

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

REPORT 2017



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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

REPORT 2017

A cura di Sabina Nuti, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Daniel Adrian Lungu, Antonio Parenti, Federico Vola

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna
Via San Zeno 2, Pisa
www.meslab.santannapisa.it

© Copyright 2018 Laboratorio MeS

ISBN 978-884675341-0



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Responsabile Scientifico: Sabina Nuti, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)

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

Coordinamento: Federico Vola, Daniel Adrian Lungu

Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo

Supervisione statistica: Giuseppe D’Orio

Coordinamento per la redazione del Report: Antonio Parenti

Team di ricerca: Sara Barsanti, Nicola Bellè, Letizia Bertoli, Cristiana Bettelli, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Paola Cantarelli, Lucrezia Coletta, Iliaria Corazza, Federica Covre, Sabina De Rosi, Francesca Ferrè, Elisa Foresi, Maria Paola Gamba, Giorgio Giacomelli, Francesca Guarneri, Claudia Leo, Barbara Lupi, Tiziano Marra, Anna Maria Murante, Guido Noto, Emiliano Pardini, Francesca Pennucci, Silvia Podetti, Fabio Pratelli, Antonella Rosa, Chiara Seghieri, Milena Vainieri, Bruna Vinci.

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

P.A. Bolzano: Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Antonella Di Munno, Antonio Fanolla, Eva Papa, Roberto Picus, Thomas Prinoth, Valeria Rossi, Sabine Weiss, Paola Zuech.

Regione Friuli Venezia Giulia: Loris Zanier, Antonella Bulfone, Michele Chittaro, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Sara Anzilutti, Marzia Cicutтини, Linda Gallo, Barbara Alessandrini.

Regione Liguria: Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Tommaso Grillo Ruggieri, Roberto Oneto, Filippo Ansaldi, Roberto Carloni, Claudio Castagneto, Laura Lassalaz, Alessandra Moisello, Enrica Orsi, Paolo Forno, Michele Bonfiglio, Susanna Rivetti, Marco Russo, Sergio Schiaffino, Camilla Sticchi, Germana Torasso, Sergio Vigna, Roberta Zanetti, Bruno Buonopane, Marco Manoni, Carlo Olivari, Laura Perini, Paolo Romairone, Luigina Ada Bonelli, Giuseppina Vandini.

Regione Lombardia: Maurizio Bersani, Pietro Borelli, Elisabetta Brivio, Danilo Cereda, Liliana Coppola, Nicoletta Cornaggia, Gjiliola Cukaj, Giovanni Daverio, Giulio Diurno, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Antonio Lora, Massimo Medaglia, Luca Merlino, Franco Milani, Vanna Poli.

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

Regione Puglia: Giancarlo Ruscitti, Giovanni Gorgoni, Vito Bavaro, Antonio Alfio Circhetta, Antonio Vieli, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Cinzia Tanzarella, Annamaria Nannavecchia, Antonio Chieti, Francesca Zampano, Antonio Tommasi, Rossella Caccavo, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli.

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

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

Regione Umbria: Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Marcello De Giorgi, David Franchini, Giulio Agostinelli, Tiziana Bacelli, Donatella Bosco, Ombretta Checconi, Simona Guzzo, Gabriella Madeo, Alessandro Montedori, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Tomassini, Anna Tosti.

Regione Veneto: Domenico Mantoan, Simona Bellometti, Patrizia Bortolon, Elena Schievano, Diego Bonifaci, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Elena Narne, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Margherita Andretta, Valeria Biasi, Silvia Peruzzo, Alessandro Curto, Angela Scapin, Paola Facchin, Laura Salmaso, Silvia Manea, Daniela Perin, Luca Heller, Maria Chiara Corti, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Antonio Aggio, Marco Braggion, Mariarosaria Lamattina, Valentina Zabeo, Francesco Bortolan, Pierfranco Conte, Alberto Bortolami, Mauro Bonin, Stefano Nicola, Maddalena Momo, Andrea Gritti, Giuseppe Feltrin, Corliano Pantaleo, Gianna Vettore, Tommaso Maniscalco, Simone De Bellonia.

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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Introduzione	7	Gli indicatori 2017*	83
Metodologia e rappresentazione dei risultati nel confronto regionale	13	Lo stato di salute della popolazione	85
		Efficienza e sostenibilità	95
		Utenza, personale e comunicazione	101
I risultati 2017	37	Strategie sanitarie regionali	111
Basilicata	38	Emergenza - urgenza	131
P.A. Bolzano	42	Prevenzione collettiva	139
Friuli Venezia Giulia	46	Governo e qualità dell'offerta	145
Liguria	50	Assistenza farmaceutica	203
Lombardia	54	Bibliografia	221
Marche	58		
Puglia	62		
Toscana	66		
P.A. Trento	70		
Umbria	74		
Veneto	78		

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

1

INTRODUZIONE

LA VALUTAZIONE NELLA SANITA' PUBBLICA: ALCUNE PREMESSE VALORIALI CONDIVISE

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

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

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

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



Il sistema di valutazione, partito in Toscana nel 2005, è stato successivamente adottato, a partire dal 2008, da altre Regioni. Oggi al network aderiscono 10 Regioni e due Province Autonome, ossia la Basilicata, la Calabria, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Lombardia, le Marche, la Puglia, la Toscana, l'Umbria, il Veneto e le P.A. di Trento e di Bolzano.

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

In primo luogo, la consapevolezza che nel contesto sanitario lo strumento del *benchmarking* sia essenziale: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il *benchmarking*, ossia il processo sistematico di confronto delle performance, rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle *best practice*. Per molti indicatori, infatti, non esistono *standard* di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta 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 e 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*; tuttavia, 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

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

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

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

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

parte di altri soggetti del sistema, soluzioni a cui l'istituzione non aveva pensato, troppo spesso impegnata a introdurre miglioramenti marginali e non ad attivare cambiamenti organizzativi radicali.

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

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

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

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

Affinché i sistemi di valutazione fondati sul "*ranking*" siano efficaci, è necessario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centinaia sono ormai gli indicatori di valutazione condivisi che, a loro volta, sono raggruppati in indicatori di sintesi costruiti ad "albero". Questi a loro volta sono classificati in diverse dimensioni di valutazione, ossia:

- lo stato di salute della popolazione;
- l'efficienza e la sostenibilità;

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

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

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

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

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

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

2

METODOLOGIA E RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI NEL CONFRONTO REGIONALE

Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della *performance* è nel 2018 composto da 10 Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. L'adesione è su base volontaria, ossia è il frutto di una scelta consapevole delle Regioni aderenti che vogliono, mediante questo strumento di *governance*, garantire la trasparenza sui loro risultati da un lato, e rigore scientifico dall'altro, affidando a un soggetto terzo e pubblico, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il compito di assicurare la correttezza del calcolo e il superamento sistematico della autoreferenzialità.

L'obiettivo del Network è quello di condividere un sistema di valutazione dei sistemi sanitari regionali, attraverso il confronto di un *set* di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della *performance* dei sistemi stessi. Nel 2014 è stato istituito un ulteriore livello di confronto – un "Network nel Network" – dedicato allo sviluppo e all'elaborazione di un *set* di indicatori volti a valutare la capacità delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di assolvere alla propria triplice missione (assistenza, formazione e ricerca).

Il presente rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto, mentre ai risultati delle AOU è dedicata una pubblicazione specifica, disponibile a stampa e scaricabile in formato .pdf, all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval.

L'architettura del sistema di valutazione

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

Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della *performance* dei sistemi sanitari regionali, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi, per un

totale di circa 300 indicatori. La cernita degli indicatori è volta a evidenziare le dimensioni fondamentali della *performance* in un sistema complesso quale quello sanitario:

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

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

- fa leva su un largo spettro di flussi amministrativi disponibili a livello nazionale – dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ai bilanci, al flusso delle Prestazioni Ambulatoriali, a quello del Pronto Soccorso e del 118, passando per i Certificati di Assistenza al Parto, i flussi dell'ambito farmaceutico (distribuzione in regime convenzionato, diretto e in regime di ricovero), il flusso AD-RSA (assistenza domiciliare e residenziale), ecc.;
- mette a sistema informazioni attualmente non strutturate in flussi codificati univocamente a livello nazionale (registri di mortalità, donazioni di organi, *screening* e vaccinazioni, ad esempio);
- valorizza flussi informativi e strumenti di rilevazione diffusi a livello nazionale (l'indagine PASSI, ad esempio);
- prevede alcune rilevazioni *ad hoc*, per fare luce su specifici ambiti di attività delle Aziende Sanitarie, quali l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2017, per quanto una minoranza di essi rimandi ad anni precedenti, o a causa dell'aggiornamento differito delle fonti dati (gli indicatori epidemiologici, ad esempio, o quelli derivanti da dati di bilancio), oppure perché – a causa della bassa frequenza dell'evento monitorato – richiedano il *pooling* di più anni.

Al fine di snellire il sistema di valutazione e facilitarne ulteriormente la fruizione,

nel corso del 2018 sono stati complessivamente rivisti tutti gli indicatori del sistema, individuando, in collaborazione con i referenti regionali, tre nuove fattispecie:

- a. sono stati etichettati come “*on demand*” circa 70 indicatori, la cui relativamente bassa frequenza di consultazione ha provvisoriamente motivato la sospensione del calcolo, in assenza di una specifica richiesta – in senso contrario – da parte delle Regioni del Network;
- b. in riferimento a 9 indicatori è stata individuata una limitata variabilità da un anno all’altro: è stato pertanto previsto un “calcolo pluriennale”, ovvero un aggiornamento del dato con cadenza biennale;
- c. per stimolare l’ulteriore sviluppo del sistema di valutazione è stata condivisa l’introduzione di 35 nuovi indicatori: per non compromettere la tempestiva disponibilità del sistema, il calcolo di questi nuovi indicatori è stato tuttavia rinviato al secondo semestre del 2018.

A circa 120 degli indicatori di cui si compone il sistema è attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5; questa è ottenuta attraverso il confronto del valore degli indicatori con *standard* condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale (ad esempio, la percentuale di parti cesarei, indicata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità), o dal raffronto delle *performance* delle Aziende del Network con quella registrata a livello europeo, oppure considerando il confronto e la distribuzione inter-aziendale.

Gli indicatori sono raggruppati tramite strutture “*ad albero*” in circa 30 indicatori composti, al fine di facilitare la lettura dei risultati di performance. La valutazione degli indicatori di sintesi è ottenuta tramite la media semplice o pesata delle valutazioni dei sotto-indicatori, così come riportato nella scheda di calcolo disponibile per ciascun indicatore e sotto-indicatore e così come sintetizzato nella tabella che segue.

Figura 1. *Le fasce di valutazione*

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

Tabella 1. Elenco degli indicatori 2017, condivisi dal Network delle Regioni

In corsivo gli indicatori di osservazione

In **grassetto** sono riportati gli indicatori di sintesi, la cui valutazione è pari alla media semplice o pesata dei propri sotto-indicatori

In **blu** gli indicatori sviluppati per la valutazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie

La colonna "Pesatura" dettaglia le componenti delle medie pesate degli indicatori di sintesi

La presenza di un asterisco dopo il nome dell'indicatore (*) sta ad indicare un indicatore "on demand"

La presenza di due asterischi dopo il nome dell'indicatore (**) sta ad indicare un indicatore "con calcolo pluriennale"

La presenza di tre asterischi dopo il nome dell'indicatore (***) sta ad indicare un indicatore con calcolo differito al secondo semestre 2018

Stato di salute della popolazione	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione										
A1 Mortalità Infantile													
A1.1 Mortalità nel primo anno di vita	100%	86	3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8	
<i>A1.2 Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)</i>													
<i>A1.3 Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)</i>													
A2 Mortalità tumori **	100%	87	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233	
A3 Mortalità per malattie circolatorie	100%	88	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299	
A4 Mortalità per suicidi	100%	89	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6	
A10 Stili di vita (PASSI)													
A6.1.1 Percentuale di sedentari	25%	90	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15	
A6.2.1 Percentuale di persone sovrappeso e obese	25%	91	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34	
A6.3.1 Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio	25%	92	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10	
A6.4.1 Percentuale di fumatori	25%	93	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24	
Efficienza e sostenibilità													
F17 Costo sanitario pro capite (fasce di valutazione Aziende)	100%	96	2028,8	2164,1	1893,4	2028,8	1758,0	1893,4	1622,7	1758,0	1487,3	1622,7	
F17 Costo sanitario pro capite (fasce di valutazione Regioni)	100%	96	2189	2338	2040	2189	1891	2040	1742	1891	1593	1742	
<i>F17.1 Costo pro capite assistenza ospedaliera *</i>													
<i>F17.1.1 Costo pro capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS *</i>													
<i>F17.2 Costo pro capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro *</i>													
<i>F17.3 Costo pro capite assistenza distrettuale *</i>													
<i>F17.3.1 Costo pro capite assistenza specialistica *</i>													
<i>F17.3.1.1 Costo pro capite diagnostica strumentale e per immagini *</i>													
<i>F17.3.2 Costo pro capite assistenza sanitaria di medicina generale</i>													
F18 Costo medio per punto DRG													
F18.1 Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti	100%	97	5747,7	6596,2	4899,3	5747,7	4050,9	4899,3	3202,4	4050,9	2354,0	3202,4	
<i>F18.3 Costo medio per punto DRG (AO e presidi a gestione diretta)</i>													
F1 Equilibrio Economico Reddittuale	0%												
F1.4 Scostamento tra costi e ricavi [legge di stabilità n.208/2015]	100%	98	7	10	4,7	7	2,3	4,67	0	2,3	-2,3	0	
F3 Equilibrio Patrimoniale finanziario													
F3.1 Indice di disponibilità	100%	99	0,3	0,7	0,7	1	1	1,4	1,4	1,7	1,7	2,1	
F3.2 Politiche di investimento													
<i>F3.2.2 Obsolescenza degli impianti e macchinari</i>													
<i>F3.2.1 Incidenza dei canoni di leasing e noleggio</i>													
<i>F3.4.2 Dilazione dei debiti</i>													
Utenza, personale e comunicazione													
D18 Percentuale dimissioni volontarie	100%	102	1,4	1,75	1,1	1,4	0,7	1,1	0,4	0,7	0	0,4	
E2 Percentuale di assenza	100%	103	13,1	14	12,2	13,1	11,4	12,2	10,5	11,4	9,6	10,5	
B15 Valutazione ricerca	0%												
B15.1.1 Impact Factor medio articoli per dirigente	100%	104	3,2	5,3	5,3	7,4	7,4	9,5	9,5	11,6	11,6	13,7	
B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigente	100%	105	1,1	1,4	1,4	1,9	1,9	2,3	2,3	2,7	2,7	3,2	
B15.3.1 Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	100%	106	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90	
B15.3.2 Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	100%	107	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90	
B15.4.1 Valutazione IF mediano per Specialità	100%	108	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	
B15.4.2 Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità	100%	109	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	

Strategie sanitarie regionali	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
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 *	20%											
A6.2.2 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso *	20%											
A6.2.3 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica *	20%											
A6.3.2 Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno *	20%											
A6.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare *	20%											
B5 Estensione ed adesione allo screening												
B5.1 Screening Mammografico												
B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico	16,7%	112	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2 Adesione corretta allo screening mammografico	16,7%	113	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
B5.1.4 Copertura screening mammografico per iniziativa spontanea (PASSI) *												
B5.1.5 Tempo intercorrente tra mammografia di screening con esito positivo e primo approfondimento												
B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti												
B5.1.7 Proporzione di tumori in stadio II + rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella ai round successivi ***												
B5.2 Screening cervice uterina												
B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	16,7%	114	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.2.2 Adesione corretta allo screening cervice uterina	16,7%	115	20	30	30	40	40	50	50	60	60	70
B5.2.4 Copertura screening cervicale per iniziativa spontanea (PASSI) *												
B5.3 Screening coloretale												
B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	16,7%	116	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2 Adesione corretta allo screening coloretale	16,7%	117	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
B5.3.5 Copertura screening coloretale per iniziativa spontanea (PASSI) *												
B6a Donazioni di organi												
B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica	50,0%	118	0,0	0,3	0,3	0,6	0,6	1,0	1,0	1,4	1,4	1,7
B6.1.9 Opposizione alla donazione												
B6.1.2 Percentuale donatori procurati	50,0%	119	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8
B6.1.5a Percentuale donatori di tessuti effettivi ***												
B6.1.11 Tempo medio di attesa di trapianto per rene ***												
B6b Sistema trasfusionale												
<i>Attività trasfusionali ***</i>												
B7 Copertura vaccinale												
B7.1 Copertura vaccinale MPR	12,5%	120	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale anziani	12,5%	121	42	53	53	64	64	75	75	86	86	100
B7.3 Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)	12,5%	122	50	60	60	70	70	85	85	95	95	100
B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	12,5%	123	0	7	7	16	16	25	25	34	34	100
B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico	12,5%	124	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico	12,5%	125	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100
B7.7 Copertura vaccinale esavalente	12,5%	126	89	91	91	93	93	95	95	97	97	100
B7.8 Copertura vaccinale varicella	12,5%	127	0	20	20	40	40	50	50	60	60	100

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
C30 Indicatori generali AOU	0%											
<i>C30.3.1.1 Volumi attrazioni extra-regione *</i>												
<i>C30.3.1.2 Percentuale attrazioni extra-regione *</i>												
<i>C30.3.2.1 Volumi attrazioni extra-regione di alta complessità *</i>												
<i>C30.3.2.2 Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>	100%	128	0	3,8	3,8	11,3	11,3	18,8	18,8	26,3	26,3	33,9
<i>C30.3.2.2.i Percentuale attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc) *</i>												
<i>C30.3.3.1 Volumi attrazioni extra-regione - DRG media complessità *</i>												
<i>C30.3.3.2 Percentuale attrazioni extra-regione - DRG media complessità *</i>												
C32 Cardiocirurgia	0%											
<i>C32.3.1.1 Volumi attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici *</i>												
<i>C32.3.2.1 Percentuale attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici *</i>												
<i>C32.4.1 Tasso di fughe extra-regione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE) *</i>												
<i>C32.4.3 Tasso di ospedalizzazione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE) *</i>												
C34 Neurologia	0%											
<i>C34.2 Percentuale trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico *</i>												
<i>C34.3 Indice di Performance della degenza media per Ictus ischemico *</i>												
<i>C34.4 Percentuale di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia *</i>												
C36 Innovazione Tecnologica	0%											
<i>C36.1 Percentuale prostatectomie computer-assistite</i>												
Emergenza-urgenza												
C16 Percorso Emergenza-Urgenza												
<i>C16.1 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti</i>	20%	132	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
<i>C16.2 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora</i>	20%	133	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
<i>C16.3 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h</i>	20%	134	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95
<i>C16a.t1 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>												
<i>C16a.t2 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>												
<i>C16a.t3 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti</i>												
<i>C16.5 Percentuale accessi in Osservazione Breve</i>												
<i>C16.5.1b Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore</i>												
<i>C16.9 Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero</i>												
<i>C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore</i>	20%	135	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3
<i>C16.18 Percentuale accessi in Osservazione Breve con durata inferiore alle 6 ore</i>												
<i>C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)</i>	20%	136	26	40	22	26	18	22	14	18	8	14
<i>C16.20 Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet effettuati con mezzo di soccorso avanzato ***</i>												
D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	100%	137,0	5	6,3	3,8	5	2,5	3,8	1,3	2,5	0	1,3

		Estremi delle fasce di valutazione										
		Pesatura	Pagina									
Prevenzione collettiva												
F15 Sicurezza sul lavoro												
<i>F15.1.1 N. inchieste infortuni concluse con violazioni/N. inchieste infortuni *</i>												
<i>F15.1.2 N. inchieste malattie professionali con violazioni/N. inchieste malattie professionali *</i>												
F15.2 Copertura dell'attività ispettiva												
<i>F15.2.1 N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti</i>												
<i>F15.2.2 N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni *</i>												
<i>F15.2.3 N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati</i>												
F15.3 Efficienza produttiva												
<i>F15.3.1 N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL</i>												
<i>F15.3.2 N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL</i>												
Governmento e qualità dell'offerta												
B8 Malattie infettive												
<i>B8.1 Proporzioni malattie invasive batteriche con ceppo microbico tipizzato *</i>												
<i>B8.2 Tasso incidenza tubercolosi popolazione residente *</i>												
<i>B8.3 Percentuale Esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare *</i>												
<i>B8.4 Conferma culturale diagnosi di tubercolosi polmonare *</i>												
C1 Capacità di governo della domanda												
<i>C1.1 Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.1ro Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (ricoveri ordinari) *</i>												
<i>C1.1dh Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (day hospital) *</i>												
<i>C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.1.2 Tasso ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso *</i>												
<i>C1.1.2.1 Tasso ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.1.2.2 Tasso ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso *</i>												
<i>C1.1.2.2.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali chirurgiche per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso</i>												
<i>C1.3 Posti letto pro-capite **</i>												
<i>C1.5 Indice di case mix **</i>												
<i>C1.6 Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA) **</i>												
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												
C14 Appropriatazza medica												
<i>C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti</i>												
<i>C14.2 Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (AOU, AO, IRCCS...)</i>												
<i>C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)</i>												
<i>C14.2.2 Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pediatrici (AOU, AO, IRCCS...)</i>												
<i>C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni</i>												
<i>C14.5 Tasso di accessi in DH di tipo medico std per età per 1.000 residenti (Griglia LEA) *</i>												

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
C4 Appropriately Chirurgica												
<i>C4.1 Percentuale Drg medici da reparti chirurgici</i>												
<i>C4.1.1 Percentuale Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari</i>												
<i>C4.1.2 Percentuale Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital *</i>												
<i>C4.4 Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o RO 0-1 gg</i>												
<i>C4.7 Drg LEA Chirurgici: Percentuale ricoveri in Day-Surgery</i>												
<i>C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriately (Griglia LEA)</i>												
<i>C18.6 Tasso osp. stripping di vene</i>												
C5 Qualità di processo												
<i>C5.1 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale</i>												
<i>C5.2 Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni</i>												
<i>C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali</i>												
<i>C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia *</i>												
<i>C5.11 Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni *</i>												
<i>C5.12 Percentuale di fratture del collo del femore operate sulle fratture diagnosticate</i>												
<i>C5.17 Percentuale di pazienti sottoposti a dialisi peritoneale sul totale dei pazienti dializzati</i>												
<i>C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti</i>												
<i>C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati **</i>												
<i>C5.20 Trombolisi endovenose per ictus ischemico</i>												
<i>C16.7 Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione</i>												
<i>C16.8 Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>												
<i>C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore</i>												
<i>C5.21 Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' ****</i>												
C6 Rischio clinico												
<i>C6.4.1 Sepsis post-operatoria per chirurgia d'elezione</i>												
<i>C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità</i>												
<i>C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica</i>												
<i>C6.4.4 Percentuale di utilizzo della checklist in sala operatoria per intervento chirurgico (NSG H24S) ***</i>												
<i>C6.1.1n Indice richieste risarcimento per lesioni personali e decessi (NSG H15S) ***</i>												
<i>C7.23 Frequenza di traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti (NSG H25S) ***</i>												
<i>C7.24 Frequenza di traumi ostetrici in parto naturale senza ausilio di strumenti (NSG H22S) ***</i>												

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
			30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7 Materno-Infantile												
C7.1 Percentuale cesarei depurati (NTSV)	70%	162	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7.1.2 Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)												
C7.1.3 Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)												
C7.1.4 Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati												
C17.4 Volumi parti												
C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti **												
C17.4.2 Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti **												
C17.4.3 Percentuale di punti nascita sopra soglia per parti ***												
C17.4.4 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (NSG H24S) ***												
C7.2 Percentuale parti indotti **												
C7.3 Percentuale episiotomie depurate (NTSV)	15%	163	45	55	35	45	25	35	15	25	5	15
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	15%	164	10	12,5	7,5	10	5	7,5	2,5	5	0	2,5
C7.20 Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum												
C7.13 Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione)												
C7.13.1 Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione) *												
C7.14 Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4												
C7.14.1 Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <4 *												
C7.25 Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza (D20C) ***												
C7.16 Accesso area maternità del consultorio *												
C7.18 Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum *												
C7.12.3 Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi *												
C7.12.4 Percentuale di allattamento esclusivo a cinque mesi *												
C8a.3 Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)												
C7.11 Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG (NSG D24C) ***												
C7.10.1 Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare (NSG D25C) ***												
C7d Pediatria												
C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	15%	165	11,2	12,8	9,6	11,2	8	9,6	6,4	8	4,8	6,4
C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	15%	166	53	60	46	53	39	46	32	39	25	32
C7.7.4 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)												
C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	10%	167	90	110	70	90	50	70	30	50	10	30
C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	10%	168	240	300	180	240	120	180	60	120	0	60
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	15%	169	370,9	456,5	285,3	370,9	199,7	285,3	114,1	199,7	28,4	114,1
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	20%	170	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	15%	171	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9
C8a Integrazione ospedale-territorio												
C8a.2 Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto tra 31 e 180 giorni **												
C8b.2 Tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza oltre 30 gg	40%	172	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9
C8b.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	173	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2
C8c.1 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
C8c.2 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
C8c.3 Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente												
C16T.4 Tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	40%	174	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2
C8a.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno: ricoveri ordinari												
Percentuale di ricoveri di riabilitazione inappropriati dal punto vista clinico (NSG H14C) ***												

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione										
C10 Trattamenti oncologici													
C10.1 Volumi Oncologia													
C17.1 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella													
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	12,5%	175	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	12,5%	176	60	75	45	60	30	45	15	30	0	15
<i>C17.1.3 Percentuale di reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella ***</i>													
C17.5 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata													
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	12,5%	177	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	12,5%	178	40	50	30	40	20	30	10	20	0	10
<i>C17.5.3 Percentuale di reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata ***</i>													
<i>C17.6.1a Volumi interventi tumore maligno al colon ***</i>													
<i>C17.2.1a Volumi interventi tumore maligno al retto ***</i>													
C10.2 Percorso tumore alla mammella													
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	10%	179	0	65	65	70	70	75	75	80	80	100
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	10%	180	30	44,4	44,4	58,5	58,5	72,6	72,6	86,7	86,7	100
<i>C10.2.2.1 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari</i>													
<i>C10.2.4 Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella ***</i>													
<i>C10.2.5 Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia in donne affette da tumore mammario</i>													
<i>C10.2.7 Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chir. conservativo per TM della mammella ***</i>													
<i>C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella</i>													
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)	10%	181	8,1	10	5,8	8,1	3,4	5,8	1,0	3,4	0	1
C10.3.2	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)	10%	182	5,6	7,5	3,8	5,6	1,9	3,8	0,6	1,9	0	0,6
<i>C10.3.3 Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon</i>													
<i>C10.3.4 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi ***</i>													
<i>C10.3.6 Follow up endoscopico per tumore maligno del colon ***</i>													
<i>C10.3.7 Tempestività del primo trattamento (medico o ch.) per tumore maligno del retto dalla diagnosi ***</i>													
<i>C10.3.8 Follow up endoscopico per tumore maligno del retto ***</i>													
C10.5a Oncologia medica													
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	10%	183	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461	0	248
<i>F10.2.1c Spesa media per farmaci oncologici (ASL)</i>													
<i>F10.2.1d Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU)</i>													
<i>F10.2.1f Spesa Media per Farmaci Onco ematologia (ASL) ***</i>													
<i>F10.2.1g Spesa Media per Farmaci Onco ematologia (AO/AOU/HUB) ***</i>													
C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica													
C10.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	100%	184	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	0%	185	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
<i>C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata</i>													
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	0%	186	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	0%	187	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	0%	188	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	0%	189	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche												
C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	190	305	355	255	305	205	255	155	205	105	155
<i>C11a.1.1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18</i>												
<i>C11a.1.6 Adeguatezza del numero di visite cardiologiche ***</i>												
<i>C11a.1.7 Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi ***</i>												
C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	25%	191	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20
<i>C11a.2.1.1 Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18</i>												
C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	25%	192	40,8	49,0	32,6	40,8	24,4	32,6	16,2	24,4	8,0	16,2
C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	193	83	98	68	83	53	68	38	53	23	38
<i>C11a.3.1.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18</i>												
<i>C11a.3.3 Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione ***</i>												
<i>C11a.3.2 Adeguatezza del numero di visite pneumologiche ***</i>												
B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale												
<i>B28.1.1 Percentuale di anziani in CD</i>												
<i>B28.1.1b Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare</i>												
B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	70%	194	0	4	4	6	6	8	8	10	10	12
<i>B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e i giorni festivi</i>												
B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	20%	195	1,7	4,0	4,0	6,3	6,3	8,6	8,6	10,9	10,9	13,2
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	10%	196	0	34	34	48	48	61	61	75	75	100
<i>B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio (CIA base) in rapporto alla popolazione residente (NSG D20Z)</i>												
<i>B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio (CIA base) in rapporto alla popolazione residente (NSG D21Z)</i>												
<i>B28.2.15 Tasso di PIC in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 1) (NSG D23Z)</i>												
<i>B28.2.16 Tasso di PIC in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 2) (NSG D23Z)</i>												
<i>B28.2.17 Tasso di PIC in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 3) (NSG D23Z)</i>												
<i>B28.2.18 Tasso di PIC in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 4) (NSG D23Z)</i>												
<i>B28.2.10 Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera</i>												
<i>B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni</i>												
<i>B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni</i>												
<i>B28.3.10 Ammissioni in RSA per over 65</i>												
<i>B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni</i>												
<i>B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni</i>												

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
C13a Appropriata prescrivita diagnostica												
<i>C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso</i>												
<i>C13.2 Tasso di prestazioni diagnostiche per immagini</i>												
<i>C13.2.1 Tasso di TAC per 1.000 residenti std età e sesso</i>												
<i>C13.2.2 Tasso di RM per 1.000 residenti std età e sesso</i>												
<i>C13a.2.2.1 Tasso di RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)</i>												
50%	197	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15	
<i>C13a.2.2.1.1 Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18 *</i>												
<i>C13a.2.2.2 Percentuale pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi</i>												
50%	198	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8	
<i>C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriata per 1.000 residenti</i>												
<i>C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti *</i>												
<i>C13.2.2.6 Tasso std di prestazioni di Genetica a rischio di inappropriata per 1.000 residenti *</i>												
<i>C13.2.2.9 Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inappropriata per 1.000 residenti *</i>												
C13.3 Appropriata prescrivita Dosaggio Ormoni Tiroidei												
<i>C13.3.1 Tasso di prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20</i>												
<i>C13.3.2 Tasso di prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20</i>												
<i>C13.3.3 Tasso di prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20</i>												
C13.4 Tempi di Attesa												
<i>C13.4.1 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (NSG D10Z) ***</i>												
<i>C13.4.2 Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D (NSG D11Z) ***</i>												
C15 Salute mentale												
C15.1a Attività territoriale												
<i>C15.12 Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti</i>												
<i>C15.13 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti</i>												
<i>C15.14 Percentuale di prestazioni domiciliari</i>												
<i>C15.15 Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti</i>												
C15.1b Attività ospedaliera												
<i>C8a.5a Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.1a Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.2a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.3a Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.4a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.5a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.8a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5.6a Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni</i>												
<i>C8a.5b Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria per residenti maggiorenni *</i>												
<i>C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche</i>												
<i>C8a.13.2b Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria *</i>												
<i>C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</i>												
<i>C8a.13b Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria</i>												
<i>C15.8 Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche</i>												
<i>C15.16 Giornate consumate in reparti di psichiatria per residenti maggiorenni *</i>												
<i>C8a.6b Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni</i>												

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina										
C15.1c Continuità assistenziale												
<i>C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero *</i>												
<i>C15.9.1 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SISM) *</i>												
<i>C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)</i>												
C15.1d Infanzia-adolescenza												
<i>C8a.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni</i>												
<i>C15.11 Percentuale del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi *</i>												
C18 Variabilità chirurgia												
<i>C18.2 Tasso ospedalizzazione per interventi di colecistectomie standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.3 Tasso ospedalizzazione per interventi di colecistectomie laparoscopiche standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.4 Tasso ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.5 Tasso ospedalizzazione per interventi di sostituzione anca standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.7 Tasso ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.8 Tasso ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.9 Tasso ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti</i>												
<i>C18.10 Tasso ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio standardizzato per 100.000 residenti</i>												
C28 Cure Palliative												
C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	70%	199	0	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	100
C28.2 Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg												
C28.2b Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg	15%	200	27	44	44	61,1	61,1	78,2	78,2	95,3	95,3	100
C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni	15%	201	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
C28.4 Numero di assistiti terminali non oncologici in rapporto al numero di assistiti terminali (NSG D31Z) ***												
C28.5 Numero di giornate di sospensione delle cure domiciliari per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale (NSG D32Z) ***												
Assistenza farmaceutica												
B4 Consumo di farmaci oppioidi												
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi	100,0%	204	1,1	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9	2,9	3,4
C9 Appropriata prescrizione farmaceutica												
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	14,3%	205	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)	14,3%	206	38	42	34	38	30	34	26	30	22	26
C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	14,3%	207	34	38	30	34	26	30	22	26	18	22
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	14,3%	208	22,5	25,5	19,5	22,5	16,5	19,5	13,5	16,5	10,5	13,5
<i>C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio *</i>												
<i>C9.9.2 Consumo di antipsicotici *</i>												
<i>C9.10.1 Polypharmacy</i>												
<i>C9.21 Percentuale di pazienti trattati con i NAO *</i>												
<i>C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antiipertensivi (NSG D17C)</i>												
<i>C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Statine (NSG D18C)</i>												
C9.17 Ospedialiera												
<i>C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti</i>												
<i>C9.13 Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti *</i>												
C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	14,3%	209	47	59	59	72	72	84	84	97	97	100
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	14,3%	210	45	55	55	65	65	75	75	85	85	100
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	14,3%	211	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100

Estremi delle fasce di valutazione

	Pesatura	Pagina	Estremi delle fasce di valutazione									
F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi												
F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	100%	212	185,8	196,1	175,5	185,8	165,3	175,5	155,1	165,3	143,8	155,1
<i>F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG</i>												
<i>F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa</i>												
F10.3 Spesa dispositivi (ospedaliera)												
<i>F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG</i>												
<i>F10.3.3 Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza</i>												
<i>F10.3.4 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico</i>												
F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica												
F12a.6 Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi) *												
F12a.7 Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi) *												
F12a.9 Percentuale di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici) *												
F12.11a Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza *												
F12a.14 Percentuale molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	100%	213	73,3	74,4	74,4	75,6	75,6	76,7	76,7	77,9	77,9	88
<i>F20.7 Percentuale di Imatinib equivalente</i>												
<i>F20.8 Percentuale di Etanercept biosimilare</i>												
<i>F20.9 Percentuale di Infliximab biosimilare</i>												
<i>F20.10 Percentuale di Rituximab biosimilare</i>												
C21 Appropriatazza d'uso (aderenza farmaceutica)												
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	20%	214	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	20%	215	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	20%	216	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	20%	217	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8	6,9	8,3
C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	20%	218	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5	15,5	18,5

La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni una piattaforma informatica per il caricamento, la normalizzazione/validazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. Dal 2018, l'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia API (*Application Programming Interface*), per favorire la migliore interazione tra il processo di calcolo e quello di trasferimento e validazione dei dati. Dal 2015, il Laboratorio MeS si avvale della medesima tecnologia per mettere a disposizione degli sviluppatori *software* un catalogo di servizi, realizzati con la tecnologia dei *web service*, che consente di interrogare il sistema di valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali.¹

I risultati sono pubblicamente consultabili all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval, previa registrazione automatica.

Oltre alla valutazione della *performance* mediante un *set* di indicatori condivisi dalle Regioni, al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano e che rappresentano tra le determinanti più significative della *performance* stessa, negli anni più recenti è stato dato un forte impulso alla rilevazione del clima organizzativo dei sistemi sanitari regionali.

L'indagine, promossa e coordinata dal Laboratorio MeS, è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (*Computer Assisted Web Interview*), che prevede la compilazione di un questionario *online*, gestito mediante il *server* della Scuola Superiore Sant'Anna. L'indagine di clima interno si effettua una volta ogni due anni e dal 2014 ha coinvolto più di 350.000 professionisti (vedi Tabella 2).

Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione. Per comprendere un'organizzazione, infatti, non è sufficiente analizzarne la struttura, costituita dalle regole e dagli strumenti operativi in uso, ma è necessario monitorarne la componente di "clima" interno, determinata dal contesto latente di motivazioni, aspettative e comportamenti delle persone che vi lavorano. Monitorare il livello di soddisfazione e il coinvolgimento, in primo luogo, dei professionisti sanitari e, più in generale, di tutte le figure che contribuiscono a determinare i risultati aziendali, fornisce uno strumento per incidere in maniera tangibile sugli esiti dei percorsi assistenziali; avere dipendenti e collaboratori soddisfatti, motivati e coinvolti influenza infatti la produttività e il senso di appartenenza, con effetti indiretti sulla soddisfazione dell'utente finale (OECD, 2016). Viceversa, l'insoddisfazione lavorativa può determinare problemi di equilibrio psico-fisico, un maggior assenteismo e, complessivamente, una riduzione del livello di *performance* organizzativa (Lau et al., 2003). L'indagine di clima organizzativo mette a disposizione del *top management* informazioni necessarie non solo ad aumentare la soddisfazione lavorativa, ma anche all'individuazione di criticità organizzative: il clima organizzativo, se opportunamente gestito, può quindi determinare migliori *performance* individuali e aziendali (Nutti, Macchia, 2005; Rojas et al., 2014), assicurando l'allineamento dei comportamenti delle persone rispetto alla cultura e alla strategia dell'organizzazione

(Basaglia, Paolino, 2015), ad esempio facendo leva sul miglioramento della comunicazione interna (Murante et al., 2013; Vainieri et al., 2017).

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

Anno	Ambito	N. aziende/enti coinvolti	N. dipendenti coinvolti
2014	Aziende del SSR Toscana	18	51516
2014	Aziende del SSR Basilicata	4	7471
2014	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	11	3576
2015	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	15	2004
2016	Aziende del SSR Emilia Romagna	14	60247
2016	Aziende P.A. Bolzano	1	9572
2016	Aziende del SSR Marche	2	2982
2016	Aziende del SSR Umbria	3	9059
2017	Aziende del SSR Puglia	10	38120
2017	Aziende del SSR Veneto	24	60279
2017	Aziende del SSR Toscana	8	51955
2017	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	14	1863
2018	Aziende del SSR Lombardia (pubblico e privato accreditato)	75	111349

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

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

La rappresentazione dei risultati

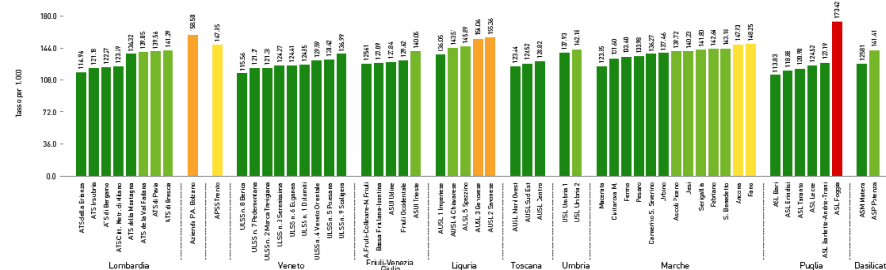
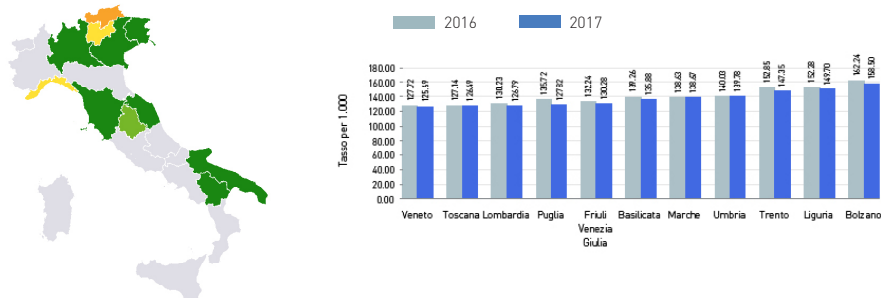
Fin dal 2008 è stato predisposto un Report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende. Nei primi due anni, il Report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al Network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e di condivisione dello strumento tra gli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

La presente pubblicazione riporta – per ragioni di economia di stampa – i soli indicatori cui sia attribuita una valutazione. Gli indicatori di osservazione sono comunque consultabili all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval. Non riporta altresì gli indicatori “*on demand*”, né quelli il cui calcolo sia stato posticipato al secondo semestre del 2018 (vedi sopra). Inoltre, al fine di non appesantire eccessivamente il volume, il dettaglio aziendale delle varie Regioni è demandato a singoli documenti .pdf dedicati, scaricabili dal sito www.performance.sssup.it/netval.

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

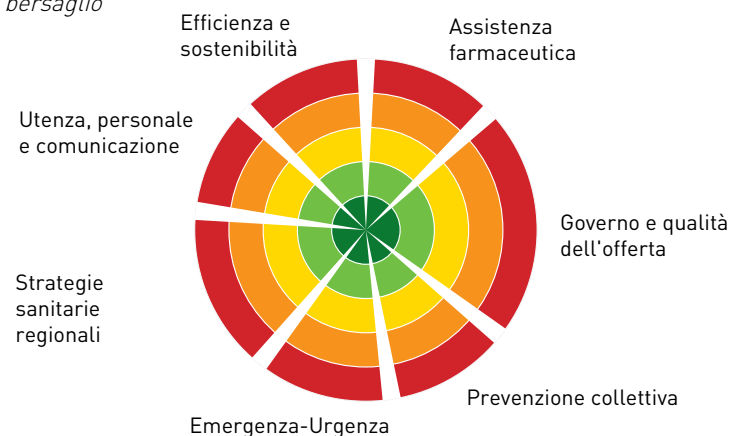
- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una mappa cartografica e da due istogrammi: la mappa restituisce la valutazione 2017, il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il relativo *trend* rispetto al 2016 (o all'eventuale diverso anno di riferimento), il secondo tutte le Aziende del Network a confronto, raggruppate per Regione (vedi figura 2). Per ogni indicatore viene inoltre riportato un QR code (*Quick Response Code*): puntando a esso con il proprio dispositivo mobile o cliccando su di esso (nella versione in .pdf), è possibile reperire le tabelle con i valori dell'indicatore e dei relativi numeratori e denominatori.

Figura 2. Mappa cartografica, istogramma trend e istogramma Aziende



- per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati regionali, provinciali e aziendali, gli indicatori compositi sono inoltre riportati in una rappresentazione a “bersaglio” (figura 3). Lo schema del bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Province/Aziende considerate. I pallini del bersaglio rappresentano la *performance* degli indicatori compositi e sono ordinati seguendo le dimensioni precedentemente listate (efficienza e sostenibilità; utenza, personale e comunicazione; ecc.). Gli indicatori con *performance* ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con *performance* scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Lo stato di salute della popolazione non è riportato nel bersaglio, ma sopra di esso: questo sia per evidenziare che esso rappresenta l'obiettivo ultimo verso cui tende ogni sistema sanitario, sia per ricordare che l'offerta sanitaria – in sé – rappresenta solo una delle determinanti dello stato complessivo di salute di una popolazione.

Figura 3. Il bersaglio

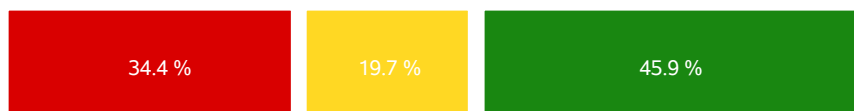


Una considerazione a parte meritano i bersagli delle Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS e affini, i quali riportano non gli indicatori composti (di sintesi), bensì una selezione di singoli indicatori di valutazione. Lo stesso ordine in cui questi compaiono non ricalca le dimensioni di cui sopra, ma alcune aree maggiormente coerenti con l'attività istituzionale di queste Aziende: missione, efficienza, appropriatezza organizzativa, qualità dei percorsi, *compliance*, percorso oncologico, percorso materno-infantile, sicurezza del paziente e rischio clinico, percorso salute mentale, pronto soccorso, assistenza farmaceutica e dispositivi. Data la loro rilevanza, gli indicatori dedicati alla valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati al di fuori del bersaglio, per darne ulteriore evidenza.

- c. il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema: una fotografia dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna Regione/Provincia/Azienda per migliorare la *performance* da un anno all'altro. Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene pertanto corredato da due ulteriori modalità di rappresentazione della *performance*. Una barra in pila restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il *trend* tra il 2016 e il 2017, rappresentando la percentuale di indicatori (di valutazione) migliorati, peggiorati o stabili (mossi in un intorno compreso tra +1% e -1%).

Figura 4. Barra in pila

Numero indicatori: 61



- d. alla barra in pila viene affiancata la mappa di *performance* che indica (per una selezione di indicatori), 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*, la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2017-2016, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre Regioni – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La *performance* (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2017, 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 di 2.5. Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta un'ottima *performance*, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2016 e il 2017. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2016 e il 2017, rispetto alle altre Regioni, ma che il suo livello di *performance* 2017 ancora non può essere ritenuto soddisfacente. Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2017, 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, la sua valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con *trend* in peggioramento.

Figura 5. La mappa di performance

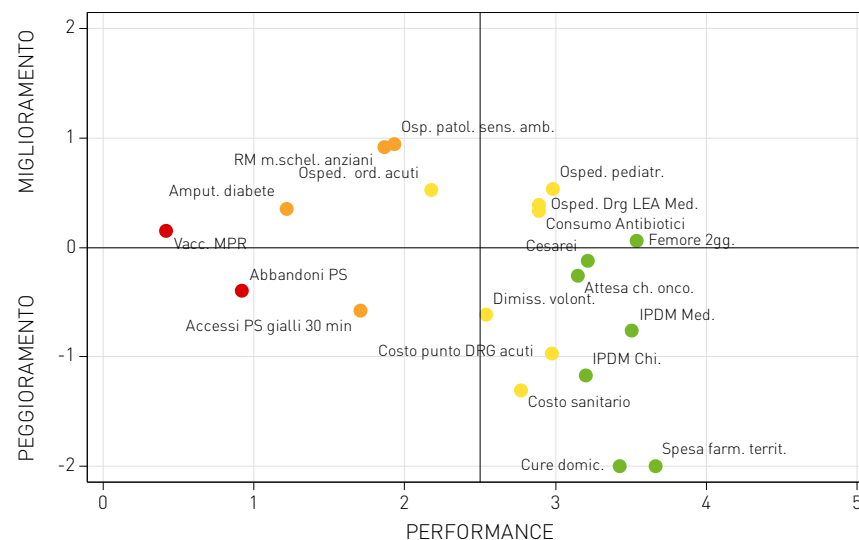


Tabella 3. *Gli indicatori selezionati per la costruzione delle mappe di performance, anno 2017*

Codice	Definizione
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
B7.1	Copertura vaccinale MPR
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente
B15.4.1	Valutazione IF mediano per Specialità
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici, con DRG chirurgico alla dimissione
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C5.2	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni
C7.1	Percentuale di cesarei depurati (NTSV)
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
D18	Percentuale di dimissioni volontarie
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro capite
F17	Costo sanitario pro capite
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

e. Il bersaglio e la mappa di *performance* forniscono una buona sintesi della *performance* complessiva regionale e aziendale ma difficilmente aiutano a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, nel suo percorso di cura. A tal fine, la rappresentazione dei risultati viene proposta anche attraverso una prospettiva di percorso. L'obiettivo è quello di analizzare i risultati considerando non il soggetto erogatore dei servizi ma l'utente a cui sono rivolti. Ai tre percorsi individuati nel 2016 – materno-infantile, oncologico e cronicità – viene nel 2017 affiancato il percorso dell'Emergenza-Urgenza. Le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase di ciascun percorso sono riportati nella tabella 4. Evocando la metafora della "musica suonata a favore del paziente", i percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma – anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione – articolati nelle diverse fasi (le "battute" del pentagramma): le "note" del pentagramma riproducono i singoli indicatori. Attraverso questa soluzione grafica vengono riportati esclusivamente gli indicatori cui sia attribuita una valutazione: gli indicatori "di osservazione" inclusi nei quattro percorsi sono comunque consultabili su *web*, all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval. Nella logica di superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi assistenziali, i pentagrammi sono realizzati non solo a livello regionale ma anche a livello di area infra-regionale: questa riproduce i confini geografici delle Aziende territoriali e per ciascuna area sono riportati i risultati dei diversi erogatori aziendali che geograficamente insistono su di essa, nell'ottica di una loro co-responsabilizzazione nella presa in carico complessiva del bisogno di salute (vedi figure 6 e 7). La modalità rappresentativa del pentagramma consente quindi una visualizzazione dei risultati che congiuntamente permea i confini dei *setting* assistenziali (nell'ottica di una

valutazione del percorso complessivo) e puntualmente valorizza il contributo dei singoli *provider* al conseguimento del risultato complessivo (Nuti et al., 2018).

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

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

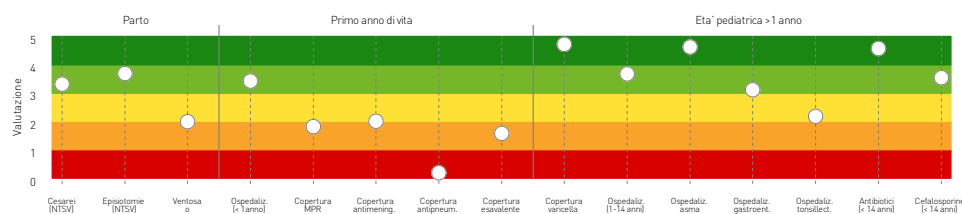


Figura 7. Un esempio di pentagramma di area del percorso materno-infantile

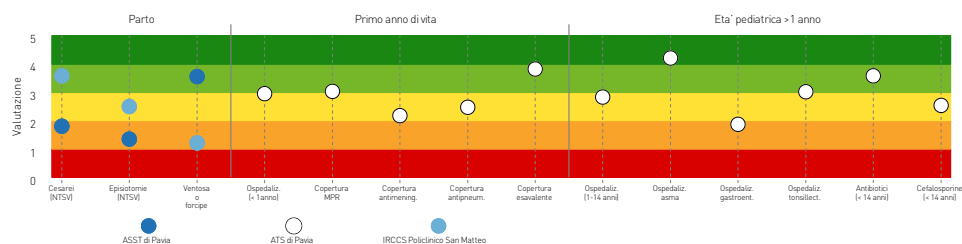


Tabella 4a. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Materno-Infantile		
C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana di gestazione)	
C7.13.1	Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana di gestazione)	
C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4	Gravidanza
C7.14.1	Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4	
C7.16	Accesso area maternità del consultorio	
C7.1	Percentuale cesarei depurati (NTSV)	
C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	
C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	
C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	
C17.4.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	Parto
C17.4.2	Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	
C17.4.3	Percentuale di punti nascita sotto soglia per parti	
C7.3	Percentuale episiotomie depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
C7.20	Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum	
C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	
C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	
C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a cinque mesi	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	Primo anno di vita
B7.1	Copertura vaccinale MPR	
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico	
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico	
B7.7	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	
B7.8	Copertura vaccinale varicella	
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
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)	Età pediatrica > 1 anno
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Tabella 4b. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Oncologico		
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	Screening
B5.1.2	Adesione corretta allo screening mammografico	
B5.1.4	Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI)	
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo	
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti	
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	
B5.2.2	Adesione corretta allo screening cervice uterina	Diagnosi
B5.2.4	Adesione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI)	
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	
B5.3.2	Adesione corretta allo screening coloretale	
B5.3.5	Adesione volontaria allo screening coloretale (PASSI)	
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei Biomarcatori tumorali	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Trattamento
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	
C17.1.3	Percentuale di reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	
C17.5.3	Percentuale di reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	
C17.6.1a	Volumi interventi tumore maligno al colon	
C17.2.1a	Volumi interventi tumore maligno al retto	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella	
C10.2.2.1	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari	
C10.2.4	Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella	
C10.2.5	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario	
C10.3.1	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)	
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	
C10.6.1	Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento	
F10.2.1c	Spesa media per farmaci oncologici (ASL)	Follow up
F10.2.1d	Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU/HUB)	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	Fine Vita
C28.2	Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg	
C28.2b	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni	

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Tabella 4c. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Cronicità

A6.2.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	
A6.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	Prevenzione
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	
C9.2	Percentuale di abbandono delle statine (Ipilipemizzanti)	
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)	
F12.11a	Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	Efficienza
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	
F12a.2	Percentuale di Statine (Ipilipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	
C9.10.1	Polypharmacy	
C16T.4	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	
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)	Ospedalizzazioni Evitabili
C11a.2.1.1	Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18	
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11a.3.1.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18	
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (triennale)	Esiti

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Tabella 4d. *I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati*

Percorso Emergenza-Urgenza

C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)	
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	
C16.2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	
<i>C16.9</i>	<i>Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero</i>	Emergenza-Urgenza
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	
<i>C16.8</i>	<i>Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>	
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

3

I RISULTATI 2017

BASILICATA



Popolazione: 570.365

Densità: 57 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

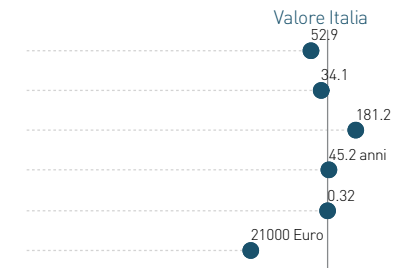
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BASILICATA

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: in Regione Basilicata si conferma contenuta la mortalità per suicidi, mentre quella infantile è superiore alla media, per quanto in sensibile calo (dati riferiti al triennio 2013-2015). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione agli stili di vita, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati all'obesità e alla sedentarietà, mentre le percentuali di bevitori a rischio e fumatori si attestano su valori inferiori alla media.

Per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, la Basilicata mostra una struttura dei costi tendenzialmente in linea con le altre Regioni, sia per quanto concerne il costo sanitario *pro capite* complessivo, sia i costi dell'assistenza ospedaliera (gli indicatori fanno riferimento all'anno 2016).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, la copertura vaccinale – per quanto ancora insoddisfacente – è complessivamente superiore alle altre Regioni e generalmente in crescita rispetto al 2016, fatta eccezione per la copertura vaccinale HPV.

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

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione relativamente 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 (concentrati soprattutto nell'ASP di Potenza). L'assistenza domiciliare va senz'altro potenziata: i livelli di copertura sono leggermente inferiori alla media delle altre Regioni, ma è da menzionare il notevole miglioramento rispetto al 2016.

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

In merito all'attività chirurgica, resta inferiore alla media ed in sensibile calo la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in un giorno.

L'organizzazione e la qualità dei processi ospedalieri presentano tuttora alcuni chiaroscuri: al diffusissimo utilizzo della procedura transuretrale per le prostatectomie fa da contraltare una tempestività ancora non ottimale delle operazioni per fratture del collo del femore, che presenta inoltre un leggero peggioramento rispetto al 2016. Va inoltre segnalato come la percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate sia tra le più basse del *network* nonostante il significativo miglioramento

ottenuto rispetto al 2016.

La percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore è complessivamente in linea con le altre Regioni e la criticità registrata presso l'A.O. San Carlo nel 2016 risulta essere stata superata, mentre una lieve contrazione si registra per l'ASM Matera.

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

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

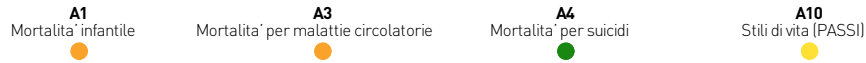
Il percorso oncologico restituisce risultati soddisfacenti nella fase chirurgica – anche grazie alla concentrazione della casistica e ai tempi di attesa piuttosto contenuti – mentre richiede maggiore attenzione per la gestione del fine vita.

Infine, la presa in carico delle casistiche croniche rileva dei tassi di ospedalizzazione contenuti per tutte le principali patologie ma resta critica sia per quanto concerne la promozione di stili di vita sani, sia per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica.

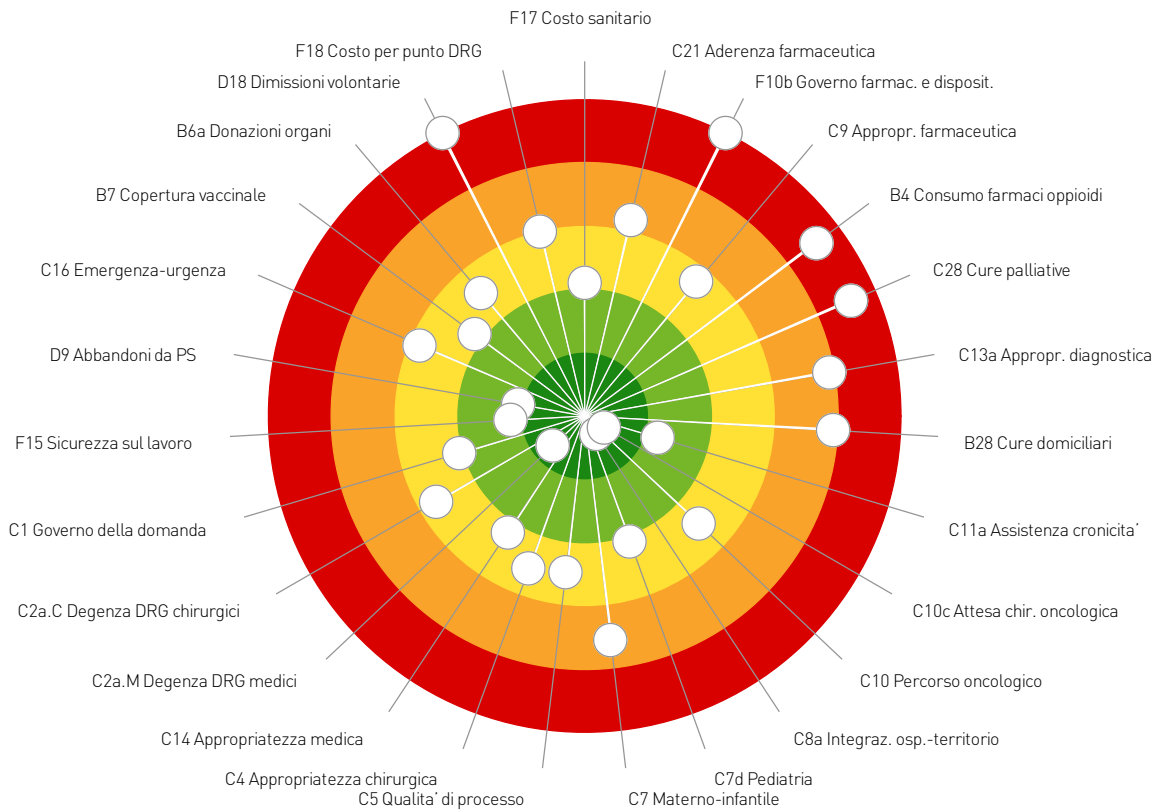
La presa in carico dell'emergenza-urgenza registra risultati contrastanti: i tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente contenuti anche se lievemente più lunghi rispetto al 2016, mentre si conferma significativamente più elevato – rispetto alle altre Regioni – il tempo impiegato mediamente dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo, per quanto in calo rispetto al 2016. La percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso si conferma la più bassa del *Network* ed in ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente.

BASILICATA

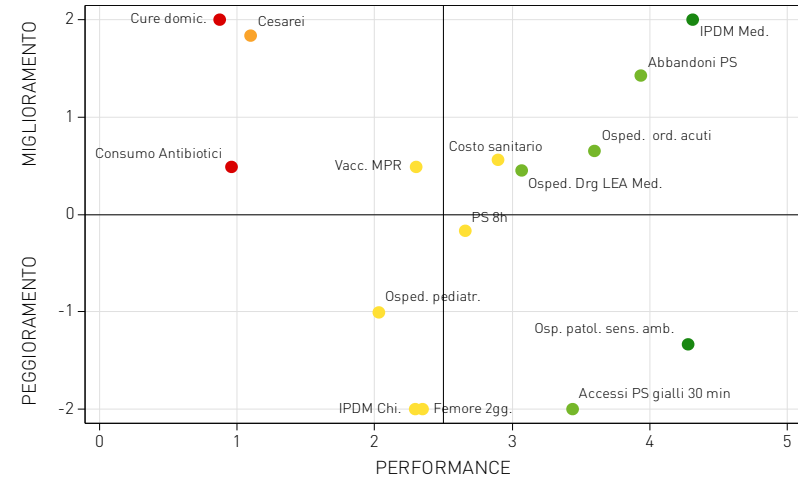
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)

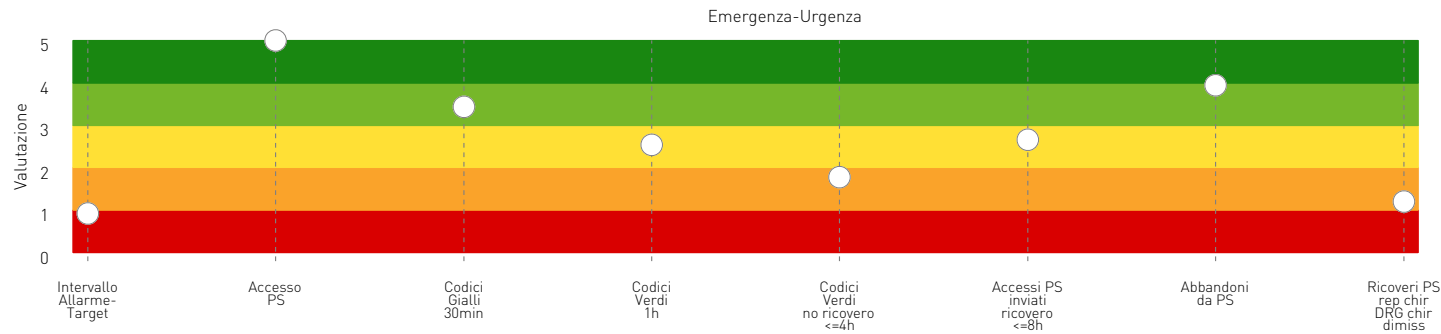
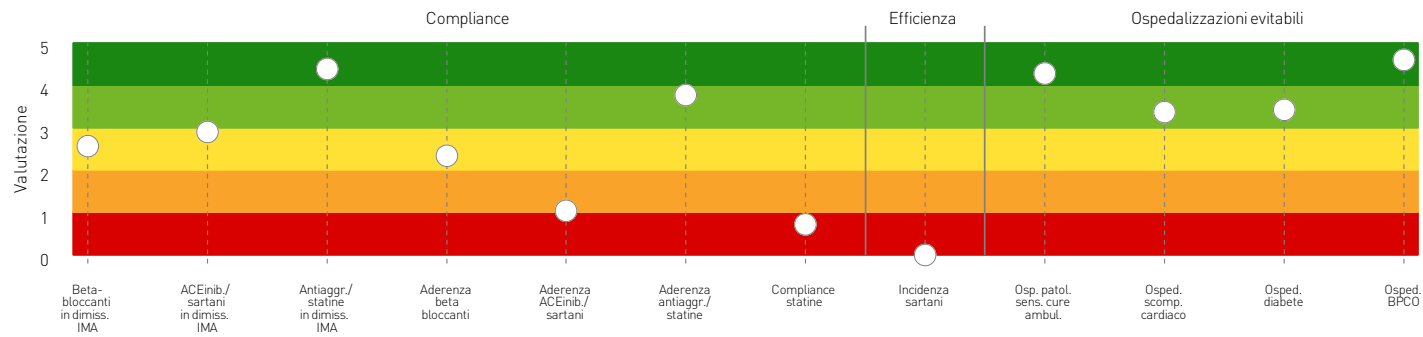
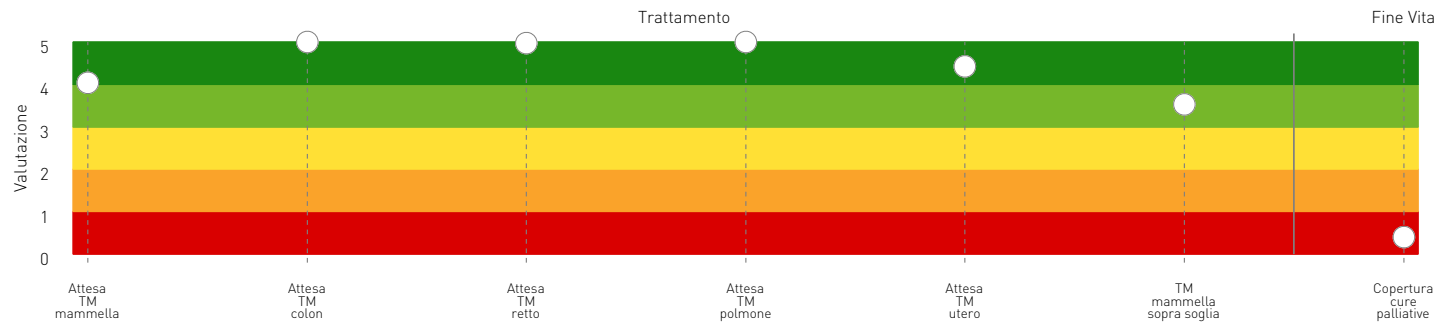
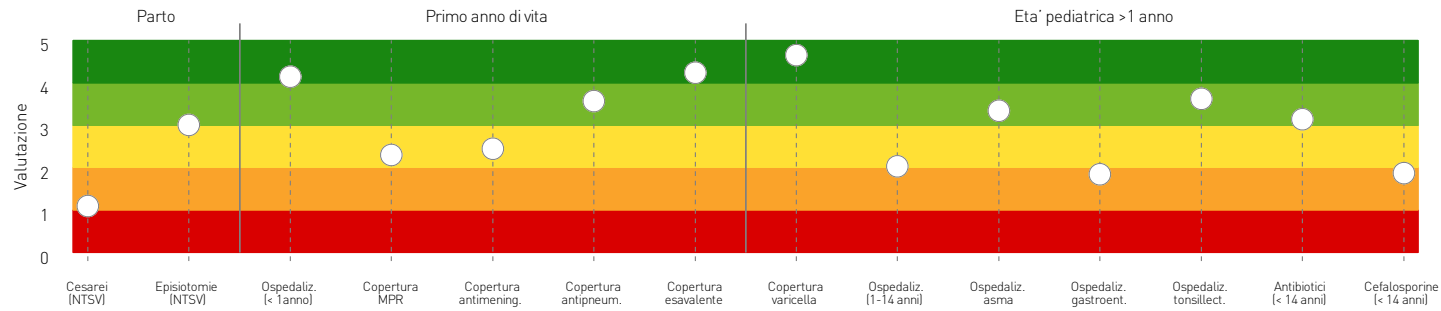


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 52



- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



P.A. BOLZANO



Popolazione: 524.256
Densità: 71 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

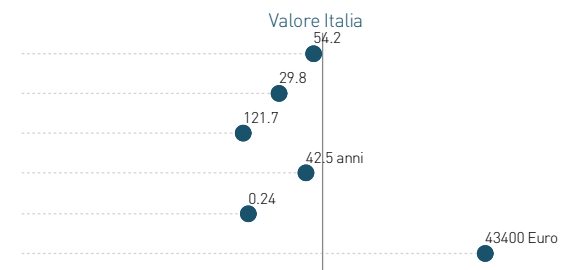
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: quella dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano è complessivamente buona, considerando i risultati relativi alla mortalità infantile, a quella per malattie cardiovascolari e alla mortalità per tumori (dati 2013-2015). L'indagine ministeriale PASSI rileva – anche per il 2017 – la diffusione di stili di vita sani, eccezion fatta per l'elevato consumo di alcool.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari (relativi all'anno 2016), la Provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia attribuibili all'assistenza ospedaliera) più elevata rispetto alle altre Regioni del *Network*.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno aziendale – è in linea rispetto alle altre Regioni, così come la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero.

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

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione – pur confermandosi elevato – si contrae rispetto al 2016. Sussistono comunque ancora margini di miglioramento, soprattutto in riferimento alla presa in carico di tipo chirurgico. Le durate delle degenze – sia per i ricoveri medici, sia per quelli chirurgici – sono in linea rispetto alle altre Regioni.

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

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

12 mesi dalla precedente.

In riferimento alla *governance* dell'area farmaceutica, la spesa *pro capite* territoriale bolzanina è in linea con le altre Regioni del *Network* (e in leggera contrazione, rispetto al 2016): questa riflette un'ottima capacità di contenimento delle prescrizioni potenzialmente inappropriate (per quanto già basso, si contrae ulteriormente il consumo di antibiotici), per quanto si possa ancora lavorare sull'attuale propensione dei MMG alla prescrizione di molecole a costo più elevato (i sartani rispetto alle altre sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina, ad esempio).

L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è complessivamente allineata alla media, nonostante un calo rispetto al 2016.

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

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile, con un contenuto ricorso ai parti cesarei e alle episiotomie (entrambi in calo rispetto al 2016), mentre il ricorso a forcipe o ventosa, seppur in diminuzione, resta più frequente rispetto alle altre Regioni. Complessivamente buona anche la presa in carico di tipo pediatrico, rispetto alla quale si segnala il più contenuto consumo di antibiotici (in età pediatrica).

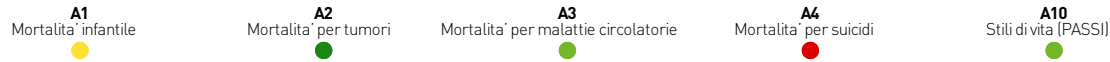
Pur a fronte di una bassa concentrazione della casistica per il trattamento del tumore alla mammella, il percorso oncologico presenta buoni risultati, soprattutto nella fase chirurgica: per quanto in leggero aumento rispetto al 2016, i tempi di attesa per intervento chirurgico sono i più contenuti di tutto il *Network*.

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

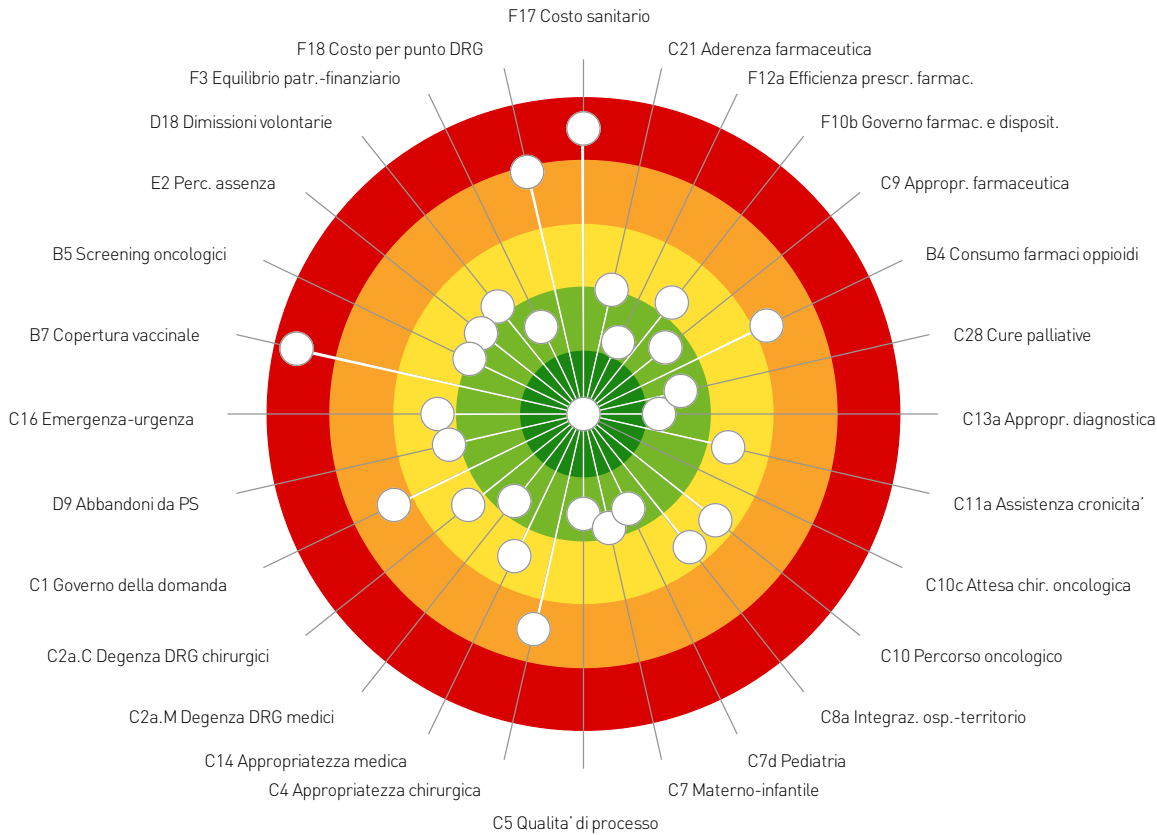
In riferimento alla gestione dell'emergenza-urgenza, non si discosta significativamente dalle altre Regioni il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo. I tempi di attesa in Pronto Soccorso – in linea rispetto al 2016 – potrebbero indicare alcune criticità nella tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti in accesso con codice verde e con codice giallo, a fronte di una bassa percentuale di accessi ripetuti entro le 72 ore. Per quanto in leggera crescita, la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso si conferma bassa.

P.A. BOLZANO

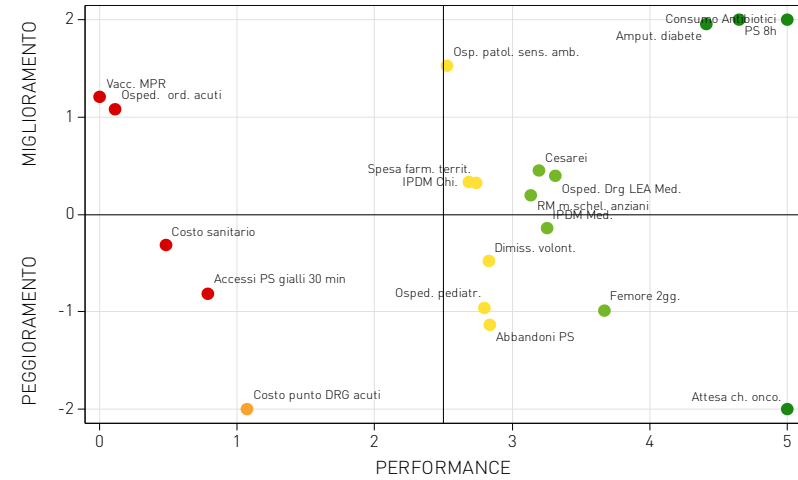
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

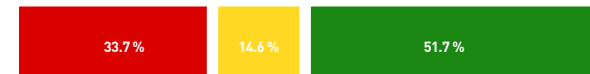


Mappa di performance e trend (2016-2017)

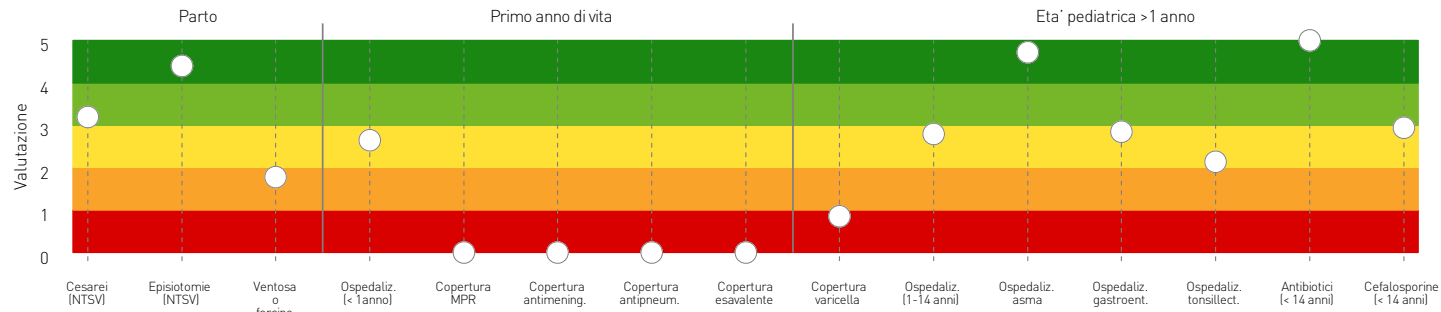


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

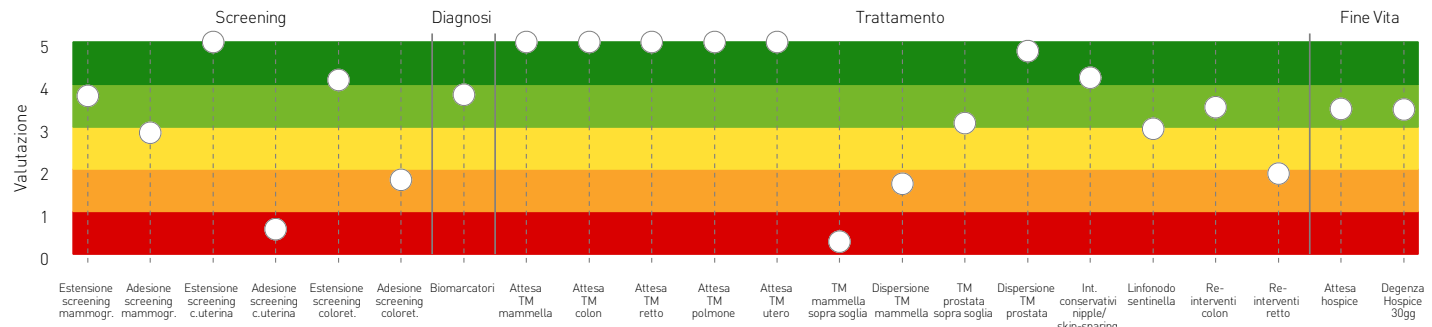
Numero indicatori: 89



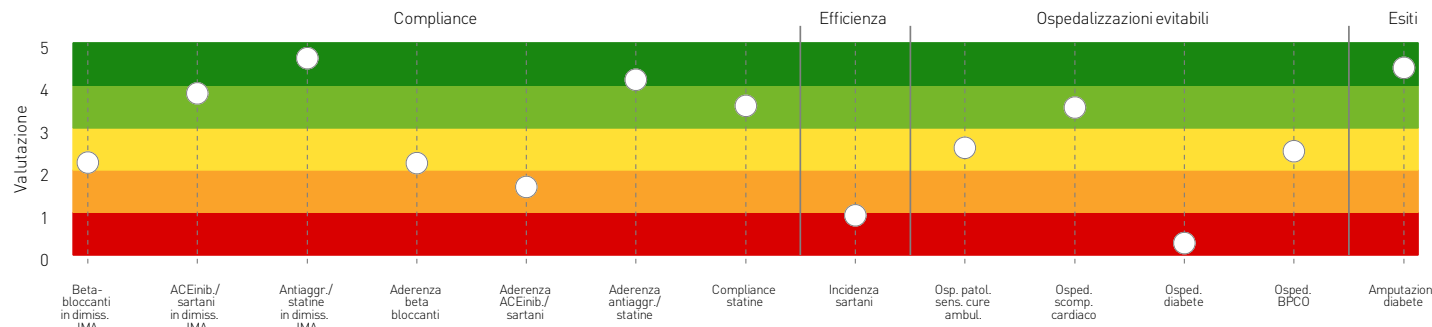
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



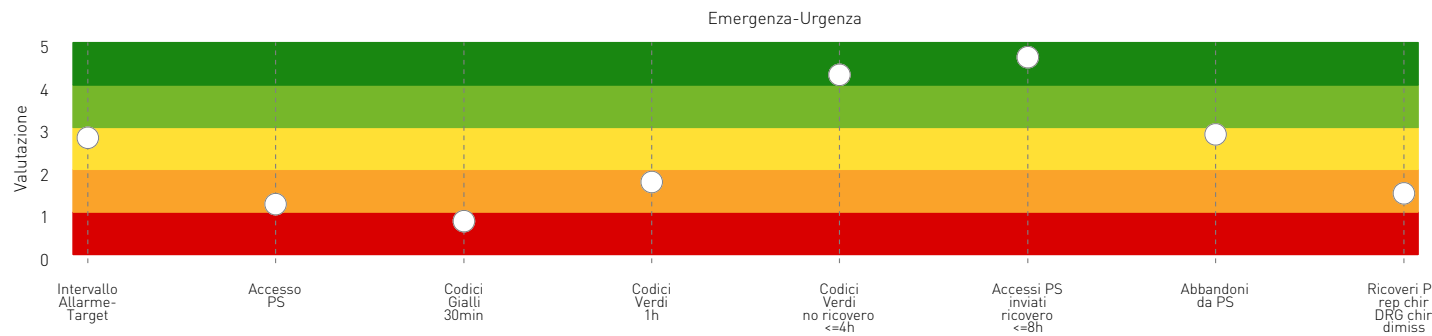
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

FRIULI VENEZIA GIULIA



Popolazione: 1.217.872
Densità: 154 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

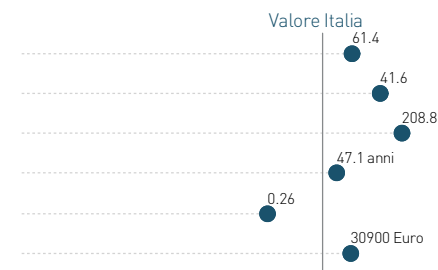
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

L'innalzamento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione del Friuli Venezia Giulia presenta una bassa mortalità infantile e per malattie circolatorie, mentre quella per tumori e quella per suicidi sono più elevate (dati riferiti al triennio 2013-2015). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione al diffuso consumo di bevande alcoliche, mentre per sedentarietà, obesità e abitudini legate al fumo i valori sono in linea o migliori rispetto alla media. Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2016), il costo sanitario complessivo aumenta da 1.816 a 1.922 Euro *pro capite*, valore allineato alla media delle altre Regioni. Il costo per l'assistenza ospedaliera si conferma invece superiore alla media delle altre Regioni, nonostante la contrazione rispetto all'anno precedente. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2017 la più bassa del *network* ma presenta una marcata variabilità intra-regionale. In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso problematico, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di *screening* oncologici, si registra una situazione complessiva buona sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione ad essi. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è in linea con le altre Regioni e si registra un lieve miglioramento rispetto all'anno 2016. I tempi d'attesa nei Pronto Soccorso denotano una certa difficoltà nella gestione dei codici a minore gravità, soprattutto presso l'ASUI di Trieste. La percentuale di abbandoni da parte degli utenti, seppure presenti una certa variabilità intra-regionale, risultata allineata alla media delle Regioni ed in notevole diminuzione rispetto al 2016. Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è contenuto su pressoché tutto il territorio regionale anche se in crescita.

