

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Report 2015



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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia,
Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento,
Puglia, Toscana, Umbria, Veneto

REPORT 2015

A cura di Sabina Nuti e Federico Vola

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna
Via San Zeno 2, Pisa
<http://meslab.sssup.it>

© Copyright 2016 Laboratorio MeS

ISBN 9788899244064



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Responsabile Scientifico: Sabina Nuti, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)
Coordinamento: Federico Vola, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)
Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)

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

Coordinamento operativo: Pietro Amat, Giuseppe D’Orio, Francesca Ferrè

La valutazione dello stato di salute della popolazione: Nicola Iacovino, Barbara Lupi

La valutazione delle strategie regionali: Sara Barsanti, Beatrice Bertini Vacca, Francesca Brocchini, Gianluca Cafagna, Laura D’Amato, Sabina De Rosis, Manuela Furlan, Nicola Iacovino, Andrea Carlo Livraghi, Linda Palatella, Simone Ticcianti, Bruna Vinci

La valutazione socio-sanitaria: Francesco Attanasio, Sara Barsanti, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Martina Calovi, Francesca Casalini, Giorgio Giacomelli, Tommaso Grillo Ruggieri, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Cinzia Panero, Silvia Podetti, Giorgio Presicce, Chiara Seghieri, Giulia Sciolli, Chiara Speroni, Bruna Vinci

La valutazione esterna: Maria Sole Bramanti, Valentina Rosellini, Federica Vasta

La valutazione dell’efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria: Cristiana Bettelli, Laura D’Amato, Chiara Salsiri, Milena Vainieri.

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

Regione Emilia-Romagna: Kyriakoula Petropulacos, Eleonora Verdini, Stefano Sforza, Chiara Ventura, Sergio Battaglia, Camilla Lupi, Marzia Cavazza, Monica Fiorini, Lucia Nironi, Antonio Brambilla, Andrea Donatini, Aurora Puccini, Iliaria Mazzetti, Patrizio Di Denia, Antonella Negro, Silvana Borsari, Vittorio Basevi, Mila Ferri, Alessio Saponaro, Maria Teresa Montella, Maria Vizioli, Rossana De Palma, Laura Maria Beatrice Belotti, Adriana Giannini, Rossana Mignani, Priscilla Sassoli De Bianchi, Giuliano Carrozzi, Lara Bolognesi, Davide Ferrari.

Regione Friuli Venezia Giulia: Loris Zanier, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Francesca Valent, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Sara Anzilutti, Tolinda Gallo, Anna Busolin, Direzione Centrale di Salute, Integrazione Socio-Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia.

Regione Liguria: Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Roberto Oneto, Gabriella Paoli, Roberto Carloni, Claudio Castagneto, Iliaria Cremonesi, Alessandra Moisello, Enrica Orsi, Susanna Rivetti, Marco Russo, Sergio Schiaffino, Camilla Sticchi, Germana Torasso, Sergio Vigna, Roberta Zanetti, Bruno Buonopane, Marco Manoni, Carlo Olivari, Laura Perini, Paolo Romairone, Maria Franca Tomassi, Luigina Bonelli, Angelo Magliani.

Regione Lombardia: Maurizio Bersani, Danilo Cereda, Giovanni Daverio, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Eleonora Grosso, Monica Ludergrani, Luca Merlino, Daniela Nicolosi, Walter Bergamaschi.

Regione Marche: Lucia Di Furia, Paolo Aletti, Alberico Marcobelli, Christian Bogino, Giuseppe Feliciangeli, Daniel Fiacchini, Fabio Filippetti, Giovanni Lagalla, Cristina Mancini, Francesca Polverini, Matteo Scaradozzi, Liana Spazzafumo, Alessia Stacchiotti, Giuliano Tagliavento.

P.A. Bolzano: Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Antonio Fanolla, Eva Papa, Roberto Picus, Thomas Prinnoth, Nadia Vieider, Sabine Weiss, Paola Zuech.

P.A. Trento: Laura Battisti, Demetrio Spanti, Angela Trentin, Graziano Maranelli, Maria Grazia Zuccali, Cristiana Betta, Maria Gentilini, Riccardo Pertile, Diego Cagol, Paolo Santini, Marina Mastellarò, Carlo Trentini.

Regione Puglia: Giovanni Gorgoni, Vito Bavaro, Francesco Latino, Antonio Circhetta, Fabio Mastrapasqua, Antonio Vieli, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Antonio Tommasi, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli.

Regione Toscana: Emanuela Balocchini, Katia Belvedere, Mario Cecchi, Cecilia Chiarugi, Tiberio Corona, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Moraldo Neri, Monica Piovi, Carla Rizzuti, Alessandro Rosselli, Lorenzo Roti, Barbara Trambusti, Andrea Vannucci, con la collaborazione dell’Agenzia Regionale di Sanità, dell’Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica e dell’Istituto Toscano Tumori e del Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.

Regione Umbria: Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Donatella Bosco, Ombretta Checconi, Marcello De Giorgi, David Franchini, Simona Guzzo, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Tomassini, Anna Tosti.

Regione Veneto: Domenico Mantoan, Simona Bellometti, Stefano Rocco, Elena Schievano, Diego Bonifaci, Angela Grandis; Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Filippo Da Re, Chiara Fedato, Giovanna Scroccaro, Margherita Andretta, Valentina Fantelli, Valeria Biasi, Luca Trentin, Salvatore Simonte, Consuelo Iannarilli, Paola Facchin, Laura Salmaso, Anna Ferrante, Daniela Perin, Luca Heller, Giovanna Frison, Alberto Chinaglia, Mario Saugo, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Mauro Bonin, Stefano Nicola, Matteo Cella, Maddalena Momo, Alessandro Ruzza, Giuseppe Feltrin, Lorenzo Rampazzo, Tommaso Maniscalco.

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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Introduzione	7	La valutazione socio-sanitaria	233
Metodologia e rappresentazione dei risultati	13	C1 Capacità di governo della domanda	234
I bersagli	29	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	242
La performance della Regione Basilicata	30	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	244
La performance della Regione Emilia-Romagna	34	C14 Appropriatelyzza medica	246
La performance della Regione Friuli Venezia Giulia	44	C4 Appropriatelyzza chirurgica	254
La performance della Regione Liguria	52	C5 Qualità di processo	262
La performance della Regione Lombardia	60	C7 Materno infantile	270
La performance della Regione Marche	94	C7d Pediatria	282
La performance della Provincia Autonoma di Bolzano	104	C8a Integrazione ospedale-territorio	298
La performance della Provincia Autonoma di Trento	106	C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica	304
La performance della Regione Puglia	108	C10 Percorso oncologico	314
La performance della Regione Toscana	118	C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	326
La performance della Regione Umbria	130	C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche	340
La performance della Regione Veneto	134	C13a Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica	350
Lo stato di salute della popolazione	149	C15 Salute mentale	354
A1 Mortalità infantile	150	C16 Percorso Emergenza-Urgenza	362
A2 Mortalità per tumori	152	C21 Compliance assistenza farmaceutica	374
A3 Mortalità per malattie circolatorie	154	C30 Indicatori generali AOU	380
A4 Mortalità per suicidi	156	La valutazione esterna	383
A10 Stili di vita (PASSI)	158	D9 Abbandoni da Pronto Soccorso	384
La capacità di perseguimento delle strategie regionali	169	D18 Percentuale dimissioni volontarie	386
B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)	170	La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa	389
B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori	182	F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi	390
B5 Screening oncologici	184	F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica	392
B7 Copertura vaccinale	198	F15 Sicurezza sul lavoro	406
B15 Valutazione della ricerca	214	F17 Costo sanitario pro-capite	418
B28 Cure domiciliari	220	F18 Costo medio per punto DRG	424
B31 Comunicazione e prenotazione Web	222	F1 Equilibrio economico reddituale	426
		F3 Equilibrio patrimoniale-finanziario	430
		Bibliografia	433

1

INTRODUZIONE

LA VALUTAZIONE NELLA SANITA' PUBBLICA: ALCUNE PREMESSE VALORIALI CONDIVISE

La normativa italiana, a partire dalla fine degli anni Ottanta, prevede continui e sempre più puntuali riferimenti alla necessità di introdurre e applicare in modo diffuso nell'amministrazione pubblica, a tutti i livelli, principi e criteri aziendali, idonei a coniugare la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa con l'efficacia delle politiche di intervento pubblico, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione.¹ In molte indicazioni degli organismi internazionali, tra cui la BCE e l'OCSE, si richiede all'Italia, quale strumento di risanamento e rilancio dell'economia del Paese, l'introduzione di un sistema di indicatori per la valutazione dei risultati, in particolare nei servizi sanitari. Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità quali quelli sanitari, benché possano non avere finalità di profitto, devono, infatti, operare per creare valore e le loro strategie e la loro gestione devono essere valutate proprio in quest'ottica.²

Secondo la definizione di Ouchi, la valutazione della performance consiste nel «processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina 'rewards' o correzioni di linea di azione»,³ intendendola, quindi, come un processo cibernetico. Questo processo non va inteso come uno strumento per il controllo gerarchico, tra l'altro poco efficace nelle organizzazioni pubbliche caratterizzate da forme di «burocrazia professionale»,⁴ quanto piuttosto come un meccanismo da integrare nell'evoluzione delle forme organizzative del sistema stesso, sempre più complesso e strutturato secondo le logiche di rete orizzontale e di struttura verticale.

La complessità del tema nasce, in primo luogo, dalla tipologia dell'oggetto da valutare, ossia i risultati conseguiti che, per loro natura in sanità sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro.

Nell'ambito della sanità, il tema riveste grande rilevanza a causa, in primo luogo, della criticità di questi servizi, in cui l'utente è in condizioni di asimmetria informativa e, in secondo luogo, per il loro rilevante assorbimento di risorse finanziarie. Il consumo crescente di risorse è dovuto sia all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca. Questi aspetti hanno imposto in tutti i paesi occidentali, con servizi a copertura universale, l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi. Elemento cardine di questi sistemi di governo è stata la misurazione dei risultati con modalità multidimensionali, capaci, cioè, di cogliere la complessità dell'*output* erogato dal soggetto pubblico.

Lo sforzo di misurazione dei risultati diventa determinante in questa fase storica, caratterizzata da una rilevante crisi economica. La riduzione delle risorse disponibili

1 E. Borgonovi, I principi dell'azienda nell'economia pubblica, Introduzione, in Ripartire dall'azienda, Atti del convegno dedicato al prof. Carlo Masini, Egea, Milano 1996.

2 V. Coda, Il problema della valutazione della strategia, in «Economia e Management», n. 12, 1990.

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

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

può, infatti, spingere il sistema sanitario italiano ad adottare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, senza consapevolezza di ciò che questa politica determina. La misurazione dei risultati, soprattutto relativamente all'appropriatezza, deve fornire informazioni sugli ambiti in cui intervenire, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse, verso servizi a maggior valore aggiunto per il cittadino.⁵

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

In primo luogo, la consapevolezza che nel contesto sanitario lo strumento del *benchmarking* sia essenziale: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il *benchmarking*, ossia il processo sistematico di confronto delle *performance*, rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle *best practice*. Per molti indicatori, infatti, non esistono *standard* di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulti migliore o peggiore rispetto all'anno precedente. Questo tipo di approccio può essere estremamente riduttivo, perché tende a monitorare solo gli interventi di miglioramento incrementale, rispetto ad una struttura ed a un assetto dato, ma impedisce di verificare se l'impostazione complessiva sia corretta, adeguata e sostenibile. Se, ad esempio, un servizio ottiene il 70% di utenti soddisfatti con un miglioramento di due punti percentuali rispetto all'anno precedente, si può ritenere che sia stata raggiunta una buona *performance* in termini di *trend*, ma la valutazione si modifica sostanzialmente se si scopre che, rispetto ad altri servizi comparabili in quanto a struttura e missione in territori limitrofi, questo risulta il servizio che consegue il risultato più basso in quanto a utenti soddisfatti. Non solo: risultati nettamente differenti, a parità di risorse e condizioni di funzionamento, possono evidenziare l'adozione di soluzioni organizzative sostanzialmente diverse da parte di altri soggetti del sistema, soluzioni a cui l'istituzione non aveva pensato, troppo spesso impegnata a introdurre miglioramenti marginali e non ad attivare cambiamenti organizzativi radicali.

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

5 S. Nuti, M. Vainieri, A. Bonini, Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare, in «Health Policy», 2010, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143.

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

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

Molti hanno sottolineato come sia possibile una via di risanamento della Pubblica Amministrazione, che punti sul merito, sulla trasparenza e sulla responsabilità. L'elemento pubblico deve essere proprio la caratteristica che impone all'amministrazione un maggiore rigore nell'applicazione delle norme contrattuali, evitando qualsiasi copertura a comportamenti opportunistici lesivi, in ultima istanza, dei diritti della collettività. A tal fine, sono fondamentali i sistemi di valutazione dei risultati, che possono essere classificati in tre tipologie di riferimento: gli *'intelligence systems'*, ossia strumenti tesi soprattutto a fornire un quadro di sintesi dei risultati e del contesto in cui le organizzazioni si collocano (*background information*); i *'target systems'*, in cui sono definiti obiettivi misurabili in termini quantitativi e i tempi in cui questi devono essere conseguiti, e i *'ranking systems'*, in cui la *performance* di ogni istituzione è misurata in modo aggregato e graduato, in modo da segnalare chiaramente se il risultato ottenuto è positivo o negativo. In sanità, un esempio di sistema *"intelligence"* è quello applicato in Scozia negli ultimi anni; il sistema *"target"* è stato, invece, implementato in Galles, il sistema *"ranking"* in Inghilterra. Quest'ultimo ha previsto, nei primi anni 2000, una valutazione espressa in stelle per tutte le istituzioni e una pubblicazione su web e su carta dei risultati ottenuti.⁶ Ha rappresentato, tra i tre sistemi della Gran Bretagna, quello che ha registrato la più elevata percentuale di miglioramento, riuscendo a spingere le organizzazioni a cambiare velocemente ed efficacemente. Questo sistema ha fatto leva su due elementi: in prima battuta, la netta classificazione delle istituzioni tra quelle "valorose", capaci di creare valore aggiunto – migliorando la qualità delle prestazioni erogate in condizioni di sostenibilità economica –, e quelle inefficaci; in seconda battuta, la scelta di rendere pubblica questa netta classificazione. La diffusione dei risultati infligge un danno rilevante in termini di reputazione, sia ai *manager* responsabili della gestione delle istituzioni che conseguono una bassa performance, sia ai professionisti sanitari che in essa operano. La propria immagine e la stima da parte dei colleghi e del contesto sociale rappresentano per il personale ad elevata professionalità fattori di grande rilevanza. L'influenza che i sistemi di valutazione hanno sui processi di cambiamento delle istituzioni è, per molti, strettamente connessa alla capacità di tali sistemi di infliggere un danno alla reputazione o, al contrario, di elevarla. La stima e la reputazione sono infatti elementi che influiscono sui comportamenti molto più dei sistemi di incentivazione classica, che appaiono più adeguati ed efficaci per la direzione manageriale delle aziende che per i professionisti sanitari.

Affinché i sistemi di valutazione fondati sul *"ranking"* siano efficaci, è necessario che siano basati su fonti di dati sistematiche e rigorose, in cui non vi sia spazio per la manipolazione

⁶ <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/>

dell'informazione da parte del valutato. Quando questo avviene, significa, infatti, che il sistema è stato mal progettato e ha lasciato varchi aperti ai comportamenti scorretti, finalizzati a massimizzare il vantaggio personale.

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

I professionisti sanitari ormai sempre più si orientano verso una medicina basata sulle evidenze: la stessa cosa si dovrebbe fare anche nell'ambito manageriale, nella gestione dei servizi. Troppo spesso, soprattutto nella pubblica amministrazione, si prendono decisioni sulla base del buon senso, pur avendo la possibilità di avere dei numeri. Certo, ci sarà poi il livello politico delle scelte, però è cosa differente decidere avendo cognizione del fenomeno in termini quantitativi, rispetto a scegliere senza nessun riferimento quantitativo. La misurabilità dei risultati permette, inoltre, ai soggetti, sia con ruoli tecnici che politici, una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della collettività. I numeri, infatti, ci servono per analizzare e per capire e, spesso, sono fin troppi nelle nostre organizzazioni. Ci sono le evidenze, si conoscono e si misurano i fenomeni; il problema è tuttavia passare dalla misurazione alla valutazione, per giudicare e responsabilizzare sui risultati. Questo è un passaggio ancora molto faticoso nelle organizzazioni pubbliche. È noto, per esempio, che nel sistema vi sono problemi di equità di accesso, che vi sono sacche di inefficienza, che vi sono palesi fenomeni di inappropriatazza, ma solo con grande difficoltà queste problematiche vengono collegate agli ambiti di responsabilità degli operatori. La valutazione dei risultati può essere una grande opportunità per il servizio pubblico, sia per responsabilizzare sui risultati, sia per avere un supporto decisionale per allocare le risorse sulla base delle evidenze.

In molte realtà pubbliche che erogano servizi, il ragionamento in fase di *budget* è sempre orientato alla richiesta di risorse aggiuntive e certamente si afferma in modo sistematico che, con quelle assegnate, "non si può far di più, vi è bisogno di più risorse". Nelle

negoziazioni fa raramente capolino il ragionamento sul dove si potrebbero risparmiare risorse, al fine di allocare queste in ambiti con più bisogno. Non si osa spostare niente; si aggiunge ma non si sposta. Riallocare risorse vuol dire attivare dei processi di cambiamento che possono mettere in crisi la situazione di equilibrio del potere. I numeri, invece, possono dare a chi deve assumere delle decisioni la forza necessaria ad attivare i processi di riallocazione delle risorse.⁷ Questo perché, se non riallochiamo, non solo non sarà possibile mantenere la sostenibilità del sistema sanitario pubblico, ma nemmeno adattarlo ai mutamenti in atto nei bisogni dei cittadini.

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

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

Un ultimo punto è il processo di *condivisione* come condizione *sine qua non*. Le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi complessi con gerarchie duali, dove esistono una linea di tipo gestionale ed una di tipo professionale. La presenza di questa duplice gerarchia comporta che i livelli complessivi di professionalità siano sicuramente più elevati rispetto ad altre tipologie di istituzioni, ma anche che il coinvolgimento dei professionisti nel sistema di *governance* e di valutazione è una condizione irrinunciabile per il successo del sistema. Tutte le componenti sono chiamate a dare il loro contributo e i professionisti devono condividere le regole del gioco e i criteri con cui saranno valutati, perché altrimenti non lavoreranno per poter cambiare i comportamenti e per migliorare i risultati.⁸ Quindi: condivisione dei criteri, valutazione dei risultati, attivazione dei processi di apprendimento per modificare i comportamenti. Un sistema di valutazione, infatti, funziona nella misura in cui è in grado di incidere e modificare le pratiche dei suoi professionisti. Malgrado si sia attivato un processo di condivisione, nell'introduzione di un sistema di valutazione possono permanere alcune resistenze al cambiamento; perché vengano superate, è necessario che il sistema sanitario agisca con grande coerenza politica e con continuità. Anche quando sembrano debellate, le resistenze ciclicamente si ripresentano, perché fanno parte della difficoltà umana a mettersi in discussione, ad accettare un riscontro sul proprio operato, che non sempre rende giustizia dello sforzo e dell'impegno profusi.

Con questi presupposti, dal 2004 nel sistema sanitario della Regione Toscana è stato introdotto il sistema di valutazione della performance, progettato dal Laboratorio

Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa,⁹ che misura i risultati conseguiti, in ottica multidimensionale, in tutte le aziende sanitarie, comprese quelle ospedaliero-universitarie. Si tratta di un sistema che è diventato nel tempo uno strumento fondamentale, che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale.

Centinaia sono ormai gli indicatori di valutazione condivisi che, a loro volta, sono raggruppati in indicatori di sintesi costruiti ad "albero". Questi a loro volta sono classificati in sei dimensioni di valutazione, ossia: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa. Per rappresentare la valutazione conseguita, con una graduazione da 0 a 5, è stata adottata la simbologia del bersaglio a cinque fasce di colore, dove più vicini al centro del bersaglio sono rappresentati i risultati con migliore *performance*. Il modello è semplice e complesso allo stesso tempo: semplice, perché la metafora del "bersaglio" è di immediata chiarezza; complesso, perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi, permette di analizzare i dati di origine e le loro determinanti, con passaggi di sempre maggiore dettaglio. Il modello ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare i risultati delle istituzioni sanitarie non solo in termini economico-finanziari, ma anche in quelli di qualità clinica e di soddisfazione dell'utenza. Questo è molto importante perché l'efficienza fine a se stessa, intesa come semplice riduzione delle risorse impiegate, non ha senso nei servizi pubblici. L'efficienza è, infatti, un concetto "relativo": misura le risorse utilizzate rispetto ai risultati conseguiti. Non basta misurare i processi mediante cui viene governato l'uso delle risorse: queste vanno continuamente raffrontate con i risultati, di varia natura, conseguiti. Efficienza è, allora, riorganizzazione dell'allocazione delle risorse per ottenere, a parità di costi sostenuti, output superiori, in termini di servizio reso e di qualità.

Il sistema di valutazione partito in Toscana nel 2008 è stato quindi adottato nel 2008 anche dalla Regione Liguria, nel 2009 dalle Regioni Piemonte e Umbria e negli anni successivi da Valle d'Aosta, Provincia Autonoma Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Marche e Basilicata. Nel 2011 il Piemonte e la Valle d'Aosta hanno scelto di non fare più parte del Network; successivamente, hanno aderito Veneto, Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia. Infine nel 2015 hanno aderito la Lombardia e la Puglia. Il confronto non è più, quindi, solo a livello regionale, ma inter-regionale. Alcuni indicatori monitorati sono chiaramente differenti perché diverse possono essere le priorità strategiche e il contesto di ciascuna Regione, ma la maggior parte sono misure condivise perché, al di là dei modelli organizzativi adottati dal sistema regionale, le Regioni sono chiamate a rispondere ai cittadini sugli stessi obiettivi di appropriatezza, qualità ed efficienza. La misurazione sistematica dei risultati a confronto interregionale permette di verificare la validità delle scelte di assetto organizzativo adottate.

Nel corso del 2015, anche la Calabria ha aderito al *Network*. Il percorso di adesione non può dirsi concluso pur essendo presente la consapevolezza dell'esigenza di un confronto sistematico al fine di arricchire il *know how* regionale in termini di valutazione della *performance*. Per questo motivo, nonostante la Calabria aderisca al progetto, il numero

⁹ S. Nuti, La valutazione della Performance in Sanità, Il Mulino, Milano 2008.

⁷ S. Nuti, M. Vainieri, A. Bonini, Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare, in «Health Policy», 2010, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143.

⁸ M. Abernethy, J. Stoelwinder, The role of professional control in the management of complex organizations, in «Accounting, Organizations and Society», 1995, 20, 1, pp. 1-17.

di indicatori calcolato per questa Regione è ad oggi limitato e il rapporto di collaborazione prevede che il processo vada pienamente a regime entro l'anno 2018.

Il 2016 ha inoltre visto il definitivo consolidamento di un ulteriore, importante tassello del processo di valutazione delle aziende del *network*: a partire dal 2014, le Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) hanno condiviso un percorso di confronto sistematico, al fine di definire un *set* di indicatori che potesse correttamente rappresentare la loro specifica missione e il loro ruolo nel sistema sanitario. Queste aziende perseguono infatti una missione istituzionale peculiare, rispetto alle altre aziende sanitarie, articolata lungo tre direttrici. In prima battuta sono votate alla presa in carico della casistica ad alta complessità, che deve trovare una risposta nei centri d'eccellenza del nostro Paese. In seconda battuta, le AOU perseguono – in sinergia con l'Università – l'obiettivo della formazione dei futuri medici e della loro specializzazione. La terza missione è quella della ricerca: queste istituzioni sono chiamate a contribuire all'evoluzione e al miglioramento delle pratiche cliniche.

E' evidente come questa natura peculiare delle AOU ponga una sfida al processo di valutazione: innanzitutto la specificità delle attività da esse svolte può essere misurata e valutata solo attraverso indicatori *ad hoc*, appositamente disegnati. Un secondo elemento critico deriva dal fatto che il confronto con le altre aziende sanitarie può essere distorto dalla differenza della casistica trattata e dall'interazione tra la pratica clinica, quella didattica e quella di ricerca: per questo motivo si rende necessario un lavoro di *clustering*, mirato a confrontare sistematicamente l'attività di ogni AOU con quella di strutture analoghe. La collaborazione tra il Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità (CRISP) dell'Università Bicocca di Milano e il Laboratorio MeS muove esattamente dall'intenzione di estendere le metodiche di valutazione delle strutture ospedaliere sviluppate in Regione Lombardia a quelle delle altre strutture del *Network*, per poter fornire al *management* delle AOU una rigorosa valutazione degli *outcome* conseguiti dalle loro singole specialità. Per ovviare alle problematiche sopra menzionate, gli indicatori proposti non solo adottano un processo di *risk adjustment*, che depura il risultato finale dalle possibili differenze nella casistica dei pazienti, ma confrontano trasversalmente le specialità – ogni cardiocirurgia, ad esempio, viene confrontata con tutte le altre cardiocirurgie del *network* –, per poter offrire una valutazione coerente rispetto alle differenti aree cliniche.

In termini di reportistica, tutto questo si traduce oggi nella scelta di pubblicare anche un Report specificamente dedicato alla valutazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, che esce contestualmente a questo. A differenza del presente Report, quello AOU riporta anche gli indicatori di osservazione del Sistema di Valutazione e i risultati di *outcome* sopra descritti, per restituire un quadro quanto più completo possibile dell'attività di queste Aziende.

E' inoltre proseguito – nel corso del 2016 – il lavoro di collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna, coordinato dalla professoressa Maria Pia Fantini: attraverso il coinvolgimento dei professionisti sanitari, è proseguito il percorso di ulteriore affinamento di alcuni importanti indicatori, inerenti in particolar modo l'area della salute mentale e quella della presa in carico delle patologie oncologiche. I tavoli di lavoro hanno concordato un allargamento del novero degli indicatori

inerenti la salute mentale e soprattutto una nuova forma di rappresentazione degli indicatori sulle patologie oncologiche, improntata ad un superamento della logica dei *setting* assistenziali, nella direzione piuttosto di una valutazione del percorso diagnostico-terapeutico nel suo complesso.

Infine pare opportuno sottolineare che il sistema di valutazione della *performance* condiviso dal *network* delle Regioni vuole essere uno strumento gestionale nelle mani dei *policy maker*, *manager* e professionisti sanitari per attivare i processi di miglioramento della qualità delle cure e della loro appropriatezza. In questa prospettiva si propone come uno strumento integrativo e mai sostitutivo del Programma Nazionale Esiti che misura appunto a livello nazionale gli esiti per molti percorsi di cura soprattutto ospedalieri. I pochi indicatori comuni quali per esempio la misurazione della tempestività di intervento in caso di frattura di collo del femore o la percentuale di parti cesarei viene proposta nell'ambito del *network* delle Regioni con modalità di calcolo che permettono alle aziende il monitoraggio durante l'anno al fine di misurare la capacità di azione delle organizzazioni nel tempo.

2

METODOLOGIA
E RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI
NEL CONFRONTO REGIONALE

Introduzione

Il progetto *Network delle Regioni* ha preso il via nel 2008, grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto, nel 2014 le Regioni Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia. Nel 2015 aderiscono al progetto Calabria, Lombardia, Puglia, Sardegna e Lazio. Queste ultime due nel 2016 abbandonano la collaborazione. Regione Calabria aderisce al progetto in forma sperimentale, nell'ottica di un più ampio processo di consolidamento delle competenze regionali in termini di valutazione della performance. Per questo motivo, nel presente Report non vengono riportati i bersagli della Regione.

L'obiettivo è quello di condividere un sistema di valutazione del sistema sanitario, attraverso il confronto di un *set* di indicatori condivisi. Per sviluppare un sistema multidimensionale di valutazione della *performance*, il Network delle Regioni si avvale di quanto già progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e implementato con successo dalla Regione Toscana, a partire dal 2004. Il Laboratorio MeS ha infatti iniziato nel 2002 un percorso congiunto con la Regione Toscana per la predisposizione del sistema di valutazione, che è stato oggetto di brevetto con titolarità condivisa.¹ Con l'avvio del *Network delle Regioni*, questo sistema è stato adattato alle peculiarità regionali: il risultato del percorso di condivisione è la definizione di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della *performance* dei sistemi sanitari regionali.

L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni e i ricercatori degli enti universitari coinvolti nel progetto (il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna, il Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica Utilità dell'Università degli Studi di Milano - Bicocca), articolato in tavoli di lavoro tematici, promossi e coordinati dal Laboratorio MeS. In particolare, nel 2014 è stato istituito un gruppo di lavoro – un “*network nel network*” – dedicato allo sviluppo di un set di indicatori volti a valutare la capacità delle Aziende Ospedaliere Universitarie di assolvere alla propria triplice missione (assistenza, formazione e ricerca).

La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni una piattaforma informatica per il caricamento, la normalizzazione/validazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. L'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia ETL, progettata dal Laboratorio MeS.

Dal 2015, il processo di restituzione alle Regioni dei dati a confronto si avvale anche di tecnologia API (*Application Programming Interface*): questo strumento consente agli sviluppatori *software* 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.²

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 ad ogni Regione la possibilità di inserire indicatori volti ad esplorare particolari aspetti che siano rilevanti per le strategie regionali e non necessariamente di interesse per le altre Regioni. Questa possibilità coinvolge *in primis* le Regioni con più Aziende, pur non escludendo l'opportunità anche per Regioni quali le Marche e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano – articolate in un'unica Azienda – di creare un bersaglio intra-regionale o intra-provinciale, che assuma come unità di analisi i distretti e gli stabilimenti.

In ottica multidimensionale, i risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di circa 300 indicatori (vedi tabella 1), di cui 150 di valutazione. La cernita degli indicatori è volta a evidenziare gli aspetti fondamentali della *performance* in un sistema complesso quale quello sanitario.

Gli indicatori sono raggruppati tramite strutture “ad albero” in circa 50 indicatori composti, al fine di facilitare la lettura dei risultati di *performance*. La valutazione dell'indicatore di sintesi è ottenuta tramite la media semplice o pesata delle valutazioni dei sotto-indicatori di valutazione.

Le sei dimensioni della valutazione sono:

- A – la valutazione dello stato di salute della popolazione;
- B – la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali;
- C – la valutazione socio-sanitaria;
- D – la valutazione esterna;
- E – la valutazione interna;
- F – la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

La valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A)

Gli indicatori raccolti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari, perché l'innalzamento del livello di salute della popolazione rappresenta la finalità principale di ogni sistema sanitario. Il rilevamento del livello di salute della popolazione si traduce, spesso, nella misura dell'*assenza di salute*, che trova nell'evento “morte” la sua espressione negativa più certa e più facilmente quantificabile. Sulla base di questa premessa, sono stati individuati 4 indicatori di mortalità: mortalità infantile (A1), mortalità per tumori (A2), mortalità per malattie circolatorie (A3) e per suicidi (A4). Gli indicatori vengono espressi su base triennale perché alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi e il confronto tra tassi annuali sarebbe fortemente soggetto alla variabilità stocastica della casistica.

¹ Per informazioni sul Laboratorio MeS, si rimanda al sito internet www.meslab.sssup.it

² Per approfondimenti: <http://performance.sssup.it/netval/controller/api/index.php>

A questi si aggiunge un indicatore (A10) volto a descrivere lo stato di salute della popolazione attraverso i dati derivanti dall'indagine PASSI (progetto Ministeriale "Guadagnare Salute"), che monitora gli stili di vita della popolazione.

Questa tipologia di indicatori si muove lentamente nel tempo e un miglioramento registrato oggi è, spesso, determinato dalle scelte effettuate nel passato. Per questo motivo, l'andamento di questi indicatori non viene attribuito al *management* aziendale e la loro valutazione non è riportata nel bersaglio, ma rappresentata separatamente per fornire un'informazione di contesto.

La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)

Le Aziende sanitarie rispondono della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci, non solo come entità autonome, ma anche come elementi del sistema sanitario regionale. In questo senso, è importante che siano allineate rispetto agli orientamenti strategici regionali, ossia capaci di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali, nei tempi e nei modi richiesti.

Gli indicatori di questa dimensione intendono valutare l'operato delle Aziende sanitarie nella gestione del dolore (B4), la diffusione delle cure domiciliari (B28), il raggiungimento di obiettivi di prevenzione e promozione della salute: la promozione di stili di vita sani (B2), l'estensione e adesione a programmi di *screening* (B5), la copertura vaccinale (B7).

Nel 2016 si aggiungono tre nuove categorie di indicatori. Il primo set (B31) è volto a dare uno strumento alle Aziende Sanitarie per capire come e quanto stanno sfruttando alcune delle opportunità offerte dal web nell'instaurare un rapporto di comunicazione diretto e chiaro con l'utenza, monitorando in particolare la digitalizzazione dei servizi di prenotazione e l'usabilità delle informazioni fornite online sui servizi. Vengono inoltre inclusi sei nuovi indicatori (B15) dedicati alla valutazione dell'attività di ricerca da parte delle AOU e degli IRCCS. È stato infine aggiunto un indicatore (B6a) per la valutazione del processo di donazione (indicatore di osservazione).

La valutazione socio-sanitaria (C)

Questa dimensione raccoglie gli indicatori che mirano a descrivere i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, sia per le attività del territorio.

Il controllo delle malattie infettive rappresenta la prima area monitorata (indicatore B8).

Con l'espressione "governo della domanda", che fa riferimento agli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione (C1), si intende la capacità delle Aziende di orientare l'accesso degli utenti al sistema sanitario regionale e di determinare i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali.

Con "efficienza" si indica generalmente la capacità dell'Azienda di massimizzare il valore offerto all'utenza, in rapporto alle risorse disponibili. Nell'assistenza ospedaliera il concetto di efficienza è misurato attraverso l'indice di performance della degenza media per acuti (dal 2014 monitorata separatamente per i ricoveri medici - C2a.M - e chirurgici - C2a.C).

Il perseguimento dell'appropriatezza rappresenta un punto chiave nell'erogazione dei

servizi, al fine di garantire, da un lato, l'accesso a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno, evitando possibili danni alla salute legati a fenomeni di consumismo sanitario; dall'altro lato, l'uso appropriato dei servizi sanitari permette di conseguire la sostenibilità economica del sistema. Questo aspetto è pertanto indagato attraverso gli indicatori di appropriatezza chirurgica (C4), appropriatezza medica (C14), appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9), compliance farmaceutica (C21) e appropriatezza prescrittiva diagnostica (C13a). Nei primi due sono compresi diversi indicatori presenti nel Patto per la Salute e nella Griglia LEA. Sono inoltre monitorati i tassi di ospedalizzazione per la chirurgia elettiva (C18), che, evidenziando significative variabilità, possono rilevare un problema di appropriatezza.

La qualità clinica è valutata attraverso un *set* di indicatori che analizza l'adozione di protocolli clinici e tecniche strumentali (C5) ed eventuali problematiche di rischio clinico (C6), che misurano la sicurezza del paziente, con particolare riferimento alla fase post-operatoria.

Il livello di integrazione ospedale-territorio (C8a) è valutato monitorando l'efficacia delle attività territoriali in termini di continuità assistenziale, appropriata gestione delle prestazioni specialistiche e attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici.

Sono inoltre oggetto di analisi alcuni percorsi assistenziali specifici: quello delle patologie croniche (C11a) intende incentivare lo sviluppo di percorsi di *disease management* per alcune delle principali forme di cronicità: scompenso cardiaco, diabete e BPCO; quello dedicato alla salute mentale (C15) indaga sia la risposta ospedaliera, sia quella territoriale a condizioni di fragilità psicologica; quello materno-infantile (C7) valuta la qualità dell'offerta sanitaria del percorso nascita. A quest'ultimo si affianca dal 2016 il set di indicatori C7d, volti alla valutazione dell'area pediatrica.

Il sistema di valutazione monitora inoltre il percorso di emergenza-urgenza (C16), alla luce dell'importanza strategica del Pronto Soccorso e del 118, e il percorso oncologico, con un'attenzione particolare sia alla capacità dei sistemi sanitari regionali di organizzare la rete di offerta in modo tale da garantire una corretta concentrazione della casistica e un'assistenza di alto livello qualitativo (C10), sia a quella di contenere i tempi di attesa per i principali interventi di chirurgia oncologica (C10c). Sono inoltre stati aggiunti tre indicatori - di osservazione - per la valutazione delle Cure palliative (C28).

A partire dal 2016, sono presenti nella dimensione C anche alcuni indicatori individuati dal Tavolo AOU: Indicatori generali (C30), Cardiocirurgia (C32), Chirurgia vascolare (C33), Neurologia (C34), Innovazione tecnologica (C36).

Questi indicatori, per la maggior parte di osservazione, sono inclusi in un Report specifico dedicato alle Aziende Ospedaliere-Universitarie, che riporta - oltre a questi - gli altri indicatori di valutazione e osservazione calcolati per tali Aziende.

La valutazione esterna (D)

Questa dimensione si appunta sulla valutazione che gli utenti danno dei servizi sanitari. Affinché sia di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle Aziende, è necessario che il giudizio del cittadino/utente sia articolato nel dettaglio, valutando tutti gli aspetti centrali ed accessori del servizio; è inoltre necessario che oltre al livello di soddisfazione

dell'utente venga rilevata quella che è stata più in senso lato la sua esperienza. Ogni anno le singole Regioni del *network* decidono quali indagini siano di maggiore interesse per il rilevamento delle peculiarità organizzative regionali.

Tutte le Regioni monitorano il tasso di abbandono dal Pronto Soccorso (D9), che rileva coloro che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'effettuazione del *triage* e le dimissioni volontarie da ricovero (D18). Entrambi gli indicatori sono strettamente correlati con la soddisfazione dei pazienti e ne rappresentano una misura *proxy* (Murante et al, 2013).

La valutazione interna (E)

Questa dimensione raccoglie gli indicatori riguardanti il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Numerosi studi evidenziano la correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Per migliorare gli *output* del servizio sanitario è quindi necessario focalizzarsi su quei meccanismi gestionali che facilitano il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori verso gli obiettivi di miglioramento dell'offerta sanitaria.

La valutazione interna è particolarmente complessa, perché richiede la raccolta di dati *ad hoc*, attraverso la somministrazione di un questionario ai dipendenti. 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 *on-line*, accessibile sul server della Scuola Superiore Sant'Anna. L'indagine di clima interno si effettua una volta ogni due anni e nel 2016 è stata svolta da Emilia Romagna, Marche, Umbria e P.A. di Bolzano. I dati non sono tuttavia riportati nel presente Report, perché oggetto di pubblicazioni *ad hoc*.

La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F)

La dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse, sia a livello complessivo, attraverso l'analisi di bilancio, sia a livello specifico, in riferimento a singole aree (ad esempio, l'impiego delle risorse per il consumo di farmaci). Il sistema prevede la valutazione della *governance* dell'assistenza farmaceutica, tramite il monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale pro-capite (F10b) e della propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto, meno costose di quelle *branded* (indicatore F12a). A partire dal 2013, è sotto osservazione anche la spesa farmaceutica ospedaliera, soprattutto in riferimento ad alcune patologie ad alto costo. È inoltre oggetto di monitoraggio la sicurezza sul lavoro (F15).

Relativamente all'area economica, sono valutati il costo sanitario pro-capite (F17) e il costo medio dell'assistenza ospedaliera (F18). È oggetto di osservazione il costo per prestazione diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tariffa (F19). Per arricchire ulteriormente la valutazione economico-finanziaria, dal 2016 viene monitorato anche l'equilibrio economico delle Aziende (AO, AOU e IRCCS) del *network* (F1) e l'equilibrio patrimoniale-finanziario (F3).

Il Report 2015 contiene i soli indicatori di valutazione (si legga sotto per una spiegazione in merito). Gli indicatori di osservazione sono consultabili all'indirizzo <http://performance.sssup.it/netval>.

Tabella 1. La tabella riporta l'elenco di tutti gli indicatori che compongono il Sistema di Valutazione delle Regioni per l'anno 2015. Vengono indicati in grassetto gli indicatori di sintesi. Per ogni indicatore sono esplicitate le fasce di valutazione; agli indicatori di osservazione è associato un pallino blu. Per quanto riguarda gli indicatori di sintesi, la valutazione è generalmente la media (semplice o pesata) dei sotto-indicatori: per questo motivo non hanno fasce di valutazione specifiche, ma la loro valutazione è un punteggio tra 0 e 5. Alcuni indicatori di sintesi (ad esempio l'indicatore A2) non assumono la valutazione dei sotto-indicatori, ma hanno un valore proprio e sulla base di questo una valutazione: anche per questi sono pertanto riportate le fasce.

codice	indicatore	fasce di valutazione								
A1	Mortalità Infantile									
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	●	1,8	●	2,4	●	3,0	●	3,6	●
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)				●					
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)				●					
A2	Mortalità per tumori	●	233	●	249	●	265	●	281	●
A3	Mortalità per malattie circolatorie	●	299	●	326	●	353	●	380	●
A4	Mortalità per suicidi	●	6,0	●	7,2	●	8,5	●	9,7	●
A10	Stili di vita (PASSI)									
A6.1.1	Percentuale di sedentari	●	15	●	21	●	27	●	33	●
A6.2.1	Percentuale di persone sovrappeso e obese	●	34	●	38	●	42	●	46	●
A6.3.1	Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio	●	10	●	16	●	22	●	28	●
A6.4.1	Percentuale di fumatori	●	24	●	27	●	30	●	33	●
B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)									
A6.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	●	24.2	●	28.8	●	33.4	●	38.0	●
A6.2.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	●	37.8	●	44.9	●	52.1	●	59.2	●
A6.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	●	27.3	●	35.4	●	43.5	●	51.7	●
A6.3.2	Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	●	2.7	●	4.8	●	6.8	●	8.9	●
A6.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	●	36.7	●	44.9	●	53.1	●	61.3	●
B4	Consumo di farmaci oppioidi									
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	●	1,6	●	2,1	●	2,5	●	2,9	●
B5	Estensione ed adesione allo screening									
B5.1	Screening Mammografico									
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B5.1.2	Adesione corretta allo screening mammografico	●	40	●	50	●	60	●	70	●
B5.1.4	Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI)				●					
B5.1.5	Tempo intercorrente tra mammografia di screening con esito positivo e primo approfondimento				●					
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti				●					
B5.2	Screening cervice uterina									
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B5.2.2	Adesione corretta allo screening cervice uterina	●	30	●	40	●	50	●	60	●
B5.2.4	Adesione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI)				●					
B5.3	Screening coloretale									
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B5.3.2	Adesione corretta allo screening coloretale	●	35	●	45	●	55	●	65	●
B5.3.5	Adesione volontaria allo screening coloretale (PASSI)				●					
B6a	Donazioni di organi									
B6.1.2	Percentuale donatori procurati				●					

codice	indicatore	fasce di valutazione								
B7	Copertura vaccinale									
B7.1	Copertura vaccinale MPR	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani	●	50	●	58,3	●	66,7	●	75	●
B7.3	Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)	●	62	●	68	●	74	●	80	●
B7.4	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	●	7	●	16	●	25	●	34	●
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B7.7	Copertura vaccinale esavalente	●	80	●	85	●	90	●	95	●
B15	Valutazione ricerca									
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente	●	5.26	●	7.37	●	9.47	●	11.57	●
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente	●	1.44	●	1.87	●	2.30	●	2.73	●
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	●	50	●	60	●	70	●	80	●
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	●	50	●	60	●	70	●	80	●
B15.4.1	Valutazione IF mediano per Specialità	●	1	●	2	●	3	●	4	●
B15.4.2	Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità	●	1	●	2	●	3	●	4	●
B28	Cure Domiciliari									
B28.1.1	% anziani in CD					●				
B28.1.1b	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare					●				
B28.1.2	% anziani in CD con valutazione	●	4	●	6	●	8	●	10	●
B28.2.5	Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg					●				
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure domiciliari					●				
B28.2.10	Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera					●				
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni					●				
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni					●				
B31	Comunicazione e prenotazione web									
B31.1	Digitalizzazione servizi di prenotazione	●	0.33	●	1.00	●	1.67	●	2.33	●
B31.2	Accessibilità online alle informazioni sui servizi									
B31.2.1	Responsive Web Design (RWD)	●	0.33	●	1.00	●	1.67	●	2.33	●
B31.2.2	Leggibilità del sito web									
B31.2.2.1	Leggibilità della pagina di spiegazione su come prenotare									
B31.2.2.1.1	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare	●	42.25	●	49.25	●	56.25	●	63.25	●
B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare	●	49.75	●	56.78	●	63.81	●	70.84	●
B8	Malattie infettive									
B8.1	Proporzione malattie invasive batteriche con ceppo microbico tipizzato					●				
B8.2	Tasso incidenza tubercolosi popolazione residente					●				
B8.3	% Esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare					●				
B8.4	Conferma culturale diagnosi di tubercolosi polmonare					●				
C1	Capacità di governo della domanda									
C1.1	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso	●	139	●	146	●	153	●	160	●
C1.1ro	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso (ricoveri ordinari)					●				
C1.1dh	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso (day hospital)					●				
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso	●	96	●	103	●	110	●	117	●
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti					●				
C1.1.2	Tasso ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti std età e sesso					●				
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso	●	7	●	10	●	13	●	16	●
C1.1.2.2	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti std età e sesso					●				
C1.1.2.2.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali chirurgiche per 1.000 residenti std età e sesso					●				

codice	indicatore	fasce di valutazione					
C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti std età e sesso						
C1.3	Posti letto pro-capite						
C1.5	Indice di case mix						
C1.6	Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)						
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	● -0,95	● -0,30	● 0,35	● 1,00	●	●
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	● -0,92	● -0,27	● 0,39	● 1,04	●	●
C14	Appropriatezza medica						
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	● 135	● 179	● 223	● 267	●	●
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica						
C14.2a	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	● 1,7	● 3,1	● 4,5	● 5,9	●	●
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pediatrici						
C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia > 65 anni	● 2	● 3	● 4	● 5	●	●
C14.5	Tasso di accessi in DH di tipo medico std per età per 1.000 residenti (Griglia LEA)						
C4	Appropriatezza Chirurgica						
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici						
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari						
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital						
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	● 15	● 35	● 55	● 75	●	●
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	● 45	● 55	● 65	● 75	●	●
C4.13	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)						
C18.6	Tasso osp. stripping di vene	● 55	● 90	● 125	● 160	●	●
C5	Qualità di processo						
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg	● 41	● 54	● 67	● 80	●	●
C5.3	% prostatectomie transuretrali	● 65	● 75	● 85	● 95	●	●
C5.10	% resezioni programmate al colon in laparoscopia						
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni						
C5.12	% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate						
C5.17	Percentuale di pazienti con più di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati						
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti						
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati						
C5.20	% trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico						
C16.7	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	● 45	● 55	● 65	● 75	●	●
C6	Rischio clinico						
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione						
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità						
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica						
C7	Materno-Infantile						
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)	● 15	● 20	● 25	● 30	●	●
C7.1.2	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)						
C7.1.3	% parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)						
C7.1.4	% parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati						
C17.4	Volumi per parti						
C17.4.1	% ricoveri sopra soglia per parti	● 80	● 85	● 90	● 95	●	●
C17.4.2	Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	● 15	● 30	● 45	● 60	●	●
C7.2	% parti indotti						
C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	● 15	● 25	● 35	● 45	●	●
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	● 2,5	● 5	● 7,5	● 10	●	●

codice	indicatore	fasce di valutazione								
C7.20	Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum									
C7.13	% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana di gestazione)									
C7.13.1	% donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana di gestazione)									
C7.14	% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4									
C7.14.1	% donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4									
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)									
C7d	Pediatria									
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	●	6,4	●	8	●	9,6	●	11,2	●
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	●	32	●	39	●	46	●	53	●
C7.7.4	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)									
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	●	30	●	50	●	70	●	90	●
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	●	60	●	120	●	180	●	240	●
C18.1	Tasso osp. tonsillectomie	●	114,1	●	199,7	●	285,3	●	370,9	●
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	●	14,80	●	19,20	●	23,60	●	28,00	●
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	●	0,90	●	2,00	●	3,10	●	4,20	●
C8a	Integrazione ospedale-territorio									
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	●	0,9	●	1,2	●	1,5	●	1,8	●
C8a.2	% pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto tra 31 e 180 giorni									
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso									
C16T.4	Tassi di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	●	7,2	●	8,7	●	10,2	●	11,8	●
C8a.20	Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno									
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica									
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	●	21	●	25	●	29	●	33	●
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)	●	26	●	30	●	34	●	38	●
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	●	22	●	26	●	30	●	34	●
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici	●	13,5	●	16,5	●	19,5	●	22,5	●
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili									
C9.9.2	Consumo di antipsicotici									
C9.21	Percentuale di pazienti trattati con NAO									
C9.17	Ospedaliere									
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti									
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti									
C10	Percorso oncologico									
C10.1	Volumi	●		●		●		●		●
C17.1	Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	●		●		●		●		●
C17.1.1	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	●	60	●	70	●	80	●	90	●
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	●	15	●	30	●	45	●	60	●
C17.5	Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	●		●		●		●		●
C17.5.1	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	●	60	●	70	●	80	●	90	●
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	●	10	●	20	●	30	●	40	●
C10.2	Percorso tumore alla mammella	●		●		●		●		●
C10.2.1	% di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	●	65	●	70	●	75	●	80	●
C10.2.2	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella									
C10.2.2.1	% di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari									
C10.2.5	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario									
C10.3	Percorso tumore al colon-retto									
C10.3.1	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)									

codice	indicatore	fasce di valutazione								
C10.3.2	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)									
C10.3.3	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon									
C10.5a	Oncologia medica									
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei Biomarcatori tumorali									
F10.2.1b	Spesa media per farmaci oncologici									
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	●	25	●	30	●	35	●	40	●
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche									
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	●	155	●	205	●	255	●	305	●
C11a.1.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18									
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	●	20	●	30	●	40	●	50	●
C11a.2.1.1	Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18									
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	●	16.17	●	24.39	●	32.60	●	40.81	●
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	●	38	●	53	●	68	●	83	●
C11a.3.1.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18									
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica									
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso									
C13.2	Tasso di prestazioni diagnostiche per immagini									
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso									
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti std età e sesso									
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)	●	15	●	20	●	25	●	30	●
C13a.2.2.1.1	Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18									
C13a.2.2.2	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	●	5,8	●	6,8	●	7,8	●	8,8	●
C13.2.2.4	Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti									
C13.2.2.5	Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti									
C13.2.2.6	Tasso std di prestazioni di Genetica a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti									
C13.2.2.9	Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti									
C15	Salute mentale									
C15.1a	Attività territoriale									
C15.12	Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti									
C15.13	Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti									
C15.14	Percentuale di prestazioni domiciliari									
C15.15	Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti									
C15.1b	Attività ospedaliera									
C8a.5	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	●	175,2	●	281,3	●	387,4	●	493,5	●
C8a.5.1	Tasso di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni									
C8a.5.2	Tasso di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni									
C8a.5.3	Tasso di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni									
C8a.5.4	Tasso di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni									
C8a.5.5	Tasso di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni									
C8a.5.7	Tasso di ospedalizzazione per demenze per 100.000 residenti maggiorenni									
C8a.5.8	Tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni									

codice	indicatore	fasce di valutazione					
C8a.5.6	Tasso di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni						
C8a.5b	Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria per residenti maggiorenni						
C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	● 0,6	● 2,4	● 4,1	● 5,9	●	
C8a.13.2b	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria						
C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	● 2.2	● 4.1	● 6.0	● 7.9	●	
C8a.13b	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria						
C15.8	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche						
C15.16	Giornate consumate in reparti di psichiatria per residenti maggiorenni						
C8a.6b	Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni						
C15.1c	Continuità assistenziale						
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero						
C15.9.1	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SISM)						
C15.9.2	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)						
C15.1d	Infanzia-adolescenza						
C8a.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni						
C15.11	% del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi						
C16	Percorso Emergenza-Urgenza						
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	● 60	● 70	● 80	● 90	●	
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	● 60	● 70	● 80	● 90	●	
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	● 75	● 80	● 85	● 90	●	
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h	● 80	● 85	● 90	● 95	●	
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)	● 14	● 18	● 22	● 26	●	
C18	Variabilità chirurgia						
C18.2	Tasso osp. colecistectomie						
C18.3	Tasso osp. colecistectomie laparoscopiche						
C18.4	Tasso osp. sostituzione del ginocchio						
C18.5	Tasso osp. sostituzione anca						
C18.7	Tasso osp. angioplastica coronarica percutanea (PTCA)						
C18.8	Tasso osp. prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata						
C18.9	Tasso osp. isterectomia						
C18.10	Tasso osp. artroscopia al ginocchio						
C21	Compliance assistenza farmaceutica						
C21.2.1	% di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione						
C21.2.2	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione						
C21.2.3	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione						
C21.3.1	% di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia con beta-bloccanti						
C21.3.2	% di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani						
C21.3.3	% di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine						
C9.2	% di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)	● 8,3	● 9,8	● 11,4	● 12,9	●	
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	● 18,5	● 21,5	● 24,5	● 27,5	●	
C28	Cure Palliative						
C28.1	Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in hospice, deceduti						
C28.2	Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in hospice inferiore o uguale a 3 giorni						
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni						
C30	Indicatori generali AOU						
C30.3.1.1	Volumi attrazioni extra-regione						
C30.3.1.2	% attrazioni extra-regione						

codice	indicatore	fasce di valutazione				
C30.3.2.1	Volumi attrazioni extra-regione di alta complessità					
C30.3.2.2	% attrazioni extra-regione di alta complessità	● 3,77	● 11,29	● 18,81	● 26,34	●
C30.3.3.1	Volumi attrazioni extra-regione di media complessità					
C30.3.3.2	% attrazioni extra-regione di media complessità					
C32	Cardiochirurgia					
C32.3.1.1	Volumi attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici					
C32.3.2.1	Percentuale attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici					
C32.4.1	Tasso di fughe extra-regione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE)					
C32.4.3	Tasso di ospedalizzazione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE)					
C32.8.1	Indice di Performance della degenza media per DRG cardiocirurgici					
C33	Chirurgia Vascolare					
C33.1.1	Volumi interventi riparazione dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale, OPEN					
C33.2	Indice di performance della degenza media per AAA Non Rotto, OPEN e EVAR					
C33.1.2	Volumi interventi riparazione dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale, EVAR					
C33.11.1	Volumi di rivascularizzazione Carotidea: Endoarterectomia Carotidea (CEA)					
C33.12	Indice di performance della degenza media per CAS e CEA					
C33.11.2	Volumi di rivascularizzazione Carotidea: Stent Carotideo (CAS)					
C33.13	% pazienti con doppia assunzione di antiaggreganti entro 30 gg da intervento di stent dell'arteria carotidea (CAS)					
C34	Neurologia					
C34.2	% trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico					
C34.3	Indice di Performance della degenza media per Ictus ischemico					
C34.4	% di pazienti con ictus amessi, transitati o dimessi da Neurologia					
C36	Innovazione Tecnologica					
C36.1	% prostatectomie computer-assistite					
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso	● 1,25	● 2,5	● 3,75	● 5	●
D18	% dimissioni volontarie	● 0,35	● 0,7	● 1,05	● 1,4	●
F10b	Spesa farmaceutica					
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	● 155,1	● 165,3	● 175,5	● 185,8	●
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG					
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa					
F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliera)					
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo per punto DRG					
F10.3.3	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza					
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico					
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica					
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)	● 78,3	● 81,7	● 85,1	● 88,4	●
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	● 86,6	● 89,1	● 91,7	● 94,3	●
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	● 76	● 80	● 84	● 88	●
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)	● 84,1	● 87,2	● 90,4	● 93,6	●
F12.11a	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani associati e non	● 64,1	● 74,4	● 84,7	● 95	●
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	● 74,4	● 75,6	● 76,7	● 77,9	●
F15	Sicurezza sul lavoro					
F15.1	Risultato					
F15.1.1	N. inchieste infortuni concluse con violazioni/ N. inchieste infortuni					
F15.1.2	N. inchieste malattie professionali con violazioni/N. inchieste malattie professionali					
F15.2	Copertura dell'attività ispettiva	●	●	●	●	●

codice	indicatore	fasce di valutazione								
F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	●	2,25	●	5	●	7,75	●	10,5	●
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni	●	13	●	27	●	41	●	55	●
F15.2.3	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati	●	5	●	14	●	23	●	32	●
F15.3	Efficienza produttiva	●		●		●		●		●
F15.3.1	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL	●	16	●	37	●	58	●	79	●
F15.3.2	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL	●	18	●	67	●	116	●	165	●
F17	Costo sanitario pro-capite (Regioni)	●	1740	●	1889	●	2039	●	2189	●
F17	Costo sanitario pro-capite (Aziende)	●	1476	●	1641	●	1806	●	1971	●
F17.1	Costo pro-capite assistenza ospedaliera					●				
F17.1.1	Costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS					●				
F17.2	Costo pro-capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro					●				
F17.3	Costo pro-capite assistenza distrettuale					●				
F17.3.1	Costo pro-capite assistenza specialistica					●				
F17.3.1.1	Costo pro-capite diagnostica strumentale e per immagini					●				
F17.3.2	Costo pro-capite assistenza sanitaria di base					●				
F17.3.2.1	Costo pro-capite per assistenza MMG	●	83.5	●	87.1	●	90.7	●	94.2	●
F17.3.2.2	Costo pro-capite per assistenza PLS	●	123.1	●	130.5	●	138.0	●	138.0	●
F18	Costo medio dell'assistenza ospedaliera					●				
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti	●	3202,43	●	4050,86	●	4899,29	●	5747,72	●
F19	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini					●				
F1	Equilibrio Economico Reddittuale									
F1.2	Equilibrio Economico Sanitario (ROS)	●	-3,00	●	-1,50	●	0,00	●	1,50	●
F1.3	ROI	●	-1,05	●	0,00	●	1,05	●	2,00	●
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)	●	0,00	●	3,40	●	6,70	●	10,00	●
F3	Equilibrio Patrimoniale finanziario									
F3.1	Indice di disponibilità	●	0,66	●	1,01	●	1,36	●	1,71	●
F3.5	Indice di indebitamento					●				
F3.2	Politiche di investimento					●				
F3.2.2	Obsolescenza degli impianti e macchinari					●				
F3.2.1	Incidenza dei canoni di leasing e noleggio					●				
F3.4.2	Dilazione dei debiti					●				

Il Network delle Regioni: il processo di condivisione

Il processo di condivisione da parte delle Regioni aderenti al *network* è stato subito improntato ad una logica di trasparenza: questa si è rivelata fondamentale per favorire l'accettazione dello strumento quale mezzo per uscire dall'auto-referenzialità, al fine di intraprendere un percorso di miglioramento della performance guidato dal confronto sistematico con altre realtà.

Per i primi anni, la valutazione è stata basata sul metodo dei quintili, ovvero ordinando le Regioni/Aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione dei valori in 5 classi di pari ampiezza. Le Regioni con la *performance* migliore ricadevano nel I quintile, mentre quelle con la *performance* peggiore nel V. Alla distribuzione in quintili corrispondevano i punteggi e i colori di riferimento ripresi in Figura 1. Questo metodo, tuttavia, poneva dei limiti, perché la *performance* dipende dalla variabilità dell'indicatore: le Regioni con un numero maggiore di Aziende tendono a posizionarsi attorno al livello medio di *performance*. Per ovviare a tali limitazioni, a partire dal 2011 le Regioni hanno iniziato a condividere degli *standard* di riferimento per ciascuno degli indicatori e sulla base di tali *standard* sono state costruite le fasce di *performance*.

La rappresentazione dei risultati

Dal 2008 viene predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende. 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 condivisione dello strumento tra gli attori del sistema. Dal 2010 il report è pubblico, fruibile da tutti

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

Figura 1. Le fasce di valutazione

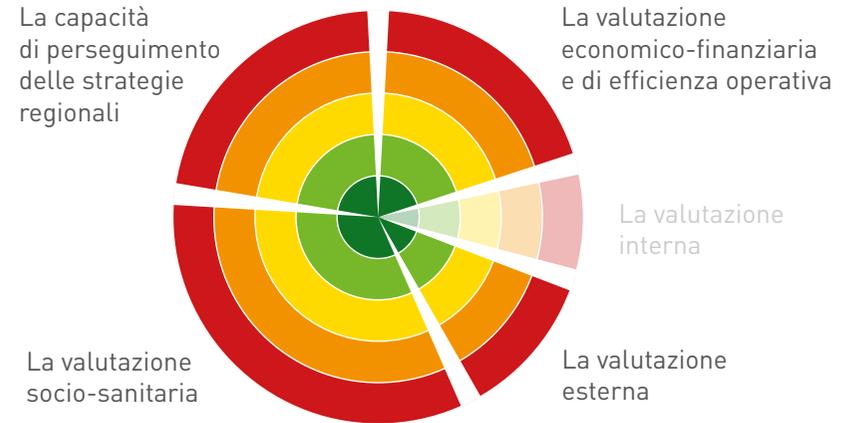


Figura 2. Il bersaglio e le dimensioni, nelle quali sono raggruppati gli indicatori.

gli *stakeholder*, cittadini e utenti compresi. Le Regioni aderenti al *network* considerano, infatti, la trasparenza e l'*accountability* due valori imprescindibili del proprio operato. Il report prevede un commento per ciascun indicatore, la scheda con i criteri di calcolo, quindi i dati a confronto tra le Regioni e tra le Aziende di tutte le regioni.

Gli indicatori sono sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione a "bersaglio" (Figura 2). Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un quadro di sintesi sulla *performance* ottenuta dalle Regioni/Aziende, su tutte e sei le dimensioni del sistema. La dimensione A — lo stato di salute della popolazione — è graficamente riportata al di fuori del bersaglio, sopra di esso, a rappresentare che è l'obiettivo verso cui tendono i sistemi sanitari, pur ribadendo essere il risultato di fattori che non ricadono sotto il controllo diretto delle Aziende sanitarie. Il bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Aziende considerate.

Gli indicatori con *performance* ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con *performance* scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Se nei bersagli delle Aziende territoriali sono riportati gli indicatori compositi di sintesi, nei bersagli delle AO/AOU/IRCCS viene ripresa una selezione dei singoli indicatori, per dar conto della loro performance con un maggior grado di dettaglio.

Ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una mappa cartografica e due istogrammi: nel primo compaiono tutte le Regioni, con il relativo *trend* (vedi Figura 3), nel secondo tutte le Aziende di ogni singola Regione o Provincia (vedi Figura 4). Per ogni indicatore viene inoltre riportato un QR code (Quick Response Code): puntando ad esso, è possibile reperire tramite dispositivo mobile le tabelle con i valori dell'indicatore, dei relativi numeratori e denominatori.

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 dell'organizzazione; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna Azienda e dal sistema nel suo complesso per migliorare la

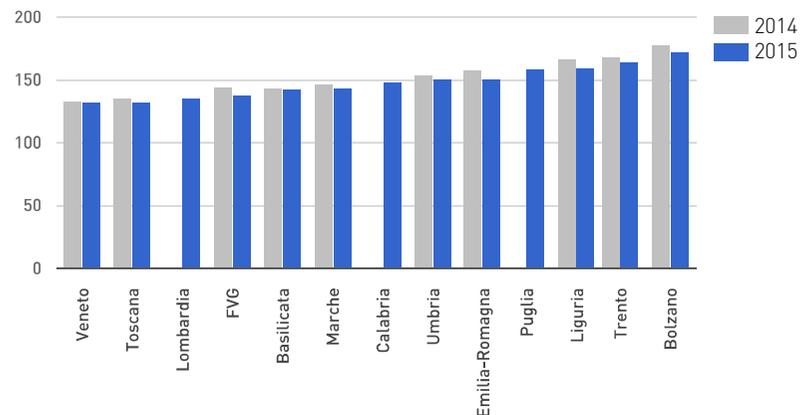


Figura 3. Un istogramma di confronto con il trend regionale.

performance da un anno all'altro.

Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, è stata messa a punto una nuova modalità di rappresentazione della *performance* che indica, da un lato, la *performance* dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto alle altre Regioni.

Nelle mappe di *performance* (vd. Figura 5), la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni regione e per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2015-2014, riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica capacità di miglioramento pessima e +2 ottima). La

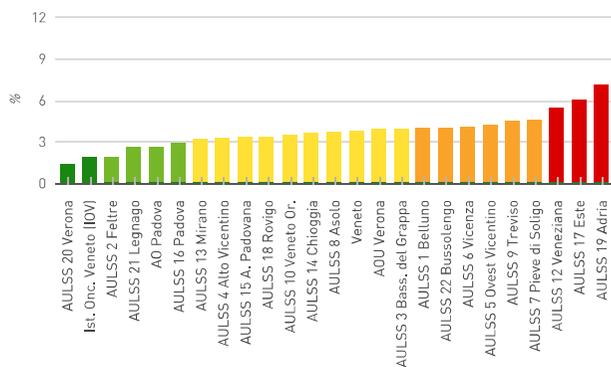


Figura 4. Un istogramma di confronto interaziendale per una Regione.

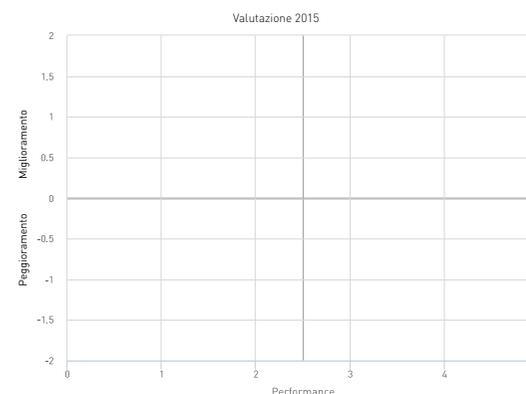


Figura 5. La mappa di *performance*.

performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2015, associato a ciascun indicatore selezionato.

Si possono, quindi, individuare 4 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 medio regionale.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima *performance*, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento dal 2014 al 2015, ovvero la Regione nel 2015 per l'indicatore selezionato ha dimostrato un'ottima *performance*, con un *trend* in miglioramento rispetto alle altre Regioni. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato dal 2014 al 2015 rispetto alle altre Regioni, ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di *performance* 2015 e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta".

Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2015 ma registra un *trend* peggiore rispetto alle altre Regioni e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, risulta un'"area da migliorare", perché la valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con *trend* in peggioramento. Per ogni Regione sono state approntate due mappe di *performance* (Tabella 2 e Tabella 3), corrispondenti ai servizi ospedalieri e a quelli territoriali. Nelle mappe di *performance* non sono inseriti tutti gli indicatori del sistema di valutazione, perché sarebbero diventate illeggibili: sono stati scelti gli indicatori più significativi, considerati *driver* di altri. Da un punto di vista strettamente metodologico, inoltre, per essere rappresentati nella mappa, gli indicatori devono essere disponibili per l'anno in corso e per il precedente e devono essere di valutazione.

Di seguito l'elenco degli indicatori considerati per la visualizzazione delle mappe.

C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

Tabella 2. Gli indicatori utilizzati per la costruzione della mappa di *performance* dei servizi ospedalieri, anno 2015.

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Tabella 3. Gli indicatori utilizzati per la costruzione della mappa di *performance* dei servizi territoriali, anno 2015.

3

I BERSAGLI

La performance della Regione Basilicata

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: la Basilicata presenta una mortalità contenuta per tumori e per suicidi, mentre quelle infantile e per malattie circolatorie sono superiori alla media (dati riferiti al triennio 2011-2013). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione agli stili di vita, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati all'obesità e alla sedentarietà, problematiche verso le quali non si registra una corrispondente sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

La copertura vaccinale è complessivamente buona, eccezion fatta per la vaccinazione antinfluenzale delle persone anziane. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si conferma molto scarsa.

Il tasso di ospedalizzazione contenuto rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto permanga una criticità in riferimento al numero relativamente elevato di *day hospital* di tipo medico.

La presa in carico della casistica di tipo medico registra ancora qualche elemento di inapproprietezza: l'elevato tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico e l'alta percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni denotano una possibile difficoltà a trasferire alcune attività verso una presa in carico di tipo ambulatoriale e territoriale. In merito all'attività chirurgica, resta inferiore alla media la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in un giorno.

Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano *performance* complessivamente buone sia per la casistica di tipo medico, sia per quella di tipo chirurgico. L'organizzazione e la qualità dei processi ospedalieri presentano tuttora alcuni chiaroscuri: al diffuso utilizzo della procedura transuretrale per le prostatectomie fa da contraltare una tempestività non ottimale delle operazioni per fratture di femore; la bassa percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici cui alla dimissione venga attribuito un DRG chirurgico segnala una difficoltà nella gestione delle risorse ospedaliere.

Anche i tempi di attesa in Pronto Soccorso presentano risultati contrastanti: se la percentuale di accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti è la più elevata del *network*, quella di accessi inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore è la peggiore. La percentuale di abbandoni da pronto soccorso si conferma comunque piuttosto contenuta. Significativamente più elevato – rispetto alle altre Regioni – il tempo impiegato mediamente dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma critica, con un ricorso al parto cesareo particolarmente alto. Il percorso oncologico restituisce risultati soddisfacenti in termini di *output*. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale confermano *performance* medie.

In riferimento al ricorso a prestazioni diagnostiche, il ricorso a risonanze muscolo-scheletriche per pazienti anziani, una prestazione ad alto rischio di inapproprietezza, è in linea con le altre Regioni.

Migliora complessivamente la capacità di presa in carico delle casistiche croniche, rilevata da una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione di quasi tutte le principali patologie, ma occorre prestare attenzione all'elevato tasso di amputazioni maggiori per diabete.

L'ambito farmaceutico è un'area che necessita di un maggiore presidio: in riferimento all'attività prescrittiva territoriale, si registra sia una ridotta appropriatezza prescrittiva, sia una limitata propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto.

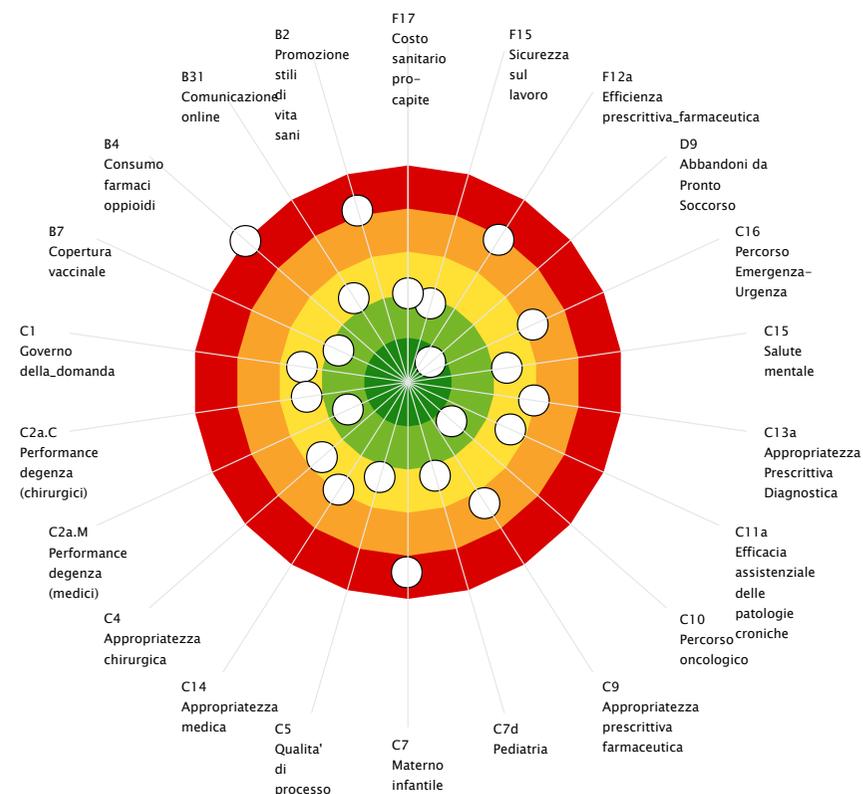
Per quanto riguarda gli indicatori di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2014), la Regione sostiene un costo sanitario pro-capite tendenzialmente in linea con la media delle altre Regioni.

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

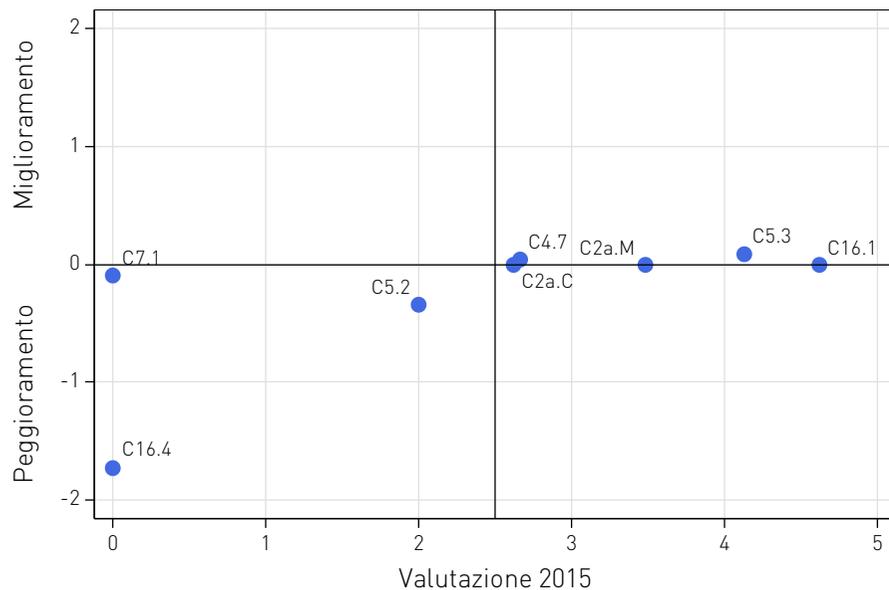
A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori



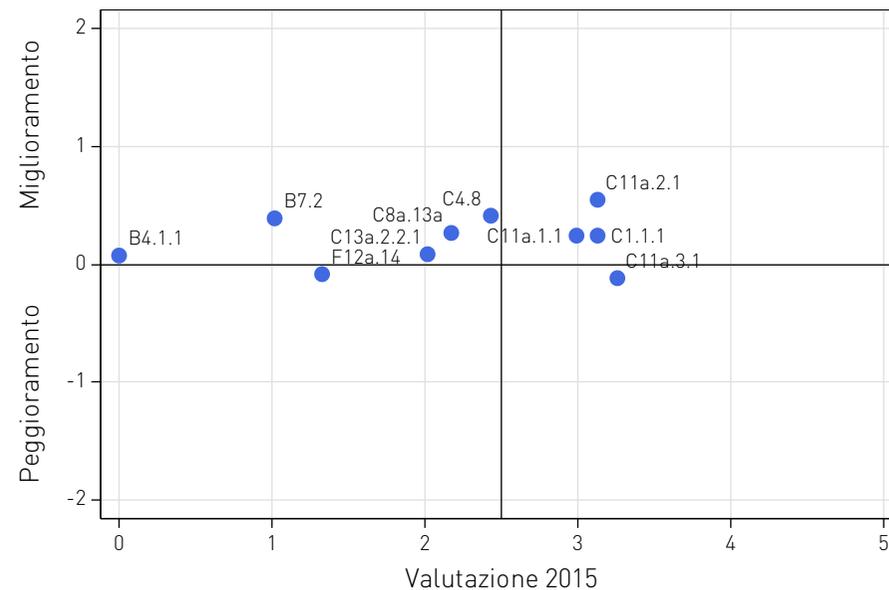
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

ASP Potenza

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori

Bersaglio 2015

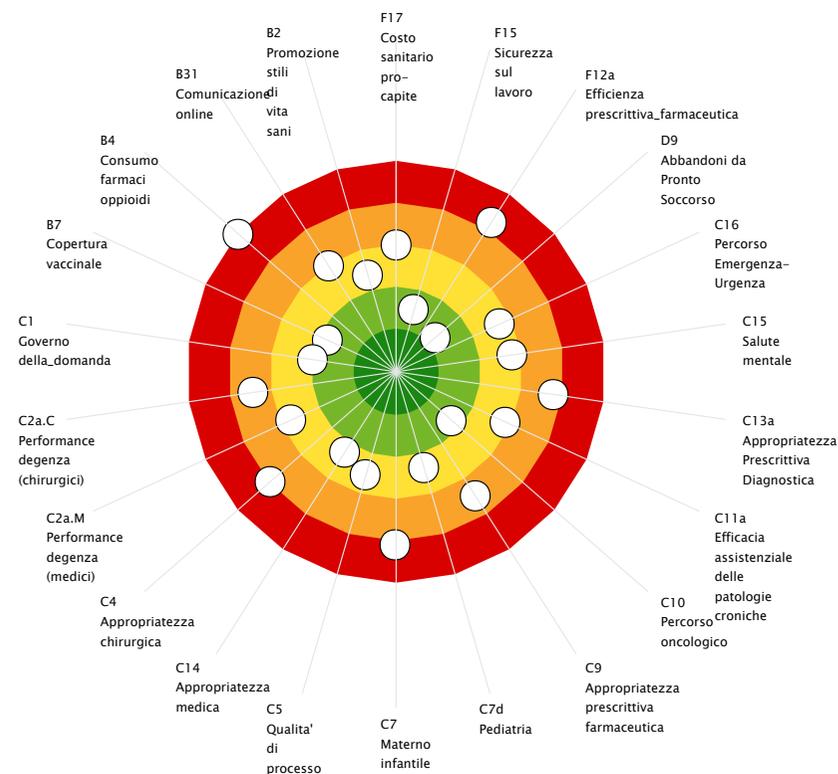


ASM Matera

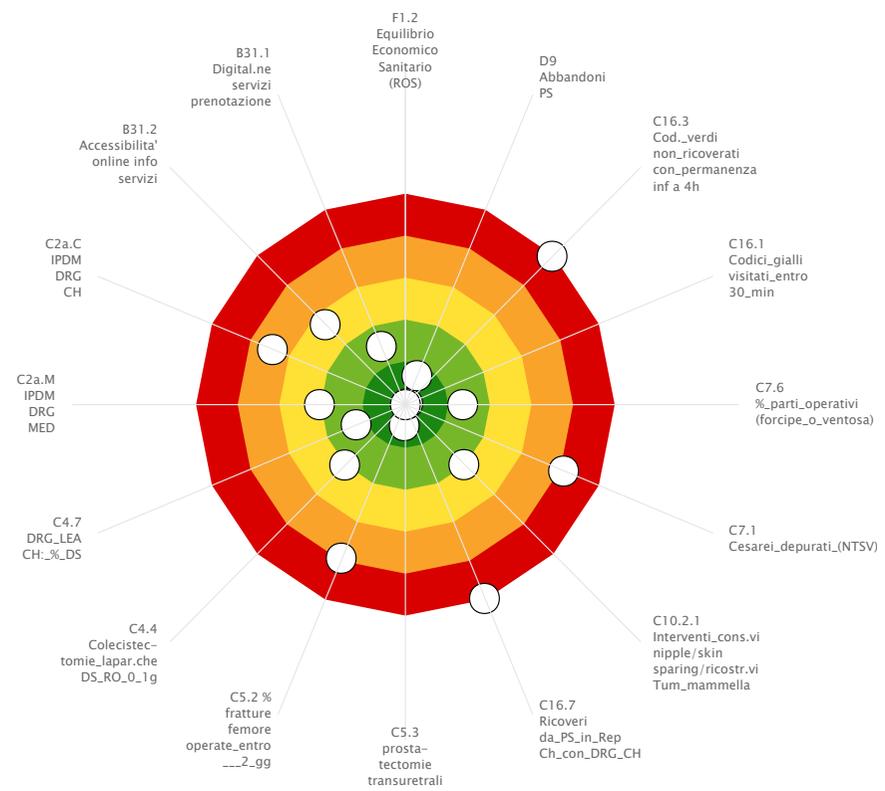
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori

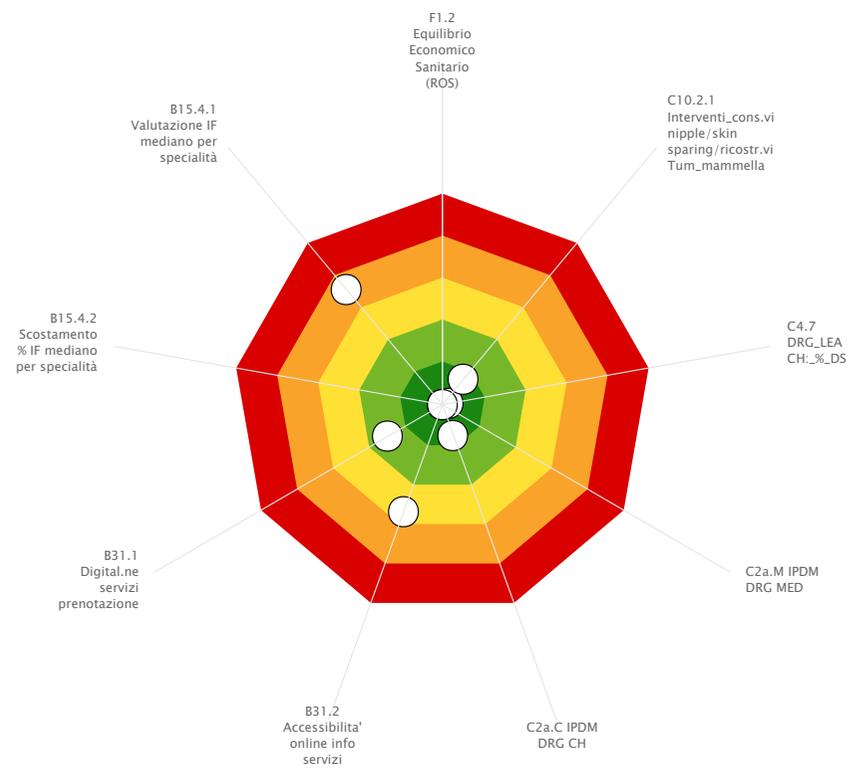
Bersaglio 2015



AO S. Carlo Bersaglio 2015



IRCCS CROB Rionero Bersaglio 2015



La performance della Regione Emilia-Romagna

Il miglioramento della salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione dell'Emilia-Romagna presenta una bassa mortalità per malattie circolatorie, una mortalità per suicidi e una mortalità infantile in linea con le altre Regioni, mentre quella per tumori si conferma leggermente più elevata (dati riferiti al triennio 2011-2013).

L'indagine ministeriale PASSI evidenzia la diffusione di stili di vita complessivamente sani, per quanto rilevi una percentuale di persone obese e in sovrappeso e di bevitori a rischio superiore alle altre Regioni. Si registra una buona sensibilità da parte dei medici di medicina generale nel consigliare corretti stili di vita.

Il livello di copertura vaccinale si conferma complessivamente in linea con le altre Regioni, così come l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi. Resta eccellente la gestione dei programmi di *screening* oncologici, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione a questi da parte degli utenti.

In riferimento alla capacità di governo della domanda, il tasso di ospedalizzazione – in particolare quello per ricoveri ordinari acuti – si conferma leggermente superiore alla media. La gestione della casistica sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico, pur registrando ancora qualche elemento di inappropriatozza – resta ancora non pienamente sfruttata l'attività di *day surgery*, segnatamente in alcune Aziende – è buona.

Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano *performance* molto buone, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica.

L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma complessivamente molto buona e la percentuale di dimissioni volontarie è in linea con le altre Regioni.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso denotano qualche difficoltà nella tempestiva gestione dei codici meno gravi; questa problematica sembra riflettersi nella percentuale di abbandoni, superiore alla media e in aumento.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma ottima, con un basso ricorso al taglio cesareo e all'episiotomia come procedura routinaria. Buone *performance* si registrano anche in riferimento all'area pediatrica, nonostante un eccesso di ospedalizzazioni per gastroenterite.

Si registrano ottimi risultati in termini di output del percorso oncologico. I tempi di attesa per interventi chirurgici sono molto contenuti, eccezion fatta per gli interventi per tumore alla prostata, per i quali permane una certa dispersione della casistica.

La presa in carico della salute mentale conferma *performance* nella media, nonostante si confermi più elevato delle altre Regioni il numero di ricoveri per patologie psichiatriche ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione.

In riferimento alle prestazioni diagnostiche, si riscontra ancora un possibile fenomeno di inappropriatozza, indicato dal numero elevato di risonanze muscolo-scheletriche per pazienti anziani, in particolare in alcune Aziende.

La presa in carico delle cronicità continua a essere complessivamente critica, per quanto si rilevi una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per tutte le principali patologie.

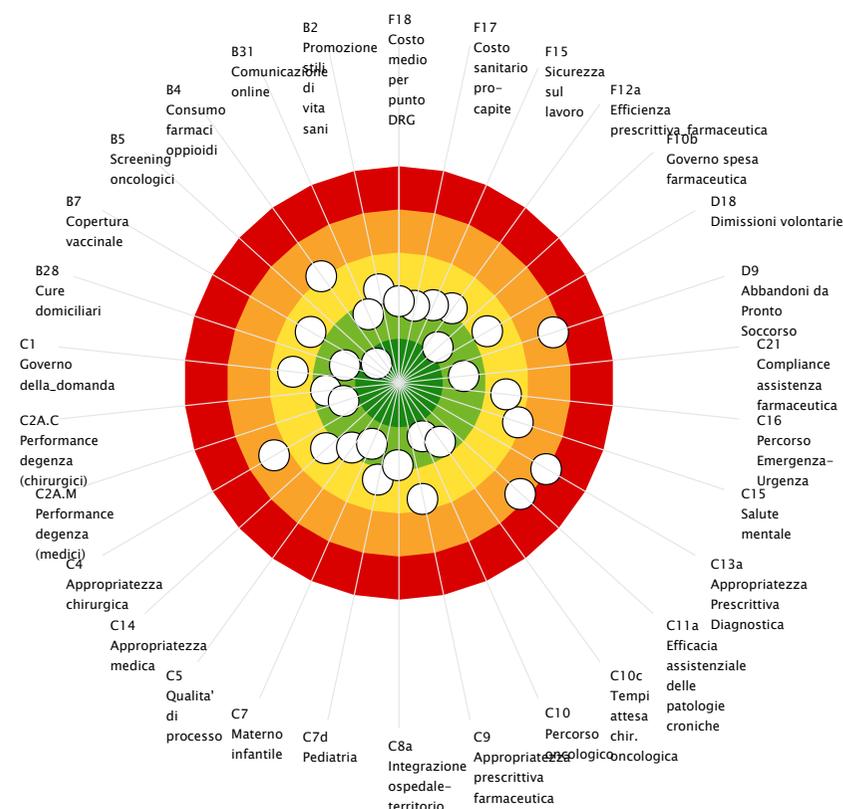
Sul versante della *governance* farmaceutica, la spesa territoriale si conferma tra le più basse del *network* e a questa fanno eco buone *performance* per quanto concerne l'appropriatozza prescrittiva, la *compliance* terapeutica e la propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, infine, i dati si confermano in linea con le altre Regioni per quanto concerne il costo sanitario pro-capite complessivo, mentre il costo medio per punto DRG è il più basso del *network* (dati riferiti all'anno 2014).

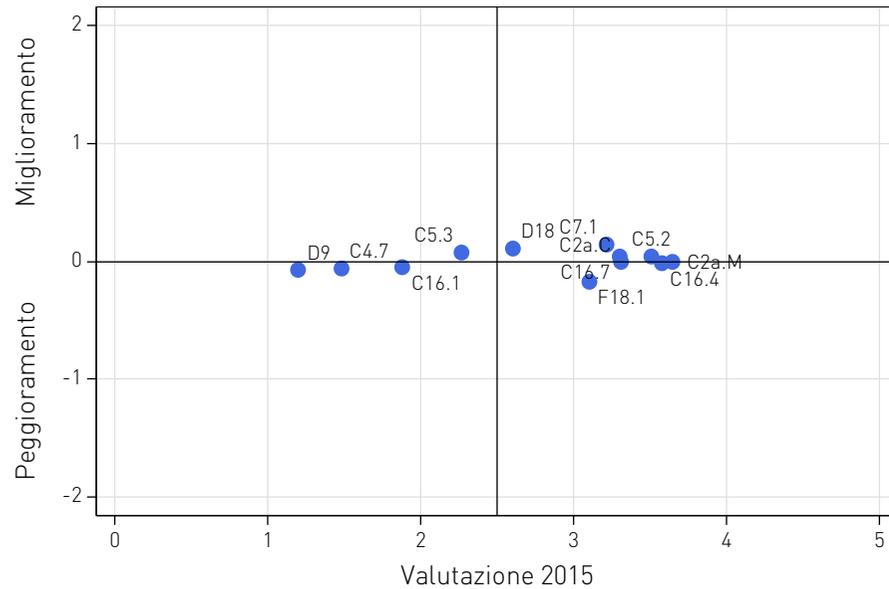
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalità* per tumori A1 Mortalità* infantile A4 Mortalità* per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalità* per malattie circolatorie

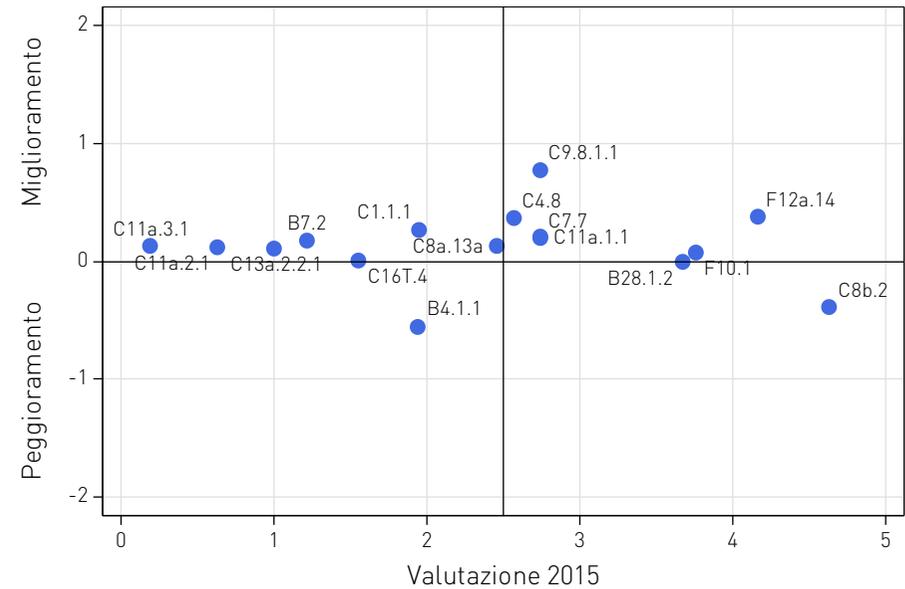
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

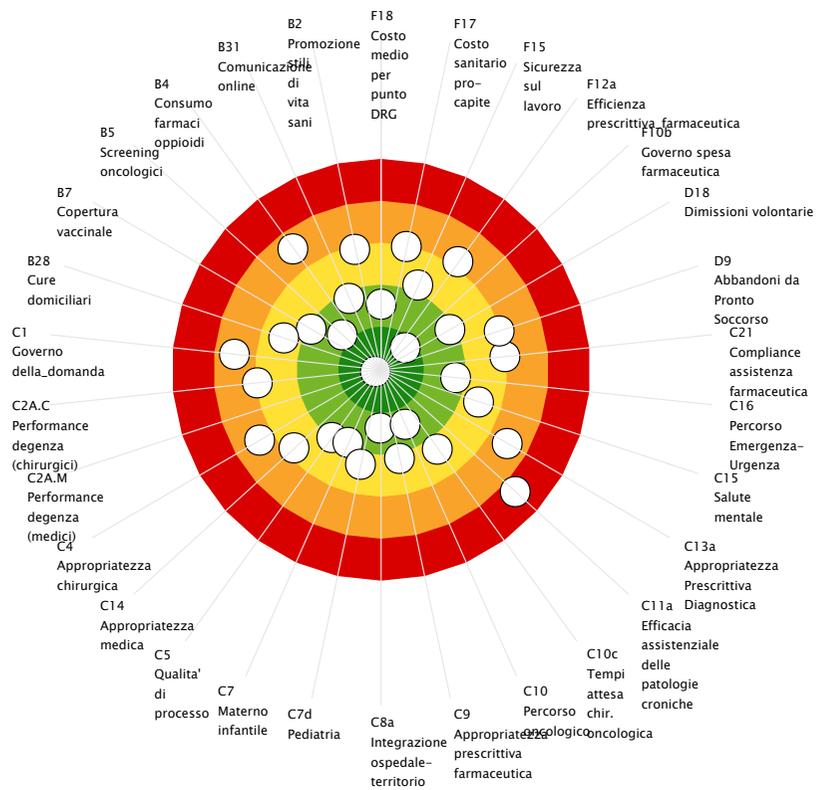
AUSL Piacenza

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



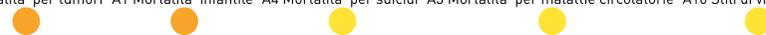
Bersaglio 2015



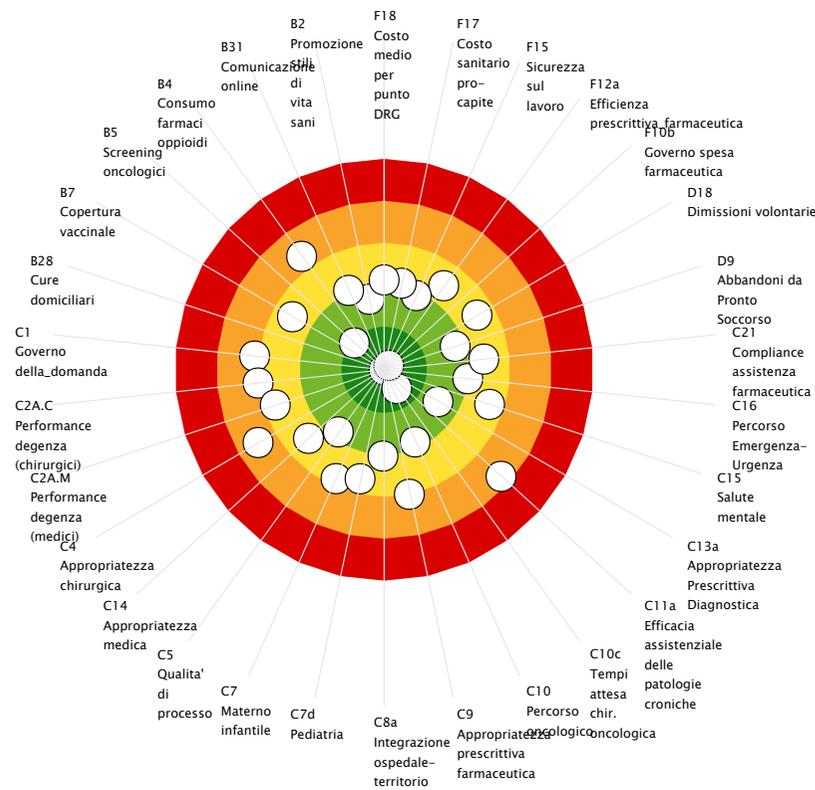
AUSL Parma

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI)



Bersaglio 2015



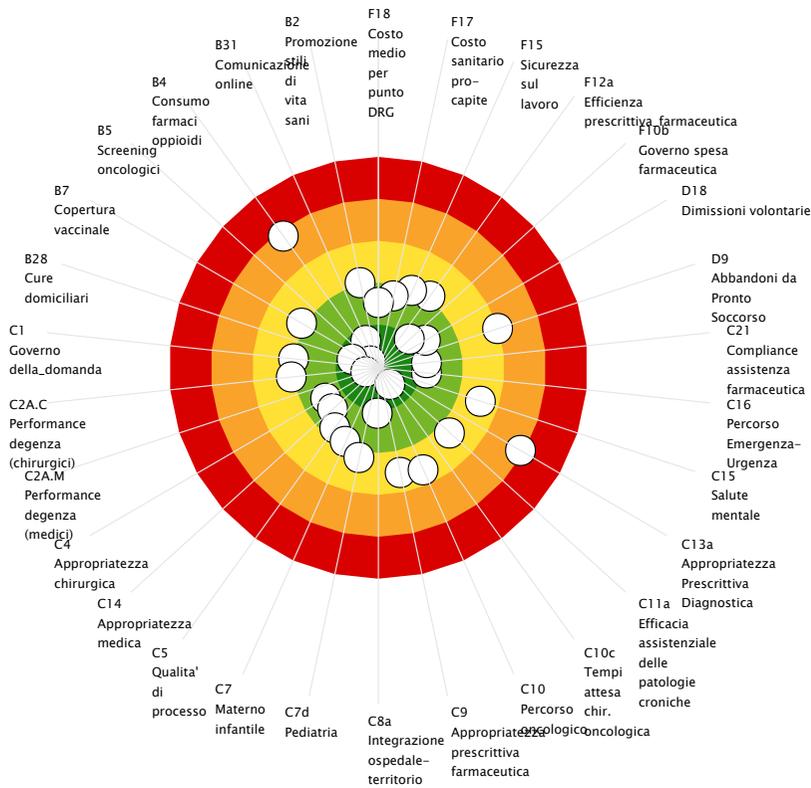
AUSL Reggio Emilia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



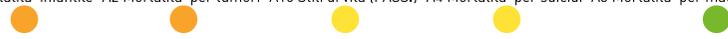
Bersaglio 2015



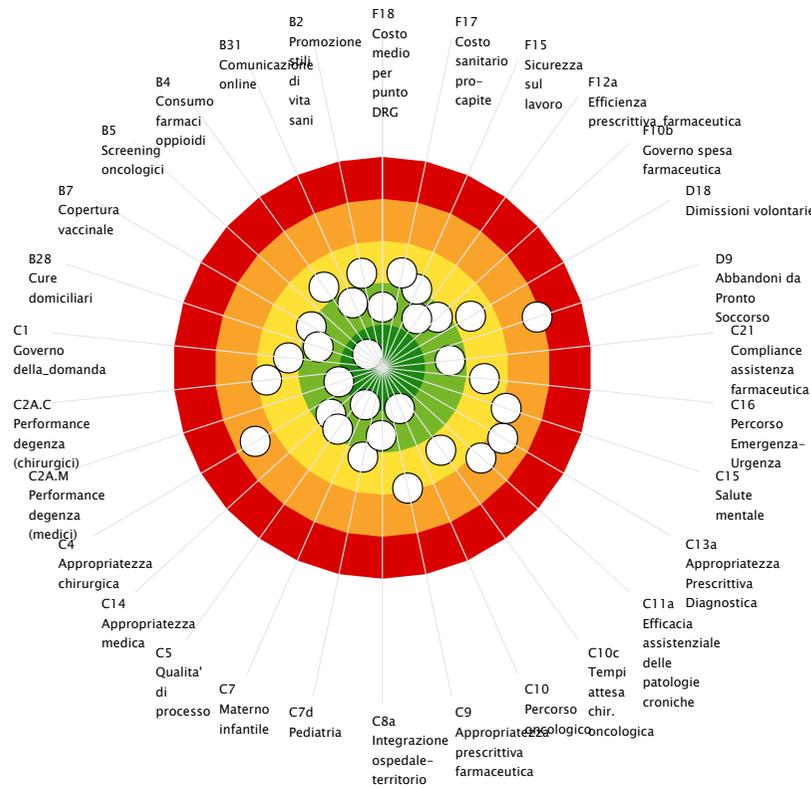
AUSL Modena

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



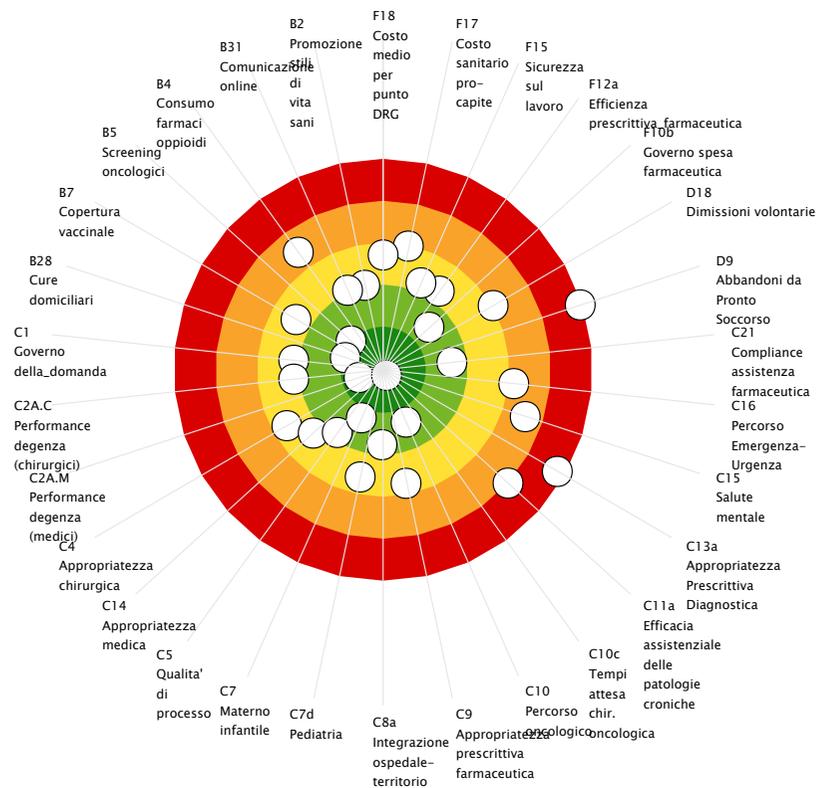
AUSL Bologna

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



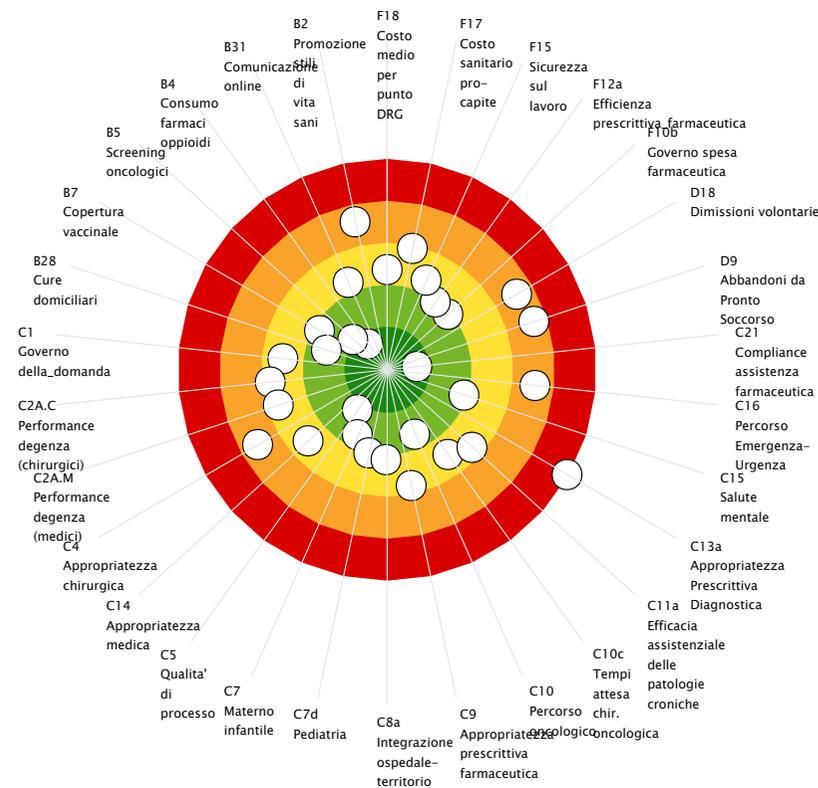
AUSL Imola

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



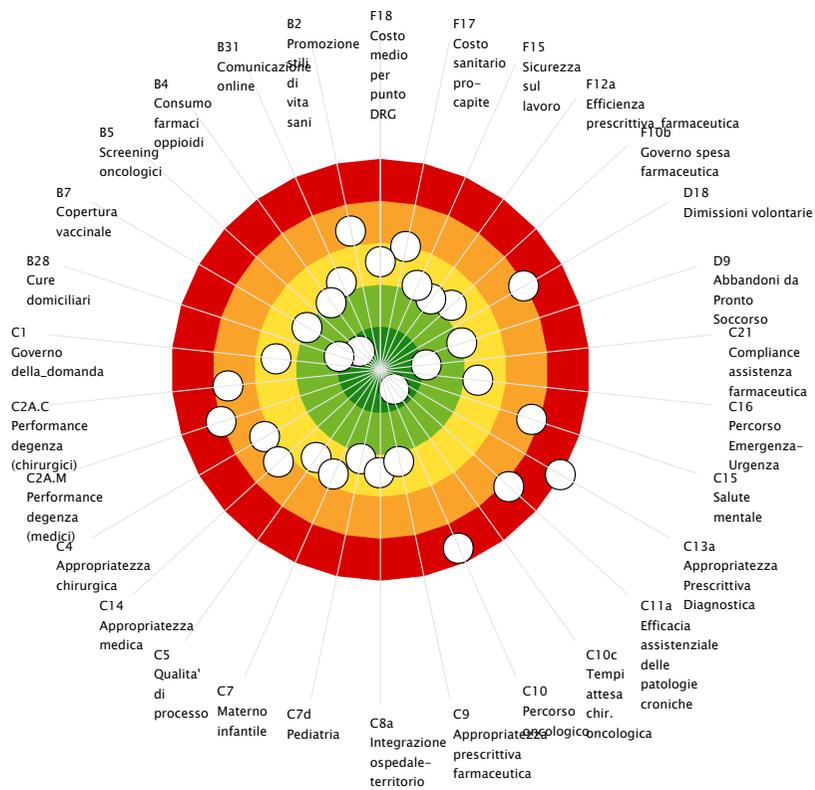
AUSL Ferrara

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI)



Bersaglio 2015



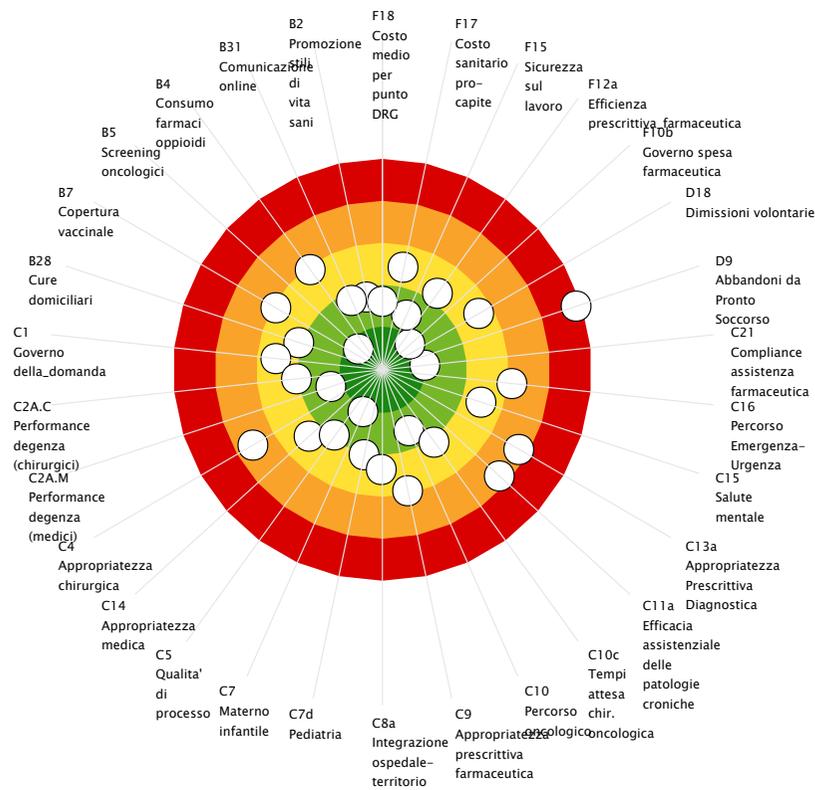
AUSL Romagna

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

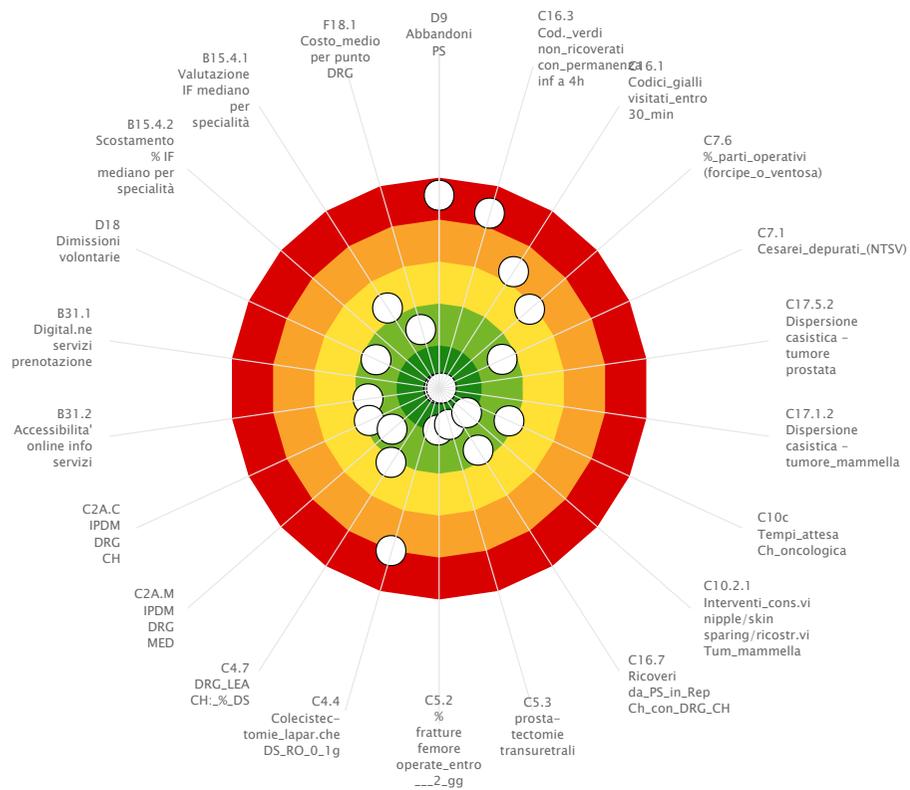
A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



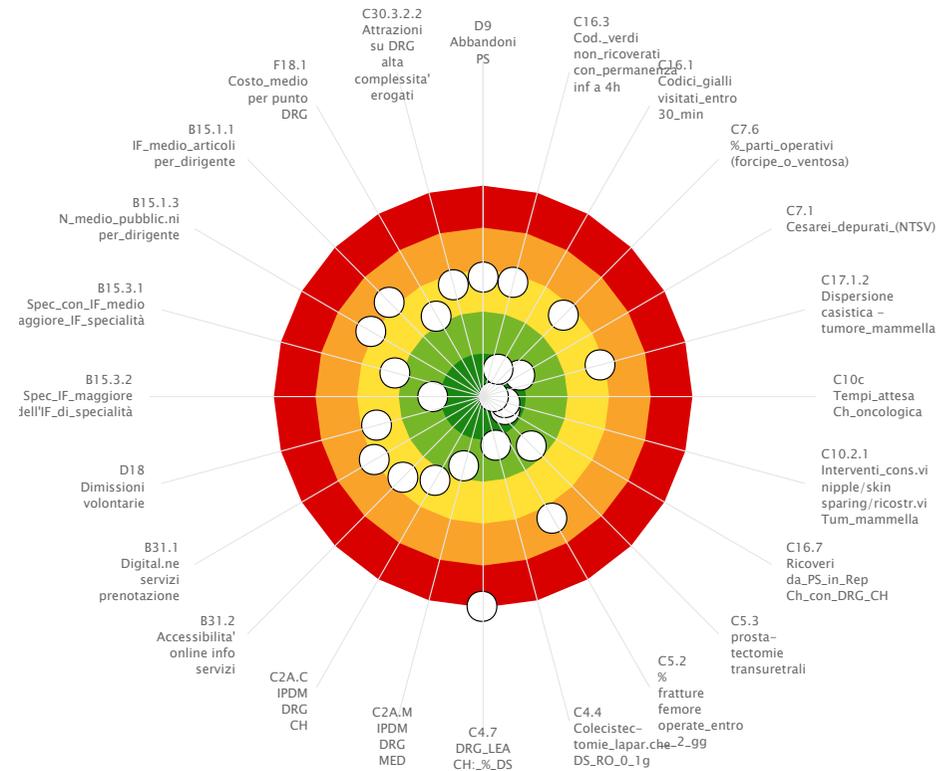
Bersaglio 2015



AO Reggio Emilia Bersaglio 2015

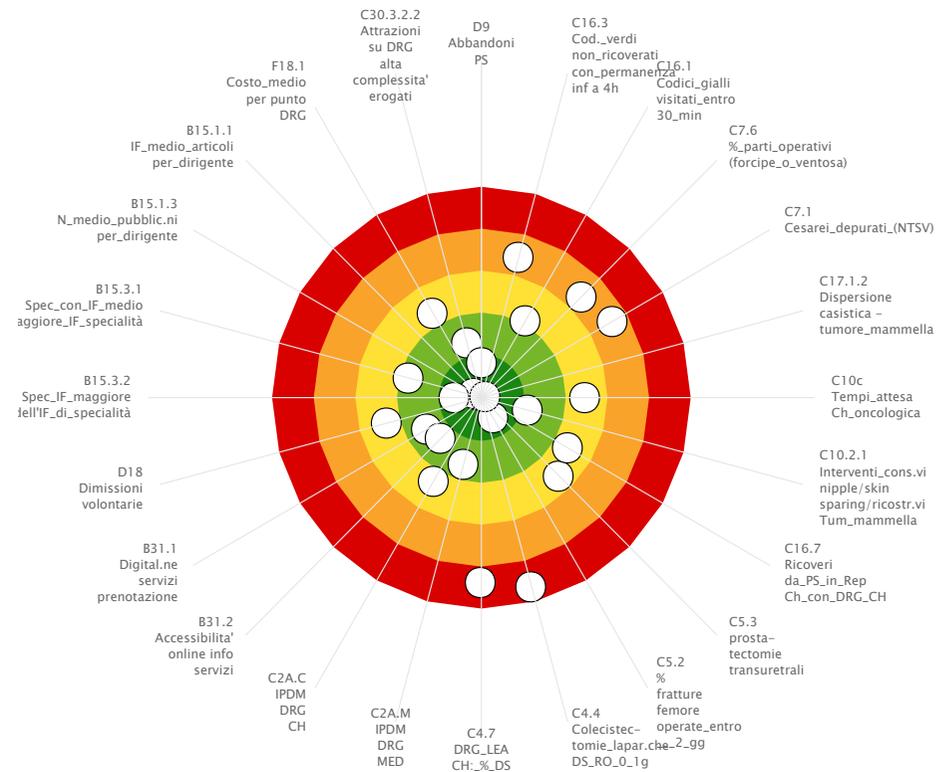
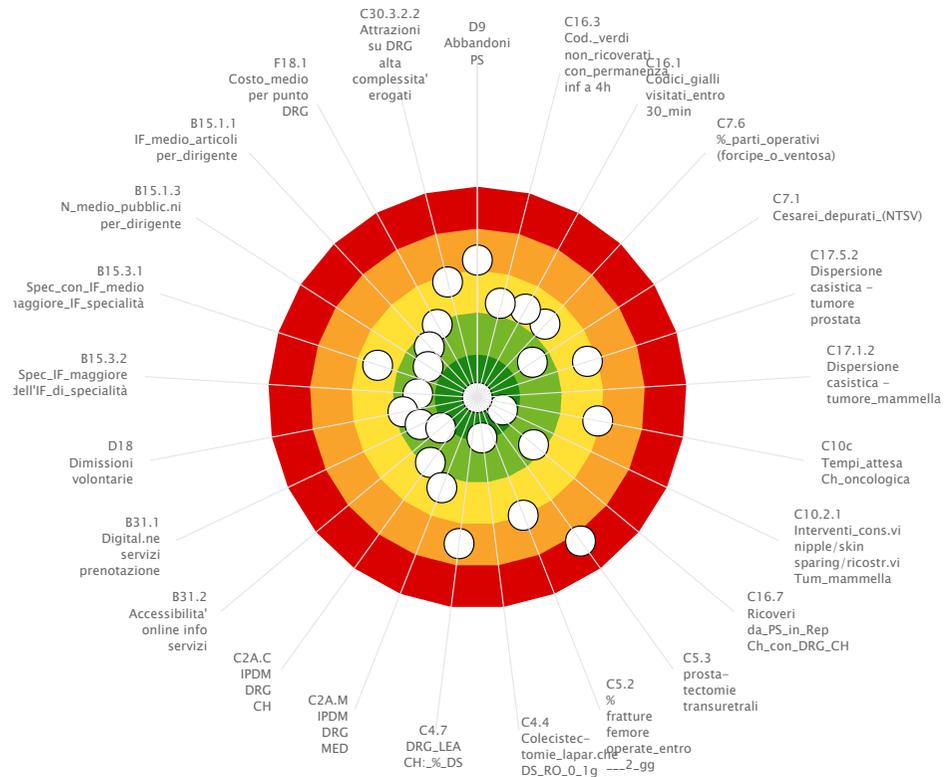


AOU Parma Bersaglio 2015

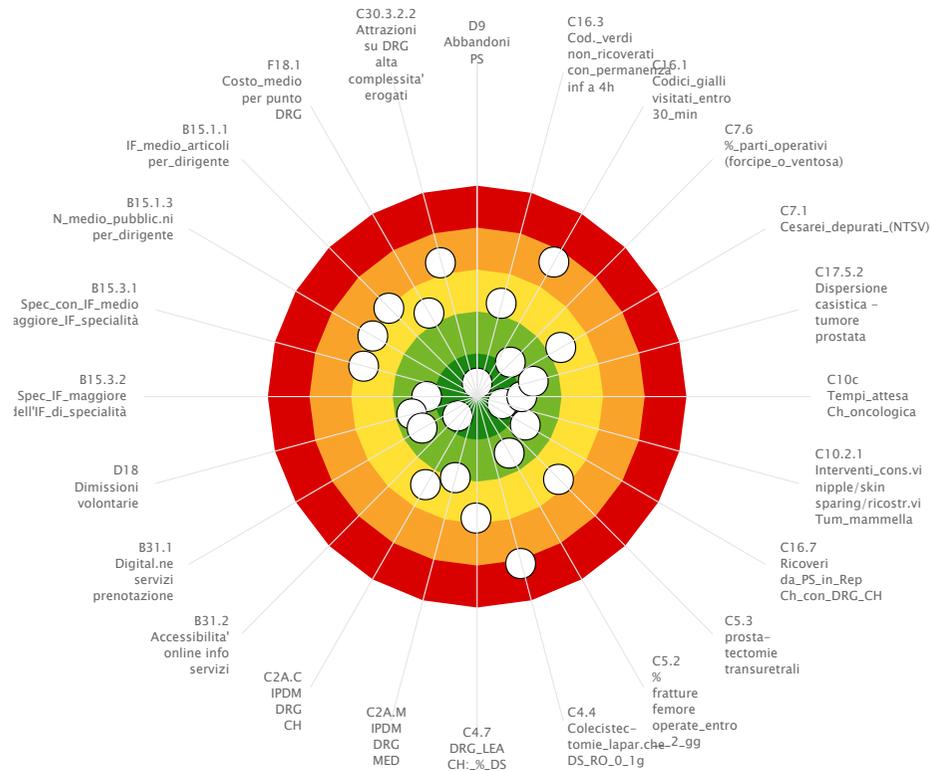


AOU Modena Bersaglio 2015

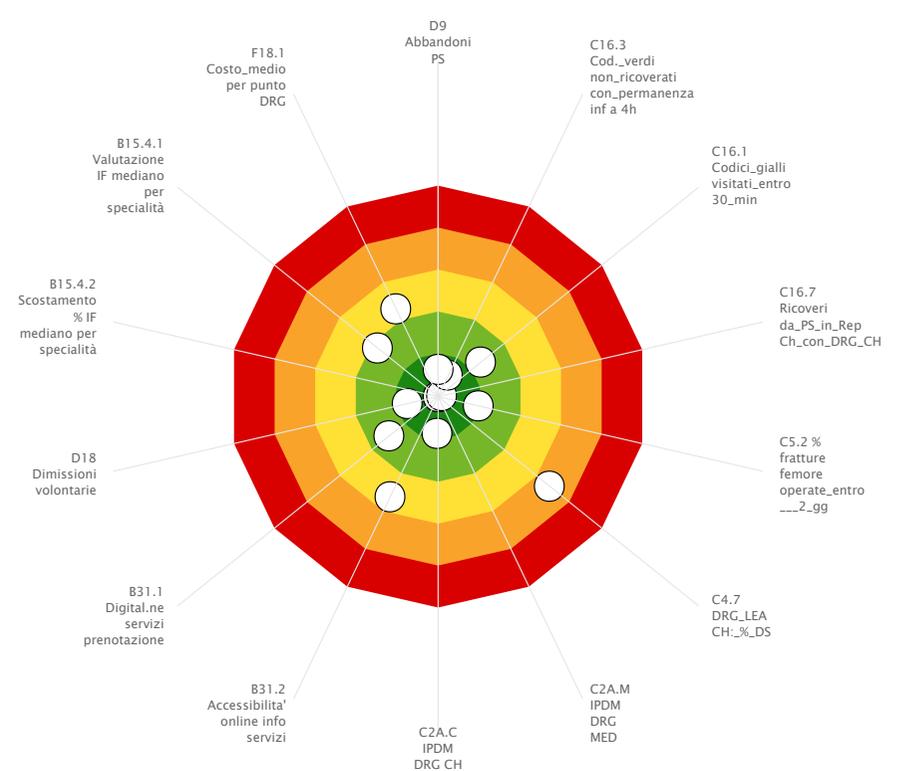
AOU Bologna Bersaglio 2015



AOU Ferrara Bersaglio 2015



IRCCS Rizzoli Bersaglio 2015



La performance della Regione Friuli Venezia Giulia

L'innalzamento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione del Friuli Venezia Giulia presenta una bassa mortalità per malattie circolatorie, una mortalità infantile nella media mentre quella per tumori e quella per suicidi sono più elevate (dati riferiti al triennio 2011-2013). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione al diffuso consumo di bevande alcoliche, problematica verso la quale non si registra una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

Il livello di copertura vaccinale è complessivamente inferiore rispetto alle altre Regioni. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si conferma molto elevata. Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una situazione complessiva molto buona sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione ad essi.

Il tasso di ospedalizzazione piuttosto contenuto rispecchia una buona capacità di governo della domanda. La gestione della casistica di tipo medico registra ancora qualche elemento di inappropriato: l'elevato tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico e l'alta percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni denotano una possibile difficoltà a trasferire alcune attività verso una presa in carico di tipo ambulatoriale e territoriale. L'offerta di cure domiciliari si attesta al di sotto della media delle Regioni del network. Buona invece la capacità di utilizzare appropriatamente il *setting* assistenziale chirurgico, con la sola eccezione delle colecistectomie laparoscopiche effettuate in un giorno.

La durata delle degenze per la casistica di tipo medico si attesta su valori in linea con le altre Regioni, mentre quella per DRG chirurgici è inferiore. L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra risultati complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni: si segnala l'ulteriore miglioramento della percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni.

I tempi d'attesa nei Pronto Soccorso denotano una certa difficoltà nella gestione dei codici a minor gravità, cui fa eco una percentuale di abbandoni da parte degli utenti leggermente superiore alla media.

La percentuale di dimissioni volontarie dal ricovero ospedaliero, *proxy* della soddisfazione dei pazienti, si confermano, invece, best practice tra le Regioni del *network*.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona: si riscontra il più basso ricorso al cesareo; di contro, restano elevati i parti operativi. La presa in carico di tipo pediatrico conferma ottimi risultati.

Il percorso oncologico restituisce buone *performance* in termini di *output*; permane qualche difficoltà nella capacità di concentrazione della casistica, segnatamente per il TM della prostata. In riferimento a quest'ultimo, si registrano tempi di attesa relativamente lunghi prima dell'intervento chirurgico, a differenza di quelli – contenuti – per le altre patologie oncologiche.

Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale confermano *performance* molto buone.

In riferimento all'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni diagnostiche, permane un eccessivo ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani (prestazione ad alto rischio di inappropriato).

Migliora la capacità di presa in carico delle cronicità, rilevata dall'ulteriore diminuzione dei tassi di ospedalizzazione di tutte le principali patologie.

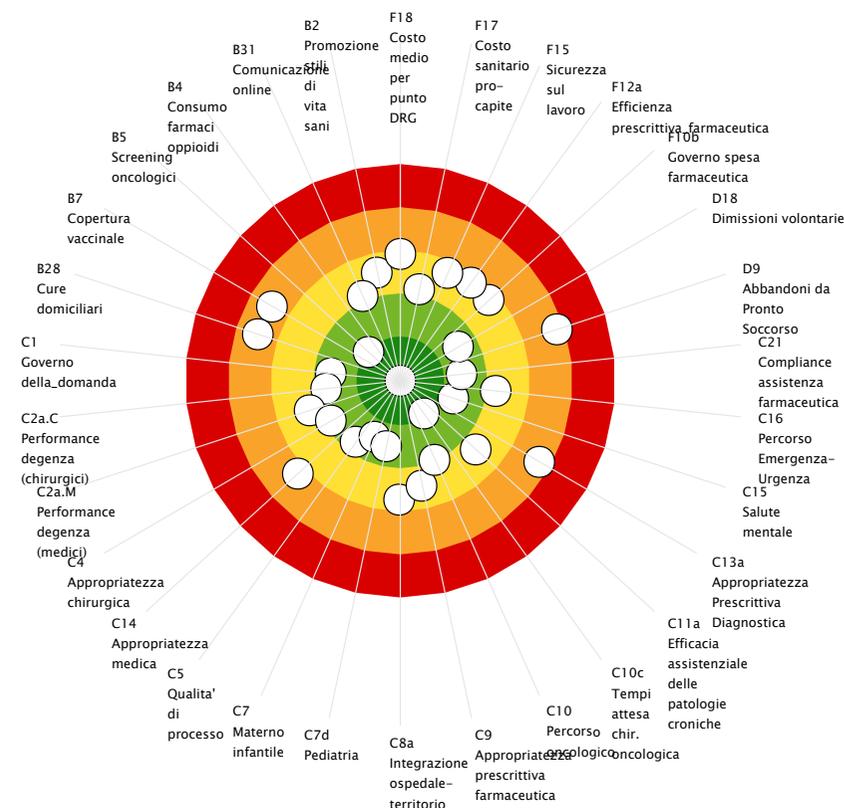
In ambito farmaceutico, la spesa territoriale è nella media; potrebbero tuttavia essere presidiati più efficacemente sia l'appropriatezza prescrittiva, sia la *compliance*, sia l'efficienza prescrittiva – ovvero la propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole con brevetto scaduto.

Per quanto riguarda gli indicatori di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2014), la Regione sostiene un costo sanitario pro-capite e un costo per l'assistenza ospedaliera in linea con la media delle altre Regioni.

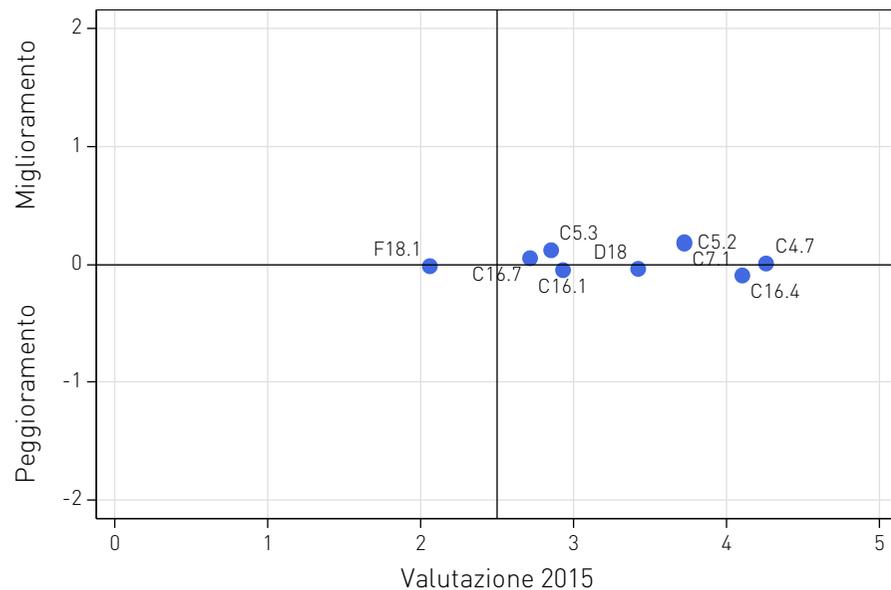
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

Mortalità* per tumori A4 Mortalità* per suicidi A1 Mortalità* infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalità* per malattie circolatorie

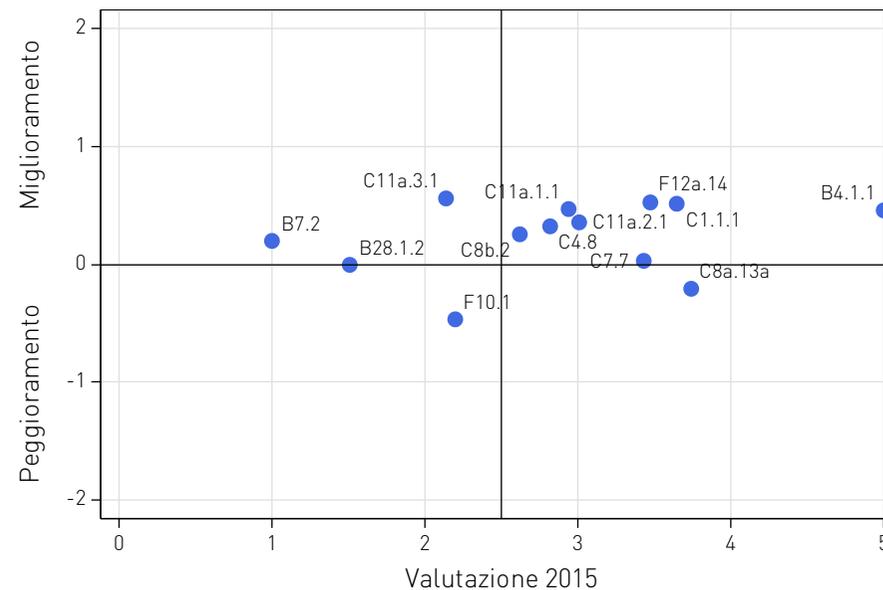
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



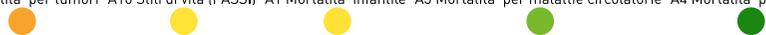
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

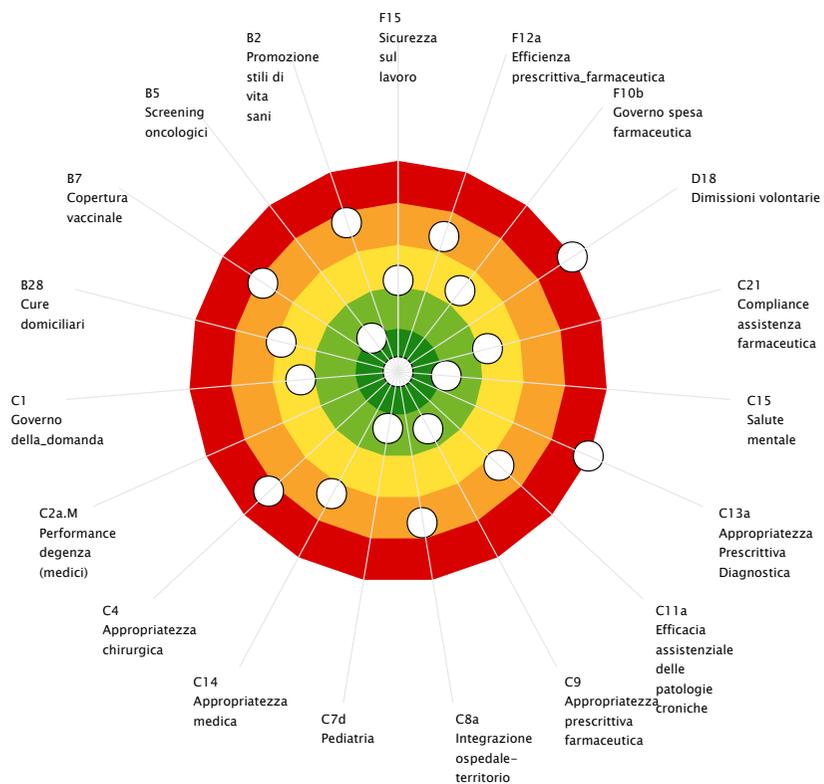
AAS1 Triestina

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



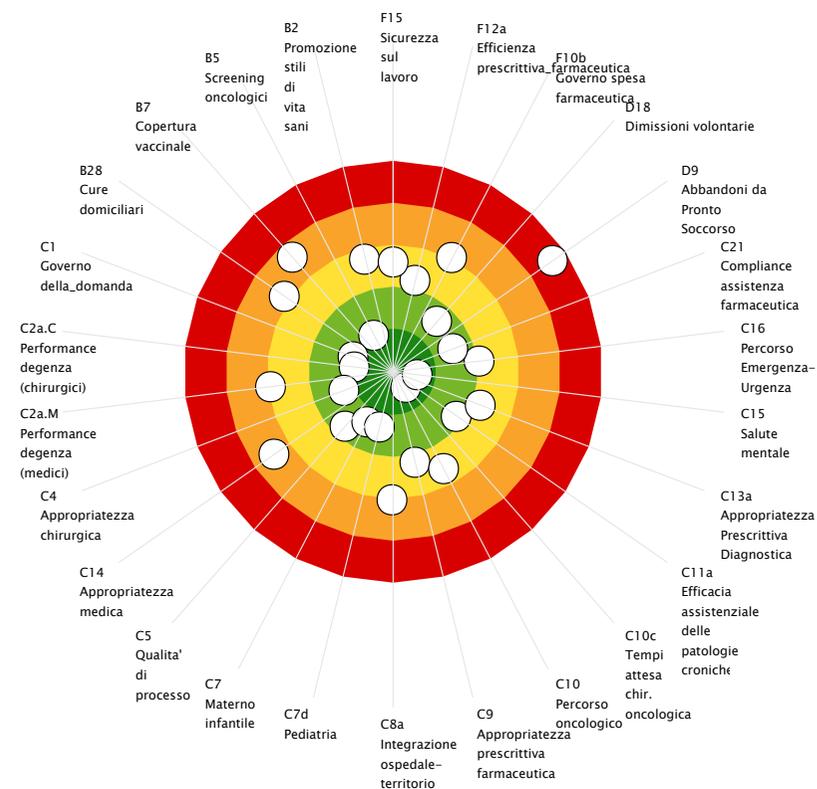
AAS2 B.Friulana - Isontina

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



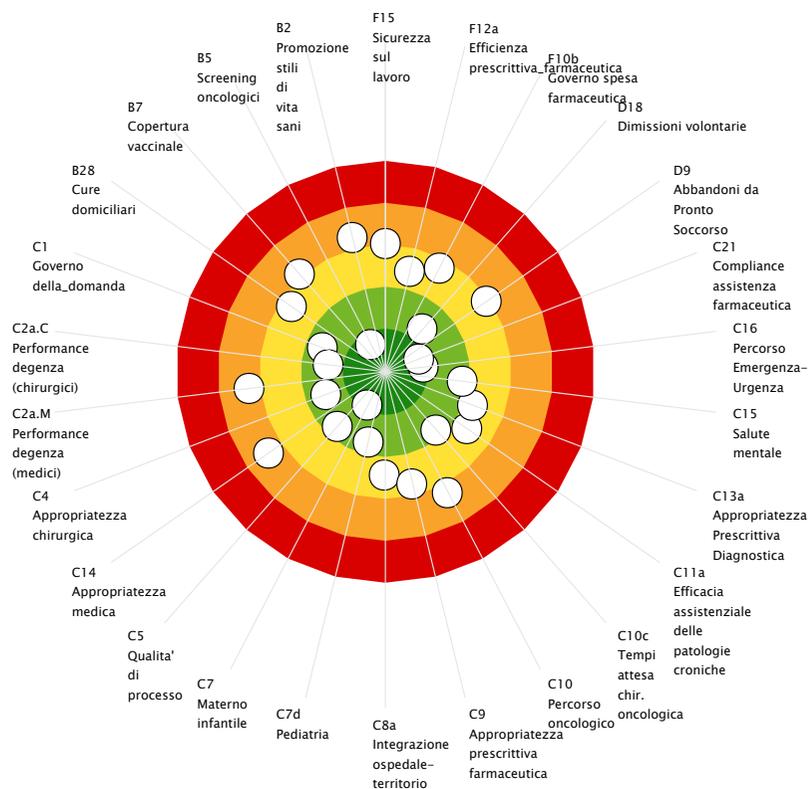
AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



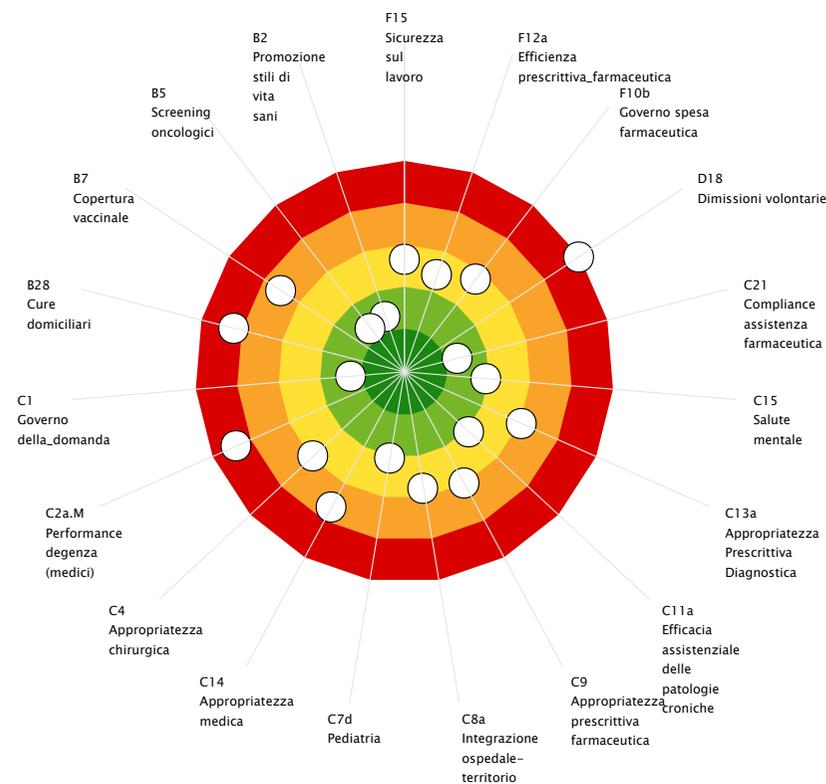
AAS4 Friuli Centrale

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



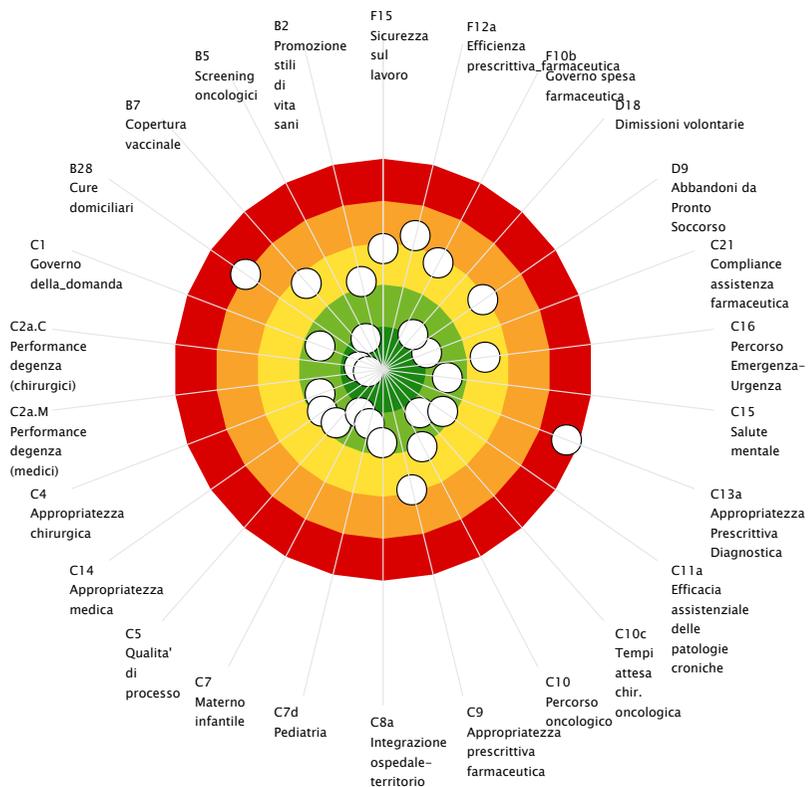
AAS5 Friuli Occidentale

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie

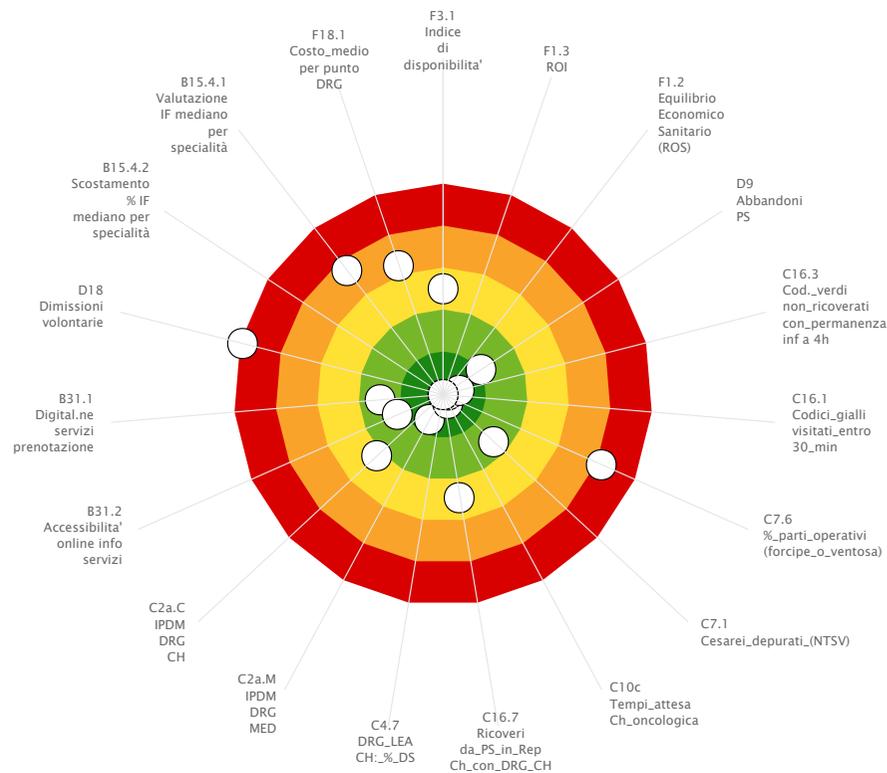


Bersaglio 2015

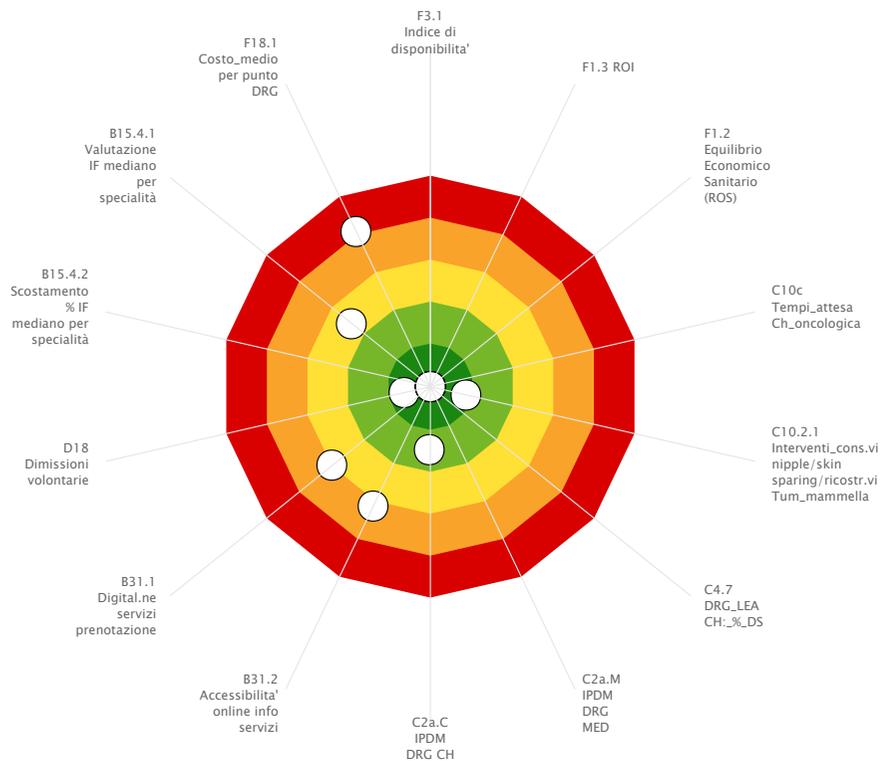


IRCCS Burlo Gar.

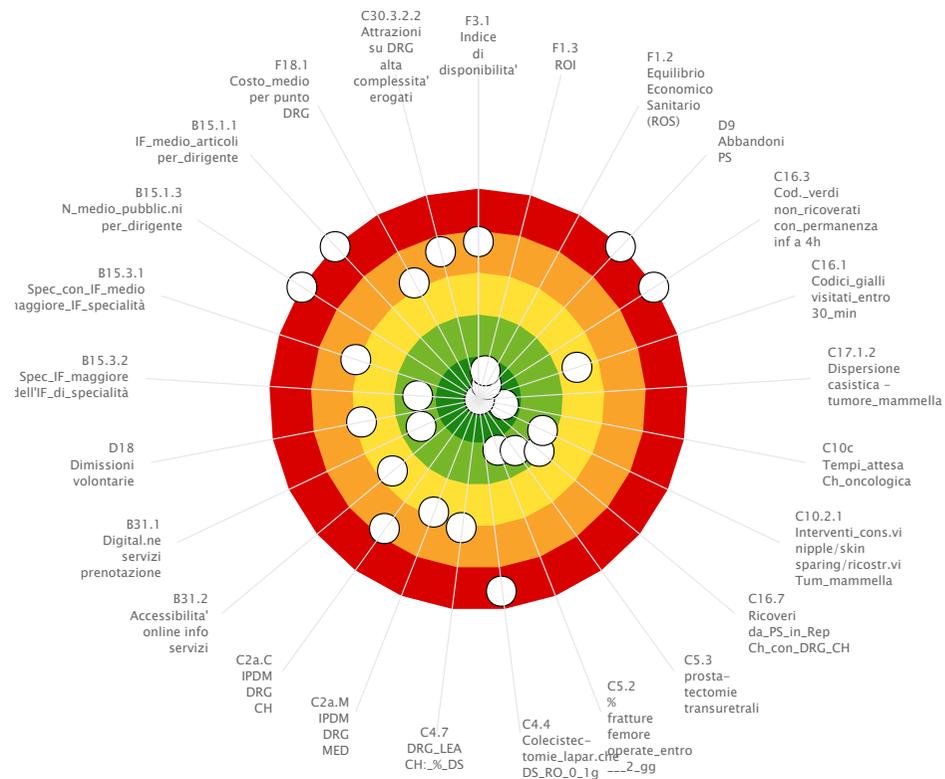
Bersaglio 2015



IRCCS Centro Rif. Oncol. Bersaglio 2015

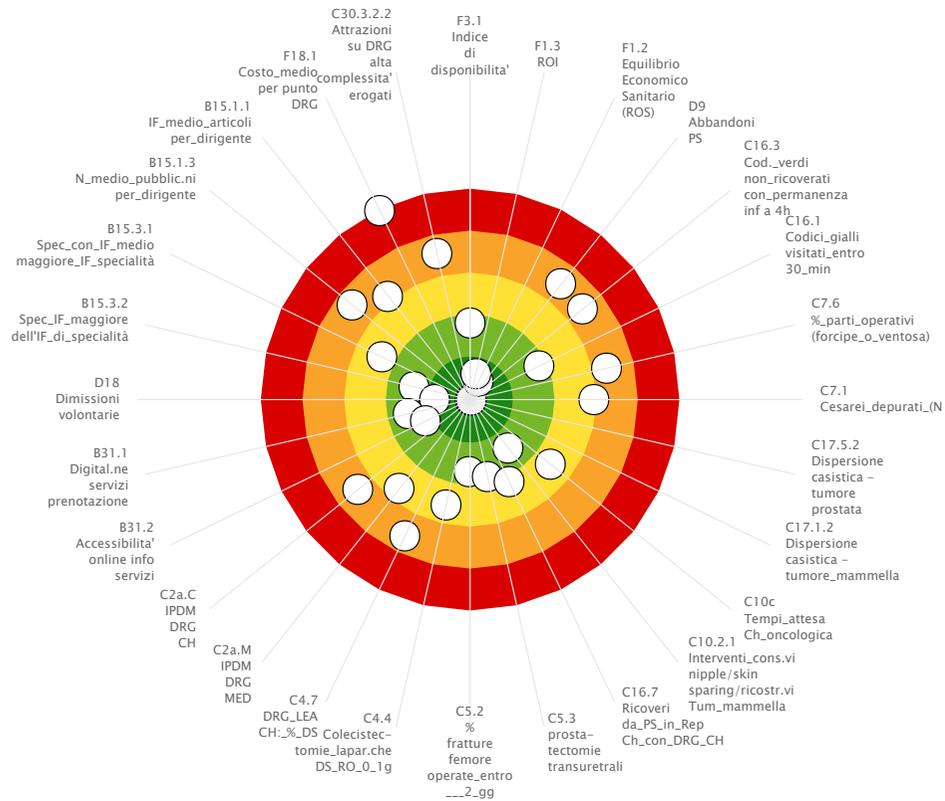


AOU Trieste Bersaglio 2015



AOU Udine

Bersaglio 2015



La performance della Regione Liguria

Il miglioramento della salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione ligure presenta una mortalità per suicidi e per malattie circolatorie inferiore rispetto alle altre Regioni; risultano invece una mortalità per tumori e una mortalità infantile più elevata (dati riferiti al triennio 2011-2013). L'indagine ministeriale PASSI rileva come complessivamente la diffusione di stili di vita sani in Liguria non si discosti dalle altre Regioni, nonostante un leggero eccesso di persone sedentarie; i medici di medicina generale potrebbero essere maggiormente sensibilizzati rispetto alla promozione dell'attività fisica.

