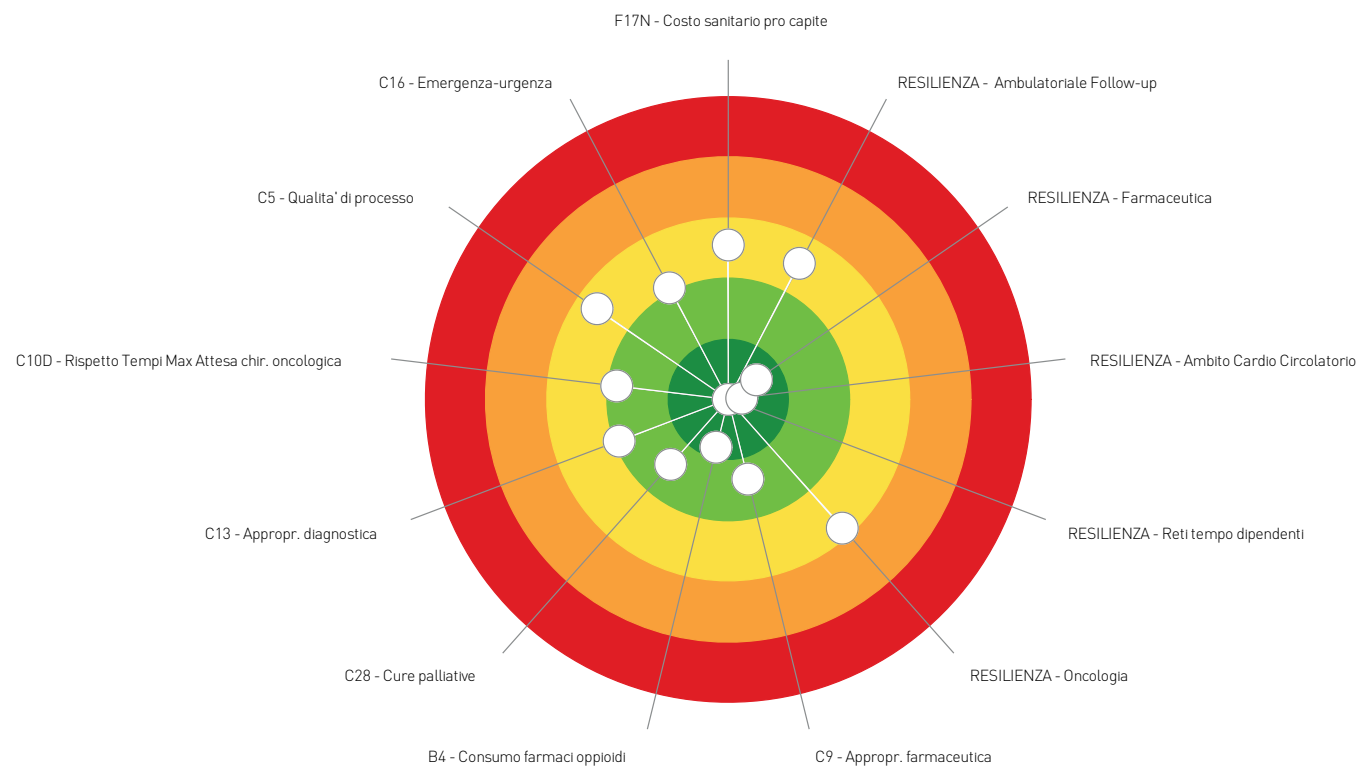
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 15



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



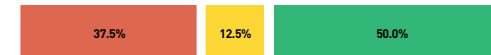
# AO OSP.MAGGIORE DELLA CARITÀ

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



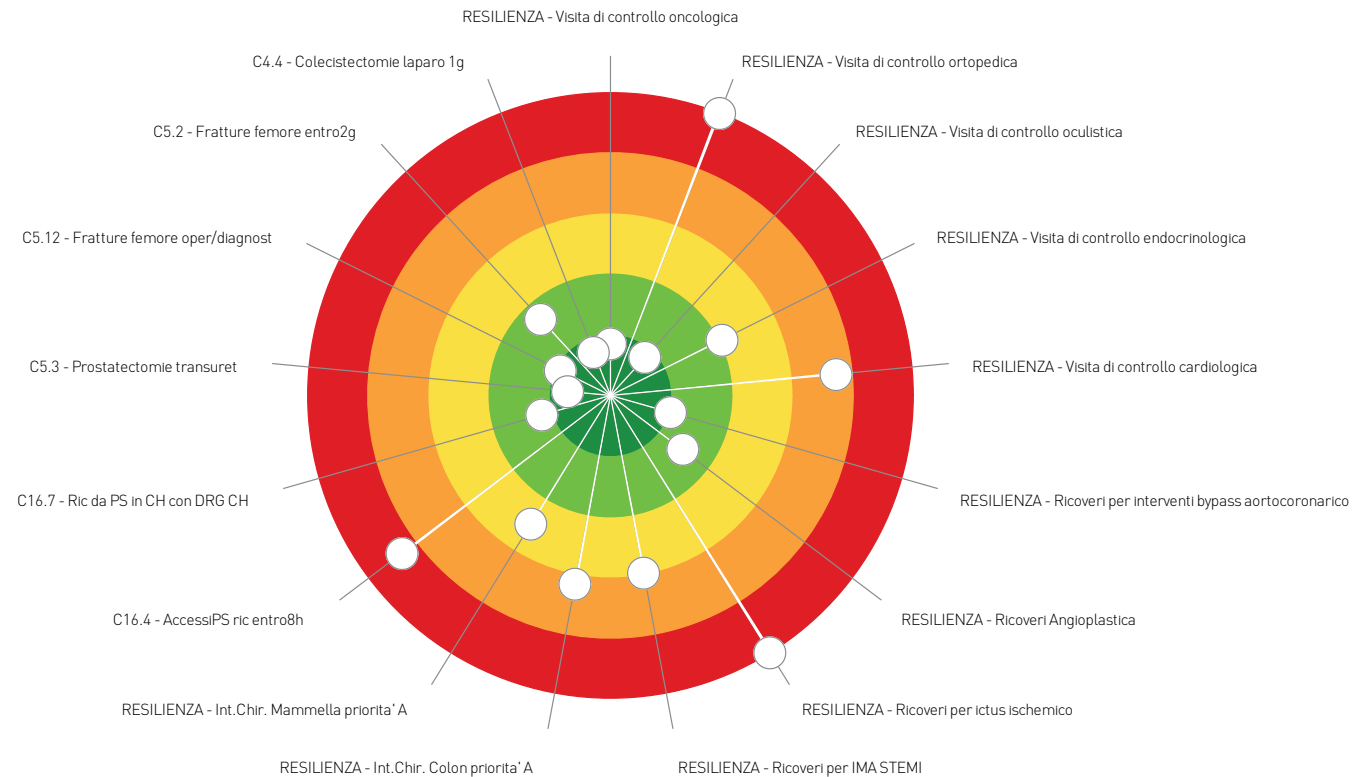
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

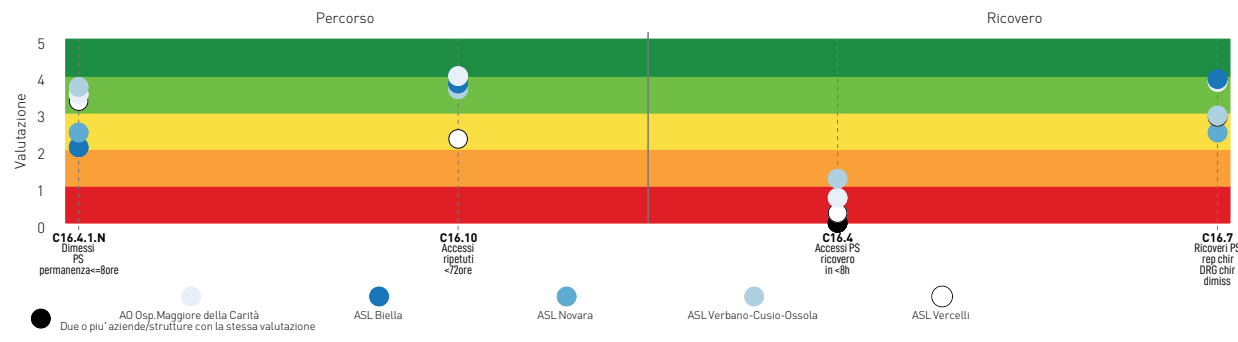
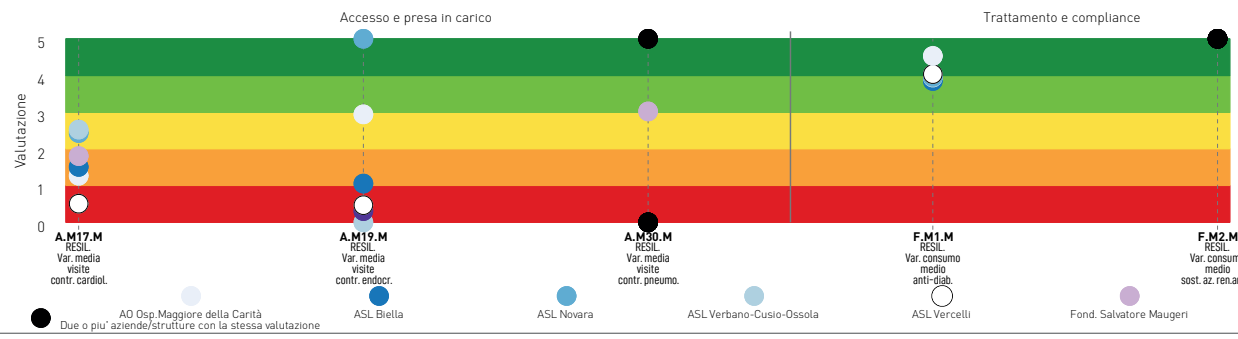
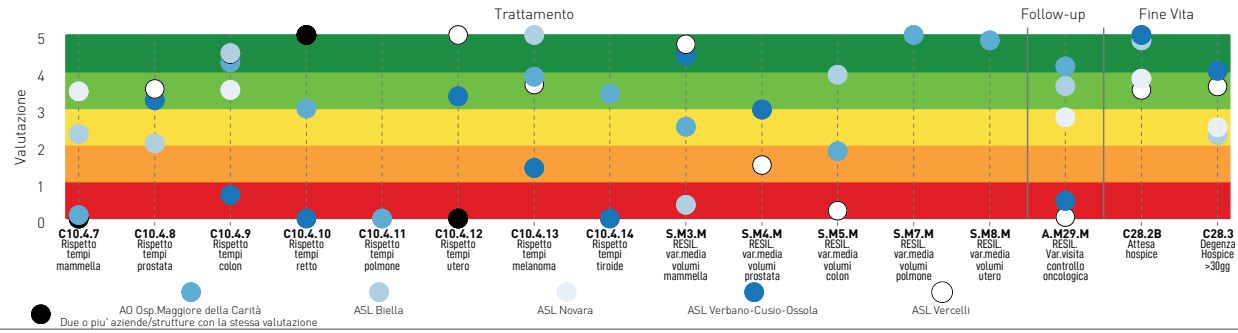
Numero indicatori di valutazione: 16



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021







# ASL ALESSANDRIA

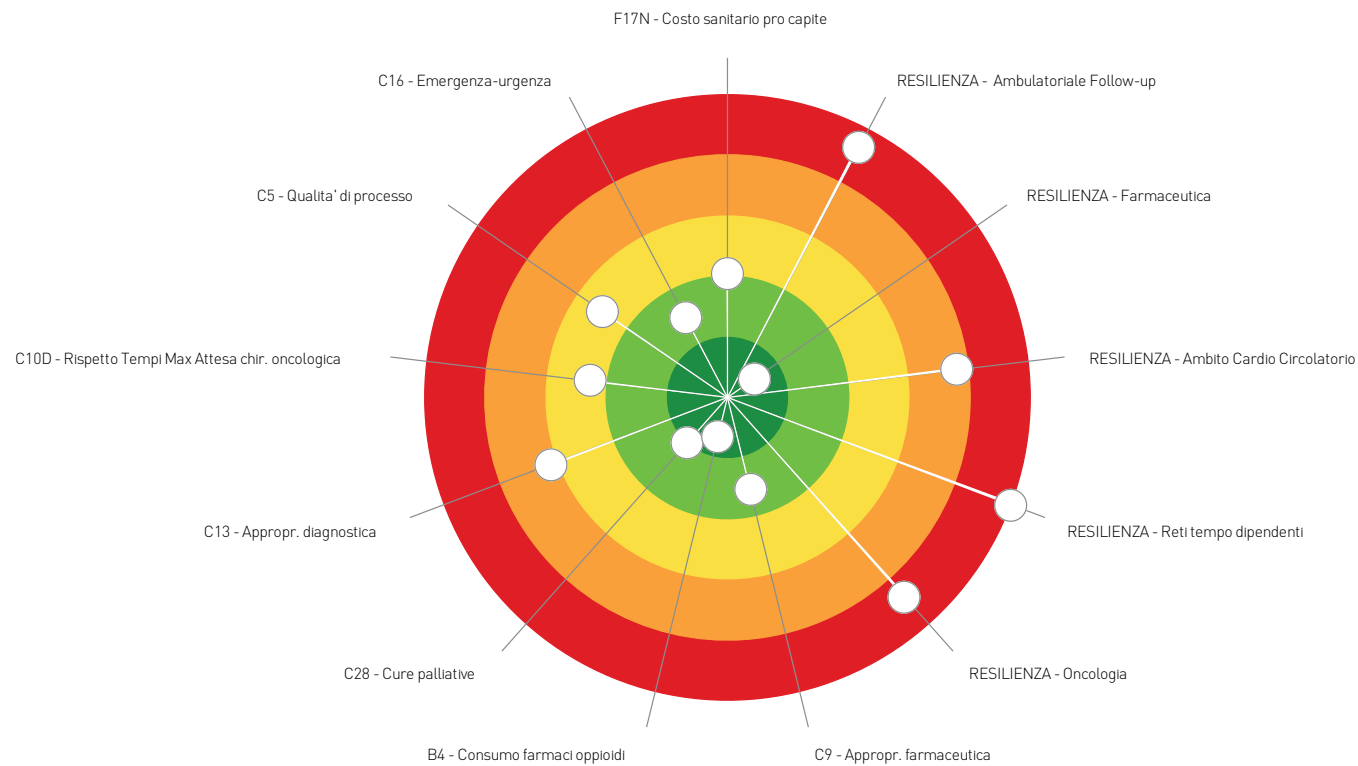
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 14



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# ASL ASTI

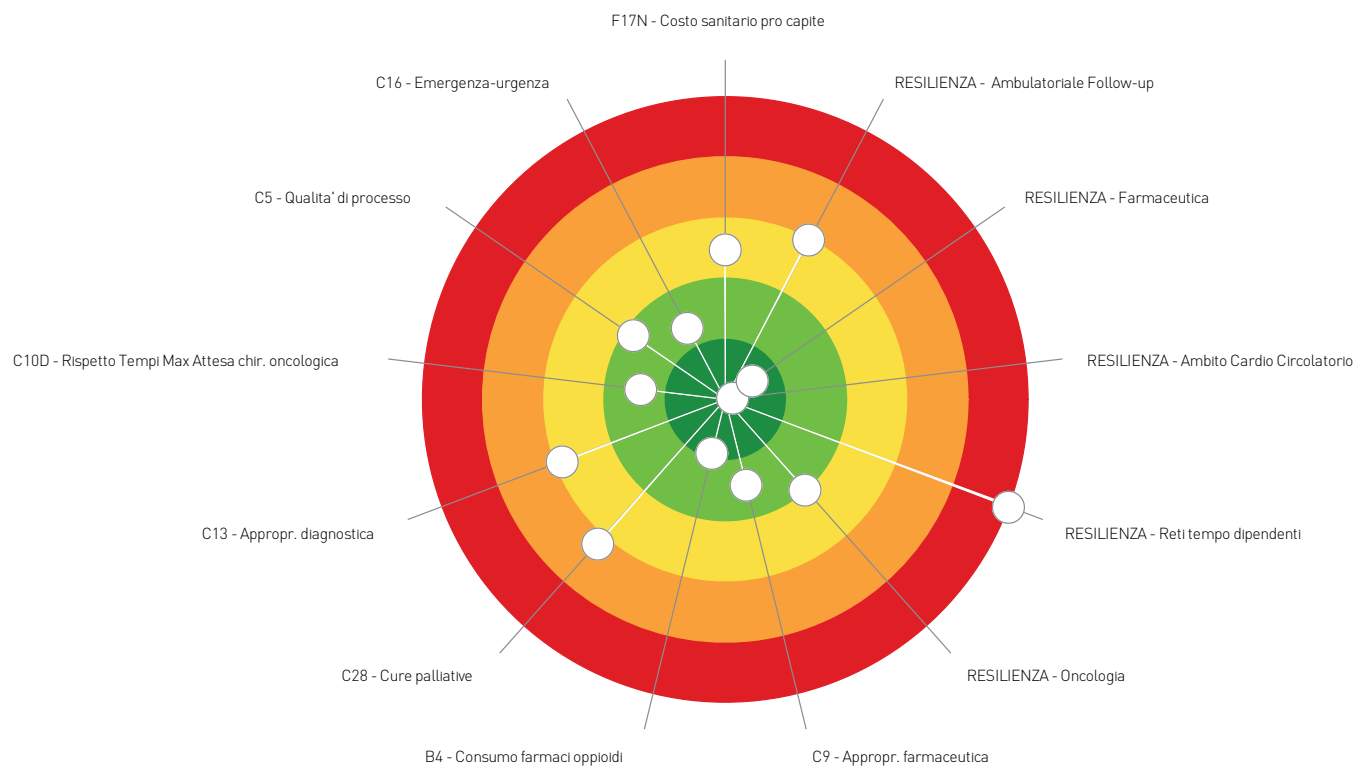
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 15



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



## AO S. ANTONIO B. ARRIGO

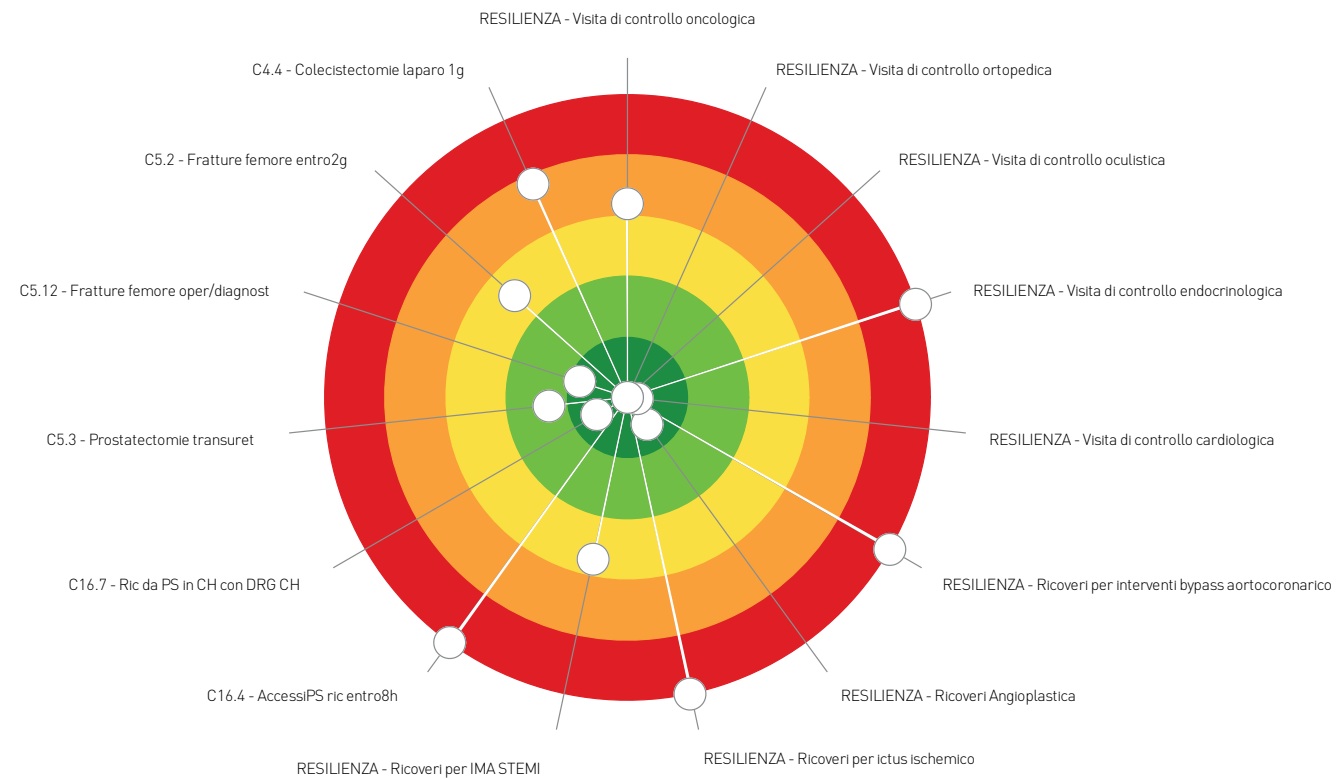
### Andamento indicatori - Trend 2020/2021

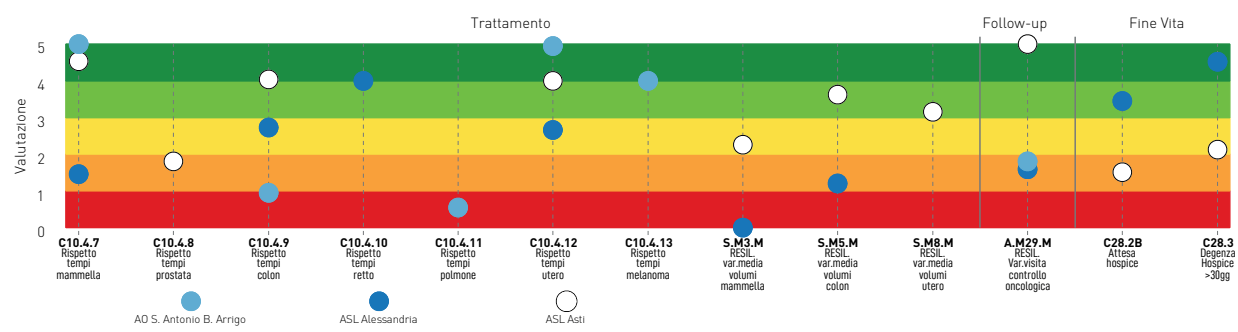
Numero indicatori di valutazione: 11



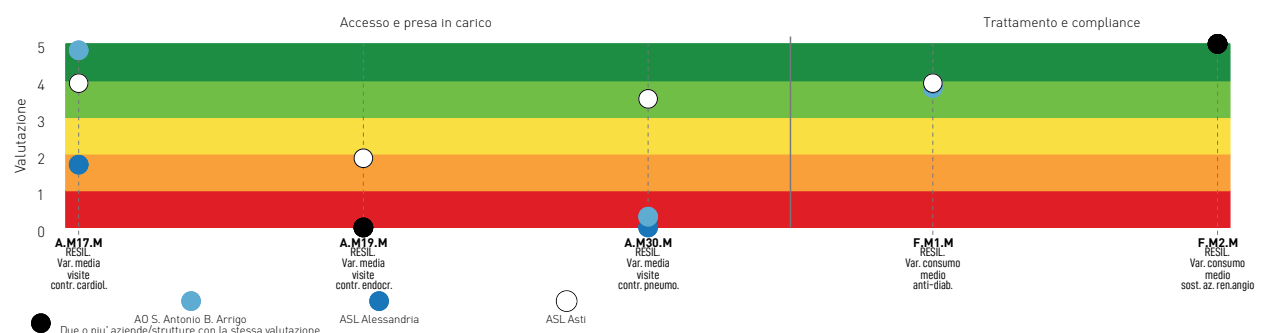
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della Performance 2021

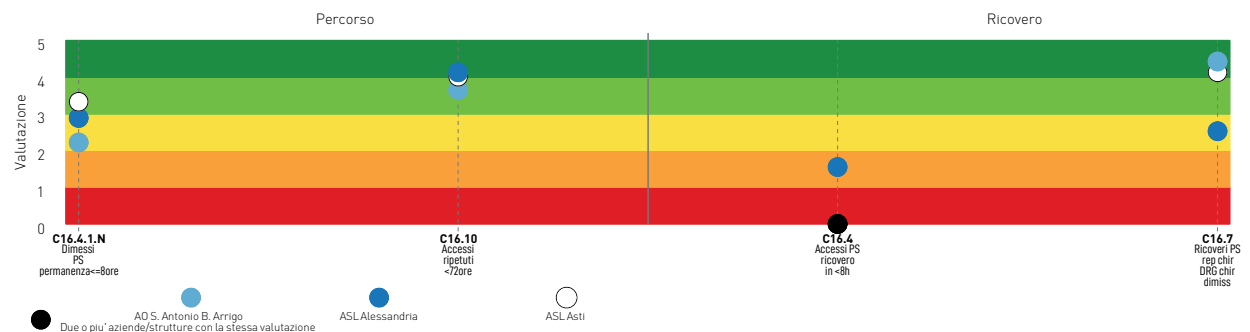




PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

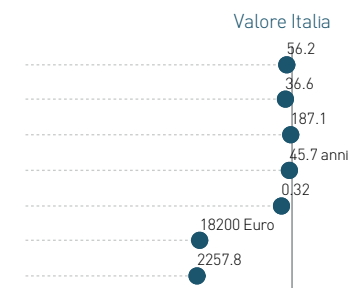


# PUGLIA



Popolazione: 3933777 abitanti  
 Densita': 202.3 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
 Indice di dipendenza anziani  
 Indice di vecchiaia  
 Eta' media  
 Indice di Gini \*  
 PIL pro-capite \*\*  
 Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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.

---

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 40 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Puglia mostra una performance complessiva media; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nella fascia gialla del bersaglio, seppur con alcuni indicatori in area più critica (fascia arancio e rossa) e poche eccezioni in area verde. In questa fase di ripresa e rilancio il 38% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 25% resta stabile e il 37% peggiora.

Relativamente agli indicatori afferenti all'area della resilienza, già introdotta nel 2020, la Regione Puglia registra un numero limitato di indicatori per l'anno 2021, nessuno di essi risulta essere in area critica. I volumi per interventi chirurgici oncologici di priorità A segnano in generale una ripresa consistente, ad eccezione dei volumi degli interventi chirurgici per tumore al polmone che registrano una variazione media nel biennio 2020 e 2021 di -38% interventi rispetto al 2019. Luci e ombre per quanto riguarda la variazione dei volumi per le visite di controllo, ad esempio, la variazione media nei volumi per visita di controllo ginecologica appare abbastanza contenuta rispetto a quasi tutte le altre regioni. Restano comunque da attenzionare altre prestazioni di follow up quali la visita oculistica, ortopedica e dermatologica dove si registrano performance scarse.

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale (non-COVID) è complessivamente nella media.

Per quanto riguarda il setting ospedaliero, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni rimane stabile rispetto al 2020 (75%) confermando una buona performance. Buono anche l'indice di performance di degenza media per i DRG chirurgici, così come quello per DRG medici. L'incidenza di dimissioni volontarie – indicatore proxy dell'apprezzamento da parte dell'utenza – resta il tallone di Achille del sistema, nonostante sia confermato il calo negli anni (passa da 3% nel 2019 al 2.58% nel 2021). Eccellente l'efficienza prescrittiva farmaceutica. Molto alta la percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (83,6% nel 2021) 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. Meno performante, invece, l'area della sanità digitale. In particolare, da attenzionare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini. Molto buono, invece, l'utilizzo da parte dei medici abilitati.

Un'eredità della pandemia e sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.113 euro pro-capite nel 2020 a 2.222 nel 2021, andamento condiviso con le altre regioni.

Luci e ombre per il percorso materno-infantile: il ricorso a parti cesarei continua ad essere relativamente frequente (anche se risulta in calo di circa 2 punti percentuali rispetto allo scorso anno) Nella fase dell'età pediatrica, risulta invece eccellente la copertura vaccinale per varicella (91,9% nel 2021).

In riferimento al percorso cronicità, la fase della promozione e prevenzione evidenzia

una performance eterogenea, relativamente agli stili di vita, a un'alta percentuale di sedentari (46%) si contrappone una bassa percentuale di fumatori (22.2%) Le altre fasi del percorso presentano una performance complessivamente media.

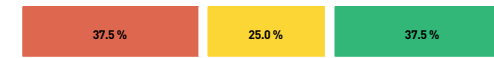
Riguardo il percorso oncologico, il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici di tumore alla mammella risulta in calo rispetto allo scorso anno. Buono invece il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi al colon. Da attenzionare la fase del follow-up: critica la variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica, dove la Regione Puglia rappresenta il fanalino di coda delle regioni del Network. Sostanzialmente buona, infine, la fase del fine vita.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)



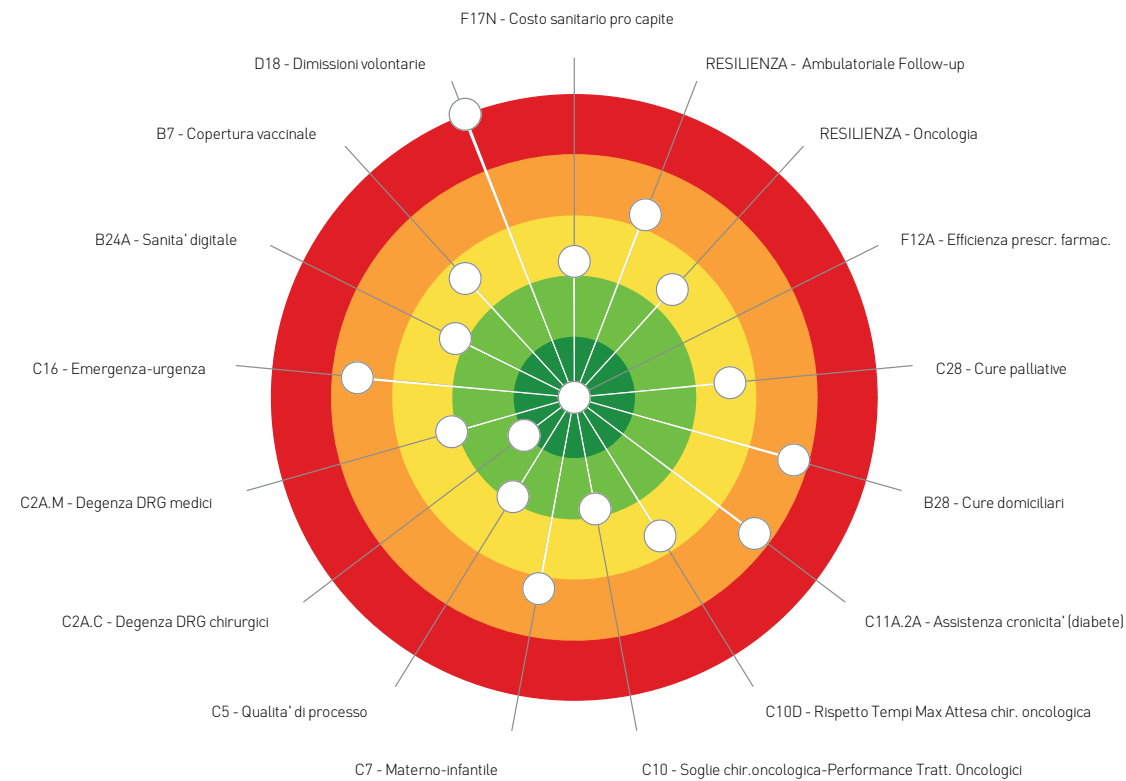
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 40



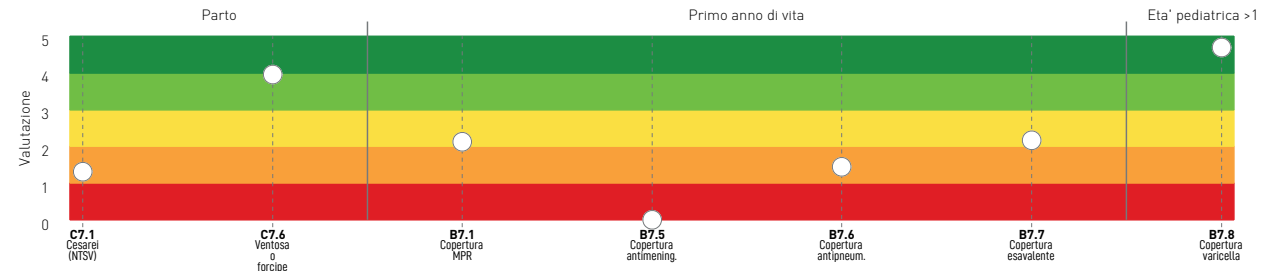
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2021

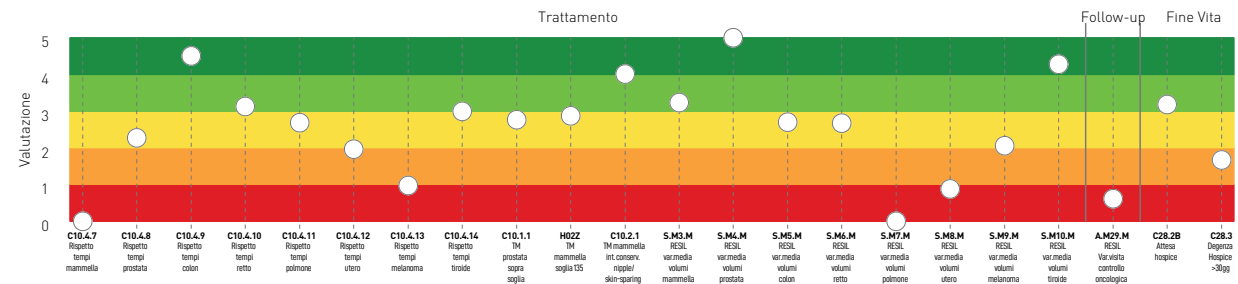




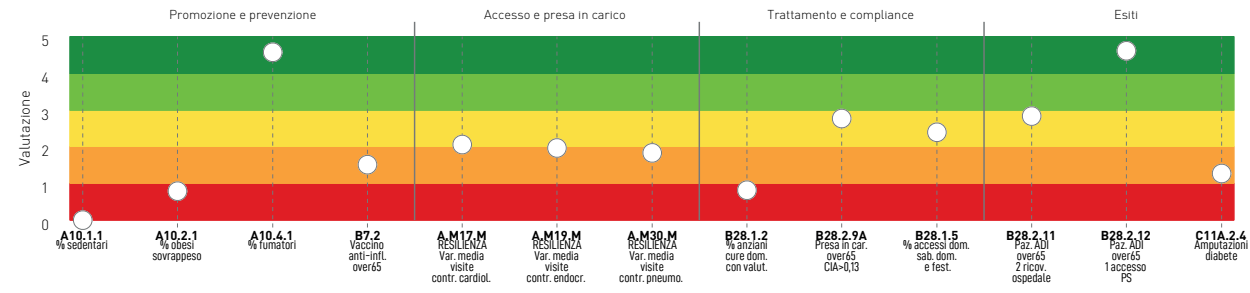
## PERCORSO MATERNO INFANTILE

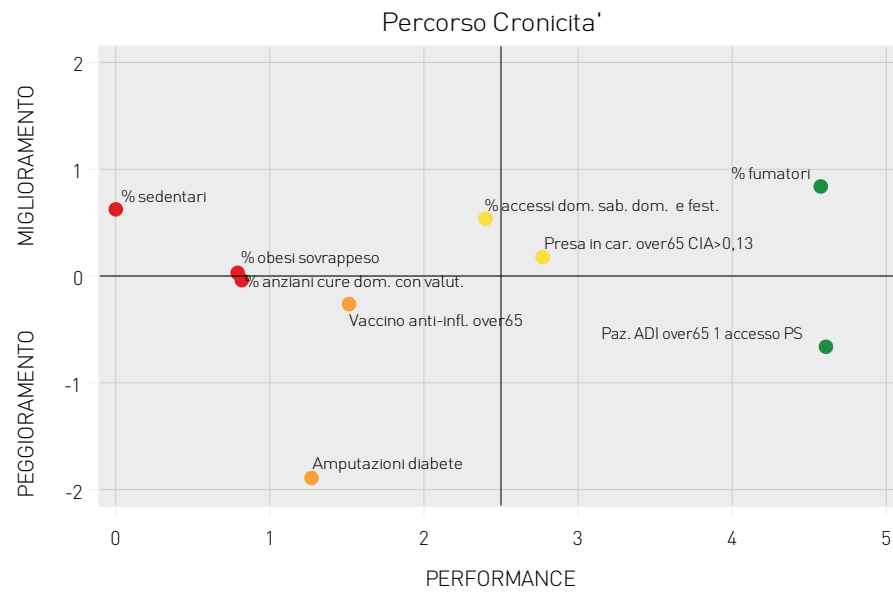
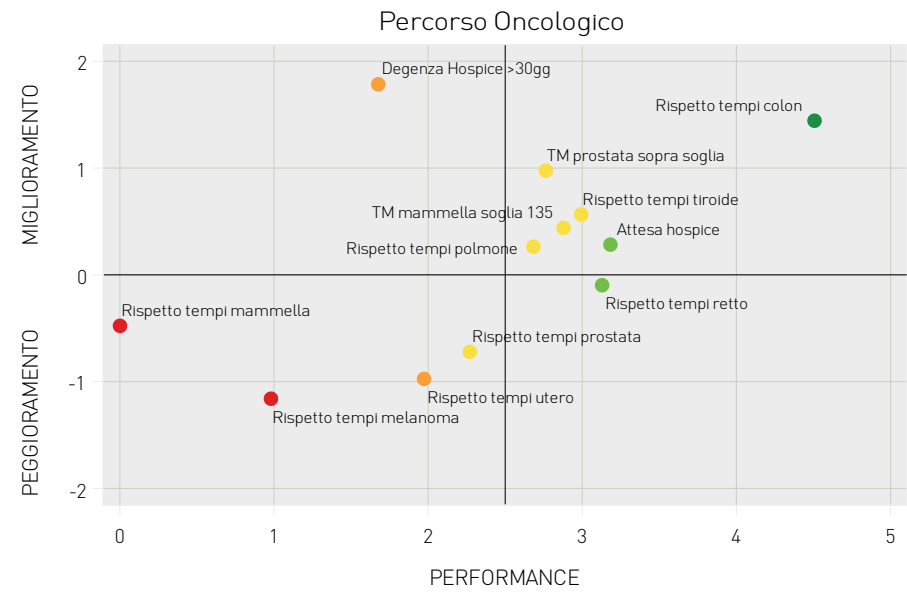
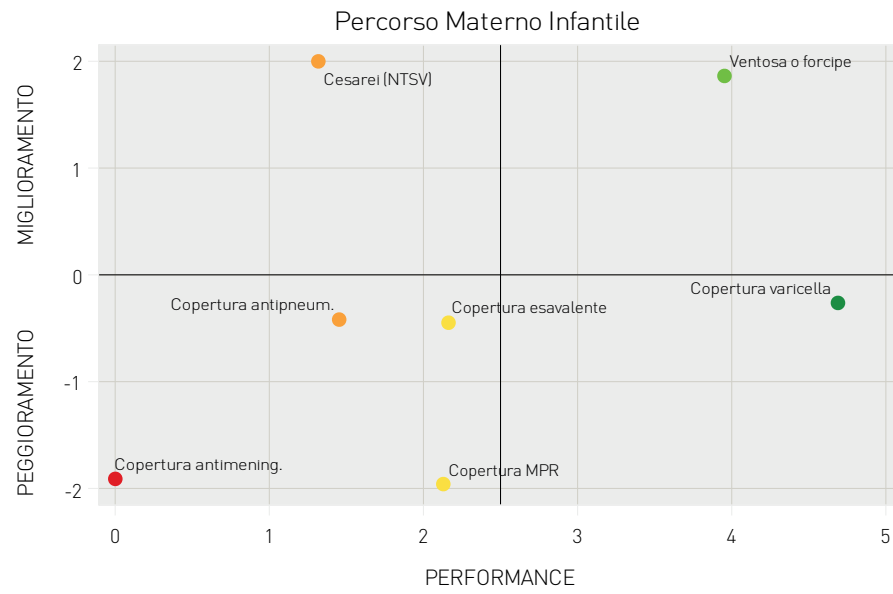


## PERCORSO ONCOLOGICO



## PERCORSO CRONICITÀ

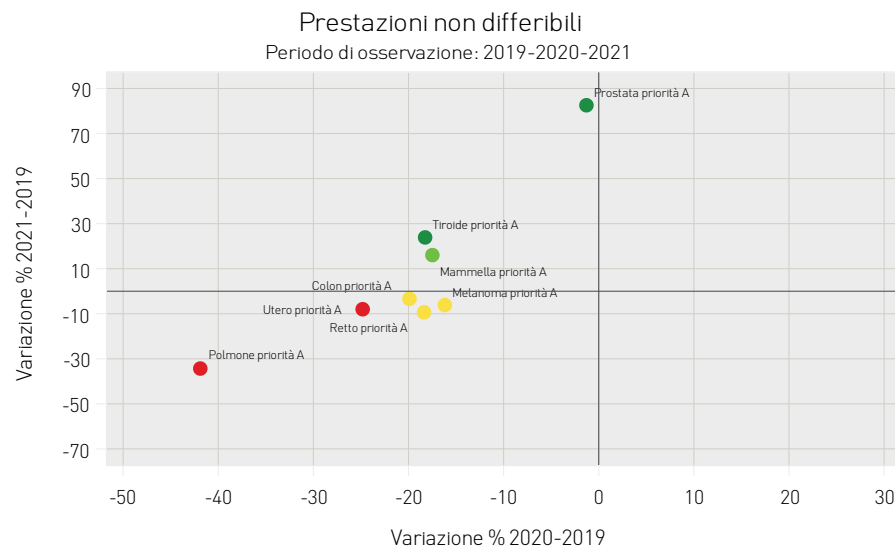




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

---

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE PUGLIA



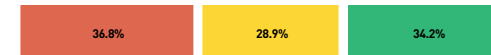
# ASL BRINDISI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



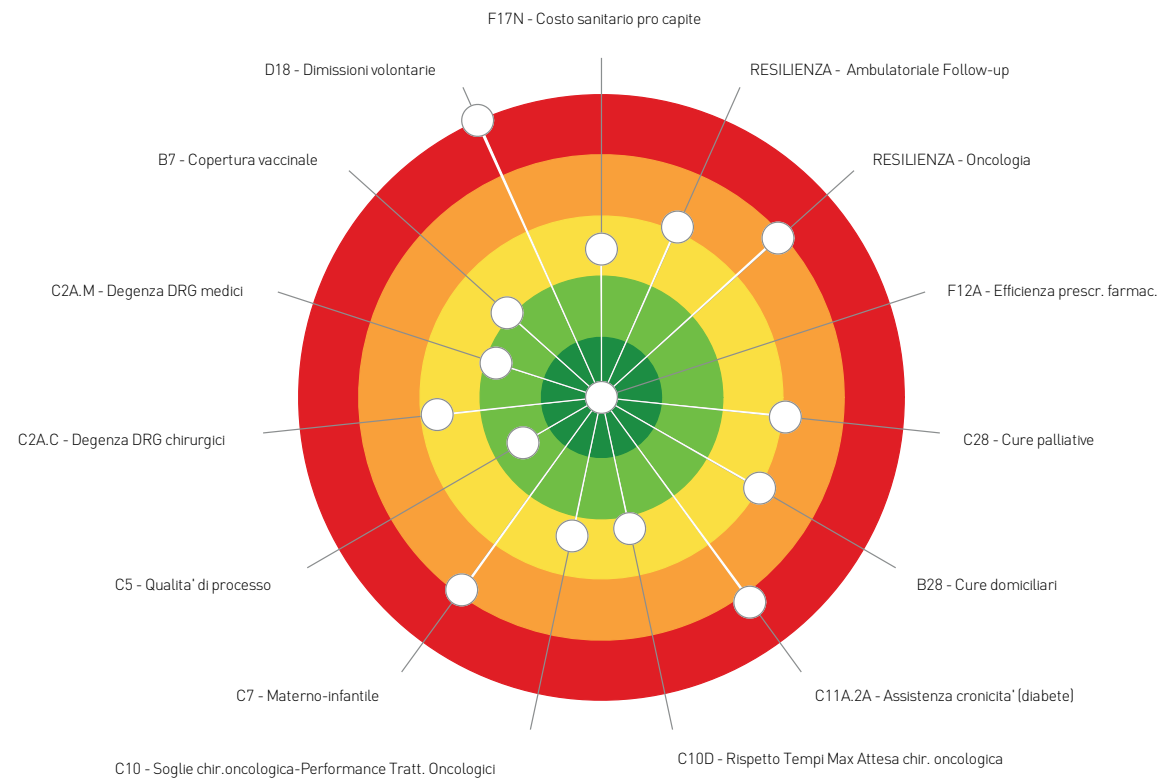
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

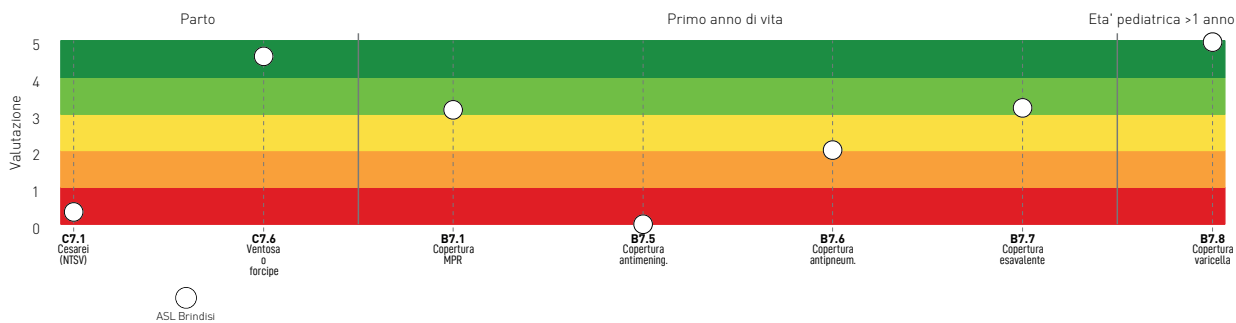
Numero indicatori di valutazione: 38



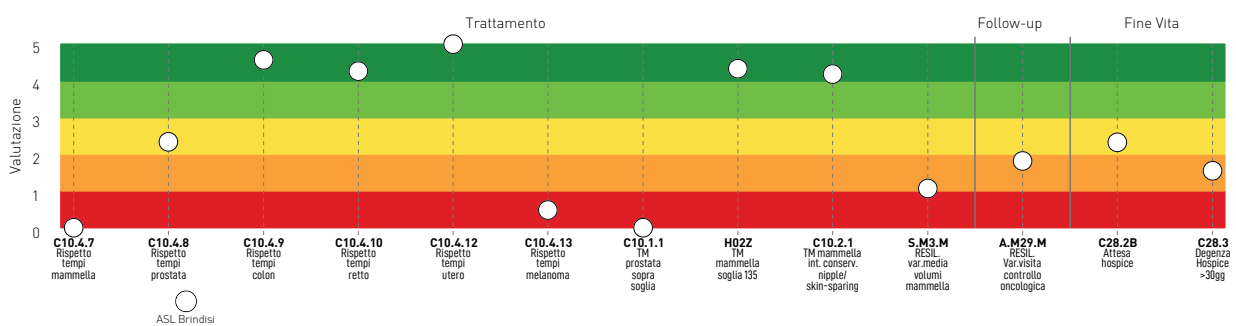
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

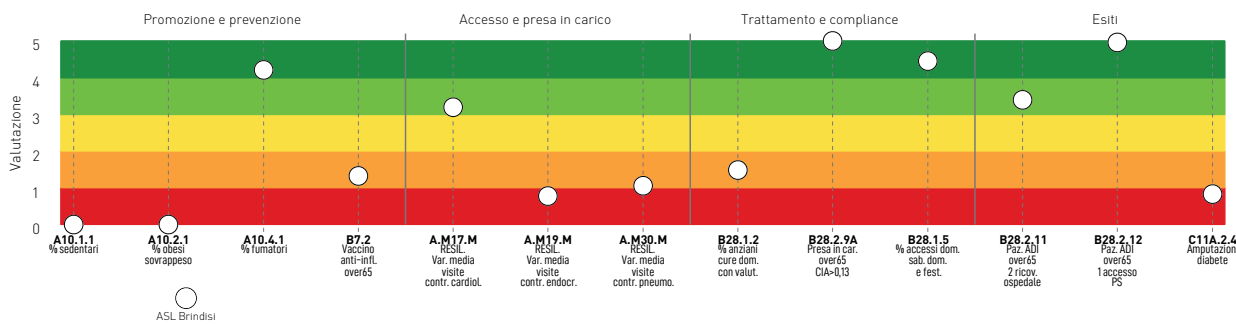




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

# ASL TARANTO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



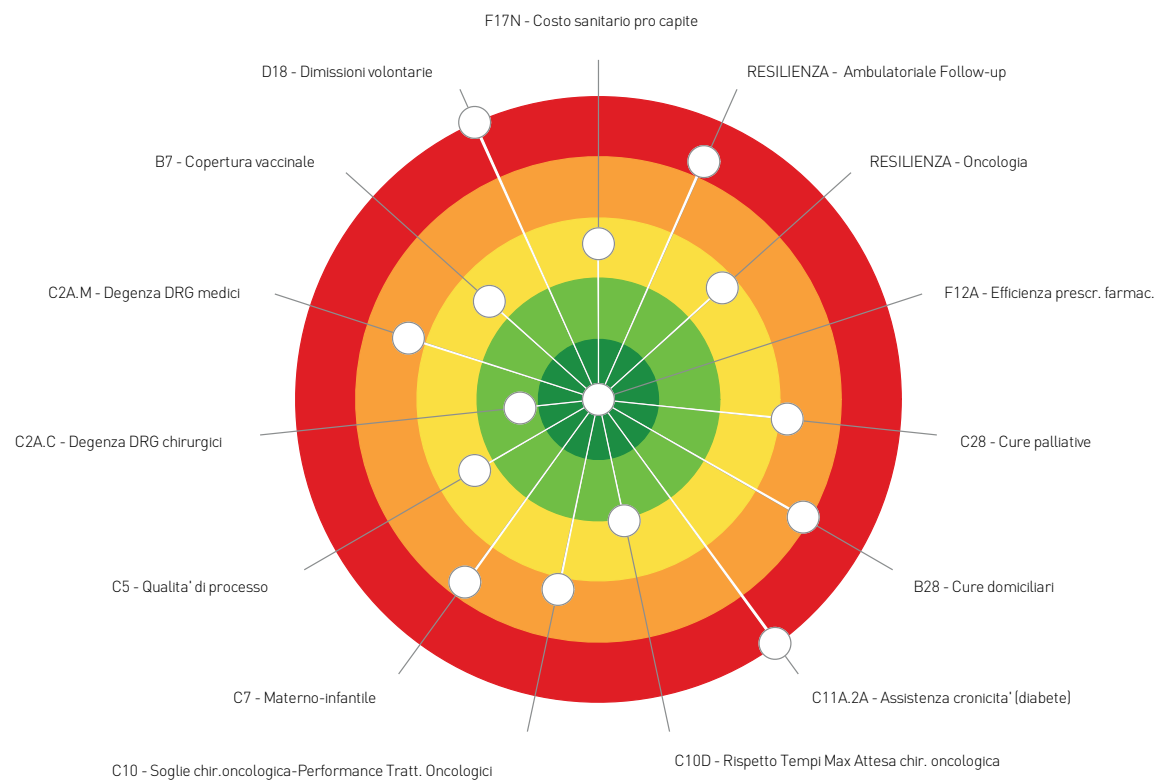
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

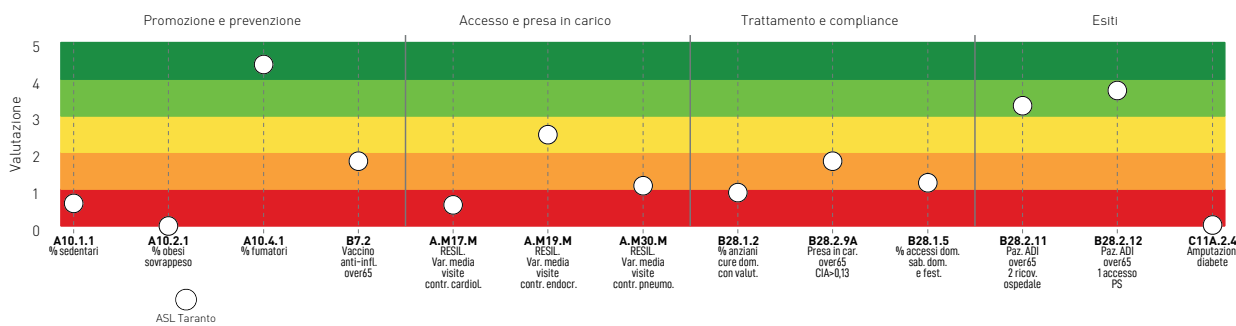
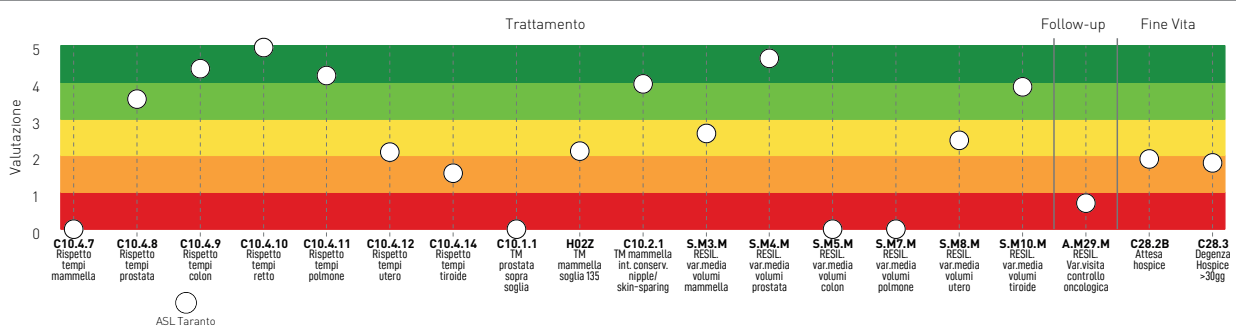
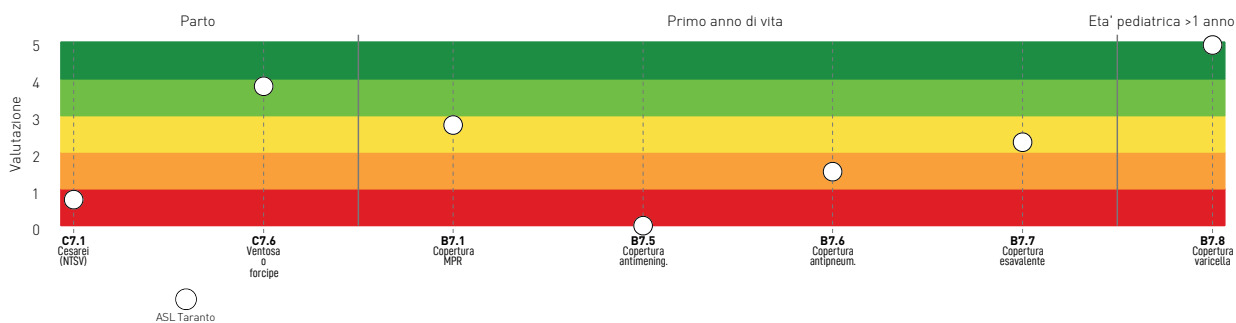
Numero indicatori di valutazione: 39



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





PERCORSO  
MATERNO  
INFANTILE

PERCORSO  
ONCOLOGICO

PERCORSO  
CRONICITÀ



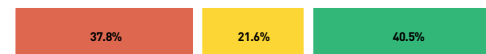
# ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



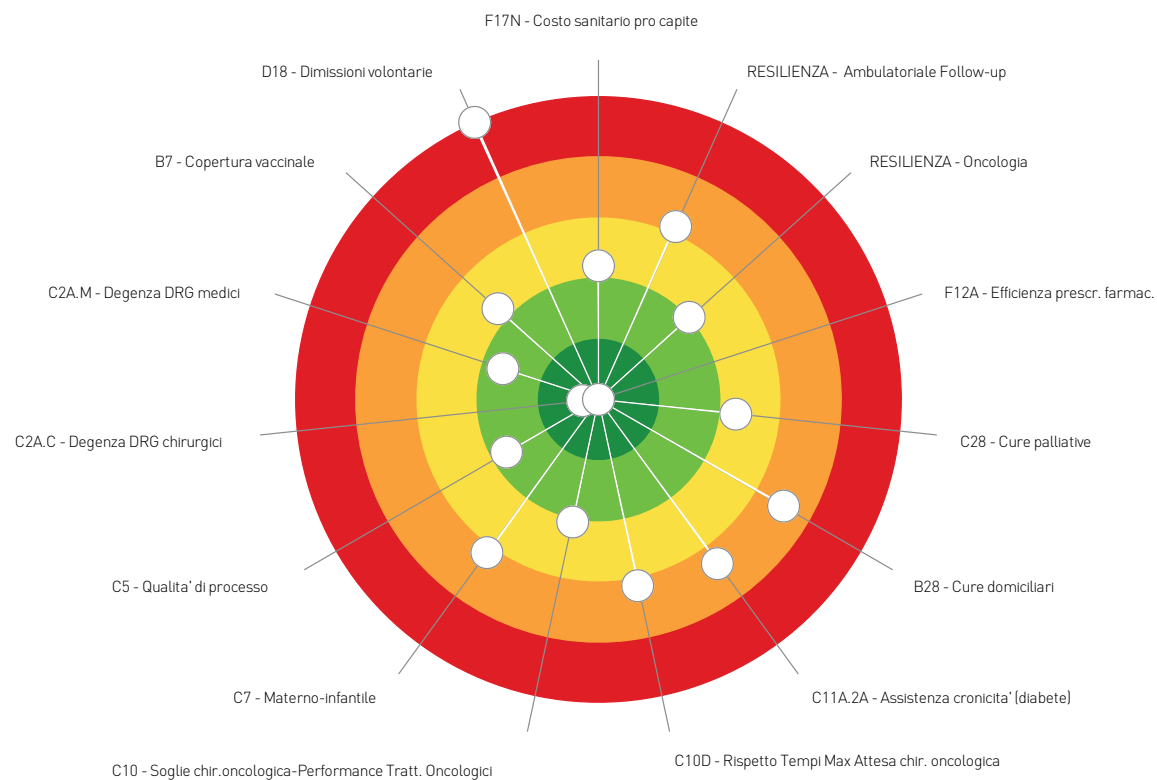
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

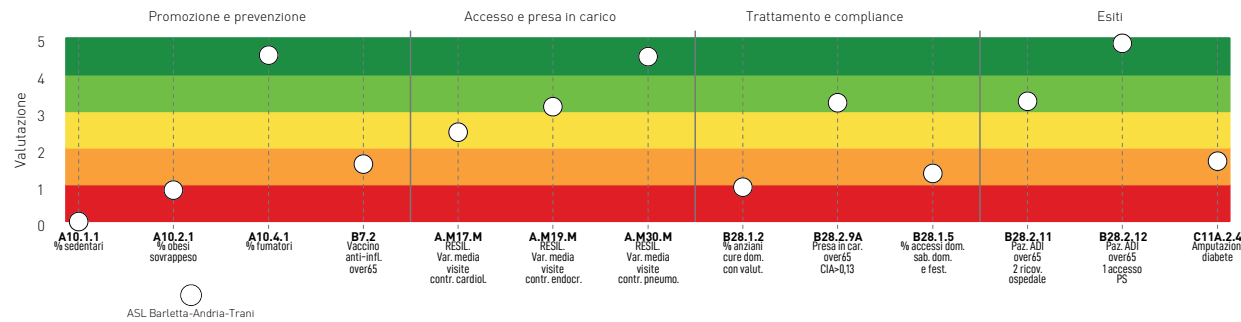
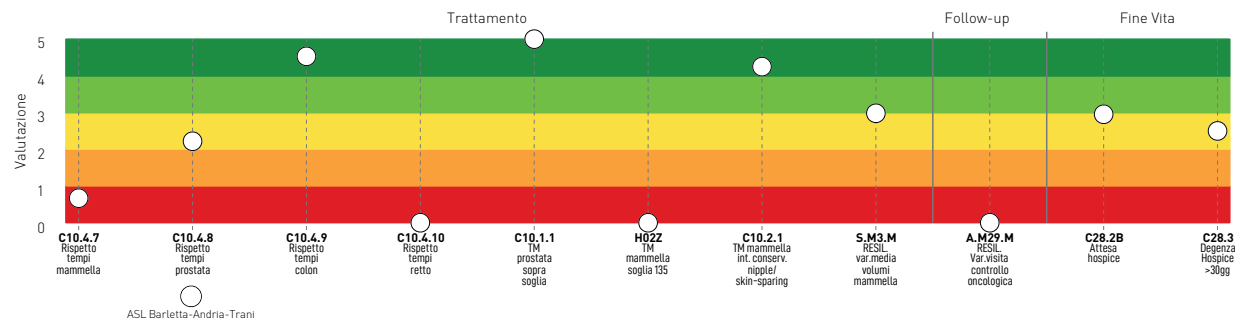
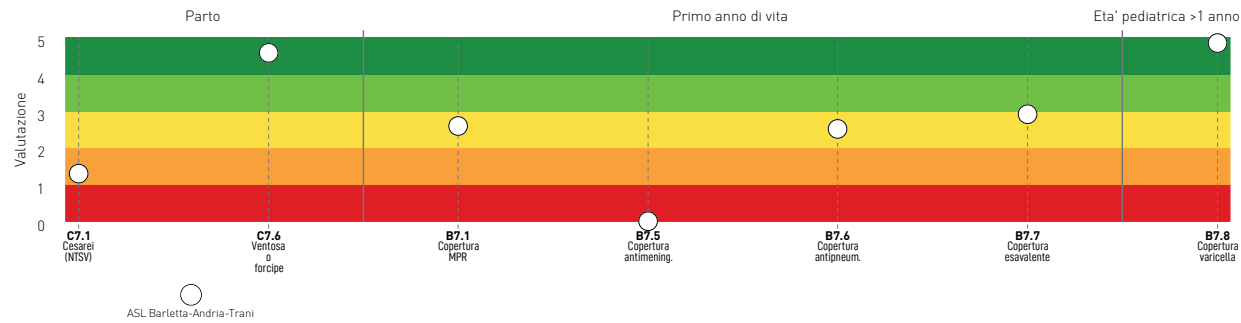
Numero indicatori di valutazione: 37



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





# ASL BARI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



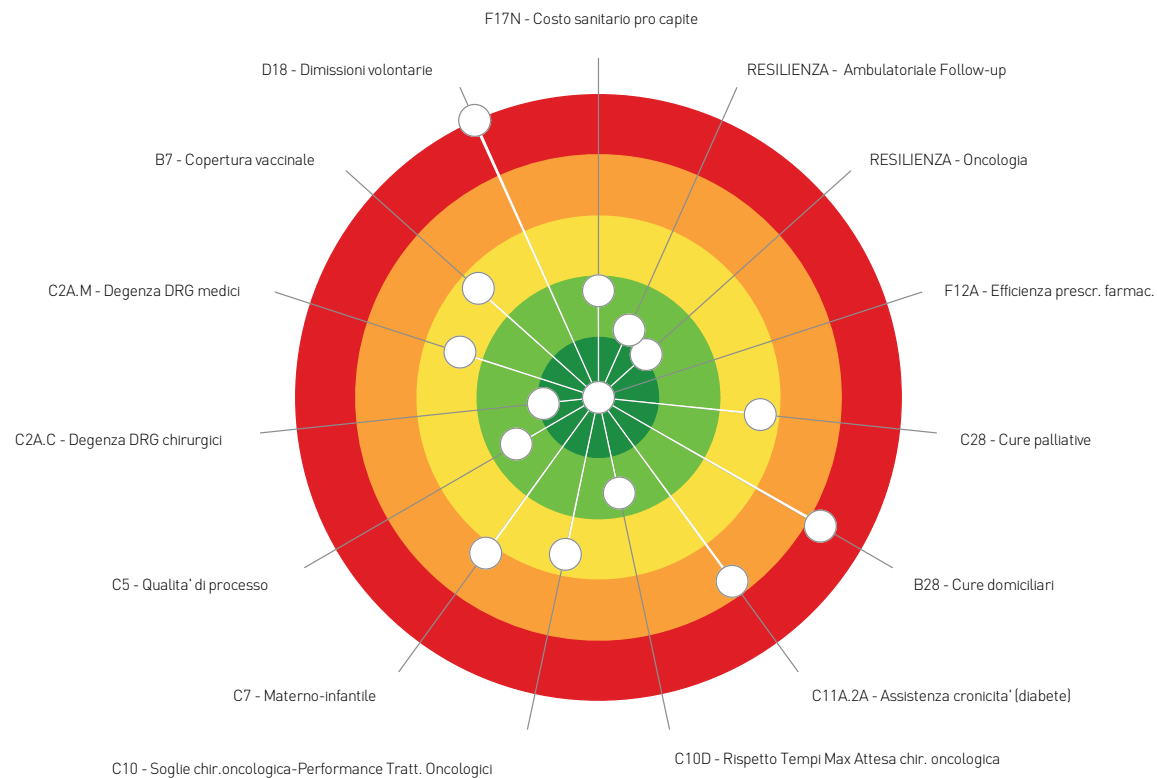
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 39



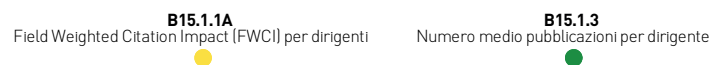
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# AOU POLICLINICO BARI

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



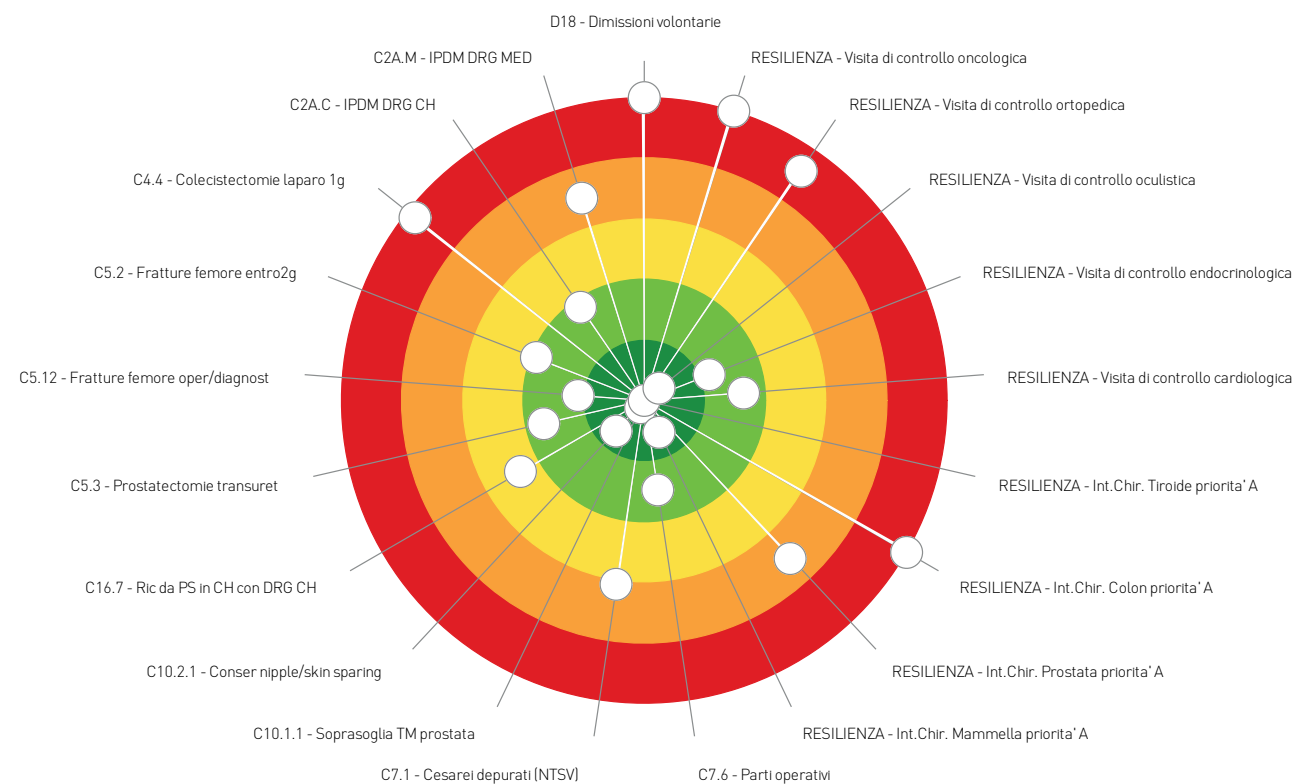
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 22



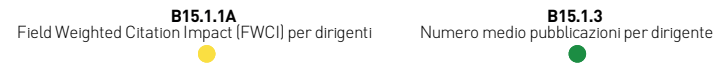
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

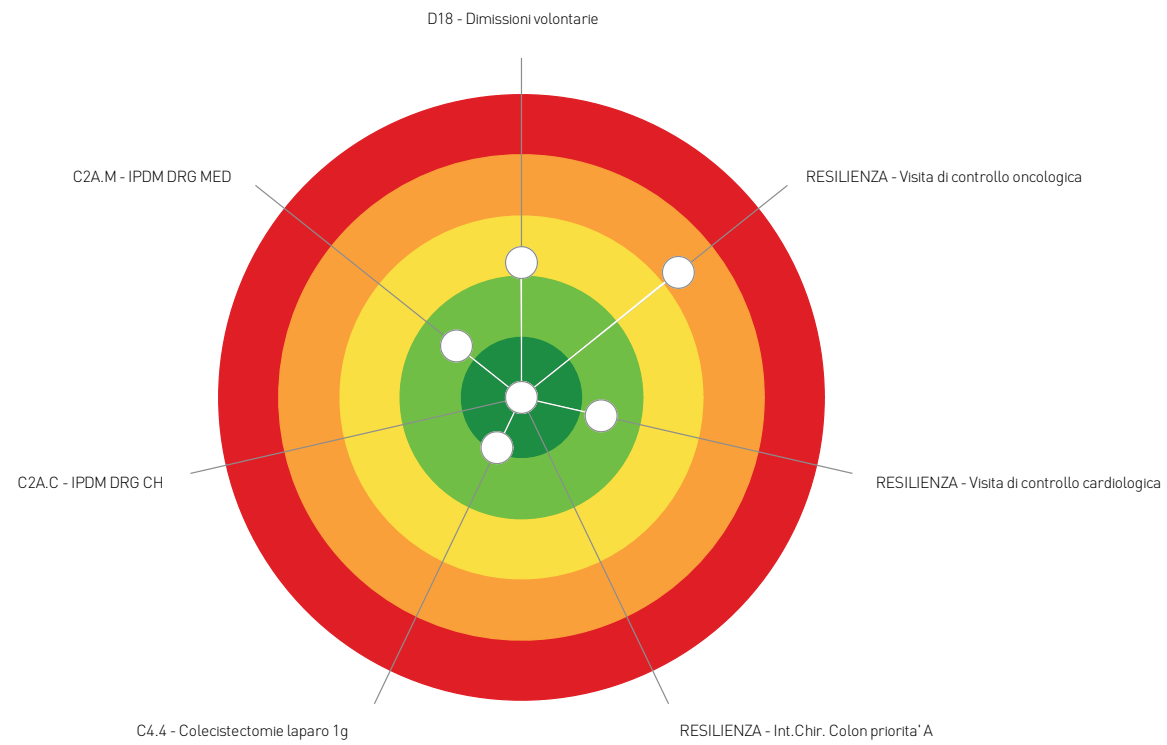


# IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)

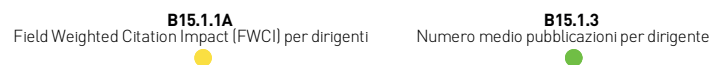


## Valutazione della Performance 2021



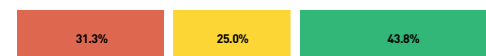
# IRCCS ONCOLOGICO BARI

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



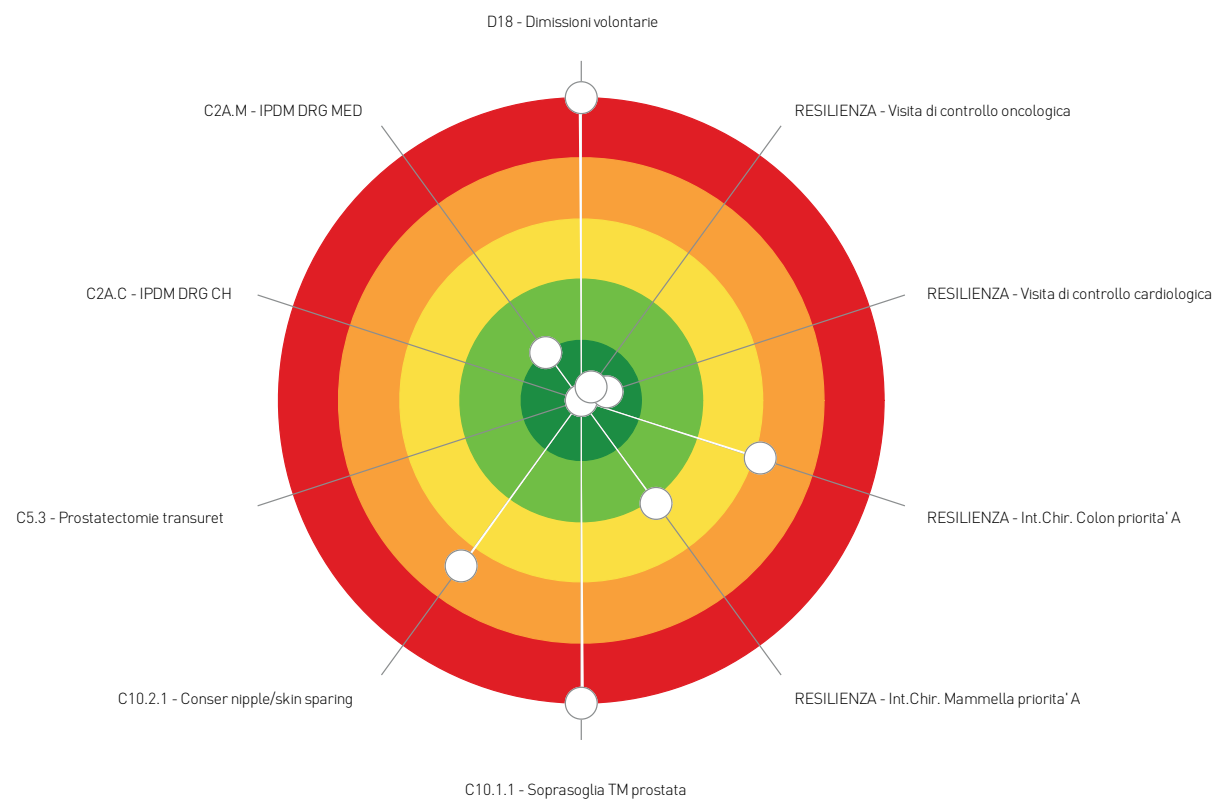
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 16



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

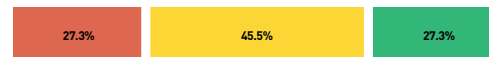
## Valutazione della Performance 2021



# E.E. MIULLI

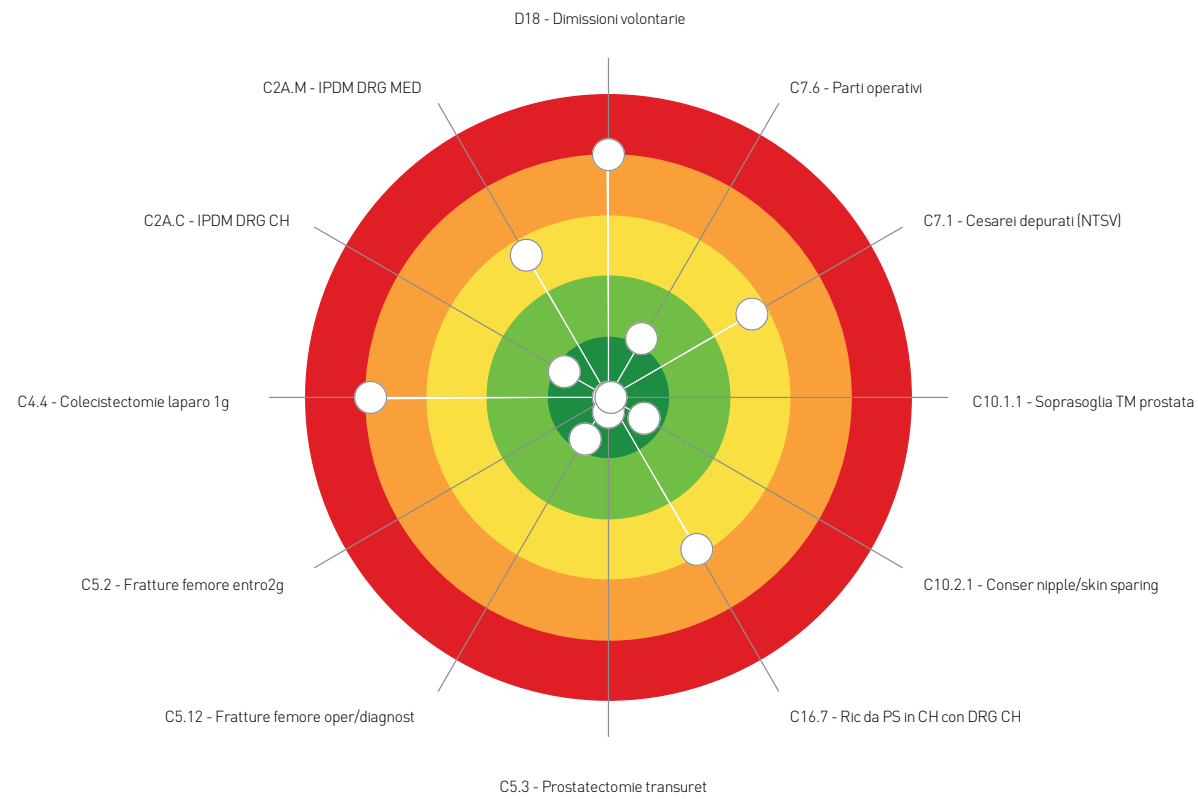
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

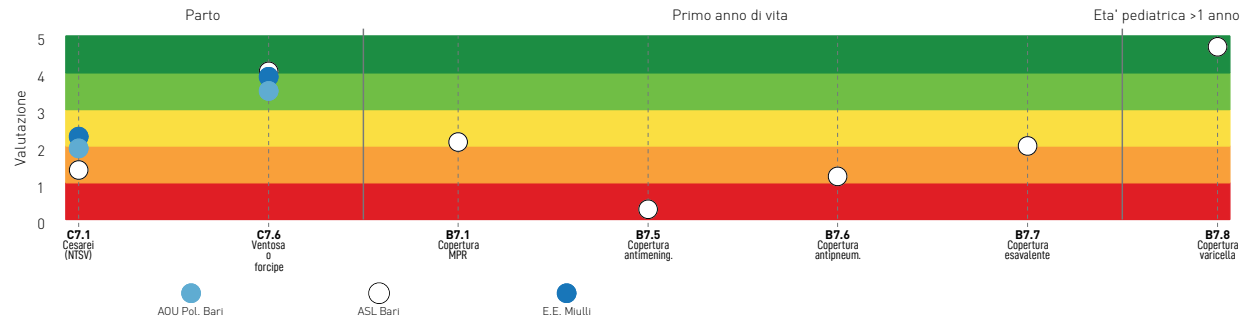
Numero indicatori di valutazione: 11



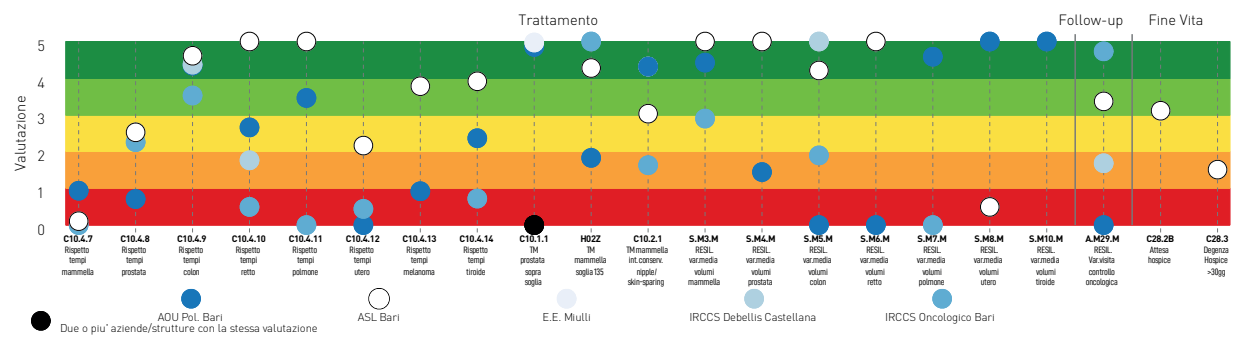
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

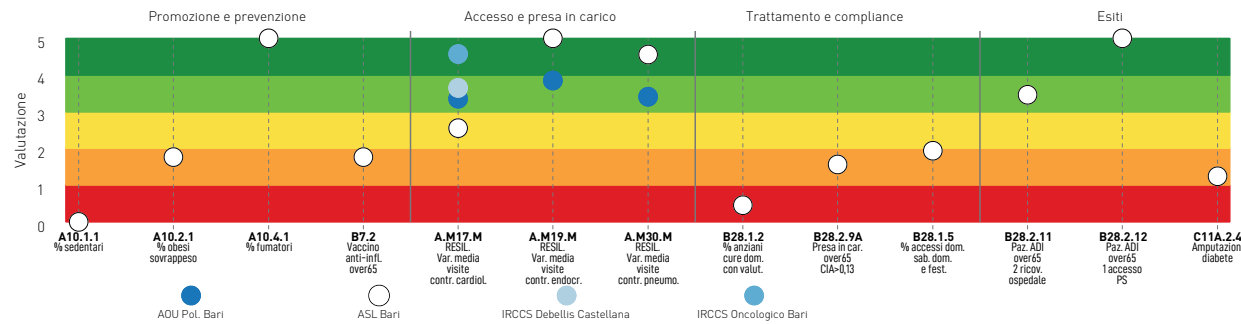




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



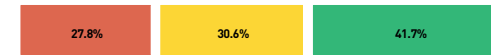
# ASL FOGGIA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



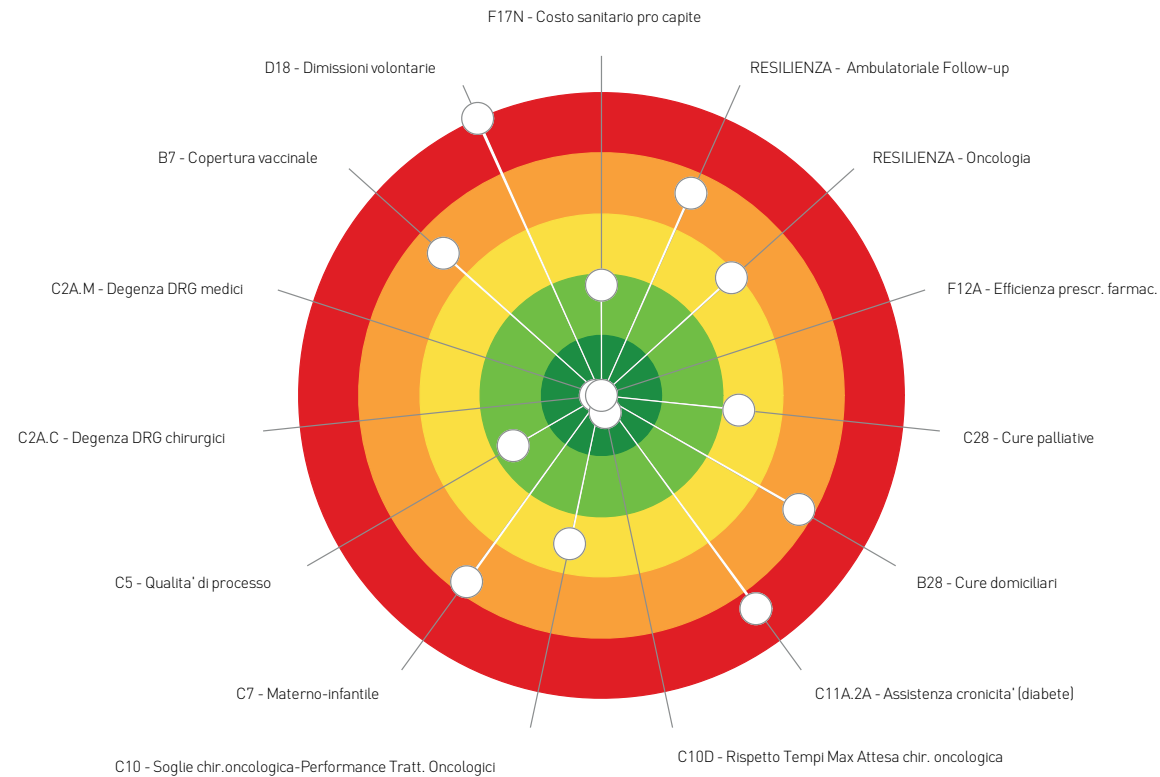
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 36



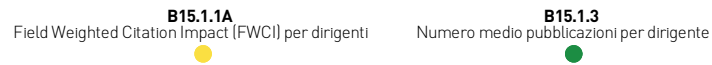
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# 00.RR. FOGGIA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



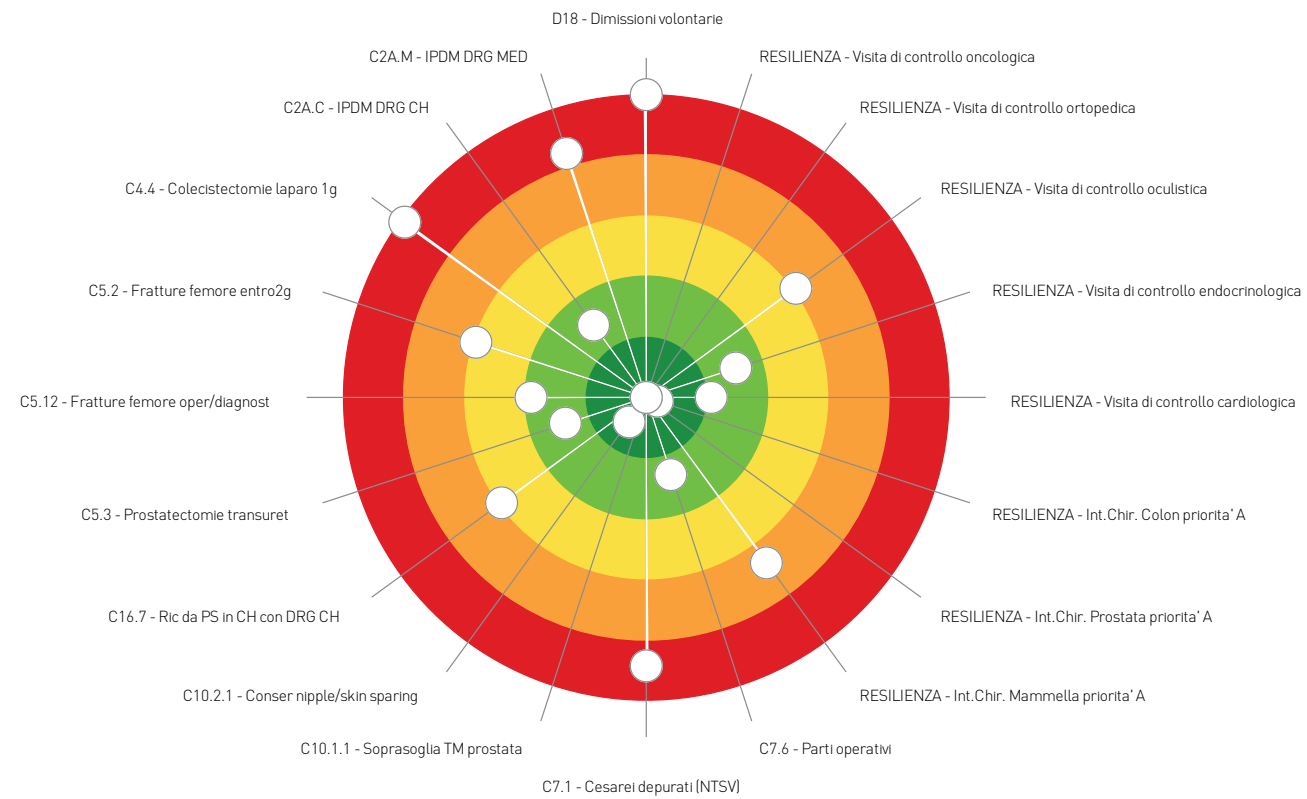
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 22



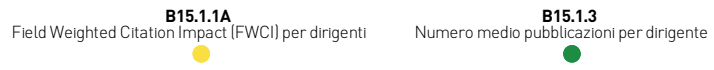
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

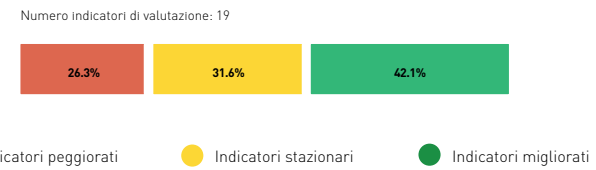


# E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

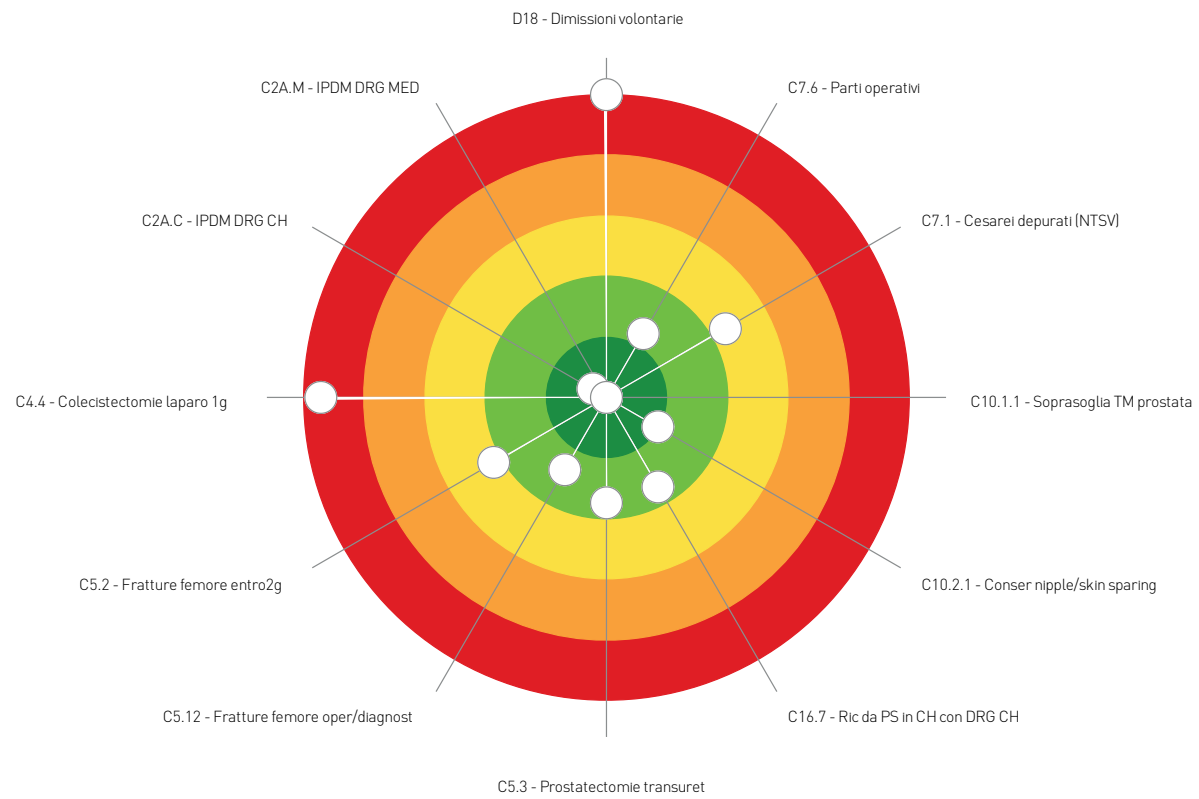
## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)

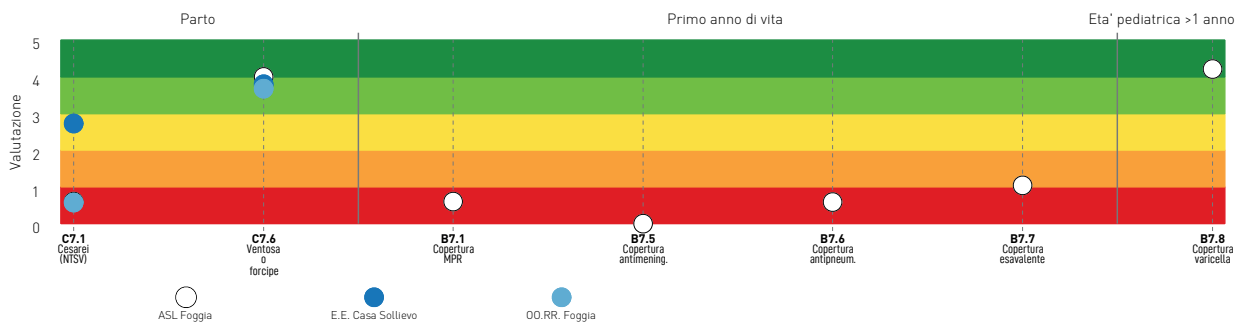


## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

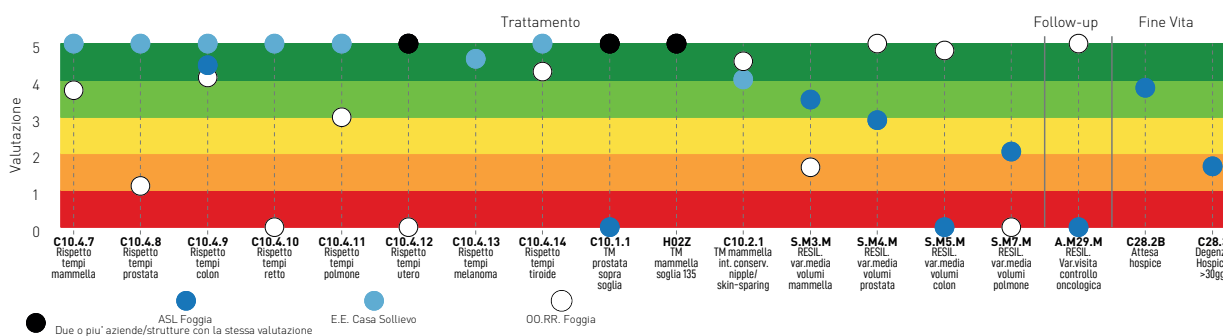


## Valutazione della Performance 2021

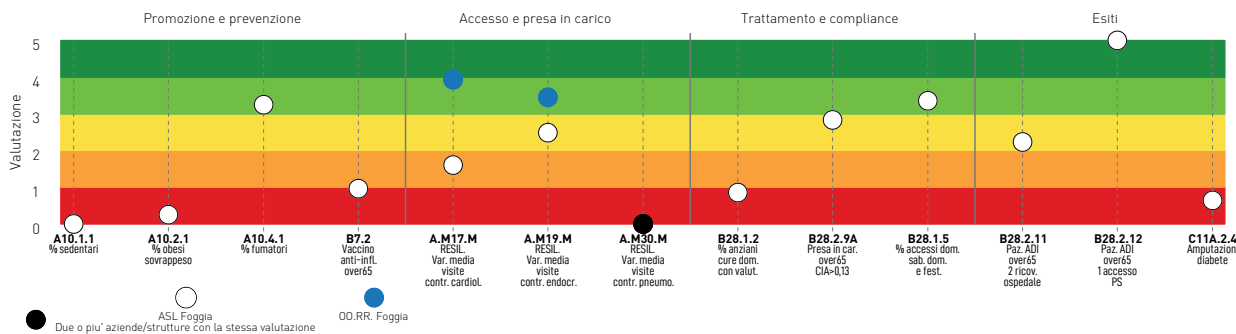




PERCORSO  
MATERNO  
INFANTILE



PERCORSO  
ONCOLOGICO



PERCORSO  
CRONICITÀ

# ASL LECCE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



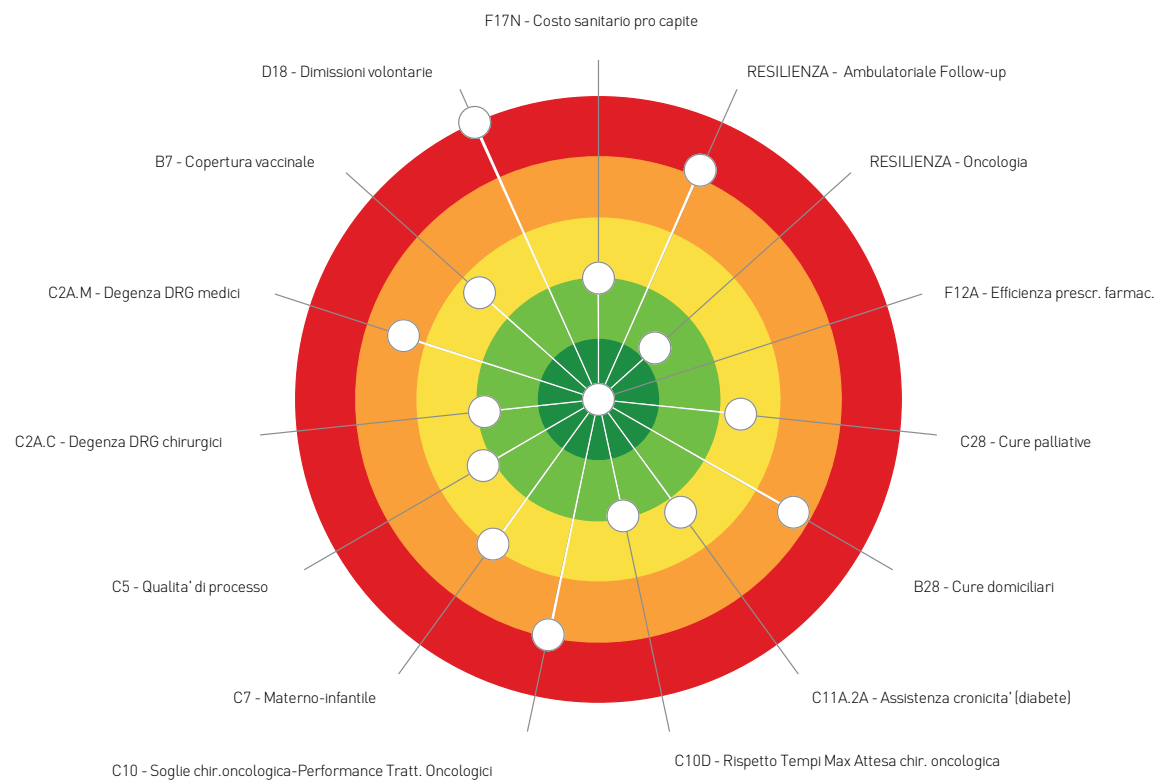
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 39



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# E.E. CARD. PANICO

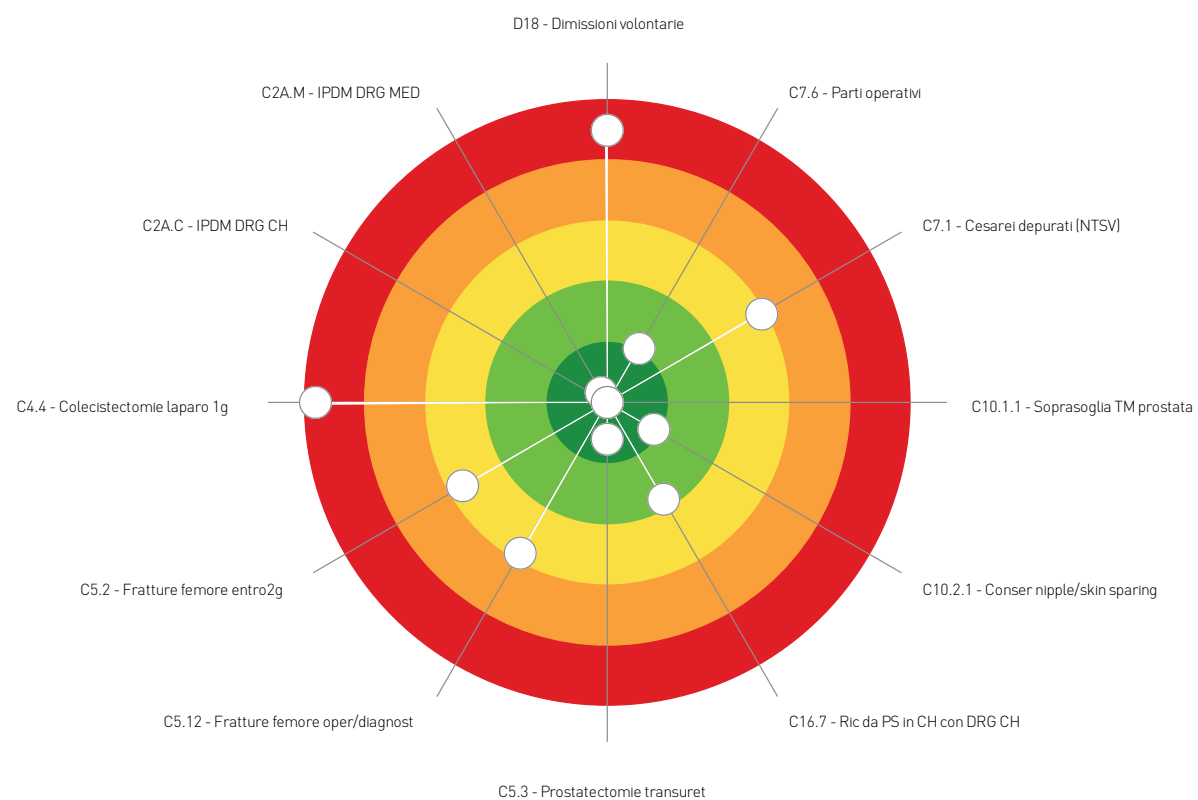
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 11

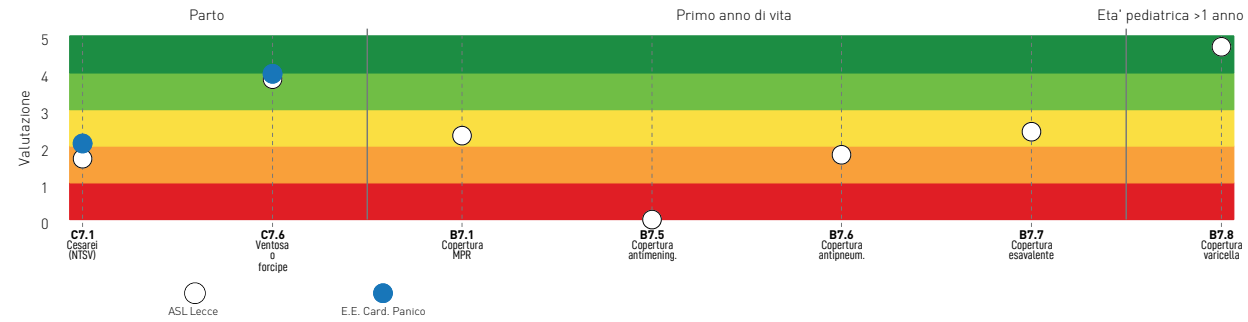


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

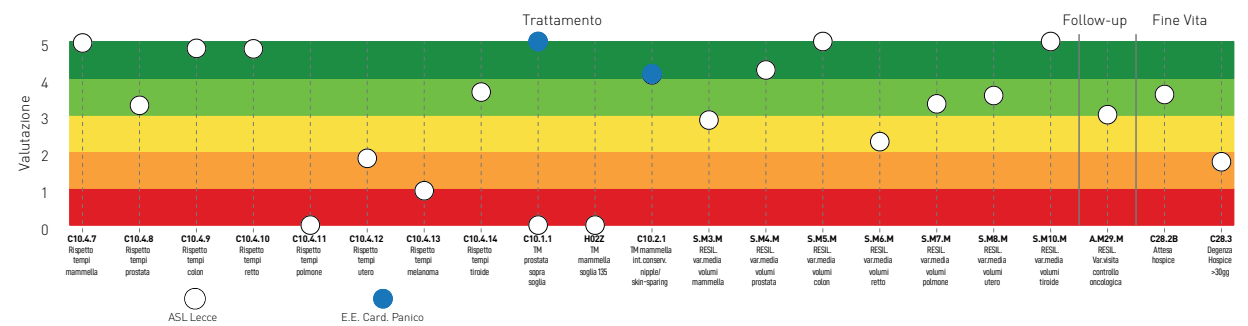
## Valutazione della Performance 2021



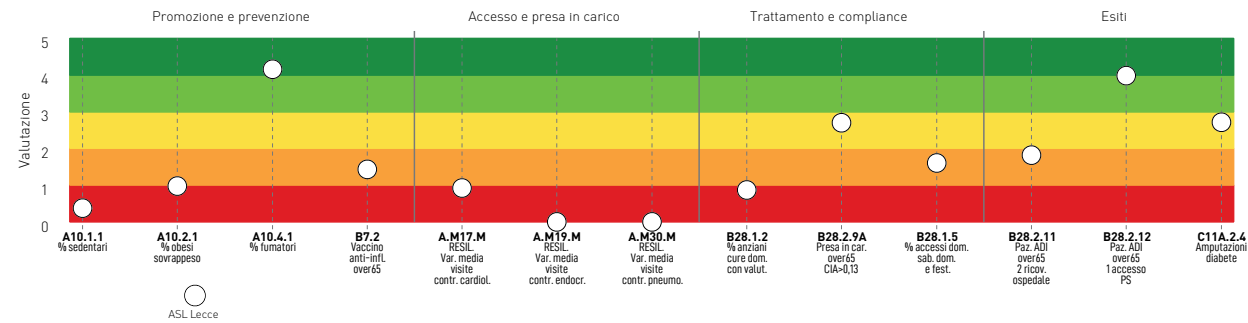
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ

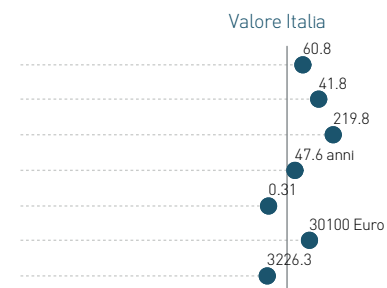


# TOSCANA



Popolazione: 3692865 abitanti  
Densita': 160.63 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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.



## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE TOSCANA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 103 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Toscana mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 55% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 18% resta stabile e il 26% peggiora.

Molto buona la sezione relativa alla resilienza, in particolare per la tenuta e il rilancio per delle prestazioni ambulatoriali di follow up, i ricoveri per IMA STEMI e ictus ischemico, gli interventi di chirurgia oncologica di priorità A. Anche i programmi di screening oncologici hanno visto un rebound nei volumi con una contestuale ripresa nei tassi di adesione da parte della popolazione. Il consumo di farmaci antidiabetici sul territorio è lievemente cresciuto rispetto ai valori del 2019, mentre il consumo di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina registra una contrazione del -3.3% rispetto ai valori pre-pandemia, trend in linea con le altre regioni del Network. Ancora inferiori rispetto ai dati del 2019 i ricoveri elettivi con almeno un'angioplastica o bypass aortocoronarico.

In riferimento alla prevenzione è buona la copertura vaccinale per l'infezione COVID: il 78.5% della popolazione residente risulta aver ricevuto il ciclo completo al 31 dicembre 2021. Tutta l'attività vaccinale in età pediatrica continua a registrare una buona copertura su tutto il territorio, cala invece la copertura antiinfluenzale, sia per gli anziani che per i professionisti sanitari, dopo una maggiore propensione registrata nel corso del 2020.

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale. In continuità con i dati del 2020, migliora la quota di ricette dematerializzate, che coprono oltre il 90% delle prescrizioni elettroniche farmaceutiche e specialistiche. È cresciuta l'attenzione da parte delle aziende nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, sebbene l'uso da parte dei cittadini risulti ancora limitato.

Continua il trend positivo sull'efficienza prescrittiva farmaceutica, rappresentata dal ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, e sull'ambito meno performante relativo all'uso appropriato dei farmaci. Per questo gruppo di indicatori vi sono segnali positivi soprattutto per la riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio, in particolare, si sono ridotti quelli in età pediatrica. Si mantengono, o migliorano, i livelli di aderenza farmaceutica per i pazienti con infarto del miocardio, con riferimento a beta-bloccanti, ACE inibitori o sartani e antiaggreganti e statine. Il sistema trasfusionale mostra invece una performance in peggioramento, con una diminuzione nel tasso delle donazioni di sangue e tessuti.

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 pari ai livelli del 2020. La performance della Toscana si conferma comunque la migliore rispetto alle altre regioni del network. Si mantiene buona la qualità dei processi clinici, sebbene continui a ridursi la percentuale di fratture del collo del femore

operate entro due giorni, che passa da 79% nel 2019 a 71% nel 2021, una contrazione registrata anche in altre regioni.

L'appropriatezza clinica - misurata in termini di proporzioni di parti cesarei registra un miglioramento (riduzione di un punto percentuale rispetto al 2020), in controtendenza ai risultati delle altre regioni del network. Sull'appropriatezza prescrittiva, il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate è stabile, posizionandosi nella fascia gialla.

L'attenzione per la continuità tra ospedale e territorio è rimasta alta anche nel corso del 2021. Si registra una certa stabilità nella percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasettantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione. Sul territorio, è in costante aumento il tasso di segnalazioni per l'avvio di un percorso in assistenza domiciliare o residenziale per la popolazione anziana over 65 anni, aumenta la percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione e il livello di intensità assistenziale delle stesse.

Un'eredità della pandemia e sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.185 euro pro-capite nel 2020 a 2.288 nel 2021 (un incremento del 5%), in linea con l'andamento delle altre regioni. Sul lato del personale, si coglie la necessità di una maggiore valorizzazione e investimento, laddove la percentuale di assenza dei dipendenti cresce anche nel 2021, a sottolineare lo stress a cui il personale del SSR è sottoposto.

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile. Migliorano gli indicatori sulla fase del parto, con riduzioni nelle episiotomie e parti cesarei, soprattutto nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Si registra un lieve calo nelle coperture vaccinali per MPR ed esavalente nel primo anno di vita. Continua la contrazione nel consumo di antibiotici e di cefalosporine in età pediatrica.

La performance regionale sul percorso oncologico e complessivamente buona nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, con molti indicatori che si posizionano nella fascia più alta (verde scuro) del pentagramma. L'area degli screening vede un forte miglioramento nell'estensione degli inviti rispetto allo scorso anno, anche se il livello di partecipazione agli stessi non è ancora ritornato ai livelli pre-Covid. Permangono margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative.

Il pentagramma del percorso cronicità riporta una performance regionale complessivamente buona con ottimi risultati nella presa in carico ed esiti. Mostra invece margini di miglioramento nella promozione degli stili di vita (incluso un ricorso più elevato alla vaccinazione antiinfluenzale negli anziani) e nella aderenza terapeutica, in particolare peggiora la compliance di pazienti in terapia con statine.