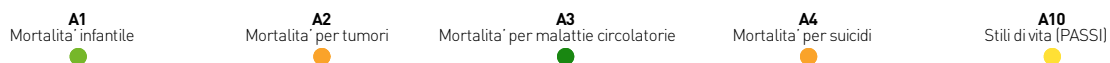
Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni. Si segnala soltanto un possibile ambito di miglioramento inerente alla copertura del territorio e in particolare all'attività di controllo dei cantieri e delle aziende, dove l'azienda dell'Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli registra un calo particolarmente marcato rispetto al 2016.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione piuttosto contenuto (in ulteriore riduzione rispetto al 2016) rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto la gestione della casistica di tipo medico registri nel 2017 un lieve peggioramento e qualche elemento di inappropriatezza: è superiore alla media – e con una forte variabilità inter-aziendale – la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni. Una maggiore copertura

dell'assistenza domiciliare potrebbe contribuire ad un ulteriore miglioramento del servizio offerto. L'attività chirurgica registra buone *performance*, con la sola eccezione delle colecistomie laparoscopiche effettuate entro un giorno, la cui percentuale – per quanto in aumento – è ancora inferiore alla media delle altre Regioni. La durata delle degenze per la casistica di tipo medico è allineata alla media del *network*, mentre per quella di tipo chirurgico si registrano degenze più lunghe e in crescita rispetto alle altre Regioni. L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma complessivamente buona: in particolare, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 48 ore, con un valore di 74,1%, nonostante la riduzione rispetto al 2016, rimane superiore alla media del *network*, così come la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore, che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture ospedaliere. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono allineati rispetto alle altre Regioni. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, il ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatezza) è un ambito con ampi spazi di miglioramento e si riscontra ancora un numero eccessivamente elevato di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari entro 12 mesi. Sul versante della *governance* farmaceutica, la spesa territoriale (177,1 Euro pro capite) risulta superiore alla media ma si ricorda che la Regione esenta i cittadini dal ticket. Potrebbero essere presidiati più efficacemente l'appropriatezza prescrittiva (di alcune molecole in particolare, quali gli inibitori di pompa protonica o i sartani), mentre l'utilizzo delle molecole con brevetto scaduto risulta tra i più alti del *network*, con un significativo miglioramento rispetto al 2016. In termini di aderenza farmaceutica, i risultati sono soddisfacenti, così come per l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma molto elevata e superiore al resto del *network*. La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona, tanto nella fase del parto – la percentuale di parti cesarei si conferma tra le più contenute del *network* –, quanto nella fase pediatrica, eccezione fatta per la già citata bassa copertura vaccinale: sono bassi sia i tassi di ospedalizzazione per le principali patologie monitorate (asma e gastroenterite), sia i consumi di antibiotici. Margini di miglioramento sono presenti per la riduzione degli interventi di tonsillectomie. Si registrano risultati molto buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (*screening*, diagnosi, trattamento, fine vita). I tempi di attesa per la chirurgia oncologica sono contenuti ed in miglioramento rispetto al 2016, eccezion fatta per gli interventi chirurgici per tumore al retto, che presentano valori superiori rispetto alle altre Regioni. La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso una *performance* in linea rispetto alle altre Regioni: aumentano leggermente i tassi di ospedalizzazione per BPCO, mentre diminuiscono ulteriormente i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco e per diabete, pur con una rilevante variabilità intra-regionale.

FRIULI VENEZIA GIULIA

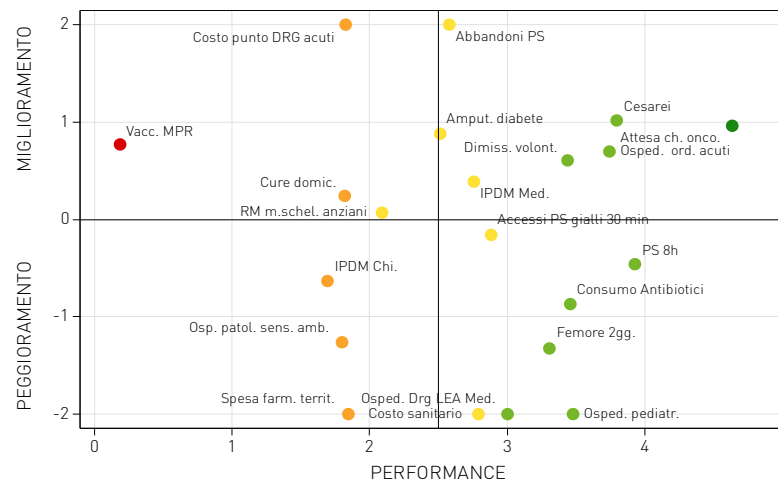
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

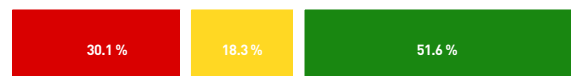


Mappa di performance e trend (2016-2017)

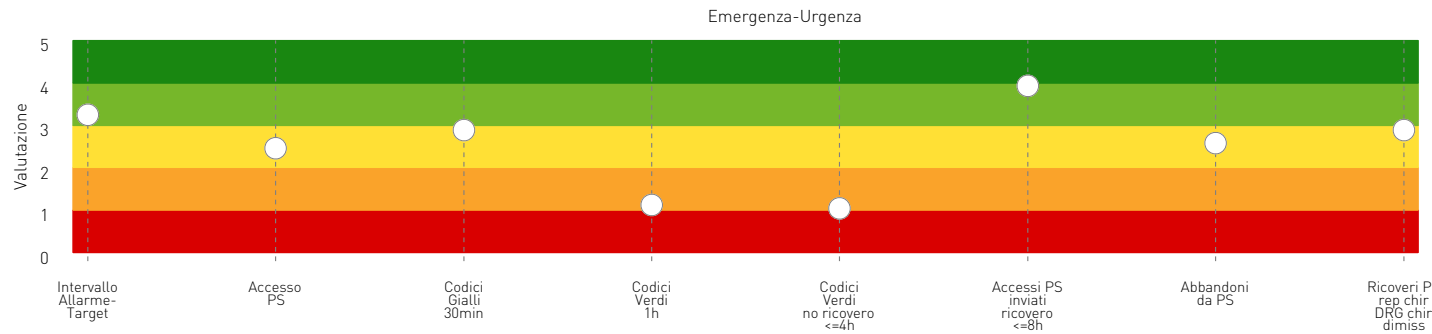
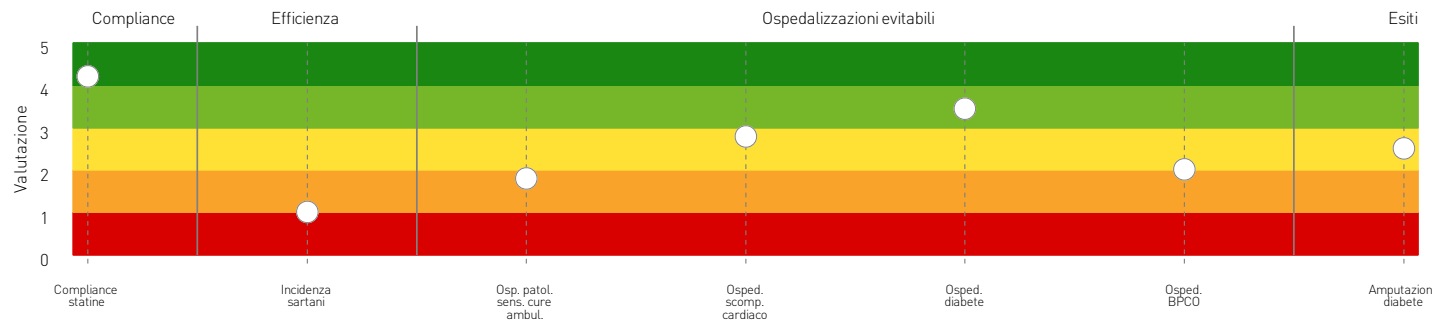
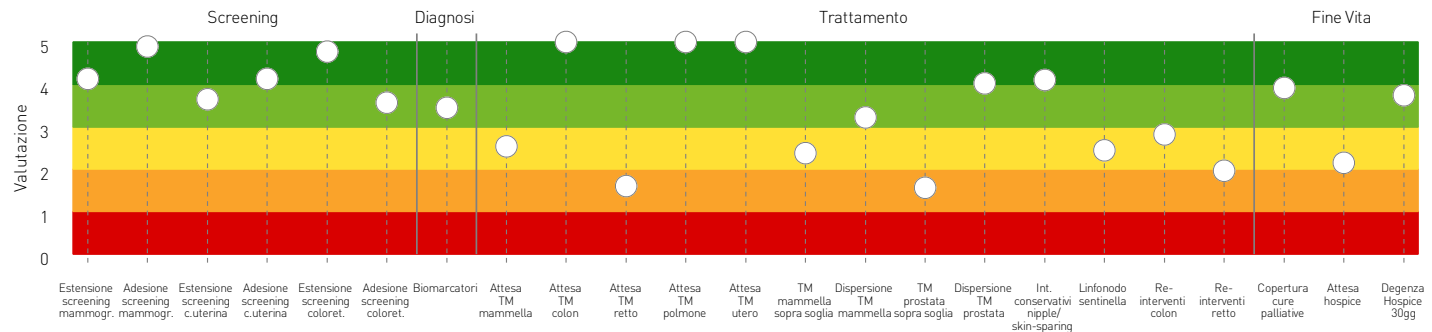
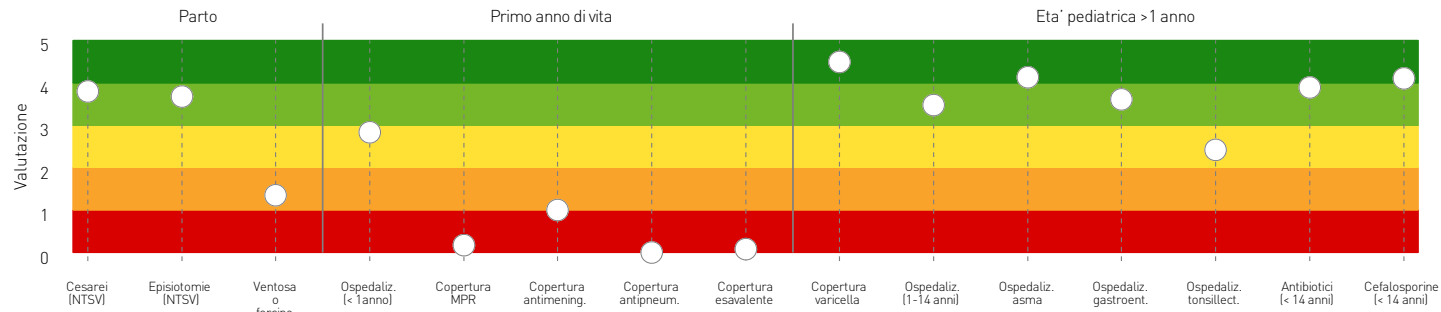


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 93



- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

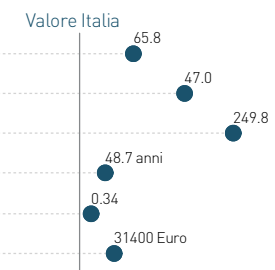


LIGURIA



Popolazione: 1.565.307
Densità: 289 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale
Indice di dipendenza anziani
Indice di vecchiaia
Eta' media
Indice di Gini*
PIL pro-capite**



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LIGURIA

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione ligure presenta una mortalità per malattie circolatorie inferiore rispetto alle altre Regioni (dati riferiti al triennio 2013-2015), mentre l'indagine ministeriale PASSI rileva come gli stili di vita dei Liguri non si discostino particolarmente rispetto alla media nel *network*, nonostante un leggero eccesso di persone sedentarie. Rispetto alla dimensione economico-finanziaria (relativa all'anno 2016), si conferma un costo sanitario complessivo in linea con la media delle altre Regioni ed in leggero aumento, mentre il costo medio per attività ospedaliera risulta il più basso del *network*. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma, nonostante la leggera contrazione rispetto all'anno precedente, un ambito a cui prestare maggiore attenzione, anche a fronte della marcata variabilità inter-aziendale.

Per quanto riguarda la capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso problematico ma in notevole miglioramento rispetto al 2016, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è leggermente inferiore alle altre Regioni, in calo rispetto al 2016, ma è allo stesso tempo affiancata ad un miglioramento significativo della capacità di segnalazione dei potenziali donatori. Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni. Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione rispecchia il trend nazionale, calando ulteriormente rispetto al 2016: con 149,7 ricoveri ogni 1.000 residenti il dato è complessivamente in linea con le altre Regioni. Una maggiore spinta all'assistenza domiciliare potrebbe contribuire a ridurre ulteriormente il ricorso all'offerta ospedaliera. Questo emerge con evidenza nella presa in carico della casistica medica, rispetto alla quale sussistono margini di recupero di appropriatezza (in particolare, è elevato il tasso di ricoveri diurni con finalità diagnostica ed è alta la percentuale di ricoveri medici oltre-soglia). Si registrano nel complesso buoni risultati per quanto riguarda la gestione dei percorsi chirurgici: permane solo l'esigenza di spingere maggiormente sull'utilizzo della *day surgery*, quale strumento di recupero di appropriatezza organizzativa. 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 linea rispetto alle altre Regioni, mentre si denota una degenza media relativamente lunga per l'attività chirurgica (in ulteriore crescita, rispetto al 2016). Si registrano alcune luci e ombre per quanto concerne l'organizzazione dei processi ospedalieri: da una parte la percentuale di fratture del collo del femore operate rispetto alle fratture diagnostiche risulta buona ed allineata alla media delle altre Regioni,

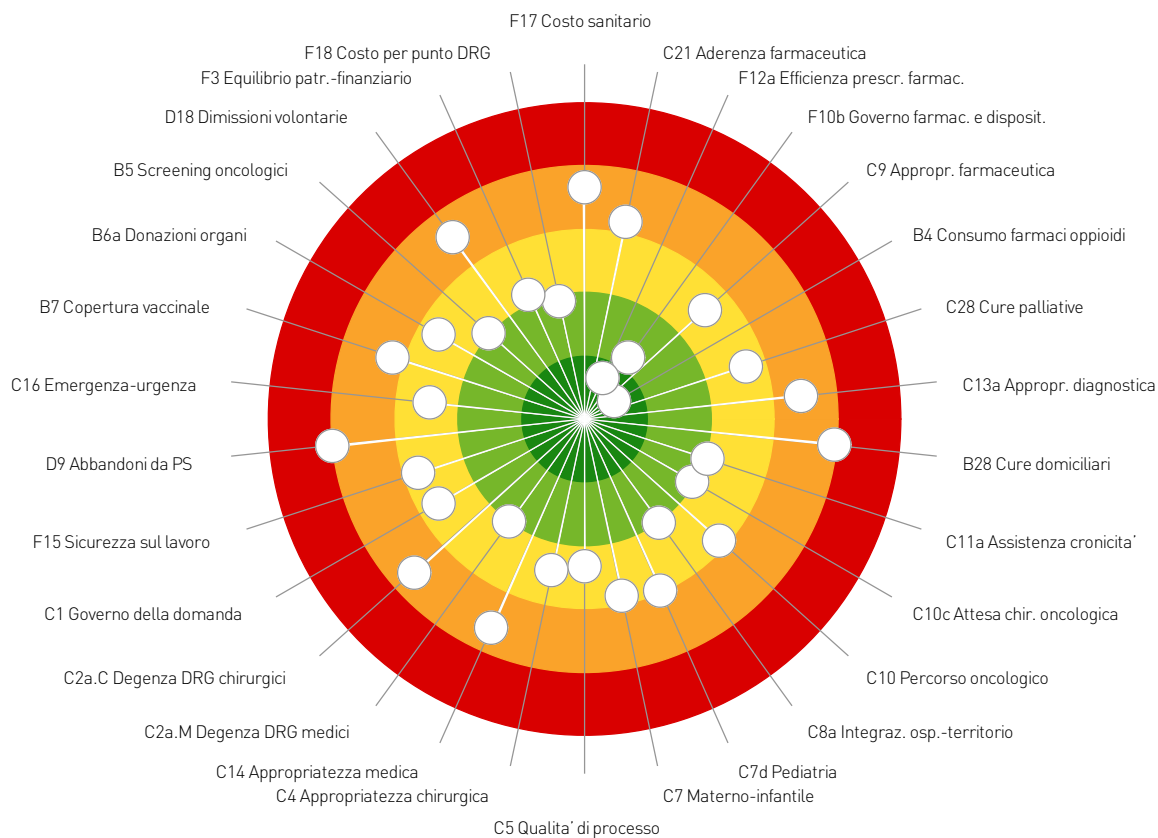
dall'altra si riduce la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni rispetto alle fratture operate. Aumenta il ricorso alla procedura transuretrale per le prostatectomie, pur con una certa variabilità intra-regionale. L'integrazione ospedale-territorio risulta complessivamente allineata alla media delle altre Regioni, nonostante sussistano ampie difformità tra le Aziende. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, permane la necessità di presidiare la prescrizione di risonanze magnetiche lombari: l'alta percentuale di pazienti che ripetono la prestazione entro l'anno suggerisce un possibile problema di appropriatezza. Sul versante della farmaceutica, la spesa territoriale si attesta su valori molto bassi (157 Euro *pro capite*) e la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza è complessivamente buona, mentre maggiore attenzione andrebbe riposta ad un presidio più attento dell'aderenza farmaceutica. L'attenzione verso la gestione del dolore – misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi – è molto buona. La gestione del percorso materno-infantile presenta ambiti di miglioramento sia nella fase del parto (per quanto in leggera contrazione rispetto al 2016, il ricorso al parto cesareo resta frequente), sia nella presa in carico del primo anno di vita (oltre alle già citate difficoltà nell'attività vaccinale, il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita è tra i più elevati del *network*), sia nella successiva fase pediatrica (il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia ed il tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma si confermano più elevati rispetto alle altre Regioni). Si registrano risultati contrastanti nella gestione del percorso oncologico. Per quanto riguarda i programmi di *screening* oncologici, se i livelli di estensione sono molto soddisfacenti (seconda *best practice* per lo *screening* mammografico), permane però qualche difficoltà in termini di adesione allo *screening* della cervice uterina e a quello coloretale. Nella fase del trattamento, si registrano tempi di attesa per gli interventi chirurgici piuttosto contenuti (eccezion fatta per il tumore al retto) e si assiste ad un miglioramento della concentrazione della casistica per quanto riguarda gli interventi per tumore alla mammella. Permangono tuttavia problematiche relativamente alla concentrazione della casistica degli interventi chirurgici per tumore alla prostata. Maggiore attenzione andrebbe inoltre prestata alla fase del fine vita. La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso *performance* in linea rispetto alle altre Regioni: i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche confermano una buona capacità assistenziale complessiva da parte del sistema ligure, pur registrando qualche criticità rispetto al piede diabetico, che registra un lieve aumento delle amputazioni. 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 che, per quanto in leggera contrazione rispetto al 2016, resta problematica in alcune strutture (Ospedale Galliera, *in primis*). Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è invece molto contenuto su tutto il territorio regionale.

LIGURIA

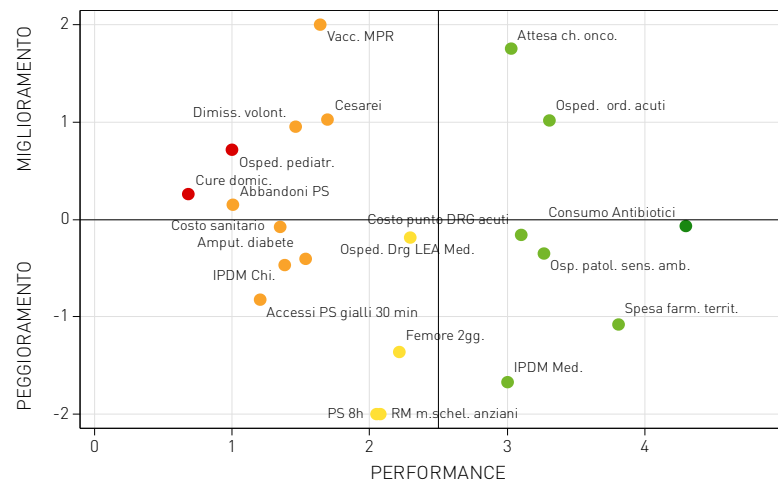
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

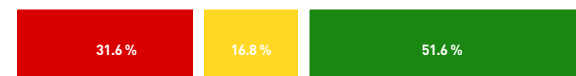


Mapa di performance e trend (2016-2017)

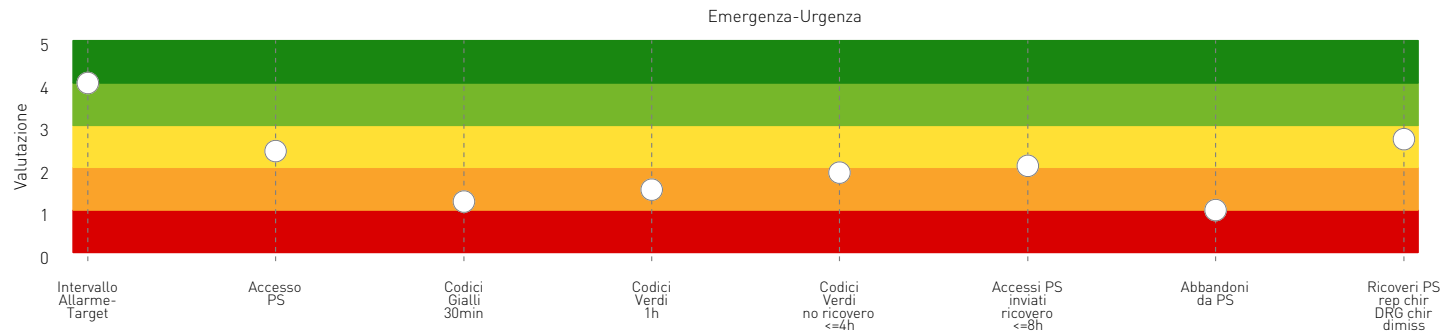
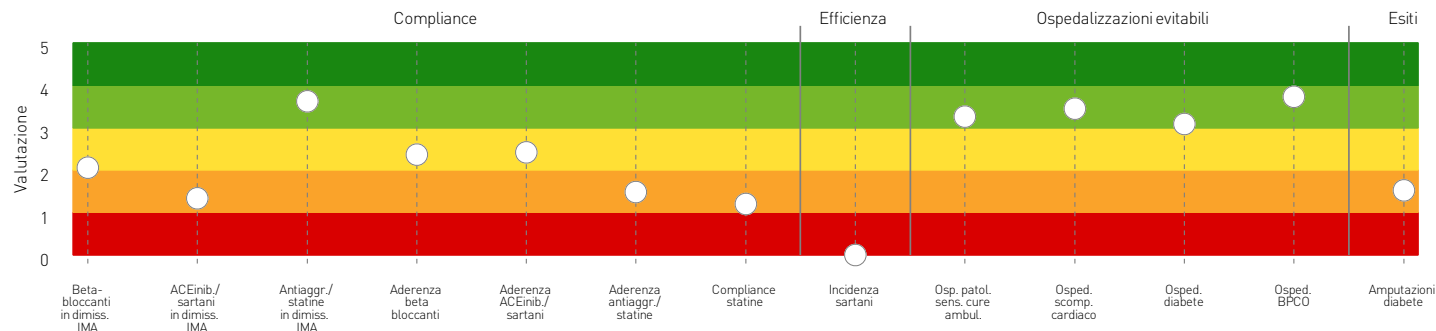
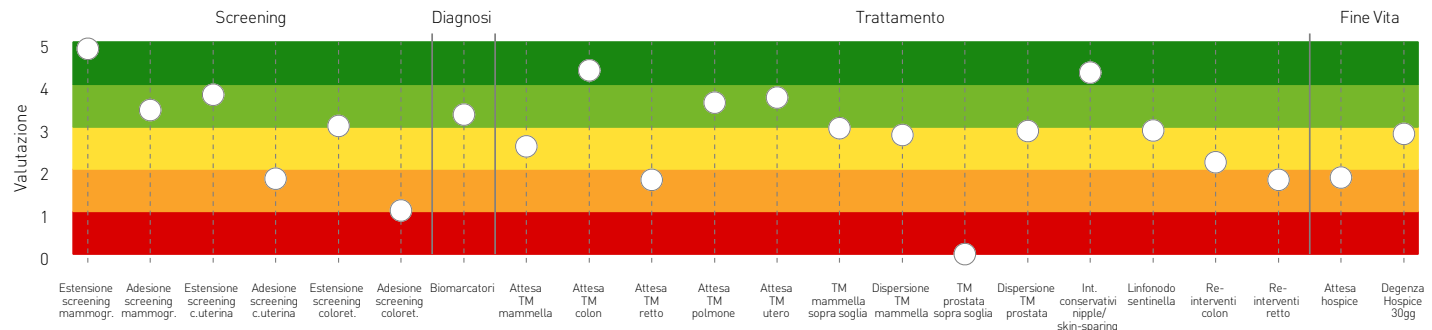
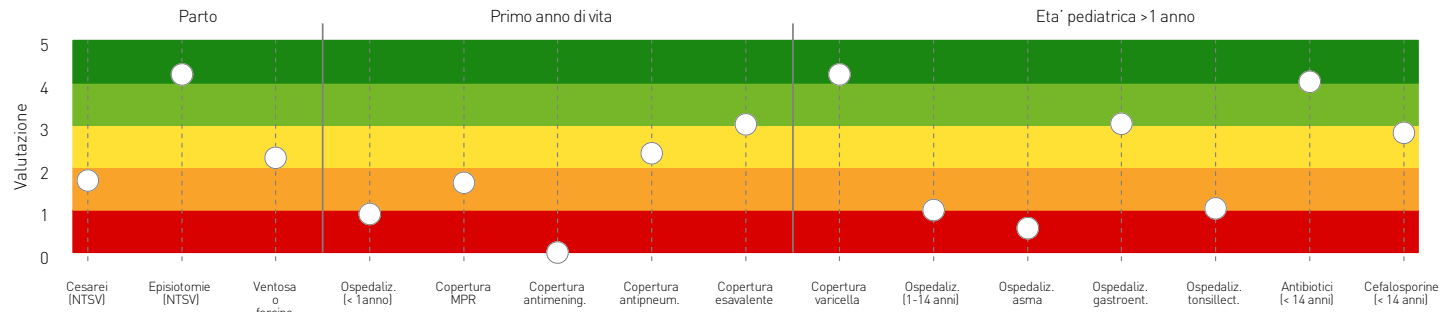


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 95



- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



LOMBARDIA



Popolazione: 10.019.166
Densità: 420 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LOMBARDIA

L'innalzamento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la Lombardia registra una bassa mortalità infantile, in leggera, ulteriore contrazione rispetto al periodo precedente (i dati sono relativi al triennio 2013-2015).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale, pur confermandosi migliorabile, registra un incremento, segnatamente in riferimento all'ambito pediatrico.

Per quanto concerne la prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro potrebbe spingere su una maggiore copertura del territorio, in leggero peggioramento rispetto al 2016.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione piuttosto contenuto (126.8 per 1.000 residenti, in ulteriore riduzione rispetto al 2016) rispecchia una buona capacità di governo della domanda, anche se la gestione della casistica sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico presenta alcuni elementi di criticità. In riferimento alla prima, si rileva una percentuale superiore alla media del *network* di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni (a cui fa il paio il relativamente elevato tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni), possibile sintomo di una difficoltà da parte del territorio nel supporto alla fase di dimissione. Parimenti, l'elevato tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali suggerisce una problematica anche nell'attività territoriale di filtro, rispetto al ricorso alle strutture ospedaliere. Un maggiore investimento sulle cure domiciliari potrebbe contribuire ad un'ulteriore riduzione del ricorso al *setting* ospedaliero.

In riferimento alla casistica chirurgica, nonostante il miglioramento rispetto al 2016, resta bassa la percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate entro un giorno, pur con ampissima variabilità inter-aziendale. La durata delle degenze è leggermente più alta delle altre Regioni per la casistica medica, mentre per quella chirurgica è complessivamente in linea.

In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, cresce in modo molto significativo la percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni (passa dal 67.9% del 2016 al 74.5%). La relativamente bassa percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e la bassa percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore possono indicare alcune problematiche nella gestione dei processi interni. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore *proxy* della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – è comunque in linea con le altre Regioni.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, la prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche a pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatazza) è allineata rispetto alle altre Regioni; la percentuale di pazienti che

ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente si conferma tra le più contenute del *network*.

In riferimento alla *governance* farmaceutica, la spesa territoriale è elevata (229.4 Euro *pro capite*), a fronte di buone performance in termini di appropriatezza e di aderenza, e di alcuni margini di miglioramento per quanto concerne l'efficienza (ovvero la scelta dell'opzione farmaceutica a costo minore, a parità di efficacia). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è in linea con le altre Regioni del *network*, e in aumento rispetto al 2016.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma buona, nelle tre fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): in particolare, il ricorso al parto cesareo è limitato e in ulteriore contrazione rispetto al 2016. In riferimento all'età pediatrica, diminuisce ulteriormente il tasso di ospedalizzazione, inferiore alla media, per quanto continui a registrarsi un eccesso rispetto al tasso di ospedalizzazione per gastroenterite. Si confermano i risultati buoni nella gestione del percorso oncologico. L'estensione dello *screening* mammografico è buona; nella media l'adesione a quello coloretale.

I tempi di attesa per la chirurgia oncologica restano contenuti. Una maggiore concentrazione della casistica nel trattamento del tumore maligno alla mammella potrebbe contribuire a sfruttare ulteriormente le economie di scala e di apprendimento.

I tassi di ospedalizzazione per patologie croniche rilevano alcuni aspetti che richiedono attenzione e approfondimento: mentre il ricorso alle strutture ospedaliere per scompenso cardiaco si conferma meno frequente della media, i tassi di ospedalizzazione per diabete e per BPCO restano più elevati rispetto alle altre Regioni, per quanto in contrazione rispetto al 2016.

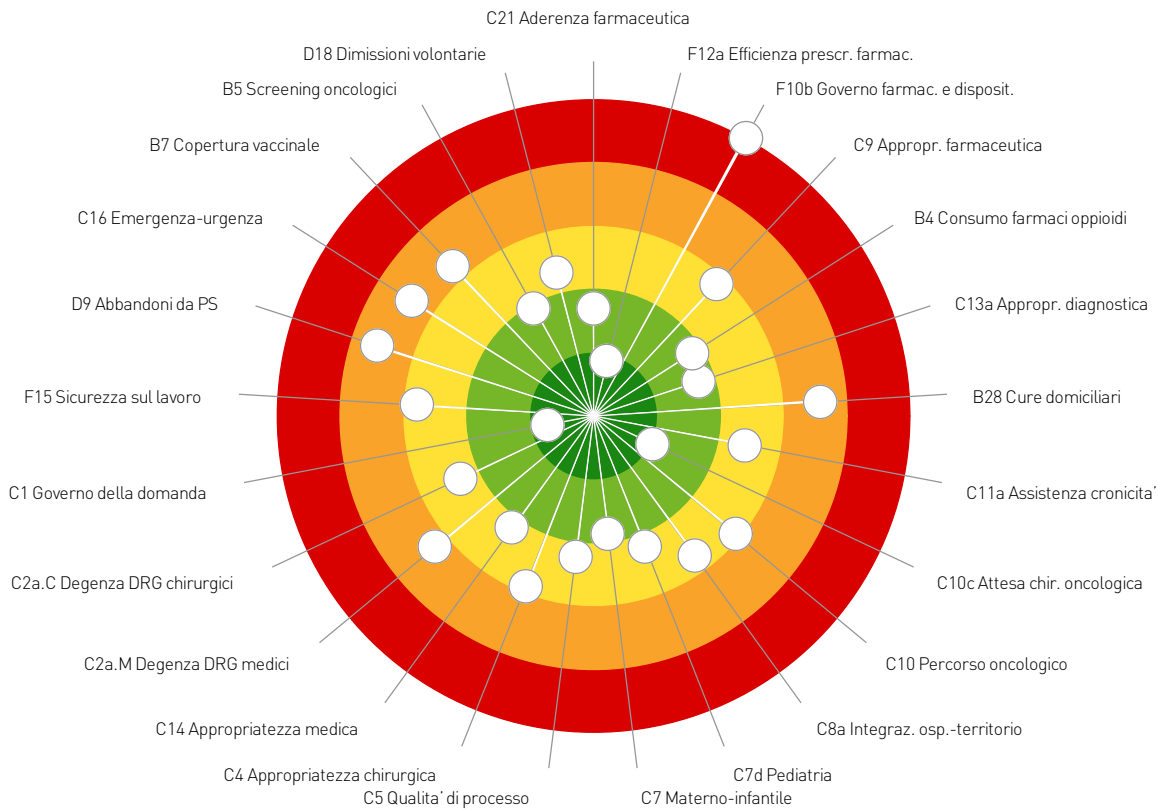
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, a fronte di un tasso di accesso al Pronto Soccorso relativamente elevato, i tempi di attesa si confermano lievemente superiori alla media. Questo può contribuire a spiegare perché la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso sia – seppur di poco – superiore alla media del *network* (e in crescita rispetto al 2016).

LOMBARDIA

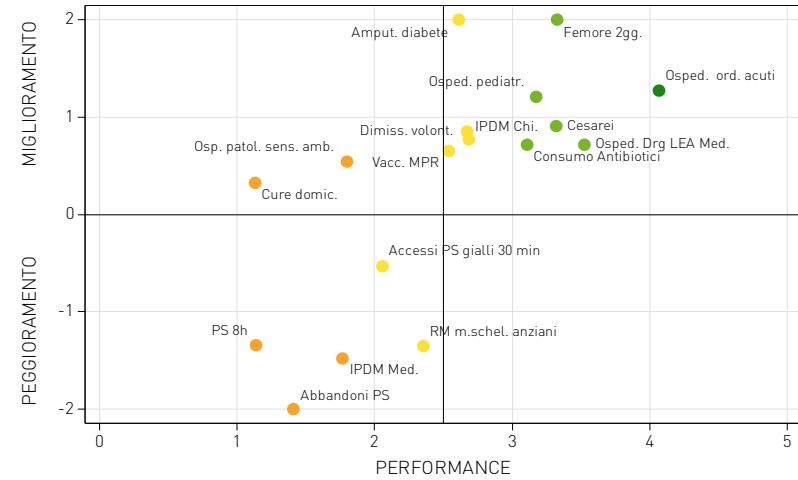
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)

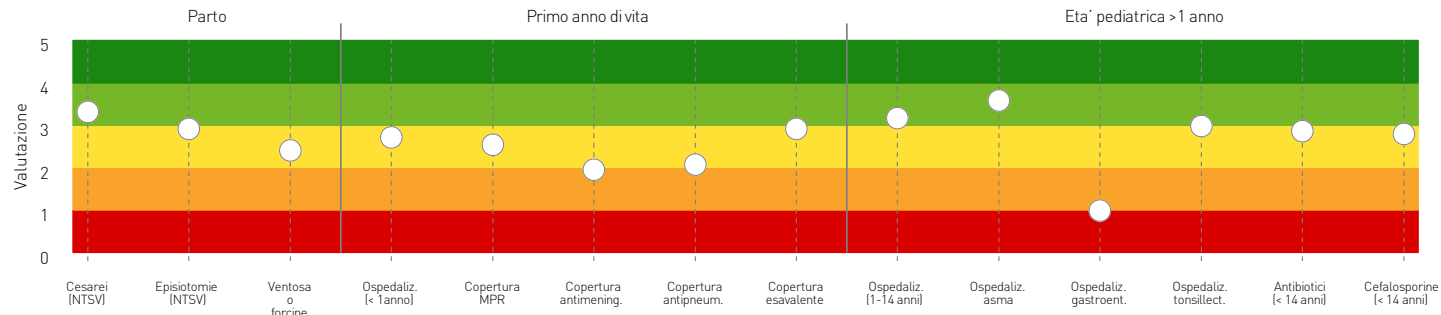


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

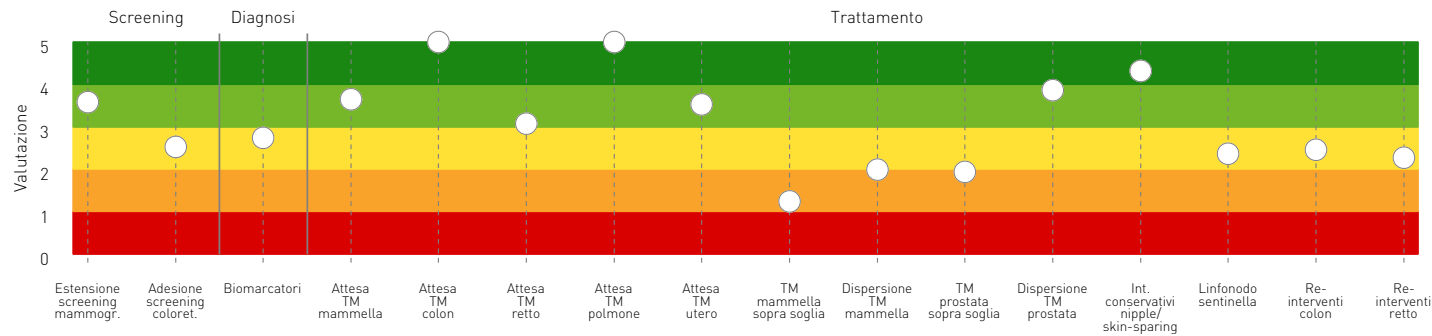
Numero indicatori: 69



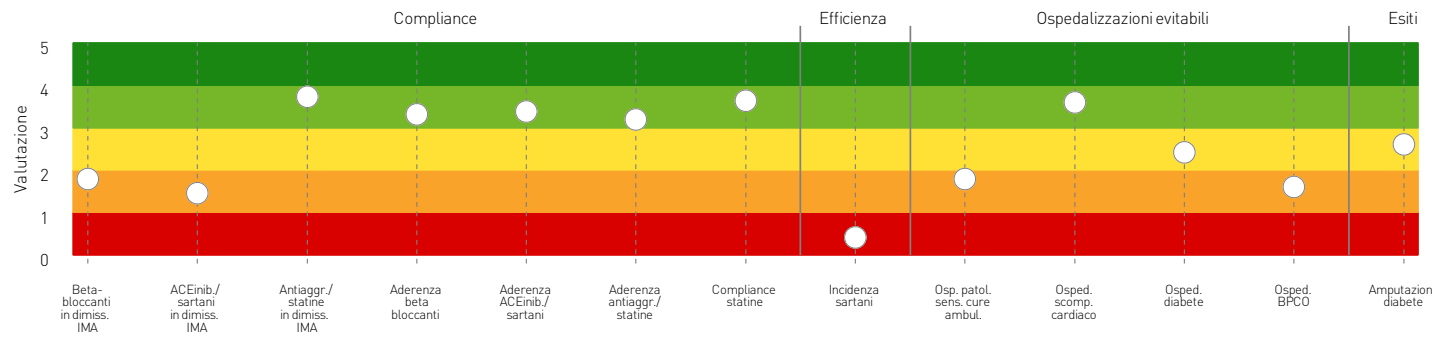
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



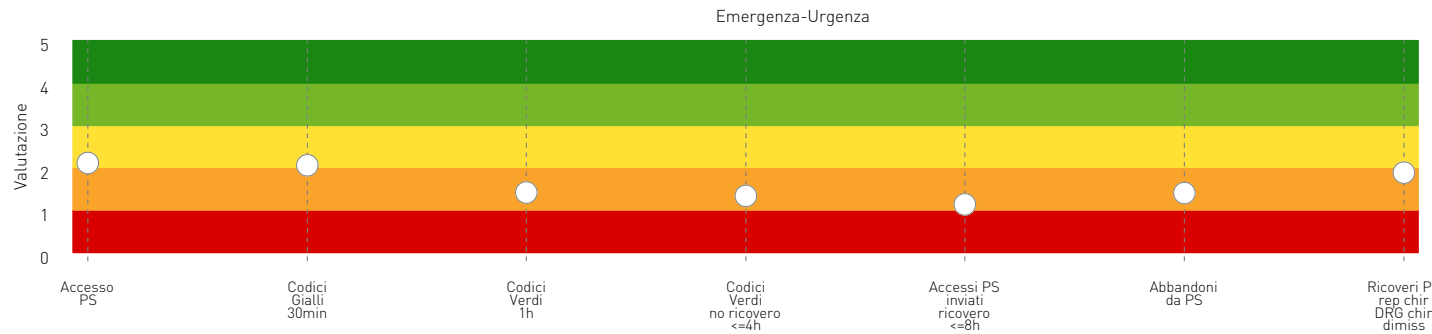
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

MARCHE



Popolazione: 1.538.055

Densità: 164 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

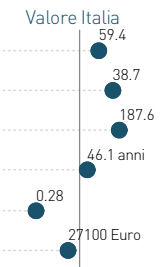
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE MARCHE

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

In riferimento alla dimensione economico-finanziaria (i dati sono relativi all'anno 2016), la Regione Marche conferma un contenuto costo per l'attività ospedaliera (4.566 Euro per punto DRG, tra i più bassi del *network*).

La percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – è inferiore rispetto a tutte le Regioni del *network*. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2017 molto contenuta, nonostante si registri una marcata variabilità tra le strutture regionali.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso difficoltoso, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda gli *screening* oncologici, si conferma come ad una capillare attività di invito ancora non corrisponda una altrettanto diffusa adesione da parte dell'utenza.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni, nonostante persistano potenziali margini di miglioramento sia in termini di copertura del territorio, sia per quel che concerne l'efficienza produttiva.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il basso tasso di ospedalizzazione suggerisce una buona capacità di governo dei *setting* assistenziali. In riferimento alla gestione della casistica di tipo medico, resta elevata la percentuale di ricoveri oltre soglia per pazienti anziani, suggerendo possibili difficoltà nella gestione dei processi intra-ospedalieri. Una maggiore offerta di assistenza domiciliare potrebbe contribuire a migliorare la presa in carico post-ricovero. In riferimento all'attività chirurgica, si registra un miglioramento della percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno, anche se persiste una marcata variabilità intra-regionale. La durata delle degenze, sia per i ricoveri chirurgici, sia per la casistica di tipo medico, si attesta su valori medi. Il livello di organizzazione dei processi ospedalieri è complessivamente in linea con le altre Regioni; la bassa percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, con tempi di permanenza entro le 8 ore, segnala tuttavia una criticità nella gestione del percorso, in ulteriore peggioramento rispetto al 2016. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, la percentuale di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi risulta la più bassa del *network*, mentre il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani risulta allineato alla media delle Regioni.

Sul versante della *governance* farmaceutica, una maggiore attenzione è necessaria circa l'appropriatezza nelle scelte prescrittive (in riferimento agli inibitori di pompa protonica e ai sartani, *in primis*). Anche i livelli di aderenza farmaceutica potrebbero essere migliorati, così come l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma non ancora adeguata.

La gestione del percorso materno-infantile registra ancora alcune criticità: in riferimento alla fase del parto, anche nel 2017 si conferma frequente il ricorso al cesareo (mentre la percentuale di parti operativi è – di converso – tra le più basse del *network*). In riferimento alla fase pediatrica, l'assistenza è complessivamente allineata alle altre Regioni, nonostante un eccesso di ospedalizzazioni per gastroenterite (in aumento rispetto al 2016) e al consumo di cefalosporine, comunque in calo rispetto all'anno precedente.

Alcune luci e ombre rispetto alle diverse fasi (*screening*, diagnosi, trattamento, fine vita) in cui si articola il percorso oncologico: rispetto alla prima di queste, è già stata rimarcata la scarsa adesione da parte delle persone invitate; i tempi di attesa per i trattamenti chirurgici sono complessivamente allineati alla media - più lunghi solo quelli per il tumore alla mammella e al retto - e il processo di concentrazione della casistica ancora non può dirsi concluso (in riferimento al trattamento del tumore maligno alla mammella, ad esempio).

Viene confermata anche nel 2017 la complessivamente buona capacità di presa in carico delle patologie croniche, in particolare per quanto riguarda il contenuto tasso di ospedalizzazione per diabete.

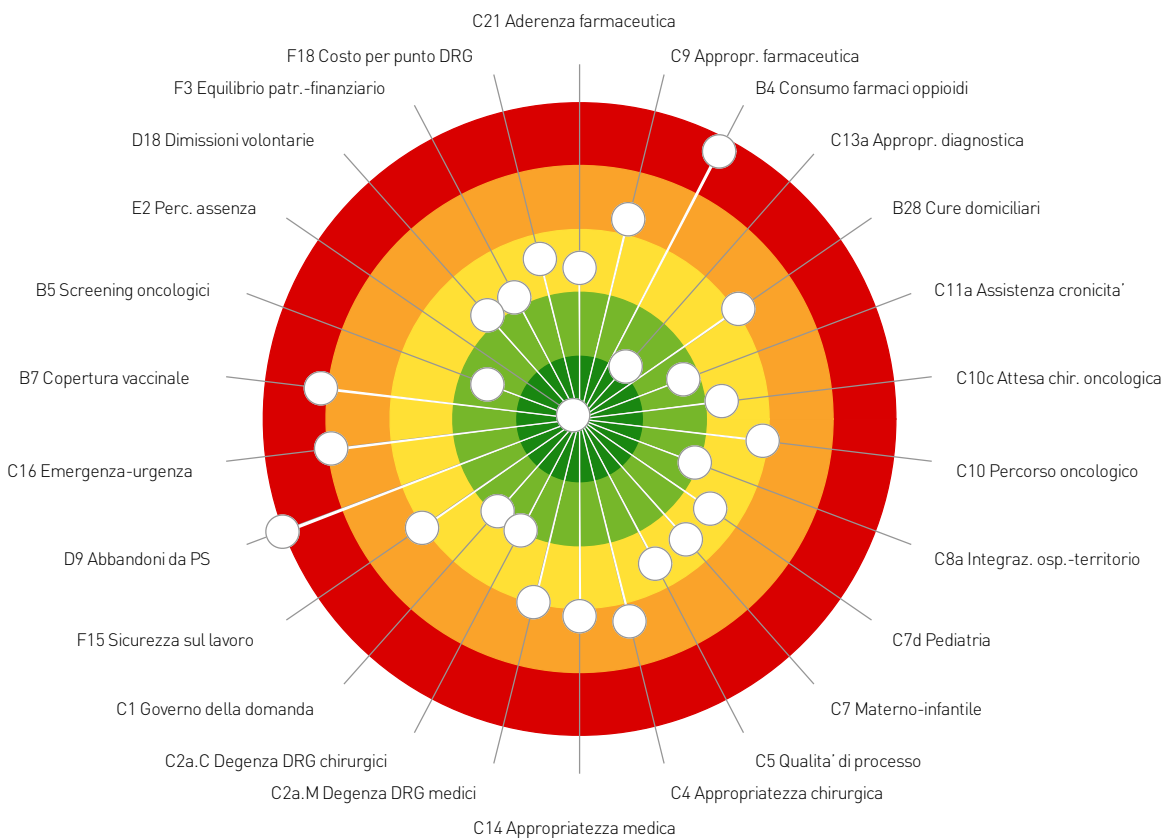
I tempi di attesa in Pronto Soccorso confermano una criticità rispetto alla tempestiva gestione delle casistiche meno urgenti (codici verde e giallo), pur con un'ampia variabilità tra strutture ospedaliere. La percentuale di abbandoni riflette tale criticità, che risulta in ulteriore crescita rispetto al 2016.

MARCHE

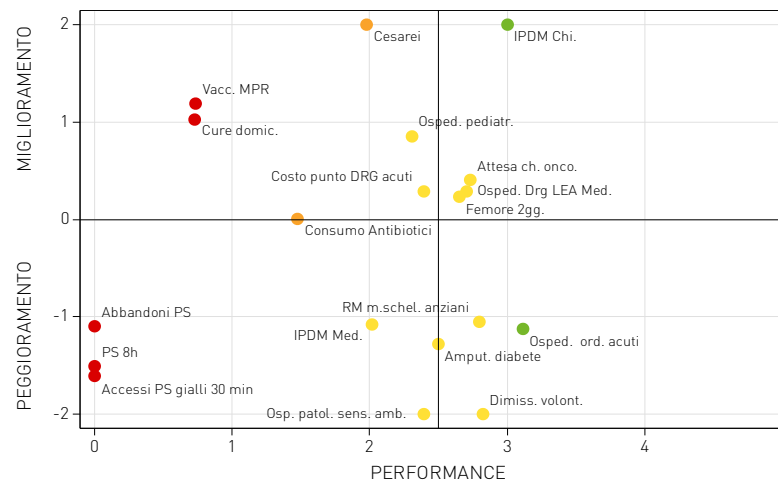
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

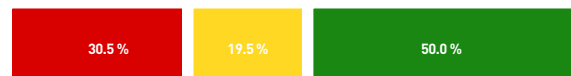


Mapa di performance e trend (2016-2017)

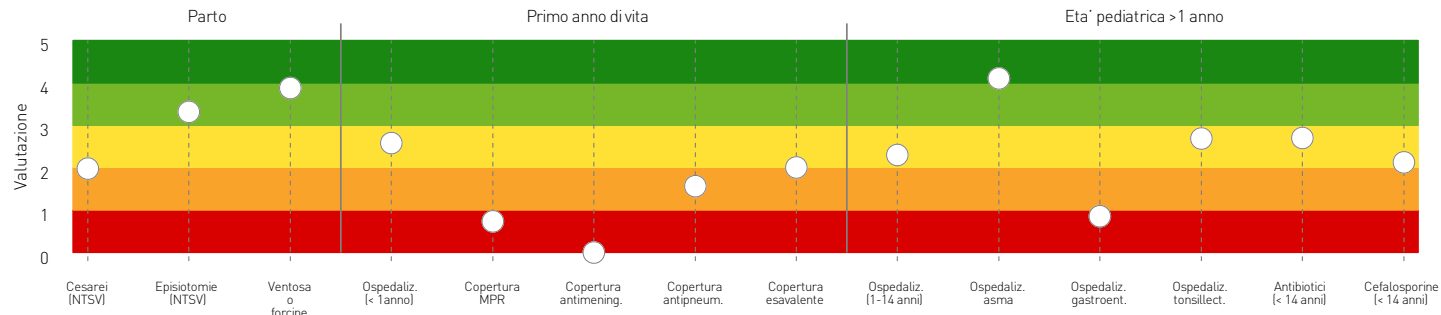


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

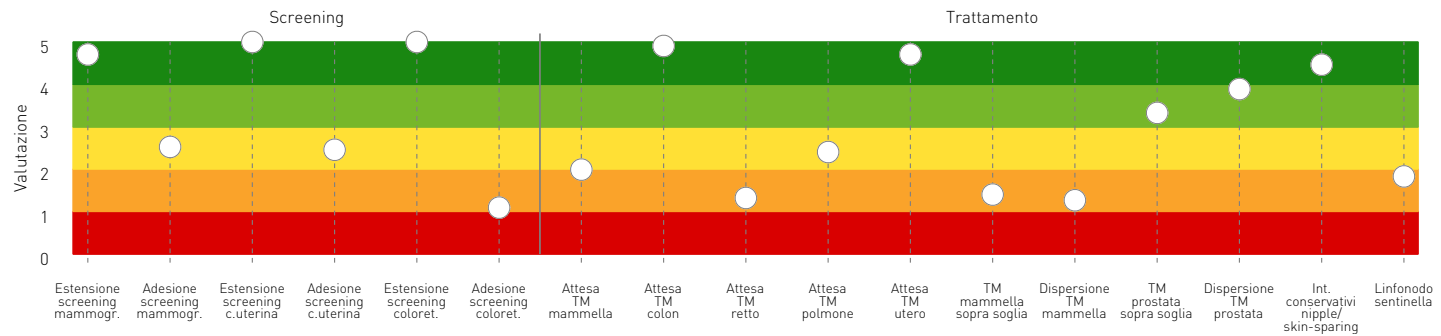
Numero indicatori: 82



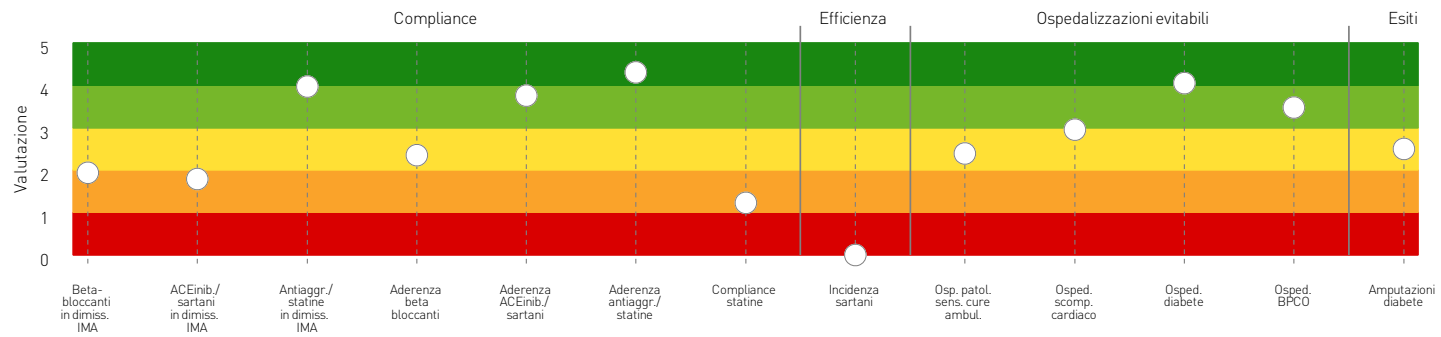
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



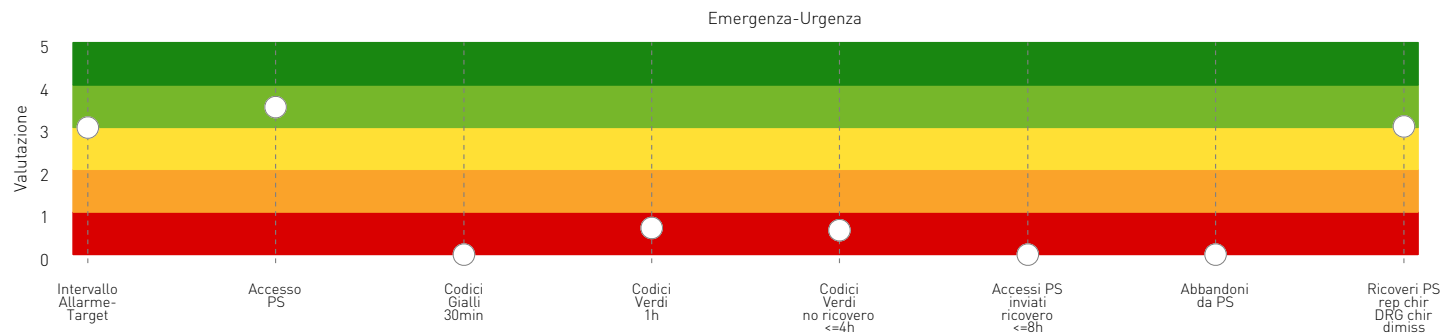
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

PUGLIA



Popolazione: 4.063.888

Densità: 208 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

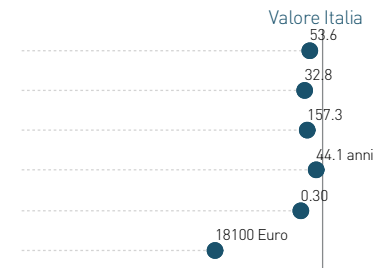
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

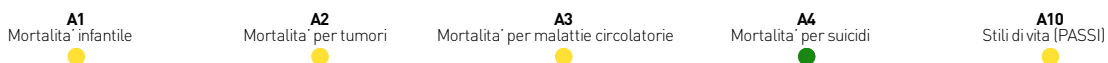
LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione pugliese presenta una bassa mortalità per suicidi, una mortalità per tumori, per malattie circolatorie e infantile in linea con le altre Regioni (i dati sono riferiti al triennio 2013-2015). 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. In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, la copertura vaccinale è in linea con le altre Regioni, per quanto ancora insoddisfacente (in particolare, in riferimento alla vaccinazione antimeningococcica). In merito ai programmi di *screening* oncologico (mammografico e cervice uterina), i livelli di estensione e adesione sono significativamente peggiori rispetto alle altre Regioni. Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, si registra una ulteriore, rilevante diminuzione del tasso di ospedalizzazione, rispetto al 2016, dato che suggerisce una sempre più matura capacità di gestione della domanda. Resta superiore alla media il tasso per ricoveri ordinari acuti, in particolare presso la Azienda territoriale di Foggia. Un maggiore investimento sull'assistenza domiciliare – sia in termini di copertura, sia in termini di intensità dell'assistenza stessa – potrebbe contribuire ulteriormente al processo di de-ospedalizzazione del sistema sanitario pugliese. In merito alla presa in carico della casistica medica, si riducono significativamente sia il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriata (da 204.5 per 10.000 residenti nel 2016 a 172 nel 2017), sia quello di ricoveri diurni di tipo diagnostico. Va senz'altro presidiata meglio la gestione della casistica chirurgica, che ancora presenta ampi margini di recupero in termini di appropriatezza organizzativa: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno resta la più bassa del *network* (nonostante un leggero incremento rispetto al 2016), così come quella di ricoveri in *day surgery* per la lista dei DRG individuata dal Ministero della Salute (in ulteriore calo). La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2017 sensibilmente più alta della media, pur con ampia variabilità tra le strutture regionali. L'organizzazione dei processi ospedalieri registra comunque un ulteriore, leggero miglioramento nella gestione delle fratture del collo del femore (soprattutto in alcune strutture), mentre la percentuale di fratture operate su quelle diagnosticate resta tra le più basse, suggerendo l'opportunità di possibili audit clinico-organizzativi, per scongiurare eventuali rischi di *undertreatment*. La bassa percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione suggerisce possibili problematiche di gestione dei processi intra-ospedalieri, particolarmente marcate presso gli Ospedali Riuniti di Foggia (ipotesi che potrebbe trovare riscontro anche nella bassa percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza inferiore a 8 ore). Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano *performance* complessivamente in linea con le altre Regioni, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica, pur con ampia variabilità intra-regionale. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, la significativa contrazione del tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure

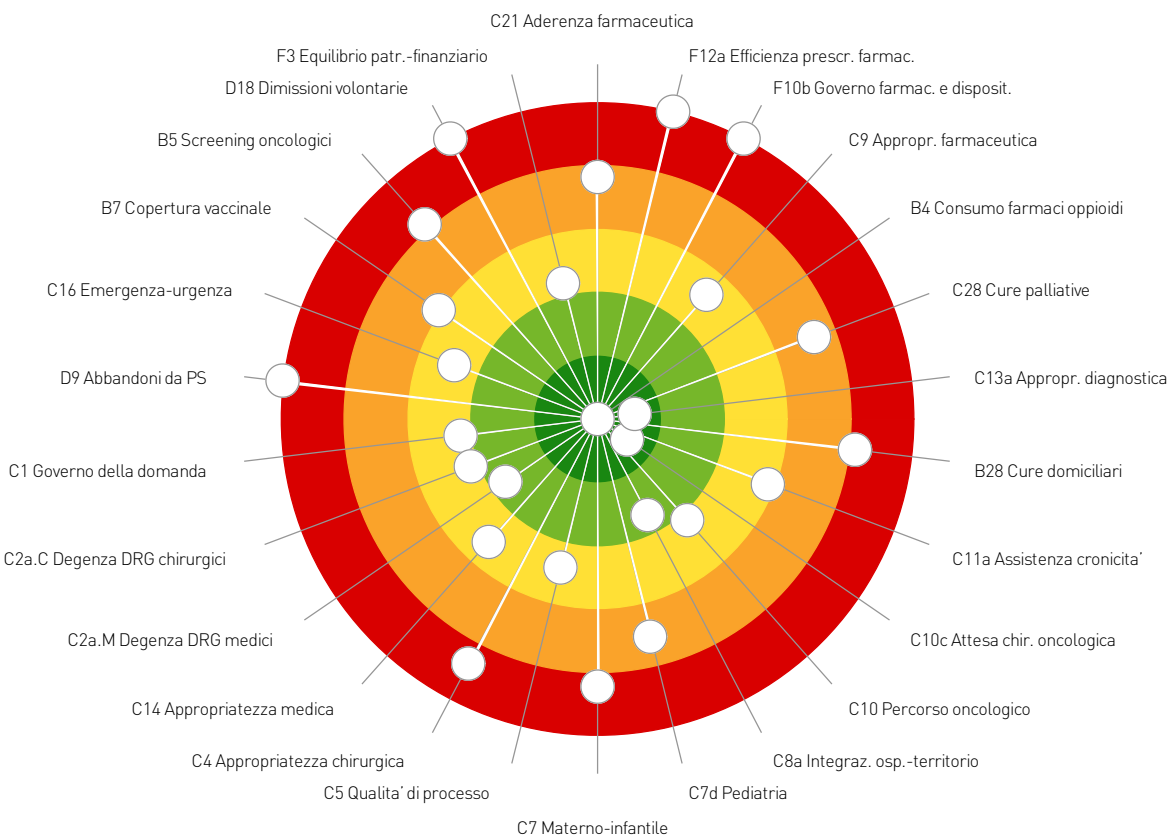
ambulatoriali suggerisce una migliore capacità del territorio di fungere da filtro rispetto al ricorso alle strutture ospedaliere, mentre il basso tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni suggerisce la tenuta delle reti sociali nella fase di presa in carico post-ospedaliera. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, il contenuto tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani e il basso numero di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente (entrambi gli indicatori in ulteriore riduzione rispetto al 2016) suggeriscono una situazione di complessiva appropriatezza prescrittiva. In riferimento all'ambito farmaceutico, la spesa territoriale è tra le più elevate del *network*: una più attenta *governance* prescrittiva dovrebbe congiuntamente mirare ad una maggiore appropriatezza (il consumo di antibiotici è, ad esempio, sensibilmente superiore alla media), incentivare ulteriormente la propensione dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore e supportare misure che favoriscano l'aderenza al trattamento. Di converso, l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è ottima. Il percorso materno-infantile potrà senz'altro essere presidiato meglio, nelle sue diverse fasi: in riferimento a quella del parto, si conferma eccessivamente frequente il ricorso al cesareo e quello all'episiotomia (nonostante un leggero calo rispetto al 2016), mentre si conferma molto contenuto l'uso di forcipe o ventosa; per quanto concerne l'età pediatrica, nonostante alcuni incoraggianti segnali di miglioramento, gli alti tassi di ospedalizzazione e gli elevati consumi di antibiotici (in contrazione) denotano una presa in carico territoriale o lacunosa, o non del tutto appropriata. Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomie si conferma invece più basso rispetto alle altre Regioni. Ad esclusione dei programmi di *screening*, di cui si è già dato conto, si registrano risultati buoni nella gestione del percorso oncologico. In particolare, i tempi di attesa per interventi chirurgici sono molto contenuti. La presa in carico delle cronicità si conferma complessivamente critica: sono già state menzionate le problematiche inerenti all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica; in riferimento ai tassi di ospedalizzazione per patologie croniche – complessivamente più alti rispetto alle altre Regioni –, si registra da un lato un processo di contrazione rispetto al 2016, dall'altra un'ampia variabilità inter-aziendale. Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i tempi intercorrenti tra la chiamata del mezzo di soccorso e il suo arrivo sono leggermente superiori rispetto alla media, mentre i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso – pur con ampia variabilità tra le strutture regionali – sono complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni, a fronte di un tasso di accesso piuttosto contenuto. Il fenomeno dell'abbandono da pronto soccorso resta una criticità, nonostante la leggera contrazione rispetto 2016 e a fronte di una marcata variabilità inter-aziendale.

PUGLIA

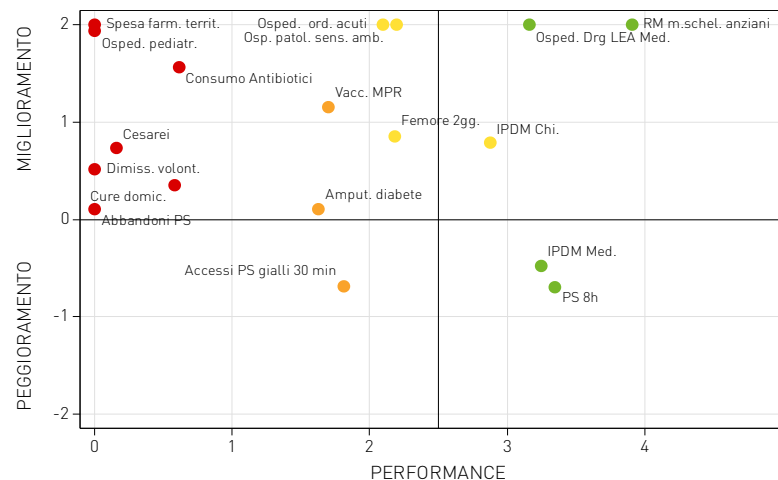
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)

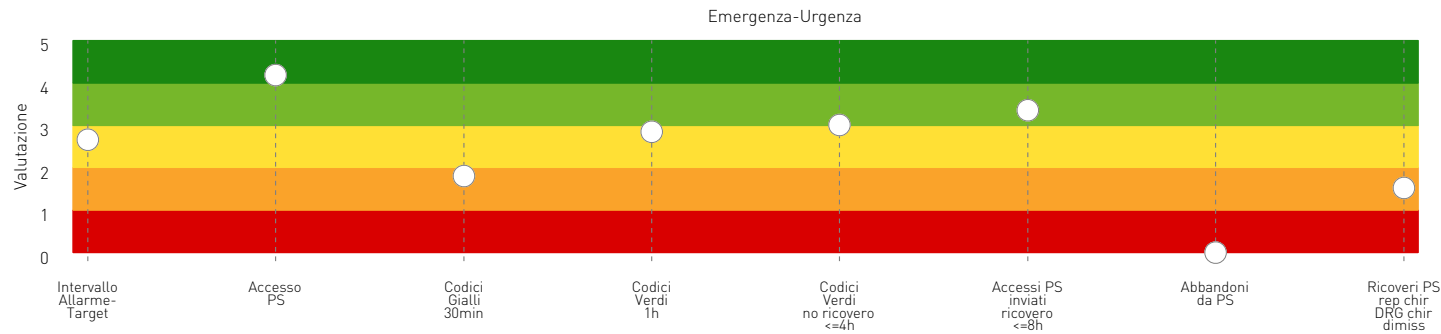
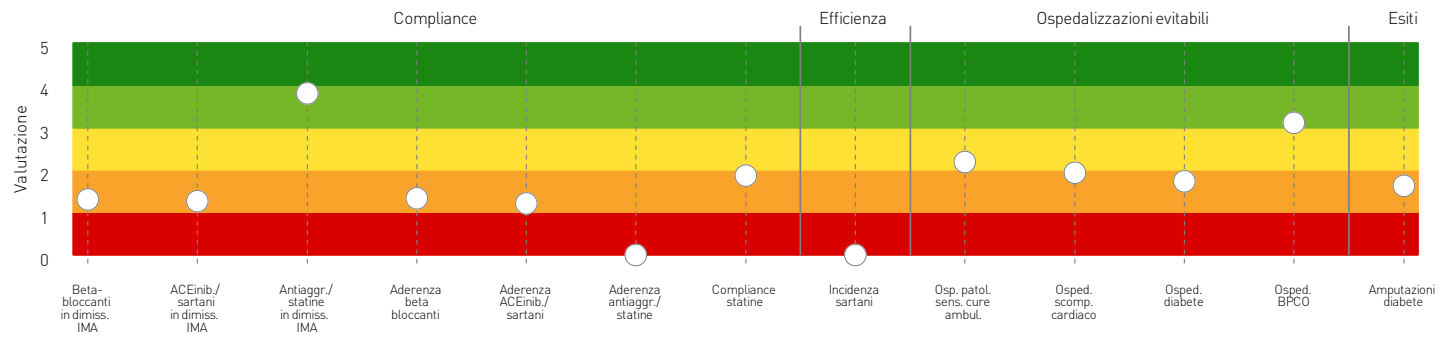
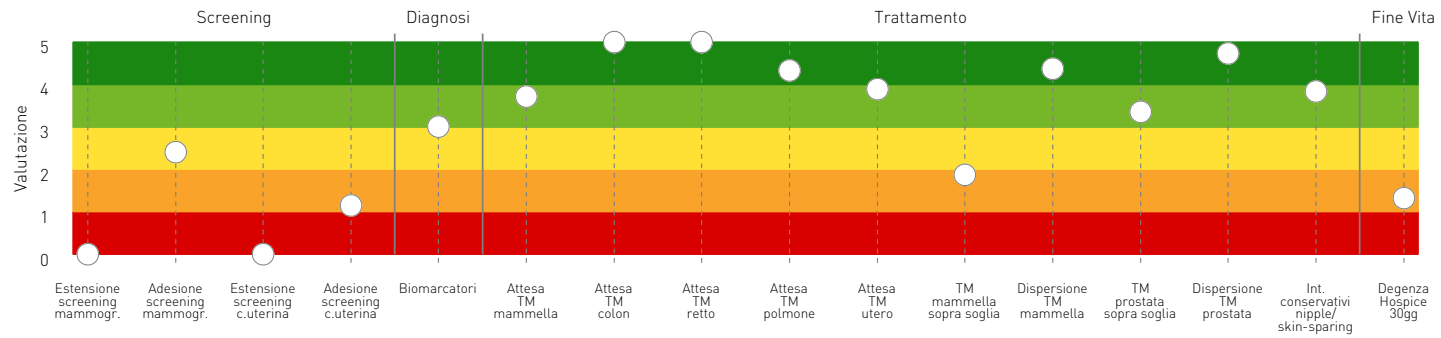
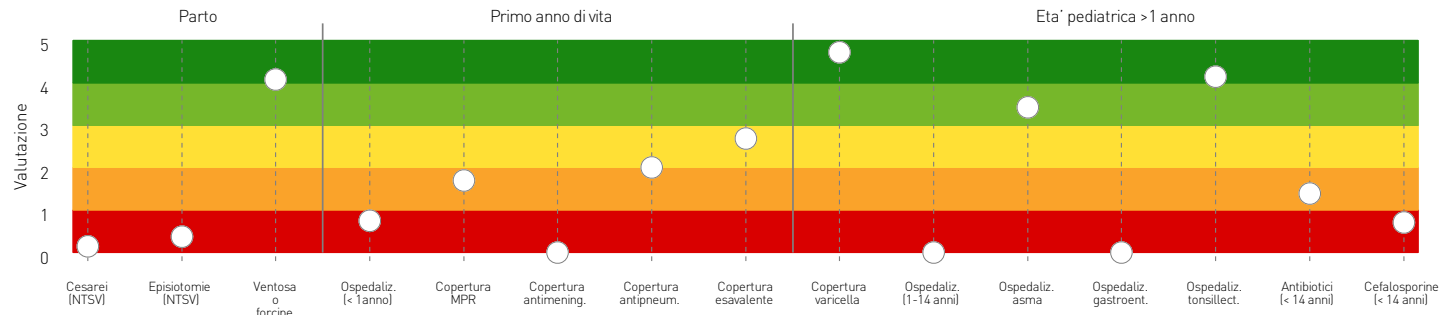


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 77



- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



TOSCANA



Popolazione: 3.742.437
Densità: 163 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

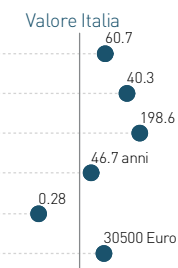
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

Il Servizio sanitario toscano è stato recentemente interessato da una profonda riorganizzazione, approvata dal Consiglio regionale con la legge n. 84 del 28 dicembre 2015. Dal 1° gennaio 2016 sono costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti. Le 3 Aziende erano nel 2017 articolate in 34 distretti sanitari. Sono inoltre presenti 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Careggi, AOU Pisana, AOU Senese e AOU Meyer), la Fondazione Toscana G. Monasterio (FTGM) e l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), che dal 1° Gennaio 2018 ha cambiato la propria denominazione in Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), a seguito dell'assorbimento dell'Istituto Toscano Tumori. Nel 2017, spetta principalmente ai Direttori per la programmazione delle tre Aree vaste il ruolo di coordinamento dell'attività ospedaliera di questi centri con quella territoriale delle Aziende Usl.

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 cardiocircolatorie, per suicidi – dati riferiti al triennio 2013-2015). Riguardo alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario toscano, il costo sanitario è in linea con le altre Regioni (1.901 Euro *pro capite*), mentre il costo per l'assistenza ospedaliera – 4.444 Euro per punto DRG – risulta leggermente più basso (dati riferiti all'anno 2016).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – è in linea rispetto alle altre Regioni (12%), mentre la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza in rispetto all'assistenza ospedaliera, in calo rispetto al 2016, è leggermente inferiore alla media.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale, per quanto leggermente più ampio rispetto alle altre Regioni, ancora non è soddisfacente, soprattutto per alcuni ambiti (in particolare, la copertura per il papilloma virus cala rispetto al 2016, mentre quella antipneumococcica, per quanto in leggero incremento, resta inferiore rispetto alle altre Regioni). I programmi di *screening* oncologici presentano una buona copertura, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati aumenta rispetto al 2016 ed è ora allineata alle altre Regioni.

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

Si conferma un punto di forza del sistema sanitario toscano l'appropriato ricorso al *setting* ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione (126,5 ricoveri per 1.000 residenti) è tra i più bassi del *network*. 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, è confermato un utilizzo appropriato sia del *setting* assistenziale chirurgico, sia di quello medico, che si traduce in una durata delle degenze – per entrambe le tipologie di casistica – estremamente contenuta. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni cresce ulteriormente, attestandosi sui più alti valori del *network* (81,1%), mentre la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero entro 8 ore – in calo ulteriore rispetto al 2016 e inferiore rispetto alla media – segnala una possibile criticità nella gestione dei percorsi interni di alcune strutture (segnatamente, AOU senese e AOU Careggi).

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

Luci e ombre in riferimento all'appropriatezza prescrittiva diagnostica: se il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriata) è tra i più contenuti del *network*, la percentuale di utenti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro i 12 mesi è tra le più elevate (8,5%), per quanto in calo rispetto al 2016.

In riferimento alla *governance* farmaceutica, la spesa territoriale toscana non si discosta significativamente rispetto alle altre Regioni del *network* (175,9 Euro *pro capite*). Se da una parte sembrano essere correttamente sfruttate le opportunità offerte dalle scadenze brevettuali (gli MMG toscani mostrano una buona propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto), dall'altra è sull'appropriatezza prescrittiva e sull'aderenza terapeutica che occorrerà fare leva per garantire un'assistenza farmaceutica al tempo stesso appropriata e sostenibile. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è superiore alla media e in ulteriore miglioramento rispetto al 2016.

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

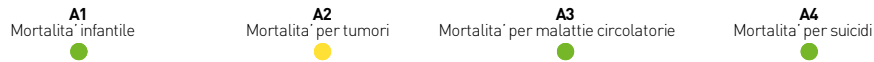
Si registrano risultati buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (*screening*, diagnosi, trattamento, fine vita). Vanno comunque presidiati con attenzione i tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumore alla mammella, al colon, al retto e all'utero e va intensificata l'attività della rete delle cure palliative.

In merito alla presa in carico delle patologie croniche, il basso numero di ospedalizzazioni evitabili dimostra l'alta qualità dell'assistenza territoriale, nonostante alcune difficoltà – già menzionate – nella presa in carico farmaceutica.

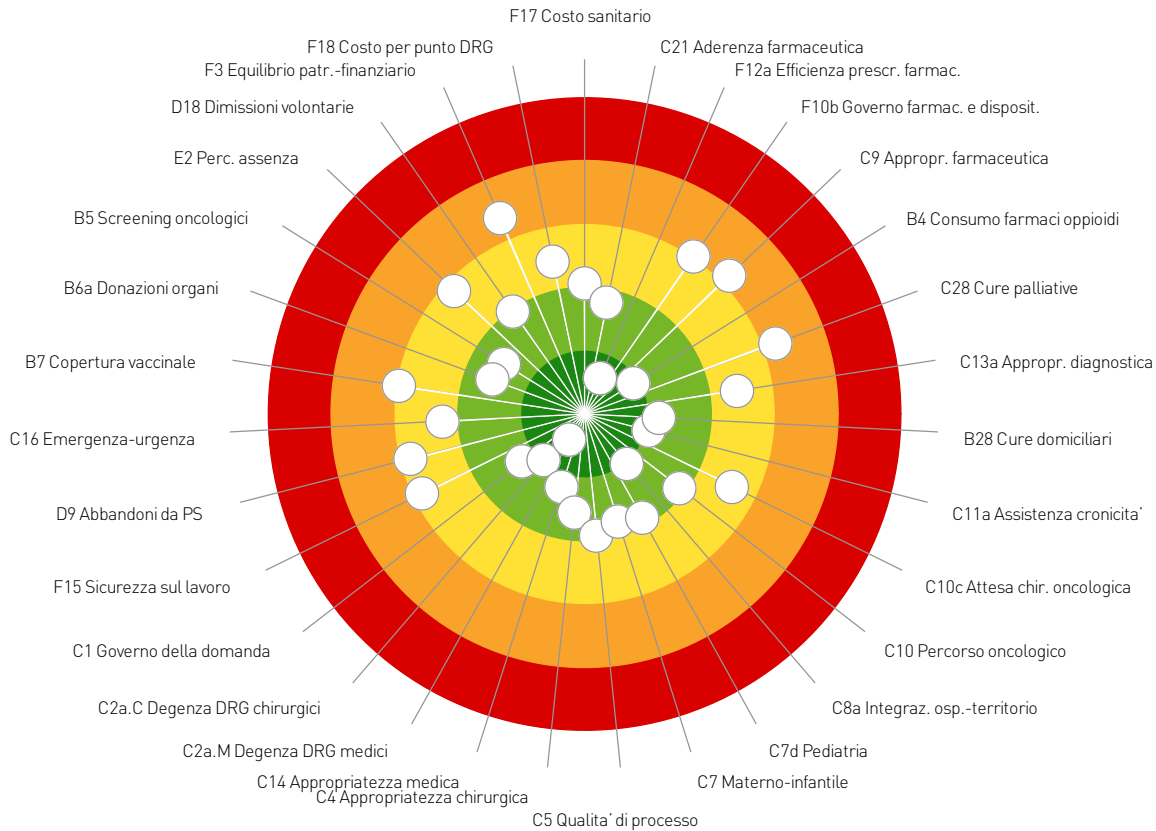
Venendo infine al percorso emergenza-urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni, così come la percentuale di abbandoni, nonostante un tasso di accesso leggermente superiore alla media. Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di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

TOSCANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

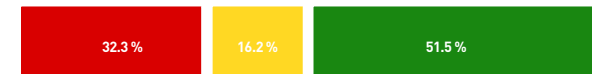


Mappa di performance e trend (2016-2017)

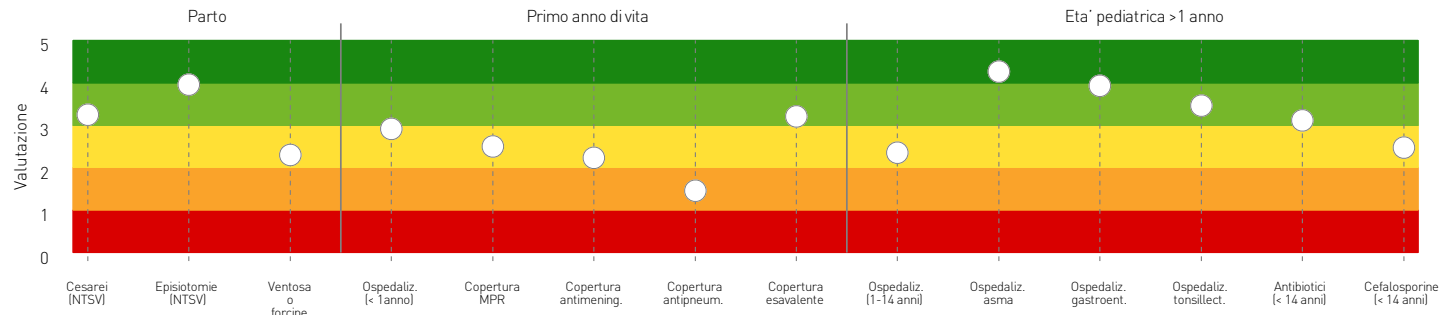


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

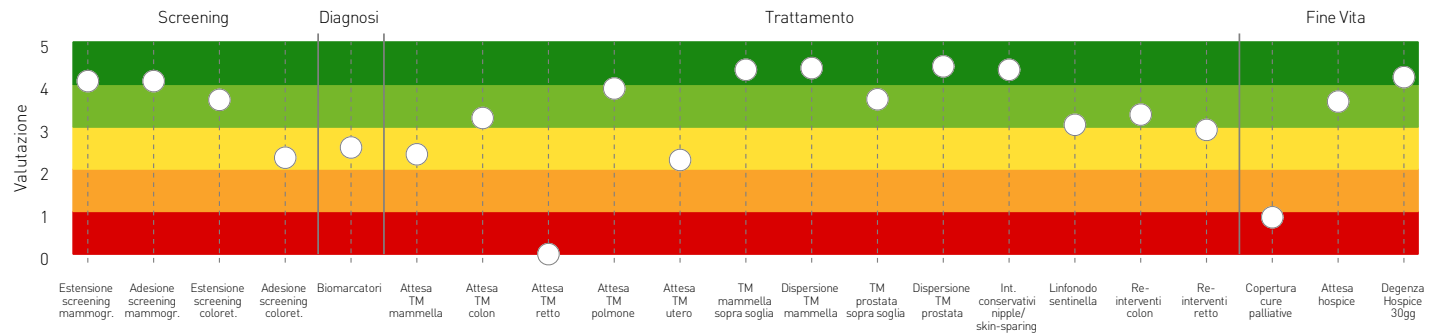
Numero indicatori: 99



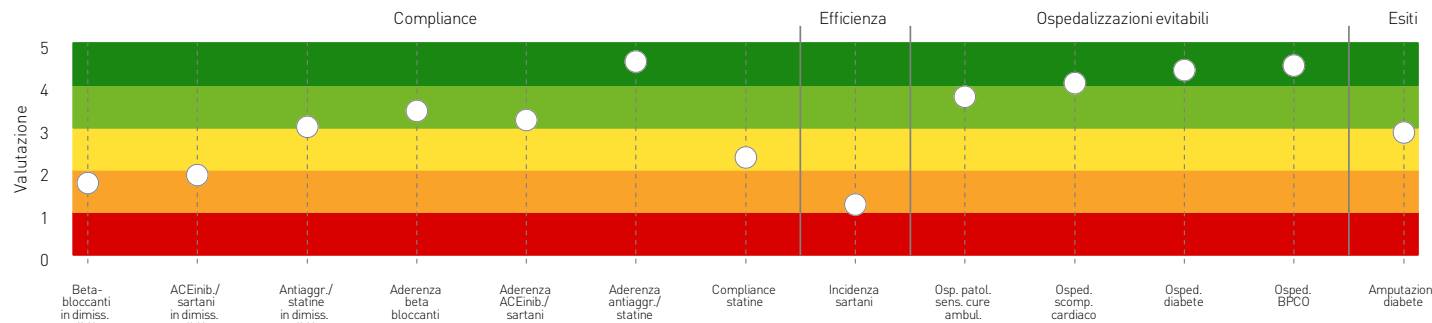
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



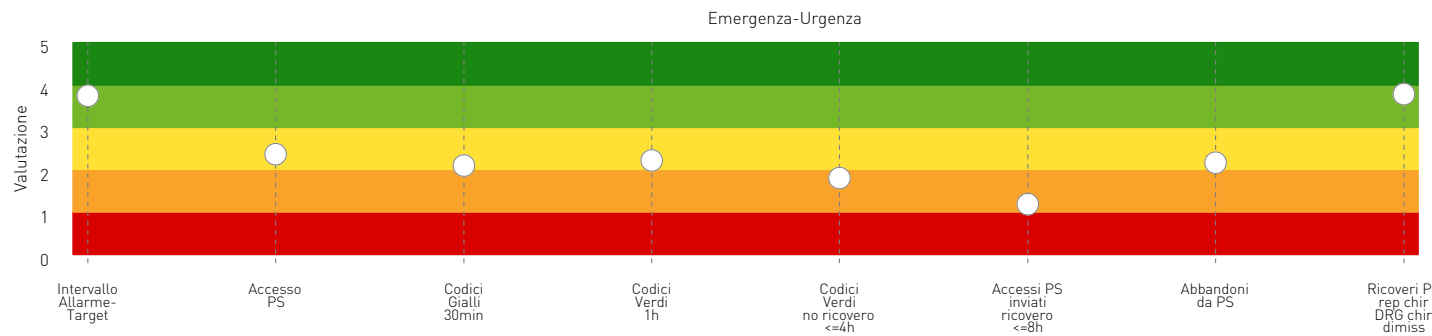
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

P.A. TRENTO



Popolazione: 538.604
Densita': 87 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

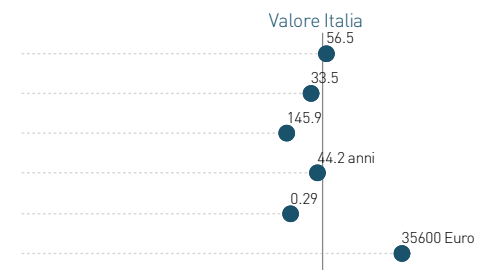
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

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

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del *network* (i dati fanno riferimento al 2016), sia per quanto concerne la spesa complessiva, sia in riferimento a quella esclusivamente ospedaliera. I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza da parte del personale del sistema sanitario trentino è leggermente più alta rispetto alle altre Regioni. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma in linea rispetto alle altre Regioni/Province.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso ancora non soddisfacente, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati, per quanto in linea con le altre Regioni e tendenzialmente in miglioramento rispetto al 2016. Per quanto riguarda i programmi di *screening* oncologici, si registra una situazione buona, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione, per quanto concerne lo *screening* mammografico e quello coloretale. L'adesione allo *screening* della cervice uterina resta invece inferiore alla media (a fronte di un'estensione degli inviti invece capillare). In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati si conferma la più alta del *network* (pur trattandosi di soli 25 casi, nel 2017).

