IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

REPORT 2020



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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

REPORT 2020

A cura di:
Sabina Nuti, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Francesco Noferi, Antonio Parenti, Milena Vainieri, Federico Vola

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

© Copyright 2021 Laboratorio MeS

ISBN : 978-88-6995-991-2



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Responsabili Scientifici: Sabina Nuti, Milena Vainieri - Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)

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

Coordinamento: Federico Vola
Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo
Supervisione statistica: Giuseppe D'Orio
Coordinamento per la redazione del Report: Antonio Parenti, Francesco Noferi e Marzia Cettina Severino

Team di ricerca: Giulia Alessandri, Chiara Barchielli, Sara Barsanti, Paolo Belardi, Nicola Bellé, Gaia Bertarelli, Letizia Bertoli, Barbara Bertolucci, Manila Bonciani, Alice Borghini, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Giulia Colombini, Ilaria Corazza, Federica Covre, Michele Cumetti, Alessandra Da Ros, Elisa Demontis, Sabina De Rosis, Emilio Farina, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Manuela Furlan, Gabriele Gennuso, Fabio Gentile, Elisa Guidotti, Kendall Jamieson Gilmore, Sofia Longhi, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Stefania Manetti, Irene Martelli, Irene Masoni, Marisa Mavillonio, Giale Moretti, Anna Maria Murante, Anna Noci, Emiliano Pardini, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Irene Pollini, Filippo Quattrone, Michele Racis, Chiara Seghieri, Marzia Severino, Virginia Sommati, Kinzica Sorrenti, Veronica Spataro, Andrea Vandelli, Alessandro Vinci, Bruna Vinci, Claire Willmington.

Regione Basilicata: Ernesto Esposito, Giuseppe Montagano, Sergio Sassano, Michele Labianca, Michele Recine, Annarita Lucia, Vincenzo Pernetti, Maria Rosaria Puzo, Gabriella Sabino, Maria Luisa Zullo, Maria Rosaria Tamburrino.

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

Regione Friuli Venezia Giulia: Ivana Burba, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Elisa Riosa, Paola Rossi, Lucian Ejlli, Roberto Peressutti, Daniela Germano.

Lombardia: Francesco Bortolan, Danilo Cereda, Michele Ercolanoni, Olivia Leoni, Giovanni Pavesi.

Regione Liguria: Filippo Ansaldi, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Tommaso Grillo Ruggieri, Daniela Amicizia, Roberto Oneto, Matteo Astengo, Francesca Marchini, Chiara Paganino, Maria Francesca Piazza, Camilla Sticchi, Federico Tassinari, Roberta Zanetti, Manuela Albanese, Luigina Ada Bonelli, Michele Bonfiglio, Claudio Castagneto, Paolo Forno, Barbara Rebesco, Susanna Rivetti, Sonia Salvini, Bruno Buonopane, Marco Manoni, Carlo Olivari, Laura Perini, Paolo Romairone.

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

Regione Piemonte: Mario Minola, Franco Ripa, Anna Orlando, Marco Musso, Ferruccio Fazio, Enrica Francesconi, Gisella Begliatti, Giuseppe Mianulli.

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

Regione Toscana: Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Simone Bartolacci, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Mario Braga, Mario Cecchi, Francesca Collini, Vincenzo Di Benedetto, Simona Dini, Silvia Forni, Giovanni Forte, Fabrizio Gemmi, Mauro Maccari, Claudio Marinai, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Mirko Monnini, Moraldo Neri, Adriano Peris, Lorenzo Righi, Carla Rizzuti, Carlo Rinaldo Tomassini, Lucia Turco, Barbara Trambusti.

P.A. Trento: Laura Battisti, Pirous Fateh Moghadam, Damiano Vozza, Diego Cagol, Paolo Santini, Filippo Re, Marco Frassoni, Riccardo Roni, Marina Ferri, Andrea Polverino, Luca Leonardi, Annalisa Campomori, Giorgio Costa, Elisabetta Fonzi, Lucia Pilati, Angela Moresco, Gino Gobber, Giuliano Brunori, Alberto Della Rosa, Anna Franceschini, Rolando Bergamo, Dario Uber, Nicoletta Copat, Giovanna Zanetti, Ilaria Trentini, Angela Trentin, Chiara Francesca Dalle Fratte, Carlo Trentini.

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

Regione Veneto: Luciano Flor, Roberto Toniolo, Monica Troiani, Manuel Zorzi, Michele Tessarin, Denise Signorelli, Anna Maria Saieva, Elena Schievano, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Brichese, Elena Narne, Giulia Capodaglio, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Anna Cavazzana, Valeria Biasi, Lorenzo Dorigo, Davide Lissandri, Paola Facchin, Laura Visonà Dalla Pozza, Laura Pastori, Claudio Pilerci, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Mario Saia, Stefano Nicola, Andrea Marcolongo, Giuseppe Feltrin, Pantaleo Corlianò, Roberta Tiso, Marco Nuti, Simone De Bellonia.

Si ringraziano per il loro contributo scientifico il dott. Giorgio Simon e la prof.ssa Maria Pia Fantini (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – Università di Bologna).

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Introduzione **7**

Metodologia e rappresentazione dei risultati **11**

I Risultati 2020 **31**

Basilicata 33

P.A. Bolzano 45

Friuli Venezia Giulia 51

Liguria 65

Lombardia 85

Marche 149

Piemonte 169

Puglia 201

Toscana 225

P.A. Trento 241

Umbria 247

Veneto 259

Gli indicatori 2020* **287**

Stato di salute della popolazione 289

Utenza, personale e comunicazione 299

Strategie sanitarie regionali 309

Emergenza-Urgenza 327

Prevenzione collettiva 335

Governo e qualità dell'offerta 341

Assistenza farmaceutica 381

Resilienza 399

Bibliografia **435**

* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata alle pagine 15 e seguenti del presente report.

1

INTRODUZIONE

management sanità

La valutazione nella sanità pubblica: le premesse valoriali in tempi di pandemia

Il 2020 è l'anno in cui i nostri sistemi sociali – politico, economico, educativo, sanitario – sono stati chiamati a rivoluzionare i propri assetti, in tempi strettissimi. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da parte sua, ha dovuto rispondere alla sfida del Coronavirus lungo le tre fasi che abbiamo imparato a conoscere: quella della "serrata", del "lockdown" – in cui ha concentrato i suoi sforzi sul contenimento dell'epidemia e sul trattamento dei malati –, quella del progressivo riavvio dei servizi "non-COVID", e quella del rilancio. Le tre "R" della Resistenza, della Ripartenza e della Resilienza.

L'attività di valutazione della performance, da parte sua, si è sforzata per supportare il processo di cambiamento, prima virando le proprie competenze verso la vigilanza e il monitoraggio dell'epidemia, quindi focalizzando la propria attenzione sui processi di riavvio dei servizi e di rilancio in sicurezza dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Valutare la performance di un sistema è infatti un'attività intrinsecamente dinamica, chiamata ad adattarsi alle mutevoli esigenze conoscitive degli attori del sistema stesso.

Sappiamo ora che la sfida che si para davanti al SSN è oltremodo complessa, perché richiede di bilanciare la risposta alle tre macro-categorie di bisogno – patologie acute, patologie croniche, patologie infettive – ponderando con cautela l'esigenza di efficienza e sostenibilità economica, da una parte, con quella di previsione di margini di ridondanza nel dimensionamento e nell'allocazione delle risorse, dall'altra.[1] Il Report 2020 del Network delle Regioni esprime esattamente la volontà di fotografare la capacità dei sistemi sanitari regionali di trovare un delicato equilibrio tra queste componenti.

Ciò che in questo frangente pare tuttavia importante rimarcare è che, per quanto possa sembrare paradossale, l'eccezionalità dell'emergenza sanitaria non ha affatto sminuito, stravolto o ribaltato le priorità valoriali su cui da sempre poggiano i sistemi di valutazione della performance in generale – e quello del Network delle Regioni in particolare. Anzi, ponendole in prospettiva, ne ha messo in luce la straordinaria attualità e la rinnovata rilevanza, pur chiamando ad una loro nuova declinazione. Nella misura in cui il dibattito pubblico distoglie (provvisoriamente?) l'attenzione dalla sostenibilità e dall'efficienza del SSN, per incernierare la riflessione politica e organizzativa sui temi della "*preparedness*", della "resilienza", della "ridondanza", parimenti si sposta il baricentro semantico di alcune parole chiave dell'universo valoriale del Network delle Regioni: "multidimensionalità", "tempestività", "trasparenza", "disegno condiviso" assumono un nuovo significato.

I valori che hanno guidato il lavoro dei referenti regionali e dei ricercatori del Laboratorio Management e Sanità (MeS) si impongono dunque oggi con tutta la loro rinnovata attualità: richiamiamo qui solo i principali.

La vocazione ad una impostazione **multidimensionale** è da sempre un elemento caratterizzante del Sistema di Valutazione del Network delle Regioni. Le Regioni del Network riconoscono come i risultati conseguiti dai SSR siano articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro. Per questo motivo, il Sistema di Valutazione ha da sempre abbracciato un'impostazione multidimensionale, capace di intercettare le relazioni tra i nodi del sistema sanitario, e tra il sistema sanitario e gli altri sistemi sociali.

Nel contesto pandemico, il richiamo alla multidimensionalità ha assunto un'accezione peculiare. Nella misura in cui richiama la capacità dei sistemi di valutazione di offrire una lettura di un fenomeno complesso nelle sue diverse declinazioni, accogliendo una pluralità di prospettive di indagine, si traduce, per quanto riguarda il Network delle Regioni, in due sfide complementari. Da una parte, il Network ha allargato la propria prospettiva di analisi, abbracciando una visione sindemica dell'evento pandemico[2] e integrando quindi il monitoraggio dell'impatto del COVID-19 – presidiato da altri enti nazionali, quali l'Istituto Superiore di Sanità e la Protezione Civile – con un'indagine complementare, riferita all'andamento della presa in carico dei bisogni non strettamente COVID. In seconda battuta, ha integrato le classiche lenti valutative della "qualità", dell'"efficienza", della "sostenibilità", dell'"equità", della "*responsiveness*" con quelle più cogenti della *preparedness* e soprattutto della resilienza, attraverso l'individuazione e la condivisione di un set di nuovi indicatori *ad hoc*.

Questi ultimi sono stati oggetto non solo di valutazione *ex-post*, ma di un monitoraggio *in itinere*: se la **tempestività** della restituzione dei risultati è da sempre stata un elemento qualificante dell'attività del Network delle Regioni, con la frattura pandemica si è rivelata una vera e propria precondizione dell'attività valutativa. Le Regioni del Network hanno quindi accolto la sfida di integrare la classica impostazione valutativa con un ambiente di monitoraggio delle prestazioni, alimentato con uno sfasamento temporale di soli tre mesi, per l'individuazione e la tempestiva correzione di potenziali criticità. La restituzione in continuo dei risultati alle direzioni regionali e la condivisione pubblica dei primi risultati già ad aprile ha significato un investimento nella "azionabilità" delle informazioni prodotte, facendo leva su tempestività e trasparenza dei risultati.

Le Regioni che aderiscono al Network si sono fatte carico di rappresentare un laboratorio e un'avanguardia rispetto al processo di valutazione: hanno testato e contribuito allo sviluppo di circa 60 nuovi indicatori. Nell'ottica della **collaborazione** inter-istituzionale e in quella di **disegno condiviso** dello strumento, una selezione di questi è quindi stata calcolata per tutte le Regioni italiane – grazie alla collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – rendendo patrimonio collettivo la spinta innovatrice maturata in seno al Network.

La sfida importante che ora si impone è ovviamente quella dell'uso migliore dei dati e delle evidenze a disposizione. Le Regioni del Network hanno sempre riconosciuto come nel contesto sanitario lo strumento del *benchmarking* sia essenziale: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema,

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

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

il processo sistematico di confronto delle performance rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per individuare opportunità di apprendimento. Il processo di confronto tra le istituzioni del sistema sui numeri, sulle scelte e sui risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini delle sue azioni, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per imparare, per individuare gli eventuali ambiti di miglioramento. Sono quindi almeno tre, ora, le traiettorie di una valorizzazione dei dati prodotti:

- In prima battuta, la disponibilità di informazioni puntuali sulla tenuta delle singole aree clinico-organizzative offre le condizioni per un'operazione sartoriale di pianificazione dei recuperi di prestazioni, scongiurando il rischio di un approccio programmatorio di tipo indiscriminato.

- In seconda battuta, le evidenze prodotte offrono la fotografia del punto di partenza, sul quale innestare l'opportunità di rilancio del sistema, così come finanziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

- In ultimo, ma certo non per importanza, il confronto sistematico tra le istituzioni e la restituzione puntuale e trasparente dei risultati sono le precondizioni per scongiurare l'autoreferenzialità e individuare sia gli errori, sia le pratiche migliori, quindi correggere i primi e diffondere le seconde.

Il Laboratorio MeS e le Regioni che aderiscono al Network sono già al lavoro per l'individuazione di quelle realtà che abbiano dato prova di particolare capacità di resistenza e di resilienza durante il 2020, per poterne indagare le determinanti e valorizzare adeguatamante i professionisti.

2

METODOLOGIA

management sanità

Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della performance è, nel 2021, composto da 10 Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. L'adesione è su base volontaria, ossia è il frutto di una scelta consapevole delle Regioni aderenti che vogliono, mediante questo strumento di governance, garantire la trasparenza sui loro risultati da un lato, e rigore scientifico dall'altro, affidando a un soggetto terzo e pubblico, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il compito di assicurare la correttezza del calcolo e il superamento dell'autoreferenzialità.

L'obiettivo del Network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance dei SSR, attraverso il confronto di un set di circa 400 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni dell'offerta dei sistemi stessi. Nel 2014 è stato istituito un ulteriore livello di confronto – un "Network nel Network" – dedicato allo sviluppo e all'elaborazione di un set di indicatori per valutare la capacità delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) di assolvere alla propria triplice missione (Assistenza, Formazione e Ricerca). Questo rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto, mentre ai risultati delle AOU è dedicata una pubblicazione specifica, disponibile a stampa e scaricabile in formato pdf all'indirizzo www.performance.santannapisa.it.

L'architettura del sistema di valutazione

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

Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della performance dei SSR, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi. La cernita degli indicatori è volta a evidenziare le dimensioni fondamentali della performance in un ambito complesso quale quello sanitario:

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

Nel 2020 è stata introdotta una nuova dimensione, specificamente volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. L'ambito della "**resilienza**" include 63 nuovi indicatori, che – riprendendo, estendendo e sistematizzando alcune precedenti iniziative di analisi inter-regionali (Spadea et al. 2020) – misurano la capacità dei sistemi sanitari regionali di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Più nel dettaglio, il Network delle Regioni ha condiviso una selezione di indicatori riferiti alle prestazioni sanitarie che la normativa e le indicazioni nazionali susseguitesi nel corso del 2020 hanno individuato quali «prestazioni non differibili». Si tratta in particolar modo di prestazioni attinenti all'ambito oncologico e cardio-circolatorio, rispetto alle quali i Sistemi sanitari sono stati chiamati ad uno sforzo per contenere la contrazione dei volumi. Tra queste, per fare un esempio, gli interventi chirurgici per tumore alla mammella (classe di priorità A). A complemento di questo primo gruppo, è stato condiviso un set di indicatori per la valutazione della capacità di mantenimento dell'erogazione di prestazioni non ospedaliere: visite ambulatoriali di controllo, assistenza domiciliare, consumi farmaceutici, screening oncologici. Infine, è stato incluso un terzo insieme di indicatori, individuati quali «indicatori di sistema», teso a inquadrare complessivamente la tenuta dei sistemi sanitari regionali. Ne fanno parte, ad esempio, il volume di ricoveri urgenti, quello di ricoveri programmati, o, più nello specifico, il volume di ricoveri programmati di tipo chirurgico. Questi indicatori, oltre a fornire una panoramica sulla situazione complessiva, aiutano a individuare, a livello macro, le aree rispetto alle quali i singoli sistemi regionali sono ora chiamati a uno sforzo di ripresa e rilancio, per andare a recuperare le prestazioni non erogate nel corso del 2020.

A 34 dei 63 indicatori dell'area "resilienza" è assegnata una valutazione. Questa è definita attraverso il confronto degli andamenti di ciascun indicatore tra le Regioni del Network.

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

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

- fa leva su un ampio spettro di flussi amministrativi – dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ai bilanci, al flusso delle Prestazioni Ambulatoriali, a quelli del Pronto Soccorso e del 118, passando per i Certificati di Assistenza al Parto, i flussi dell'ambito farmaceutico (distribuzione in regime convenzionato, diretto e in regime di ricovero), il flusso AD-RSA (assistenza domiciliare e residenziale), ecc.;

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

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2020, per quanto una minoranza di essi rimandi ad anni precedenti, o a causa dell'aggiornamento differito delle fonti dati (gli indicatori epidemiologici, ad esempio, o quelli derivanti da dati di bilancio), oppure perché – a causa della bassa frequenza dell'evento monitorato – richiedano il *pooling* di più anni.

Rispetto all'impianto del 2019, è stata in questa edizione sospesa la valutazione per tutti quegli indicatori il cui andamento e la cui valutazione potessero essere distorti dall'impatto della pandemia. È il caso ad esempio dei tassi di ospedalizzazione per patologie potenzialmente evitabili: se questi indicatori negli anni scorsi potevano essere misure indirette della capacità di presa in carico da parte del territorio, nel 2020 la loro lettura e interpretazione è inficiata dalla riduzione dell'offerta tout court e non dalla presa in carico da parte di altri e più appropriati setting assistenziali. Il loro andamento risulta quindi intrinsecamente non valutabile.

In riferimento alla sezione originaria del sistema di valutazione, a circa 100 degli indicatori è attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5 (a questi si aggiungono gli indicatori della nuova sezione "resilienza"). Questa è ottenuta attraverso il confronto del valore degli indicatori con standard condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale (ad esempio, la percentuale di parti cesarei, la cui soglia è indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), o dal raffronto della performance delle Aziende del Network con quella registrata a livello europeo, oppure considerando il confronto e la distribuzione inter-aziendale in seno al Network stesso. La cernita di indicatori non direttamente interessati dalla pandemia si è tradotta nel tendenziale mantenimento delle medesime fasce di valutazione dell'anno precedente.

Figura 1. *Le fasce di valutazione*



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

Tabella 1. (pagina seguente)
Elenco degli indicatori 2020, condivisi dal Network delle Regioni

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

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
	STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE												
A1	**Mortalità infantile**												
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	100%	**291**	3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8
A1.2	*Mortalità neonatale precoce*												
A1.3	*Mortalità neonatale totale*												
A2	**Mortalità per tumori**	100%	**292**	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233
A3	**Mortalità per malattie circolatorie**	100%	**293**	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299
A4	**Mortalità per suicidi**	100%	**294**	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6
A10	**Stili di vita (PASSI)**												
A10.1.1	Percentuale di sedentari	25%	**295**	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	25%	**296**	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34
A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	25%	**297**	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10
A10.4.1	Percentuale di fumatori	25%	**298**	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24
	EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ												
F17	**Costo sanitario pro capite**												
F17.3.2	*Costo Pro-capite per assistenza sanitaria di medicina generale*												
F18	**Costo medio per punto DRG**												
F18.1	*Costo medio per punto DRG*												
F3	**Equilibrio patrimoniale finanziario**												
F3.1	*Indice di disponibilità*												
F3.2	**Politiche di investimento**												
F3.2.2	*Percentuale di obsolescenza tecnica*												
F3.2.1	*Incidenza canoni leasing e noleggio*												
F3.4.2	*Dilazione dei debiti*												
	UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE												
D18	**Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero**	100%	**300**	1,4	1,75	1,05	1,4	0,7	1,05	0,35	0,7	0	0,35
D18M	*Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri medici*												
D18C	*Percentuale dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici*												
E2	**Percentuale di assenza**	100%	**301**	13,1	14	12,2	13,1	11,4	12,2	10,5	11,4	9,6	10,5
B15	**Capacità attività di ricerca**												
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti	50%	**302**	0,25	0,75	0,75	1,25	1,25	1,75	1,75	2,25	2,25	2,75
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti	50%	**303**	1,1	1,44	1,44	1,87	1,87	2,3	2,3	2,73	2,73	3,16
B31.3	**Accessibilità online dell'informazione sulla vaccinazione anti-Covid 19**												
B31.3.1	*Informazioni sugli effetti collaterali della vaccinazione anti-Covid 19*												
B31.3.2	Leggibilità dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19	100%											
B31.3.2.1	Indice GulpEase dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19		**304**	0	47,07	47,07	51,27	51,27	55,47	55,47	59,67	59,67	100
B31.3.2.2	Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi della vaccinazione anti-Covid 19		**305**	0	60,83	60,83	64,46	64,46	68,09	68,09	71,73	71,73	100
B31.3.2.3	Indice READ-IT sui testi della vaccinazione anti-Covid 19		**306**	94	100	87	94	81	87	74	81	0	74
D23	**Valutazione dei cittadini sui servizi sanitari durante la pandemia da COVID-19**												
D23.1	Soddisfazione verso i Servizi Sanitari durante la pandemia da COVID-19 nel 2020	50%	**307**	52,97	57,53	57,53	62,09	62,09	66,65	66,65	71,21	71,21	75,77
D23.2	Mancato utilizzo dei Servizi Sanitari a causa dell'indisponibilità dell'offerta	50%	**308**	30,88	35,65	26,11	30,88	21,35	26,11	16,58	21,35	11,81	16,58
	STRATEGIE SANITARIE REGIONALI												
B5	**Estensione ed adesione agli screening oncologici**												
B5.1	Screening mammografico	33%											
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico		**310**	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico		**311**	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80
B5.1.5	*Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo*												
B5.1.6	*Percentuale di adesione agli approfondimenti*												
B5.1.7	*Proporzione di cancri in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella ai round successivi a quello di prevalenza*												
B5.2	Screening cervice uterina	33%											
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina		**312**	1,55	18,97	18,97	36,39	36,39	53,81	53,81	71,23	71,23	88,65
B5.3	Screening colorettale	33%											
B5.3.1	Estensione dello screening colorettale		**313**	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
B5.3.2	Adesione allo screening colorettale		**314**	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75
B6	**Donazioni**												
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	50%	**315**	0	0,25	0,25	0,62	0,62	0,98	0,98	1,35	1,35	1,72
B6.1.9	*Opposizione alla donazione*												
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	50%	**316**	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8
B6.1.10	*Donazione di organi a cuore fermo*												
B6.1.8	*Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo*												
B6.1.12	*Donatori di tessuti (pmp)*												

				Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina												
B6.1.14.3	*Indice di trapiantabilità - cuore*														
B6.1.14.4	*Indice di trapiantabilità - polmone*														
B6.1.14.5	*Indice di trapiantabilità - pancreas*														
B7	**Copertura vaccinale**														
B7.1	Copertura per vaccino MPR	25%	**317**	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100		
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	10%	**318**	42	53	53	64	64	75	75	86	86	100		
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)		**319**												
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	10%	**320**	0	7	7	16	16	25	25	34	34	100		
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	10%	**321**	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100		
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	10%	**322**	86	89	89	92	92	95	95	98	98	100		
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	25%	**323**	87	89	89	92	92	95	95	98	98	100		
B7.8	Copertura vaccinale varicella	10%	**324**	0	55	55	65	65	75	75	85	85	100		
B24A	**Sanità digitale**														
B24	**Carta Sanitaria Elettronica (CSE)**														
B24.1	*Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive*														
B24B	ePrescription	100%													
B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		**325**	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100		
B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		**326**	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100		
B24B.3.1	*Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata*														
B24B.3.2	*Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata*														
B24C	**Fascicolo Sanitario Elettronico**														
B24C.1	*Percentuale di consensi prestati per l'alimentazione del FSE*														
B24C.2	*Percentuale dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE (con FSE attivo)*														
B24C.3	*Percentuale di referti di laboratorio strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE*														
C30	**Indicatori AOU**														
C30.3.2.2	*Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità*														
C36.1	*Percentuale prostatectomie computer-assistite*														
	EMERGENZA-URGENZA														
C16	**Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza**														
C16.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	17%	**328**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100		
C16.1.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 30 minuti*														
C16.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	17%	**329**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100		
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 1 ora	17%	**330**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100		
C16.3	Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	17%	**331**	70	75	75	80	80	85	85	90	90	95		
C16.3.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h*														
C16A.T1	*Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti*														
C16A.T1.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti*														
C16A.T2	*Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti*														
C16A.T2.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti*														
C16A.T3	*Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati o trasferiti*														
C16A.T3.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti*														
C16.4.1	*Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore*														
C16.5	*Percentuale di accessi in Osservazione Breve*														
C16.5.1B	*Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore*														
C16.9	*Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero*														
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	17%	**332**	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3		
C16.18	*Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza <= 6 ore*														
C16.5.1A	*Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore*														
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	17%	**333**	26	40	22	26	18	22	14	18	8	14		
D9	**Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso**														
	PREVENZIONE COLLETTIVA														
F14	**Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria**														
P10Z	*Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino*														
F15	**Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)**														
F15.1.3	*Inchieste per infortunio sul lavoro*														
F15.1.4	*Inchieste per malattie professionali*														
F15.2	Copertura del territorio	50%													
F15.2.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti		**336**	0	2,25	2,25	5	5	7,75	7,75	10,5	10,5	12,75		
F15.2.3	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati		**337**	0	5	5	14	14	23	23	32	32	41		
F15.3	Efficienza produttiva	50%													
F15.3.1	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL		**338**	0	16	16	37	37	58	58	79	79	100		

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
P12Z	*Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale*												
	GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA												
C1	**Capacità di governo della domanda**												
C1.1	*Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso*												
H01Z	*Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente*												
C1.1.1	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti*												
C1.1.1.1	*Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso*												
C1.1.2.1	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti*												
C1.1.2.2.1	*Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale*												
C1.1.3	*Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso*												
C1.3	*Posti letto per 1.000 residenti*												
C1.5	*Indice di case mix*												
C1.6	*Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)*												
C2A.M	**Indice di performance degenza media - DRG Medici**	100%	**342**	1	1,65	0,35	1	-0,3	0,35	-0,95	-0,3	-1,6	-0,95
C2A.C	**Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici**	100%	**343**	1,04	1,69	0,39	1,04	-0,27	0,39	-0,92	-0,27	-1,57	-0,92
C14	**Appropriatezza medica**												
C4.8	*DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (patto per la salute 2010-2012)*												
C14.2	*Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (solo AOU)*												
C14.2A	*Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)*												
C14.4	*Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)*												
C4	**Appropriatezza chirurgica**												
C4.1	*Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la salute 2010-2012)*												
C4.1.1	*Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari*												
H05Z	*Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni*												
C4.7	*Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery*												
C4.13	*DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)*												
C18.6	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti*												
C5	**Qualità clinica/Qualità di processo**												
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	10%	**344**	0	15	15	35	35	55	55	75	75	95
C5.1	*Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni*												
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	25%	**345**	28	41	41	54	54	67	67	90	90	93
C5.30	*Percentuale fratture operate entro 48 ore*												
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	10%	**346**	55	65	65	75	75	85	85	95	95	100
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	20%	**347**	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C5.17	*Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati*												
C5.18.1	*Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti*												
C5.18.2	*Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati*												
C5.20	*Trombolisi endovenosa per ictus ischemico*												
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	20%	**348**	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16.8	*Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica*												
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	15%	**349**	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C5.21	*Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (118, PS o struttura di ricovero)*												
H13C	*Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario*												
C5.19	*Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna*												
C6	**Rischio clinico**												
C6.4.1	*Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione*												
C6.4.2	*Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità*												
C6.4.3	*Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica*												
C7	**Materno-infantile**												
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	70%	**350**	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7.1.2	*Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)*												
C7.1.3	*Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)*												
C7.1.4	*Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati*												
C7.0	**Volumi per parti**												
C7.0.1	*Percentuale ricoveri sopra soglia per parti*												
C7.0.2	*Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti*												
C7.26	*Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN*												
H17C	*Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti*												
H18C	*Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti*												
C7.2	*Percentuale di parti indotti*												

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
C7.14	*Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4*												
C7.27	*Percentuale donne che hanno effettuato piu' di 4 ecografie in gravidanza*												
C7.16A	*Accesso area maternità del consultorio*												
C7.1B.1	*Tasso di concepimento per minorenni*												
C7.11	*Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute*												
C7.10.1	*Percentuale di IVG con certificazione consultoriale*												
C7.10.1	*Percentuale di IVG con certificazione consultoriale*												
C7D	**Pediatria**												
C7.7	*Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)*												
C7.7.1	*Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)*												
C7.7.4	*Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)*												
D04C.A	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma*												
D04C.B	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite*												
C18.1	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti*												
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	50%	**353**	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	50%	**354**	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9
C8A	**Integrazione ospedale territorio**												
C8A.2	*Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC*												
C8B.2	*Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti*												
C8B.1	*Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso*												
C8C.1	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*												
C8C.1.N	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)*												
C8C.2	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*												
C8C.2.N	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C)*												
C8C.3	*Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*												
C8C.3.N	*Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)*												
D07C.P	*Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*												
D07C.P.N	*Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)*												
C8D.1	*Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti*												
C8A.20	*Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno*												
C10	**Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici**												
C10.1	Volumi Oncologia	60%											
C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella												
C10.1.3	*Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella*												
C10.1.4	*Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella*												
C10.1.7	*Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella*												
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui		**355**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata												
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		**356**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata		**357**	50	100	40	50	25	40	10	25	0	10
C10.1.6	*Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata*												
C10.1.8A	*Volumi interventi per tumore maligno al colon*												
C10.1.9A	*Volumi interventi per tumore maligno al retto*												
C10.2	Percorso tumore alla mammella	20%											
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella		**358**	0	65	65	70	70	75	75	80	80	100
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella		**359**	30	44,4	44,4	58,5	58,5	72,6	72,6	86,7	86,7	100
C10.2.2.1	*Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella*												
C10.2.5	*Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante*												
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella		**360**	0	58,3	58,3	68,7	68,7	79	79	89,4	89,4	100
C10.3	Percorso tumore al colon-retto	20%											
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		**361**	8,1	10	5,75	8,1	3,39	5,75	1,04	3,39	0	1,04
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		**362**	5,64	7,5	3,78	5,64	1,92	3,78	0,6	1,92	0	0,6
C10.3.3	*Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante*												
C10.5A	**Oncologia Medica**												
C10.5	*Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali*												
C10D	**Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore**												
C10.4.7	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	13%	**363**	0	71,1	71,1	76,1	76,1	81,1	81,1	86,1	86,1	100
C10.4.8	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	13%	**364**	0	38,8	38,8	48,8	48,8	58,8	58,8	90	90	100
C10.4.9	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	13%	**365**	0	75	75	80	80	85	85	90	90	100
C10.4.10	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	13%	**366**	0	73,3	73,3	78,3	78,3	83,3	83,3	88,3	88,3	100
C10.4.11	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	13%	**367**	0	75	75	80	80	85	85	89,3	89,3	100
C10.4.12	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	13%	**368**	0	72,2	72,2	77,2	77,2	82,2	82,2	87,2	87,2	100

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
D03CC	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco*												
C11A.2.1	*Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)*												
D03CA	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete*												
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	100%	**371**	40,81	49,02	32,6	40,81	24,39	32,6	16,17	24,39	7,96	16,17
C11A.3.1	*Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)*												
D03CB	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO*												
B28	**Assistenza Domiciliare e Residenziale**												
B28.1.1	*Percentuale di anziani in Cure Domiciliari*												
B28.1.1B	*Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare*												
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	45%	**372**	0	4	4	6	6	8	8	10	10	12
B28.1.5	*Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi*												
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	20%	**373**	1,72	4,01	4,01	6,3	6,3	8,6	8,6	10,89	10,89	13,19
B28.2.5A	*Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA > 0.5)*												
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	20%	**374**	0	34,1	34,1	47,7	47,7	61,2	61,2	74,8	74,8	100
B28.2.9A	*Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari*												
B28.2.13	*Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente*												
B28.2.14	*Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente*												
D22Z.1	*Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)*												
D22Z.2	*Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)*												
D22Z.3	*Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)*												
B28.2.11	*Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni*												
B28.2.12	*Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni*												
B28.3.10	*Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA*												
B28.3.11	*Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)*												
B28.3.12	*Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni*												
D33ZA.R1	*Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R1)*												
D33ZA.R2	*Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R2)*												
D33ZA.R3	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)	15%	**375**	0	5	5	10	10	15	15	20	20	35
C13	**Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica**												
C13.1	*Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti*												
C13.2	*Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini*												
C13.2.1	*Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti*												
C13.2.2	*Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti*												
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	50%	**376**	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	50%	**377**	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8
C13.2.2.4	*Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1000 residenti std età e sesso*												
C13.3	**Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei**												
C13.3.1	*Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20*												
C13.3.2	*Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20*												
C13.3.3	*Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20*												
C13.4	**Tempi di attesa**												
D10Z	*Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)*												
D11Z	*Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)*												
C15	**Salute mentale**												
C15.1A	**Attività territoriale**												
C15.12	*Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti*												
C15.13	*Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti*												
C15.14	*Percentuale di prestazioni domiciliari*												
C15.15	*Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti*												
C15.1B	**Attività ospedaliera**												
C15A.5A	*Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.1A	*Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.2A	*Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.3A	*Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.4A	*Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.5A	*Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.8A	*Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.5.6A	*Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni*												
C15A.13.2	*Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche*												
C15A.13A	*Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche*												
C15A.13B	*Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria*												
C15.8	*Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche*												

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
C15A.7	*Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni*												
C18	**Variabilità chirurgia elettiva**												
C18.2	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.3	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.4	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.5	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.7	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.8	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperlasia benigna standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.9	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti*												
C18.10	*Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti*												
C28	**Cure Palliative**												
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	70%	**378**	0	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	100
D30Z	*Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore*												
C28.2	*Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni*												
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	15%	**379**	27	44	44	61,1	61,1	78,2	78,2	95,3	95,3	100
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	15%	**380**	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
D32Z	*N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg*												
	ASSISTENZA FARMACEUTICA												
B4	**Strategie per il controllo del dolore**												
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	50%	**382**	1,1	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9	2,9	3,4
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	50%	**383**	0	3,5	3,5	4,4	4,4	5,2	5,2	6,1	6,1	8
C9	**Appropriatezza prescrittiva farmaceutica**												
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	17%	**384**	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	17%	**385**	34	38	30	34	26	30	22	26	18	22
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	17%	**386**	22,5	25,5	19,5	22,5	16,5	19,5	13,5	16,5	10,5	13,5
D14C	*Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici*												
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)		**387**										
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio		**388**										
F12A.21.2	*Consumo di colecalciferolo sul territorio*												
C9.10.1	*Polypharmacy sul territorio*												
C9.6.2.5	*Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi*												
C9.6.1.5	*Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine*												
C9.20	*Percentuale pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica*												
C9.17	**Ospedaliera**												
C9.12	*Consumo di antibiotici nei reparti*												
C9.12A	*Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)*												
C9.12B	*Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)*												
C9.13	*Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti*												
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	17%	**389**	38	51	51	64	64	77	77	90	90	100
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	17%	**390**	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	17%	**391**	43	53	53	63	63	73	73	83	83	93
F10A	**Governo della spesa farmaceutica e dispositivi**												
F10.1	*Spesa farmaceutica territoriale pro-capite*												
F10.2	*Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG*												
F10.1A	*Spesa farmaceutica complessiva*												
F10.1B	*Spesa farmaceutica per acquisti diretti*												
F10.1C	*Spesa farmaceutica convenzionata*												
F10.1D	*Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA*												
F10.2.2	*Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa*												
F10.2.3	*Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV*												
F10.2.1B	*Spesa Media per Farmaci Oncologici*												
F10.3	**Spesa dispositivi (ospedaliera)**												
F10.3.1	*Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG*												
F10.3.3	*Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero*												
F10.3.4	*Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico*												
F12A	**Efficienza prescrittiva farmaceutica**												
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	100%	**392**	72	74	74	76	76	78	78	80	80	82
F12A.14A	*Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto*												
F20.7	*Percentuale Imatinib equivalente*												
F20.8	*Percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara*												
F20.9	*Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara*												
F20.10	*Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara*												

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
F20.15	*Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara*												
F20.16	*Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara*												
F20.17	*Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara*												
F20.18	*Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara*												
F20.19	*Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara*												
F20.20	*Percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara*												
C21	**Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)**												
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	20%	**393**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	20%	**394**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	20%	**395**	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	20%	**396**	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8	6,9	8,3
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	20%	**397**	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5	15,5	18,5
	RESILIENZA												
C10R	**RESILIENZA - Oncologia**												
S.M3.R	Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	13%	**400**	-33,11	-25,22	-25,22	-17,34	-17,34	-9,46	-9,46	-1,58	-1,58	6,42
S.M4.R	Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	13%	**401**	-39,56	-31,49	-31,49	-23,42	-23,42	-15,36	-15,36	-7,29	-7,29	0,78
S.M5.R	Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	13%	**402**	-36,7	-28,95	-28,95	-21,2	-21,2	-13,46	-13,46	-5,71	-5,71	2,04
S.M6.R	Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	13%	**403**	-25,63	-21,63	-21,63	-17,63	-17,63	-13,63	-13,63	-9,63	-9,63	-5,63
S.M7.R	Volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	13%	**404**	-36,99	-28,34	-28,34	-19,7	-19,7	-11,05	-11,05	-2,4	-2,4	6,25
S.M8.R	Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	13%	**405**	-22,28	-17,15	-17,15	-12,02	-12,02	-6,89	-6,89	-1,77	-1,77	3,36
S.M9.R	Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	13%	**406**	-19,85	-17,36	-17,36	-14,88	-14,88	-12,4	-12,4	-9,92	-9,92	-7,43
S.M10.R	Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	13%	**407**	-45,76	-35,37	-35,37	-24,97	-24,97	-14,58	-14,58	-4,19	-4,19	6,21
F.M4.R	Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	13%	**408**	-2,56	-0,63	-0,63	1,3	1,3	3,24	3,24	5,17	5,17	7,1
TD.R	**RESILIENZA - Reti tempo dipendenti**												
S.M12.R	Volumi per ricoveri per IMA STEMI	50%	**409**	-20,88	-16,79	-16,79	-12,7	-12,7	-8,61	-8,61	-4,52	-4,52	-0,42
S.M14.R	Volumi per ricoveri per ictus ischemico	50%	**410**	-18,85	-16,09	-16,09	-13,33	-13,33	-10,57	-10,57	-7,81	-7,81	-5,05
CC.R	**RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio**												
S.M13.R	Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	50%	**411**	-20,43	-18,47	-18,47	-16,51	-16,51	-14,54	-14,54	-12,58	-12,58	-10,62
S.M16.R	Volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico	50%	**412**	-44,42	-35,41	-35,41	-26,41	-26,41	-17,41	-17,41	-8,41	-8,41	0,59
C16R	**RESILIENZA - Pronto Soccorso**												
PS.M1.R	*Volumi accessi in Pronto soccorso*												
PS.M2.R	Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	100%	**413**	-0,02	2,47	-2,5	-0,02	-4,99	-2,5	-7,48	-4,99	-9,96	-7,48
S.R	**RESILIENZA - Indicatori di contesto**												
S.M1.R	*Volumi ricoveri urgenti*												
S.M2.R	*Volumi ricoveri programmati*												
S.M11.R	*Volumi fratture del collo del femore operate*												
S.M15.R	*Volumi per ricoveri chirurgici programmati*												
C13.R1.R	**RESILIENZA - Ambulatoriale e Diagnostica**												
A.M1.R	*Volumi prestazioni ambulatoriali*												
A.M2.R	*Volumi diagnostica per immagini*												
C13.R4.R	**RESILIENZA - Visite di Controllo (Follow-up)**												
A.M17.R	Volumi per visita di controllo cardiologica	7%	**414**	-51,37	-44,19	-44,19	-37,01	-37,01	-29,83	-29,83	-22,65	-22,65	-15,47
A.M18.R	Volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	7%	**415**	-53,63	-45,14	-45,14	-36,66	-36,66	-28,18	-28,18	-19,7	-19,7	-11,22
A.M19.R	Volumi per visita di controllo endocrinologica	7%	**416**	-46,12	-40,25	-40,25	-34,39	-34,39	-28,53	-28,53	-22,67	-22,67	-16,81
A.M20.R	Volumi per visita di controllo neurologica	7%	**417**	-44,59	-38,55	-38,55	-32,51	-32,51	-26,48	-26,48	-20,44	-20,44	-14,41
A.M21.R	Volumi per visita di controllo oculistica	7%	**418**	-51,6	-45,34	-45,34	-39,08	-39,08	-32,82	-32,82	-26,56	-26,56	-20,3
A.M22.R	Volumi per visita di controllo ortopedica	7%	**419**	-38,5	-35,31	-35,31	-32,12	-32,12	-28,93	-28,93	-25,74	-25,74	-22,55
A.M23.R	Volumi per visita di controllo ginecologica	7%	**420**	-45,24	-37,13	-37,13	-29,02	-29,02	-20,92	-20,92	-12,81	-12,81	-4,7
A.M24.R	Volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	7%	**421**	-57,7	-51,23	-51,23	-44,76	-44,76	-38,3	-38,3	-31,83	-31,83	-25,36
A.M25.R	Volumi per visita di controllo urologica	7%	**422**	-44,04	-38,02	-38,02	-32,01	-32,01	-26	-26	-19,99	-19,99	-13,97
A.M26.R	Volumi per visita di controllo dermatologica	7%	**423**	-50,51	-44,67	-44,67	-38,83	-38,83	-33	-33	-27,16	-27,16	-21,32
A.M27.R	Volumi per visita di controllo fisiatrica	7%	**424**	-46,09	-40,45	-40,45	-34,8	-34,8	-29,15	-29,15	-23,51	-23,51	-17,86
A.M28.R	Volumi per visita di controllo gastroenterologica	7%	**425**	-70,44	-53,48	-53,48	-36,53	-36,53	-19,57	-19,57	-2,61	-2,61	14,34
A.M29.R	Volumi per visita di controllo oncologica	7%	**426**	-26,65	-19,95	-19,95	-13,26	-13,26	-6,56	-6,56	0,13	0,13	6,83
A.M30.R	Volumi per visita di controllo pneumologica	7%	**427**	-55,22	-48,52	-48,52	-41,82	-41,82	-35,12	-35,12	-28,42	-28,42	-21,72
C13.R5	**RESILIENZA - Prime Visite**												
A.M3.R	*Volumi per prima visita cardiologica*												
A.M4.R	*Volumi per prima visita chirurgia vascolare*												
A.M5.R	*Volumi per prima visita endocrinologica*												
A.M6.R	*Volumi per prima visita neurologica*												
A.M7.R	*Volumi per prima visita oculistica*												
A.M8.R	*Volumi per prima visita ortopedica*												

				Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina										
A.M13.R	*Volumi per prima visita fisiatrica*												
A.M14.R	*Volumi per prima visita gastroenterologica*												
A.M15.R	*Volumi per prima visita oncologica*												
A.M16.R	*Volumi per prima visita pneumologica*												
C15R	**RESILIENZA - Salute Mentale**												
SM.M1.R	*Salute mentale: volumi prestazioni domiciliari*												
SM.M2.R	*Salute mentale: volumi prestazioni erogate nel territorio*												
B28R	**RESILIENZA - Setting Domiciliare**												
AD.M1.R	Volumi per Accessi domiciliari ADI/ADP	100%	**428**	-19,46	-15,97	-15,97	-12,47	-12,47	-8,98	-8,98	-5,49	-5,49	-1,99
ES.R	**RESILIENZA - Esenzioni**												
E.M1.R	*Volumi nuove esenzioni per patologie rare*												
E.M2.R	*Volumi nuove esenzioni per patologie croniche*												
E.M3.R	*Volumi nuove esenzioni per invalidità*												
E.M4.R	*Volumi nuove esenzioni per reddito*												
E.M5.R	*Volumi nuove esenzioni per altra condizione*												
C9R	**RESILIENZA - Farmaceutica**												
F.M1.R	Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	50%	**429**	-1,65	-0,89	-0,89	-0,13	-0,13	0,62	0,62	1,38	1,38	2,14
F.M2.R	Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	50%	**430**	-5,11	-3,64	-3,64	-2,17	-2,17	-0,71	-0,71	0,76	0,76	2,23
F.M3.R	*Consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio*												
B5R	**RESILIENZA - Screening oncologici**												
B5.1.2R	Andamento volumi screening mammografico	33%	**431**	-50,71	-40,13	-40,13	-29,54	-29,54	-18,95	-18,95	-8,37	-8,37	2,22
B5.2.2R	Andamento volumi screening cervice uterina	33%	**432**	-62,93	-47,39	-47,39	-31,85	-31,85	-16,31	-16,31	-0,77	-0,77	14,77
B5.3.2R	Andamento volumi screening colorettale	33%	**433**	-59,47	-44,78	-44,78	-30,09	-30,09	-15,4	-15,4	-0,72	-0,72	13,97

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

Al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano, che rappresentano tra le determinanti più significative della *performance* stessa, negli ultimi anni è stato dato un forte impulso alla rilevazione del clima organizzativo dei sistemi sanitari regionali. L'indagine, promossa e coordinata dal Laboratorio MeS, è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (*Computer Assisted Web Interview*), che prevede la compilazione di un questionario online, gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna. L'indagine di clima interno si effettua una volta ogni due anni e dal 2014 ha coinvolto più di 350.000 professionisti (vedi Tabella 2). L'evento pandemico ha comprensibilmente implicato una sospensione di questa attività di rilevazione, che verrà però ripresa già a partire dal 2022.