L'emergenza-Urgenza nel 2021 registra un contraccolpo nell'intervallo di tempo intercorrente tra la chiamata e l'arrivo sul posto del mezzo di soccorso e nel tempo di permanenza in pronto soccorso. In particolare, diminuisce la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore. Questi due 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 2017-2019)

A10  
Stili di vita (PASSI)

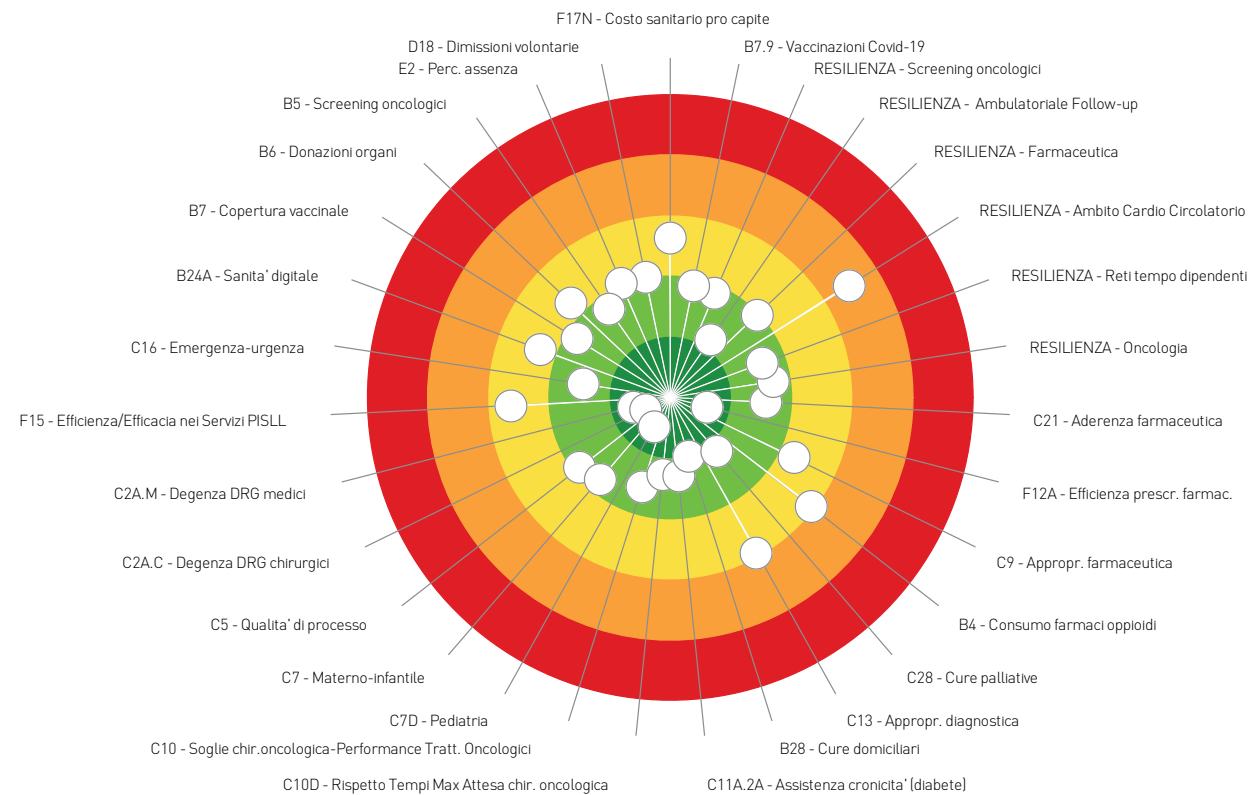
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 103

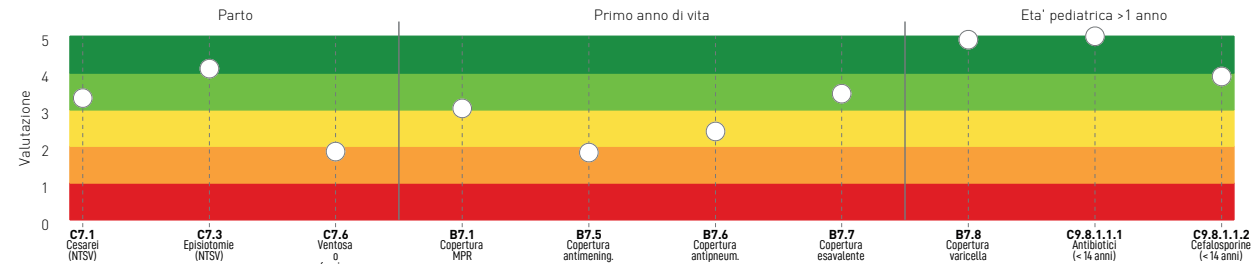


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

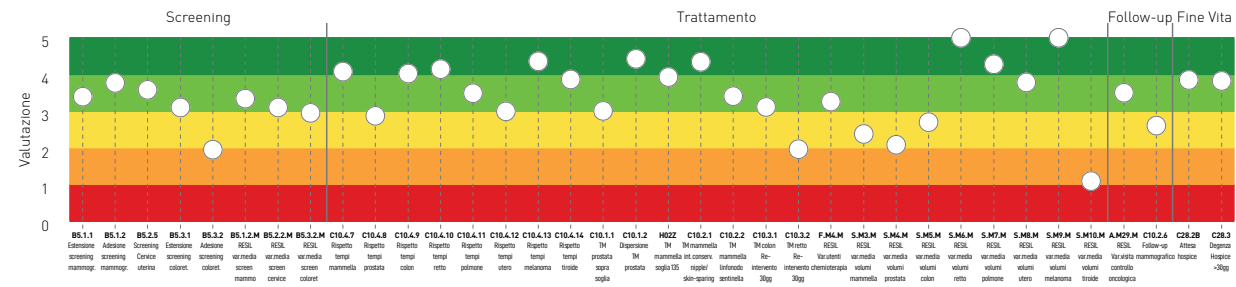
## Valutazione della performance 2021



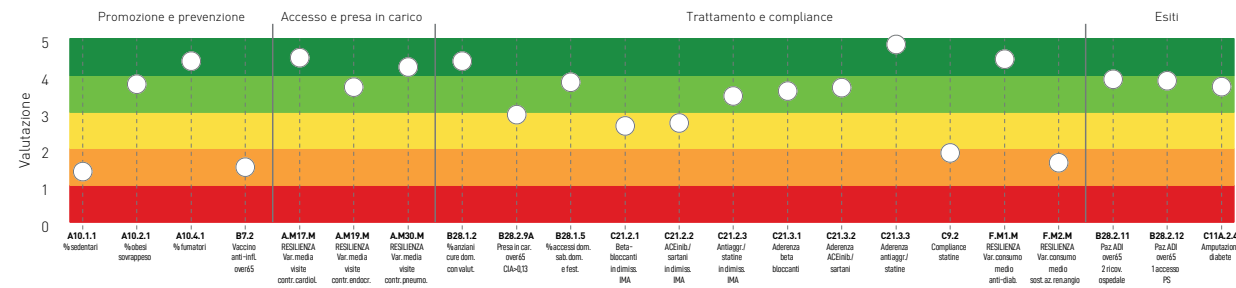
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



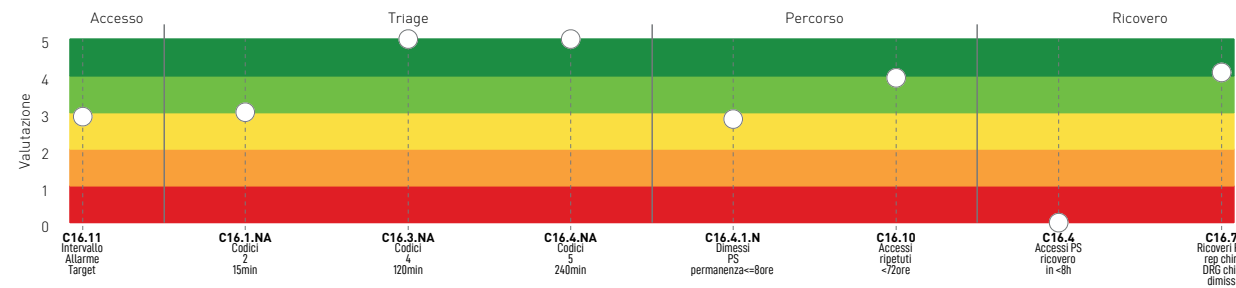
## PERCORSO ONCOLOGICO

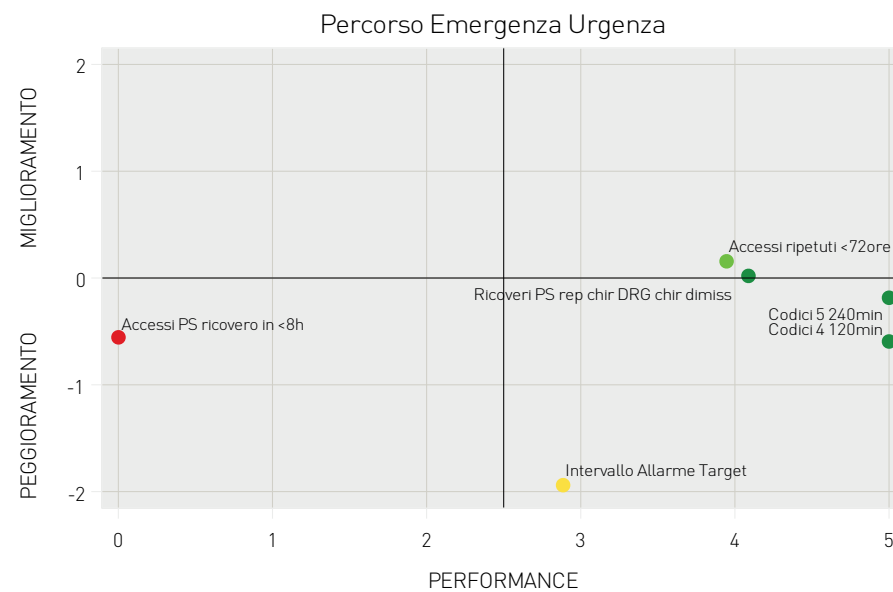
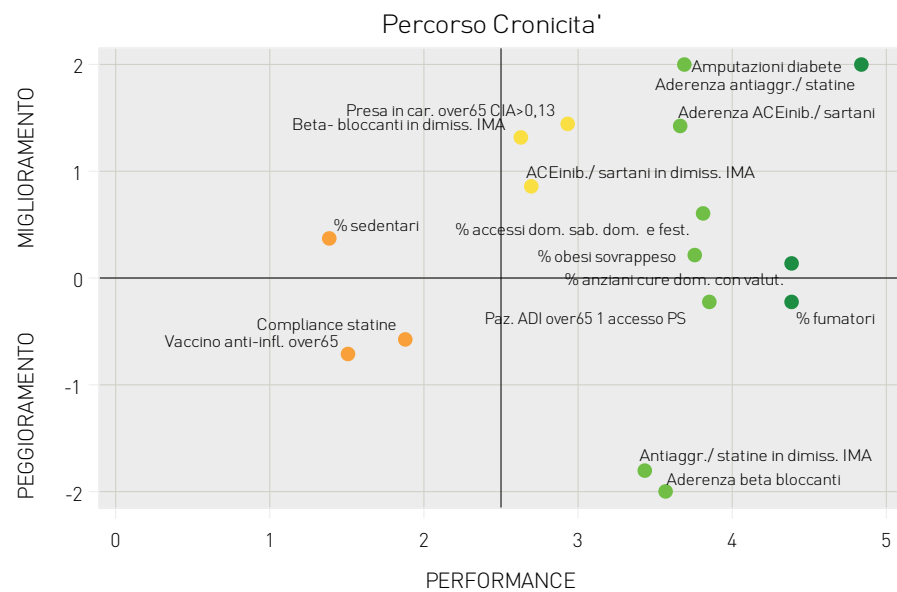
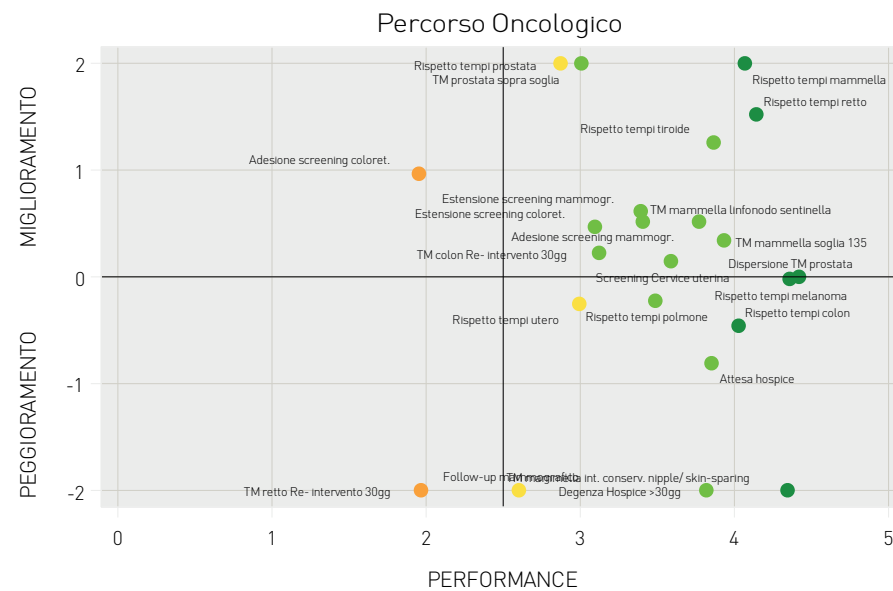
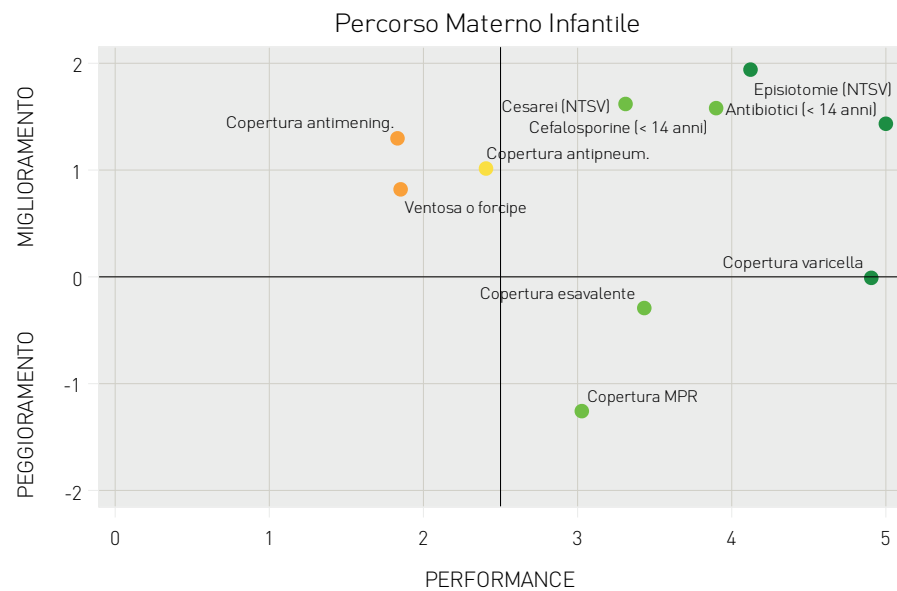


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA

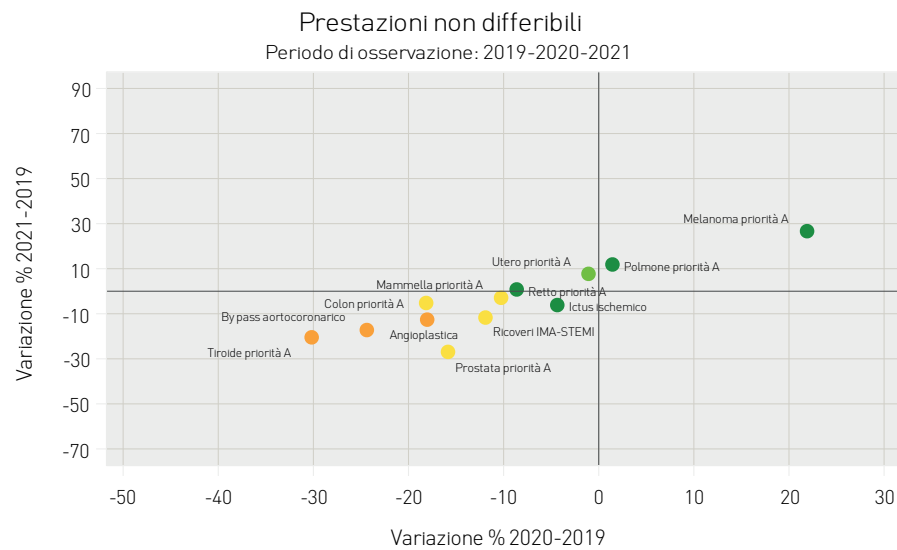




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE TOSCANA

# AUSL CENTRO

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



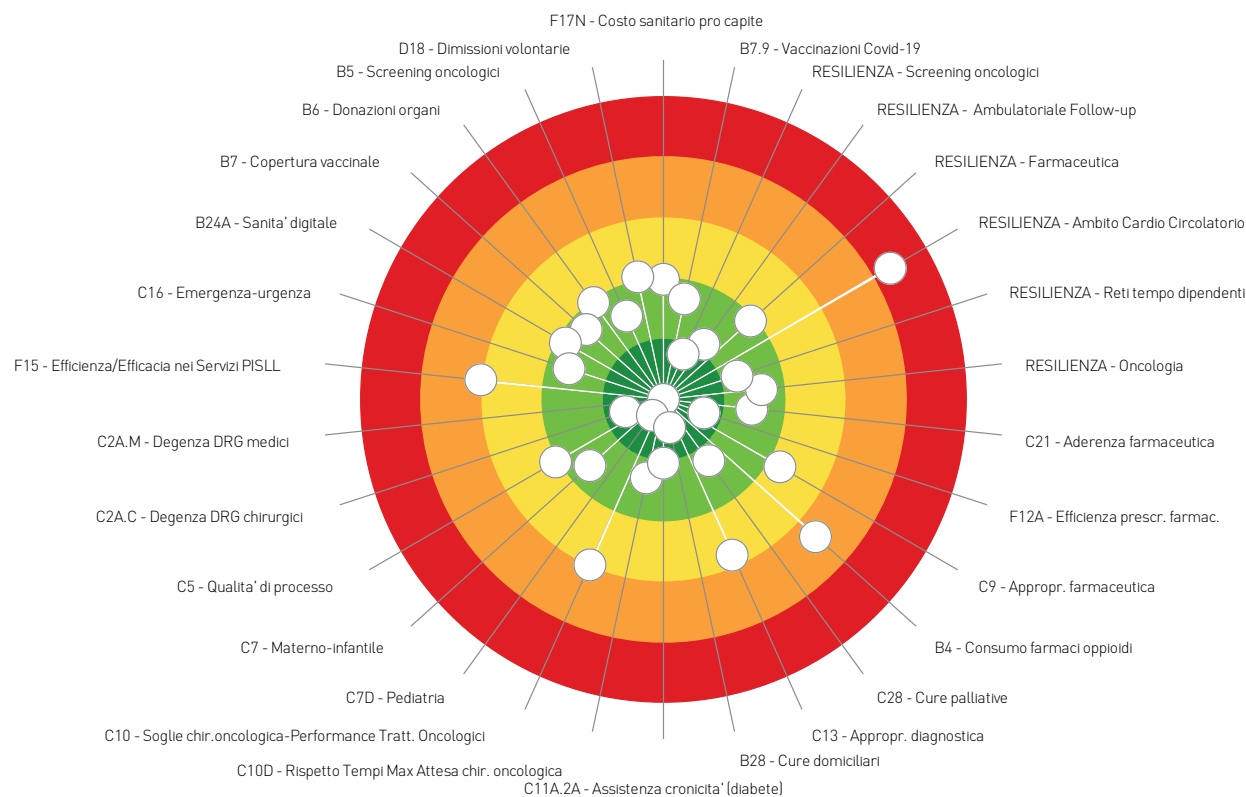
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 96



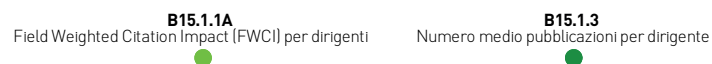
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



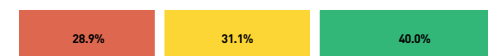
# AOU CAREGGI

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



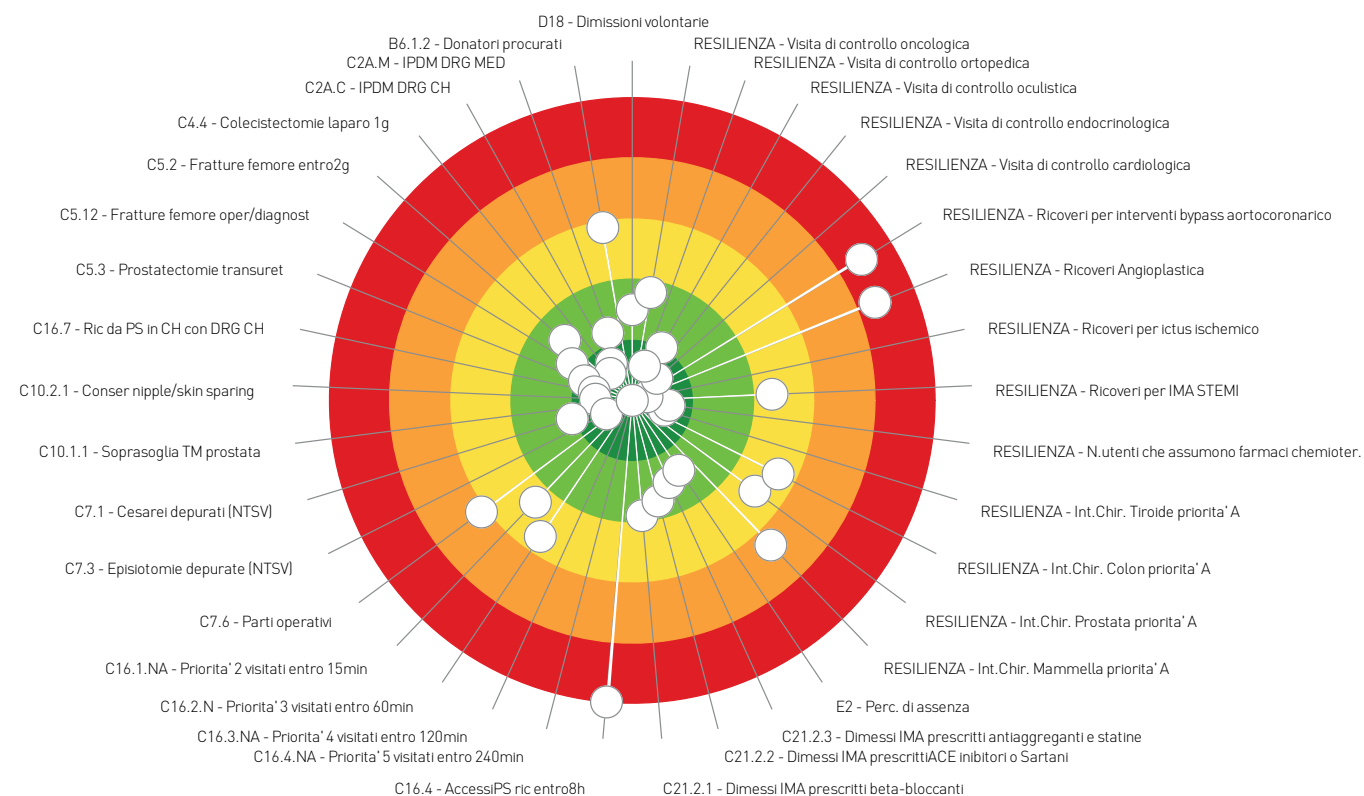
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 45



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

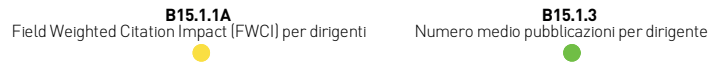
## Valutazione della Performance 2021





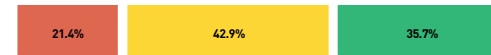
# MEYER

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



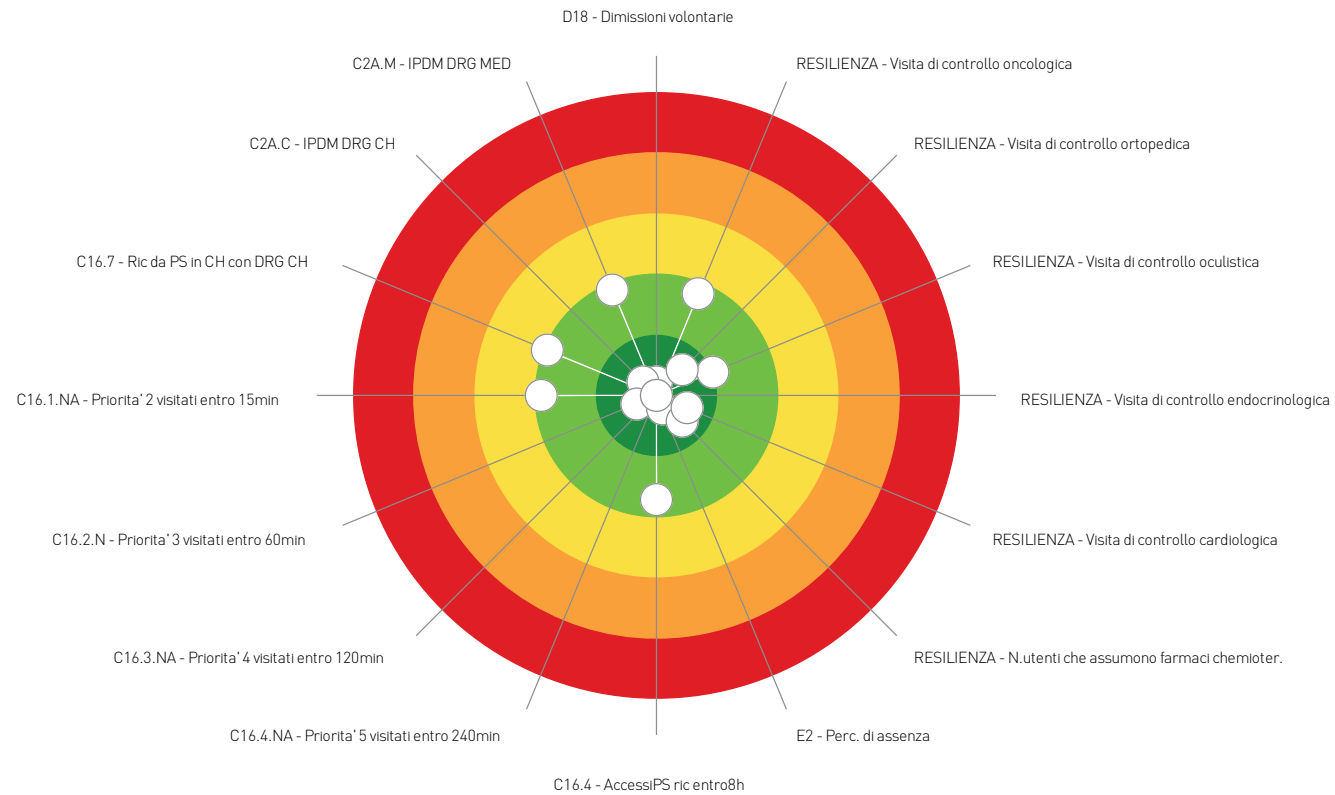
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

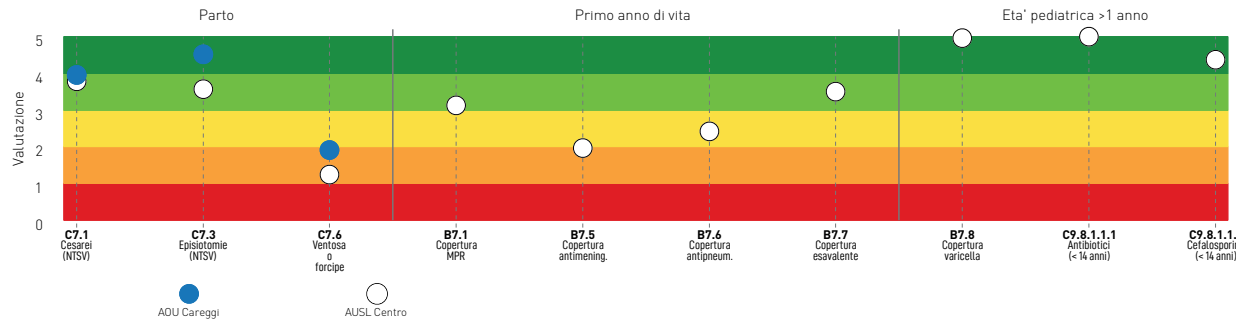
Numero indicatori di valutazione: 28



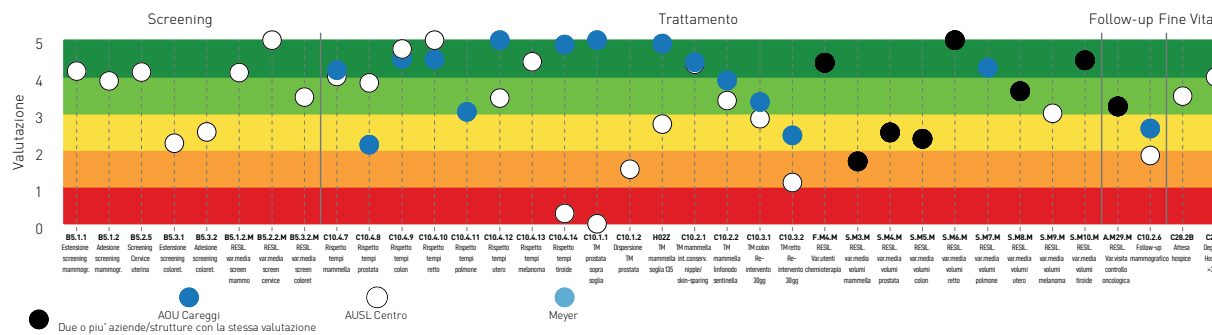
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

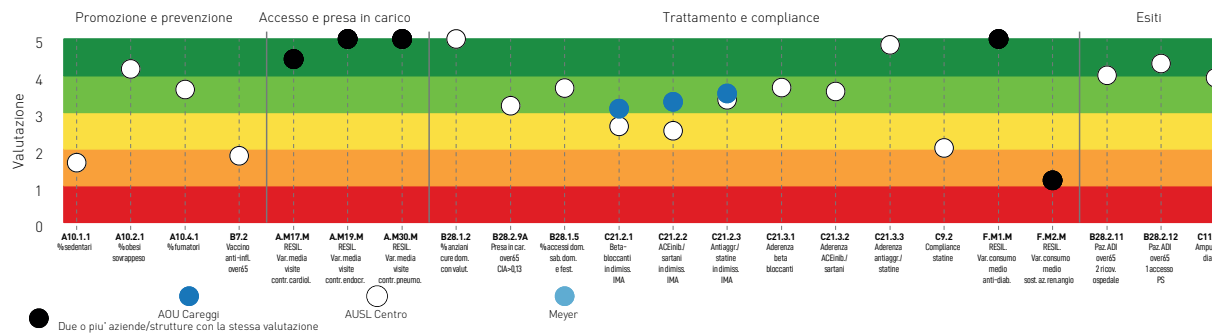




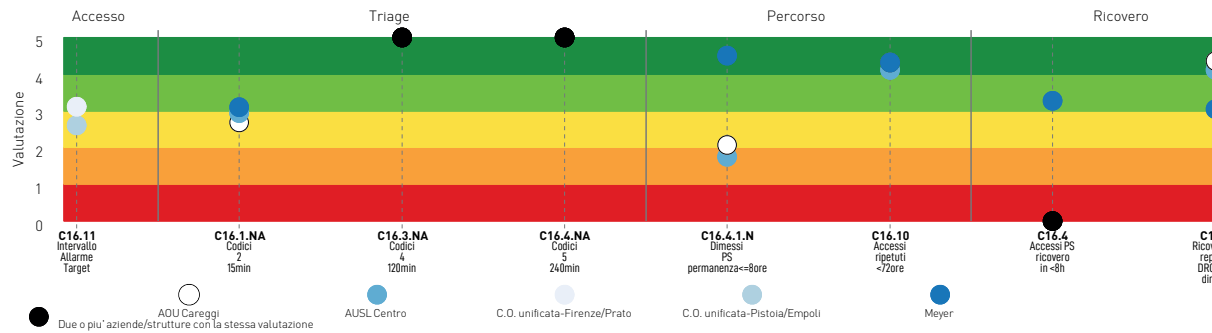
**PERCORSO MATERNO INFANTILE**



**PERCORSO ONCOLOGICO**



**PERCORSO CRONICITÀ**



**PERCORSO EMERGENZA URGENZA**

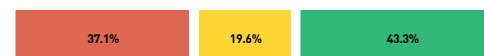
# AUSL NORD OVEST

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)

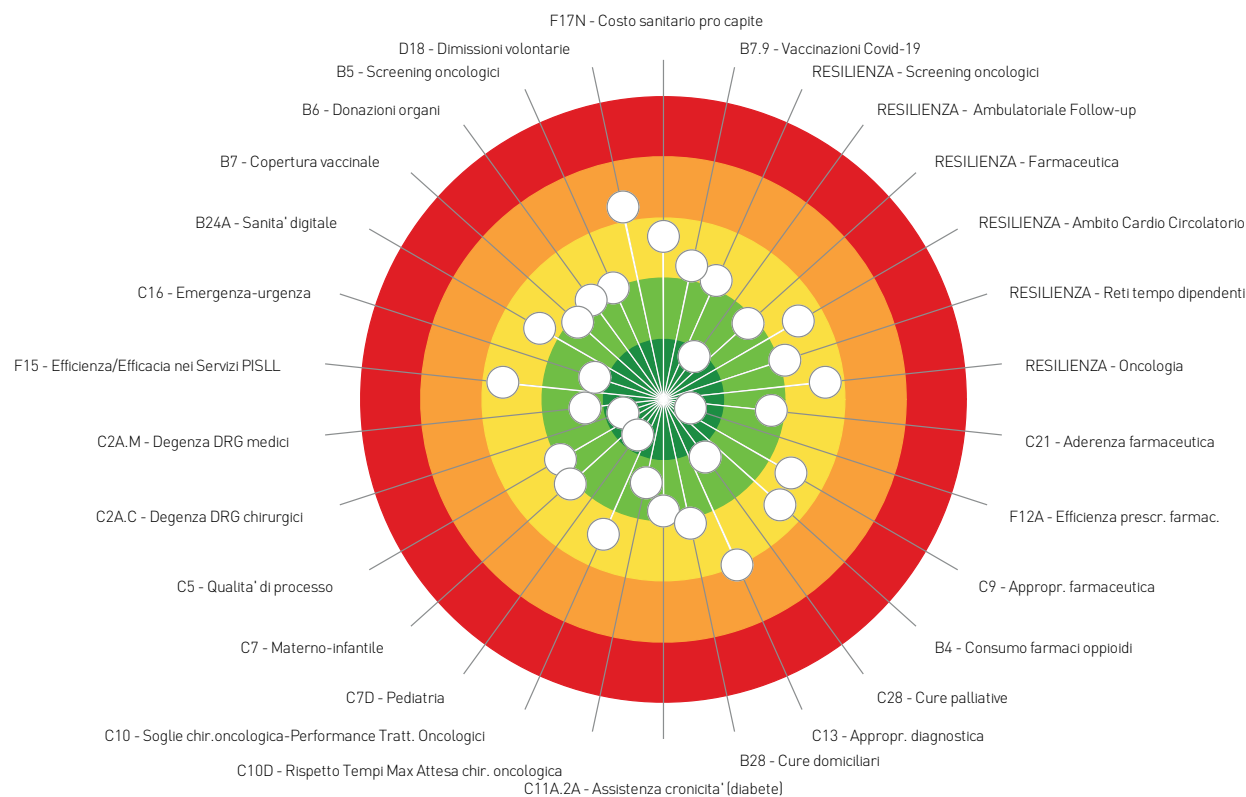
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 97



● Indicatori peggiorati   ● Indicatori stazionari   ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# AOU PISANA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



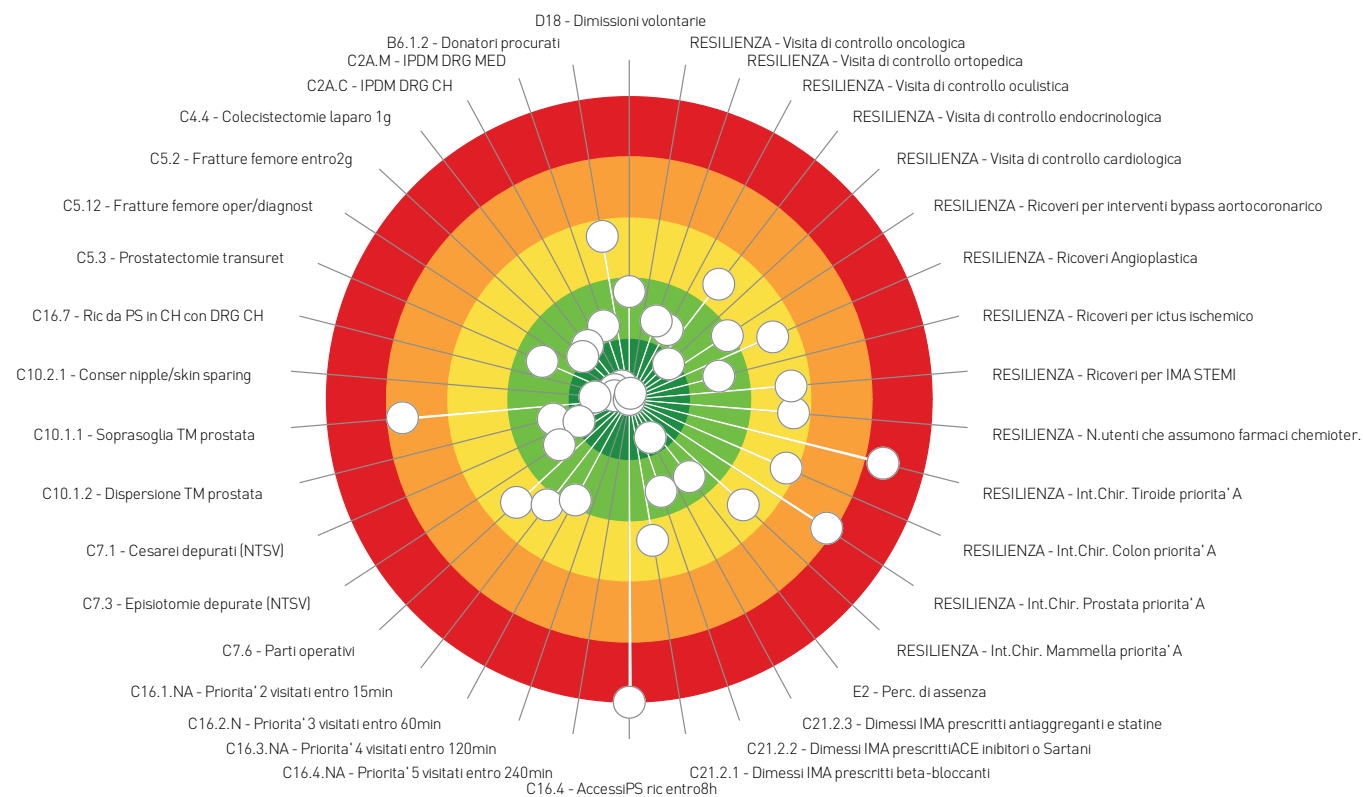
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 47



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# FONDAZIONE MONASTERIO

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



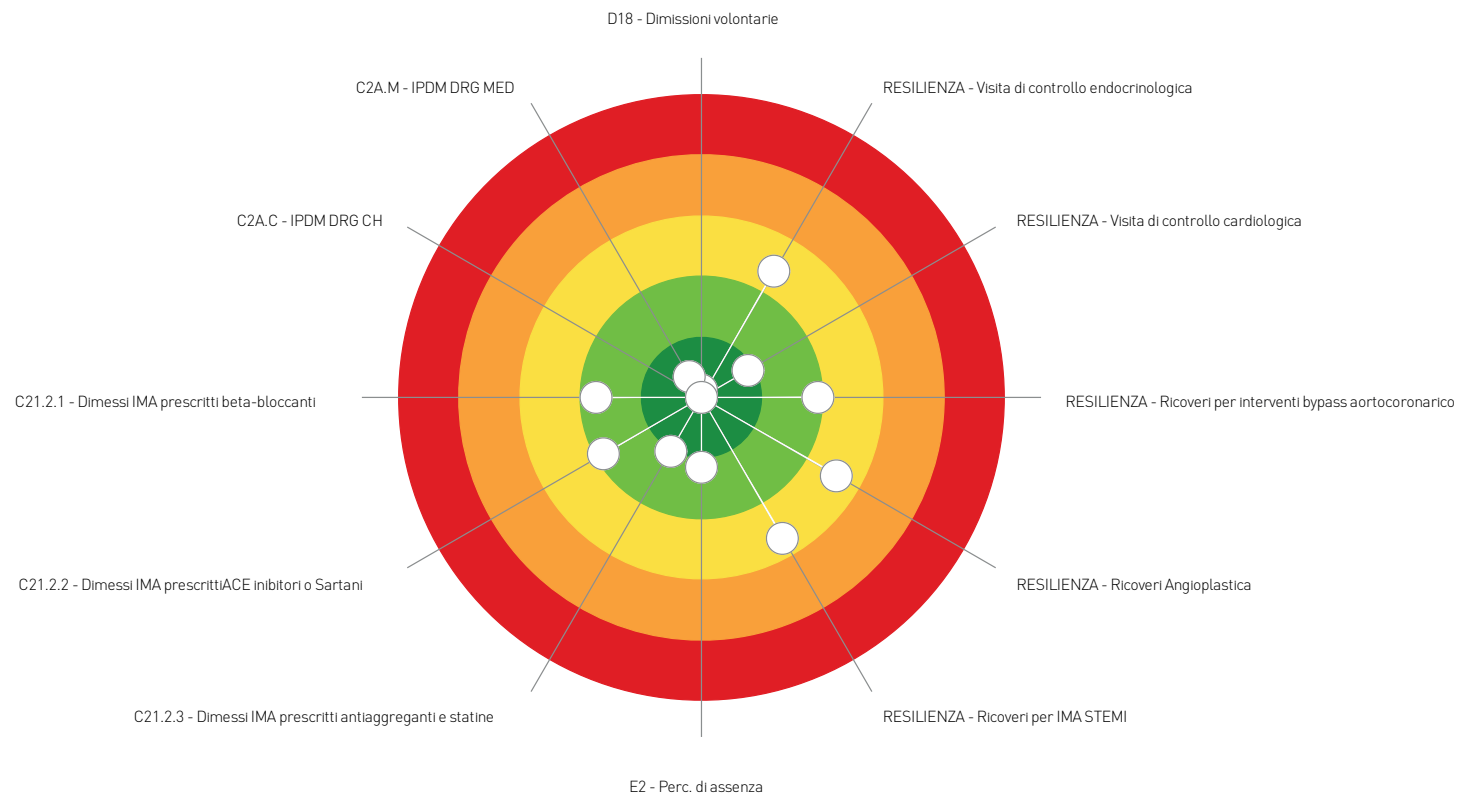
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

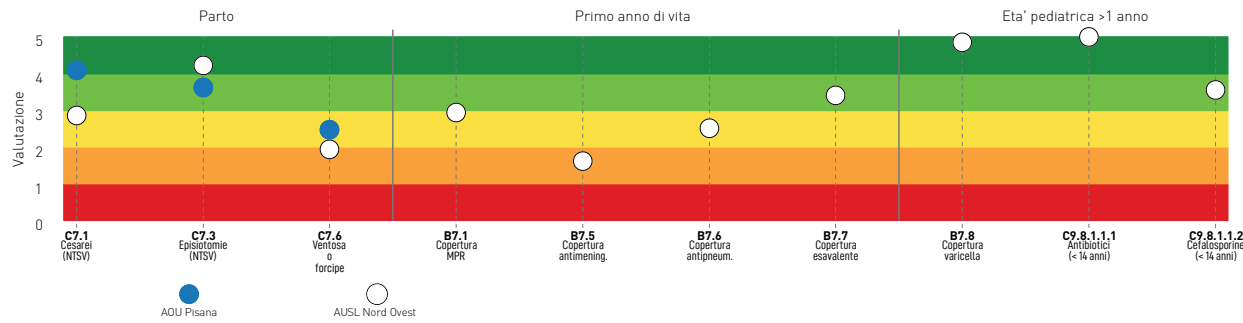
Numero indicatori di valutazione: 12



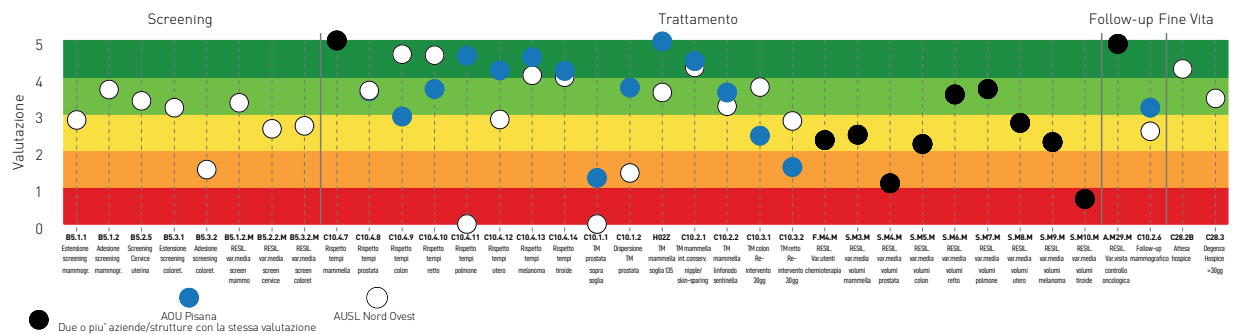
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

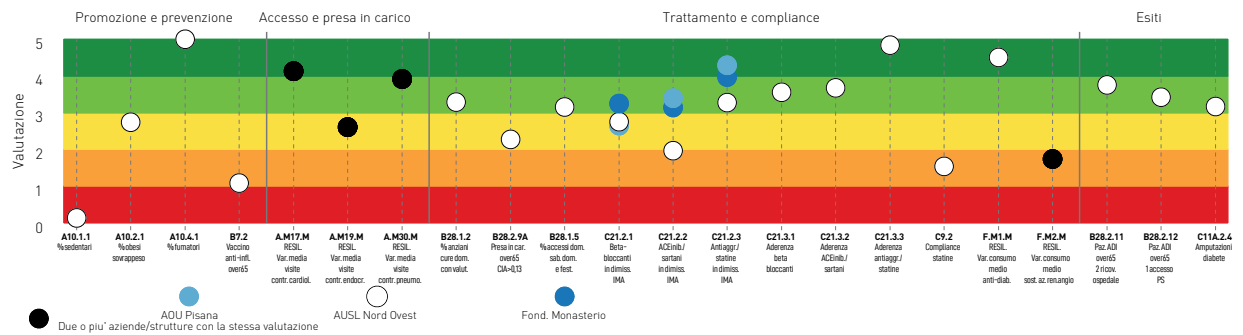




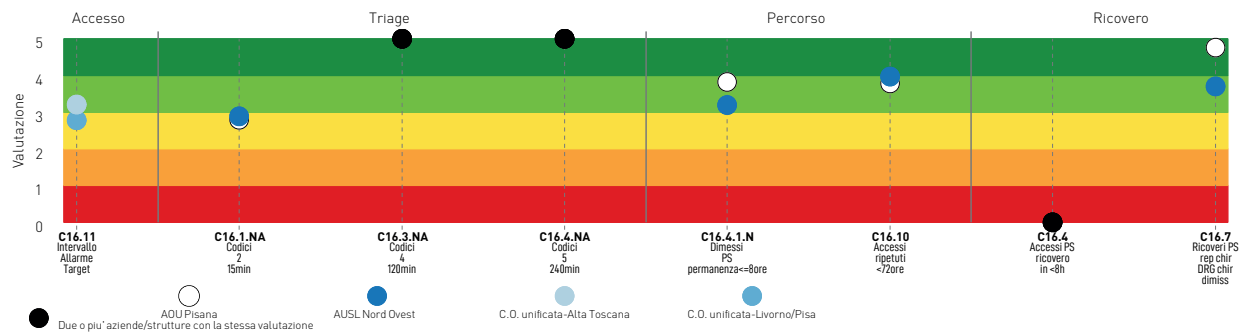
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# AUSL SUD EST

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



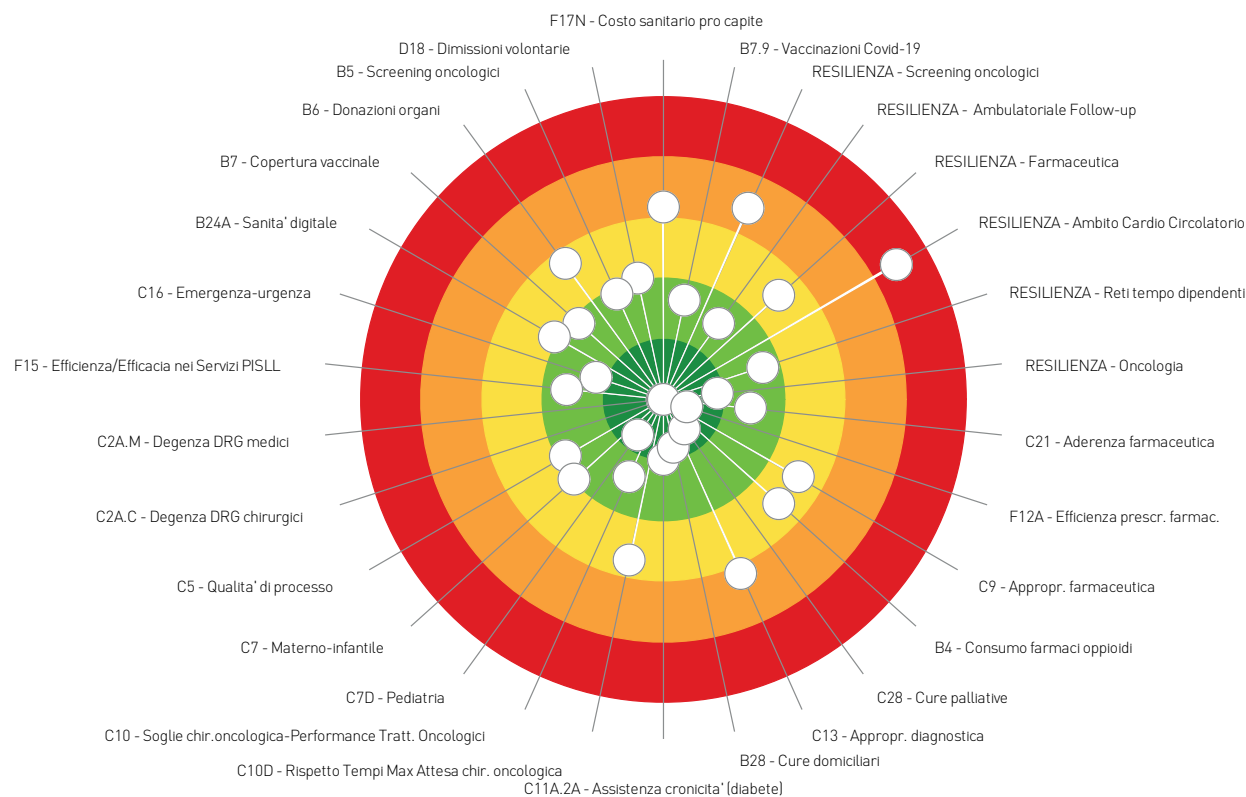
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



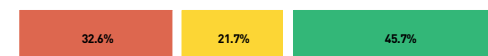
# AOU SENESE

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



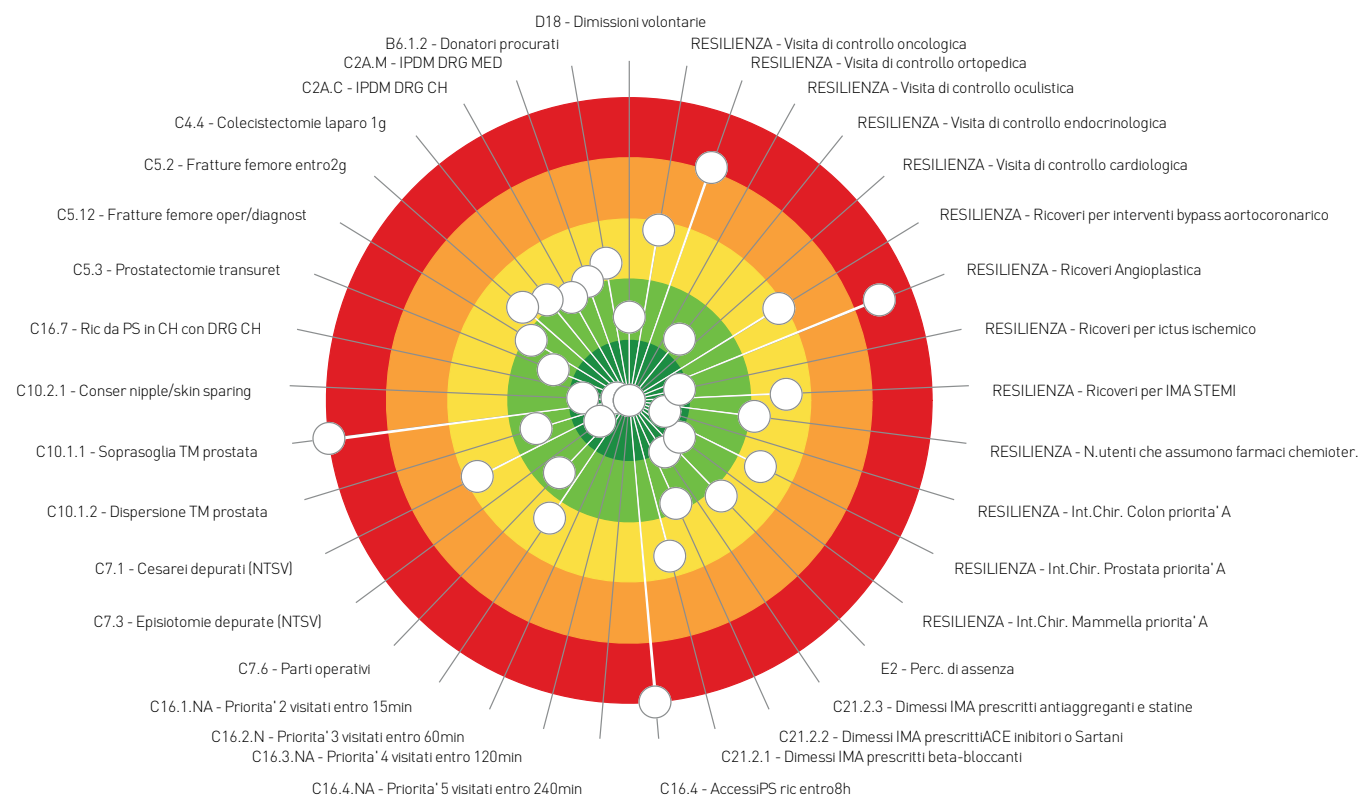
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 46



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





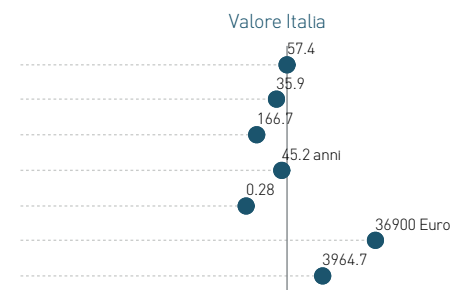


# TRENTO



Popolazione: 542166 abitanti  
Densita': 8.78 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini \*  
PIL pro-capite \*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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 il Servizio ospedaliero provinciale (SOP), il Servizio Territoriale e il Dipartimento di Prevenzione.

## LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando gli 85 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Provincia Autonoma di Trento mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 42% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 21% resta stabile e il 37% peggiora.

Per quanto riguarda il set di indicatori di resilienza - già introdotto lo scorso anno, con lo scopo di misurare la capacità di resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali rispetto alla situazione pandemica - la P.A. di Trento non registra situazioni particolarmente critiche, con quasi tutti gli indicatori che si posizionano nelle aree più interne del bersaglio. Da segnalare, però, una performance relativamente scarsa per gli indicatori afferenti all'area dell'ambito cardio-circolatorio e dei volumi oncologici. Nel primo caso, infatti, risulta abbastanza marcata la contrazione media 2020 e 2021 nei volumi rispetto al 2019 per interventi di bypass aorto-coronarico come anche per i volumi di interventi chirurgici oncologici di priorità A, segnatamente per gli interventi eseguiti all'utero (-28.9%), al colon (-25.7%) e alla mammella (-14%). È in linea con le altre regioni del Network il rebound nell'erogazione delle viste specialistiche di controllo, in particolare buoni i risultati per la visita di follow up di chirurgia vascolare, neurologica, oculistica, ortopedica, ginecologica, fisiatrica, e una tenuta sopra i livelli del 2019 per la visita gastroenterologica ed oncologica. Molto positivo il risultato sull'erogazione degli screening oncologici, in particolare mammografie ed esami coloretali, da attenzionare invece lo screening alla cervice che registra una variazione media nel biennio di -26.7% rispetto ai valori del 2019. Anche i risultati di adesione degli screening oncologici continuano ad essere consistenti rispetto al 2020.

Ad una ripresa sostenuta si affianca anche un aumento del costo sanitario pro-capite - andamento condiviso con le altre regioni, che passa da 2.511 euro nel 2020 a 2.531 euro nel 2021, incremento percentuale più basso tra tutte le regioni del Network.

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale (non-COVID) registra performance lievemente in declino in quasi tutti gli indicatori ad esclusione della copertura per papilloma virus che risulta essere la best practice tra le regioni del Network. La copertura vaccinale per l'infezione COVID si dimostra essere un nodo di criticità (fascia rossa) con solo il 72.2% della popolazione residente risulta aver ricevuto il ciclo completo al 31 dicembre 2021. Peggiora lievemente l'efficienza ed efficacia nelle gestione della sicurezza sul lavoro, con un risultato che passa in fascia arancione e tra i più bassi del Network.

Rispetto l'organizzazione dei processi ospedalieri, aumentano di 5 punti percentuali le prostatectomie transuretrali, portando la P.A. ad essere la best practice del Network e migliora la quota di colecistectomie laparoscopiche con ricovero 0-1 giorno. Continua invece la riduzione nella percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni che passa dal 85.7% del 2019 al 75.5% del 2021, registrando, comunque, una buona performance (fascia verde). È stabile e nella media la percentuale ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (56.5%). Gli indici di performance di degenza media registrano andamenti pro-

mettenti: diminuisce, infatti, sia la durata media delle degenze per i DRG chirurgici sia che per quelli medici. Per quanto riguarda il livello ospedaliero, rimane stabile in fascia gialla la quota di dimissioni volontarie, seppur in miglioramento rispetto allo scorso anno (passa da 0.99% nel 2020 a 0.84% nel 2021).

Ottima la performance relativa all'area della sanità digitale. Molto alte e in linea con le altre Regioni del Network, le percentuali di ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati (98% nel 2021) e la percentuale di ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati (90% nel 2021). Ottima anche la percentuale di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico; meno, invece, la percentuale di cittadini che lo utilizzano, suggerendo la necessità di promuovere sempre di più questo strumento.

La performance relativa all'efficienza prescrittiva farmaceutica (la propensione verso la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza) è media; in fascia gialla l'appropriatezza farmaceutica (l'incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio si conferma la più contenuta del Network anche quest'anno). In netta ripresa rispetto allo scorso anno, l'aderenza: la percentuale di pazienti infartuati aderenti alla terapia con beta-bloccanti a 90-180 giorni, passa dal 52.7% del 2020 al 80% del 2021, in linea con le altre regioni del Network. Continua l'attenzione degli operatori verso l'uso dei farmaci oppioidi, essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, è molto buona, anche in riferimento al consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ovvero quelli indicati per il trattamento del dolore severo.

In linea con lo scorso anno la performance del percorso materno infantile: stabili e con ottima performance, nella fase del parto, sia la percentuale di cesari che quella di episiotomie. Leggermente in peggioramento la fase del primo anno di vita: sia la copertura MPR che quella per antimeningococcico fanno osservare una leggera contrazione rispetto allo scorso anno. Ottima la performance degli indicatori relativi età pediatrica con risultati molto positivi sul ridotto consumo di antibiotici e di cefalosporine.

L'organizzazione del percorso oncologico è complessivamente buona nelle varie fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita). Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una performance ottima, grazie alla tenuta sia in termini di estensione degli inviti, che in termini di adesioni, come già segnalato. Risultano ancora critici i tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumore alla mammella mentre migliorano quelli per melanoma. Si riconferma molto buono il valore associato alla tenuta dei volumi di visite di controllo oncologiche.

La qualità del percorso emergenza-urgenza è in miglioramento con particolare riferimento alla percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti, che raggiunge l'85%.

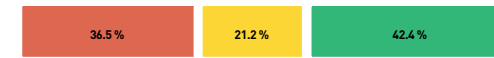
Luci e ombre per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti cronici: molto buona la ripresa dei volumi delle visite di controllo cardiologiche, a fronte di una performance scarsa di quelle pneumologiche. Sostanzialmente media la performance relativa al trattamento e compliance e ottima quella degli esiti, che fa, però, registrare una criticità per quanto riguarda la percentuale di assistiti over 65 in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, che arriva a toccare il 33% e suggerendo interventi per migliorare questa importante area.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)



## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 85

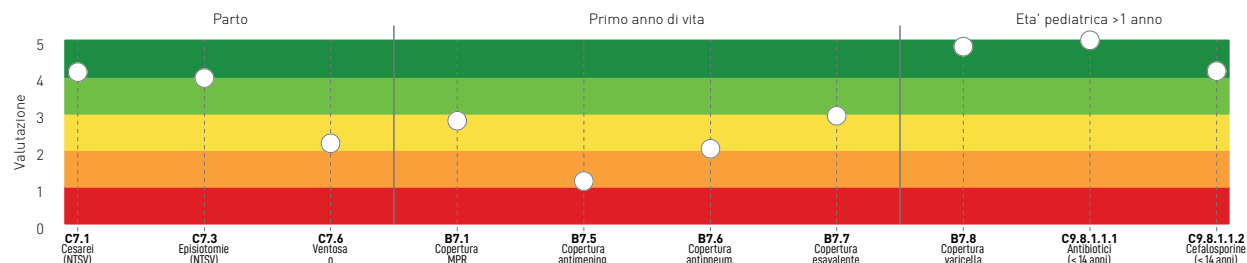


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

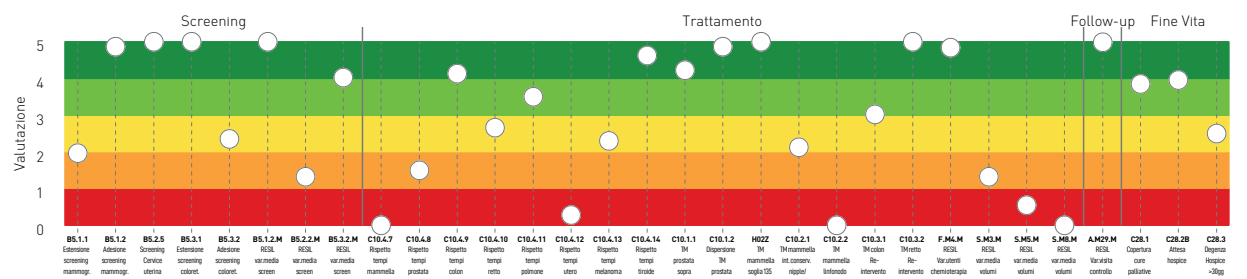
## Valutazione della performance 2021



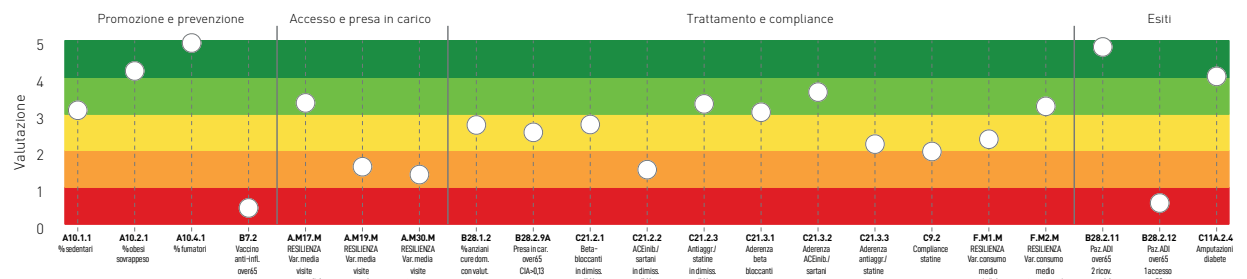
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



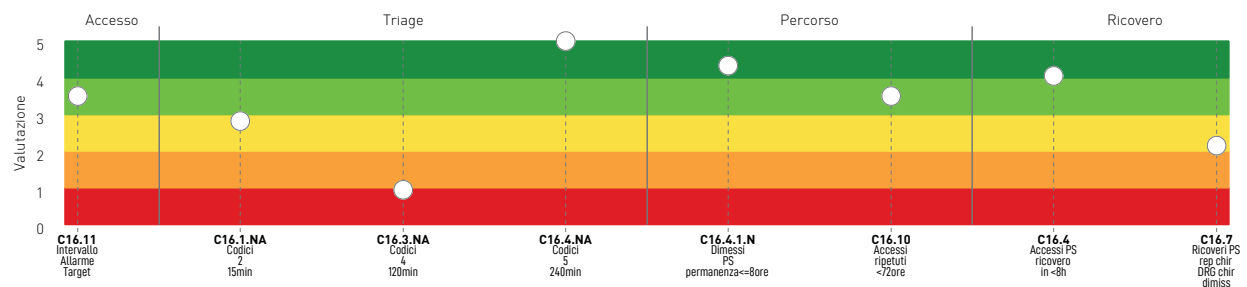
## PERCORSO ONCOLOGICO

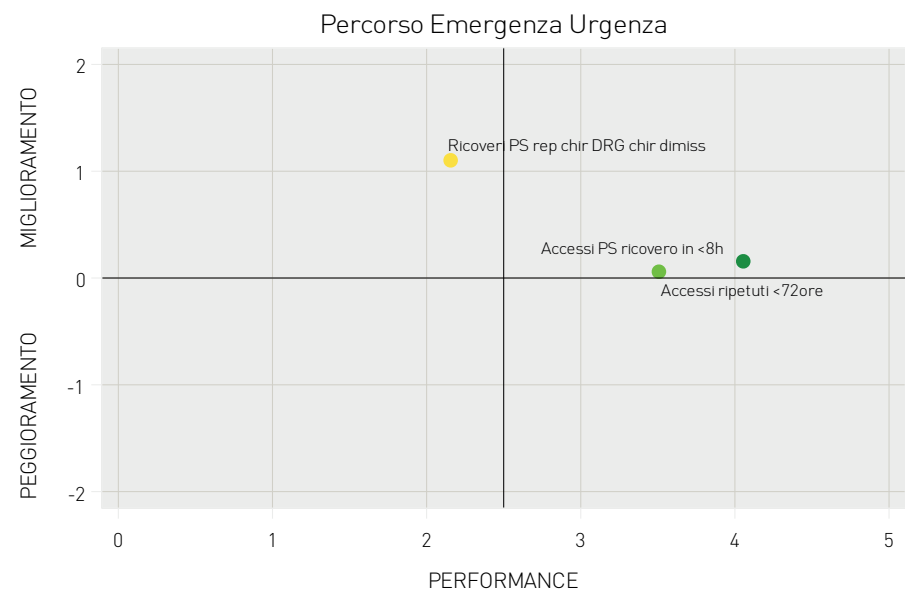
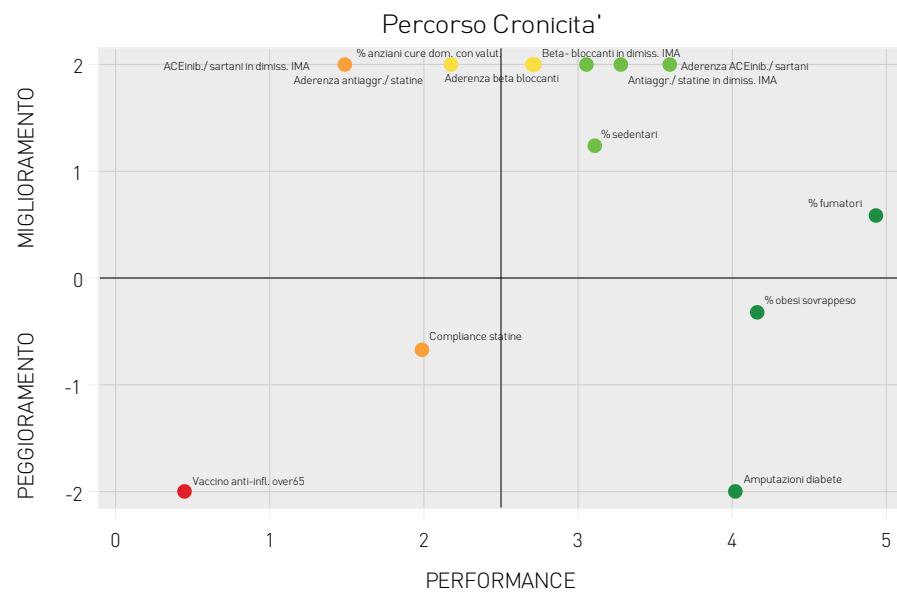
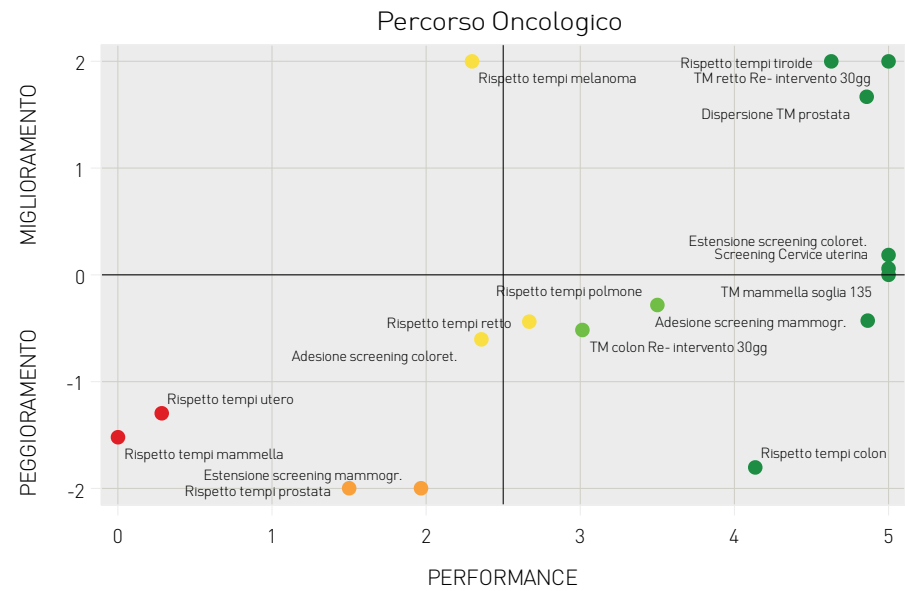
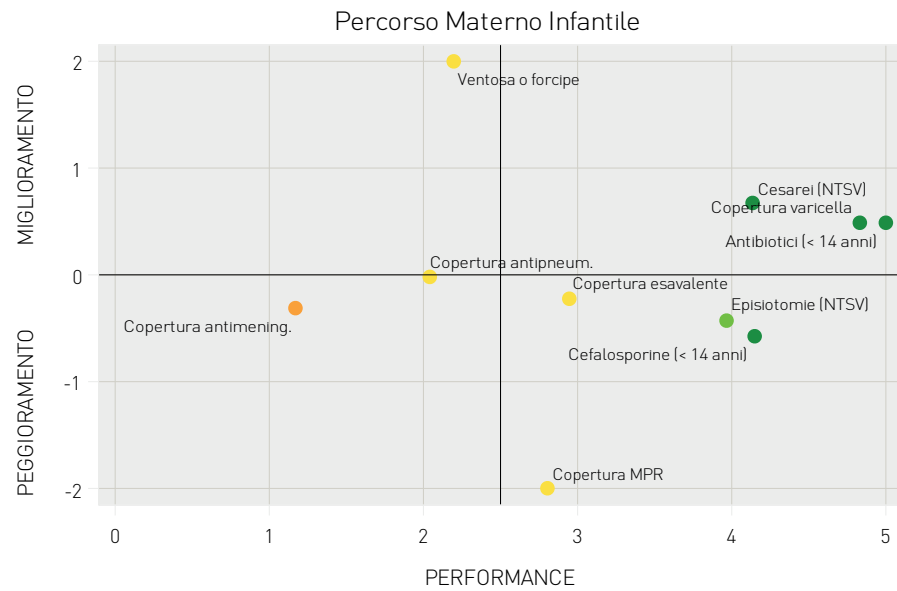


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA

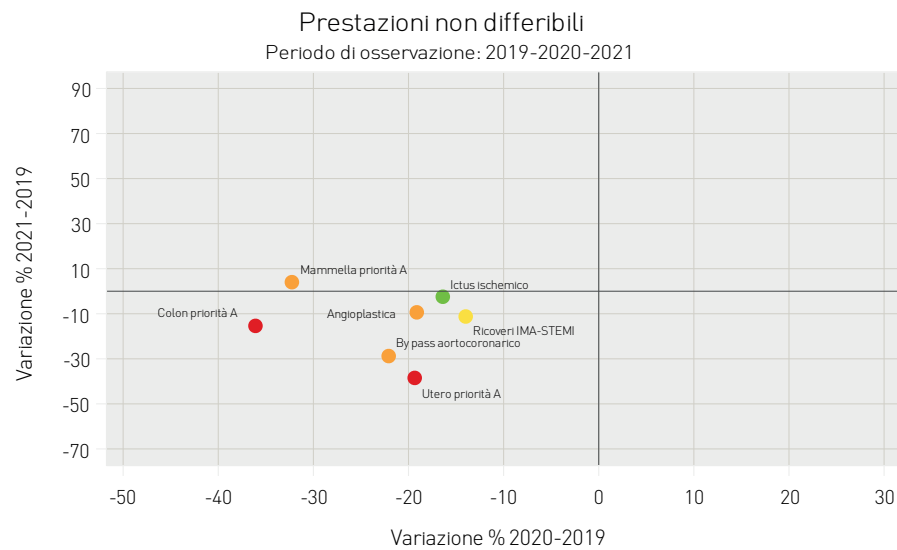




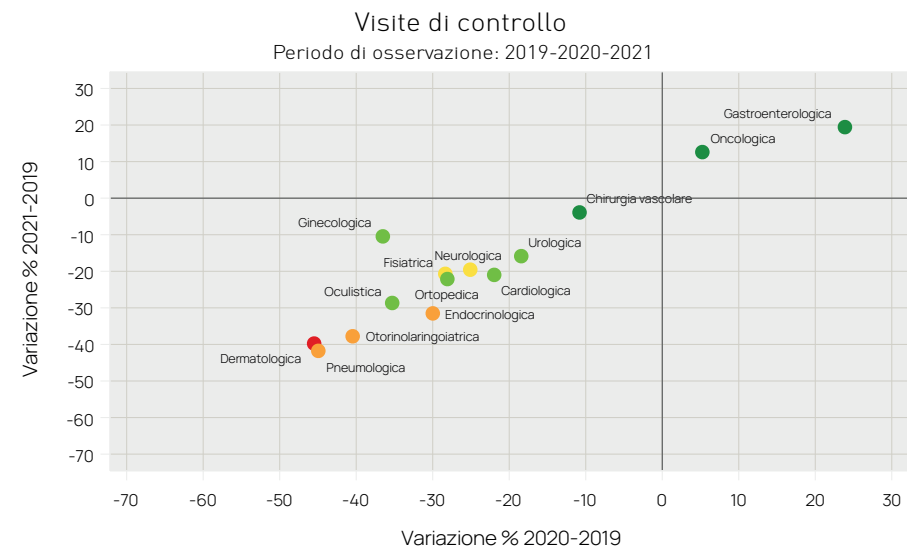
Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.

# UMBRIA



Popolazione: 865452 abitanti  
Densita': 102.8 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani

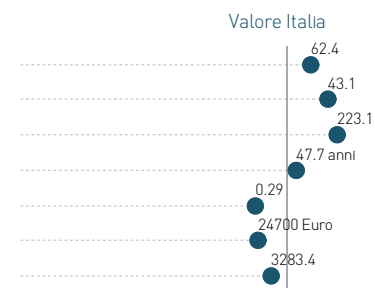
Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini \*

PIL pro-capite \*\*

Incidenza cumulata COVID x 100.000 \*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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



## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE UMBRIA

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando gli 84 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Umbria mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio, senza alcun indicatore in area critica (fascia rossa). In questa fase di ripresa e rilancio il 53% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, l'11% resta stabile e il 34% peggiora.

In merito all'area della resilienza, la Regione Umbria registra una performance media, nessun indicatore posizionato in zona rossa, seppur con alcune aree su cui porre attenzione. Nello specifico, i volumi delle visite ambulatoriali di controllo risultano ancora particolarmente contratti rispetto ai dati del 2019, unica eccezione il follow up oncologico. Il consumo di farmaci antidiabetici sul territorio registrano contrazioni anche nel 2021, portando la valutazione su questo ambito in fascia arancione.

Buona, invece, la gestione dell'ambito cardio-circolatorio con una variazione media nei volumi per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico (-11.3%), riduzione più che contenuta se comparata alle altre regioni del Network.

In riferimento alla prevenzione è molto buona la copertura vaccinale per l'infezione COVID (79.8% della popolazione residente coperta da ciclo completo al 31 dicembre 2021). Risultano in crescita i volumi di screening mammografici erogati e la relativa adesione, mentre è ancora significativa la contrazione per gli screening coloretali (-30.1% rispetto al 2019) e il livello di partecipazione mostra ancora elementi di criticità.

Per quanto riguarda la risposta del setting ospedaliero, la performance complessiva è buona: la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, proxy della qualità di processo, registra un lieve aumento rispetto allo scorso anno (+ 2 punti percentuali). Ancora in miglioramento nel 2021 la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (93%). La percentuale di dimissioni volontarie, considerata come indicazione della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è sostanzialmente stabile rispetto ai valori dello scorso anno e in media con i valori registrati nelle altre Regioni.

Da attenzionare l'area della sanità digitale: se da un lato, la percentuale di ricette farmaceutiche e specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati fanno registrare ottime percentuali (95% per entrambe), dall'altro l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte di professionisti e utenti appare ancora limitato.

Relativamente all'ambito farmaceutico, la Regione Umbria continua a mostrare un miglioramento in termini di appropriatezza, e una sostanziale stabilità per quanto riguarda la compliance e l'efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore). Da segnalare una modesta riduzione nel consumo di antidepressivi che rimane, comunque, una criticità.

Il percorso materno-infantile, che quest'anno si popola di un numero consistente di in-

dicatori, registra una performance sostanzialmente media nell'area del parto e del primo anno di vita, con nessun indicatore in area critica (solamente da attenzionare la copertura antimeningococcica, a cavallo tra la fascia arancione e quella rossa). Performance buona, invece, per la fase dell'età pediatrica: molto buona sia le percentuali della copertura vaccinale per la varicella (93%) che il consumo di antibiotici in età pediatrica, in linea con le altre Regioni del Network.

Nel percorso cronicità, complessivamente media la performance della fase della promozione e prevenzione così come quella della presa in carico. Eterogeneo, invece, il posizionamento degli indicatori della fase del trattamento e della compliance: se non si registrano casi di criticità non è possibile osservare neanche performance sopra la media. 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 che arriva a toccare il 14%.

Venendo al percorso oncologico, oltre all'ottima performance del sistema per quanto riguarda gli screening, come già anticipato, è possibile apprezzare una performance eterogenea 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 alla mammella. Complessivamente media la gestione del follow-up e del fine vita, in continuità con lo scorso anno.

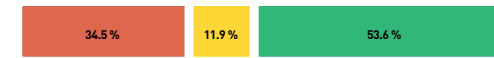
Il percorso emergenza-urgenza, seppur con un numero limitato di indicatori, mantiene una buona performance lungo tutte le fasi del percorso. Da attenzionare la risposta dei sistemi emergenziali territoriali 118 che, in termini di tempestività di risposta, registra una performance non ottimale se comparata a quella delle altre Regioni del Network.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)



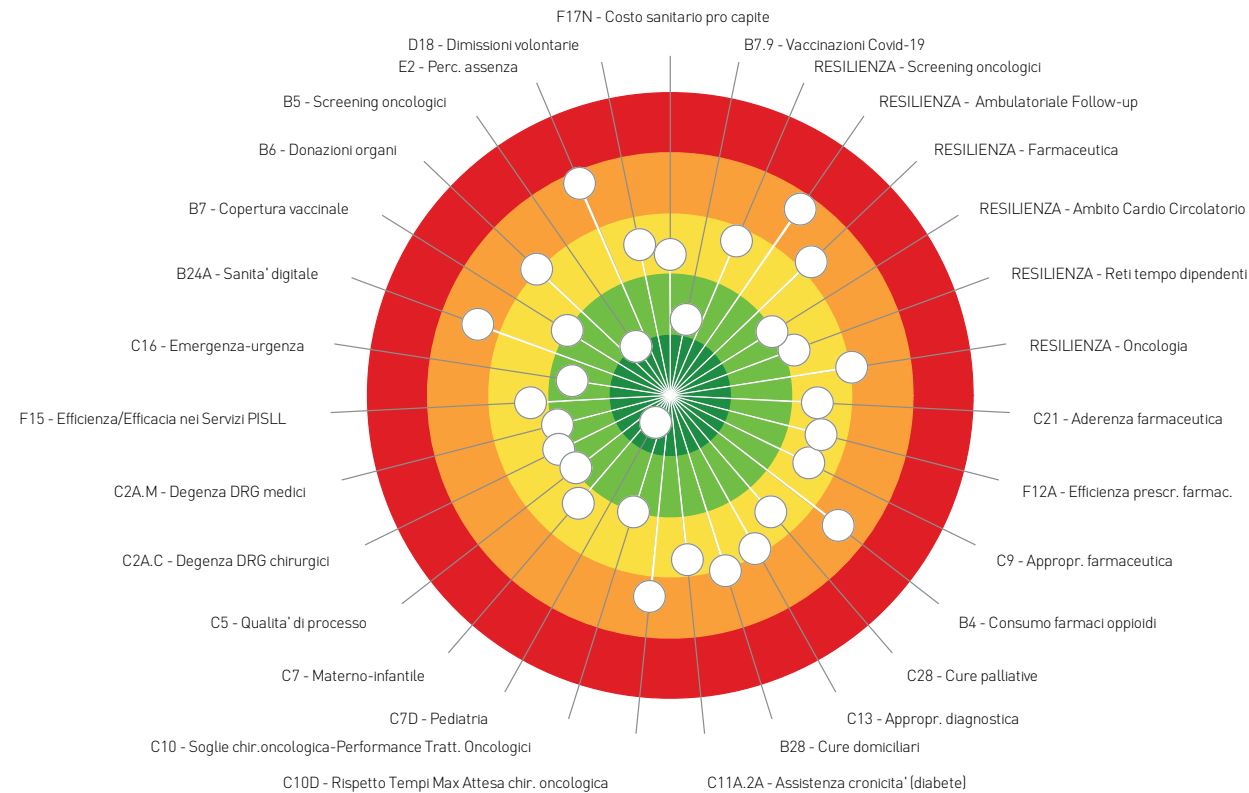
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 84

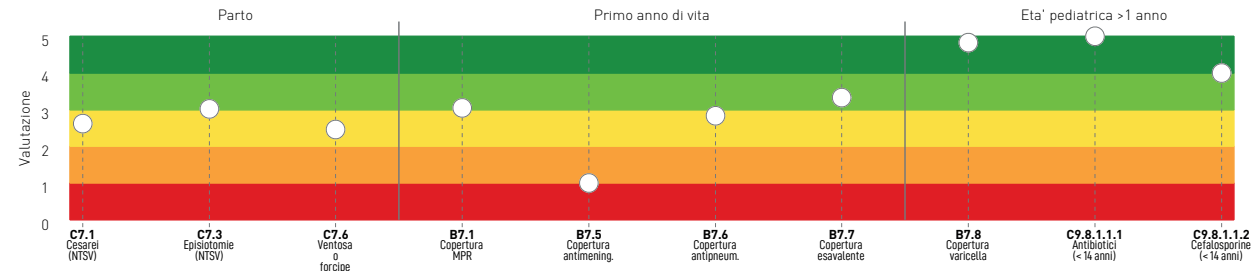


● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

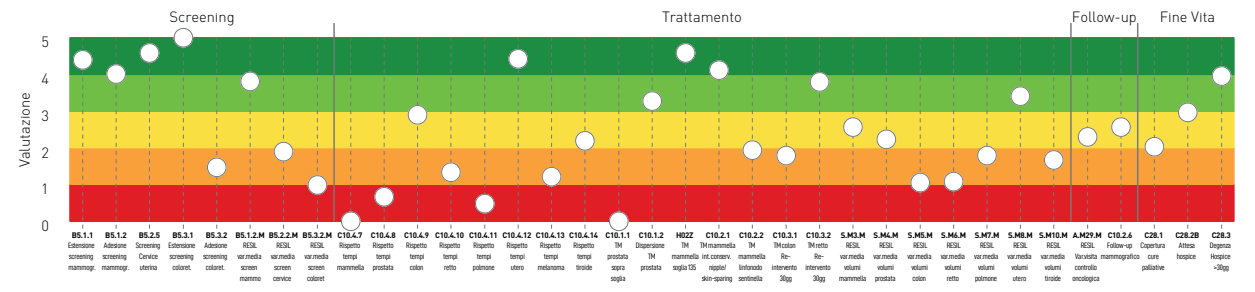
## Valutazione della performance 2021



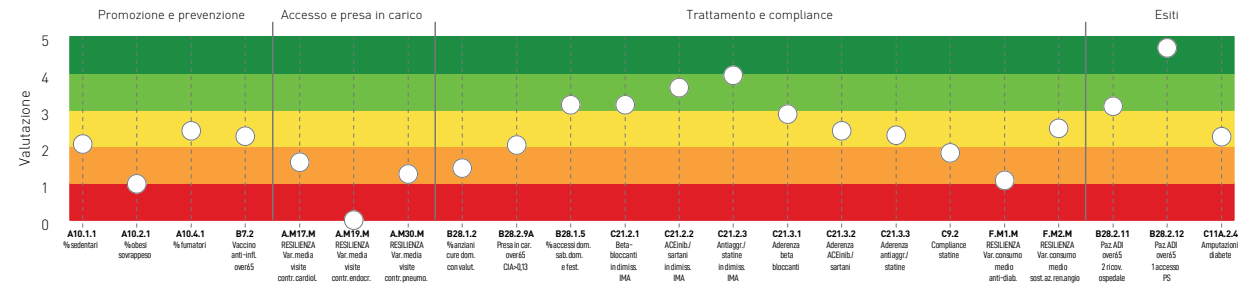
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



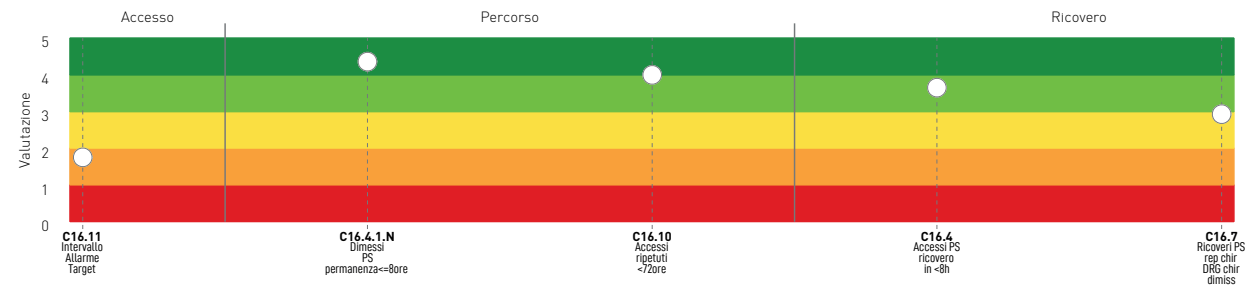
## PERCORSO ONCOLOGICO

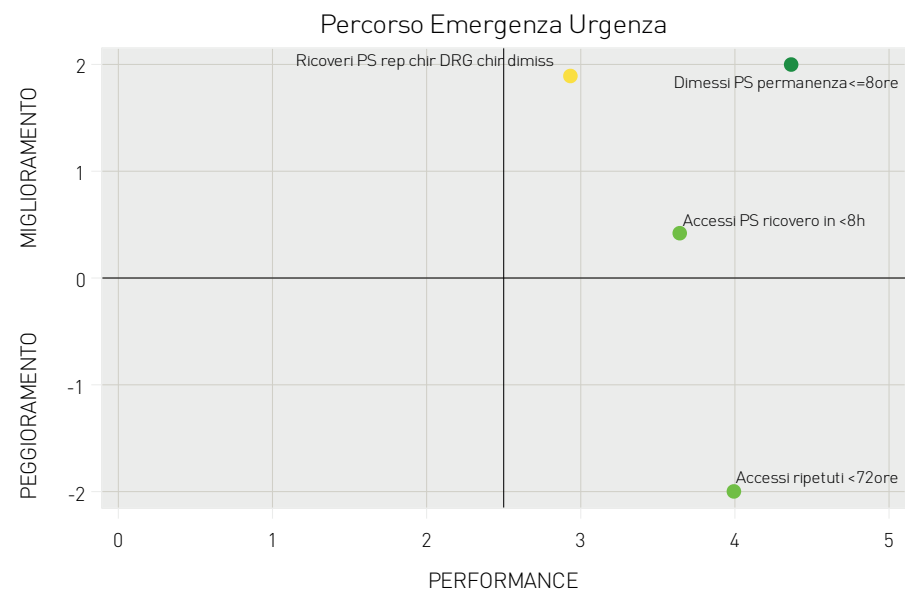
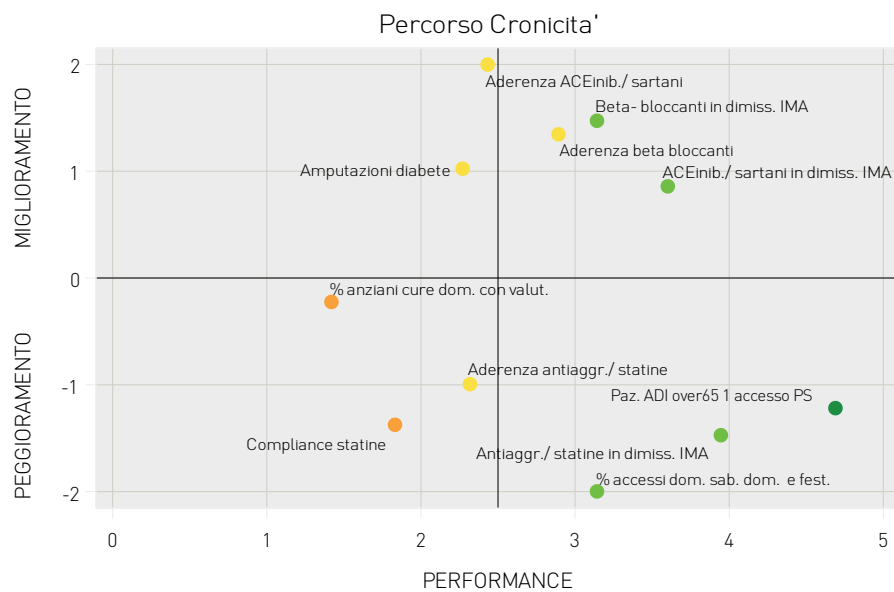
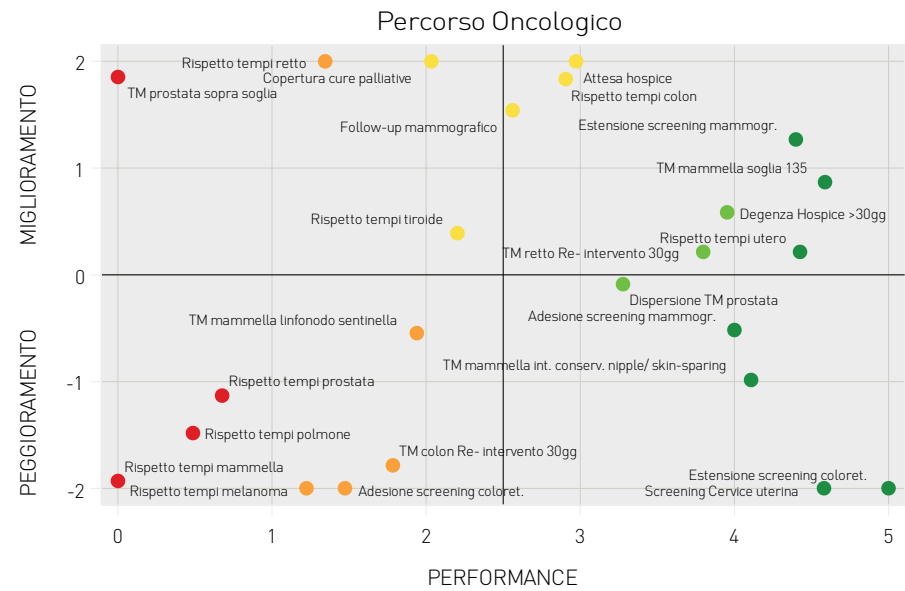
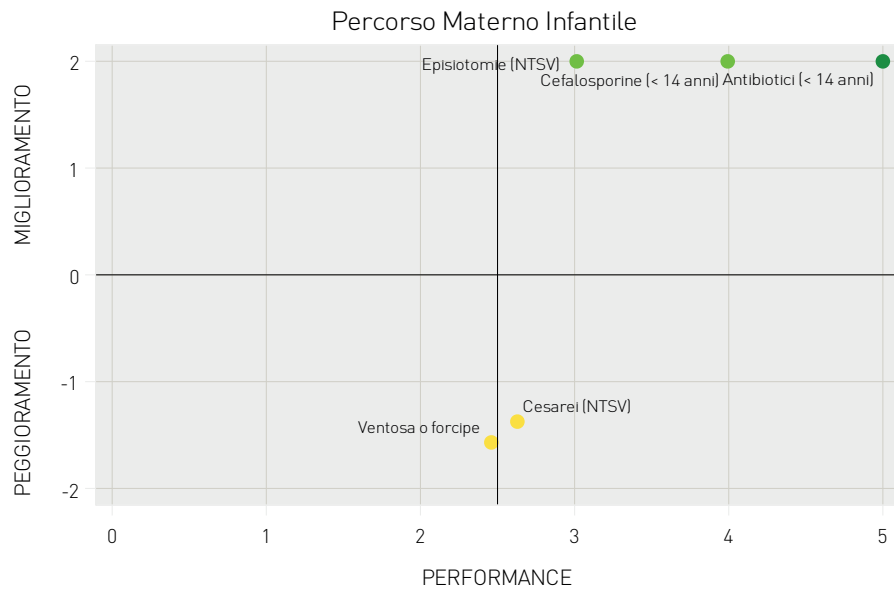


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA

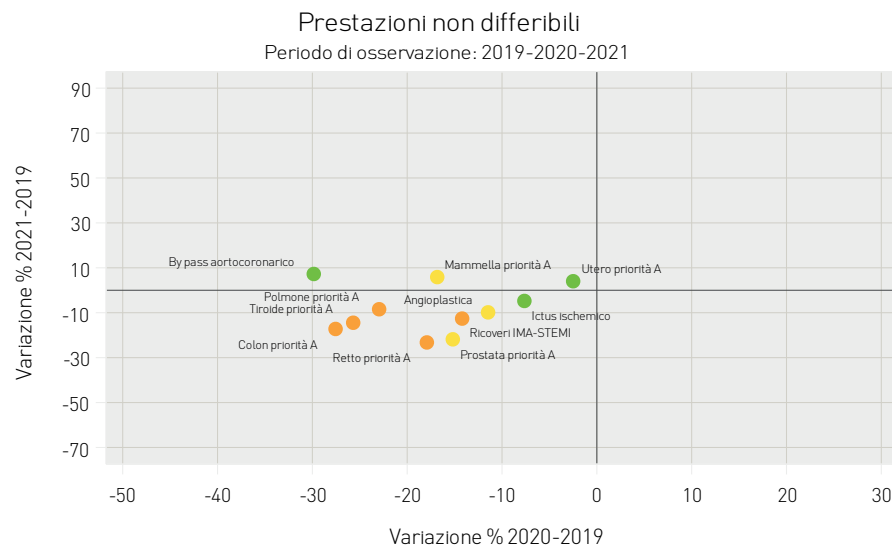




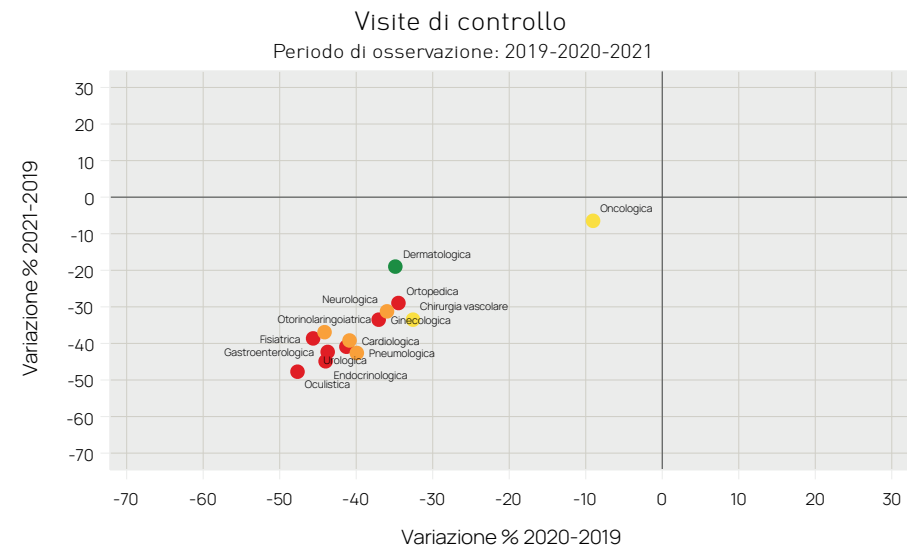
Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio

# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE UMBRIA

# USL UMBRIA 1

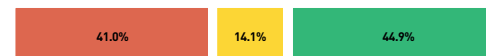
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita (PASSI)



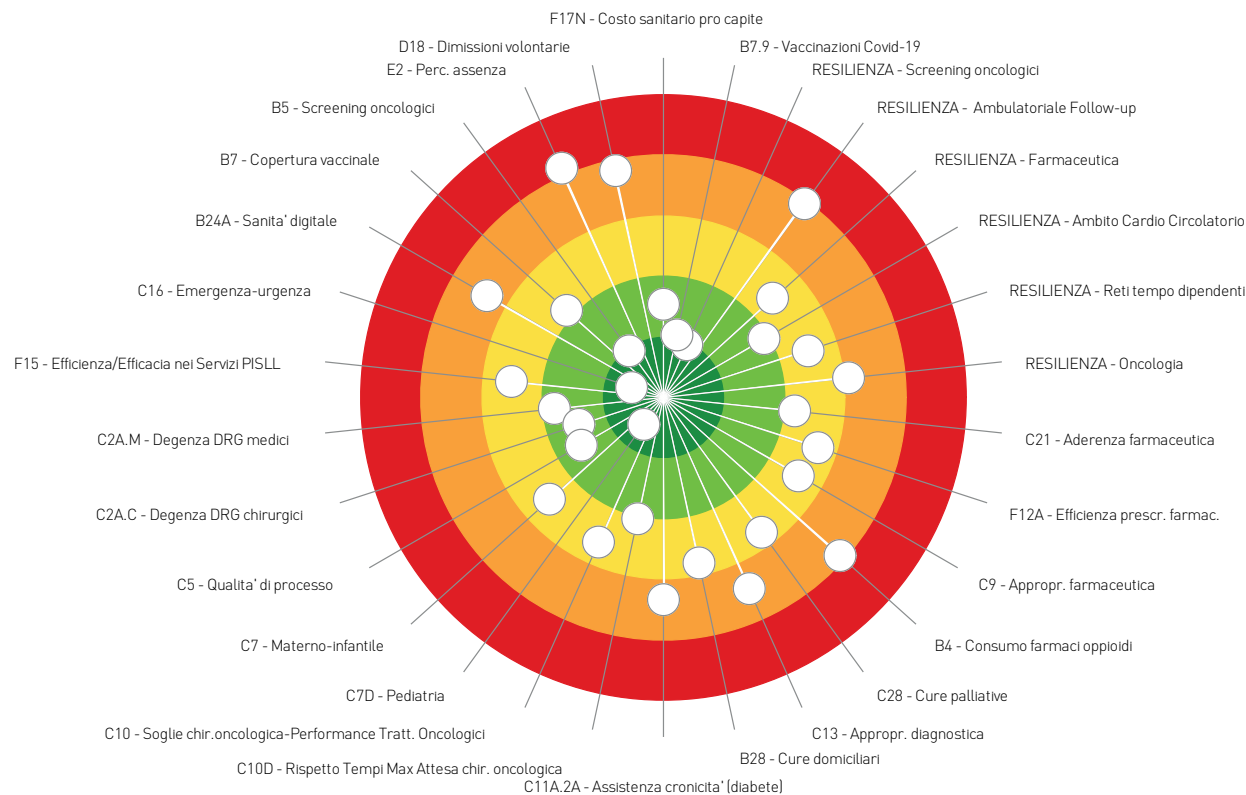
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 78



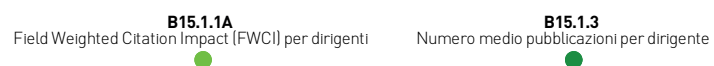
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



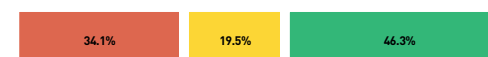
# AO PERUGIA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 41



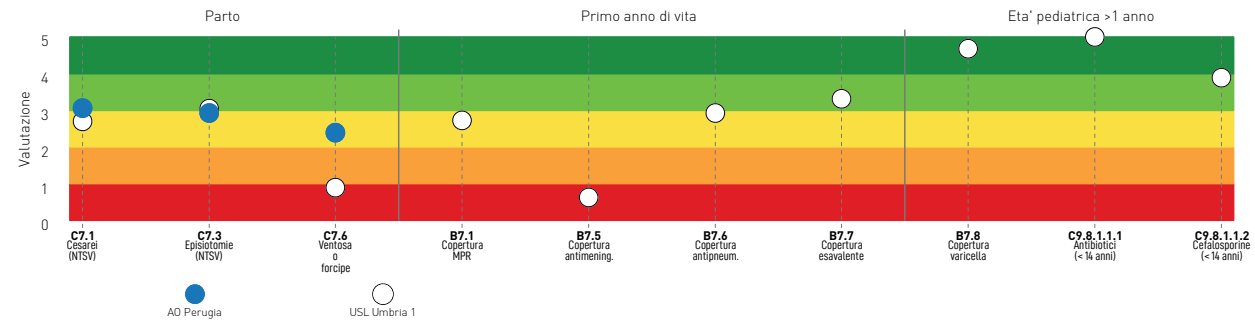
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

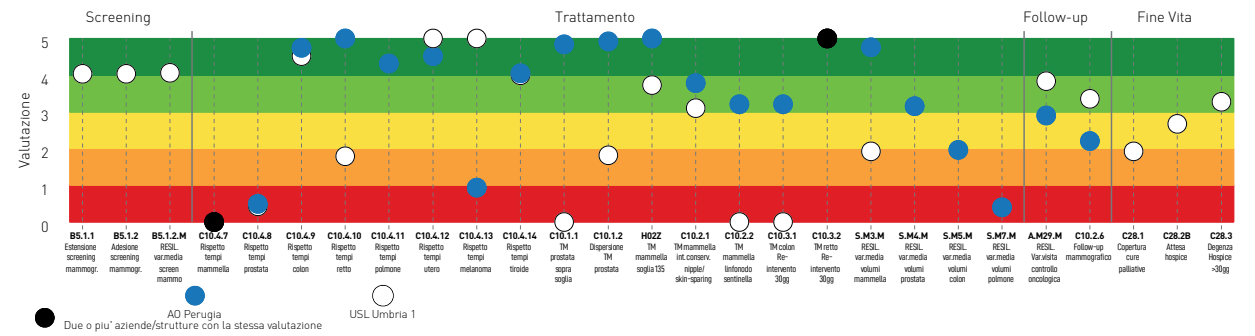




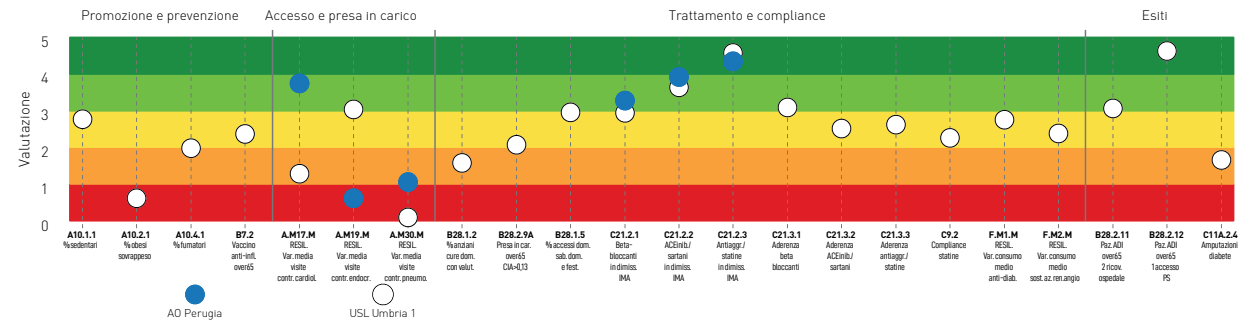
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



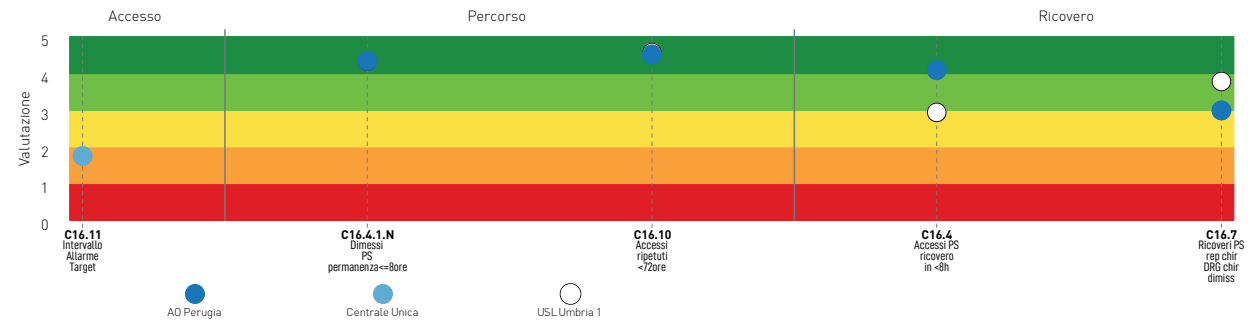
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# USL UMBRIA 2

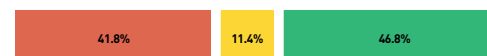
## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)

**A10**  
Stili di vita [PASSI]



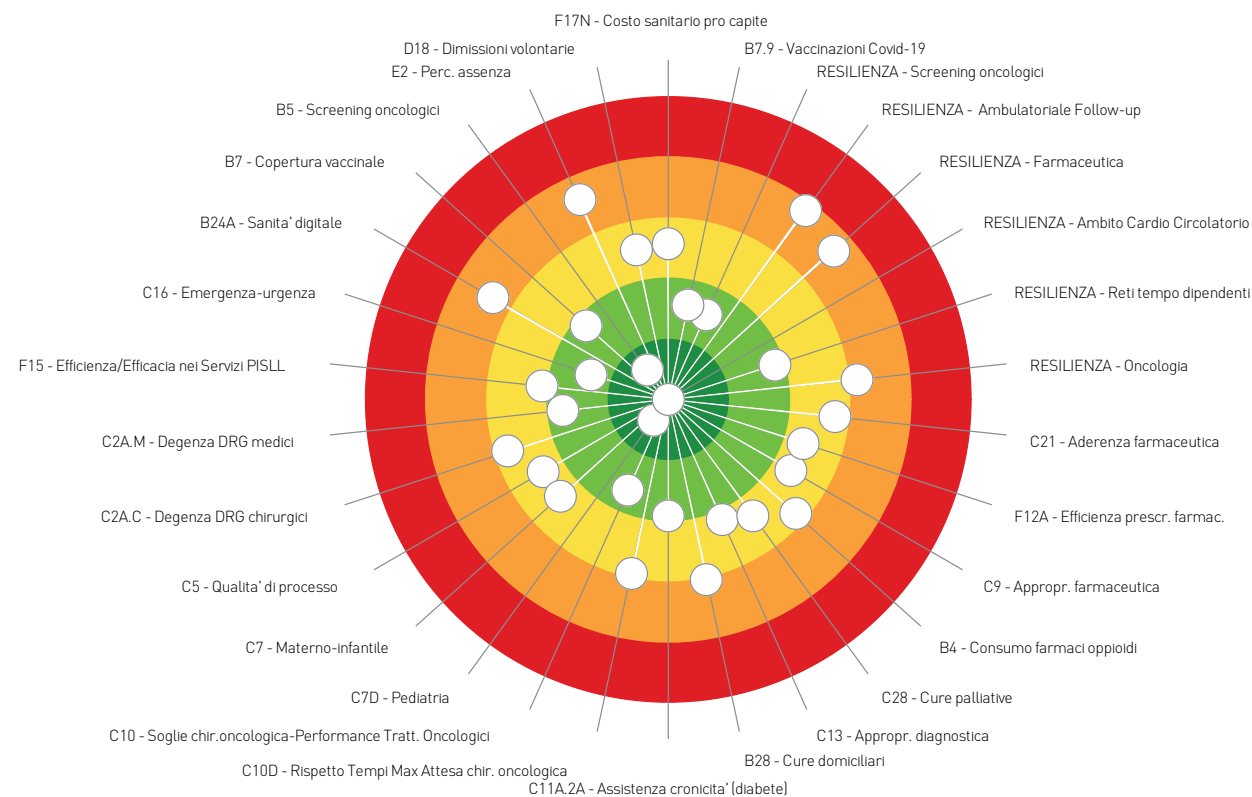
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 79



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



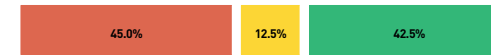
# AO TERNI

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



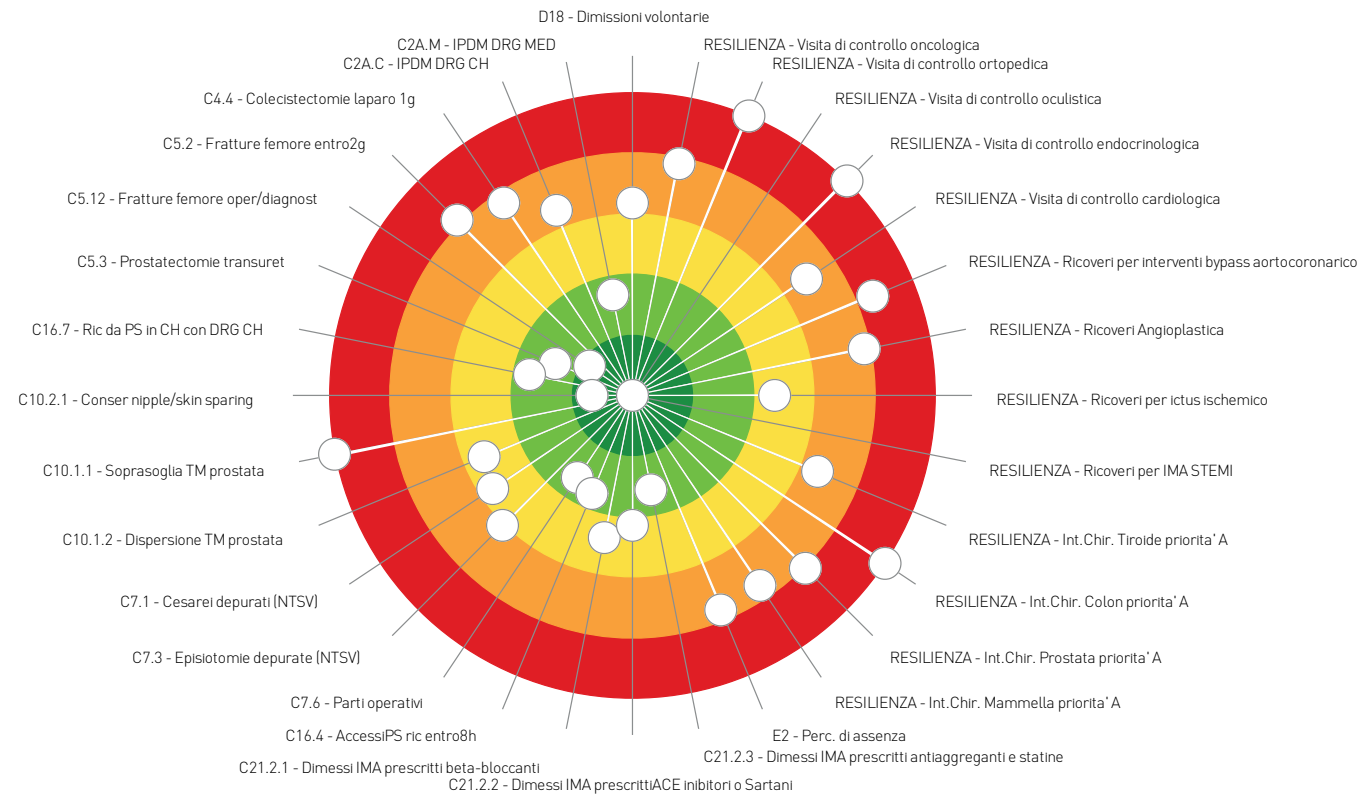
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

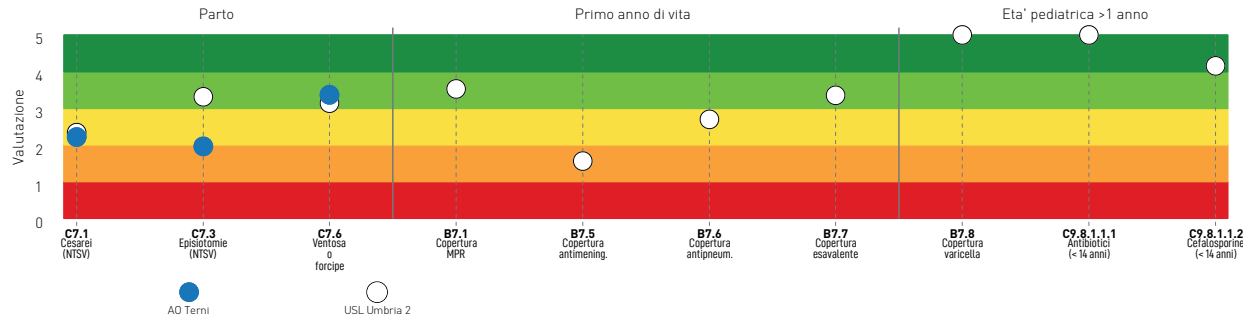
Numero indicatori di valutazione: 40



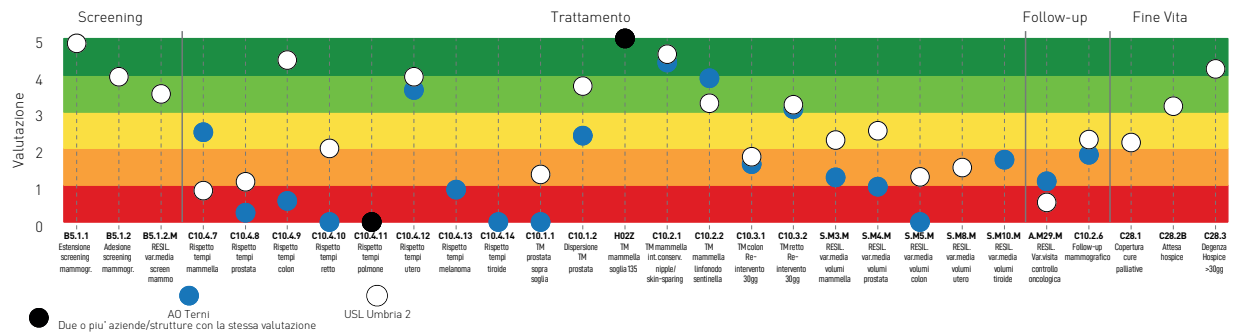
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

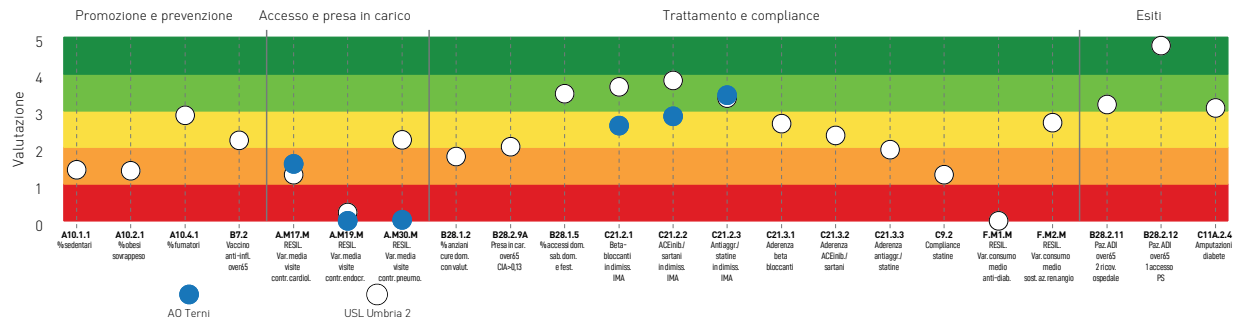




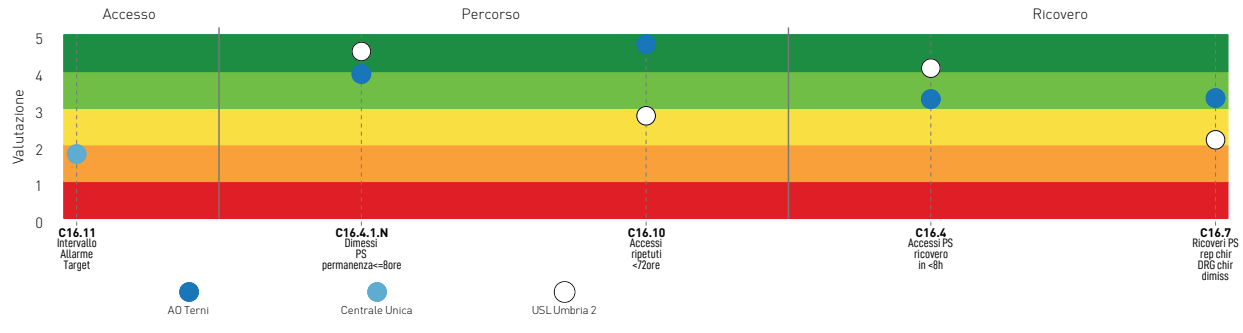
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

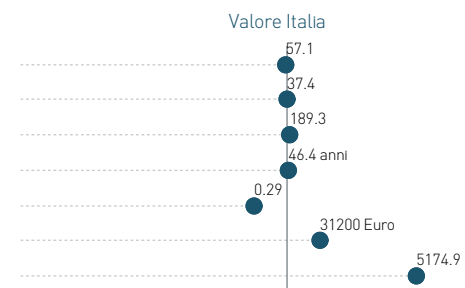


# VENETO



Popolazione: 4869830 abitanti  
Densita': 265.96 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale  
Indice di dipendenza anziani  
Indice di vecchiaia  
Eta' media  
Indice di Gini\*  
PIL pro-capite\*\*  
Incidenza cumulata COVID x 100.000\*\*\*



Fonte: Dati ISTAT 2021 <http://demo.istat.it> \* Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2019 \*\* Fonte: Dati Eurostat 2020 \*\*\* Fonte: Protezione Civile, <https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>

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).

## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 108 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2022, la Regione Veneto mostra una performance ottima; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e verdone del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 46% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 11% resta stabile mentre il 43% peggiora pur mantenendosi in una fascia di performance buona/ottima.

Molto buona la sezione relativa alla resilienza, in particolare per la tenuta e il rilancio delle prestazioni ambulatoriali di follow up, i ricoveri per IMA STEMI e ictus ischemico, gli interventi di chirurgia oncologia di priorità A, nonché l'attività elettiva considerando i ricoveri con almeno un intervento di angioplastica. Anche i programmi di screening oncologici hanno visto un rebound nei volumi con una contestuale ripresa nei tassi di adesione da parte della popolazione. Il consumo di farmaci antidiabetici sul territorio è pressoché stabile rispetto ai valori del 2019, mentre il consumo di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina registra una contrazione del -5% rispetto ai valori pre-pandemia, trend in linea con le altre regioni del Network.

In riferimento alla prevenzione è eccellente la copertura vaccinale per l'infezione COVID: oltre l'80% della popolazione residente risulta aver ricevuto il ciclo completo al 31 dicembre 2021. Tutta l'attività vaccinale in età pediatrica conferma valori molto buoni, mentre si registrano margini di miglioramento nella copertura del vaccino antiinfluenzale per gli anziani e per gli operatori sanitari, percentuali che si sono contratte rispetto al 2020.

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale. In continuità con i dati del 2020, migliora l'e-prescription e l'attenzione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Un'eredità della pandemia è sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.097 euro pro-capite nel 2020 a 2.226 nel 2021, andamento condiviso con le altre regioni.

Sono stabili i risultati sull'efficienza prescrittiva farmaceutica, rappresentata dal ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, e sull'uso appropriato dei farmaci. Per questo gruppo di indicatori vi sono segnali positivi soprattutto per la riconferma nella riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio, soprattutto con riferimento a quelli in età pediatrica. Si mantengono, o migliorano, 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. Sull'appropriatezza prescrittiva, il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate è in crescita rispetto al 2020, un trend comune a molte regioni del Network.

L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma buona. Sono stabili i dati sulla tempestività di intervento per fratture collo del femore e la percentuale di prostatectomie transuretrali, migliora la quota di colecistectomie laparoscopiche con ricovero 0-1 giorno; nella media sia la percentuale ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG

chirurgico alla dimissione, sia quella di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore.

Si conferma nel 2021 una particolarità del sistema veneto rispetto alle degenze medie per DRG medici e chirurgici. Nel primo caso la durata dei ricoveri medici registra un aumento rispetto al 2020 rimanendo il valore più elevato del Network, mentre continua la riduzione nella degenza media per ricoveri chirurgici, con valori nella media rispetto alle altre regioni del Network. Decisamente contenuta la percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera.

Relativamente al percorso materno-infantile, il sistema veneto conferma una buona performance lungo tutte le fasi; tuttavia, si registrano aumenti nella percentuale di episiotomie depurate, che passano dal 11,9% nel 2020 al 18% del 2021, così come quella di parti cesarei (dal 17,8% al 18,4%).

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. Complessivamente nella media la gestione del follow-up e del fine vita.

Anche il percorso cronicità presenta una buona performance, soprattutto nella presa in carico, compliance e outcome.