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni, per quanto – anche in riferimento ai dati 2017 – possa essere intensificata la copertura del territorio.

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, per quanto il sistema sanitario trentino si confermi complessivamente orientato verso una modalità di presa in carico di tipo ospedaliero, si registra un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 152.8 per 1.000 residenti nel 2016 a 147.4 nel 2017). Cala in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di inappropriata, per quanto resti più elevato delle altre Regioni. L'elevata (e in crescita) percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani suggerisce una possibile difficoltà in fase di dimissione, che si traduce in una durata delle degenze (per ricoveri di tipo medico) leggermente superiore rispetto alle altre Regioni. La gestione della casistica chirurgica è complessivamente

appropriata, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla *day surgery*, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche, comunque più contenuta rispetto alle altre Regioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma tra le più elevate (79.4%).

In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, si registra ancora una difficoltà relativamente alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto *setting* di degenza: solo il 55% dei ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, ha un DRG chirurgico in fase di dimissione. L'integrazione ospedale-territorio conferma risultati in linea rispetto alle altre Regioni.

Sul versante della *governance* farmaceutica, la spesa territoriale (158,6 Euro *pro capite*) rimane piuttosto contenuta. Il governo dei processi prescrittivi conferma buone *performance* sia in termini di aderenza terapeutica, sia in termini di appropriatezza prescrittiva (nonostante possa essere posta maggiore attenzione all'attività prescrittiva in fase di dimissione ospedaliera), per quanto permangano margini di recupero in riferimento a singole molecole (l'incidenza del consumo di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina resta elevata).

L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, è in ulteriore miglioramento e allineata rispetto alle altre Regioni/Province.

La qualità del percorso materno-infantile è complessivamente piuttosto buona in tutte le fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): la percentuale di parti cesarei (NTSV) è la più contenuta tra le Regioni. Si segnala tuttavia ancora il frequente ricorso alla tonsillectomia, per quanto in calo rispetto al 2016.

L'organizzazione del percorso oncologico si conferma complessivamente ottima, in tutte le fasi monitorate (*screening*, trattamento, fine vita), eccezion fatta per la sola problematica inerente allo *screening* della cervice uterina, segnalata sopra.

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

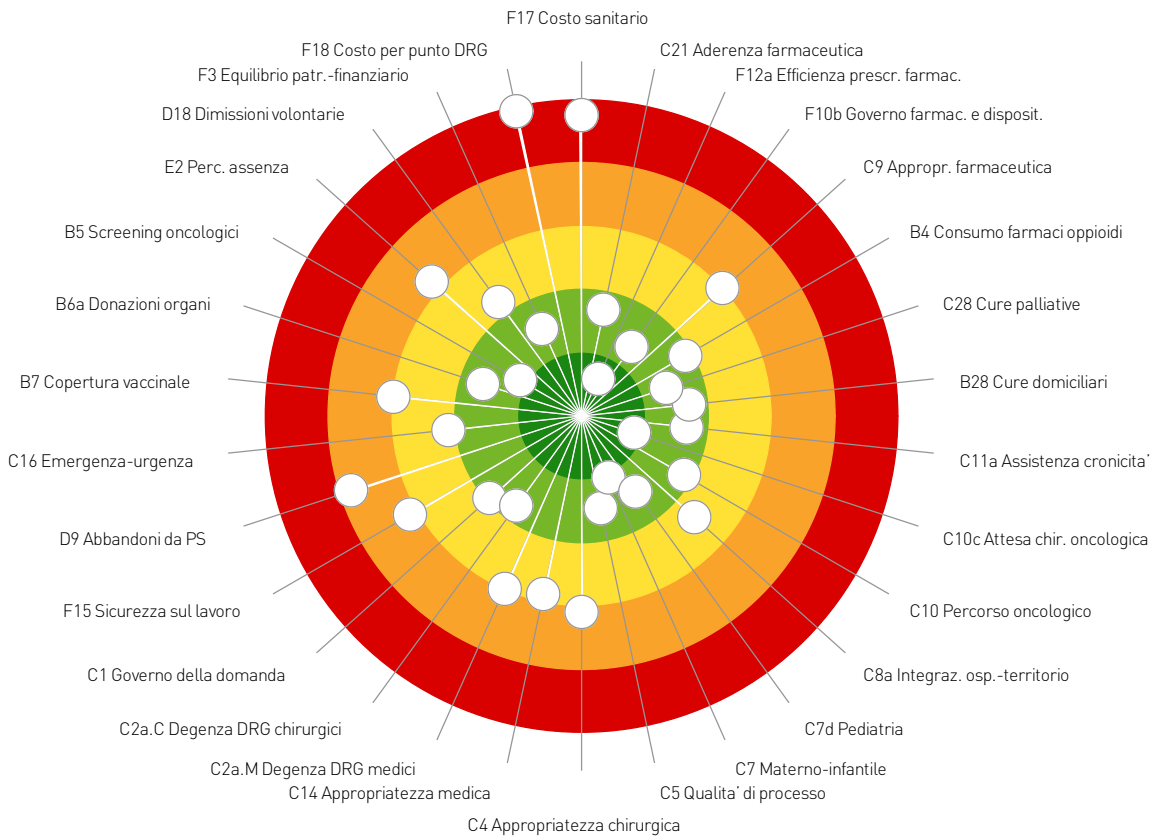
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è la più elevata del *network*), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (4,76%).

P.A. TRENTO

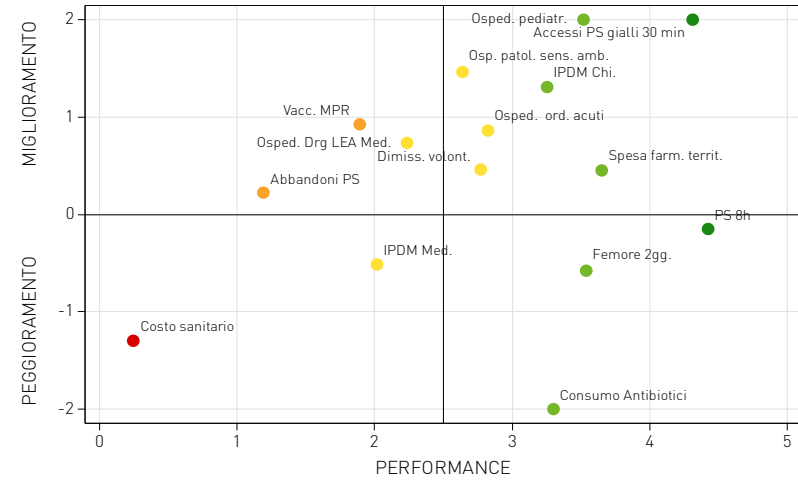
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)

A10
Stili di vita (PASSI)

Valutazione della performance 2017

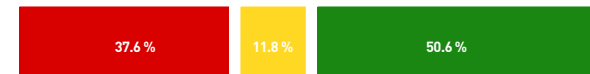


Mappa di performance e trend (2016-2017)

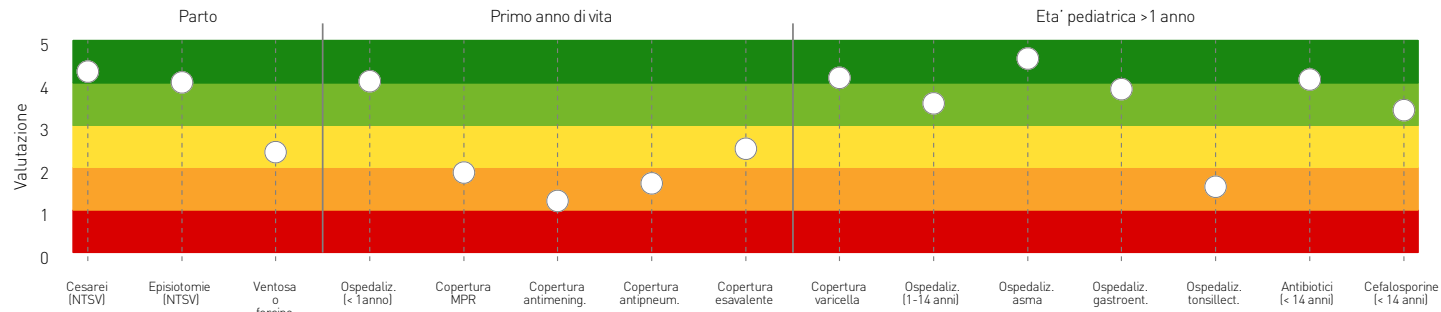


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

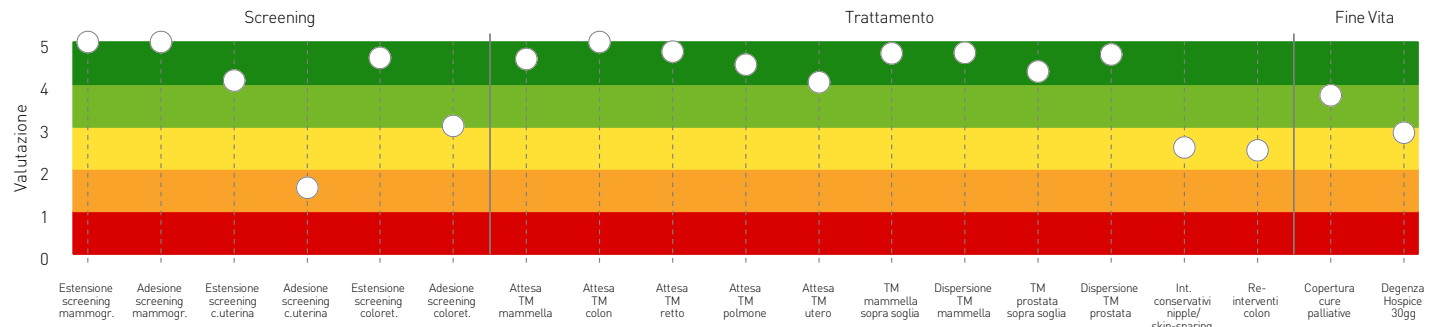
Numero indicatori: 85



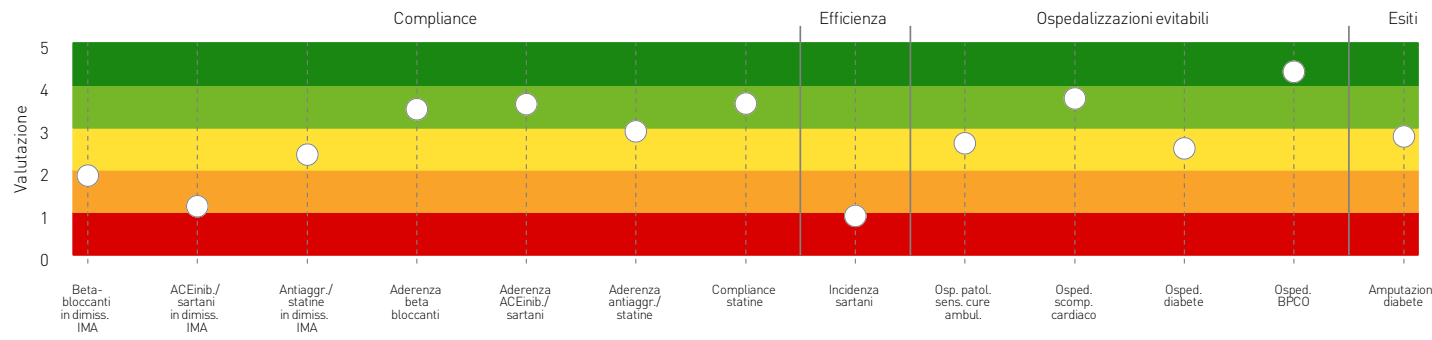
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



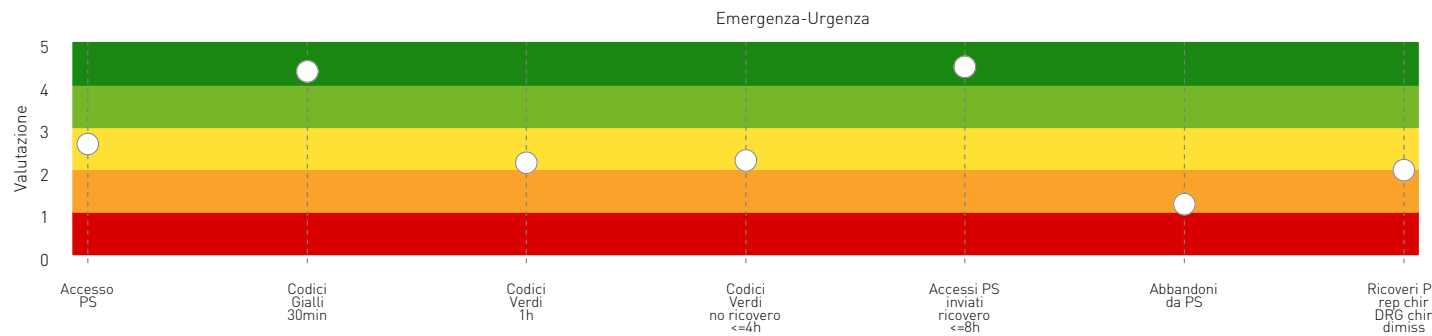
PERCORSO
MATERNO
INFANTILE



PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ



PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA

UMBRIA



Popolazione: 888.908

Densità: 105 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

Indice di dipendenza anziani

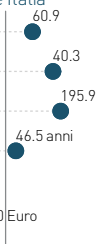
Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **

Valore Italia



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE UMBRIA

Il miglioramento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione umbra presenta una mortalità infantile e per suicidi complessivamente nella media, mentre la mortalità per malattie circolatorie e quella per tumori sono inferiori alle altre Regioni (i dati sono riferiti al triennio 2013-2015). L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita generalmente sani, nonostante la percentuale di persone obese e sovrappeso superiore alla media.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2016), il costo sanitario complessivo è contenuto (1.861 Euro *pro capite*), mentre il costo per l'assistenza ospedaliera è allineato alla media delle altre Regioni (4.644 Euro per punto DRG). I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – si conferma superiore rispetto alle altre Regioni (soprattutto quella registrata presso la USL Umbria 2 e presso l'AO di Terni). La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che può indirettamente monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si contrae ulteriormente rispetto al 2016, allineando il valore umbro con quello delle altre Regioni. In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale resta complessivamente migliore rispetto alle altre Regioni. I programmi di *screening* oncologici presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione e di adesione. Due criticità pertengono l'adesione allo *screening* coloretale, segnatamente presso la USL Umbria 1, e l'estensione dello *screening* della cervice uterina. Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente buona, con una soddisfacente copertura del territorio. Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il contenuto tasso di ospedalizzazione (139,7 ricoveri per 1.000 residenti) conferma la capacità del sistema umbro di gestire la domanda in modo complessivamente adeguato. Sia la gestione della casistica medica, sia quella della casistica chirurgica si confermano appropriate. L'incremento della percentuale di fratture del collo del femore operate entro 48 ore (in rapporto alle fratture operate) presso l'AO di Terni (l'Azienda passa da 40,7% a 62,3%) allinea il valore umbro a quello delle altre Regioni. La durata delle degenze si conferma complessivamente in linea con le altre Regioni, sia per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico, sia per quelli di tipo medico. L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra risultati in linea con le altre Regioni. La percentuale di accessi al PS inviati al ricovero entro 8 ore resta tra le più elevate del *network* (95,3%). L'integrazione ospedale-territorio è complessivamente allineata alle altre Regioni, per quanto il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali si confermi superiore alla media. La relativamente bassa (per

quanto in crescita) percentuale di anziani assistiti in cure domiciliari con valutazione valutata congiuntamente al numero elevato di prese in carico con coefficiente di intensità assistenziale maggiore di 0,13, mentre la bassa percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni, segnala una difficoltà presso la USL Umbria 2.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, si riscontra ancora un numero elevato di pazienti che ripetono una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente, per quanto in ulteriore calo rispetto al 2016.

Sul versante della *governance* farmaceutica, la spesa territoriale aumenta rispetto al 2016 e registra un valore leggermente superiore rispetto alle altre Regioni (179,6 Euro *pro capite*); una maggiore attenzione alla prescrizione di talune categorie di farmaci (segnatamente, inibitori di pompa protonica e antibiotici) potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza, mentre i risultati in termini di *compliance* e di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore) sono complessivamente buoni. Maggiore attenzione andrebbe posta verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma non ancora adeguata.

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

Si registrano significativi miglioramenti rispetto alla gestione del percorso oncologico: è evidente il processo di concentrazione della casistica per il trattamento chirurgico di tumore maligno alla mammella, mentre andrebbero ancora fatti ulteriori sforzi per quanto concerne il trattamento del tumore maligno alla prostata. Pur restando sopra la media, si riducono i tempi di attesa per il tumore maligno al retto. Andrebbe intensificata la copertura da parte della rete delle cure palliative.

Complessivamente i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche sono in linea con le altre Regioni; occorre comunque continuare a prestare attenzione alla gestione del diabete: per quanto la bassa numerosità della casistica invita a maneggiare con cautela i dati, si registra da una parte un tasso di ospedalizzazione in significativa contrazione, dall'altra un incremento del numero di amputazioni maggiori (indicatore calcolato su base triennale).

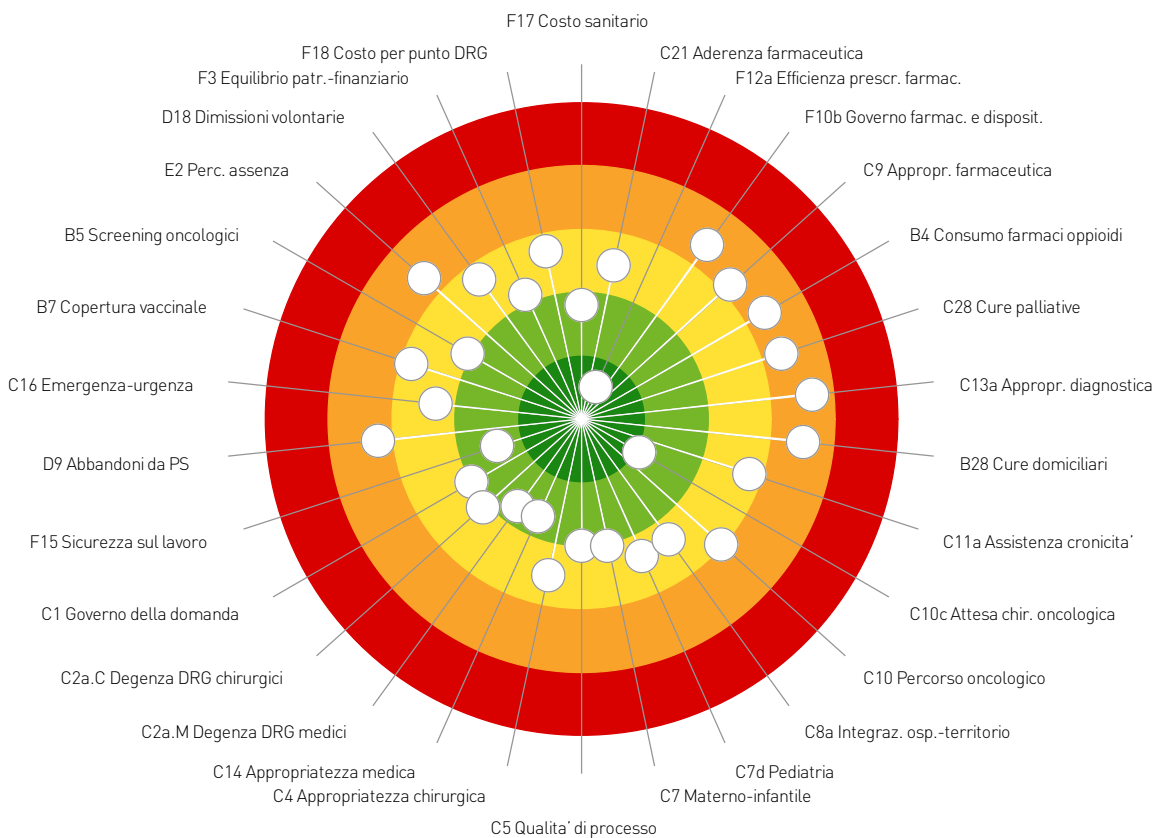
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano complessivamente allineati alla media del *network*, così come il tasso di accesso. La percentuale di abbandoni, pur molto variabile tra le strutture umbre, diminuisce e si allinea alla media.

UMBRIA

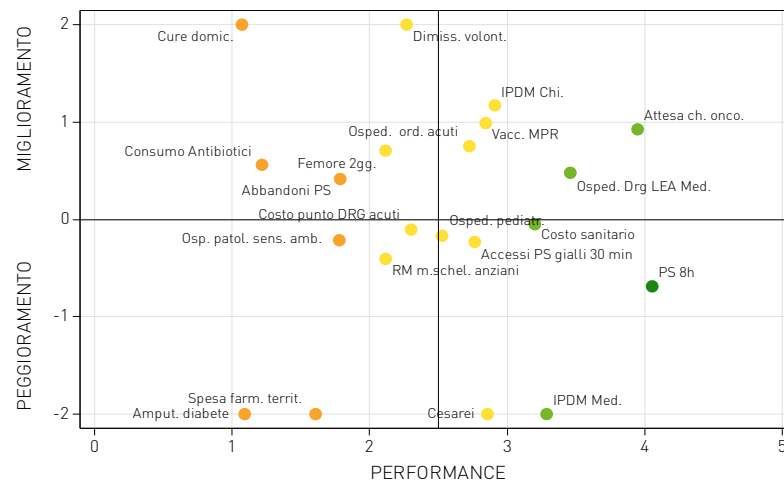
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

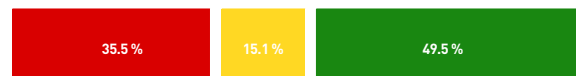


Mappa di performance e trend (2016-2017)

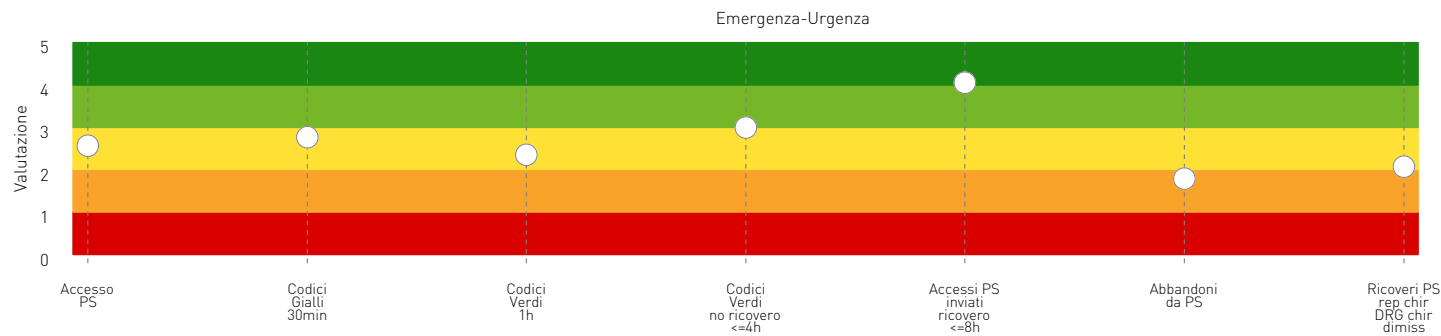
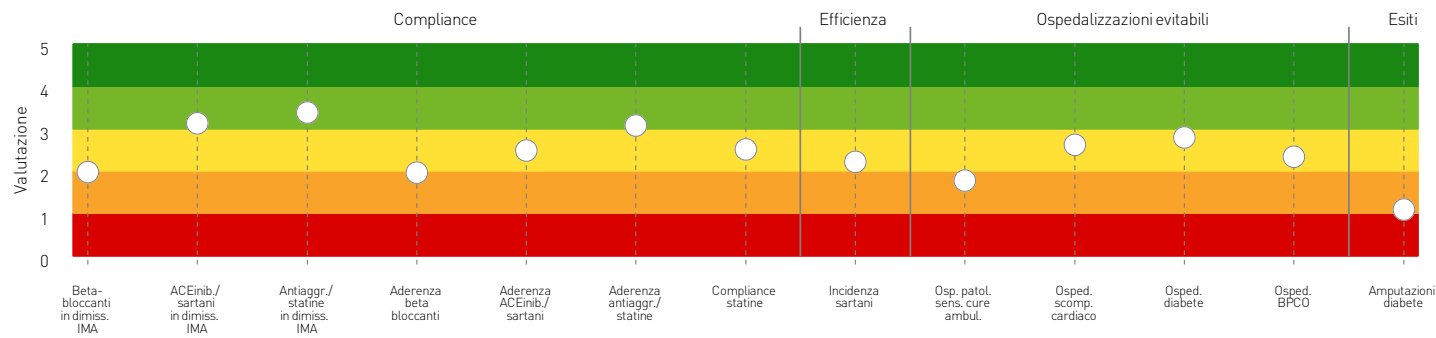
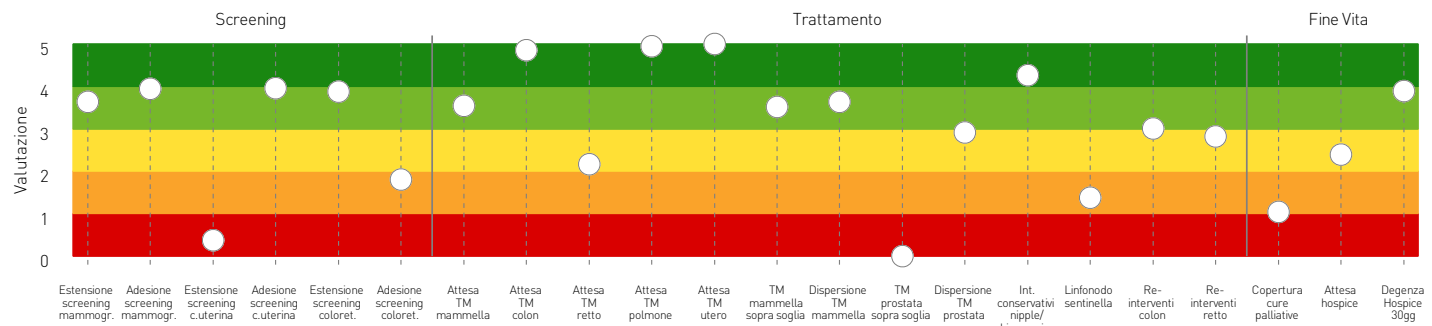
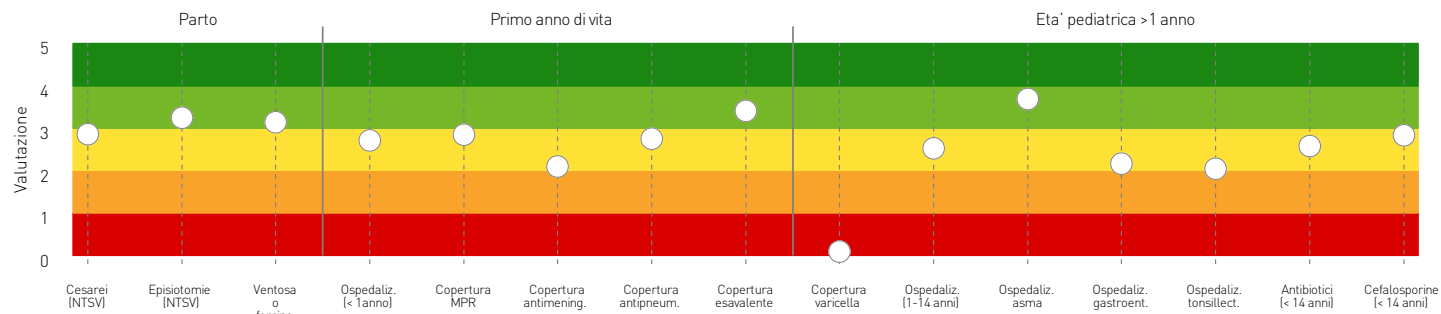


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 93



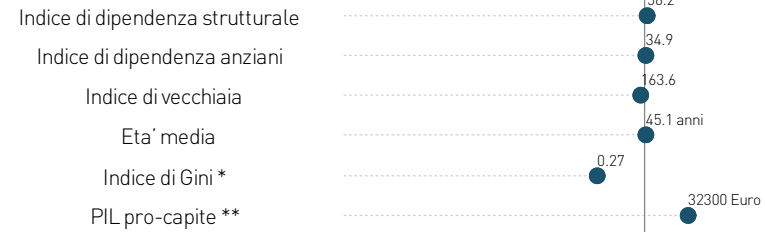
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



VENETO



Popolazione: 4.907.529
Densità: 268 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2017 <http://demo.istat.it> * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2015 ** Fonte: Dati Eurostat 2016

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione veneta presenta valori di mortalità per suicidi e per tumori in linea con le altre Regioni del *network*, mentre la mortalità infantile e quella per malattie circolatorie risultano più basse (i dati sono riferiti al triennio 2013-2015). L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: la situazione del Veneto non si discosta da quella delle altre Regioni, se non per un numero più elevato di bevitori "a rischio" – ovvero persone che dichiarano un consumo abituale elevato, oppure un consumo episodico eccessivo, oppure un consumo fuori pasto – e per un numero relativamente più contenuto di fumatori (dati 2017).

Per quanto concerne la dimensione economico-finanziaria, il Veneto registra un costo sanitario *pro capite* contenuto (1.850 Euro); il costo per l'assistenza ospedaliera – 4.703 Euro per punto DRG – è in linea con le altre Regioni (entrambi i dati sono riferiti all'anno 2016).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di assenza del personale aziendale – *proxy* del clima interno – si conferma tra le più basse del *network*. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2017 estremamente contenuta.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale – per quanto complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni – presenta margini di miglioramento.

In riferimento ai programmi di *screening* oncologici, viene confermata l'ottima copertura, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione. Per quanto concerne le donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è superiore alla media.

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

Per quanto concerne il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione estremamente contenuto (125,7 ricoveri ogni 1.000 residenti, il più basso del *network*) dimostra l'ottima capacità di governo della domanda da parte del sistema veneto; buone anche l'appropriatezza medica e quella chirurgica, pur continuandosi a registrare una percentuale di ricoveri medici oltre-soglia di pazienti anziani superiore alla media, indicatore *proxy* di una potenziale difficoltà di ricezione da parte delle strutture territoriali. Se la copertura da parte dell'assistenza domiciliare si conferma tra le più estese, va segnalata un'intensità dell'assistenza leggermente inferiore rispetto alla

media. Si riduce la durata delle degenze, pur rimanendo – soprattutto per i ricoveri medici – superiore a quella delle altre Regioni. In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, la percentuale di interventi per fratture del collo del femore effettuati entro le 48 ore dall'ammissione cresce ulteriormente rispetto al 2016 e si attesta sul 76,5%, un valore superiore alla media. Per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono complessivamente allineati rispetto alle altre Regioni; solo il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali si discosta significativamente, segnando il valore più basso.

In ambito diagnostico, si conferma la necessità di prestare attenzione alle risonanze magnetiche muscolo-scheletriche prescritte a pazienti con più di 65 anni – una prestazione ad alto rischio di inappropriatezza – soprattutto alla luce dell'incremento, rispetto al 2016. Sul versante della *governance* farmaceutica, la spesa territoriale (circa 151 Euro *pro capite*) si conferma la più bassa del *network*. Questo risultato rispecchia le buone *performance* sia in termini di appropriatezza prescrittiva, sia in termini di aderenza ai trattamenti, sia, infine, in termini di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione, da parte dei MMG, alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si attesta nella media.

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

Si registrano ottimi risultati nella gestione del percorso oncologico, lungo pressoché tutte le fasi (*screening*, diagnosi, trattamento, fine vita), per quanto possa essere ancora opportuno procedere ad un'ulteriore concentrazione della casistica, soprattutto in riferimento al trattamento chirurgico del tumore maligno alla mammella.

Il sistema veneto conferma complessivamente un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche; permane l'esigenza di prestare attenzione all'assistenza territoriale del paziente diabetico, così da limitarne il ricorso alle strutture ospedaliere.

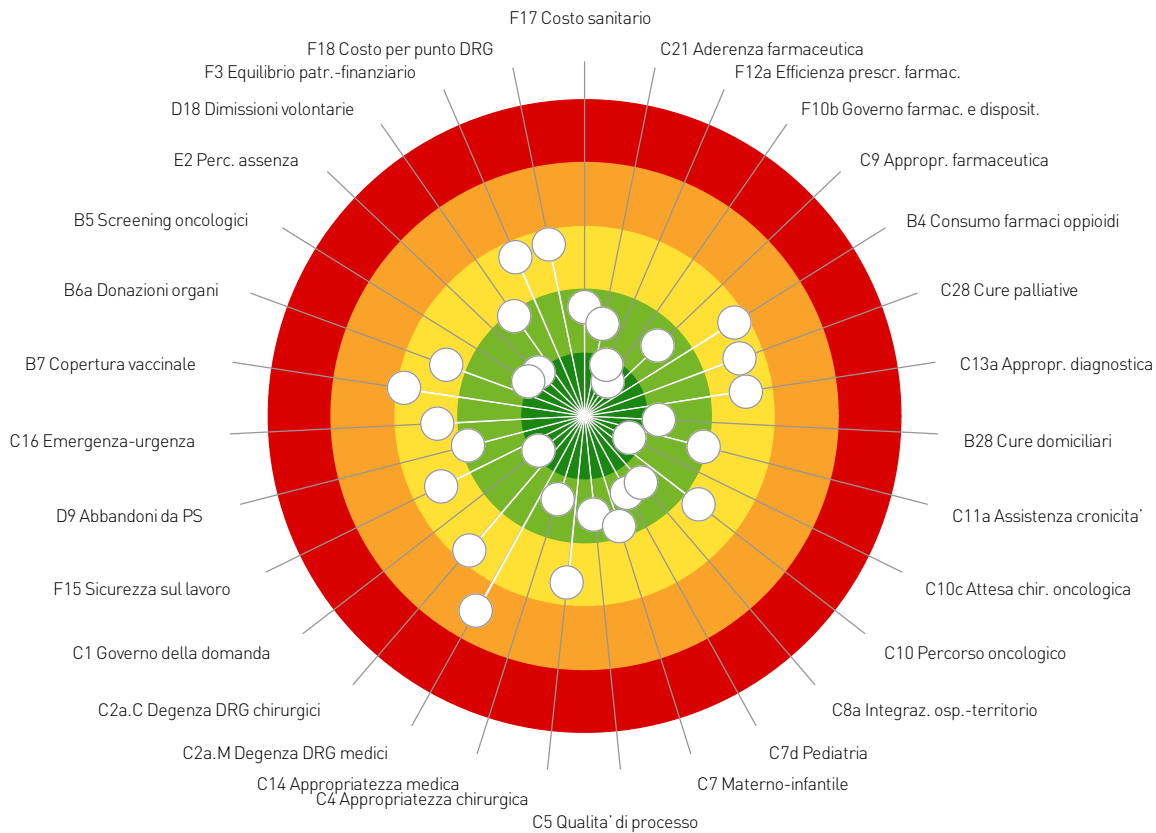
Venendo infine al percorso Emergenza-Urgenza, i risultati sono complessivamente allineati rispetto alle altre Regioni, in riferimento ai principali oggetti di indagine (intervallo tra chiamata e arrivo del mezzo di soccorso, tasso di accesso al PS, tempi di attesa al PS, abbandoni da PS).

VENETO

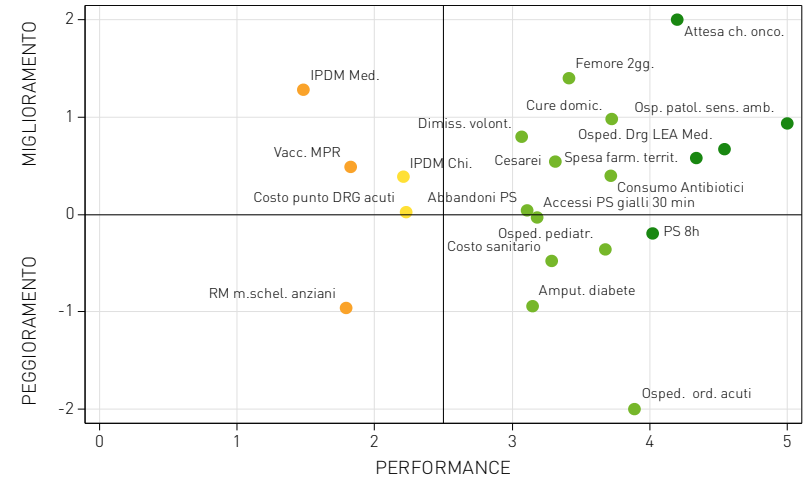
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)

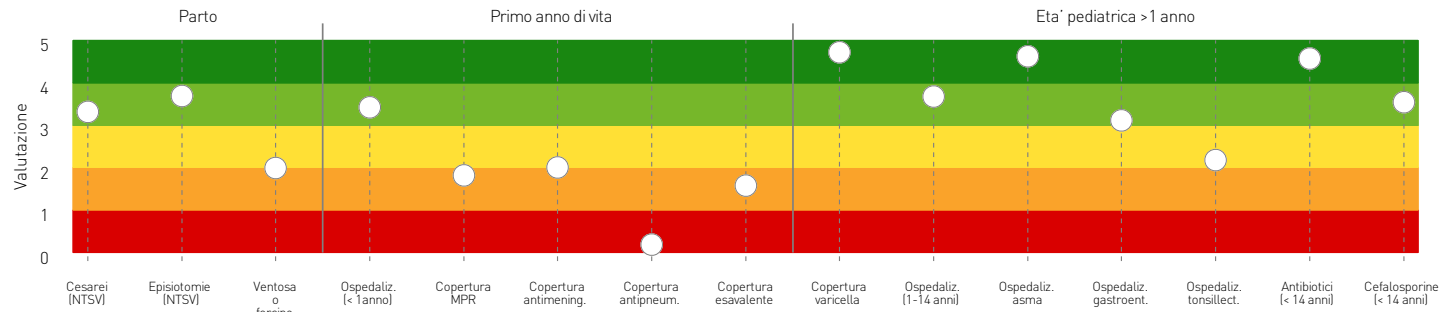


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

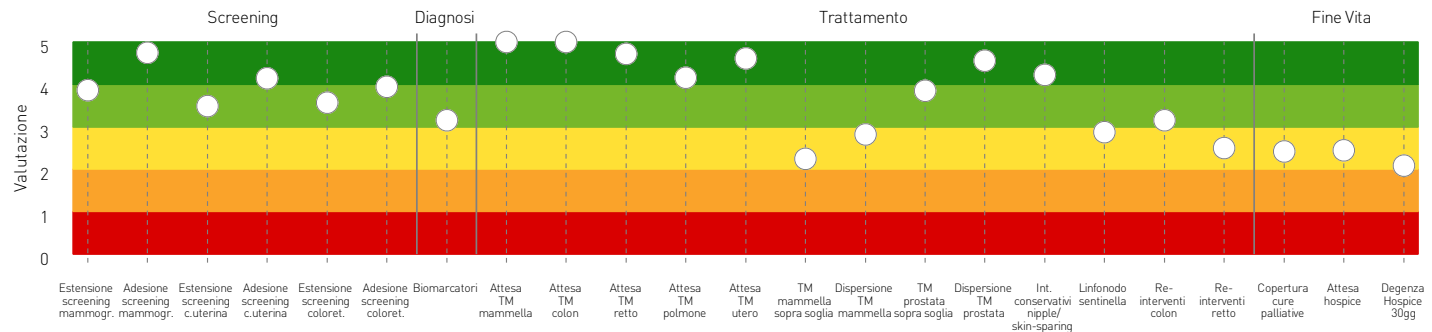
Numero indicatori: 94



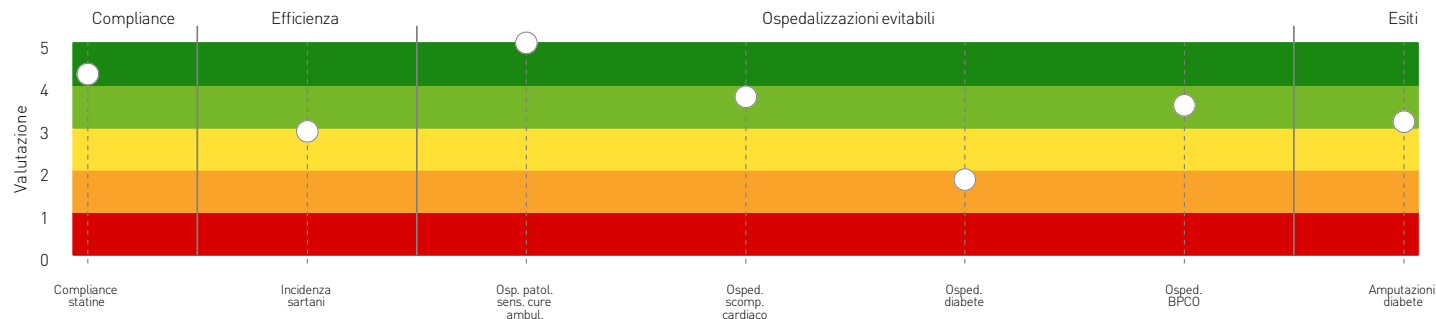
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



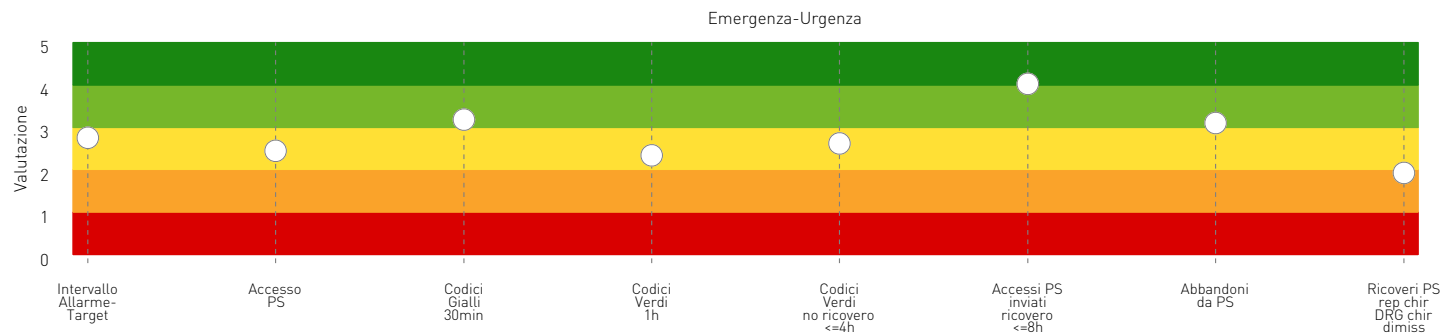
PERCORSO
MATERNO
INFANTILE



PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ



PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA

4

GLI INDICATORI 2017

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

A1.1 Mortalità nel primo anno di vita



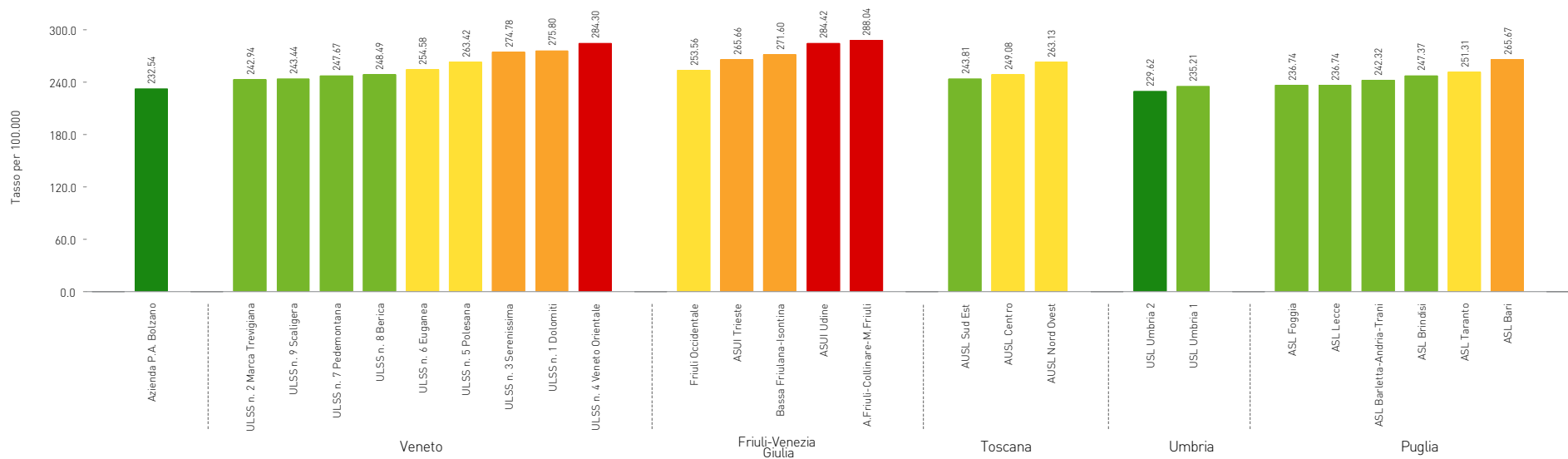
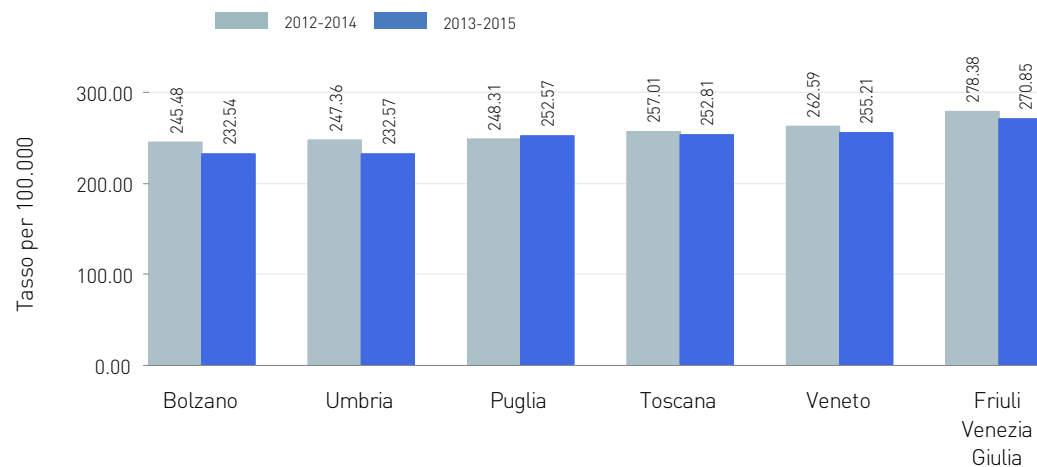
Sul rischio di mortalità nel corso del primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria che l'incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.



A2 Mortalità per tumori



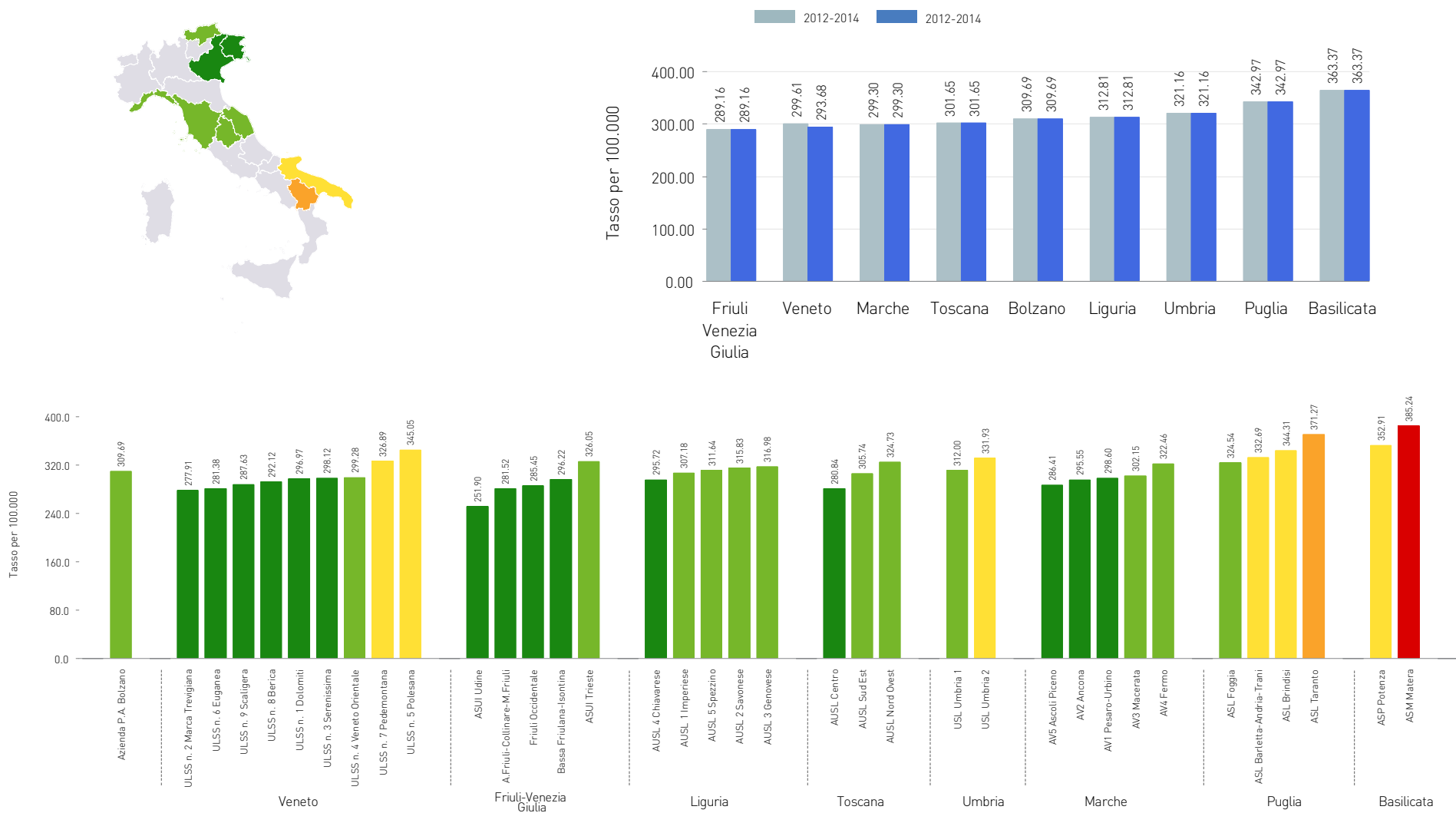
Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società; sono, infatti, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi) (Rapporto Osservasalute 2012). Nel 2014 i cittadini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



A3 Mortalità per malattie circolatorie



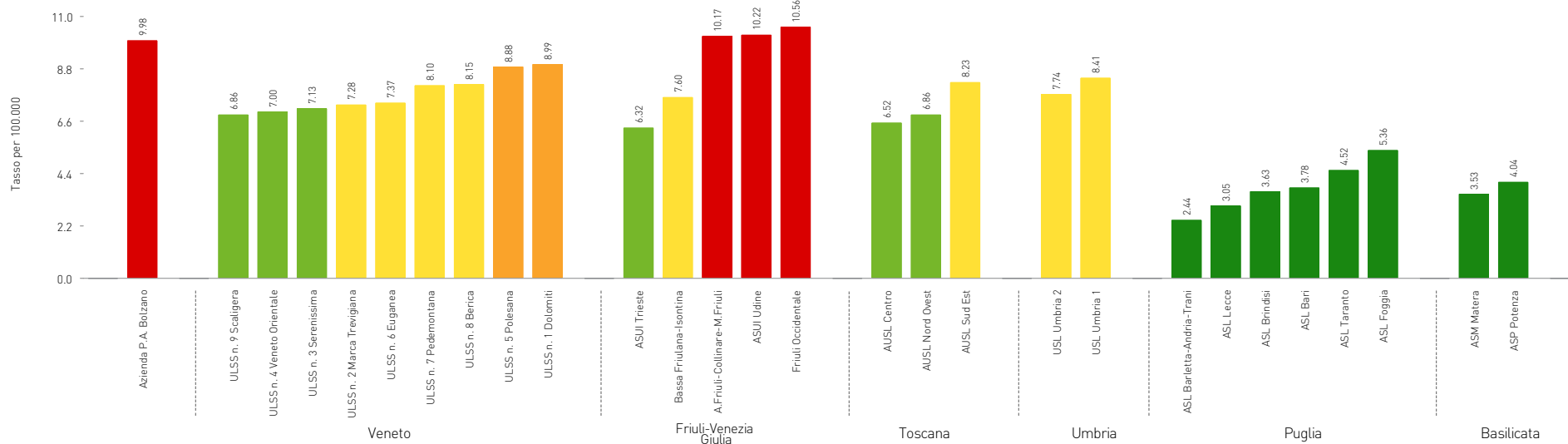
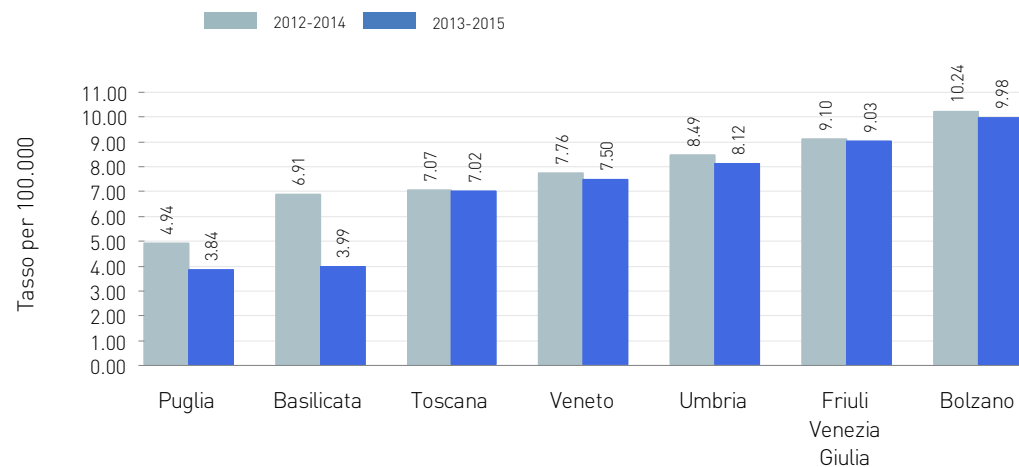
Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria, in quanto colpisce, indifferentemente, sia le fasce di popolazione più ricche che quelle a più basso reddito. Sono stati attivati, pertanto, programmi di monitoraggio sulla mortalità e sull'incidenza della patologia e, nel contempo, l'OMS ha fornito indicazioni atte a promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità (Rapporto Osservasalute 2010). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato delle Aziende Sanitarie, che rappresenta uno dei molteplici determinanti della mortalità per malattie circolatorie, ma offre informazioni utili ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche per riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico. Alla luce della limitata variabilità, da un anno all'altro, del valore dell'indicatore, è stato previsto un aggiornamento del dato con cadenza biennale. Viene quindi qui riportato il medesimo valore presente nel Report 2016, ad eccezione di Regione Veneto, per la quale il processo di riorganizzazione dell'assetto regionale ha reso opportuno l'aggiornamento del dato.



A4 Mortalità per suicidi



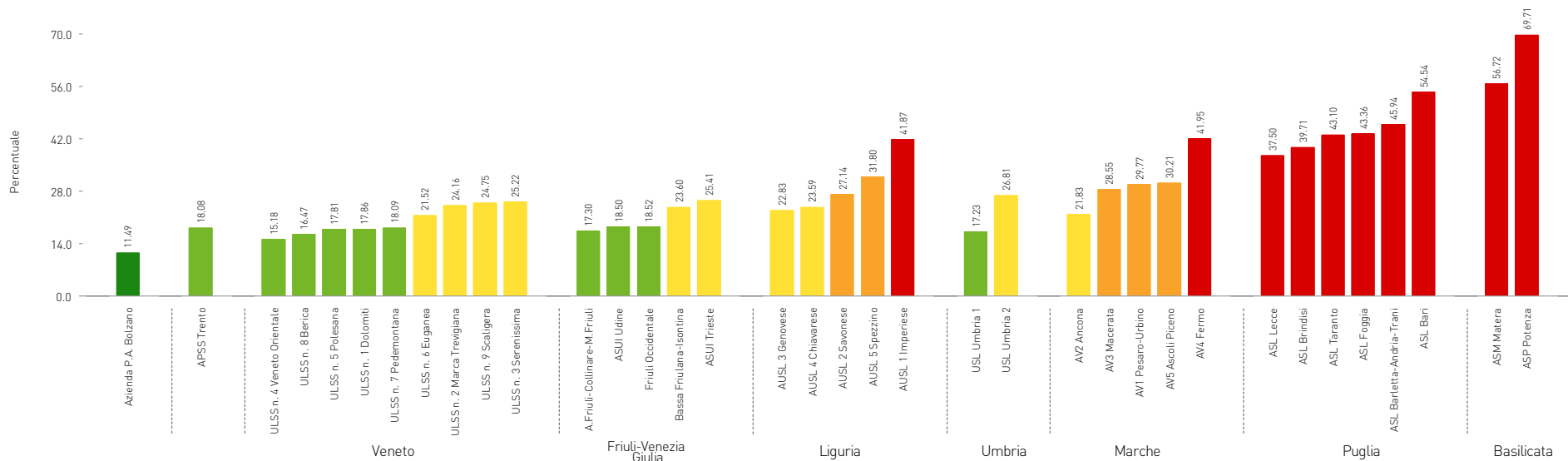
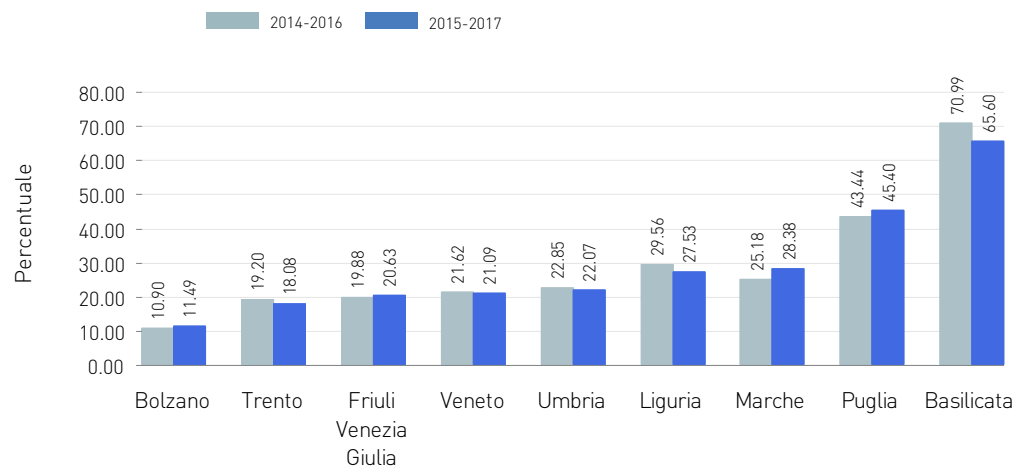
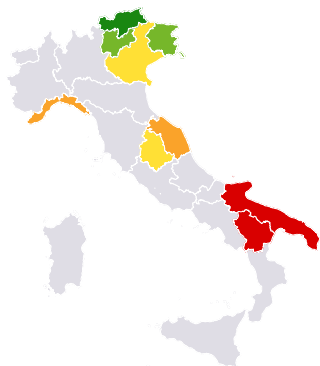
La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni anno 800mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza negli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, si trovano a fronteggiare il problema. Il suicidio è la seconda causa di morte nelle persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni; oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 (www.who.int), con il tasso che tende a crescere all'aumentare dell'età. Come gli altri indicatori relativi alla salute della popolazione, anche il tasso di mortalità per suicidio non vuole essere una valutazione diretta dell'operato delle Aziende Sanitarie, ma intende fornire elementi descrittivi per la fase di definizione delle priorità per la nuova programmazione.



A6.1.1 Percentuale di sedentari



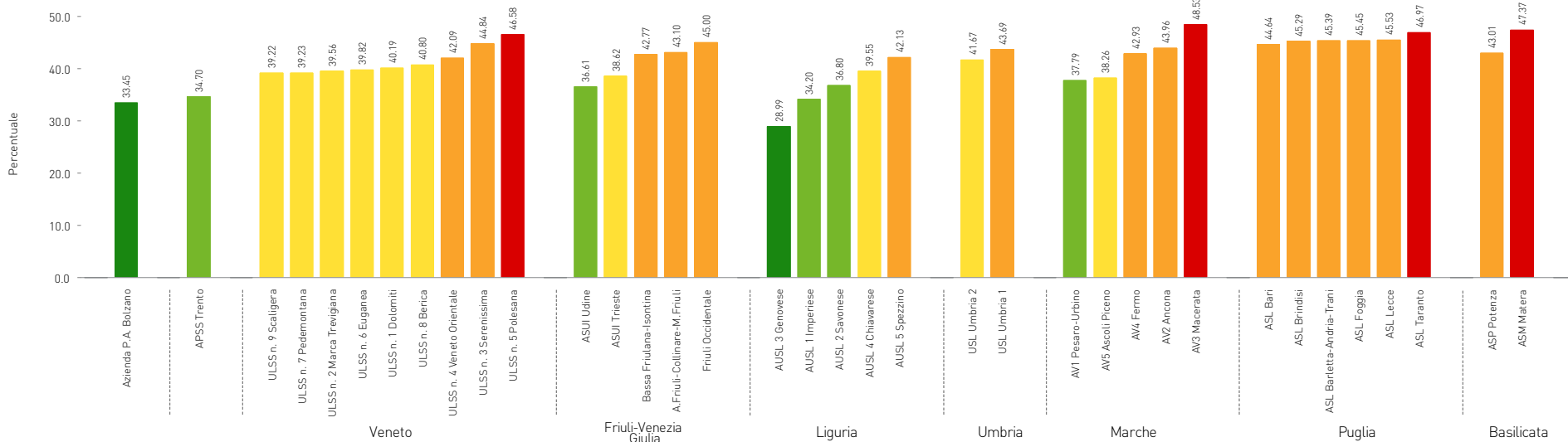
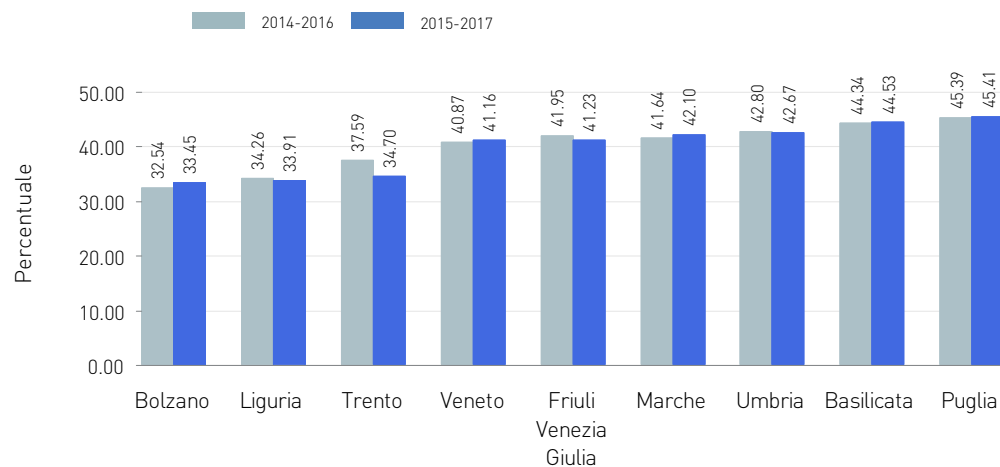
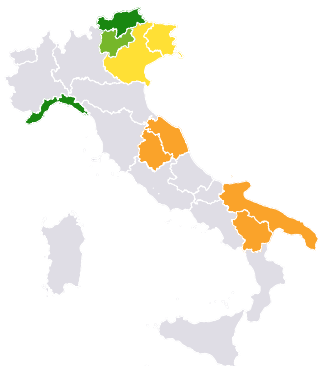
Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione dell'obesità. Per sedentaria, si intende una persona che non svolge un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.





A6.2.1 Percentuale di persone sovrappeso e obese

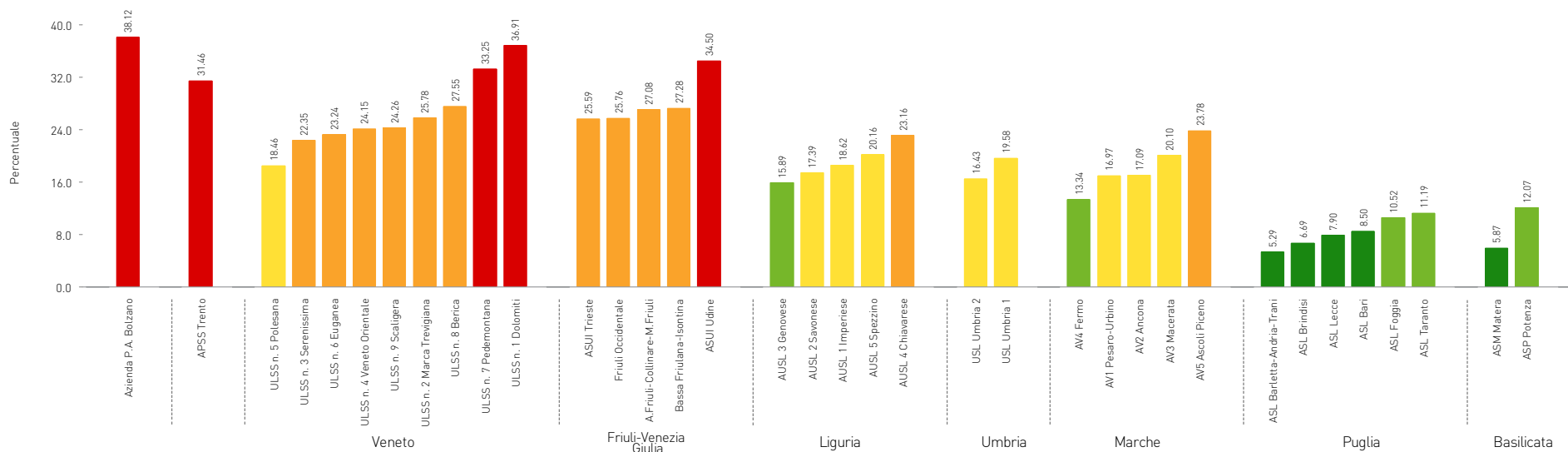
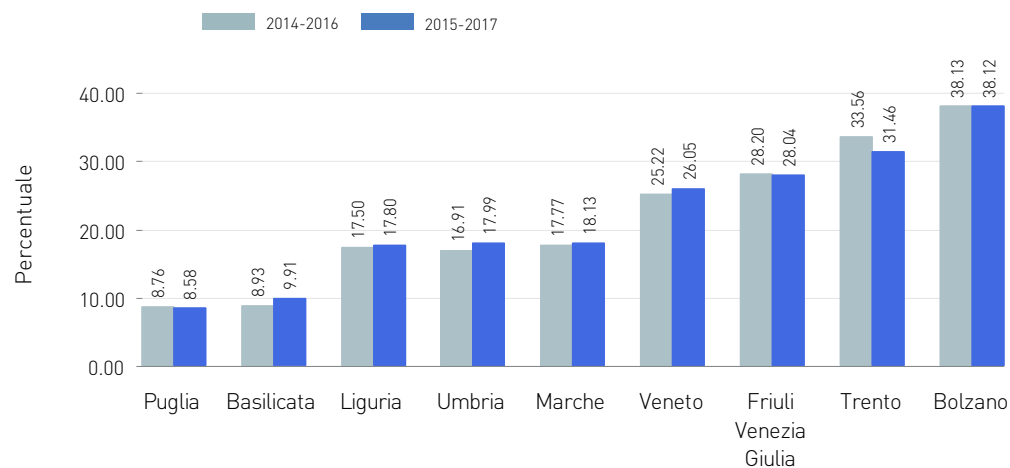
L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite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



A6.3.1 Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio



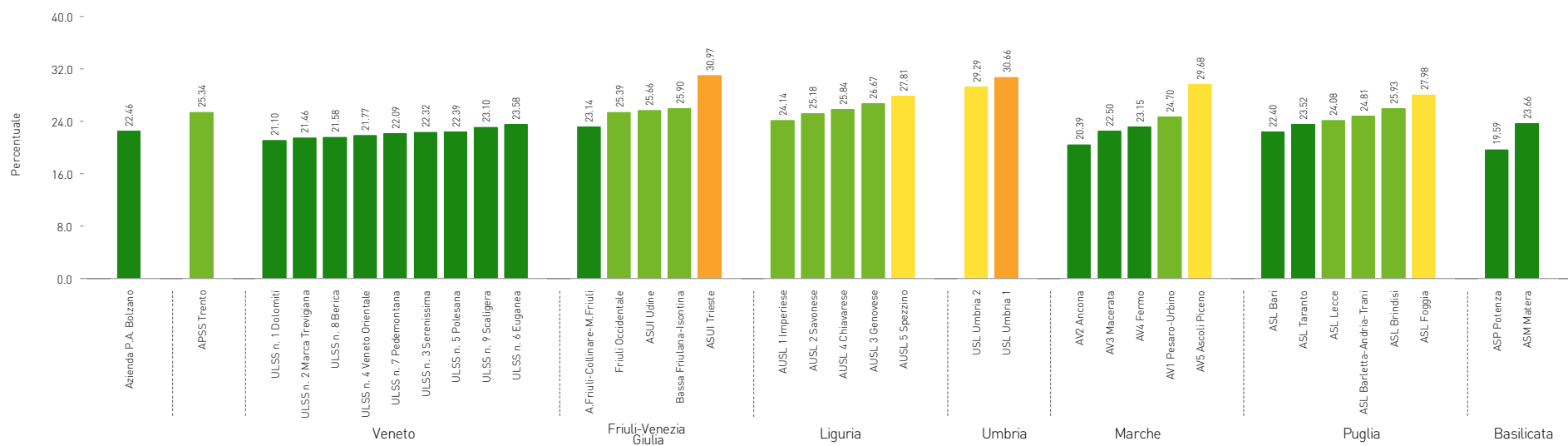
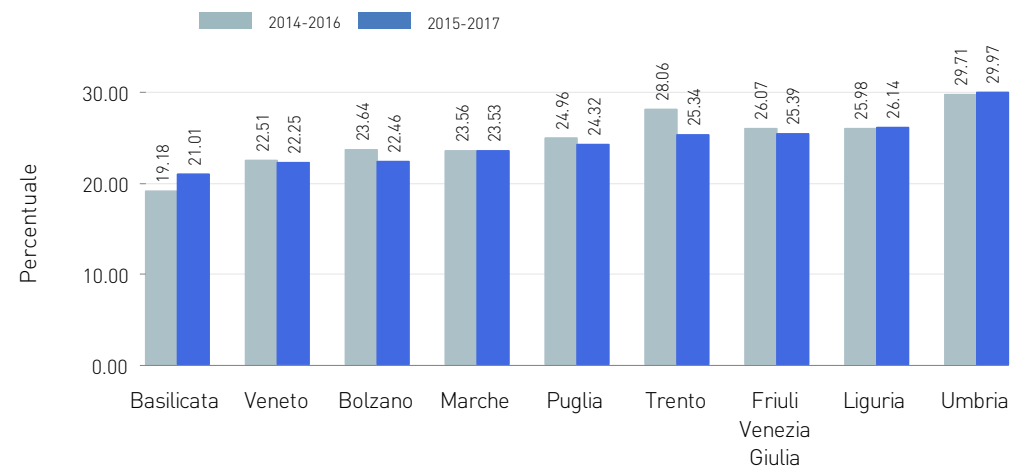
Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il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



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.

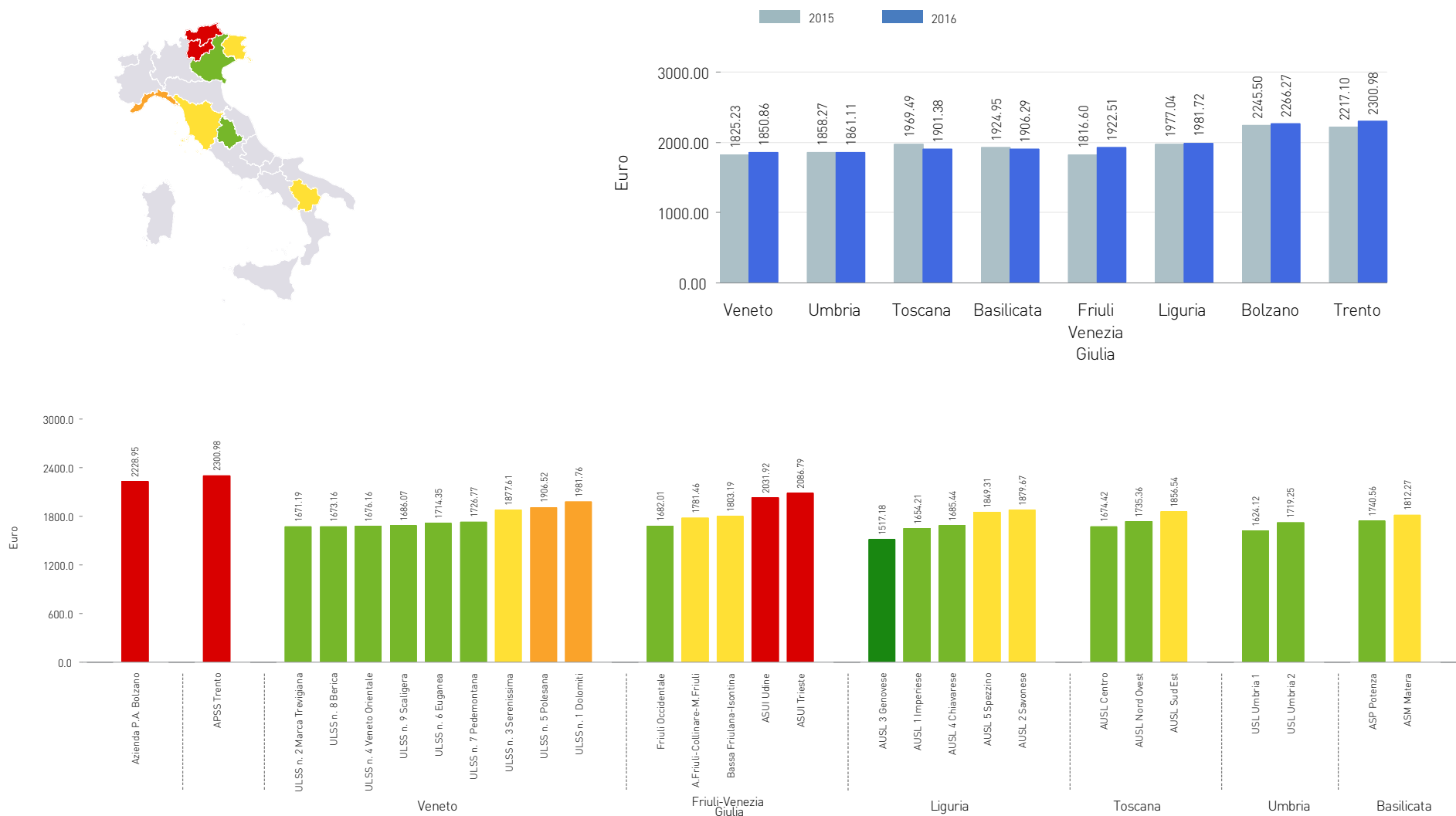


EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ

F17 Costo sanitario pro capite



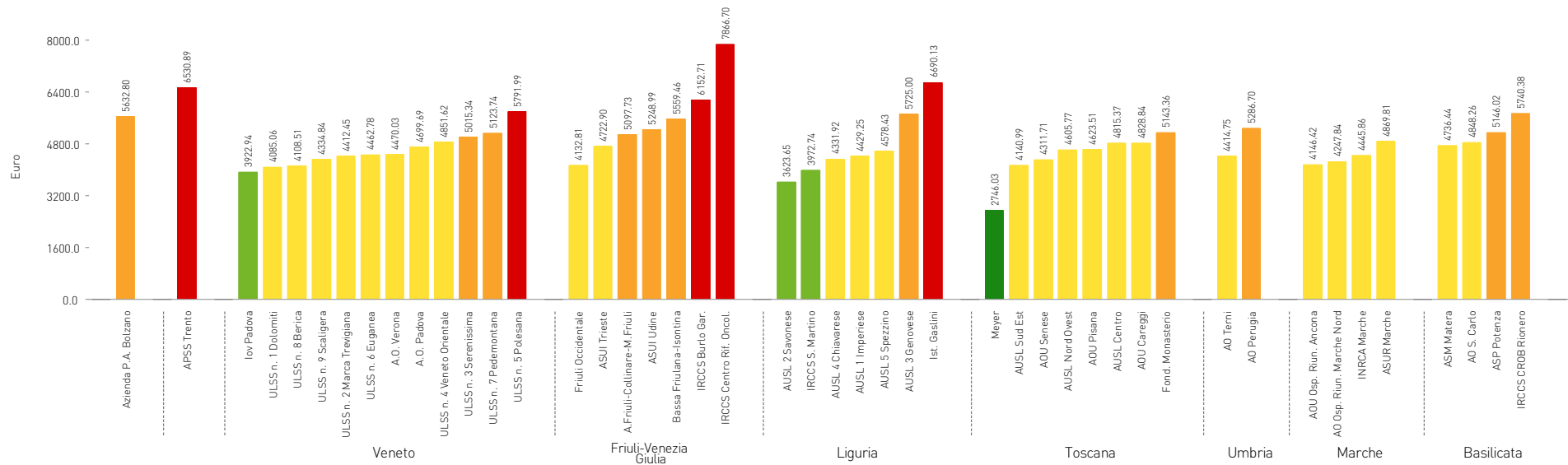
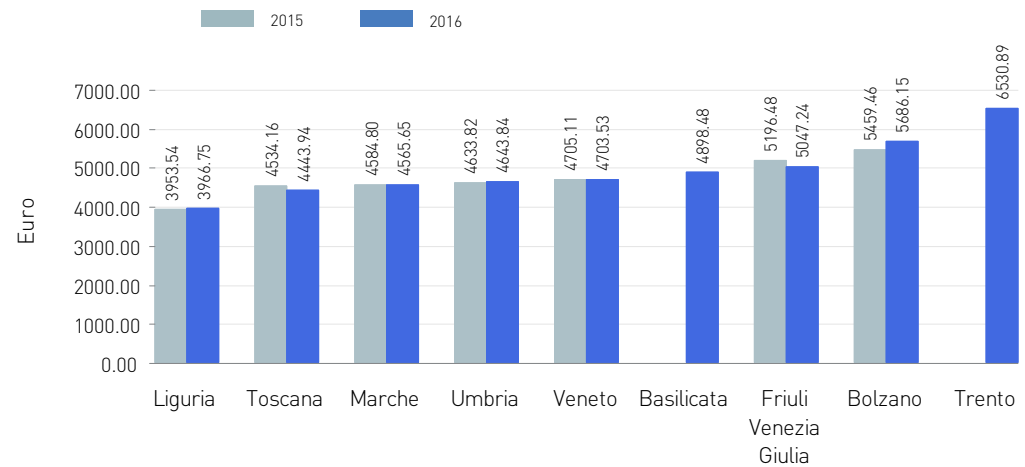
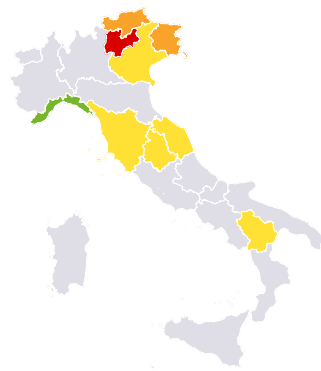
L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dall'azienda sanitaria territoriale per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale. I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che questi siano pari ai costi sostenuti dall'azienda per erogare servizi ai non-residenti. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle aziende ospedaliere ma soltanto il valore (riconosciuto) delle prestazioni da queste erogate ai residenti dei vari territori delle Ausl regionali. In questo modo le Ausl sono valutate per la loro capacità di contenere i costi per i servizi erogati ai propri residenti senza considerare la struttura e le scelte organizzative di altre aziende (come le AO). Per poter comprendere invece quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Ausl ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale); per questo motivo sono state calcolate due distinte fasce di valutazione, una per le sole regioni e una per tutte le aziende. La fonte dei dati è il flusso CE dell'anno 2016. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Veneto, l'indicatore per le nuove aziende è stato calcolato sommando le voci dei modelli CE 2016 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta una stima dei valori delle nuove aziende.





F18.1 Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

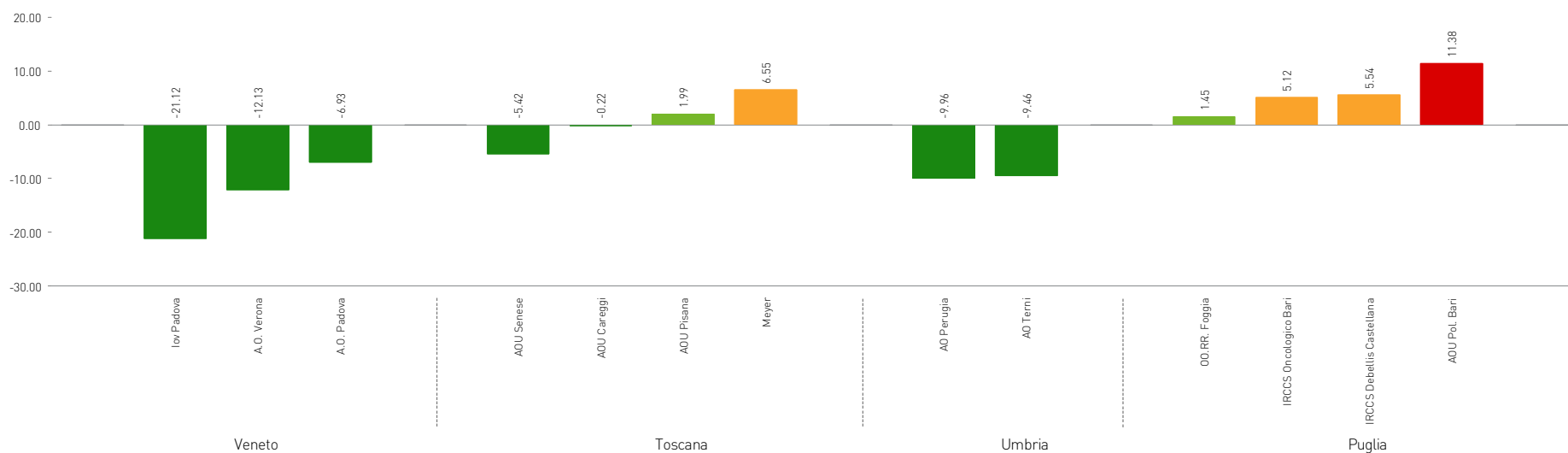
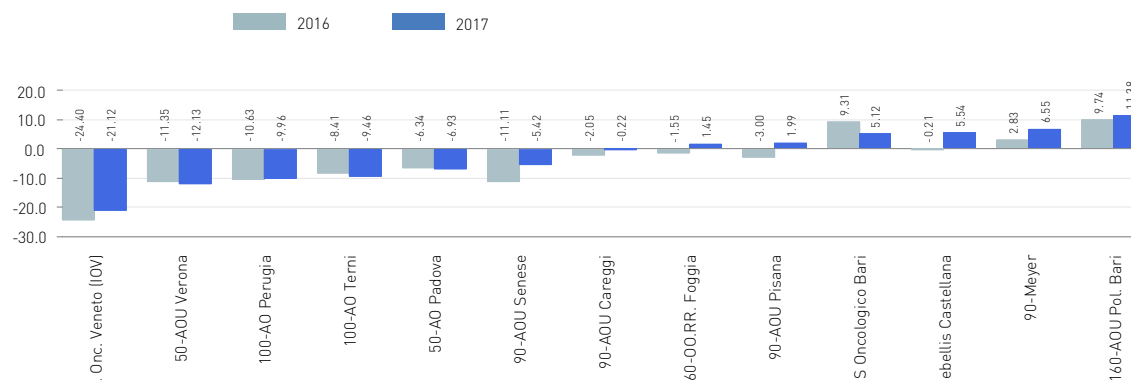
L'indicatore è volto a misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto inter-regionale, i punti drg utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti e dei trapianti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera e per i trapianti (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). I dati si riferiscono all'anno 2016, perché non sono ancora disponibili i dati 2017 dei modelli ministeriali per livelli di assistenza.