Il livello di copertura vaccinale resta una criticità regionale. L'attenzione verso la gestione del dolore – misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi – è buona. In riferimento ai programmi di *screening* oncologici, permane qualche difficoltà in termini di adesione allo *screening* della cervice uterina e a quello coloretale.

Il tasso di ospedalizzazione – pur assestandosi ancora a livelli elevati – risulta ulteriormente in calo. E' in riferimento ai ricoveri di tipo medico che si rilevano i maggiori margini di recupero di appropriatezza, in particolare per l'elevato tasso di ricoveri diurni per finalità diagnostica e per l'alta percentuale di ricoveri medici oltre-soglia. Si registrano nel complesso buoni risultati per quanto riguarda l'appropriatezza chirurgica. Il potenziamento delle cure domiciliari – tuttora assestate su livelli non soddisfacenti – potrebbe concorrere alla riduzione dell'ospedalizzazione.

La durata delle degenze presenta una situazione diversa per i ricoveri di tipo medico e per quelli di tipo chirurgico: per i primi, la Liguria registra risultati in media con le altre Regioni, mentre si denota una degenza media relativamente lunga per l'attività chirurgica, per quanto in leggero miglioramento. Emerge un miglioramento complessivo anche per quanto concerne l'organizzazione dei processi ospedalieri: aumentano la tempestività degli interventi per fratture di femore, il ricorso alla procedura transuretrale per le prostatectomie e la percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione. Le dimissioni volontarie dal ricovero ospedaliero – indicatore *proxy* del livello di soddisfazione da parte dell'utenza – si riducono rispetto al 2014, pur mantenendo un'ampia variabilità tra le singole strutture.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso registrano una certa difficoltà nella presa in carico della casistica meno grave, soprattutto in alcune Aziende. Questa si rispecchia nell'elevata percentuale di abbandoni. La gestione del percorso materno-infantile rileva un ricorso frequente al parto cesareo, per quanto in leggera contrazione rispetto al 2014. In riferimento alla presa in carico di tipo pediatrico, resta superiore alla media il ricorso ad una risposta di tipo ospedaliero, soprattutto in alcune aree della Regione. Il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia si conferma il più elevato del network.

Il percorso oncologico restituisce buoni risultati in termini di *output*, per questo vadano fatti ulteriori sforzi verso la concentrazione della casistica. Questo potrebbe contribuire ad una riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, elevati per tumore alla prostata e tumore al retto.

L'alto tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche indica l'esigenza di prestare maggiore attenzione alla presa in carico della salute mentale.

In riferimento alle prestazioni diagnostiche, permane la necessità di presidiare la prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, in considerazione della potenziale inappropriata di tale prestazione.

I tassi di ospedalizzazione per patologie croniche confermano una buona capacità di presa in carico da parte del sistema ligure.

Sul versante della *governance* farmaceutica, per quanto la spesa territoriale si attesti su valori molto bassi, andrebbe incentivata la propensione – da parte dei MMG – alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a minore costo, oltre ad un presidio più attento della *compliance*.

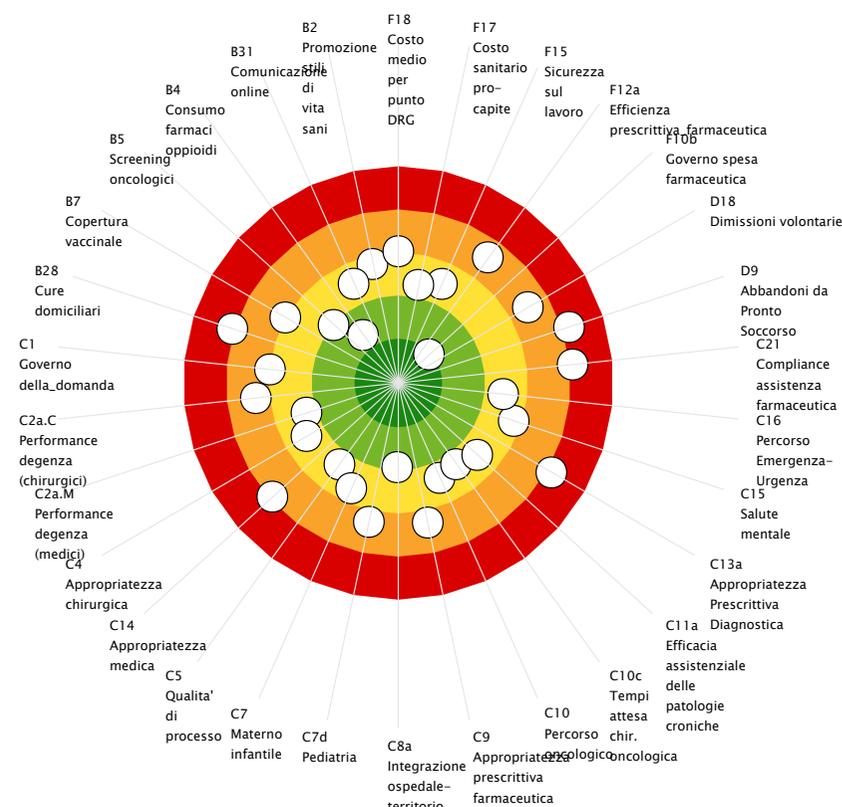
Rispetto alla dimensione economico-finanziaria (relativa all'anno 2014), si conferma un costo sanitario complessivo in linea con la media delle Regioni, a fronte di un costo medio per attività ospedaliera leggermente più elevato.

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

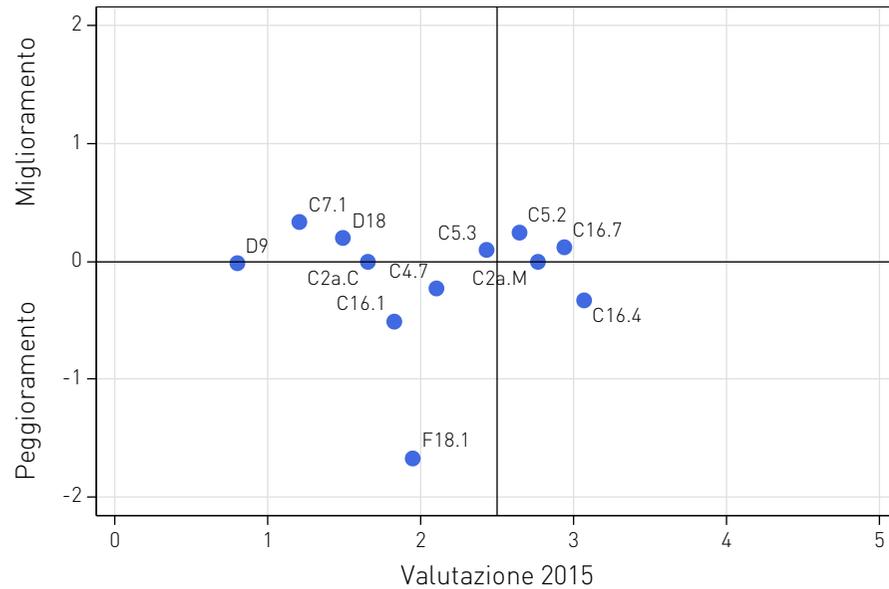
Mortalità* per tumori A1 Mortalità* infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalità* per malattie circolatorie A4 Mortalità* per suicidi



Bersaglio 2015

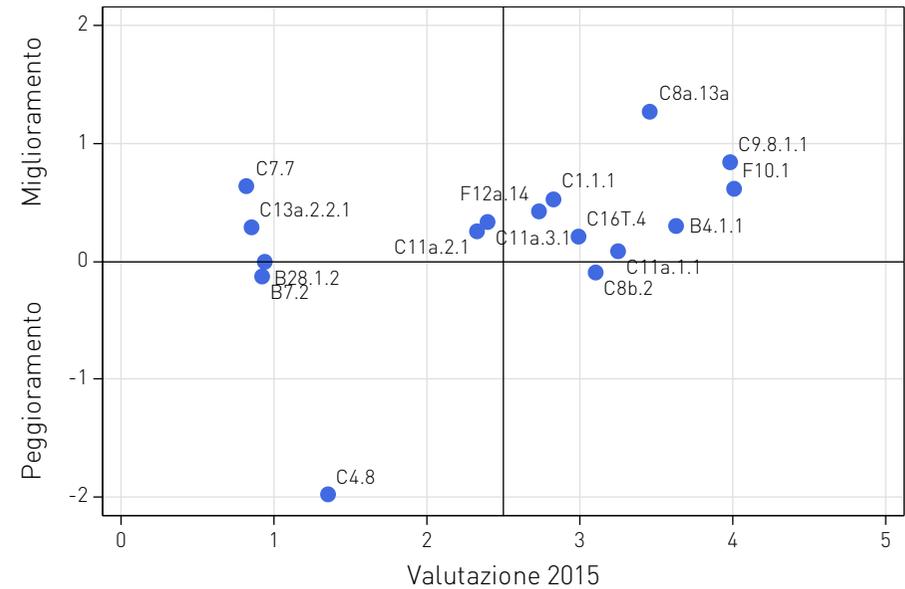


MAPPA OSPEDALE



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

MAPPA TERRITORIO



B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

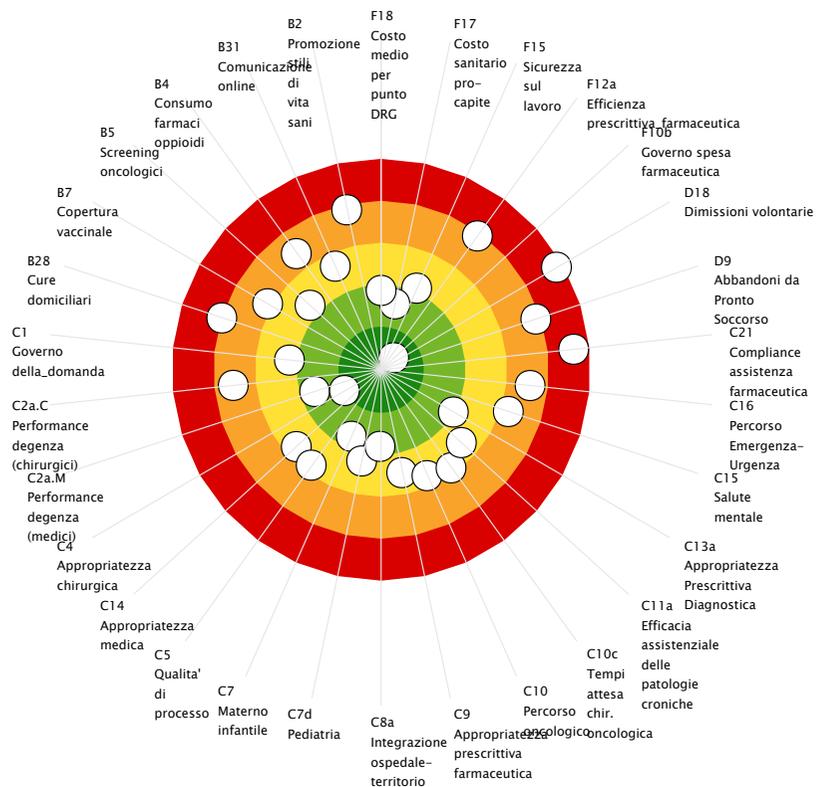
AUSL 1 Imperiese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI)



Bersaglio 2015



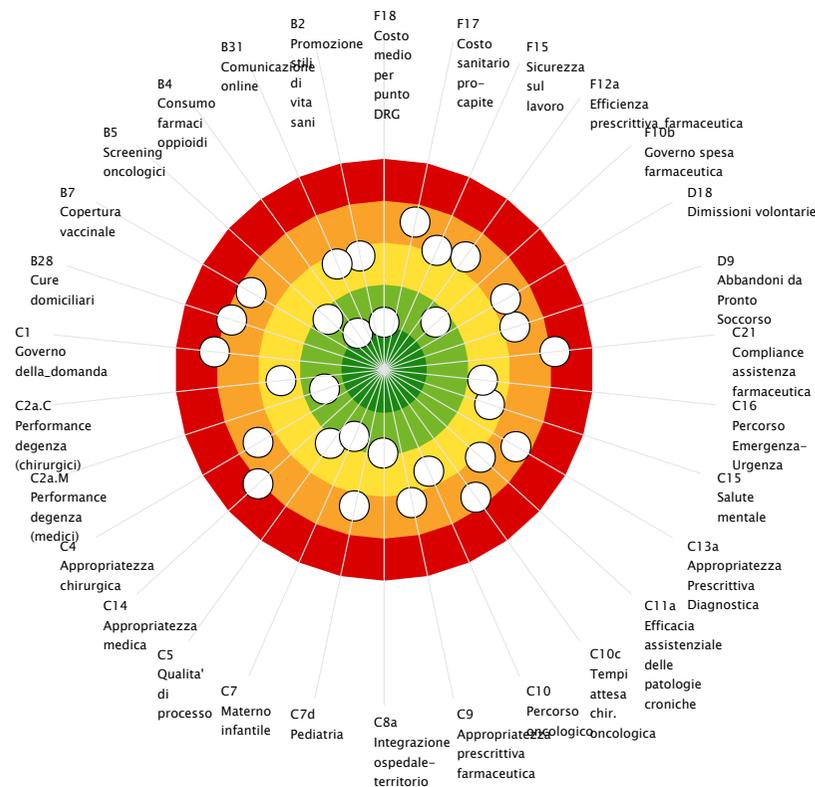
AUSL 2 Savonese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



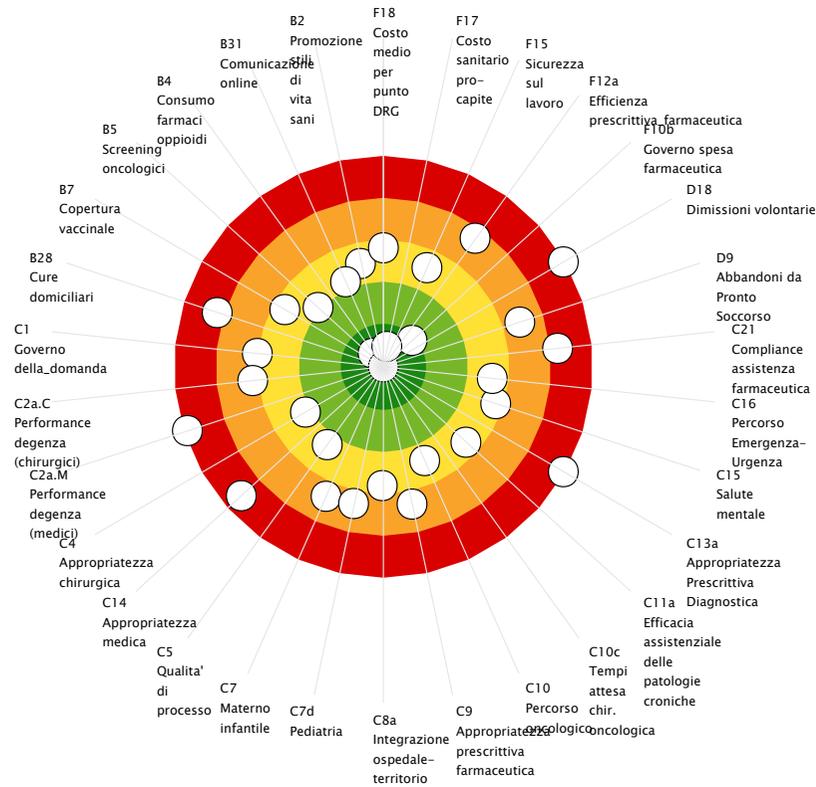
AUSL 3 Genovese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



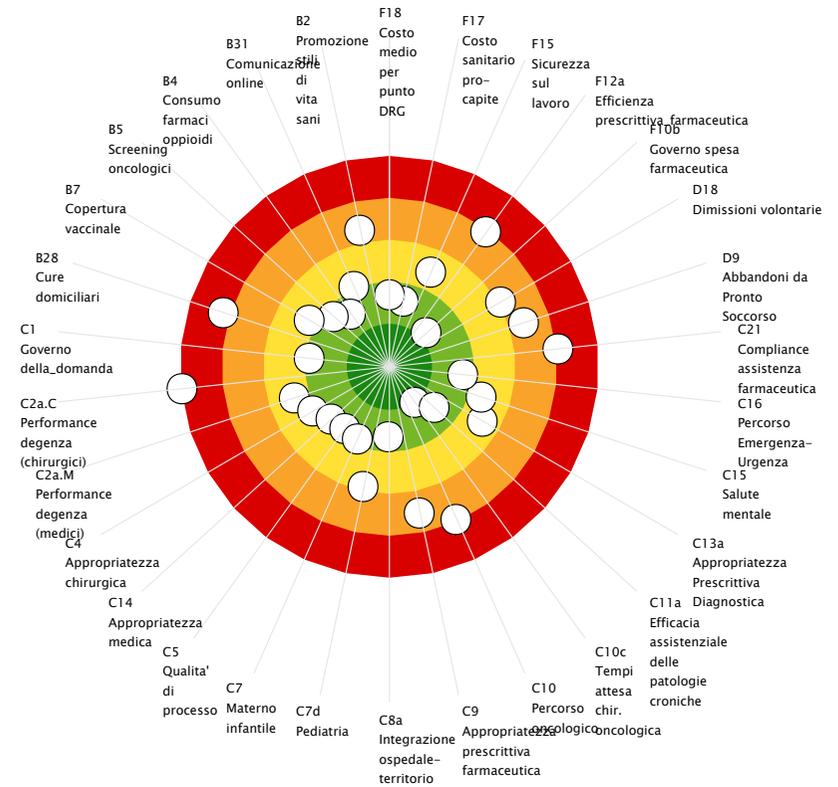
AUSL 4 Chiavarese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



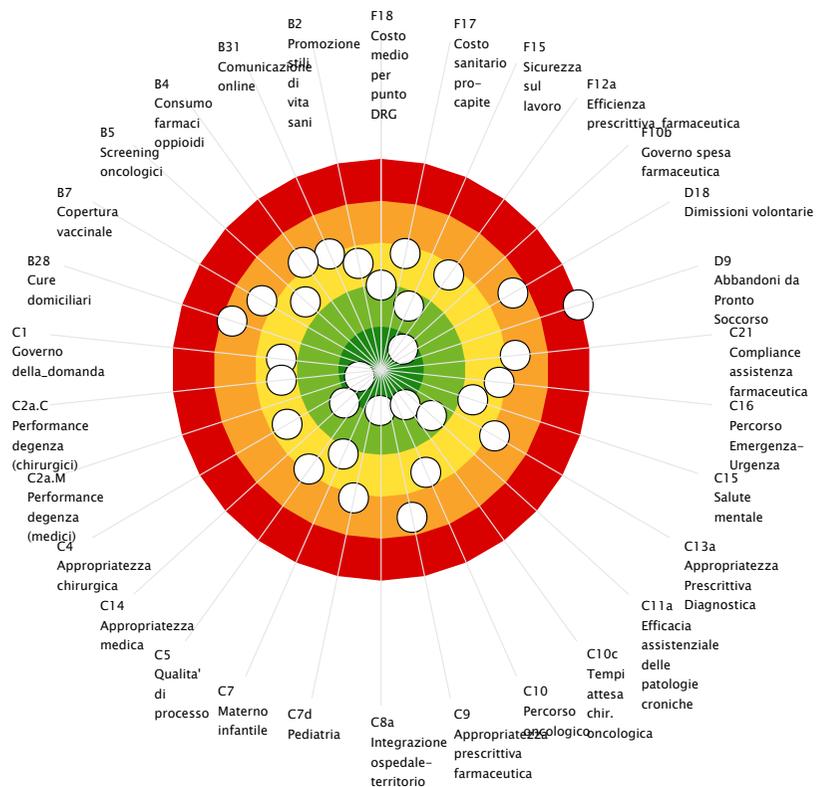
AUSL 5 Spezzino

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi

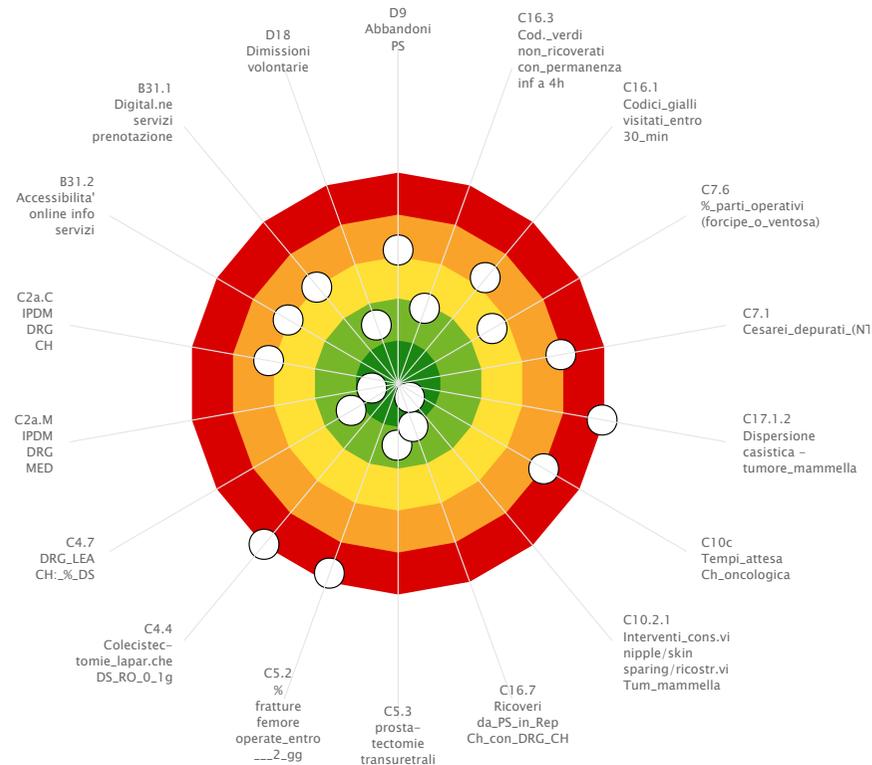


Bersaglio 2015

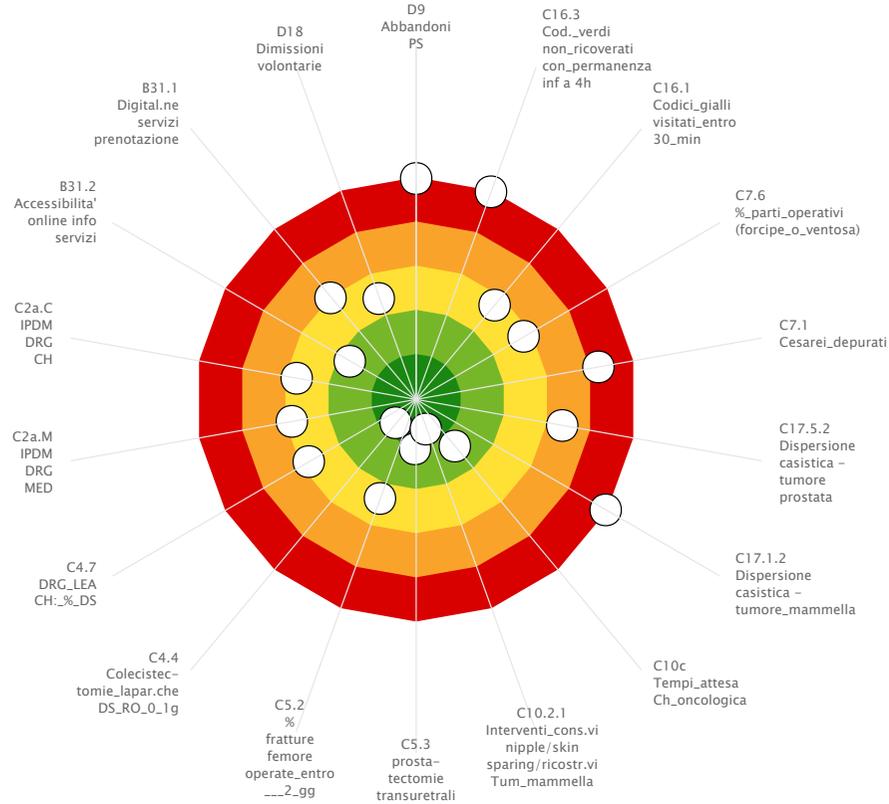


Osp. Evangelico

Bersaglio 2015



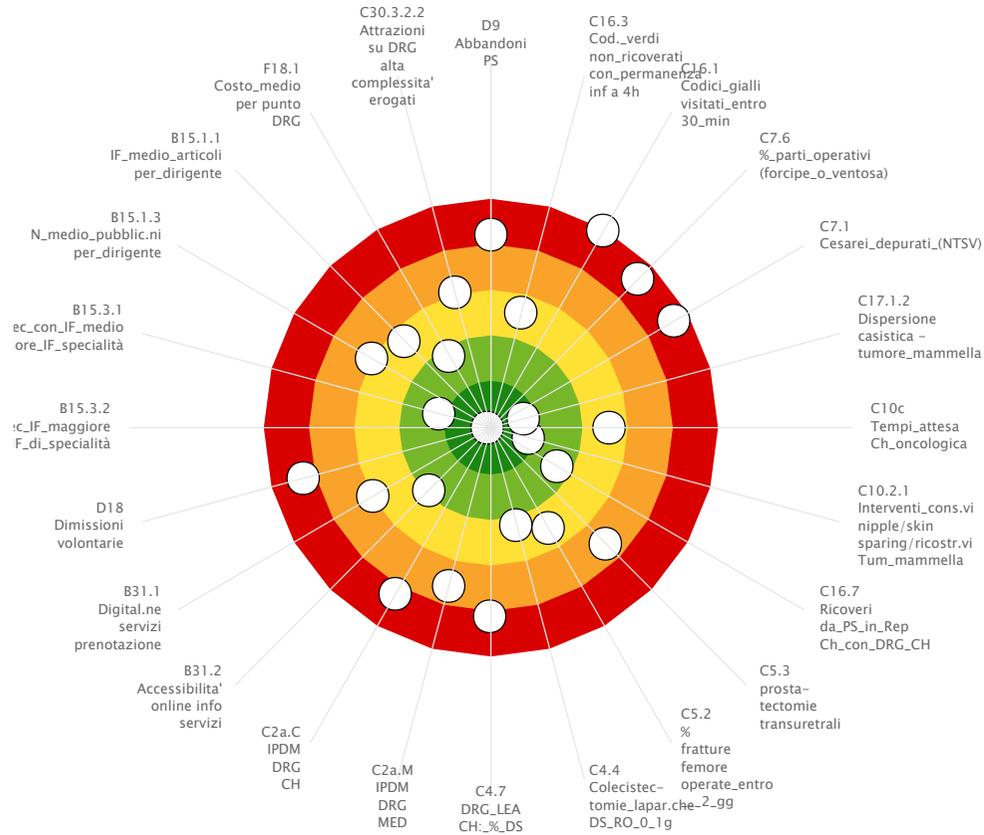
Osp. Galliera Bersaglio 2015



Ist. Gaslini Bersaglio 2015



IRCCS S. Martino Bersaglio 2015



La performance della Regione Lombardia

I programmi di *screening* mammografico e colorettole restituiscono buoni risultati, sia per quanto concerne l'estensione degli inviti, sia per quanto riguarda l'adesione ad essi.

Il livello di copertura vaccinale in Regione Lombardia è complessivamente buono, per quanto quello per vaccino antinfluenzale (popolazione anziana) sia attestato su uno dei valori più bassi del *network*.

Il tasso di ospedalizzazione contenuto suggerisce una buona capacità di governo della domanda. La gestione della casistica sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico presenta singoli elementi di criticità. In riferimento alla prima, rileva l'alta percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni. In riferimento alla casistica chirurgica, si segnala in particolare la bassa percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate entro un giorno. Un maggiore ricorso alle cure domiciliari potrebbe contribuire ad un'ulteriore riduzione del ricorso al *setting* ospedaliero.

Per quanto concerne la durata delle degenze, se la casistica chirurgica registra risultati in linea con le altre Regioni, per quanto riguarda i DRG medici si rileva un leggero eccesso della durata. In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri non si rilevano elementi di criticità, eccettuato un basso ricorso alla prostatectomia transuretrale. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore *proxy* della soddisfazione dell'utenza – è in linea con le altre Regioni.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso non si discostano dalla media, nonostante una leggera difficoltà nella presa in carico dei codici verdi. Parimenti, la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso è in linea con il dato delle altre Regioni.

La gestione del percorso materno-infantile è complessivamente buona, con un limitato ricorso al parto cesareo; anche la presa in carico di tipo pediatrico è complessivamente buona: si rileva tuttavia un eccesso del tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite, segnatamente in alcune Aziende.

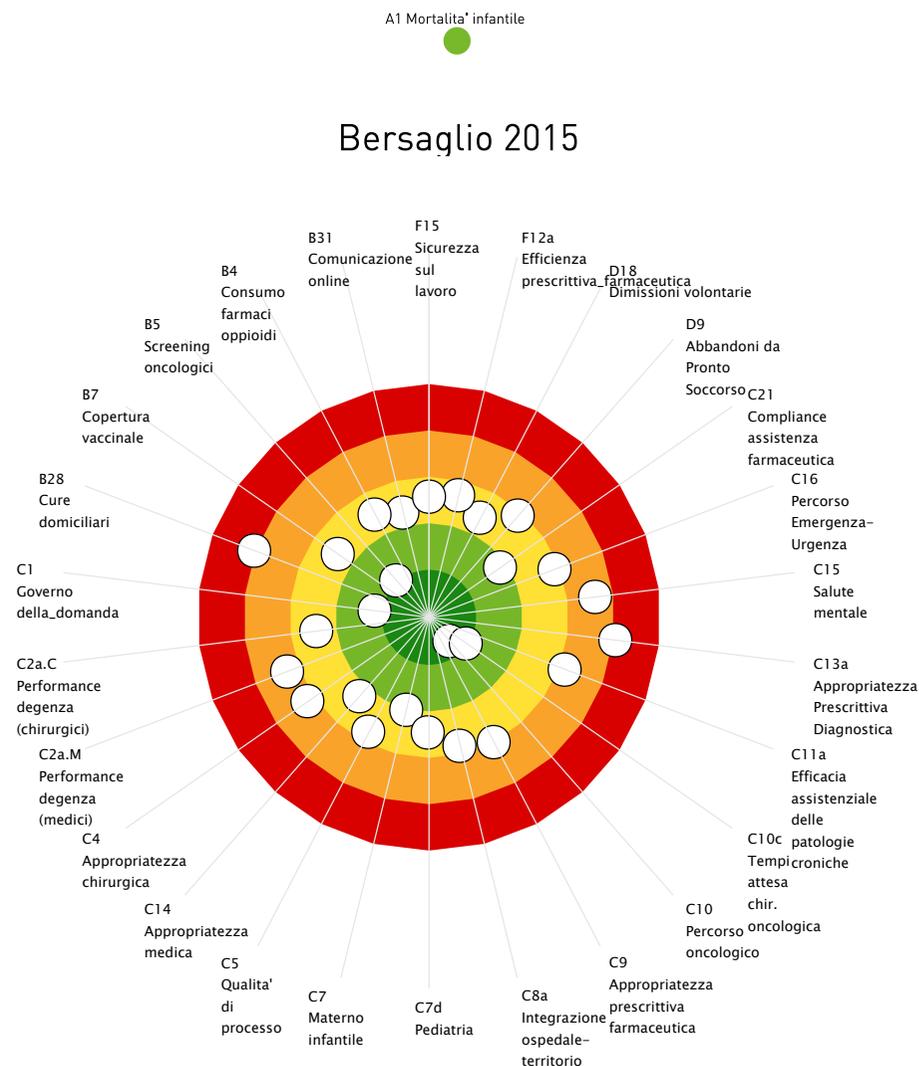
Il percorso oncologico restituisce buoni risultati in termini di *output* e per quanto concerne i tempi di attesa per la chirurgia oncologica; si segnala una problematica esclusivamente riferita alle tempistiche di gestione dei casi di tumore alla prostata. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è buona.

La presa in carico in ambito di salute mentale mostra *performance* medie, nonostante un eccesso di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche.

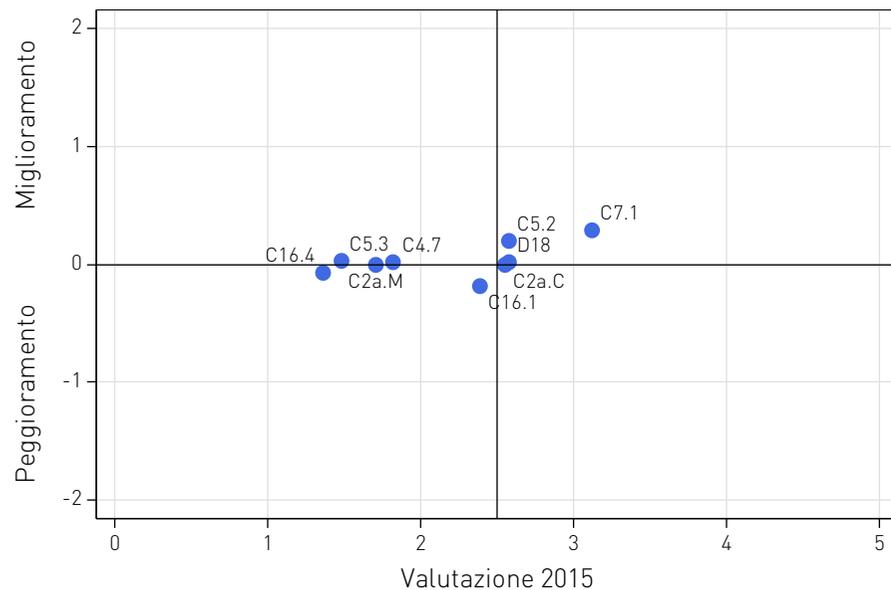
I tassi di ospedalizzazione per patologie croniche rilevano alcuni aspetti che richiedono attenzione e approfondimento nella gestione delle cronicità: mentre il dato della gestione dello scompenso cardiaco si attesta sotto la media, per diabete e BPCO si registra un ricorso all'ospedalizzazione superiore alle altre Regioni, per quanto in leggera contrazione rispetto al 2014.

Sul versante della *governance* farmaceutica territoriale, si rilevano *performance* medie sia per quanto concerne i livelli di *compliance*, sia per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva, sia in riferimento all'efficienza prescrittiva, ovvero la propensione – da parte dei MMG – alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore; ad esempio, l'incidenza dei sartani – più costosi rispetto agli ACE-inibitori – è più elevata della media.

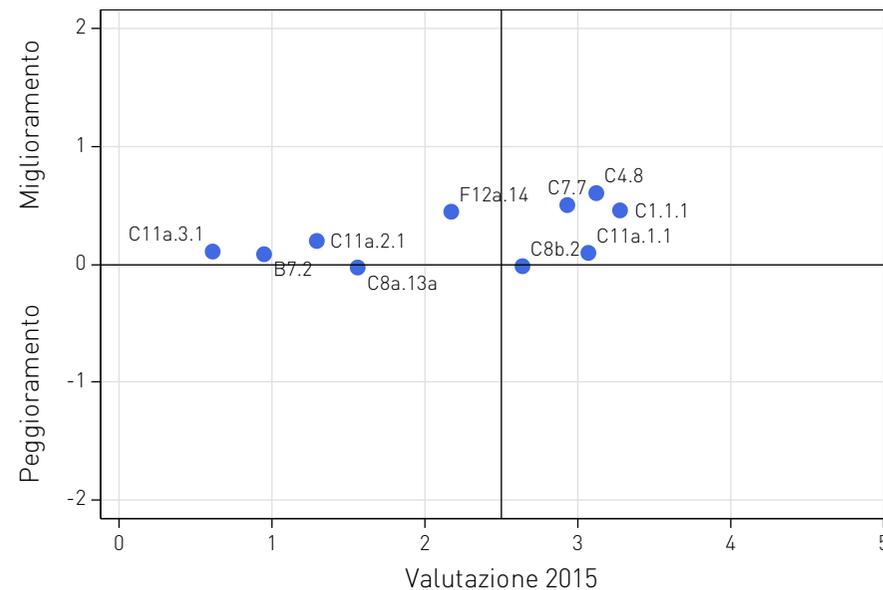
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

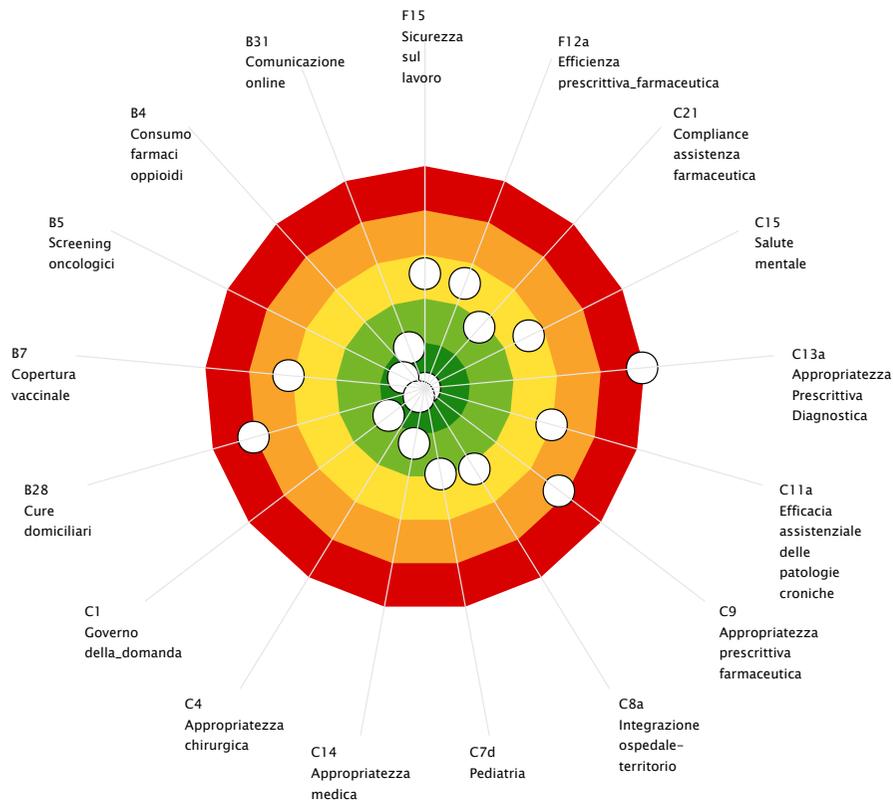
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

ASL Bergamo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile

Bersaglio 2015



ASL Brescia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile

Bersaglio 2015



ASL Como

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



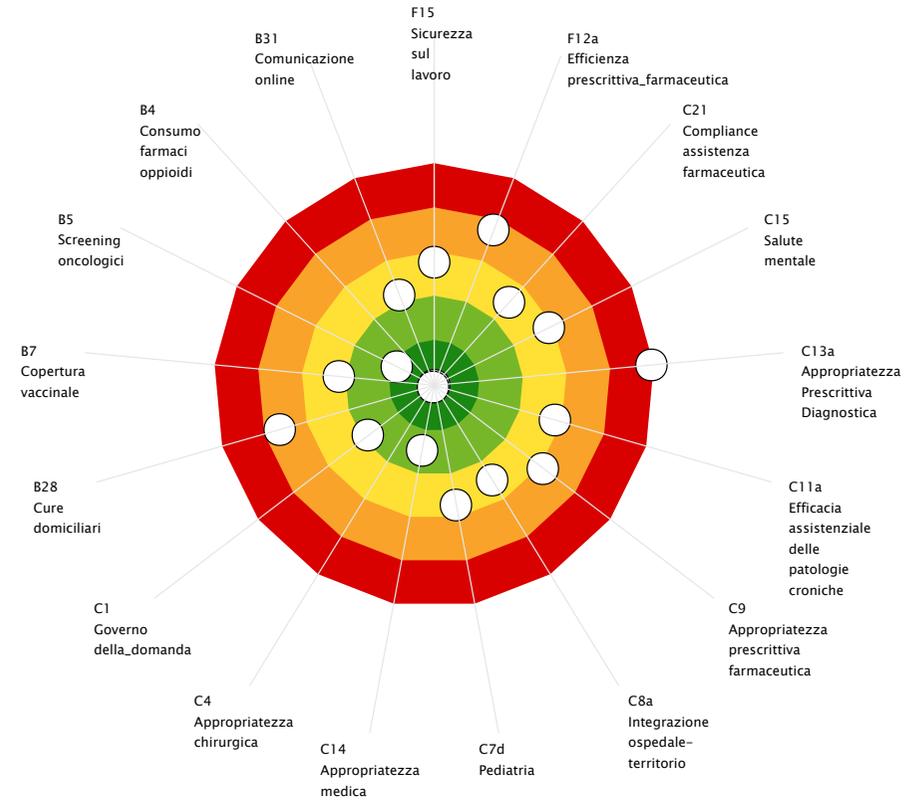
ASL Cremona

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



ASL Lecco

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



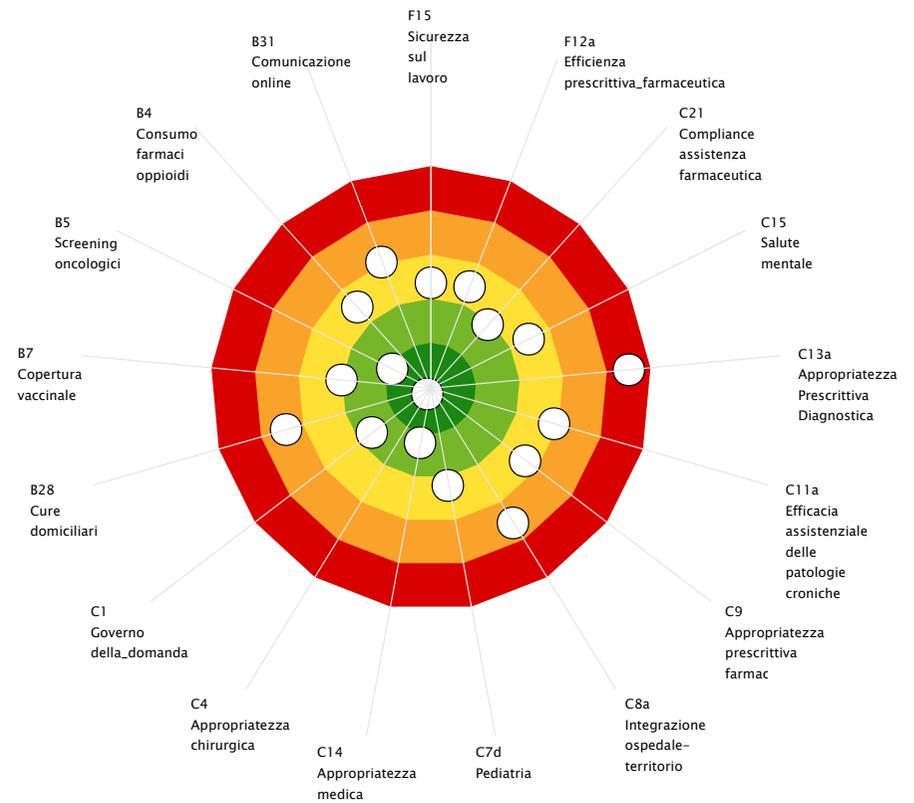
ASL Lodi

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



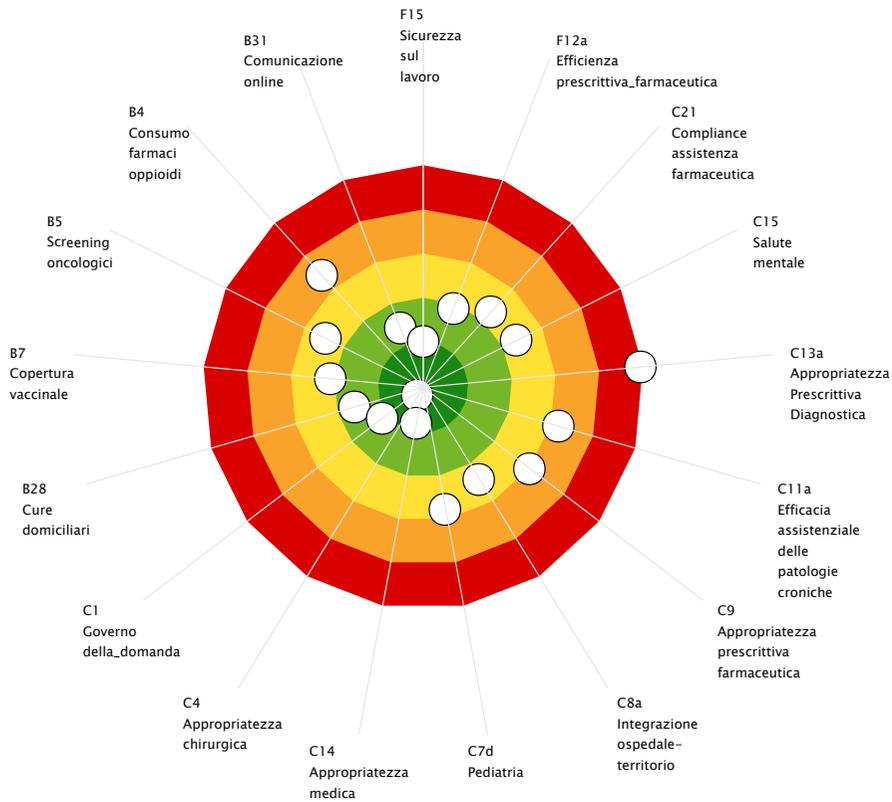
ASL Mantova

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



ASL Milano

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



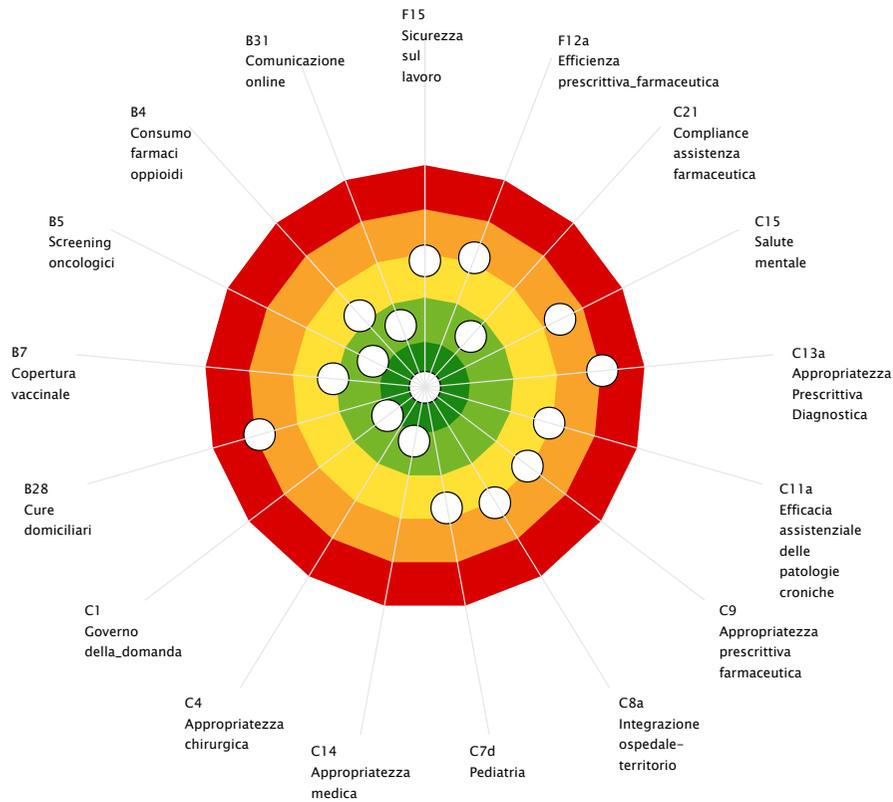
ASL Milano 1

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



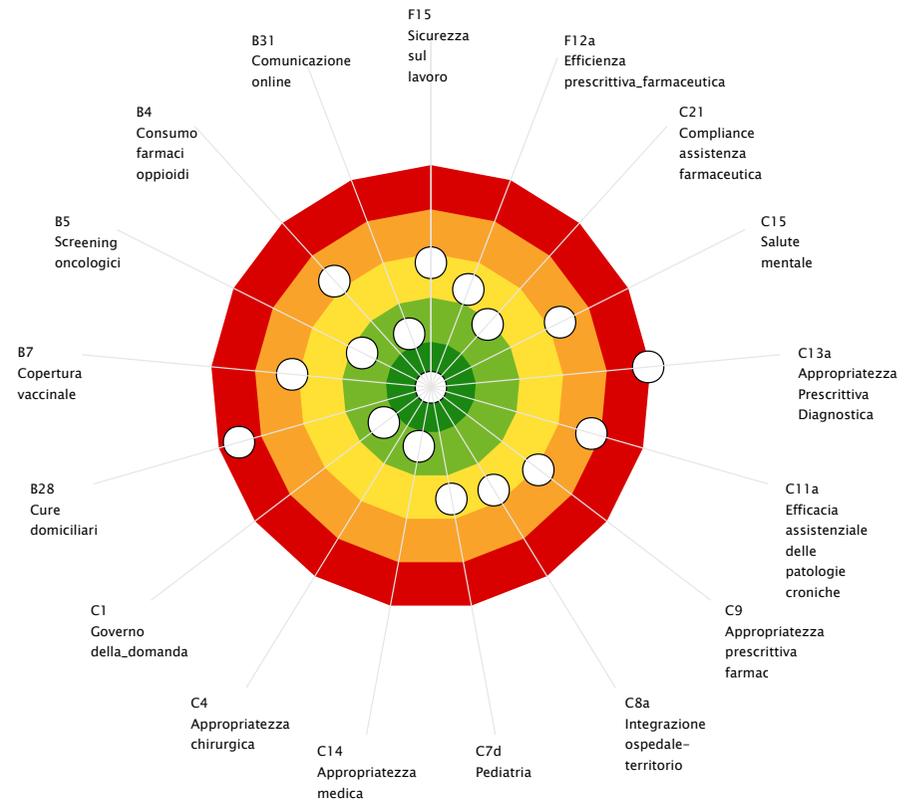
ASL Milano 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



ASL Monza-Brianza

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



ASL Pavia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



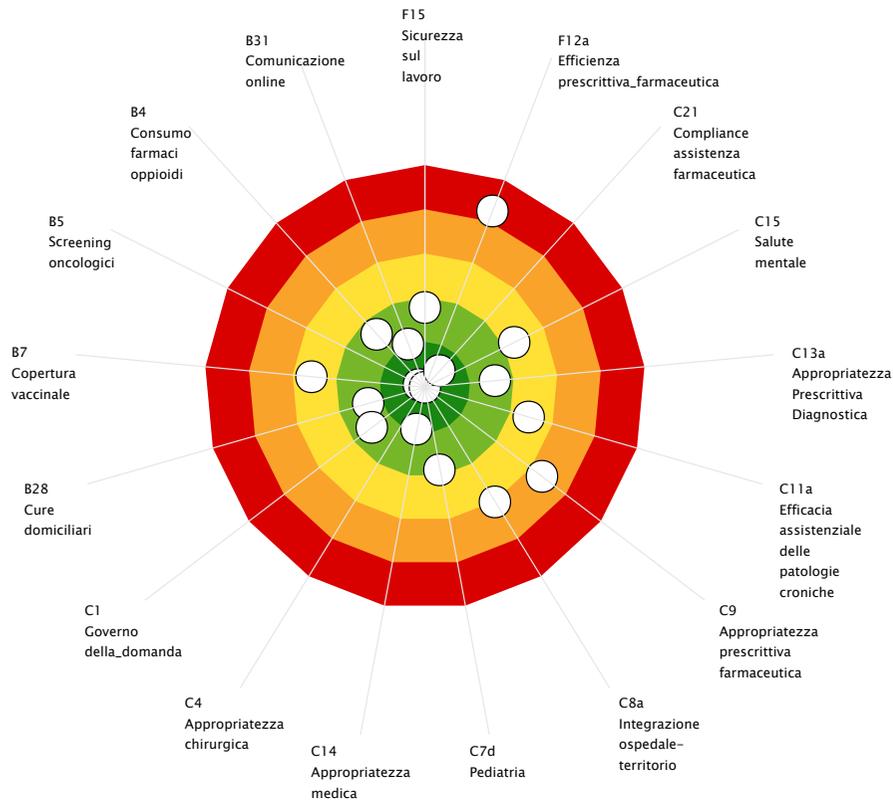
ASL Sondrio

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



ASL Varese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



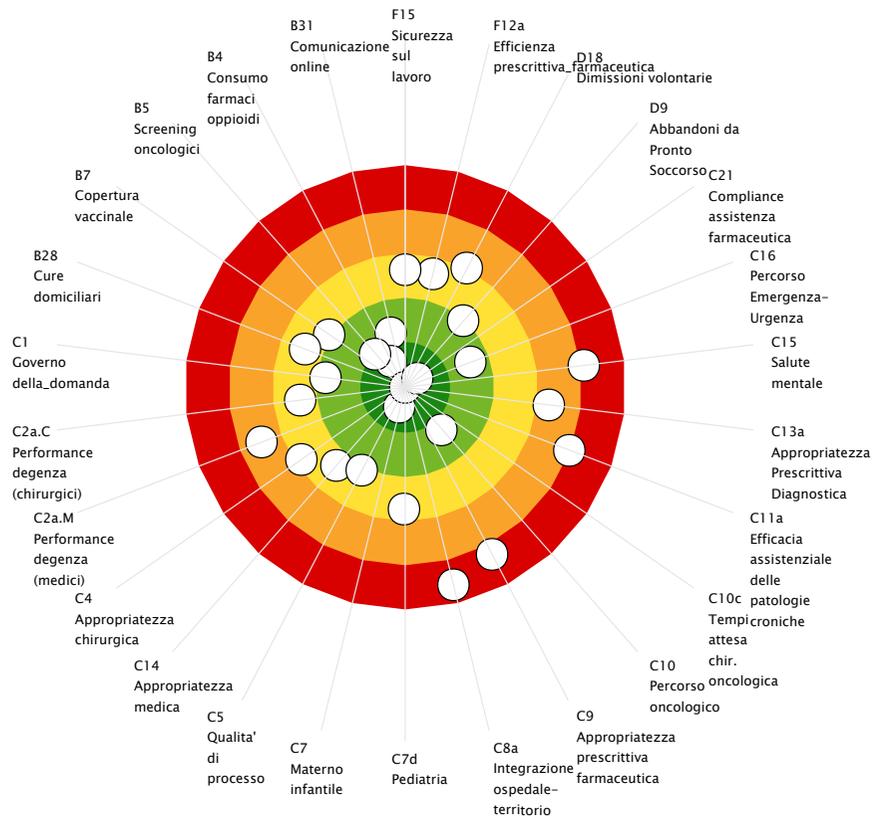
ASL Valcamonica-Sebino

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile

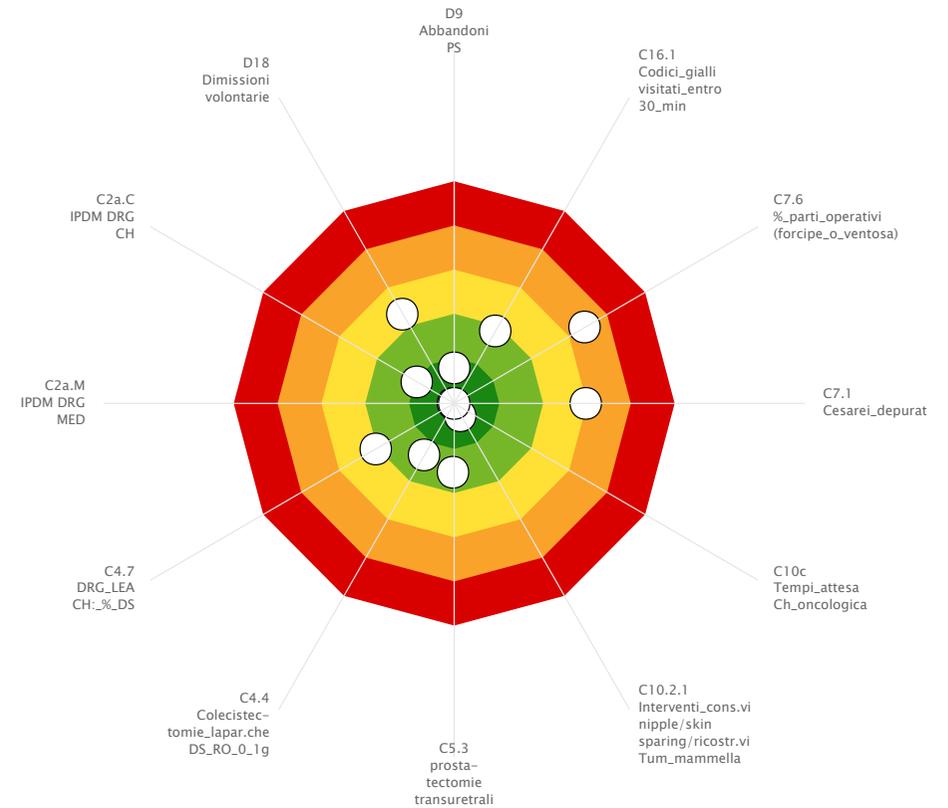


Bersaglio 2015

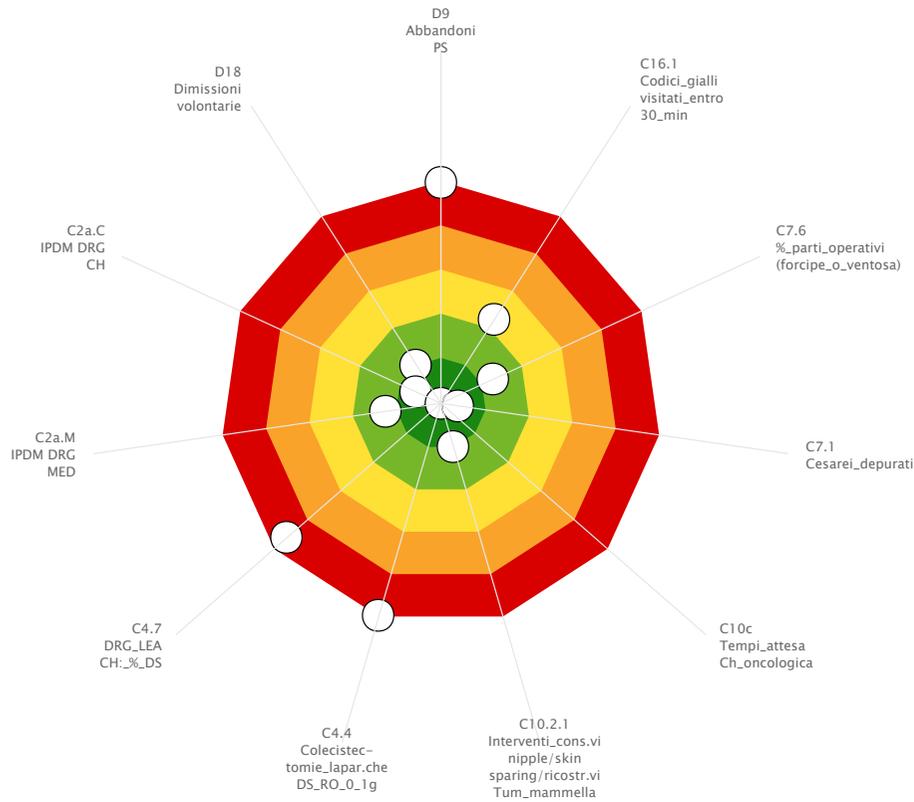


Osp. S. Giuseppe - MI

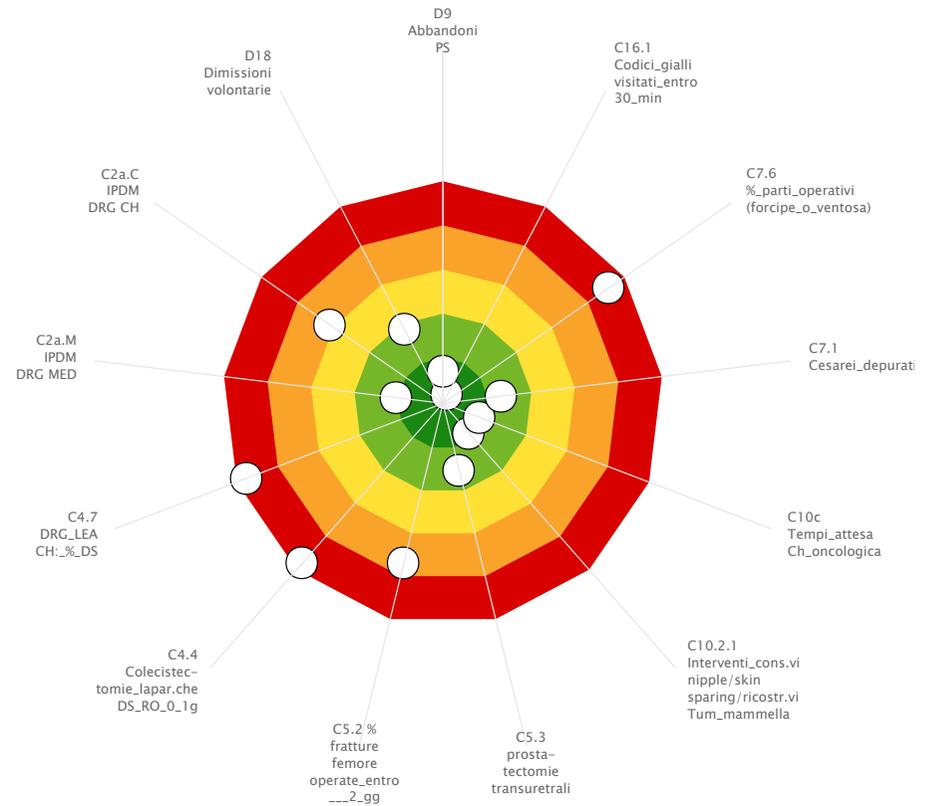
Bersaglio 2015



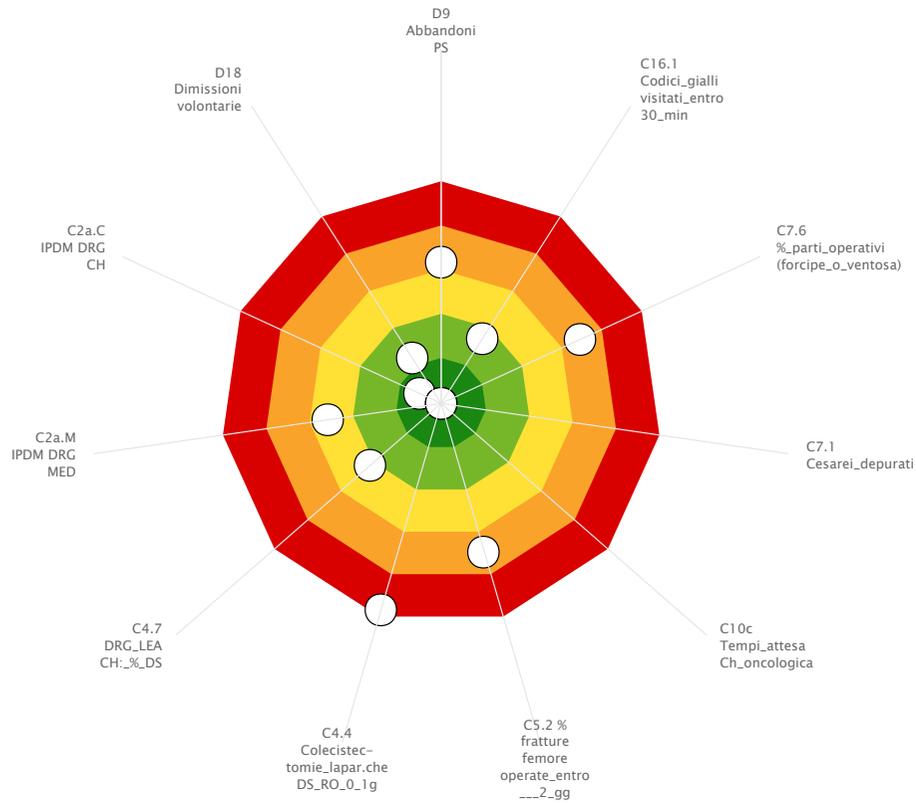
Osp. Valduce Bersaglio 2015



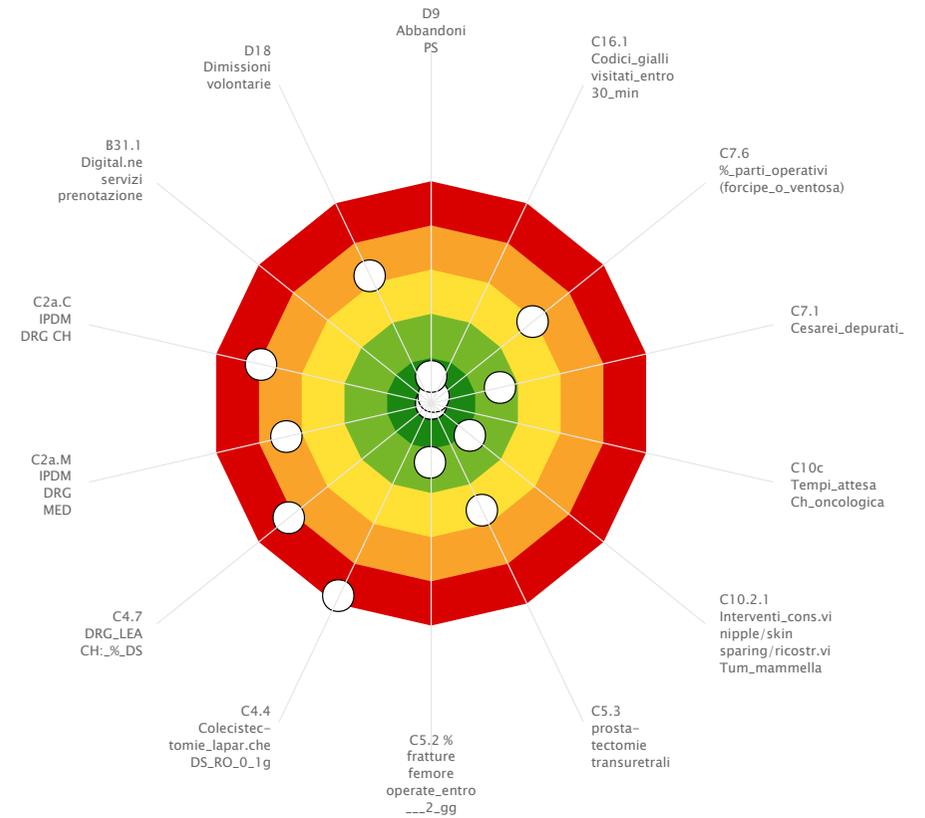
Osp. Moriggia Pelascini Bersaglio 2015



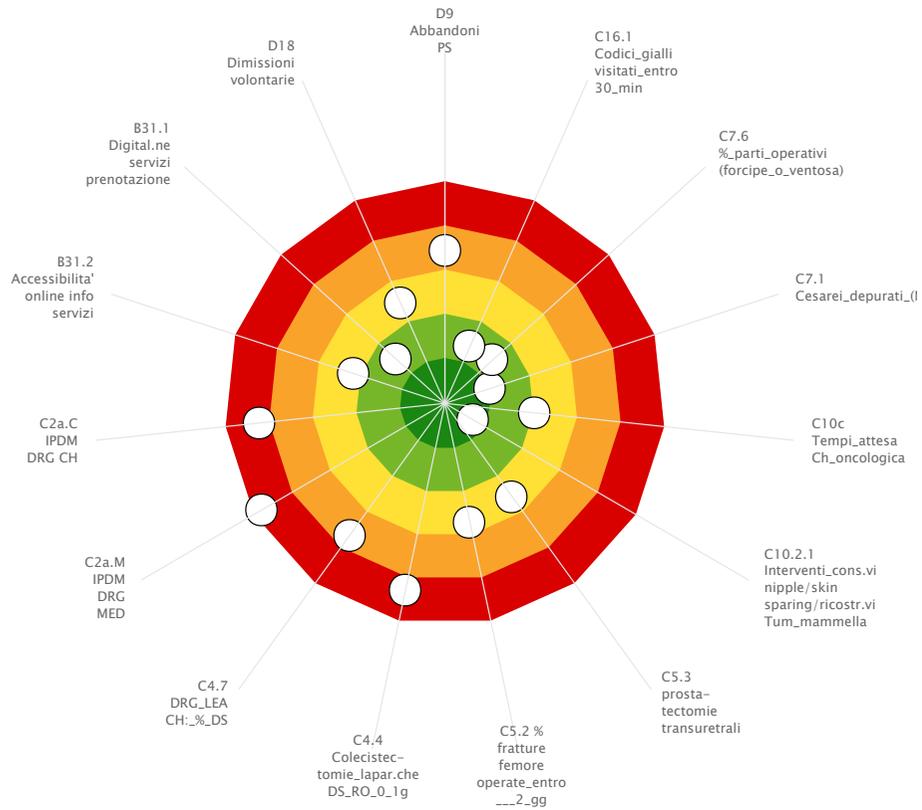
Osp. Sacra Famiglia Bersaglio 2015



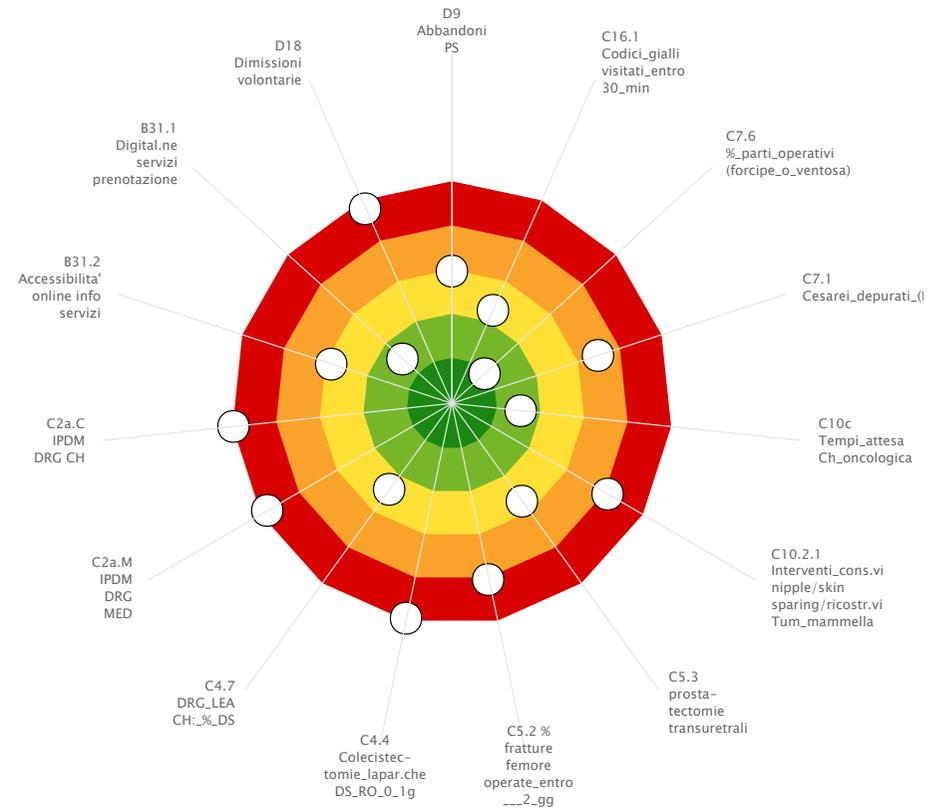
AO Valtellina-Valch. Bersaglio 2015



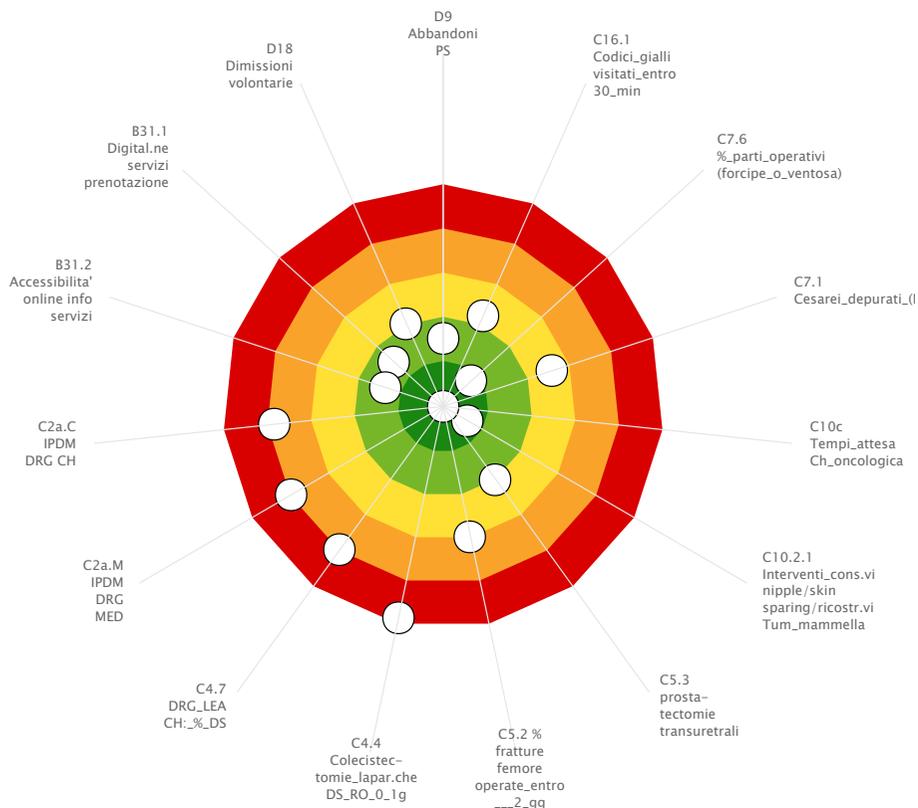
A0 Civile - Legn. Bersaglio 2015



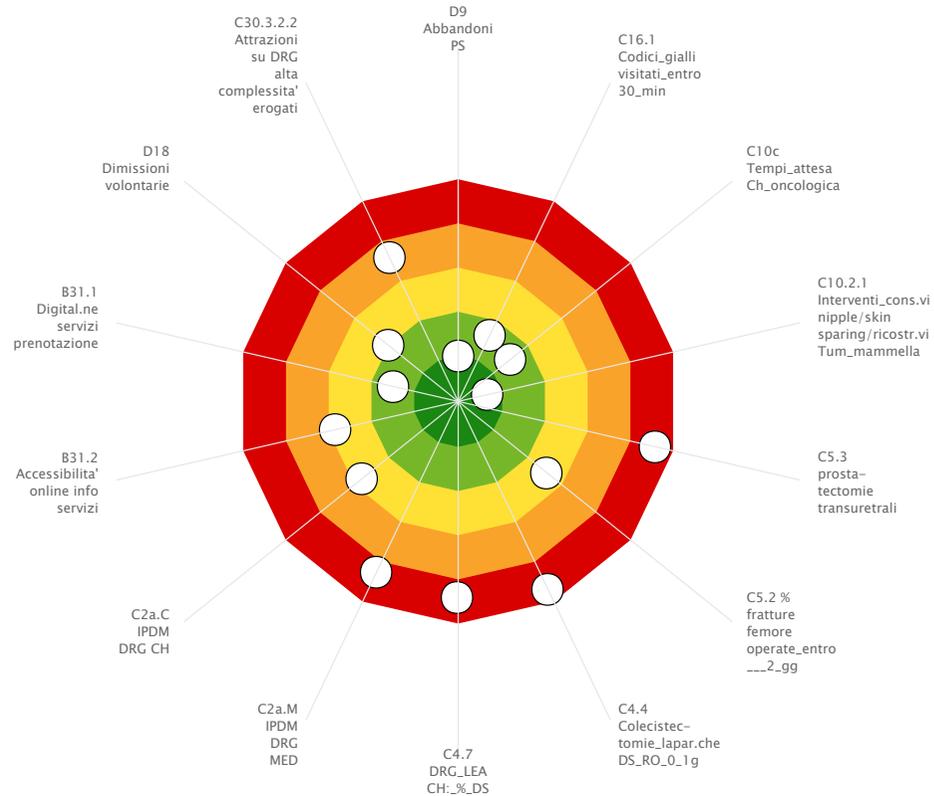
A0 Prov. Pavia Bersaglio 2015



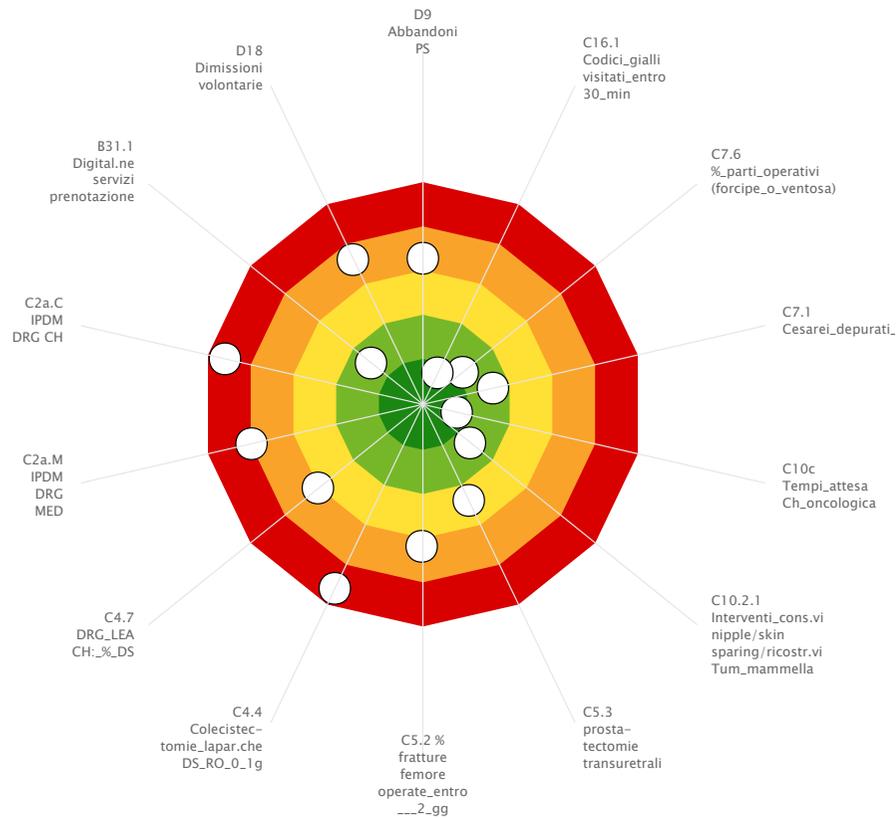
AO Prov. Lodi Bersaglio 2015



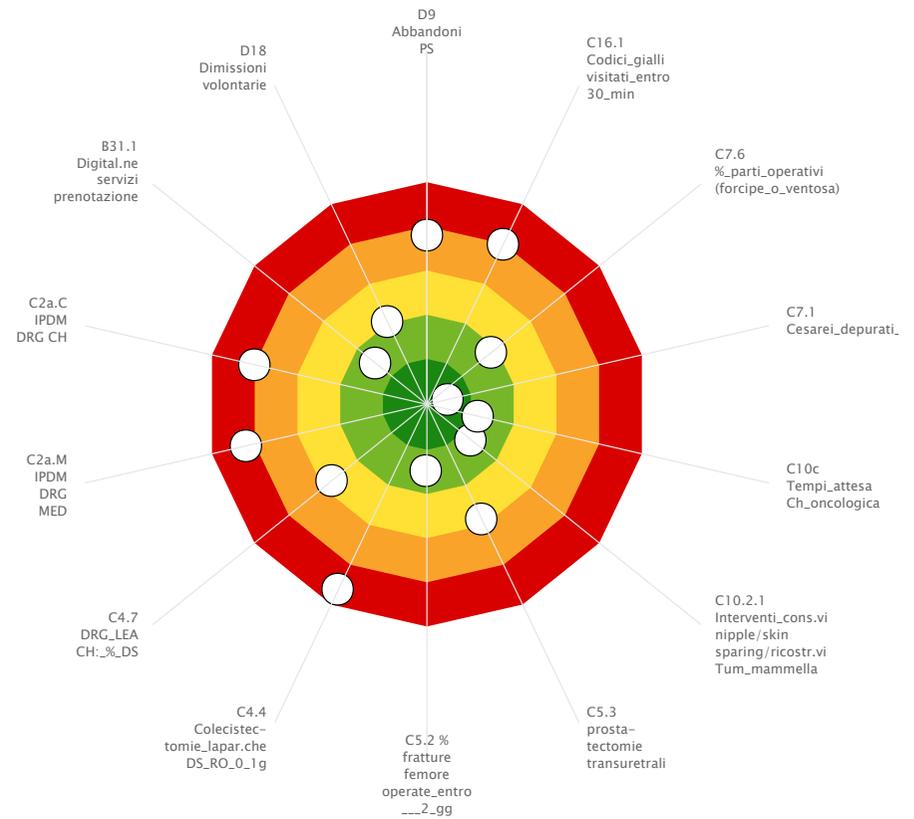
AO S. Gerardo - Monza Bersaglio 2015



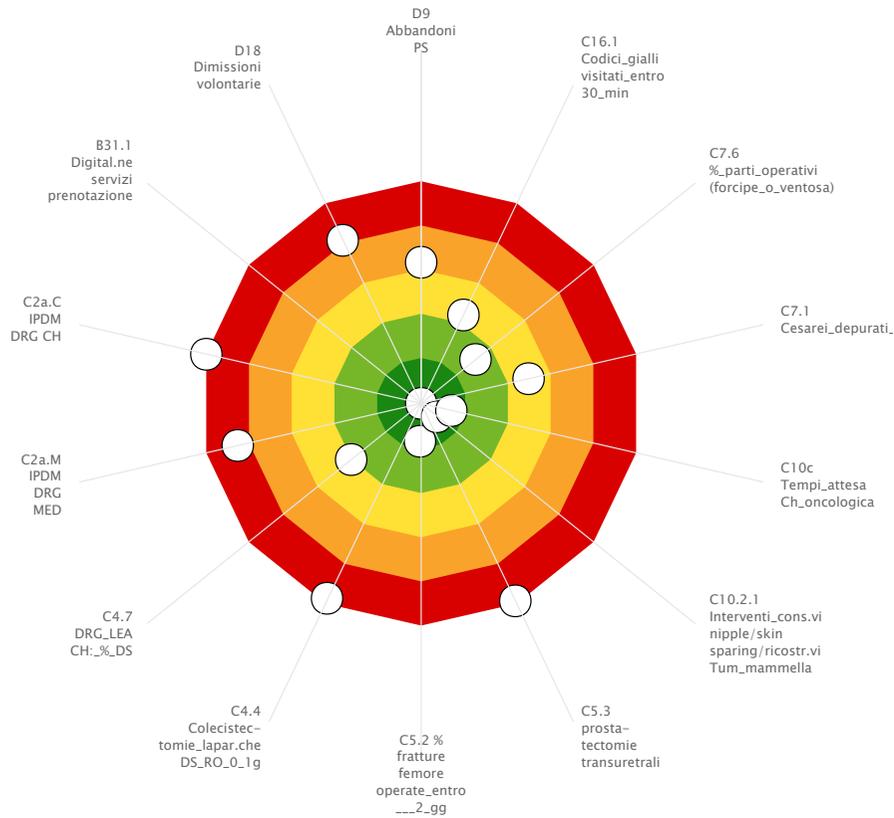
AO S. A. Abate - Gallarate Bersaglio 2015



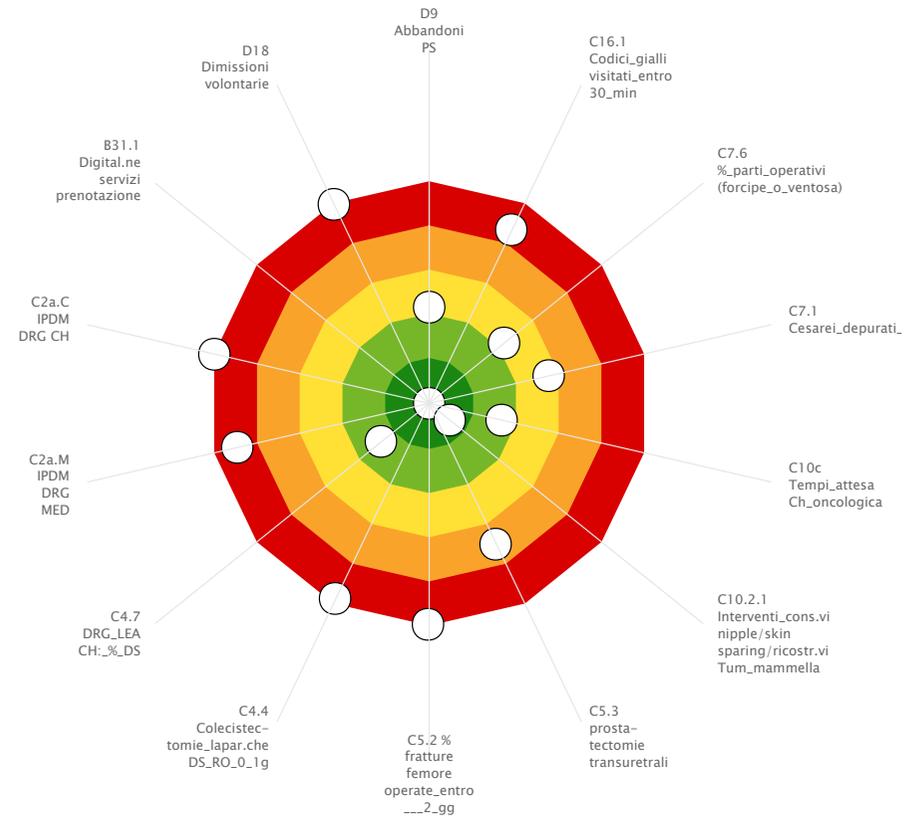
AO Osp. Circolo - B. Ars. Bersaglio 2015



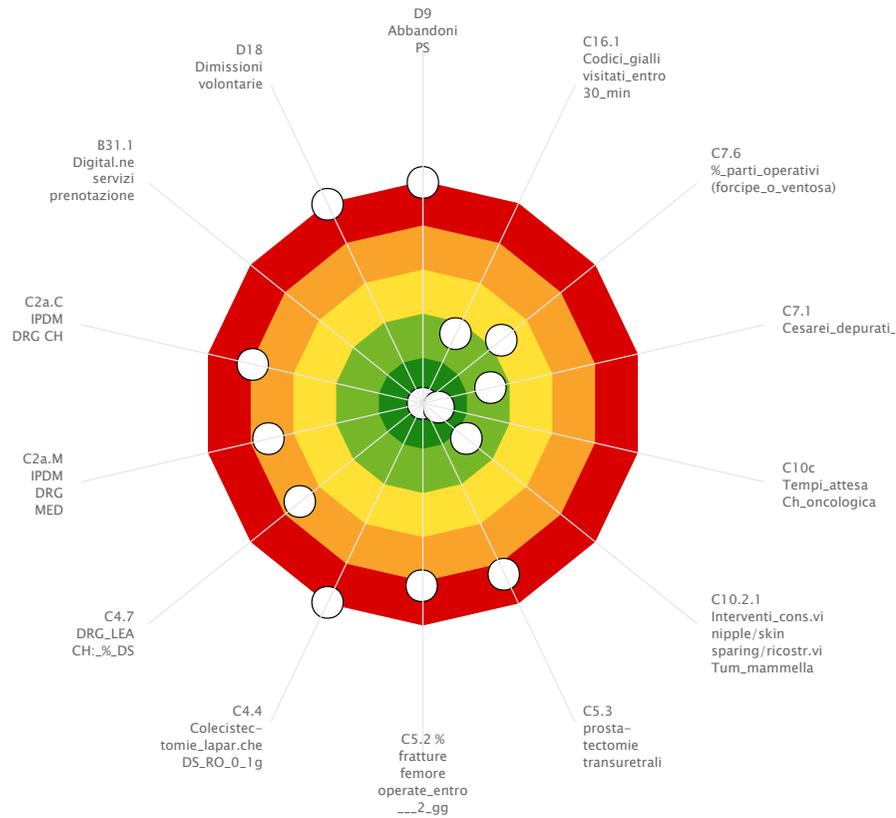
AO G. Salvini - Garb. Bersaglio 2015



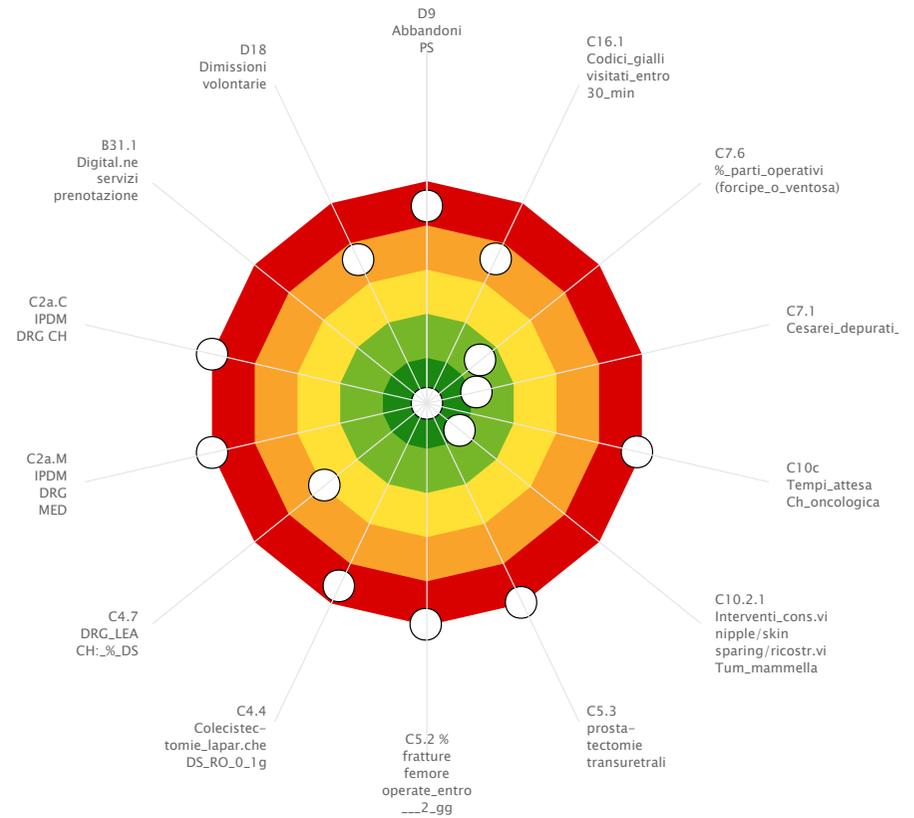
AO S. Carlo Borromeo - MI Bersaglio 2015



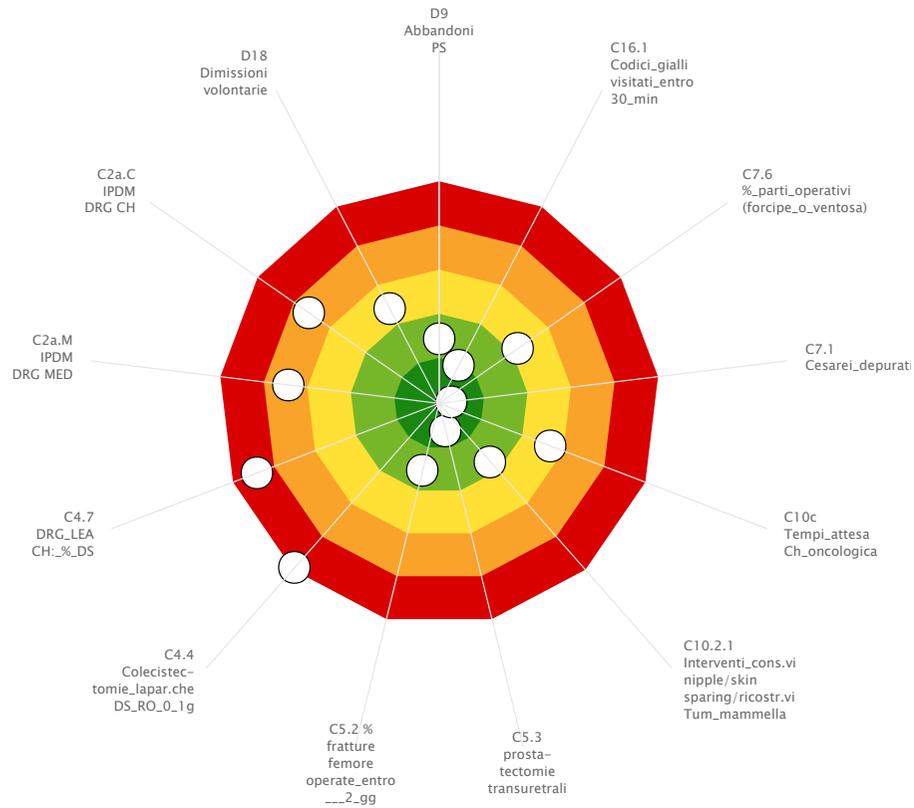
AO Fatebenefratelli - MI Bersaglio 2015



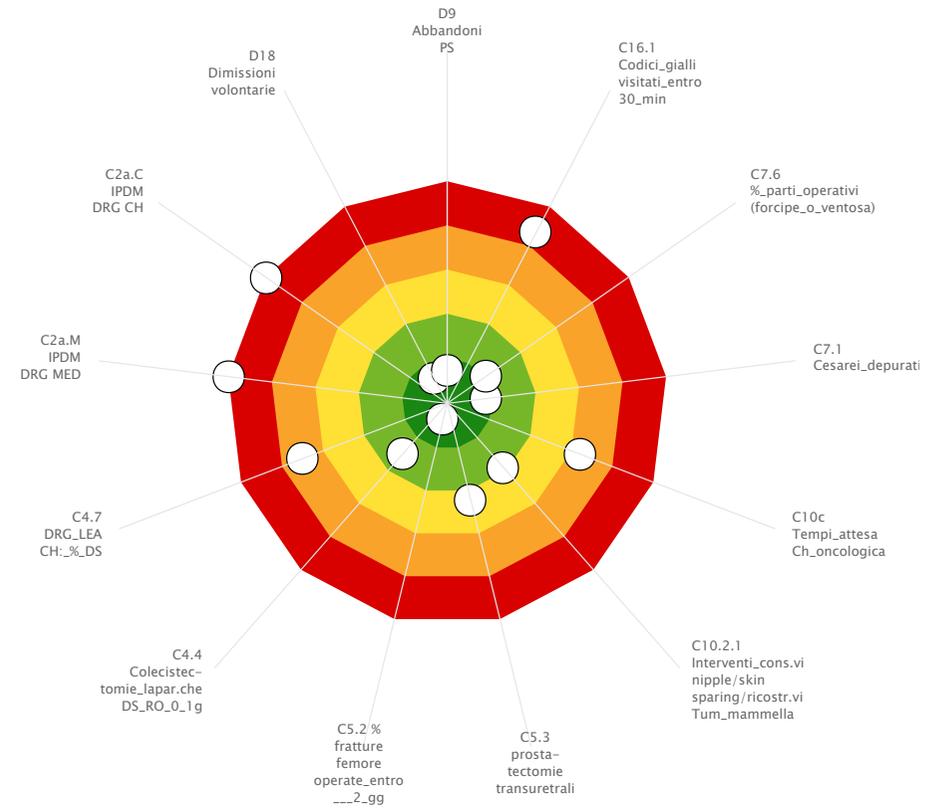
AO Niguarda - MI Bersaglio 2015



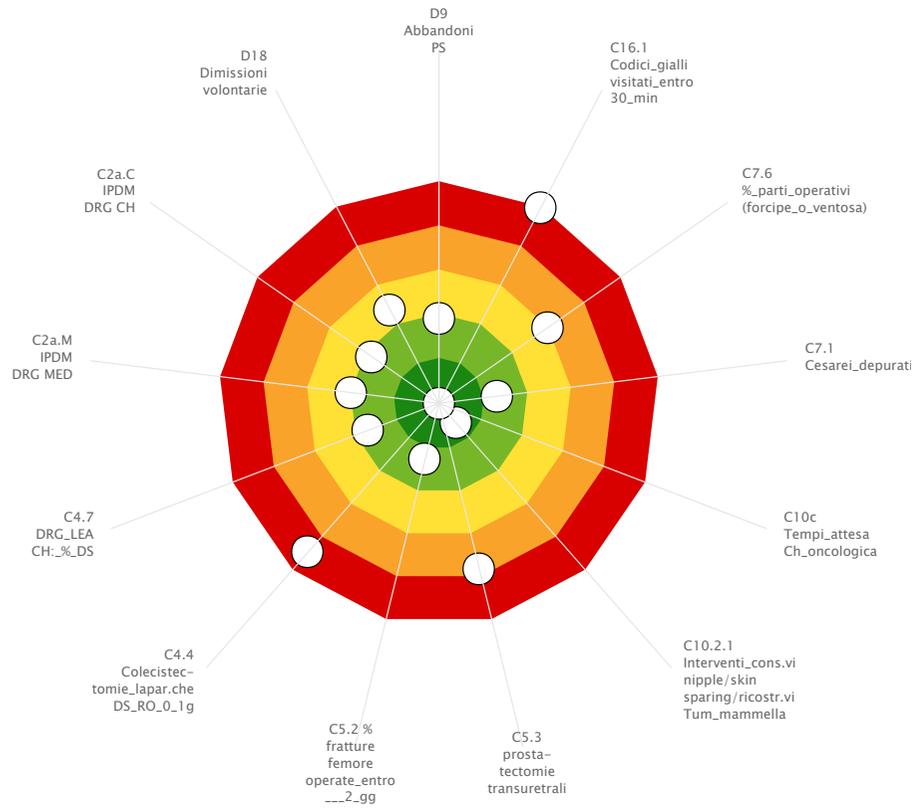
A0 Treviglio Bersaglio 2015



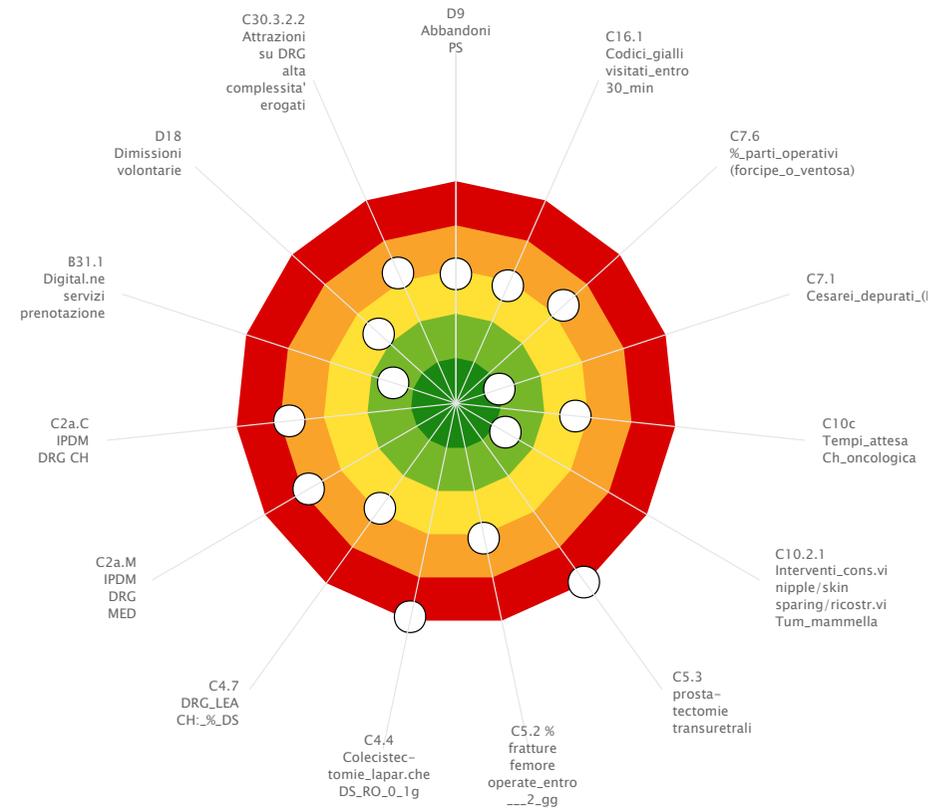
A0 Osp. Riuniti - BG Bersaglio 2015



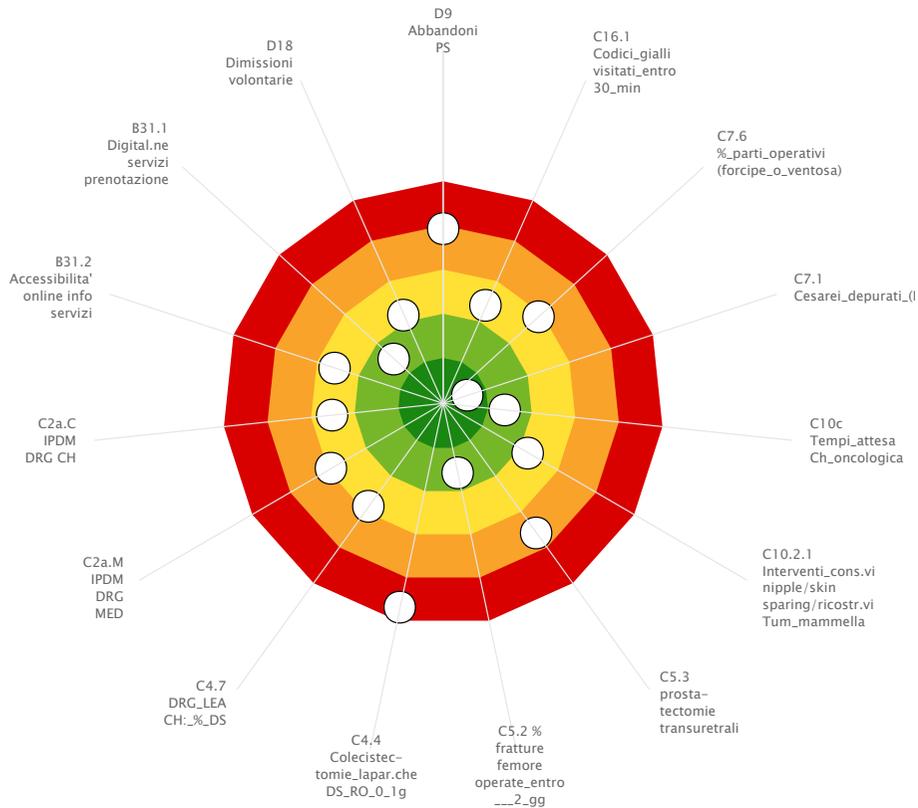
A0 Ist. Ospitalieri - CR Bersaglio 2015



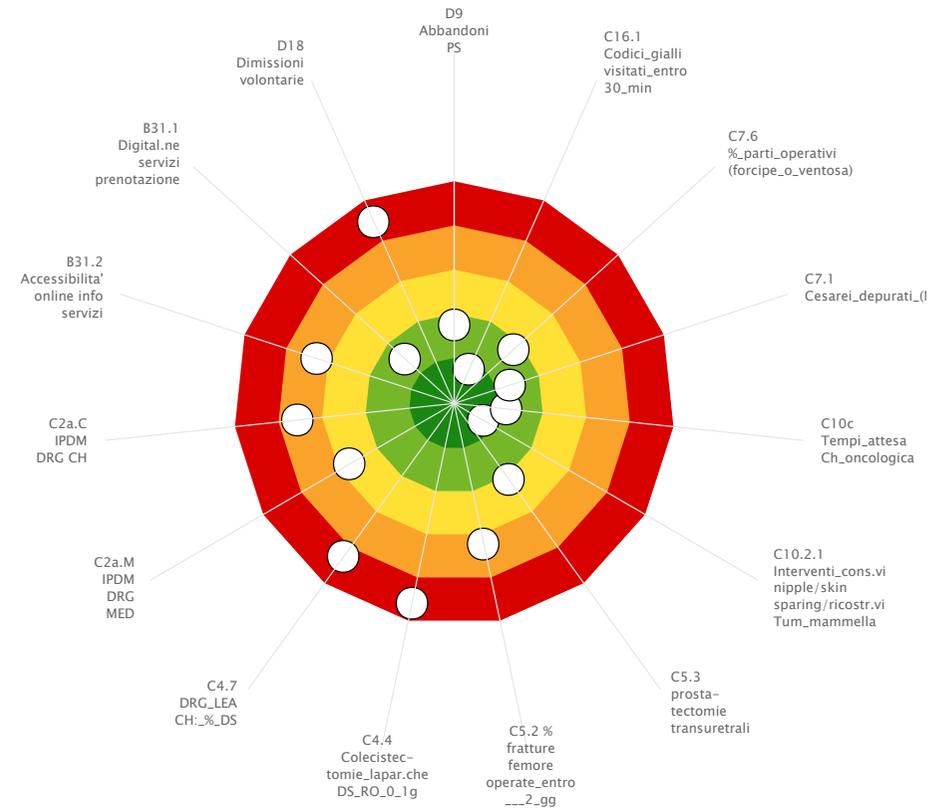
A0 Spedali Civili - BS Bersaglio 2015



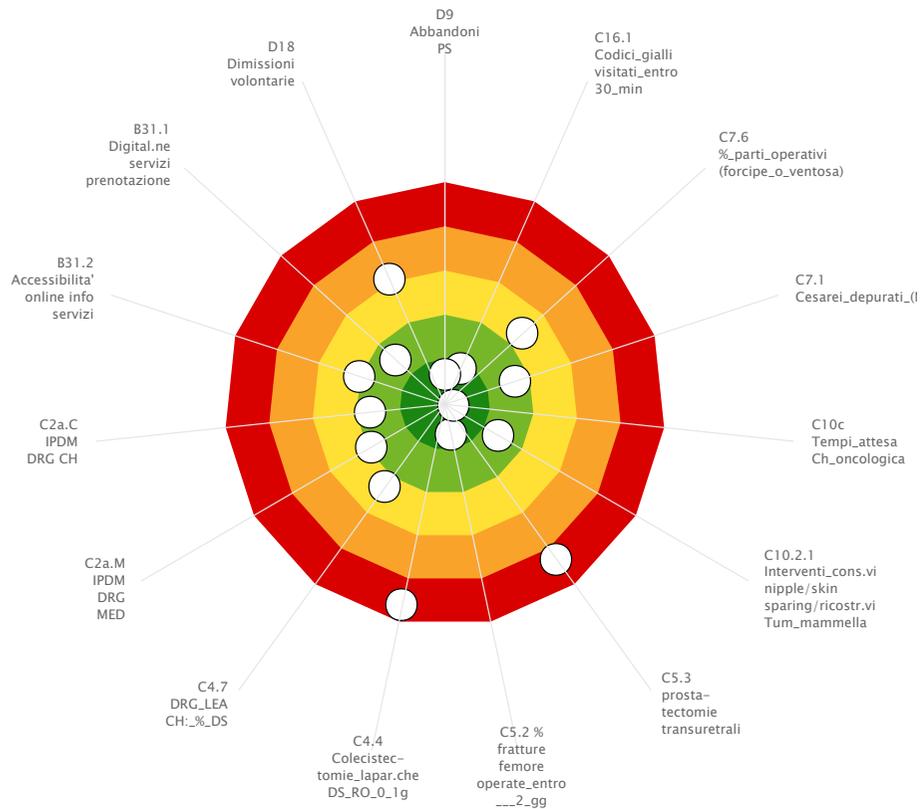
AO Desio-Vimercate Bersaglio 2015



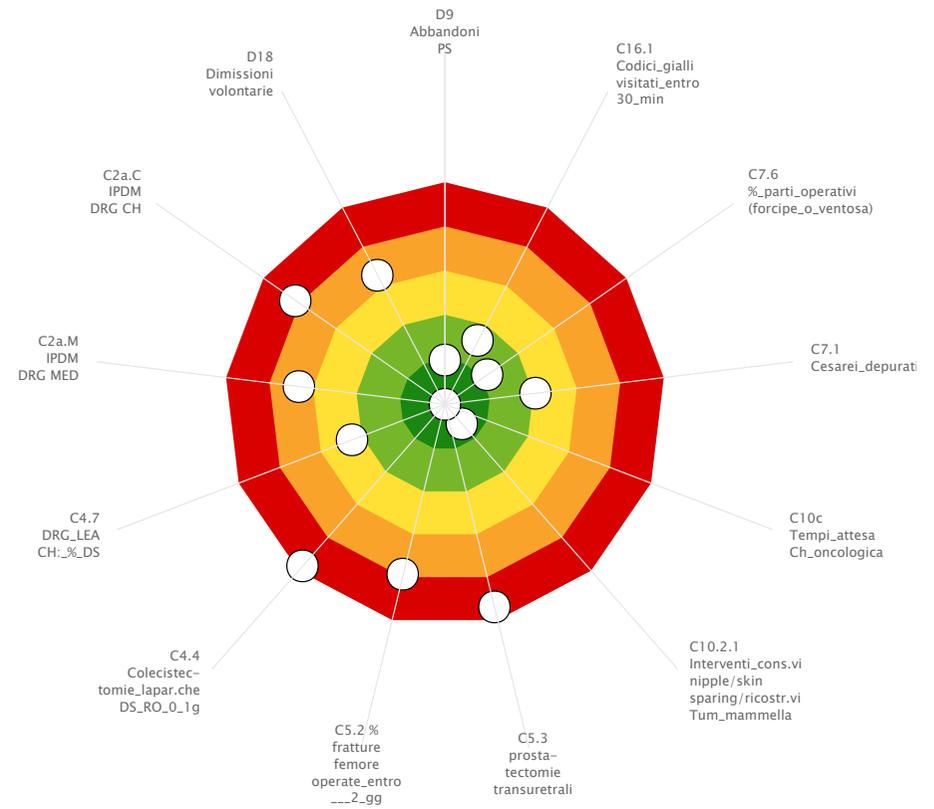
AO Melegnano Bersaglio 2015



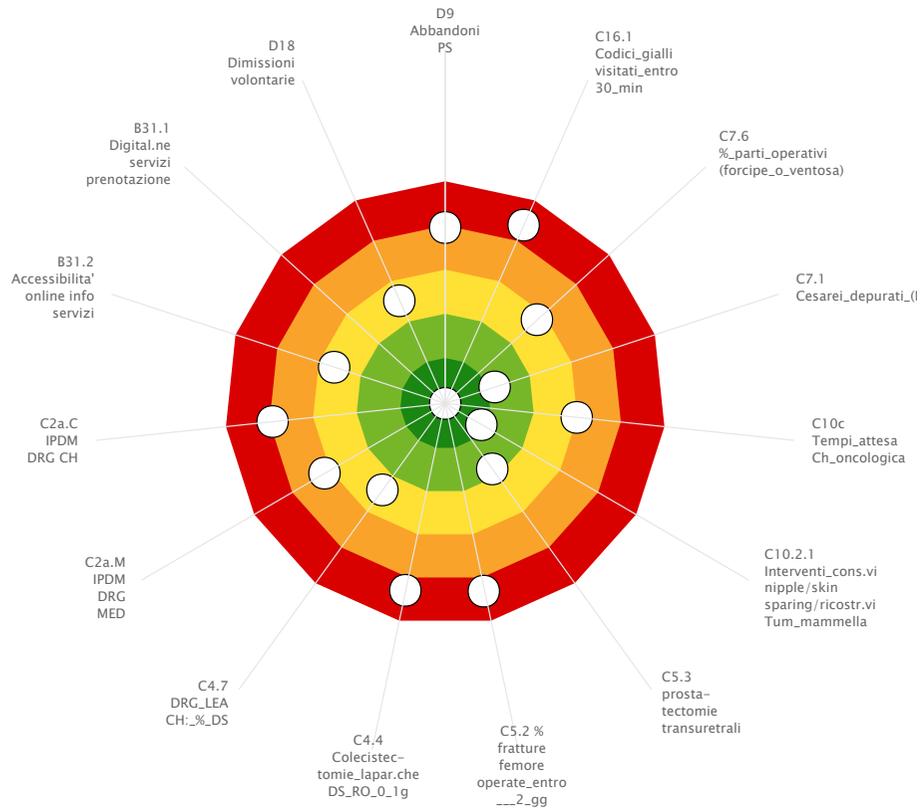
A0 Desenzano del Garda Bersaglio 2015



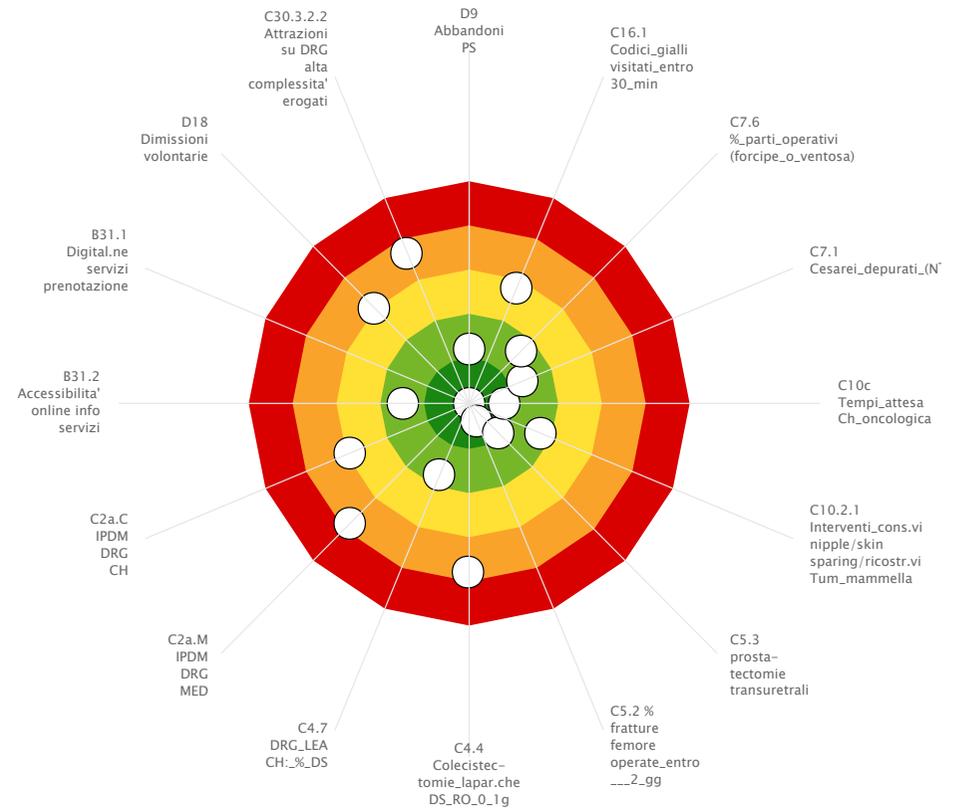
A0 Osp. Maggiore - Crema Bersaglio 2015



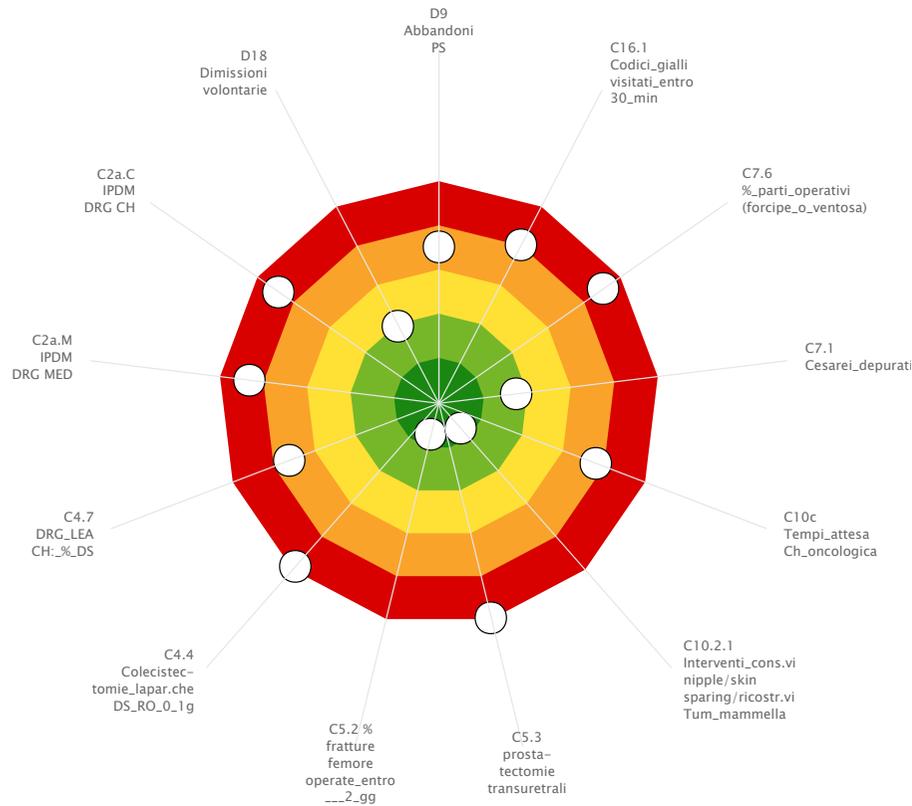
AO S. Anna- Como Bersaglio 2015



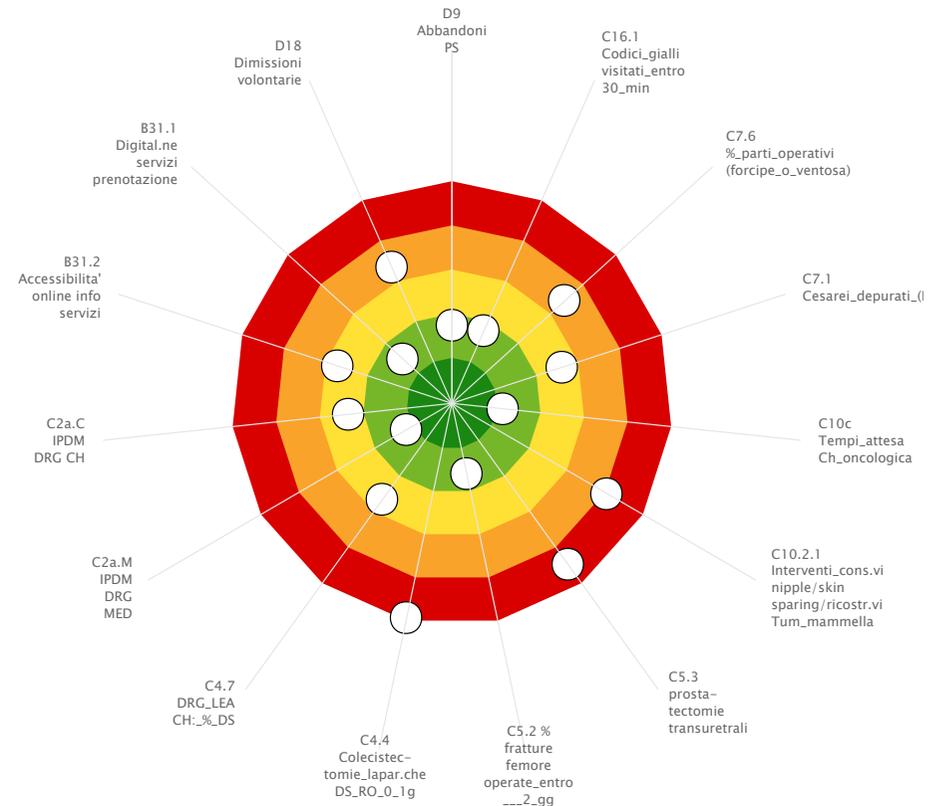
AO Fond. Macchi - VA Bersaglio 2015



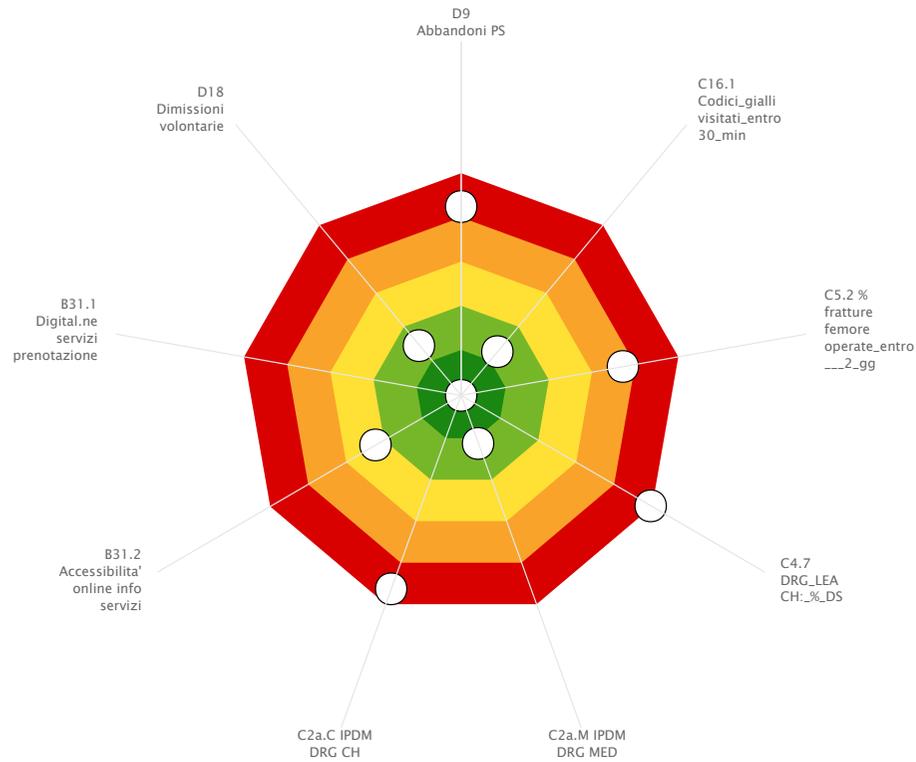
A0 Lecco Bersaglio 2015



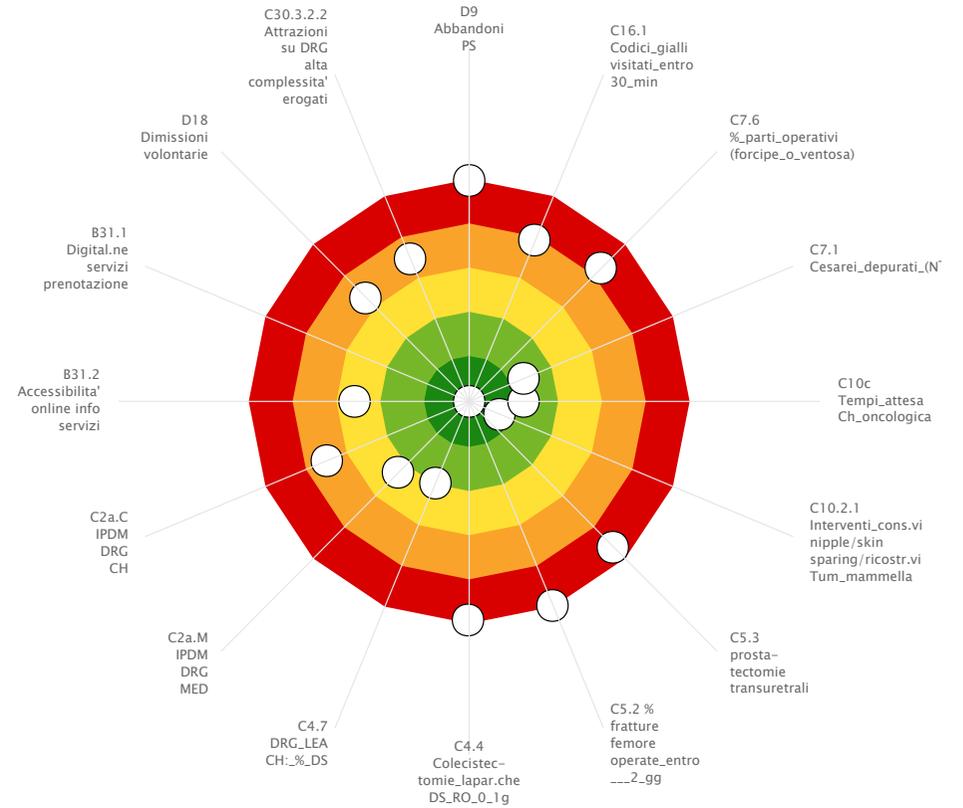
A0 M. Mellini - Chiari Bersaglio 2015



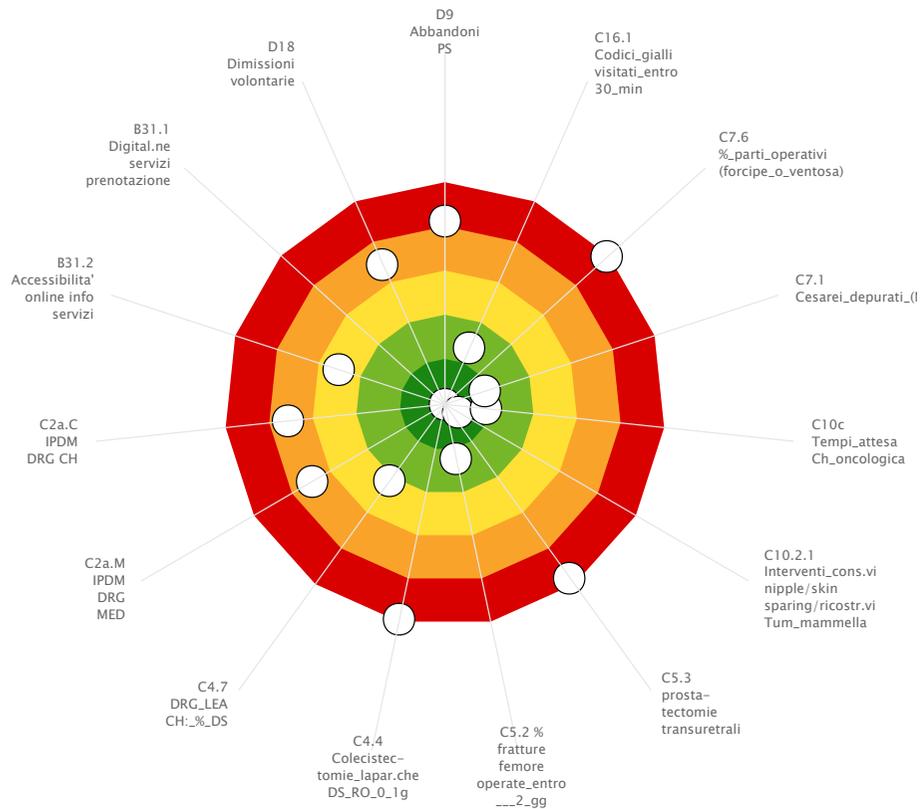
AO G. Pini - MI Bersaglio 2015



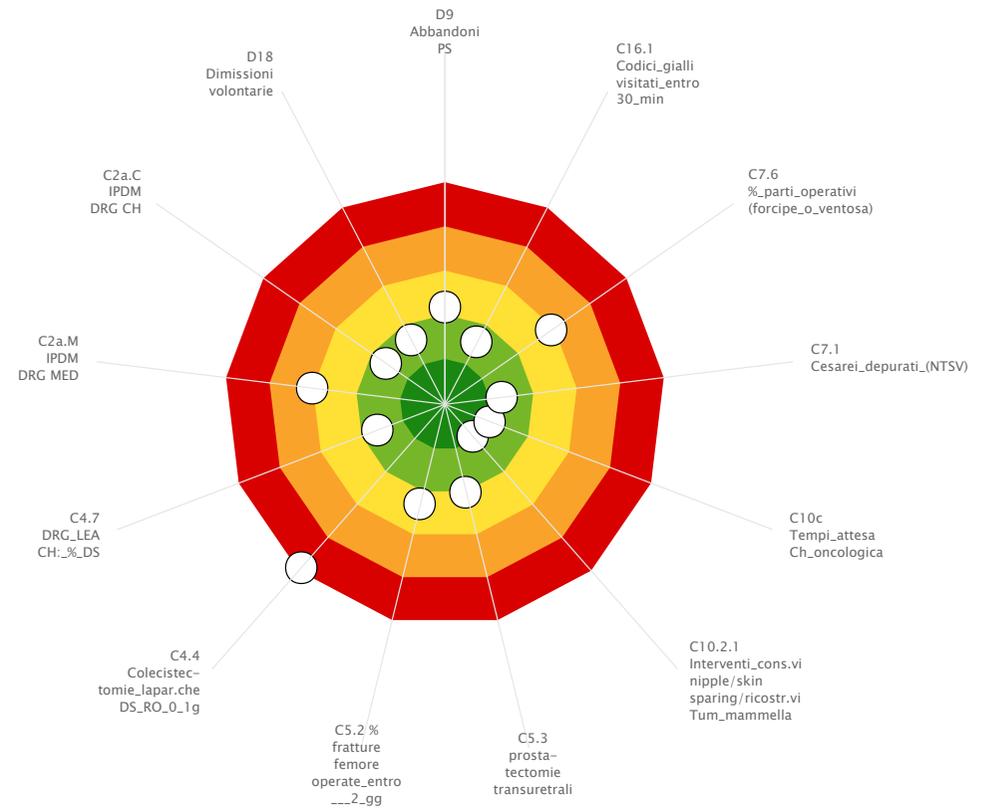
AO S. Paolo - MI Bersaglio 2015



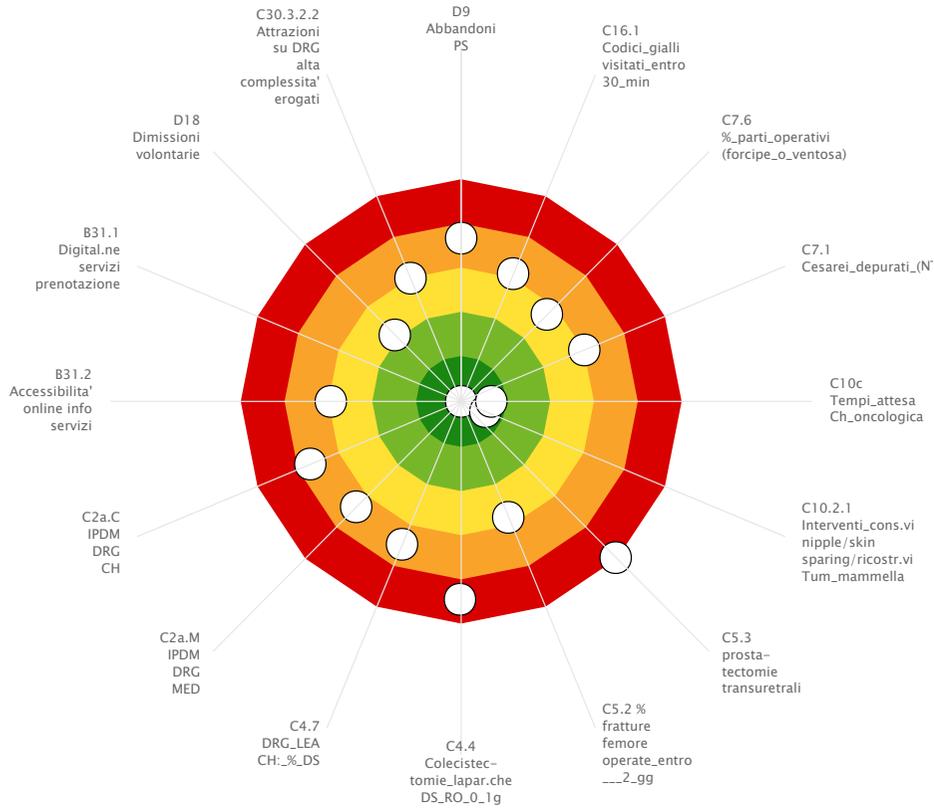
A0 I.C.P. - MI Bersaglio 2015



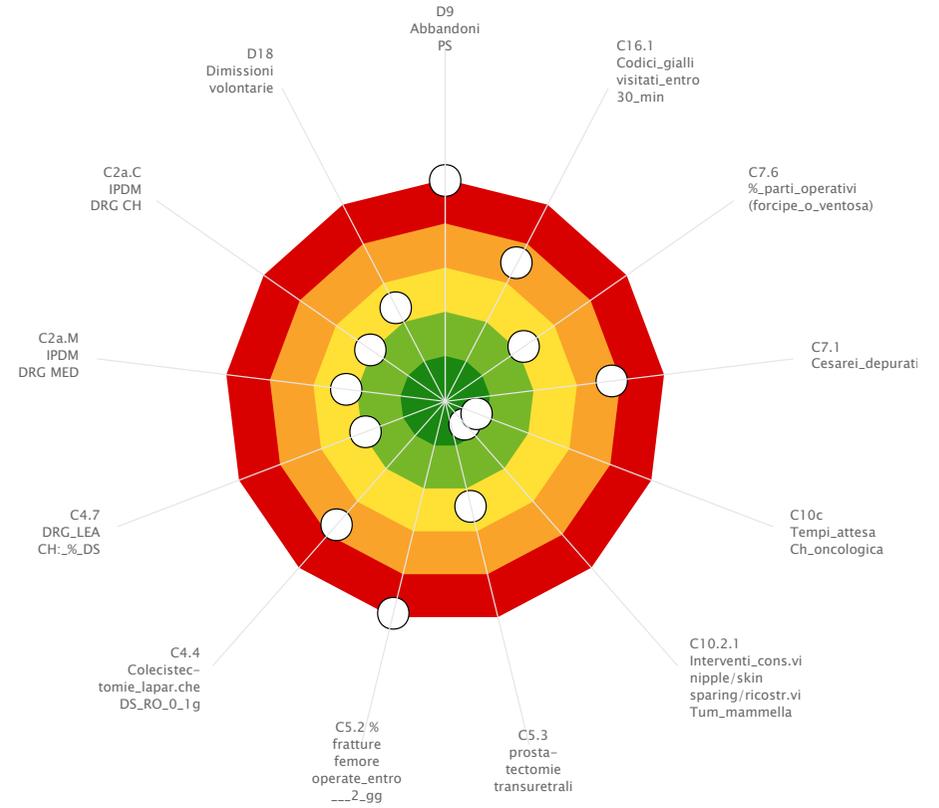
A0 Bolognino - Seriate Bersaglio 2015



AO L. Sacco - Mi Bersaglio 2015

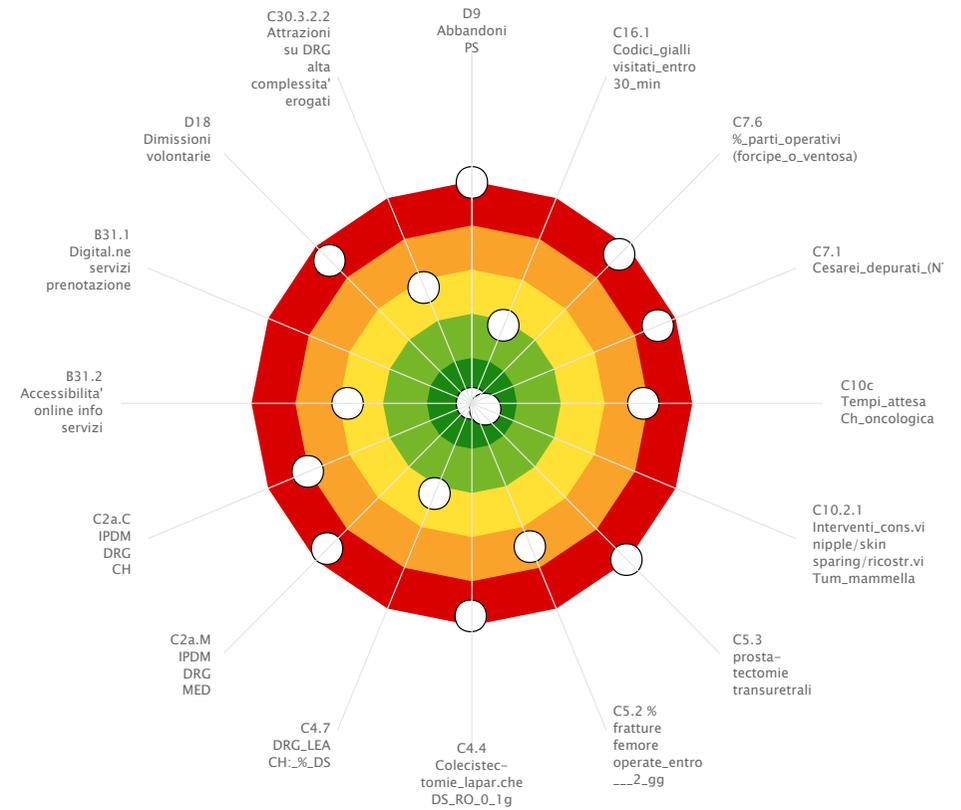
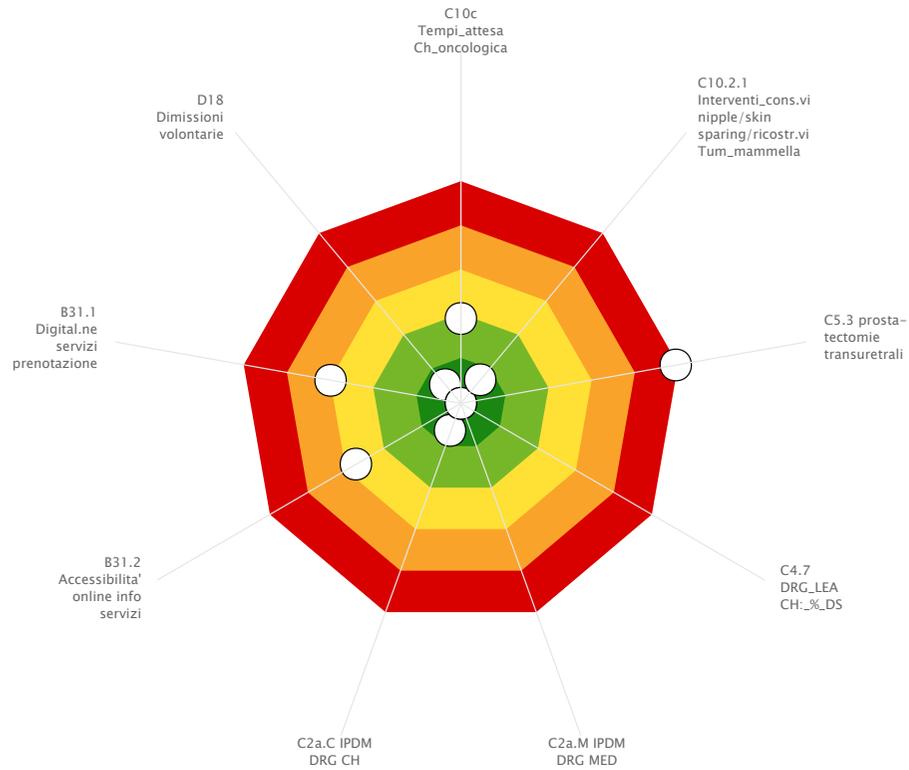


AO C. Poma Bersaglio 2015

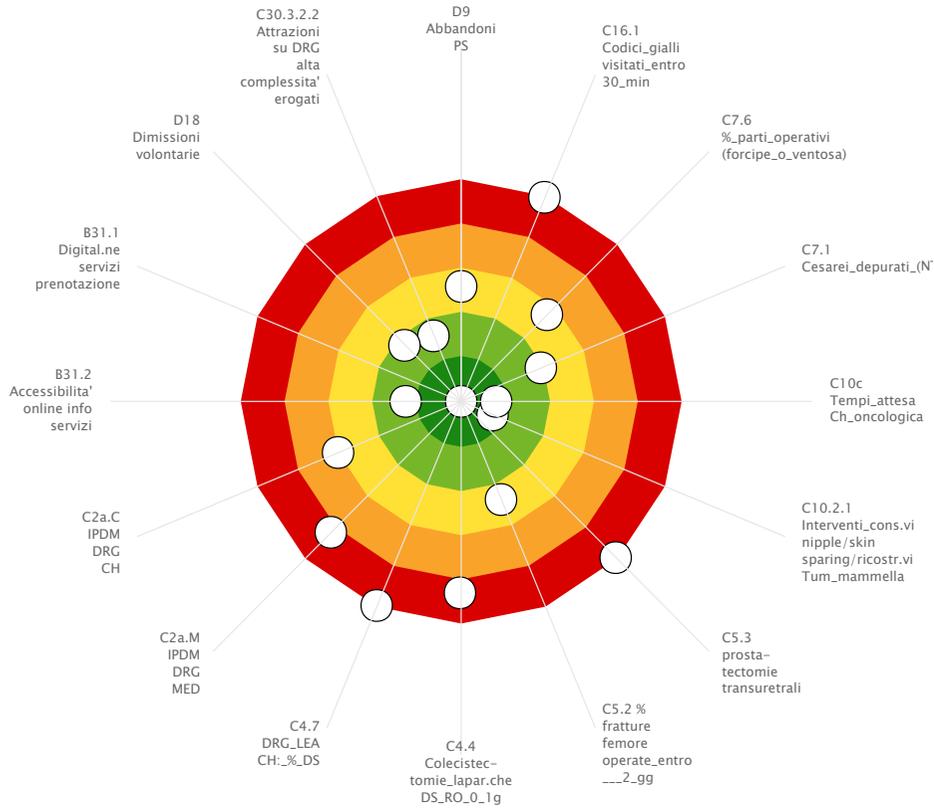


Ist. Naz. tumori Bersaglio 2015

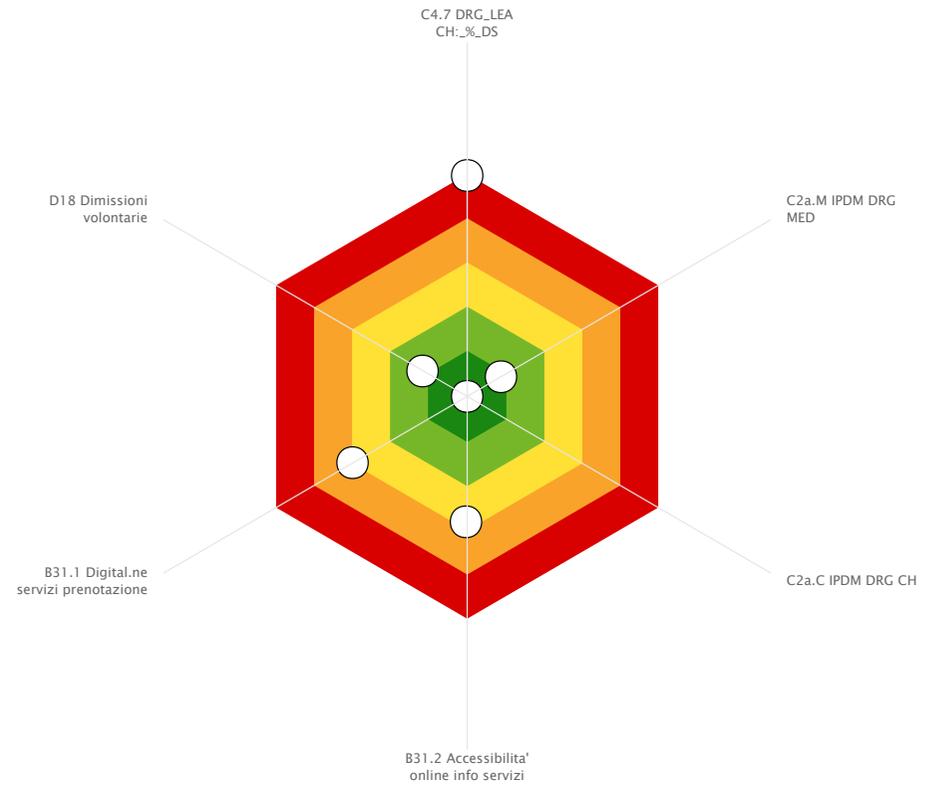
Fond. Ca Granda Bersaglio 2015



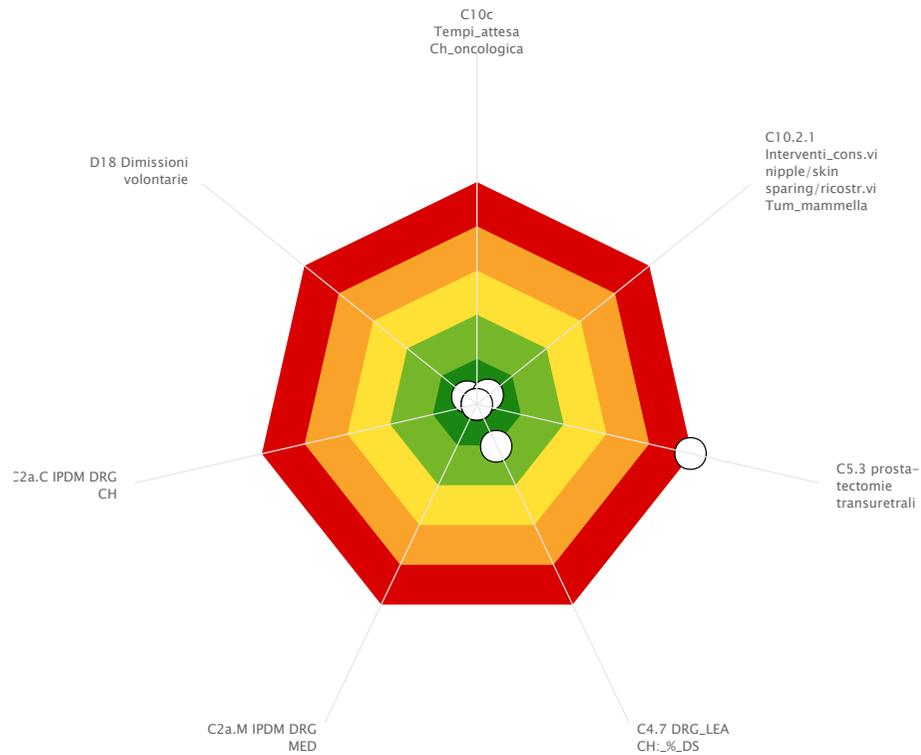
Pol. S. Matteo Bersaglio 2015



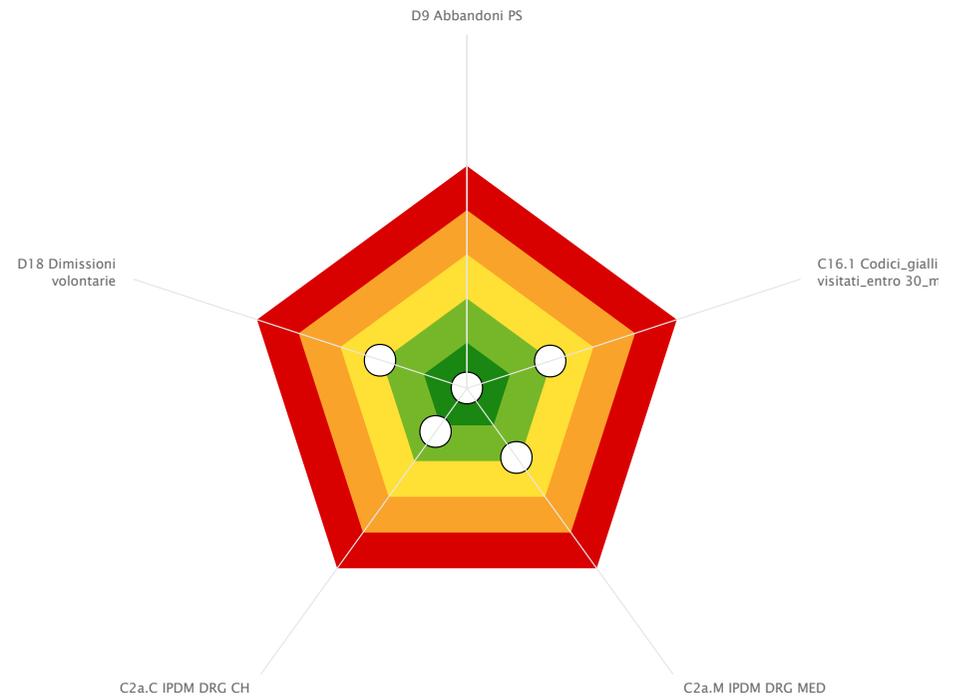
Ist. Neurologico Besta Bersaglio 2015



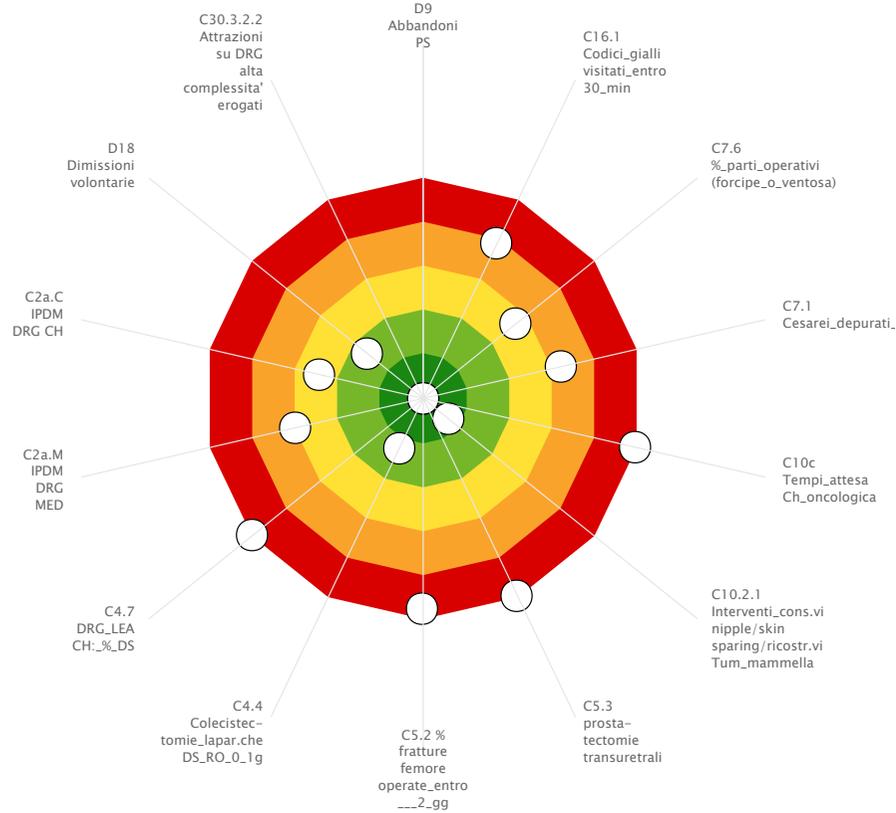
Ist. Europeo di Oncologia Bersaglio 2015



Ist. Auxologixo Ital. Bersaglio 2015



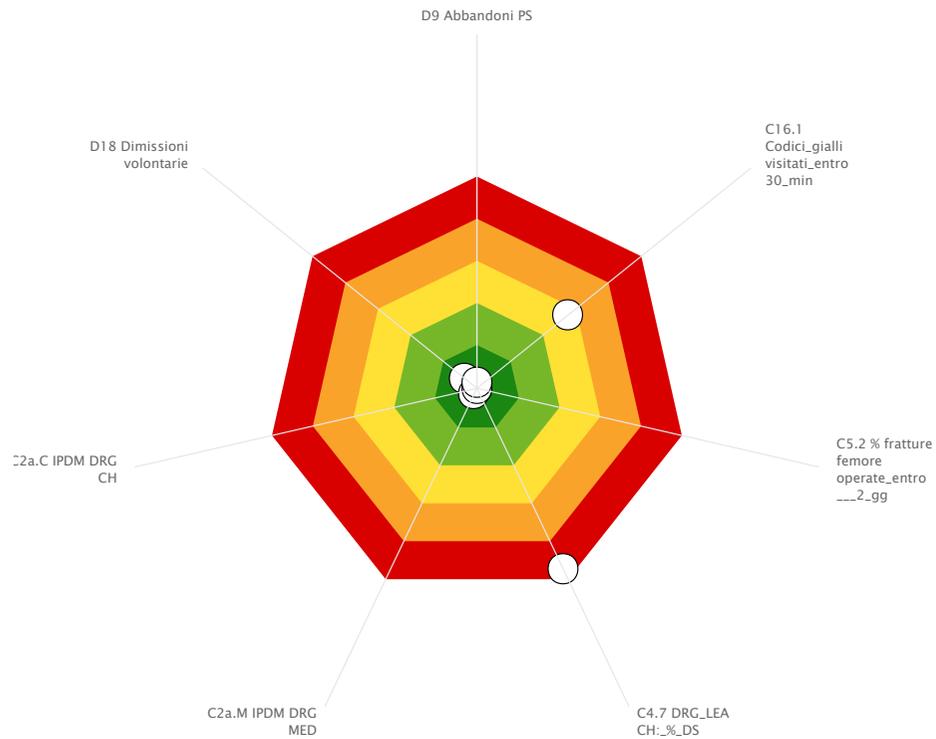
S. Raffaele - MI Bersaglio 2015



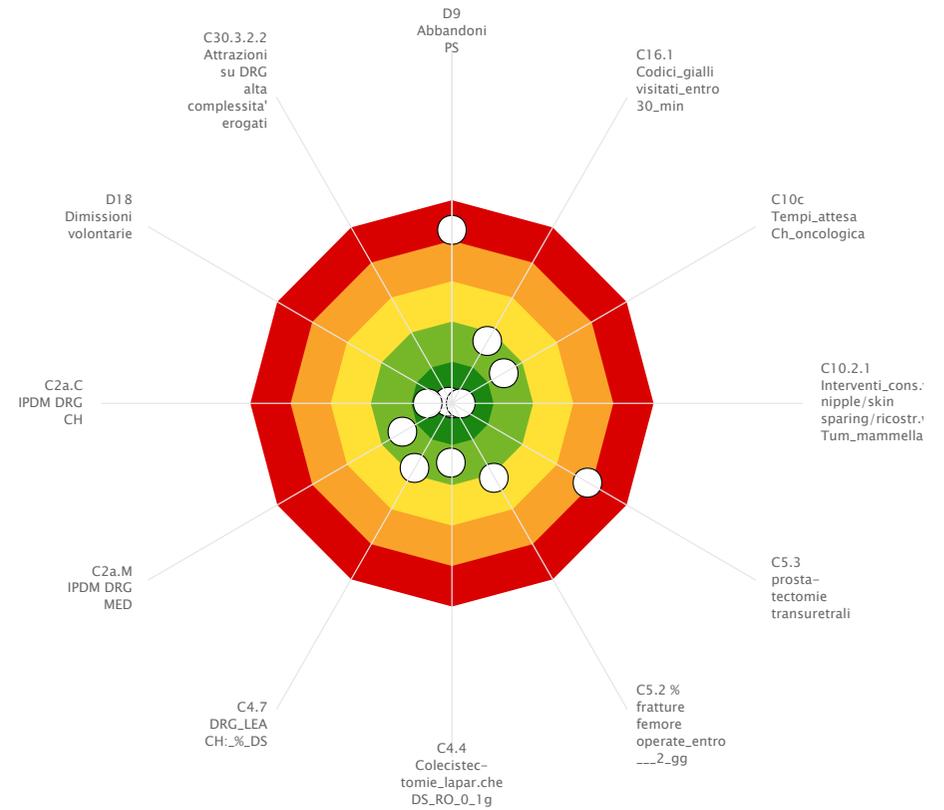
CdC Multimed. - Sesto S. Bersaglio 2015



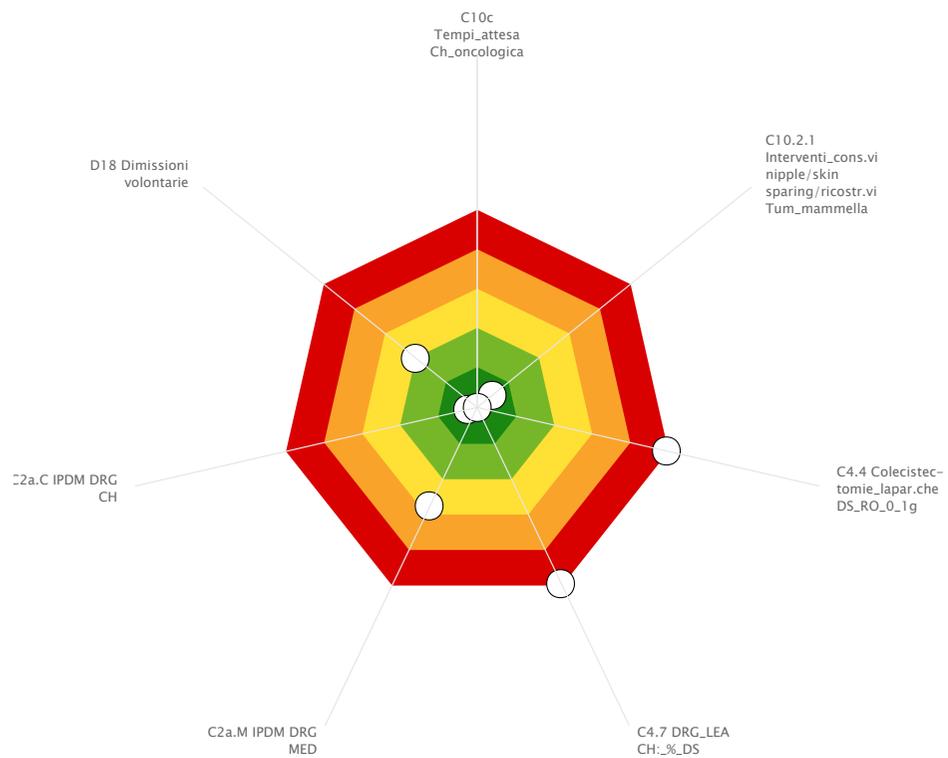
Ist. Ortopedico Galeazzi Bersaglio 2015



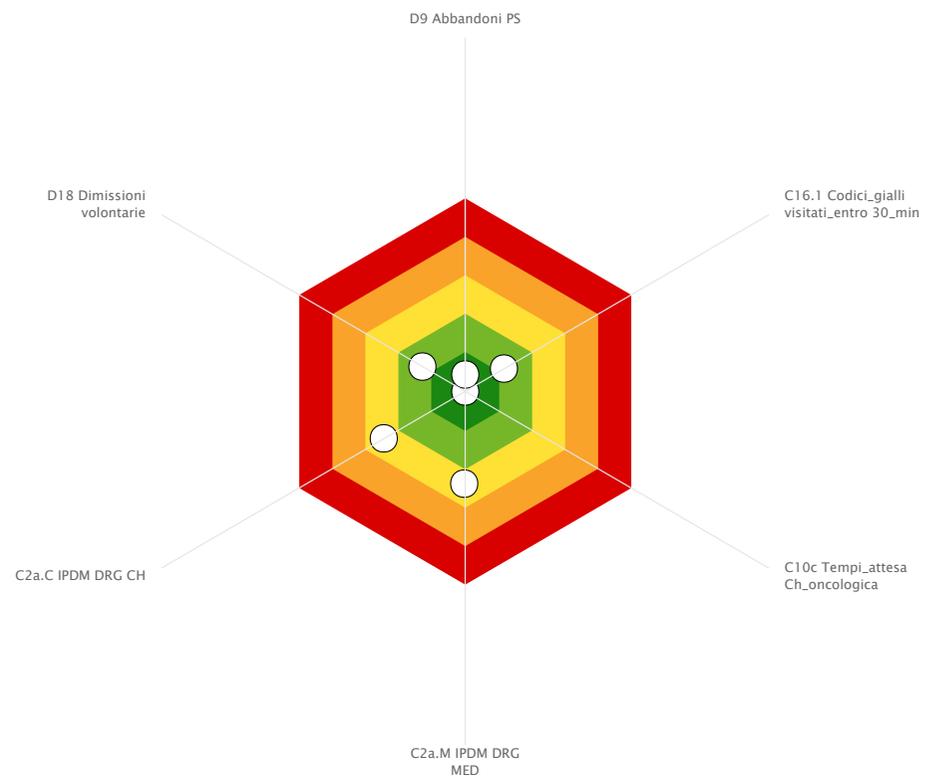
Ist. Humanitas - Rozzano Bersaglio 2015



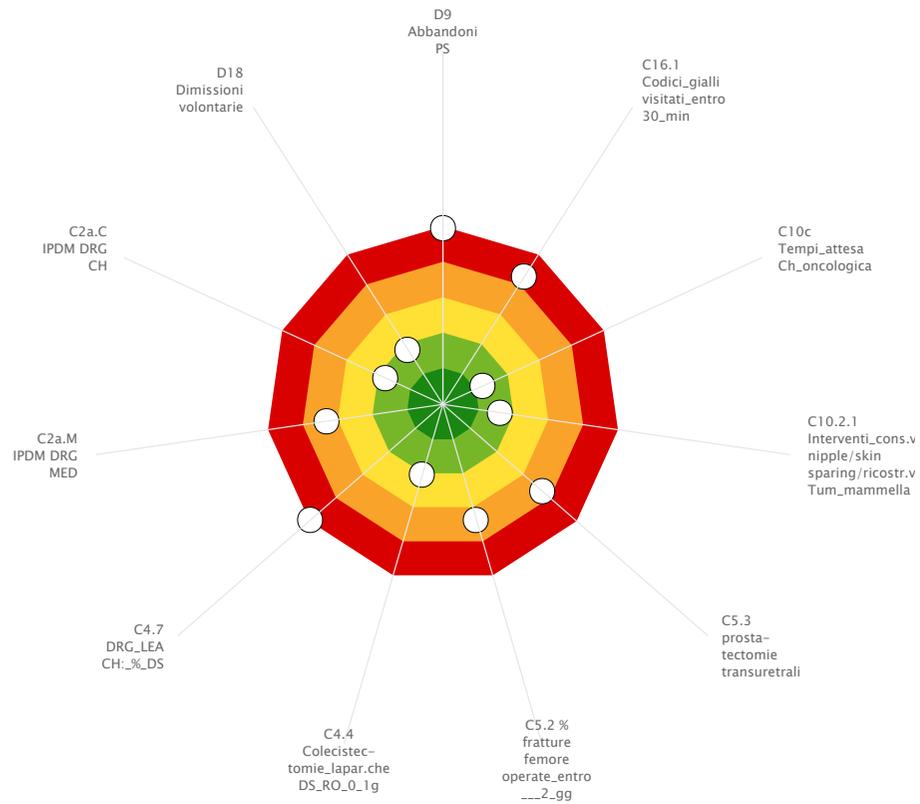
Fond. Cl. Lavoro - PV Bersaglio 2015



Fond. Monzino - C. Cardio. Bersaglio 2015



Ist. S. Donato - S.D. Bersaglio 2015



La performance della Regione Marche

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione marchigiana gode complessivamente di buona salute (in riferimento alla mortalità infantile, a quelle per tumori, per malattie circolatorie e per suicidi, registrate nel triennio 2011-2013). Dall'indagine ministeriale PASSI risulta che la percentuale di persone obese e in sovrappeso è superiore rispetto alla media delle altre Regioni e non sembra adeguatamente bilanciata dalle corrispondenti azioni poste in essere dai medici di base nella promozione di corretti stili di vita.