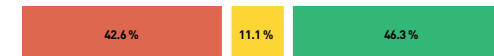
In riferimento al percorso emergenza-urgenza, sebbene si registri un generale peggioramento degli indicatori, il sistema veneto mantiene una performance molto buona nella tempestività di gestione dei codici di priorità 4 e 5, peggiora la capacità del triage per i codici di priorità 2 e anche la quota di ricoveri ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2017-2019)



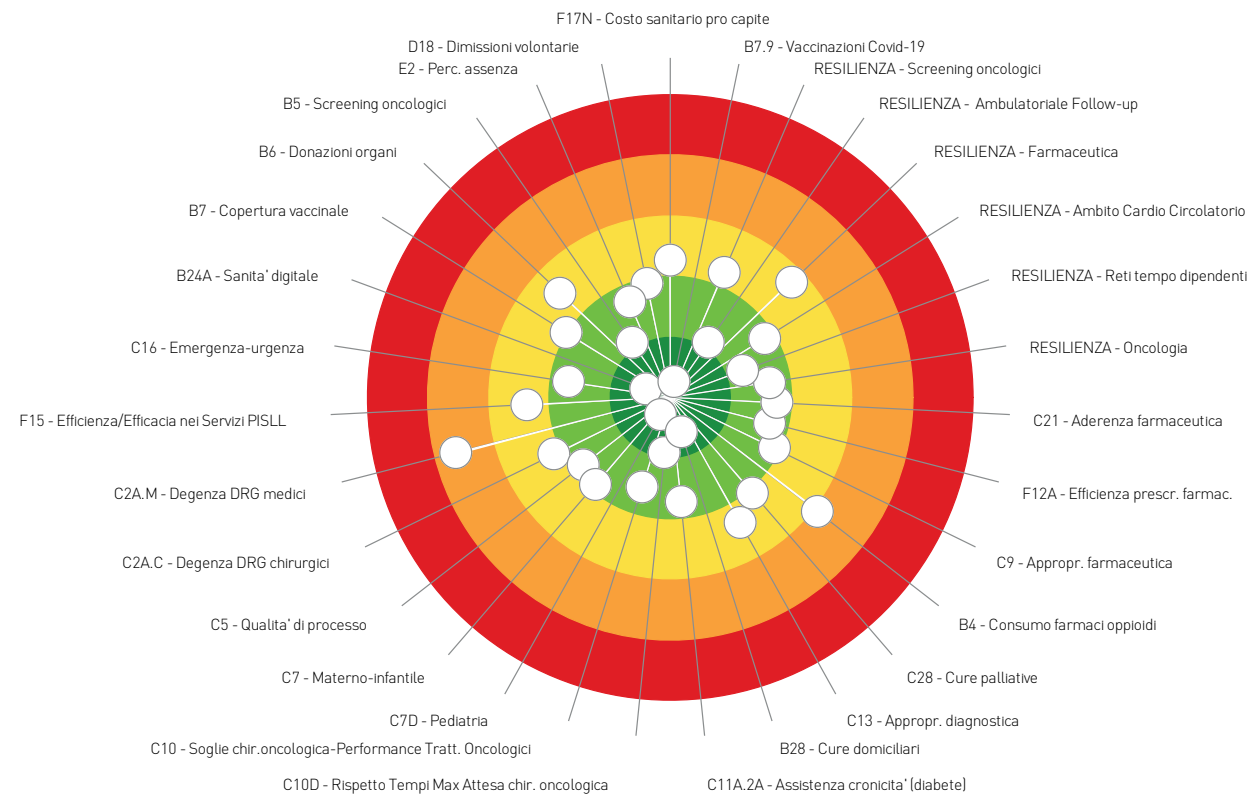
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 108



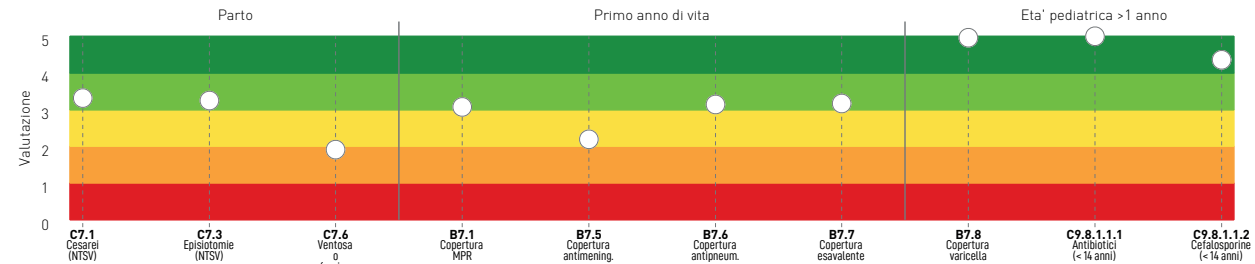
● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2021

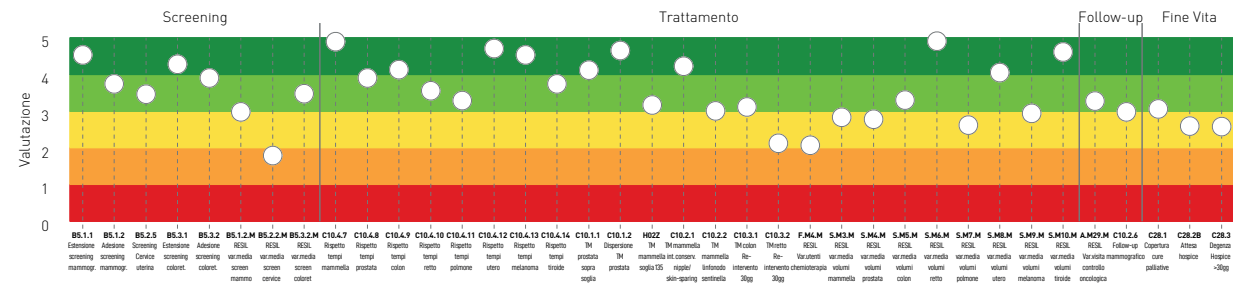




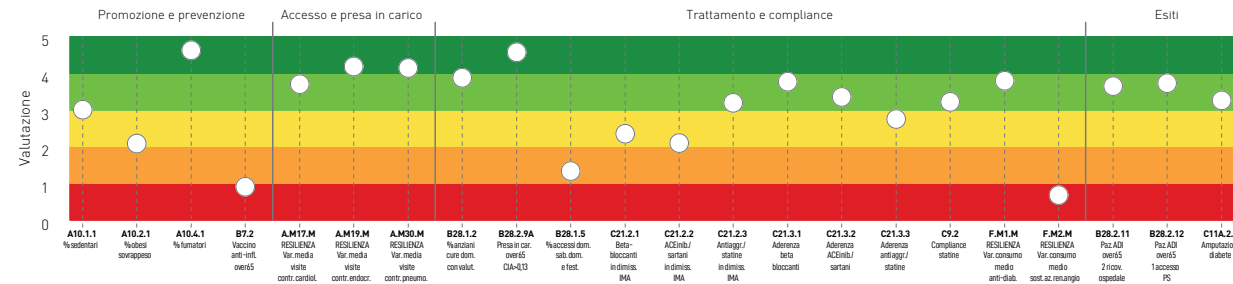
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



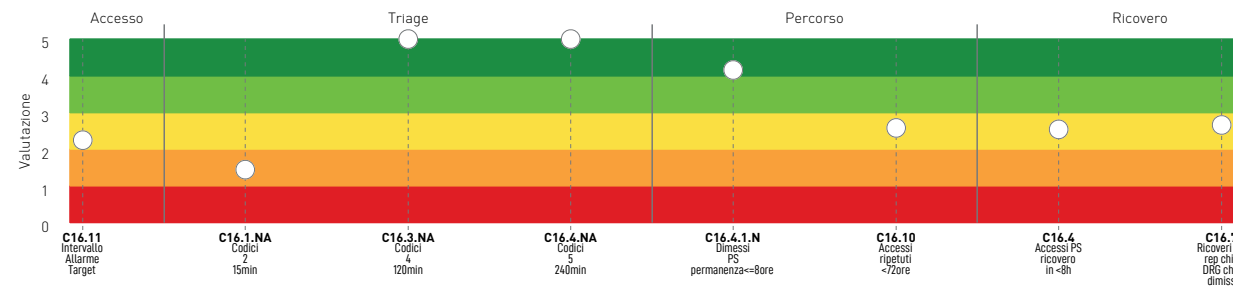
## PERCORSO ONCOLOGICO

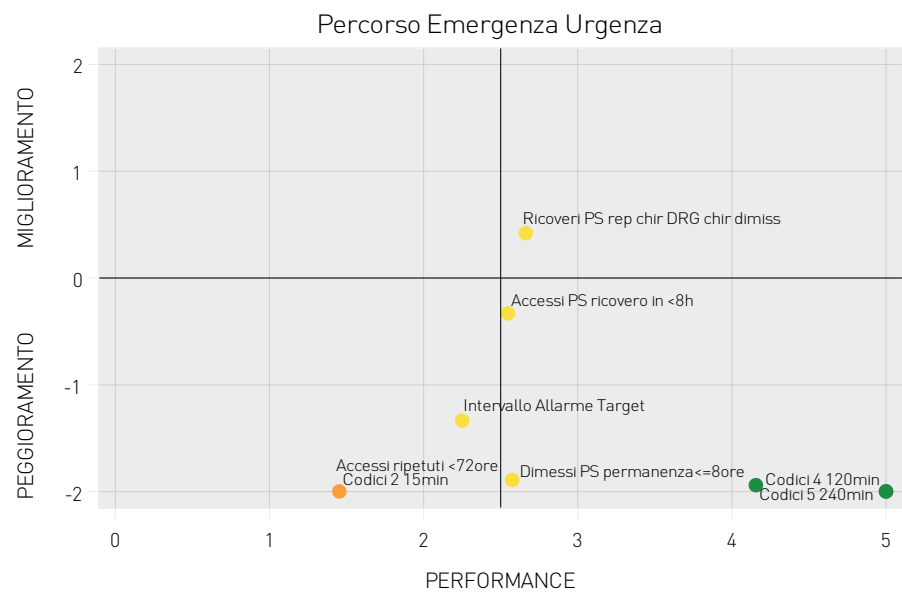
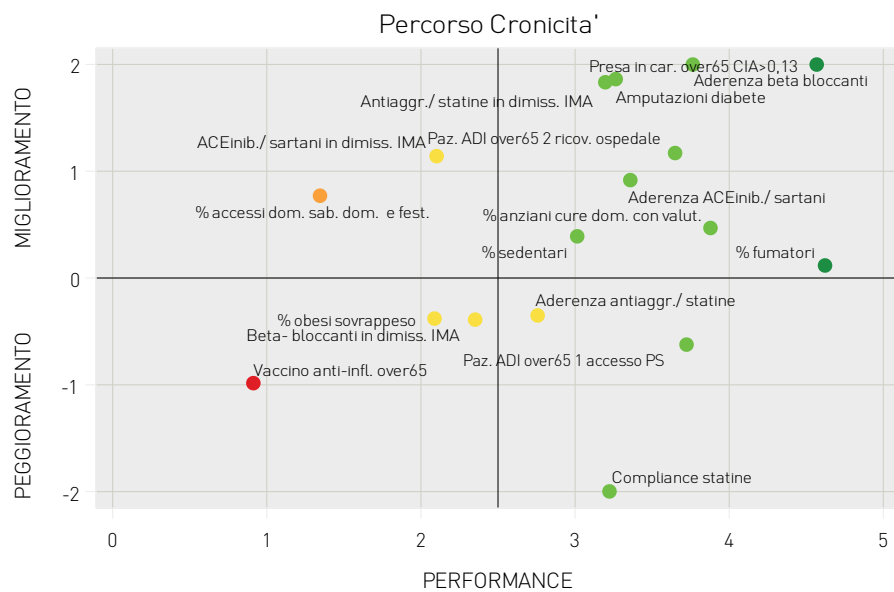
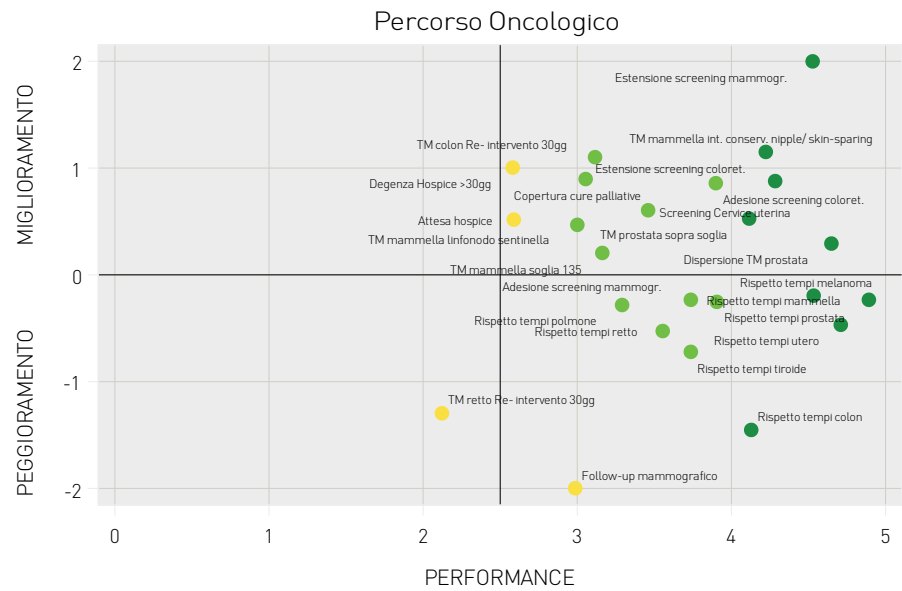
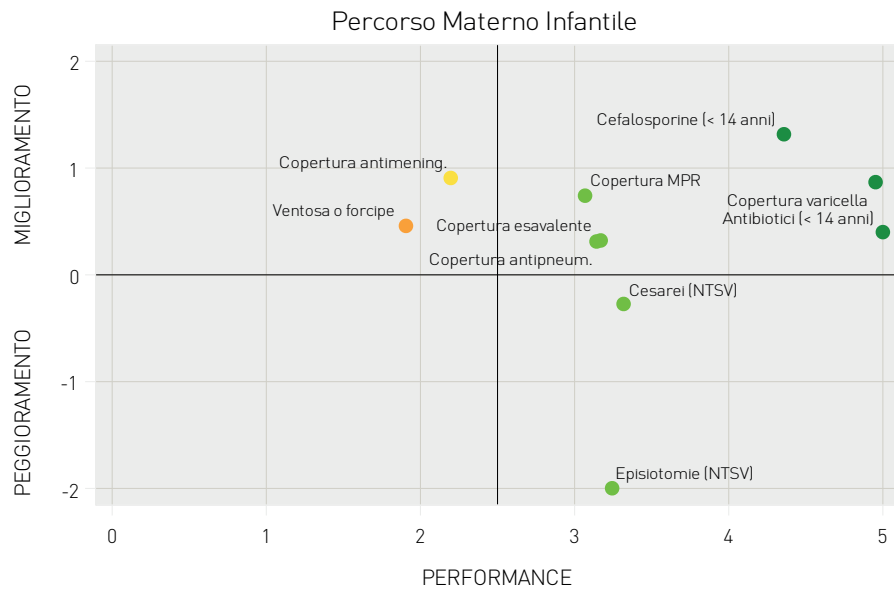


## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA

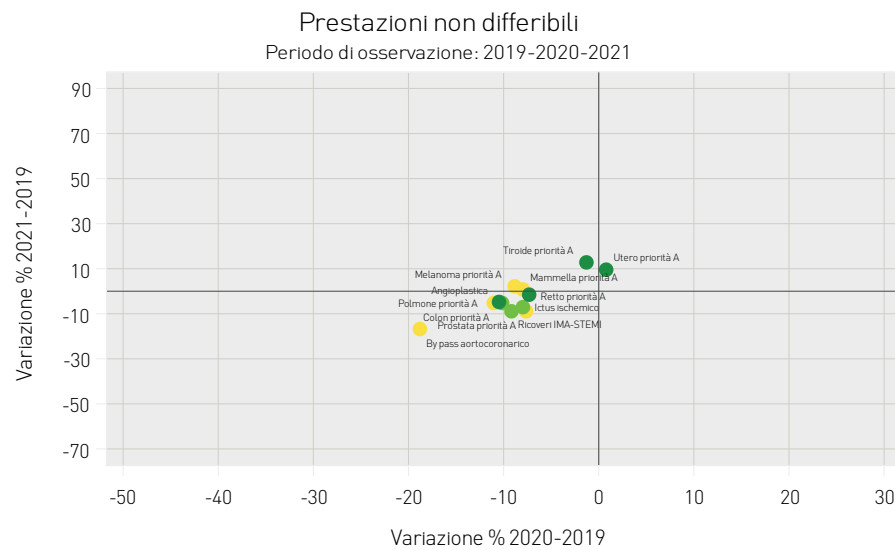




Nel corso del 2020, per far fronte all'emergenza da Covid-19, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la rimodulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020) e successive indicazioni circa la riattivazione delle stesse attività (Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020).

Risulta d'interesse poter monitorare la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). A questo proposito sono stati sintetizzati i risultati regionali di resilienza nelle due mappe di performance sottostanti. La mappa a sinistra illustra la variazione dei volumi del 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per interventi elettivi non procrastinabili, inclusi gli interventi oncologici di classe A, gli interventi di bypass aorto-coronarico e angioplastica, i ricoveri per ictus ischemico e IMA STEMI. La mappa a destra mostra invece la variazione dei volumi 2020 rispetto al 2019 (asse delle ascisse) e la variazione dei volumi 2021 rispetto al 2019 (asse delle ordinate) per le visite di controllo incluse nel PNGLA 2019-2021.

Ogni pallino delle mappe è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale delle medie dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019. Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



Il pallino è colorato in base alla valutazione della variazione percentuale della media dei volumi 2020-2021 rispetto al 2019.  
Le fasce di valutazione utilizzate sono calcolate con i valori delle 12 regioni del Network che hanno caricato i dati mensili di monitoraggio.



# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE VENETO

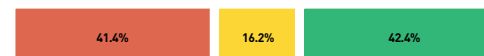
# ULSS N. 1 DOLOMITI

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



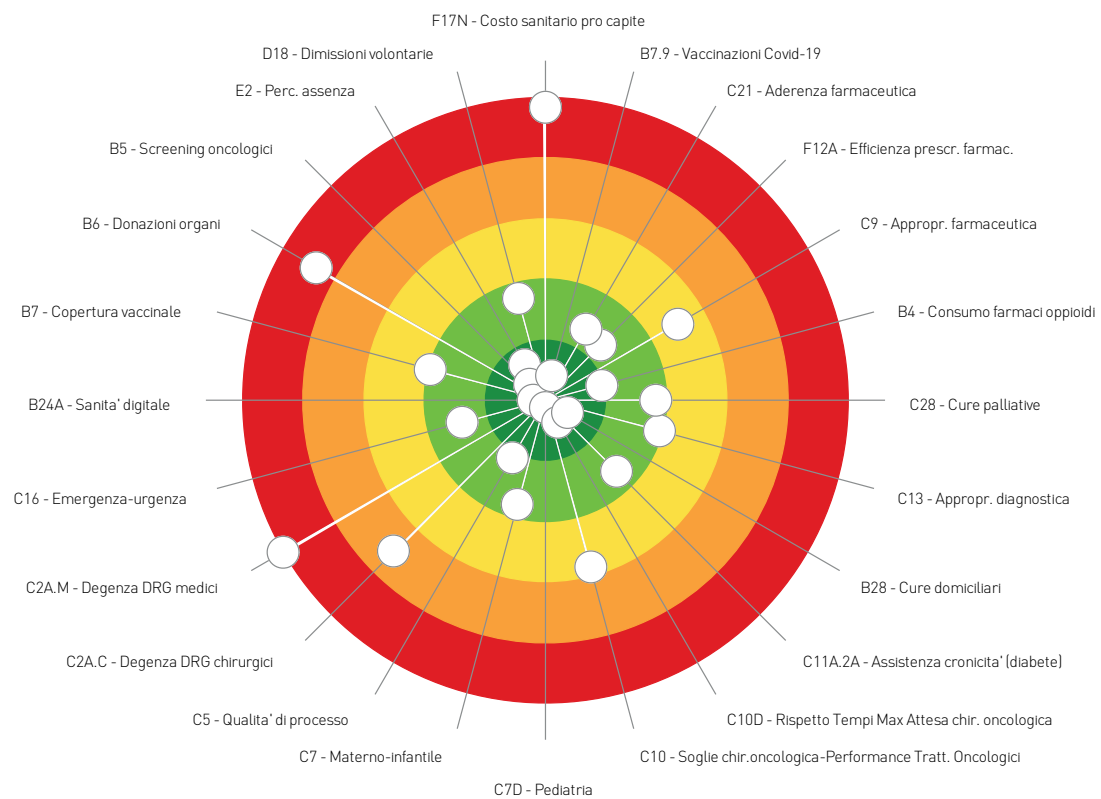
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

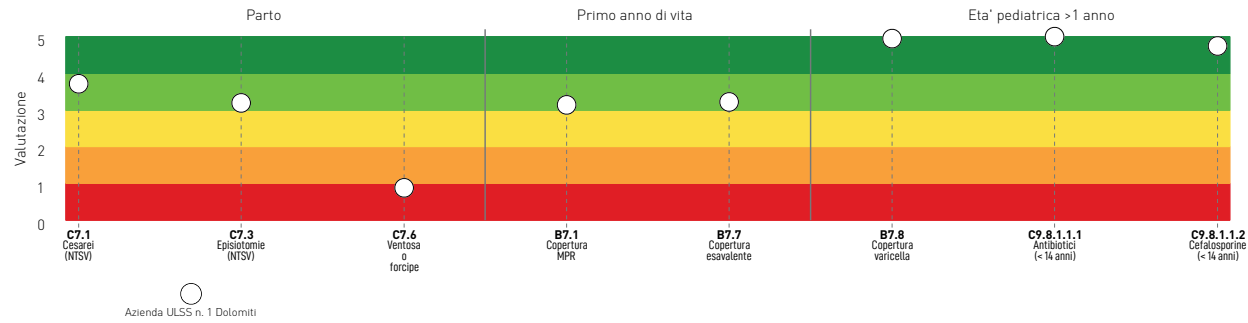
Numero indicatori di valutazione: 99



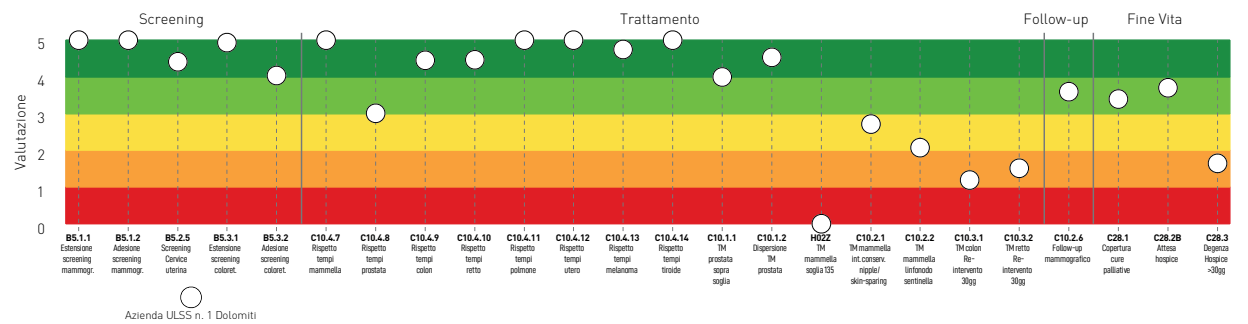
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

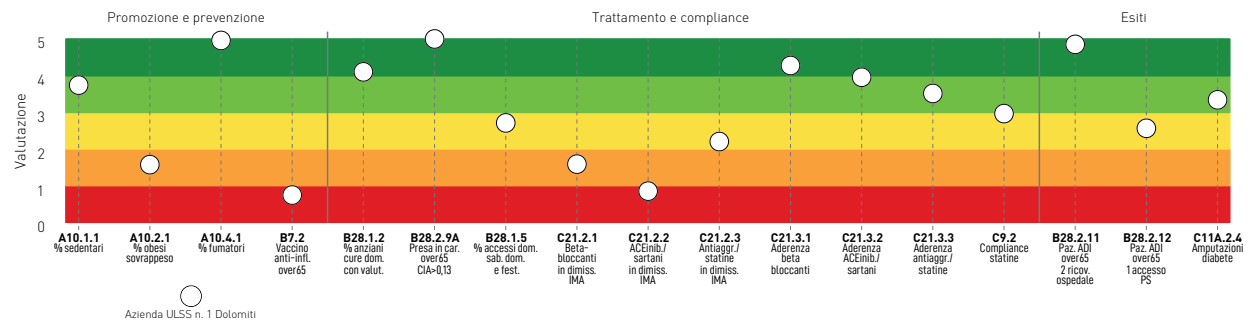




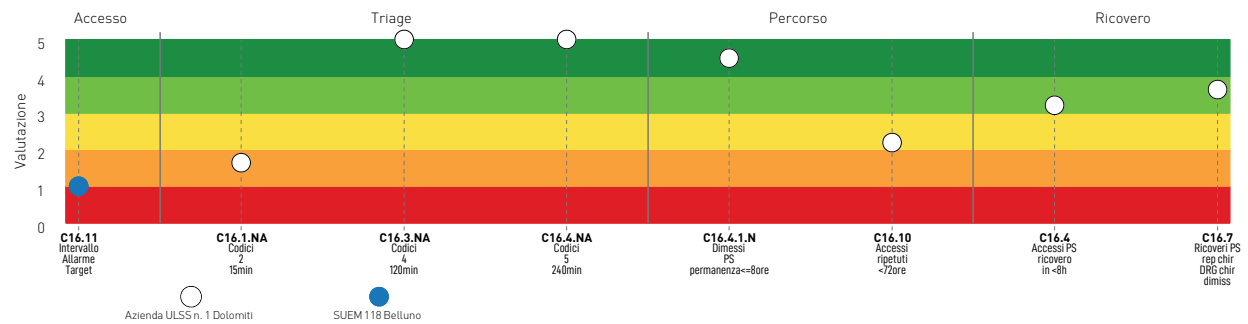
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



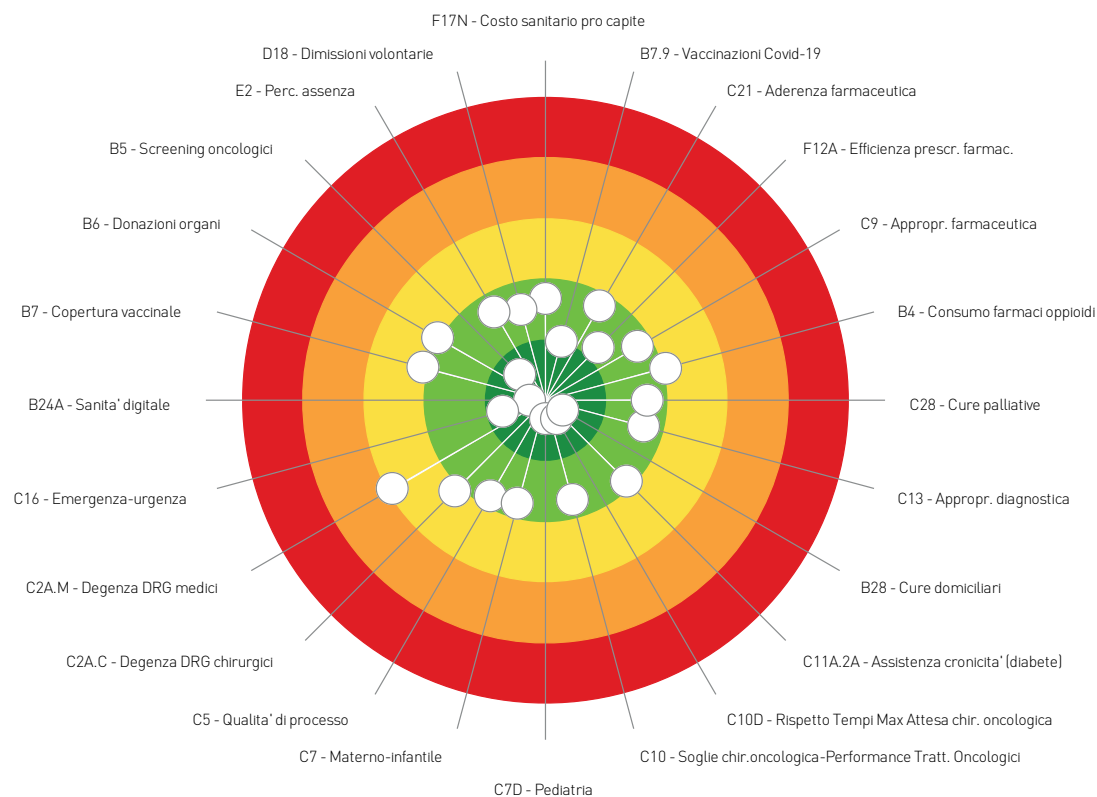
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

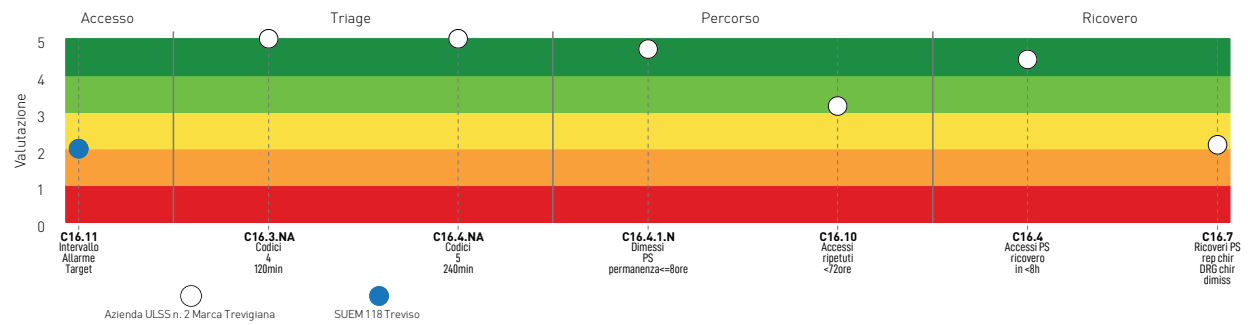
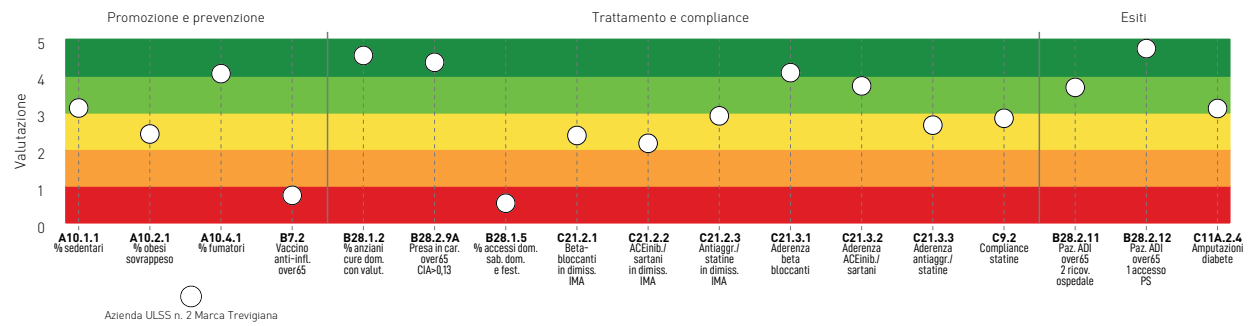
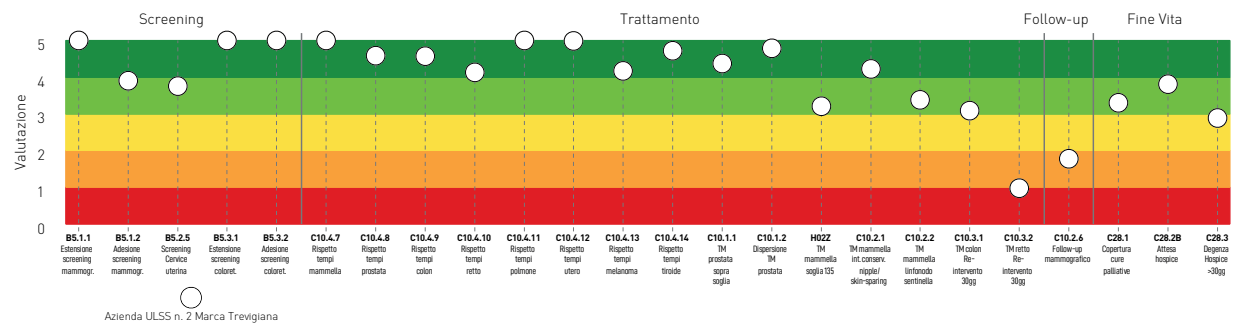
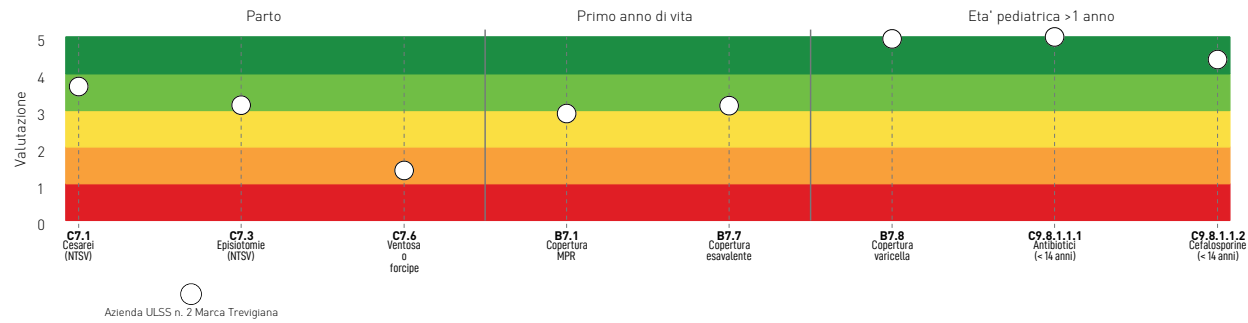
Numero indicatori di valutazione: 98



● Indicatori peggiorati   ● Indicatori stazionari   ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021







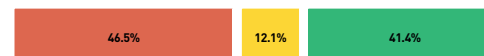
# ULSS N. 3 SERENISSIMA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



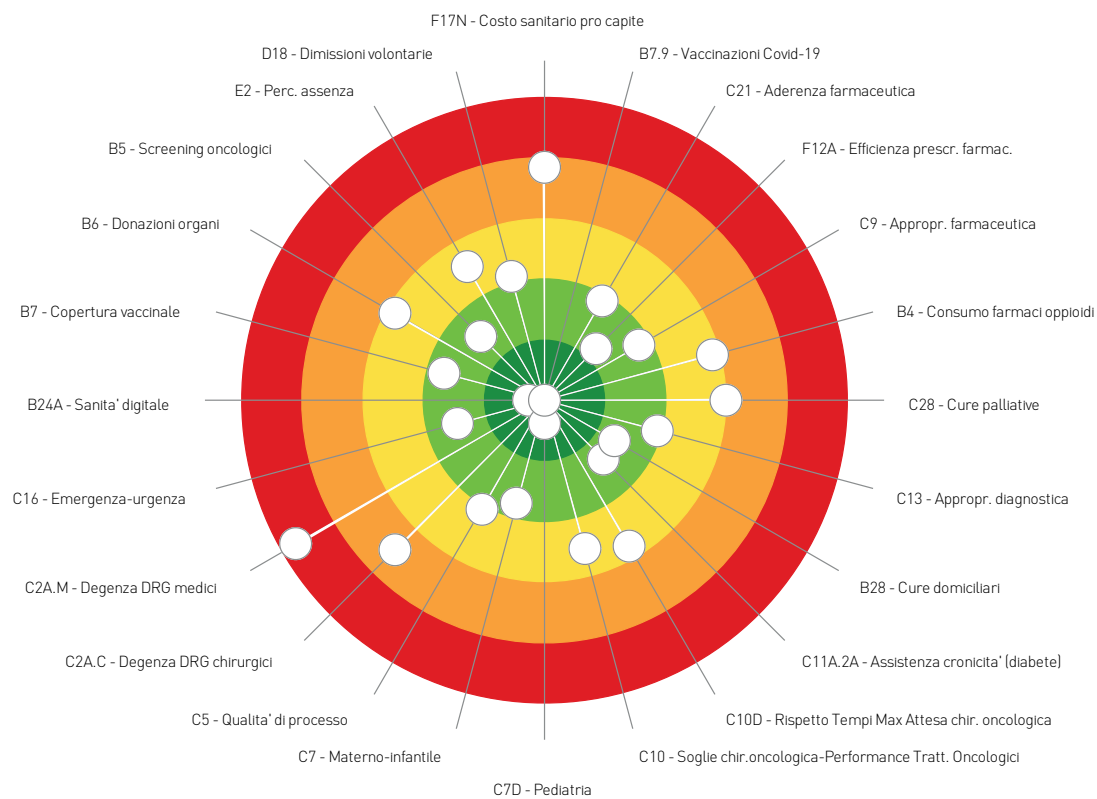
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

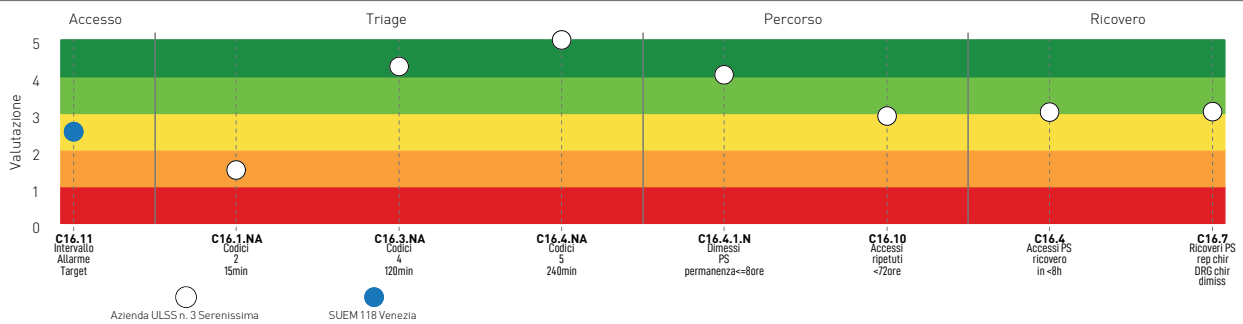
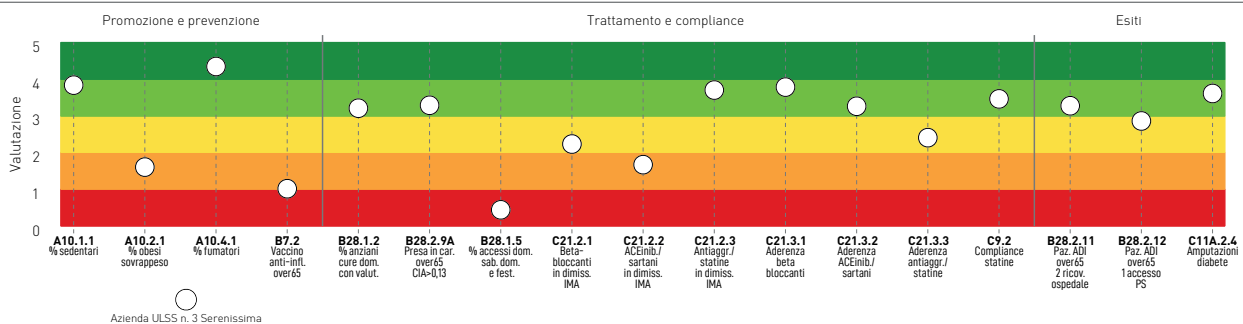
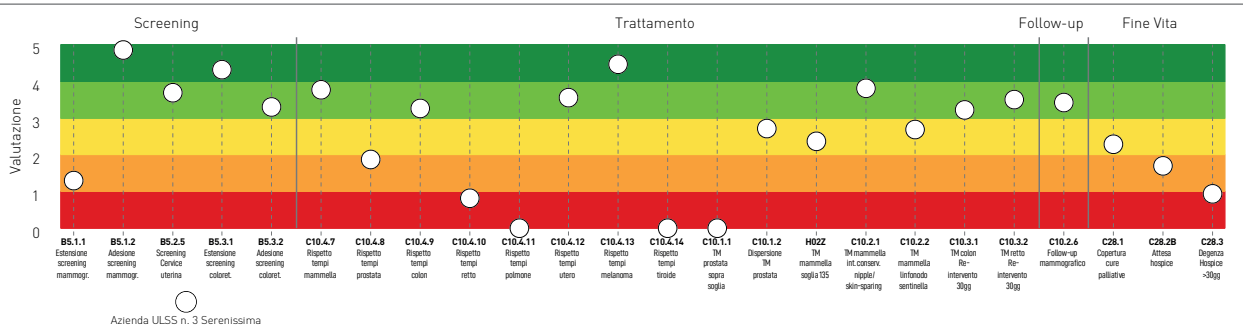
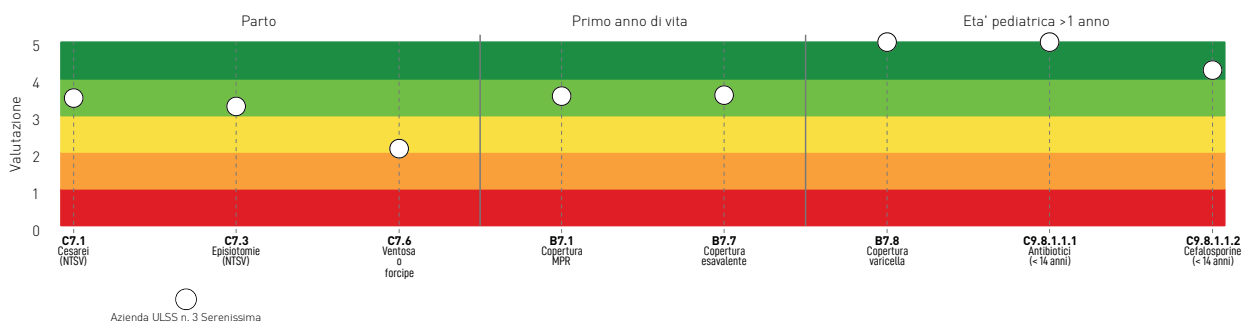
Numero indicatori di valutazione: 99



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



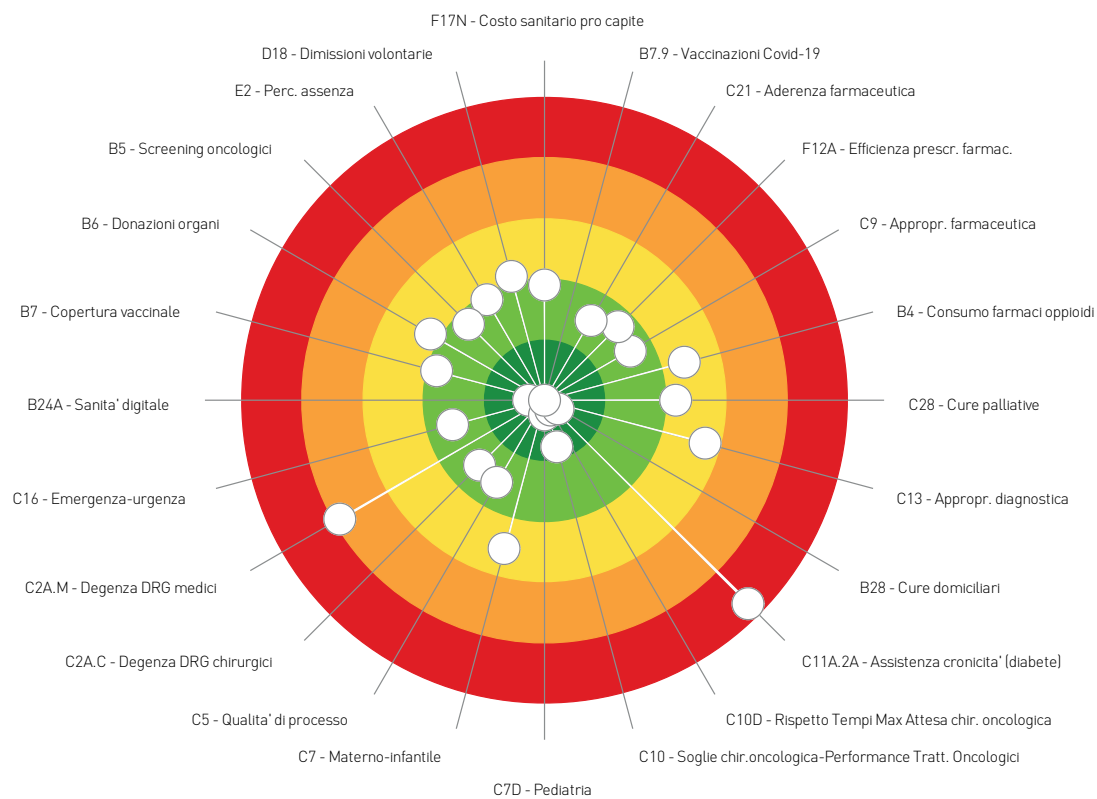
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

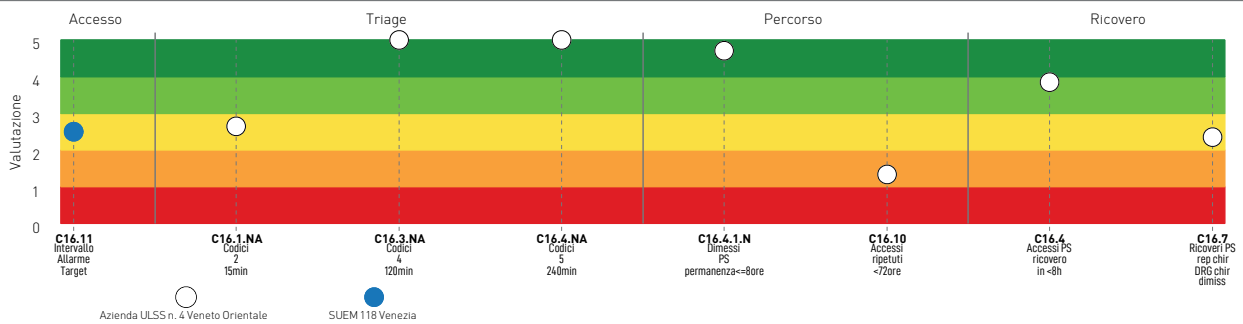
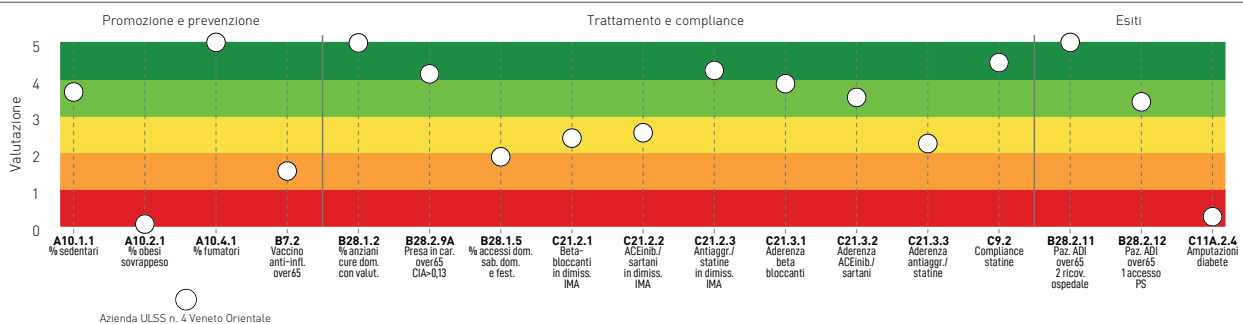
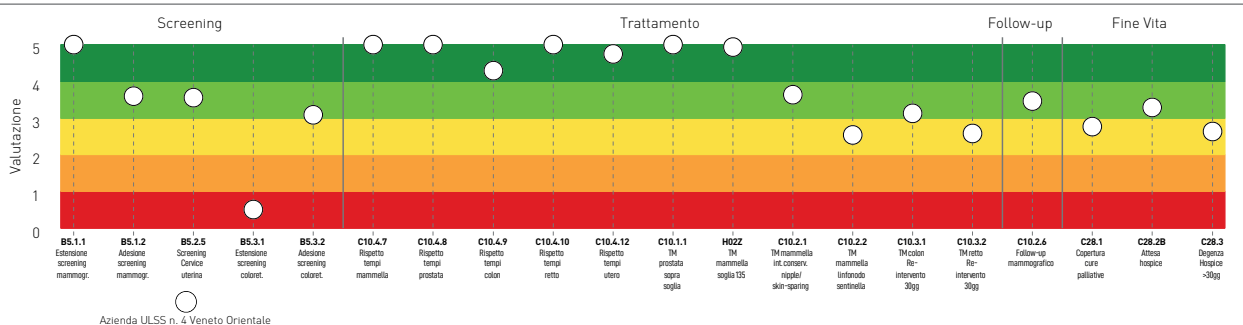
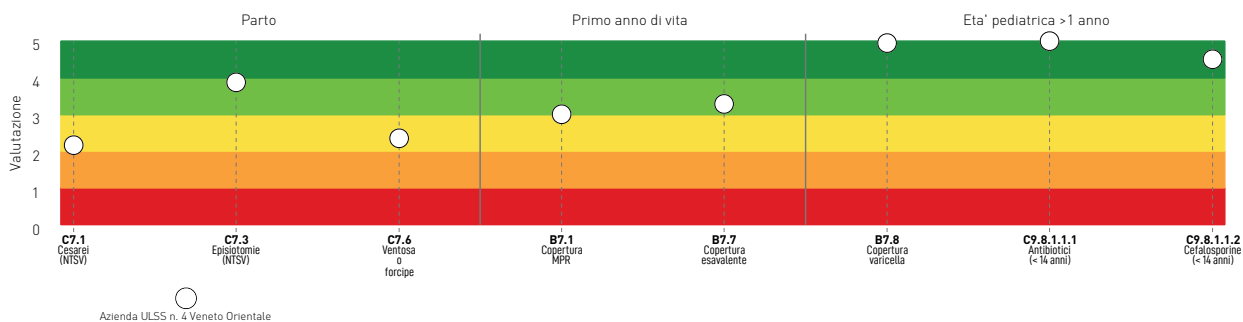
Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori peggiorati   ● Indicatori stazionari   ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021





PERCORSO MATERNO INFANTILE

PERCORSO ONCOLOGICO

PERCORSO CRONICITÀ

PERCORSO EMERGENZA URGENZA

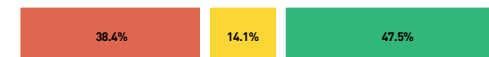
# ULSS N. 5 POLESANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



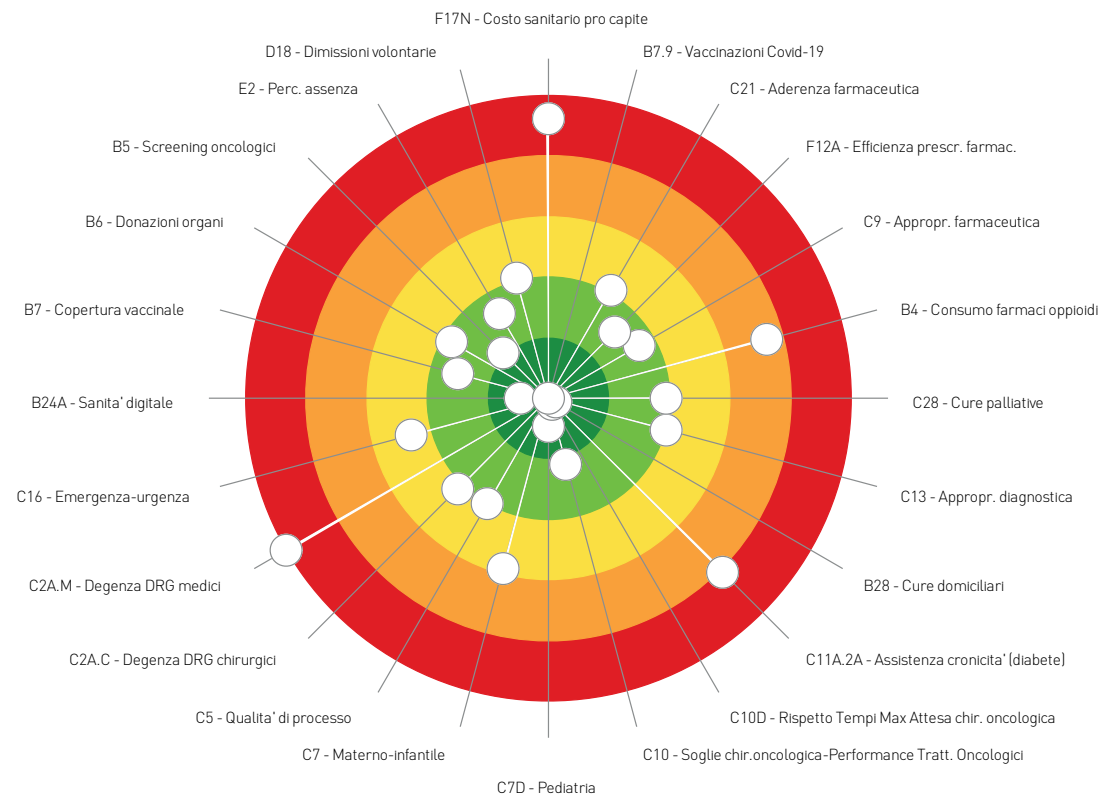
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

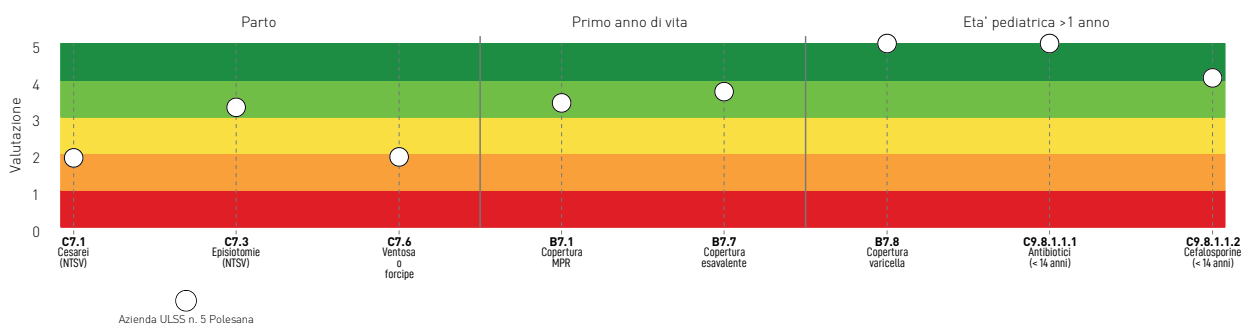
Numero indicatori di valutazione: 99



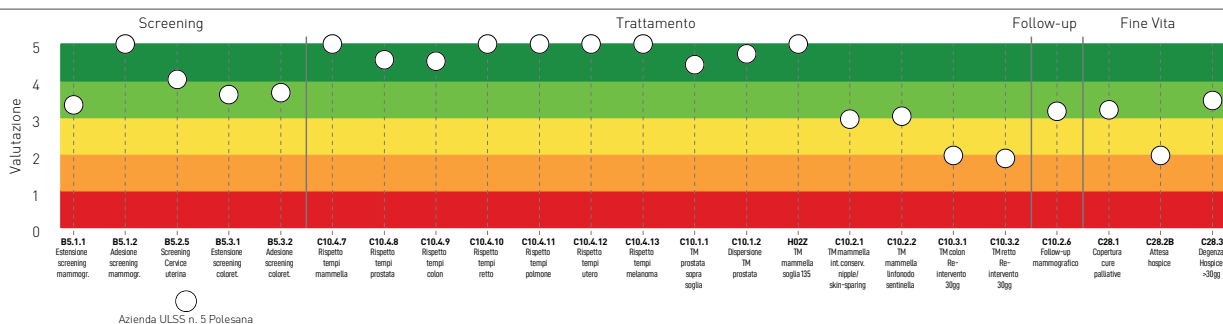
● Indicatori peggiorati    
 ● Indicatori stazionari    
 ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

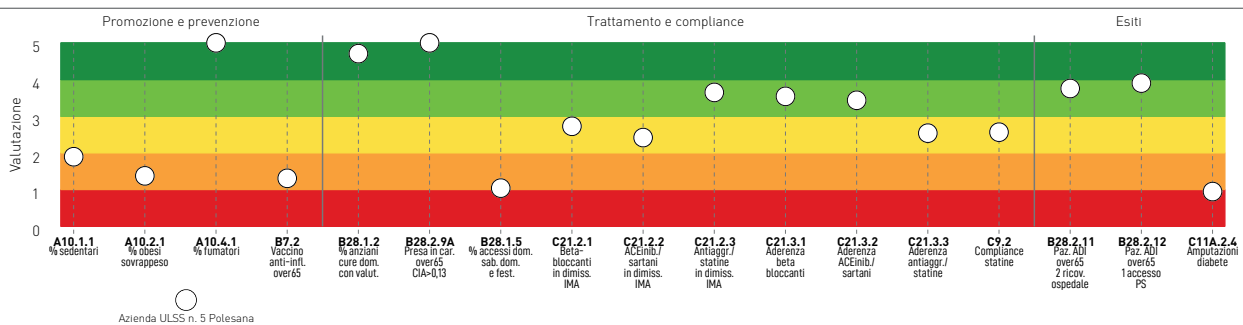




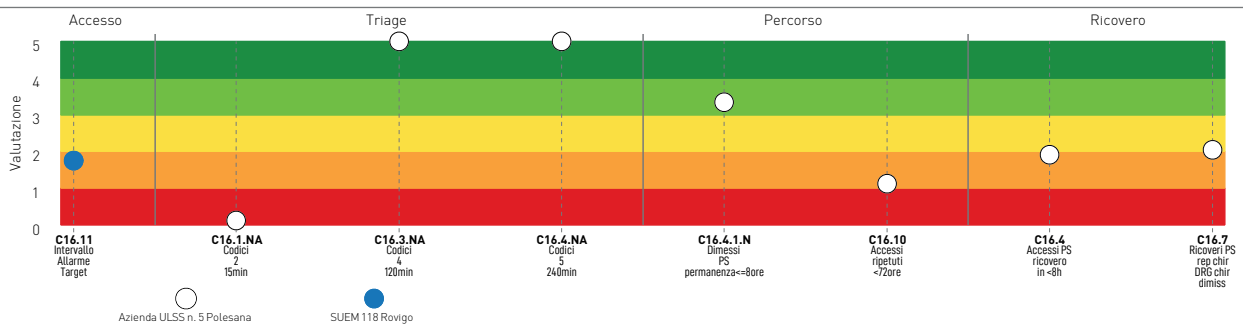
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

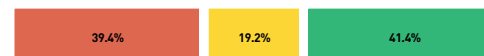
# ULSS N. 6 EUGANEA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



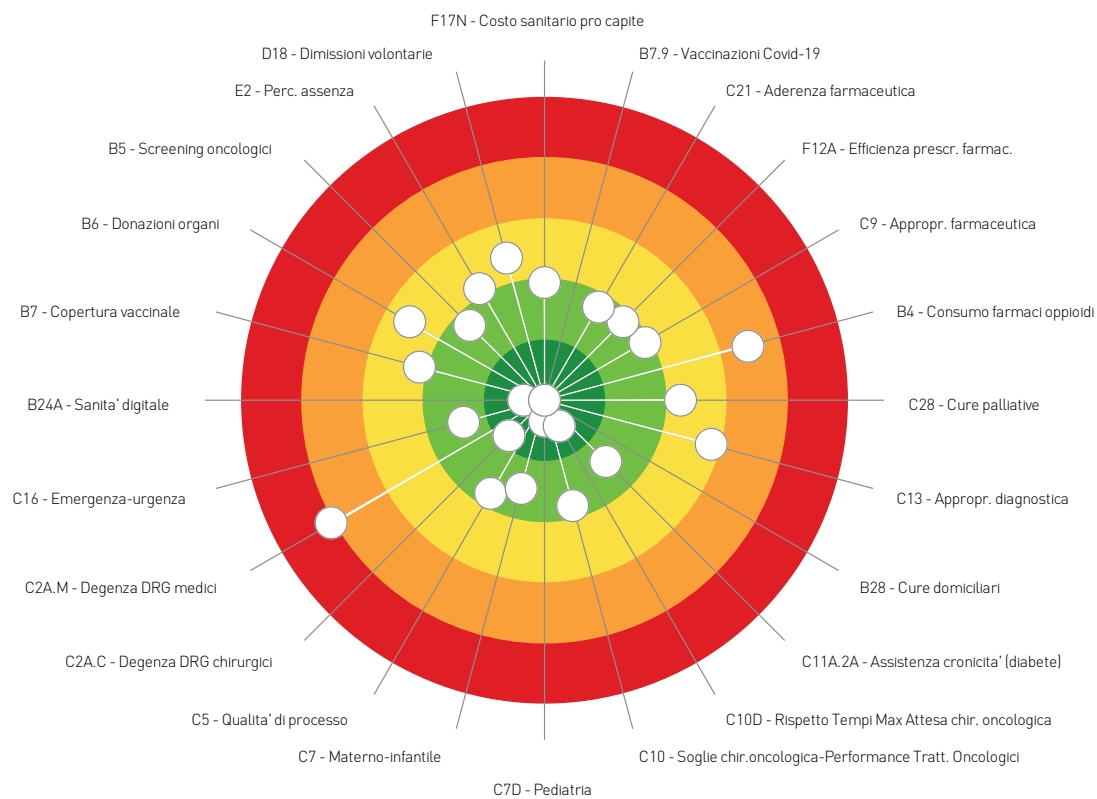
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 99



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

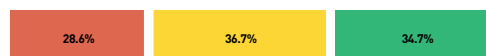
## Valutazione della Performance 2021



# A.O. PADOVA

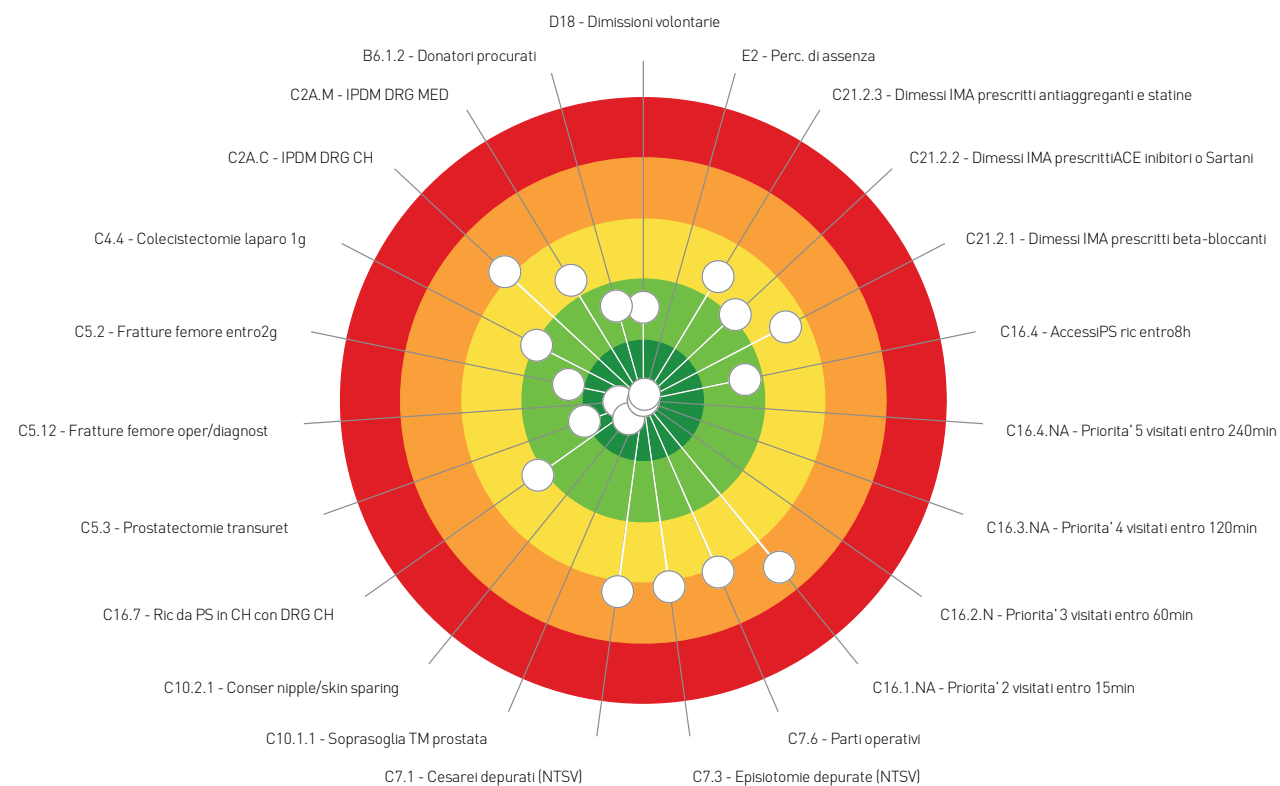
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 49



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

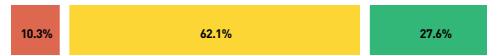




# IOV PADOVA

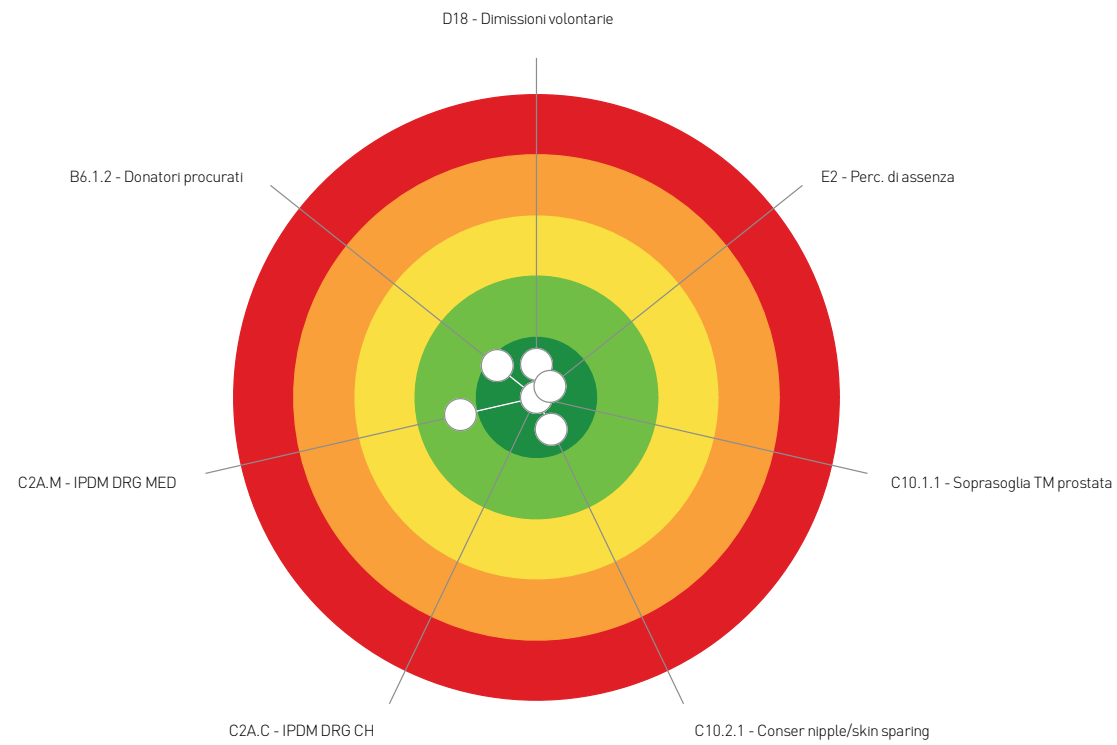
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 29

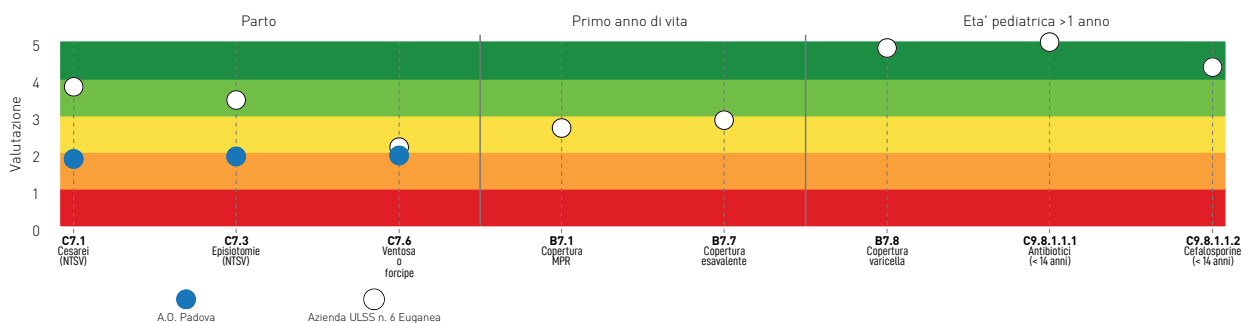


● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

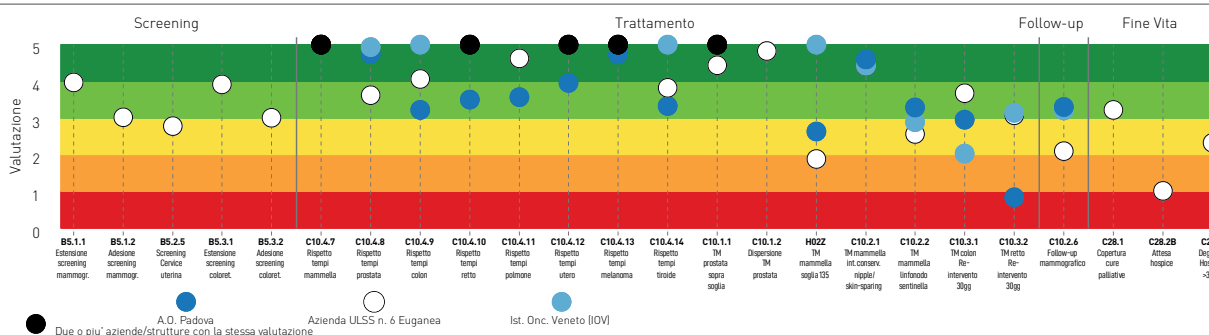
## Valutazione della Performance 2021



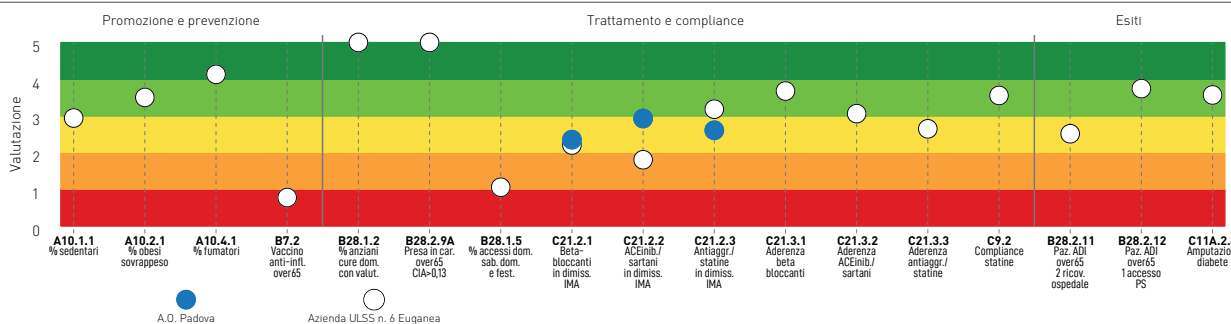
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



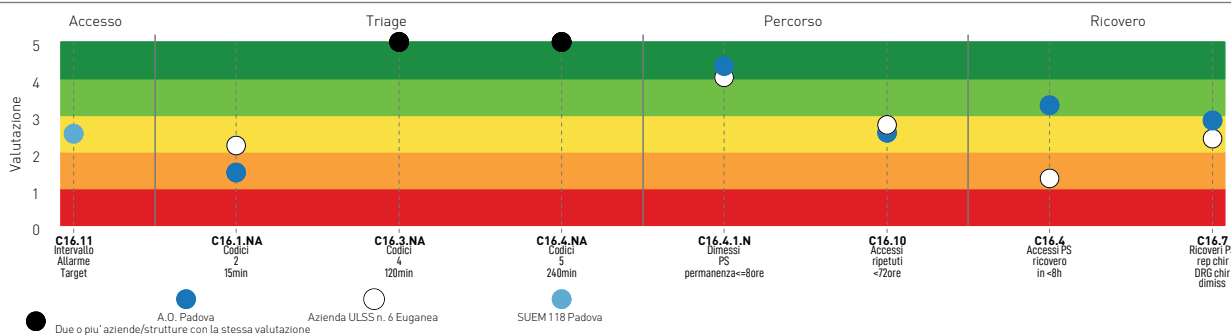
## PERCORSO ONCOLOGICO



## PERCORSO CRONICITÀ



## PERCORSO EMERGENZA URGENZA



# ULSS N. 7 PEDEMONTANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



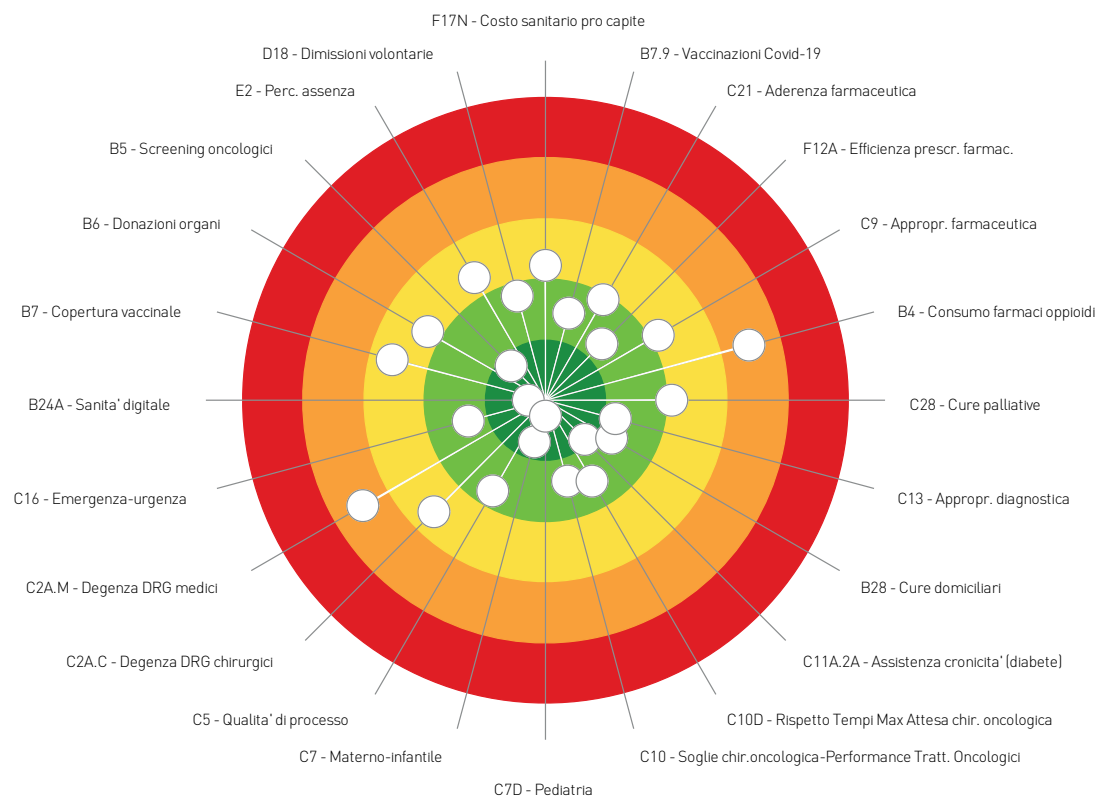
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

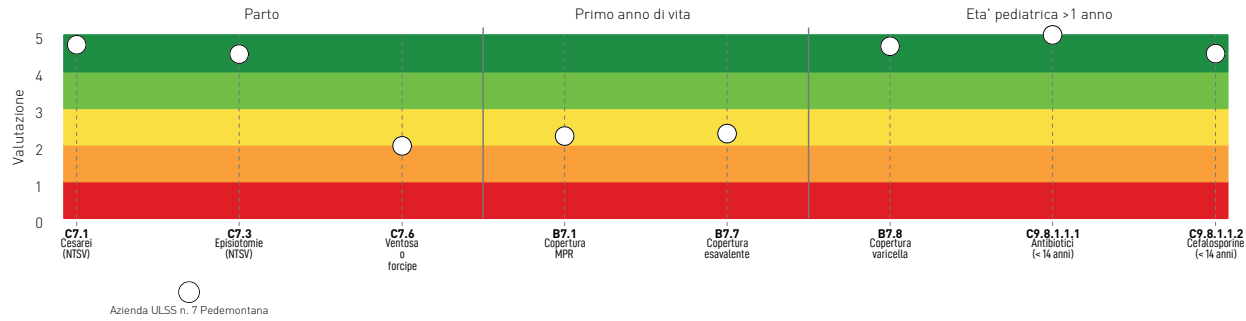
Numero indicatori di valutazione: 98



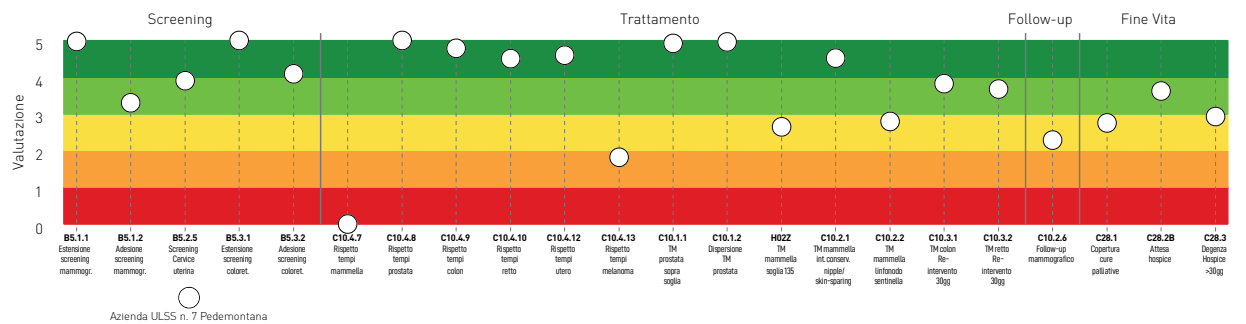
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

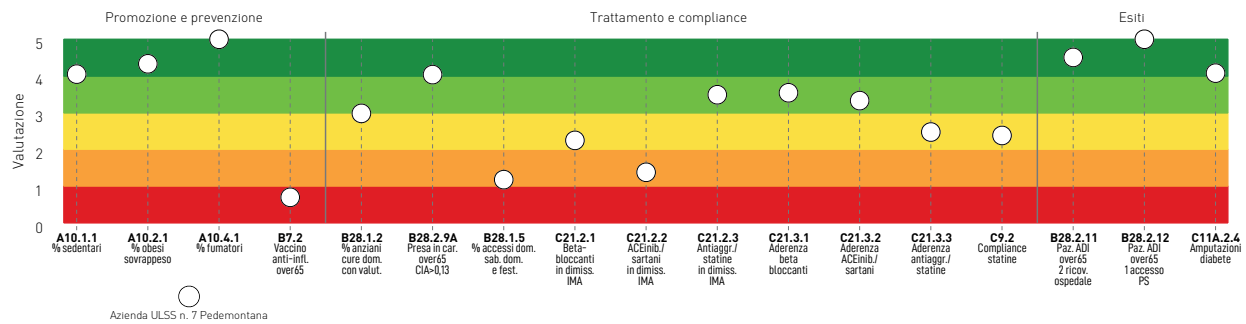




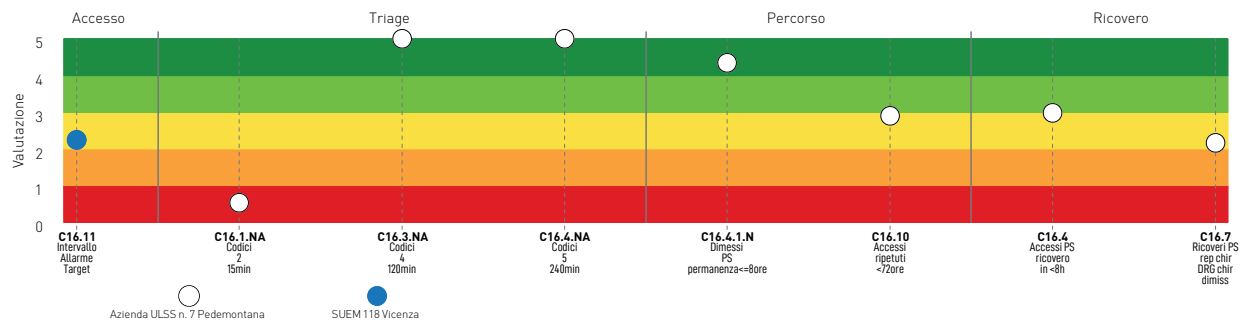
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

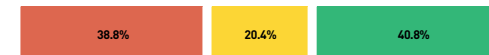
# ULSS N. 8 BERICA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



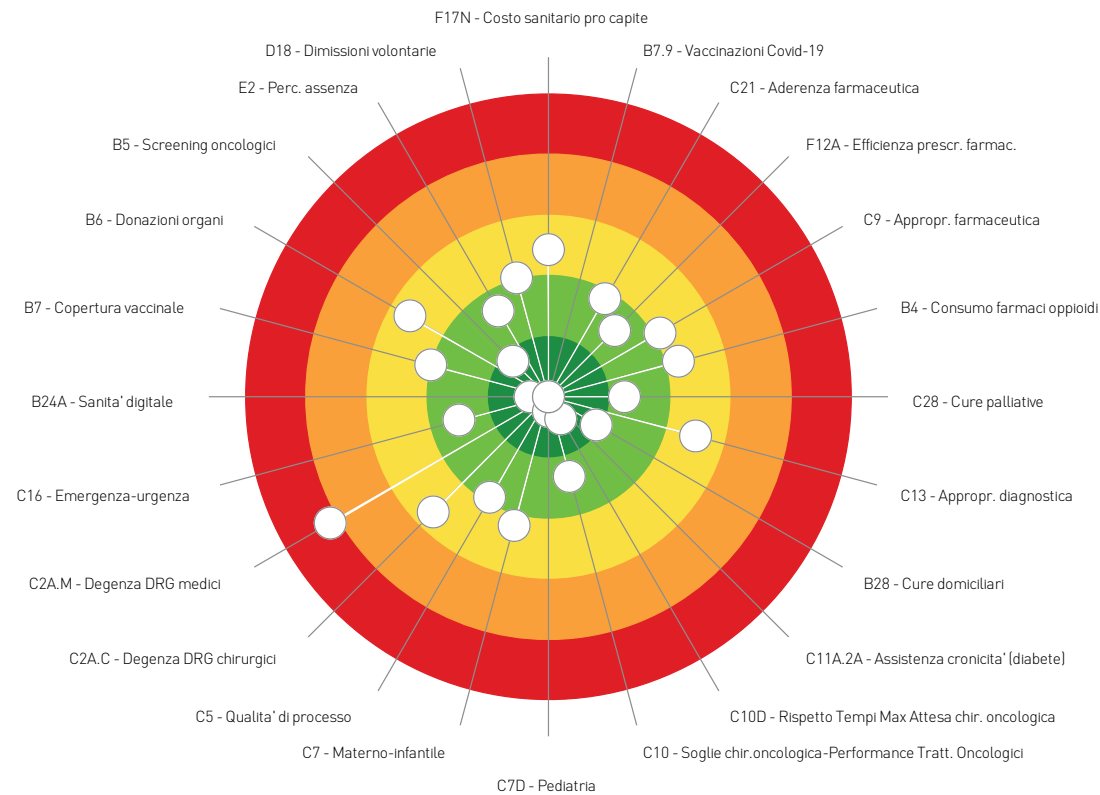
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

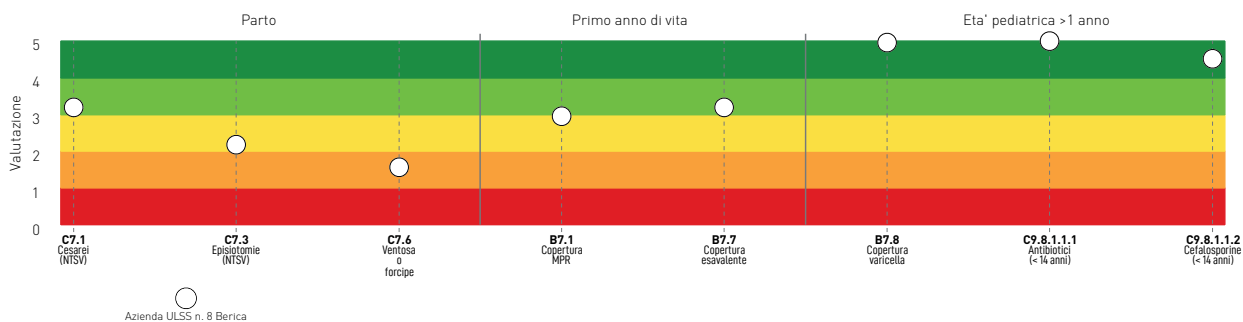
Numero indicatori di valutazione: 98



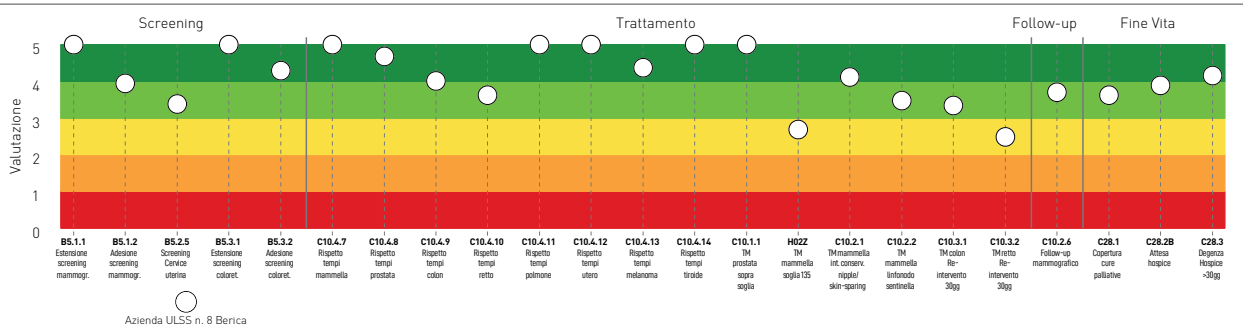
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

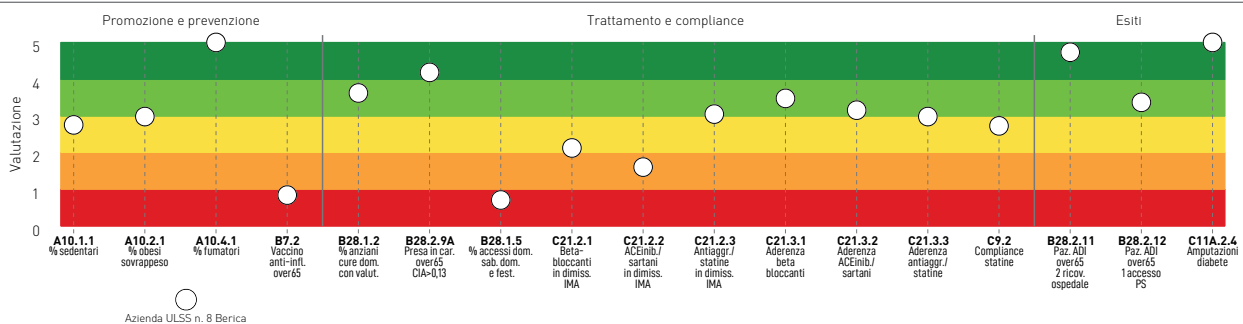




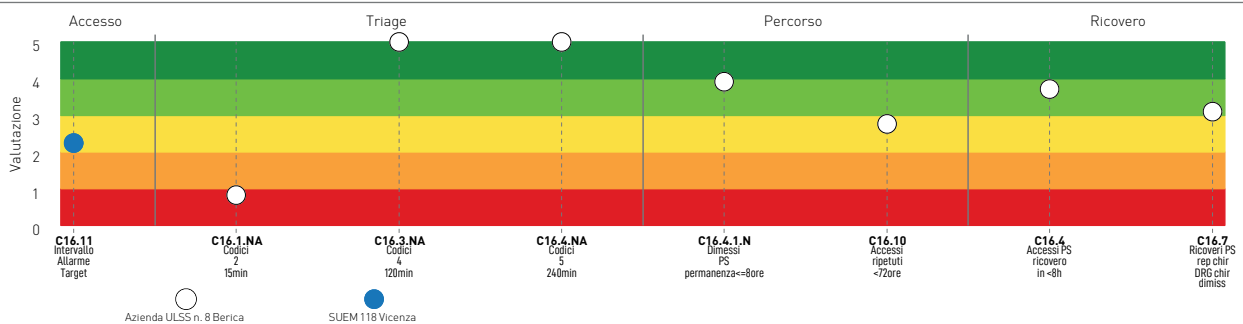
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

# ULSS N. 9 SCALIGERA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



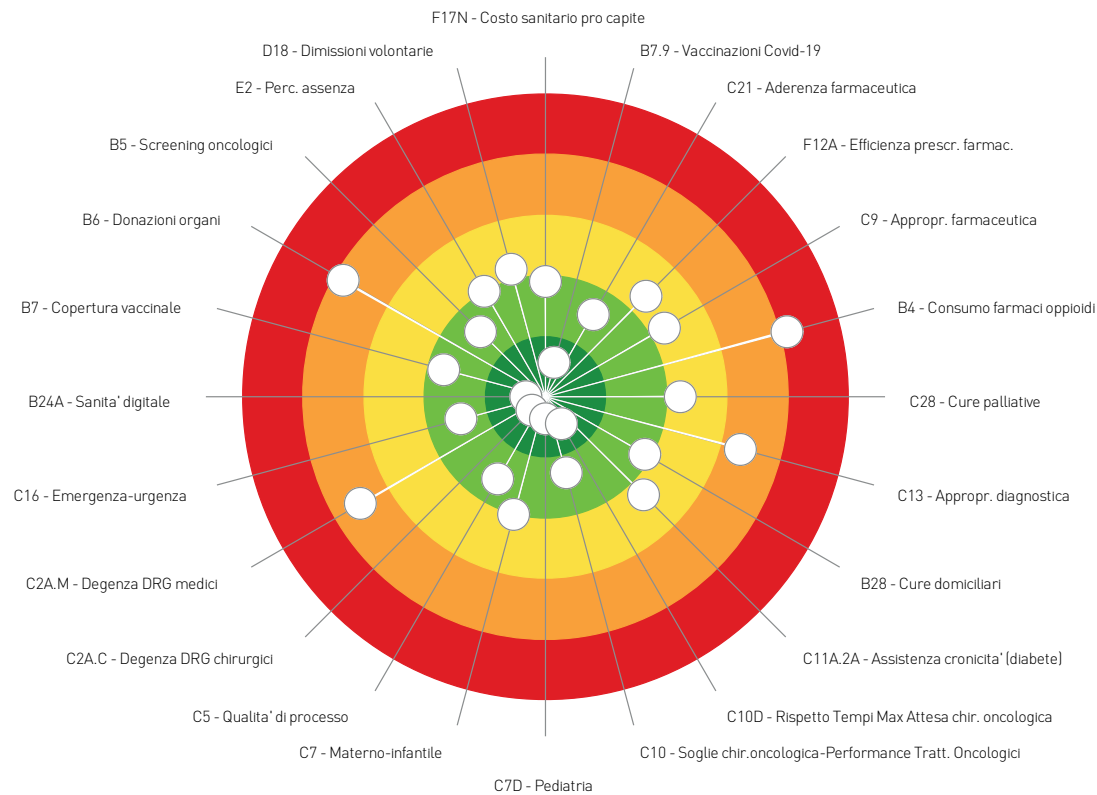
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 98



● Indicatori peggiorati   
 ● Indicatori stazionari   
 ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021



# A.O. VERONA

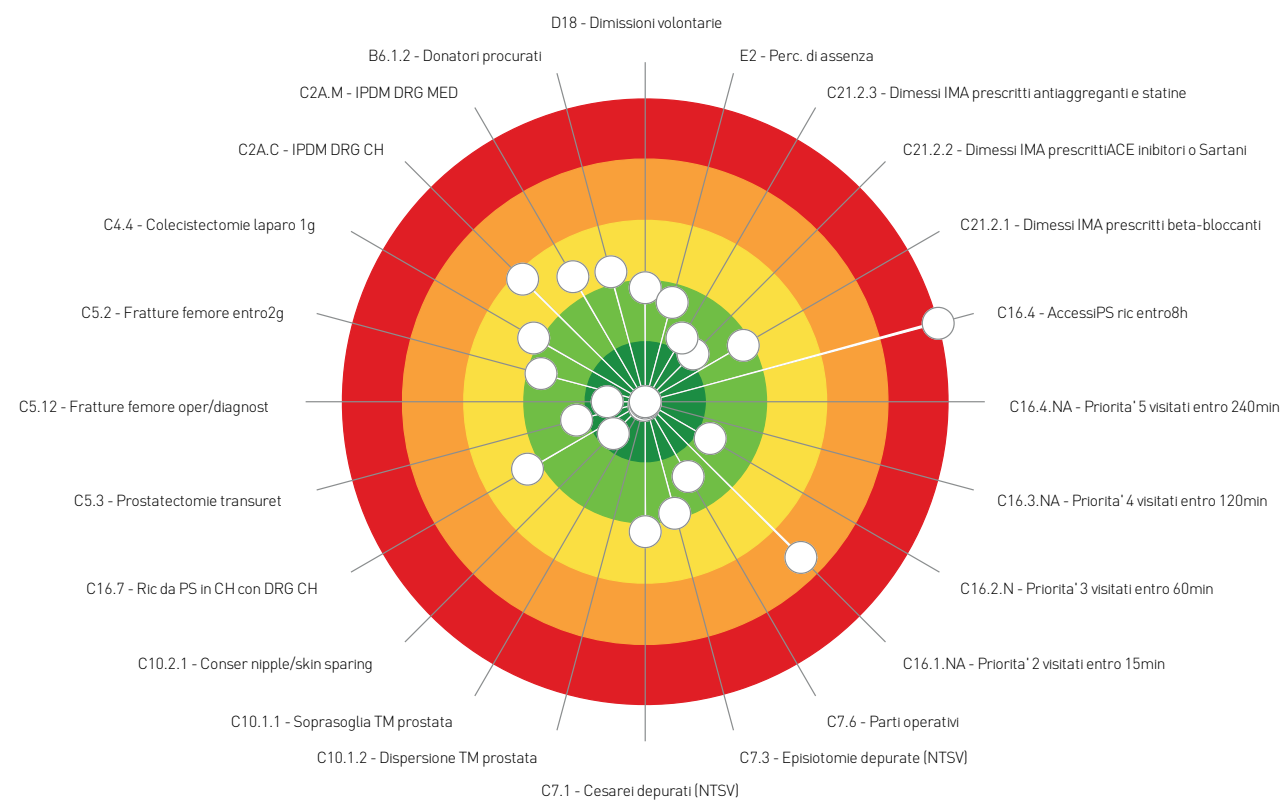
## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 51



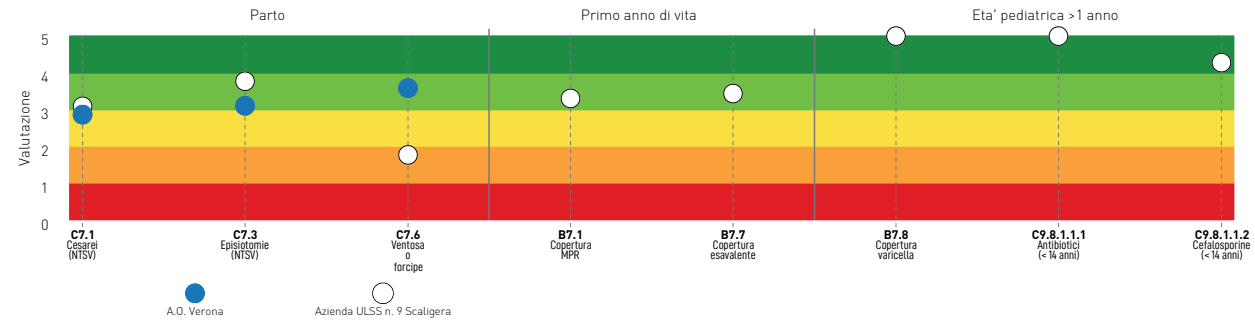
● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della Performance 2021

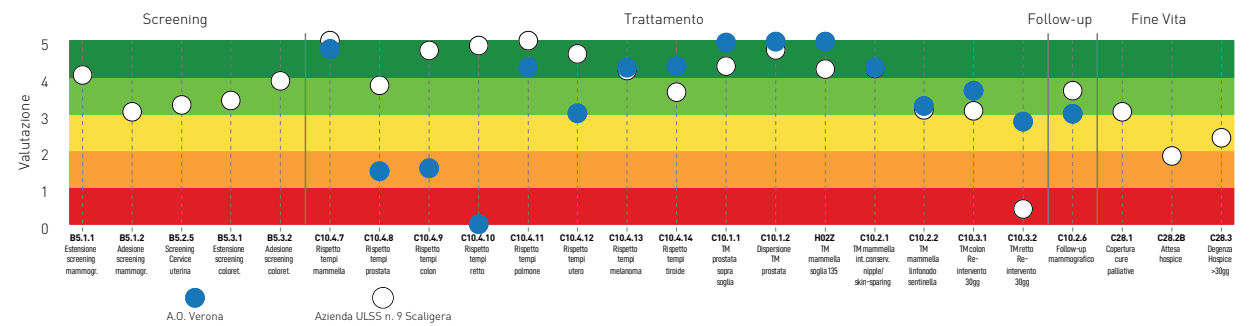




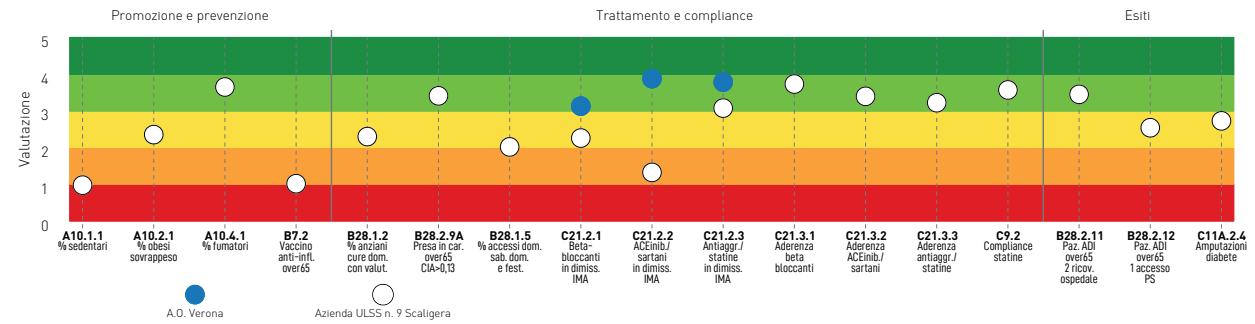
### PERCORSO MATERNO INFANTILE



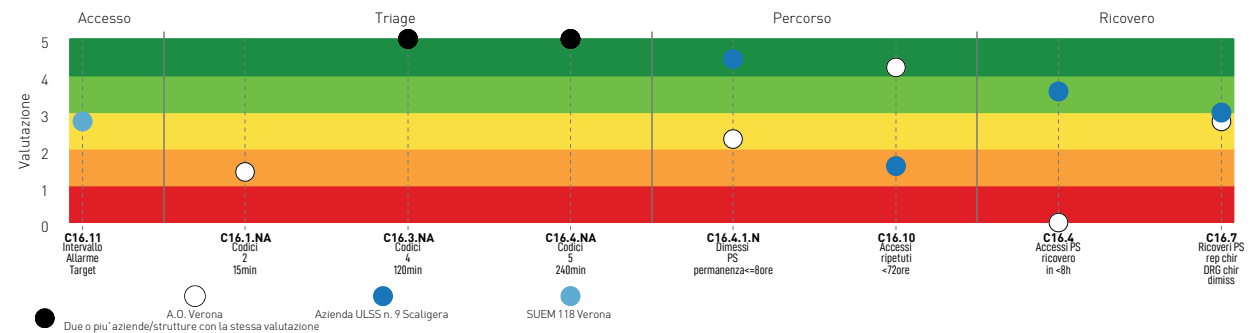
### PERCORSO ONCOLOGICO



### PERCORSO CRONICITÀ



### PERCORSO EMERGENZA URGENZA







---

# AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SANT'ANDREA



---

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

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessita contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Alla luce di questo, considerando i 25 indicatori di valutazione calcolati a settembre del 2022, l'AOU S. Andrea mostra una performance complessiva buona, nonostante l'evidente variabilità; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde, seppur siano al contempo presenti aree di criticità. In questa fase di ripresa e rilancio il 40% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 16% resta stabile mentre il 44% peggiora.

Si riscontra una sostanziale eterogeneità di performance relativamente alla sezione dedicata alla resilienza, dove le maggiori criticità sembrano essere afferenti all'area oncologica. Da attenzionare in particolare la variazione media nei volumi per interventi chirurgici classe di priorità A per tumore al colon e alla tiroide, nonché la variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici. Anche la variazione media nel numero di ricoveri elettivi con almeno un intervento di angioplastica è ancora contratto rispetto al 2019, mentre sono stabili gli interventi di bypass aortocoronarico rispetto al 2019. Di pari andamento i volumi per i ricoveri per ictus ischemico e infarto miocardico acuto, il primo ancora con livelli di performance ridotti rispetto al 2019 mentre il secondo ha ripreso l'attività ritornano ai livelli pre-pandemia. Ottima la tenuta complessiva nelle visite ambulatoriali di follow up, dove l'Azienda riesce a contenere la flessione nei volumi, segnatamente per visita di controllo ortopedica, endocrinologica e cardiologica).

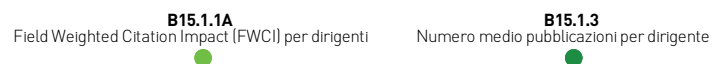
L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra un'ottima capacità di resistenza e ripresa. In particolare, la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno registra una crescita del 38.7% rispetto al 2020, mentre la percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni e la percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione confermano l'ottimo risultato già raggiunto nel 2020. Unico elemento di criticità è rappresentato dalla percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, in flessione rispetto al 2020.

Si segnala inoltre la buona performance nella degenza media per DRG chirurgici e medici, indicatori che permettono di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. In particolare, l'indice di performance di degenza media per DRG chirurgici migliora rispetto al 2020, passando da 0.06 a -0.61, a riprova di un'ottima capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse.

L'AOU S. Andrea presenta una certa eterogeneità rispetto agli altri indicatori volti a misurare i tempi di permanenza in Pronto Soccorso, con performance più critiche nei tempi di attesa entro i 60 minuti e performance buone nella percentuale di accessi al PS con codici di priorità 4 e 5.

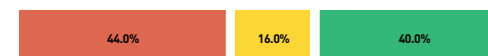
# AOU SANT'ANDREA

## Valutazione dell'attività di ricerca (2018-2020)



## Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 25



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2021





4

# INDICATORI





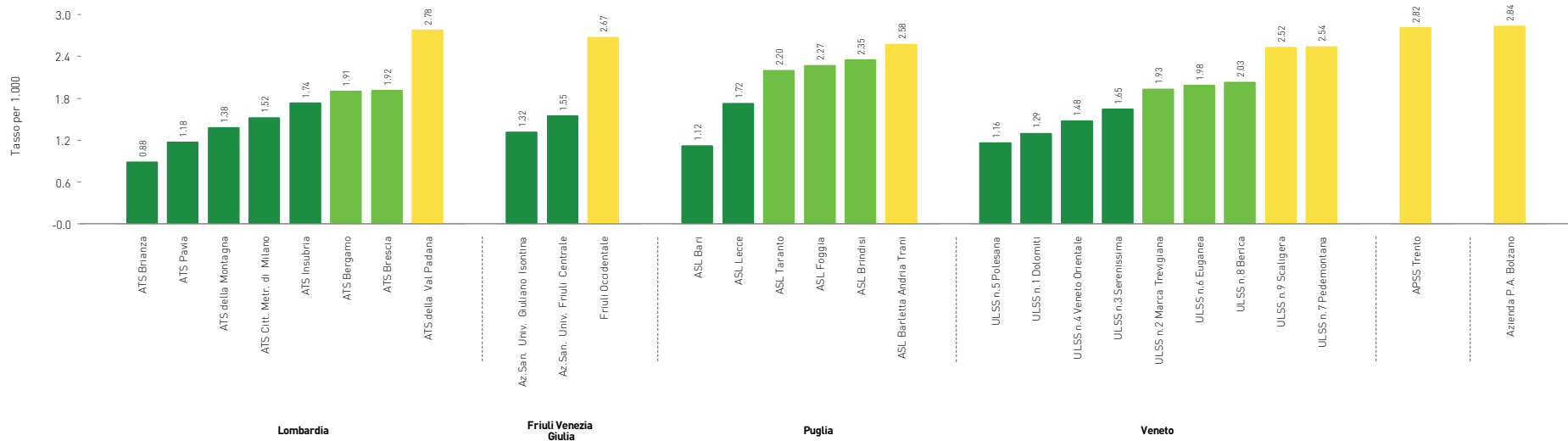
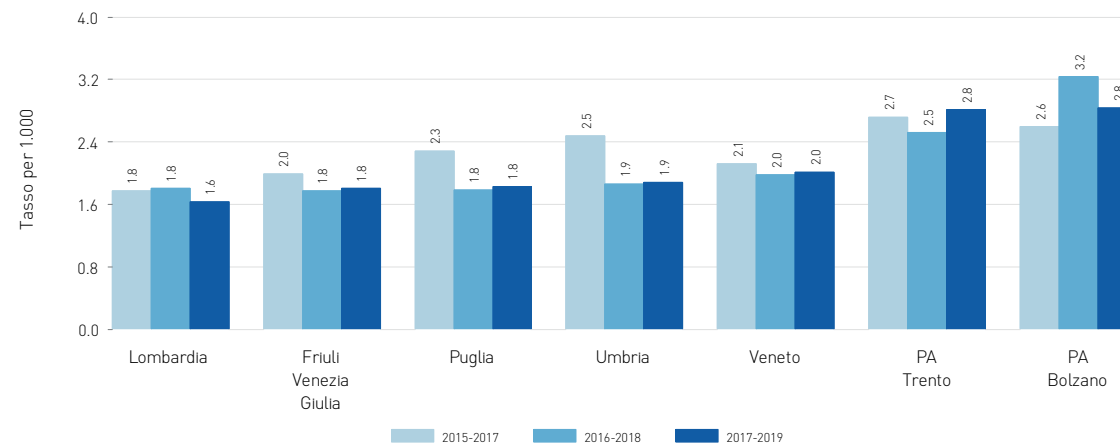
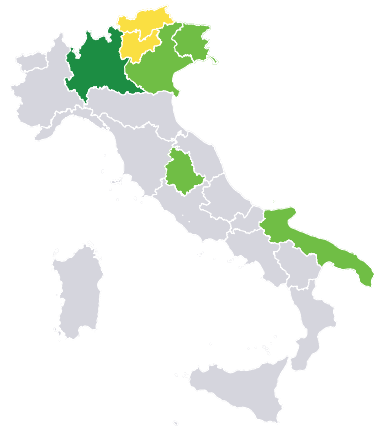
---

# STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE



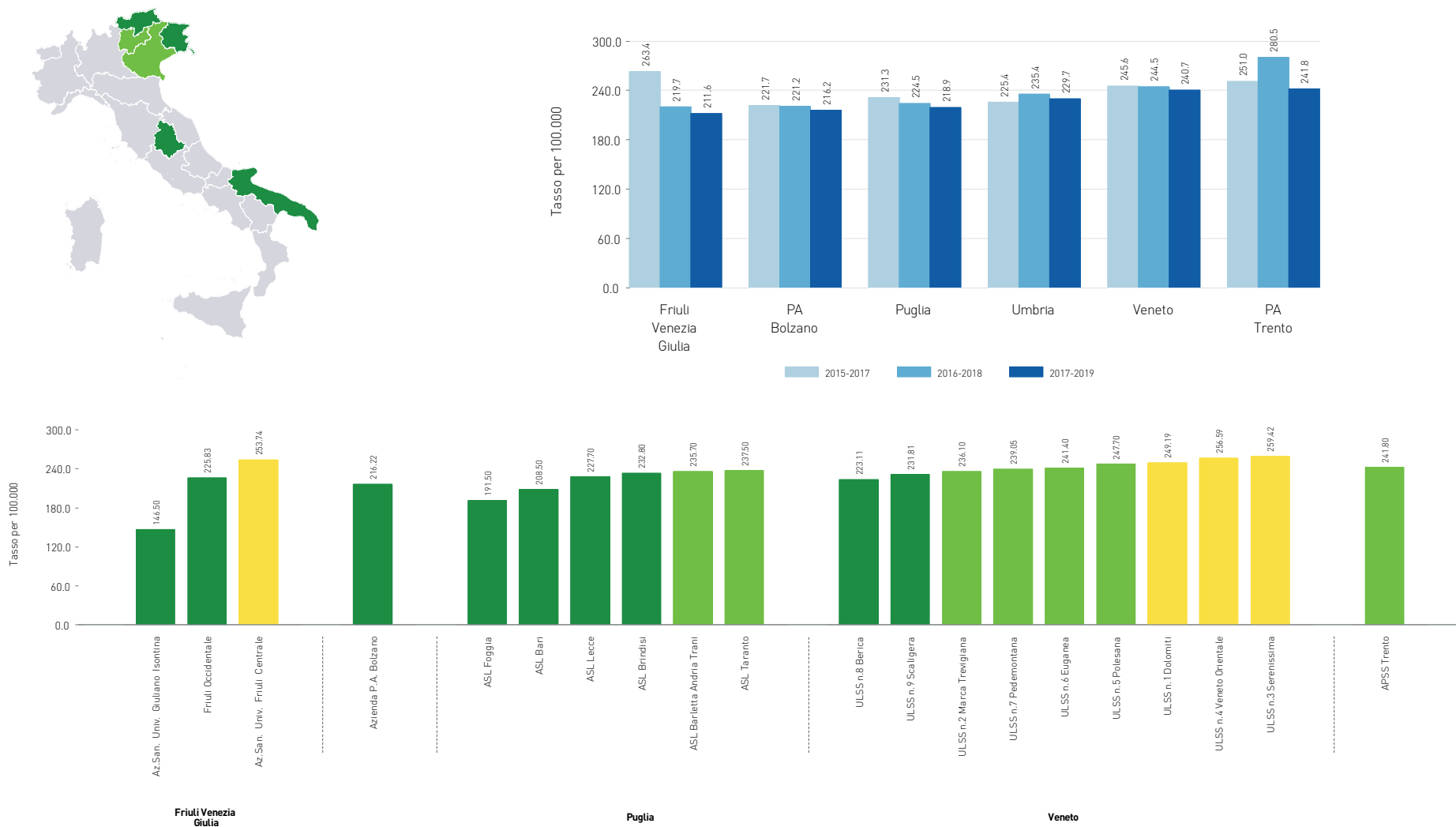
## A1.1 Mortalità nel primo anno di vita

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



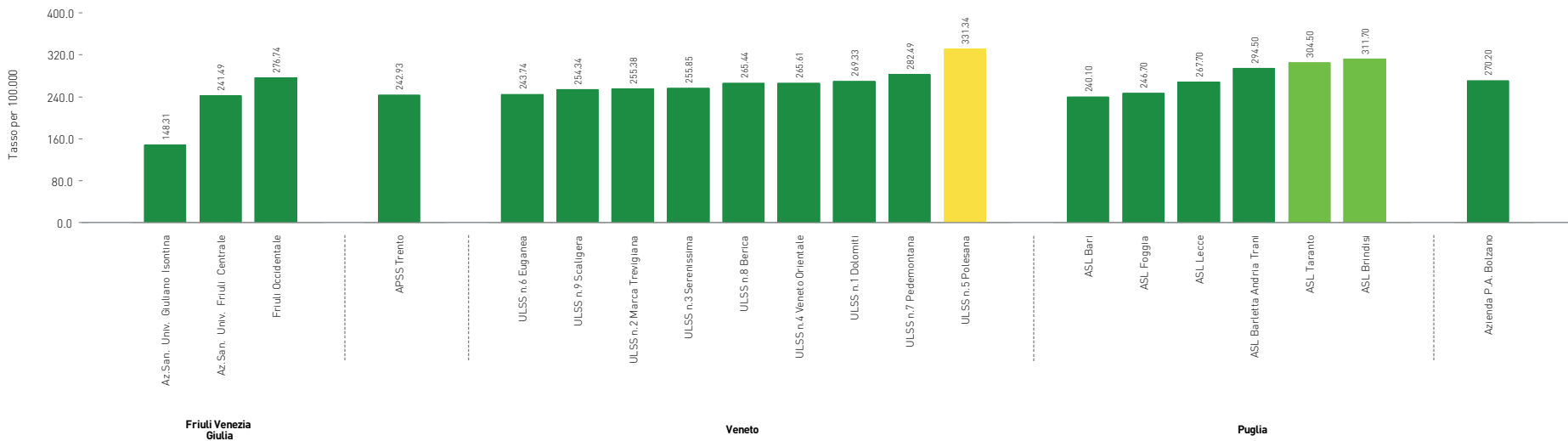
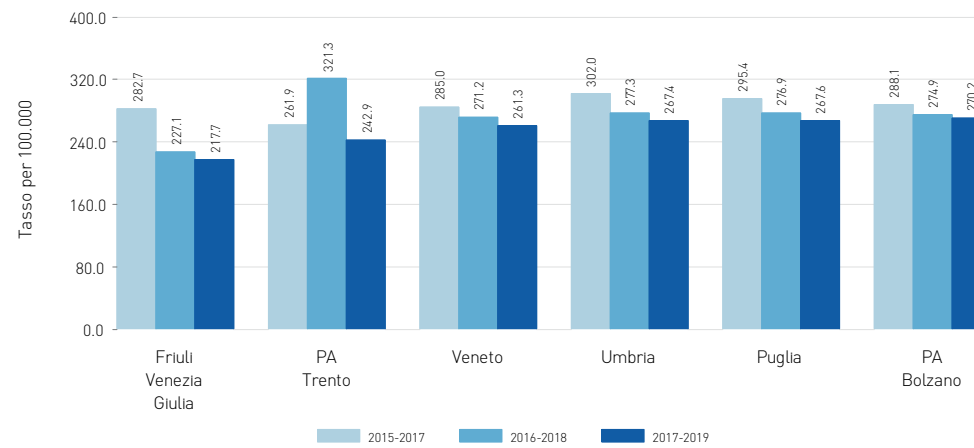
## A2 Mortalità per tumori

Il monitoraggio dell'epidemiologia oncologica permette di valutare l'impatto delle strategie di prevenzione dei tumori e dei sistemi diagnostico-terapeutici, essendo il cancro una patologia cronica potenzialmente più prevenibile ed oggi anche più "curabile" ("I numeri del cancro in Italia 2019", AIOM-AIRTUM). Nel periodo 1995-2016 la mortalità per tumore in Italia è diminuita, complessivamente, del 23,6% negli uomini e del 14,2% nelle donne. Tuttavia, questa tendenza positiva non si riscontra in modo omogeneo in tutte le aree del nostro Paese ed esistono ancora forti differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud e Isole. Storicamente erano le regioni settentrionali ad avere una mortalità più elevata rispetto a quelle meridionali, mentre, oggi, questo gradiente si sta modificando e in alcuni casi invertendo. Tra le principali azioni efficaci le misure volte a favorire l'adozione di corretti stili di vita, l'implementazione e diffusione di programmi di screening oncologici e gli avanzamenti terapeutici [Rapporto Osservasalute 2020].



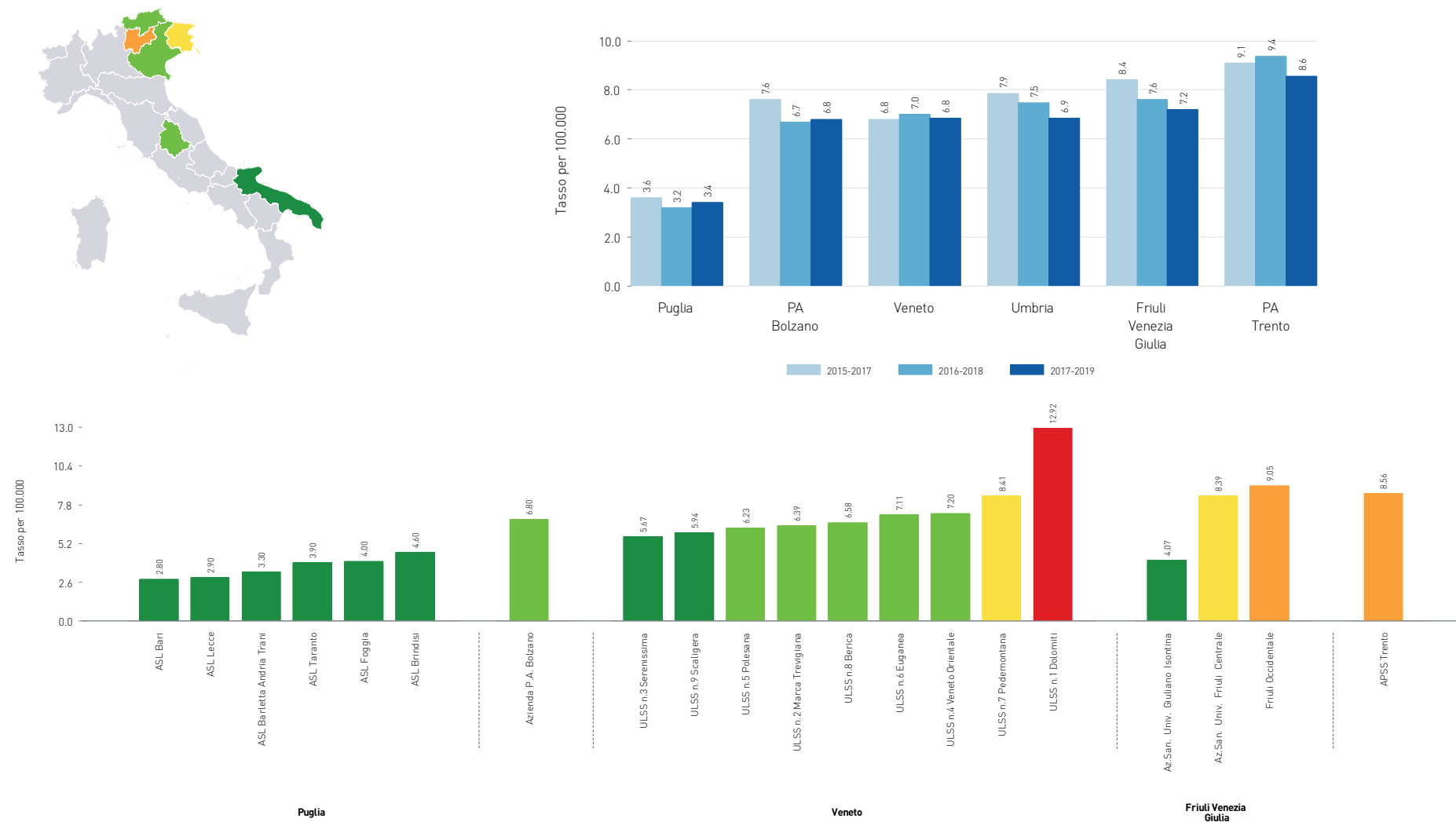
### A3 Mortalità per malattie circolatorie

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.