Lo studio del clima organizzativo risponde infatti all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo "stato di salute" di un'organizzazione. Per comprendere un'organizzazione, infatti, non è sufficiente analizzarne la struttura, costituita dalle regole e dagli strumenti operativi in uso, ma è necessario monitorarne la componente di "clima" interno, determinata dal contesto latente di motivazioni, aspettative e comportamenti delle persone che vi lavorano. Valutare il livello di soddisfazione e il coinvolgimento, in primo luogo, dei professionisti sanitari e, più in generale, di tutte le figure che contribuiscono a determinare i risultati aziendali, fornisce uno strumento per incidere in maniera tangibile sugli esiti dei percorsi assistenziali; avere dipendenti e collaboratori soddisfatti, motivati e coinvolti influenza infatti la produttività e il senso di appartenenza, con effetti indiretti sulla soddisfazione dell'utente finale (OECD, 2016). Viceversa, l'insoddisfazione lavorativa può determinare problemi di equilibrio psico-fisico, un maggior assenteismo e, complessivamente, una riduzione del livello di *performance* organizzativa (Lau et al., 2003). L'indagine di clima organizzativo mette a disposizione del *top management* informazioni necessarie non solo ad aumentare la soddisfazione lavorativa, ma anche all'individuazione di criticità organizzative: il clima organizzativo, se opportunamente gestito, può quindi determinare migliori *performance* individuali e aziendali (Nuti, Macchia, 2005; Rojas et al., 2014), assicurando l'allineamento dei comportamenti delle persone rispetto alla cultura e alla strategia dell'organizzazione (Basaglia, Paolino, 2015), ad esempio facendo leva sul miglioramento della comunicazione interna (Murante et al., 2013; Vainieri et al., 2017).

Anno	Ambito	N. aziende/enti coinvolti	N. dipendenti coinvolti
2014	Aziende del SSR Toscana	18	51,516
2014	Aziende del SSR Basilicata	4	7,471
2014	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	11	3,576
2015	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	15	2,004
2016	Aziende del SSR Emilia Romagna	14	60,247
2016	Azienda P.A. Bolzano	1	9,572
2016	Aziende del SSR Marche	2	2,982
2016	Aziende del SSR Umbria	3	9,059
2017	Aziende del SSR Puglia	10	38,120
2017	Aziende del SSR Veneto	24	60,279
2017	Aziende del SSR Toscana	8	51,955
2017	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	14	1,863
2018	Aziende del SSR Lombardia (pubblico e privato accreditato)	75	111,349
2019	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	8	19,795
2019	Azienda P.A. Bolzano	1	9,578
2019	Aziende del SSR Veneto	12	58,354
2019	Aziende del SSR Puglia	10	39,252
2020	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della P.A. di Trento	1	7,983

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

I risultati delle indagini di clima organizzativo sono messi a disposizione dei dipendenti con modalità definite a livello regionale.
Per garantire servizi sanitari di alto livello – anche e soprattutto nel contesto pandemico è importante lavorare sui processi di comunicazione e di coinvolgimento dell'utenza. In quest'ottica, il Laboratorio MeS ha disegnato, somministrato e analizzato una indagine alla popolazione italiana, tesa congiuntamente a rilevare la valutazione dei servizi sanitari durante la pandemia e la propensione ad aderire alla campagna vaccinale; è stata somministrata in modalità online, nel periodo tra il 22 dicembre 2020 ed il 28 gennaio 2021, raccogliendo complessivamente 12.322 interviste.
I risultati dell'indagine sono sintetizzati in due indicatori di valutazione (D23.1 - Soddisfazione verso i Servizi Sanitari durante la pandemia da COVID-19 nel 2020; D23.2 - Mancato utilizzo dei Servizi Sanitari a causa dell'indisponibilità dell'offerta), composti a loro volta nell'indice di sintesi rappresentato nei bersagli regionali (D23 - Valutazione dei cittadini sui servizi sanitari durante la pandemia da COVID-19).
Inoltre, sono state analizzate le pagine web delle Regioni/Province Autonome aderenti al Network e delle rispettive Aziende, relativamente alla sezione dedicata a fornire informazioni sulla vaccinazione anti COVID-19; ne è stata valutata sia la completezza, sia la comprensibilità e leggibilità. Anche questa rilevazione è stata tradotta in quattro indicatori (di cui tre valutati), confluiti nell'indicatore di sintesi B31.3 - Accessibilità online dell'informazione sulla vaccinazione anti COVID-19.

La rappresentazione dei risultati

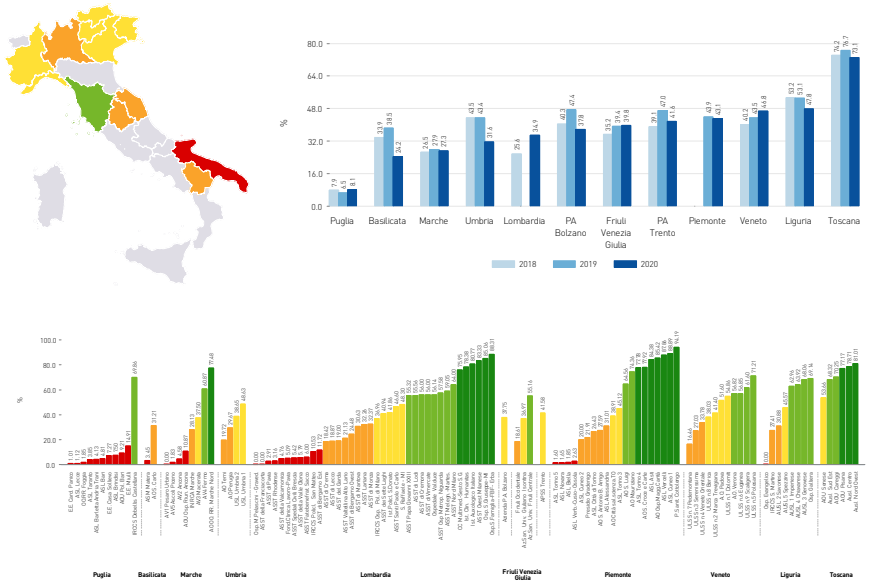
Fin dal 2008 è stato predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende sanitarie. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al Network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e di condivisione tra gli attori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

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

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

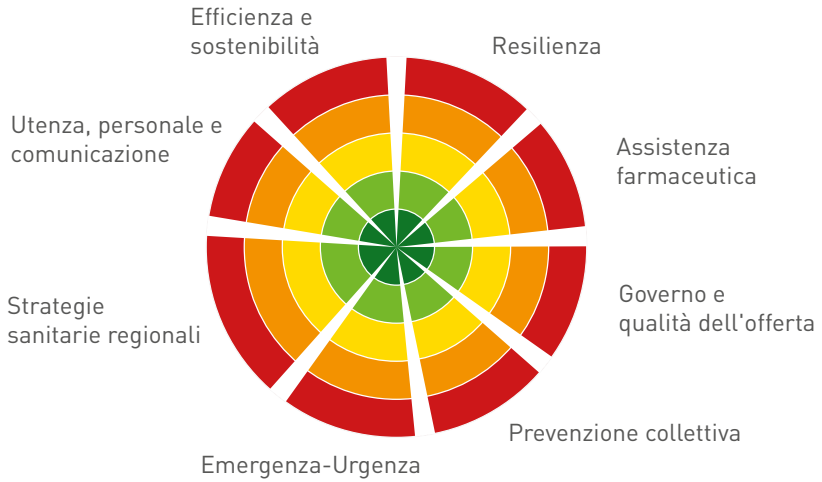
- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una mappa e da due istogrammi: la mappa restituisce la valutazione 2020 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento); il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con
- il trend rispetto agli anni precedenti; il secondo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

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



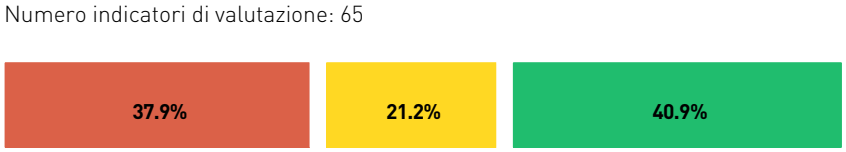
- per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati regionali, provinciali e aziendali, gli indicatori compositi sono inoltre riportati in una rappresentazione a "bersaglio" (figura 3). Lo schema del bersaglio permette di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Province/Aziende considerate. I pallini del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori compositi e sono ordinati seguendo le dimensioni precedentemente listate; la dimensione della "resilienza" è riportata in alto a destra, per favorirne una veloce individuazione. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna.

Figura 3. *Il bersaglio*



- il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema: una fotografia dei punti di forza e di debolezza delle organizzazioni; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo profuso da ciascuna Regione/Provincia/Azienda per migliorare la performance da un anno all'altro. Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene corredato da una barra in pila che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2019 e il 2020, mostrando – nel caso in cui siano disponibili almeno 15 indicatori (di valutazione) – la percentuale di questi migliorati, peggiorati o stabili (in un intorno compreso tra +1% e -1%);

Figura 4. *Barra in pila*



- il bersaglio fornisce una buona sintesi della performance complessiva regionale e aziendale ma difficilmente aiuta a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, lungo il percorso di cura. A tal fine, la rappresentazione dei risultati viene proposta anche attraverso una prospettiva di percorso. L'obiettivo è quello di focalizzare l'attenzione non sul soggetto erogatore dei servizi ma sull'utente a cui sono rivolti. Sono quattro i percorsi individuati: materno infantile, oncologico, cronicità ed emergenza-urgenza. Le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase del percorso sono riportati nella tabella 3. Evocando la metafora della "musica suonata a favore del paziente", i percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma – anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione – articolato nelle diverse fasi (le "battute"): le "note" riproducono i singoli indicatori. In questa soluzione grafica, vengono riportati esclusivamente gli indicatori cui sia attribuita una valutazione; quelli "di osservazione" inclusi nei quattro percorsi sono comunque consultabili su web, all'indirizzo www.performance.santannapisa.it. Nella logica del superamento degli steccati organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi assistenziali, i pentagrammi sono realizzati non solo a livello regionale ma anche a livello infra-regionale: ogni area considerata tendenzialmente riproduce i confini geografici delle Aziende territoriali e per ciascuna area sono riportati i risultati dei diversi erogatori che geograficamente insistono su di essa, nell'ottica di una loro co-responsabilizzazione nella presa in carico complessiva del bisogno di salute (vedi figure 5 e 6). La modalità rappresentativa del pentagramma consente, quindi, una visualizzazione dei risultati che, congiuntamente, permea i confini dei setting assistenziali (verso una valutazione del percorso complessivo) e valorizza il contributo dei singoli provider rispetto al conseguimento del risultato complessivo (Nuti et al., 2018). Come già indicato, alcuni nuovi indicatori della dimensione "resilienza" sono stati quest'anno collocati nei rispettivi pentagrammi.

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

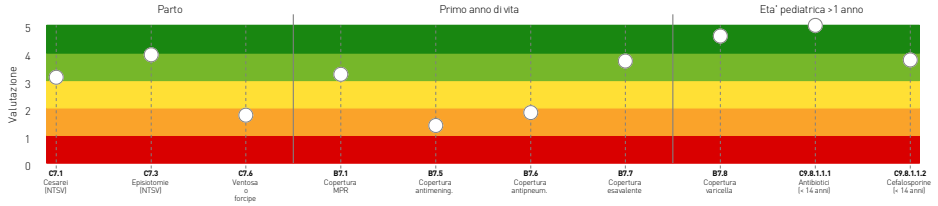


Figura 6. *Un esempio di pentagramma di area del percorso materno infantile*

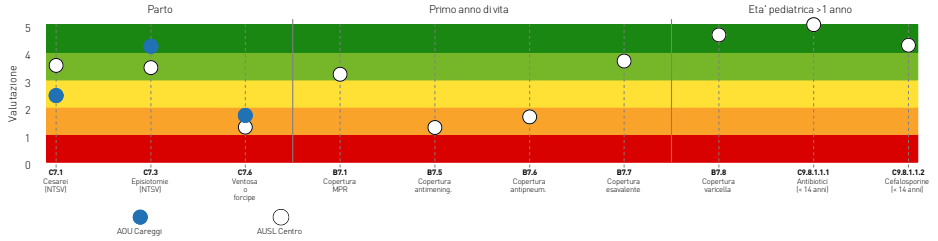


Tabella 3a. *I percorsi 2020, le relative fasi e gli indicatori a esse associati*

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

Tabella 3b. *I percorsi 2020, le relative fasi e gli indicatori a esse associati*

PERCORSO CRONICITA'		
A.M17	Volumi per visita di controllo cardiologica	**Presa in carico**
A.M30	Volumi per visita di controllo pneumologica	
AD.M1	Volumi per Accessi domiciliari ADI/ADP	
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con 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	
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	
F.M1	Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	
F.M2	Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	
C8D.1	*Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti*	**Ospedalizzazioni evitabili**
C11A.1.1	*Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)*	
D03CC	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco*	
C11A.2.1	*Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)*	
D03CA	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete*	
C11A.3.1	*Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)*	
D03CB	*Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO*	
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	**Esiti**

Tabella 3c. *I percorsi 2020, le relative fasi e gli indicatori a esse associati*

PERCORSO ONCOLOGICO		
B5.1.2R	Andamento volumi screening mammografico	
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	
B5.1.5	*Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo*	
B5.1.6	*Percentuale di adesione agli approfondimenti*	
B5.2.2R	Andamento volumi screening cervice uterina	**Screening**
B5.1.7	*Proporzione di cancri in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza*	
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	
B5.3.2R	Andamento volumi screening colorettale	
B5.3.1	Estensione dello screening colorettale	
B5.3.2	Adesione allo screening colorettale	
C10.5	*Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali*	**Diagnosi**
S.M3	Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	
C10.4.7	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
S.M4	Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	
C10.4.8	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
S.M5	Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	
C10.4.9	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	
S.M6	Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	
C10.4.10	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	
S.M7	Volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	
C10.4.11	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	
S.M8	Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	
C10.4.12	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	
S.M9	Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	
C10.4.13	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	
S.M10	Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	
C10.4.14	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	**Trattamento**
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	
C10.1.6	*Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata*	
C10.1.3	*Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella*	
C10.1.4	*Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella*	
C10.1.7	*Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella*	
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	
C10.2.2.1	*Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella*	
C10.2.5	*Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante*	
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
F10.2.1B	*Spesa Media per Farmaci Oncologici*	
F.M4	Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	
A.M29	Volumi per visita di controllo oncologica	**Follow-up**
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	
D30Z	*Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore*	
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	**Fine Vita**
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	
D32Z	*N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg*	

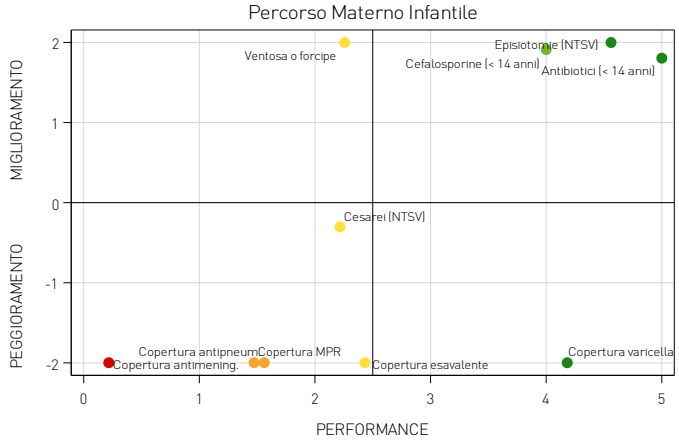
Tabella 3d. *I percorsi 2020, le relative fasi e gli indicatori a esse associati*

PERCORSO EMERGENZA-URGENZA		
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	**Accesso**
C8B.1	*Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso*	
C8C.1.N	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)*	
C8C.1	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*	
C8C.2.N	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C)*	
C8C.2	*Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*	
C8C.3	*Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*	
C8C.3.N	*Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)*	
D07C.P	*Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*	
D07C.P.N	*Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)*	
C16.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	**Triage**
C16.1.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 30 minuti*	
C16.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	
C16.3.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h*	
C16A.T1	*Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti*	
C16A.T1.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti*	
C16A.T2.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti*	
C16A.T2	*Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti*	
C16A.T3	*Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati o trasferiti*	
C16A.T3.N	*Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti*	
D9	*Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso*	**Percorso**
C16.4.1	*Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore*	
PS.M2	Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.5	*Percentuale di accessi in Osservazione Breve*	
C16.18	*Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza <= 6 ore*	
C16.5.1B	*Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore*	
C16.5.1A	*Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore*	
C16.9	*Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero*	**Ricovero**
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	
C16.8	*Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica*	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

- per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono affiancate, come lo scorso anno, le relative mappe di performance. Ciascuna di esse include tutti gli indicatori di valutazione di ogni percorso e riporta, per ogni indicatore, la performance dello stesso nell'anno in corso e la sua variazione rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance, il trend (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolato, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2020-2019, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre Regioni – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione attribuito a ciascun indicatore nell'anno 2020.

Si possono, quindi, individuare quattro quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio di 2,5: se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta un'ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2019 e il 2020. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2019 e il 2020 ma che il suo livello di performance 2020 ancora non può essere ritenuto soddisfacente. Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2020, ma registra un trend di peggioramento e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, la sua valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con trend in peggioramento.

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



L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni/Province, le tecnostrutture regionali/provinciali, il gruppo dei *professional affiliate* e i ricercatori del Laboratorio MeS, sotto la supervisione scientifica della professoressa Sabina Nuti e della professoressa Milena Vainieri. Con riferimento allo sviluppo di alcuni indicatori e di alcune metodologie di valutazione, il Network si avvale altresì della collaborazione del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università degli Studi di Bologna.

3

I RISULTATI 2020

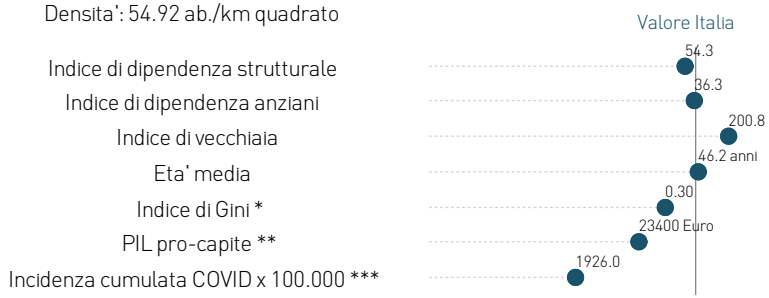
management sanità

BASILICATA



Popolazione: 553.254 abitanti

Densita': 54.92 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

Il sistema sanitario lucano nel 2020 è articolato in 2 Aziende Sanitarie territoriali provinciali (ASP Potenza e ASM Matera), un'Azienda Ospedaliera Regionale (AO San Carlo) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata - CROB). Il processo di riordino del sistema sanitario regionale (LR 2 del 12/01/2017) ha portato a un cambiamento della struttura organizzativa, costituita quindi da:

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE BASILICATA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la sfida sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario lucano ha registrato nel complesso una performance media, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

Un sistema di valutazione, infatti, per poter rispecchiare al meglio la realtà che si prefigge di valutare, deve essere dinamico e sapersi adattare ai cambiamenti di ciò che misura. La pandemia di COVID-19 ha richiesto l'introduzione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Per questo gruppo di indicatori, la Regione Basilicata presenta diversi indicatori che si posizionano sulle fasce più esterne del bersaglio. Questo è, ad esempio, il caso dell'area delle reti tempo dipendenti: la rilevante riduzione del numero di ricoveri per ictus e di quelli per infarto acuto del miocardio potrebbe avere ricadute importanti già nel breve periodo.

Migliore, invece, la situazione per l'ambito cardiocircolatorio di tipo elettivo: il sistema sanitario lucano fa registrare un aumento del 4.97% nei volumi di bypass aortocoronarici. Più critica la situazione per quanto riguarda i volumi per interventi chirurgici oncologici in classe di priorità A, per i quali, ad eccezione della variazione nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon e per melanoma (per quest'ultimo si nota un aumento), si registra tendenzialmente un calo significativo.

Relativamente critica anche la situazione per gli indicatori di nuova introduzione che mettono l'accento sul punto di vista dei cittadini rispetto alla valutazione dei servizi sanitari durante la pandemia. La Regione Basilicata, infatti, registra una bassa soddisfazione da parte dell'utenza e un alto numero di residenti che dichiarano di non aver utilizzato i servizi sanitari a causa dell'indisponibilità dell'offerta.

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale (non-COVID) registra prestazioni medie.

Anche in riferimento alla qualità dei processi ospedalieri, la Regione Basilicata registra complessivamente dei risultati di performance medi. Se la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni registra un crollo durante il 2020 (dal 63 al 44%), la percentuale di prostatectomie transuretrali aumenta ulteriormente, confermandosi *best practice*. Persiste una problematica nella percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera: pur confermando il calo già osservato lo scorso anno, i valori per il 2020 (2,64% di pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero ospedaliero) denotano tuttora la presenza di una criticità.

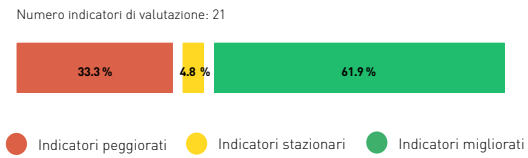
In ultimo, per quanto riguarda l'area della farmaceutica, sono osservabili livelli di performance media per quanto riguarda l'appropriatezza farmaceutica: da evidenziare, però, l'ottimo valore raggiunto nel consumo di antidepressivi sul territorio, che passa da 24.37 DDD per 1.000 ab. die del 2019 a 23.63 del 2020. Inoltre, relativamente alla percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, il sistema sanitario lucano ottiene il valore migliore del Network, denotando una buona propensione da parte dei prescrittori rispetto alla scelta di molecole con pari efficacia clinica e minor costo.

Relativamente al percorso materno-infantile, la Basilicata si conferma, in linea con lo scorso anno, tra le migliori Regioni del Network per i parti operativi (*best practice* del Network nell'anno 2020, con un valore di 2,52%), a fronte però di una criticità relativa ai parti cesarei e alle episiotomie (seppur con un trend in continuo calo dal 2018). Per quanto riguarda la presa in carico della casistica pediatrica, si registra un consumo appropriato di antibiotici e cefalosporine.

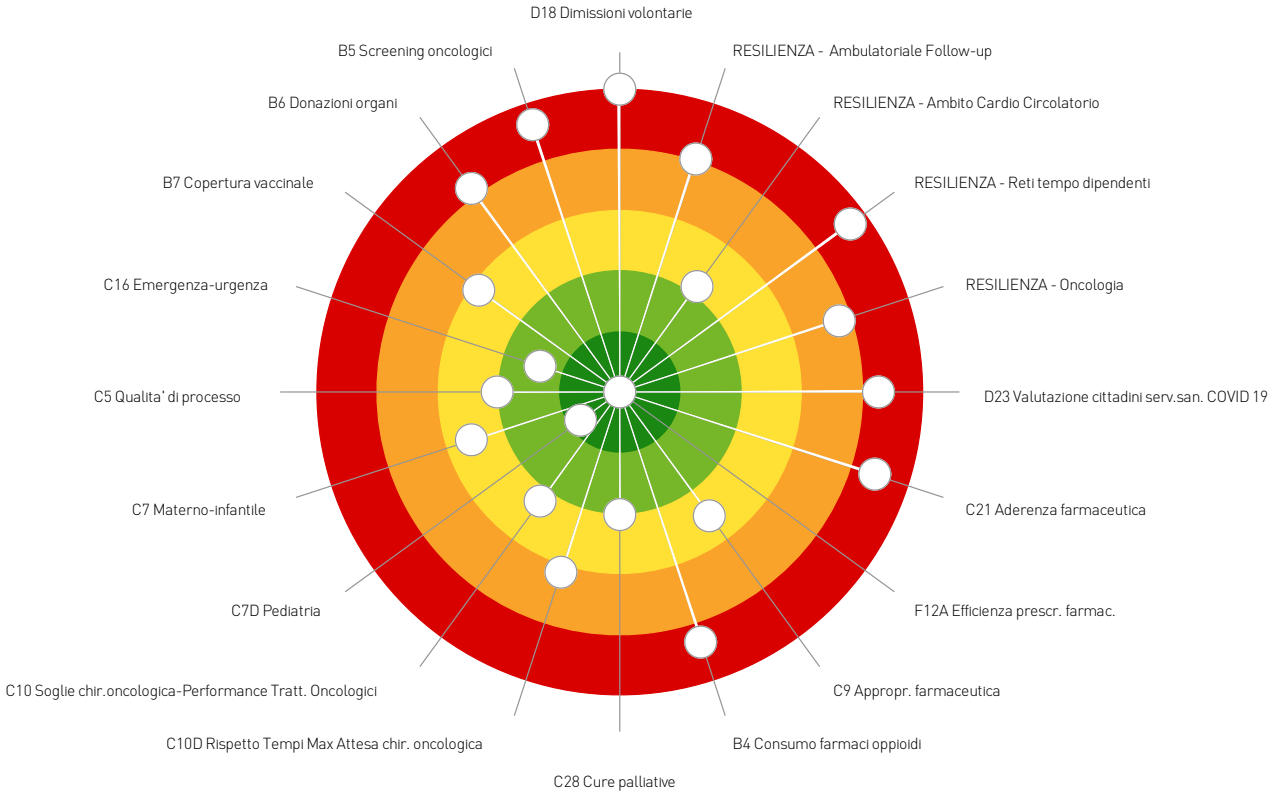
Nel percorso oncologico, sono molti gli indicatori che si posizionano nelle fasce più basse del pentagramma: tra questi, lo screening della cervice uterina e la variazione dei volumi per interventi chirurgici in classe di priorità A, come già segnalato. Positiva (valutazione buona) la percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella. Anche relativamente al rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica, il sistema sanitario lucano non raggiunge una valutazione soddisfacente, a parte gli interventi chirurgici per tumore al polmone e per melanoma, rispetto ai quali i tempi di attesa sono tra i più contenuti del Network.

Venendo, infine, al percorso emergenza-urgenza, si registra una performance complessivamente buona, senza nessun indicatore in fascia critica. La percentuale di accessi al pronto soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è la più alta del Network.

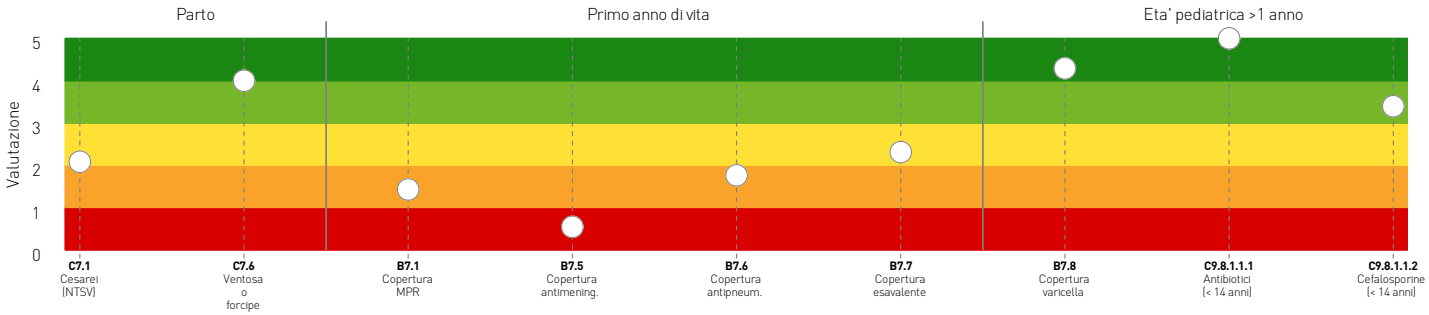
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



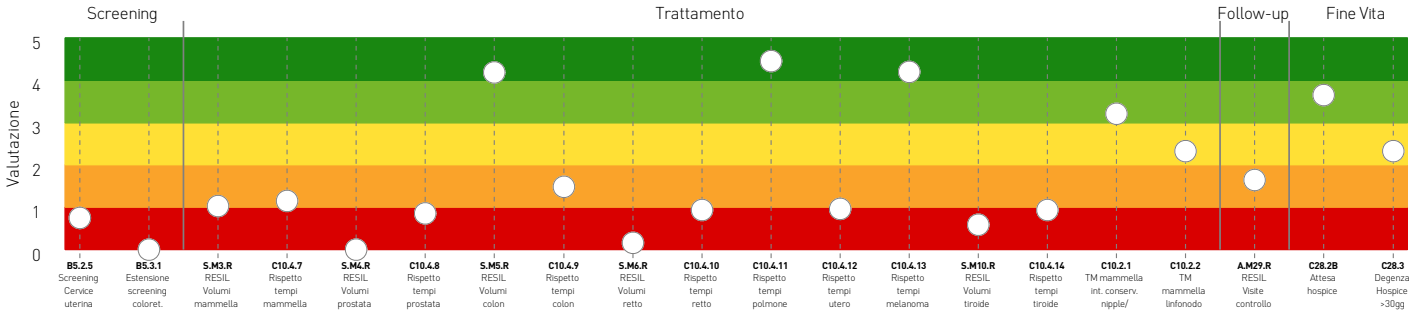
Valutazione della performance 2020



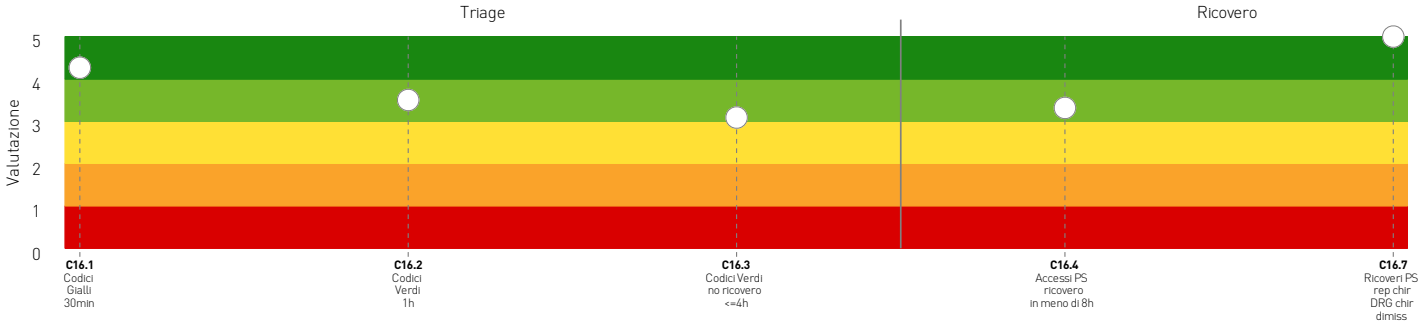
PERCORSO MATERNO INFANTILE

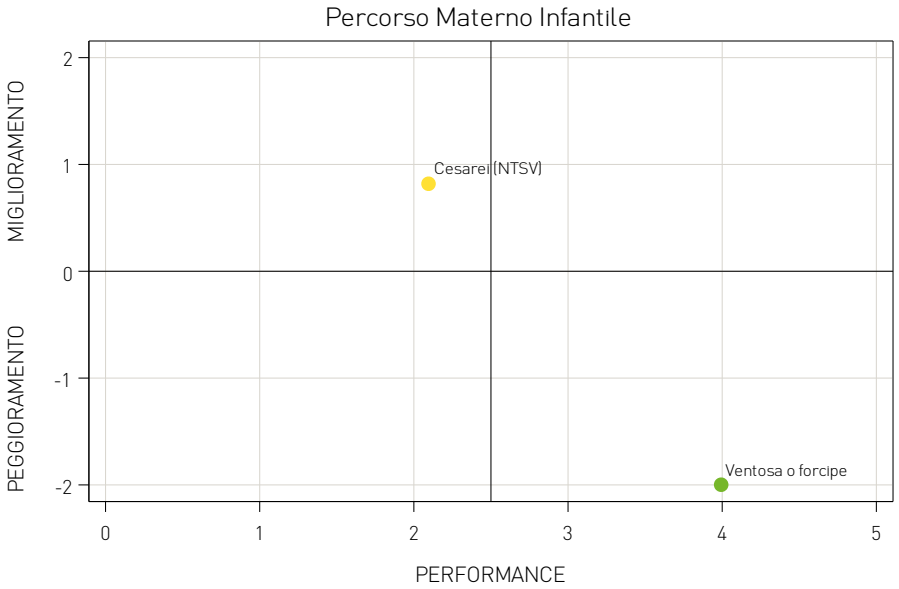


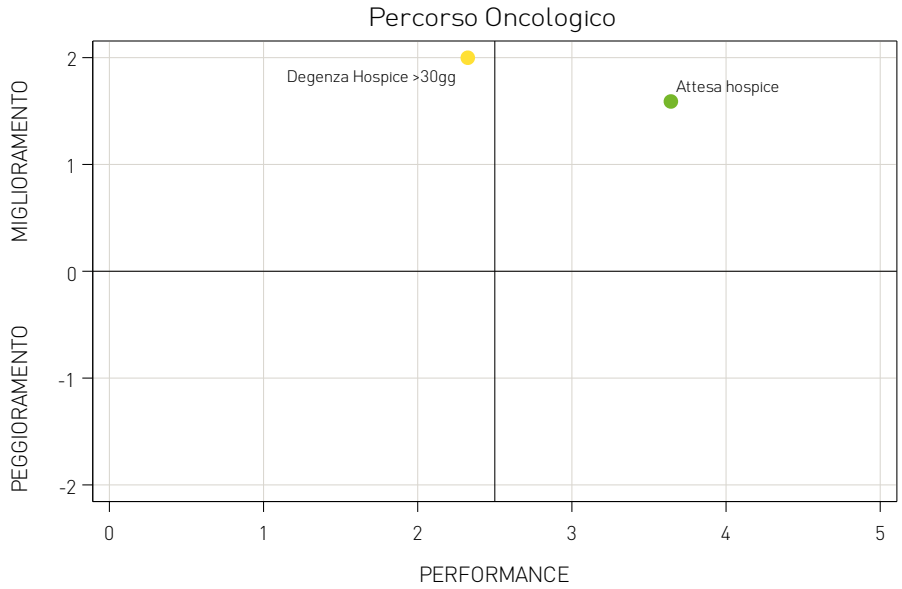
PERCORSO ONCOLOGICO

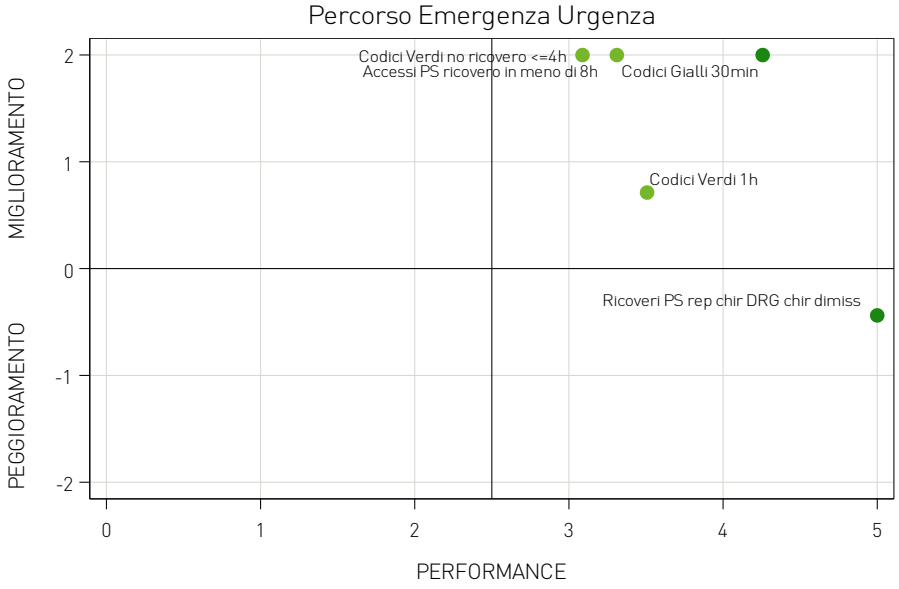


PERCORSO EMERGENZA URGENZA



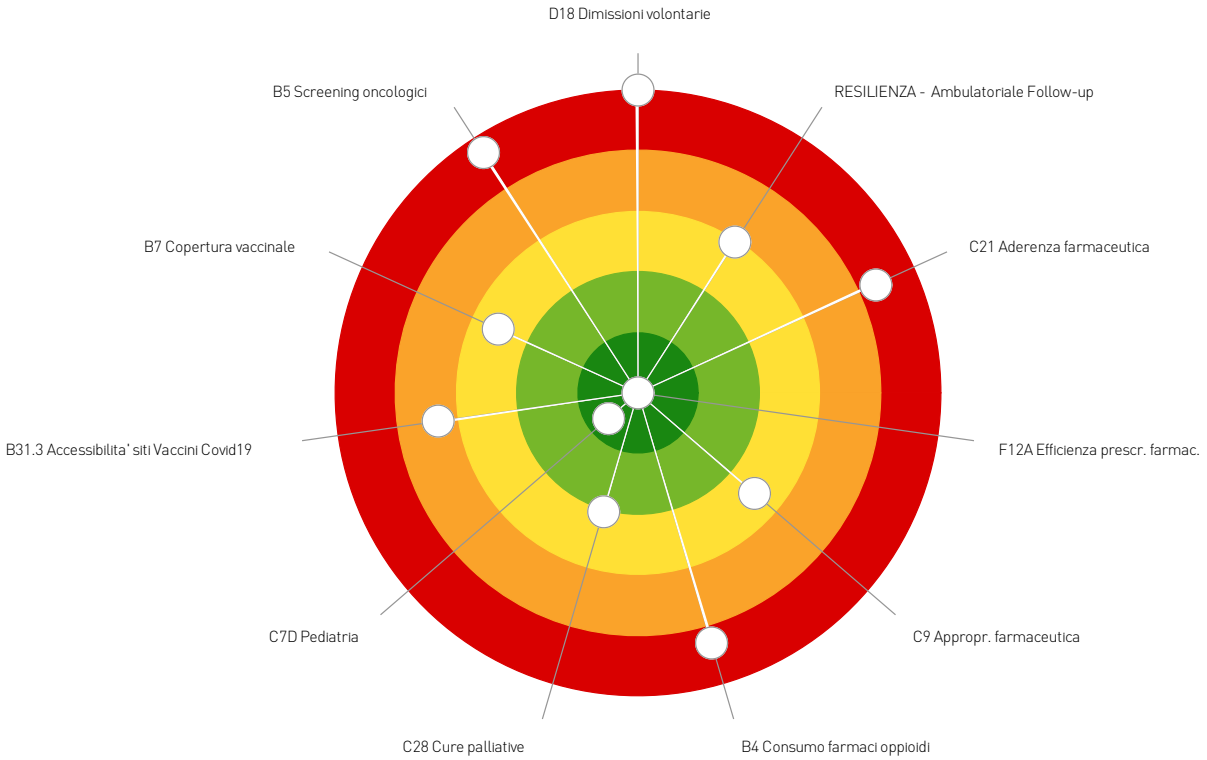

Percorso Materno Infantile
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Cesarei (NTSV)
Ventosa o forcipe
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4
5