Ad eccezione della vaccinazione esavalente, per la quale vengono conseguite buone performance, il livello di copertura vaccinale negli altri vaccini monitorati è complessivamente inferiore rispetto alle altre Regioni del network. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, si conferma non ancora adeguata.

Il basso tasso di ospedalizzazione suggerisce una capacità di governo della domanda in linea con quello delle altre Regioni. Il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico e la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani – entrambi superiori alle altre Regioni – indicano come la casistica di tipo medico possa comunque essere gestita in modo più appropriato. Escludendo dall'analisi tutte le prestazioni chirurgiche già trasferite a livello ambulatoriale, un utilizzo maggiore della *day surgery* potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza.

La durata delle degenze dei ricoveri chirurgici si attesta su valori medi, mentre quelli medici sono leggermente più lunghi rispetto alle altre Regioni.

Il livello di organizzazione dei processi ospedalieri è in linea con le altre Regioni; sussistono tuttavia anche per il 2015 alcuni margini di miglioramento, in particolare in riferimento al ricorso alle prostatectomie transuretrali.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso potrebbero indicare alcune criticità nella tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti in accesso con codice verde e con codice giallo, oltre a quelli dei pazienti successivamente inviati al ricovero; la percentuale di abbandoni – tuttora elevata – sembra riflettere questa problematicità. Si registra invece un basso numero di dimissioni volontarie, che può essere considerato un indicatore *proxy* del buon giudizio da parte degli utenti sulla qualità del ricovero. La gestione del percorso materno-infantile registra ancora un elevato ricorso al parto cesareo; la percentuale di parti operativi è – di converso – tra le più basse del network. La presa in carico di tipo pediatrico è complessivamente buona, nonostante un eccesso in riferimento al tasso di ospedalizzazione per gastroenterite.

Il percorso oncologico restituisce buoni risultati in termini di *output*, per quanto vada ancora prestata attenzione alla dispersione della casistica di alcune procedure (segnatamente, degli interventi per TM alla mammella e alla prostata). Per entrambe, si registrano attese prima dell'intervento chirurgico superiori alla media.

Il numero relativamente elevato di ricoveri ripetuti a 7 giorni e a 8-30 giorni potrebbe indicare una criticità nella gestione della salute mentale, sia da parte dell'ospedale, sia da parte del territorio.

Viene confermata anche nel 2015 l'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche. L'alto tasso di ospedalizzazione per ricoveri oltre 30 giorni continua a segnalare una potenziale criticità dell'integrazione ospedale e territorio, indicando una possibile difficoltà nella presa in carico da parte delle strutture territoriali.

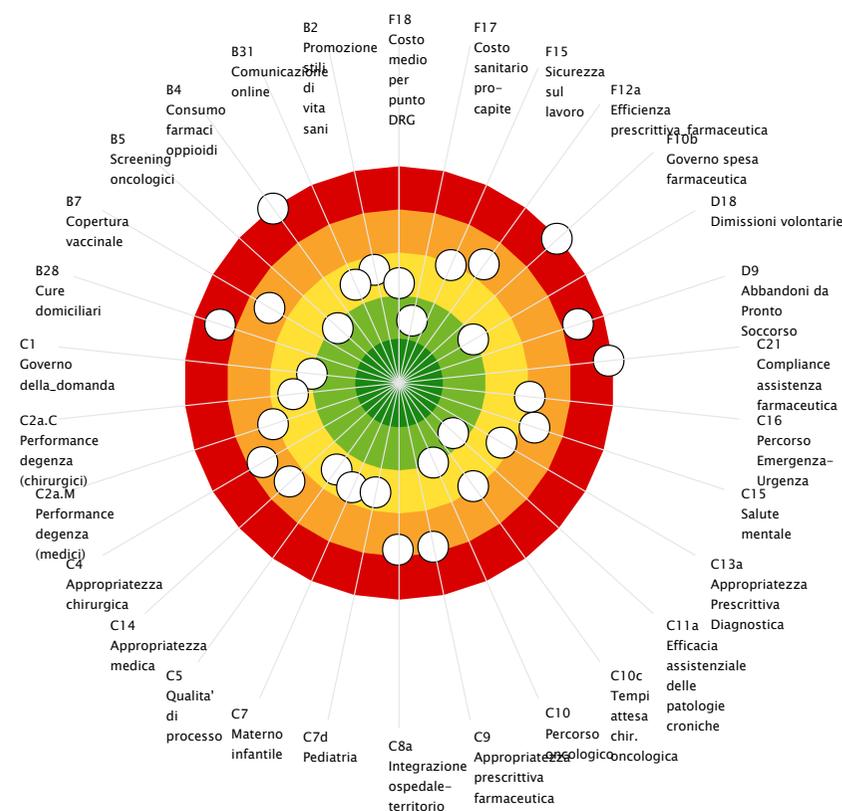
In riferimento alla *governance* dell'area farmaceutica, la spesa territoriale si attesta sui valori più alti del *network*, pur considerando che tale risultato risulta necessariamente legato anche all'assenza di strumenti di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini; una maggiore appropriatezza nelle scelte prescrittive e una maggiore propensione all'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto potrebbero concorrere al contenimento della spesa.

In riferimento alla dimensione economico-finanziaria (relativa all'anno 2014), la Regione Marche registra il costo sanitario pro-capite più basso del *network* (al pari di Regione Veneto) e un costo per l'attività ospedaliera molto contenuto.

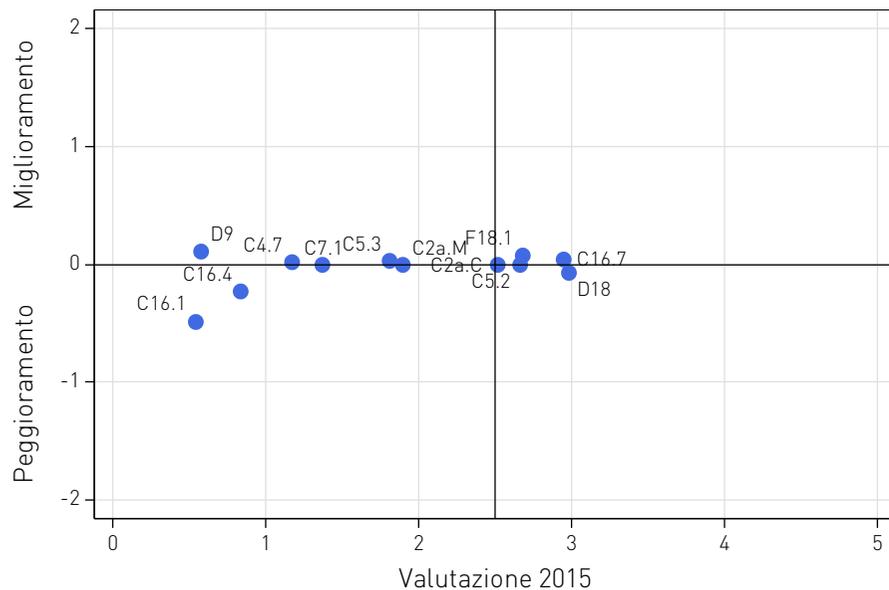
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalità* per suicidi A2 Mortalità* per tumori A3 Mortalità* per malattie circolatorie A1 Mortalità* infantile

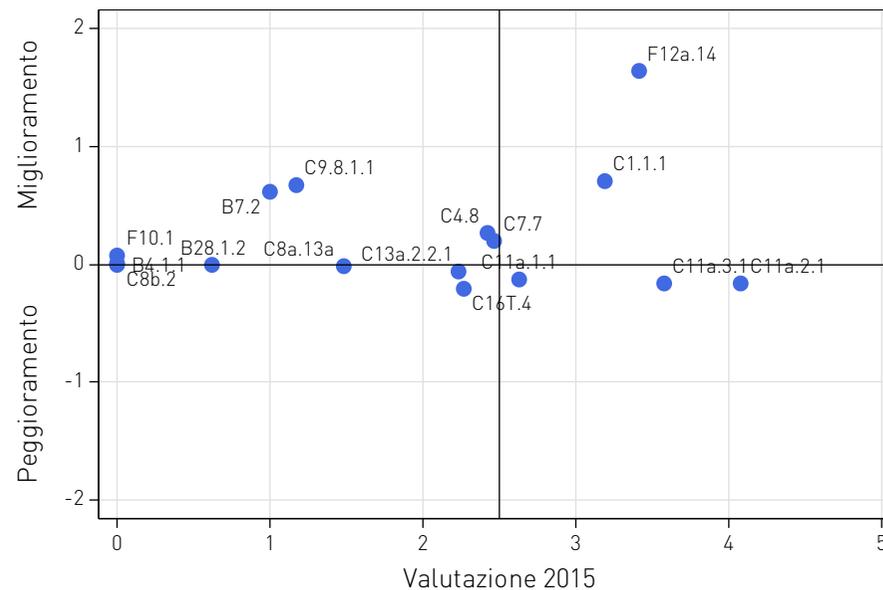
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



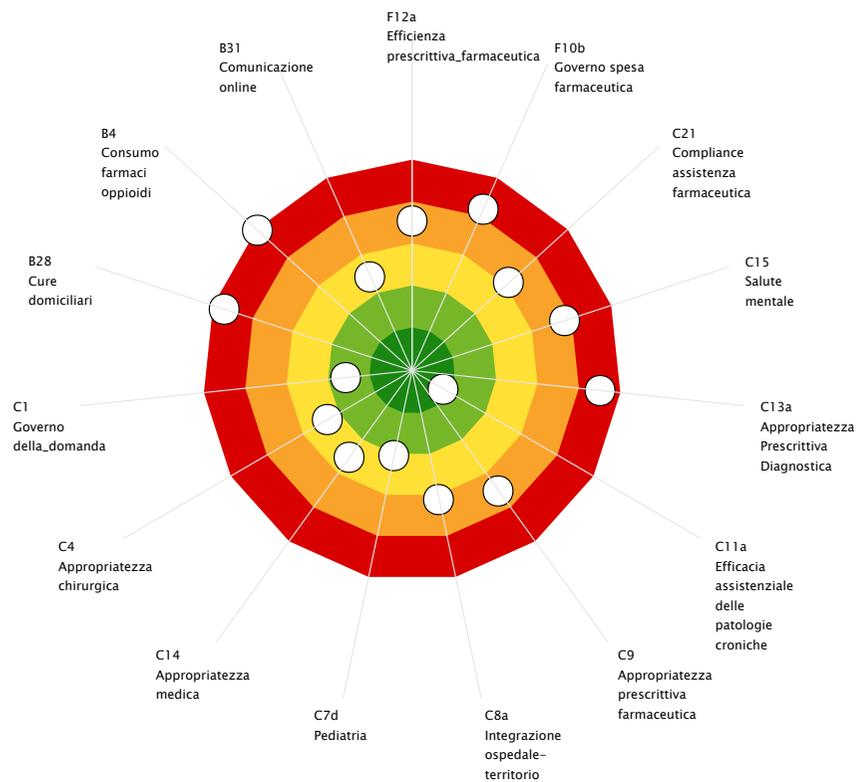
MAPPA TERRITORIO



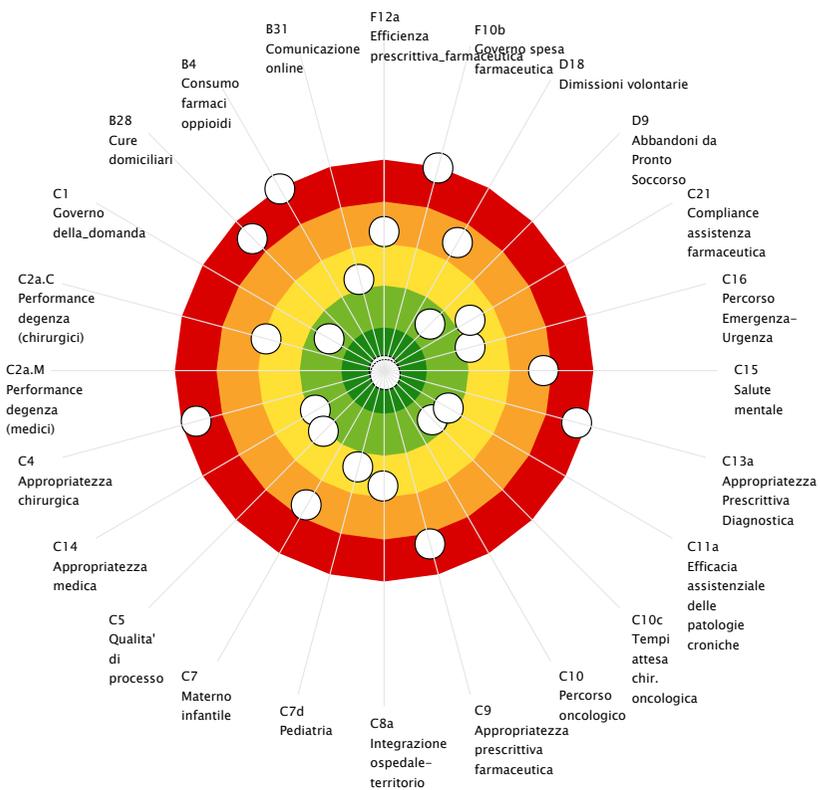
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

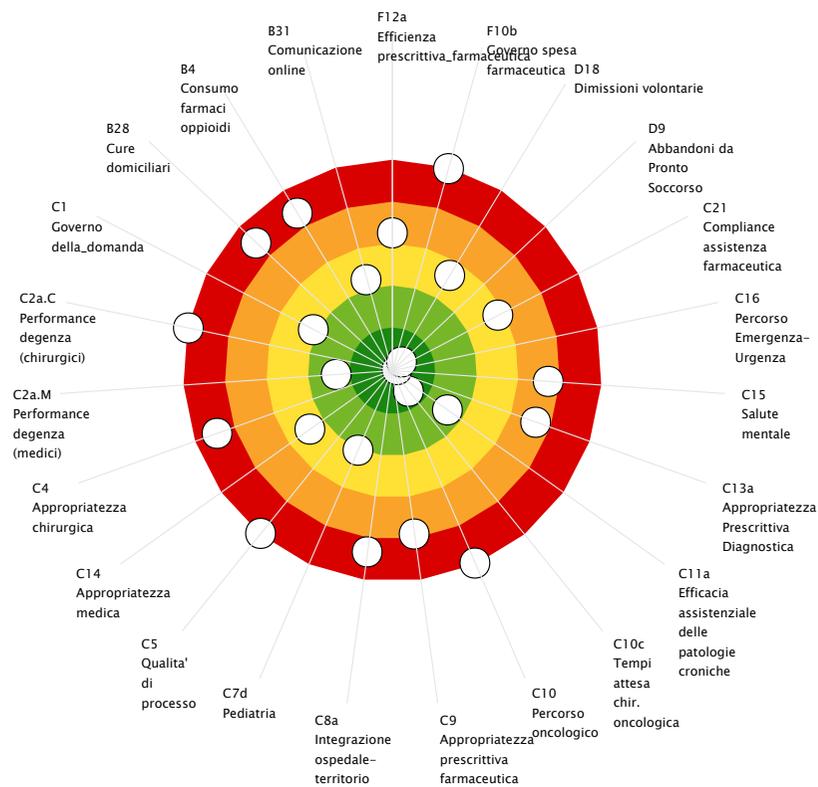
Pesaro Bersaglio 2015



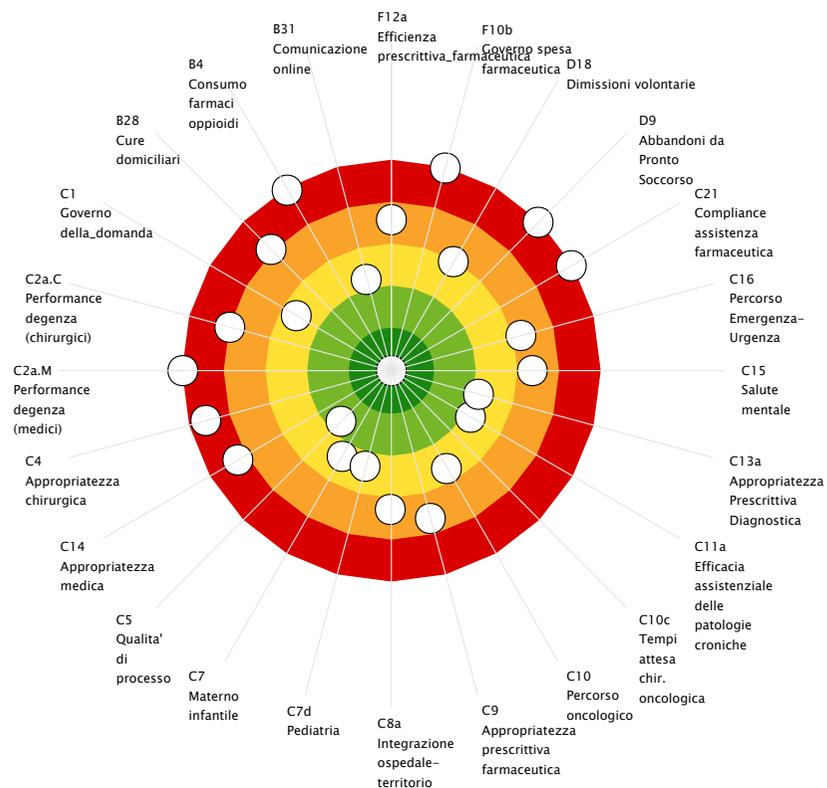
Urbino Bersaglio 2015



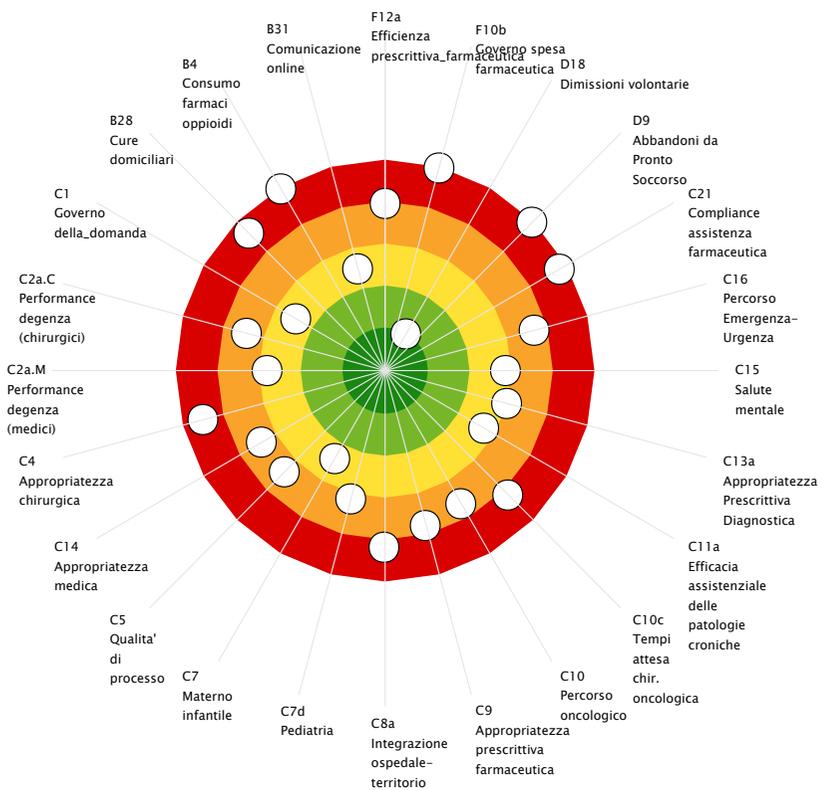
Fano Bersaglio 2015



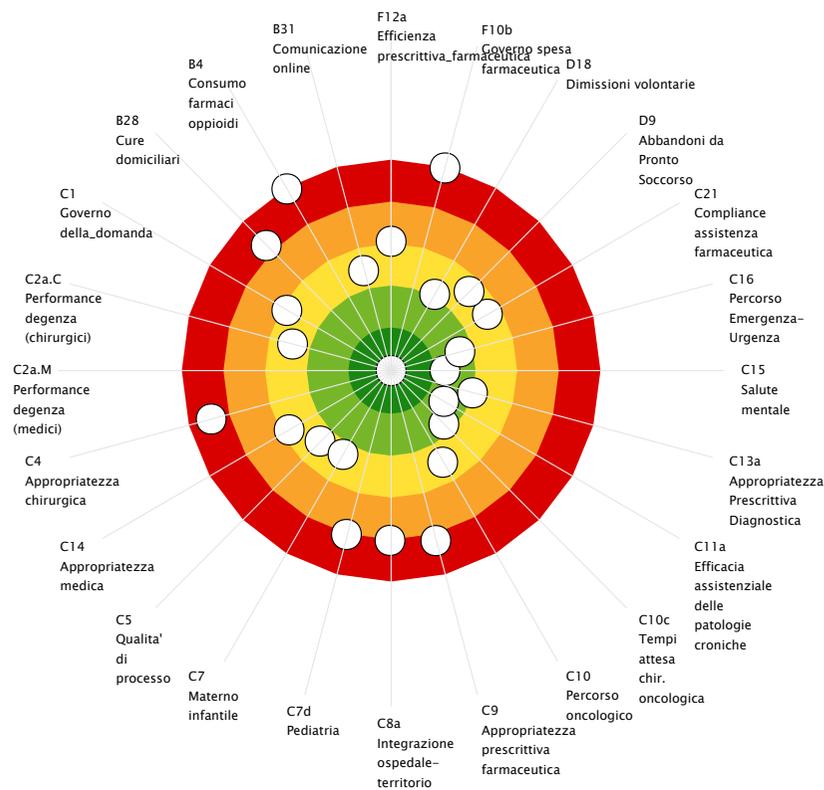
Senigallia Bersaglio 2015



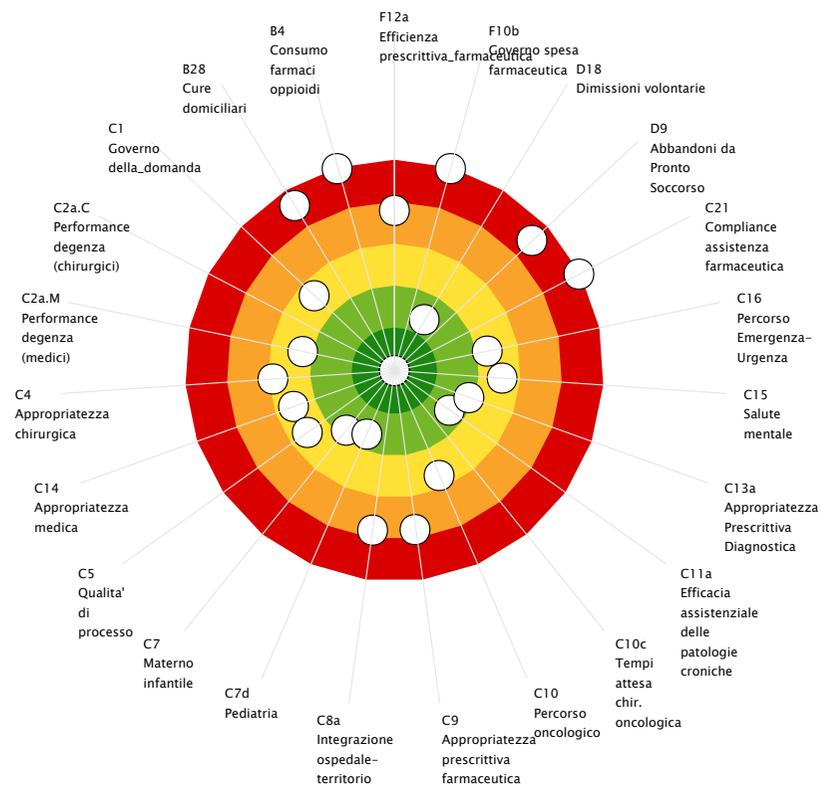
Jesi Bersaglio 2015



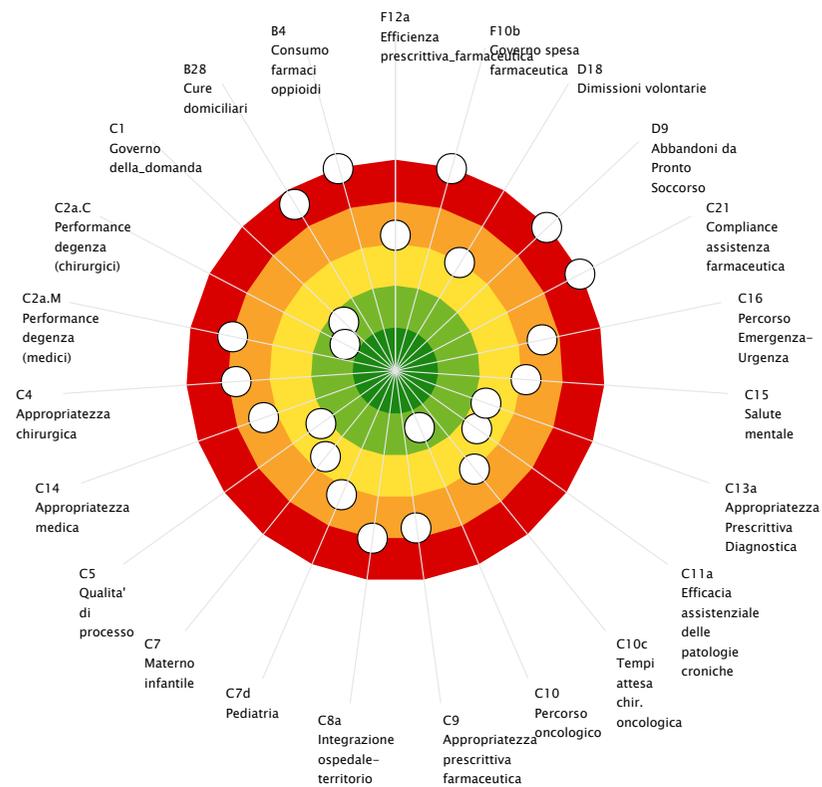
Fabriano Bersaglio 2015



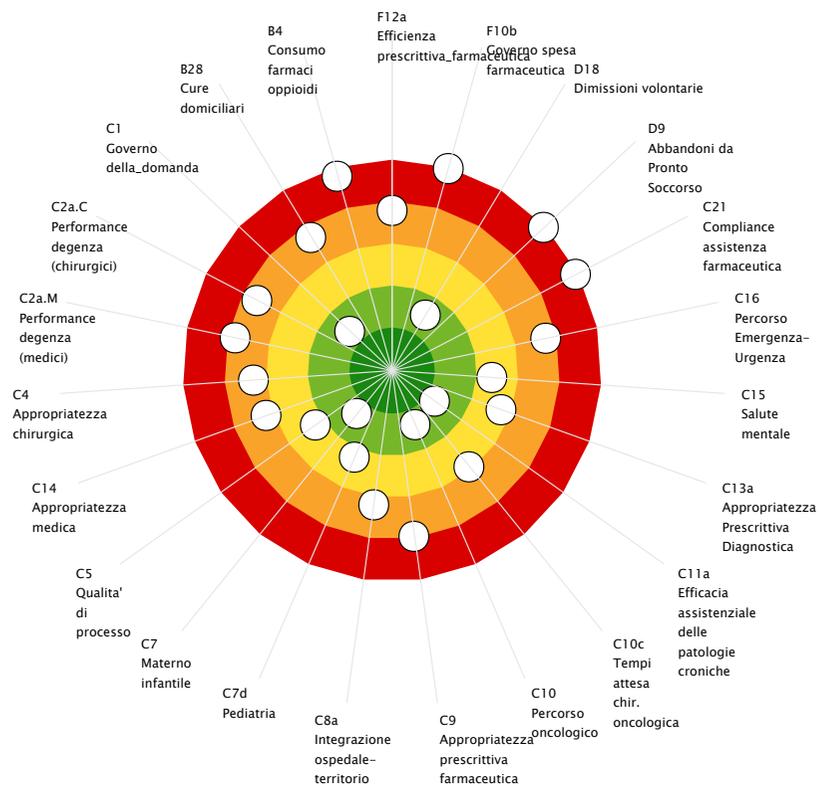
Ancona Bersaglio 2015



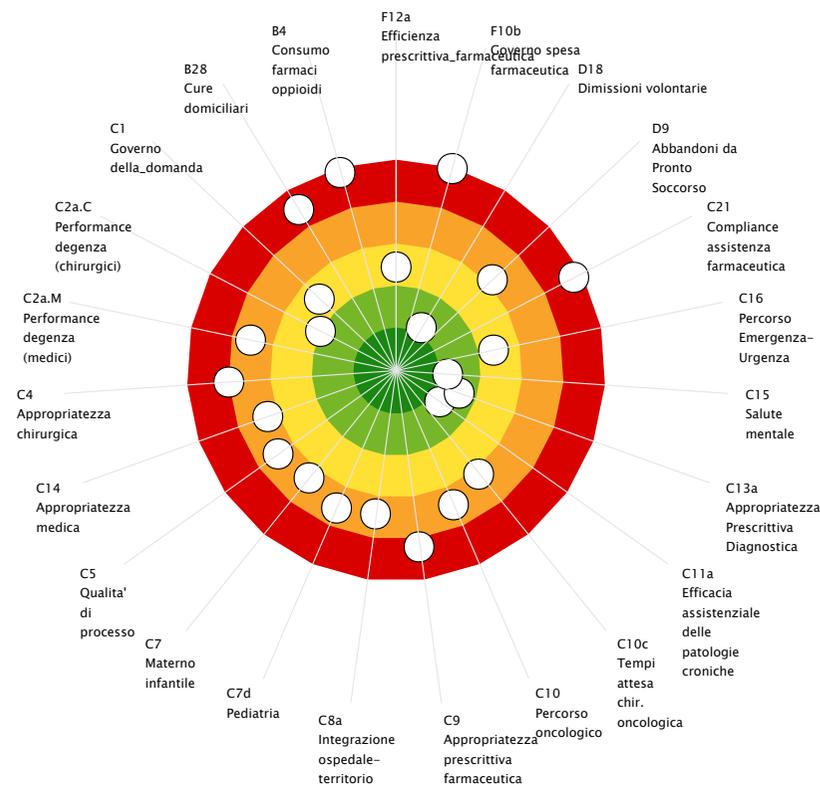
Civitanova M. Bersaglio 2015



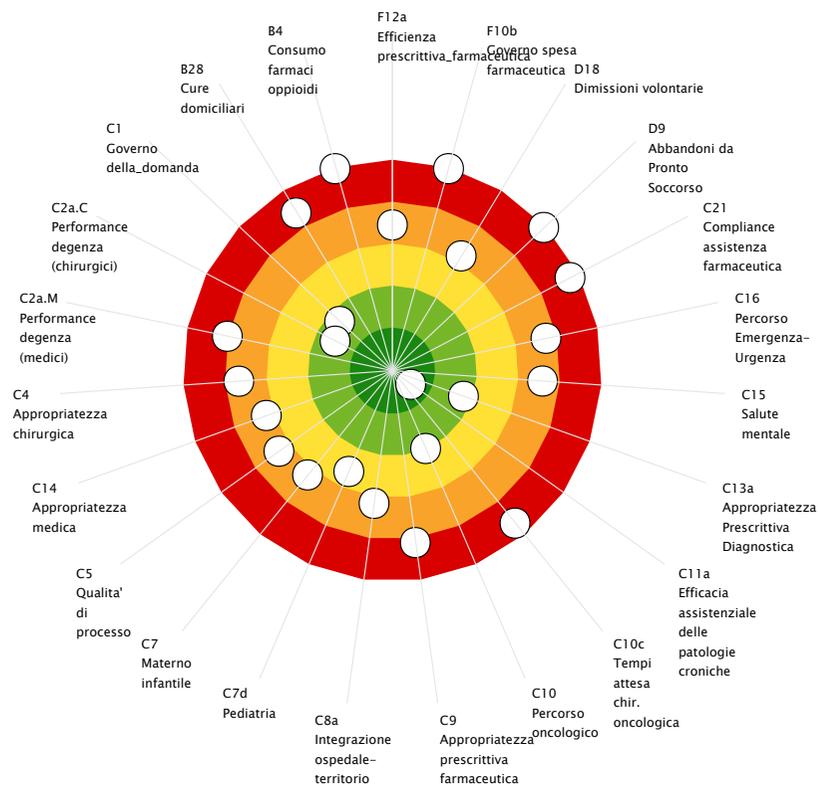
Macerata Bersaglio 2015



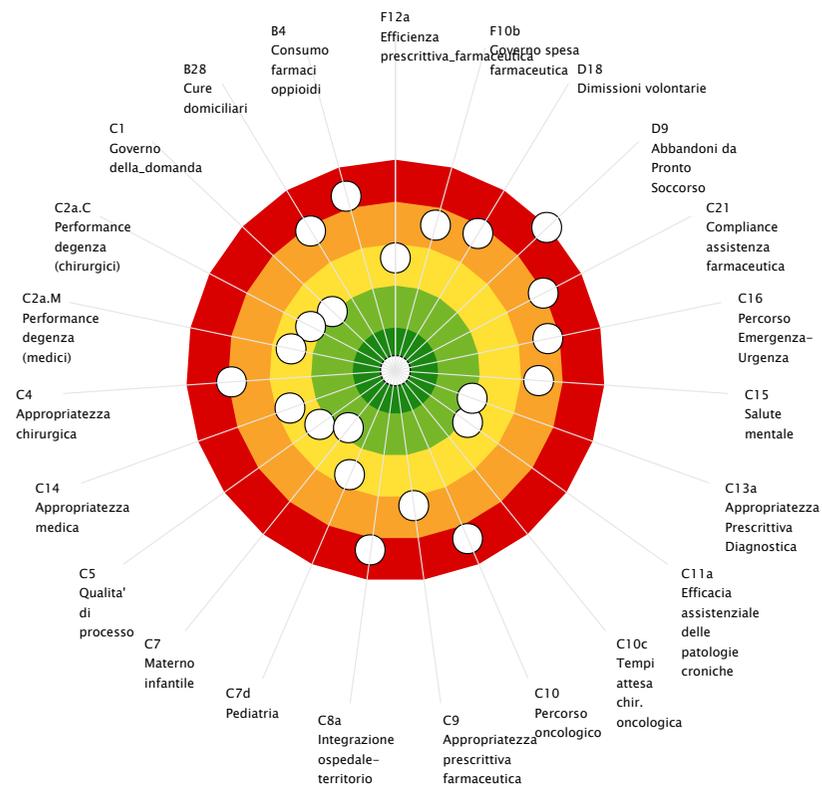
Camerino S. Severino Bersaglio 2015



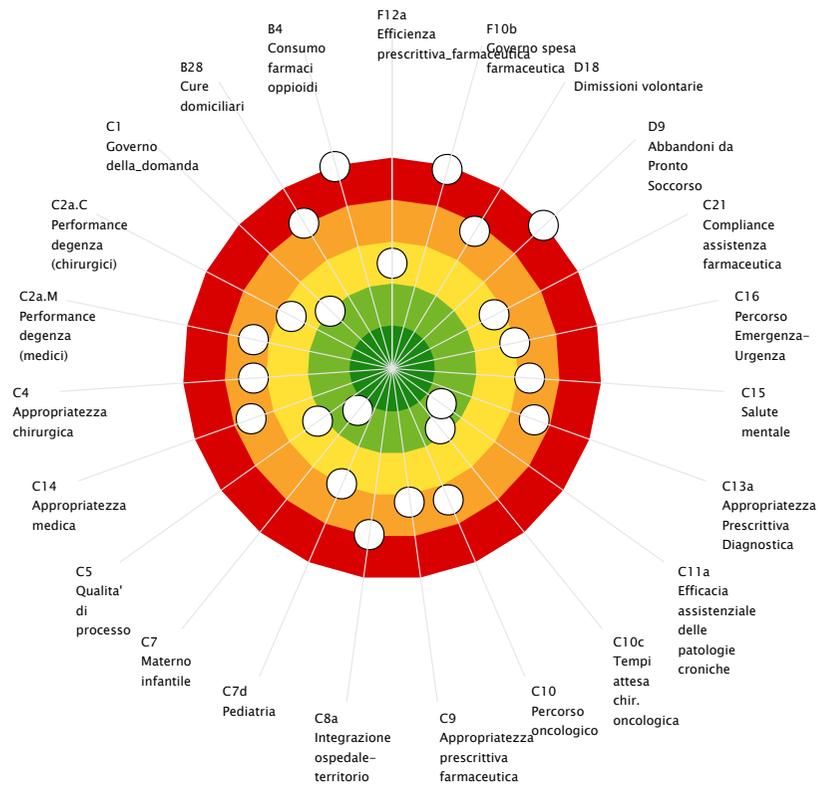
Fermo Bersaglio 2015



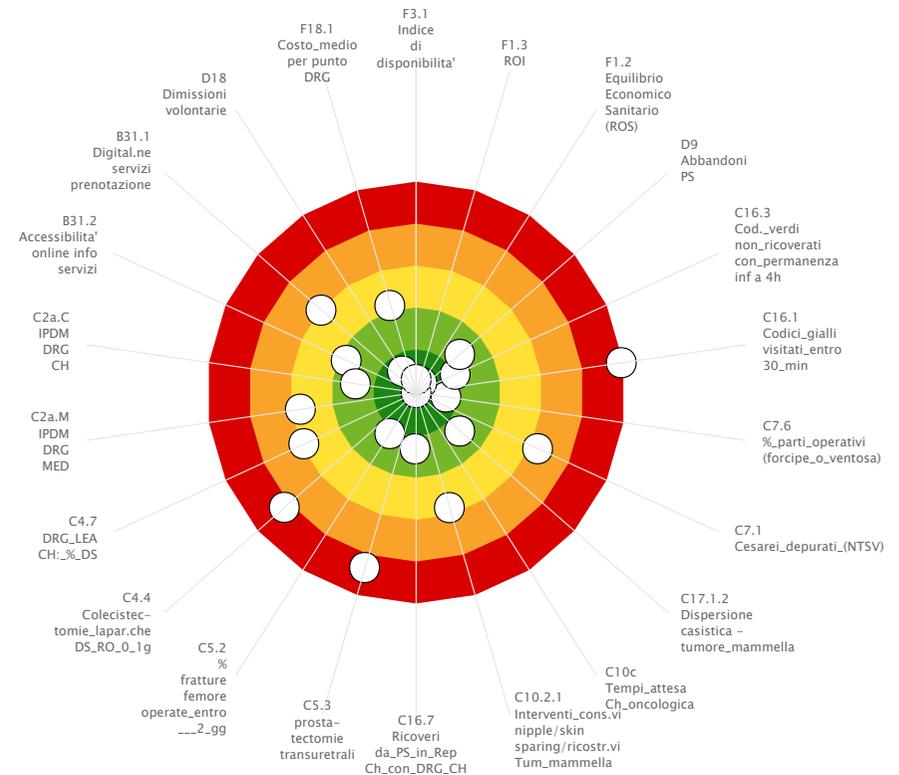
S. Benedetto Bersaglio 2015



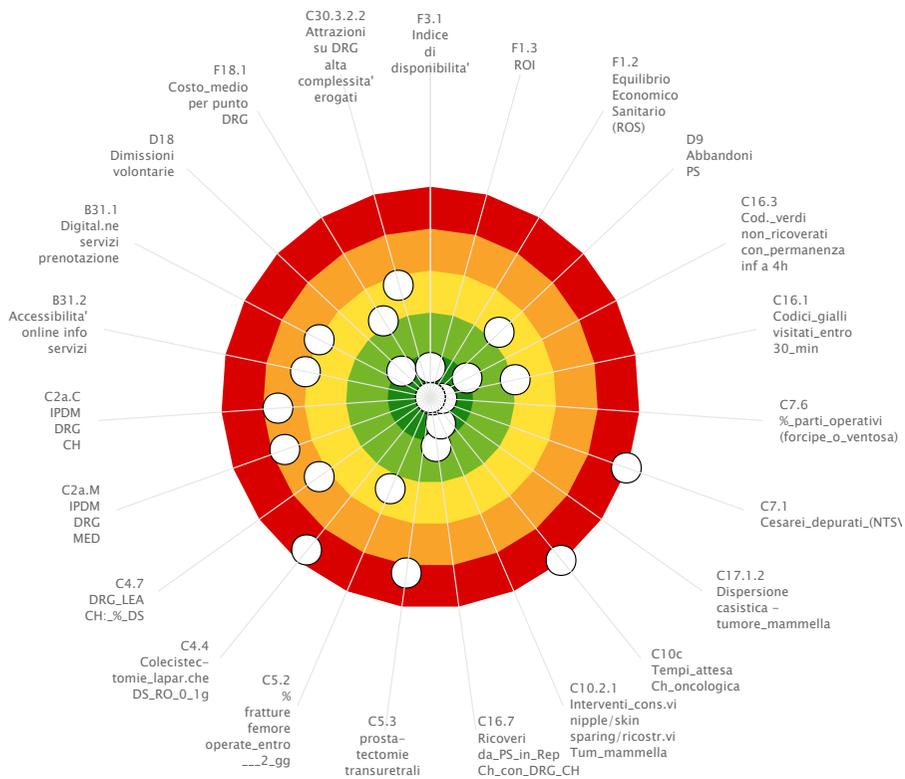
Ascoli Piceno Bersaglio 2015



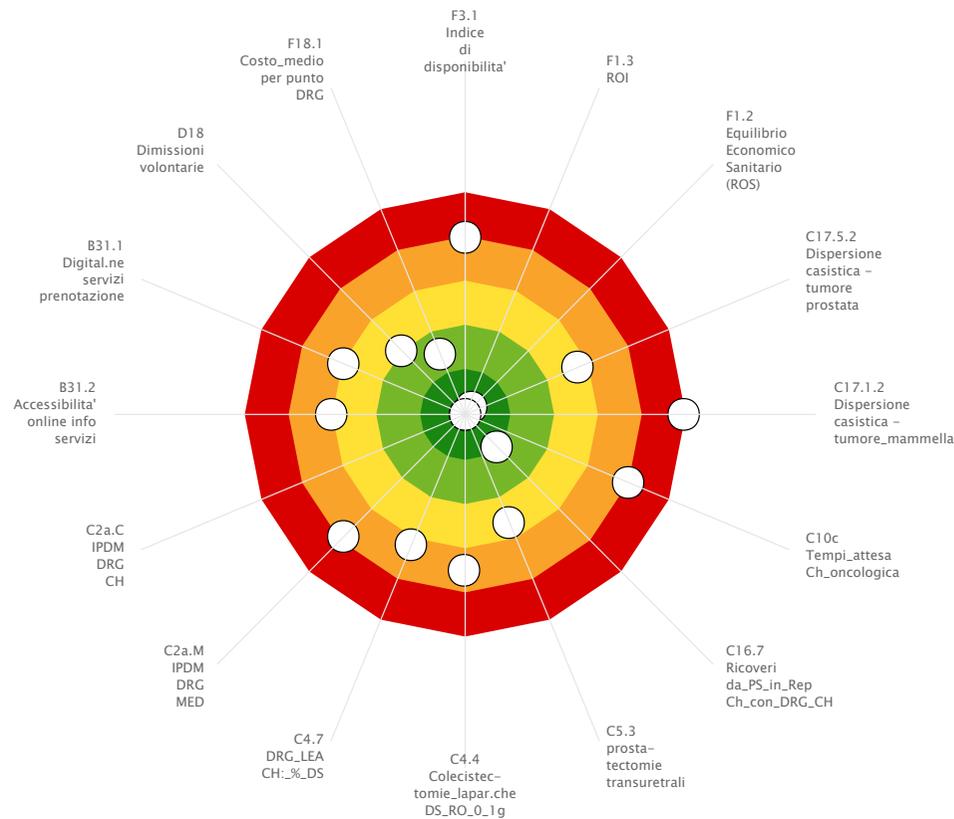
AO Osp. Riun. Marche Nord Bersaglio 2015



AOU Osp. Riun. Ancona Bersaglio 2015



INRCA Marche Bersaglio 2015



La performance della Provincia Autonoma di Bolzano

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: quella della P.A. di Bolzano gode complessivamente di buona salute, considerando i risultati relativi alla mortalità per tumori e per malattie cardiocircolatorie (dati 2010-2012) e alla mortalità infantile (dati 2011-2013). Resta invece critico il numero di suicidi (dati 2011-2013), più frequenti rispetto ad altre Regioni italiane. L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita sani: Bolzano mostra buoni risultati, eccezion fatta per l'elevato consumo di alcool, problematica verso la quale non si registra una corrispondente sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

Il livello di copertura vaccinale resta basso, per tutti i vaccini monitorati. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si conferma inferiore alla media, nonostante un leggero miglioramento rispetto al 2014.

Per quanto riguarda gli *screening* oncologici, si conferma come ad una capillare attività di invito da parte dell'Azienda non corrisponda un'altrettanto diffusa adesione da parte dell'utenza che – soprattutto in riferimento allo *screening* della cervice uterina e a quello colorettoleale – predilige l'iniziativa personale, al di fuori dei programmi organizzati.

Nonostante vi siano alcuni segnali di transizione rispetto al 2014, il sistema sanitario della Provincia rimane prevalentemente orientato verso una risposta sanitaria di tipo ospedaliero, con il tasso di ospedalizzazione più elevato del *Network* (per quanto in contrazione).

Permangono ampi spazi di miglioramento in riferimento all'appropriatezza chirurgica, mentre si registrano passi in avanti per quanto concerne l'appropriatezza medica. La durata della degenza – sia per i ricoveri medici, sia per quelli chirurgici – è complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni. Viene confermata l'ottima organizzazione dei processi ospedalieri, per quanto la bassa percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione segnali una difficoltà da parte dei Pronto Soccorso nell'indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati.

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile, con un contenuto ricorso ai parti cesarei e alle episiotomie, per quanto la casistica sia dispersa in molti punti nascita. Complessivamente buona anche la presa in carico di tipo pediatrico, nonostante il relativamente alto numero di ospedalizzazioni per gastroenterite.

A fronte di una bassa concentrazione della casistica, il percorso oncologico presenta comunque buoni risultati, con i tempi di attesa per intervento chirurgico più contenuti di tutto il *Network*.

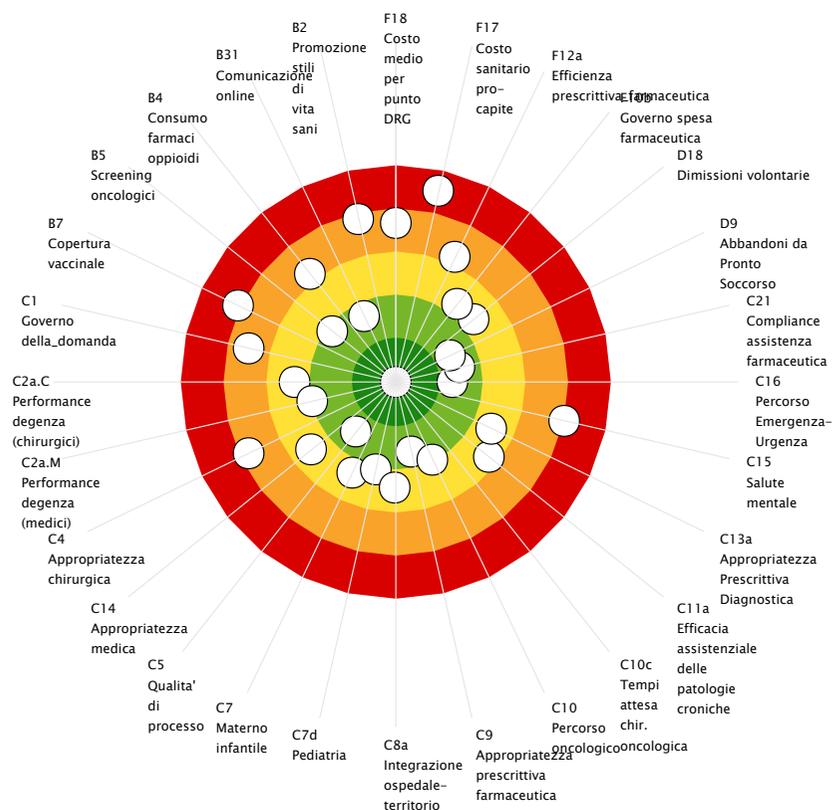
La presa in carico di patologie croniche come diabete e BPCO resta fortemente centrata sull'ospedale, mentre il tasso di amputazioni maggiori per diabete è il più basso del *Network*. Resta contenuto il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, con uno dei tassi più bassi di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani.

In riferimento alla *governance* dell'area farmaceutica, Bolzano ha una spesa pro-capite territoriale in linea con le altre Regioni del *Network*: questa è il risultato di un'ottima capacità di contenimento delle prescrizioni potenzialmente inappropriate, da un lato, e – di converso – di una propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole con brevetto non scaduto (e quindi più costose), dall'altro. Riguardo agli aspetti economico-finanziari (relativi all'anno 2014), la Provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia per l'assistenza ospedaliera) sensibilmente più elevata rispetto alle altre Regioni del *Network*.

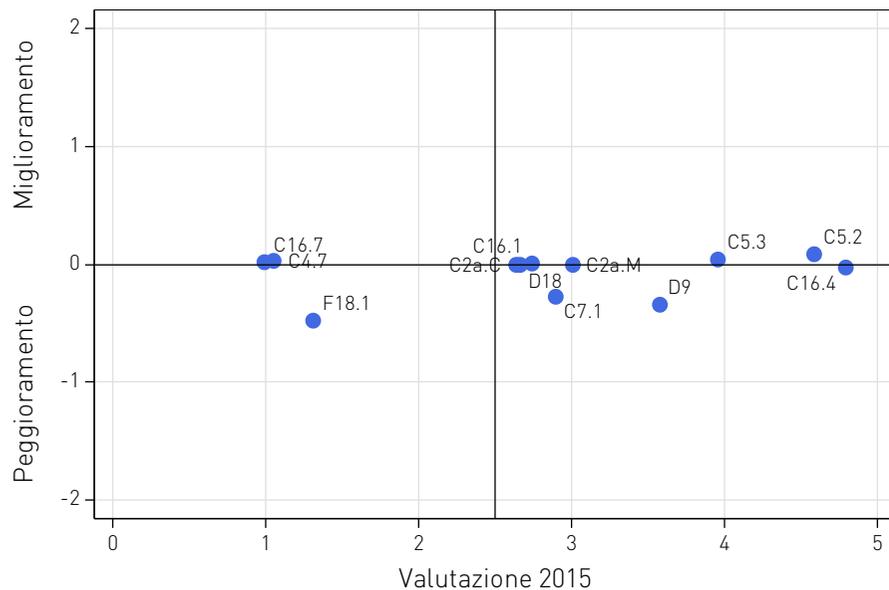
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile

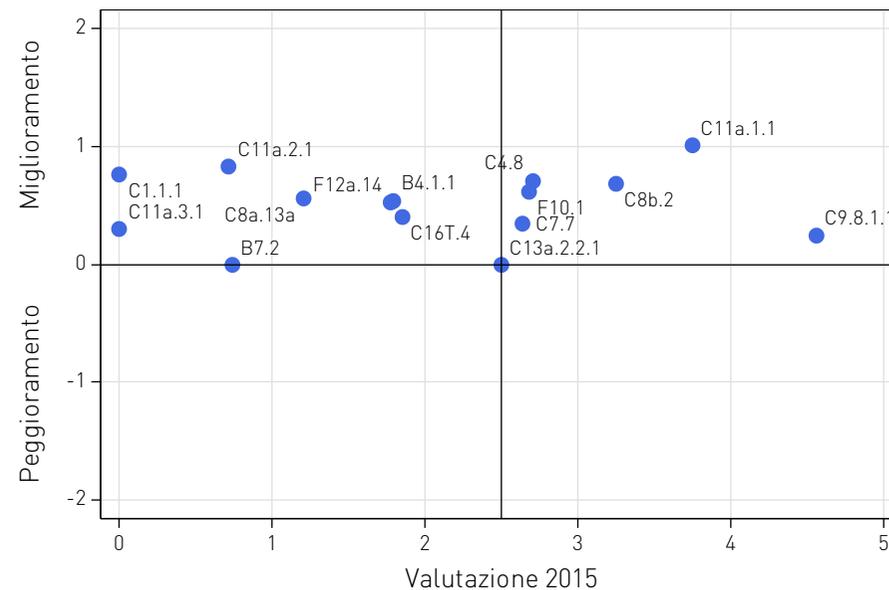
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

La performance della Provincia Autonoma di Trento

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della Provincia Autonoma di Trento gode complessivamente di buona salute, con una bassa mortalità per tumori, suicidi e malattie cardiocircolatorie (dati riferiti al triennio 2011-2013). Leggermente superiore alla media risulta invece la mortalità infantile.

L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita sani, benché il consumo di alcol resti elevato; l'impegno dei medici di medicina generale nella promozione di stili di vita sani potrebbe essere ulteriormente intensificato.

Il livello di copertura vaccinale si conferma complessivamente più basso rispetto alle altre Regioni. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, è simile a quella delle altre Regioni. I programmi di *screening* oncologici si confermano molto efficaci, sia in termini di invito da parte dei distretti, sia in per quanto riguarda l'adesione della popolazione.

Il sistema sanitario trentino si conferma complessivamente orientato verso una modalità di presa in carico di tipo ospedaliero: nonostante una leggera contrazione tra il 2014 e il 2015, il tasso di ospedalizzazione resta significativamente superiore alla media, soprattutto in riferimento ai ricoveri per post-acuti. La gestione delle casistiche mediche ha alcuni margini di recupero in termini di appropriatezza: si confermano superiori alla media sia il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriately, sia la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani, nonostante la Provincia sia dotata di una solida rete di RSA. Complessivamente appropriata la gestione della casistica chirurgica.

La durata media delle degenze di tipo medico non si discosta significativamente da quella delle altre Regioni, mentre i ricoveri chirurgici sono mediamente più brevi. Trento continua a presentare ottimi risultati in riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri; si registra tuttavia una criticità relativamente alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto *setting* di degenza. I tempi di attesa in PS si confermano molto contenuti, anche se gli abbandoni volontari da parte degli utenti restano elevati. Si registra invece un basso numero di dimissioni volontarie, *proxy* della soddisfazione dei pazienti rispetto al ricovero ospedaliero.

Il percorso materno-infantile è complessivamente buono, con un ricorso contenuto al parto cesareo.

La presa in carico della casistica pediatrica è complessivamente buona.

L'organizzazione del percorso oncologico è buona, sia in termini di *output*, sia in termini di concentrazione della casistica. I tempi di attesa per interventi di chirurgia oncologica sono contenuti. In riferimento specifico alle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti testimoniano la capacità di un'efficace presa in carico, per quanto vada prestata attenzione al tasso elevato di amputazioni maggiori per diabete.

In riferimento all'appropriatezza diagnostica, resta elevato il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, una prestazione ad alto rischio di inappropriately.

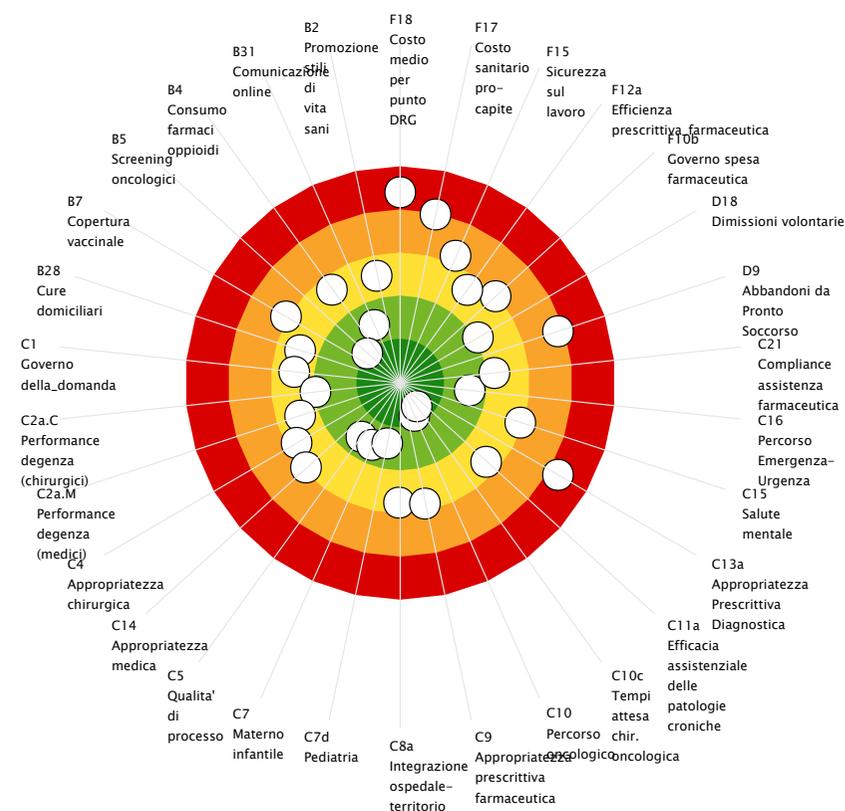
In ambito farmaceutico, la spesa territoriale pro-capite si attesta su valori leggermente superiori alla media. Se la propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto e l'adesione ad alcuni schemi terapeutici monitorati dal *Network* sono buoni, un presidio più attento al volume di prescrizioni di alcune classi di farmaci (segnatamente, IPP e sartani) potrebbe concorrere ad un recupero di appropriatezza.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari (relativi all'anno 2014), la Provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia per l'assistenza ospedaliera) sensibilmente più elevata rispetto alle Regioni del *Network*.

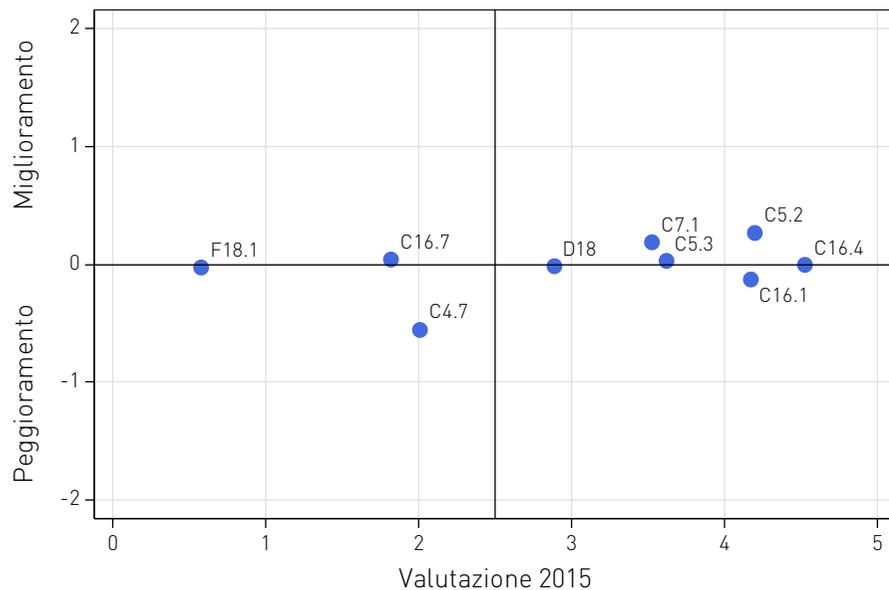
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

Mortalità infantile A2 Mortalità per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalità per suicidi A3 Mortalità per malattie circolatorie

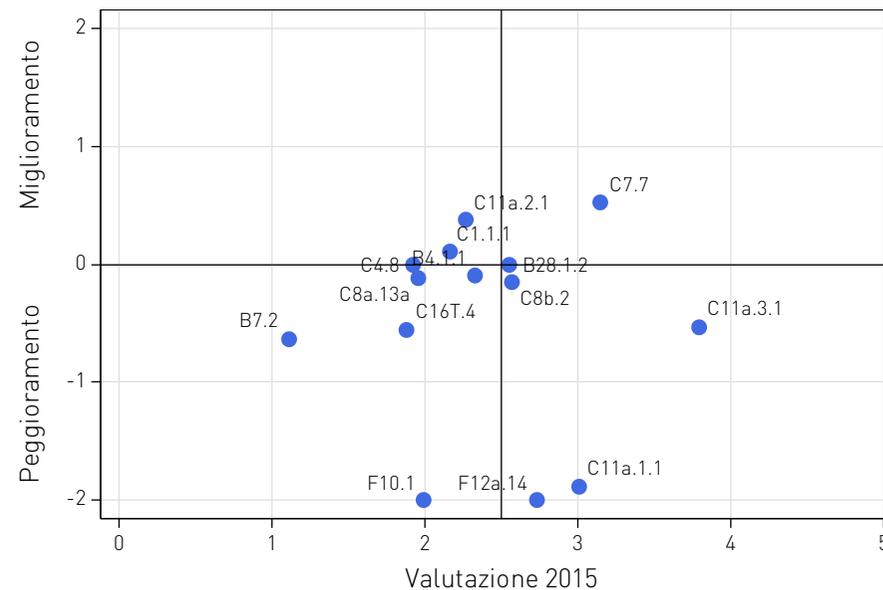
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

La performance della Regione Puglia

Il miglioramento della salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della Puglia presenta una bassa mortalità per suicidi, una mortalità per tumori e una mortalità infantile in linea con le altre Regioni, mentre quella per malattie circolatorie si attesta su valori superiori (dati riferiti al triennio 2011-2013).

L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: registra una percentuale di persone obese e in sovrappeso e di persone sedentarie superiore alle altre Regioni; rispetto a queste problematiche non spicca una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale nel consigliare corretti stili di vita.

La copertura vaccinale è complessivamente buona, per quanto quelle per Papilloma virus e Meningococco possano essere ulteriormente estese. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è ottima. I programmi di *screening* oncologici rappresentano un'area critica del sistema sanitario pugliese, sia per quanto concerne l'estensione degli inviti, sia per quanto riguarda l'adesione ad essi.

L'alto tasso di ospedalizzazione – segnatamente quello per ricoveri ordinari acuti – indica ancora alcune difficoltà nella capacità di governo della domanda, pur registrandosi un rilevante miglioramento.

La gestione della casistica sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico presenta elementi di criticità. In riferimento alla prima, sono elevati sia il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriately, sia quello diurno di tipo diagnostico. In riferimento alla casistica chirurgica, un più insistito ricorso alla *day surgery* consentirebbe un ritorno in termini di appropriatezza organizzativa.

Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano performance in linea con le altre Regioni, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica. In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, la bassa percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione denota una difficoltà nel corretto indirizzo della casistica; si registra inoltre una criticità nel tempestivo trattamento delle fratture del collo femore, segnatamente in alcune Aziende. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatori *proxy* della soddisfazione dell'utenza – è significativamente più elevata delle altre Regioni. I tempi di attesa in Pronto Soccorso non si discostano dalla media.

La gestione del percorso materno-infantile è segnata da un elevato ricorso al taglio cesareo; la presa in carico di tipo pediatrico è critica, come indicato dagli alti tassi di ospedalizzazione per patologie pediatriche e dall'elevato consumo di antibiotici.

Il percorso oncologico restituisce buoni risultati in termini di output, nonostante permanga una certa dispersione della casistica per gli interventi di tumore maligno alla mammella. I tempi di attesa per interventi chirurgici sono molto contenuti, eccezion fatta per gli interventi per tumore alla prostata.

La presa in carico della salute mentale mostra *performance* buone.

La gestione delle cronicità è complessivamente critica, per quanto si rilevi una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per tutte le principali patologie.

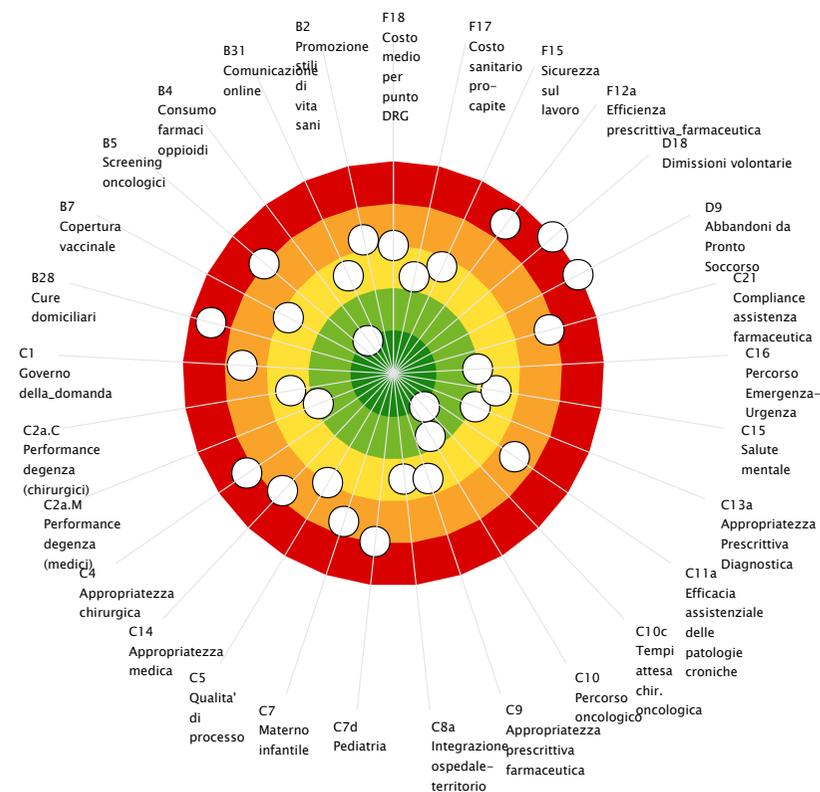
Sul versante della governance farmaceutica, emerge una scarsa propensione – da parte dei MMG – alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, infine, i dati (relativi all'anno 2014) si confermano in linea con le altre Regioni per quanto concerne il costo sanitario pro-capite complessivo, mentre quello per l'assistenza ospedaliera è leggermente più elevato.

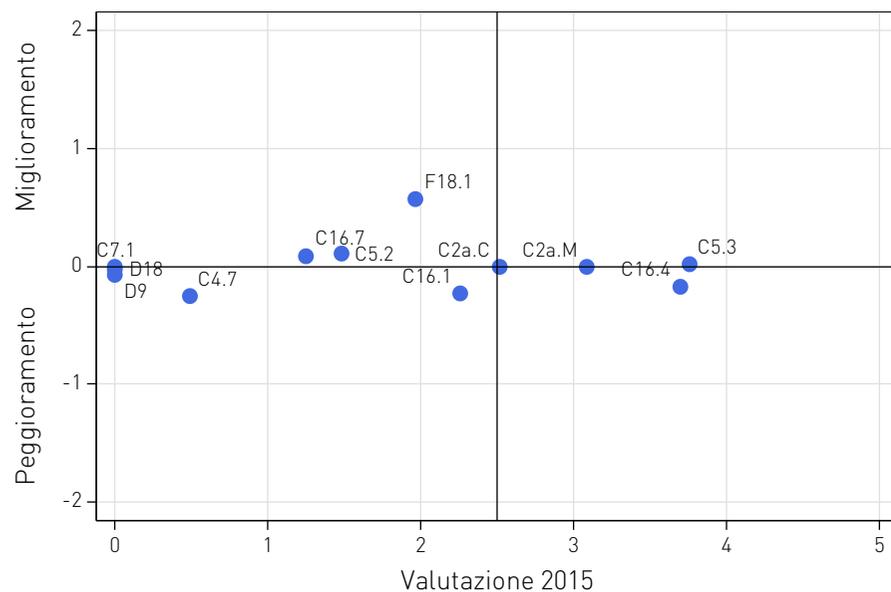
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi

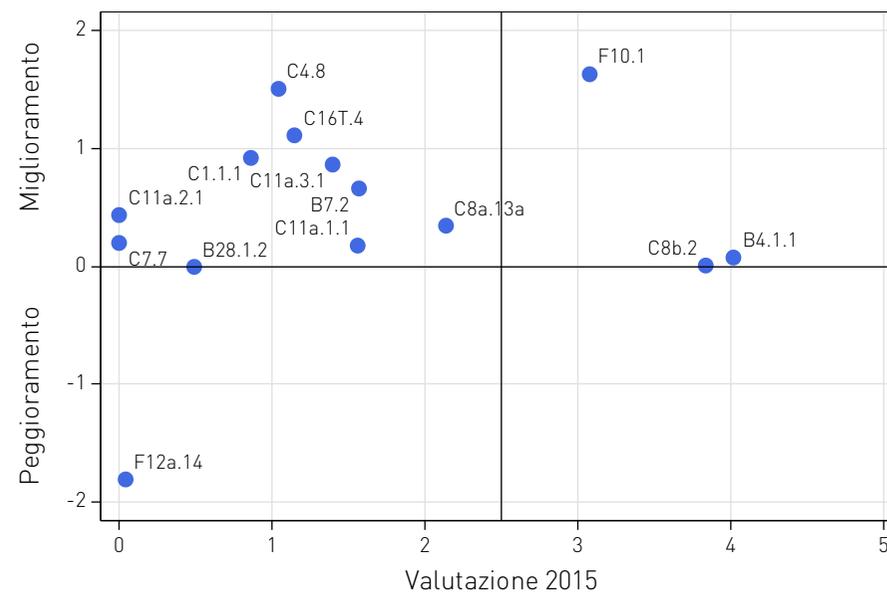
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

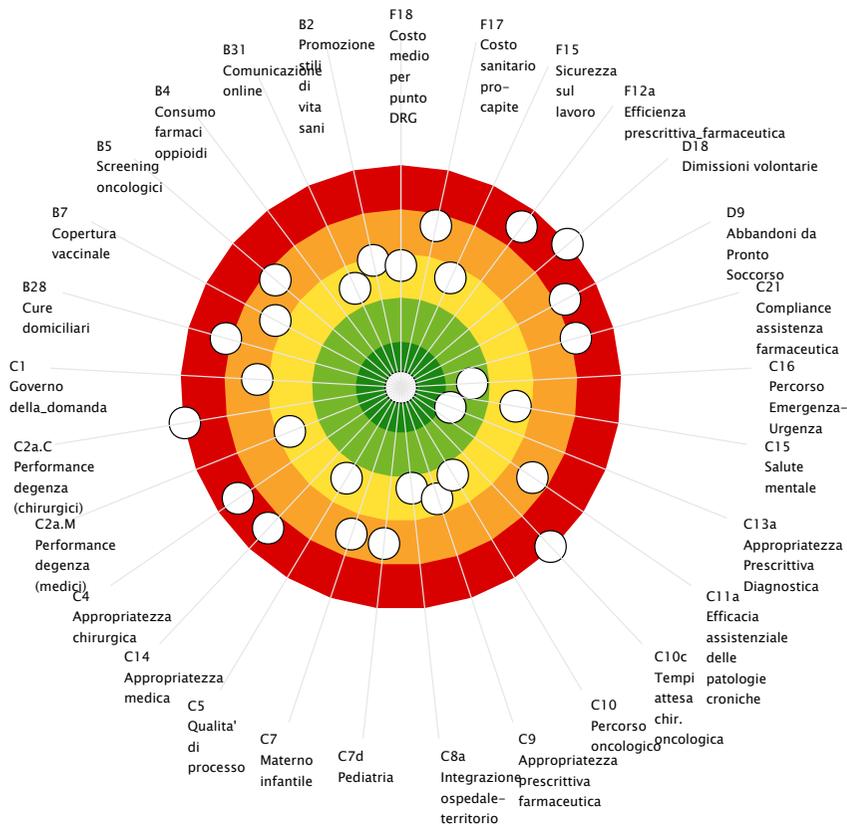
ASL Brindisi

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



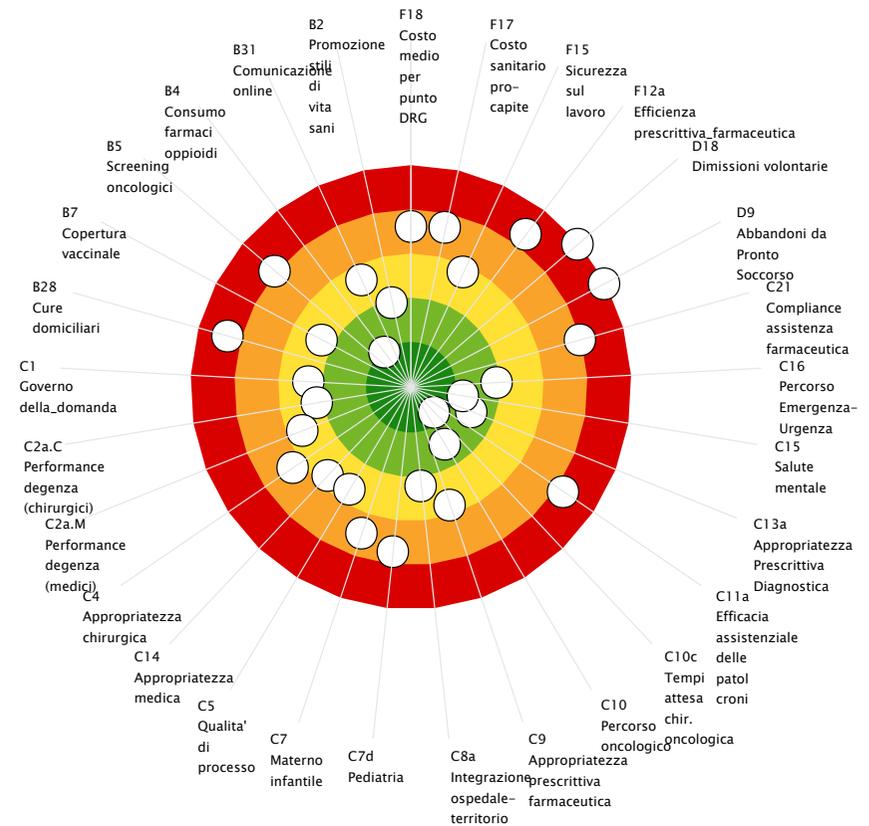
ASL Taranto

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



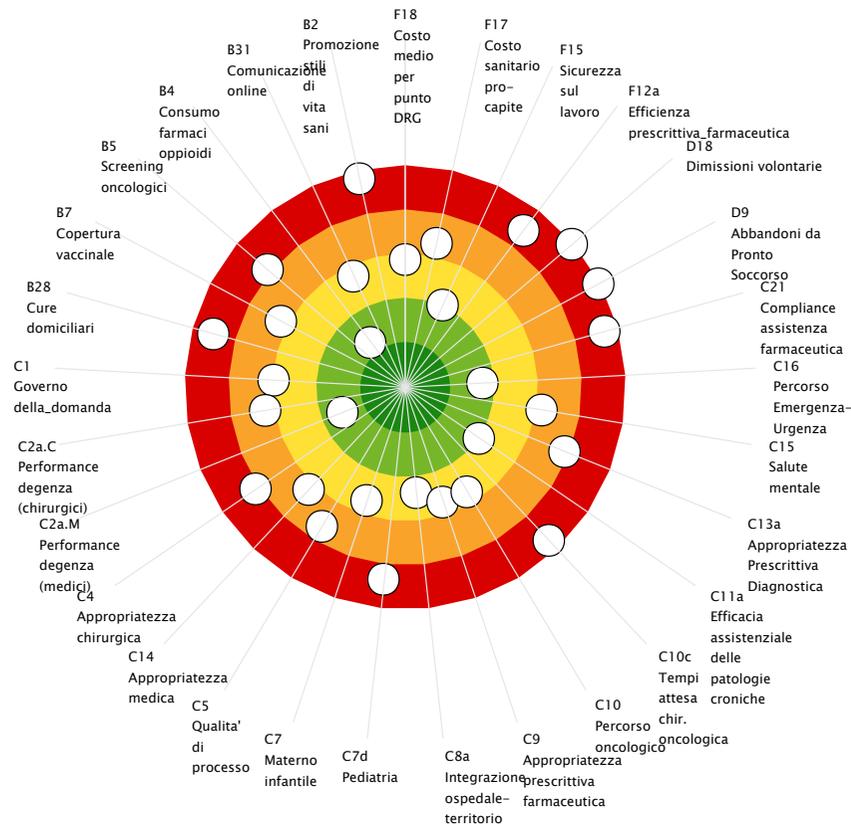
ASL Barletta-Andria-Trani

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

0 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



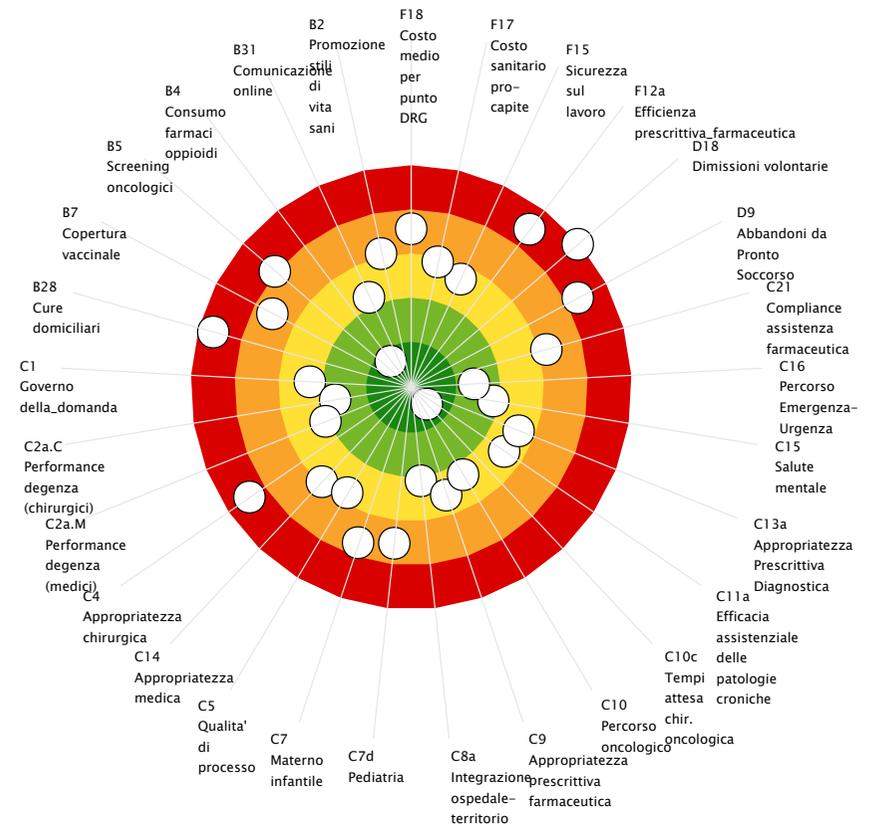
ASL Bari

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A10 Stili di vita (PASSI)



Bersaglio 2015



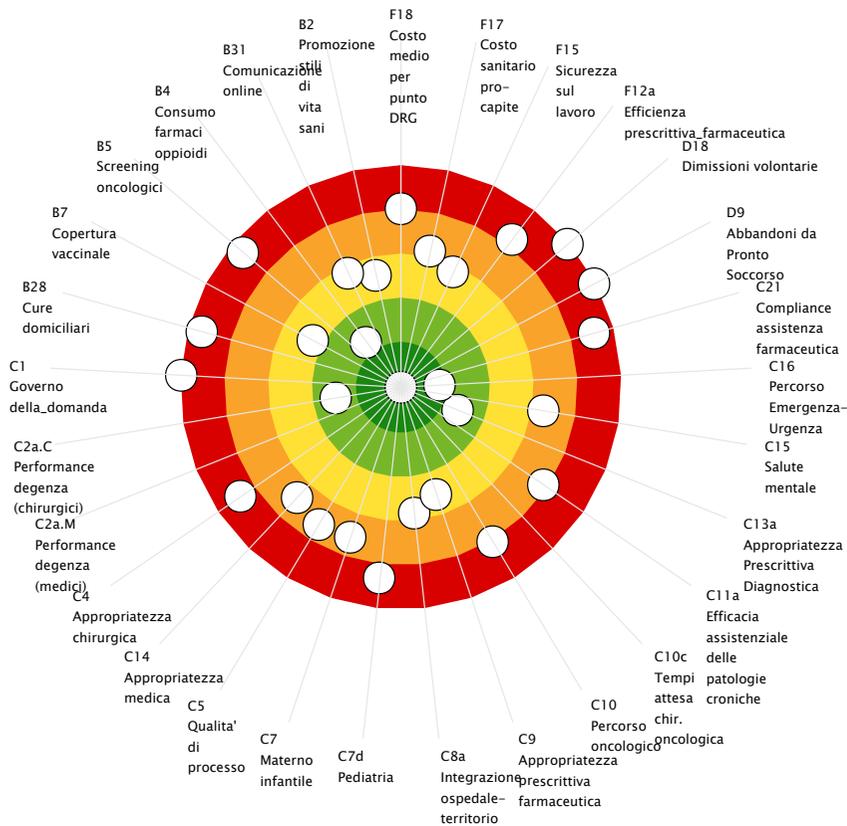
ASL Foggia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



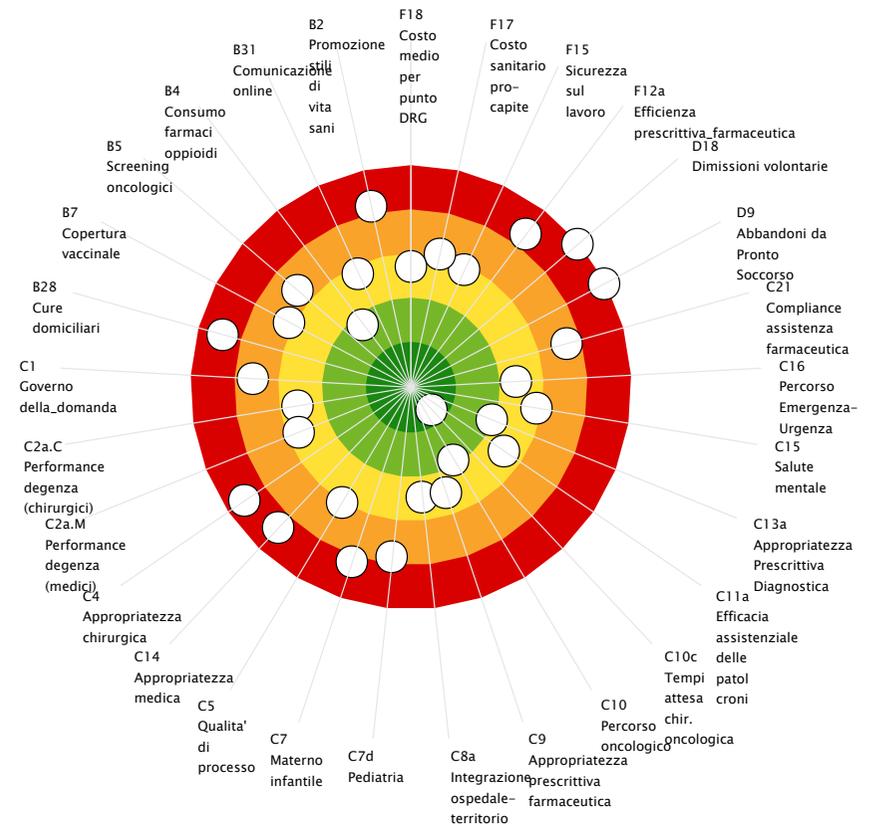
ASL Lecce

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

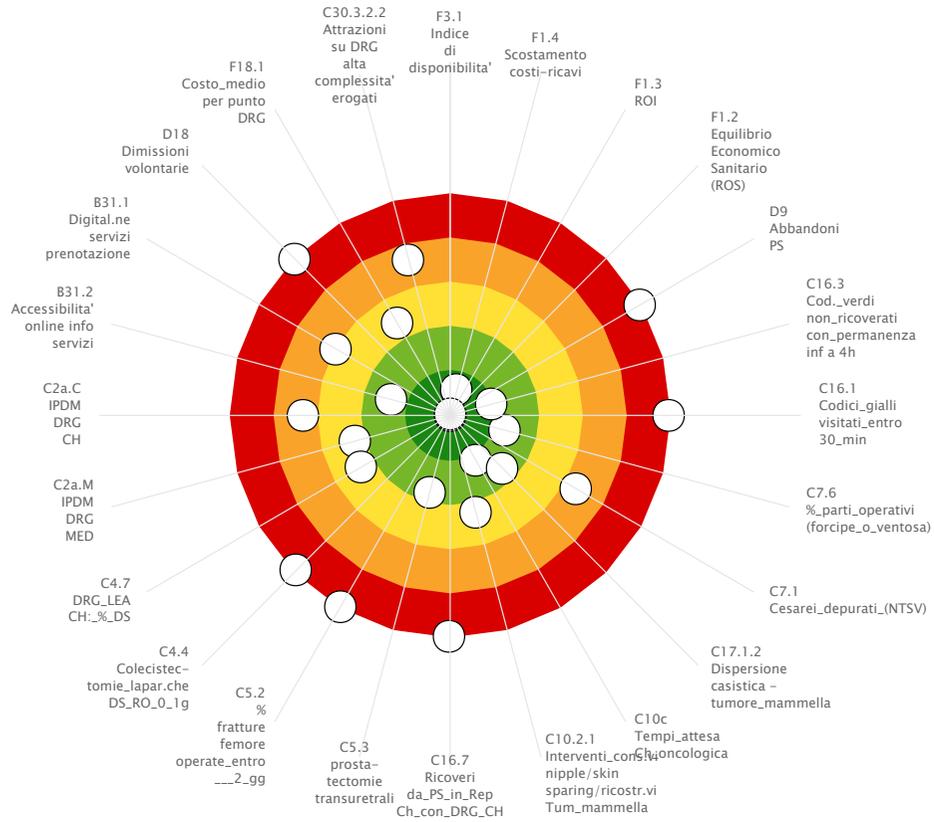
A10 Stili di vita (PASSI)



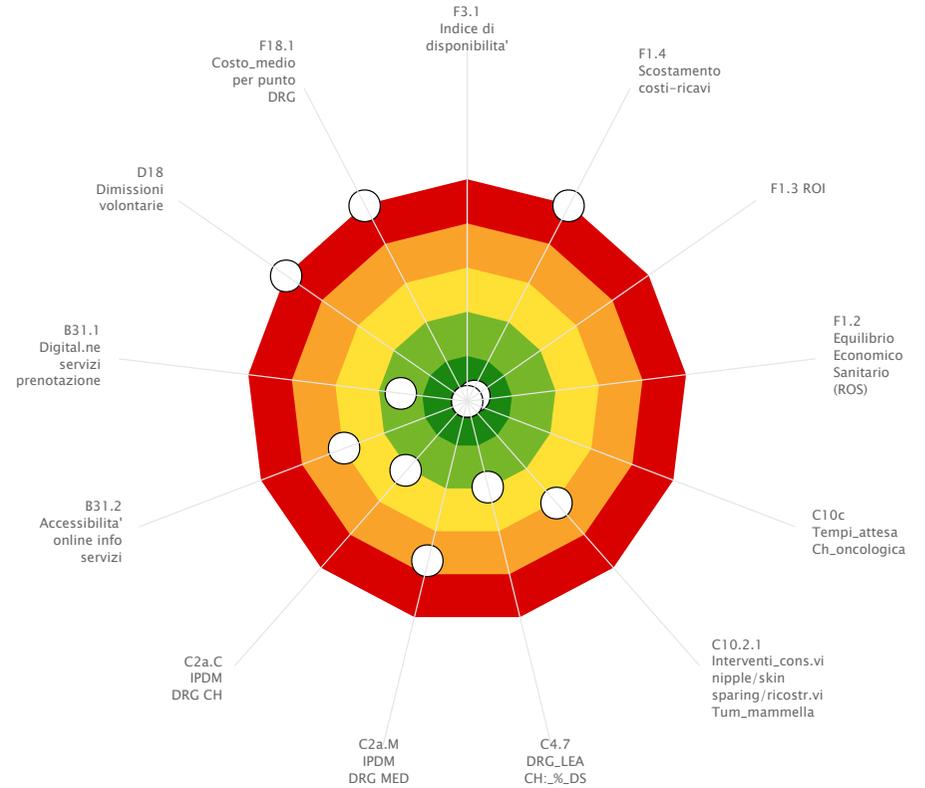
Bersaglio 2015



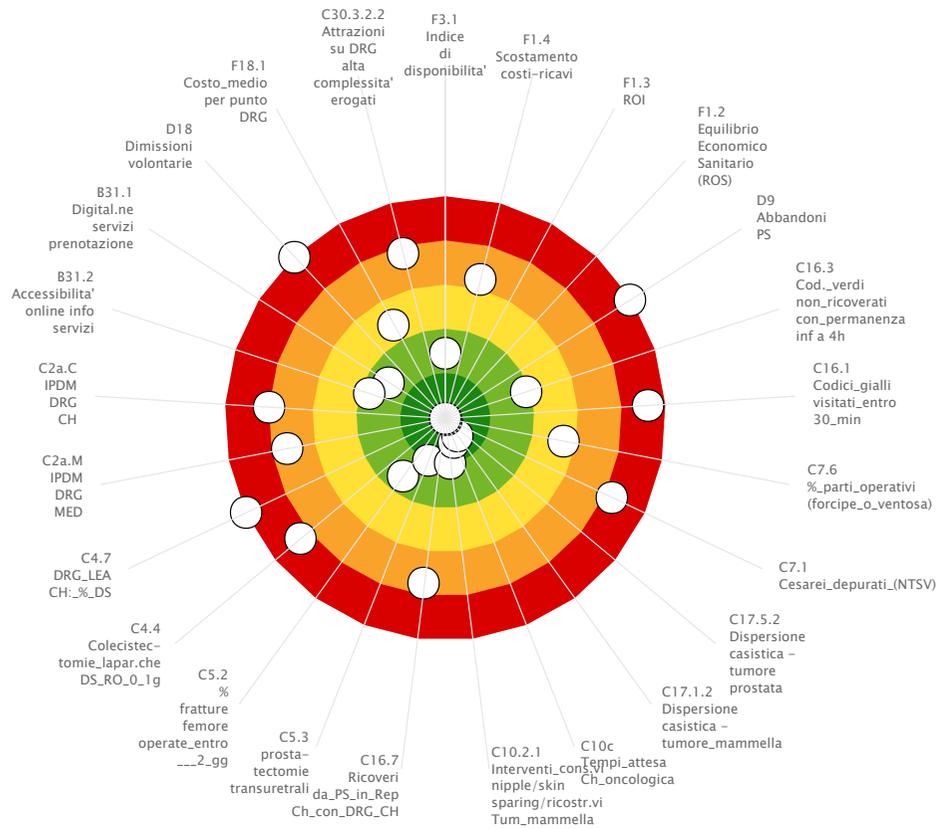
00.RR. Foggia Bersaglio 2015



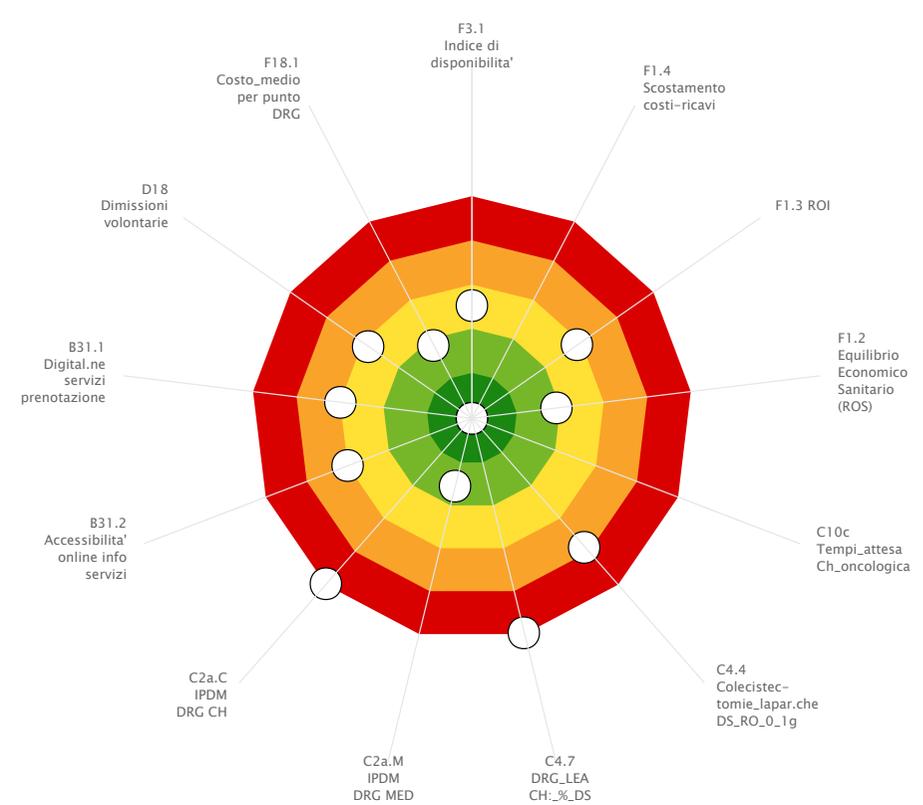
IRCCS Oncologico Bari Bersaglio 2015



AOU Pol. Bari Bersaglio 2015

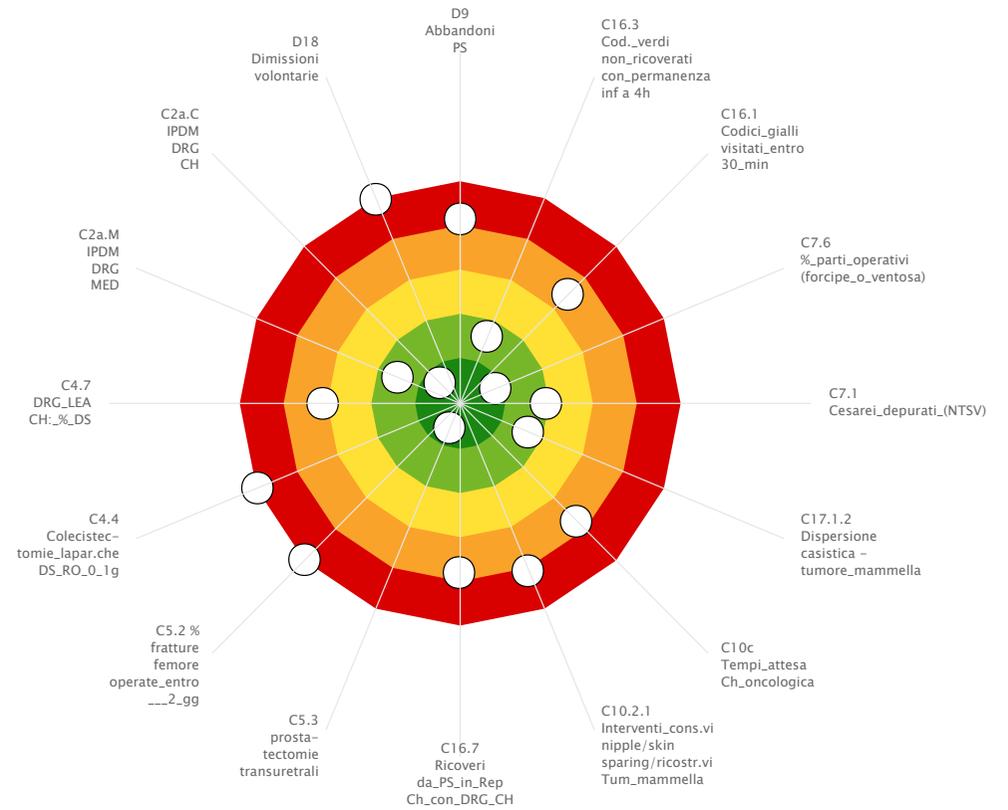
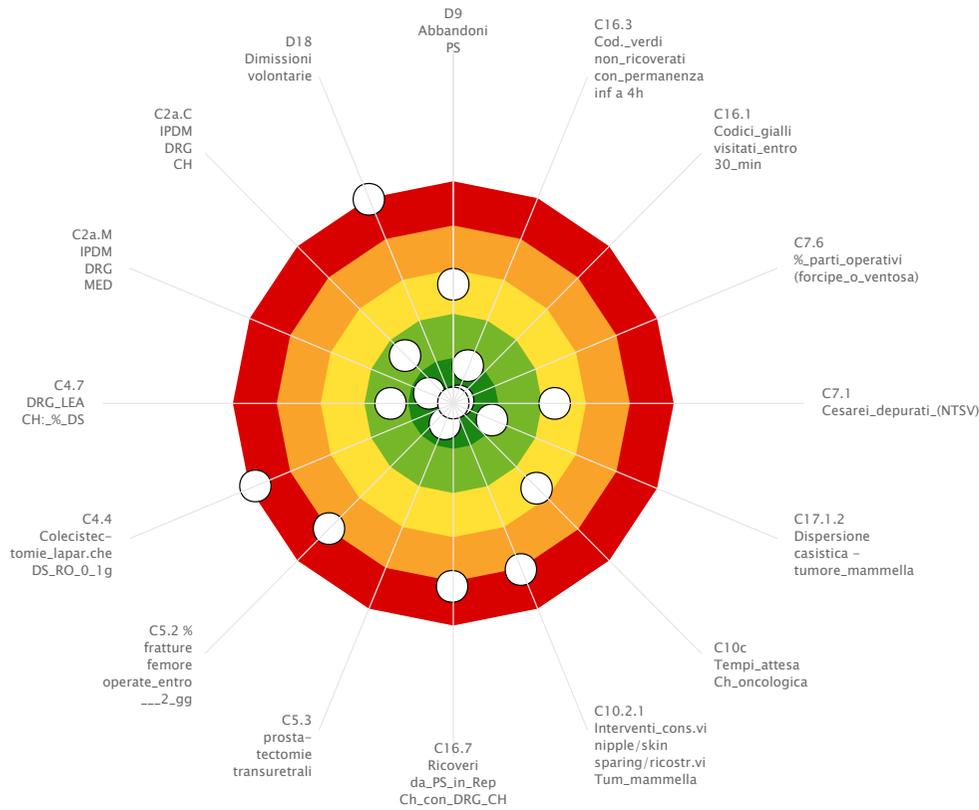


IRCCS Debellis Castellana Bersaglio 2015

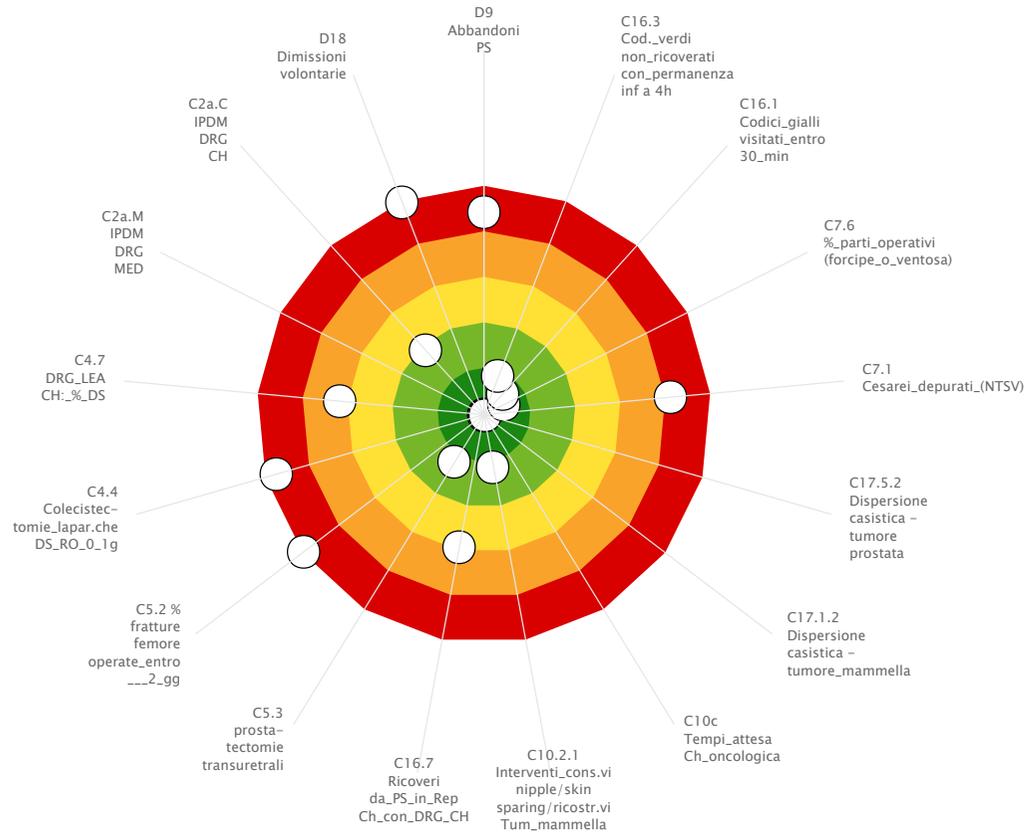


E.E. Card. Panico Bersaglio 2015

E.E. Miulli Bersaglio 2015



E.E. Casa Sollievo Bersaglio 2015





La performance della Regione Toscana

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: la Toscana presenta buoni risultati in merito agli indicatori di mortalità (infantile, per tumori, per malattie cardiovascolari, per suicidi – dati riferiti al triennio 2011-2013). L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: come nel 2014, la situazione della Toscana non si discosta da quella delle altre Regioni, sia per quanto concerne la diffusione di stili di vita sani, sia per quanto riguarda la loro promozione da parte dei medici di medicina generale.

La copertura vaccinale si conferma ampia per tutte le tipologie di vaccinazioni, in particolare l'esavalente, per quanto vada comunque prestata attenzione a quella antinfluenzale (comunque in miglioramento rispetto al 2014). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è nella media e in ulteriore miglioramento rispetto al 2014. I programmi di *screening* oncologici presentano una buona copertura, in termini sia di estensione che di adesione da parte della popolazione.

Si conferma un punto di forza del sistema sanitario toscano l'appropriato ricorso al setting ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione complessivo è il più basso del *network* (129,7 ricoveri per 1000 residenti). Il dato va letto sia in riferimento all'efficiente organizzazione dei percorsi intra-ospedalieri, sia alla capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i bisogni di salute della popolazione toscana. In merito al primo punto, gli ospedali toscani mostrano un utilizzo appropriato sia del *setting* assistenziale chirurgico, sia di quello medico. Tra il 2014 e il 2015 si riduce ulteriormente la durata delle degenze – sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico – confermando l'uso efficiente della risorsa ospedaliera. Un elemento di attenzione è tuttavia rappresentato dai tempi di attesa prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto e per tumore alla prostata. L'elevata percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione testimonia l'ottima capacità da parte dei Pronto Soccorso toscani di indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati. I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni; la percentuale di abbandoni si mantiene in linea con le altre Regioni, così come il numero di dimissioni volontarie – considerato un indicatore *proxy* del giudizio da parte degli utenti sulla qualità del ricovero. In riferimento al secondo aspetto – la capacità di presa in carico da parte dei servizi territoriali – i bassi tassi di ospedalizzazione per patologie croniche e per patologie evitabili confermano l'ottima qualità dell'offerta. La Toscana conferma un'ottima integrazione tra ospedale e territorio; la percentuale di anziani assistiti a domicilio è la più alta del *network*.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma buona. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale rilevano l'esigenza di prestare maggiore attenzione ai ricoveri ripetuti entro i 7 giorni dalla dimissione.

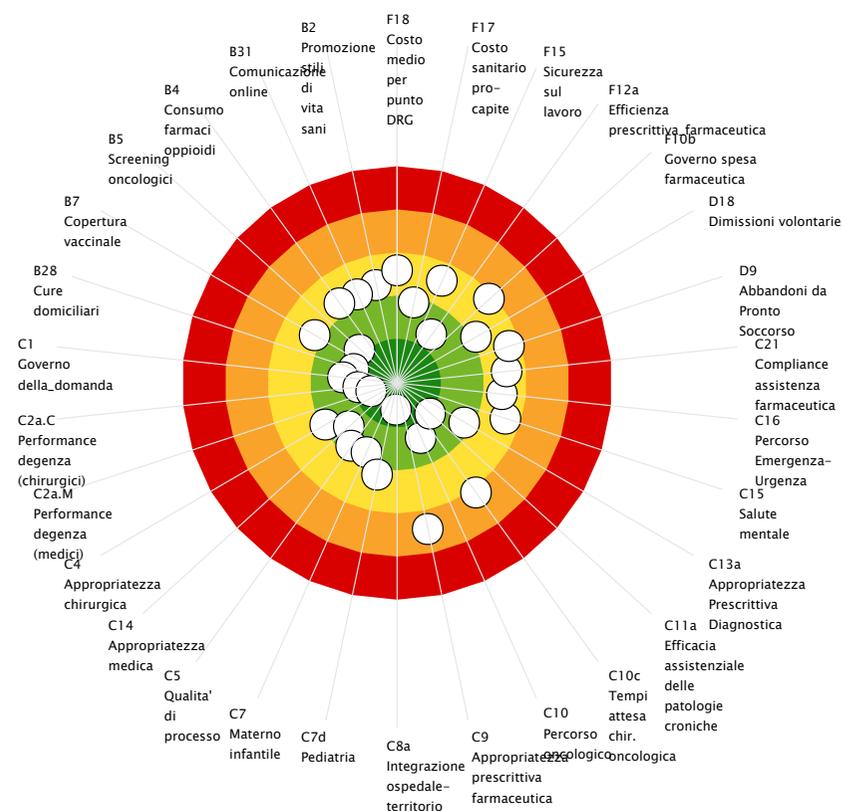
In riferimento alla *governance* dell'area farmaceutica territoriale, la Toscana mostra livelli di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto) buoni, mentre il controllo più attento dell'attività prescrittiva potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza. Va inoltre presidiata con attenzione l'attività prescrittiva ospedaliera, per la quale si registra un *trend* di crescita costante.

Riguardo infine alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario toscano (dati riferiti all'anno 2014), sono contenuti sia il costo sanitario pro-capite, sia il costo per l'assistenza ospedaliera (nonostante un leggero incremento tra 2013 e 2014).

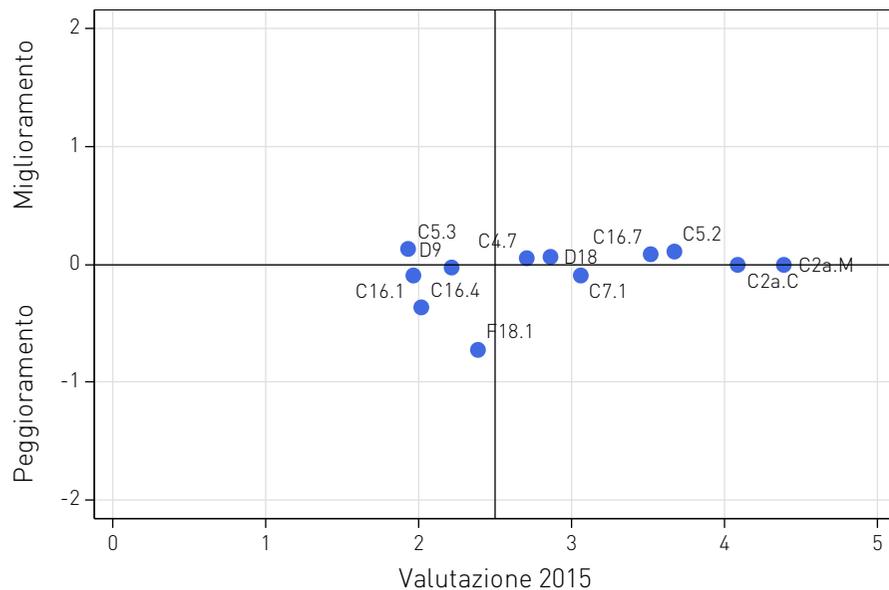
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

2 Mortalità* per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalità* infantile A4 Mortalità* per suicidi A3 Mortalità* per malattie circolatorie

Bersaglio 2015

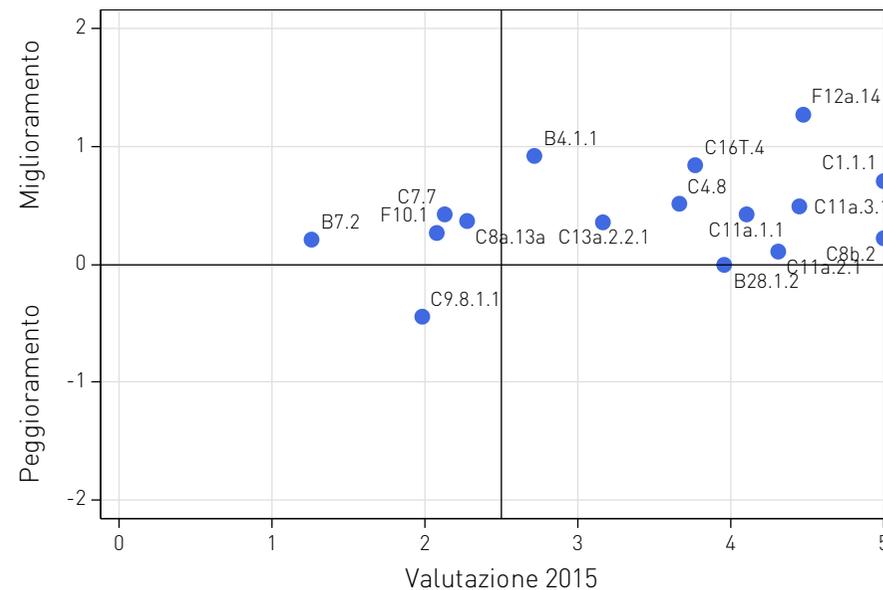


MAPPA OSPEDALE



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

MAPPA TERRITORIO

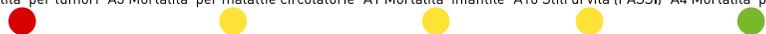


B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

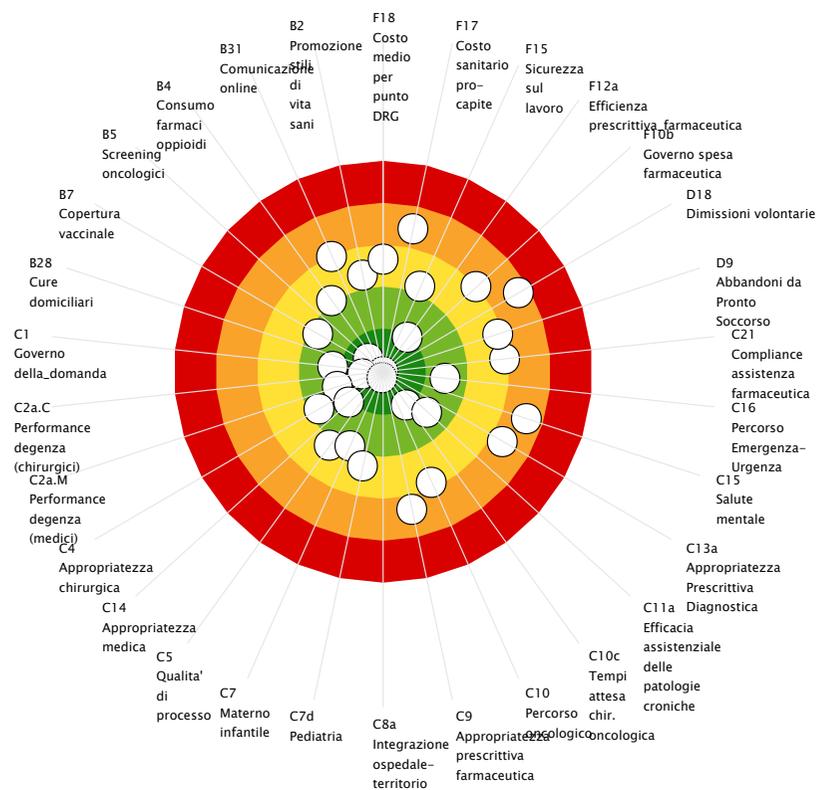
AUSL 1 Massa

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



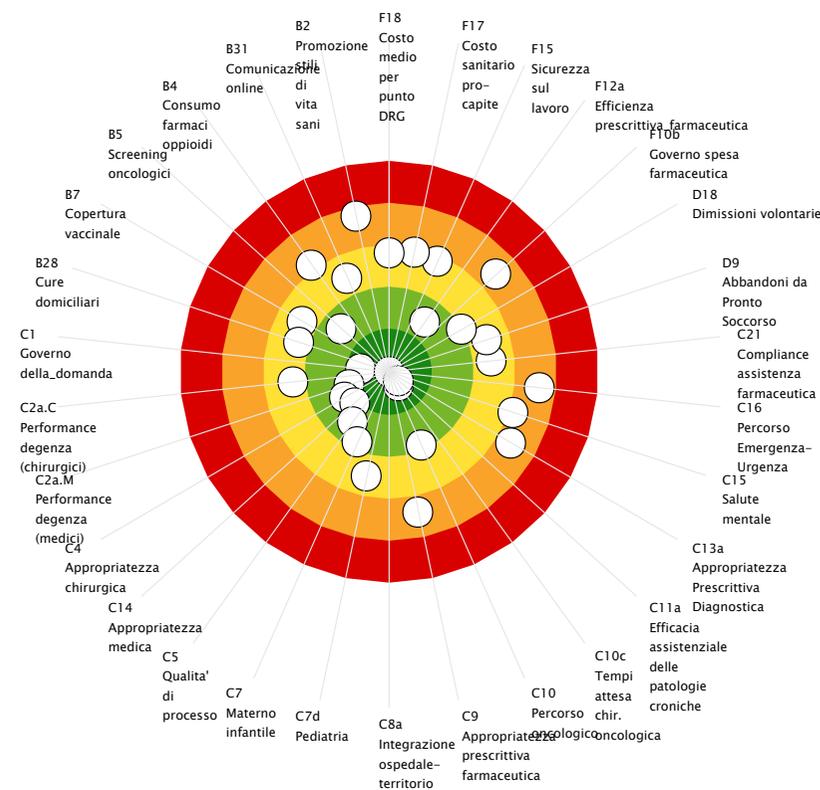
AUSL 2 Lucca

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015

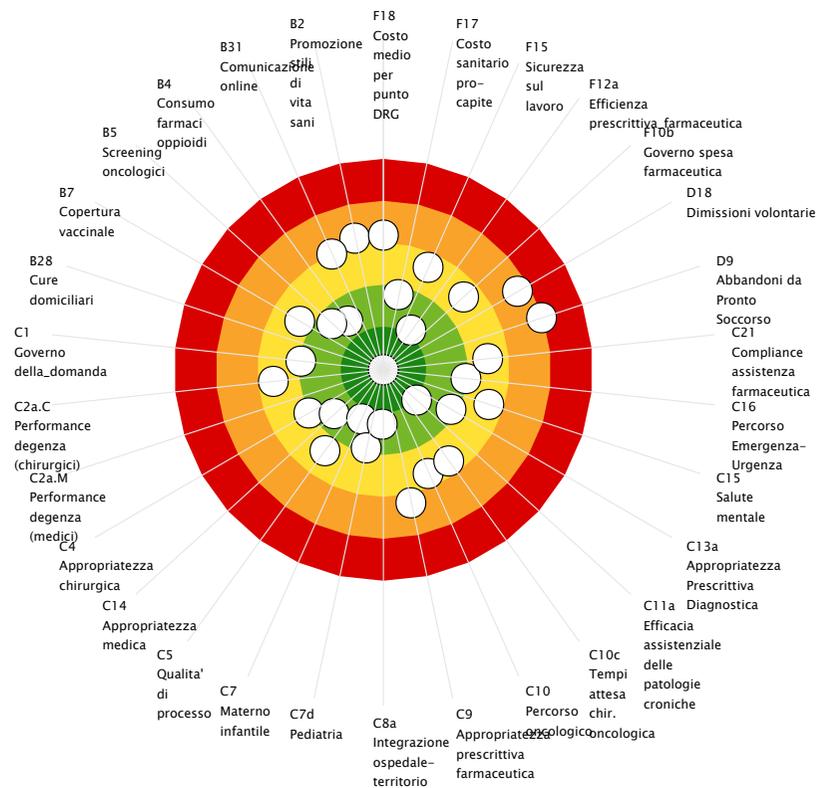


AUSL 3 Pistoia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile

Bersaglio 2015

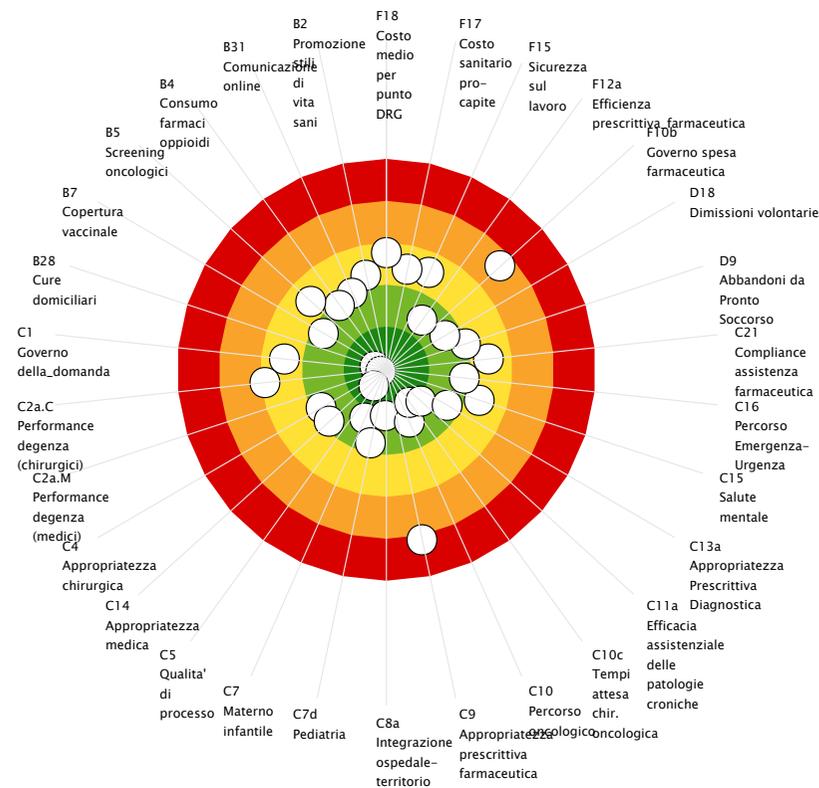


AUSL 4 Prato

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile

Bersaglio 2015

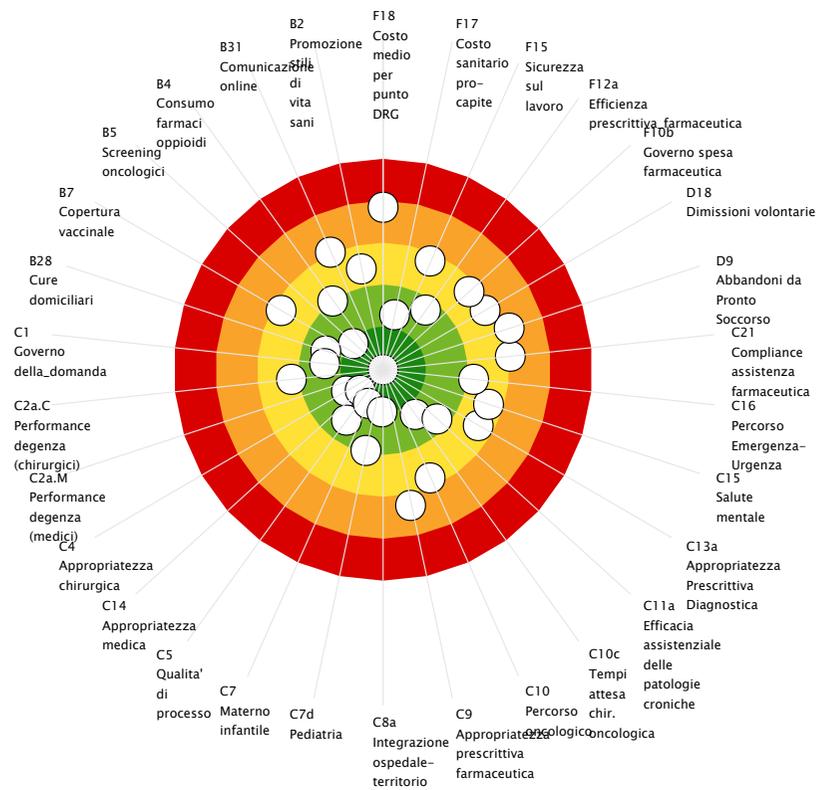


AUSL 5 Pisa

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi

Bersaglio 2015

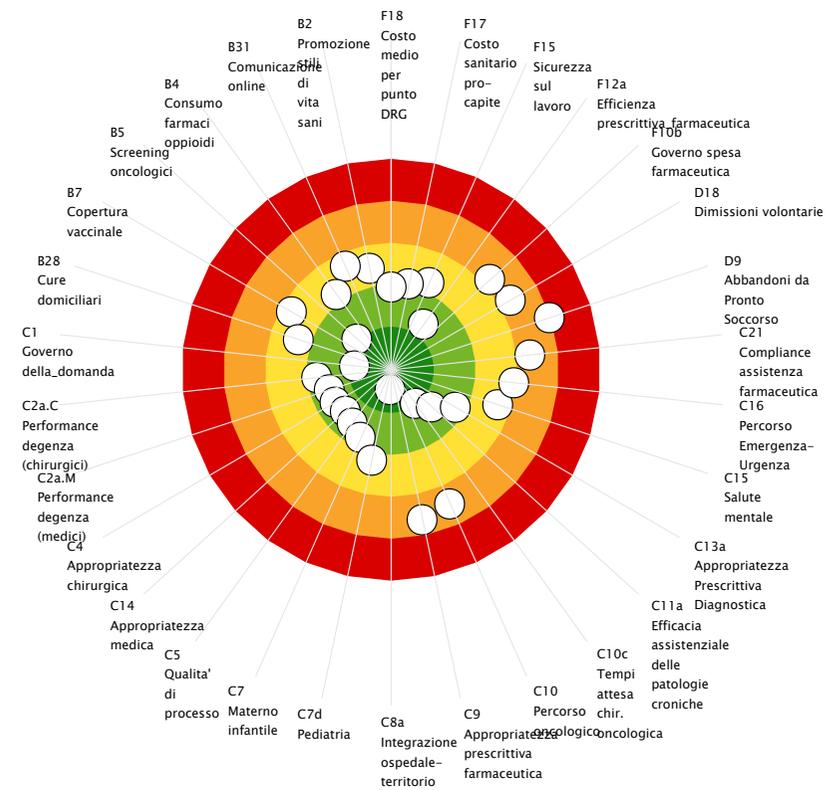


AUSL 6 Livorno

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi

Bersaglio 2015



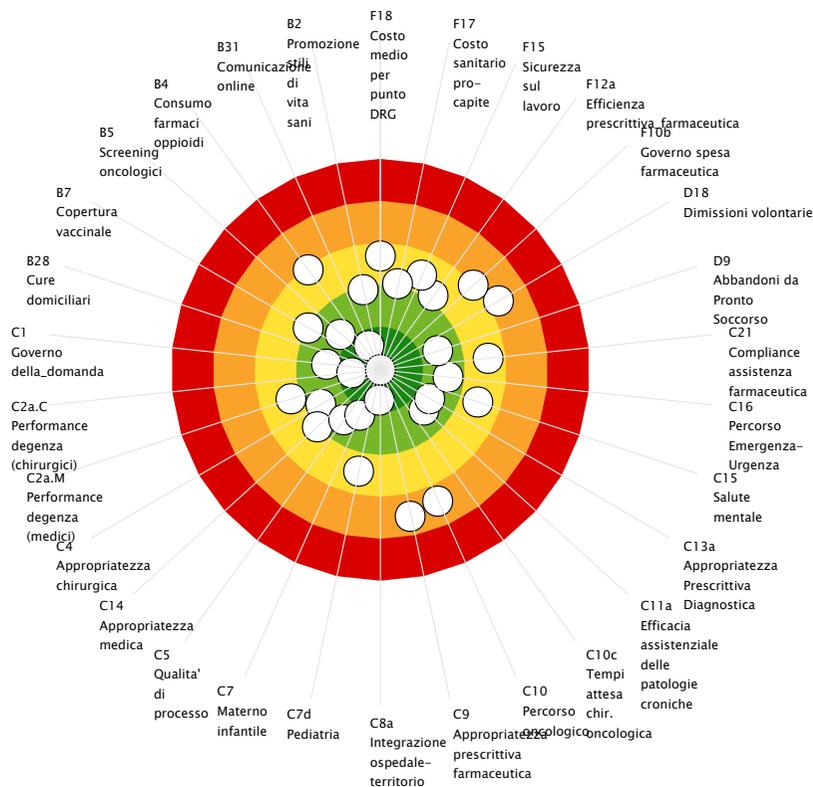
AUSL 7 Siena

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori



Bersaglio 2015



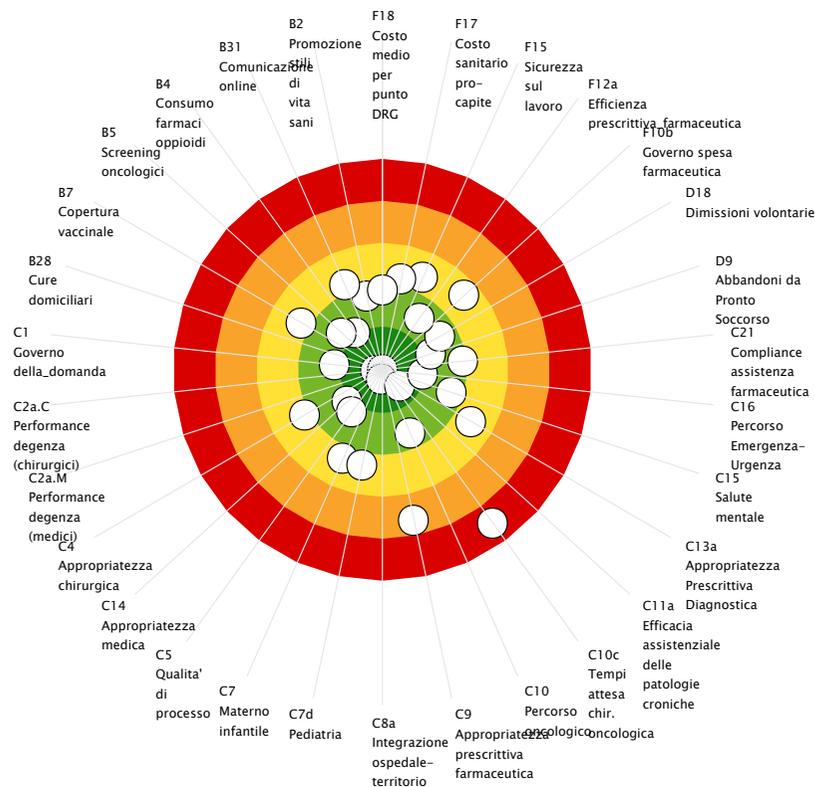
AUSL 8 Arezzo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015

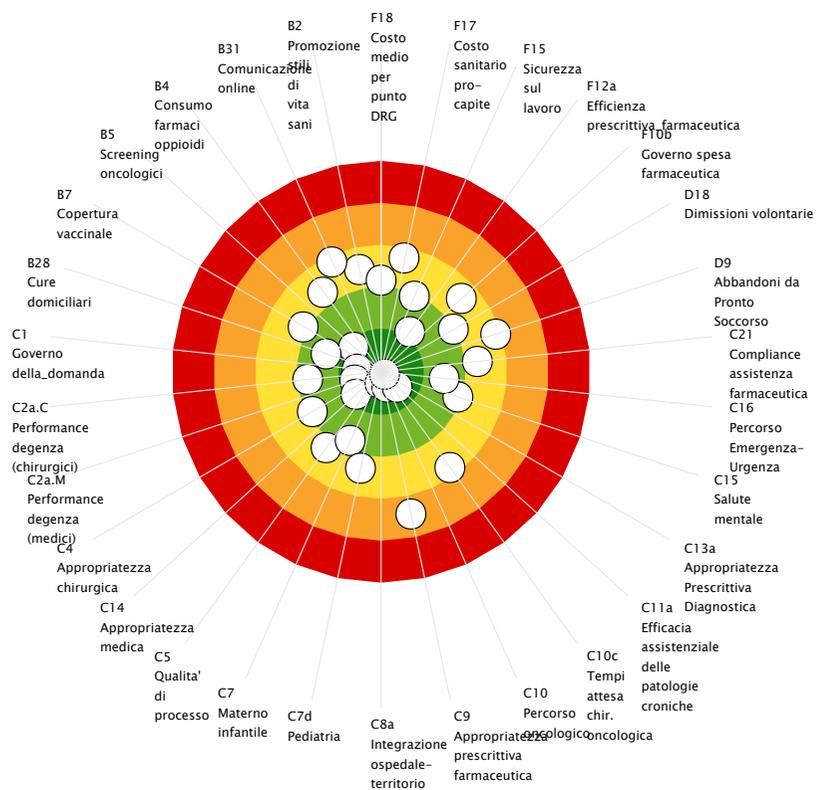


AUSL 9 Grosseto

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie

Bersaglio 2015

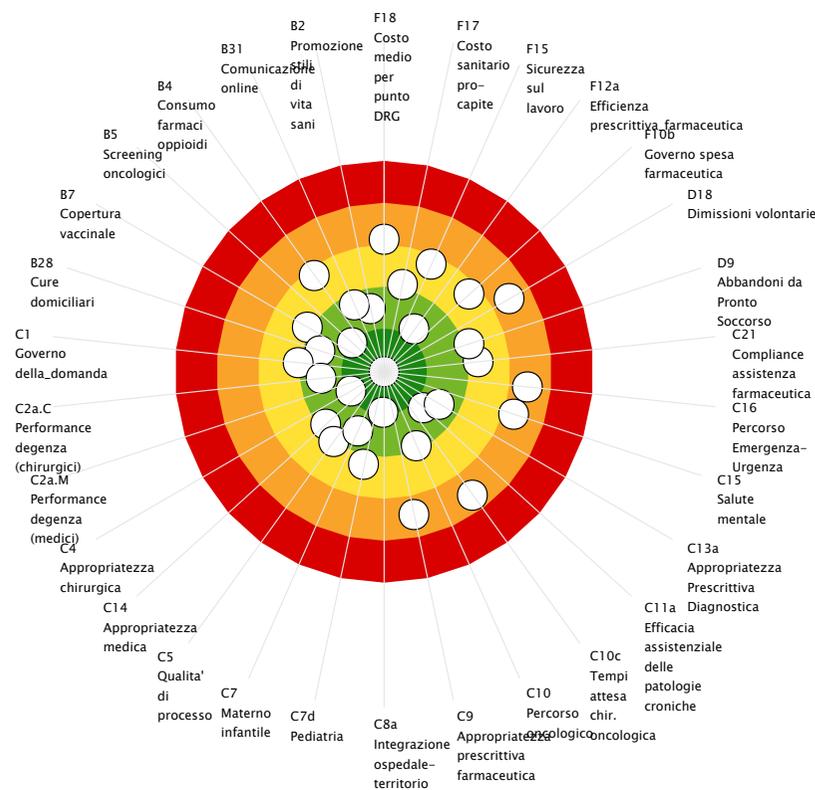


AUSL 10 Firenze

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie

Bersaglio 2015

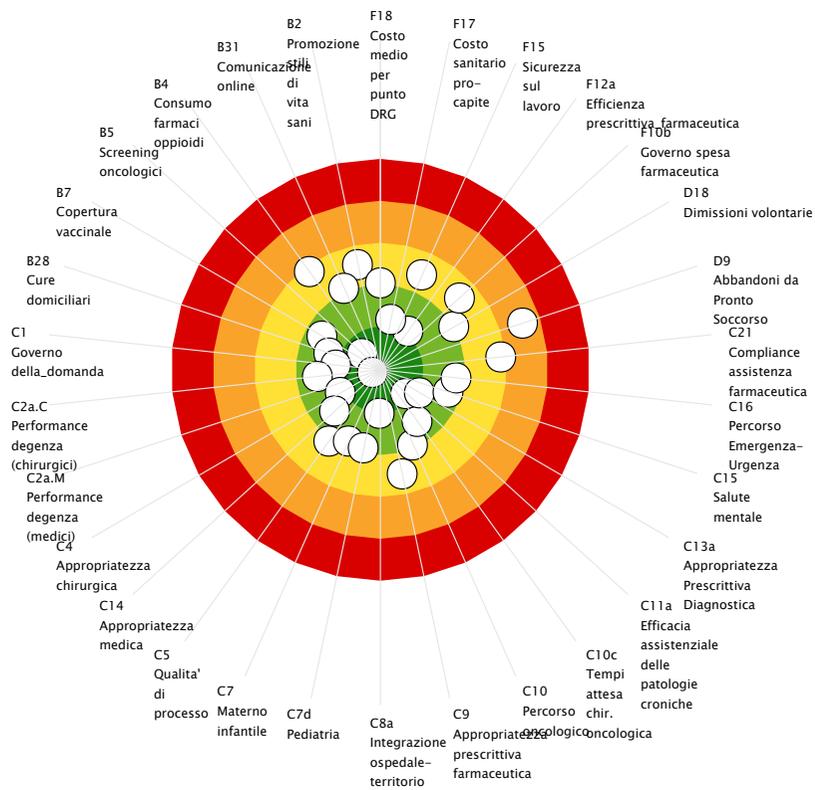


AUSL 11 Empoli

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile

Bersaglio 2015

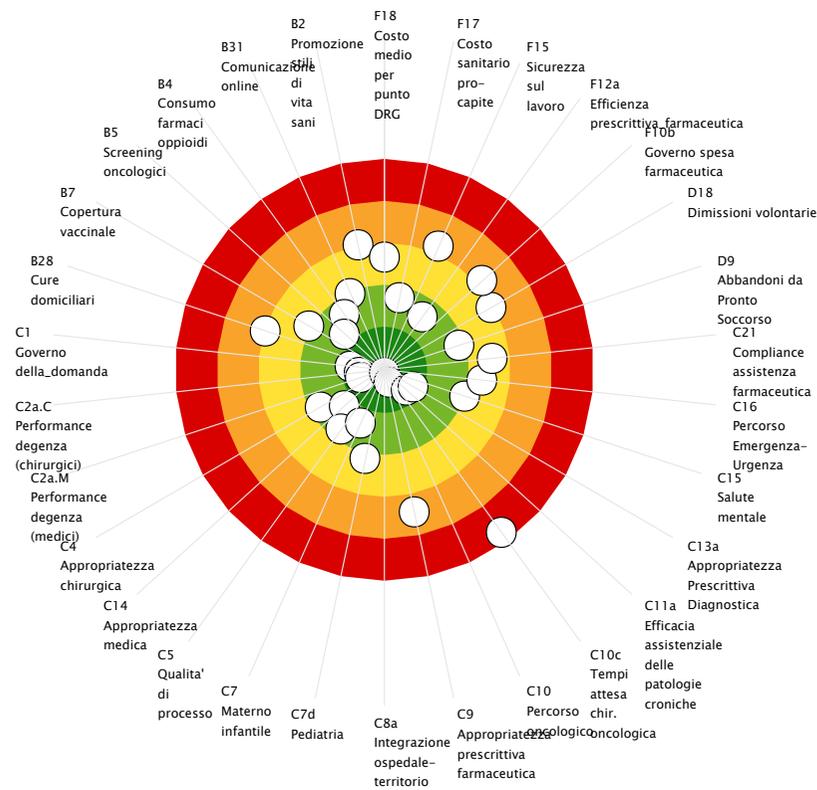


AUSL 12 Viareggio

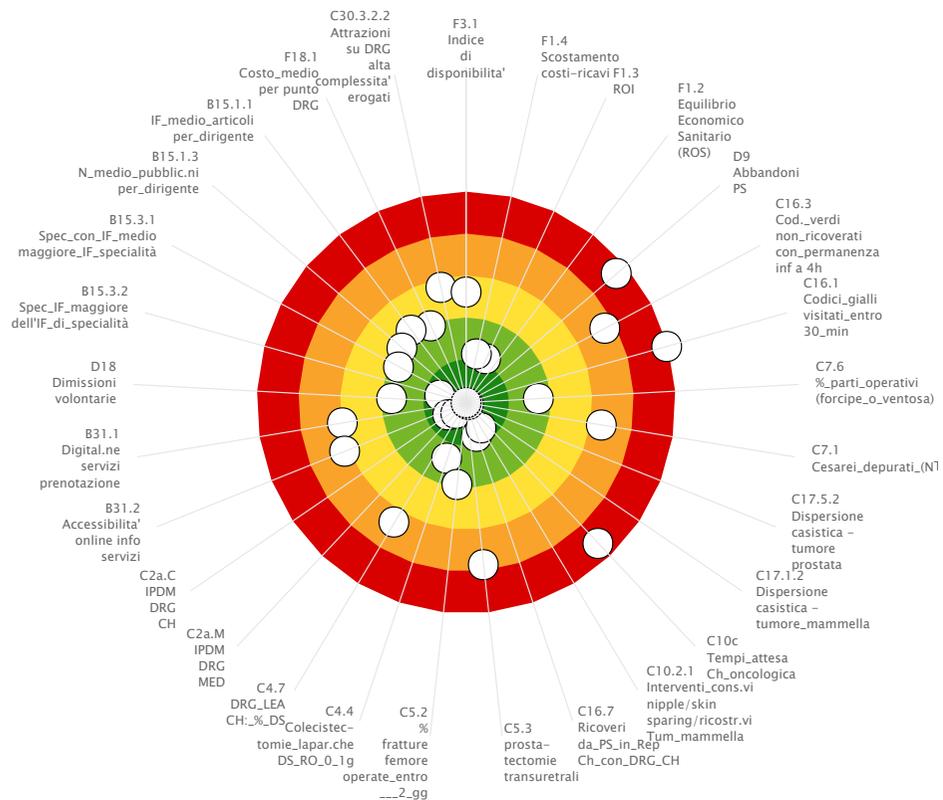
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI)

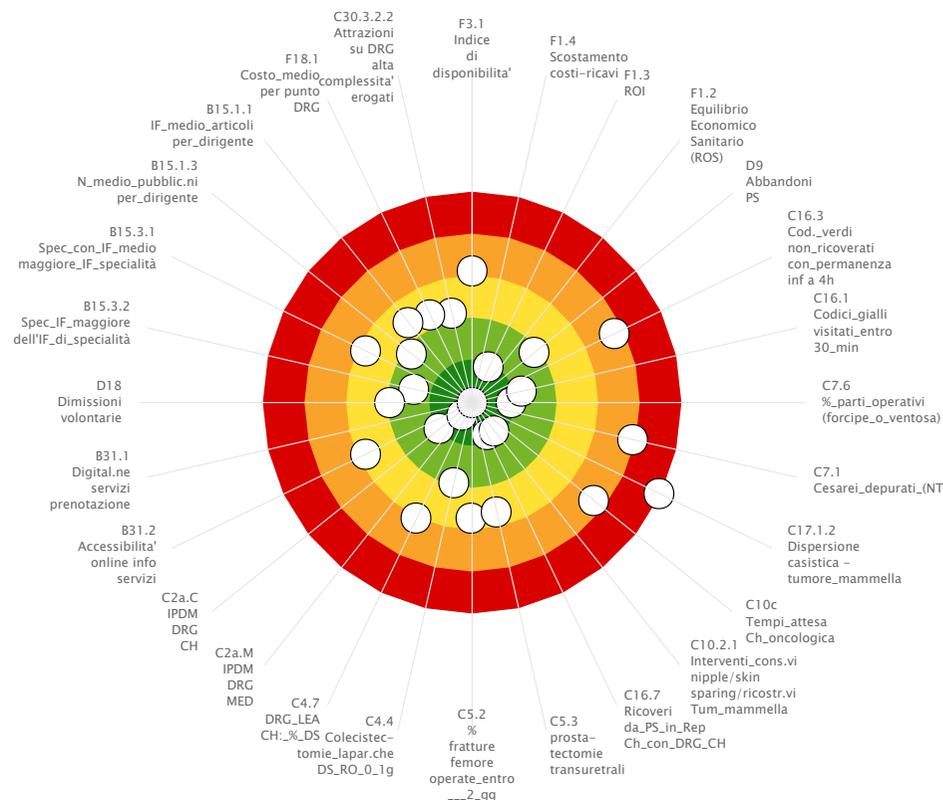
Bersaglio 2015



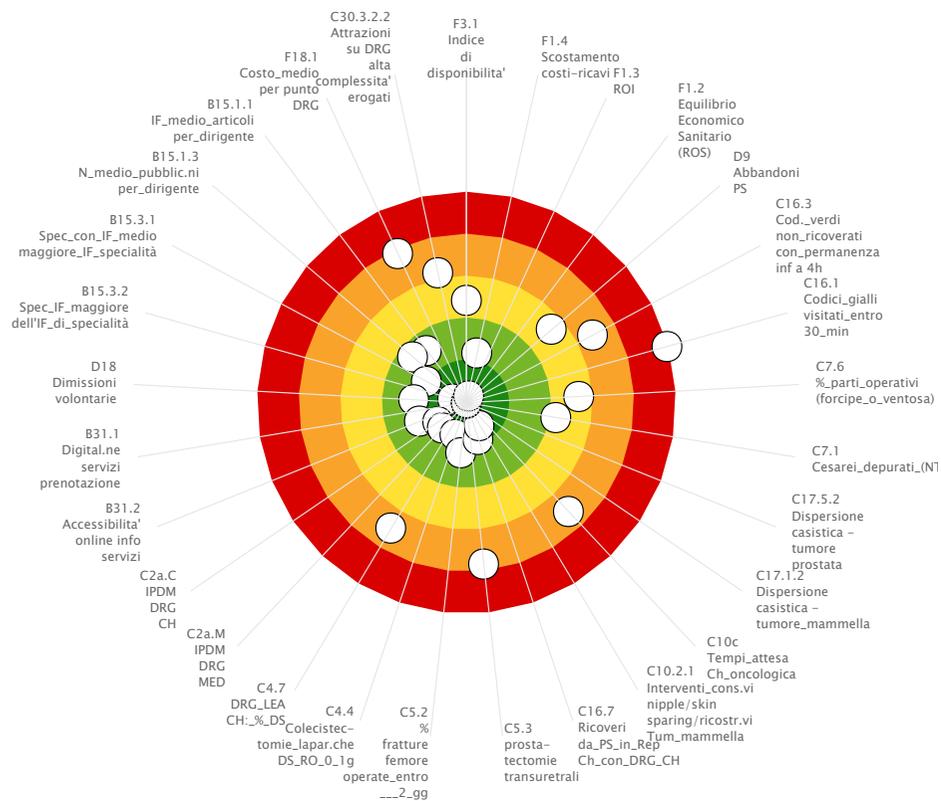
AOU Pisana Bersaglio 2015



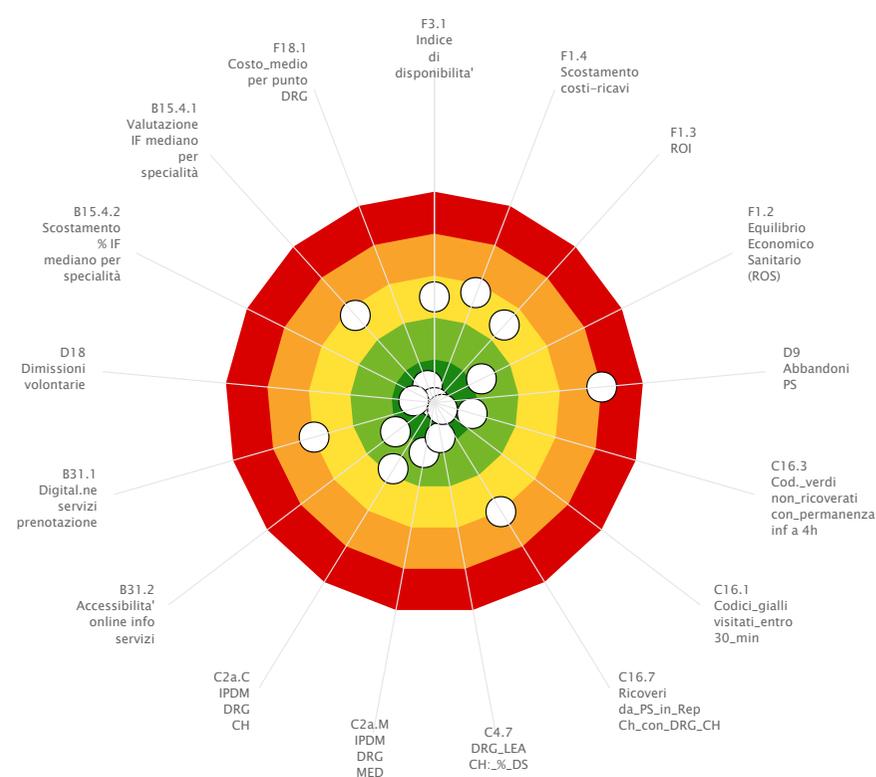
AOU Senese Bersaglio 2015



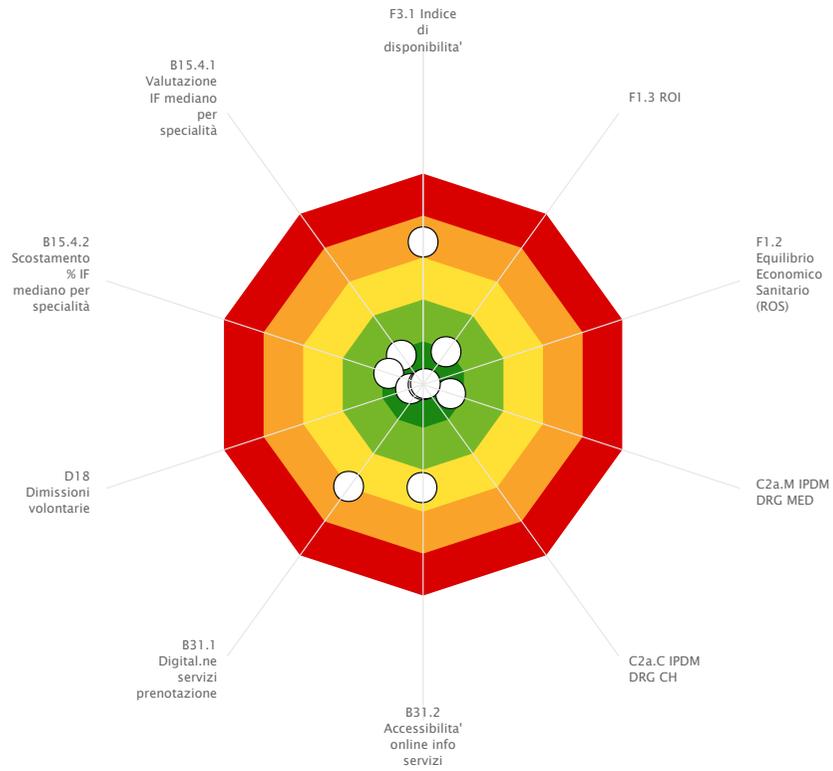
AOU Careggi Bersaglio 2015



Meyer Bersaglio 2015



Fond. Monasterio Bersaglio 2015





La performance della Regione Umbria

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione umbra presenta una mortalità per tumori e per suicidi nella media, mentre la mortalità per malattie circolatorie e quella infantile sono inferiori alle altre Regioni (dati riferiti al triennio 2011-2013).