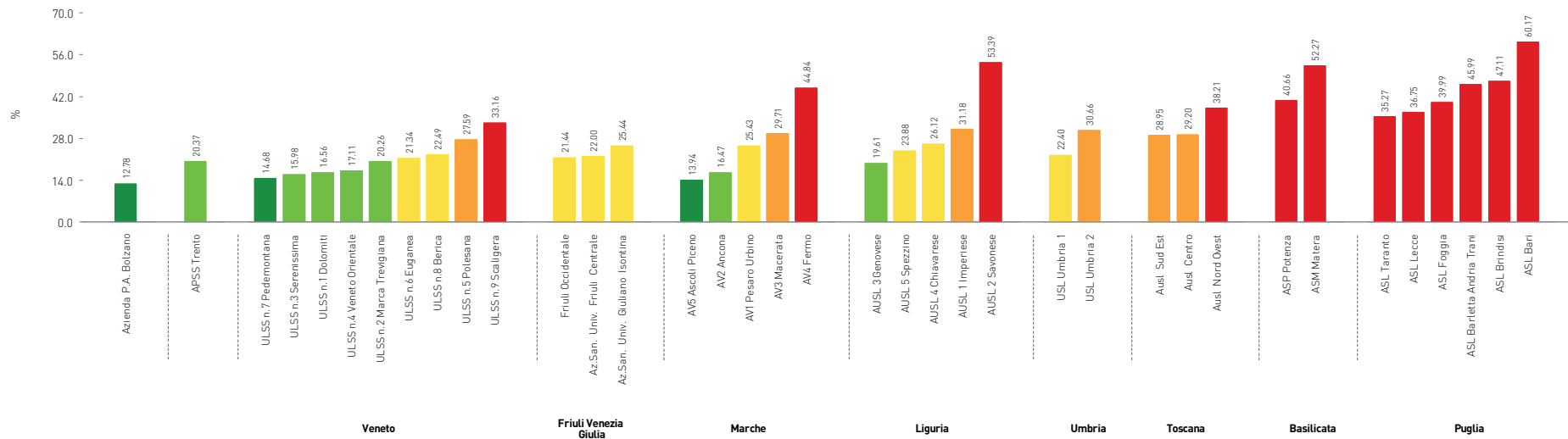
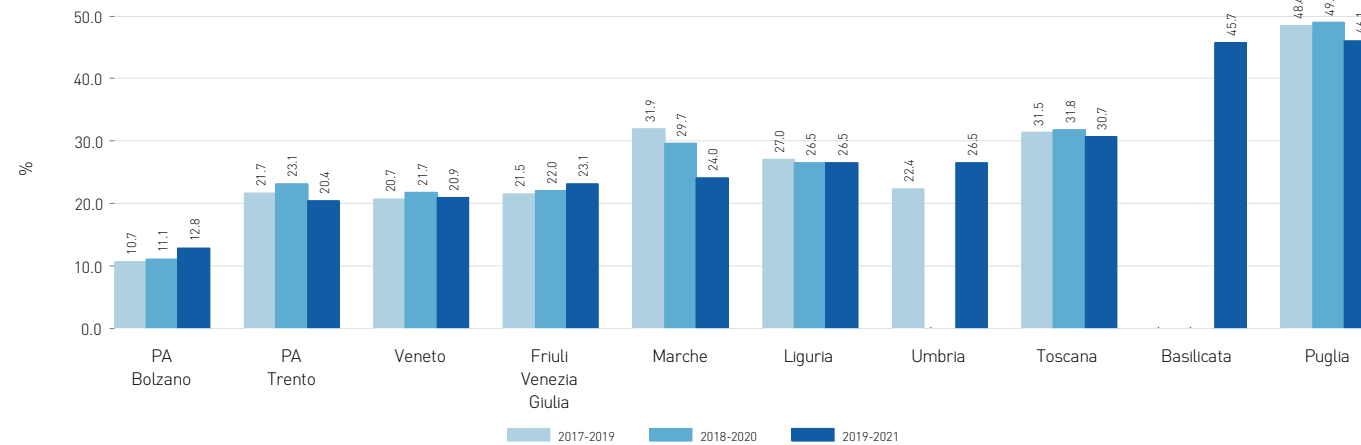
## A4 Mortalità per suicidi

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.



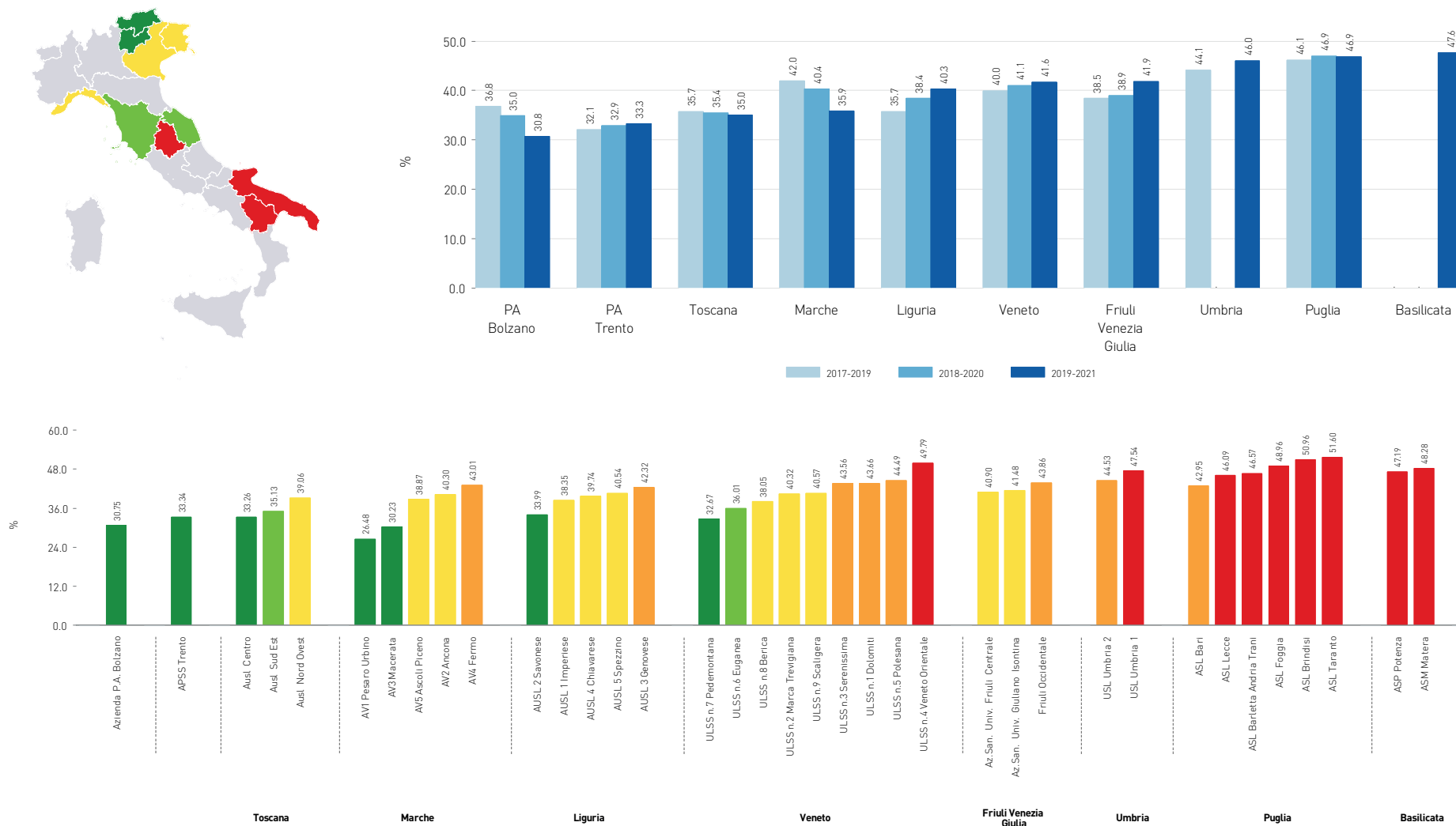
### A10.1.1 Percentuale di sedentari

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

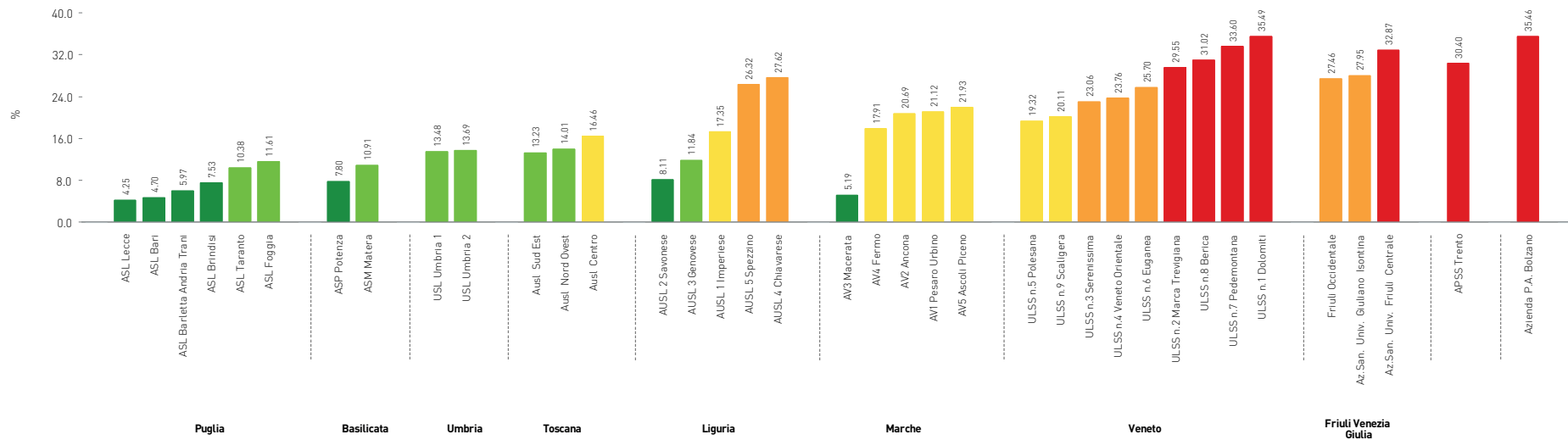
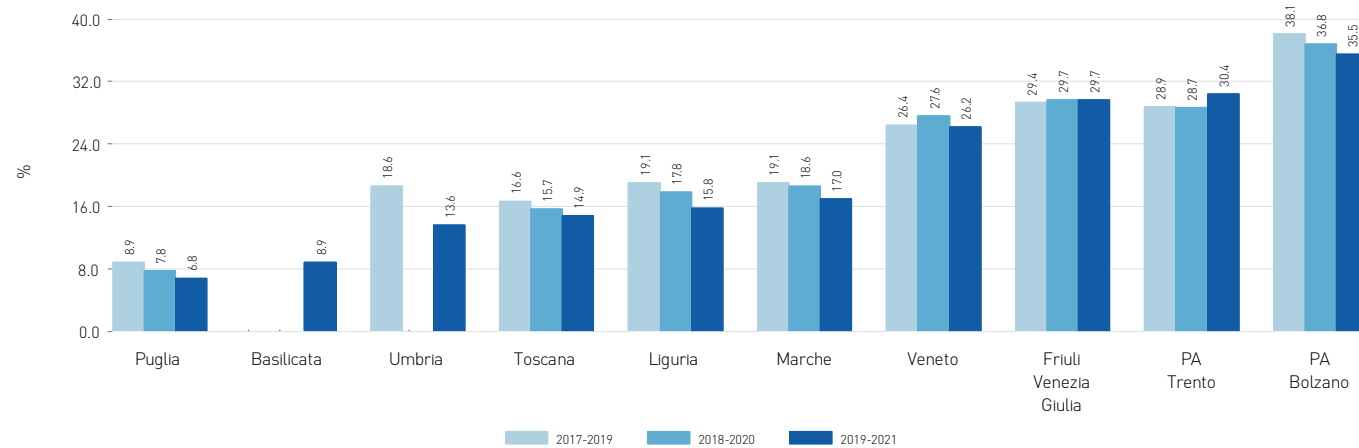
L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite 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.





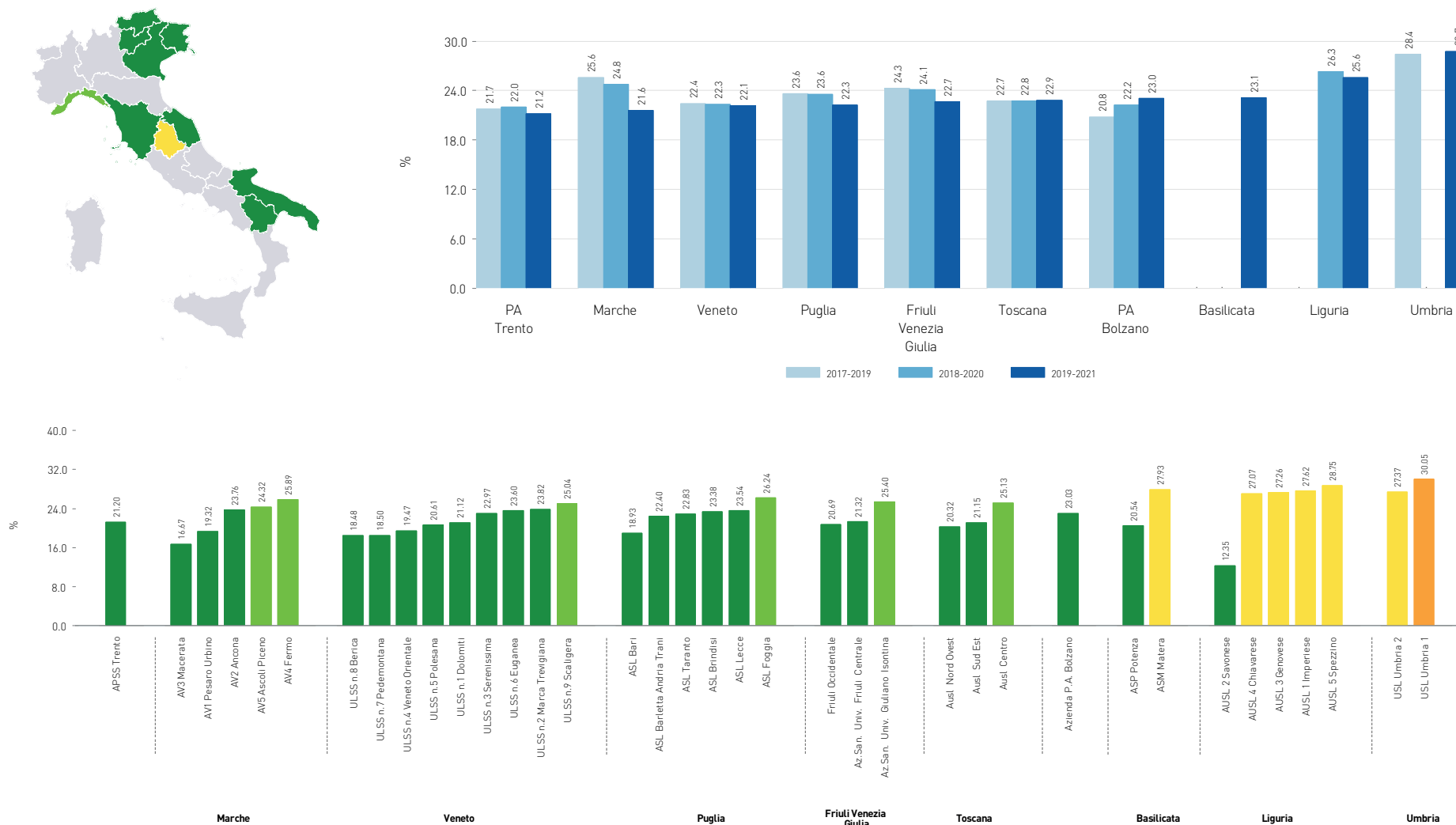
### A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

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.





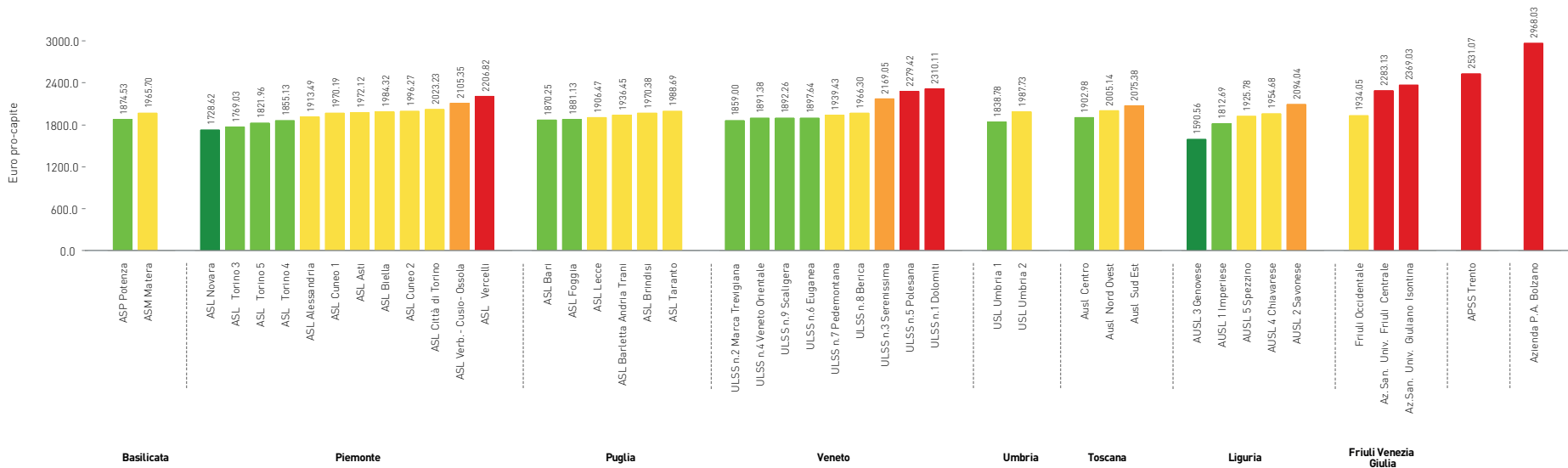
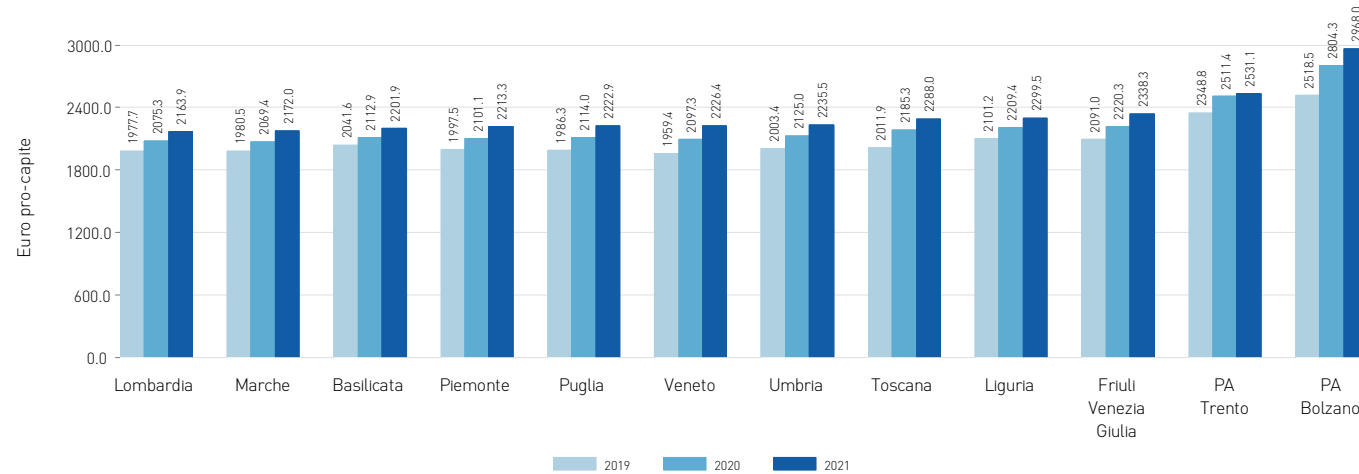
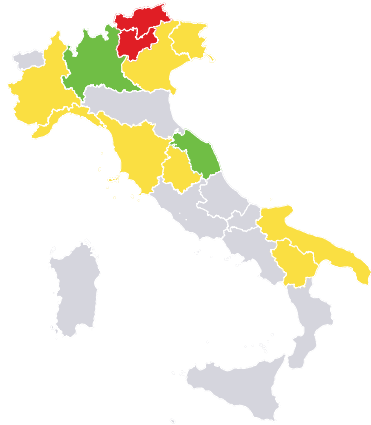
---

# EFFICIENZA E SOSTENIBILITA'



### F17N.R Costo sanitario pro capite regionale

L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dalla regione e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale. I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che questi siano pari ai costi sostenuti dalla regione per erogare servizi ai non-residenti. Per poter comprendere quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Ausl ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale). La fonte dei dati è il flusso CE al IV Trimestre 2021. Il dato è calcolato in un primo momento all'ultimo trimestre disponibile, ed è poi aggiornato una volta disponibili i bilanci consolidati.



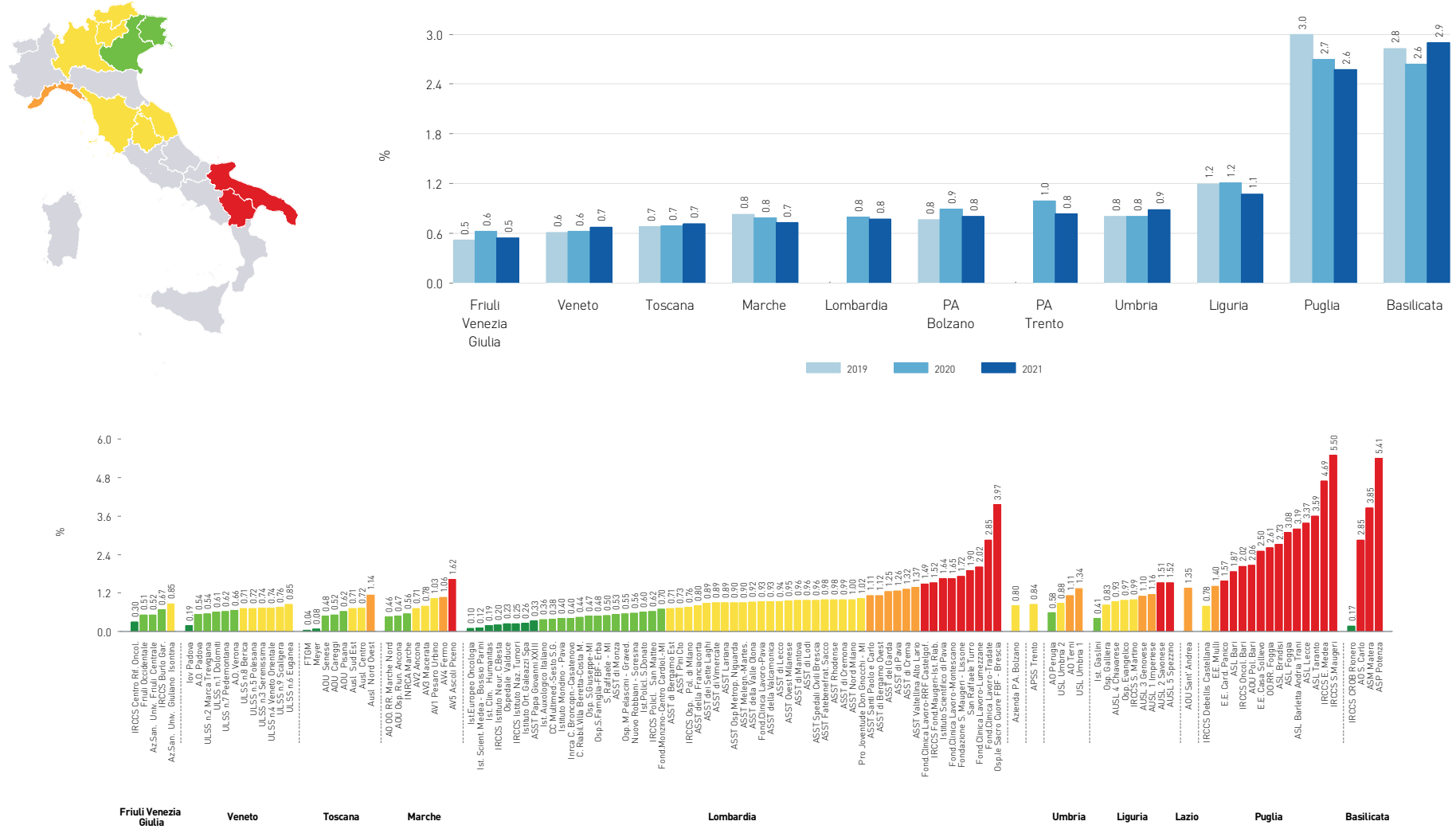
---

# UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE



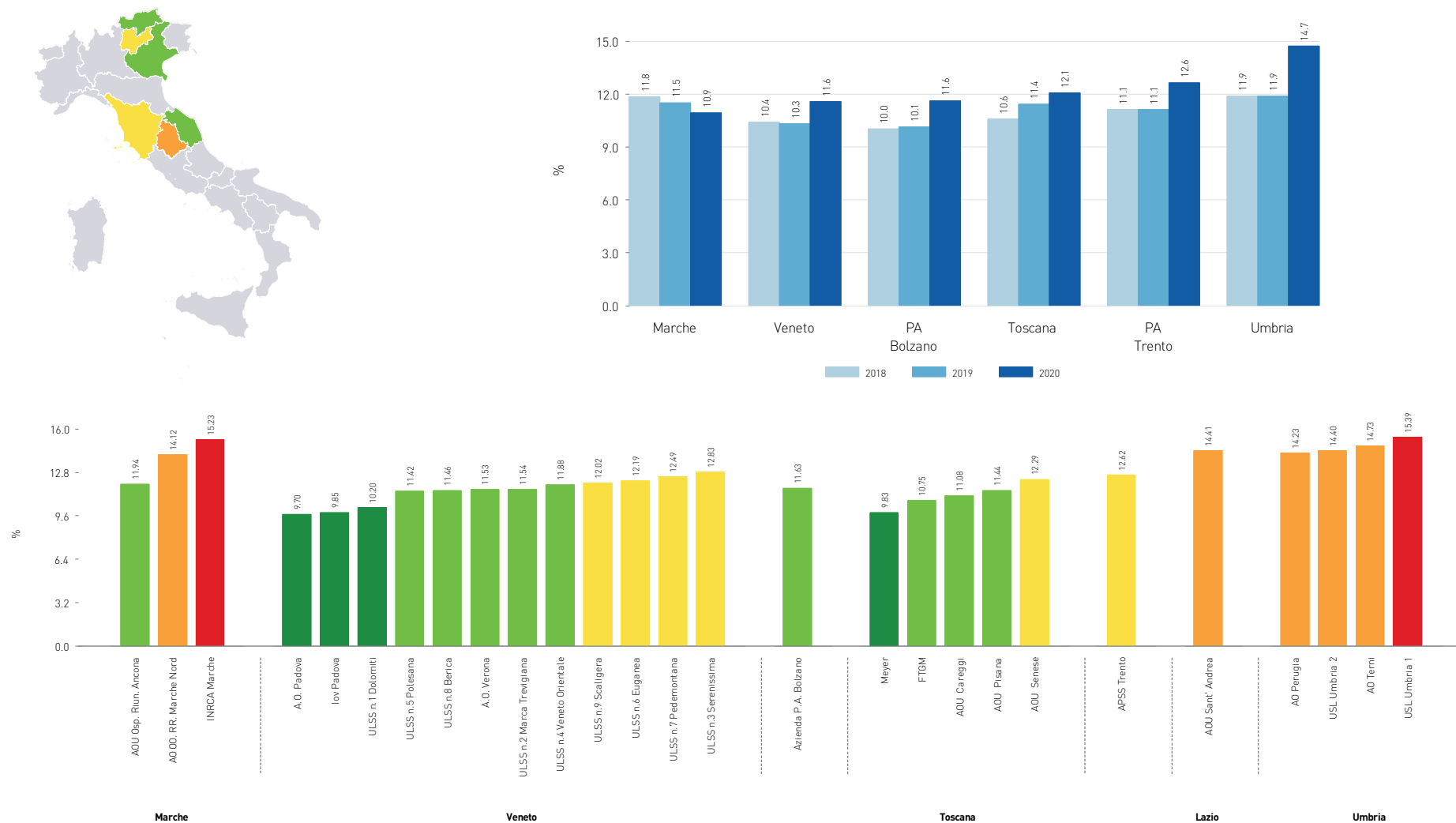
## D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (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.



## E2 Percentuale di assenza

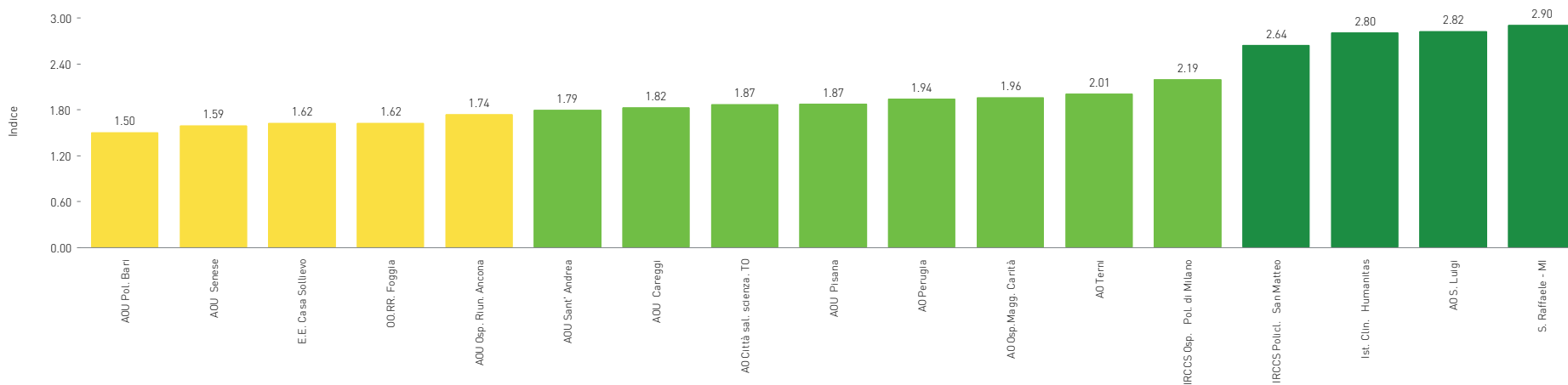
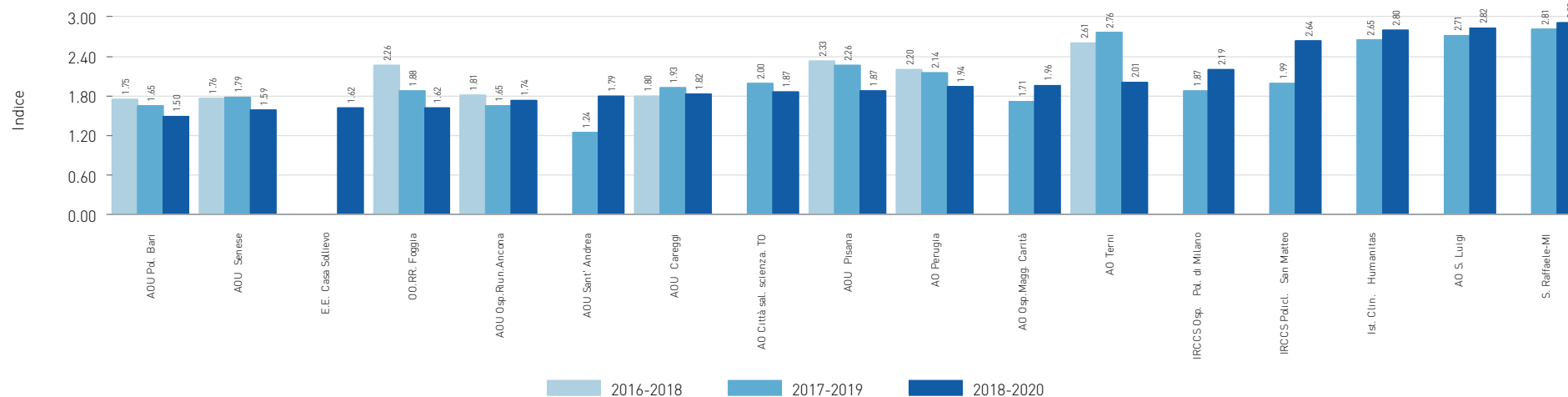
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per maternità, congedo parentale e malattia dei figli, per altri permessi ed assenze retribuite, per sciopero e per altre assenze non retribuite (al numeratore) ed il numero di giornate lavorabili al netto delle ferie godute (al denominatore). Con riferimento alle aziende ospedaliero-universitarie, l'indicatore considera anche il personale universitario (coerentemente con quanto disposto dalla Circolare del 15 aprile 2016, n. 13). I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore corrispondono ai dati forniti dalle aziende per la compilazione dal conto annuale. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce all'anno 2020.





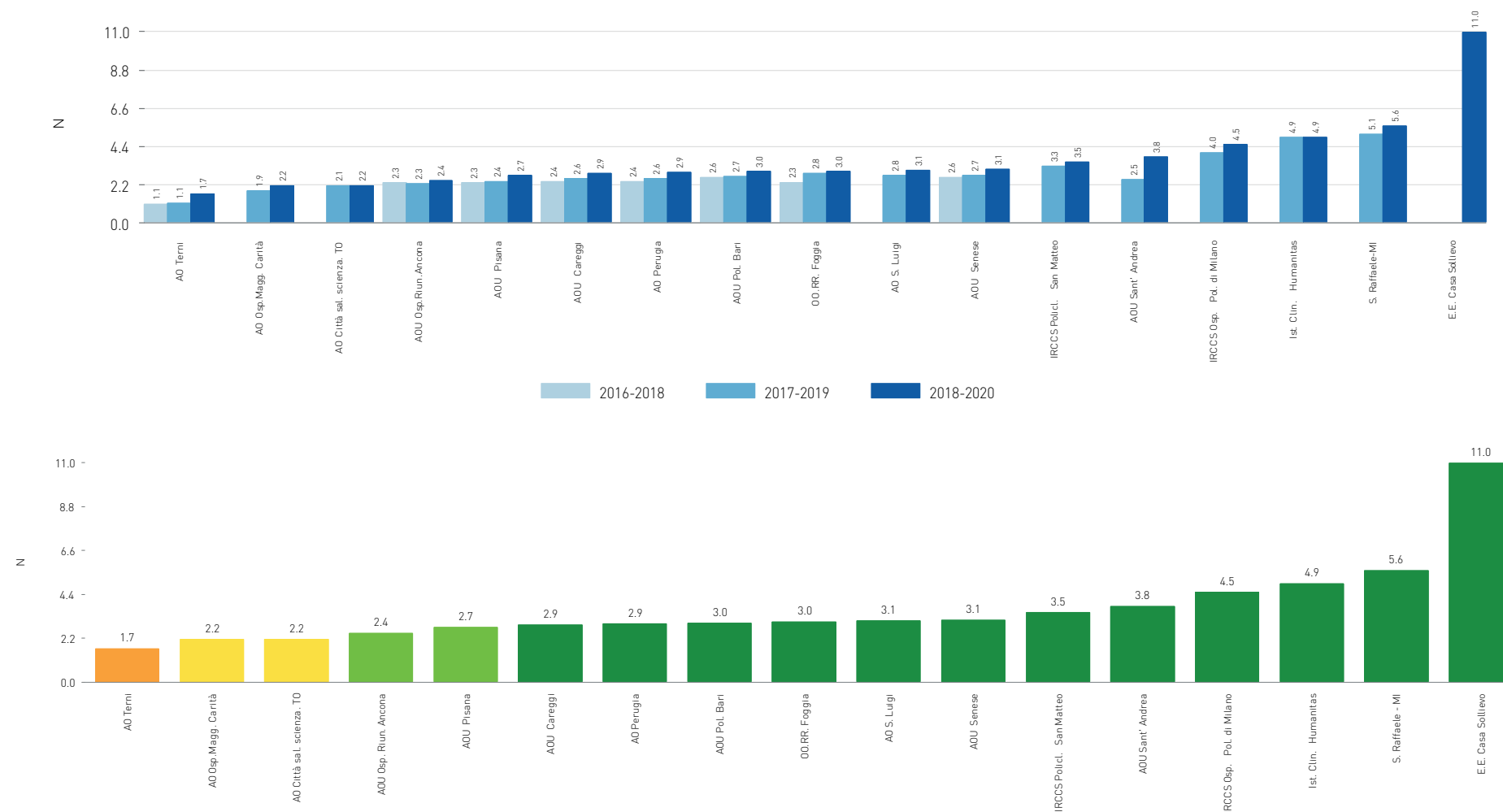
### B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli articoli sulla base del numero di citazioni ottenute dagli stessi rapportato al numero medio di citazioni ottenuto da pubblicazioni dello stesso anno, stesso tipo (paper, review, ecc.) e stessa specialità. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2018-2020.



### B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti

L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2018-2020.





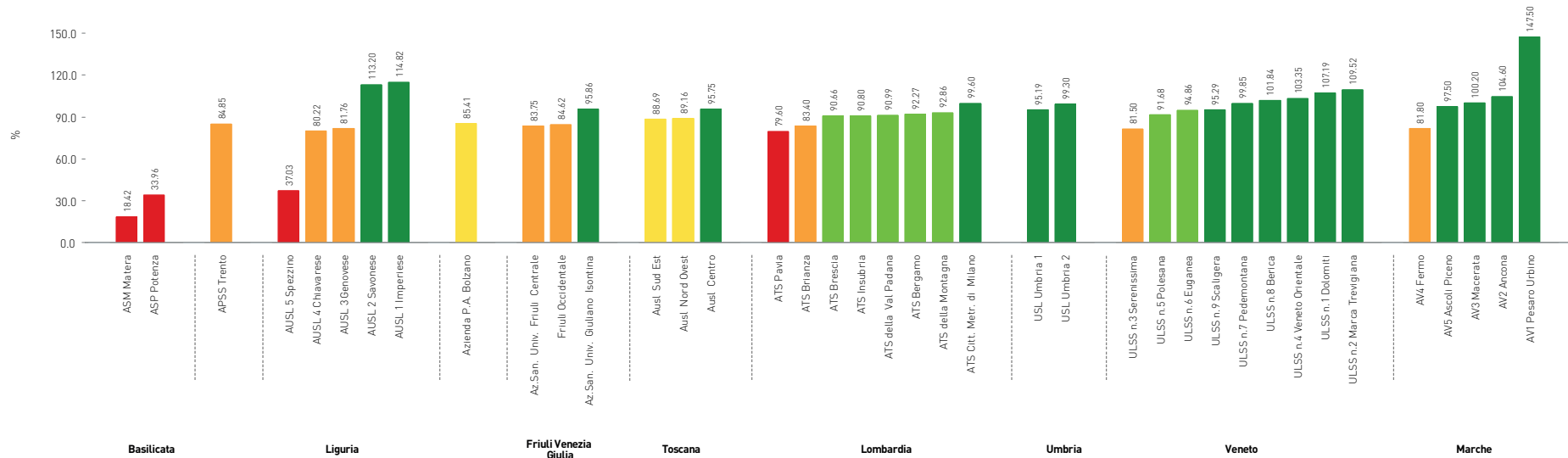
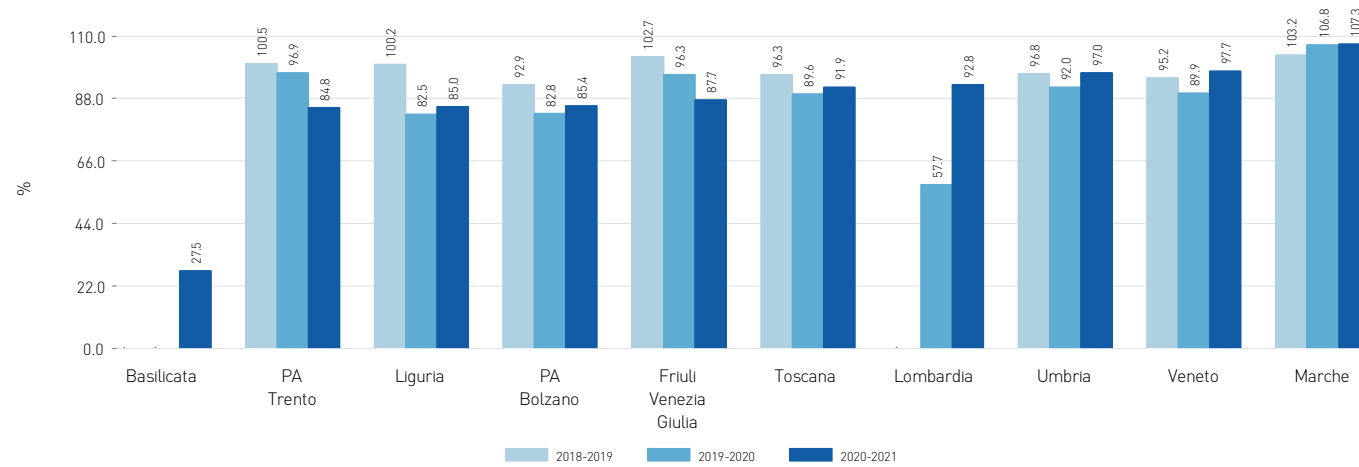
---

# STRATEGIE SANITARIE REGIONALI



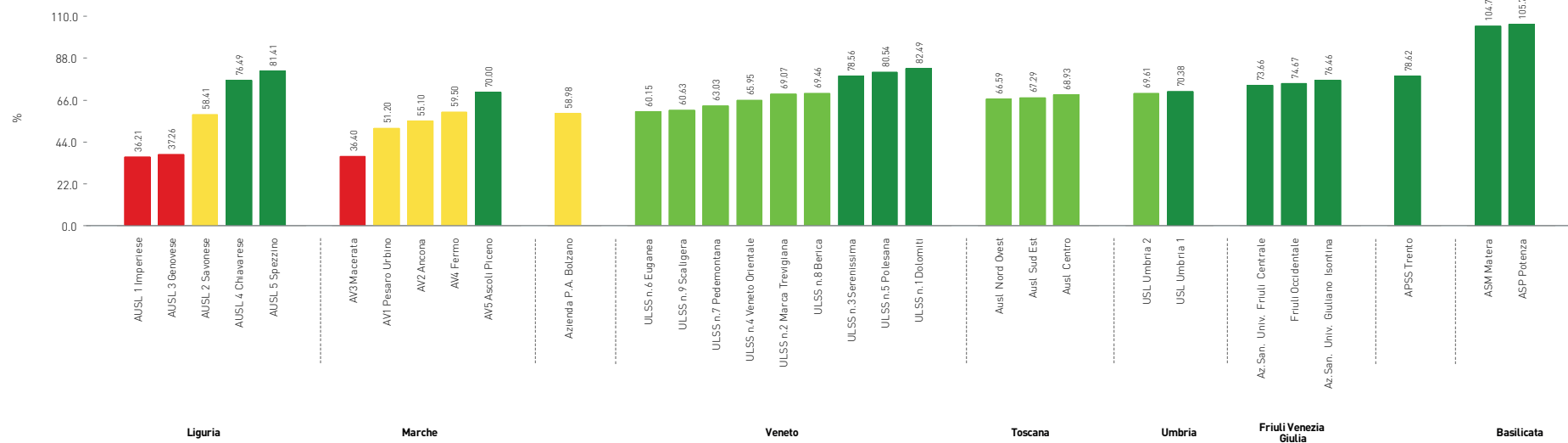
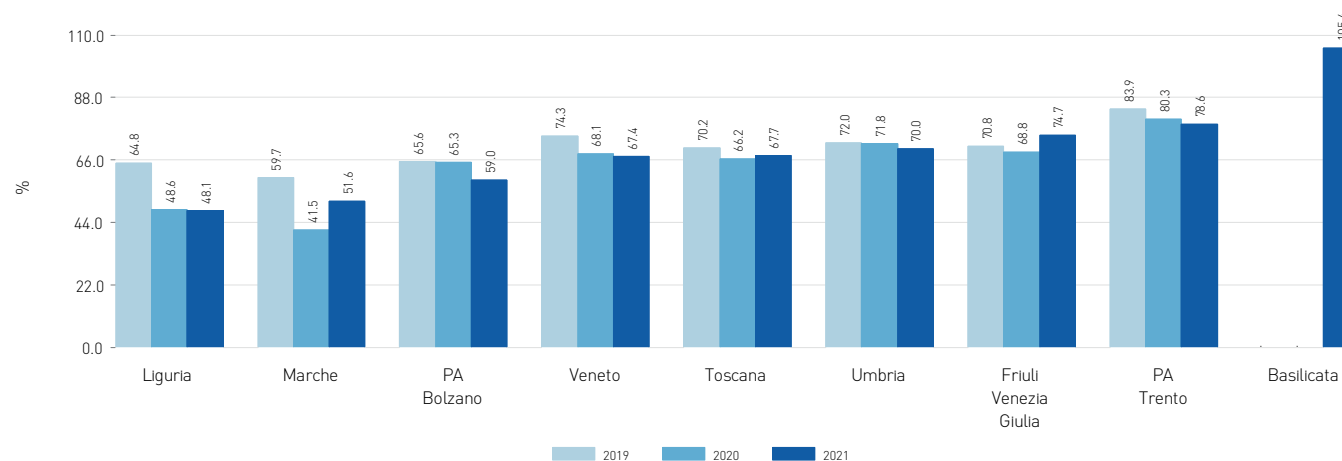
### B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

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



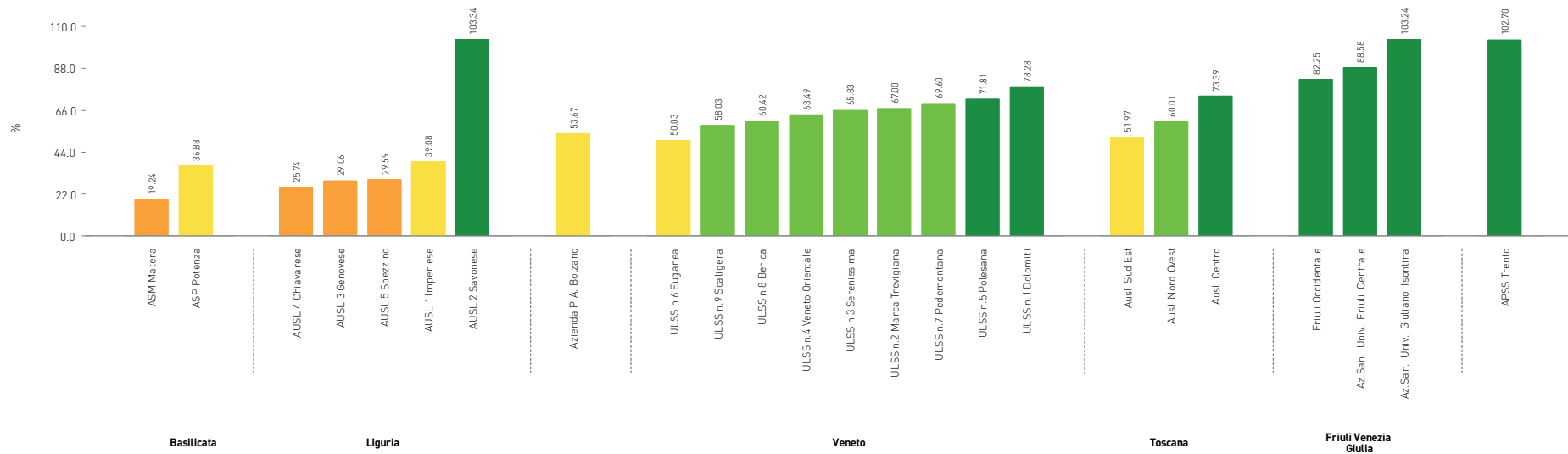
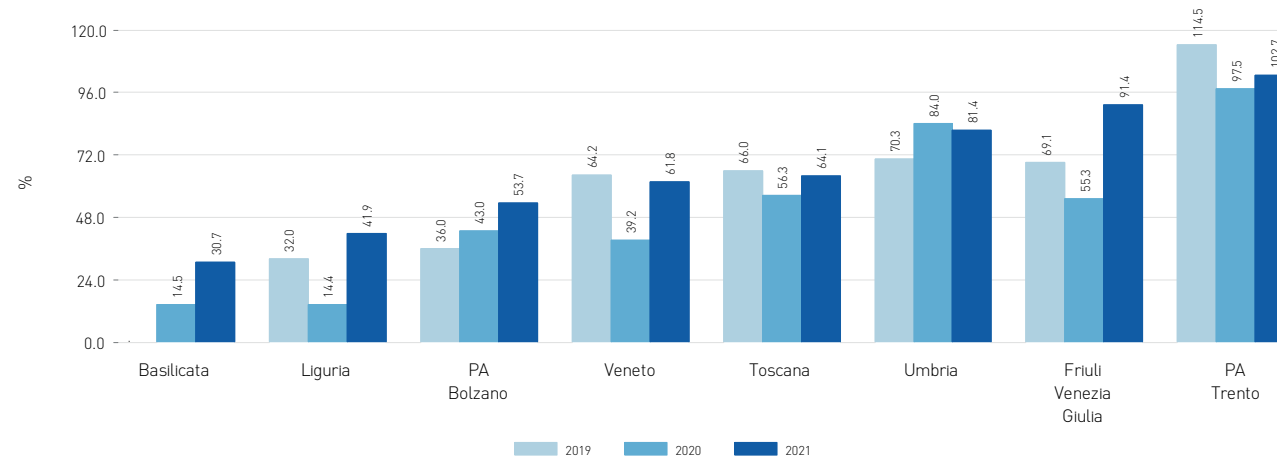
### B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

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



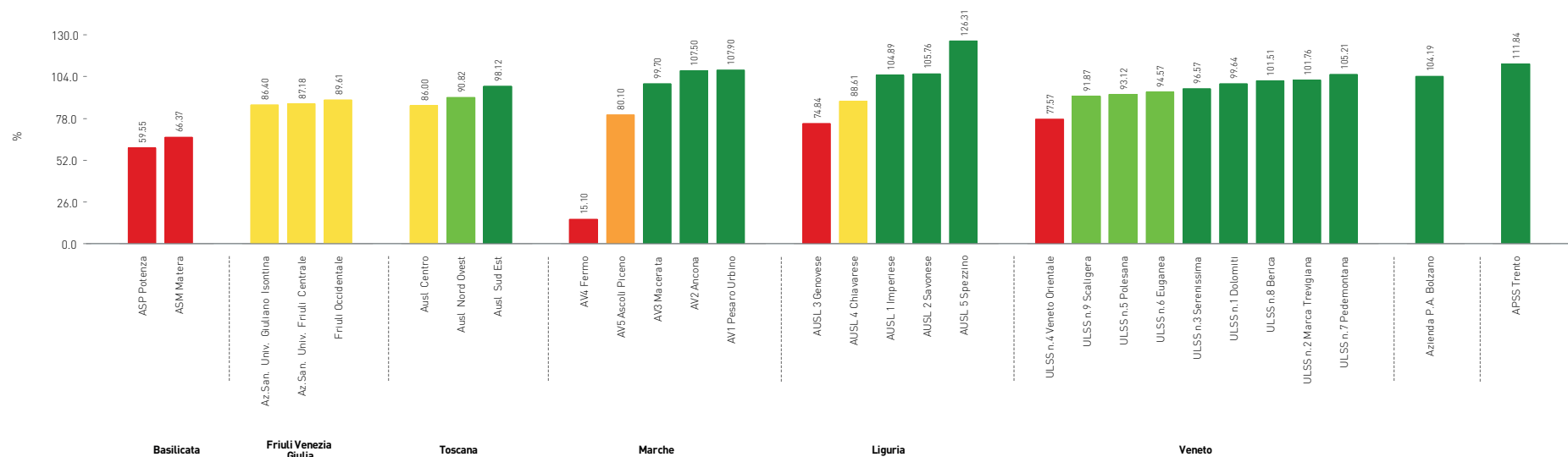
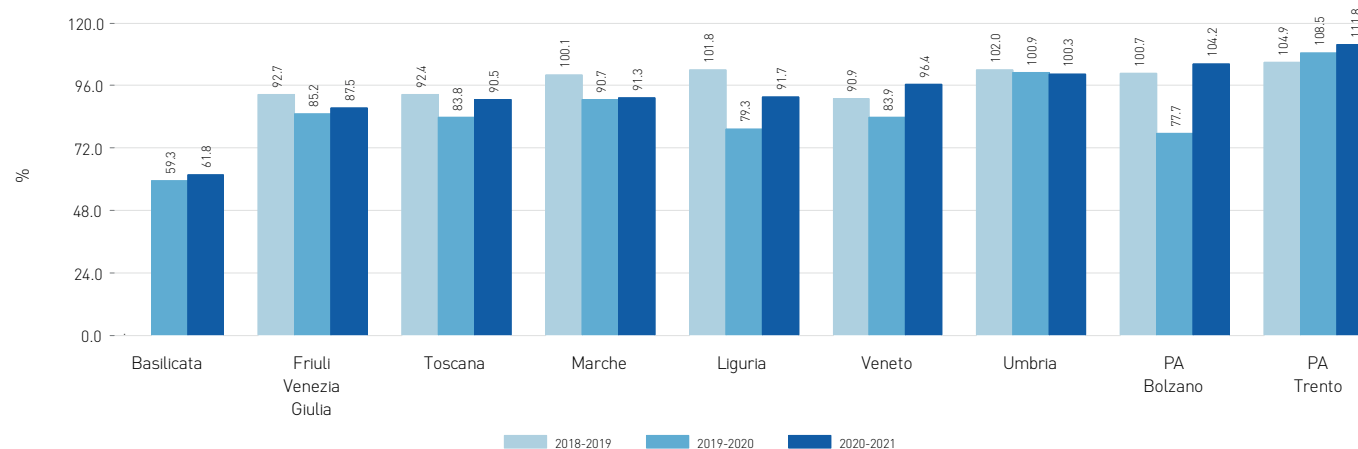
### B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'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 colorettaie

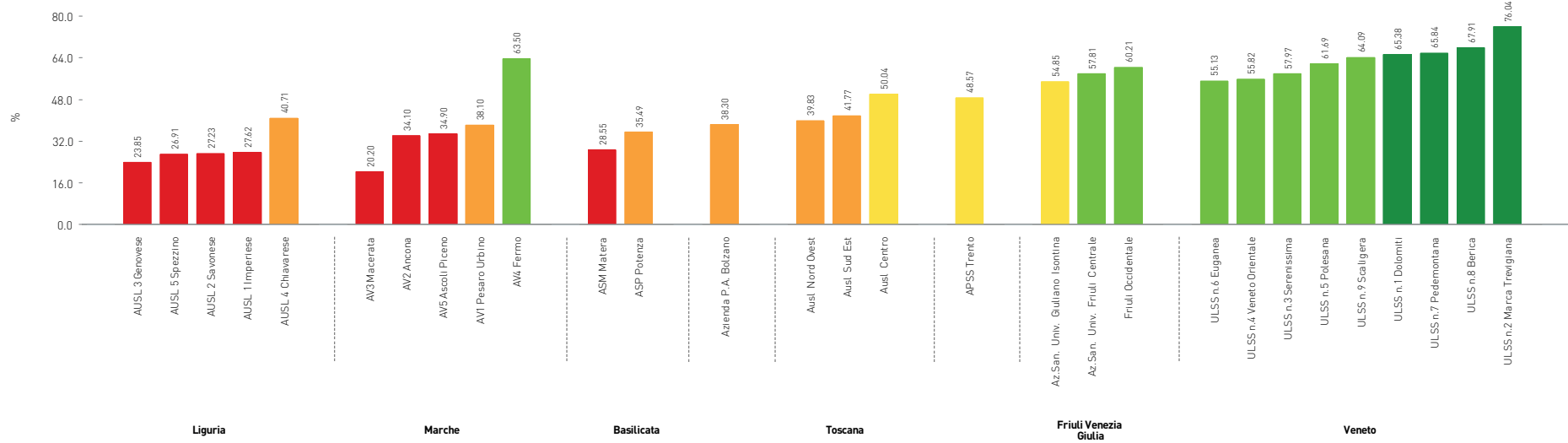
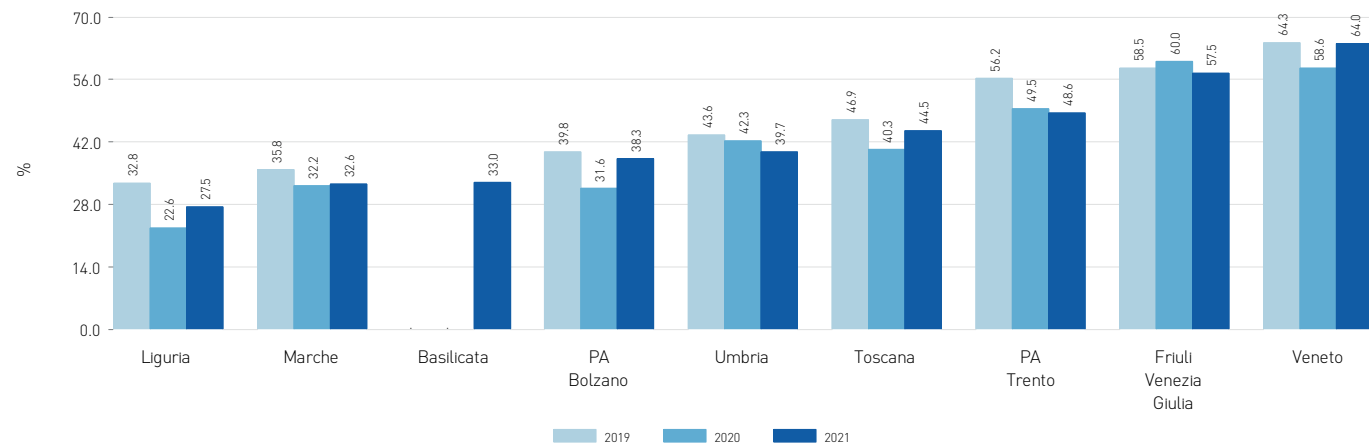
Lo screening colorettaie è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti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





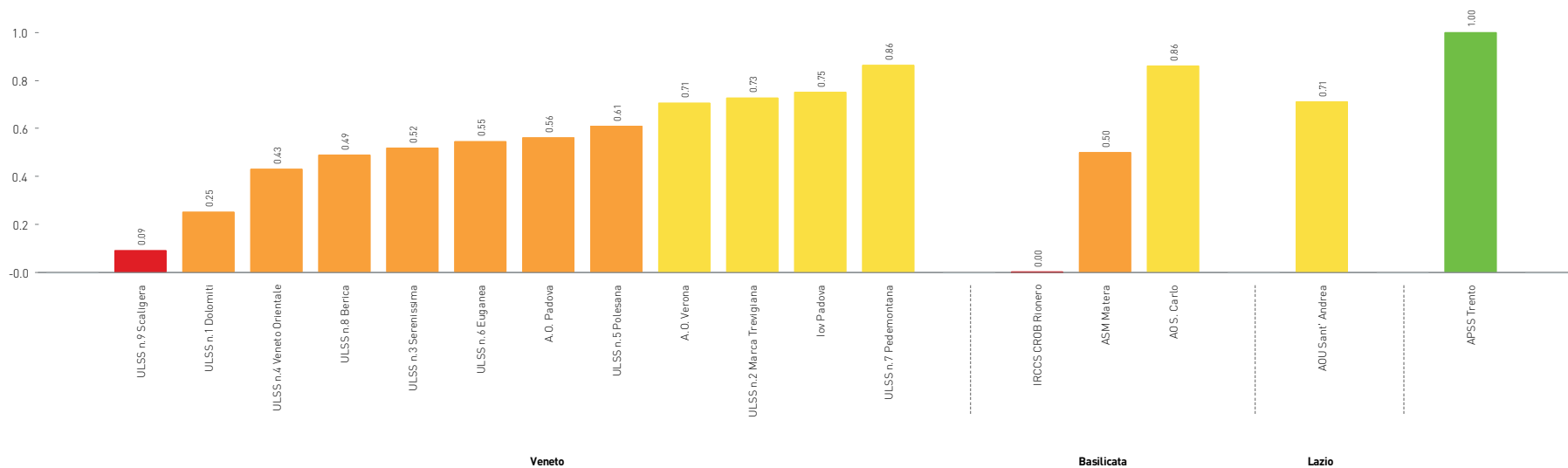
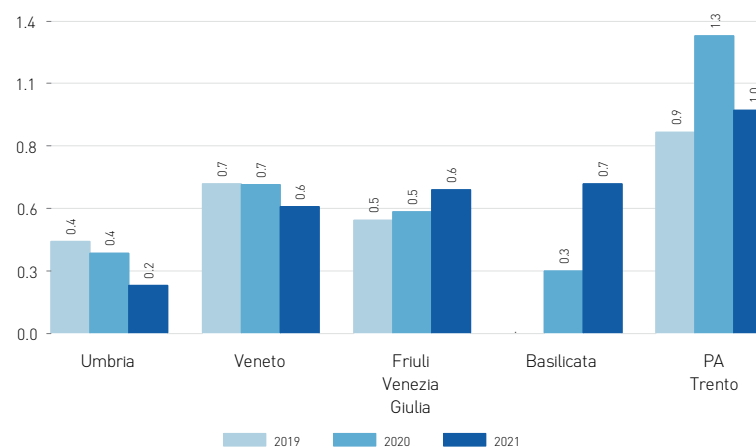
### B5.3.2 Adesione allo screening coloretta

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



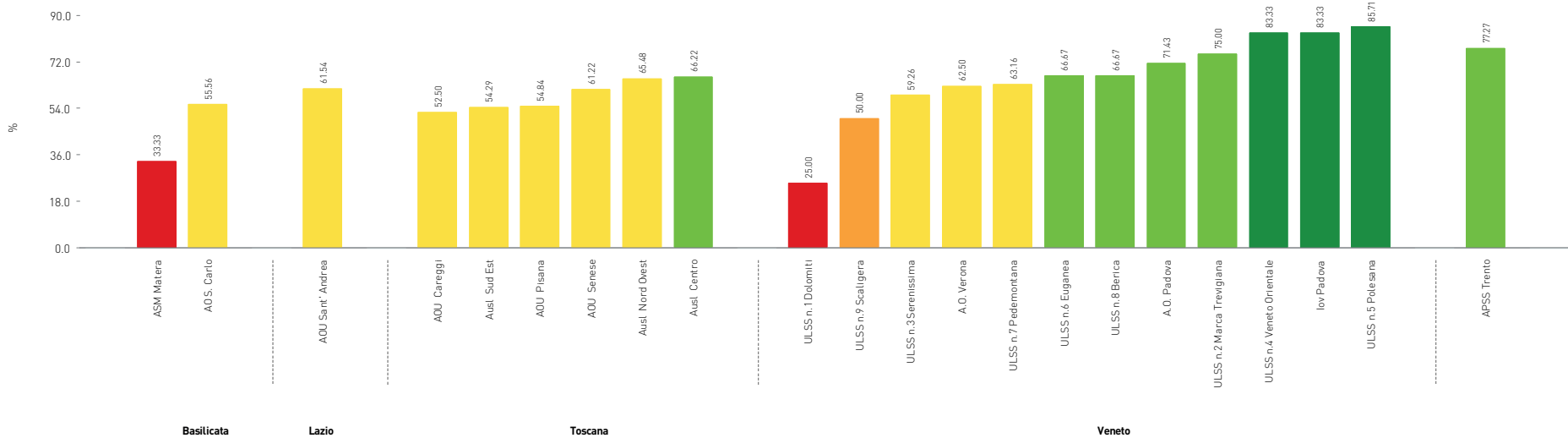
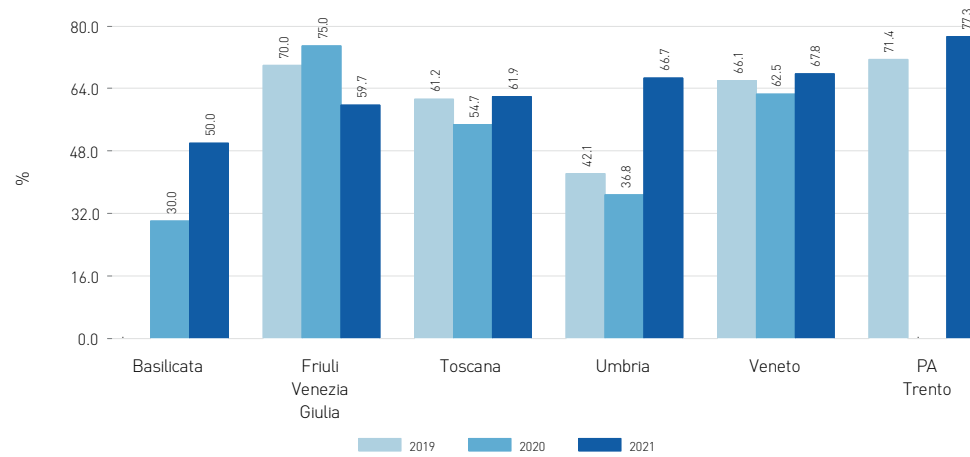
### B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

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



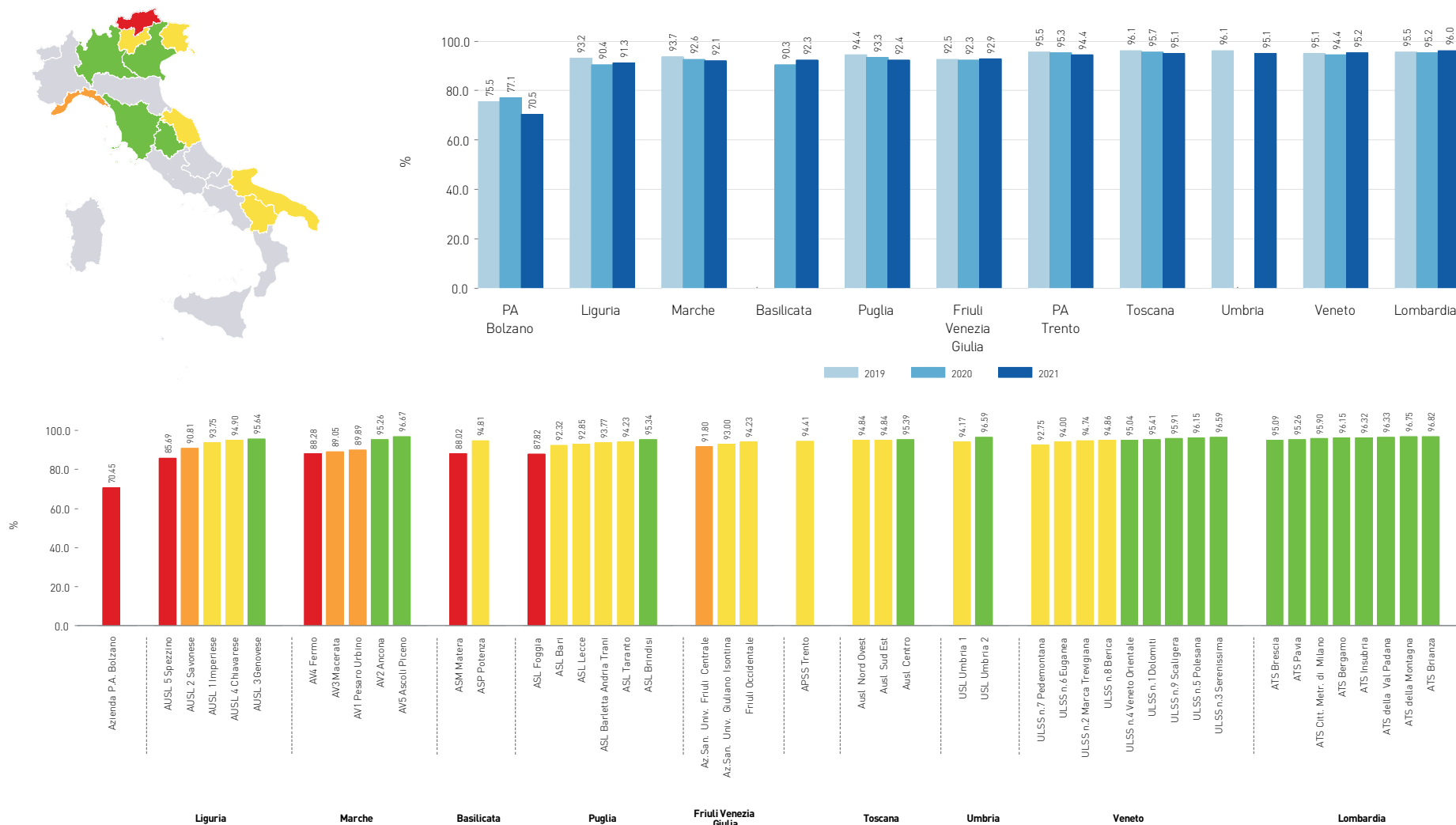
### B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

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



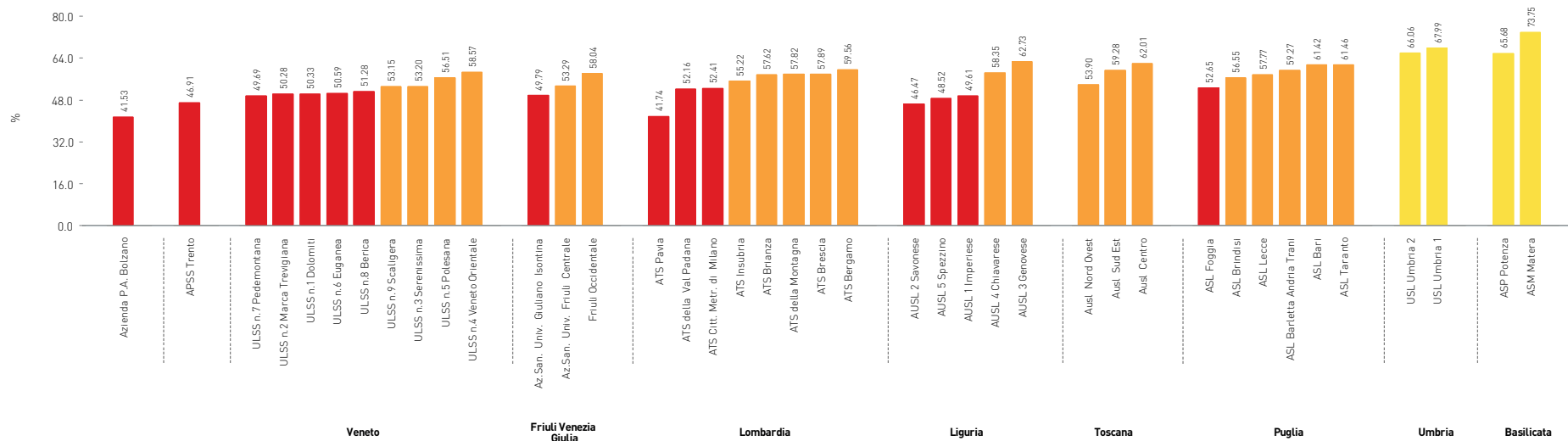
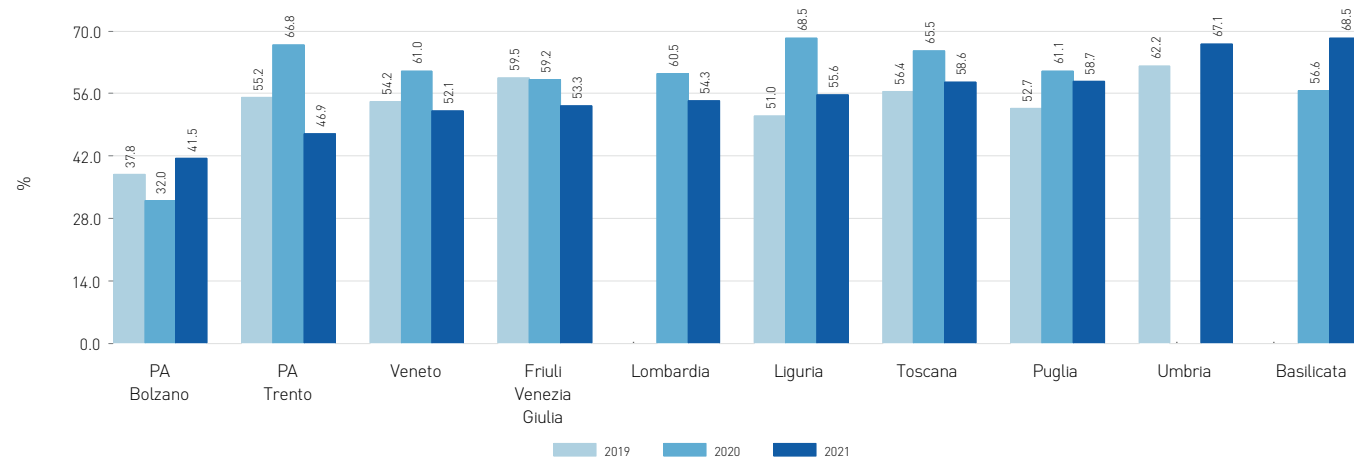
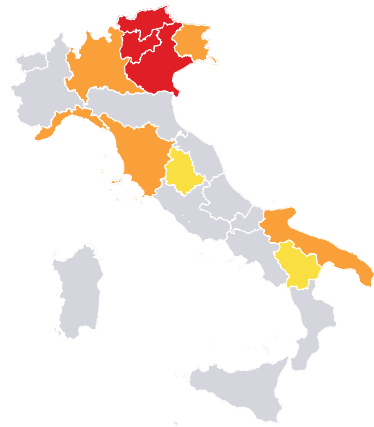
### B7.1 Copertura per vaccino MPR

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



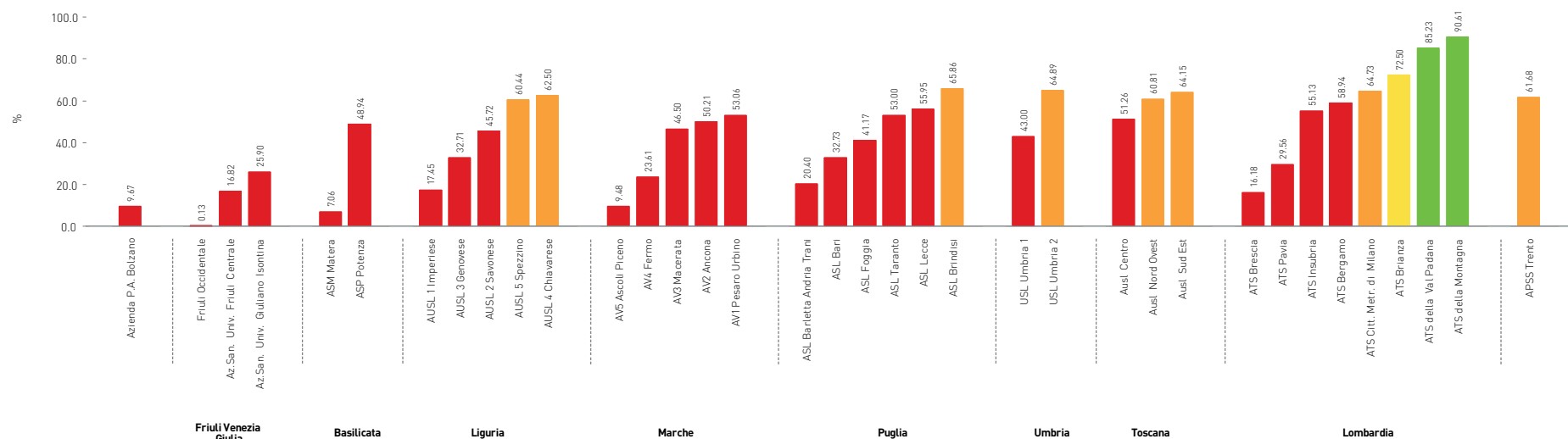
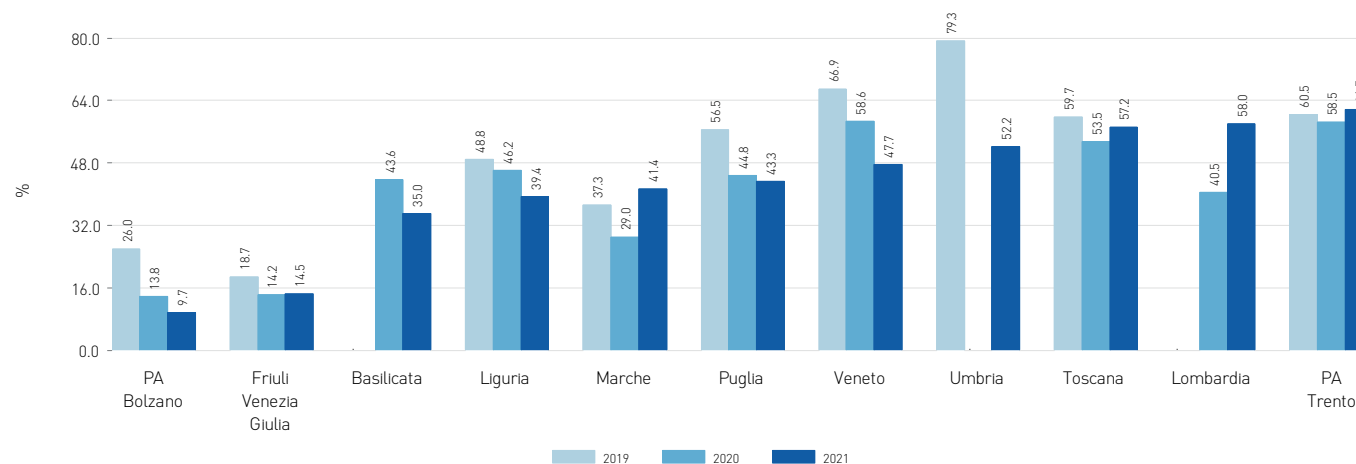
## B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

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



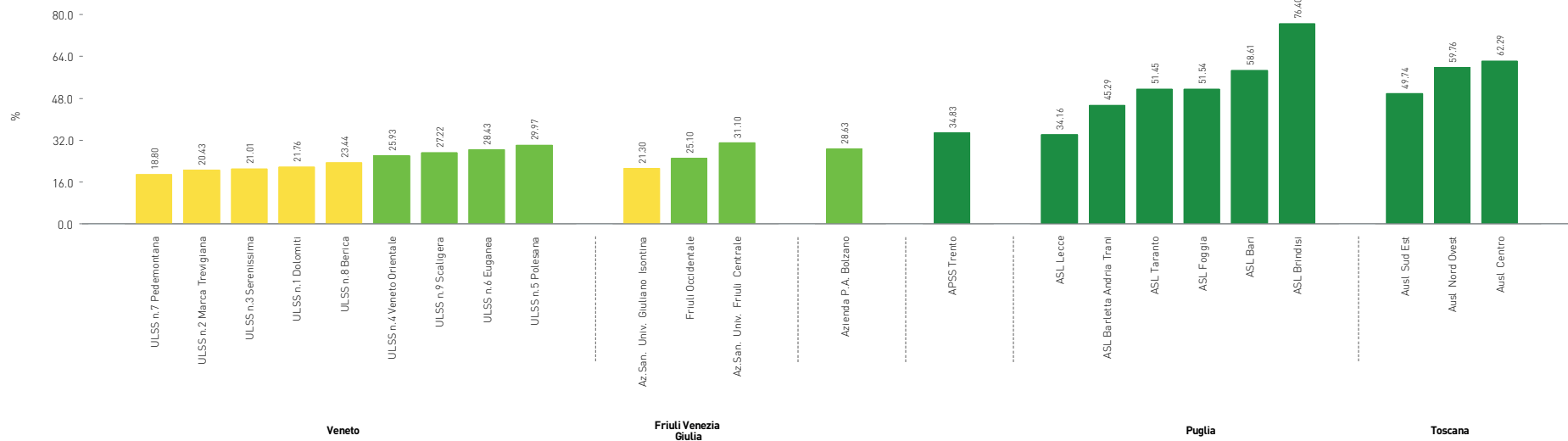
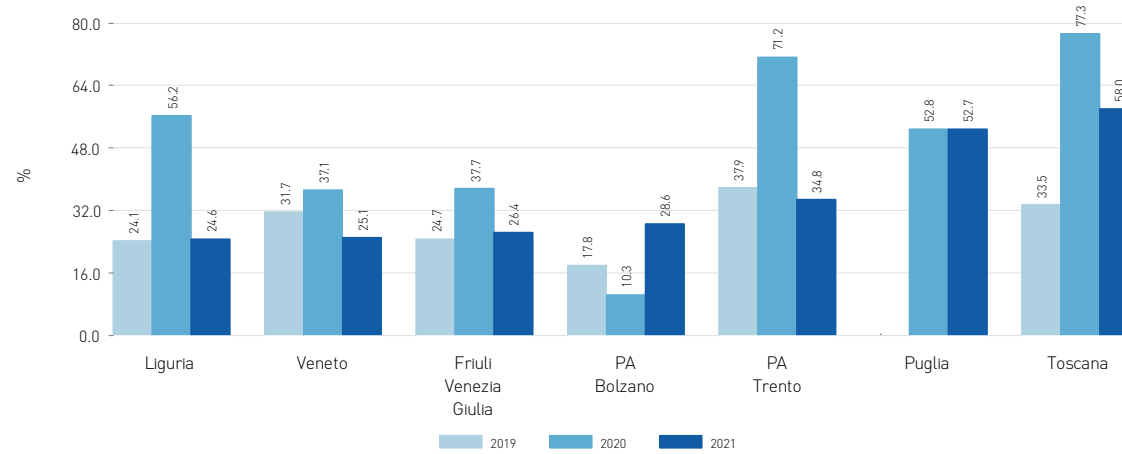
### B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lungo termine, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di due iniezioni fino ai 15 anni, dopo tre iniezioni (come da RCP del vaccino HPV-9 e come richiamato dal Calendario per la Vita e dal PNPV 2017-19). Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.



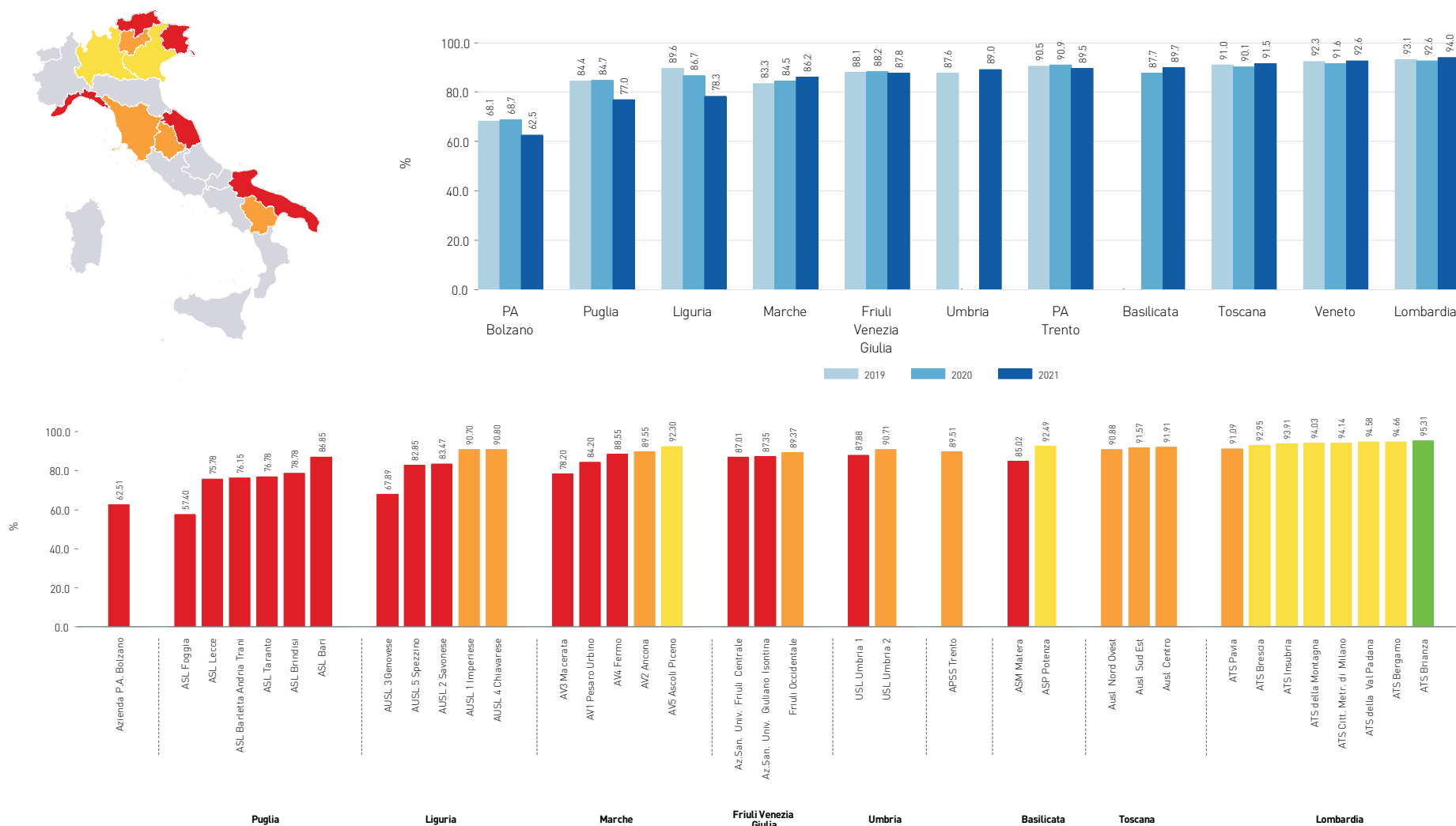
### B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

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



### B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

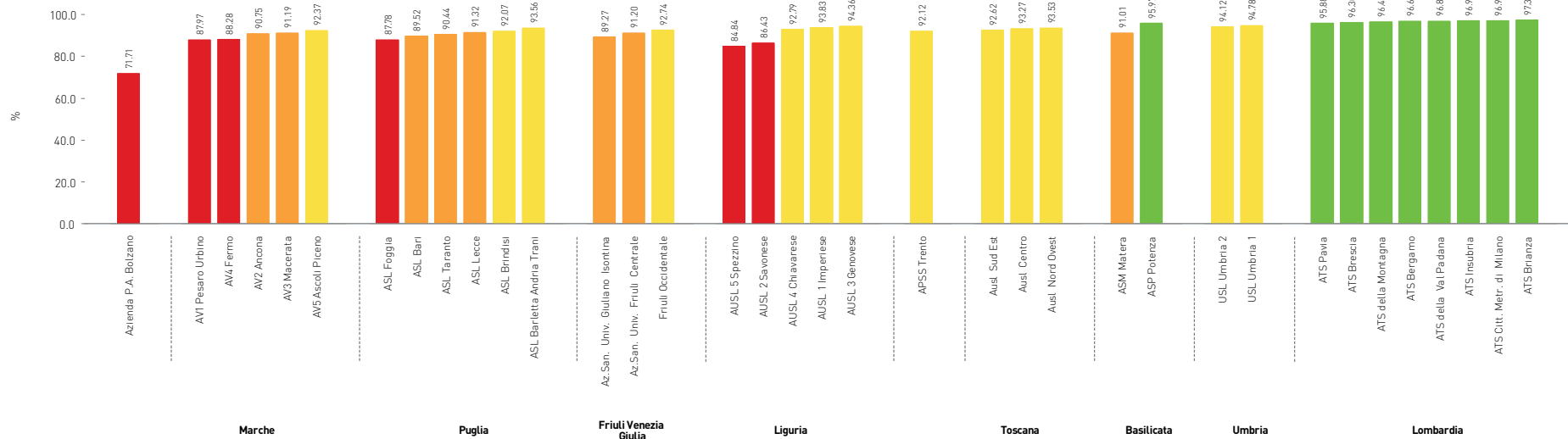
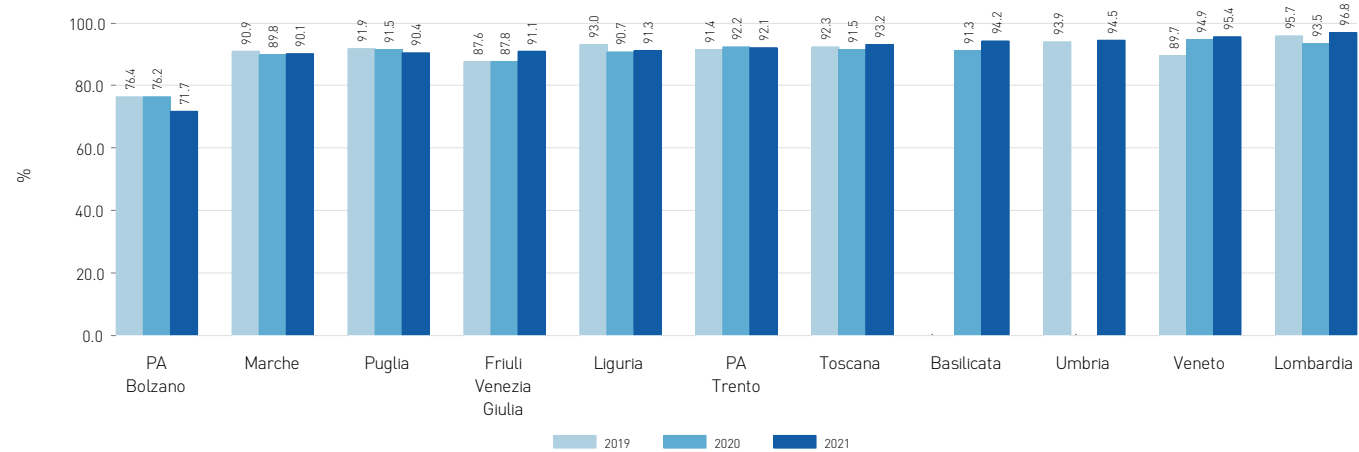
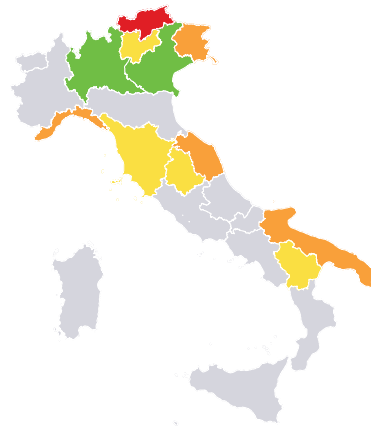
Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. È spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi, come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





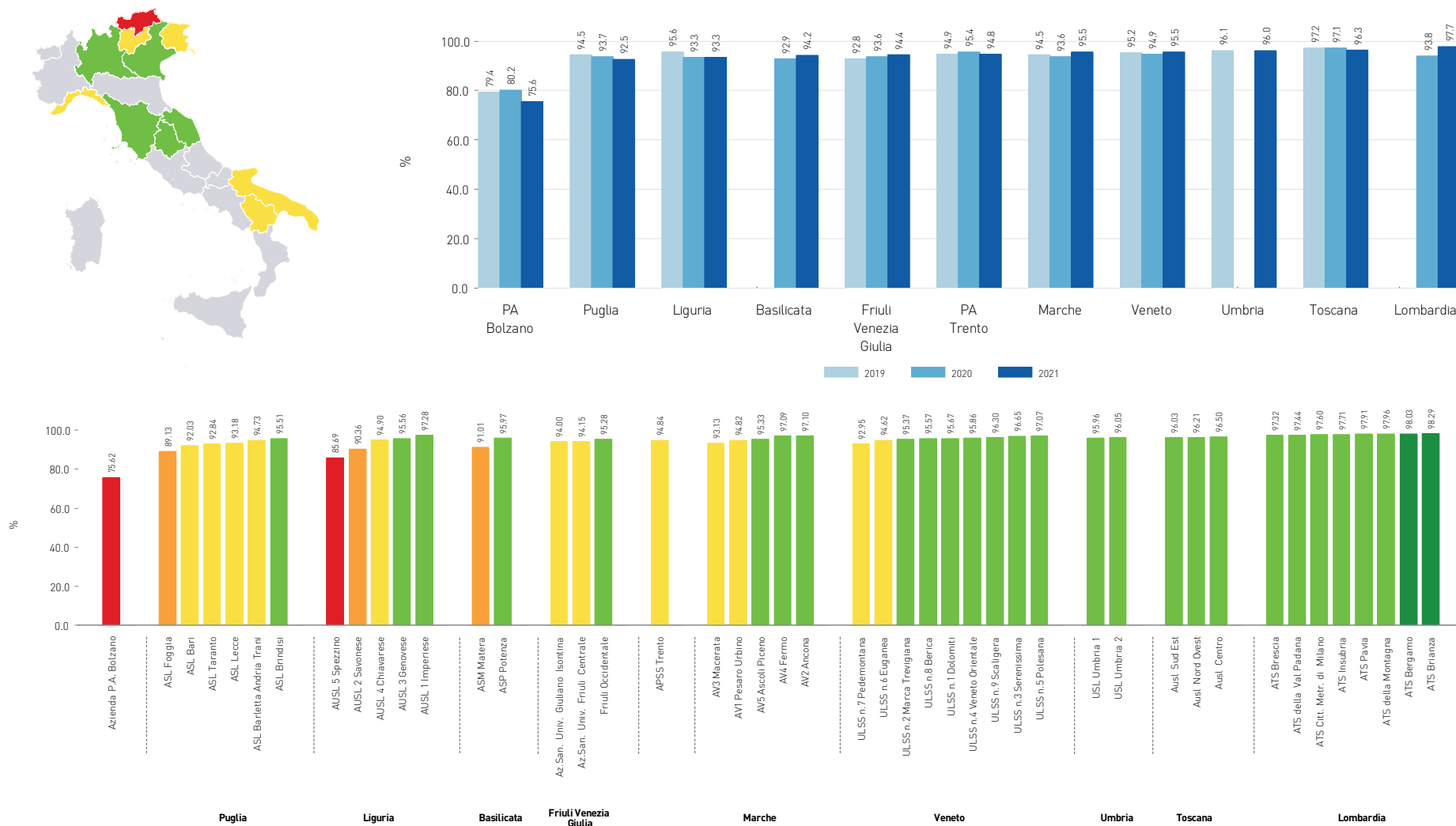
## B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

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



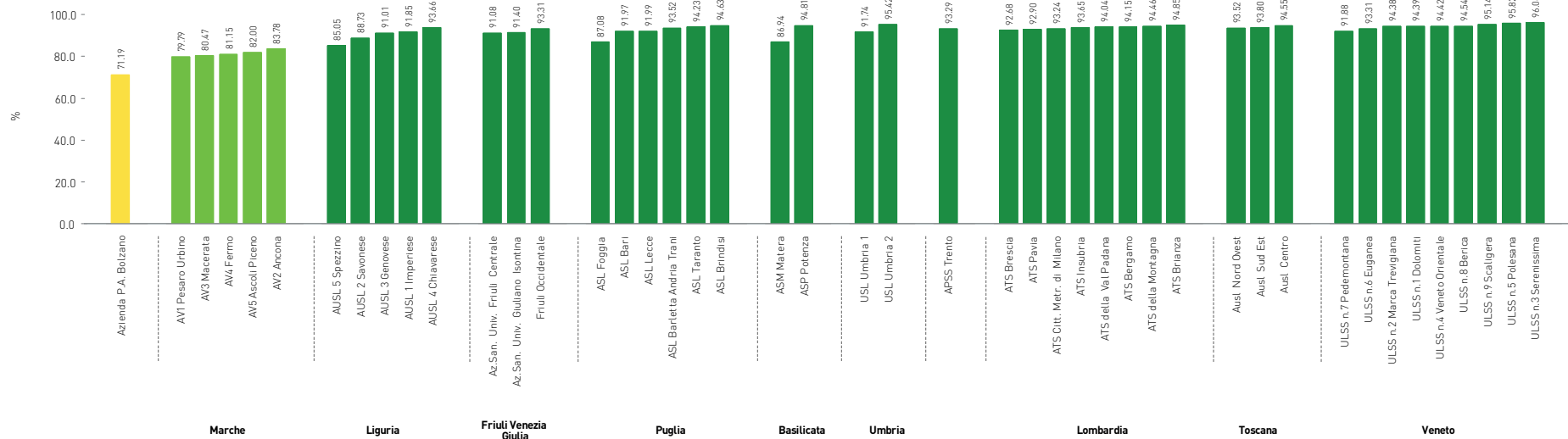
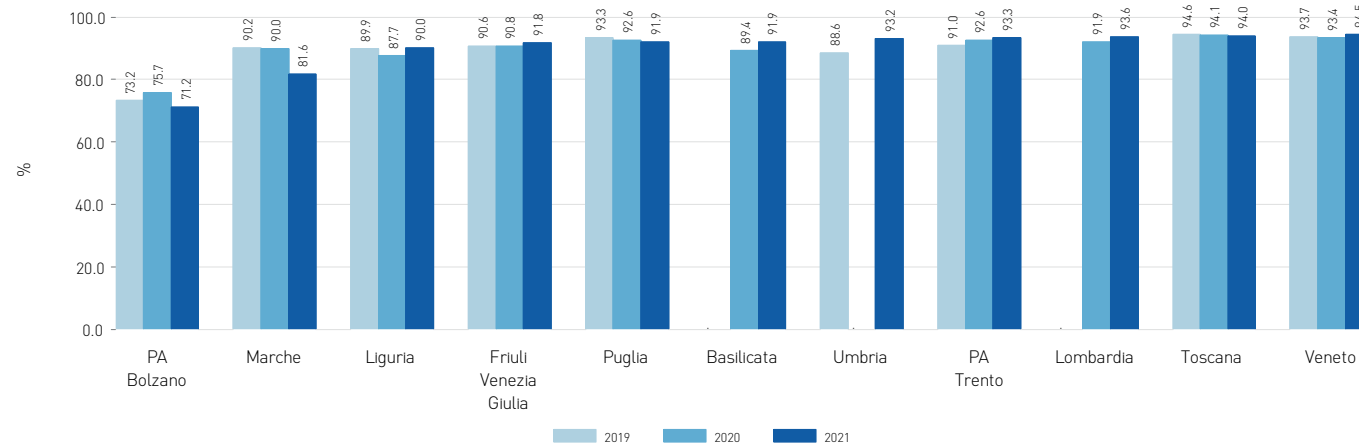
### B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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



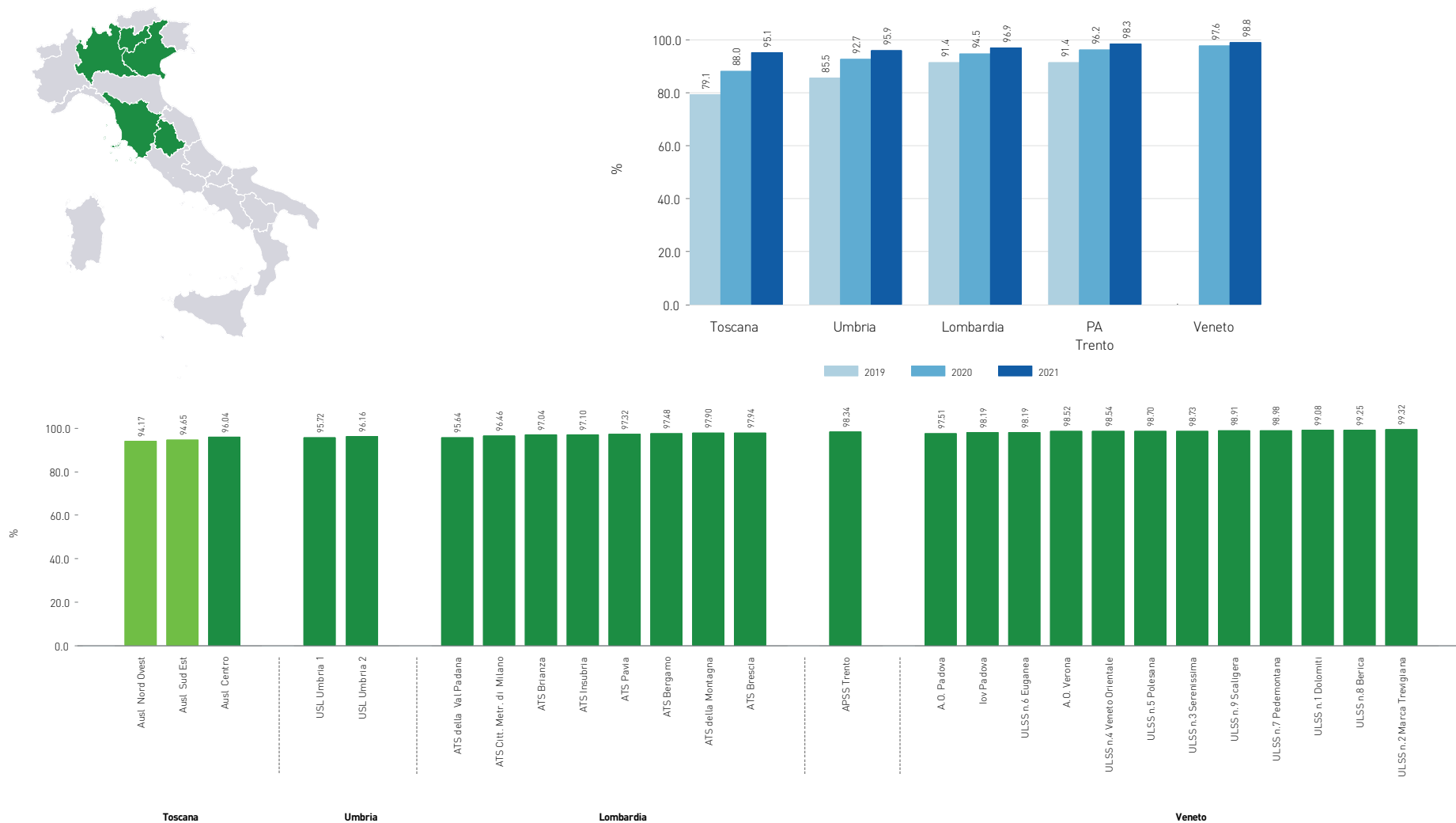
## B7.8 Copertura vaccinale varicella

Il vaccino anti-varicella entro i due anni di età è obbligatorio, come da indicazioni del PNV 2017-2019 e dal Decreto Vaccini del 2017, per i nati a partire dal 2017. Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di bambini vaccinati con la 1 dose di vaccino entro i due anni di età e il numero di bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione. L'obiettivo di copertura a livello regionale è del 75% della popolazione target.



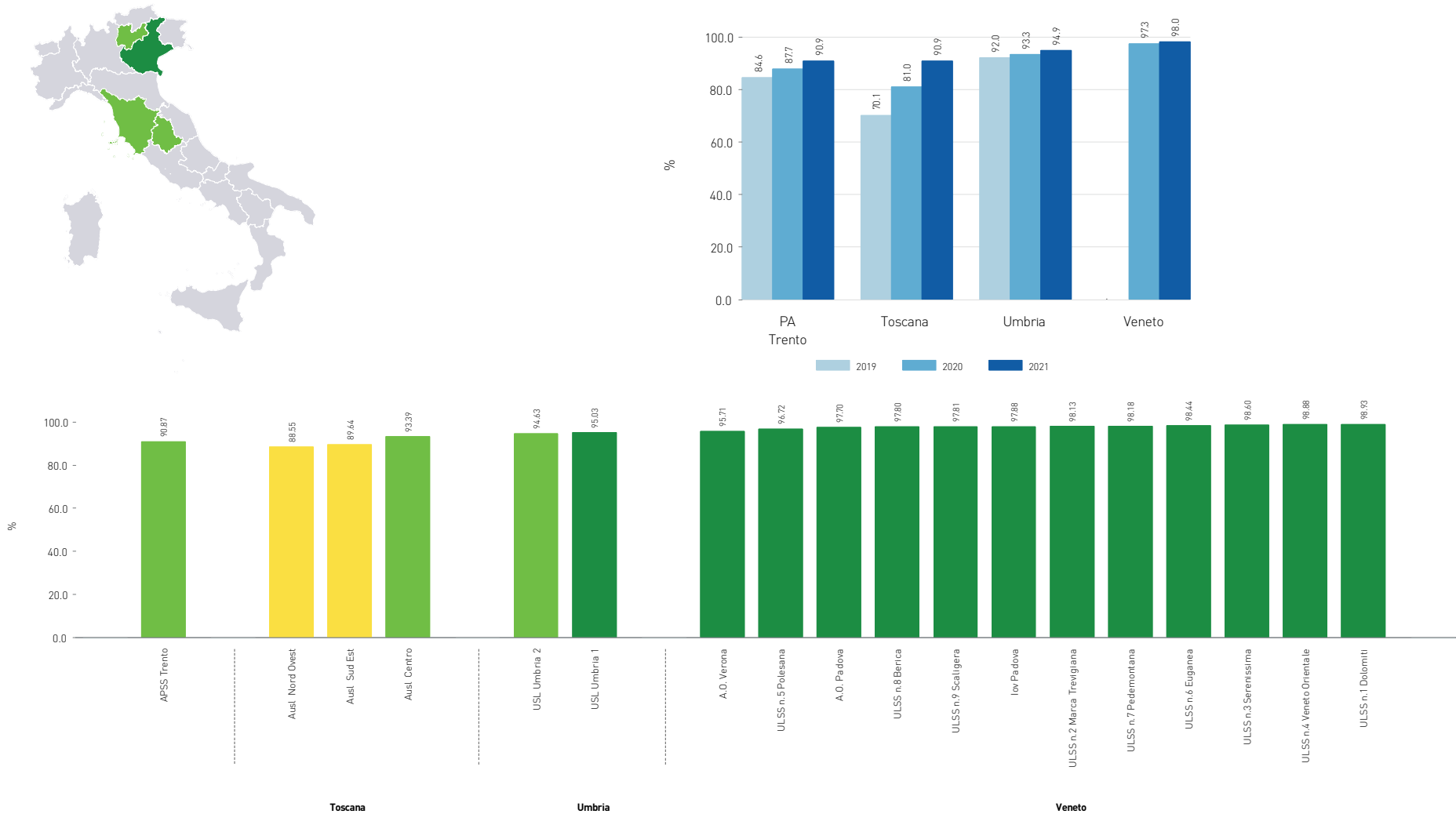
### B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore indica la percentuale di ricette farmaceutiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico, con riguardo soltanto ai medici convenzionati.



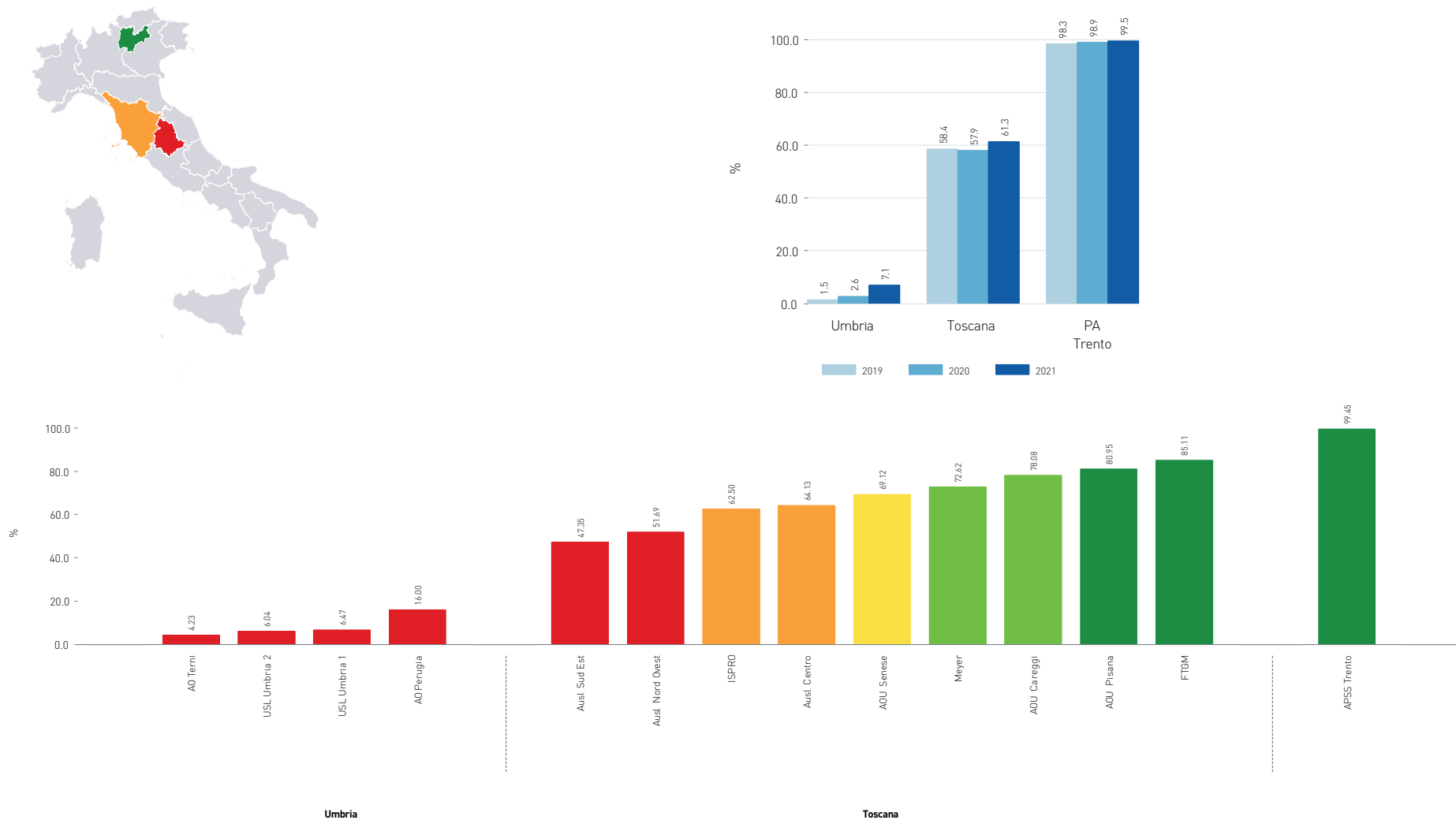
### B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore esprime la percentuale di ricette specialistiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico per i medici convenzionati.



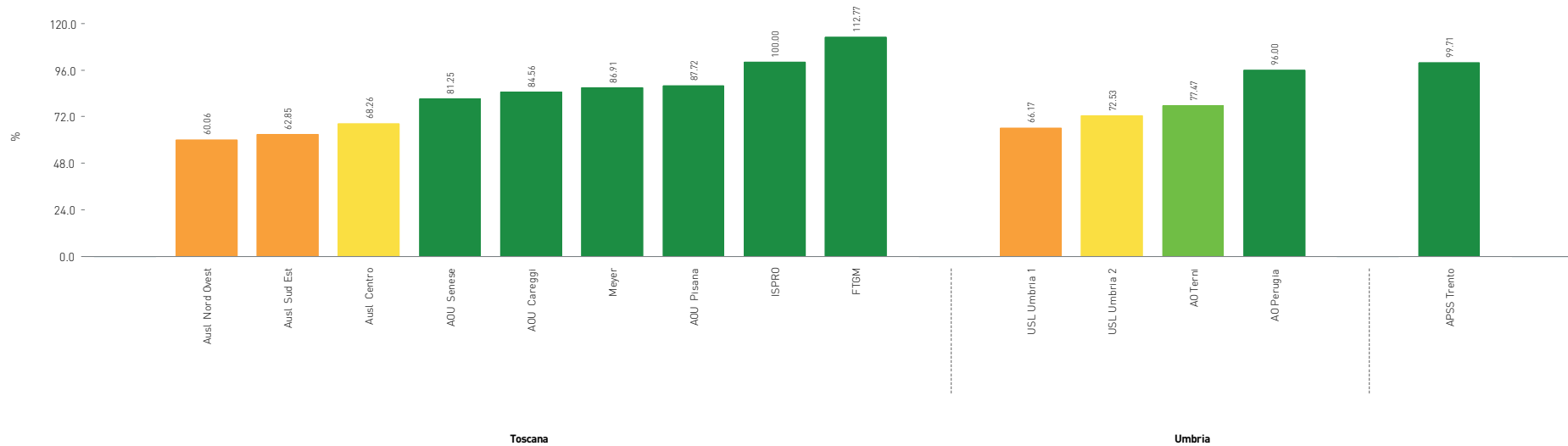
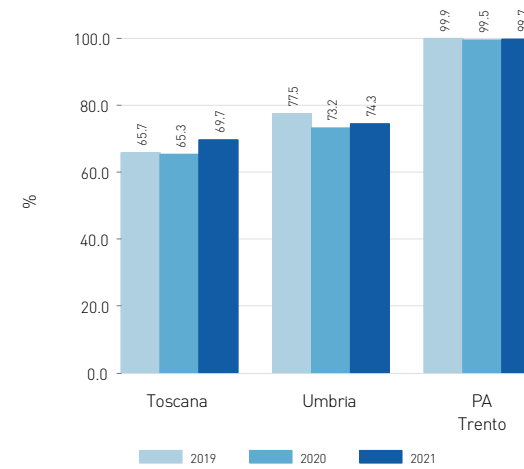
### B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata

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.



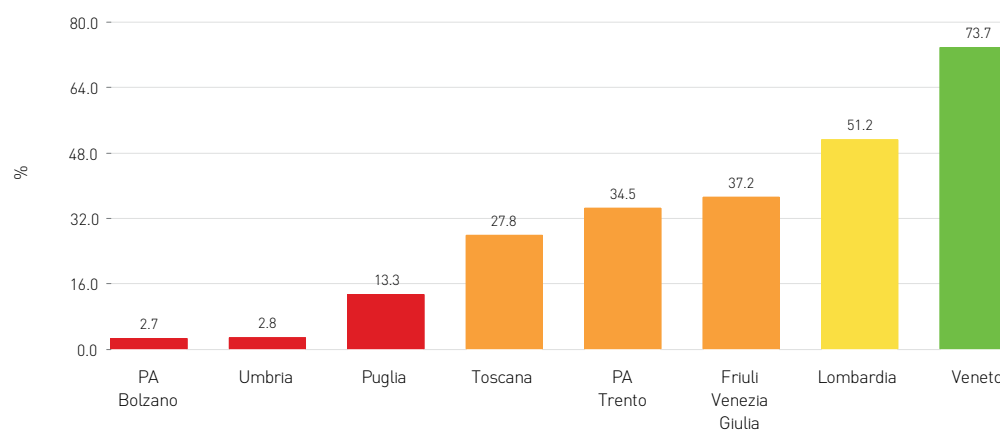
### B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

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**

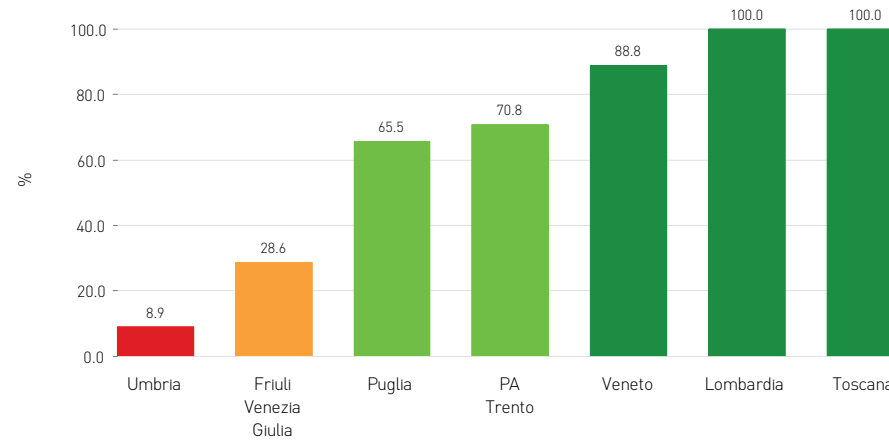
Il dato si riferisce alla % di accesso da parte dei cittadini ai propri FSE nei quali è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni.





