

in collaborazione con



**CRISP** Centro di Ricerca  
Interuniversitario  
per i Servizi  
di Pubblica Utilità

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie  
a confronto

**Report 2017**



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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE  
DELLA PERFORMANCE  
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:  
I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie  
a confronto

**REPORT 2017**

A cura di Sabina Nuti, Giuseppe D'Orio, Maria Paola Gamba, Daniel Adrian Lungu, Antonio Parenti, Chiara Seghieri, Federico Vola

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

© Copyright 2018 Laboratorio MeS

ISBN 978-884675348-9



---

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI: I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto Report 2017

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

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

**Coordinamento:** Chiara Seghieri, Daniel Adrian Lungu, Federico Vola

**Sistemi informativi:** Domenico Cerasuolo

**Supervisione statistica:** Giuseppe D’Orio

**Coordinamento per la redazione del Report:** Antonio Parenti, Maria Paola Gamba

**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, 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, Milena Vainieri, Bruna Vinci.

**Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità:** Università degli Studi di Milano-Bicocca: Giorgio Vittadini, Paolo Berta

**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 Prinnoth, 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 Cicuttini, Linda Gallo, Barbara Alessandrini.

**Regione Liguria:** Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Tommaso Grillo Ruggieri, Roberto Oneto, Filippo Ansaldo, 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 ringrazia per il contributo scientifico Maria Pia Fantini (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – Università di Bologna).

Si ringraziano tutti i referenti delle Aziende Ospedaliero-Universitarie che hanno partecipato alle iniziative e agli incontri organizzati dal laboratorio MeS, dando un importante contributo allo sviluppo e al perfezionamento degli indicatori del sistema di Valutazione.



---

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE  
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:  
I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto  
**Report 2017**

<b>Introduzione</b>	
Introduzione	8
La valutazione e la rappresentazione degli indicatori del Sistema di Valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali	9
La valutazione degli esiti per specialità di dimissione con la metodologia CRISP-MeS	14
<b>Missione</b>	<b>17</b>
<b>Efficienza</b>	<b>27</b>
<b>Appropriatezza organizzativa</b>	<b>41</b>
<b>Qualità dei percorsi</b>	<b>45</b>
<b>Compliance</b>	<b>53</b>
<b>Percorso oncologico</b>	<b>59</b>
<b>Materno-infantile</b>	<b>73</b>
<b>Pronto soccorso</b>	<b>79</b>
<b>Equilibrio economico-finanziario</b>	<b>87</b>
La valutazione della performance delle AOU	91
<b>Bibliografia</b>	<b>139</b>



# INTRODUZIONE

## Introduzione

a cura di Sabina Nuti

Il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa coordinato dalla Prof.ssa Sabina Nuti lavora da anni sul tema della valutazione della *performance* in sanità. Fin dalle prime sperimentazioni in Toscana degli anni 2004-2005, e poi ancora negli anni successivi nell'ambito del Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione nel confronto con i referenti regionali e con il *management* delle Aziende Sanitarie, si è posto il quesito se le Aziende Ospedaliero-Universitarie potessero essere valutate con gli stessi meccanismi e strumenti delle altre aziende operanti nel Sistema Sanitario Nazionale o se la loro specifica missione meritasse un differente approccio al tema della misurazione dei risultati. Le evidenze dimostrano che la variabilità dei risultati tra le Aziende Ospedaliero-Universitarie italiane (Nuti et al. 2016) è assai rilevante e superiore di quella presente tra le restanti aziende ospedaliere italiane e che quindi non si possa in realtà parlare di un vero e proprio "cluster" composto da organizzazioni omogenee e differenti rispetto all'universo di appartenenza, ma certamente la triplice missione che le contraddistingue, Ricerca Formazione e Assistenza, merita un lavoro di focalizzazione e specificità nell'analisi, valutazione e confronto dei risultati.

In particolare, per disegnare un Sistema di Valutazione efficace per queste istituzioni, in grado di supportare i processi di programmazione e di controllo, è fondamentale il collegamento con la strategia, ossia la coerenza con gli obiettivi strategici che l'organizzazione si pone.

In tal senso, le AOU non possono essere considerate come strutture a sé stanti ma come parti di un duplice sistema, quello sanitario e quello universitario. I loro obiettivi strategici in primis devono tenere conto del ruolo svolto e delle attese di ciascun sistema in cui operano. Da un lato, il Sistema Sanitario Regionale richiede alle AOU di contribuire nella sfida della gestione dell'*aging* della popolazione, nel superamento dei *setting* assistenziali a favore di una maggiore continuità ed integrazione assistenziale tra ospedale e territorio, nonché alla creazione di sempre maggior valore per euro speso per il paziente ponendo attenzione alla qualità delle cure, alla tempestività di risposta e alla sostenibilità finanziaria. Dall'altro, il sistema universitario chiede alle AOU di svolgere tutte e tre le funzioni di ricerca, assistenza e formazione congiuntamente, per attivare un circuito virtuoso che si basi su autonomia nella ricerca, finanziamenti adeguati e condizioni logistiche appropriate per garantire dignità a docenti e discenti.

Tra queste due componenti le AOU operano cercando di perseguire la loro missione che l'OECD [Smith e Whitchurch 2002] considera «supercomplessa»:

*«the roles and relationships at the interface of health and education in teaching hospitals might be described as "extra supercomplex", in that they have to continually evaluate organisational arrangements to deliver teaching, research and service activity because of discrete strategies in components of the mission. The sheer scale of these changes over the last ten years or so has meant that maintaining a delicate balance of organisational*

*objectives in the partnership is increasing difficult».*

Con queste premesse è stato impostato il Sistema di Valutazione a confronto delle AOU. Quest'ultimo ha mantenuto la prospettiva già proposta del Sistema di Valutazione adottato dal Network delle Regioni, ossia la volontà di essere strumento di apprendimento e di miglioramento continuo, nonché un'opportunità per individuare gli aspetti su cui investire risorse e competenze e gli ambiti da valorizzare in termini di *best practice*, ricercato mediante un confronto trasparente dei risultati scelto su basi volontarie.

In particolare, la costituzione del Network tra la maggior parte delle Regioni italiane per condividere il Sistema di Valutazione proposto dal Laboratorio Management e Sanità (<http://performance.sssup.it/netval>) ha permesso, grazie alla disponibilità di molti più dati, di attivare a partire dal 2014, un "Network nel Network", dedicato allo sviluppo ed elaborazione di un set di indicatori volti a valutare la capacità delle Aziende Ospedaliero-Universitarie presenti nel Network delle Regioni di assolvere alla propria triplice missione (assistenza, formazione e ricerca).

**Tabella 1** Le Aziende Ospedaliero-Universitarie polispecialistiche del Network delle Regioni

Azienda	Regione
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste	Friuli Venezia Giulia
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine	
IRCCS San Martino - Genova	Liguria
IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia	
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - Milano	
Ospedale San Raffaele - Milano	
Istituto Clinico Humanitas - Rozzano	Lombardia
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese	
Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia	
Ospedale L. Sacco - Milano	
Ospedale San Paolo - Milano	
Ospedale San Gerardo - Monza	
AOU Ospedali Riuniti di Ancona	Marche
AOU Policlinico Bari	
OO. RR. Foggia	Puglia
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo (FG)	
AOU Pisana	
AOU Senese	Toscana
AOU Careggi	
AO Terni	
AO Perugia	Umbria
AO Padova	
AOU Verona	Veneto

## La valutazione e la rappresentazione degli indicatori del Sistema di Valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali

A cura di Sabina Nuti, Chiara Seghieri, Daniel Adrian Lungu

Il progetto Network delle Regioni in cui si colloca il Sistema di Valutazione delle AOU, ha preso il via nel 2008, grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. 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.

In generale, il Sistema di Valutazione della *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali include e confronta in *benchmarking* i risultati di oltre 300 indicatori, di cui circa 120 di valutazione e la restante parte di osservazione.

Agli indicatori di valutazione viene legato un punteggio derivante dal posizionamento nel confronto in *benchmark*, tenendo conto degli standard nazionali o internazionali. In assenza di standard di riferimento, le Regioni condividono il livello di *performance* adeguato per ciascun indicatore. Seguendo gli standard individuati, per ciascun indicatore sono quindi calcolati i punteggi di valutazione, compresi da 0 a 5, legati a loro volta a cinque fasce di valutazione divise nei colori, come da Figura 1.

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

La presenza di indicatori di osservazione arricchisce il quadro informativo con misure che contribuiscono a spiegare le determinanti della variabilità interregionale e interaziendale. La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali o direttamente del Laboratorio MeS per alcuni casi (ad esempio, gli indicatori della ricerca). Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni una piattaforma informatica per il caricamento, la normalizzazione/validazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. L'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia ETL, progettata dal Laboratorio MeS.

Dal 2015, il processo di restituzione alle Regioni dei dati a confronto si avvale anche di tecnologia API (Application Programming Interface): questo strumento consente agli sviluppatori software di interrogare il Sistema di Valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali.

Nel Sistema di Valutazione, gli indicatori sono organizzati con strutture ad albero, aggregate in base all'ambito di attività. Per ciascun albero viene dunque costruito un indice sintetico sulla base della media semplice o pesata dei punteggi di valutazione delle misure incluse. Tali indici sono poi sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione a "bersaglio" (Figura 2).

Figura 2 Il bersaglio AOU e le aree nelle quali sono aggregati gli indicatori in esso posizionati



Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un quadro di sintesi sulla *performance* ottenuta da Regioni e Aziende, permettendo di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza regionali ed aziendali. Gli indicatori con *performance* ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con *performance* scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Come descritto nel successivo paragrafo, per le Aziende Ospedaliero-Universitarie a partire dal 2015 la costruzione dei bersagli tramite il posizionamento degli indici sintetici è stata rivista prevedendo invece l'inserimento delle singole misure di valutazione.

### Il focus sulle Aziende Ospedaliero-Universitarie<sup>1</sup>

Il presente *report* è dedicato a confrontare le *performance* delle Aziende Ospedaliero-Universitarie polispecialistiche sedi dei corsi di specializzazione, elencate nella tabella in Introduzione e individuate in condivisione con le Regioni del Network.

Il confronto tra tali aziende assume notevole rilevanza dato il ruolo che tali enti rivestono nella rete dei servizi sanitari. In particolare, tali Aziende sono organizzazioni tra le più complesse del settore pubblico perché chiamate a perseguire una triplice missione: garantire elevata qualità delle cure per rispondere a pazienti con bisogni complessi, operare per promuovere l'innovazione e la ricerca clinica e, infine, formare i futuri medici che opereranno nel Sistema Sanitario Nazionale. Tali istituzioni ricoprono dunque un ruolo fondamentale e strategico nella formazione delle future generazioni di operatori sanitari e nello sviluppo del sapere scientifico attraverso la ricerca.

Le AOU sono inoltre strutture ospedaliere di grandi dimensioni identificate come centri di riferimento regionali per l'alta complessità (cardiologia, neurochirurgia, ecc).

A seguito dell'adesione al Sistema di Valutazione da parte di più Regioni, il numero più ampio di Aziende Ospedaliero-Universitarie comparabili in termini di missione perseguita e dimensione complessiva è risultato ideale per approfondire un confronto specifico. Nel 2014, si è dunque condiviso con le Regioni di introdurre ulteriori misure nel Sistema di Valutazione, per confrontare il cluster delle AOU relativamente al perseguimento della loro peculiare triplice missione.

Sono state a tal fine portate avanti alcune specifiche iniziative:

- individuazione e calcolo di misure specifiche per il *setting* ospedaliero con un focus sull'alta specialità, attraverso tavoli tecnici di confronto con i referenti delle AOU del Network, e sulla dimensione economico-finanziaria;
- introduzione della valutazione degli esiti per specialità delle AOU attraverso la metodologia sviluppata dal CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i servizi di pubblica utilità) dell'Università Bicocca di Milano e con la predisposizione di apposite griglie di valutazione;

- elaborazione ed inserimento di alcuni indicatori per la valutazione dell'attività di ricerca;
- predisposizione sulla piattaforma online di una visualizzazione dedicata a tale *cluster* di aziende, con una relativa rivisitazione grafica del bersaglio mediante l'aggregazione degli indicatori in aree coerenti con la missione di tali aziende rispetto alle sei dimensioni in precedenza presenti nel Sistema di Valutazione.

I risultati preliminari di tali iniziative sono stati presentati durante un *workshop ad hoc* tenutosi nel mese di Dicembre del 2015 presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

A seguito di tale *workshop*, le Regioni e il Laboratorio MeS, in collaborazione con il Centro CRISP, hanno condiviso di rendere strutturale l'introduzione delle nuove misure individuate, in vista dell'aggiornamento dei Bersagli 2015.

Il presente *report* raccoglie dunque il confronto dedicato alle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni relativo ai risultati 2017 derivanti dall'aggiornamento degli indicatori già in uso o di nuova introduzione nel Sistema di Valutazione. Per gli indicatori di valutazione sono state utilizzate le medesime fasce di valutazione condivise con le Regioni per le altre aziende sanitarie (ad eccezione degli indicatori di valutazione della ricerca e sulle attrazioni extra-regione per alta complessità, calcolati solo per le AOU). Nel presente report sono presentati solo gli indicatori di valutazione, mentre per quelli di osservazione si rimanda alla consultazione online (<http://performance.sssup.it/netval>).

Ciascun indicatore presenta un grafico di confronto dei dati tra le Aziende e il grafico del *trend*, con i dati disponibili ad oggi anche per il 2016. Per ogni indicatore viene inoltre riportato un QR code (Quick Response Code): puntando ad esso è possibile reperire tramite dispositivo mobile le tabelle con i valori dell'indicatore, nonché dei relativi numeratori e denominatori.

Sono successivamente presentati i bersagli rivisitati rispetto alla "tradizionale" modalità di sintesi grafica in uso per i bersagli delle Aziende Sanitarie Locali attraverso il posizionamento di indici sintetici derivanti dalla media delle valutazioni di diverse misure. Diversamente dai bersagli abitualmente predisposti, infatti, dal 2016 il Bersaglio AOU presenta direttamente i singoli indicatori di valutazione. Il bersaglio così costruito permette dunque ai *policy-maker* sia in ambito sanitario che universitario, al *management* e agli operatori sanitari di disporre di una rinnovata sintesi multidimensionale maggiormente intuitiva dei punti di forza e di debolezza delle realtà aziendali.

A tale scopo, si è inoltre deciso di riaggregare gli indicatori e il loro conseguente ordinamento all'interno del bersaglio non più attraverso le sei dimensioni di analisi tradizionalmente in uso sul Sistema di Valutazione, ma attraverso aree maggiormente coerenti con l'attività delle AOU. Inoltre, data la loro rilevanza, da quest'anno gli indicatori di valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati fuori da bersaglio per darne ulteriore evidenza.

<sup>1</sup> Per approfondimenti si prega di far riferimento a: Nuti, S., Grillo Ruggieri, T., (2016) "La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: finalità, metodi e risultati a confronto". Edizioni Il Mulino, Bologna.

---

Il bersaglio AOU, diversamente da quanto predisposto per le Aziende sanitarie locali, presenta un ordinamento degli indicatori basato su queste aree:

- **Missione**, che include indicatori rappresentativi della capacità aziendale di perseguire la propria missione in termini complessivi ossia garantire qualità delle cure, sostenibilità economico-finanziaria, sviluppo del sapere scientifico con adeguata attività di ricerca e formazione dei futuri medici. Si includono in questa area indicatori sulla capacità di attrazione, misure di valutazione dell'attività della ricerca, il costo medio per punto DRG, le dimissioni volontarie, *proxy* di soddisfazione dell'utenza.<sup>2</sup> Sono ancora assenti indicatori sulla funzione formativa in quanto ancora non vi sono dati disponibili.
- **Efficienza**, area che include alcuni indicatori di utilizzo efficiente del setting ospedaliero, soprattutto sul confronto dei tempi di degenza.
- **Appropriatezza organizzativa**, che include misure per monitorare l'utilizzo del setting ospedaliero, a parità di esito, con minor dispendio di risorse.
- **Qualità dei percorsi**, che include alcune misure di processo per alcuni percorsi assistenziali di particolare rilevanza.
- **Compliance**, che include alcune misure relative alla prescrizione appropriata di farmaci a seguito della dimissione ospedaliera di pazienti con Infarto Miocardico Acuto.
- **Percorso oncologico**, che racchiude numerose misure riferite a tale percorso.
- **Percorso materno-infantile**, che include un focus sugli indicatori di questa area.
- **Pronto soccorso**, con indicatori sui tempi di attesa e sugli abbandoni.
- **Equilibrio economico-finanziario**, che include alcune misure relative all'equilibrio reddituale e patrimoniale.

---

<sup>2</sup> Grillo Ruggieri, T.; Berta, P; Murante, AM.; 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, 29;18(1):51.

Di seguito sono riportati in Tabella gli indicatori inclusi nel report.

**Tabella 2** Elenco degli indicatori inclusi nel report AOU

Codice Indicatore	Indicatore	Area	
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente	Missione	
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente		
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI		
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI		
D18	Percentuale di dimissioni volontarie		
C30.3.2.2	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		
F18.1	Costo medio per punto DRG		
B6.1.2	Percentuale donatori procurati		
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia > 65 anni		
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - Ricoveri per DRG chirurgico		Efficienza
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - Ricoveri per DRG medico		
C2a.7	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiocirurgia		
C2a.8	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiologia		
C2a.9	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Chirurgia Generale		
C2a.26	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Medicina		
C2a.30	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurochirurgia		
C2a.32	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurologia		
C2a.36	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Ortopedia e Traumatologia		
C2a.43	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Urologia		
C4.7	Drg LEA Chirurgici: Percentuale ricoveri in Day-Surgery	Appropriatezza Organizzativa	
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg		
C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Qualità dei percorsi	
C5.12	Percentuale di fratture femore operate sulle fratture diagnosticate		
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali		
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore		

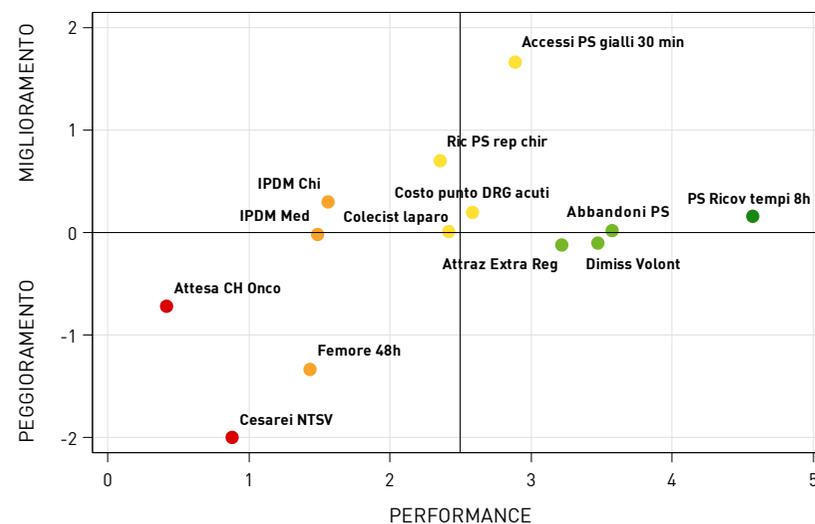
Codice Indicatore	Indicatore	Area
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	Compliance
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	Percorso Oncologico
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
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	
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	
C10.4.3	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	
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Materno-infantile
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	
C7.1	Percentuale cesarei depurati (NTSV)	
C7.3	Percentuale episiotomia depurate (NTSV)	Materno-infantile
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Pronto Soccorso
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	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Equilibrio economico-finanziario
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)	
F3.1	Indice di disponibilità	

Il Report AOU si completa inoltre con la pubblicazione, a fianco dei bersagli e delle Griglie CRISP-MeS, di tre ulteriori strumenti di monitoraggio che completano un cruscotto sintetico di punti di forza e di debolezza aziendali:

- la **treemap PNE**, strumento di sintesi degli indicatori di esito PNE 2017 registrati dai diversi stabilimenti ospedalieri, che riassume i risultati raggiunti su specifiche aree cliniche oggetto di monitoraggio annuale. Per la metodologia utilizzata si rimanda al documento predisposto da PNE, disponibile al link [http://95.110.213.190/PNEedizione16\\_p/sintesi/sintesi\\_vis/croc/Treemap\\_metodi\\_2016\\_v2.pdf](http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/sintesi/sintesi_vis/croc/Treemap_metodi_2016_v2.pdf). Pur considerando che i dati delle *treemap* forniti da AGENAS – PNE sono del 2016 mentre tutti gli altri prospetti si riferiscono al 2017, si ritiene utile per il *management* e per tutti i professionisti avere un prospetto riassuntivo della *performance* aziendale;
- un **grafico a pila** che sintetizza la capacità di miglioramento suddividendo gli indicatori di valutazione tra:
  1. migliorati: indicatori con *trend* 2016-2017 in miglioramento;
  2. stabili: con *trend* 2016-2017 compreso tra -1 e 1%;
  3. peggiorati: indicatori con *trend* 2016-2017 in peggioramento.
- una **mappa di performance** che indica (per una selezione di indicatori di valutazione rilevanti e con dati biennali disponibili), da un lato, la *performance* dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto a tutte le altre Aziende del Network (sia AOU che non AOU). In particolare, nella mappa, 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 Aziende del Network – 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 tra 0 e 5 dell'anno 2017, associato a ciascun indicatore selezionato. L'incrocio di tali dimensioni individua 4 aree (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, e aiuta a identificare altrettante aree di attenzione:
  1. quadrante in alto a destra: area con indicatori con *performance* buone o ottime e in miglioramento sia in termini di posizionamento rispetto alle altre aziende, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2016 e il 2017;
  2. quadrante in alto a sinistra: area cd. "sulla strada giusta", con indicatori in miglioramento tra il 2016 e il 2017 e rispetto alle altre aziende ma con livello di *performance* 2017 che ancora non può essere ritenuto soddisfacente;
  3. quadrante in basso a destra: area cd. "di attenzione" che include indicatori con *performance* 2017 buone o ottime ma con un *trend* in peggioramento, cioè misure che richiedono un'attenzione specifica per evitare di far registrare in futuro risultati negativi;

4. quadrante in basso a sinistra: cd. "area critica" con indicatori con *performance* sotto la media e in peggioramento, che identificano misure per le quali occorre un'attenzione prioritaria.

**Figura 3** La mappa di performance/trend



## La valutazione degli esiti per specialità di dimissione con la metodologia CRISP-MeS

A cura di Paolo Berta, Giuseppe D'Orto, Chiara Seghieri e Giorgio Vittadini

L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU è stata predisposta sulla base della metodologia sviluppata dal CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica dell'Università Bicocca di Milano) e condivisa, introducendo alcune nuove specifiche, con le Regioni del Network.

Il sistema adottato in questa valutazione si basa su quattro indicatori di *outcome*: dimissioni volontarie, mortalità totale (intraospedaliera e entro 30 giorni dalla dimissione), ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC e ritorni in sala operatoria durante lo stesso ricovero. A queste misure di esito, a partire dal 2016, è stato aggiunto l'indice di *performance* della degenza media (IPDM), misura di efficienza calcolata come differenza tra le giornate di degenza osservate per ciascun DRG e le giornate di degenza attese (prendendo come riferimento le degenze medie per DRG delle AOU del Network), il tutto rapportato alla numerosità dei ricoveri. L'analisi di questi indicatori si concentra su otto specialità che rappresentano una quota consistente dei ricoveri ospedalieri: Cardiocirurgia, Cardiologia, Medicina generale, Chirurgia generale, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia e Urologia. Ciascun ricovero è assegnato ad una specialità in base al reparto di dimissione attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Come inoltre specificato in seguito, a questi ultimi sono inoltre riattribuiti i ricoveri dimessi dai reparti intensivi, ove collegabili univocamente ad uno dei reparti afferenti alle specialità oggetto di analisi.

Al fine di applicare il metodo al Network delle Regioni, Lombardia, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria, Marche, Liguria e Puglia hanno condiviso i dati necessari relativi alle dimissioni dei reparti delle AOU della propria Regione.

Il calcolo degli indicatori per le quattro misure di esito è stato realizzato tramite l'applicazione di un modello di regressione logistica multilivello a due livelli: il livello individuale del paziente e il reparto di dimissione. Le caratteristiche dei pazienti incluse nel modello (Tabella 3) hanno funzione di *risk adjustment* e consentono di garantire una valutazione *ceteris paribus* che non sia condizionata dal diverso *case-mix* trattato dai reparti.

Sia gli indicatori di *outcome* che le variabili di *risk adjustment* sono definiti sulla popolazione dei pazienti ricoverati negli ospedali, con informazioni desunte dalla fonte amministrativa delle SDO. Viene inoltre utilizzata l'Anagrafe degli assistiti per ricavare le informazioni circa la mortalità successiva alla dimissione.

Per garantire una maggiore equità di valutazione, sono previste alcune selezioni a priori sul database delle ospedalizzazioni: si considerano i ricoveri ordinari per acuti, escludendo i ricoveri dei pazienti non residenti nella Regione dell'ospedale di dimissione (pazienti extraregionali). Si escludono inoltre i ricoveri per pazienti con età alla dimissione inferiore a 18 anni.

**Tabella 3** Variabili di risk adjustment incluse nel modello per le 4 misure di esito

Variabile	Tipologia di variabile	Descrizione variabile
Sesso	Dicotomica	La variabile assume valore 0 se il paziente è di sesso maschile o 1 se di sesso femminile
Età	Continua	
Passaggio in terapia intensiva o unità coronarica	Dicotomica	La variabile assume valore 1 se vi è ammissione e/o passaggio nei reparti di Terapia intensiva (cod. specialità 49) o di Unità coronarica (cod. specialità 50)
Peso DRG	Continua	Questa variabile fornisce una misura del consumo medio di risorse associato al ricovero
Comorbidità Elixhauser	Dicotomiche	Vengono incluse nel modello 30 variabili dicotomiche che segnalano la presenza di una tra le comorbidità incluse nell'indice di Elixhauser. Ciascuna variabile per la rispettiva comorbidità ricerca nel singolo ricovero del paziente i codici ICD-9-CM traccianti della patologia ricercata
DRG elettrofisiologia e emodinamica	Dicotomica	La variabile, utilizzata solo nel modello relativo alle cardiologie individua la casistica di elettrofisiologia emodinamica erogata da questi reparti, includendo i DRG 117, 118, 515, 525, 535, 536, 551, 552, 555, 556, 557, 558, 518.

Sono infine eliminati dai modelli i DRG per i quali tutte le Regioni hanno registrato un mortalità pari allo 0,05% (cd DRG a bassa mortalità) e 100% (cd DRG ad alta mortalità). Come anticipato, a ciascun reparto sono riattribuiti i pazienti dimessi da Terapie Intensive o Unità coronariche che sono precedentemente transitati esclusivamente in un reparto oggetto di analisi. Ciò consente di evitare di sottostimare gli *outcome* per quei reparti i cui pazienti vengono maggiormente dimessi dai reparti dell'Area critica.

Il primo indicatore costruito riguarda le «Dimissioni volontarie», cioè i ricoveri con una dimissione richiesta dal paziente senza il consenso da parte del medico. Questo indicatore rappresenta una *proxy* per stimare la soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla degenza in reparto e al contempo una *proxy* della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione. Per determinare una dimissione volontaria viene dunque usata la specifica codifica del campo SDO «Modalità di dimissione». Per escludere i percorsi di accompagnamento a domicilio del fine-vita, in presenza di una dimissione volontaria da SDO e di un decesso del paziente entro 2 giorni dalla dimissione, l'indicatore assume valore pari a zero.

Il secondo indicatore riguarda la «Mortalità totale». L'indicatore in questione tiene conto sia della mortalità intraospedaliera che della mortalità extra-ospedaliera a 30 giorni dalla dimissione. Per definire questo indicatore viene usata, da un lato la codifica «Deceduto» nel campo SDO «Modalità di dimissione» e, dall'altro, la data di morte ricavata dall'Anagrafe degli assistiti, considerando i pazienti deceduti entro 30 giorni dalla data di dimissione. Considerare la sola mortalità intraospedaliera non consentirebbe di valutare in modo completo tale esito.

È ben noto, infatti, come in determinate circostanze il decesso del paziente avvenga al domicilio ma possa essere considerato al pari di una mortalità intraospedaliera. Inoltre, in un'analisi di efficacia, la mortalità intraospedaliera non consente di intercettare la mortalità post-dimissione direttamente imputabile ad una *malpractice* ospedaliera.

Il terzo indicatore, «Ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC», monitora se a un ricovero sia seguita una successiva ospedalizzazione presumibilmente collegata alla prima (cioè per la stessa MDC), entro un lasso di tempo di 30 giorni. Per il calcolo di questo indicatore vengono inizialmente eliminati i ricoveri ordinari con durata della degenza minore o uguale ad 1 giorno e i pazienti con identificativo anonimo. Non vengono considerati re-ricoveri i ricoveri che presentano tra le «Modalità di dimissione» le indicazioni: dimissione volontaria; trasferito ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione.

L'ultimo indicatore di *outcome*, i «Ritorni in sala operatoria», è calcolato selezionando a priori solo i ricoveri di tipo chirurgico. Si verifica successivamente se nei sei campi relativi agli interventi chirurgici sia presente un codice di procedura ICD-9-CM compreso tra l'elenco di procedure chirurgiche che negli ultimi 5 anni sono state effettuate come intervento principale. Tale modalità di costruzione dell'elenco di interventi consente di non dover identificare uno ad uno gli interventi che richiedono un passaggio in sala operatoria, ma di costruire indirettamente questo elenco sfruttando lo storico dei ricoveri di tipo chirurgico. Il ritorno in sala operatoria assume quindi valore 1 nel caso in cui, durante il medesimo ricovero, il paziente sia stato sottoposto in due date diverse ad interventi chirurgici selezionati in tale elenco.

Si è deciso di considerare come valore soglia le 100 dimissioni annuali: i *record* degli ospedali con reparti sotto tale soglia non sono dunque inclusi nelle analisi.

Dai *dataset* per le regressioni vengono temporaneamente esclusi anche i reparti con *outcome* pari a zero. Esistono infatti dei casi in cui alcuni reparti non presentano *outcome* valorizzati (non avvengono decessi, oppure non si verificano dimissioni volontarie, ecc). Questo fatto crea alcuni problemi di natura statistica nella stima dei modelli, nonché problemi nell'assegnazione di un punteggio di valutazione. Si potrebbe a priori ipotizzare che un reparto che non presenta decessi abbia un'ottima efficacia, ma questo potrebbe anche essere dovuto ad un *case-mix* che non presenta rischi di morte. È evidente che questa situazione è plausibile per reparti con volumi bassi, mentre è meno ipotizzabile quando i volumi erogati hanno una dimensione rilevante. Per questa ragione, al termine della valutazione, si compara il posizionamento in base ai volumi erogati del reparto con *outcome* pari a zero rispetto alla distribuzione dei volumi di erogazione di tutti i reparti, separatamente per le otto specialità comprese nell'analisi. Se i reparti con *outcome* pari a zero hanno volumi inferiori al terzo quartile, vengono considerati non significativamente diversi dalla media degli altri reparti, mentre i reparti con volumi maggiori del terzo quartile sono valutati come significativamente migliori della media.

La valutazione tiene conto dell'aderenza di un reparto ad una specialità: in tal senso, ogni reparto è confrontato sui 4 indicatori a parità degli effetti delle covariate di *risk adjustment* costruite considerando solo i reparti della propria specialità. Ciò assicura che ciascun reparto sia confrontato rispetto ad unità organizzative che trattano casistica simile.

Alle quattro misure di esito, si affianca l'indicatore indice di *performance* della degenza media (IPDM), che confronta, per ciascun DRG, le giornate di degenza osservate da quelle attese (quest'ultime computate come degenza media dei singoli DRG registrata nel 2017 dall'insieme delle AOU del Network). L'indicatore al numeratore riporta la somma di tutte le differenze tra osservato ed atteso per ciascun DRG; al denominatore sono incluse le dimissioni totali. Tale formula consente di leggere la misura come numero di giornate di degenza in più o meno che mediamente sono registrate da una AOU, a parità di casistica dimessa. Un valore negativo è dunque indice di maggiore efficienza. Per il computo di questo indicatore sono inclusi i ricoveri ordinari dimessi dalle otto specialità di dimissione inclusi nel modello CRISP-MeS erogati per pazienti residenti nella Regione dell'ospedale. Sono esclusi le dimissioni volontarie e i ricoveri con modalità di dimissione "Deceduto", in presenza di giornate di degenza superiori a 365 giorni e per DRG 391 – Neonato normale. Anche per questo indicatore, vengono esclusi i reparti con meno di 100 dimissioni annue. Non è invece previsto il *risk adjustment* predisposto per gli indicatori di esito. In base alla distribuzione dei risultati, sono infine assegnate le fasce di valutazione a 5 colori con le stesse modalità utilizzate per gli indicatori MeS.

La restituzione dei risultati prevede in particolare la costruzione di una "griglia di valutazione" aziendale che include in primis la valutazione dei quattro indicatori di esito per ciascuna specialità e il dettaglio a livello di singolo reparto. Questa modalità di visualizzazione fornisce uno strumento pratico al *management* ai professionisti, facilitando l'individuazione dei punti di forza e di debolezza aziendali e delle aree specialistiche e la conseguente definizione di azioni mirate al miglioramento delle *performance*.

A ciascun reparto viene assegnato un pallino giallo se il risultato dell'indicatore non si discosta dalla media dei reparti di quella specialità, un pallino verde se il risultato dello specifico reparto è significativamente migliore della media degli altri reparti di quella specialità, un pallino rosso se il risultato è significativamente peggiore della media degli altri reparti afferenti alla medesima specialità.

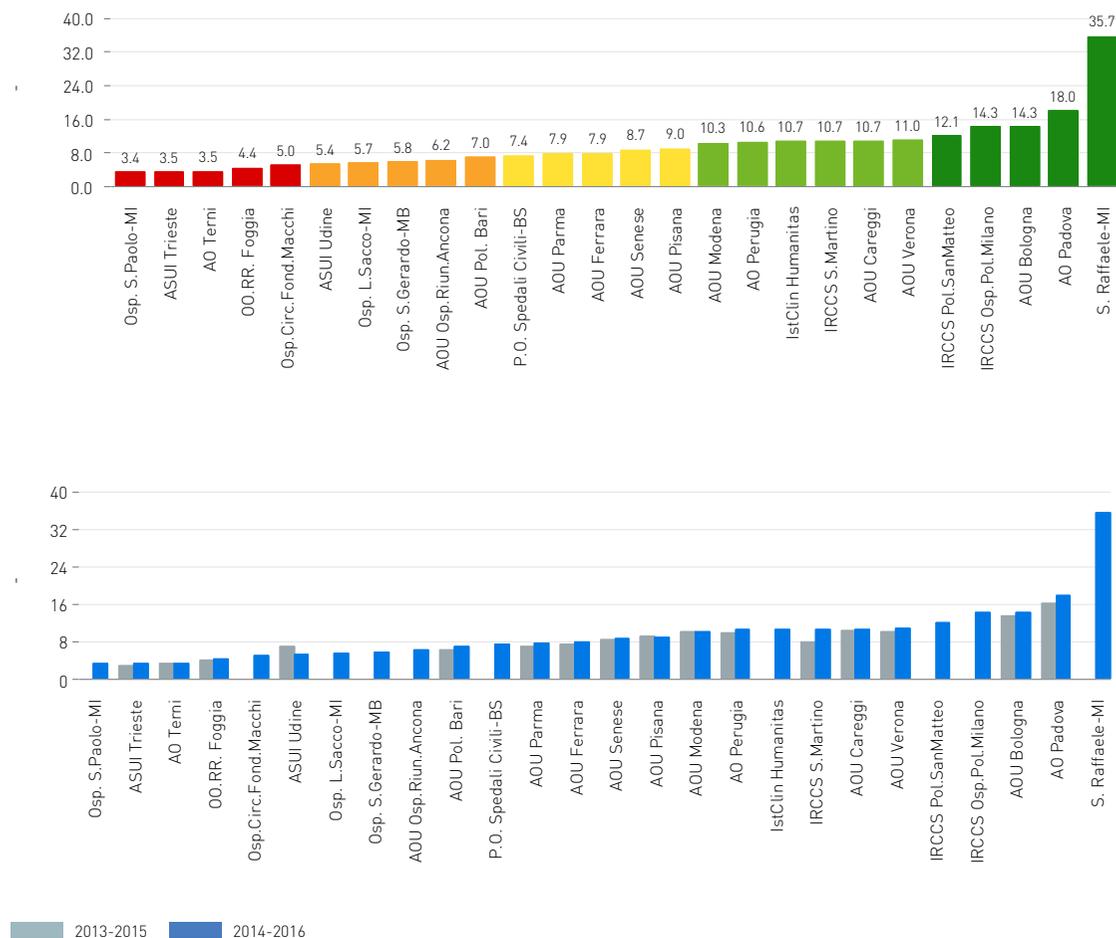
L'assenza di valutazione in alcune celle può essere dovuta a tre motivazioni. Per i reparti dell'area medica Medicina generale e Neurologia, non viene calcolato l'*outcome* dei «Ritorni in sala operatoria». Per la specialità di Cardiocirurgia, il modello di regressione logistica multilivello per l'indicatore «Dimissioni volontarie» non ha prodotto stime significative, data l'esigua presenza di questo fenomeno. Infine, i reparti che presentano volumi erogati inferiori alla soglia individuata di 100 ricoveri non sono valutati. L'indice di *performance* della degenza media (IPDM) è invece incluso nella griglia inserendo il numero di giornate in più o in meno mediamente registrate dalle specialità e reparti a parità di casistica dimessa, segnalando al contempo il colore della valutazione a 5 fasce (dalla performance peggiore alla migliore, rispettivamente: rossa, arancione, gialla, verde chiaro, verde scuro).