Il livello di copertura vaccinale si conferma complessivamente buono, per tutti i vaccini oggetto di monitoraggio. Maggiore attenzione andrebbe posta verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi: nonostante un leggero aumento rispetto al 2014, si conferma non adeguata. I programmi di *screening* oncologico presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione e di adesione.

Il contenuto tasso di ospedalizzazione conferma la capacità del sistema umbro di gestire la domanda in modo complessivamente adeguato. Se la gestione della casistica medica si conferma appropriata, un maggiore utilizzo della *day surgery* potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza organizzativa nell'ambito chirurgico.

La durata delle degenze si conferma in linea con le altre Regioni, per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico, mentre è inferiore alla media per quelli medici.

L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra risultati in linea con le altre Regioni, nonostante permanga un difficoltà da parte dei Pronto Soccorso umbri nell'indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano complessivamente contenuti, eppure la percentuale di abbandoni resta leggermente superiore alla media. Si riscontra inoltre un'alta percentuale di dimissioni volontarie, imputabile non solo ad un certo grado di insoddisfazione da parte dei pazienti ricoverati ma anche a specifiche modalità organizzative di gestione del processo di dimissione, la cui modifica dovrebbe portare nel corso del 2016 ad una riduzione delle dimissioni volontarie.

La gestione del percorso materno-infantile registra una significativa riduzione nel ricorso al parto cesareo. La casistica relativa ai parti risulta ancora dispersa in numerosi punti nascita con meno di 500 casi annui ma il 2015 è stato un anno di riorganizzazione e durante tale periodo sono stati chiusi due punti nascita. Nel 2016 si potrà valutare l'impatto di tale riorganizzazione.

L'area pediatrica presenta qualche criticità in termini di appropriatezza clinico-organizzativa, evidenziata dall'elevato tasso di ospedalizzazione, segnatamente per gastroenteriti e tonsillectomie. Il percorso oncologico conferma ottimi risultati in termini di *output*, per quanto permanga un'eccessiva dispersione della casistica per gli interventi per TM alla mammella e TM alla prostata. In riferimento a quest'ultimo, si registrano tempi di attesa per l'intervento chirurgico più dilatati rispetto alle altre Regioni.

Gli indicatori sulla presa in carico della salute mentale restituiscono un quadro complessivamente buono.

In riferimento al consumo di prestazioni diagnostiche, è opportuno venga prestata maggiore attenzione alla prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti con più di 65 anni, in virtù dell'alto rischio di inappropriata di questo esame.

Nonostante un ulteriore miglioramento rispetto al 2014, l'Umbria conferma una certa difficoltà nella capacità di presa in carico delle patologie croniche, che si rispecchia in tassi di ospedalizzazione per diabete, per BPCO e più in generale per patologie sensibili alle cure ambulatoriali superiori alle altre Regioni.

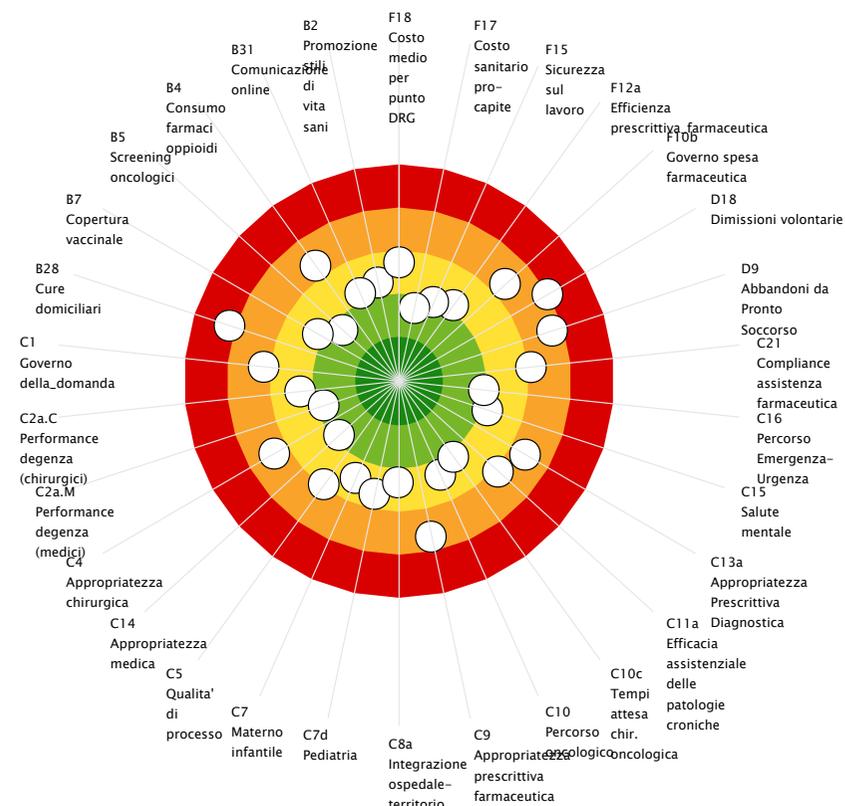
In riferimento alla *governance* dell'area farmaceutica, la spesa territoriale umbra resta superiore a quella delle altre Regioni; una maggiore attenzione alla prescrizione di inibitori di pompa protonica e antibiotici potrebbe contribuire al contenimento della spesa.

Infine, l'Umbria registra un costo sanitario pro-capite leggermente inferiore alla media del network e un costo per l'assistenza ospedaliera nella media (dati riferiti all'anno 2014).

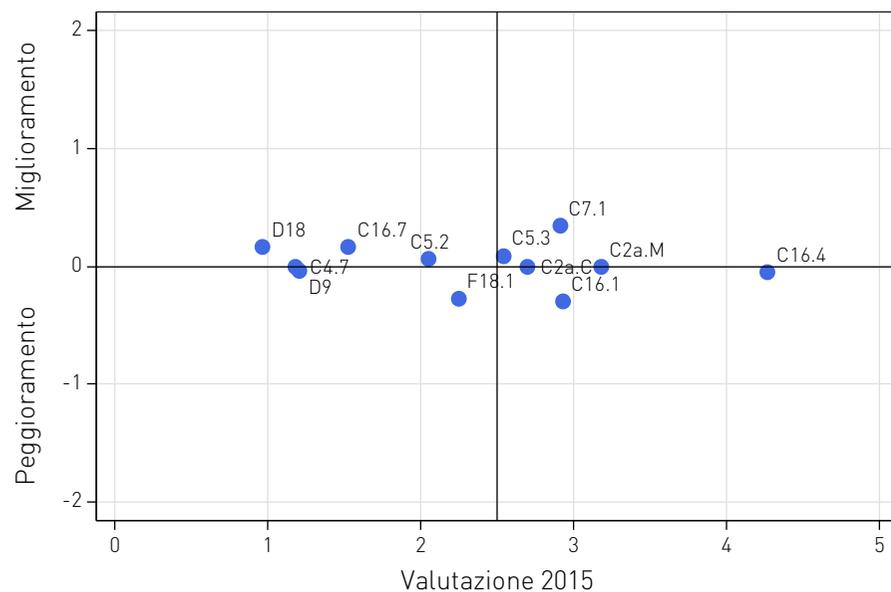
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalità* per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalità* per tumori A3 Mortalità* per malattie circolatorie A1 Mortalità* infantile

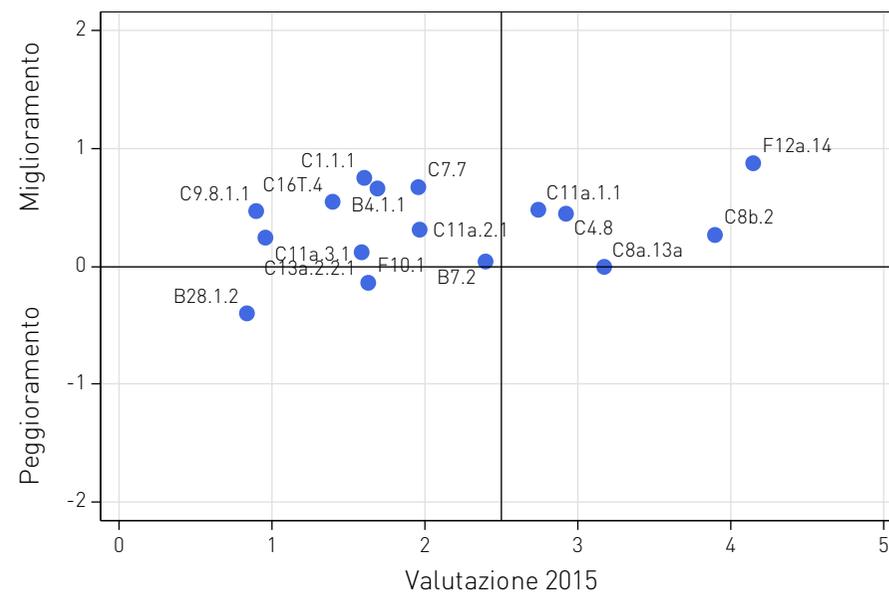
Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

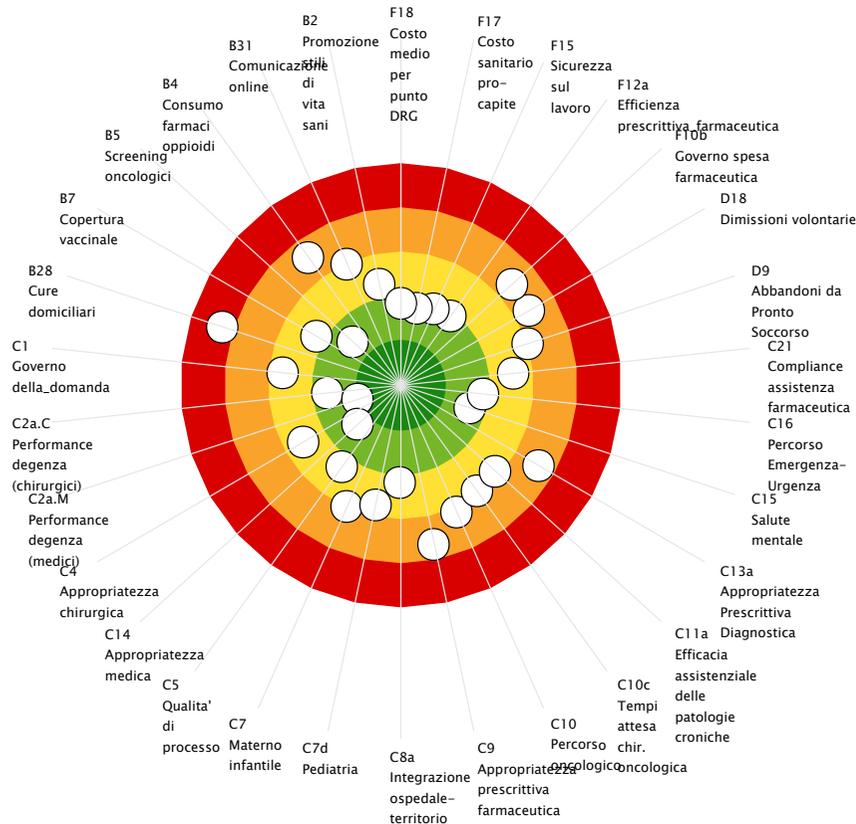
USL Umbria 1

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

0 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



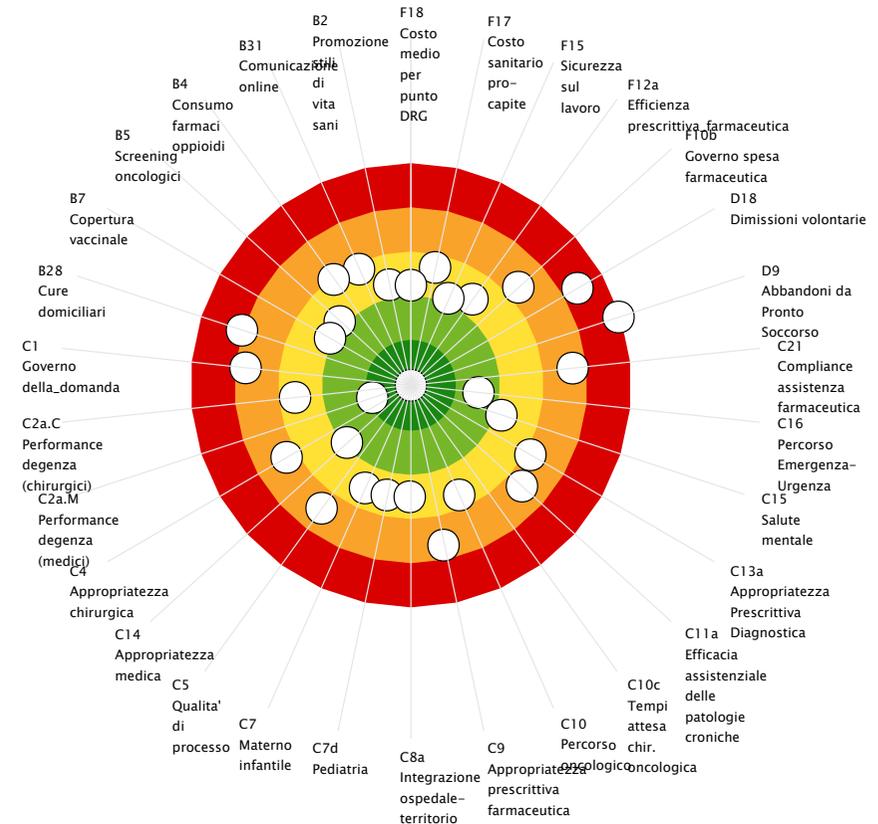
USL Umbria 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

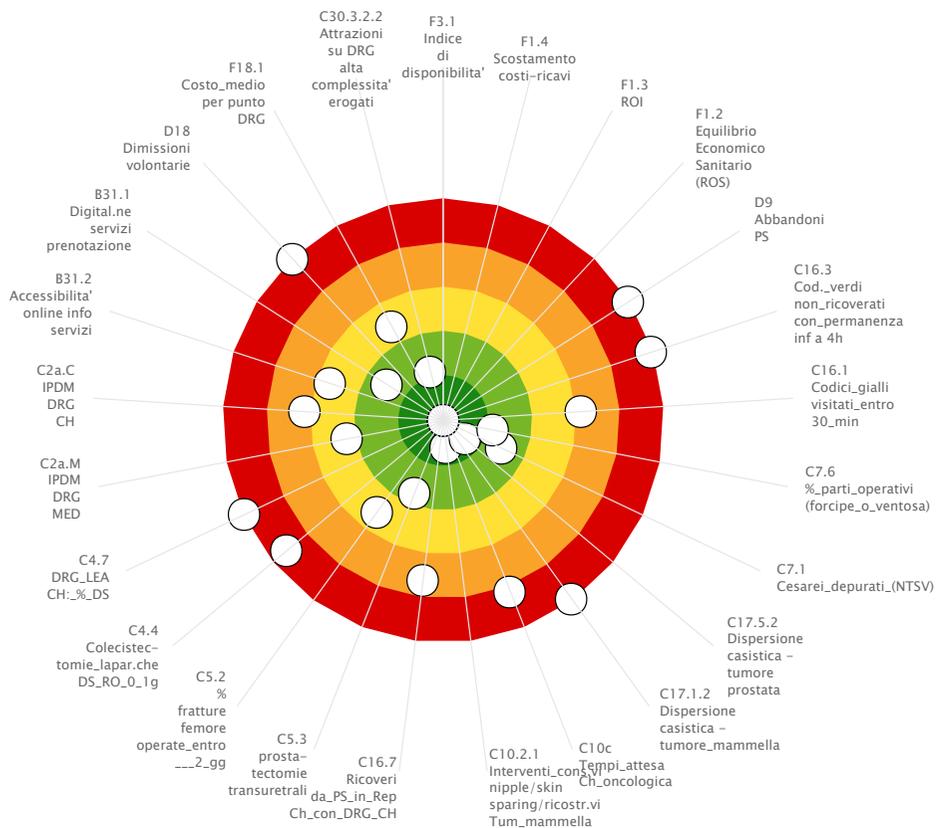
Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



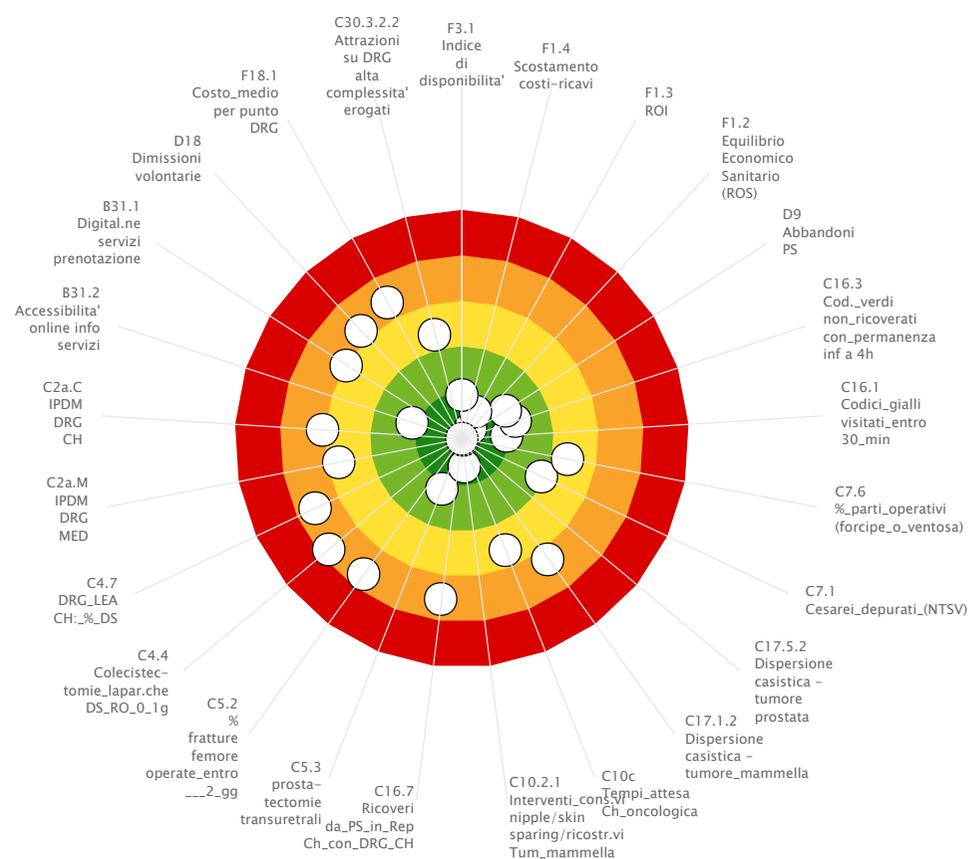
Bersaglio 2015



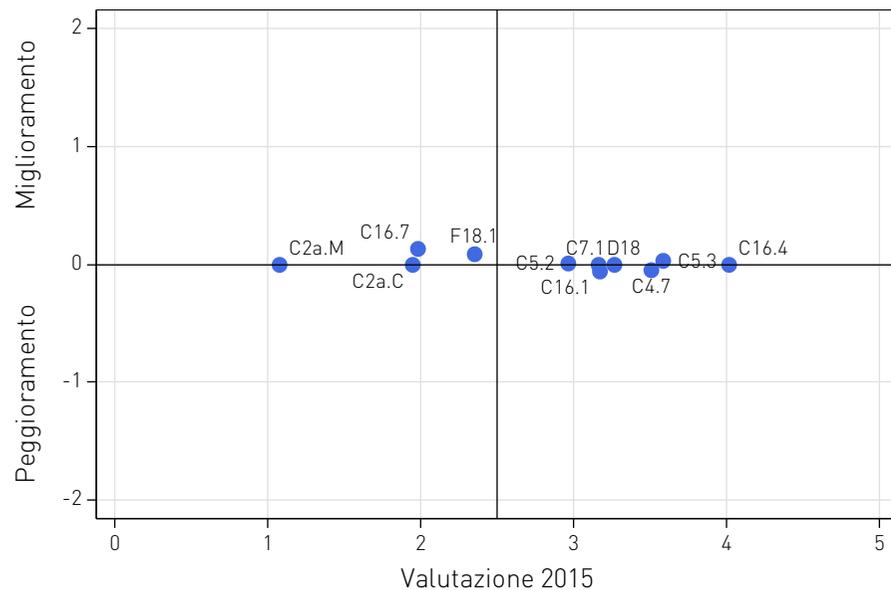
A0 Terni Bersaglio 2015



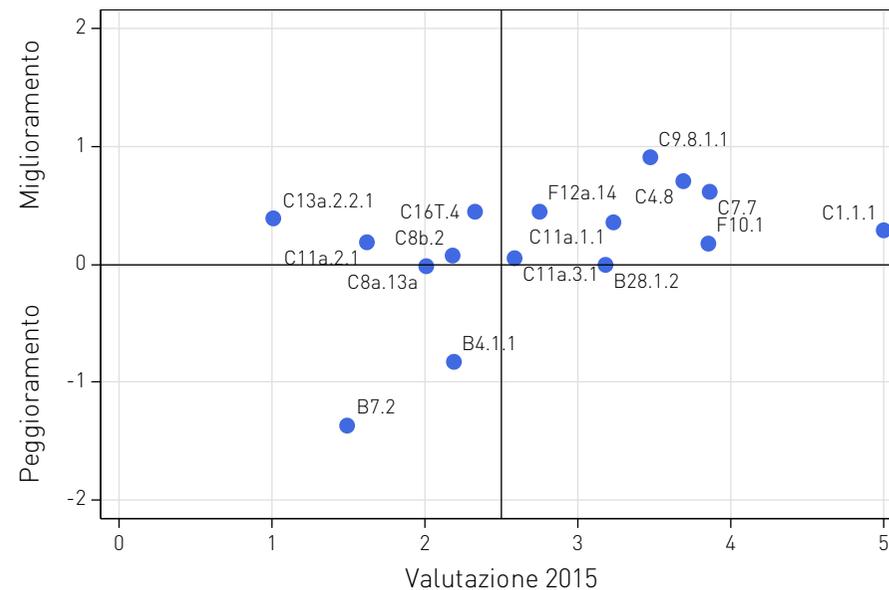
A0 Perugia Bersaglio 2015



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



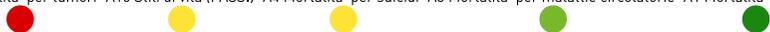
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)
C8a.13a	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

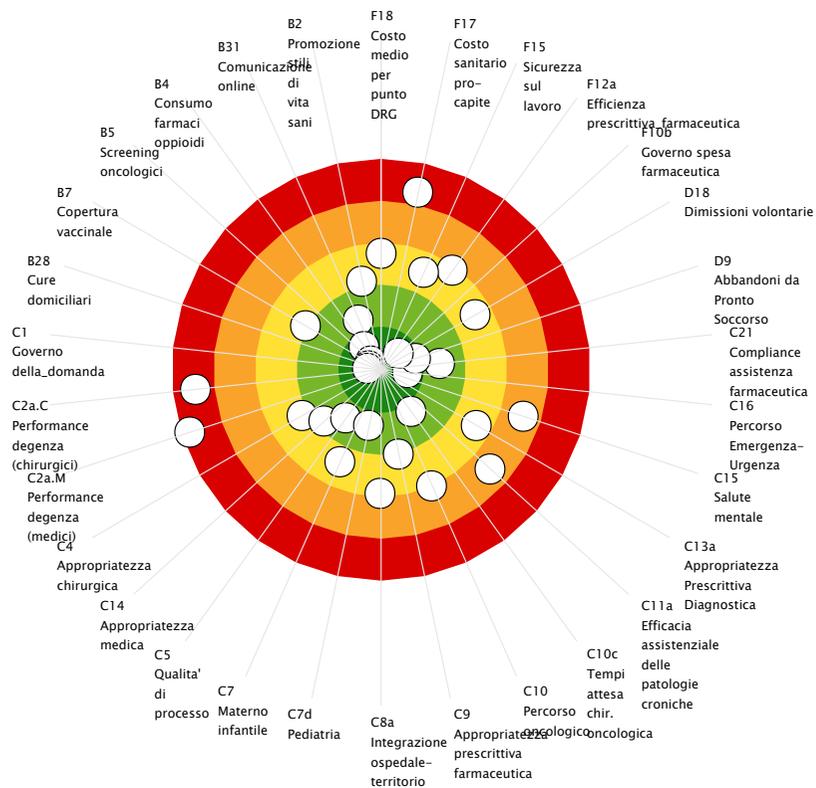
AULSS 1 Belluno

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



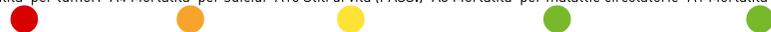
Bersaglio 2015



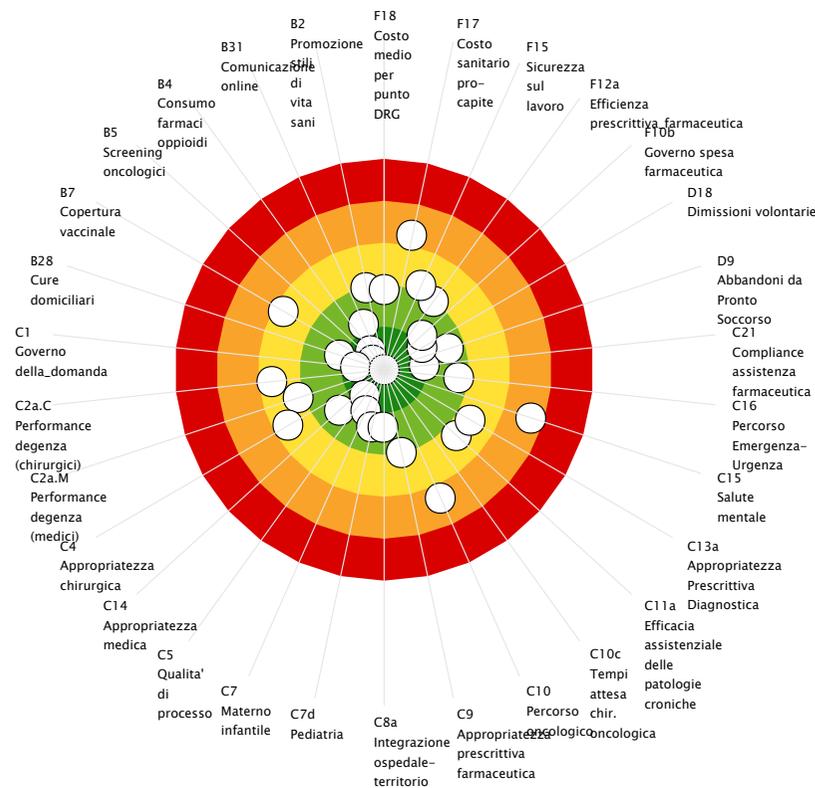
AULSS 2 Feltre

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



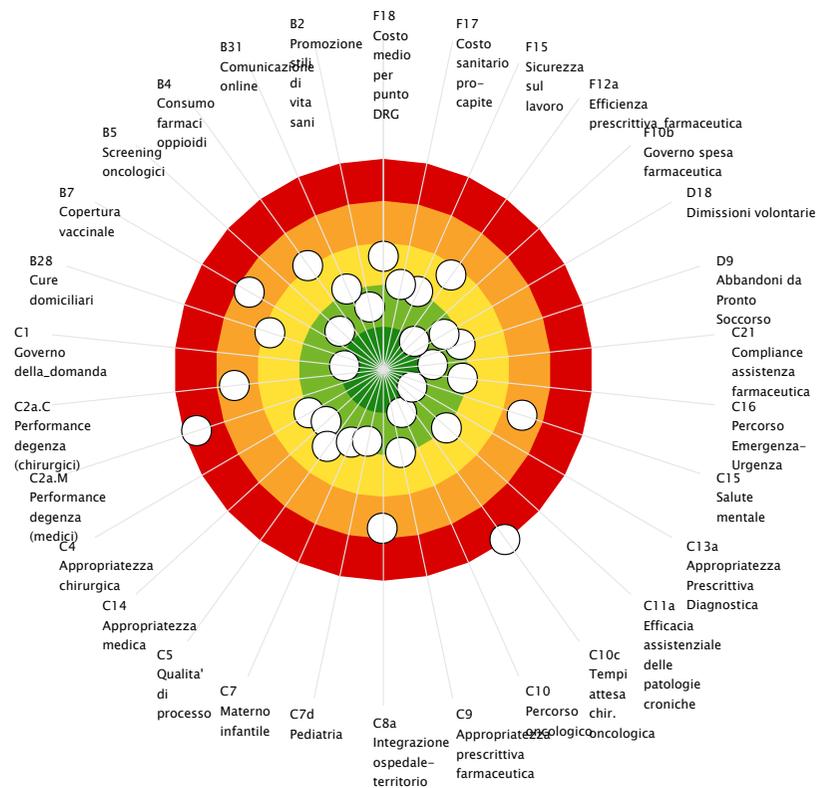
AULSS 3 Bass. del Grappa

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie



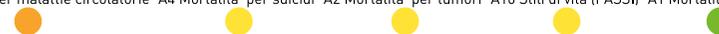
Bersaglio 2015



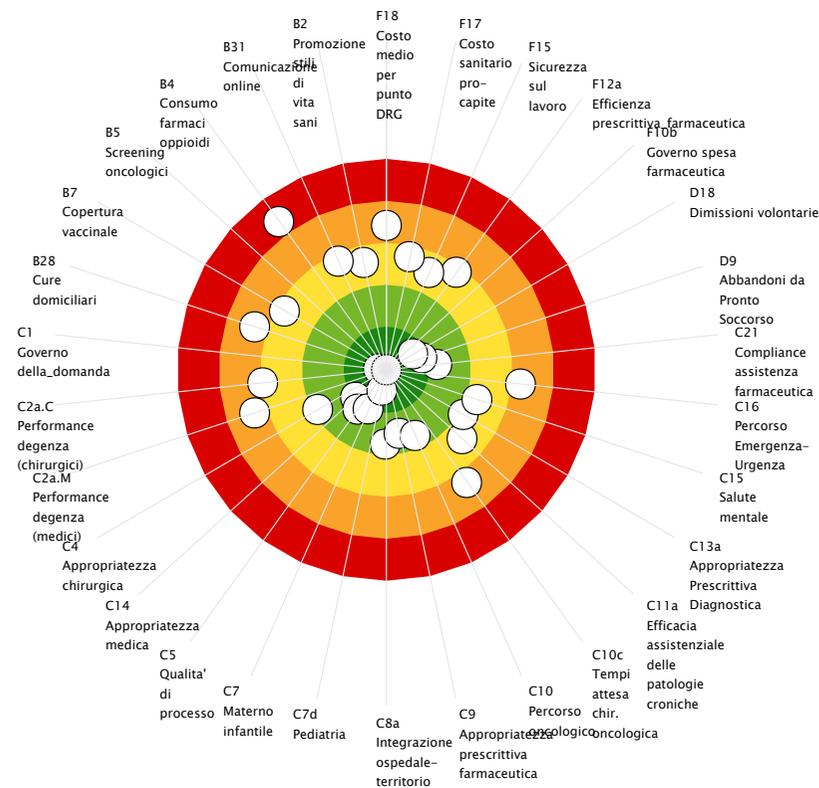
AULSS 4 Alto Vicentino

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015

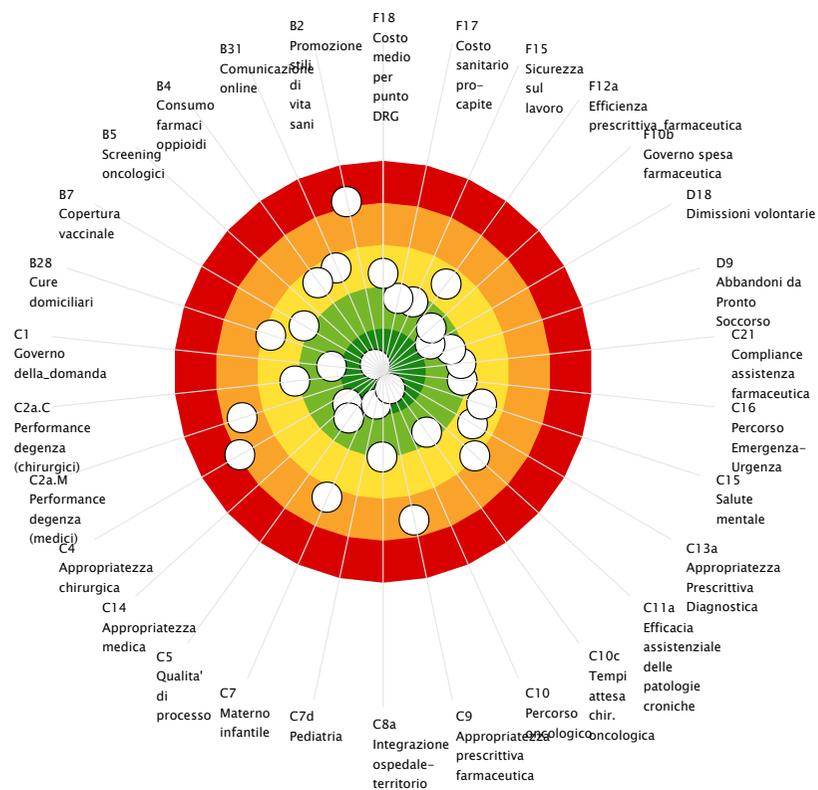


AULSS 5 Ovest Vicentino

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori

Bersaglio 2015

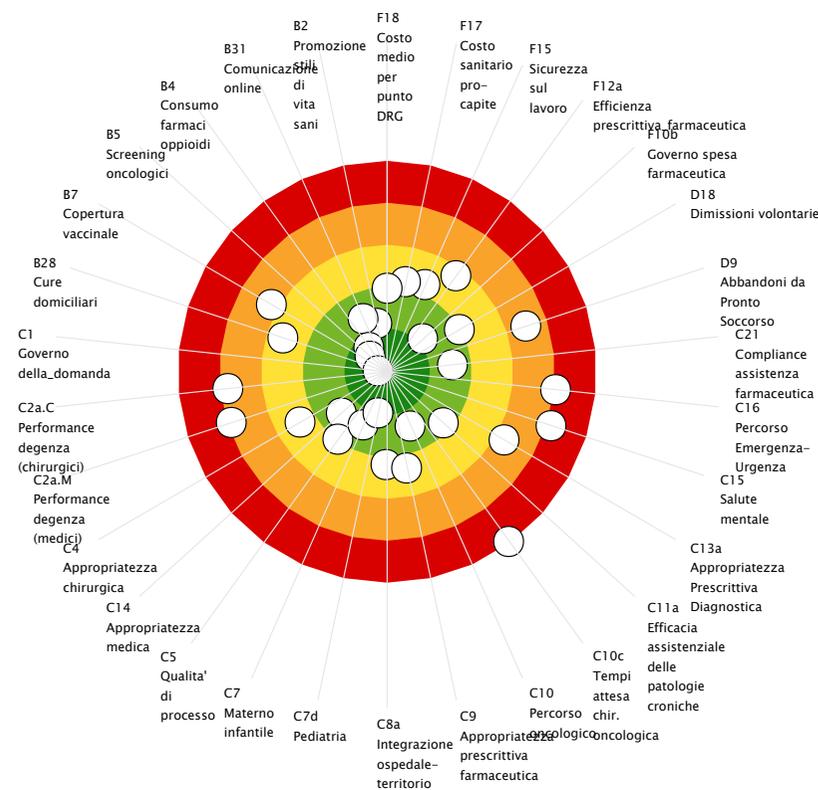


AULSS 6 Vicenza

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie

Bersaglio 2015

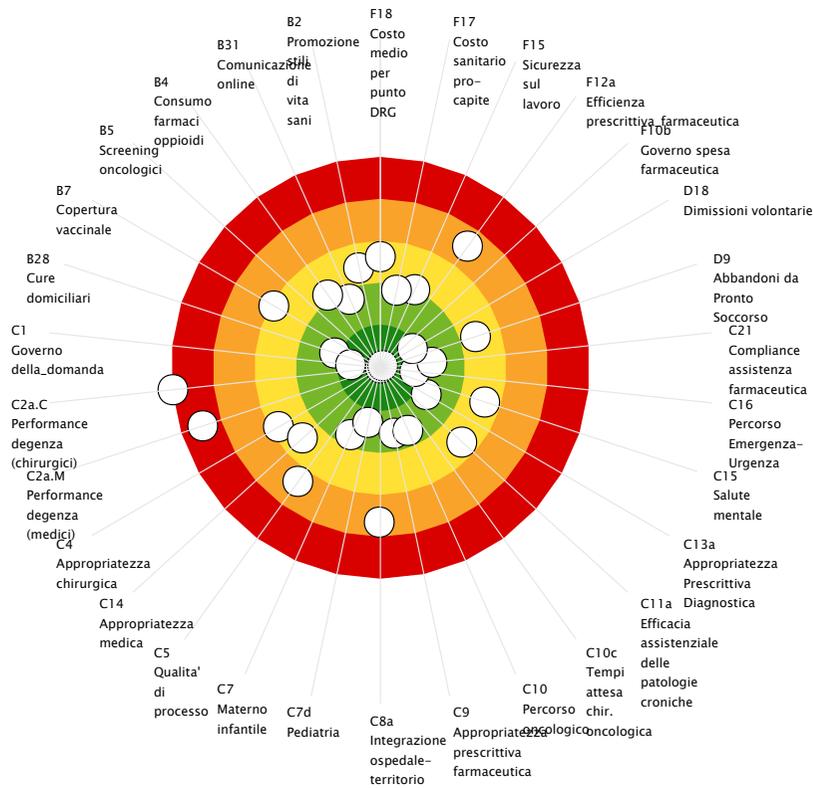


AULSS 7 Pieve di Soligo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile

Bersaglio 2015

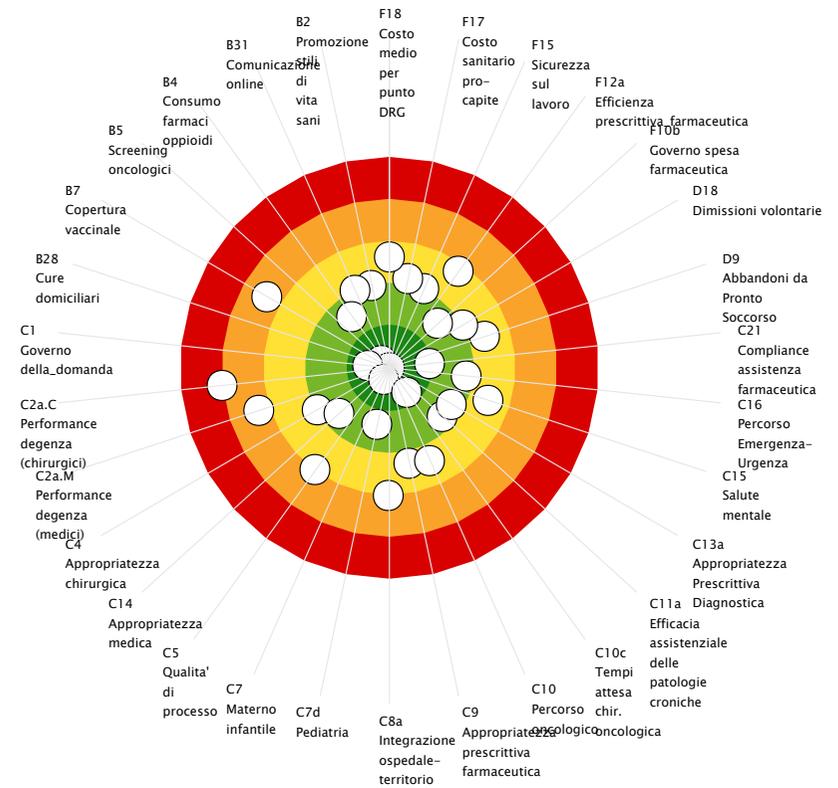


AULSS 8 Asolo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie

Bersaglio 2015



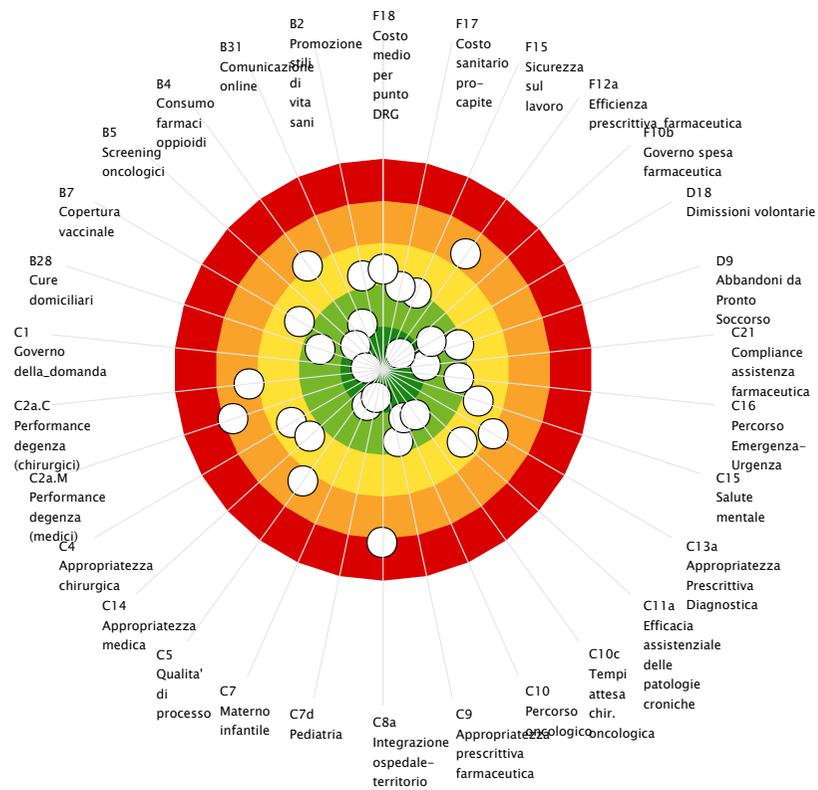
AULSS 9 Treviso

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



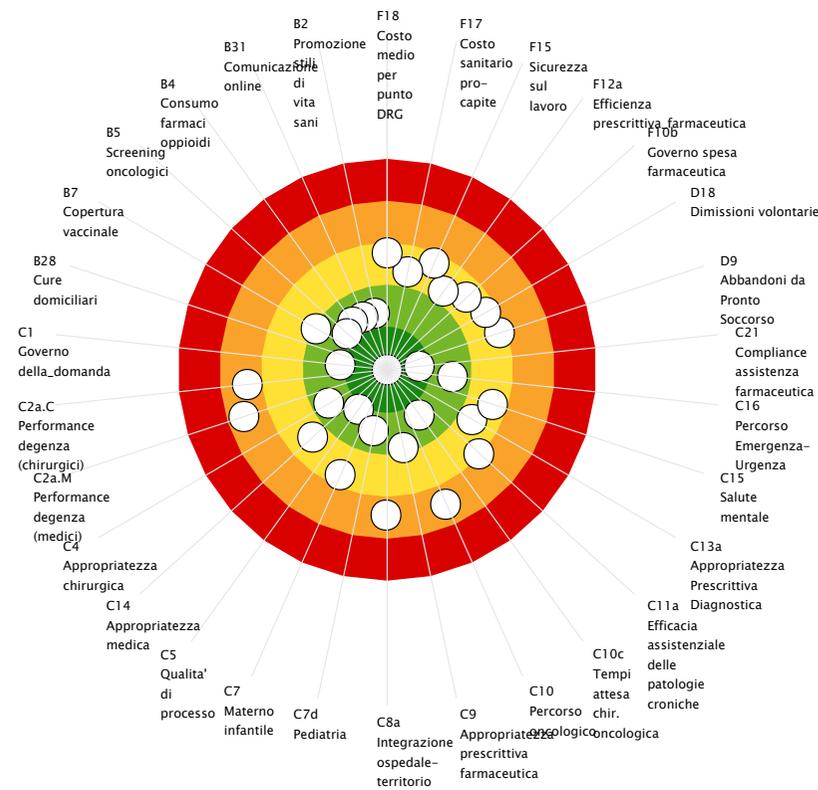
AULSS 10 Veneto Or.

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



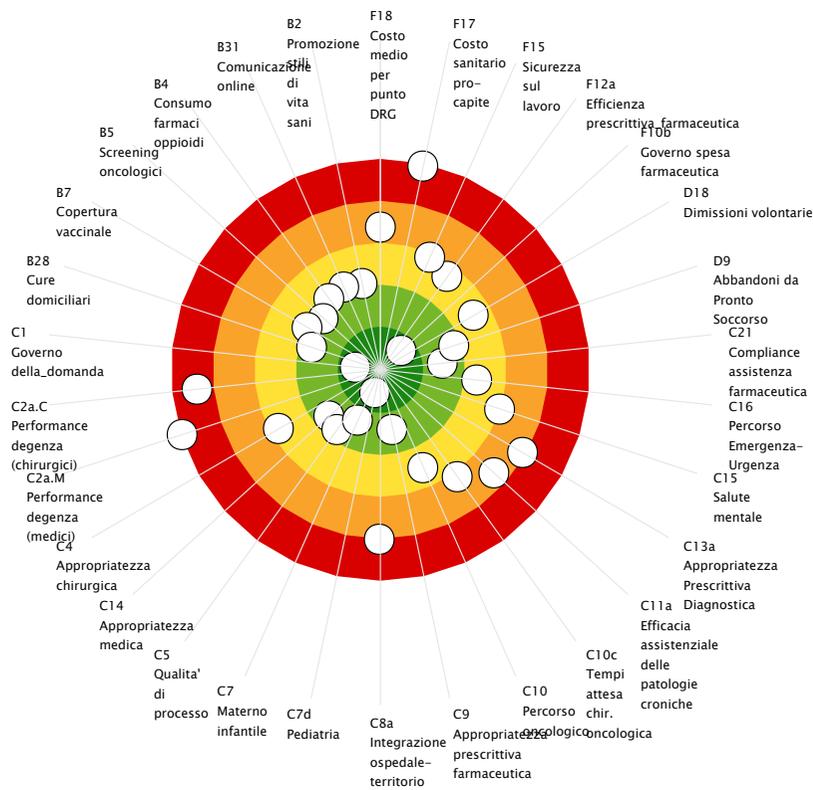
AULSS 12 Veneziana

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile



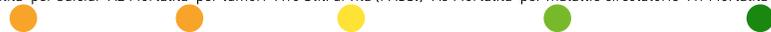
Bersaglio 2015



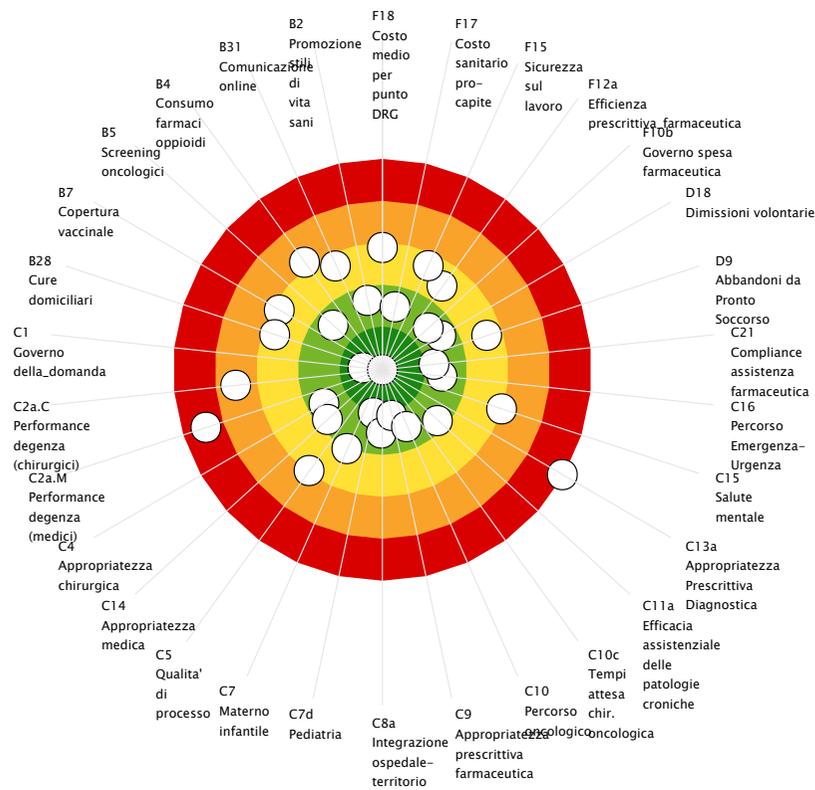
AULSS 13 Mirano

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



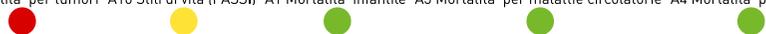
Bersaglio 2015



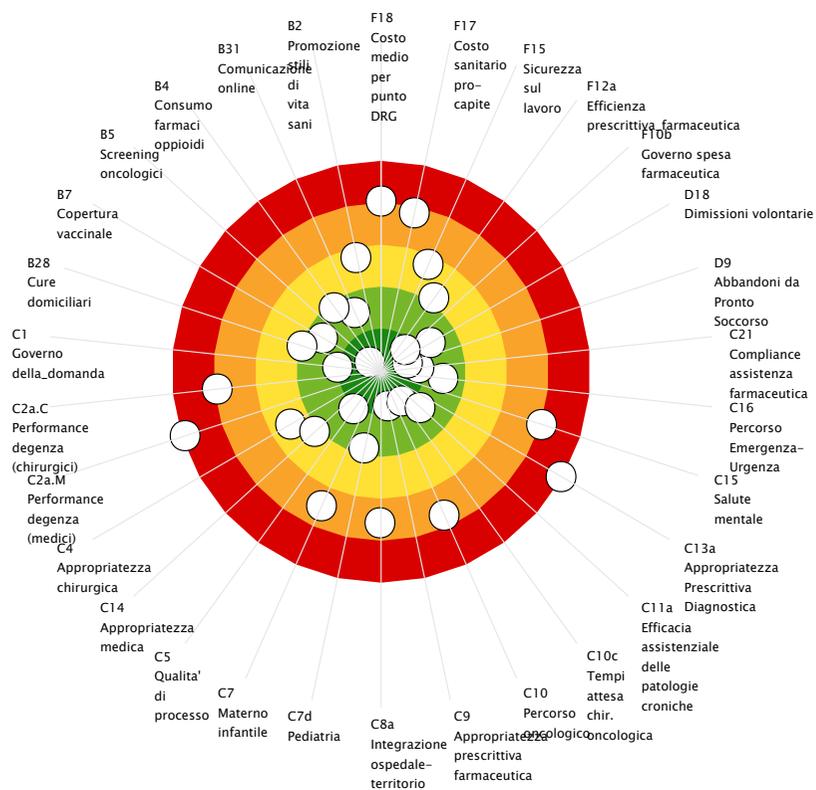
AULSS 14 Chioggia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



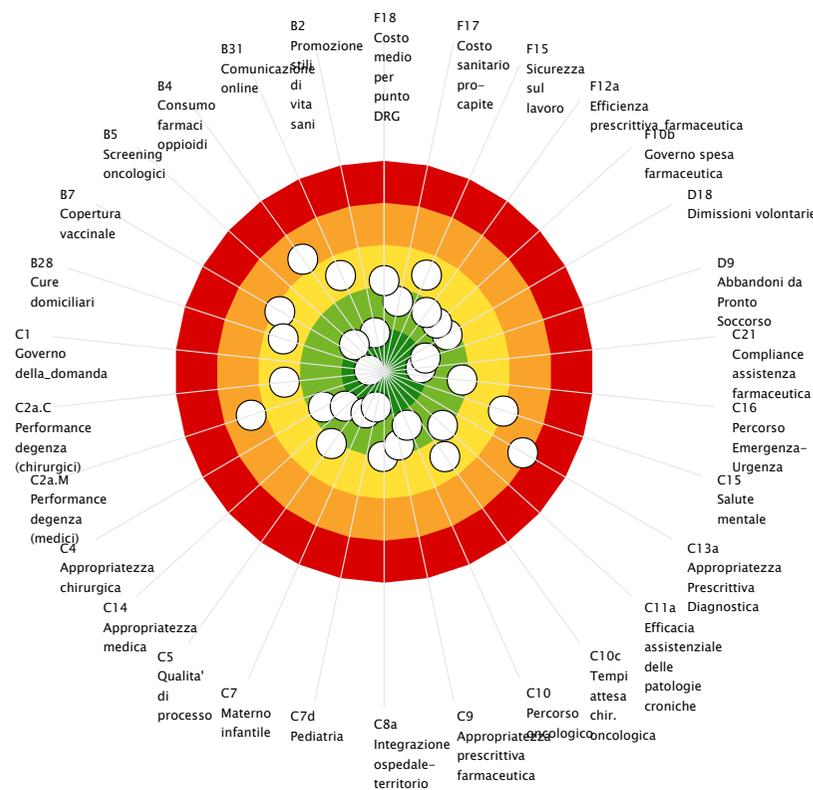
AULSS 15 A. Padovana

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



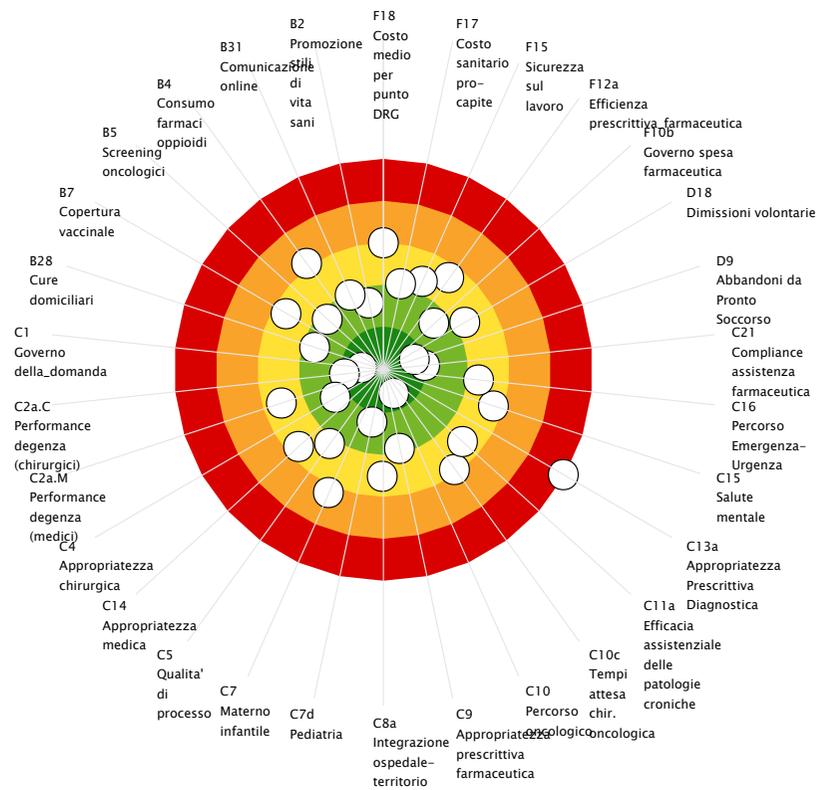
AULSS 16 Padova

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie



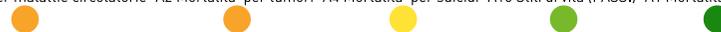
Bersaglio 2015



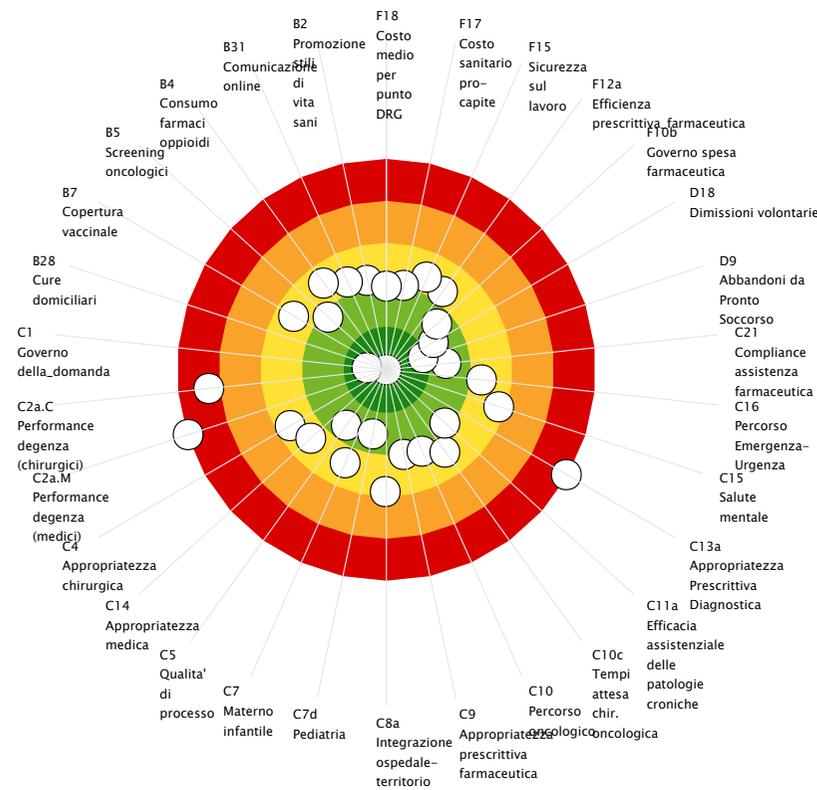
AULSS 17 Este

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



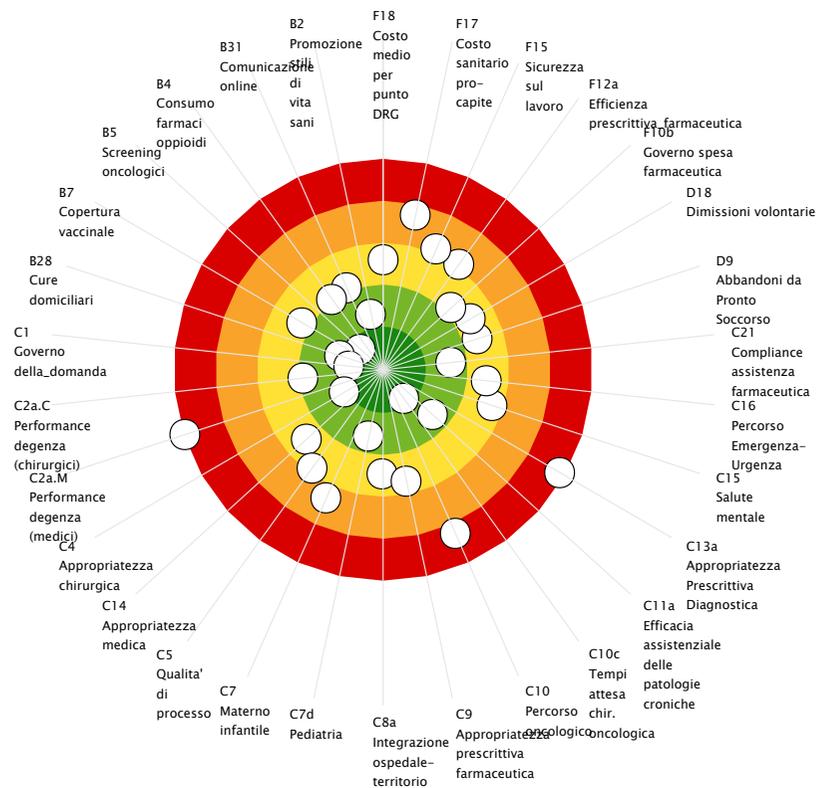
AULSS 18 Rovigo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile



Bersaglio 2015



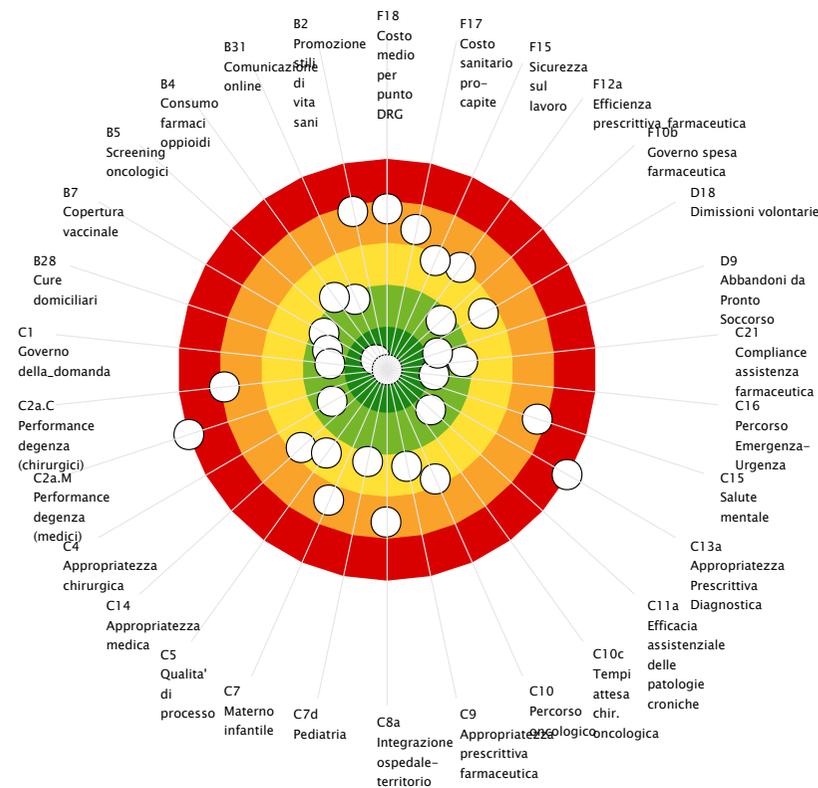
AULSS 19 Adria

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi



Bersaglio 2015



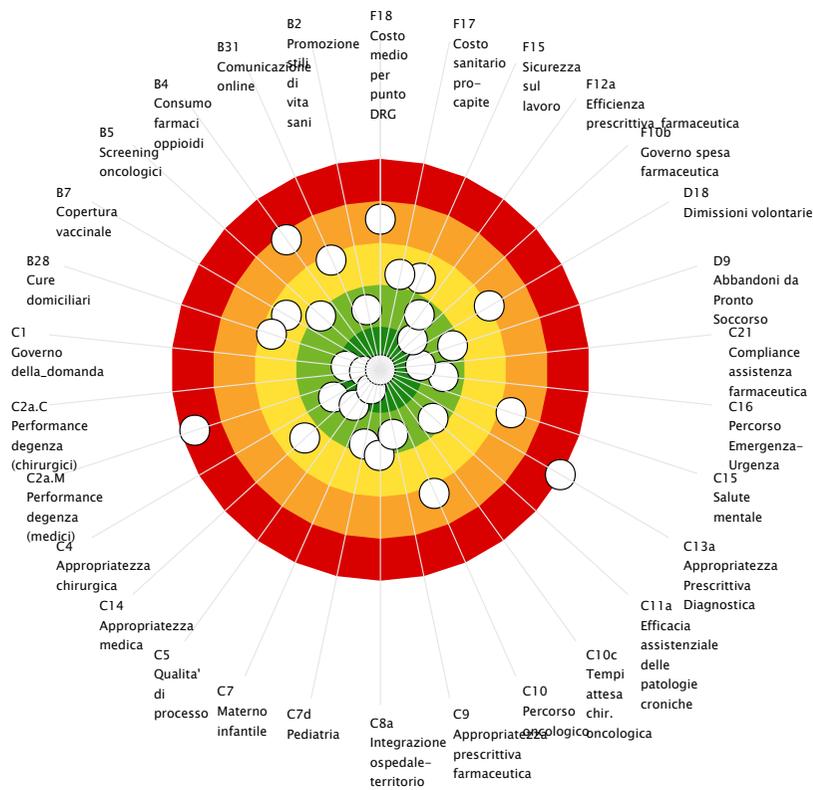
AULSS 20 Verona

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015



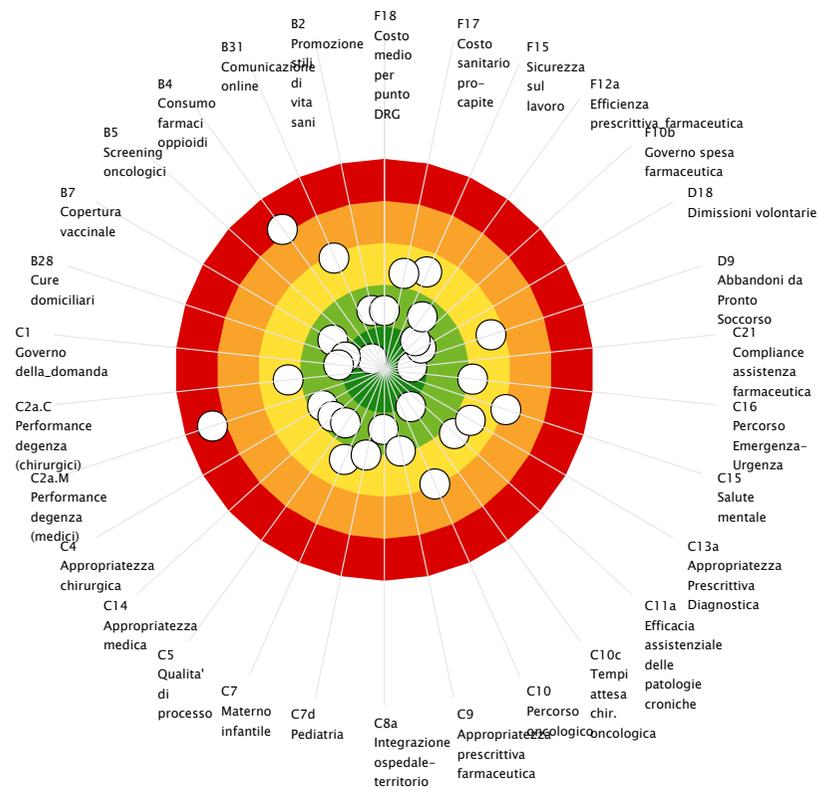
AULSS 21 Legnago

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



Bersaglio 2015

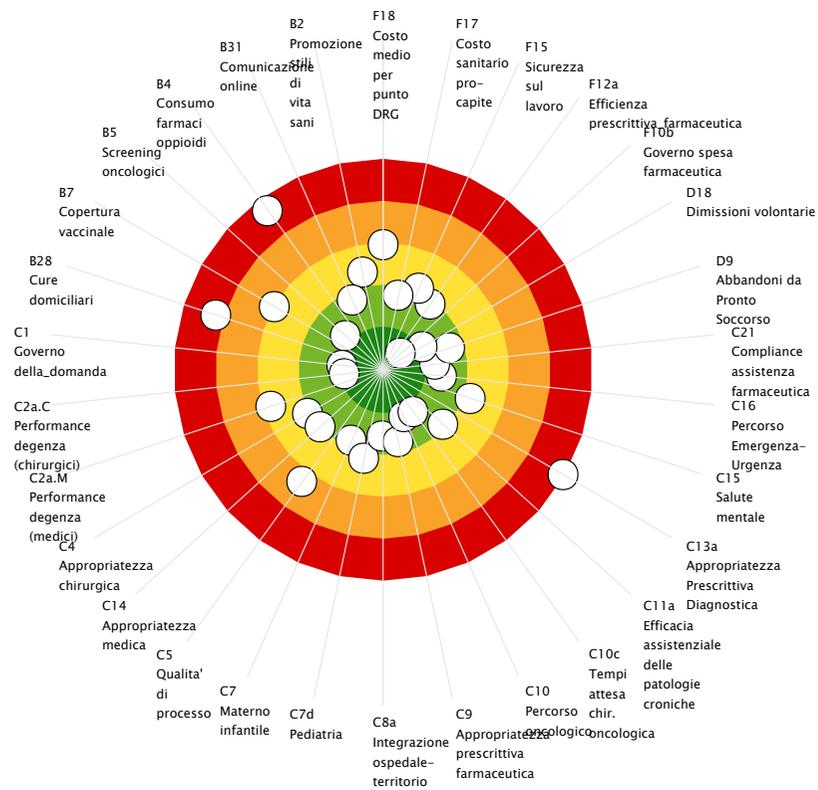


AULSS 22 Bussolengo

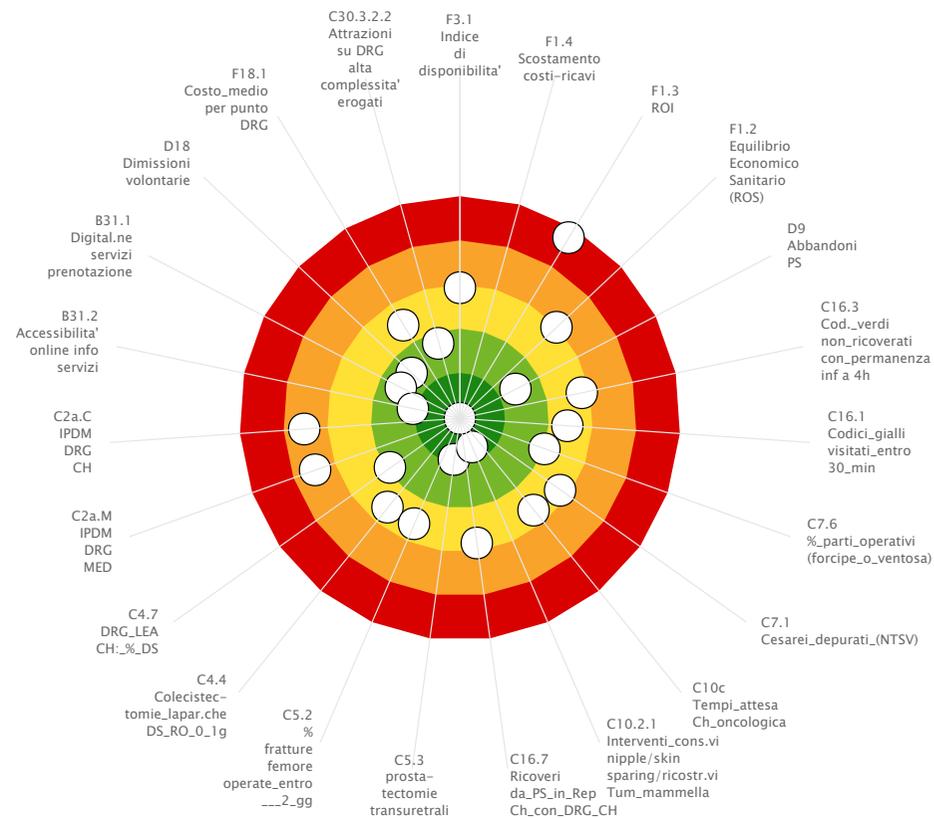
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013

A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie

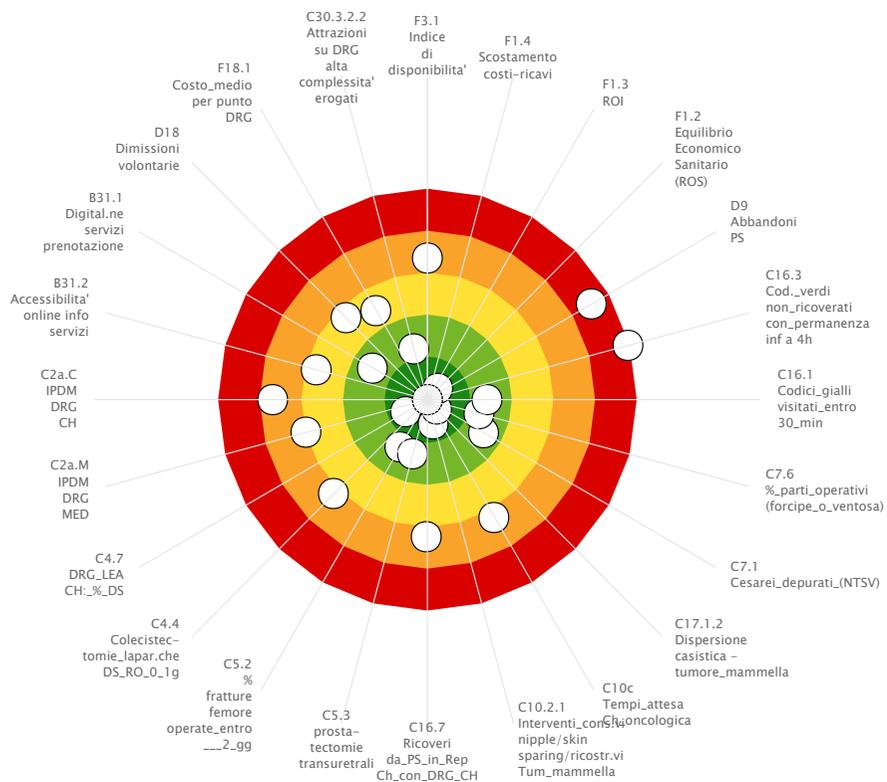
Bersaglio 2015



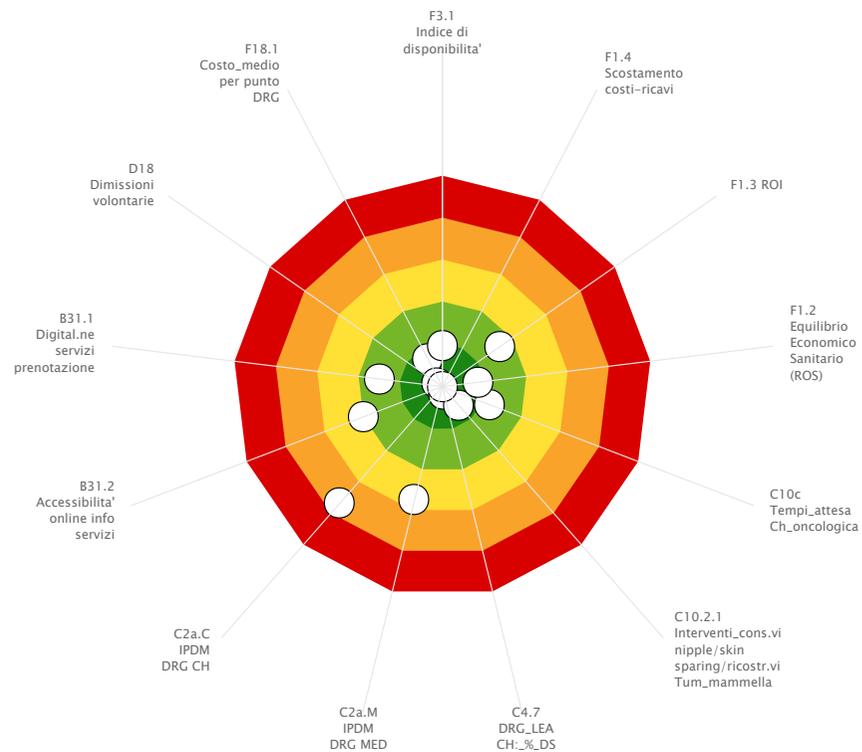
A0 Padova Bersaglio 2015



AOU Verona Bersaglio 2015



Ist. Onc. Veneto (IOV) Bersaglio 2015





LO STATO DI SALUTE
DELLA POPOLAZIONE



A1 Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è considerato un indicatore particolarmente significativo del livello di salute di una popolazione, perché consente di misurare non solo il livello di salute del bambino (e di conseguenza quello della madre, così come la qualità delle cure materno-infantili), ma anche il livello generale di benessere socio-economico e di sviluppo del Paese considerato.

Questo avviene perché i fattori che possono incidere sulla mortalità infantile sono molteplici e non tutti riconducibili alla sfera sanitaria propriamente intesa: sono determinanti dello stato di salute infantile, infatti, non solo la qualità delle cure ricevute dalla madre e/o dal bambino, ma anche fattori biologici come l'età della madre, la sua storia clinica, l'ordine di nascita, o fattori sociali, culturali ed economici come il livello di urbanizzazione del luogo di nascita, le condizioni abitative, l'occupazione ed il reddito dei genitori.

Anche per questi motivi, i punteggi attribuiti a questo indicatore non esprimono una valutazione di quanto messo in pratica dalle Aziende Sanitarie, ma hanno fini descrittivi rispetto ad una situazione di cui è importante conoscere punti critici e punti di forza, per orientare la futura programmazione strategica ed operativa.

L'indicatore si articola in tre sottoindicatori che misurano la variabilità del rischio di morte del bambino nel corso del primo anno di vita; tali indicatori presentano una certa variabilità nel trend, perché influenzati dal fatto che si tratta di eventi piuttosto rari.

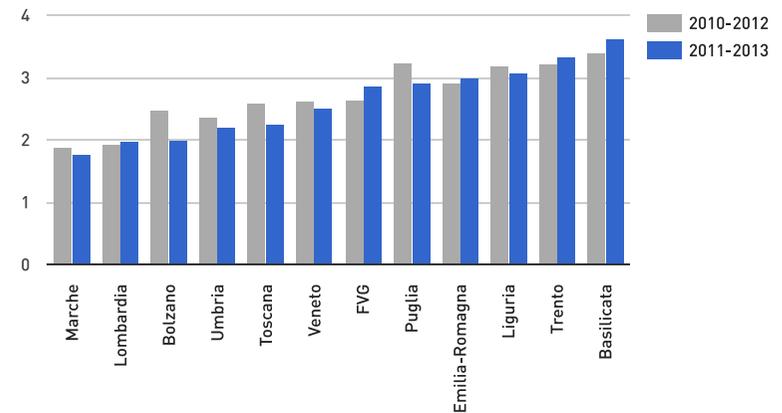
L'indicatore assume una valutazione pari a quella dell'indicatore A1.1.

A1 Mortalità infantile [di valutazione]

- o A1.1 Mortalità nel primo anno di vita [di valutazione]
- o A1.2 Mortalità neonatale precoce [di osservazione]
- o A1.3 Mortalità neonatale totale [di osservazione]

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.



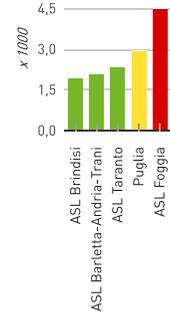
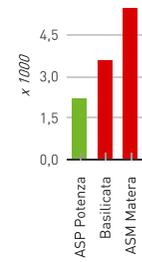
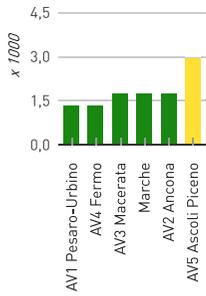
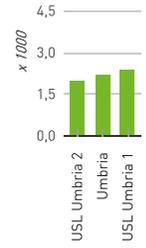
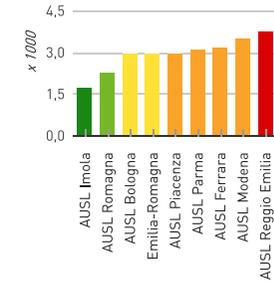
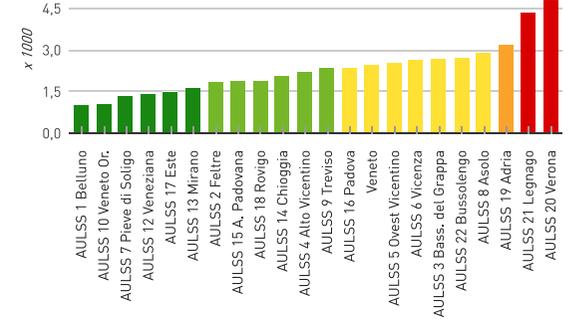
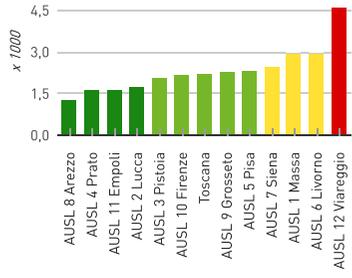
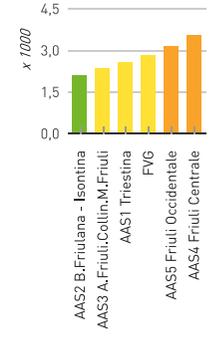
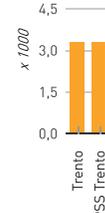
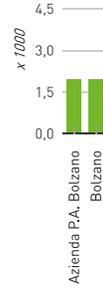
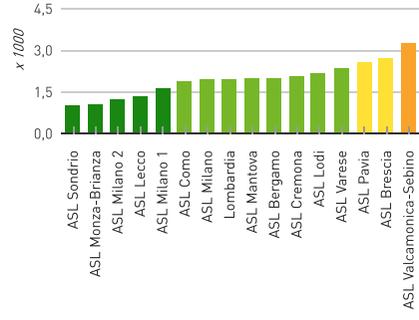
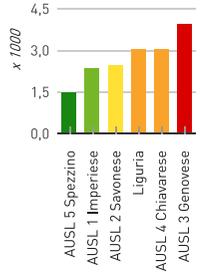
Definizione Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi

Numeratore N. deceduti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi

Denominatore N. nati vivi residenti

Note

Fonte Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: FLUSSI SDO, CEDAP E REM; FVG: Schede di Morte, CEDAP



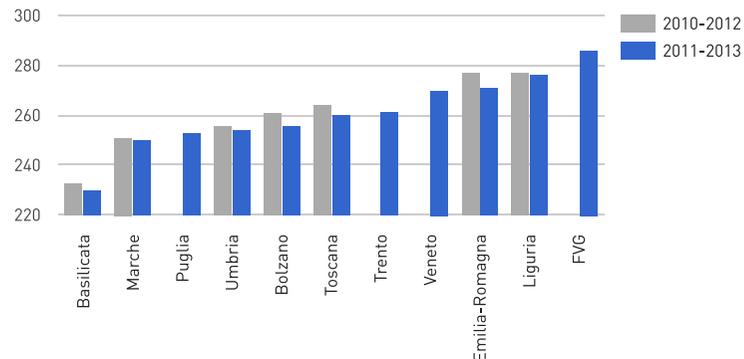


A2 Mortalità per tumori

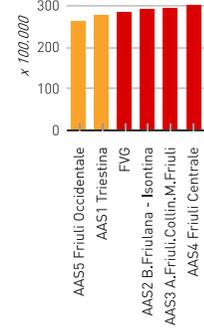
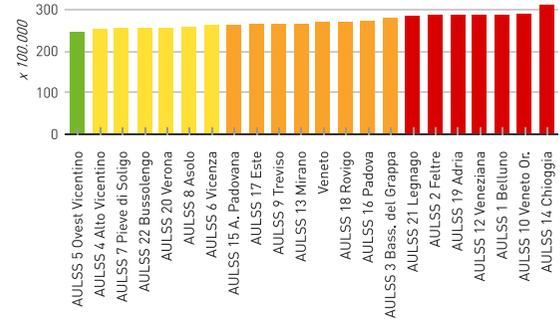
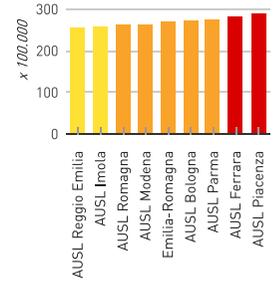
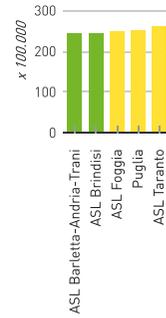
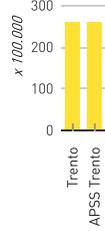
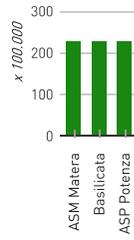
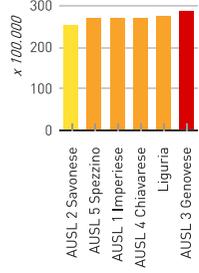
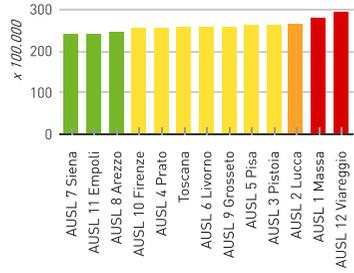
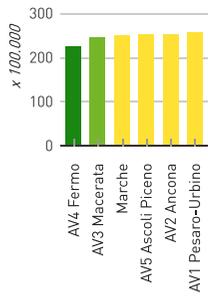
Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società; sono, infatti, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi) (Rapporto Osservasalute 2012). Nel 2014 i cittadini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

Anche questo indicatore è stato inserito nel sistema di valutazione al fine di descrivere lo stato di salute della popolazione, il cui miglioramento rappresenta comunque lo sfondo dell'azione delle istituzioni sanitarie.

I dati relativi alla P.A. Bolzano fanno riferimento al triennio precedente, poiché non disponibili quelli del periodo 2011-2013.



Definizione	Tasso di mortalità per tumori
Numeratore	N. deceduti per tumore per 100.000 residenti
Denominatore	N. totale residenti
Note	Codifiche ICD9-CM: 140 - 239. P.A. Trento e Bolzano: codifiche ICD-10: C00 - D489.
	Il tasso è standardizzato per età (popolazione europea standard).
Fonte	Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: Flusso REM; FVG: Schede di morte, Popolazione Anagrafe comunale



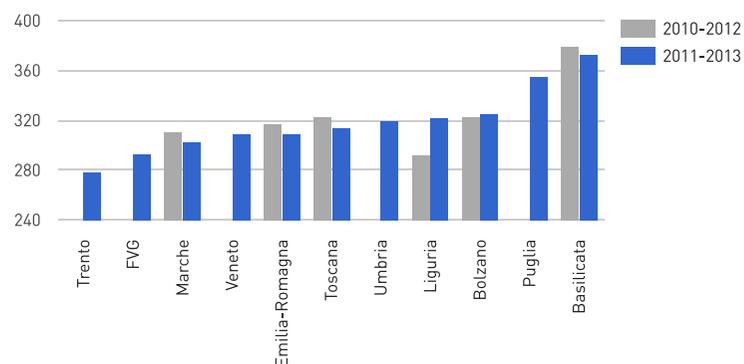


A3 Mortalità per malattie circolatorie

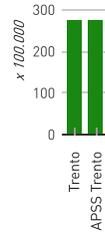
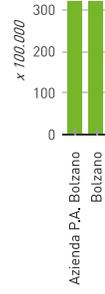
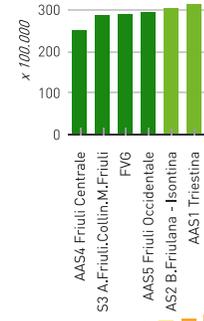
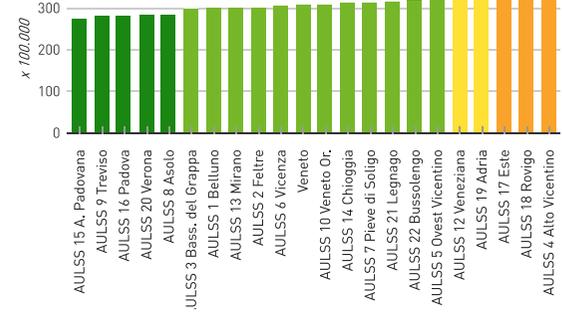
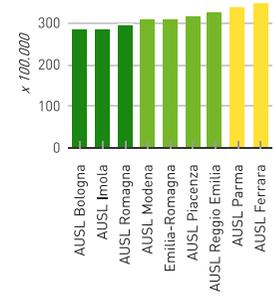
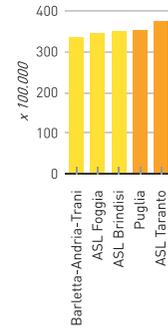
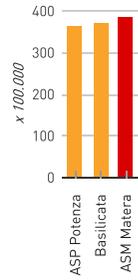
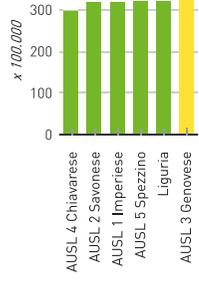
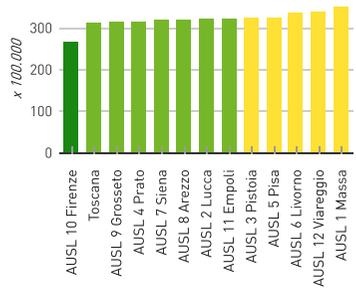
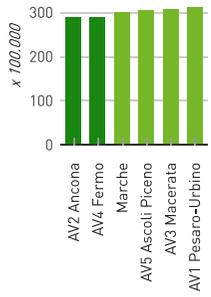
Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria, in quanto colpisce, indifferentemente, sia le fasce di popolazione più ricche che quelle a più basso reddito. Sono stati attivati, pertanto, programmi di monitoraggio sulla mortalità e sull'incidenza della patologia e, nel contempo, l'OMS ha fornito indicazioni atte a promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità (Rapporto Osservasalute 2010). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato delle Aziende Sanitarie, che rappresenta uno dei molteplici determinanti della mortalità per malattie circolatorie, ma offre informazioni utili ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche per riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.

I dati relativi alla P.A. Bolzano fanno riferimento al triennio precedente, in quanto non sono disponibili quelli del periodo 2011-2013.



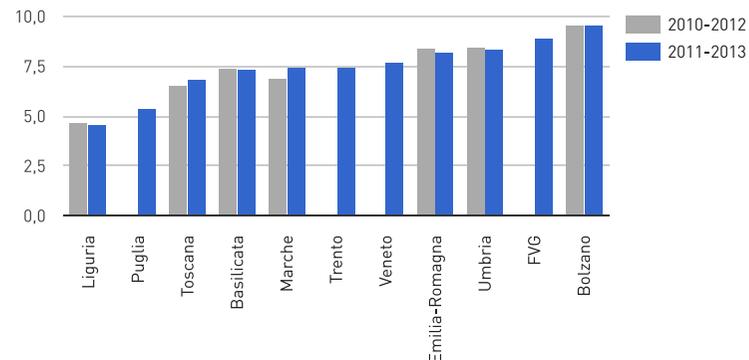
Definizione	Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio
Numeratore	N. deceduti per malattie del sistema circolatorio per 100.000 residenti
Denominatore	N. totale residenti
Note	Codifiche ICD9-CM: 390 – 459. P.A. Trento e Bolzano: codifiche ICD-10: I00 –I99. Il tasso è standardizzato per età (Popolazione standard: popolazione europea 2013).
Fonte	Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: Flusso REM; FVG: Schede di morte, Popolazione Anagrafe comunale



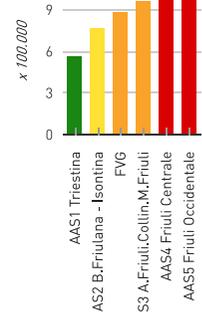
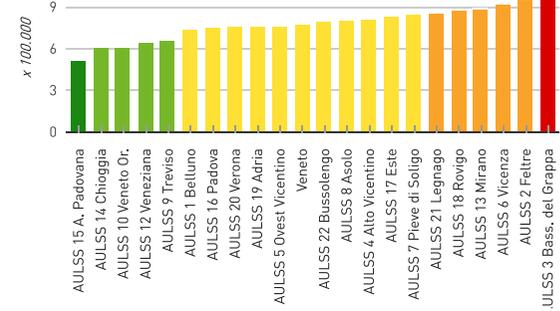
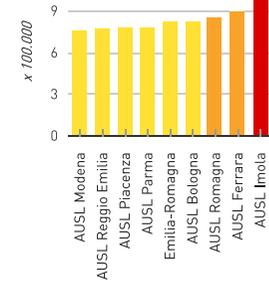
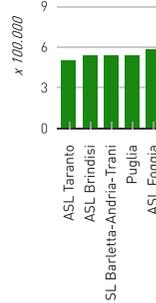
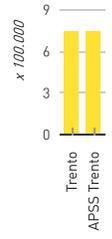
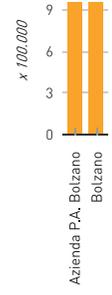
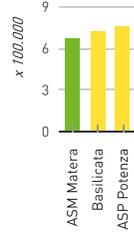
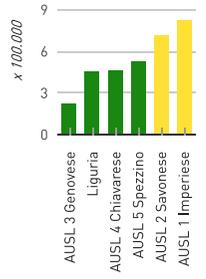
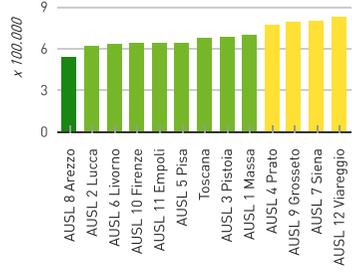
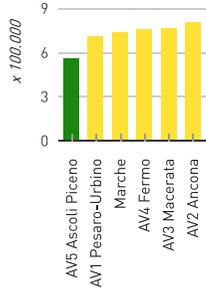


A4 Mortalità per suicidi

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. Il suicidio è la seconda causa di morte nelle persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni; oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 (www.who.int), con il tasso che tende a crescere all'aumentare dell'età. Come gli altri indicatori relativi alla salute della popolazione, anche il tasso di mortalità per suicidio non vuole essere una valutazione diretta dell'operato delle Aziende Sanitarie, ma intende fornire elementi descrittivi per la fase di definizione delle priorità per la nuova programmazione.



Definizione	Tasso di mortalità per suicidio
Numeratore	N. deceduti per suicidio per 100.000 residenti
Denominatore	N. totale residenti
Note	Codifiche ICD9-CM: E950 - E959. Il tasso è standardizzato per età [Popolazione standard: popolazione europea 2013].
Fonte	Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-U0 Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: Flusso REM; FVG: Schede di morte, Popolazione Anagrafe comunale



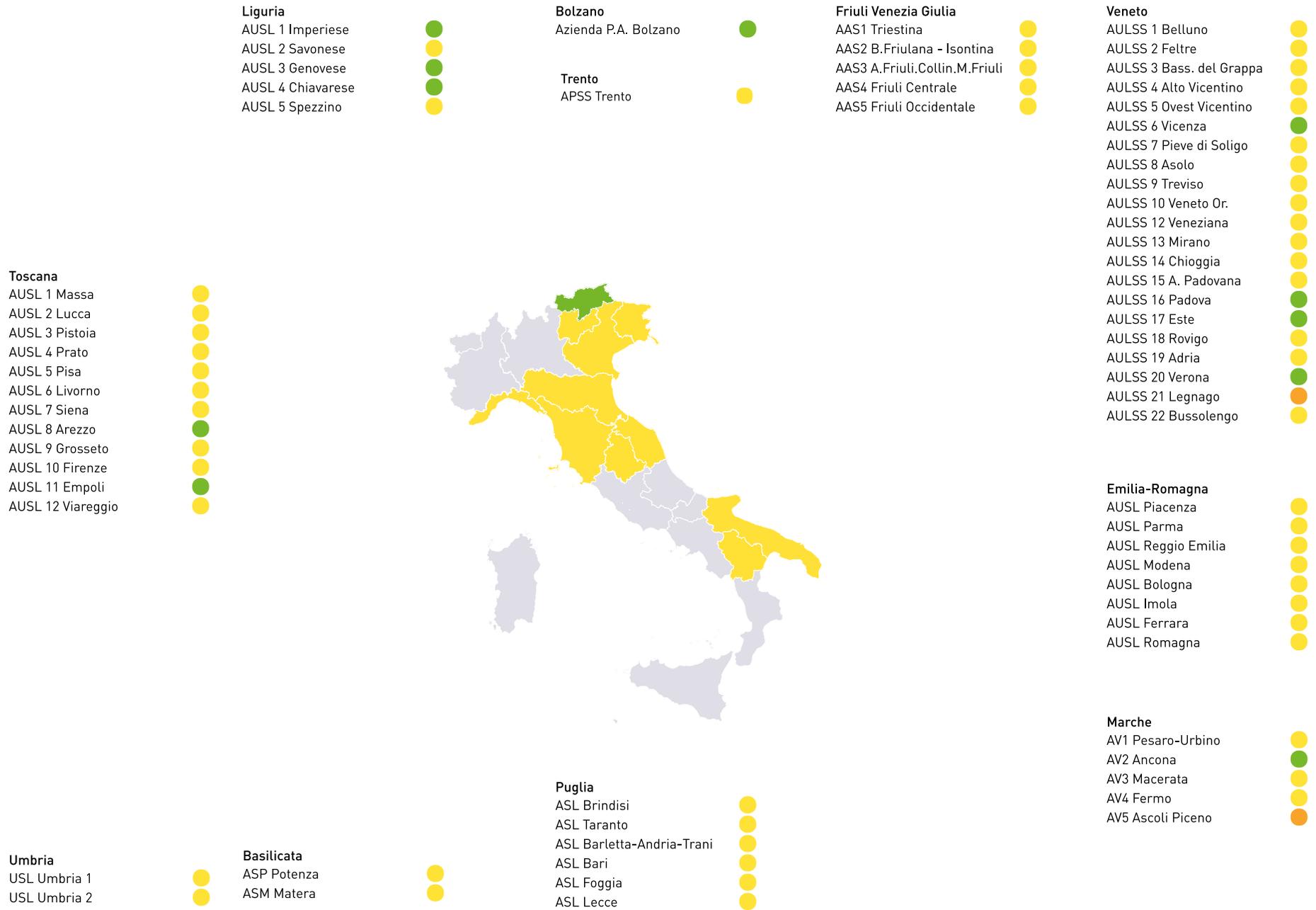


A10 Stili di vita (PASSI)

L'attenzione agli stili di vita rappresenta un salto di qualità importante nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni. Tale strategia prevede, attraverso una intensa e mirata attività di comunicazione, azioni per ridurre l'iniziazione al fumo, aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre l'abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell'attività fisica. Dal 2012 gli indicatori sono calcolati sull'ultimo triennio, per avere una maggiore robustezza statistica. A partire dal 2014, i dati relativi agli stili di vita derivanti dal Sistema PASSI alimentano due distinti indicatori, uno (A10) sulle prevalenze degli stili di vita nella popolazione, nella dimensione A, e un altro (B2) sulle specifiche attività di promozione di stili di vita sani condotte dai medici o da altri operatori sanitari. L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori A6.1.1, A6.2.1, A6.3.1, A6.4.1.

A10 Stili di vita (PASSI) [di valutazione]

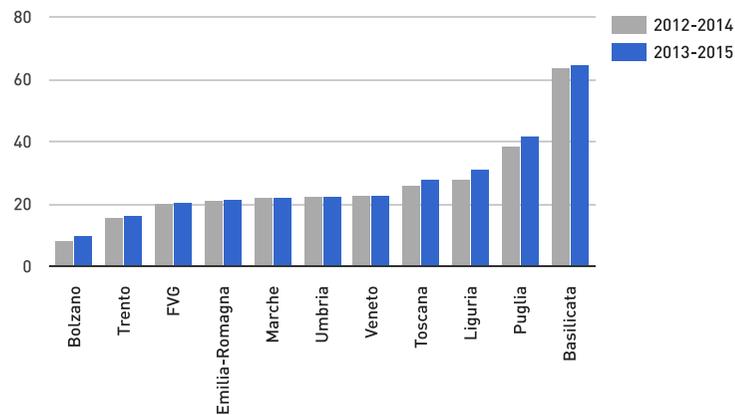
- A6.1.1 Percentuale di sedentari [di valutazione]
- A6.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso [di valutazione]
- A6.3.1 Percentuale di bevitori a rischio [di valutazione]
- A6.4.1 Percentuale di fumatori [di valutazione]



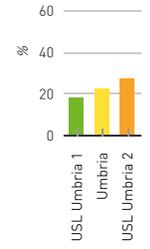
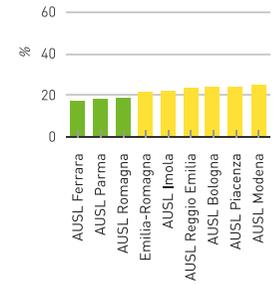
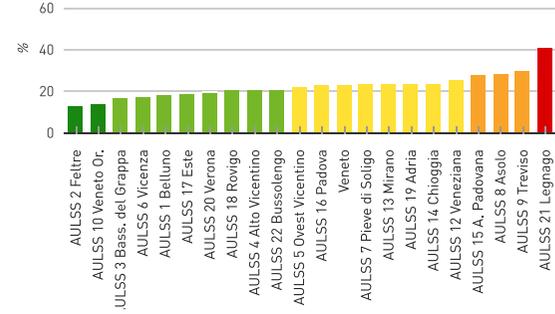
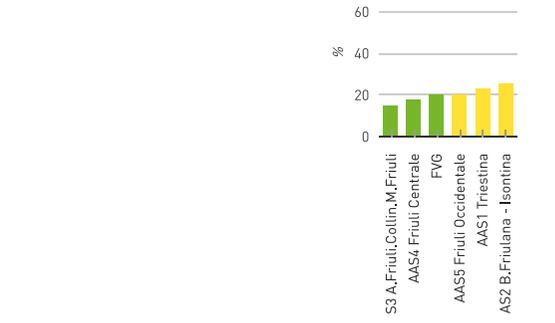
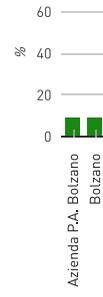
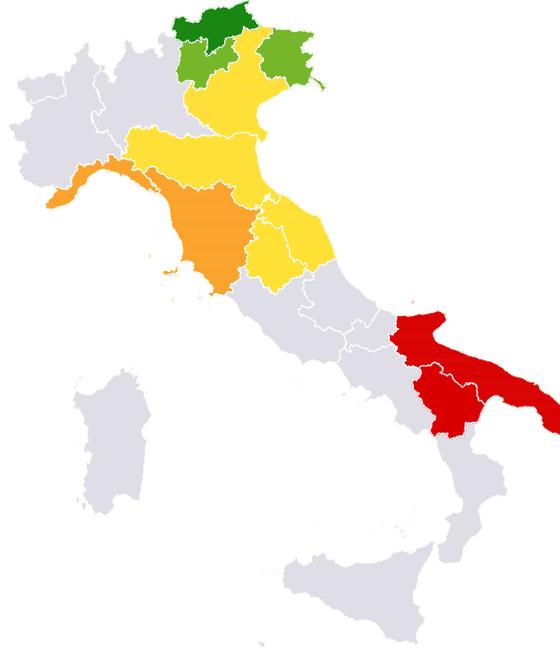
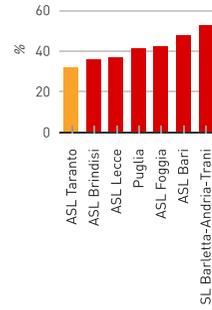
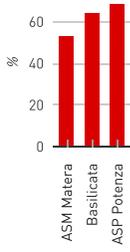
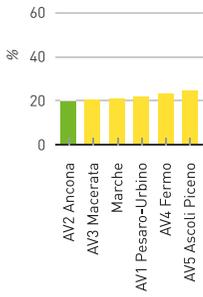
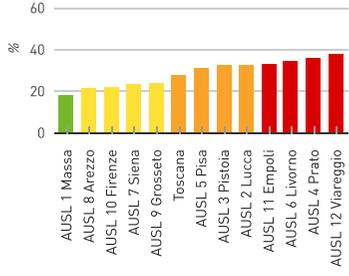
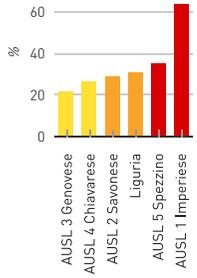


A6.1.1 Percentuale di sedentari

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.



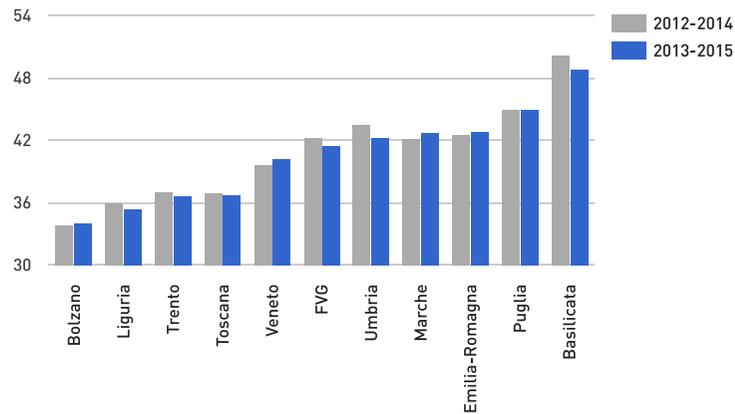
Definizione	Percentuale di sedentari
Numeratore	N. sedentari 2013 2014 2015
Denominatore	Sommatoria delle persone intervistate sedentarie e non sedentarie nei tre anni
Note	Livello di attività fisica "sedentario": chi non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



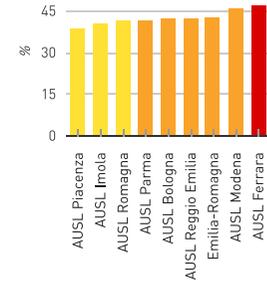
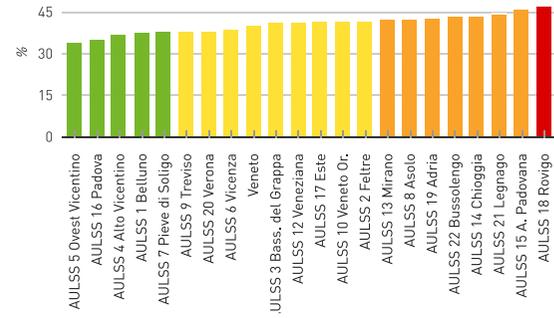
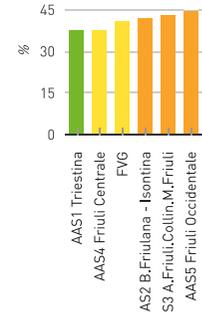
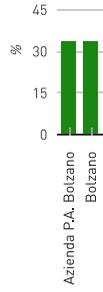
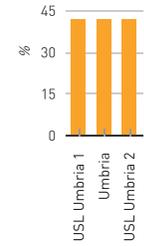
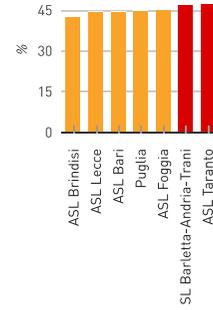
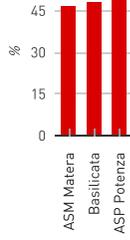
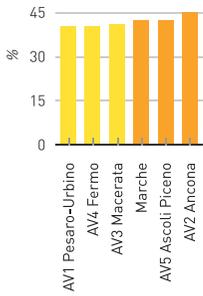
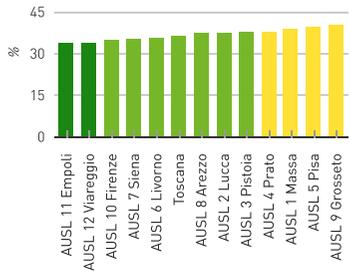
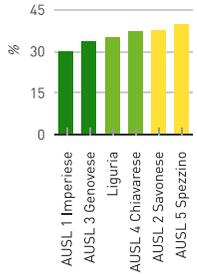


A6.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Imc) o Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato. Le categorie di Imc sono quattro: sottopeso (Imc<18,5), normopeso (Imc 18,5-24,9), sovrappeso (Imc 25-29,9), obeso (Imc>=30). Dal 2013 l'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.



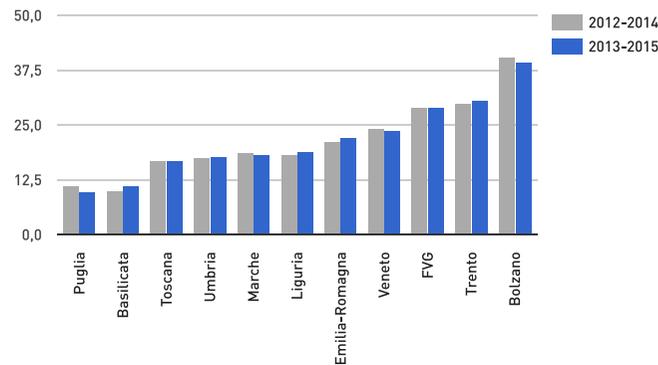
Definizione	Percentuale di persone sovrappeso e obese
Numeratore	N. di persone sovrappeso e obese 2013 N. di persone sovrappeso e obese 2014 N. di persone sovrappeso e obese 2015
Denominatore	Sommatoria persone obese, sovrappeso, normopeso, sottopeso nei tre anni
Note	Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18,5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29,9); obeso (Imc>=30)
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



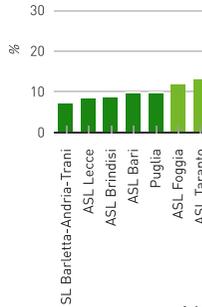
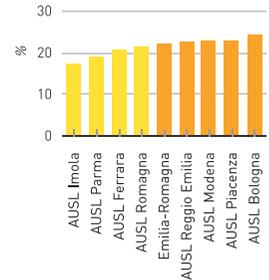
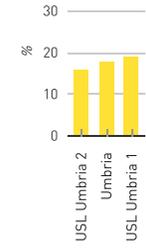
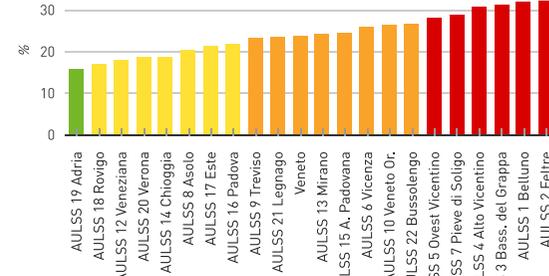
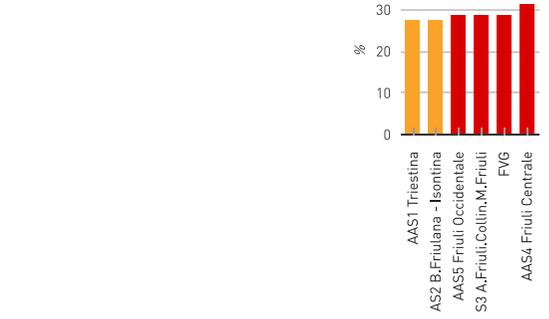
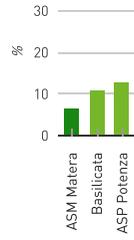
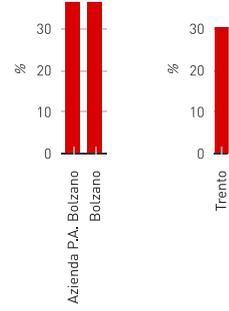
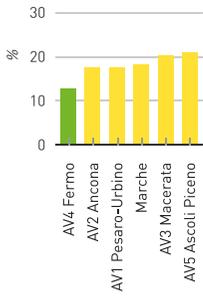
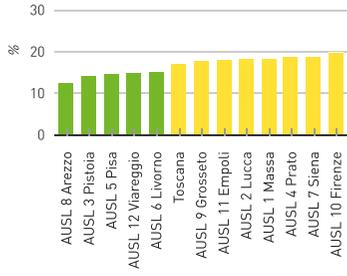
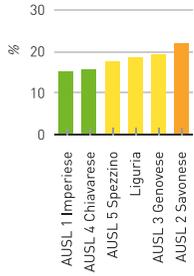


A6.3.1 Percentuale di bevitori a rischio

Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il consumo episodico eccessivo, il consumo fuori pasto. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati, che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcolica (UA) medie giornaliere per 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.



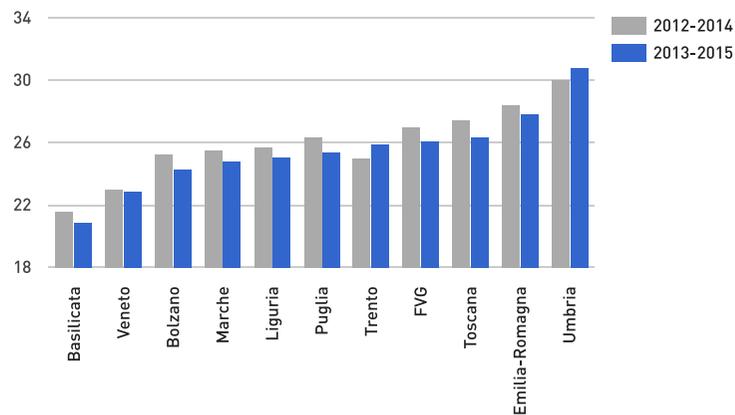
Definizione	Percentuale di bevitori a rischio
Numeratore	N. Bevitori a rischio 2013 N. Bevitori a rischio 2014 N. Bevitori a rischio 2015
Denominatore	Sommatoria N. Bevitori e non bevitori a rischio nei tre anni
Note	Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti.
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



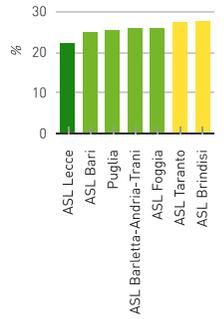
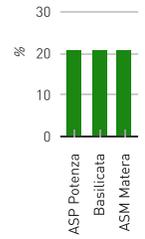
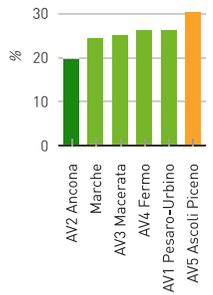
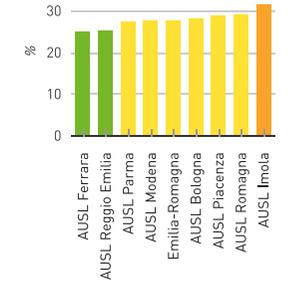
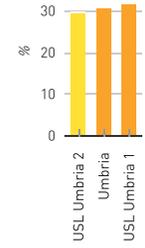
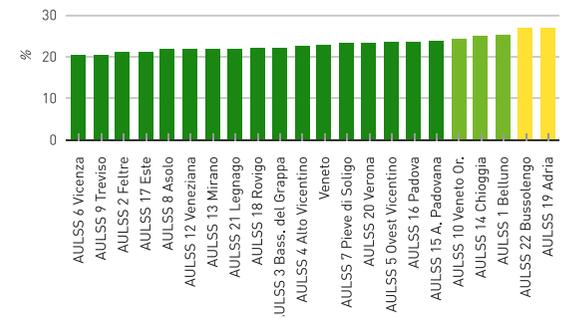
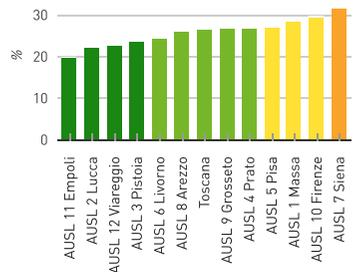
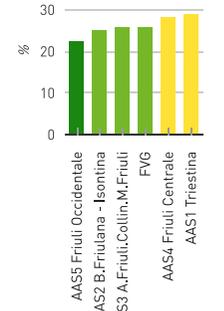
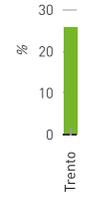
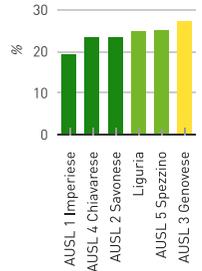


A6.4.1 Percentuale di fumatori

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.



Definizione	Percentuale di fumatori
Numeratore	N. Fumatori 2013 N. Fumatori 2014 N. Fumatori 2015
Denominatore	Sommatoria fumatori e non fumatori nei tre anni
Note	Si definisce "Fumatore" 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
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



B

LA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO
DELLE STRATEGIE REGIONALI



B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)

L'attenzione agli stili di vita rappresenta un salto di qualità importante nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni. Tale strategia prevede, attraverso una intensa e mirata attività di comunicazione, azioni per ridurre l'iniziazione al fumo, aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre l'abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell'attività fisica. Dal 2012 gli indicatori sono calcolati sull'ultimo triennio, per avere una maggiore robustezza statistica. A partire dal 2014, i dati relativi agli stili di vita derivanti dal Sistema PASSI alimentano due distinti indicatori, uno (A10) sulle prevalenze degli stili di vita nella popolazione, nella dimensione A, e un altro (B2) sulle specifiche attività di promozione di stili di vita sani condotte dai medici o altri operatori sanitari. L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei cinque sotto-indicatori di valutazione.

B2 Promozione stili di vita sani (PASSI) [di valutazione]

- A6.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica [di valutazione]
- A6.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso [di valutazione]
- A6.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica [di valutazione]
- A6.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno [di valutazione]
- A6.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare [di valutazione]

Liguria

- AUSL 1 Imperiese
- AUSL 2 Savonese
- AUSL 3 Genovese
- AUSL 4 Chiavarese
- AUSL 5 Spezzino



Toscana

- AUSL 1 Massa
- AUSL 2 Lucca
- AUSL 3 Pistoia
- AUSL 4 Prato
- AUSL 5 Pisa
- AUSL 6 Livorno
- AUSL 7 Siena
- AUSL 8 Arezzo
- AUSL 9 Grosseto
- AUSL 10 Firenze
- AUSL 11 Empoli
- AUSL 12 Viareggio



Umbria

- USL Umbria 1
- USL Umbria 2



Bolzano

- Azienda P.A. Bolzano



Trento

- APSS Trento



Friuli Venezia Giulia

- AAS1 Triestina
- AAS2 B.Friulana - Isontina
- AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli
- AAS4 Friuli Centrale
- AAS5 Friuli Occidentale



Veneto

- AULSS 1 Belluno
- AULSS 2 Feltre
- AULSS 3 Bass. del Grappa
- AULSS 4 Alto Vicentino
- AULSS 5 Ovest Vicentino
- AULSS 6 Vicenza
- AULSS 7 Pieve di Soligo
- AULSS 8 Asolo
- AULSS 9 Treviso
- AULSS 10 Veneto Or.
- AULSS 12 Veneziana
- AULSS 13 Mirano
- AULSS 14 Chioggia
- AULSS 15 A. Padovana
- AULSS 16 Padova
- AULSS 17 Este
- AULSS 18 Rovigo
- AULSS 19 Adria
- AULSS 20 Verona
- AULSS 21 Legnago
- AULSS 22 Bussolengo



Emilia-Romagna

- AUSL Piacenza
- AUSL Parma
- AUSL Reggio Emilia
- AUSL Modena
- AUSL Bologna
- AUSL Imola
- AUSL Ferrara
- AUSL Romagna



Marche

- AV1 Pesaro-Urbino
- AV2 Ancona
- AV3 Macerata
- AV4 Fermo
- AV5 Ascoli Piceno



Puglia

- ASL Brindisi
- ASL Taranto
- ASL Barletta-Andria-Trani
- ASL Bari
- ASL Foggia
- ASL Lecce



Basilicata

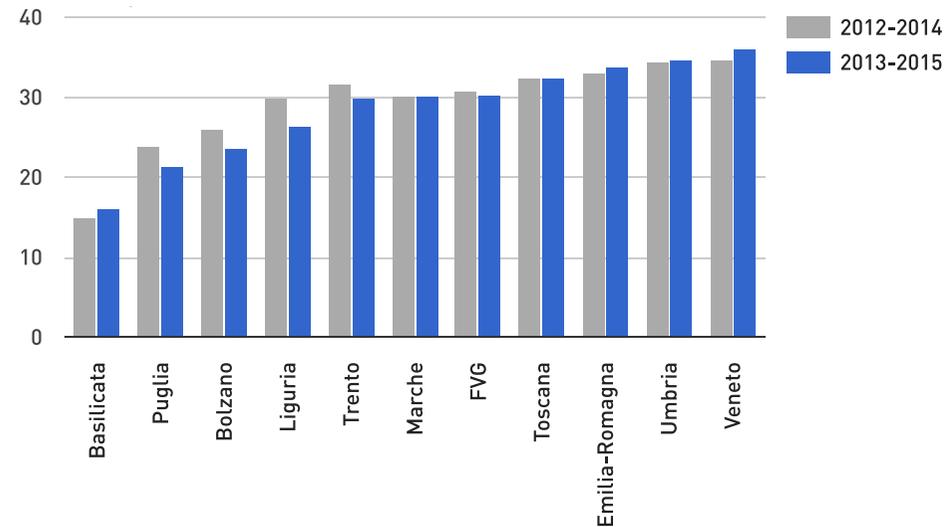
- ASP Potenza
- ASM Matera



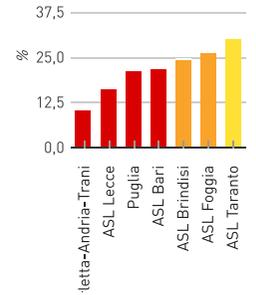
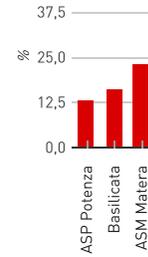
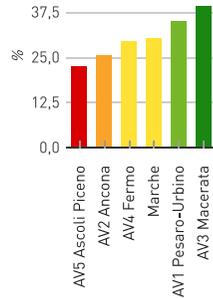
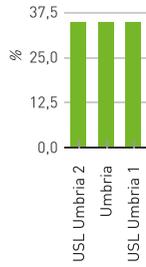
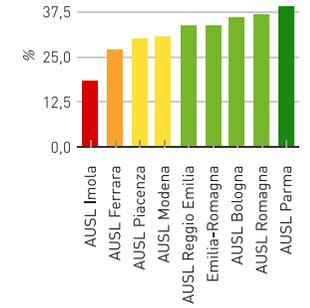
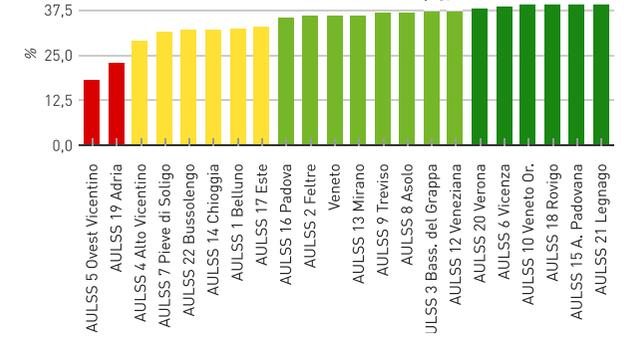
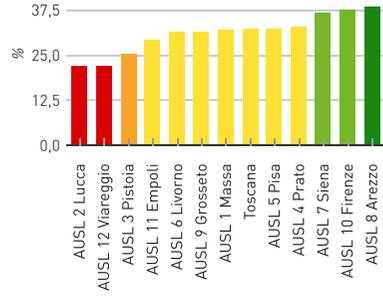
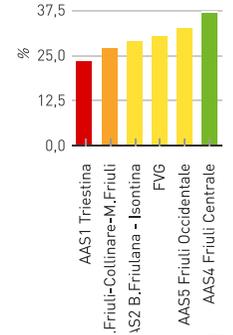
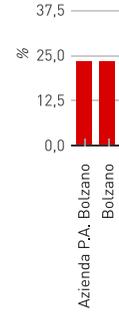
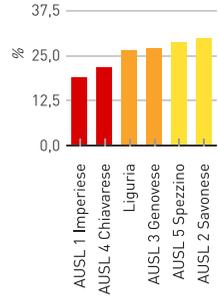


A6.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Svolgere una regolare attività fisica favorisce uno stile di vita sano e, secondo l'opinione degli esperti, riduce il rischio di mortalità del 10% per tutte le cause. L'attività fisica, infatti, protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un supporto per il trattamento di diversi tipi di patologie. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, insieme ad altri interventi mirati, possono essere utili ad incrementare l'esercizio fisico regolare sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche.



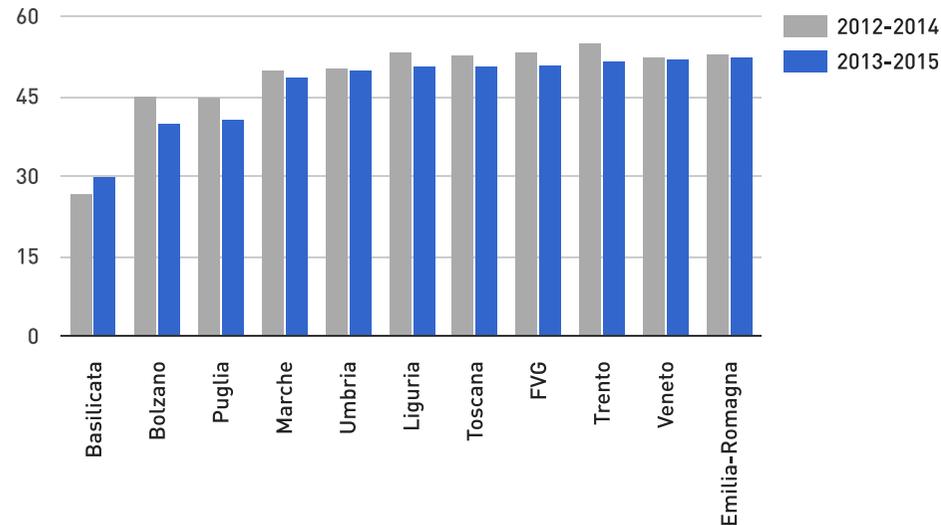
Definizione	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
Numeratore	N. persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nel 2013 N. persone intervistate consigliate dal medico o altro op. sanit. di fare attività fisica nel 2014 N. persone intervistate consigliate nel 2015
Denominatore	Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
Note	Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2013-2014-2015)
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



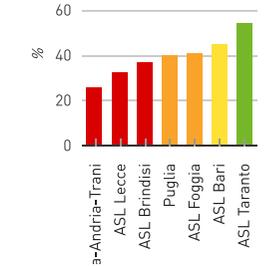
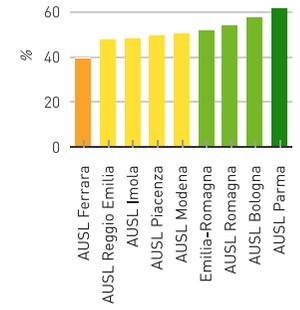
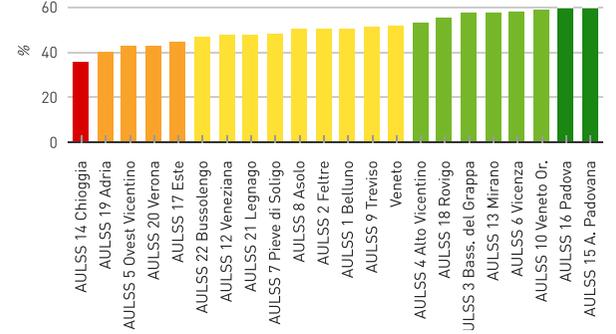
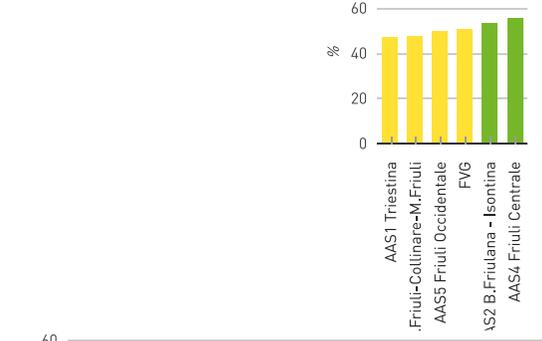
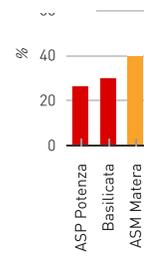
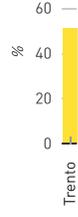
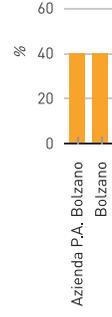
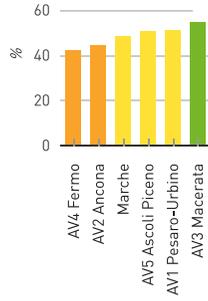
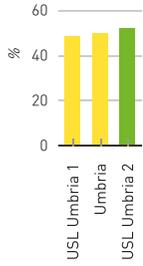
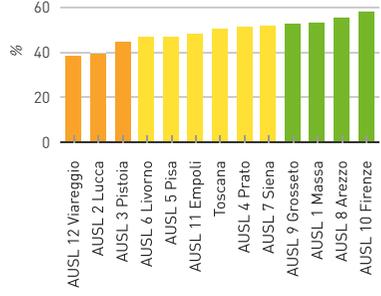
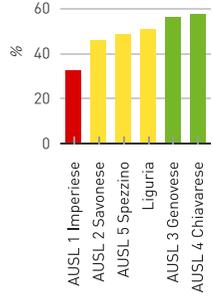


A6.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

La situazione nutrizionale è una determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus o alcuni tipi di tumore come l'endometriale, il colon-rettale, della colecisti e della mammella. L'eccesso ponderale (persone sovrappeso/obese) è uno dei principali fattori di rischio su cui è possibile intervenire per migliorare lo stato di salute della popolazione. È importante che gli operatori sanitari pongano un'adeguata attenzione a questo aspetto.



Definizione	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
Numeratore	N. di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso nel 2013 N. di persone sovrappeso o obese consigliate nel 2014 N. persone sovrappeso o obese consigliate nel 2015
Denominatore	Sommatoria delle persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di perdere o mantenere peso nei tre anni
Note	Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc , calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso ($Imc < 18,5$); normopeso ($Imc 18,5-24,9$); sovrappeso ($Imc 25-29,9$); obeso ($Imc \geq 30$) Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2013-2014-2015)
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

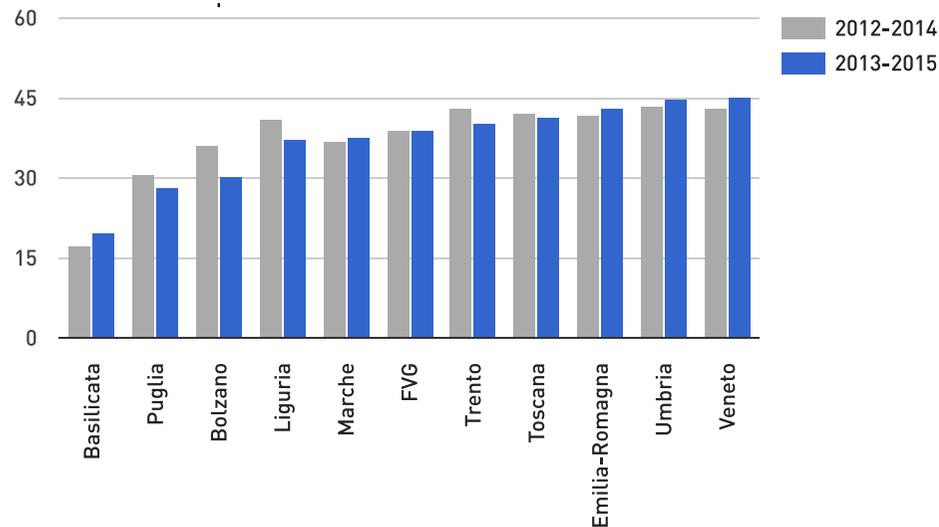




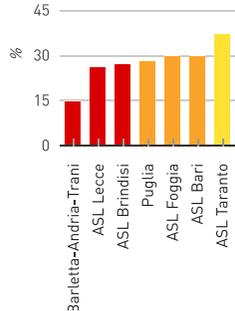
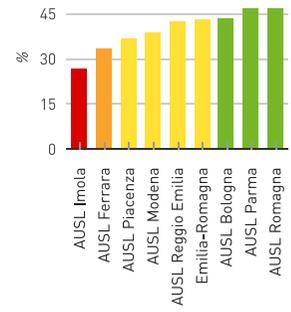
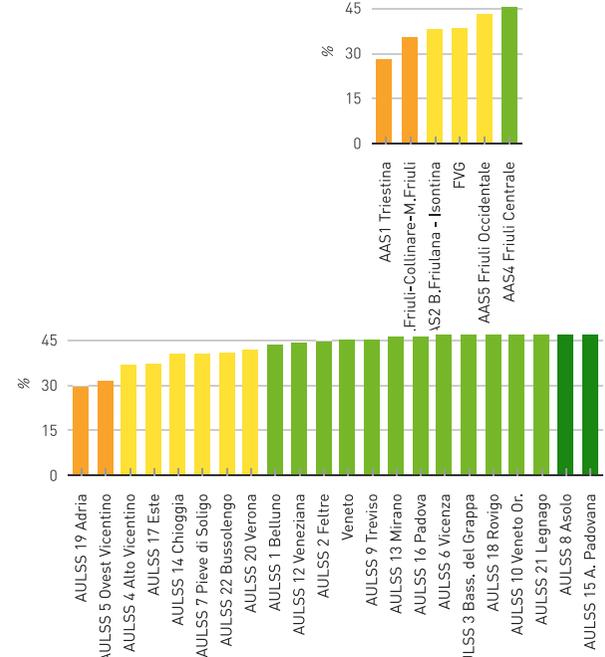
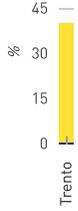
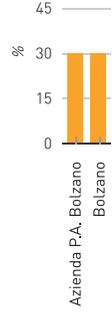
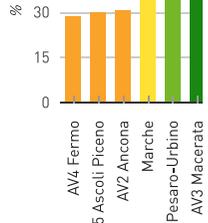
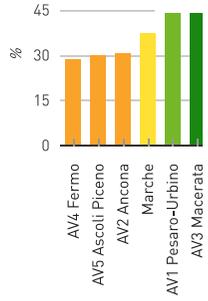
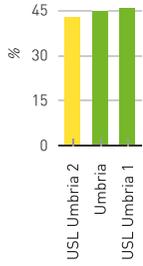
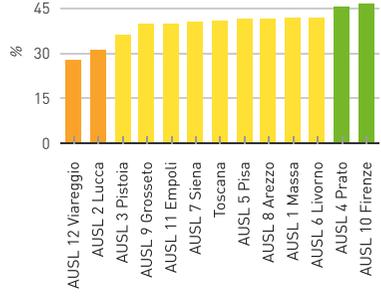
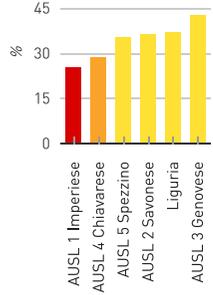
A6.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. E' infatti sempre più evidente come la sedentarietà, spesso associata a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, stia diventando un problema di salute pubblica, con un elevato carico di malattia e relativi costi sociali.

In questo quadro, è dunque importante che i medici e gli operatori sanitari, oltre a promuovere l'adozione di una corretta alimentazione, suggeriscano di fare movimento.



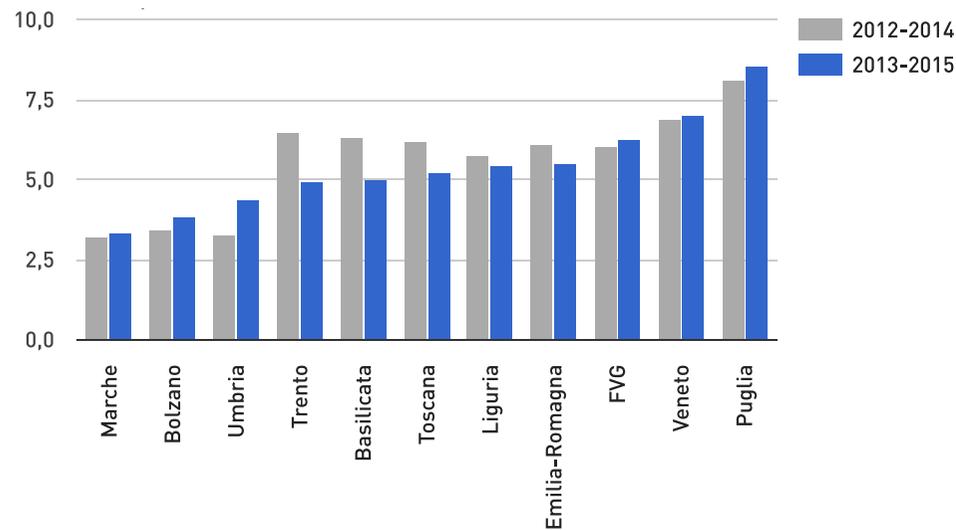
Definizione	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
Numeratore	N.persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nel 2013 N.persone sovrappeso o obese consigliate nel 2014 N.persone sovrappeso o obese consigliate nel 2015
Denominatore	Sommatoria di persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di fare attività fisica nei tre anni
Note	Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18,5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29,9); obeso (Imc>=30) Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2013-2014-2015)
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



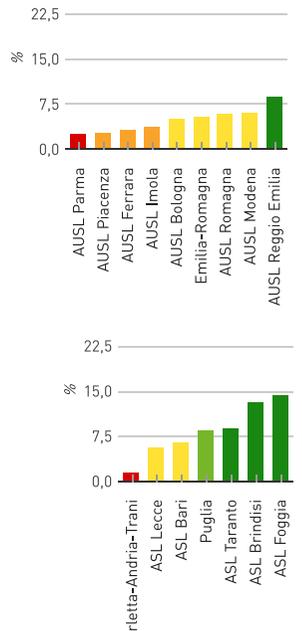
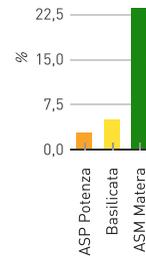
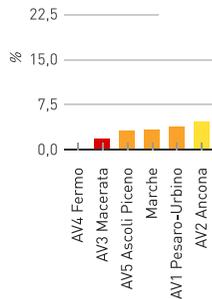
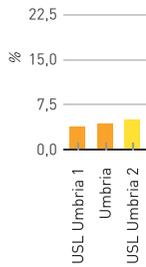
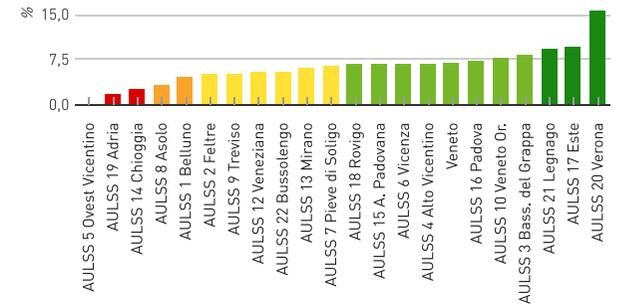
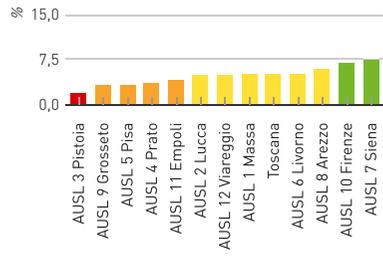
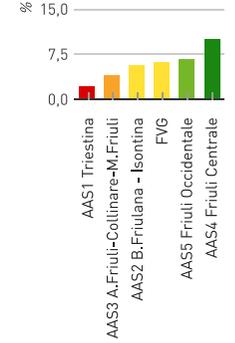
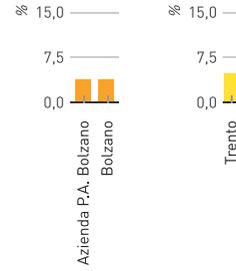
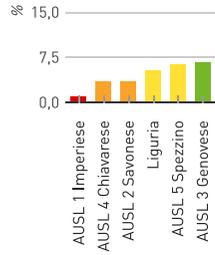


A6.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

L'alcol ha assunto, nell'ambito della promozione degli stili di vita sani, un'importanza sempre maggiore per le conseguenze negative che può avere il suo eccessivo consumo. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima, infatti, che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, diffondendo la percezione del rischio legata al consumo eccessivo di bevande alcoliche.



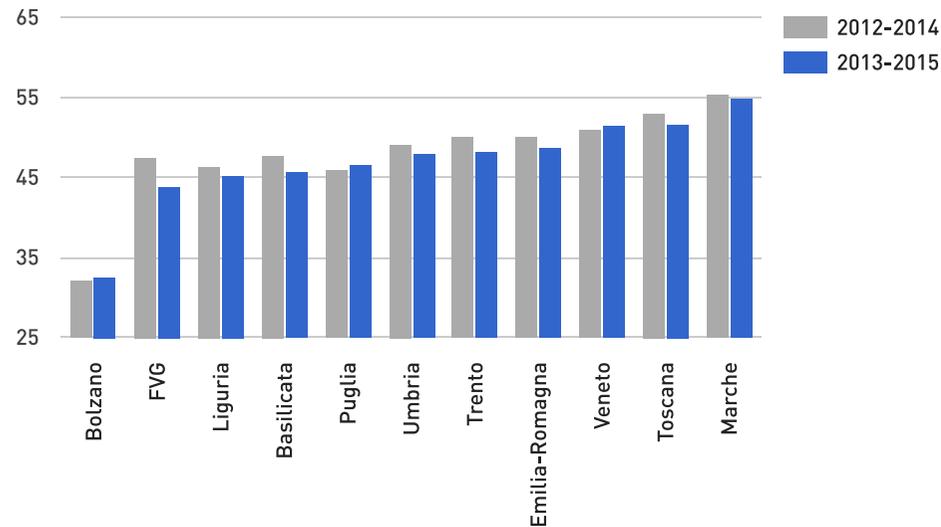
Definizione	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno
Numeratore	N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nel 2013 N. di bevitori a rischio consigliati nel 2014 N. di bevitori a rischio consigliati nel 2015
Denominatore	Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni
Note	Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno), Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2013-2014-2015)
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)



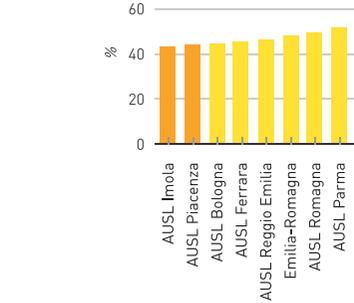
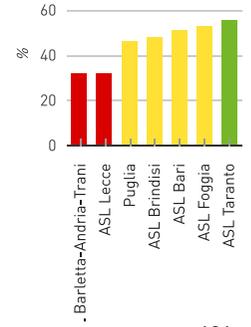
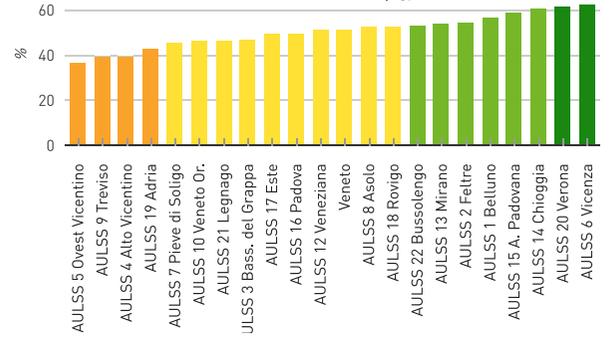
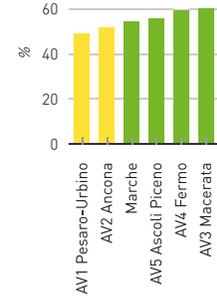
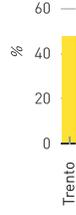
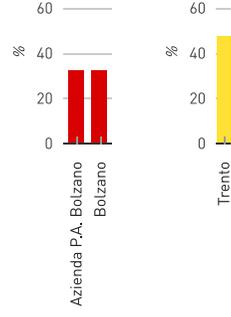
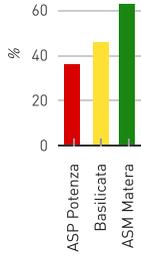
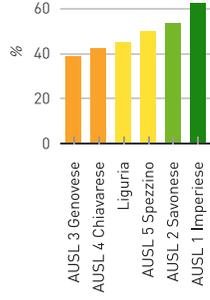
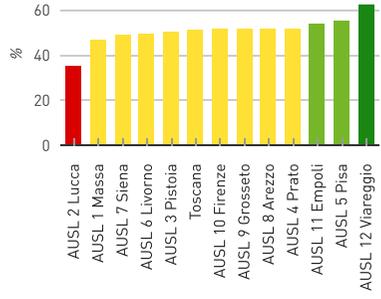
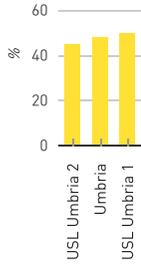


A6.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie croniche degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Inoltre, il fumo è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità. Evidenze scientifiche mostrano che l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.