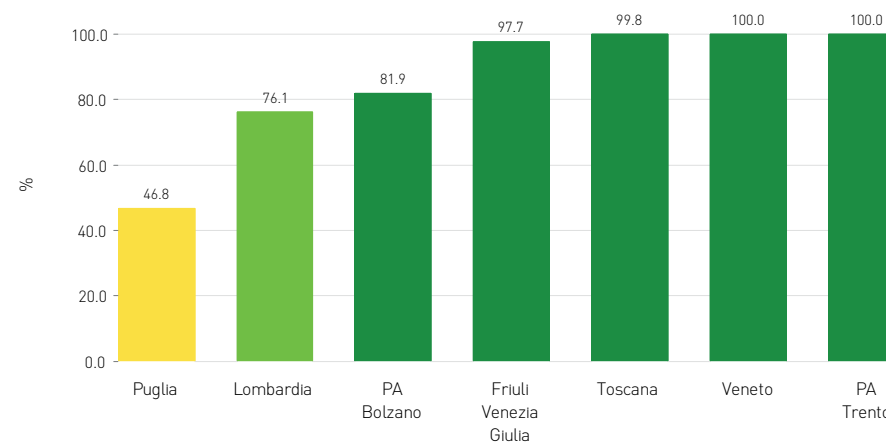
### B24C.2C.2.1 Operatori sanitari abilitati al FSE

I MMG/PLS e 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.



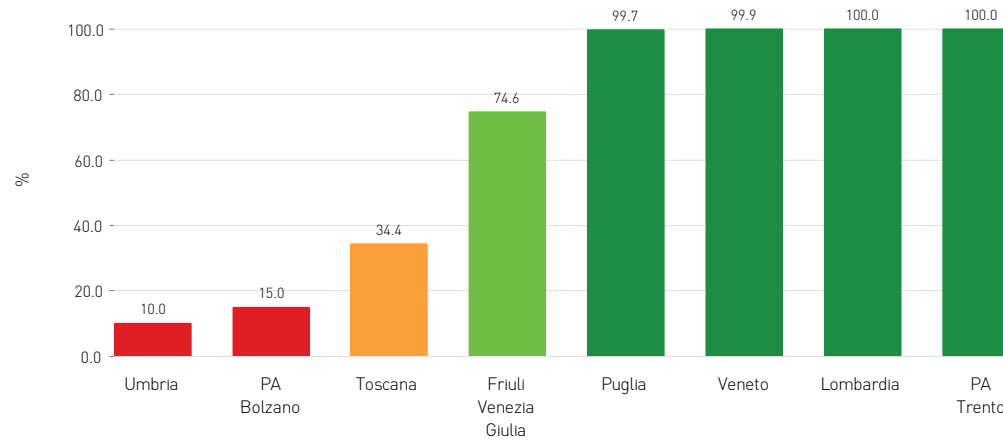
### B24C.2C.2.2 Aziende sanitarie che alimentano il FSE

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.



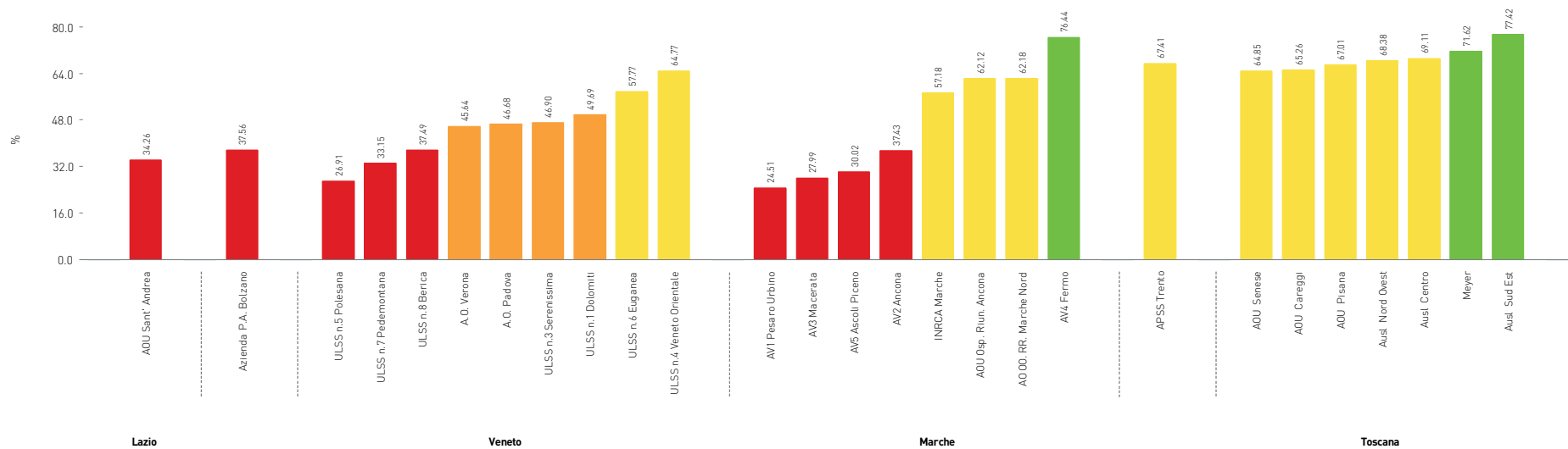
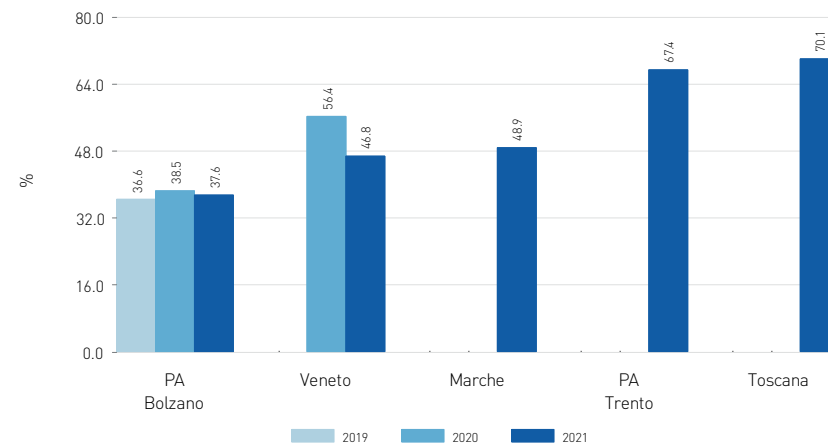
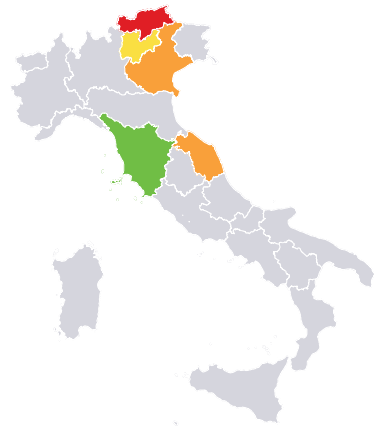
---

# EMERGENZA-URGENZA



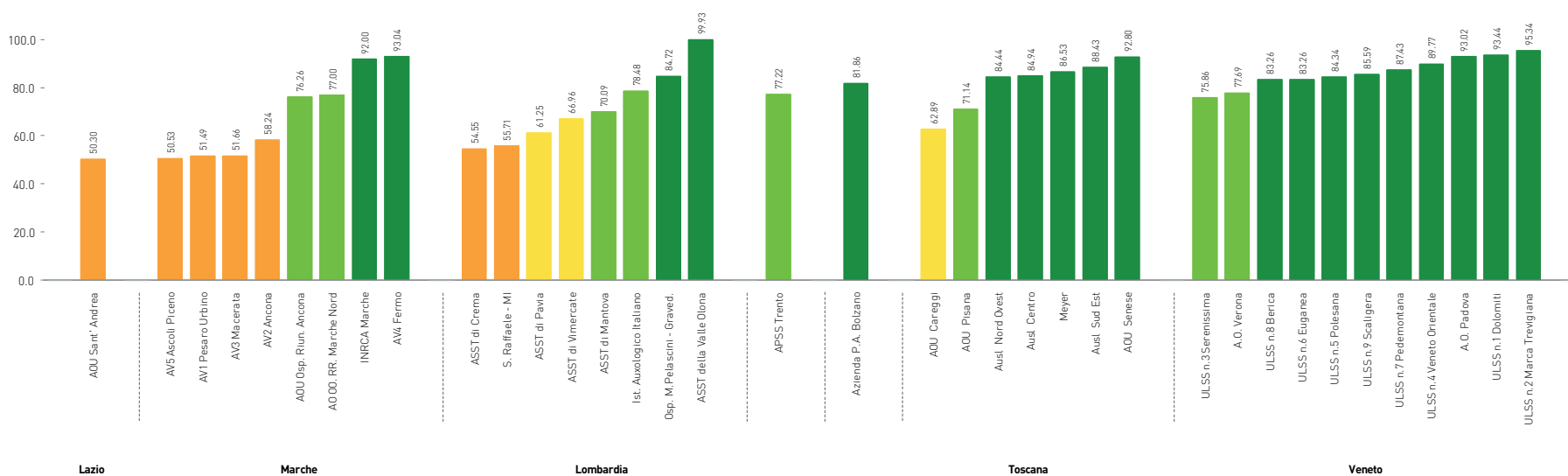
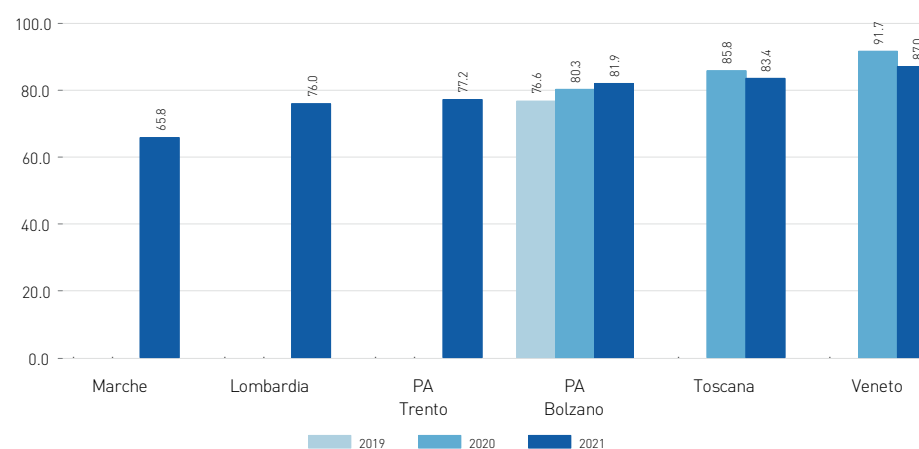
### C16.1.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti

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.



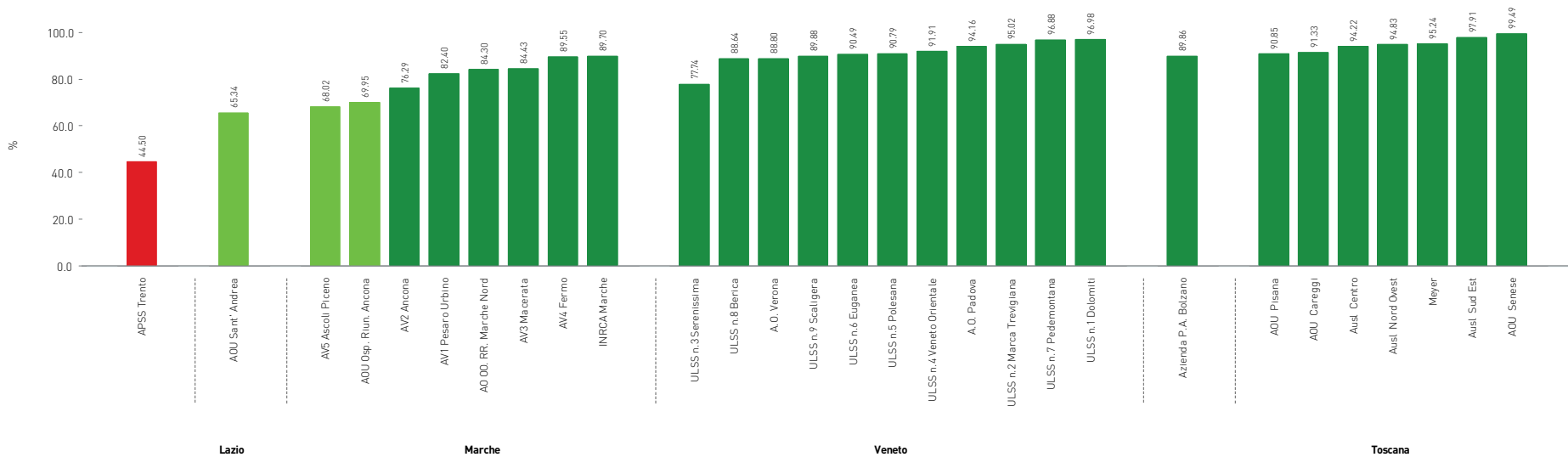
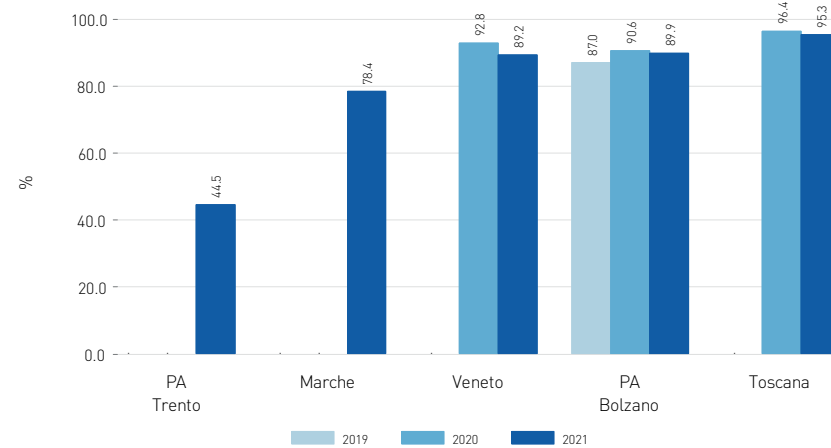
### C16.2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti

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.



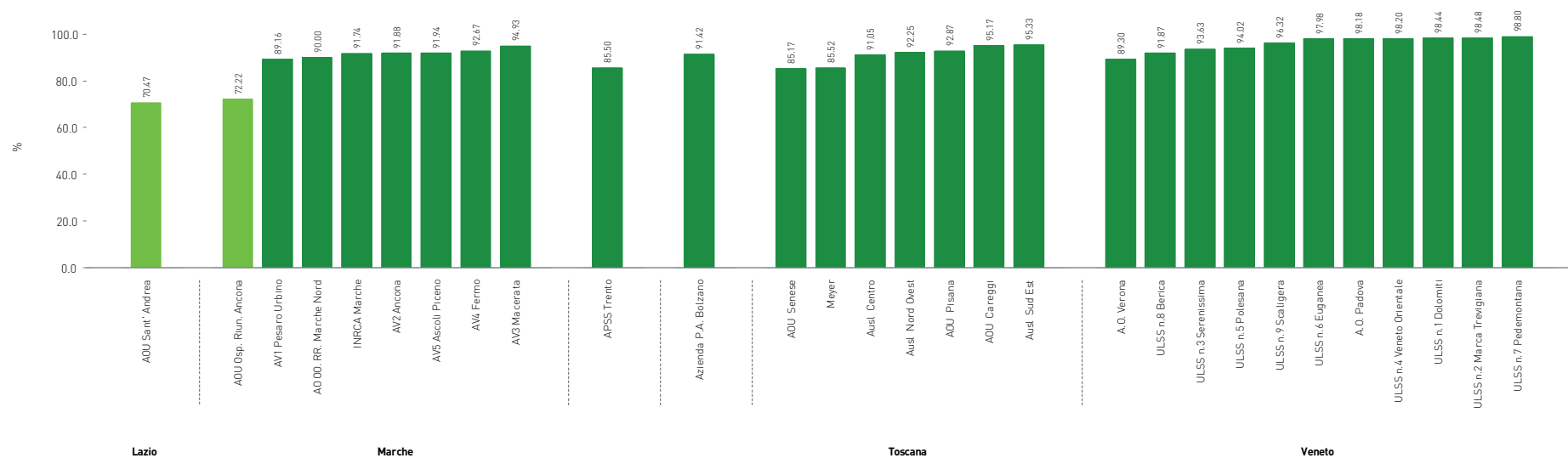
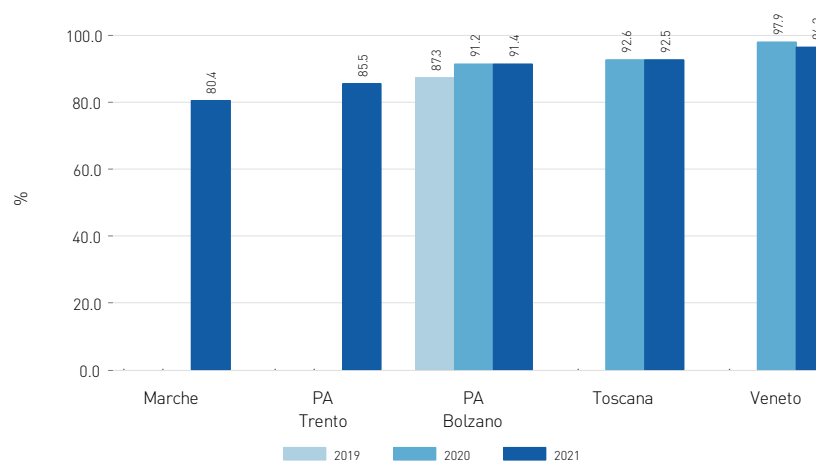
### C16.3.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti

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

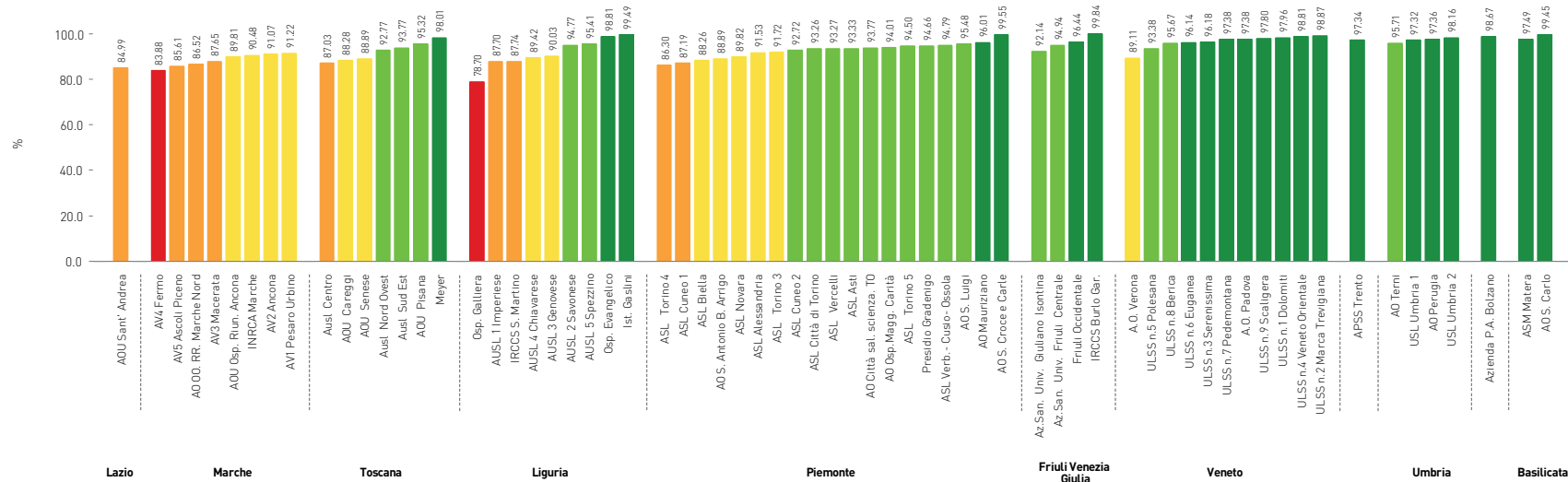
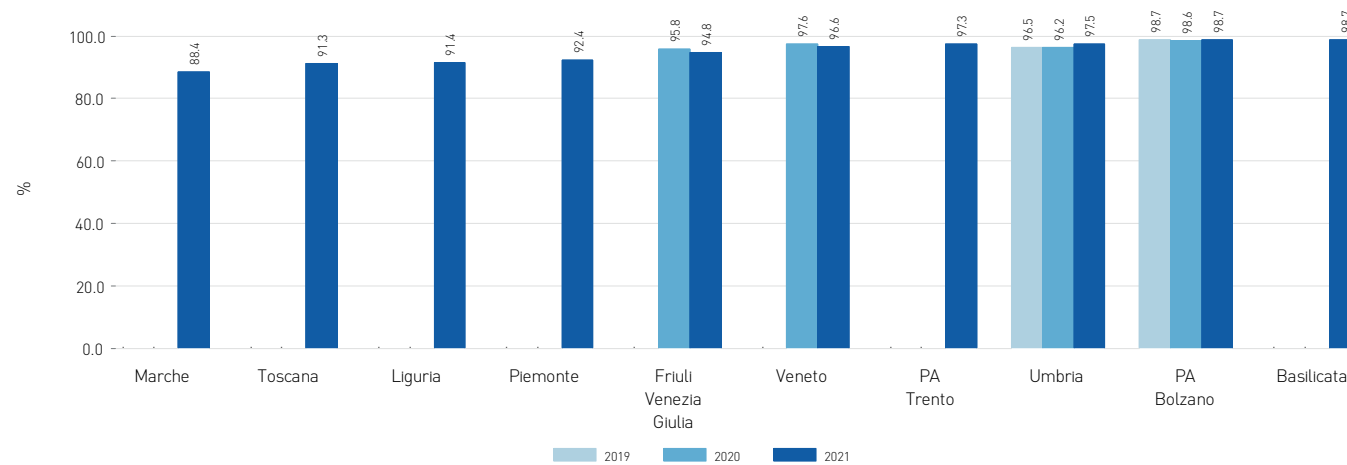
Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente 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.





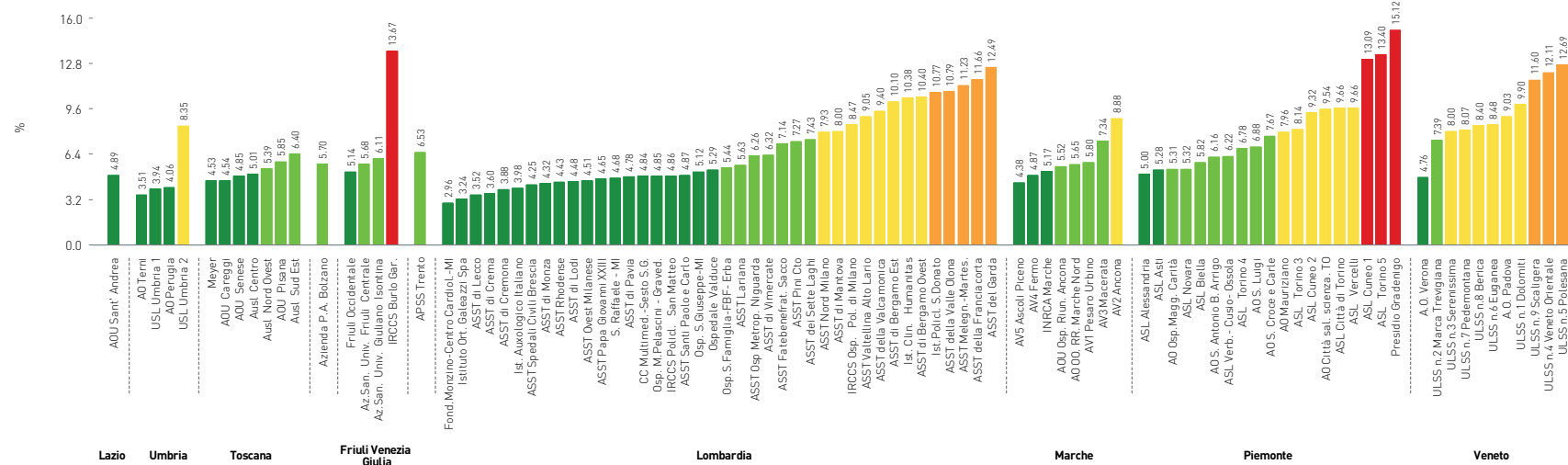
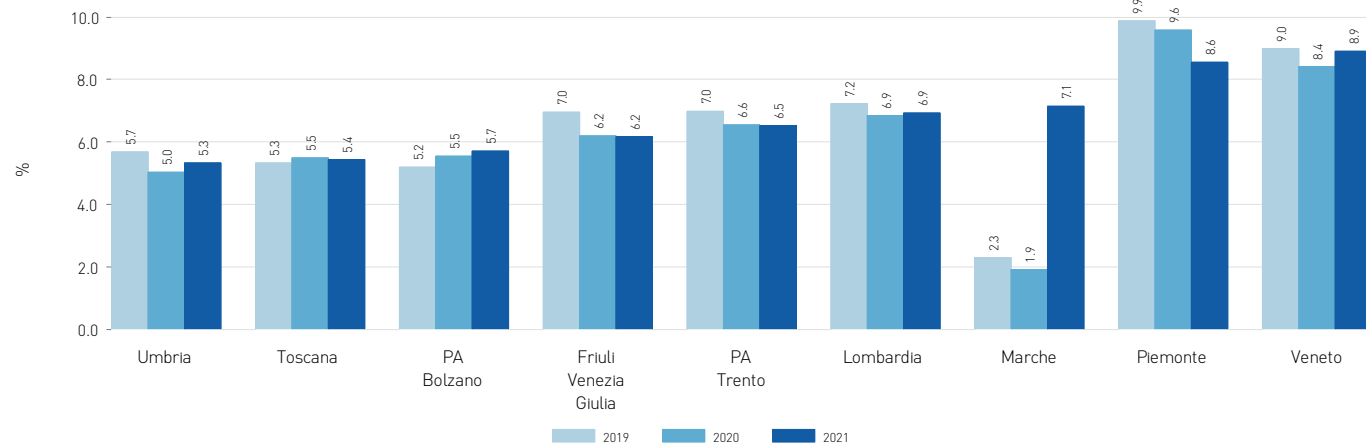
### C16.4.1.N Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore

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



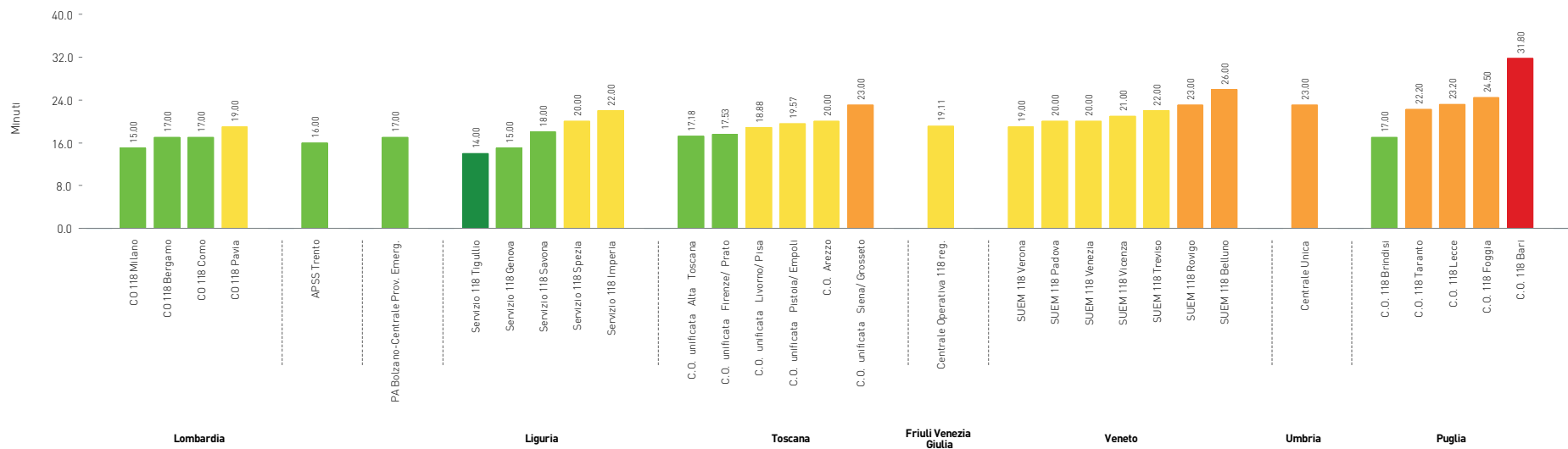
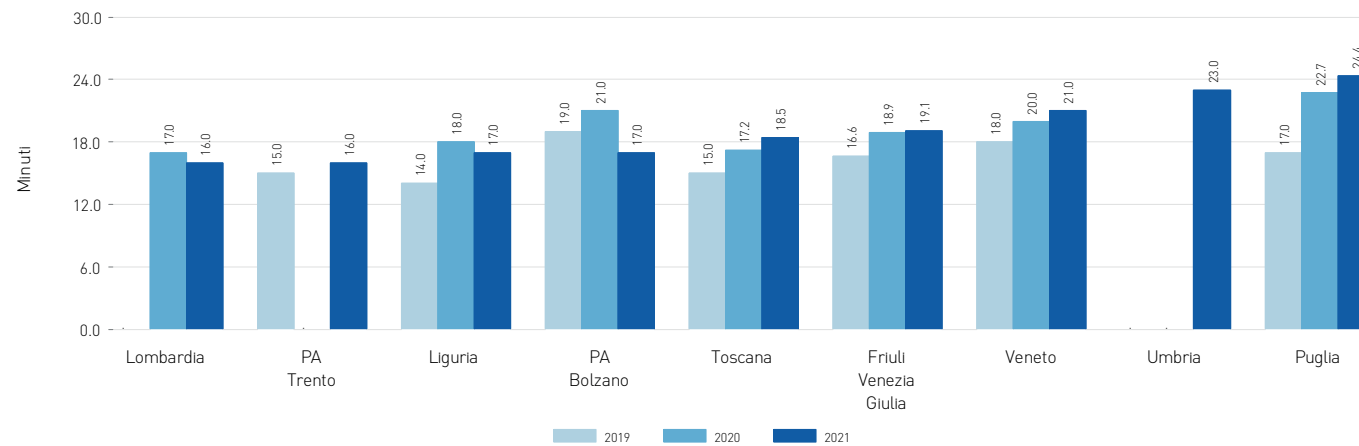
### C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

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



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

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



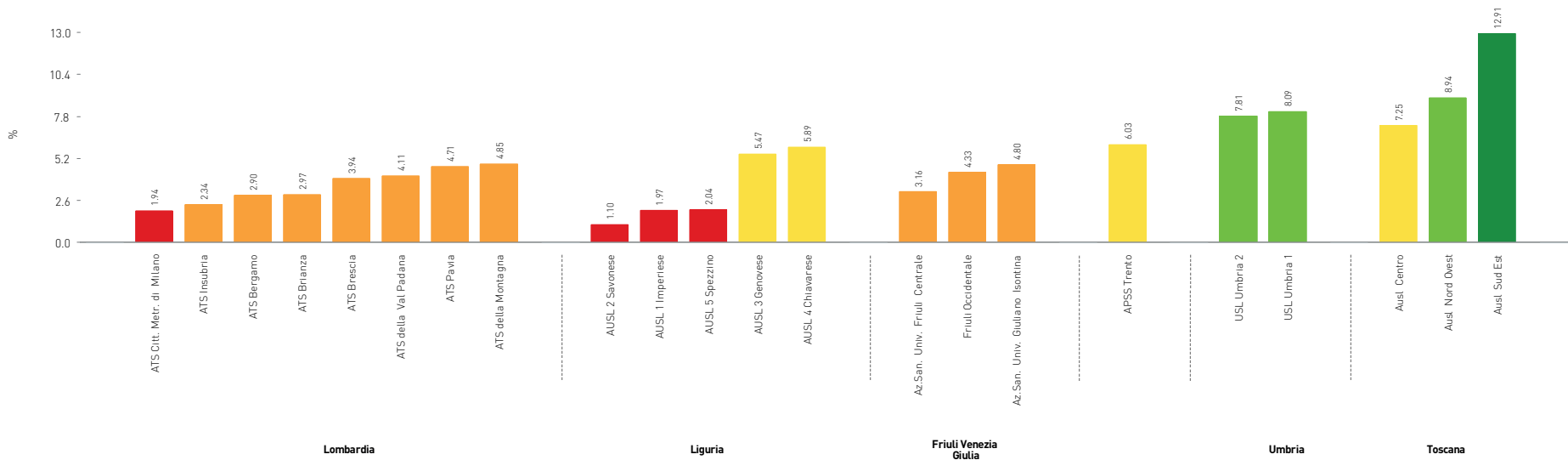
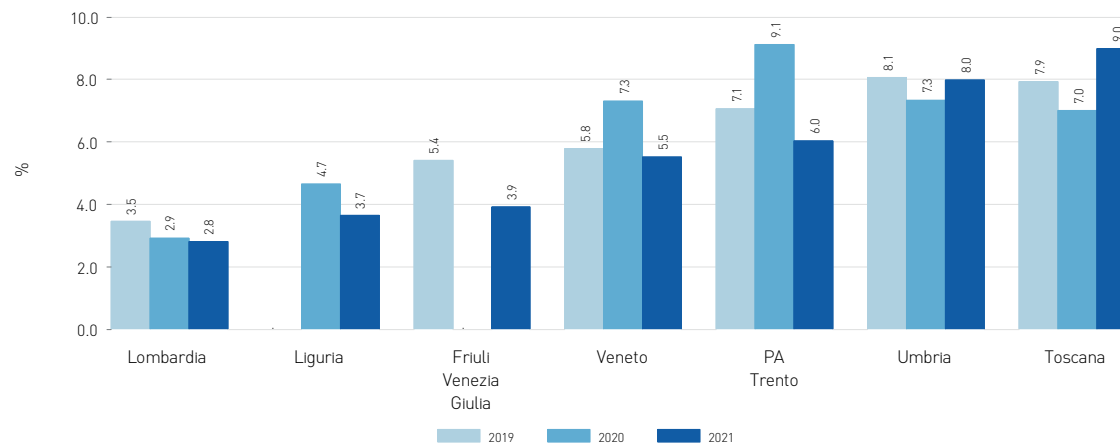
---

# PREVENZIONE COLLETTIVA



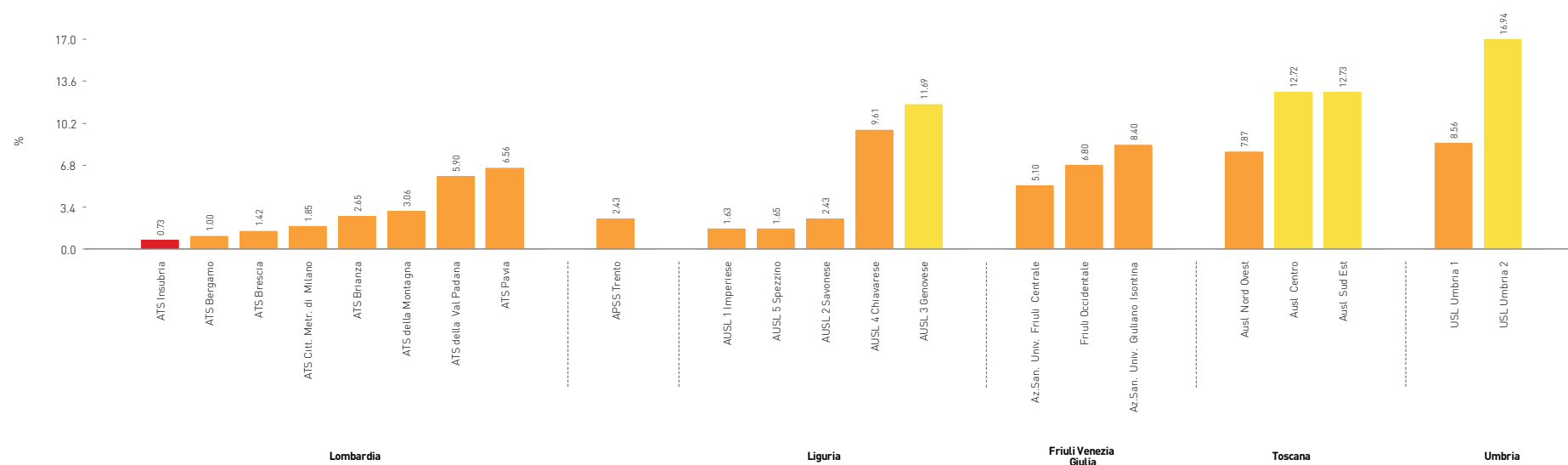
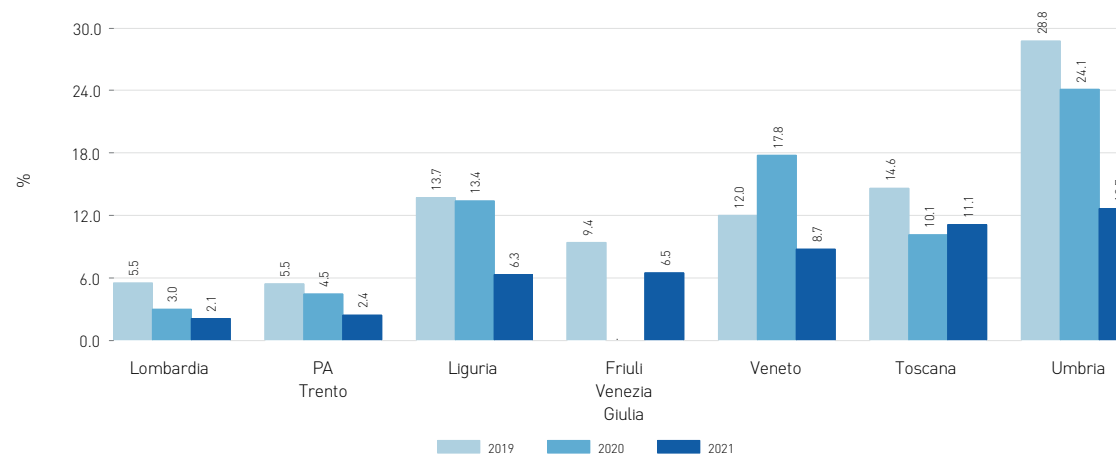
### F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

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



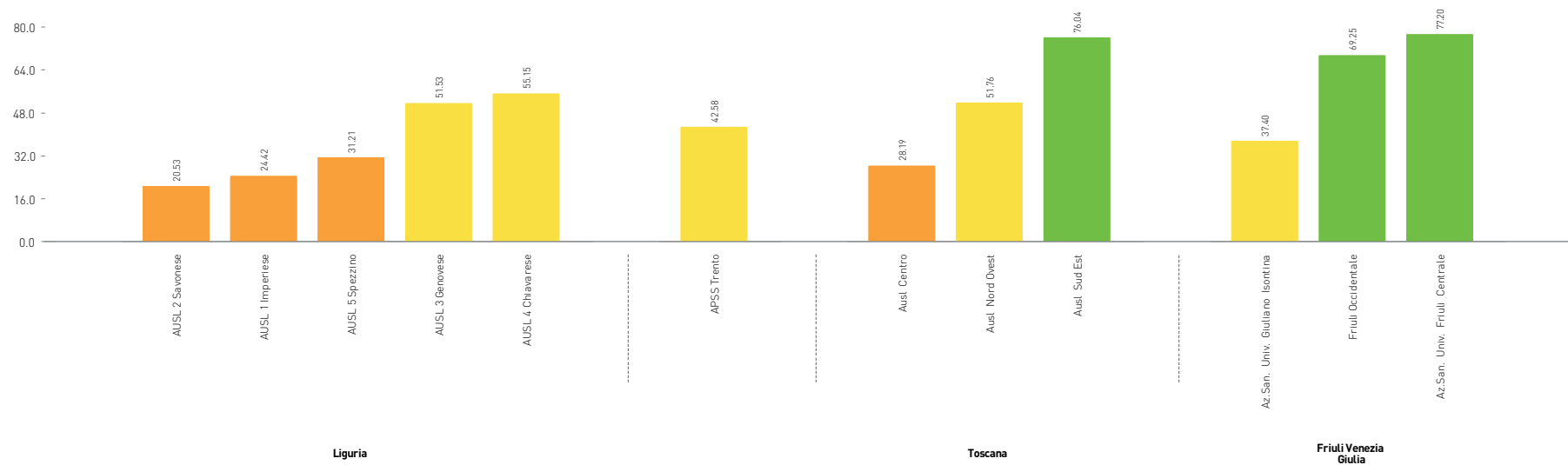
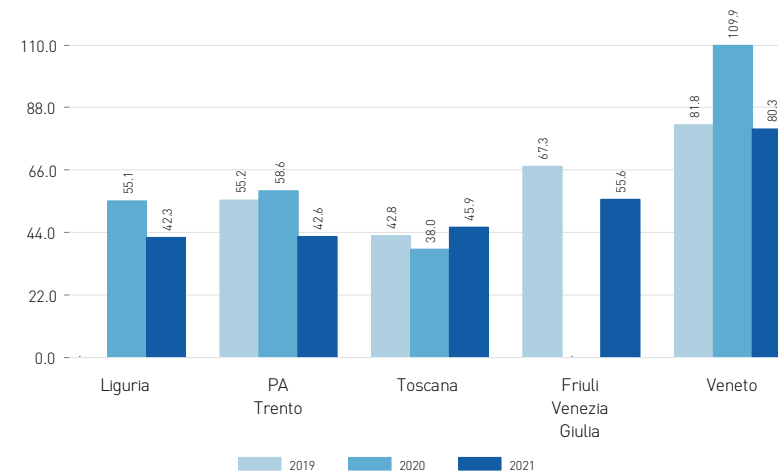
### F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

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



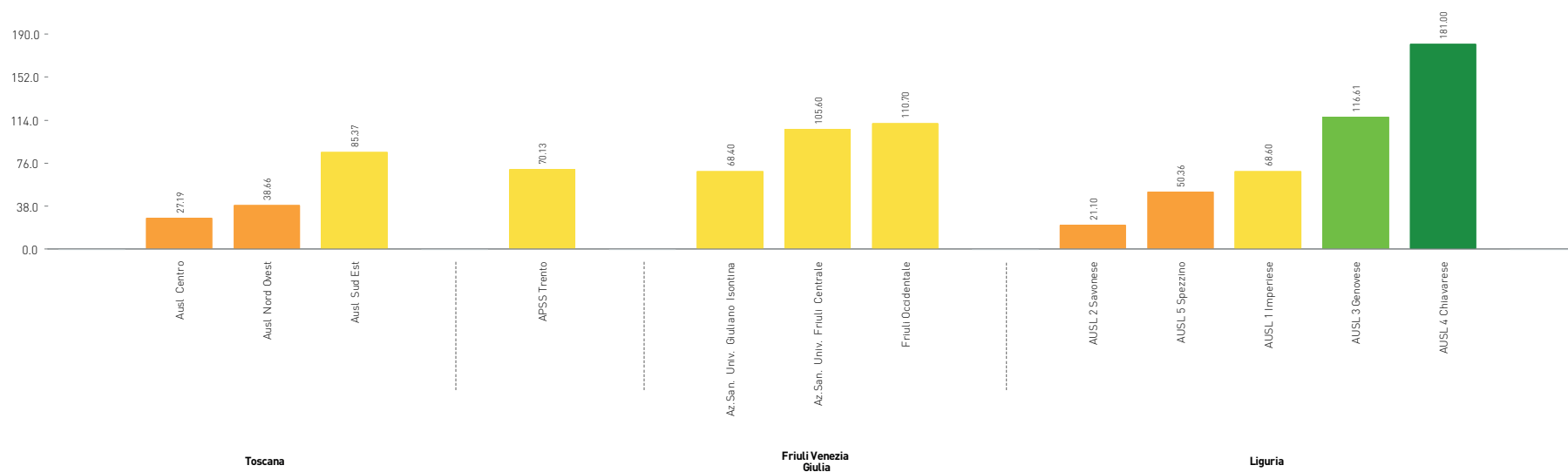
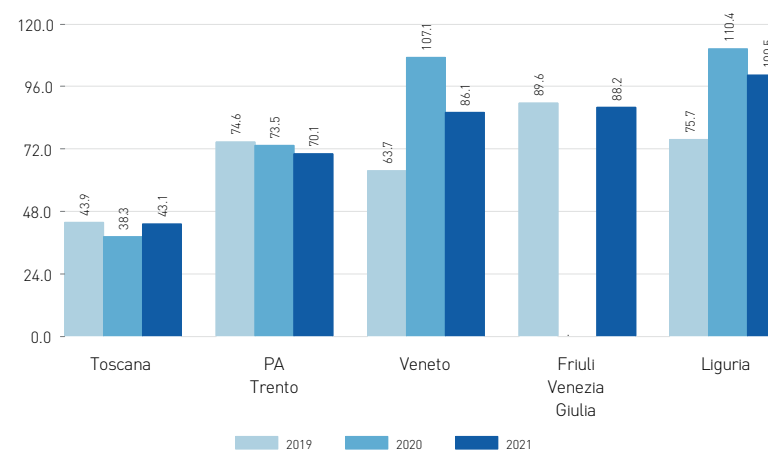
### F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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



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

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







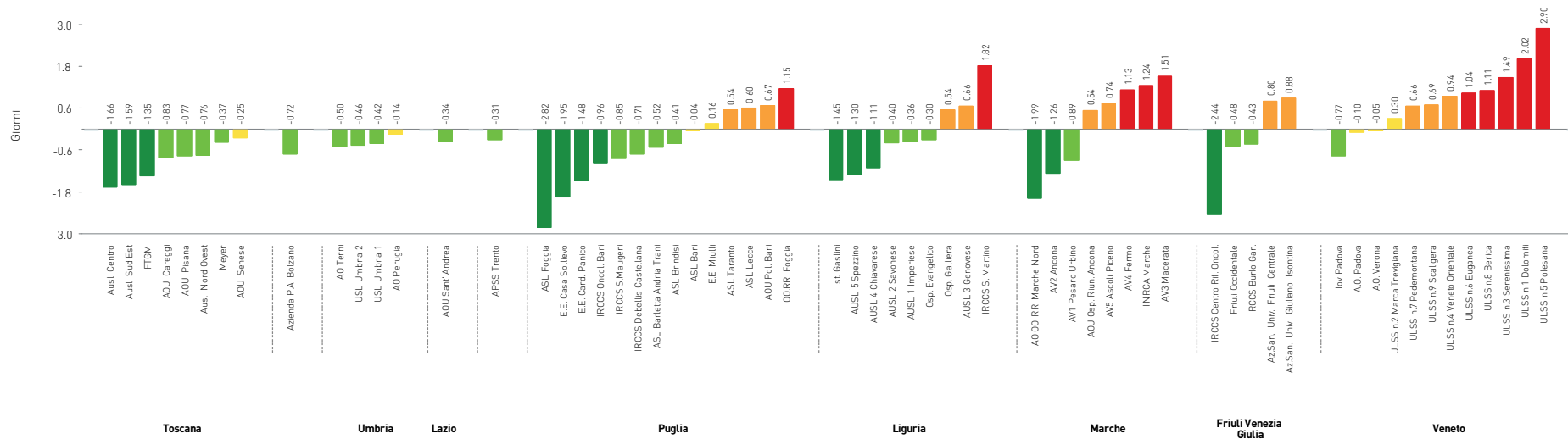
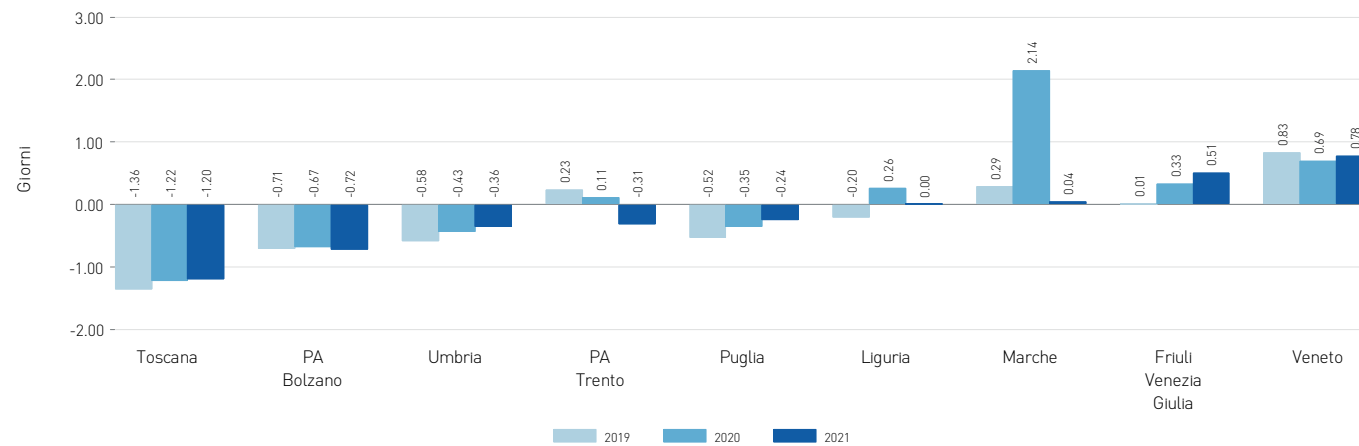
---

# GOVERNO E QUALITA' DELL'OFFERTA



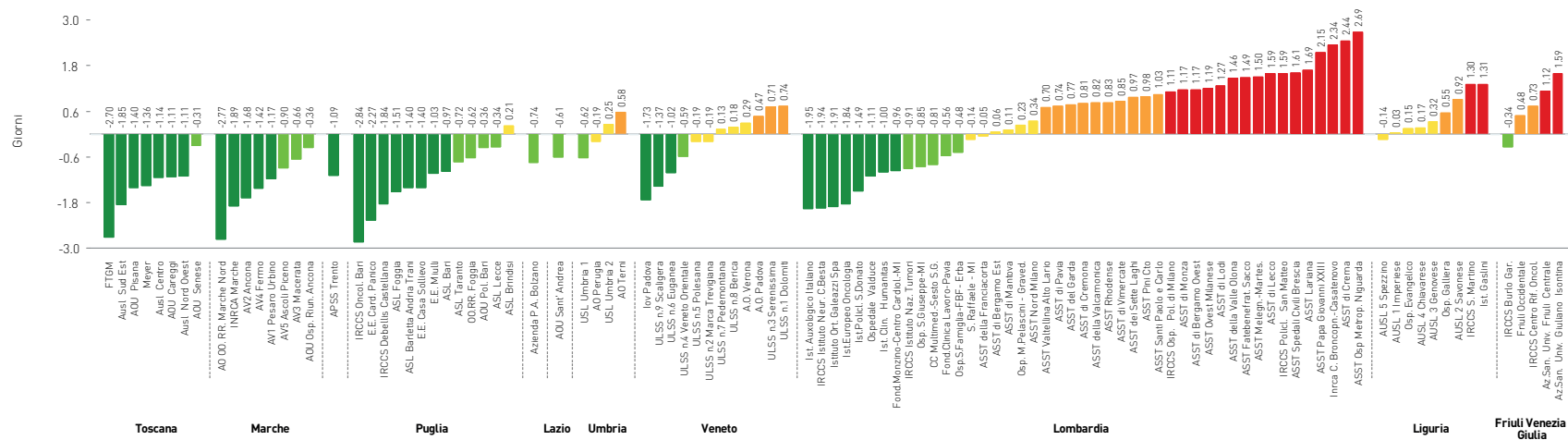
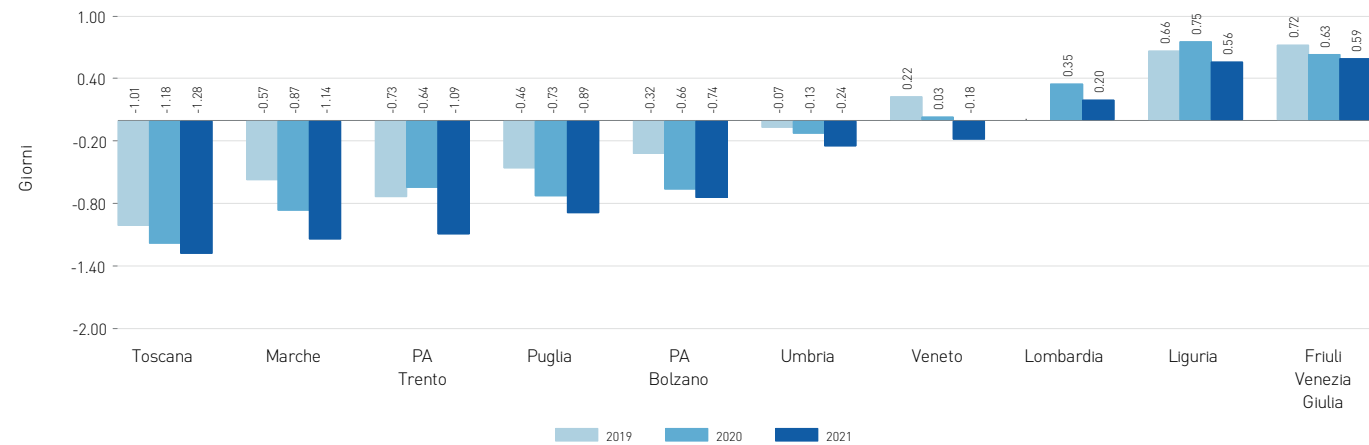
## C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.



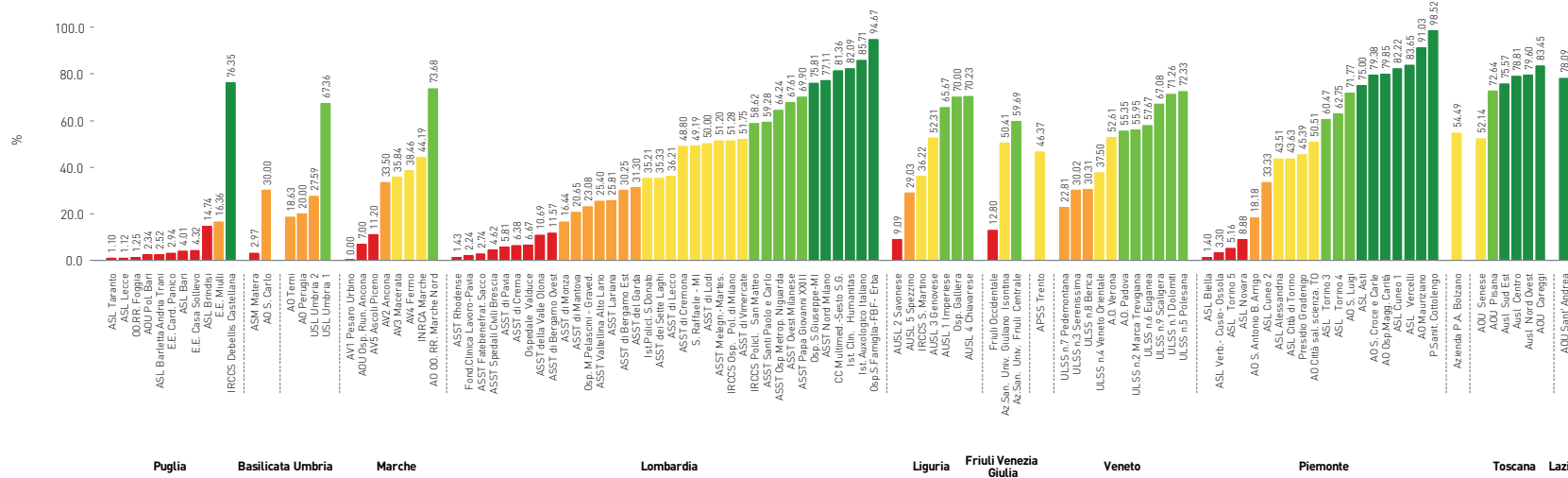
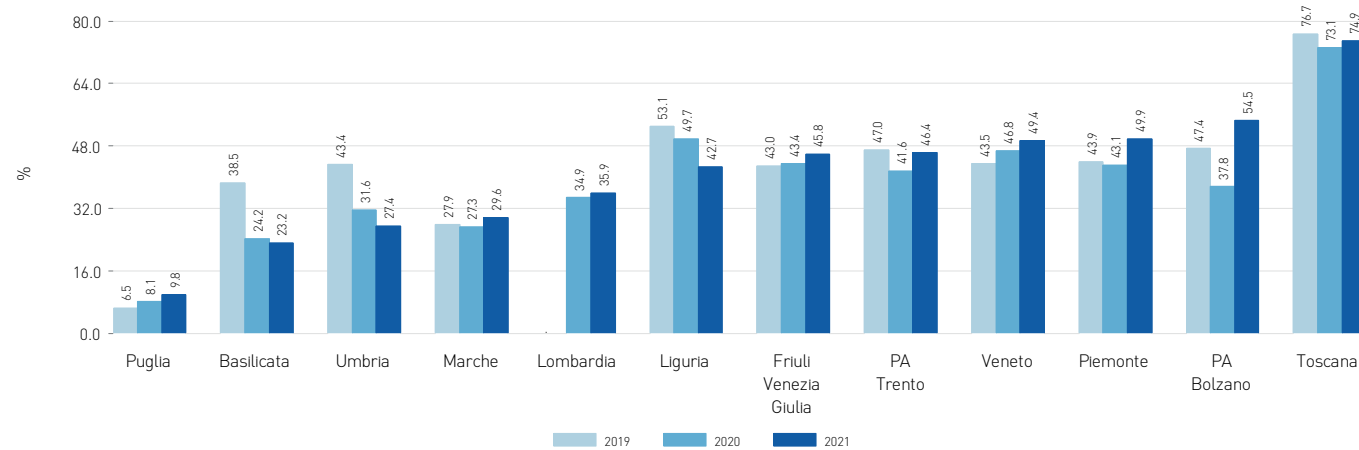
### C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.



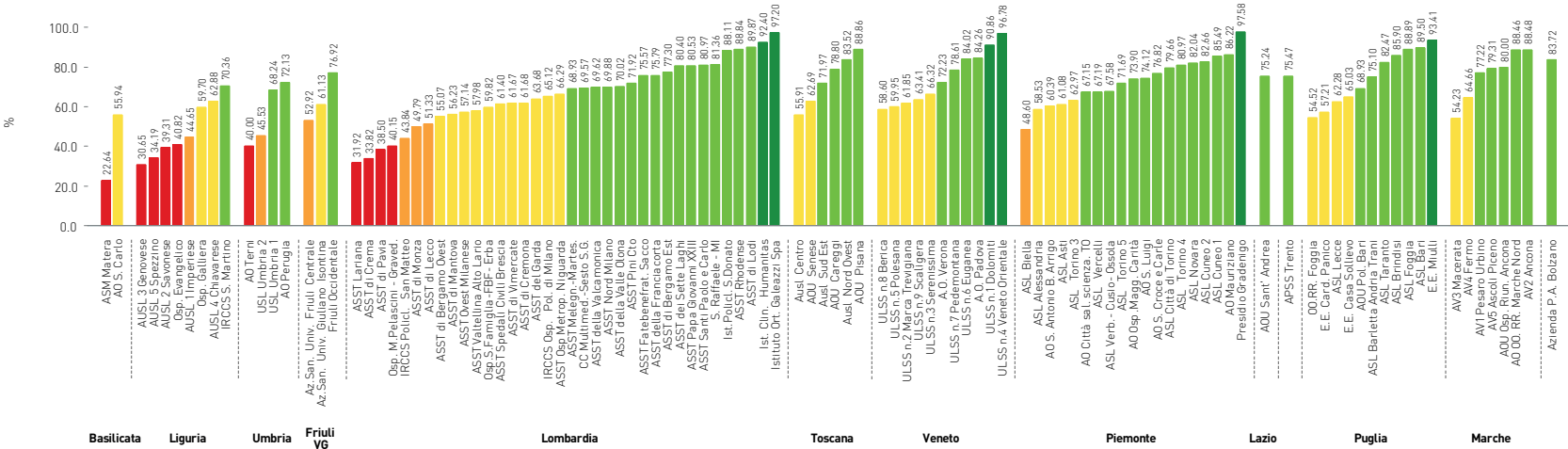
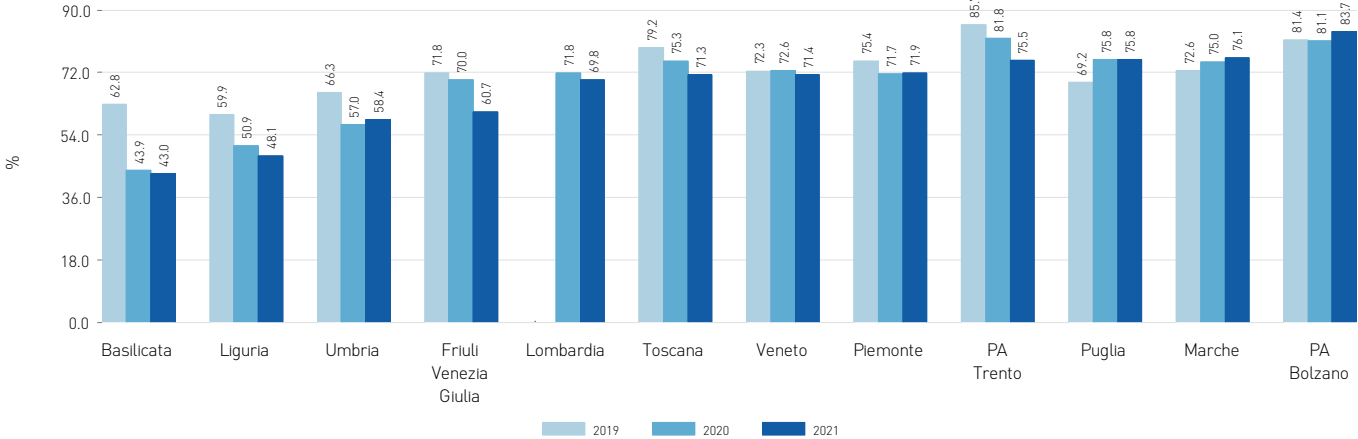
### C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

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).



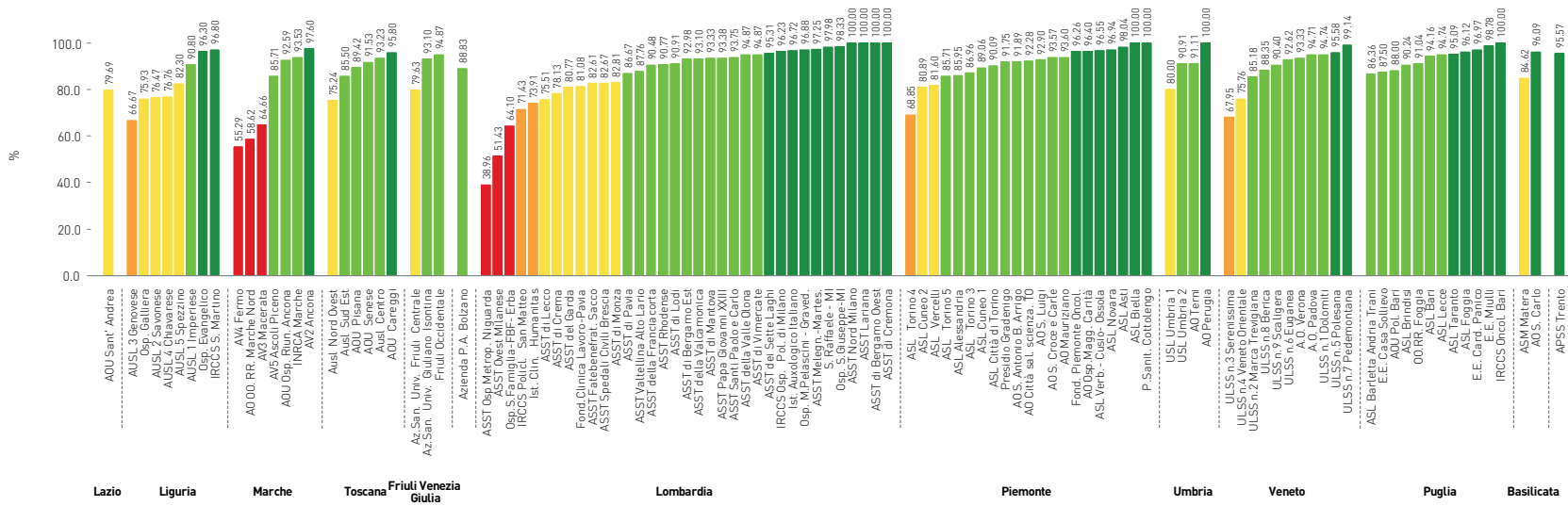
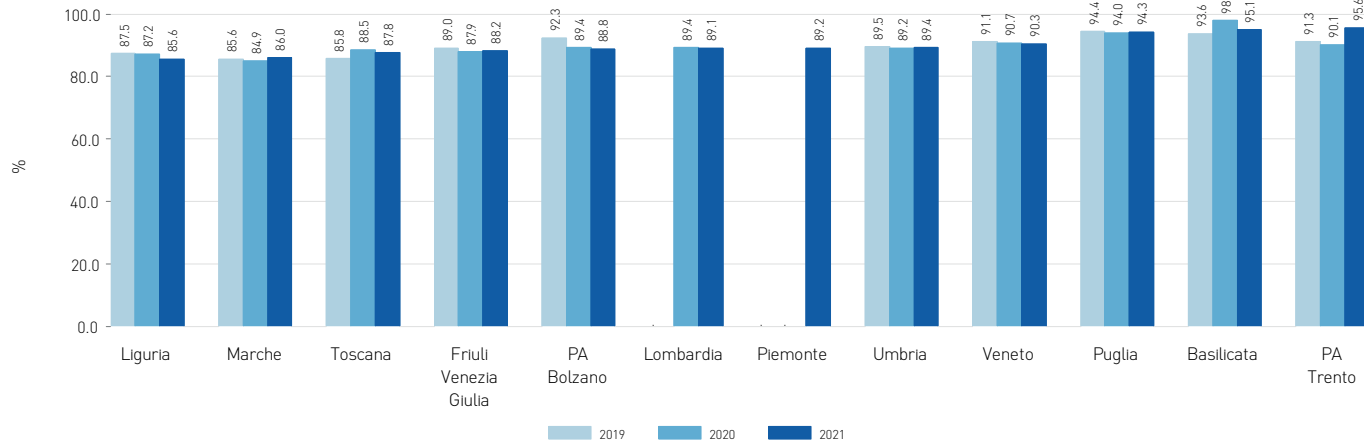
### C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni

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



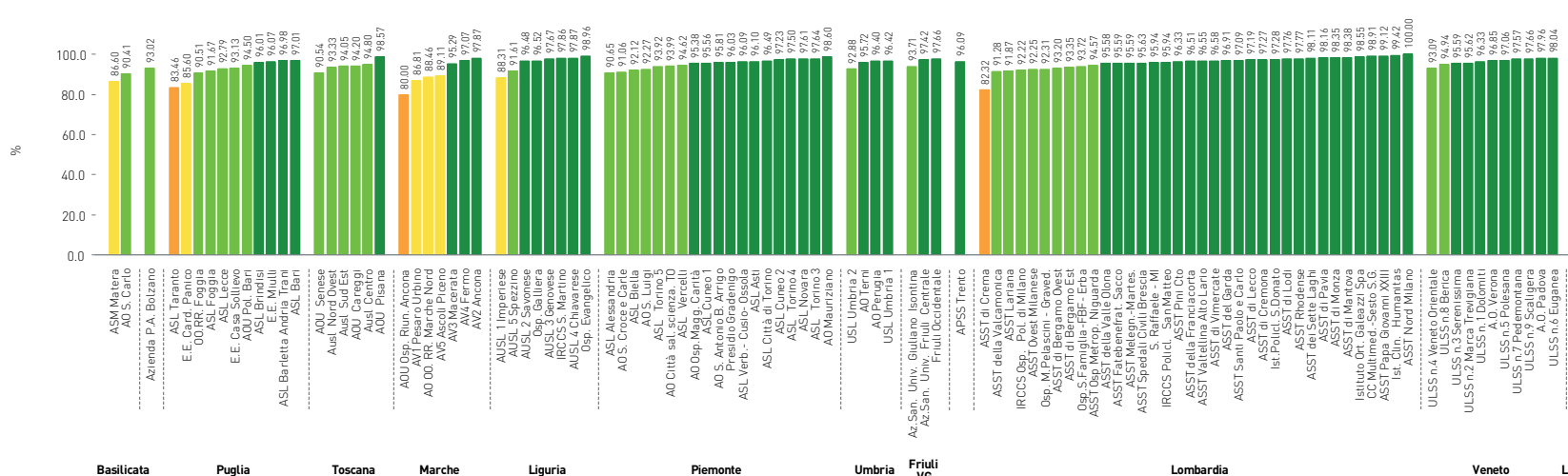
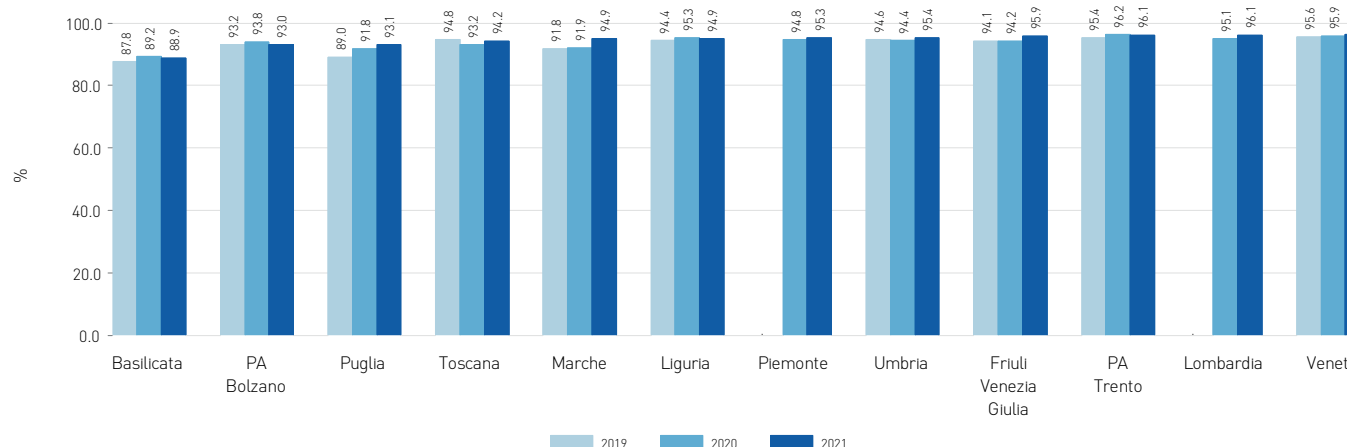
### C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

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



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

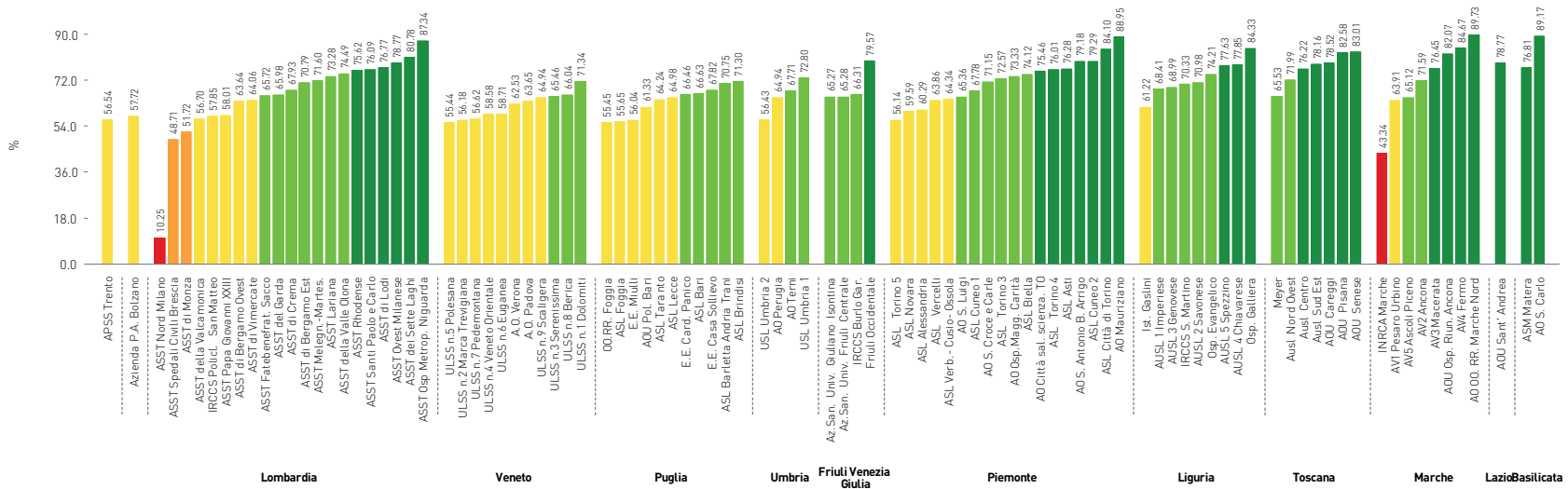
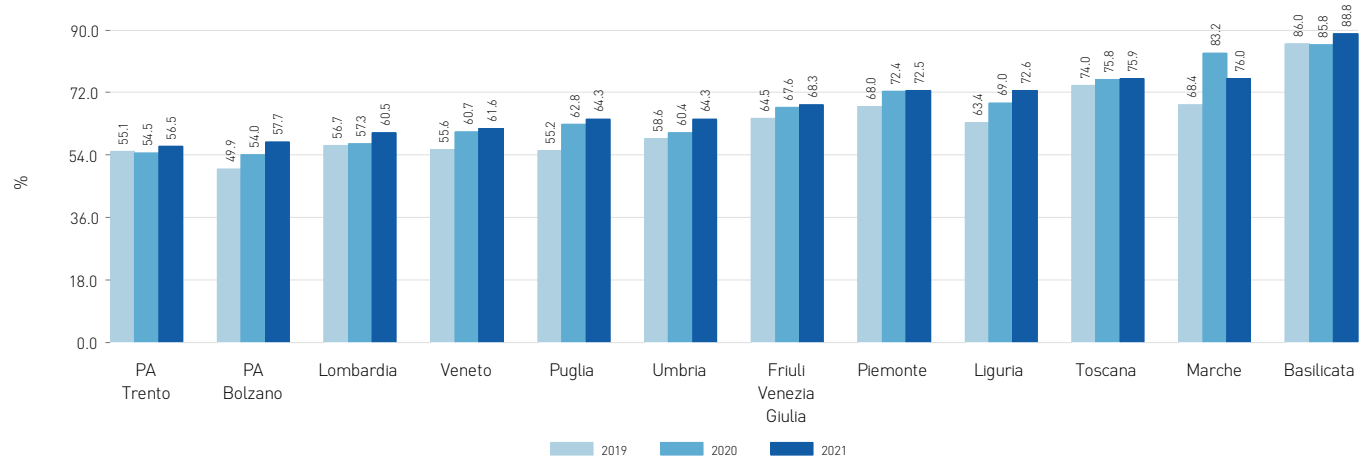
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento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





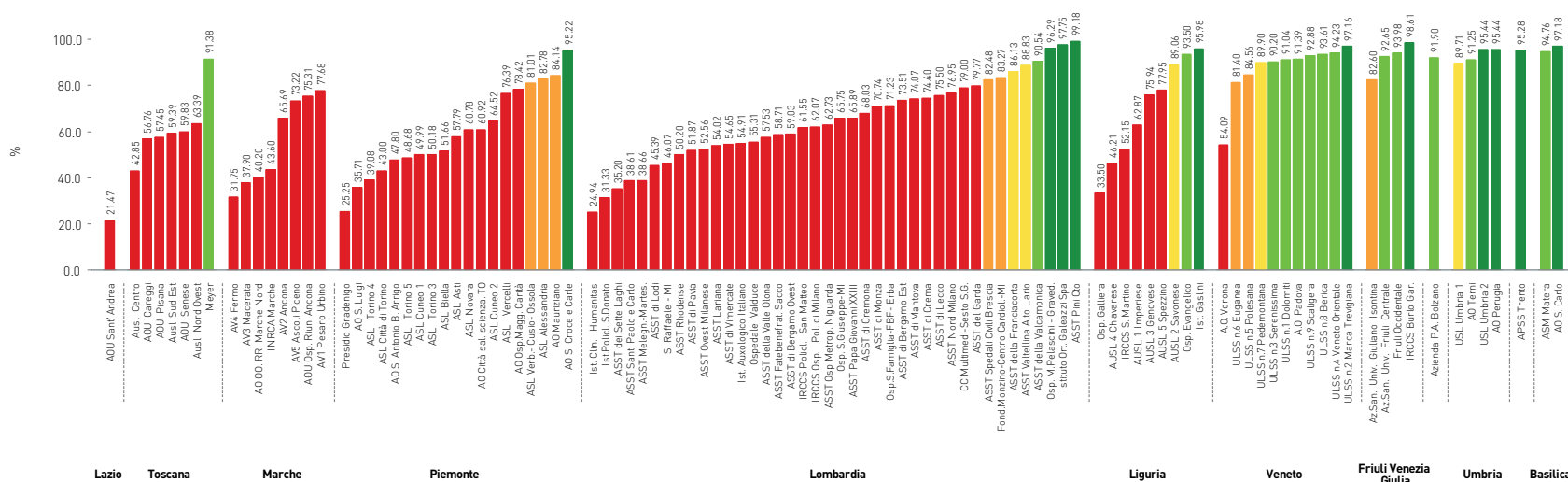
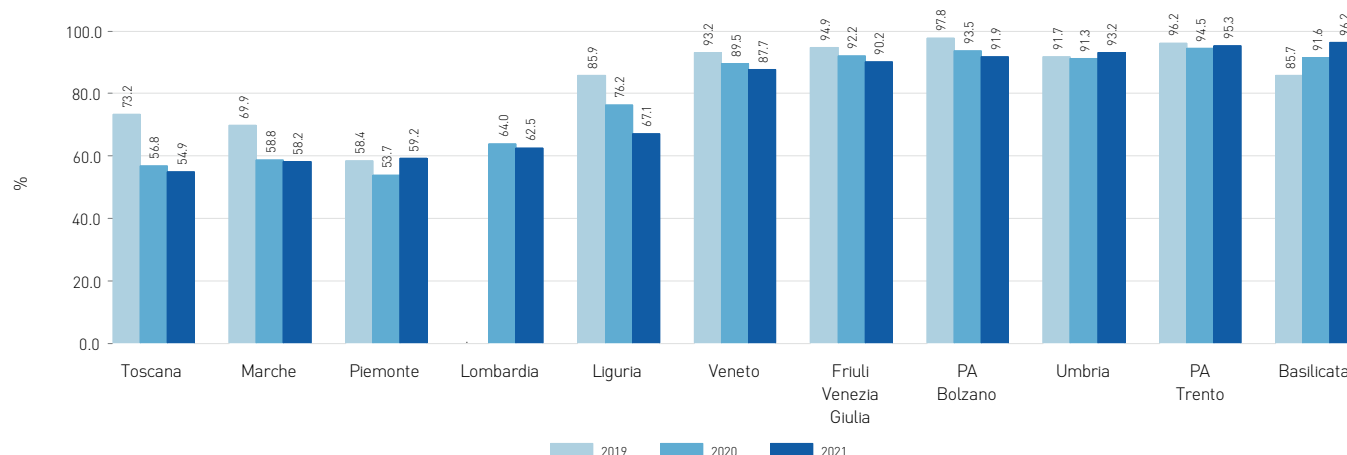
### C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

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



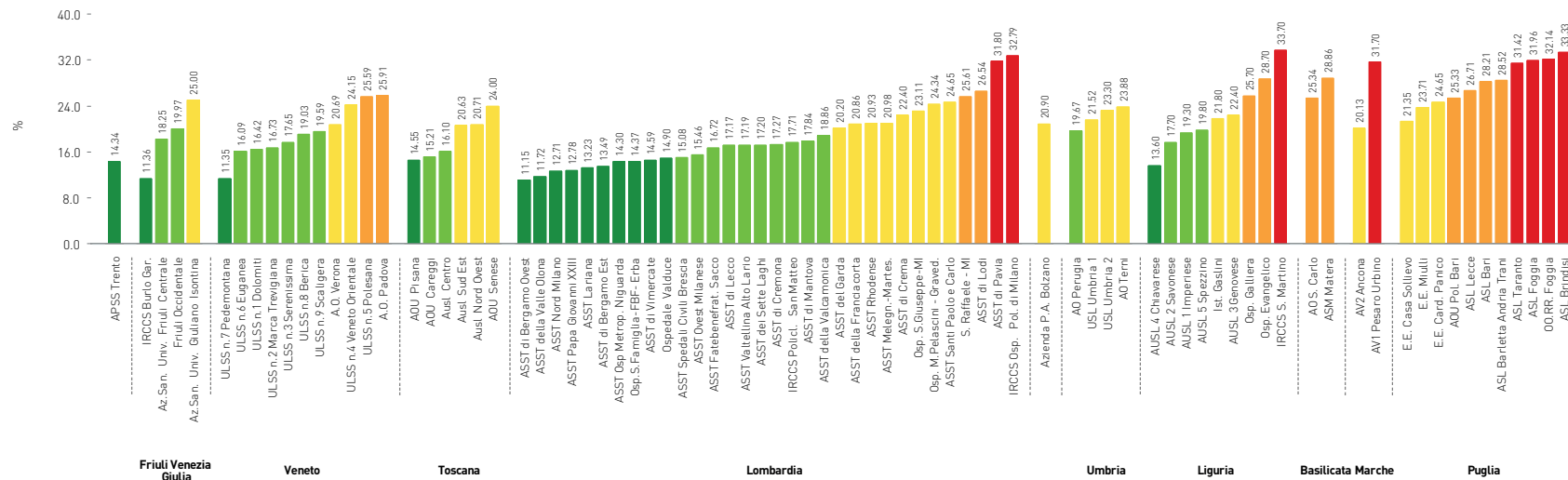
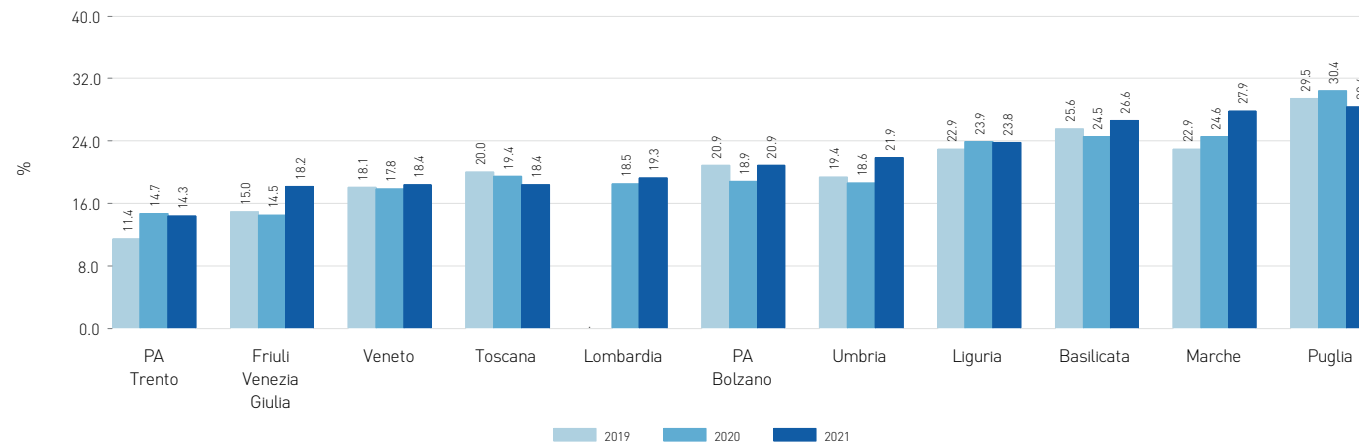
### C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

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



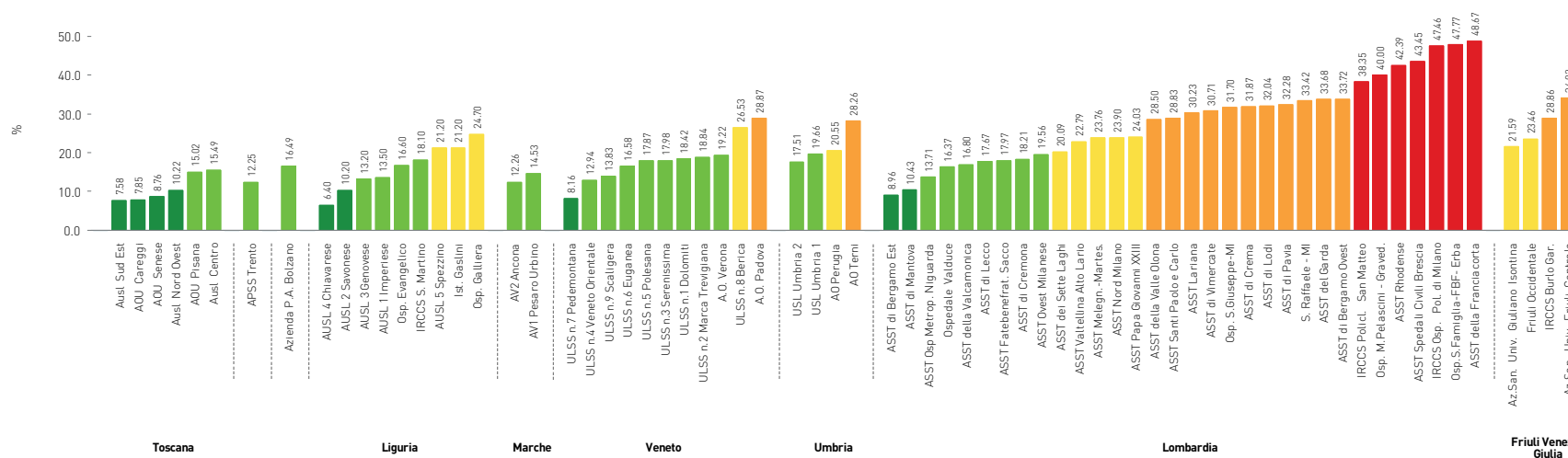
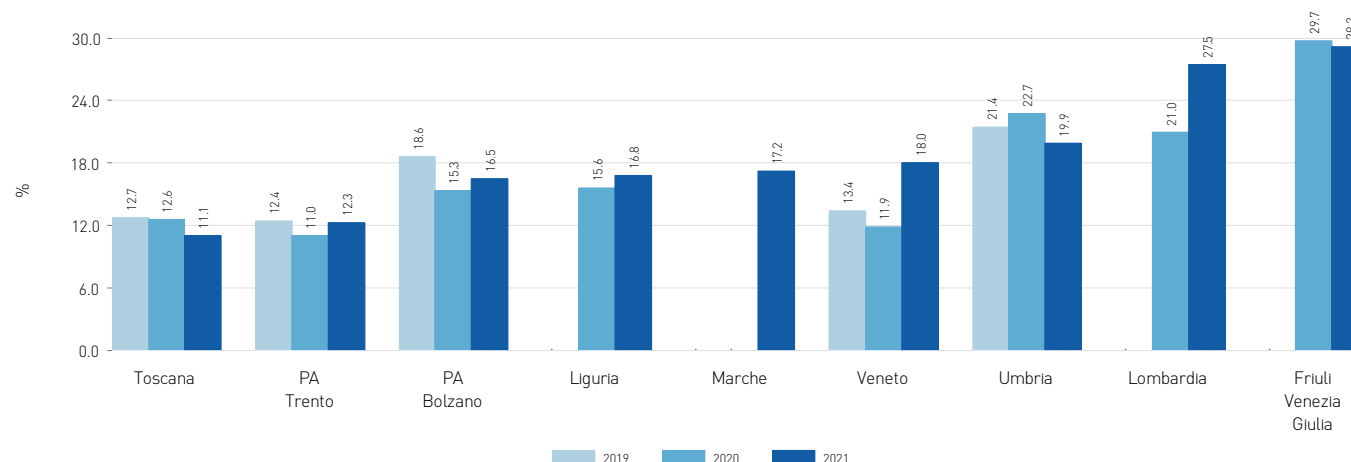
### C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione 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.



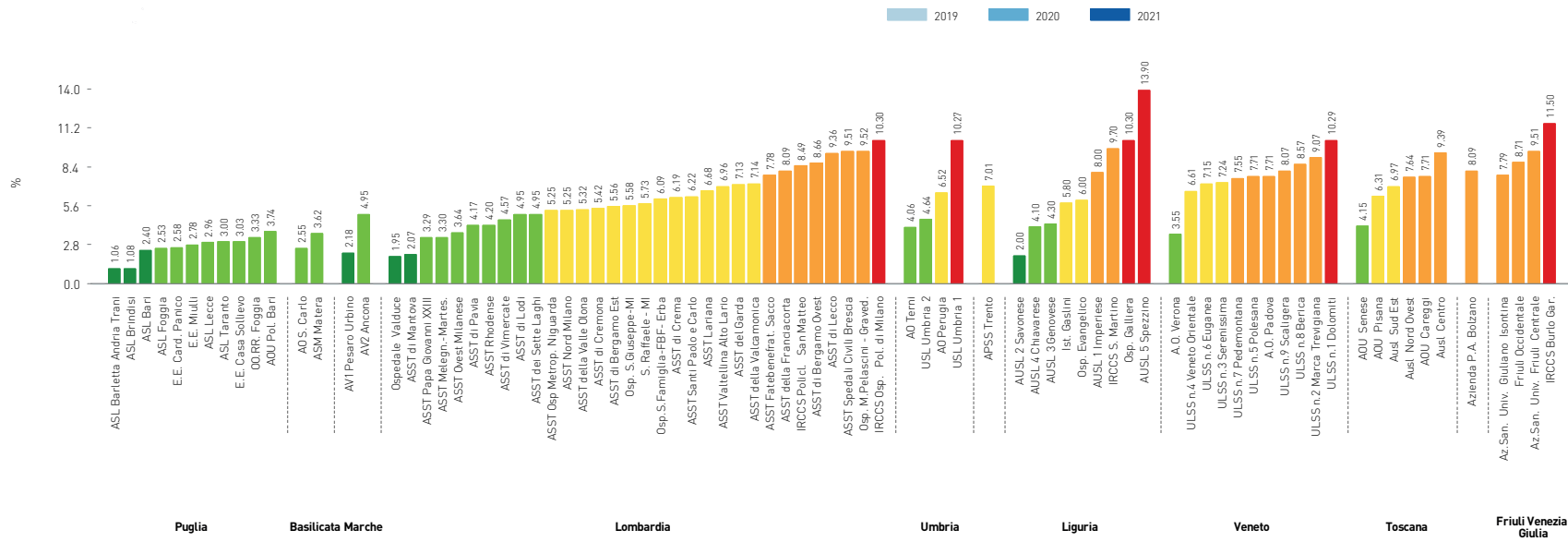
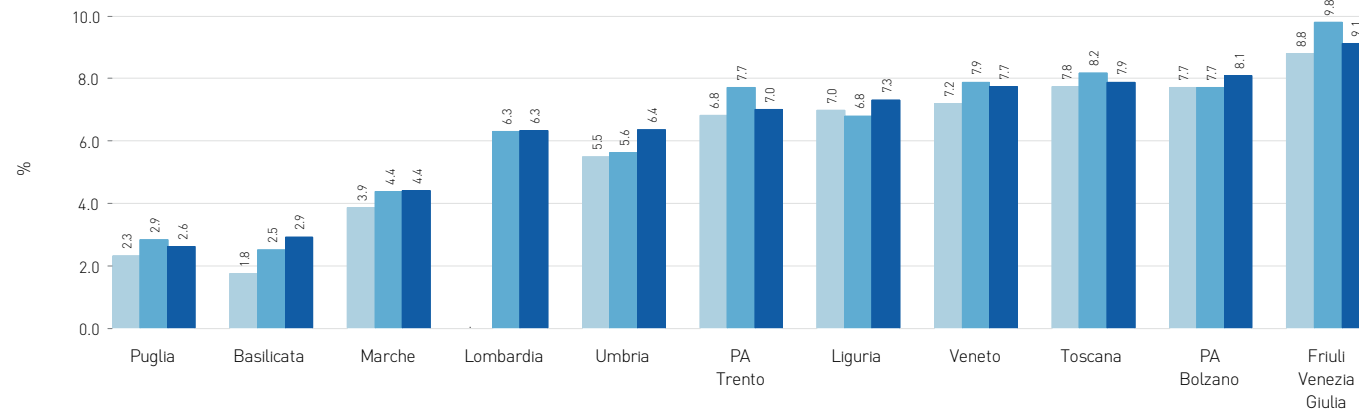
### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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%.



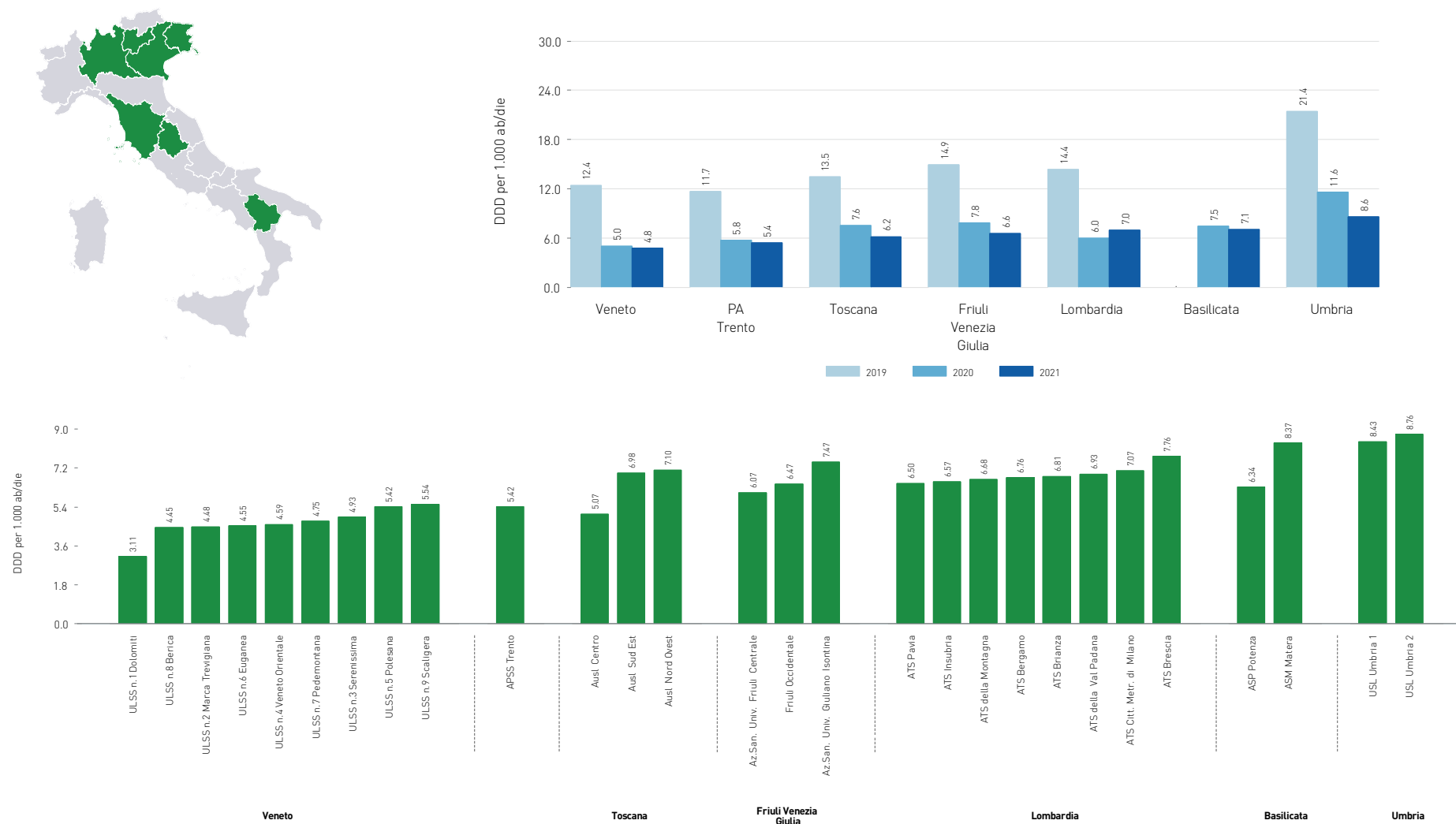
### C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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.



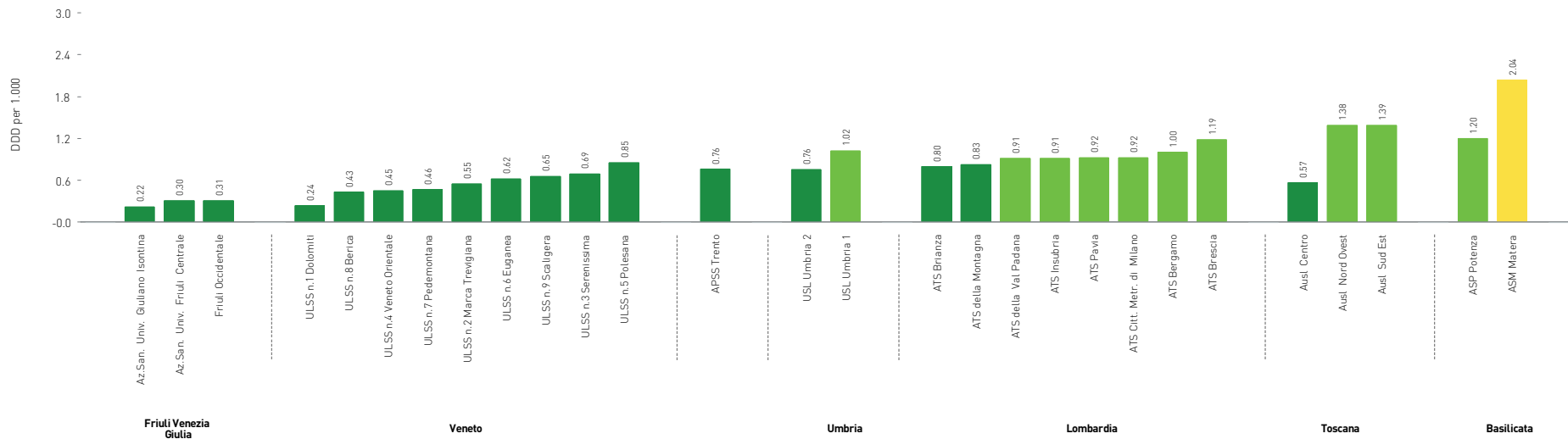
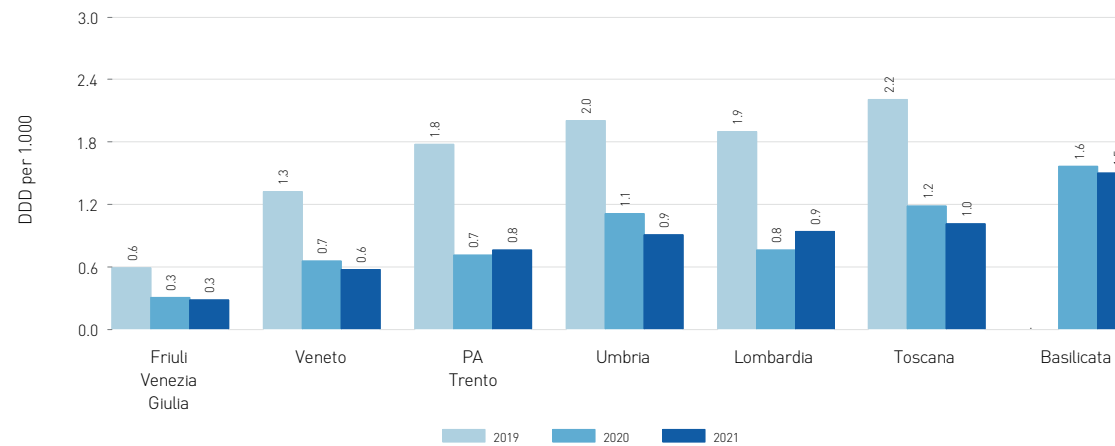
### C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

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



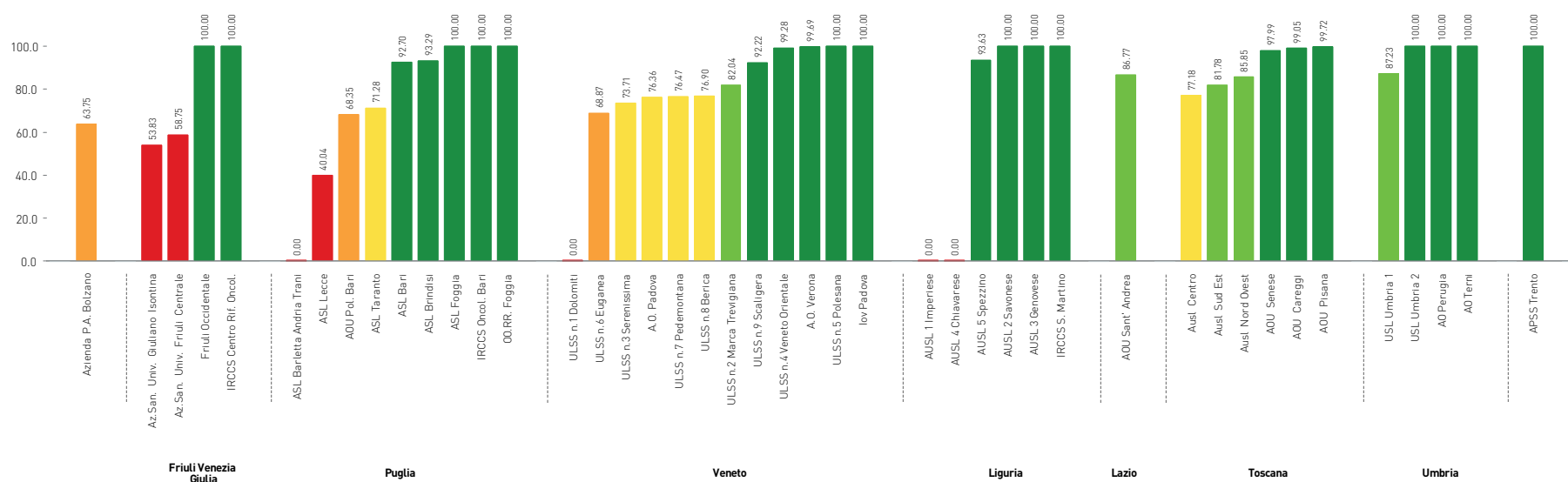
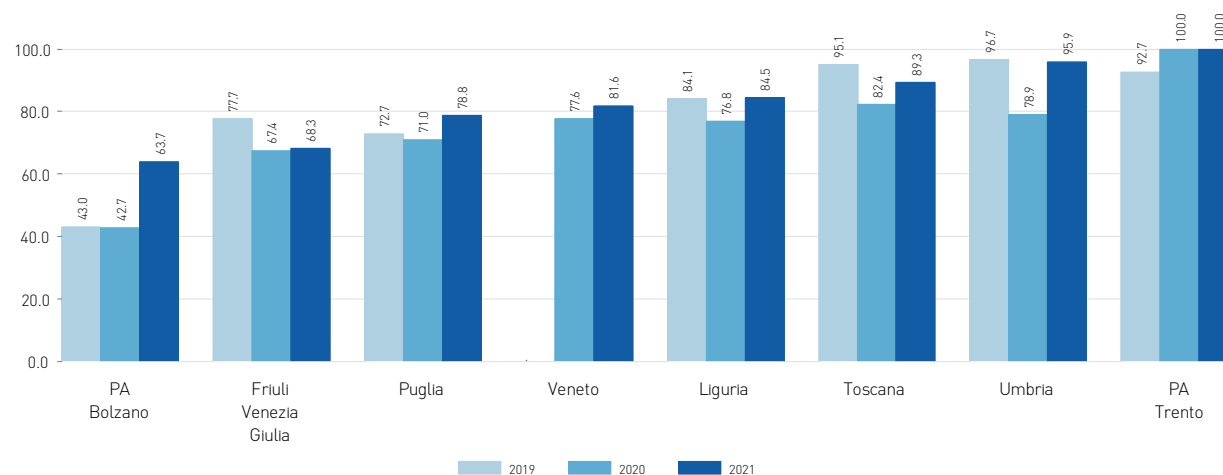
### C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

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



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

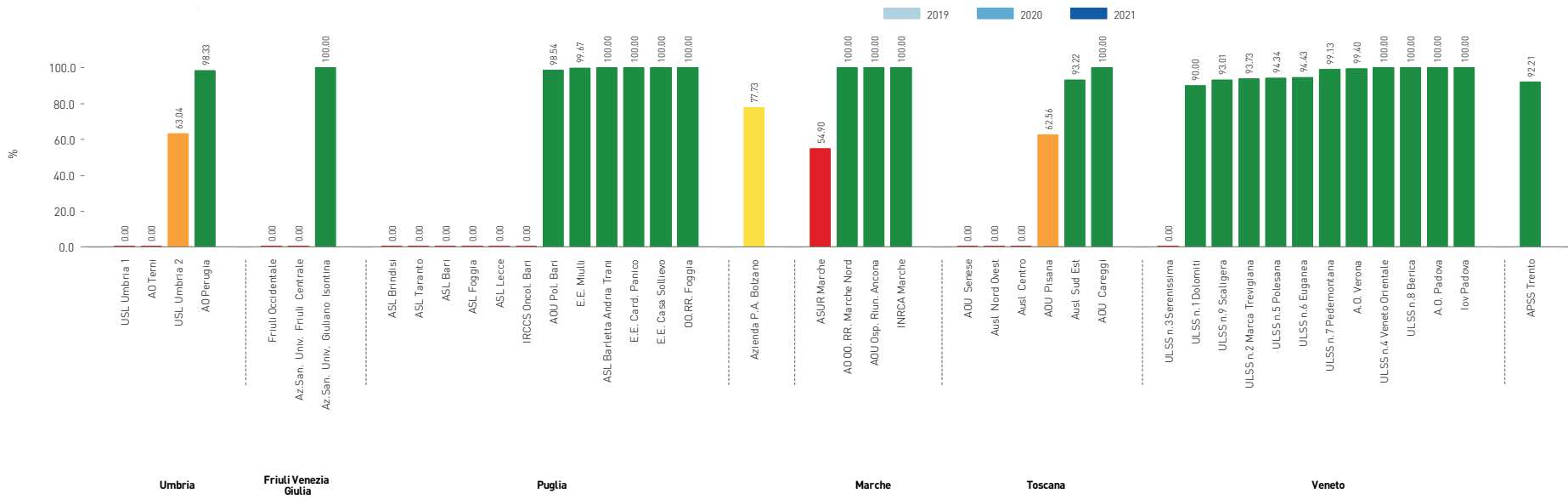
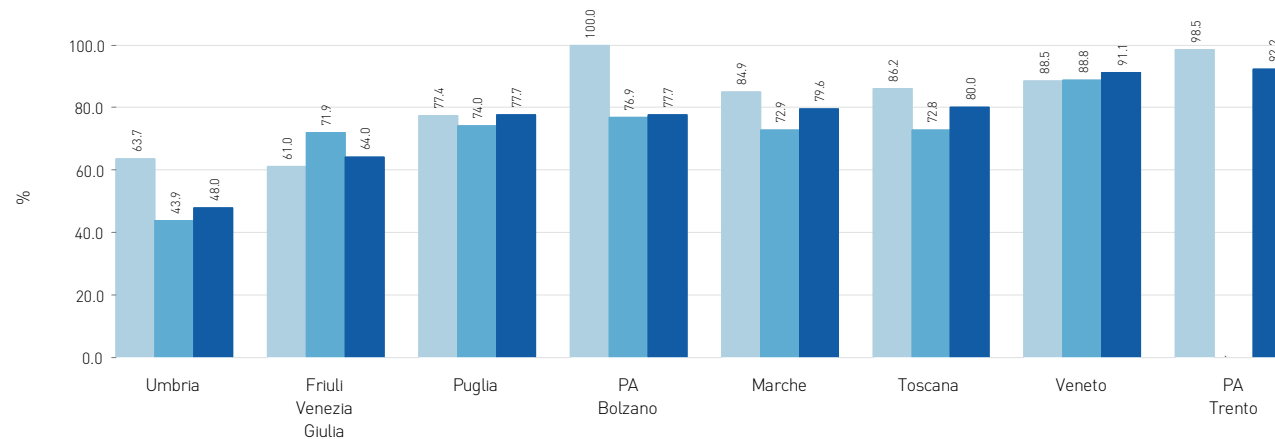
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia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





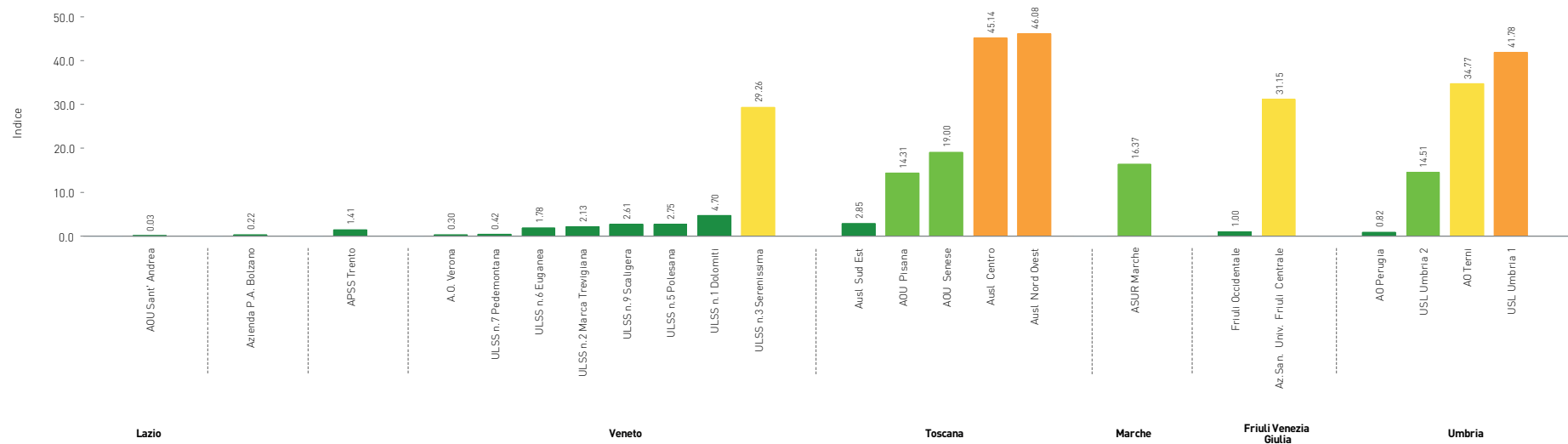
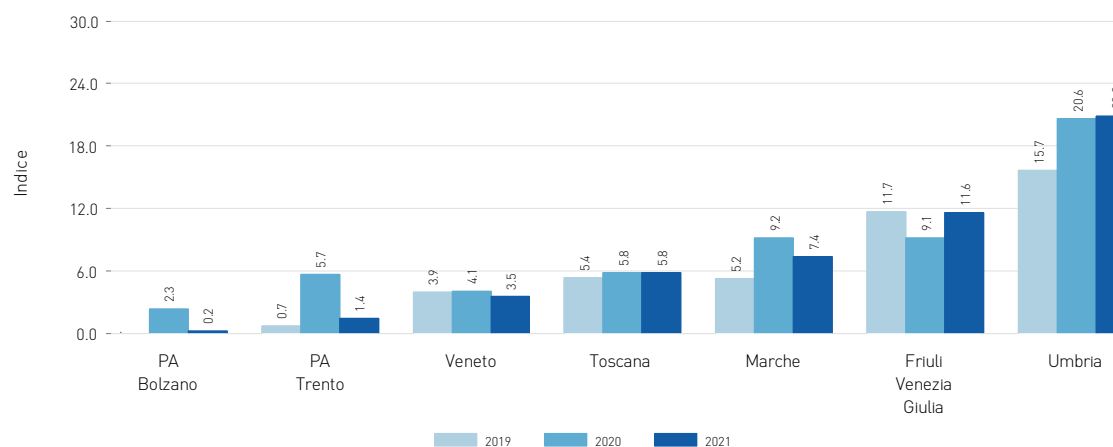
### C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

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



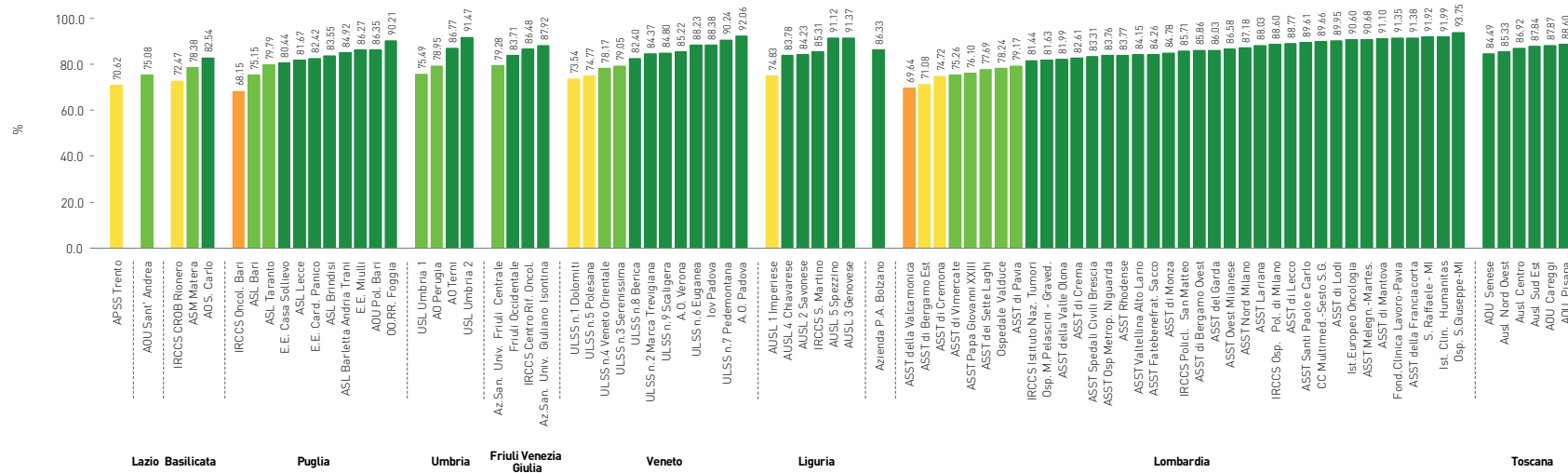
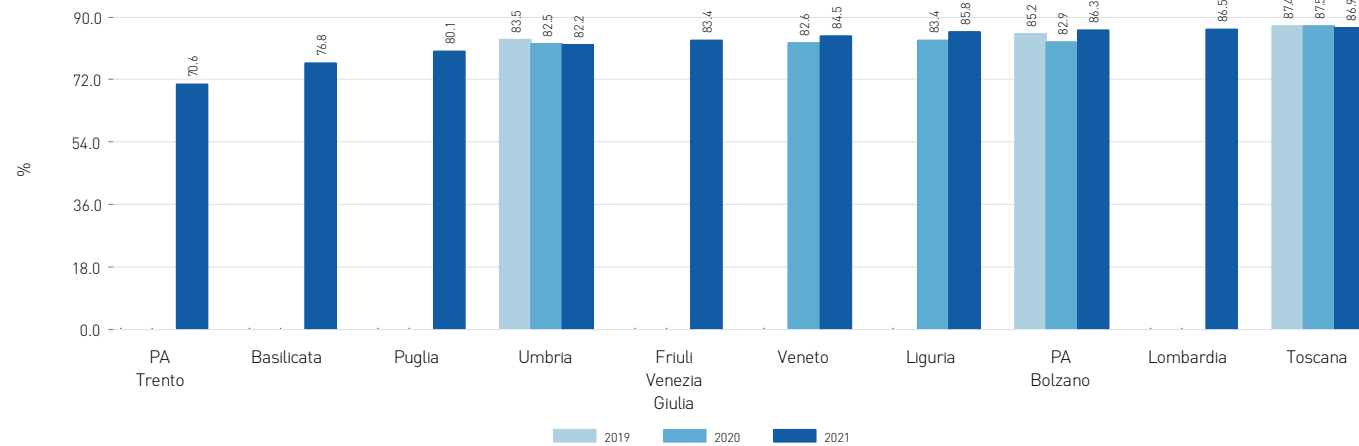
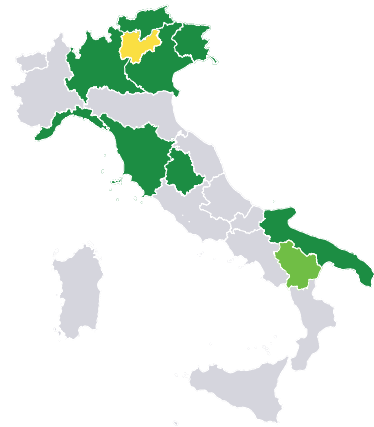
### C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

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



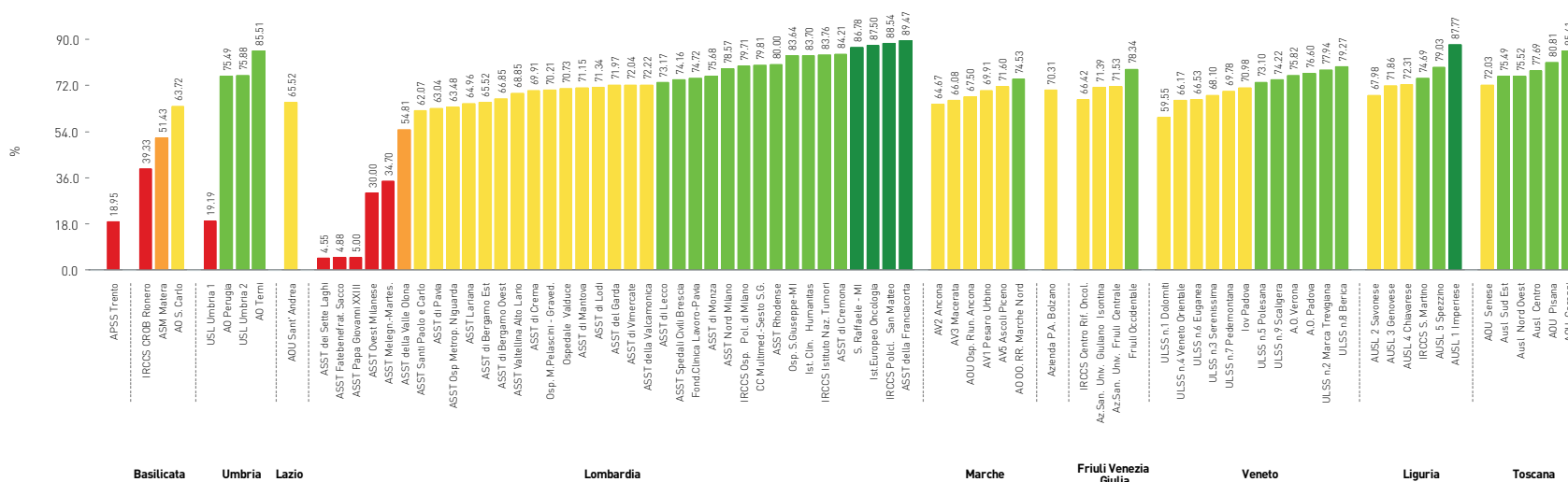
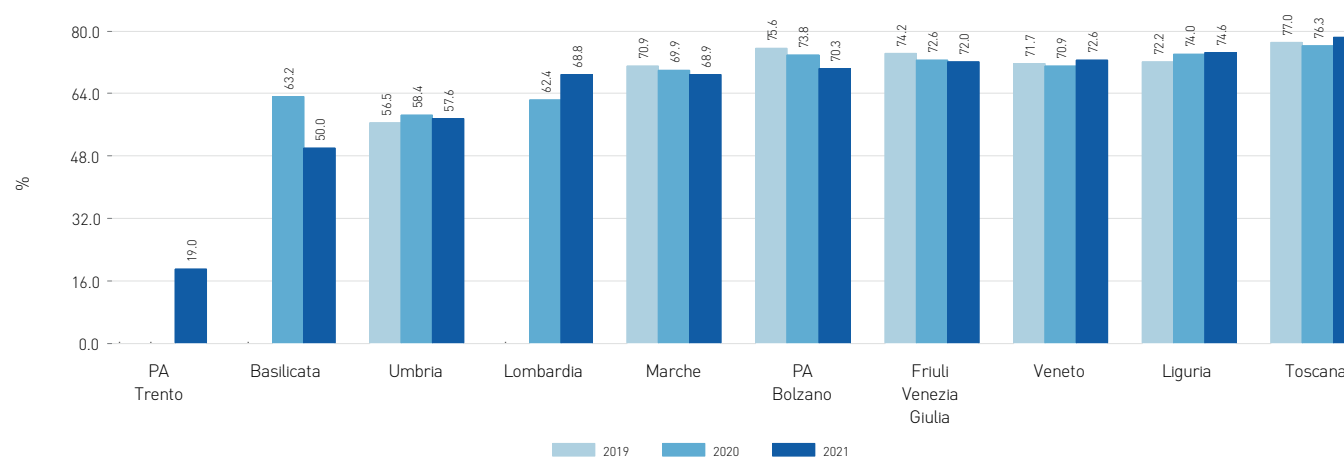
### C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

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



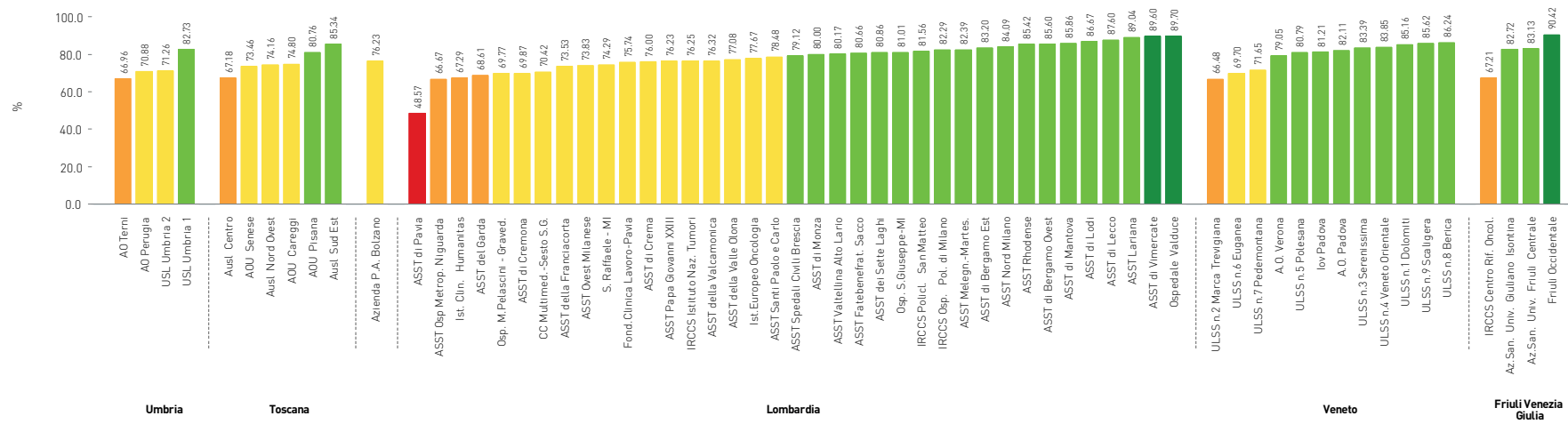
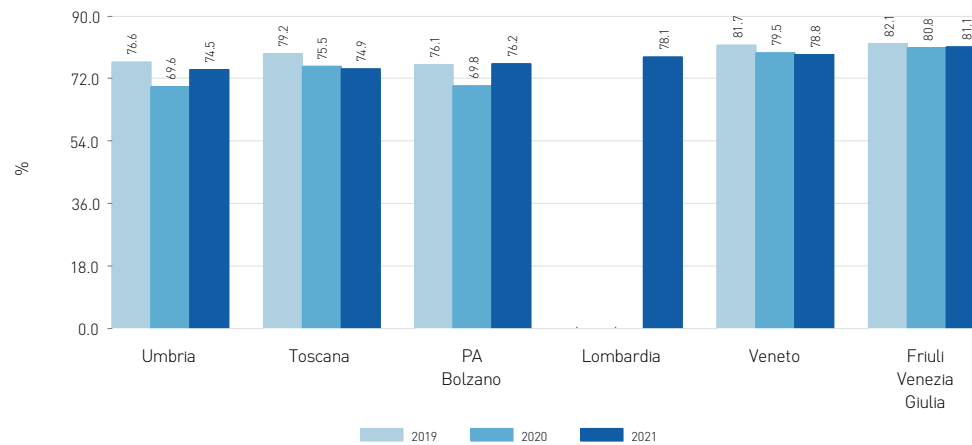
### C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

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



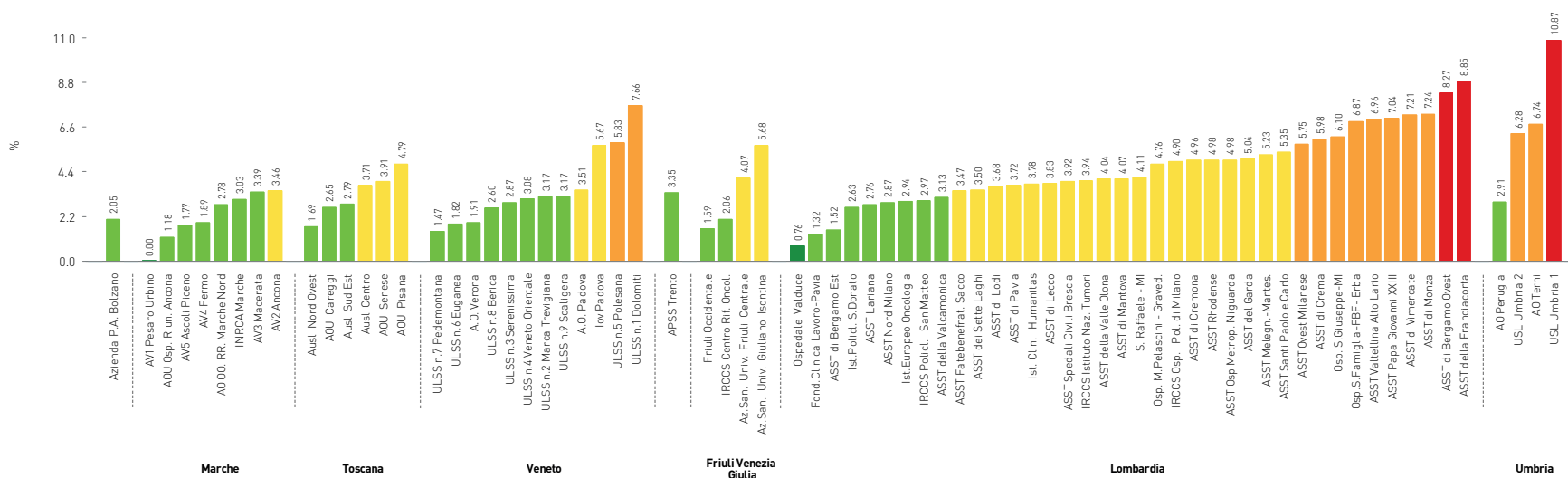
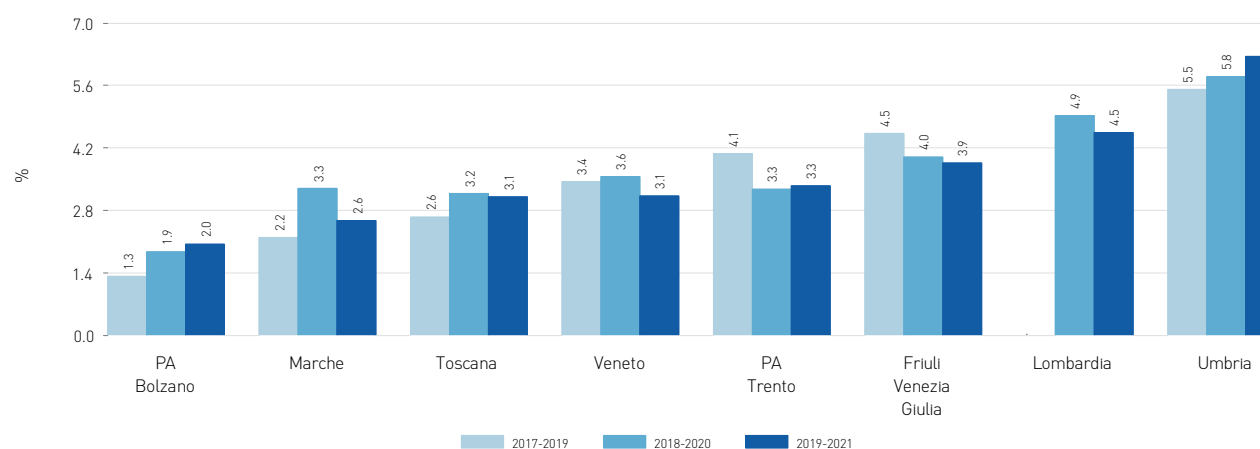
### C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale.