MISSIONE

### 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.

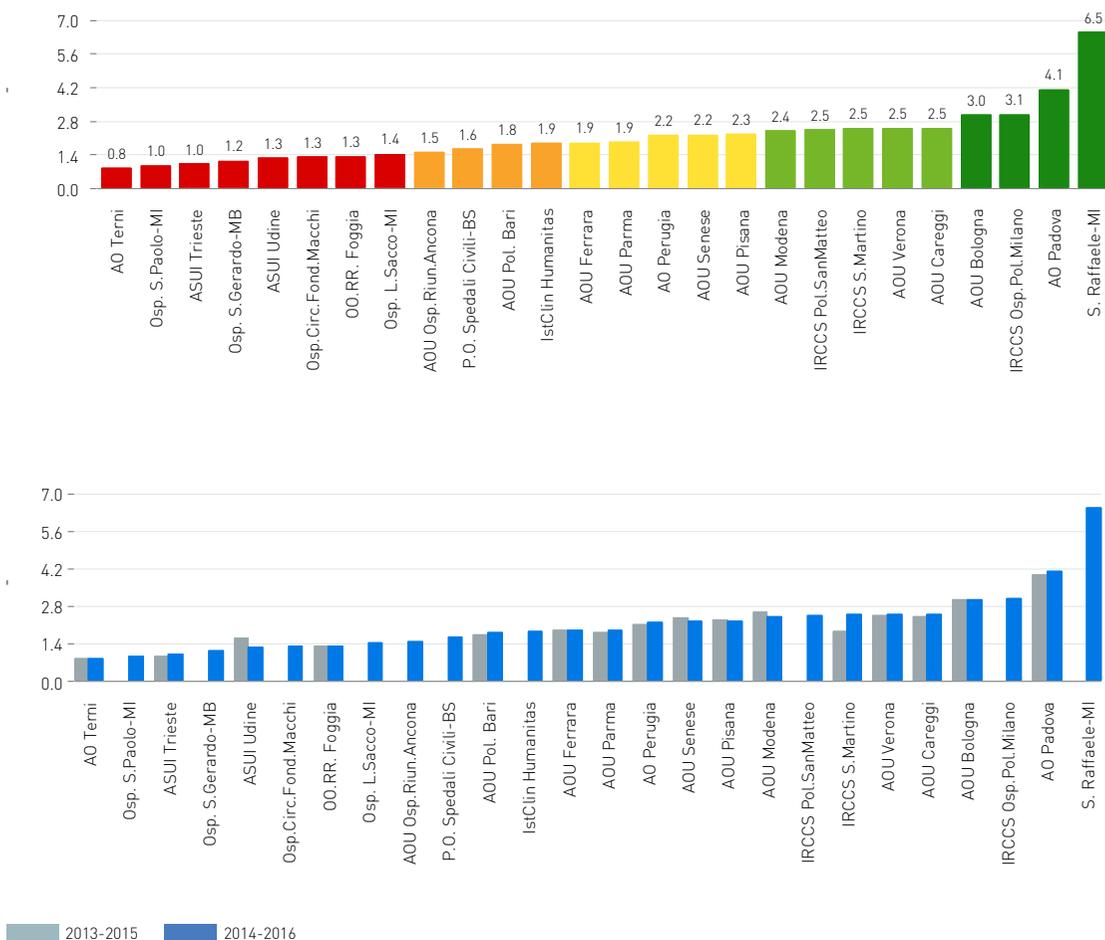


Definizione	Impact Factor Medio per Dirigenti
Numeratore	Somma IF per articolo
Denominatore	N. dirigenti medici sia universitari che ospedalieri
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicate nella core collection di Web of Science nel triennio 2014-2016. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del Network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



### B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigente

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

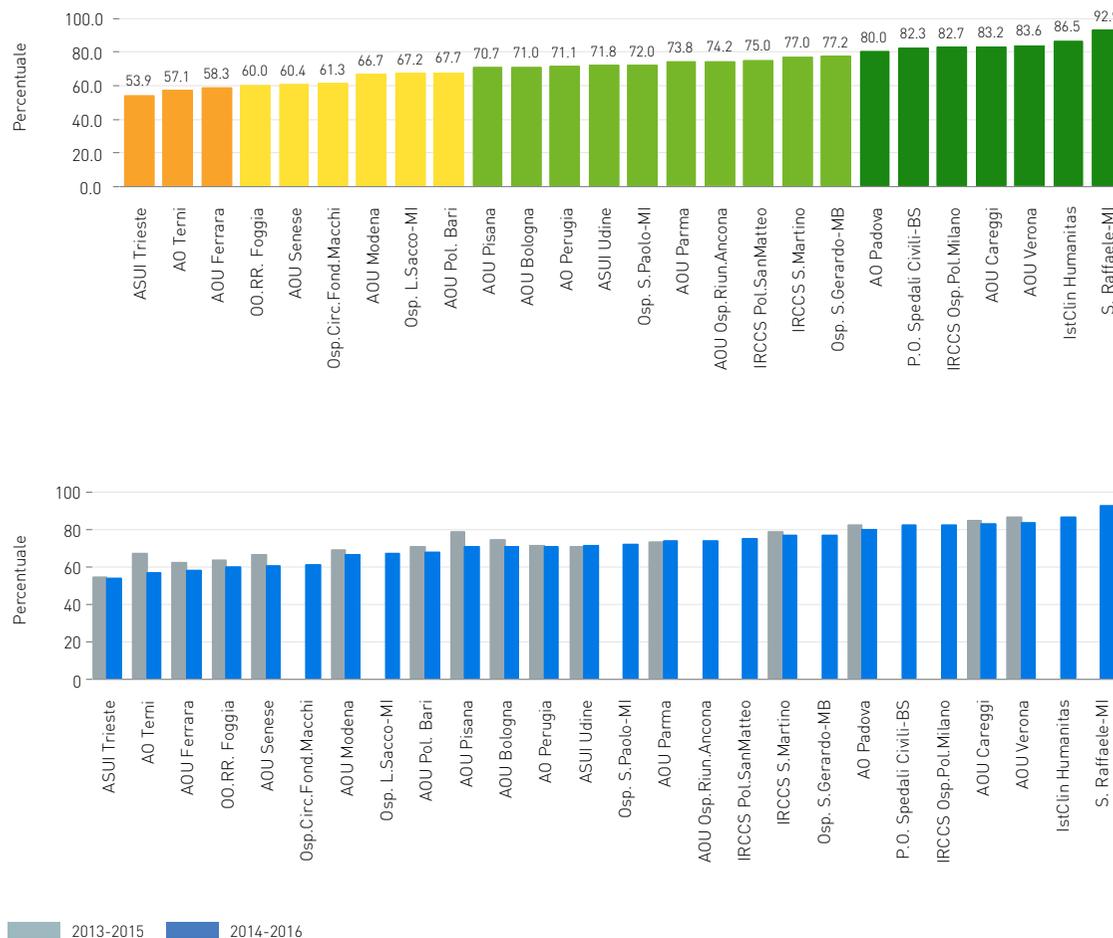


Definizione	Numero medio pubblicazioni per dirigente
Numeratore	Totale pubblicazioni
Denominatore	Numero dirigenti
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2014-2016. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del Network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



### B15.3.1 Percentuale 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.

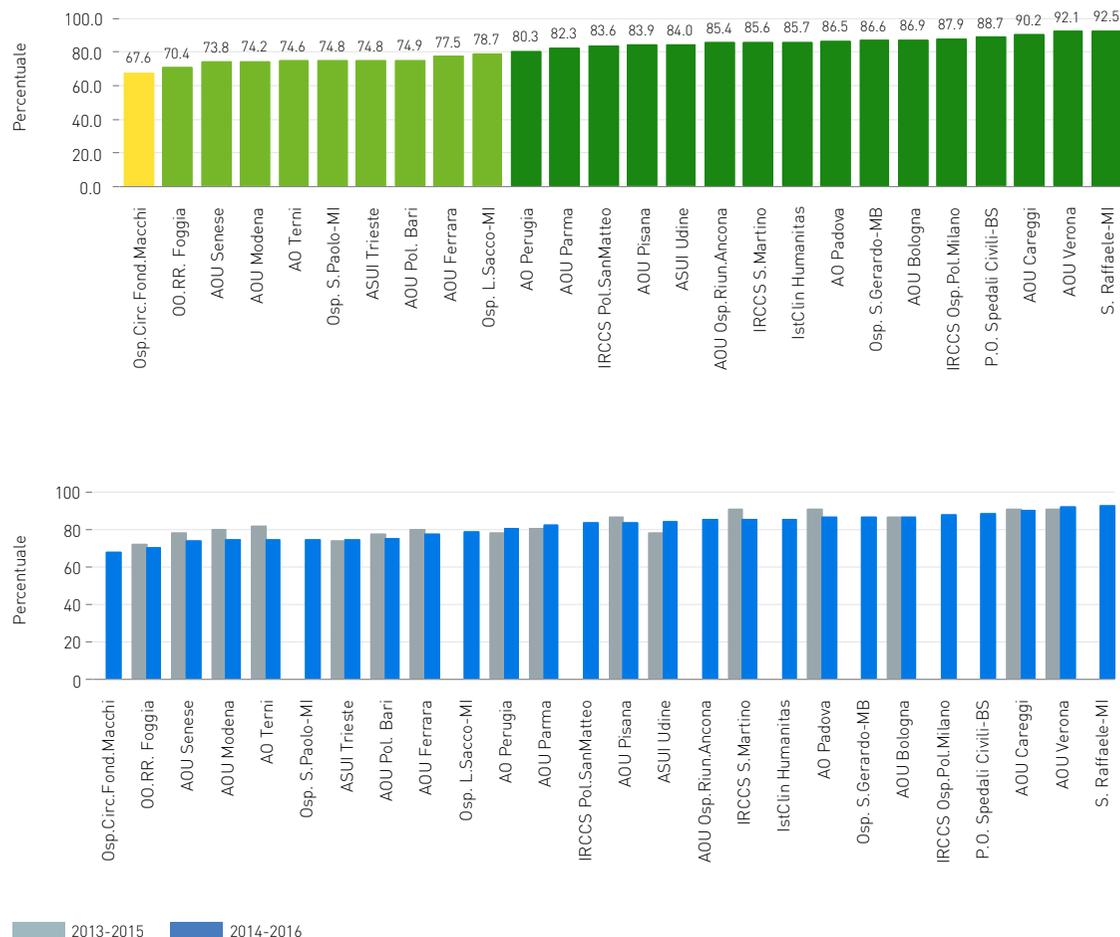


Definizione	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
Numeratore	N di specialità con IF medio di azienda maggiore dell'IF aggregato riportato da ISI
Denominatore	N di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2014-2016. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti del Network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships. Si escludono le specialità con meno di 5 pubblicazioni nel triennio 2014-2016.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



### B15.3.2 Percentuale 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 AOU e confrontato con l'IF mediano di categoria JCR. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF mediano aziendale è superiore all'IF mediano riportato da JCR. 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.

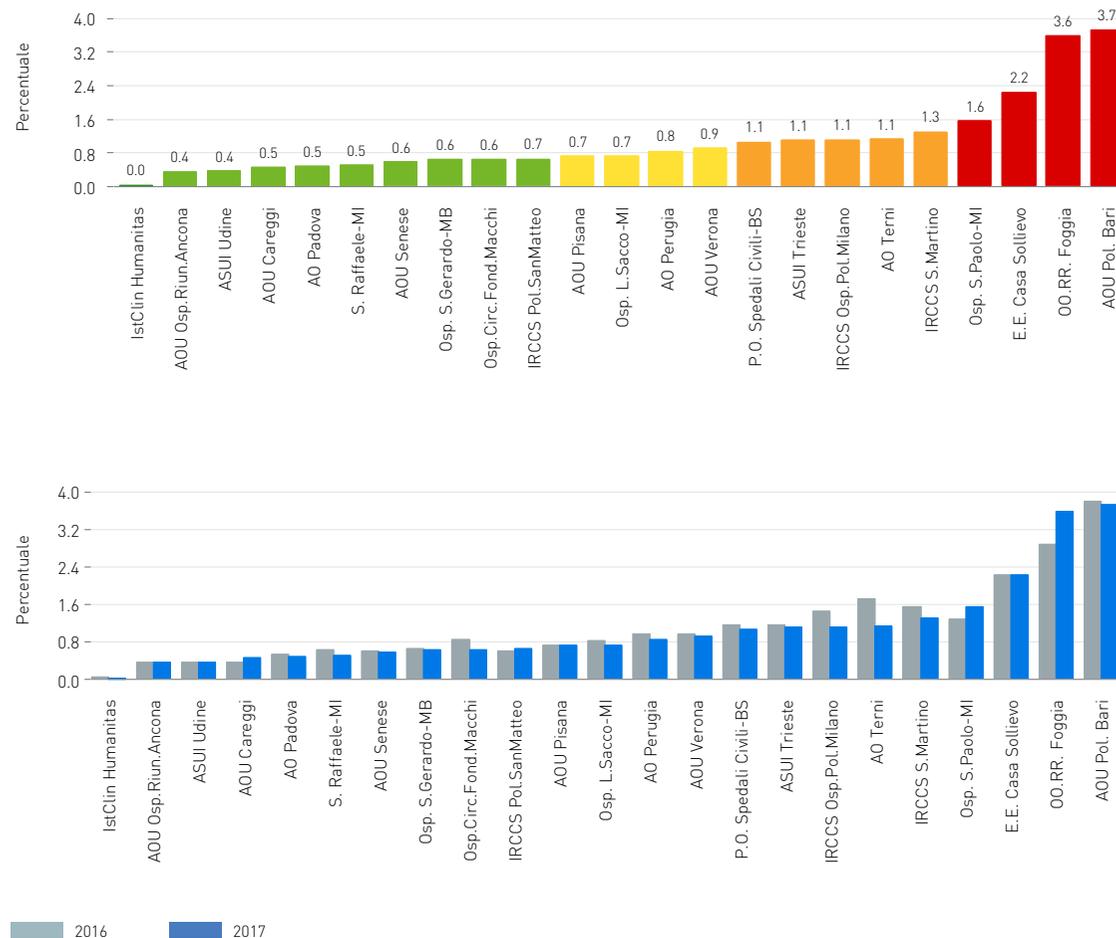


Definizione	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
Numeratore	Numero di specialità con IF mediano di azienda maggiore dell'IF mediano riportato da ISI
Denominatore	Numero di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2014-2016. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



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

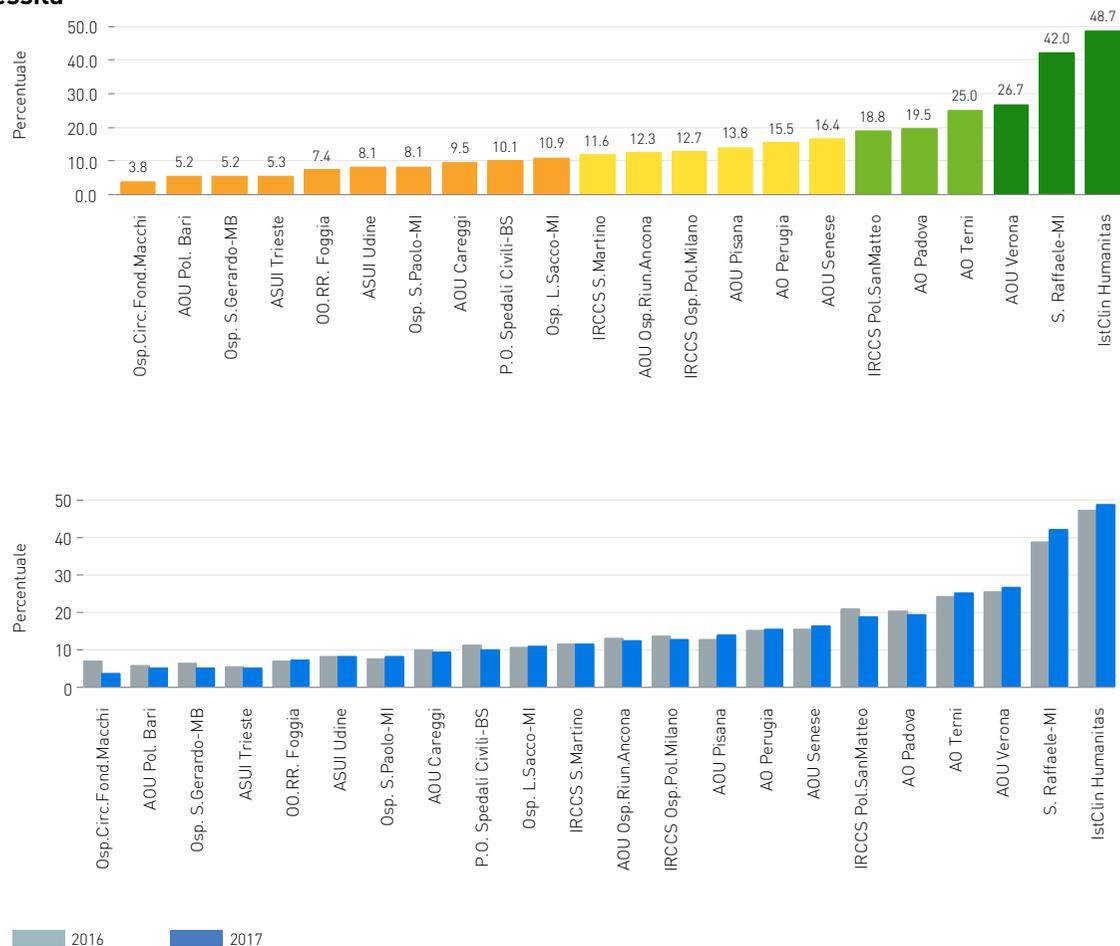


Definizione	Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
Numeratore	Numero di dimissioni volontarie x 100
Denominatore	Numero di ricoveri
Note	Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria. Sono esclusi: l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486) tramite i Codici ICD9-CM: 635.xx (Aborto indotto legalmente) in diagnosi principale e V61.7 (altra gravidanza indesiderata) e/o V58.83 (trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici) in una delle diagnosi secondarie e 99.24 (Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)) in qualunque procedura; la diagnosi 638.9 (Tentativo fallito di aborto senza complicazione riferita) in qualunque diagnosi; i deceduti (modalità di dimissione =1).
Fonte	Sistema informativo regionale - Flusso SDO



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

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

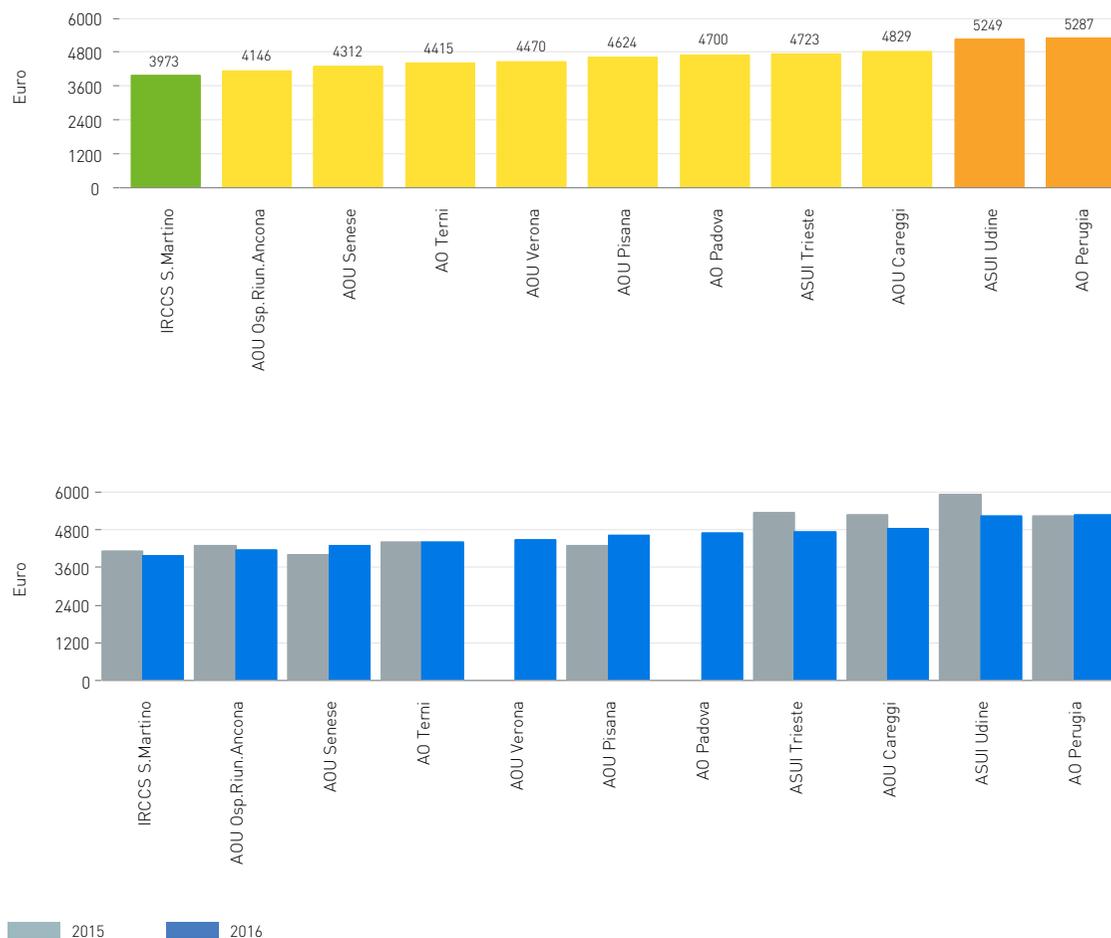


Definizione	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità
Denominatore	Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità
Note	Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. L'indicatore non è da calcolarsi per le altre tipologie di aziende, né per il dato regionale complessivo. Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99. Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG: 1, 2, 3, 7, 49, 75, 76, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 146, 147, 149, 156, 191, 192, 193, 286, 292 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 293 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 302, 303, 304, 353, 357, 386, 387, 401, 403, 405, 406, 442, 471, 473, 480, 481 in associazione ai codici intervento principali o secondari 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08, 484, 485, 486, 488, 491, 495, 496, 497, 498, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 512, 513, 515, 519, 520, 525, 528, 529, 530, 531, 532, 535, 536, 539, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 565, 569, 570, 573, 575, 578. Le selezioni, ad eccezione delle associazioni dei DRG 292 e 293, fanno riferimento alla casistica definita di «Alta complessità» nel documento «Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività dell'anno 2012». Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi). Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Alta complessità erogati. Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
Fonte	Flusso SDO



## F18.1 Costo medio per punto DRG

L'indicatore è volto a misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto anche con aziende di altre regioni [si veda Nuti S. e Vola F., (2016). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2015 e Nuti S., Vola F., Amat P., (2015). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2014], 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 in quanto non sono ancora disponibili i dati 2017 dei modelli ministeriali per livelli di assistenza.

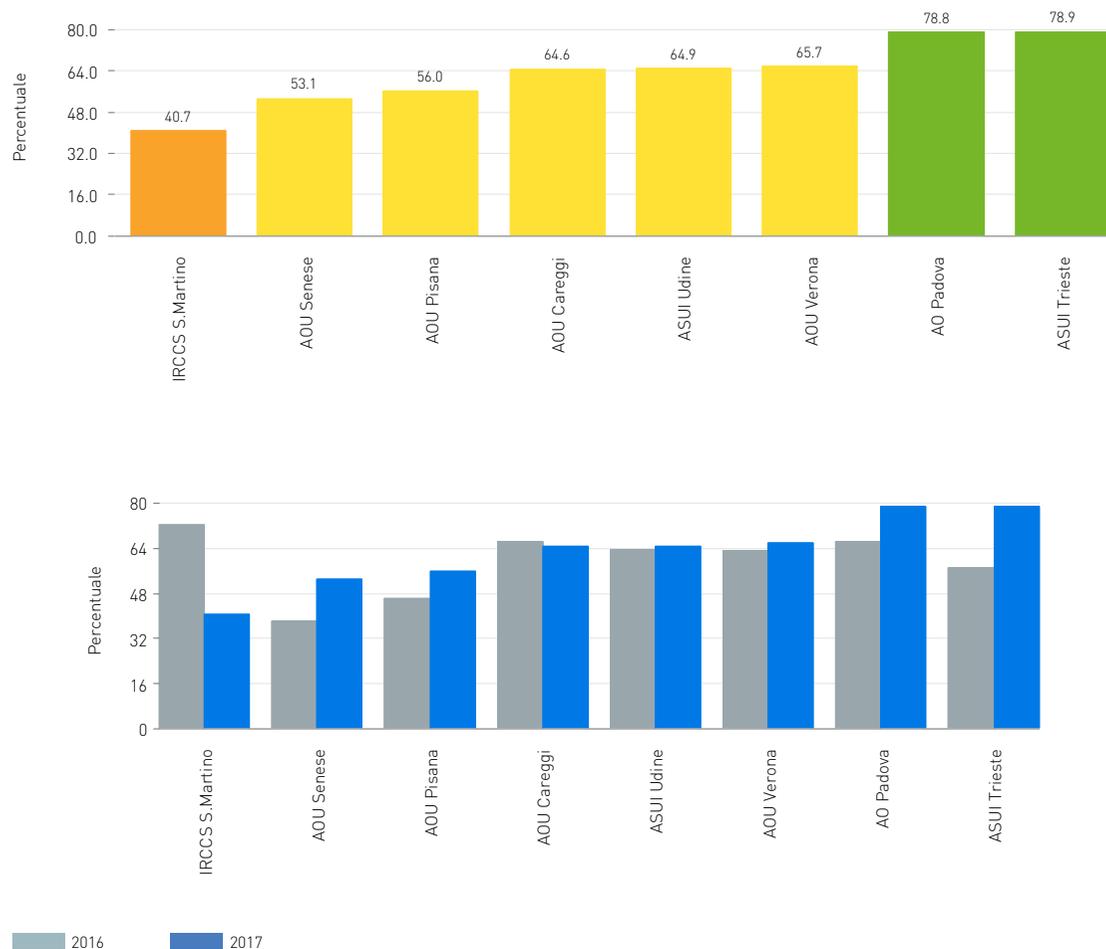


Definizione	Costo medio per punto DRG
Numeratore	Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinariaDHDS, trapianti organi e tessuti – costi per acquisti di servizi (prestazioni sanitarie) per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria DHDS, trapianti organi e tessuti
Denominatore	Punti DRG ministeriali per acuti in degenza ordinariaDHDS
Note	Per il costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso LA (codice 30200 colonna TS013). Per il costo dei ricoveri per trapianti organi e tessuti: Flusso LA (codice 30700 colonna TS013). Nei costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria si esclude la voce relativa all'acquisto di prestazioni sanitarie per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria/DH/DS (Flusso LA (codice 30200 colonna TS003)). Per i punti DRG si considerano i ricoveri erogati in strutture pubbliche con regime di degenza ordinaria/DH/DS. Nel calcolo del denominatore si esclude la libera professione e si escludono i seguenti reparti di dimissione: 28,56,60,75,99. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere.
Fonte	Flusso LA – Flusso SDO



### B6.1.2 Percentuale 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.



Definizione	Percentuale di donatori procurati
Numeratore	Numero di donatori procurati x 100
Denominatore	Numero di soggetti con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa (segnalati)
Note	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 e, in assenza, espressa dagli aventi diritto. Al numeratore sono inclusi anche i casi che non saranno donatori effettivi per opposizione da parte della Procura, organi ritenuti non idonei in fase di prelievo o in mancanza di riceventi compatibili.
Fonte	Flussi regionali

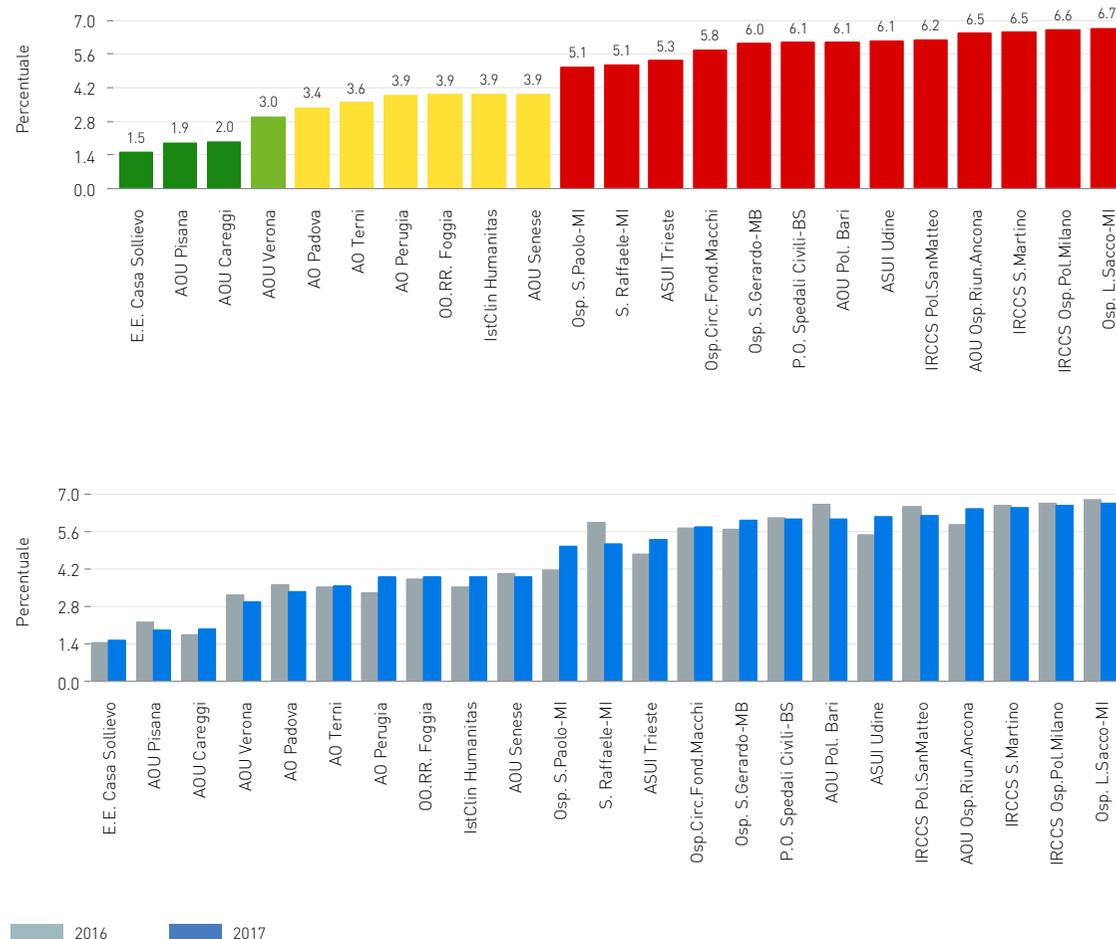




EFFICIENZA

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

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

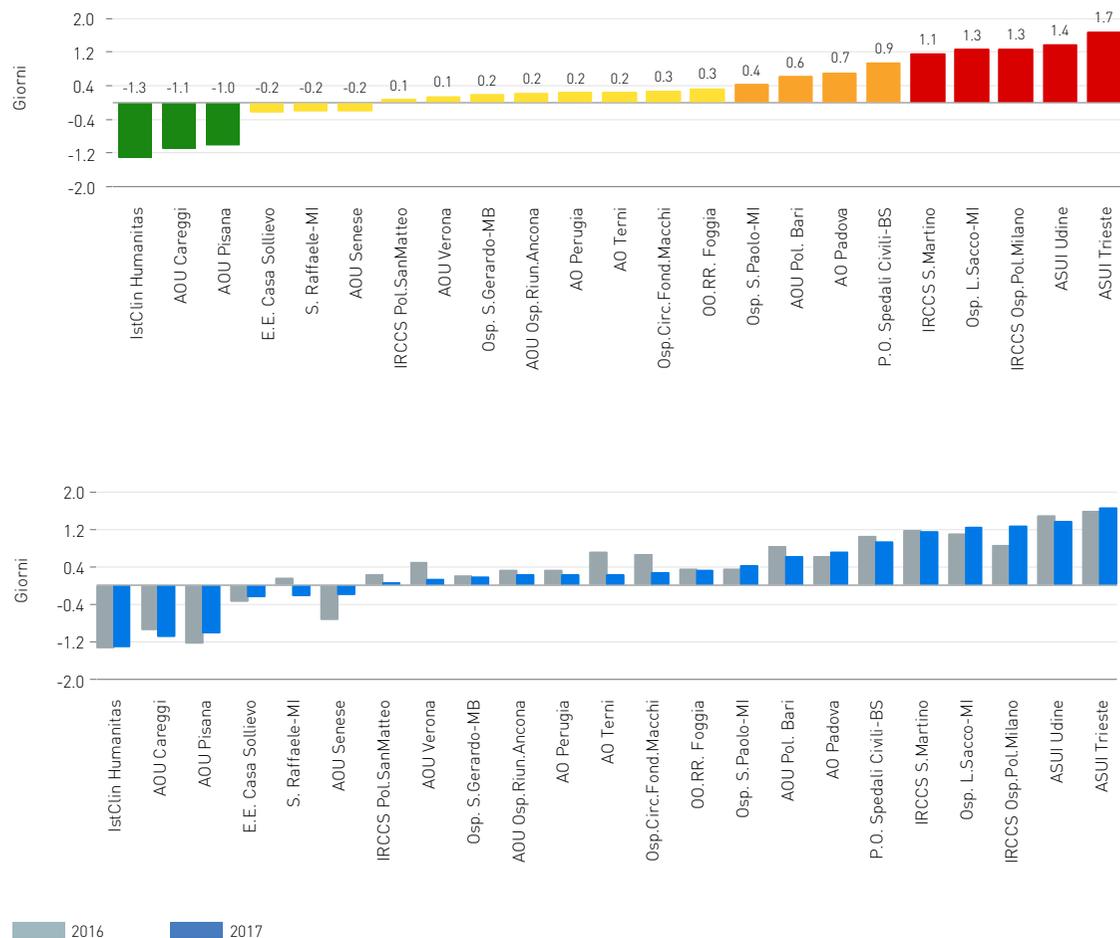


Definizione	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
Numeratore	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
Denominatore	N. di ricoveri medici
Note	Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano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



### 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.

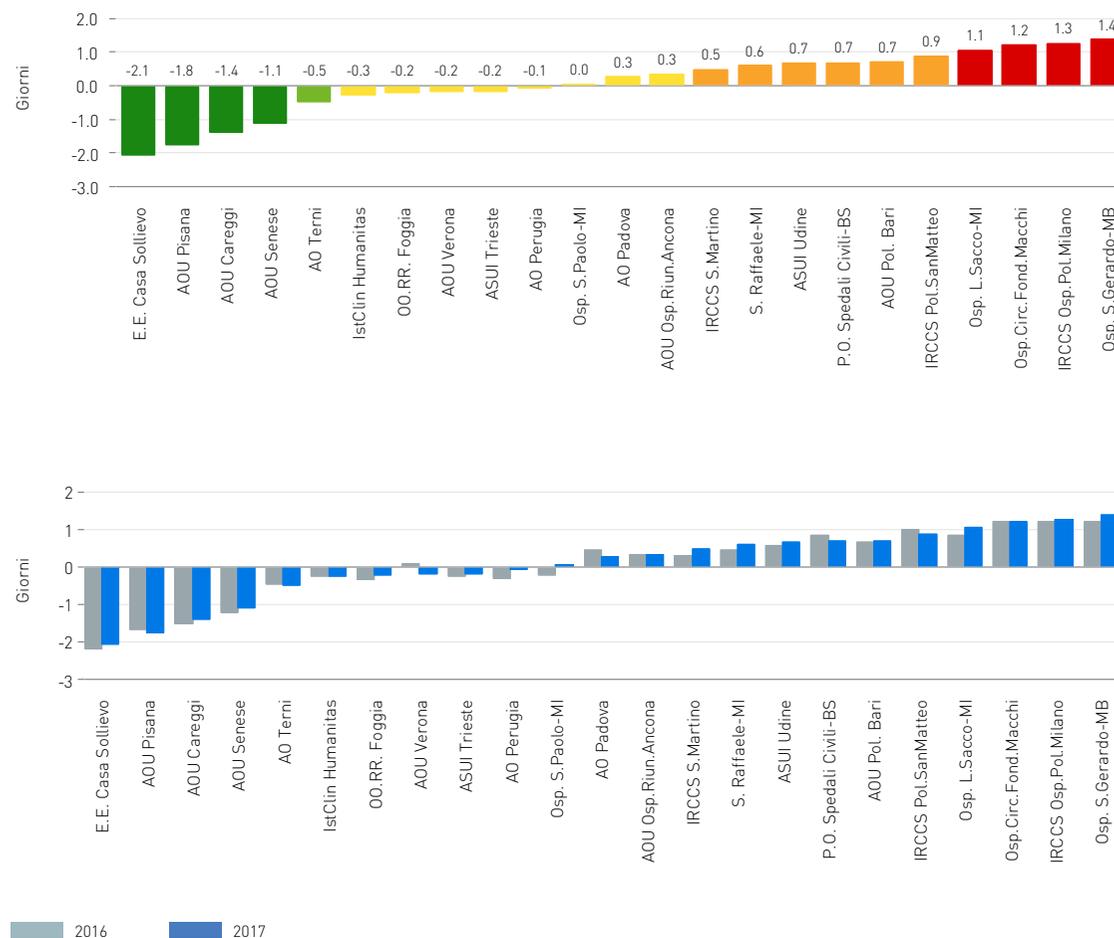


Definizione	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno (>1). Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti, le dimissioni volontarie. Si utilizza il DRG Grouper XIX. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza di riferimento è la degenza media 2016 del Network delle Regioni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



## 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.

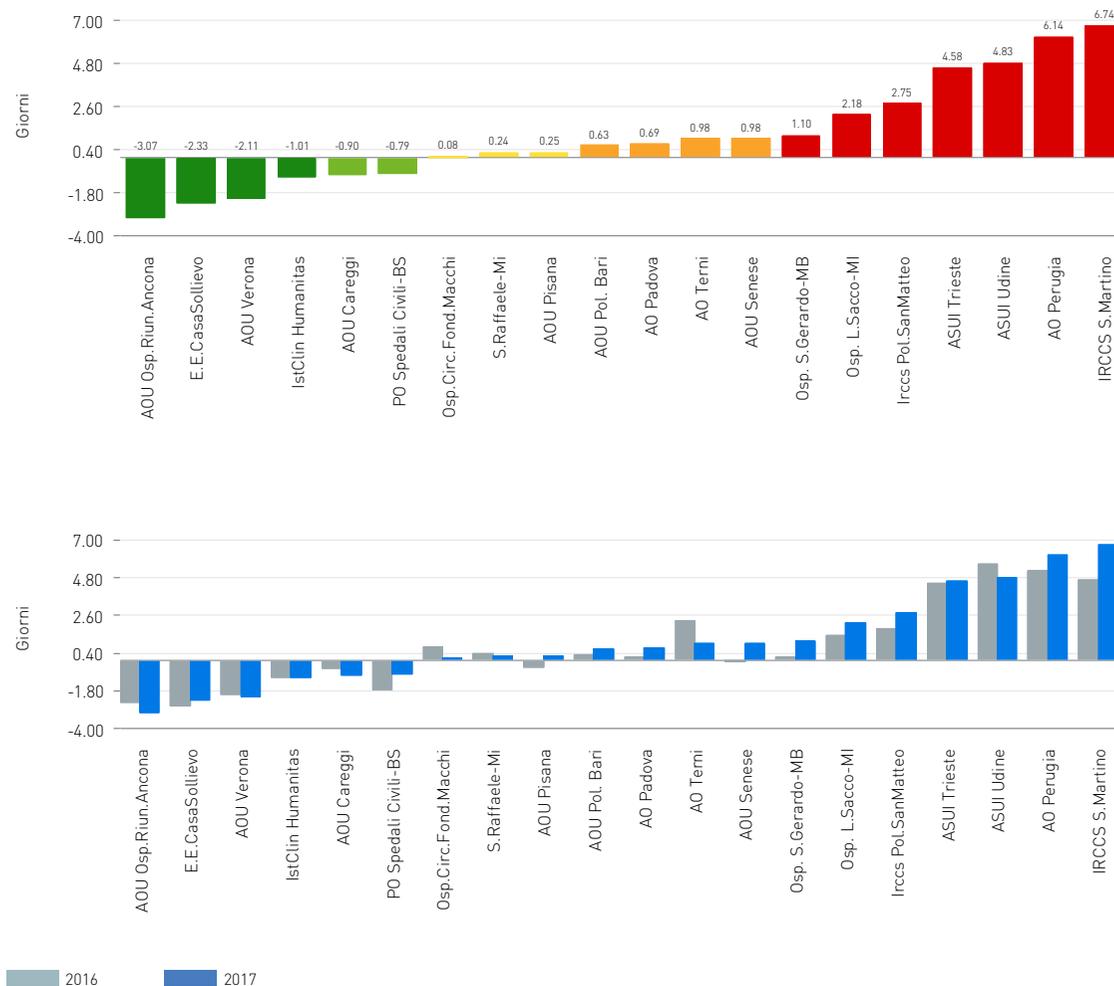


Definizione	Indice di performance degenza media - DRG medici
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno (>1). Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti, le dimissioni volontarie. Si utilizza il DRG Grouper XIX. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza di riferimento è la degenza media 2016 del Network delle Regioni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### C2a.7 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiochirurgia

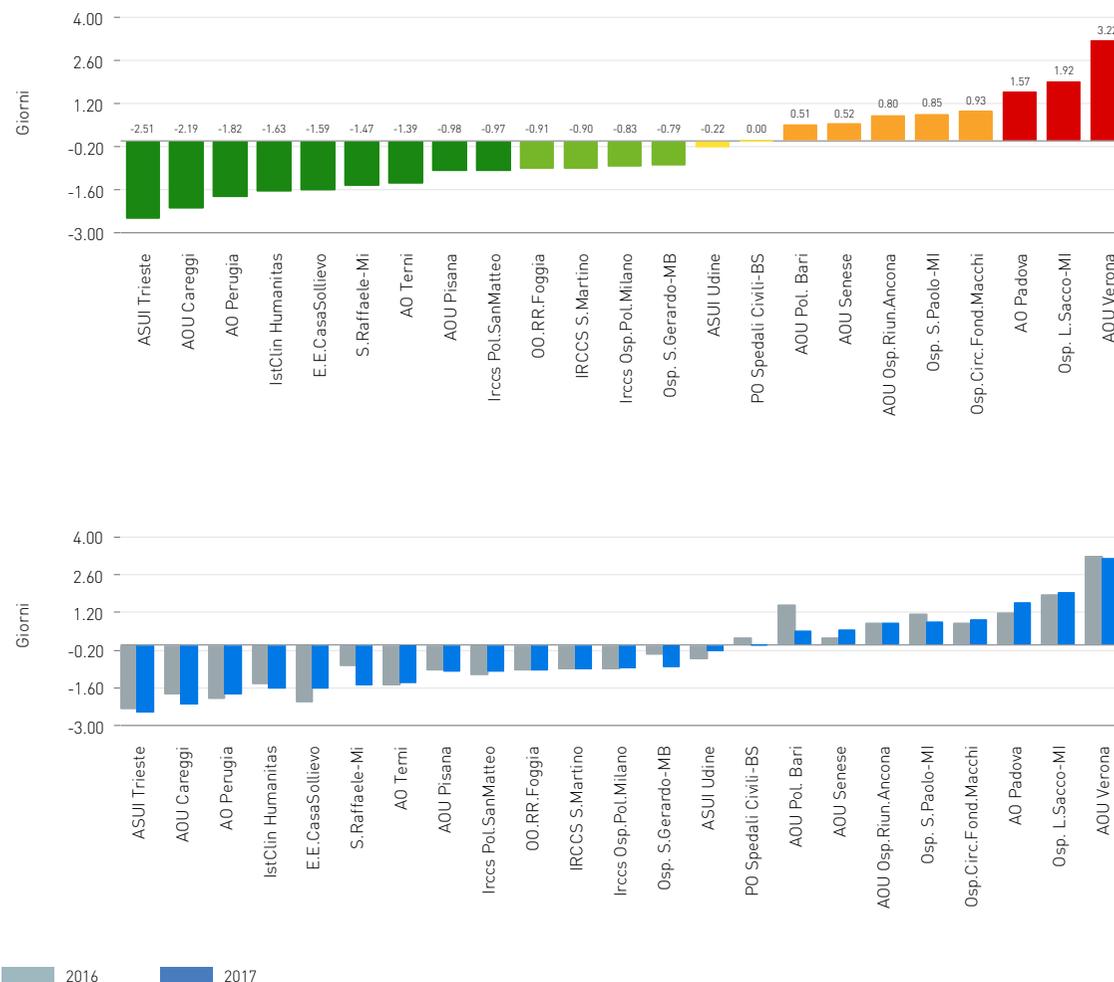
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiochirurgia
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Cardiochirurgia (cod. specialità 07) delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopraportata.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.8 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiologia

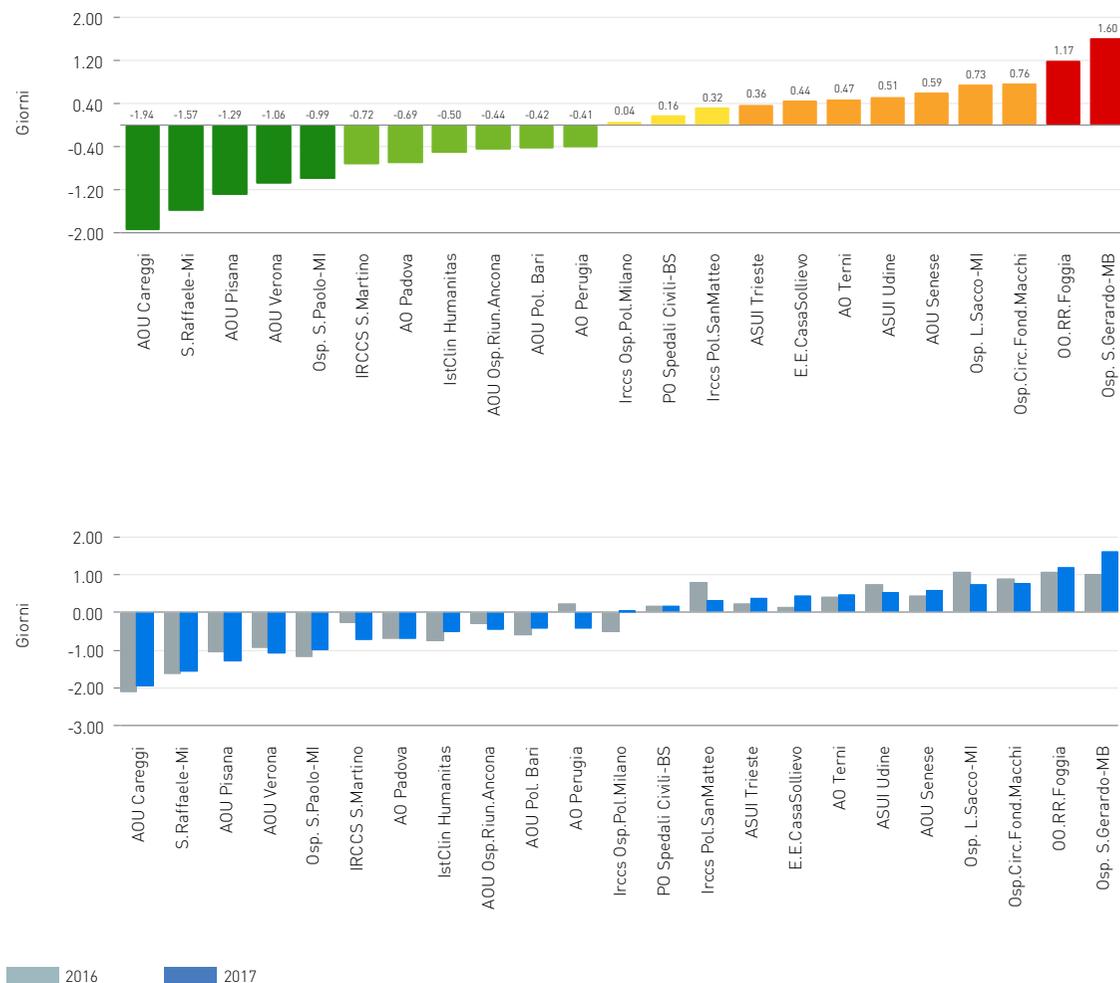
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiologia
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Cardiologia (cod. specialità 08) delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.9 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Chirurgia Generale