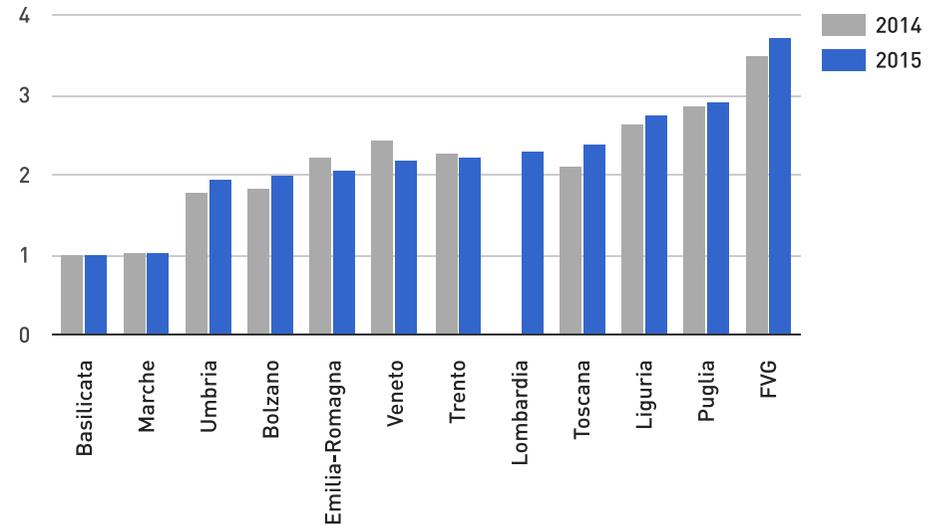
Definizione	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare
Numeratore	N. Fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nel 2013 N. Fumatori consigliati nel 2014 N. Fumatori consigliati nel 2015
Denominatore	N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni
Note	“Fumatore”: 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. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2013-2014-2015)
Fonte	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)





B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori

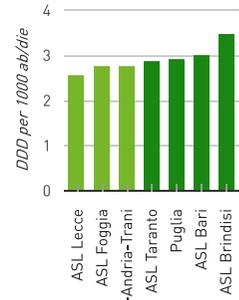
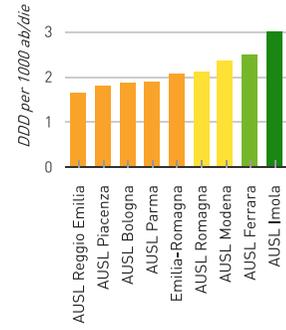
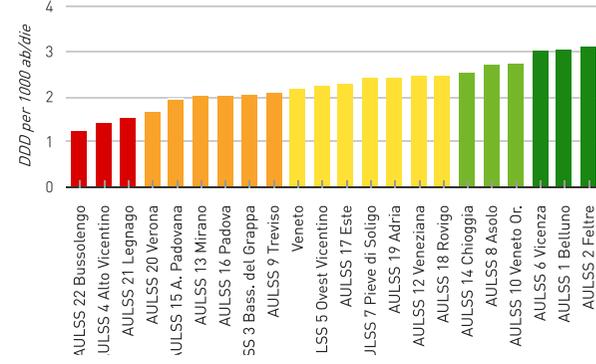
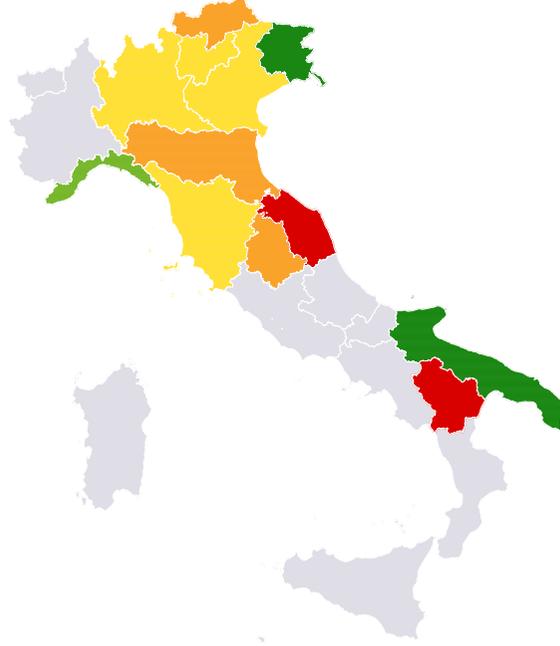
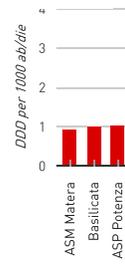
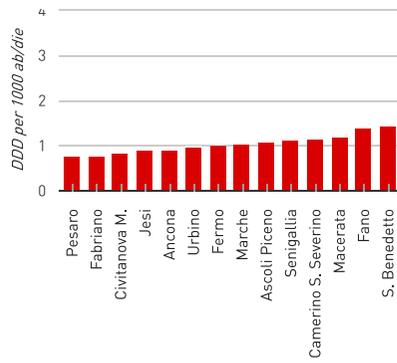
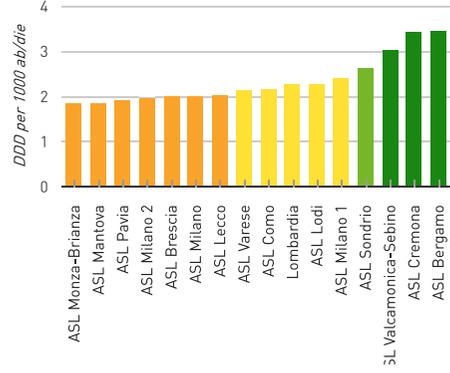
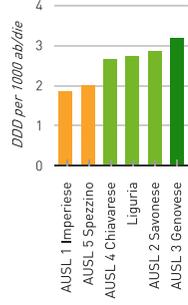
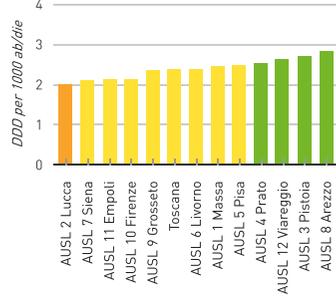
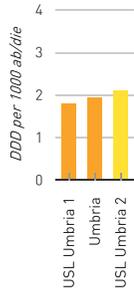
Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico della gestione del dolore dei pazienti. L'indicatore B4 risponde, dunque, alla necessità di monitorare l'efficacia delle strategie messe in campo per controllare il dolore nel paziente e si struttura come la sintesi della valutazione assegnata alle aziende per il consumo di farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta. L'indicatore di sintesi assume una valutazione pari a quella dell'indicatore B4.1.1



B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.

Definizione	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
Numeratore	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000
Denominatore	N. residenti x 365
Note	I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxicodeone-associazioni (N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica





B5 Screening oncologici

Le Regioni hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Per tutti i tre programmi screening deve considerarsi come critica (fascia colore rosso) un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel caso di quello mammografico e coloretale, su tre anni per quello della cervice uterina). Per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico, del 65% per il coloretale e del 60% per la cervice uterina.

Le adesioni e le estensioni degli screening sono calcolate applicando i criteri di correzione ONS (Osservatorio Nazionale Screening) che prevedono, nel caso delle estensioni, la sottrazione a numeratore del numero di inviti inesitati e la sottrazione a denominatore del numero di persone escluse prima dell'invito; mentre, nel caso delle adesioni, prevedono la sottrazione a denominatore degli inviti inesitati e delle persone escluse dopo l'invito.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei tre sotto-indicatori B5.1, B5.2, B5.3.

B5.1 Screening mammografico [di valutazione]

- B5.1.1 Estensione screening mammografico [di valutazione]
- B5.1.2 Adesione screening mammografico [di valutazione]
- B5.1.4 Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI) [di osservazione]
- B5.1.5 Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo [di osservazione]
- B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti [di osservazione]

B5.2 Screening cervice uterina [di valutazione]

- B5.2.1 Estensione screening cervice uterina [di valutazione]
- B5.2.2 Adesione screening cervice uterina [di valutazione]
- B5.2.4 Adesione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI) [di osservazione]

B5.3 Screening coloretale [di valutazione]

- B5.3.1 Estensione screening coloretale [di valutazione]
- B5.3.2 Adesione screening coloretale [di valutazione]
- B5.3.5 Adesione volontaria allo screening coloretale (PASSI) [di osservazione]

Lombardia
 ASL Bergamo ●
 ASL Brescia ●
 ASL Como ●
 ASL Cremona ●
 ASL Lecco ●
 ASL Lodi ●
 ASL Mantova ●
 ASL Milano ●
 ASL Milano 1 ●
 ASL Milano 2 ●
 ASL Monza-Brianza ●
 ASL Pavia ●
 ASL Sondrio ●
 ASL Varese ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●

Liguria
 AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●

Toscana
 AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●

Marche
 AV1 Pesaro-Urbino ●
 AV2 Ancona ●
 AV3 Macerata ●
 AV4 Fermo ●
 AV5 Ascoli Piceno ●

Bolzano
 Azienda P.A. Bolzano ●

Trento
 APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia
 AAS1 Triestina ●
 AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
 AAS4 Friuli Centrale ●
 AAS5 Friuli Occidentale ●

Veneto
 AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 21 Legnago ●

Emilia-Romagna
 AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●

Umbria
 USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●

Puglia
 ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●

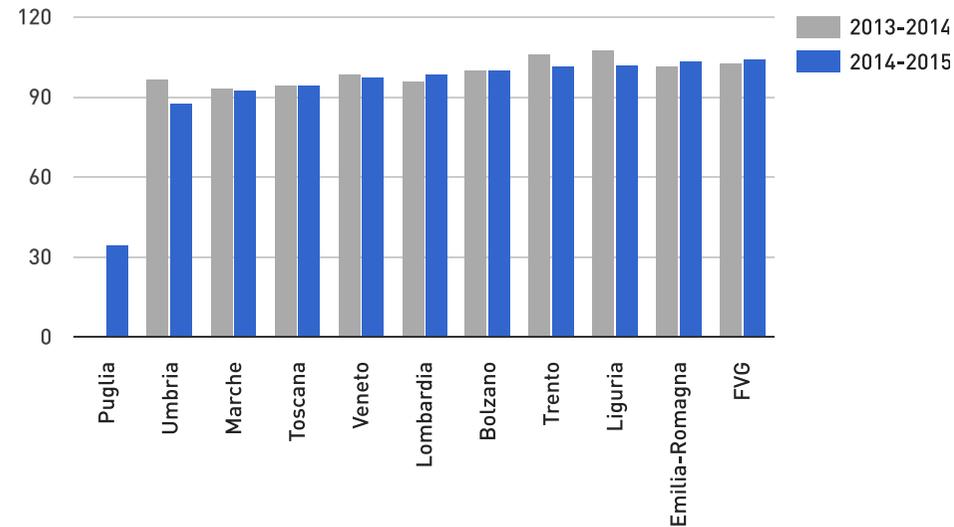




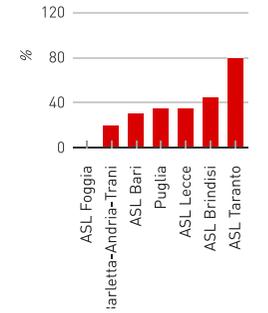
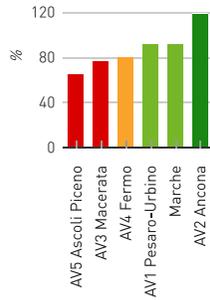
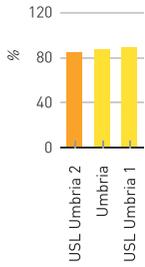
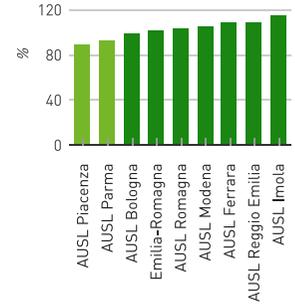
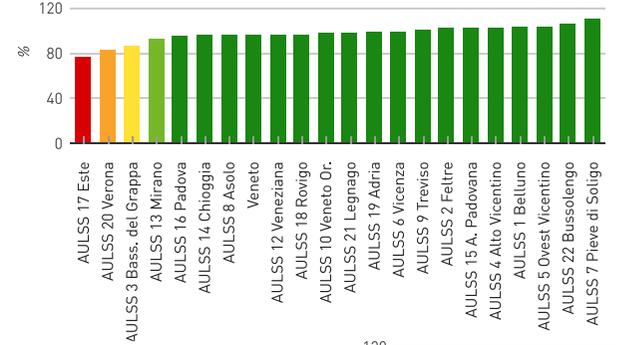
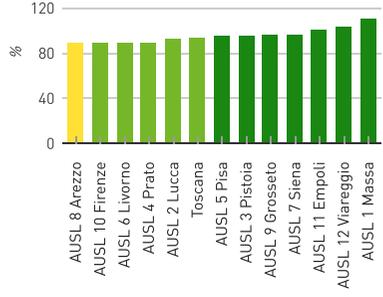
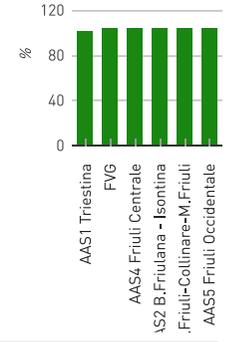
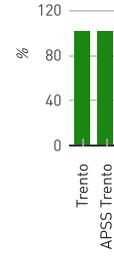
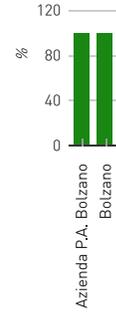
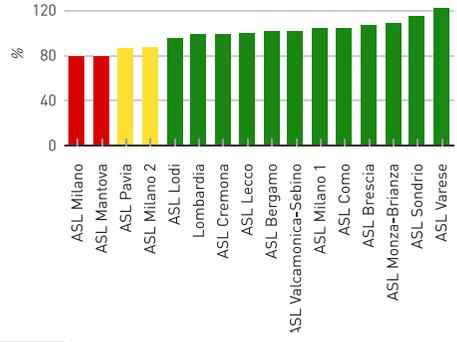
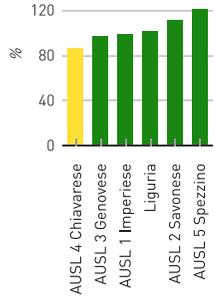
B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico

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).



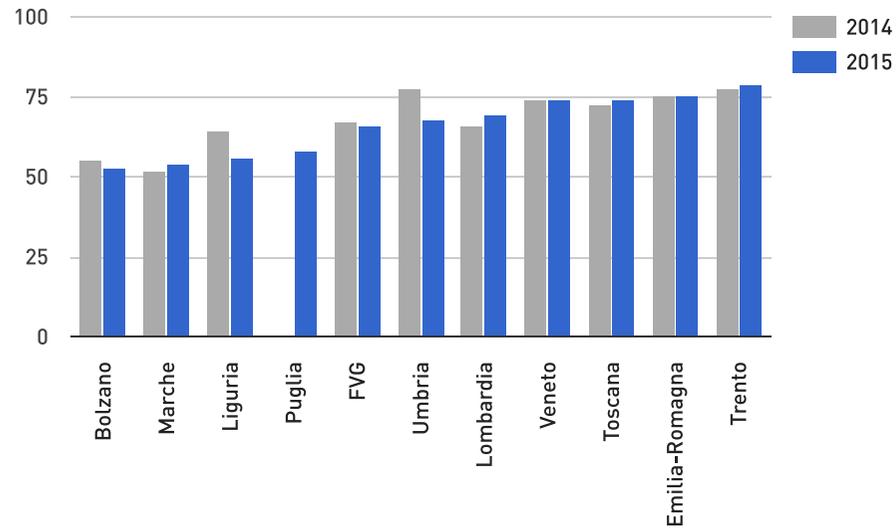
Definizione	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione
Numeratore	N . Donne invitate nell'anno x - N . Donne invitate nell'anno $x-1$ - N . Inviti inesitati nell'anno x - N . Inviti inesitati nell'anno $x-1$ *
Denominatore	Popolazione bersaglio anno x - Popolazione bersaglio anno $x-1$ - donne escluse prima dell'invito nell'anno x - N . donne escluse prima dell'invito nell'anno $x-1$ *
Note	Il biennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2015 si esamina il biennio 2014-2015. * Si applicano i criteri di correzione ONS
Fonte	Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb



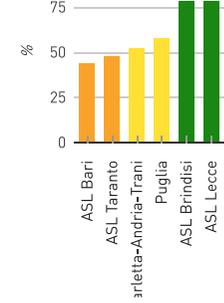
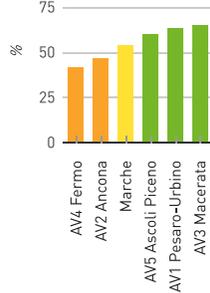
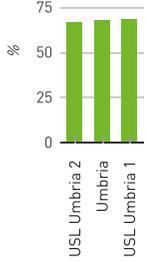
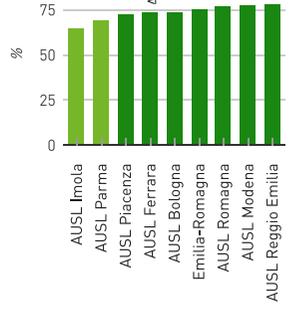
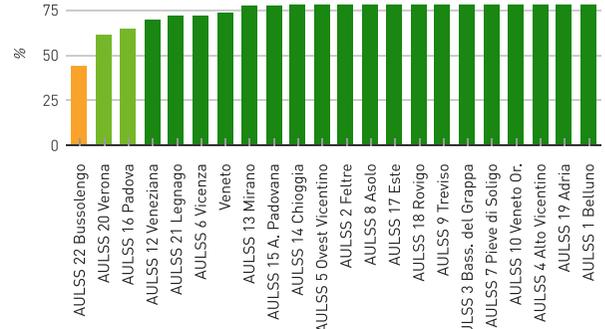
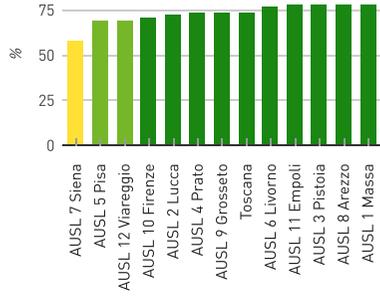
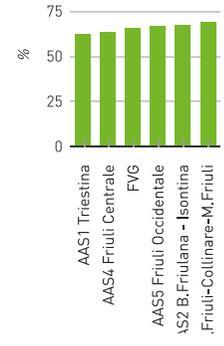
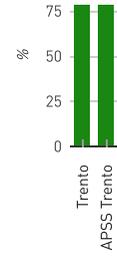
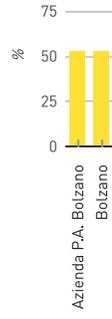
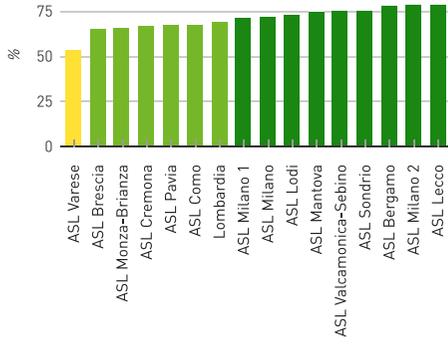
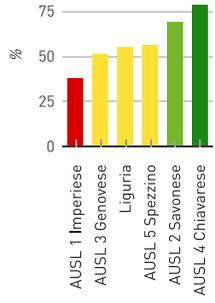


B5.1.2 Adesione screening mammografico

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.



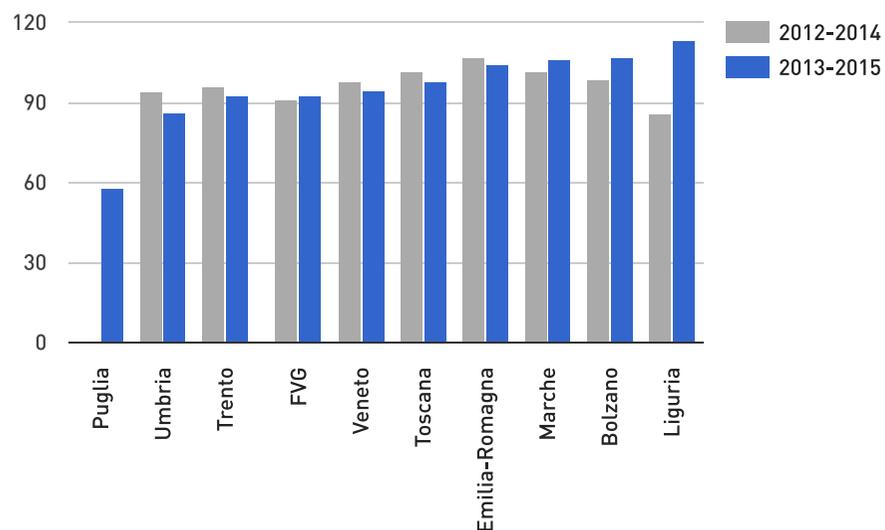
Definizione	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
Numeratore	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)
Denominatore	N. donne invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. Donne escluse dopo l'invito *
Note	Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS
Fonte	Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb



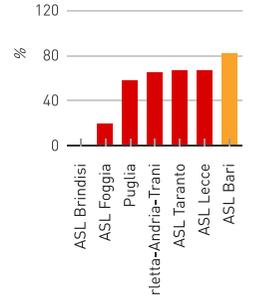
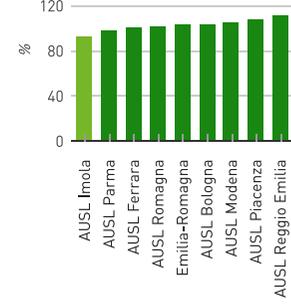
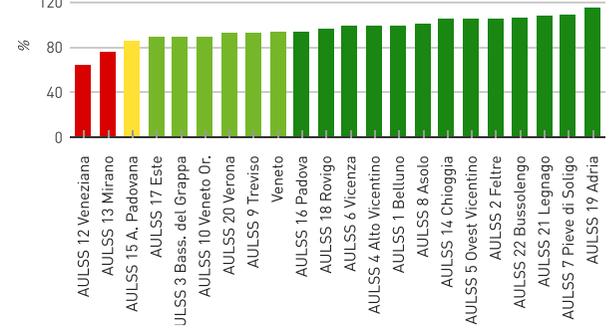
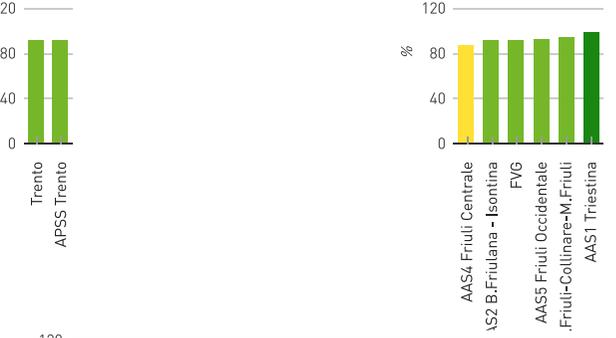
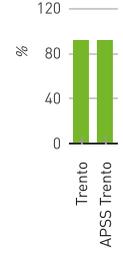
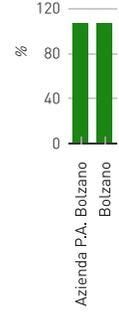
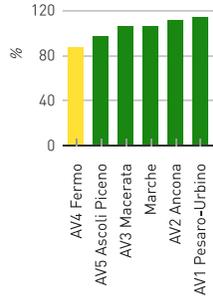
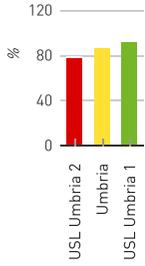
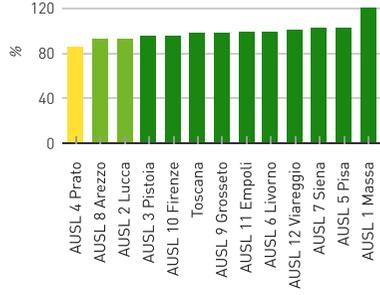
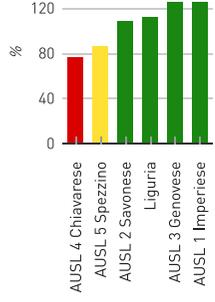


B5.2.1 Estensione screening cervice uterina

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



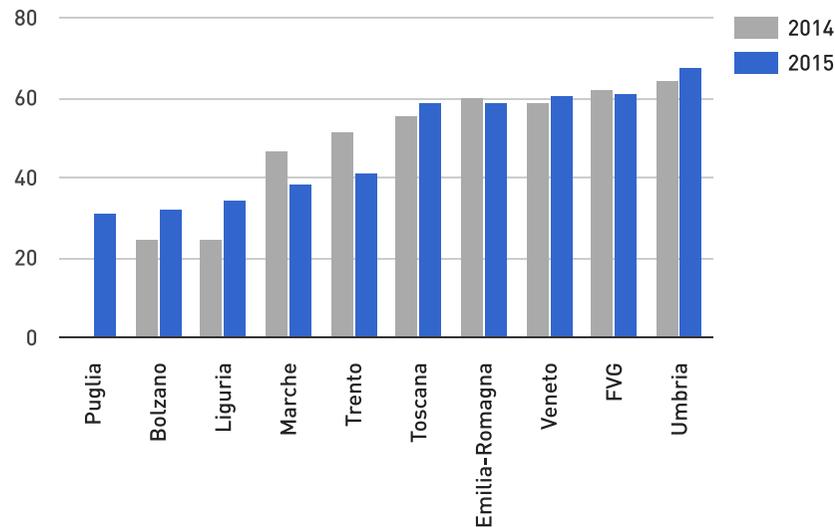
Definizione	Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione
Numeratore	N. Donne invitate nell'anno x N. Donne invitate nell'anno x-1 N. Donne invitate nell'anno x-2 - N. Inviti inesitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 - N. inviti inesitati nell'anno x-2 *
Denominatore	Popolazione bersaglio anno x Popolazione bersaglio anno x-1 Popolazione bersaglio anno x-2 - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1 - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-2 *
Note	Il triennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2015 si esamina il triennio 2013-2015. * Si applicano i criteri di correzione ONS
Fonte	Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb



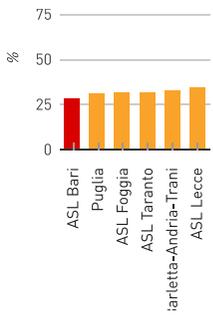
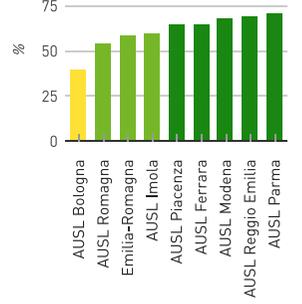
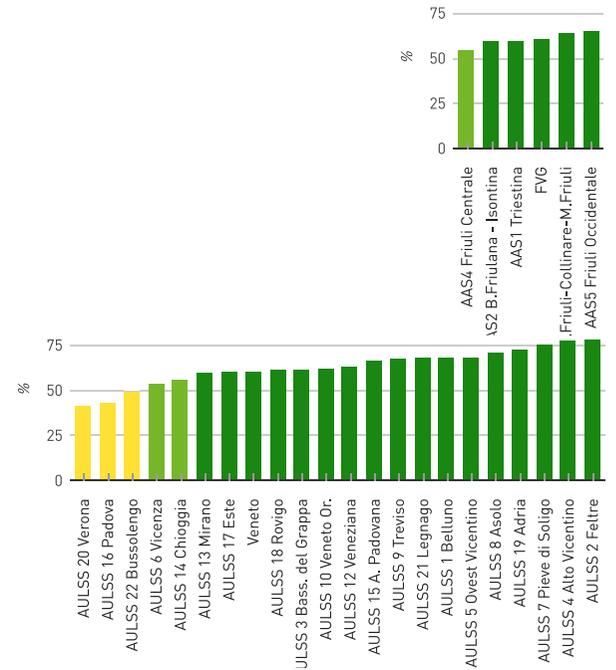
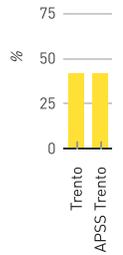
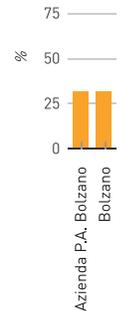
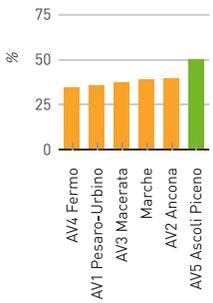
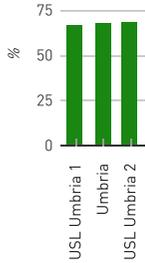
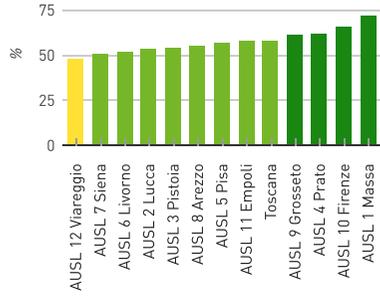
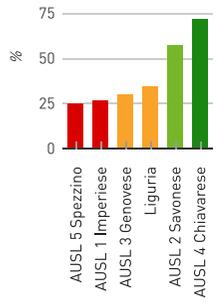


B5.2.2 Adesione screening cervice uterina

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



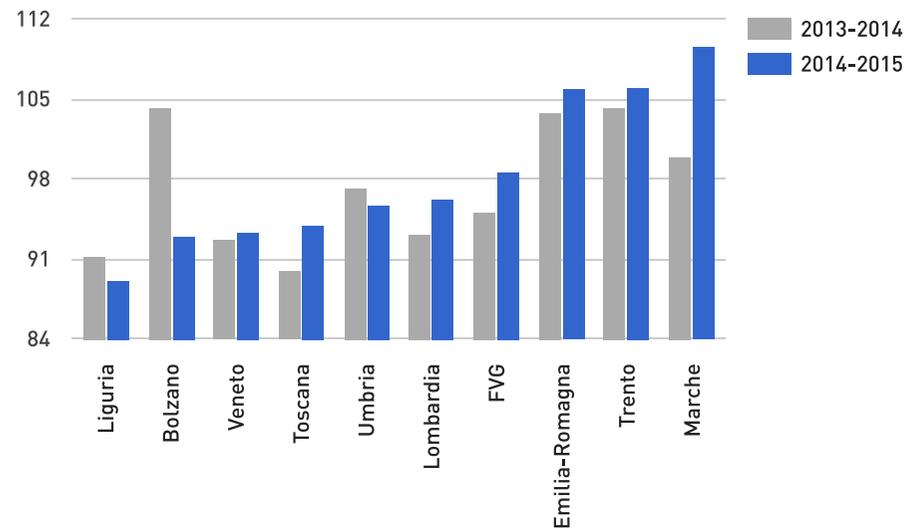
Definizione	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
Numeratore	N. donne che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)
Denominatore	N. donne invitate allo screening della cervice uterina nell'anno oggetto della rilevazione - inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione - N. donne escluse dopo l'invito *
Note	Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS
Fonte	Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb



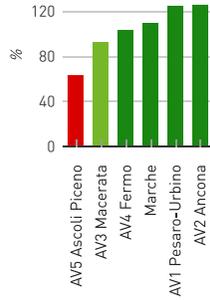
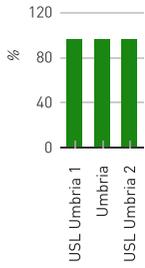
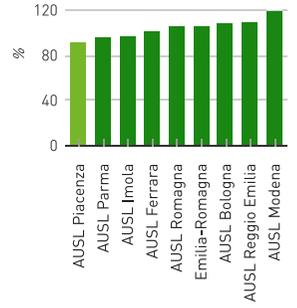
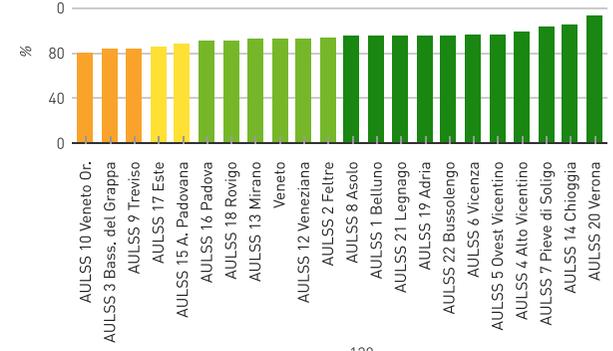
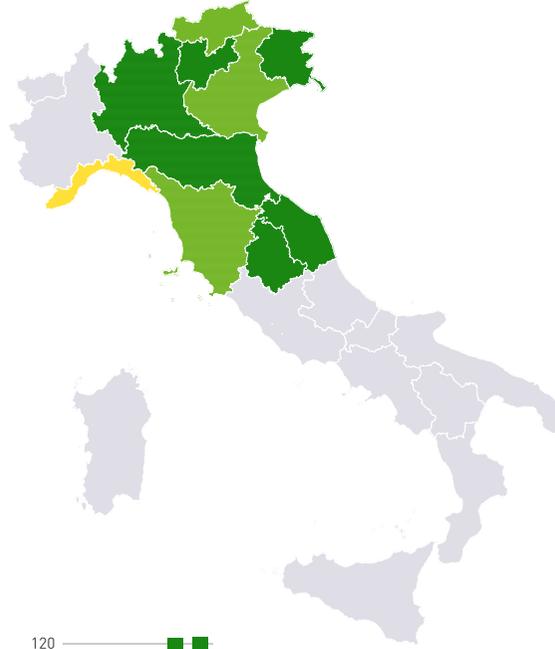
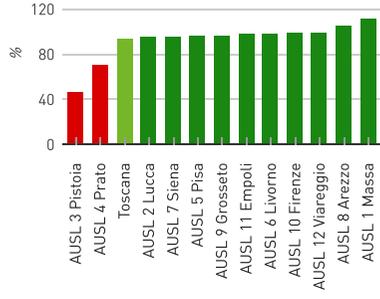
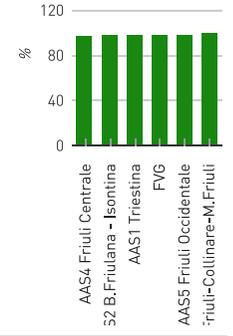
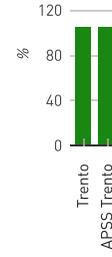
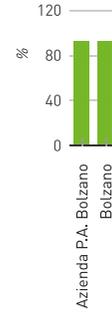
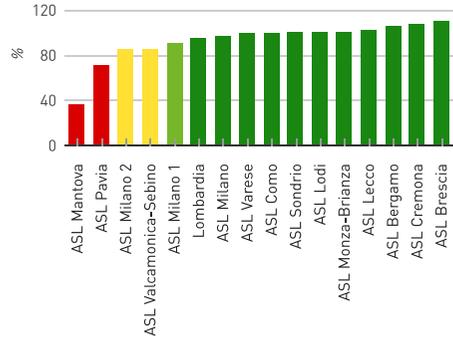
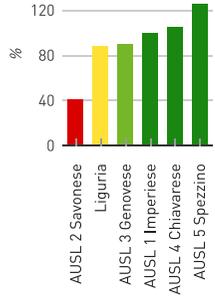


B5.3.1 Estensione screening coloretale

Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.



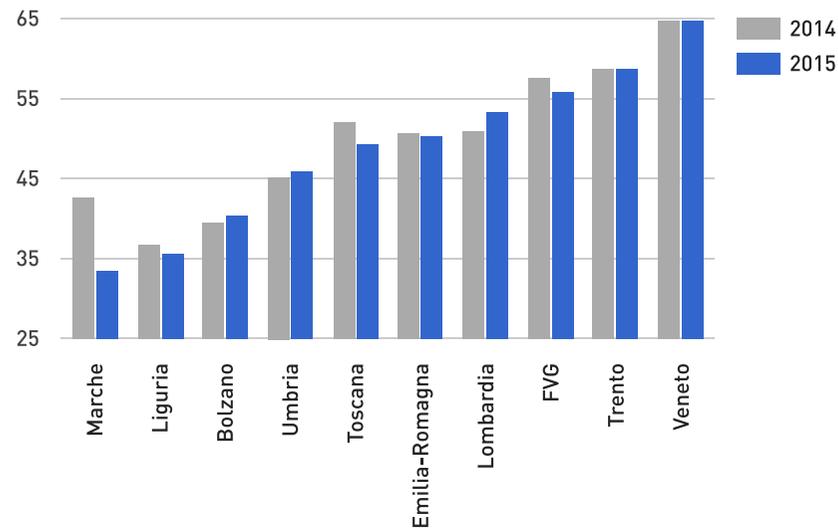
Definizione	Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione
Numeratore	$N_x \cdot N_{x-1} - N_{x-1} \cdot N_x$ / $(N_x + N_{x-1})$. Inviti inesitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 *
Denominatore	$(N_x + N_{x-1}) - (N_{x-1} + N_x)$. Popolazione bersaglio anno x Popolazione bersaglio anno x-1 - N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x - N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x-1 *
Note	Il biennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2015 si esamina il biennio 2014-2015. * Si applicano i criteri di correzione ONS
Fonte	Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb



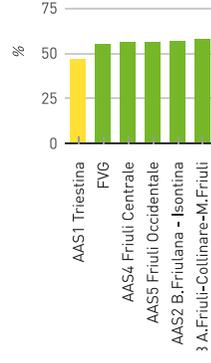
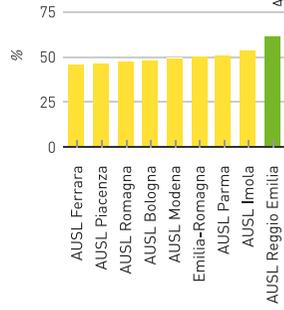
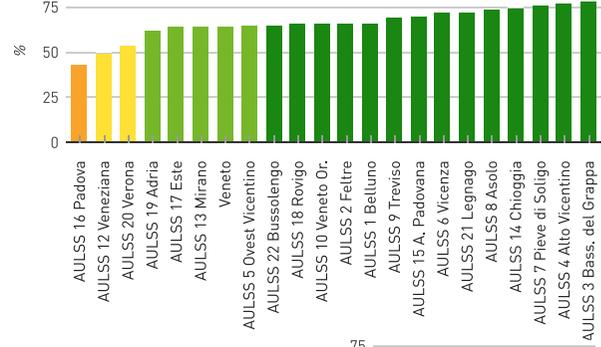
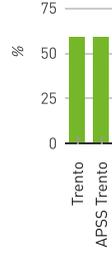
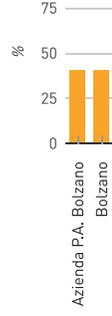
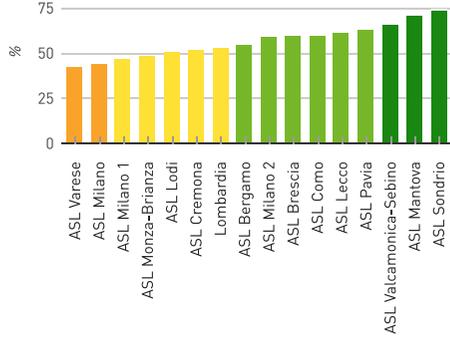
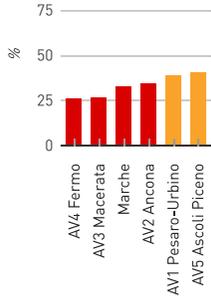
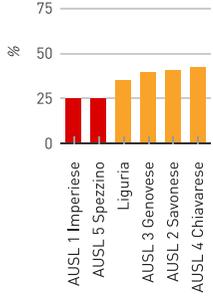
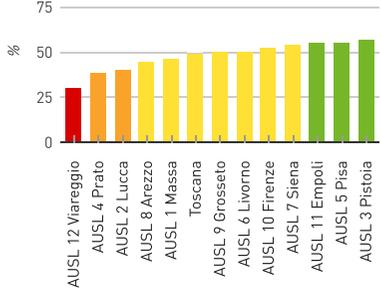
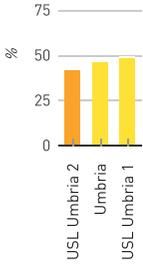


B5.3.2 Adesione screening coloretale

Lo screening coloretale 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.



Definizione	Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate
Numeratore	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)
Denominatore	N. invitati allo screening coloretale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito) – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. persone escluse dopo
Note	Indicatore annuale * Si applicano i criteri di correzione ONS
Fonte	Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb





B7 Copertura vaccinale

La vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici che si conseguono con tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati, ed indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati (c.d. "herd immunity").

L'indicatore sulla copertura vaccinale è costruito sulla base di sette sottoindicatori, tutti di valutazione.

Due sottoindicatori hanno per oggetto la vaccinazione antinfluenzale e monitorano la copertura rispetto ad essa della popolazione anziana (B7.2) e degli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche (B7.4).

Gli altri cinque sottoindicatori monitorano la copertura di cinque vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica, non obbligatorie ma raccomandate e previste dal calendario vaccinale nazionale. Si tratta del vaccino per morbillo, parotite e rosolia (B7.1), di quello antimeningococcico (B7.5), di quello antipneumococcico (B7.6), di quello esavalente (B7.7) somministrati entro il 24° mese di vita del bambino e di quello contro il Papilloma virus (HPV) (B7.3), rivolto alle bambine dodicenni.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sette sotto-indicatori di valutazione.

B7 Copertura vaccinale [di valutazione]

- B7.1 Copertura vaccinale MPR [di valutazione]
- B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani [di valutazione]
- B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) [di valutazione]
- B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari [di valutazione]
- B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico [di valutazione]
- B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico [di valutazione]
- B7.7 Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi [di valutazione]

Lombardia

- ASL Bergamo ●
- ASL Brescia ●
- ASL Como ●
- ASL Cremona ●
- ASL Lecco ●
- ASL Lodi ●
- ASL Mantova ●
- ASL Milano ●
- ASL Milano 1 ●
- ASL Milano 2 ●
- ASL Monza-Brianza ●
- ASL Pavia ●
- ASL Sondrio ●
- ASL Varese ●
- ASL Valcamonica-Sebino ●

Liguria

- AUSL 1 Imperiese ●
- AUSL 2 Savonese ●
- AUSL 3 Genovese ●
- AUSL 4 Chiavarese ●
- AUSL 5 Spezzino ●

Toscana

- AUSL 1 Massa ●
- AUSL 2 Lucca ●
- AUSL 3 Pistoia ●
- AUSL 4 Prato ●
- AUSL 5 Pisa ●
- AUSL 6 Livorno ●
- AUSL 7 Siena ●
- AUSL 8 Arezzo ●
- AUSL 9 Grosseto ●
- AUSL 10 Firenze ●
- AUSL 11 Empoli ●
- AUSL 12 Viareggio ●

Bolzano

- Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

- APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia

- AAS1 Triestina ●
- AAS2 B.Friulana - Isontina ●
- AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
- AAS4 Friuli Centrale ●
- AAS5 Friuli Occidentale ●
- IRCCS Burlo Gar. ●
- IRCCS Centro Rif. Oncol. ●
- AOU Trieste ●
- AOU Udine ●

Veneto

- AULSS 1 Belluno ●
- AULSS 2 Feltre ●
- AULSS 3 Bass. del Grappa ●
- AULSS 4 Alto Vicentino ●
- AULSS 5 Ovest Vicentino ●
- AULSS 6 Vicenza ●
- AULSS 7 Pieve di Soligo ●
- AULSS 8 Asolo ●
- AULSS 9 Treviso ●
- AULSS 10 Veneto Or. ●
- AULSS 12 Veneziana ●
- AULSS 13 Mirano ●
- AULSS 14 Chioggia ●
- AULSS 15 A. Padovana ●
- AULSS 16 Padova ●
- AULSS 17 Este ●
- AULSS 18 Rovigo ●
- AULSS 19 Adria ●
- AULSS 20 Verona ●
- AULSS 21 Legnago ●
- AULSS 22 Bussolengo ●

Emilia-Romagna

- AUSL Piacenza ●
- AUSL Parma ●
- AUSL Reggio Emilia ●
- AUSL Modena ●
- AUSL Bologna ●
- AUSL Imola ●
- AUSL Ferrara ●
- AUSL Romagna ●

Puglia

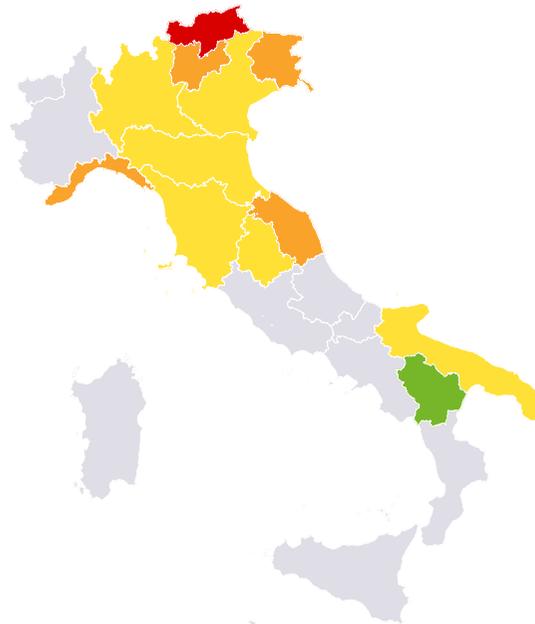
- ASL Brindisi ●
- ASL Taranto ●
- ASL Barletta-Andria-Trani ●
- ASL Bari ●
- ASL Foggia ●
- ASL Lecce ●

Basilicata

- ASP Potenza ●
- ASM Matera ●

Umbria

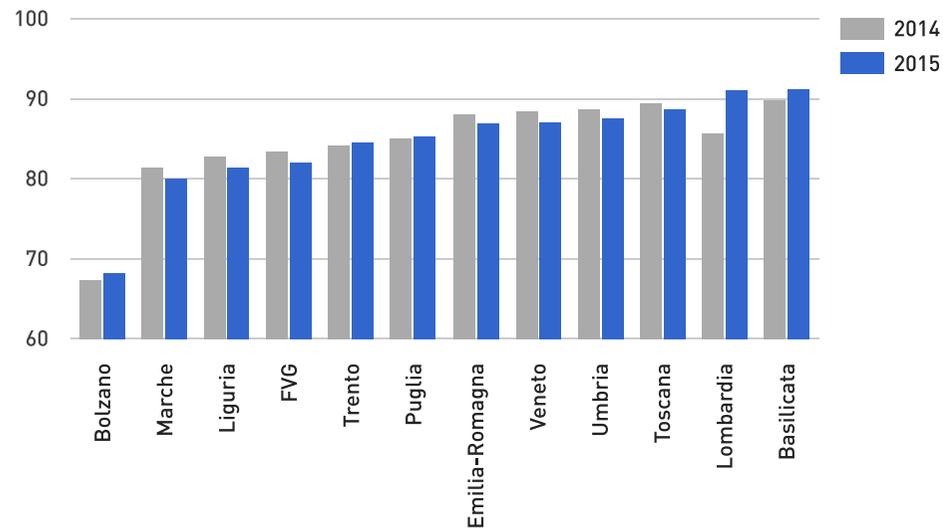
- USL Umbria 1 ●
- USL Umbria 2 ●



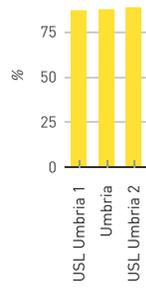
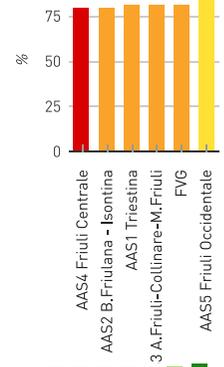
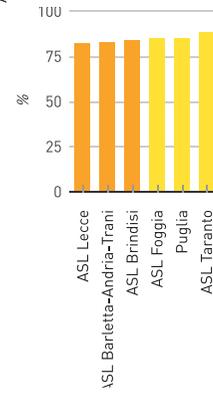
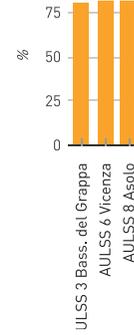
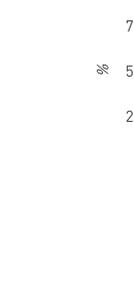
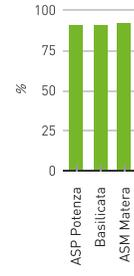
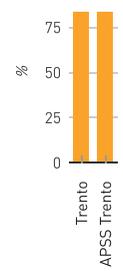
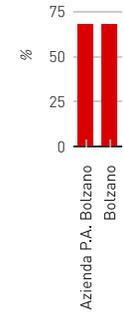
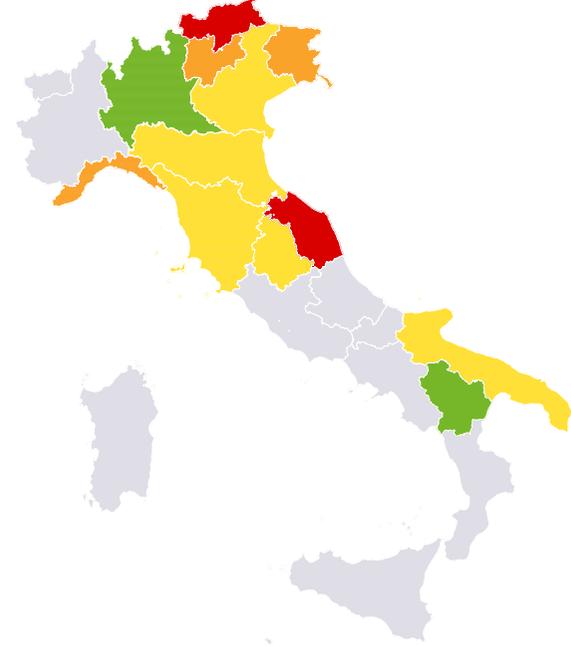
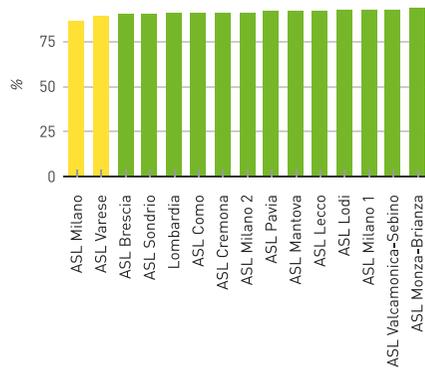
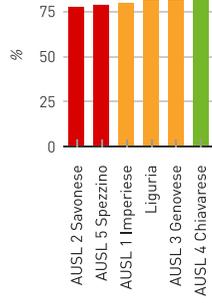
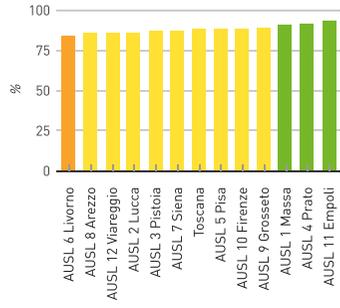
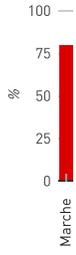


B7.1 Copertura vaccinale MPR

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.



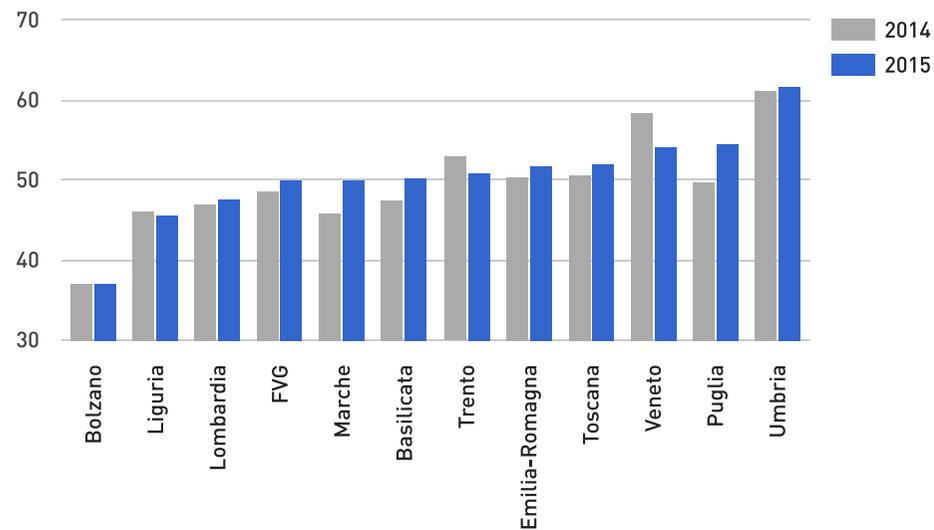
Definizione	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
Numeratore	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)
Denominatore	N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione
Note	Usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.
Fonte	Varia a seconda della regione



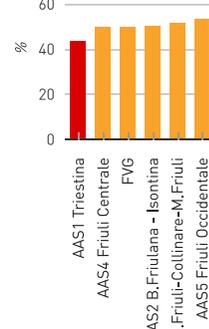
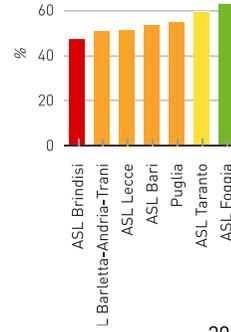
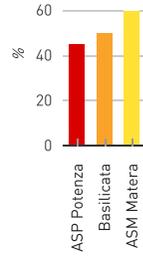
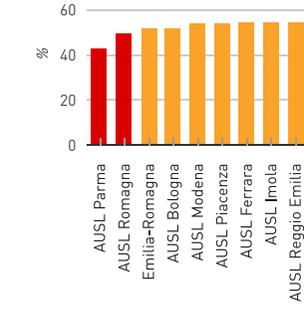
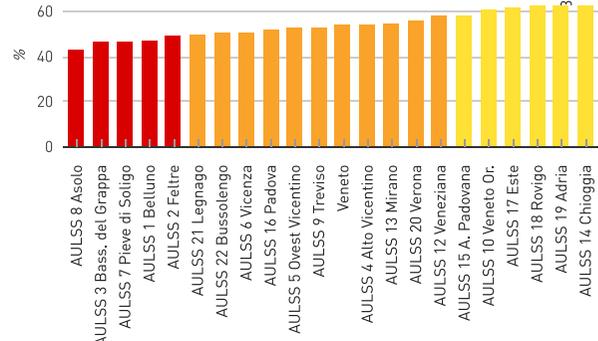
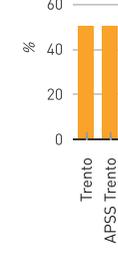
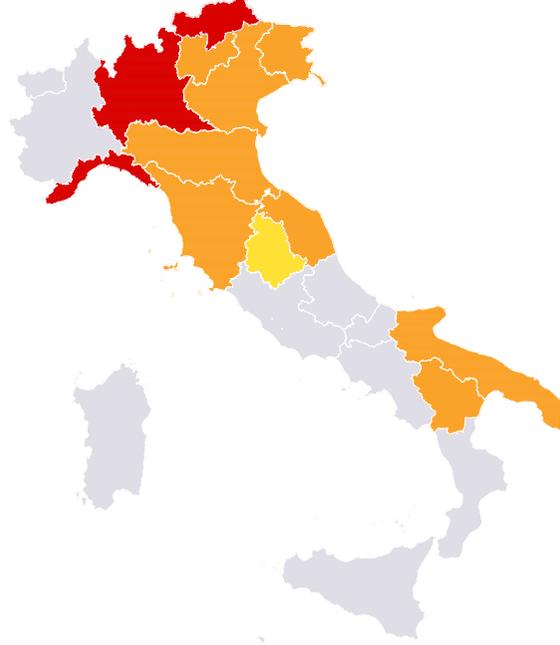
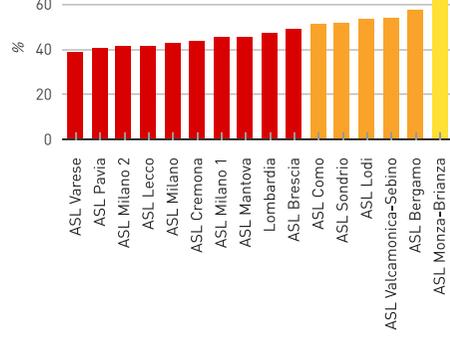
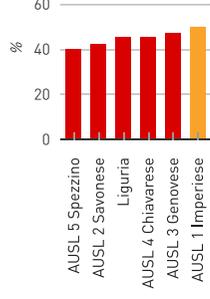
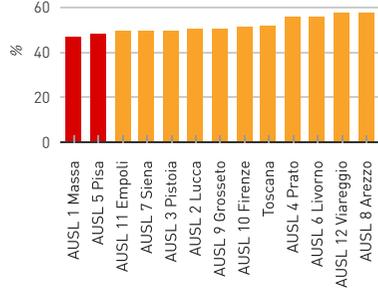
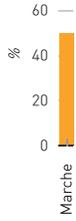


B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani

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, ad 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.



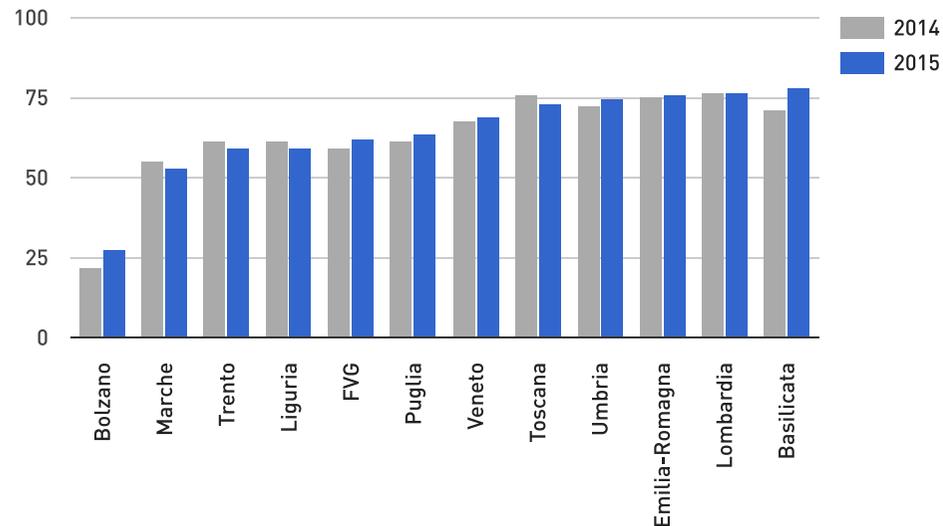
Definizione	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio
Numeratore	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni
Denominatore	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente
Note	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno
Fonte	Varia a seconda della regione



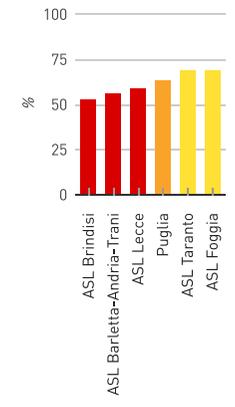
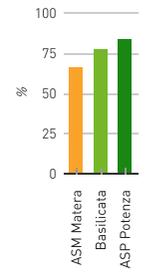
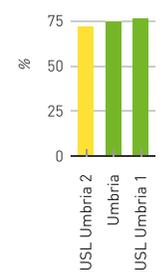
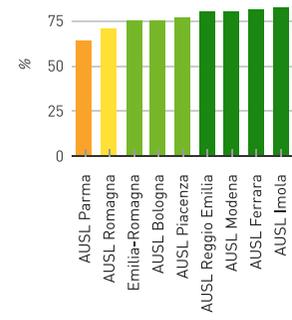
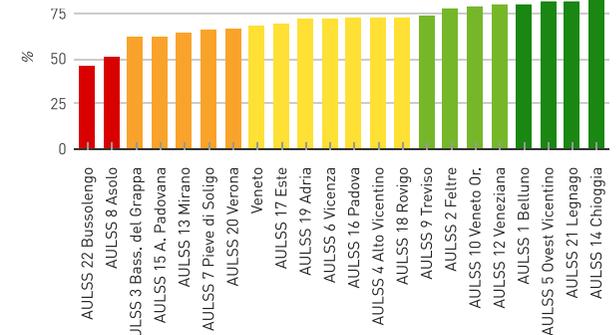
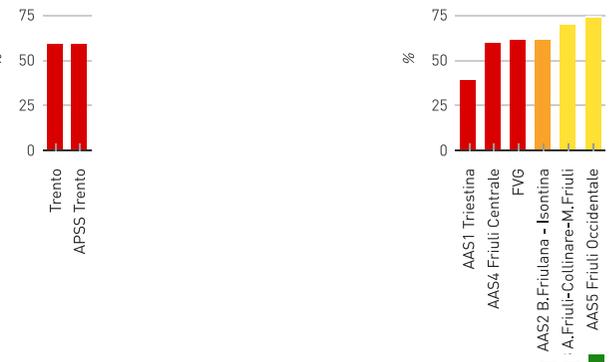
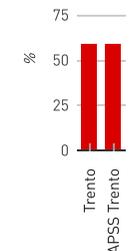
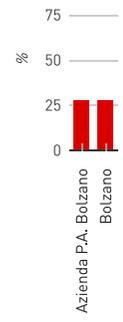
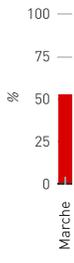
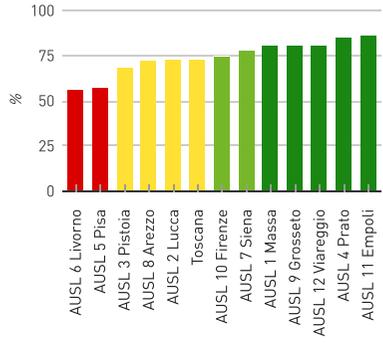
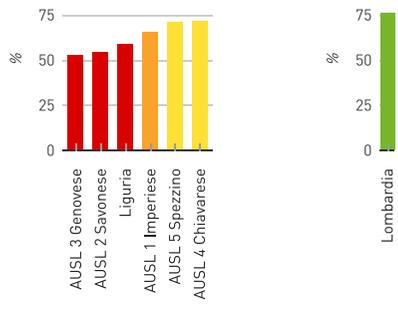


B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.



Definizione	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio
Numeratore	Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento (*)
Denominatore	Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel [*])
Note	(*) Utilizzare la coorte nate nel 2003 per il 2015
Fonte	Varia a seconda della regione



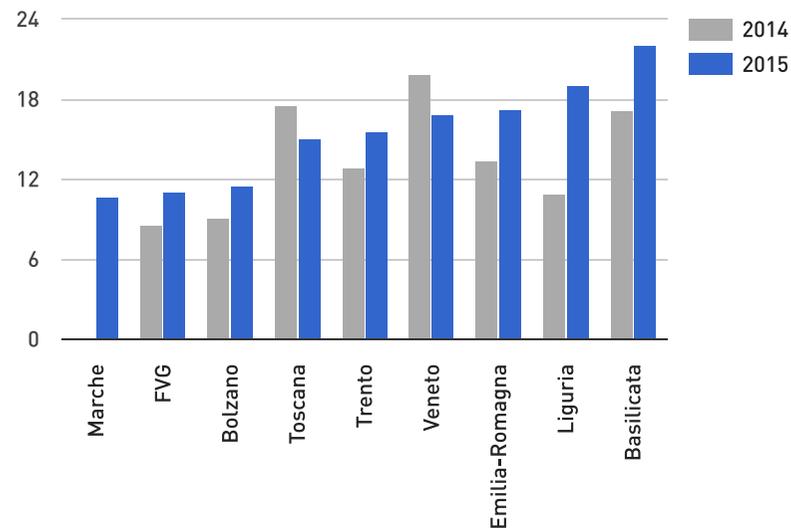


B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari

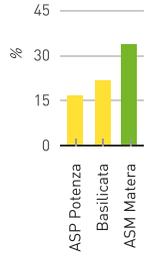
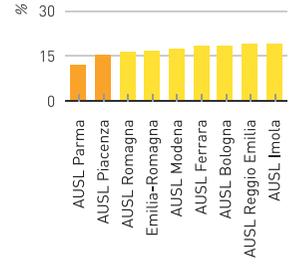
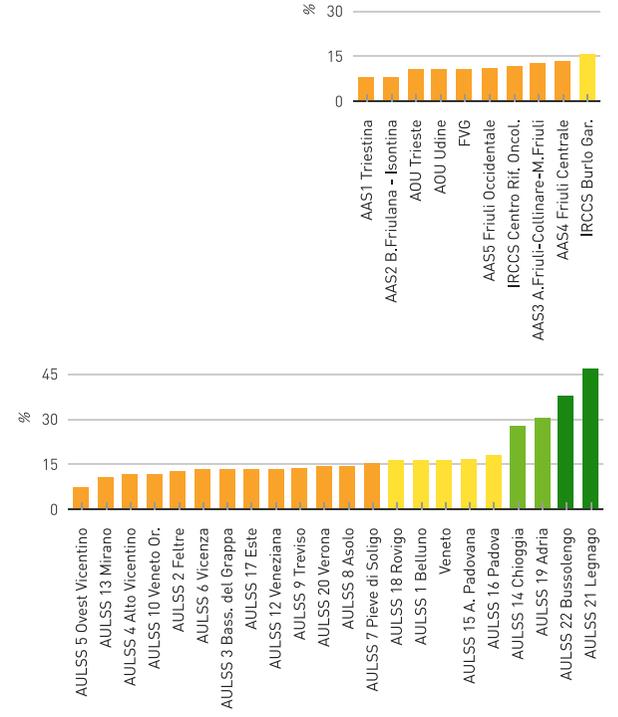
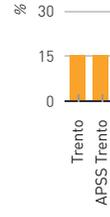
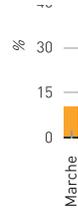
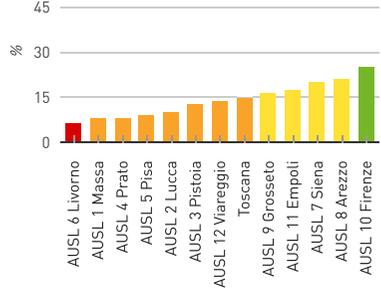
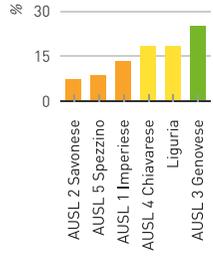
Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe comportare un ulteriore aggravamento del quadro clinico di base.

La malattia influenzale contratta dagli operatori sanitari, inoltre, causa serie ripercussioni sulle ordinarie attività delle strutture sanitarie per via delle assenze del personale.

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



Definizione	Grado di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio
Numeratore	N. operatori sanitari vaccinati
Denominatore	Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico
Note	Per Operatori sanitari vaccinati si intendono quelli registrati come tali nel prospetto riassuntivo inviato al ministero a fine stagione
Fonte	Flusso ministeriale fine stagione, Conto Annuale del Personale (solo dipendenti pubblici tempo pieno e parziale)



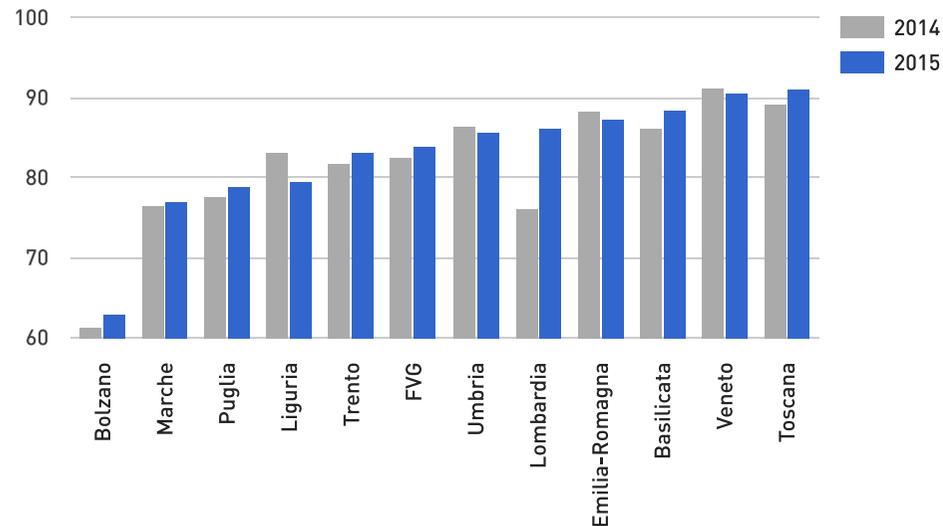


B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcica

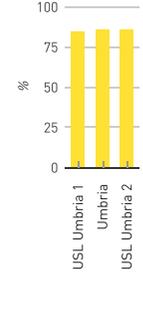
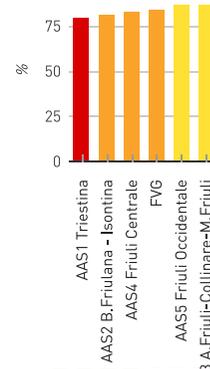
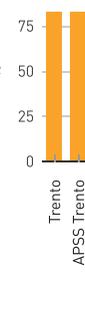
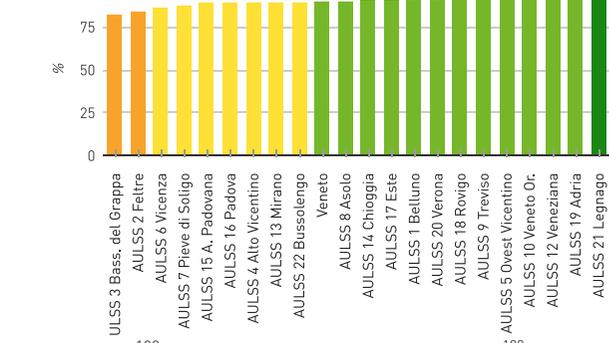
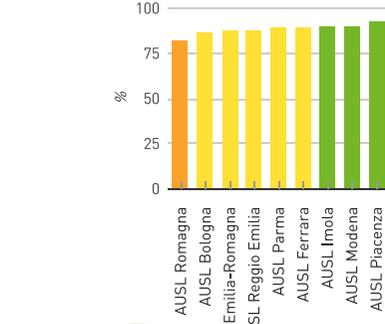
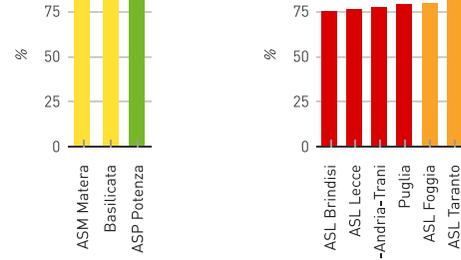
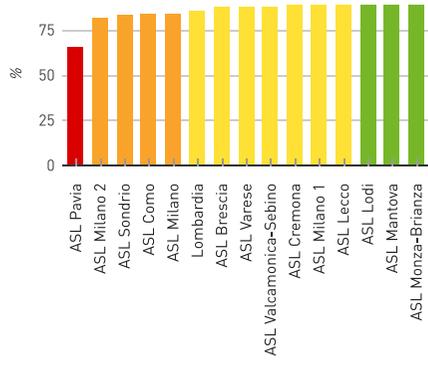
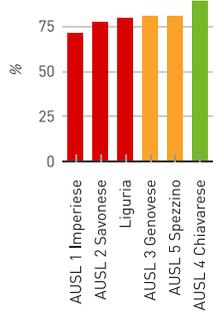
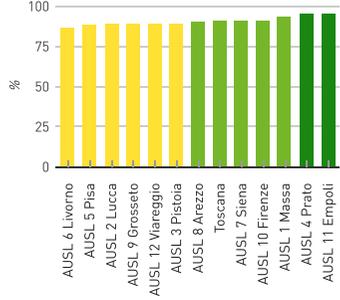
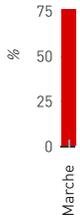
Il meningococco (o *Neisseria Menigitidis*) è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi 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 l'arma 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.



Definizione	Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi
Numeratore	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica
Denominatore	Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
Note	Usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno
Fonte	Varia a seconda della regione

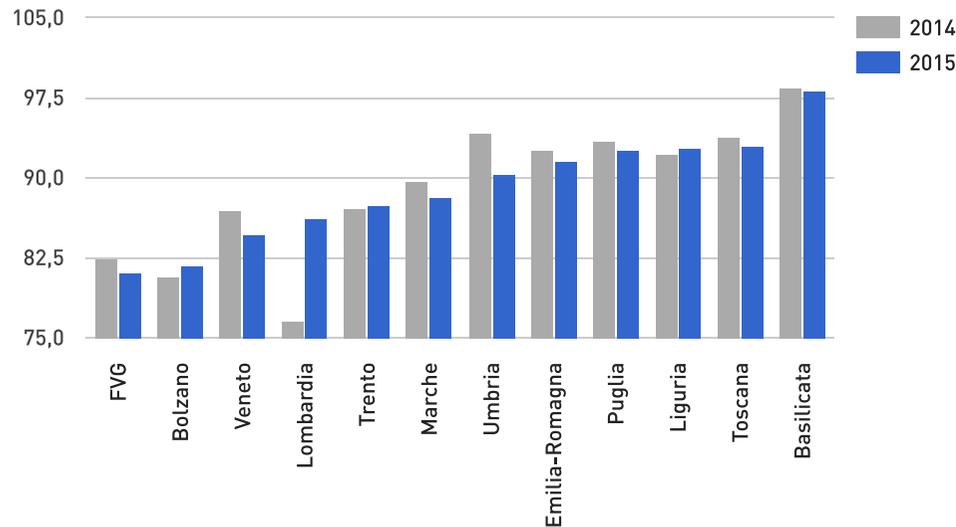




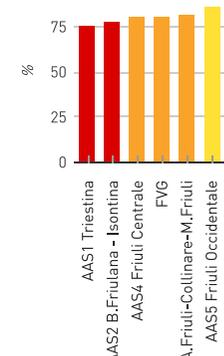
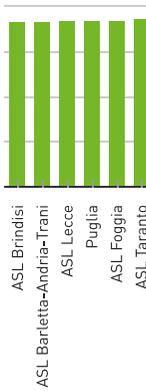
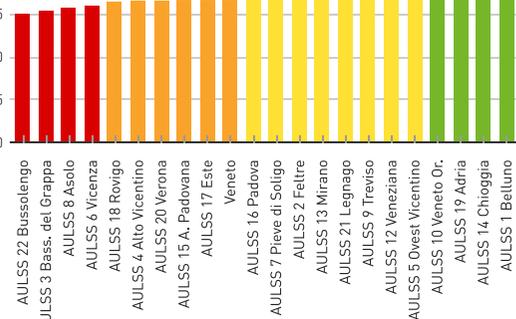
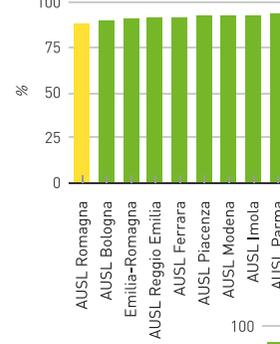
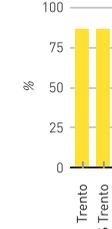
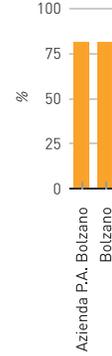
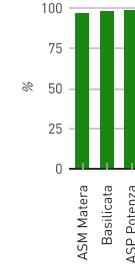
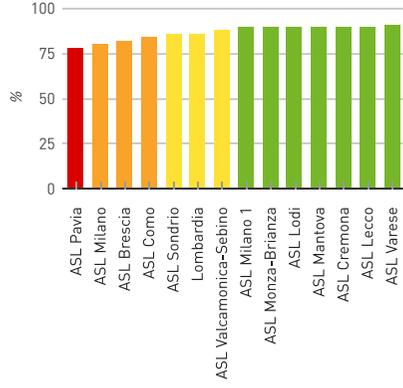
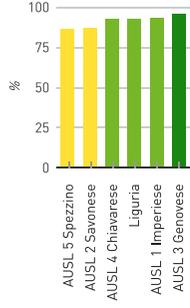
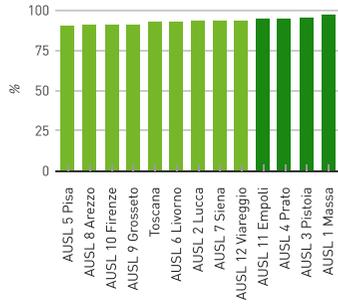
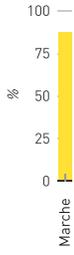
B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico

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.



Definizione	Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese
Numeratore	Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)
Denominatore	N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
Note	(*) Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente Usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.
Fonte	Varia a seconda della regione

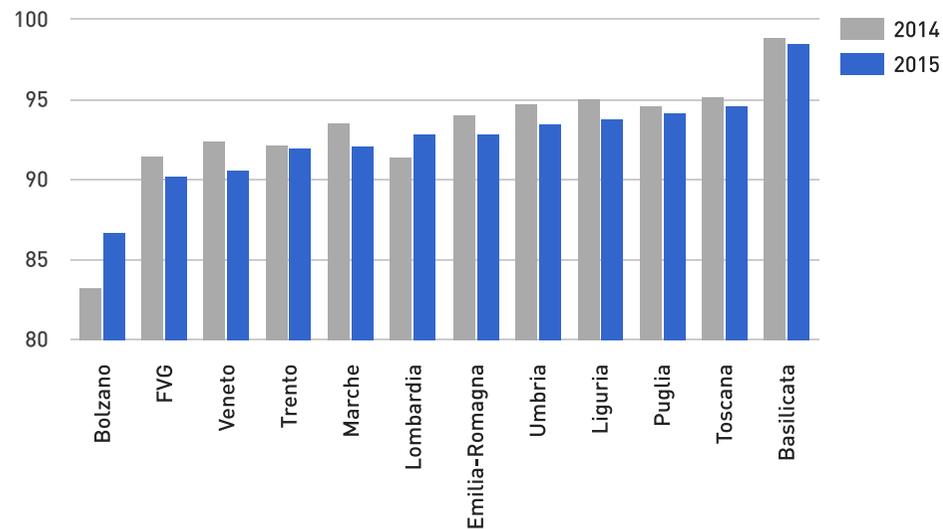




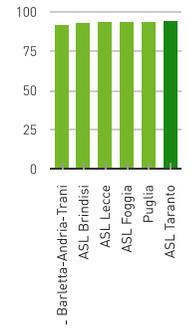
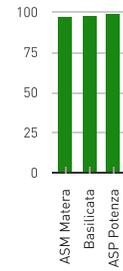
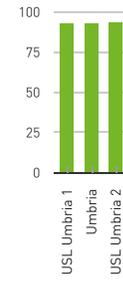
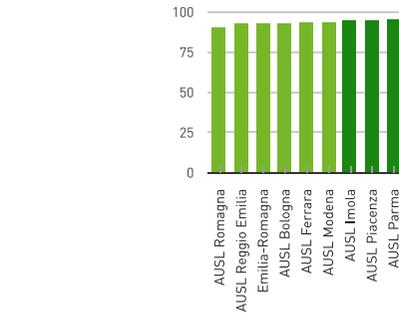
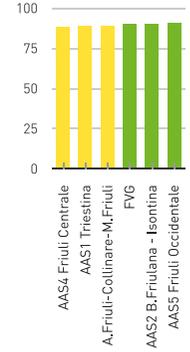
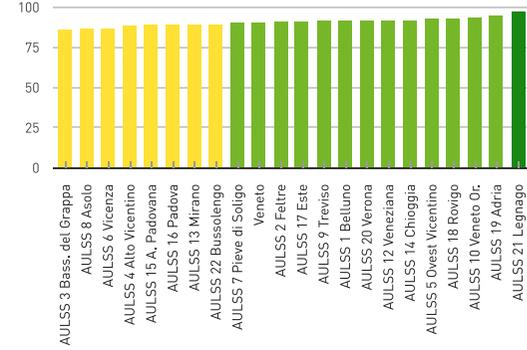
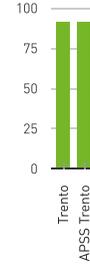
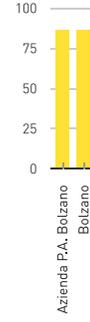
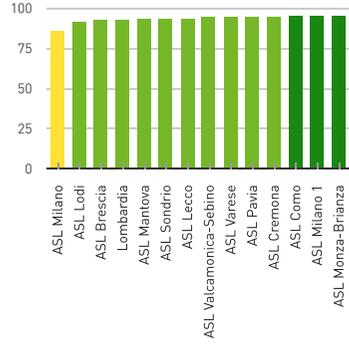
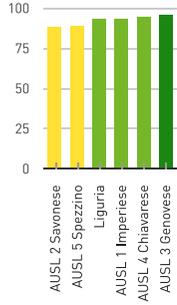
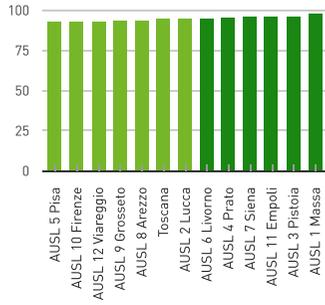
B7.7 Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi

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.



Definizione	Grado di Copertura vaccinazione Esavalente a 24 mesi
Numeratore	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per Esavalente
Denominatore	Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi
Note	Usare per l'anno 2014 la coorte di bambini nati nell'anno 2012. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.
Fonte	Varia a seconda della regione



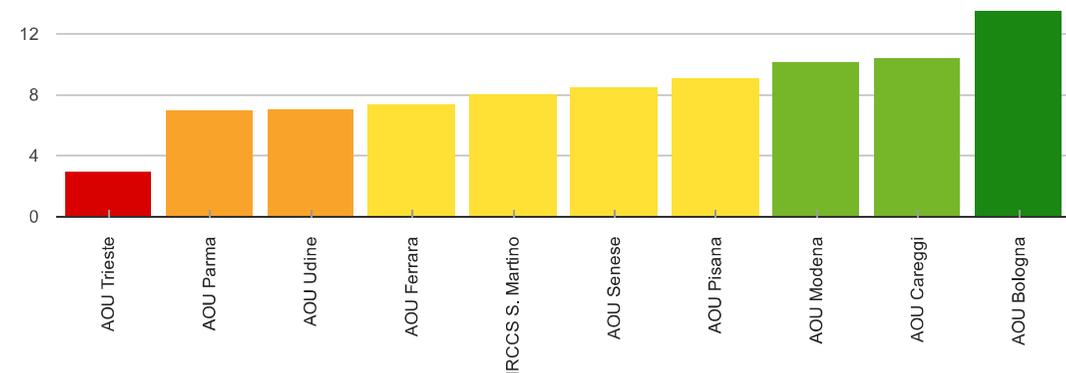
B15 Valutazione della ricerca

L'attività di ricerca rappresenta una delle tre componenti essenziali della missione delle aziende ospedaliero universitarie, insieme alla didattica e all'assistenza (Barsanti S., Giovanelli S., Nuti S., 2014).

Con l'indicatore B15 si intende pertanto valutare la produzione scientifica delle AOU e IRCCS in termini di prodotti scientifici («Articles e Review articles», «Letters» e «Proceedings Papers») pubblicati dai dirigenti medici sia universitari che ospedalieri operanti nei singoli enti su riviste appartenenti alla banca dati internazionale Web of Science (WoS) nel triennio 2013-2015.

B15.1.1 Impact Factor Medio per Dirigenti

L'indicatore B15.1.1 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra l'IF medio per dirigente medico sia ospedaliero che universitario, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. L'IF di una rivista misura il numero medio di citazioni ricevute in un anno da articoli pubblicati nei due anni precedenti. L'IF viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni di articoli pubblicati nei precedenti due anni per il numero di articoli pubblicati nei precedenti due anni. Dato che l'anno di pubblicazione degli articoli è così recente da non permettere una diffusione significativa in letteratura, è stato associato l'IF della rivista di pubblicazione all'articolo stesso. Per maggiori approfondimenti si veda: Abramo, G., D'Angelo, C. A. (2014). How do you define and measure research productivity?. *Scientometrics*, 101(2), 1129-1144.

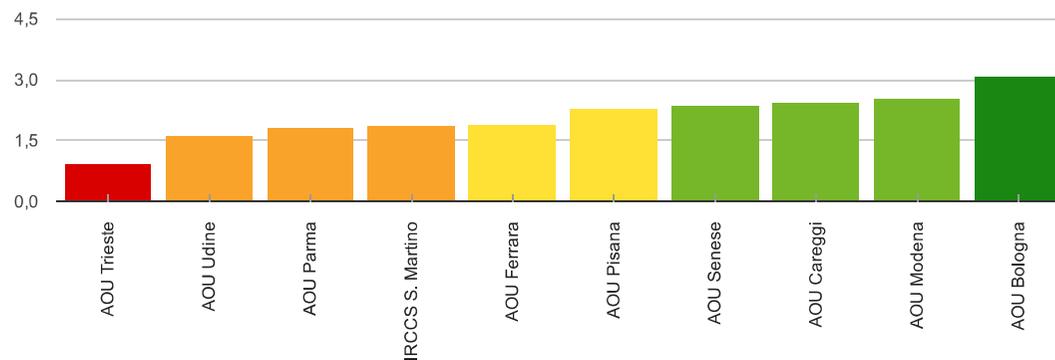


Definizione	Impact Factor Medio per Dirigenti
Numeratore	Somma IF per articolo
Denominatore	N. dirigenti medici sia universitari che ospedalieri
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigente

L'indicatore B15.1.3 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari, personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca.



Definizione Numero medio pubblicazioni per dirigente

Numeratore Totale pubblicazioni

Denominatore Numero dirigenti

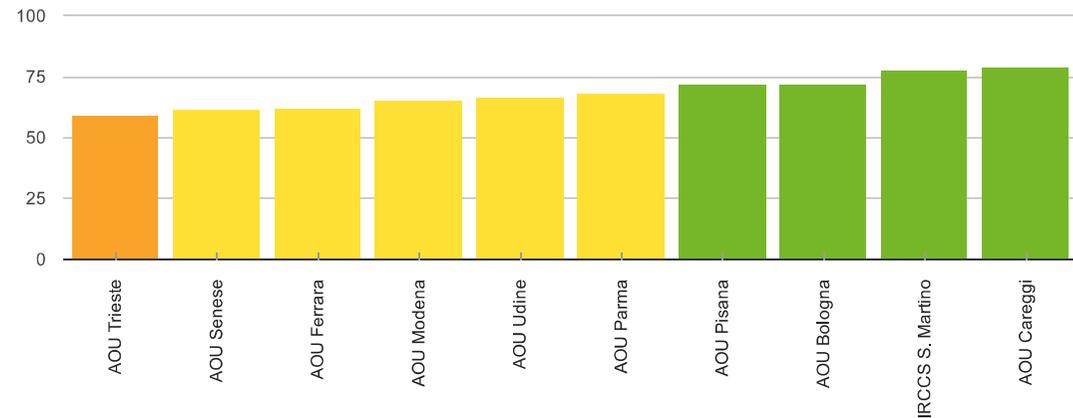
Note Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOUs del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.

Fonte Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.3.1 Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI

L'indicatore B15.3.1 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. Ogni rivista appartiene, secondo il JCR, ad una o più specialità scientifiche, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. IF medio e mediano per specialità calcolati dal JCR possono essere considerati come standard per una buona qualità dell'articolo. Per ognuna delle specialità scientifiche riportate dal JCR (esempio: chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, pediatria, neurologia clinica...) è stato calcolato l'IF medio per ogni AOU e confrontato con l'IF medio di categoria JCR. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF medio aziendale è superiore all'IF medio riportato da JCR.

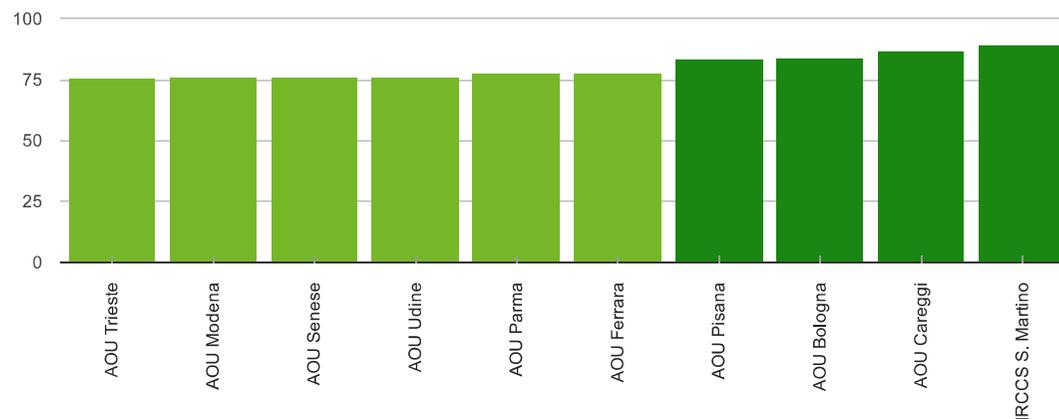


Definizione	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
Numeratore	N di specialità con IF medio di azienda maggiore dell'IF aggregato riportato da ISI
Denominatore	N di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.3.2 Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI

L'indicatore B15.3.2 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. Ogni rivista appartiene, secondo il JCR, ad una o più specialità scientifiche, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. IF medio e mediano per specialità calcolati dal JCR possono essere considerati come standard per una buona qualità dell'articolo. Per ognuna delle specialità scientifiche riportate dal JCR (esempio: chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, pediatria, neurologia clinica...) è stato calcolato l'IF mediano per ogni AOU e confrontato con l'IF mediano di categoria JCR. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF mediano aziendale è superiore all'IF mediano riportato da JCR.



Definizione Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI

Numeratore Numero di specialità con IF mediano di azienda maggiore dell'IF mediano riportato da ISI

Denominatore Numero di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato

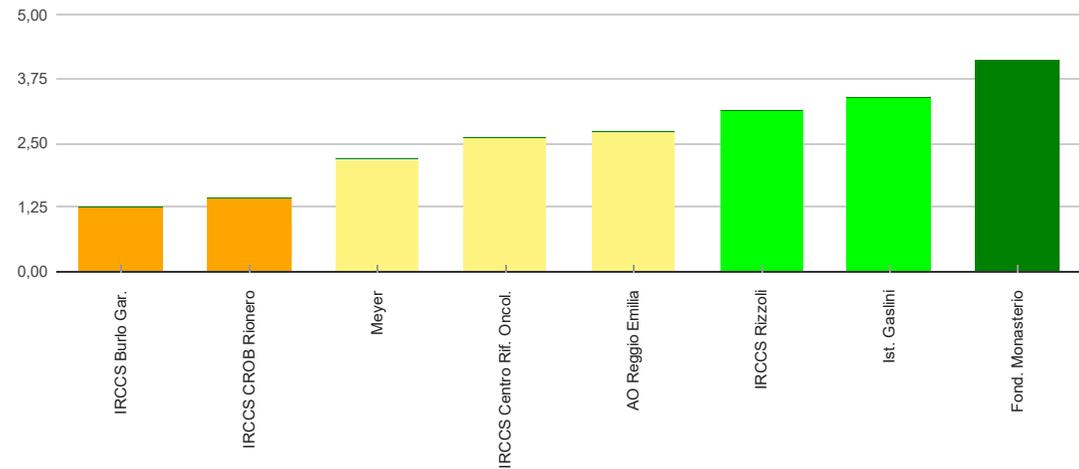
Note Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships

Fonte Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.4.1 Valutazione IF mediano per specialità

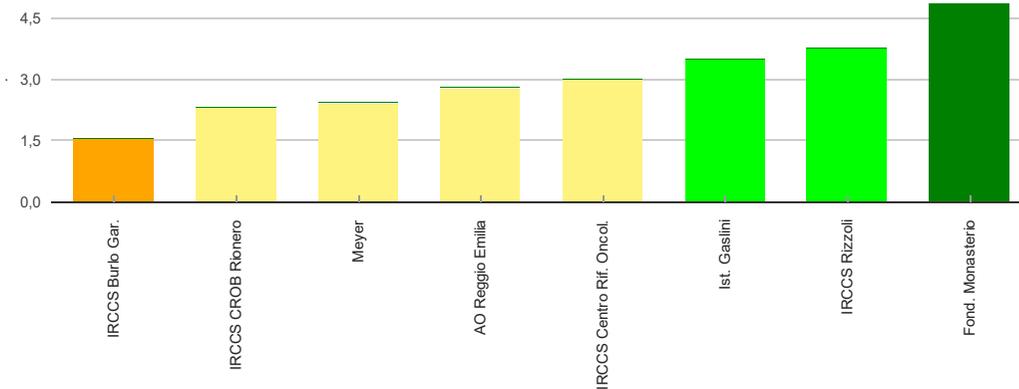
L'indicatore ha lo scopo di monitorare la qualità dell'attività di pubblicazione per le sole specialità scientifiche di riferimento per le istituzioni sanitarie focus oriented (enti specialistici). Per ognuna delle istituzioni considerate si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 articoli e si considera l'IF mediano per specialità. Ogni istituzione, quindi, sarà valutata su specialità scientifiche diverse. L'indicatore seguente mostra la media della valutazione delle specialità.



Definizione	Valutazione IF mediano per Specialità
Numeratore	
Denominatore	
Note	Si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 pubblicazioni nel triennio 2013-2015 per gli enti specialistici. Ciascuno degli enti specialistici considerati avrà quindi specialità di riferimento diverse, a seconda della propria specializzazione e mission. Per ogni specialità si calcola l'IF mediano e si assegna la valutazione per ogni specialità. L'indicatore in oggetto risulta dalla media della valutazione delle specialità considerate per ciascun ente.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge

B15.4.2 Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità

L'indicatore ha lo scopo di monitorare la qualità dell'attività di pubblicazione per le sole specialità scientifiche di riferimento per le istituzioni sanitarie focus oriented (enti specialistici). Per ognuna delle istituzioni considerate si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 articoli e si confronta l'IF mediano aziendale con l'IF mediano riportato da ISI in termini di scostamento percentuale. Ogni istituzione, quindi, sarà valutata su specialità scientifiche diverse. L'indicatore seguente mostra la media della valutazione delle specialità.



Definizione	Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità
Numeratore	
Denominatore	
Note	Si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 pubblicazioni nel triennio 2013-2015 per gli enti specialistici. Per tali specialità si confronta l'IF mediano degli enti considerati con l'IF mediano riportato da ISI e si calcola lo scostamento percentuale. Ciascuna degli enti considerati avrà quindi specialità di riferimento diverse, a seconda della propria specializzazione e mission. L'indicatore in oggetto risulta dalla media della valutazione delle specialità considerate per ciascun ente.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B28 Cure domiciliari

L'Assistenza Domiciliare (AD) prevede la realizzazione di interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone. Nell'ambito dell'AD, le Cure Domiciliari (CD) rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità.

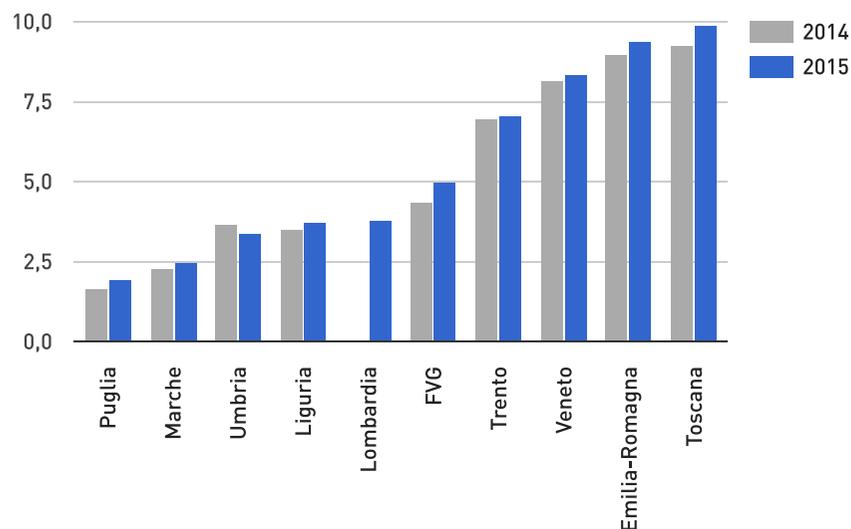
L'indicatore assume una valutazione pari a quella dell'indicatore B28.1.2.

B28 Cure domiciliari [di valutazione]

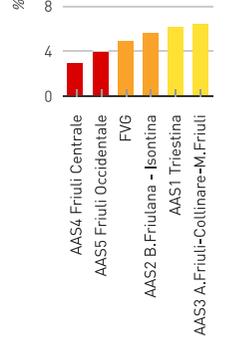
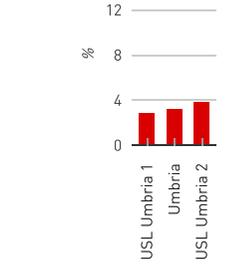
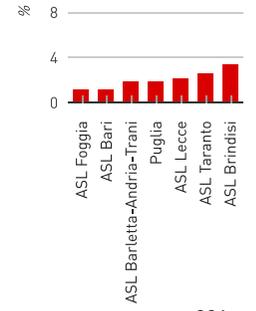
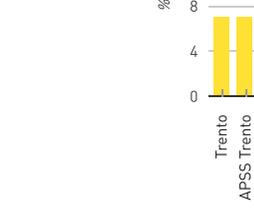
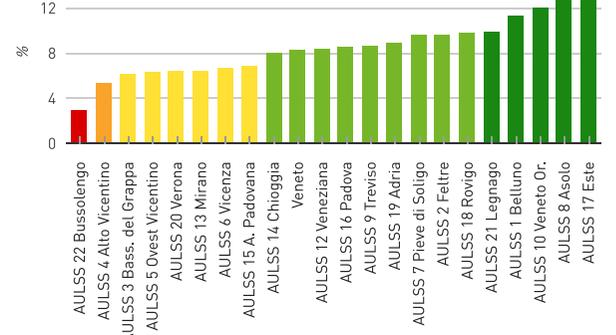
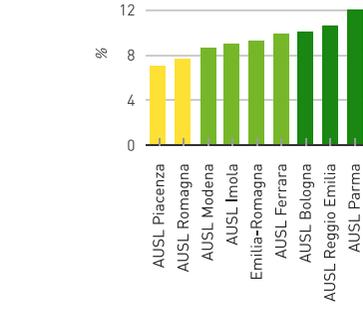
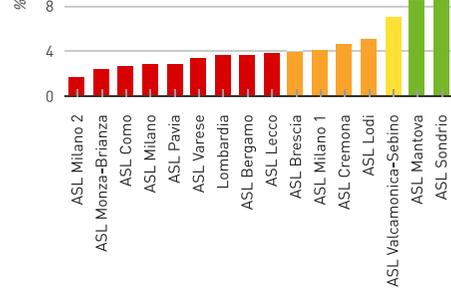
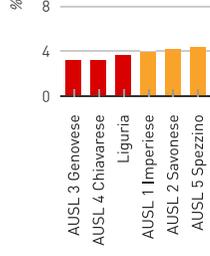
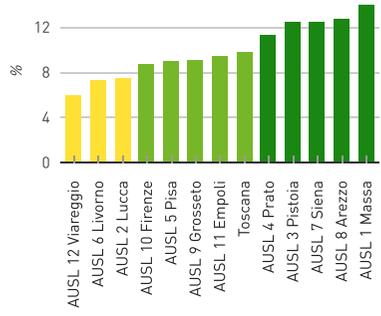
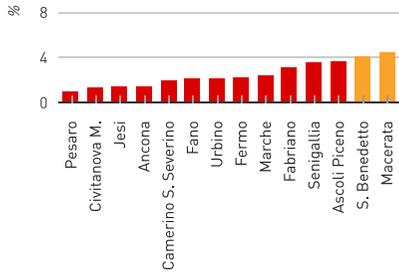
- B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari [di osservazione]
- B28.1.1b Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare [di osservazione]
- B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione [di valutazione]
- B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni [di osservazione]
- B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA>0.13 per over 65 in Cure Domiciliari [di osservazione]
- B28.2.10 Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera [di osservazione]
- B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni [di osservazione]
- B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni [di osservazione]

B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

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



Definizione	Percentuale di anziani trattati in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)
Numeratore	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione x 100
Denominatore	Popolazione residente >= 65 anni
Note	L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; si escludono quindi le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione.
Fonte	Flusso AD-RSA





B31 Comunicazione e prenotazione Web

L'avvento di Internet e la diffusione dei dispositivi mobili hanno aperto scenari nuovi per la sanità. Benché l'accesso a internet in Italia sia ancora inferiore alle percentuali europee, l'utilizzo del canale web riveste una parte importante e crescente nella relazione con le amministrazioni pubbliche. L'utente dei servizi sanitari è cambiato, è più digitale e più informato. Il sito Internet aziendale è diventato uno dei primi canali di informazione per target differenziati di utenti. Ha una valenza strategica, poiché facilita l'uso dei servizi esistenti, ne favorisce l'accesso aprendo nuovi canali, fornisce informazioni aggiornate e puntuali, permette di offrire nuovi servizi digitalizzati ed è un potentissimo strumento di approfondimento su argomenti sanitari relativi a temi di attualità e interesse per gli utenti. Progettare dei siti web che rispondano alle necessità ed aspettative degli utenti è essenziale perché il sito web raggiunga il suo scopo. L'analisi effettuata sui siti aziendali ha riguardato alcune caratteristiche mandatory per un sito web e, in particolare, si è focalizzata sulla prenotazione online delle prestazioni sanitarie, poiché sempre più richiesta dagli utenti e trasversale rispetto a tutti i tipi di Azienda Sanitaria. L'indicatore nel suo complesso rappresenta come e quanto le informazioni fornite dal sito web delle aziende sanitarie, in particolare riferite alla prenotazione dei servizi sanitari, sono raggiungibili e fruibili dall'utente finale. L'analisi riguarda nello specifico: l'offerta di canali digitali per effettuare le prenotazioni (B31.1); la possibilità di visualizzare correttamente il sito da diversi dispositivi (B31.2.1); la leggibilità e la comprensibilità dei testi (B31.2.2.1).

B31 Comunicazione e Prenotazione Web [di valutazione]

- B31.1 Digitalizzazione servizi di prenotazione [di valutazione]
- B31.2 Accessibilità online alle informazioni sui servizi [di valutazione]
 - B31.2.1 Responsive Web Design (RWD) [di valutazione]
 - B31.2.2 Leggibilità del sito web [di valutazione]
 - B31.2.2.1.1 Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare [di valutazione]
 - B31.2.2.1.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare [di valutazione]

Lombardia

ASL Bergamo ●
 ASL Brescia ●
 ASL Como ●
 ASL Cremona ●
 ASL Lecco ●
 ASL Lodi ●
 ASL Mantova ●
 ASL Milano ●
 ASL Milano 1 ●
 ASL Milano 2 ●
 ASL Monza-Brianza ●
 ASL Pavia ●
 ASL Sondrio ●
 ASL Varese ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●
 INRCA - Casatenovo ●
 Ist. Naz. tumori ●
 Ist. Neurologico Besta ●
 Pol. S. Matteo ●
 Fond. Ca Granda ●
 AO Fond. Macchi - VA ●
 AO M. Mellini - Chiari ●
 AO Desenzano del Garda ●
 AO S. Anna- Como ●
 AO L. Sacco - Mi ●
 AO I.C.P. - MI ●
 AO S. Paolo - MI ●
 AO G. Pini - MI ●
 AO Civile - Legn. ●
 AO Melegnano ●
 AO Desio-Vimercate ●
 AO S. Gerardo - Monza ●
 AO Prov. Lodi ●
 AO Prov. Pavia ●

Liguria

AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●
 Osp. Galliera ●
 Osp. Evangelico ●
 IRCCS S. Martino ●
 Ist. Gaslini ●

Toscana

AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●
 AOU Pisana ●
 AOU Senese ●
 AOU Careggi ●
 Meyer ●
 Fond. Monasterio ●
 ISPO ●

Basilicata

ASP Potenza ●
 ASM Matera ●
 AO S. Carlo ●
 IRCCS CROB Rionero ●

Bolzano

Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

APSS Trento ●

Calabria

ASP Cosenza ●
 ASP Crotona ●
 ASP Catanzaro ●
 ASP Vibo Val. ●
 ASP Reggio Calabria ●
 AO Cosenza ●
 AO Pugliese-Ciaccio CZ ●
 AO Mater Domini CZ ●
 AO Bianchi Melacrino M. ●
 INRCA Calabria ●

Friuli Venezia Giulia

ASS1 Triestina ●
 ASS2 Isontina ●
 ASS3 Alto Friuli ●
 ASS4 Medio Friuli ●
 ASS5 Bassa Friulana ●
 ASS6 Friuli Occidentale ●
 IRCCS Burlo Gar. ●
 IRCCS Centro Rif. Oncol. ●
 AO Pordenone ●
 AOU Trieste ●
 AOU Udine ●

Marche

Pesaro ●
 Urbino ●
 Fano ●
 Senigallia ●
 Jesi ●
 Fabriano ●
 ASUR Marche ●
 AV1 Pesaro-Urbino ●
 AV2 Ancona ●
 AV3 Macerata ●
 AV4 Fermo ●
 AV5 Ascoli Piceno ●
 AO Osp. Riun. Marche Nord ●
 AO Osp. Riun. Ancona ●
 INRCA Marche ●

Puglia

ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●
 IRCCS Oncologico Bari ●
 IRCCS Debellis Castellana ●
 AOU Pol. Bari ●
 OO.RR. Foggia ●

Veneto

AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 21 Legnago ●
 AULSS 22 Bussolengo ●
 AO Padova ●
 AOU Verona ●
 Ist. Onc. Veneto (IOV) ●

Umbria

USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●
 AO Perugia ●
 AO Terni ●

Emilia-Romagna

AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●
 AOU Parma ●
 AO Reggio Emilia ●
 AOU Modena ●
 AOU Bologna ●
 AOU Ferrara ●
 IRCCS Rizzoli ●

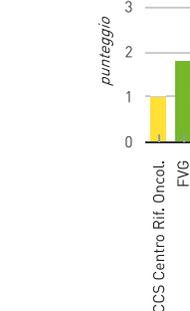
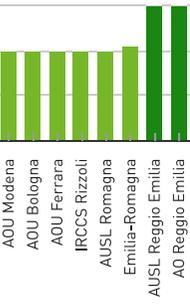
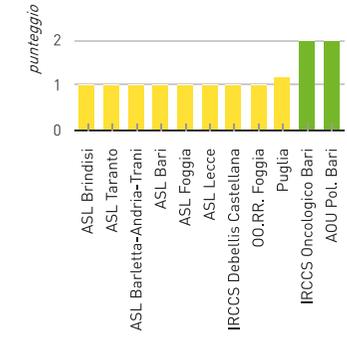
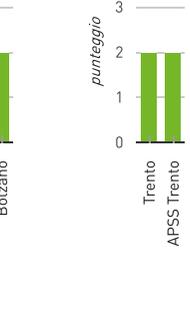
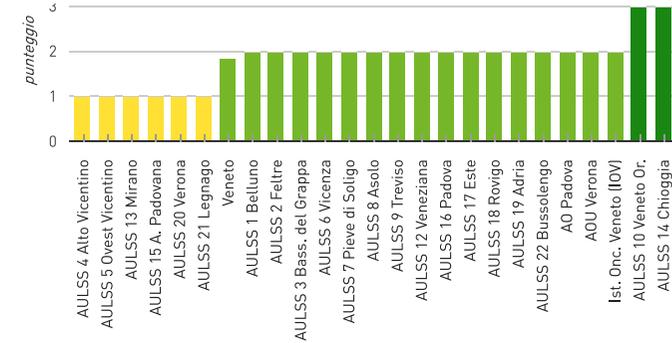
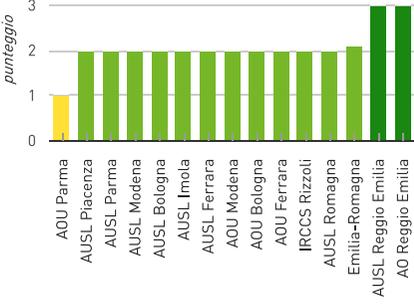
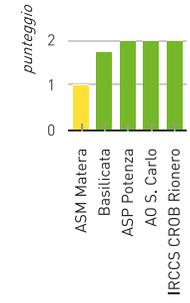
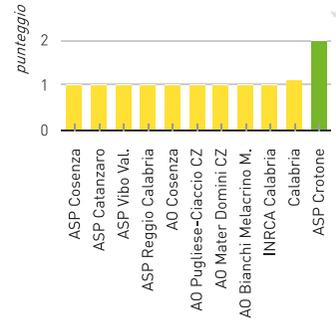
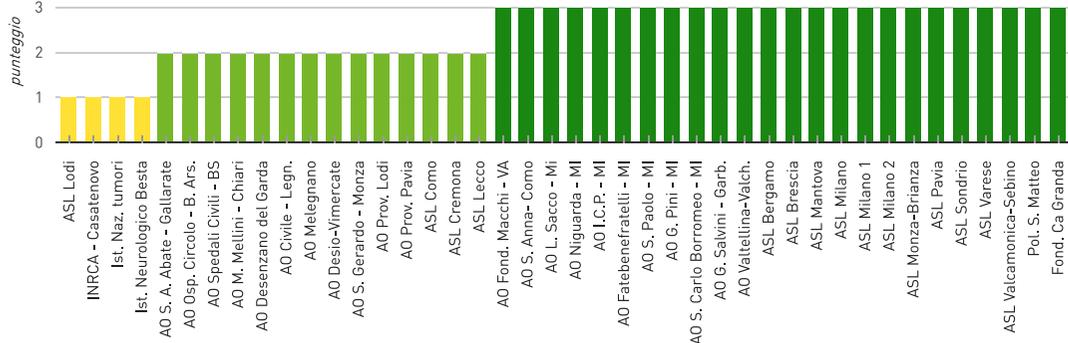
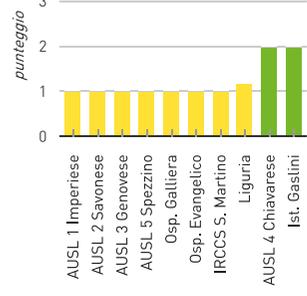
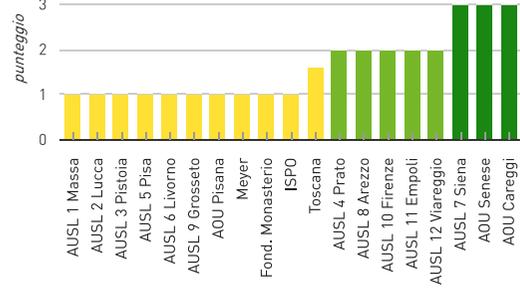
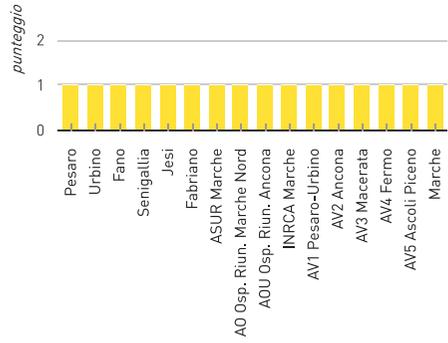




B31.1 Digitalizzazione dei servizi di prenotazione

Tra i servizi sanitari più richiesti o utilizzati su internet c'è la prenotazione online di visite ed esami. L'indicatore misura quale possibilità hanno gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione mediante canali digitali, verificando a livello informativo se il canale digitale di prenotazione è comunicato attraverso il sito internet, e, a livello effettivo, quali tipologie di canali sono messe a disposizione. L'indicatore assume tre valori che indicano se l'Azienda comunica e offre la prenotazione digitale tramite sito web e/o applicazione mobile per smartphone.

Definizione	Digitalizzazione servizi di prenotazione
Numeratore	
Denominatore	
Note	L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione mediante canali digitali, anche considerando se il canale di prenotazione digitale è comunicato sul sito web. L'indicatore assume tre valori: 1 se la prenotazione non è digitalizzata; 2 se è disponibile da sito web o da mobile APP; 3 se è disponibile da entrambi i canali considerati. Intende misurare quanto sia ampia e se sia promossa online l'offerta di canali di accesso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende.
Fonte	Sito web delle Aziende; Store digitali online – Analisi MeS (situazione aggiornata a Dicembre 2015)

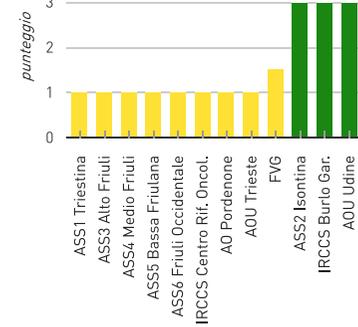
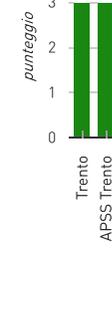
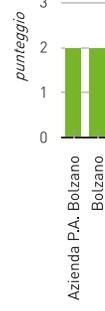
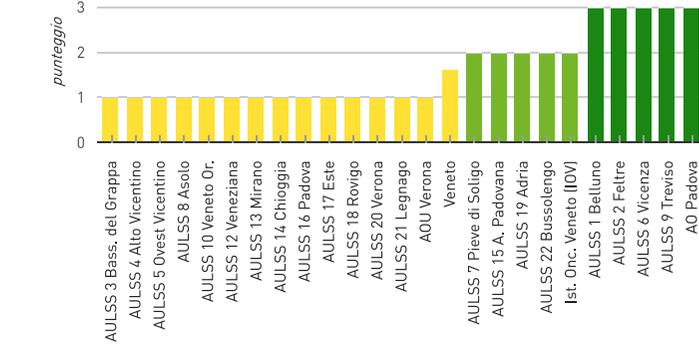
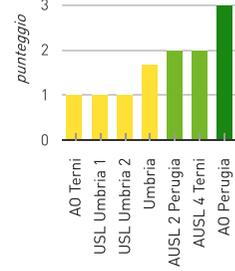
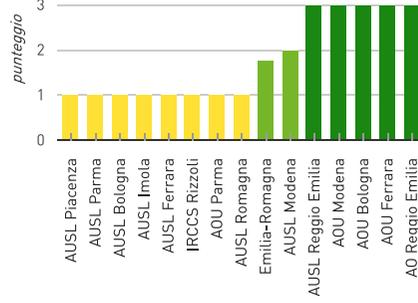
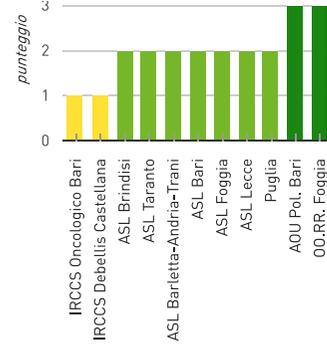
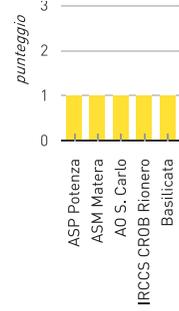
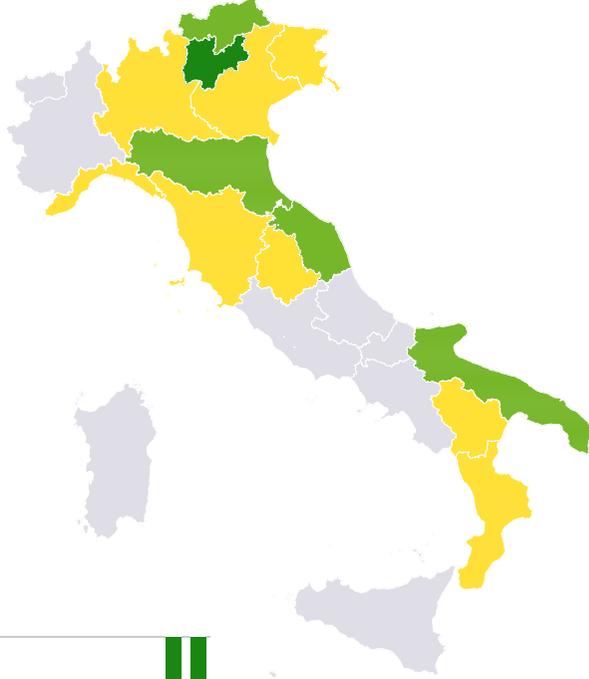
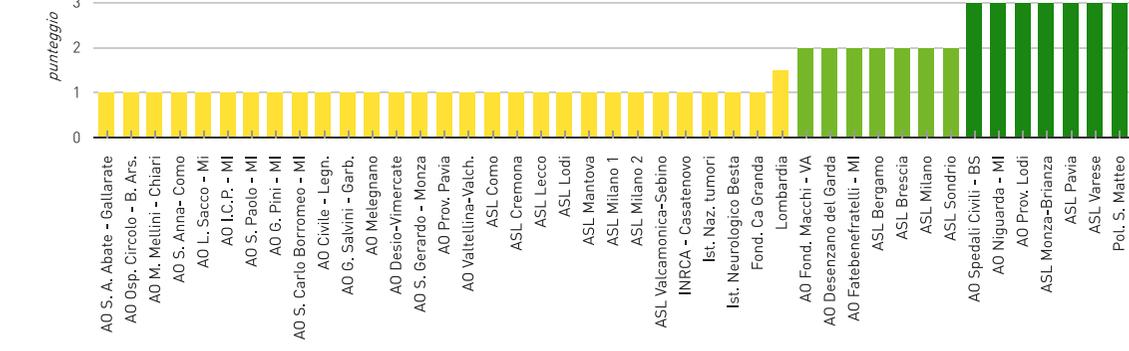
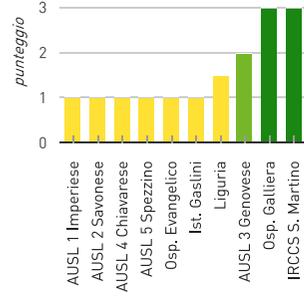
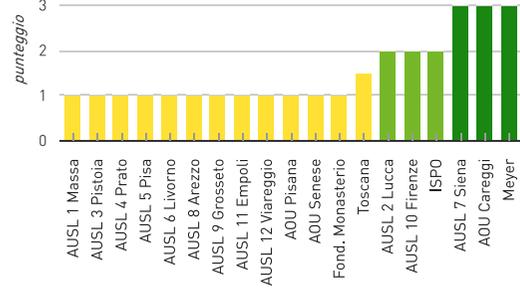
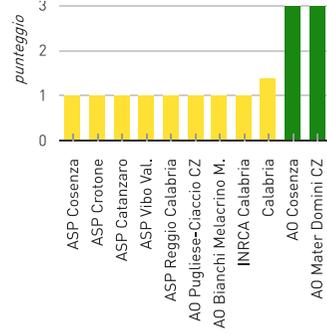
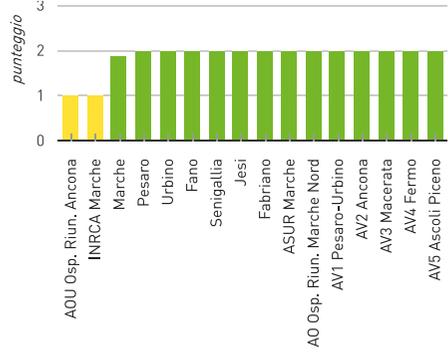




B31.2.1 Responsive Web Design

La navigazione dei contenuti web in mobilità è in continua crescita. La sua importanza è aumentata anche in Italia con il crescere del traffico dati e dei dispositivi mobili. Per questo motivo, un sito web dovrebbe sempre essere sviluppato con un approccio "responsivo". Un sito web responsivo permette agli utenti di visualizzare correttamente i suoi contenuti a prescindere dal dispositivo che usano per navigarlo, adattandosi automaticamente alle dimensioni dello schermo da cui si visualizza.

Definizione	Responsive Web Design (RWD)
Numeratore	
Denominatore	
Note	L'indicatore misura la capacità del sito web di adattarsi graficamente in modo automatico al dispositivo con cui è visualizzato. Intende misurare quanto i contenuti dei siti web dalle Aziende siano accessibili da diversi dispositivi senza problemi di visualizzazione, anche in versione mobile. La responsività del design del sito web è misurata su tre valori: 1 se il sito non è responsivo; 2 se è responsivo in una sola modalità delle due analizzate; 3 se è responsivo ad entrambe le modalità analizzate.
Fonte	Sito aziendale – Analisi MeS

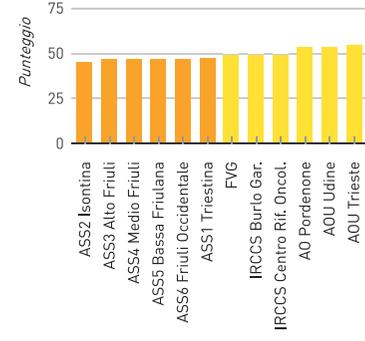
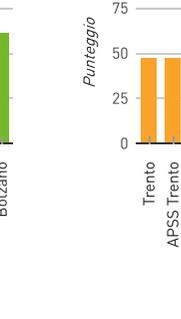
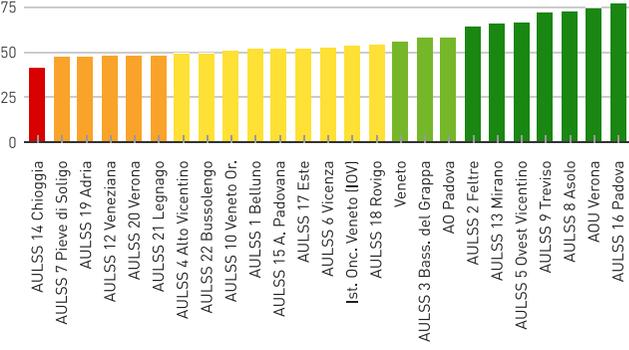
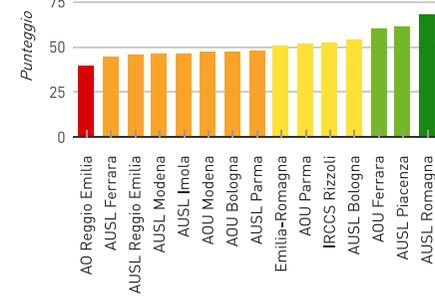
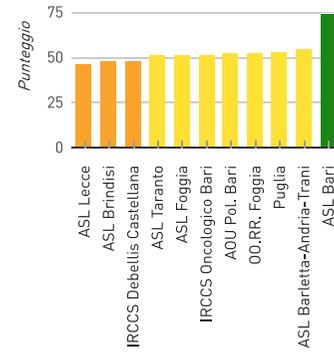
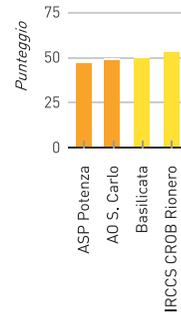
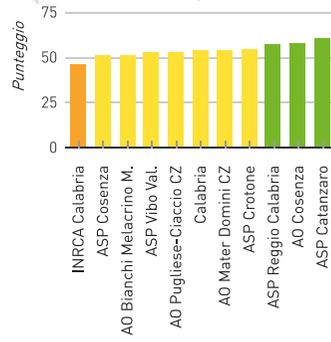
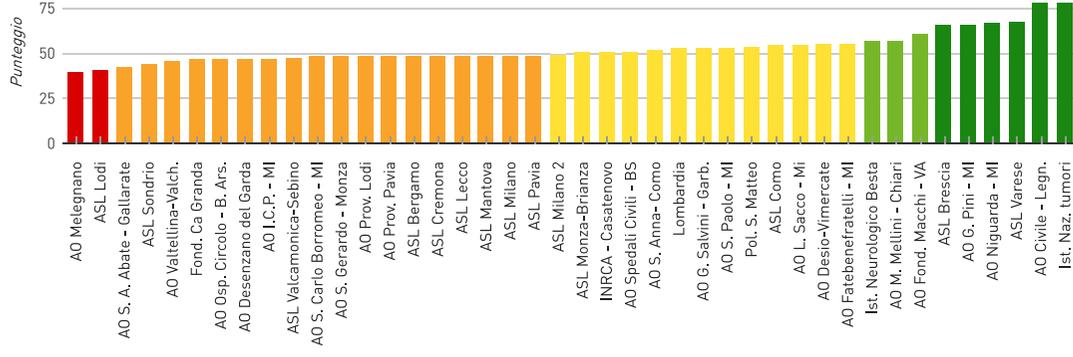
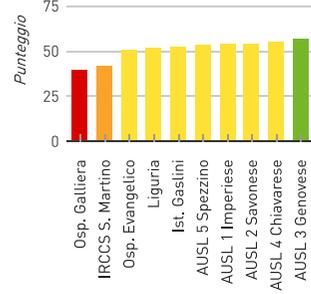
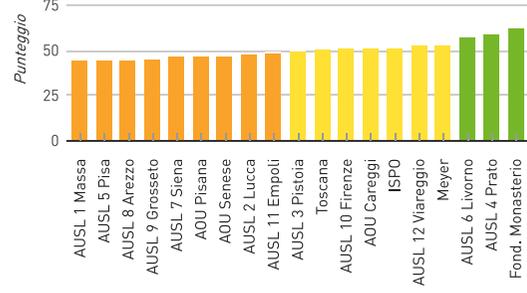
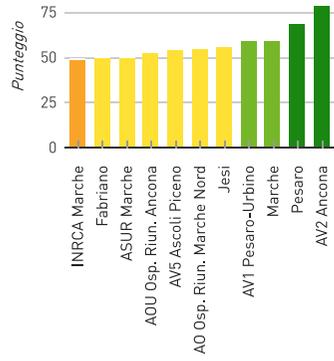




B31.2.2.1.1 Indice di Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare

Predire, con criteri quantitativi, la facilità o difficoltà di lettura di un testo rispetto alla capacità di comprensione di un lettore ha portato alla nascita del concetto di leggibilità. Nella costruzione dell'indice di leggibilità sono utilizzate alcune variabili formali. In ambito anglosassone, gli indici di leggibilità sono focalizzati principalmente sulla lunghezza media delle frasi (espressa in parole per frase) e sulla lunghezza media delle parole (espressa in sillabe per parola) per costruire indici statistici di leggibilità (formula di Flesch, riadattata da Franchina e Vacca). In Italia, questa formula è approdata all'indice Gulpease. L'indice Gulpease fornisce una scala di valori con soglie di leggibilità per livello di istruzione, che consente di confrontare il risultato dell'analisi del testo con le soglie di leggibilità per i potenziali lettori a seconda del loro livello di istruzione (molto facile, facile, difficile, molto difficile, quasi incomprensibile). L'importanza di questo indice è data dalla possibilità di avere uno strumento per guardare i testi dal punto di vista del destinatario, tenendo presente l'universalità del servizio offerto e la necessità di rendersi comprensibili alla maggior parte degli utenti e potenziali utenti, se non a tutti.

Definizione	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore	$89 [300 * (N. \text{frasi}) - 10 * (N. \text{lettere})]$
Denominatore	N. Parole
Note	L'indicatore analizza i testi dal punto di vista sintattico-lessicale, anche in termini di lunghezza delle frasi e lunghezza delle parole, e mostra lo scostamento medio, espresso in valore assoluto da 0 a 100, dell'Indice Gulpease dalle soglie di leggibilità, utilizzando il software online Corrige! – Eulogos. Intende misurare quanto i testi web dalle Aziende siano caratterizzati da frasi e parole dalla lunghezza tale da rendere più o meno leggibili i testi stessi. Per leggere correttamente l'indicatore, oltre alle fasce di valutazione adottate basate sulla distribuzione dei valori, si deve far riferimento a tre soglie minime di leggibilità: 40 per diploma superiore, 60 per licenza media, 80 per scuola elementare.
Fonte	Sito web aziendale (Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale)

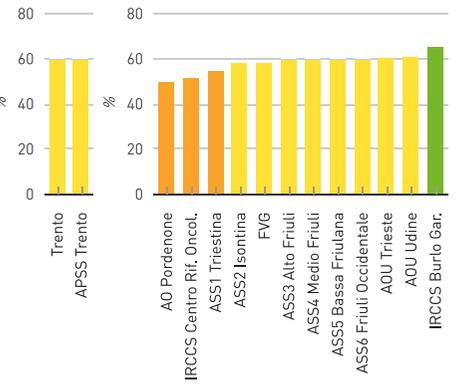
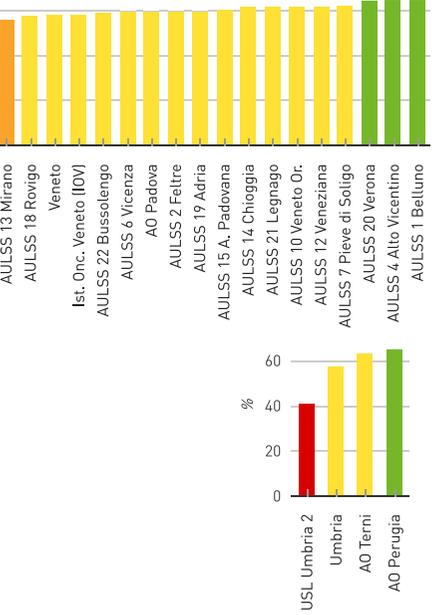
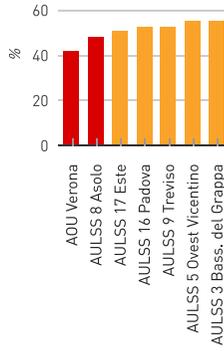
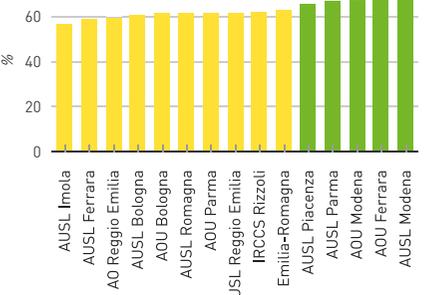
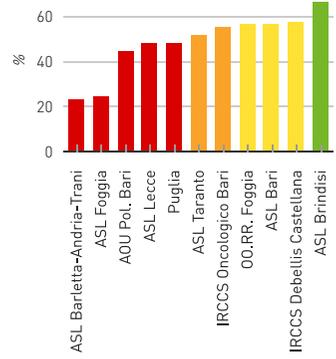
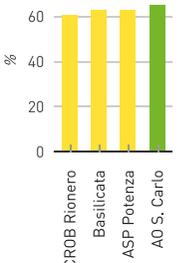
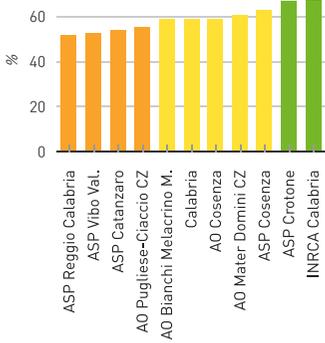
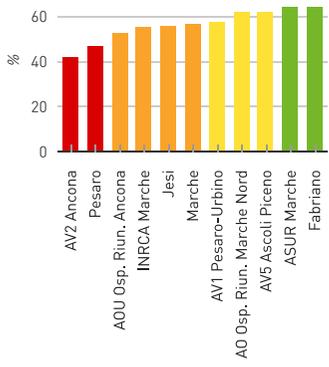
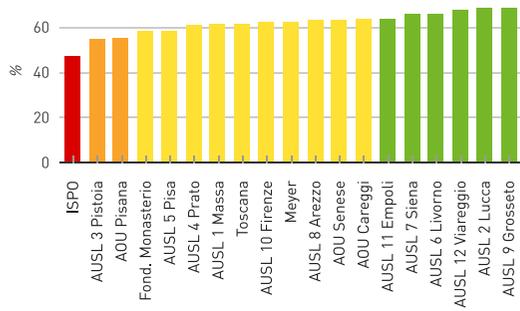
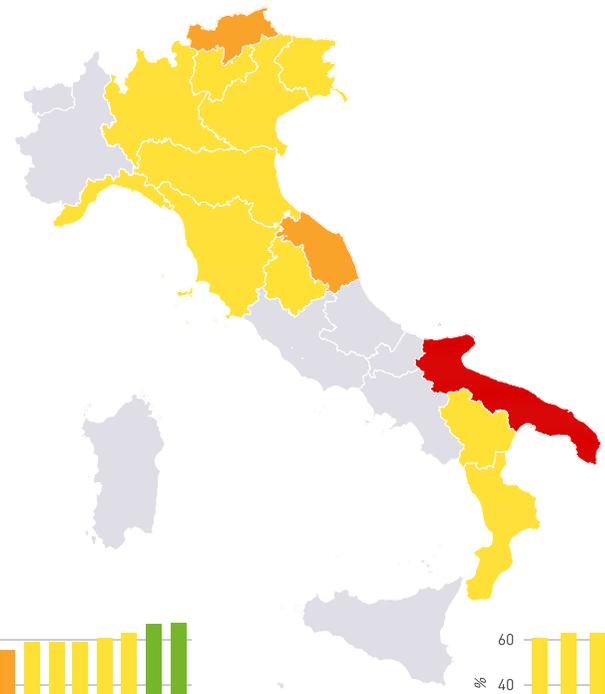
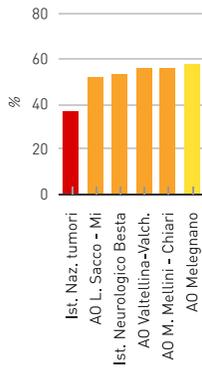
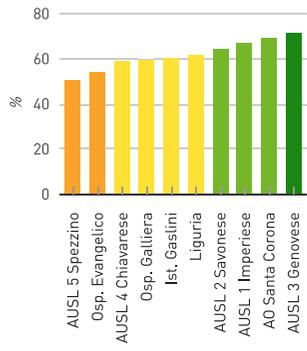




B31.2.2.1.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare

La semplicità del vocabolario nella comunicazione istituzionale è un requisito essenziale per la comprensibilità di un testo. Questo vale in particolare per testi accessibili potenzialmente a tutti gli individui tramite internet e teoricamente destinati a gran parte di loro, in quanto utilizzatori o potenziali utilizzatori di un servizio pubblico, come la sanità, indipendentemente dal loro grado di istruzione e alfabetizzazione. Questo indicatore si basa su un indice che riguarda le variabili lessicali. In Italia si fa riferimento al Vocabolario di Base della lingua italiana, che è il corpus di riferimento per la verifica dei criteri di comprensibilità del lessico. Il Vocabolario di Base è composta da Vocabolario Fondamentale, di Alto Uso e di Alta Disponibilità. I testi con una prevalenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale, che include meno di 2.000 parole, sono più facilmente comprensibili. In generale si indica una soglia di comprensibilità nel range 80-95% della parole utilizzate appartenenti al Vocabolario Fondamentale.

Definizione	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore	N. Parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale
Denominatore	N. Parole
Note	L'indicatore mostra lo scostamento medio, espresso in percentuale, dell'uso del Vocabolario Fondamentale nelle pagine web di spiegazione delle prenotazioni rispetto al totale della parole utilizzate. Intende misurare quanto nei testi web dalle Aziende sia adottato un lessico facilmente comprensibile dai cittadini utenti dei servizi. Si utilizza il software online Corrige! – Eulogos per l'analisi dei testi. La valutazione dell'indicatore è riferita alla distribuzione dei valori. Tuttavia va tenuto conto della soglia minima di presenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale nei testi (in media 88%), suggerita dalla letteratura.
Fonte	Sito web Aziendale - Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale.





LA VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA



C1 Capacità di governo della domanda

La domanda di assistenza sanitaria, rivolta dai cittadini al servizio pubblico, deve essere governata e guidata dagli attori del sistema sanitario. In particolare, al fine di garantire la più adeguata ed appropriata risposta al bisogno di salute, i ricoveri ospedalieri ed il tasso di ospedalizzazione sono dimensioni prioritarie da presidiare.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei due sottoindicatori C1.1.1 e C1.1.2.1.

C1 Capacità di governo della domanda [di valutazione]

- C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di valutazione]
- C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di valutazione]
- C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti [di osservazione]
- C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso [di valutazione]
- C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C1.1.2.2.1 Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale [di osservazione]
- C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C1.3 Posti letto per 1.000 abitanti [di osservazione]
- C1.5 Indice di case mix [di osservazione]
- C1.6 Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA) [di osservazione]

Lombardia
 ASL Bergamo ●
 ASL Brescia ●
 ASL Como ●
 ASL Cremona ●
 ASL Lecco ●
 ASL Lodi ●
 ASL Mantova ●
 ASL Milano ●
 ASL Milano 1 ●
 ASL Milano 2 ●
 ASL Monza-Brianza ●
 ASL Pavia ●
 ASL Sondrio ●
 ASL Varese ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●

Liguria
 AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●

Bolzano
 Azienda P.A. Bolzano ●

Trento
 APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia
 AAS1 Triestina ●
 AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
 AAS4 Friuli Centrale ●
 AAS5 Friuli Occidentale ●

Marche
 Pesaro ●
 Urbino ●
 Fano ●
 Senigallia ●
 Jesi ●
 Fabriano ●
 Ancona ●
 Civitanova M. ●
 Macerata ●
 Camerino S. Severino ●
 Fermo ●
 S. Benedetto ●
 Ascoli Piceno ●

Veneto
 AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 21 Legnago ●
 AULSS 22 Bussolengo ●

Emilia-Romagna
 AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●

Umbria
 USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●

Puglia
 ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●

Toscana
 AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●

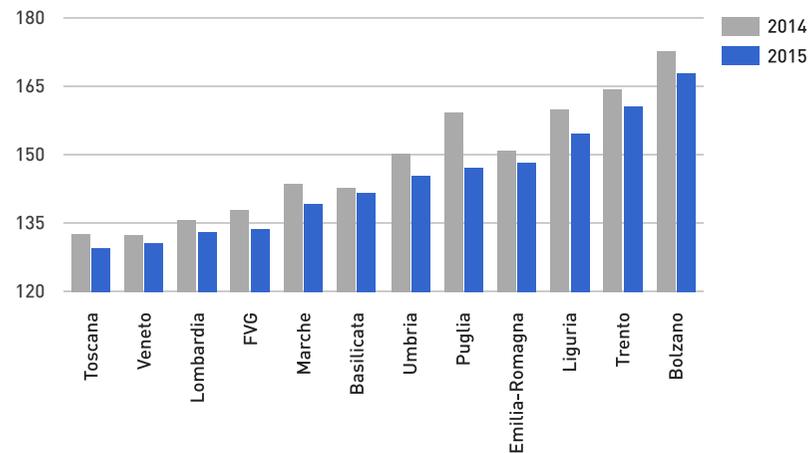


Basilicata
 ASP Potenza ●
 ASM Matera ●

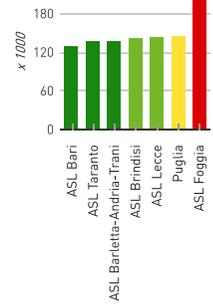
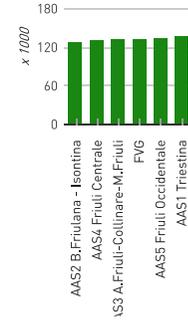
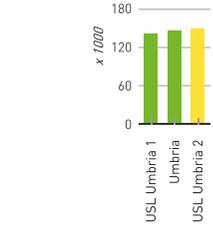
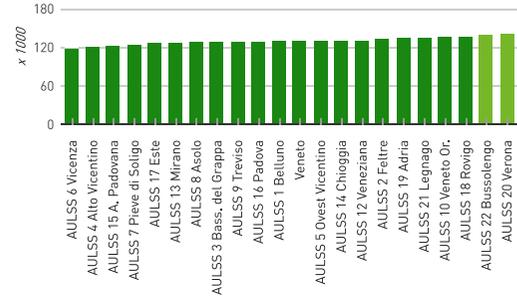
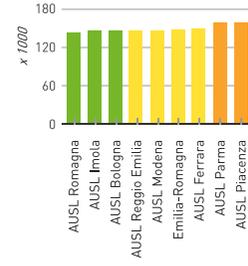
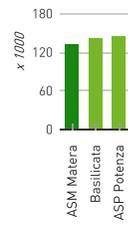
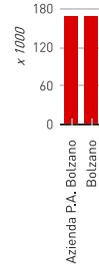
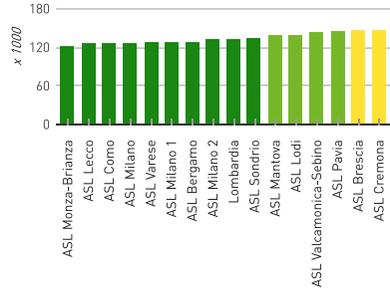
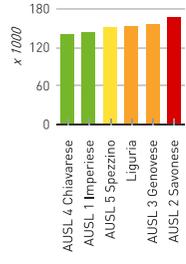
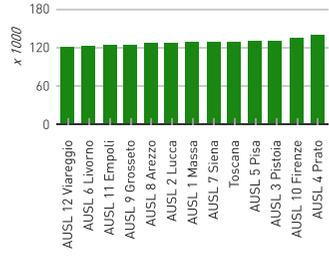
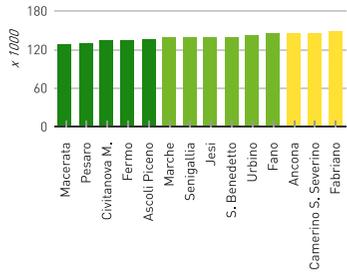


C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

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



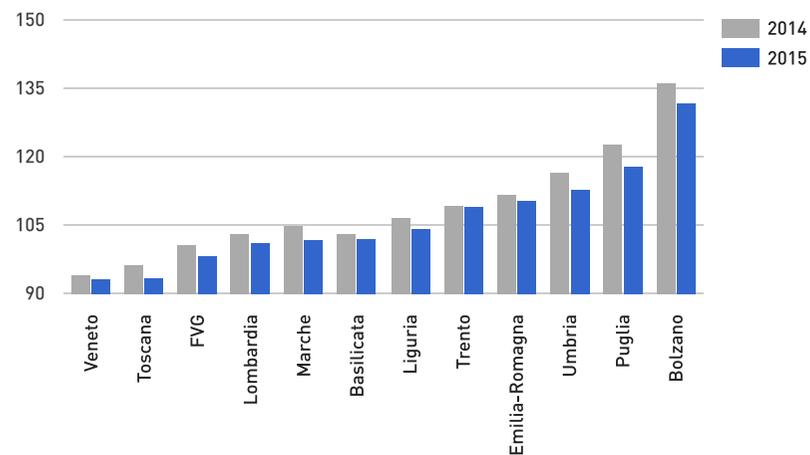
Definizione	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti
Numeratore	Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000
Denominatore	Numero residenti
Note	<p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 +.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



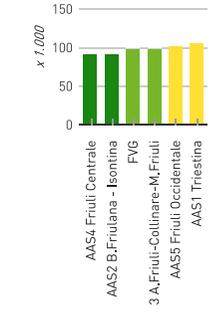
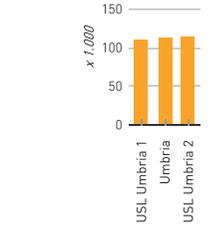
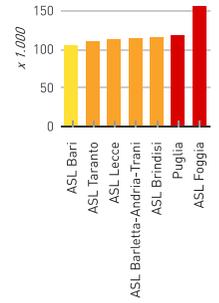
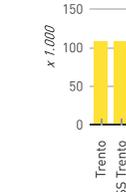
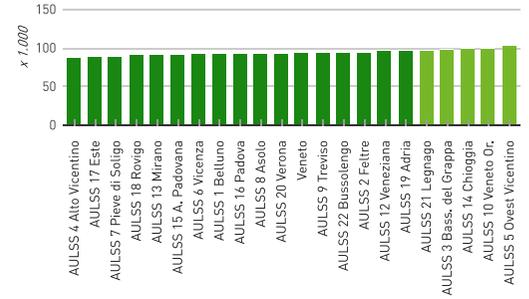
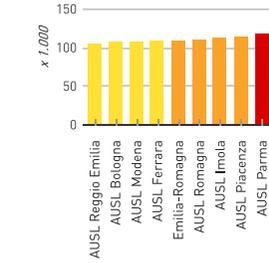
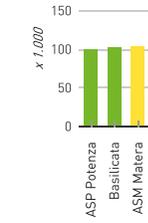
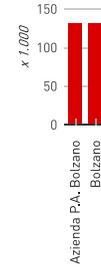
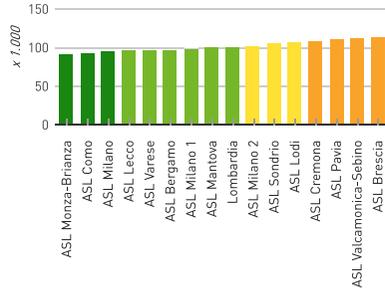
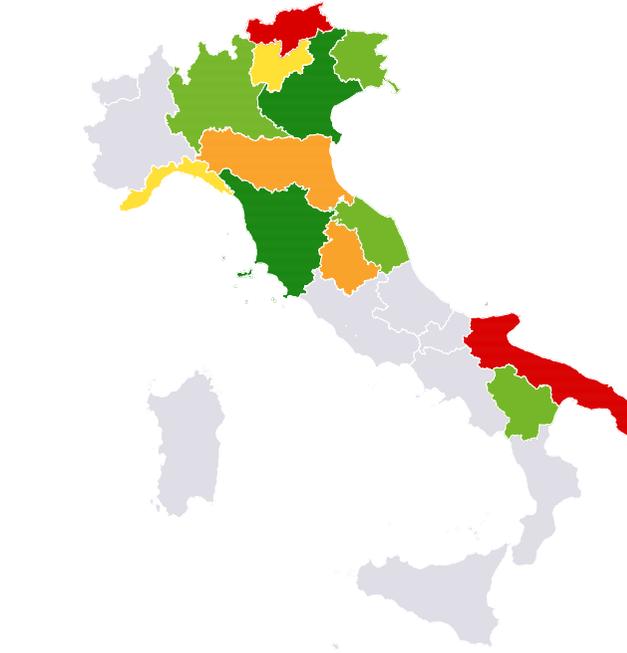
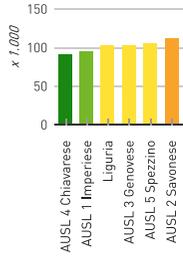
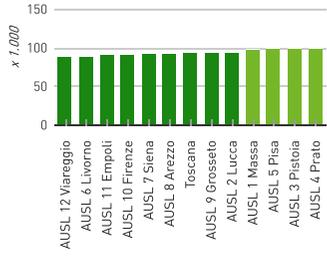
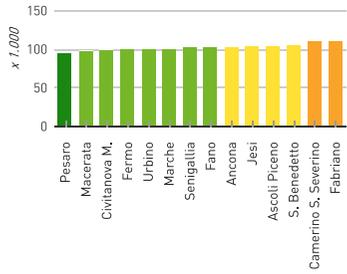


C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

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



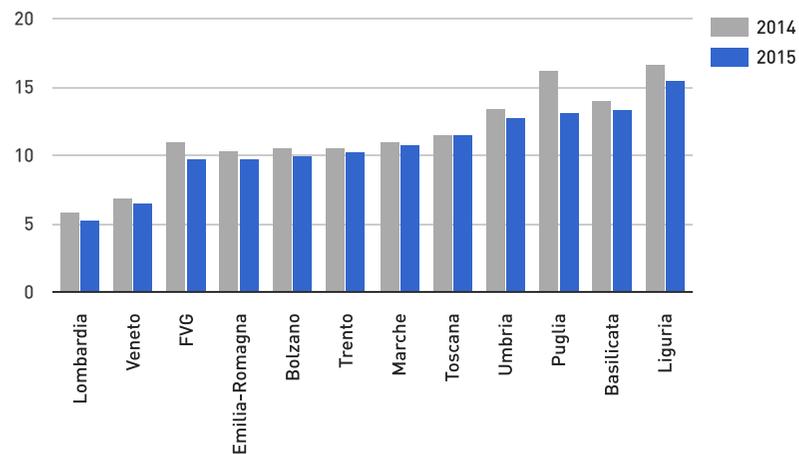
Definizione	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
Numeratore	Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000
Denominatore	Numero residenti
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera inclusa la One Day Surgery.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 +.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



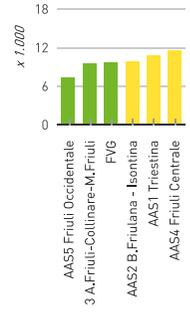
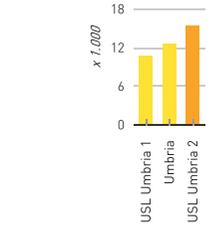
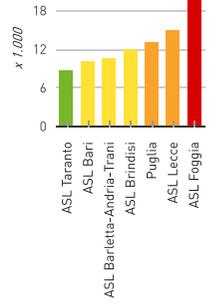
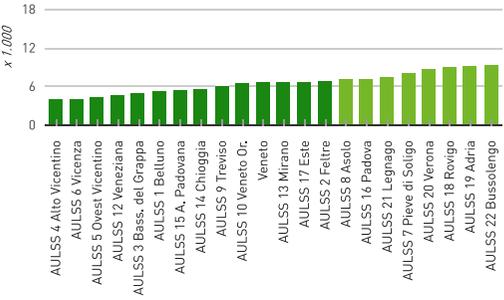
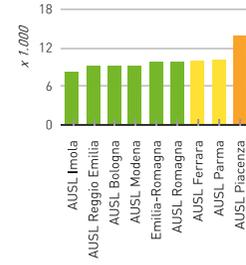
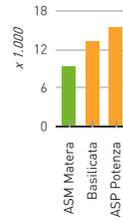
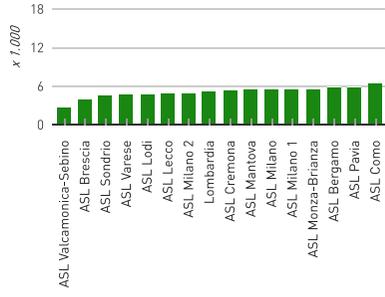
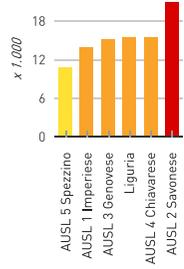
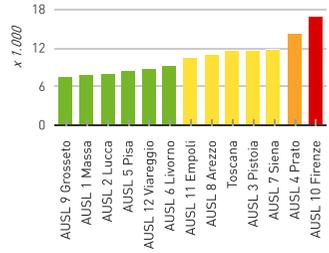
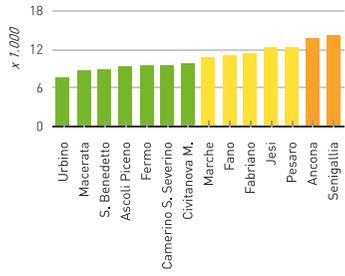


C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso

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



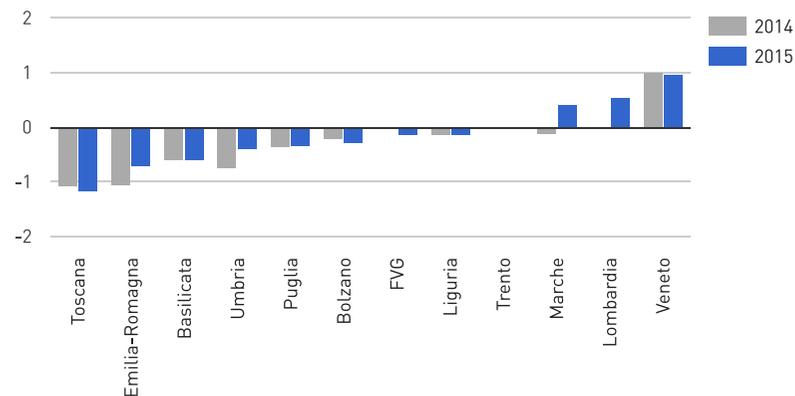
Definizione	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti per azier sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
Numeratore	Numero di ricoveri in Day Hospital medico relativi ai residenti x 1.000
Denominatore	Numero residenti
Note	<p>Si considerano i ricoveri in regime di day hospital medico, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - Relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 +.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



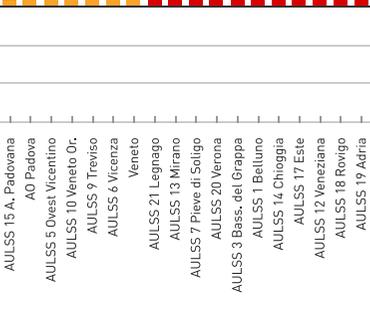
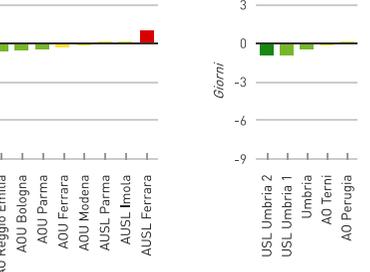
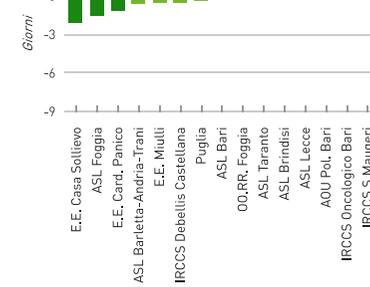
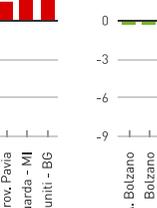
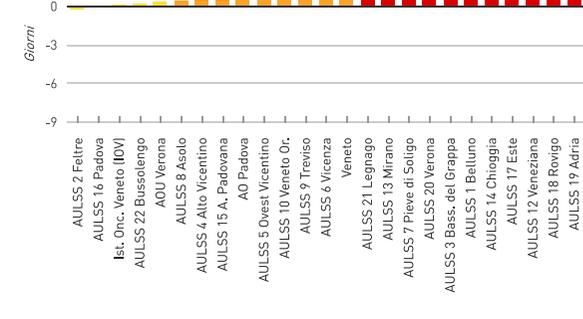
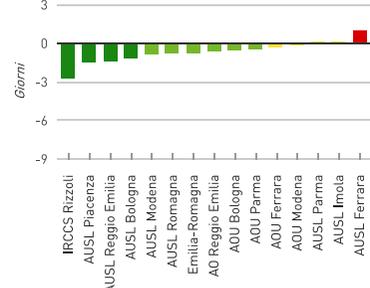
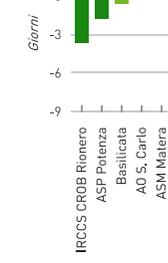
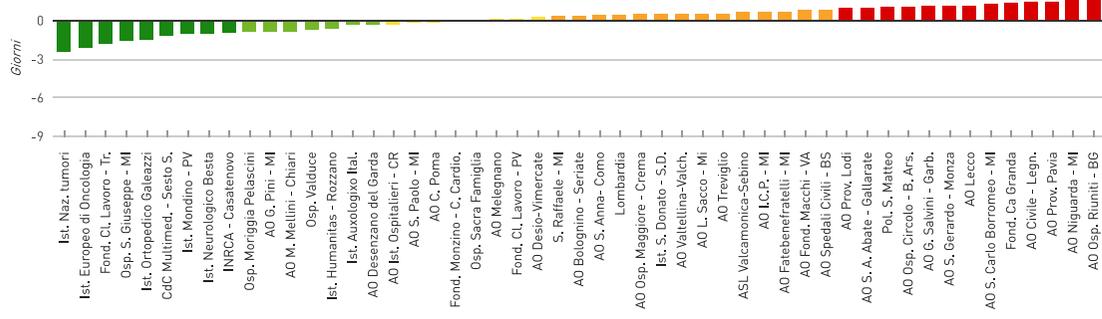
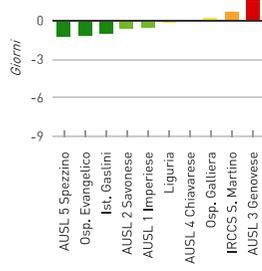
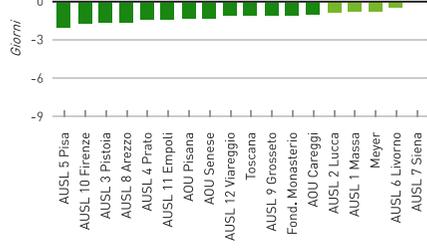
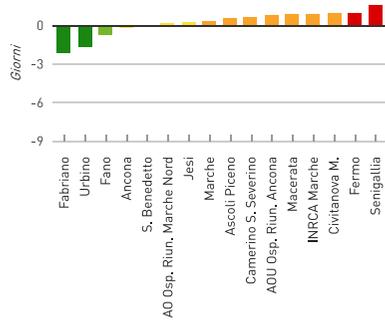


C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 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: ad 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 classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.