F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)



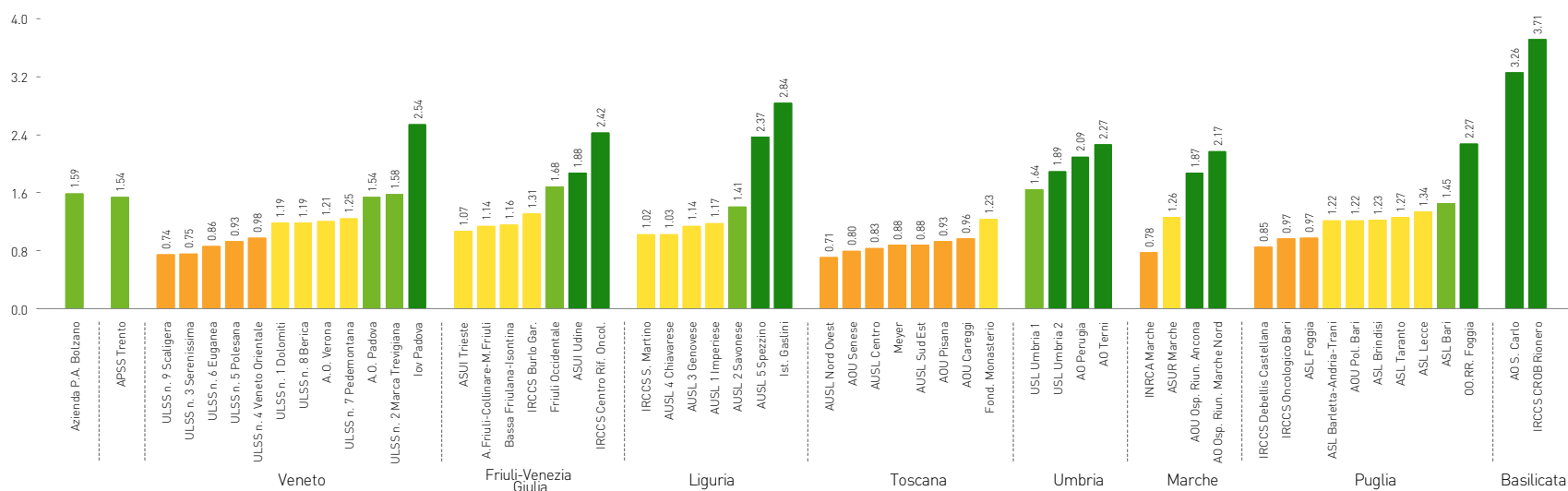
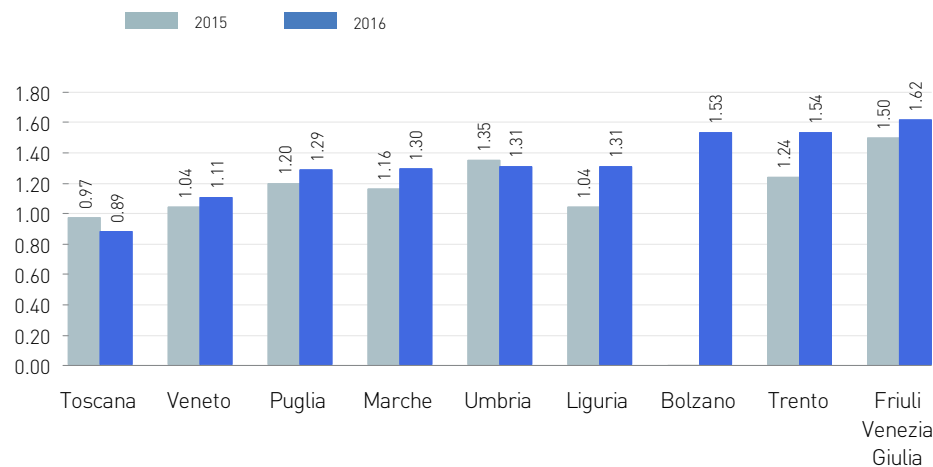
L'indicatore, introdotto dalla legge di stabilità n.208 del 2015, esprime l'efficienza gestionale dell'azienda calcolata come scostamento tra costi e ricavi (quest'ultimi determinati come remunerazione dell'attività). La metodologia di calcolo dello scostamento è stata individuata dal Ministero della Salute attraverso il DM del 21 giugno del 2016. 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 alla versione più aggiornata della legge di stabilità lo scostamento massimo individuato è pari al 7%; le fasce di valutazione sono state costruite con riferimento a questa soglia. La fonte dati è il IV trimestre 2017. L'indicatore viene calcolato per le Aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).



F3.1 Indice di disponibilità



L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le attività correnti, ossia cassa, crediti a breve termine e rimanenze di magazzino. La fonte dei dati è il bilancio 2016. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Veneto, l'indicatore è stato calcolato sommando le voci dei bilanci 2016 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un'approssimazione dei valori delle nuove aziende.

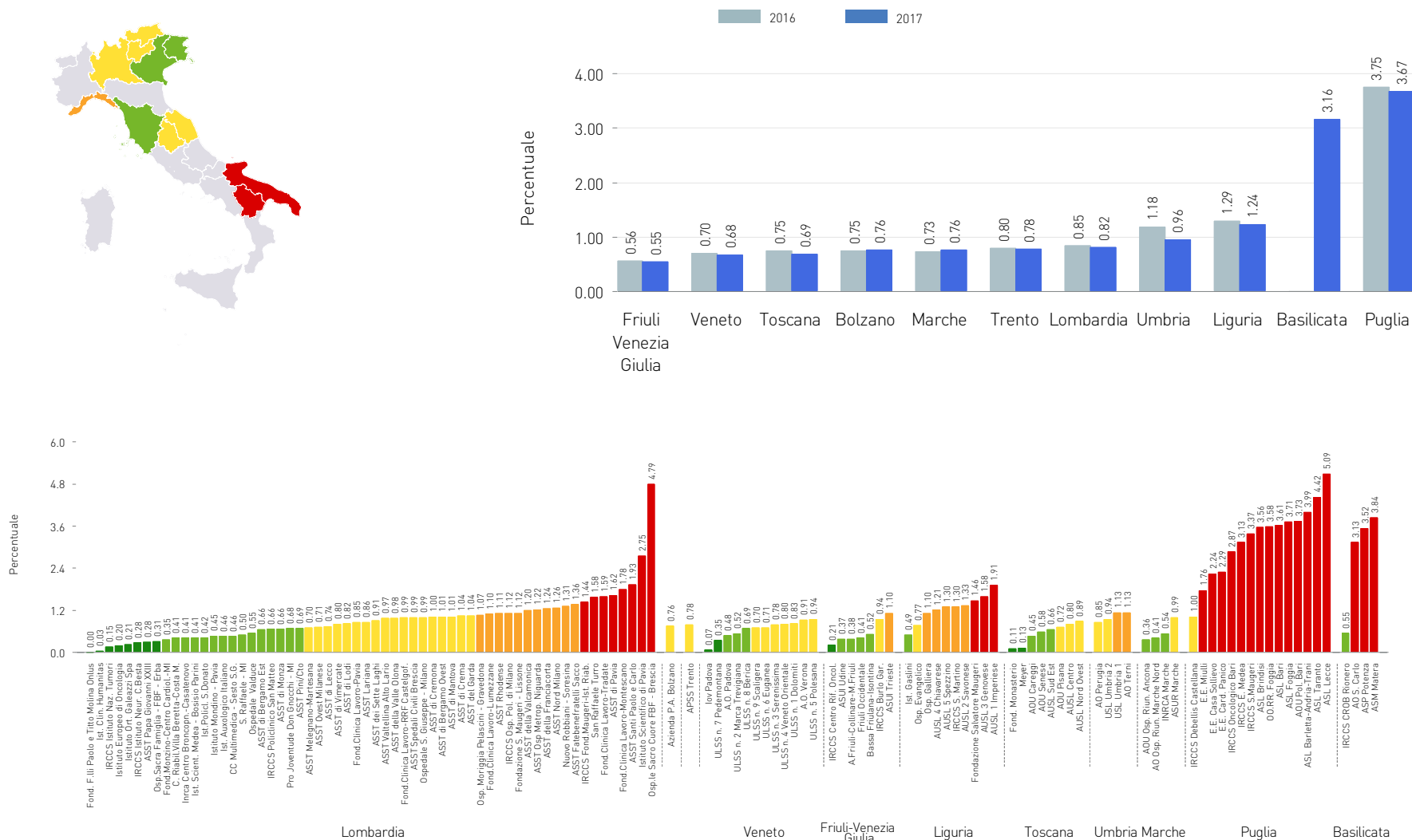


UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE

D18 Percentuale di dimissioni volontarie



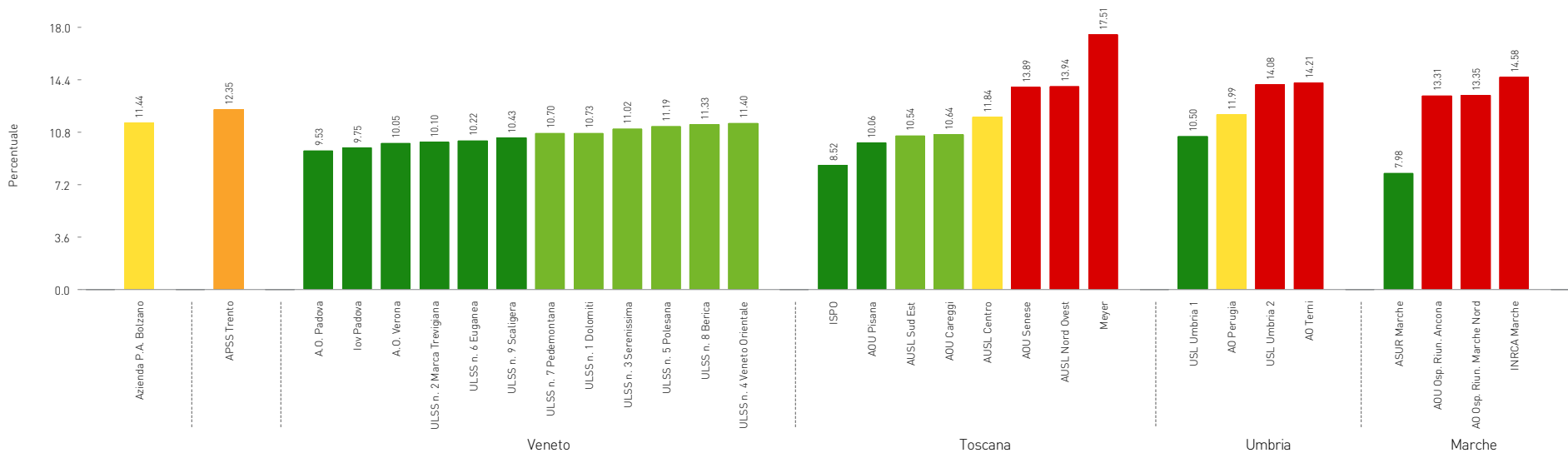
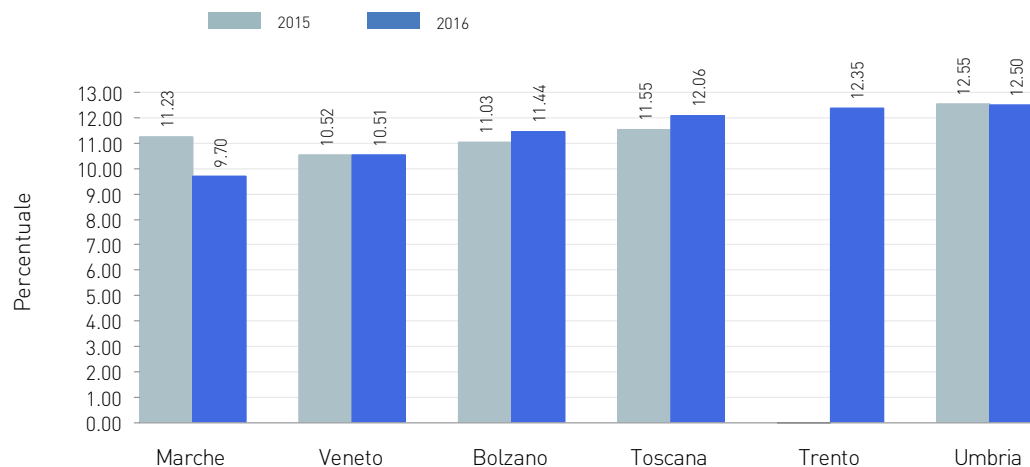
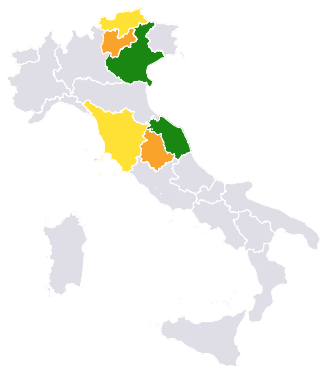
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario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



E2 Percentuale di assenza



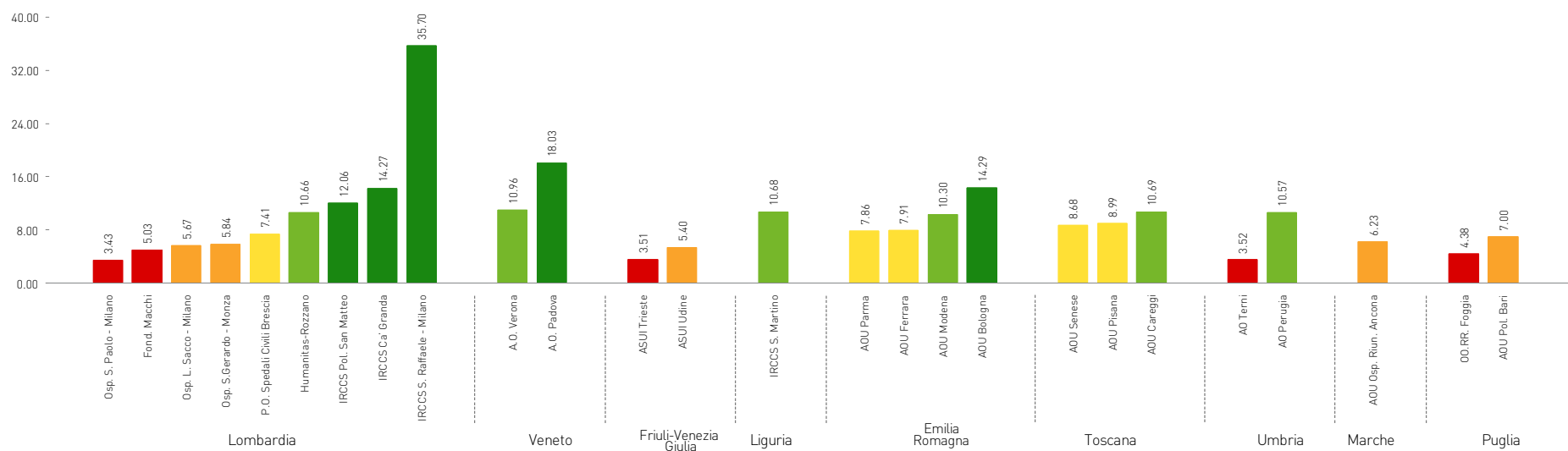
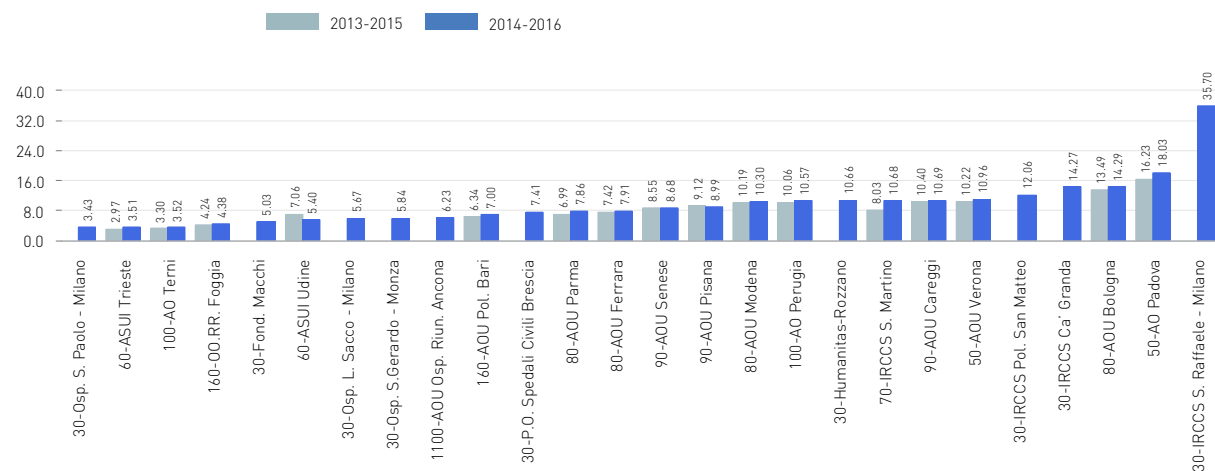
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una *proxy* del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992,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



B15.1.1 Impact Factor medio articoli per dirigente



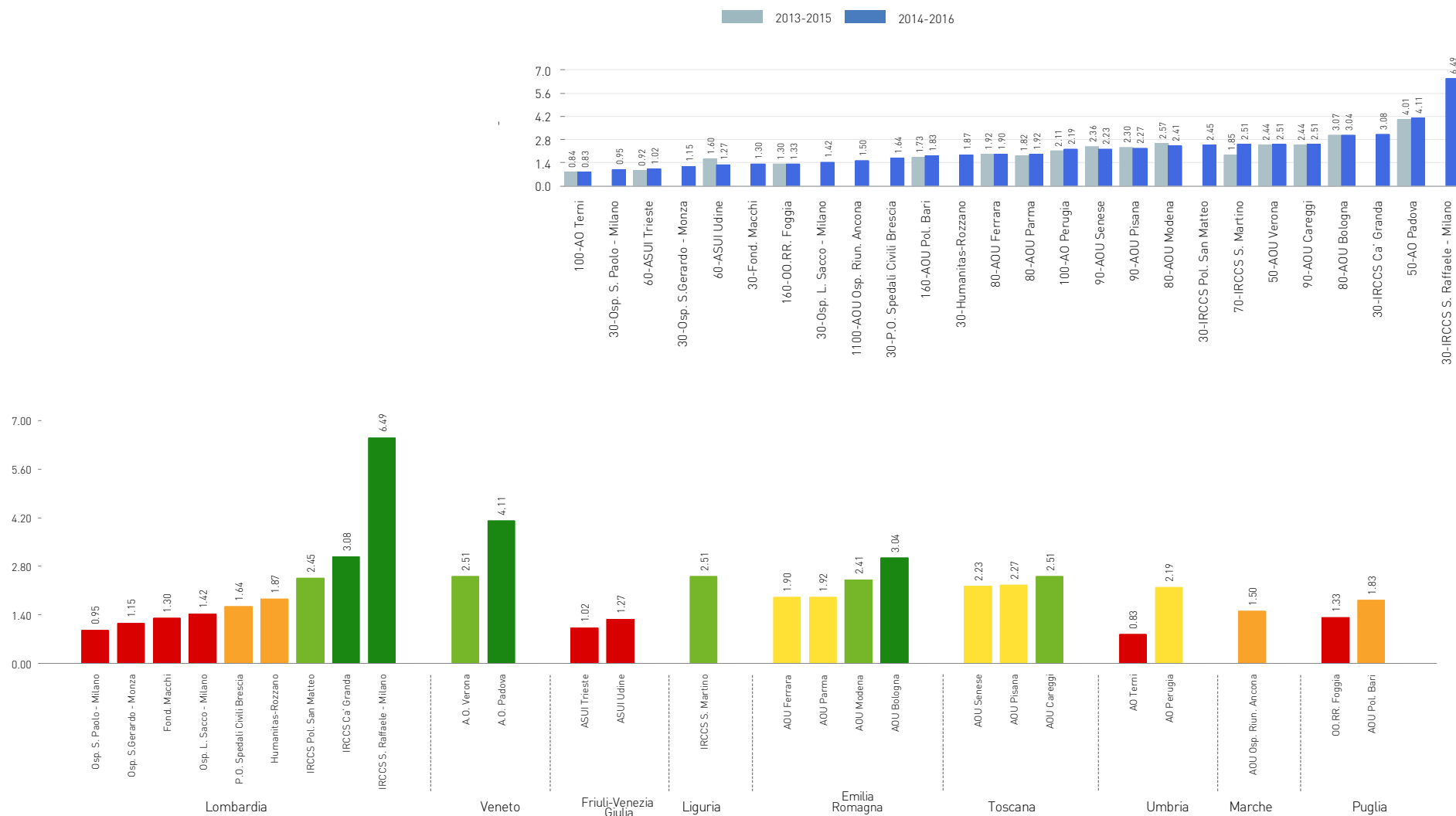
L'indicatore B15.1.1 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non *focus-oriented*. L'indicatore mostra l'IF medio degli articoli per dirigente medico sia ospedaliero che universitario, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. L'IF di una rivista 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. L'indicatore include la valutazione delle 4 Aziende di Regione Emilia-Romagna (AOU Bologna, AOU Modena, AOU Parma e AOU Ferrara) perché i risultati della produzione scientifica sono riferiti al triennio 2014-2016, periodo in cui la Regione Emilia-Romagna era parte del Network delle Regioni.



B15.1.3 Numero medio di pubblicazioni per dirigente



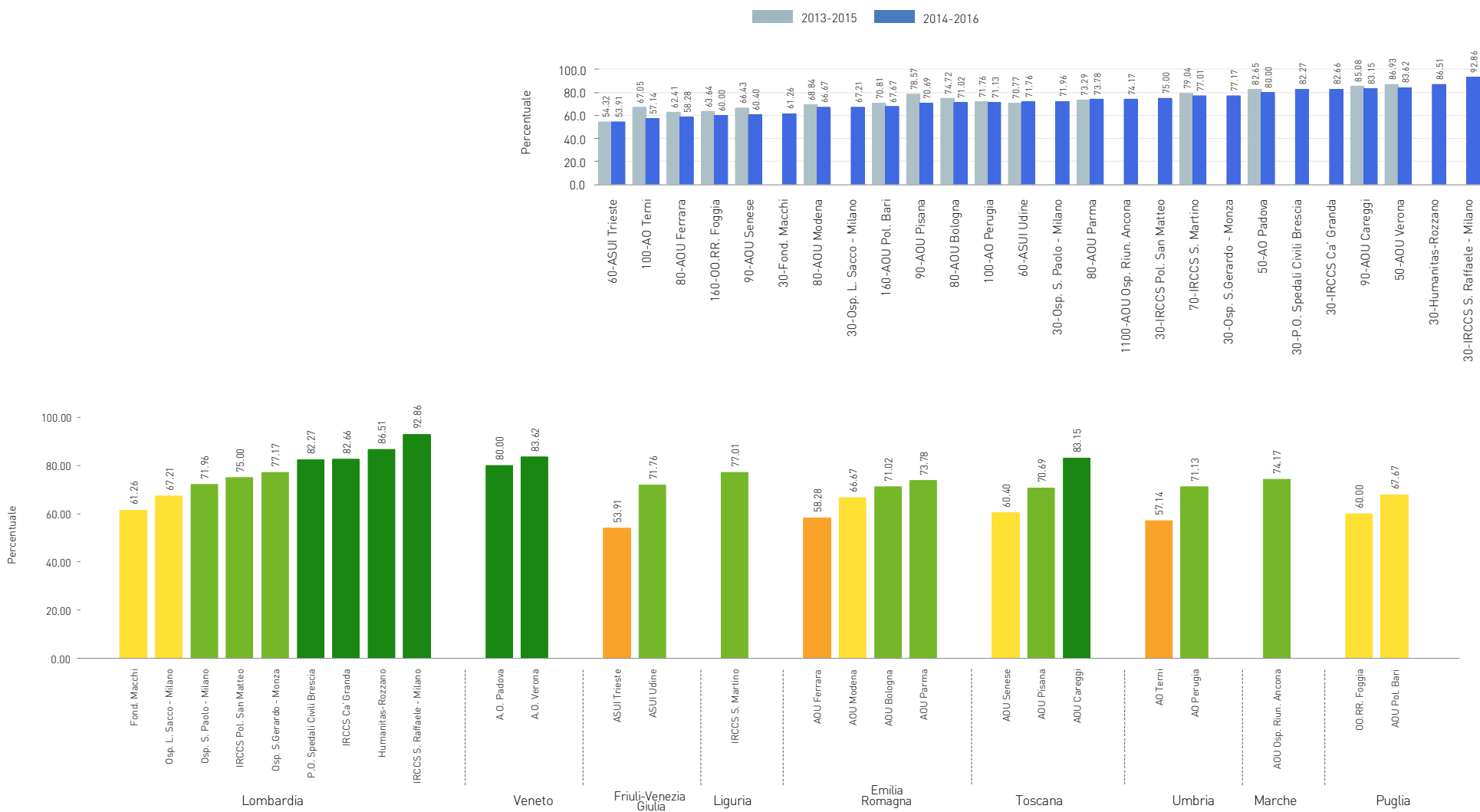
L'indicatore B15.1.3 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non *focus-oriented*. L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. L'indicatore include la valutazione delle 4 Aziende di Regione Emilia-Romagna (AOU Bologna, AOU Modena, AOU Parma e AOU Ferrara) perché i risultati della produzione scientifica sono riferiti al triennio 2014-2016, periodo in cui la Regione Emilia-Romagna era parte del Network delle Regioni.





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

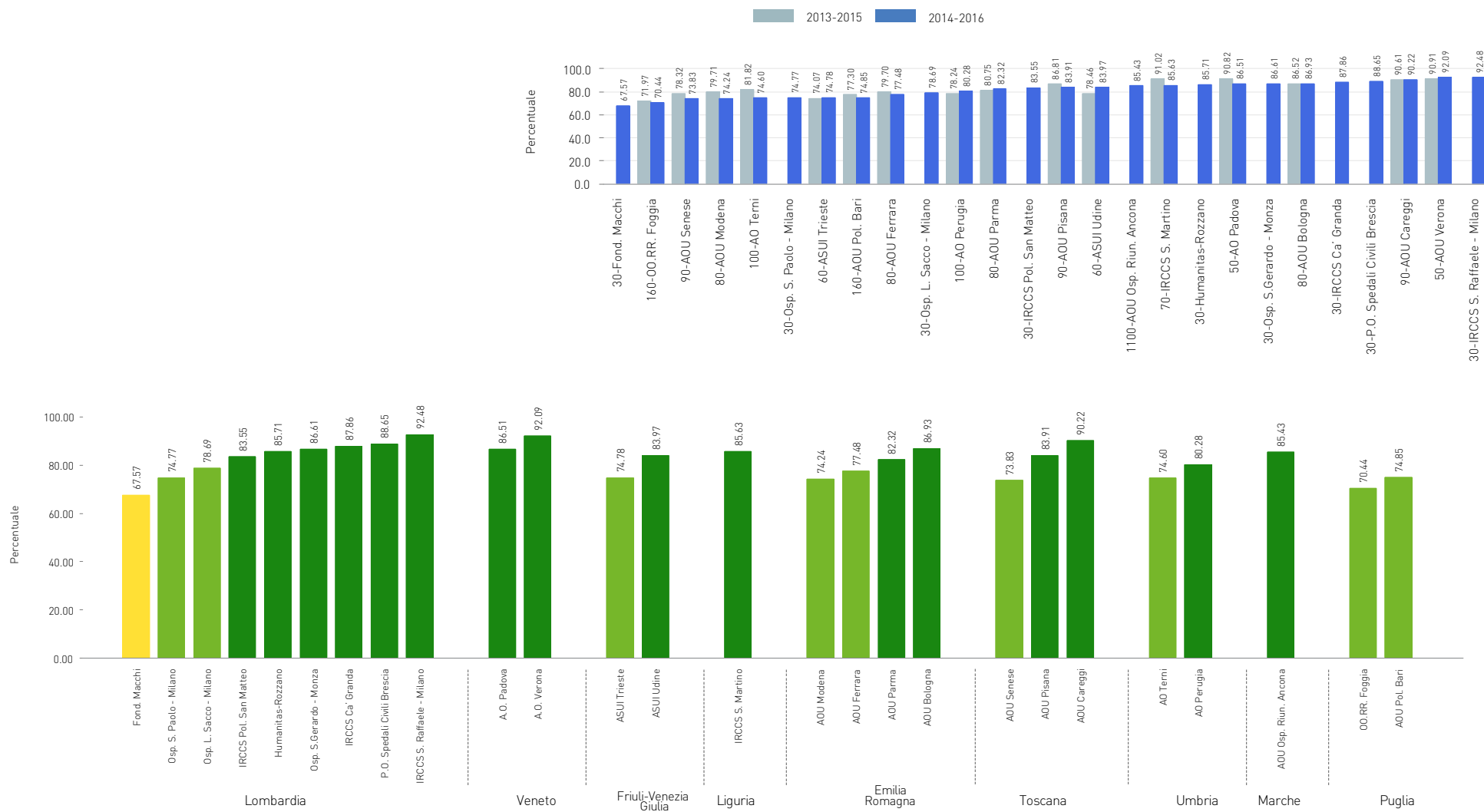
L'indicatore B15.3.1 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non *focus-oriented*. Ogni rivista appartiene, secondo il JCR (Journal Citation Report), ad una o più specialità scientifiche, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. IF medio e mediano per specialità 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. L'indicatore include la valutazione delle 4 Aziende di Regione Emilia-Romagna (AOU Bologna, AOU Modena, AOU Parma e AOU Ferrara) perché i risultati della produzione scientifica sono riferiti al triennio 2014-2016, periodo in cui la Regione Emilia-Romagna era parte del Network delle Regioni.





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

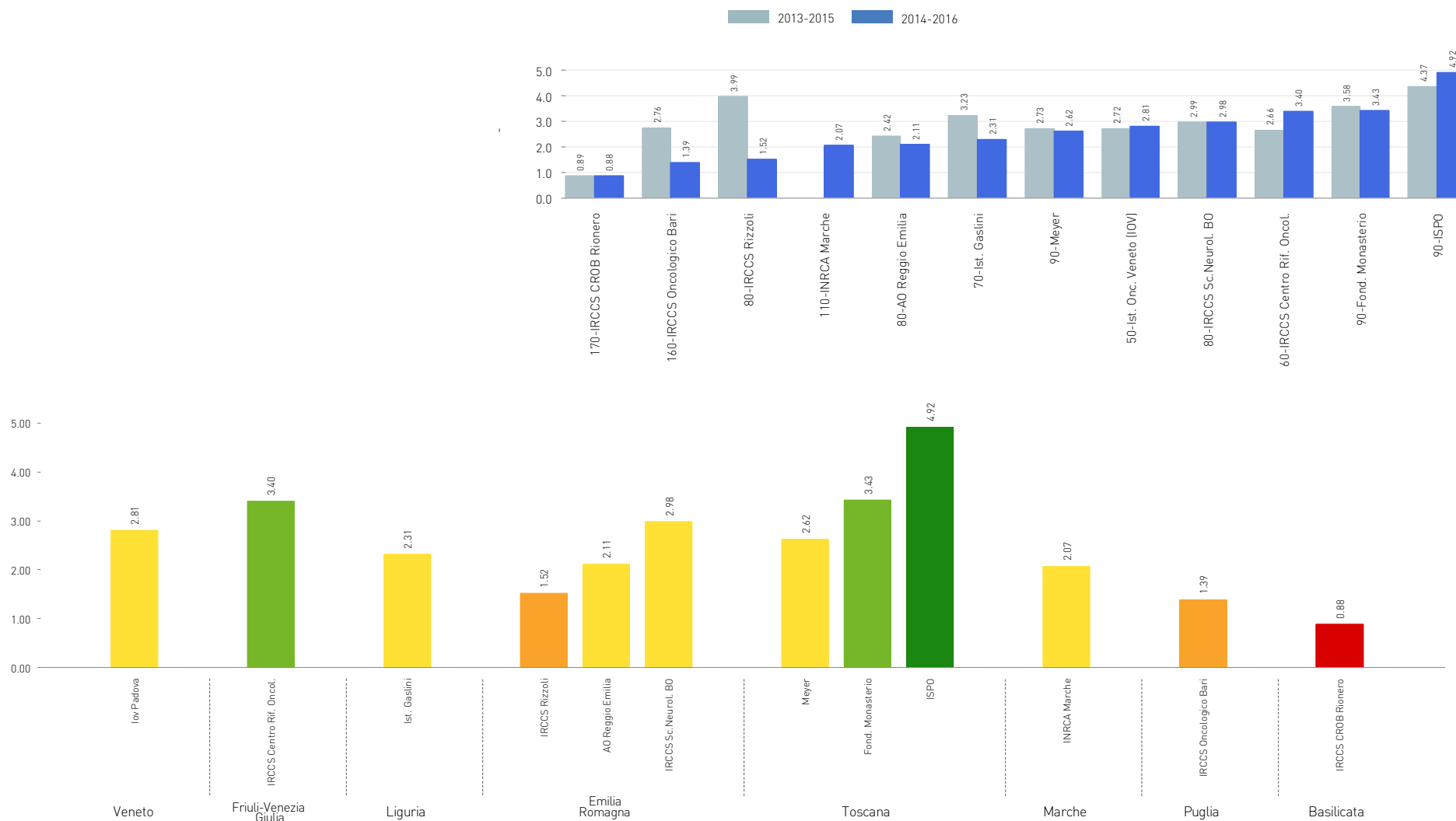
L'indicatore B15.3.2 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non *focus-oriented*. Ogni rivista appartiene, secondo il JCR (Journal Citation Report), ad una o più specialità scientifiche, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. IF medio e mediano per specialità 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 AOI 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. L'indicatore include la valutazione delle 4 Aziende di Regione Emilia-Romagna (AOU Bologna, AOU Modena, AOU Parma e AOU Ferrara) perché i risultati della produzione scientifica sono riferiti al triennio 2014-2016, periodo in cui la Regione Emilia-Romagna era parte del Network delle Regioni.



B15.4.1 Valutazione IF mediano per Specialità



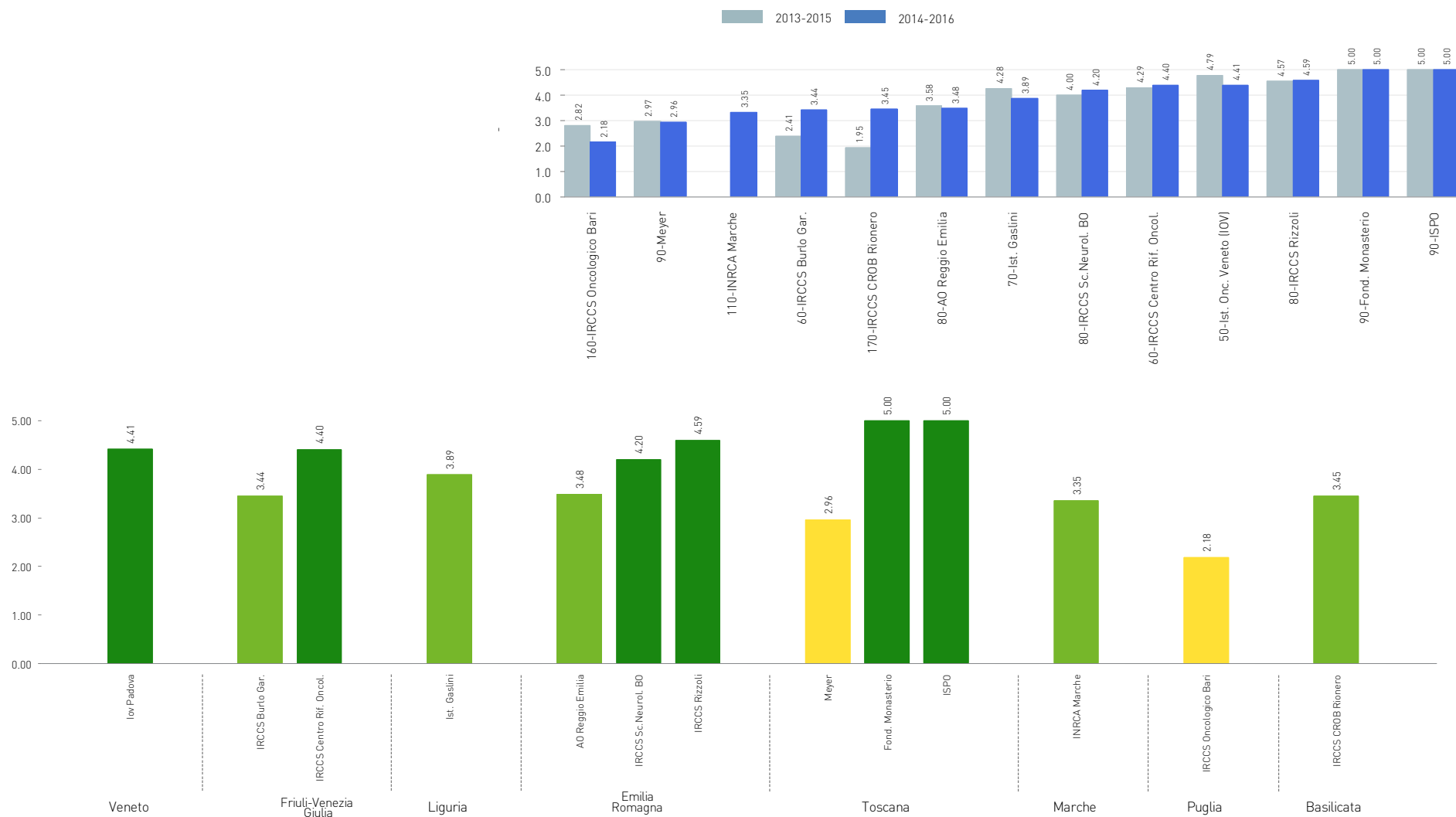
L'indicatore ha lo scopo di monitorare la qualità dell'attività di ricerca per le sole specialità scientifiche di riferimento per le istituzioni sanitarie *focus-oriented* (enti monospecialistici). Per ognuna delle istituzioni considerate si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 articoli 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. L'indicatore include la valutazione delle 3 Aziende di Regione Emilia-Romagna (IRCCS Rizzoli, AO Reggio Emilia, IRCCS Scienze Neurologiche Bologna) perché i risultati della produzione scientifica sono riferiti al triennio 2014-2016, periodo in cui la Regione Emilia-Romagna era parte del Network delle Regioni.





B15.4.2 Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità

L'indicatore ha lo scopo di monitorare la qualità dell'attività di ricerca per le sole specialità scientifiche di riferimento per le istituzioni sanitarie *focus-oriented* (enti monospécialistici). 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. L'indicatore include la valutazione delle 3 Aziende di Regione Emilia-Romagna (IRCCS Rizzoli, AO Reggio Emilia, IRCCS Scienze Neurologiche Bologna) perché i risultati della produzione scientifica sono riferiti al triennio 2014-2016, periodo in cui la Regione Emilia-Romagna era parte del Network delle Regioni.

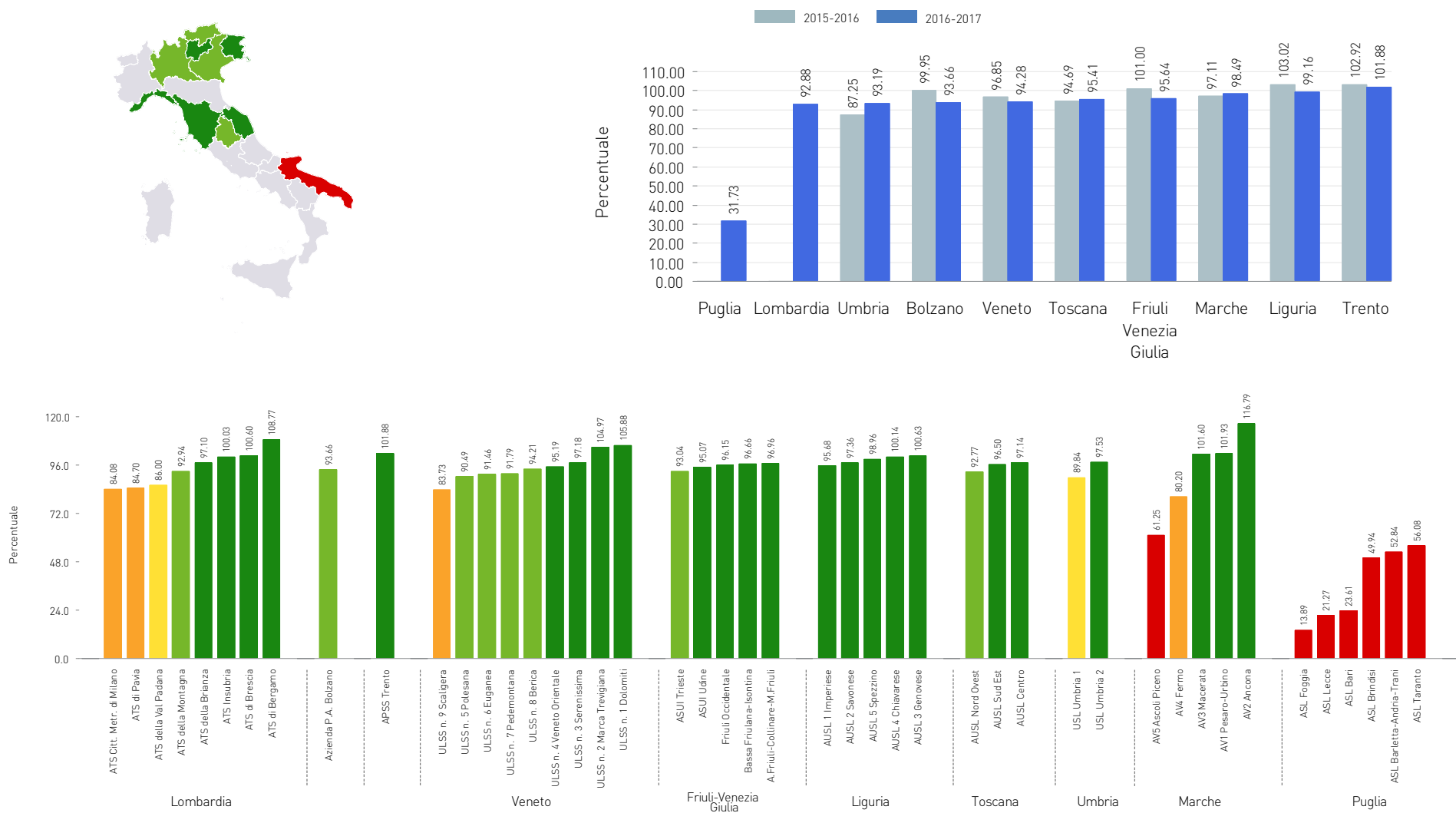


STRATEGIE SANITARIE REGIONALI

B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico



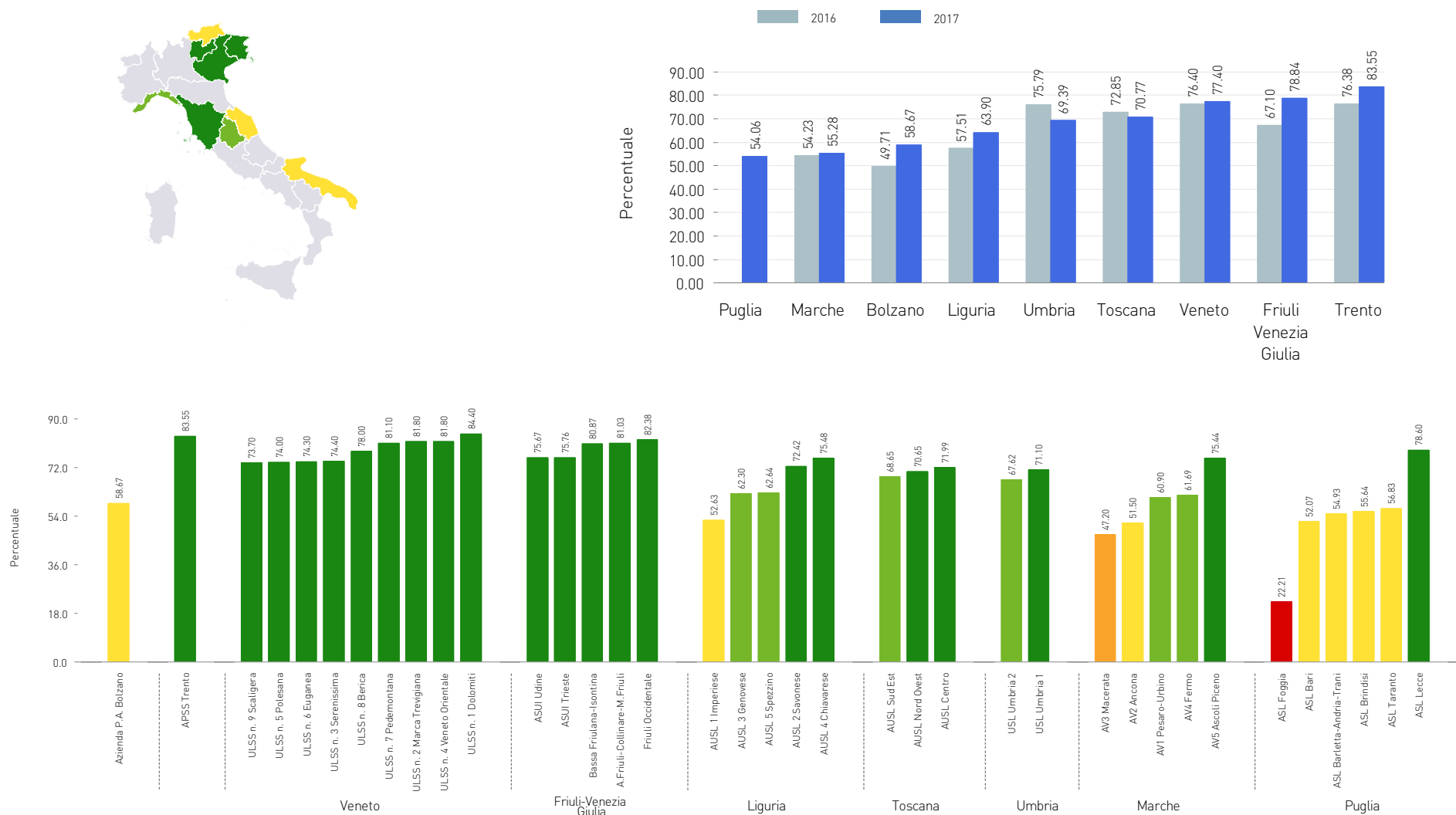
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni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



B5.1.2 Adesione corretta allo screening mammografico



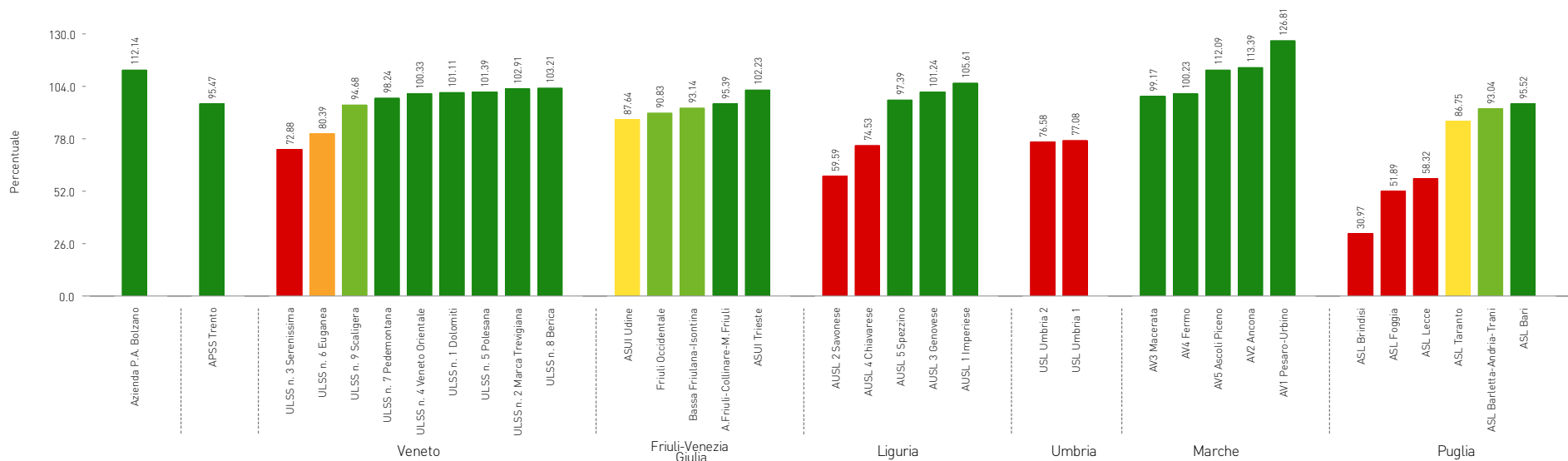
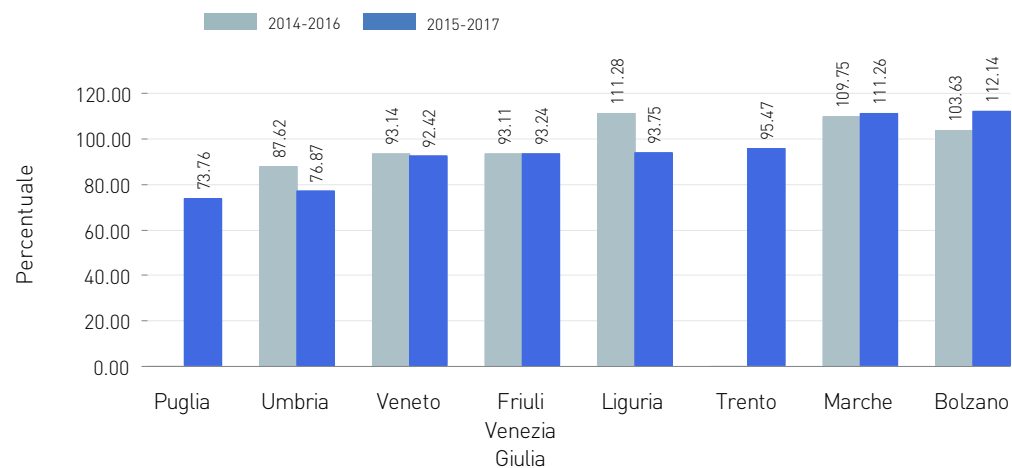
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina



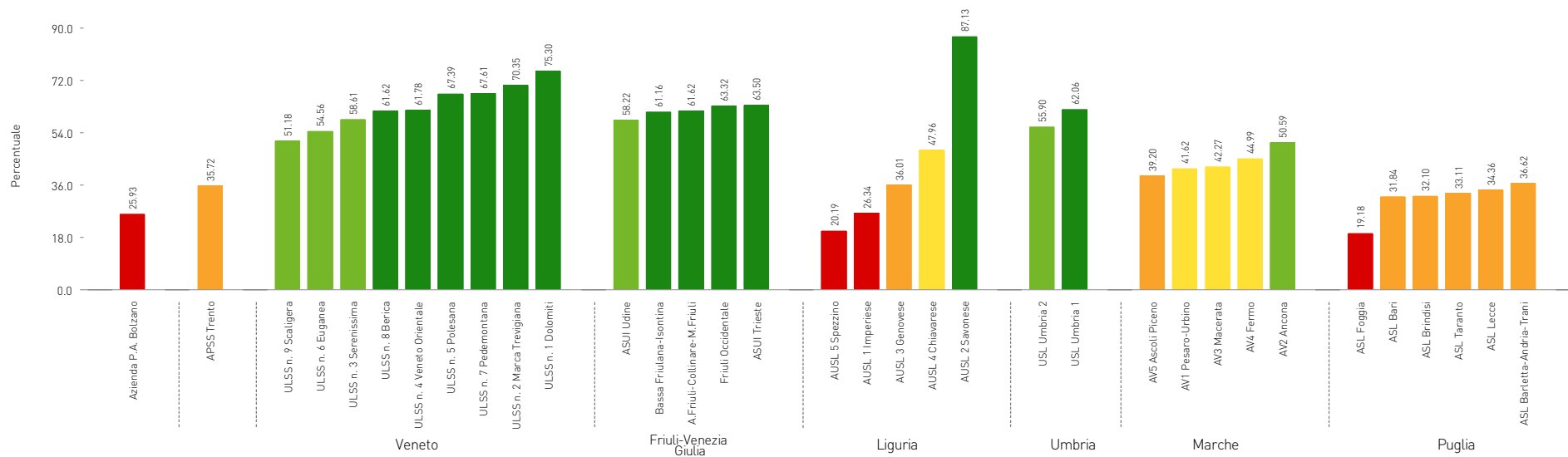
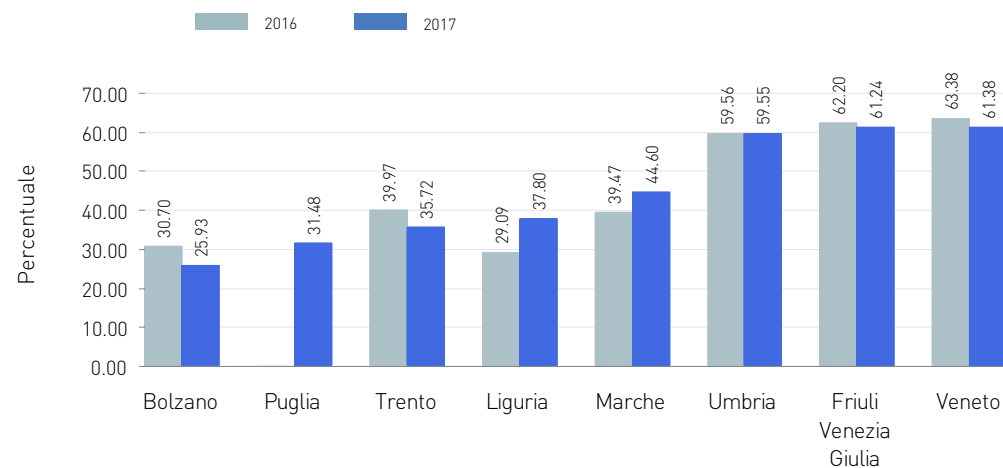
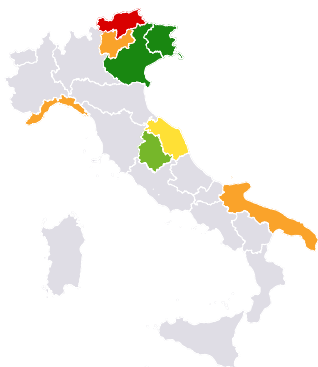
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli anni di riferimento dei dati per ogni regione sono riportati nelle tabelle. L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti con il round di invito (biennale o triennale, a seconda del programma di screening).



B5.2.2 Adesione corretta allo screening della cervice uterina



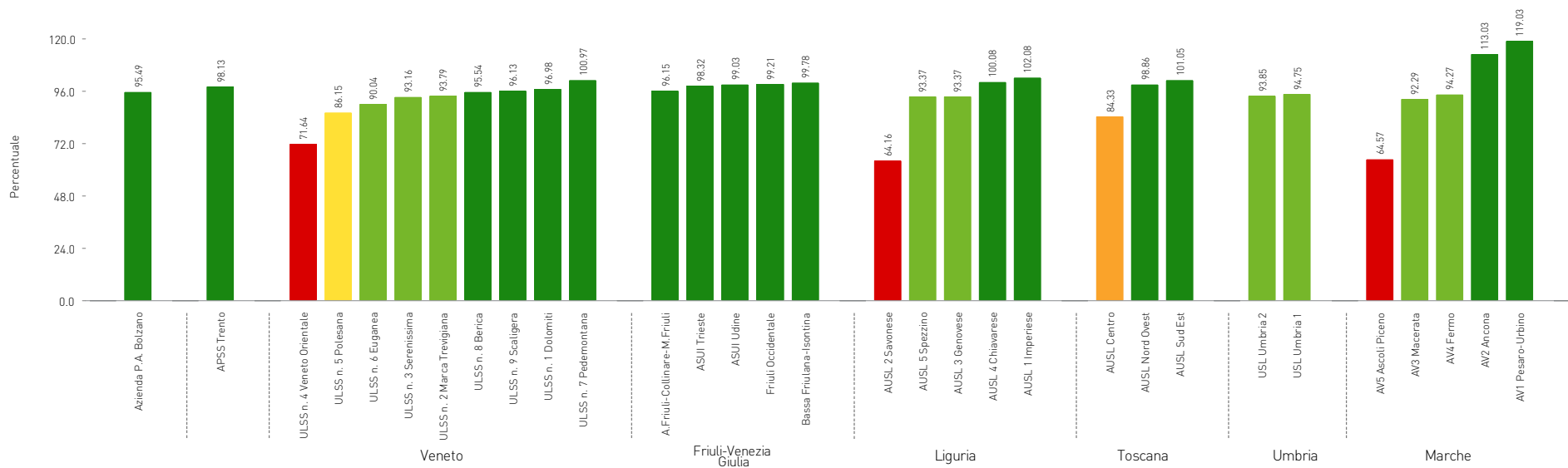
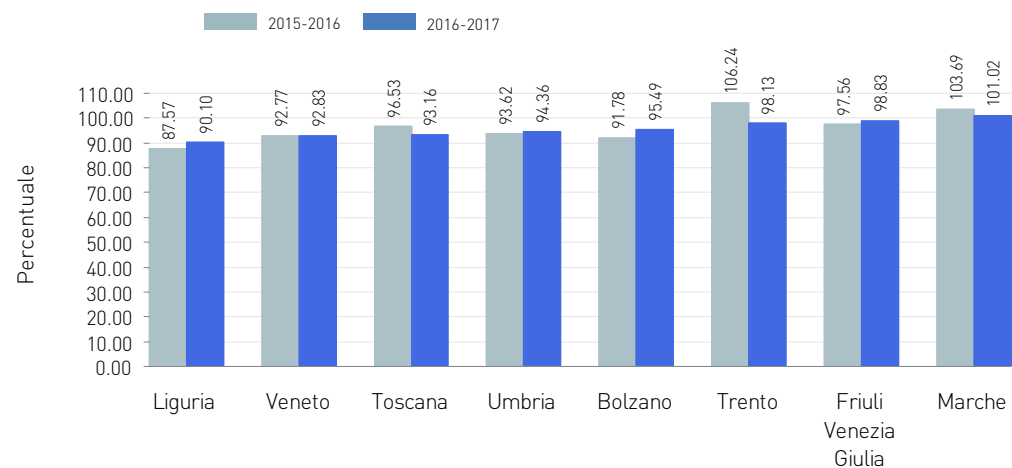
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretta



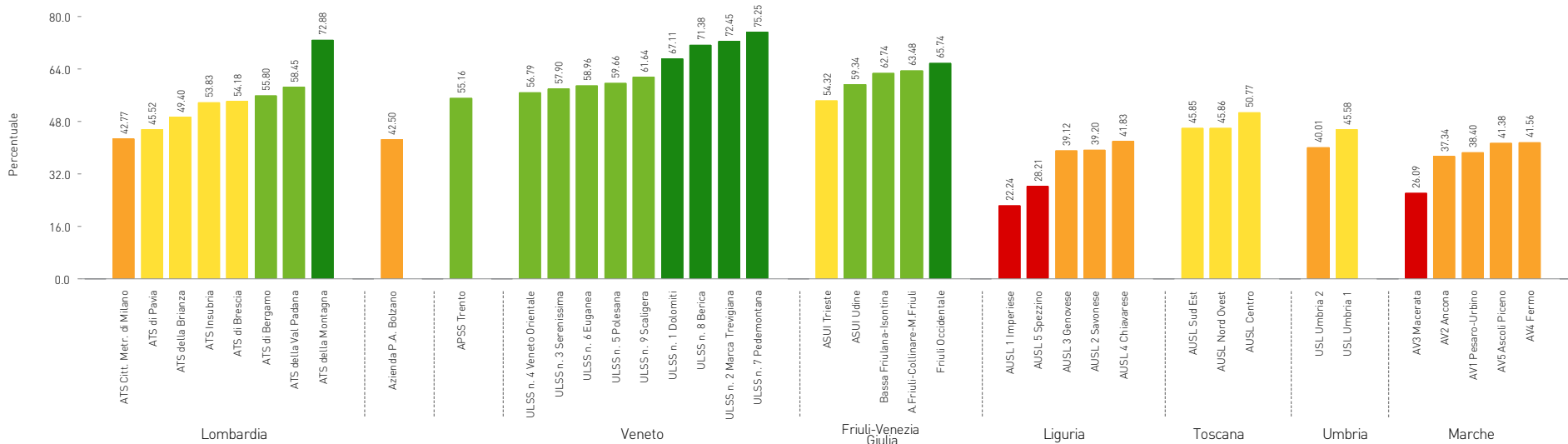
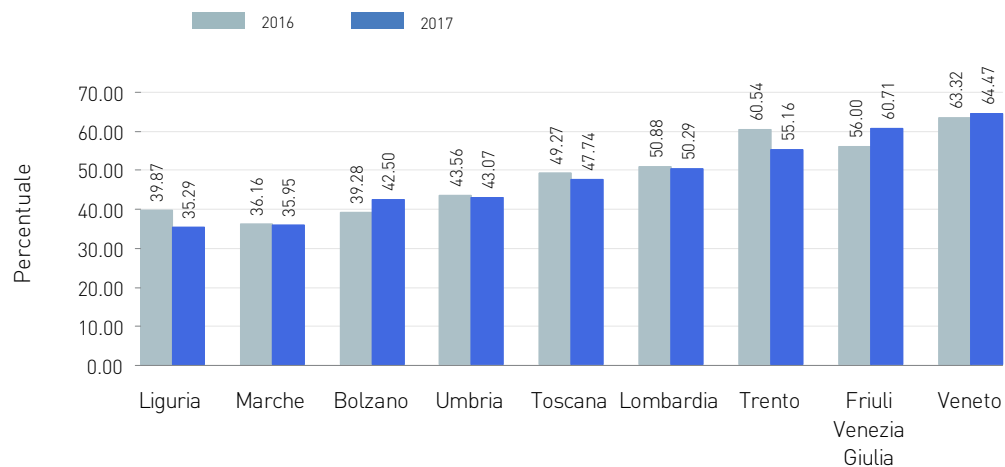
Lo screening coloretta è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti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



B5.3.2 Adesione corretta allo screening coloretale



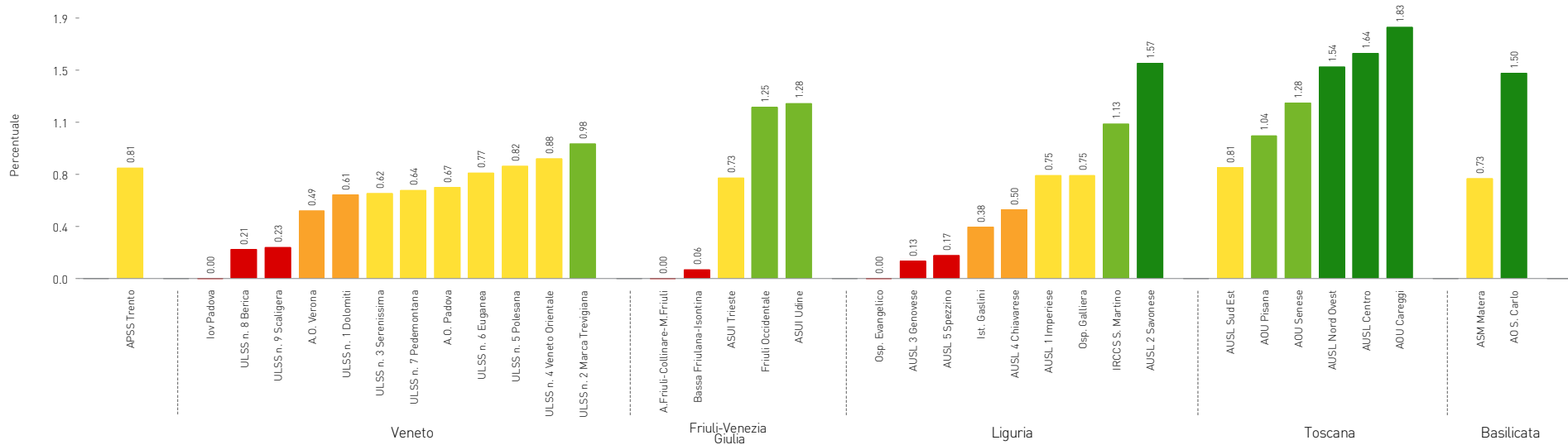
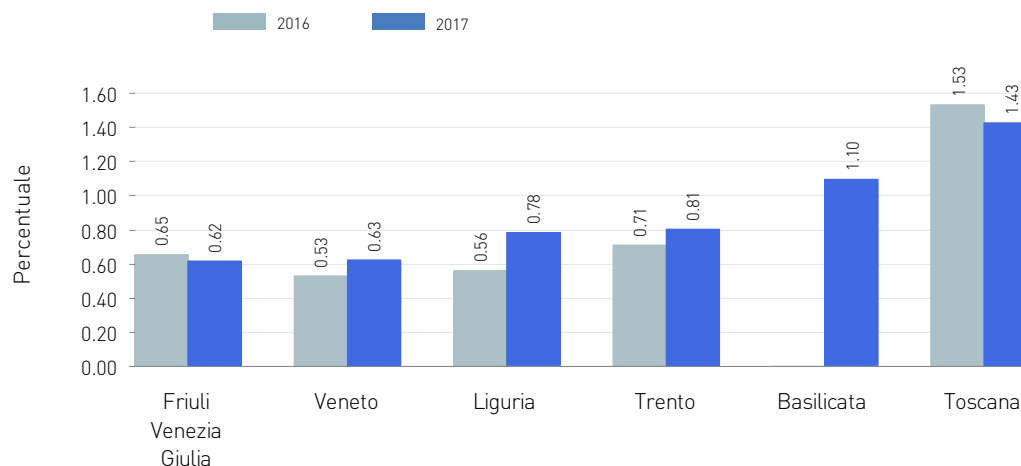
Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.



B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica



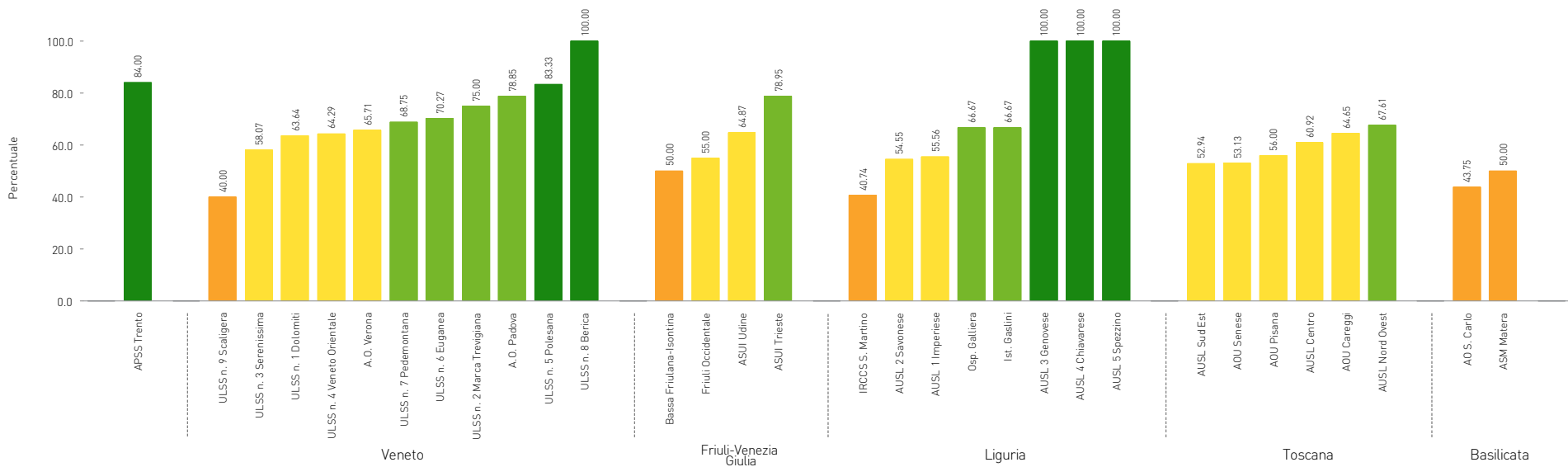
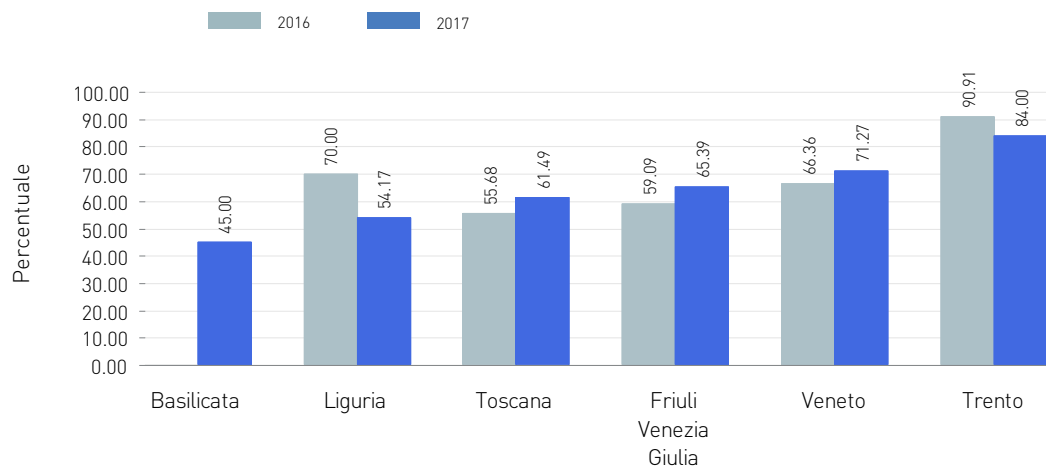
I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo, ma attualmente la disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di favorire il *procurement* di organi è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini. Fra le criticità del meccanismo di donazione-trapianto, gioca un ruolo importante la segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, associata ad inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre. Le diverse esperienze nazionali ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento dell'attività di trapianto (Rapporto Osservasalute 2016).





B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

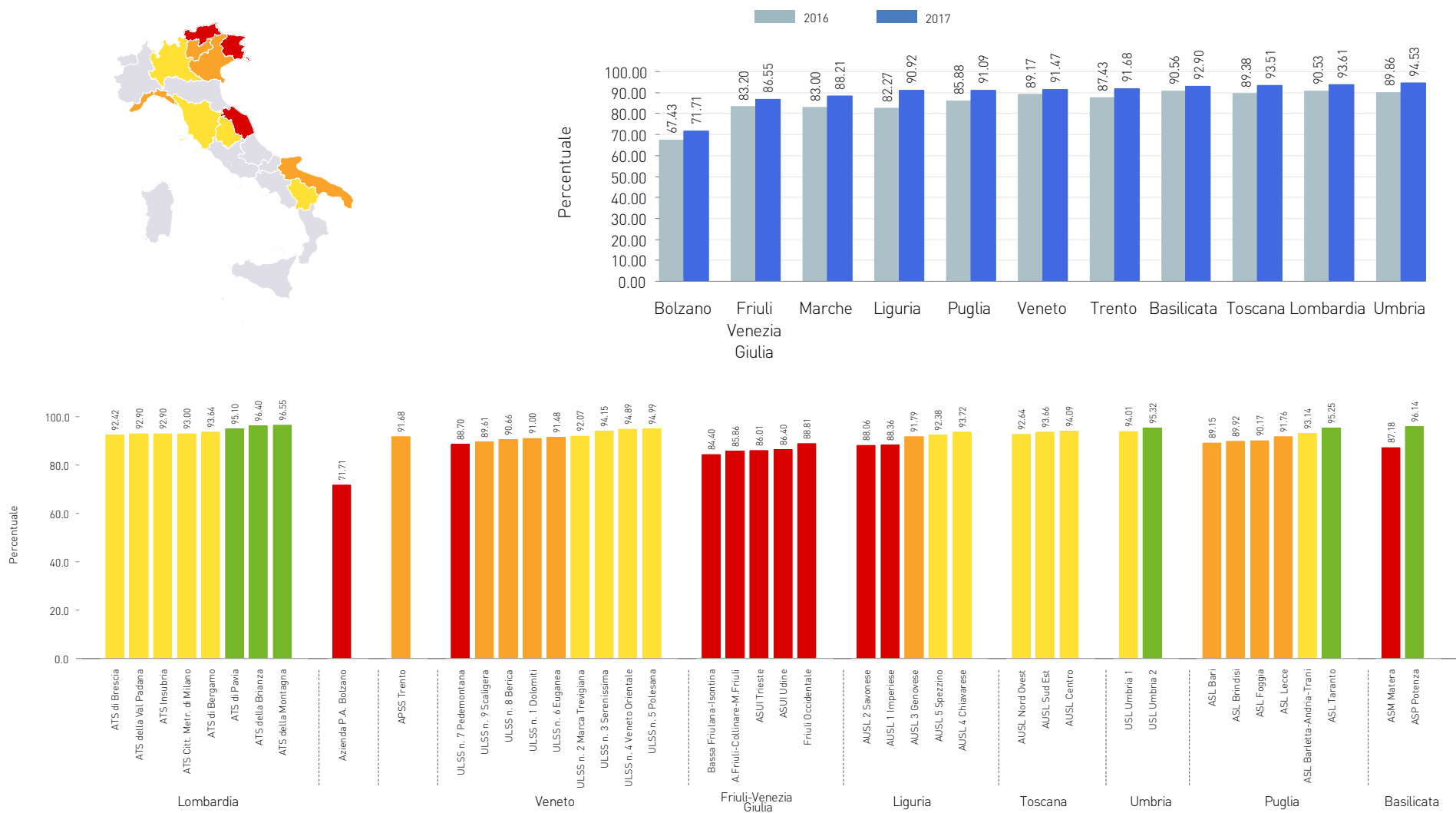
La percentuale di donatori procurati di organi considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi.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



B7.1 Copertura vaccinale MPR



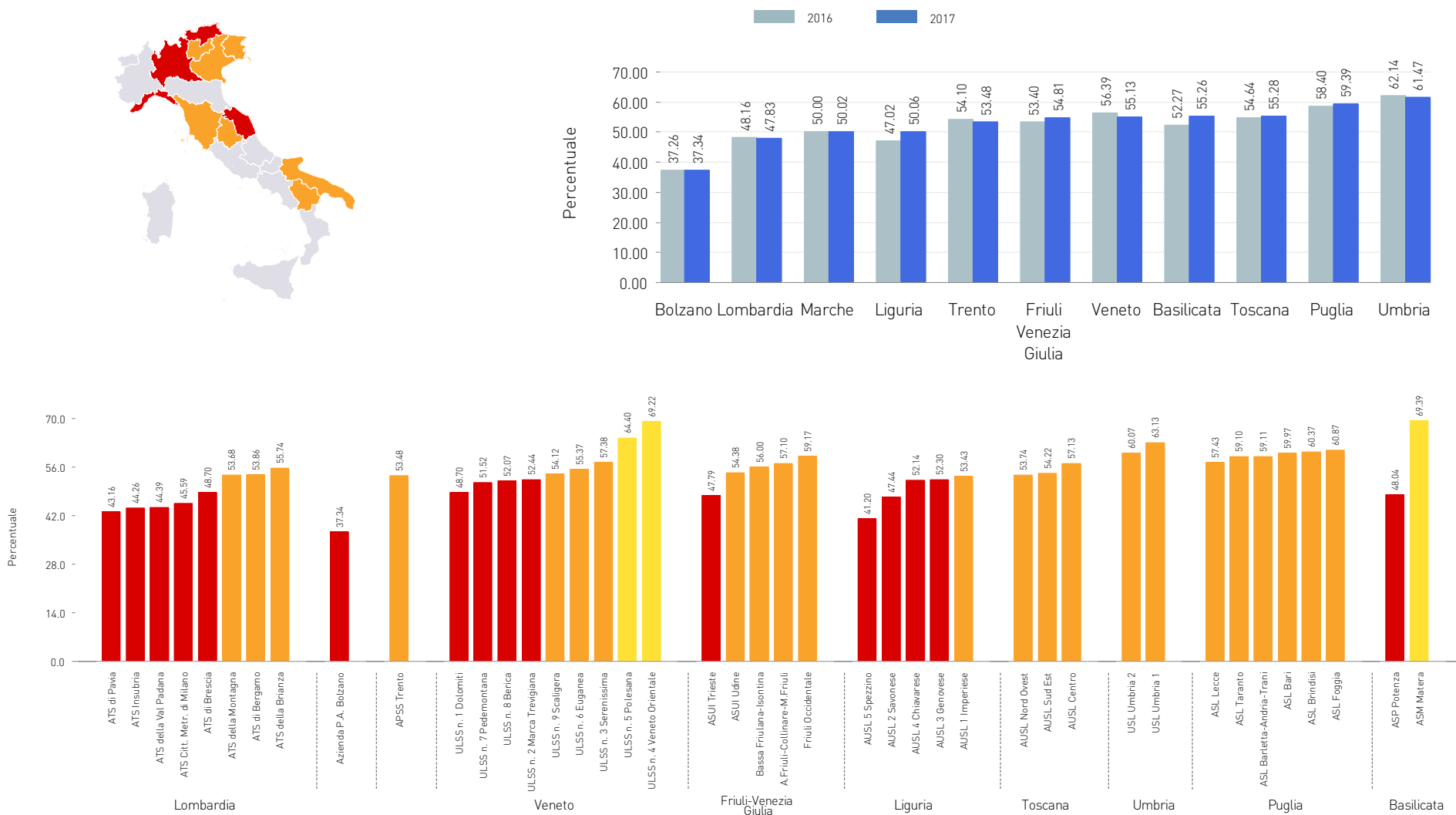
Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo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



B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale anziani



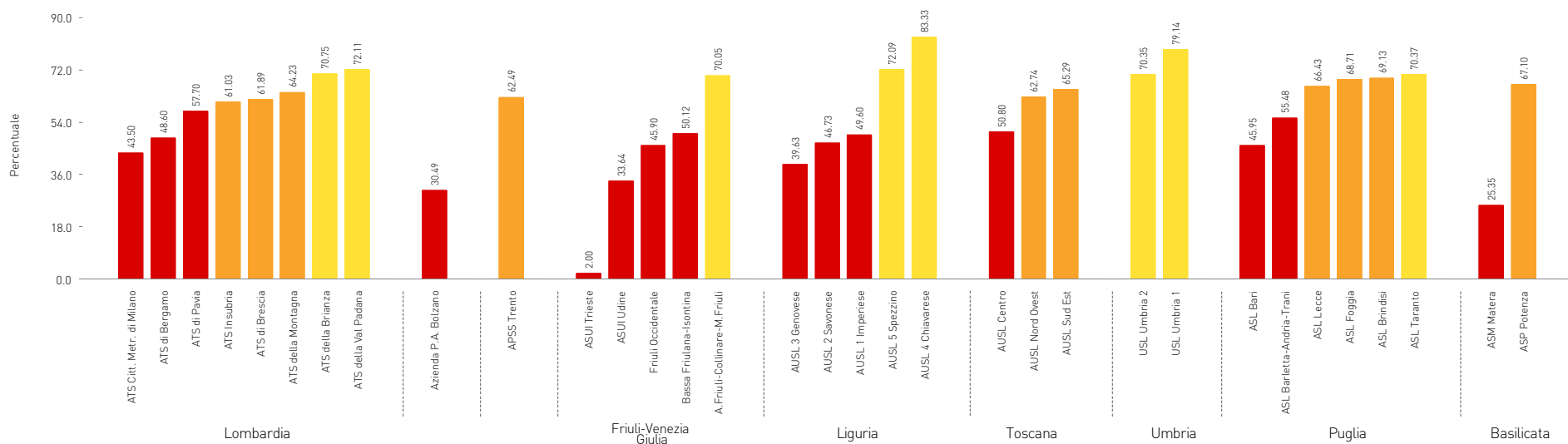
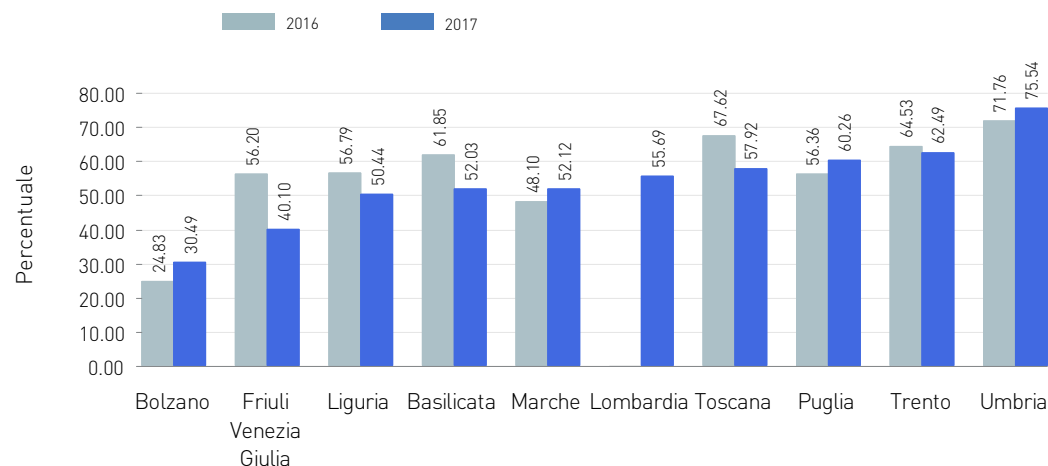
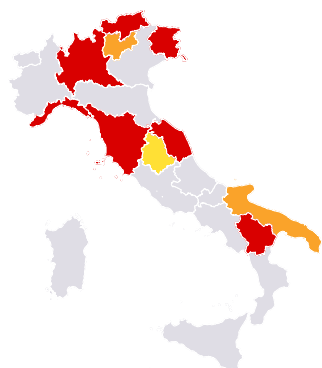
La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, 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.