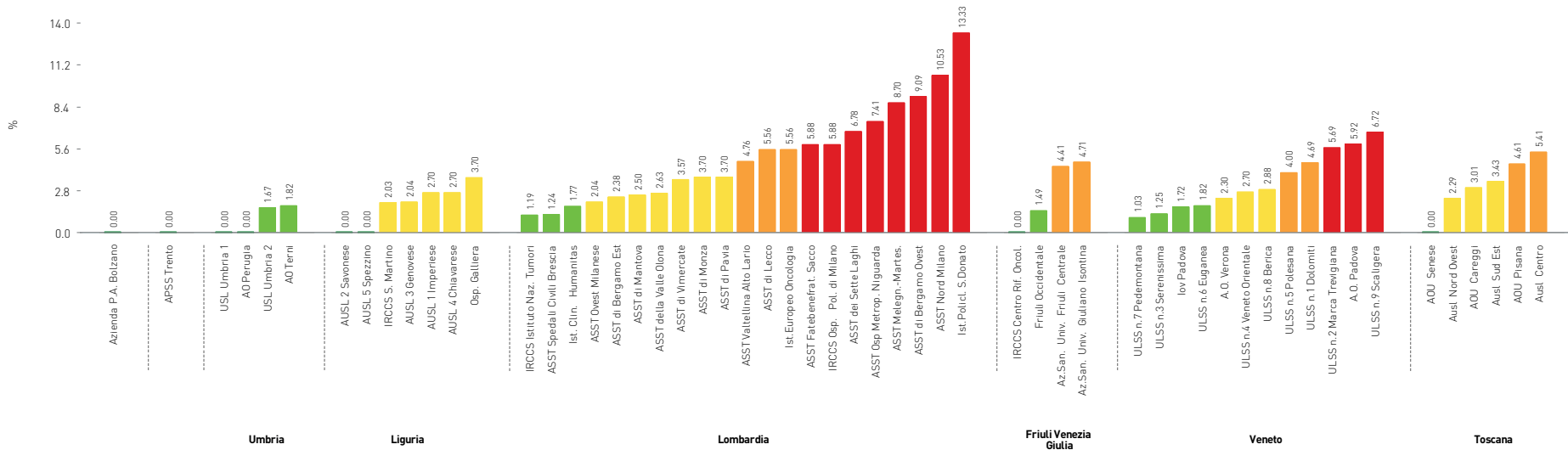
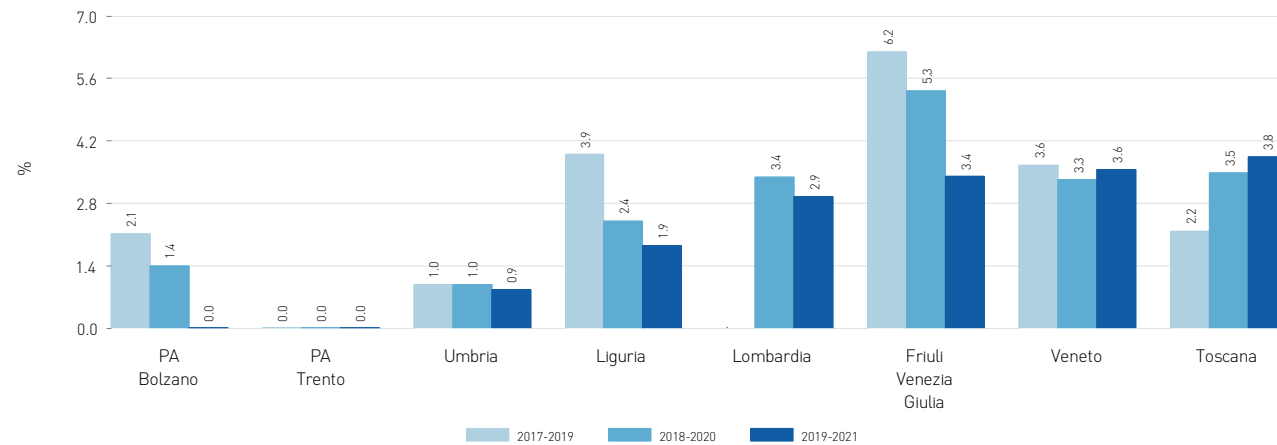
### C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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



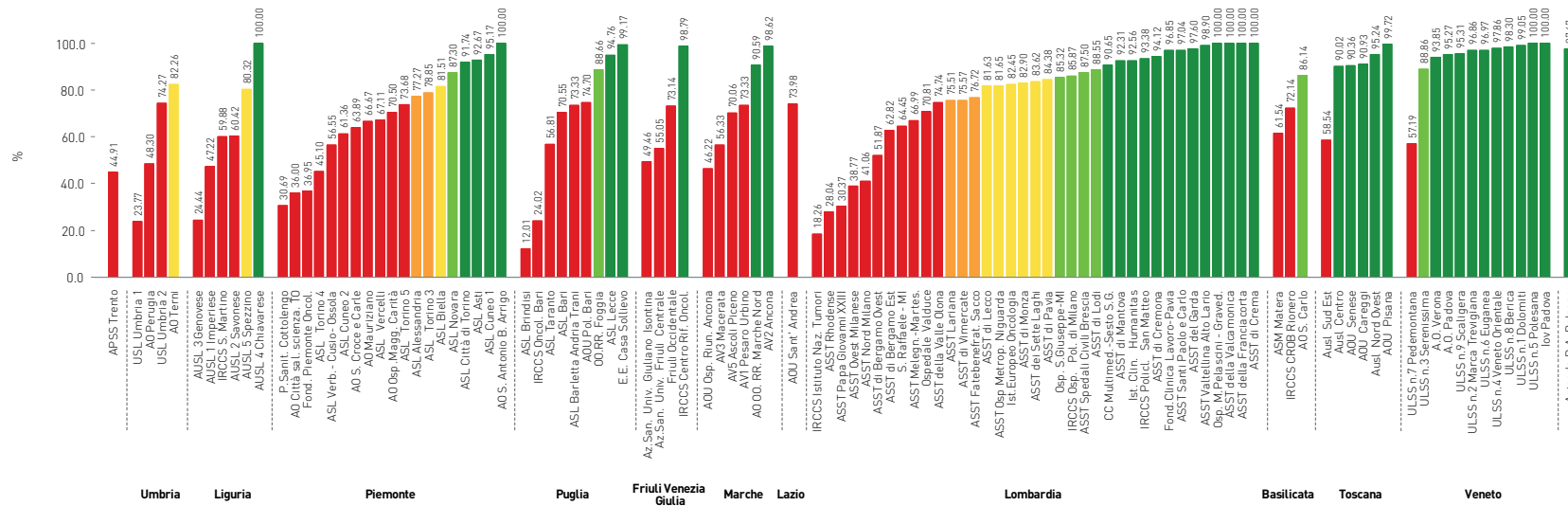
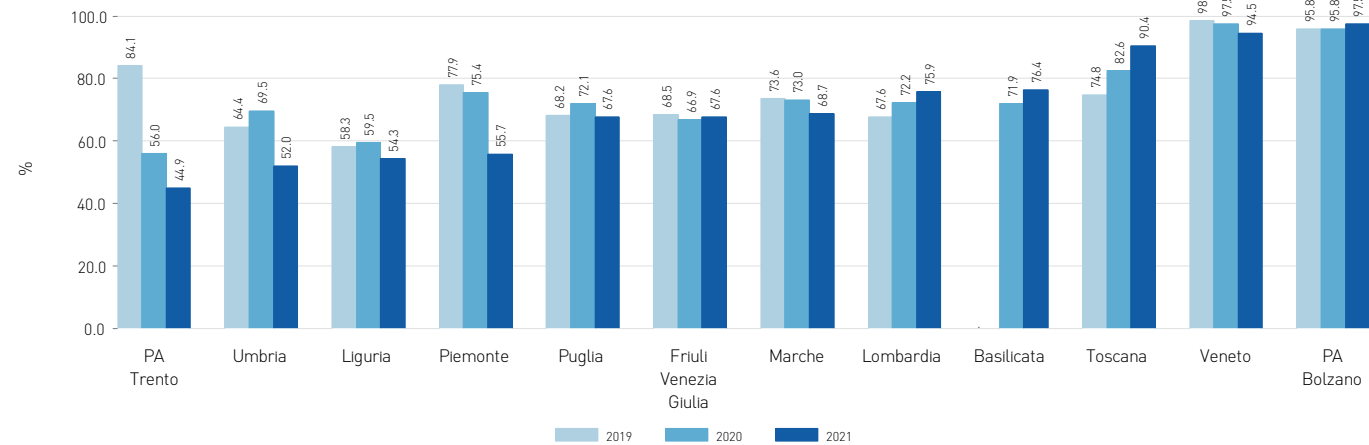
### C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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



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

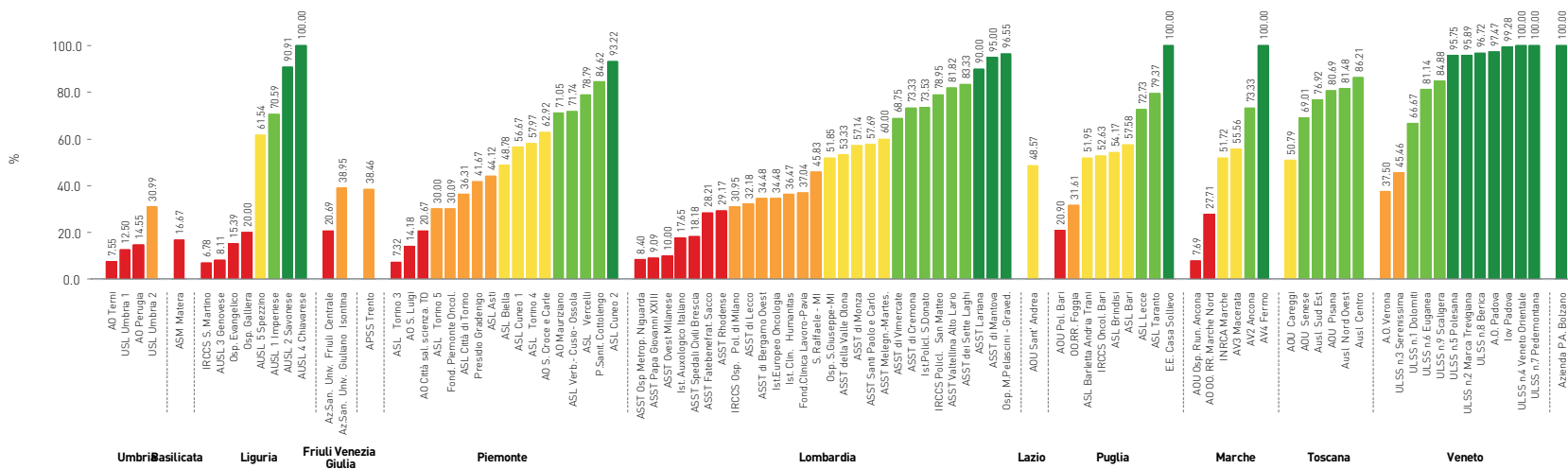
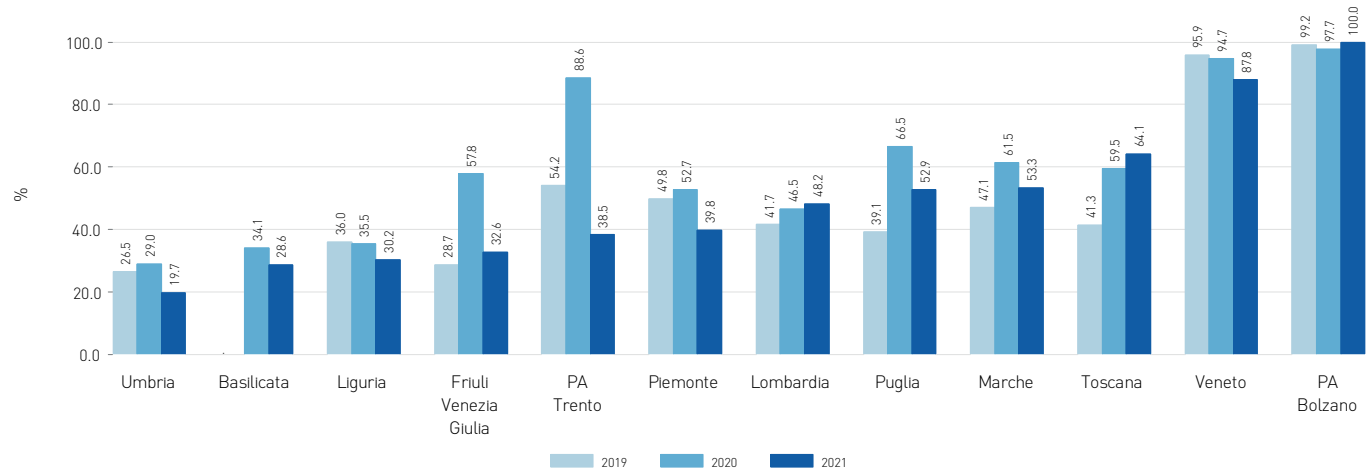
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo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





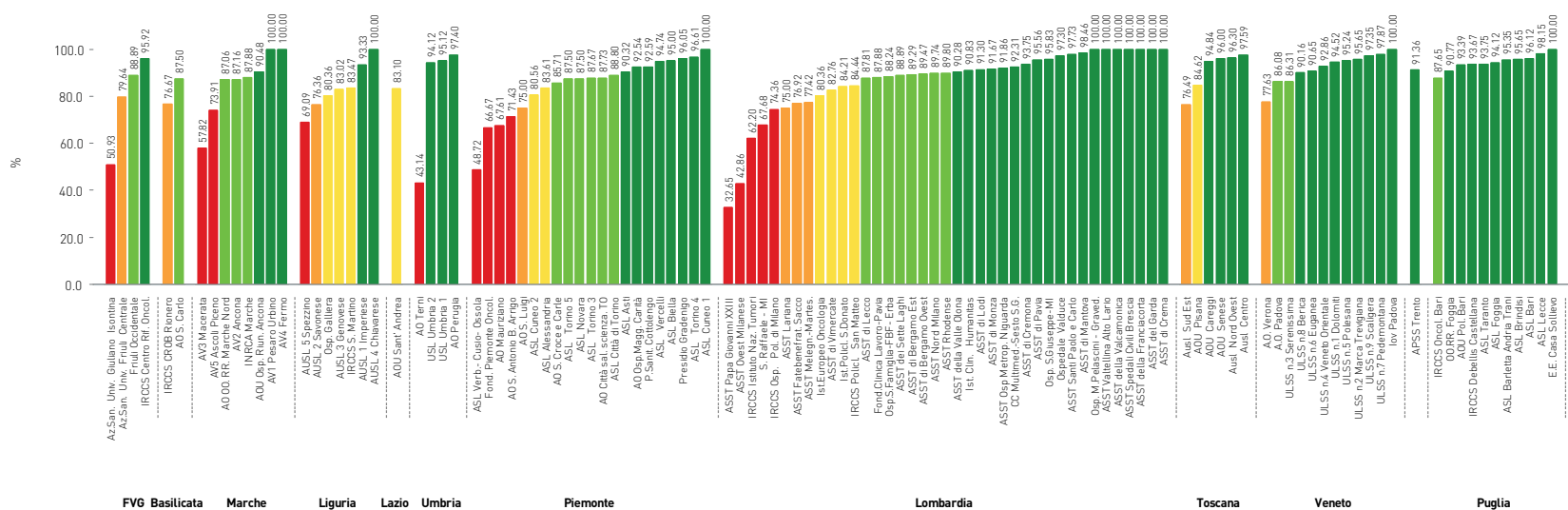
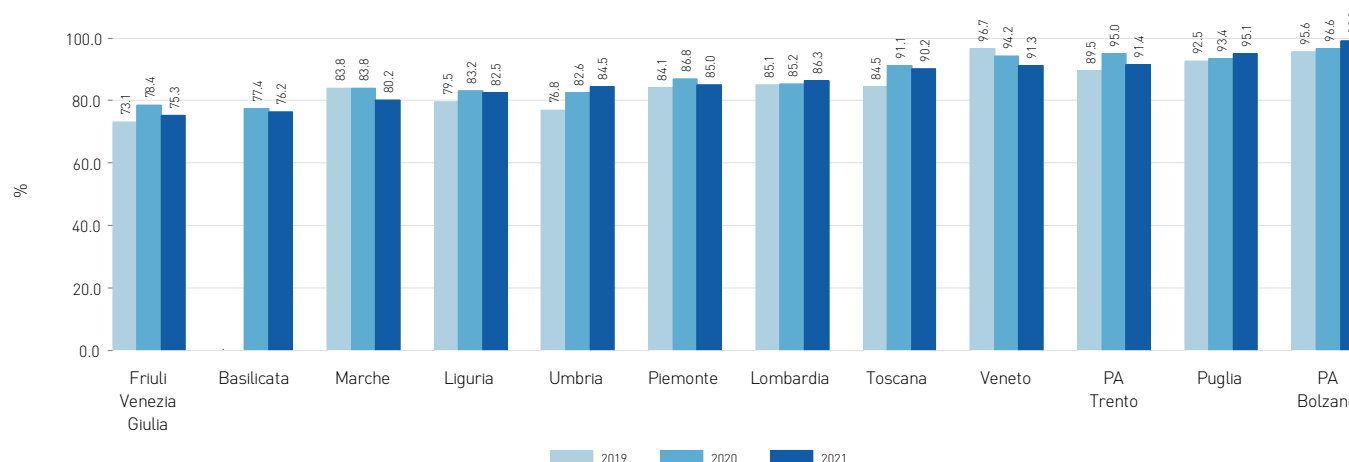
**C10.4.8 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata**

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



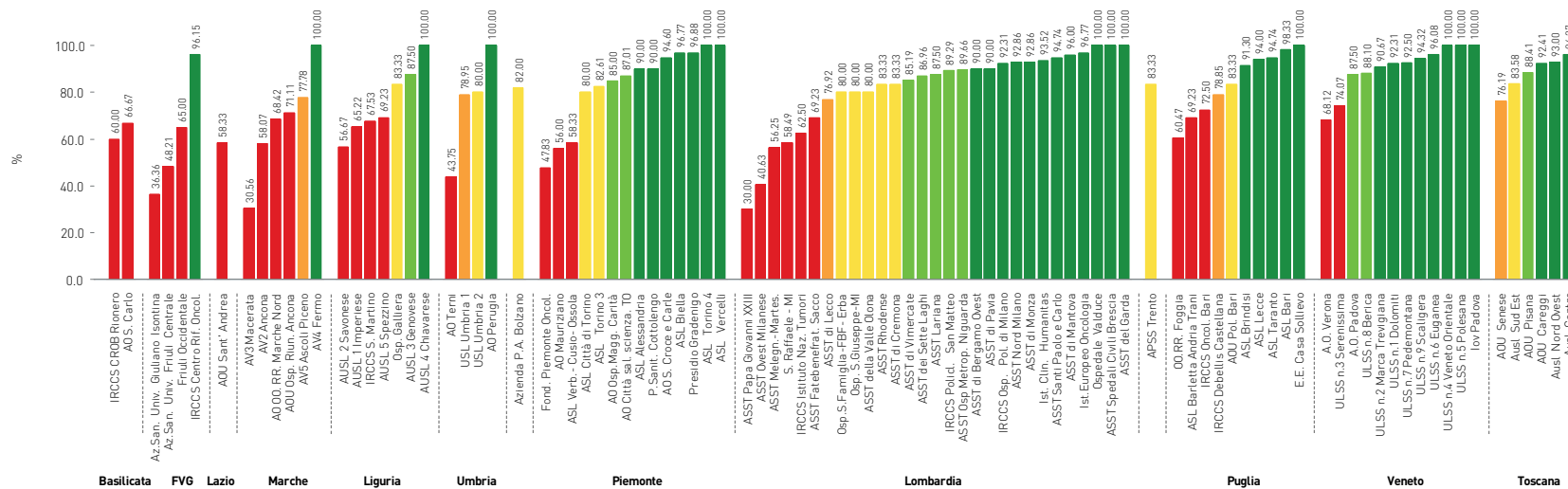
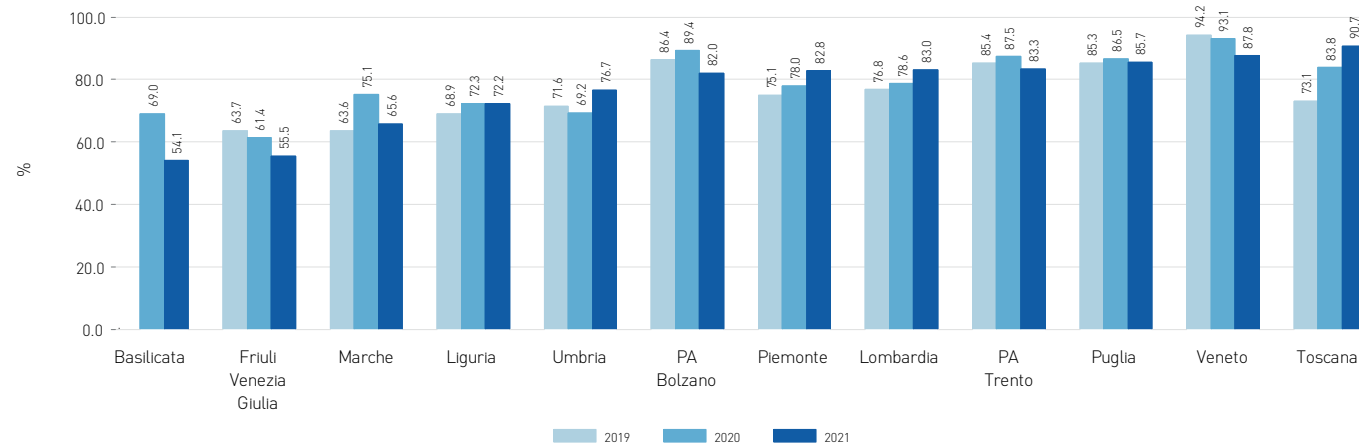
### C10.4.9 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon

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 prestazione erogate.



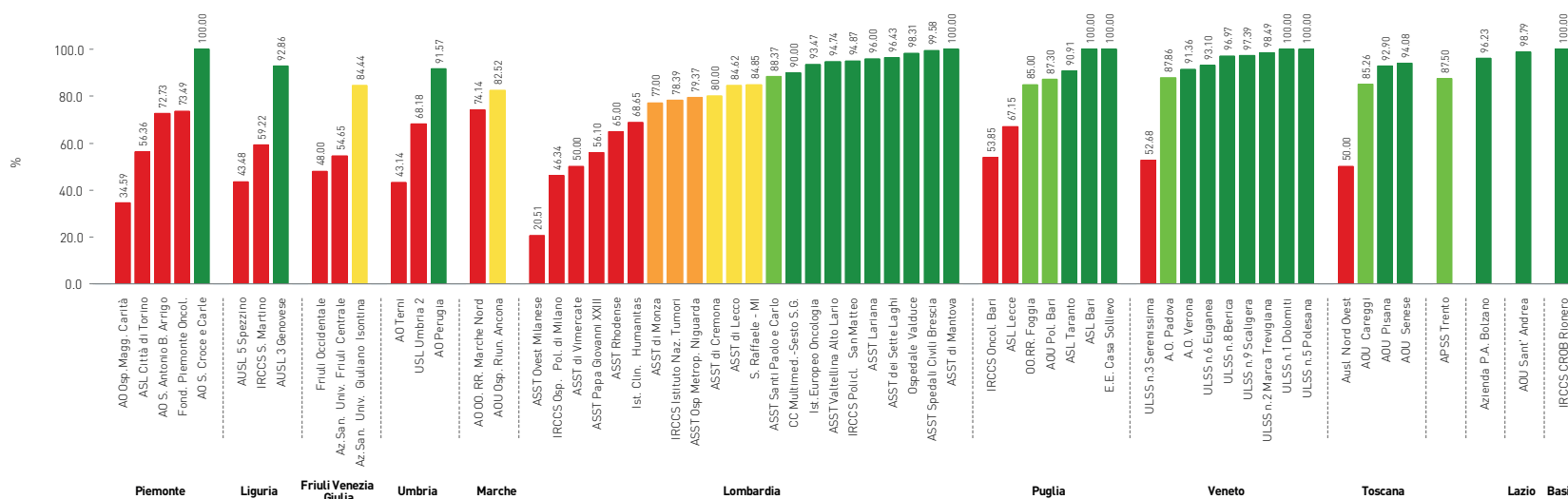
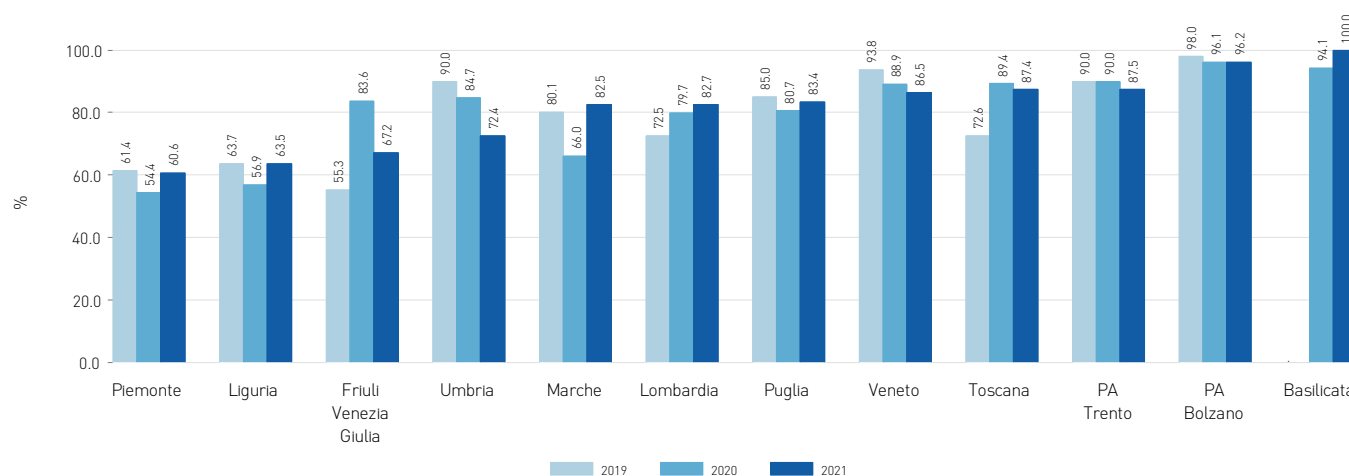
### C10.4.10 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto

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.



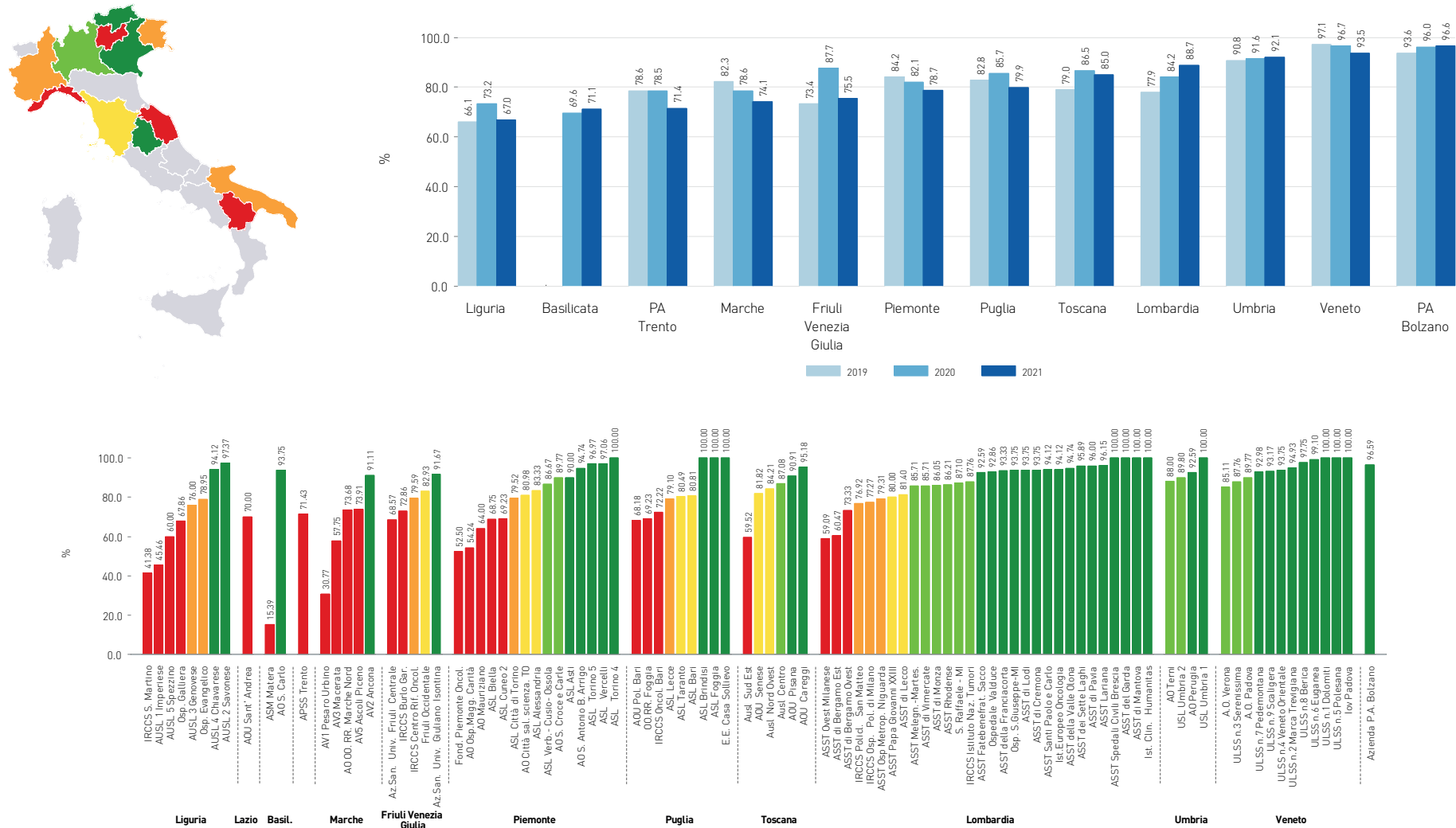
### C10.4.11 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone

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.



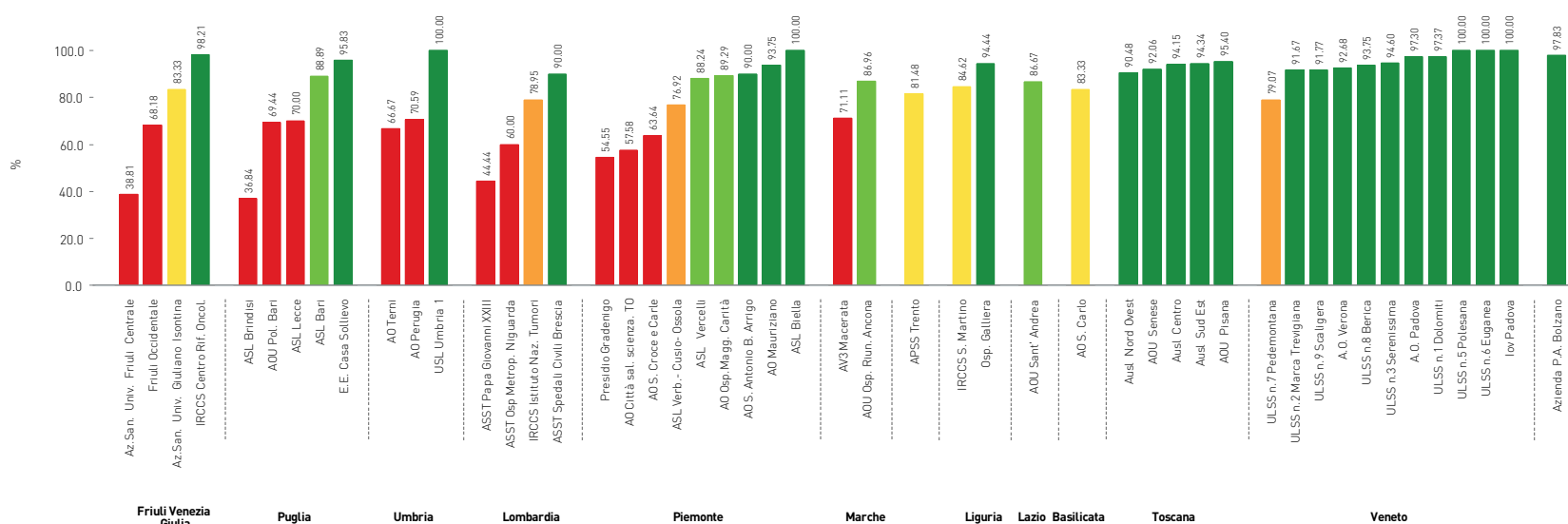
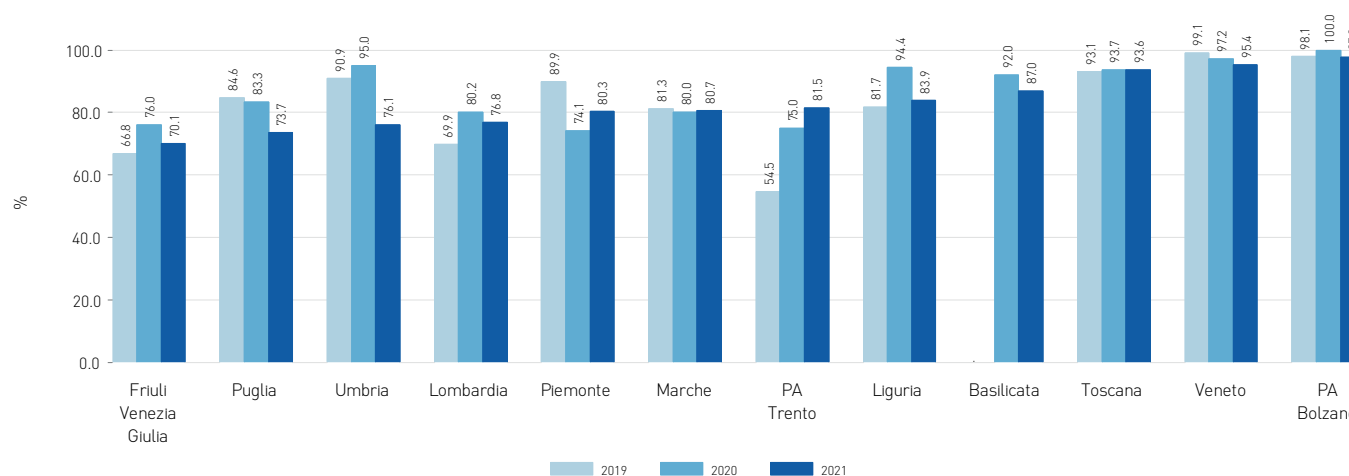
### C10.4.12 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero

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.



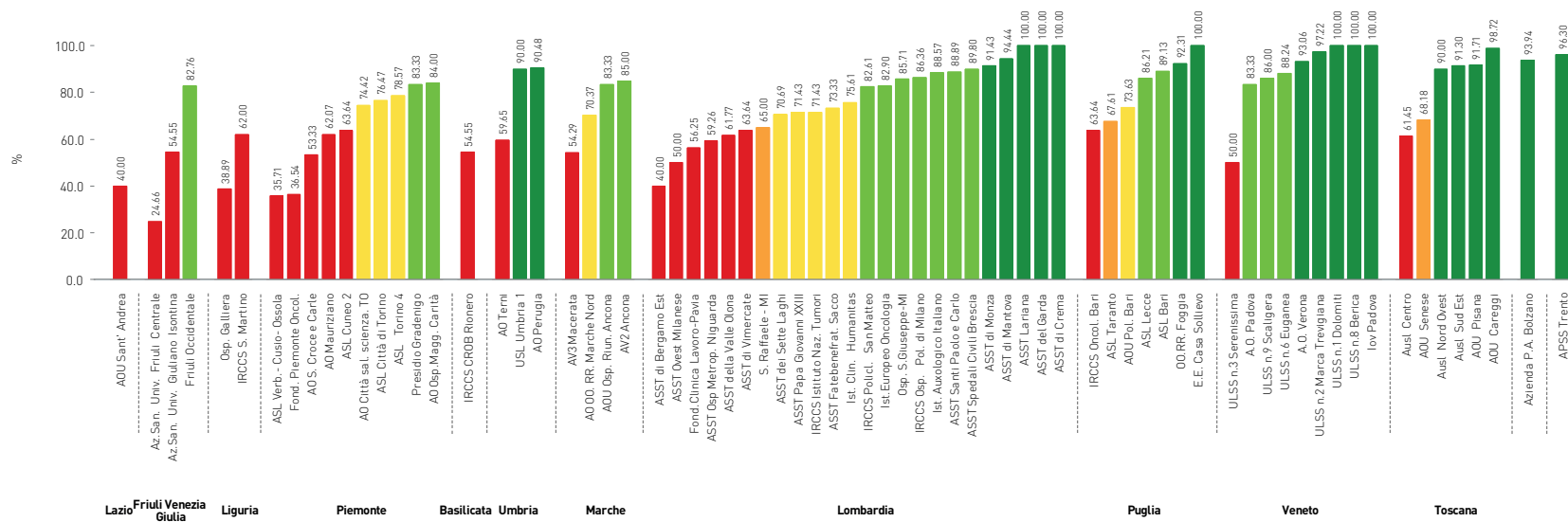
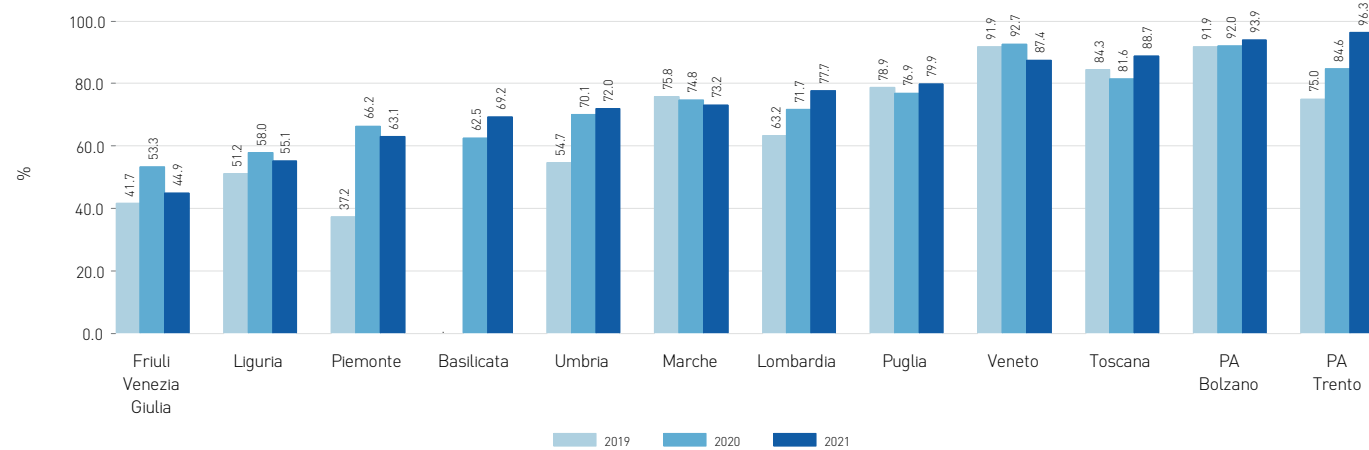
### C10.4.13 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma

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 prestazione erogate.



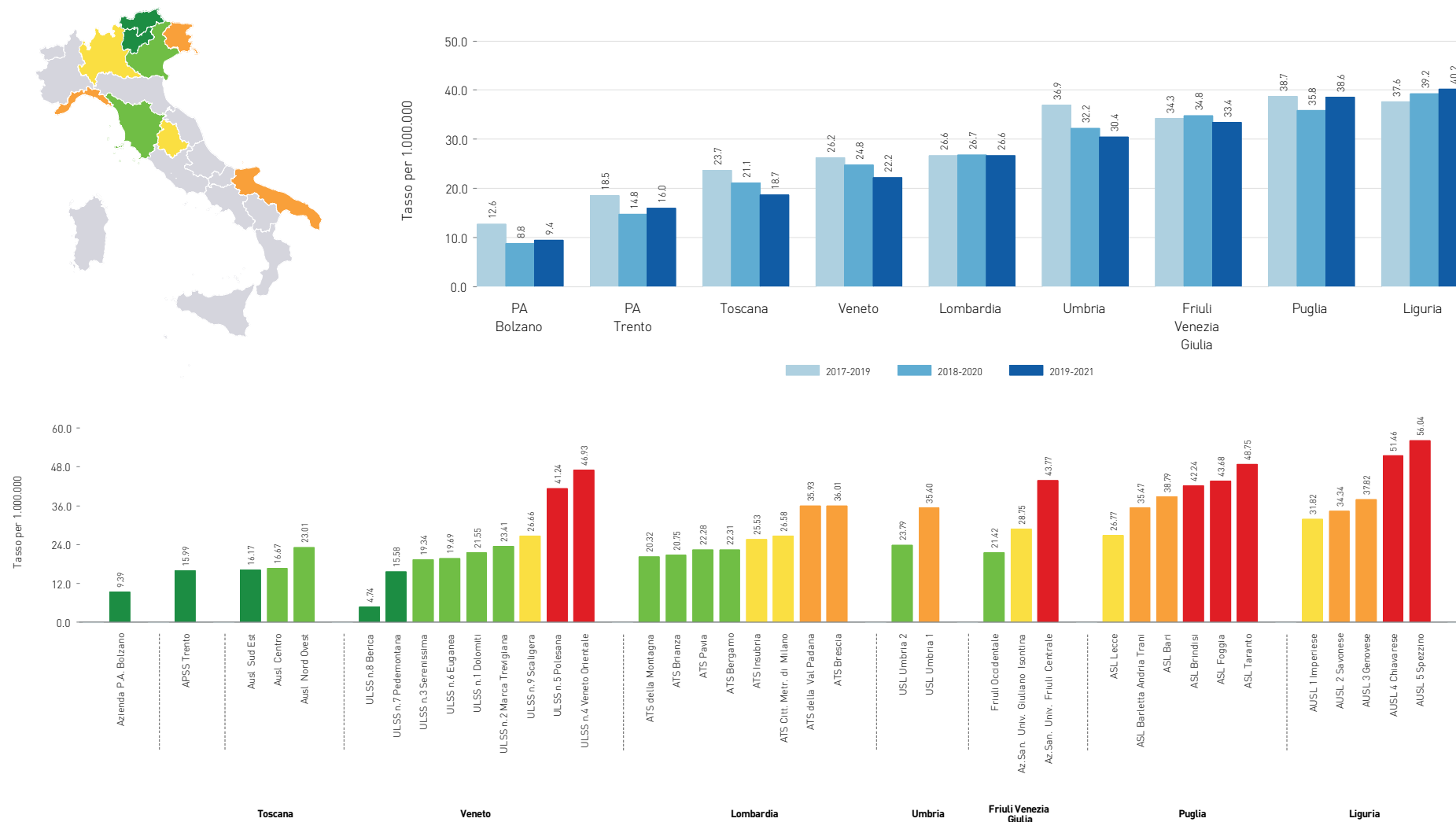
**C10.4.14 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide**

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.



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

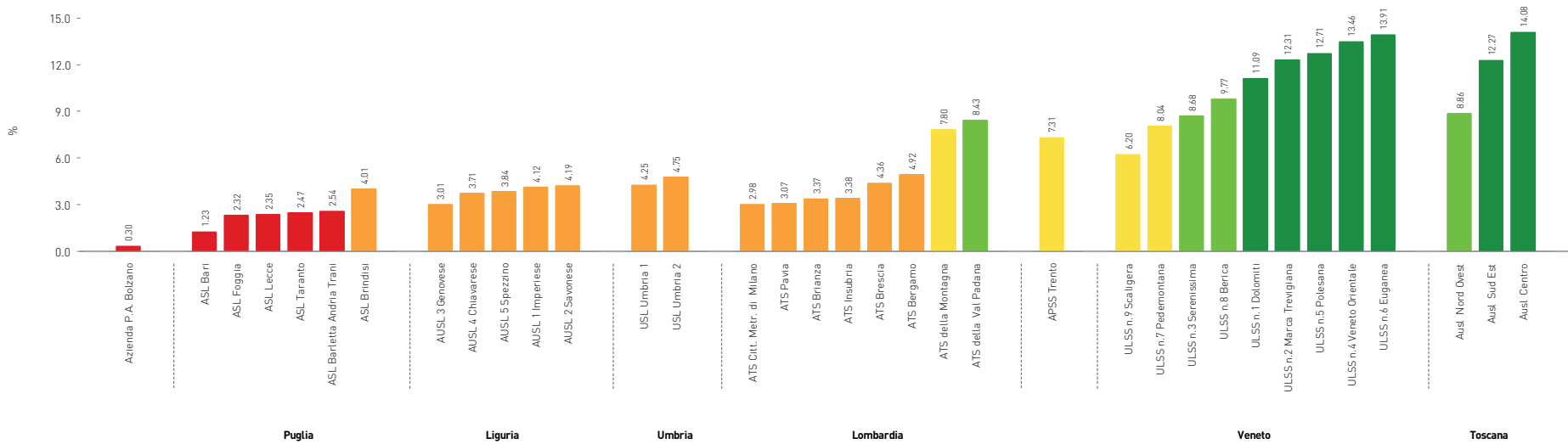
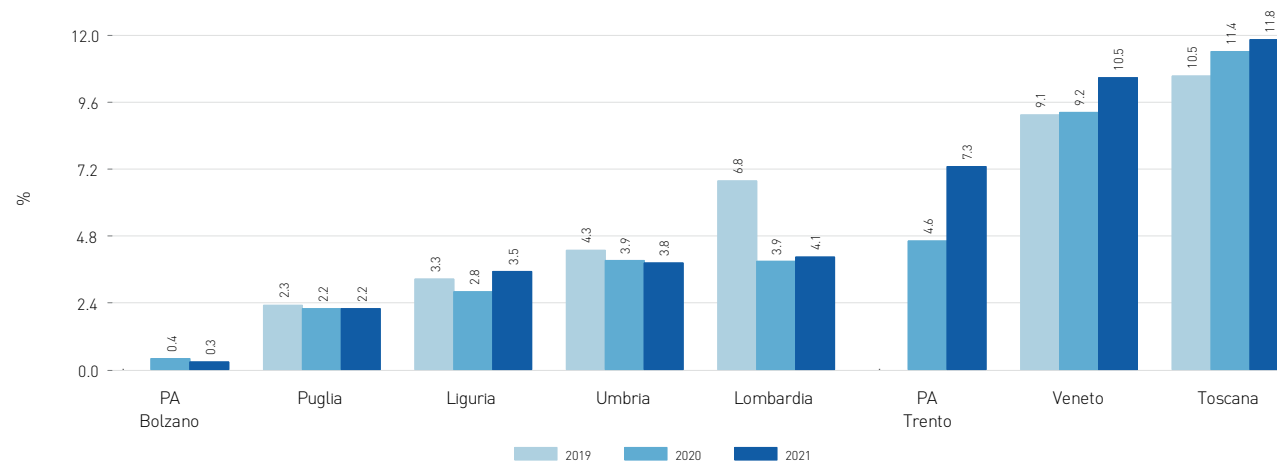
I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori dovute alla 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 [Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016]. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.





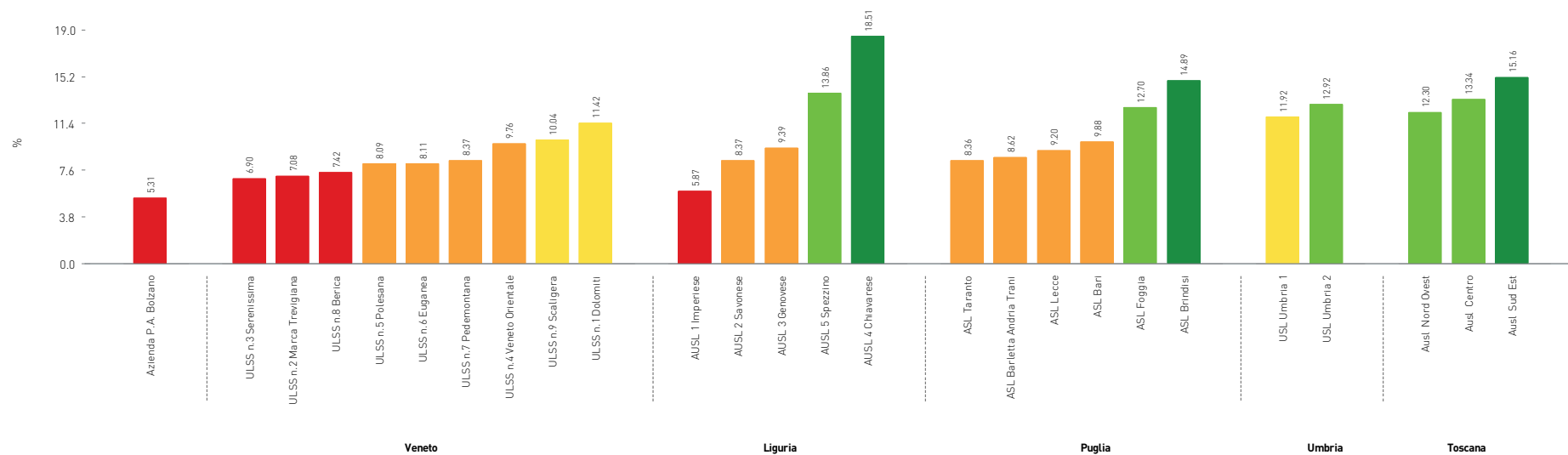
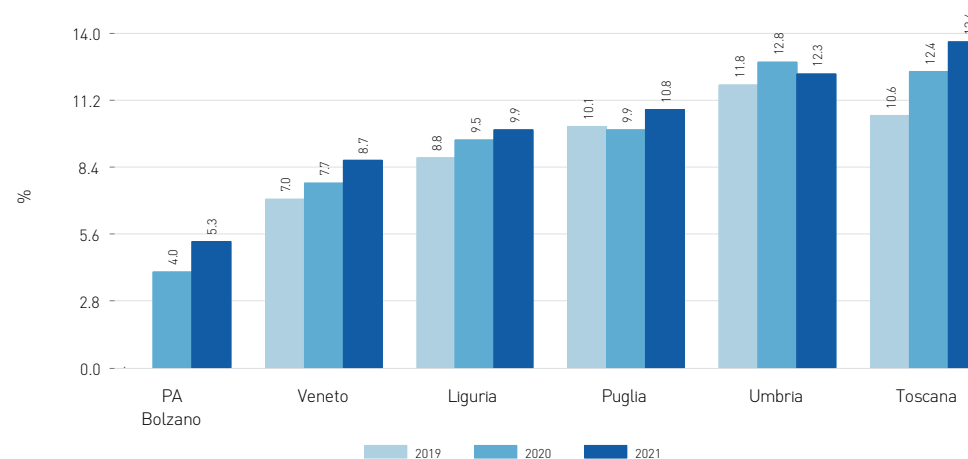
### B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva la percentuale di anziani con almeno un accesso in cure domiciliari per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali mono professionali occasionali.



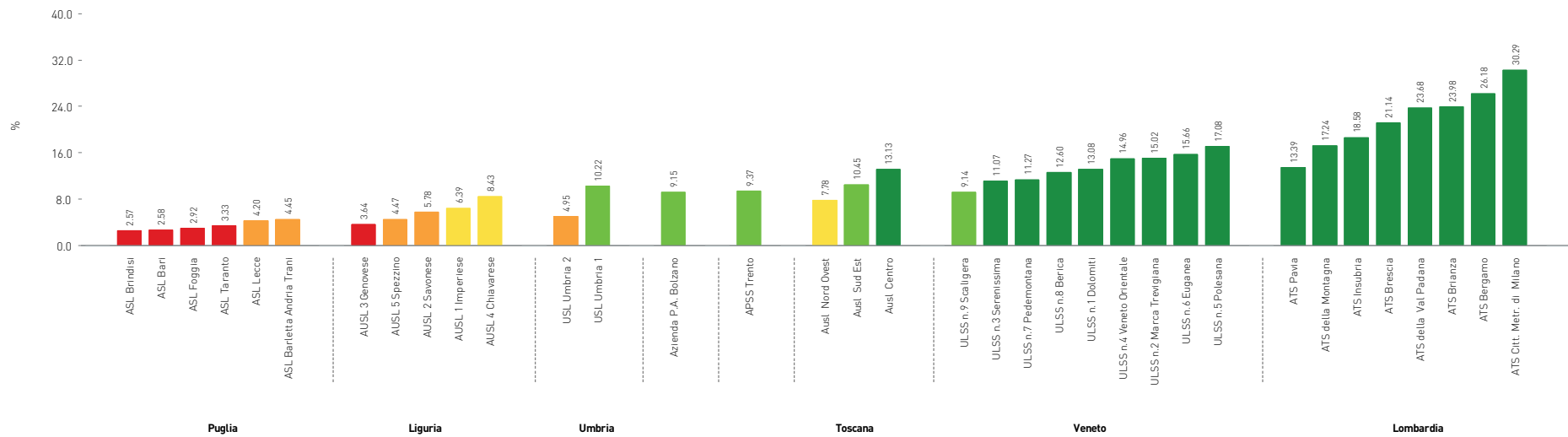
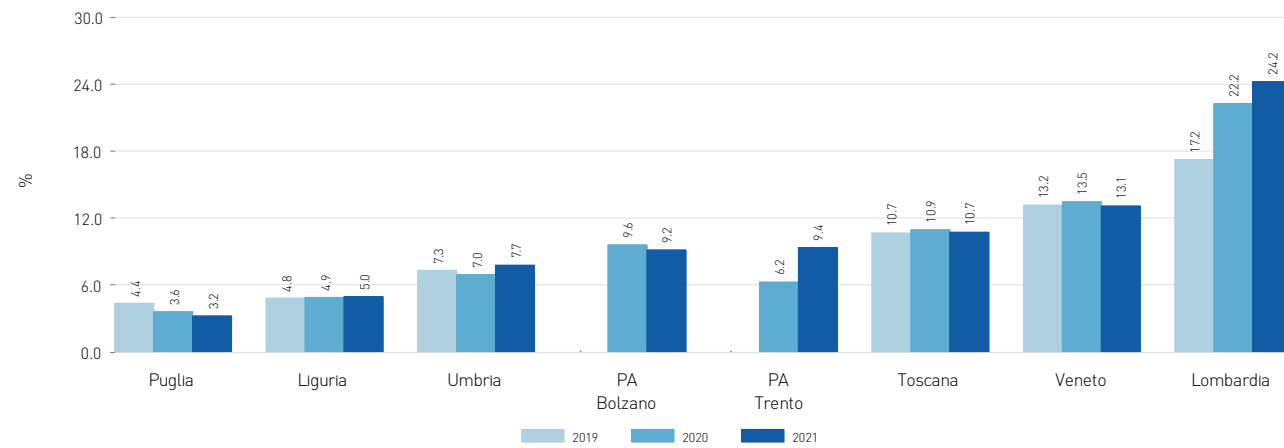
### B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

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



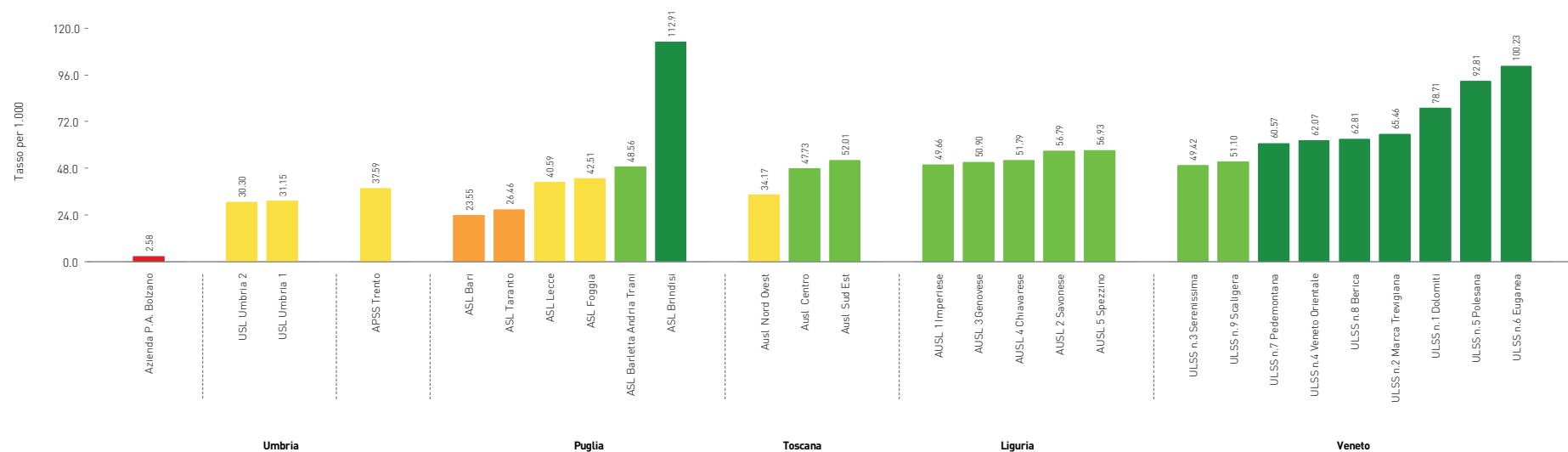
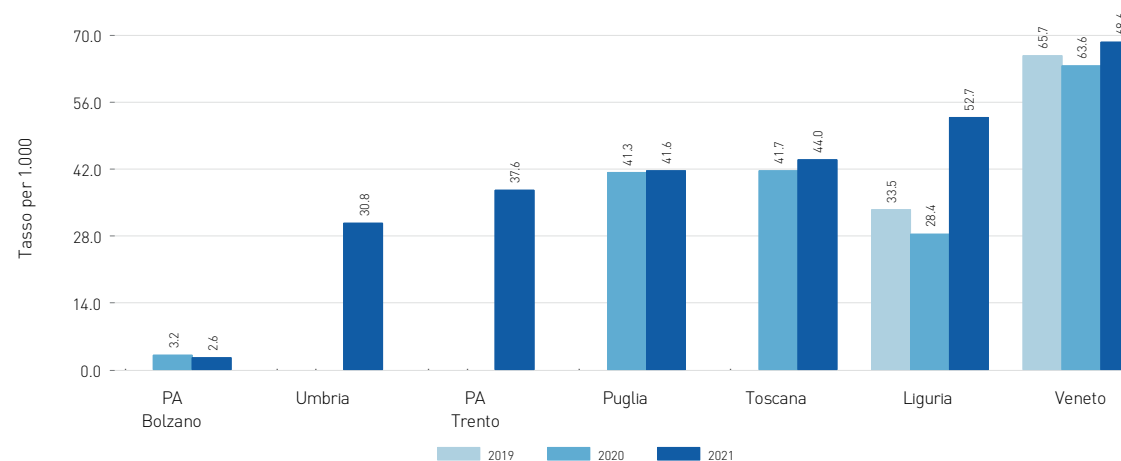
### B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

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.



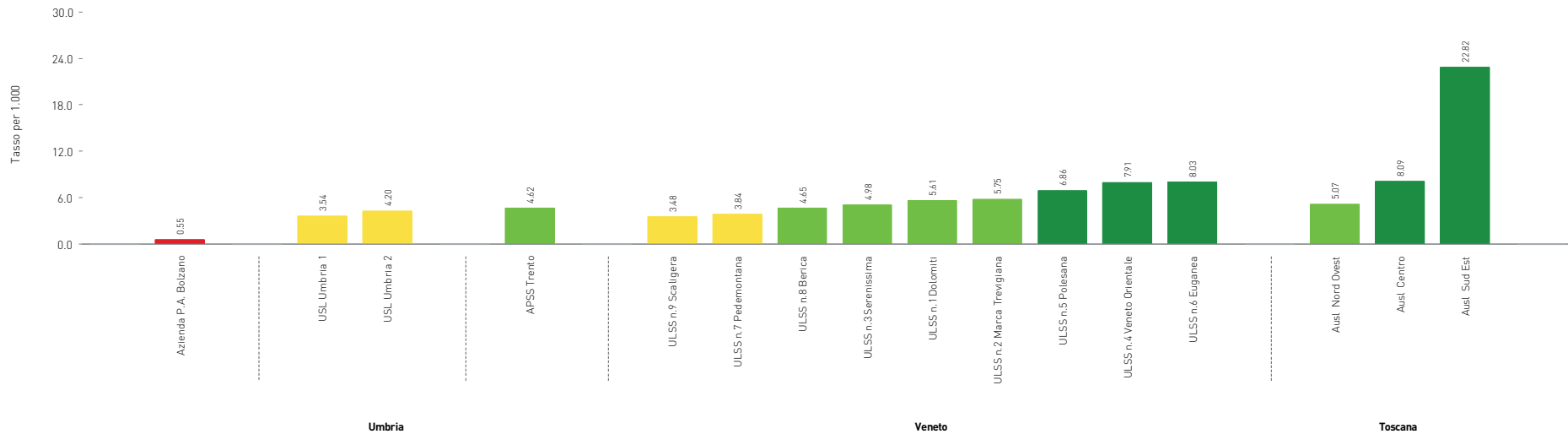
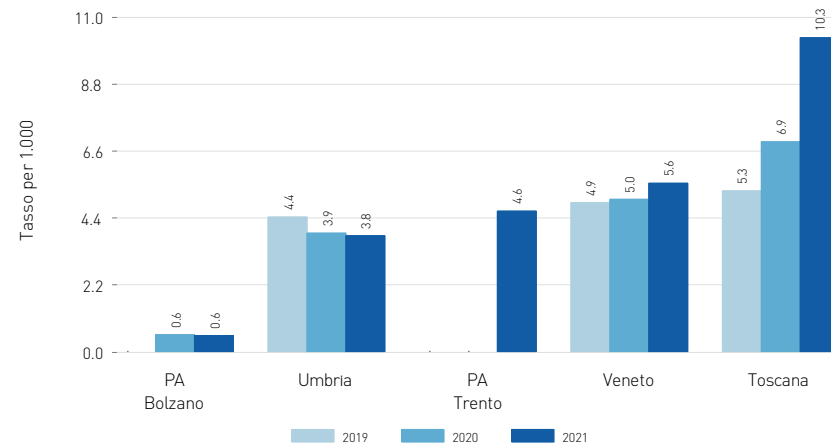
### B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari

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



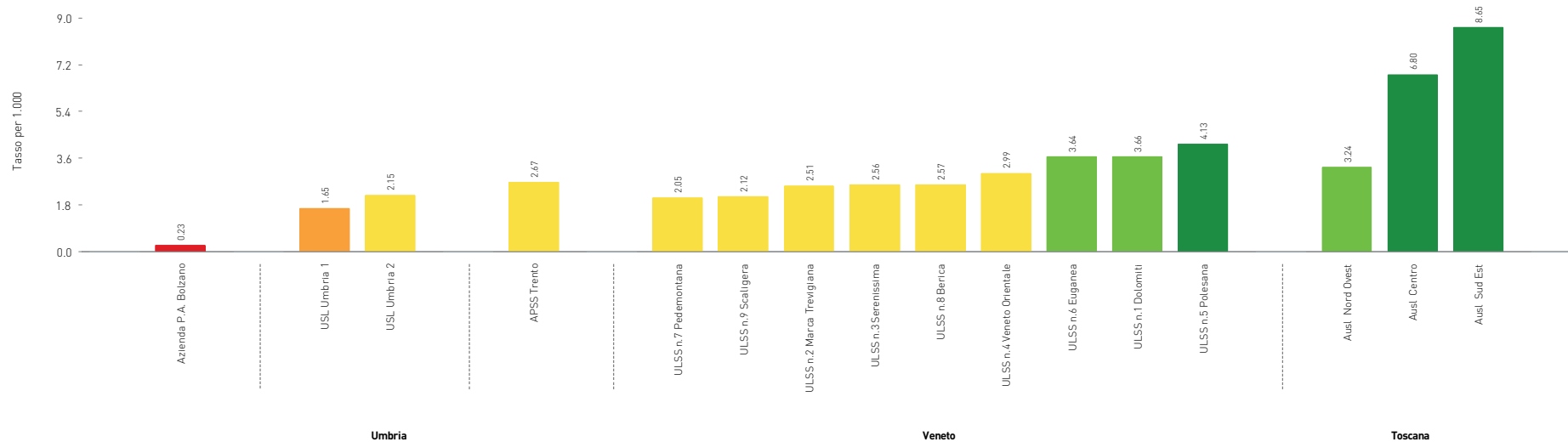
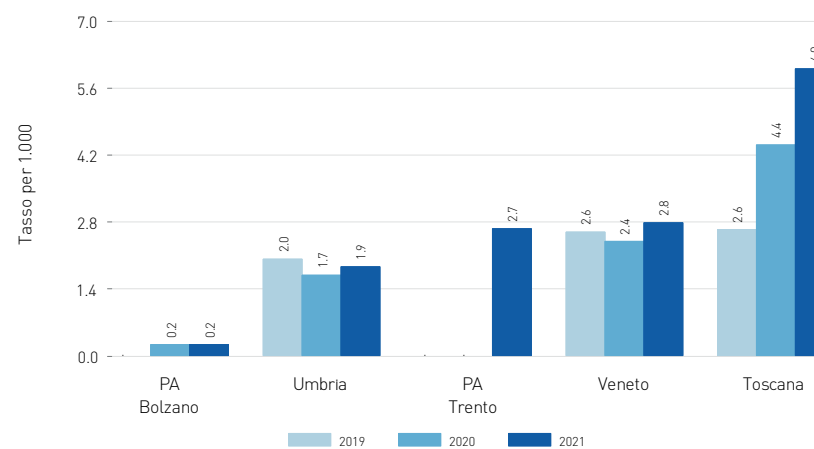
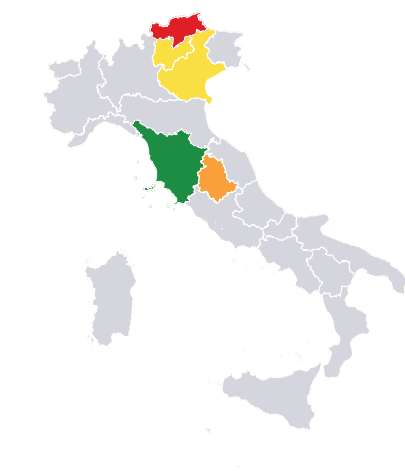
## D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per livello di intensità assistenziale



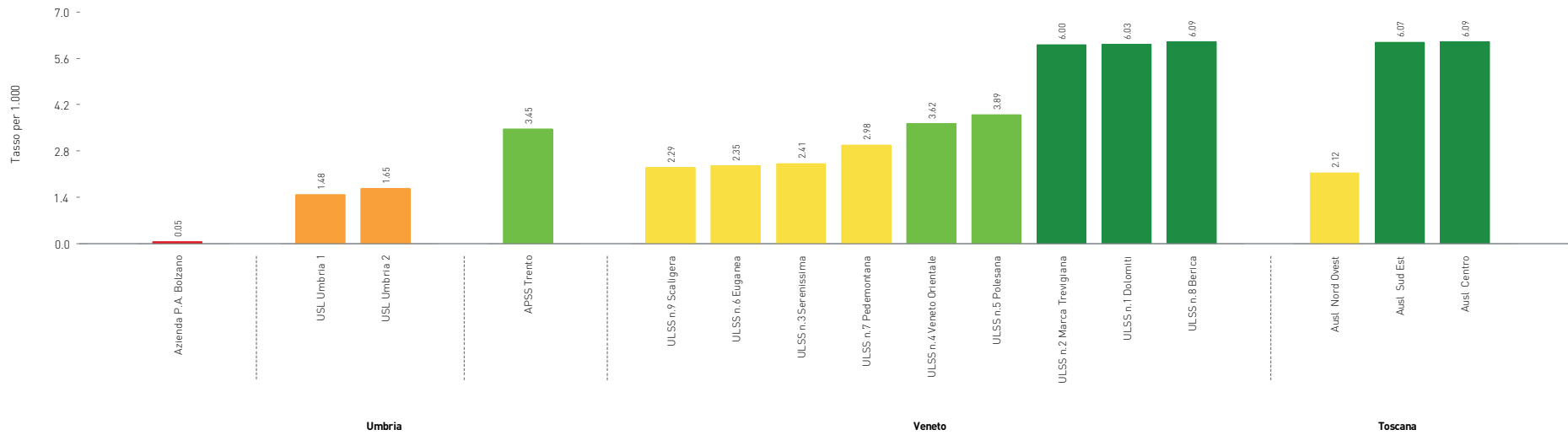
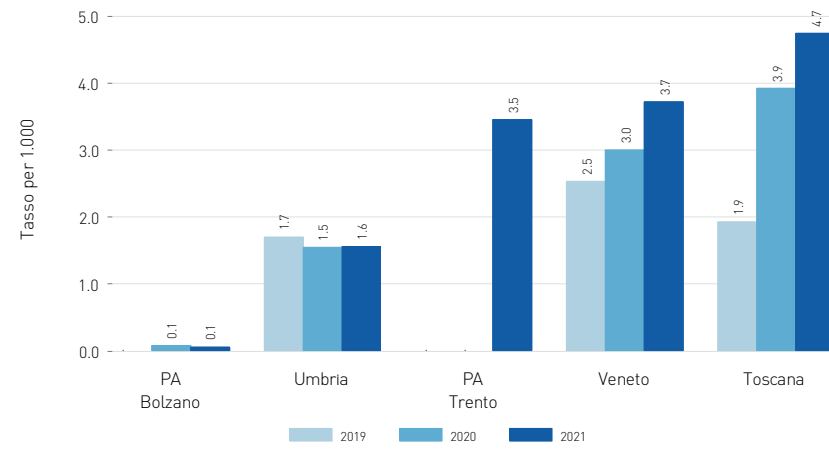
## D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per livello di intensità assistenziale.



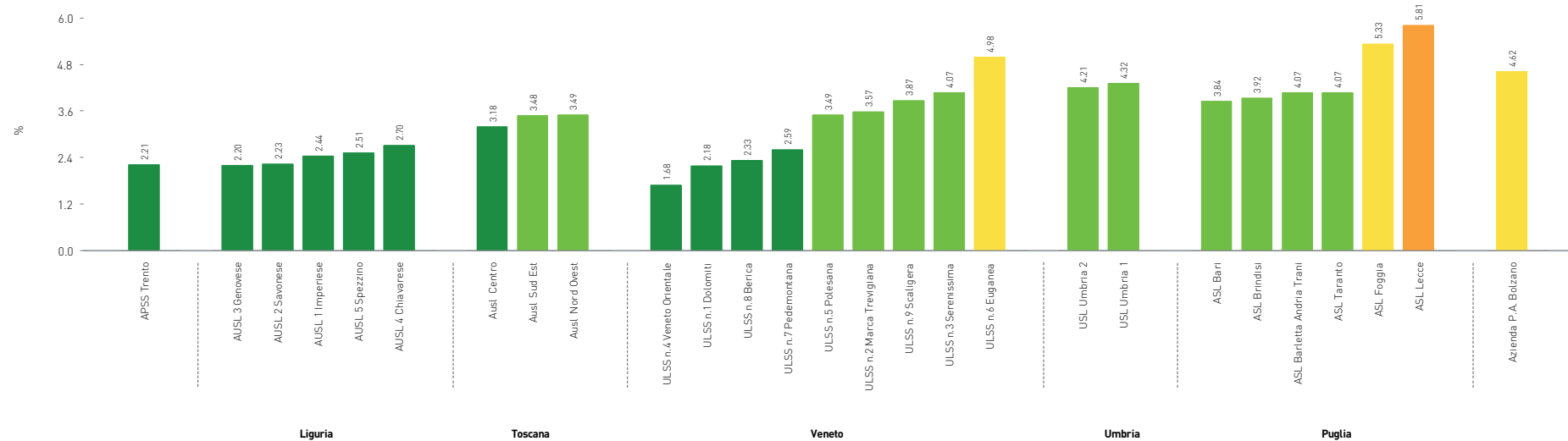
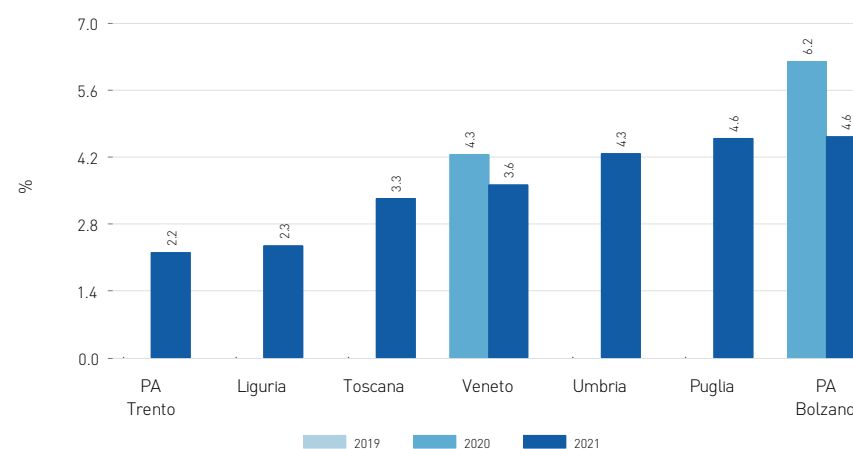
### D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per livello di intensità assistenziale.



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

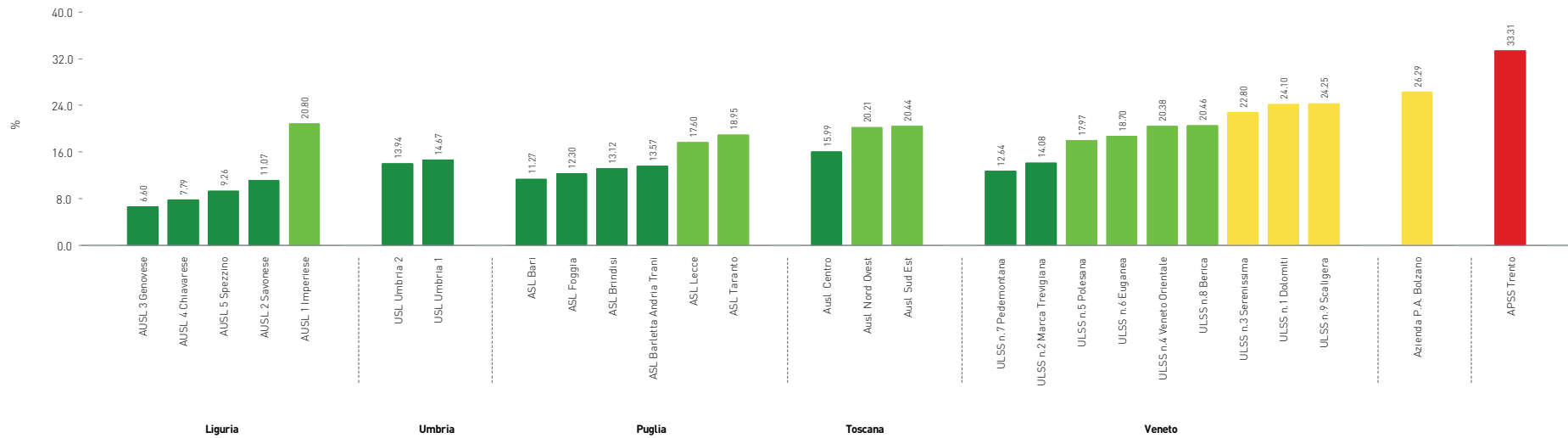
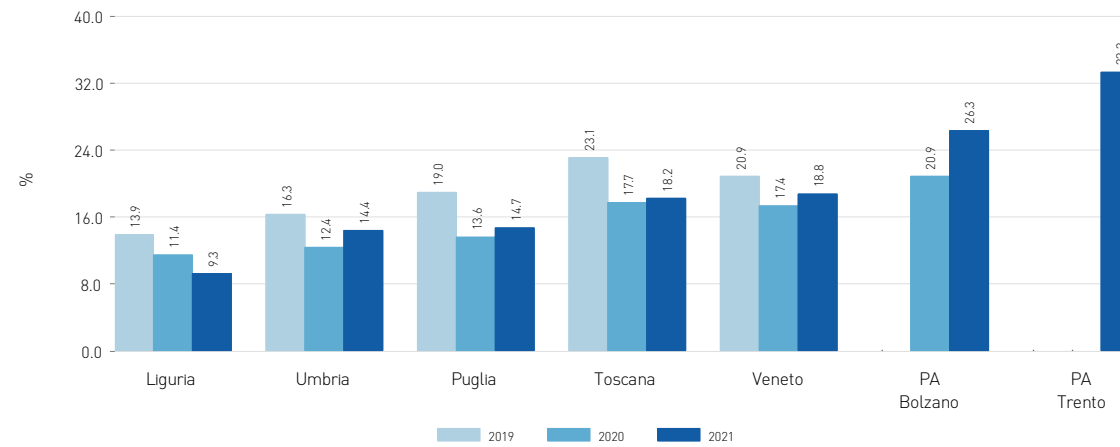
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico, urgenti. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una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





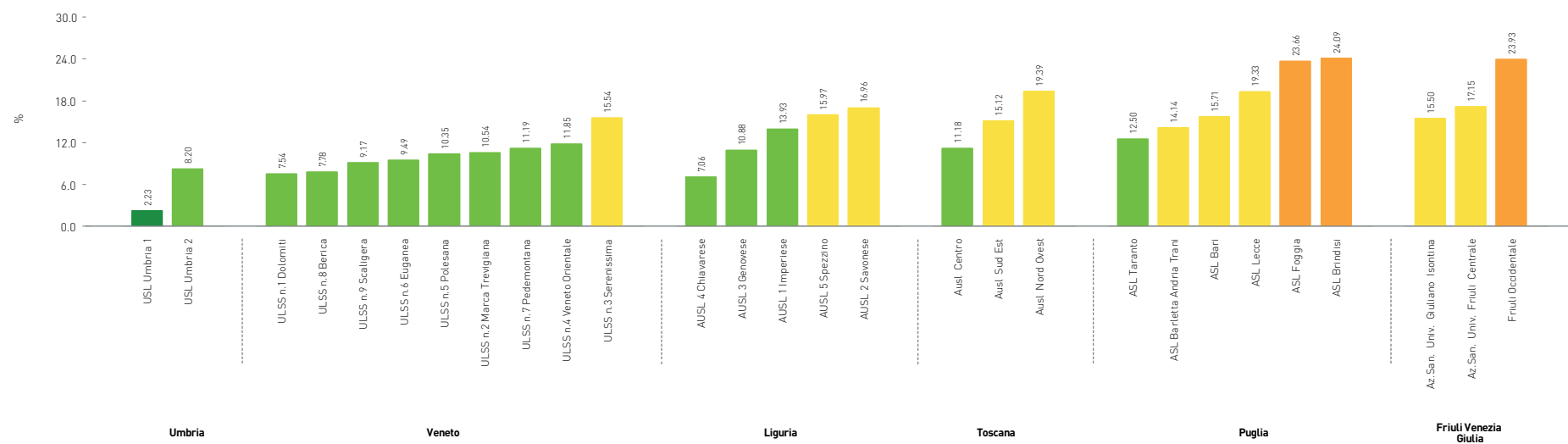
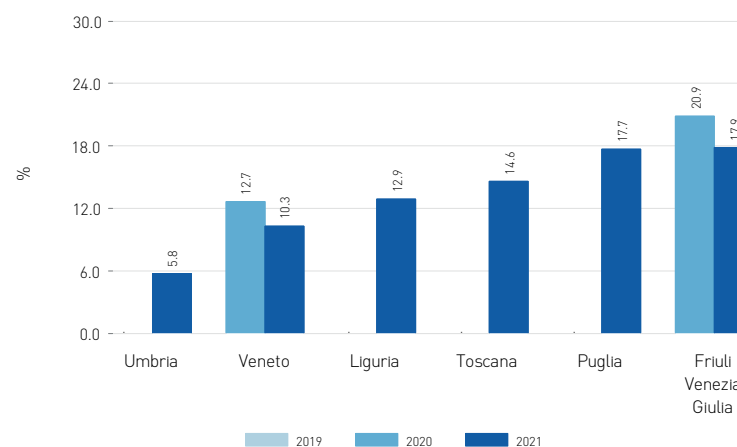
### B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

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



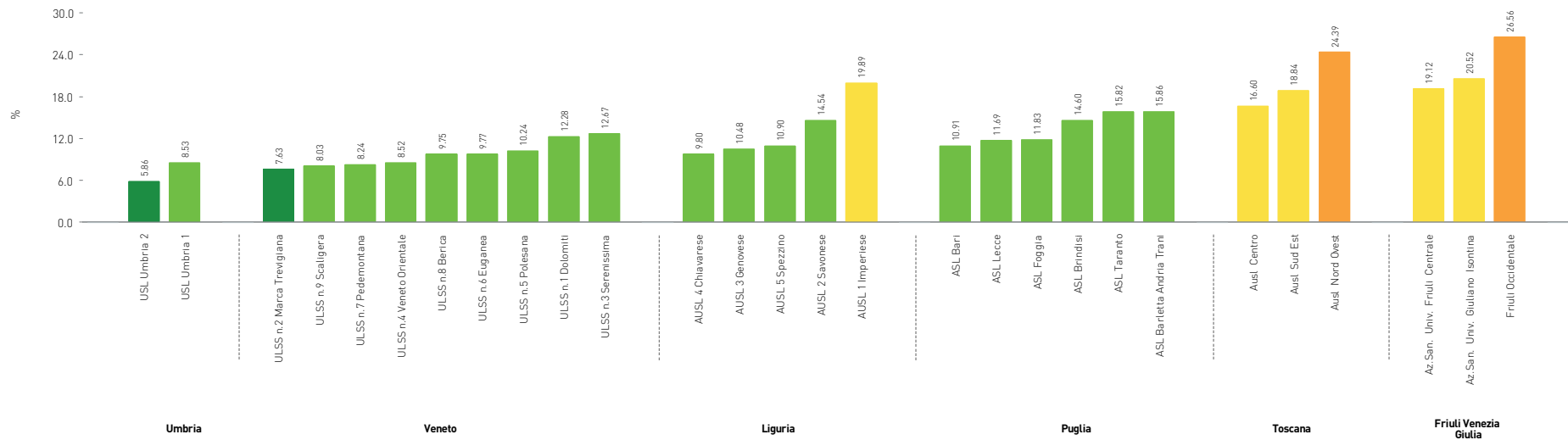
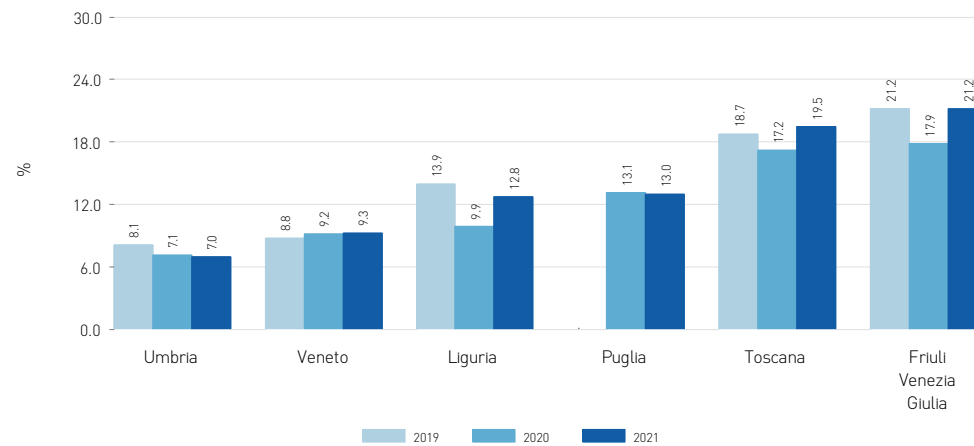
### B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)

L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, 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.



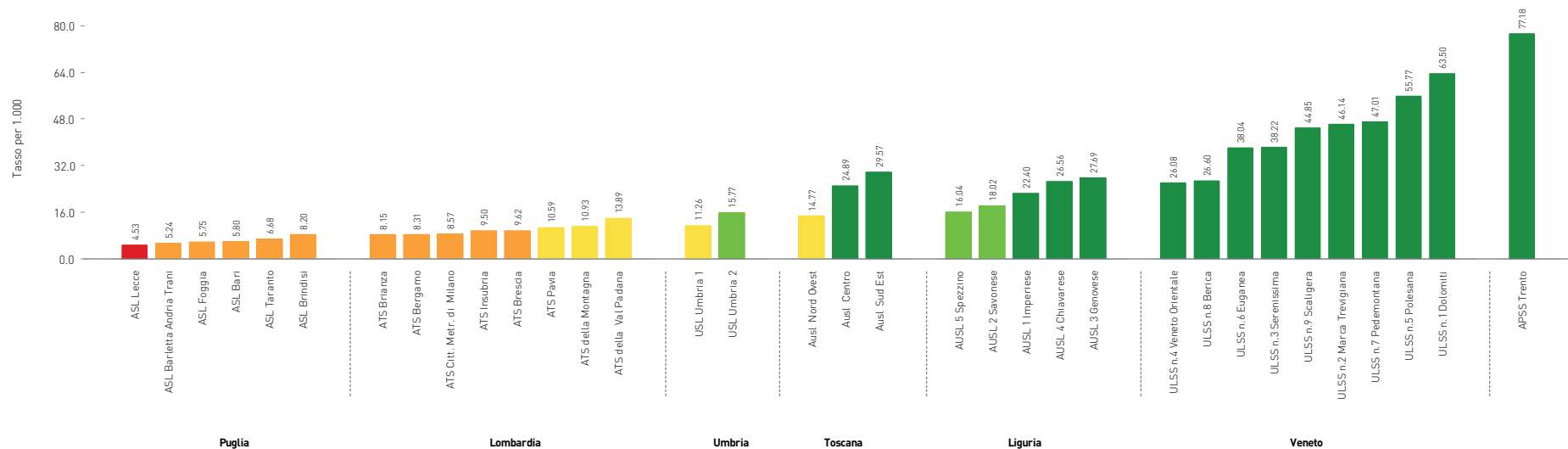
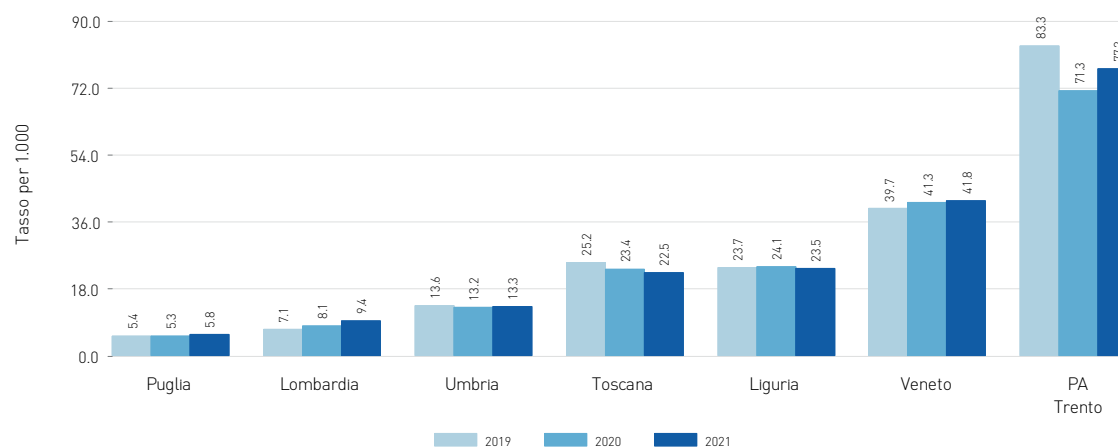
### B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

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.



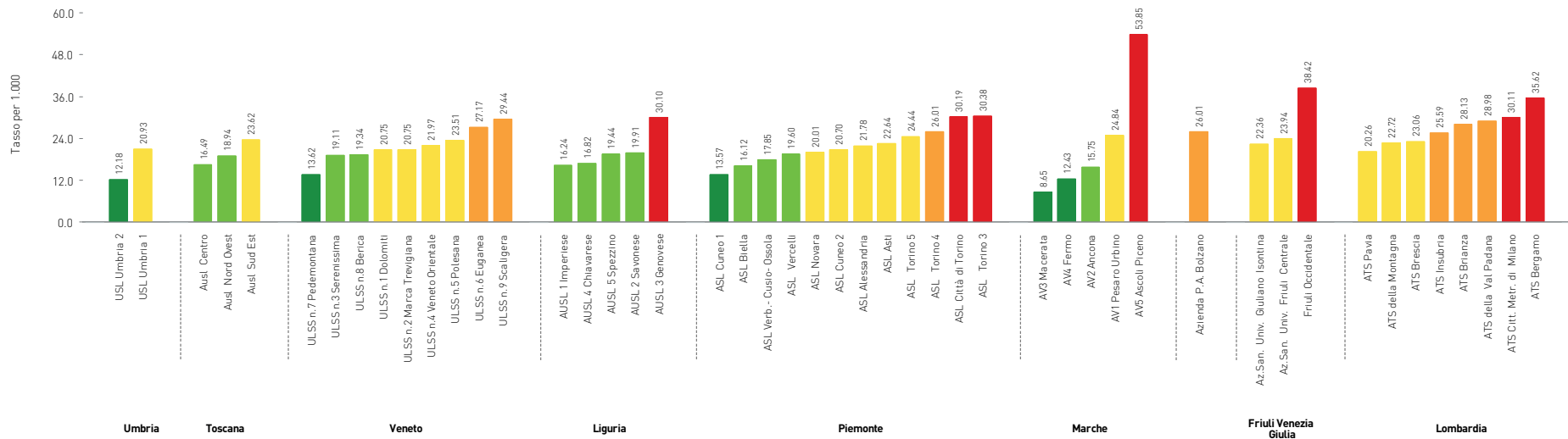
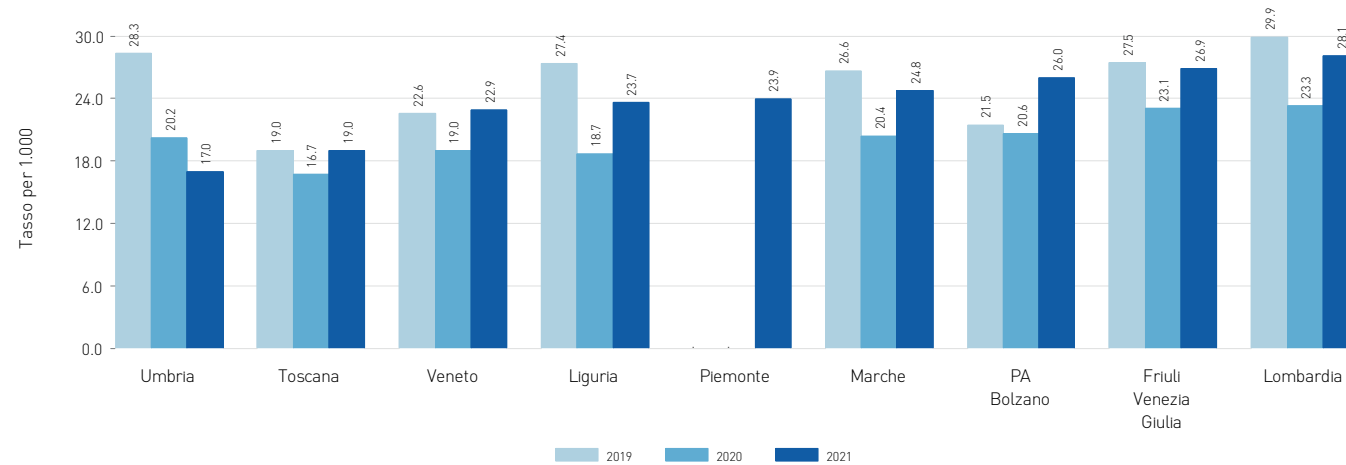
### D33ZA.R3 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3

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



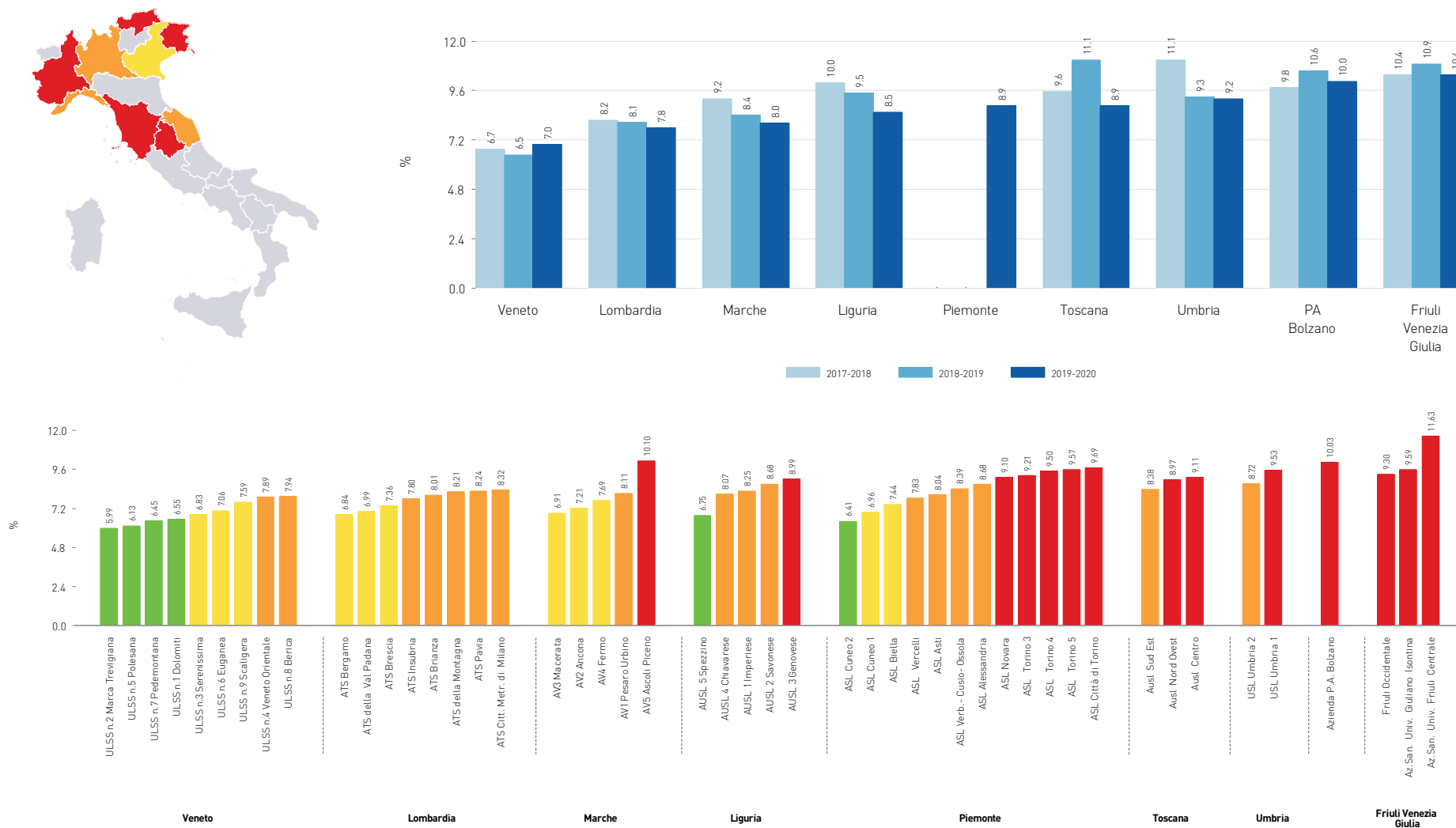
### C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato è pertanto segnaletico di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.



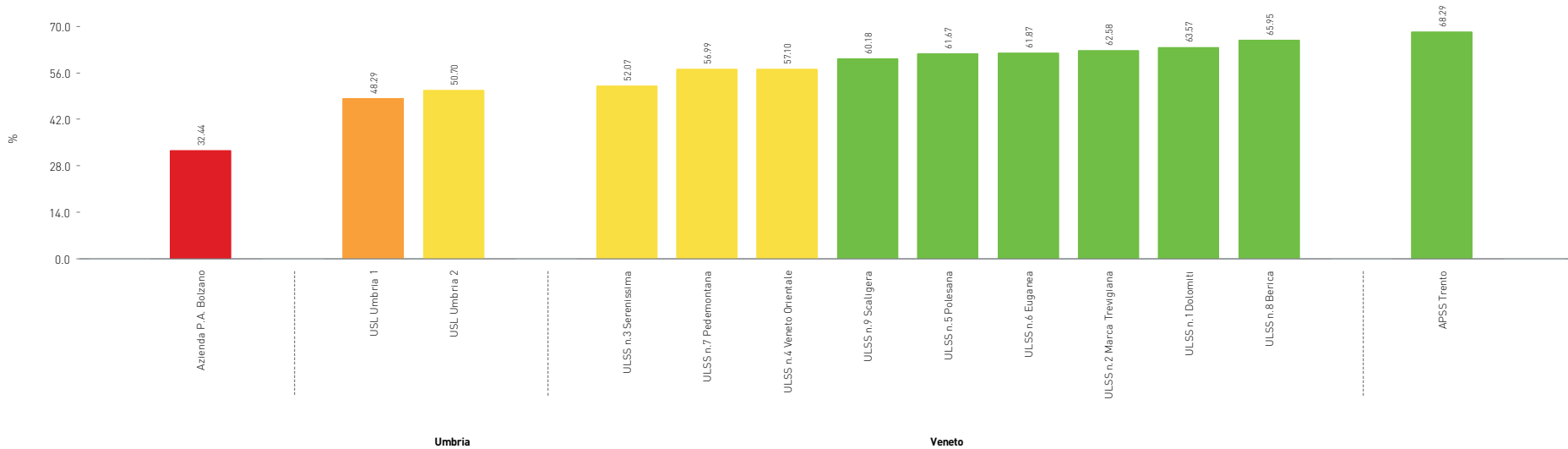
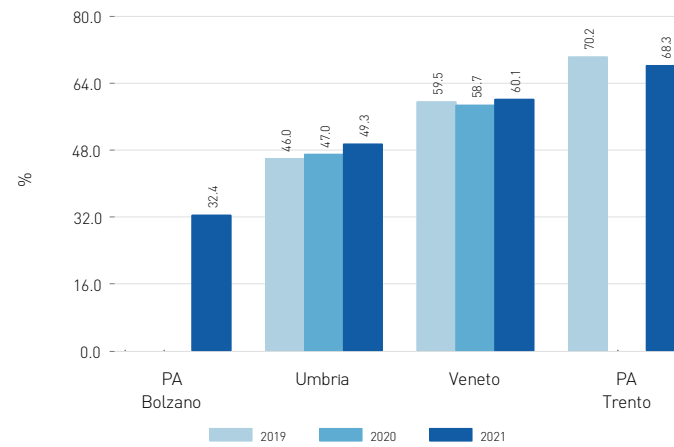
### C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine 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.