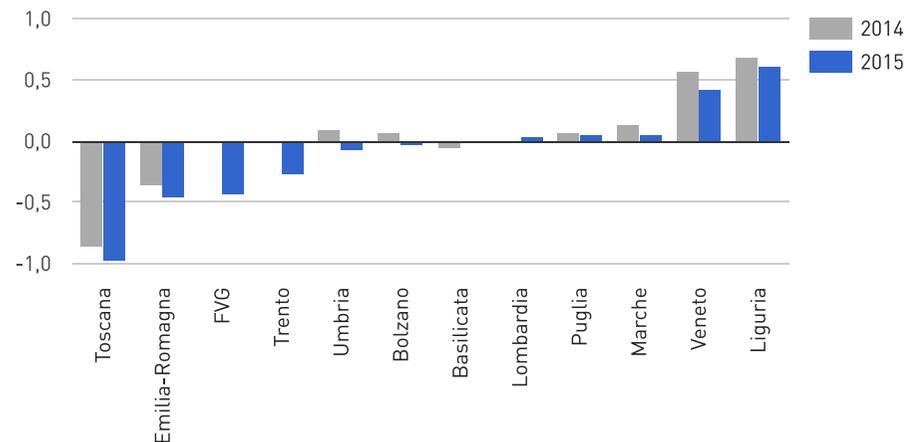
Definizione	Indice di performance degenza media per ricoveri acuti medici
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti. Si utilizza il DRG Grouper XIX.</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



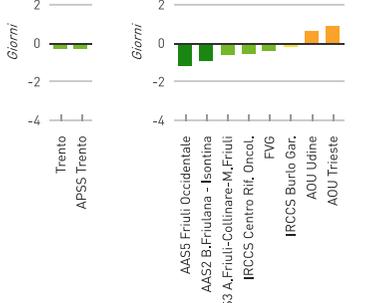
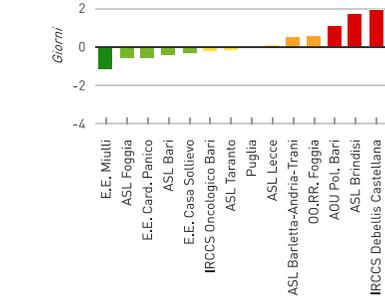
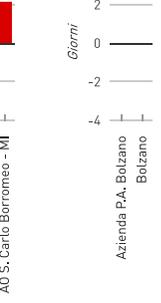
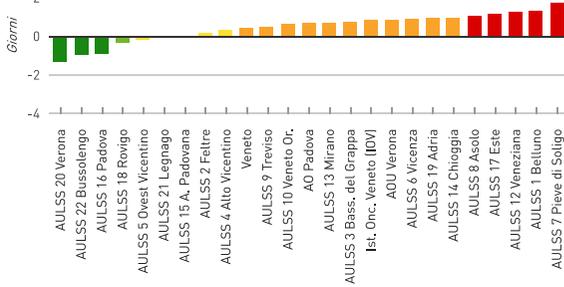
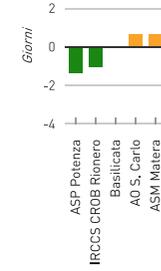
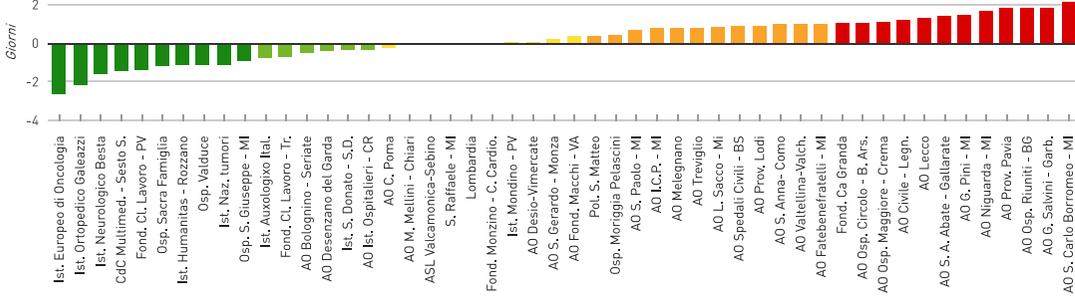
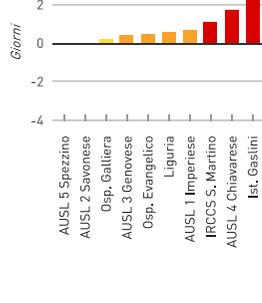
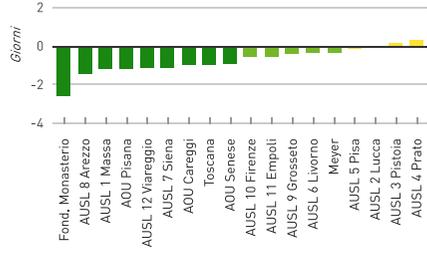
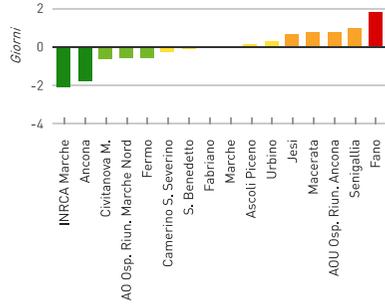


C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 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: ad 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 classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.



Definizione	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti.</p> <p>Si utilizza il DRG Grouper XIX.</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





C14 Appropriatelyzza medica

L'appropriatelyzza medica si rileva quando le prestazioni sono erogate con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi; ad un'alta appropriatelyzza si associa, quindi, una maggiore probabilità di ottenere i risultati desiderati. Tramite il set di indicatori dell'albero C14 (tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, ricoveri medici con finalità diagnostica, ricoveri medici troppo lunghi, accessi in day hospital) si vuole delineare un quadro dell'appropriatelyzza della varie strutture nell'erogazione delle prestazioni mediche.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori C4.8, C14.2a e C14.4.

C14 Appropriatelyzza medica [di valutazione]

- C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute) [di valutazione]
- C14.2 % ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (AOU, AO, Ircss....) [di osservazione]
- C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA) [di valutazione]
- C14.2.2 % ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalita' diagnostica (AOU, AO, Ircss....) [di osservazione]
- C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni [di valutazione]
- C14.5 Tasso di accessi DH medico std per etA per 1.000 residenti (Griglia LEA) [di osservazione]

Lombardia

- Osp. Sacra Famiglia ●
- Osp. Moriggia Pelascini ●
- ASL Bergamo ●
- ASL Brescia ●
- ASL Como ●
- ASL Cremona ●
- ASL Lecco ●
- ASL Lodi ●
- ASL Mantova ●
- ASL Milano ●
- ASL Milano 1 ●
- ASL Milano 2 ●
- ASL Monza-Brianza ●
- ASL Pavia ●
- ASL Sondrio ●
- ASL Varese ●
- ASL Valcamonica-Sebino ●
- Osp. S. Giuseppe - MI ●
- INRCA - Casatenovo ●
- Ist. Naz. tumori ●
- Ist. Neurologico Besta ●
- Pol. S. Matteo ●
- Fond. Ca Granda ●
- Fond. Cl. Lavoro - Tr. ●
- S. Raffaele - MI ●
- Ist. Auxologix Ital. ●
- Ist. Mondino - PV ●
- Ist. Europeo di Oncologia ●
- AO Fond. Macchi - VA ●
- AO M. Mellini - Chiari ●
- AO Desenzano del Garda ●
- AO Osp. Maggiore - Crema ●
- AO S. Anna- Como ●
- AO Lecco ●
- AO Bolognino - Seriate ●
- AO C. Poma ●
- AO L. Sacco - Mi ●
- AO I.C.P. - MI ●
- AO S. Paolo - MI ●
- AO G. Pini - MI ●
- AO Civile - Legn. ●
- AO Melegnano ●
- AO Desio-Vimercate ●
- AO S. Gerardo - Monza ●
- AO Prov. Lodi ●
- AO Prov. Pavia ●
- Osp. Valduce ●

Liguria

- AUSL 1 Imperiese ●
- AUSL 2 Savonese ●
- AUSL 3 Genovese ●
- AUSL 4 Chiavarese ●
- AUSL 5 Spezzino ●
- Osp. Galliera ●
- Osp. Evangelico ●
- IRCCS S. Martino ●

Toscana

- AUSL 1 Massa ●
- AUSL 2 Lucca ●
- AUSL 3 Pistoia ●
- AUSL 4 Prato ●
- AUSL 5 Pisa ●
- AUSL 6 Livorno ●
- AUSL 7 Siena ●
- AUSL 8 Arezzo ●
- AUSL 9 Grosseto ●
- AUSL 10 Firenze ●
- AUSL 11 Empoli ●
- AUSL 12 Viareggio ●
- AOU Pisana ●
- AOU Senese ●
- AOU Careggi ●
- Fond. Monasterio ●

Bolzano

- Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

- APSS Trento ●

Basilicata

- ASP Potenza ●
- ASM Matera ●
- AO S. Carlo ●
- IRCCS CROB Rionero ●

Friuli Venezia Giulia

- AAS1 Triestina ●
- AAS2 B.Friulana - Isontina ●
- AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
- AAS4 Friuli Centrale ●
- AAS5 Friuli Occidentale ●
- IRCCS Centro Rif. Oncol. ●
- AOU Trieste ●
- AOU Udine ●

Marche

- Pesaro ●
- Urbino ●
- Fano ●
- Senigallia ●
- Jesi ●
- Fabriano ●
- Ancona ●
- Civitanova M. ●
- Macerata ●
- Camerino S. Severino ●
- Fermo ●
- S. Benedetto ●
- Ascoli Piceno ●
- AO Osp. Riun. Marche Nord ●
- AOU Osp. Riun. Ancona ●
- INRCA Marche ●

Puglia

- ASL Brindisi ●
- ASL Taranto ●
- ASL Barletta-Andria-Trani ●
- ASL Bari ●
- ASL Foggia ●
- ASL Lecce ●
- IRCCS Oncologico Bari ●
- IRCCS Debellis Castellana ●
- E.E. Casa Sollievo ●
- IRCCS S.Maugeri ●
- AOU Pol. Bari ●
- 00.RR. Foggia ●

Veneto

- AULSS 1 Belluno ●
- AULSS 2 Feltre ●
- AULSS 3 Bass. del Grappa ●
- AULSS 4 Alto Vicentino ●
- AULSS 5 Ovest Vicentino ●
- AULSS 6 Vicenza ●
- AULSS 7 Pieve di Soligo ●
- AULSS 8 Asolo ●
- AULSS 9 Treviso ●
- AULSS 10 Veneto Or. ●
- AULSS 12 Veneziana ●
- AULSS 13 Mirano ●
- AULSS 14 Chioggia ●
- AULSS 15 A. Padovana ●
- AULSS 16 Padova ●
- AULSS 17 Este ●
- AULSS 18 Rovigo ●
- AULSS 19 Adria ●
- AULSS 20 Verona ●
- AULSS 21 Legnago ●
- AULSS 22 Bussolengo ●
- AO Padova ●
- AOU Verona ●
- Ist. Onc. Veneto (IOV) ●

Emilia-Romagna

- AUSL Piacenza ●
- AUSL Parma ●
- AUSL Reggio Emilia ●
- AUSL Modena ●
- AUSL Bologna ●
- AUSL Imola ●
- AUSL Ferrara ●
- AUSL Romagna ●
- AOU Parma ●
- AO Reggio Emilia ●
- AOU Modena ●
- AOU Bologna ●
- AOU Ferrara ●
- IRCCS Rizzoli ●

Umbria

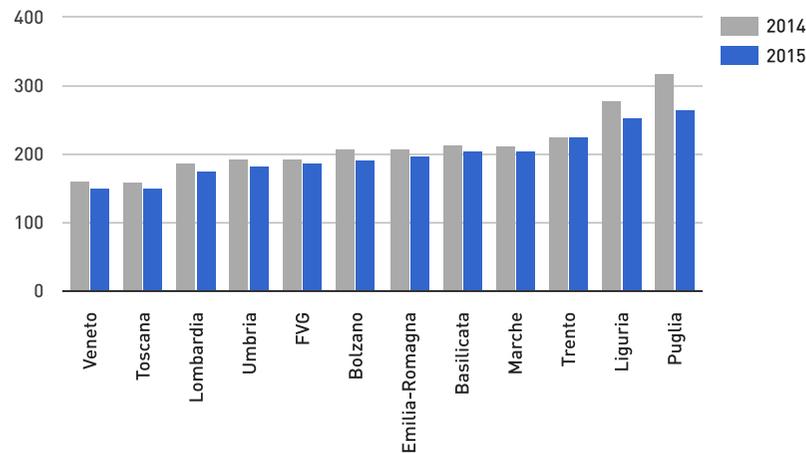
- USL Umbria 1 ●
- USL Umbria 2 ●
- AO Perugia ●
- AO Terni ●





C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la Salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore C4.8 misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

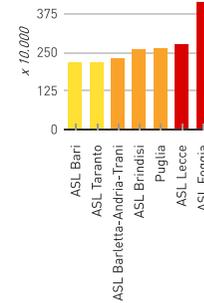
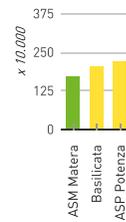
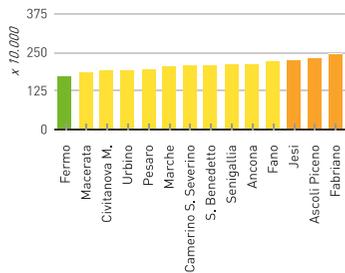
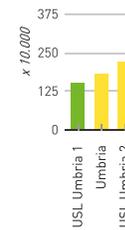
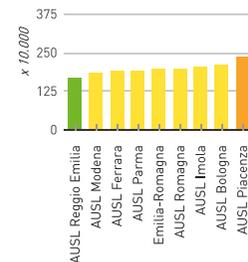
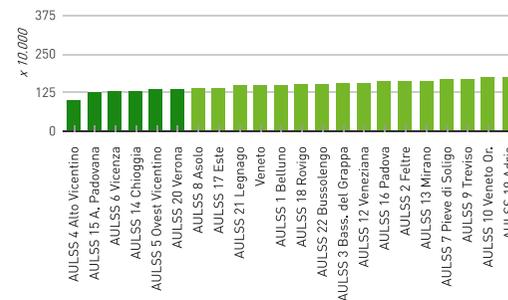
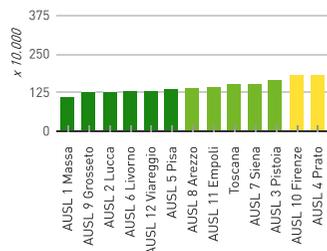
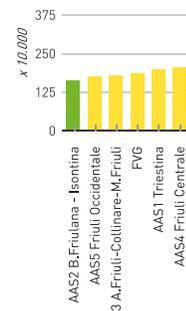
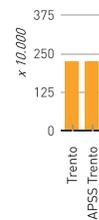
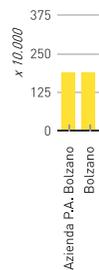
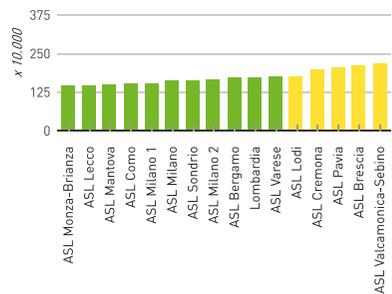
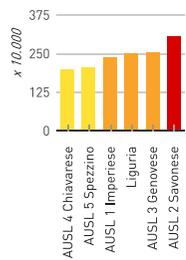


Definizione	Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso
Numeratore	N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000
Denominatore	N. residenti

Note
 I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564.
 Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
 Sono esclusi:

- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).
- i dimessi da strutture private non accreditate.

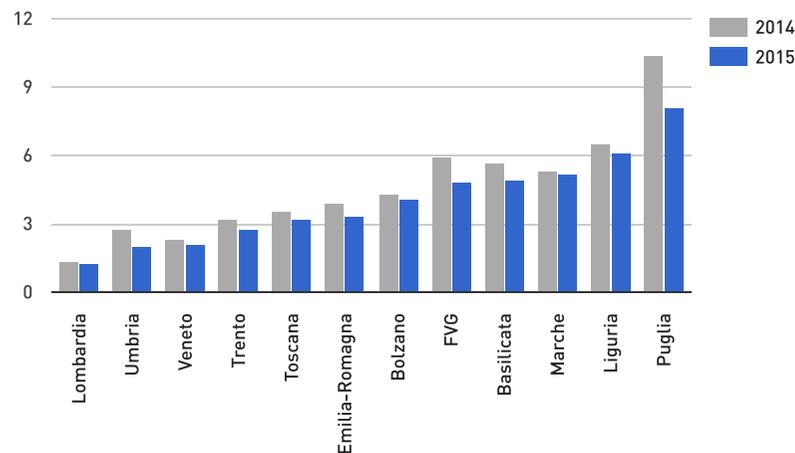
Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





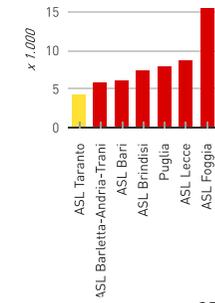
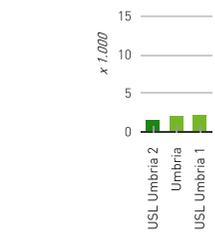
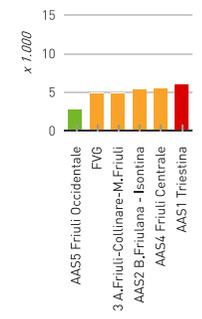
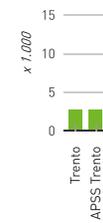
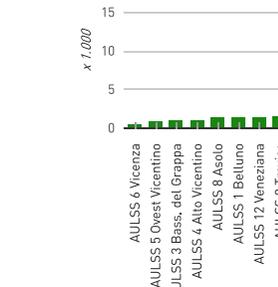
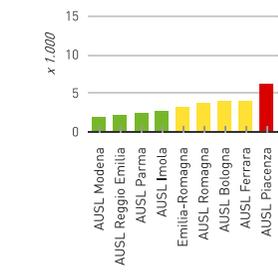
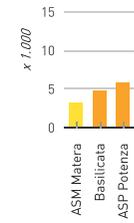
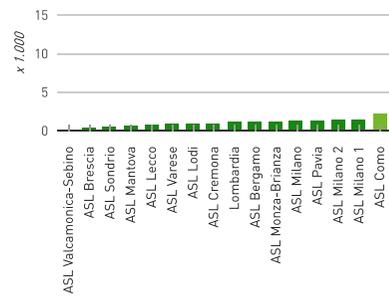
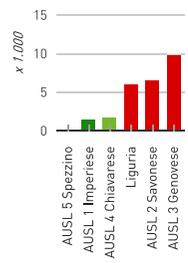
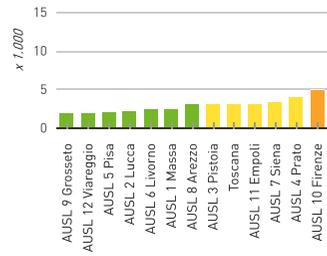
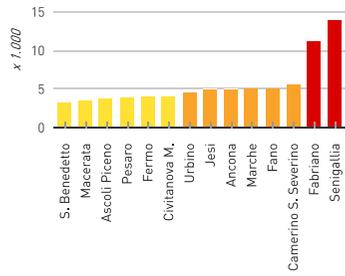
C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

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



Definizione	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
Numeratore	N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica x 1.000
Denominatore	N. di residenti
Note	<p>Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione per ricovero di Day Hospital per acuti con finalità diagnostica. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico".</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> - i codici 190.5-Tumori maligni della retina, V10.84-Anamnesi personale di tumore maligno dell'occhio, V16.8-Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato, V42.1-Cuore sostituito da trapianto, 996.83-Complicazioni di trapianto di cuore, V42.6-Polmone sostituito da trapianto, 996.84-Complicazioni di trapianto di polmone da qualsiasi diagnosi - la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro" - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580-Sessione di radioterapia, V581-Chemioterapia e immunoterapia antineoplastica) - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i deceduti.

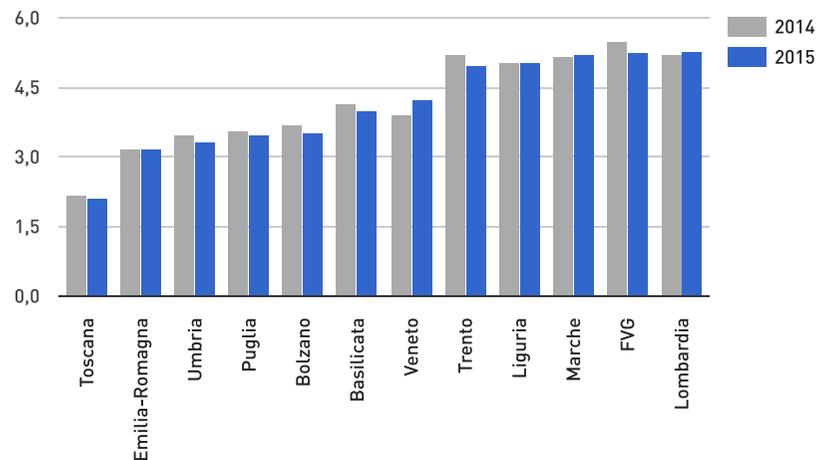
Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



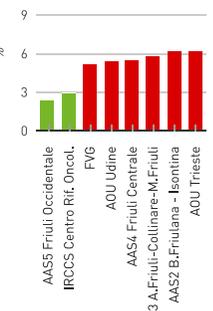
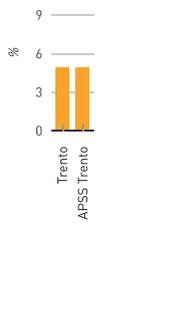
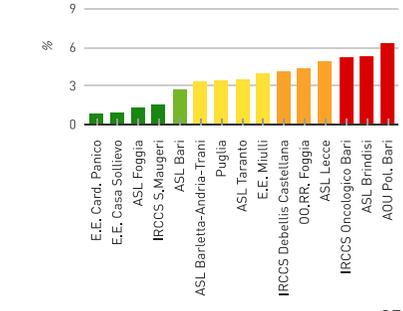
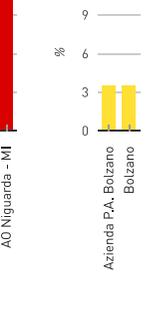
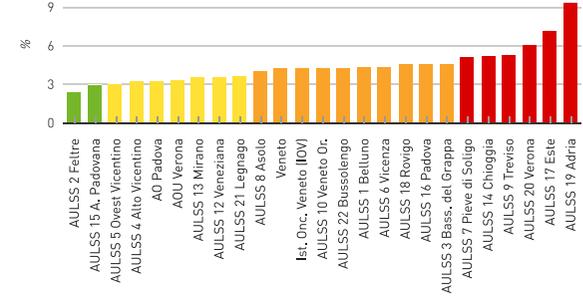
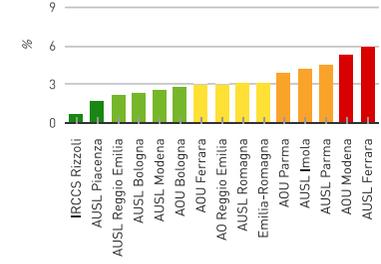
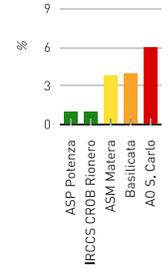
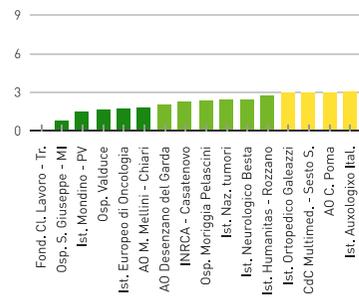
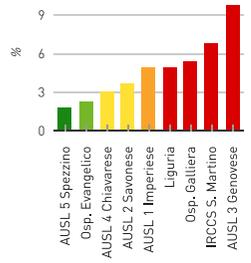
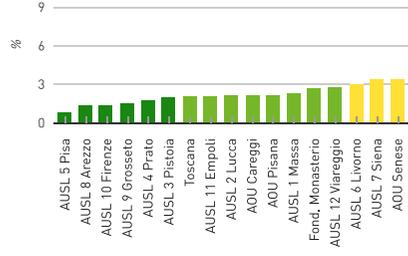
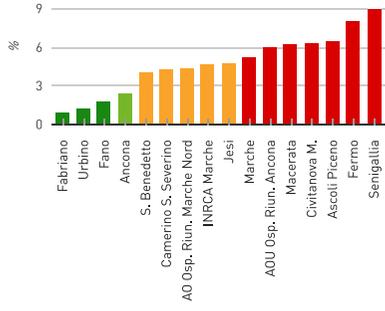


C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni

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



Definizione	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
Numeratore	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
Denominatore	N. di ricoveri medici
Note	Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010. Si considerano i pazienti di età >= 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28 56, 60, 75, 99).
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





C4 Appropriatazza chirurgica

Si parla di appropriatezza chirurgica quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche ed utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici. In questa ottica, l'albero C4 dell'appropriatezza chirurgica mette in evidenza l'utilizzo delle risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle strutture, sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery, ponendo l'attenzione sui DRG LEA a rischio di inappropriatazza in regime di ricovero, sulle colecistectomie laparoscopiche e sugli interventi di stripping delle vene.

C4 Appropriatazza chirurgica [di valutazione]

- C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) [di osservazione]
- C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici [di osservazione]
- C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [di osservazione]
- C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital [di osservazione]
- C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg [di valutazione]
- C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) [di valutazione]
- C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti [di valutazione]

Definizione	Appropriatezza chirurgica
Numeratore	
Denominatore	
Note	<p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e RO 0-1 giorno (30%) • C4.7 - DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in day-surgery (60%). • C18.6 - Tasso di ospedalizzazione per stripping di vene (10%) <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p>

Lombardia

- Osp. Sacra Famiglia ●
- Osp. Moriggia Pelascini ●
- ASL Bergamo ●
- ASL Brescia ●
- ASL Como ●
- ASL Cremona ●
- ASL Lecco ●
- ASL Lodi ●
- ASL Mantova ●
- ASL Milano ●
- ASL Milano 1 ●
- ASL Milano 2 ●
- ASL Monza-Brianza ●
- ASL Pavia ●
- ASL Sondrio ●
- ASL Varese ●
- ASL Valcamonica-Sebino ●
- Osp. S. Giuseppe - MI ●
- Ist. Naz. tumori ●
- Ist. Neurologico Besta ●
- Pol. S. Matteo ●
- Fond. Ca Granda ●
- S. Raffaele - MI ●
- Ist. Europeo di Oncologia ●
- AO Fond. Macchi - VA ●
- AO M. Mellini - Chiari ●
- AO Desenzano del Garda ●
- AO Osp. Maggiore - Crema ●
- AO S. Anna- Como ●
- AO Lecco ●
- AO Bolognino - Seriate ●
- AO C. Poma ●
- AO L. Sacco - Mi ●
- AO I.C.P. - MI ●
- AO S. Paolo - MI ●
- AO G. Pini - MI ●
- AO Civile - Legn. ●
- AO Melegnano ●
- AO Desio-Vimercate ●
- AO S. Gerardo - Monza ●
- AO Prov. Lodi ●
- AO Prov. Pavia ●
- Osp. Valduce ●

Liguria

- AUSL 1 Imperiese ●
- AUSL 2 Savonese ●
- AUSL 3 Genovese ●
- AUSL 4 Chiavarese ●
- AUSL 5 Spezzino ●
- Osp. Galliera ●
- Osp. Evangelico ●
- IRCCS S. Martino ●
- Ist. Gaslini ●

Toscana

- AUSL 1 Massa ●
- AUSL 2 Lucca ●
- AUSL 3 Pistoia ●
- AUSL 4 Prato ●
- AUSL 5 Pisa ●
- AUSL 6 Livorno ●
- AUSL 7 Siena ●
- AUSL 8 Arezzo ●
- AUSL 9 Grosseto ●
- AUSL 10 Firenze ●
- AUSL 11 Empoli ●
- AUSL 12 Viareggio ●
- AOU Pisana ●
- AOU Senese ●
- AOU Careggi ●
- Meyer ●

Bolzano

- Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

- APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia

- AAS1 Triestina ●
- AAS2 B.Friulana - Isontina ●
- AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
- AAS4 Friuli Centrale ●
- AAS5 Friuli Occidentale ●
- IRCCS Burlo Gar. ●
- IRCCS Centro Rif. Oncol. ●
- AOU Trieste ●
- AOU Udine ●

Marche

- Pesaro ●
- Urbino ●
- Fano ●
- Senigallia ●
- Jesi ●
- Fabriano ●
- Ancona ●
- Civitanova M. ●
- Macerata ●
- Camerino S. Severino ●
- Fermo ●
- S. Benedetto ●
- Ascoli Piceno ●
- AO Osp. Riun. Marche Nord ●
- AOU Osp. Riun. Ancona ●
- INRCA Marche ●

Puglia

- ASL Brindisi ●
- ASL Taranto ●
- ASL Barletta-Andria-Trani ●
- ASL Bari ●
- ASL Foggia ●
- ASL Lecce ●
- IRCCS Oncologico Bari ●
- IRCCS Debellis Castellana ●
- E.E. Casa Sollievo ●
- AOU Pol. Bari ●
- OO.RR. Foggia ●

Basilicata

- ASP Potenza ●
- ASM Matera ●
- AO S. Carlo ●
- IRCCS CROB Rionero ●

Veneto

- AULSS 1 Belluno ●
- AULSS 2 Feltre ●
- AULSS 3 Bass. del Grappa ●
- AULSS 4 Alto Vicentino ●
- AULSS 5 Ovest Vicentino ●
- AULSS 6 Vicenza ●
- AULSS 7 Pieve di Soligo ●
- AULSS 8 Asolo ●
- AULSS 9 Treviso ●
- AULSS 10 Veneto Or. ●
- AULSS 12 Veneziana ●
- AULSS 13 Mirano ●
- AULSS 14 Chioggia ●
- AULSS 15 A. Padovana ●
- AULSS 16 Padova ●
- AULSS 17 Este ●
- AULSS 18 Rovigo ●
- AULSS 19 Adria ●
- AULSS 20 Verona ●
- AULSS 21 Legnago ●
- AULSS 22 Bussolengo ●
- AO Padova ●
- AOU Verona ●
- Ist. Onc. Veneto (IOV) ●

Emilia-Romagna

- AUSL Piacenza ●
- AUSL Parma ●
- AUSL Reggio Emilia ●
- AUSL Modena ●
- AUSL Bologna ●
- AUSL Imola ●
- AUSL Ferrara ●
- AUSL Romagna ●
- AOU Parma ●
- AO Reggio Emilia ●
- AOU Modena ●
- AOU Bologna ●
- AOU Ferrara ●
- IRCCS Rizzoli ●

Umbria

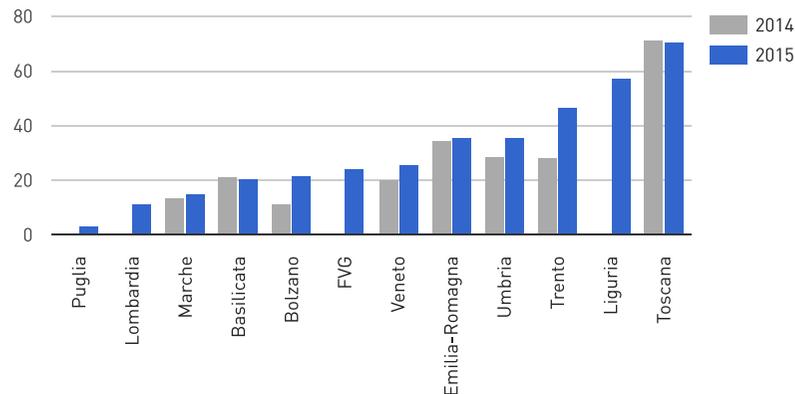
- USL Umbria 1 ●
- USL Umbria 2 ●
- AO Perugia ●
- AO Terni ●





C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg

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 ad un ricovero in urgenza (Calland et al 2001; Litwin, Mitchell 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).



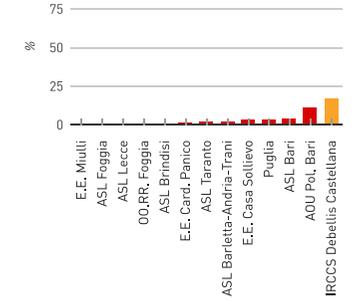
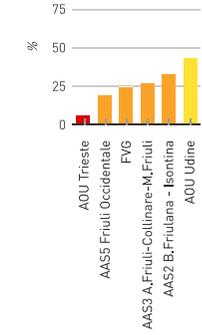
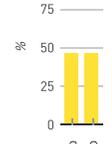
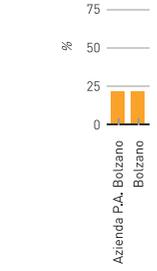
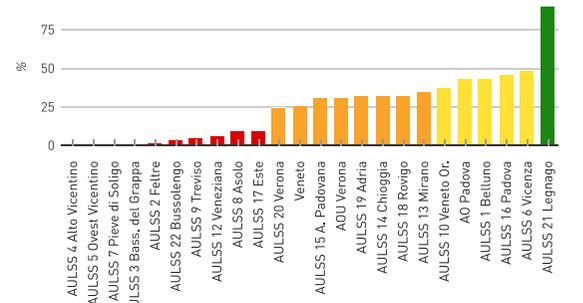
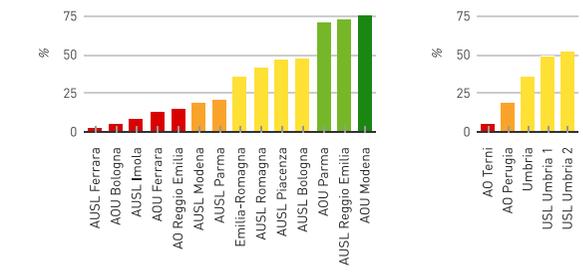
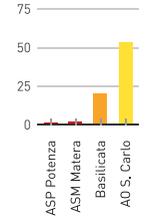
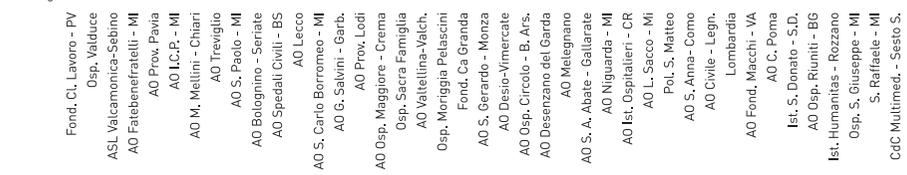
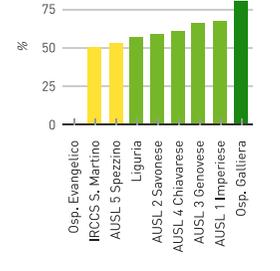
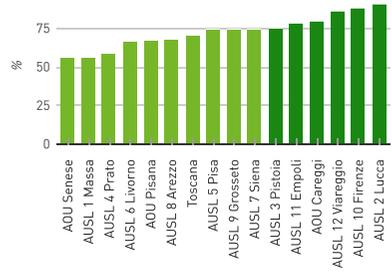
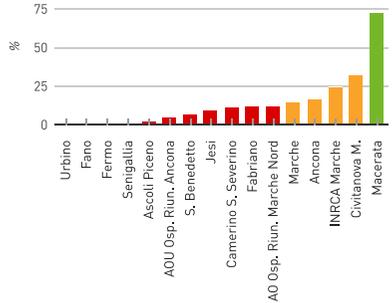
Definizione Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

Numeratore N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100

Denominatore N. colecistectomie laparoscopiche

Note L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grouper XXIV: DRG 493-494 e codici ICD-9-CM 574.* in diagnosi principale o 575.* in diagnosi principale e 574.* in diagnosi secondaria, ovvero (DRG 493-494) AND ((ICD-9-CM 574.* in diagnosi principale) OR (575.* in diagnosi principale e 574.* in diagnosi secondaria)) Criteri di esclusione:

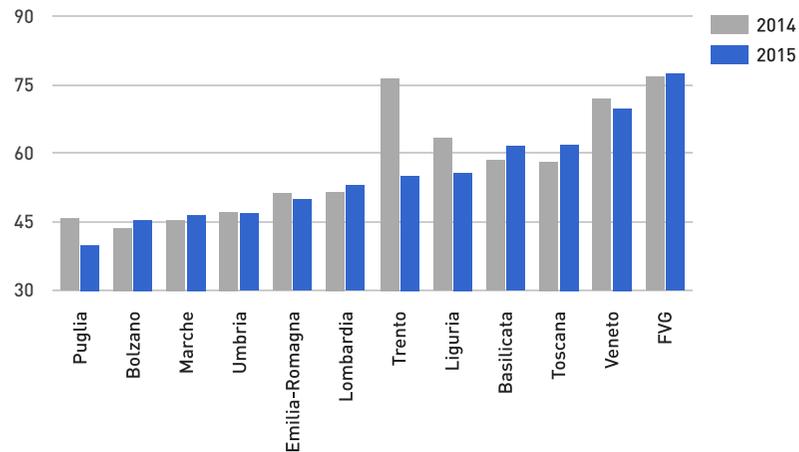
- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100;
- ricoveri con interventi di colecistectomia laparotomica (procedura 51.22 in qualunque posizione);
- ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto;
- ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale (per acuti o di riabilitazione) o ad altro regime di ricovero nello stesso istituto.



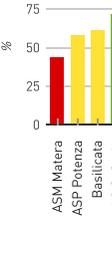
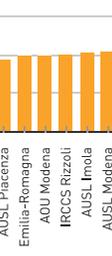
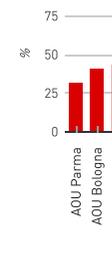
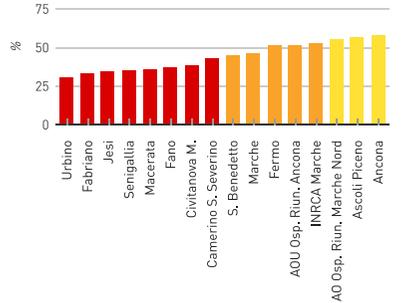
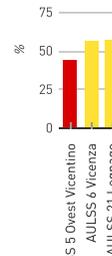
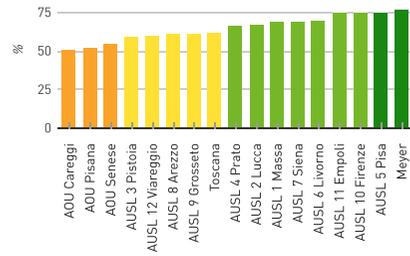
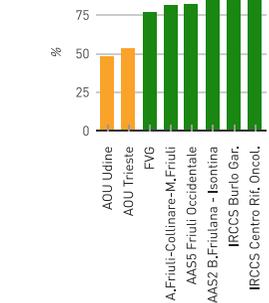
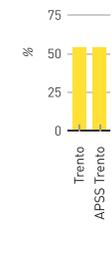
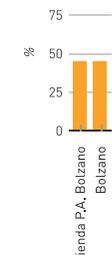
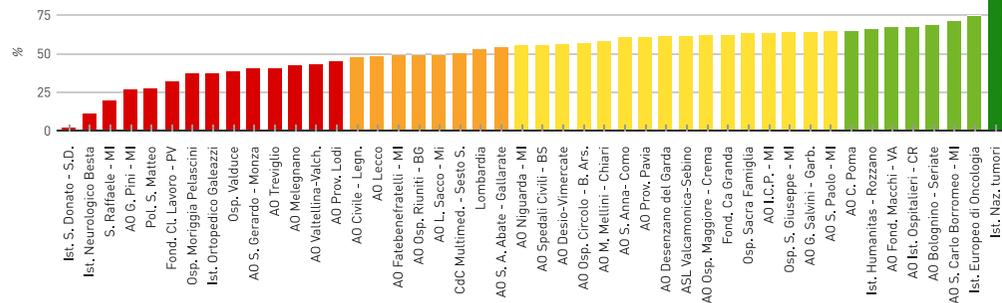
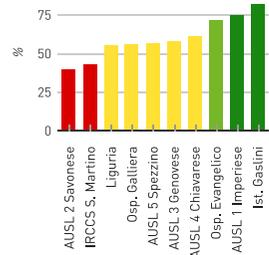


C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)

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



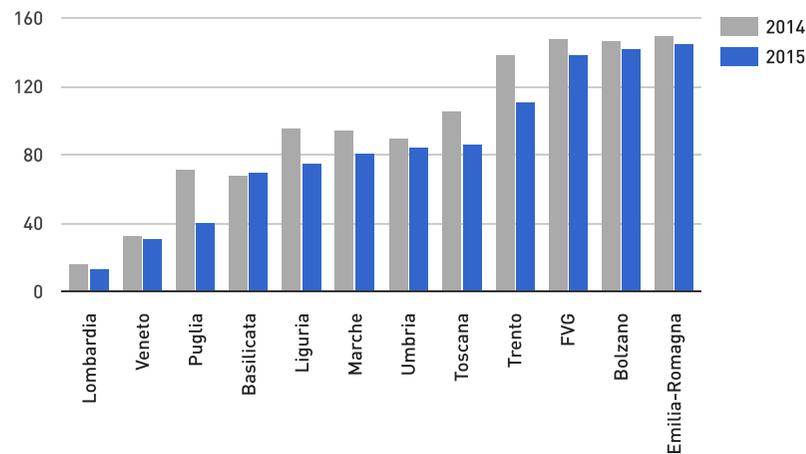
Definizione	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
Numeratore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici
Note	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 268, 270, 339, 340, 342, 343, 345, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538.</p> <p>Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 006 – Decompressione del tunnel carpale • 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia • 119 – legature e stripping di vene <p>Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





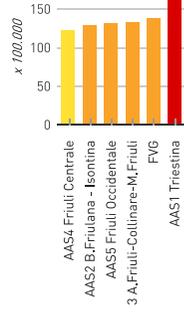
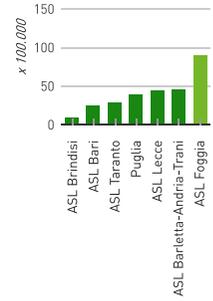
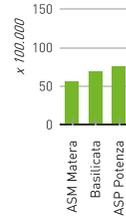
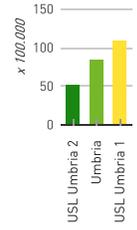
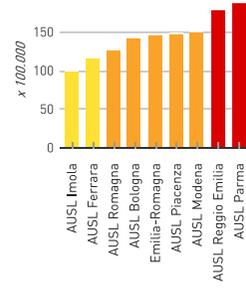
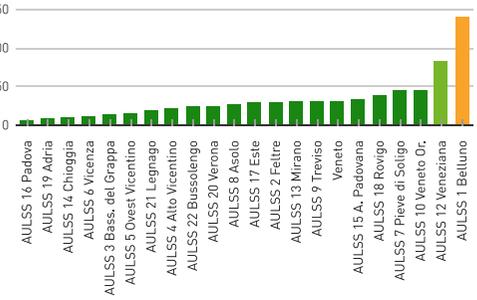
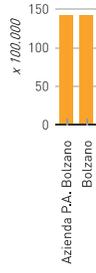
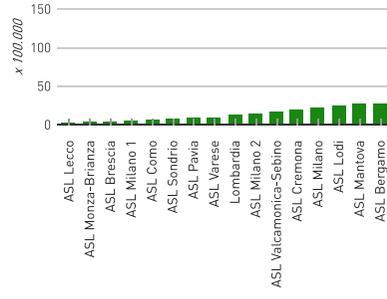
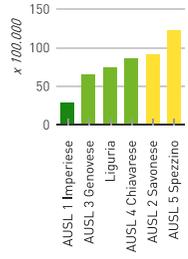
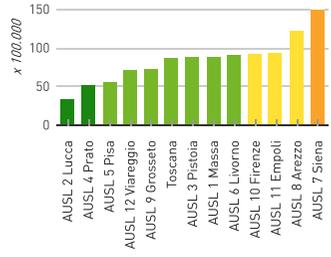
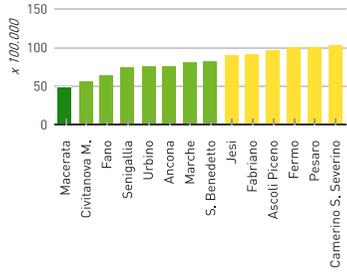
C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti

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



Definizione	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore	Numero di ricoveri per interventi di stripping vene, relativi ai residenti x 100.000
Denominatore	Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • con età >= 18 anni, • con codici ICD9-CM di procedure principale o secondari di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore: 38,59, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate. <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con mdc 15, • trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia delle stesso IRC di ricovero. <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 . Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p>

Fonte Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





C5 Qualità di processo

Ogni sistema sanitario persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Gli indicatori di qualità clinica fanno riferimento alla componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche ed alla condivisione con i professionisti.

C5 Qualità di processo [di valutazione]

- C5.2 % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute) [di valutazione]
- C5.3 % prostatectomie transuretrali [di valutazione]
- C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia [di osservazione]
- C5.11 % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni [di osservazione]
- C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate [di osservazione]
- C5.17 Percentuale di pazienti con più di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati [di osservazione]
- C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti [di osservazione]
- C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati [di osservazione]
- C5.20 Percentuale trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico [di osservazione]
- C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione [di valutazione]

Definizione	Qualità di processo
Numeratore	
Denominatore	
Note	<p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • C5.2 Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni (50%) • C5.3 Percentuale prostatectomie transuretrali (25%) • C16.7 Percentuale di ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (25%) <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

Lombardia

Osp. Sacra Famiglia ●
 Osp. Moriggia Pelascini ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●
 Osp. S. Giuseppe - MI ●
 Ist. Naz. tumori ●
 Pol. S. Matteo ●
 Fond. Ca Granda ●
 S. Raffaele - MI ●
 Ist. Europeo di Oncologia ●
 AO Fond. Macchi - VA ●
 AO M. Mellini - Chiari ●
 AO Desenzano del Garda ●
 AO Osp. Maggiore - Crema ●
 AO S. Anna-Como ●
 AO Lecco ●
 AO Bolognino - Seriate ●
 AO C. Poma ●
 AO L. Sacco - Mi ●
 AO I.C.P. - MI ●
 AO S. Paolo - MI ●
 AO G. Pini - MI ●
 AO Civile - Legn. ●
 AO Melegnano ●
 AO Desio-Vimercate ●
 AO S. Gerardo - Monza ●
 AO Prov. Lodi ●
 AO Prov. Pavia ●

Toscana

AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●
 AOU Pisana ●
 AOU Senese ●
 AOU Careggi ●
 Meyer ●

Bolzano

Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia

AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
 AAS5 Friuli Occidentale ●
 IRCCS Burlo Gar. ●
 AOU Trieste ●
 AOU Udine ●

Marche

Urbino ●
 Fano ●
 Senigallia ●
 Jesi ●
 Fabriano ●
 Ancona ●
 Civitanova M. ●
 Macerata ●
 Camerino S. Severino ●
 Fermo ●
 S. Benedetto ●
 Ascoli Piceno ●
 AO Osp. Riun. Marche Nord ●
 AOU Osp. Riun. Ancona ●
 INRCA Marche ●

Puglia

ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●
 E.E. Casa Sollievo ●
 AOU Pol. Bari ●
 OO.RR. Foggia ●

Basilicata

ASP Potenza ●
 ASM Matera ●
 AO S. Carlo ●

Veneto

AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 21 Legnago ●
 AULSS 22 Bussolengo ●
 AO Padova ●
 AOU Verona ●

Emilia-Romagna

AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●
 AOU Parma ●
 AO Reggio Emilia ●
 AOU Modena ●
 AOU Bologna ●
 AOU Ferrara ●
 IRCCS Rizzoli ●

Umbria

USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●
 AO Perugia ●
 AO Terni ●

Liguria

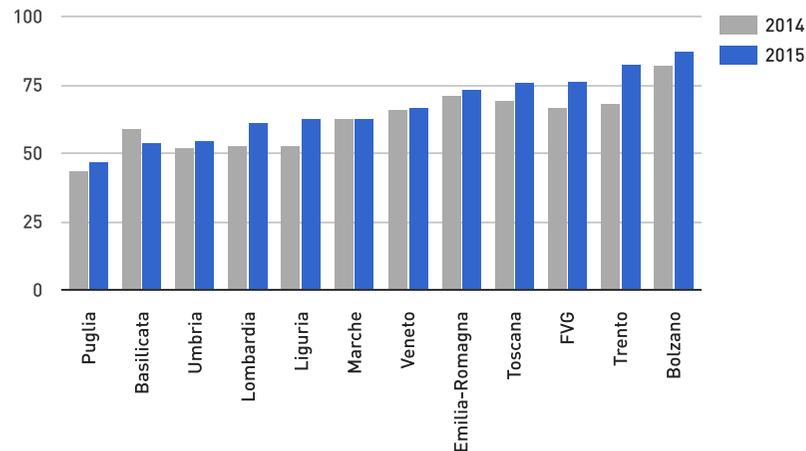
AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●
 Osp. Galliera ●
 Osp. Evangelico ●
 IRCCS S. Martino ●





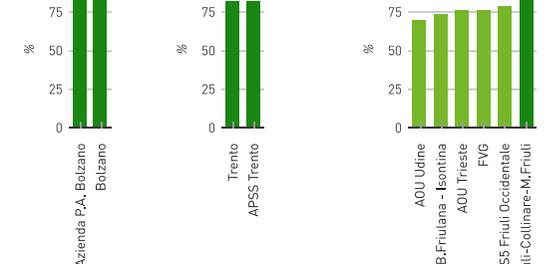
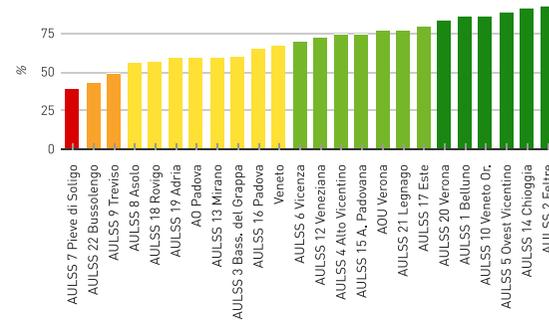
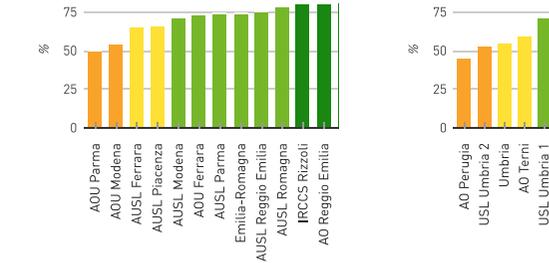
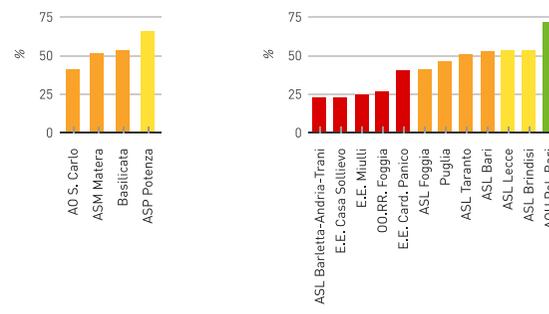
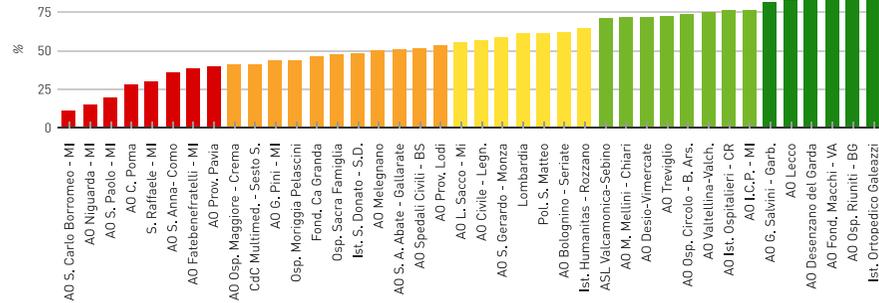
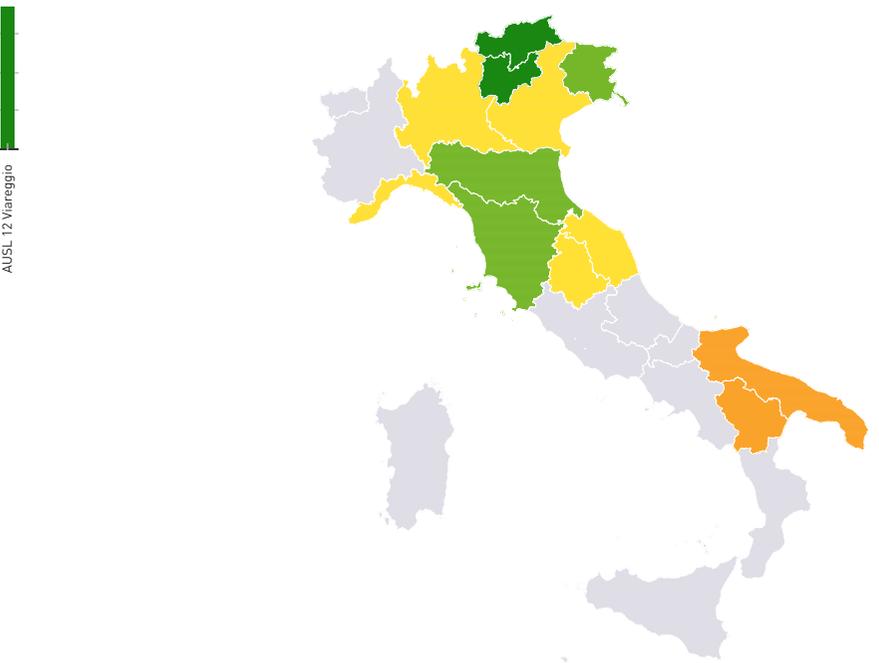
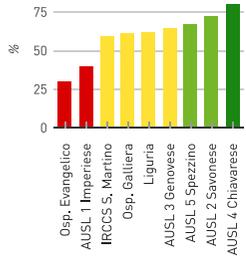
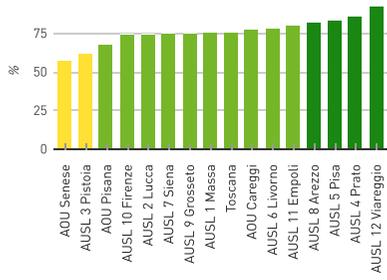
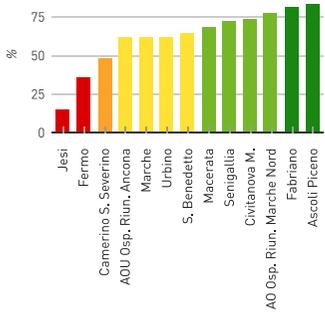
C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute)

Le Linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. 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. La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano, pertanto, una gestione articolata e complessa degli eventi.



Definizione	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento \leq 2 giorni
Numeratore	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento \leq 2 giorni x 100
Denominatore	Numero interventi per frattura del collo del femore
Note	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx e codici ICD9-CM di intervento principale o secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna • 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna • 81.51 Sostituzione totale dell'anca • 81.52 Sostituzione parziale dell'anca • 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura

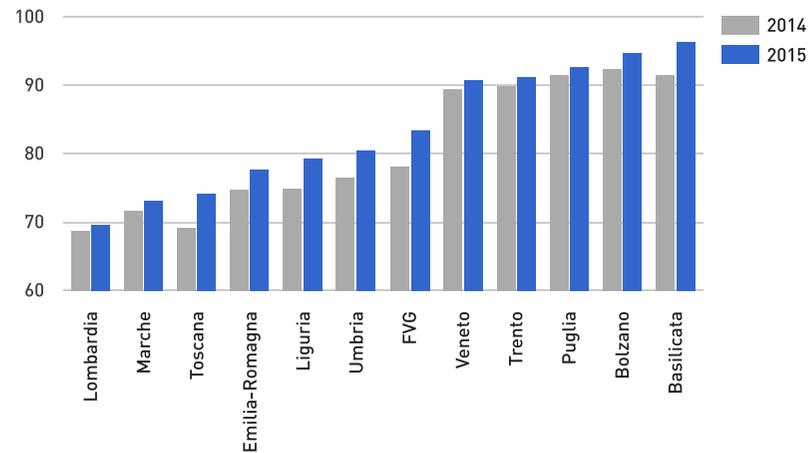
Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



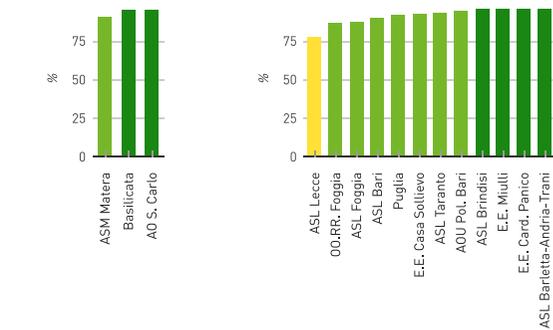
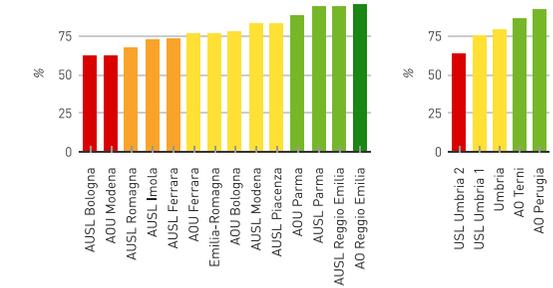
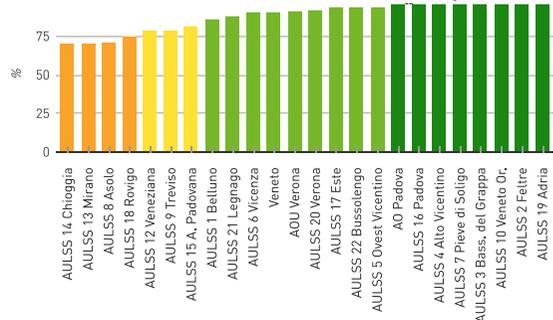
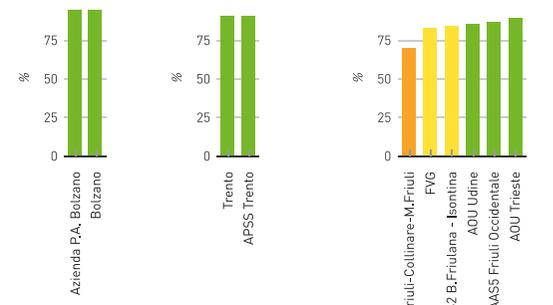
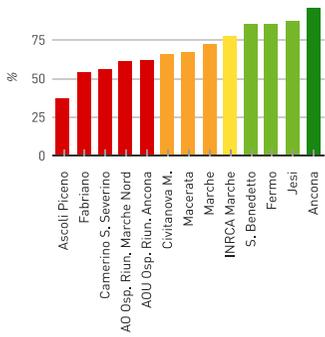
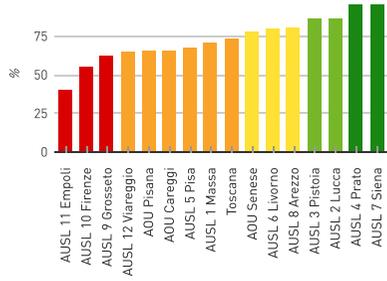
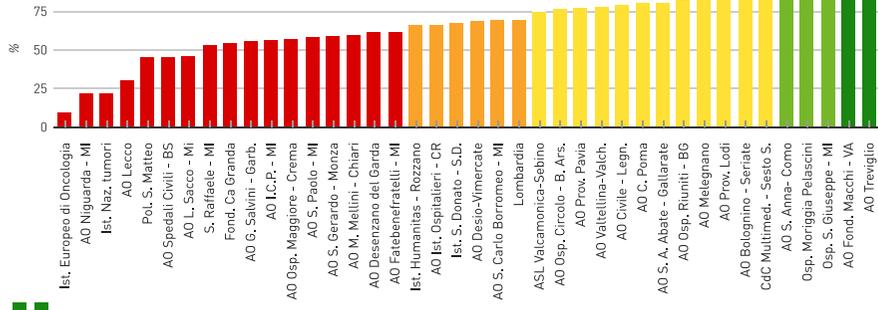
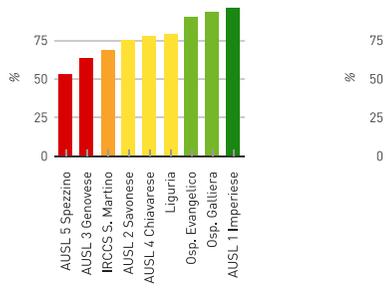


C5.3 % prostatectomie transuretrali

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



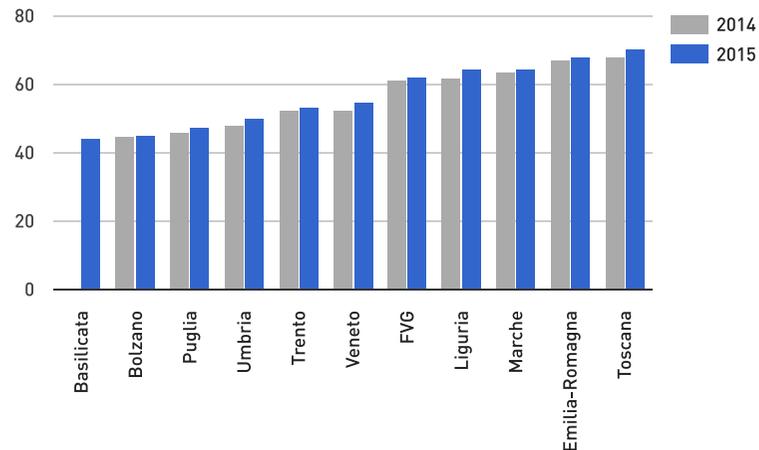
Definizione	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
Numeratore	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
Denominatore	Numero interventi di prostatectomia
Note	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29 Denominatore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



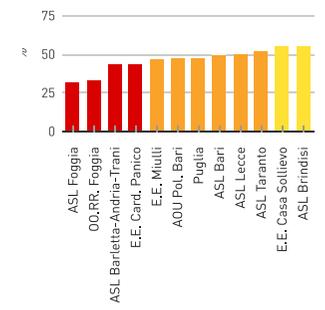
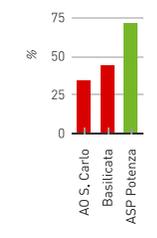
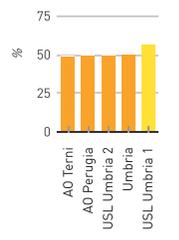
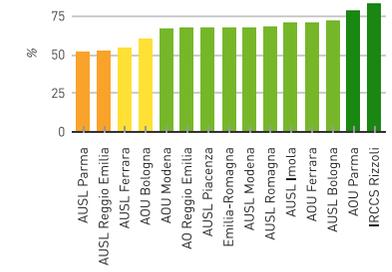
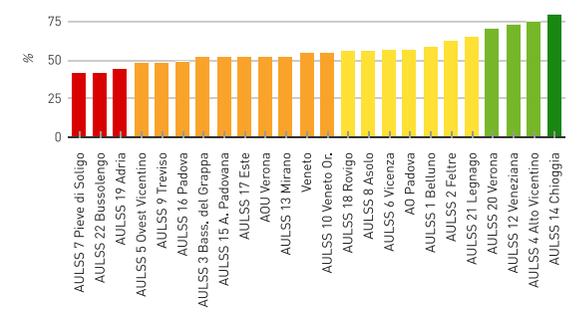
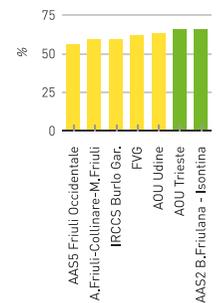
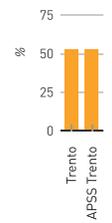
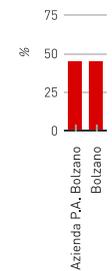
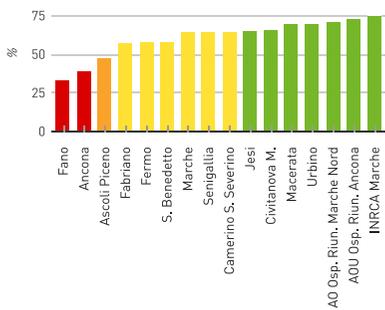
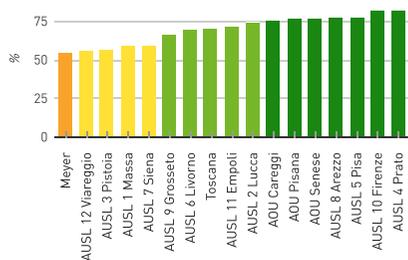
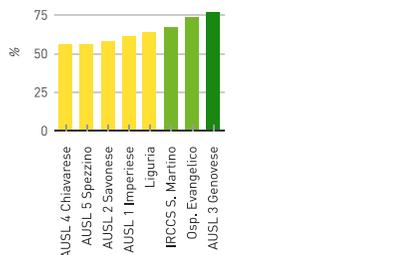


C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

L'indicatore C16.7, inserito nel 2014, è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. Questo indicatore è stato inserito sotto "Qualità di processo" perché mette in luce gli aspetti relativi all'appropriatezza della scelta del setting assistenziale da parte del personale del PS e, secondariamente, all'efficienza organizzativa dell'ospedale nel suo complesso.



Definizione	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
Numeratore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
Denominatore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
Note	Si considerano i ricoveri ordinari erogati dalle strutture pubbliche. Si considerano i reparti di ammissione chirurgici: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Non sono stati inclusi i reparti di ammissione: 37 ostetricia e ginecologia e 39 pediatria. Sono esclusi i dimessi con tipo drg nè medico nè chirurgico. I ricoveri da PS sono individuati dal Flusso SDO. Sono esclusi dal calcolo le Aziende che non hanno Pronto Soccorso
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





C7 Materno infantile

La qualità sanitaria del percorso nascita è misurata tramite indicatori clinico-sanitari scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale [Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001] che della condivisione con i professionisti. Degli indicatori presenti sul sistema di valutazione per il percorso nascita, solo alcuni sono oggetto di valutazione (cesarei, episiotomie e parti operativi, percentuale dei ricoveri sopra soglia per parti e indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti) mentre gli altri vengono forniti come indicatori di contesto, per una più completa lettura del percorso.

C7 Materno infantile [di valutazione]

- C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) [di valutazione]
- C7.1.2 Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson [di osservazione]
- C7.1.3 Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson [di osservazione]
- C7.1.4 Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati [di osservazione]
- C17.4 Volumi per parti [di valutazione]
 - C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti [di valutazione]
 - C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti [di valutazione]
- C7.2 Percentuale di parti indotti [di osservazione]
- C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) [di valutazione]
- C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [di valutazione]
- C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum [di osservazione]
- C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva [di osservazione]
- C7.13.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva [di osservazione]
- C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4 [di osservazione]
- C7.14.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4 [di osservazione]
- C8a.3 Tasso concepimento per minorenni [di osservazione]

Definizione	Materno infantile
Numeratore	
Denominatore	
Note	<p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei sotto indicatori valutati (i pesi dei singoli sottoindicatori sono indicati in parentesi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • C7.1 % cesarei depurati (NTSV) (60%) • C7.3 % episiotomia depurate (NTSV) (10%) • C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (10%) • C17.4 Volumi per parti (20%) <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p>

Lombardia

Osp. Sacra Famiglia ●
 Osp. Moriggia Pelascini ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●
 Osp. S. Giuseppe - MI ●
 Pol. S. Matteo ●
 Fond. Ca Granda ●
 S. Raffaele - MI ●
 AO Fond. Macchi - VA ●
 AO M. Mellini - Chiari ●
 AO Desenzano del Garda ●
 AO Osp. Maggiore - Crema ●
 AO S. Anna- Como ●
 AO Lecco ●
 AO Bolognino - Seriate ●
 AO C. Poma ●
 AO L. Sacco - Mi ●
 AO I.C.P. - MI ●
 AO S. Paolo - MI ●
 AO Civile - Legn. ●
 AO Melegnano ●
 AO Desio-Vimercate ●
 AO Prov. Lodi ●
 AO Prov. Pavia ●
 Osp. Valduce ●

Liguria

AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●
 Osp. Galliera ●
 Osp. Evangelico ●
 IRCCS S. Martino ●
 Ist. Gaslini ●

Toscana

AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●
 AOU Pisana ●
 AOU Senese ●
 AOU Careggi ●

Bolzano

Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia

AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 AAS3 A.Friuli-Collinare-
 M.Friuli ●
 AAS5 Friuli Occidentale ●
 IRCCS Burlo Gar. ●
 AOU Udine ●

Marche

Urbino ●
 Senigallia ●
 Jesi ●
 Fabriano ●
 Ancona ●
 Civitanova M. ●
 Macerata ●
 Camerino S. Severino ●
 Fermo ●
 S. Benedetto ●
 Ascoli Piceno ●
 AO Osp. Riun. Marche Nord ●
 AOU Osp. Riun. Ancona ●

Puglia

ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●
 E.E. Casa Sollievo ●
 AOU Pol. Bari ●
 OO.RR. Foggia ●

Basilicata

ASP Potenza ●
 ASM Matera ●
 AO S. Carlo ●

Veneto

AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 22 Legnago ●
 AULSS 22 Bussolengo ●
 AO Padova ●
 AOU Verona ●

Emilia-Romagna

AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●
 AOU Parma ●
 AO Reggio Emilia ●
 AOU Modena ●
 AOU Bologna ●
 AOU Ferrara ●

Umbria

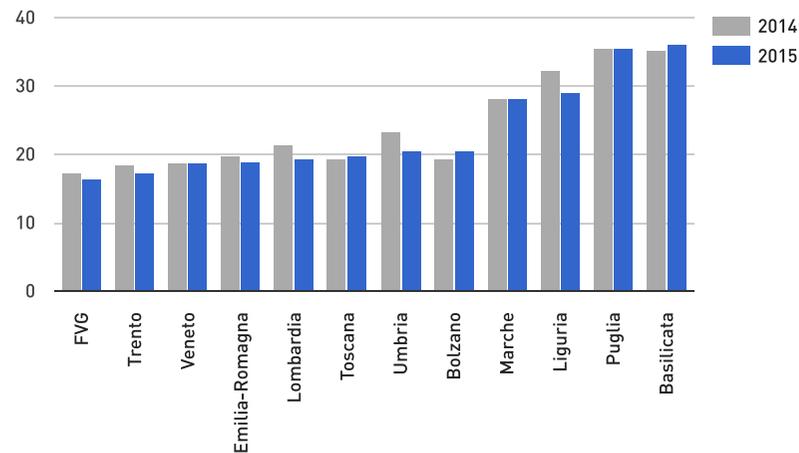
USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●
 AO Perugia ●
 AO Terni ●



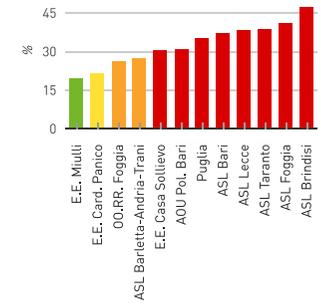
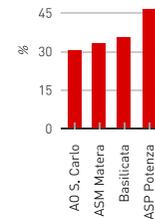
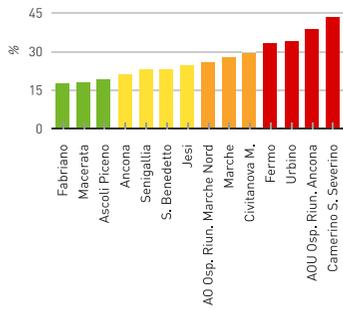
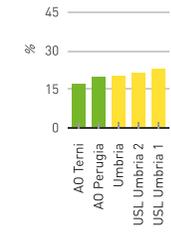
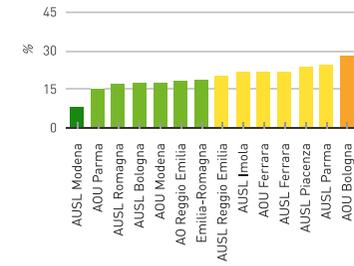
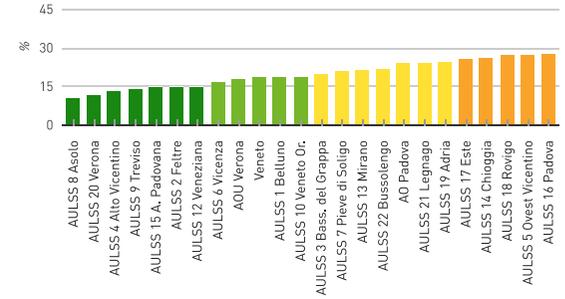
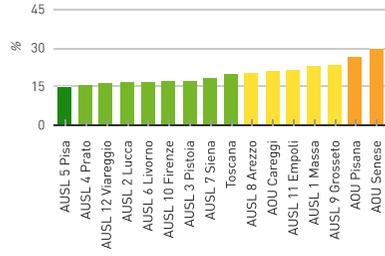
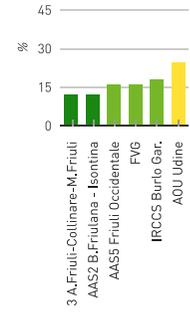
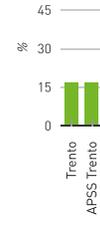
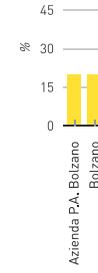
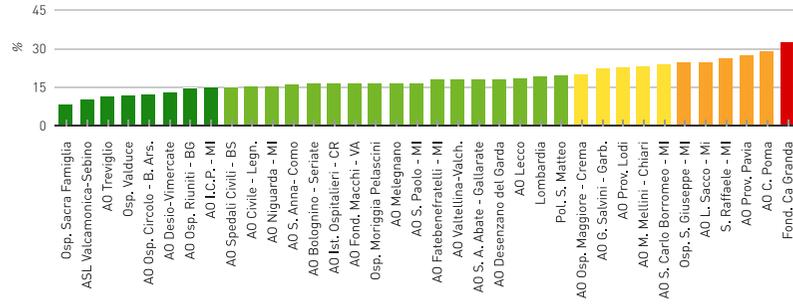
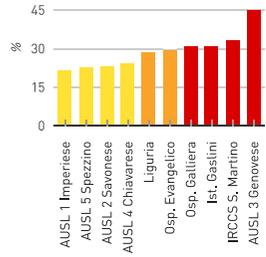


C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Evaluation of Cesarean Delivery, 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.



Definizione	Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti depurati (NTSV)
Note	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare; • parto non gemellare; • parto a termine tra la 37⁰ e la 41⁶ settimana di amenorrea incluse; • bambino in posizione vertice. <p>Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP

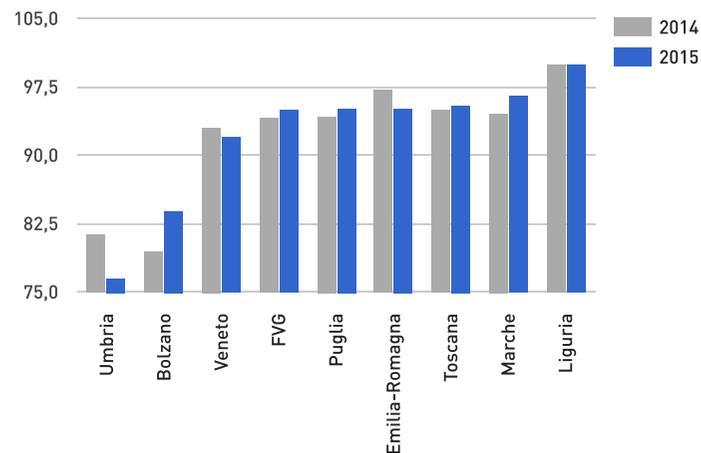




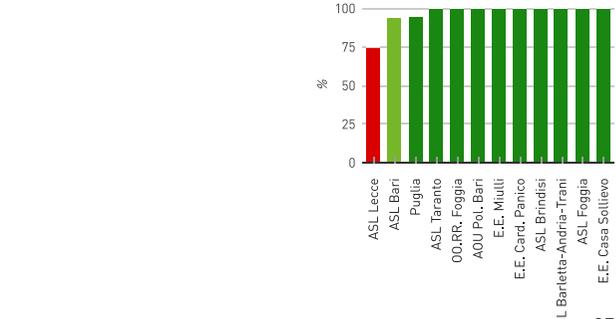
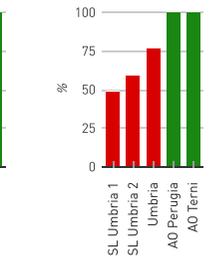
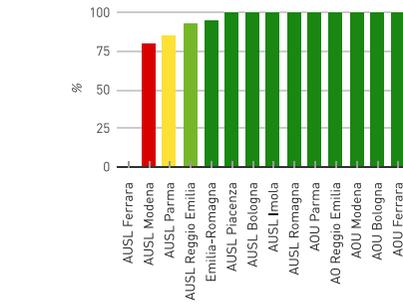
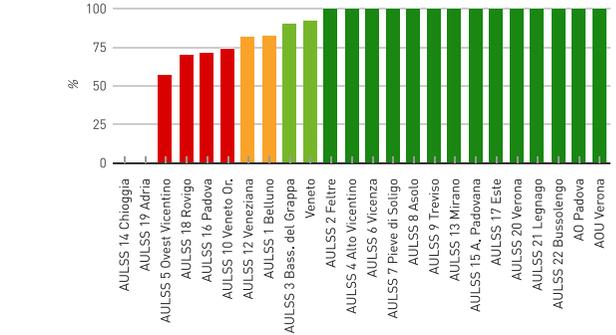
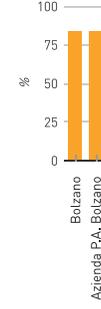
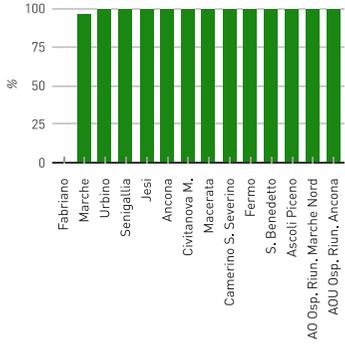
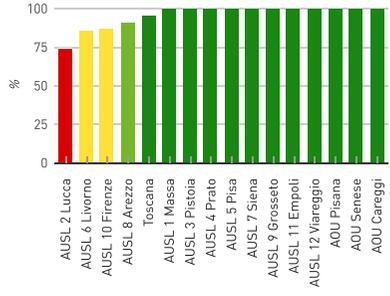
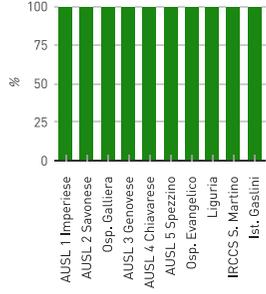
C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica nella soglia di 500 parti/anno il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché il livello di qualità dell'assistenza erogata sia accettabile. Anche il Decreto Baluzzi riprende questa soglia per ciascun punto nascita.

L'indicatore mette in evidenza la rilevanza dei parti effettuati in punti nascita sopra soglia sul totale dei parti erogati. La costruzione dell'indicatore fa riferimento al protocollo condiviso dal Programma PNE.



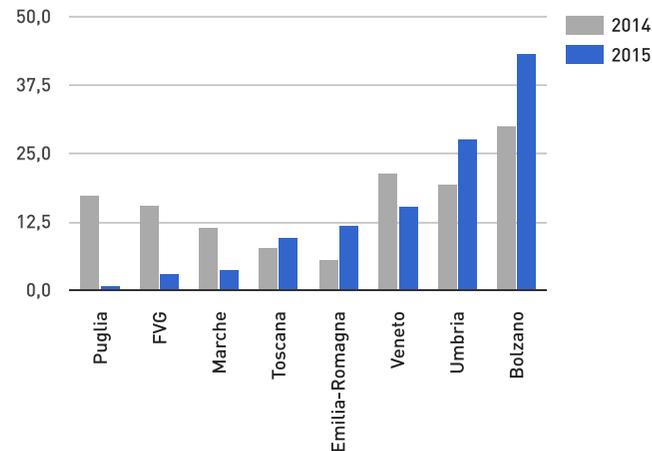
Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti
Numeratore	N. parti in stabilimenti sopra soglia
Denominatore	N. parti totali
Note	L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2014 Ed. 2015 (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y=1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



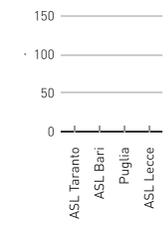
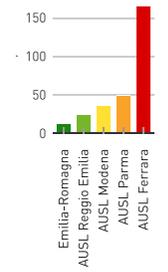
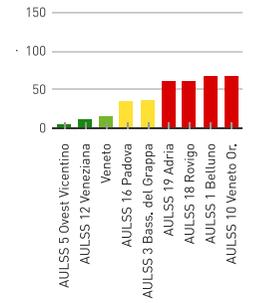
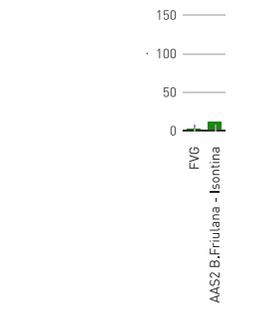
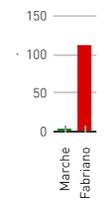
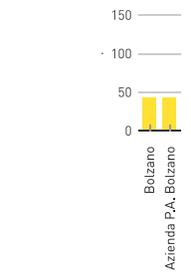
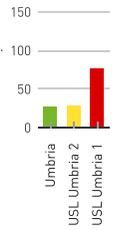
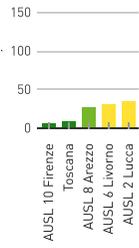


C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti

L'indicatore considera solo i punti nascita nei quali il numero di parti è inferiore alla soglia prevista; per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione, moltiplicato per la percentuale di parti sotto soglia sul totale dei parti erogati.



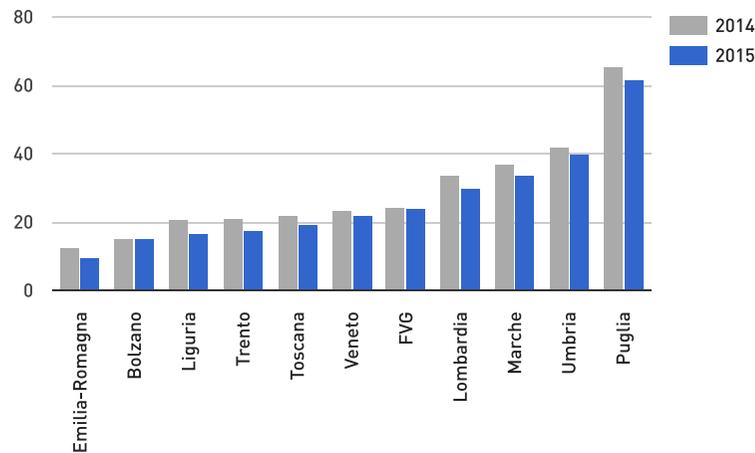
Definizione	Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun stabilimento moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di stabilimenti sotto soglia
Note	L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2014 Ed. 2015 (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y=1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





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].



Definizione	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)

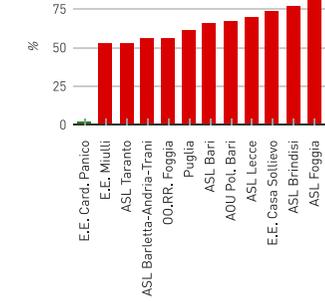
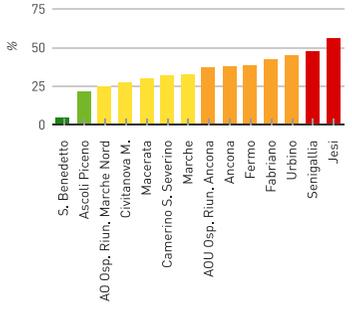
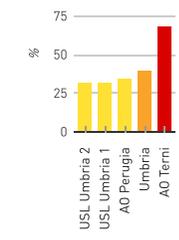
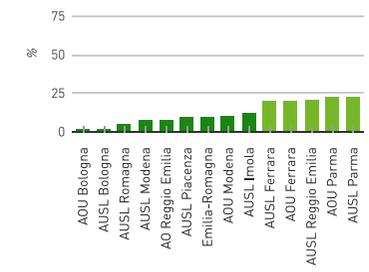
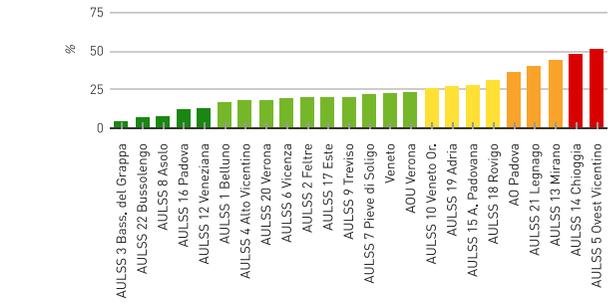
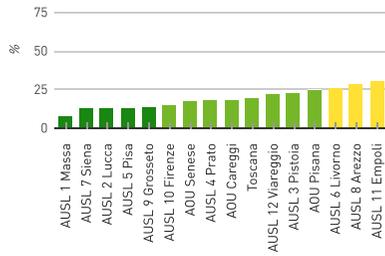
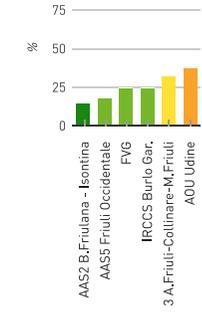
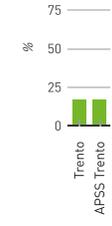
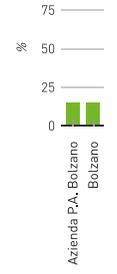
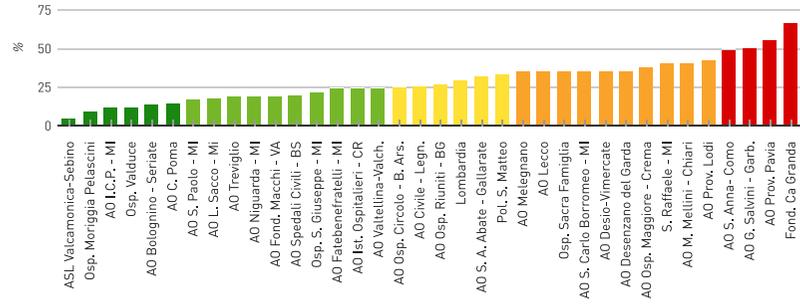
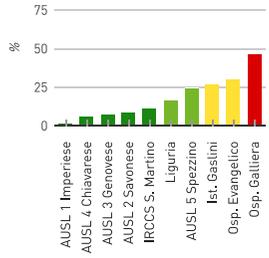
Note NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):

- donne primipare,
- parto a termine tra la 37 0 - 41 6 settimana di amenorrea incluse,
- parto non gemellare,
- bambino in posizione vertice

Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.
 Parto vaginale: parto vaginale non operativo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
 Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia.

Per le regioni senza il campo Episiotomia sul CEDAP si incrociano i dati con la SDO:
 Selezione dei ricoveri ordinari con DRG: 372-373-374-375
 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: Episiotomia 72.1, 72.21, 72.31, 73.6
 Si escludono i parti podalici negli interventi principale o secondari: 72.5x, 72.6.

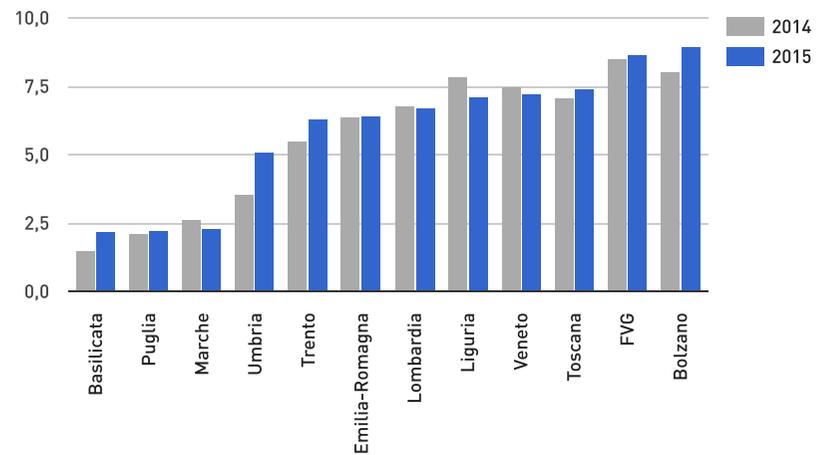
Fonte Sistema Informativo Regione - Flusso CEDAP; regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli, Umbria e P.A. Bolzano flussi CEDAP e SDO



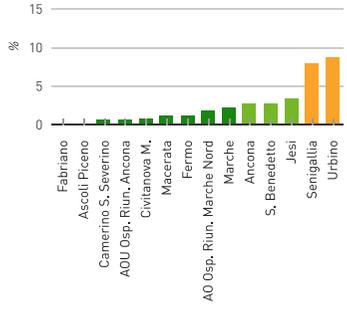
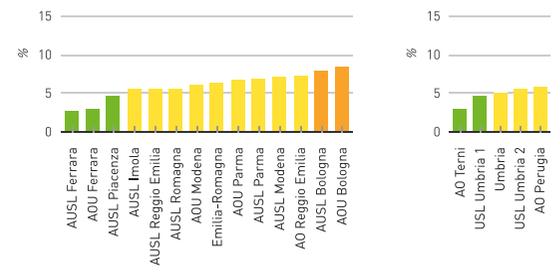
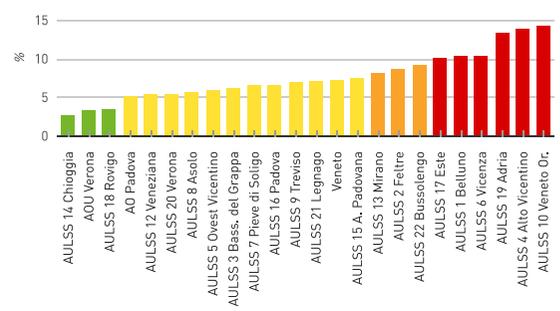
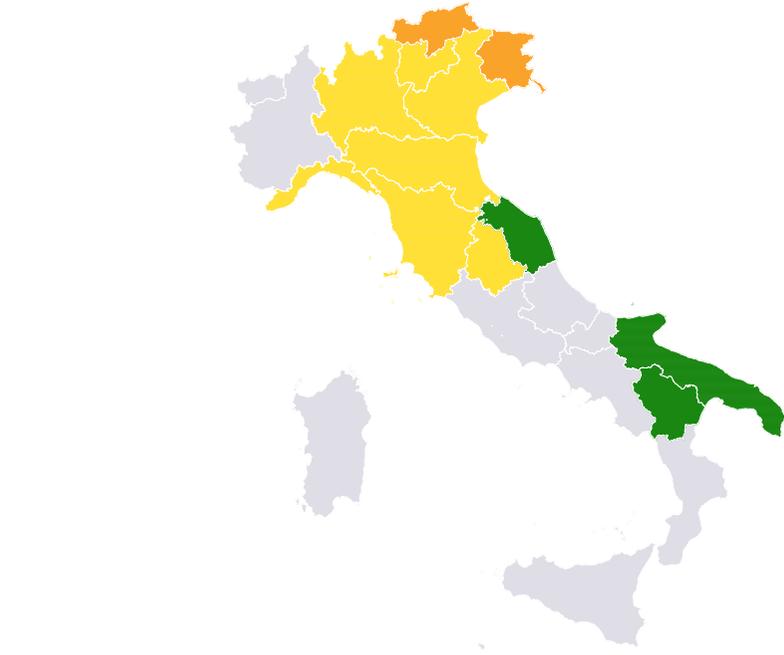
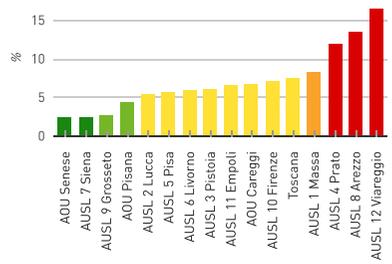
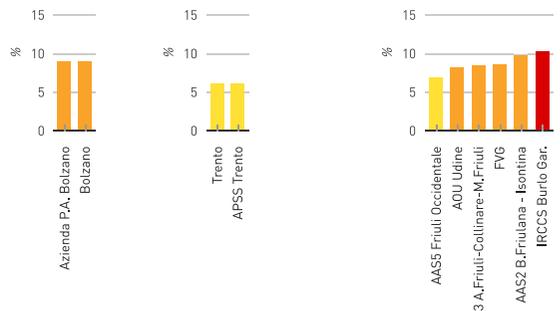
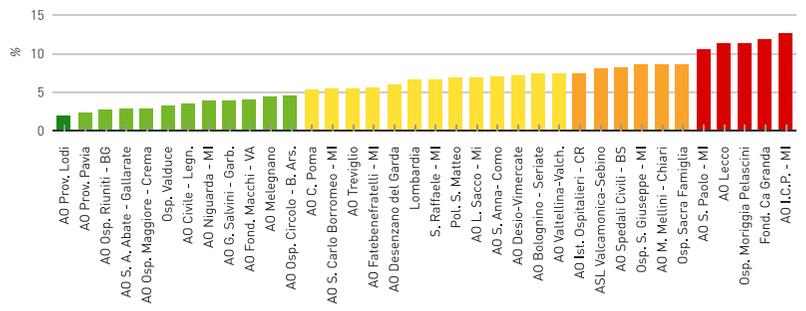
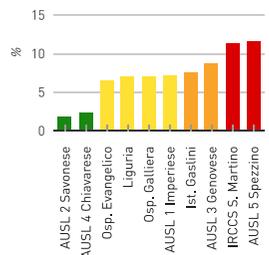


C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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 va letto insieme 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.



Definizione	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Numeratore	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100
Denominatore	Numero parti vaginali
Note	Parto vaginale: parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP





C7d Pediatria

Data la rilevanza dell'area pediatrica nell'ambito di quella più ampia relativa all'assistenza materno-infantile, a partire quest'anno nel sistema di valutazione è presente un indicatore sintetico sulla pediatria. In particolare questo indicatore raggruppa le varie misure relative all'ospedalizzazione in età pediatrica, sia complessiva, che per alcune patologie a rischio di ricoveri inappropriati.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) (15%) C7.7.1 Tasso di ricovero nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) (15%) C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) (10%) C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni (10%) C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti (15%) C9.8.1.1. Consumo di antibiotici in età pediatrica (20%) C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica (15%)

C7d Pediatria [di valutazione]

- o C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica [di valutazione]
- o C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) [di valutazione]
- o C7.7.4 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni) [di osservazione]
- o C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) [di valutazione]
- o C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni) [di valutazione]
- o C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti [di valutazione]
- o C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica [di valutazione]
- o C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica [di valutazione]

Definizione	Pediatria
Numeratore	
Denominatore	
Note	L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) (15%) C7.7.1 Tasso di ricovero nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) (15%) C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) (10%) C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni (10%) C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti (15%) C9.8.1.1. Consumo di antibiotici in età pediatrica (20%) C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica (15%)

Lombardia
 ASL Bergamo ●
 ASL Brescia ●
 ASL Como ●
 ASL Cremona ●
 ASL Lecco ●
 ASL Lodi ●
 ASL Mantova ●
 ASL Milano ●
 ASL Milano 1 ●
 ASL Milano 2 ●
 ASL Monza-Brianza ●
 ASL Pavia ●
 ASL Sondrio ●
 ASL Varese ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●

Liguria
 AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●

Bolzano
 Azienda P.A. Bolzano ●

Trento
 APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia
 AAS1 Triestina ●
 AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 AAS3 A.Friuli.Collin.M.Friuli ●
 AAS4 Friuli Centrale ●
 AAS5 Friuli Occidentale ●

Veneto
 AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 21 Legnago ●
 AULSS 22 Bussolengo ●

Marche
 Pesaro ●
 Urbino ●
 Fano ●
 Senigallia ●
 Jesi ●
 Fabriano ●
 Ancona ●
 Civitanova M. ●
 Macerata ●
 Camerino S. Severino ●
 Fermo ●
 S. Benedetto ●
 Ascoli Piceno ●

Toscana
 AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●

Umbria
 USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●

Emilia-Romagna
 AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●

Basilicata
 ASP Potenza ●
 ASM Matera ●

Puglia
 ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●

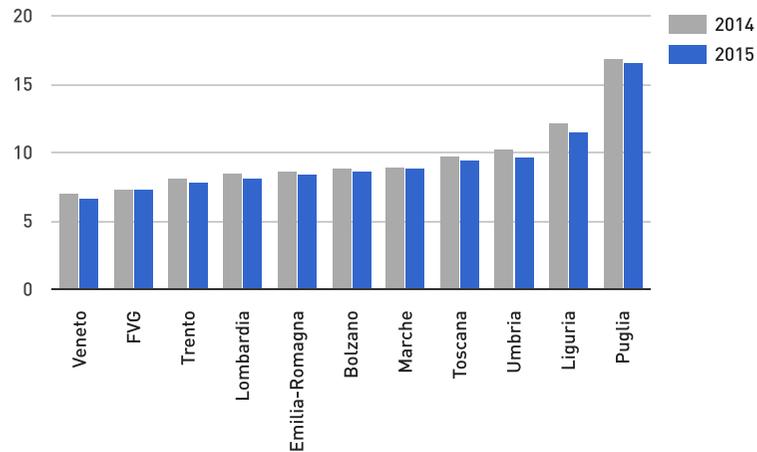




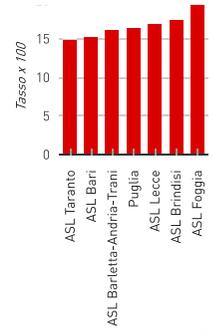
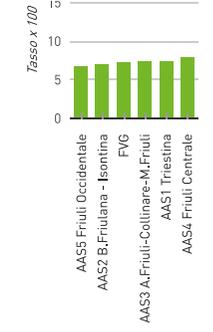
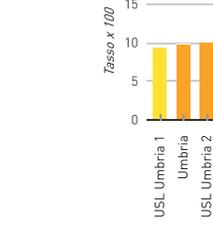
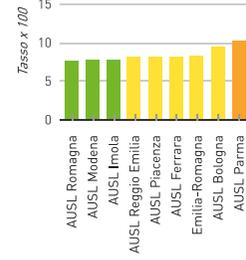
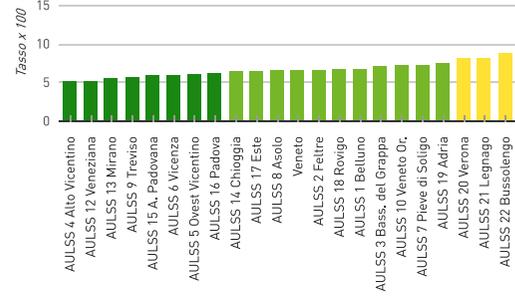
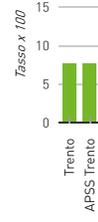
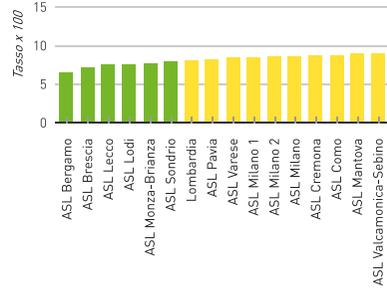
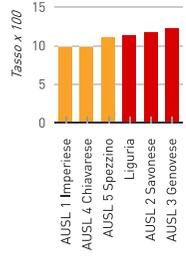
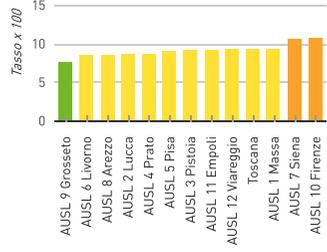
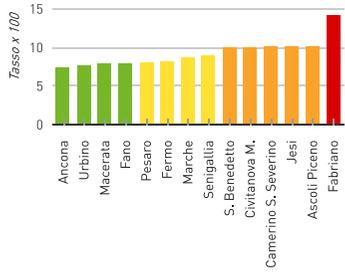
C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro stato condizioni epidemiologiche diverse da quelle degli altri paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriata dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005; ASSR, 2002]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005].

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano è compresa anche la mobilità austriaca.



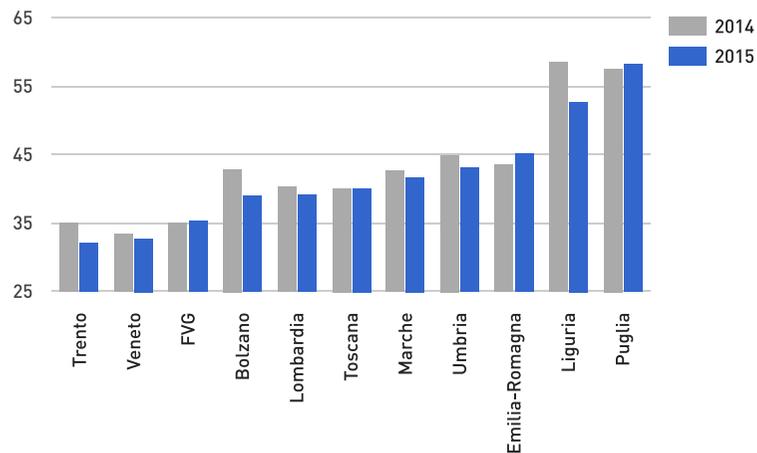
Definizione	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
Numeratore	Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100
Denominatore	Popolazione residente (< 14 anni)
Note	<p>Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital.</p> <p>La mobilità passiva, finché non è disponibile quella dell'anno in corso, viene stimata utilizzando quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • erogati da strutture private non accreditate • relativi ai neonati normali (DRG 391).
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



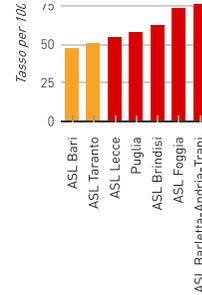
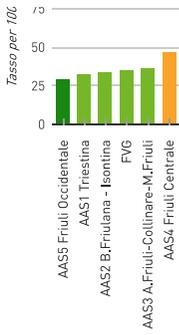
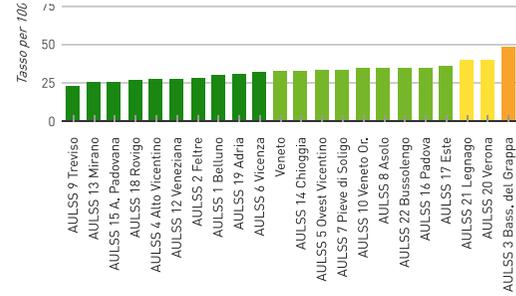
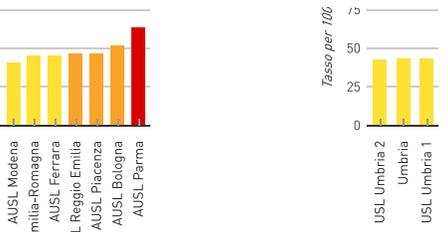
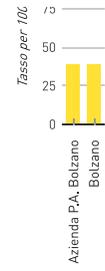
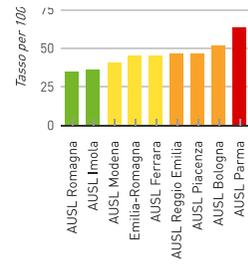
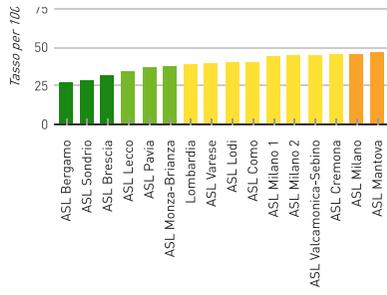
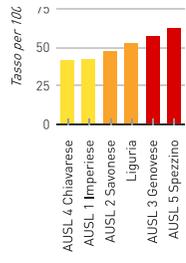
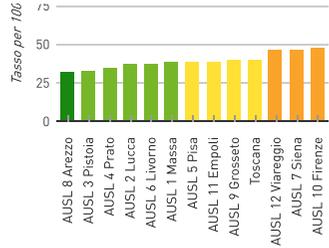
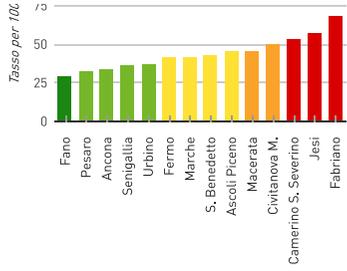


C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

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



Definizione	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)
Numeratore	Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno) x 100
Denominatore	Popolazione residente (<1 anno)
Note	Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi ai neonati normali (DRG 391)
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

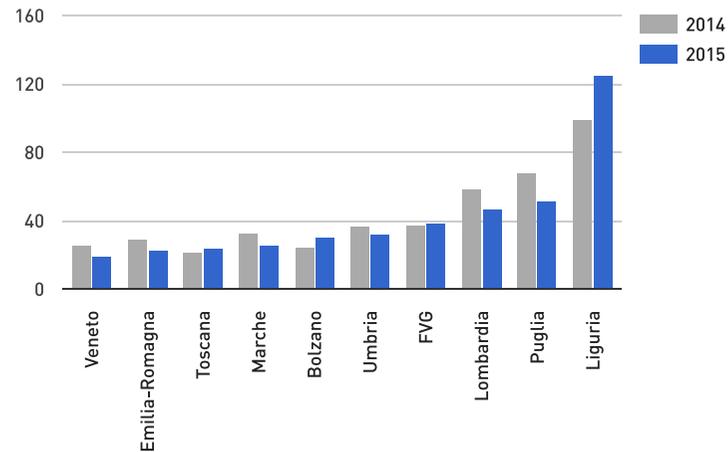




C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)

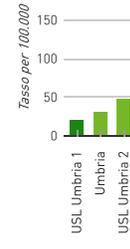
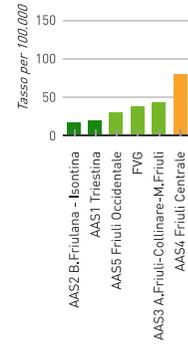
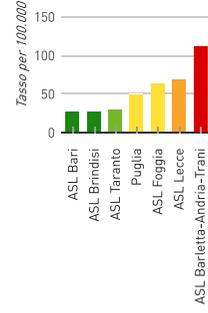
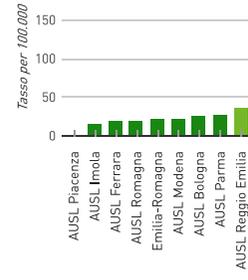
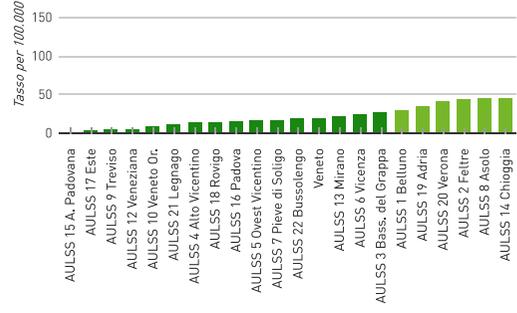
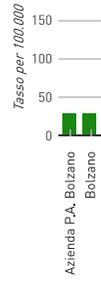
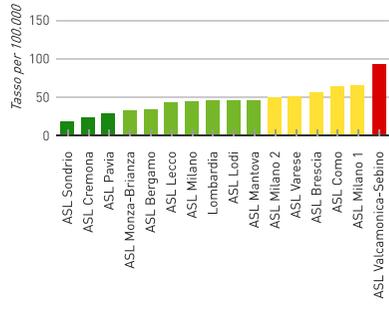
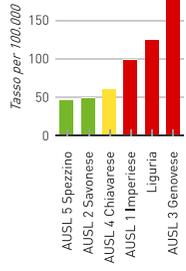
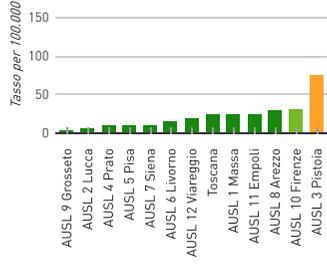
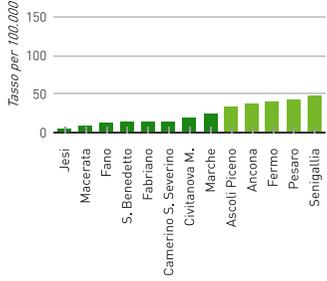
L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione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

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



Definizione	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma
Numeratore	Numero ricoveri per asma 2-17 anni relativi ai residenti nella Asl x 100.000
Denominatore	Popolazione residente (2-17 anni)
Note	<p>Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale per asma: 493.*</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi trasferiti da altri istituti; • i dimessi di età inferiore ai 2 anni; • i dimessi con diagnosi secondaria di fibrosi cistica e anomalie del sistema respiratorio: 277.0*, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.6*, 748.8, 748.9, 750.3, 759.3, 770.7; • i ricoveri in strutture private non accreditate.

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



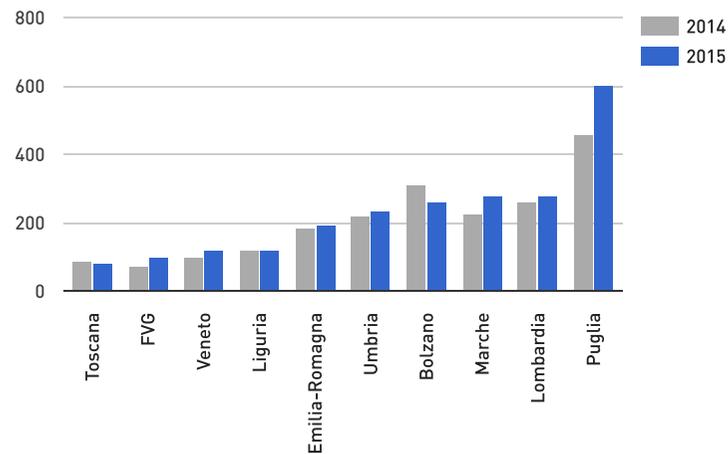


C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario.

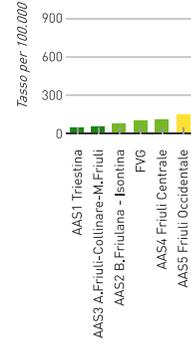
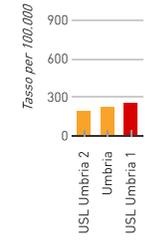
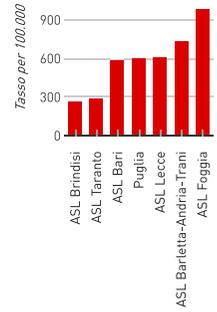
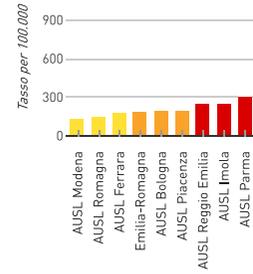
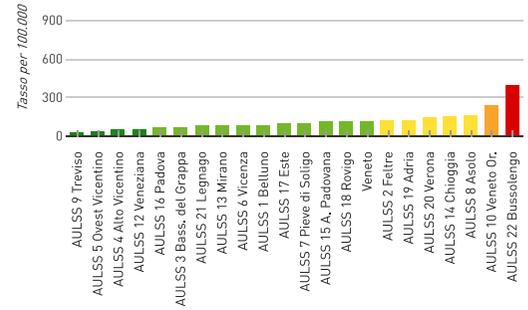
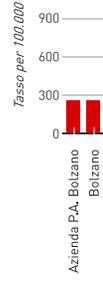
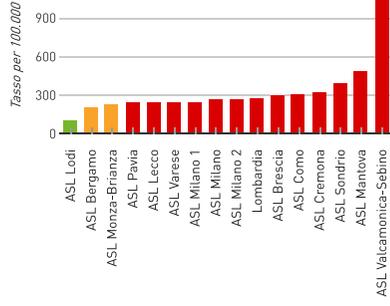
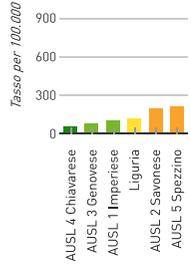
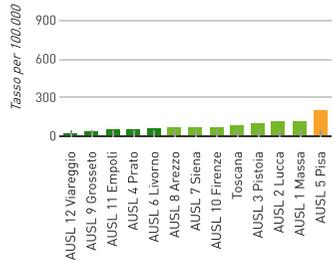
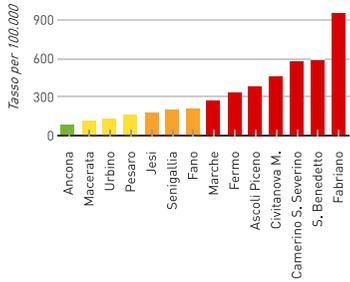
La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima tra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori.

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



Definizione	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite
Numeratore	Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella Asl x 100.000
Denominatore	Popolazione minorenni residente
Note	<p>Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in diagnosi principale per gastroenterite: 008.6*, 008.8, 009.*, 558.9 oppure • in diagnosi secondaria per gastroenterite e indagnosi principale per disidratazione: 276.5*. <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi trasferiti da altri istituti; • i dimessi di età inferiore ai 3 mesi (o neonati dove l'età in mesi non è riportata); • i dimessi con diagnosi di anomalie gastrointestinali (categorie: 538, 555, 556, 579 e codici 558.1, 558.2, 558.3) • i dimessi con diagnosi di gastroenteriti batteriche (categorie: 004, 005, 007 e codici 003.0, 006.0, 006.1, 006.2, 008.0*, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4*, 008.5, 112.85); • i ricoveri in strutture private non accreditate.

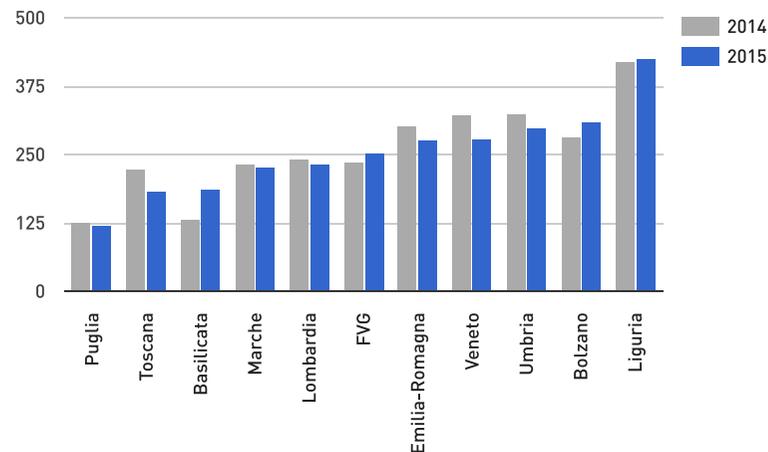
Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





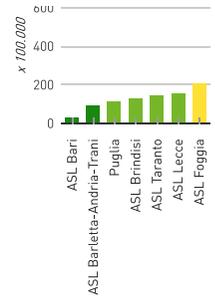
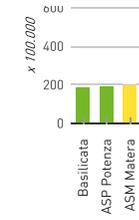
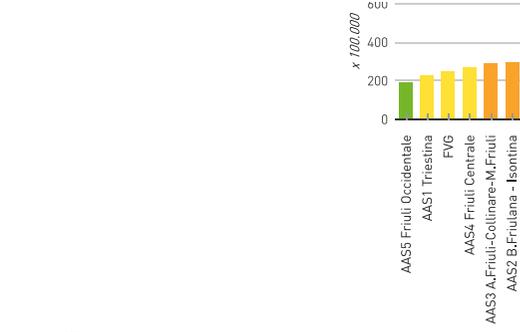
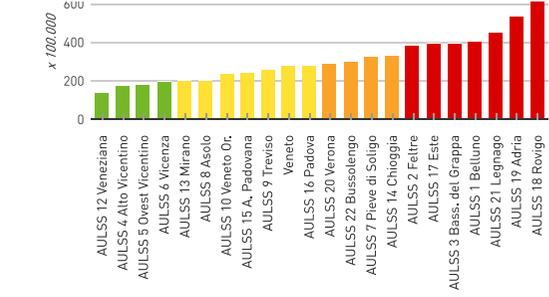
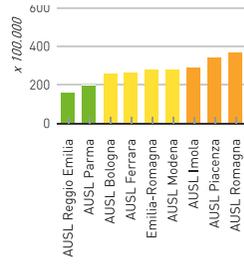
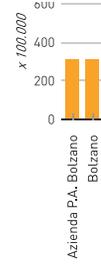
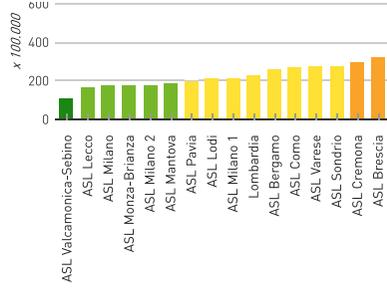
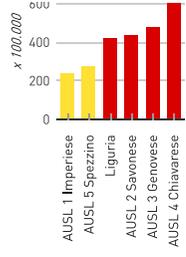
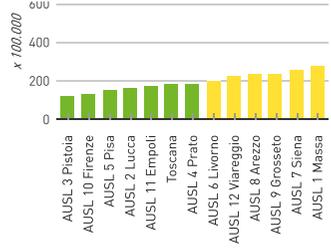
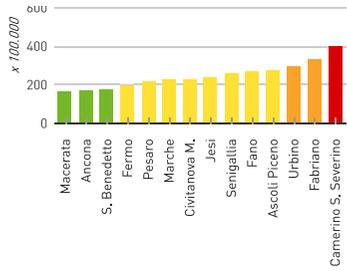
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perchè legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione al trattamento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate. L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia, in pazienti con età minore o uguale a 17 anni, standardizzato per età e sesso.



Definizione	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia, per 100.000 residenti std per età e sesso
Numeratore	Numero di ricoveri per interventi di tonsillectomia relativi ai residenti x 100,000
Denominatore	Numero residenti con età minore o uguale a 17 anni
Note	<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione; • erogati da strutture pubbliche e private accreditate; • età <= 17 anni; • con codici ICD9-CM di intervento principale o secondario di tonsillectomia senza e con adenoidectomia: 28.2 e 28.3. <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con MDC 14 o 15; • trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero; • pazienti con i seguenti codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria: di tumore della testa e del collo 140 – 149, 160, 161, 170.0, 170.1, 171.0, 172.0, 172.1, 172.2, 172.3, 172.4, 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 190, 191, 192.0, 192.1, 193, 194.1, 194.3, 194.4, 195.0, 196.0, 200.01, 200.11, 200.21, 200.81, 201.01, 201.11, 201.21, 201.41, 201.51, 201.61, 201.91, 202.01, 202.11, 202.21, 202.31, 202.41, 202.51, 202.61, 202.81, 202.91, 210, 212.1, 215.0, 216.0, 216.1, 216.2, 216.3, 216.4, 224, 226, 227.1, 227.3, 227.4, 230.0, 231.0, 232.0, 232.1, 232.2, 232.3, 232.4, 235.0, 235.1; di traumatismo o avvelenamento: da 800* a 999*. <p>La standardizzazione è per età e sesso (popolazione standard: popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT). Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, 15-17. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2012. Ed 2013</p>

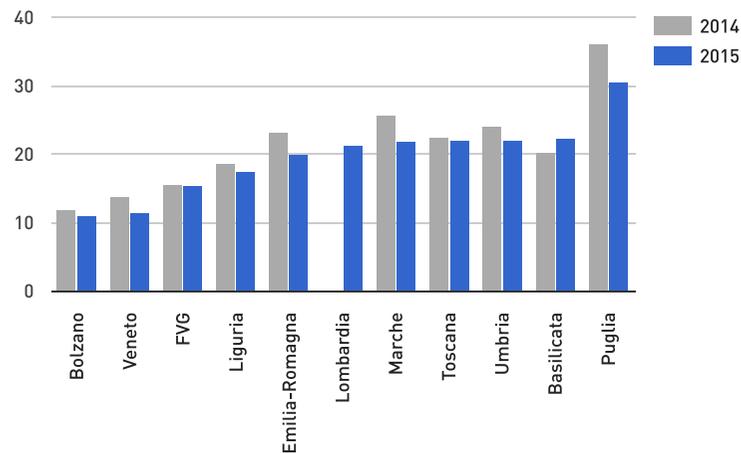
Fonte Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



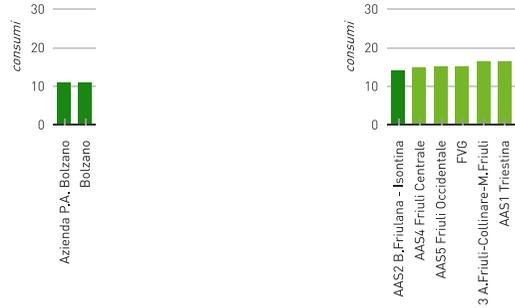
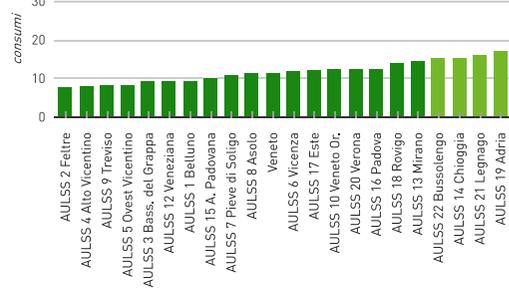
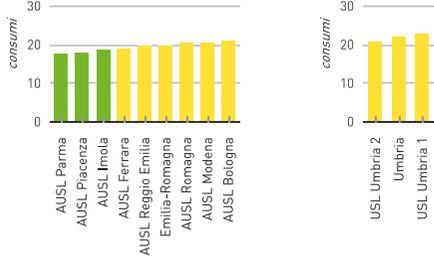
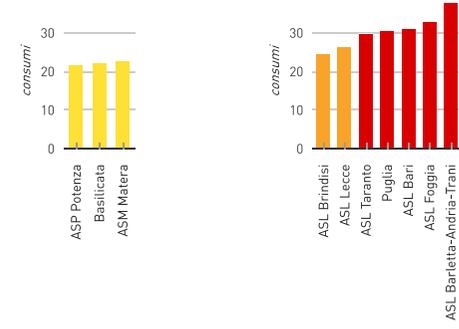
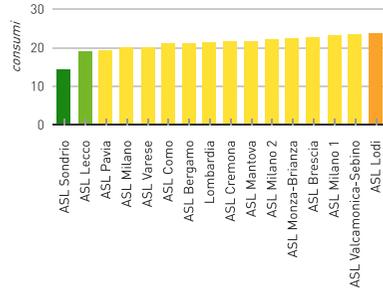
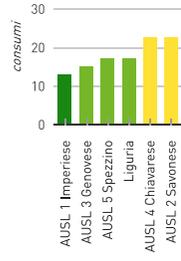
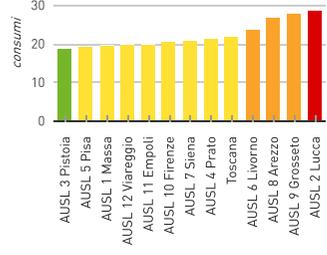
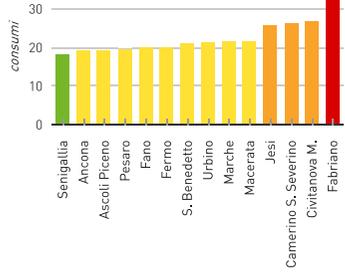


C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

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 rischi derivanti da possibili effetti collaterali. Anche la popolazione pediatrica, che oramai fin dai primi mesi di vita vive in comunità quali scuole materne ed asili nido, è soggetta a ripetute infezioni di origine virale e/o batterica e quindi ad una elevata probabilità di ricevere prescrizioni antibiotiche non sempre appropriate.



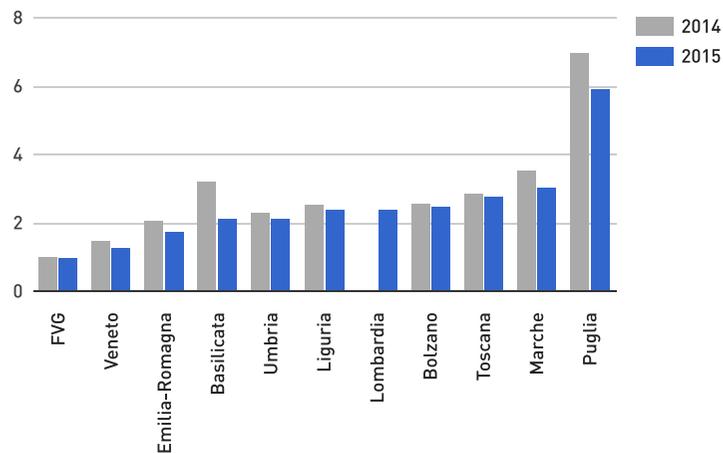
Definizione	Consumo di farmaci antibiotici in età pediatrica, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore	DDD di antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000 per pazienti in età pediatrica (< 14 anni)
Denominatore	N. Residenti età pediatrica (< 14 anni) x 365
Note	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda di residenza. E' inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica





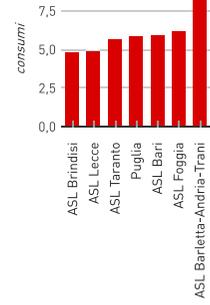
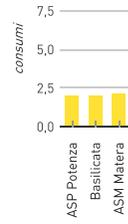
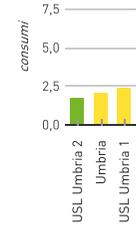
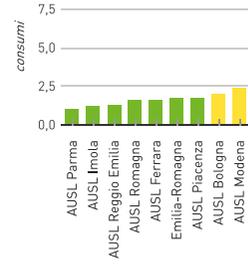
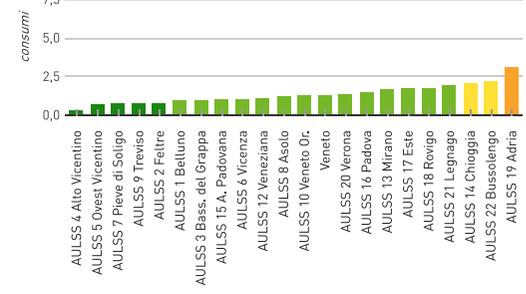
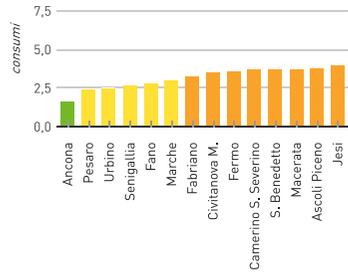
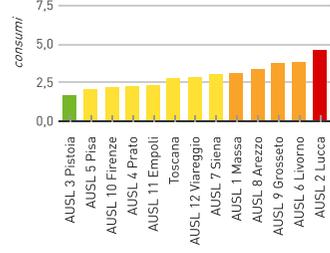
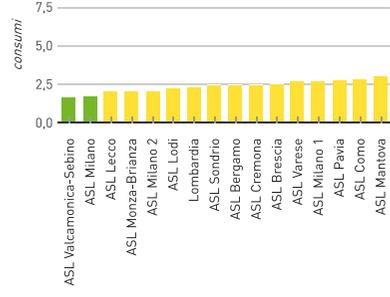
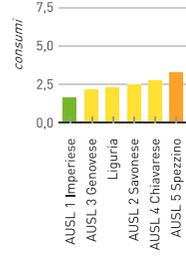
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

Gli antibiotici sono i farmaci più utilizzati in pediatria. Nelle patologie ambulatoriali pediatriche più frequenti, le cefalosporine, classe di antibiotici beta-lattamici ad ampio spettro, sono sempre di seconda scelta perché hanno un costo superiore alla media e perché il loro spettro d'azione ampio può favorire la comparsa di ceppi batterici resistenti.



Definizione	Consumo di cefalosporine in età pediatrica, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore	DDD di cefalosporine erogate nell'anno per principio attivo x 1000 per pazienti in età pediatrica (< 14 anni)
Denominatore	N. Residenti età pediatrica (< 14 anni) x 365
Note	Le cefalosporine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01D. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda di residenza. È inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.

Fonte Flussi regionali farmaceutica





C8a Integrazione ospedale-territorio

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure sia tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri - in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario - sia tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie (PSN 2011-2013). La carenza di strumenti e processi di integrazione può, infatti, comportare conseguenze rilevanti, sia per i pazienti che per le organizzazioni, come ad esempio la riduzione dell'efficacia della cura, la percezione da parte del paziente e dei suoi familiari di mancata presa in carico e, non meno importante, un utilizzo inappropriato delle risorse.

L'indicatore per l'integrazione fra ospedale e territorio intende, pertanto, valutare l'efficacia sanitaria delle attività territoriali ed il loro grado di integrazione con le attività ospedaliere, fondamentale nell'assicurare una buona continuità assistenziale. L'efficacia del territorio viene misurata sia in termini indiretti - attraverso le ospedalizzazioni di lungo periodo o ripetute, o le ospedalizzazioni per patologie specifiche che tendenzialmente possono essere ben seguite sul territorio - sia mediante alcuni indicatori sentinella riguardanti l'attività dei consultori.

L'indicatore assume una valutazione pari ai sotto-indicatori C8b.2 e C16T.4.

C8a Integrazione ospedale - territorio [di valutazione]

- *C8a.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni* [di osservazione]
- C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti [di valutazione]
- *C8b.1 Tasso di accesso dei residenti al Pronto Soccorso standardizzato per età e sesso per 1000 abitanti* [di osservazione]
- C16T.4 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti [di valutazione]
- *C8a.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno* [di osservazione]

- Lombardia**
- ASL Bergamo ●
 - ASL Brescia ●
 - ASL Como ●
 - ASL Cremona ●
 - ASL Lecco ●
 - ASL Lodi ●
 - ASL Mantova ●
 - ASL Milano ●
 - ASL Milano 1 ●
 - ASL Milano 2 ●
 - ASL Monza-Brianza ●
 - ASL Pavia ●
 - ASL Sondrio ●
 - ASL Varese ●
 - ASL Valcamonica-Sebino ●

- Liguria**
- AUSL 1 Imperiese ●
 - AUSL 2 Savonese ●
 - AUSL 3 Genovese ●
 - AUSL 4 Chiavarese ●
 - AUSL 5 Spezzino ●

- Toscana**
- AUSL 1 Massa ●
 - AUSL 2 Lucca ●
 - AUSL 3 Pistoia ●
 - AUSL 4 Prato ●
 - AUSL 5 Pisa ●
 - AUSL 6 Livorno ●
 - AUSL 7 Siena ●
 - AUSL 8 Arezzo ●
 - AUSL 9 Grosseto ●
 - AUSL 10 Firenze ●
 - AUSL 11 Empoli ●
 - AUSL 12 Viareggio ●

- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano ●
- Trento**
- APSS Trento ●

- Friuli Venezia Giulia**
- AAS1 Triestina ●
 - AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 - AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli ●
 - AAS4 Friuli Centrale ●
 - AAS5 Friuli Occidentale ●

- Veneto**
- AULSS 1 Belluno ●
 - AULSS 2 Feltre ●
 - AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 - AULSS 4 Alto Vicentino ●
 - AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 - AULSS 6 Vicenza ●
 - AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 - AULSS 8 Asolo ●
 - AULSS 9 Treviso ●
 - AULSS 10 Veneto Or. ●
 - AULSS 12 Veneziana ●
 - AULSS 13 Mirano ●
 - AULSS 14 Chioggia ●
 - AULSS 15 A. Padovana ●
 - AULSS 16 Padova ●
 - AULSS 17 Este ●
 - AULSS 18 Rovigo ●
 - AULSS 19 Adria ●
 - AULSS 20 Verona ●
 - AULSS 21 Legnago ●
 - AULSS 22 Bussolengo ●

- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza ●
 - AUSL Parma ●
 - AUSL Reggio Emilia ●
 - AUSL Modena ●
 - AUSL Bologna ●
 - AUSL Imola ●
 - AUSL Ferrara ●
 - AUSL Romagna ●

- Marche**
- Pesaro ●
 - Urbino ●
 - Fano ●
 - Senigallia ●
 - Jesi ●
 - Fabriano ●
 - Ancona ●
 - Civitanova M. ●
 - Macerata ●
 - Camerino S. Severino ●
 - Fermo ●
 - S. Benedetto ●
 - Ascoli Piceno ●

- Puglia**
- ASL Brindisi ●
 - ASL Taranto ●
 - ASL Barletta-Andria-Trani ●
 - ASL Bari ●
 - ASL Foggia ●
 - ASL Lecce ●

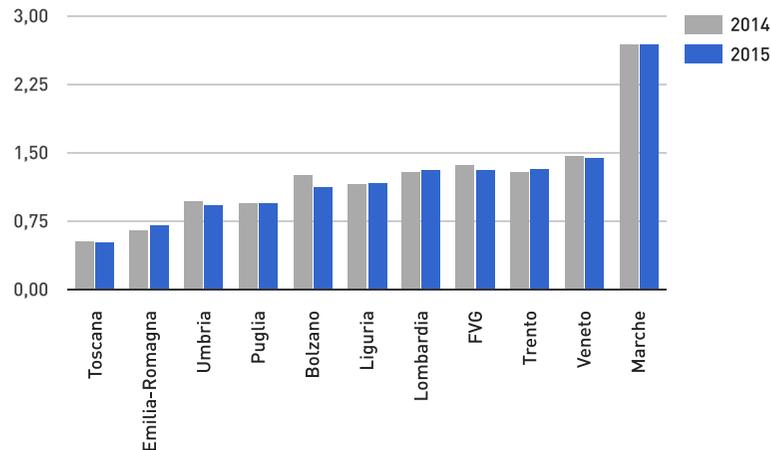
- Umbria**
- USL Umbria 1 ●
 - USL Umbria 2 ●



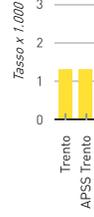
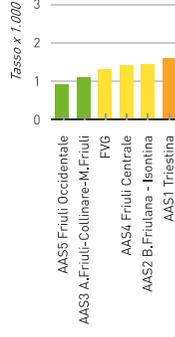
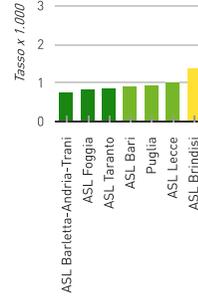
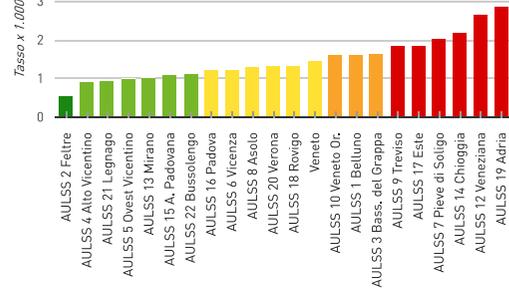
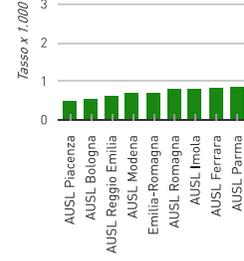
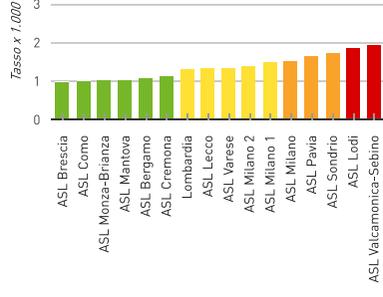
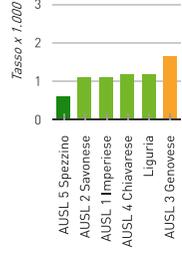
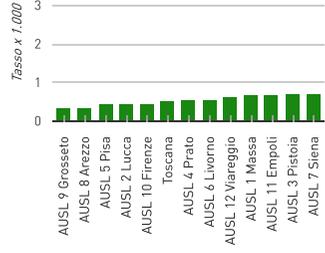
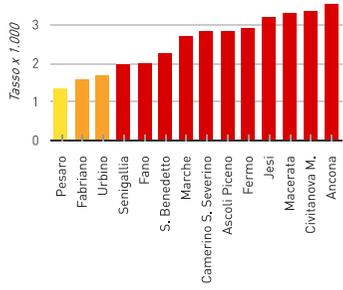


C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti

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



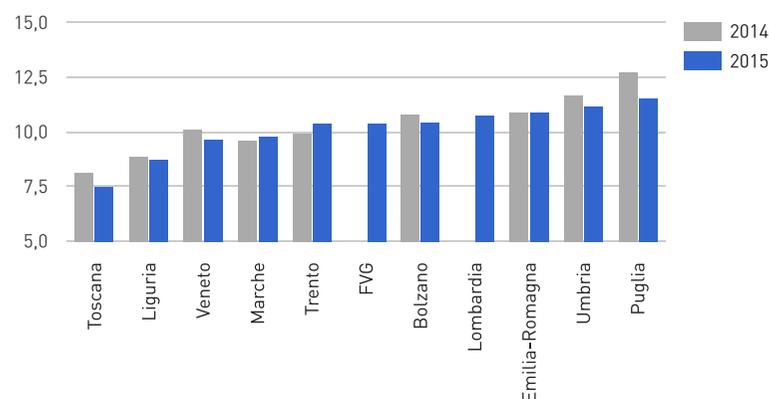
Definizione	Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti
Numeratore	N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Asl di residenza x 1000
Denominatore	N. residenti con età > 1 anno
Note	<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari.</p> <p>Sono esclusi: i ricoveri erogati da strutture private non accreditate i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Malattie Infettive 24, Unità spinale 28, Pneumologia 68, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, neuroriabilitazione 75, cure palliative 99 i bambini di età inferiore ad 1 anno i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 521, 522, 523) Denominatore: residenti >=1 anno. Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 1-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





C16T.4 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1000 residenti

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

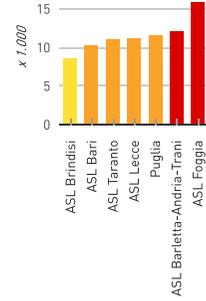
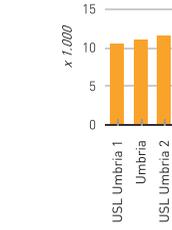
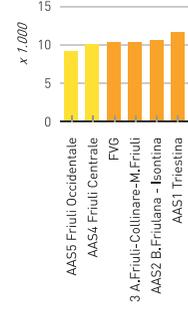
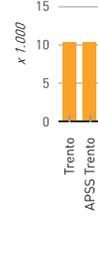
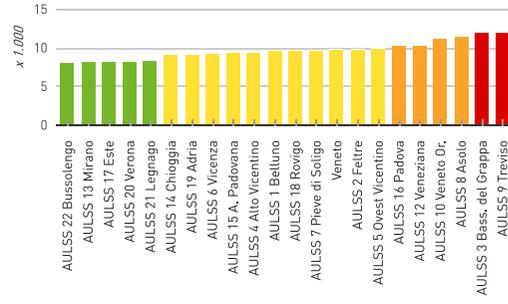
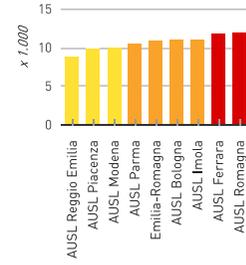
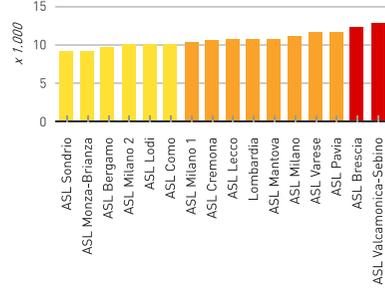
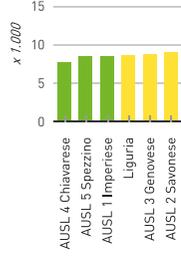
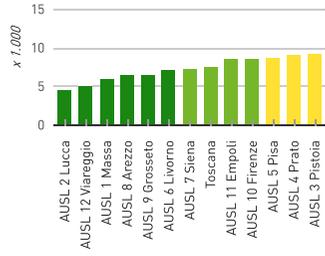
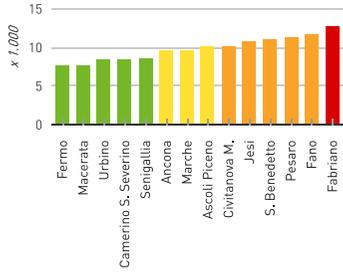


Definizione	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti
Numeratore	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti x 1.000
Denominatore	N. residenti
Note	Si considerano i ricoveri erogati relativi a residenti toscani. Sono esclusi: <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri erogati da strutture private non accreditate • i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).

Si considerano patologie sensibili alle prestazioni ambulatoriali :

- Sifilide (diagnosi di dimissione 090.xx);
- Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione (diagnosi di dimissione 033.xx, 045.xx, 391.xx, 037, 390, 3200 (età compresa tra 1 e 5 anni);
- Epilessia(diagnosi di dimissione 345.xx);
- Convulsioni (diagnosi di dimissione 780.3x);
- Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola); si escludono i casi di otite media con codice di procedura di miringotomia con inserzione di tubo (diagnosi di dimissione 462, 463, 4721,465.xx, 382.xx escluso codice intervento principale 20.01);
- Tubercolosi polmonare (diagnosi di dimissione 011.xx);
- Altre tubercolosi (diagnosi di dimissione: 012.xx, 013.xx, 014.xx, 015.xx, 016.xx, 017.xx, 018.xx);
- BPCO (diagnosi di dimissione 491.xx, 492.xx, 496 490);
- Bronchite acuta (diagnosi di dimissione: 466.0 e almeno una delle diagnosi secondarie 491.xx, 492.xx, 494.xx, 496);
- Polmonite batterica (diagnosi di dimissione 483.xx, 481, 4822, 4823, 4829, 485, 486, a una delle diagnosi secondarie 2826, età maggiore di 1 anno);
- Asma (diagnosi di dimissione 493.xx);
- Insufficienza cardiaca congestizia (diagnosi di dimissione 402.01, 402.11, 402.91, 518.4, 428.xx esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
- Angina (diagnosi di dimissione 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90 esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
- Cellulite (diagnosi di dimissione 681.xx, 682.xx, 686.xx, 683 e codice di procedura principale o secondari 860.xx o vuoto);
- Diabete (diagnosi di dimissione 250.0x, 250.1x, 250.2x, 250.3x, 250.8x, 250.9x);
- ipoglicemia (diagnosi di dimissione 251.2);
- Gastroenterite (diagnosi di dimissione 558.9); infezioni delle vie urinarie-renali (diagnosi di dimissione 599.0, 599.9, 590.xx);
- Deidratazione/ipovolemia (diagnosi di dimissione 276.5);
- Anemia per deficienza di ferro (diagnosi di dimissione 280.1, 280.8, 280.9 e età compresa tra 0 e 5 anni);
- Carenze nutrizionali (diagnosi di dimissione 260, 261, 262, 268.0, 268.1);
- Ritardo nella crescita (diagnosi di dimissione 783.4, e età minore di 1 anno);
- Infiammazioni pelviche (donne con diagnosi di dimissione 614.xx, escluse le procedure principali 68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.51, 68.59, 68.61, 68.69, 68.71, 68.79, 688);
- Malattie dei denti (diagnosi di dimissione 521.xx, 522.xx, 523.xx, 525.xx, 528.xx).