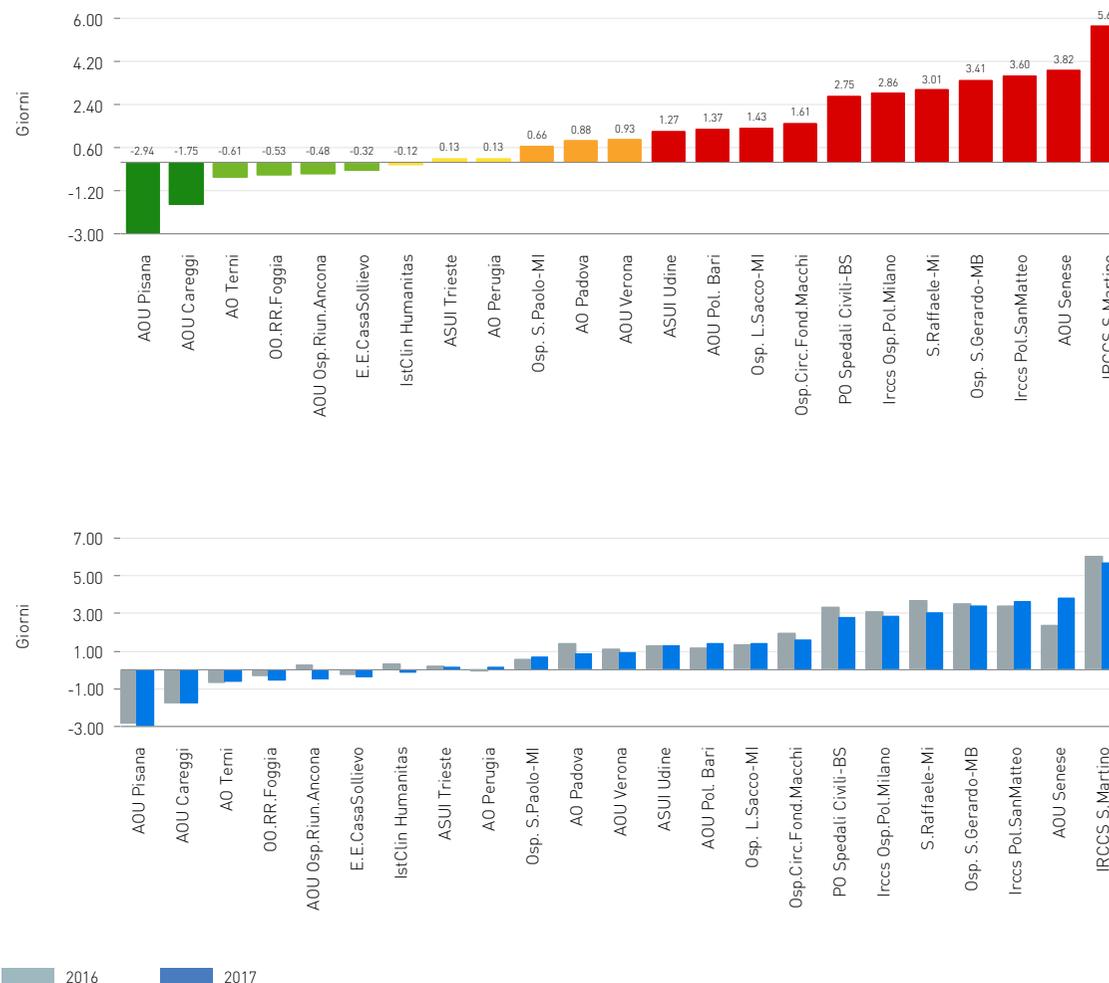
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Chirurgia Generale
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Chirurgia Generale (cod. specialità 09) delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.26 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Medicina

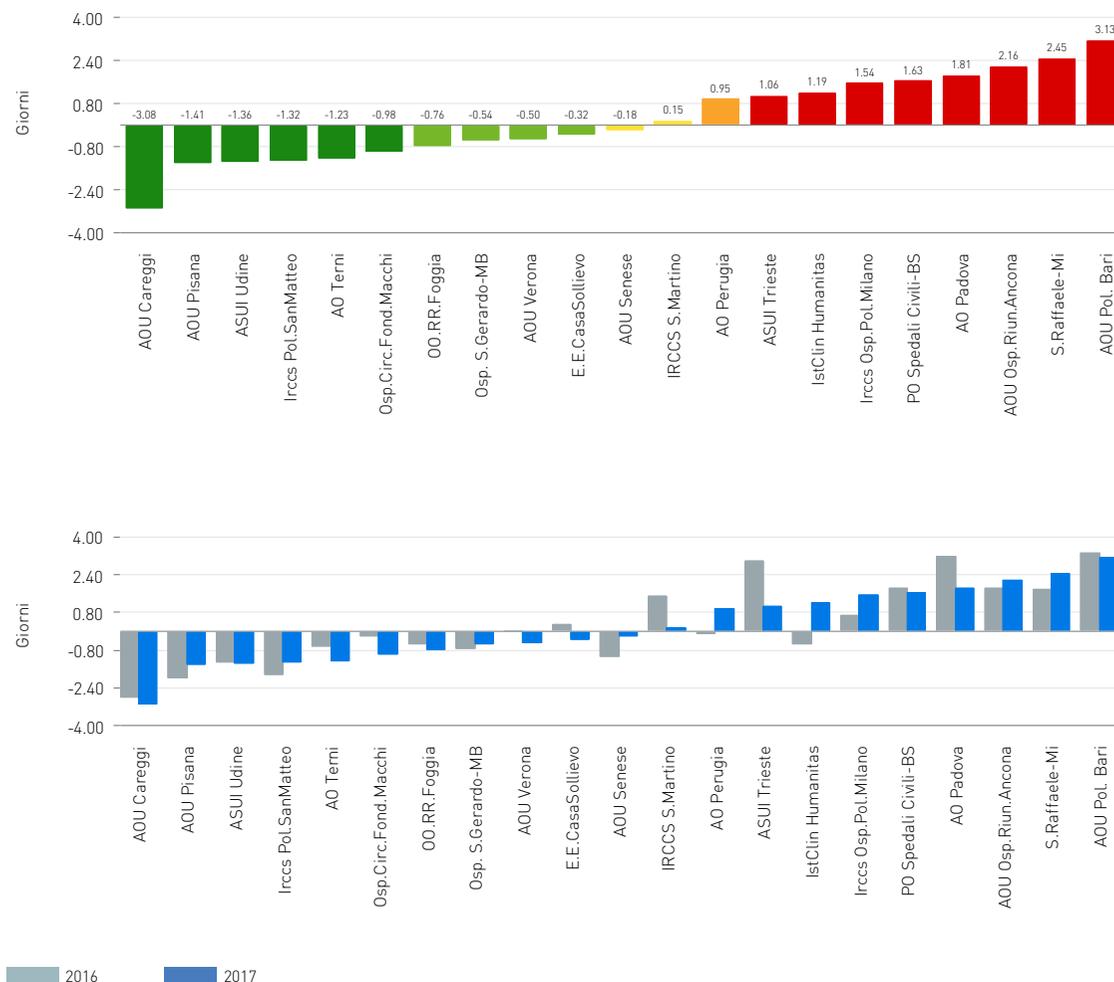
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Medicina
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Medicina Interna (cod. specialità 26) delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.30 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurochirurgia

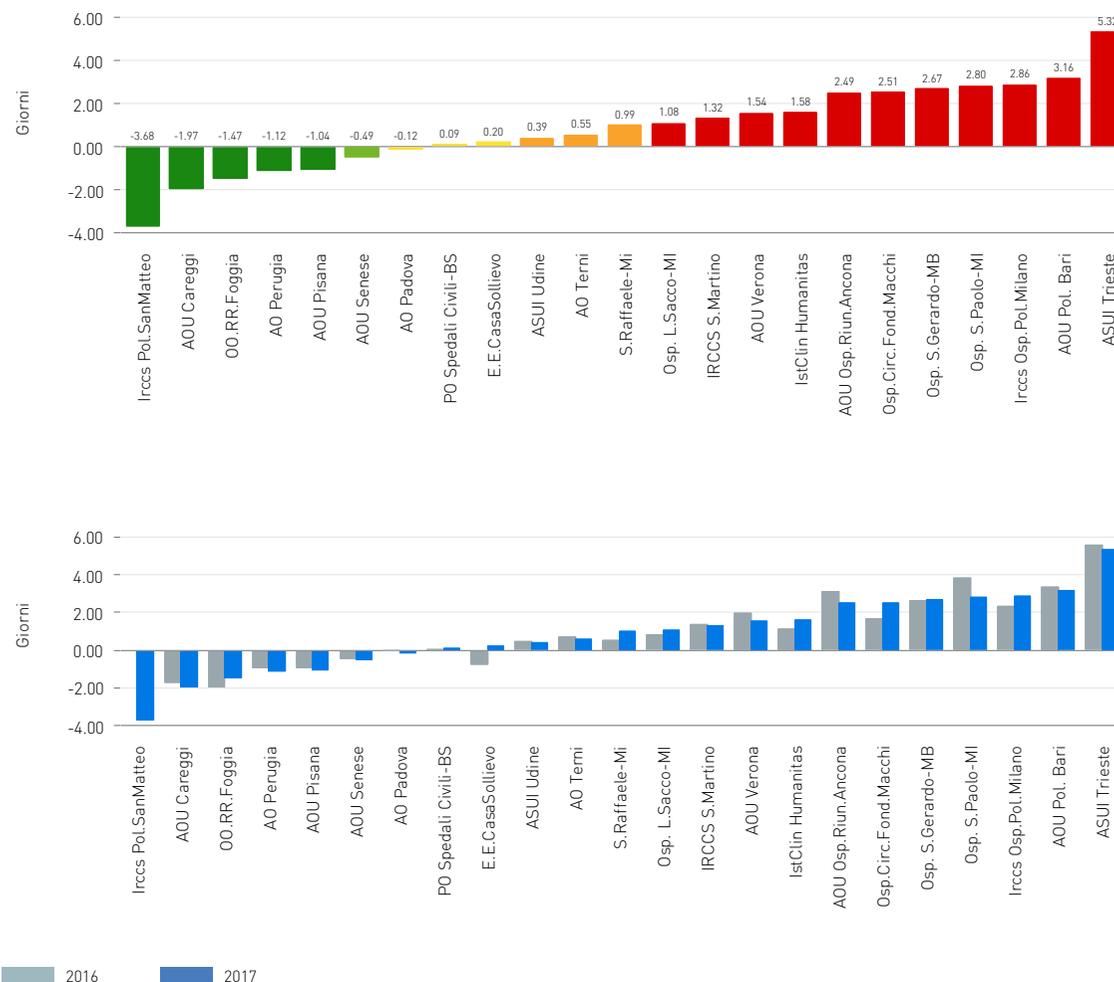
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurochirurgia
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue delle specialità Neurochirurgia [cod. specialità 30] delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.32 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurologia

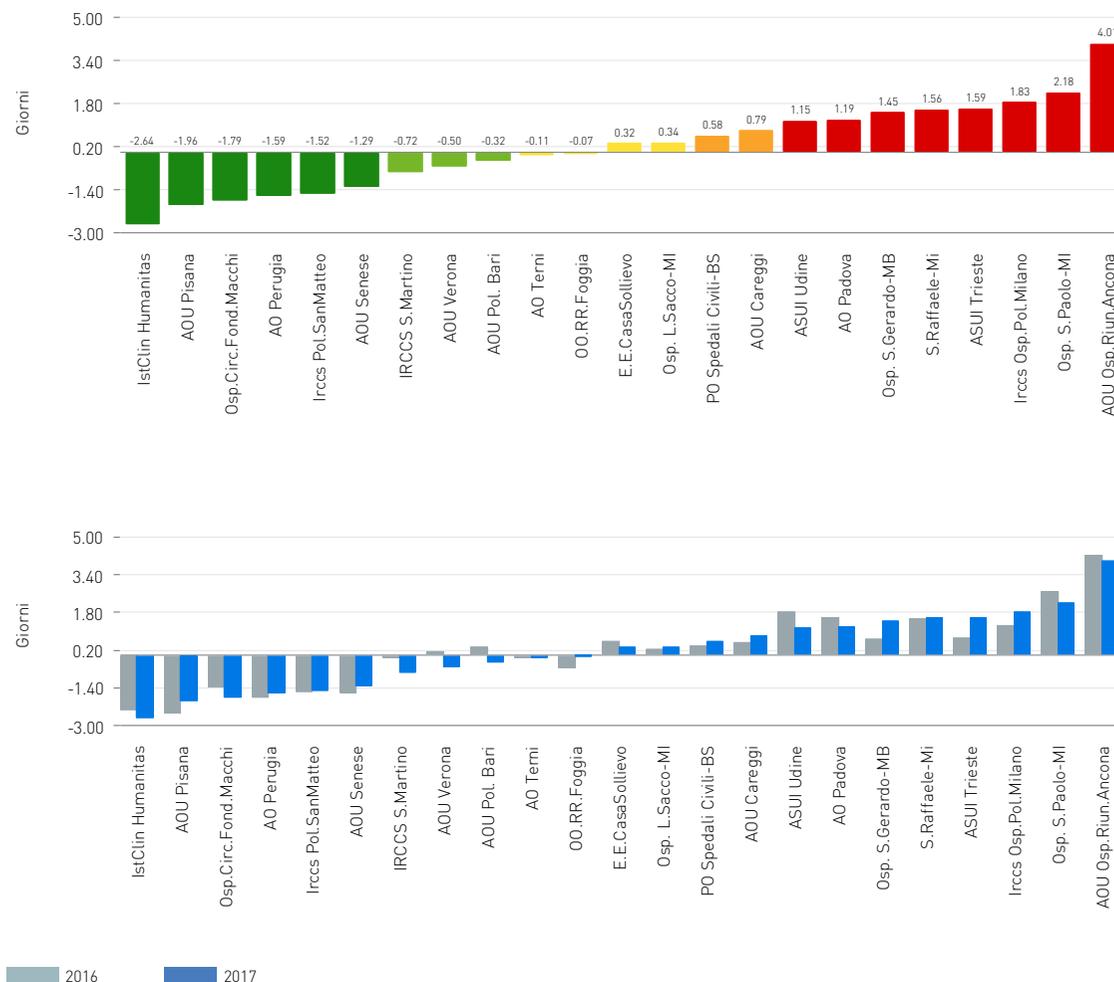
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurologia
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Neurologia (cod. specialità 32) delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.36 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Ortopedia e Traumatologia

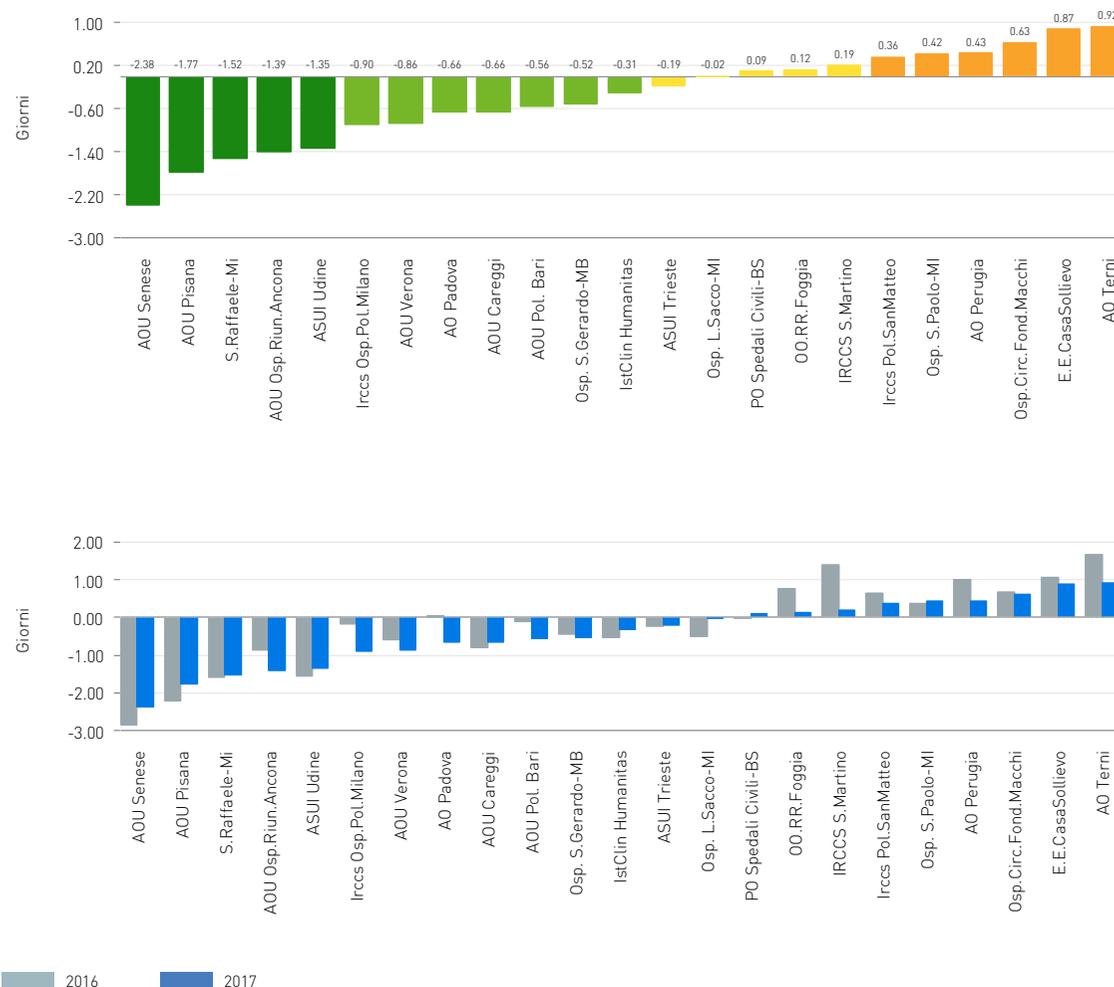
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Ortopedia e Traumatologia
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Ortopedia e Traumatologia [cod. specialità 36] delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale, i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

### C2a.43 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Urologia

A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in *benchmarking* i risultati per ciascuna specialità di dimissione.



Definizione	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Urologia
Numeratore	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Urologia (cod. specialità 43) delle AOU polispecialistiche del Network. Sono inoltre esclusi: i dimessi con DRG 391 - Neonato normale; i deceduti, i pazienti che si dimettono volontariamente, i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

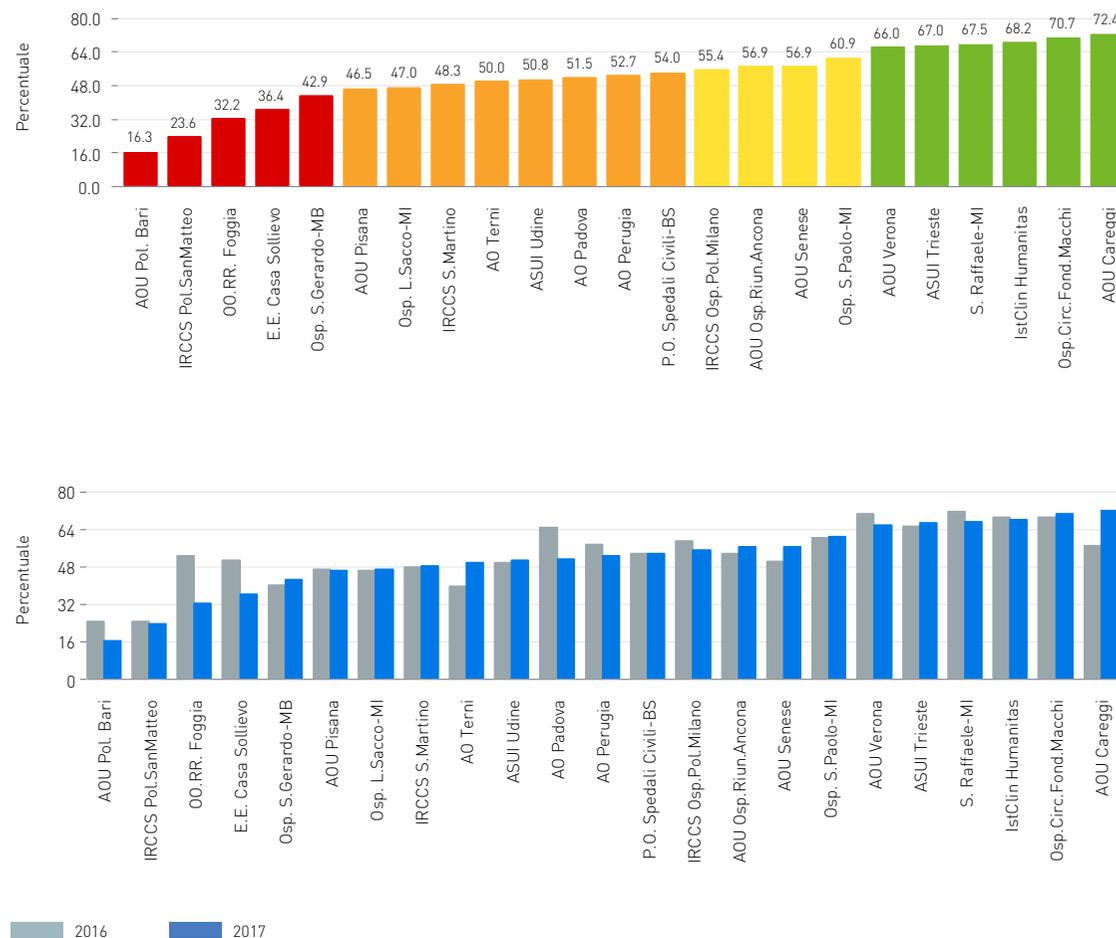




APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

### C4.7 Drg LEA Chirurgici: Percentuale 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.

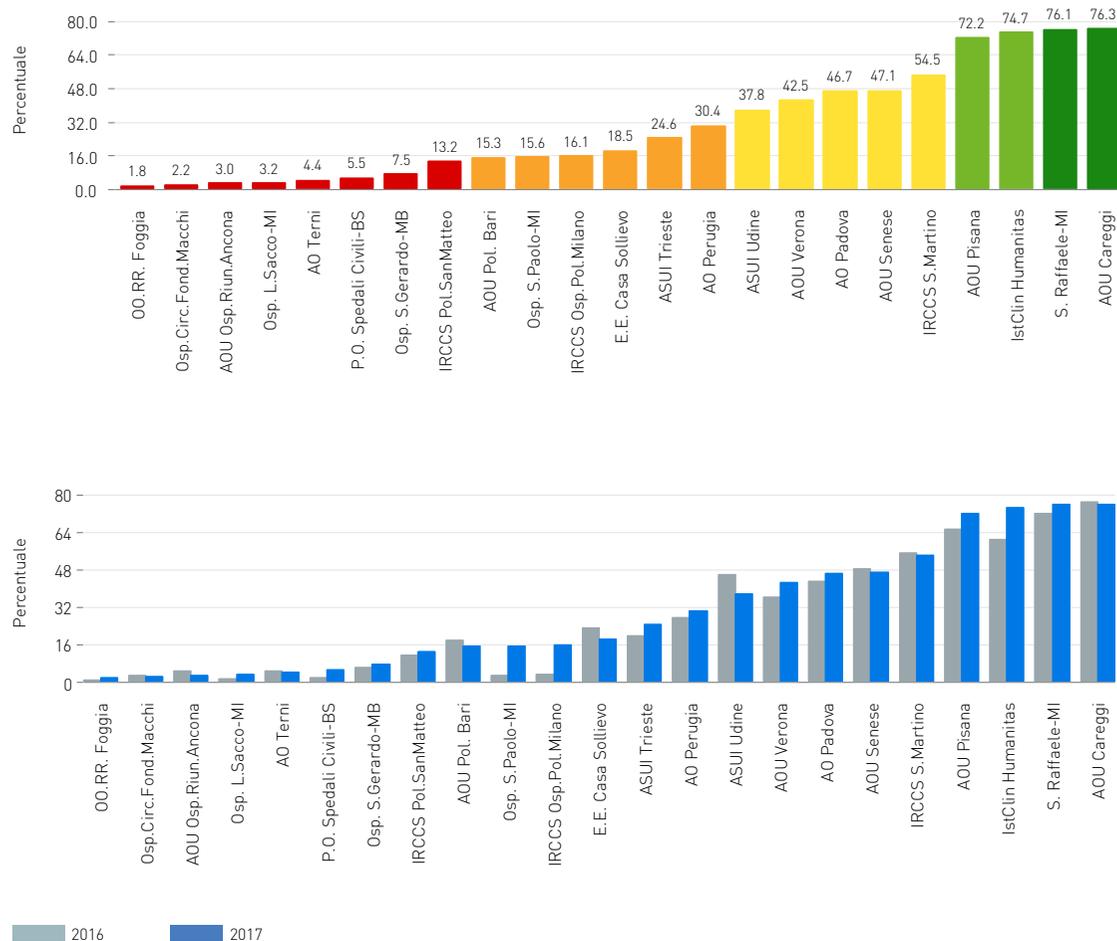


Definizione	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici
Numeratore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici x 100
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA Chirurgici
Note	I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 268, 270, 339, 340, 342, 343, 345, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538. Sono esclusi i DRG prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 - Decompressione del tunnel carpale; 039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia; 119 - legature e stripping di vene; Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

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



Definizione	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno
Numeratore	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno x 100
Denominatore	N. colecistectomie laparoscopiche
Note	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grouper XXIV: DRG 493-494 e codici ICD-9-CM 574.* in diagnosi principale o 575.* in diagnosi principale e 574.* in diagnosi secondaria, ovvero (DRG 493-494) AND ((ICD-9-CM 574.* in diagnosi principale) OR (575.* in diagnosi principale e 574.* in diagnosi secondaria)). Criteri di esclusione: ricoveri di pazienti non residenti in Italia; ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100; ricoveri con interventi di colecistectomia laparotomica (procedura 51.22 in qualunque posizione); ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto; ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale (per acuti o di riabilitazione) o ad altro regime di ricovero nello stesso istituto.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

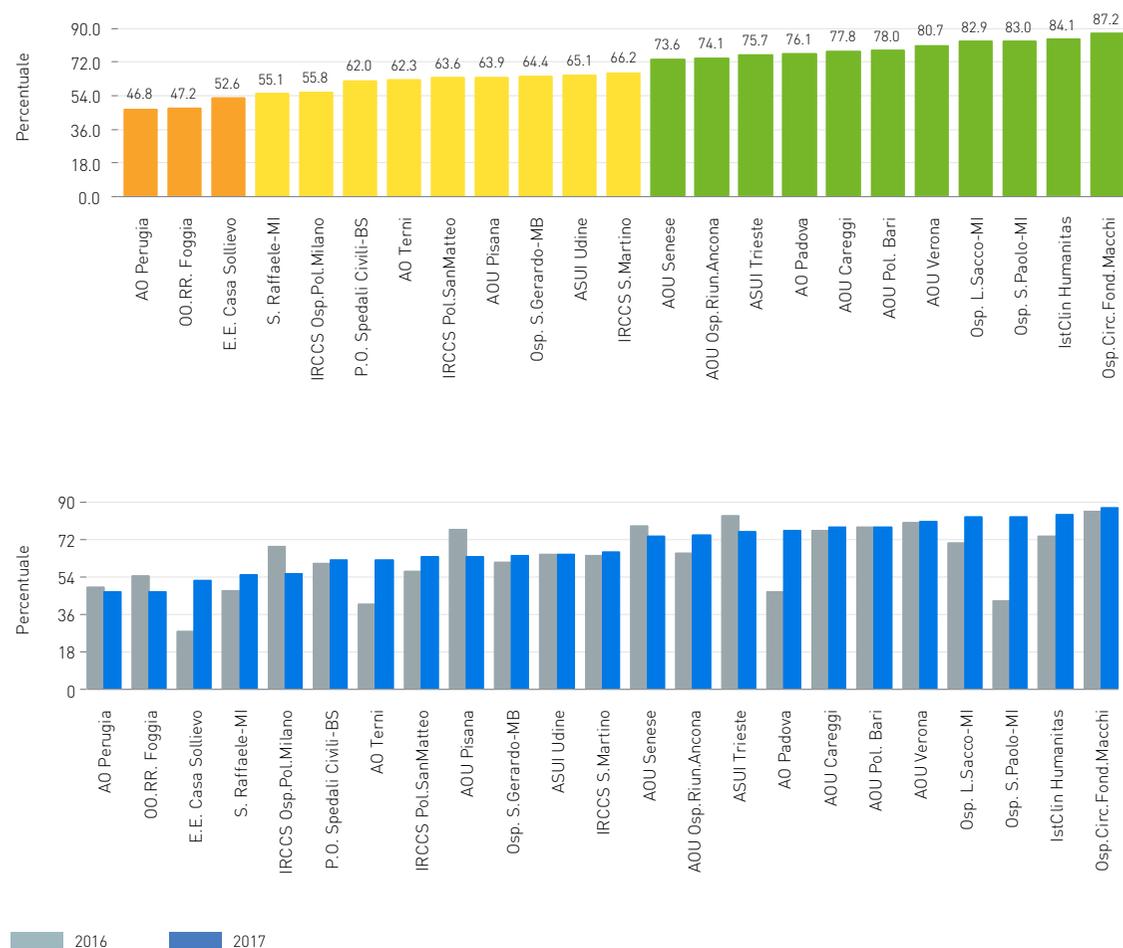




QUALITÀ DEI PERCORSI

## C5.2 Percentuale di frattura 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%.

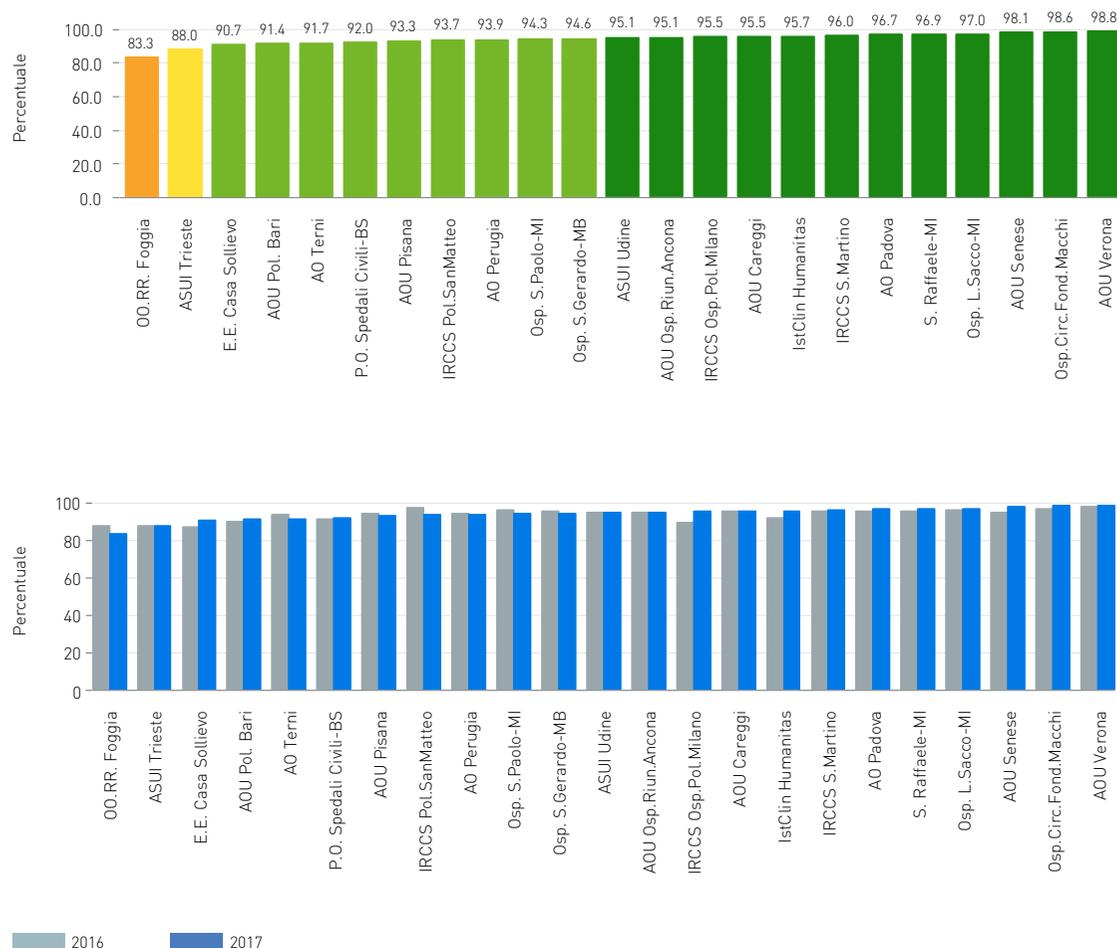


Definizione	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento < = 2 giorni
Numeratore	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento
Denominatore	Numero interventi per frattura del collo del femore
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx e codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna; 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna; 81.51 Sostituzione totale dell'anca; 81.52 Sostituzione parziale dell'anca; 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura. Al numeratore si considerano i ricoveri che hanno durata tra l'ammissione e la data dell'intervento in esame inferiore o uguale a 2 giorni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità 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, è' preliminare e ancora più importante che essi siano innanzitutto sottoposti a intervento chirurgico. Questo indicatore monitora quanti fratturati di femore vengono effettivamente operati, lasciando la valutazione della tempistica di intervento all'indicatore C5.2 percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni.

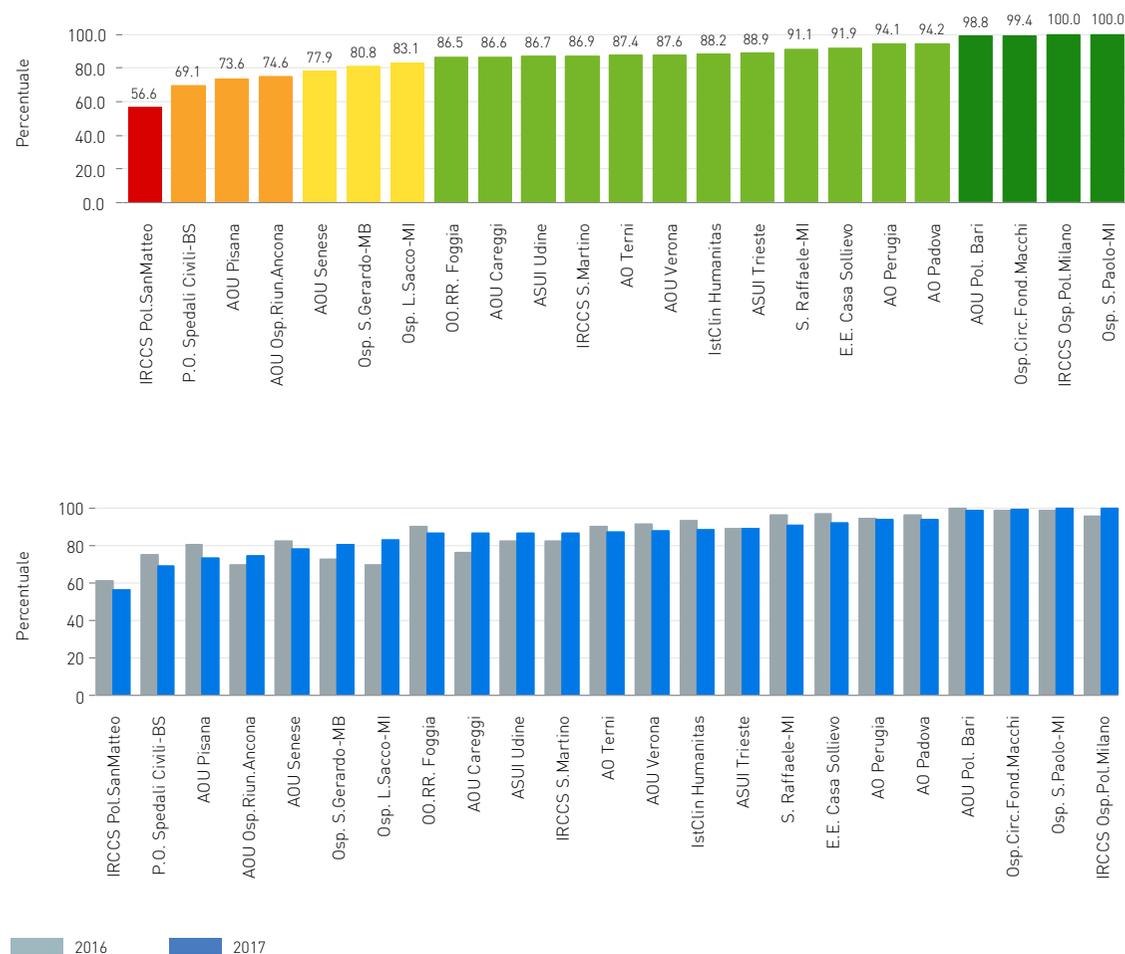


Definizione	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
Numeratore	Numero di interventi per fratture del femore x 100
Denominatore	Numero di diagnosi di fratture del femore
Note	Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx). Al numeratore si considerano i codici intervento principale o secondari per frattura del femore: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna; 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna; 81.51 Sostituzione totale dell'anca; 81.52 Sostituzione parziale dell'anca; 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, i ricoveri con modalità di dimissione "trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti".
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### 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.

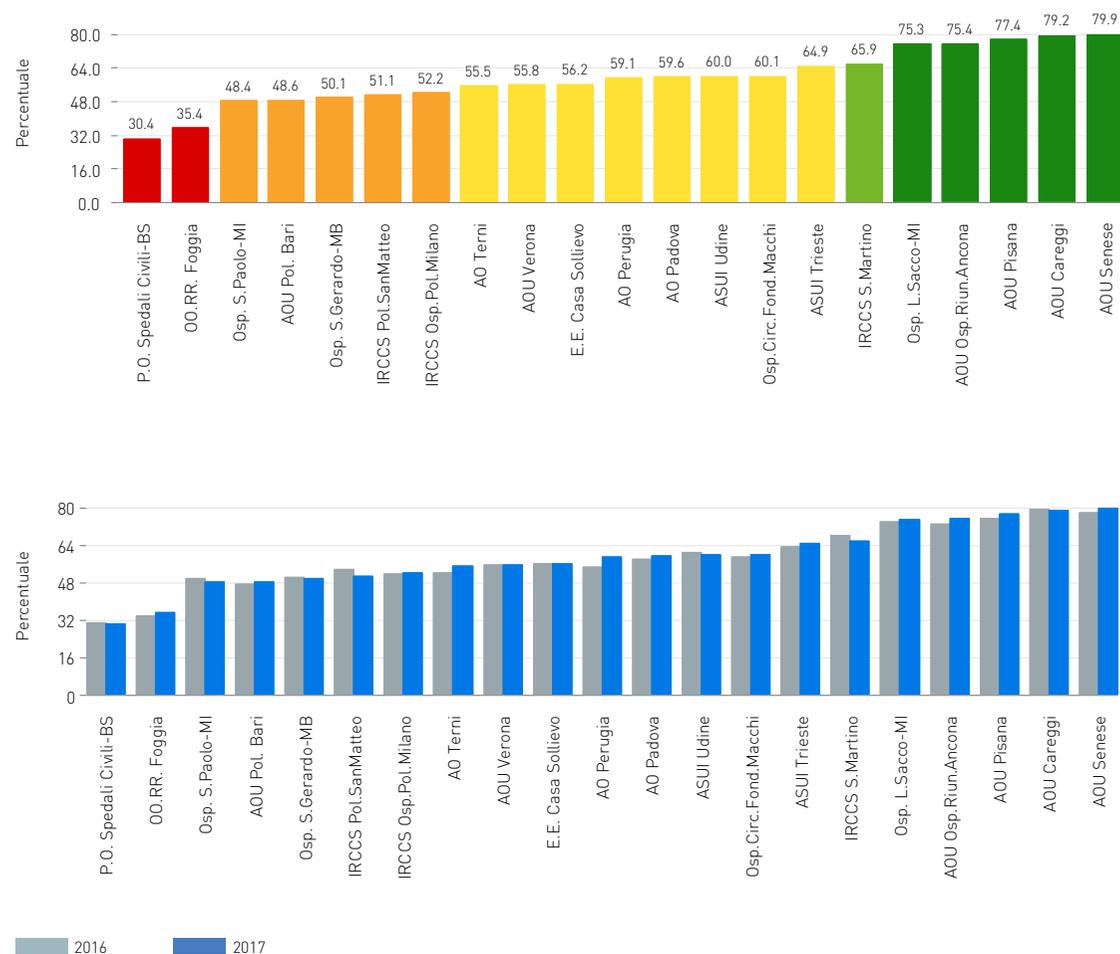


Definizione	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
Numeratore	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
Denominatore	Numero interventi di prostatectomia
Note	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice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



### C16.7 Percentuale ricoveri 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.

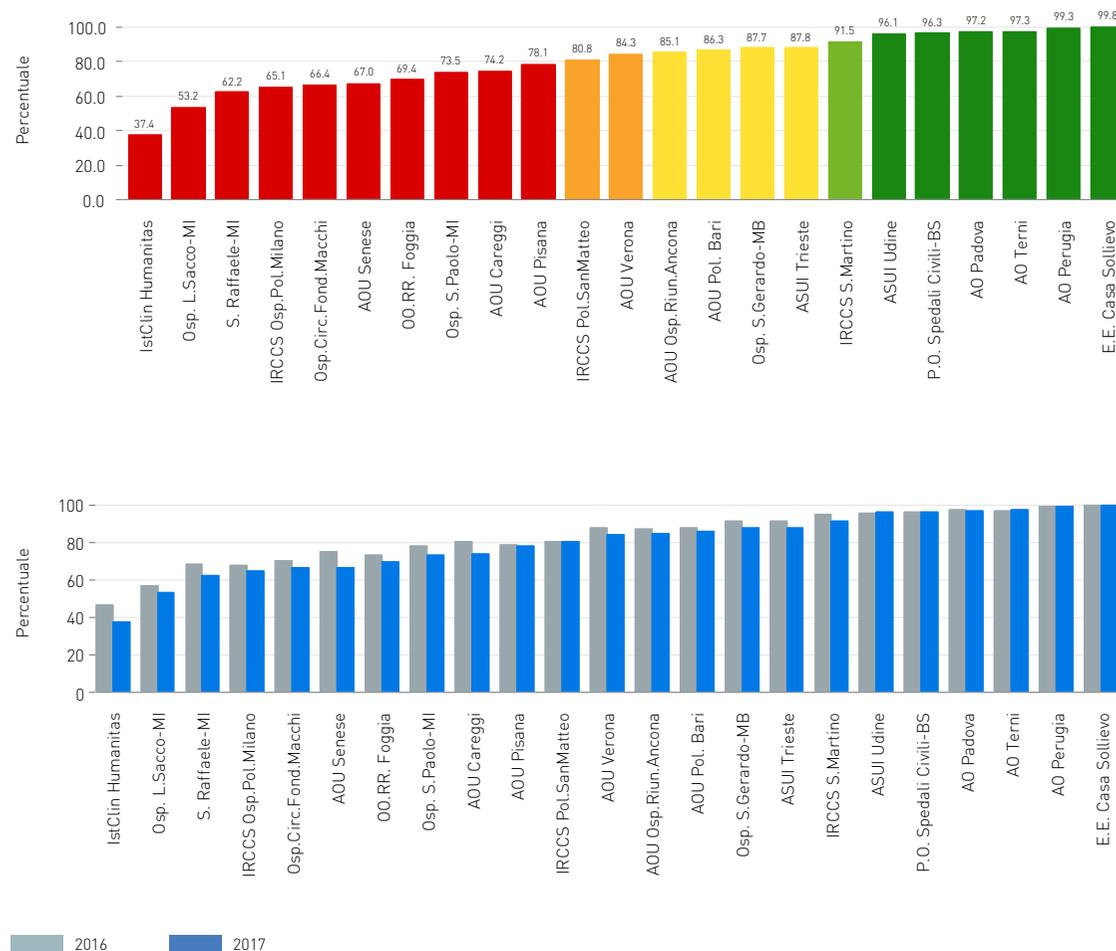


Definizione	Percentuale di ricoveri ospedalieri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
Numeratore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
Denominatore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici
Note	Si considerano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



### 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. Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, infatti, può non essere responsabilità del solo Pronto Soccorso, ma dipendere anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di Pronto Soccorso, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in Pronto Soccorso di pazienti inviati a ricovero), attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraffollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.