B7.3 Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)



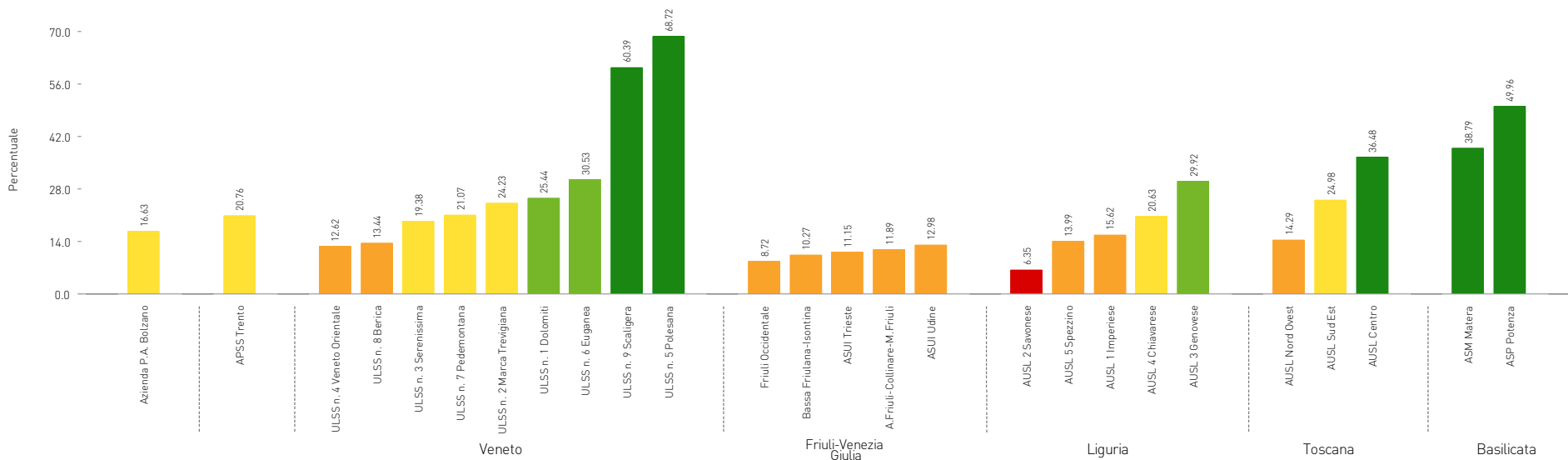
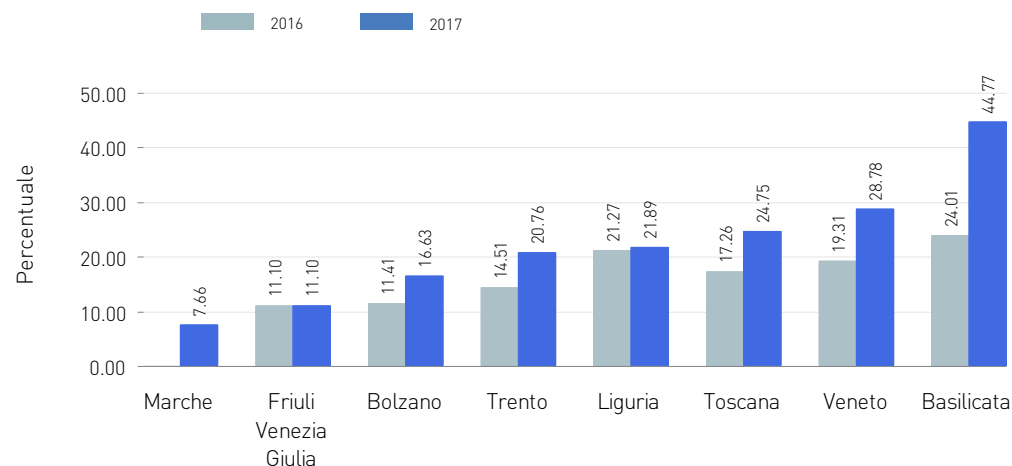
La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni 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.



B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari



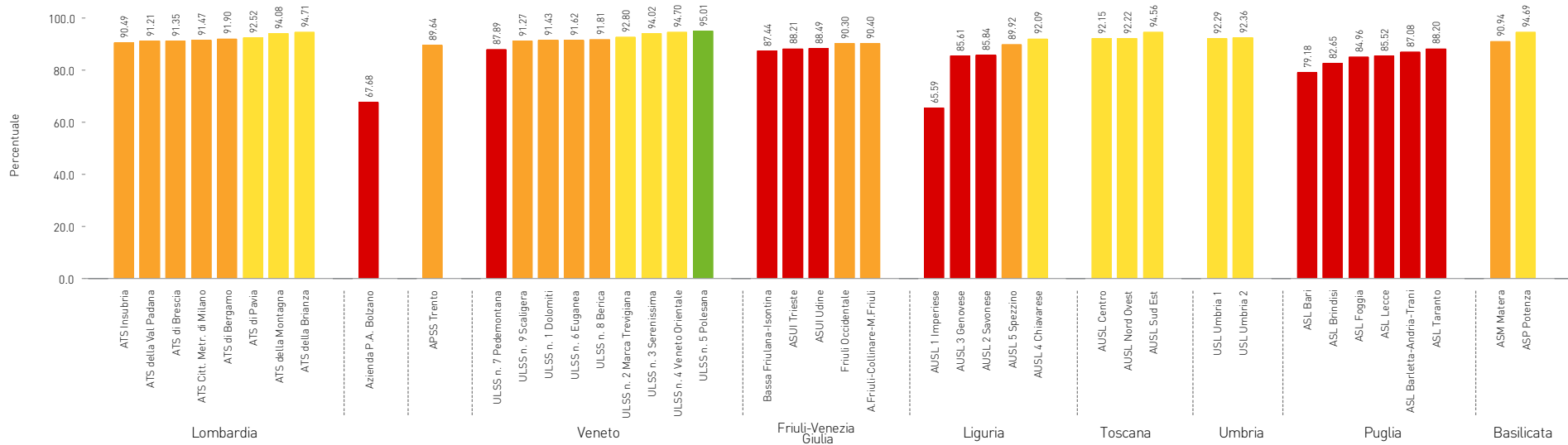
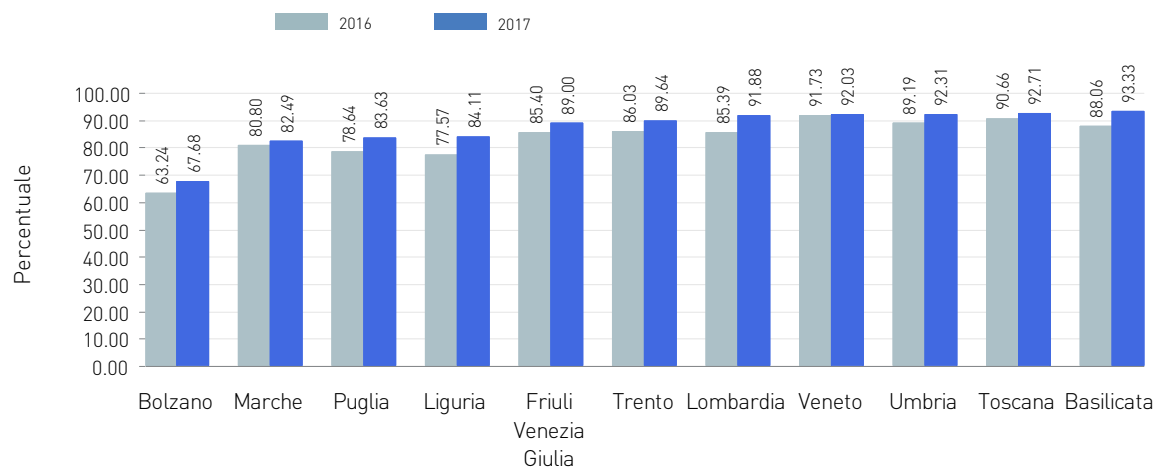
Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe 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 dai dati, tuttavia, nonostante le campagne di prevenzione promosse in tutte le aziende sanitarie, la proporzione di personale sanitario che si vaccina risulta essere generalmente ancora piuttosto bassa.



B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcica



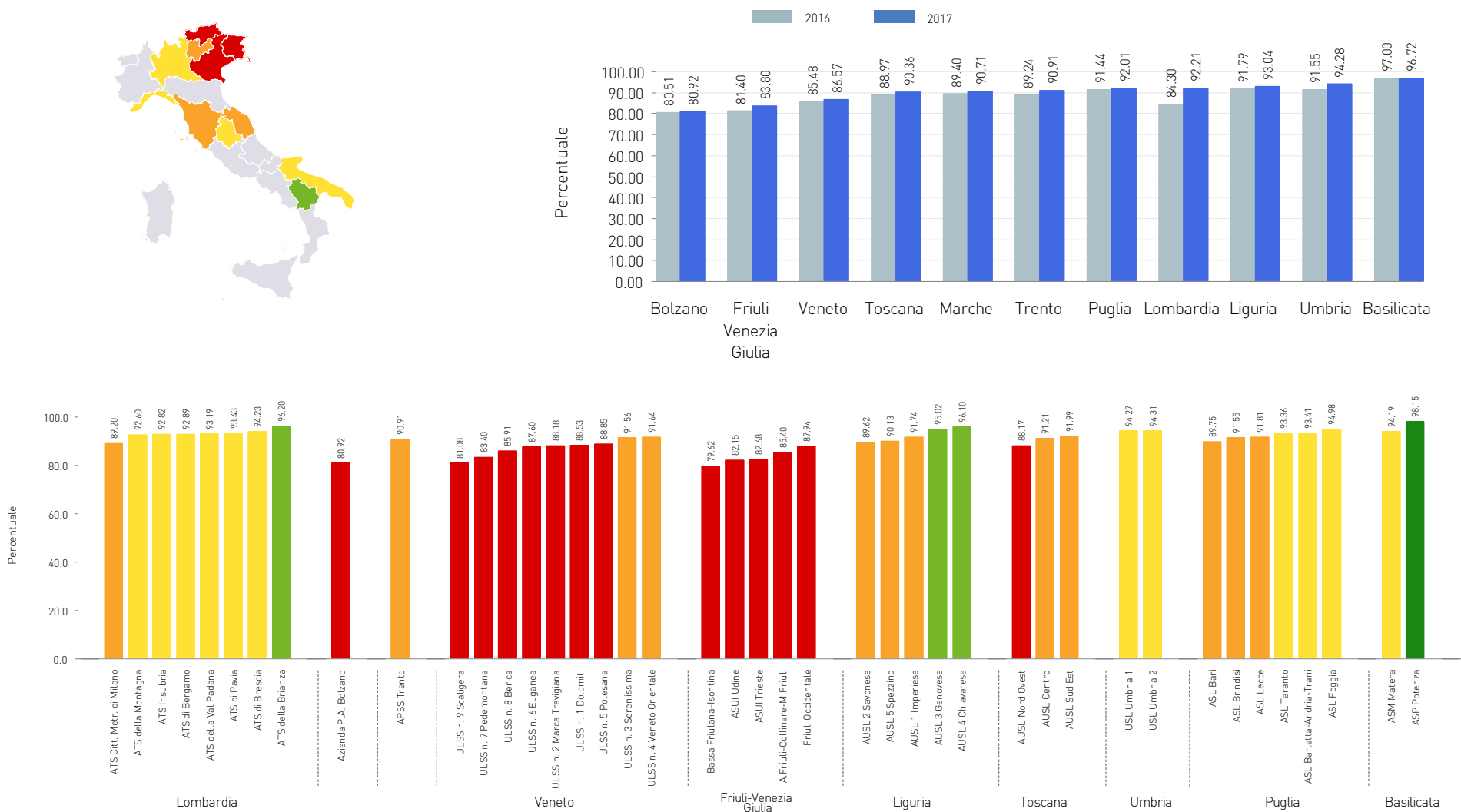
Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi, come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



B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcica



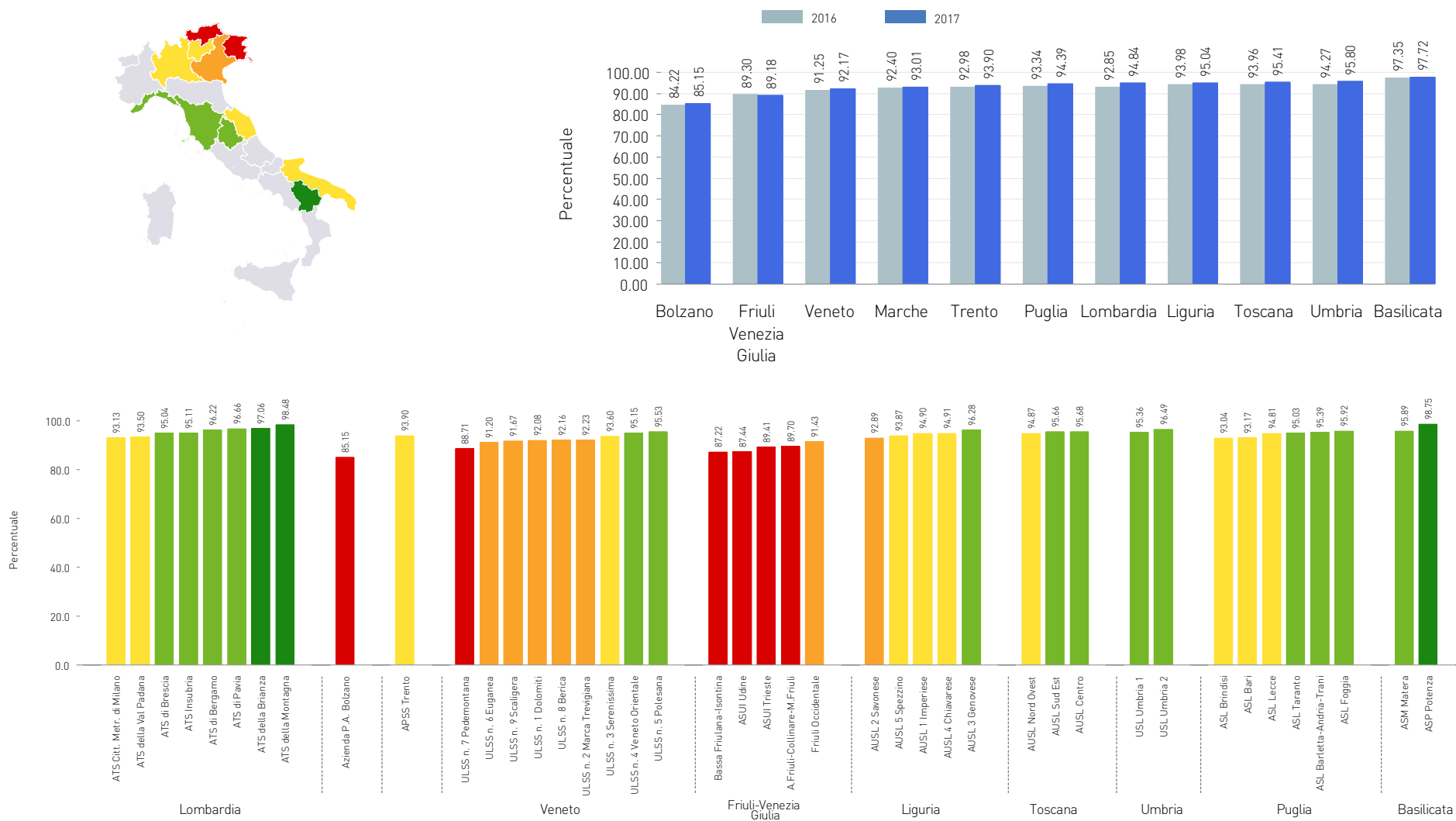
Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel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



B7.7 Copertura vaccinale esavalente



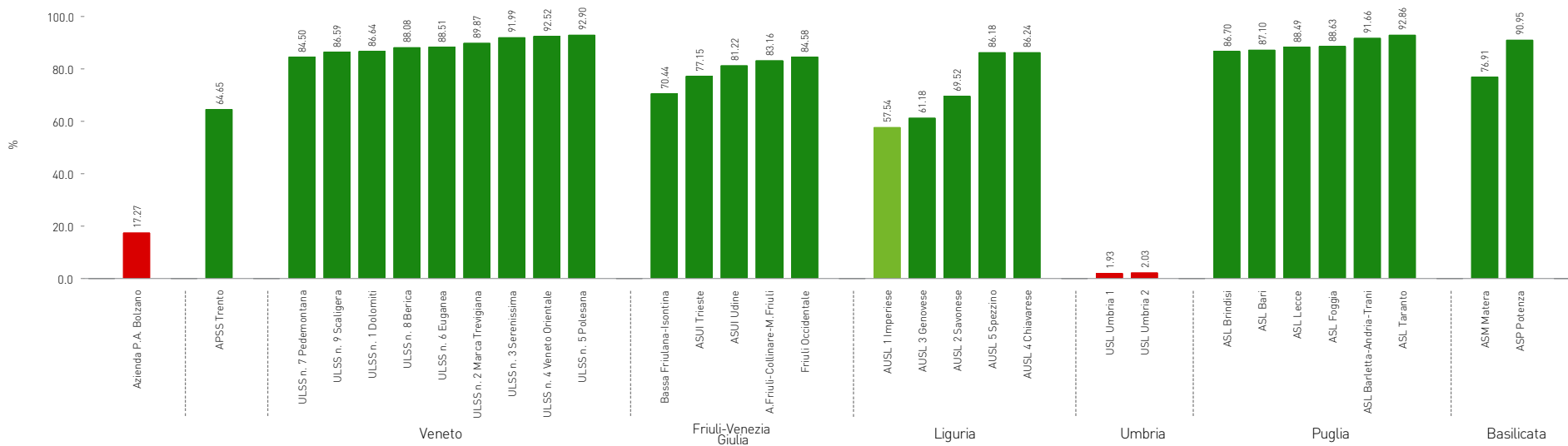
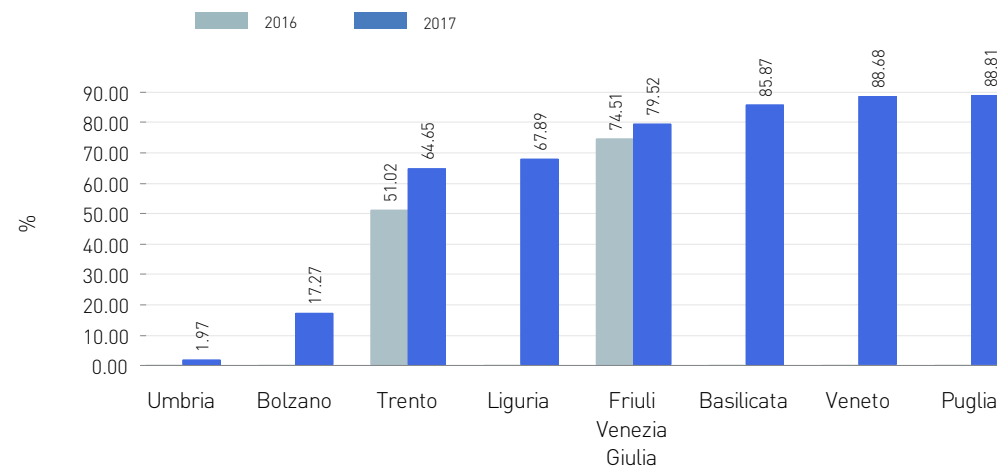
Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione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



B7.8 Copertura vaccinale varicella



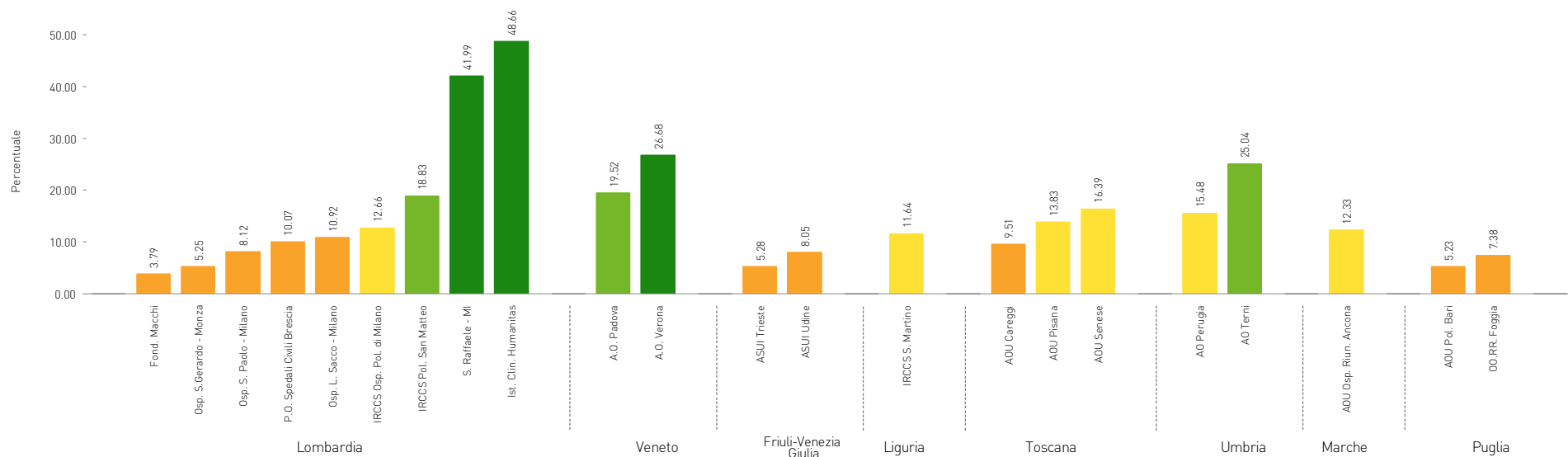
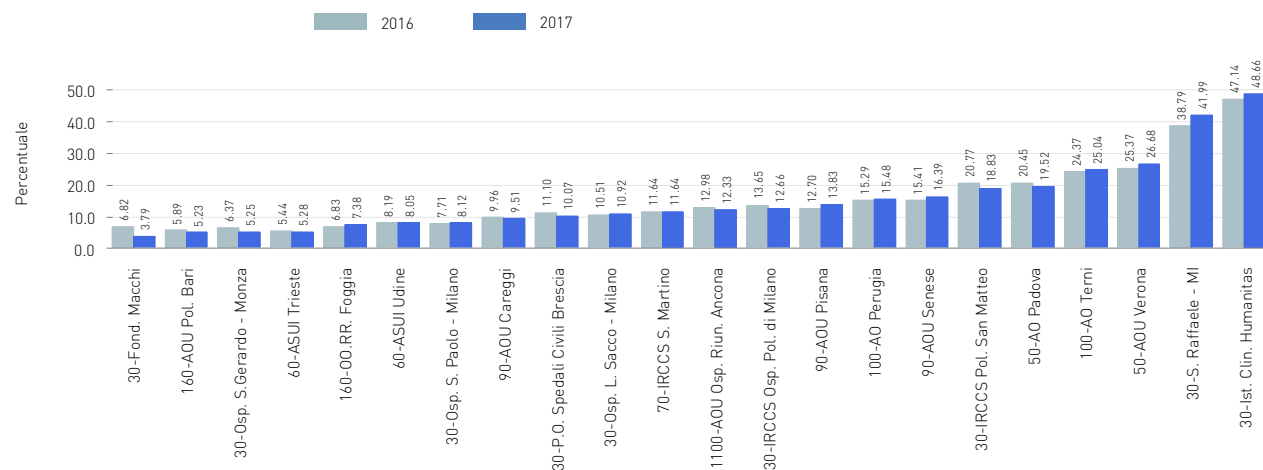
Il vaccino antivariella entro i due anni di età è obbligatorio, come da indicazioni del PNV 2017-2019 e dal Decreto Vaccini del 2017, per i nati a partire dal 2017. Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di bambini vaccinati con la 1 dose di vaccino entro i due anni di età e il numero di bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione. L'obiettivo di copertura a livello regionale è del 60% della popolazione target per l'anno 2017.



C30.3.2 Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG ad alta complessità



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

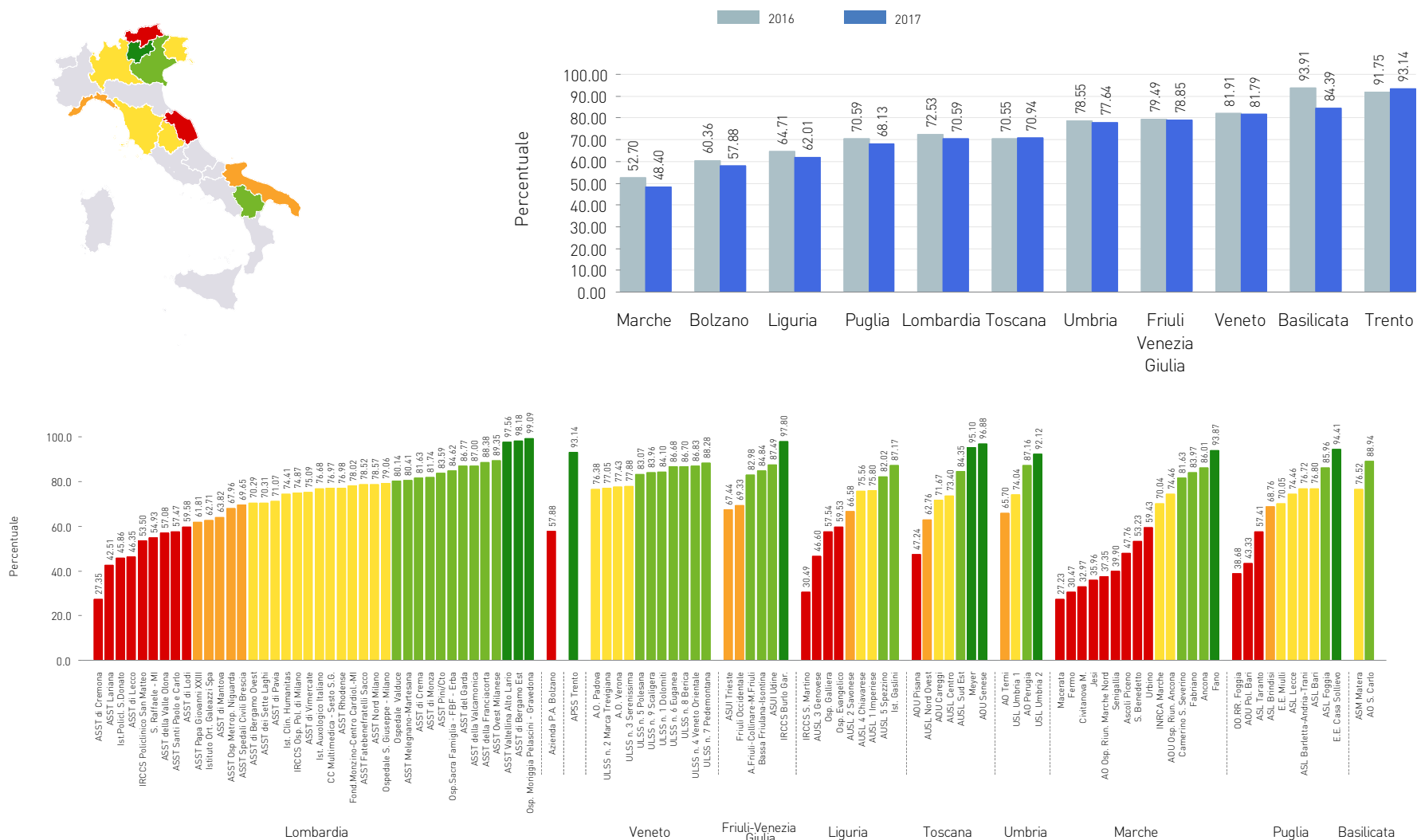


EMERGENZA - URGENZA

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



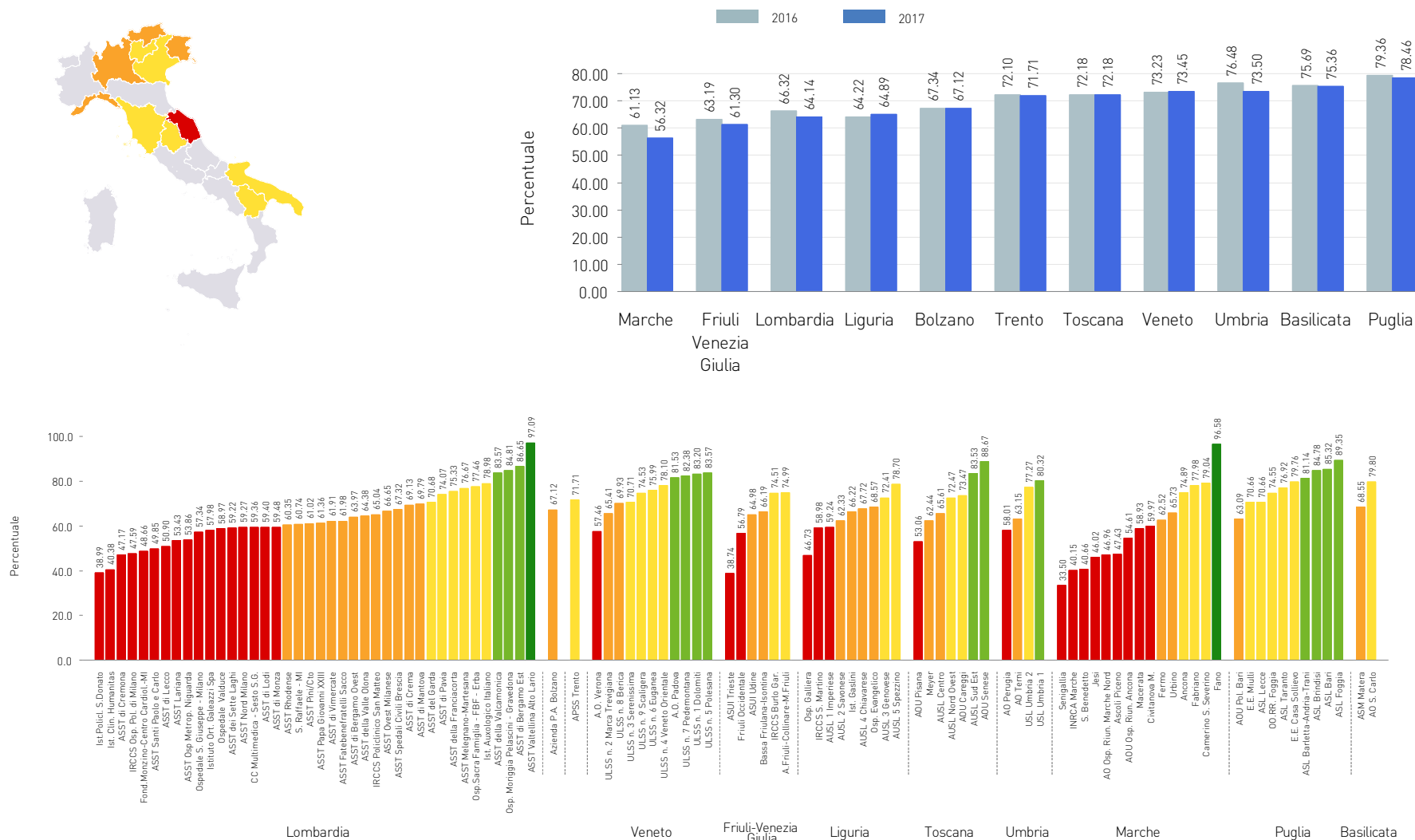
I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso: questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi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



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



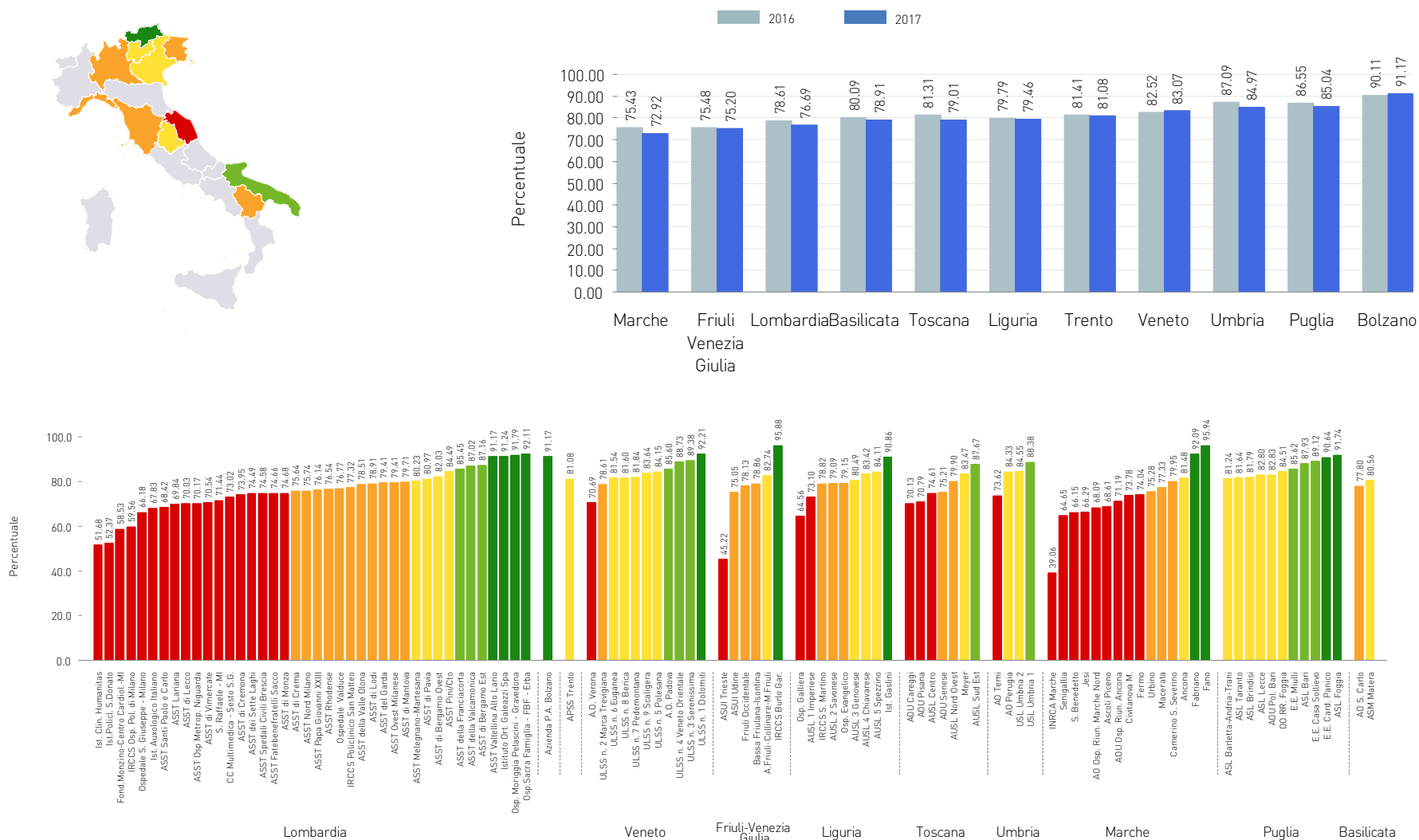
L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro un'ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in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



C16.3 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore



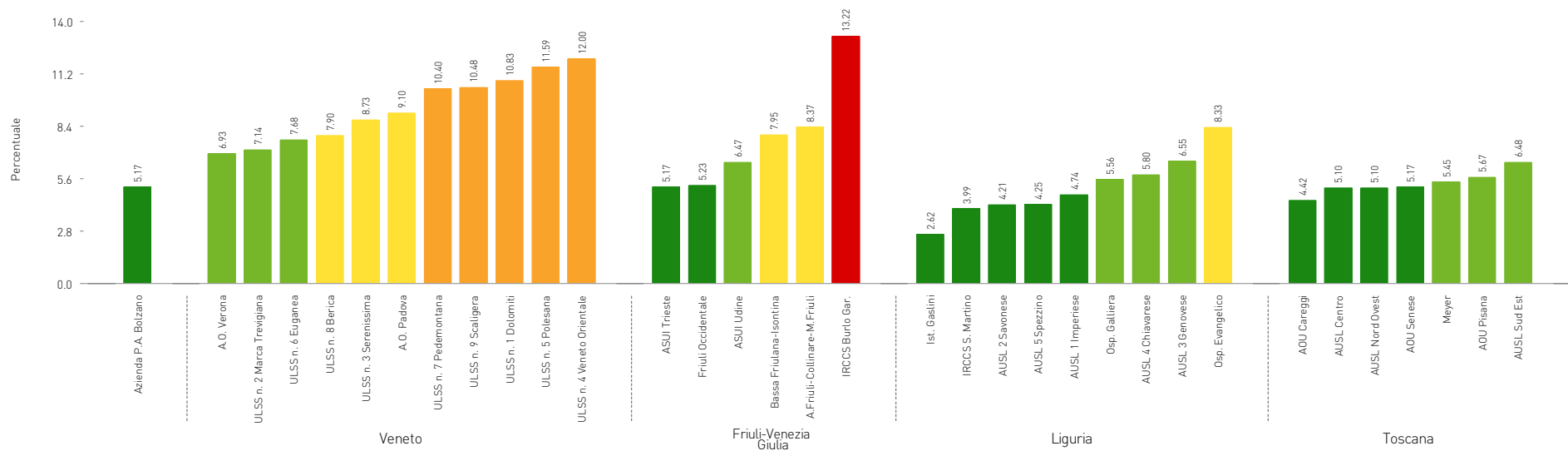
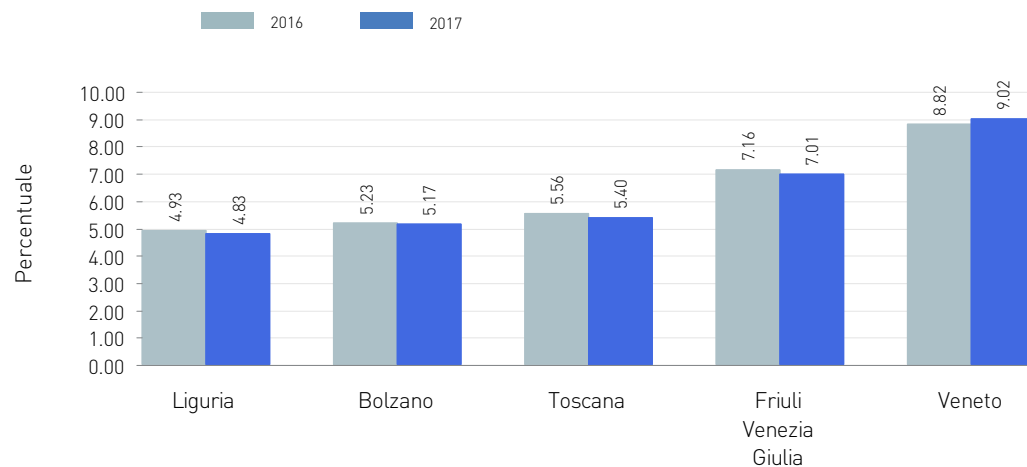
L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento dell'assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in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



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



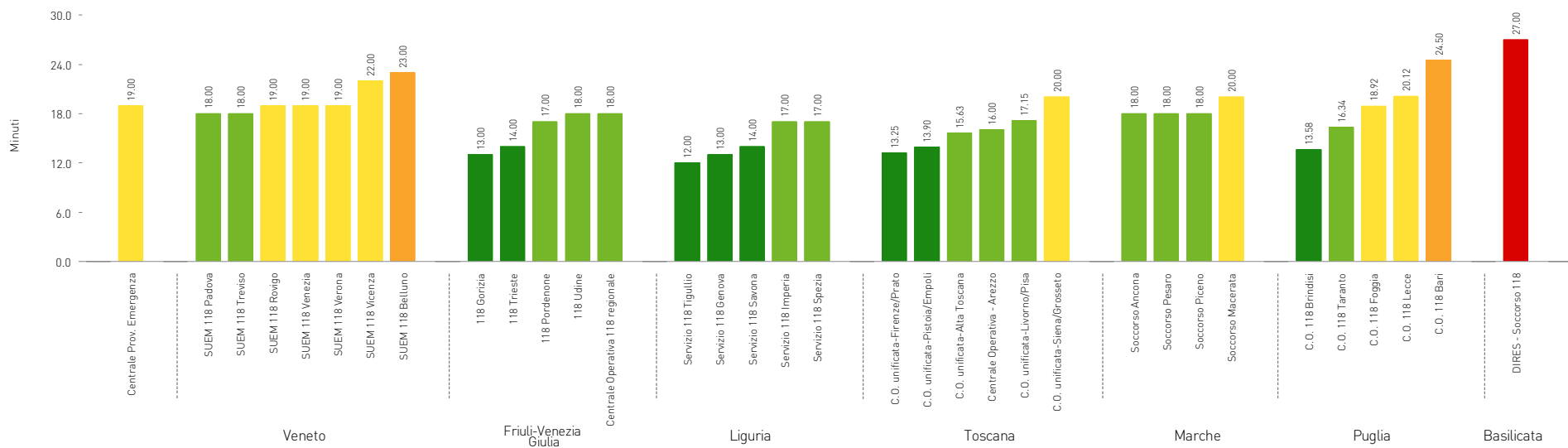
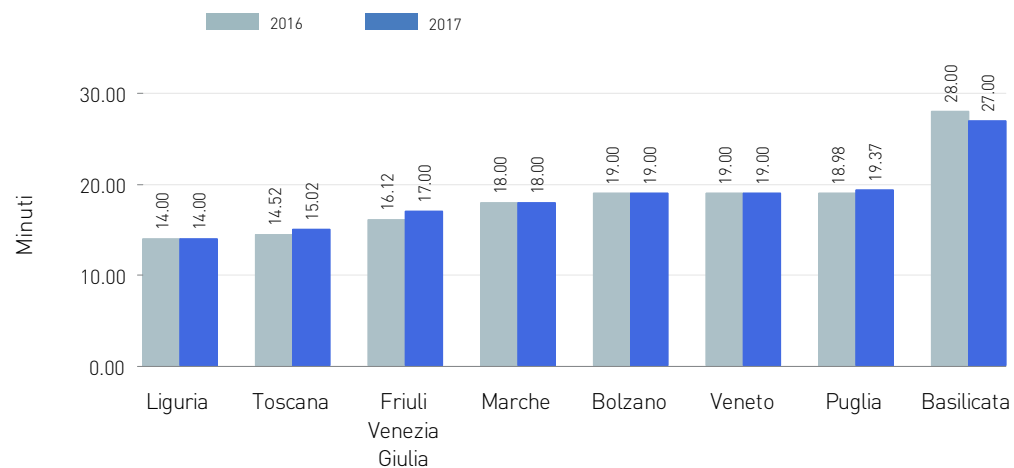
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS effettuati dai residenti regionali. Un ulteriore sviluppo di questo indicatore prevederà di focalizzare l'analisi degli accessi ripetuti in funzione delle diagnosi dei pazienti che vengono registrate di volta in volta.



C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)



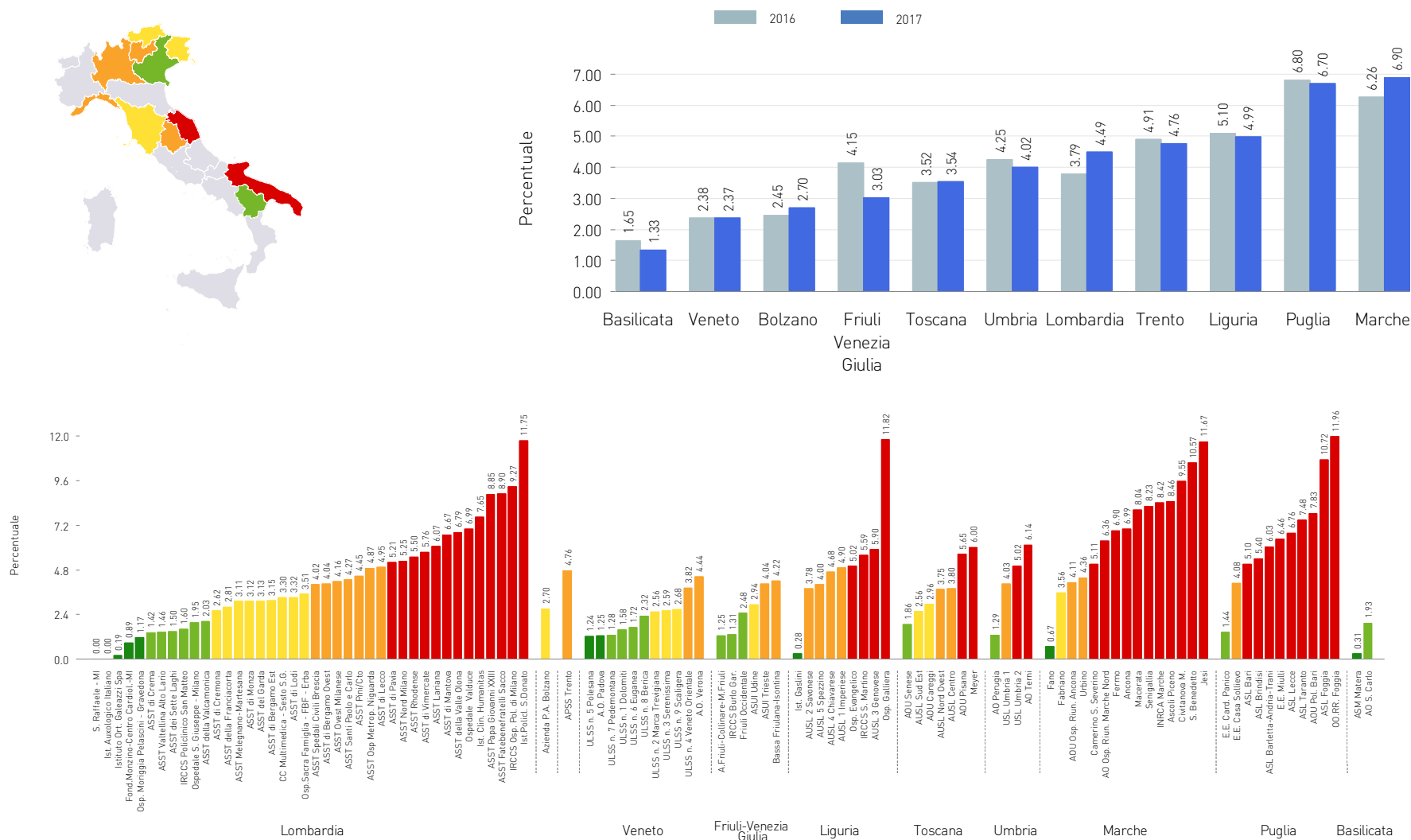
L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata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



D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso



Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, 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.

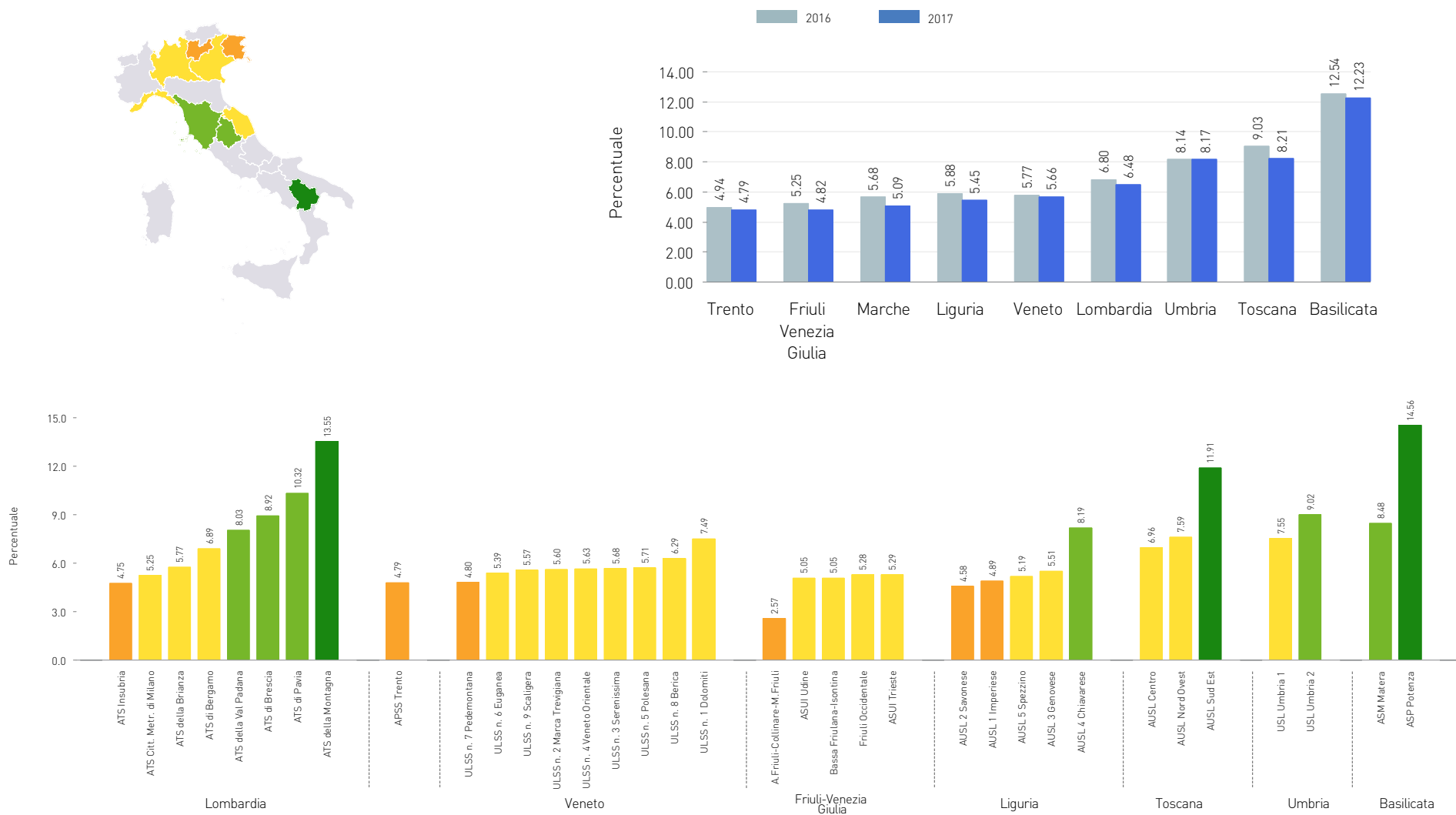


PREVENZIONE COLLETTIVA

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



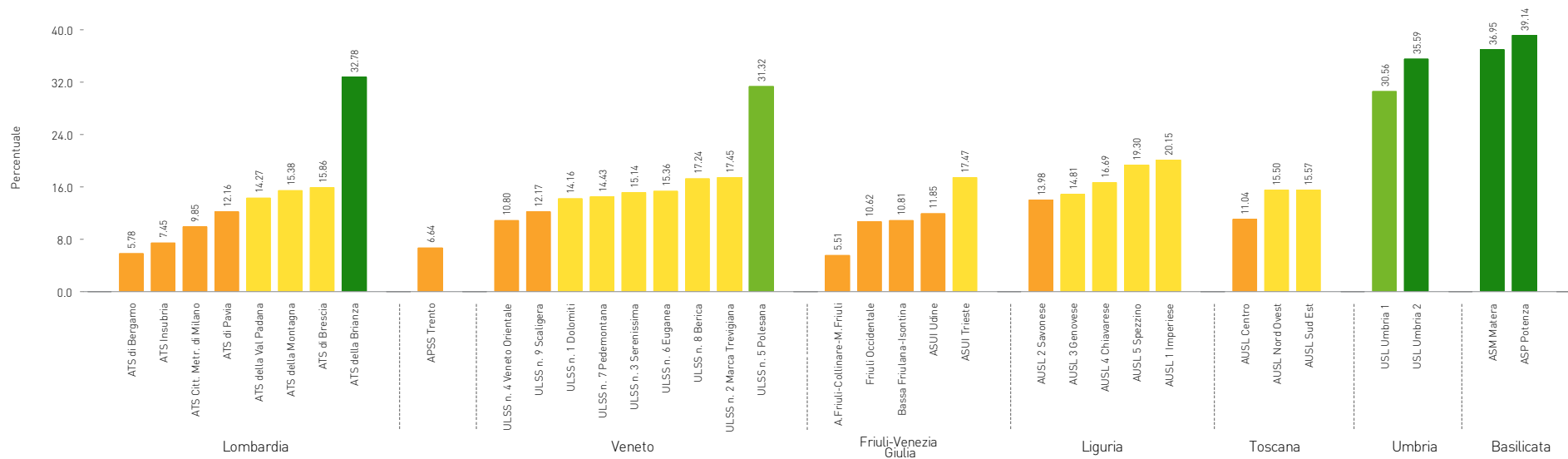
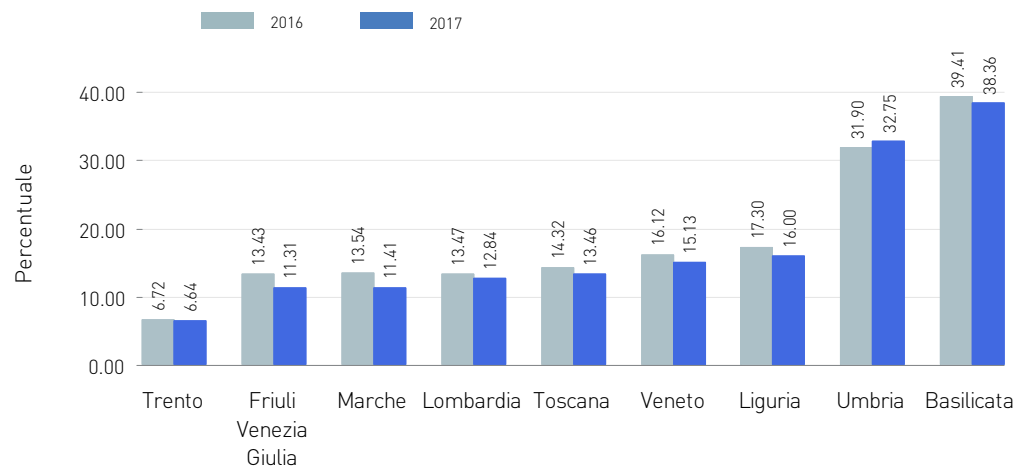
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controllo rapportata al numero di aziende con dipendenti.



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



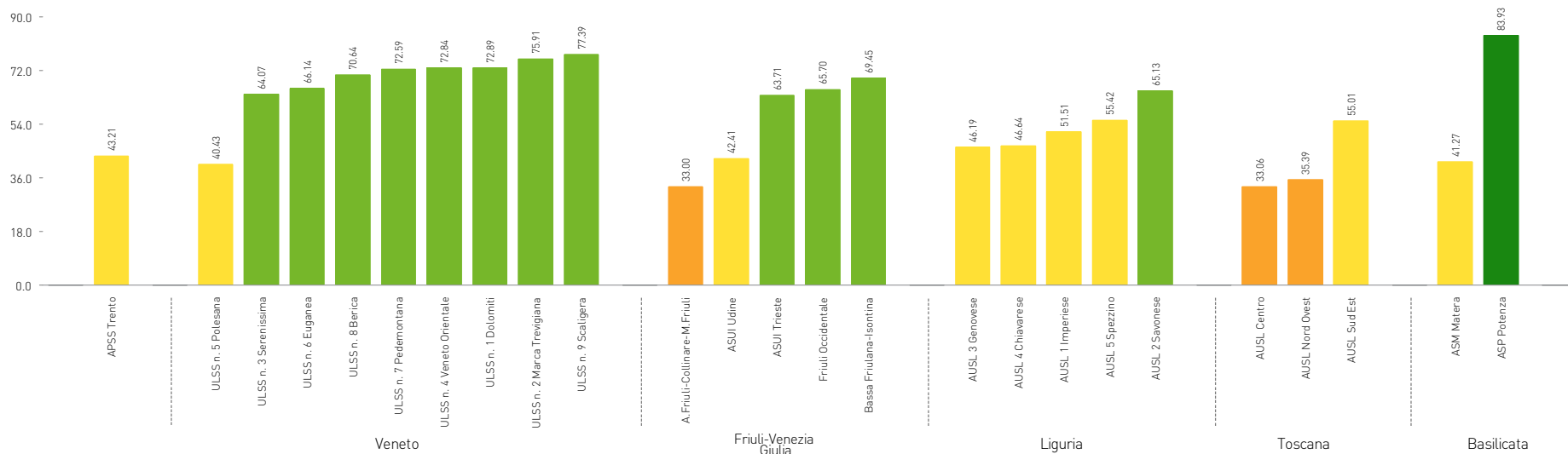
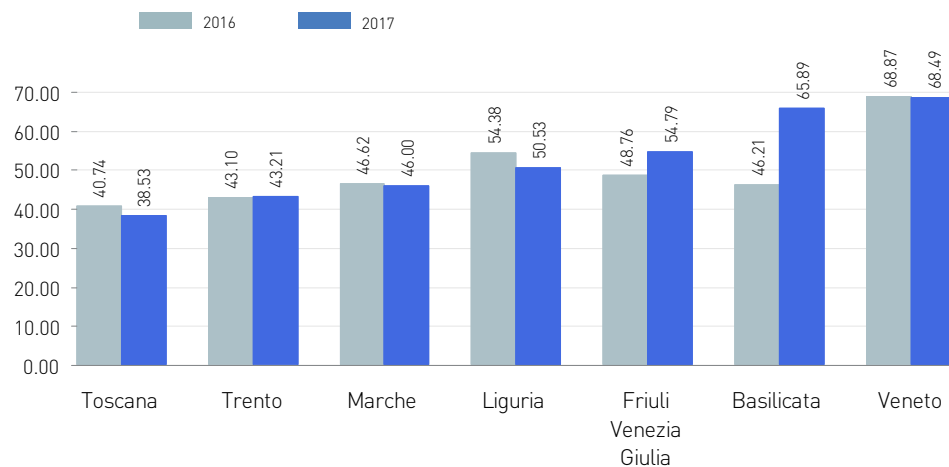
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.



F15.3.1 N. aziende ispezionate/N. personale UPG SP SAL



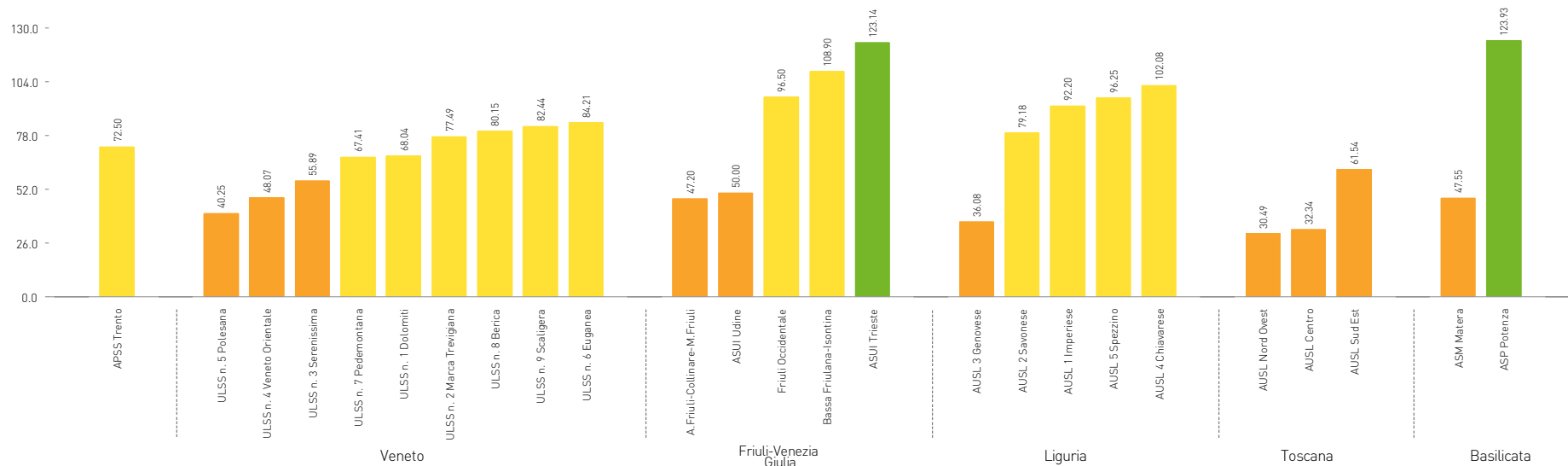
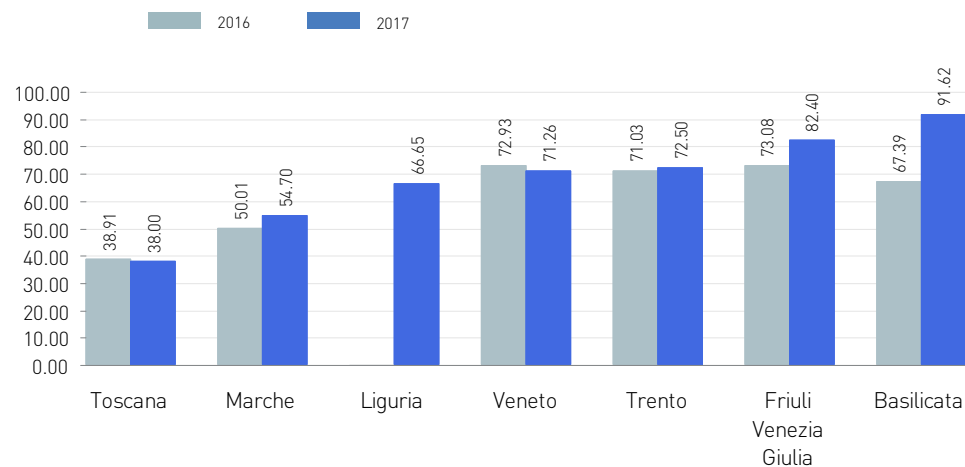
Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).



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



Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

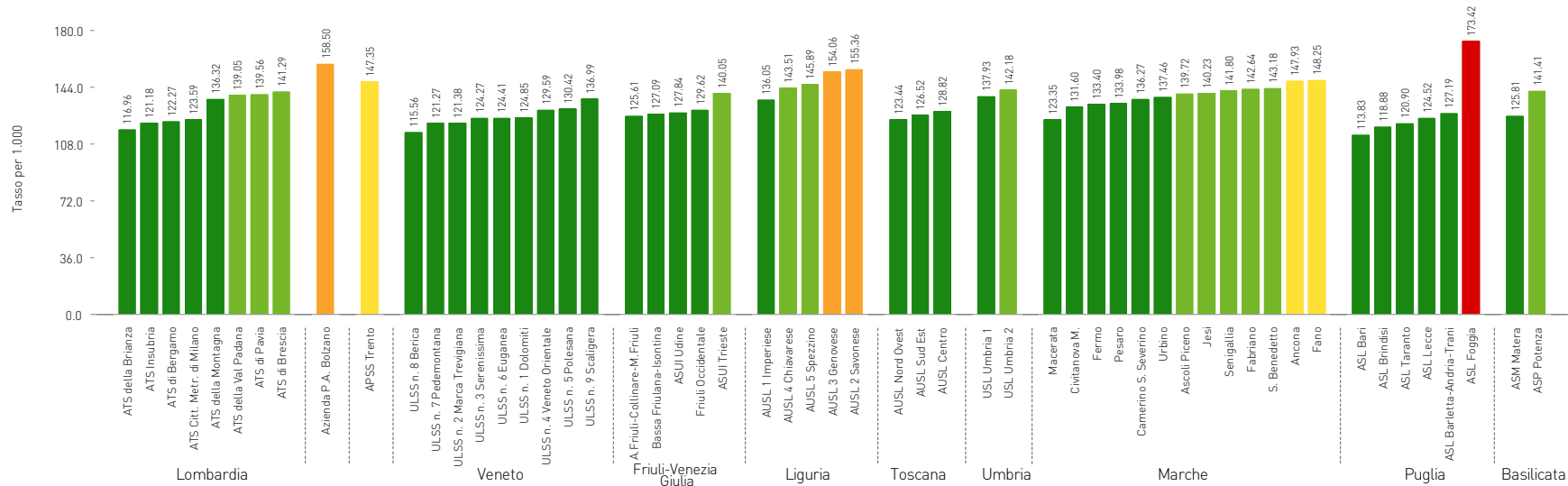
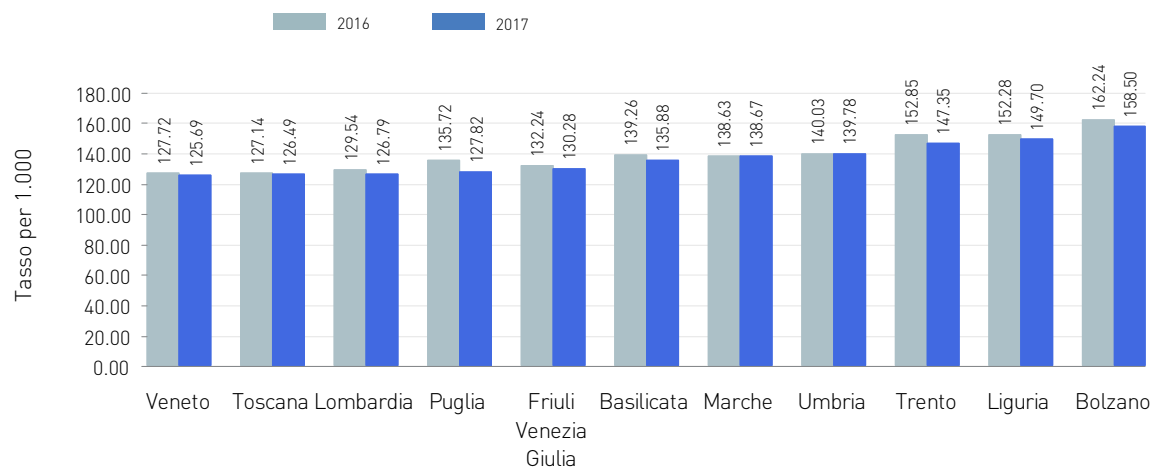


GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA

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



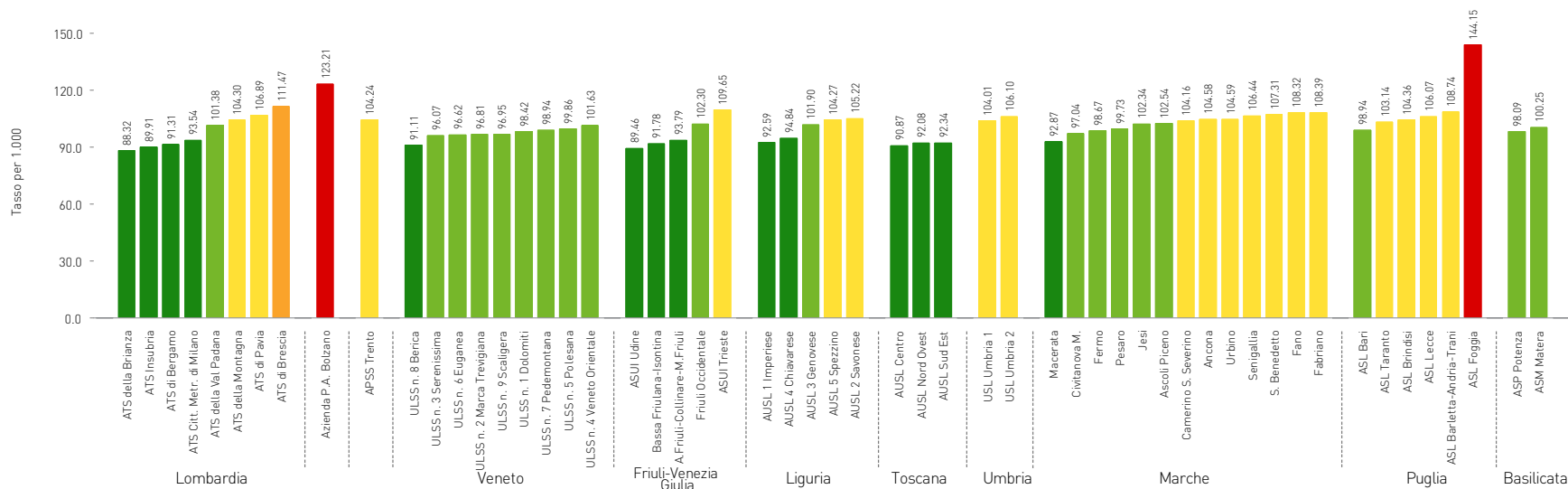
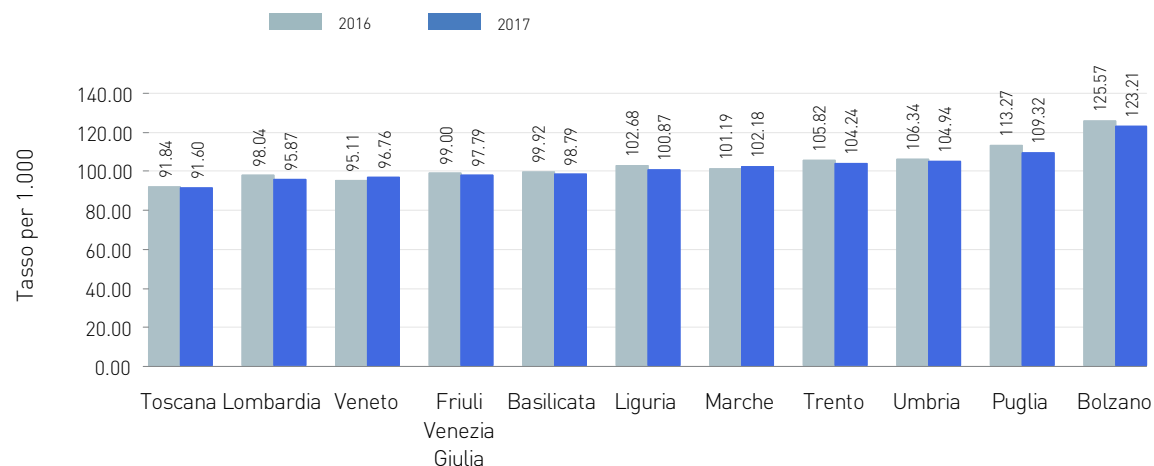
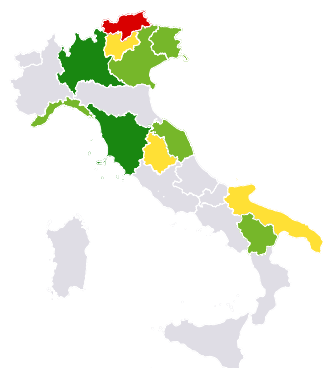
La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente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





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

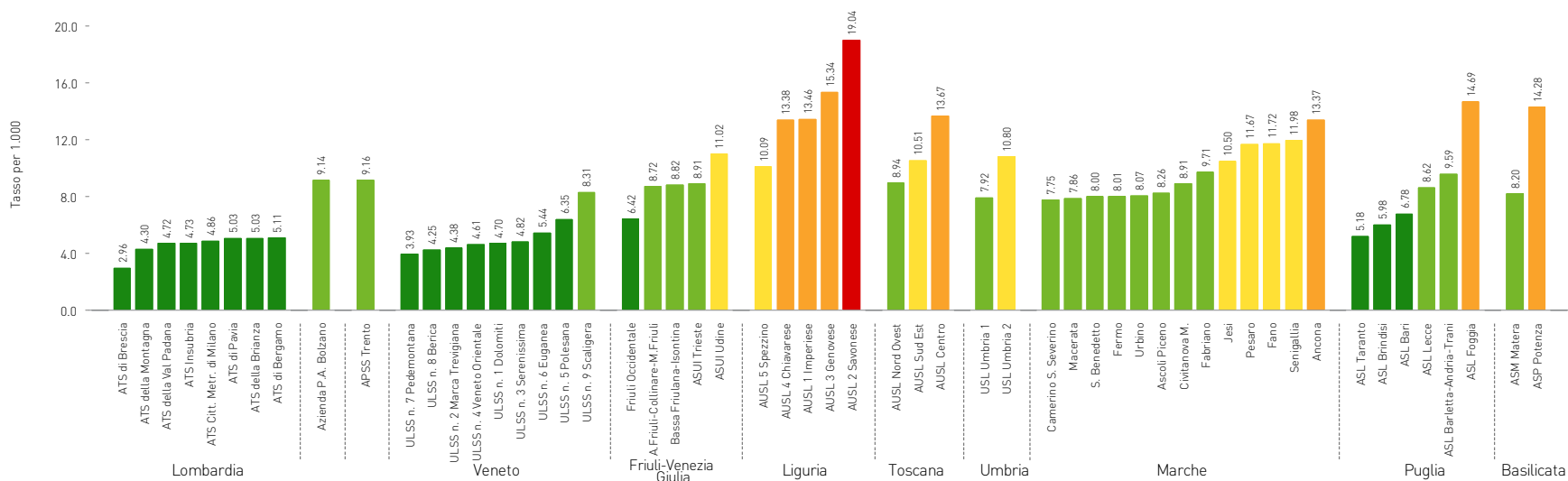
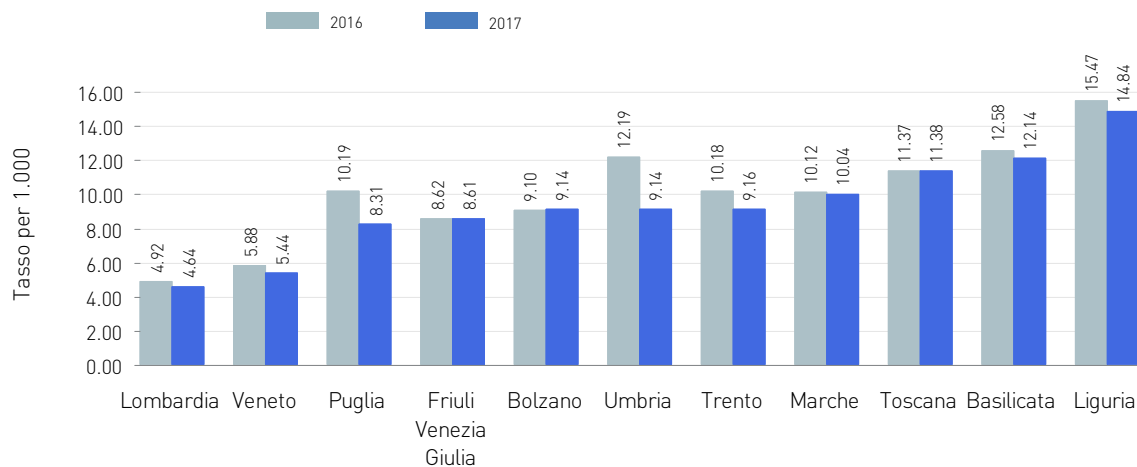
L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare 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.



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



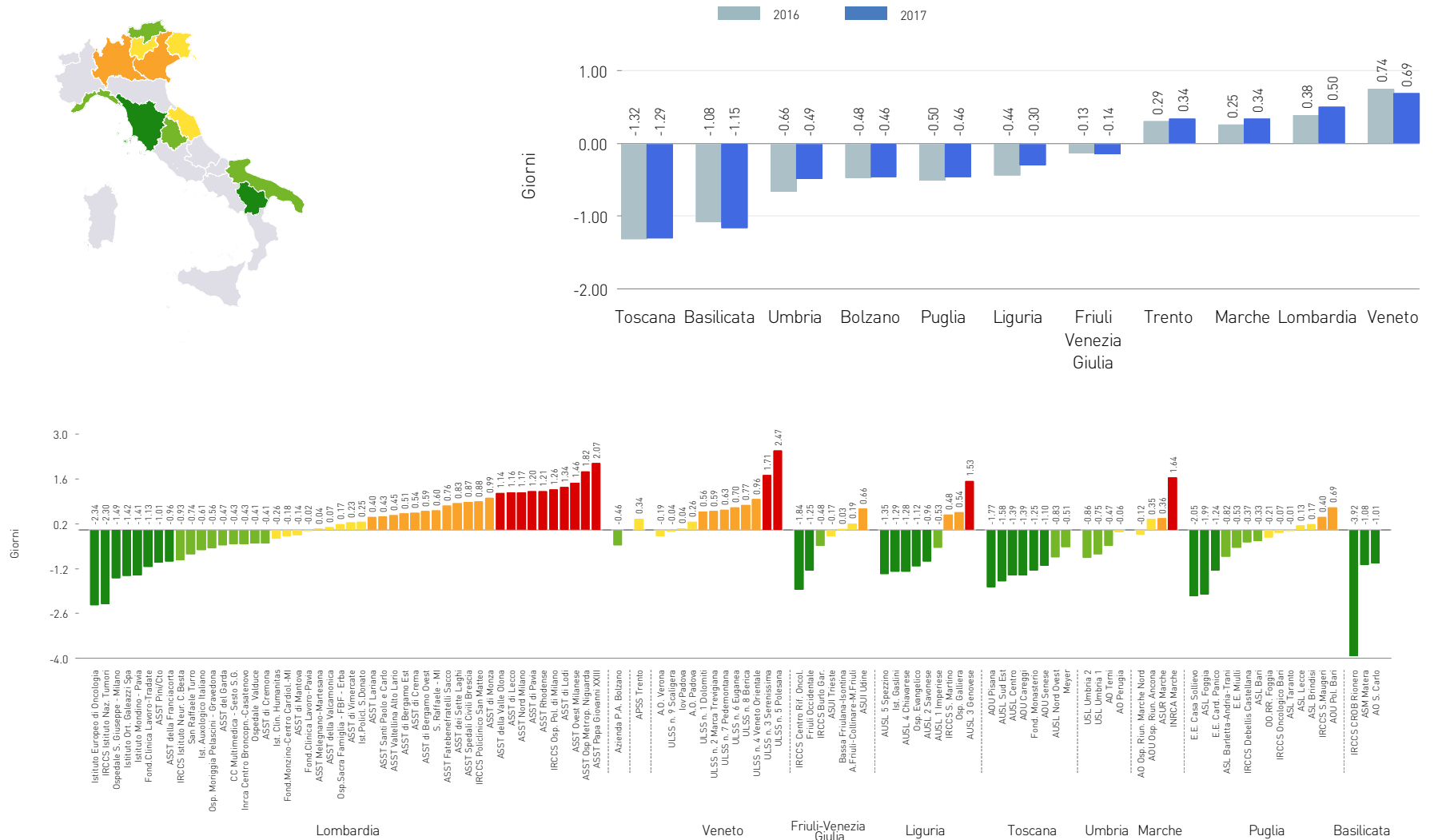
L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri medici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero.



C2a.M Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico



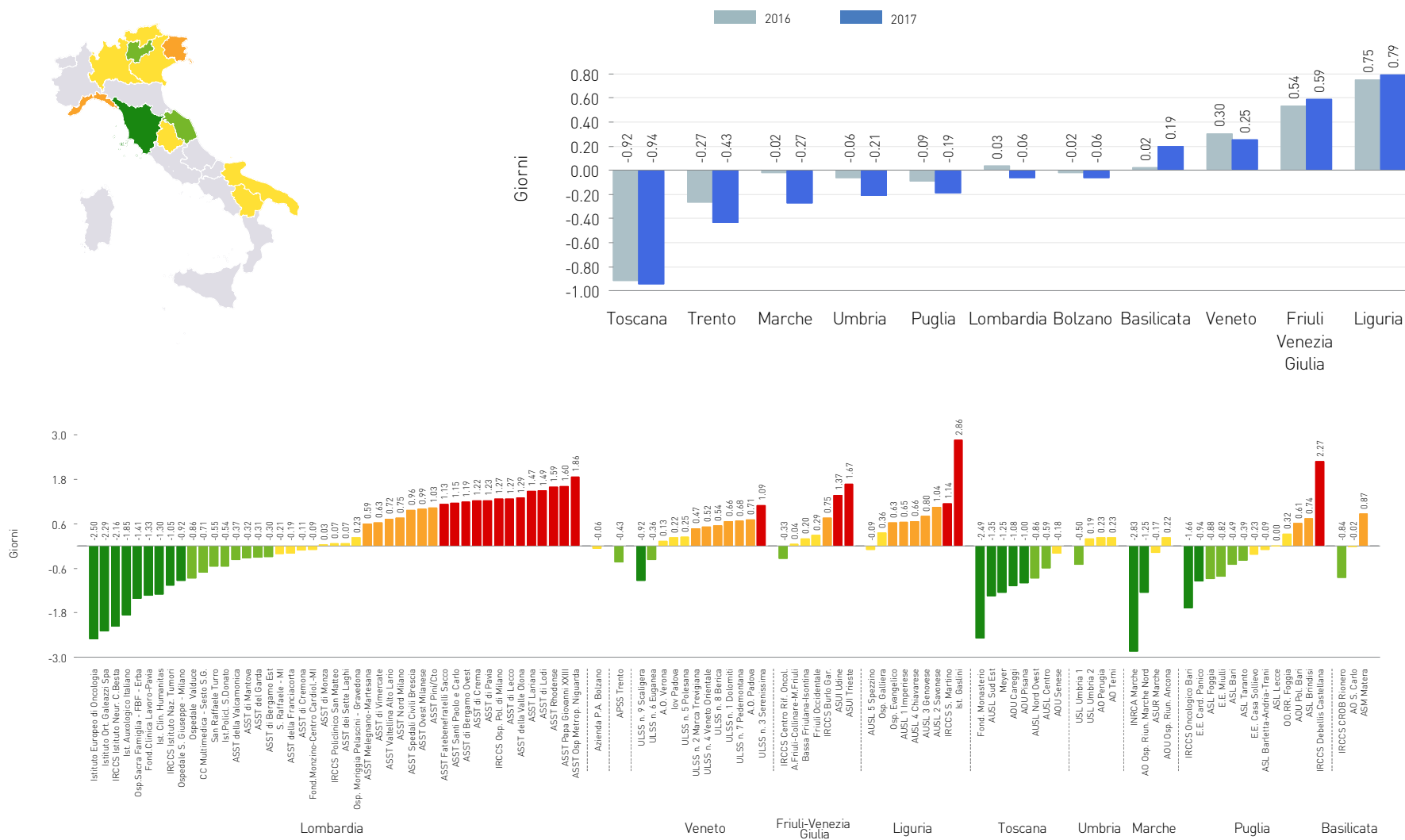
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: 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 monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.



C2a.C Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico



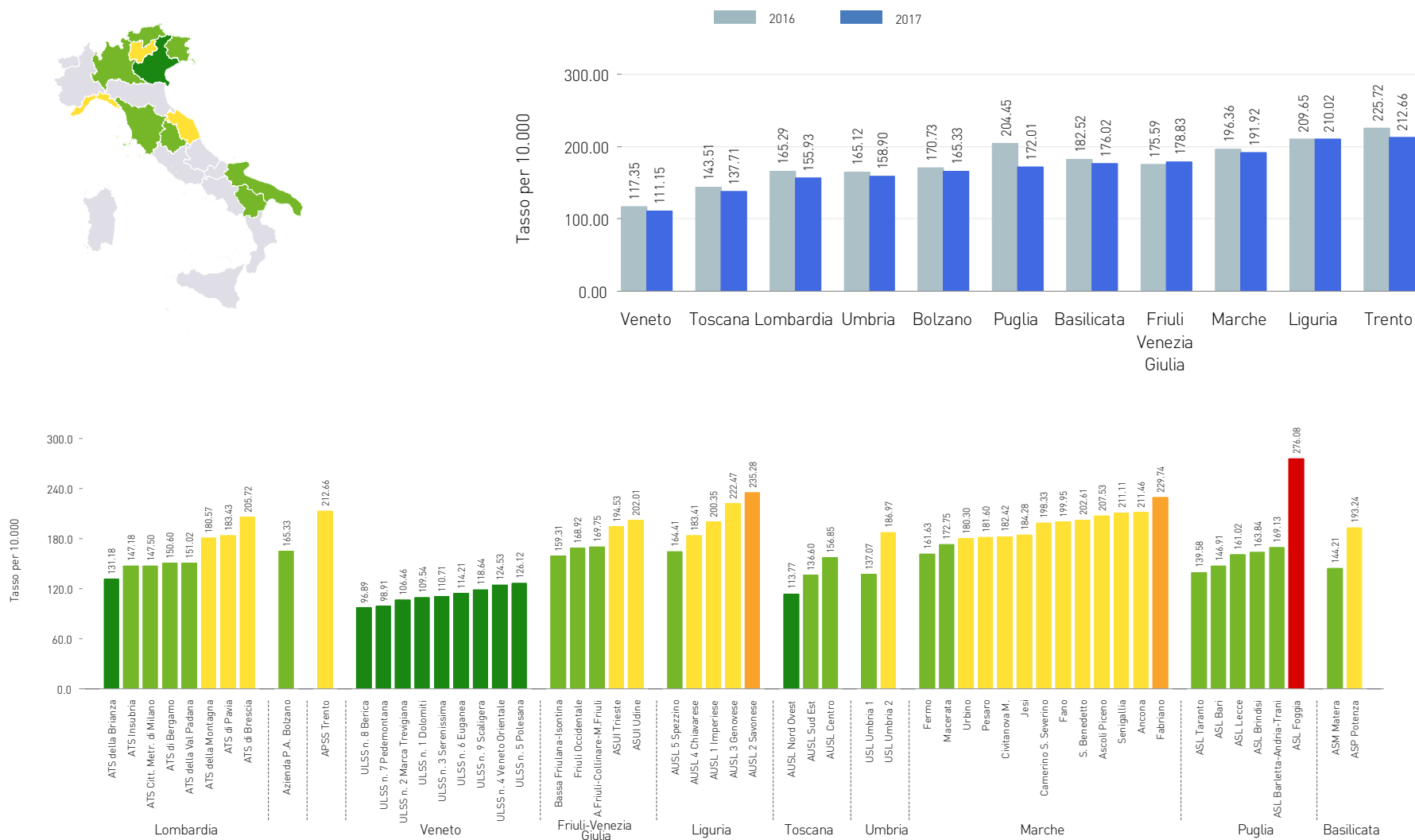
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: 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 monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.