Percorso Oncologico
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Degenza Hospice >30gg
Attesa hospice
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4
5


Percorso Emergenza Urgenza
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Codici Verdi no ricovero <=4h
Accessi PS ricovero in meno di 8h
Codici Gialli 30min
Codici Verdi 1h
Ricoveri PS rep chir DRG chir dimiss
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4
5

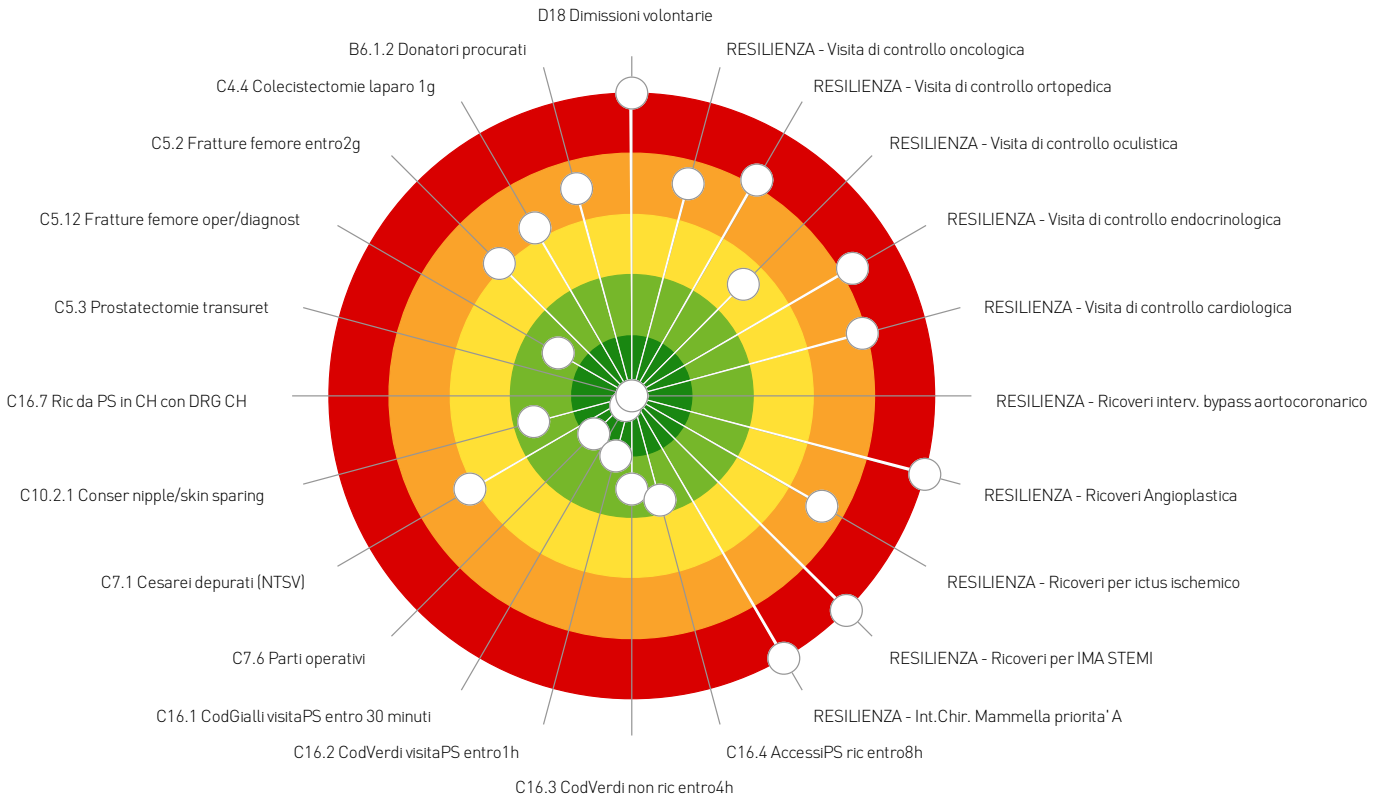
ASP POTENZA

Valutazione della performance 2020



AO S. CARLO

Valutazione della performance 2020



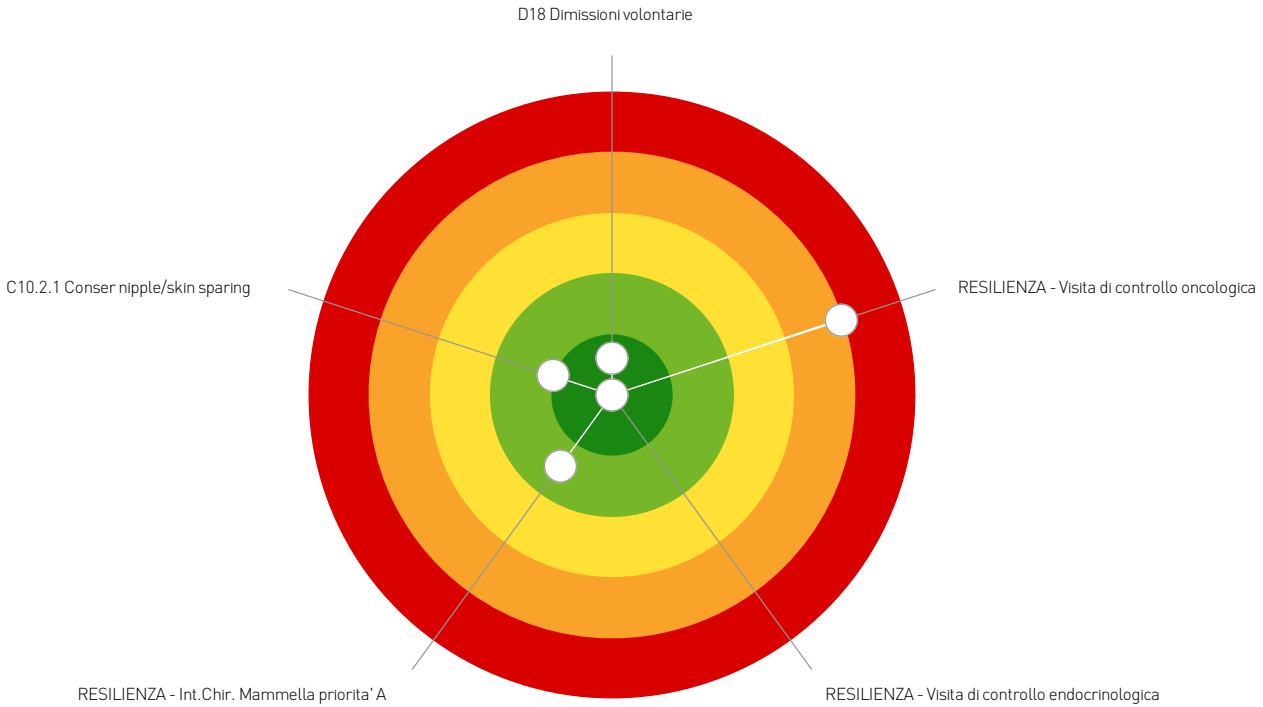
IRCCS CROB RIONERO

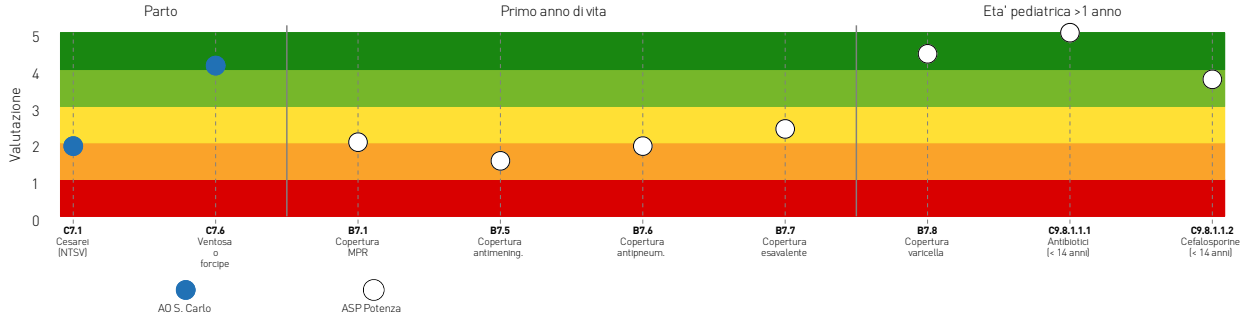
Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

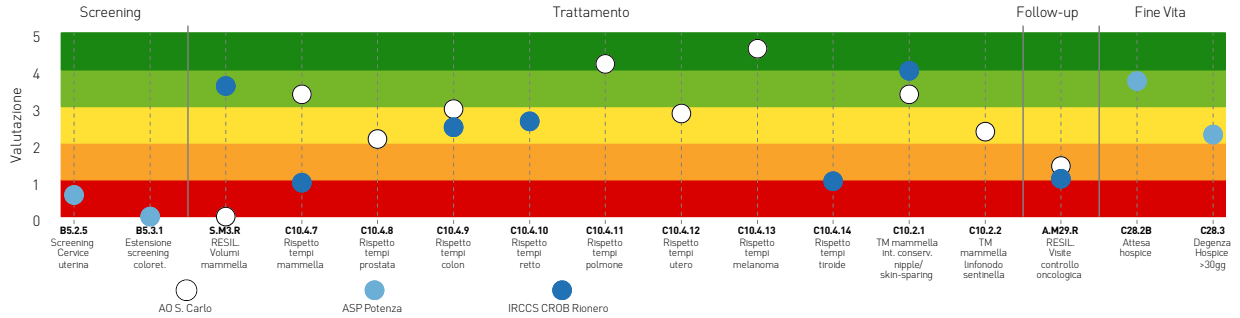
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020

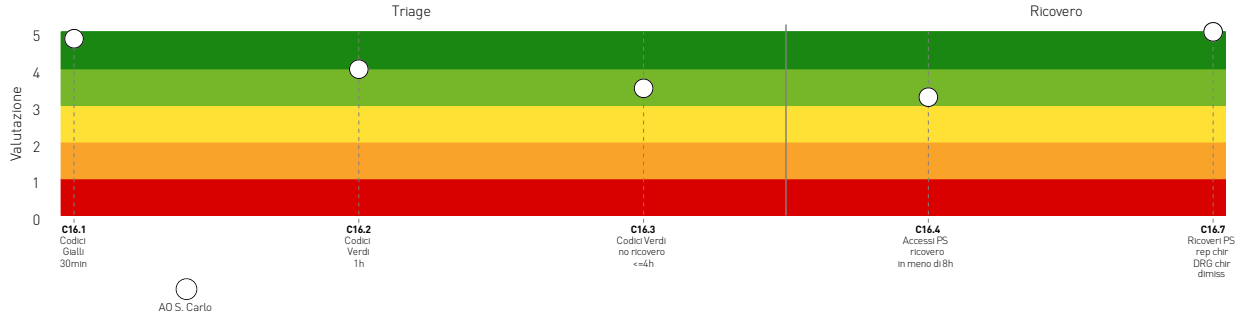




PERCORSO MATERNO INFANTILE



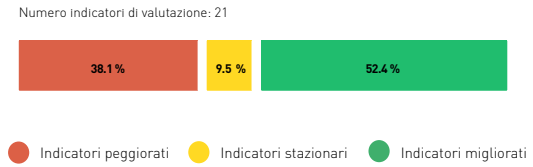
PERCORSO ONCOLOGICO



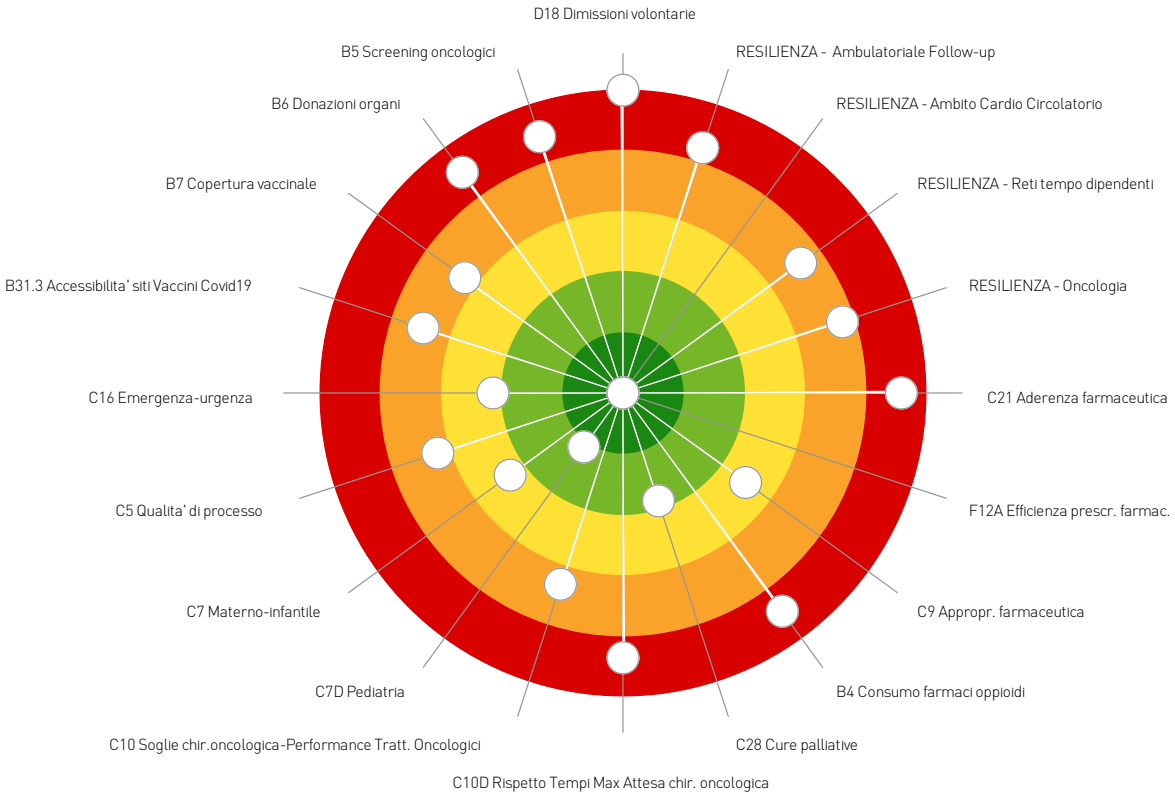
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

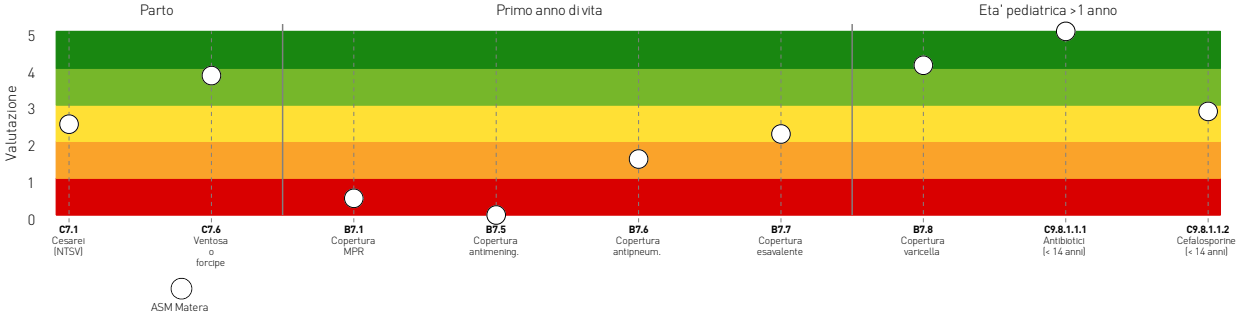
ASM MATERA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

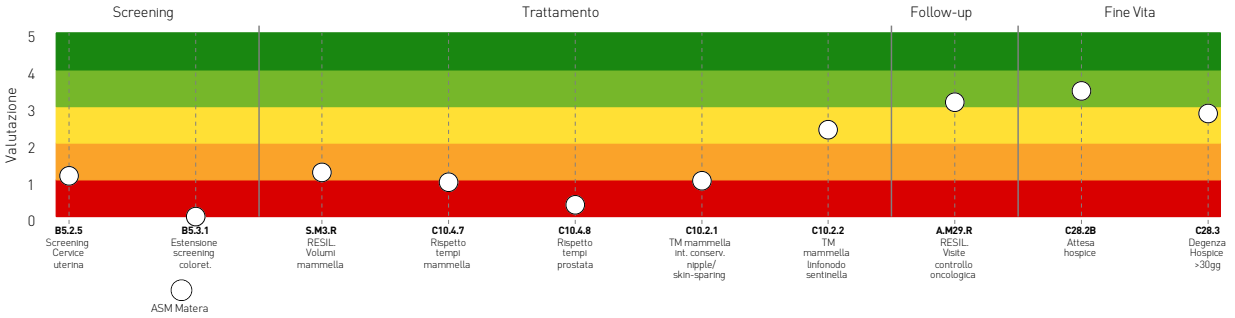


Valutazione della performance 2020

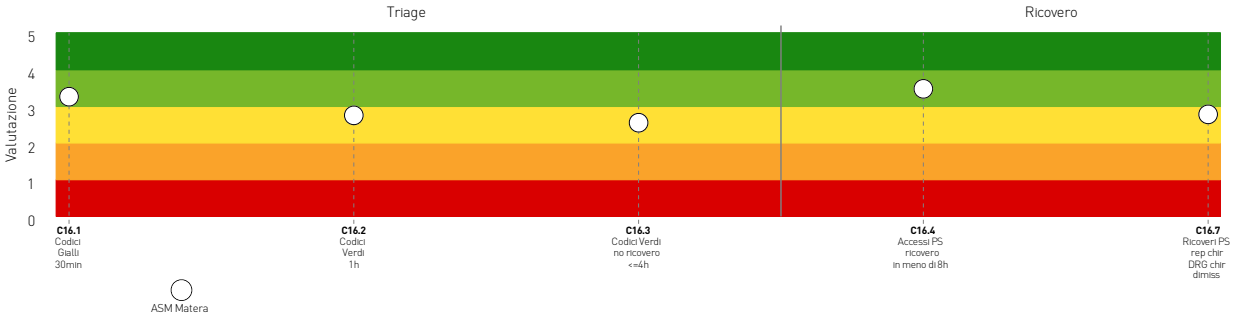




PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



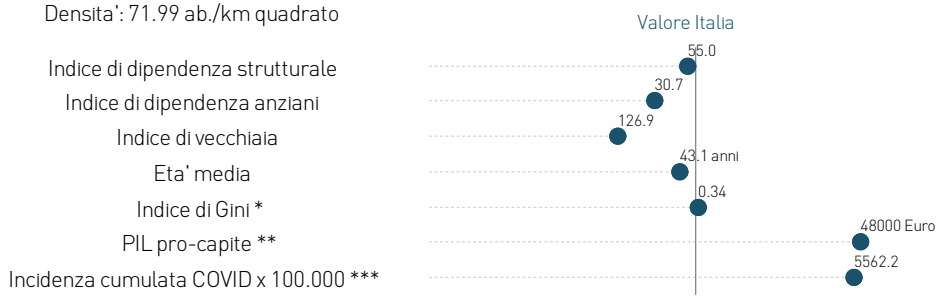
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

P.A. BOLZANO



Popolazione: 532.644 abitanti

Densita': 71.99 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali e Provinciali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano ha registrato nel complesso una performance molto buona, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

La pandemia di COVID-19 ha richiesto l'introduzione nel Sistema di Valutazione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Per questo gruppo di indicatori, la Provincia Autonoma di Bolzano presenta un andamento nel complesso molto positivo. I volumi di interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A) registrano complessivamente una contrazione contenuta o addirittura nessuna contrazione, con casi di mantenimento (tumore al retto) o anzi di incremento dei volumi erogati, rispetto al 2019, come ad esempio nei casi di tumore alla mammella e al colon, per i quali la Provincia Autonoma di Bolzano è la *best practice* del Network.

Si registra inoltre un'ottima performance sula variazione dei tempi mediani di permanenza per accessi al Pronto Soccorso; la tenuta dei volumi per ricoveri nell'ambito cardio circolatorio (attività elettiva) si attesta nella media del Network (gli interventi di angioplastica calano del 16.9%). Anche la riduzione di ammissioni ospedaliere per IMA STEMI e ictus ischemici registra valori in media. Complessivamente buona anche la tenuta nell'erogazione delle visite di controllo (se il calo delle visite cardiologiche è piuttosto marcato, - 53.8%, il numero di visite oncologiche di controllo addirittura cresce, rispetto al 2019, + 7%)

In riferimento alla prevenzione, il livello di copertura vaccinale (non-COVID) si conferma un punto di criticità, con valori decisamente al di sotto della media.

L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra una buona capacità di resistenza allo shock. I dati restano sostanzialmente stabili: la proporzione di fratture collo del femore operate entro 2 giorni registra una leggerissima flessione, dall'81,4% del 2019 all'81,09% del 2020, e rimane tra i migliori risultati del Network. Se la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori alle 8 ore si conferma tra le più alte, la percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione è invece la più bassa del Network, nonostante un leggero miglioramento rispetto al 2019.

Sia l'indice di performance degenza media per DRG medici che per DRG chirurgici segnano ottimi risultati. Rimane stabile e nella media anche il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, con un miglioramento della percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi.

La copertura delle cure domiciliari per pazienti anziani è significativamente inferiore alla media, ma potrebbe risentire di una qualità del flusso non ancora ottimale.

Per garantire un servizio di alto livello è importante lavorare sui processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale: la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente permette di monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, rimane sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, nell'area media della valutazione. In questo ambito rientra anche la valutazione sulla presenza e chiarezza delle informazioni sulla vaccinazione anti COVID-19 presente sul sito della Regione, che è superiore alla media del Network.

Si conferma buona la gestione del percorso materno infantile, con un contenuto ricorso alle episiotomie, mentre la proporzione di parti cesarei registra un miglioramento rispetto al 2019, portandosi nella fascia buona di valutazione (18.9%). Stabile anche il ricorso all'uso di forcipe o ventosa, leggermente più frequente rispetto alle altre Regioni/Province.

Il percorso oncologico presenta risultati complessivamente molto buoni, soprattutto in riferimento ai tempi di attesa per intervento chirurgico e – come già segnalato – al mantenimento dei volumi erogati, rispetto al 2019. Più critica la gestione degli screening: estensione e adesione di quello colorettale meritano senz'altro attenzione.

La gestione dell'emergenza-urgenza si conferma nel complesso molto buona. Come in tutte le Regioni del Network, aumenta (di circa due minuti) il tempo impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere l'obiettivo, rimanendo comunque di poco superiore alla media delle Regioni/Province.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

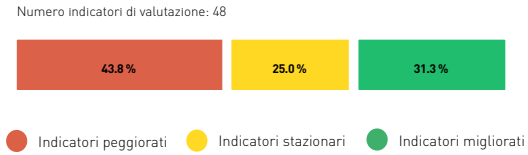
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

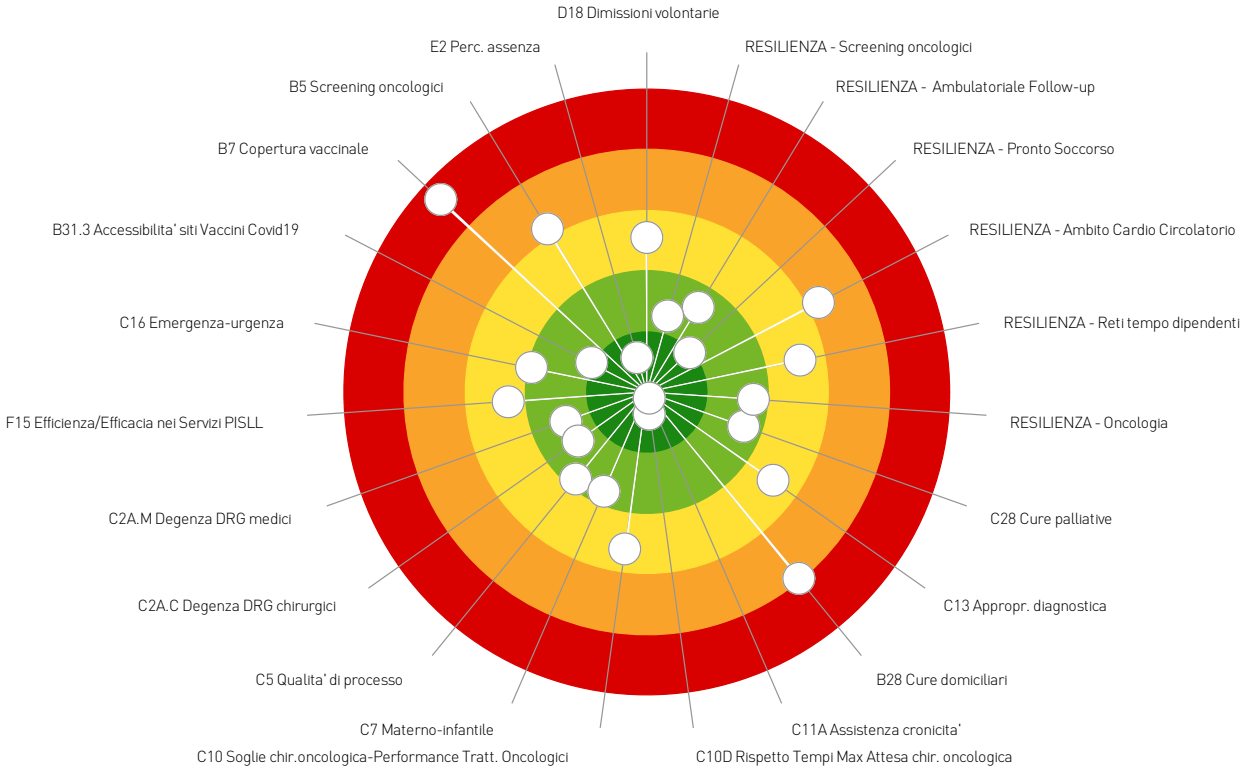
A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

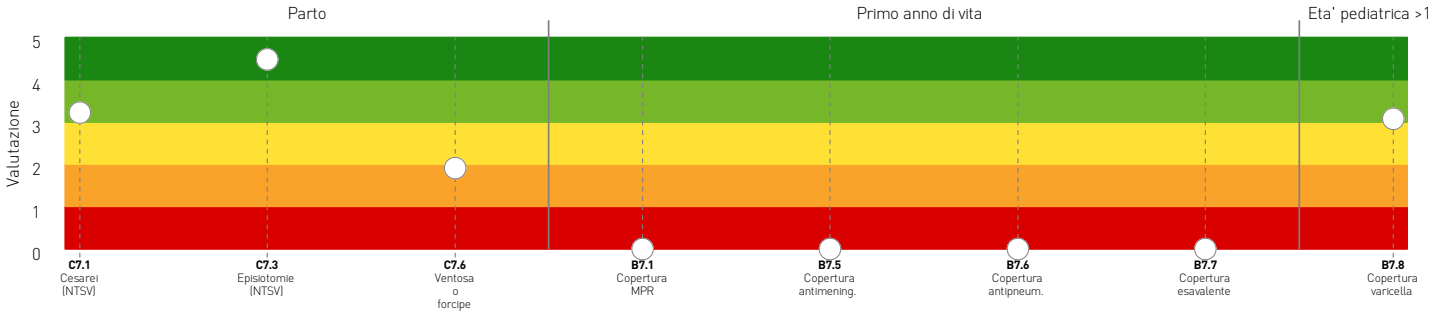
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



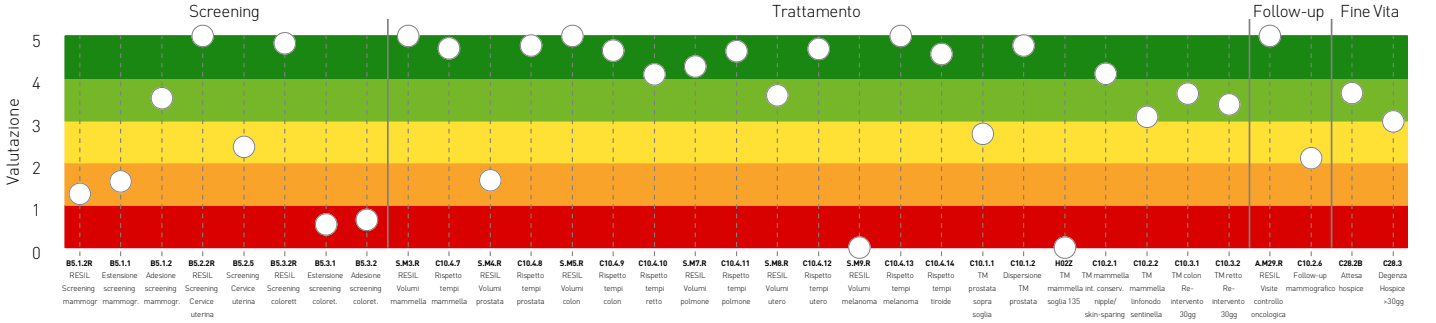
Valutazione della performance 2020



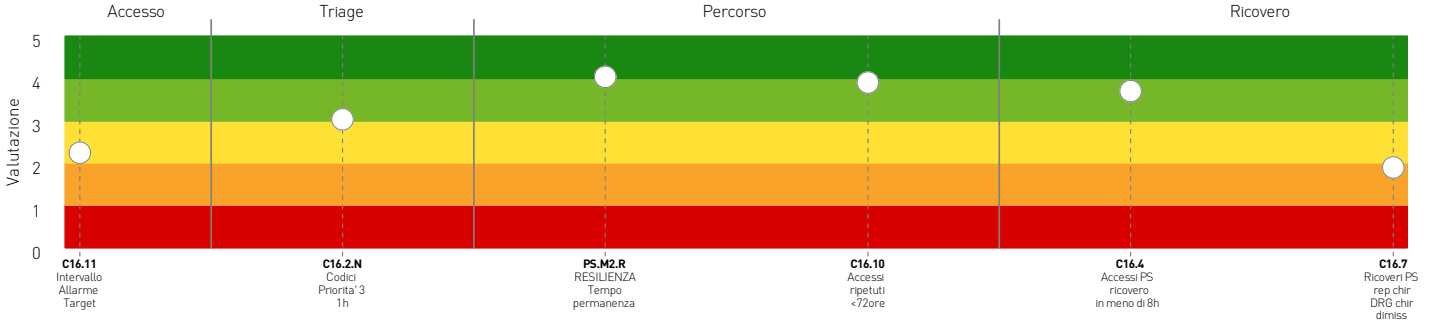
PERCORSO MATERNO INFANTILE

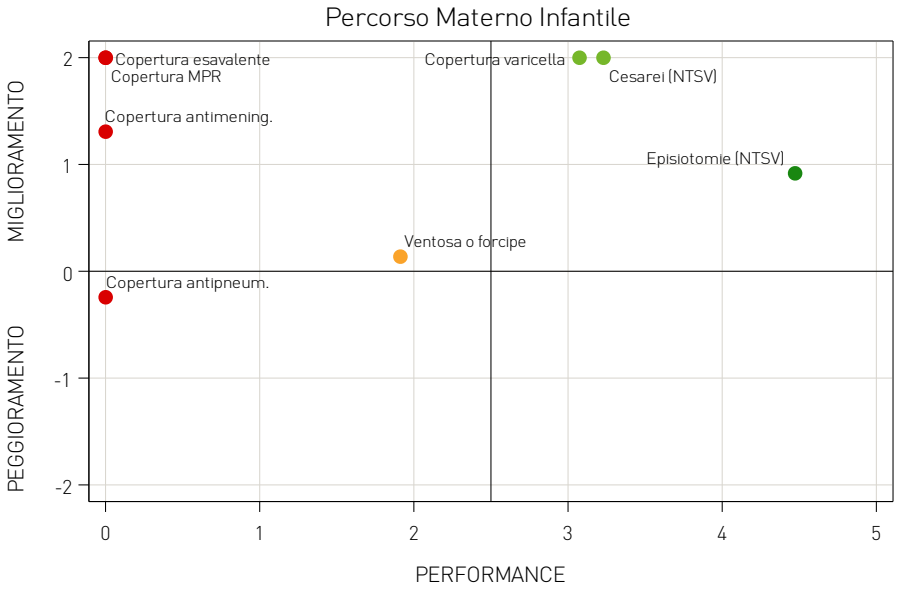


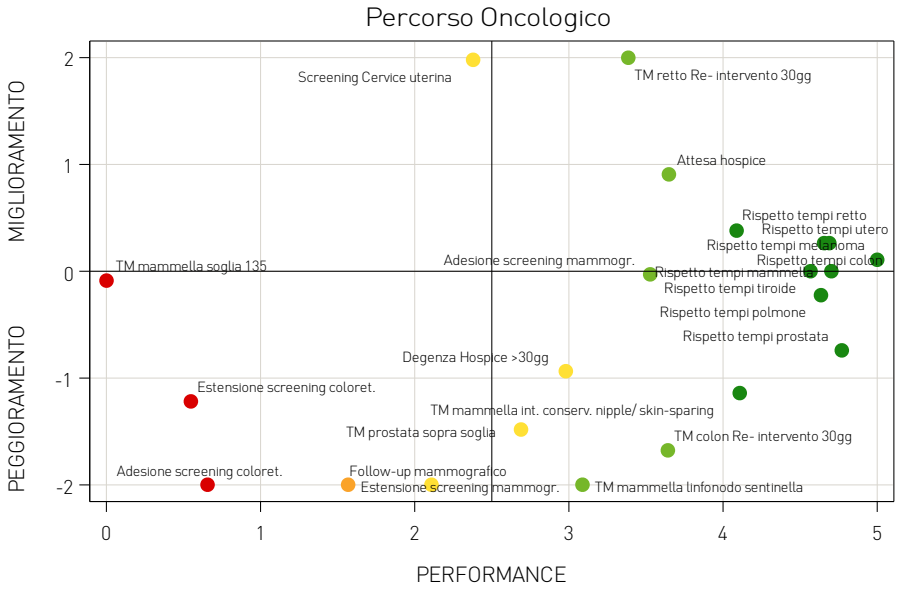
PERCORSO ONCOLOGICO

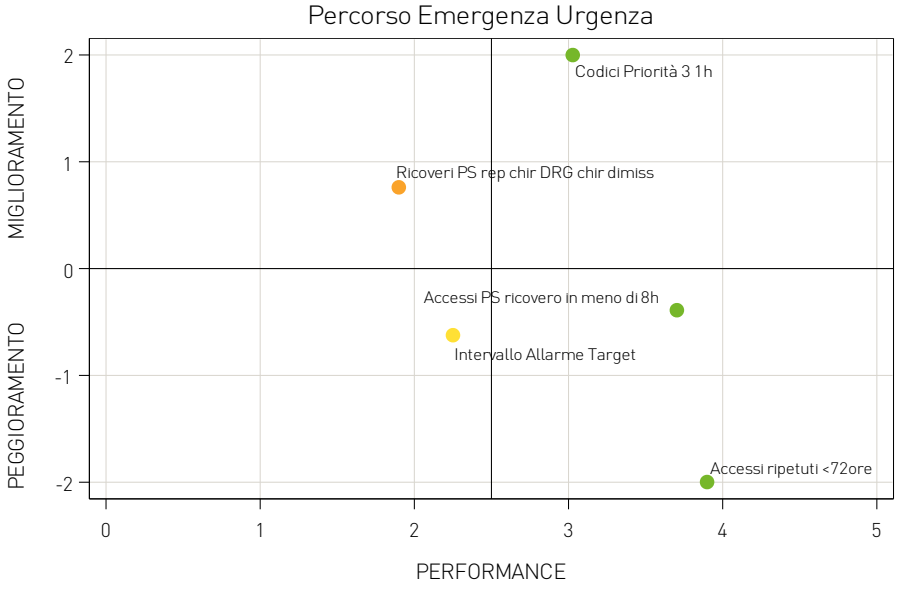


PERCORSO EMERGENZA URGENZA




Percorso Materno Infantile
Copertura esavalente
Copertura MPR
Copertura varicella
Cesarei (NTSV)
Copertura antimening.
Episiotomie (NTSV)
Ventosa o forcipe
Copertura antipneum.
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4
5


Percorso Oncologico
Screening Cervice uterina
TM retto Re- intervento 30gg
Attesa hospice
Rispetto tempi retto
Rispetto tempi utero
Rispetto tempi melanoma
Rispetto tempi colon
TM mammella soglia 135
Adesione screening mammogr.
Rispetto tempi mammella
Rispetto tempi tiroide
Rispetto tempi polmone
Rispetto tempi prostata
Degenza Hospice >30gg
Estensione screening coloret.
TM mammella int. conserv. nipple/ skin-sparing
TM prostata sopra soglia
TM colon Re- intervento 30gg
Adesione screening coloret.
Follow-up mammografico
Estensione screening mammogr.
TM mammella linfonodo sentinella
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4
5

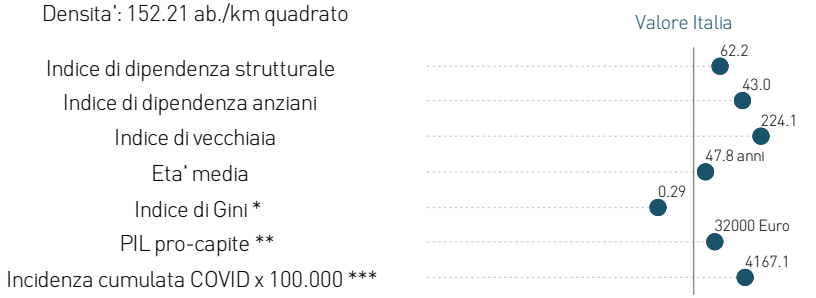

Percorso Emergenza Urgenza
Codici Priorità 3 1h
Ricoveri PS rep chir DRG chir dimiss
Accessi PS ricovero in meno di 8h
Intervallo Allarme Target
Accessi ripetuti <72ore
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4
5

FRIULI VENEZIA GIULIA



Popolazione: 1.206.216 abitanti

Densita': 152.21 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia ha registrato nel complesso una buona performance, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

La pandemia di COVID-19 ha infatti richiesto l'introduzione nel Sistema di Valutazione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Per questo gruppo di indicatori, il Friuli Venezia Giulia presenta un andamento nel complesso molto buono.