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

“Secondo il Codice Deontologico, l’appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l’impiego di risorse. L’autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario” (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell’ipertensione, a cura della Commissione terapeutica Regione Toscana, Settembre 2010). I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l’appropriatezza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l’indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata. L’indicatore C9 costituisce un primo passo per monitorare il corretto impiego dei farmaci, perché troppo spesso i provvedimenti presi a livello istituzionale sono orientati ad un contenimento della spesa fine a se stesso. L’indicatore monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l’indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l’utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell’utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriatelyzza. L’indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori C9.1, C9.3, C9.4, C9.8.1.1.

C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica [di valutazione]

- C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) [di valutazione]
- C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina [Anti-ipertensivi] [di valutazione]
- C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) [di valutazione]
- C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio [di valutazione]
 - C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio [di osservazione]
- C9.9.2 Consumo di antipsicotici [di osservazione]
- C9.21 Percentuale di pazienti trattati con NAO [di osservazione]
- C9.17 Appropriatelyzza prescrittiva ospedaliera [di valutazione]
 - C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti [di osservazione]
 - C9.13 Incidenze degli antibiotici iniettabili nei reparti [di osservazione]

Lombardia
 ASL Bergamo
 ASL Brescia
 ASL Como
 ASL Cremona
 ASL Lecco
 ASL Lodi
 ASL Mantova
 ASL Milano
 ASL Milano 1
 ASL Milano 2
 ASL Monza-Brianza
 ASL Pavia
 ASL Sondrio
 ASL Varese
 ASL Valcamonica-Sebino



Liguria
 AUSL 1 Imperiese
 AUSL 2 Savonese
 AUSL 3 Genovese
 AUSL 4 Chiavarese
 AUSL 5 Spezzino



Bolzano
 Azienda P.A. Bolzano



Trento
 APSS Trento



Friuli Venezia Giulia
 AAS1 Triestina
 AAS2 B.Friulana - Isontina
 AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli
 AAS4 Friuli Centrale
 AAS5 Friuli Occidentale



Veneto
 AULSS 1 Belluno
 AULSS 2 Feltre
 AULSS 3 Bass. del Grappa
 AULSS 4 Alto Vicentino
 AULSS 5 Ovest Vicentino
 AULSS 6 Vicenza
 AULSS 7 Pieve di Soligo
 AULSS 8 Asolo
 AULSS 9 Treviso
 AULSS 10 Veneto Or.
 AULSS 12 Veneziana
 AULSS 13 Mirano
 AULSS 14 Chioggia
 AULSS 15 A. Padovana
 AULSS 16 Padova
 AULSS 17 Este
 AULSS 18 Rovigo
 AULSS 19 Adria
 AULSS 20 Verona
 AULSS 21 Legnago
 AULSS 22 Bussolengo



Emilia-Romagna
 AUSL Piacenza
 AUSL Parma
 AUSL Reggio Emilia
 AUSL Modena
 AUSL Bologna
 AUSL Imola
 AUSL Ferrara
 AUSL Romagna



Toscana
 AUSL 1 Massa
 AUSL 2 Lucca
 AUSL 3 Pistoia
 AUSL 4 Prato
 AUSL 5 Pisa
 AUSL 6 Livorno
 AUSL 7 Siena
 AUSL 8 Arezzo
 AUSL 9 Grosseto
 AUSL 10 Firenze
 AUSL 11 Empoli
 AUSL 12 Viareggio



Basilicata
 ASP Potenza
 ASM Matera



Umbria
 USL Umbria 1
 USL Umbria 2



Puglia
 ASL Brindisi
 ASL Taranto
 ASL Barletta-Andria-Trani
 ASL Bari
 ASL Foggia
 ASL Lecce



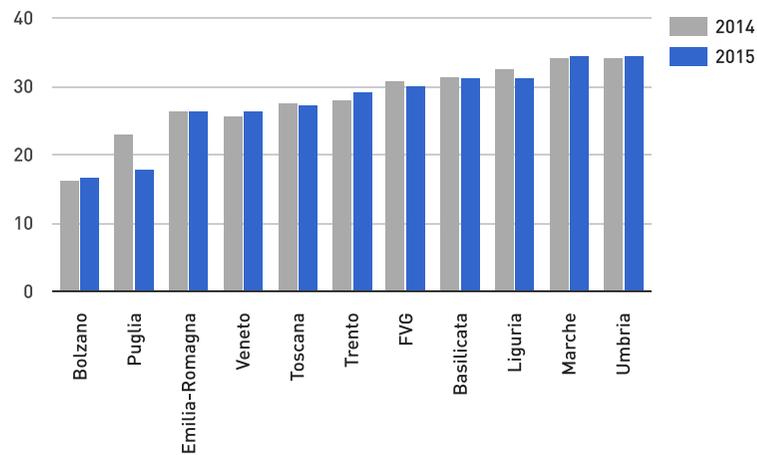
Marche
 Pesaro
 Urbino
 Fano
 Senigallia
 Jesi
 Fabriano
 Ancona
 Civitanova M.
 Macerata
 Camerino S. Severino
 Fermo
 S. Benedetto
 Ascoli Piceno



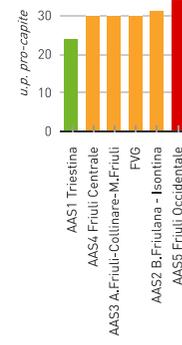
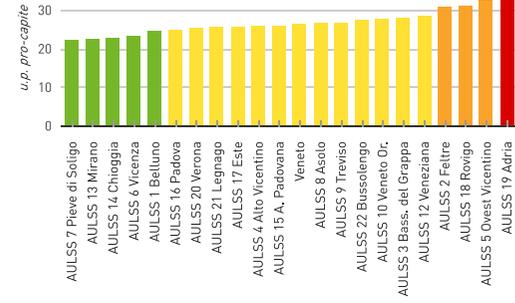
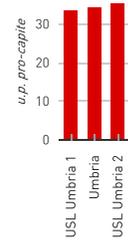
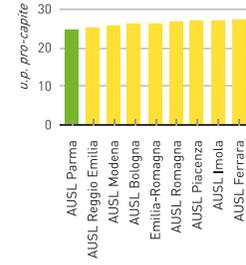
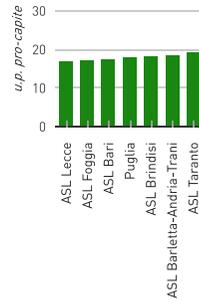
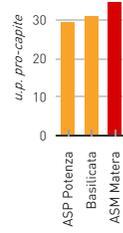
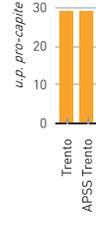
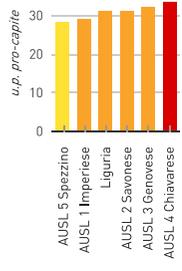
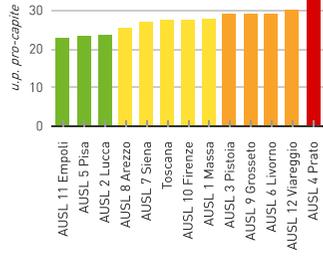
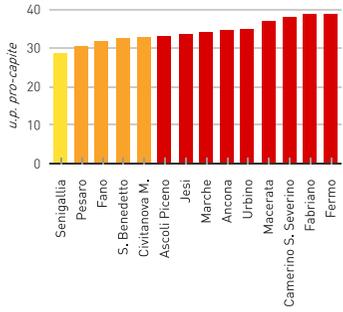


C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

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



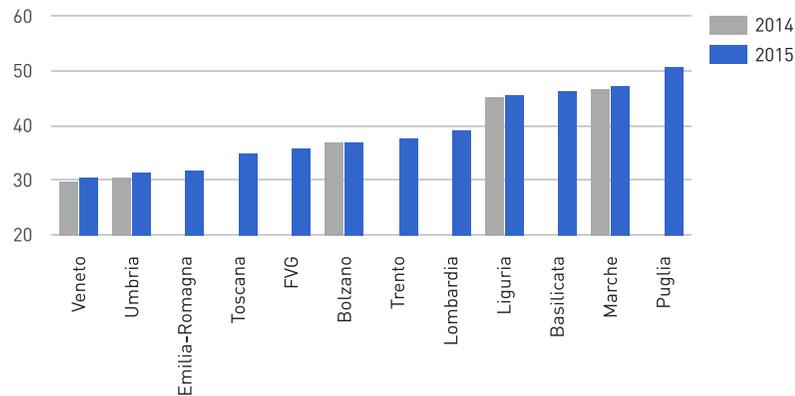
Definizione	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)
Numeratore	N. unità posologiche di IPP erogate
Denominatore	Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)
Note	I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. E' escluso il consumo privato. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



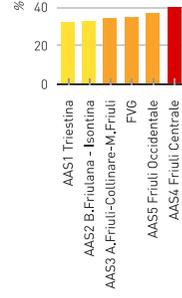
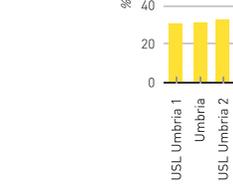
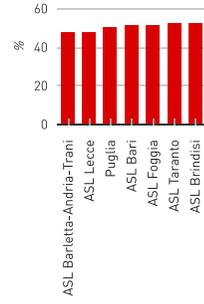
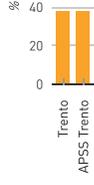
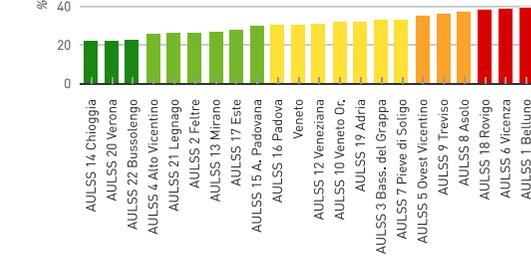
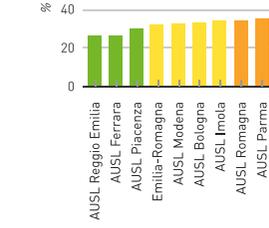
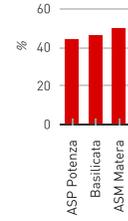
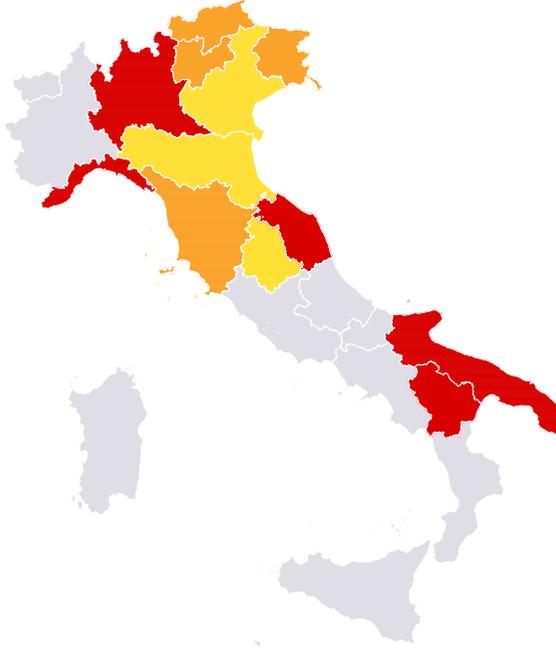
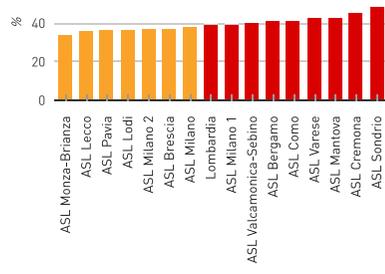
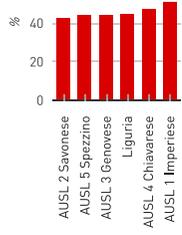
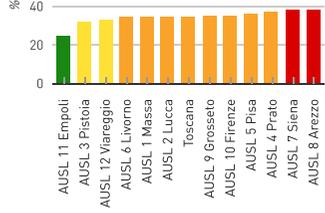
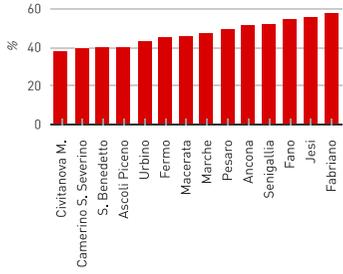


C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)

Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si decide di bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore, perchè non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli ACE-inibitori (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione Terapeutica Regione Toscana, con il consenso delle principali società scientifiche, Settembre 2010). L'obiettivo dell'indicatore è quello di limitare la prescrizione dei sartani ai casi in cui è realmente necessaria.



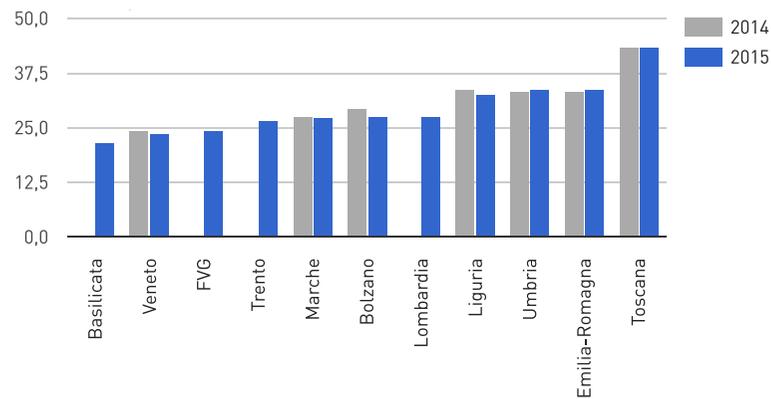
Definizione	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
Numeratore	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale X 100
Denominatore	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (sartani), appartengono alla classe ATC C09C e C09D. Le "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" appartengono al gruppo terapeutico C09. E' escluso il consumo privato. Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC = C09C e C09D), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



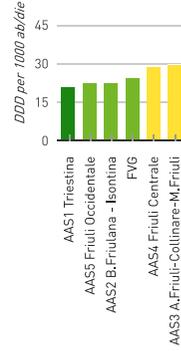
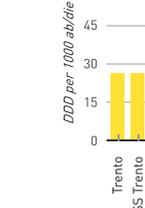
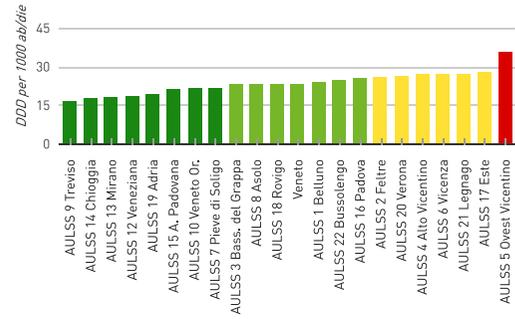
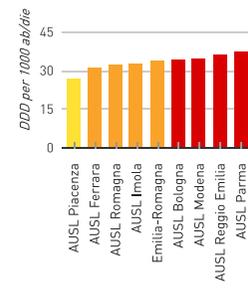
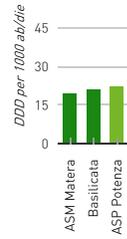
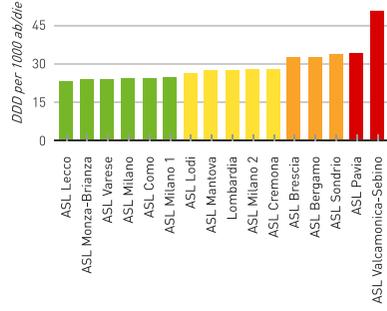
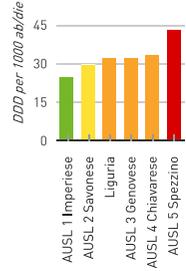
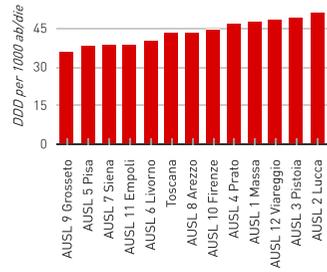
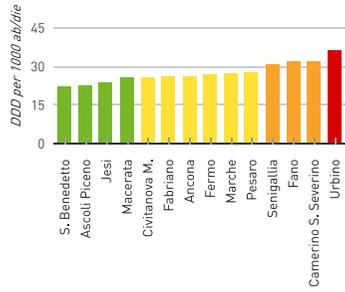


C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)

L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.



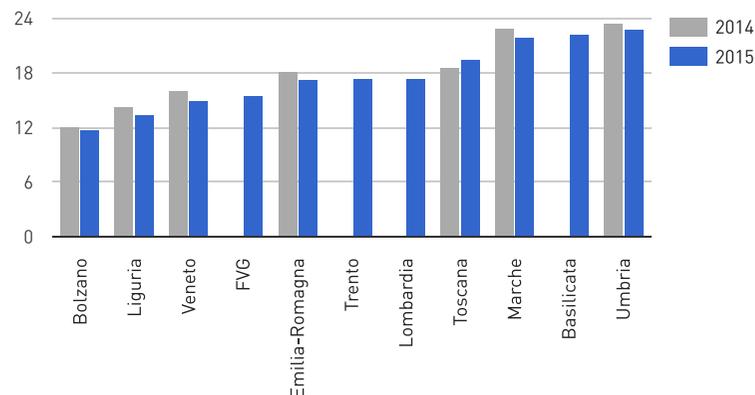
Definizione	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)
Numeratore	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo x 1000
Denominatore	Popolazione pesata x 365
Note	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' escluso il consumo privato. E' preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



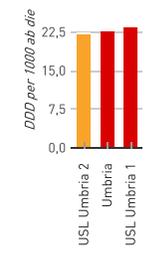
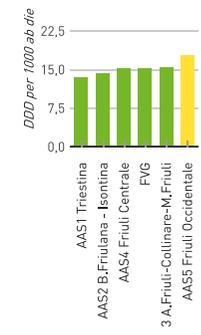
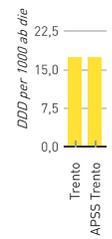
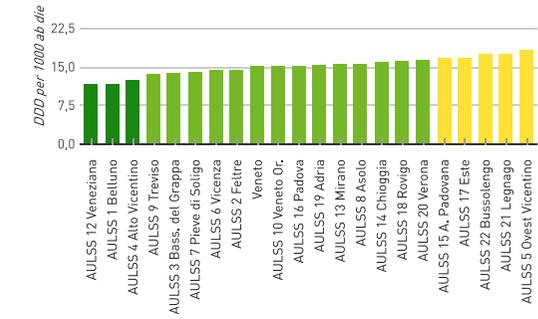
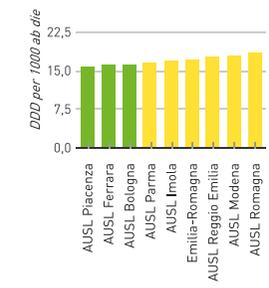
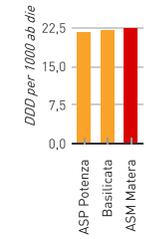
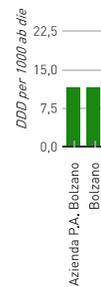
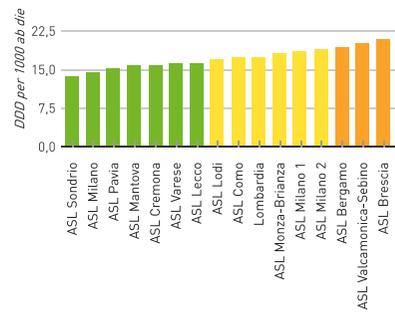
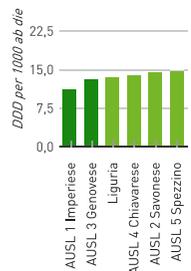
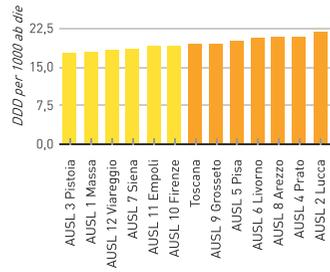
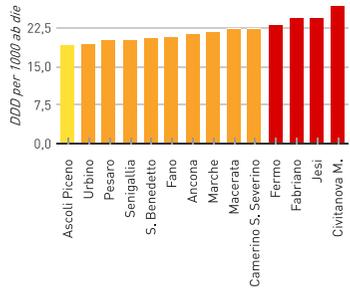


C9.8.1.1 Consumo di antibiotici (regime convenzionale, distribuzione diretta e per conto)

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 sostenute 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'Italia ha lo spiacevole primato di fascia dei Paesi con la più alta percentuale di batteri multi-resistenti, lo ha rivelato il rapporto dell'European Center for Diseases Control (Ecdc) del dicembre 2014. 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 (Rapporto OsMed 2014).



Definizione	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
Numeratore	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000
Denominatore	Popolazione Pesata x 365
Note	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici in regime convenzionale, in distribuzione diretta e per conto. Popolazione pesata secondo i criteri OsMed 2012
Fonte	Flussi regionali farmaceutica





C10 Percorso oncologico

L'indicatore "Percorso oncologico" raccoglie gli indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti questo percorso quali il processo, i volumi, la spesa farmaceutica e l'appropriatezza chirurgica. Alcuni degli indicatori si riferiscono nel dettaglio ai trattamenti di cura per il tumore della mammella e della prostata.

C10 Percorso oncologico [di valutazione]

- C10.1 Volumi Oncologia [di valutazione]
 - C17.1 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella [di valutazione]
 - C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella [di valutazione]
 - C17.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella [di valutazione]
 - C17.5 Volumi interventi per tumore maligno alla prostata [di valutazione]
 - C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata [di valutazione]
 - C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata [di valutazione]
- C10.2 Percorso tumore alla mammella [di valutazione]
 - C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno [di valutazione]
 - C10.2.2 % di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella [di osservazione]
 - C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari [di osservazione]
 - C10.2.5 Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario [di osservazione]
- C10.3 Percorso tumore al colon-retto [di osservazione]
 - C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale) [di osservazione]
 - C10.3.2 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale) [di osservazione]
 - C10.3.3 Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon [di osservazione]
- C10.5a Oncologia Medica [di osservazione]
 - C10.5 Appropriata prescrizione dei Biomarcatori tumorali [di osservazione]
 - F10.2.1b Spesa Media per Farmaci Oncologici [di osservazione]

Definizione	Percorso oncologico
Numeratore	
Denominatore	
Note	L'indicatore assume un punteggio pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • C10.1 Volumi Oncologia • C10.2 Percorso Tumore alla Mammella
Fonte	Flusso SDO

Lombardia	
Osp. Moriggia Pelascini	●
ASL Valcamonica-Sebino	●
Osp. S. Giuseppe - MI	●
Ist. Naz. tumori	●
Pol. S. Matteo	●
Fond. Ca Granda	●
S. Raffaele - MI	●
Ist. Europeo di Oncologia	●
AO Fond. Macchi - VA	●
AO M. Mellini - Chiari	●
AO Desenzano del Garda	●
AO Osp. Maggiore - Crema	●
AO S. Anna- Como	●
AO Lecco	●
AO Bolognino - Seriate	●
AO C. Poma	●
AO L. Sacco - Mi	●
AO I.C.P. - MI	●
AO S. Paolo - MI	●
AO Civile - Legn.	●
AO Melegnano	●
AO Desio-Vimercate	●
AO S. Gerardo - Monza	●
AO Prov. Lodi	●
AO Prov. Pavia	●
Osp. Valduce	●

Toscana	
AUSL 1 Massa	●
AUSL 2 Lucca	●
AUSL 3 Pistoia	●
AUSL 4 Prato	●
AUSL 5 Pisa	●
AUSL 6 Livorno	●
AUSL 7 Siena	●
AUSL 8 Arezzo	●
AUSL 9 Grosseto	●
AUSL 10 Firenze	●
AUSL 11 Empoli	●
AUSL 12 Viareggio	●
AOU Pisana	●
AOU Senese	●
AOU Careggi	●

Bolzano	
Azienda P.A. Bolzano	●
Trento	
APSS Trento	●

Friuli Venezia Giulia	
AAS2 B.Friulana - Isontina	●
AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli	●
AAS5 Friuli Occidentale	●
IRCCS Centro Rif. Oncol.	●
AOU Trieste	●
AOU Udine	●

Veneto	
AULSS 1 Belluno	●
AULSS 2 Feltre	●
AULSS 3 Bass. del Grappa	●
AULSS 4 Alto Vicentino	●
AULSS 5 Ovest Vicentino	●
AULSS 6 Vicenza	●
AULSS 7 Pieve di Soligo	●
AULSS 8 Asolo	●
AULSS 9 Treviso	●
AULSS 10 Veneto Or.	●
AULSS 12 Veneziana	●
AULSS 13 Mirano	●
AULSS 14 Chioggia	●
AULSS 15 A. Padovana	●
AULSS 16 Padova	●
AULSS 17 Este	●
AULSS 18 Rovigo	●
AULSS 19 Adria	●
AULSS 20 Verona	●
AULSS 21 Legnago	●
AULSS 22 Bussolengo	●
AO Padova	●
AOU Verona	●
Ist. Onc. Veneto (IOV)	●

Emilia-Romagna	
AUSL Piacenza	●
AUSL Parma	●
AUSL Reggio Emilia	●
AUSL Modena	●
AUSL Bologna	●
AUSL Imola	●
AUSL Ferrara	●
AUSL Romagna	●
AOU Parma	●
AO Reggio Emilia	●
AOU Modena	●
AOU Bologna	●
AOU Ferrara	●

Marche	
Urbino	●
Fano	●
Senigallia	●
Jesi	●
Fabriano	●
Ancona	●
Civitanova M.	●
Macerata	●
Camerino S. Severino	●
Fermo	●
S. Benedetto	●
Ascoli Piceno	●
AO Osp. Riun. Marche Nord	●
AOU Osp. Riun. Ancona	●
INRCA Marche	●

Liguria	
AUSL 1 Imperiese	●
AUSL 2 Savonese	●
AUSL 3 Genovese	●
AUSL 4 Chiavarese	●
AUSL 5 Spezzino	●
Osp. Galliera	●
Osp. Evangelico	●
IRCCS S. Martino	●

Basilicata	
ASM Matera	●
AO S. Carlo	●
IRCCS CROB Rionero	●

Puglia	
ASL Brindisi	●
ASL Taranto	●
ASL Barletta-Andria-Trani	●
ASL Bari	●
ASL Foggia	●
ASL Lecce	●
IRCCS Oncologico Bari	●
E.E. Casa Sollievo	●
AOU Pol. Bari	●
OO.RR. Foggia	●

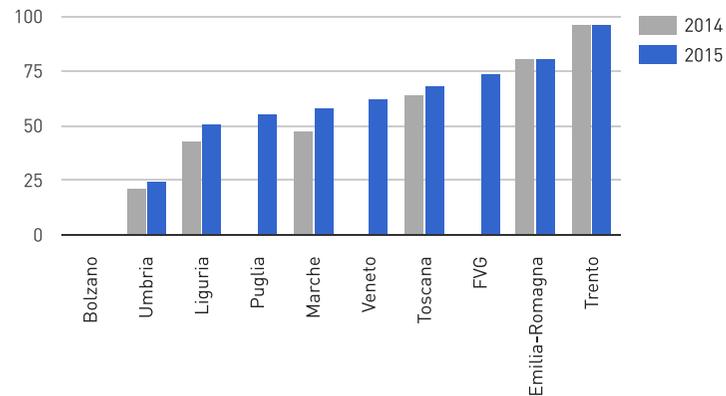
Umbria	
USL Umbria 1	●
USL Umbria 2	●
AO Perugia	●
AO Terni	●



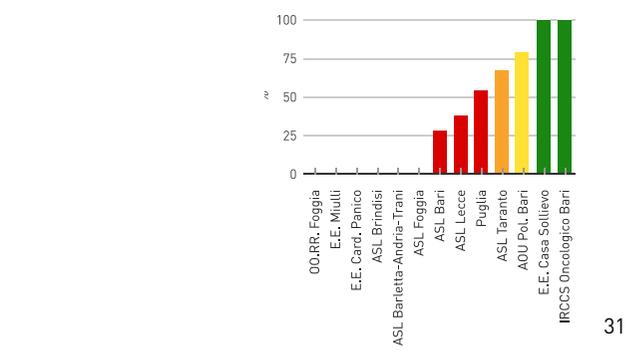
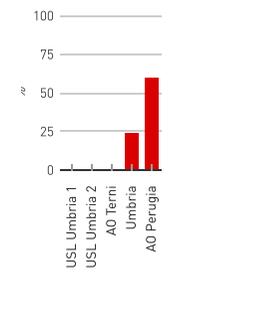
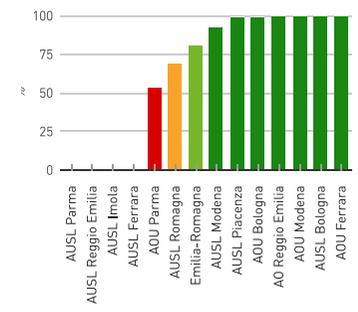
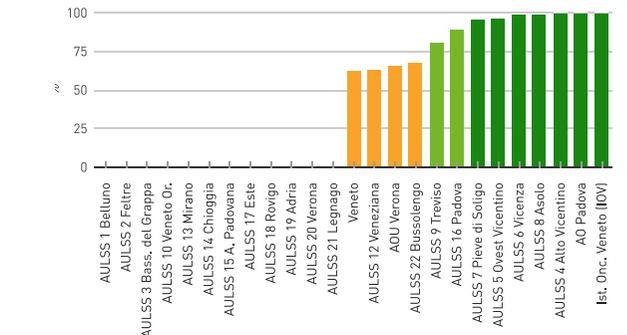
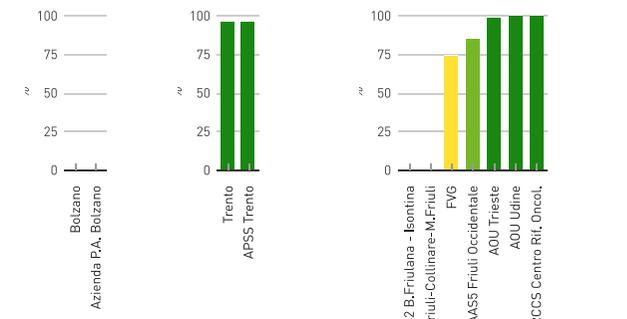
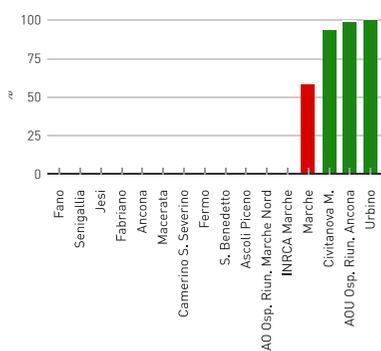
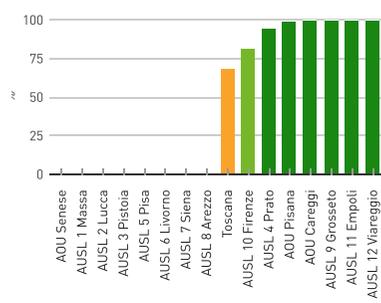
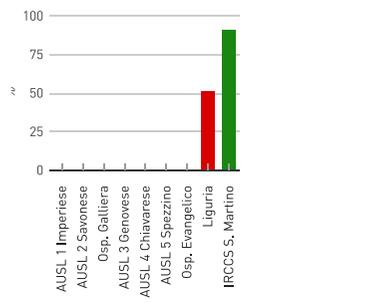


C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

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



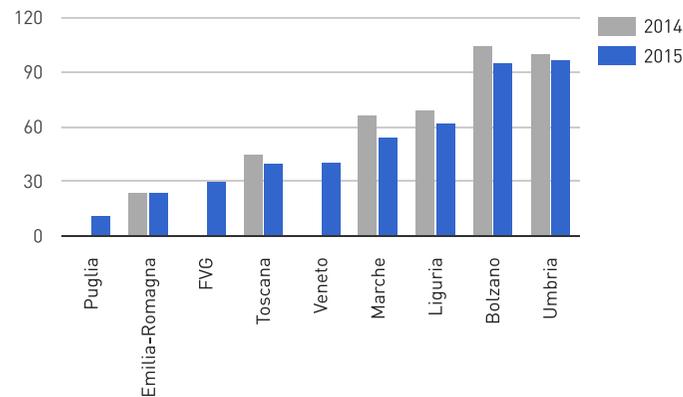
Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari e DH di pazienti donne, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno alla mammella (ICDIX-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (85.20, 85.21 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48).</p> <p>Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero.</p> <p>Si selezionano le pazienti transitate (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015. Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





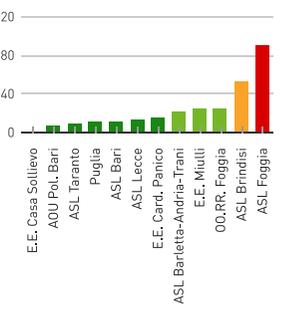
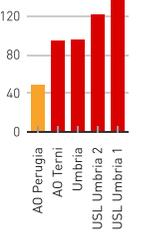
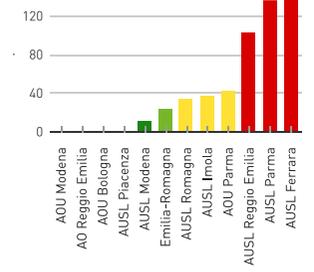
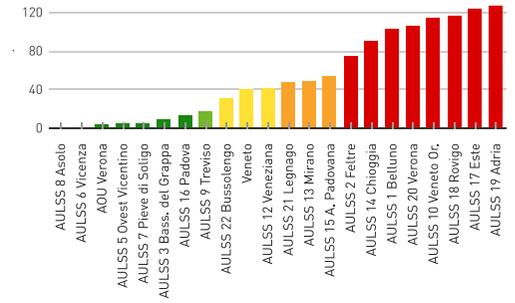
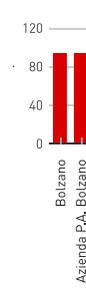
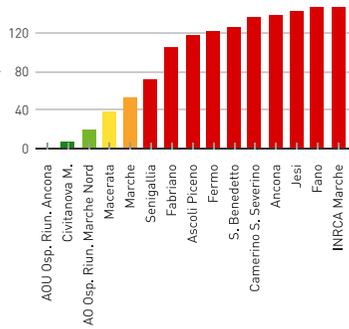
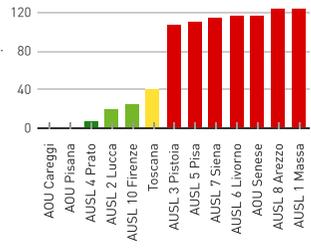
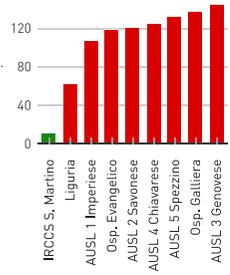
C17.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore maligno alla mammella è inferiore alla soglia prevista (150/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia), moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati.



Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari e DH con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9- CM 85.20, 85.21 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48).</p> <p>Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero. Si selezionano le pazienti transitate (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi.</p> <p>La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 150 primi interventi annui per Struttura complessa. Il calcolo è fatto comunque per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.</p>
	L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015 .

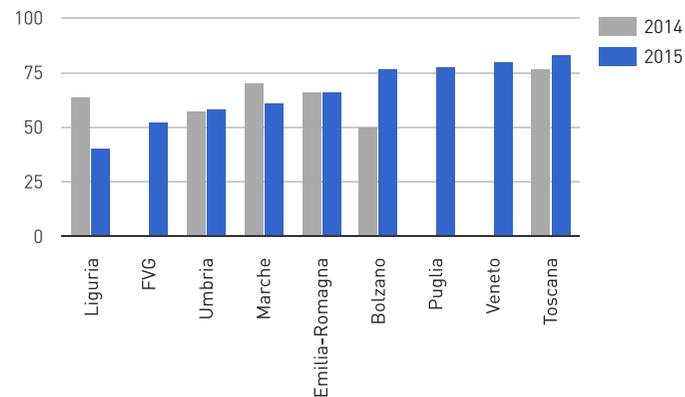
Fonte Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



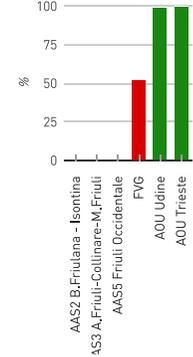
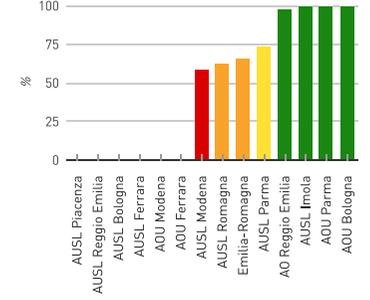
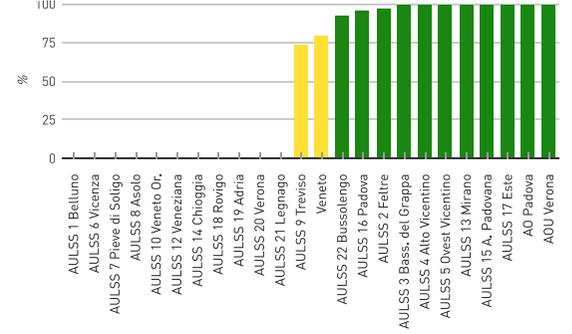
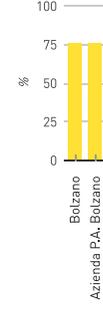
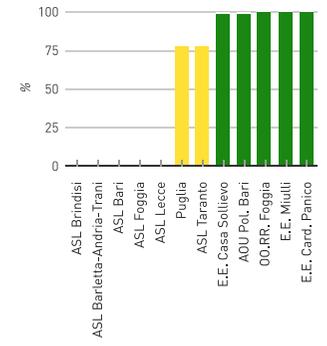
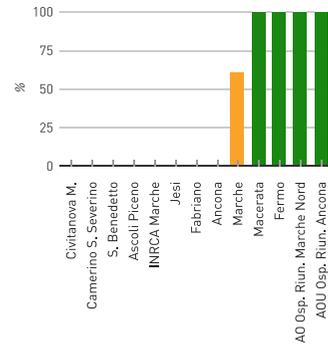
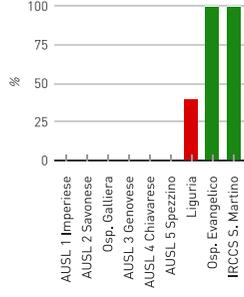
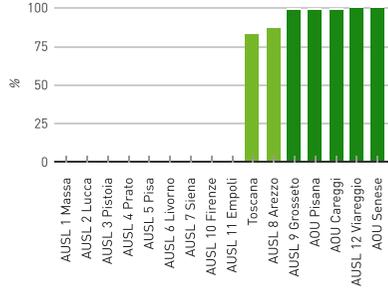
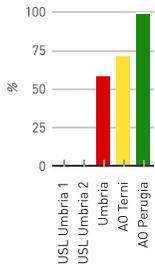


C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

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.



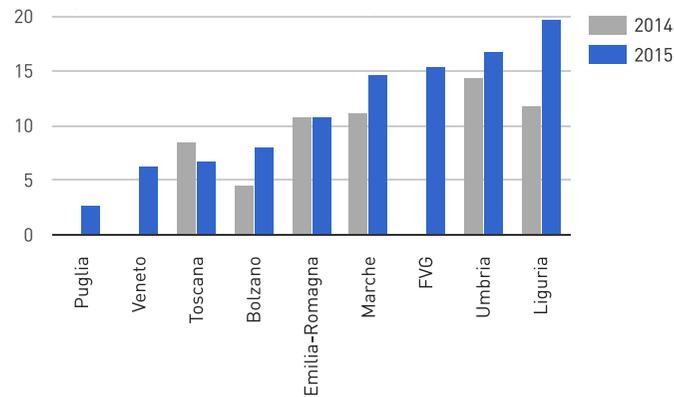
Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICDIX-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno alla prostata (185, 198.82) e di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97).</p> <p>Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di Chirurgia generale (09) e urologia (43); si considera come reparto di intervento il primo di questi.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015. Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



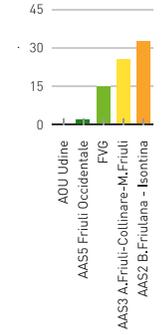
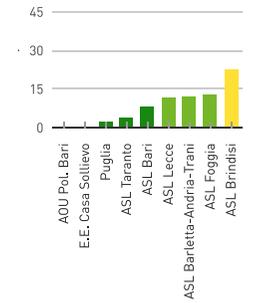
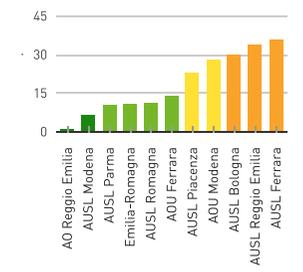
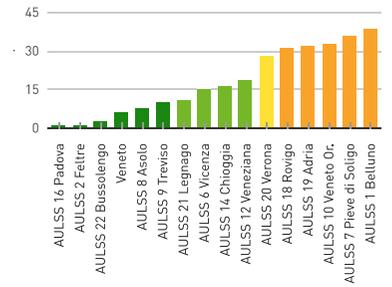
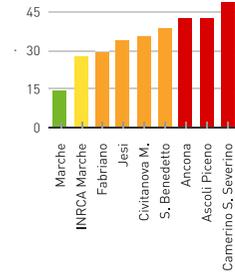
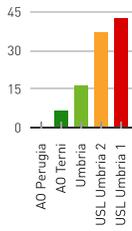
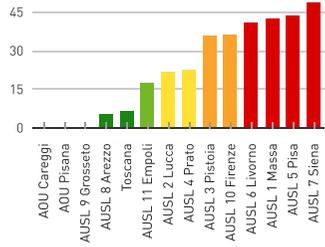
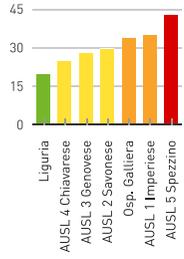


C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata

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.



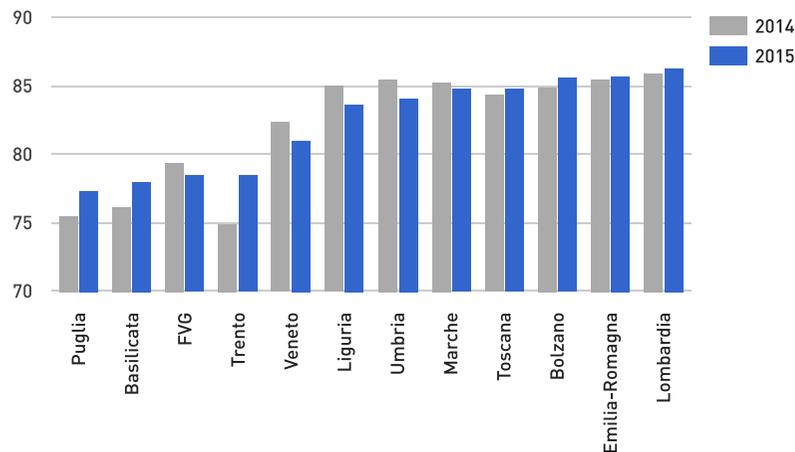
Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno della prostata (185, 198.82) e codici ICD9-CM di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione radicale della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97).</p> <p>Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e urologia (43); si considera come reparto di intervento il primo di questi.</p> <p>La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 50 interventi annui. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno

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 dall'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010).



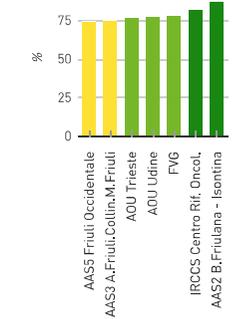
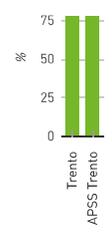
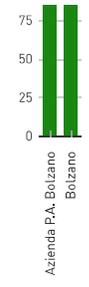
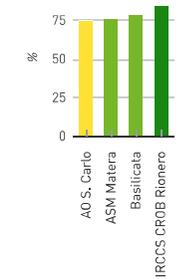
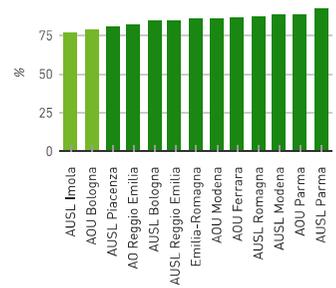
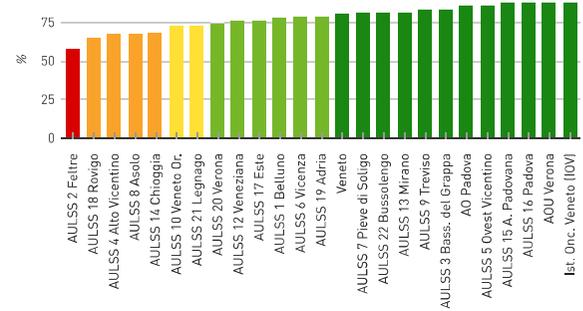
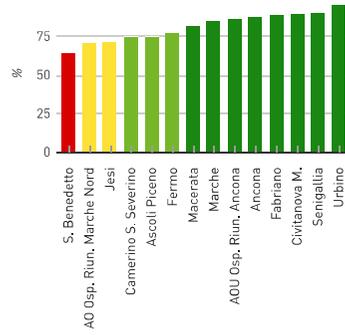
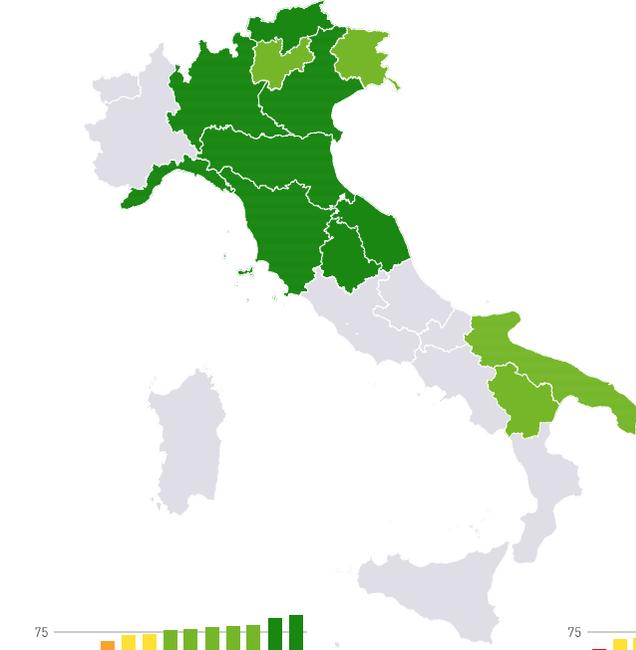
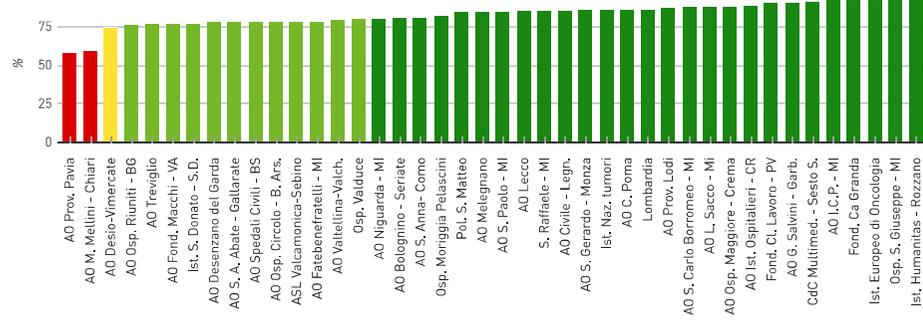
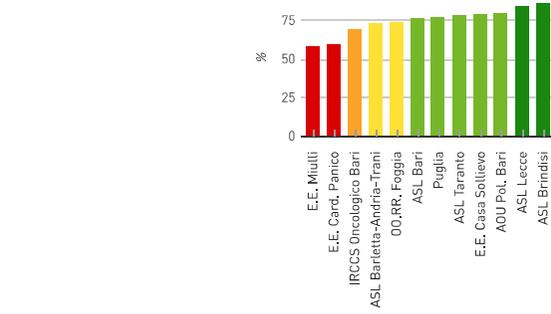
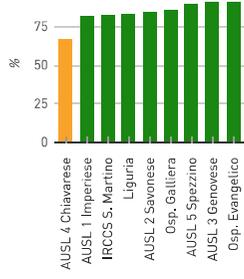
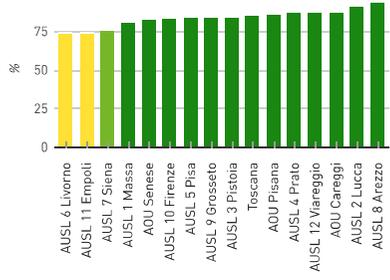
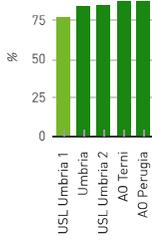
Definizione	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
Numeratore	Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100
Denominatore	Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ
Note	Numeratore: A) Conservativi Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* Asportazione o demolizione di tessuto della mammella o 85.31 Mammoplastica riduttiva monolaterale o 85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale, con l'esclusione della casistica nipple/skin sparing (scheda C10.2.1.2) e 'demolitivi' (scheda C10.2.1.3)

oppure

B) Nipple/Skin Sparing.
Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e (Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: (85.4* Mastectomia e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella) o 85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella) o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi).

Attenzione: le procedure 85.34 e 85.36 non abbinata a (85.53 o 85.54 o 85.95) si considerano errori di codifica.

Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale : Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi alla mammella: 85.2*, 85.3*, 85.4*



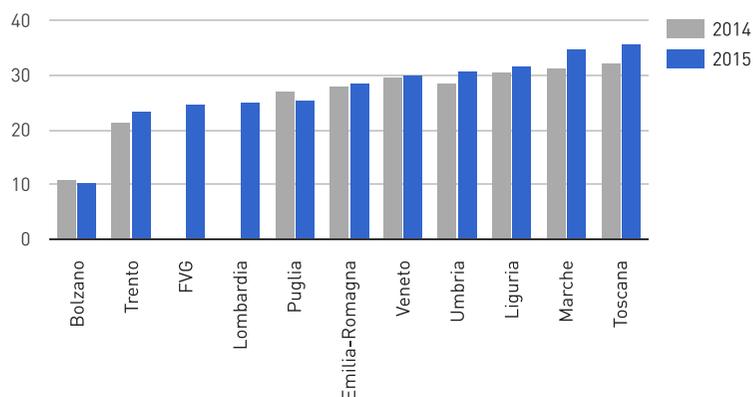


C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

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

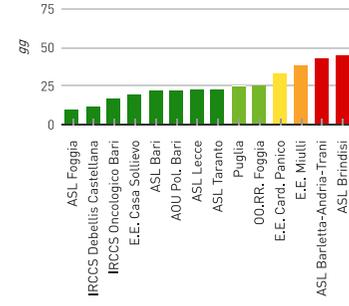
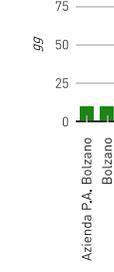
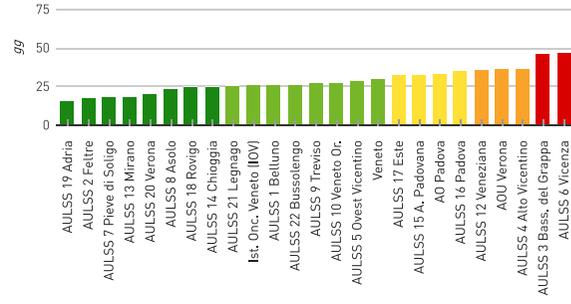
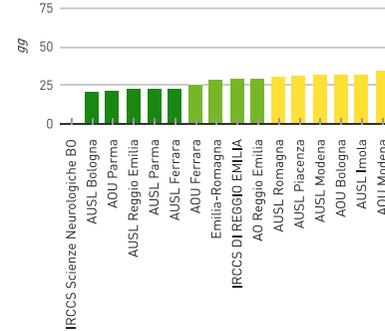
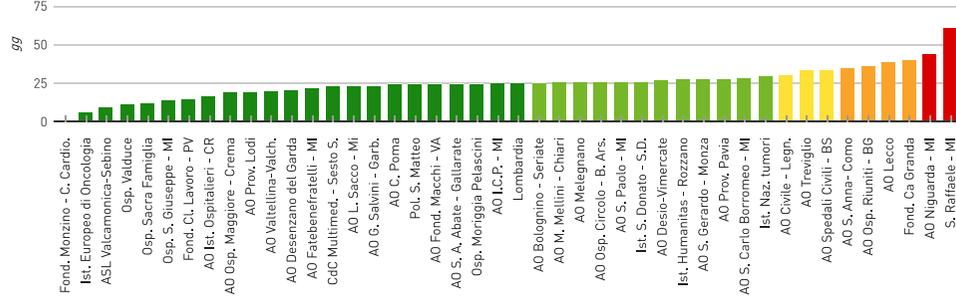
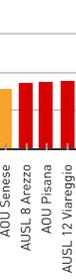
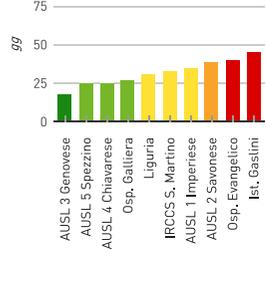
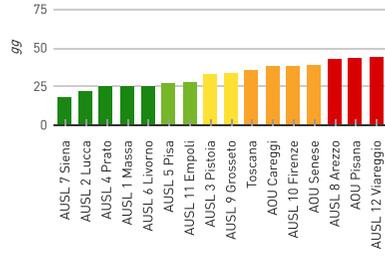
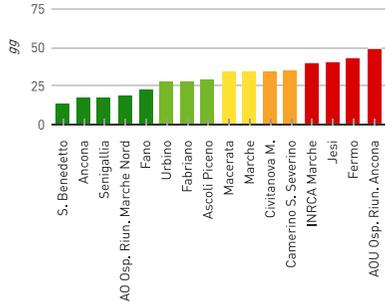
C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [di valutazione]

- o C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella [di valutazione]
- o C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata [di valutazione]
- o C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [di valutazione]
- o C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [di valutazione]
- o C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [di valutazione]
- o C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [di valutazione]



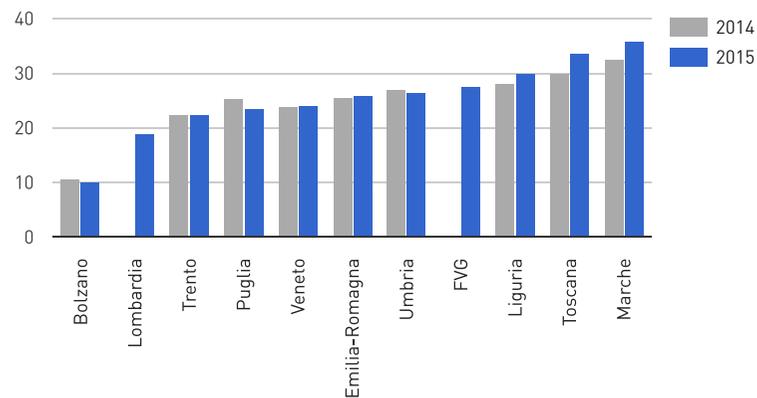
Definizione	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura</p> <ul style="list-style-type: none"> • 85.2x, 85.3x 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure [85.2x o 85.3x o 85.4x] AND diagnosi [233.0 o 174.*].. • 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 185. • 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*. • 48.3x, 48.4x, 48.5, 48.6x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8. • 32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx. • 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8, 68.9 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 180.*, 182.*, 183.*. <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> o i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni o i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 o i ricoveri urgenti, TSO, TSV.

Fonte Sistema Informativo regionale - Flusso SDO





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



Definizione Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella

Numeratore N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella

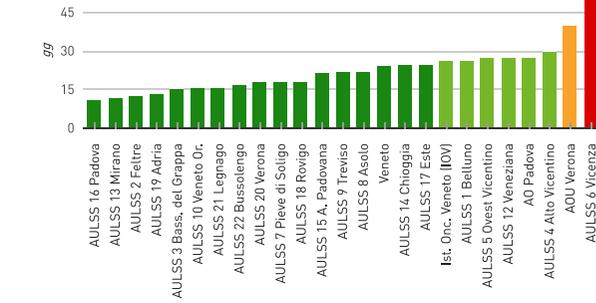
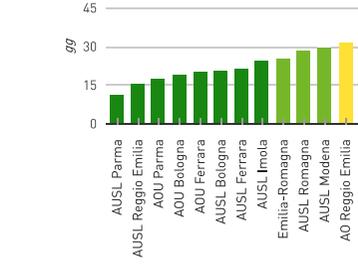
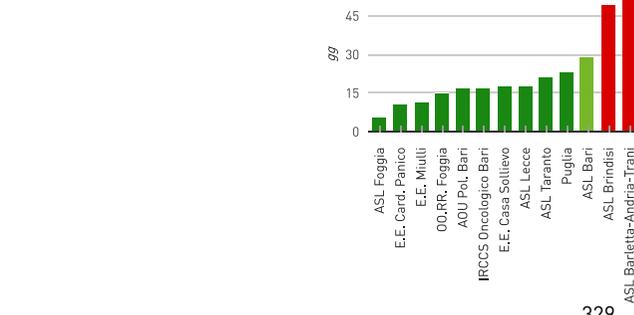
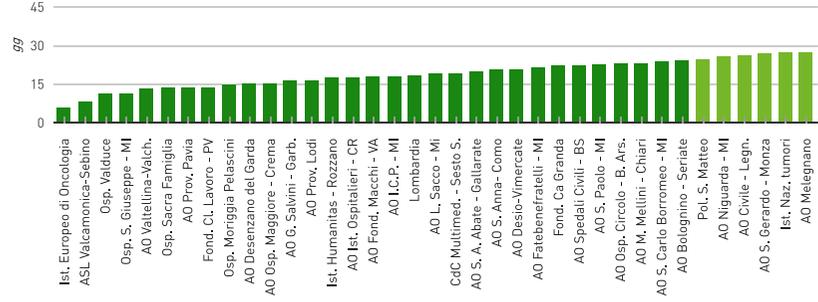
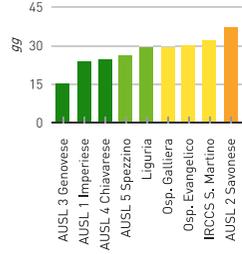
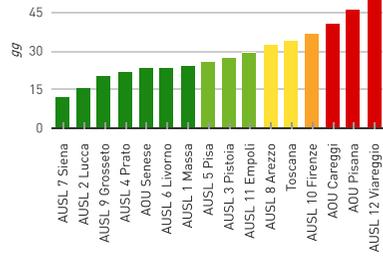
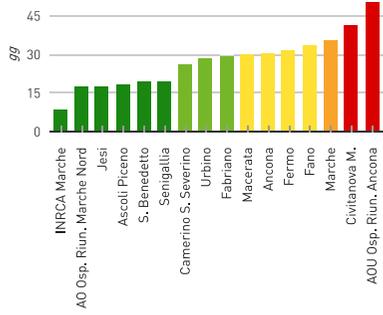
Denominatore N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella

Note Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 85.2x, 85.3x 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure (85.2x o 85.3x o 85.4x) AND diagnosi (233.0 o 174.*)..

Si escludono :

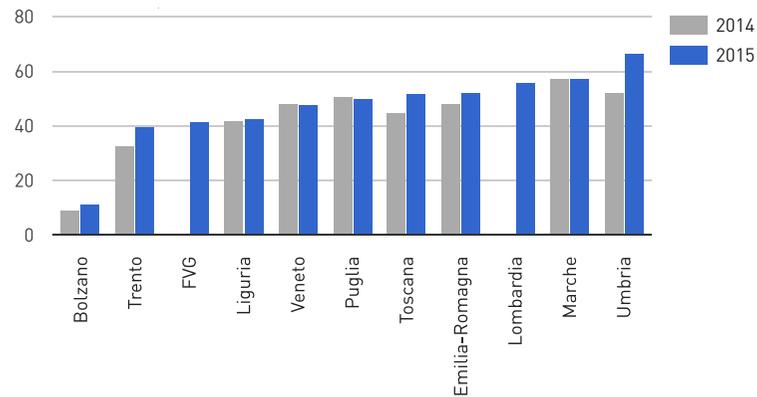
- i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni
- i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99
- i ricoveri urgenti, TSO, TSV.

Fonte Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



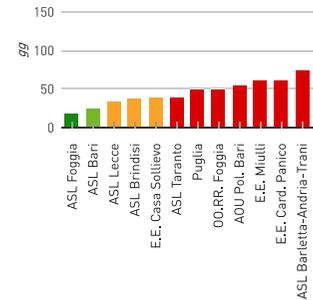
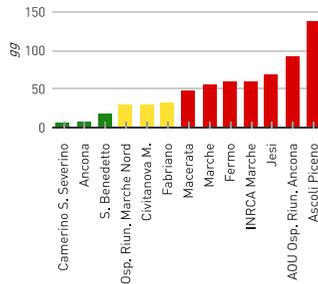
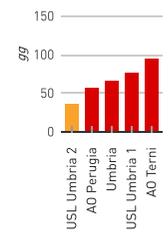
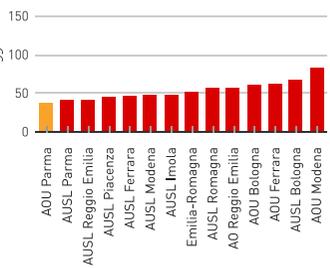
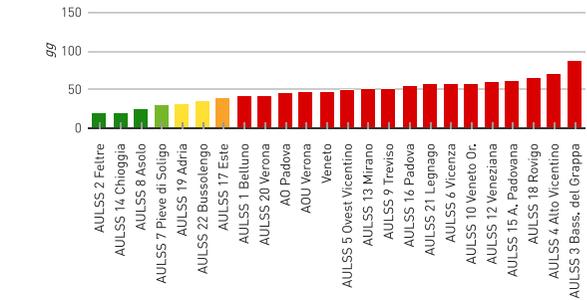
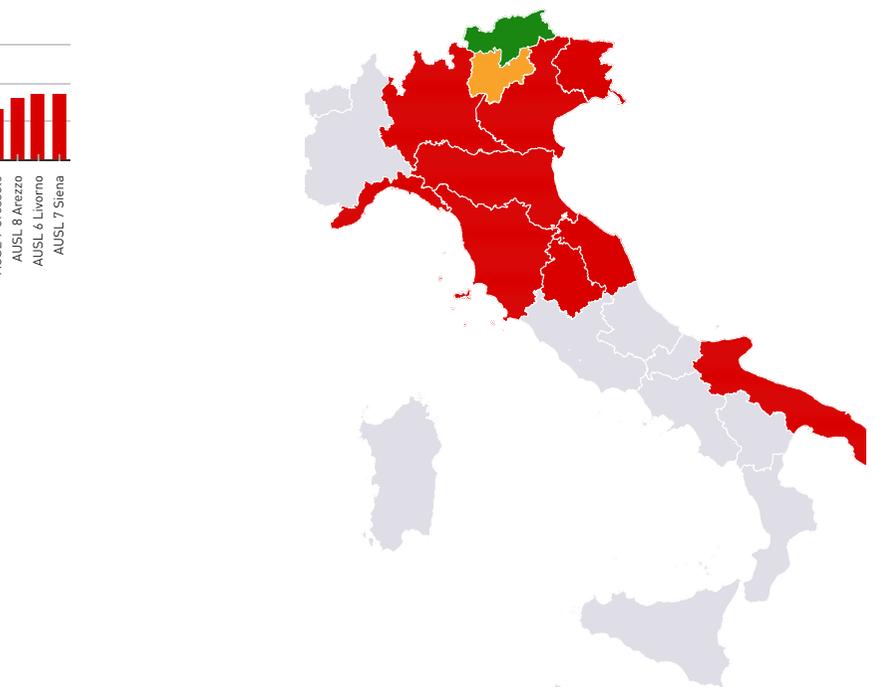
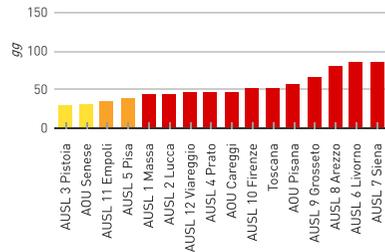
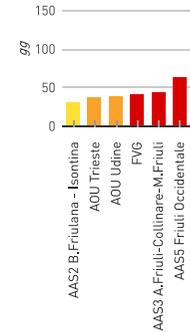
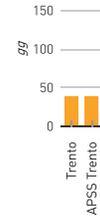
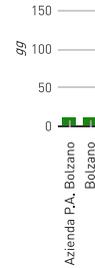
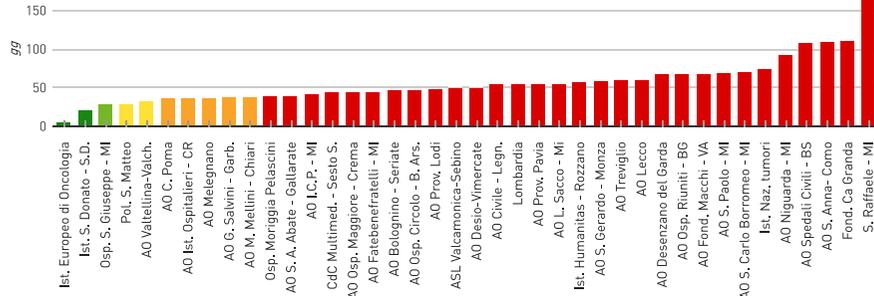
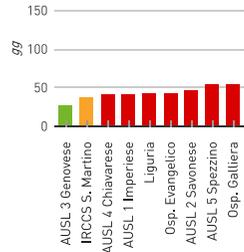


C10.4.2 Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata



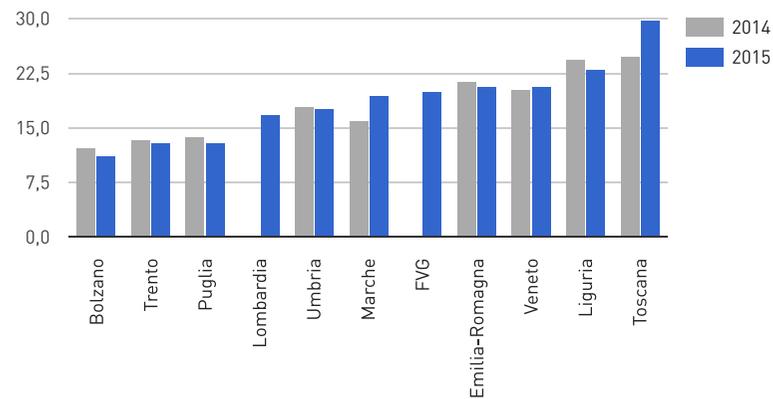
Definizione	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla prostata
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla prostata
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 185.</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni • i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 • i ricoveri urgenti, TSO, TSV.

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





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



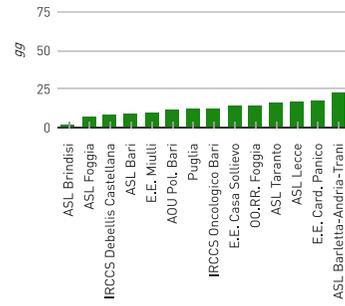
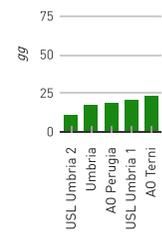
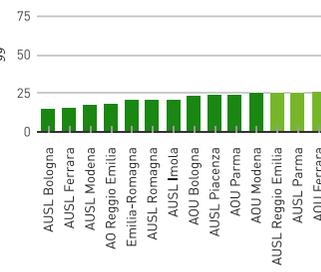
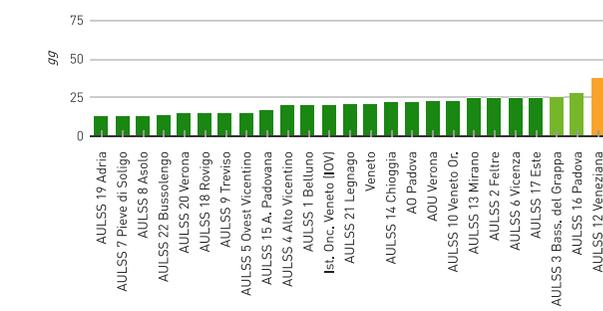
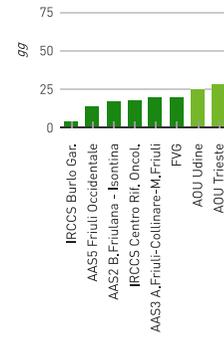
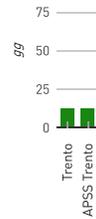
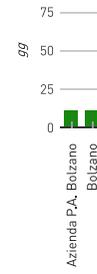
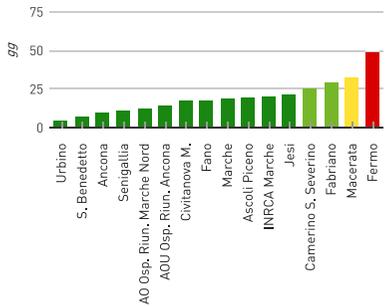
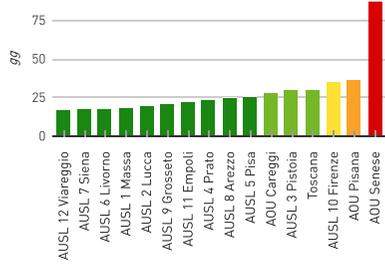
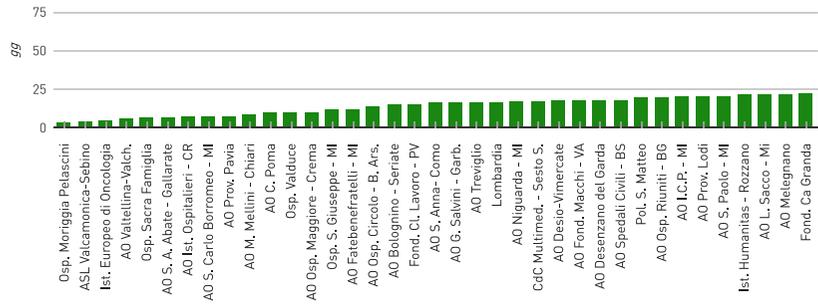
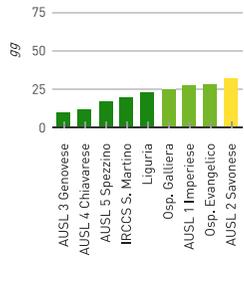
Definizione Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore al colon

Numeratore N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al colon

Denominatore N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al colon

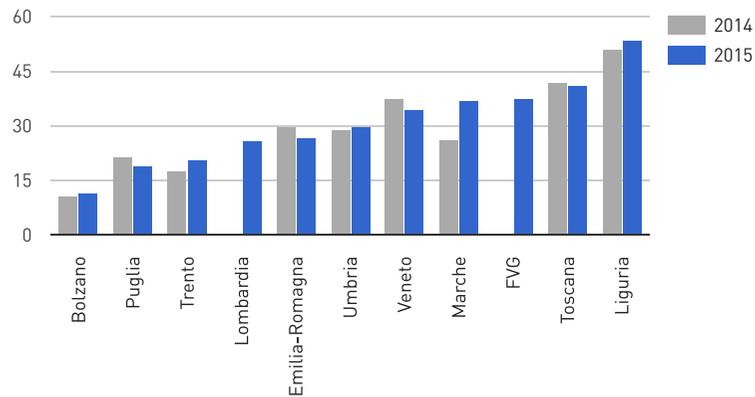
Note Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*. Si escludono :

- i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni
- i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99
- i ricoveri urgenti, TSO, TSV.

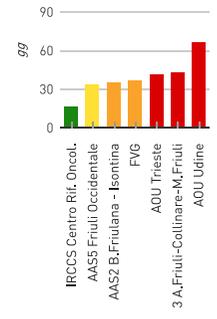
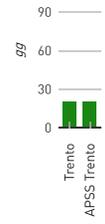
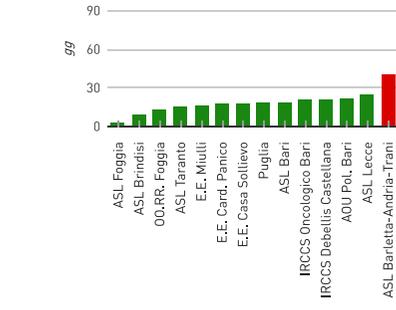
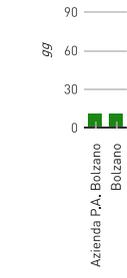
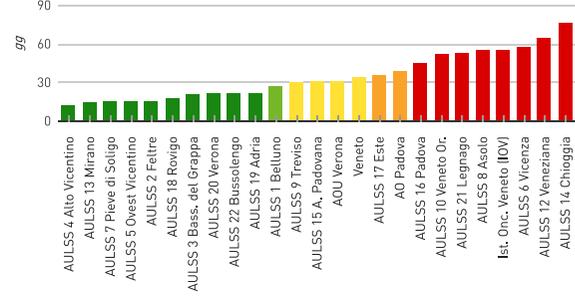
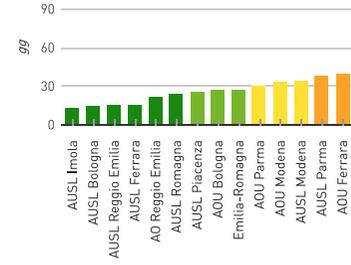
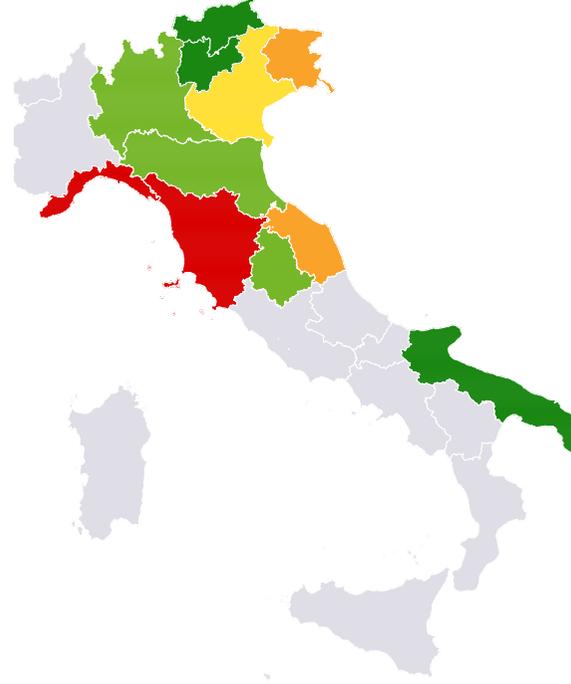
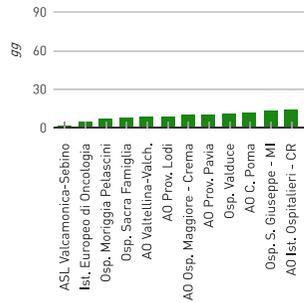
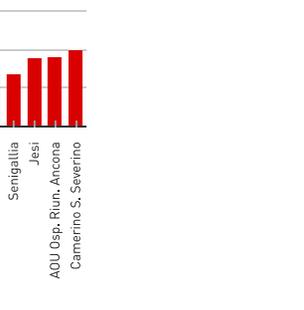
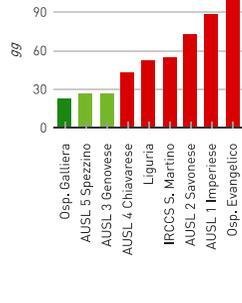
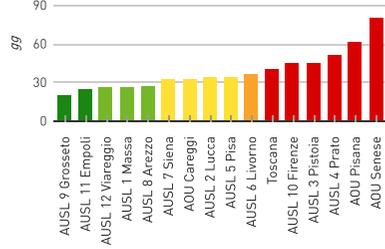
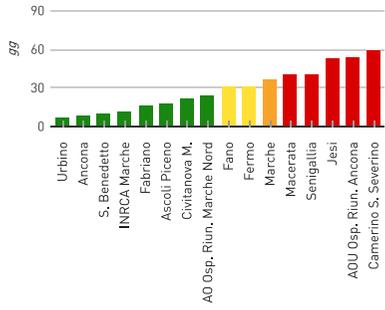




C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto

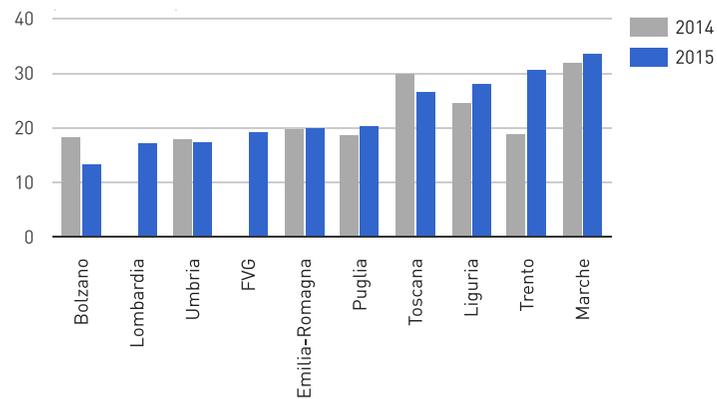


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al retto
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al retto
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 48.3x, 48.4x, 48.5, 48.6x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8.</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni • i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 • i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



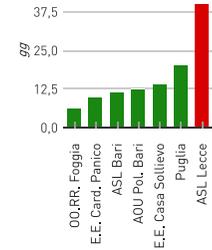
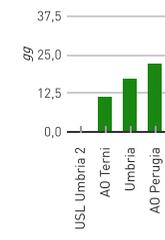
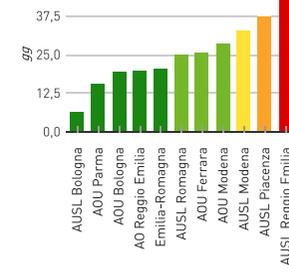
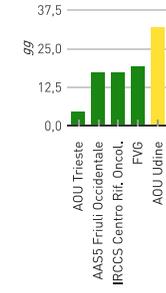
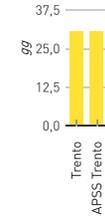
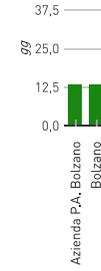
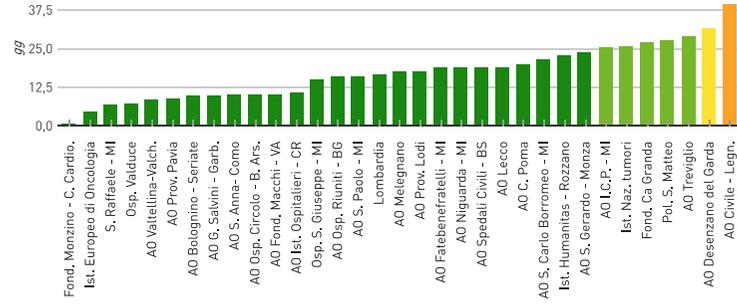
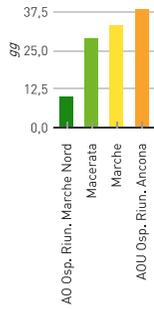
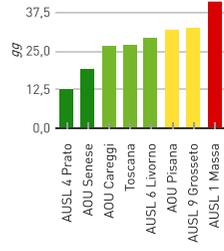
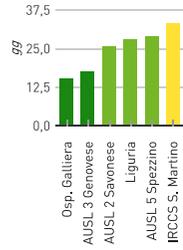


C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone



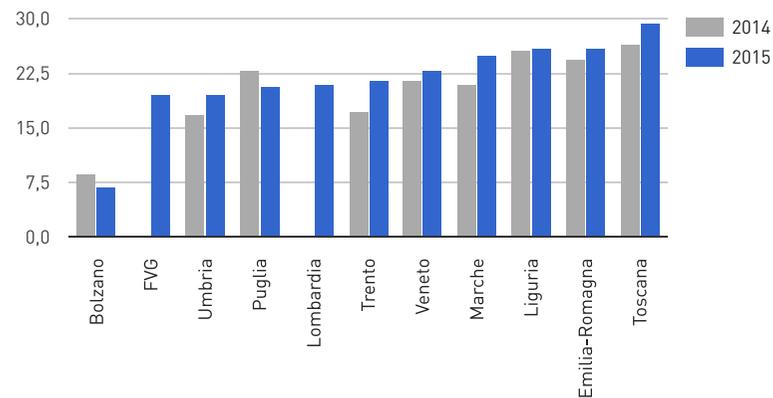
Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al polmone
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al polmone
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx.</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni • i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 • i ricoveri urgenti, TSO, TSV.

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

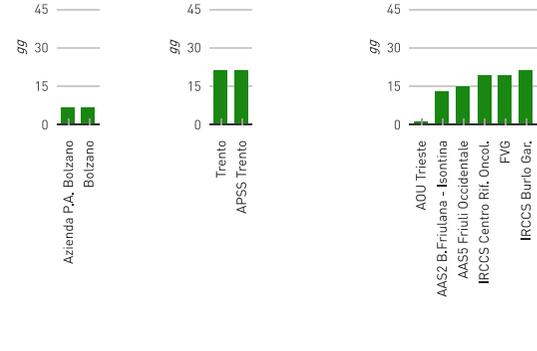
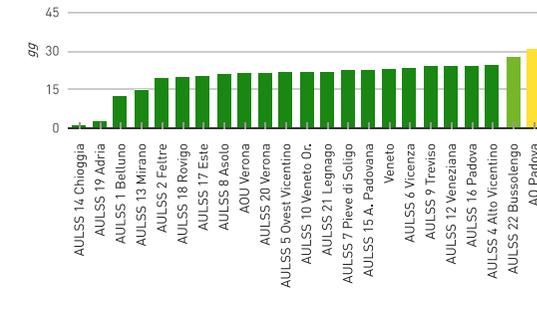
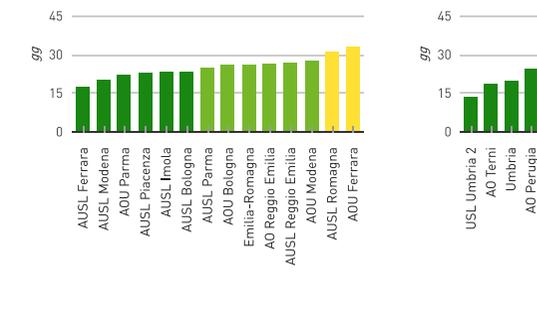
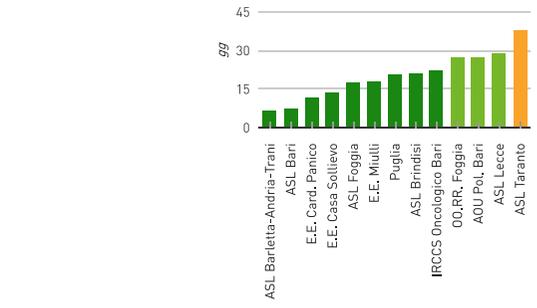
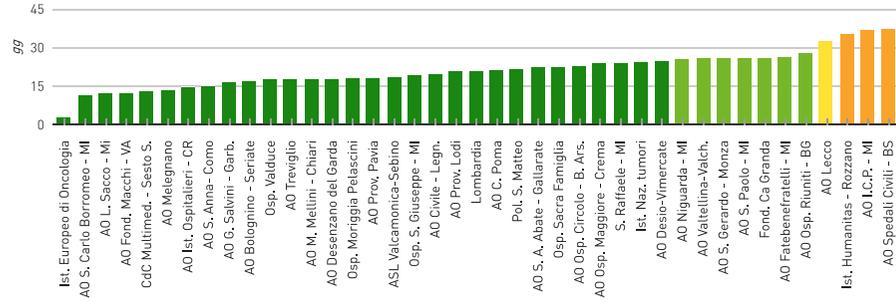
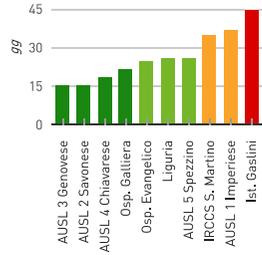
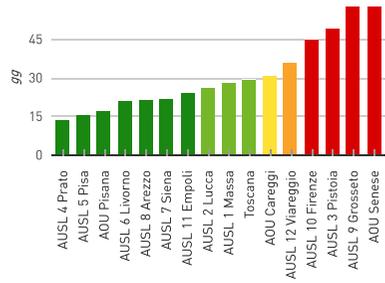
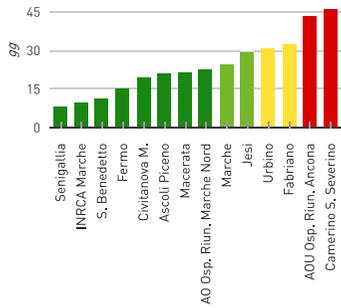




C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero



Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore all'utero
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore all'utero
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8, 68.9 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 180.*, 182.*, 183.*.</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni • i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 • i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.

L'indicatore si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori C11a.1.1, C11a.2.1, C11a.2.4, C11a.3.1

C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche [di valutazione]

- C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [di valutazione]
 - *C11a.1.1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18* [di osservazione]
- C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) [di valutazione]
 - *C11a.2.1.1 Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18* [di osservazione]
- C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) [di valutazione]
- C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [di valutazione]
 - *C11a.3.1.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18* [di osservazione]

Lombardia
 ASL Bergamo
 ASL Brescia
 ASL Como
 ASL Cremona
 ASL Lecco
 ASL Lodi
 ASL Mantova
 ASL Milano
 ASL Milano 1
 ASL Milano 2
 ASL Monza-Brianza
 ASL Pavia
 ASL Sondrio
 ASL Varese
 ASL Valcamonica-Sebino



Liguria
 AUSL 1 Imperiese
 AUSL 2 Savonese
 AUSL 3 Genovese
 AUSL 4 Chiavarese
 AUSL 5 Spezzino



Bolzano
 Azienda P.A. Bolzano



Trento
 APSS Trento



Friuli Venezia Giulia
 AAS1 Triestina
 AAS2 B.Friulana - Isontina
 AAS3 A.Friuli-Collinare-M.Friuli
 AAS4 Friuli Centrale
 AAS5 Friuli Occidentale



Veneto
 AULSS 1 Belluno
 AULSS 2 Feltre
 AULSS 3 Bass. del Grappa
 AULSS 4 Alto Vicentino
 AULSS 5 Ovest Vicentino
 AULSS 6 Vicenza
 AULSS 7 Pieve di Soligo
 AULSS 8 Asolo
 AULSS 9 Treviso
 AULSS 10 Veneto Or.
 AULSS 12 Veneziana
 AULSS 13 Mirano
 AULSS 14 Chioggia
 AULSS 15 A. Padovana
 AULSS 16 Padova
 AULSS 17 Este
 AULSS 18 Rovigo
 AULSS 19 Adria
 AULSS 20 Verona
 AULSS 21 Legnago
 AULSS 22 Bussolengo



Toscana
 AUSL 1 Massa
 AUSL 2 Lucca
 AUSL 3 Pistoia
 AUSL 4 Prato
 AUSL 5 Pisa
 AUSL 6 Livorno
 AUSL 7 Siena
 AUSL 8 Arezzo
 AUSL 9 Grosseto
 AUSL 10 Firenze
 AUSL 11 Empoli
 AUSL 12 Viareggio



Basilicata
 ASP Potenza
 ASM Matera



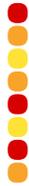
Marche
 Pesaro
 Urbino
 Fano
 Senigallia
 Jesi
 Fabriano
 Ancona
 Civitanova M.
 Macerata
 Camerino S. Severino
 Fermo
 S. Benedetto
 Ascoli Piceno
 ASUR Marche



Umbria
 USL Umbria 1
 USL Umbria 2



Emilia-Romagna
 AUSL Piacenza
 AUSL Parma
 AUSL Reggio Emilia
 AUSL Modena
 AUSL Bologna
 AUSL Imola
 AUSL Ferrara
 AUSL Romagna



Puglia
 ASL Brindisi
 ASL Taranto
 ASL Barletta-Andria-Trani
 ASL Bari
 ASL Foggia
 ASL Lecce

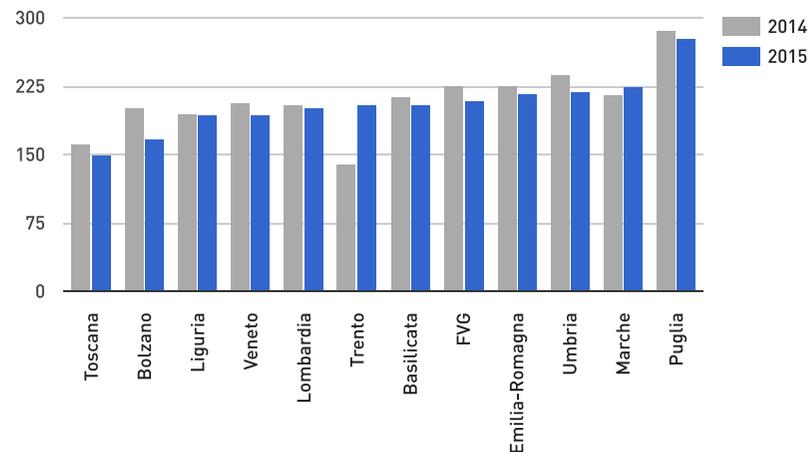




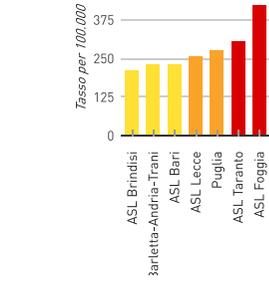
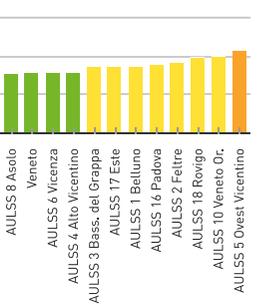
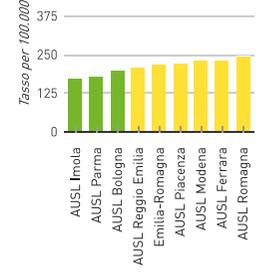
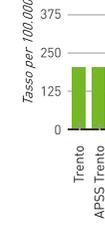
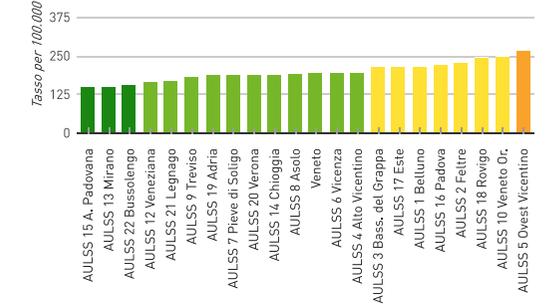
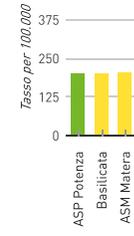
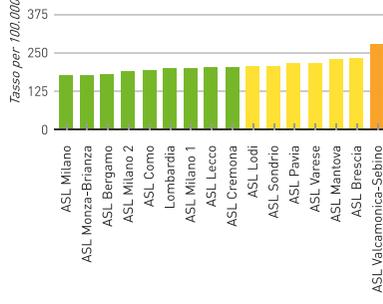
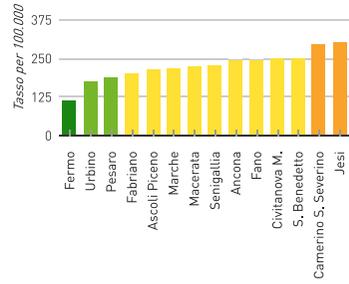
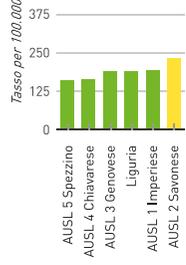
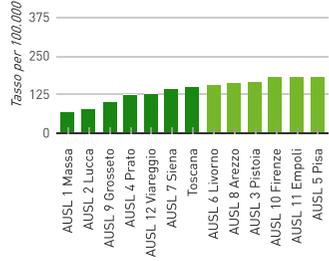
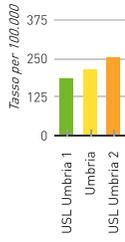
C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani ed del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve quindi essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati; per ottenere una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali è auspicabile l'integrazione delle informazioni derivate dall'indicatore con le indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



Definizione	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni
Numeratore	N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93</p> <p>Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura.</p> <p>Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i ricoveri in strutture private non accreditate</p>
Fonte	Flusso SDO

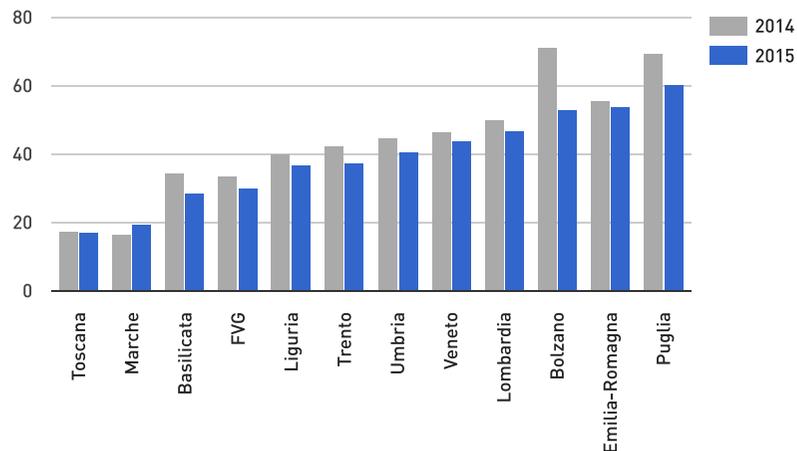




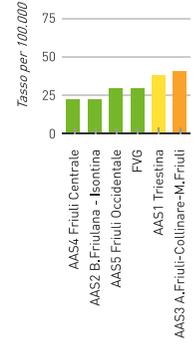
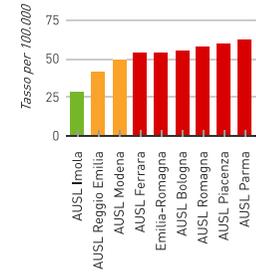
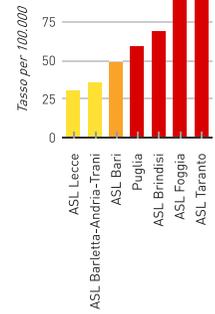
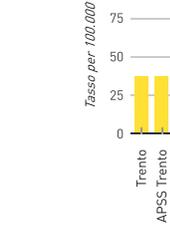
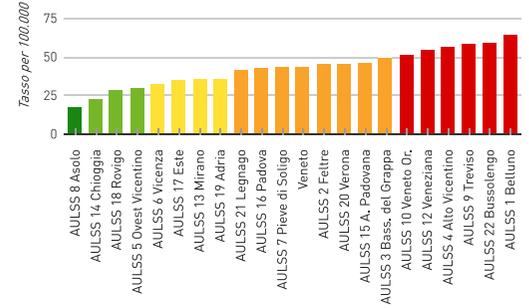
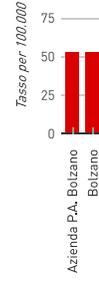
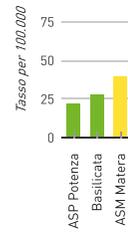
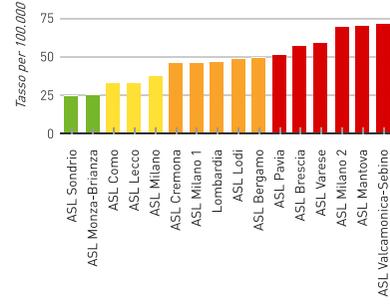
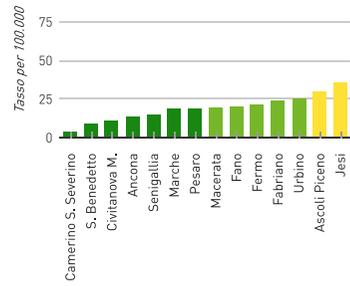
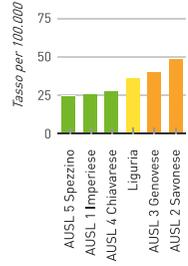
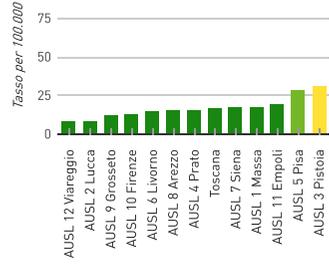
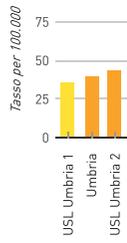
C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)

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

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



Definizione	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni
Numeratore	N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore	Popolazione residente 35-74 anni residente nella Ausl
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36.** e 39.5* in uno qualunque dei campi di procedura - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate
Fonte	Flusso SDO

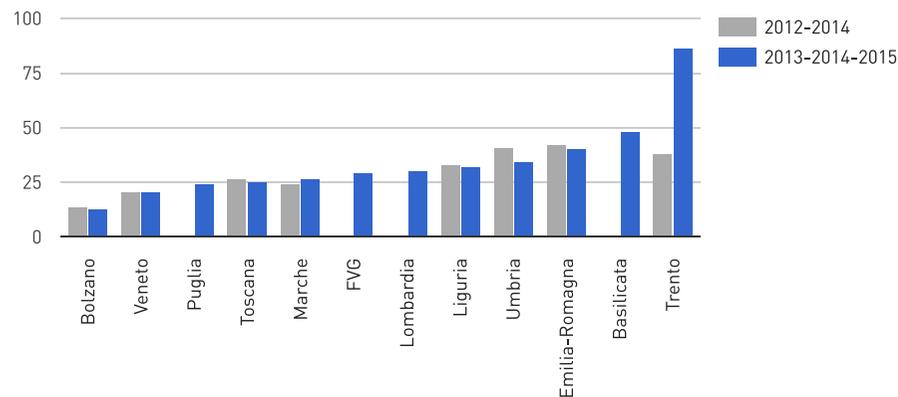




C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

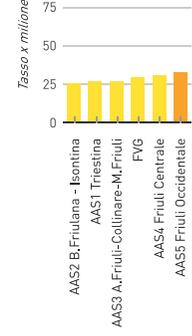
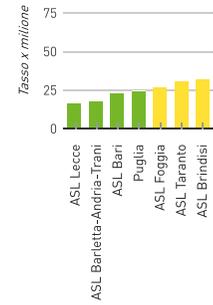
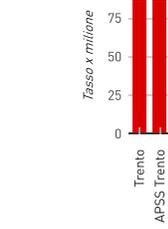
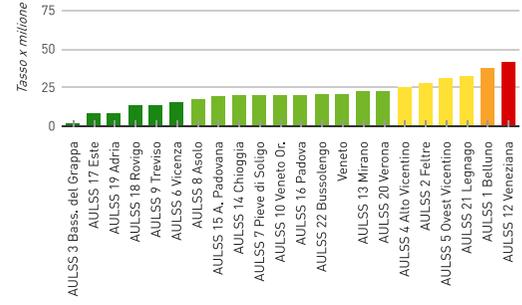
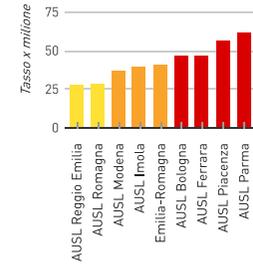
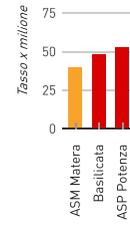
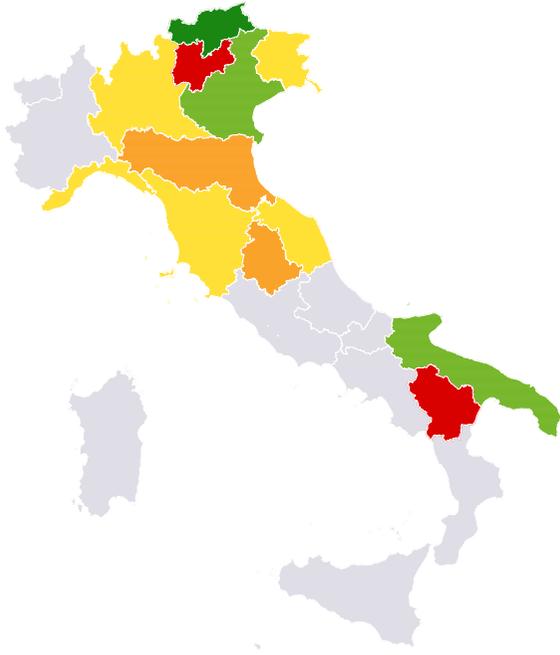
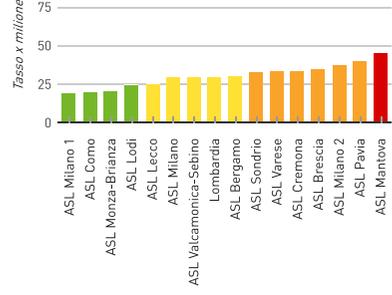
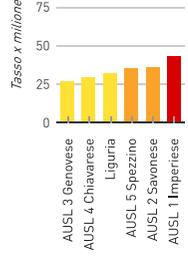
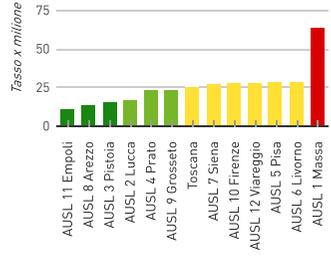
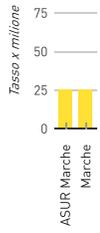
I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario per conseguenza un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori dovute alla patologia diabetica che, quando non identificate precocemente e trattate tempestivamente, possono rendere inevitabile l'amputazione dell'arto. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: una corretta cura del piede, l'integrazione tra i diversi professionisti coinvolti e le procedure di rivascolarizzazione possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di intervenire chirurgicamente [Faglia et al., 2009]. L'indicatore C11a.2.4 monitora il tasso di amputazioni nei pazienti diabetici, associando un giudizio positivo ad una sua riduzione, al fine di valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure.[Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016].

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



Definizione	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (triennale)
Numeratore	N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) x 1.000.000
Denominatore	N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2)
Note	<p>Codici ICD9-CM in procedura principale o nelle procedure secondarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -84.13 disarticolazione della caviglia -84.14 amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula -84.15 altra amputazione al di sotto del ginocchio -84.16 disarticolazione del ginocchio -84.17 amputazione al di sopra del ginocchio -84.18 disarticolazione dell'anca -84.19 amputazione addomino-pelvica. <p>Codifiche ICD9-CM in qualunque dei campi diagnosi:</p> <p>250.xx Diabete</p> <p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismi (diagnosi 895.xx, 896.xx, 897.xx in qualunque dei campi diagnosi) - DRG: 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 <p>Diagnosi principali o secondarie di 1707 Tumori maligni delle ossa lunghe dell'arto inferiore, 1708 Tumori maligni delle ossa corte dell'arto inferiore</p> <p>Trasferiti da altra struttura di ricovero per acuti</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricoveri in strutture private non accreditate

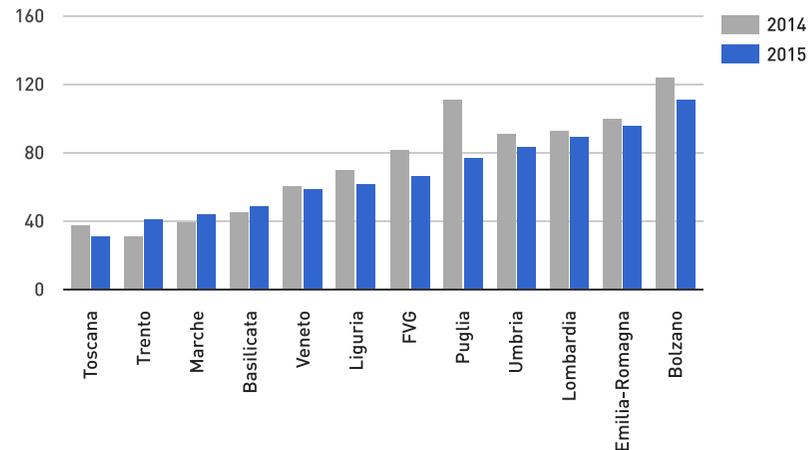
Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



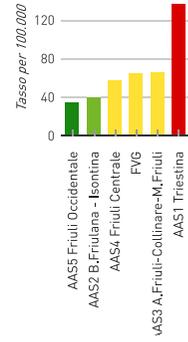
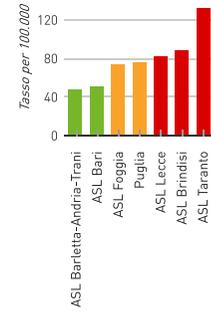
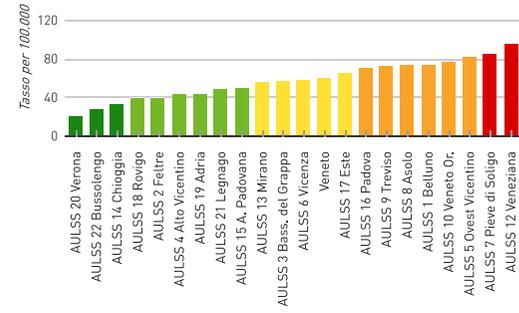
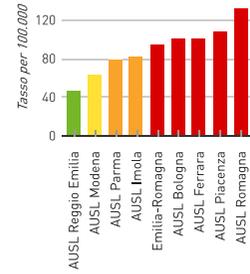
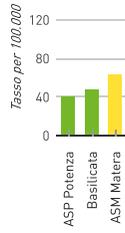
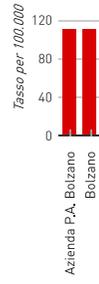
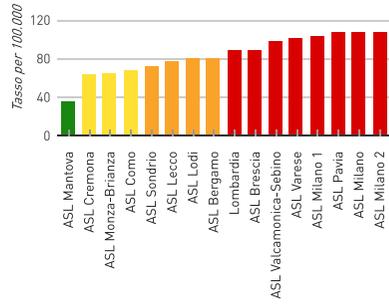
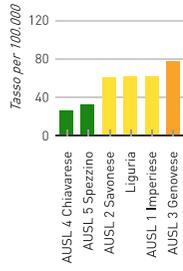
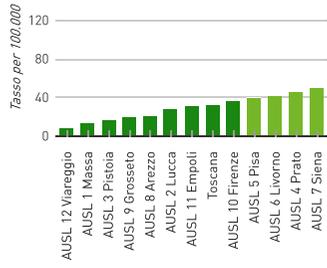
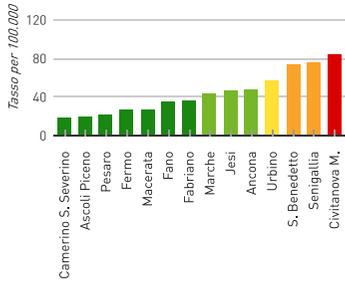


C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

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



Definizione	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni
Numeratore	N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
Note	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove 494*: Bronchiectasie Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i ricoveri in strutture private non accreditate
Fonte	Flusso SDO





C13a Appropriately Prescriptive Diagnostic

L'albero dell'indicatore "Appropriatezza diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni poichè, in tale fascia di età, l'utilizzo di RM muscoloscheletriche è ad alto rischio di inappropriately.

Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT. Per tale motivo sono stati ricalcolati anche i tassi 2012 utilizzando tale popolazione standard, così da permetterne il trend.

L'indicatore assume una valutazione pari a quella dell'indicatore C13a.2.2.1. Per il 2015, il mancato aggiornamento dei dati sulla mobilità inter-regionale ha reso non possibile il calcolo dell'indicatore C13a.2.2.2.

C13a Appropriately Prescriptive Diagnostic [di valutazione]

- C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13.2 Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni) [di valutazione]
- C13a.2.2.1.1 Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18 [di osservazione]
- C13a.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi [di valutazione]
- C13.2.2.4 Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriately, per 1000 residenti, std età e sesso [di osservazione]
- C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriately per 1.000 residenti [di osservazione]
- C13.2.2.6 Tasso di prestazioni di genetica a rischio di inappropriately, per 1000 residenti, std età e sesso [di osservazione]
- C13.2.2.9 Tasso di prestazioni di dermatologia e allergologia a rischio di inappropriately, per 1000 residenti, std età e sesso [di osservazione]

- Lombardia**
- ASL Bergamo ●
 - ASL Brescia ●
 - ASL Como ●
 - ASL Cremona ●
 - ASL Lecco ●
 - ASL Lodi ●
 - ASL Mantova ●
 - ASL Milano ●
 - ASL Milano 1 ●
 - ASL Milano 2 ●
 - ASL Monza-Brianza ●
 - ASL Pavia ●
 - ASL Sondrio ●
 - ASL Varese ●
 - ASL Valcamonica-Sebino ●

- Liguria**
- AUSL 1 Imperiese ●
 - AUSL 2 Savonese ●
 - AUSL 3 Genovese ●
 - AUSL 4 Chiavarese ●
 - AUSL 5 Spezzino ●

- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano ●
- Trento**
- APSS Trento ●

- Friuli Venezia Giulia**
- AAS1 Triestina ●
 - AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 - AAS3 A.Friuli,Collin.M.Friuli ●
 - AAS4 Friuli Centrale ●
 - AAS5 Friuli Occidentale ●

- Veneto**
- AULSS 1 Belluno ●
 - AULSS 2 Feltre ●
 - AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 - AULSS 4 Alto Vicentino ●
 - AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 - AULSS 6 Vicenza ●
 - AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 - AULSS 8 Asolo ●
 - AULSS 9 Treviso ●
 - AULSS 10 Veneto Or. ●
 - AULSS 12 Veneziana ●
 - AULSS 13 Mirano ●
 - AULSS 14 Chioggia ●
 - AULSS 15 A. Padovana ●
 - AULSS 16 Padova ●
 - AULSS 17 Este ●
 - AULSS 18 Rovigo ●
 - AULSS 19 Adria ●
 - AULSS 20 Verona ●
 - AULSS 21 Legnago ●
 - AULSS 22 Bussolengo ●

- Marche**
- Pesaro ●
 - Urbino ●
 - Fano ●
 - Senigallia ●
 - Jesi ●
 - Fabriano ●
 - Ancona ●
 - Civitanova M. ●
 - Macerata ●
 - Camerino S. Severino ●
 - Fermo ●
 - S. Benedetto ●
 - Ascoli Piceno ●

- Umbria**
- USL Umbria 1 ●
 - USL Umbria 2 ●

- Toscana**
- AUSL 1 Massa ●
 - AUSL 2 Lucca ●
 - AUSL 3 Pistoia ●
 - AUSL 4 Prato ●
 - AUSL 5 Pisa ●
 - AUSL 6 Livorno ●
 - AUSL 7 Siena ●
 - AUSL 8 Arezzo ●
 - AUSL 9 Grosseto ●
 - AUSL 10 Firenze ●
 - AUSL 11 Empoli ●
 - AUSL 12 Viareggio ●

- Basilicata**
- ASP Potenza ●
 - ASM Matera ●

- Puglia**
- ASL Brindisi ●
 - ASL Taranto ●
 - ASL Barletta-Andria-Trani ●
 - ASL Bari ●
 - ASL Foggia ●
 - ASL Lecce ●

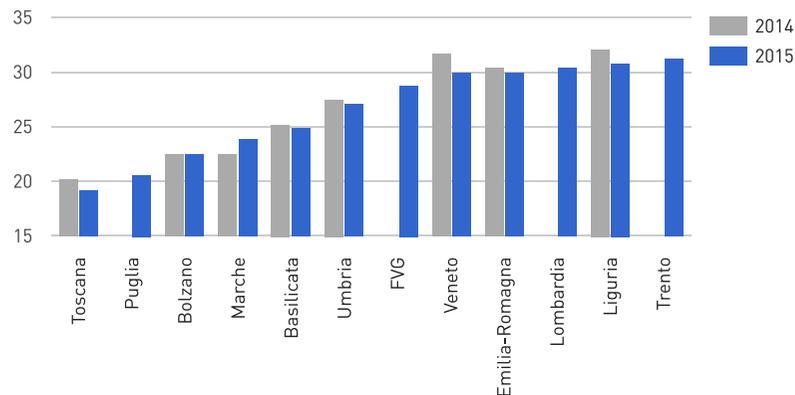
- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza ●
 - AUSL Parma ●
 - AUSL Reggio Emilia ●
 - AUSL Modena ●
 - AUSL Bologna ●
 - AUSL Imola ●
 - AUSL Ferrara ●
 - AUSL Romagna ●



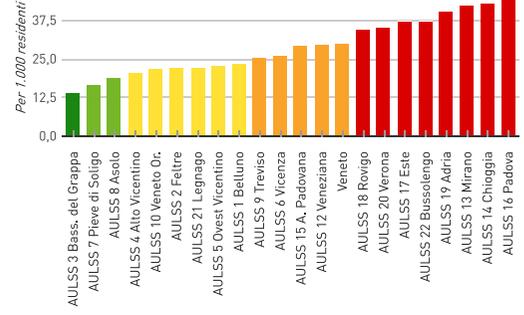
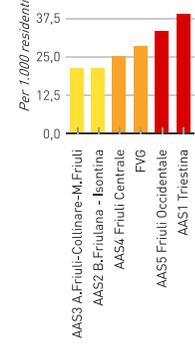
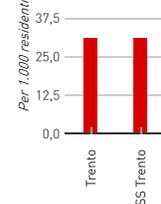
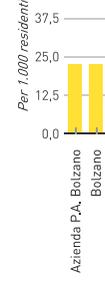
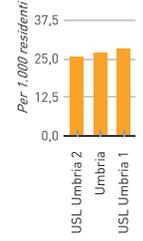
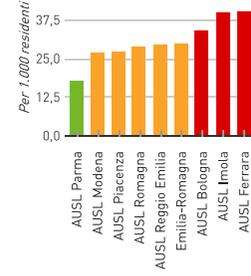
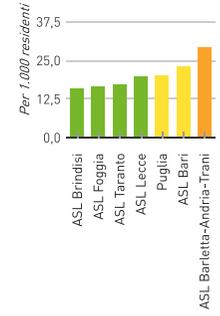
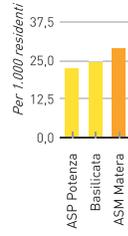
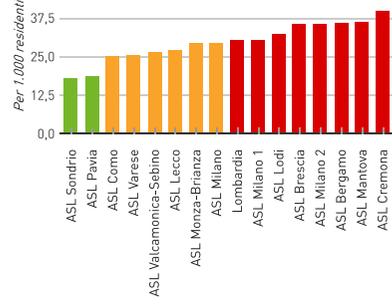
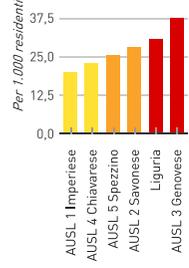
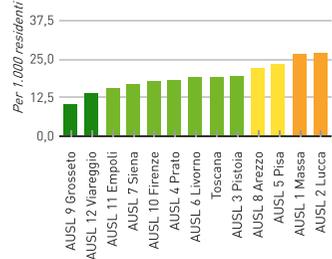
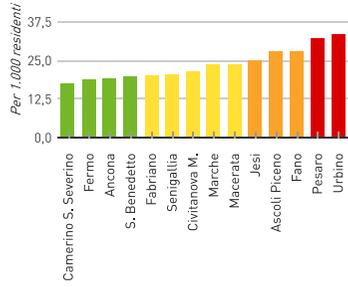


C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni costituisce un dettaglio dell'indicatore C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la RM muscolo scheletrica è usata per problemi di artrosi degenerativa, nonostante tale strumento non sia risolutivo e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. E' necessaria una maggiore sensibilizzazione sia dei prescrittori che dei cittadini sull'uso appropriato delle risorse, per evitare l'utilizzo di prestazioni, come questa, potenzialmente inappropriate.



Definizione	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
Numeratore	Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000
Denominatore	Popolazione >=65 anni
Note	Selezione sulle RM muscolo scheletriche Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
Fonte	Flusso regionale prestazioni ambulatoriali





C15 Salute mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l'elevata frequenza e i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente. A tal fine l'OMS ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale (Rapporto OsservaSalute, 2014).

Da quest'anno l'albero per la salute mentale è stato integrato con nuovi indicatori che misurano ambiti differenti delle attività di assistenza territoriale, in termini di appropriatezza ed efficacia del percorso assistenziale. L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C8a.13a, C8a.13.2, C8a.5

- **C15 Salute mentale** [di valutazione]
 - *C15.1a Attività territoriale* [di osservazione]
 - *C15.12 Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti* [di osservazione]
 - *C15.13 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti* [di osservazione]
 - *C15.14 Percentuale di prestazioni domiciliari* [di osservazione]
 - *C15.15 Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti* [di osservazione]
 - *C15.1b Attività ospedaliera* [di valutazione]
 - *C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni* [di valutazione]
 - *C8a.5.1 Tasso di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.2 Tasso di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.3 Tasso di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.4 Tasso di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.5 Tasso di ospedalizzazione per disturbi di personalita' per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.7 Tasso di ospedalizzazione per demenze per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.8 Tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5.6 Tasso di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.5b Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria per residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche* [di valutazione]
 - *C8a.13.2b Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria* [di osservazione]
 - *C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche* [di valutazione]
 - *C8a.13b Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria* [di osservazione]
 - *C15.8 Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche* [di osservazione]
 - *C15.16 Giornate consumate in reparti di psichiatria per residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C8a.6b Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni* [di osservazione]
 - *C15.1c Continuità assistenziale* [di osservazione]
 - *C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero* [di osservazione]
 - *C15.9.1 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SISM)* [di osservazione]
 - *C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)* [di osservazione]
 - *C15.1d Infanzia-adolescenza* [di osservazione]
 - *C8a.7 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni* [di osservazione]
 - *C15.11 Percentuale del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi* [di osservazione]

- Lombardia**
- Osp. Sacra Famiglia ●
 - Osp. Moriggia Pelascini ●
 - ASL Bergamo ●
 - ASL Brescia ●
 - ASL Como ●
 - ASL Cremona ●
 - ASL Lecco ●
 - ASL Lodi ●
 - ASL Mantova ●
 - ASL Milano ●
 - ASL Milano 1 ●
 - ASL Milano 2 ●
 - ASL Monza-Brianza ●
 - ASL Pavia ●
 - ASL Sondrio ●
 - ASL Varese ●
 - ASL Valcamonica-Sebino ●
 - Osp. S. Giuseppe - MI ●
 - Ist. Neurologico Besta ●
 - Pol. S. Matteo ●
 - Fond. Ca Granda ●
 - Ist. Scient. E. Medea ●
 - S. Raffaele - MI ●
 - Ist. Auxologico Ital. ●
 - Ist. Mondino - PV ●
 - A0 Fond. Macchi - VA ●
 - A0 M. Mellini - Chiari ●
 - A0 Desenzano del Garda ●
 - A0 Osp. Maggiore - Crema ●
 - A0 S. Anna- Como ●
 - A0 Lecco ●
 - A0 Bolognino - Seriate ●
 - A0 C. Poma ●
 - A0 L. Sacco - Mi ●
 - A0 I.C.P. - MI ●
 - A0 S. Paolo - MI ●
 - A0 Civile - Legn. ●
 - A0 Melegnano ●
 - A0 Desio-Vimercate ●
 - A0 S. Gerardo - Monza ●
 - A0 Prov. Lodi ●
 - A0 Prov. Pavia ●
 - Osp. Valduce ●

- Liguria**
- AUSL 1 Imperiese ●
 - AUSL 2 Savonese ●
 - AUSL 3 Genovese ●
 - AUSL 4 Chiavarese ●
 - AUSL 5 Spezzino ●
 - Osp. Galliera ●
 - IRCCS S. Martino ●
 - Fondazione Salvatore Maugeri ●
- Toscana**
- AUSL 1 Massa ●
 - AUSL 2 Lucca ●
 - AUSL 3 Pistoia ●
 - AUSL 4 Prato ●
 - AUSL 5 Pisa ●
 - AUSL 6 Livorno ●
 - AUSL 7 Siena ●
 - AUSL 8 Arezzo ●
 - AUSL 9 Grosseto ●
 - AUSL 10 Firenze ●
 - AUSL 11 Empoli ●
 - AUSL 12 Viareggio ●
 - AOU Pisana ●
 - AOU Senese ●
 - AOU Careggi ●

- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano ●
- Trento**
- APSS Trento ●

- Friuli Venezia Giulia**
- AAS1 Triestina ●
 - AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 - AAS3 A.Friuli.Collin.M.Friuli ●
 - AAS4 Friuli Centrale ●
 - AAS5 Friuli Occidentale ●
 - AOU Trieste ●
 - AOU Udine ●

- Marche**
- Pesaro ●
 - Urbino ●
 - Fano ●
 - Senigallia ●
 - Jesi ●
 - Fabriano ●
 - Ancona ●
 - Civitanova M. ●
 - Macerata ●
 - Camerino S. Severino ●
 - Fermo ●
 - S. Benedetto ●
 - Ascoli Piceno ●
 - A0 Osp. Riun. Marche Nord ●
 - AOU Osp. Riun. Ancona ●
 - INRCA Marche ●

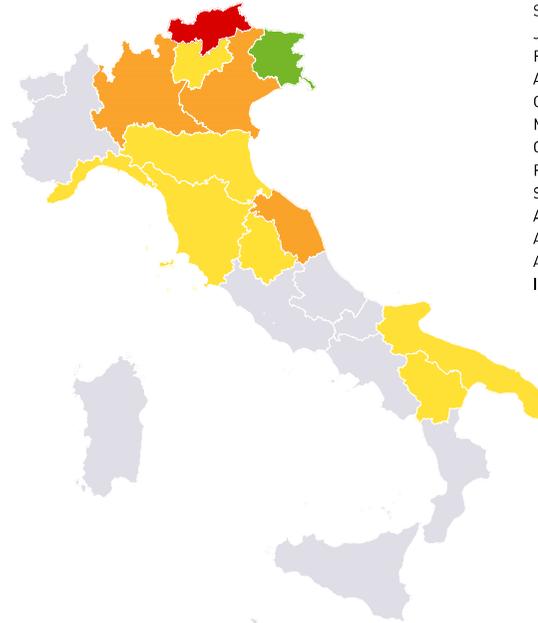
- Veneto**
- AULSS 1 Belluno ●
 - AULSS 2 Feltre ●
 - AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 - AULSS 4 Alto Vicentino ●
 - AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 - AULSS 6 Vicenza ●
 - AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 - AULSS 8 Asolo ●
 - AULSS 9 Treviso ●
 - AULSS 10 Veneto Or. ●
 - AULSS 12 Veneziana ●
 - AULSS 13 Mirano ●
 - AULSS 14 Chioggia ●
 - AULSS 15 A. Padovana ●
 - AULSS 16 Padova ●
 - AULSS 17 Este ●
 - AULSS 18 Rovigo ●
 - AULSS 19 Adria ●
 - AULSS 20 Verona ●
 - AULSS 21 Legnago ●
 - AULSS 22 Bussolengo ●
 - A0 Padova ●
 - AOU Verona ●

- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza ●
 - AUSL Parma ●
 - AUSL Reggio Emilia ●
 - AUSL Modena ●
 - AUSL Bologna ●
 - AUSL Imola ●
 - AUSL Ferrara ●
 - AUSL Romagna ●
 - AOU Parma ●
 - A0 Reggio Emilia ●
 - AOU Modena ●
 - AOU Bologna ●
 - AOU Ferrara ●

- Puglia**
- ASL Brindisi ●
 - ASL Taranto ●
 - ASL Barletta-Andria-Trani ●
 - ASL Bari ●
 - ASL Foggia ●
 - ASL Lecce ●
 - E.E. Casa Sollievo ●
 - AOU Pol. Bari ●
 - OO.RR. Foggia ●

- Basilicata**
- ASP Potenza ●
 - ASM Matera ●

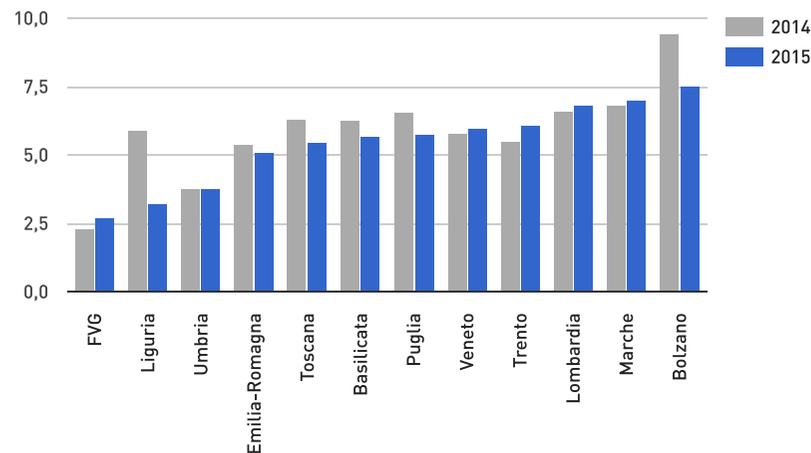
- Umbria**
- USL Umbria 1 ●
 - USL Umbria 2 ●
 - A0 Perugia ●
 - A0 Terni ●





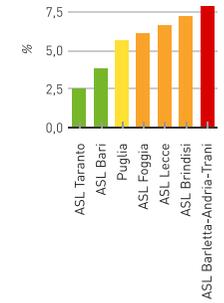
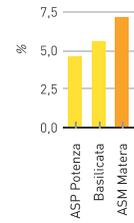
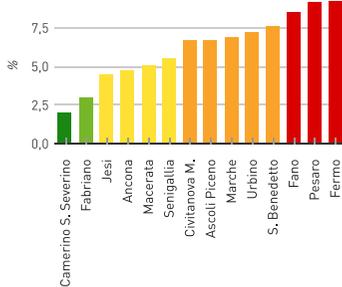
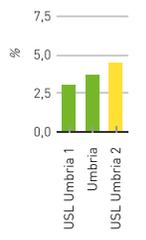
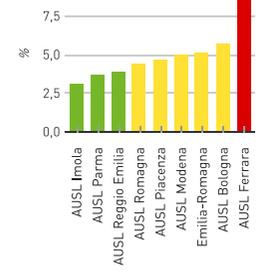
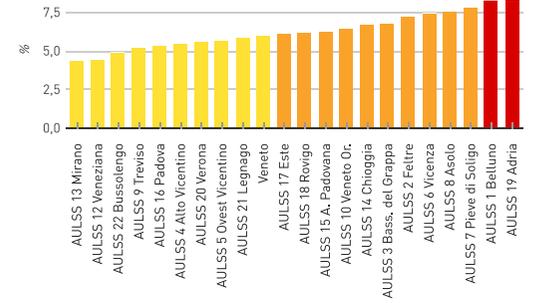
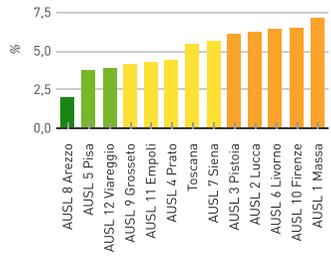
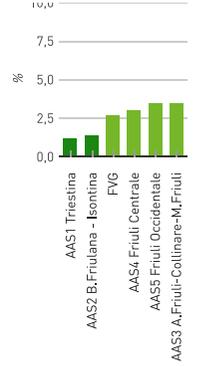
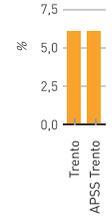
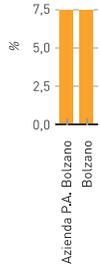
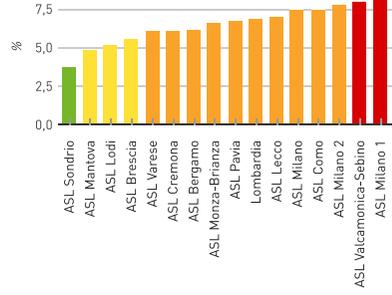
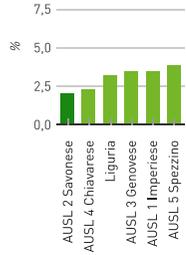
C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.



Definizione	Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni
Numeratore	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic) x100
Denominatore	N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx</p> <p>Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; • con codice fiscale anonimo; • dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto. <p>A numeratore si considera ripetuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni; • il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata. <p>Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria. Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata. Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p>

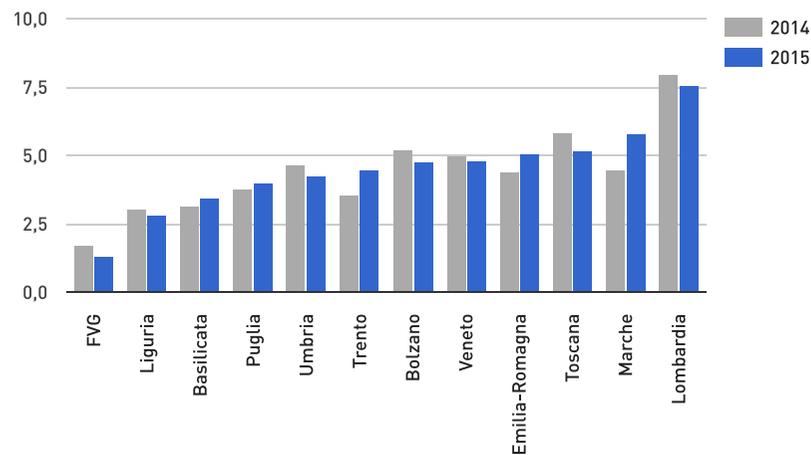
Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





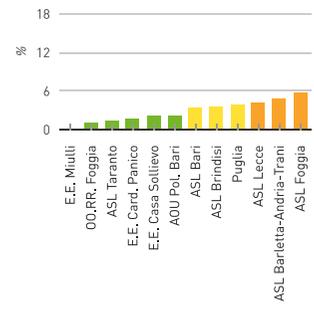
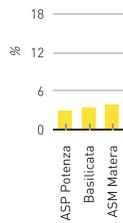
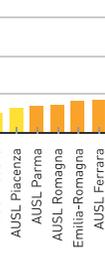
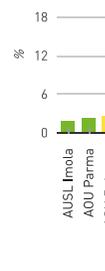
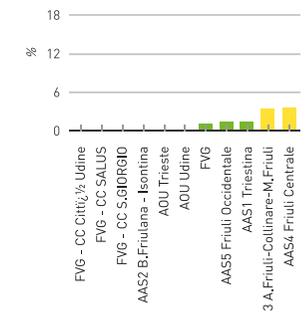
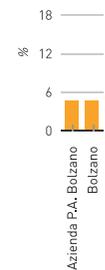
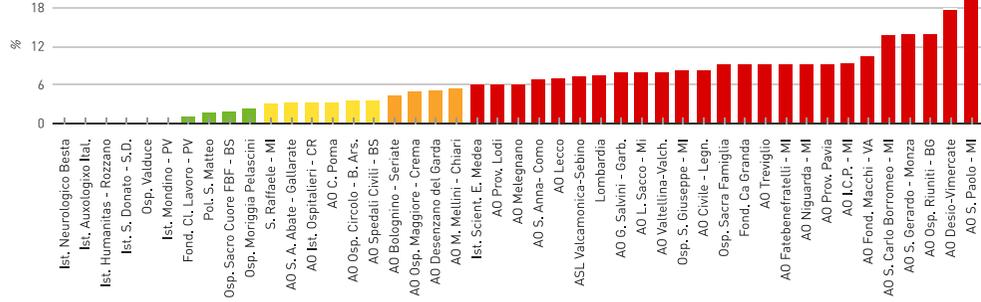
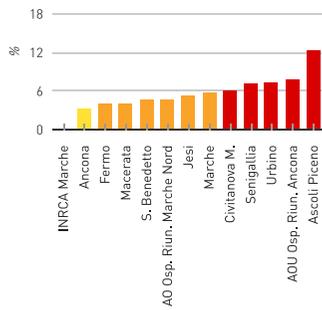
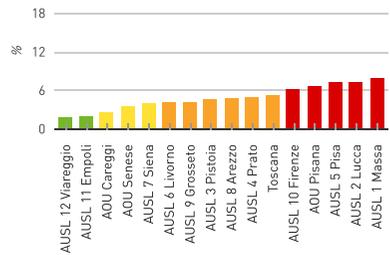
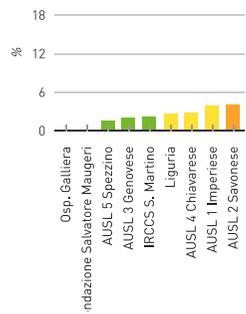
C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera delle casistiche di salute mentale. In questi casi la responsabilità di tale ricovero ripetuto è da attribuirsi quindi al soggetto erogatore.



Definizione	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche
Numeratore	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni x 100
Denominatore	N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto. Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx.</p> <p>Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; • con codice fiscale anonimo; • dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto. <p>Non generano ricoveri ripetuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri con modalità di dimissione volontaria; • i ricoveri con modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo. <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 7 giorni ed erogato da una qualsiasi struttura pubblica, privata accreditata o non accreditata. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 7 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p>

Fonte Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



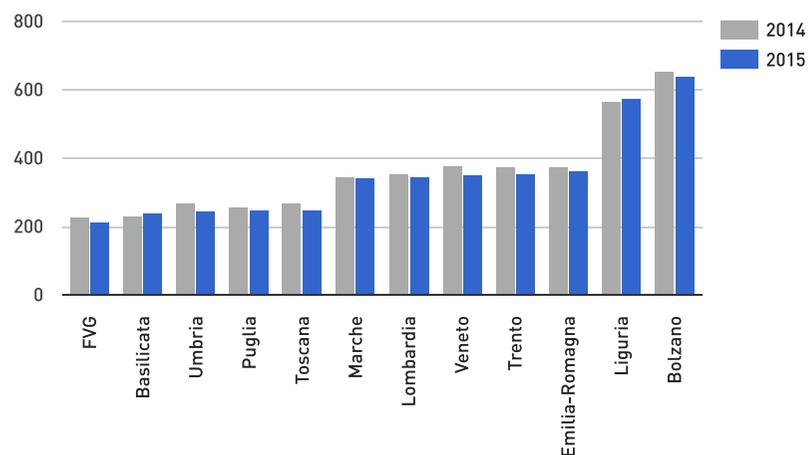


C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Il tasso di ricovero per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia.

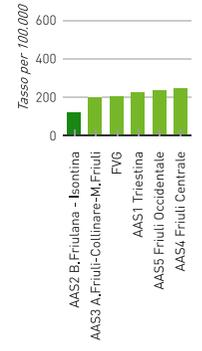
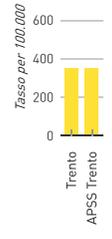
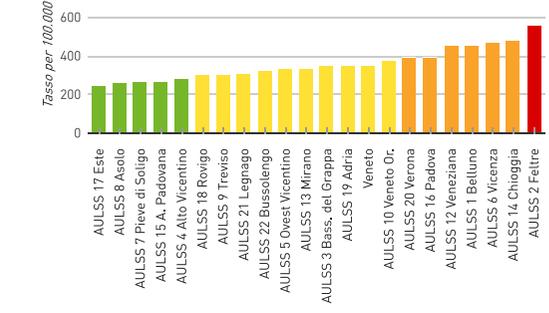
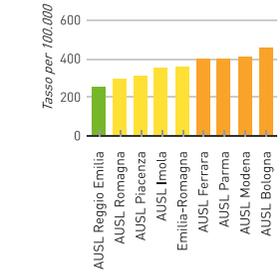
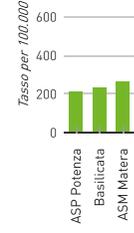
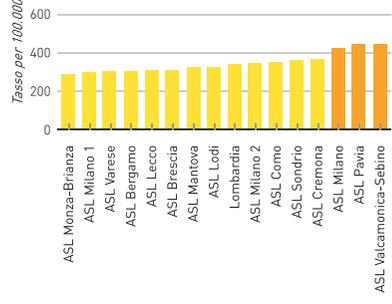
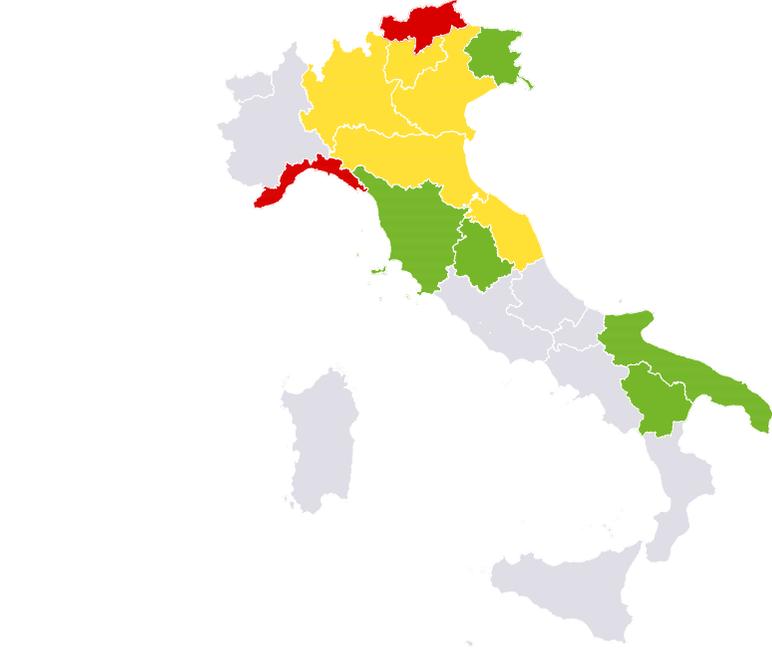
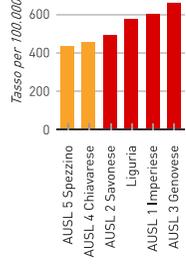
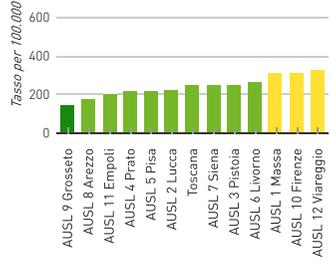
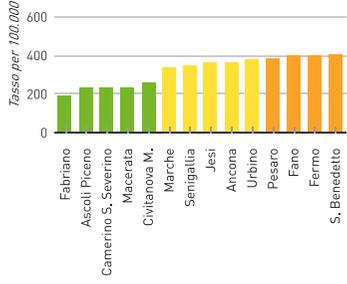
L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



Definizione	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore	N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti maggiorenni x 100.000
Denominatore	Popolazione residente maggiorenne
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi.</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p><i>Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx.</i></p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; • i ricoveri erogati da strutture private non accreditate

Fonte Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





C16 Percorso Emergenza-Urgenza

Negli ultimi anni si è osservata un'evoluzione dei bisogni di salute dei cittadini che, sempre più spesso, cercano presso il servizio pubblico una risposta tempestiva alla propria condizione di urgenza. Il percorso assistenziale che è stato maggiormente investito da questo fenomeno è quello dell'emergenza-urgenza che, nel tempo, si è trovato a svolgere il ruolo di "porta di ingresso" al sistema di cure ospedaliere per i pazienti urgenti, che dovevano essere garantite tempestivamente, e nell'ambito di una sempre maggiore appropriatezza dei ricoveri. L'indicatore C16, inserito nel sistema già dal 2011 con l'etichetta "Pronto Soccorso", da quest'anno fornisce una valutazione più ampia sul "Percorso Emergenza-Urgenza".

Da una parte, gli indicatori C16.1, C16.2, C16.3 e C16.4 forniscono una valutazione sulle attività del Pronto Soccorso: tempi di attesa dei pazienti, tempi di permanenza per alcuni codici colore e capacità di filtro del Pronto Soccorso verso i ricoveri.

Dall'altra parte, l'indicatore fornisce una misura di alcuni aspetti del sistema 118, in particolare con l'inserimento del nuovo indicatore C16.11 si monitora la tempestività tra la ricezione della chiamata e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.11

C16 Percorso Emergenza-Urgenza [di valutazione]

- C16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti [di valutazione]
- C16.2 % accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora [di valutazione]
- C16.3 % accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore [di valutazione]
- C16.4 % accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore [di valutazione]
- C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso [di valutazione]

Lombardia

Osp. Sacra Famiglia ●
 Osp. Moriggia Pelascini ●
 ASL Valcamonica-Sebino ●
 Osp. S. Giuseppe - MI ●
 Pol. S. Matteo ●
 Fond. Ca Granda ●
 S. Raffaele - MI ●
 Ist. Auxologix Ital. ●
 AO Fond. Macchi - VA ●
 AO M. Mellini - Chiari ●
 AO Desenzano del Garda ●
 AO Osp. Maggiore - Crema ●
 AO S. Anna- Como ●
 AO Lecco ●
 AO Bolognino - Seriate ●
 AO C. Poma ●
 AO L. Sacco - Mi ●
 AO I.C.P. - MI ●
 AO S. Paolo - MI ●
 AO G. Pini - MI ●
 AO Civile - Legn. ●
 AO Melegnano ●
 AO Desio-Vimercate ●
 AO S. Gerardo - Monza ●
 AO Prov. Lodi ●
 AO Prov. Pavia ●
 Osp. Valduce ●

Toscana

AUSL 1 Massa ●
 AUSL 2 Lucca ●
 AUSL 3 Pistoia ●
 AUSL 4 Prato ●
 AUSL 5 Pisa ●
 AUSL 6 Livorno ●
 AUSL 7 Siena ●
 AUSL 8 Arezzo ●
 AUSL 9 Grosseto ●
 AUSL 10 Firenze ●
 AUSL 11 Empoli ●
 AUSL 12 Viareggio ●
 AOU Pisana ●
 AOU Senese ●
 AOU Careggi ●
 Meyer ●

Bolzano

Azienda P.A. Bolzano ●

Trento

APSS Trento ●

Friuli Venezia Giulia

AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 AAS3 A.Friuli.Collin.M.Friuli ●
 AAS5 Friuli Occidentale ●
 IRCCS Burlo Gar. ●
 AOU Trieste ●
 AOU Udine ●

Veneto

AULSS 1 Belluno ●
 AULSS 2 Feltre ●
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 AULSS 4 Alto Vicentino ●
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 AULSS 6 Vicenza ●
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 AULSS 8 Asolo ●
 AULSS 9 Treviso ●
 AULSS 10 Veneto Or. ●
 AULSS 12 Veneziana ●
 AULSS 13 Mirano ●
 AULSS 14 Chioggia ●
 AULSS 15 A. Padovana ●
 AULSS 16 Padova ●
 AULSS 17 Este ●
 AULSS 18 Rovigo ●
 AULSS 19 Adria ●
 AULSS 20 Verona ●
 AULSS 21 Legnago ●
 AULSS 22 Bussolengo ●
 AO Padova ●
 AOU Verona ●

Emilia-Romagna

AUSL Piacenza ●
 AUSL Parma ●
 AUSL Reggio Emilia ●
 AUSL Modena ●
 AUSL Bologna ●
 AUSL Imola ●
 AUSL Ferrara ●
 AUSL Romagna ●
 AOU Parma ●
 AO Reggio Emilia ●
 AOU Modena ●
 AOU Bologna ●
 AOU Ferrara ●
 IRCCS Rizzoli ●

Marche

Urbino ●
 Fano ●
 Senigallia ●
 Jesi ●
 Fabriano ●
 Ancona ●
 Civitanova M. ●
 Macerata ●
 Camerino S. Severino ●
 Fermo ●
 S. Benedetto ●
 Ascoli Piceno ●
 AO Osp. Riun. Marche Nord ●
 AOU Osp. Riun. Ancona ●

Liguria

AUSL 1 Imperiese ●
 AUSL 2 Savonese ●
 AUSL 3 Genovese ●
 AUSL 4 Chiavarese ●
 AUSL 5 Spezzino ●
 Osp. Galliera ●
 Osp. Evangelico ●
 IRCCS S. Martino ●
 Ist. Gaslini ●

Basilicata

ASP Potenza ●
 ASM Matera ●
 AO S. Carlo ●

Umbria

USL Umbria 1 ●
 USL Umbria 2 ●
 AO Perugia ●
 AO Terni ●

Puglia

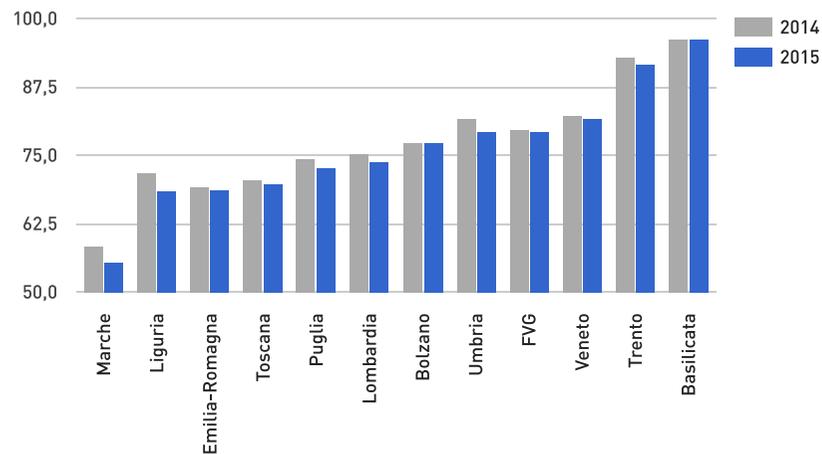
ASL Brindisi ●
 ASL Taranto ●
 ASL Barletta-Andria-Trani ●
 ASL Bari ●
 ASL Foggia ●
 ASL Lecce ●
 E.E. Casa Sollievo ●
 AOU Pol. Bari ●
 OO.RR. Foggia ●



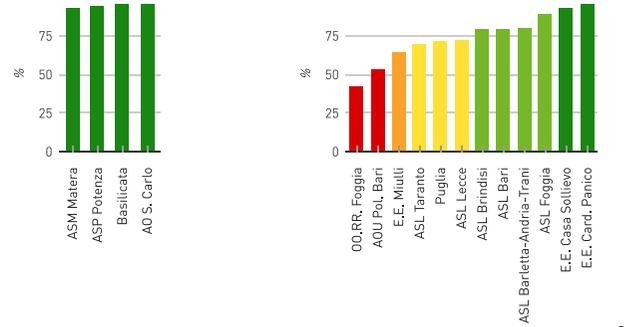
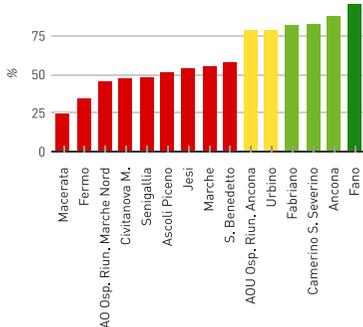
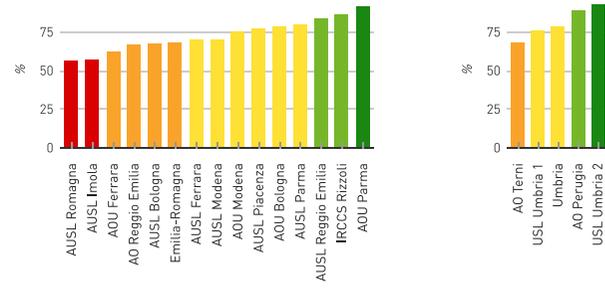
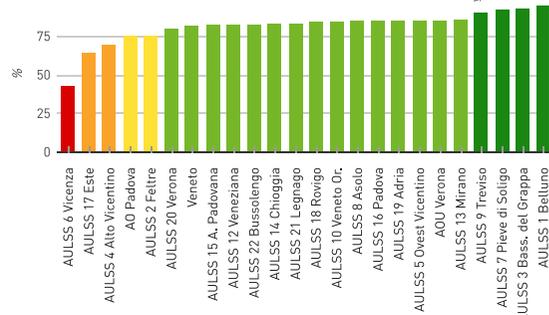
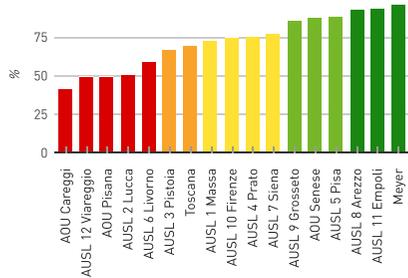
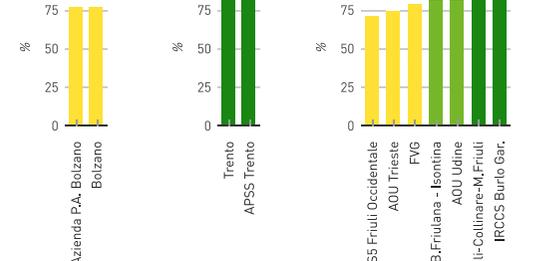
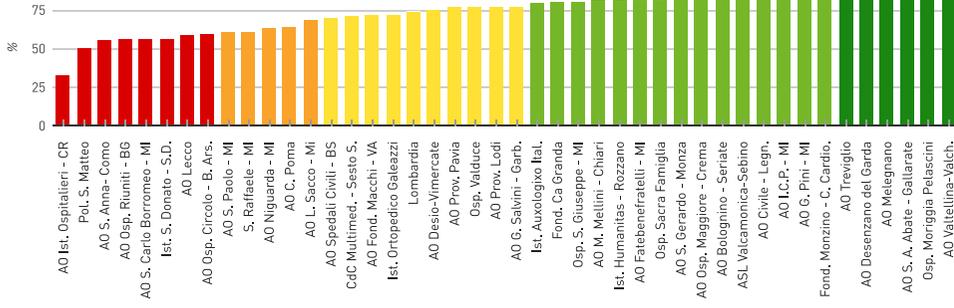
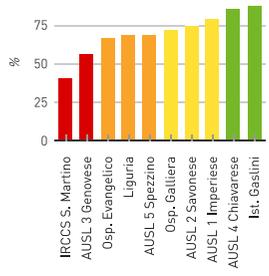


C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

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



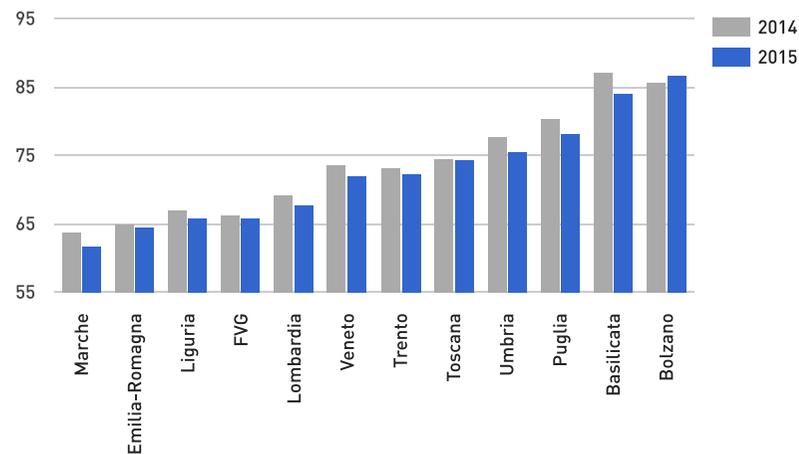
Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
Numeratore	N. accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
Denominatore	N. accessi in PS con codice giallo
Note	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



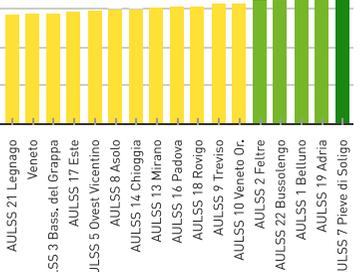
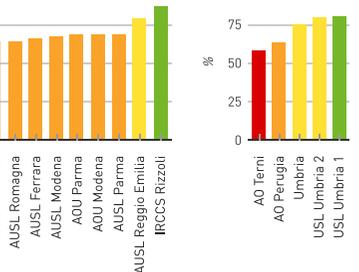
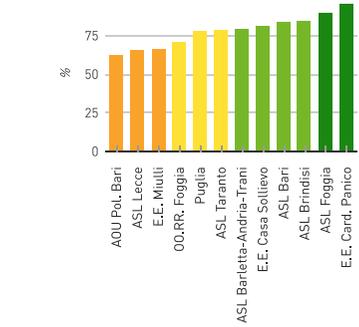
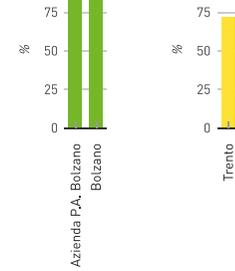
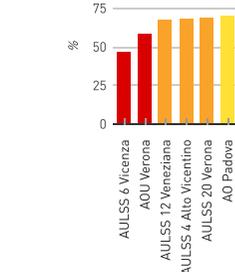
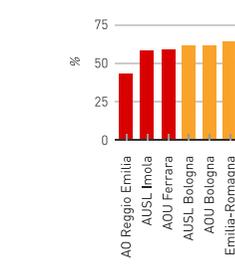
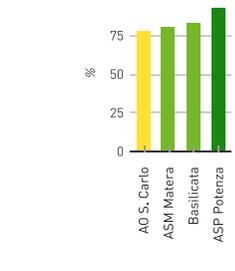
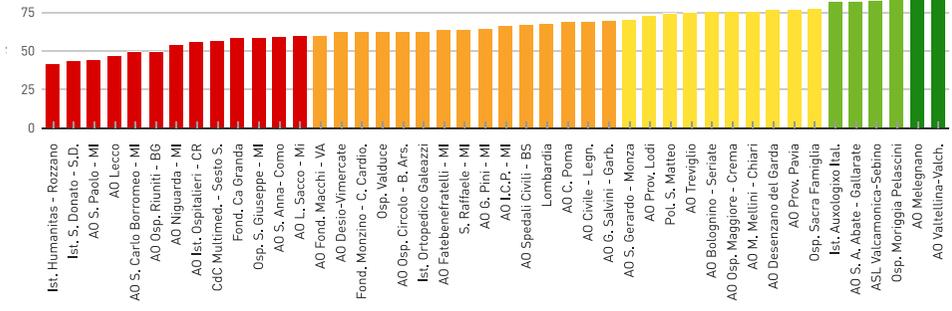
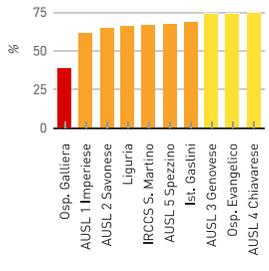
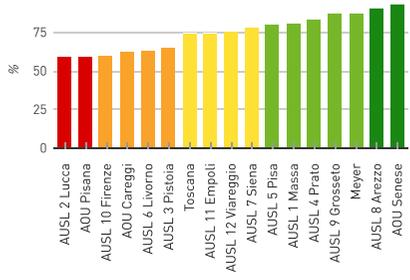
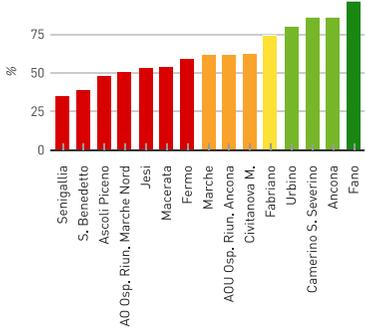


C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi l'efficacia del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in altri setting assistenziali, ma che preferiscono rivolgersi al Pronto Soccorso in quanto punto di riferimento disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e da cui è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti. Questi pazienti costituiscono da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra cui spesso si registrano elevati livelli di insoddisfazione, connessi proprio ai tempi di attesa.