Definizione	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Numeratore	N. accessi in PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Denominatore	N. Totale accessi inviati al ricovero
Note	Si considerano gli accessi con esito: ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2); trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3). Al numeratore si considerano gli accessi con i tempi di permanenza inferiori o uguali a 479 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi: con tempo di permanenza negativi e oltre le 72 ore; inviati in Osservazione Breve. Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



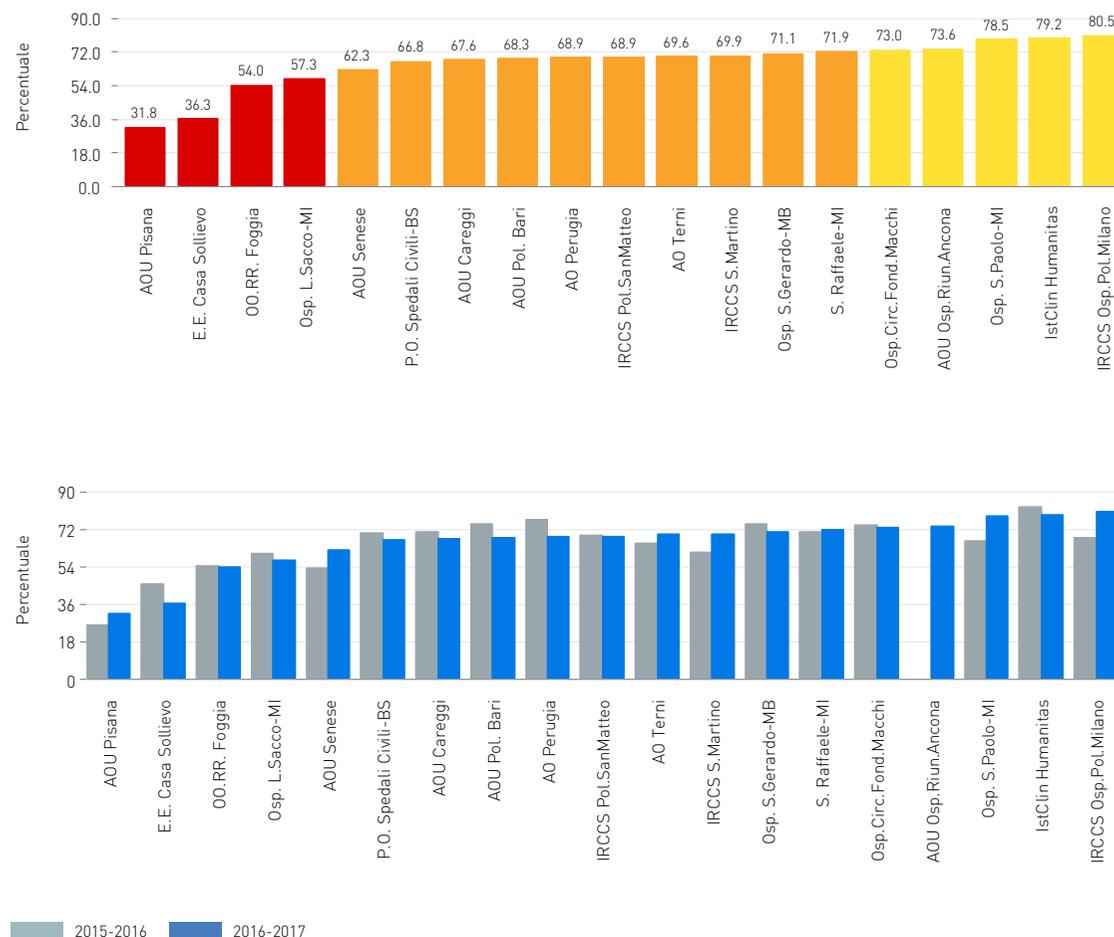




COMPLIANCE

### 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.

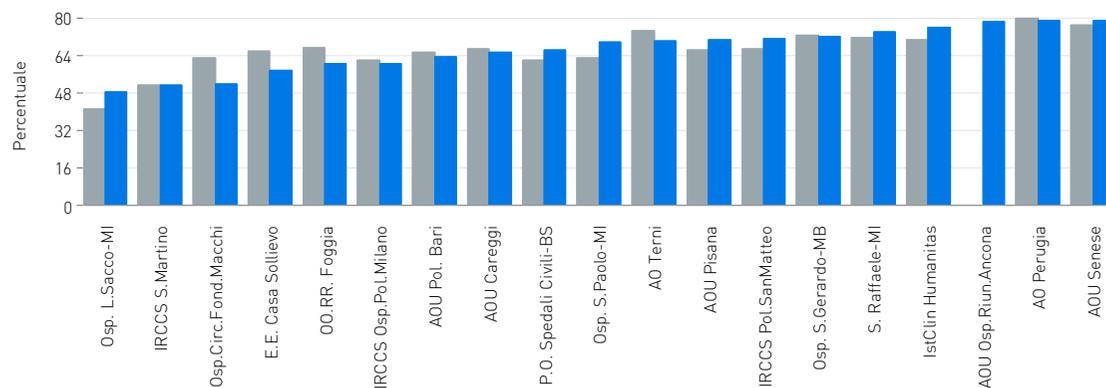
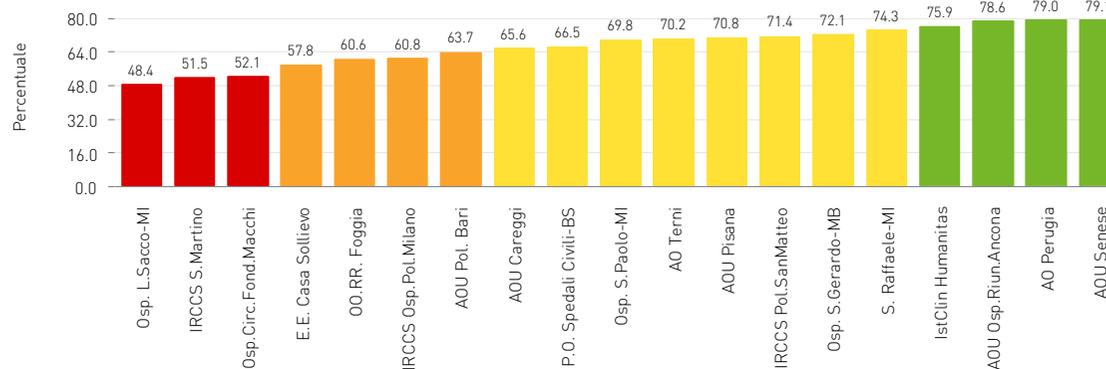


Definizione	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione
Note	Numeratore: Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti al primo ricovero per IMA nel periodo 1/07/2016 - 30/06/2017 (condizione: almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA) Denominatore: Si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/07/2016 - 30/06/2017 tra i 18 e i 100 anni Criteri di inclusione a) Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 - IMA - Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07/2016 - 30/06/2017 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni. Criteri di esclusione a) Pazienti deceduti nel ricovero indice b) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: 426.0x - 426.12 - 426.13 - 427.81 c) Pazienti con asma identificati come segue: Almeno due prescrizioni di corticosteroidi per via inalatoria nei 6 mesi precedenti il ricovero indice - codici ATC: R03BA - R03AK06 - R03AK07 OPPURE: Dimissione per asma (diagnosi in qualsiasi posizione 493.xx - Asma) nel 6 mesi precedenti il ricovero indice ATC selezione farmaci: - C07AA - C07AB - C07AG - C07BB - C07CA - C07CB - C07CG.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) - Flussi regionali farmaceutica



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

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



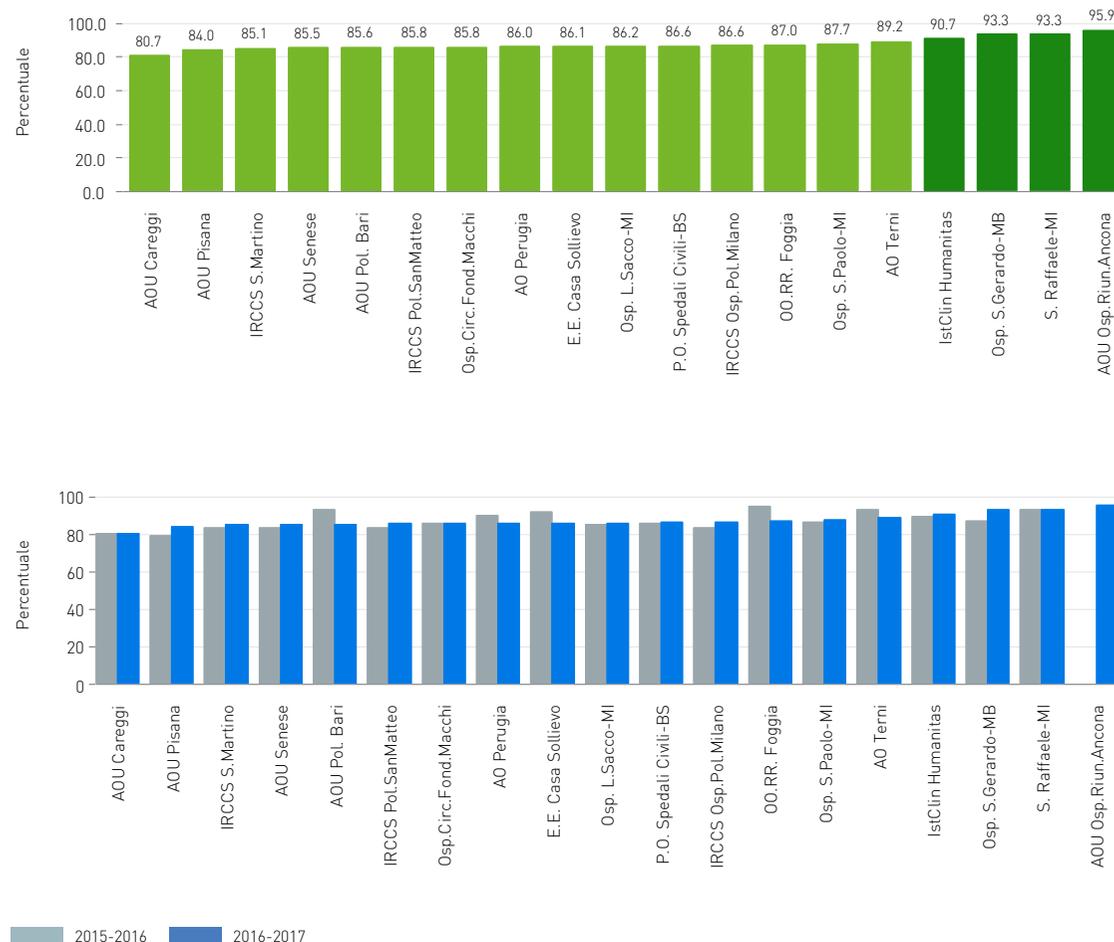
Legend: 2015-2016 (grey bar), 2016-2017 (blue bar)

Definizione	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione
Note	Numeratore: Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione per IMA nel periodo 01/07/2016 - 30/06/2017 (condizione: almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA) Denominatore: Si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/ NSTEMI), nel periodo 01/07/2016 - 30/06/2017 tra i 18 e i 100 anni Criteri di inclusione a) Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 - IMA - Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 01/07/2016 - 30/06/2017 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni Criteri di esclusione a) Pazienti deceduti nel ricovero indice b) Pazienti con contro-indicazioni all'utilizzo degli ACE inibitori nei 12 mesi precedenti il ricovero indice - diagnosi in qualsiasi posizione di angioedema, insufficienza renale anurica, stenosi dell'aorta, gravidanza - ICD-IX: - 440.1x - V56.0 - V56.8 - 39.95 - 54.98 - 788.5x - 586.xx - 403.01 - 403.11 - 403.91 - 404.02 - 404.03 - 404.12 - 404.13 - 404.92 - 404.93 - 584.5x - 584.6x - 584.7x - 584.8x - 584.9x - 585.5x - 585.6x - 425.1x - V22 - V23 - 277.6x c) Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di: - 570.xx - 571.xx - 573.3x - ATC selezione farmaci: C09A - C09B - C09C - C09D.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) - Flussi regionali farmaceutica



### 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.



Definizione	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti contestualmente eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione
Note	Numeratore: Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta terapia contestuale di antiaggregante e statine dopo la dimissione. [condizione: almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA nel periodo 01/07/2016 - 30/06/2017] Denominatore: Si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 01/07/2016 - 30/06/2017 tra i 18 e i 100 anni Criteri di inclusione: a) Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 - IMA - Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 01/07/2016 - 30/06/2017 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale di 3 giorni. Criteri di esclusione: a) Pazienti deceduti nel ricovero indice b) per Antiaggreganti. Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: - ICD-IX: 530.1x - 530.2x - 531.xx [eccetto 531.9x] - 532.xx - 533.xx [eccetto 533.9x] - 534.xx [eccetto 534.9x] - 535.x1 - 562.02, 562.03, 562.12, 562.13 - 238.7x - 286.xx - 287.0x - 287.3x - 287.4x - 287.5x - 446.6x - 432.9x - 573.8x; c) per Statine. Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: Patologie epatiche acute - ICD-IX: - 570.xx - Necrosi Acuta e Subacuta del Fegato - 571.xx - Malattia Epatica Cronica e Cirrosi - 573.3x - Epatite, Non Specificata; Miopatia - ICD-IX: - 358.xx - Disturbi Neuromuscolari - 359.xx - Distrofie Muscolari E Altre Miopatie. ATC selezione farmaci: B01AC06 - B01AC04 - B01AC05 - B01AC22 - B01AC24 - B01AC30 - C10AA.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) - Flussi regionali farmaceutica



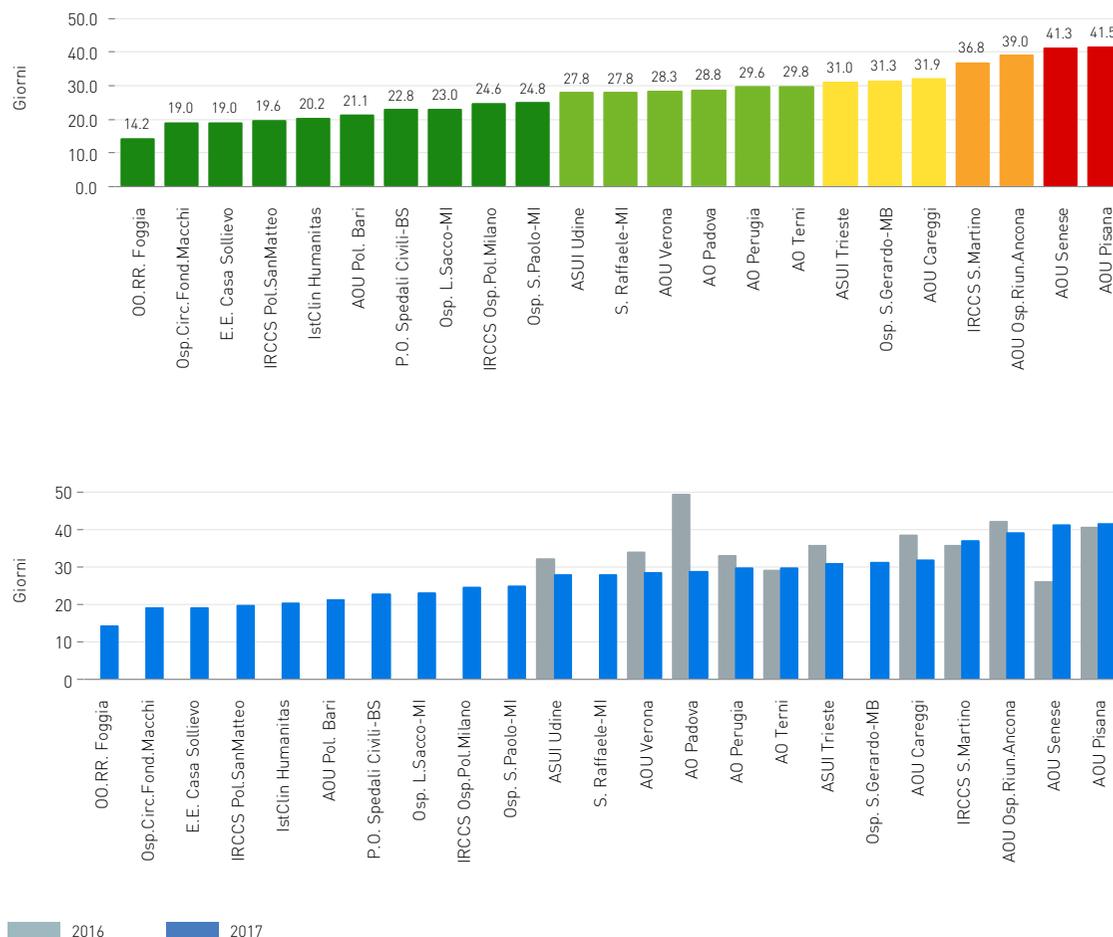




# PERCORSO ONCOLOGICO

### 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.

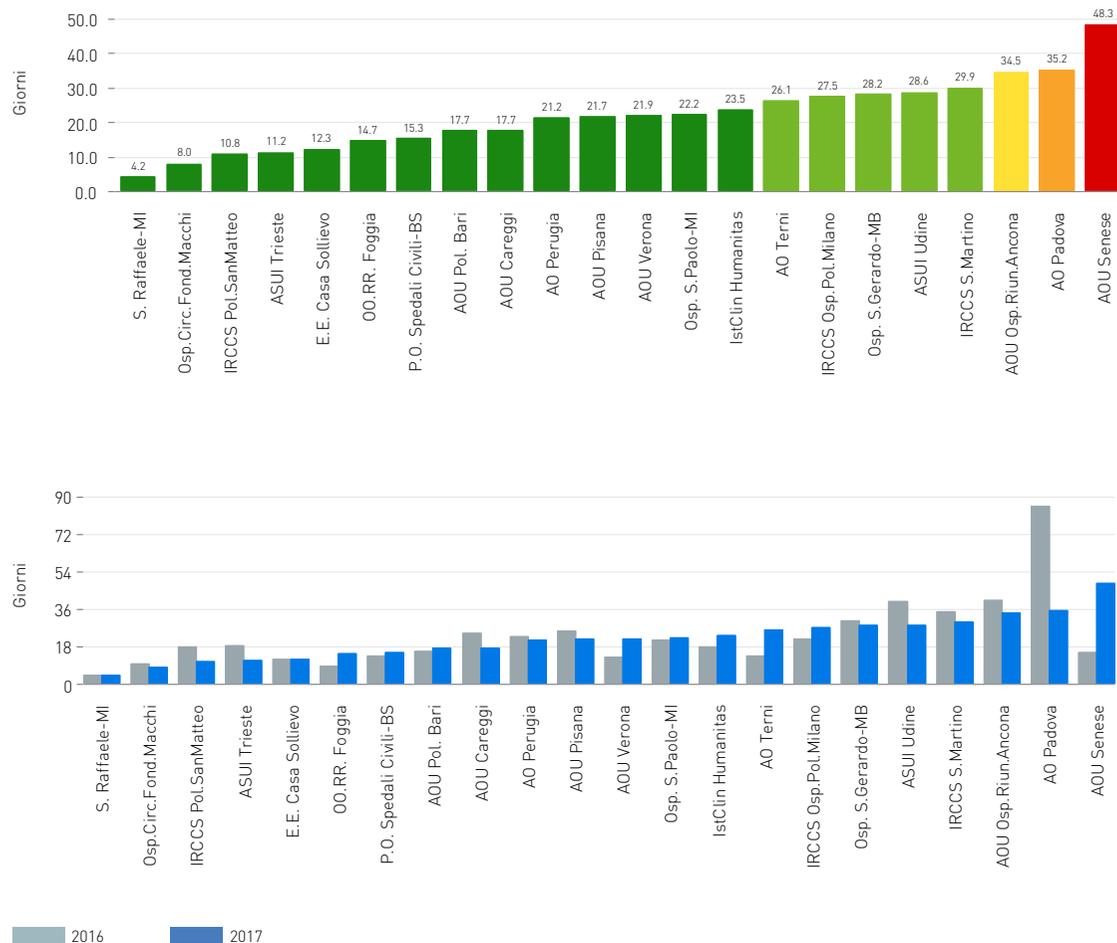


Definizione	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 85.2x, 85.3x o 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure (85.2x o 85.3x o 85.4x) AND diagnosi (233.0 o 174.*). 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*. 48.3x, 48.4x, 48.5, 48.6x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8. 32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx. 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8, 68.9 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 180.*, 182.*, 183.*. Si escludono: i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



### C10.4.5 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.

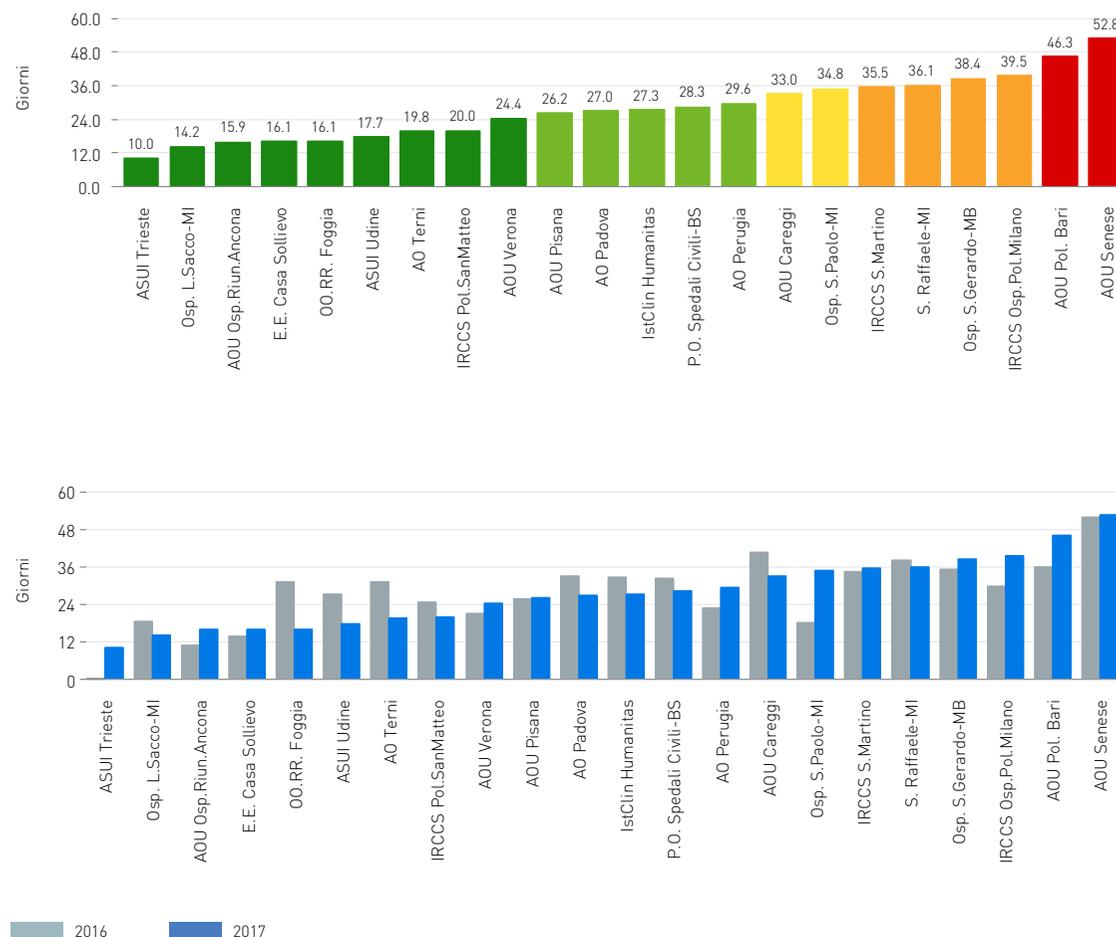


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al polmone
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al polmone
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx. Si escludono: i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni; i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99; i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### C10.4.6 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.

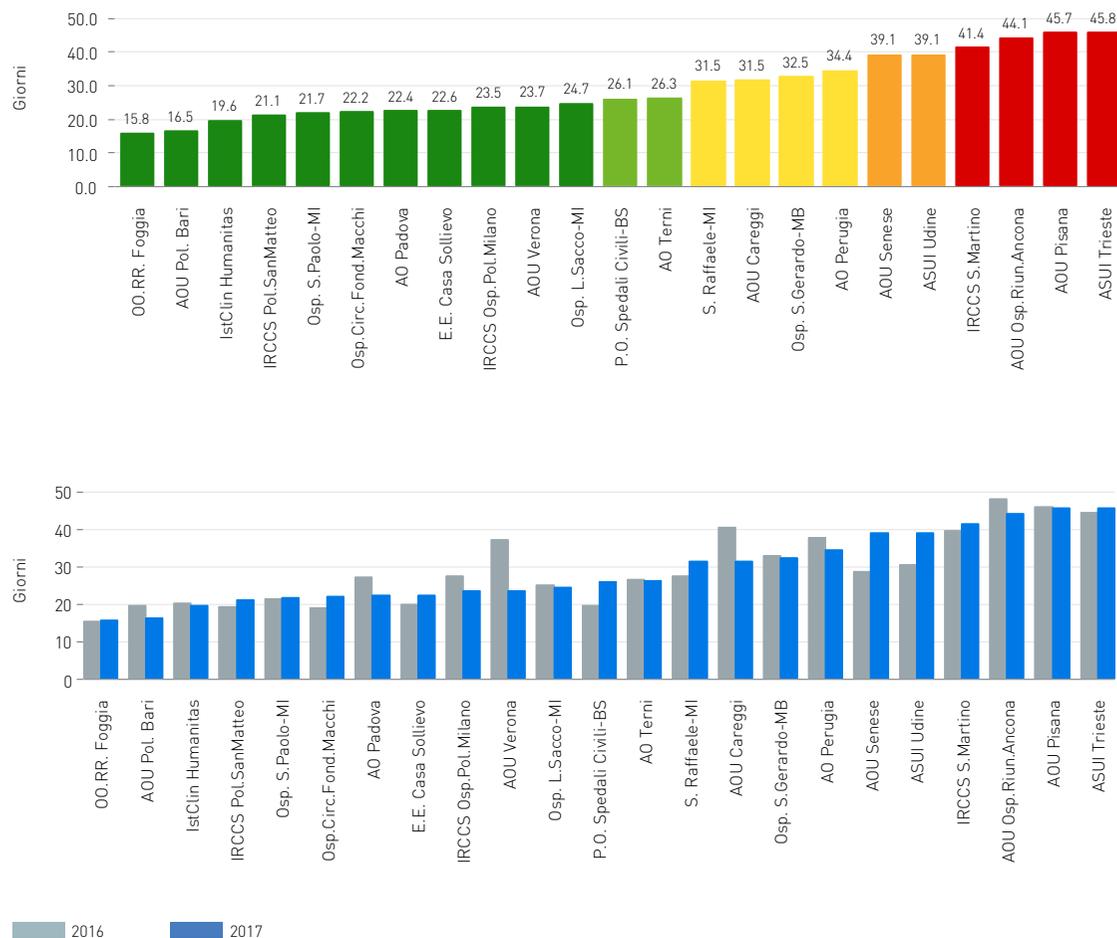


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore all'utero
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore all'utero
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8, 68.9 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 180.*, 182.*, 183.*. Si escludono: ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni; i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99; i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### C10.4.1 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.

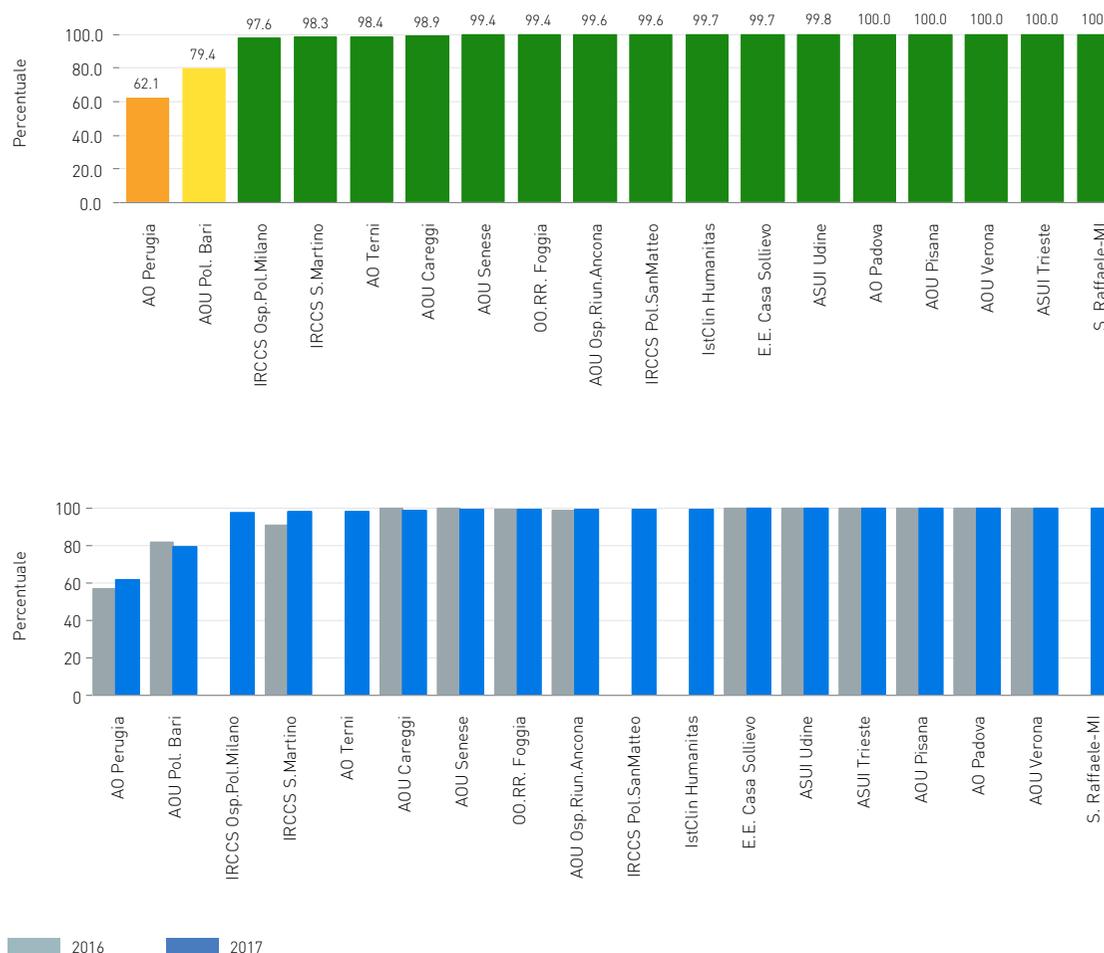


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 85.2x, 85.3x o 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure [85.2x o 85.3x o 85.4x ] AND diagnosi [233.0 o 174.*]. Si escludono: i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni; i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99; i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



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

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

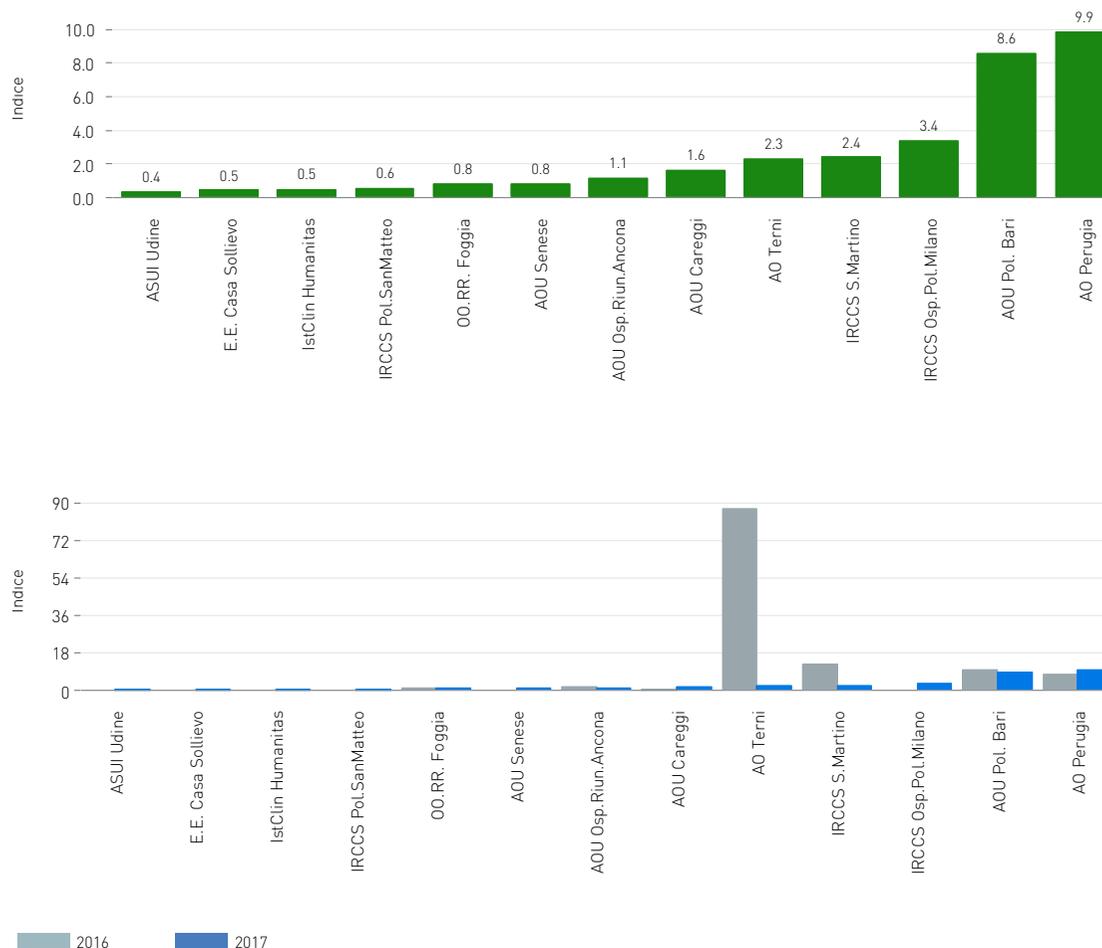


Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	Si considerano i ricoveri ordinari e DH di pazienti donne, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno alla mammella (ICDIX-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia [85.20, 85.21 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48]. Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero. Si selezionano le pazienti trasferite (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi. Erogazione in Regione, ovunque residenti. La selezione degli interventi si basa sui protocolli PNE 2016 Ed. 2017. Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



### C17.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore 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).

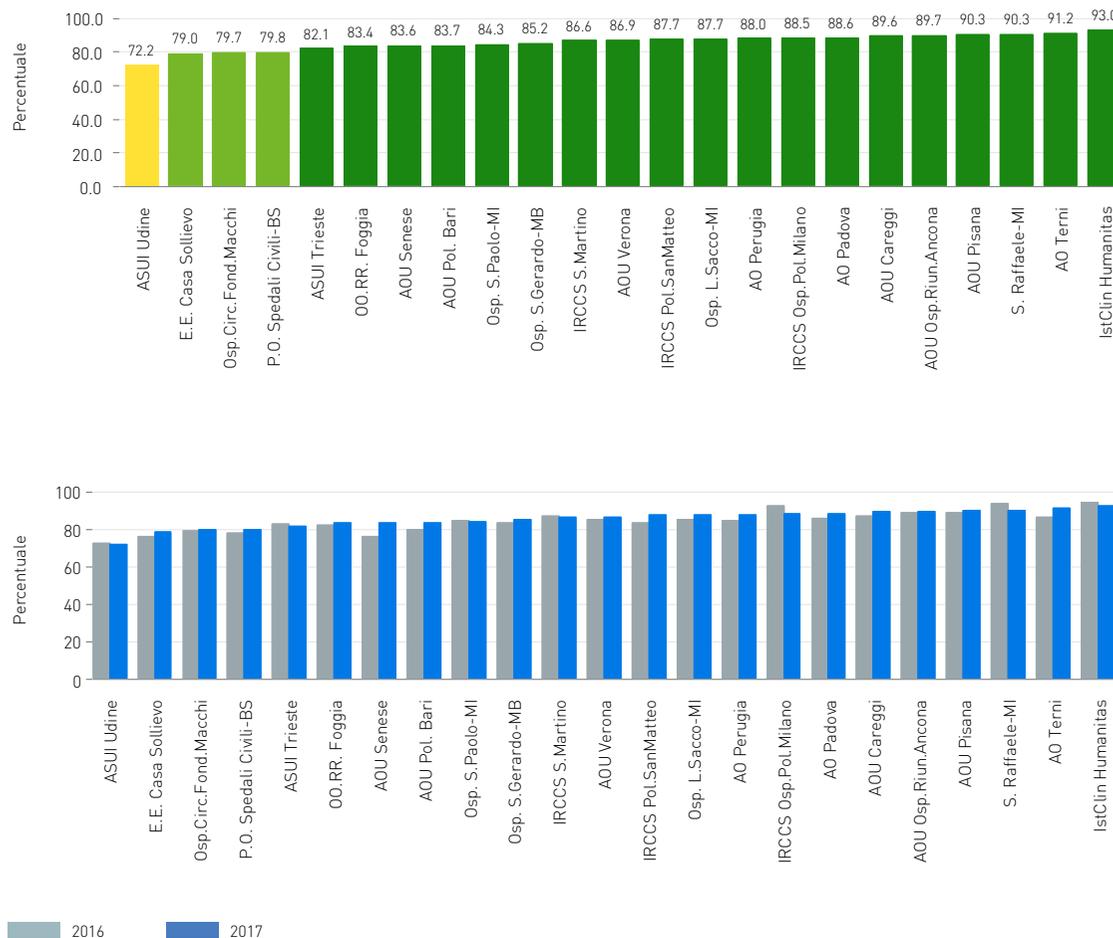


Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
Note	Si considerano i ricoveri ordinari e DH di pazienti donne con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9- CM 85.20, 85.21 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48). Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero. Si selezionano le pazienti transitate (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi. Erogazione in Regione, ovunque residenti. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 150 primi interventi annui per Struttura complessa. Il calcolo è fatto comunque per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2016 Ed. 2017.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno

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

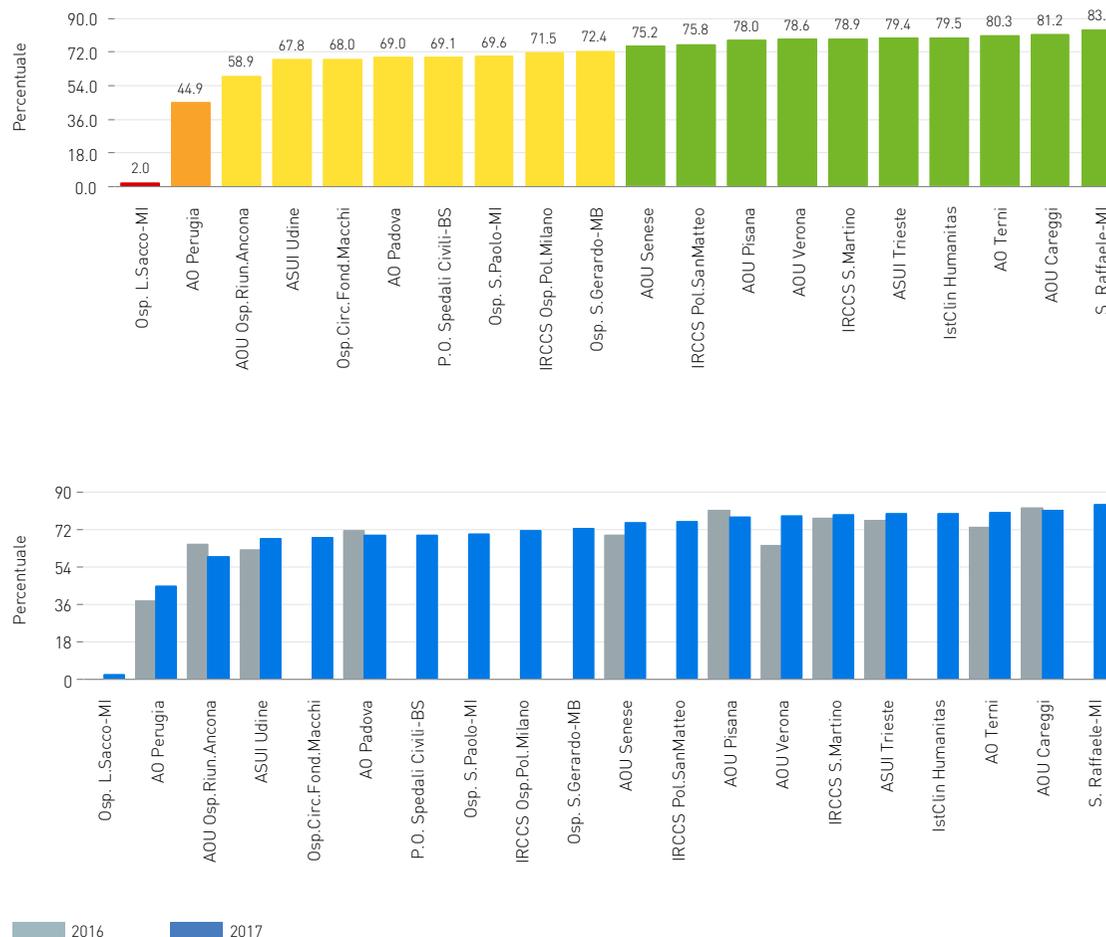


Definizione	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
Numeratore	Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100
Denominatore	Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ
Note	Numeratore: A) Conservativi: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* Asportazione o demolizione di tessuto della mammella o 85.31 Mammoplastica riduttiva monolaterale o 85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale, con l'esclusione della casistica nipple/skin sparing (scheda C10.2.1.2) e 'demolitivi' (scheda C10.2.1.3); oppure: B) Nipple/Skin Sparing: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 174.* o 233.0 e (Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: [85.4* Mastectomia e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)] o 85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale e [85.53 o 85.54 o 85.95]) o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi). Attenzione: le procedure 85.34 e 85.36 non abbinate a [85.53 o 85.54 o 85.95] si considerano errori di codifica. Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi alla mammella: 85.2*, 85.3*, 85.4* Erogazione in Regione, ovunque residenti. Pazienti di genere femminile.
Fonte	Flusso SDO



### C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella

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.