C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti



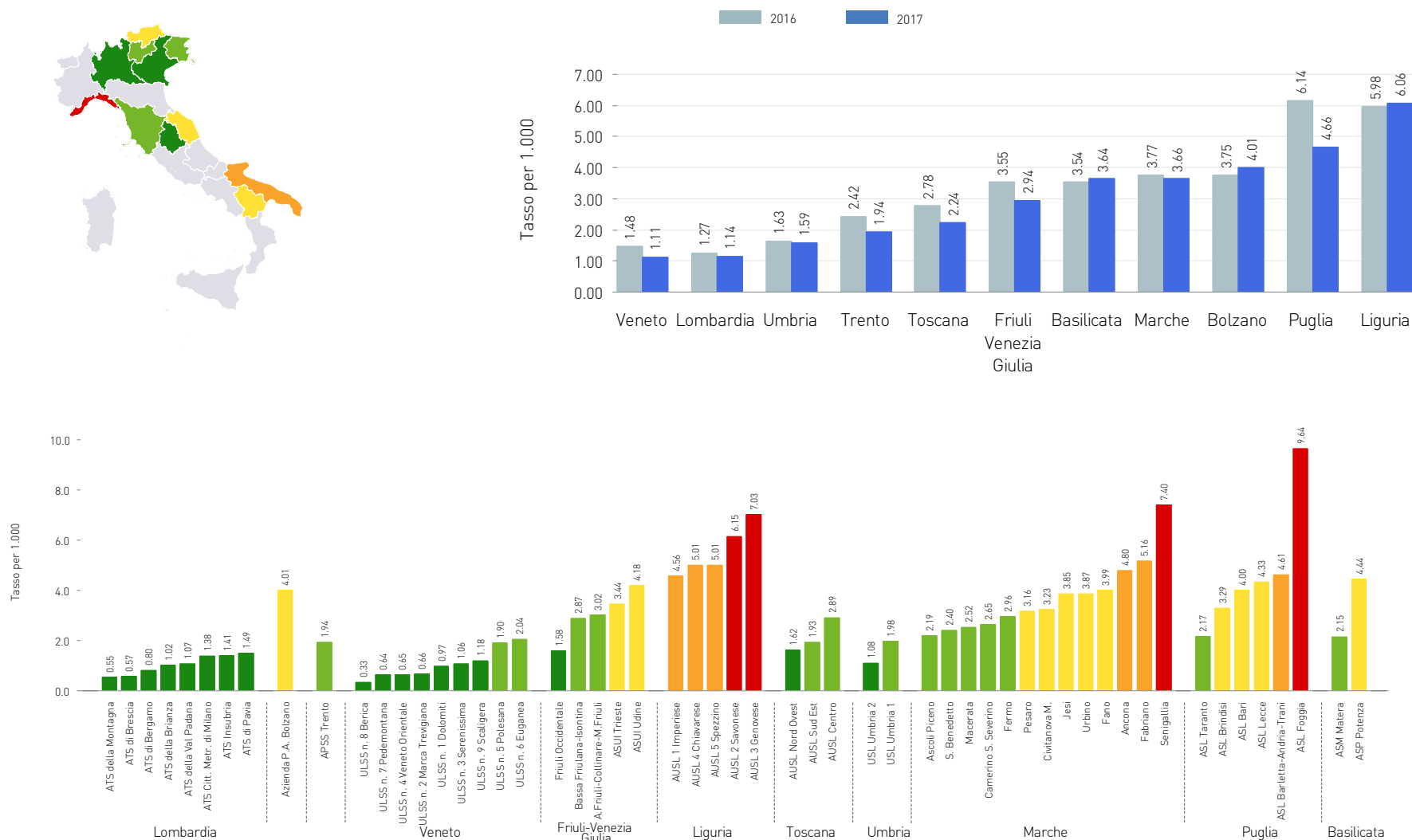
I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero,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



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



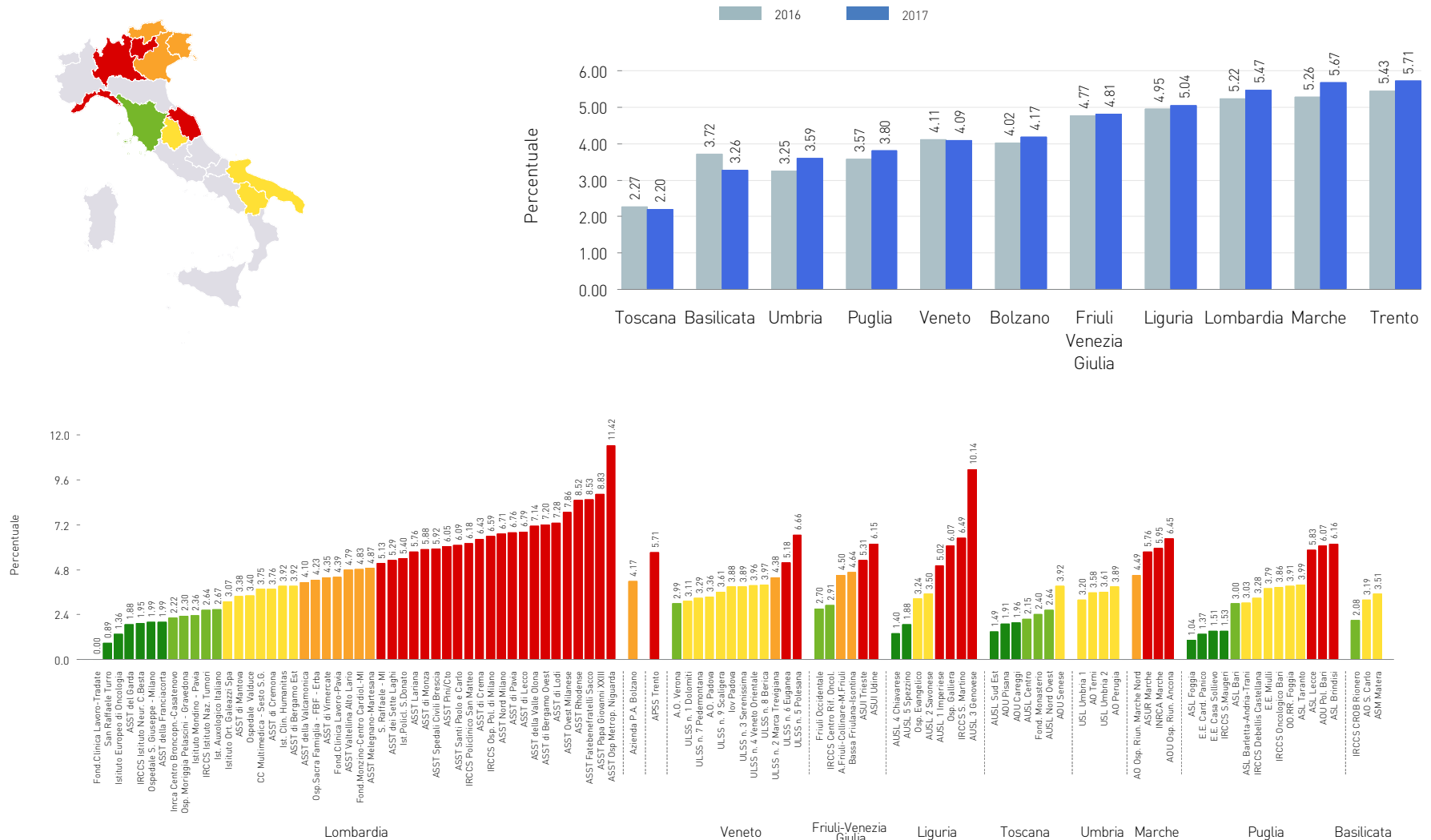
I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici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



C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni



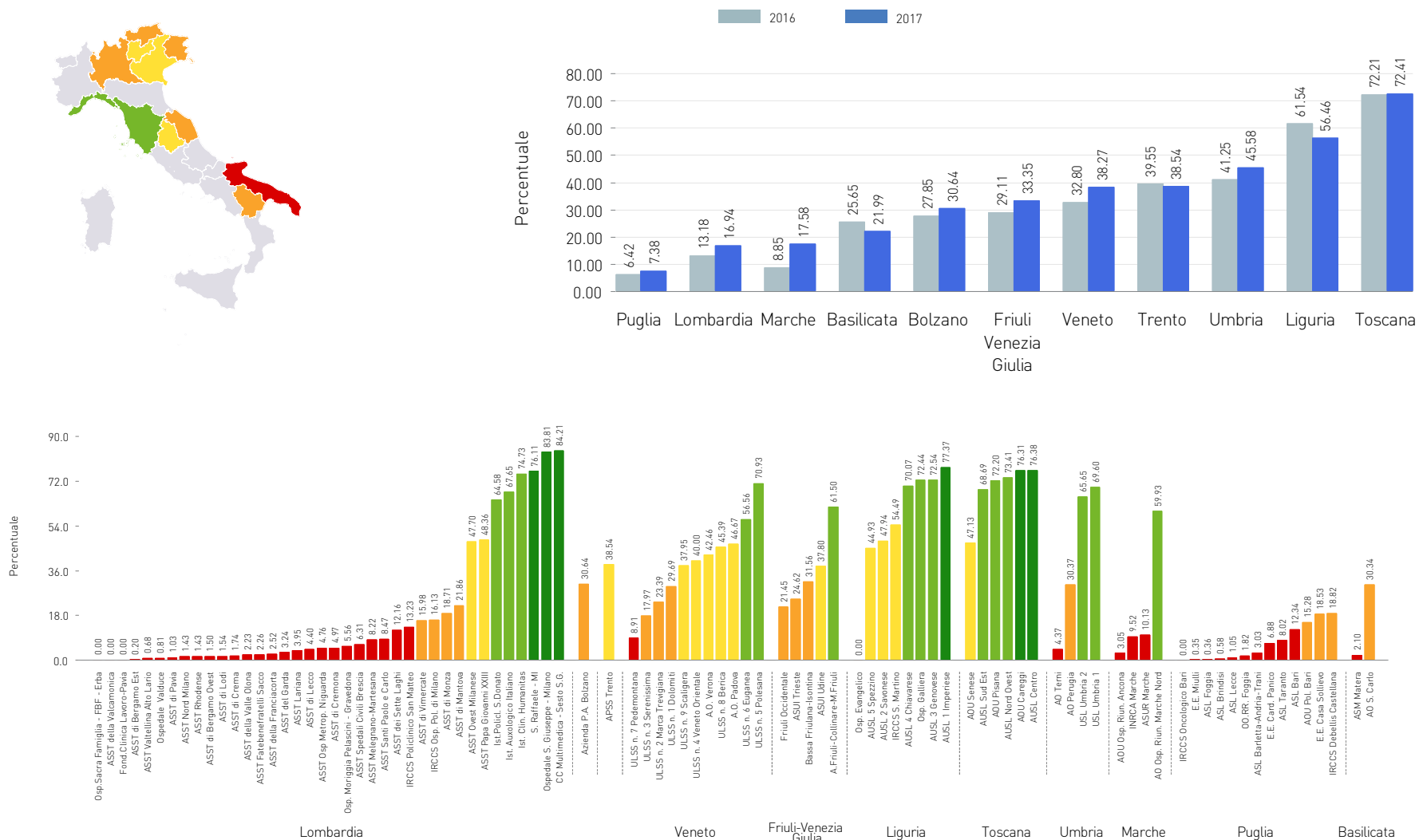
L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (ad es. mancanza di strutture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



C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o Ricovero Ordinario di 0-1 gg



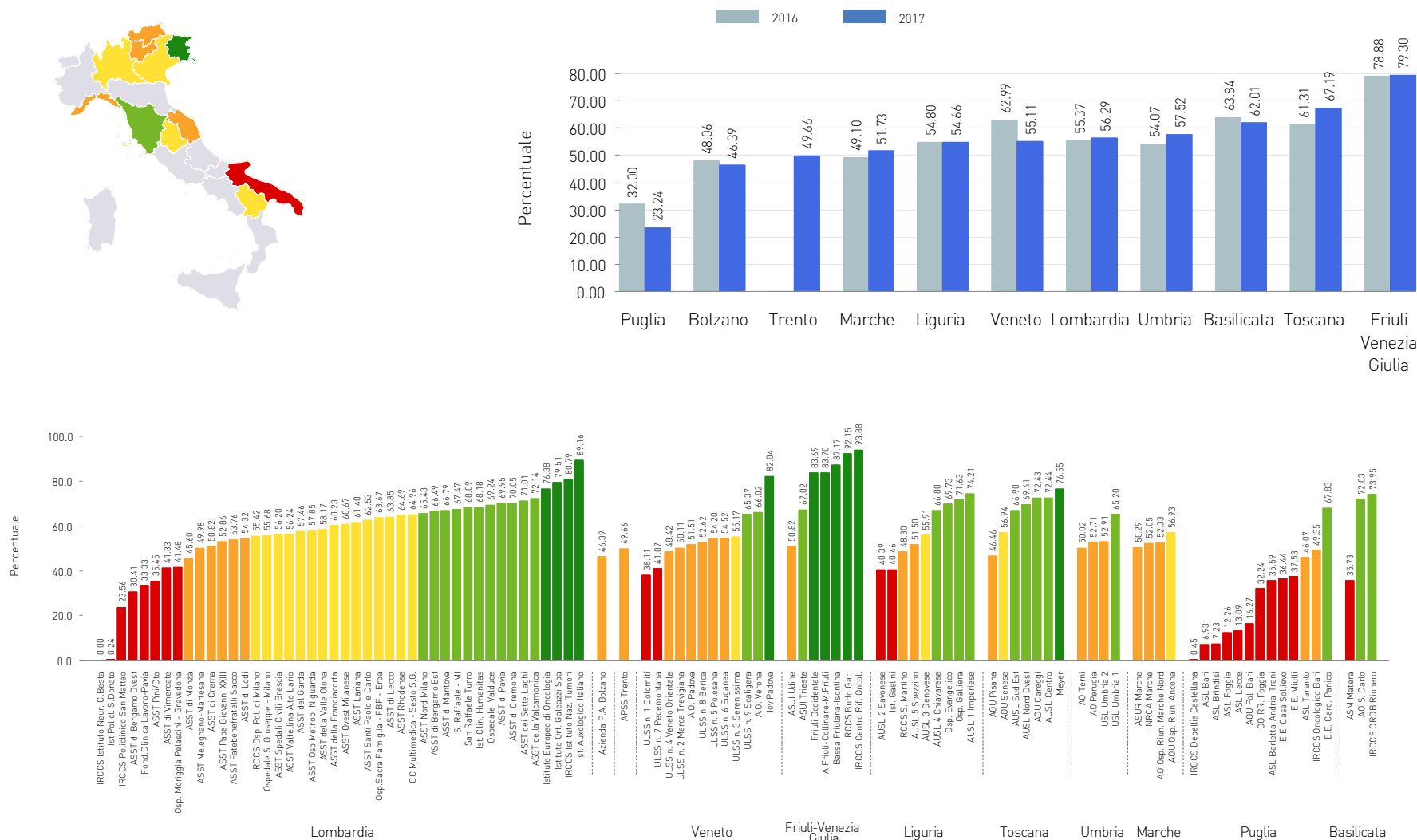
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario 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 complinanze legate ad un ricovero in urgenza (Litwin, Cahán 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).



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



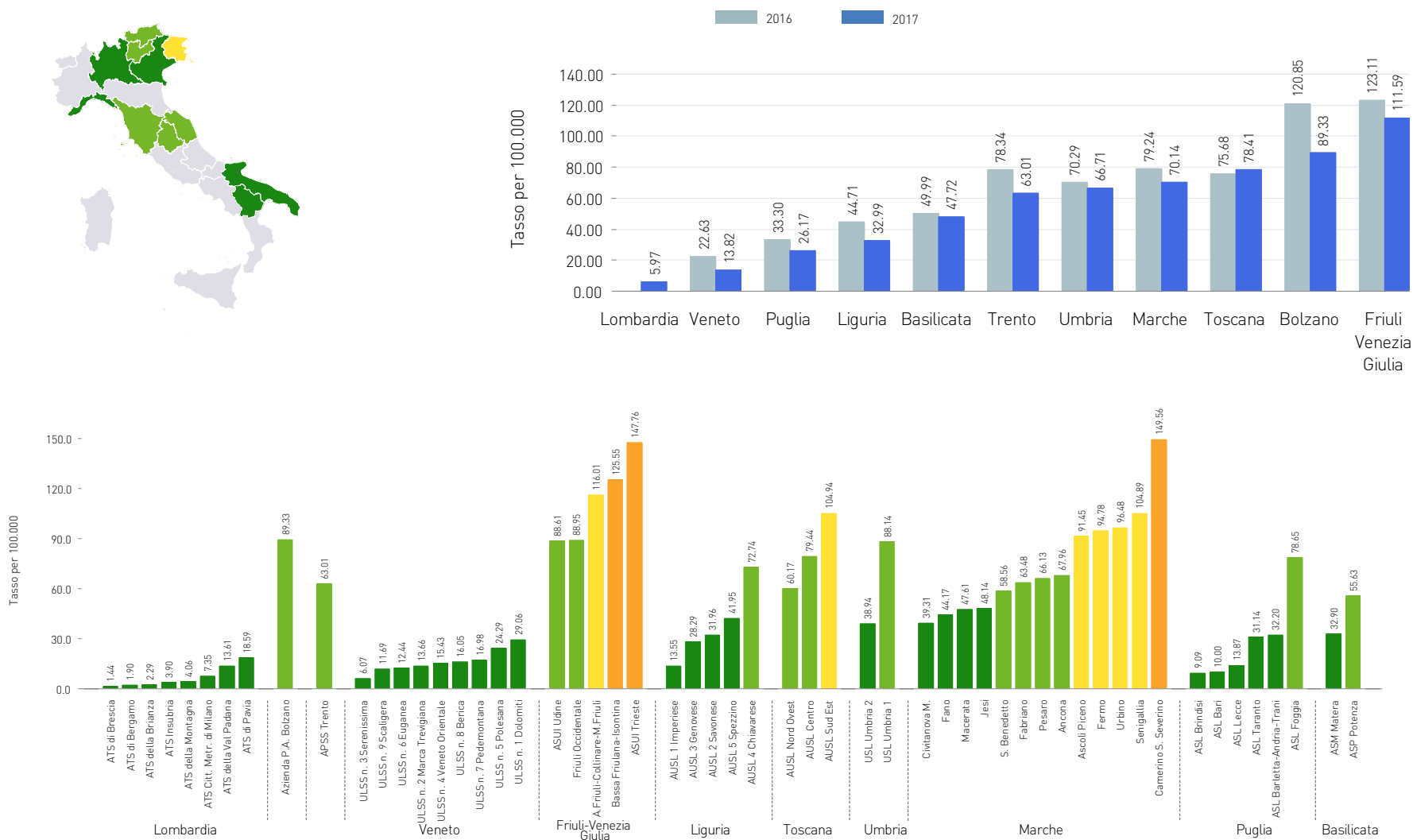
Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo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



C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping delle vene



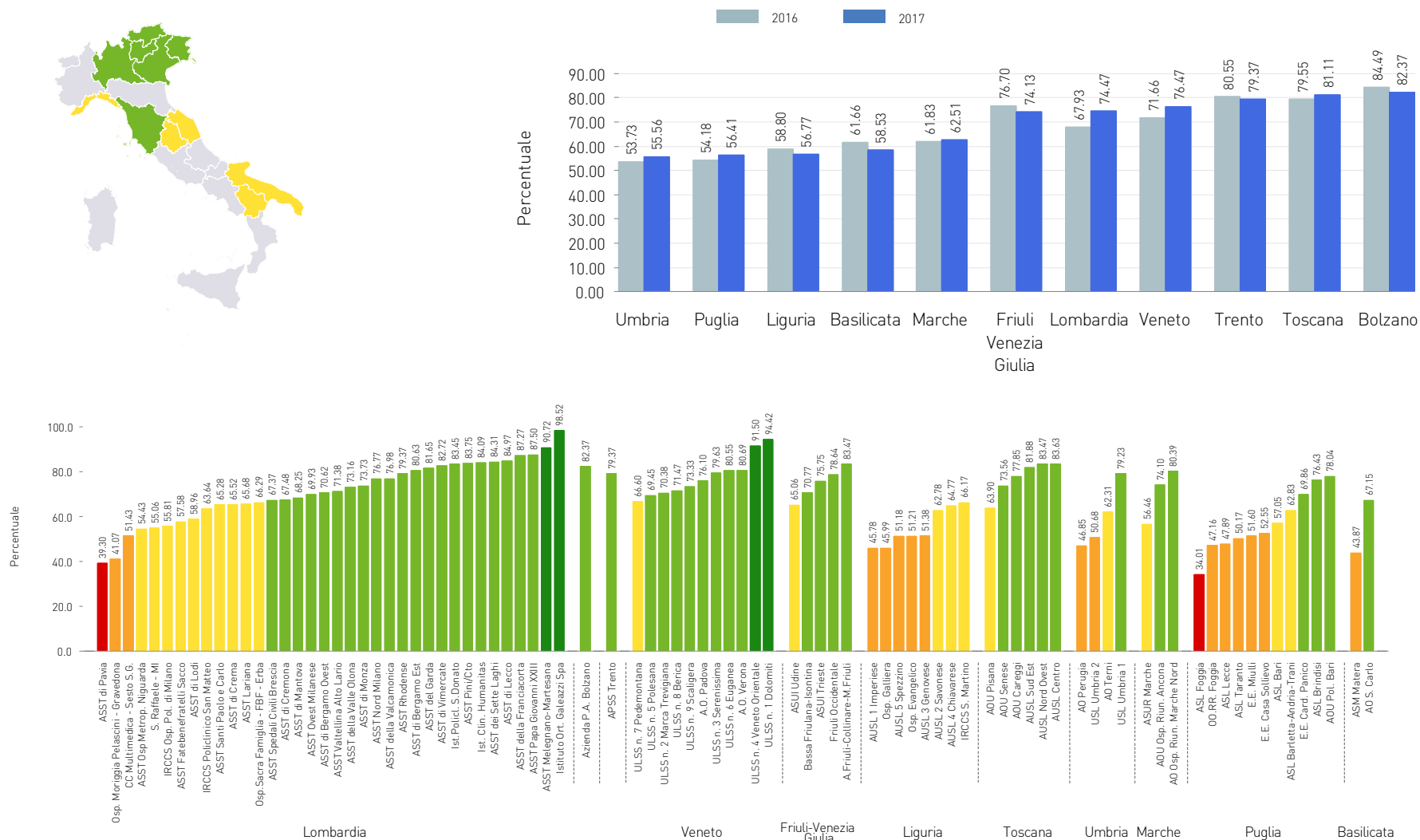
La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità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





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

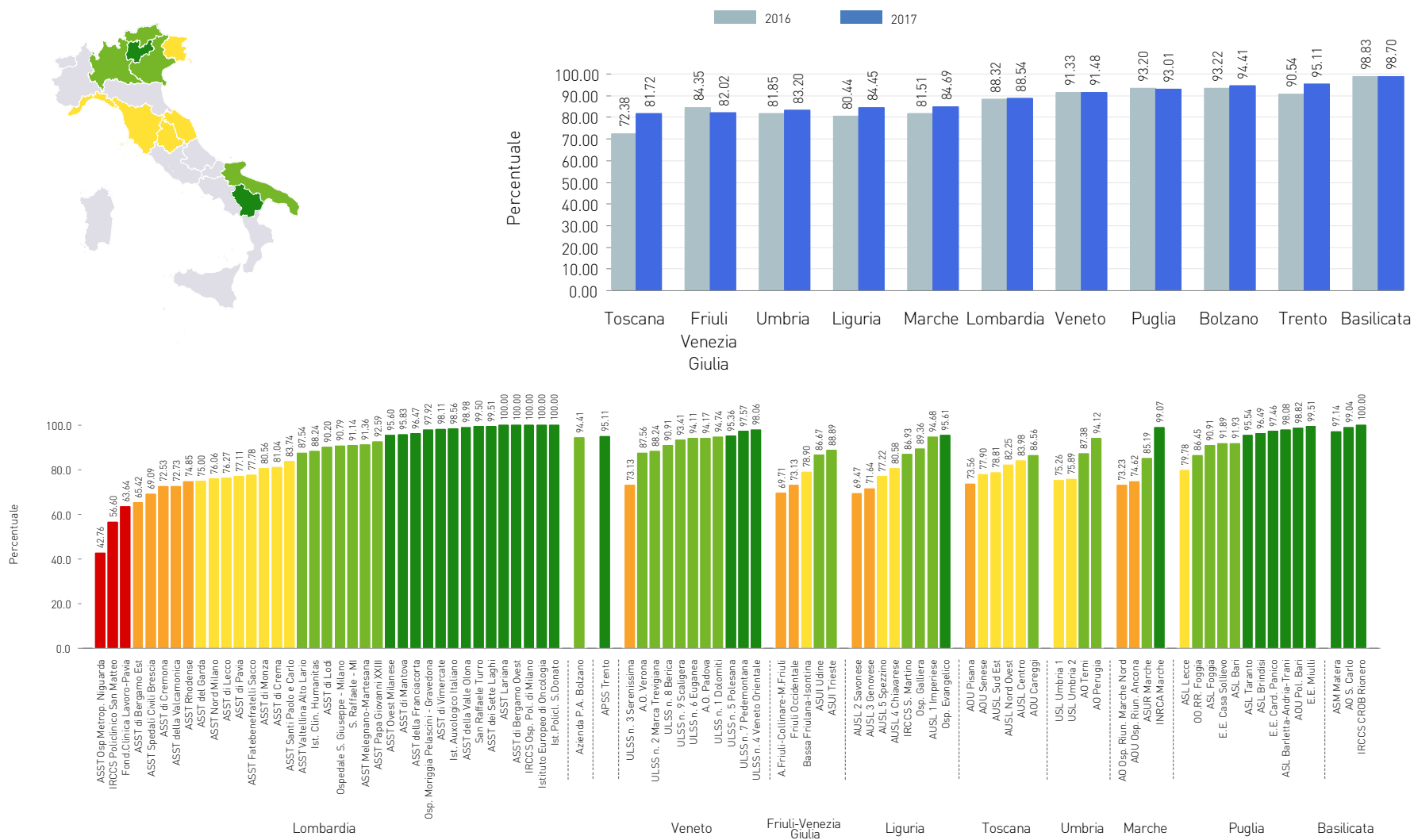
La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del *case mix*. Queste Linee Guida hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e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



C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali



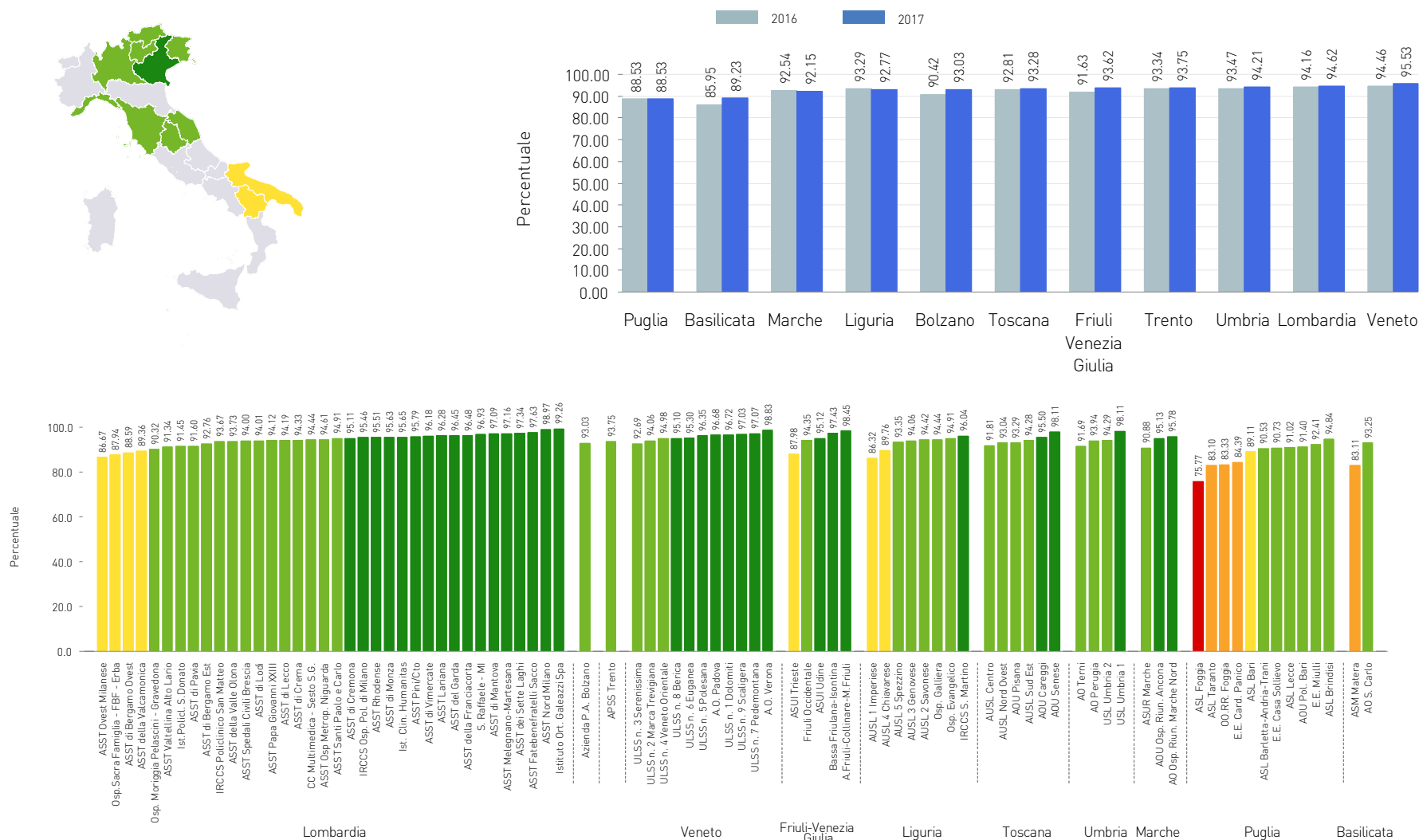
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce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





C5.12 Percentuale di fratture del collo del femore operate rispetto alle fratture diagnosticate

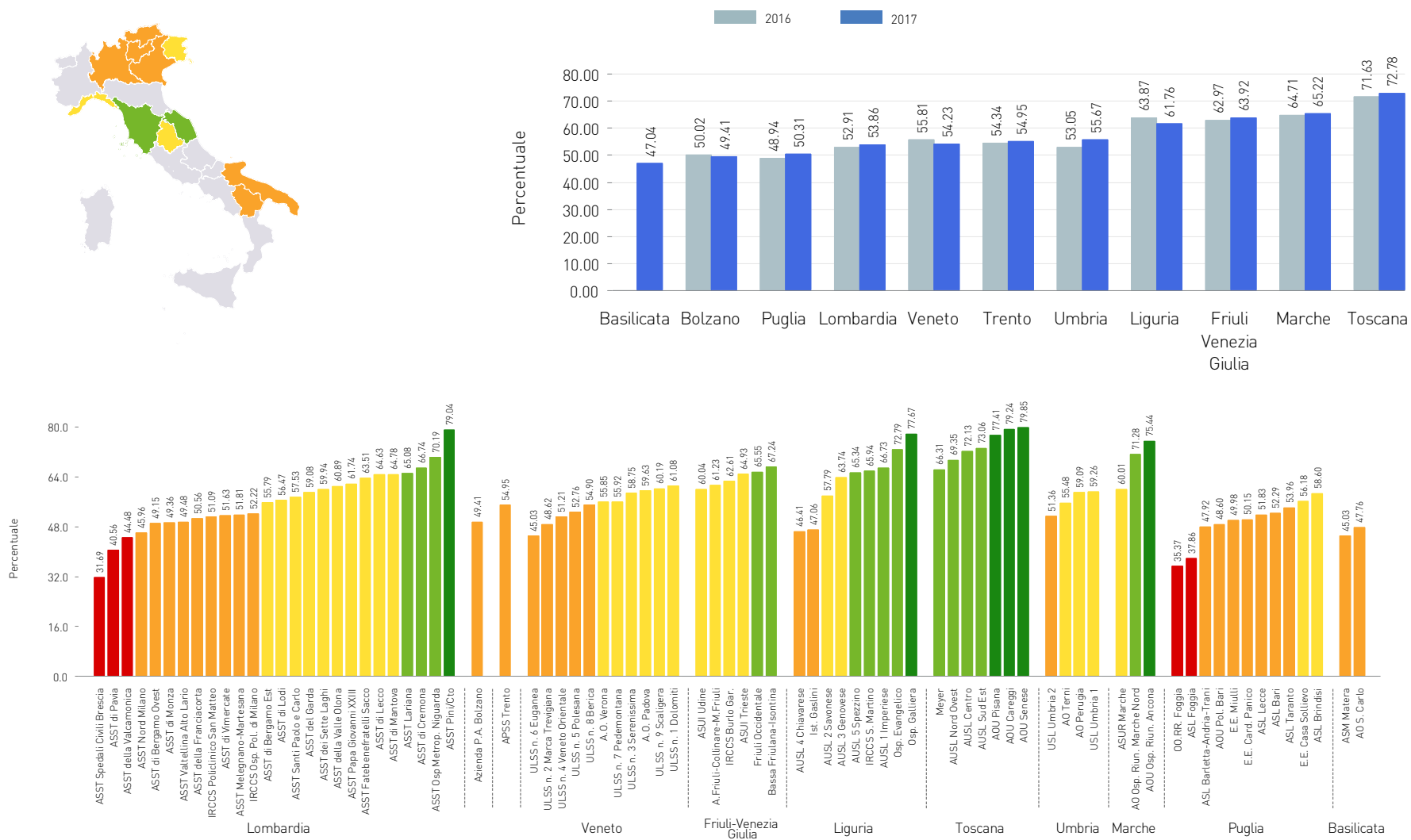
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità ad un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un incremento degli interventi di emi-artroplastica pari a 10 volte. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine. Perciò, se è importante la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore vengono operati, e' preliminare e ancora più importante che essi siano innanzitutto sottoposti a intervento chirurgico. Questo indicatore monitora quanti fratturati di femore vengono effettivamente operati, lasciando la valutazione della tempistica di intervento all'indicatore C5.2 - Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni.



C16.7 Percentuale di ricoveri ospedalieri da Pronto soccorso in reparti chirurgici, con DRG chirurgico alla dimissione



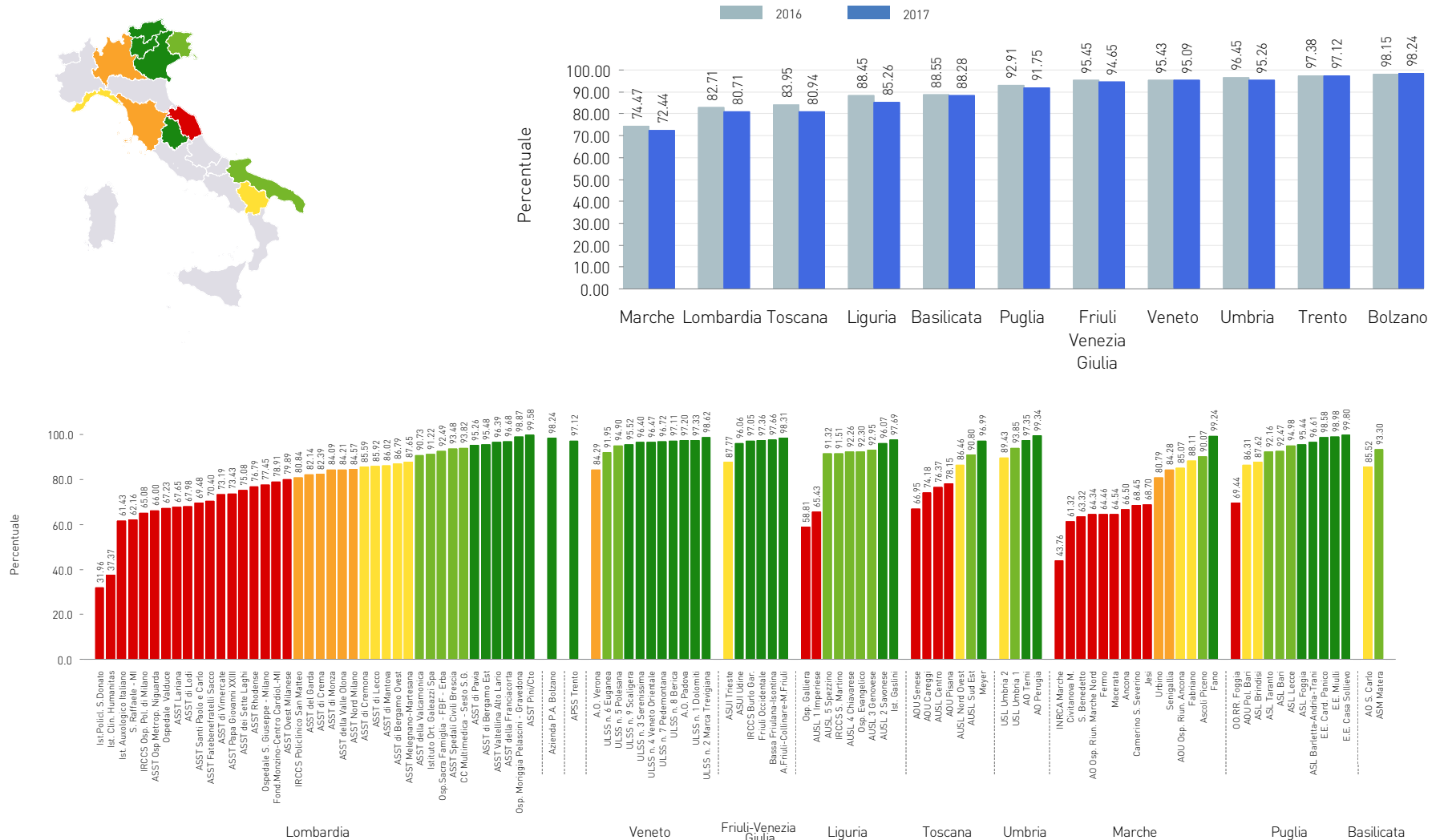
L'indicatore C16.7 è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico, rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico.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





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

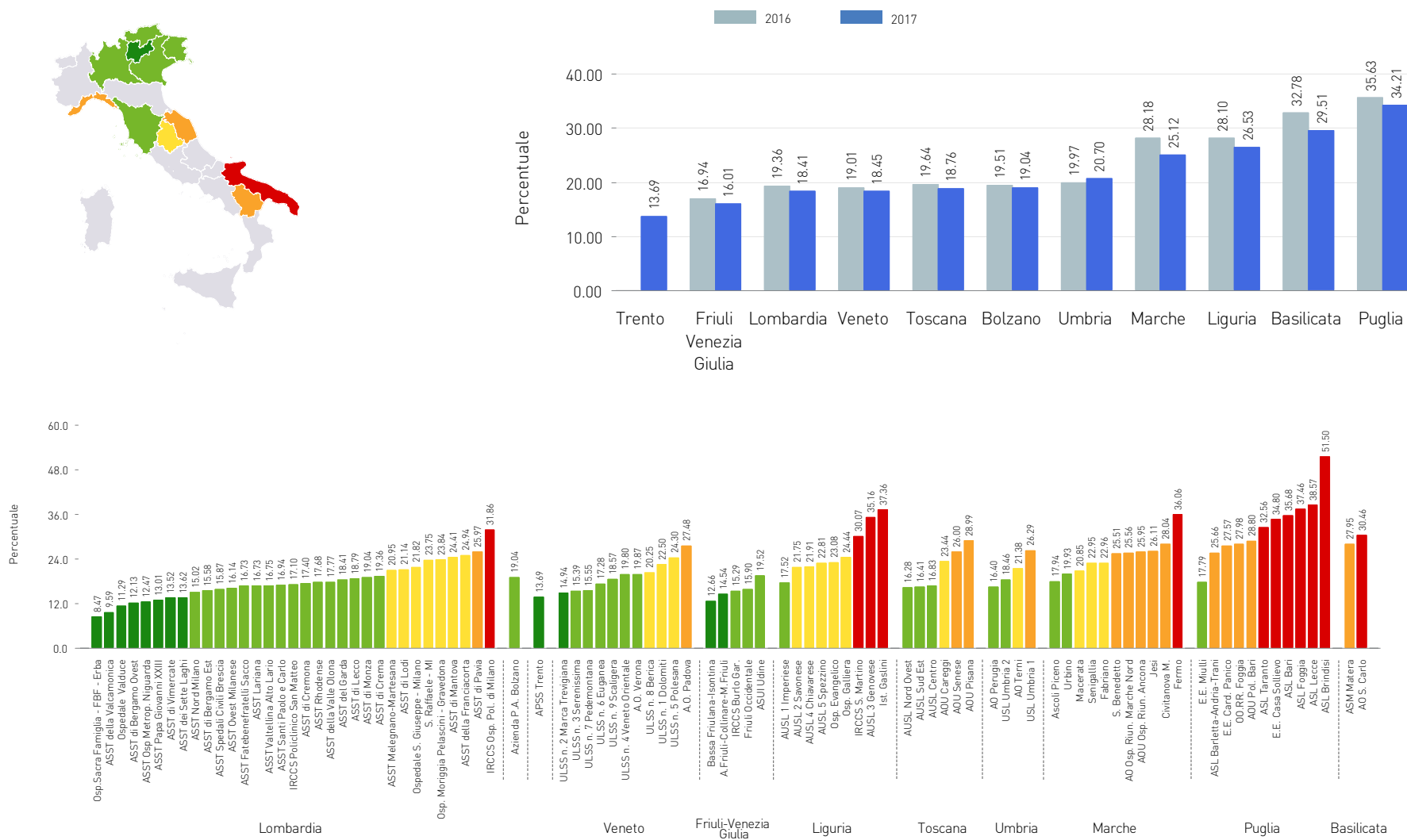
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.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



C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)



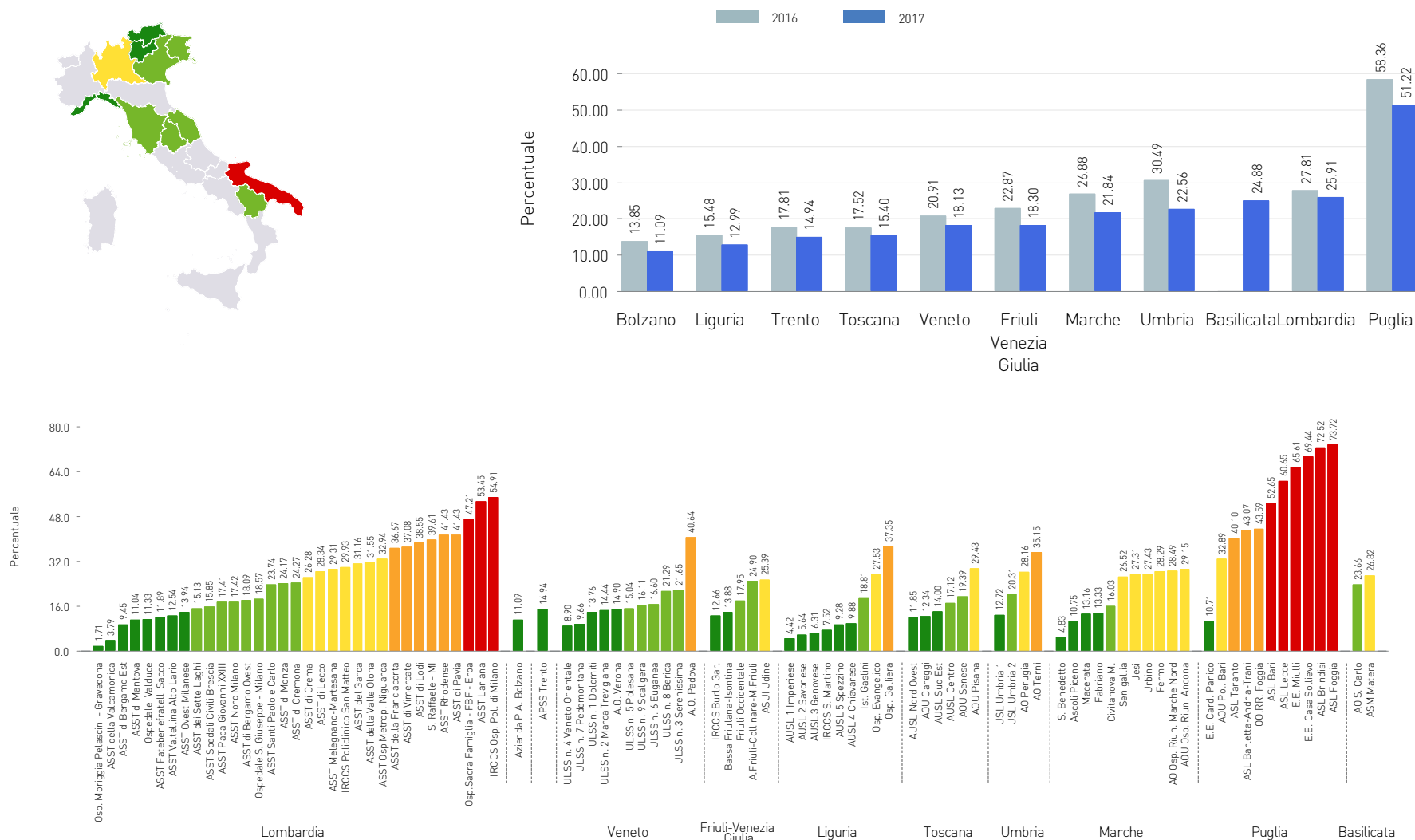
Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un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



C7.3 Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)



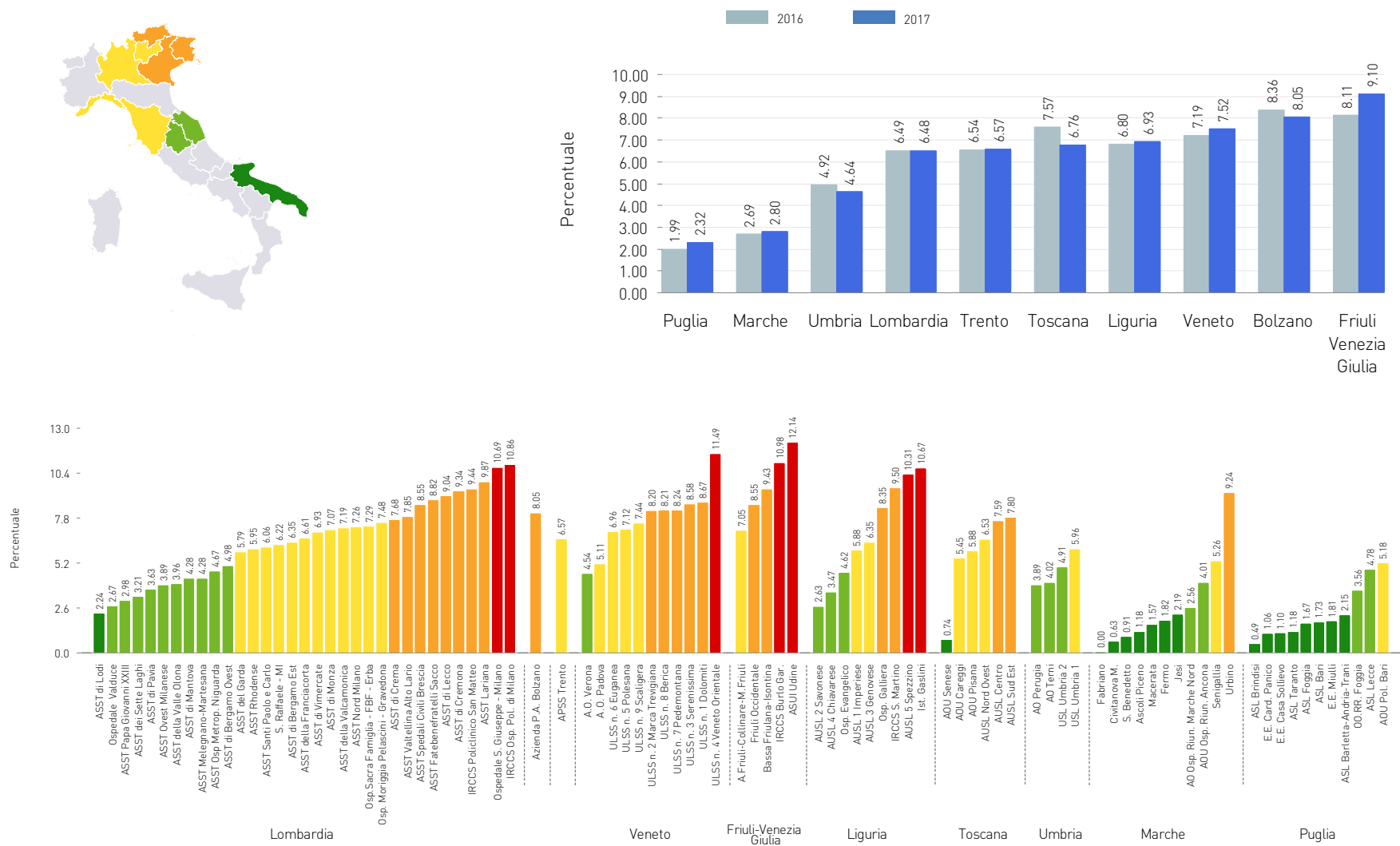
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia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



C7.6 Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe



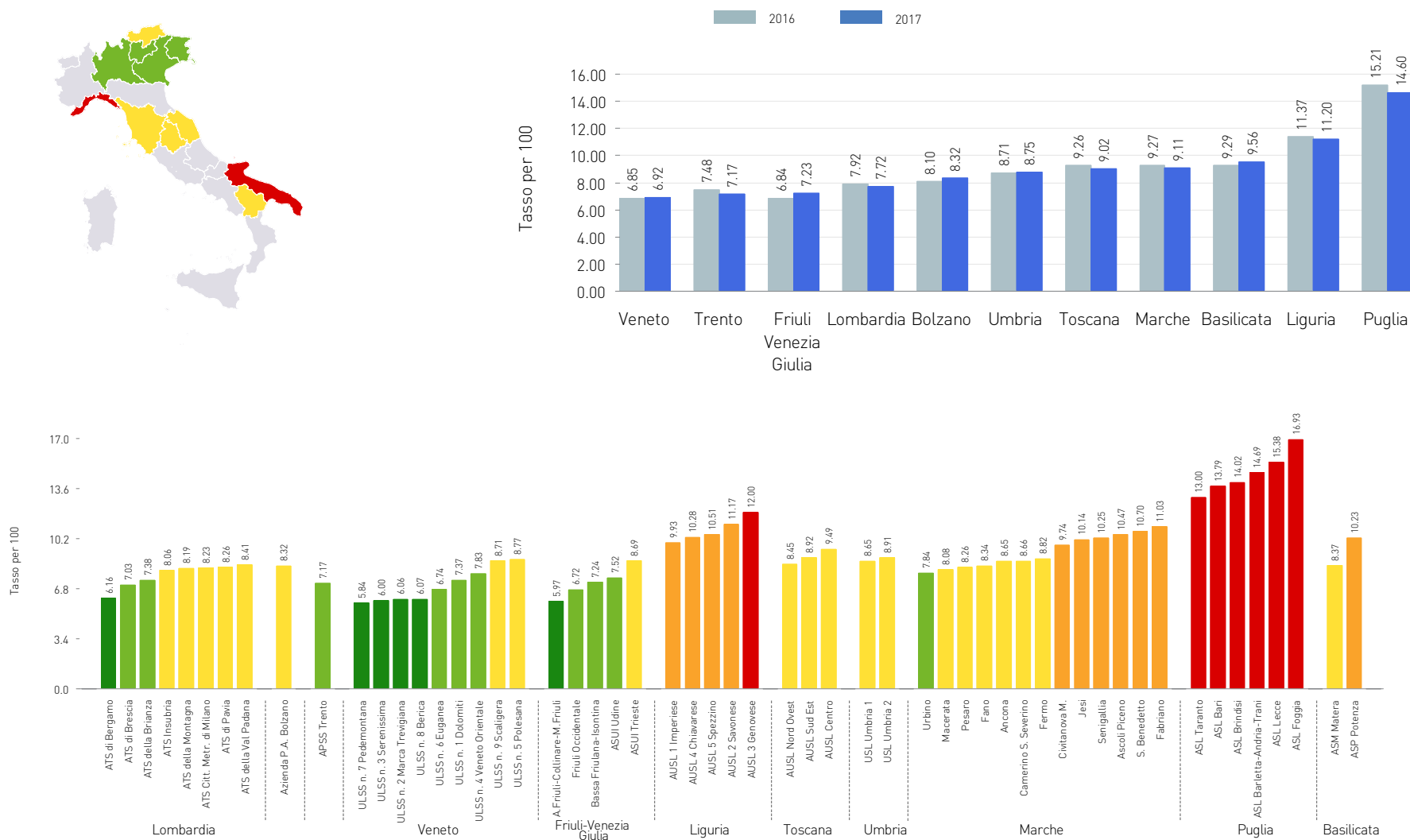
La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali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



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



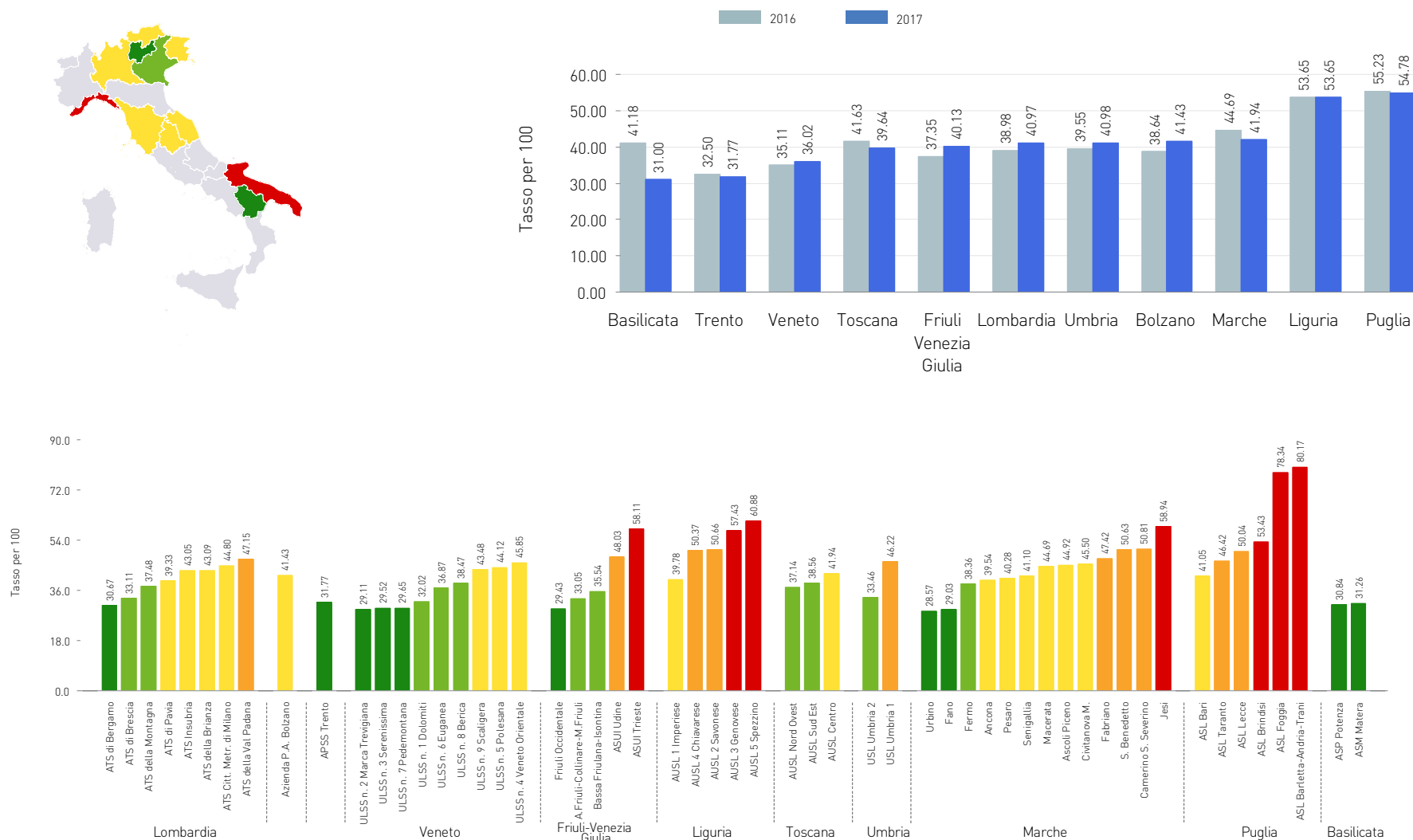
Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro Stato condizioni epidemiologiche significativamente diverse da quelle degli altri Paesi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



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



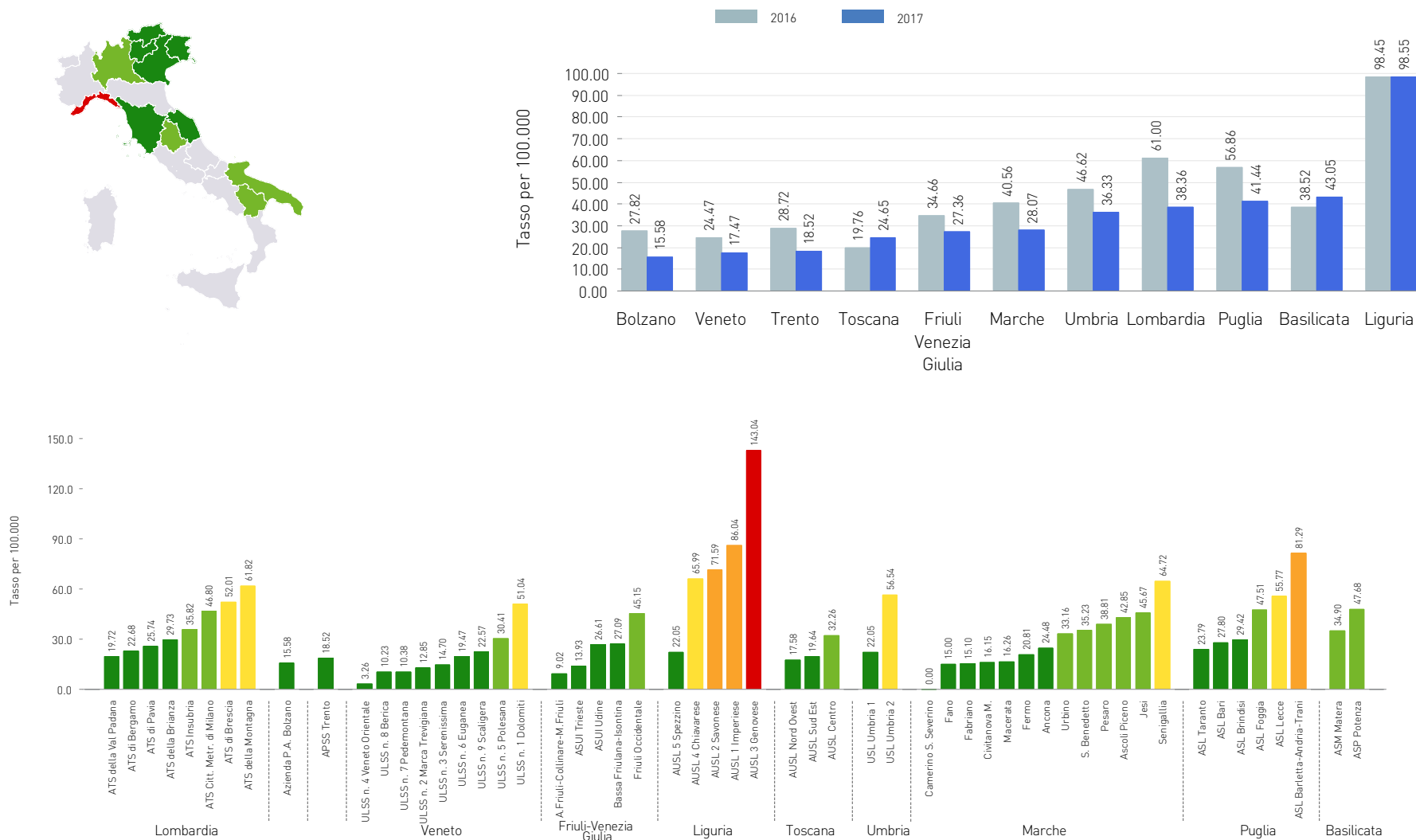
L'accesso più frequente alle risorse ospedaliere da parte dei pazienti in età pediatrica riguarda proprio il primo anno di vita del bambino. Tuttavia, i dati italiani di ospedalizzazione pediatrica, con valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo, pongono la questione dei modelli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



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



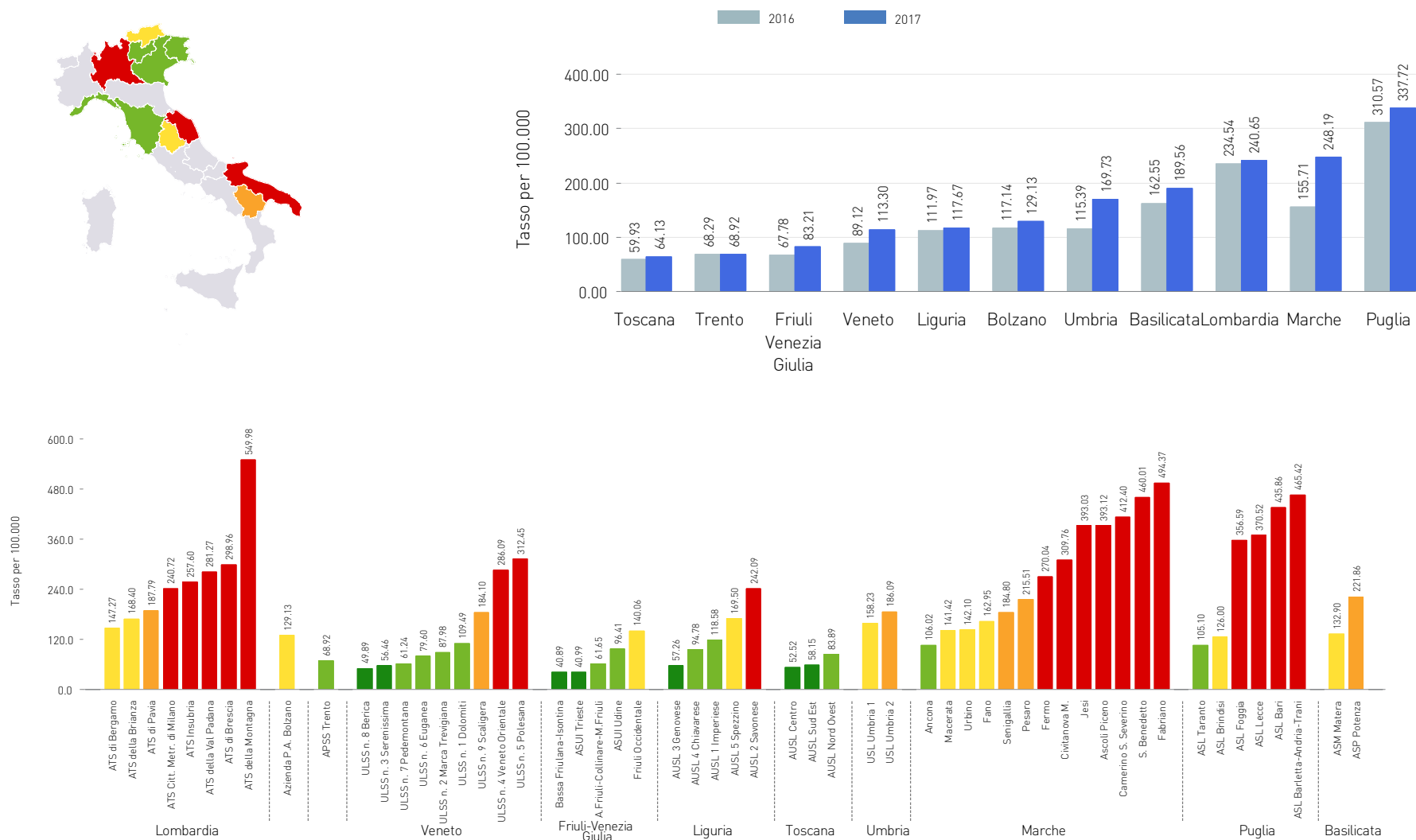
L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuta è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione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



C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni



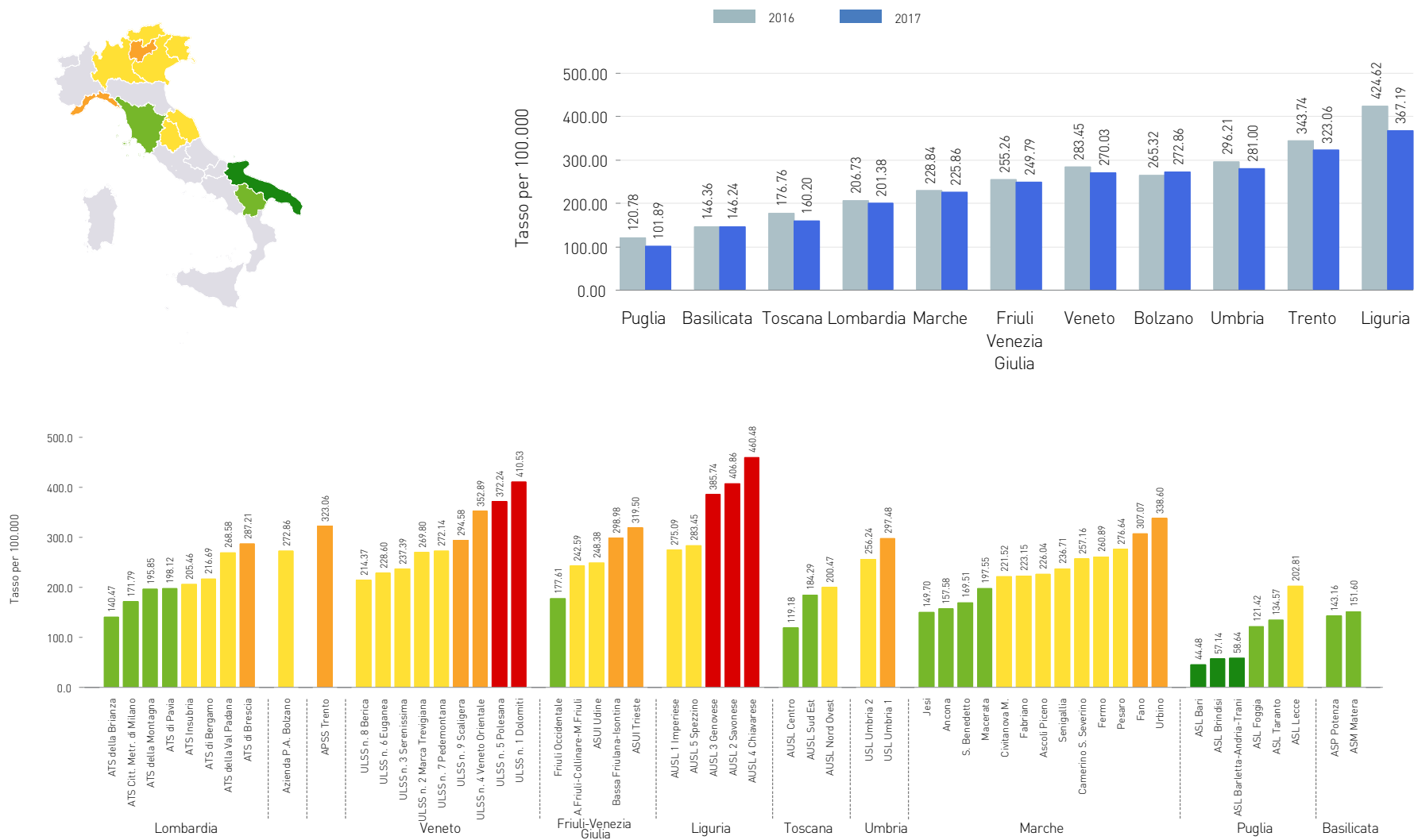
In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario. La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima 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.





C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti, standardizzato per età e sesso

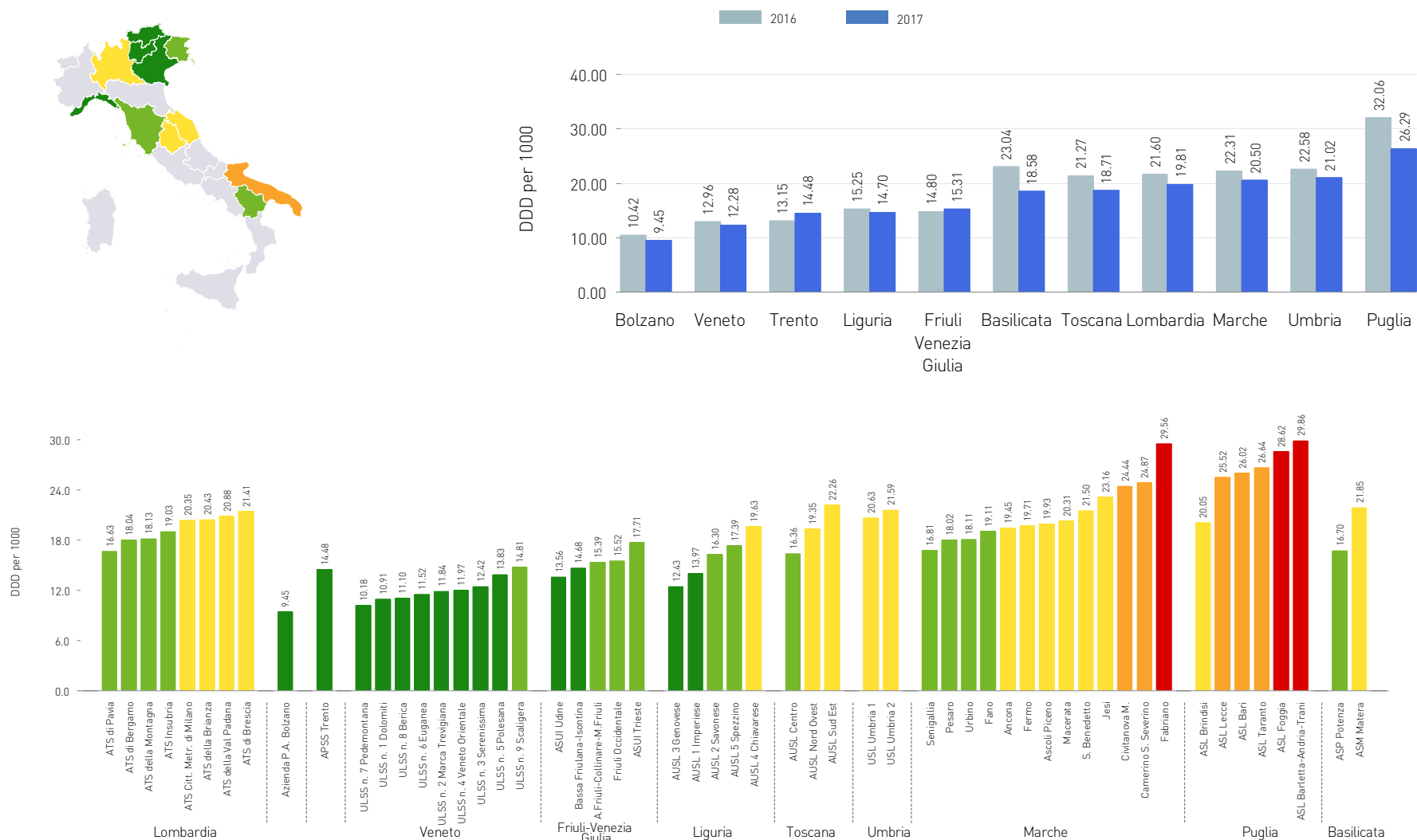
La variabilità negli interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità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



C9.8.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica



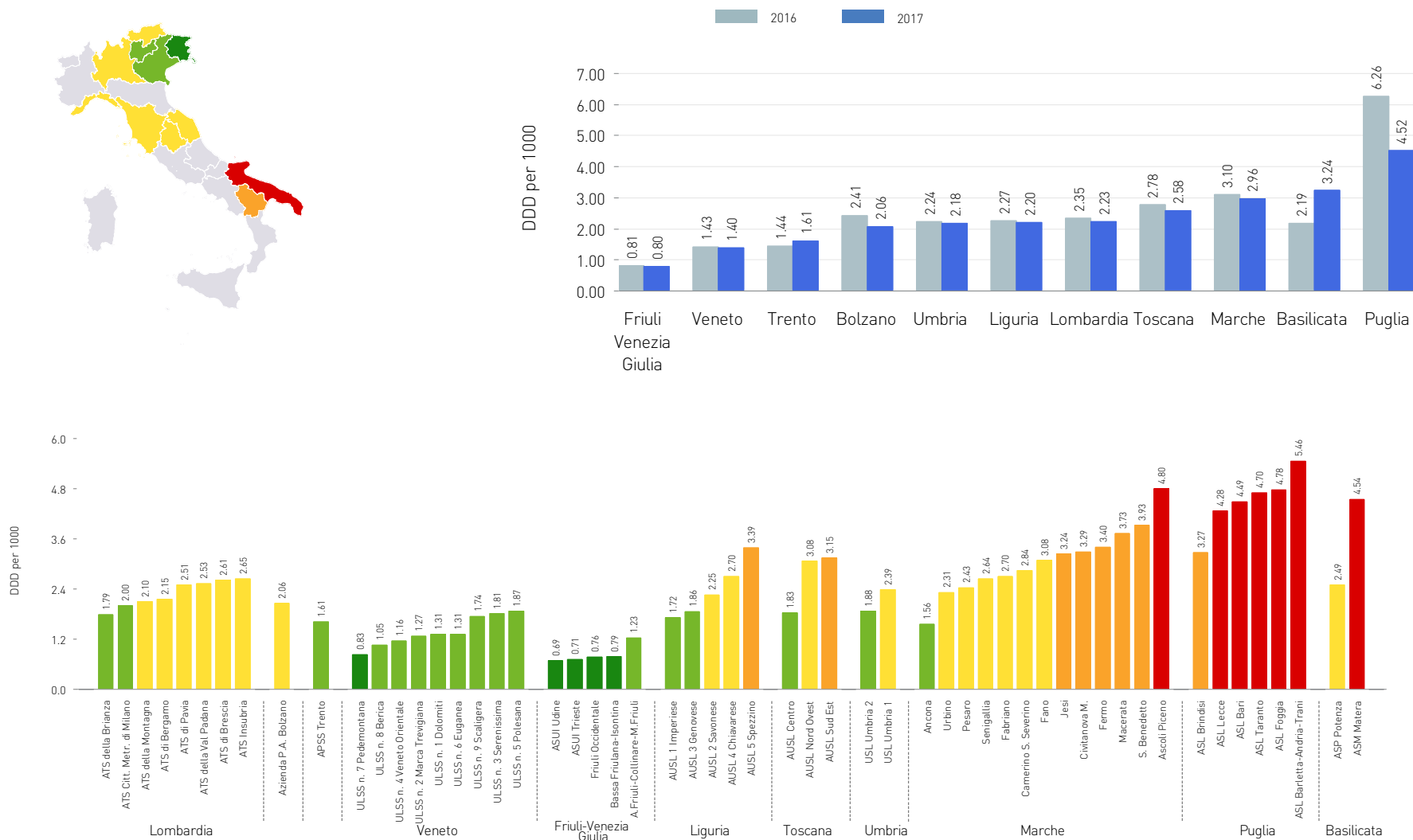
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa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



C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica



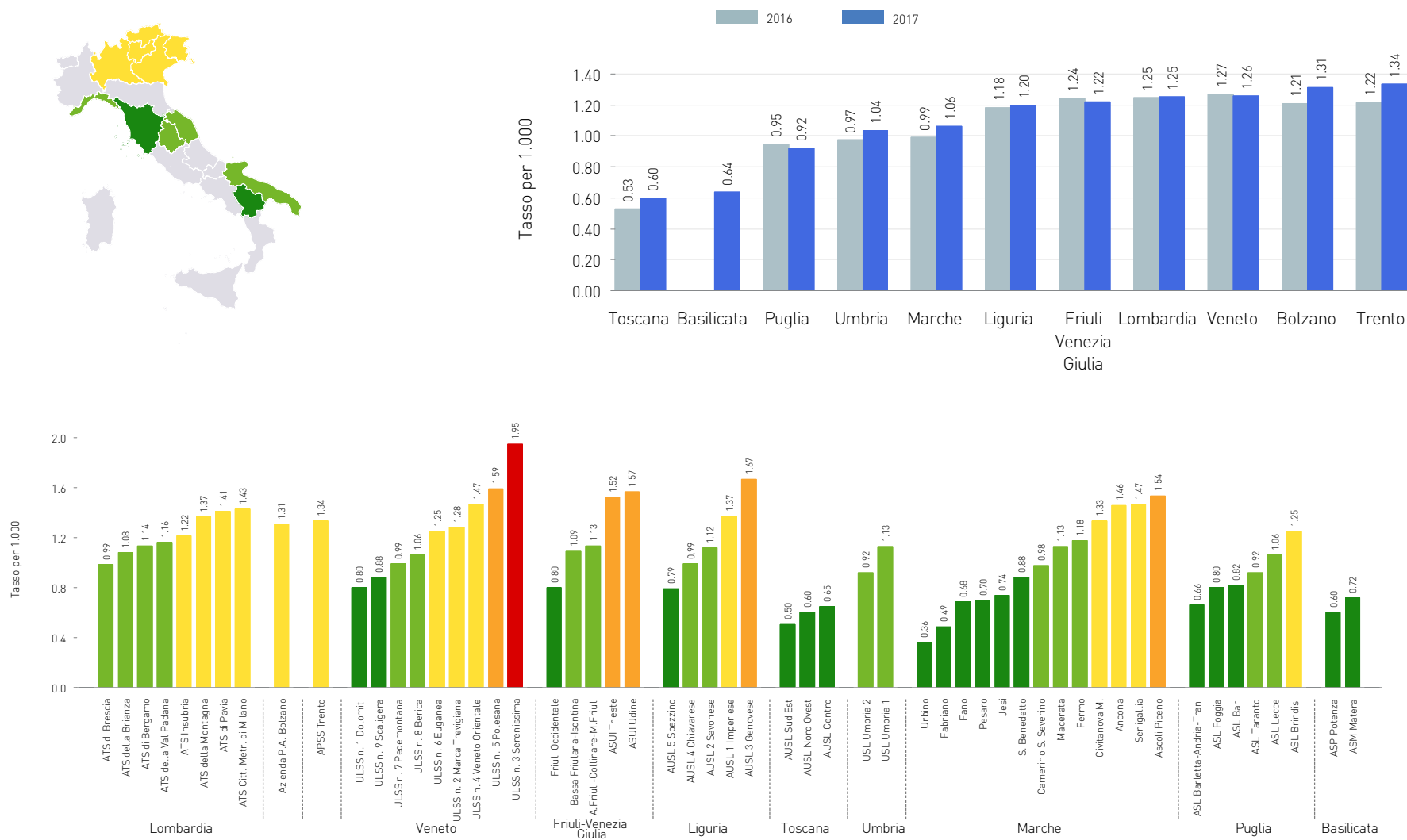
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa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



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



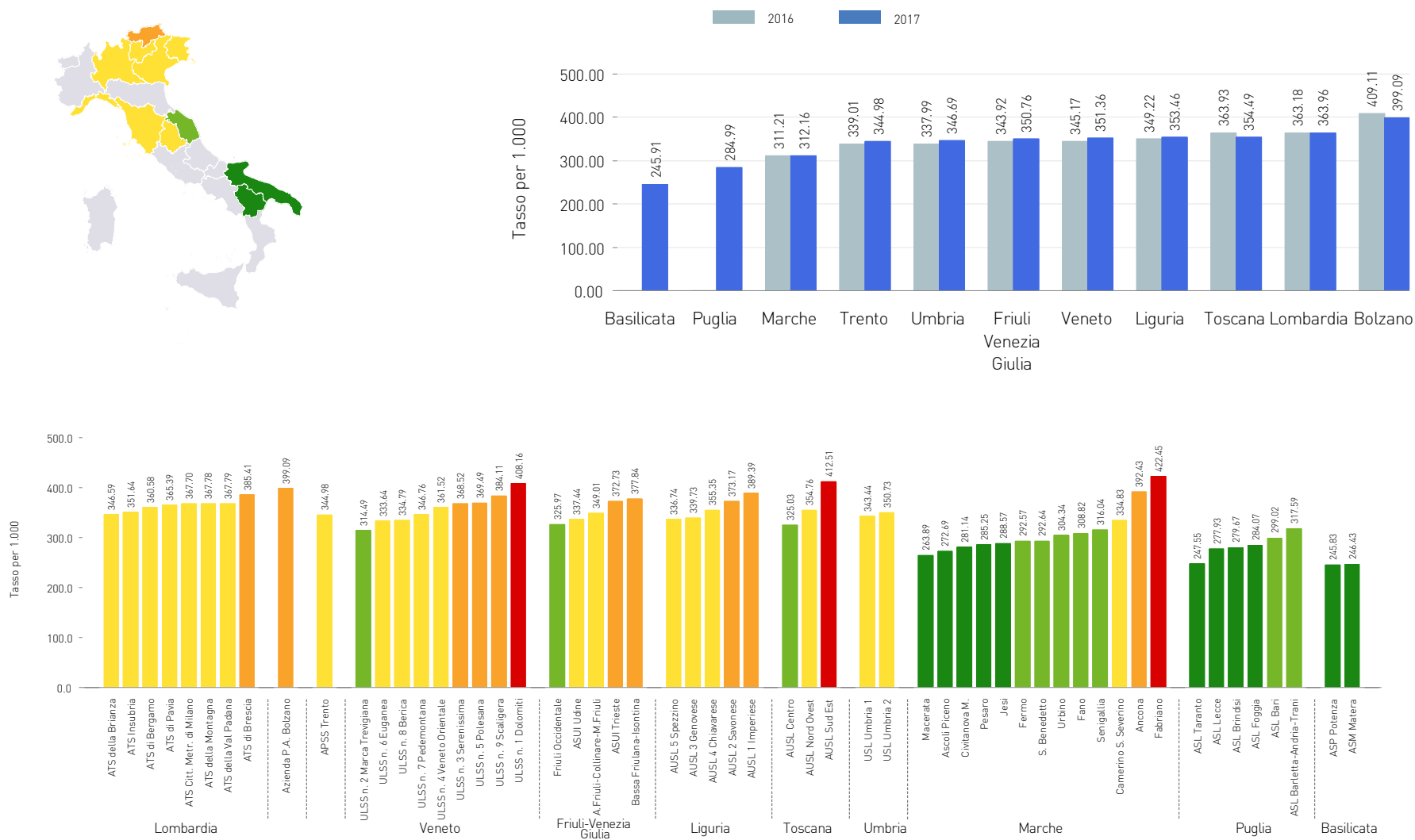
L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio ed il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale 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.