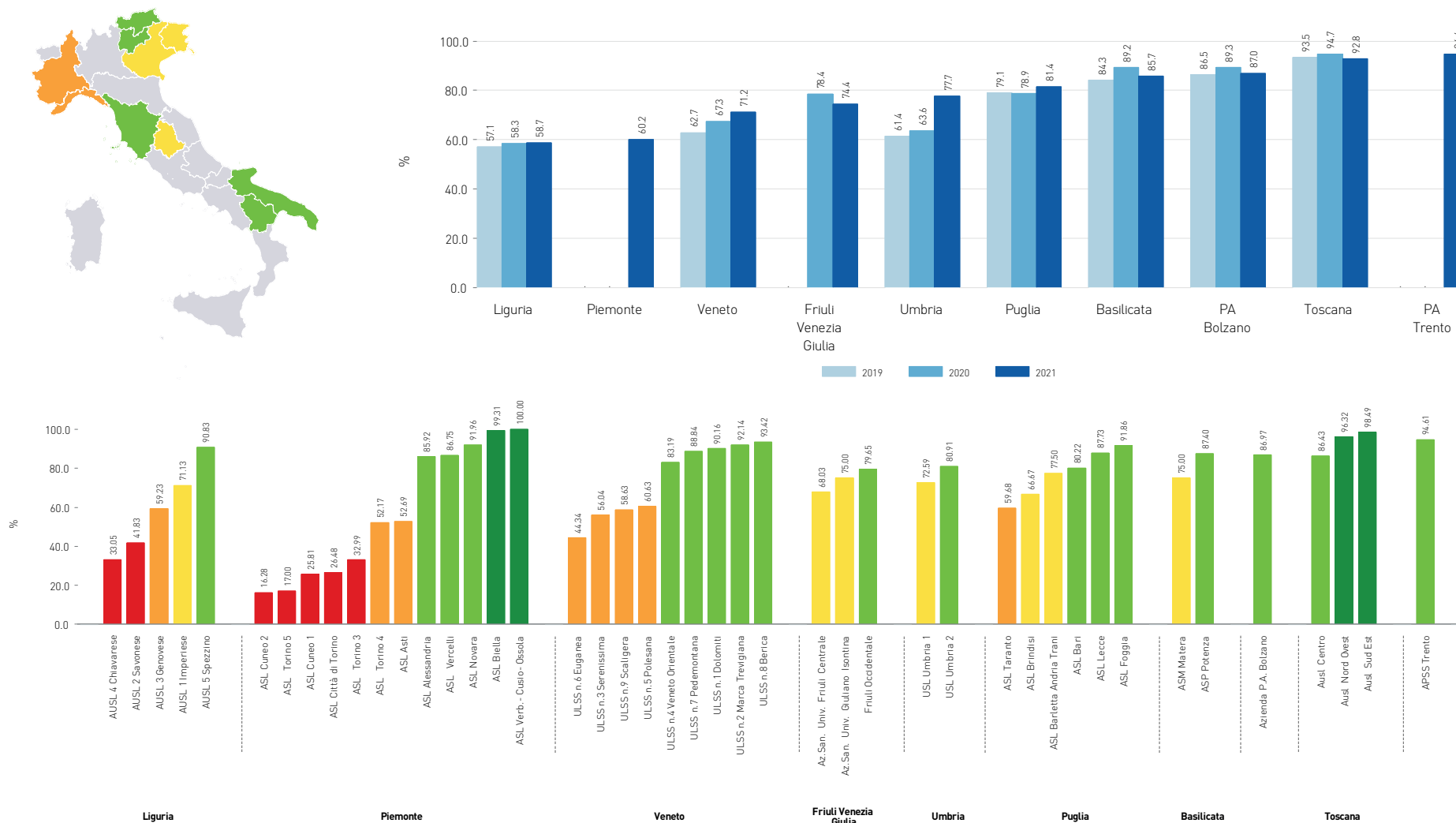
### C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative

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



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

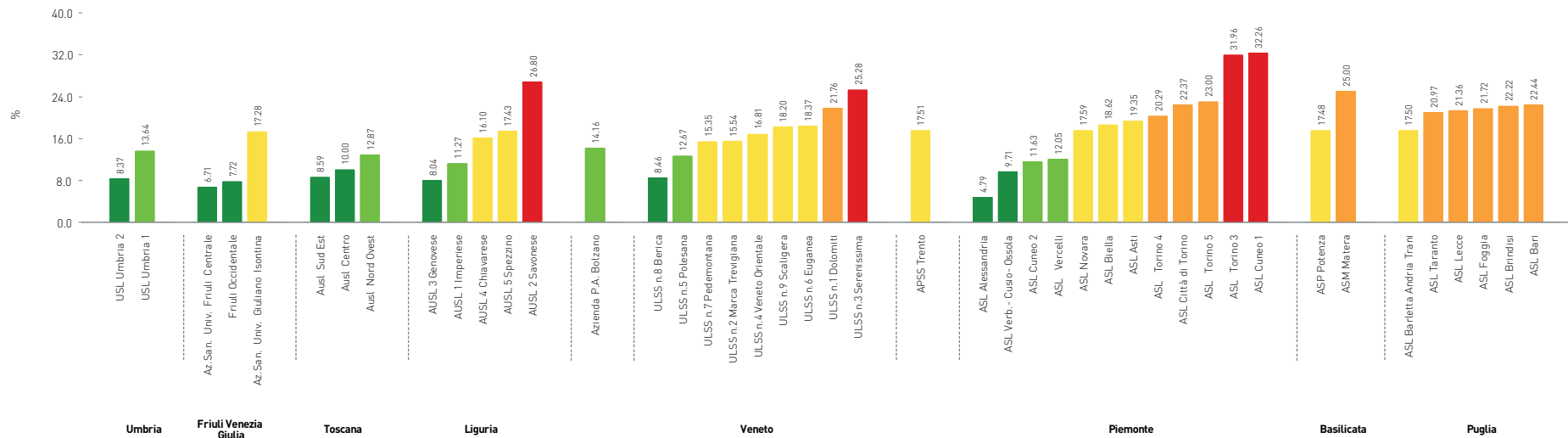
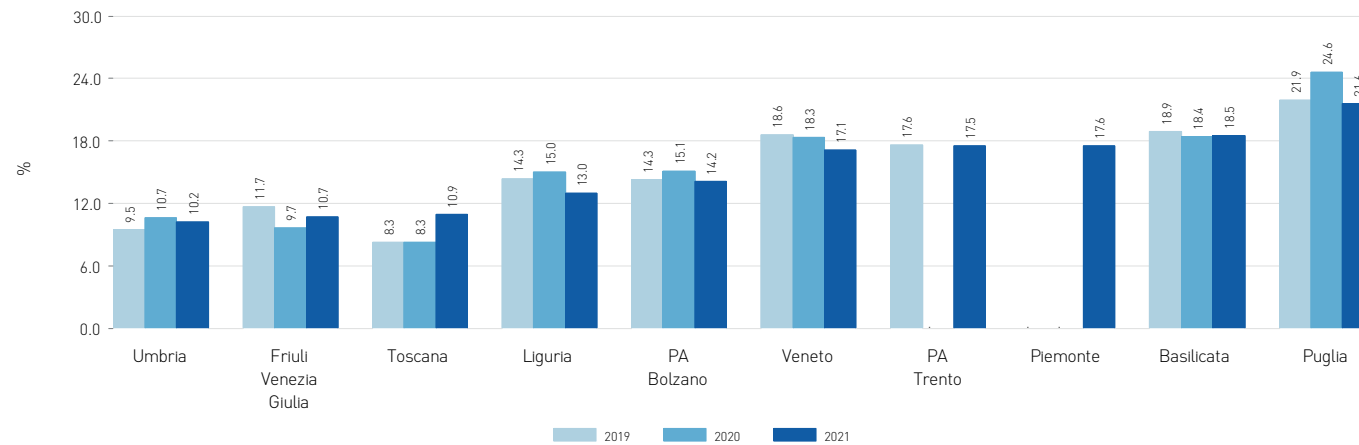
La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza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





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

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



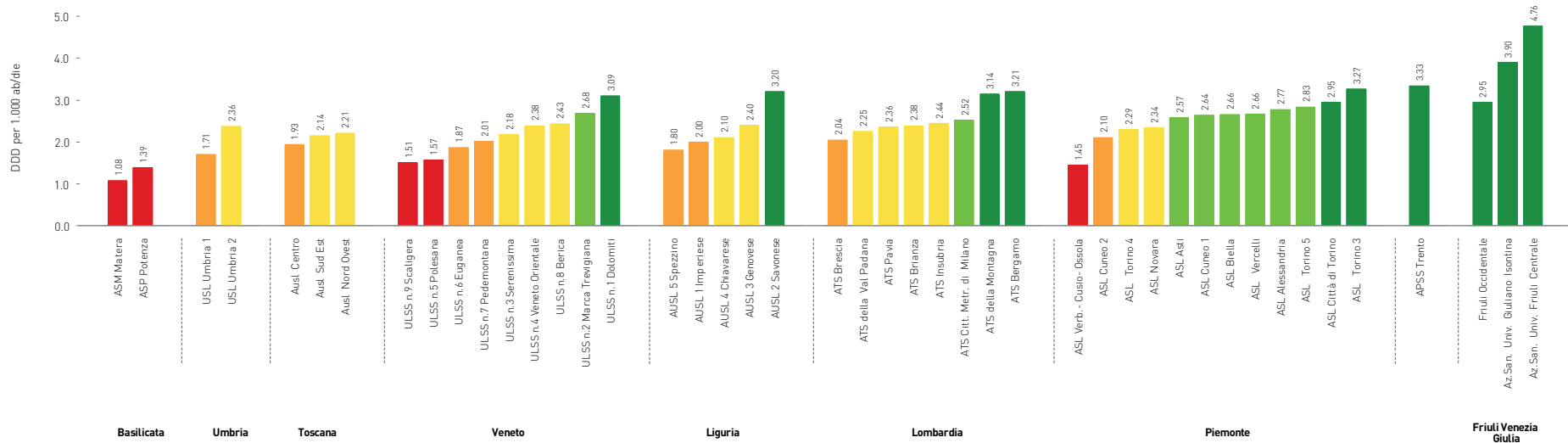
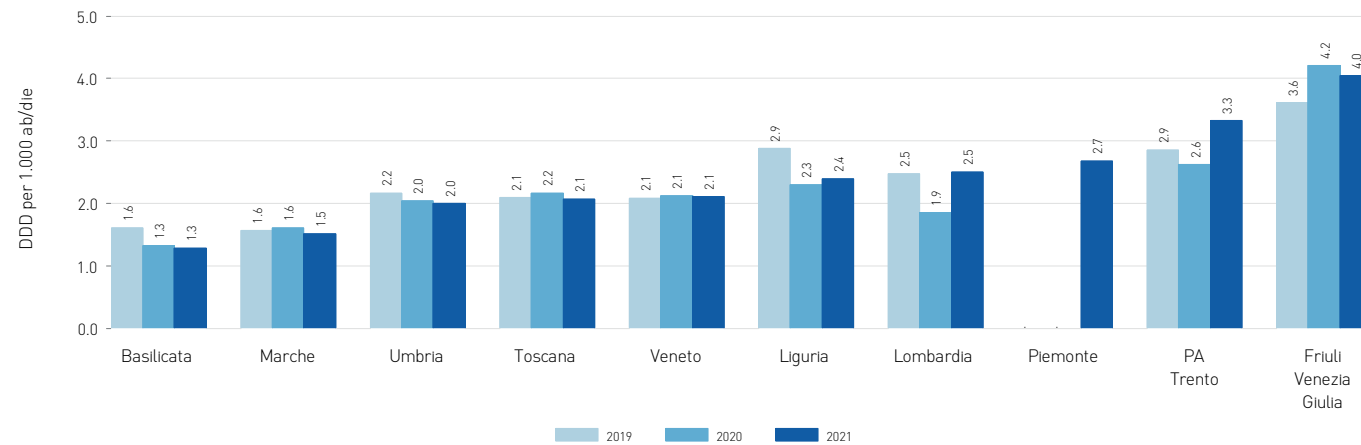
---

# ASSISTENZA FARMACEUTICA



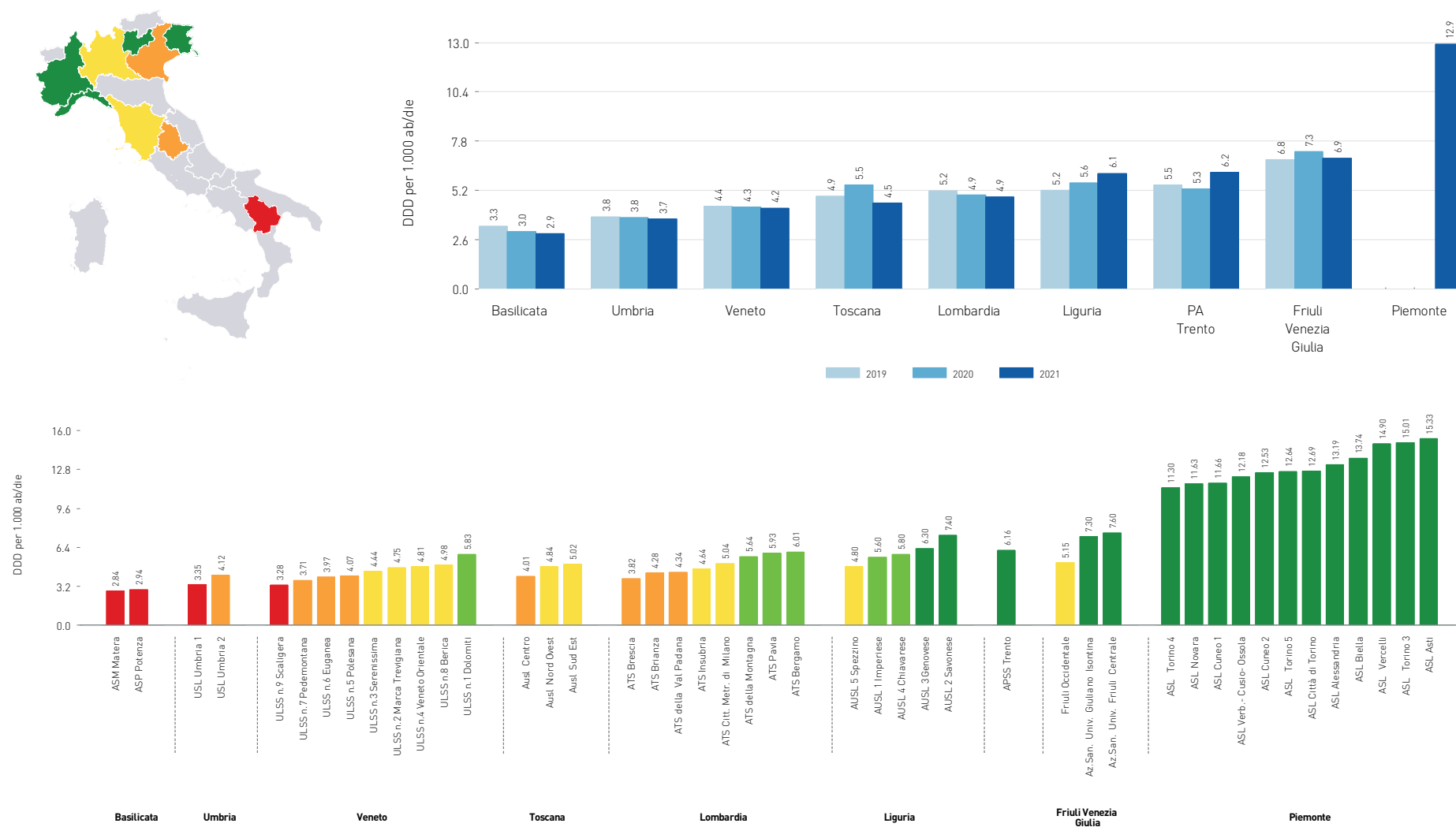
### B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

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



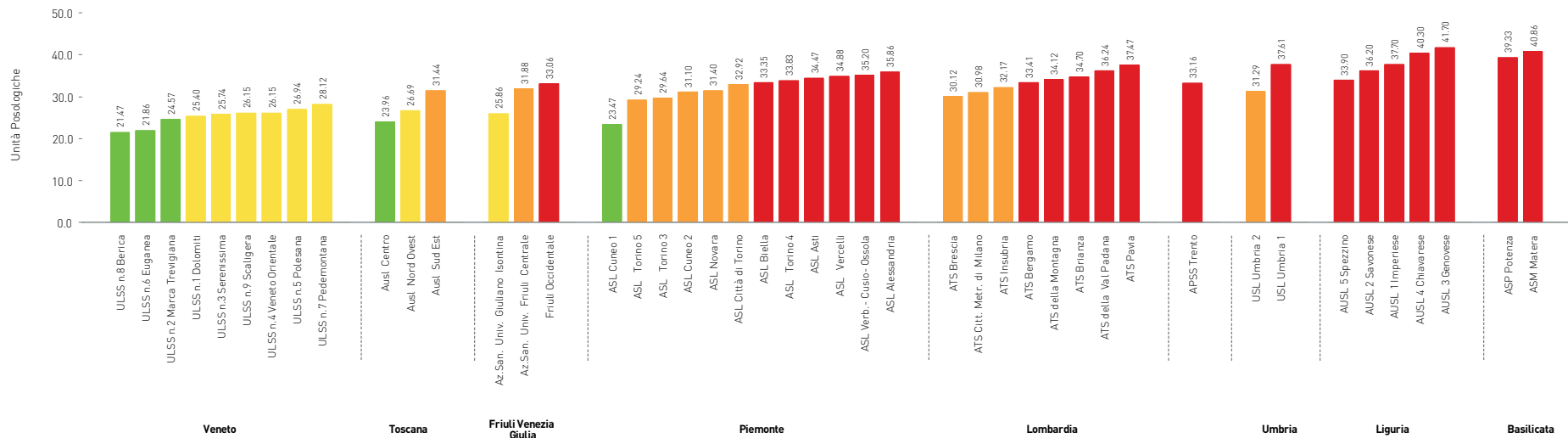
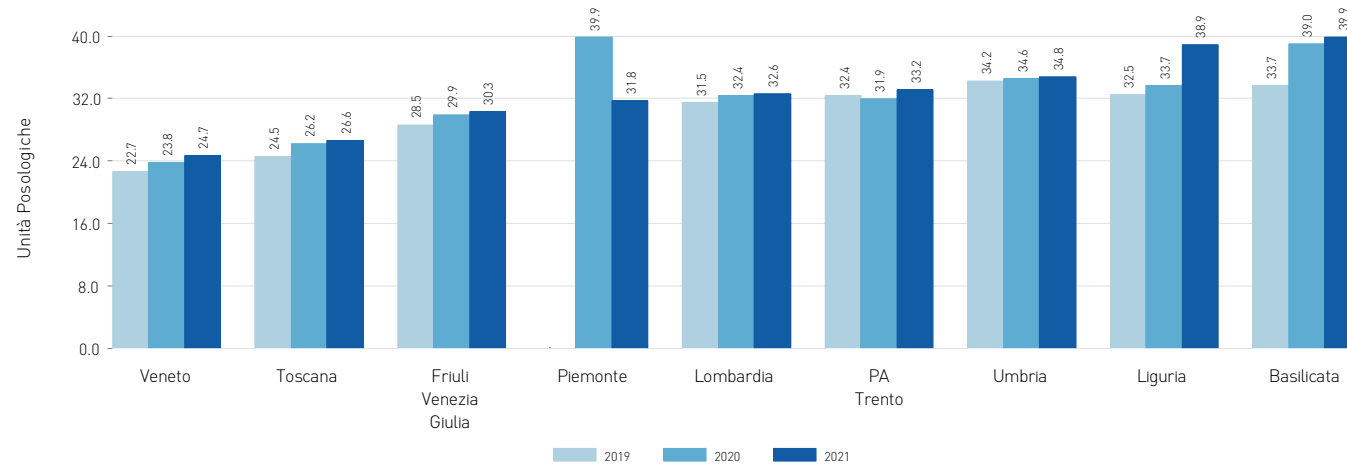
## B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio

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



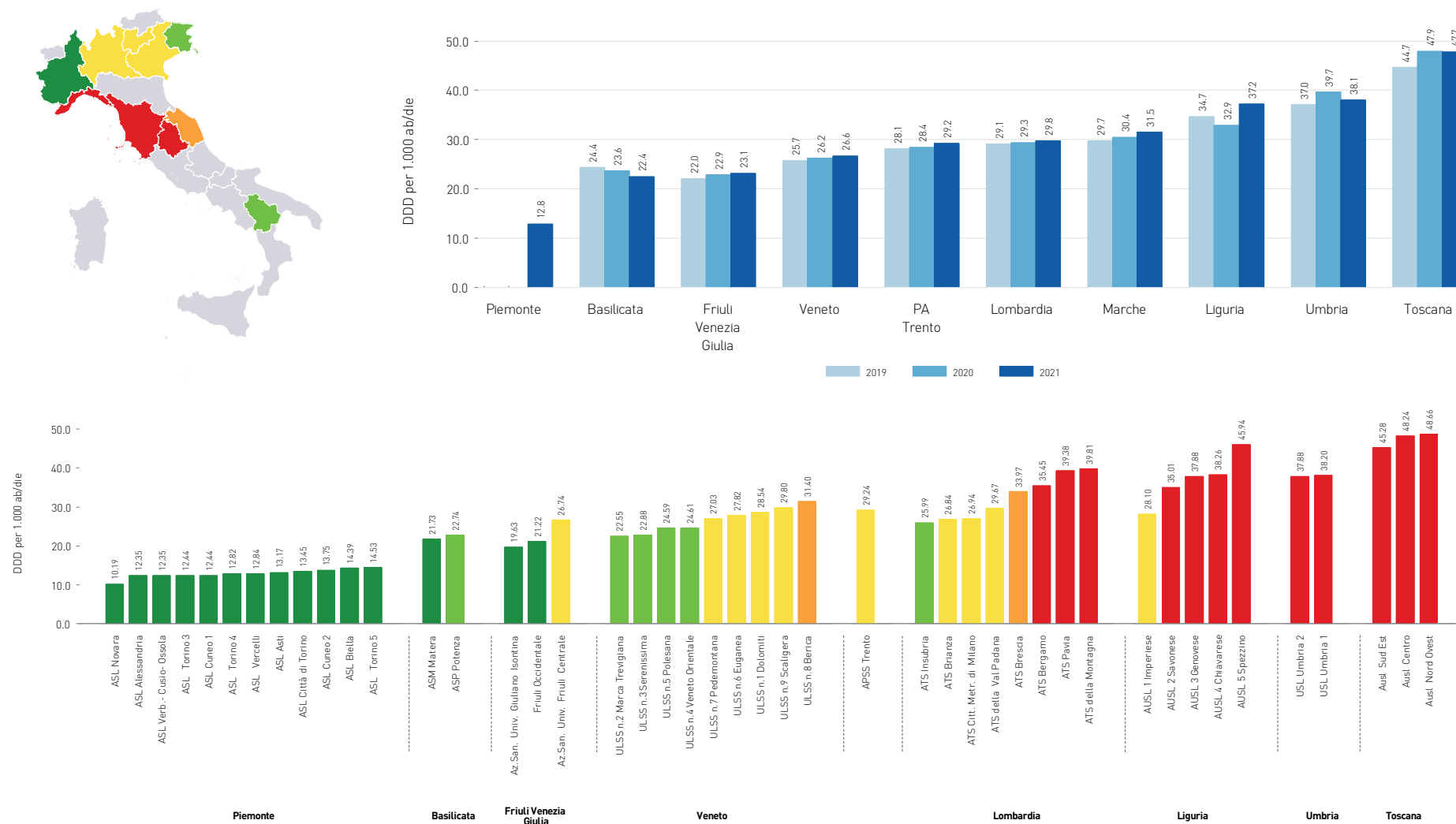
### C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

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



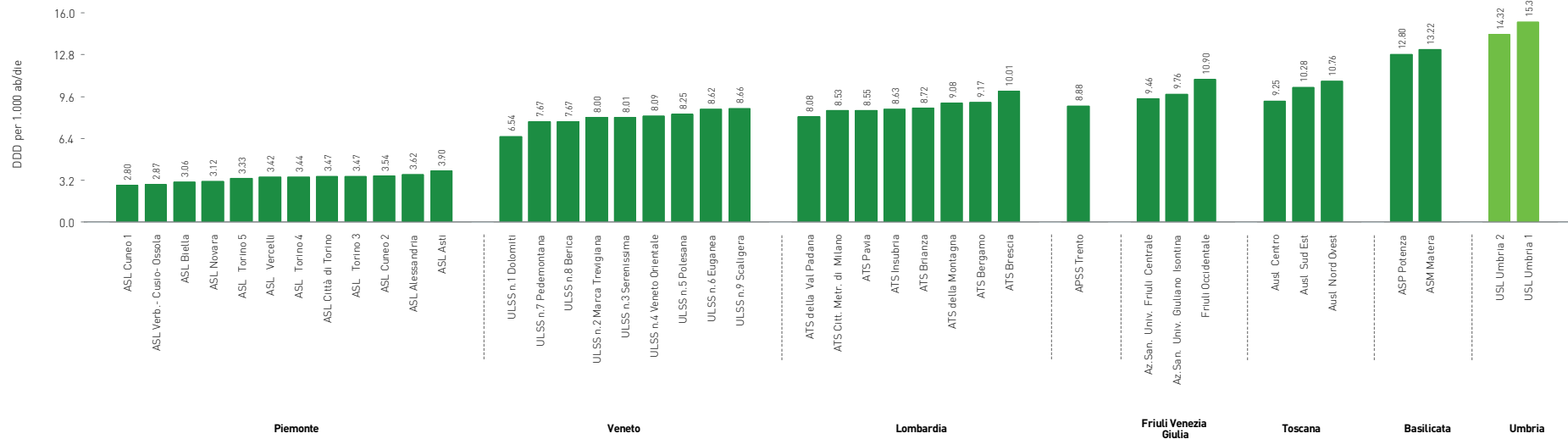
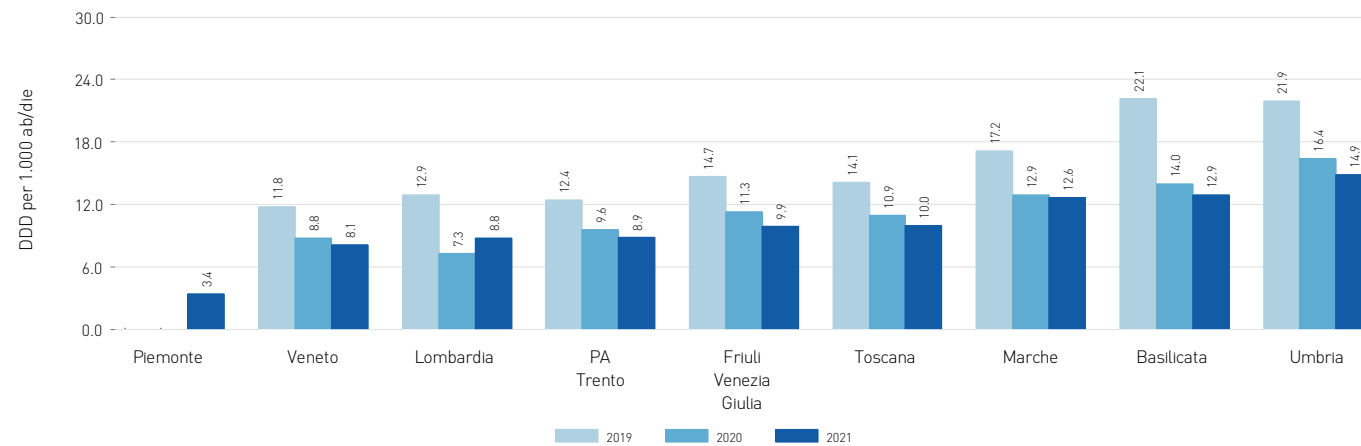
## C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio

Dall'ultimo rapporto OsMed sull'uso dei farmaci in Italia, emerge che il trend di impiego di farmaci antidepressivi nel periodo 2014-2020 risulta essere in crescita. In particolare, negli ultimi 7 anni, i consumi risultano essere aumentati del 10% passando da 39,2 DDD nel 2014 a 43,6 DDD nel 2020 (DDD /1000 abitanti die). Ciò significa che ogni giorno 1000 abitanti consumano in media 43,6 dosi di antidepressivi. L'indicatore C9.4 è stato introdotto con l'obiettivo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di antidepressivi.



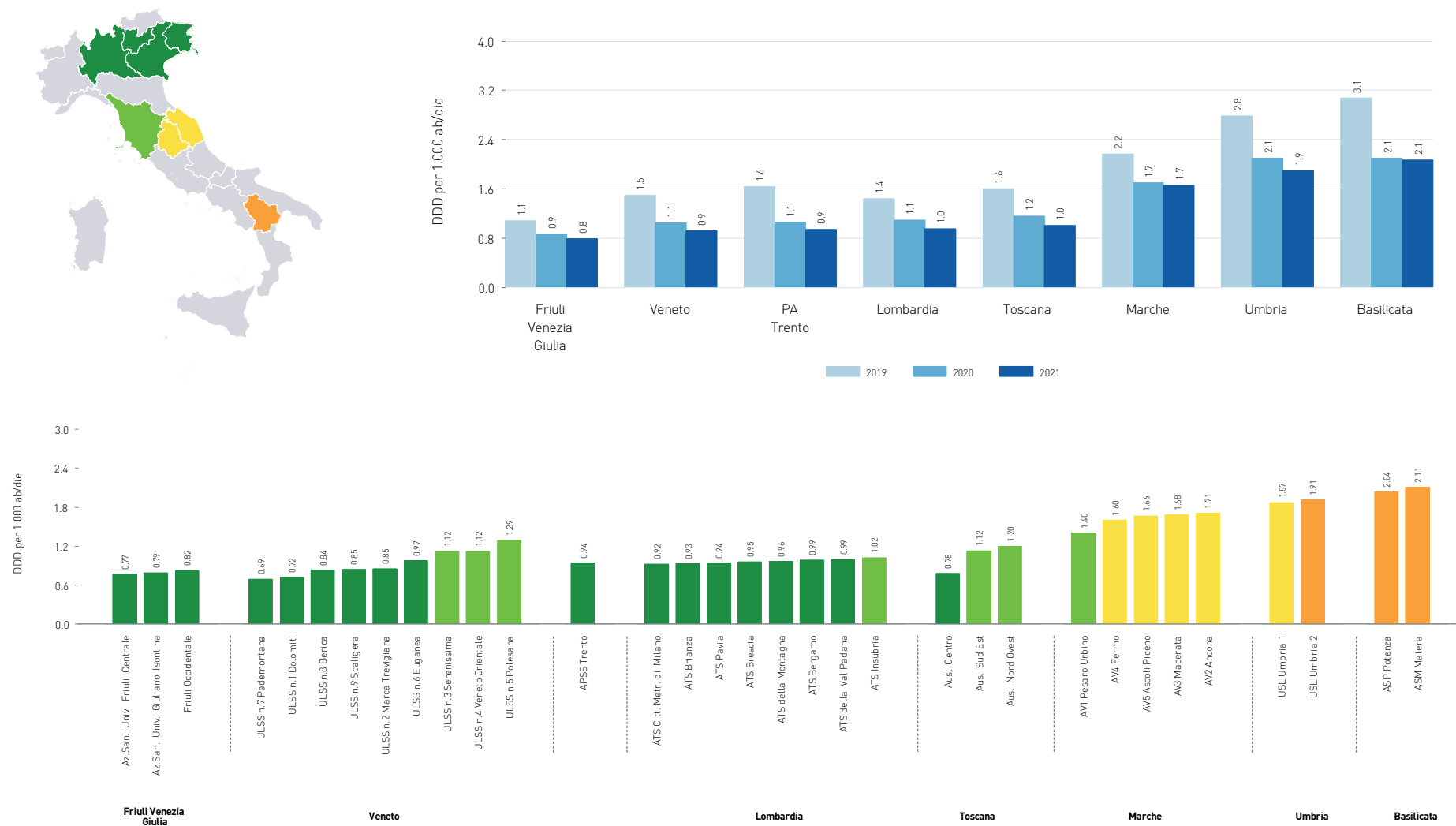
### C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

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



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

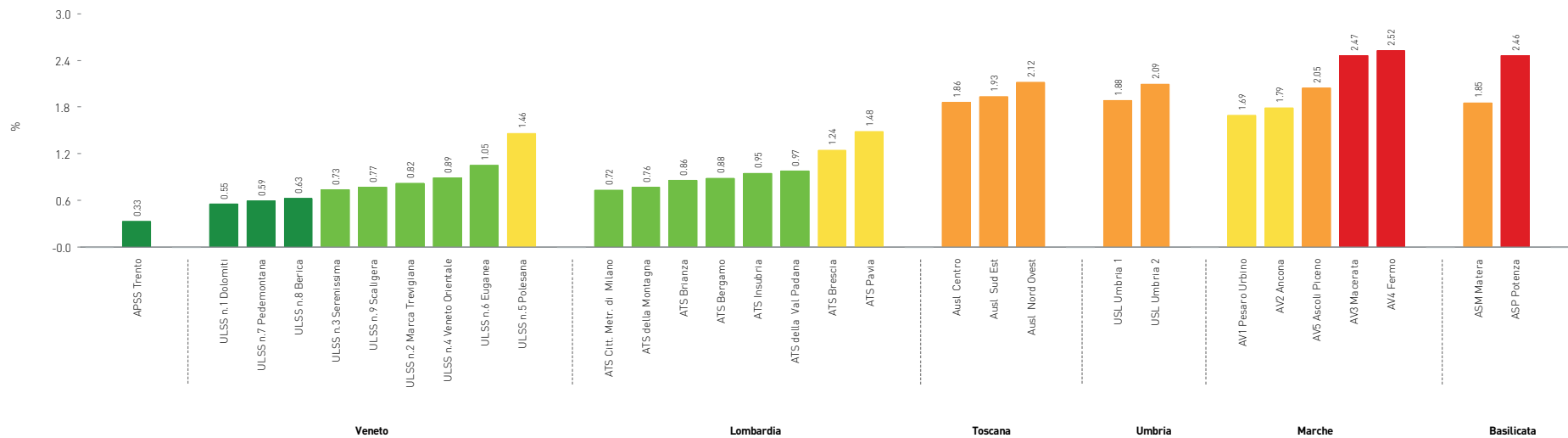
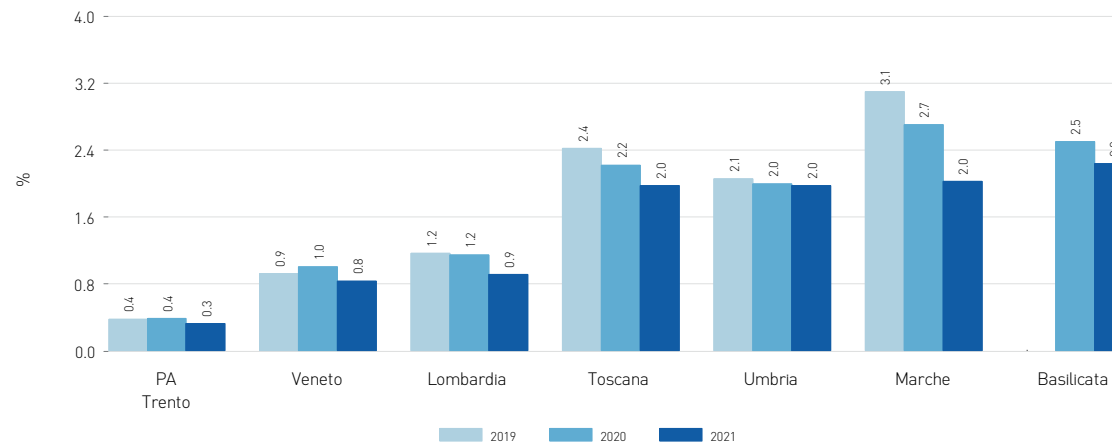
L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibiotico resistenza sia per il consumo degli antibiotici; infatti, nonostante il trend in riduzione, il consumo continua a essere superiore alla media europea. Particolare attenzione è rivolta ad una classe di antibiotici - i fluorochinoloni, che segue alla comunicazione dell'EMA (European Medicines Agency) circa gli effetti indesiderati gravi, invalidanti e potenzialmente permanenti associati all'uso di antibiotici chinolonici e fluorochinolonic. In seguito l'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) in una nota ha segnalato come queste molecole debbano essere prescritte con cautela poiché in grado di indurre, oltre alle note reazioni avverse a carico del sistema muscolo-scheletrico e del sistema nervoso, la comparsa di gravi patologie a carico dell'aorta. È di conseguenza prevista una riduzione dell'utilizzo di questa classe di antibiotici. Questo indicatore monitora il consumo di fluorochinoloni sul territorio ed è allineato all'indicatore previsto dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, prorogato per il 2021.





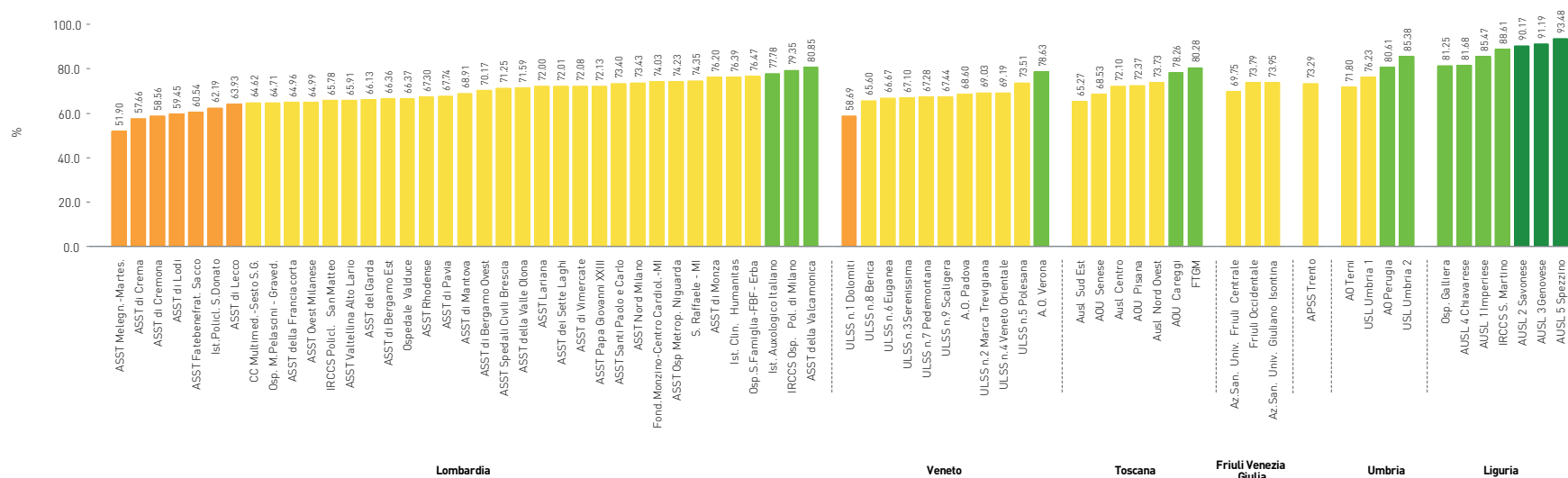
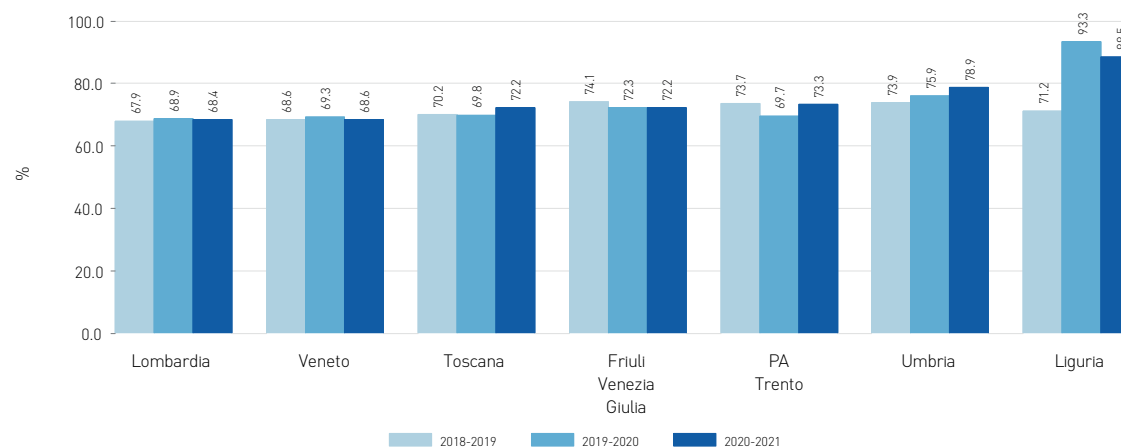
### C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

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



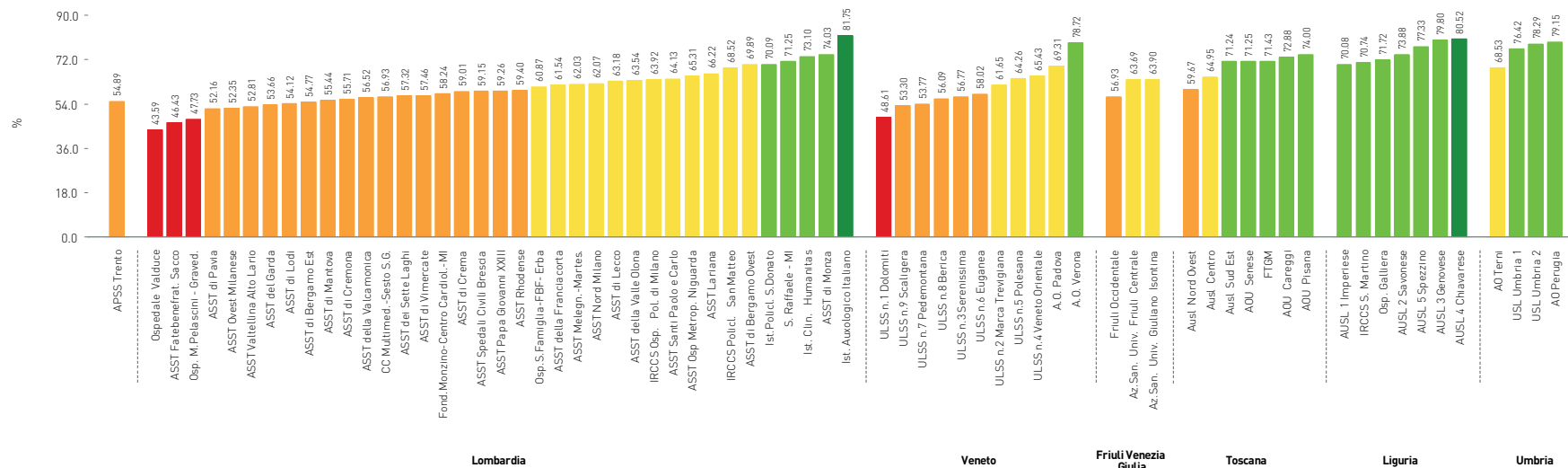
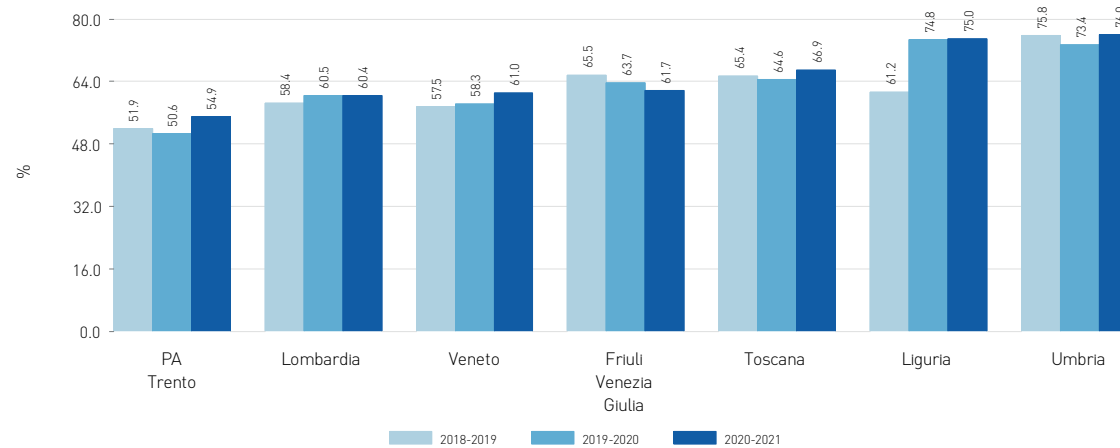
## C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

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



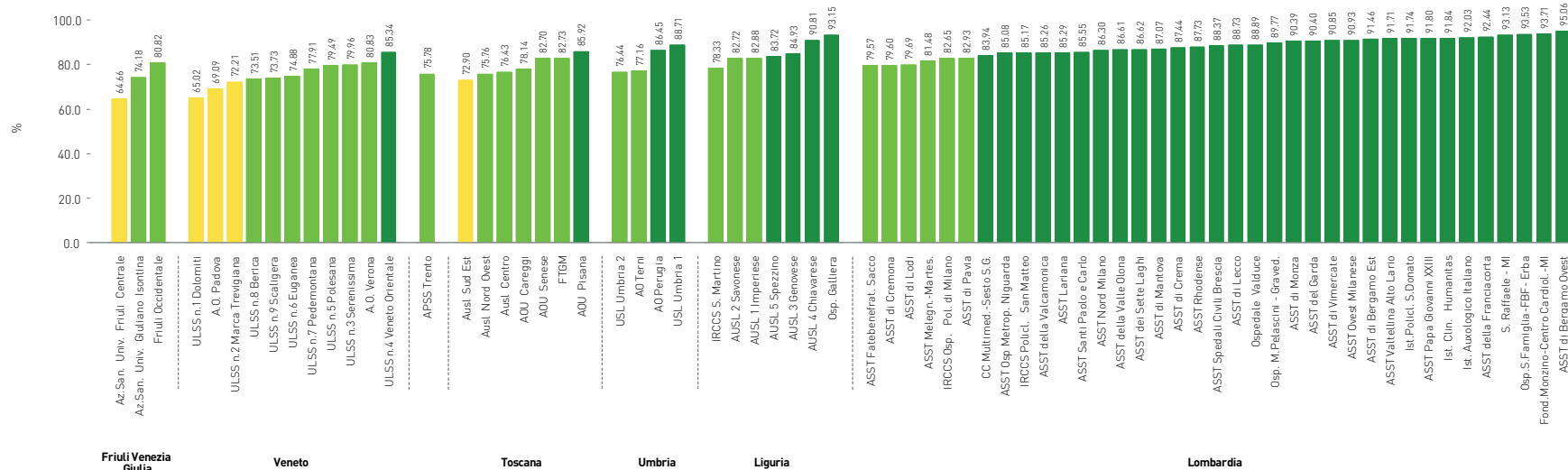
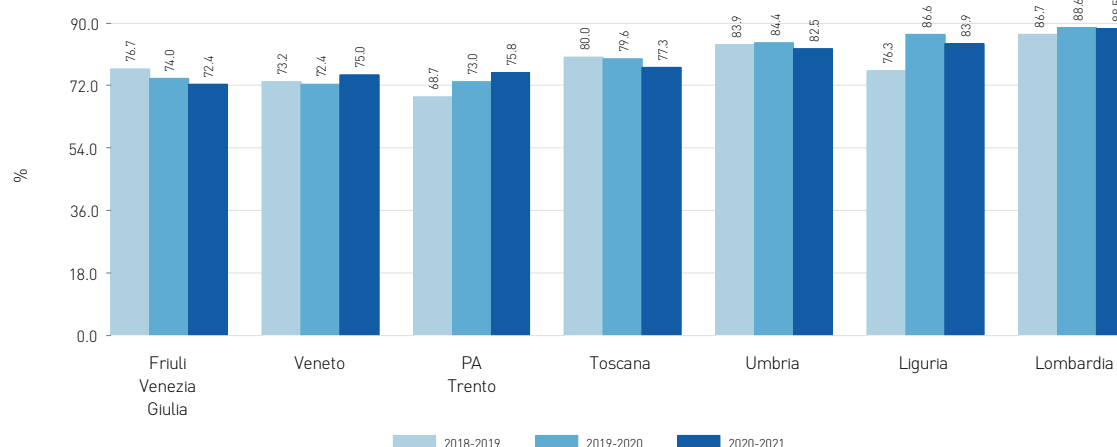
### C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

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



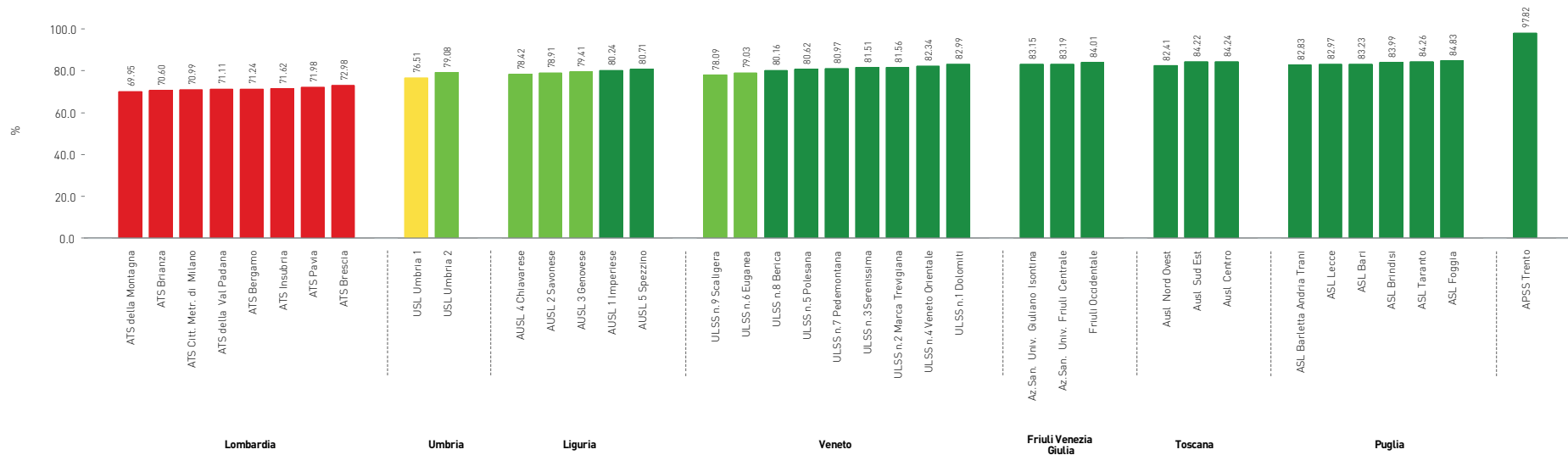
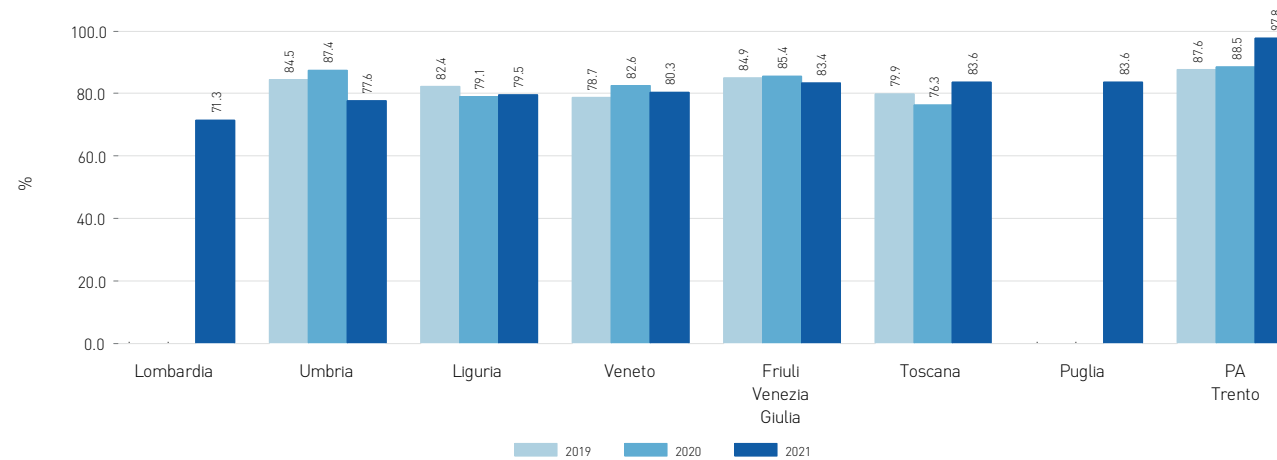
### C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

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



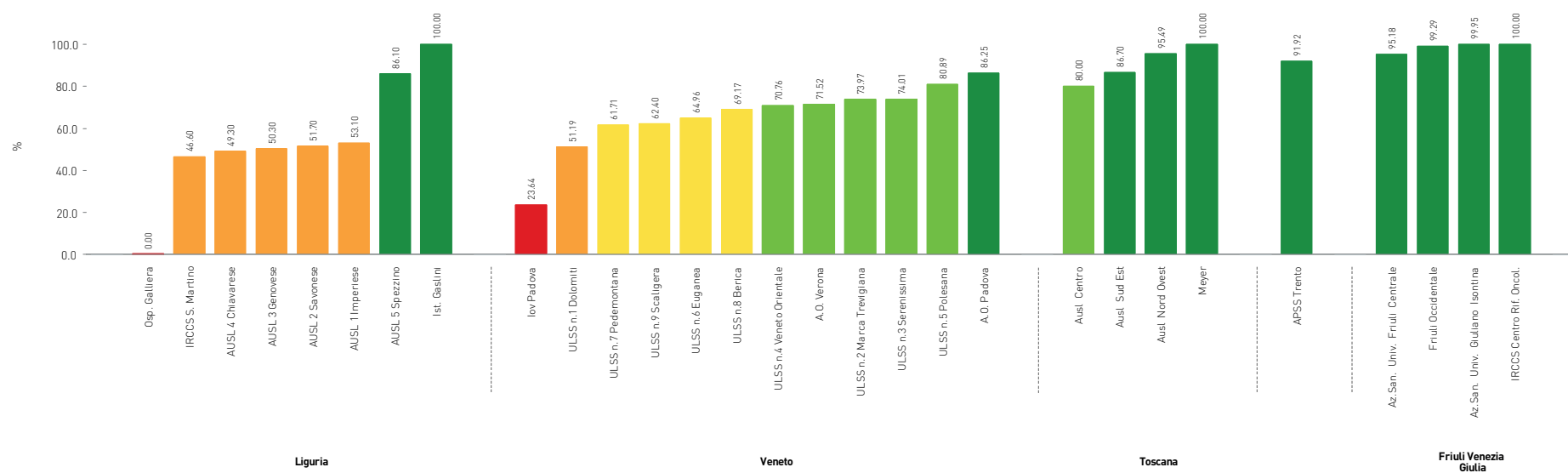
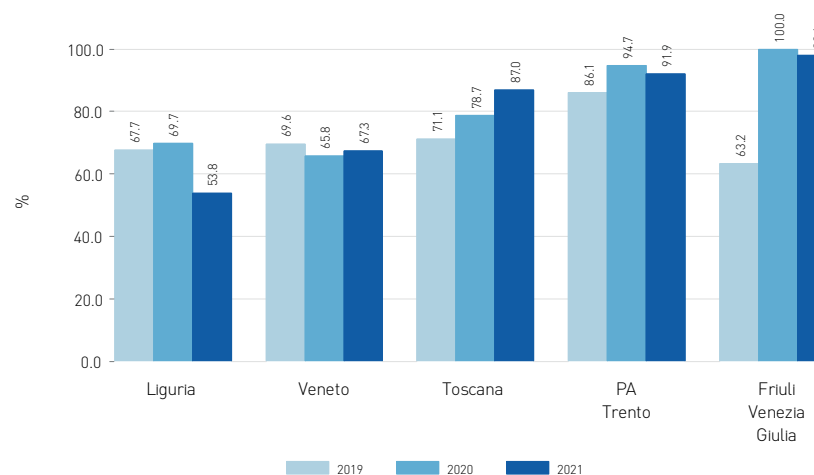
### F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

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



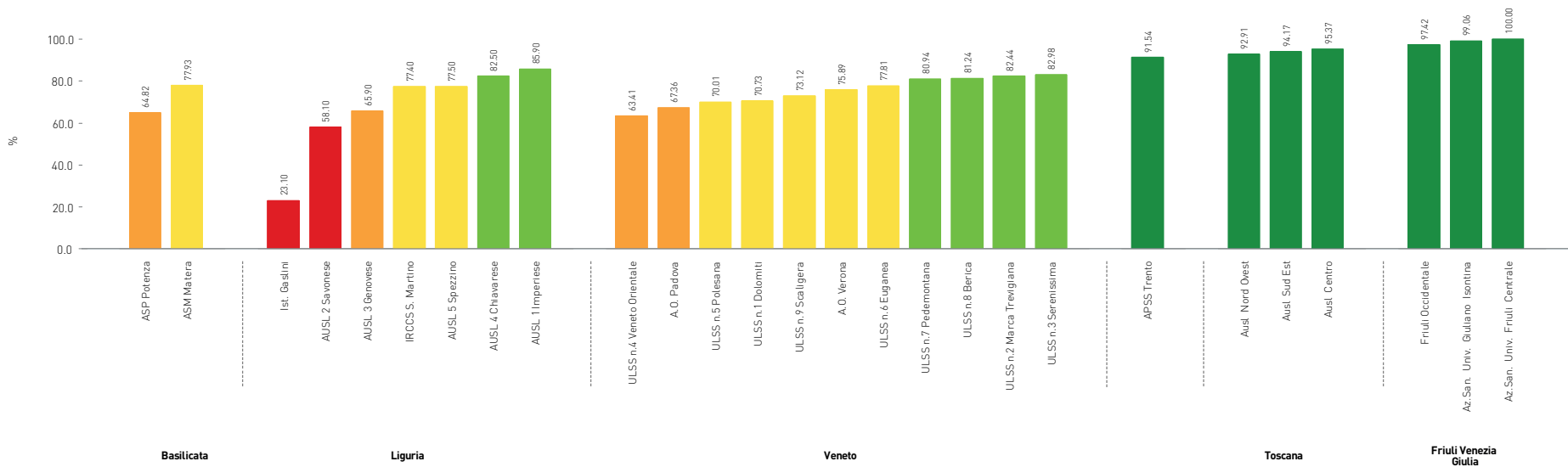
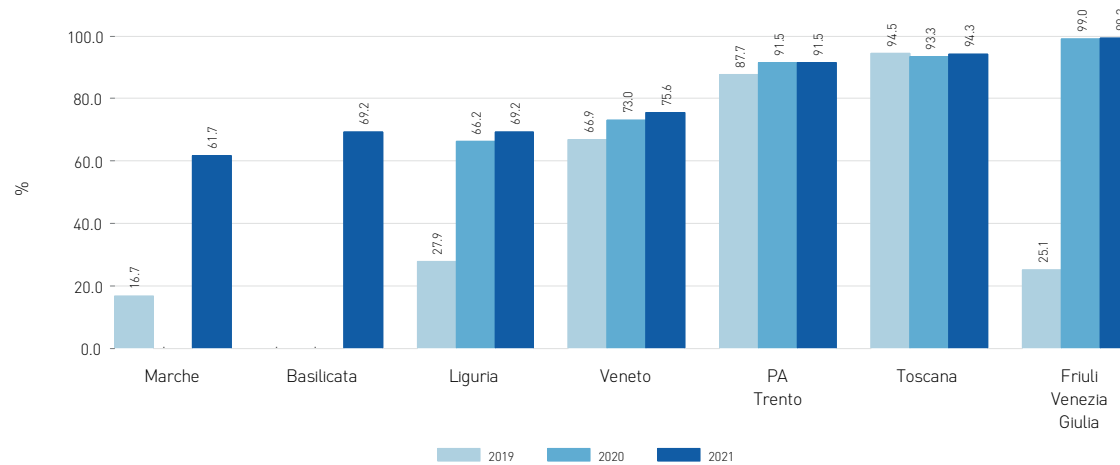
## F20.7 % Imatinib equivalente

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Imatinib è un farmaco autorizzato 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.



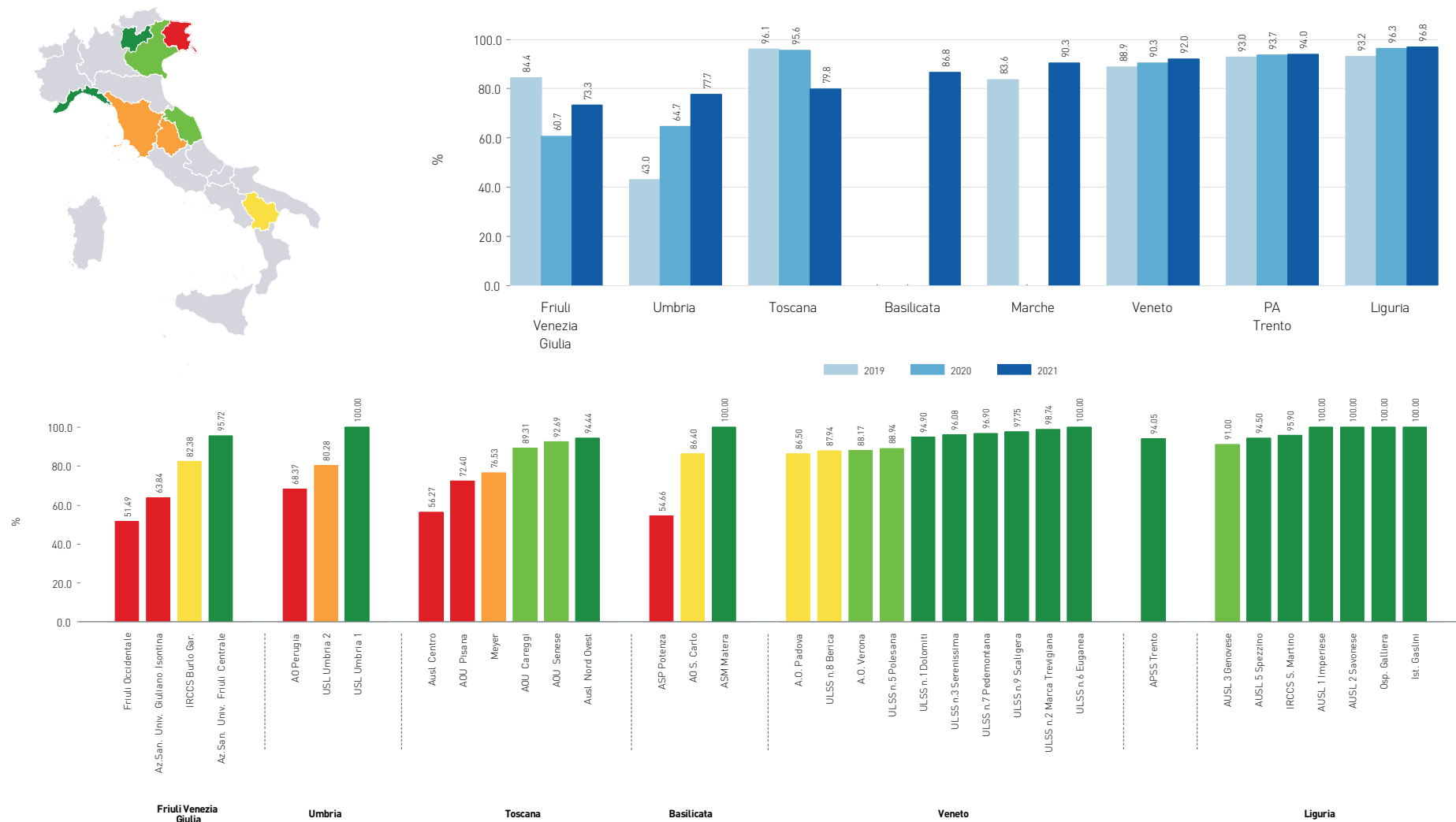
## F20.8 % Etanercept biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Etanercept è un farmaco per il trattamento di malattie a carattere autoimmune quali artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite psoriasica, spondilite anchilosante, psoriasi a placche...



## F20.9 % Infliximab biosimilare o vincitore di gara

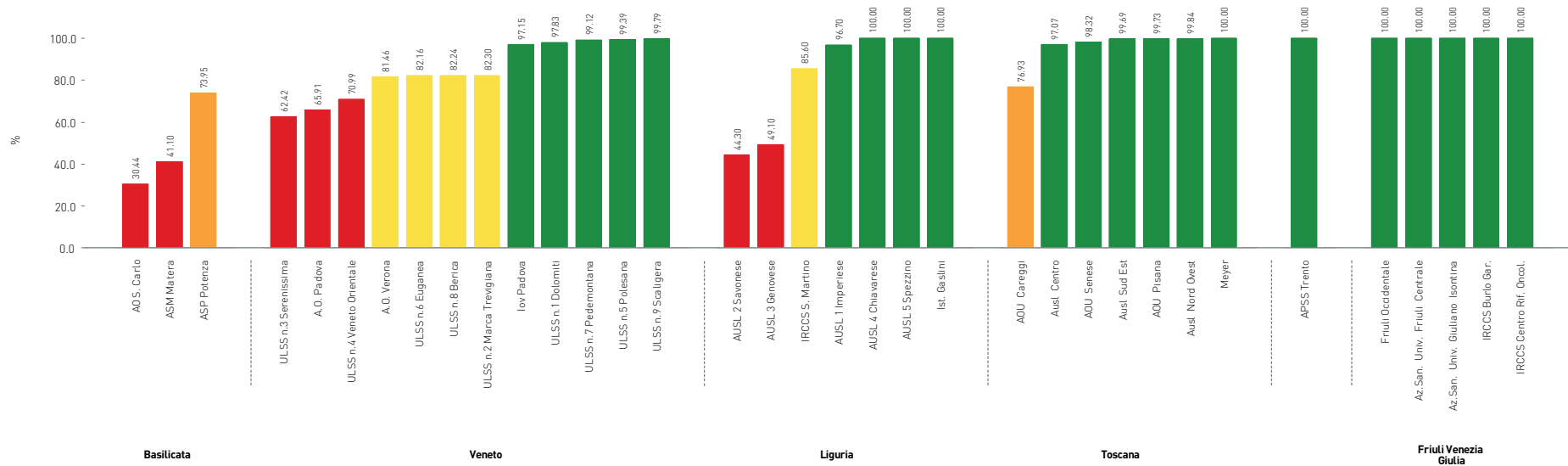
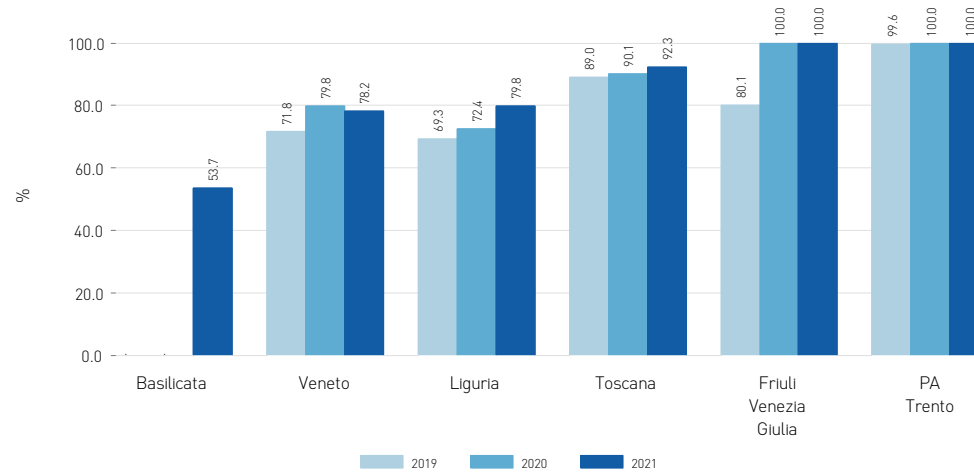
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Infliximab è un anticorpo monoclonale umano-murino autorizzato per le seguenti patologie autoimmuni: artrite reumatoide, malattia di Crohn, colite ulcerosa, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, psoriasi.





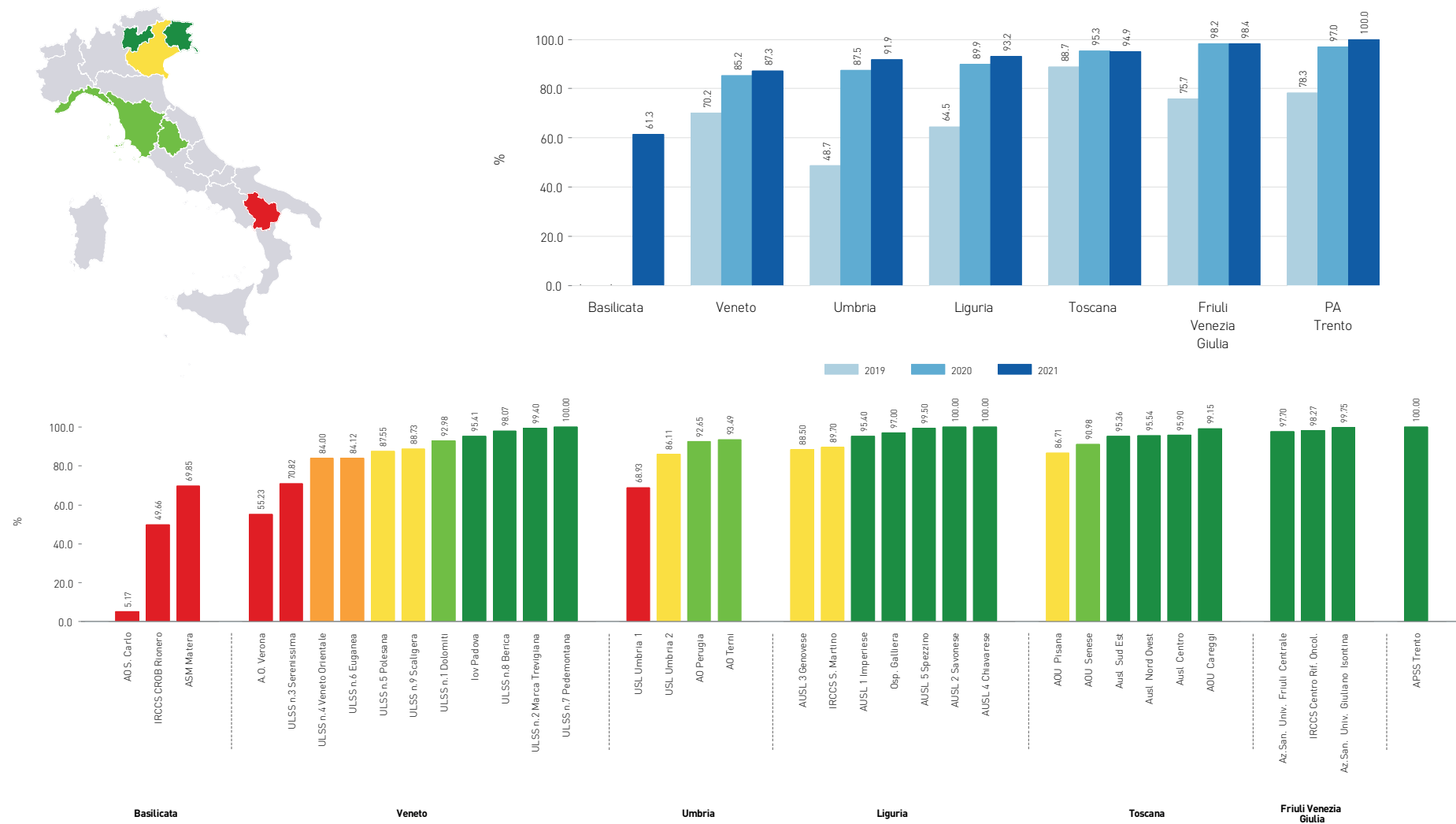
## F20.10 % Rituximab biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Rituximab è un anticorpo monoclonale chimerico murino/umano autorizzato per le seguenti patologie: linfoma non-Hodgkin (LNH), leucemia linfocitica cronica (LLC), artrite reumatoide, granulomatosi con poliangioite e poliangioite microscopica, pemfigo volgare.



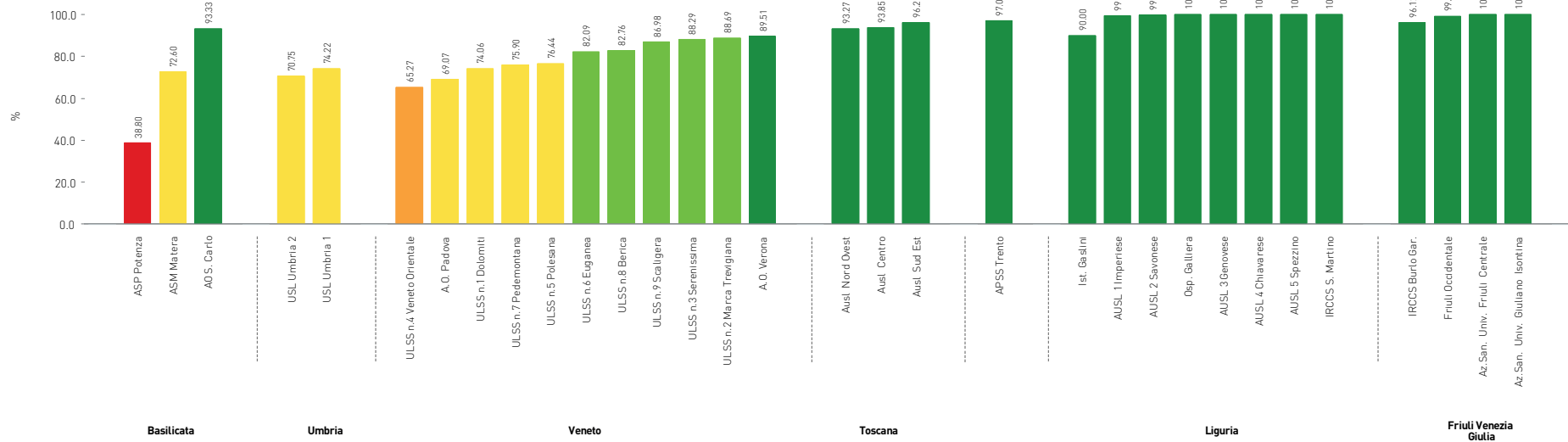
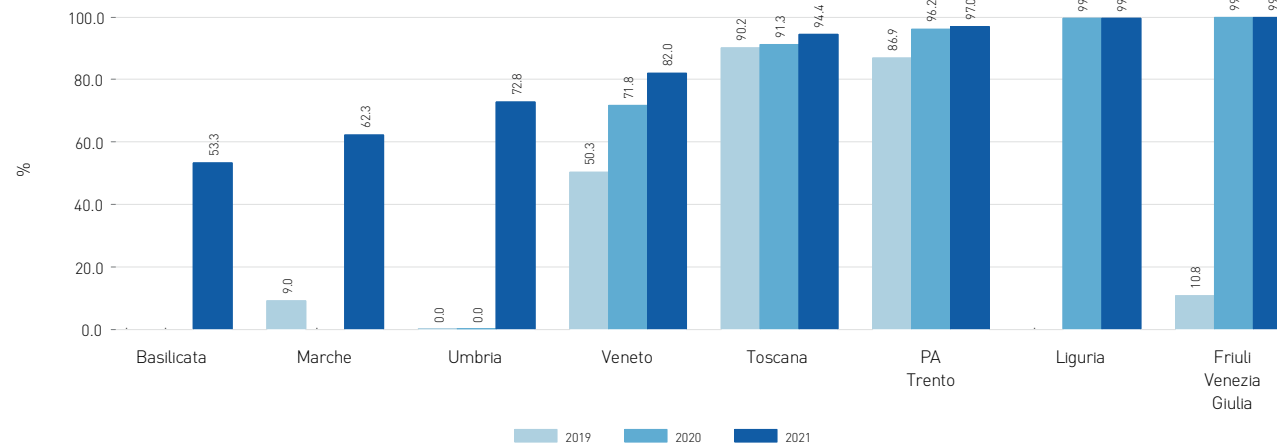
## F20.11 % Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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.



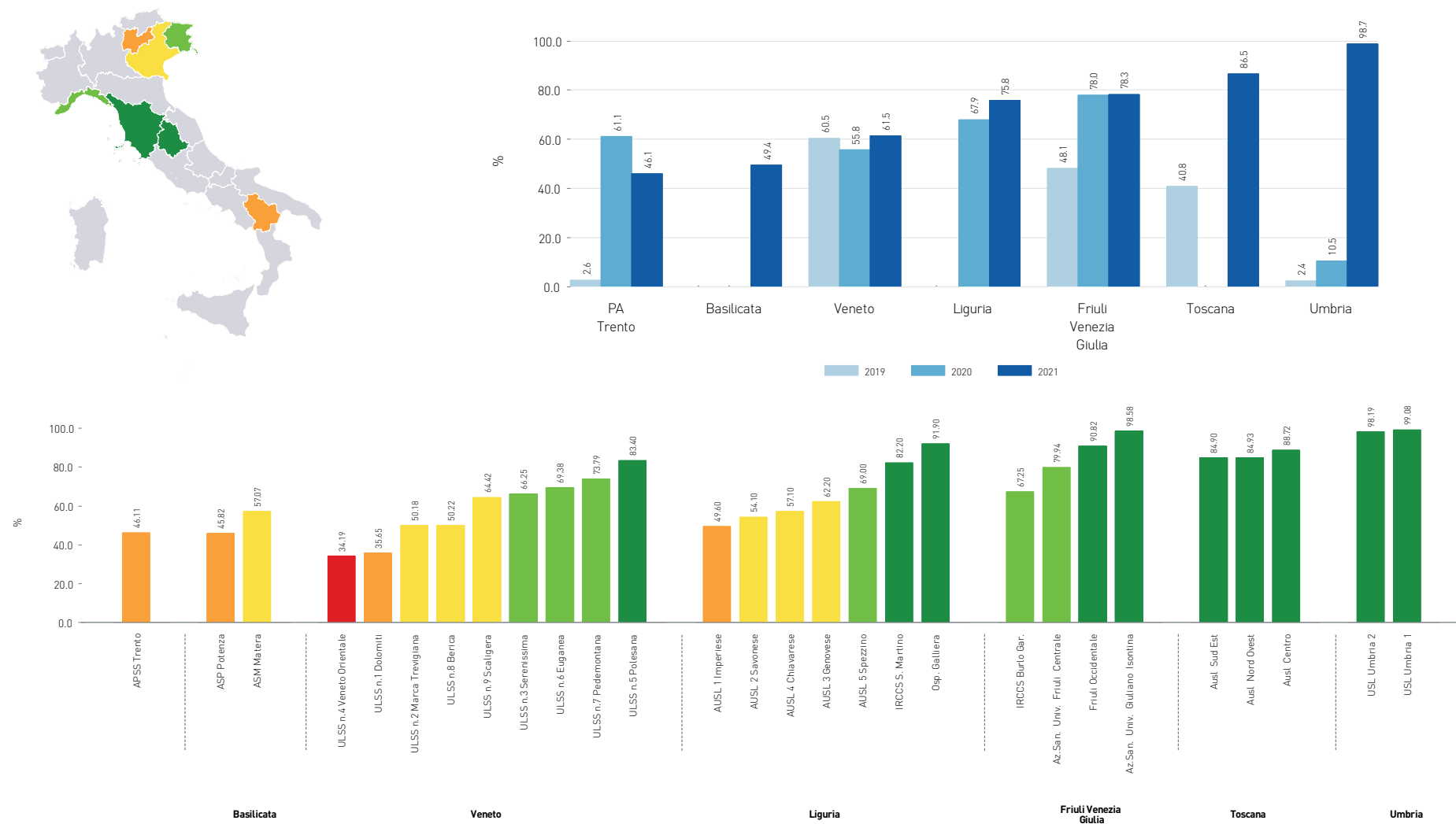
## F20.12 % Adalimumab biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Adalimumab è un anticorpo monoclonale umano ricombinante utilizzato per il trattamento di malattie a carattere autoimmune quali, ad esempio: artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite associata ad entesite, psoriasi, spondilite anchilosante (SA), malattia di Crohn.



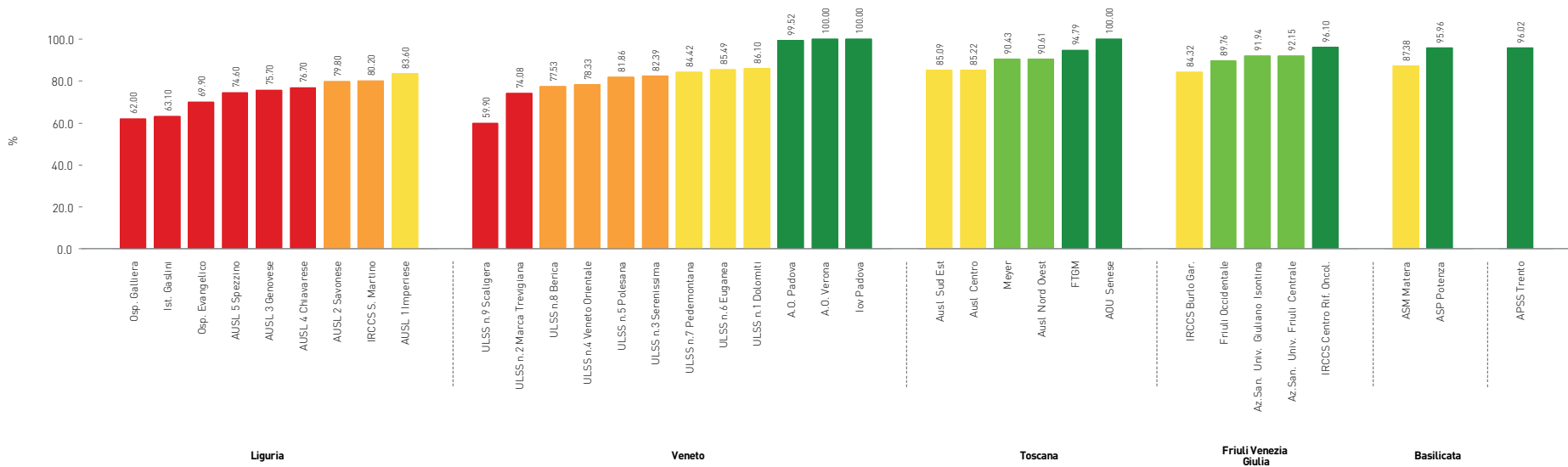
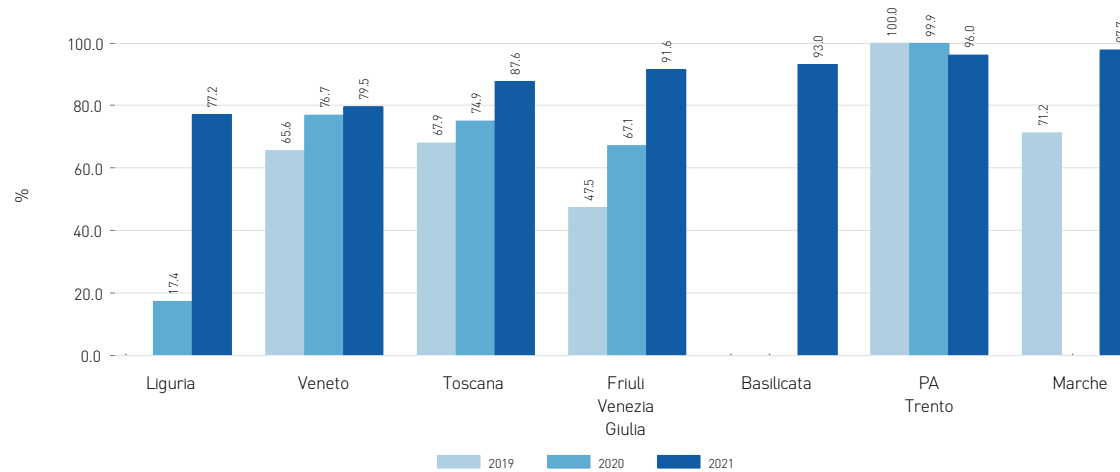
## F20.13 % Follitropina biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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.



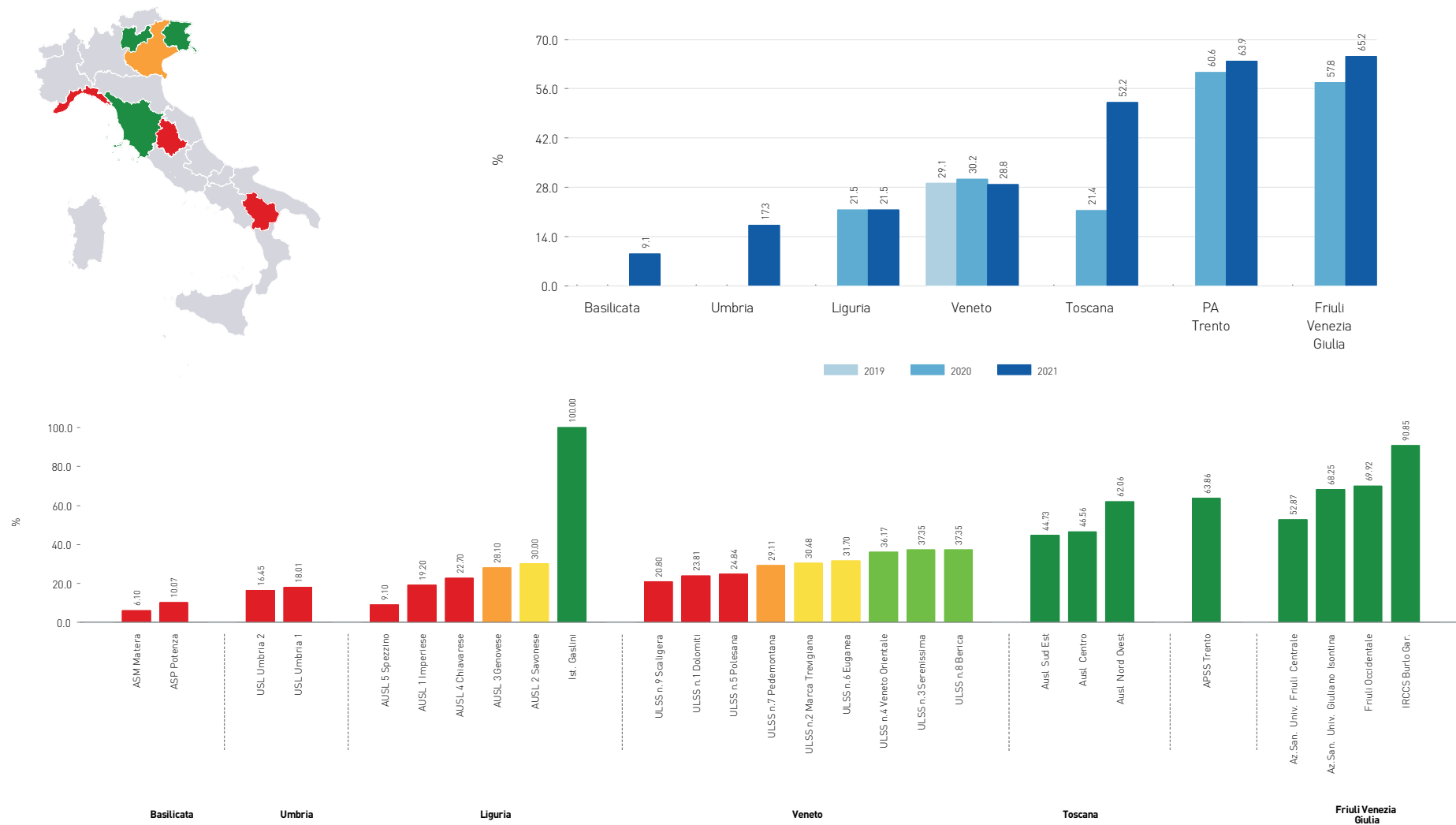
## F20.14 % Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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.



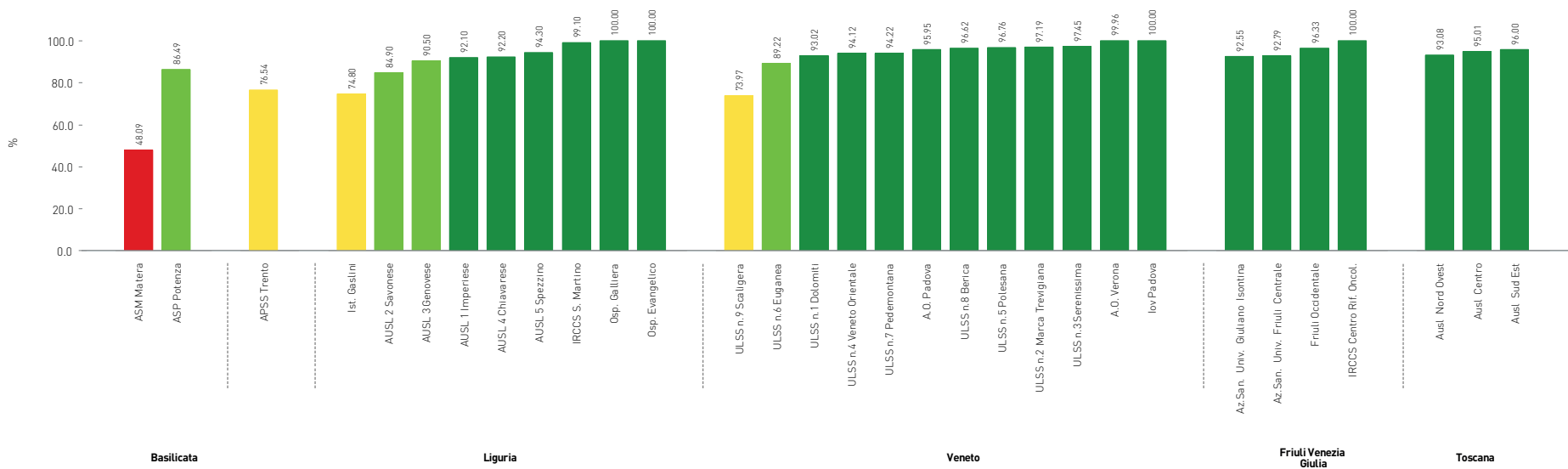
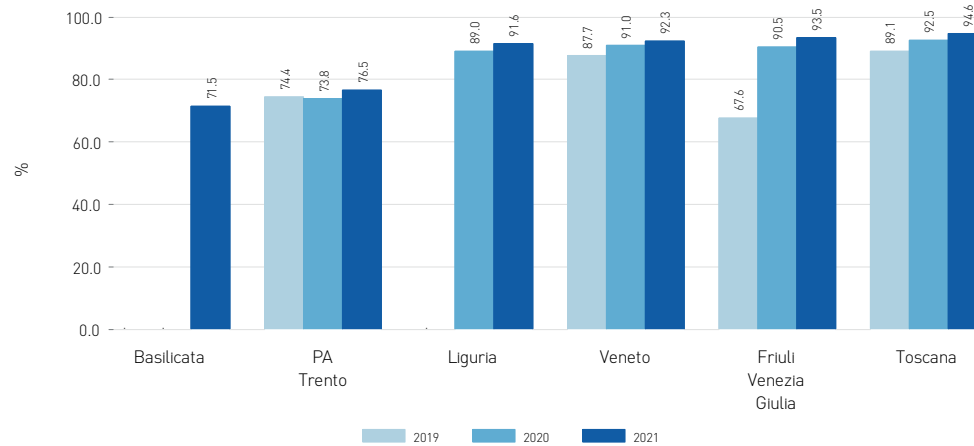
## F20.15 % Somatropina biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. La somatropina, 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.



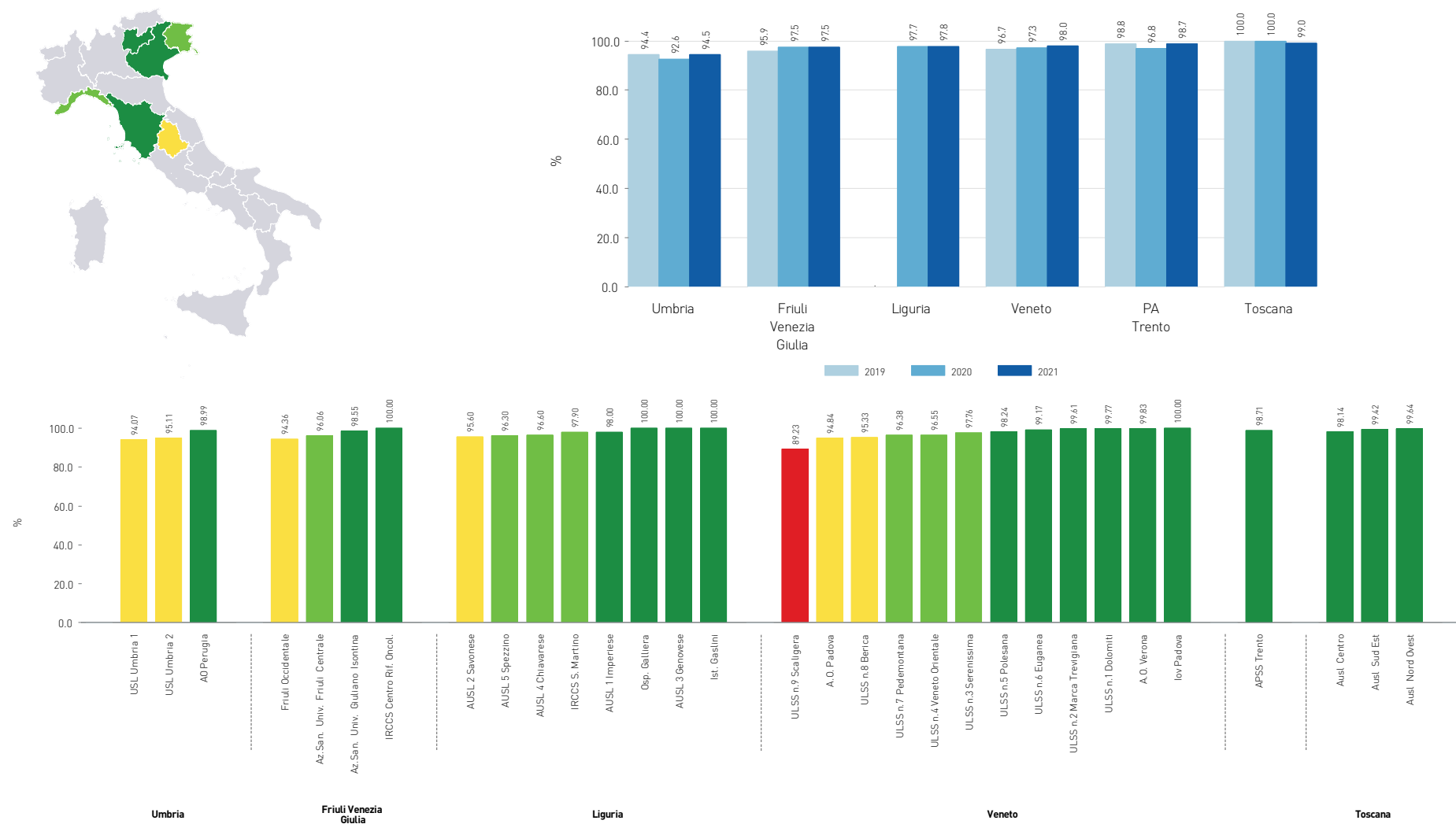
## F20.16 % Epoietina biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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 % Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara

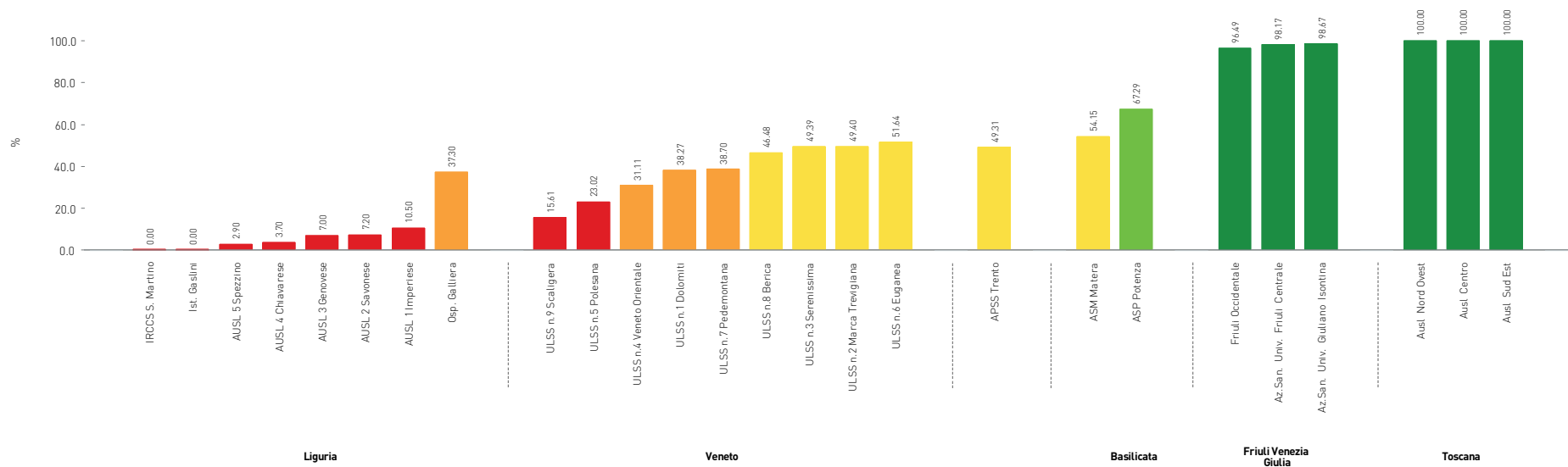
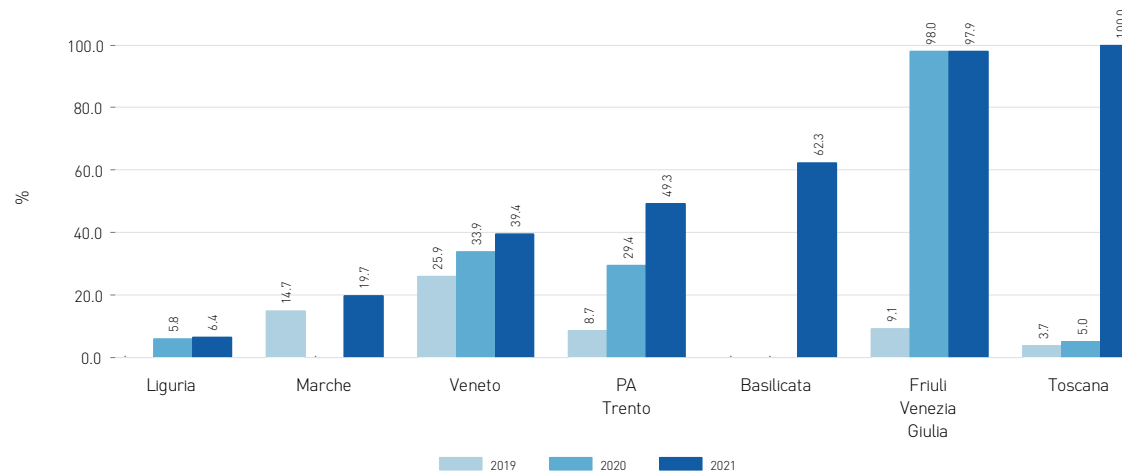
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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.





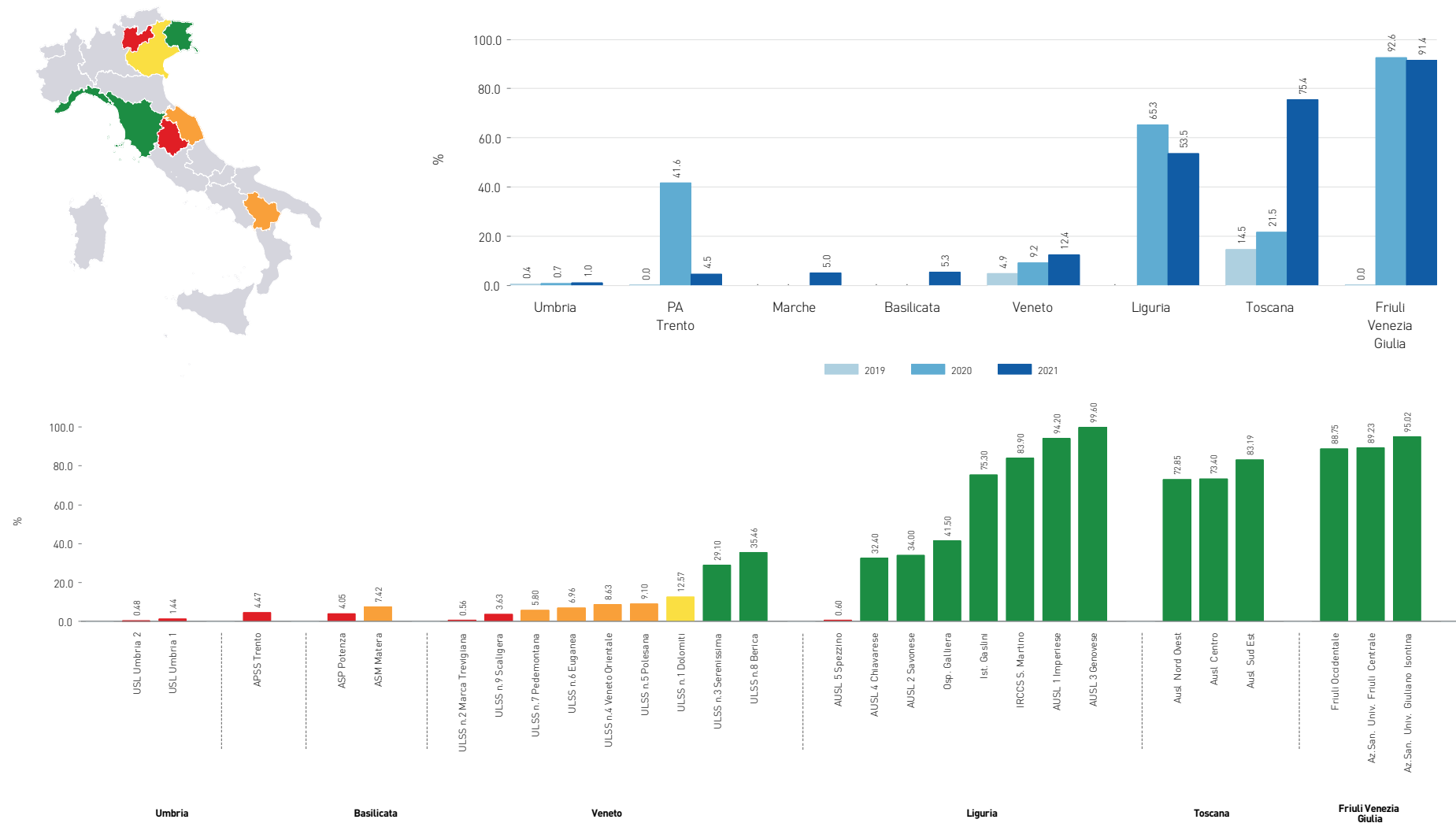
## F20.18 % Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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.



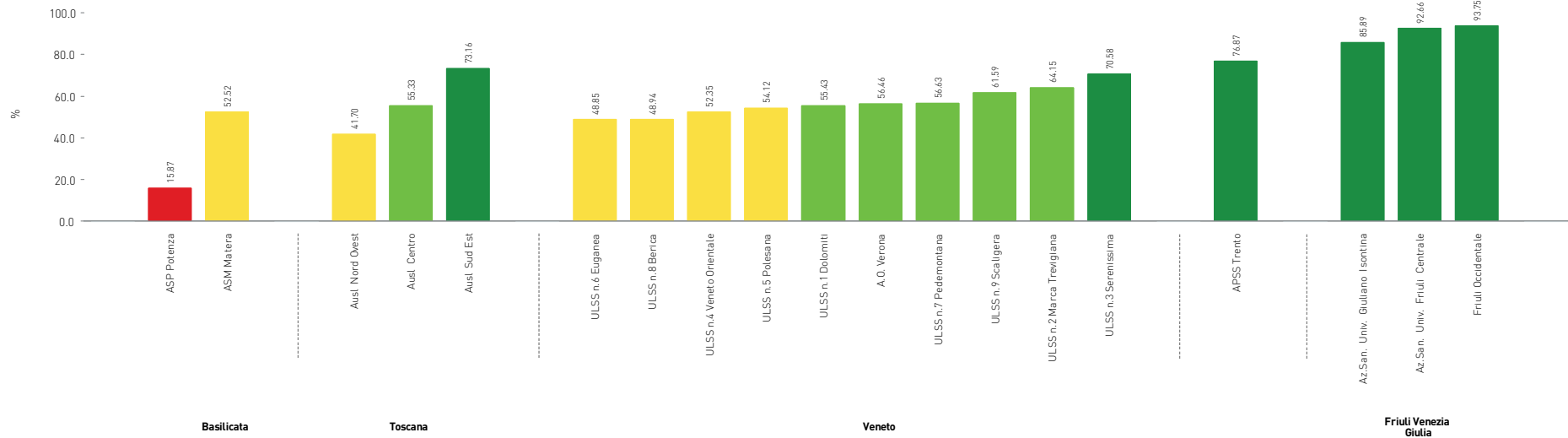
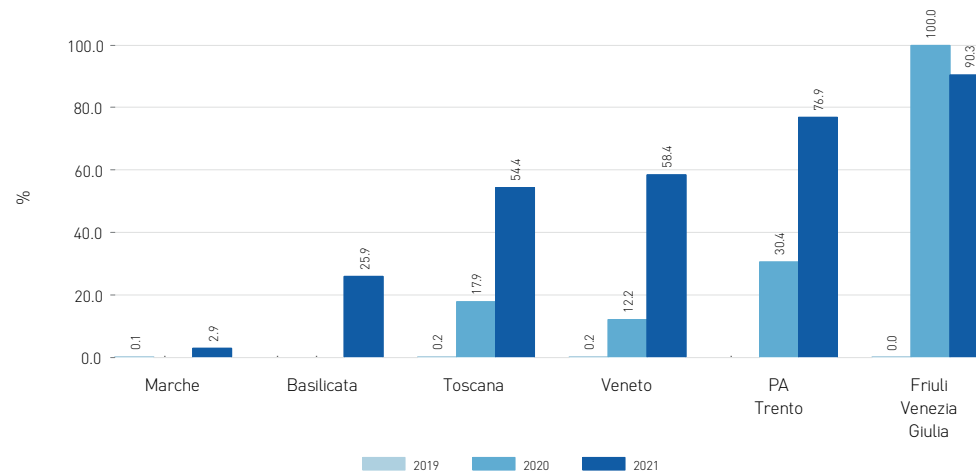
## F20.19 % Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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.



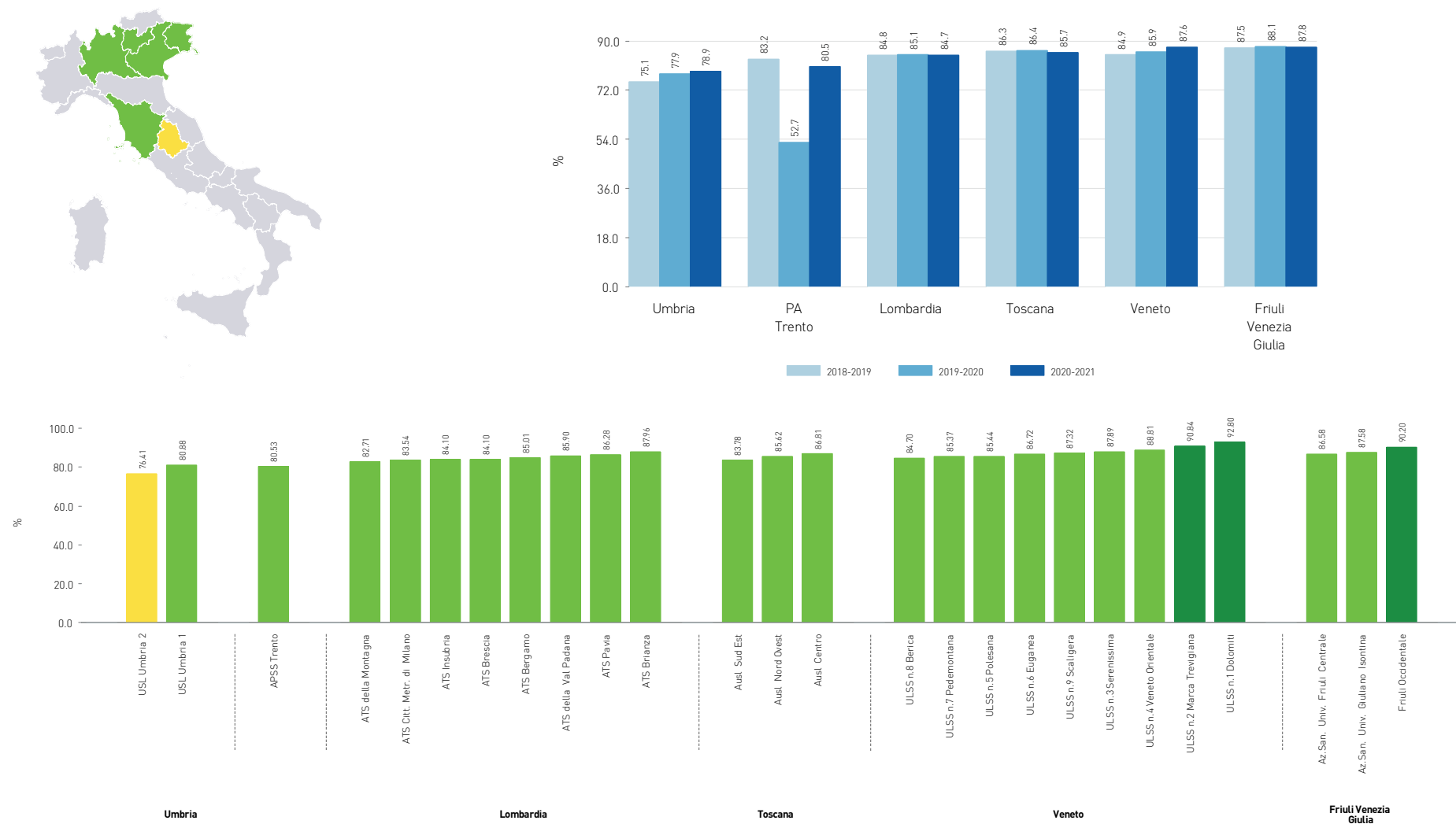
## F20.20 % Teriparatide biosimilare o vincitore di gara

L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. 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



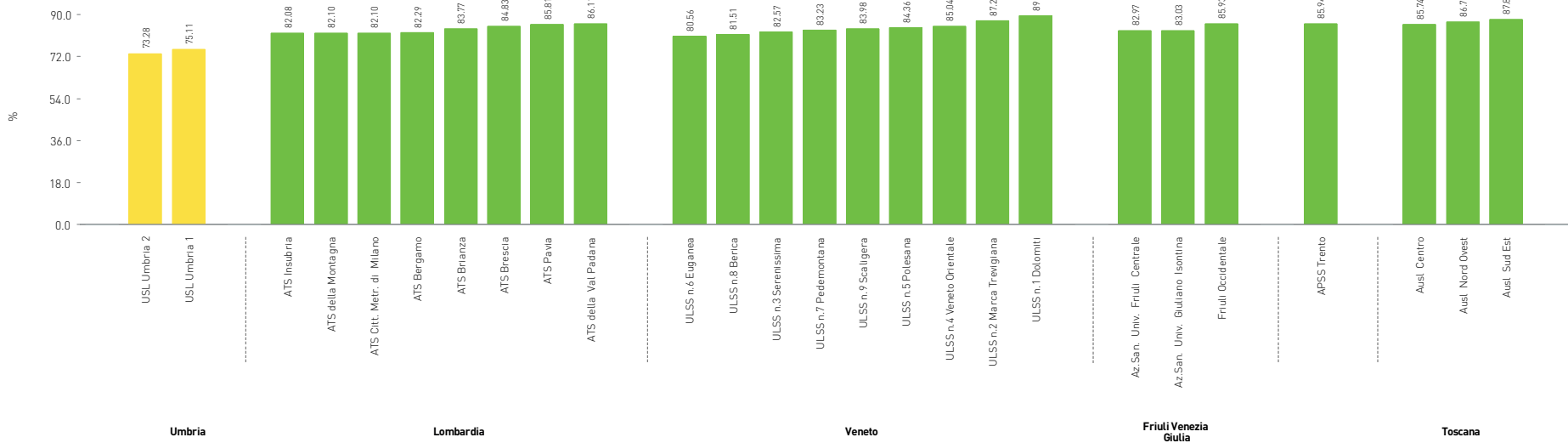
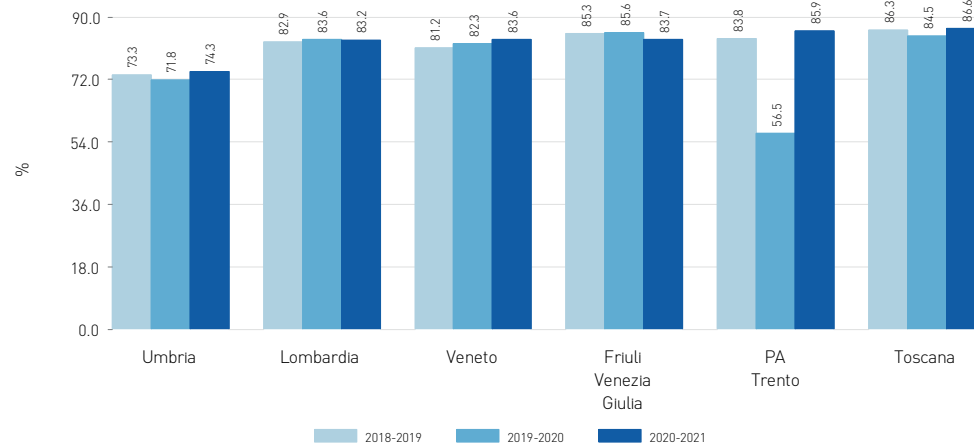
### C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

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



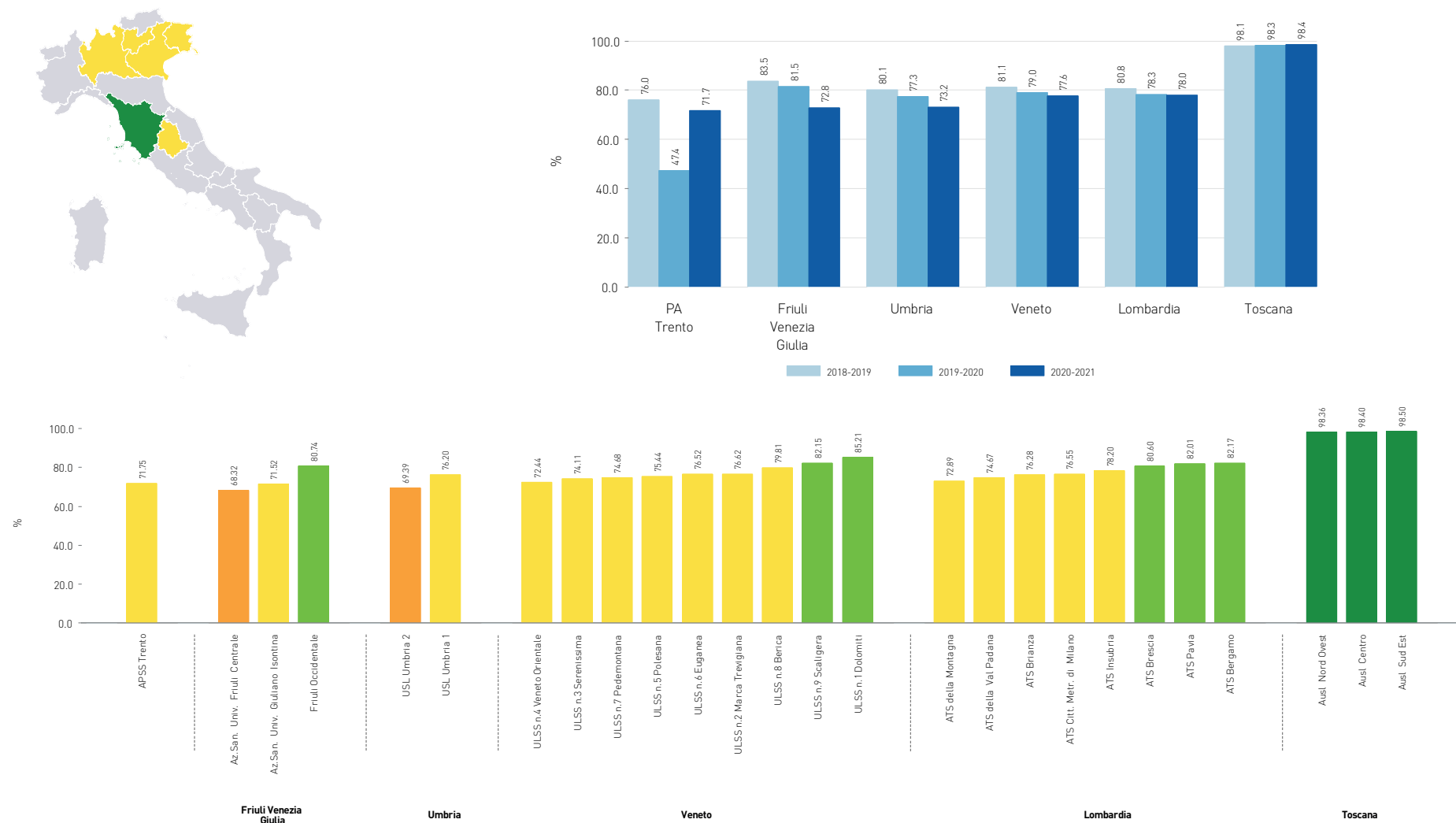
### C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

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



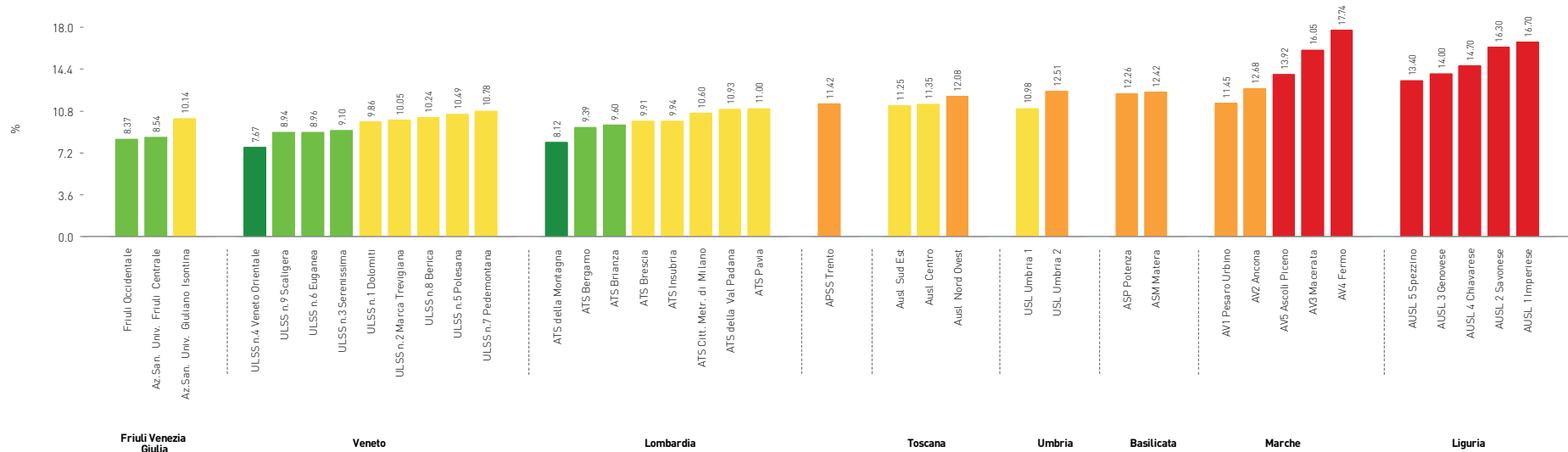
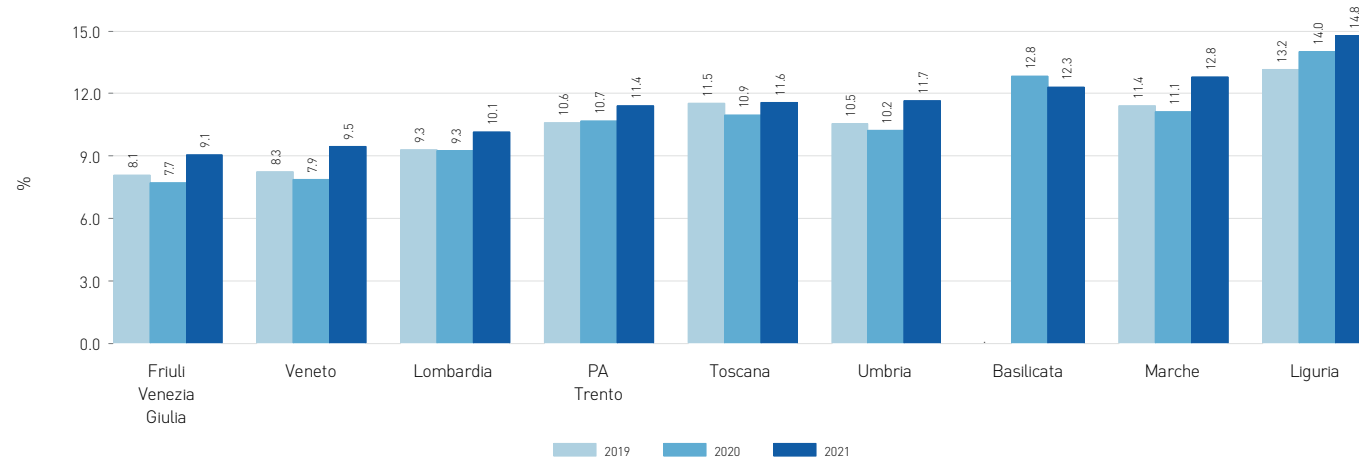
### C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

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



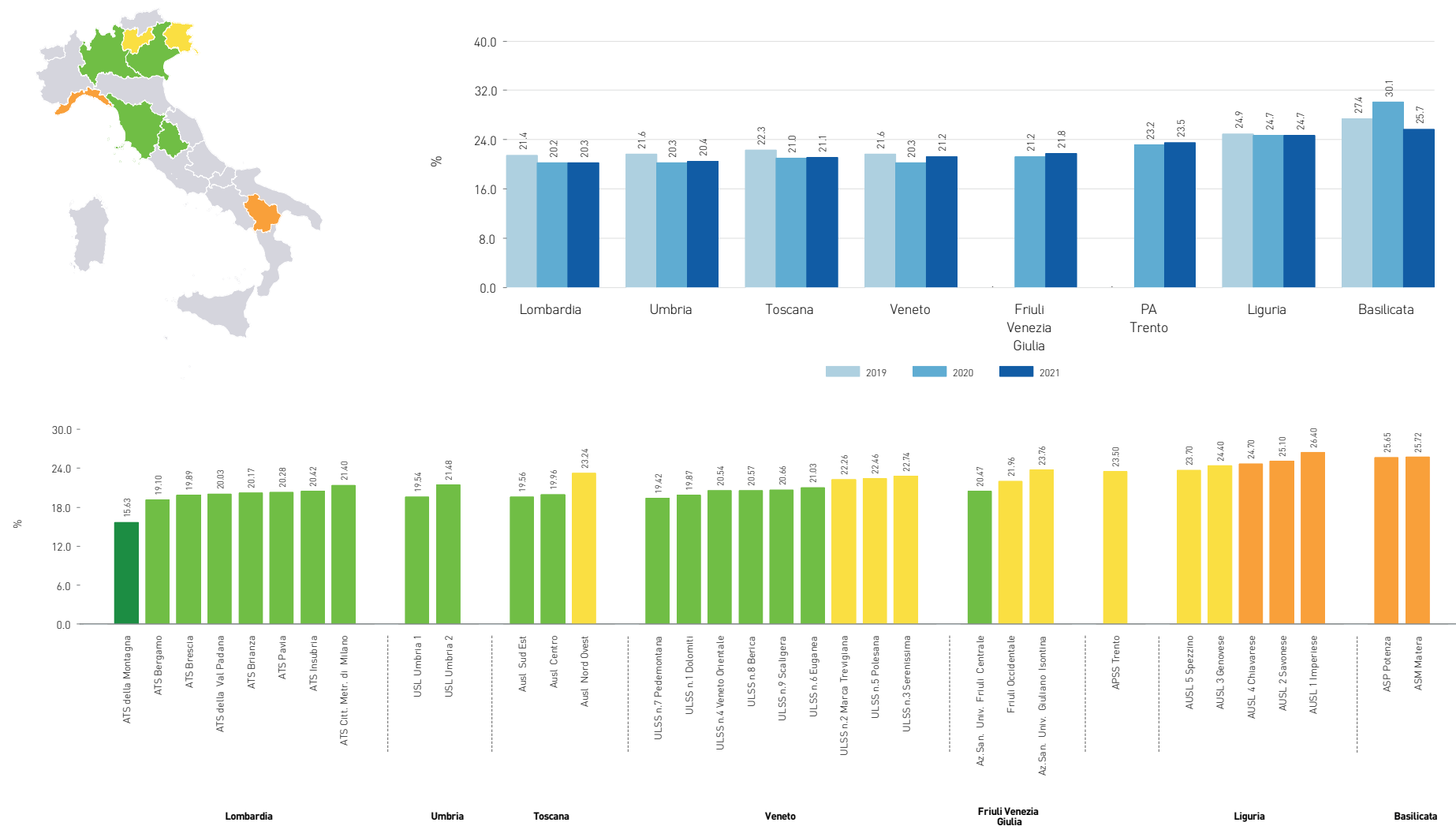
### C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