Nella gestione dell'ambito cardio-circolatorio (elettivo), la Regione è la *best practice* del Network, con variazioni relativamente molto ridotte, in particolare, per interventi in angioplastica (-10.8%). Sul lato dell'urgenza, nella media la contrazione di ammissioni ospedaliere per IMA STEMI, mentre quelle per ictus ischemico sono decisamente contenute (-6.2%).

La percentuale di anziani in cure domiciliari resta relativamente bassa, ma la contrazione rispetto al 2019 è contenuta. Il tempo mediano di permanenza per accessi al pronto soccorso si è contratto meno delle altre Regioni.

In ambito oncologico, la contrazione degli screening è complessivamente nella norma (partendo peraltro da livelli elevati), così come quella degli interventi chirurgici (la variazione dei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella è del -1.9%, tra i migliori risultati del Network).

Dall'indagine sulla valutazione dei Servizi Sanitari durante la Pandemia da Covid-19, svolta dal Laboratorio MeS, si evince una complessiva soddisfazione dei cittadini friulani verso il proprio sistema sanitario: il 71,8% degli intervistati si ritiene, infatti, soddisfatto dell'assistenza ricevuta dal servizio sanitario della propria Regione durante la pandemia.

Tra gli indicatori di nuova introduzione, il sito internet regionale, nel 2020, presenta un livello di chiarezza nella media, per quanto riguarda le informazioni sulla vaccinazione anti Covid-19.

Il livello di copertura vaccinale (vaccinazioni non-COVID) si conferma nella media, pur con alcuni ambiti meritevoli di maggior presidio (segnatamente, HPV e antipneumococcico).

Per quanto riguarda l'area della qualità e dell'organizzazione dei processi ospedalieri, la durata delle degenze (chirurgiche e mediche) si conferma leggermente superiore alla media (cresce in particolar modo la durata di quelle mediche). Stabile e leggermente inferiore alla media la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno. Nonostante il leggero calo rispetto allo scorso anno, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni è buona (passa da 71,77% del 2019 a 69,98% del 2020). Tra le prime posizioni del Network (con un valore di 92,16%), invece, la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, indicatore che indirettamente monitora l'efficienza ospedaliera e che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture. Molto positiva la valutazione dell'utenza rispetto ai servizi e alla qualità ospedaliera: la percentuale di dimissioni volontarie (indicatore *proxy*), infatti, continua a rimanere tra le più basse di tutto il Network.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica, si segnala un recupero di appropriatezza, in linea con le altre Regioni, nel ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (prestazione ad alto rischio di inappropriatezza, che passa da 27.47% del 2019 a 17,83% del 2020).

Si mantiene, inoltre, ottima la *governance* farmaceutica. Si conferma elevata la propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza; il Friuli Venezia Giulia si posiziona inoltre tra le migliori realtà del Network per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva.

La gestione del percorso materno infantile si mantiene piuttosto buona, con una percentuale di parti cesarei molto contenuta (14.5%, *best practice* del Network), a fronte di un ricorso all'episiotomia comunque contenuto (19.5%). I parti operativi, si converso, sono più numerosi della media (9.8%).

La presa in carico delle cronicità si conferma complessivamente buona, lungo tutte le fasi. In particolare, la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine si conferma la più bassa del Network.

Più eterogenei i risultati riferiti al percorso oncologico, per quanto complessivamente buoni. Relativamente ai programmi di screening oncologici, molto buona la performance del sistema sanitario friulano: sia l'estensione che l'adesione dello screening mammografico fanno registrare ottimi valori per il 2020 (seppur in lieve contrazione rispetto al 2019). Ottime anche le performance degli screening della cervice uterina e colo-rettali: in quest'ultimo caso, relativamente all'adesione, il Friuli Venezia Giulia conquista la vetta del Network, attestandosi come *best practice* per il 2020. Nella fase del "trattamento", si segnalano invece delle criticità sul rispetto dei tempi massimi di attesa per gli interventi alla mammella, al colon e al retto.

In riferimento alla gestione dell'emergenza-urgenza, il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è abbastanza contenuto ma comprensibilmente in lieve aumento rispetto all'anno precedente (di circa 2 minuti). Sono un po' più alti della media i tempi di attesa in PS per la presa in carico della casistica meno urgente.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

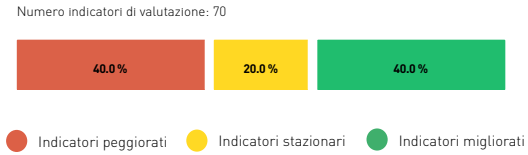
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

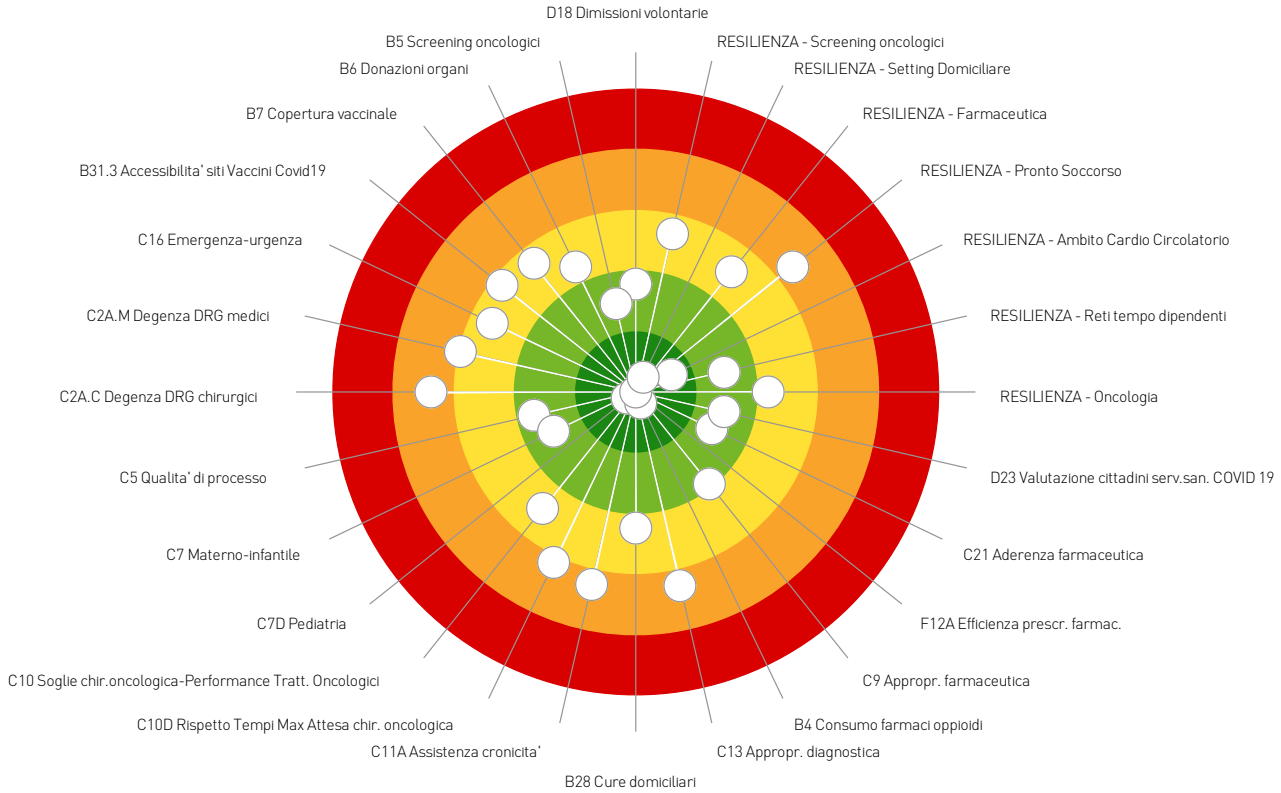
A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

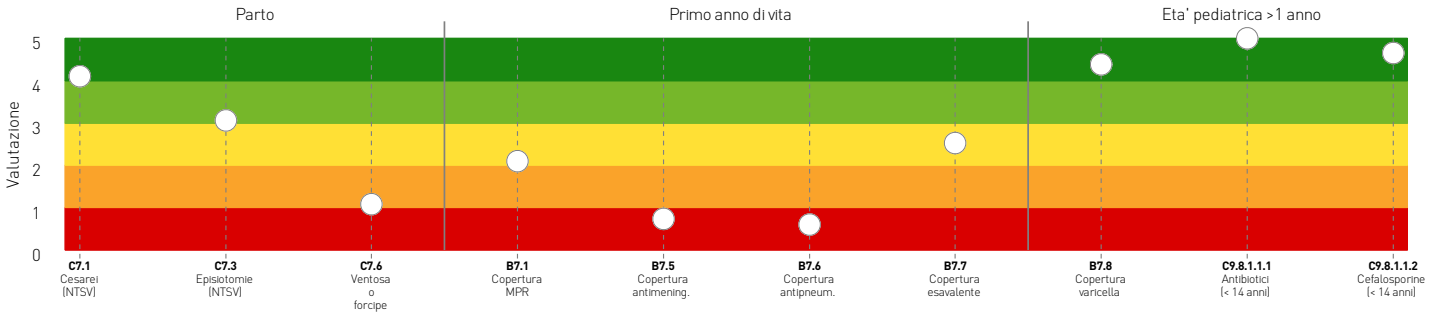
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



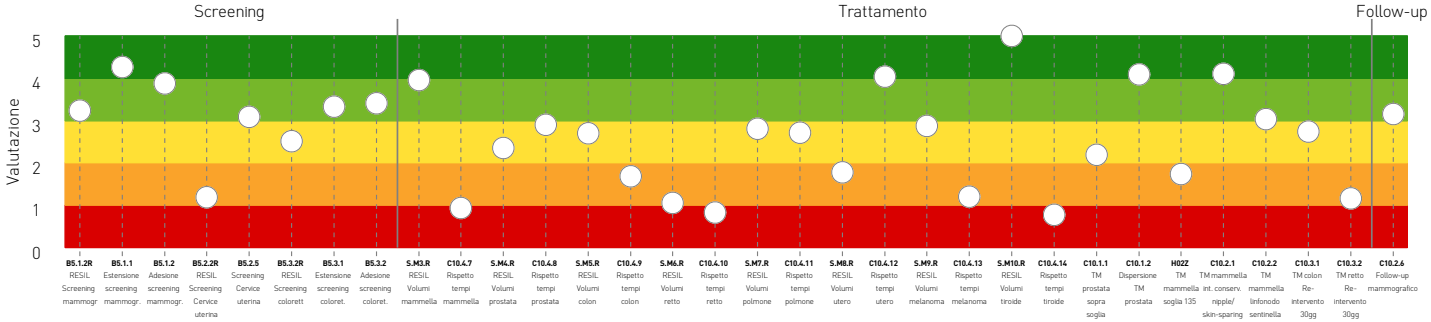
Valutazione della performance 2020



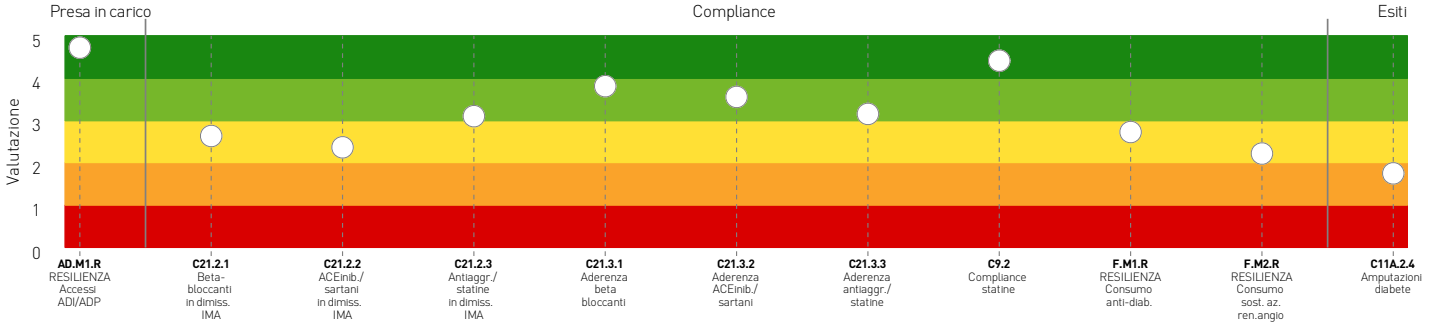
PERCORSO MATERNO INFANTILE



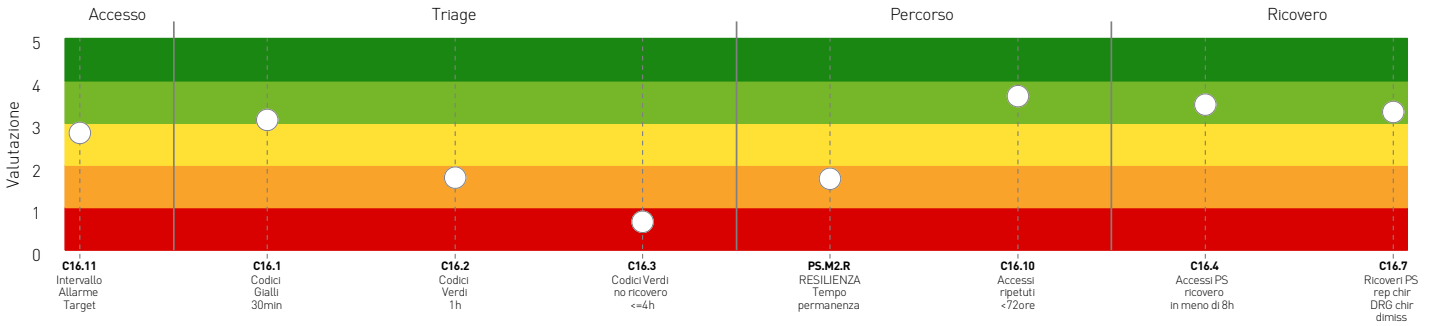
PERCORSO ONCOLOGICO



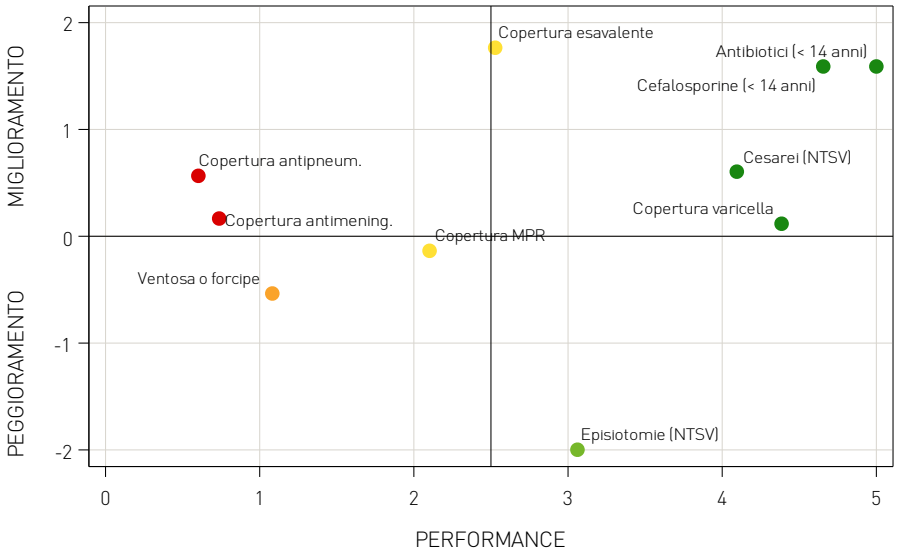
PERCORSO CRONICITÁ



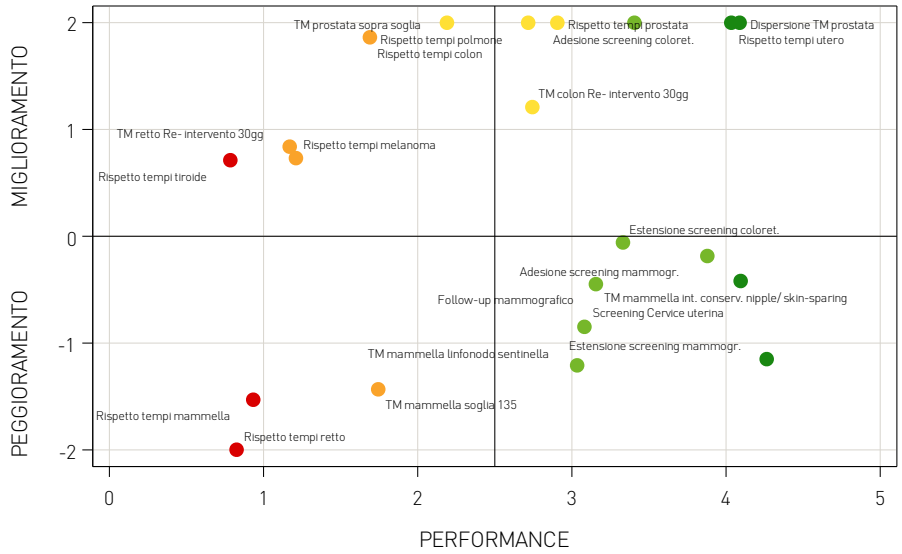
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



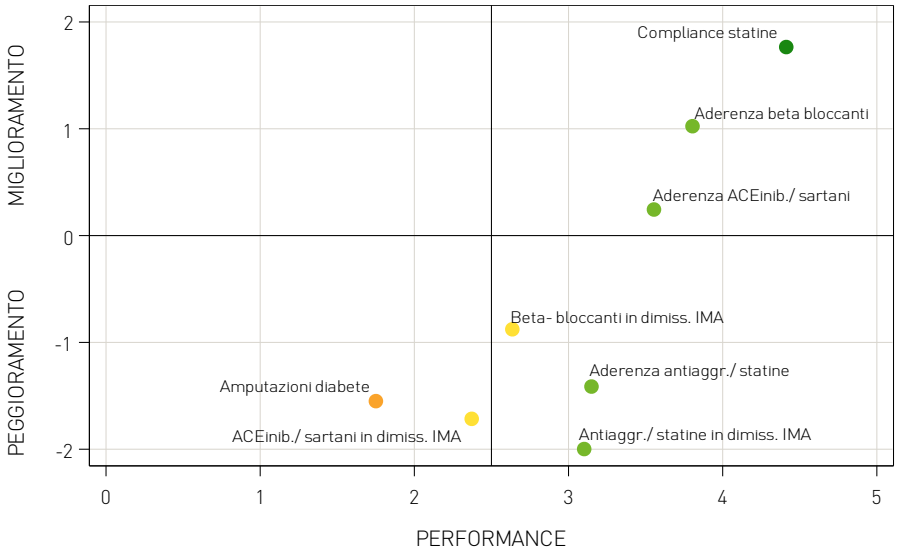
Percorso Materno Infantile



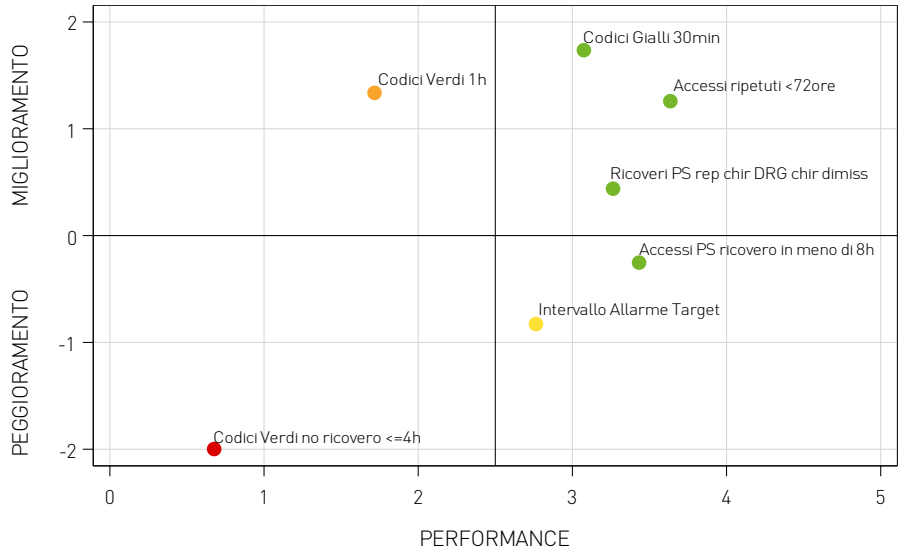
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



AZ.SAN.UNIV.GIULIANO ISONTINA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

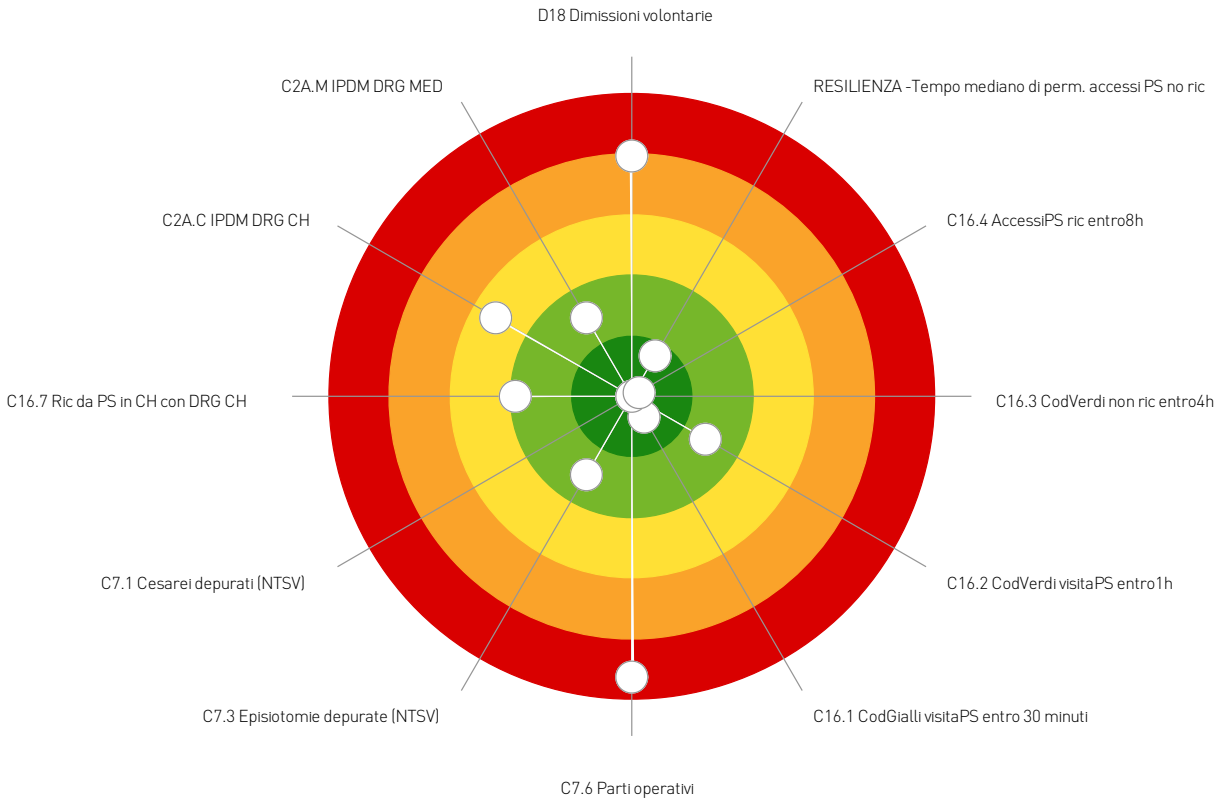


Valutazione della performance 2020

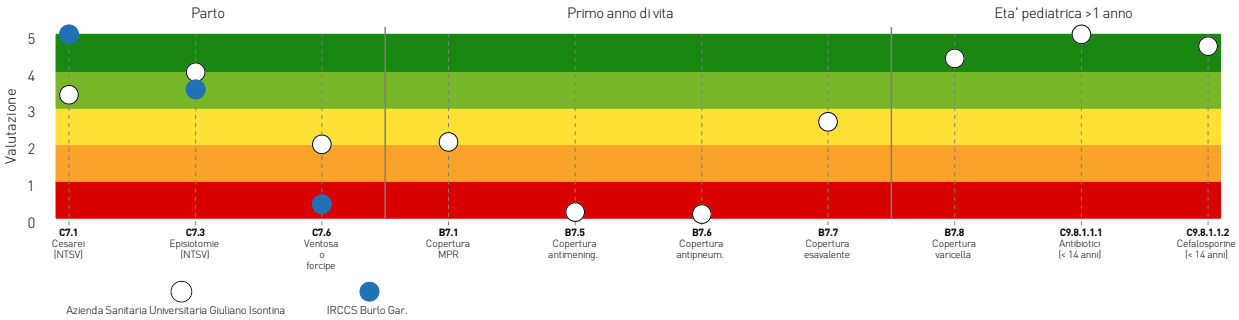


IRCCS BURLO GAROFOLO

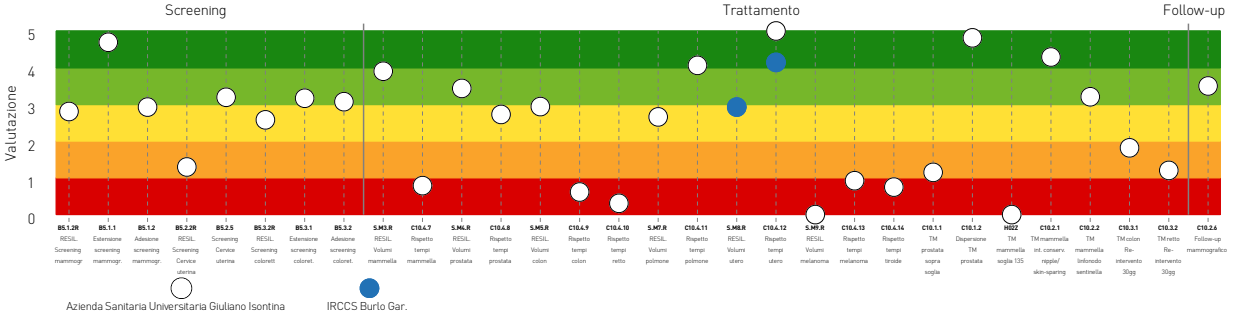
Valutazione della performance 2020



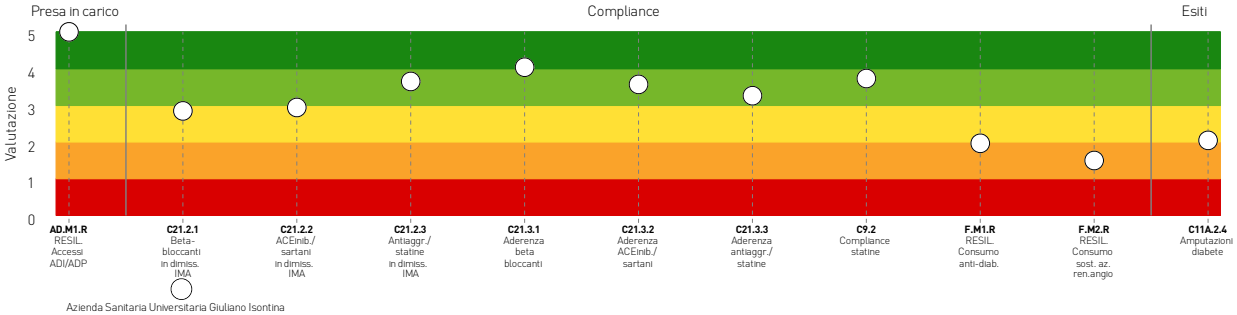
PERCORSO MATERNO INFANTILE



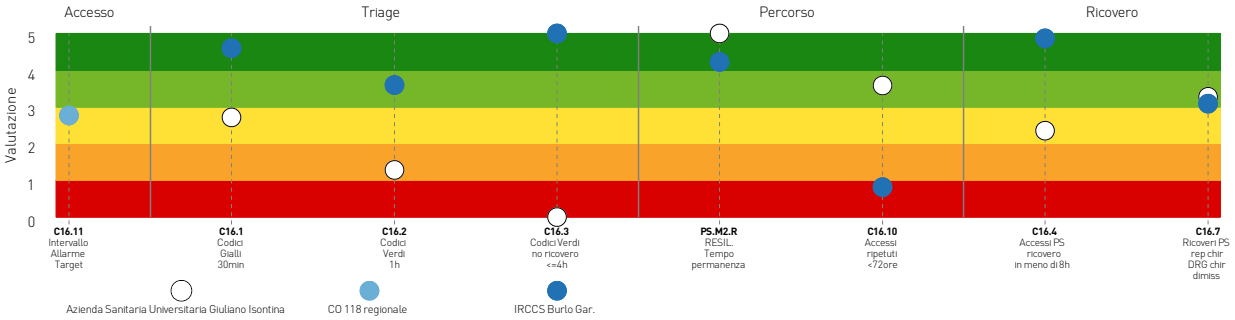
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AZ.SAN.UNIV.FRIULI CENTRALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

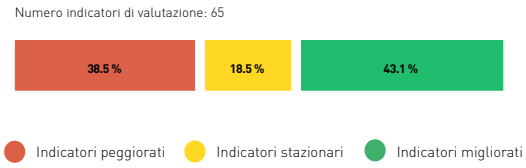
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

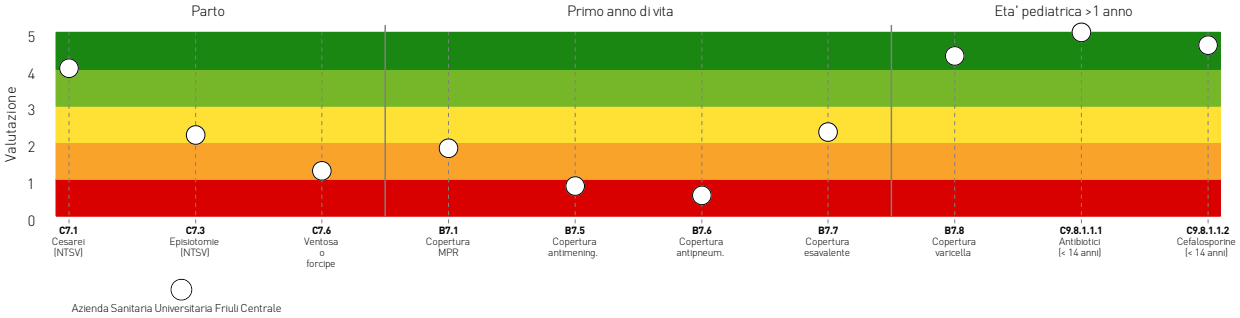
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



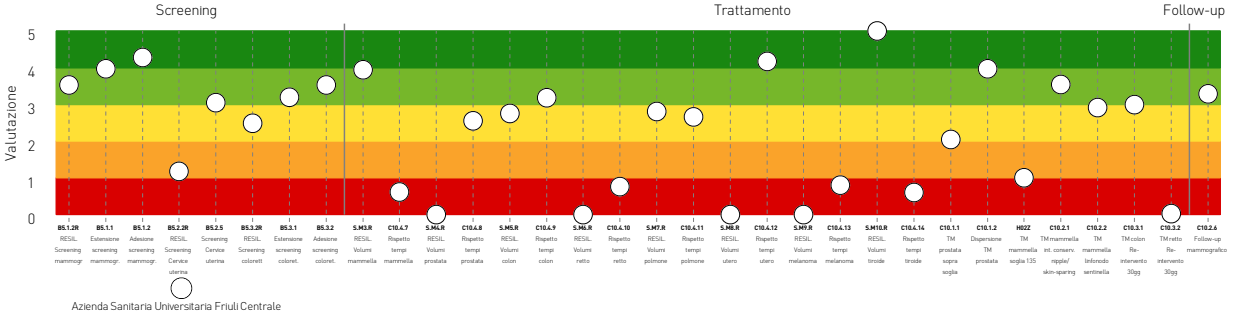
Valutazione della performance 2020



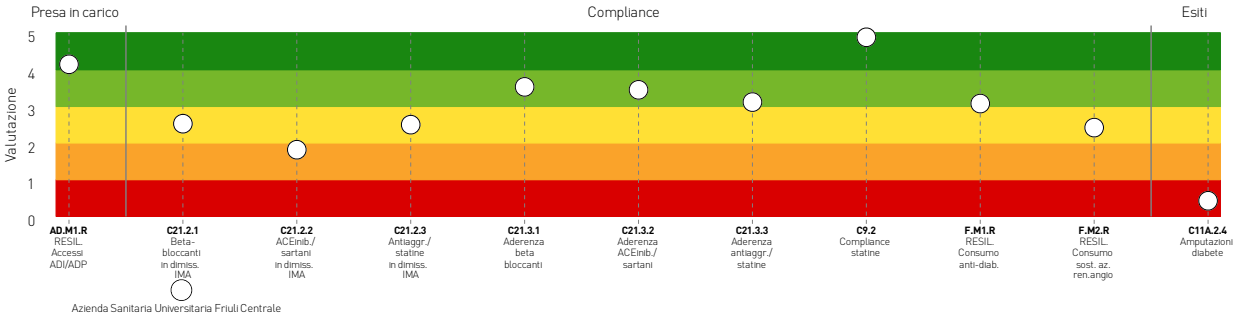
PERCORSO MATERNO INFANTILE



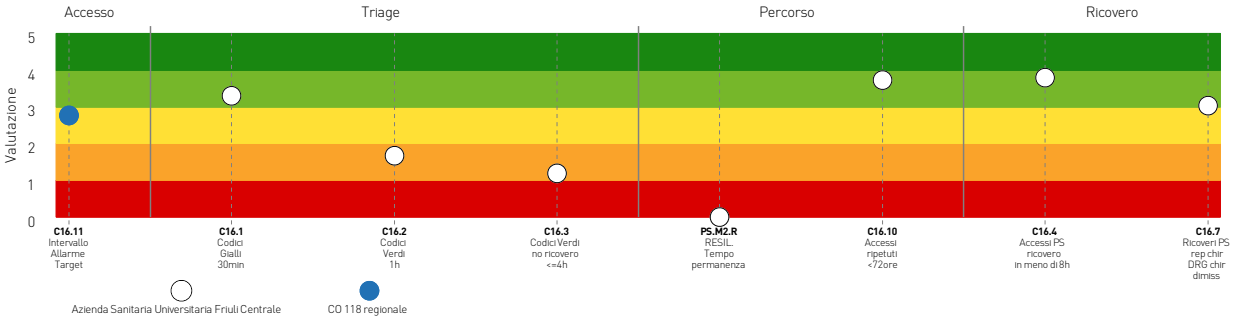
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AZ.SAN.FRIULI OCCIDENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 64



Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020



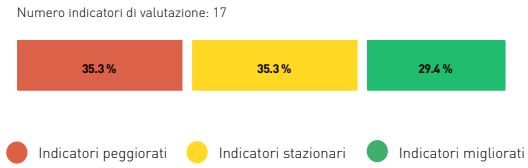
IRCCS CENTRO RIF. ONCOLOGICO

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

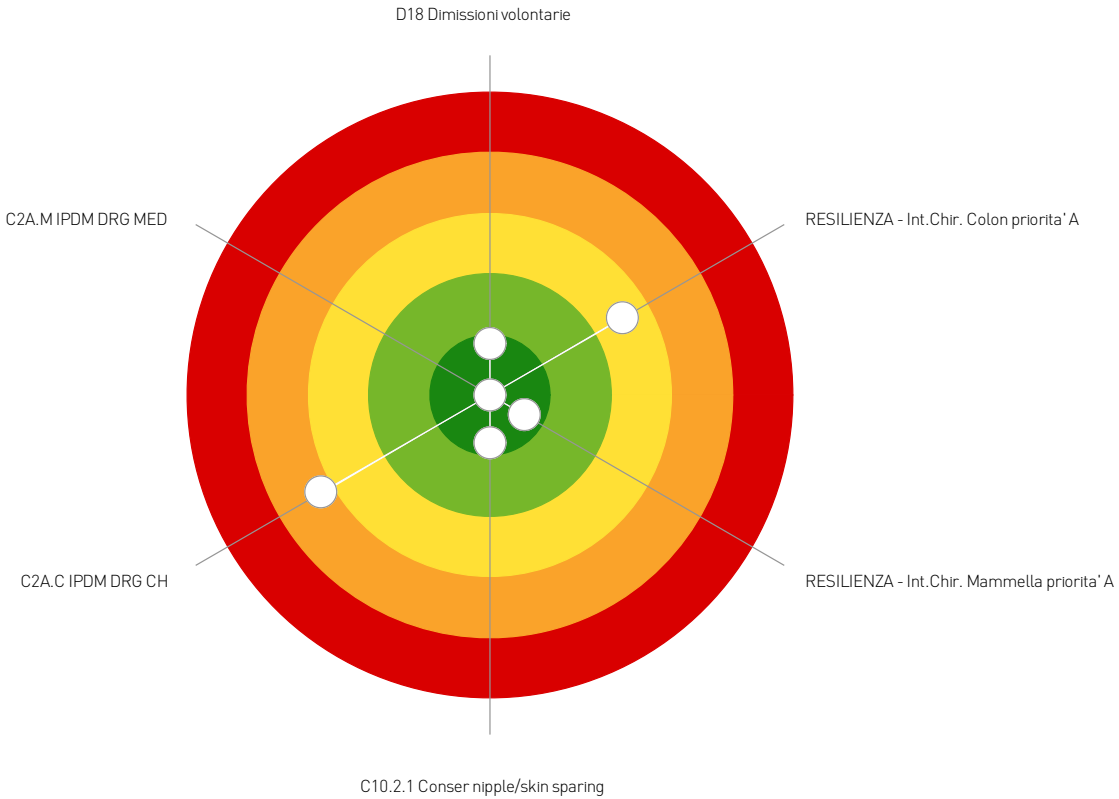
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

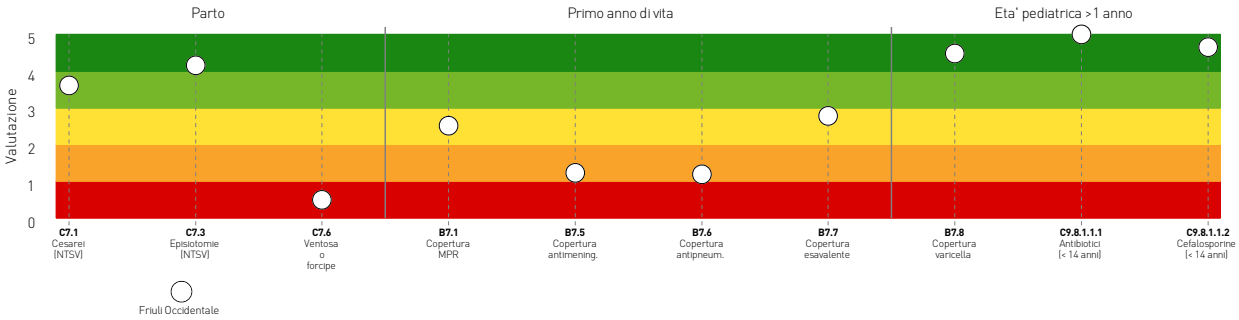
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

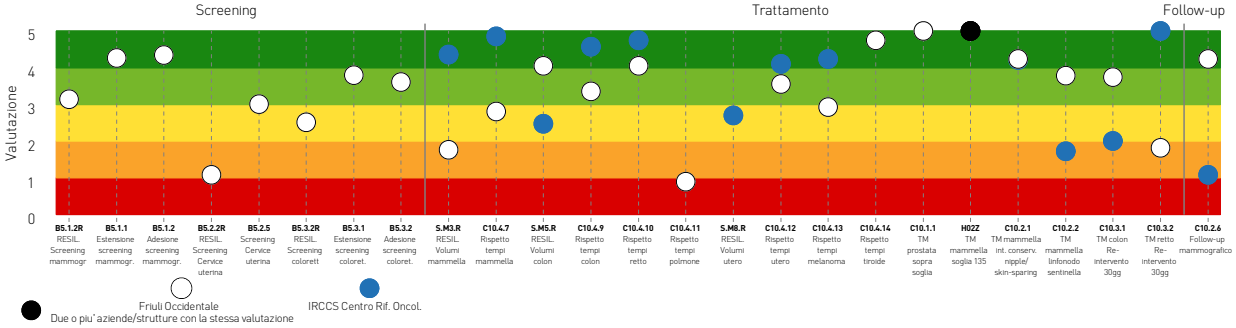


Valutazione della performance 2020

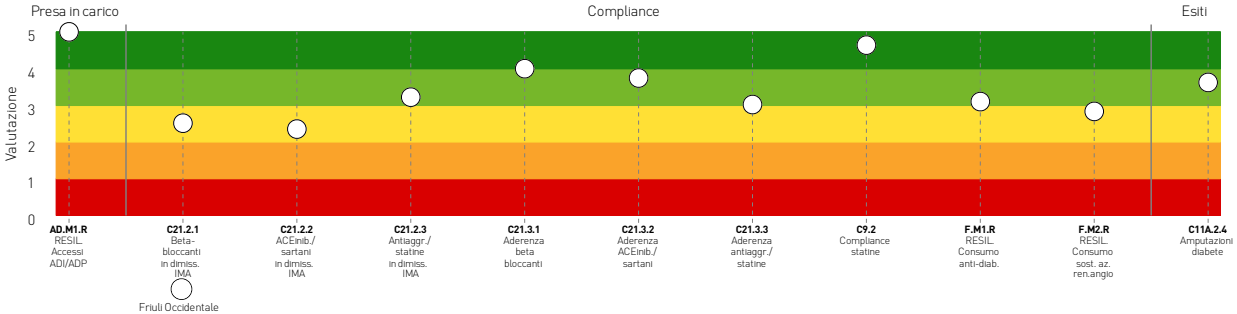




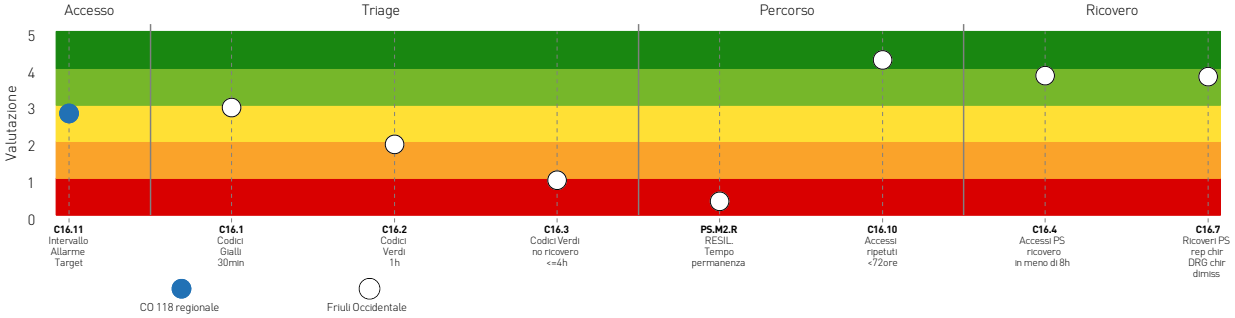
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



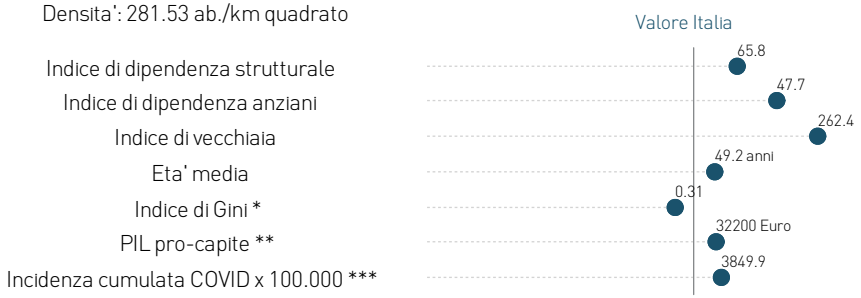
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

LIGURIA



Popolazione: 1.524.826 abitanti

Densita': 281.53 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LIGURIA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario ligure ha registrato una performance complessivamente nella media, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

Al fine di misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali rispetto alla situazione pandemica, è stato quest'anno introdotto un nuovo set di indicatori. Le criticità maggiori si registrano sugli screening oncologici (il calo per gli screening mammografici supera il 50%, - 62% per lo screening colorettale).