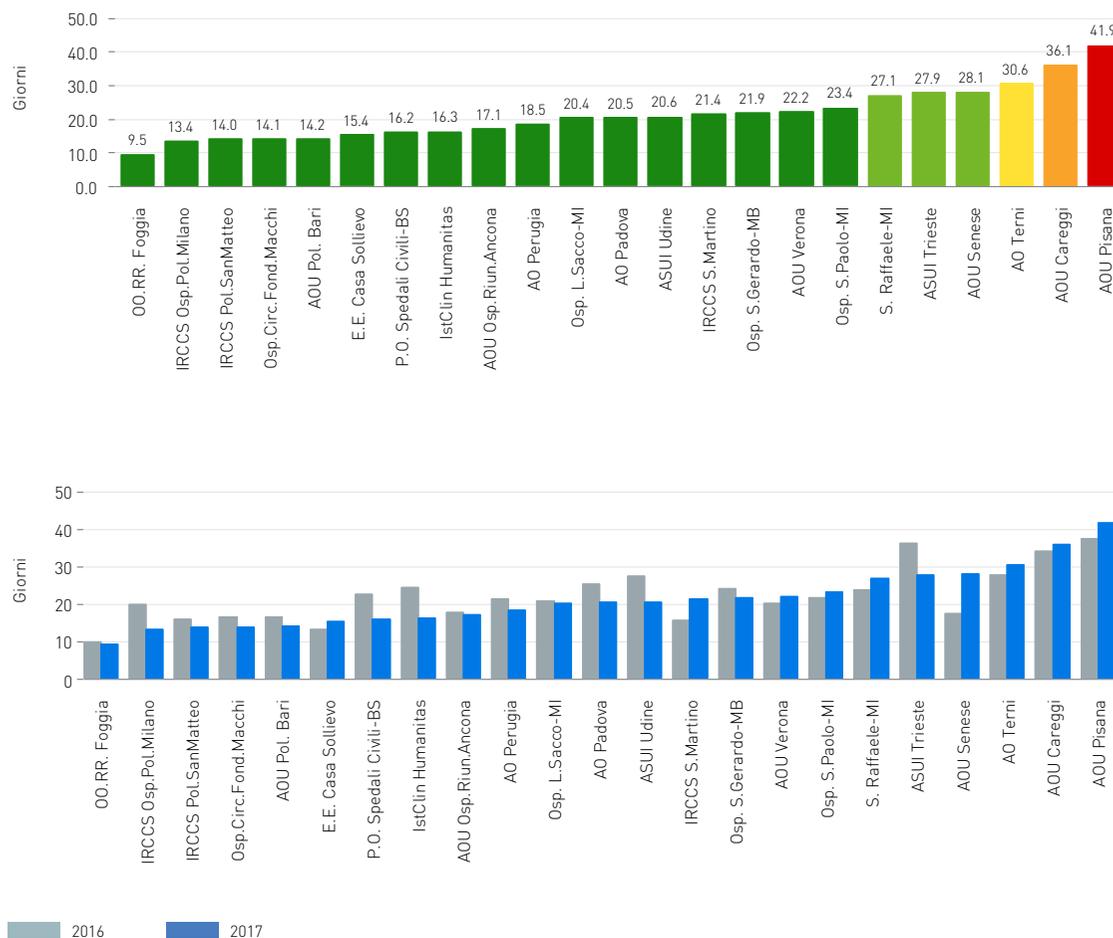


Definizione	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella
Numeratore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte all'applicazione della metodica del linfonodo sentinella x 100
Denominatore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore maligno della mammella
Note	Numeratore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* o 85.3* o 85.4* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi di asportazione linfonodi: 40.2*. Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* o 85.3* o 85.4* Si considerano, per il calcolo del denominatore, i soli casi incidenti. Si considera incidente, il primo intervento dell'anno di osservazione (ICD9-CM di diagnosi principale 174.* con procedura principale o secondaria 85.2* o 85.3* o 85.4*). Vengono esclusi i pazienti con: Anamnesi V10.3 nelle diagnosi secondarie contestualmente all'intervento indice; Altro intervento (85.2*, 85.3*, 85.4*) nei 365 giorni precedenti l'intervento indice, associato a diagnosi principale 174* o V10.3. Si considera l'erogato nella regione per le residenti della regione stessa. Si considerano le procedure 40.2 effettuate durante lo stesso ricovero in cui c'è stato l'intervento indice per tumore alla mammella; tutte le procedure che si considerano sono in regime di ricovero ordinario o day hospital.
Fonte	Flusso SDO



### 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.

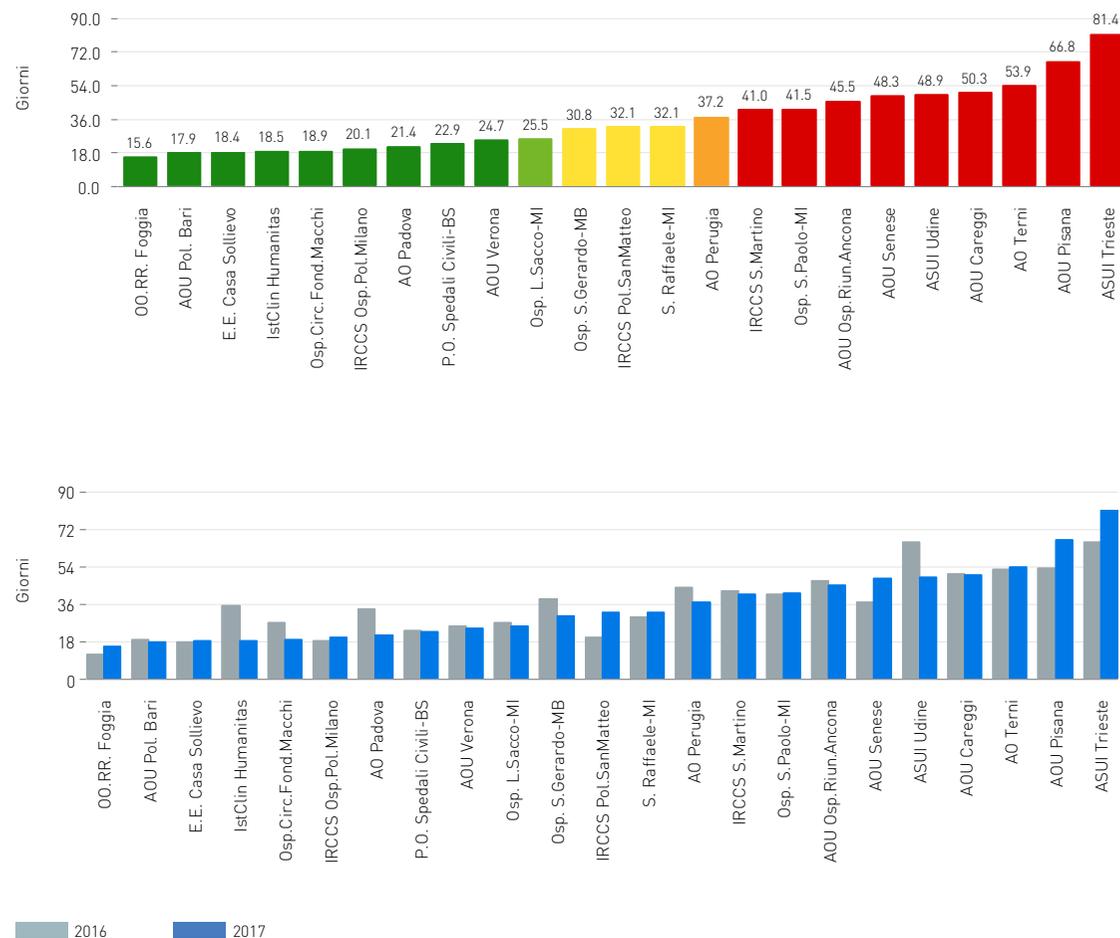


Definizione	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore al colon
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al colon
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al colon
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*. Si escludono: i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni; i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99; i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



### 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.

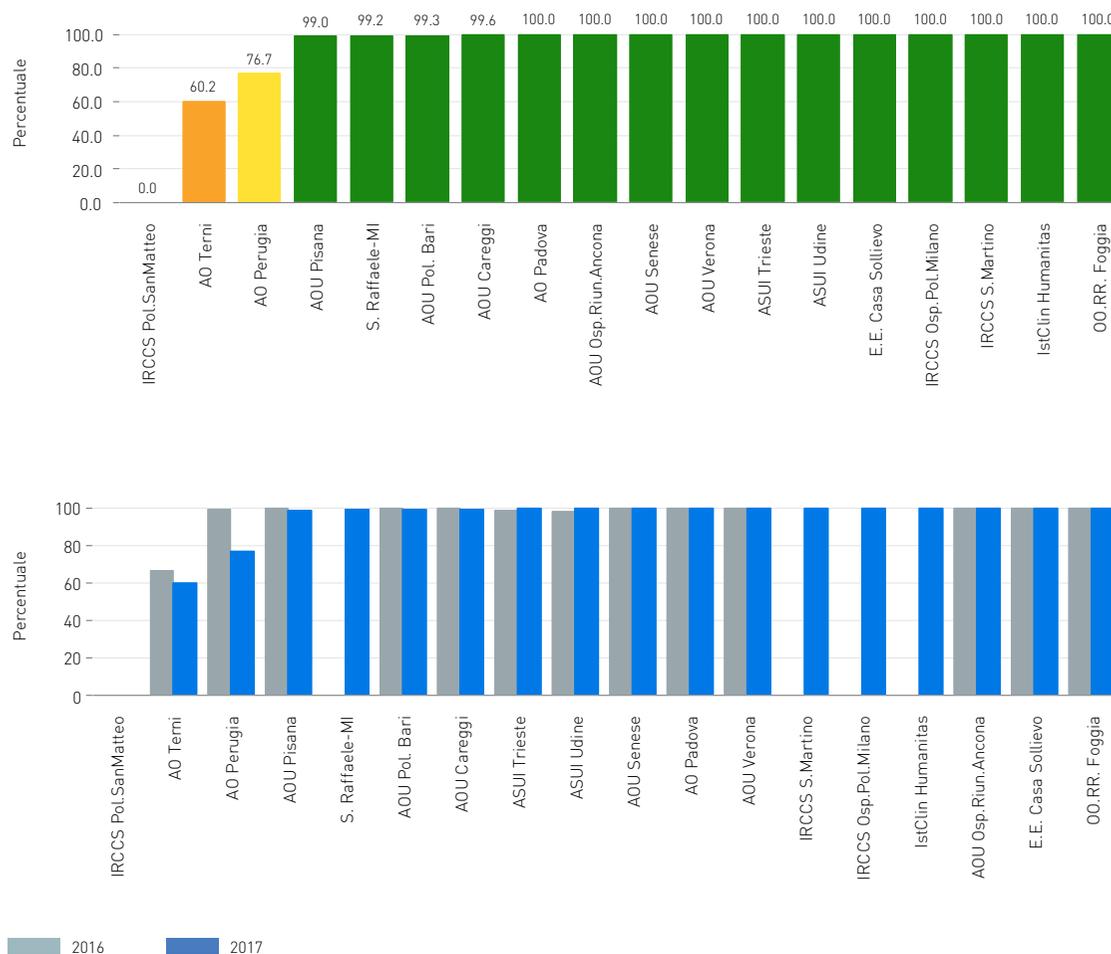


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al retto
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al retto
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 48.3x, 48.4x, 48.5, 48.6x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8. Si escludono: i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni; i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99; i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

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

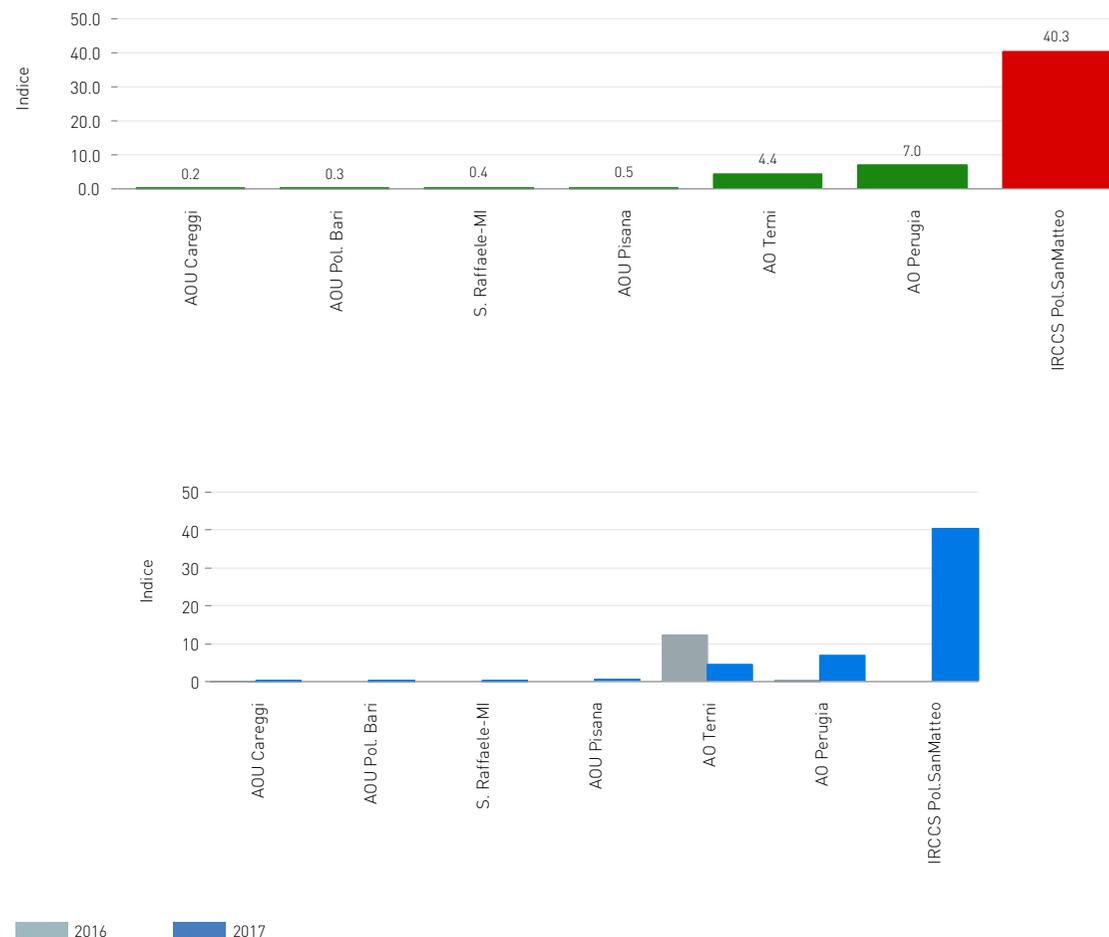


Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	Si considerano i ricoveri ordinari e DH con codici ICDIX-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno alla prostata (185, 198.82) e di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97). Si selezionano i pazienti trasferiti (ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di Chirurgia generale [09] e urologia [43]); si considera come reparto di intervento il primo di questi. Erogazione in Regione, ovunque residenti. La selezione degli interventi si basa sui protocolli PNE 2016 Ed. 2017. Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



### C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore 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).



Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
Note	Si considerano i ricoveri ordinari e DH con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno della prostata (185, 198.82) e codici ICD9-CM di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione radicale della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e urologia (43); si considera come reparto di intervento il primo di questi. Erogazione in Regione, ovunque residenti. La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 50 interventi annui. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2016 Ed. 2017.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

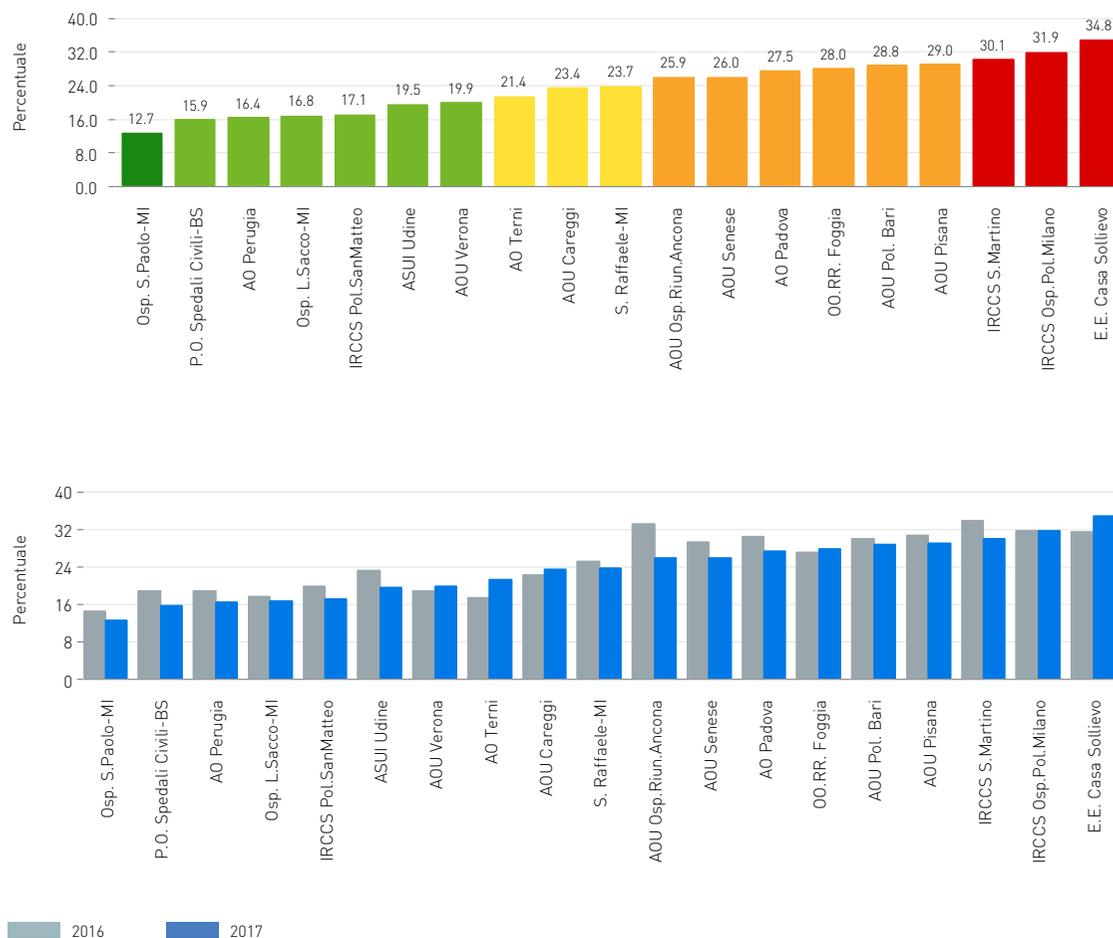




MATERNO-INFANTILE

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

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

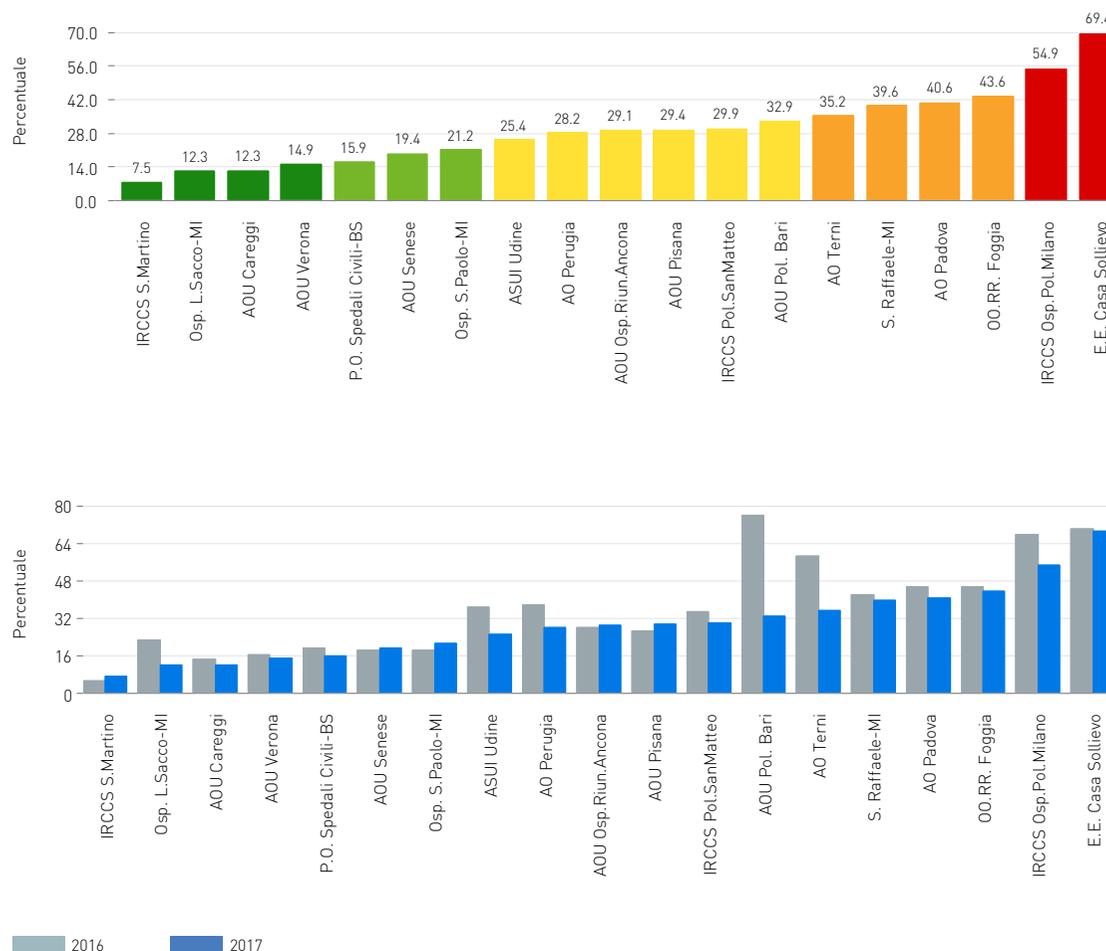


Definizione	Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti depurati (NTSV)
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare; parto non gemellare; parto a termine tra la 37 e la 41 settimana di amenorrea incluse; bambino in posizione vertice. Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



### C7.3 Percentuale episiotomia depurate (NTSV)

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

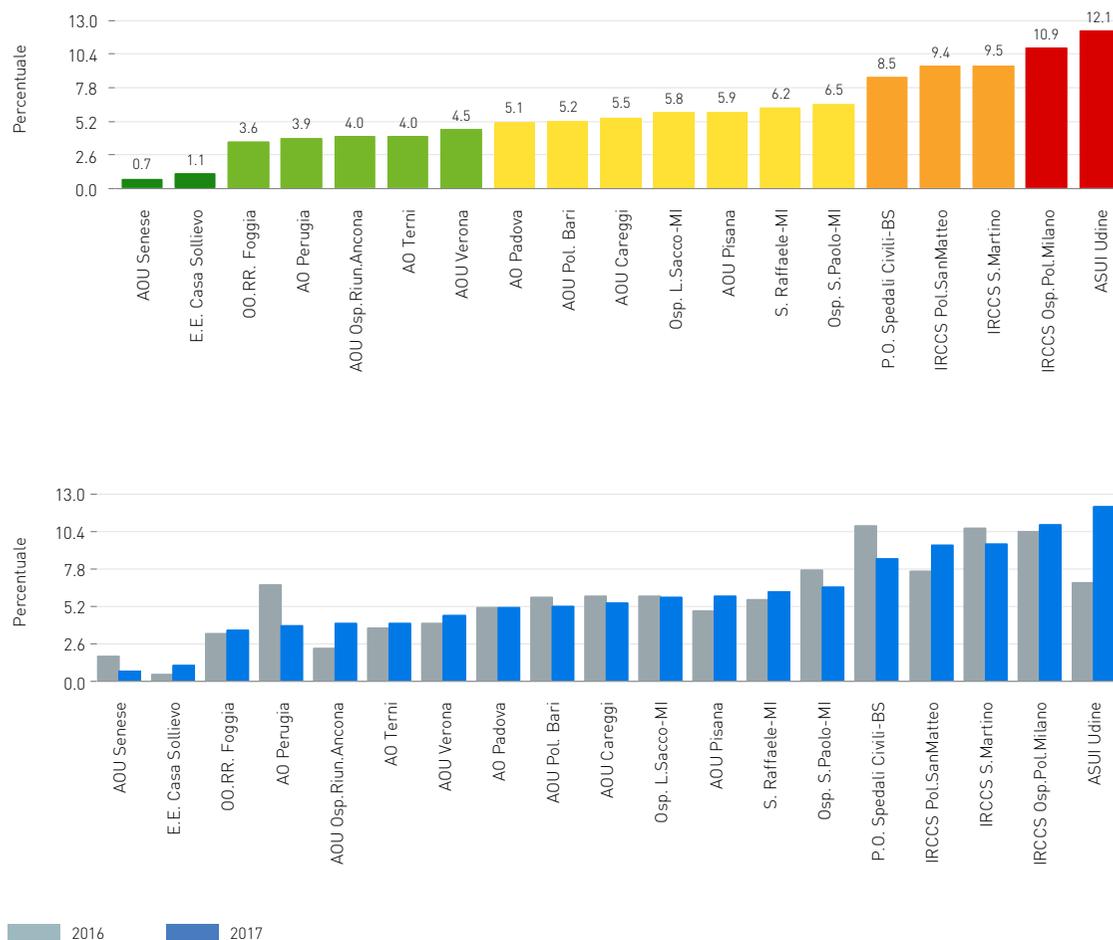


Definizione	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare, parto a termine tra 37-41 settimane di amenorrea incluse, parto non gemellare, bambino in posizione verticale. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni. Parto vaginale: parto vaginale non operativo, forcipe, ventosa e rivolgimento. Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia. Per le regioni senza il campo Episiotomia sul CEDAP si incrociano i dati con la SDO: Selezione dei ricoveri ordinari con DRG: 372-373-374-375. Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: Episiotomia 72.1, 72.21, 72.31, 73.6. Si escludono i parti podalici negli interventi principale o secondari: 72.5x, 72.6.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP; regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli, Umbria e P.A. Bolzano flussi CEDAP e SDO



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

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore 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.



Definizione	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Numeratore	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali
Note	Parto vaginale: parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento. Si considerano tutti gli eventi nascita, in caso di parto gemellare sono incluse più nascite.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



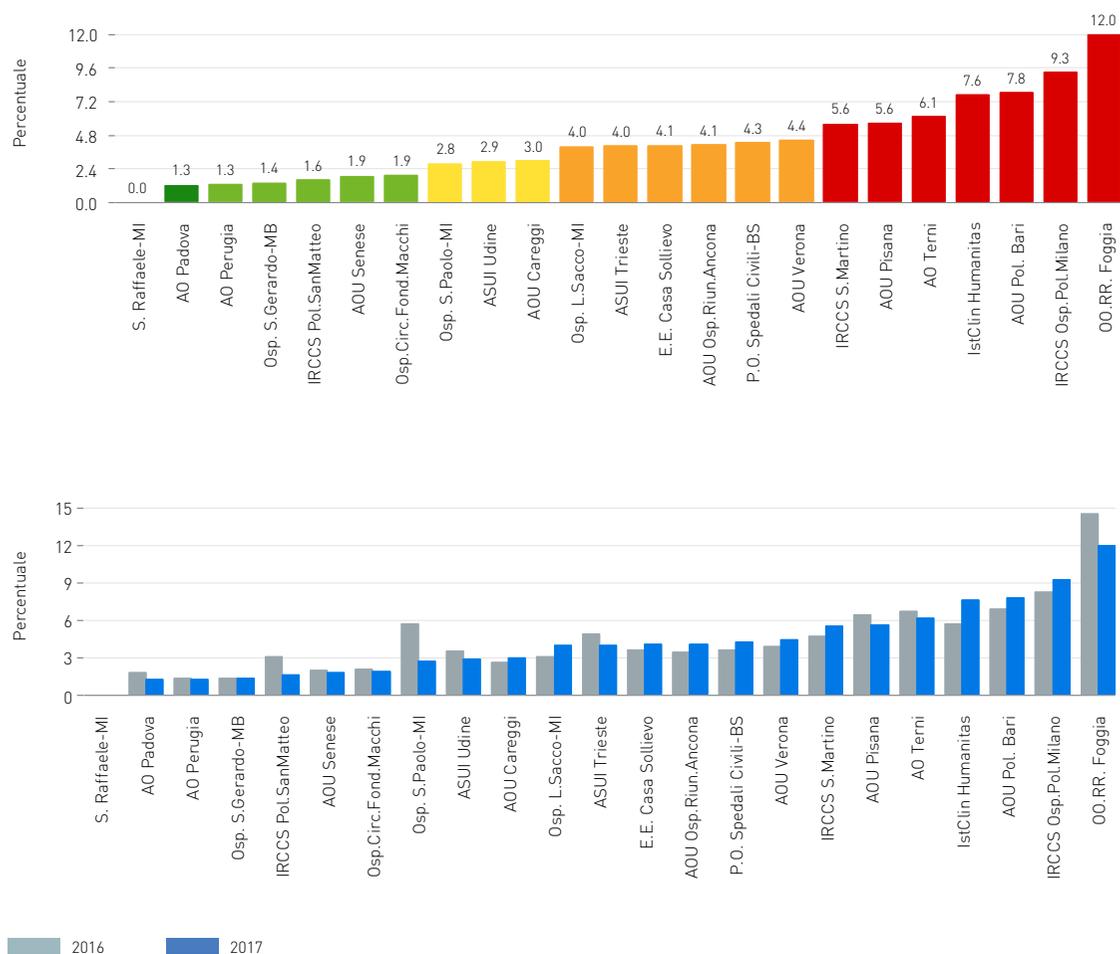




PRONTO SOCCORSO

## 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.

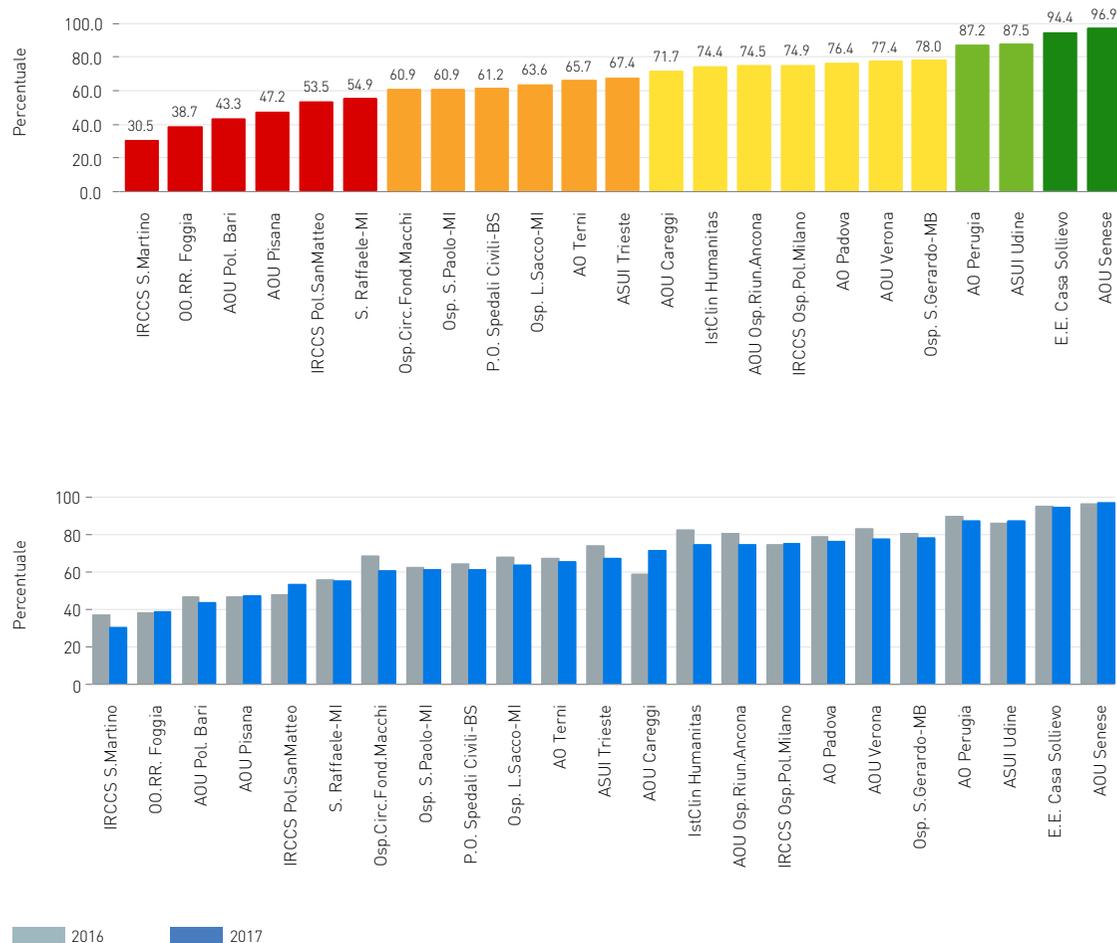


Definizione	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
Numeratore	N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100
Denominatore	N. accessi in Pronto Soccorso
Note	Al numeratore sono considerati gli accessi: dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima della visita medica [esito «6» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso ], dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica [esito «7» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso], dei pazienti che abbandonano volontariamente il Pronto Soccorso avvertendo il personale [esito «V»]. Il codice esito «5» - rifiuta ricovero - non è incluso al numeratore. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con esito "giunto cadavere" (esito ="9") e "deceduto in PS" (esito="4").
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



### C16.1 Percentuale 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).

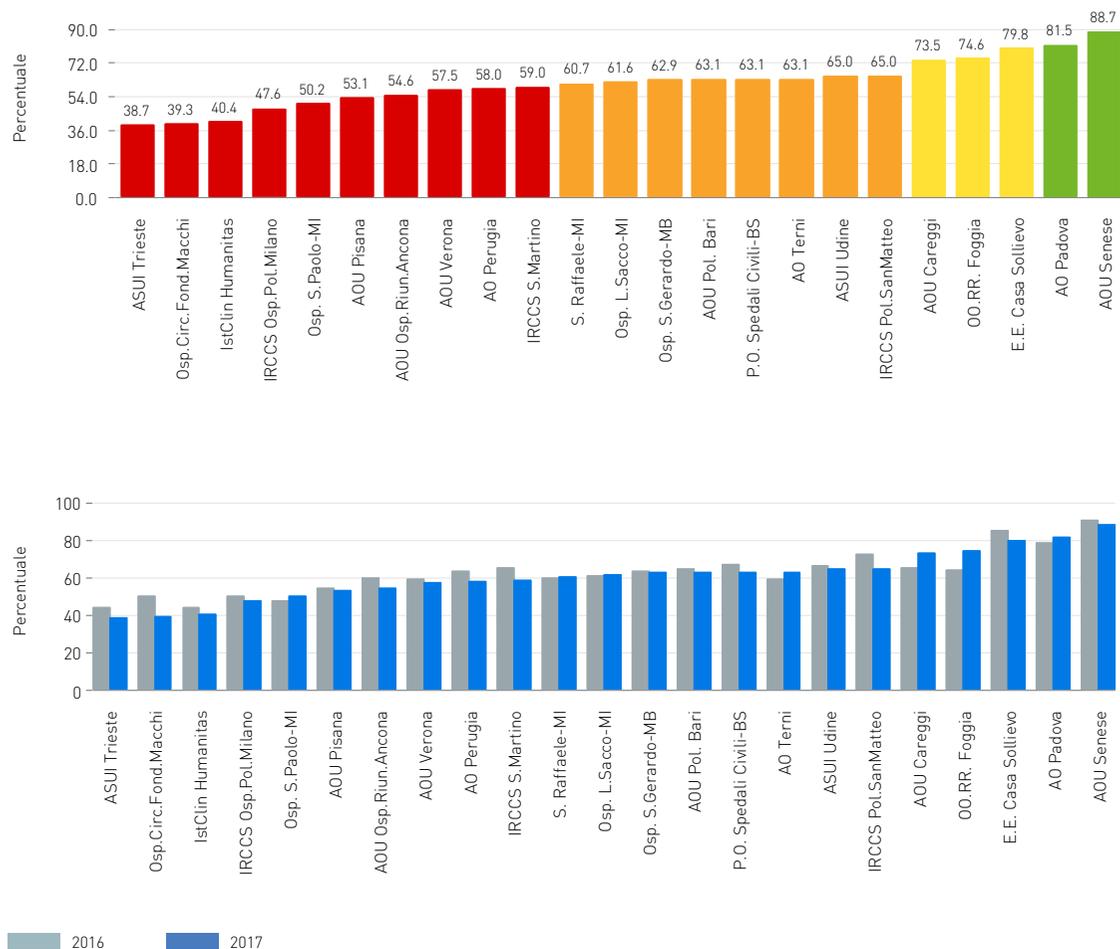


Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
Numeratore	N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
Denominatore	N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo
Note	Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi: con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito - giunto cadavere - (codice EMUR=9). Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



### C16.2 Percentuale 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.

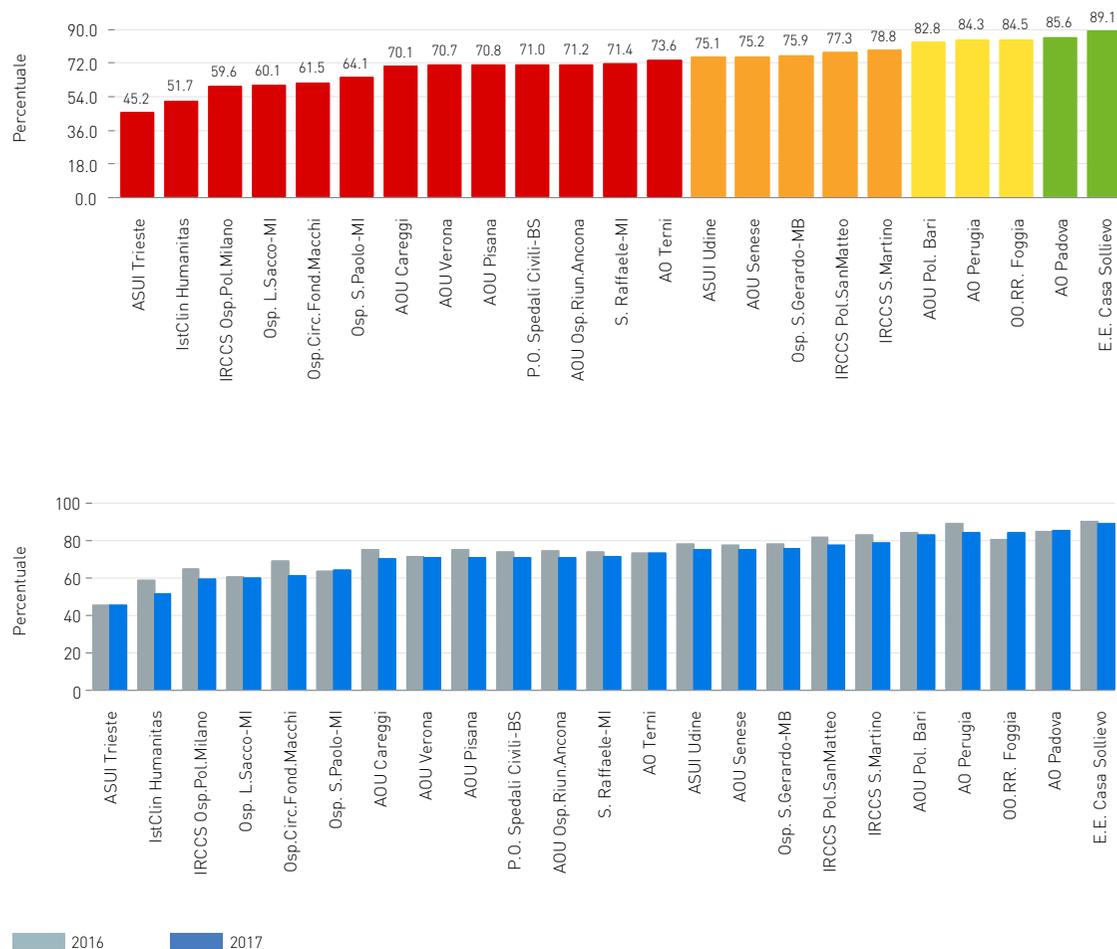


Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora
Numeratore	N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora x 100
Denominatore	N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde
Note	Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito ("giunto cadavere") (codice EMUR=9). Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