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



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

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







---

# RESILIENZA



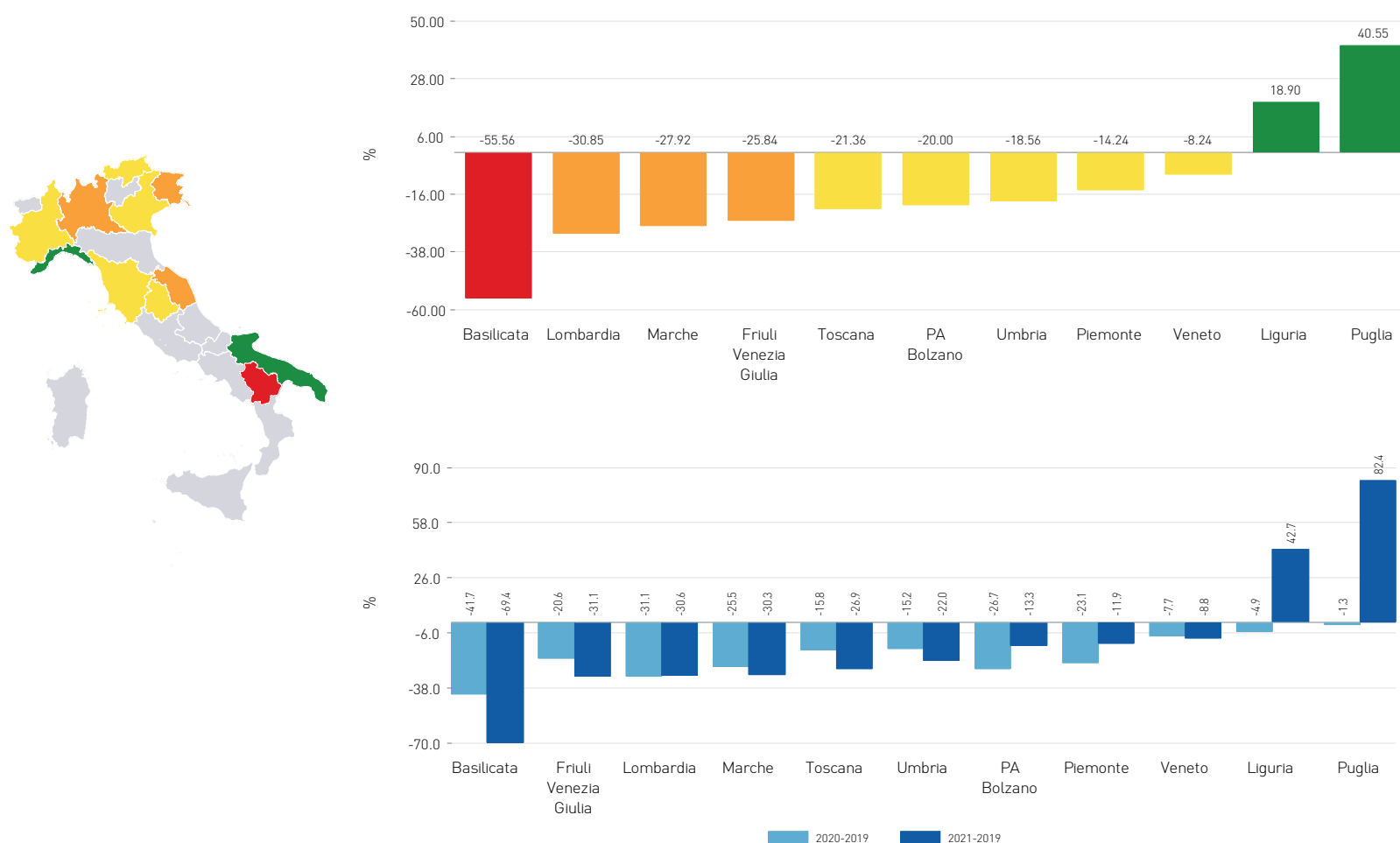
### S.M3.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



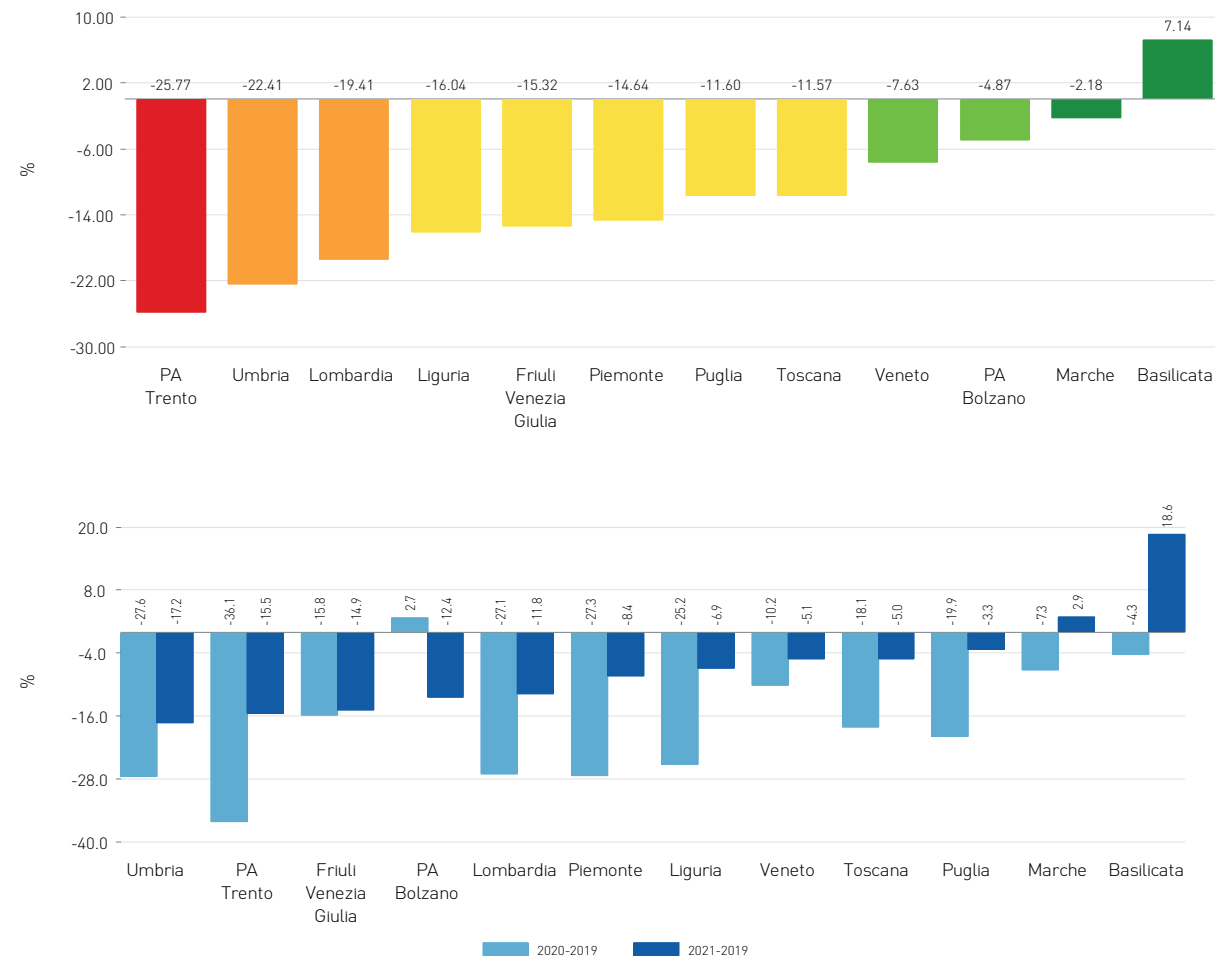
### S.M4.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



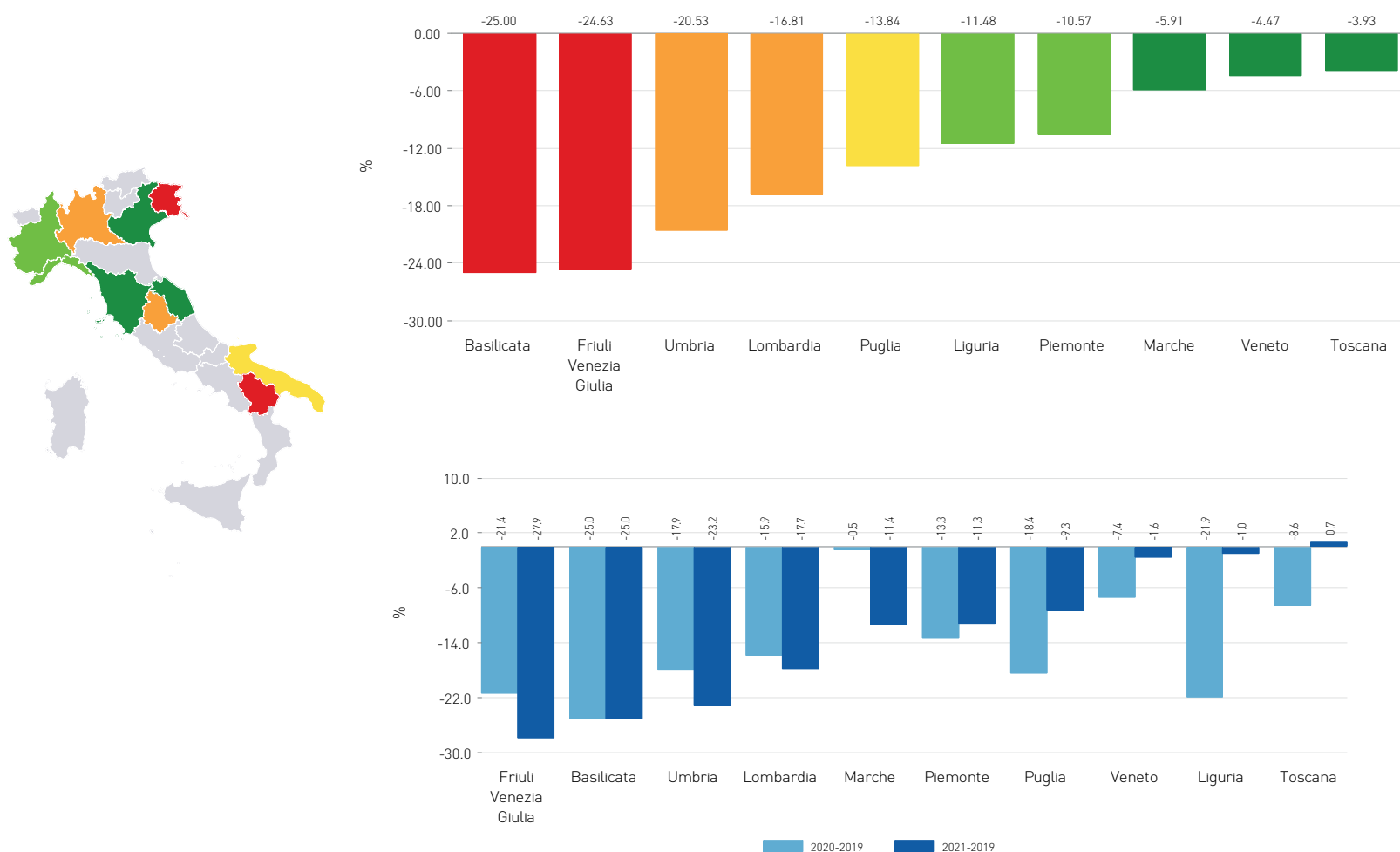
### S.M5.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



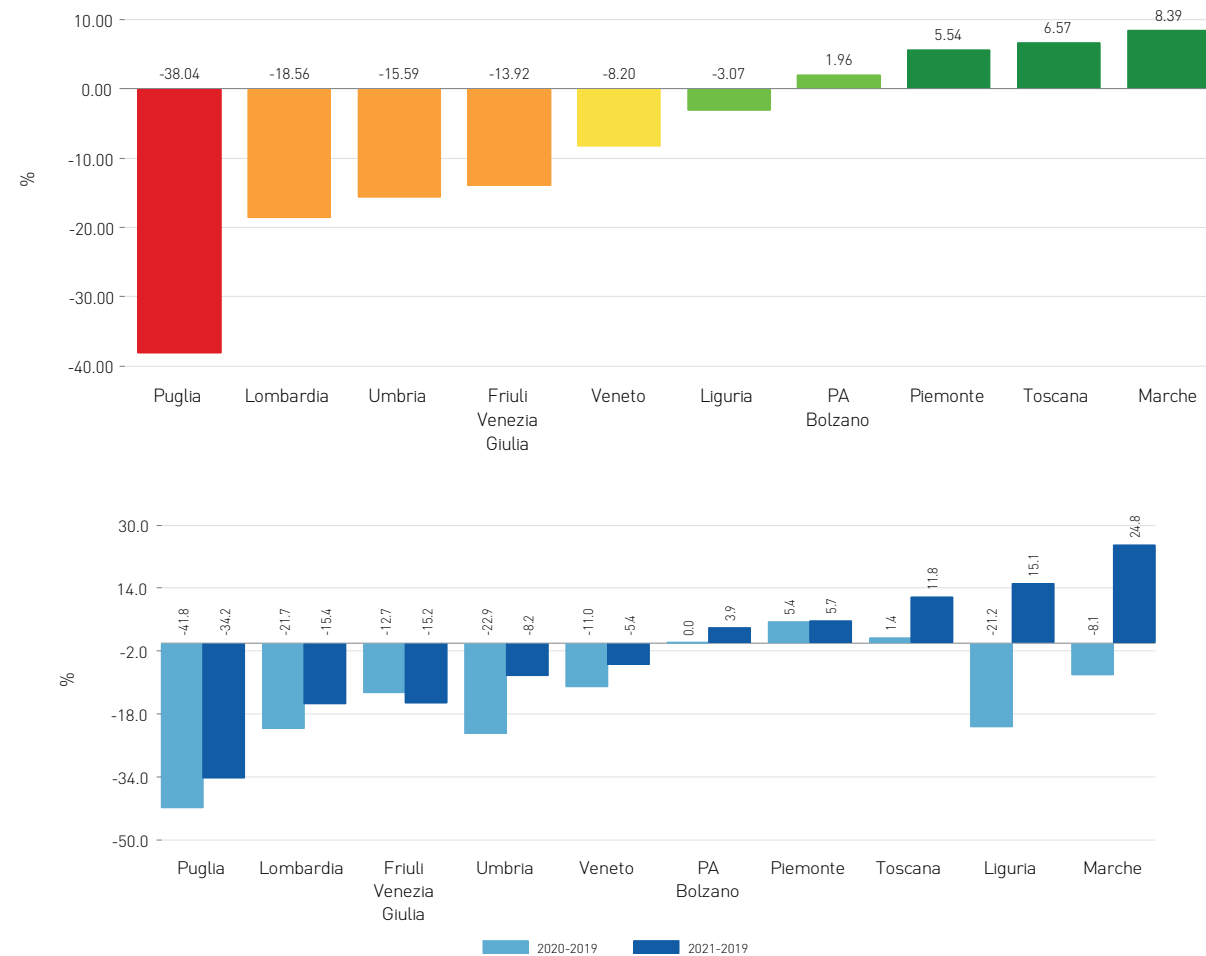
## S.M6.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



### S.M7.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



### S.M8.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A

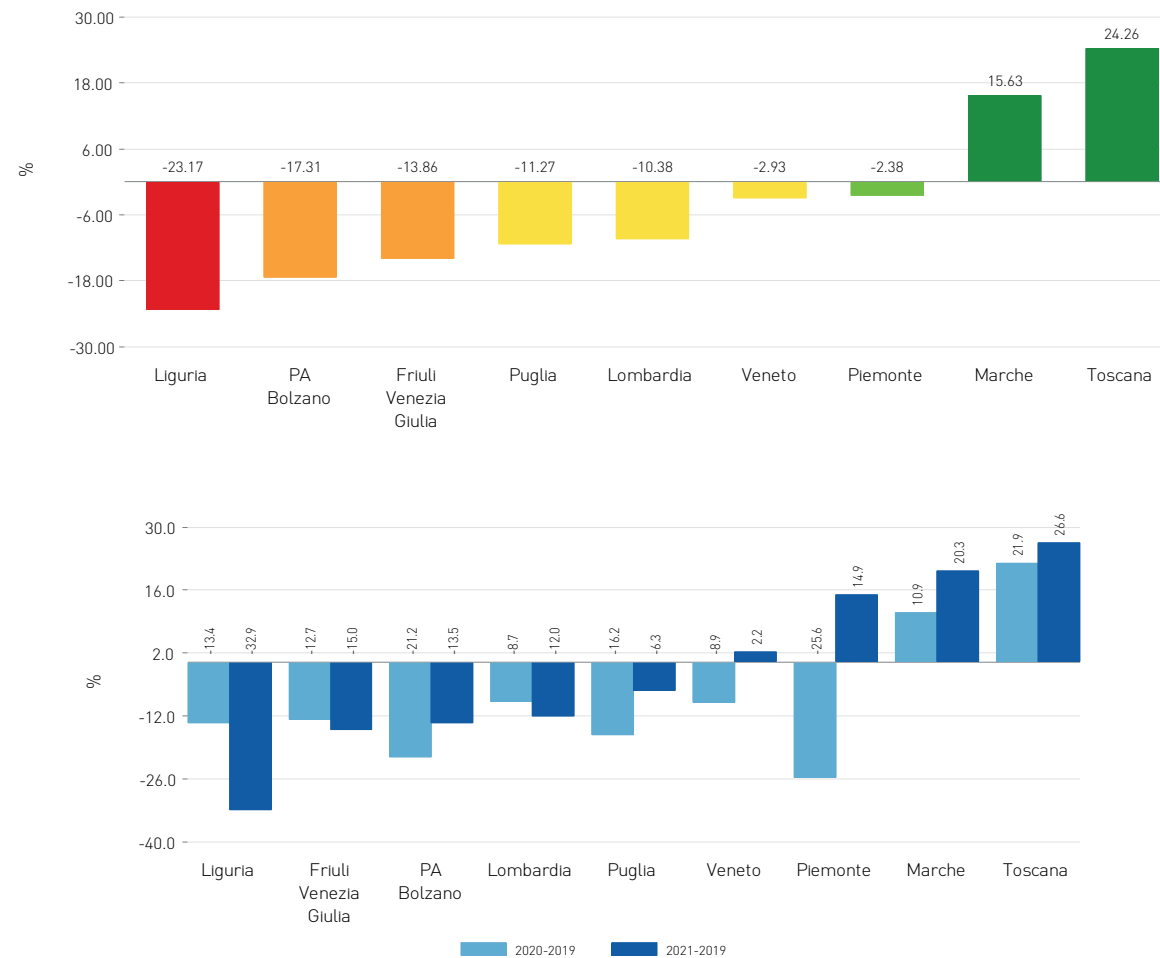
Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.





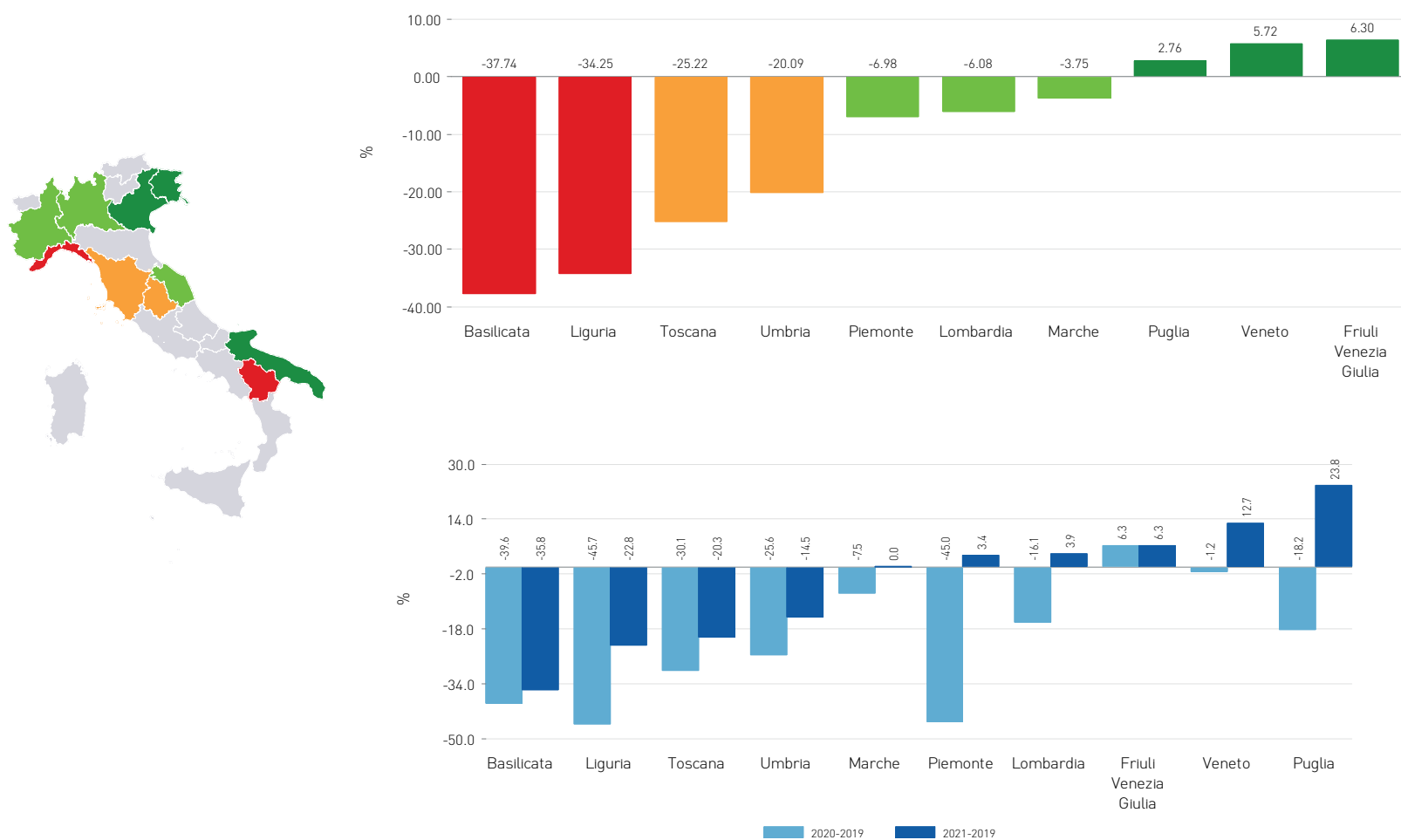
### S.M9.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



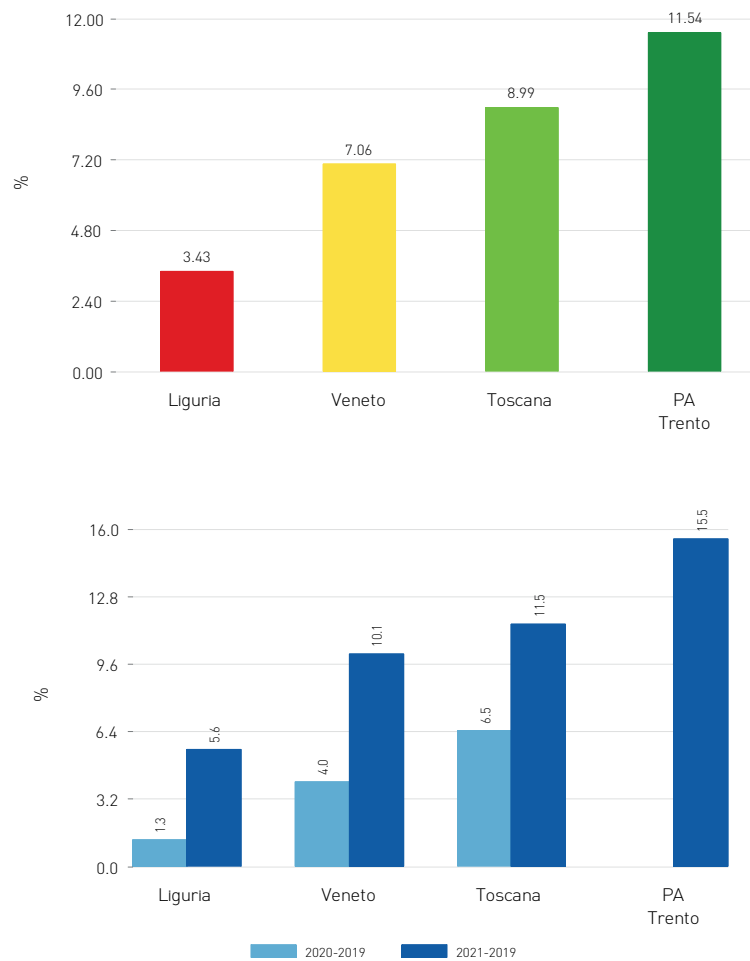
### S.M10.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla tiroide

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



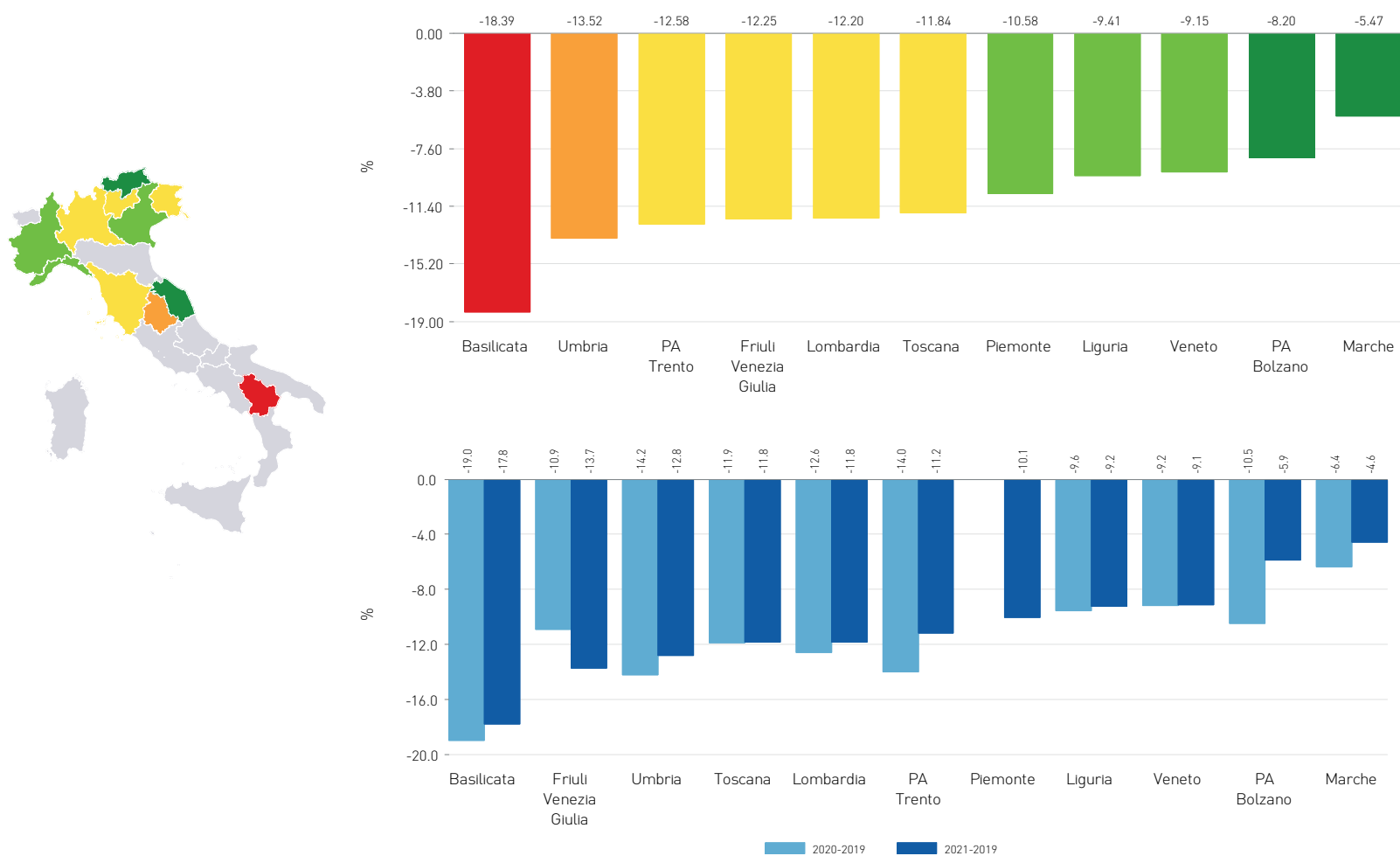
### F.M4.M Variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici

La misurazione della variazione dei livelli di consumo di specifiche classi farmaceutiche permette di valutare indirettamente la capacità dei sistemi sanitari regionali e aziendali di sostenere la presa in carico di specifiche classi di pazienti, anche in periodo pandemico. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



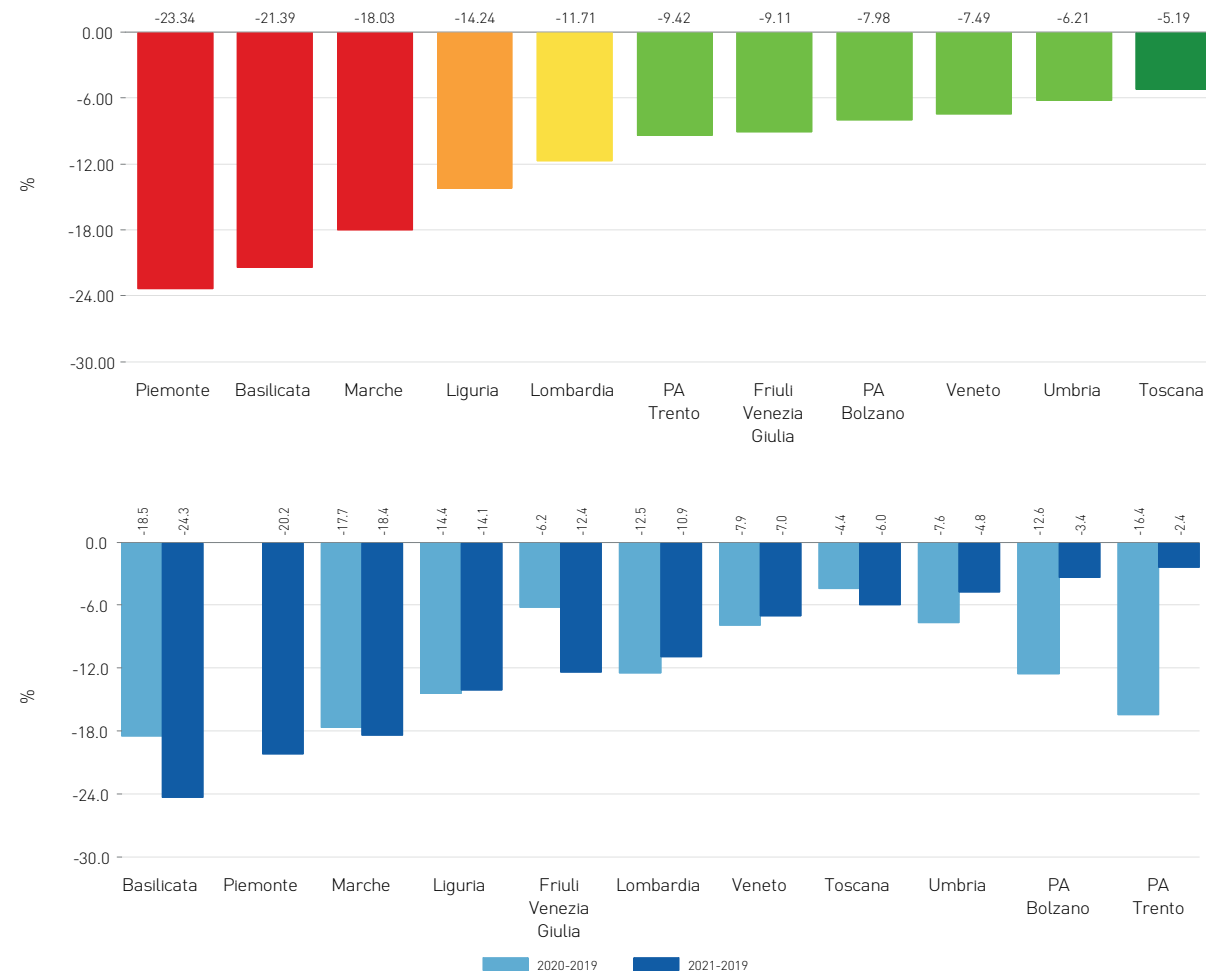
## S.M12.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per IMA STEMI

La misurazione della variazione del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 per patologie tempo dipendenti permette di individuare le aree che nel corso del 2020 e del 2021 hanno registrato la mancata presa in carico di determinate categorie di pazienti e rispetto alle quali programmare proattivamente degli interventi di recupero. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



### S.M14.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per ictus ischemico

La misurazione della variazione del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 per patologie tempo dipendenti permette di individuare le aree che nel corso del 2020 e del 2021 hanno registrato la mancata presa in carico di determinate categorie di pazienti e rispetto alle quali programmare proattivamente degli interventi di recupero. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



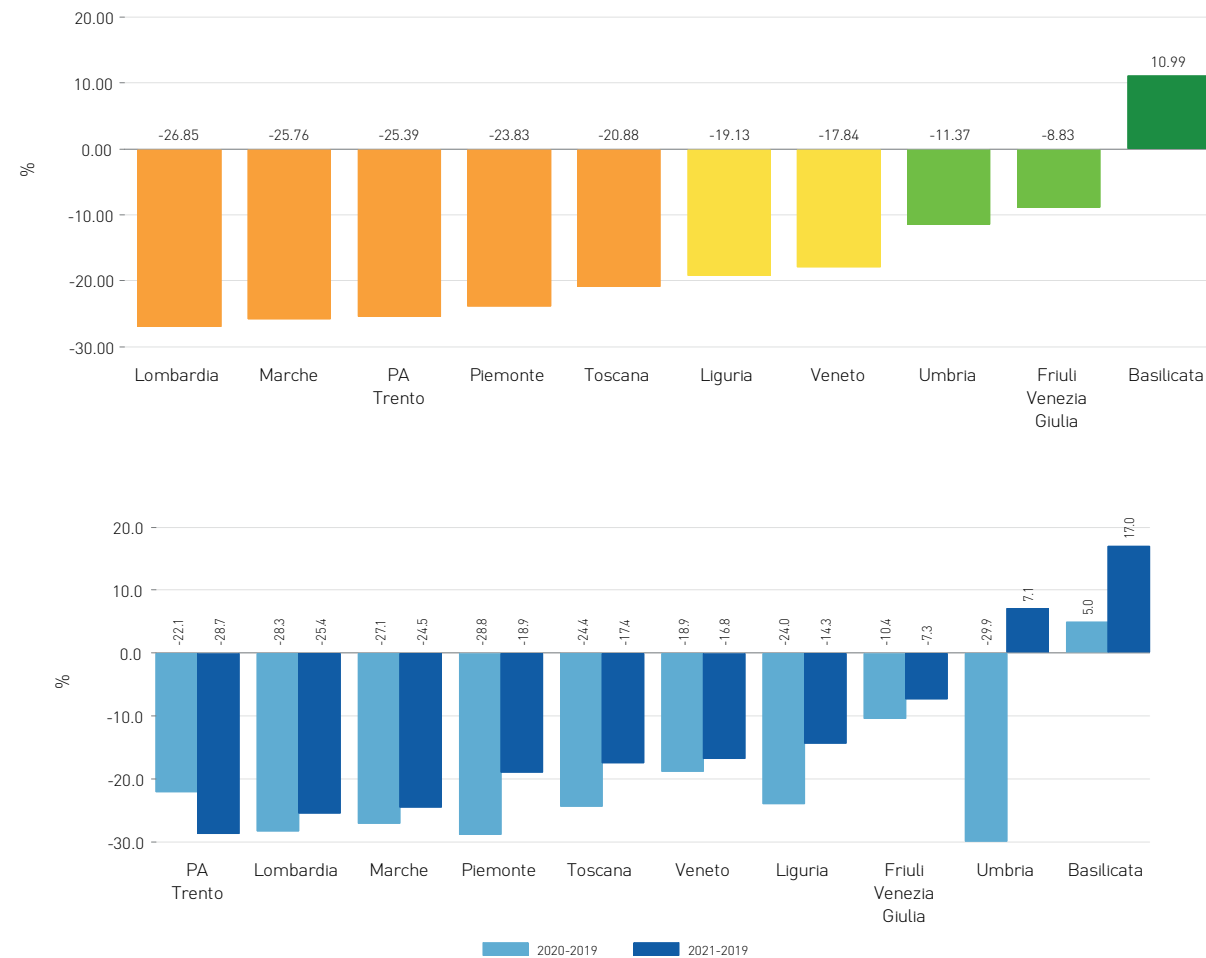
### S.M13.M Variazione media nei volumi per per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



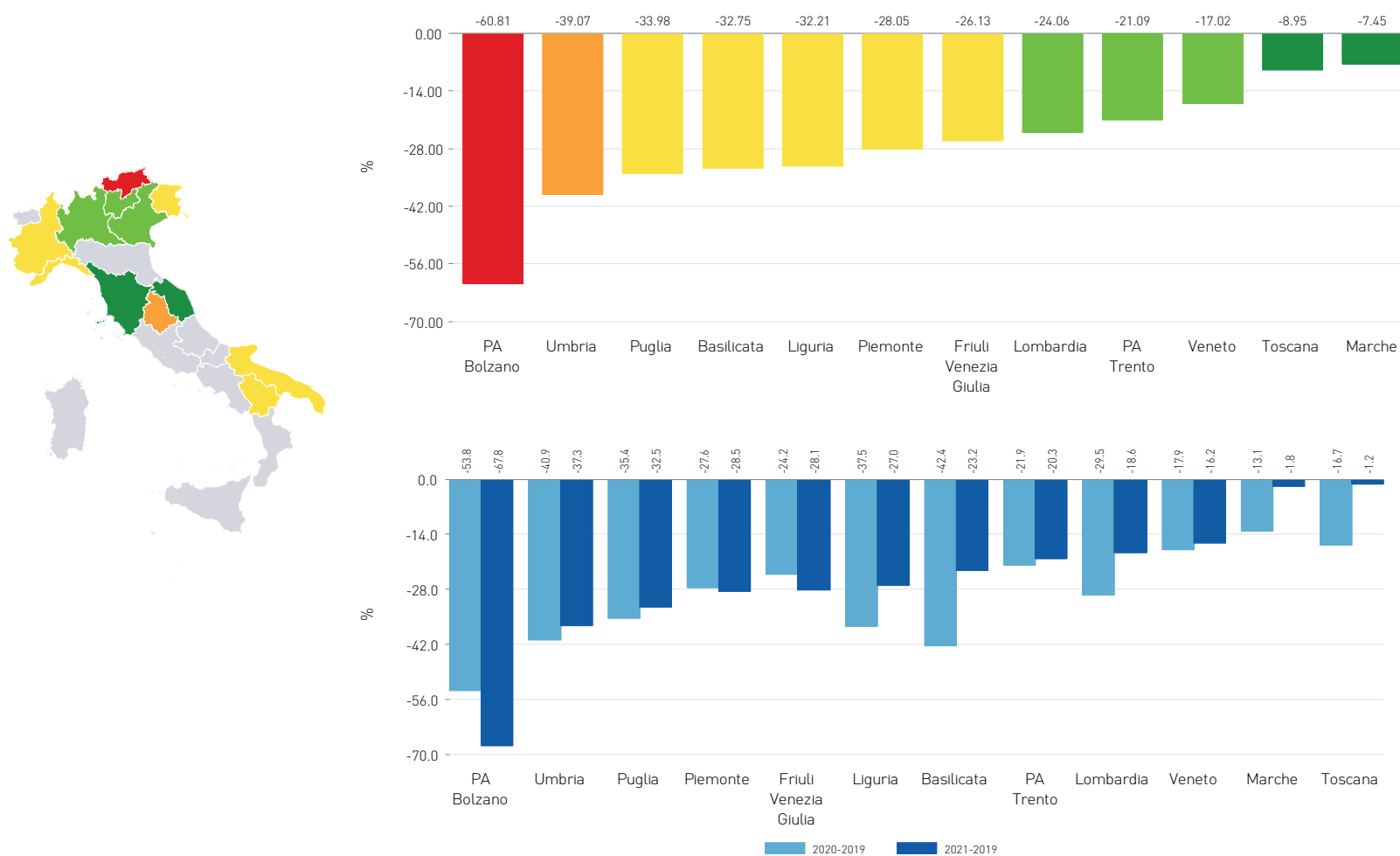
### S.M16.M Variazione media nei volumi per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione della media del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale). Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



## A.M17.M Variazione media nei volumi per visita di controllo cardiologica

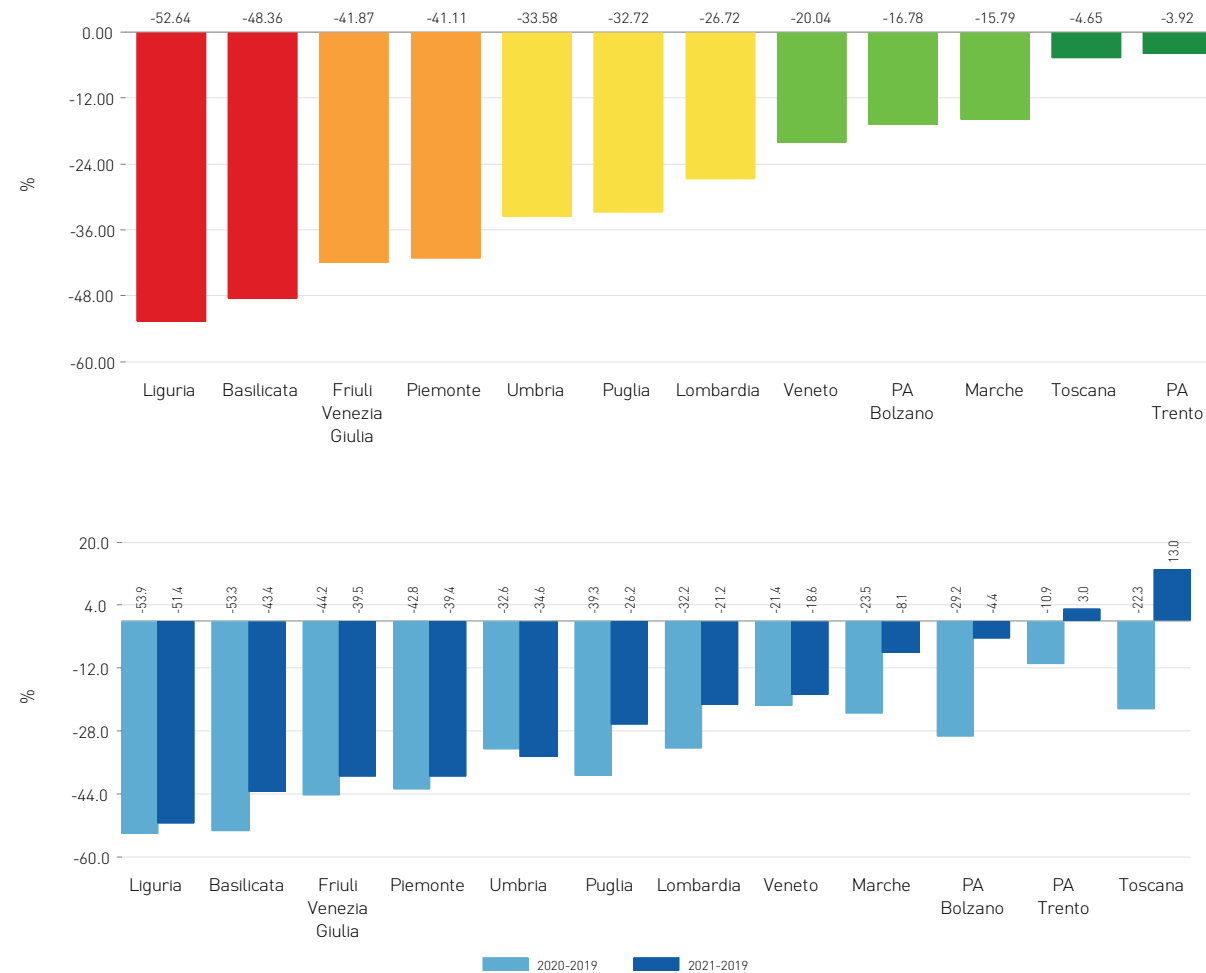
La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.





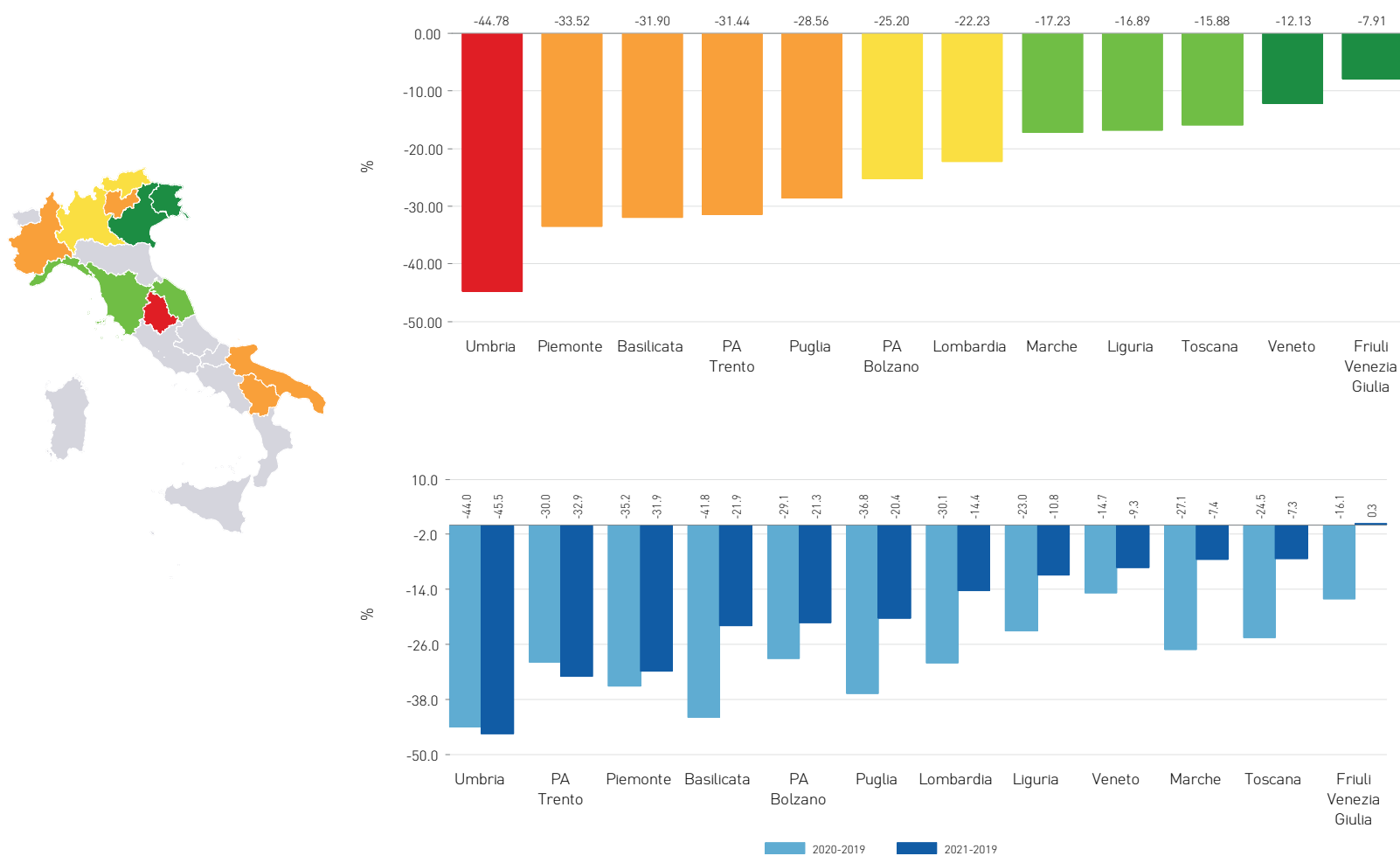
### A.M18.M Variazione media nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



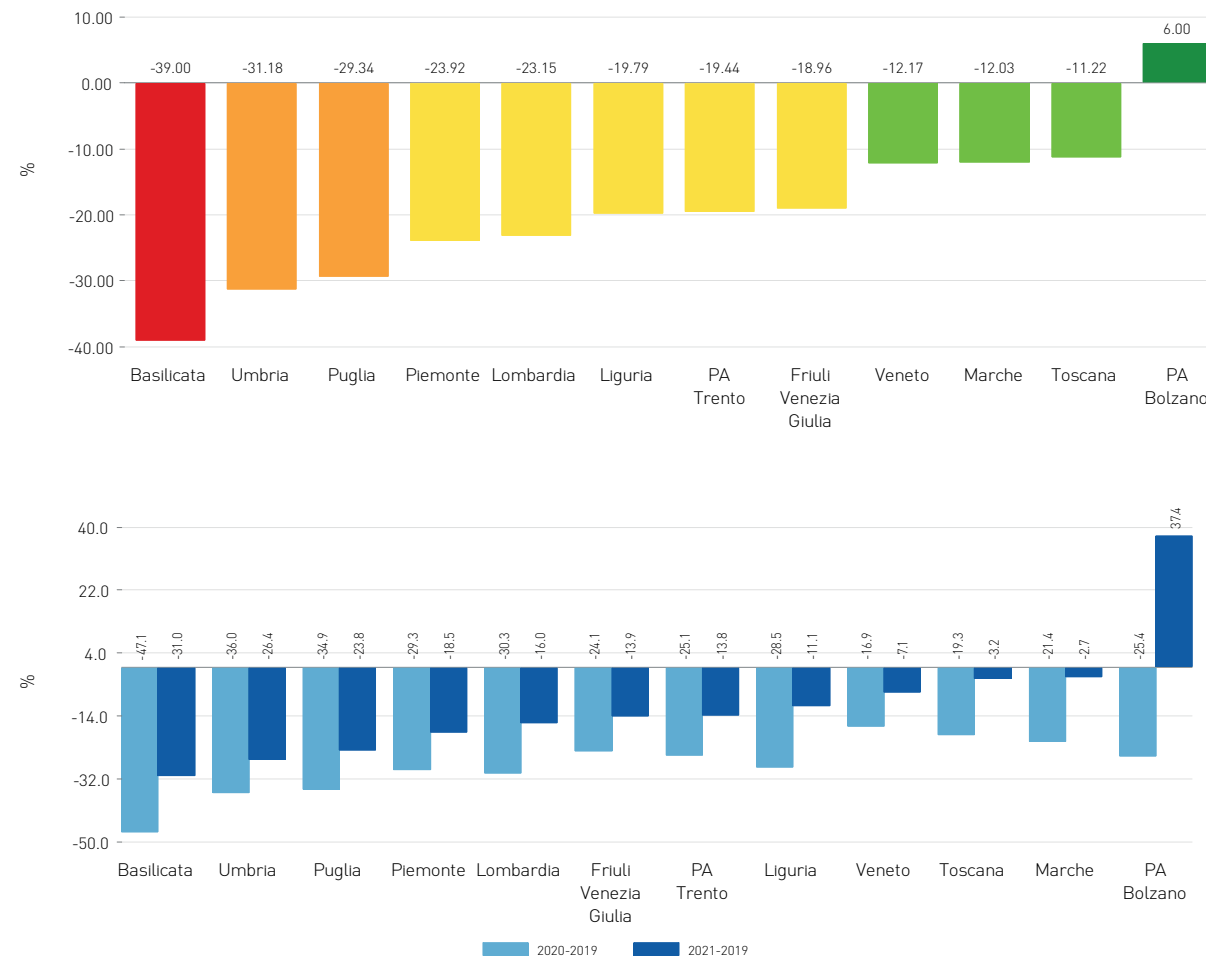
## A.M19.M Variazione media nei volumi per visita di controllo endocrinologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



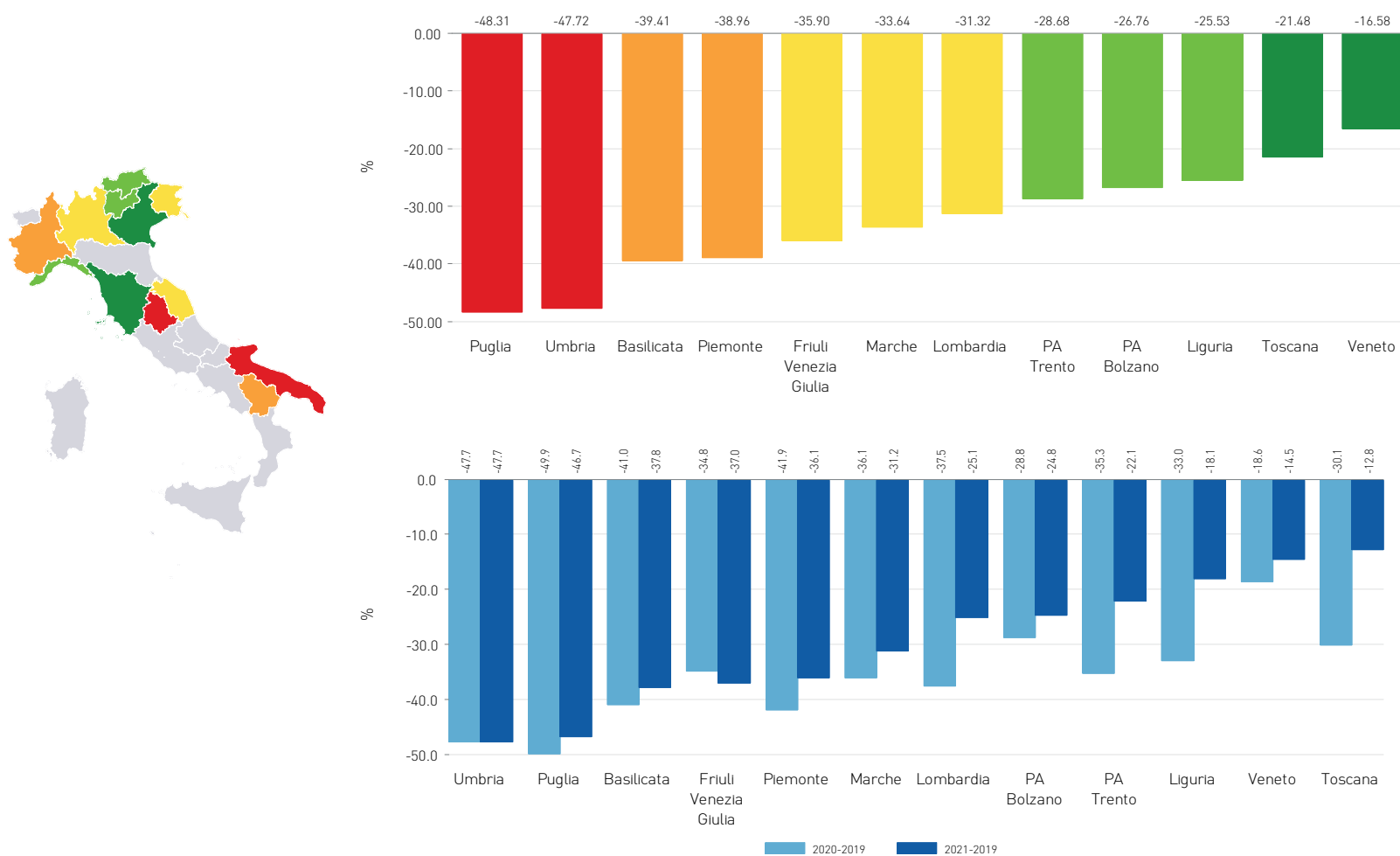
### A.M20.M Variazione media nei volumi per visita di controllo neurologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



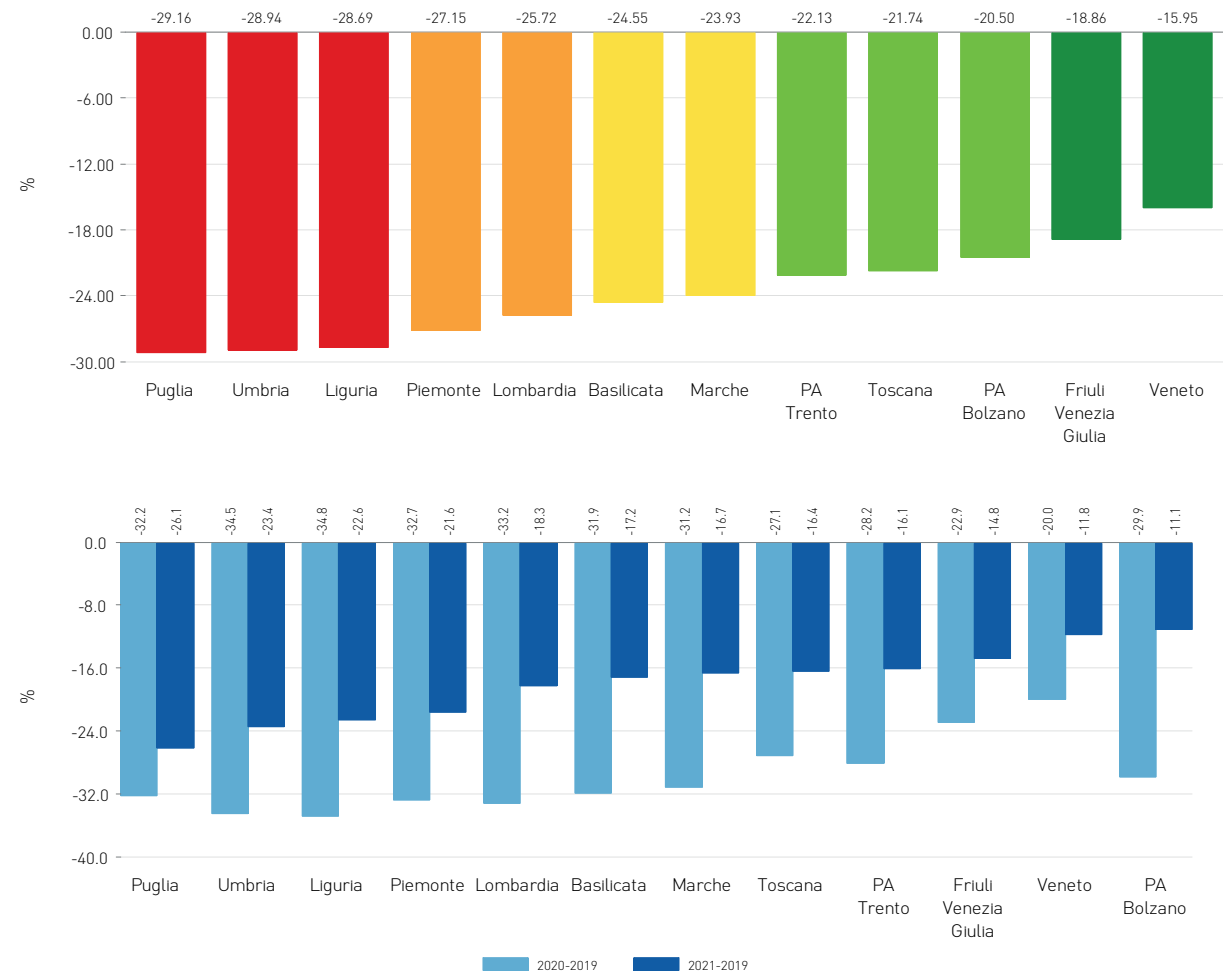
## A.M21.M Variazione media nei volumi per visita di controllo oculistica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



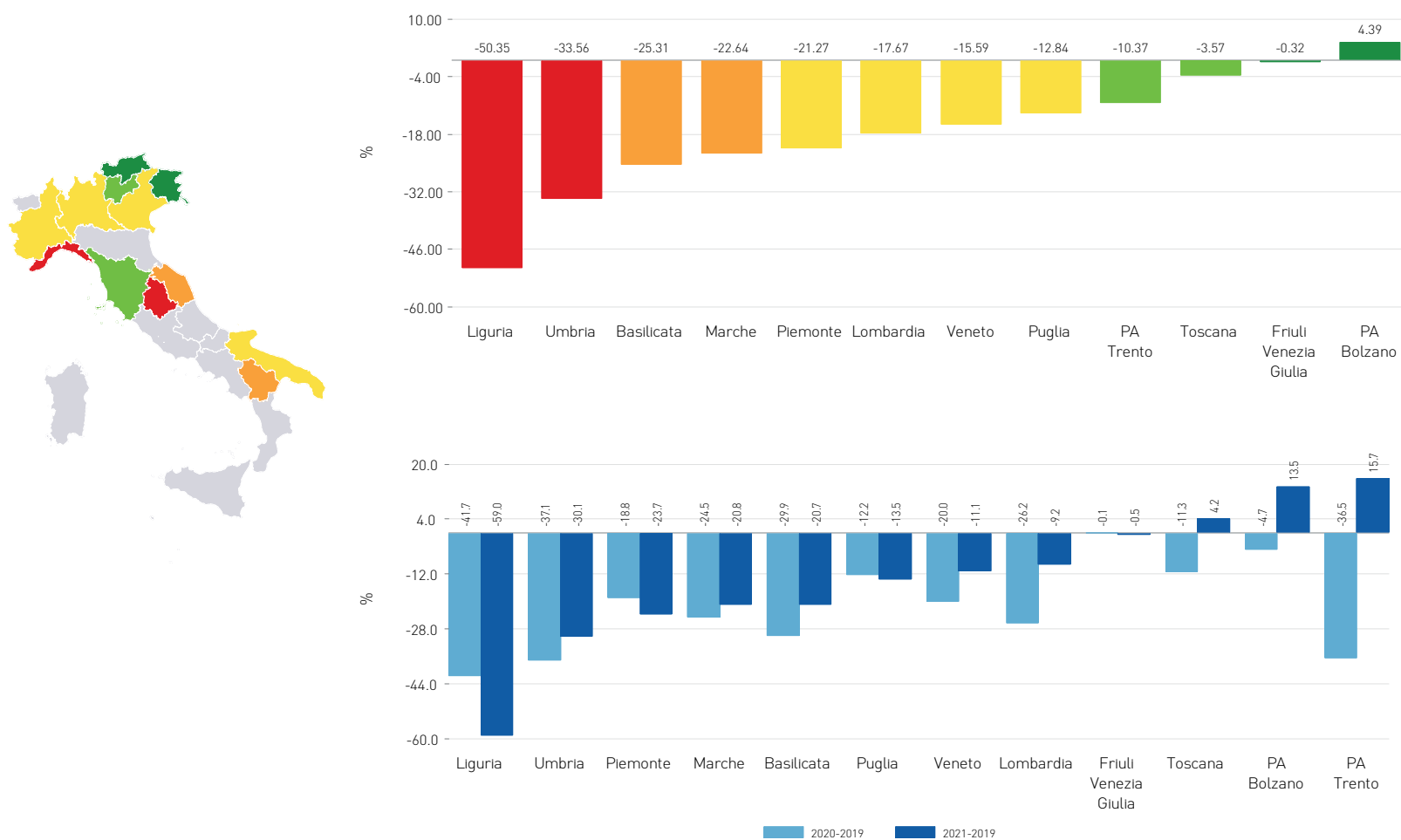
### A.M22.M Variazione media nei volumi per visita di controllo ortopedica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



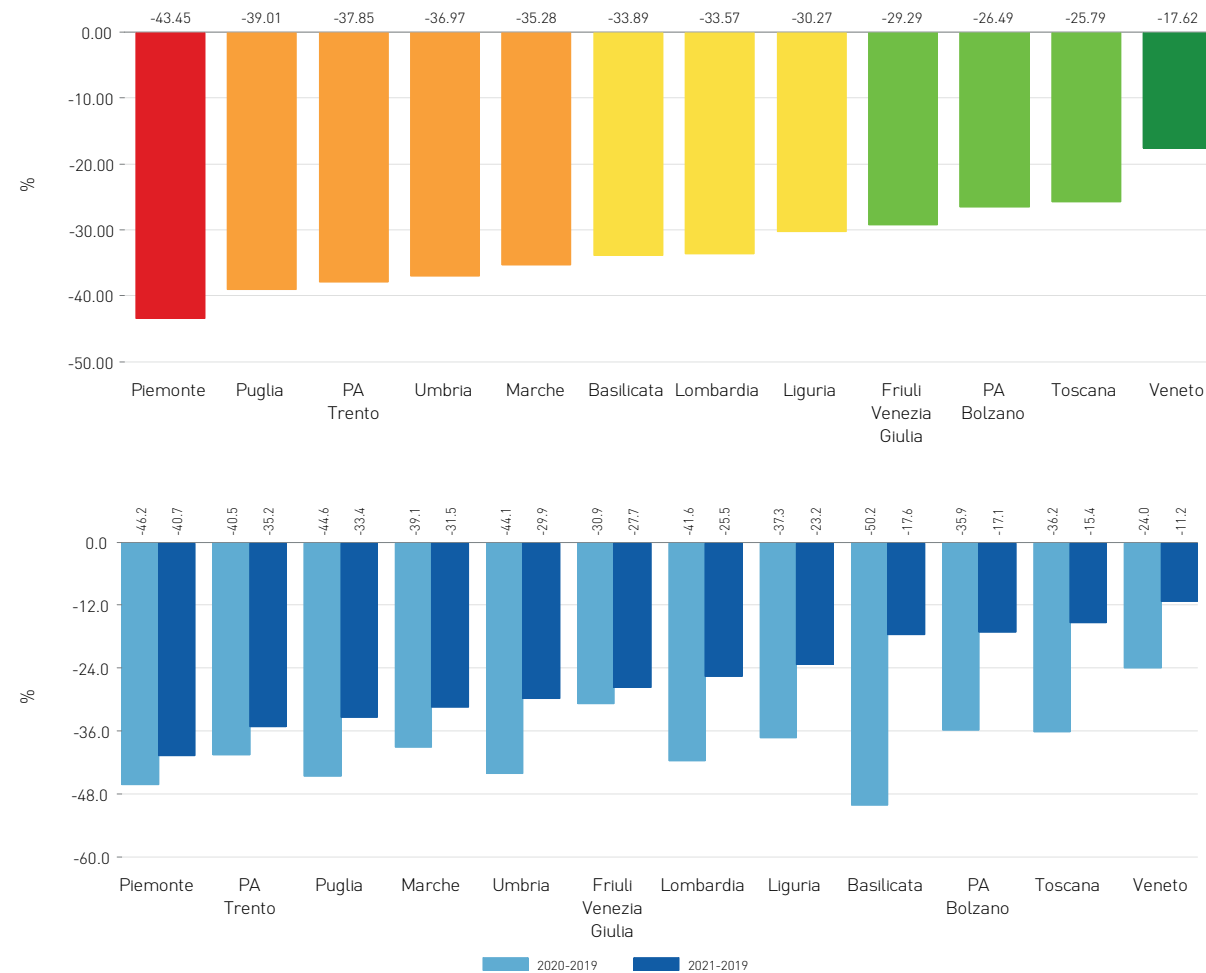
## A.M23.M Variazione media nei volumi per visita di controllo ginecologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



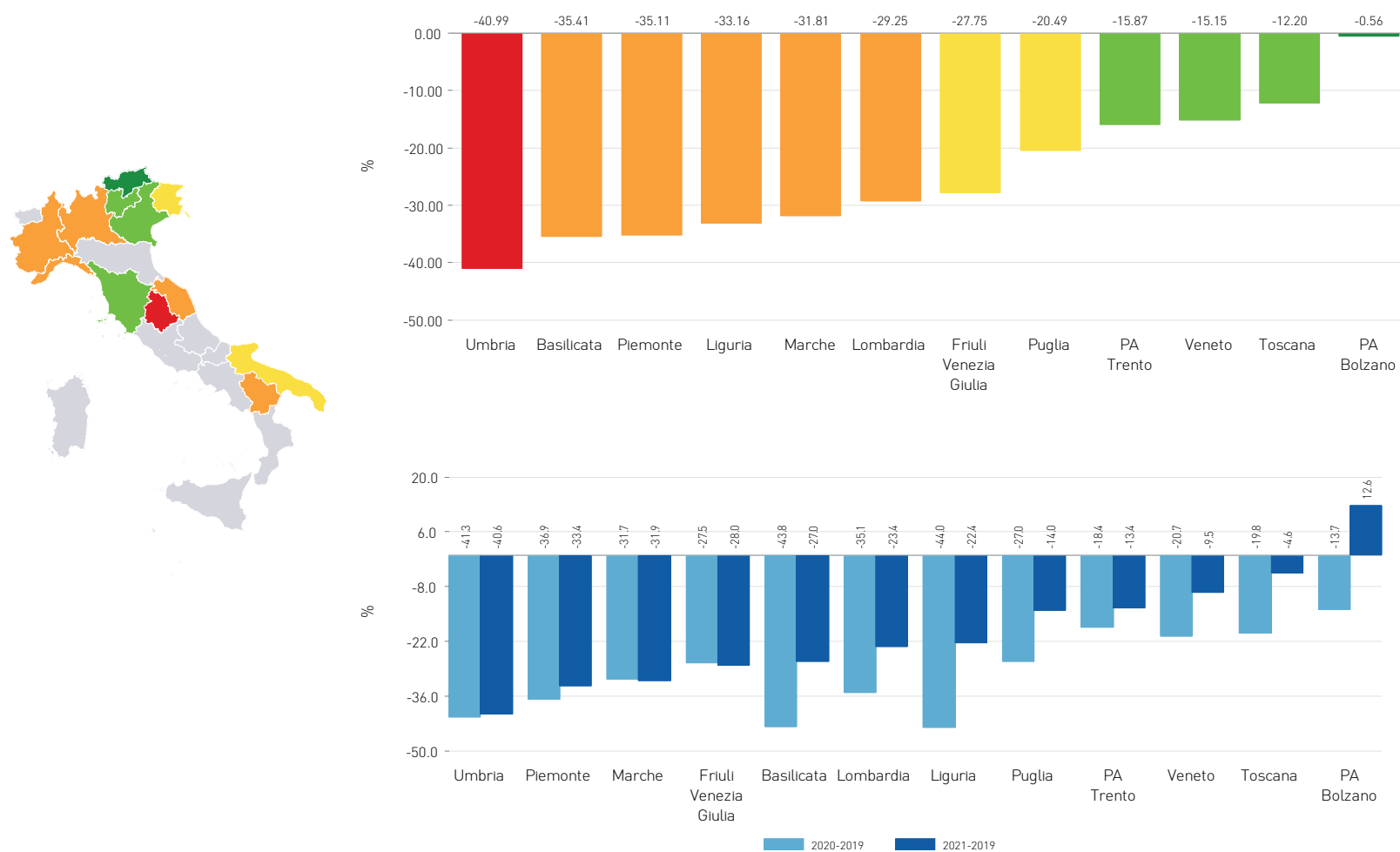
### A.M24.M Variazione media nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



## A.M25.M Variazione media nei volumi per visita di controllo urologica

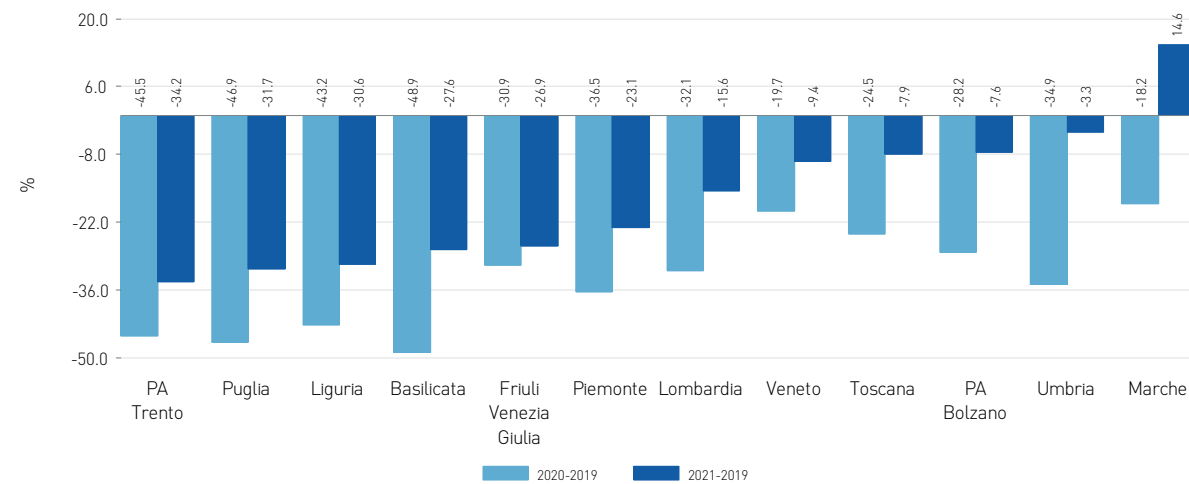
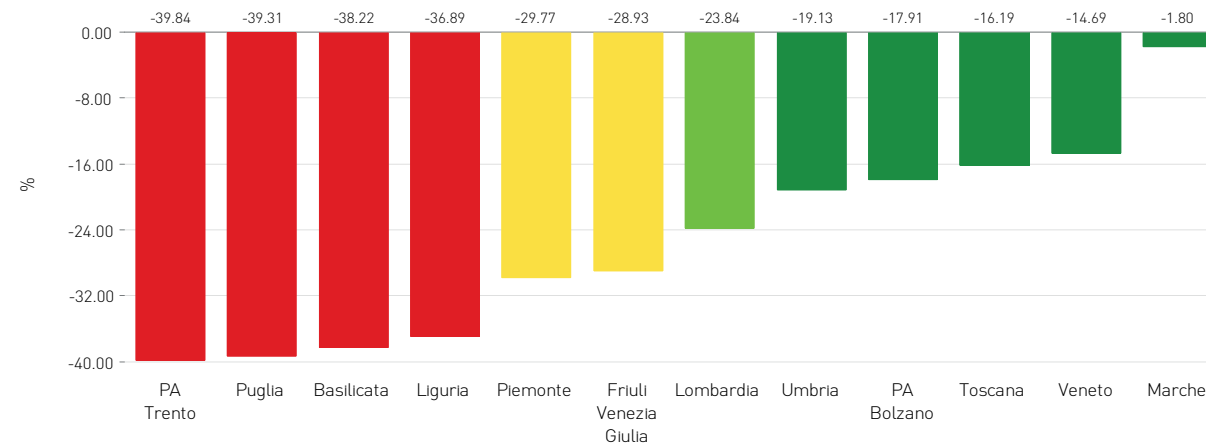
La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.





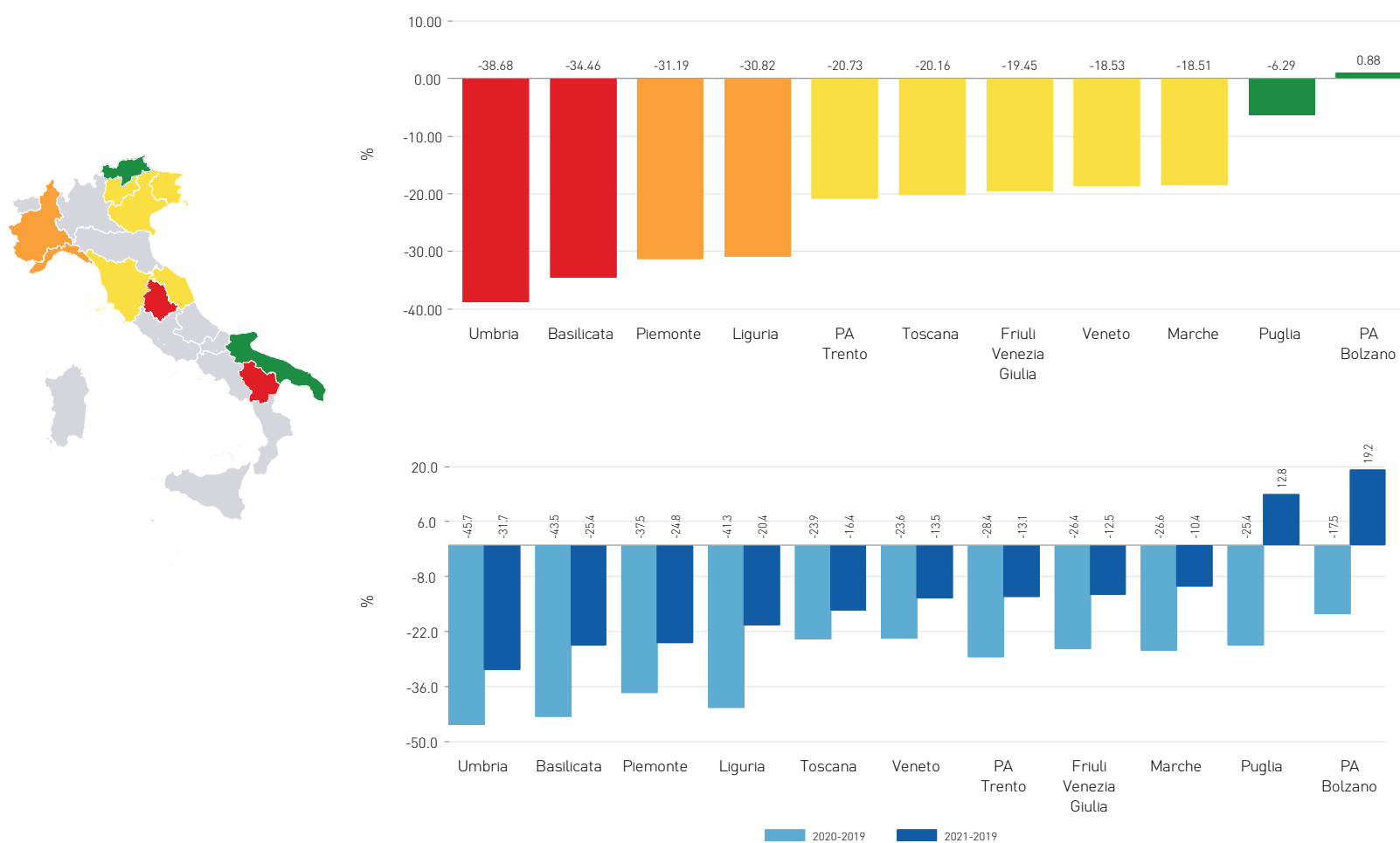
### A.M26.M Variazione media nei volumi per visita di controllo dermatologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



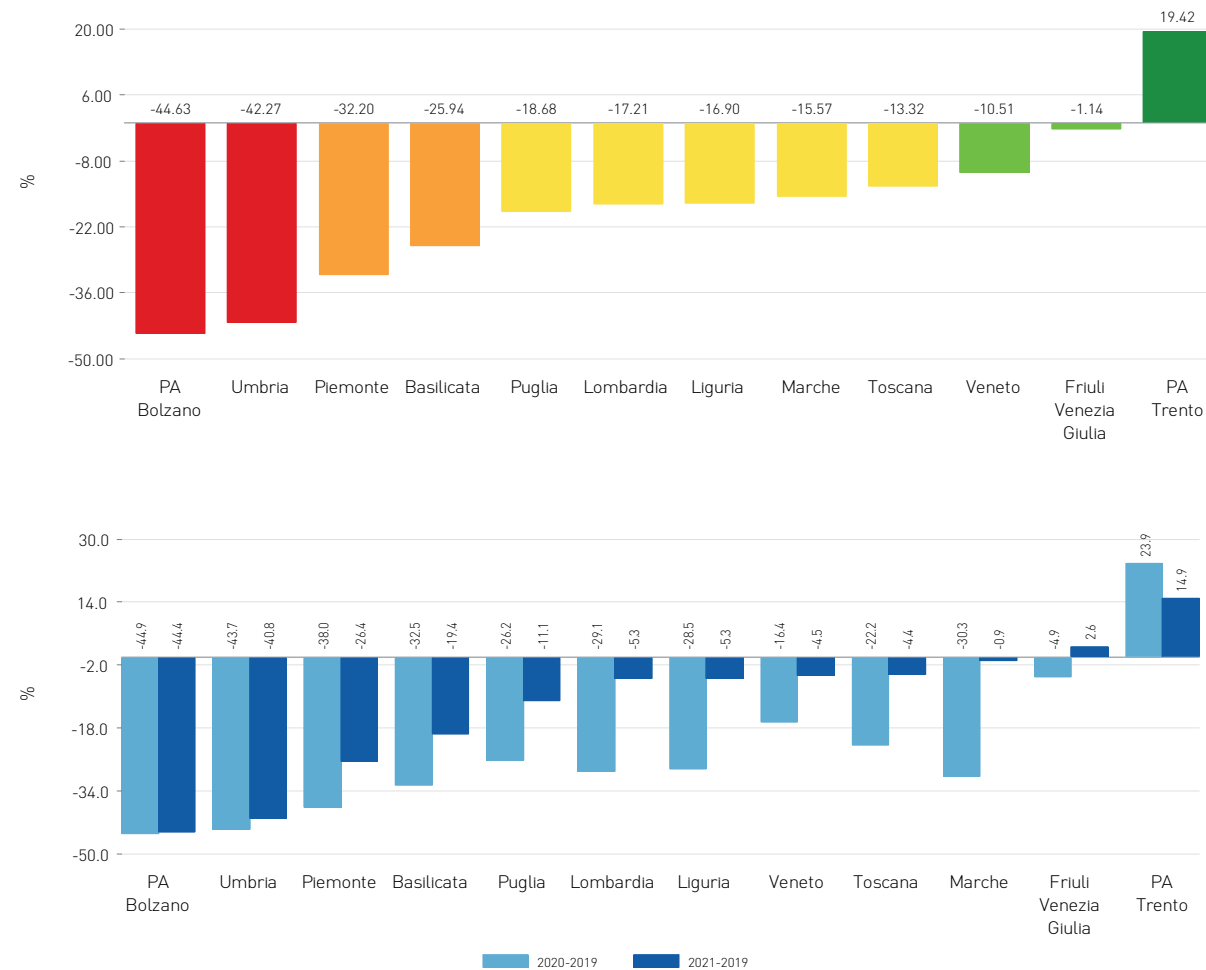
## A.M27.M Variazione media nei volumi per visita di controllo fisiatrica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



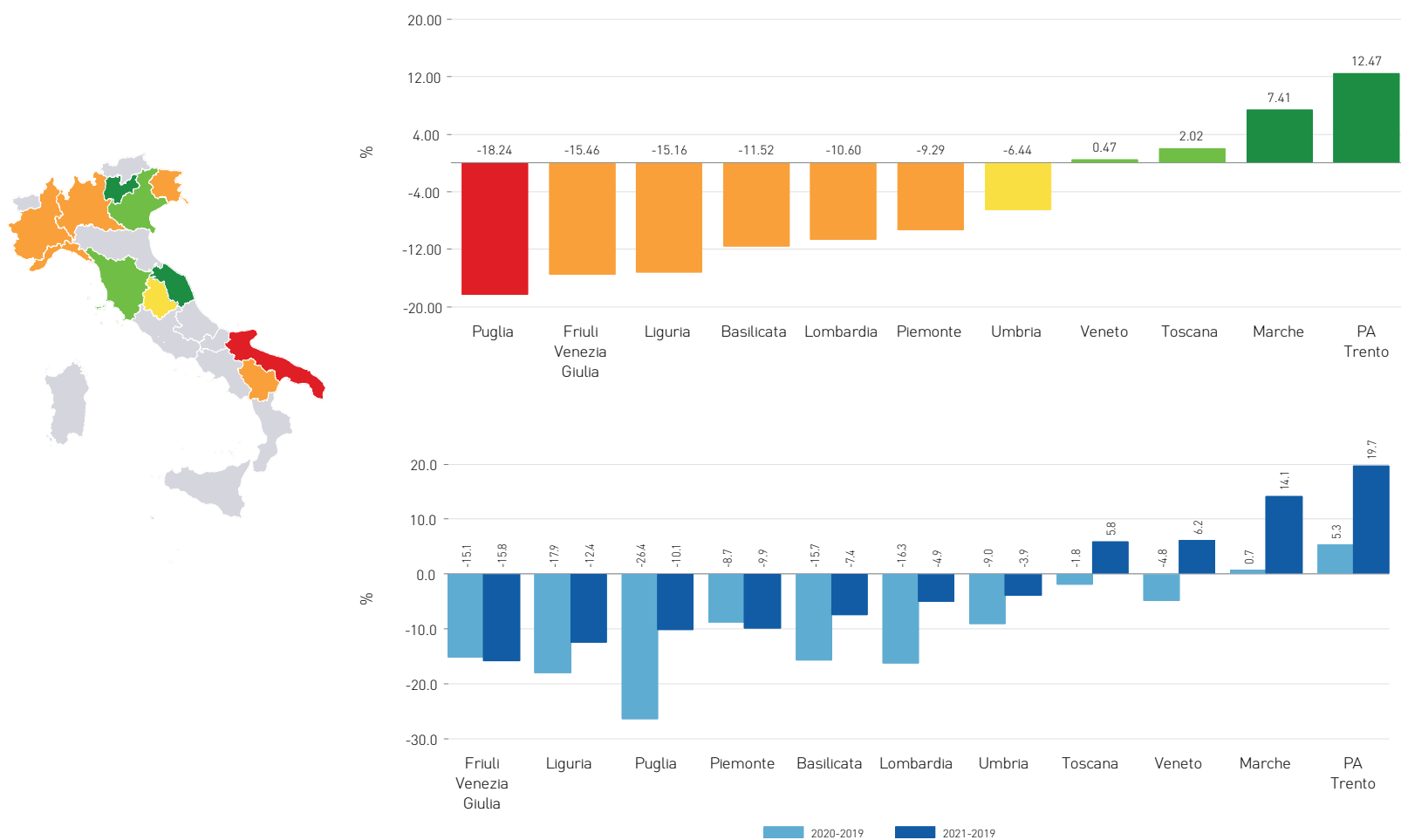
### A.M28.M Variazione media nei volumi per visita di controllo gastroenterologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



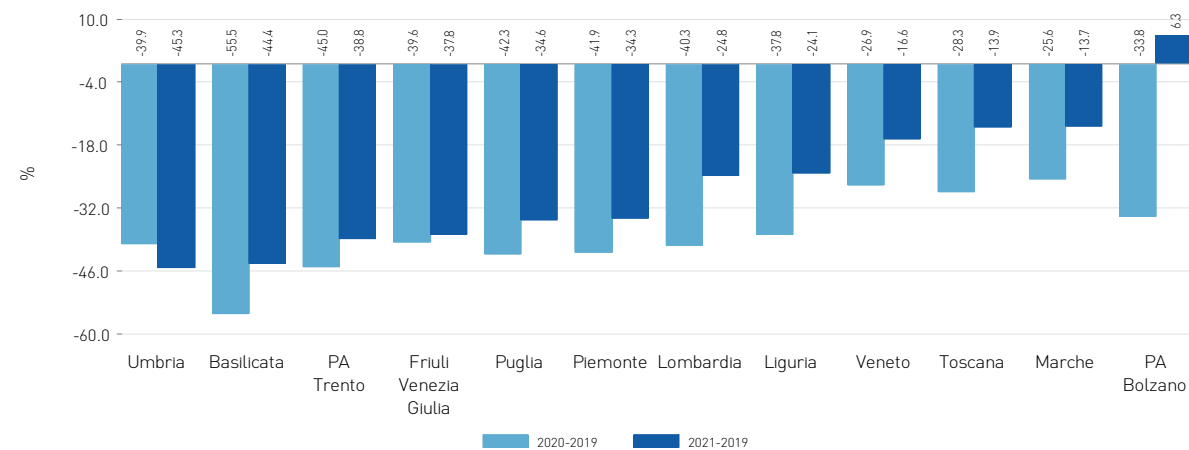
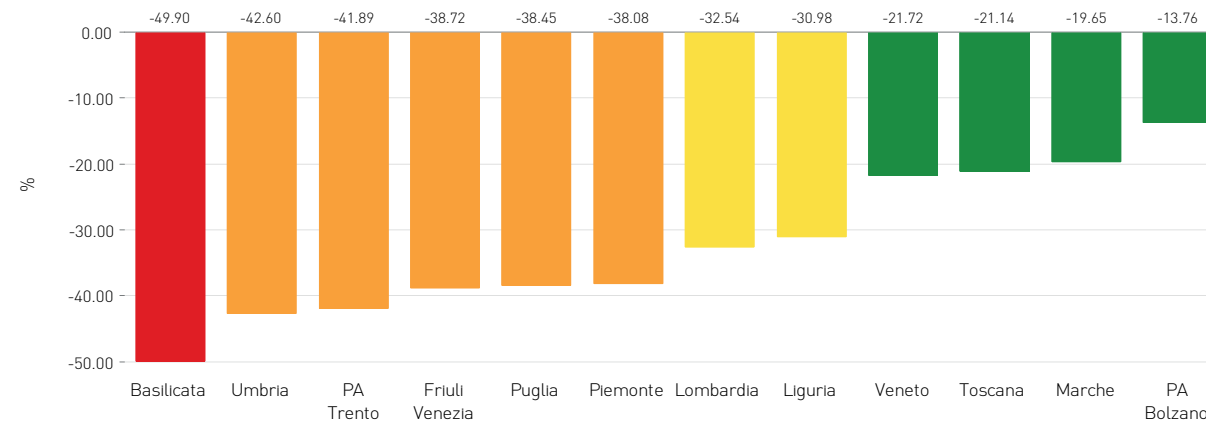
## A.M29.M Variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



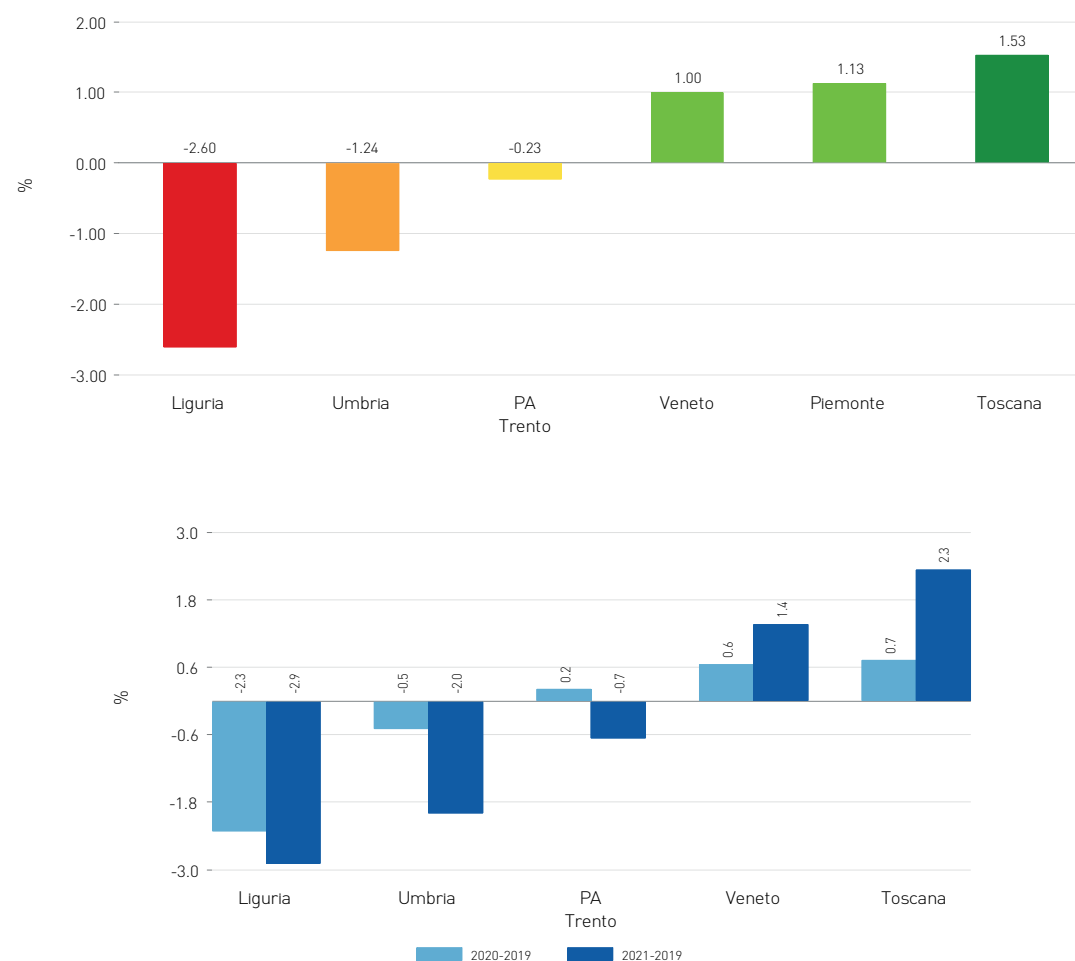
### A.M30.M Variazione media nei volumi per visita di controllo pneumologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2021 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



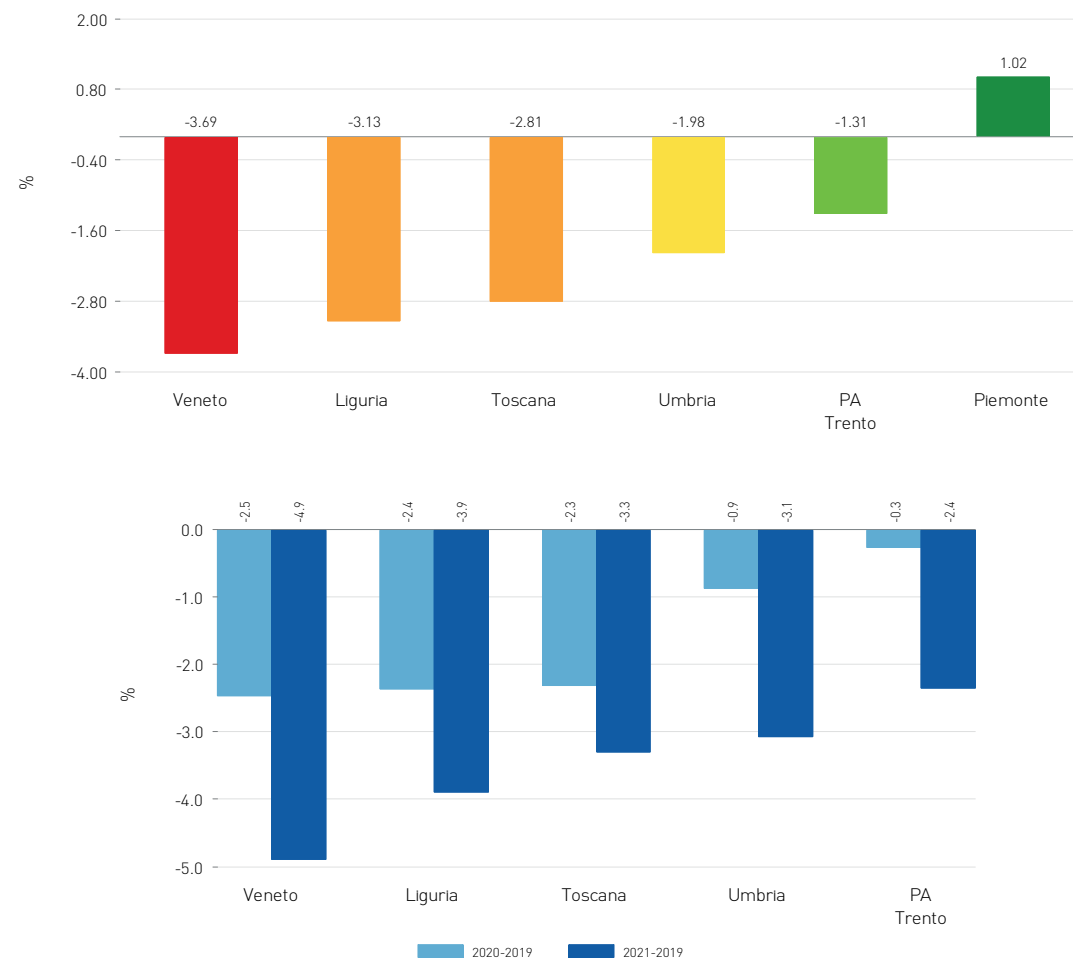
## F.M1.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio

La misurazione della variazione dei livelli di consumo di specifiche classi farmaceutiche permette di valutare indirettamente la capacità dei sistemi sanitari regionali e aziendali di sostenere la presa in carico di specifiche classi di pazienti, anche in periodo pandemico. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



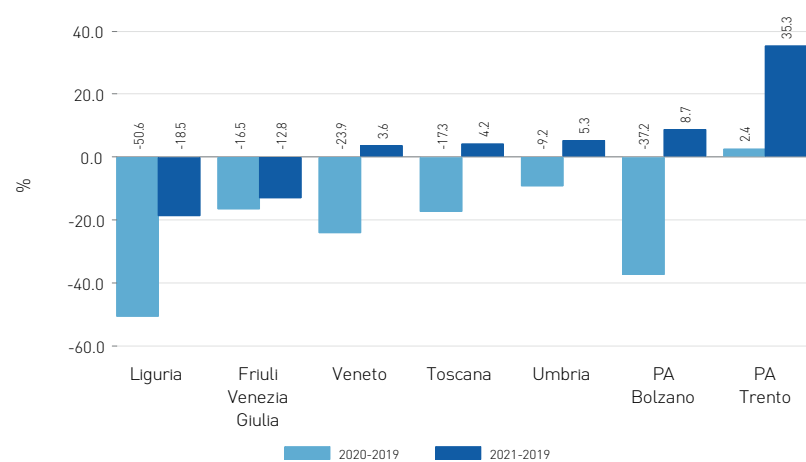
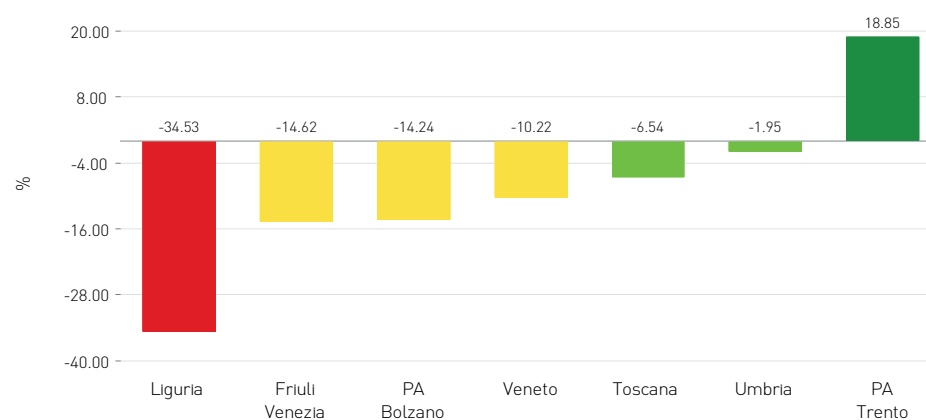
## F.M2.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio

La misurazione della variazione dei livelli di consumo di specifiche classi farmaceutiche permette di valutare indirettamente la capacità dei sistemi sanitari regionali e aziendali di sostenere la presa in carico di specifiche classi di pazienti, anche in periodo pandemico. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



### B5.1.2.M Variazione media nei volumi per lo screening mammografico

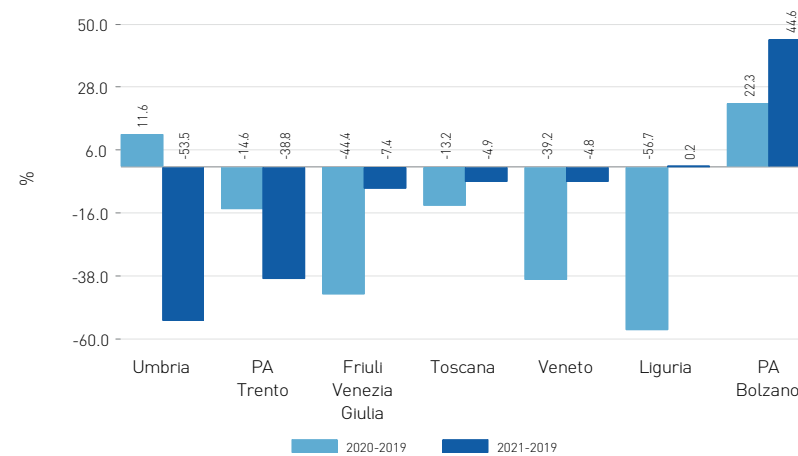
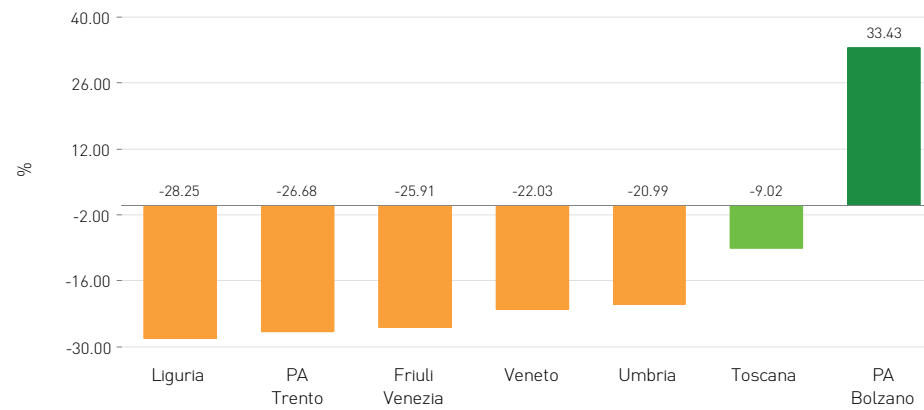
La misurazione della variazione del numero di screening oncologici tra il 2019 e la media 2020-2021 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente del percorso oncologico. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.





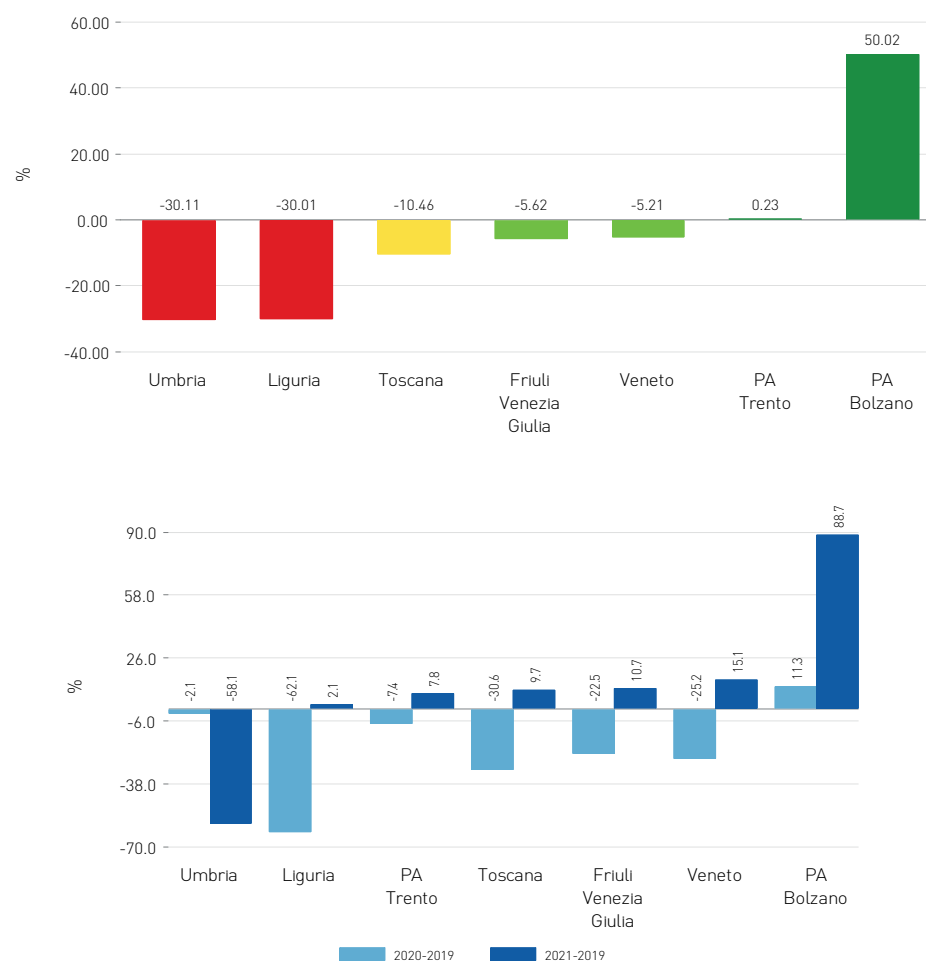
### B5.2.2.M Variazione media nei volumi per lo screening cervice uterina

La misurazione della variazione del numero di screening oncologici tra il 2019 e la media 2020-2021 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente del percorso oncologico. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



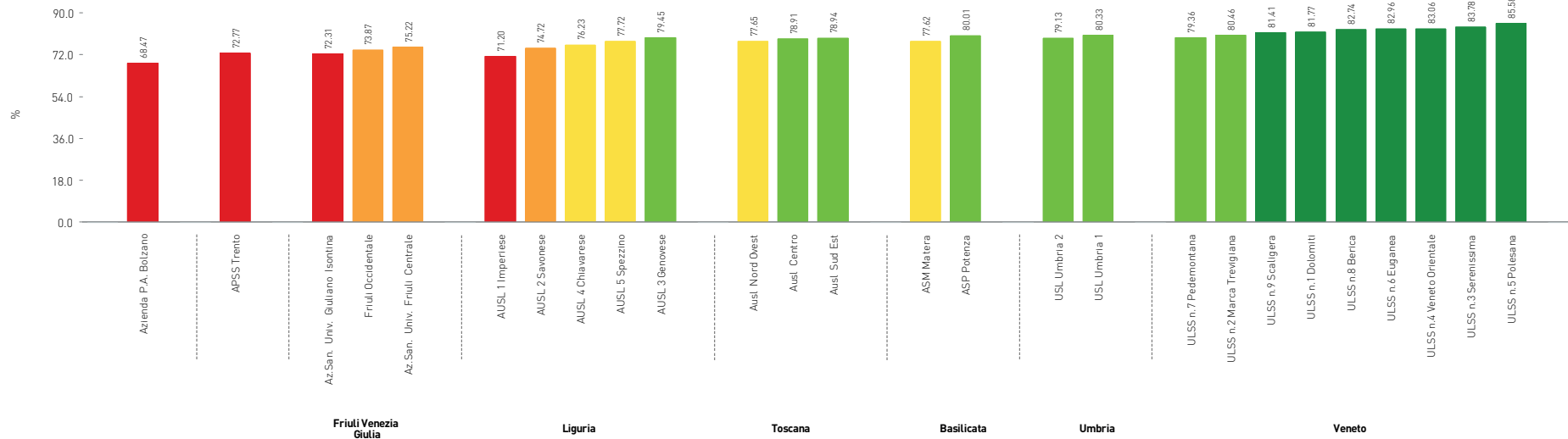
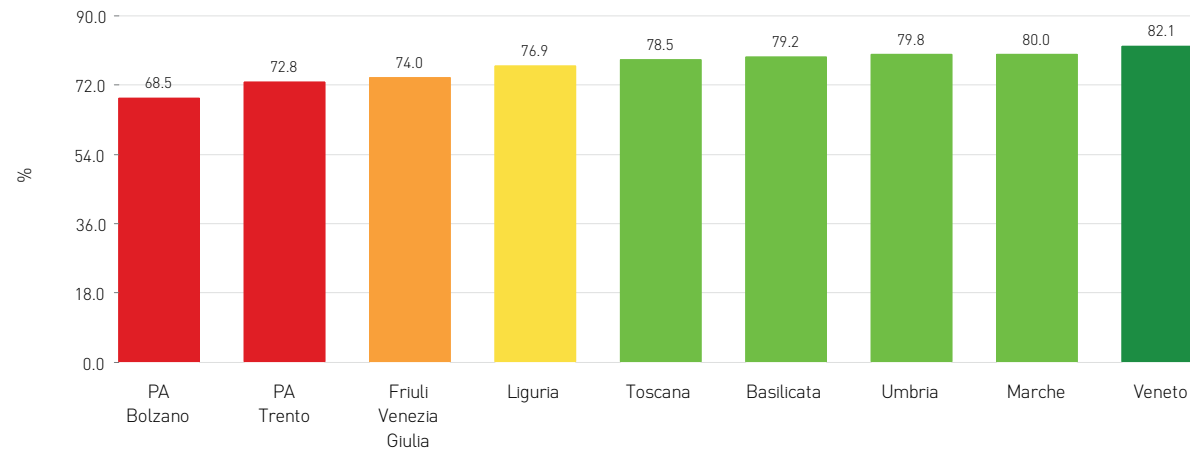
### B5.3.2.M Variazione media nei volumi per lo screening coloretale

La misurazione della variazione del numero di screening oncologici tra il 2019 e la media 2020-2021 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente del percorso oncologico. Nel primo istogramma viene mostrata la variazione media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Nel istogramma con i dati di trend vengono mostrate separatamente le variazioni percentuali dei volumi del 2021 e del 2020 rispetto ai volumi del 2019.



### B7.9.1 Copertura per vaccino COVID 19 - Ciclo completo

Per quanto riguarda i vaccini Comirnaty, Moderna, Vaxzevria, il ciclo vaccinale completo prevede due dosi, a distanza di alcune settimane l'una dall'altra, in base al tipo di vaccino. Per le persone che hanno già avuto l'infezione, decorsa in maniera sintomatica o asintomatica, è stata considerata la somministrazione di una sola dose, preferibilmente entro i 6 mesi dall'infezione e comunque non oltre i 12 mesi dalla guarigione, tranne che per le persone con immunodeficienza, primitiva o secondaria a trattamenti farmacologici, per le quali si raccomanda di effettuare comunque due dosi, non essendo prevedibile la protezione immunologica conferita dall'infezione da SARS-CoV-2 e la durata della stessa. Per il vaccino Janssen il ciclo prevede la somministrazione di una sola dose.







# 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](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf)
- Airoidi 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](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](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
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting*

- diabetes and pregnancy, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, 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., Vesper, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97(8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1238\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf)
- 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., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, 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 Farmaco-economia*, 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](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:

- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Maggiali, A., Zoppi, P. (2020), "Meaningful Words: Why the Importance of Nurses and Midwives Has Never Been Greater", *Nursing Economics*
- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Zoppi, P. (2021), "La resilienza del sistema sanitario ai tempi della pandemia di covid-19: il caso delle opportunità colte dall'Azienda Usl Toscana Centro", *Politiche Sanitarie*, 22(1)
- Barsanti, S., & Guarneri, F. (2020), "Chronic disease management: Discussing the perspectives of general practitioners in Italy", *Health Services Management Research*, 33(1), pp. 13-23
- Barsanti, S., Vola, F., & Bonciani, 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), pp. 262-279
- Battaglio, R. P., Bellé, N., Cantarelli, P. (2021), "Self-determination theory goes public: experimental evidence on the causal relationship between psychological needs and job satisfaction", *Public Management Review*
- Bonciani, M., Corazza, I., Lupi, B., De Rosis, S. (2020), "How to Improve the Maternal Pathway for Migrant Women: Insights for Retention Strategies from Tuscany Region", *Micro & Macro Marketing*
- Borghini, A., Corazza, I., Nuti, S. (2020), "Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway", *International Journal of Environmental Research and Public Health*

- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. and Vainieri, M. (2021), "Response to COVID-19: Was Italy (un) prepared?", *Health Economics, Policy and Law*
- 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.
- Coletta, L., Vainieri, M., Noto, G., Murante, A.M. (2021), "Assessing inter-organizational performance through customer value: a literature review", *Journal of Business & Industrial Marketing*
- Corazza, I., Gilmore, K.J., Bonciani, M., De Rosis, S. (2019), "Building big data from experience: a new model for prems collection and utilization". Jerusalem Conference on Health Policy. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(1), 168.
- Corazza, I., Jamieson Gilmore, K., Menegazzo, F., Abols, V. (2021), "Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals", *BMC Health Services Research*
- Corazza, I., Pennucci, F., De Rosis, S. (2021), "Promoting healthy eating habits among youth according to their preferences: Indications from a discrete choice experiment in Tuscany", *Health Policy*
- 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, pp. 1-17
- De Rosis, S., Corazza, I., Pennucci, F. (2020), "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*
- De Rosis, S., Guidotti, E., Zuccarino, S., Venturi, G., & Ferré, F. (2020), "Waiting time information in the Italian NHS: A citizen perspective", *Health Policy*.
- De Rosis, S., Murante, A. M. (2019), "La valutazione della performance dei servizi sanitari attraverso gli occhi degli utenti. Focus sulla protezione dei dati", *Rivista Italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 243-249.
- De Rosis, S., Pennucci, F., & Nuti, S. (2019), "From Experience and Outcome Measurement to the Health Professionals' Engagement", *Micro & Macro Marketing*, 28(3), pp. 493-520.
- De Rosis, S., Pennucci, F., & Seghieri, C. (2019), "Segmenting Adolescents Around Social Influences on Their Eating Behavior: Findings From Italy", *Social Marketing Quarterly*, 25(4), pp. 256-274.
- Gilmore, K. J., Pennucci, F., De Rosis, S., & Passino, C. (2019), "Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice", *HealthcarePapers*, 18(4), pp. 28-35
- 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), pp. 125-155.
- Guidotti, E., Vinci, B., Attanasio, F., Vola, F. (2020), "Effective tools to manage biosimilars prescription: The Italian experience", *Health Policy and Technology*
- Horenberg, F., Lungu, D. A., Nuti, S. (2020), "Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals", *Health Policy*
- Jamieson Gilmore, K., Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C. (2020), "Value in Healthcare and the Bibliografia e Pubblicazioni 456 Role of the Patient Voice", *HealthcarePapers*
- Lenzi, J., Noto, G., Corazza, I., Lepiksone, J., Fantini, M. P. (2020), "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*
- Lopreite, M., Puliga, M., Riccaboni, M., De Rosis, S. (2021), "A social network analysis of the organizations focusing on tuberculosis, malaria and pneumonia", *Social Science & Medicine*
- 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), pp. 773-787
- Manetti, S., Vainieri, M., Guidotti, E., Zuccarino, S., Ferré, F., Morelli, M.S., Emdin, M. (2020), "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*
- Noto, G., Belardi, P., & Vainieri, M. (2020), "Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems" *Health Policy*
- Nuti, S., Ferré, 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), pp. 44-51
- Pennucci, F., De Rosis, S., & Nuti, S. (2019), "Can the jointly collection of PROMs and PREMs improve integrated care? The changing process of the assessment system for the hearth failure path in Tuscany Region", *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 19
- Pennucci, F., De Rosis, S., Murante, A.M., & Nuti, S. (2019), "Behavioural and social sciences to enhance the efficacy of health promotion interventions: Redesigning the role of professionals and people", *Behavioural Public Policy*, pp. 1-21
- Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C. (2020), "Piloting a web-based systematic collection and reporting of patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures in chronic heart failure", *BMJ Open*
- Pennucci, F., et al. (2019), The role of PROMs in managing geographical variation in orthopaedic elective surgery. WIC Conference.
- Quattrone, F., Borghini, A., Emdin, M. e Nuti, S. (2020), "Protecting higher education institutions from COVID-19: insights from an Italian experience", *J Am Coll Health*
- 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*, pp. 1-5
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., van den Berg, M. J., De Maeseneer, J., De Rosis, S., Detollenaere, J., ... & Pavlič, D. R. (2019), "Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries", *Primary Health Care Research & Development*, 20
- Seghieri, C., Lupi, E., Exarchos, T. P., Ferro, F., Tzioufas, A. G., & Baldini, C. (2019), "Variation in primary Sjögren's syndrome care among European countries", *Clin Exp Rheumatol*, 118(3), pp. 27-28
- Seghieri, C., La Regina, M., Tanzini, M., Tartaglia, R. (2021), "Looking for the right balance between human and economic costs during COVID-19 outbreak", *International Journal for Quality in Health Care*
- 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), pp. 1062-1069
- Vainieri, M., Ferré, F., Manetti, S. (2021), "An Integrated Framework to Measure the Performance of

Inter-Organizational Programme” on Health Technology Assessment”, *Sustainability*, 13(7), p. 3873

Vainieri, M., Noto, G., Ferré, F., Rosella, L. C., (2020), “A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), p. 5590

Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020), “Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue?”, *BMC Health Services Research*, 20(549)

Vainieri, M., Seghieri, C. e Barchielli, C. (2020), “Influences over Italian nurses’ job satisfaction and willingness to recommend their workplace”, *Health Services Management Research*, 34(2)

Vola F., Benedetto V., Vainieri M, Nuti S. (2022) “The Italian interregional performance evaluation system”. *Research in Health Services & Regions*, 1(1), 1-14

Vola, F., Vinci, B., Golinelli, D., Fantini, M.P., Vainieri, M. (2020), “Harnessing pharmaceutical innovation for anti-cancer drugs: Some findings from the Italian regions”, *Health Policy*, 124(12), pp. 1317-1324

Zuccarino, S., Fattore, G., Vitali, S., Antronaco, G., Frigerio, S., Colombo, M. (2020), “The Association between Education and Rehabilitation Outcomes: a Population Retrospective Observational Study”, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91(4), pp. 104218

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

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

## Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Creare valore in sanità, edito da ETS

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

Barsanti S., Rosa A. (2018), Il management della salute nel territorio. Competenze e strumenti nell’esperienza della Regione Toscana

Borghini A., Vola F., Nuti S. (2019), Dall’individuazione alla valorizzazione delle best practice. L’esperienza del sistema di valutazione dei servizi sanitari regionali a supporto della diffusione dell’eccellenza

Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), La sanità come volano dello sviluppo economico

Niccolai F., Nuti S. (2012), Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l’ospedale

Nuti S. (2005), Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto

Nuti S., Furlan M. (2012), La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità

Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana – Una sfida aperta

Vainieri, M., Coletta, L., Noto, G. (2021), Analisi e strumenti per la gestione della performance nei servizi sanitari di supporto. Il caso degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

## I quaderni, editi da Polistampa

I volumi pubblicati in questa collana approfondiscono l’analisi dei dati disponibili nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana, in ottica di percorso assistenziale, per evidenziare e condividere con i professionisti sanitari l’interpretazione delle determinanti e dei risultati raggiunti, con la finalità di individuare strade adeguate a migliorare la salute della popolazione.

Barsanti S., Bonciani M., Roti L. (2016), Il Quaderno delle Case della Salute

Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), Il Quaderno del Percorso Materno Infantile

Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016), Il Quaderno del Pronto Soccorso







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

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

[www.meslab.santannapisa.it](http://www.meslab.santannapisa.it)