In riferimento all'ambito cardio-circolatorio, la Regione Liguria è allineata con le altre regioni in termini di variazione nei volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico (-24% rispetto al 2019); in riferimento ai volumi per ricoveri con almeno un intervento in angioplastica, invece, si registrano diminuzioni inferiori rispetto a quelle della maggioranza delle altre Regioni (-14%). Il tempo mediano di permanenza per accessi al Pronto Soccorso, non inviati al ricovero, è sostanzialmente invariato rispetto al 2019. Complessivamente nella media la variazione nei volumi degli accessi domiciliari in ADI e ADP (-10% circa, rispetto al 2019).

L'indagine alla popolazione sulla valutazione dei servizi sanitari, svolta dal Laboratorio MeS durante la pandemia da Covid-19, mostra livelli di soddisfazione nella media, per quanto la percentuale di rispondenti che dichiara di aver evitato di usufruire di servizi sanitari pur avendone bisogno, a causa di indisponibilità dell'offerta, sia leggermente più alta delle altre regioni.

Per quanto riguarda la prevenzione, i livelli di copertura vaccinale (non-COVID) mostrano ancora dei margini di miglioramento (la copertura per vaccino antinfluenzale degli operatori sanitari, in particolare, si ferma al 18%, in riduzione rispetto al 2019). Per quanto concerne la gestione della sicurezza sul lavoro, la Regione Liguria è in linea con le altre Regioni.

In riferimento al *setting* ospedaliero, la degenza media presenta una situazione diversa per i ricoveri di tipo medico e per quelli di tipo chirurgico: per i primi, la Liguria, pur mostrando un trend in peggioramento rispetto all'anno precedente, risulta in linea con le altre Regioni del Network; mentre, per l'attività chirurgica, si registra una degenza media più lunga rispetto alle altre Regioni e stabile rispetto al valore dell'anno precedente.

L'organizzazione dei processi ospedalieri potrebbe essere oggetto di ulteriore attenzione: in particolare, la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni, che risultava già in flessione negli anni precedenti, mostra un'ulteriore contrazione rispetto al 2019 e continua ad essere inferiore rispetto alle altre Regioni. Se la percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione cresce ed è buona, ancora sotto la media la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore (in calo rispetto al 2019).

In termini di soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – misurata in modo indiretto dalla percentuale di dimissioni volontarie – la Regione Liguria mostra una situazione stabile nel tempo (1.2%), cui tuttavia si potrebbe prestare maggiore attenzione.

Sul versante della governance farmaceutica, potrebbe essere rivolta maggiore attenzione ai comportamenti prescrittivi sia in termini di appropriatezza (in particolare in relazione al consumo di inibitori di pompa protonica e al consumo di antidepressivi), sia di aderenza (in particolare in relazione alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine e di pazienti in terapia con antidepressivi). L'attenzione verso la gestione del dolore – misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi – mostra risultati superiori alla media.

Nell'ambito della diagnostica per immagini, l'impatto della pandemia è evidente; è tuttavia ancora il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dal precedente che suggerisce un potenziale uso improprio della risonanza magnetica, mentre si registra un significativo calo nel tasso di RM muscolo-scheletriche per pazienti anziani (-35% rispetto al dato del 2019).

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, la situazione ligure non si discosta significativamente rispetto a quelle delle altre Regioni del Network. Se la copertura ancora non può dirsi soddisfacente (la percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione si ferma al 3%), la percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 è la più alta del Network (91%).

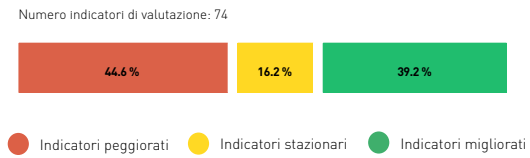
La gestione del percorso materno-infantile presenta una situazione simile a quella dell'anno precedente nella fase del parto: se il ricorso ai cesarei e ai parti operativi è nella media, la frequenza delle episiotomie è la più contenuta del Network. La principale area che richiede attenzione nella fase del primo anno di vita riguarda la copertura. In età pediatrica, invece, si registra un miglioramento nel consumo di antibiotici e di cefalosporine.

La gestione del percorso oncologico mostra ancora degli ambiti di miglioramento. Gli screening registrano delle criticità sia nei livelli di estensione che di adesione. In particolare, in entrambi i programmi monitorati, mammografico e colorettale, si osservano delle flessioni sia nei livelli di estensione (rispettivamente -18% e 20%) che di adesione (rispettivamente -25% e -4%). Nella fase del trattamento, si registrano tempi di attesa per gli interventi chirurgici più dilatati rispetto alle altre Regioni (in particolare per il tumore alla mammella e per il tumore al retto), eccezion fatta per gli interventi per melanoma, per i quali si riscontra un importante miglioramento anche rispetto all'anno precedente (+15,5%), a fronte di una contrazione dei volumi in media. Per quanto riguarda il fine vita, si segnalano margini di miglioramento dei tempi di attesa per accedere alle strutture di hospice (per quanto in leggero miglioramento rispetto al 2019).

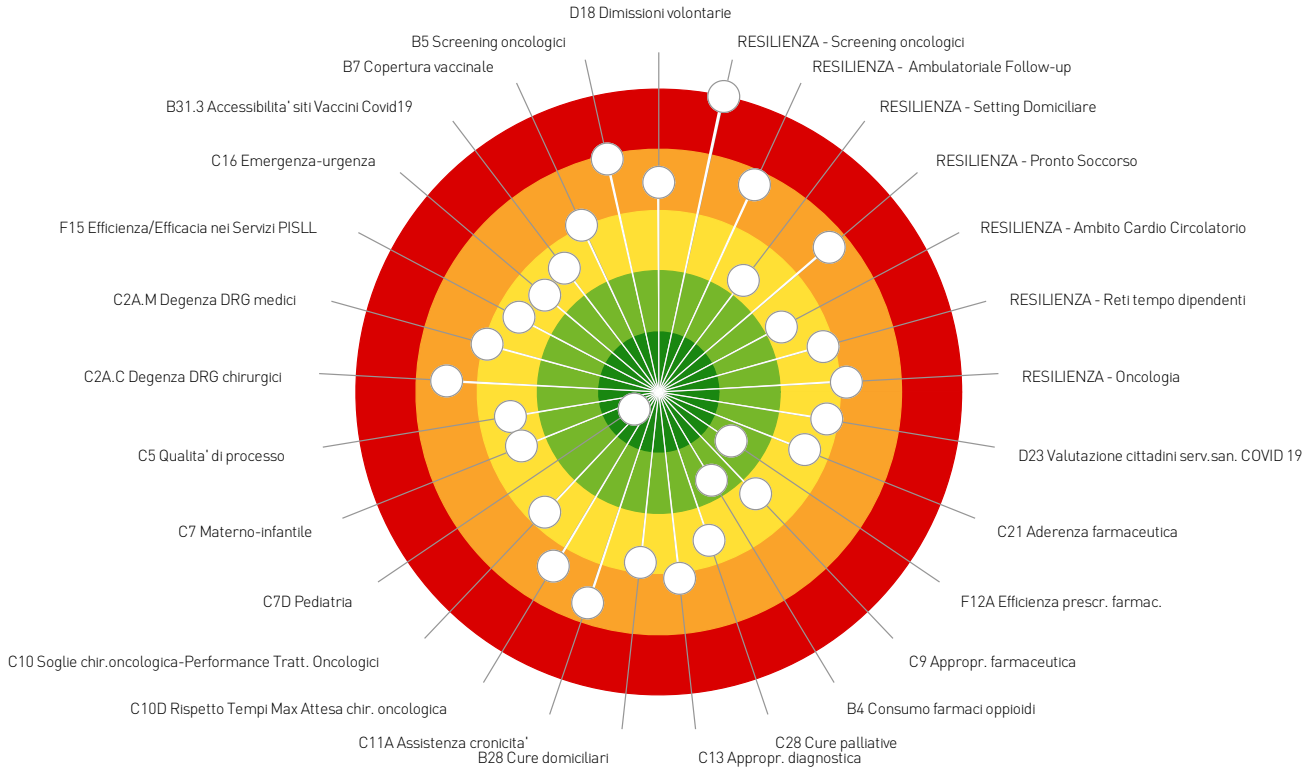
La presa in carico delle cronicità mostra nel suo complesso performance in linea rispetto alle altre Regioni. Attenzione al tasso di amputazioni maggiori per diabete, che risulta tuttora il più alto del Network (indicatore calcolato su base triennale).

I tempi di risposta dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118, sebbene abbiano comprensibilmente visto una leggera dilatazione rispetto al 2019, risultano tra i più contenuti del Network. Invece, l'attesa in pronto soccorso dei codici a minore urgenza è stata complessivamente più lunga, rispetto alle altre Regioni; la percentuale di accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti è, ad esempio, del 64%.

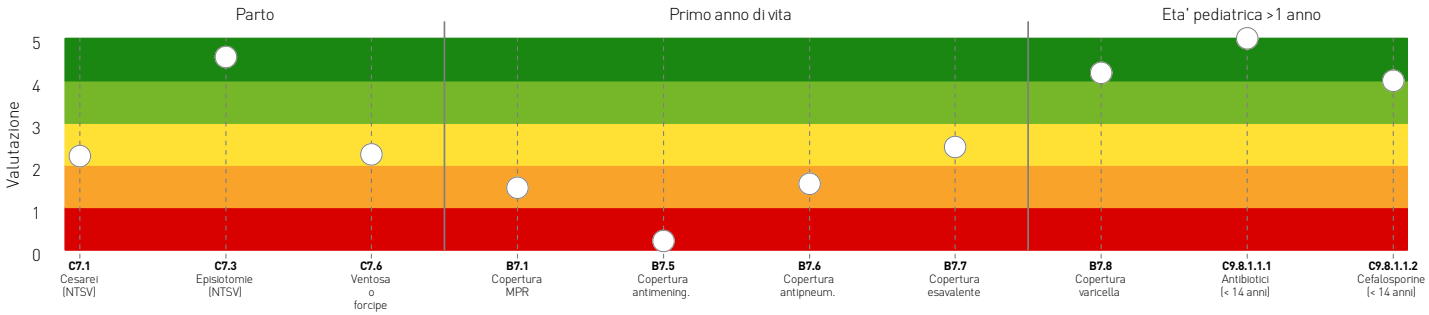
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



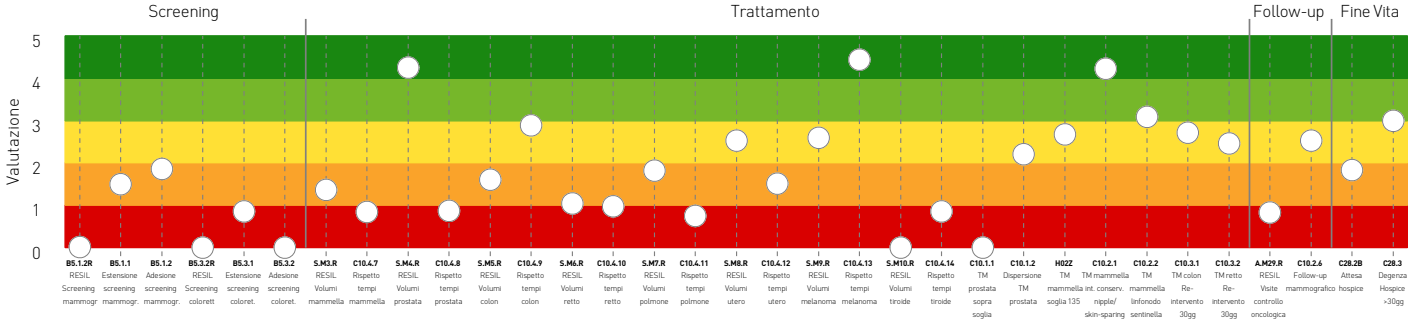
Valutazione della performance 2020



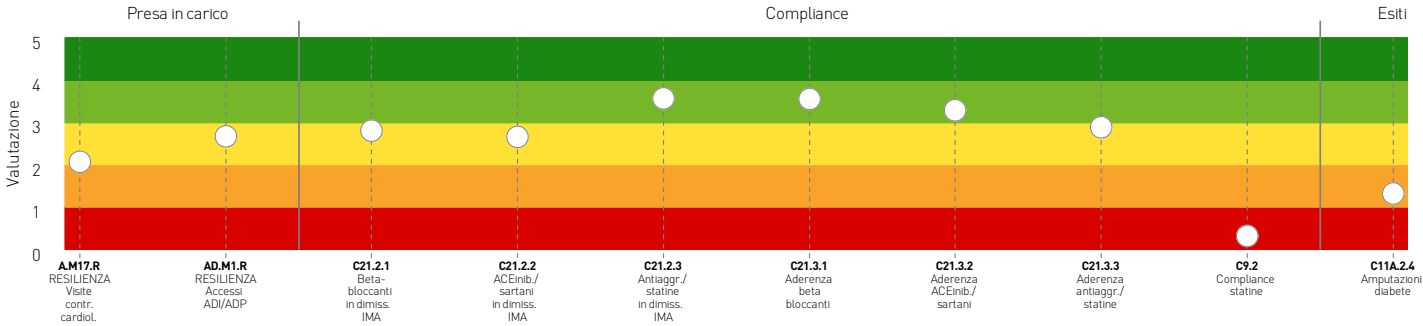
PERCORSO MATERNO INFANTILE



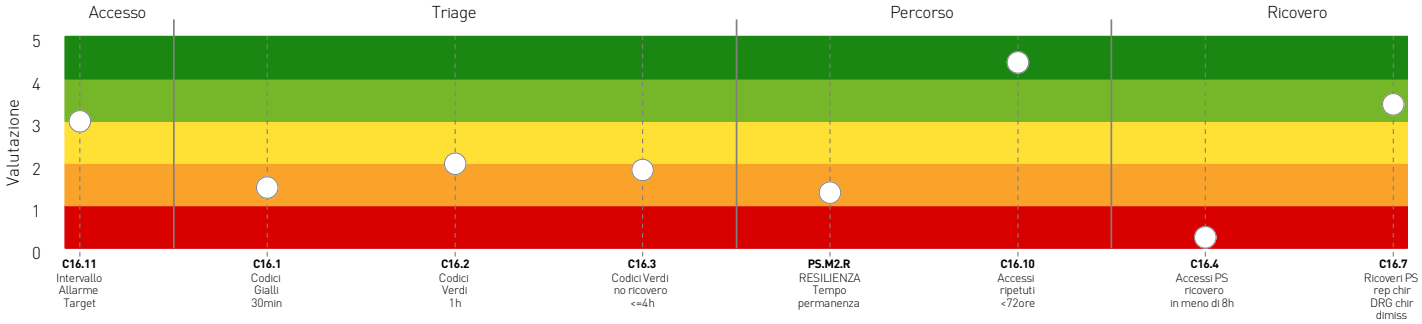
PERCORSO ONCOLOGICO



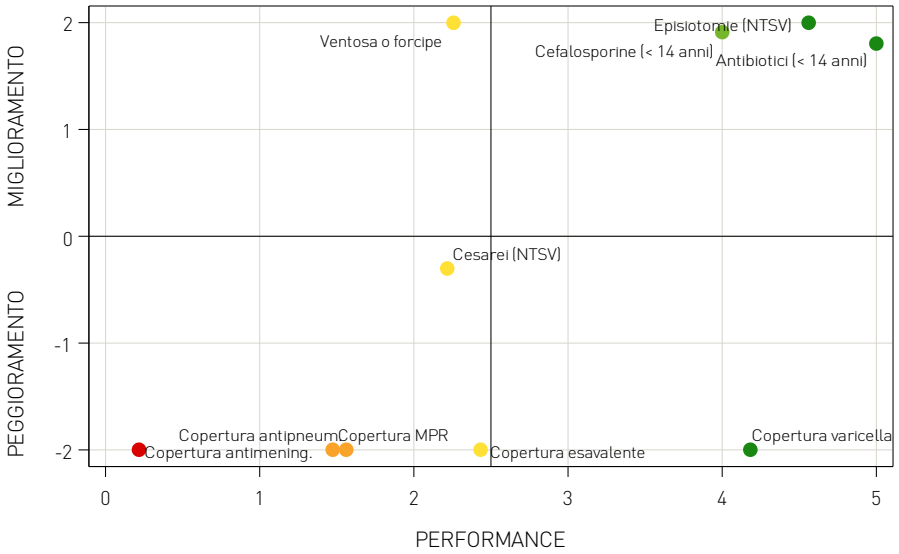
PERCORSO CRONICITÁ



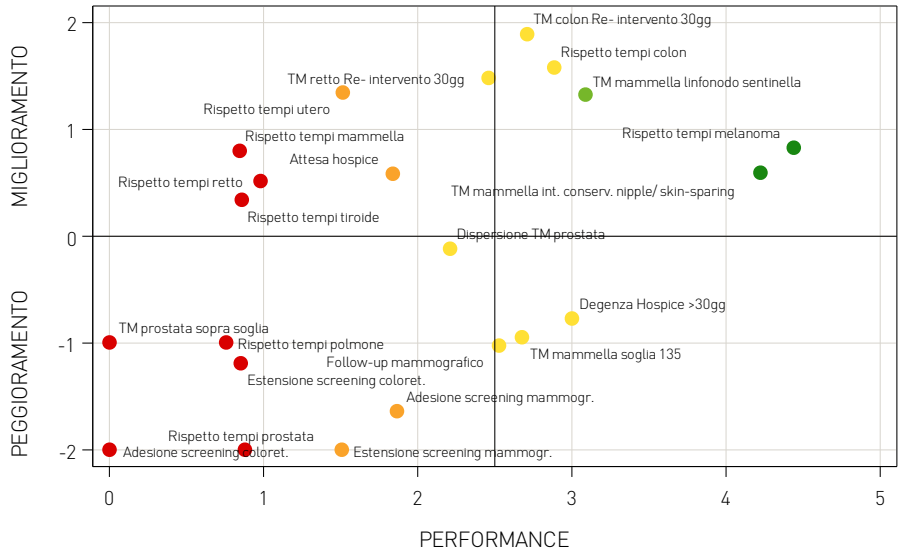
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



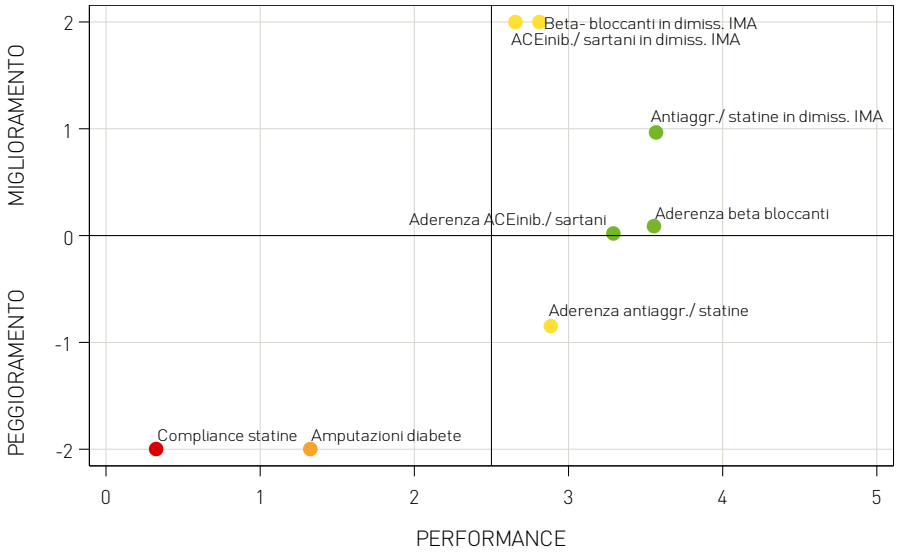
Percorso Materno Infantile



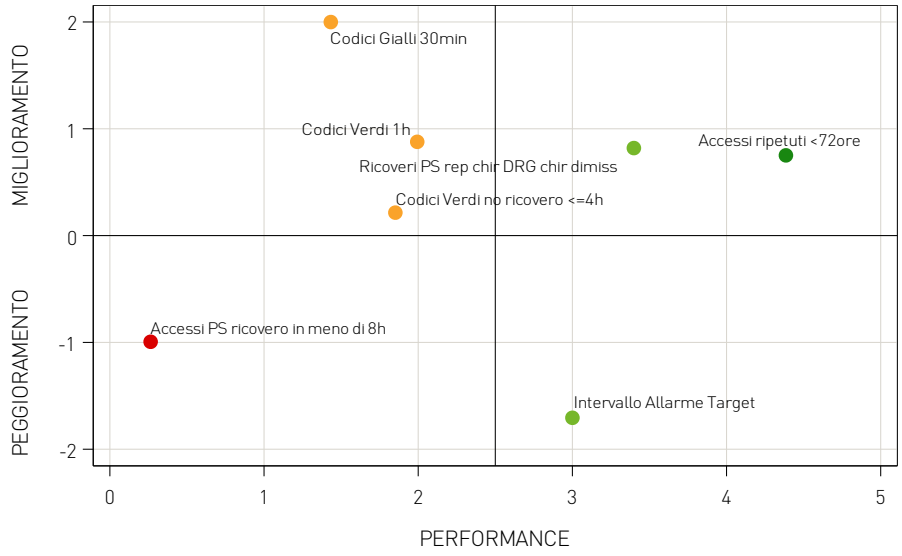
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'

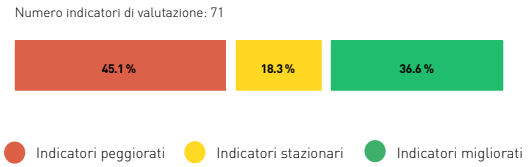


Percorso Emergenza Urgenza

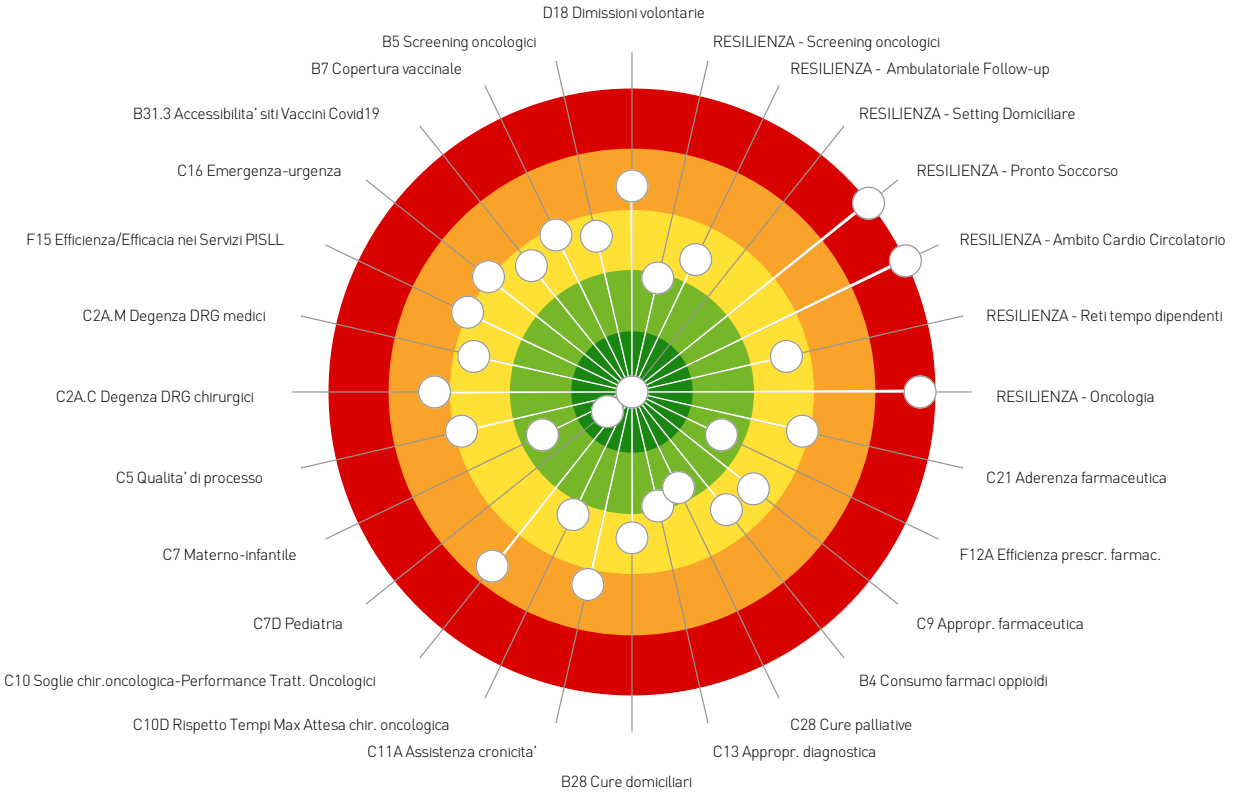


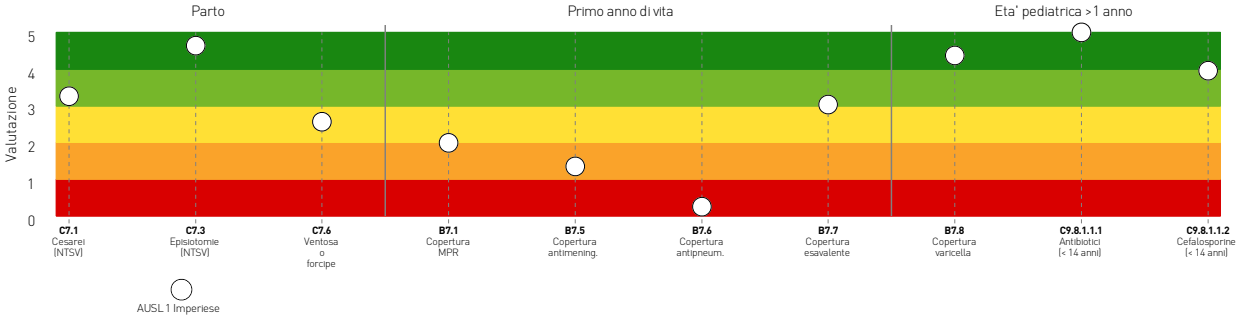
AUSL 1 IMPERIESE

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

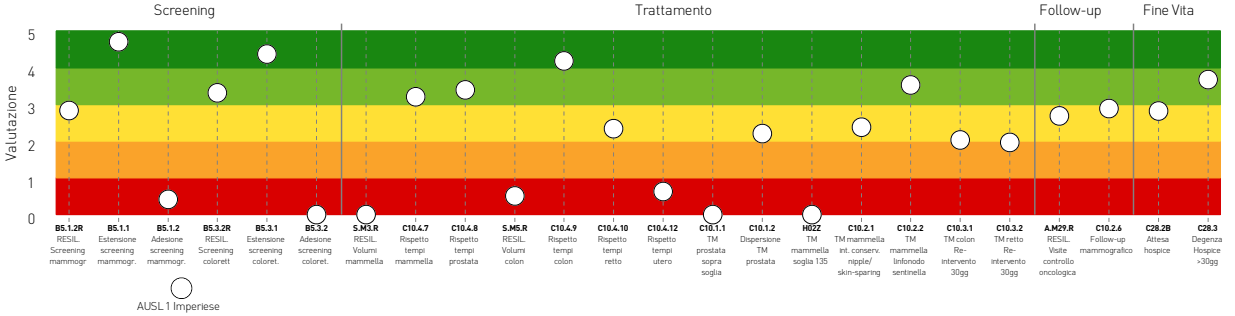


Valutazione della performance 2020

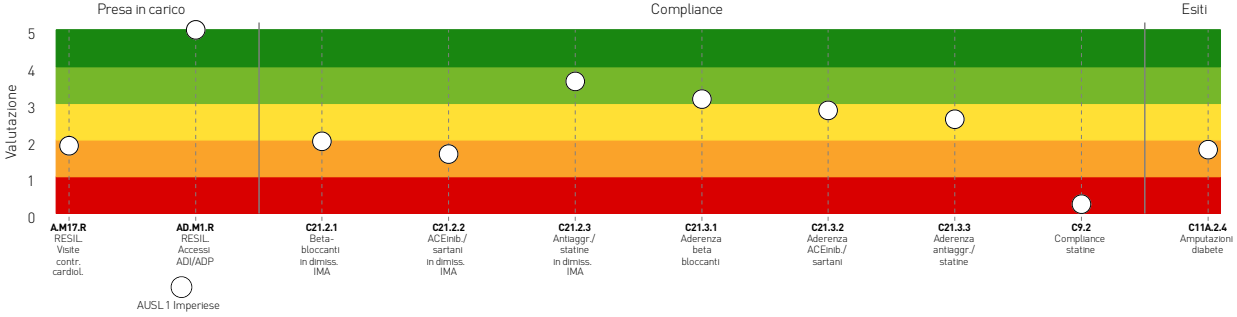




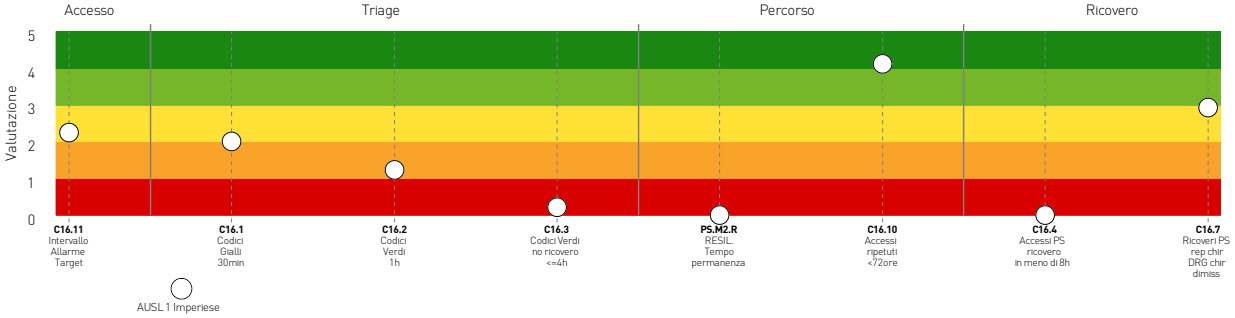
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



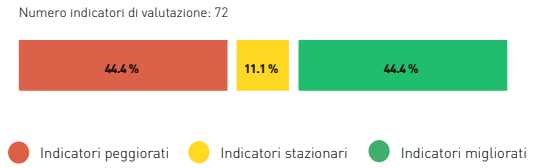
PERCORSO CRONICITÁ



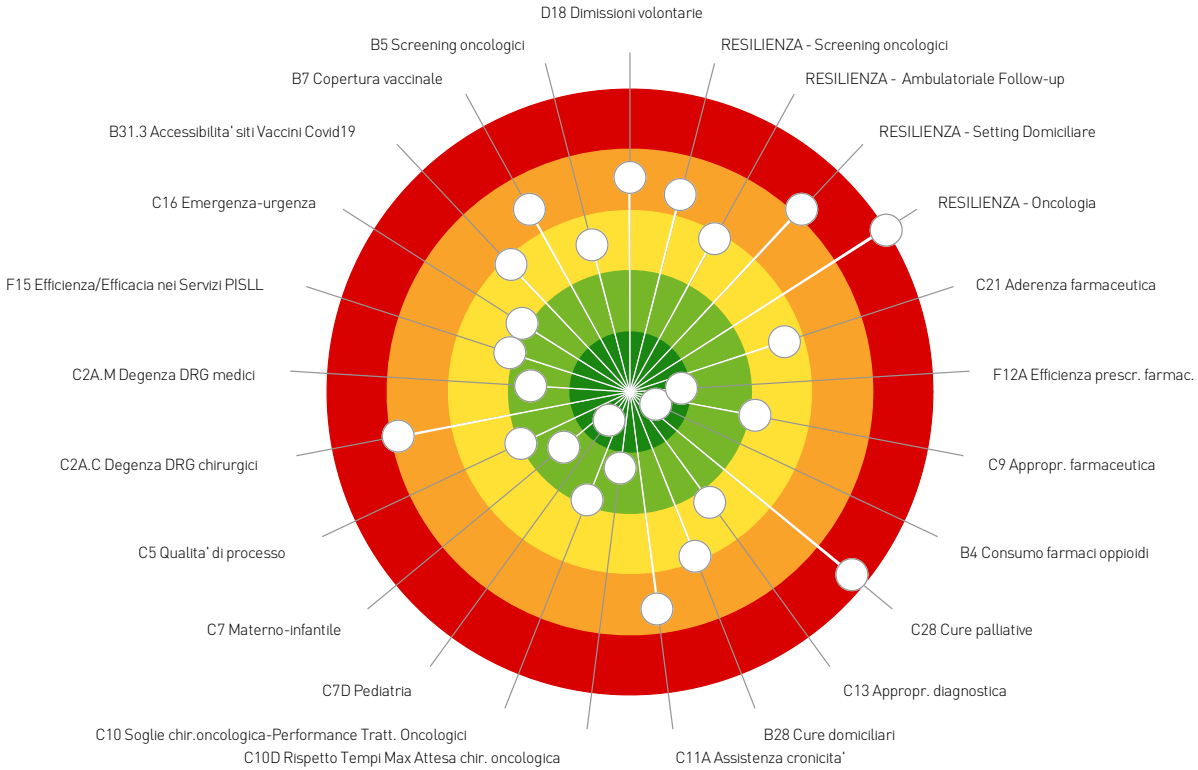
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

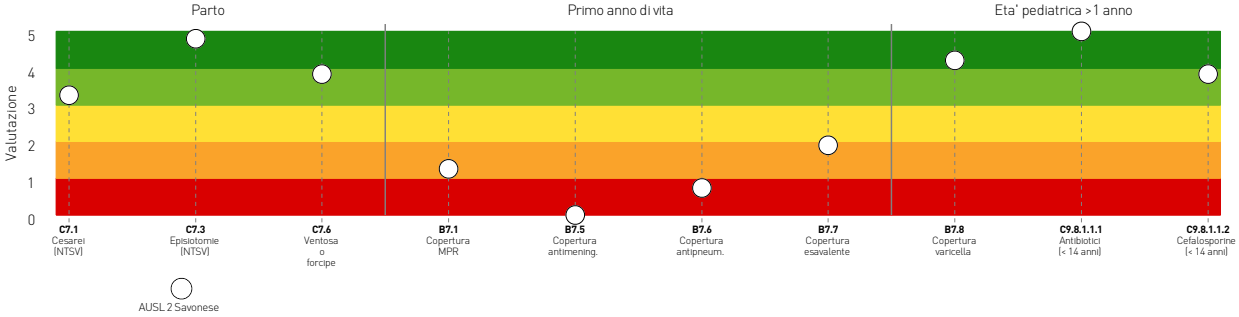
AUSL 2 SAVONESE

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

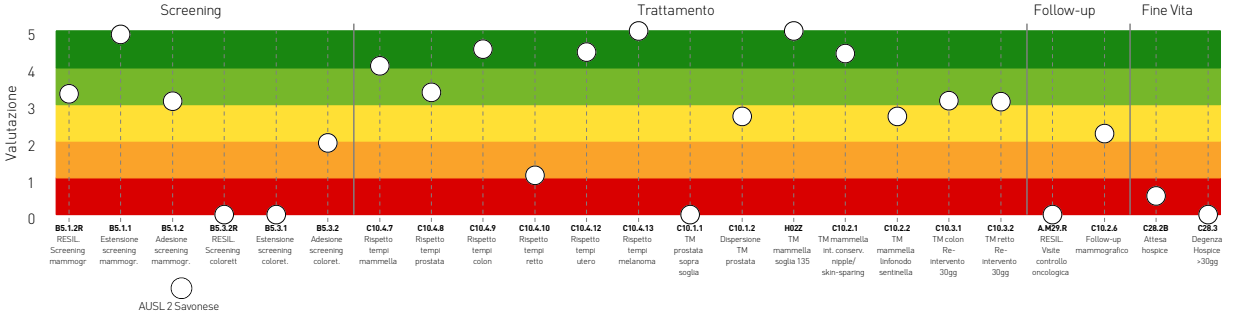


Valutazione della performance 2020





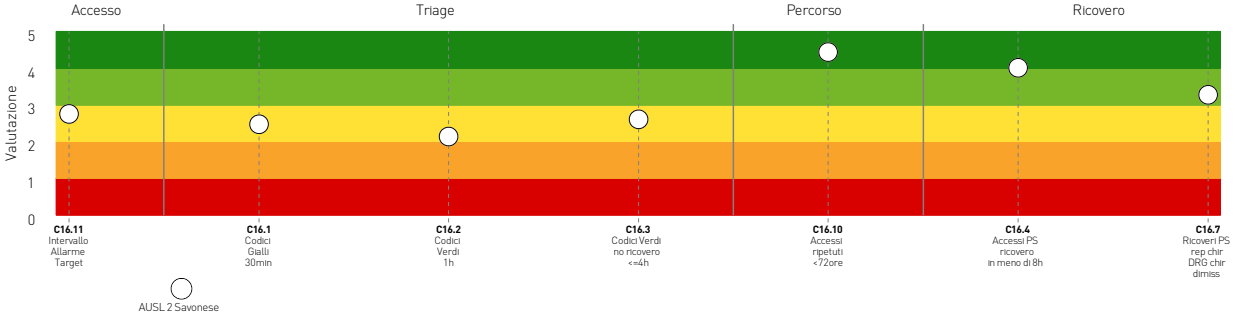
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