### C16.3 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h

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

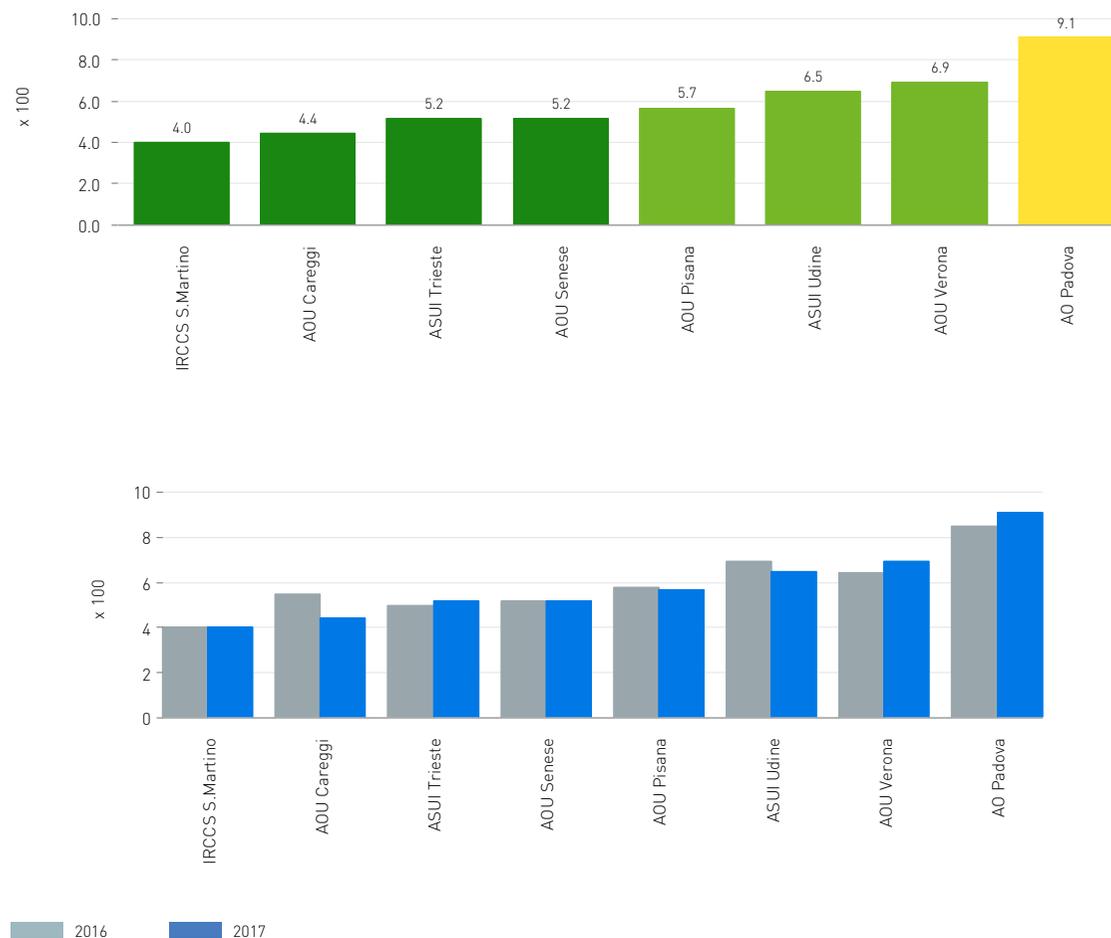


Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore
Numeratore	N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
Denominatore	N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero
Note	Si considera il colore triage verde (colore in entrata). Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 1 "dimissione a domicilio" e 8 "dimissione a strutture ambulatoriali" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



### C16.10 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. 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.



Definizione	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore
Numeratore	N° di accessi ripetuti entro 72 ore in qualunque PS per qualsiasi causa.
Denominatore	N° di accessi effettuati da pazienti residenti in regione, con un esito compatibile con la possibilità di effettuare un accesso ripetuto
Note	Per esito compatibile con l'accesso ripetuto si intende esito alla dimissione diverso da ricoverato, trasferito ad altro istituto, deceduto (in PS e giunto cadavere) e rifiuta ricovero. Sono esclusi dal computo del denominatore gli accessi: con identificativo universale regionale associato nullo o errato; con data inizio o fine prestazione mancante; data fine prestazione successiva al 28 dicembre; relativi ai pazienti che effettuano più di 5 accessi ripetuti nell'anno in studio. Si escludono dal computo degli accessi ripetuti quelli effettuati entro 10 minuti nello stesso Pronto Soccorso. Nota: a causa della mancata informazione della data - ora delle prestazioni nel flusso del Pronto Soccorso, la Regione Veneto non ha potuto effettuare le esclusioni richieste.
Fonte	RFC - Flusso del Pronto Soccorso



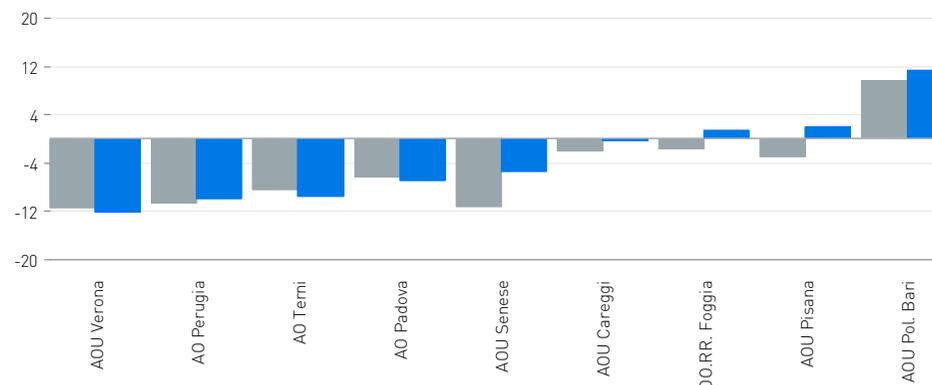
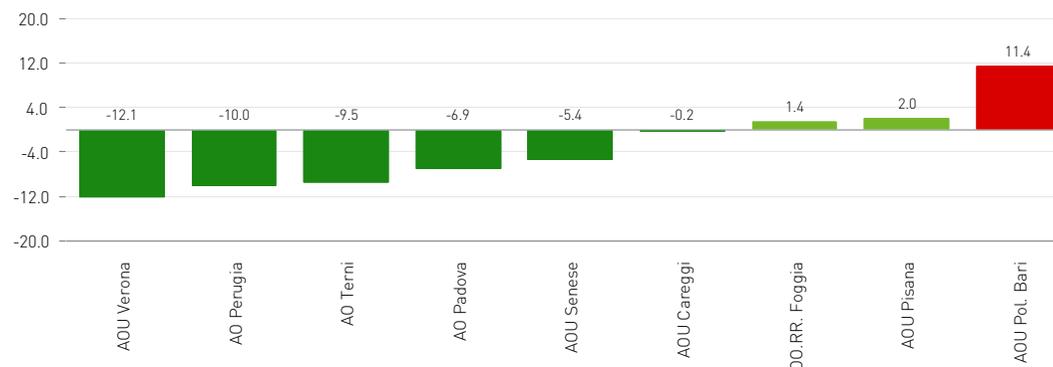




# EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

### 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).



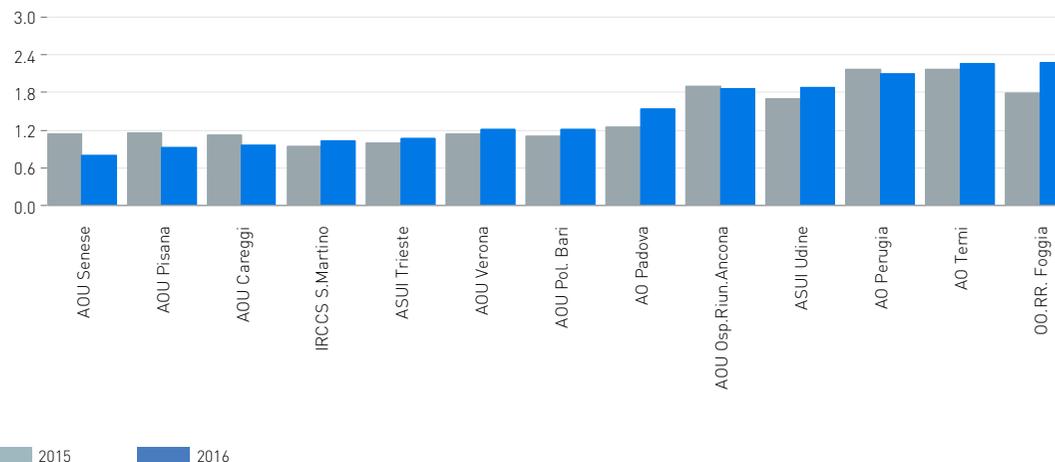
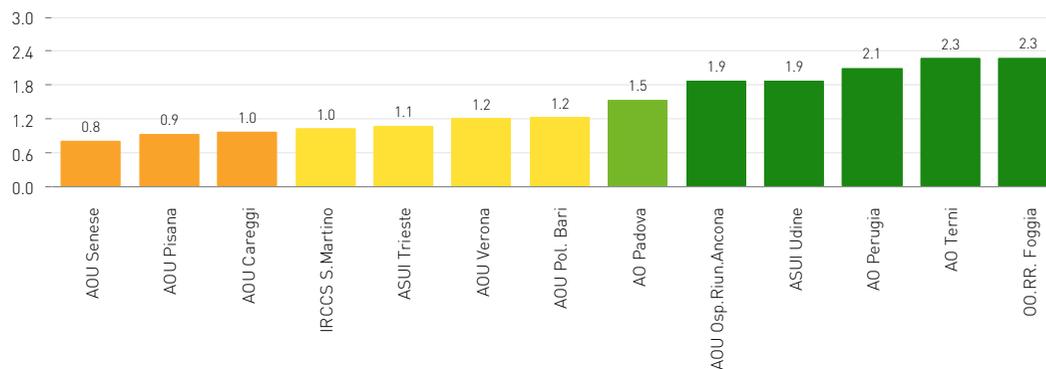
■ 2016 ■ 2017

Definizione	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)
Numeratore	Costi - Ricavi massimi ammissibili
Denominatore	Ricavi da prestazioni + finanziamenti per funzioni massimo ammissibile
Note	La voce dei COSTI è la somma delle seguenti voci del Conto Economico: B.1), B.2), B.3), B.4), B.5), B.6), B.7), B.8), B.9), B.10), B.11), B.14), B.15), B.16), C.3), C.4), D.2), Y1. I RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI sono la somma di: Ricavi da prestazioni (al netto della normalizzazione da ricovero), Finanziamento per funzioni massimo ammissibile e Altri ricavi. I Ricavi da prestazione sono calcolati come: A.4.A) - A.4.A.2) - A.6) A.1.B.1.3). Normalizzazione= (A.4.A.1.1) A.4.A.3.1)) * delta tariffario indicato nell'Allegato A delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro. Il Finanziamento per funzioni massimo ammissibile è calcolato come: (x/1-x)*ricavi da prestazione (dove x è la percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività). Gli Altri ricavi sono: A.1.A.2), A.1.B.1.1), A.1.B.2.1), A.1.B.3), A.1.C), A.1.D), A.3), A.4.A.2), A.4.B), A.4.C), A.4.D), A.5), A.7), A.8), A.9), C.1), C.2), D.1). Per un dettaglio maggiore sulla metodologia di calcolo far riferimento al DM del 21 giugno 2016. L'indicatore si calcola solo per le Aziende Ospedaliere, non è previsto il dato regionale.
Fonte	Flusso CE 2017



### 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.



Definizione	Indice di disponibilità
Numeratore	Attivo Circolante
Denominatore	Passivo Corrente
Note	Attivo circolante è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP (codice ABZ999 ACZ999). Passivo corrente è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP (codice PDA000, PDA010, PDA070, PDA130, PDA140, PDA240, PDA280, PDA310, PDA320, PDA330, PDA340, PEA000, PEA030). Sono state inserite solo le voci entro i 12 mesi come indicato nel bilancio aziendale.
Fonte	Flusso SP 2016



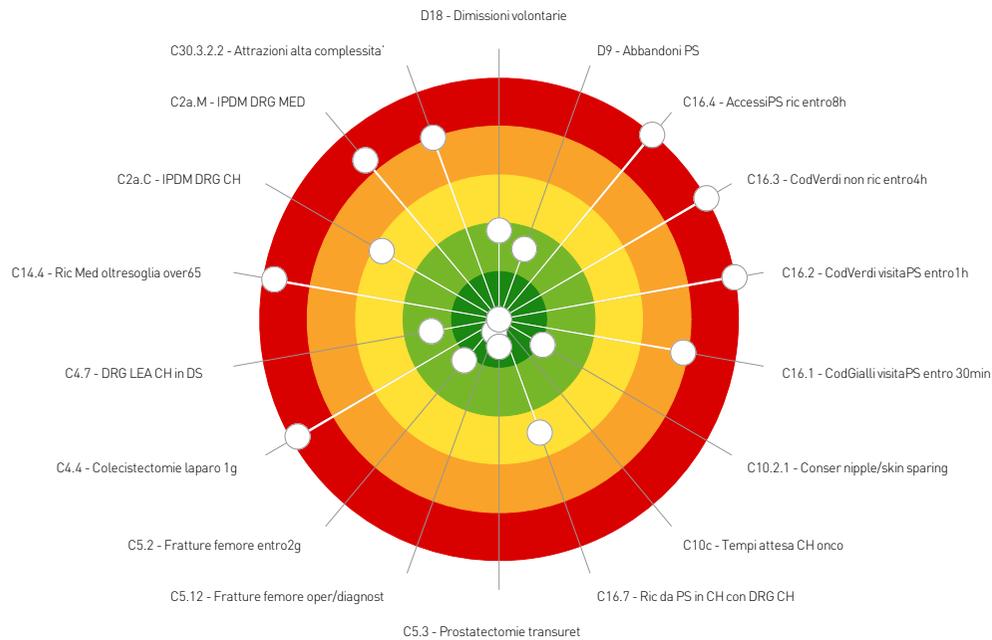


# LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AOU

## OSPEDALE DI CIRCOLO e FONDAZIONE MACCHI

Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Valutazione Performance 2017



Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.08	●	●	●	●
Cardiologia	0.93	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.76	●	●	●	●
Medicina	1.61	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.98	●	●	●	●
Neurologia	2.51	●	●	●	●
Ortopedia	-1.79	●	●	●	●
Urologia	0.63	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



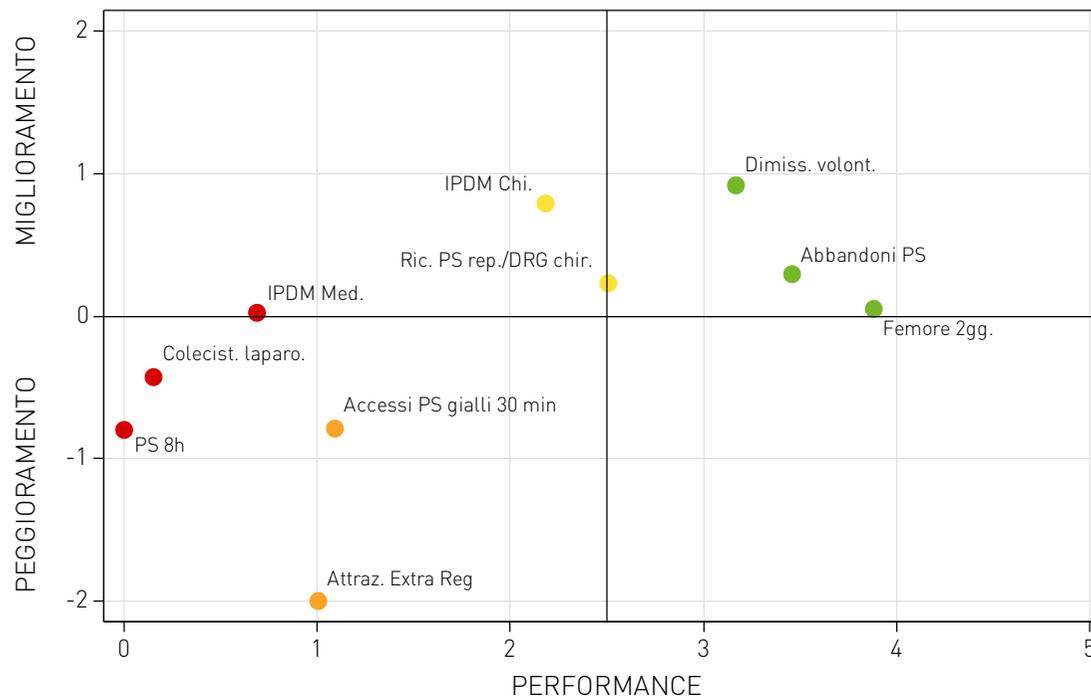
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 24



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

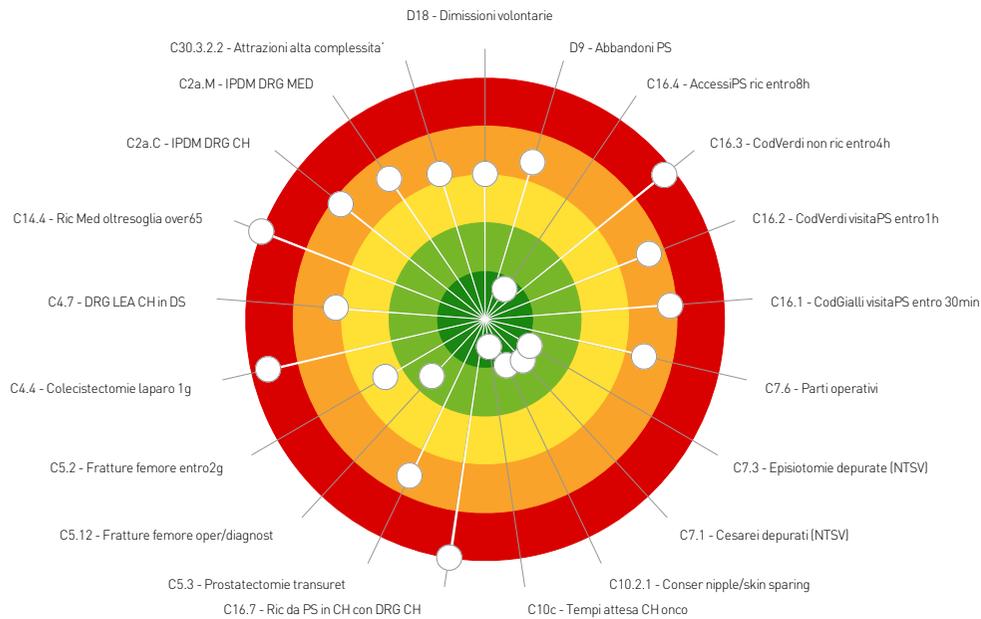
### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## PRESIDIO OSPEDALIERO SPEDALI CIVILI BRESCIA

Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Valutazione Performance 2017

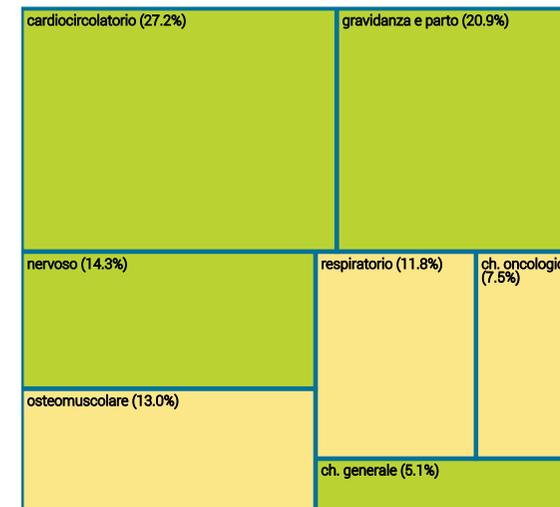


Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.79	●	●	●	●
Cardiologia	0.00	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.16	●	●	●	●
Medicina	2.75	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.63	●	●	●	●
Neurologia	0.09	●	●	●	●
Ortopedia	0.58	●	●	●	●
Urologia	0.09	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

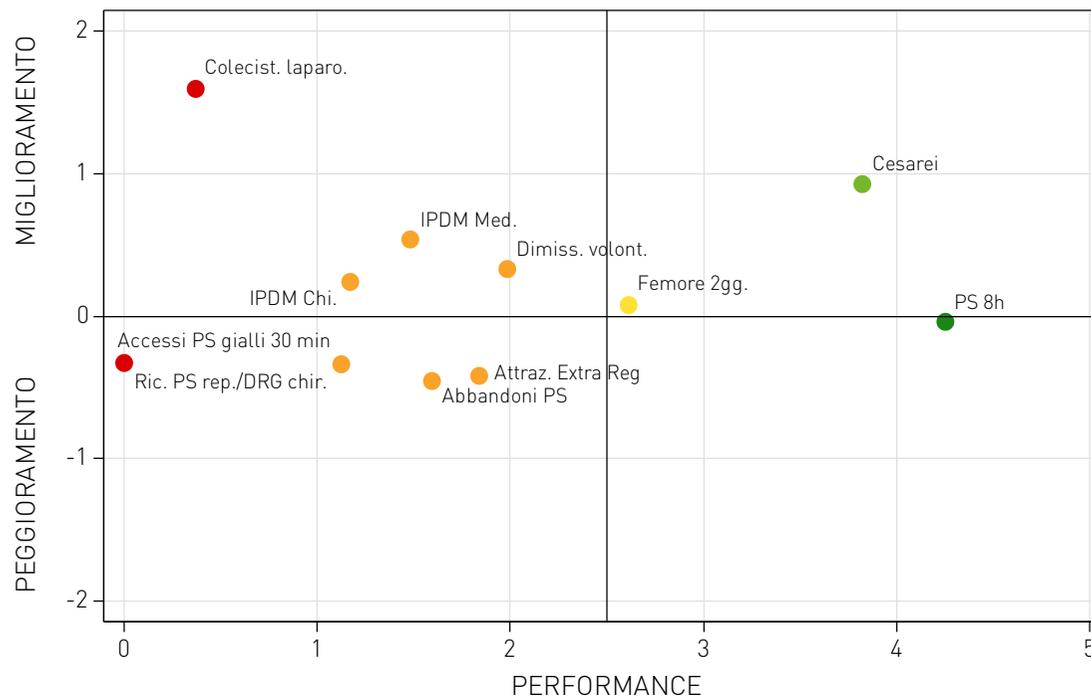
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 28



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

#### Mapa Performance Trend (2016-2017)

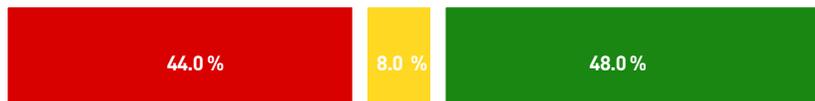






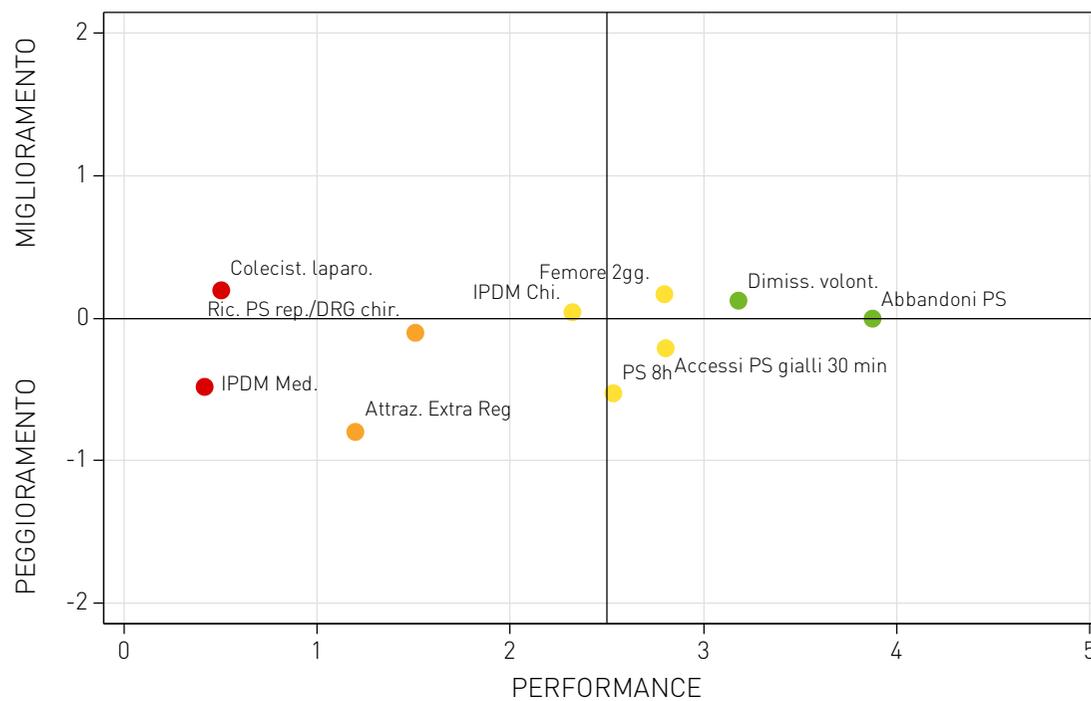
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 25



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

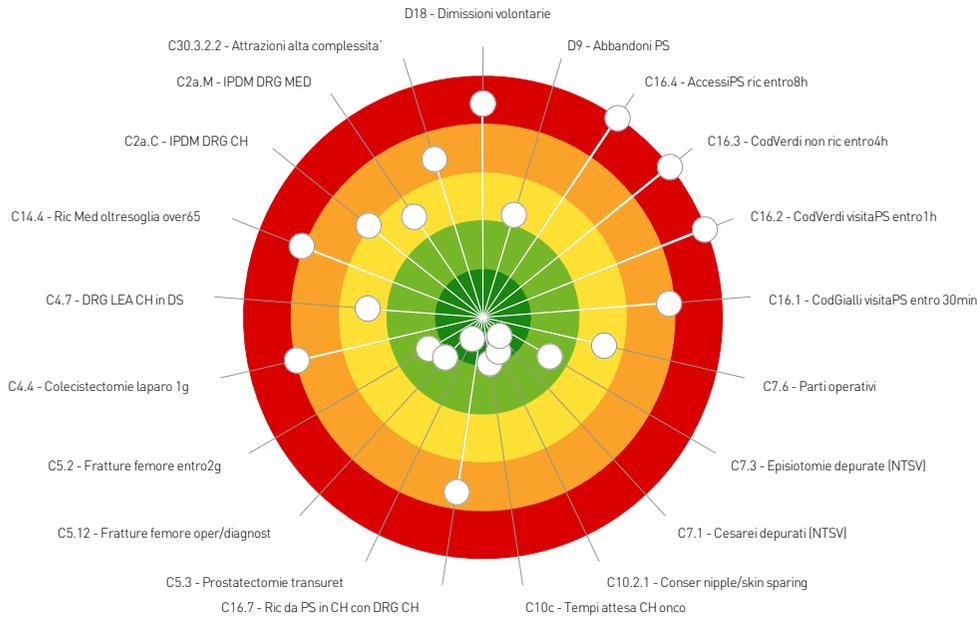
### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## OSPEDALE S. PAOLO MILANO

Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Valutazione Performance 2017



Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	0.85	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.99	●	●	●	●
Medicina	0.66	●	●	●	●
Neurologia	2.80	●	●	●	●
Ortopedia	2.18	●	●	●	●
Urologia	0.42	●	●	●	●

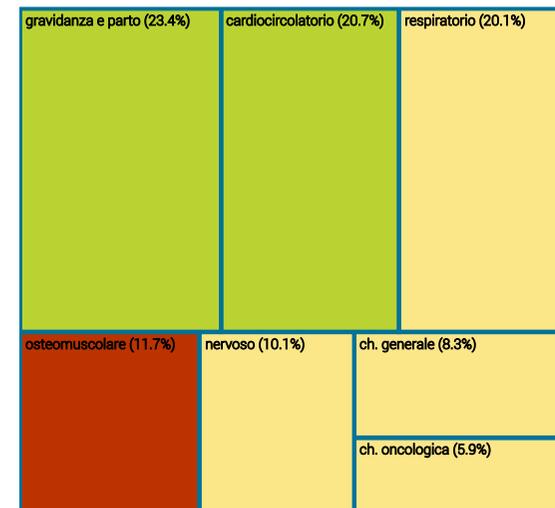
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 28



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

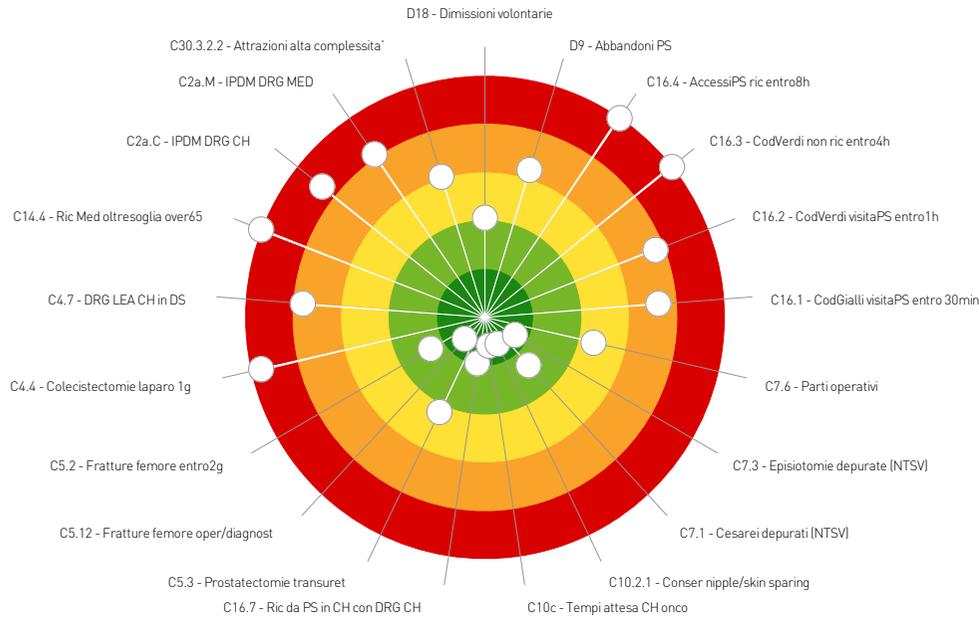
#### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## OSPEDALE L. SACCO MILANO

### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

#### Valutazione Performance 2017

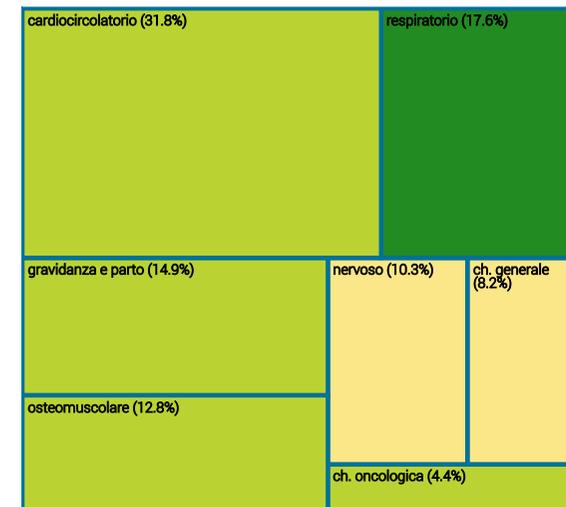


Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	2.18	●	●	●	●
Cardiologia	1.92	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.73	●	●	●	●
Medicina	1.43	●	●	●	●
Neurologia	1.08	●	●	●	●
Ortopedia	0.34	●	●	●	●
Urologia	-0.02	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

#### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



#### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

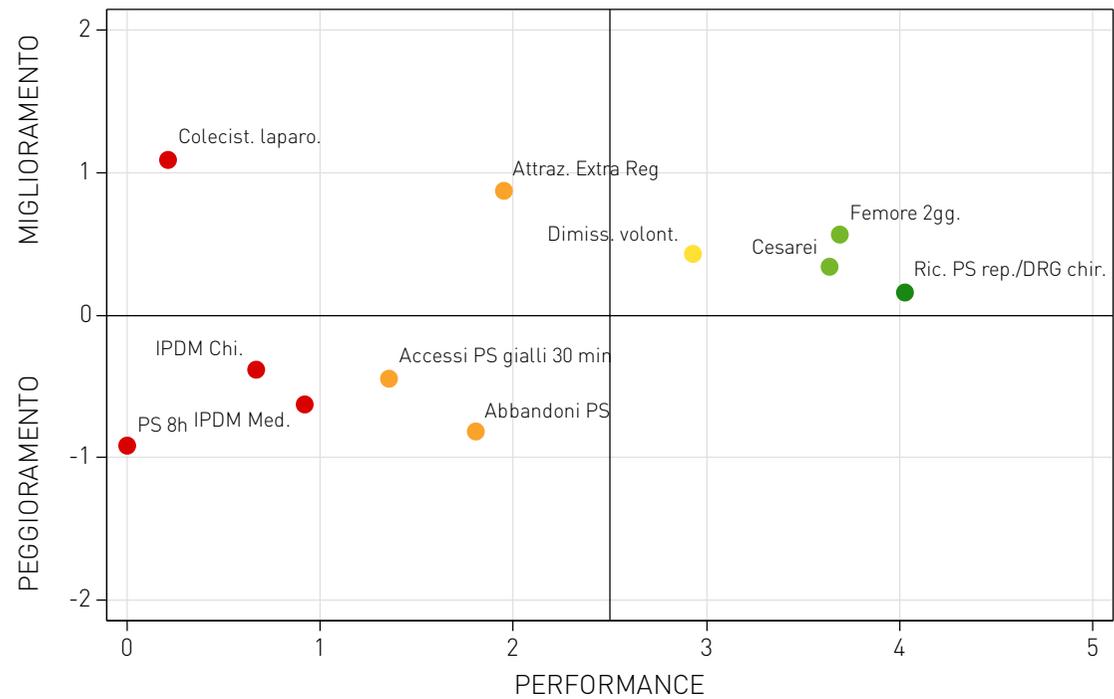
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 27



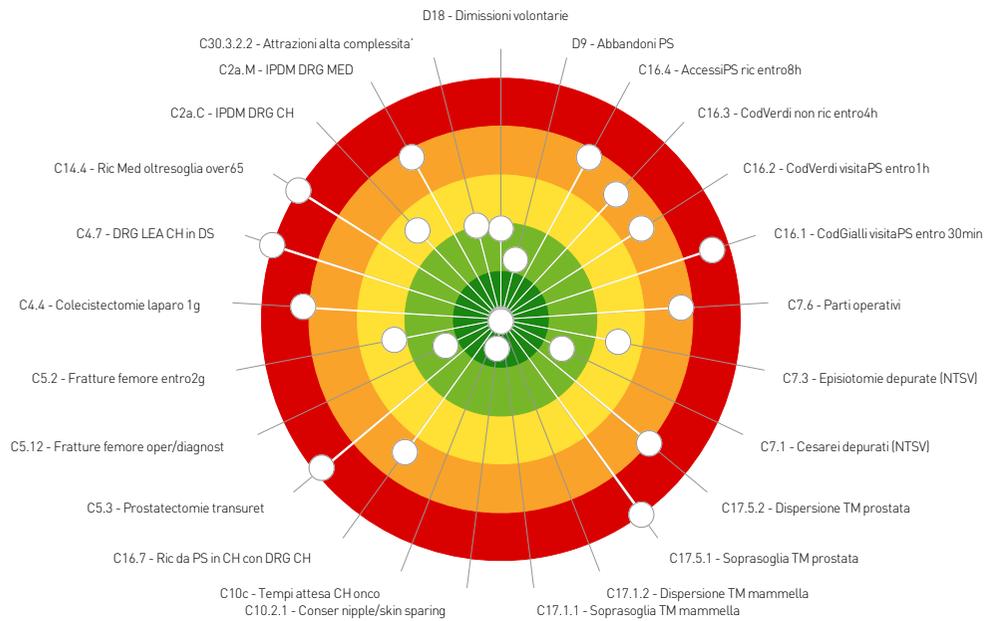
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

#### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## POLICLINICO S.MATTEO PAVIA

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



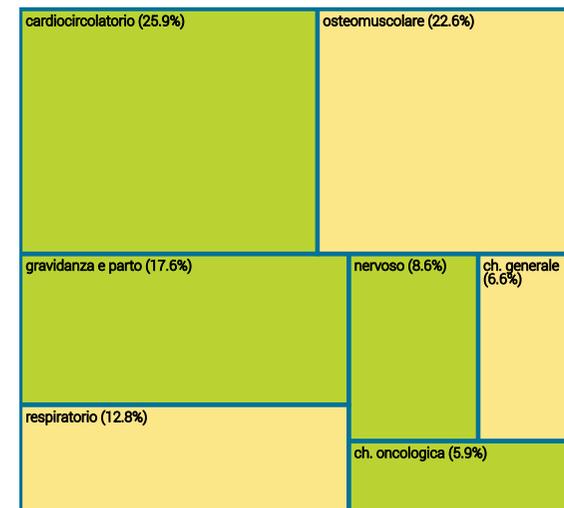
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	2.75	●	●	●	●
Cardiologia	-0.97	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.32	●	●	●	●
Medicina	3.60	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.32	●	●	●	●
Neurologia	-3.68	●	●	●	●
Ortopedia	-1.52	●	●	●	●
Urologia	0.36	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

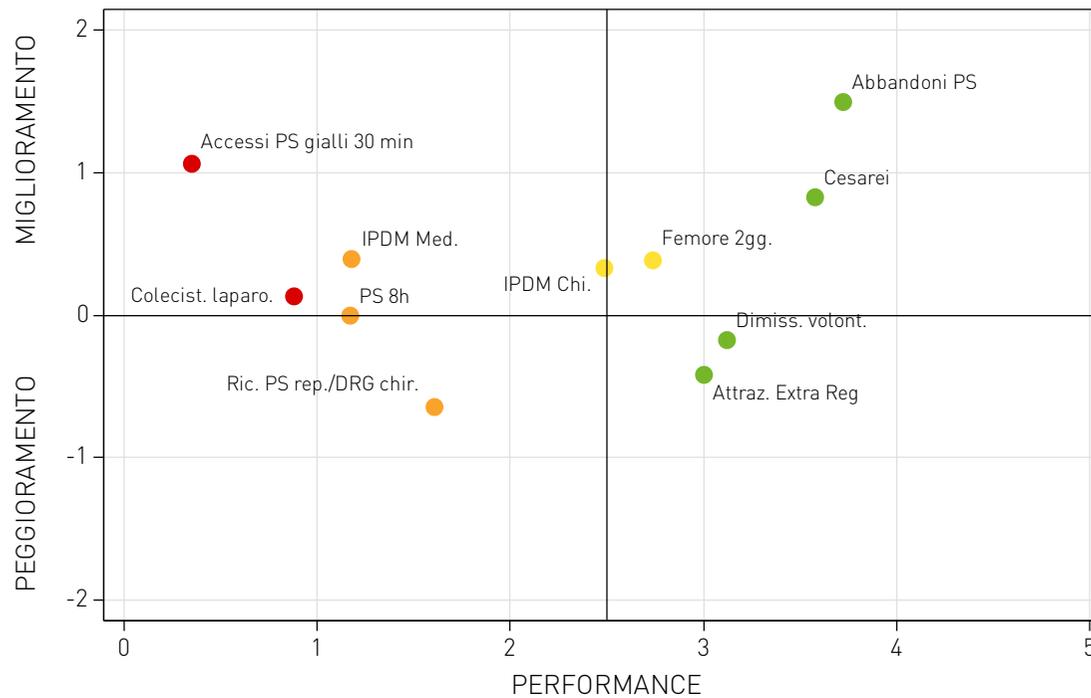
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 28



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

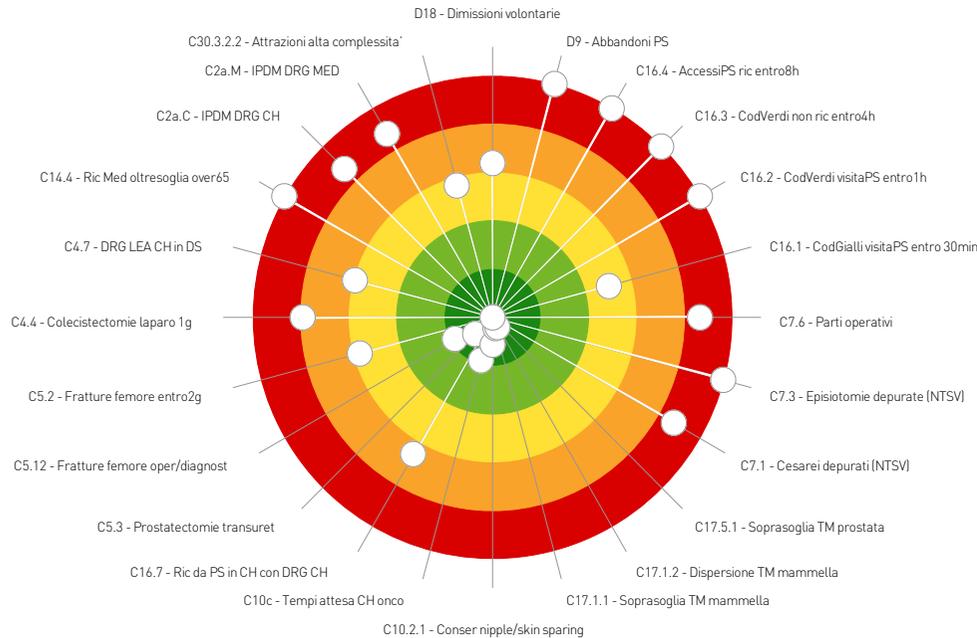
#### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## IRCCS CA' GRANDA OSP MAGGIORE

### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

#### Valutazione Performance 2017

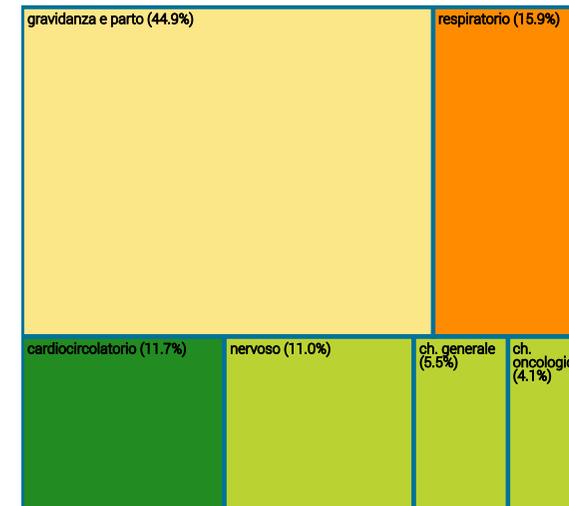


Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.83	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.04	●	●	●	●
Medicina	2.86	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.54	●	●	●	●
Neurologia	2.86	●	●	●	●
Ortopedia	1.83	●	●	●	●
Urologia	-0.90	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

#### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



#### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

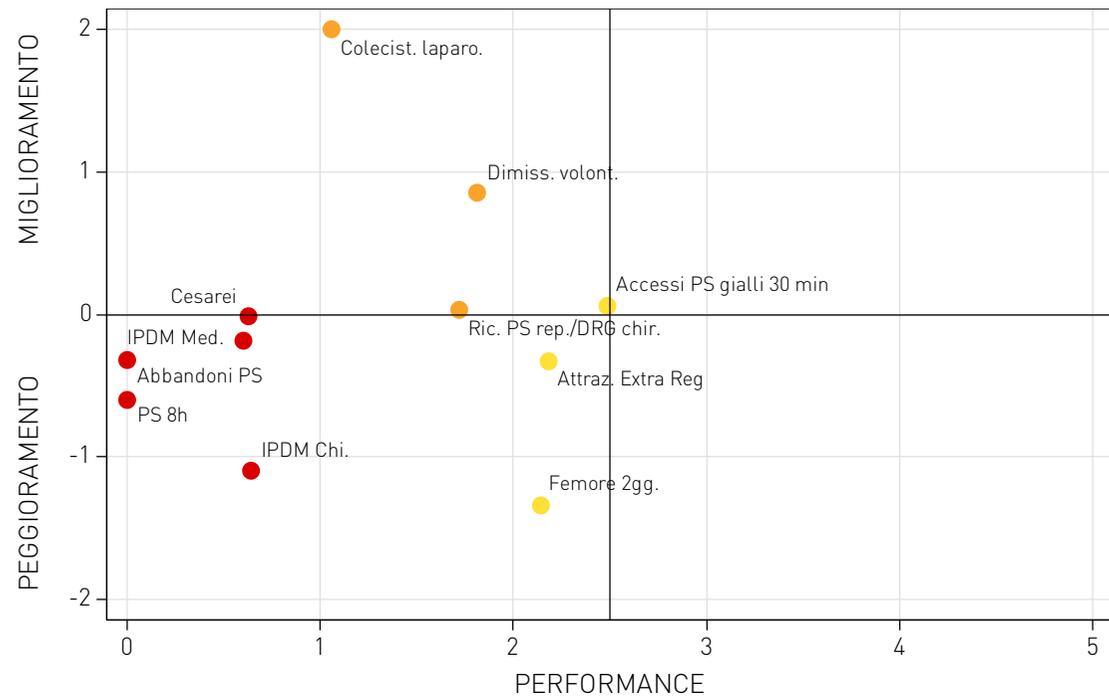
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 28



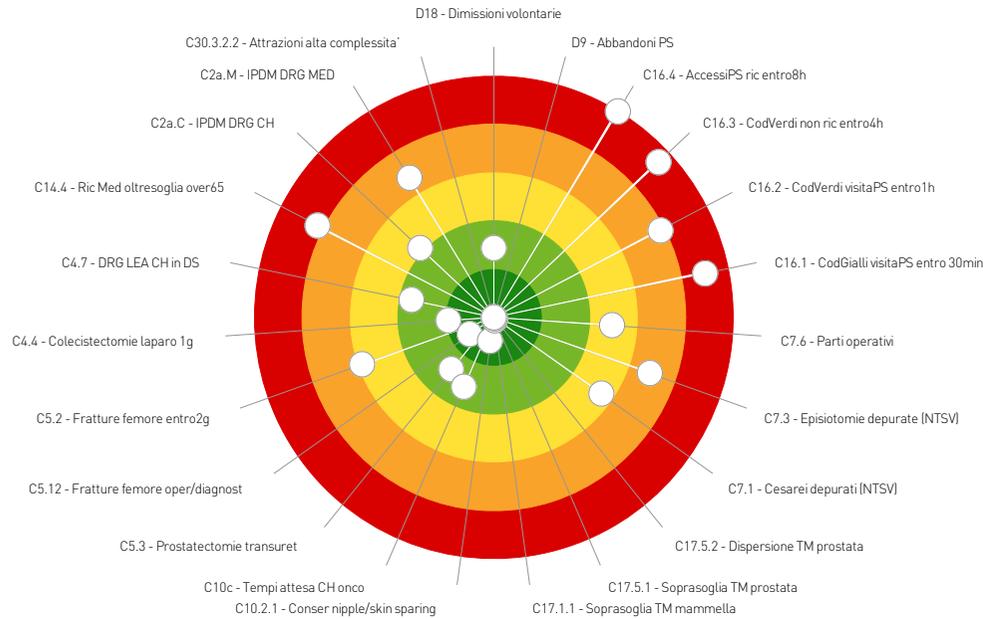
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

#### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## IRCCS S. RAFFAELE MILANO

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



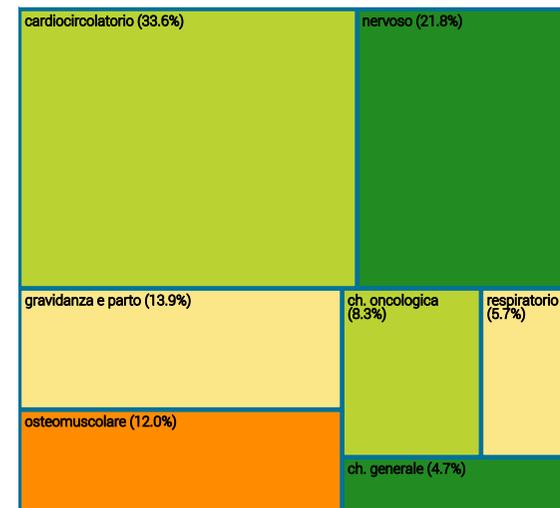
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.24		●	●	●
Cardiologia	-1.47	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.57	●	●	●	●
Medicina	3.01	●	●	●	●
Neurochirurgia	2.45	●	●	●	●
Neurologia	0.99	●	●	●	●
Ortopedia	1.56	●	●	●	●
Urologia	-1.52	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

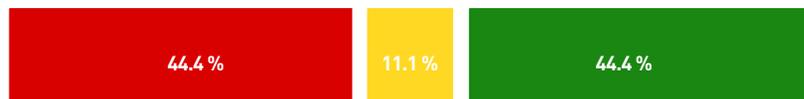
Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

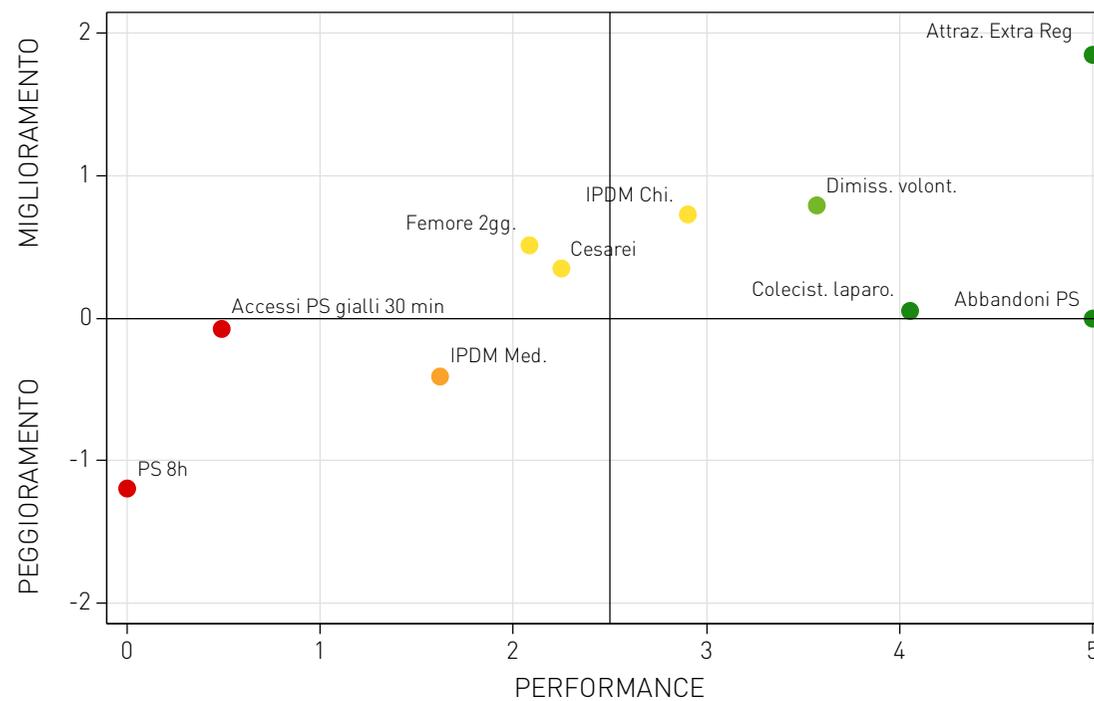
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 27



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

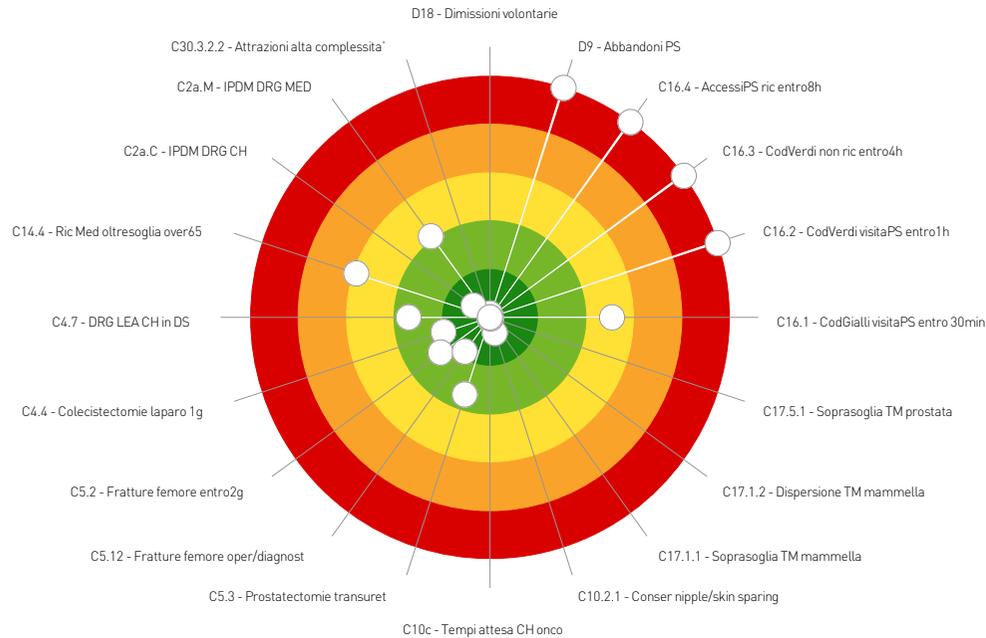
#### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## ISTITUTO CLINICO HUMANITAS ROZZANO

### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

#### Valutazione Performance 2017

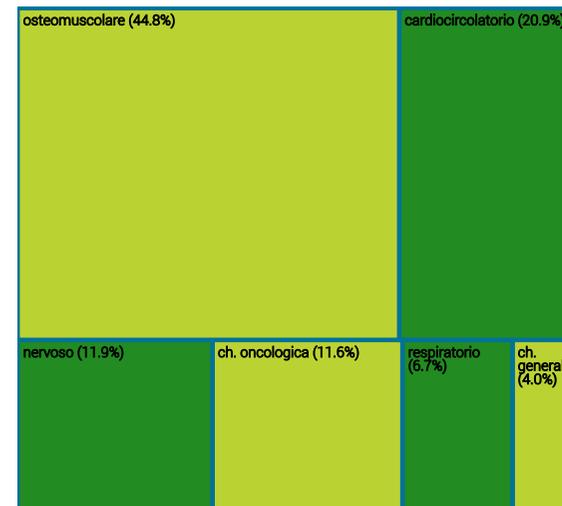


Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.01	●	●	●	●
Cardiologia	-1.63	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.50	●	●	●	●
Medicina	-0.12	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.19	●	●	●	●
Neurologia	1.58	●	●	●	●
Ortopedia	-2.64	●	●	●	●
Urologia	-0.31	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

#### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



#### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



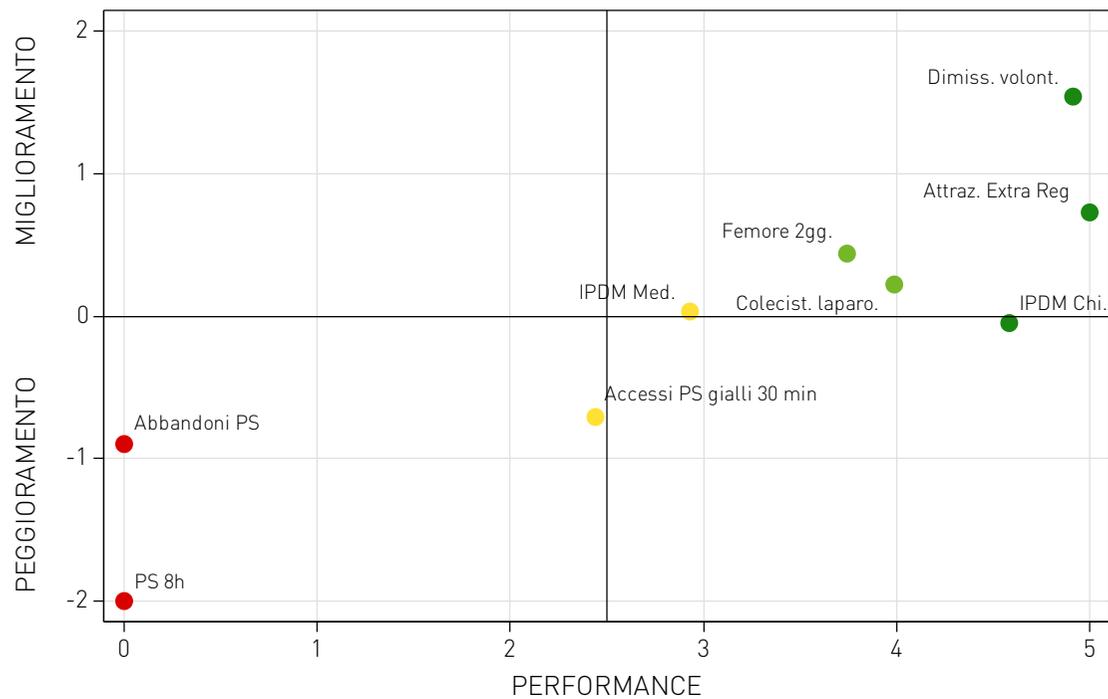
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 24



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

### Mappa Performance Trend (2016-2017)





### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 41



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

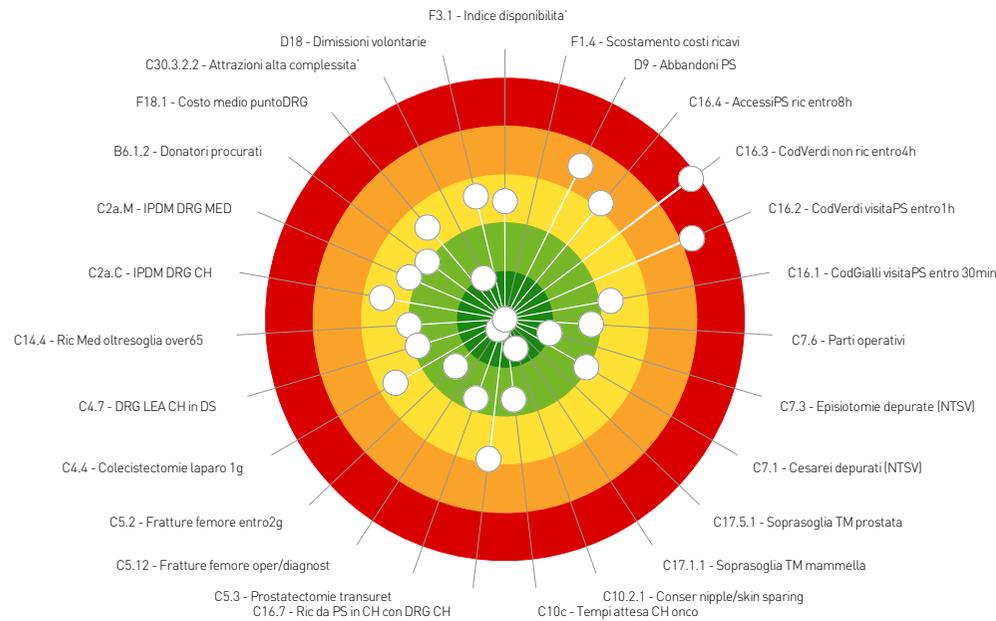
Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AOU VERONA

### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

#### Valutazione Performance 2017



Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.11	●	●	●	●
Cardiologia	3.22	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.06	●	●	●	●
Medicina	0.93	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.50	●	●	●	●
Neurologia	1.54	●	●	●	●
Ortopedia	-0.50	●	●	●	●
Urologia	-0.86	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

#### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 41



#### Valutazione attività di ricerca 2014-2016

**B15.1.1**  
Impact Factor medio articoli per dirigente



**B15.1.3**  
Numero medio pubblicazioni per dirigente



**B15.3.1**  
Specialita' con Impact Factor medio > dell'Impact factor di specialita' ISI



**B15.3.2**  
Specialita' con Impact Factor mediano > dell'Impact factor di specialita' ISI



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

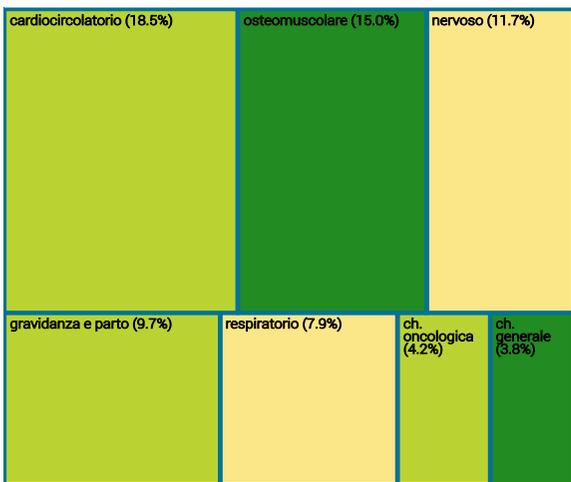
### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità

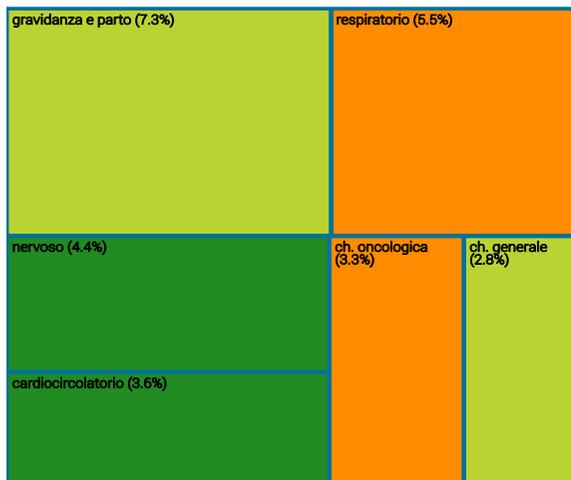
■ Molto alto 
 ■ Alto 
 ■ Medio 
 ■ Basso 
 ■ Molto Basso 
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

Ospedale Civile Maggiore



Policlinico

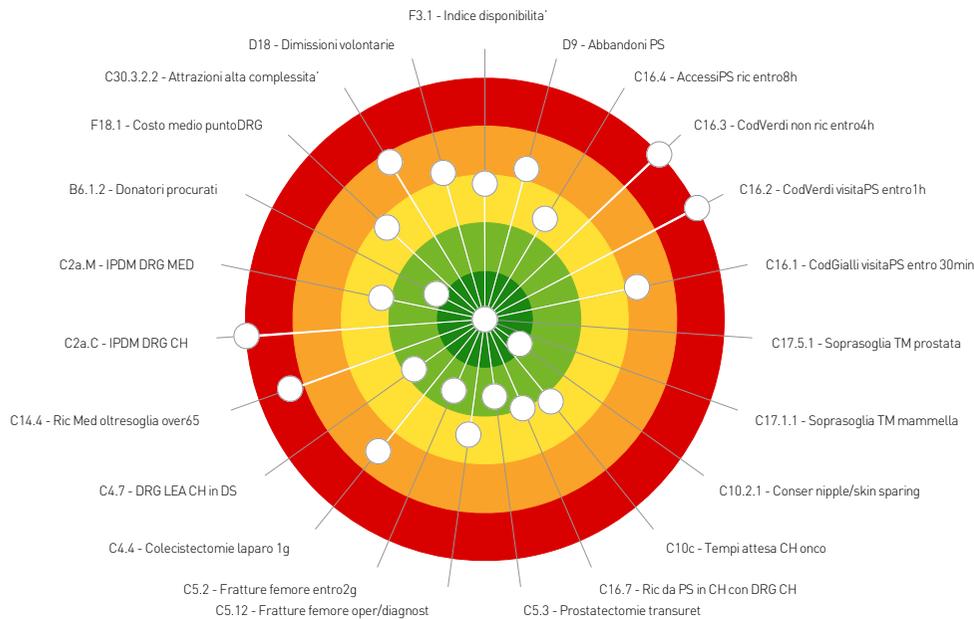


Mapa Performance Trend (2016-2017)



## ASUI TRIESTE

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



Per una migliore comparazione con le altre AOU del Network, il bersaglio dell'Azienda ASUI Trieste comprende solamente quegli indicatori che sono stati selezionati per il confronto delle AOU all'interno del Network (Tabella 2, pagina 12). Per il bersaglio completo relativo a questa Azienda, si rimanda alla piattaforma web (<http://performance.sssup.it/netval>)

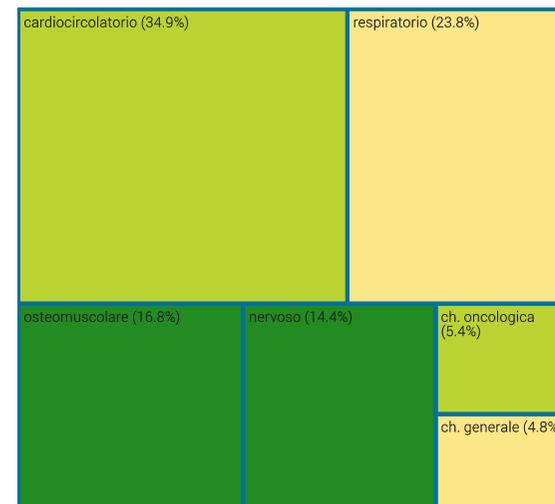
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	4.58	●	●	●	●
Cardiologia	-2.51	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.36	●	●	●	●
Medicina	0.13	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.06	●	●	●	●
Neurologia	5.32	●	●	●	●
Ortopedia	1.59	●	●	●	●
Urologia	-0.19	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



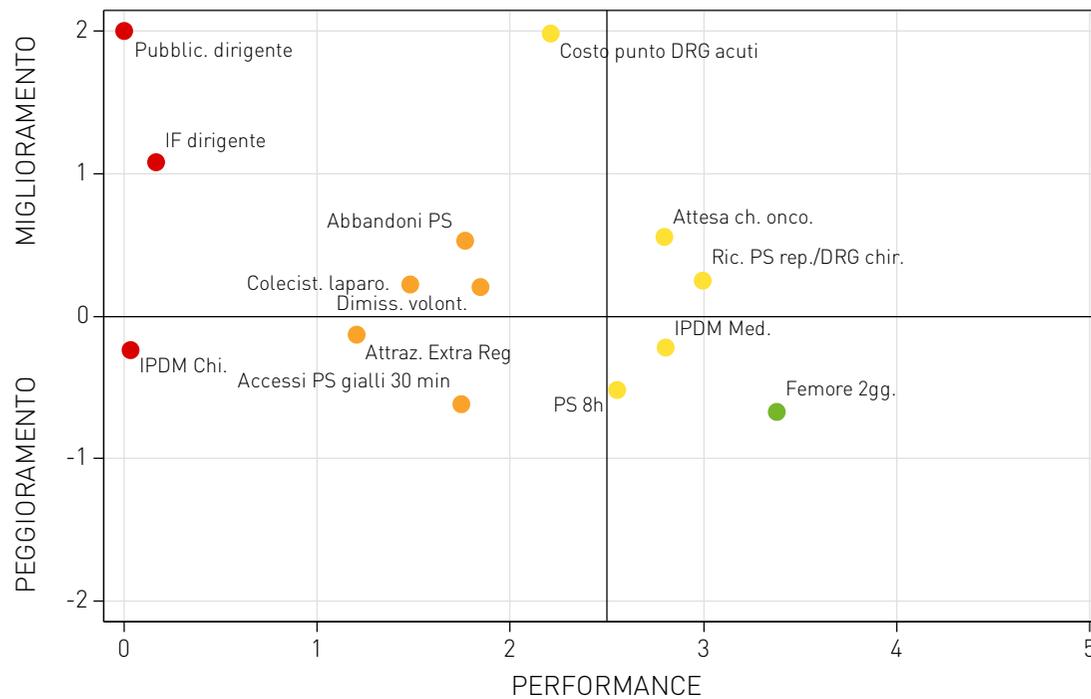
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 40



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

Mappa Performance Trend (2016-2017)



Per una migliore comparazione con le altre AOU del Network, la mappa di performance e il grafico con la percentuale di miglioramento dell'Azienda ASUI Trieste comprendono solamente quegli indicatori che sono stati selezionati per il confronto delle AOU all'interno del Network (Tabella 2, pagina 12).



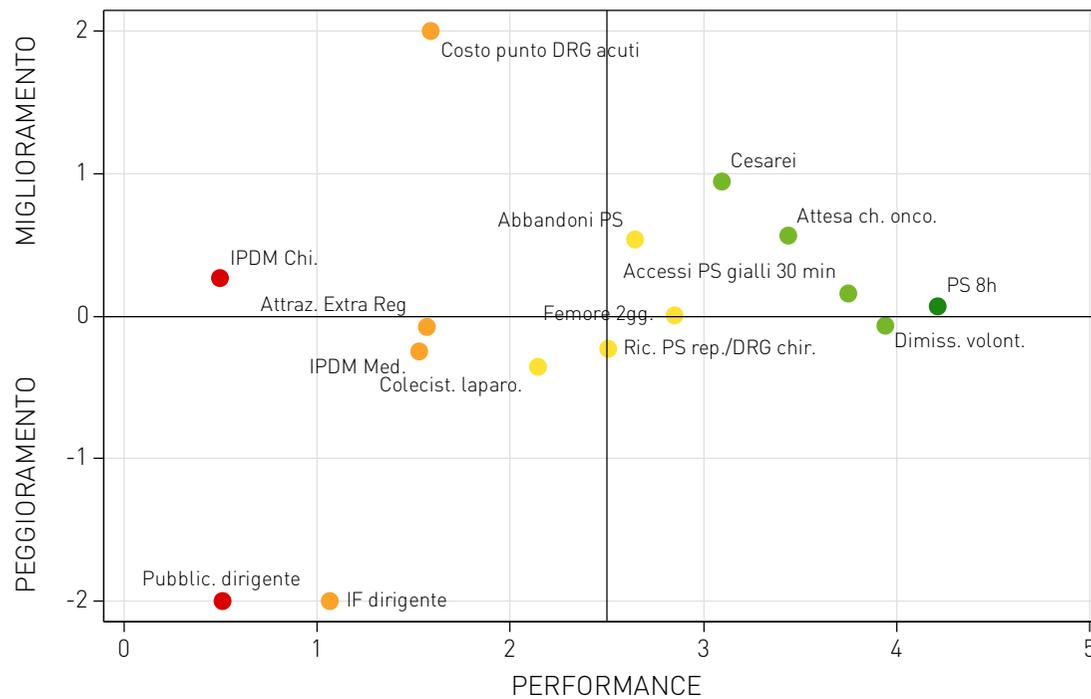
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 44



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

Mappa Performance Trend (2016-2017)



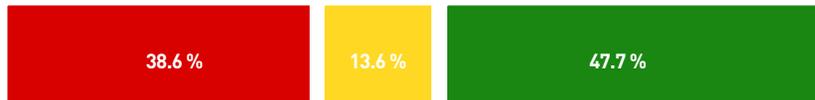
Per una migliore comparazione con le altre AOU del Network, la mappa di performance e il grafico con la percentuale di miglioramento dell'Azienda ASUI Udine comprendono solamente quegli indicatori che sono stati selezionati per il confronto delle AOU all'interno del Network (Tabella 2, pagina 12).





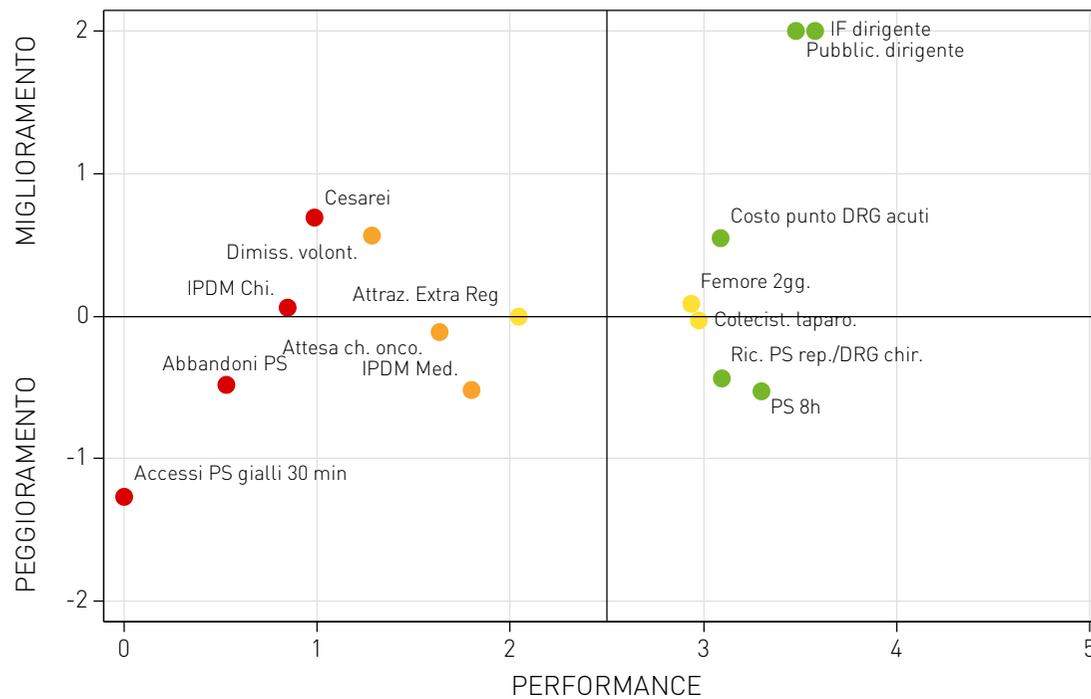
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 44



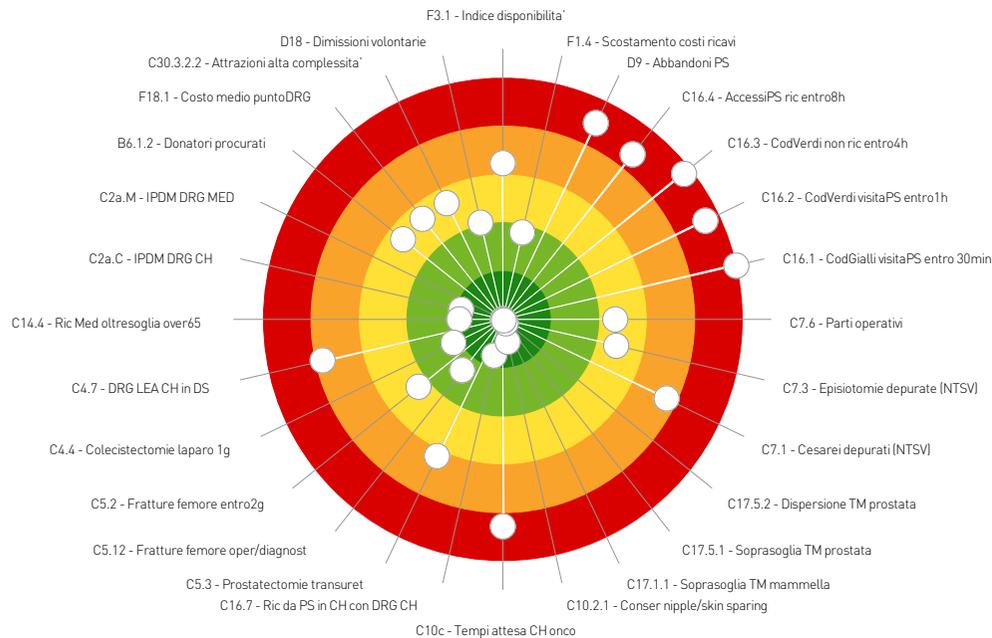
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AOU PISANA

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



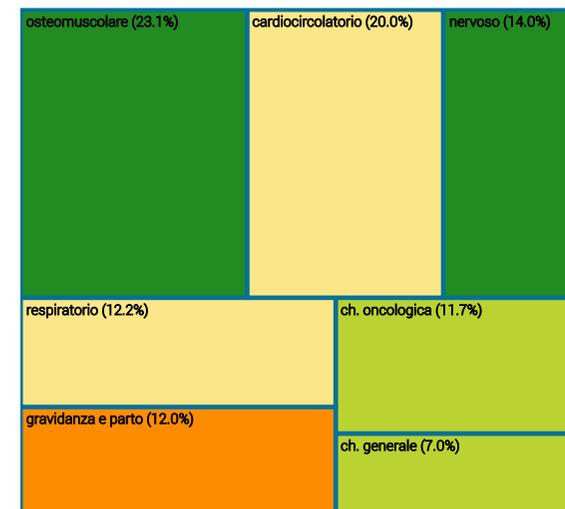
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.25		●	●	●
Cardiologia	-0.98	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.29	●	●	●	●
Medicina	-2.94	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.41	●	●	●	●
Neurologia	-1.04	●	●	●	●
Ortopedia	-1.96	●	●	●	●
Urologia	-1.77	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



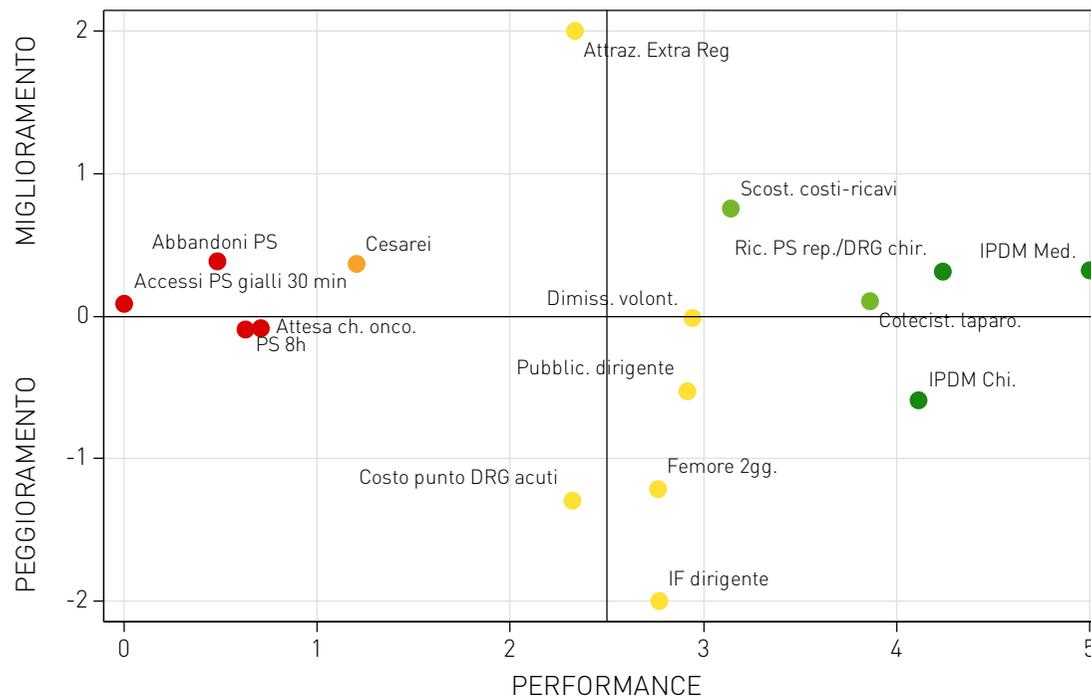
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 45



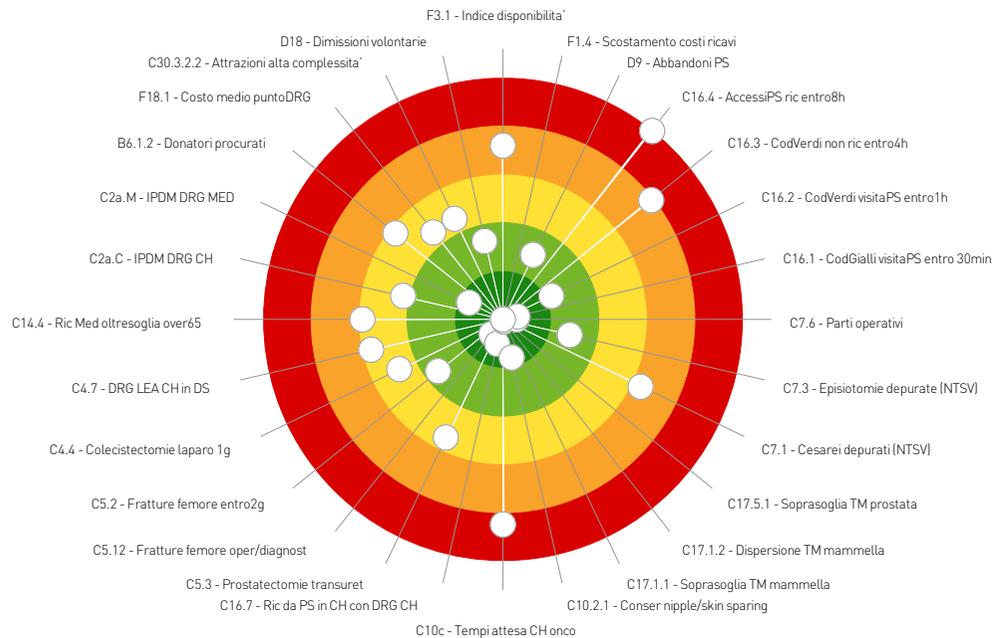
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AOU SENESE

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



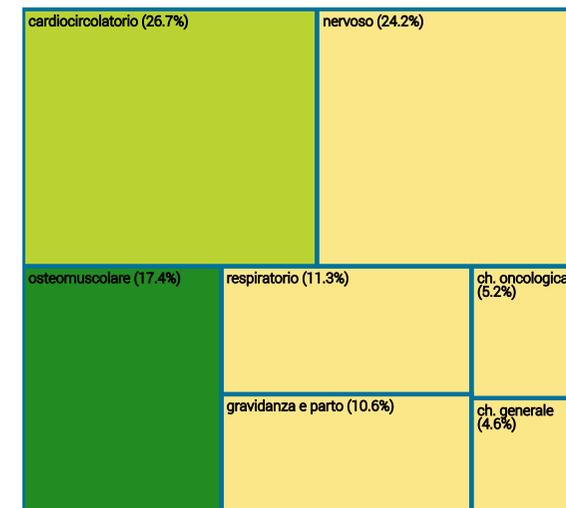
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.98		●	●	●
Cardiologia	0.52	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.59	●	●	●	●
Medicina	3.82	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.18	●	●	●	●
Neurologia	-0.49	●	●	●	●
Ortopedia	-1.29	●	●	●	●
Urologia	-2.38	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



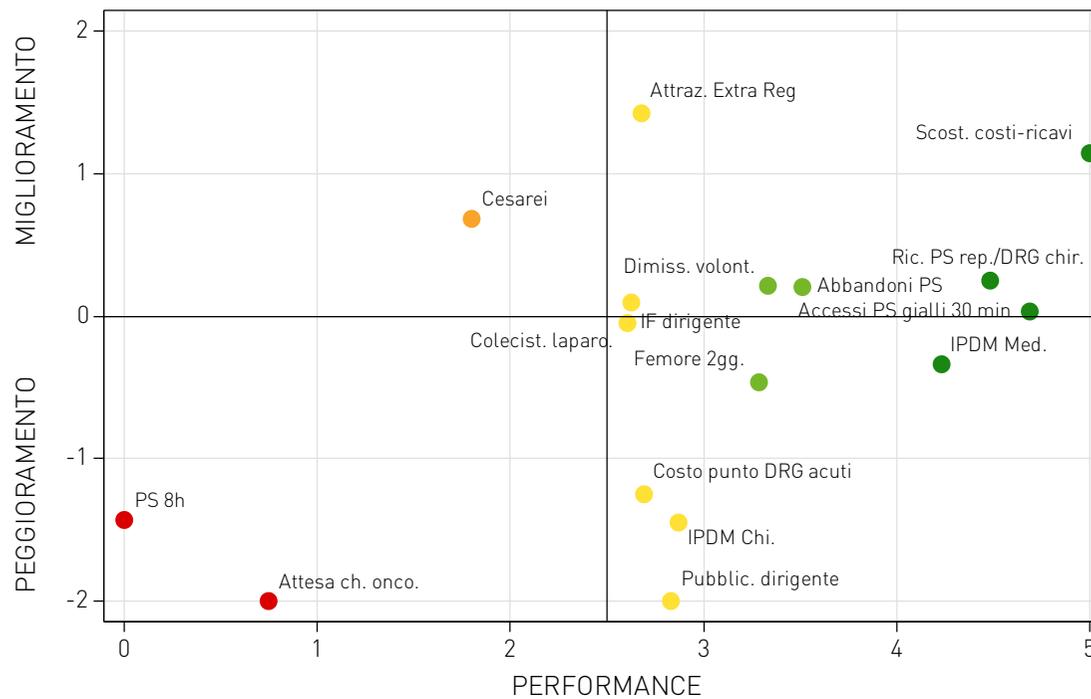
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 45