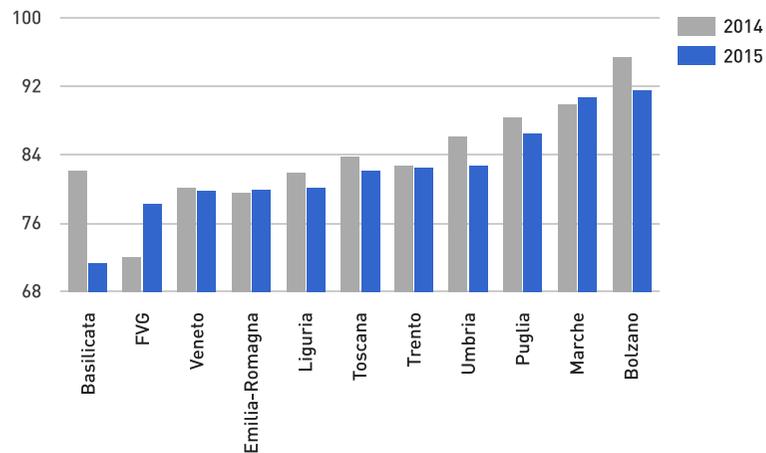
Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora
Numeratore	N. accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100
Denominatore	N. accessi in PS con codice verde
Note	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso





C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

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

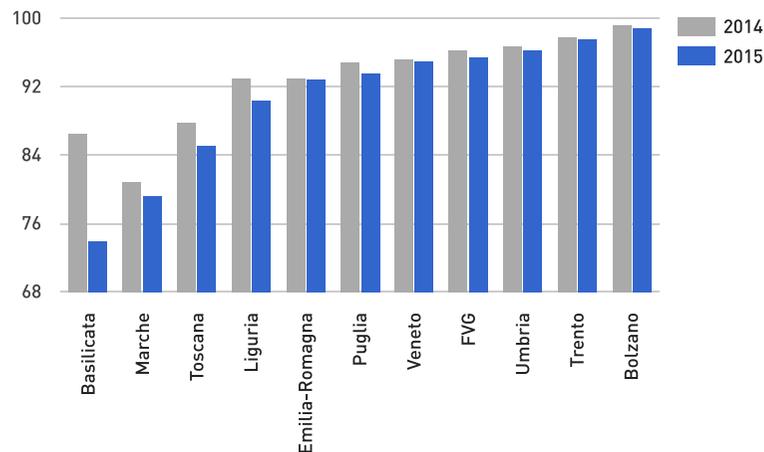


Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
Numeratore	N. accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
Denominatore	N. totale accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore
Note	Si considera il colore triage verde(colore in entrata). Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 1 "dimissione a domicilio" e 8 "dimissione a strutture ambulatoriali" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso

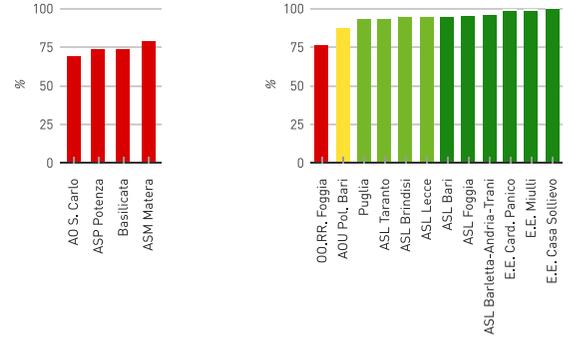
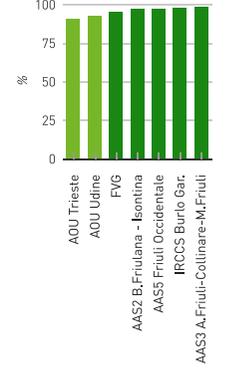
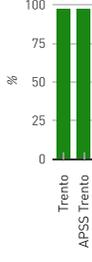
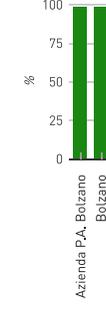
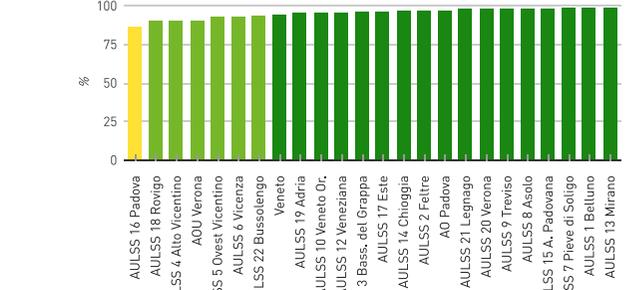
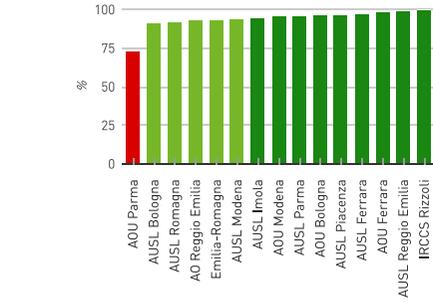
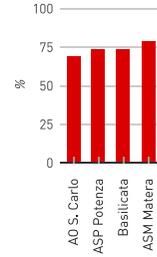
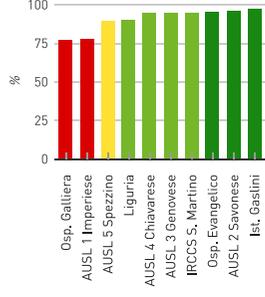
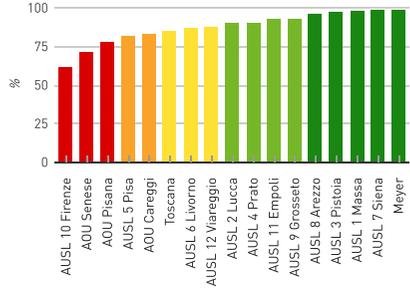
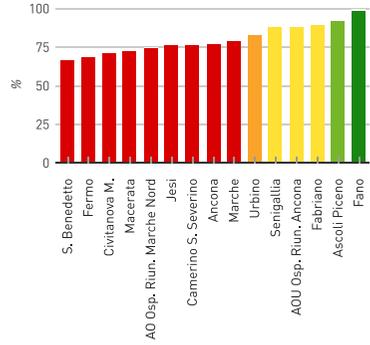


C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

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



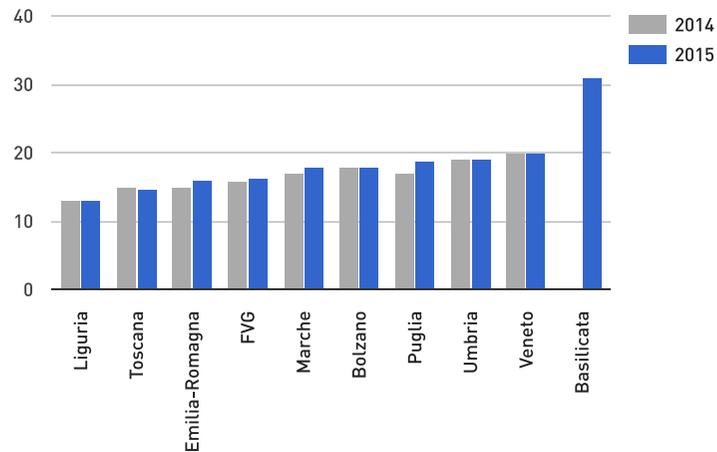
Definizione	Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Numeratore	N. accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Denominatore	N. Totale accessi inviati al ricovero
Note	Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 2 "ricovero in reparto di degenza" e 3 "trasferimento ad altro istituto" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



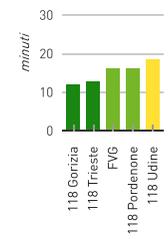
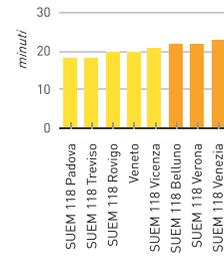
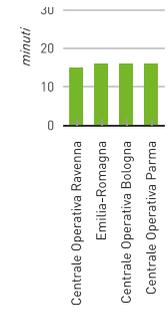
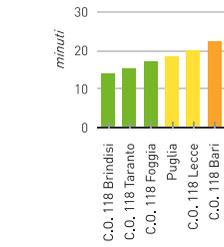
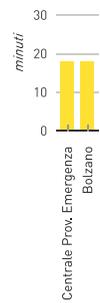
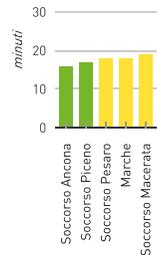
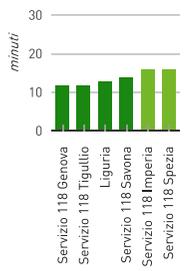
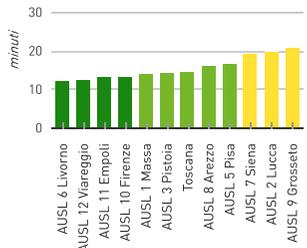
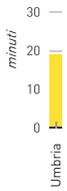


C16.11 Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso

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



Definizione	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso
Numeratore	
Denominatore	
Note	L' indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Sono escluse anche le missioni di elisoccorso.
Fonte	Flusso Sistema 118





C21 Compliance assistenza farmaceutica

Il completo beneficio (e la relativa sicurezza) della maggioranza dei farmaci dipende sostanzialmente dal comportamento del paziente nel seguire il regime terapeutico prescritto in maniera corretta. Quindi, il termine "aderenza" si riferisce ad una sorta di "alleanza terapeutica" fra paziente e medico che condividono un piano di trattamento terapeutico con una proiezione spesso a lungo termine. La stretta aderenza al regime di cura conferisce una migliore prognosi ed è certamente indice di una migliore qualità della vita, senza considerare che un'alta percentuale di tutte le ammissioni in ospedale di soggetti adulti è dovuta alla scarsa aderenza alle prescrizioni, con un costo annesso complessivamente alto ed evitabile ogni anno. L'indicatore C21 rappresenta la sintesi del continuo monitoraggio dell'aderenza terapeutica sul territorio regionale.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei sotto-indicatori C9.2 (70%) e C9.9.1.1 (30%)

C21 Compliance assistenza farmaceutica [di valutazione]

- C21.2.1 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione [di osservazione]
- C21.2.2 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione [di osservazione]
- C21.2.3 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione [di osservazione]
- C21.3.1 % di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia con beta-bloccanti [di osservazione]
- C21.3.2 % di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani [di osservazione]
- C21.3.3 % di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine [di osservazione]
- C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolepizzanti) [di valutazione]
- C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi [di valutazione]

- Lombardia**
- ASL Bergamo ●
 - ASL Brescia ●
 - ASL Como ●
 - ASL Cremona ●
 - ASL Lecco ●
 - ASL Lodi ●
 - ASL Mantova ●
 - ASL Milano ●
 - ASL Milano 1 ●
 - ASL Milano 2 ●
 - ASL Monza-Brianza ●
 - ASL Pavia ●
 - ASL Sondrio ●
 - ASL Varese ●
 - ASL Valcamonica-Sebino ●

- Liguria**
- AUSL 1 Imperiese ●
 - AUSL 2 Savonese ●
 - AUSL 3 Genovese ●
 - AUSL 4 Chiavarese ●
 - AUSL 5 Spezzino ●

- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano ●
- Trento**
- APSS Trento ●

- Friuli Venezia Giulia**
- AAS1 Triestina ●
 - AAS2 B.Friulana - Isontina ●
 - AAS3 A.Friuli, Collin, M.Friuli ●
 - AAS4 Friuli Centrale ●
 - AAS5 Friuli Occidentale ●

- Veneto**
- AULSS 1 Belluno ●
 - AULSS 2 Feltre ●
 - AULSS 3 Bass. del Grappa ●
 - AULSS 4 Alto Vicentino ●
 - AULSS 5 Ovest Vicentino ●
 - AULSS 6 Vicenza ●
 - AULSS 7 Pieve di Soligo ●
 - AULSS 8 Asolo ●
 - AULSS 9 Treviso ●
 - AULSS 10 Veneto Or. ●
 - AULSS 12 Veneziana ●
 - AULSS 13 Mirano ●
 - AULSS 14 Chioggia ●
 - AULSS 15 A. Padovana ●
 - AULSS 16 Padova ●
 - AULSS 17 Este ●
 - AULSS 18 Rovigo ●
 - AULSS 19 Adria ●
 - AULSS 20 Verona ●
 - AULSS 21 Legnago ●
 - AULSS 22 Bussolengo ●

- Marche**
- Pesaro ●
 - Urbino ●
 - Fano ●
 - Senigallia ●
 - Jesi ●
 - Fabriano ●
 - Ancona ●
 - Civitanova M. ●
 - Macerata ●
 - Camerino S. Severino ●
 - Fermo ●
 - S. Benedetto ●
 - Ascoli Piceno ●

- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza ●
 - AUSL Parma ●
 - AUSL Reggio Emilia ●
 - AUSL Modena ●
 - AUSL Bologna ●
 - AUSL Imola ●
 - AUSL Ferrara ●
 - AUSL Romagna ●

- Toscana**
- AUSL 1 Massa ●
 - AUSL 2 Lucca ●
 - AUSL 3 Pistoia ●
 - AUSL 4 Prato ●
 - AUSL 5 Pisa ●
 - AUSL 6 Livorno ●
 - AUSL 7 Siena ●
 - AUSL 8 Arezzo ●
 - AUSL 9 Grosseto ●
 - AUSL 10 Firenze ●
 - AUSL 11 Empoli ●
 - AUSL 12 Viareggio ●

- Puglia**
- ASL Brindisi ●
 - ASL Taranto ●
 - ASL Barletta-Andria-Trani ●
 - ASL Bari ●
 - ASL Foggia ●
 - ASL Lecce ●

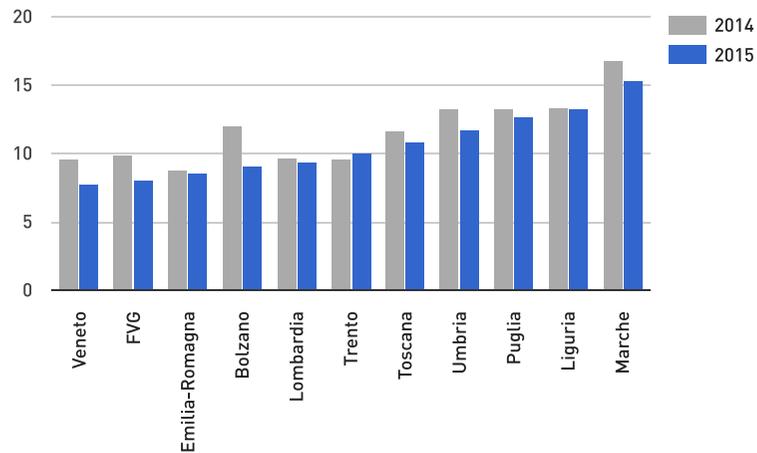
- Umbria**
- USL Umbria 1 ●
 - USL Umbria 2 ●



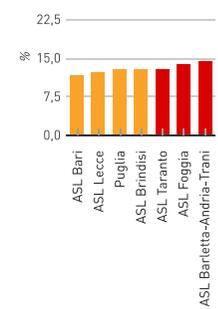
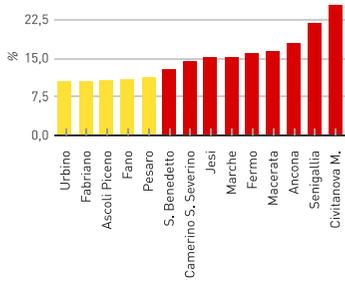
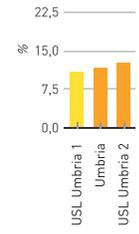
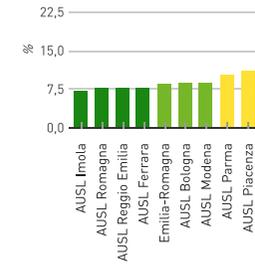
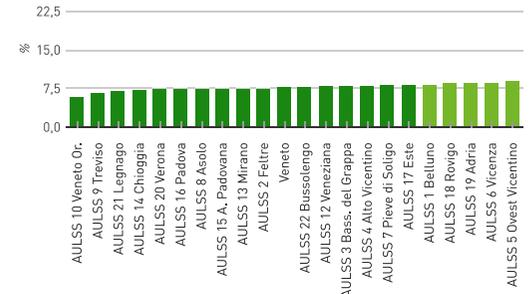
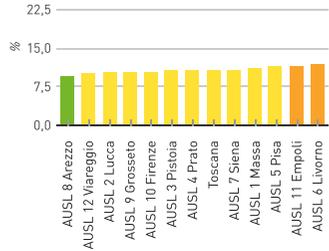
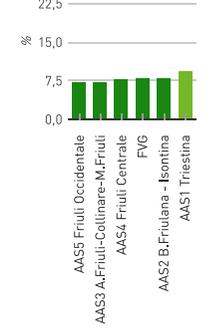
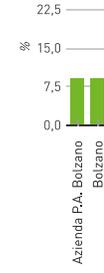
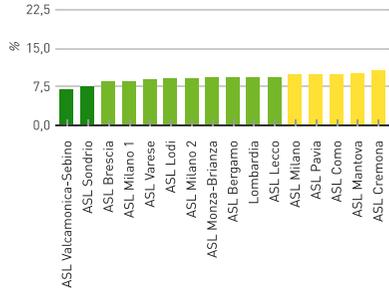
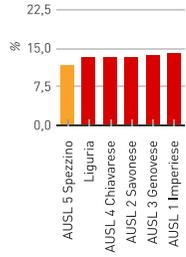


C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

La terapia con statine 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. Le statine sono tra i farmaci che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica.



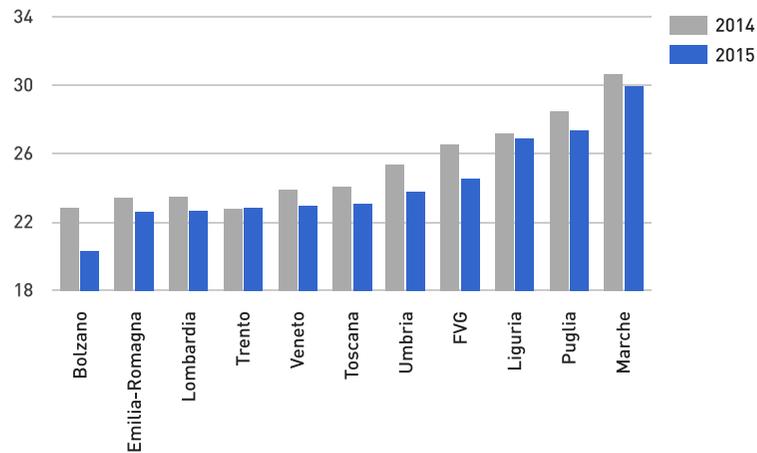
Definizione	% di pazienti non aderenti alla terapia ipolipemizzante con statine
Numeratore	N. pazienti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x 100
Denominatore	N. pazienti che consumano statine
Note	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. E' escluso il consumo privato. E' inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



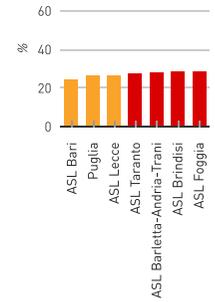
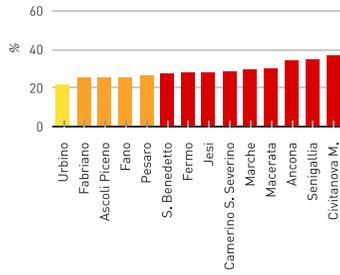
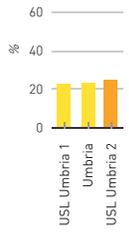
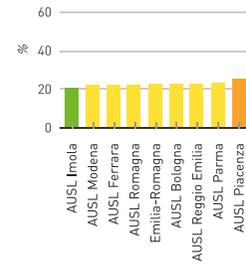
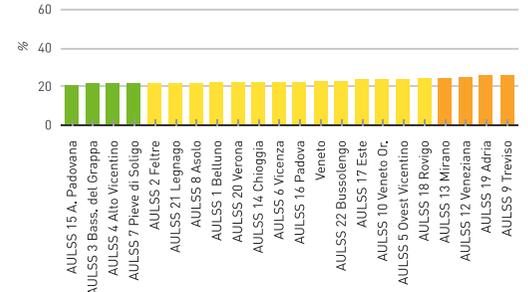
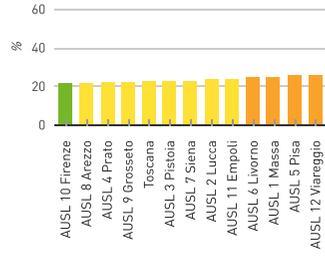
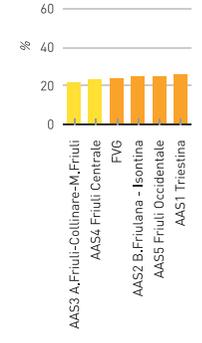
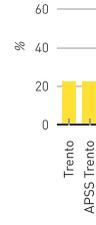
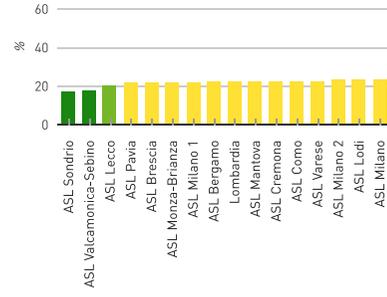
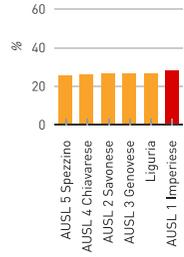


C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

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.



Definizione	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
Numeratore	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100
Denominatore	N. utenti che consumano antidepressivi
Note	L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (Inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi). È inclusa l'erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica

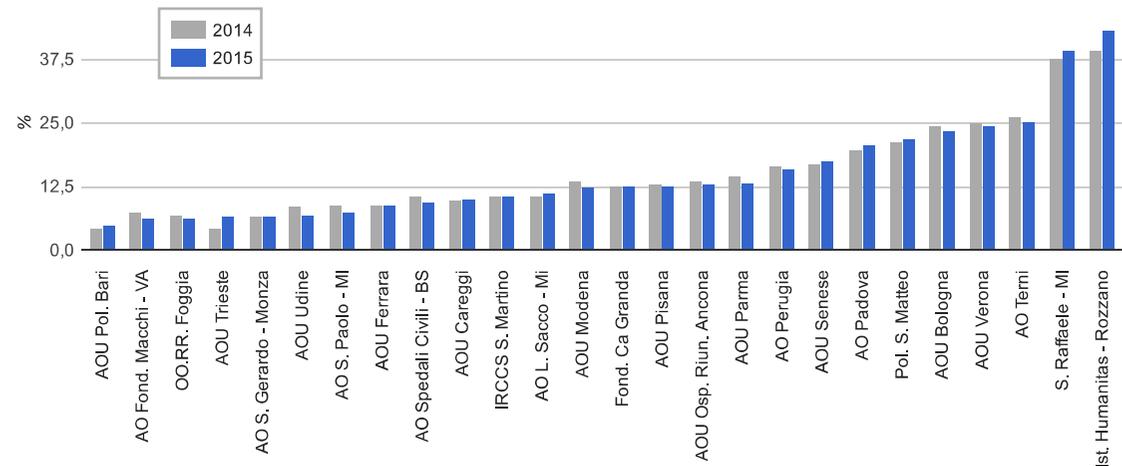
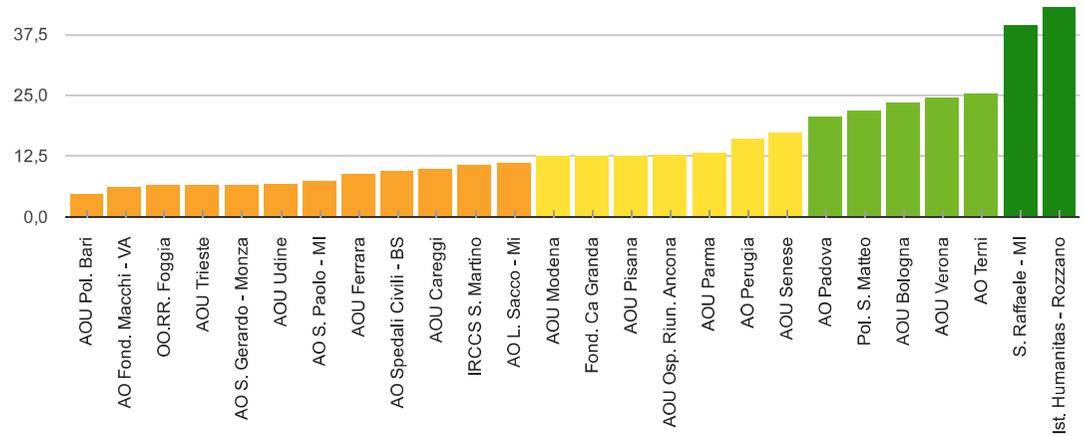


C30 Indicatori generali AOU

Gli Indicatori Generali AOU si propongono di monitorare alcuni aspetti dell'attività erogata non specificatamente legata ad un ambito specialistico. Sono stati ad oggi individuati alcuni indicatori relativi alla capacità di attrarre pazienti da fuori Regione, considerata un riconoscimento a livello nazionale della qualità dei servizi offerti. Le attrazioni sono monitorate (sia in termini di volumi assoluti che in termini percentuali rispetto all'erogato) per l'attività complessiva e, separatamente, per due tipologie di casistica: media e alta complessità. Viene valutata in particolare la capacità di attrarre pazienti da fuori Regione per quest'ultima tipologia di casistica, attraverso l'indicatore che monitora la percentuale di attrazioni sul totale erogato per attività di alta complessità.

C30.3.2.2 % attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

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



Definizione	% attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità
Denominatore	Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG: 1, 2, 3, 7, 49, 75, 76, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 146, 147, 149, 156, 191, 192, 193, 286, 292 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 293 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 302, 303, 304, 353, 357, 386, 387, 401, 403, 405, 406, 442, 471, 473, 480, 481 in associazione ai codici intervento principali o secondari 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08, 484, 485, 486, 488, 491, 495, 496, 497, 498, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 512, 513, 515, 519, 520, 525, 528, 529, 530, 531, 532, 535, 536, 539, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 565, 569, 570, 573, 575, 578. Le selezioni, ad eccezione delle associazioni dei DRG 292 e 293, fanno riferimento alla casistica definita di «Alta complessità» nel documento «Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività dell'anno 2012». Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi). Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Alta complessità erogati.
Fonte	Flusso SDO





LA VALUTAZIONE ESTERNA

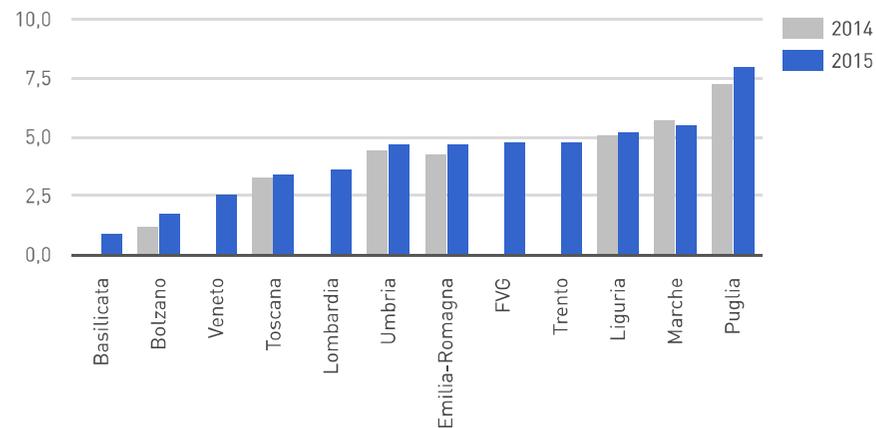


D9 Abbandoni da Pronto Soccorso

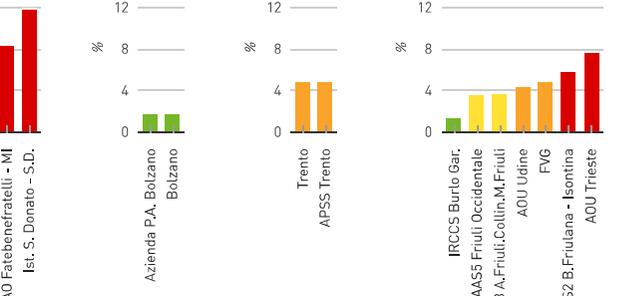
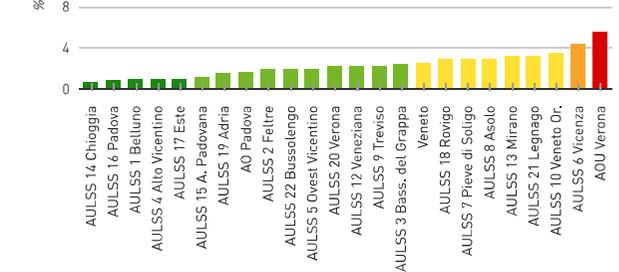
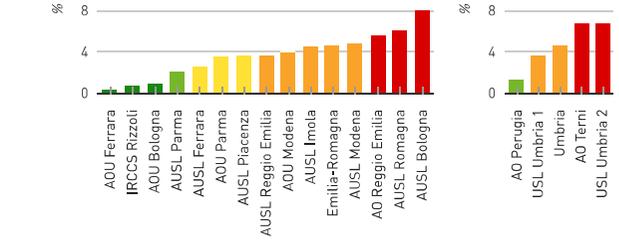
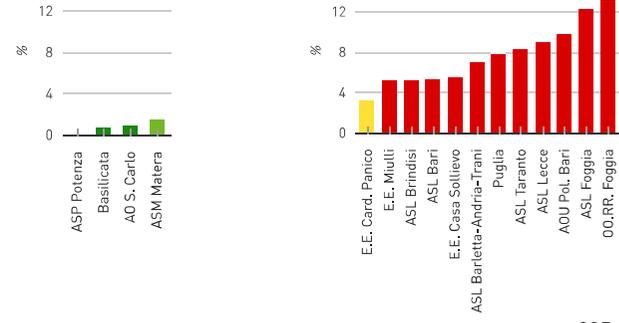
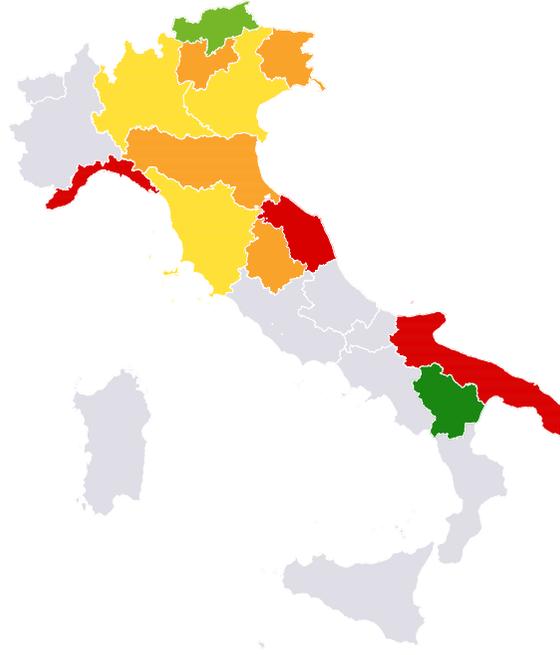
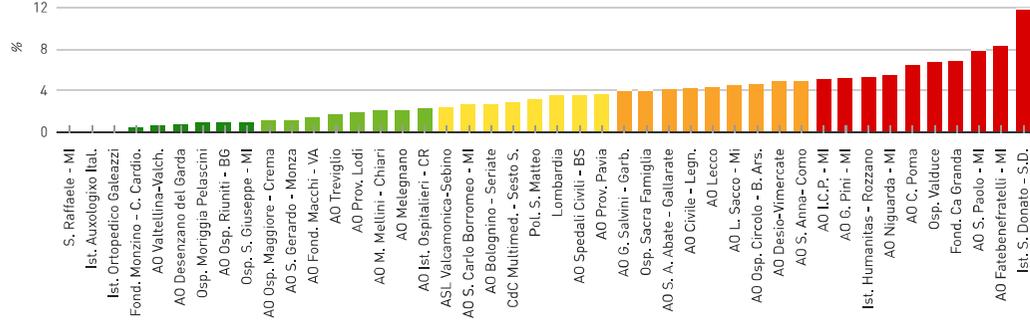
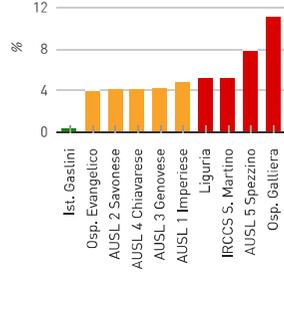
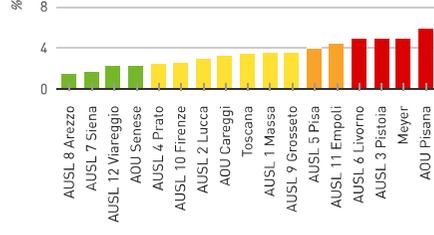
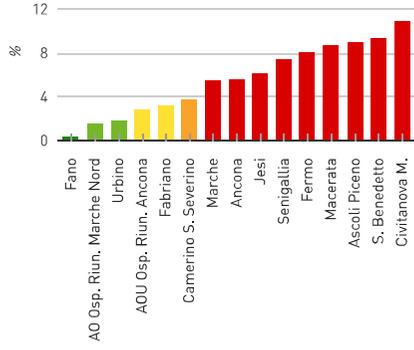
Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, in quanto un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato.

L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage).

Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.



Definizione	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
Numeratore	N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100
Denominatore	N. accessi in Pronto Soccorso
Note	<p>Al numeratore sono considerati gli accessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima della visita medica (esito «6» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso), • dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica (esito «7» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso), • dei pazienti che abbandonano volontariamente il Pronto Soccorso avvertendo il personale (esito «V»). <p>Al denominatore si considerano tutti gli accessi al Pronto Soccorso. Il codice esito «5» - rifiuta ricovero - non è incluso al numeratore.</p>
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



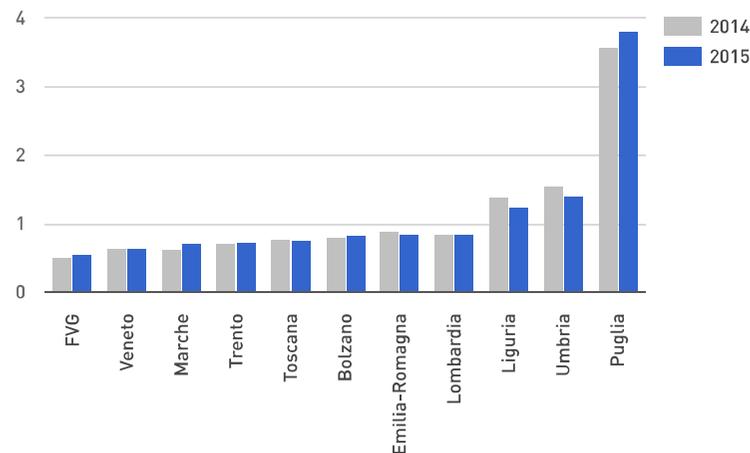


D18 Percentuale dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

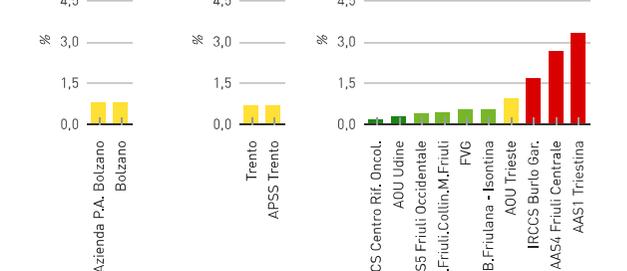
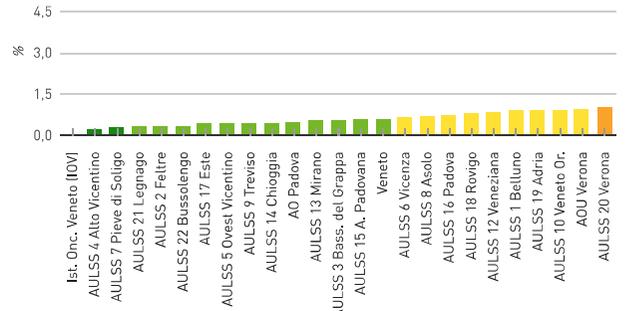
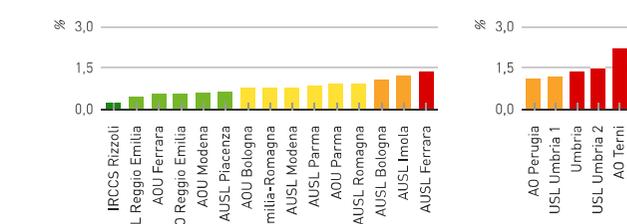
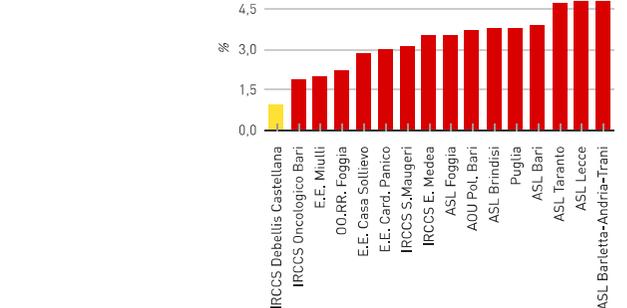
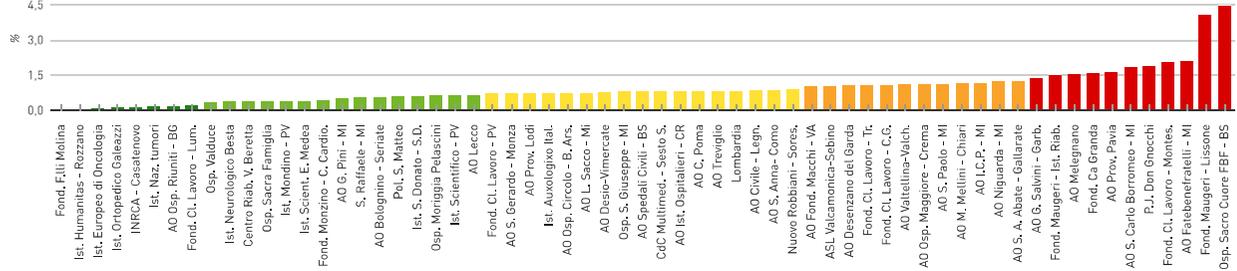
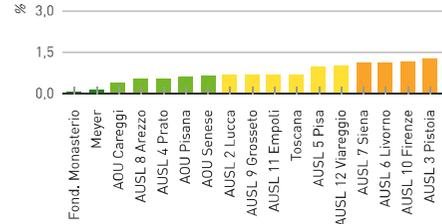
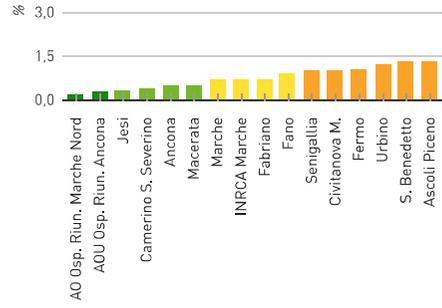
Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



Definizione	Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
Numeratore	Numero di dimissioni volontarie x 100
Denominatore	Numero di ricoveri
Note	<p>Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486) tramite i Codici ICD9-CM: - 635.xx (Aborto indotto legalmente) in diagnosi principale e V61.7 (altra gravidanza indesiderata) e/o V58.83 (trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici) in una delle diagnosi secondarie e 99.24 (Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)) in qualunque procedura; - la diagnosi 638.9 (Tentativo fallito di aborto senza complicazione riferita) in qualunque diagnosi - i deceduti (modalità di dimissione =1)

Fonte Sistema informativo regionale – Flusso SDO





LA VALUTAZIONE
ECONOMICO-FINANZIARIA
E DI EFFICIENZA OPERATIVA



F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi

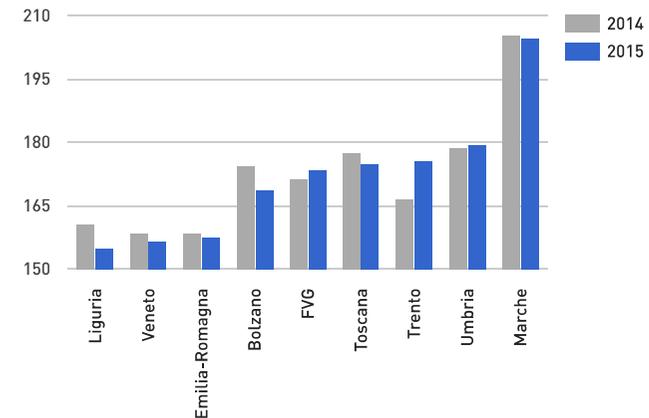
L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento sia della spesa farmaceutica, sia della spesa inerente i dispositivi medico-chirurgici. Per quanto concerne l'ambito farmaceutico, l'indicatore F10.1 rileva la spesa pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto. La spesa farmaceutica ospedaliera viene invece monitorata attraverso l'indicatore F10.2, che quest'anno non è oggetto di valutazione. Per quanto concerne i dispositivi medico-chirurgici, l'indicatore F10.3 monitora la spesa in regime di ricovero.

L'indicatore assume una valutazione pari a quella del sotto-indicatore F10.1.

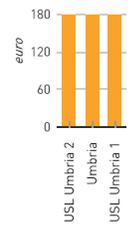
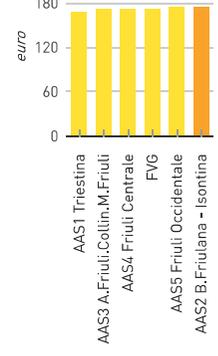
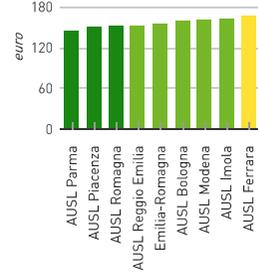
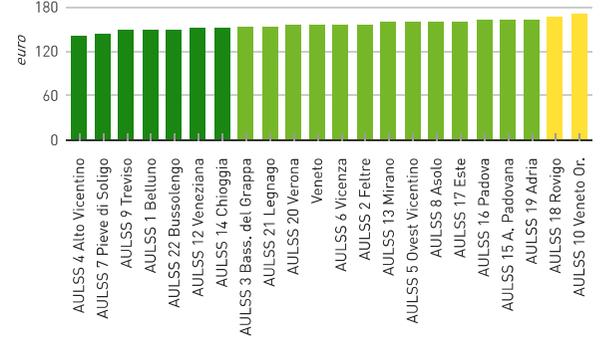
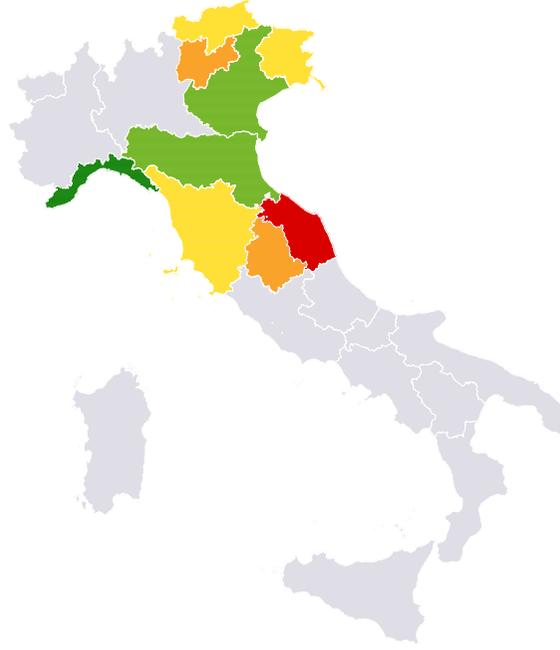
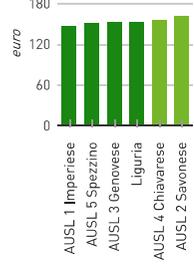
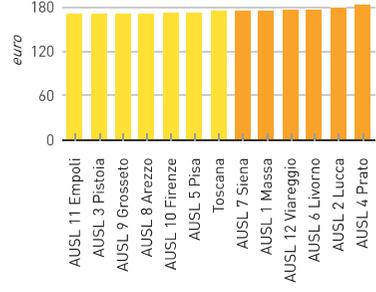
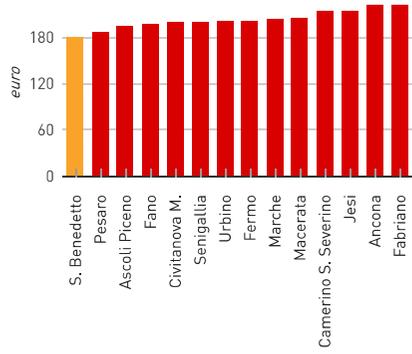
- **F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi** [di valutazione]
 - F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite [di valutazione]
 - F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliera [di osservazione]
 - F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa [di osservazione]
 - F10.3 Spesa dispositivi (ospedaliera) [di osservazione]
 - F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG
 - F10.3.3 Spesa quanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza
 - F10.3.4 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico [di osservazione]

F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto.



Definizione	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
Numeratore	Spesa netta per la farmaceutica convenzionata spesa per distribuzione diretta e per conto
Denominatore	Popolazione pesata
Note	La spesa per la farmaceutica convenzionata è al lordo del pay back. E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa. L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce al costo relativa ai residenti. E' inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale. Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012. Non sono considerati i fattori di coagulazione ATC4 B02BD, l'albumina ATC5 B05AA01, l'immunoglobulina ATC5 J06BA02 per uso endovenoso e i farmaci in uso per la cura dell'epatite C (J05AX14; J05AX15; J05AX16; J05AX65; J05AX67, J05AE14) in quanto sono farmaci che curano patologie non uniformi sul territorio e che generano spese ingenti per paziente trattato. Sono stati inclusi gli importi relativi ai farmaci riclassificati in fascia A a novembre 2010.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica





F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica

L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono state aggiornate negli anni. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi. L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori F12a.2, F12a.6, F12a.7, F12a.9, F12.11a, F12a.14.

F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica [di valutazione]

- F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non) [di valutazione]
- F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]

Lombardia

- ASL Bergamo
- ASL Brescia
- ASL Como
- ASL Cremona
- ASL Lecco
- ASL Lodi
- ASL Mantova
- ASL Milano
- ASL Milano 1
- ASL Milano 2
- ASL Monza-Brianza
- ASL Pavia
- ASL Sondrio
- ASL Varese
- ASL Valcamonica-Sebino



Liguria

- AUSL 1 Imperiese
- AUSL 2 Savonese
- AUSL 3 Genovese
- AUSL 4 Chiavarese
- AUSL 5 Spezzino



Bolzano

- Azienda P.A. Bolzano



Trento

- APSS Trento



Friuli Venezia Giulia

- AAS1 Triestina
- AAS2 B.Friulana - Isontina
- AAS3 A.Friuli.Collin.M.Friuli
- AAS4 Friuli Centrale
- AAS5 Friuli Occidentale



Veneto

- AULSS 1 Belluno
- AULSS 2 Feltre
- AULSS 3 Bass. del Grappa
- AULSS 4 Alto Vicentino
- AULSS 5 Ovest Vicentino
- AULSS 6 Vicenza
- AULSS 7 Pieve di Soligo
- AULSS 8 Asolo
- AULSS 9 Treviso
- AULSS 10 Veneto Or.
- AULSS 12 Veneziana
- AULSS 13 Mirano
- AULSS 14 Chioggia
- AULSS 15 A. Padovana
- AULSS 16 Padova
- AULSS 17 Este
- AULSS 18 Rovigo
- AULSS 19 Adria
- AULSS 20 Verona
- AULSS 21 Legnago
- AULSS 22 Bussolengo



Emilia-Romagna

- AUSL Piacenza
- AUSL Parma
- AUSL Reggio Emilia
- AUSL Modena
- AUSL Bologna
- AUSL Imola
- AUSL Ferrara
- AUSL Romagna



Marche

- Pesaro
- Urbino
- Fano
- Senigallia
- Jesi
- Fabriano
- Ancona
- Civitanova M.
- Macerata
- Camerino S. Severino
- Fermo
- S. Benedetto
- Ascoli Piceno



Toscana

- AUSL 1 Massa
- AUSL 2 Lucca
- AUSL 3 Pistoia
- AUSL 4 Prato
- AUSL 5 Pisa
- AUSL 6 Livorno
- AUSL 7 Siena
- AUSL 8 Arezzo
- AUSL 9 Grosseto
- AUSL 10 Firenze
- AUSL 11 Empoli
- AUSL 12 Viareggio



Basilicata

- ASP Potenza
- ASM Matera



Puglia

- ASL Brindisi
- ASL Taranto
- ASL Barletta-Andria-Trani
- ASL Bari
- ASL Foggia
- ASL Lecce



Umbria

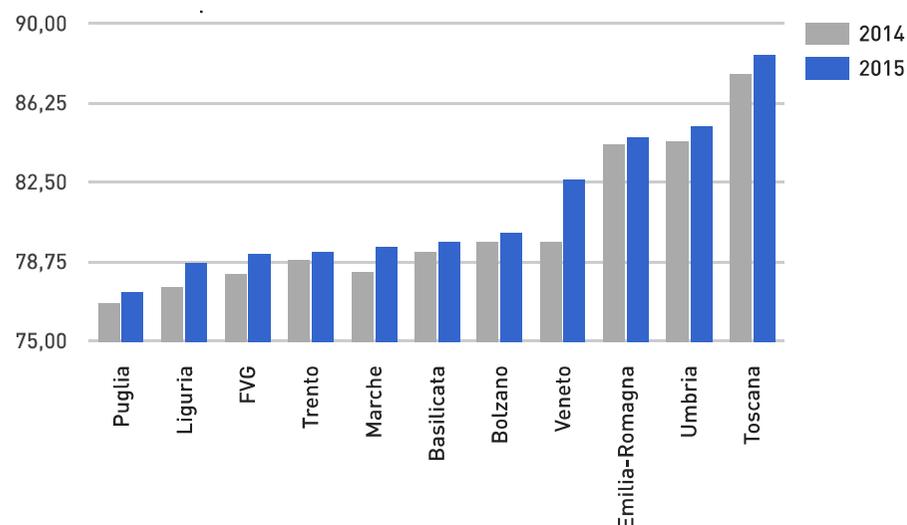
- USL Umbria 1
- USL Umbria 2



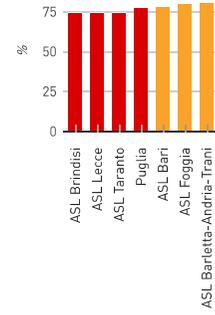
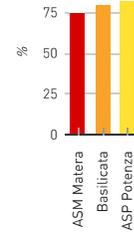
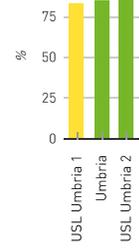
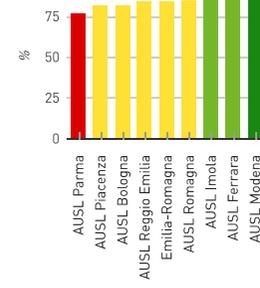
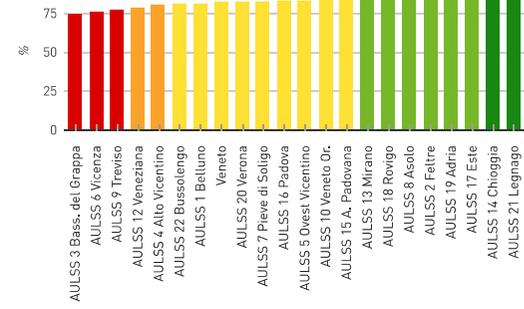
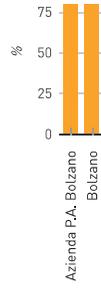
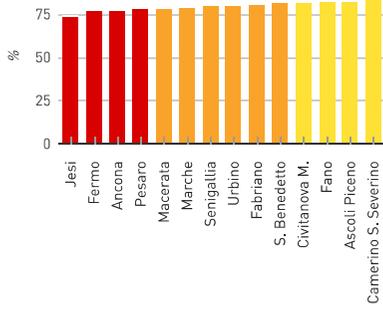
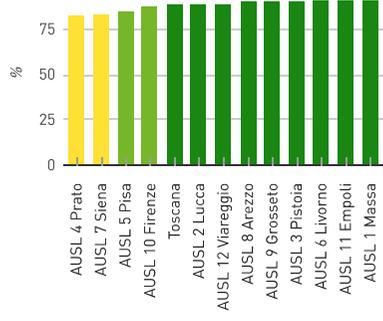
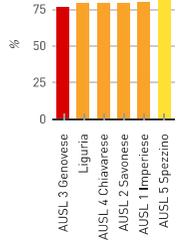


F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

La dislipidemia è uno fra i principali fattori di rischio modificabili di malattie a carico del sistema cardio-circolatorio in generale e di malattie coronariche, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e insufficienza renale nel particolare. Considerando che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo, oltreché il maggior costo diretto ed indiretto per la loro cura e gestione, bisognerebbe intervenire precocemente con una cura farmacologica nei soggetti affetti, qualora non fosse possibile modificarne efficacemente l'errato stile di vita, causa eventuale dell'affezione dislipidemica. Il rapporto OsMed 2014 evidenzia come diversi studi di farmacoeconomia rivelino il favorevole rapporto costo-efficacia dei farmaci ipolipemizzanti, sia nella prevenzione primaria che in quella secondaria di eventi cardiovascolari. E' importante tener presente però che il raggiungimento del beneficio farmacologico è strettamente correlato sia al profilo del soggetto che all'assunzione continuativa del farmaco stesso. Fra gli ipolipemizzanti, gli inibitori della HMG CoA reduttasi (statine) si confermano al primo posto in termini di spesa avendo anche una buona rappresentanza in termini di numero di prodotti disponibili che utilizzano il principio attivo a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su statine a brevetto scaduto.



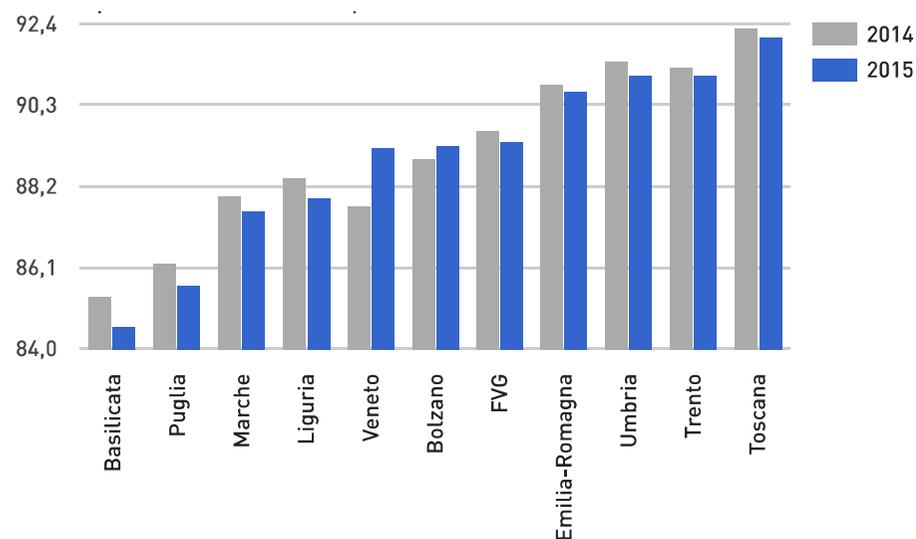
Definizione	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)
Numeratore	N. unità posologiche di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
Denominatore	N. unità posologiche di statine complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



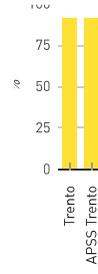
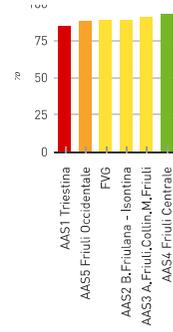
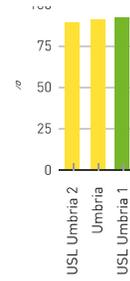
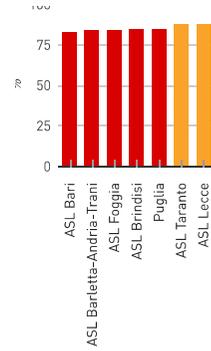
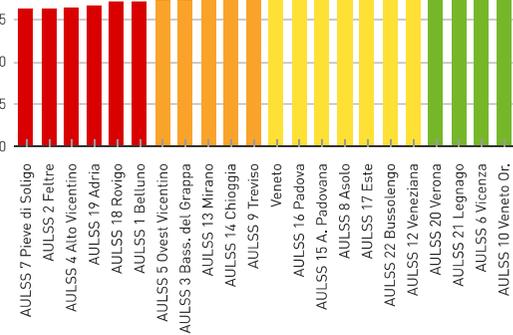
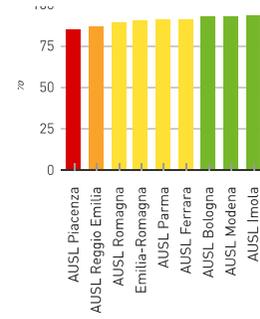
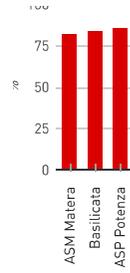
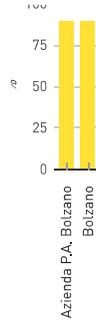
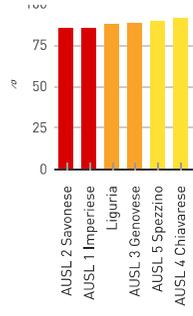
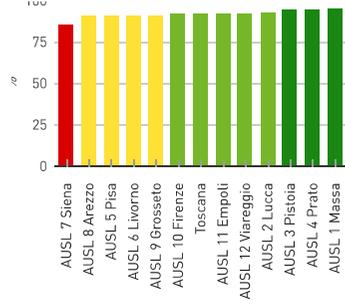
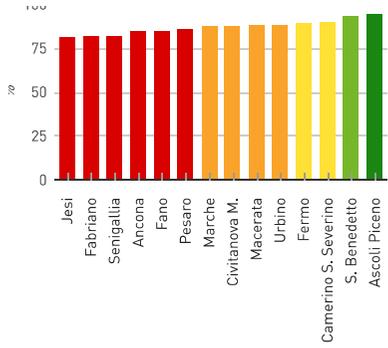


F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e non solo. Nel 2014, la spesa ed i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono al primo posto fra quelli a carico del SSN. A livello nazionale, il 2014 ha registrato un incremento della spesa e dei consumi degli antiipertensivi (Osmed 2014). Quanto detto diventa ancora più rilevante, sia da un punto di vista clinico che economico, se si pensa ai profili di inappropriatelyzza nella prescrizione ed utilizzo di questa classe di farmaci. Questo indicatore monitora il perseguimento di efficienza di spesa dei farmaci antiipertensivi derivati diidropiridinici.



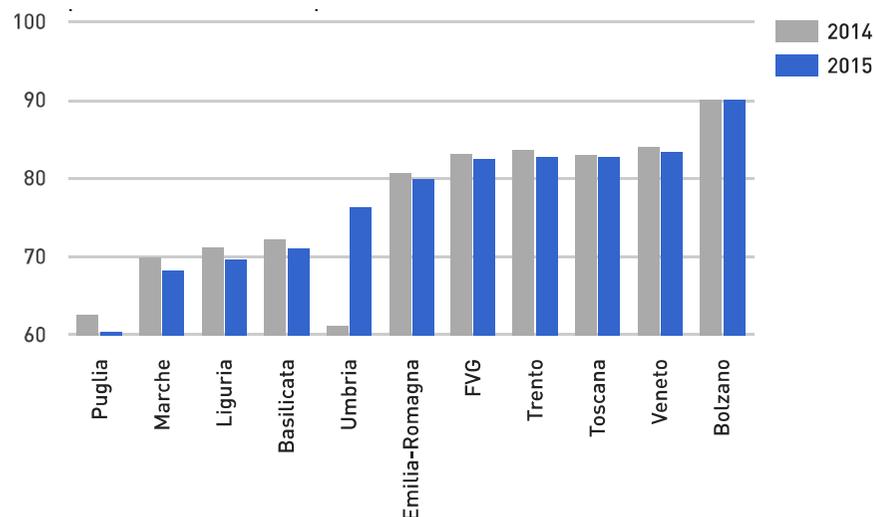
Definizione	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
Numeratore	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
Denominatore	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C08CA
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



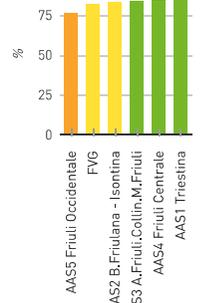
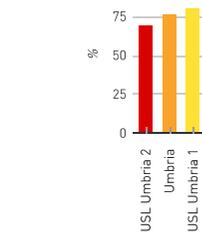
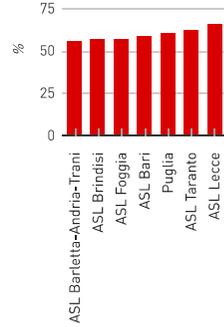
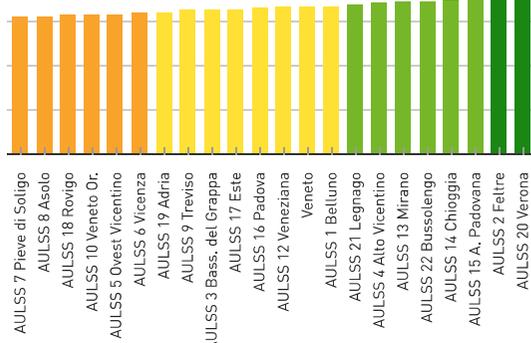
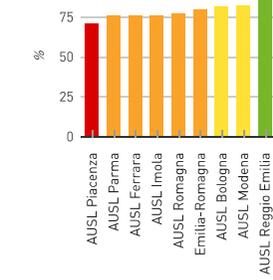
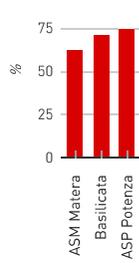
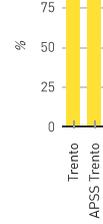
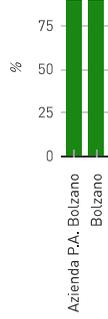
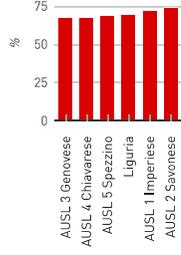
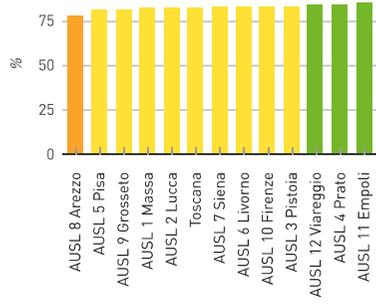
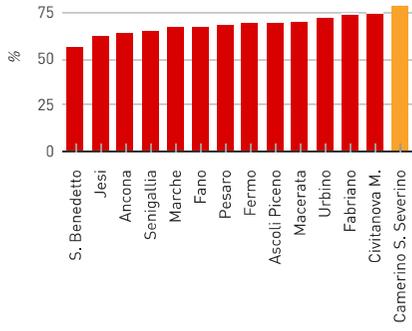


F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e non solo. Nel 2014, la spesa ed i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono al primo posto fra quelli a carico del SSN. A livello nazionale, il 2014 ha registrato un incremento della spesa e dei consumi di quei farmaci a base di ACE-inibitori in associazione fissa con un calcio-antagonista (Osmed 2014). Questo indicatore necessariamente monitora il perseguimento di risparmio tramite lo spostamento delle terapie sul farmaco equivalente contenente le molecole a brevetto scaduto.



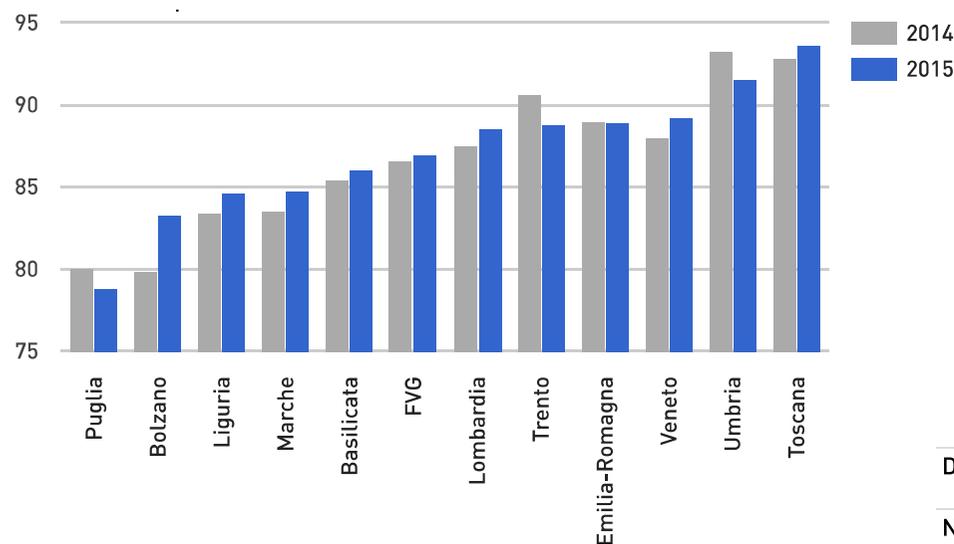
Definizione	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
Numeratore	N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
Denominatore	N. unità posologiche di ACE inibitori complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note	Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC4 (classificazione anatomico-terapeutica) C09BA
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



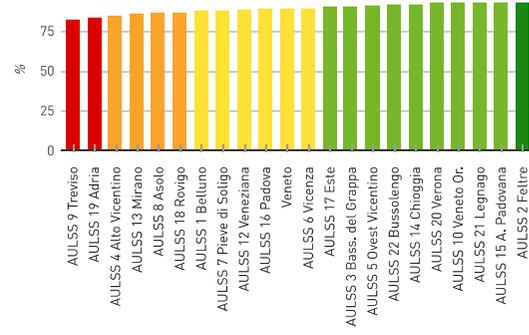
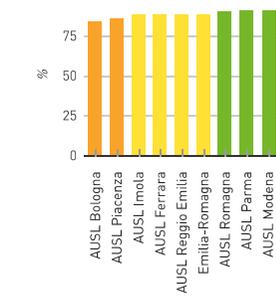
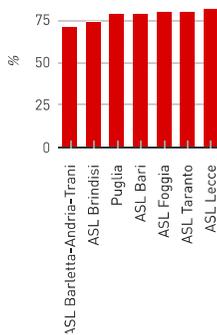
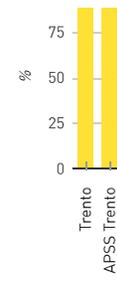
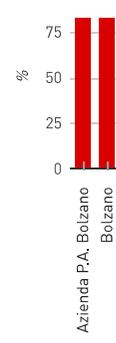
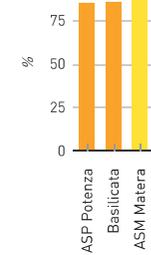
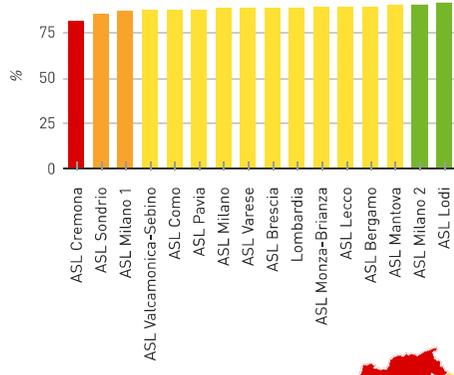
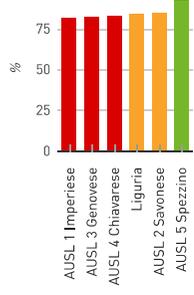
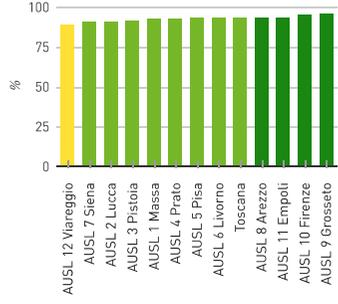
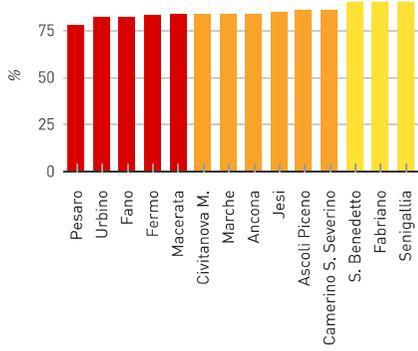


F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

I fluorochinoloni sono antibiotici di sintesi sviluppati in risposta alle crescenti resistenze batteriche agli antibiotici. Le molecole oggi disponibili sono tutte derivati strutturali dell'acido nalidixico. I fluorochinoloni di seconda generazione presentano caratteristiche vantaggiose quali l'ampio spettro d'azione, eccellente biodisponibilità, penetrazione tissutale, prolungate emivite e limitati effetti collaterali. Secondo previsioni ottimistiche, avrebbero dovuto rappresentare una della classi di antibiotici più interessanti dal punto di vista dello spettro antibatterico ma, alla prova dei fatti la velocità di resistenza batterica a questa classe di antibiotici è diventata uno dei più grossi svantaggi assieme costo. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su fluorochinoloni a brevetto scaduto.



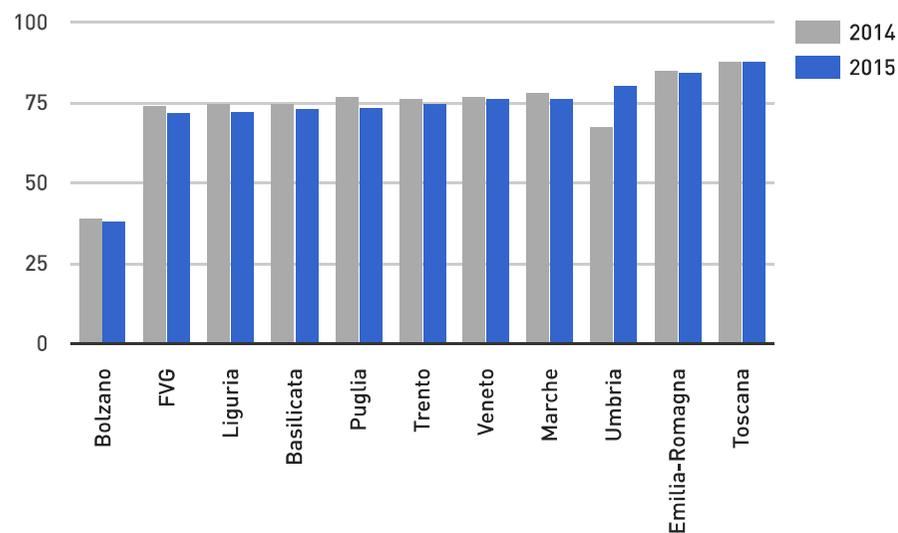
Definizione	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)
Numeratore	N. dosi giornaliere di fluorochinoloni non coperti da brevetto, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore	N. totale dosi giornaliere di fluorochinoloni erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note	I fluorochinoloni appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica - terapeutica - chimica) J01MA.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



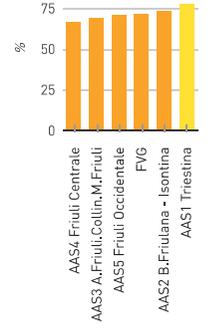
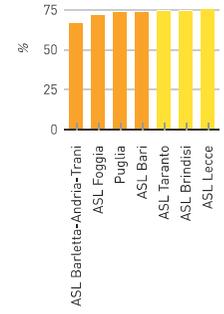
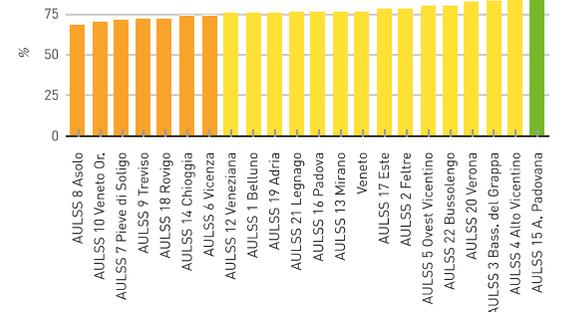
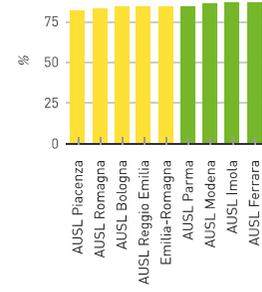
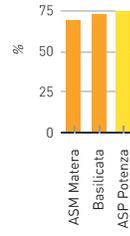
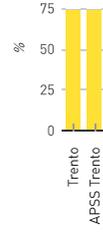
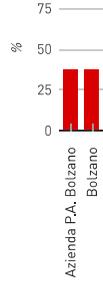
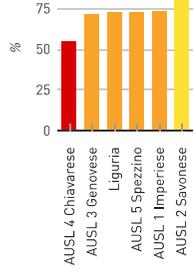
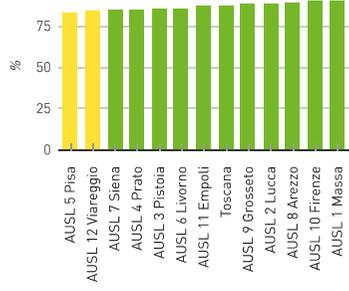
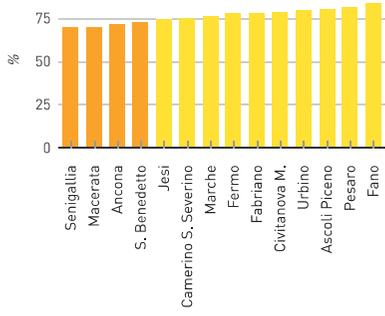


F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)

Gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II, più comunemente noti come sartani, rappresentano una classe di farmaci ad azione antiipertensiva che agiscono sul sistema renina angiotensina con meccanismo diverso rispetto agli ACE-inibitori. Gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II bloccano direttamente il recettore all'angiotensina II, indipendentemente dalla via metabolica di formazione del peptide. L'interesse verso i sartani nasce dall'elevata specificità di questi composti che dovrebbe permettere di superare i problemi conseguenti all'accumulo di peptidi bioattivi, che invece possono manifestarsi con l'utilizzo degli ACE-inibitori. Raccomandazioni correnti suggeriscono l'uso di antagonisti dei recettori dell'angiotensina nel trattamento dello scompenso cardiaco in pazienti che non tollerano l'ACE-inibitore, in pazienti il cui uso è controindicato e quando la risposta agli ACE-inibitori risulti insoddisfacente. Sempre le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, bisognerebbe privilegiare i farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su sartani (associati e non) a brevetto scaduto.



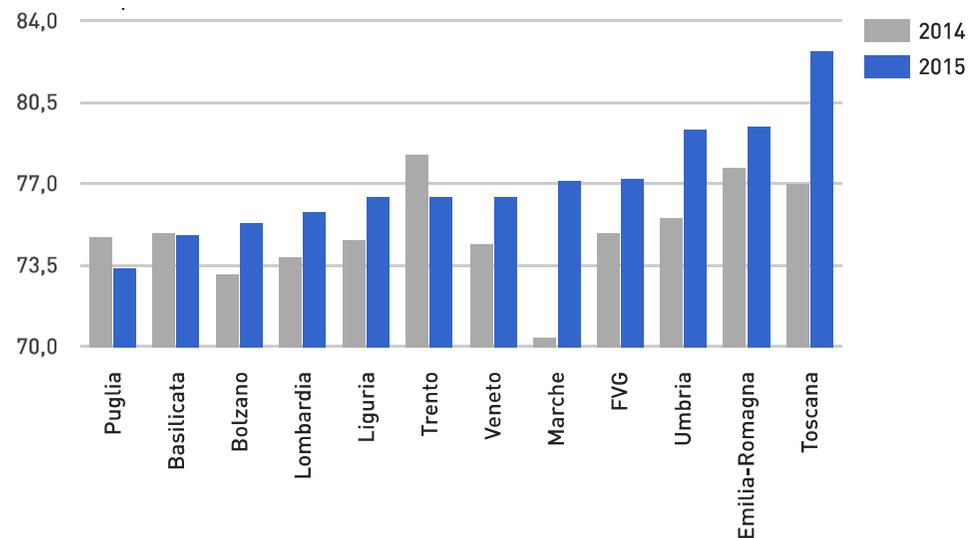
Definizione	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani associati e non
Numeratore	N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II a brevetto scaduto x 100
Denominatore	N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non) complessivamente erogate
Note	I sartani appartengono alle classi ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D (sartani associati) e C09C (sartani non associati). I farmaci a brevetto scaduto includono il Losartan (C09CA01), il Candesartan (C09CA06), il Valsartan (C09DA03), l'Irbesartan (C09CA04), il Telmisartan (C09CA07). Note per l'elaborazione: al numeratore vengono selezionati gli ATC V livello che hanno nella colonna scaduto/non scaduto valore "s", al denominatore la somma di tutto ("s" e "n") oppure tutto ciò che al 4° livello ATC è codificato con C09C e C09D. Si considera l'erogazione in regime convenzionale.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



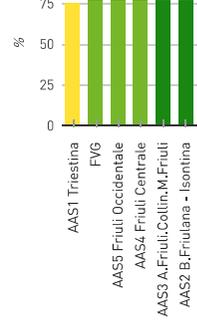
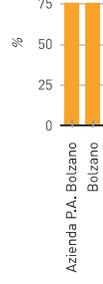
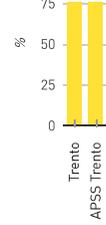
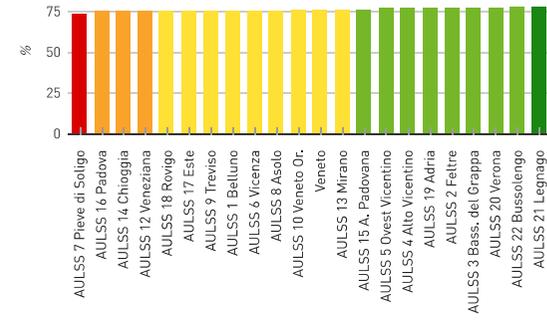
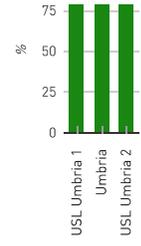
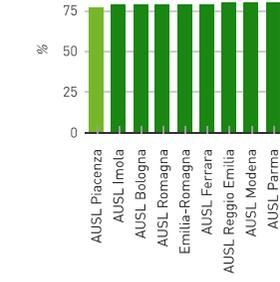
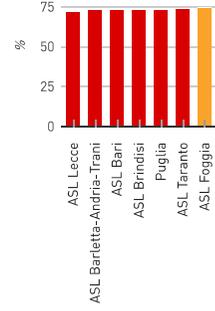
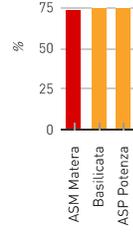
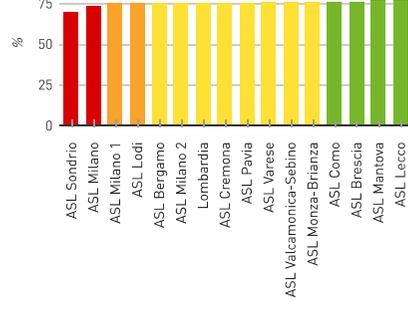
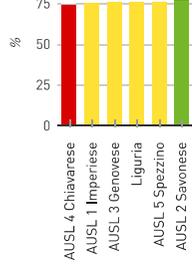
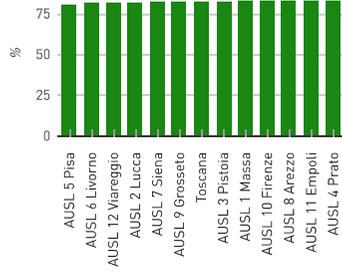
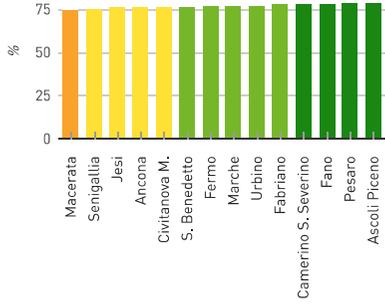


F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbero da privilegiare i farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.



Definizione	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
Numeratore	N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza
Denominatore	N. Confezioni complessivamente erogate
Note	Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento, applicata con effetto retroattivo
Fonte	Flussi regionali farmaceutica





F15 Sicurezza sul lavoro

L'indicatore è strutturato in due macroindicatori che analizzano fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro: la Copertura del territorio e l'Efficienza produttiva.

Sono presenti inoltre due indicatori di Risultato (F15.1.1, F15.1.2), mantenuti anche per quest'anno di sola osservazione. Questi, insieme a quelli di copertura e di efficienza, permettono, da una parte, l'analisi delle determinanti che hanno portato ad una certa performance in termini di copertura del territorio e, dall'altra, l'individuazione delle opportunità di miglioramento.

Gli indicatori sulla Sicurezza sul lavoro sono in realtà indicatori già consolidati e condivisi a livello nazionale dai diversi gruppi di lavoro a cui hanno partecipato i tecnici della materia. La vigilanza in materia di sicurezza del lavoro e di tutela della salute in provincia di Bolzano è ripartita fra ASL (servizio ispettivo della Medicina del lavoro) e Provincia (Ispettorato del lavoro) in base a criteri differenti da quelli vigenti nel resto del territorio nazionale, per cui i dati sulle ispezioni di lavoro eseguite dall'Azienda sanitaria locale non sono esaustivi perché vi sono ulteriori procedimenti gestiti dall'Ispettorato del lavoro.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei due sotto-indicatori F15.2 e F15.3.

▸ F15 Sicurezza sul lavoro [di valutazione]

- F15.1.1 N. inchieste infortuni concluse con violazioni / N. inchieste infortuni [di osservazione]
- F15.1.2 N. inchieste malattie professionali concluse con violazioni / N. inchieste malattie professionali [di osservazione]
- F15.2 Copertura del territorio [di valutazione]
 - F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti [di valutazione]
 - F15.2.2 N.aziende delle costruzioni ispezionate/N.aziende delle costruzioni [di valutazione]
 - F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati [di valutazione]
- F15.3 Efficienza produttiva [di valutazione]
 - F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL [di valutazione]
 - F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL [di valutazione]

- Lombardia**
- ASL Bergamo
 - ASL Brescia
 - ASL Como
 - ASL Cremona
 - ASL Lecco
 - ASL Lodi
 - ASL Mantova
 - ASL Milano
 - ASL Milano 1
 - ASL Milano 2
 - ASL Monza-Brianza
 - ASL Pavia
 - ASL Sondrio
 - ASL Varese
 - ASL Valcamonica-Sebino



- Liguria**
- AUSL 1 Imperiese
 - AUSL 2 Savonese
 - AUSL 3 Genovese
 - AUSL 4 Chiavarese
 - AUSL 5 Spezzino



Trento
APSS Trento



- Friuli Venezia Giulia**
- AAS1 Triestina
 - AAS2 B.Friulana - Isontina
 - AAS3 A.Friuli.Collin.M.Friuli
 - AAS4 Friuli Centrale
 - AAS5 Friuli Occidentale



- Veneto**
- AULSS 1 Belluno
 - AULSS 2 Feltre
 - AULSS 3 Bass. del Grappa
 - AULSS 4 Alto Vicentino
 - AULSS 5 Ovest Vicentino
 - AULSS 6 Vicenza
 - AULSS 7 Pieve di Soligo
 - AULSS 8 Asolo
 - AULSS 9 Treviso
 - AULSS 10 Veneto Or.
 - AULSS 12 Veneziana
 - AULSS 13 Mirano
 - AULSS 14 Chioggia
 - AULSS 15 A. Padovana
 - AULSS 16 Padova
 - AULSS 17 Este
 - AULSS 18 Rovigo
 - AULSS 19 Adria
 - AULSS 20 Verona
 - AULSS 21 Legnago
 - AULSS 22 Bussolengo



- Toscana**
- AUSL 1 Massa
 - AUSL 2 Lucca
 - AUSL 3 Pistoia
 - AUSL 4 Prato
 - AUSL 5 Pisa
 - AUSL 6 Livorno
 - AUSL 7 Siena
 - AUSL 8 Arezzo
 - AUSL 9 Grosseto
 - AUSL 10 Firenze
 - AUSL 11 Empoli
 - AUSL 12 Viareggio



- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza
 - AUSL Parma
 - AUSL Reggio Emilia
 - AUSL Modena
 - AUSL Bologna
 - AUSL Imola
 - AUSL Ferrara
 - AUSL Romagna



- Puglia**
- ASL Brindisi
 - ASL Taranto
 - ASL Barletta-Andria-Trani
 - ASL Bari
 - ASL Foggia
 - ASL Lecce



- Basilicata**
- ASP Potenza
 - ASM Matera



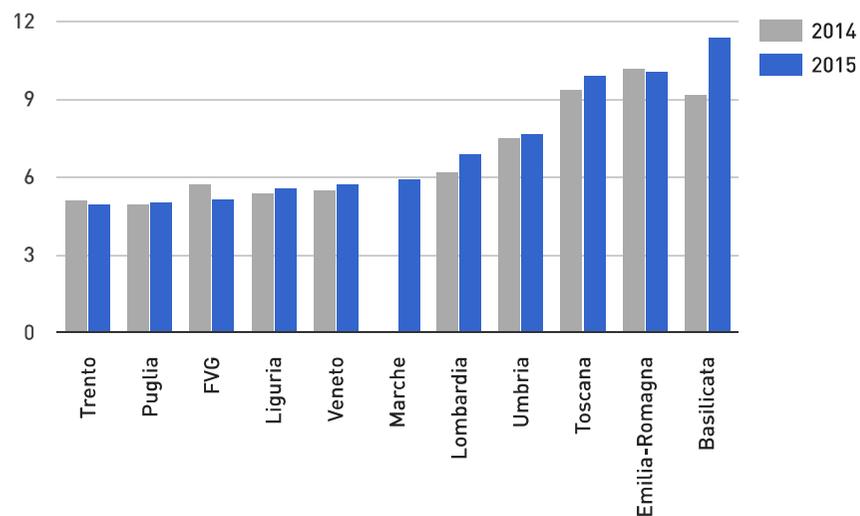
- Umbria**
- USL Umbria 1
 - USL Umbria 2



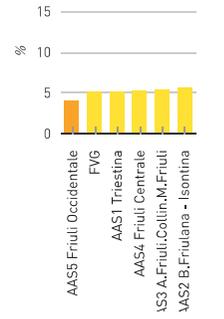
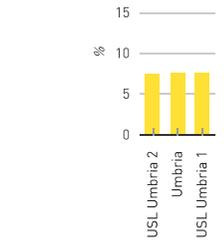
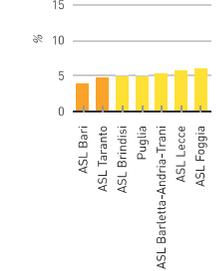
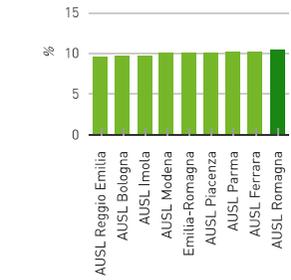
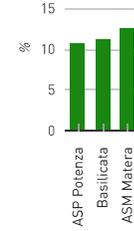
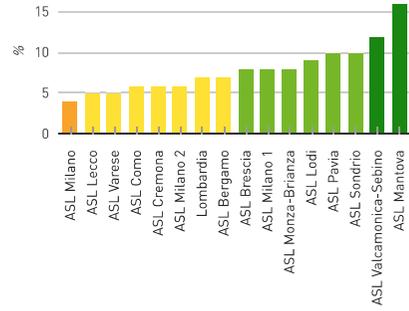
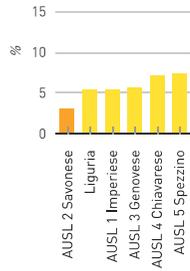
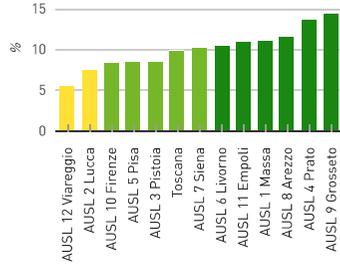
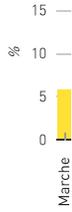


F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

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



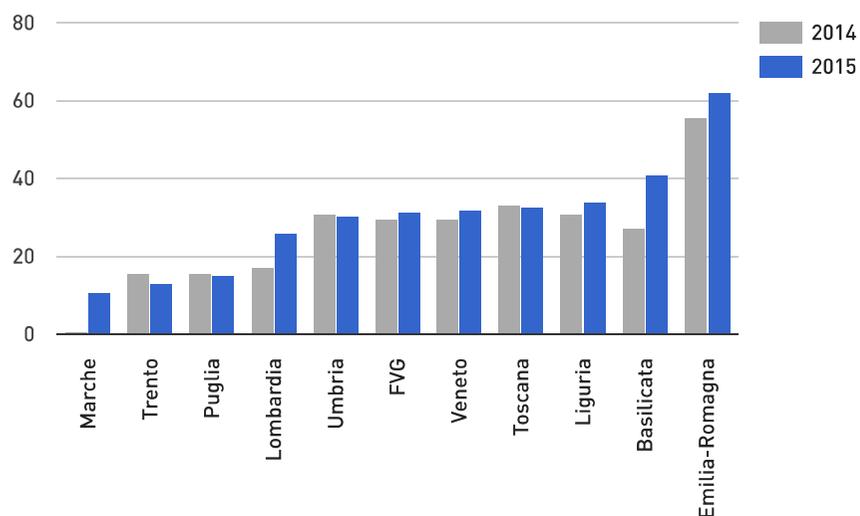
Definizione	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
Numeratore	Numero aziende ispezionate*100
Denominatore	Numero aziende con dipendenti
Note	Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria e servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (includere quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2,5 A,B,C (voce 6,2 scheda di attività) Numero aziende con dipendenti: numero PAT della gestione industria e servizi ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (es.per il 2010 e' stato utilizzato il 2008 mentre per il 2011 è stato utilizzato il 2009) con numero di addetti (dipendenti addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2.
Fonte	Num: sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prev. e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Den: Flussi informativi INAIL Regioni, la cui banca dati è aggiornata a due anni precedenti l'anno di riferimento



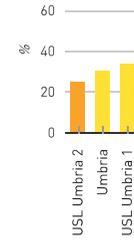
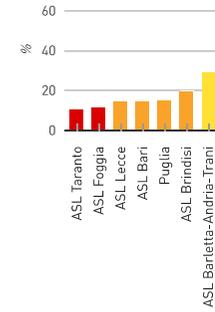
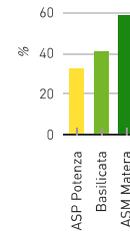
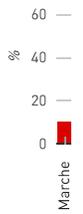
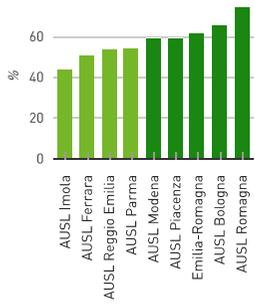
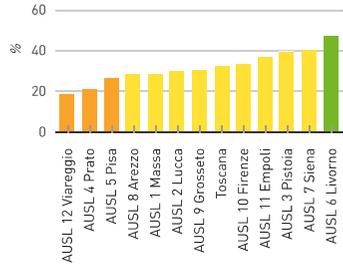
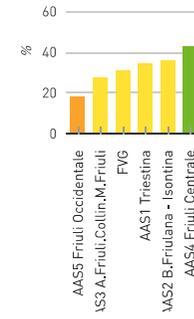
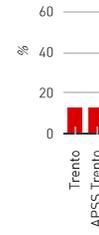
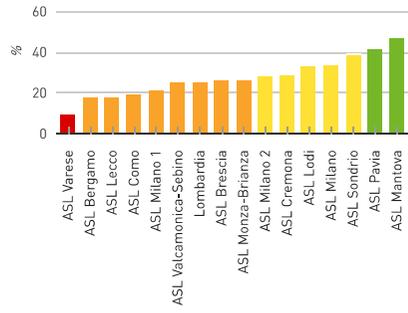
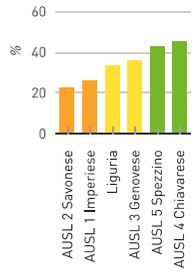


F15.2.2 N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero delle aziende delle costruzioni sottoposte a controllo e il numero delle aziende delle costruzioni.



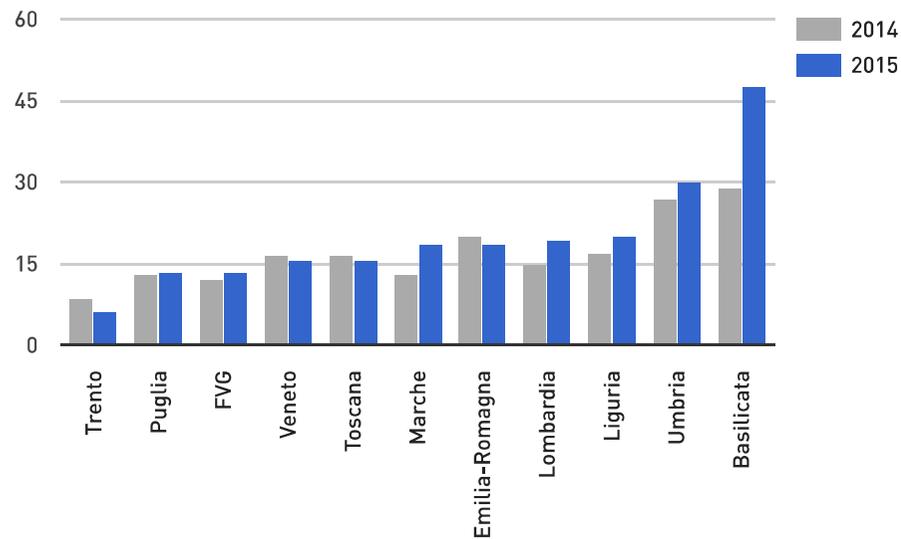
Definizione	N.aziende delle costruzioni ispezionate/N.aziende delle costruzioni
Numeratore	N.aziende delle costruzioni ispezionate*100
Denominatore	N.aziende delle costruzioni
Note	<p>Numero aziende delle costruzioni ispezionate: numero complessivo di aziende delle costruzioni controllate dal Servizio nel corso dell'anno (voce 2.3 , scheda di attività)</p> <p>Numero aziende delle costruzioni: numero PAT della gestione industria e servizi estratte dalla banca dati INAIL utilizzando il codice ATECO F ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (es. per il 2010 e' stato utilizzato il 2008 mentre per il 2011 è stato utilizzato il 2009) con numero di addetti (dipendenti addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2.</p> <p>PAT (Posizione Assicurativa Territoriale): codice che identifica il rapporto assicurativo fra l'INAIL e l'azienda. Quindi per ogni PAT sono presenti informazioni anagrafiche e descrittive dell'azienda.</p> <p>ATECO: È una classificazione internazionale e pertanto garantisce la confrontabilità dei dati. È costituito da un codice alfanumerico ISTAT attribuito nel momento in cui si denuncia l'inizio dell'attività (quindi non è attribuito da INAIL)</p>
Fonte	Num: sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prev e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Den: Flussi informativi INAIL Regioni, la cui banca dati è aggiornata a due anni precedenti l'anno di riferimento



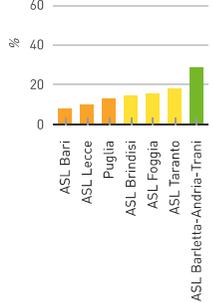
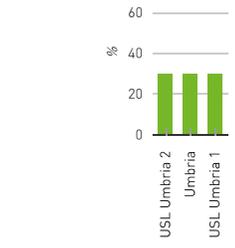
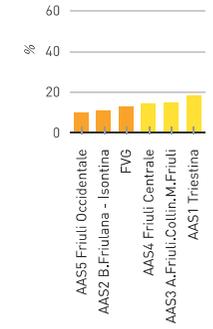
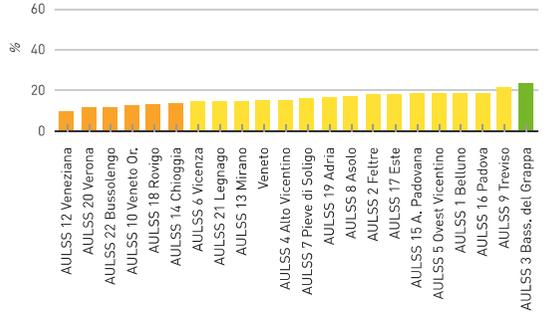
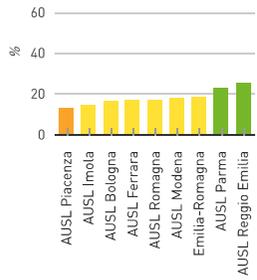
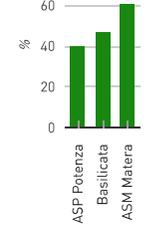
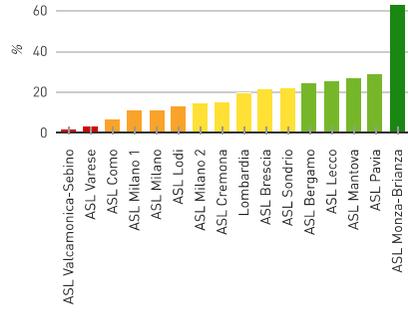
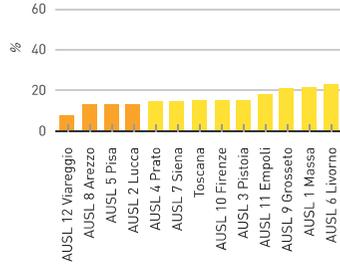
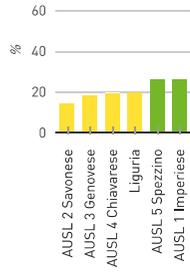


F15.2.3 N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati

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.



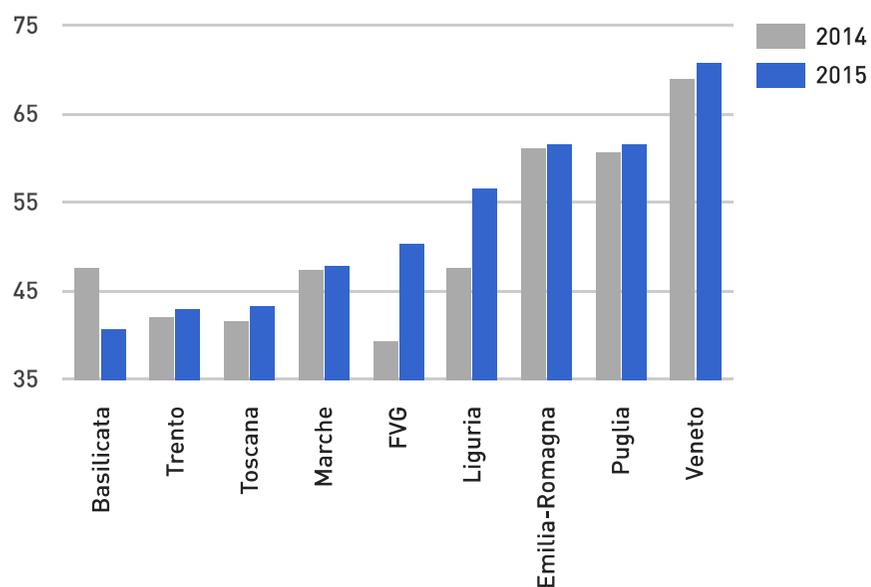
Definizione	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati
Numeratore	Numero cantieri ispezionati*100
Denominatore	Numero cantieri notificati
Note	Numero cantieri ispezionati: voce 2.2 Numero cantieri notificati: voce 2.1
Fonte	Scheda Ministeriale Attività, Sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro



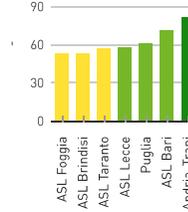
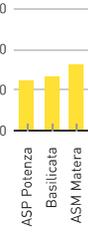
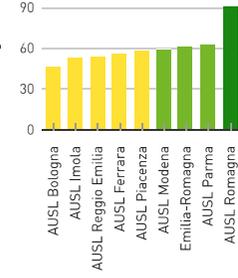
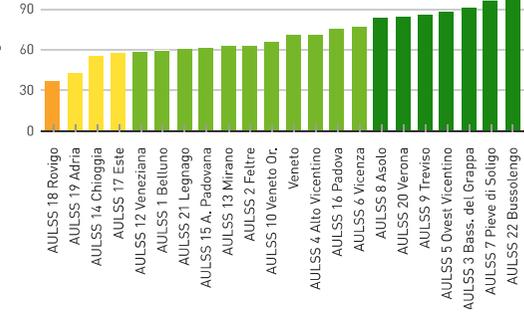
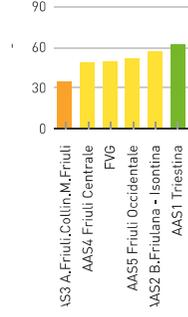
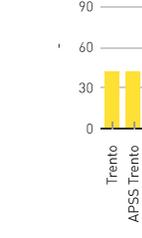
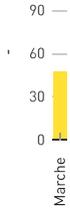
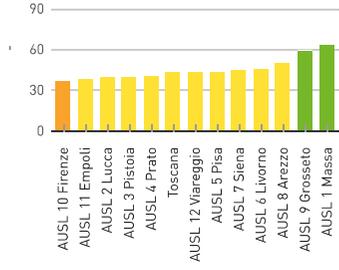
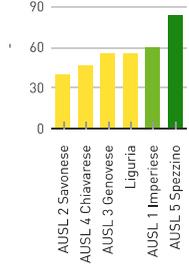


F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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).



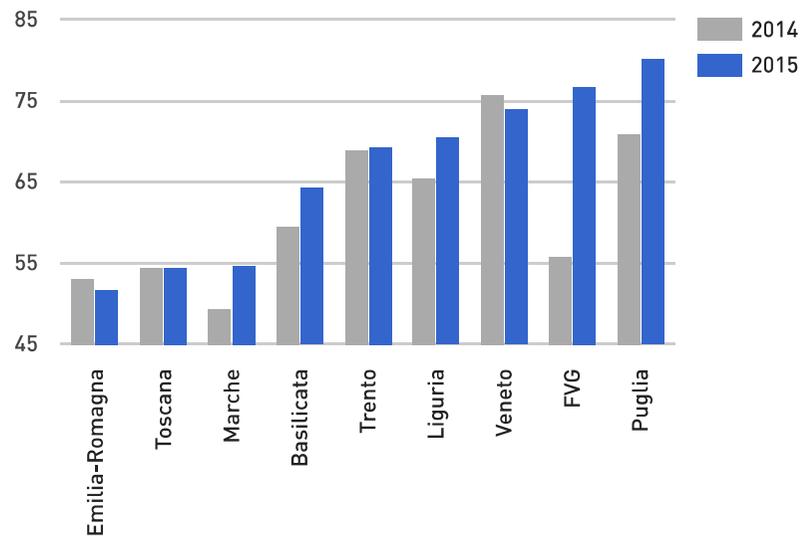
Definizione	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL
Numeratore	Numero aziende ispezionate
Denominatore	Numero personale UPG ponderato SPSAL
Note	Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (6.2) Numero personale UPG (Ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): colonna F della tabella 15 scheda ministeriale A
Fonte	Scheda Ministeriale A, Banca dati Aziende ispezionate



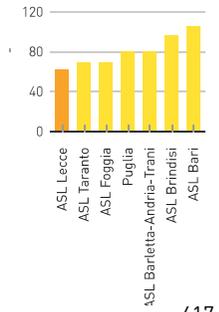
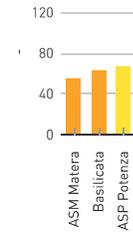
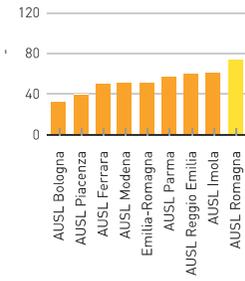
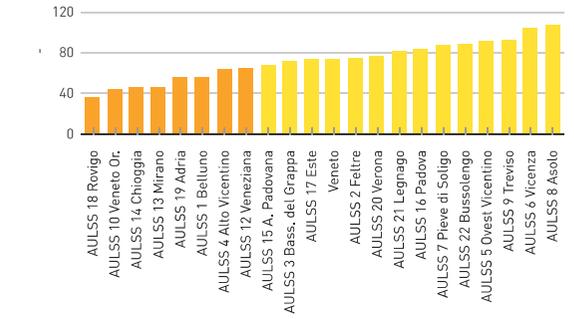
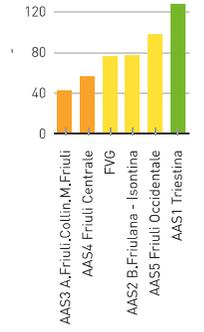
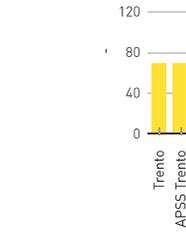
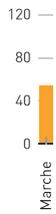
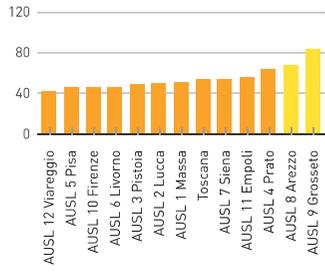
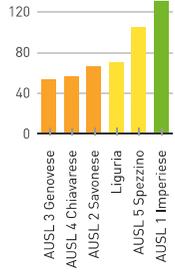


F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL

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).



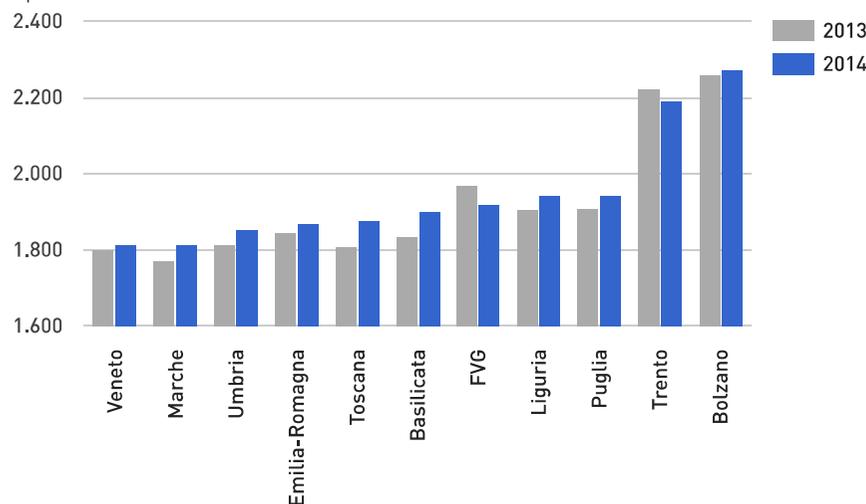
Definizione	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL
Numeratore	Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)
Denominatore	Numero personale UPG SPSAL
Note	Numero sopralluoghi: voce 2.2 A, Scheda ministeriale B Numero personale UPG (ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): Scheda ministeriale A, colonna F
Fonte	Scheda Ministeriale A e B



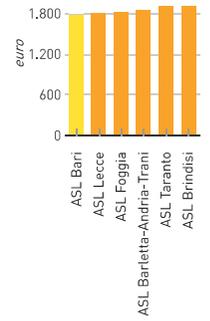
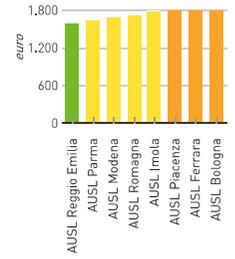
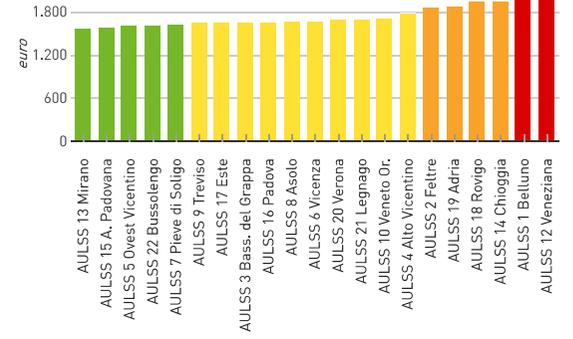
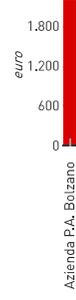
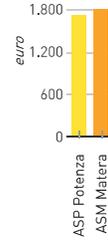
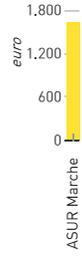
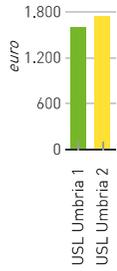
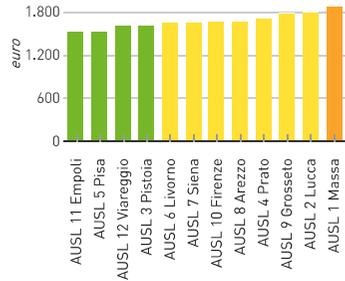
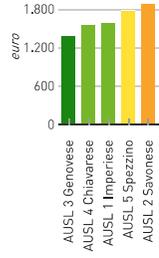


F17 Costo sanitario pro-capite

L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dalla Ausl per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2014). I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che i costi sostenuti dall'azienda per erogare servizi ai non-residenti siano pari ai ricavi da mobilità attiva. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle Aziende Ospedaliere ma soltanto il valore (riconosciuto) delle prestazioni da queste erogate ai residenti nei vari territori delle Ausl regionali. In questo modo le Ausl sono valutate per la loro capacità di contenere i costi per i servizi erogati ai propri residenti senza considerare la struttura e le scelte organizzative di altre aziende (come le AO). Per poter comprendere invece quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Ausl ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale); per questo motivo sono state calcolate due distinte fasce di valutazione, una per le sole regioni e una per tutte le aziende. La fonte dei dati è il flusso CE dell'anno 2014. All'indicatore complessivo di valutazione seguono indicatori di osservazione che riportano il dettaglio dei costi sostenuti per i residenti nei livelli essenziali di assistenza; sono presenti anche dettagli maggiori per l'assistenza ospedaliera e distrettuale.



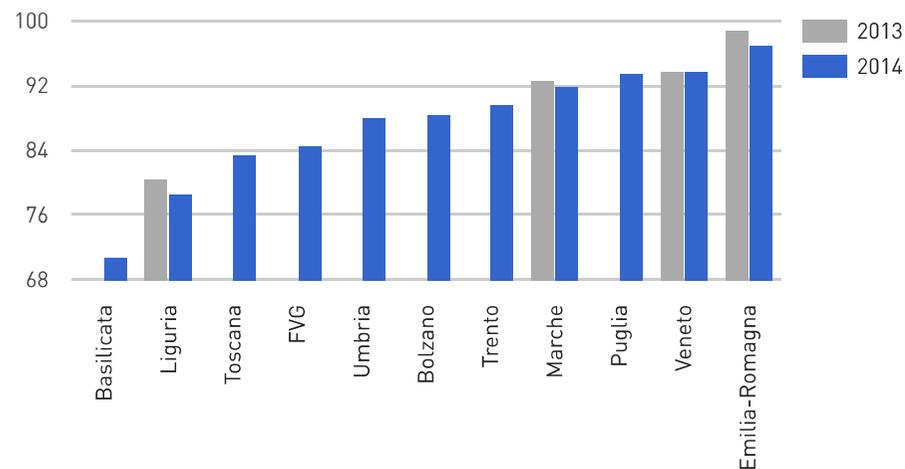
Numeratore	Costo totale AUSL per la popolazione residente- valore delle compensazioni attive e altre rettifiche
Denominatore	Popolazione pesata
Note	<p>Il numeratore comprende le seguenti voci:</p> <p>Costo totale:</p> <p>B) Totale costi della produzione (codice BZ9999)</p> <p>C.3) Interessi passivi (codice CA0110)</p> <p>C.4) Altri oneri (codice CA0150)</p> <p>E.2) Oneri straordinari (codice EA0260)</p> <p>Y) Totale imposte e tasse (codice YZ9999)</p> <p>Mobilità attiva</p> <p>A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (codice AA0330)</p> <p>A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati (codice AA0660)</p> <p>A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva) (codice AA0610)</p> <p>Altre rettifiche:</p> <p>A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia (codice AA0670)</p> <p>A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione (codice AA0770)</p> <p>A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione (AA0800)</p> <p>A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici (AA0840)</p> <p>Costi relativi a prestazioni extra-LEA ed a stranieri irregolari (flusso LA all.5 codice A5999 col. TS013, all.6 codici A6002 e A6003 col. TS013. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere. Per il denominatore la popolazione è pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2014).</p>
Fonte	Costi: Flusso CE sanitario - Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute



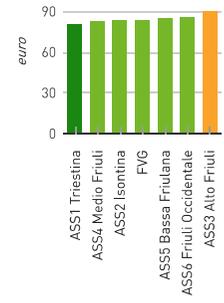
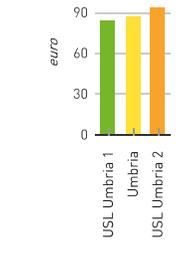
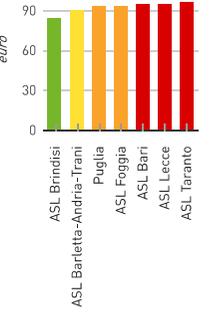
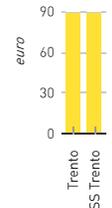
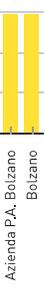
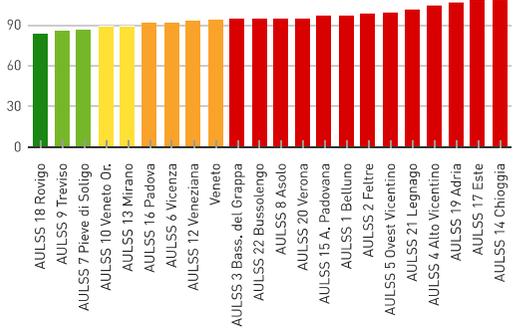
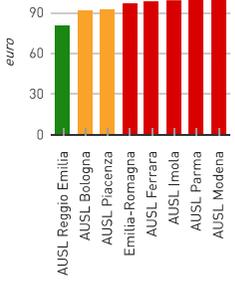
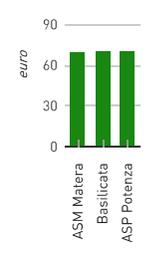
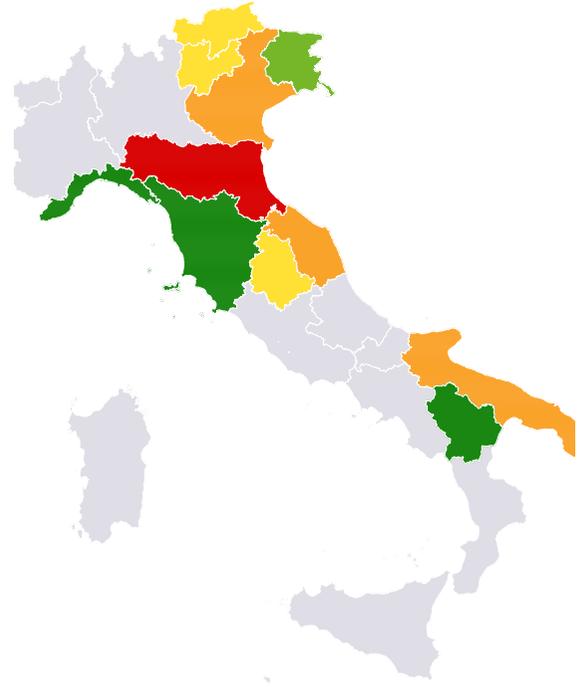
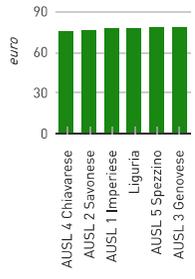
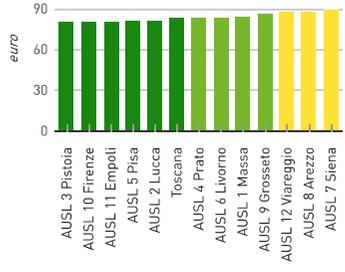
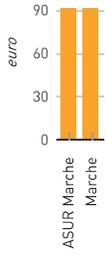


F17.3.2.1 Costo pro-capite per assistenza sanitaria MMG

Il costo pro-capite per l'assistenza erogata dai medici di medicina generale (MMG) è calcolato come rapporto tra il costo dell'assistenza derivato dal Conto Economico del bilancio 2014 e la popolazione di età maggiore o uguale a 14 anni al 31/12/2014. La variabilità presente è data dalla contrattazione integrativa regionale (AIR) e locale (AIA) che ogni singola regione e azienda con le rappresentanze della medicina generale. Per maggiori approfondimenti si suggerisce di consultare "Gli accordi attuativi aziendali per i medici convenzionati: Il caso della Regione Toscana" di S. Barsanti, M. Bonciani, P. Salvadori.



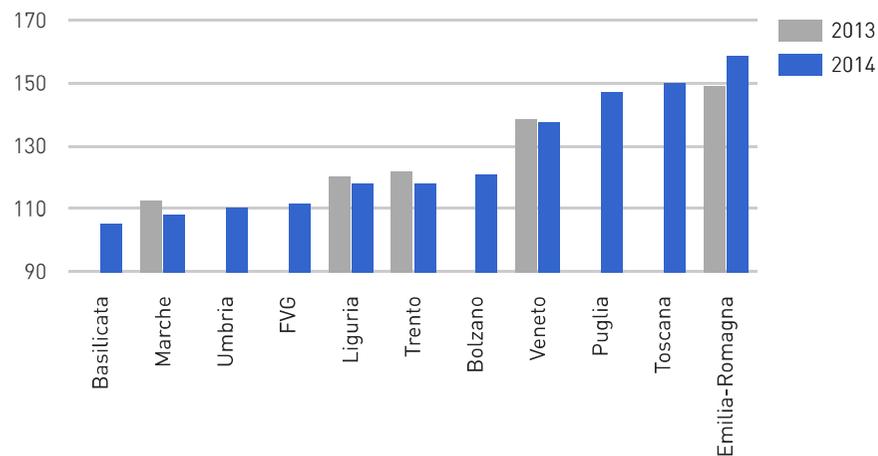
Definizione	Costo pro-capite per assistenza sanitaria MMG
Numeratore	Costo per assistenza MMG
Denominatore	Popolazione residente con Età >=14
Note	Costo per assistenza sanitaria MMG (codice BA0430 del Flusso CE). Per il denominatore si utilizza la popolazione grezza al 31/12/2014
Fonte	Flusso CE – Popolazione sul sito del Ministero della Salute



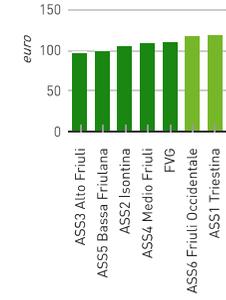
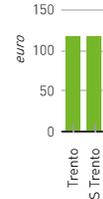
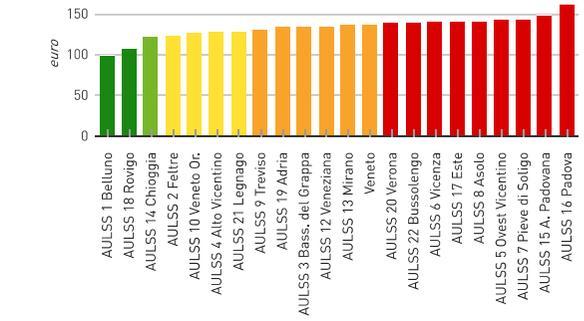
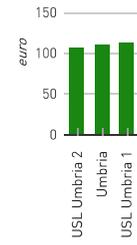
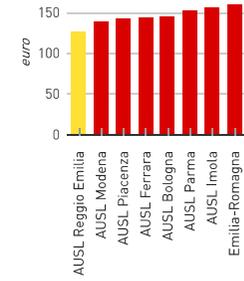
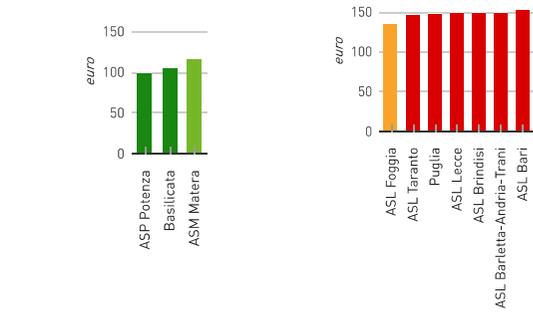
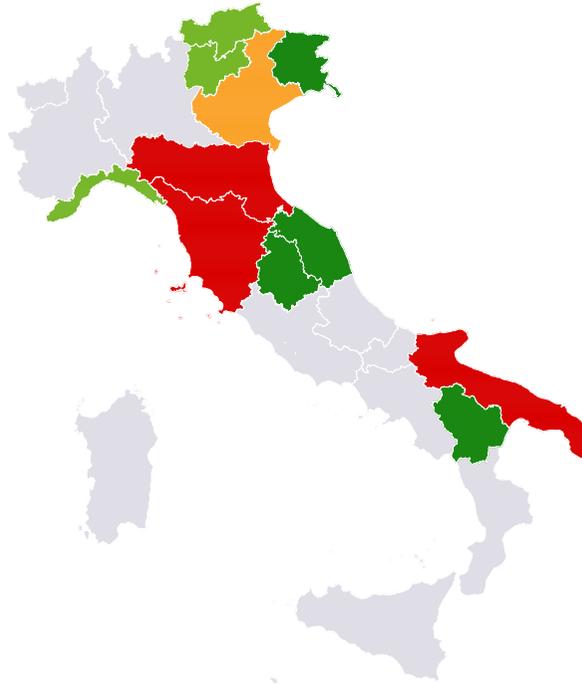
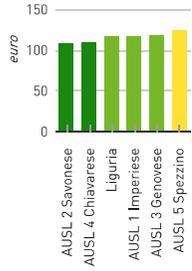
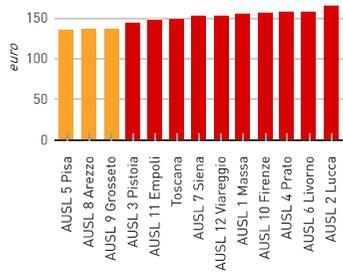
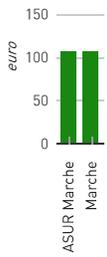


F17.3.2.2 Costo pro-capite per assistenza sanitaria PLS

Il costo pro-capite per l'assistenza erogata dai pediatri di libera scelta (PLS) è calcolato come rapporto tra il costo dell'assistenza derivato dal Conto Economico del bilancio 2014 e la popolazione di età minore a 14 anni al 31/12/2014. La variabilità presente è data dalla contrattazione integrativa regionale (AIR) e locale (AIA) che ogni singola regione e azienda con le rappresentanze della medicina generale. Per maggiori approfondimenti si suggerisce di consultare "Gli accordi attuativi aziendali per i medici convenzionati: Il caso della Regione Toscana" di S. Barsanti, M. Bonciani, P. Salvadori.



Definizione	Costo pro-capite per assistenza sanitaria dei PLS
Numeratore	Costo per assistenza PLS
Denominatore	Popolazione residente con età < 14
Note	Voci considerate: Costi per assistenza PLS (codice BA0440 del Flusso CE). Per il denominatore si utilizza la popolazione grezza 31/12/2014.
Fonte	Flusso CE - Popolazione sul sito del Ministero della Salute





F18 Costo medio per punto DRG

L'indicatore monitora il costo medio dell'assistenza ospedaliera e assume una valutazione pari a quella dell'indicatore F18.1.

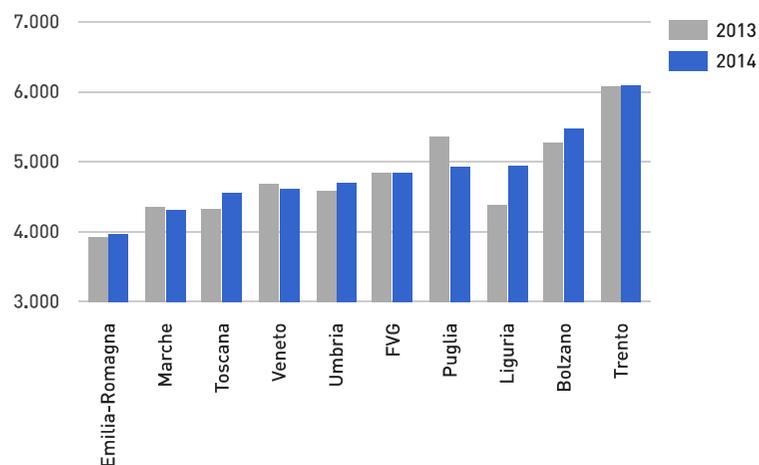
Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2014.

L'indicatore assume la valutazione del sottoindicatore F18.1.

F18.1 Costo medio per punto DRG ministeriale dei ricoveri per acuti

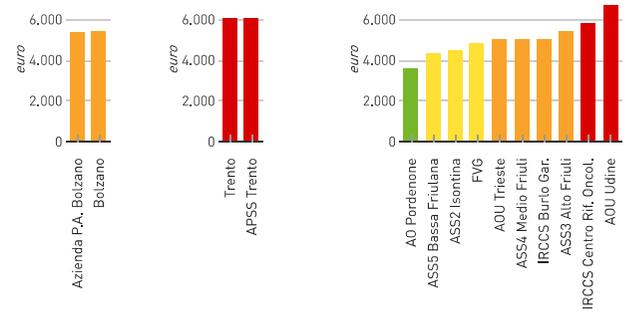
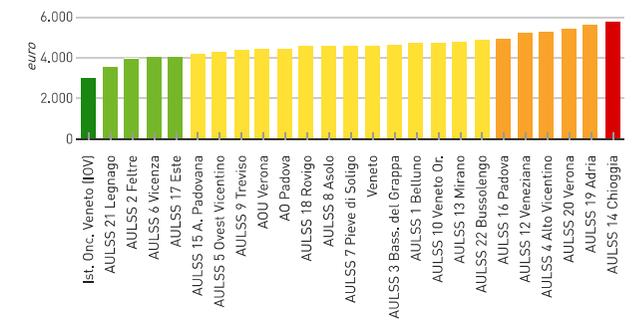
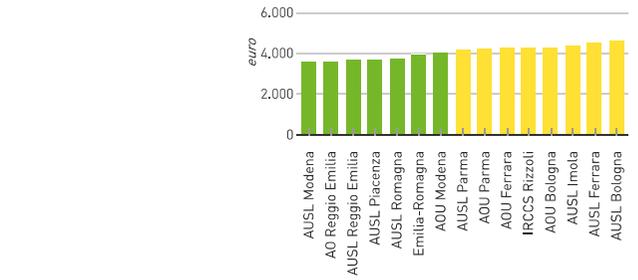
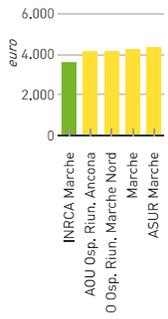
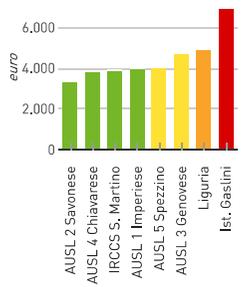
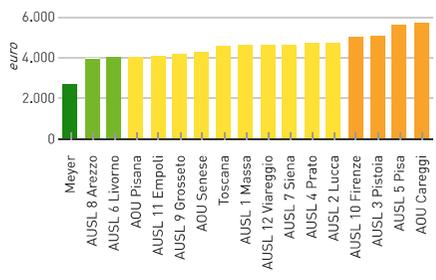
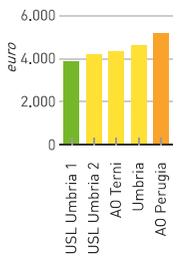
L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle Aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto, i punti Drg utilizzati sono quelli ministeriali (cosiddetta TUC tariffa unica convenzionale). Per quanto riguarda la stima dei costi di produzione delle aziende (siano esse territoriali o ospedaliere o Ircss) per i ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi sostenuti per la mobilità passiva (ossia i costi sostenuti dalle aziende territoriali per prestazioni erogate ai propri residenti presso altre aziende).

Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2014.



Definizione	Costo medio per punto DRG
Numeratore	Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS – costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Denominatore	Punti DRG ministeriali per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Note	Per il costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso LA (codice 30200 colonna TS013) Nei costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria (mobilità passiva) si considerano i costi della mobilità passiva e i costi relativi all'acquisto delle prestazioni sanitarie da privato : Flusso LA (codice 30200 colonna TS003). Per i punti DRG si considerano i ricoveri erogati in strutture pubbliche con regime di degenza ordinaria/DH/DS. Nel calcolo del denominatore si esclude la libera professione e si escludono i seguenti reparti di dimissione: 28,56,60,75,99.

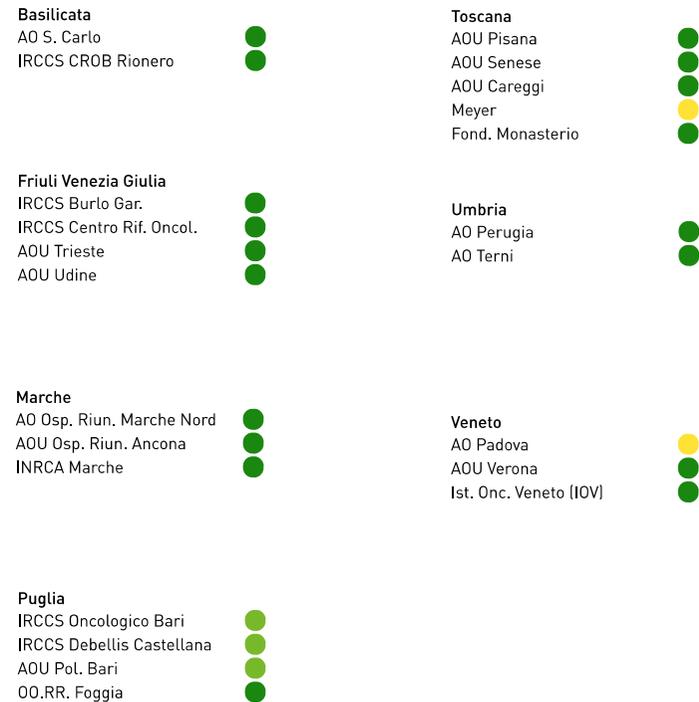
Fonte Flusso LA – Flusso SDO



F1 Equilibrio economico reddituale

L'indicatore F1 analizza l'equilibrio economico ed esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo. L'indicatore si compone di tre indici: il primo (F1.2) analizza la situazione economica della gestione caratteristica che corrisponde all'attività principale svolta dall'azienda, ossia l'attività sanitaria; il secondo (F1.3) misura l'efficienza dell'utilizzo del capitale investito; il terzo (F1.4) misura l'efficienza gestionale nell'utilizzo delle risorse. Gli indicatori sono stati calcolati per le Aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). I dati dei primi due indicatori si riferiscono ai bilanci (Conto Economico e Stato Patrimoniale) 2014, mentre per il terzo indicatore si sono considerati i bilanci 2015 in base a quanto stabilito dalla legge di stabilità 2016 (legge n.208 del 2015, art.1 comma 525). L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sotto-indicatori F1.2, F1.3 e F1.4.

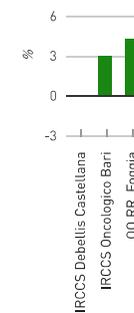
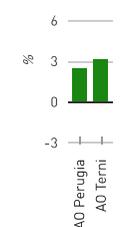
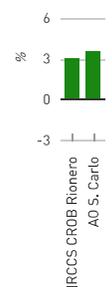
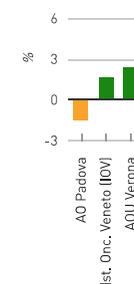
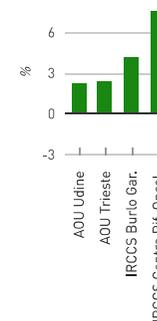
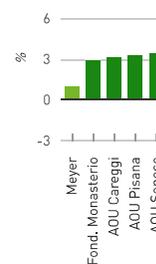
- **F1 Equilibrio economico reddituale** [di valutazione]
 - F1.2 Equilibrio economico sanitario (ROS) [di valutazione]
 - F1.3 ROI [di valutazione]
 - F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015) [di valutazione]



F1.2 Equilibrio economico sanitario (ROS)

L'indicatore F1.2 indica la capacità dell'azienda di raggiungere l'equilibrio economico relativo all'attività tipica, escludendo quindi sia i fattori straordinari (plusvalenze o le sopravvenienze passive), sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto fra il margine sanitario netto (l'equivalente del margine operativo netto), calcolato come differenza fra valore e costi della produzione, e il valore della produzione. Tale indice, molto utilizzato a livello internazionale, è noto con il nome di "ROS", Return On Sales. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

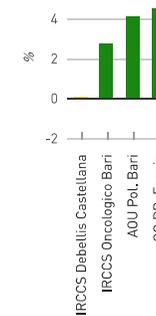
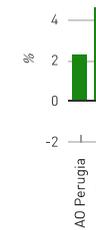
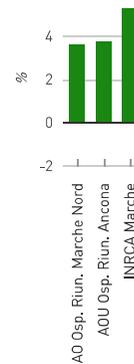
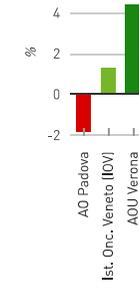
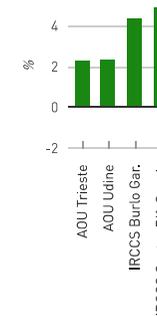
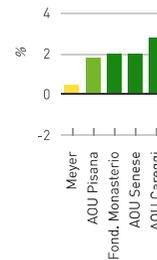
Definizione	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al valore della produzione, espresso in termini di valore percentuale
Numeratore	Margine Sanitario Netto x 100
Denominatore	Valore della produzione
Note	Il margine sanitario netto è calcolato come segue: Valore della produzione (codice AZ999 del Flusso CE) - Costi della produzione (codice BZ999 del Flusso CE)
Fonte	Flusso CE bilancio 2014





F1.3 ROI

Questo indicatore è calcolato come rapporto fra margine sanitario netto (differenza fra valore e costi della produzione) e capitale investito. E' previsto per le AO, AOU, IRCCS in quanto sono le uniche aziende che applicano un sistema di tariffazione delle prestazioni (DRG) che correla, seppur in parte, i ricavi al volume dell'attività svolta, diversamente da quanto accade nelle ASL. Questo indice esprime l'efficienza con la quale è utilizzato il capitale investito, ovvero la redditività del capitale investito (il cosiddetto return on investment). Nel caso del settore sanitario indica, quindi, il rapporto tra la necessità di garantire continui investimenti e la possibilità di offrire ai cittadini livelli di eccellenza delle prestazioni con adeguate strutture di ricerca. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

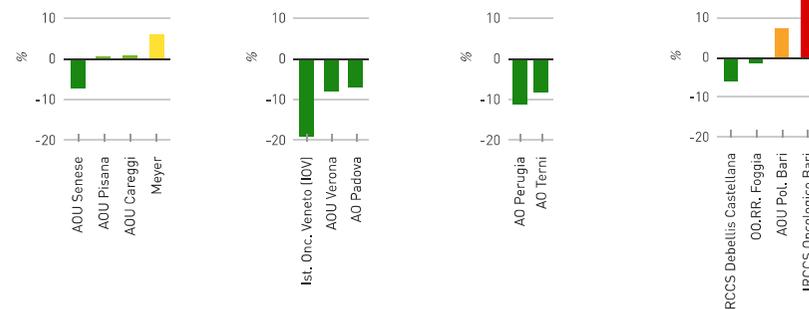


Definizione	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al capitale investito, espresso in termini di valore percentuale
Numeratore	Margine Sanitario Netto x 100
Denominatore	Totale Attivo
Note	Il margine sanitario netto è calcolato come segue: Valore della produzione (codice AZ999 del Flusso CE) - Costi della produzione (codice BZ999 del Flusso CE).
Fonte	Flusso CE - Flusso SP bilancio 2014



F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n. 208/2015)

L'indicatore introdotto dalla legge di stabilità n.208 del 2015 e dalle successive specifiche nel decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, esprime l'efficienza gestionale dell'azienda calcolata come scostamento tra costi e ricavi determinati come remunerazione dell'attività. La metodologia di calcolo dello scostamento è stata individuata e approvato dal Ministero della salute attraverso il DM del 21 giugno del 2016 per la predisposizione dei piani di rientro di cui art.1 comma 528 della legge n.208. L'indicatore è calcolato come rapporto tra la differenza tra i costi e i ricavi massimi ammissibili, e la somma dei ricavi da prestazioni e del finanziamento per funzione massimo ammissibile. In base alle legge di stabilità lo scostamento massimo individuato è pari al 10%, in base a tale soglia sono state calcolate le fasce di valutazione. La fonte dati è il IV trimestre 2015.



Definizione	Copertura percentuale dei costi per attività svolta (legge di stabilità n.208/2015)
Numeratore	Costi – Ricavi massimi ammissibili
Denominatore	Ricavi da prestazioni finanziamenti per funzioni massimo ammissibile
Note	La voce dei costi COSTI è la somma delle seguenti voci di bilancio: B.1) Acquisti di beni, B.2) Acquisti di servizi, B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata), B.4) Godimento di beni di terzi, B.5) Personale del ruolo sanitario, B.6) Personale del ruolo professionale, B.7) Personale del ruolo tecnico, B.8) Personale del ruolo amministrativo, B.9) Oneri diversi di gestione, B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali, B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali, B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti, B.15) Variazione delle rimanenze, B.16) Accantonamenti dell'esercizio, C.3) Interessi passivi, C.4) Altri oneri, D.2) Svalutazioni, Y) Totale imposte e tasse. I RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI sono la somma di: Ricavi da prestazioni, Finanziamento per funzioni massimo ammissibile, Altri ricavi. I Ricavi da prestazioni= ricavi da prestazioni - normalizzazione dei ricavi da ricovero. Ricavi da prestazione= A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici - A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse

aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA. Normalizzazione= (A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero)* delta tariffario indicato nell' Allegato A delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro. Finanziamento per funzioni massimo ammissibile=(x /1-x)*ricavi da prestazione. Altri ricavi: A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato, A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati, A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati, A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo), A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca, A.1.D) Contributi c/esercizio da privati, A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti, A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici, A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva), A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati, A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia, A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi, A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio, A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, A.9) Altri ricavi e proventi, C.1) Interessi attivi, C.2) Altri proventi, D.1) Rivalutazioni. Per un dettaglio maggiore sulla metodologia di calcolo far riferimento al DM del 21 GIUGNO 2016.

Fonte

Flusso CE, IV trimestre 2015



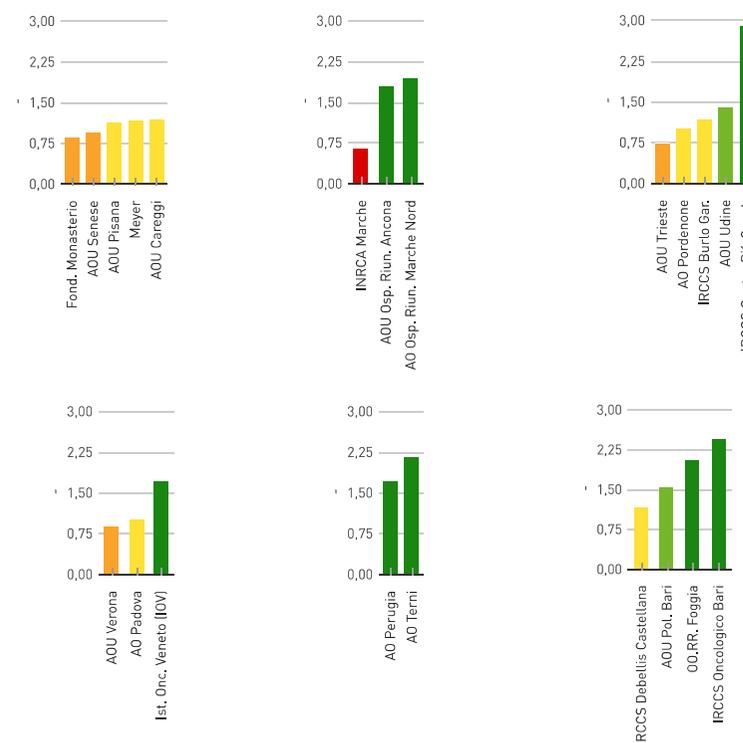
F3 Equilibrio patrimoniale-finanziario

L'indicatore di equilibrio patrimoniale-finanziario mira a monitorare gli indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio: l'indice di disponibilità o current ratio, la composizione dei debiti finanziari, la dilazione dei tempi di pagamento e l'indice di indebitamento. A questi, dall'analisi delle note integrative, sono stati aggiunti indicatori relativi alle politiche di investimento; in particolare: il tasso di obsolescenza tecnica, il ricorso al leasing e il rinnovo degli investimenti relativi ad attrezzature sanitarie e immobilizzazioni tecniche. L'unico indicatore di valutazione è l'indice di disponibilità che indica la capacità dell'azienda di essere solvibile ossia la capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo (passivo corrente) con impieghi di breve periodo (attivo corrente) per il quale il valore di riferimento è superiore all'unità. I dati si riferiscono all'anno 2014.

L'indicatore assume la valutazione del pari al sotto-indicatore F3.1.

F3.1 Indice di disponibilità

L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le disponibilità correnti, ossia cassa, crediti a breve rapidamente realizzabili e rimanenze di magazzino. L'indicatore è stato calcolato solo per le AO, AOU, IRCCS. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.



Definizione	Indice di disponibilità
Numeratore	Attivo Circolante
Denominatore	Passivo Corrente
Note	Attivo circolante è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP (codice ABZ999 ACZ999) Passivo corrente è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP (codice PDA000, PDA010, PDA070, PDA130, PDA140, PDA240, PDA280, PDA310, PDA320, PDA330, PDA340, PEA000, PEA030) Sono state inserite solo le voci entro i 12 mesi come indicato nel bilancio aziendale
Fonte	Flusso SP e Bilancio aziendale anno 2014



4

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- Audiweb (2016), *Total digital audience*, Report Gennaio 2016
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Barsanti S., Giovanelli S., Nuti S. (2014), Come valutare la ricerca nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie? Metodi e proposte operative. *Mecosan*, 90, 9:32
- Barsanti S., Nuti S. (2013), *The equity lens in the Health care performance evaluation system*, International Journal of Health Planning and Management, Vol. 29, Issue 3, pp. 233-246
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Berta P., Seghieri C., Vittadini G. (2013), *Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region*, Health Care Management Science, Issue 1
- Bini B., Nuti S., Vainieri M. (2015), *Definizione delle priorità di intervento in sanità: approcci socio-tecnici a confronto*. In: MECOSAN. Management e economia sanitaria, 2015, vol. 2015/93, issue 93, pages 49-73
- 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
- Boncianni, M., Lupi, B.; Nuti, S. (2015), *Performance evaluation in healthcare: the experience of maternity pathway from Tuscany to the Italian network of regions*. In Italian Journal of Pediatrics 2014, 40(Suppl 1):A35
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- 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, Firenze University Press, par. 2.1
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621
- Cramer J.A., Rosenheck R. (1998), Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201 <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), Com'è nato il vocabolario di base, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), *Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana*, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne.
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- 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
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Franchina V., Vacca R. (1986), Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione, Linguaggi*, a. III, n. 3, pp. 47-9
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in

- hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online.
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- OECD (2009), *Health at glance 2009. OECD Indicators*, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011. OECD Indicators*, OECD
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act*
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmler J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313.
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni, *Bollettino della Società Filosofica Italiana*, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journey*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, *Progetto SIVEAS*, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- Mazzoleni, F., et al. (2011), Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5: 11-16
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", *NIH Consensus Statement*, September 14-16, <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>
- Nutbeam D. (1998), *Health promotion glossary*, in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- 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., Daraio C., Speroni C., Vainieri M. (2011), *Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy*, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 23, No. 3, pp. 324-330
- Nuti S., Grillo-Ruggieri T., Podetti S. (2016), *Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions*, BMJ Open 2016
- 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., Seghieri C. (2014), *Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy*, Health Policy, Vol. 114 (2014) pp. 71-78.
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- Nuti S., Vainieri M. (2012), *Managing waiting times in diagnostic medical imaging*, British Medical Journal BMJ
- Nuti S., Vainieri M., Frey M., (2012), *Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies*, The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Vol. 25 No. S4, pp. 48-51

- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. (2012), *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience*, *The Journal of Management and Governance*, May 2012.
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
- OHA (2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) [a cura di], *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal – Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20
- Politecnico di Milano (2016), *Osservatorio Mobile & App Economy*
- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 2: 186-196
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), *Rapporto Osservasalute 2004*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), *Rapporto Osservasalute 2009*, Osservasalute, Roma
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Speroni C., Barsanti S., Seghieri C., Nuti S. (2011), *La promozione della salute: una sfida per il management delle Aziende sanitarie*, Politiche Sanitarie, Vol. 12, No.1, pp. 13-21.
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J., Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5): 426-434.
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8.
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2016), Health care policies between rationing and rationalization: the role and evolution of the monitoring system for pharmaceutical assistance at regional level, *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), Discontinuation and 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: 230-235
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (1991), *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html

Collane MeS

- Barsanti S., Bonciani M., Roti L., (2016), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze
- Panero C., Nuti S., Marcacci L. Rosselli A., (2016) *Il Quaderno del Pronto Soccorso*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze
- Vainieri, M., Nuti, S., (2015), *Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali*, Edizioni Il Mulino, Bologna
- 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., Editore il Mulino, Bologna, n. pag. 354
- Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), *Il Quaderno del Percorso Materno Infantile*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze, n. pag. 79.
- 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*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 277
- Nuti, S., Vainieri M. (2013), *Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso*



Del Gallo Editori
Via Dei Tornitori, 7 - Z.I. Santo Chiodo - 06049 Spoleto (PG)
info@delgalloeditori.com - www.delgalloeditori.com/
Finito di stampare nel mese di ottobre 2016

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.sssup.it