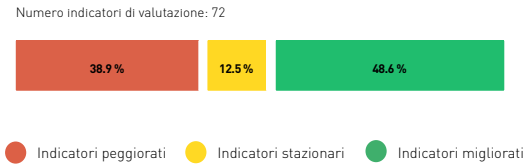
PERCORSO CRONICITÁ



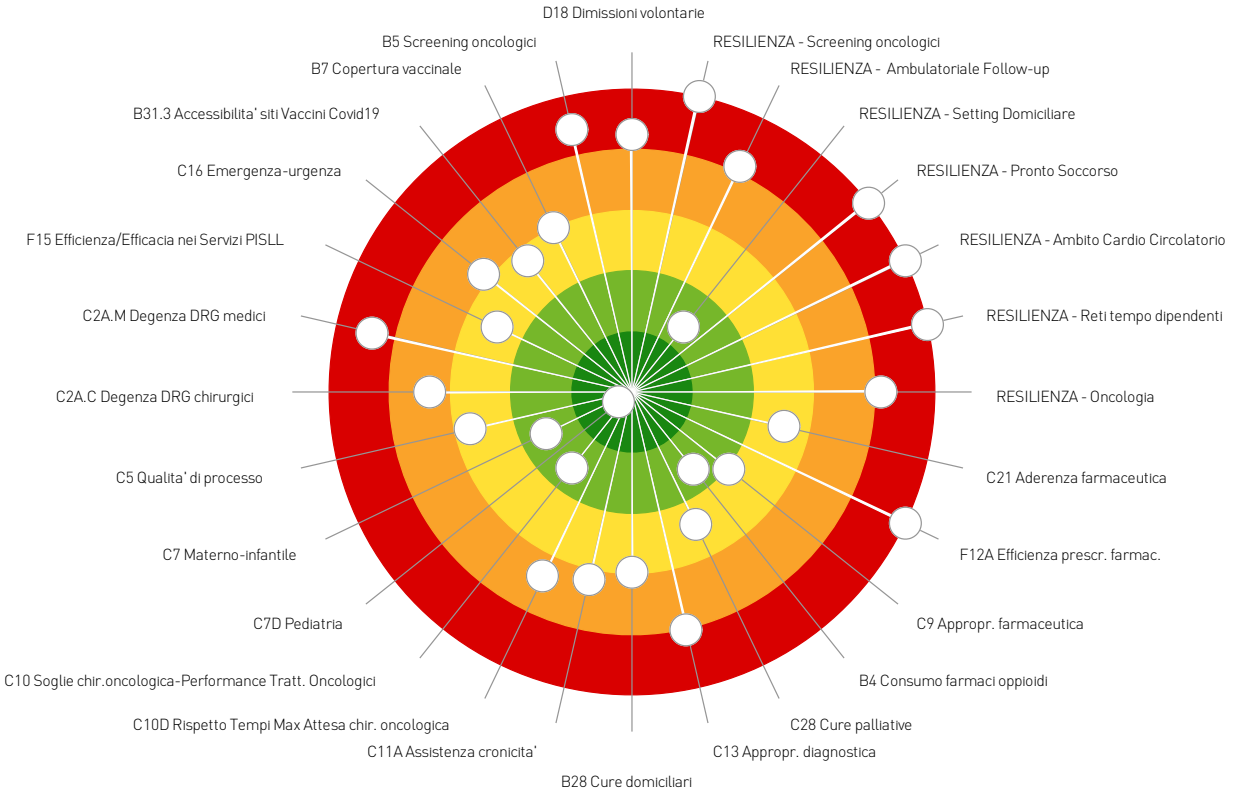
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AUSL 3 GENOVESE

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

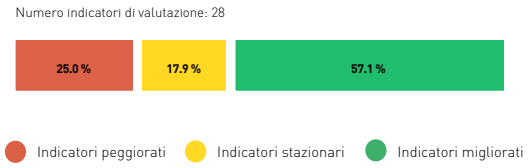


Valutazione della performance 2020

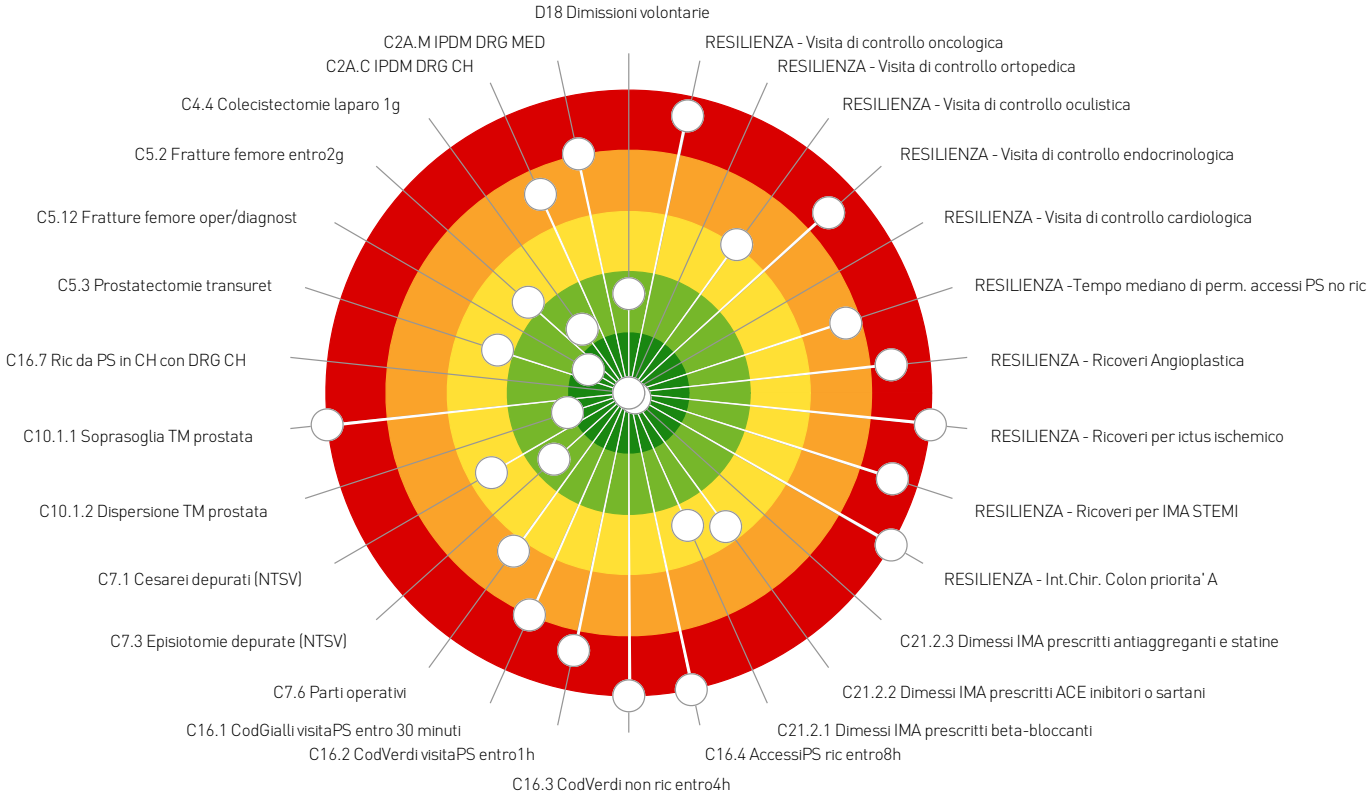


OSP. GALLIERA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

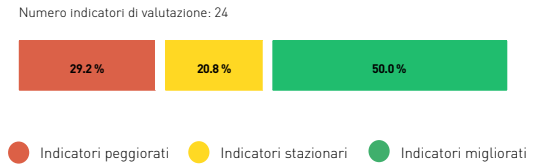


Valutazione della performance 2020

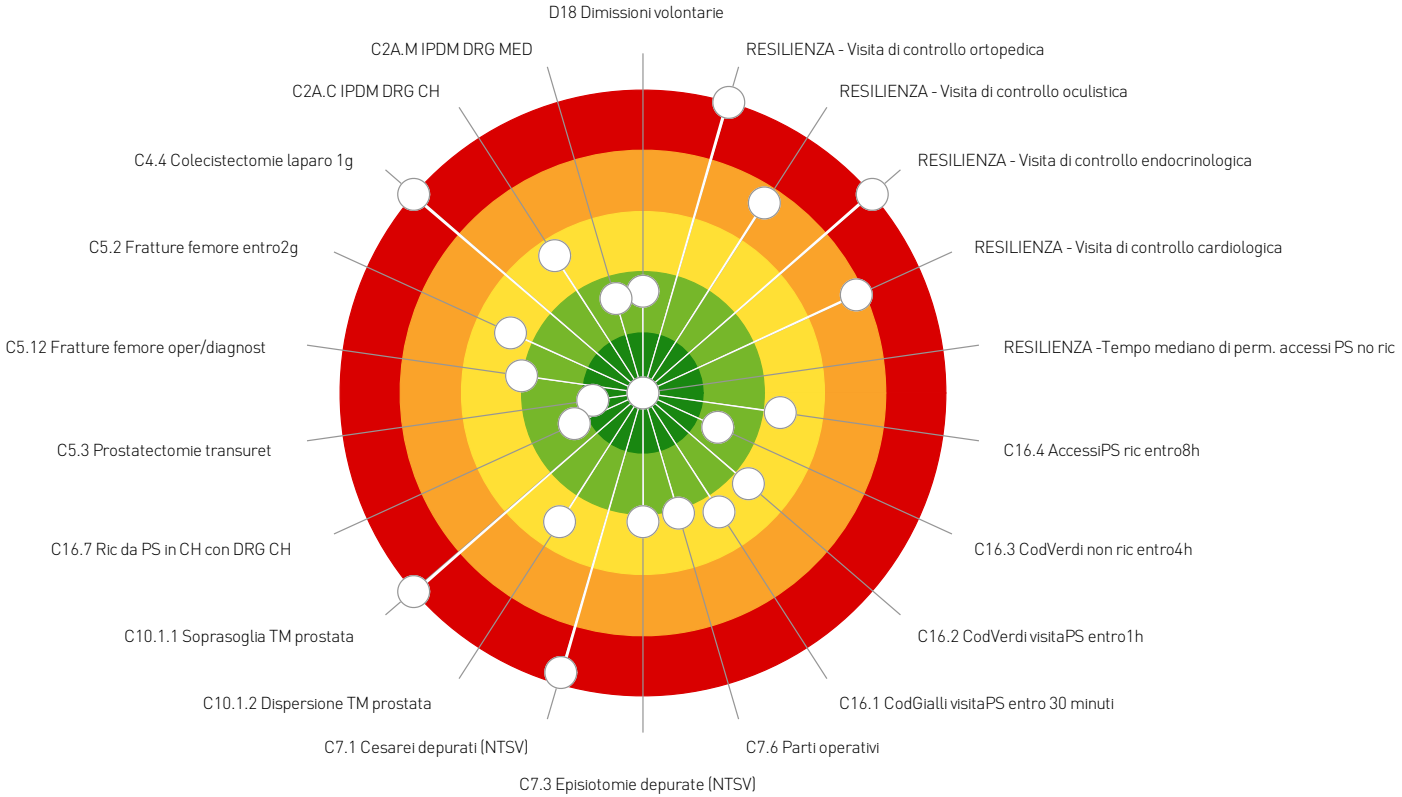


OSP. EVANGELICO

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



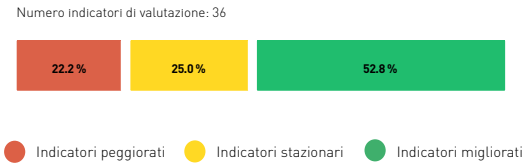
IRCCS S. MARTINO

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

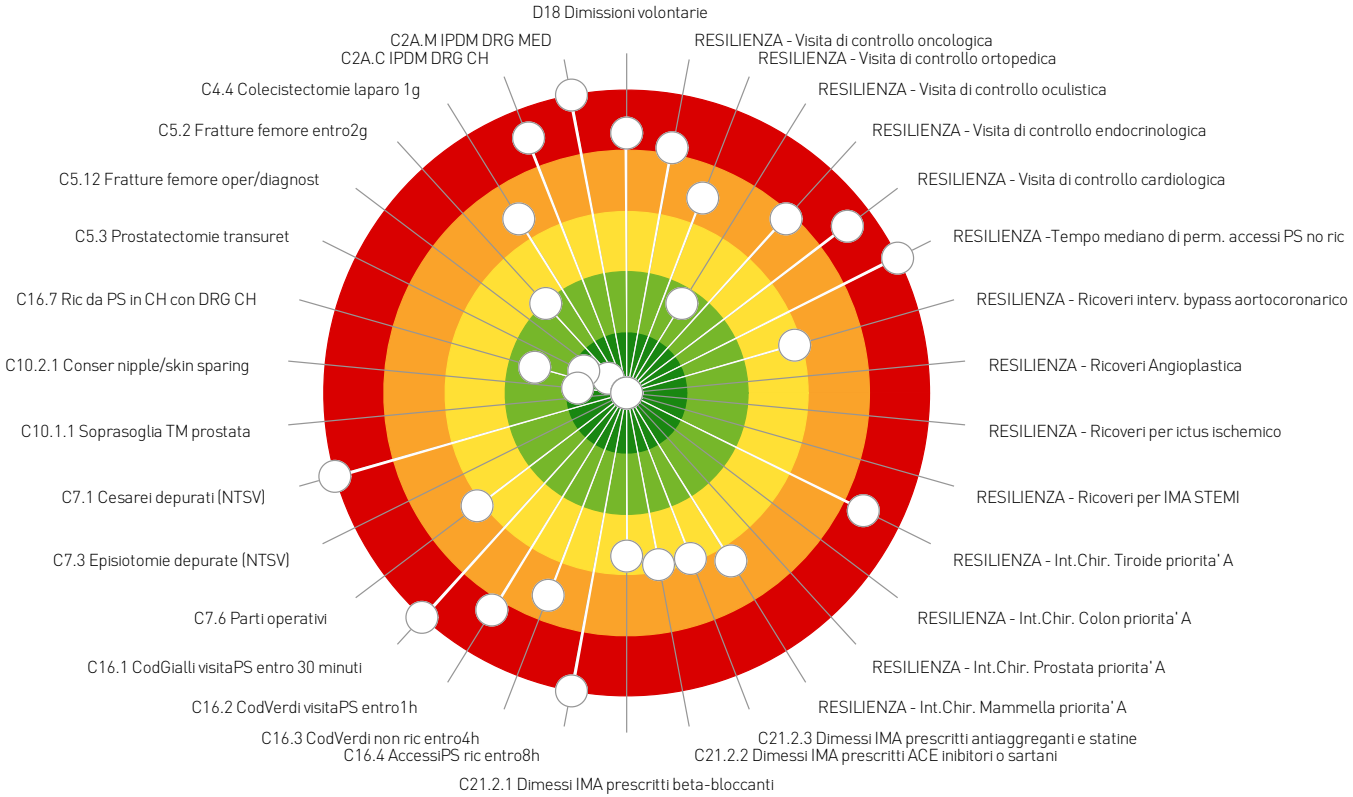
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



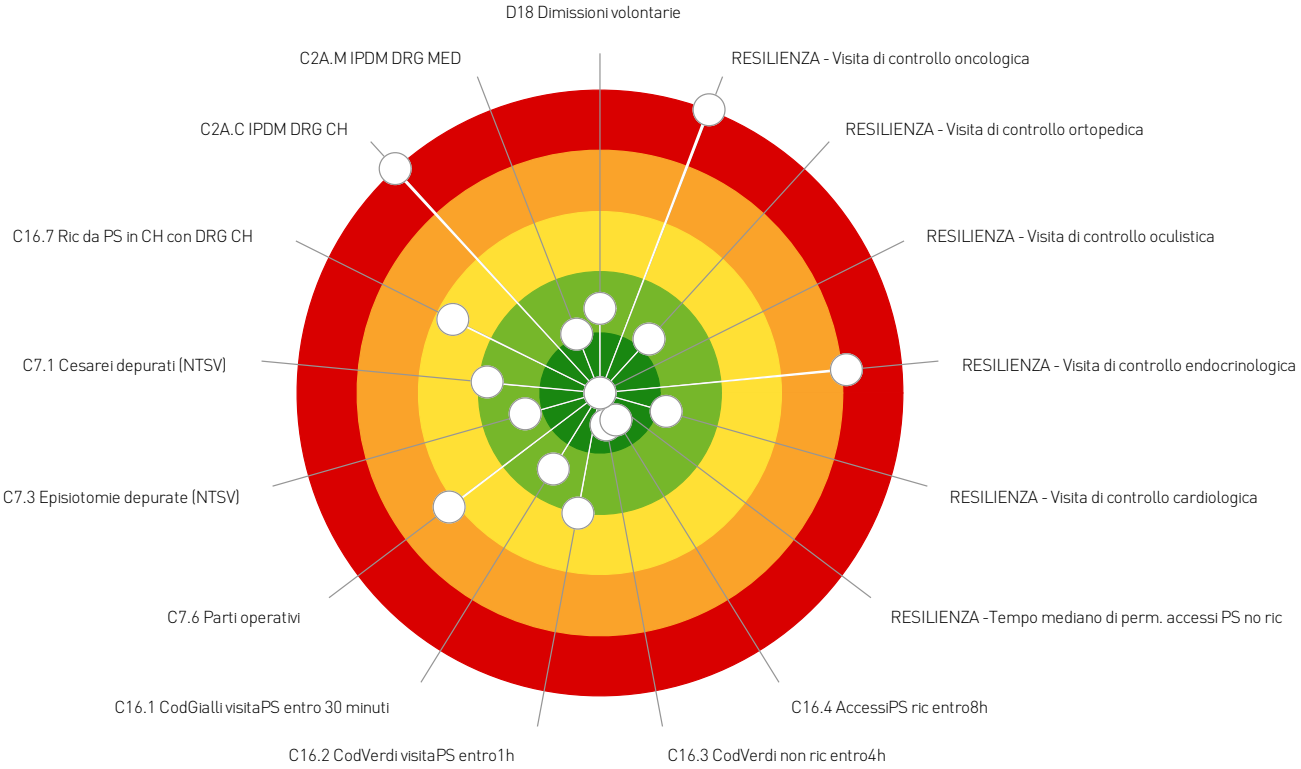
IST. GASLINI

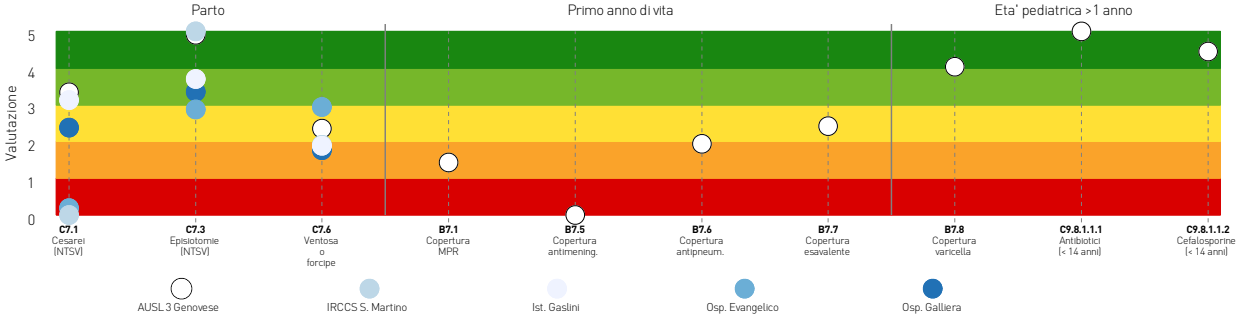
Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

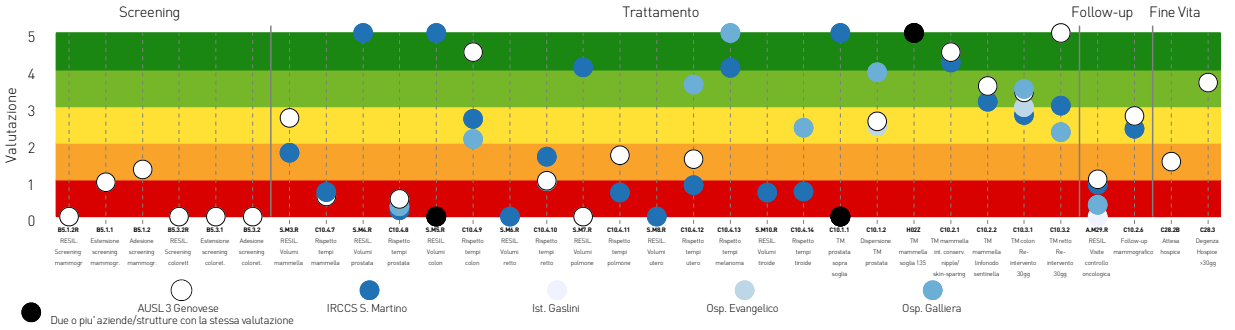
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020

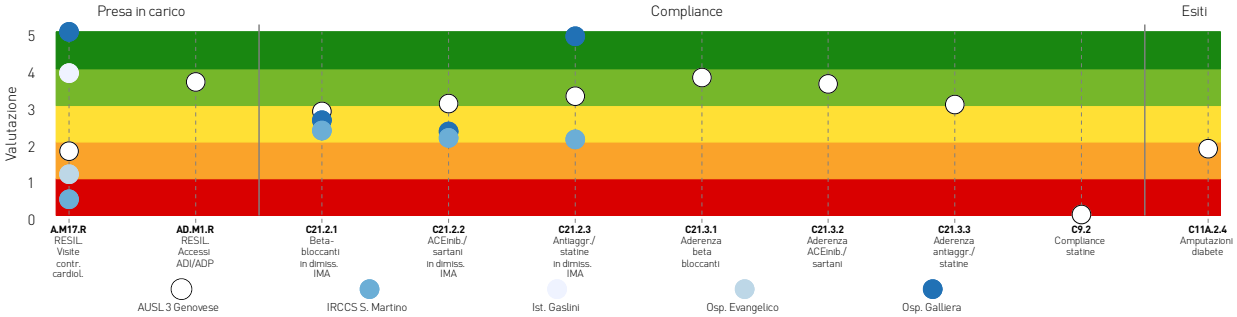




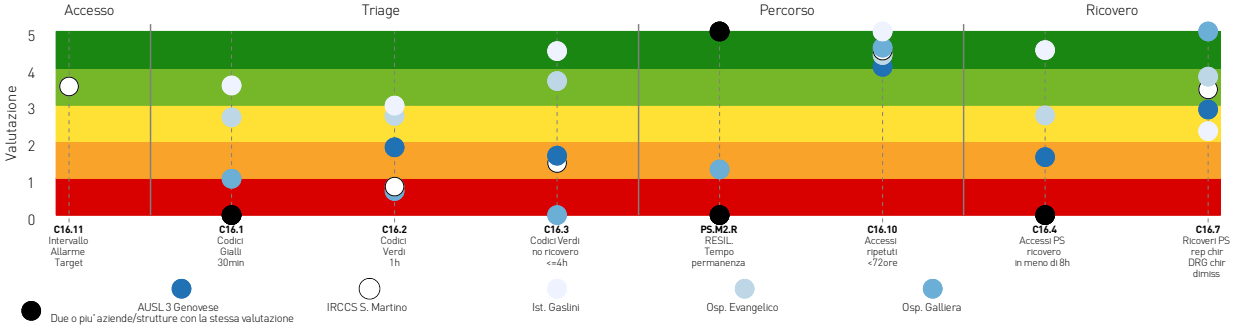
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



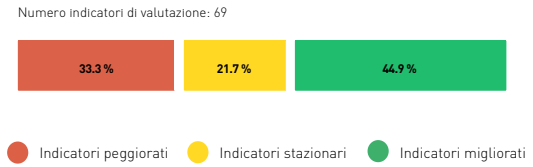
PERCORSO CRONICITÁ



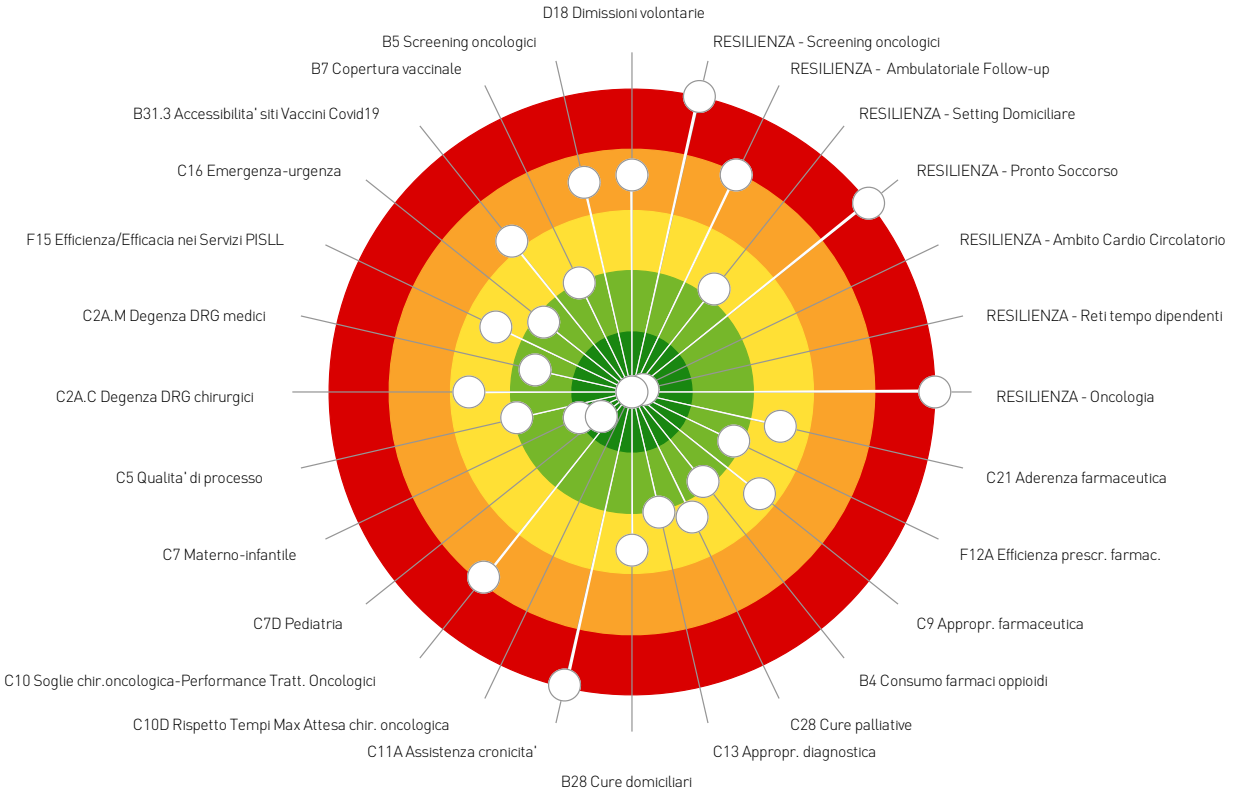
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

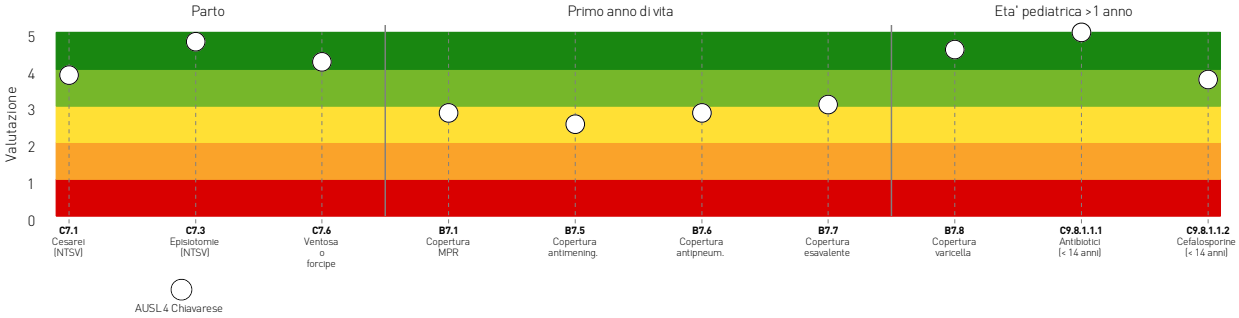
AUSL 4 CHIAVARESE

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

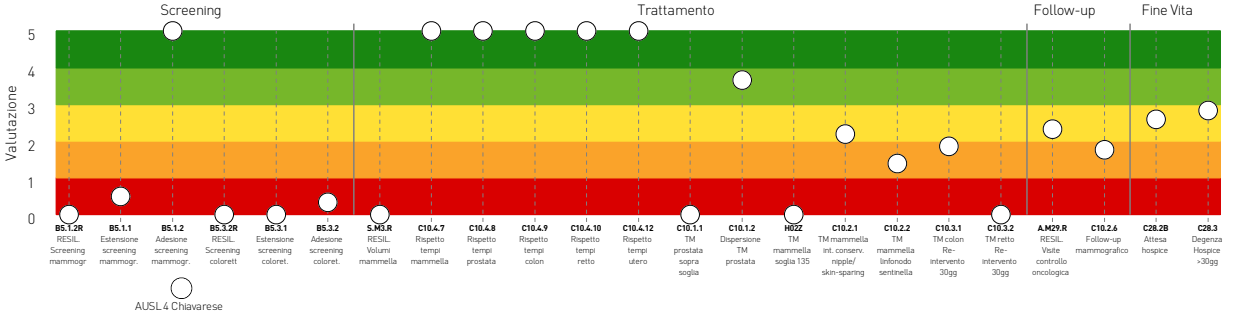


Valutazione della performance 2020

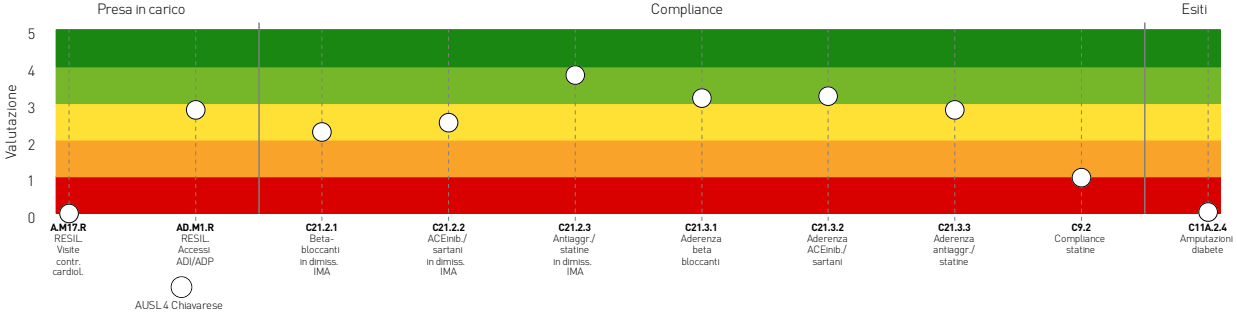




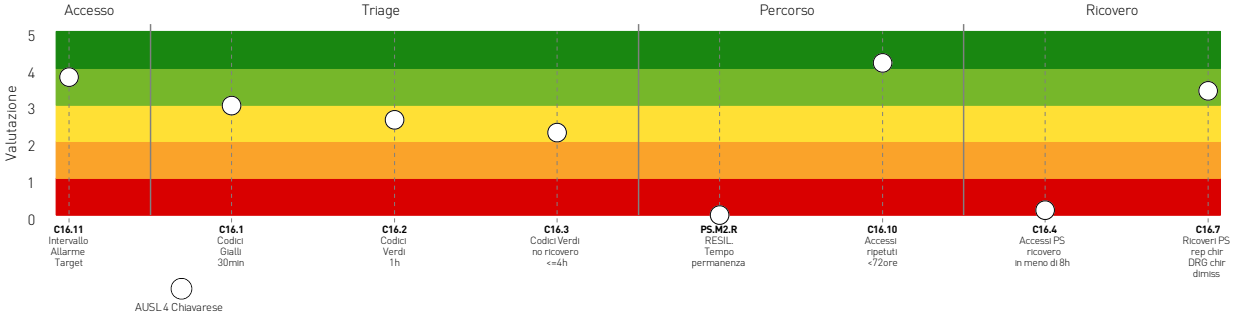
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



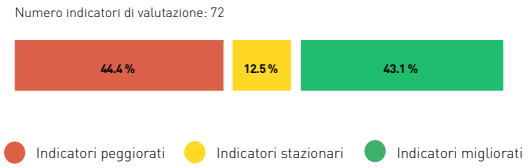
PERCORSO CRONICITÁ



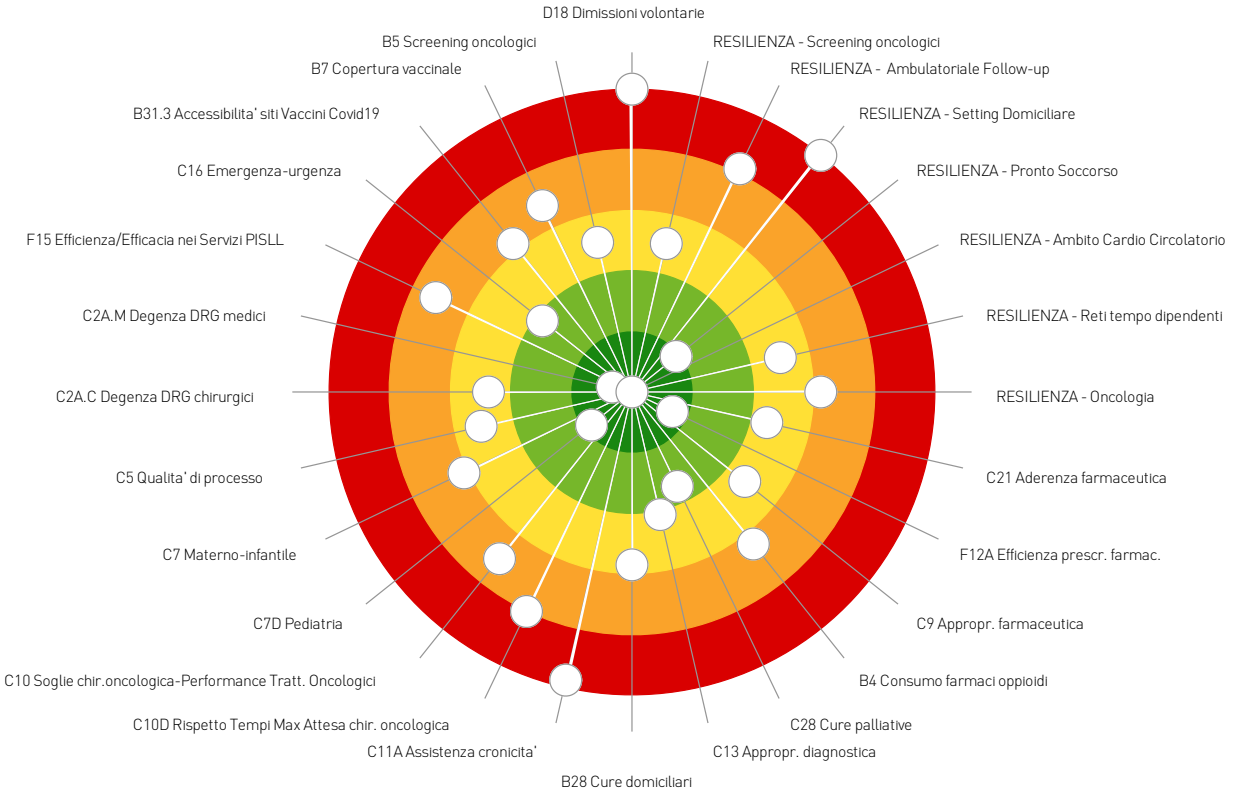
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

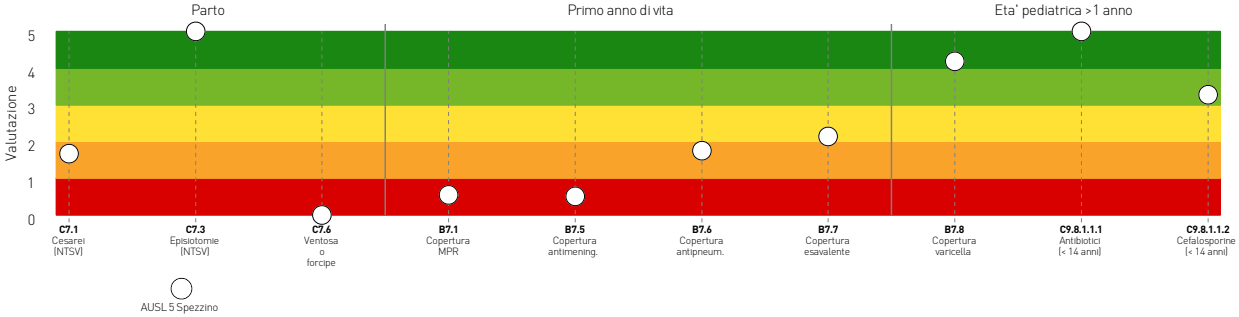
AUSL 5 SPEZZINO

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

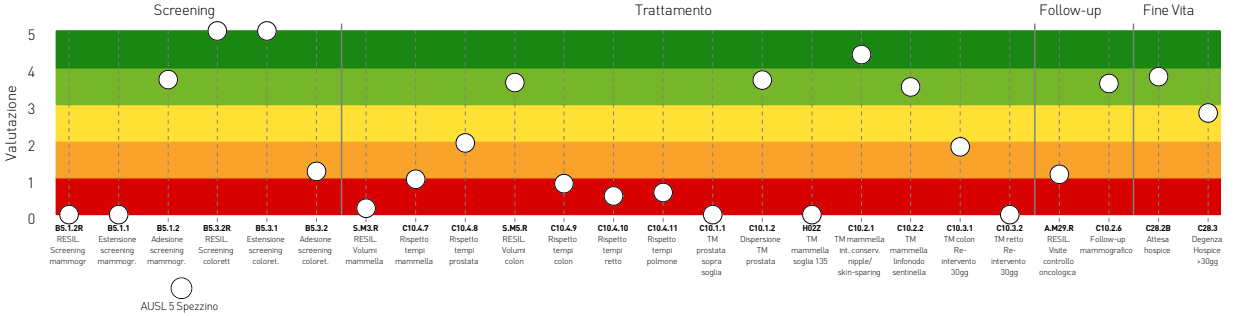


Valutazione della performance 2020





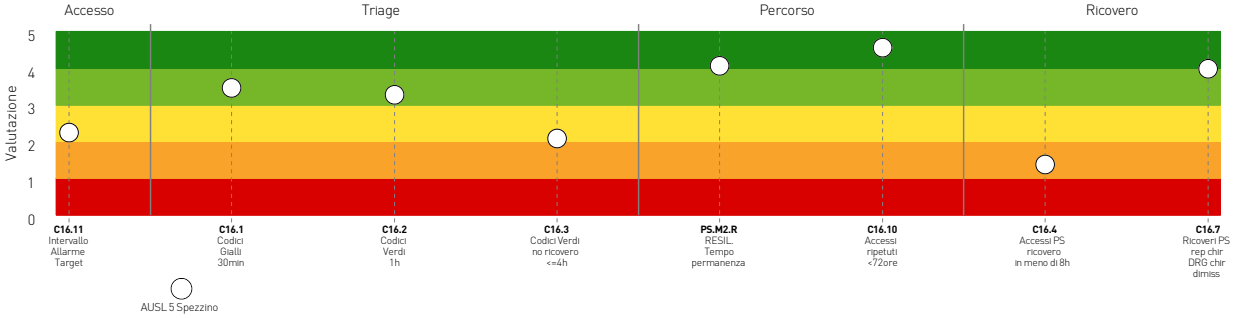
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

LOMBARDIA



Popolazione: 10.027.602 abitanti

Densita': 420.2 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, e dell'impatto del virus sul territorio regionale, il sistema sanitario lombardo ha registrato nel complesso una performance media, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

La pandemia di COVID-19 ha infatti richiesto l'introduzione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Il sistema sanitario lombardo, pesantemente messo alla prova dallo tsunami pandemico, ha risposto conseguendo comprensibilmente risultati eterogenei. La tenuta nell'erogazione di interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A) – senz'altro influenzata anche da dinamiche di mobilità inter-regionali – è allineata rispetto alle altre Regioni: relativamente più marcata la contrazione per interventi chirurgici per tumore alla prostata (-31.14%) e al colon (-27.05%). La contrazione delle ammissioni per IMA STEMI e ictus ischemici è complessivamente nella media (rispettivamente, -12.6% e -12.5%); sul lato dell'attività programmata, le diminuzioni sono più importanti: gli interventi di angioplastica si riducono del 20.2%, quelli per bypass aortocoronarico del 28.3%.