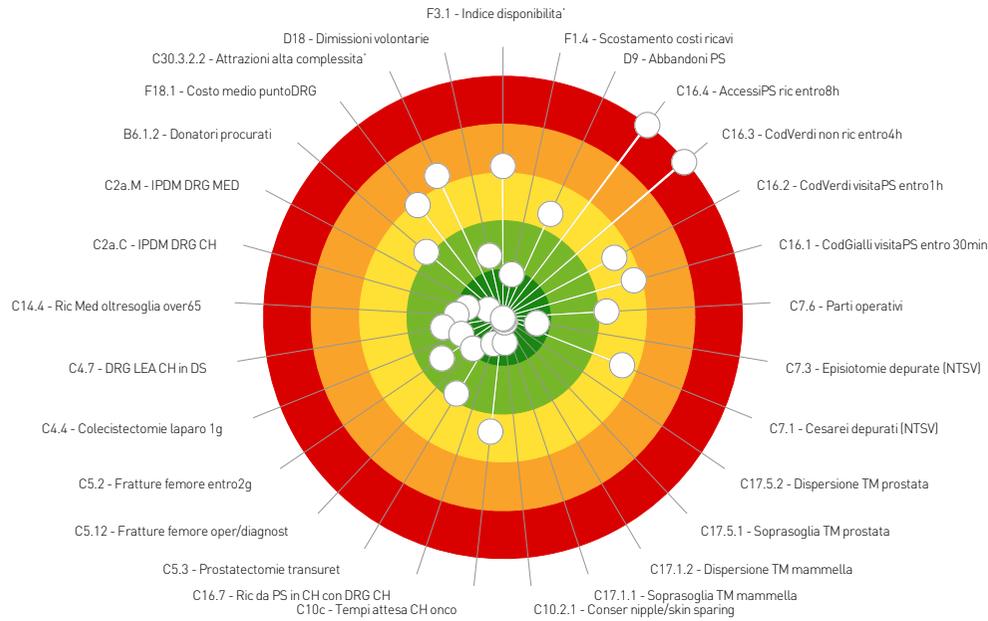
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AOU CAREGGI

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



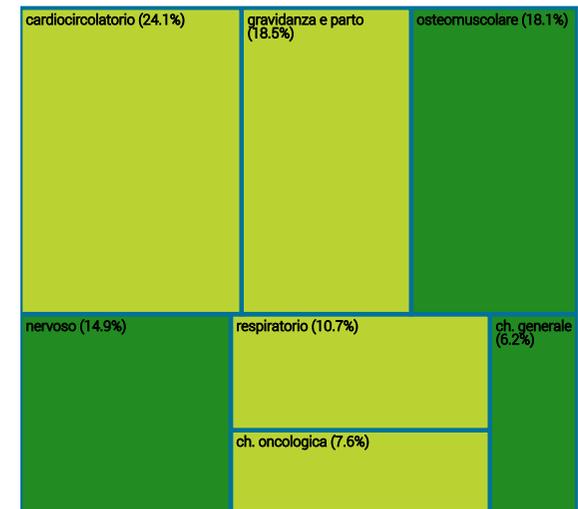
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.90	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.94	●	●	●	●
Medicina	-1.75	●	●	●	●
Neurochirurgia	-3.08	●	●	●	●
Neurologia	-1.97	●	●	●	●
Ortopedia	0.79	●	●	●	●
Urologia	-0.66	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



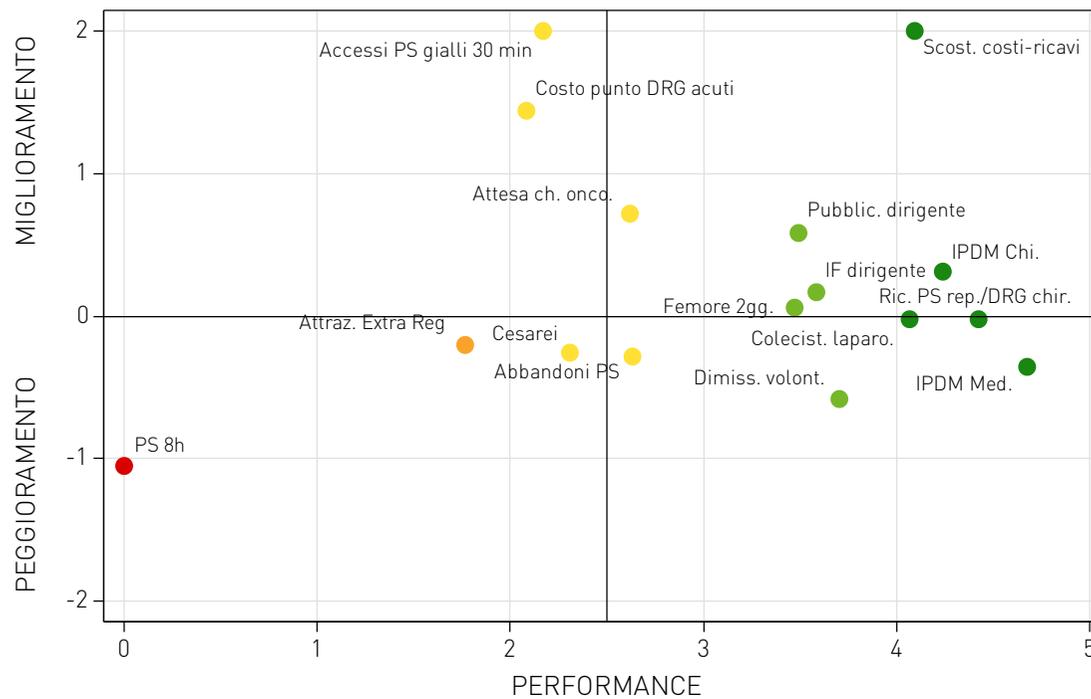
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 47



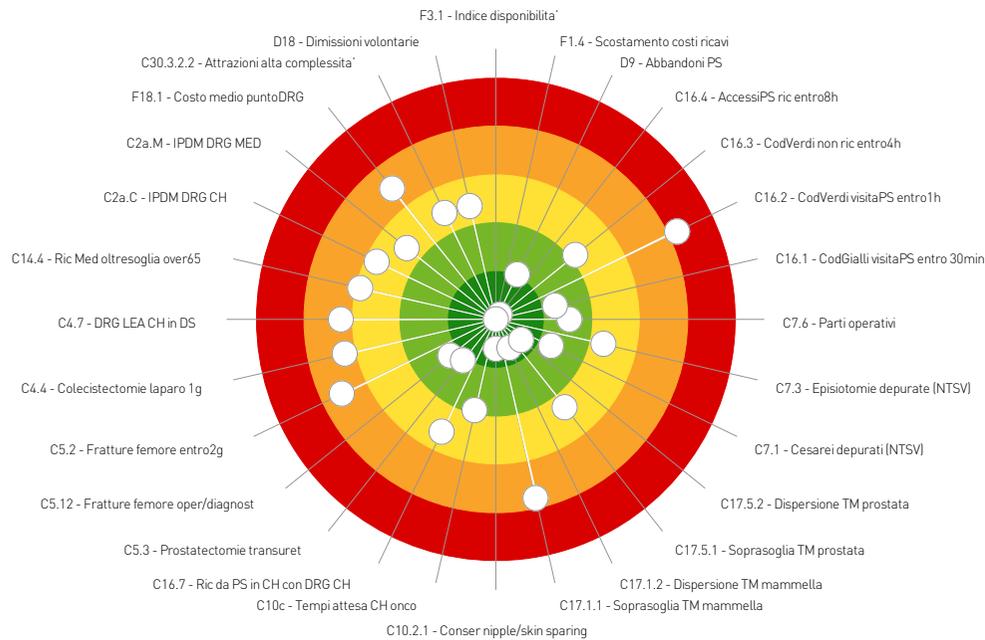
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AO PERUGIA

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016

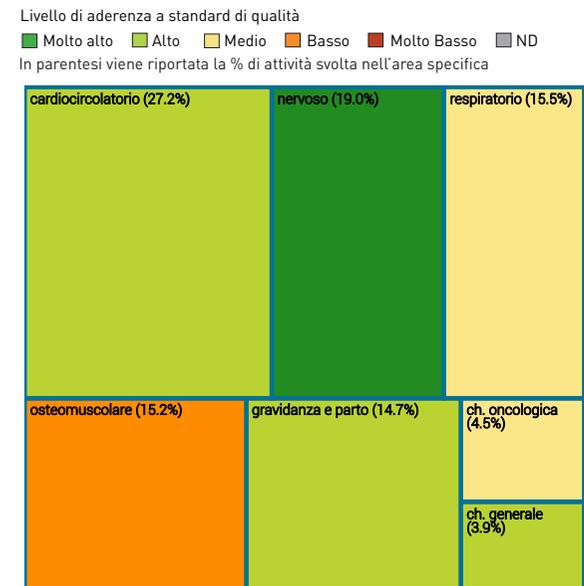


### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	6.14		●	●
Cardiologia	-1.82	●	●	●
Chirurgia generale	-0.41	●	●	●
Medicina	0.13	●	●	●
Neurochirurgia	0.95	●	●	●
Neurologia	-1.12	●	●	●
Ortopedia	-1.59	●	●	●
Urologia	0.43	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

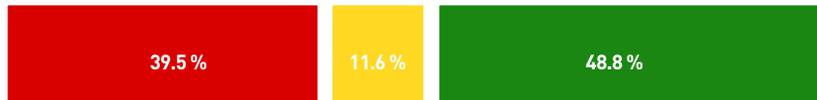


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



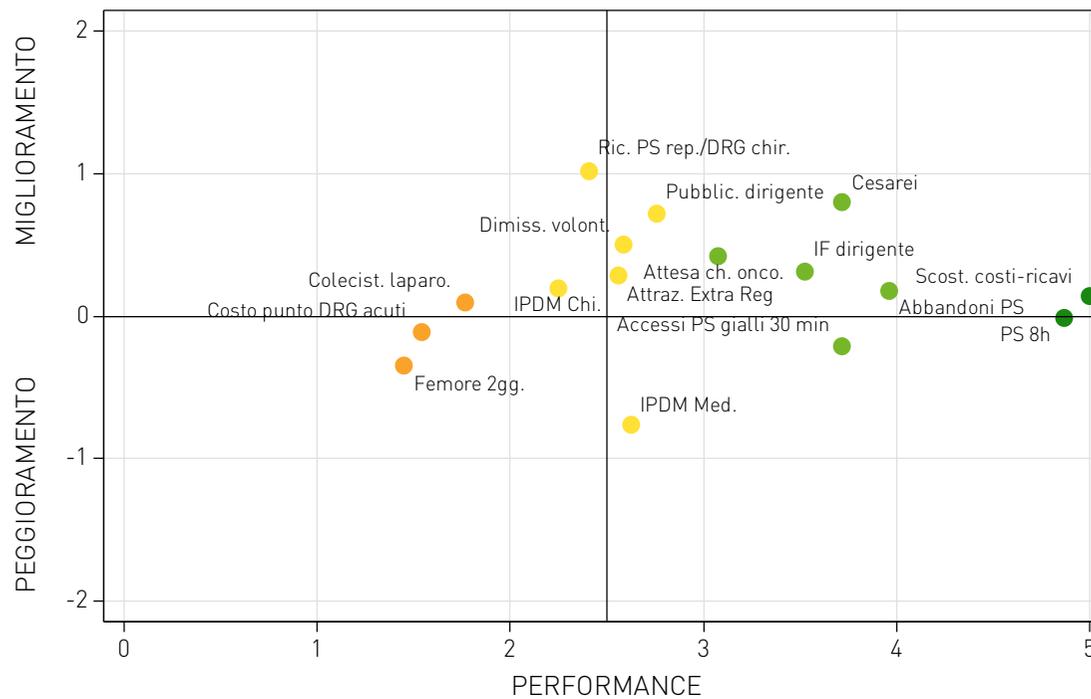
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 43



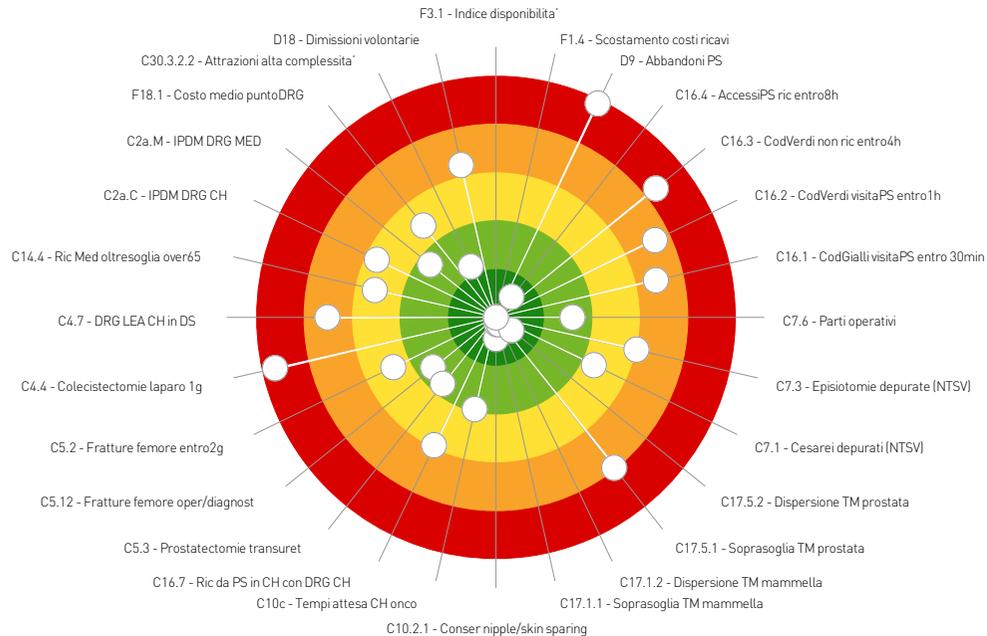
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AO TERNI

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attivit  di ricerca 2014-2016



### Valutazione esiti per specialit  di dimissione 2017- Metodologia CRISP-MeS

Specialit�	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalit� totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiologia	-1.39	●	●	●
Chirurgia generale	0.47	●	●	●
Medicina	-0.61	●	●	●
Neurochirurgia	-1.23	●	●	●
Neurologia	0.55	●	●	●
Ortopedia	-0.11	●	●	●
Urologia	0.92	●	●	●
Cardiologia	0.98	●	●	●

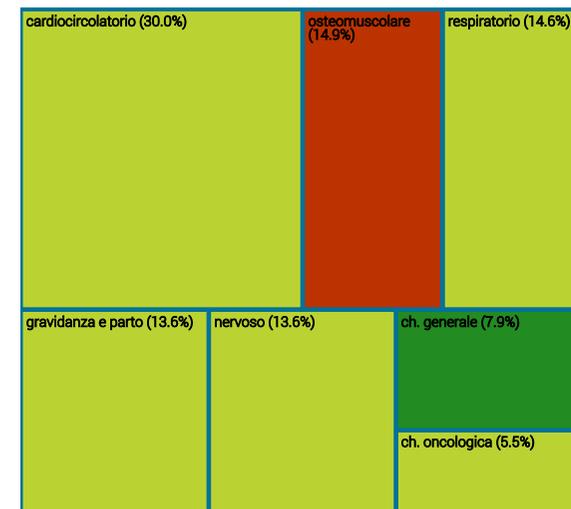
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualit 

- Moito alto
- Alto
- Medio
- Basso
- Moito Basso
- ND

In parentesi viene riportata la % di attivit  svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



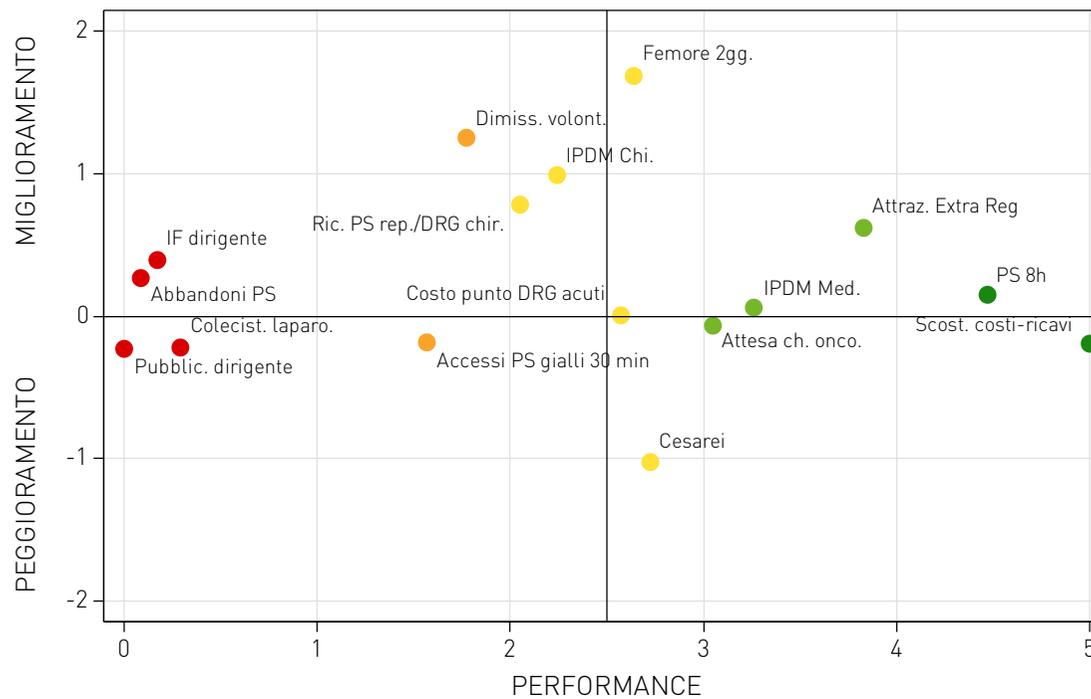
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 44



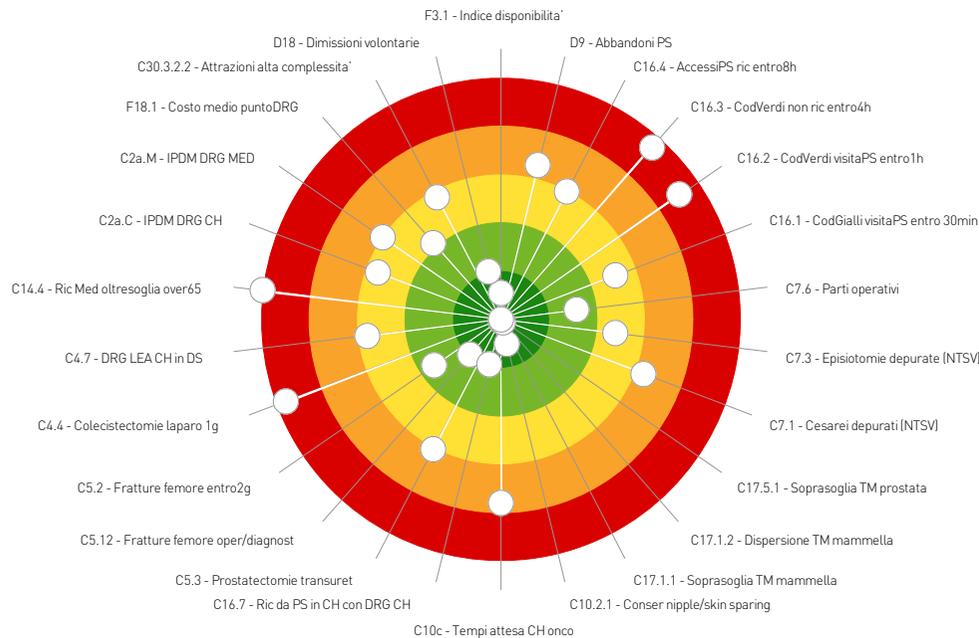
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA

### Valutazione Performance 2017



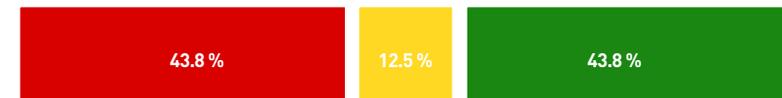
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-3.07	●	●	●	●
Cardiologia	0.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.44	●	●	●	●
Medicina	-0.48	●	●	●	●
Neurochirurgia	2.16	●	●	●	●
Neurologia	2.49	●	●	●	●
Ortopedia	4.01	●	●	●	●
Urologia	-1.39	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 32



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016

**B15.1.1**  
Impact Factor medio articoli per dirigente



**B15.1.3**  
Numero medio pubblicazioni per dirigente



**B15.3.1**  
Specialita' con Impact Factor medio > dell'Impact factor di specialita' ISI



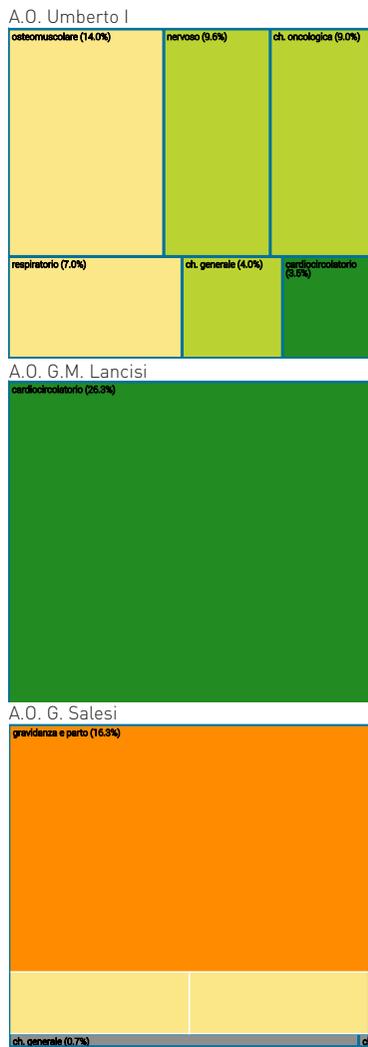
**B15.3.2**  
Specialita' con Impact Factor mediano > dell'Impact factor di specialita' ISI



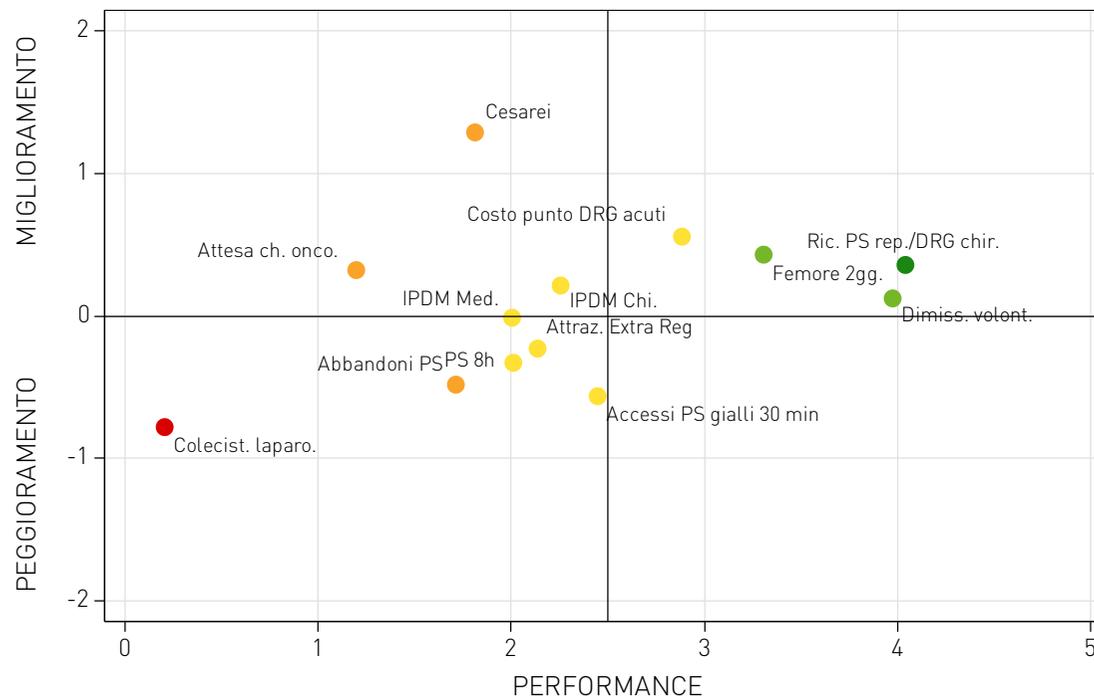
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

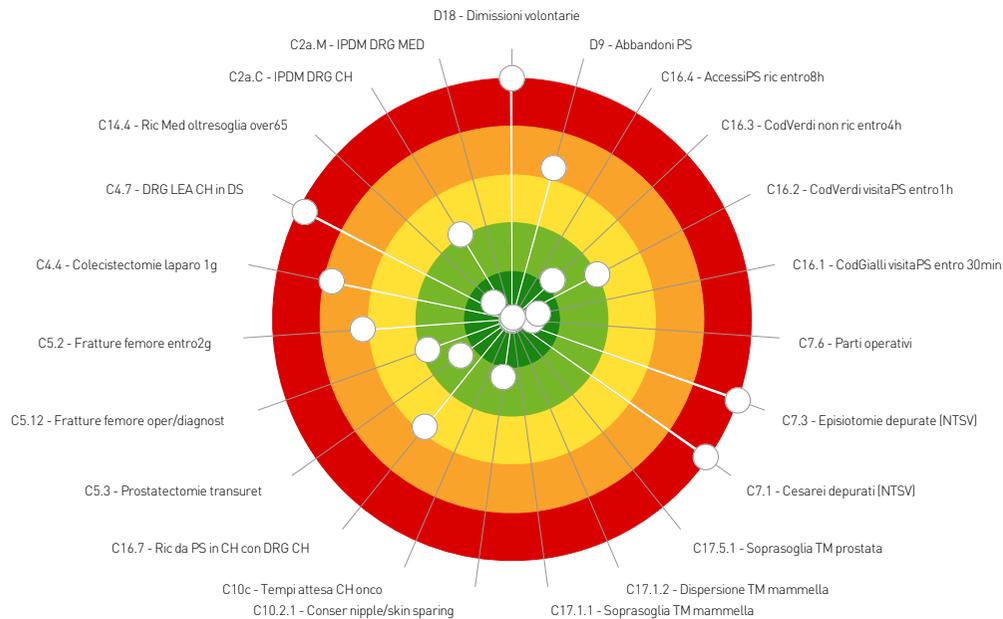


Mappa Performance Trend (2016-2017)



## E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

Valutazione Performance 2017



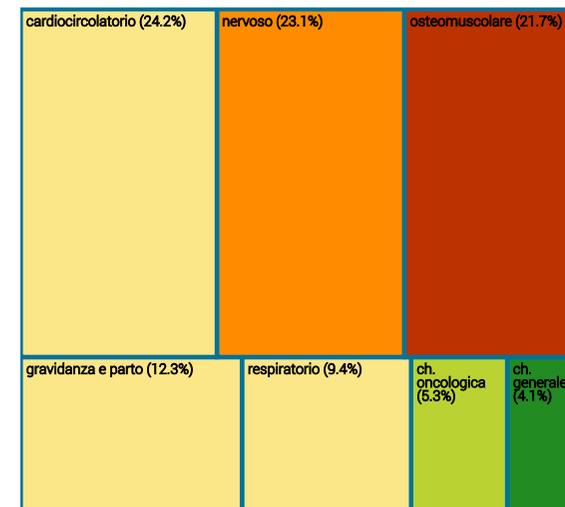
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.33	●	●	●
Cardiologia	-1.59	●	●	●
Chirurgia generale	0.44	●	●	●
Medicina	-0.32	●	●	●
Neurochirurgia	-0.32	●	●	●
Neurologia	0.20	●	●	●
Ortopedia	0.32	●	●	●
Urologia	0.87	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

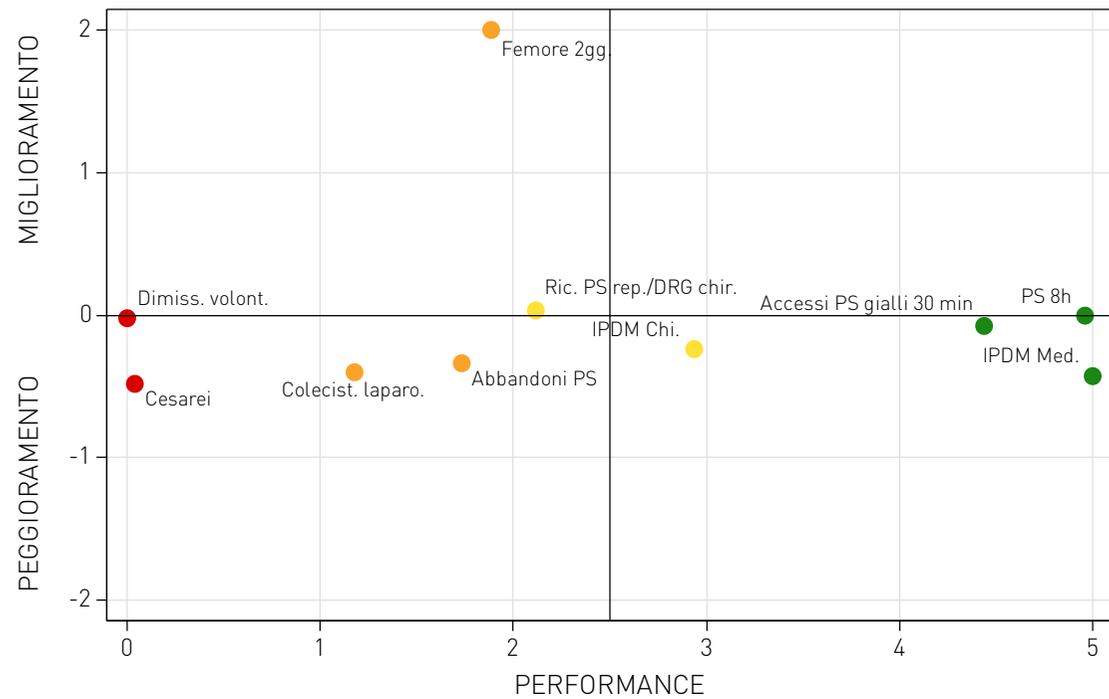
### Andamento Indicatori MeS Trend 2016-2017

Numero indicatori: 29



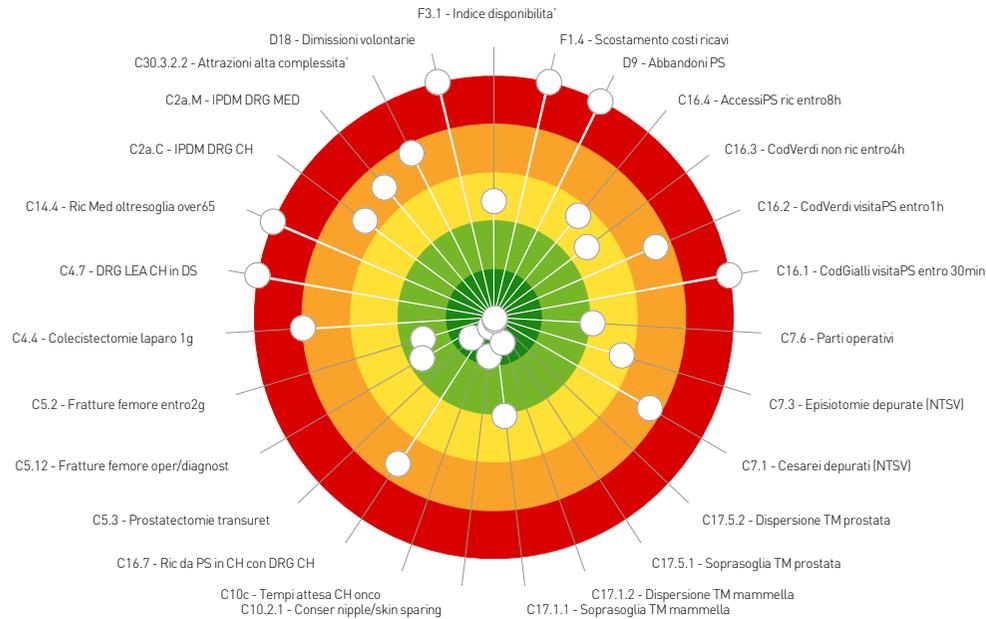
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

#### Mappa Performance Trend (2016-2017)



## AOU POLICLINICO BARI

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



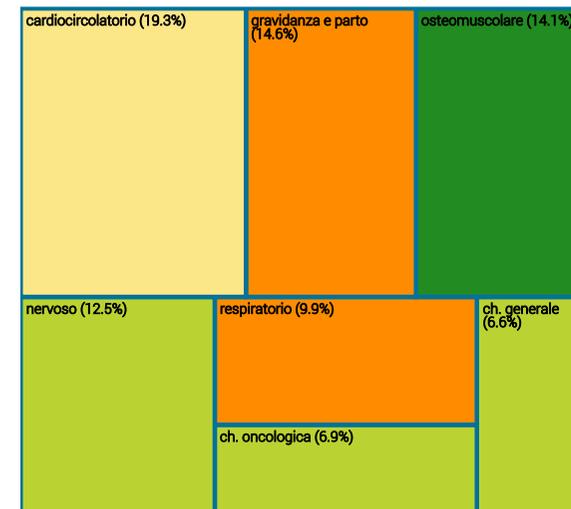
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.63	●	●	●
Cardiologia	0.51	●	●	●
Chirurgia generale	-0.42	●	●	●
Medicina	1.37	●	●	●
Neurochirurgia	3.13	●	●	●
Neurologia	3.16	●	●	●
Ortopedia	-0.32	●	●	●
Urologia	-0.56	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



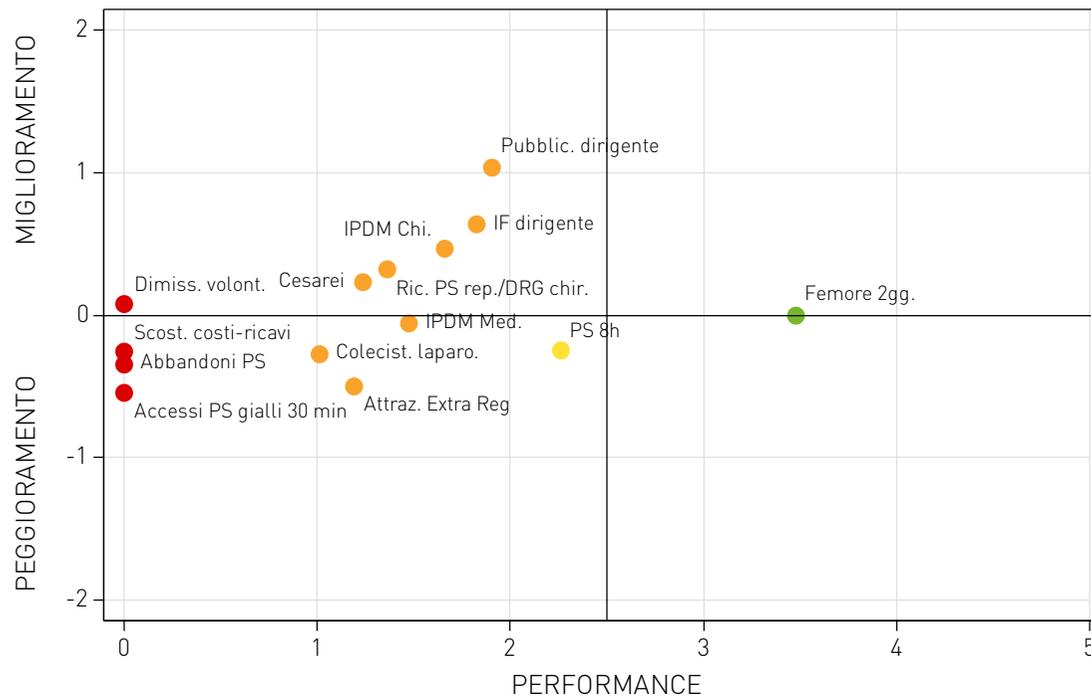
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 37



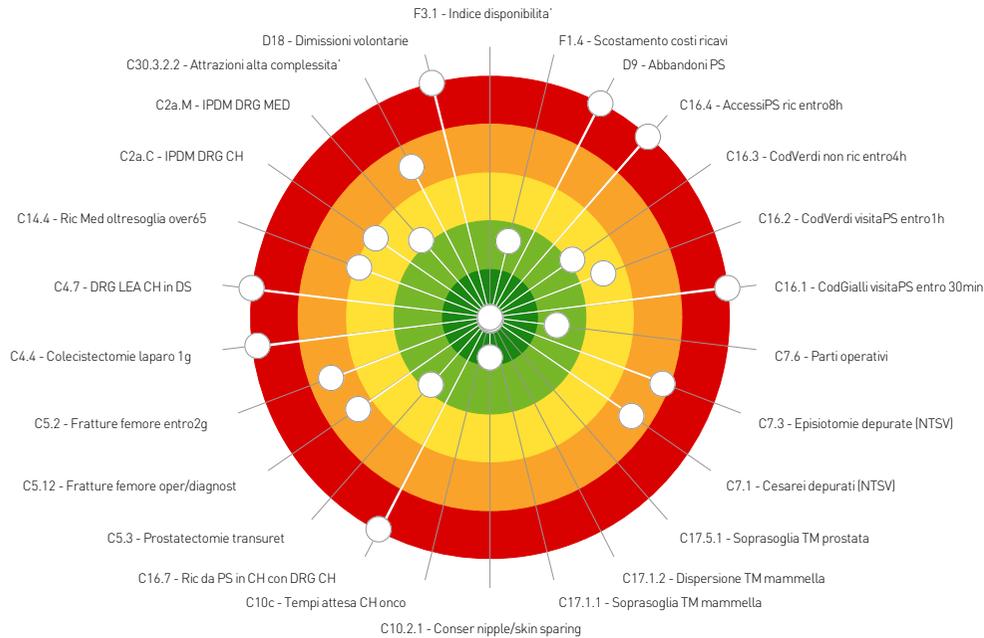
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

Mappa Performance Trend (2016-2017)



## OSPEDALI RIUNITI FOGGIA

### Valutazione Performance 2017



### Valutazione attività di ricerca 2014-2016



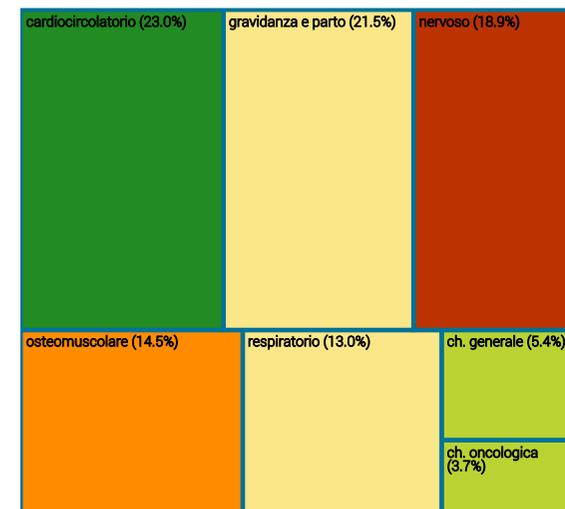
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2017 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.91	●	●	●
Chirurgia generale	1.17	●	●	●
Medicina	-0.53	●	●	●
Neurochirurgia	-0.76	●	●	●
Neurologia	-1.47	●	●	●
Ortopedia	-0.07	●	●	●
Urologia	0.12	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2016

Livello di aderenza a standard di qualità  
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND  
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

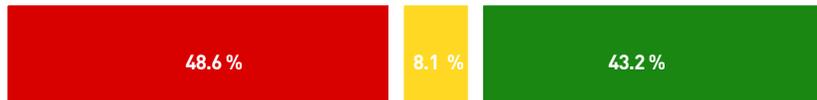


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



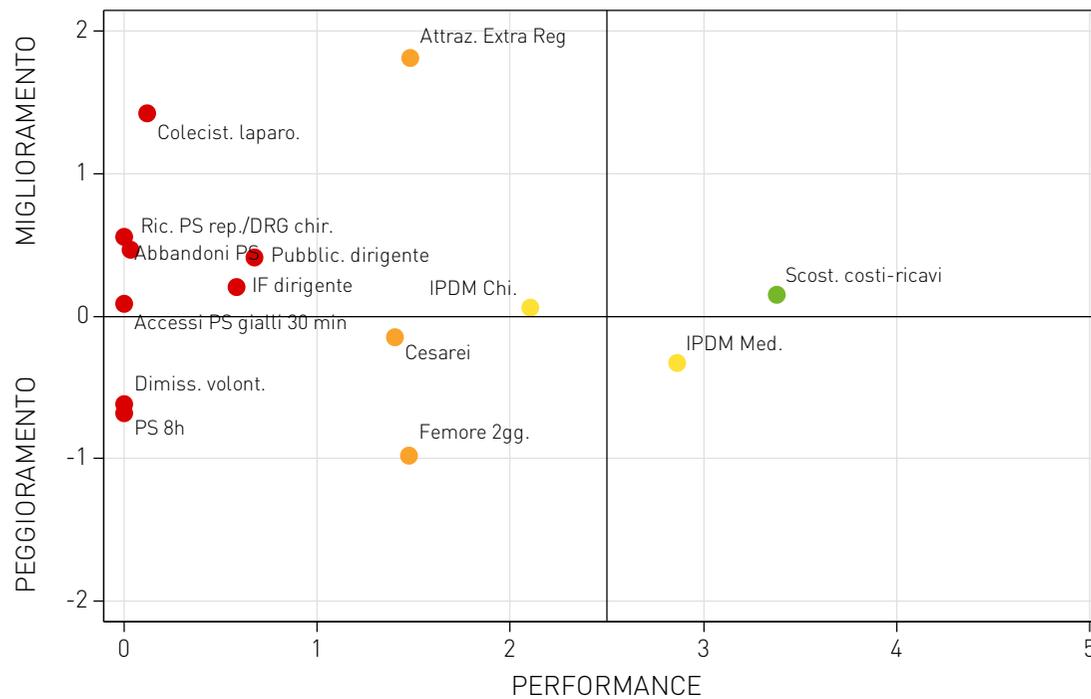
Andamento Indicatori MeS  
Trend 2016-2017

Numero indicatori: 37



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

Mappa Performance Trend (2016-2017)





# BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", [http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- Audiweb (2016), Total digital audience, Report Gennaio 2016
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Basaglia S., Paolino C. (2015), *Clima aziendale: crescere dando voce alle persone*, EGEA, Milano
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_2024\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf)
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Cerasuolo D., Campani A., Sinigaglia M.G., Seghieri C. (2008), "La valutazione interna", in Nuti S. (a cura di), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze University Press, Firenze
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621
- Cramer J.A, Rosenheck R. (1998), *Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders*, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201 <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), *Com'è nato il vocabolario di base*, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), *Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana*, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EURO-PERISTAT Project. *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1001\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf)
- Franchina V., Vacca R. (1986), *Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore*, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione*, Linguaggi, a. III, n. 3, pp. 47-9
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- OECD (2009), *Health at glance 2009*. OECD Indicators, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011*. OECD Indicators, OECD

- Health Canada (2001), Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), Managing preexisting diabetes and pregnancy, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, 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](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., Carrozzi I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J., Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5): 426-434
- Sutter Women's & Children's Services (2001), First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile", 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.000000000000164
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra razionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*, 7(4): 20-28
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and 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](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 universale.

- 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., Maracci 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](http://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](http://www.meslab.santannapisa.it)



ISBN-13: 978-8846753489



9 788846 753489