C8b.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso



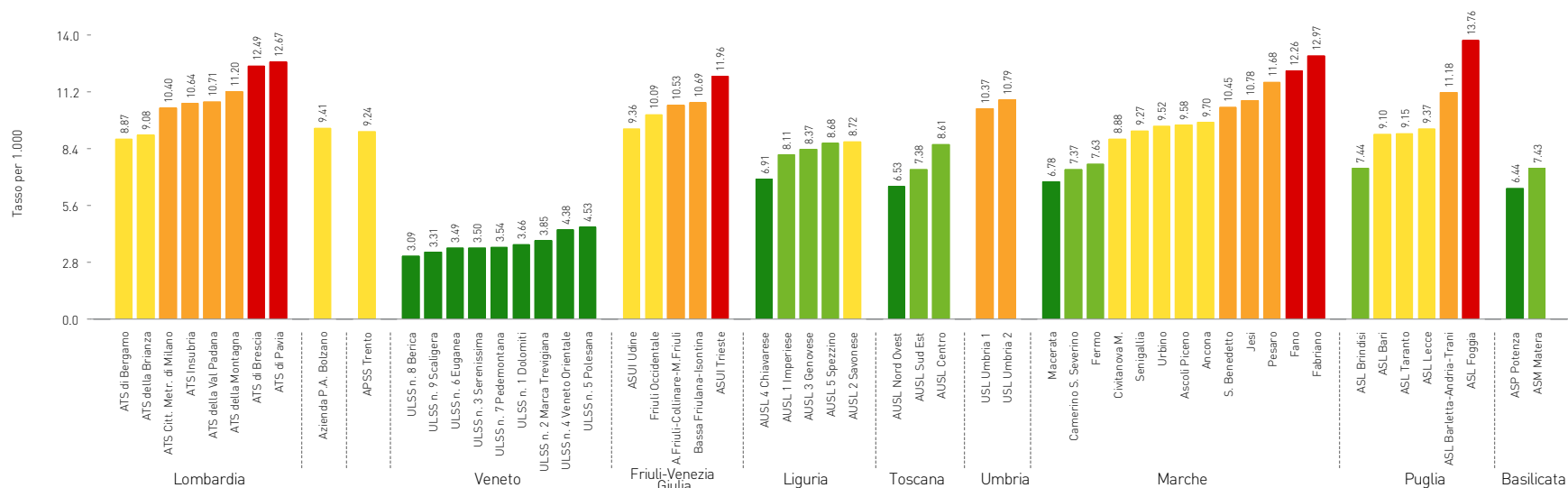
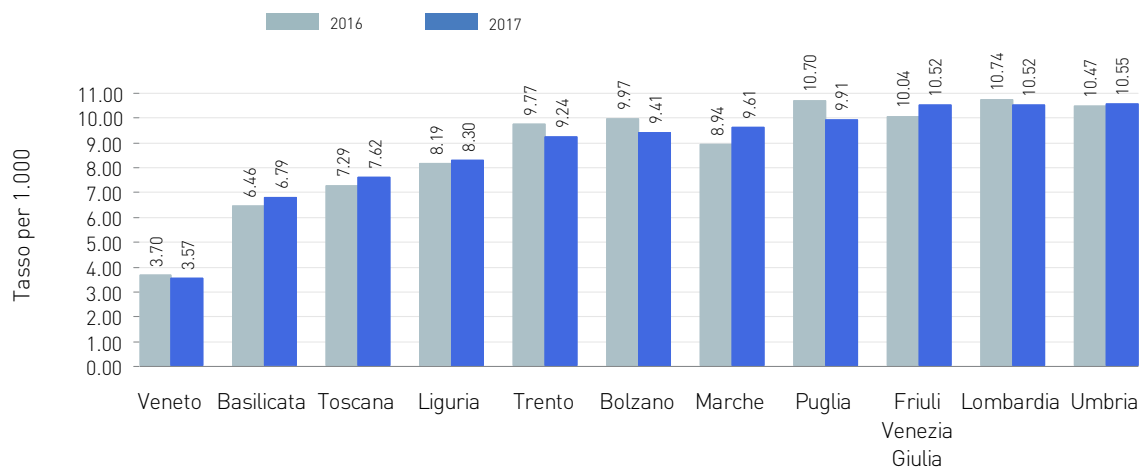
Il tasso di accesso al Pronto Soccorso mostra il rapporto tra il numero complessivo di accessi in PS dei residenti regionali e la popolazione residente. Nel calcolo sono inclusi gli accessi nei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere - Universitarie. Tale indicatore non monitora l'attività del PS ma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



C16T.4 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali



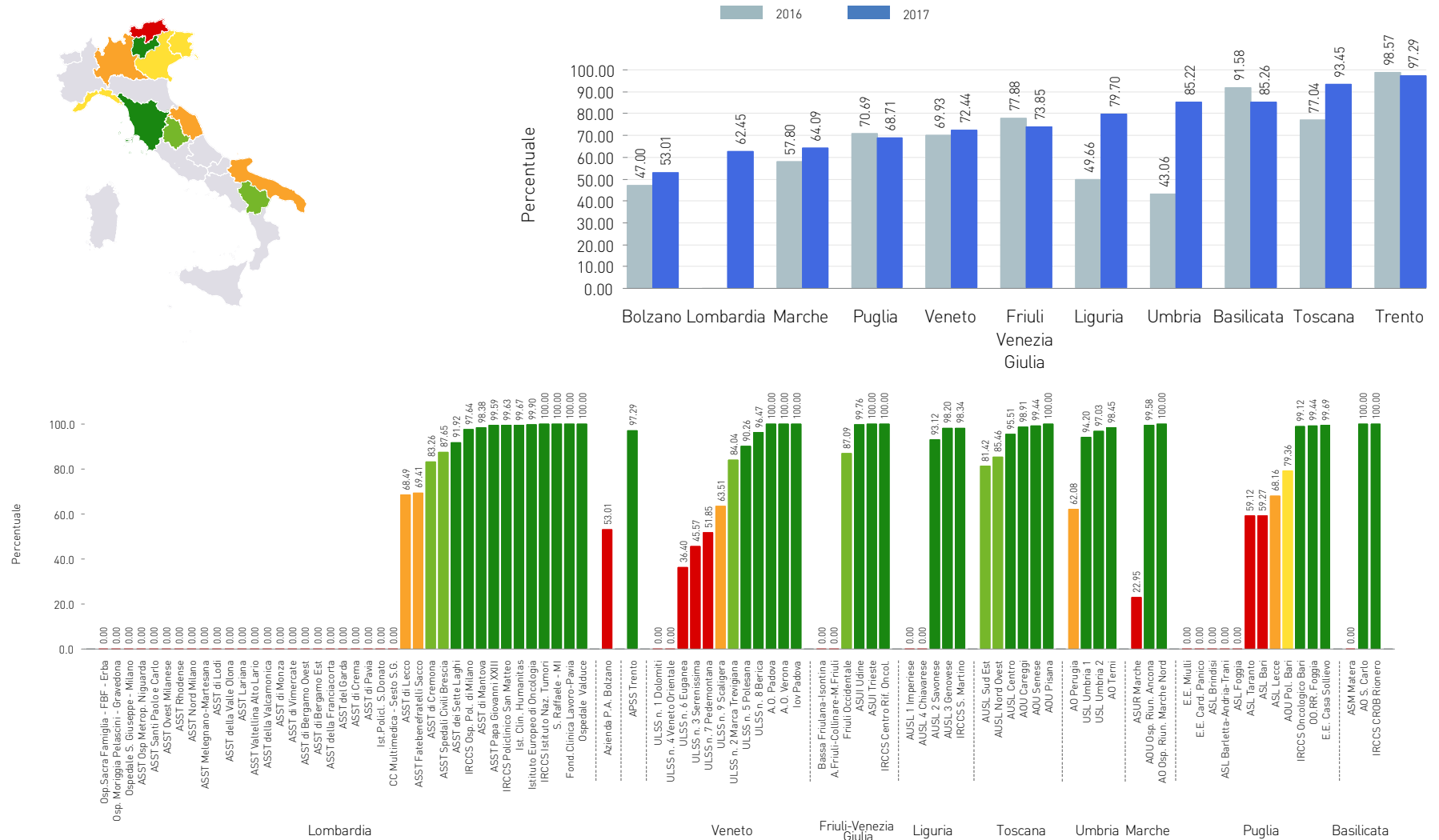
Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perchè un'assistenza ambulatoriale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





C17.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

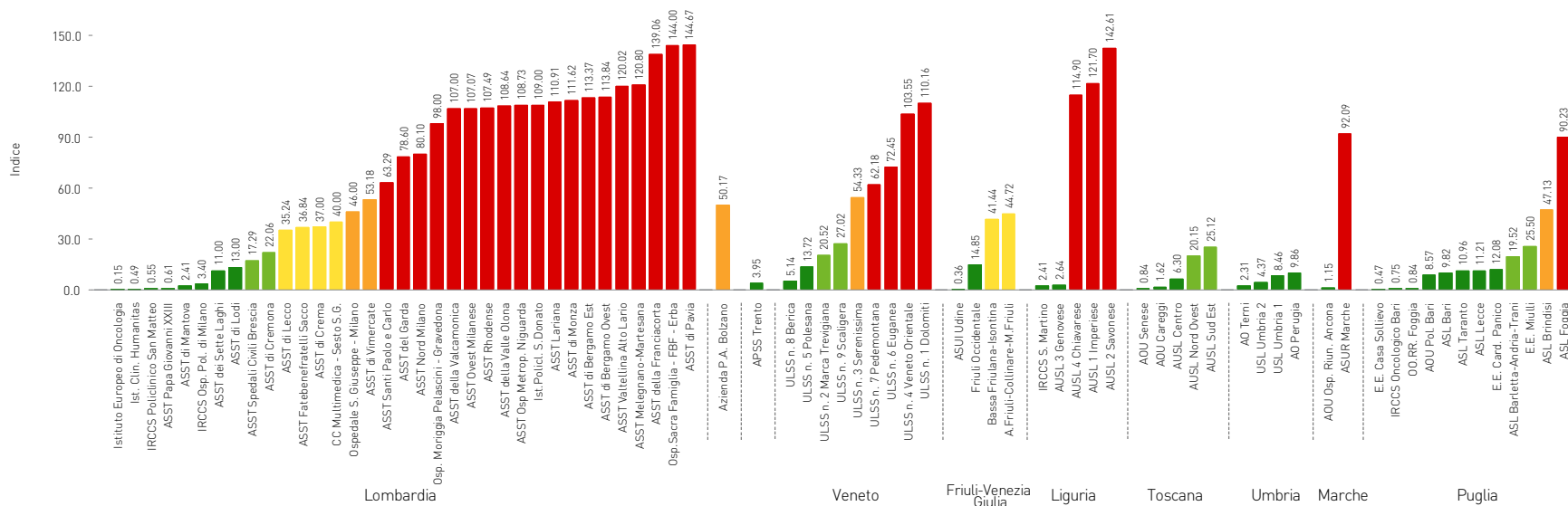
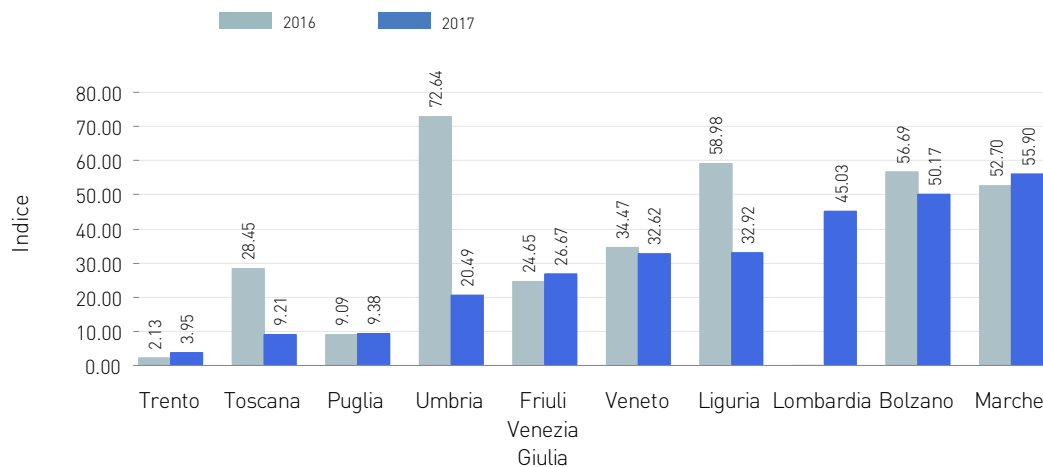
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia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



C17.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella



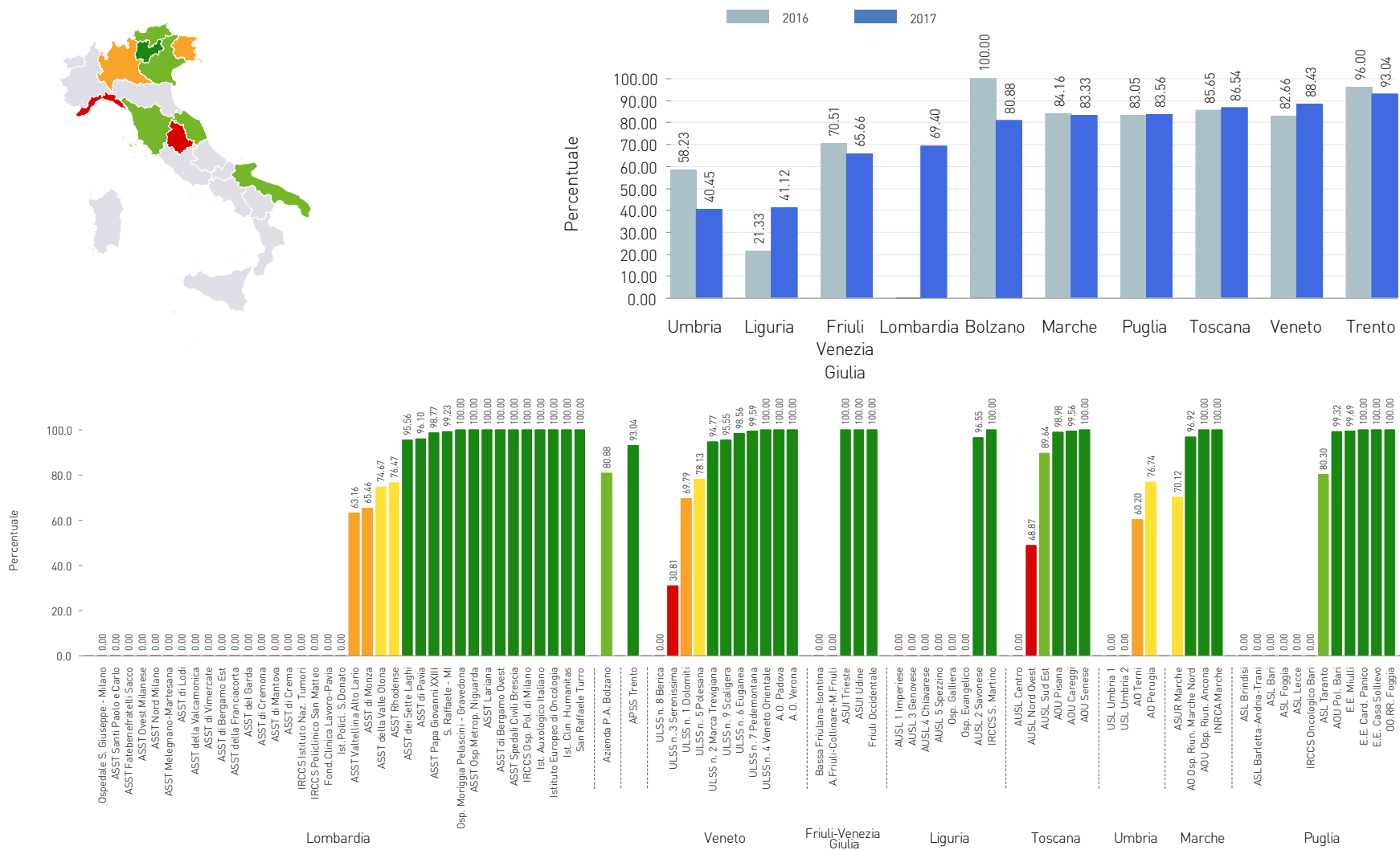
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore maligno alla mammella è inferiore alla soglia prevista (150/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia, moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati. L'indice di dispersione della casistica non viene calcolato per le Aziende che risultano sopra soglia (indicatore C17.1.1).



C17.5.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata



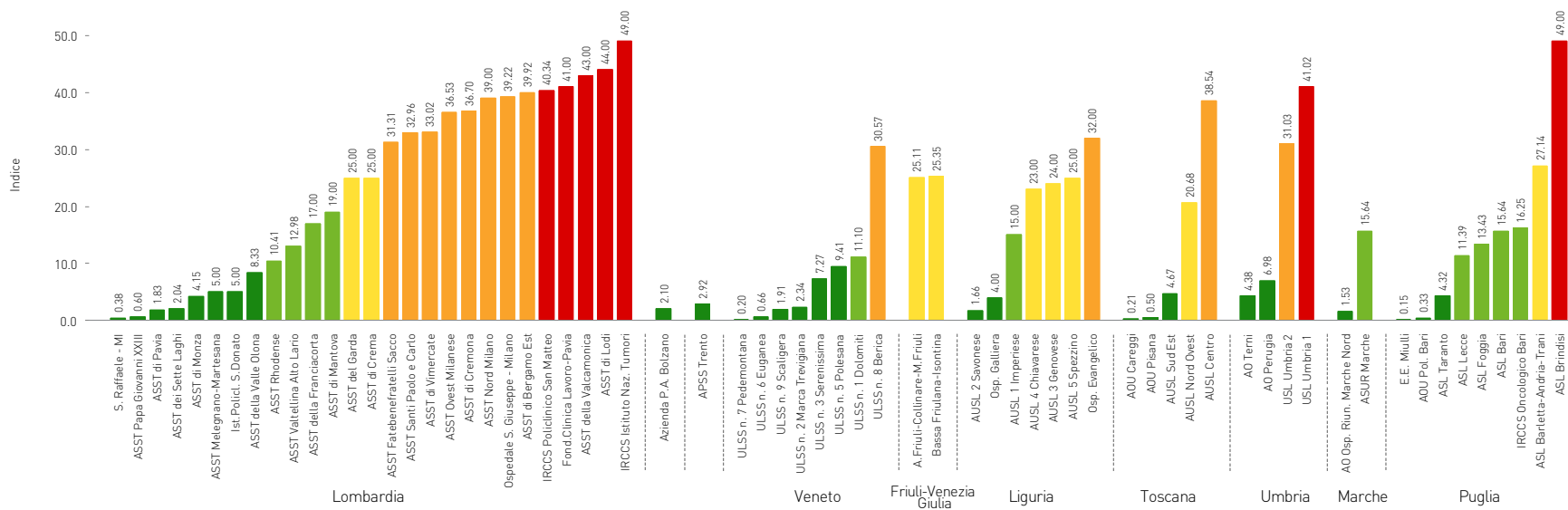
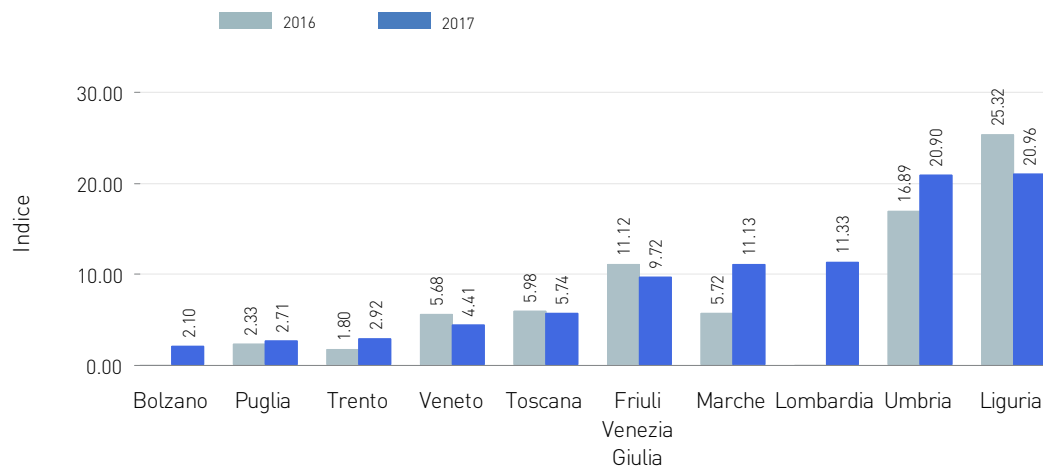
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di interventi per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi per tumore alla prostata superiore al valore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



C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata



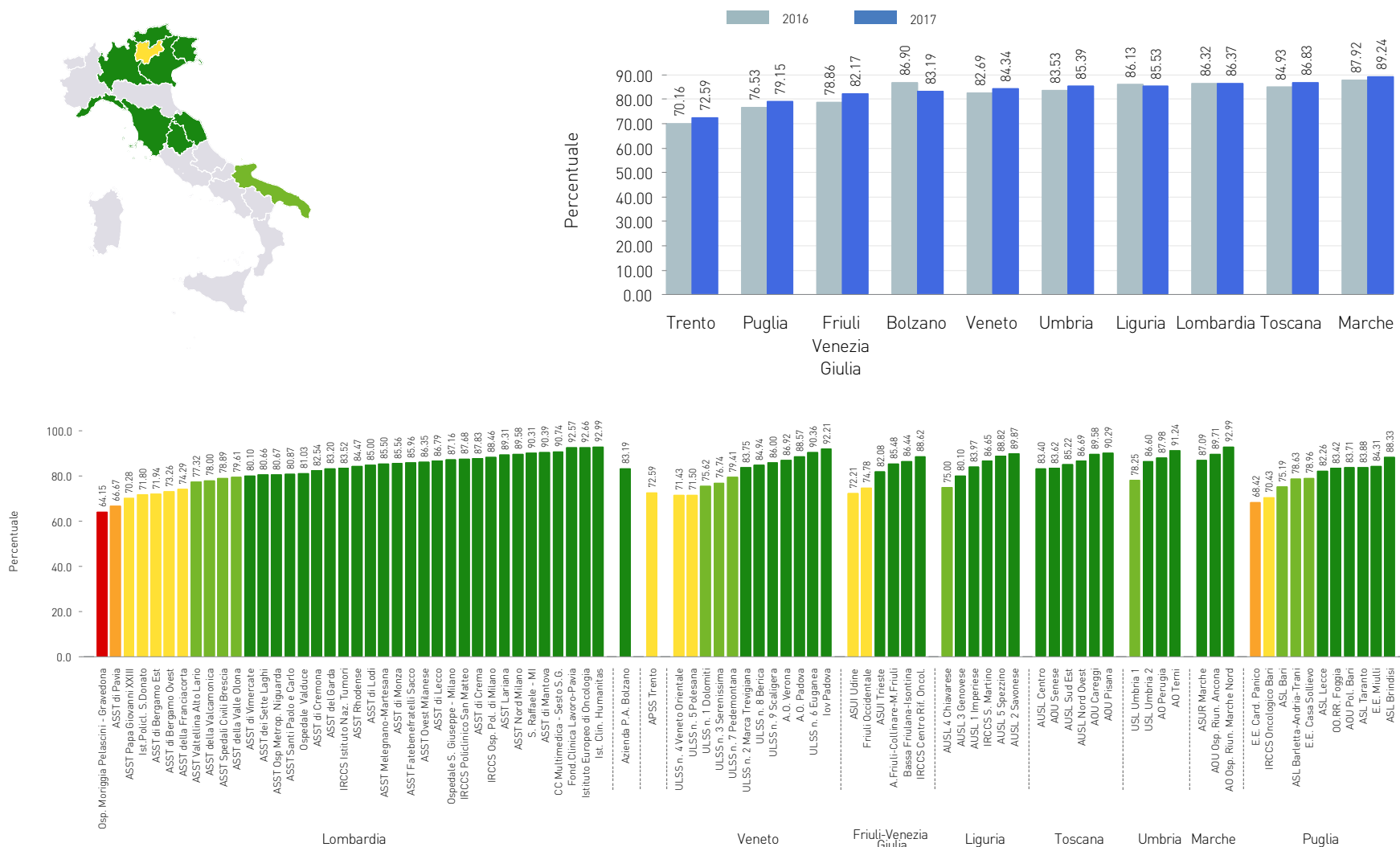
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (50/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia, moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati. L'indice di dispersione della casistica non viene calcolato per le Aziende che risultano sopra soglia (indicatore C17.5.1).





C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella

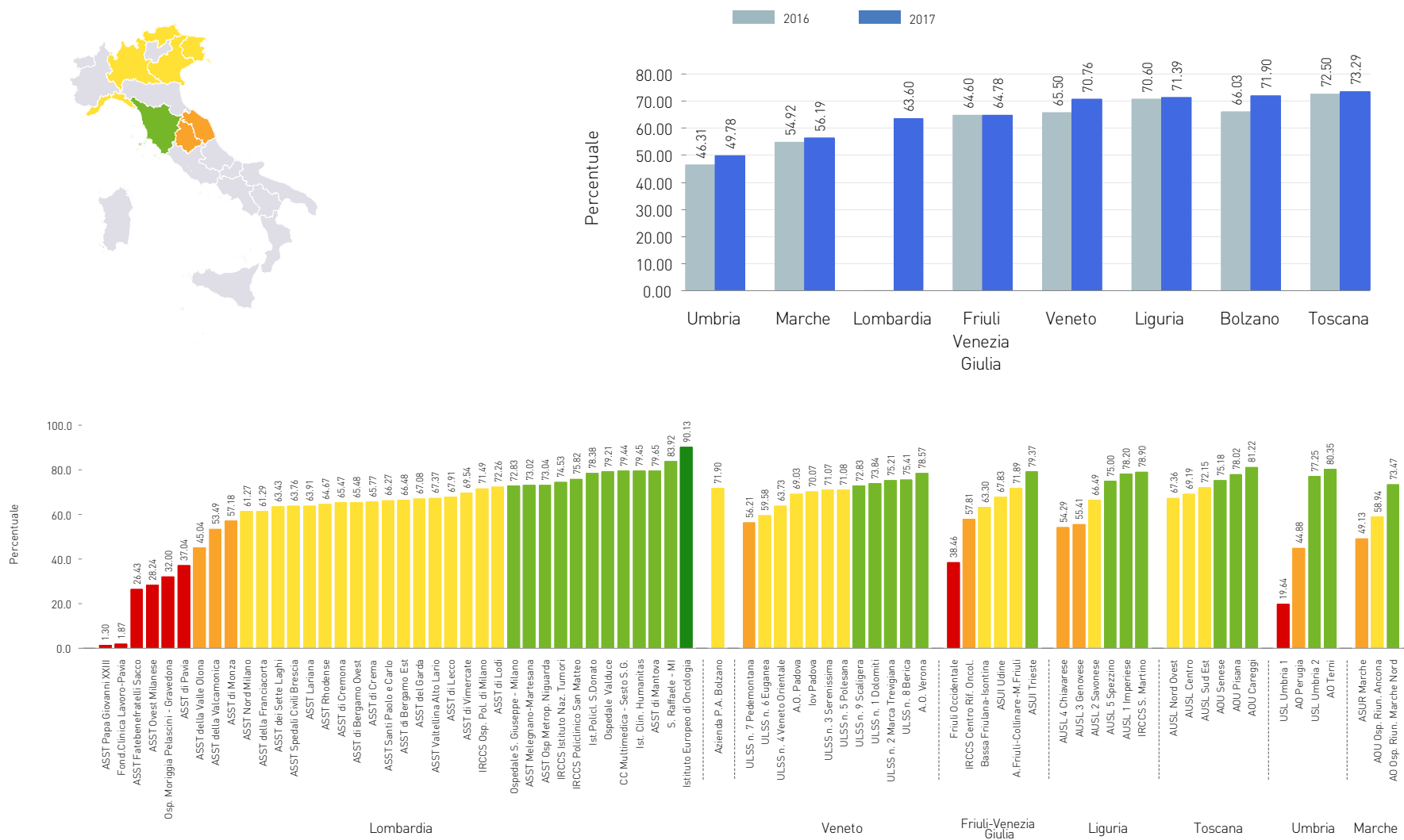
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in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



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



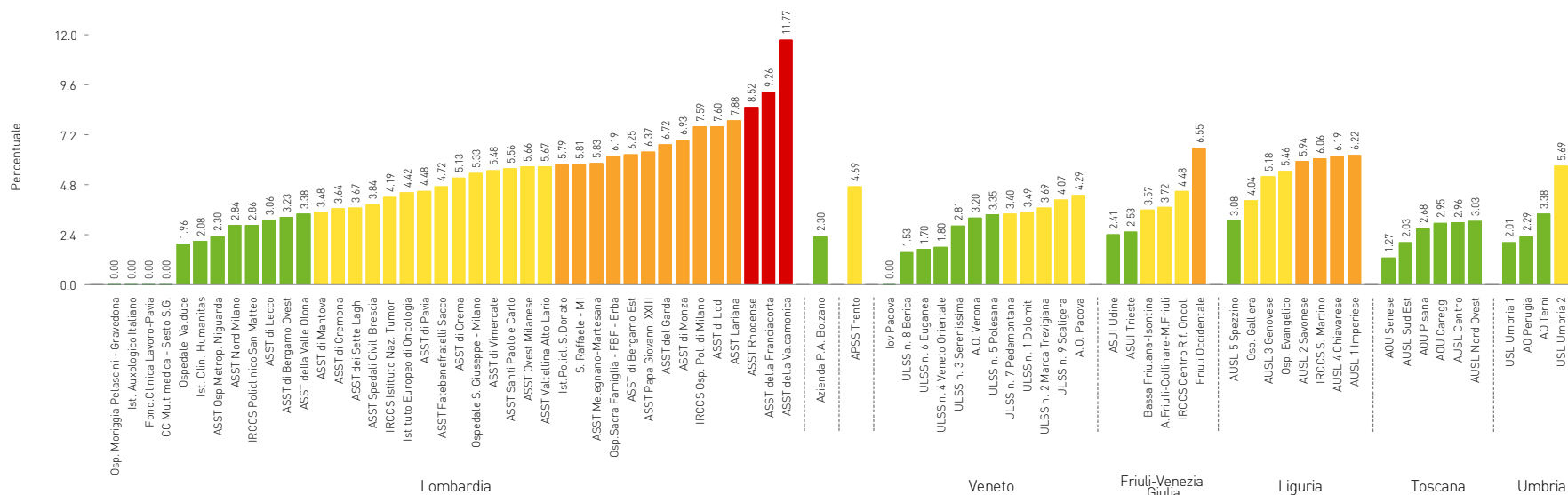
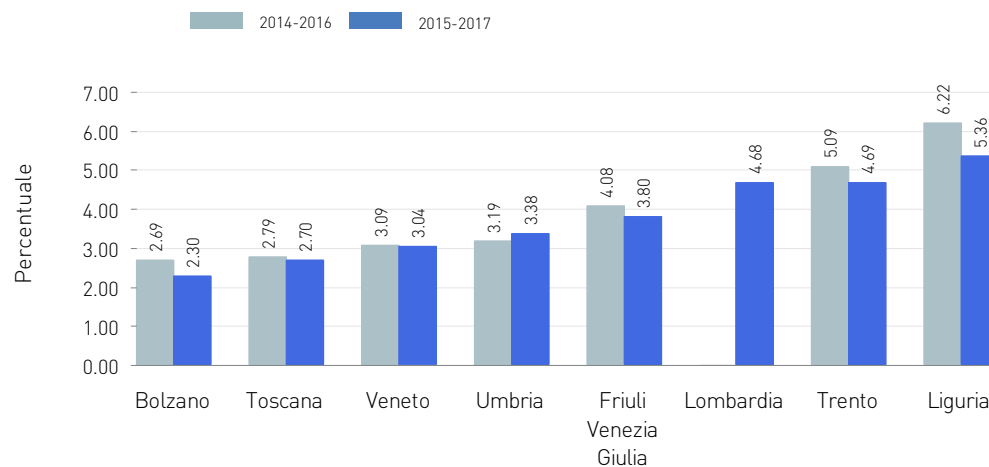
L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti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



C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon



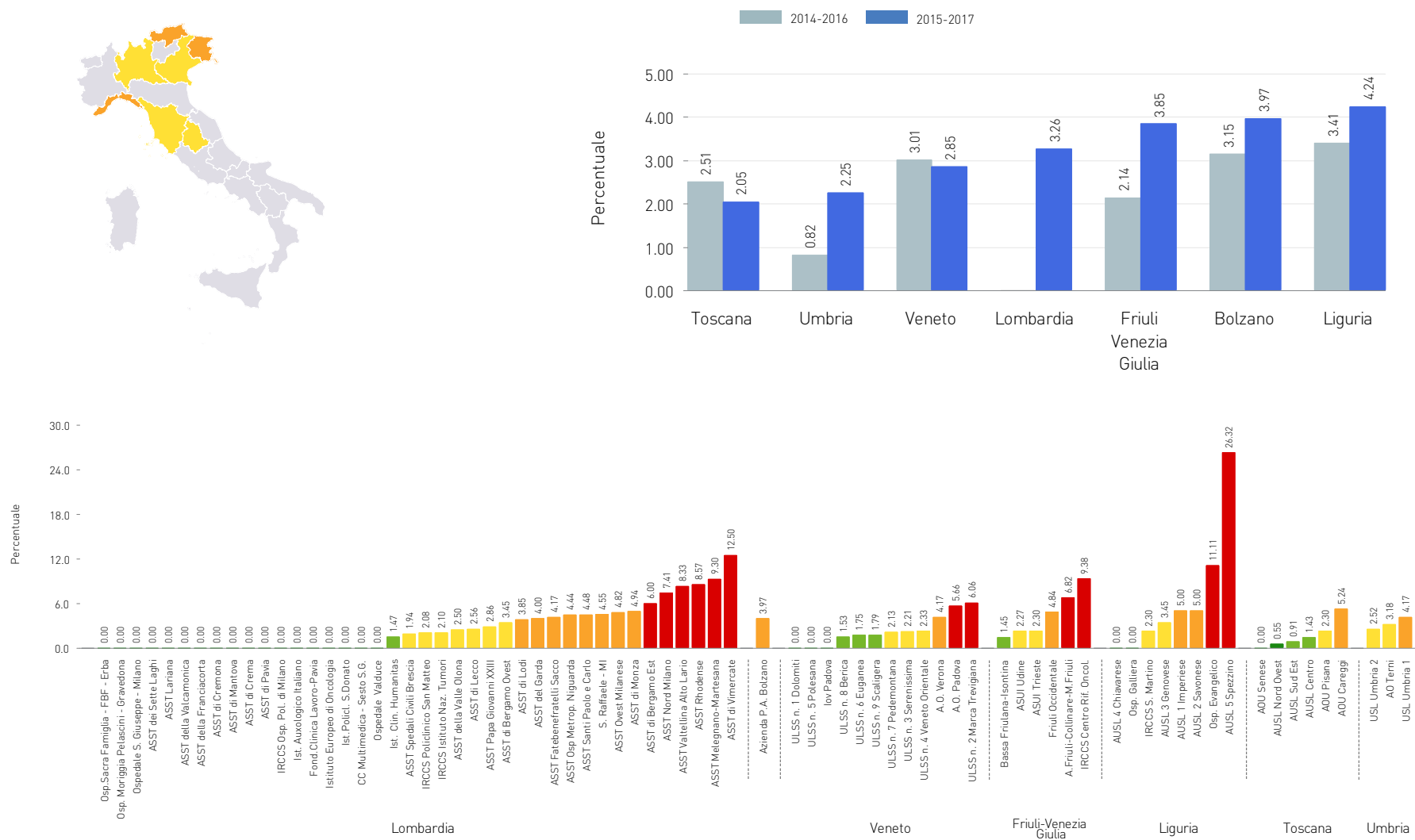
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



C10.3.2 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto



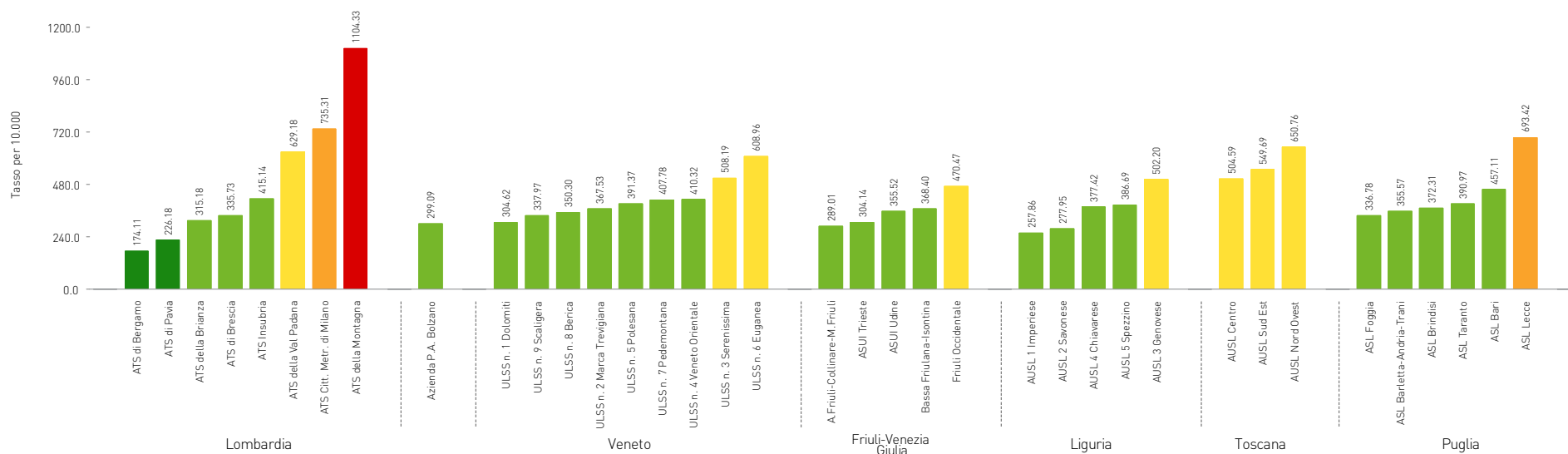
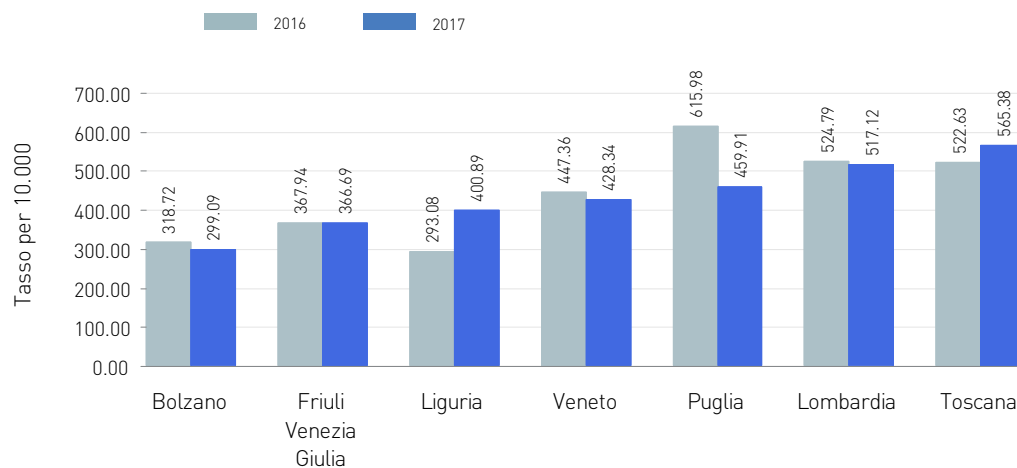
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



C10.5 Utilizzo dei biomarcatori tumorali in soggetti non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica



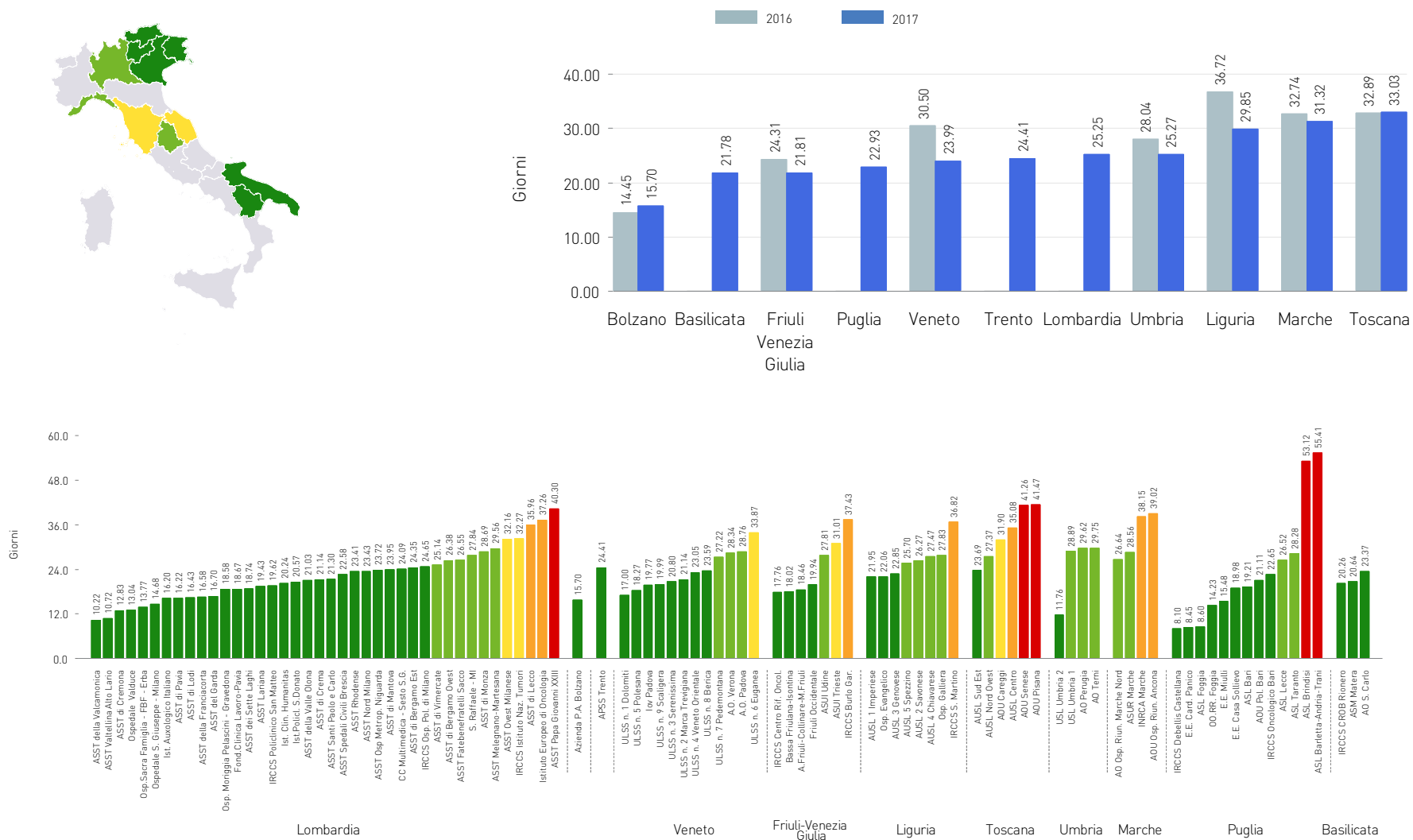
Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologica o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatezza di utilizzo degli stessi. Di fatto, i biomarcatori tumorali sono utili per monitorare un'eventuale recidiva della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



C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica



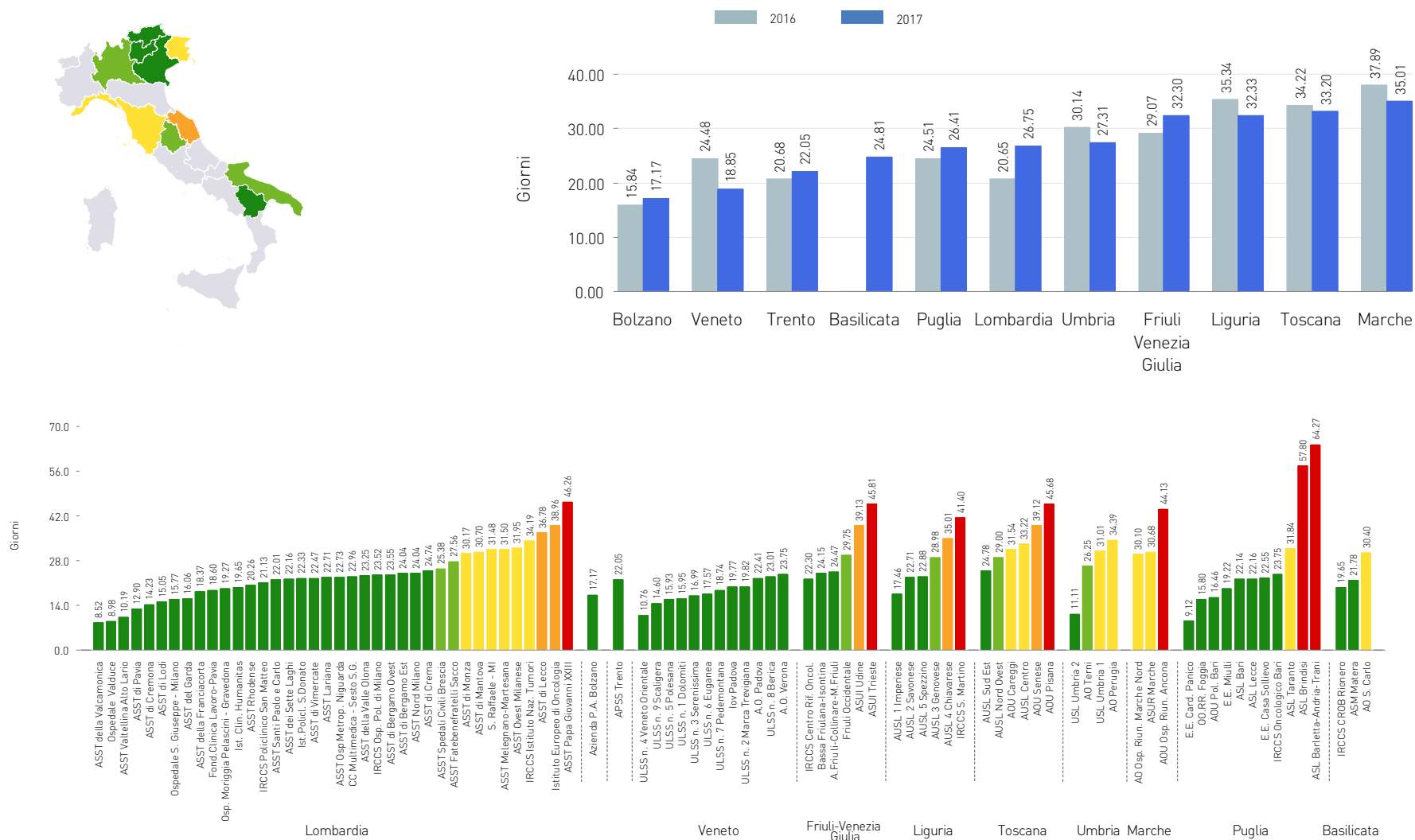
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento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



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



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



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



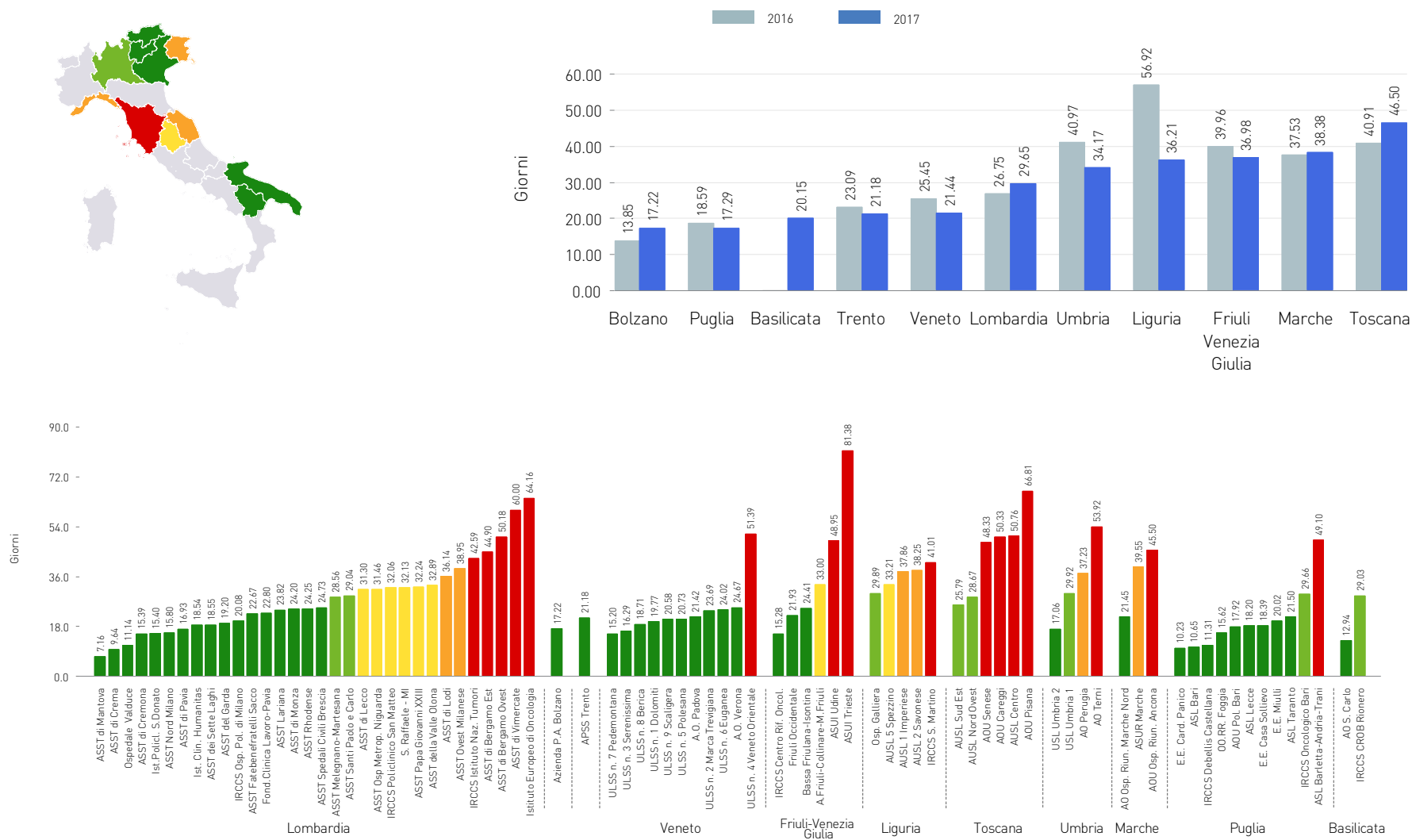
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al colon e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e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



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



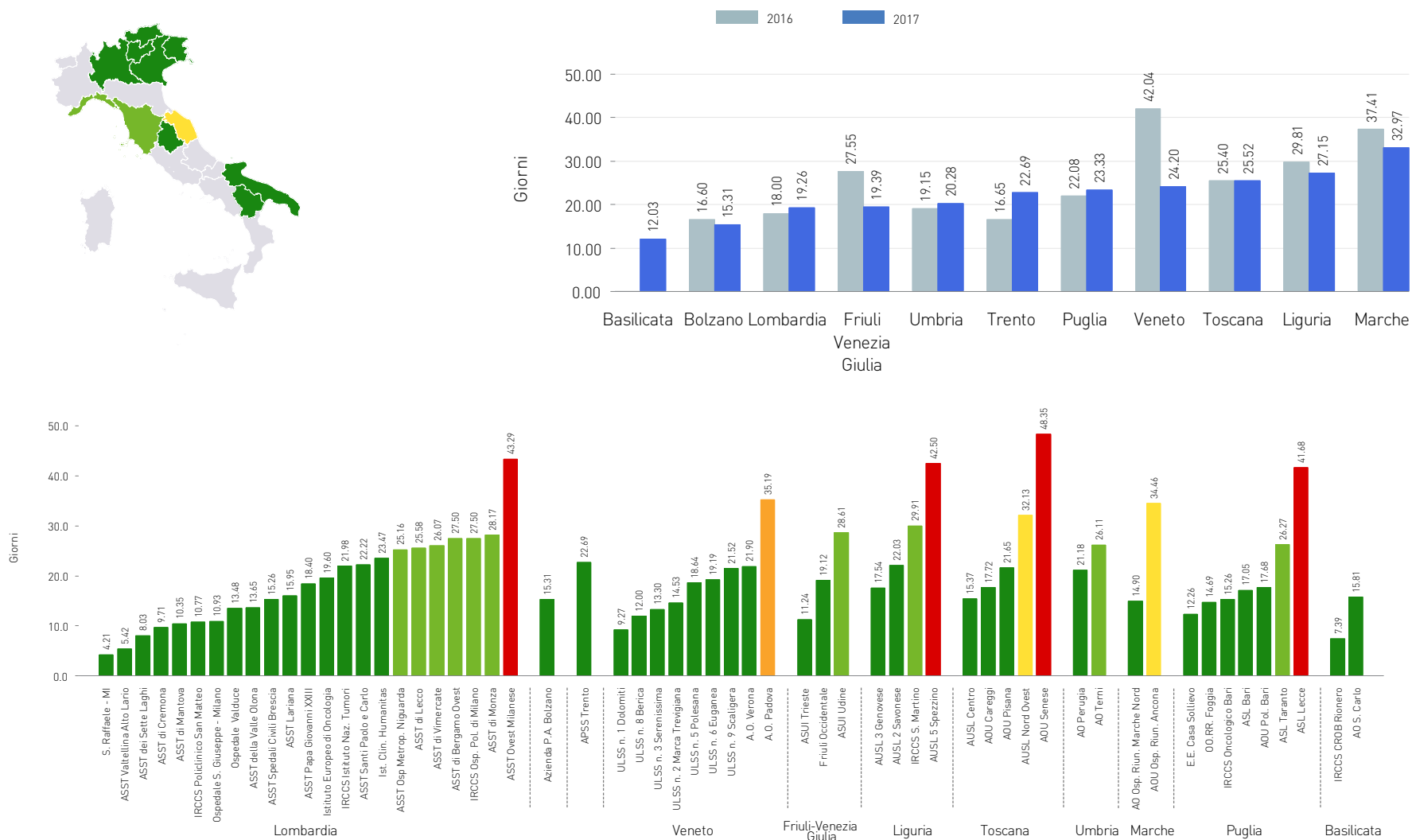
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al retto e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e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



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



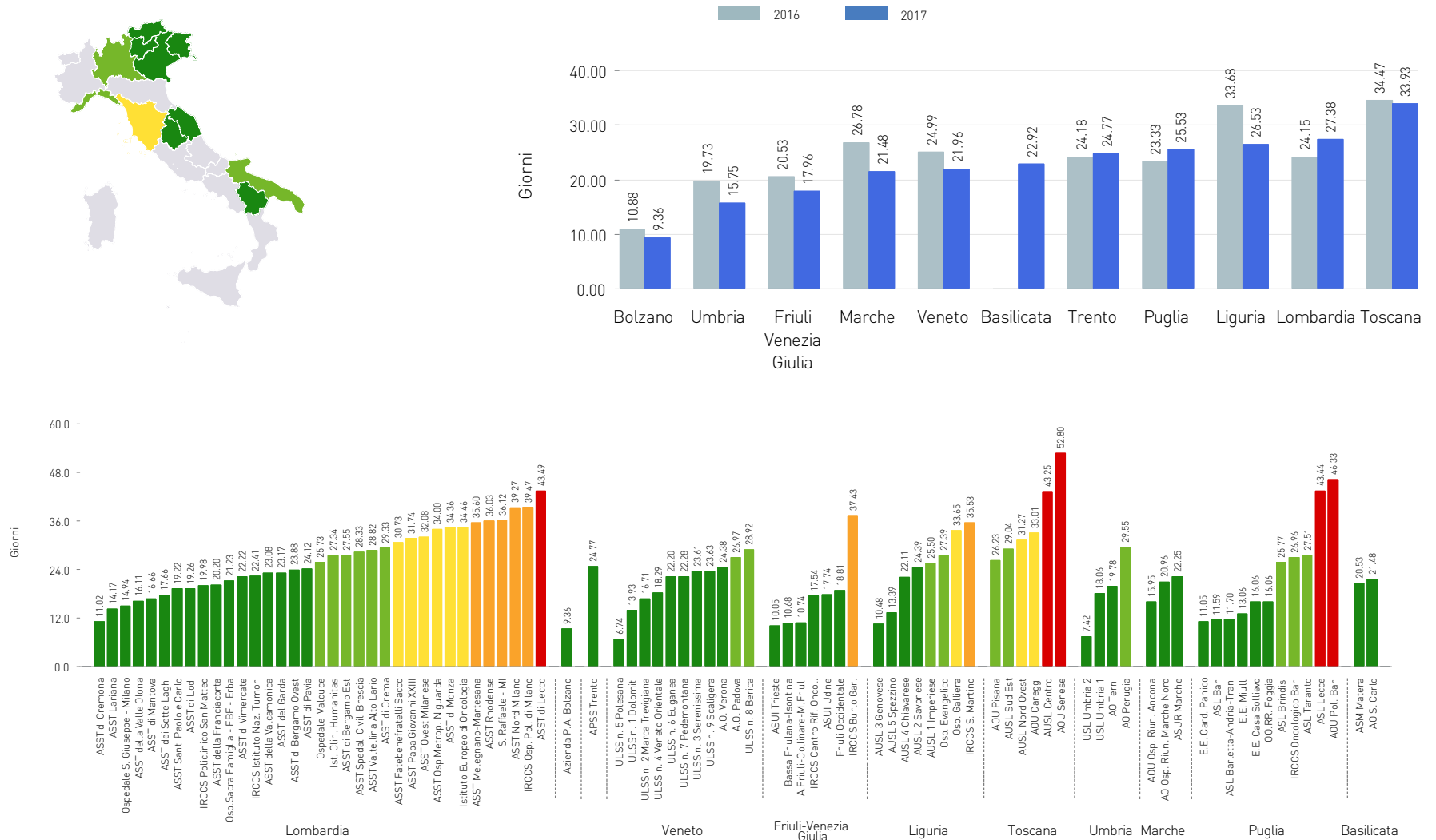
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al polmone e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio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



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



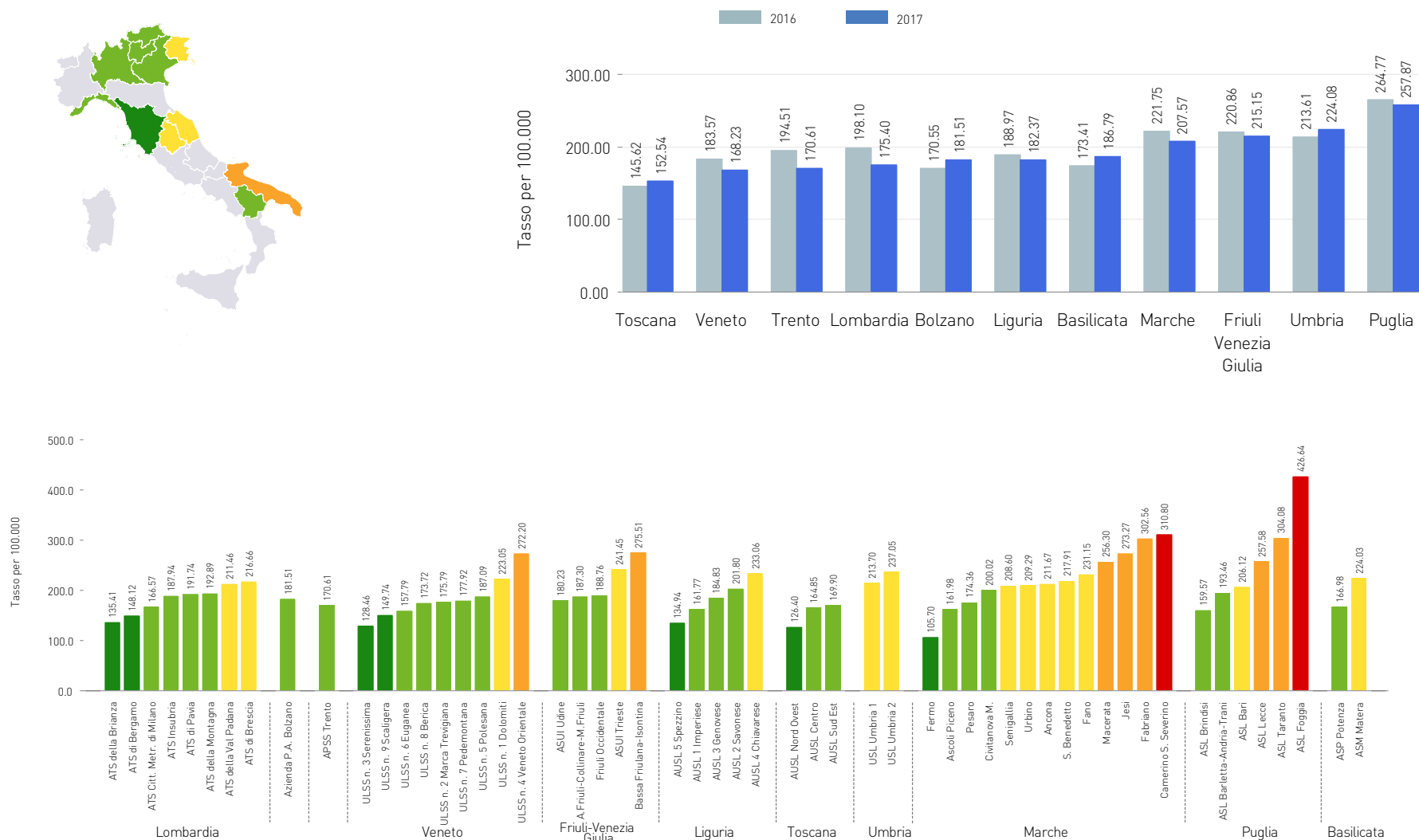
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno all'utero e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e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



C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, per 100.000 residenti (50-74 anni)



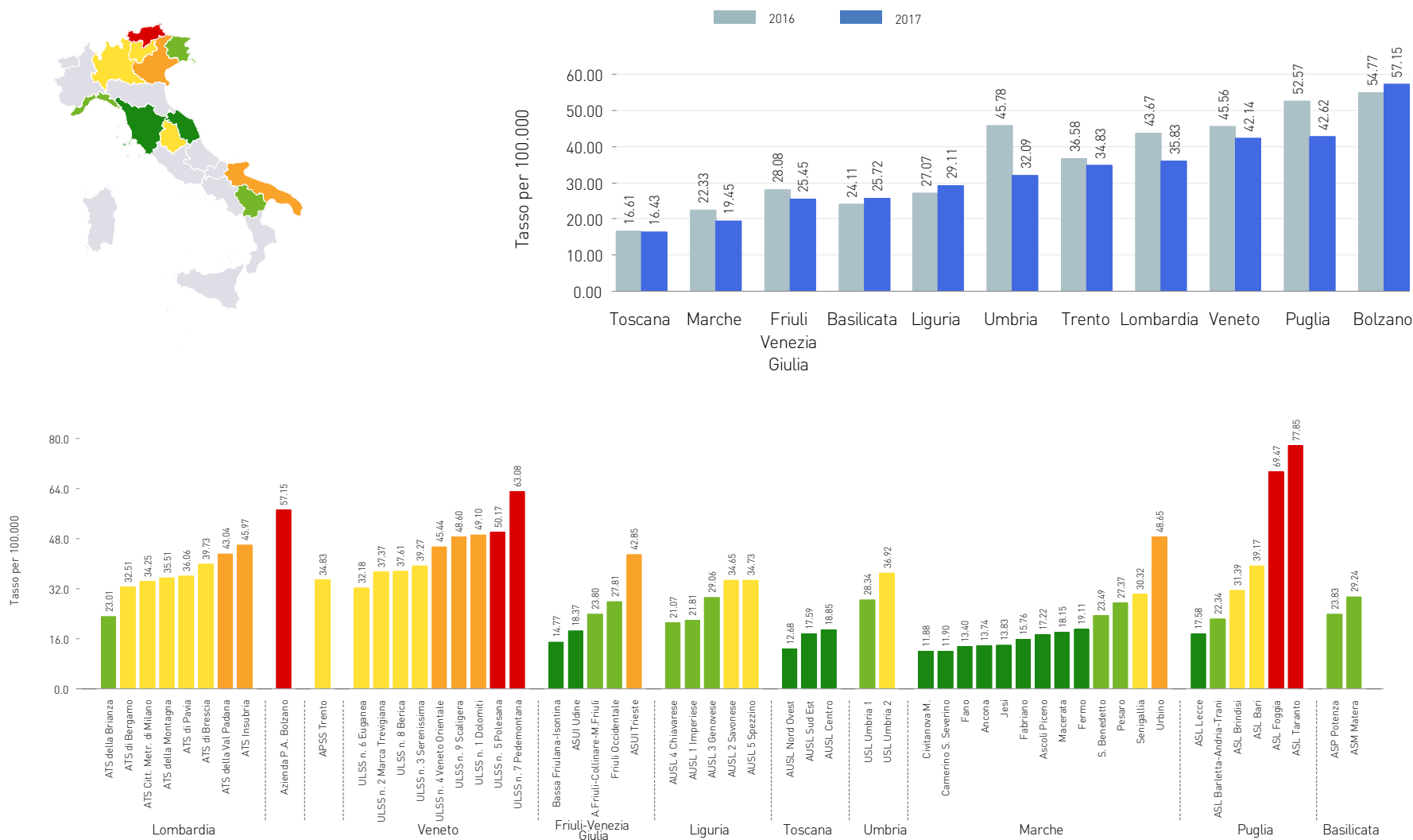
La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74 anni, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete, per 100.000 residenti (35-74 anni)



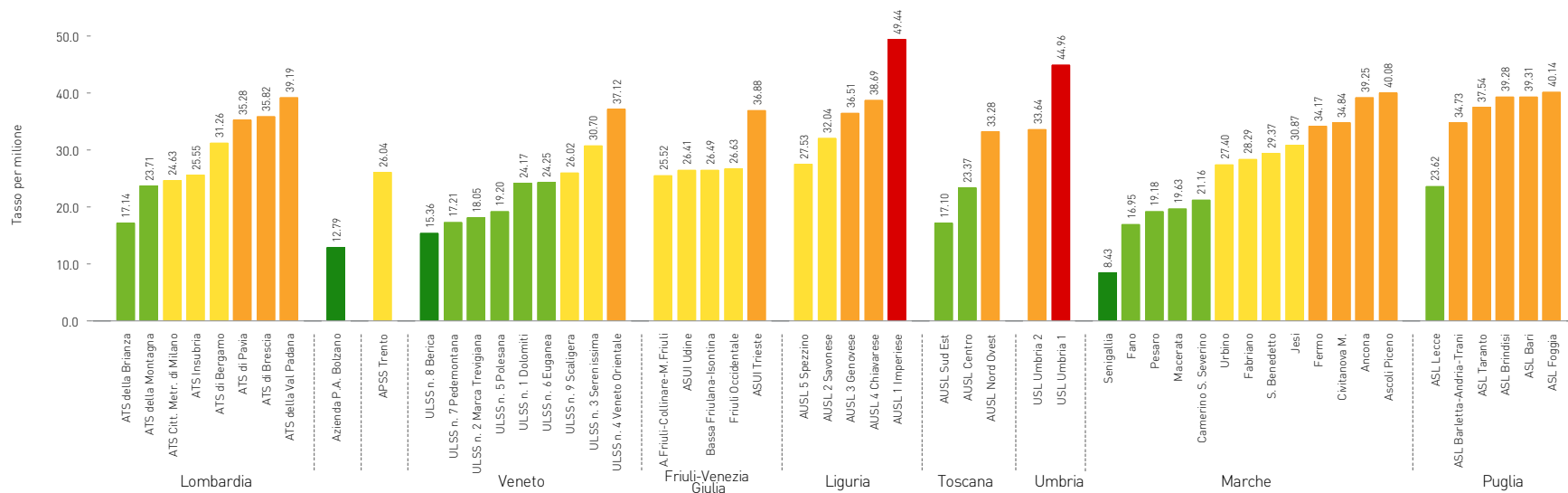
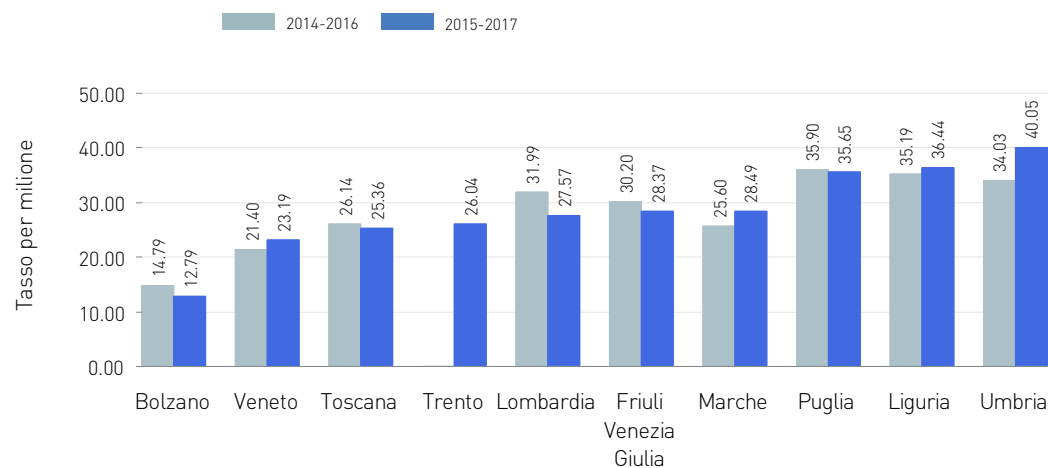
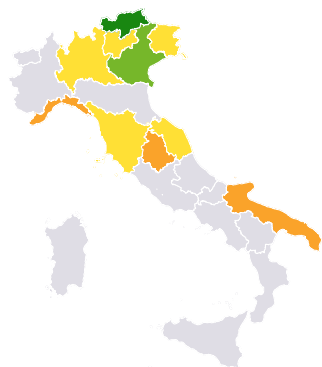
Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile *proxy*, il tasso di ricovero per diabete. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti



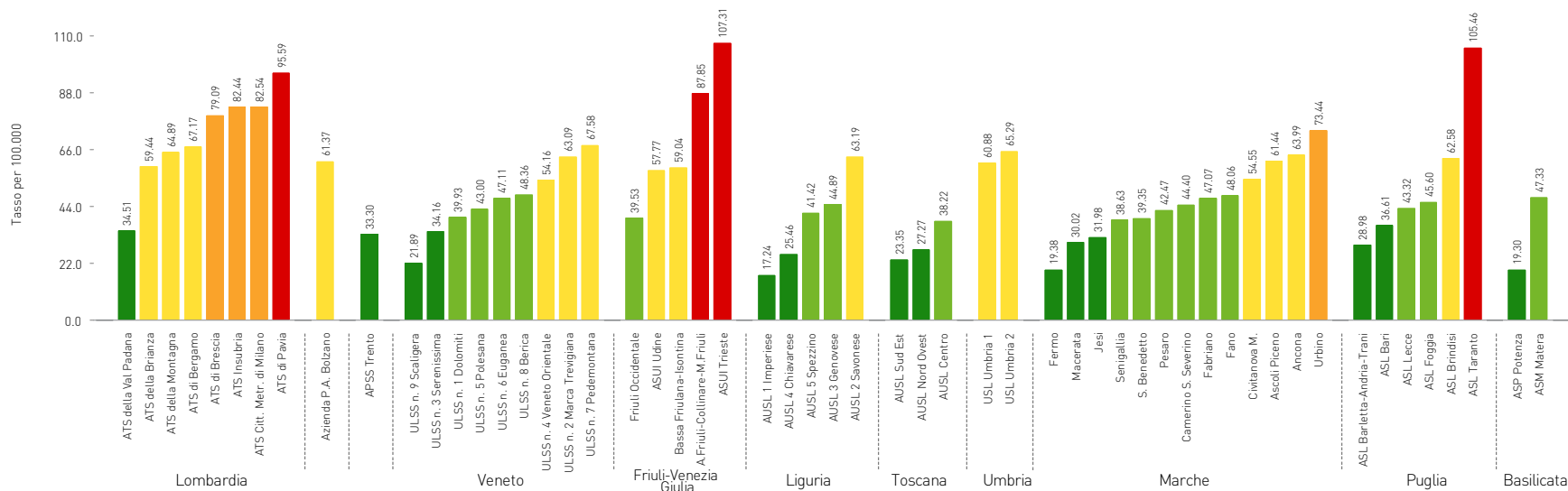
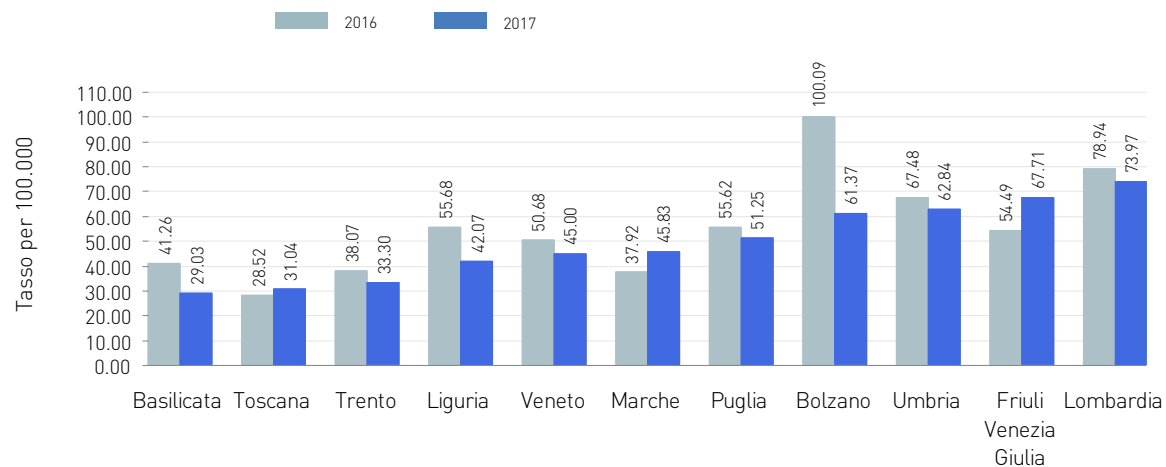
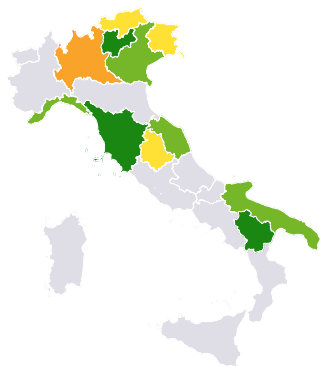
I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario per conseguenza un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori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



C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva), per 100.000 residenti (50-74 anni)



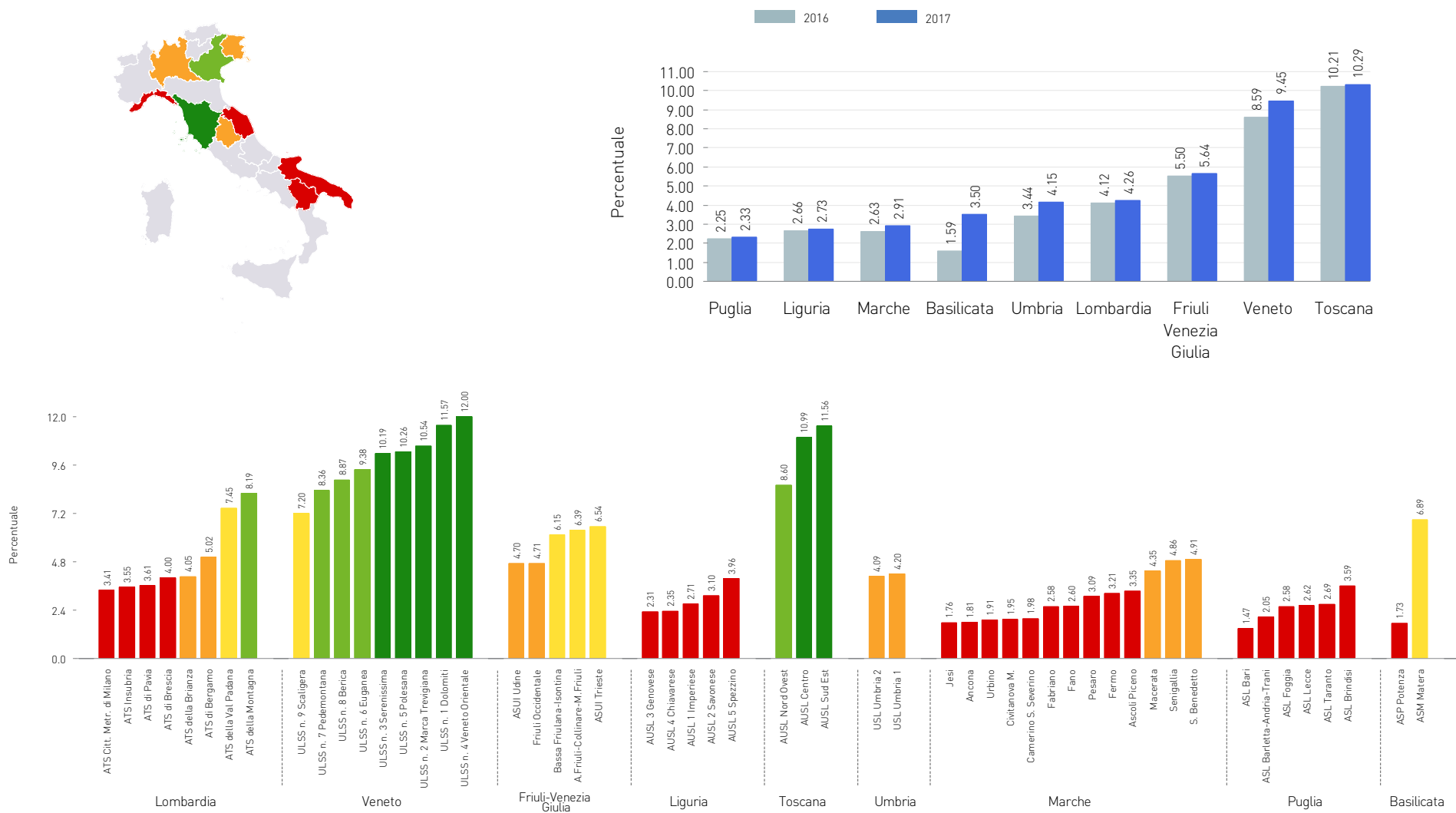
Per le broncopneumopatie croniche-ostruttive, alla pari di molte malattie croniche-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore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



B28.1.2 Percentuale di anziani trattati in Cure Domiciliari, con valutazione, sul totale della popolazione anziana (>=65 anni)



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





B28.2.5 Percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.

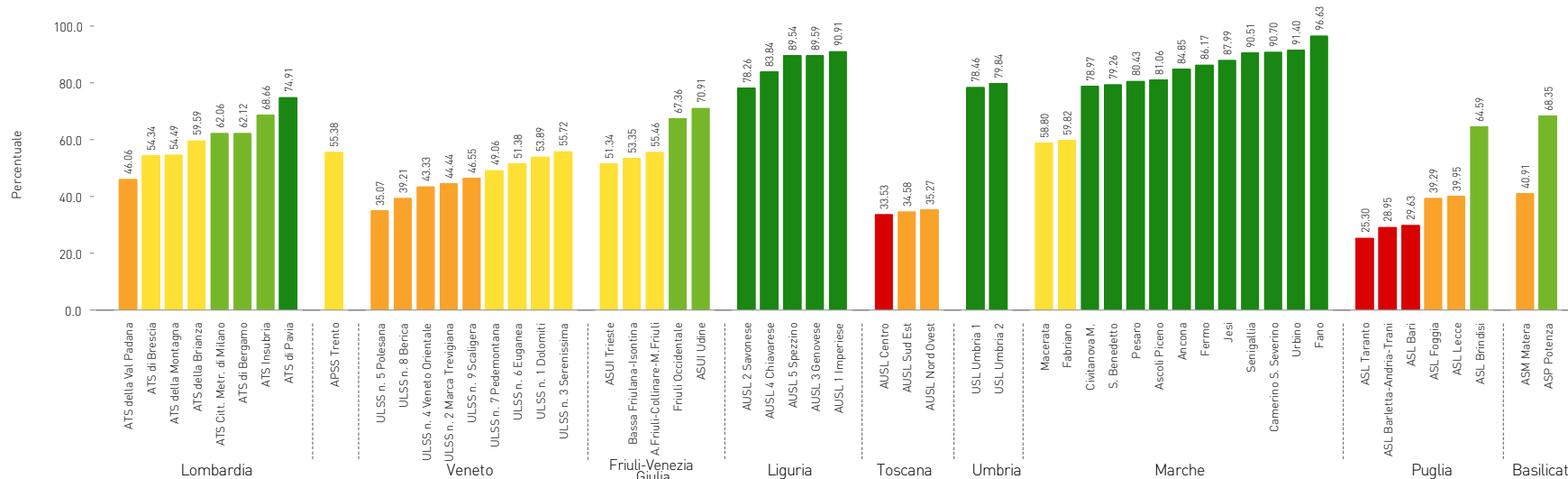
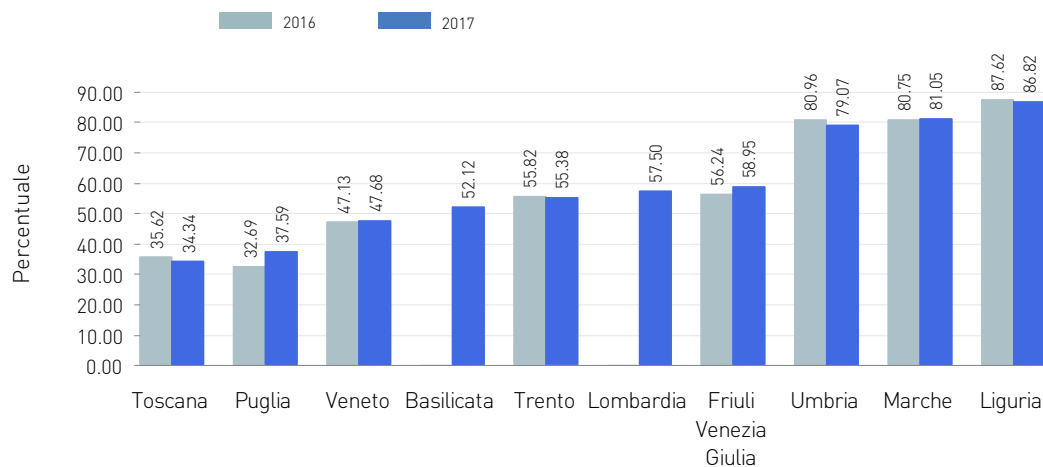
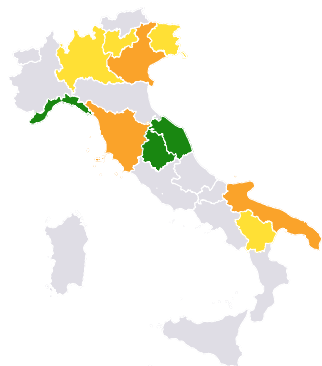
La percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore *proxy* di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.