I tempi di attesa in pronto soccorso sono complessivamente allineati al 2019 (-1.83 punti percentuali) mentre l'attività ambulatoriale (visite di controllo) ha complessivamente dato prova di tenuta.

L'indagine alla popolazione italiana, effettuata dal Laboratorio MeS tra il 2020 e il 2021, è volta a misurare la valutazione dei cittadini sui servizi sanitari regionali. La proporzione dei cittadini lombardi che si siano detti soddisfatti dei servizi sanitari della propria regione è del 62.6%.

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale (non-COVID) registra delle buone performance in quasi tutti gli indicatori; in particolare, se la copertura per papilloma virus è inferiore alla media, quella per vaccino antipneumococcico e antimeningococcico sono tra le più estese.

Le strutture ospedaliere sono state oggetto dello stress test da COVID19: la qualità dell'assistenza lombarda ha complessivamente tenuto. La proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni segna un valore superiore alla media (71.8%), così come la percentuale di prostatectomie transuretrali (89.4%). La percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e quella di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore sono inferiori alla media, segnalando una possibile criticità. In riferimento alla durata delle degenze, sono complessivamente nella media sia quella per casistica medica, sia quella per casistica chirurgica.

L'assistenza domiciliare resta un ambito su cui investire maggiormente, sia in termini di copertura (la percentuale di anziani in cure domiciliari, con valutazione, è del 3.9%), sia in termini di intensità dell'assistenza stessa (la percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 è del 51.6%). La percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione è al contrario la più alta del Network: 22.2%.

Sul versante della *governance* farmaceutica, la Regione Lombardia mostra complessivamente una buona performance, sia in termini di appropriatezza, sia di aderenza. È *best practice* per quanto riguarda il consumo di antibiotici e registra ottime performance anche in riferimento alla percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione e a quella di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.

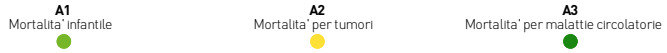
Relativamente al percorso materno-infantile, il sistema sanitario lombardo registra risultati nella media, per quanto concerne le fasi del parto e del primo anno di vita. In particolare, la percentuale di parti cesarei depurati – 18.5% - è leggermente più bassa della media. Ottima la gestione della casistica pediatrica maggiore di un anno: il consumo di antibiotici, in particolare, comprensibilmente si contrae rispetto agli anni precedenti e segna nel 2020 uno dei valori più contenuti del Network.

Alcune luci e ombre per quanto riguarda la presa in carico della casistica oncologica. Emergono delle criticità in riferimento sia allo screening mammografico, sia a quello colorettale, sia a quello della cervice uterina. Rispetto alla fase del "trattamento", i tempi di attesa sono complessivamente nella media, così come le percentuali di re-intervento per tumore maligno al colon e al retto. Nella media anche la gestione del fine vita.

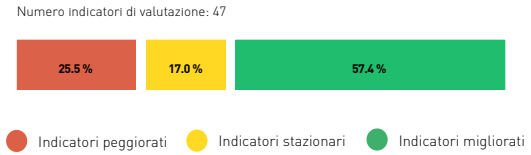
Piuttosto buone le performance del percorso cronicità, in particolar modo in riferimento all'aderenza farmaceutica, di cui si è già detto. Va posta attenzione solo al calo relativamente marcato, nel corso del 2020, nel consumo di farmaci antidiabetici e di farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina.

Qualche luce e ombra anche in riferimento al percorso emergenza-urgenza: se i tempi di attesa in pronto soccorso dei codici meno urgenti si confermano leggermente più dilatati rispetto alle altre Regioni, l'"intervallo allarme-target" (ovvero il tempo impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere l'obiettivo) è il più contenuto. Relativamente buona anche la percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (6.86%).

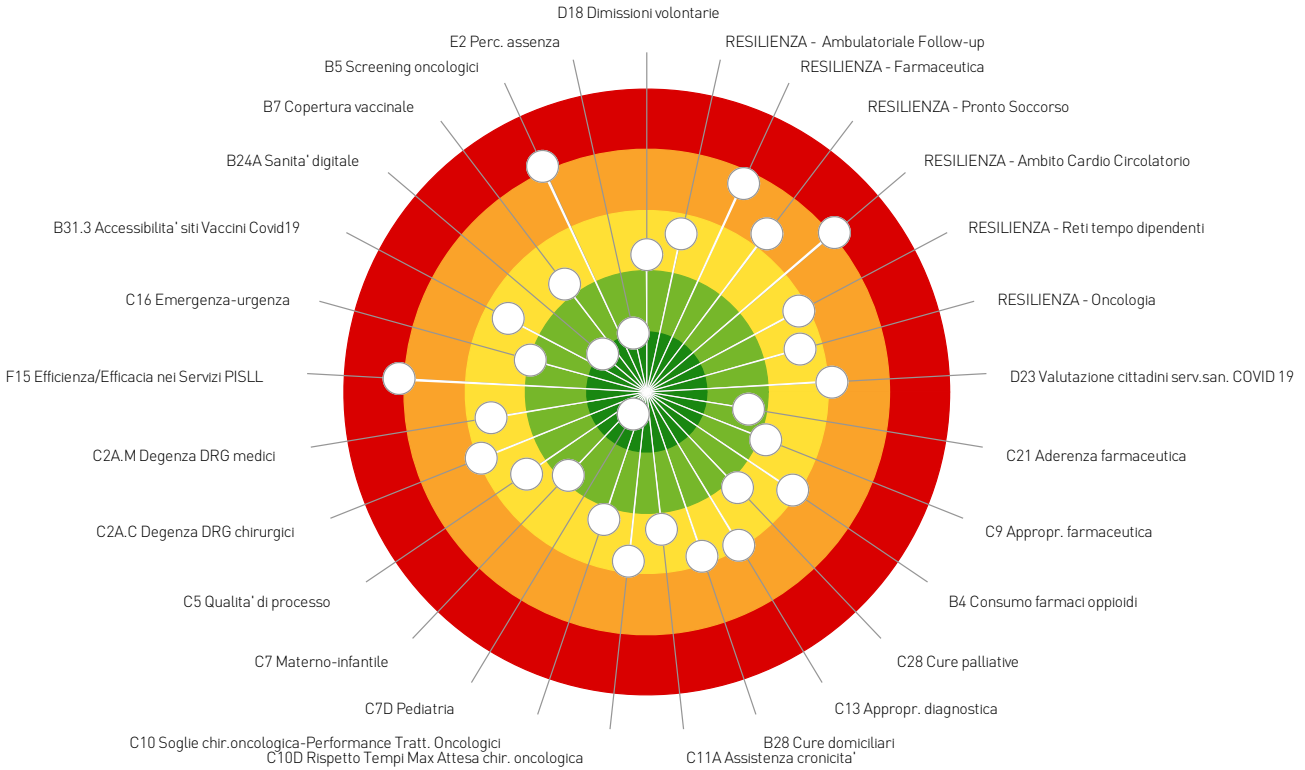
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)



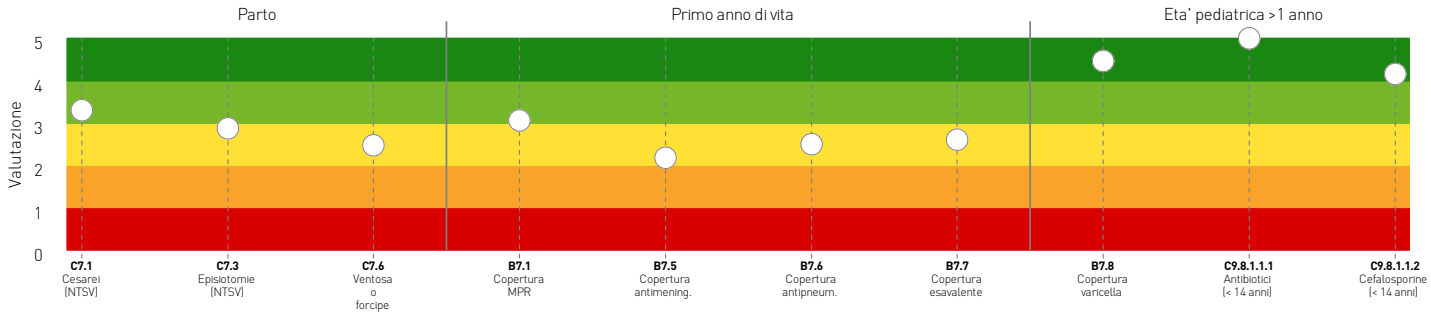
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



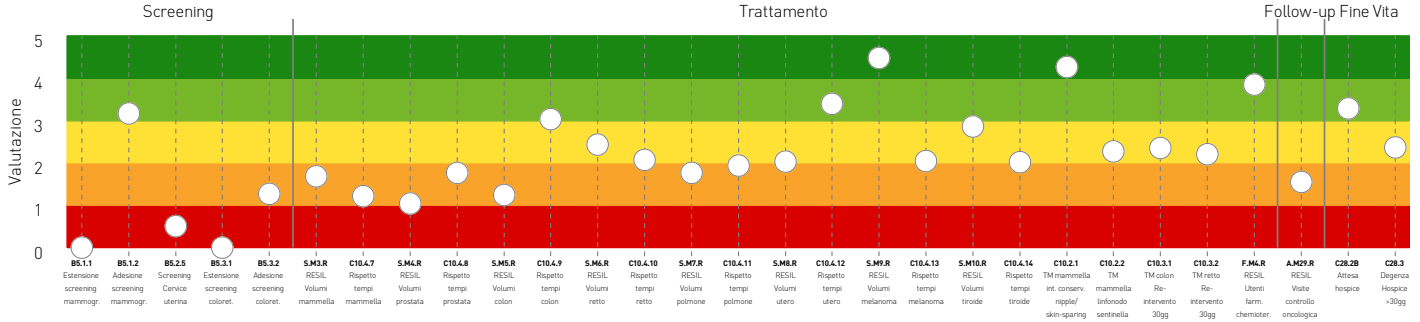
Valutazione della performance 2020



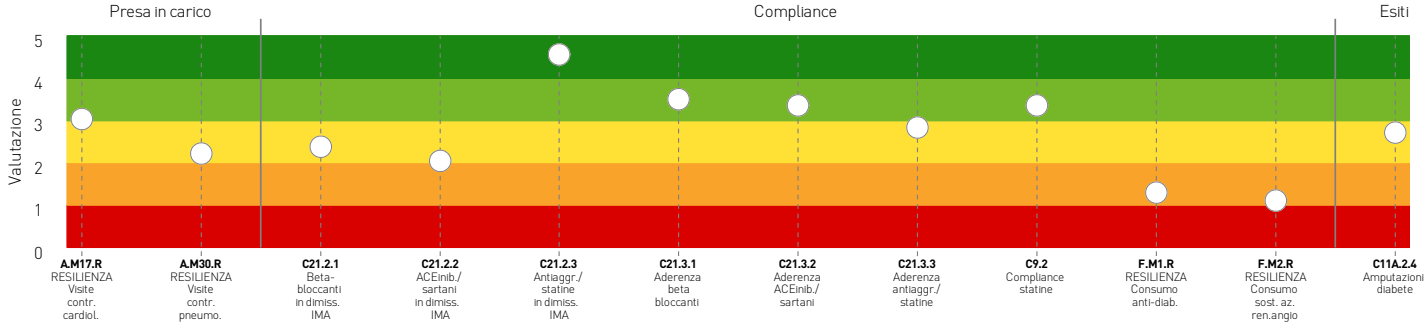
PERCORSO MATERNO INFANTILE



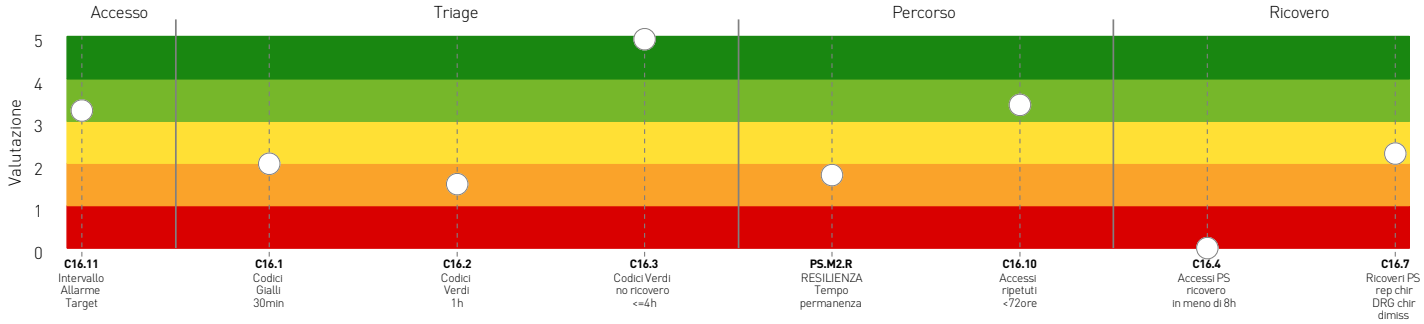
PERCORSO ONCOLOGICO



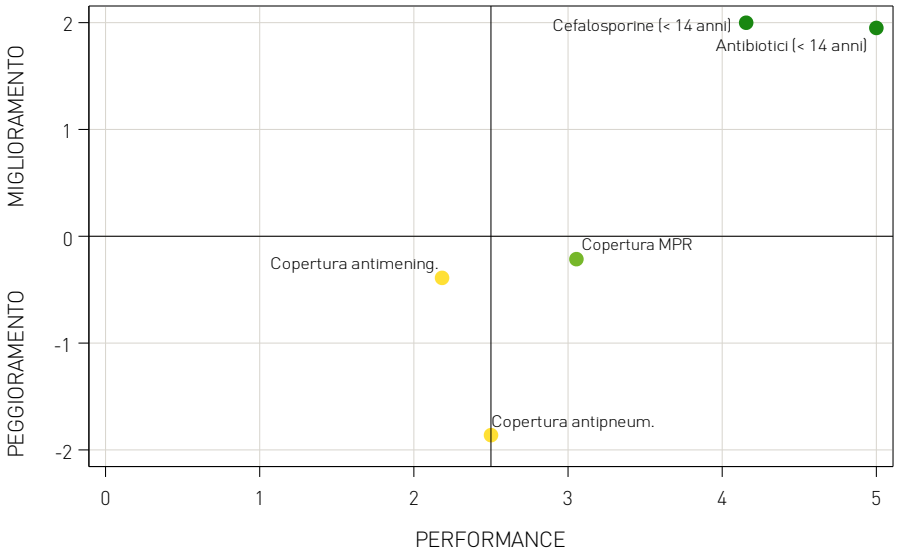
PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



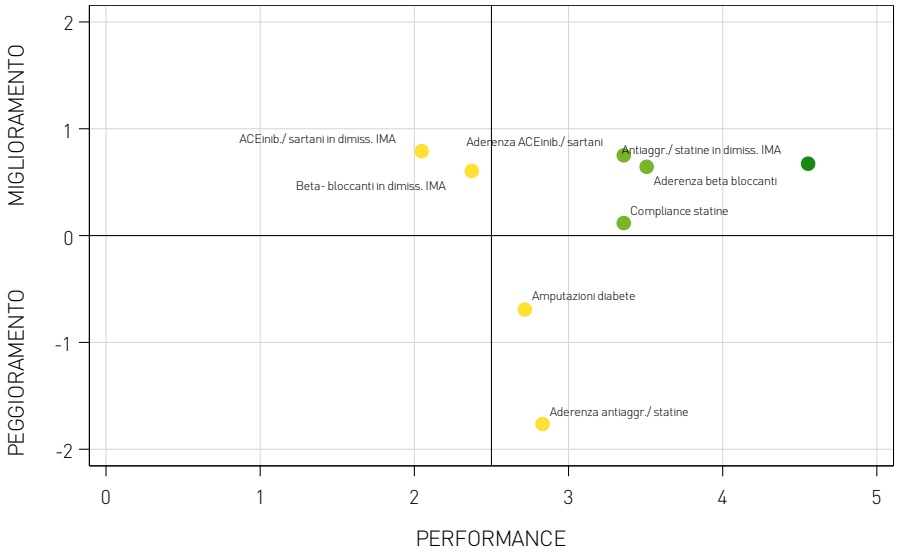
Percorso Materno Infantile



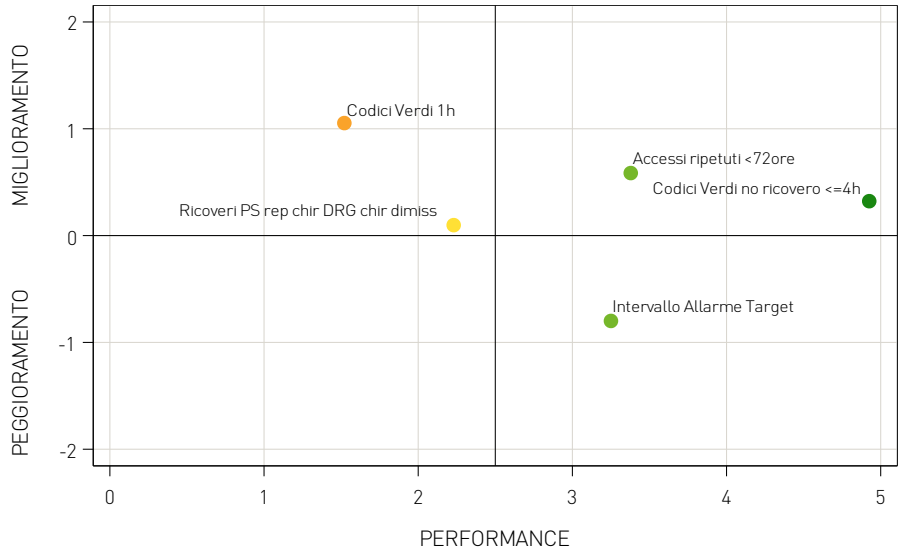
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



ATS CITTÀ METR. DI MILANO

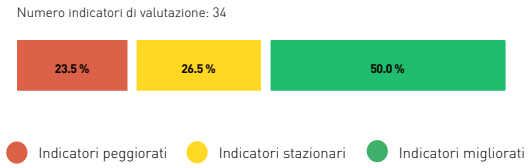
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

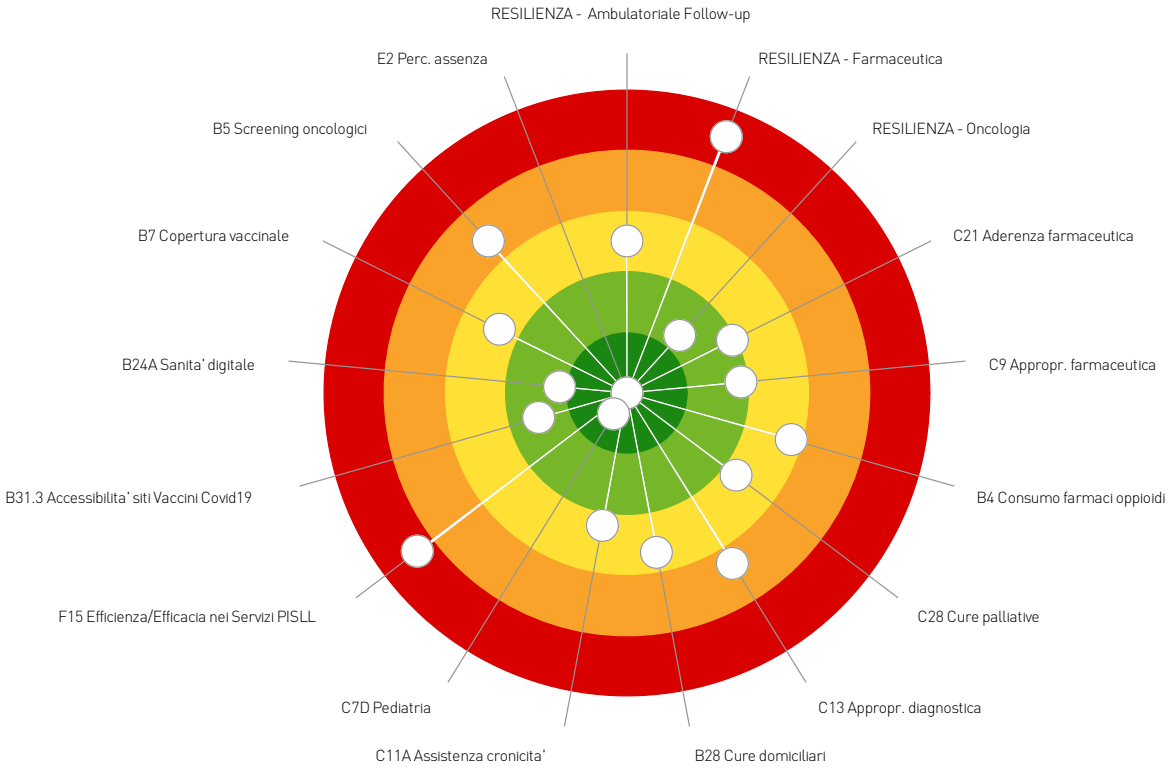
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

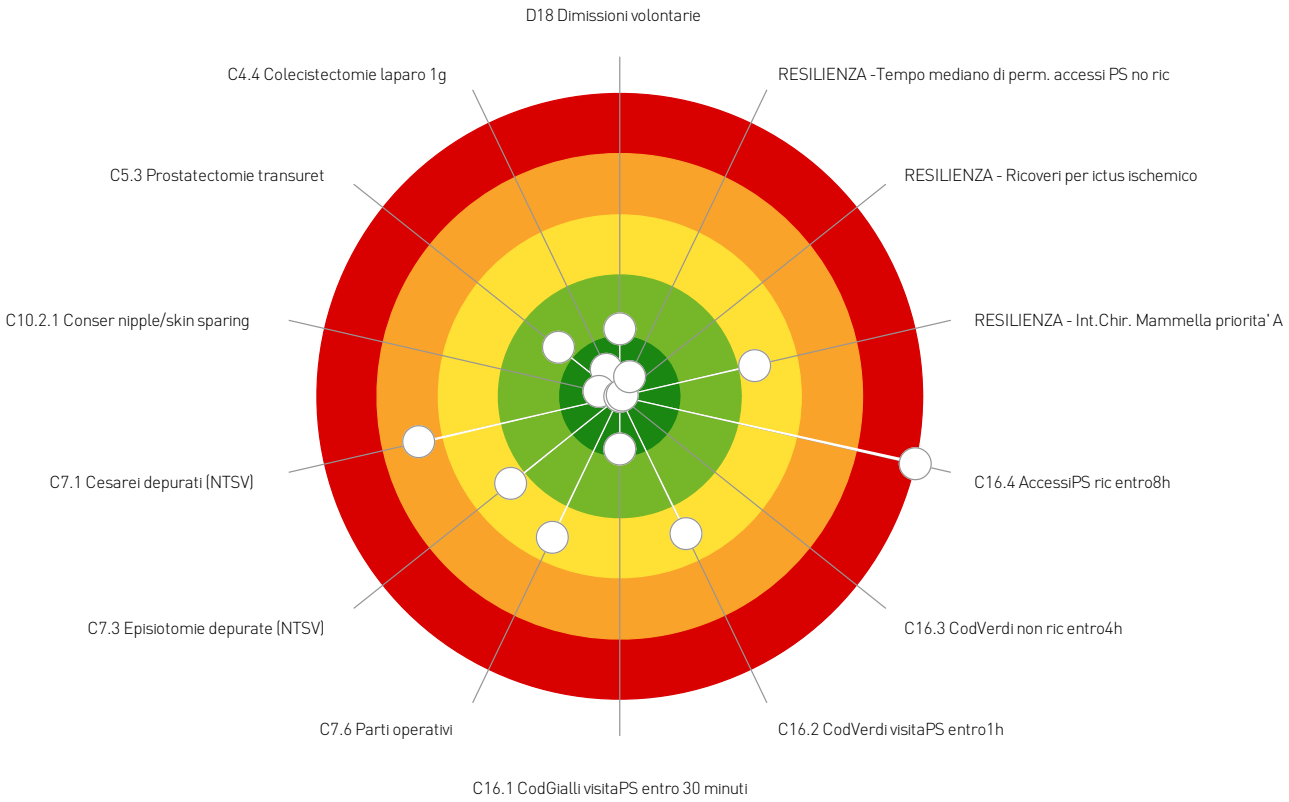


Valutazione della performance 2020



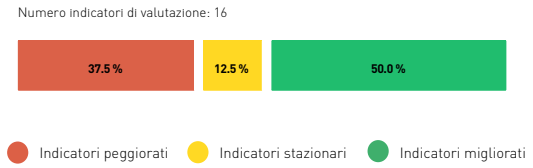
OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO

Valutazione della performance 2020

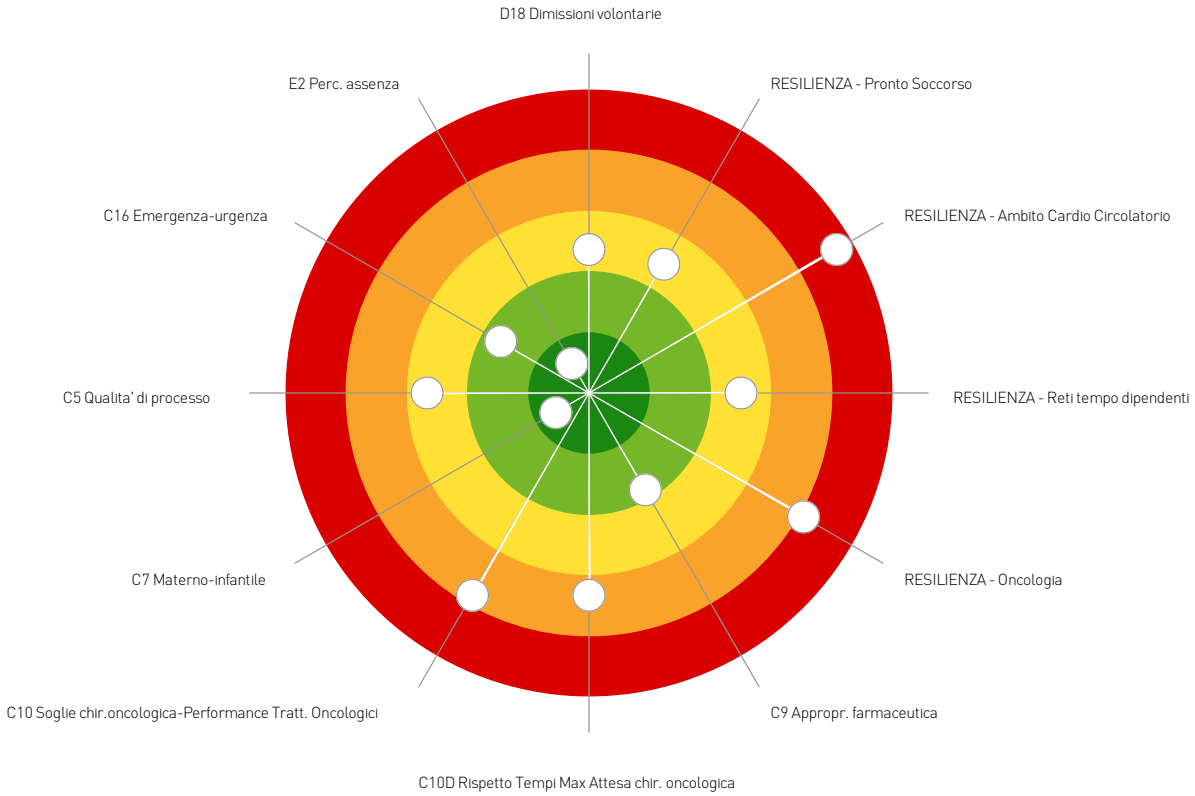


ASST OSP METROP. NIGUARDA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



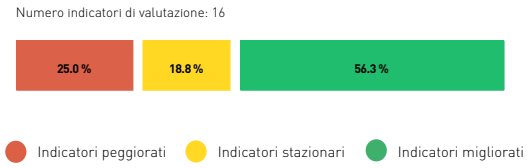
ASST SANTI PAOLO E CARLO

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

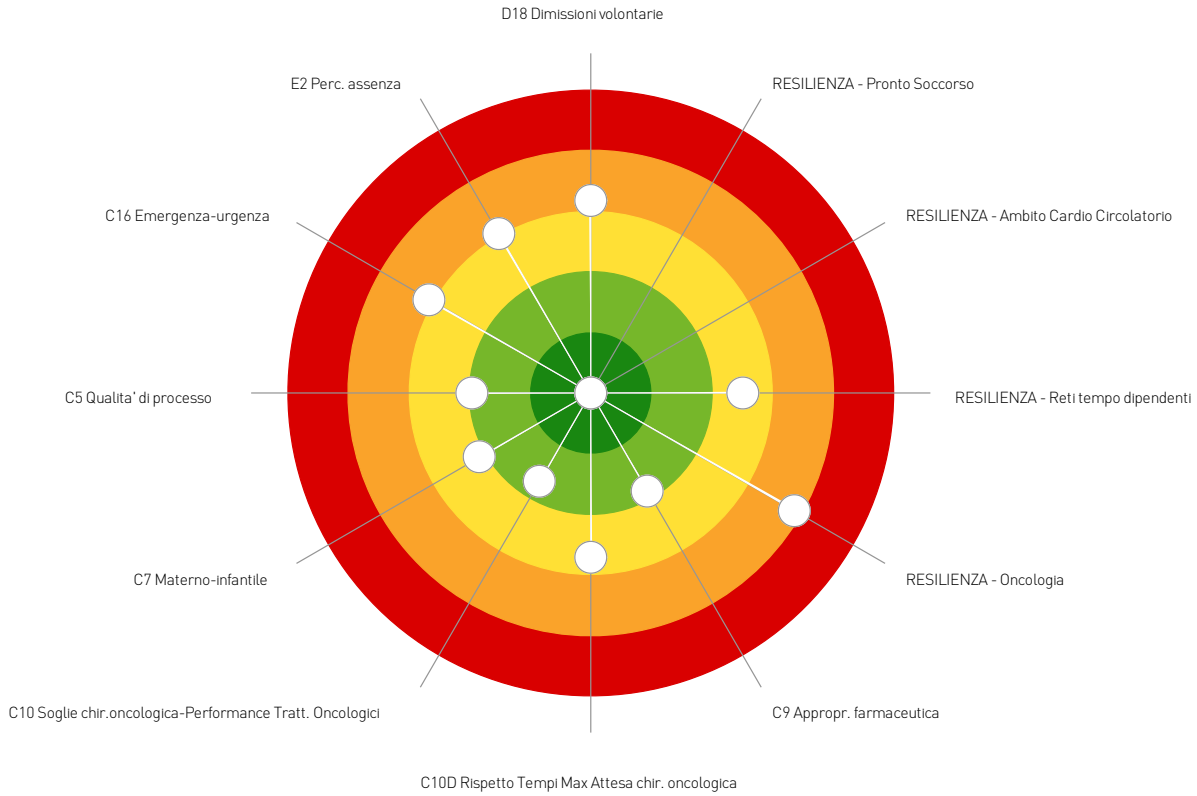
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



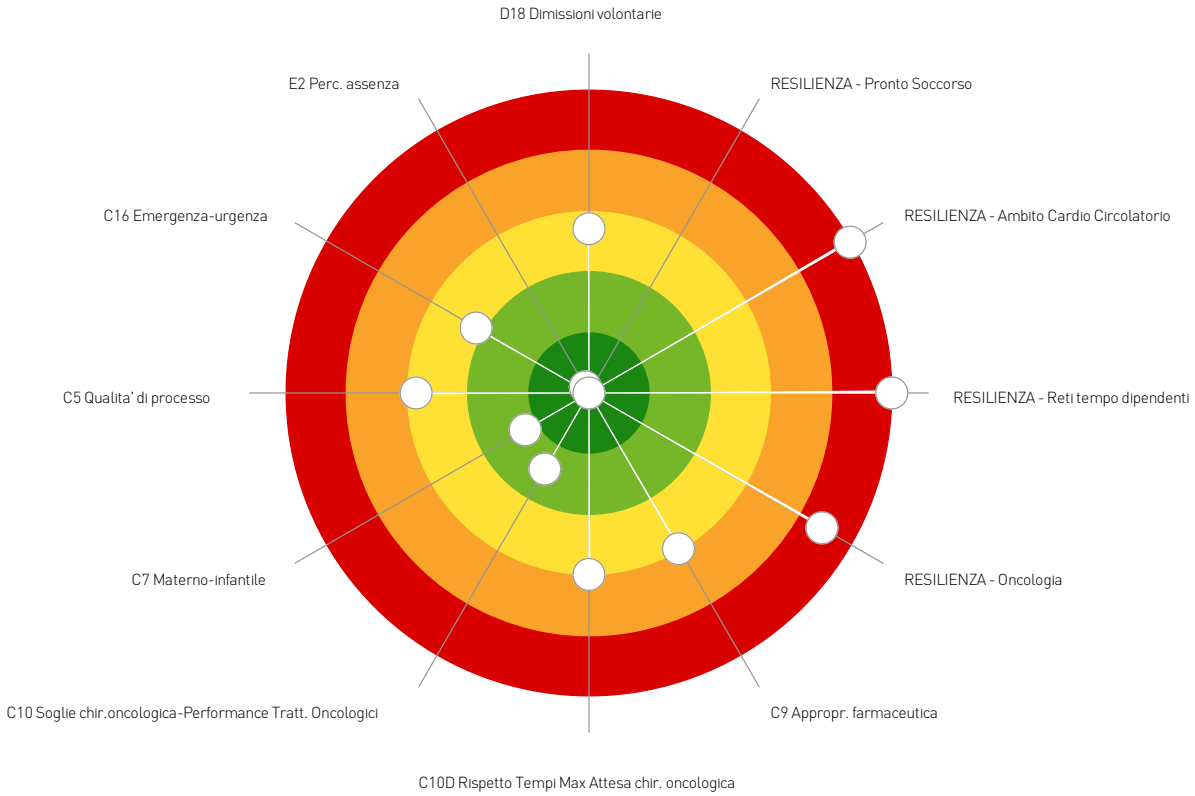
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

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

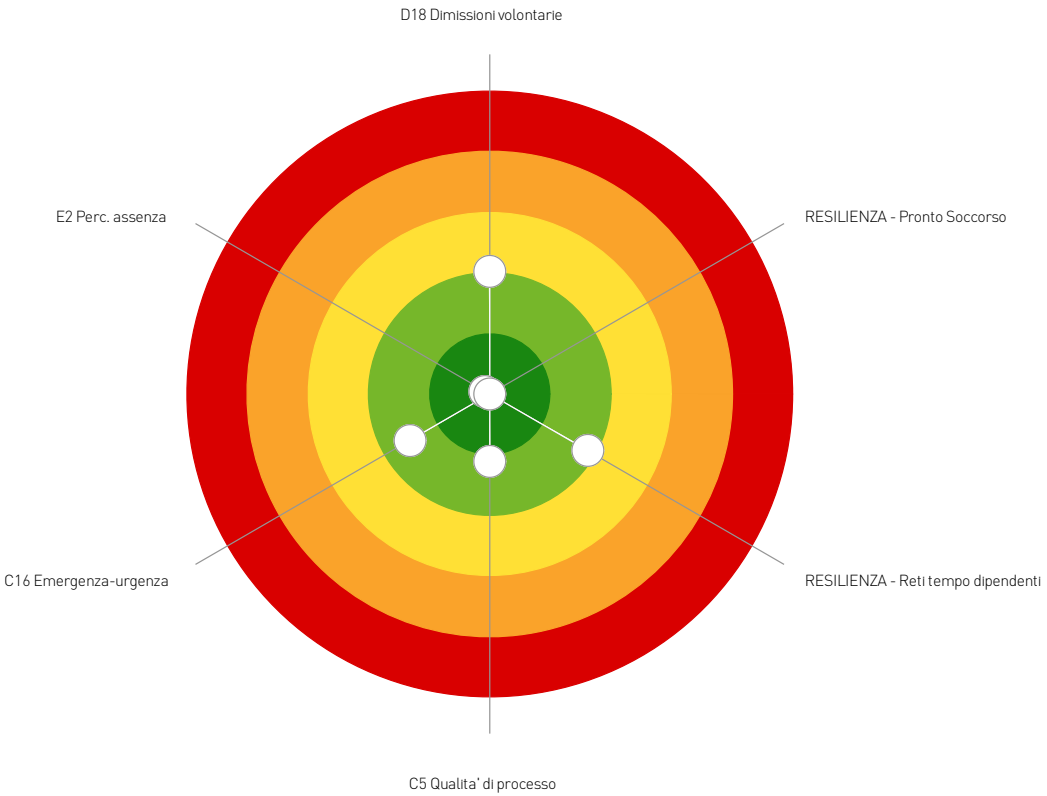
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020