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



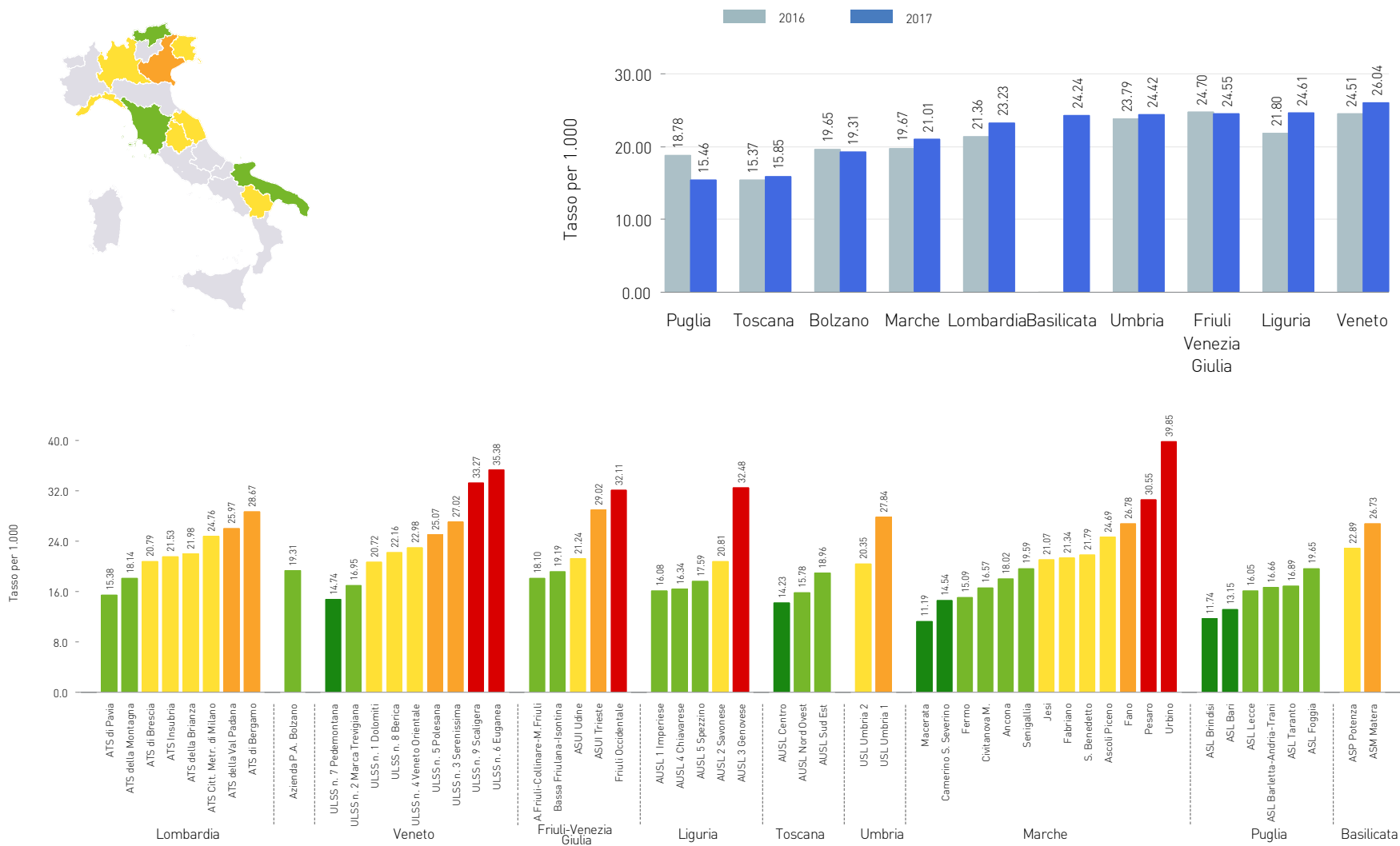
Il CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a quattro accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta,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





C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

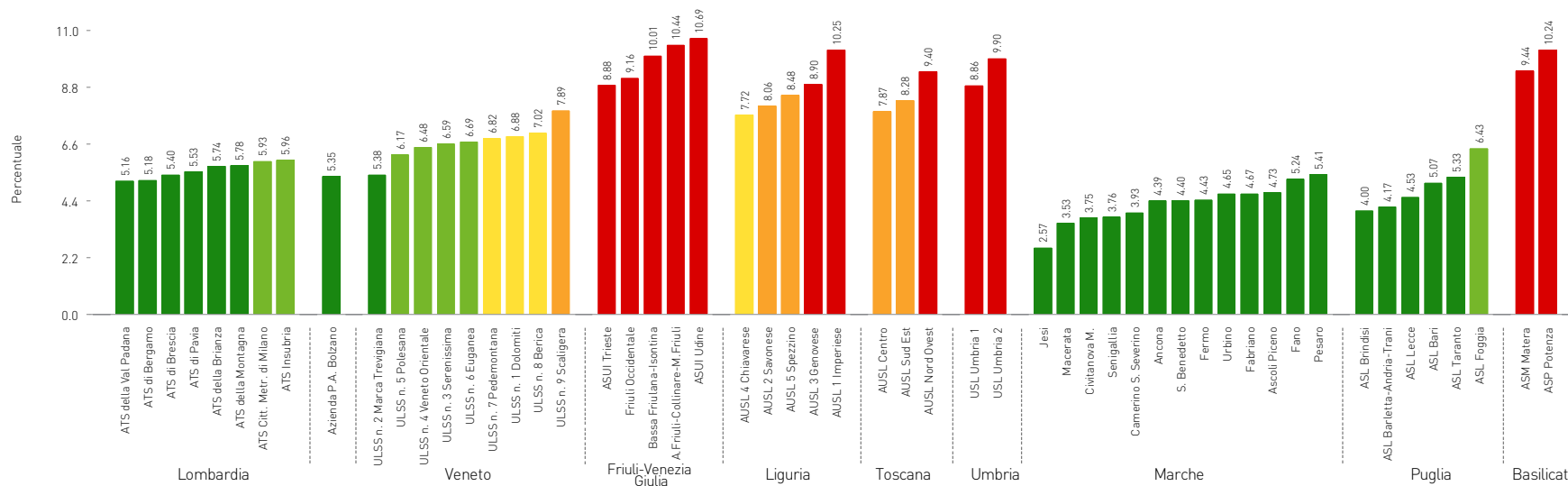
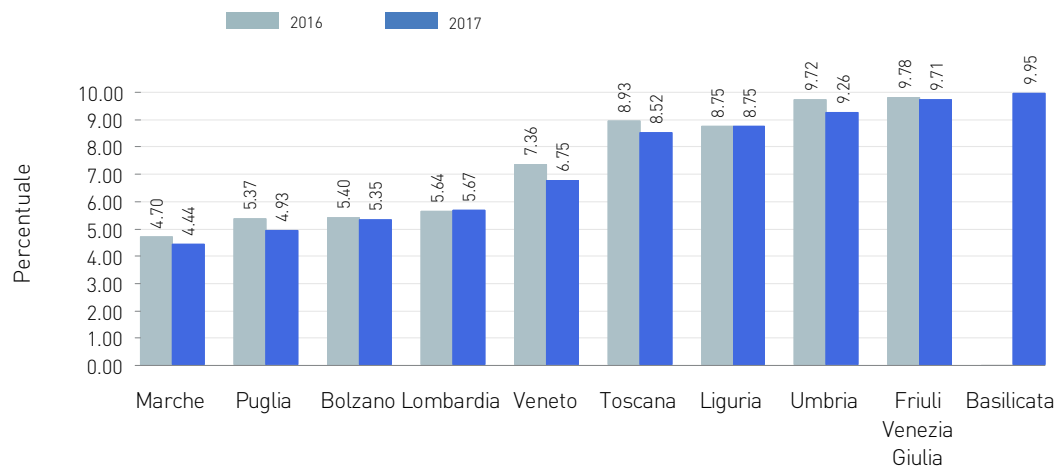
Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato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



C13a.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono una RM lombare entro 12 mesi dalla precedente



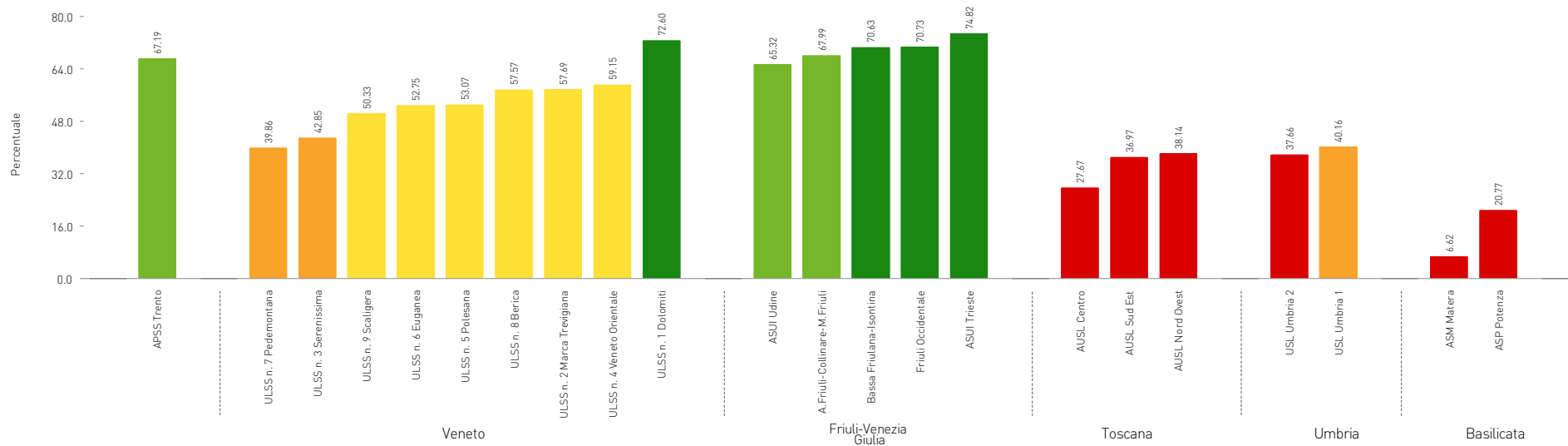
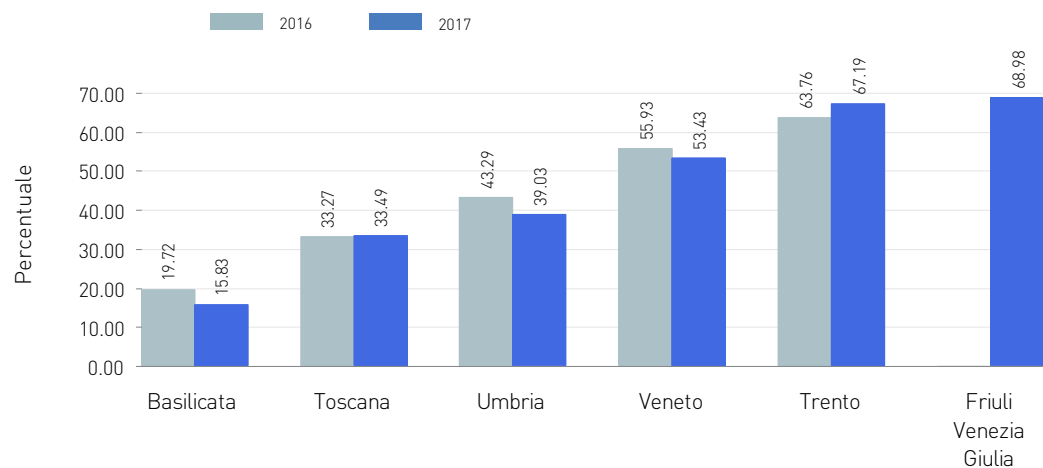
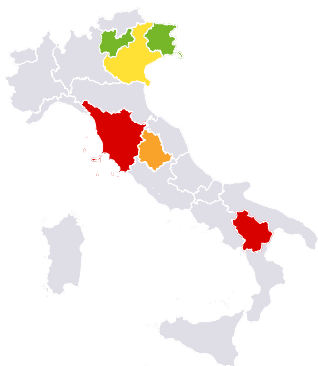
Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriata indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriata vi è la Risonanza Magnetica (RM), ed in particolare la RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dal precedente, suggerendo un potenziale uso improprio di tale metodica.



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



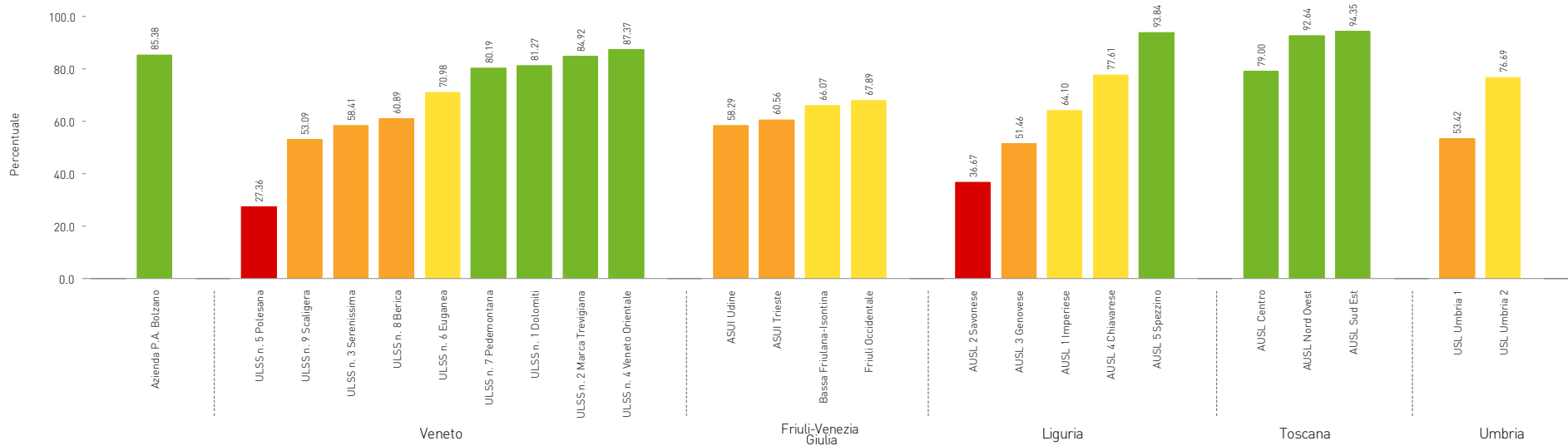
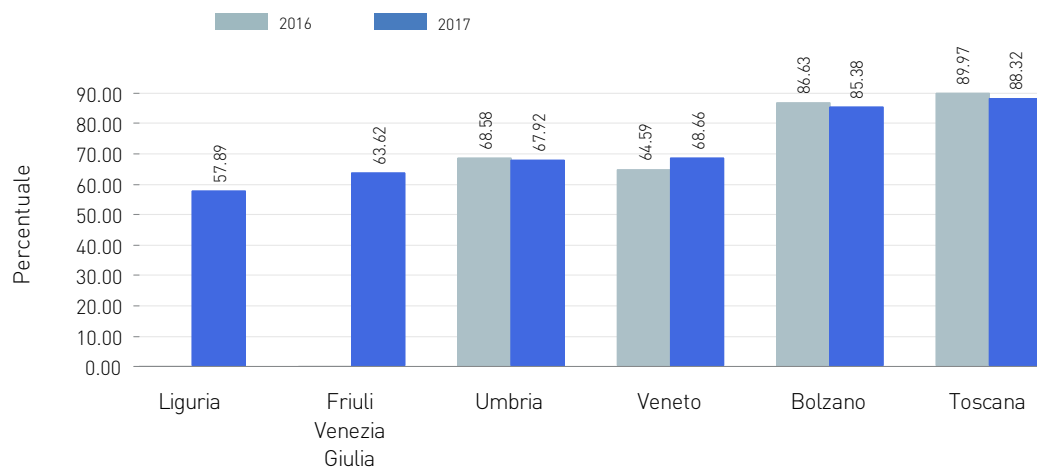
La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice). L'obiettivo dello standard è del 65% sul numero totale di deceduti per patologia oncologica (DM 43/2007).



C28.2b Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra la segnalazione e il ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni



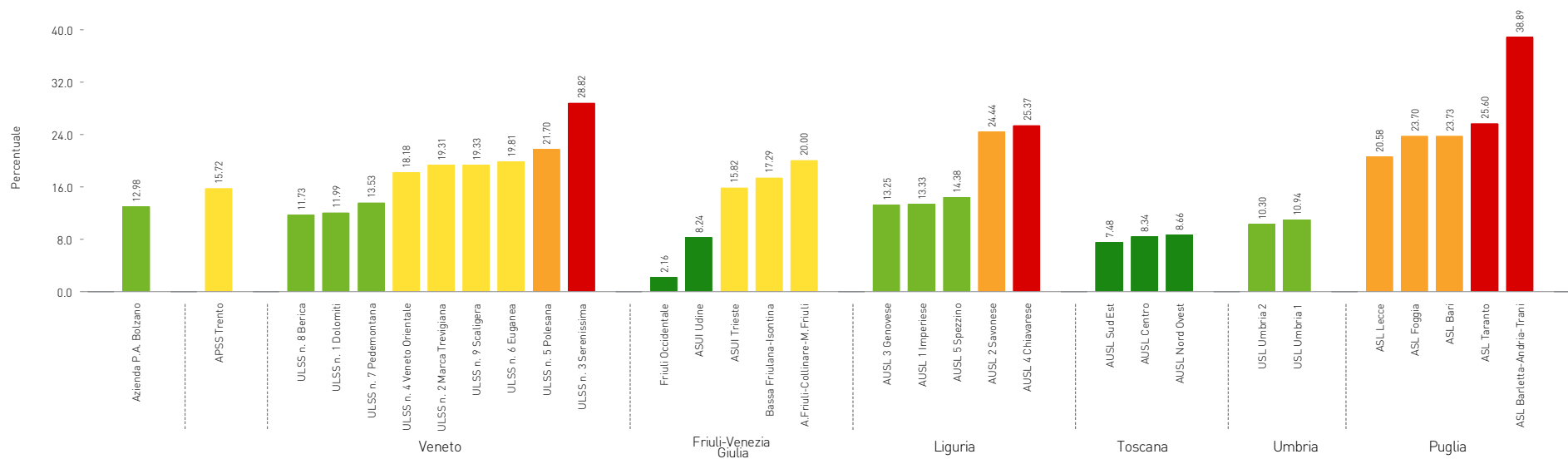
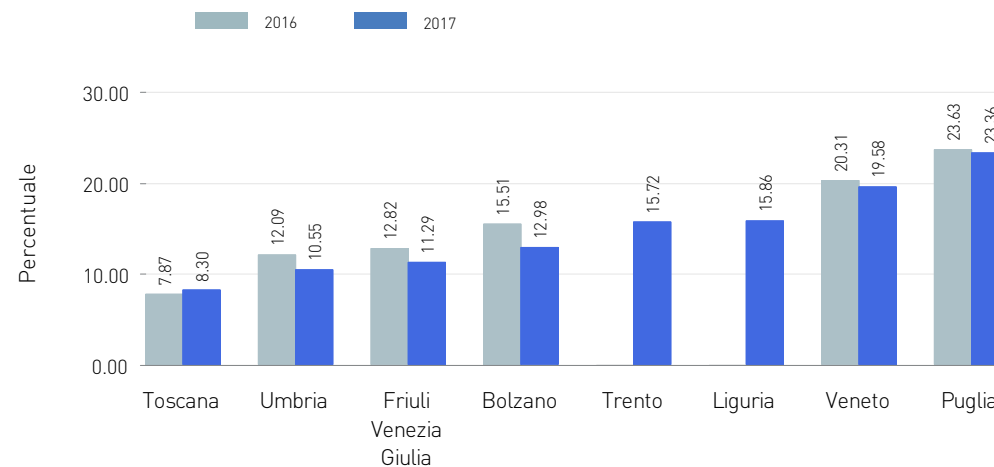
La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza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



C28.3 Percentuale di ricoveri in hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni



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

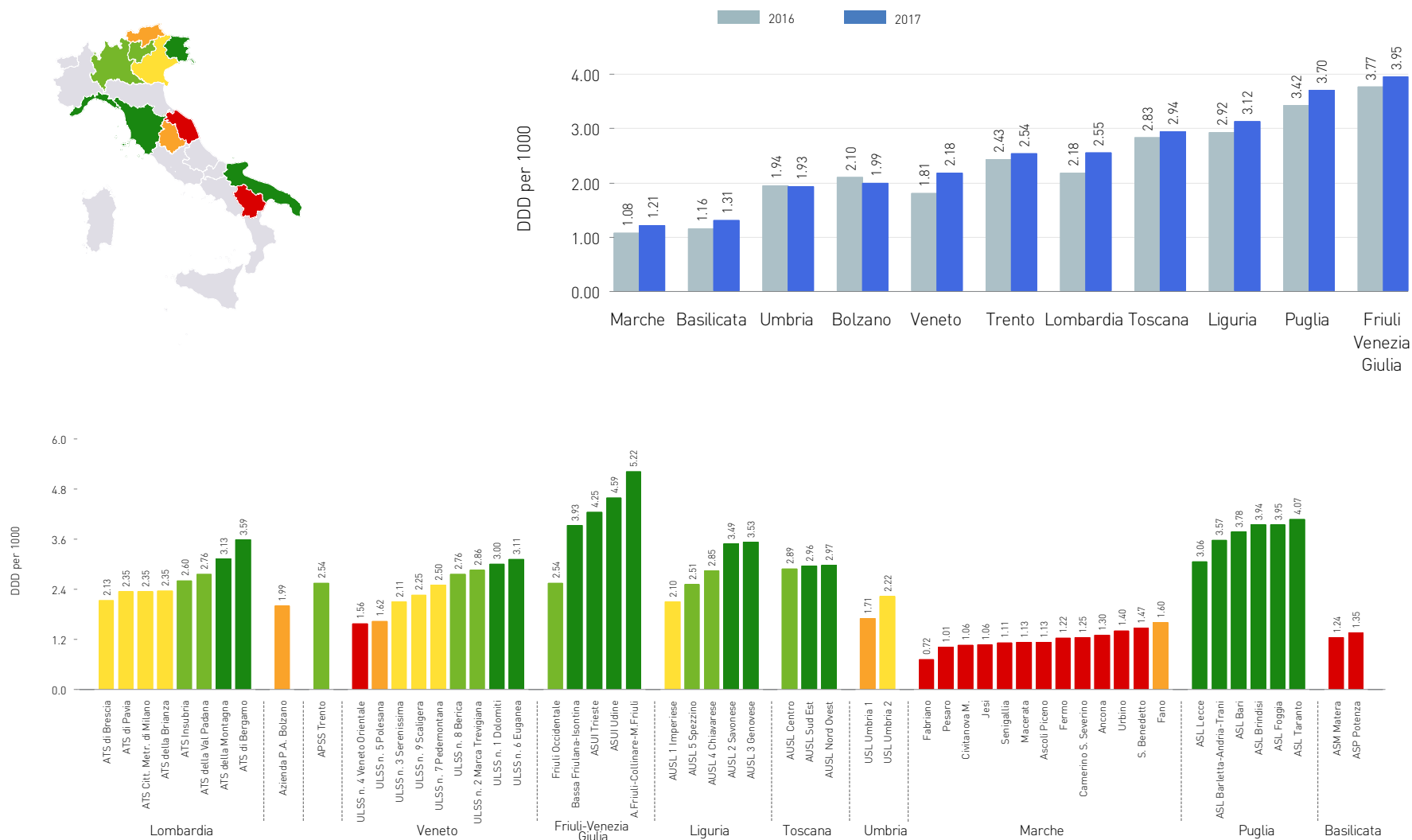


ASSISTENZA FARMACEUTICA

B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi



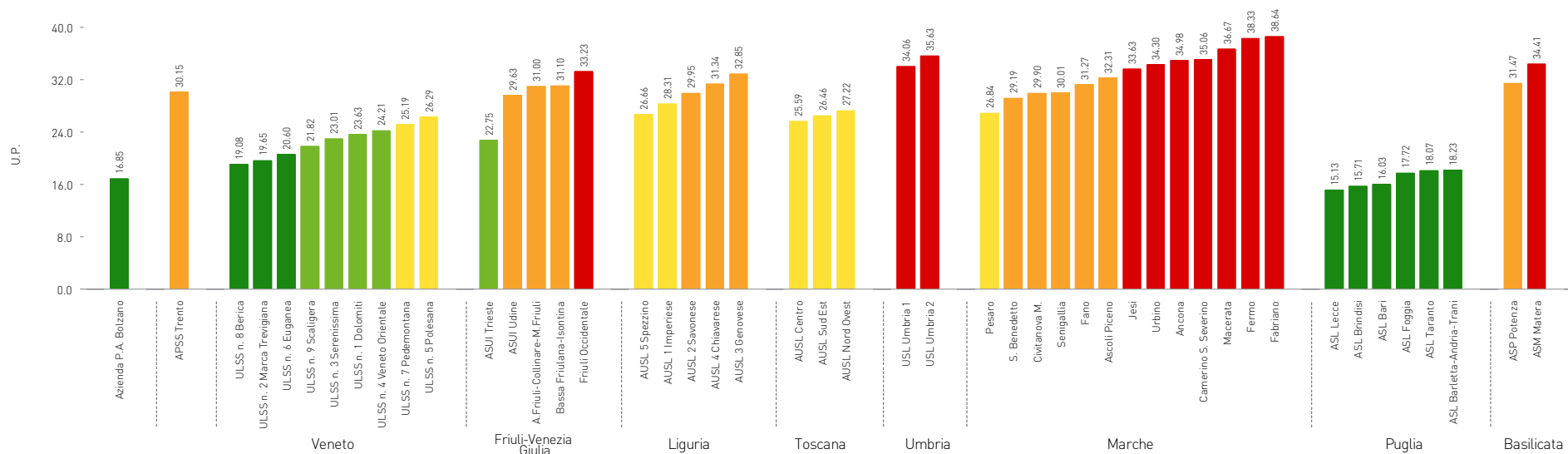
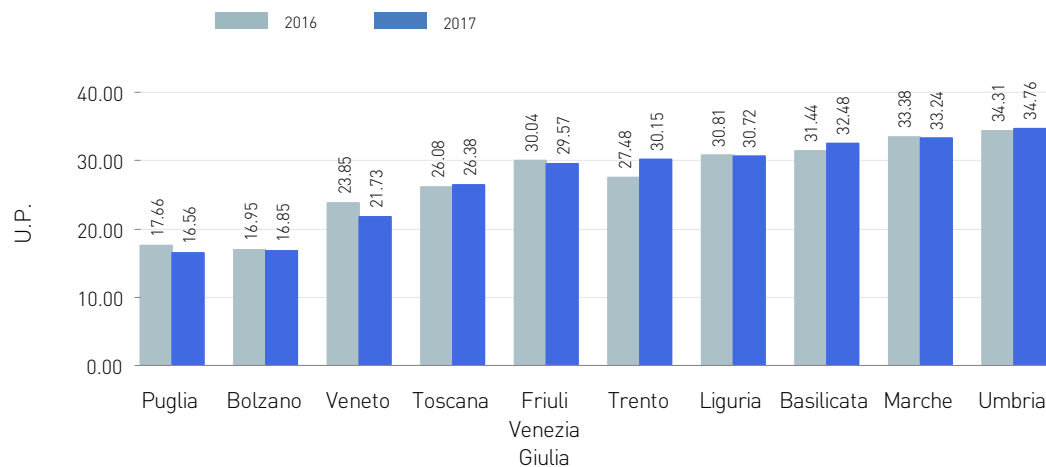
Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione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



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



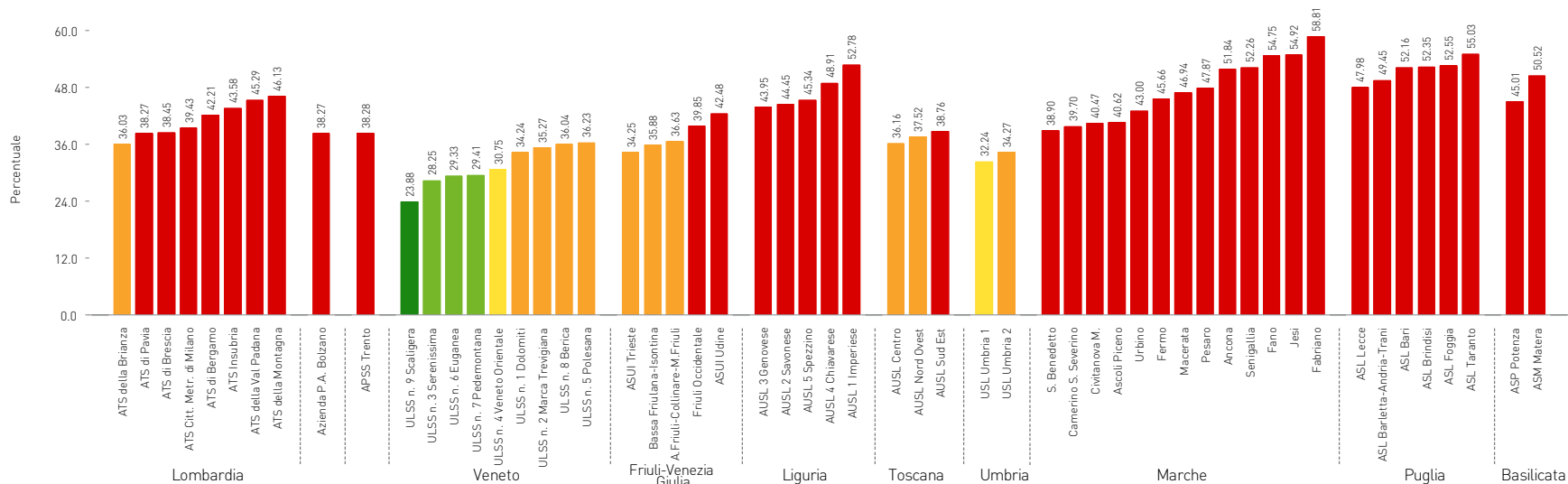
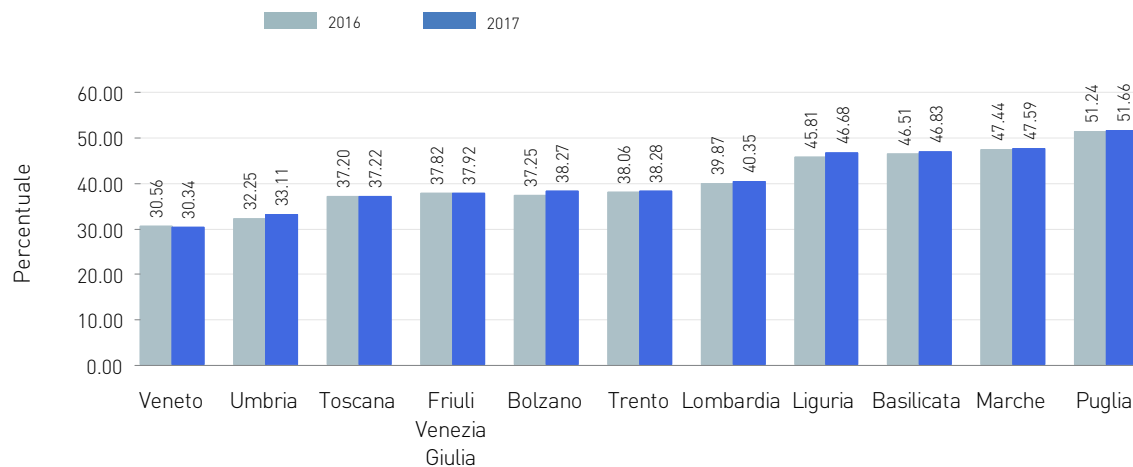
In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni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



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



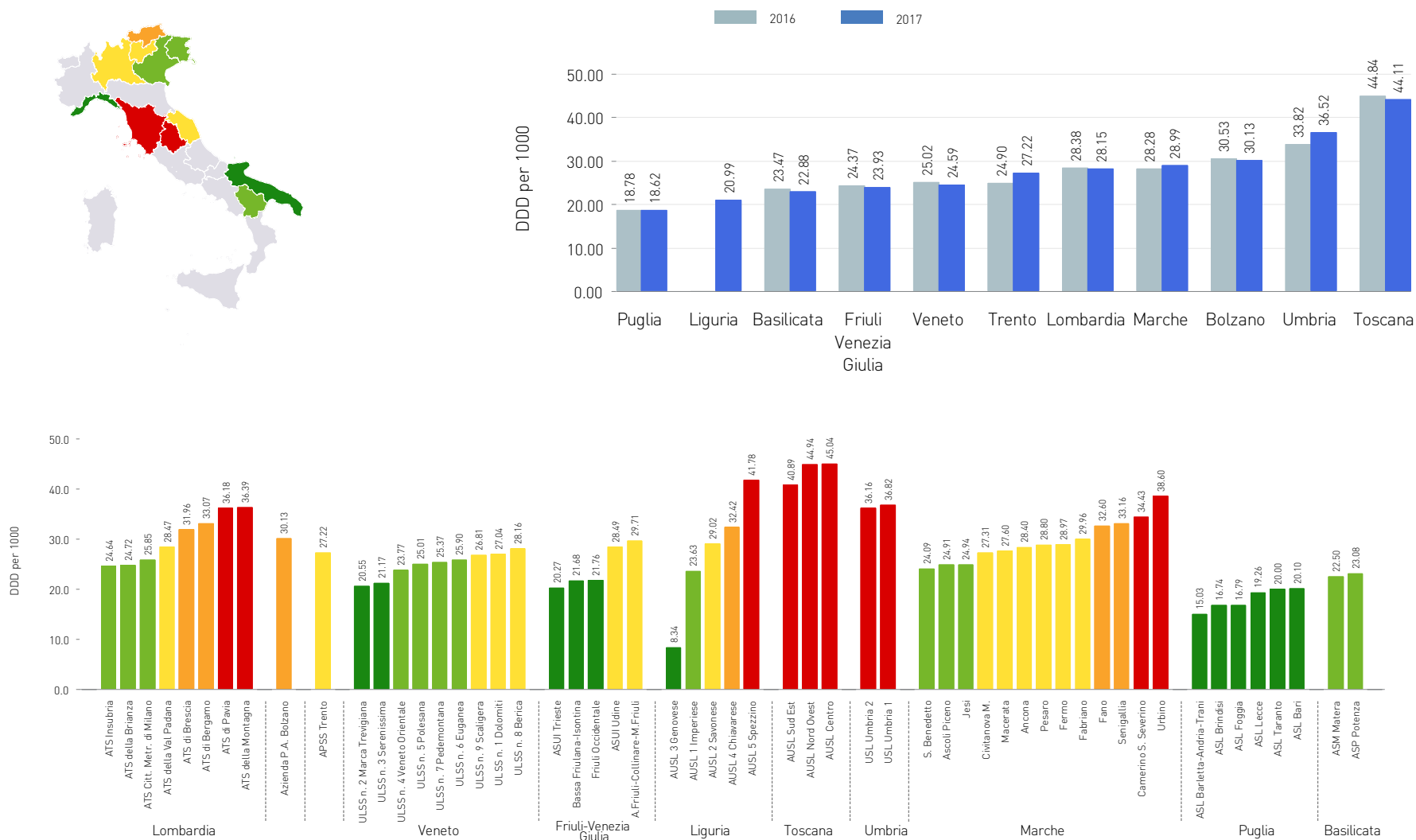
Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si rende necessario bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore.



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



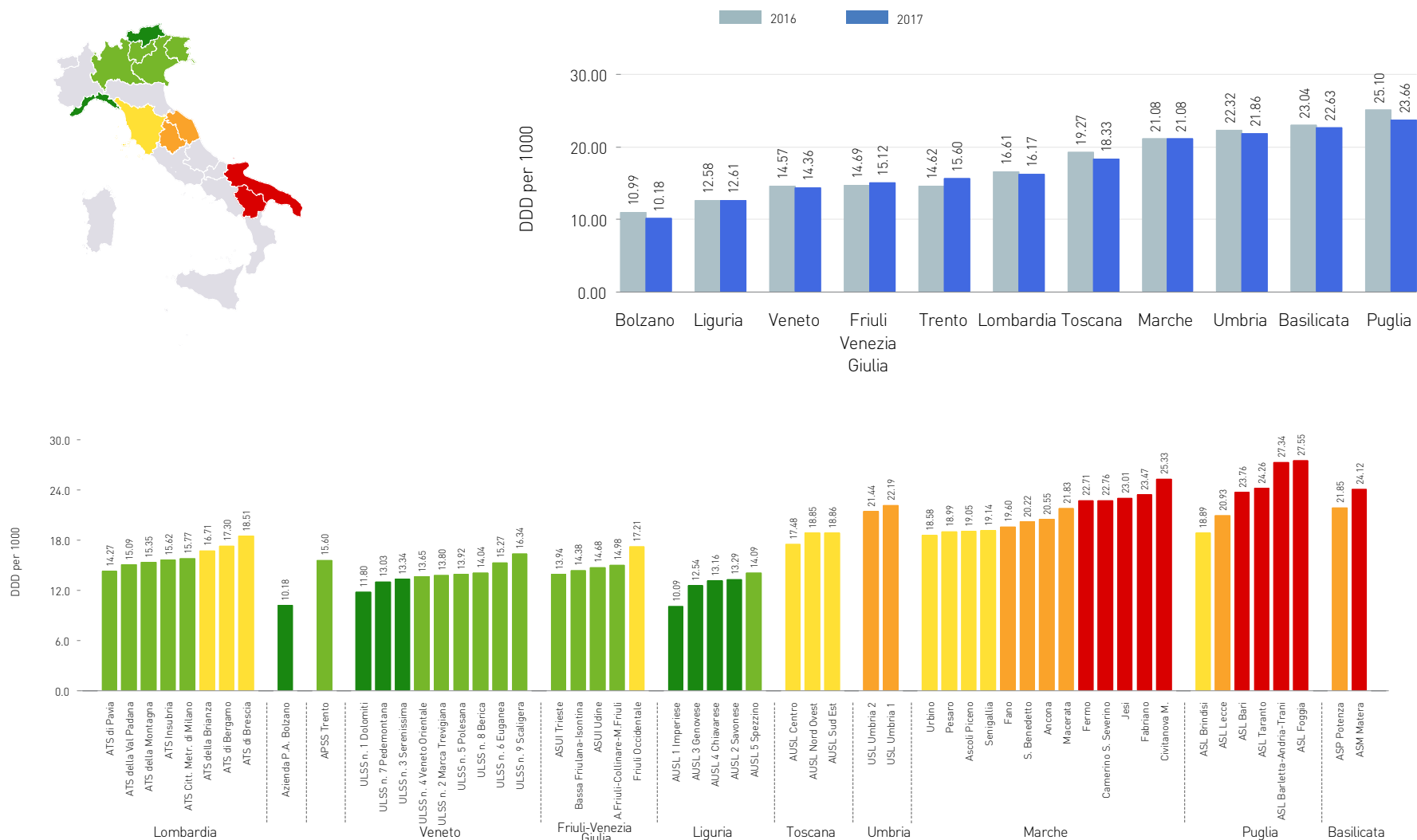
L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.



C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio



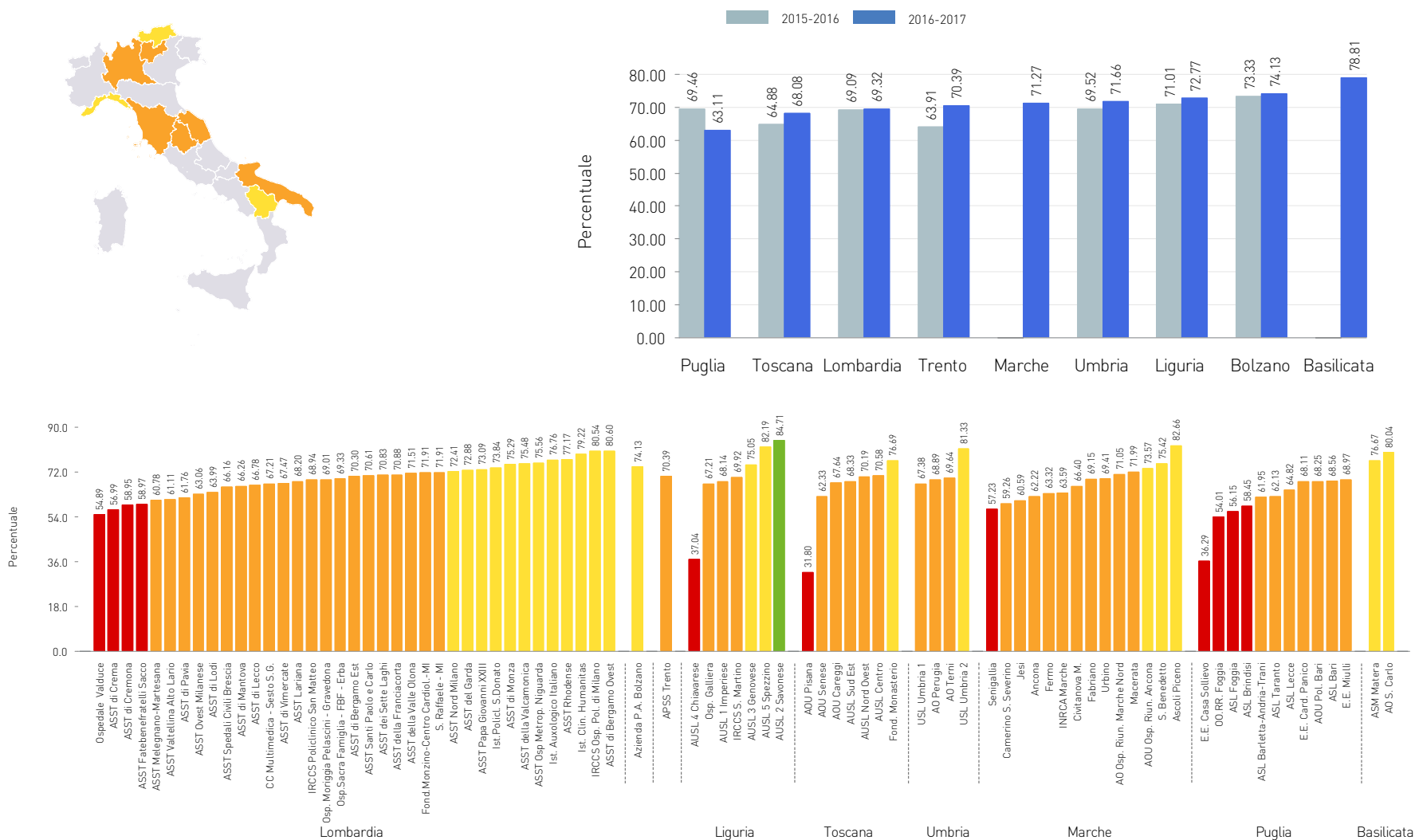
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di "superbatteri" contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci. In Italia le infezioni portate da tali germi rappresentano una vera e propria emergenza, sia per la valenza clinica (elevata mortalità o associazione con numerose complicanze gravi), sia per l'alta incidenza. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali (Rapporto OsMed 2014).



C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione



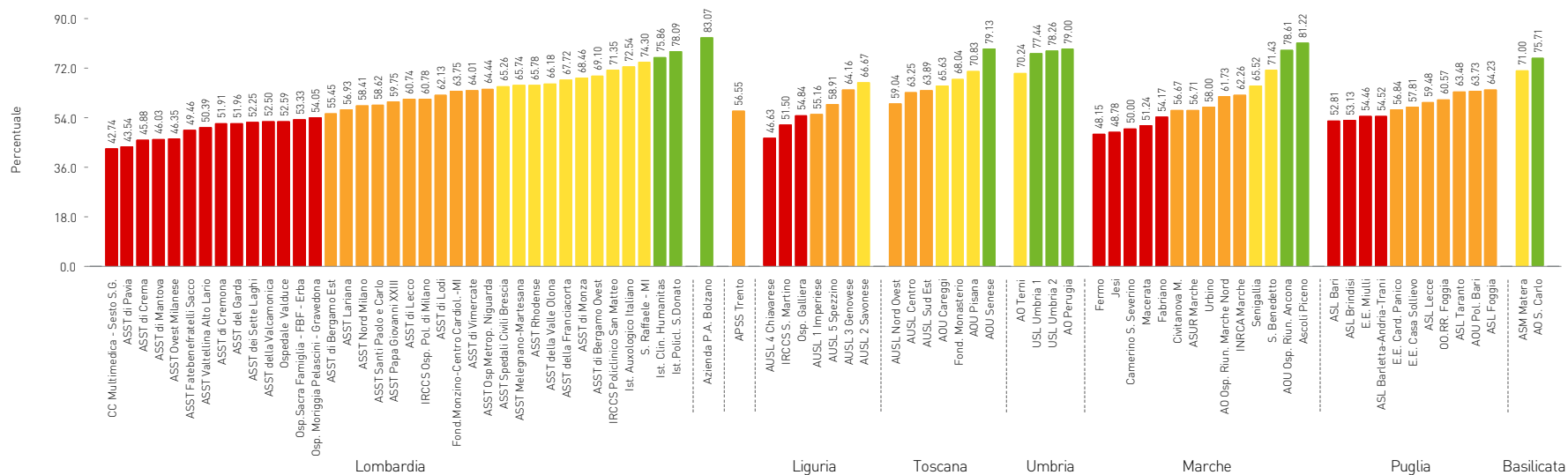
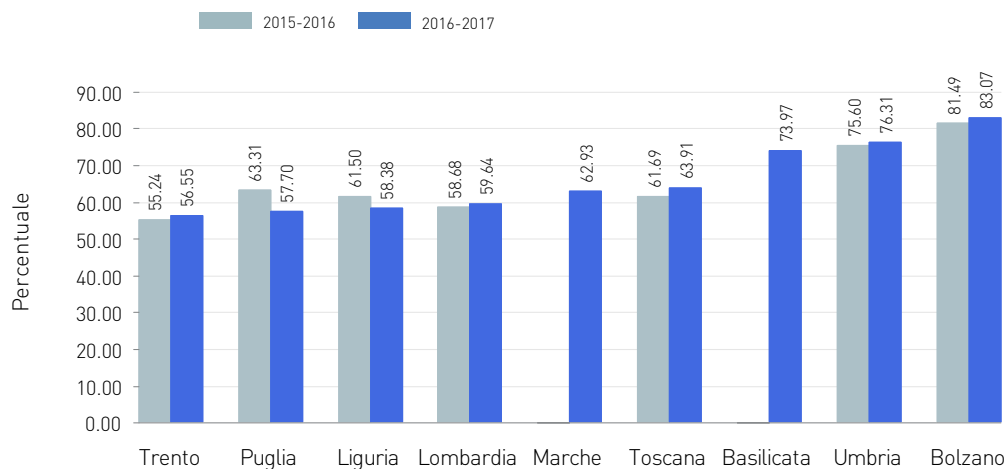
I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime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



C21.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione



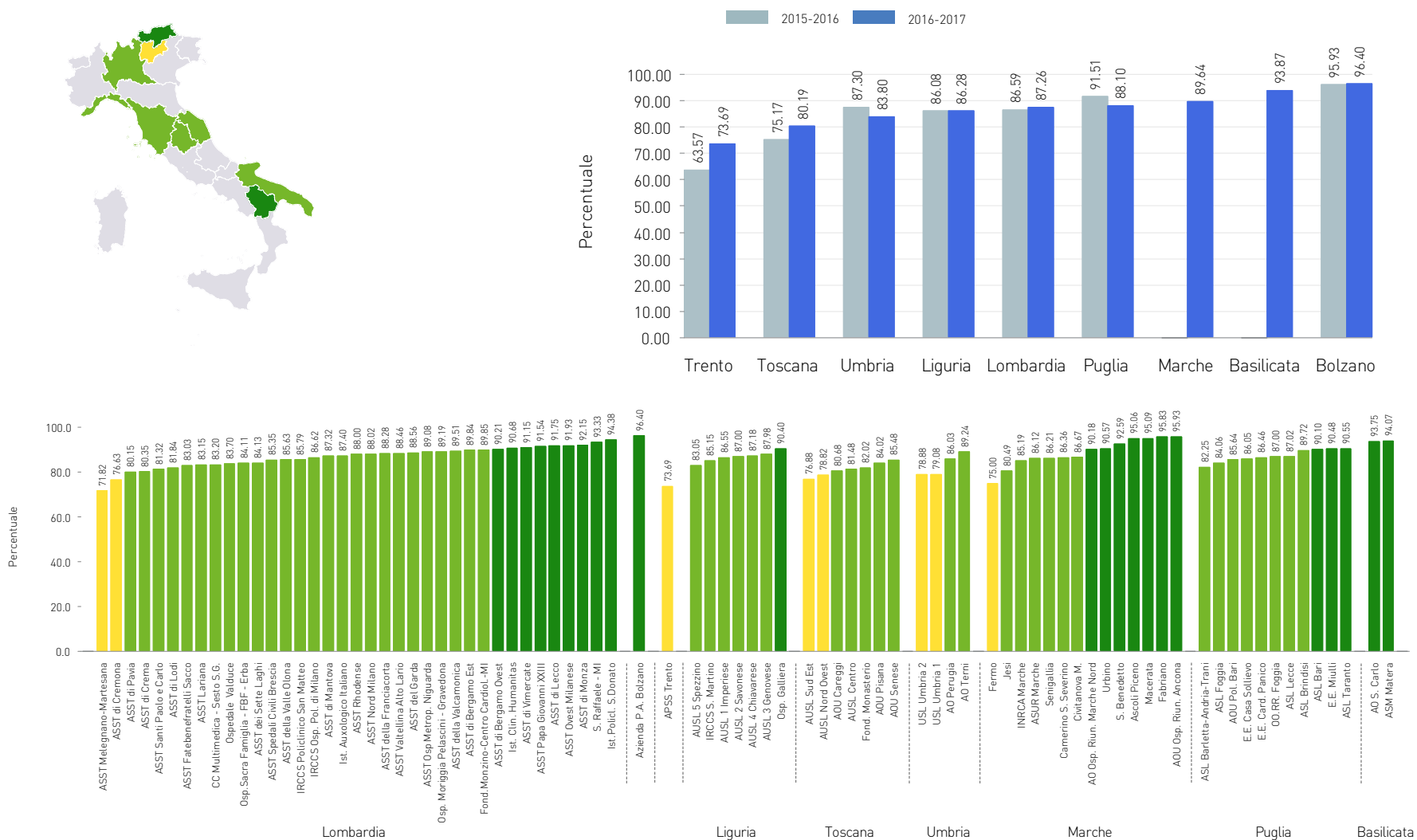
La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o Sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili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





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

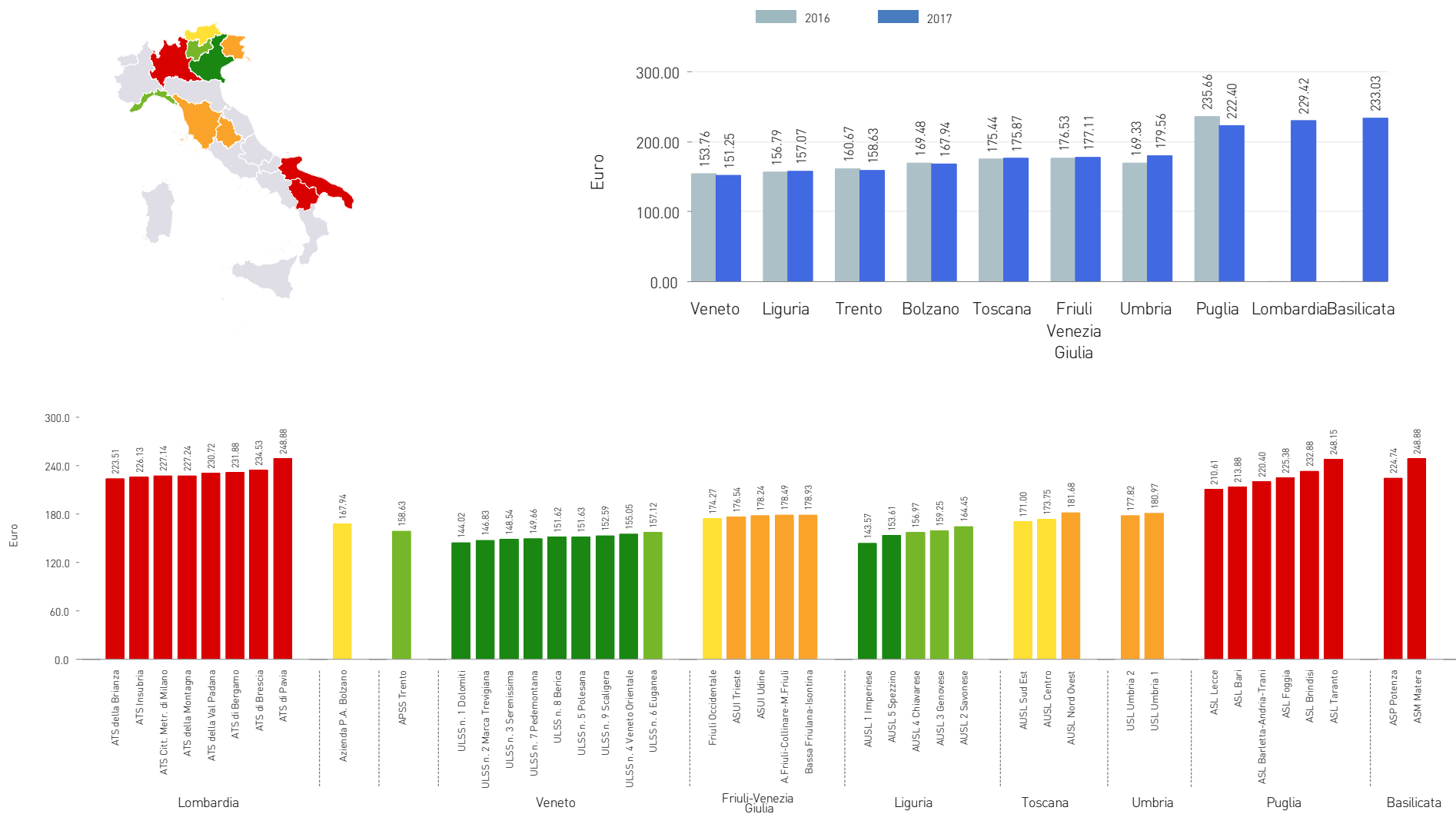
La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale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



F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro capite



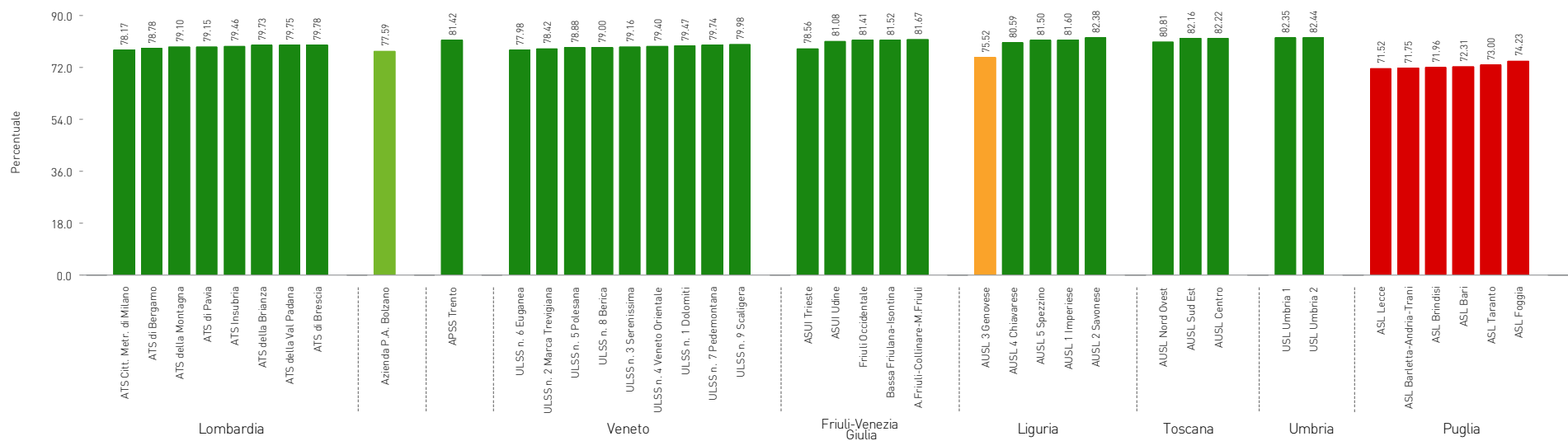
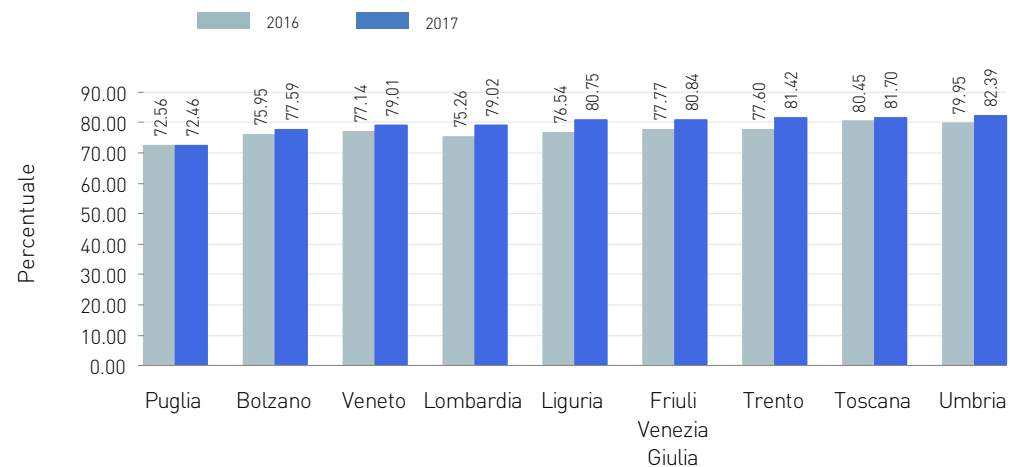
L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale *pro capite* dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto.





F12a.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

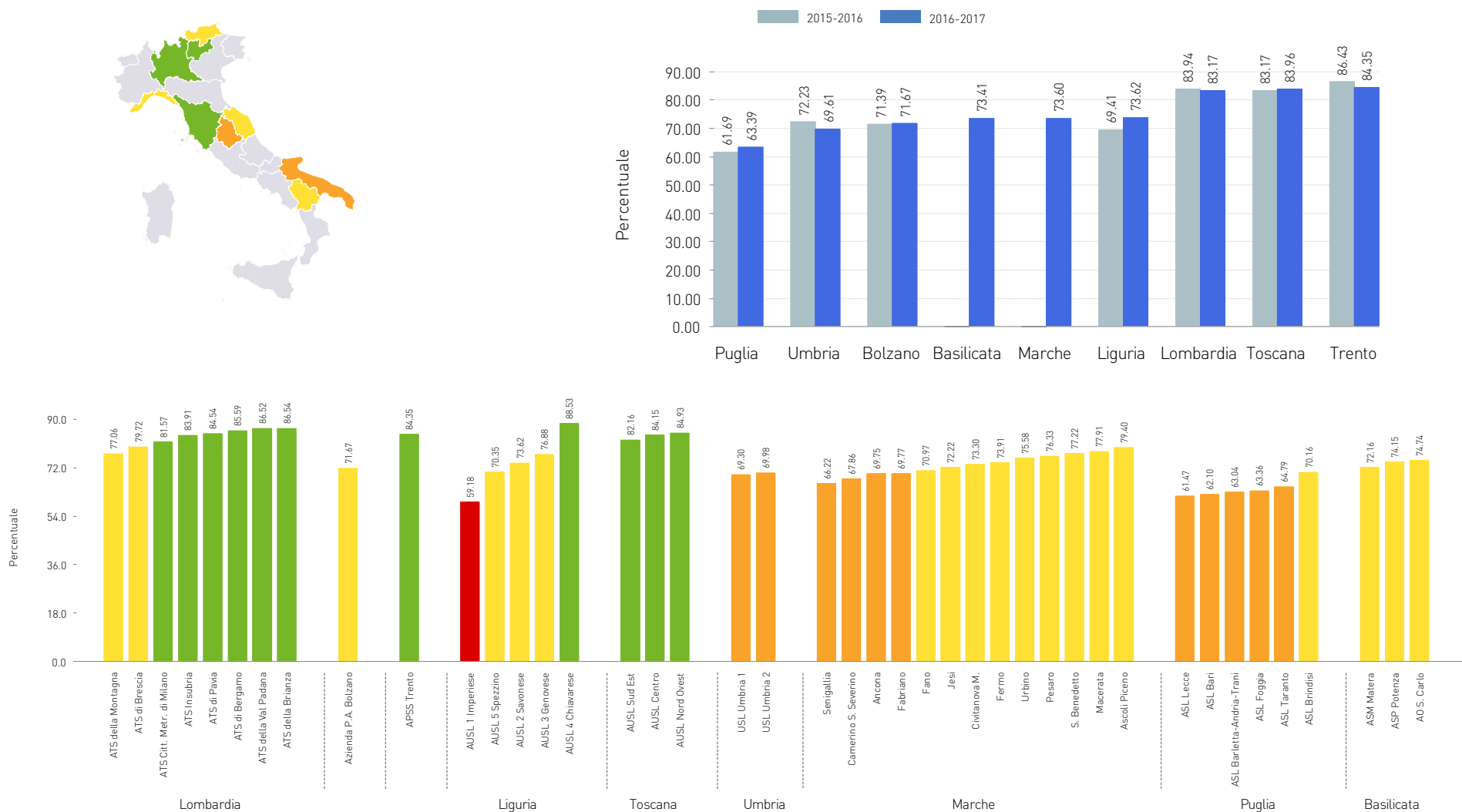
Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo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



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



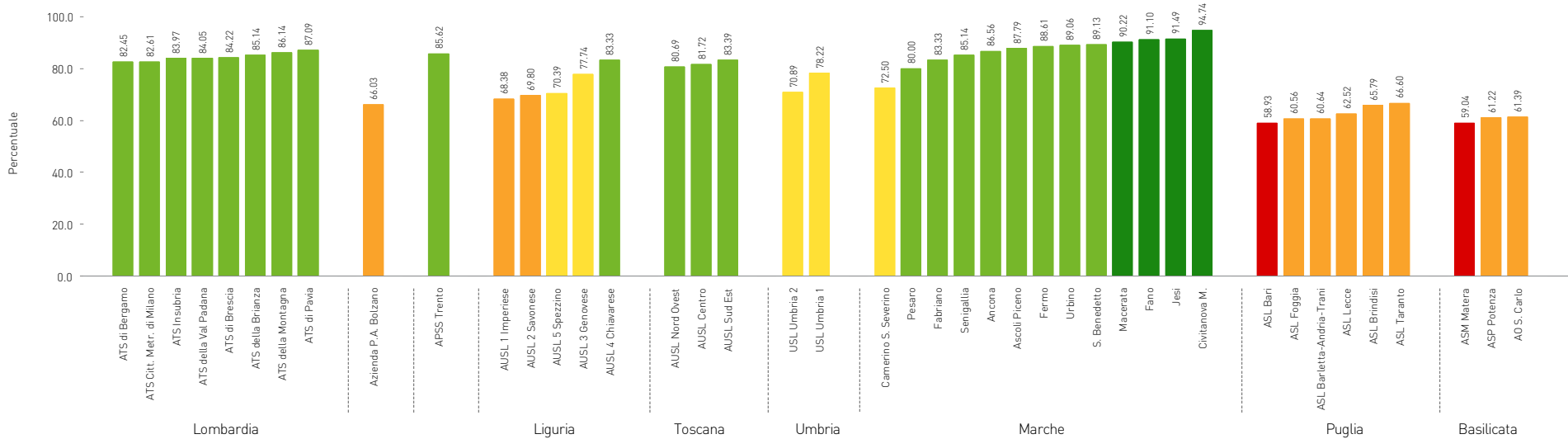
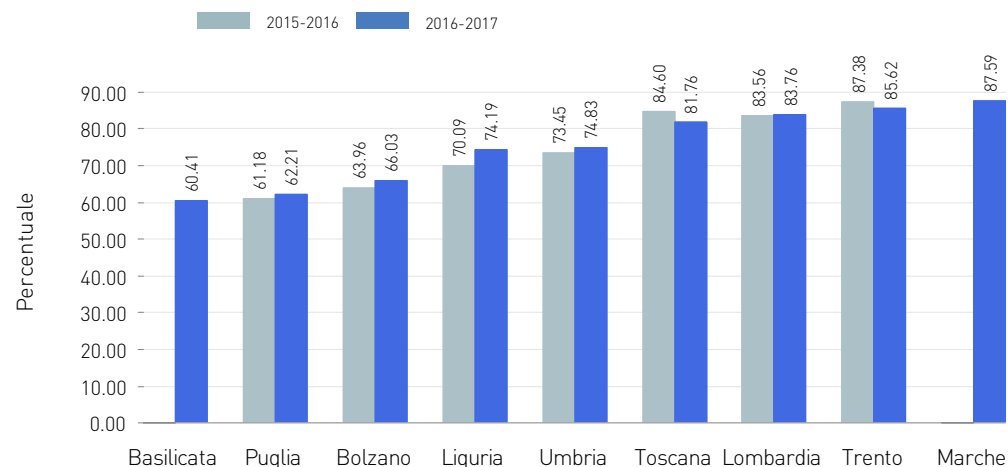
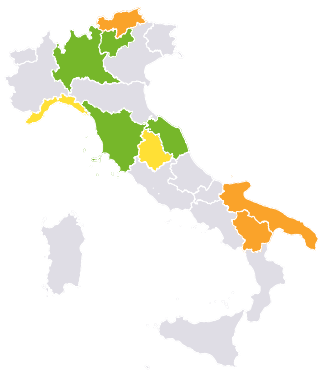
L'infarto miocardico acuto (IMA) è uno fra i più gravi eventi patologici a carico del sistema cardiovascolare. L'IMA si presenta a seguito di un'ischemia acuta che si dilunga nel tempo per un periodo maggiore di quindici-venti minuti e che causa danni permanenti al cuore. Nel nostro Paese circa 120-130.000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





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

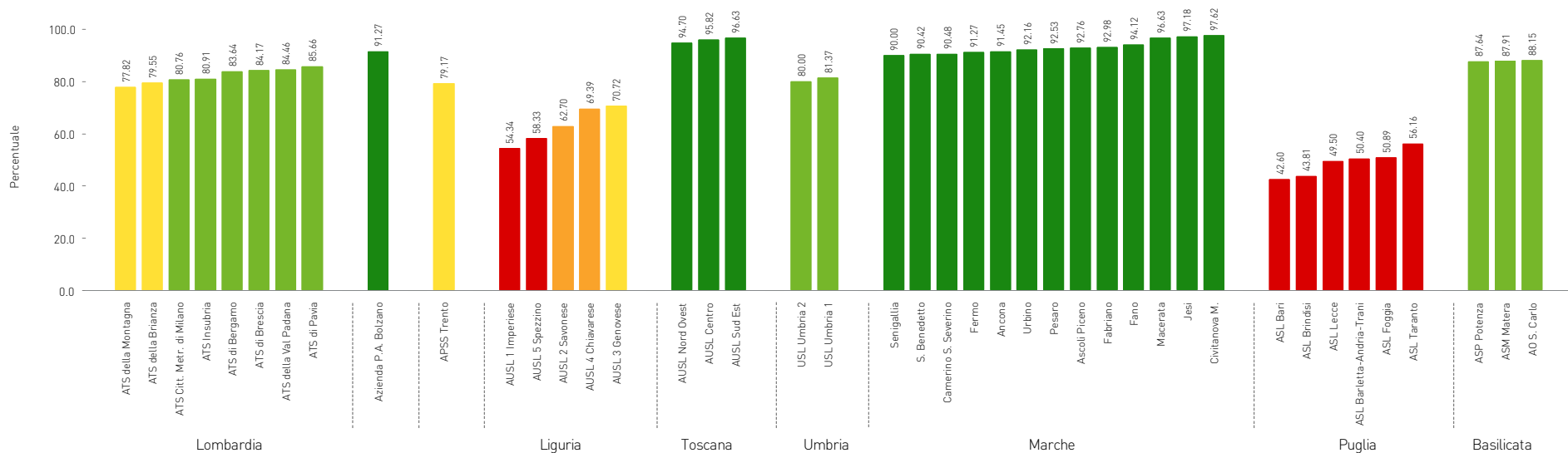
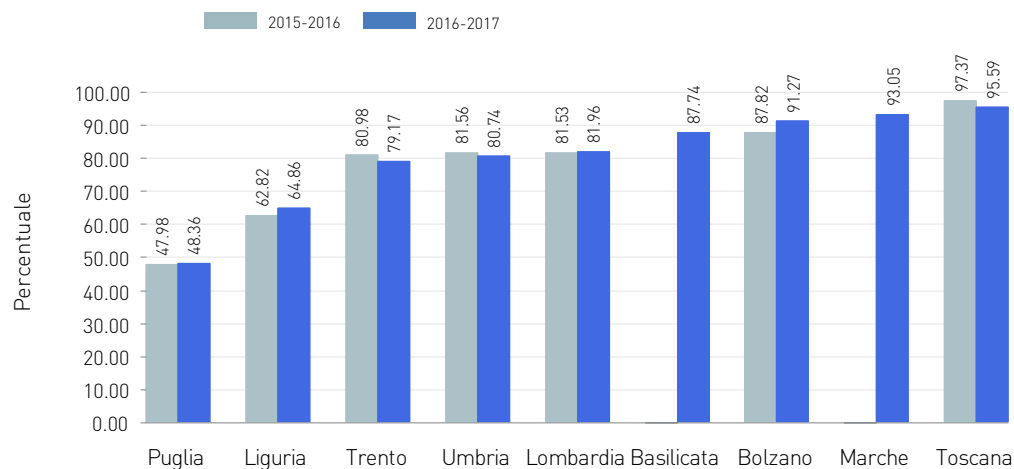
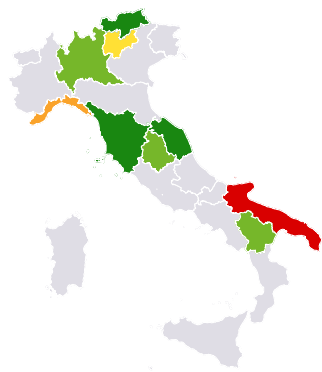
L'obiettivo alla base degli approcci farmacologici che vengono intrapresi in seguito ad infarto miocardico acuto (IMA) è il prevenire nuovi eventi vascolari. Il corredo farmacologico della terapia post-infarto si è negli ultimi anni arricchito degli ACE-inibitori e dei Sartani, oltre agli antiaggreganti,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



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



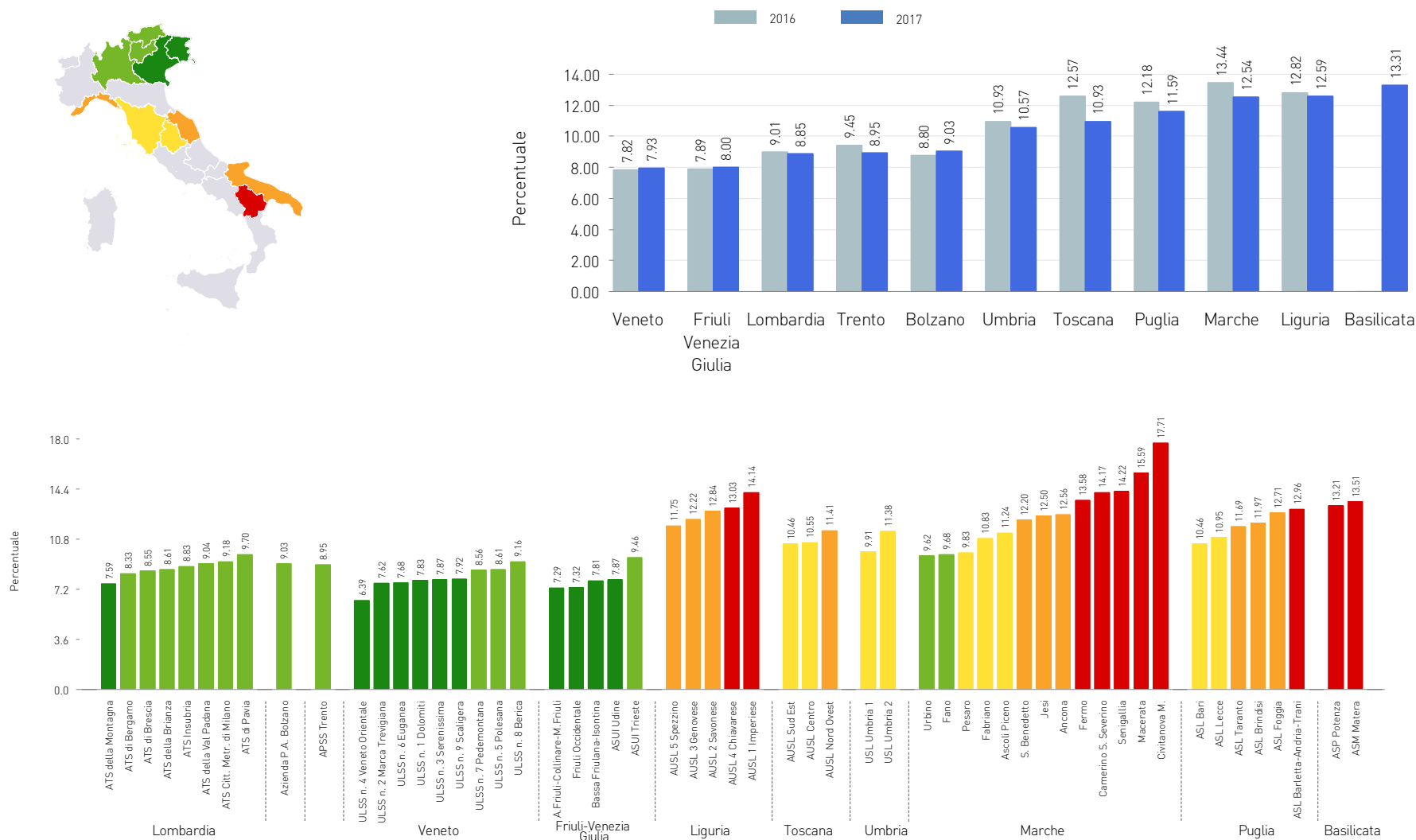
L'infarto del miocardio, tra cui l'evento acuto (IMA), rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità nel mondo occidentale. La popolazione colpita è destinata a crescere, con l'aumento dell'età media della popolazione e il profilo di rischio dei pazienti è sempre più complesso. Il miglioramento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



C9.2 Percentuale di pazienti non aderenti alla terapia ipolipemizzante con statine



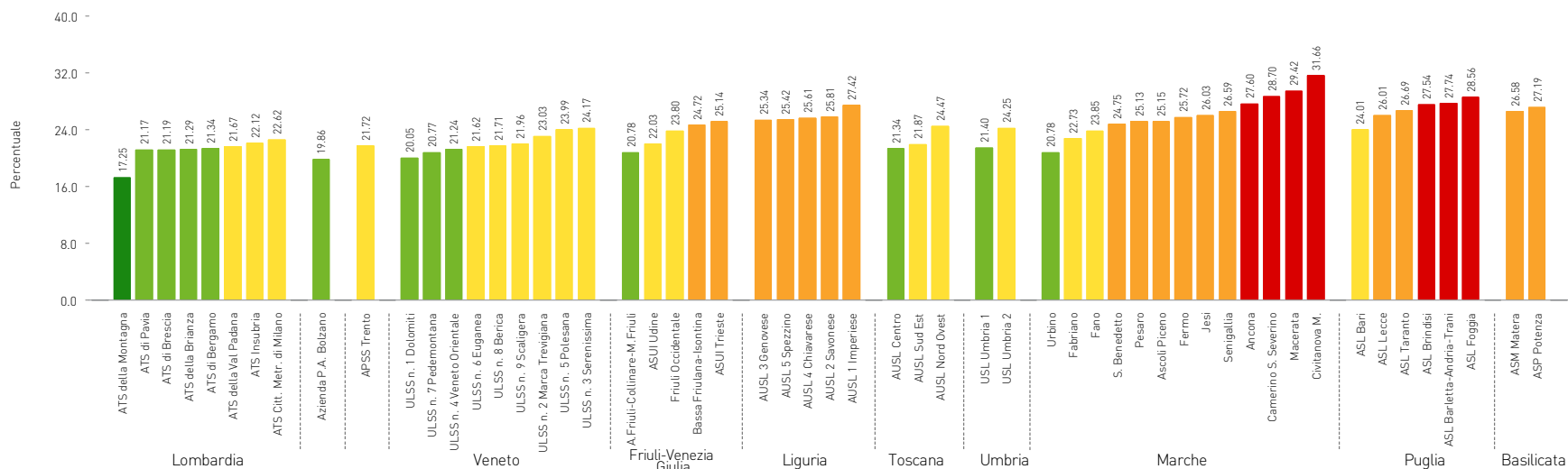
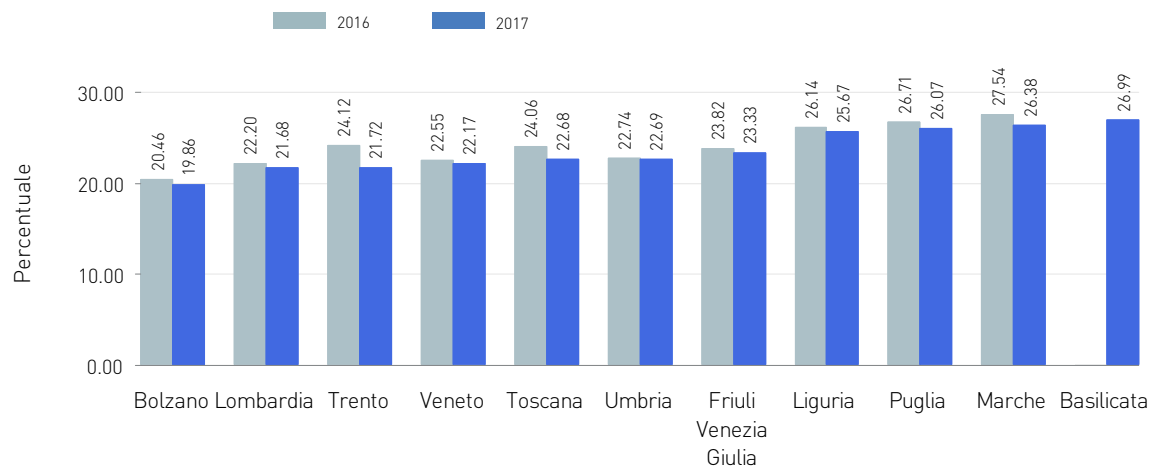
La terapia con statine - che sono tra i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è *compliance* da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo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



C9.9.1.1 Percentuale di abbandono dei 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.



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
- Basaglia S., Paolino C. (2015), *Clima aziendale: crescere dando voce alle persone*, EGEA, Milano
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Cerasuolo D., Campani A., Sinigaglia M.G., Seghieri C. (2008), "La valutazione interna", in Nuti S. (a cura di), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze University Press, Firenze
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621
- Cramer J.A, Rosenheck R. (1998), *Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders*, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201 <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), *Com'è nato il vocabolario di base*, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), *Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana*, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EURO-PERISTAT Project. *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf
- Franchina V., Vacca R. (1986), *Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore*, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione*, Linguaggi, a. III, n. 3, pp. 47-9
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- OECD (2009), *Health at glance 2009*. OECD Indicators, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011*. OECD Indicators, OECD

- Health Canada (2001), Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmathy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria [Virginia]
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, Bollettino della Società Filosofica Italiana, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, 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. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in Baraldi S. (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", *Salute e Territorio*, n. 158, n. 1, pp. 303-306
- Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", *International Journal of Integrated Care*, 16(2)
- Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento*, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), *I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto. Report 2016*, Pisa, Pacini Editore
- Nuti S., Macchia A. (2005), "The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities", in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis, London
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- OECD (2016), *Engaging Public Employees for a high performing civil service*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)

- OHA (2006), The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal – Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20 Politecnico di Milano (2016), *Osservatorio Mobile & App Economy*
- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department 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
- Rosselli Del Turco M. et al. (2010), "Quality Indicators in Breast Cancer Care", *European Journal of Cancer* 46(13):2344-56
- Rojas D., Seghieri C., Nuti S. (2014), "Organizational climate: Comparing private and public hospitals within professional roles", *Suma De Negocios*, 5(1): 10-14
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzini I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J., Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5): 426-434
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.0000000000000164
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra ragionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*, 7(4): 20-28
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and 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

Pubblicazioni del Laboratorio Management e Sanità

L'attività di ricerca e la **produzione scientifica** del Laboratorio MeS valorizzano le logiche fondanti della valutazione della performance a supporto della gestione dei sistemi sanitari. Di seguito una selezione dei principali contributi:

- Bevan G., Evans A., Nuti S. (2018), "Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world", *Health Economics, Policy and Law*, 21(1)
- Grillo Ruggieri T., Berta P., Murante, A.M., Nuti S. (2018), "Patient satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis", *BMC Health Services Research*, 9(1)
- Nuti S., Noto G., Vola F., Vainieri M. (2018), "Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare", *Management Decision*, doi: 10.1108/MD-09-2017-0907
- Vainieri M., Lungu D.A., Nuti S. (2018), "Insights on the effectiveness of reward schemes from 10-year longitudinal case studies in 2 Italian regions", *International Journal of Health Planning and Management*, 1(11)
- Nuti S., De Rosis S., Bonciani M., Murante A.M. (2017), "Rethinking Healthcare Performance Evaluation Systems towards the People-Centredness Approach: Their Pathways, their Experience, their Evaluation", *Healthcare Papers*, 17(1): 56-64
- Nuti S., Vainieri M., Vola F. (2017), "Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare", *Public Money and Management*, 2017, 37(4): 277-284
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.0000000000000164
- 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., Grillo-Ruggieri T., Podetti S. (2016), "Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions", *BMJ Open*, 6:e011426
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2016), "Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy", *Health Economics, Policy and Law*, 11(1): 17-38
- Vainieri M., Vola F., Soriano G.G., Nuti S. (2016), "How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions", *Health Policy*, 120(11): 1270-1278
- Nuti S., Seghieri C. (2014), "Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy", *Health Policy*, 114 (2014): 71-78
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics in uence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3): 247-260
- 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
- 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*, 53(3): 182-198
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, 95(2-3): 137-143

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

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

Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

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

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

Creare valore in sanità, edito da ETS

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

- Niccolai F., Nuti S. (2012), *Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale*
- Nuti S., Furlan M. (2012), *La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità*
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), *La sanità come volano dello sviluppo economico*
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana - Una sfida aperta*
- Nuti S. (2005), *Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto*

I quaderni, editi da Polistampa

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

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

Edizioni ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di luglio 2018

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

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

www.meslab.santannapisa.it



ISBN-13: 978-8846753410



9 788846 753410