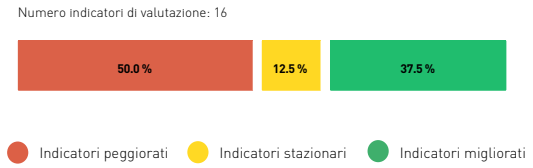
ASST PINI CTO

Valutazione della performance 2020

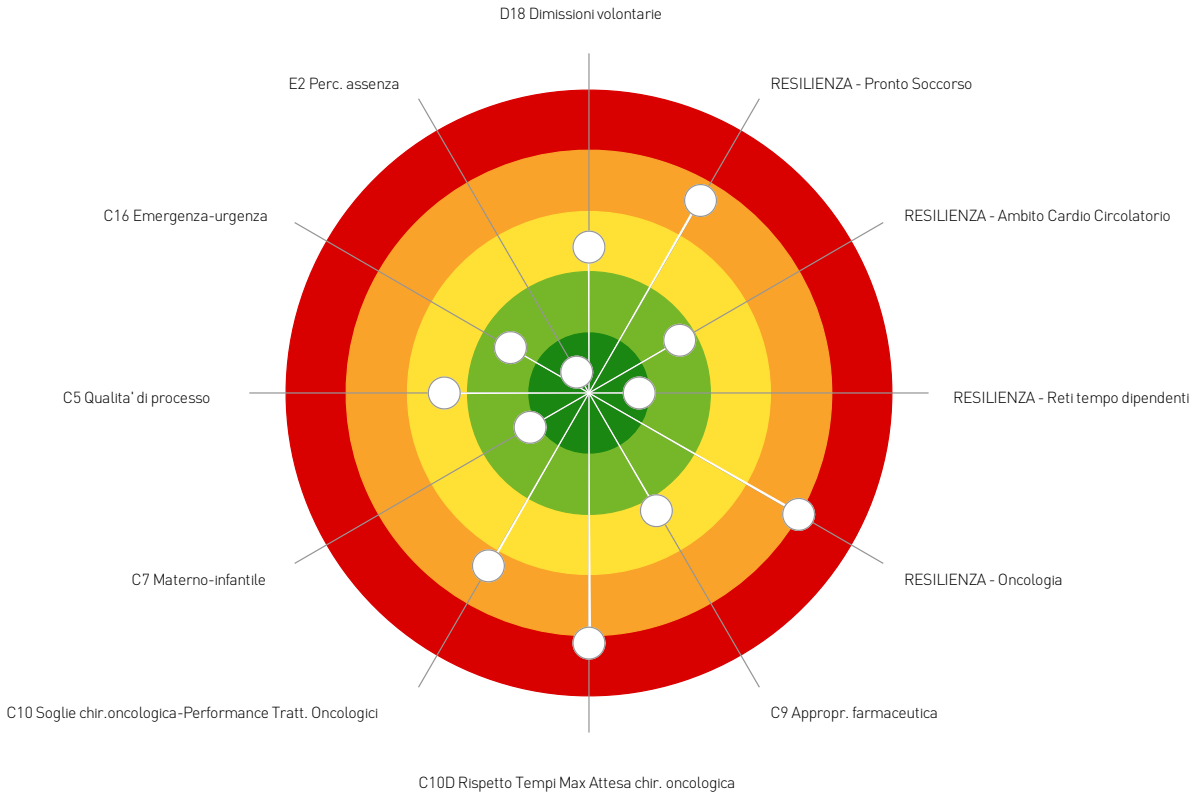


ASST OVEST MILANESE

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

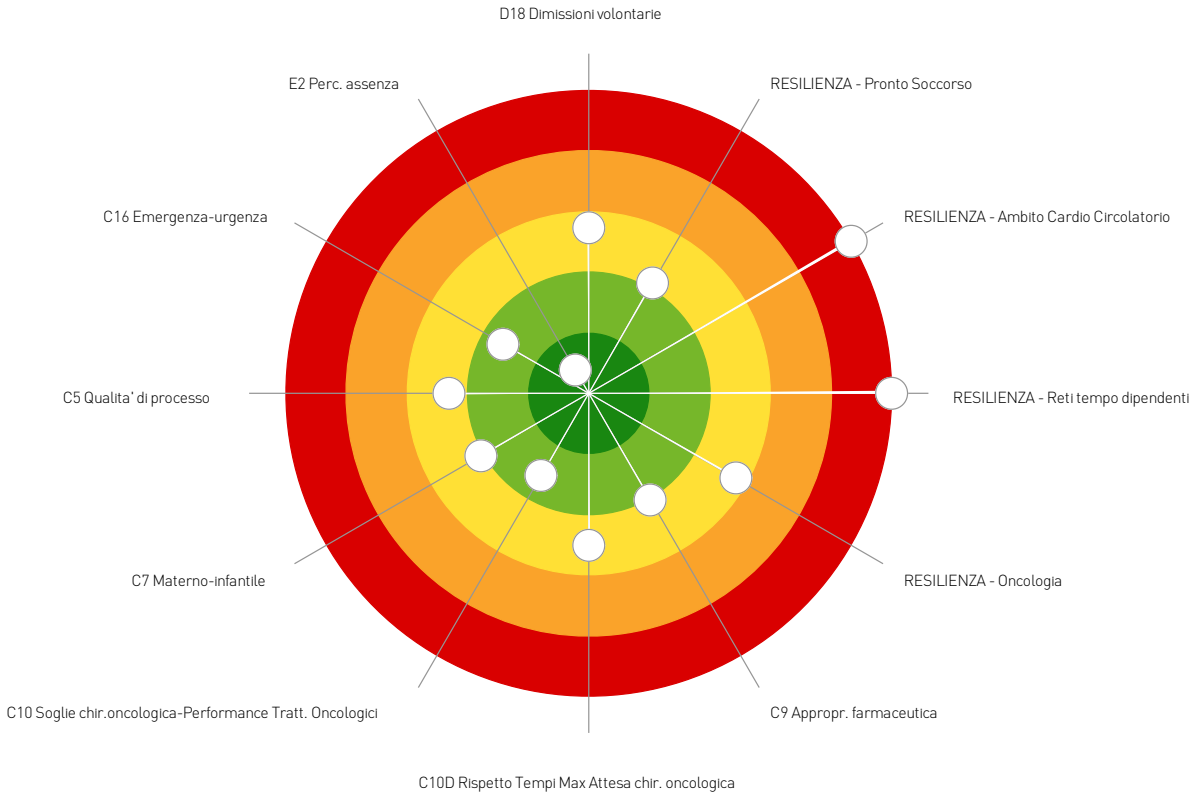


Valutazione della performance 2020



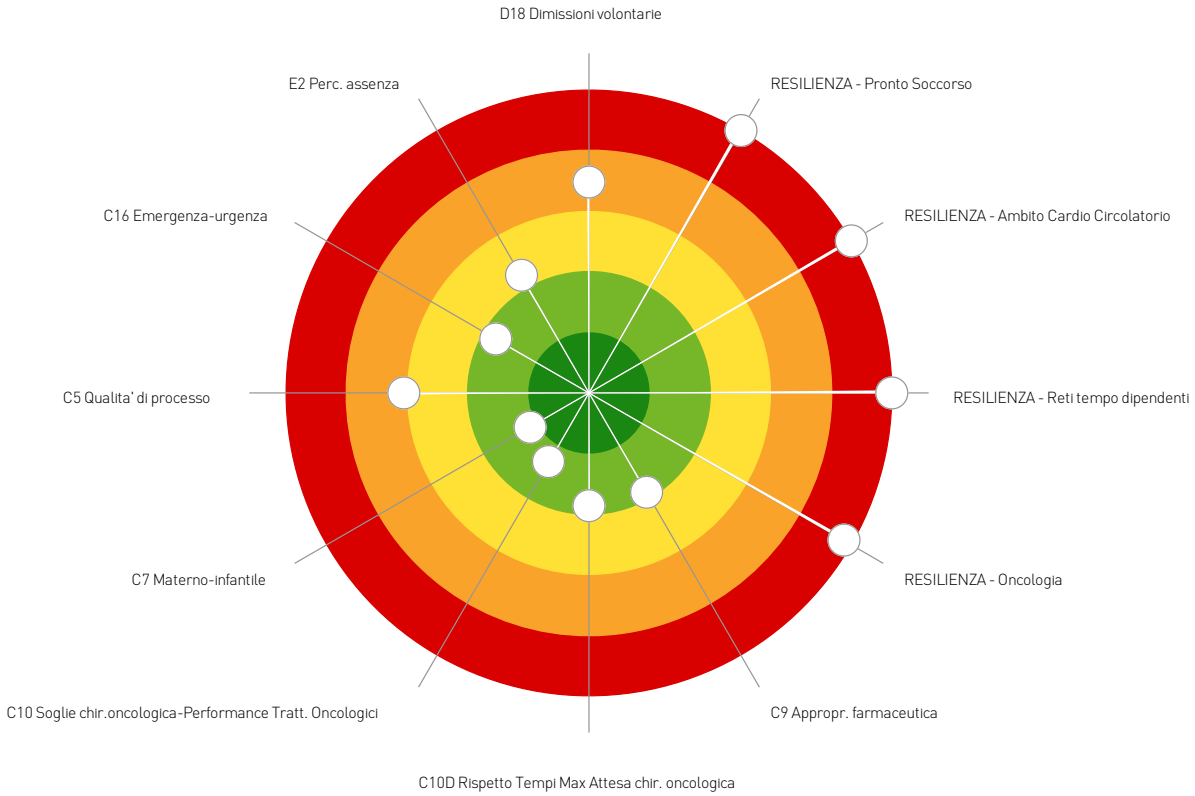
ASST RHODENSE

Valutazione della performance 2020



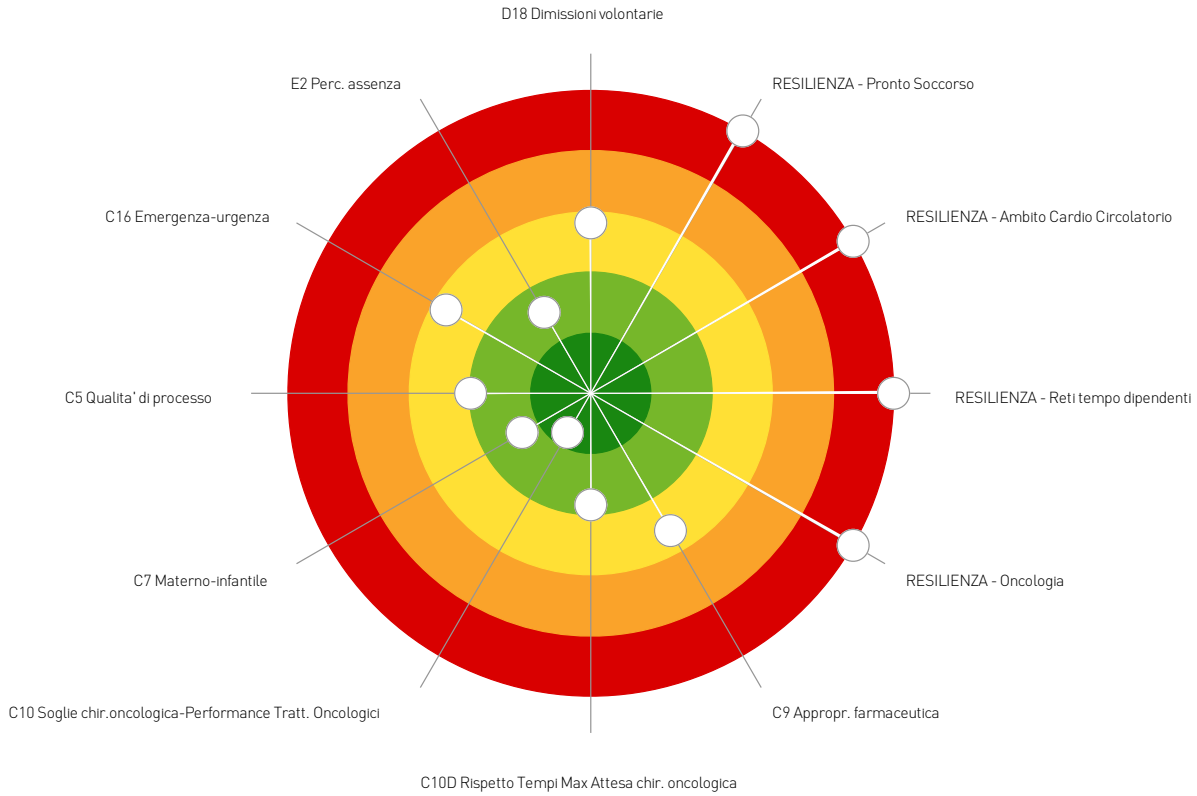
ASST NORD MILANO

Valutazione della performance 2020



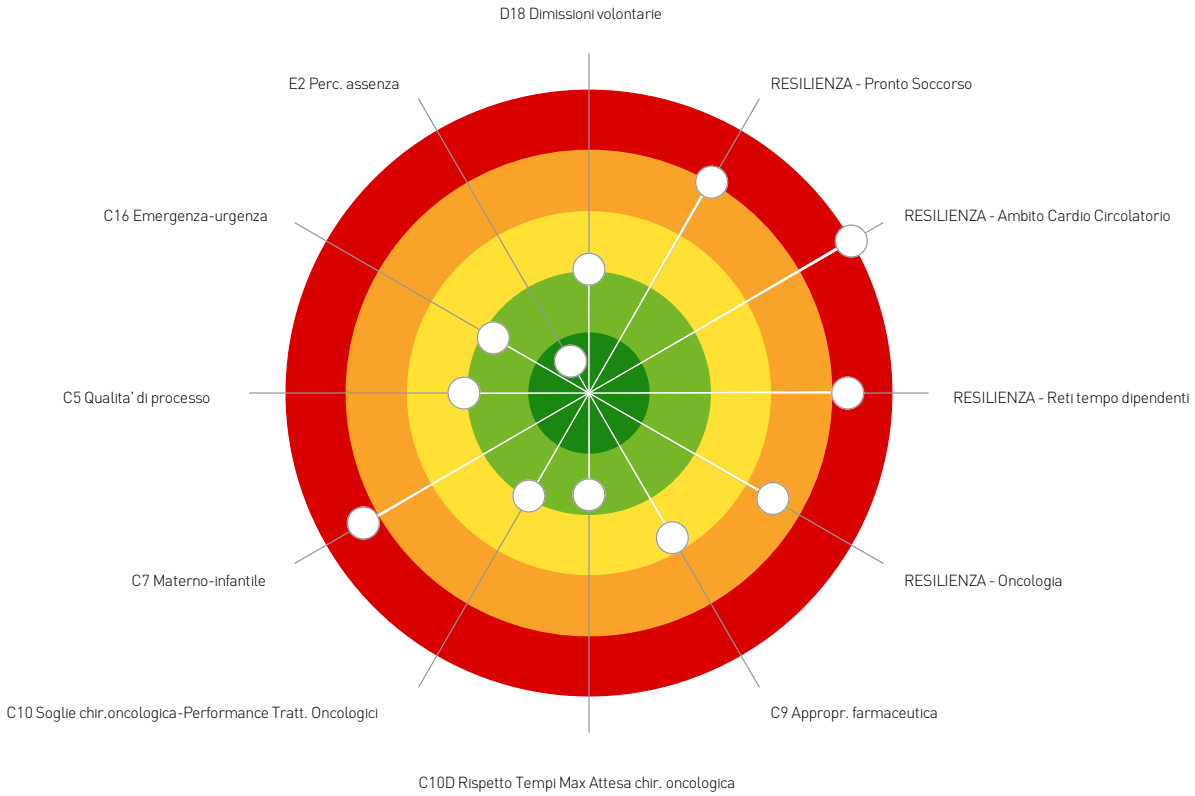
ASST MELEGNANO-MARTESANA

Valutazione della performance 2020



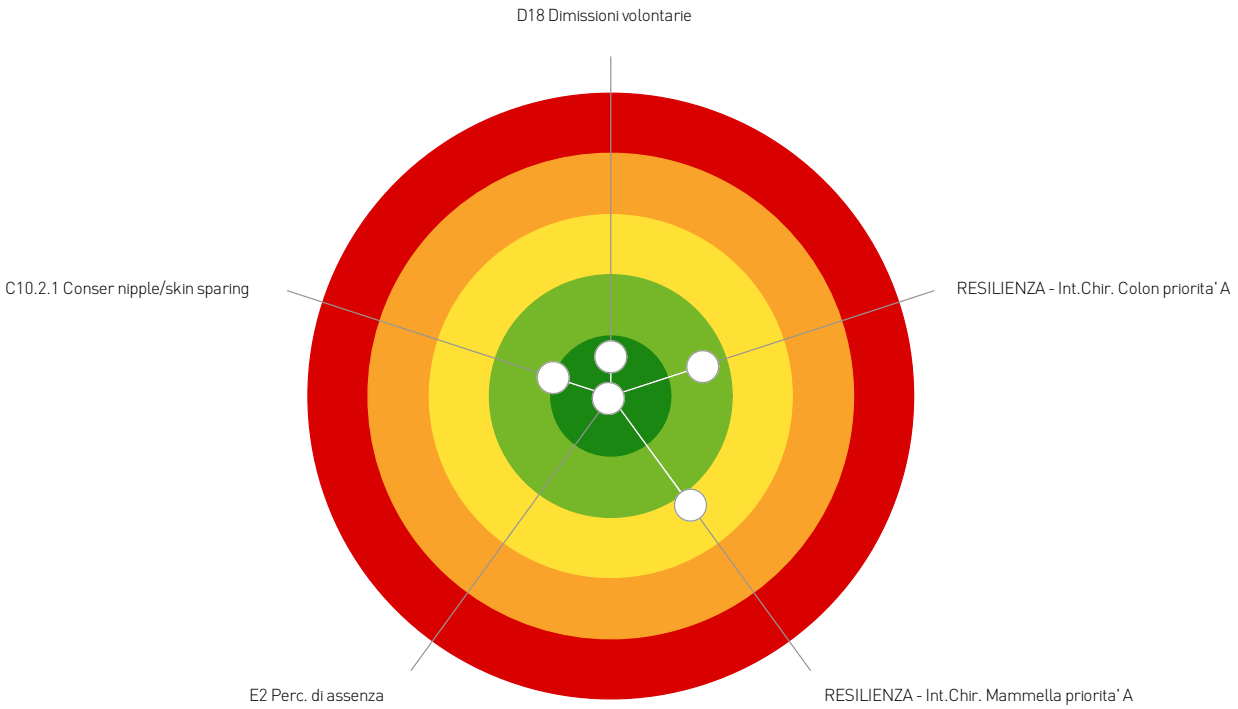
ASST DI LODI

Valutazione della performance 2020



IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI

Valutazione della performance 2020



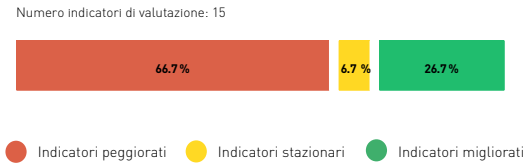
IRCCS OSP. POL. DI MILANO

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

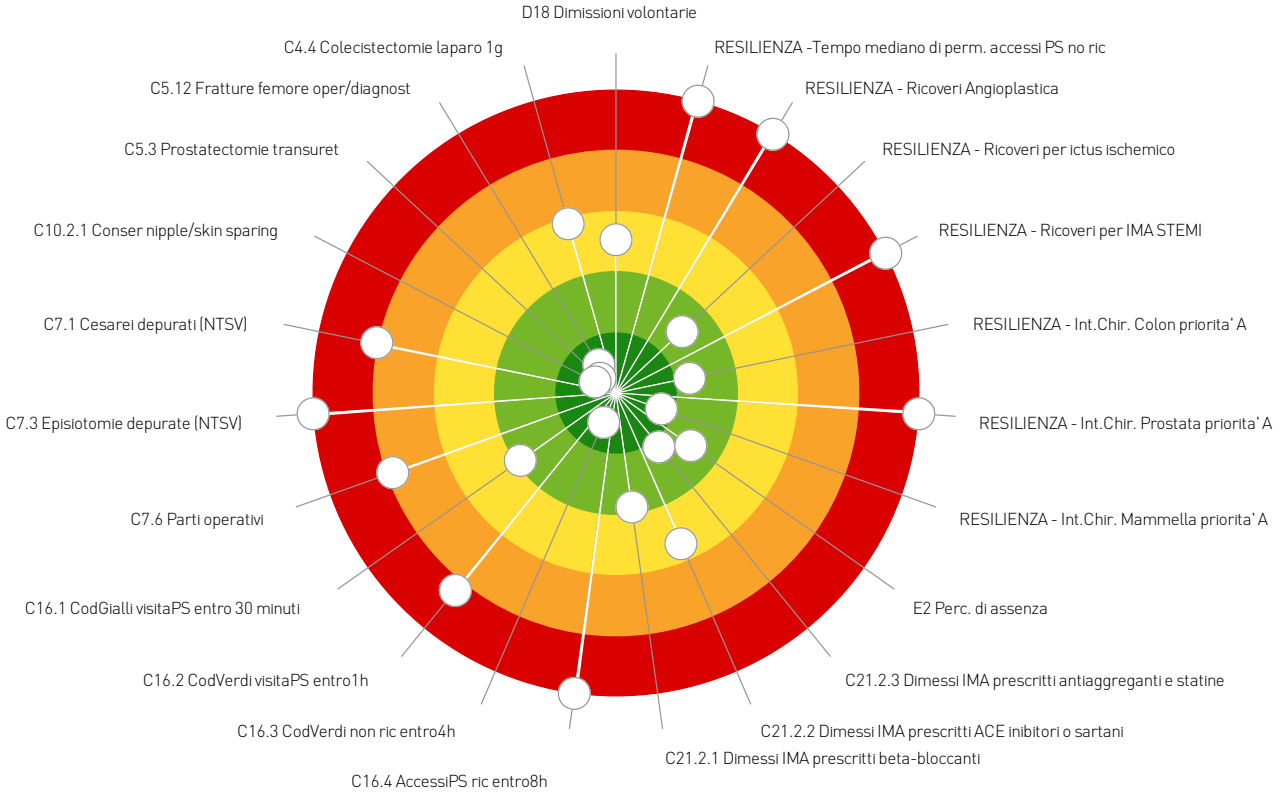
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

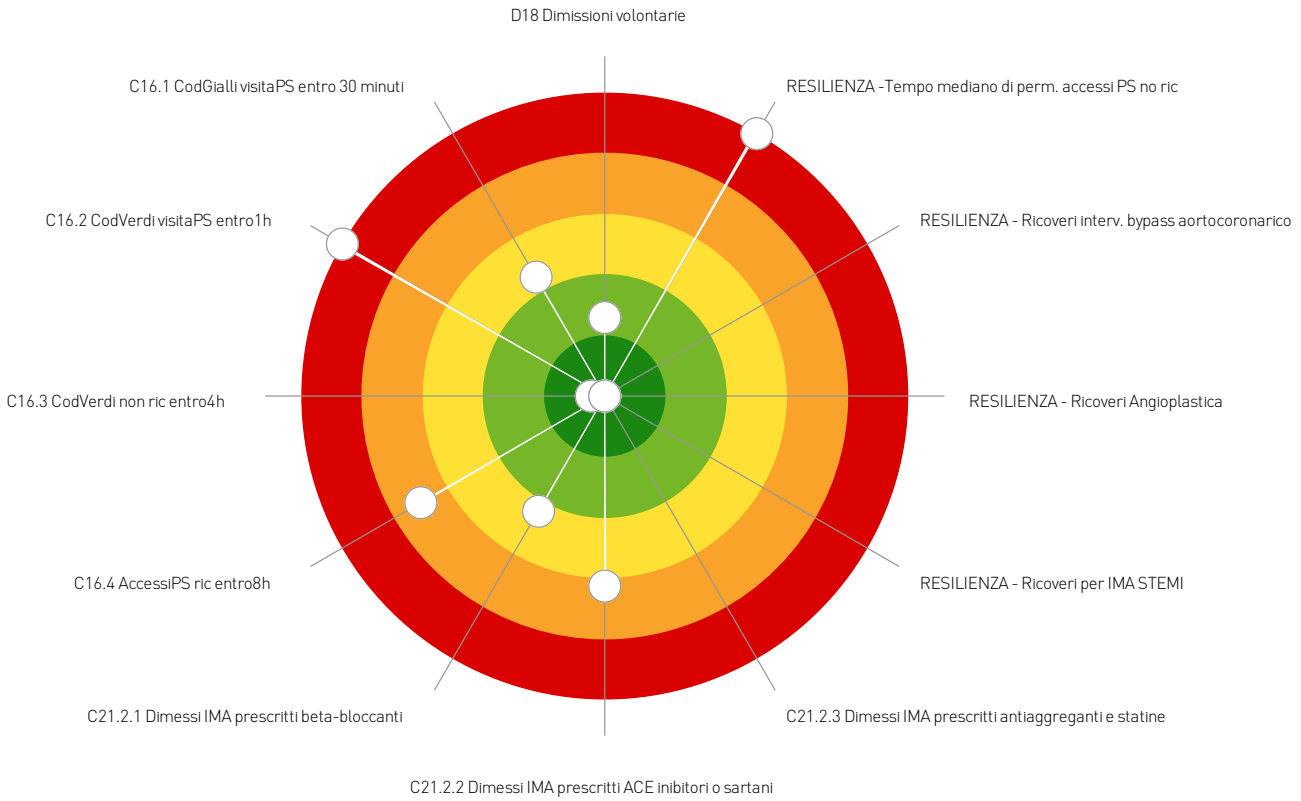


Valutazione della performance 2020



FOND.MONZINO-CENTRO CARDIOL. - MI

Valutazione della performance 2020



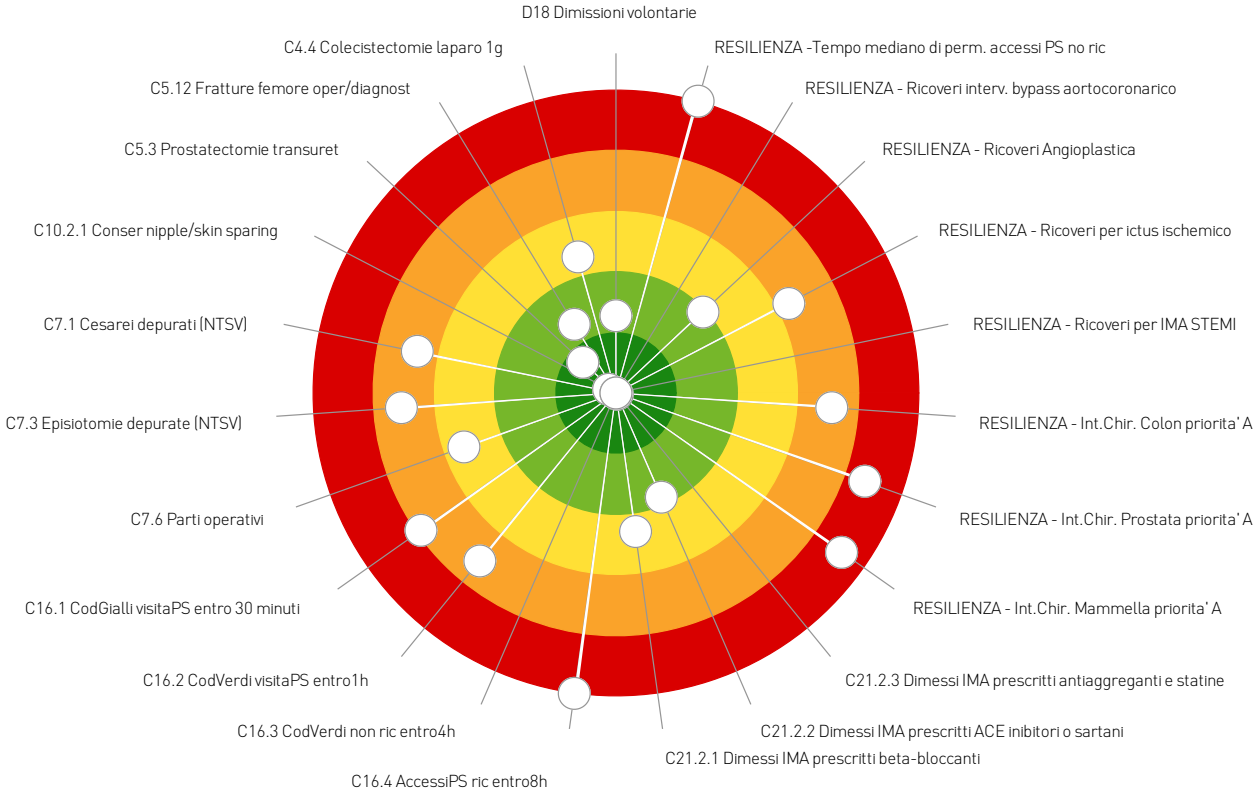
S. RAFFAELE - MI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

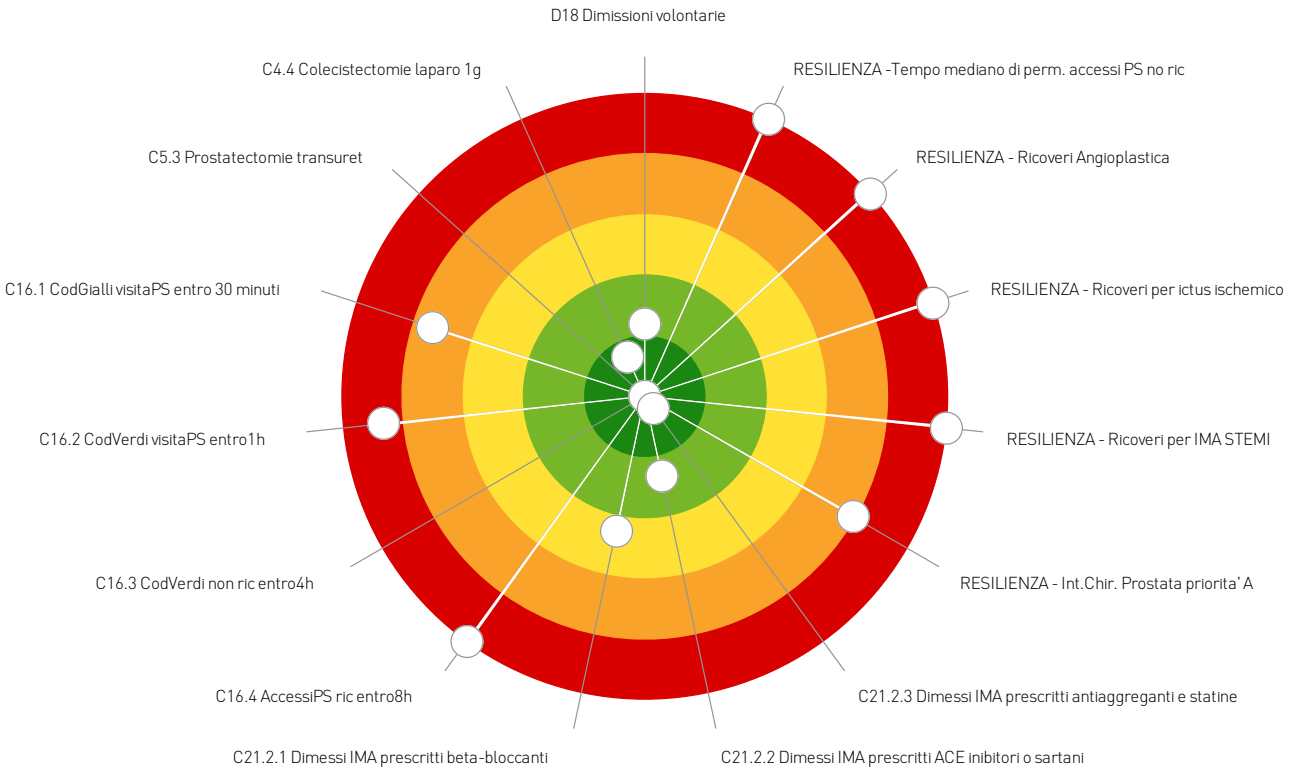
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020



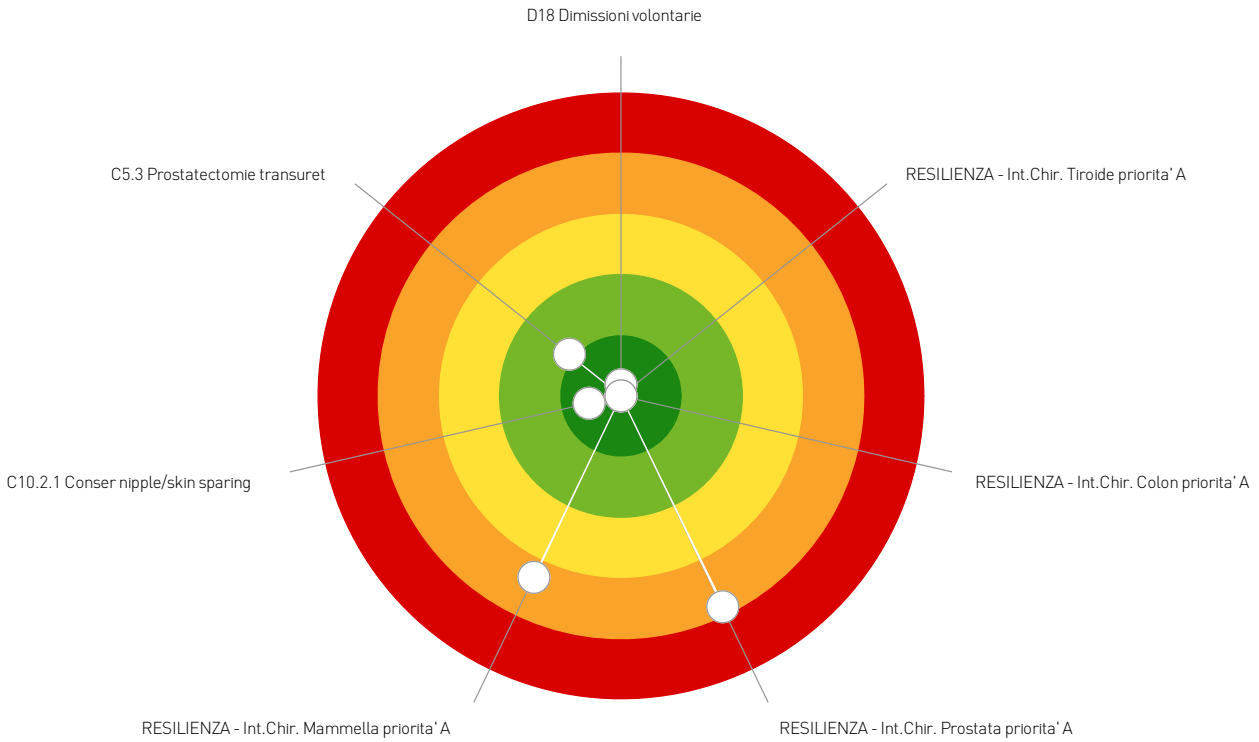
IST. AUXOLOGICO ITALIANO

Valutazione della performance 2020



ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Valutazione della performance 2020



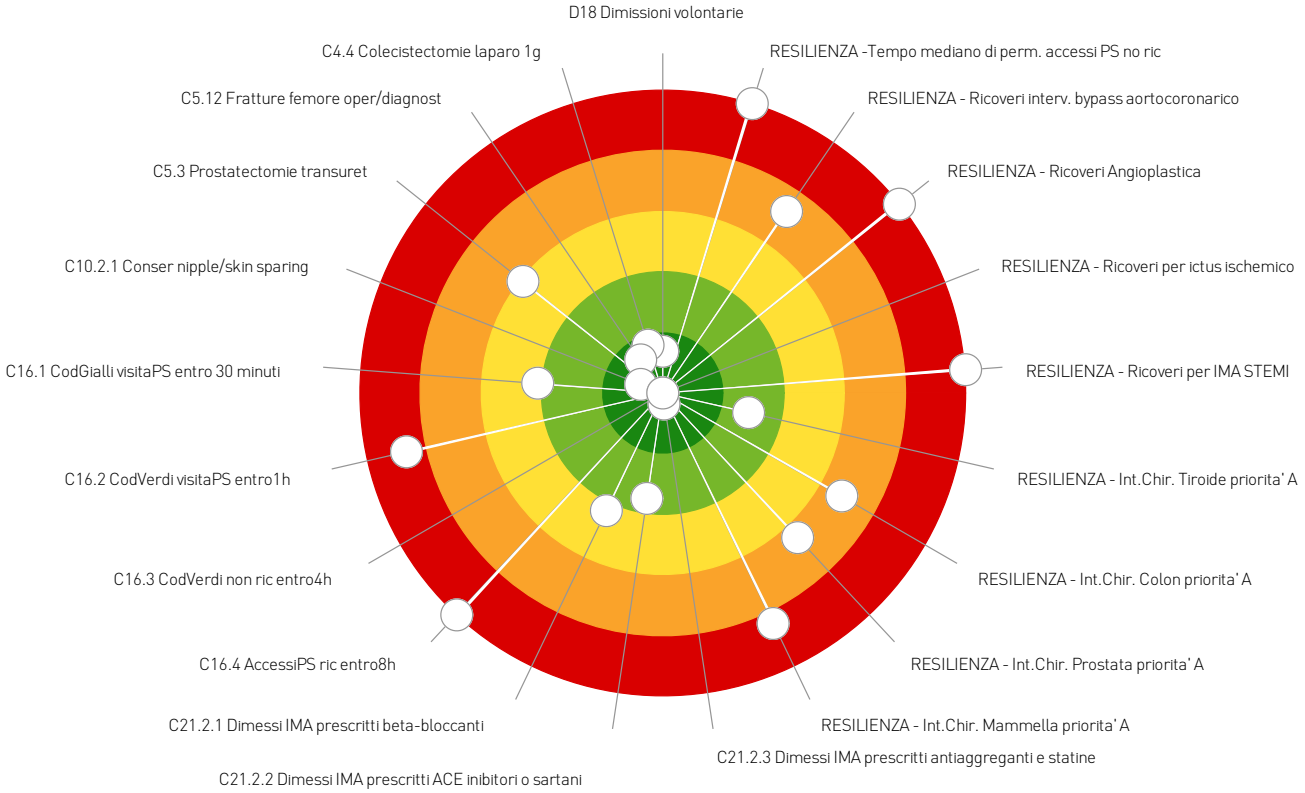
IST. CLIN. HUMANITAS

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

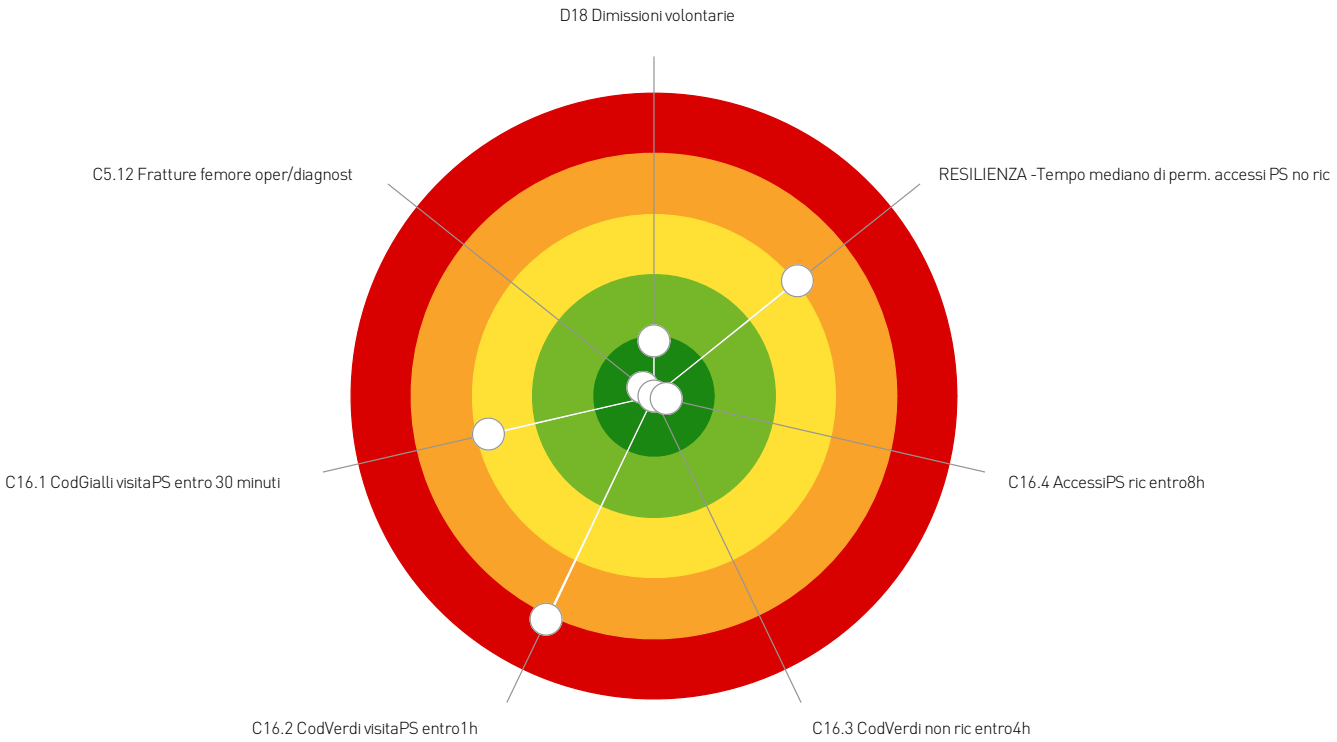
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020



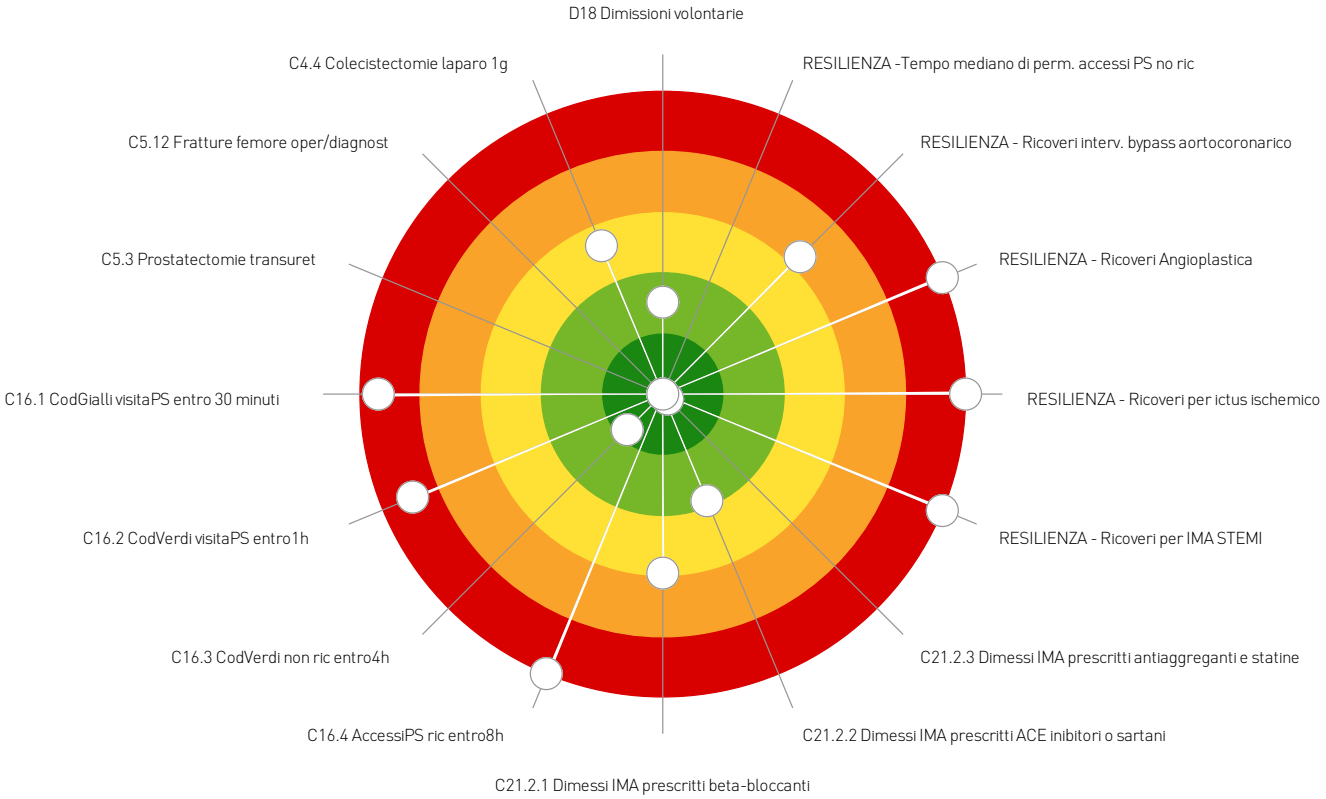
ISTITUTO ORT. GALEAZZI SPA

Valutazione della performance 2020



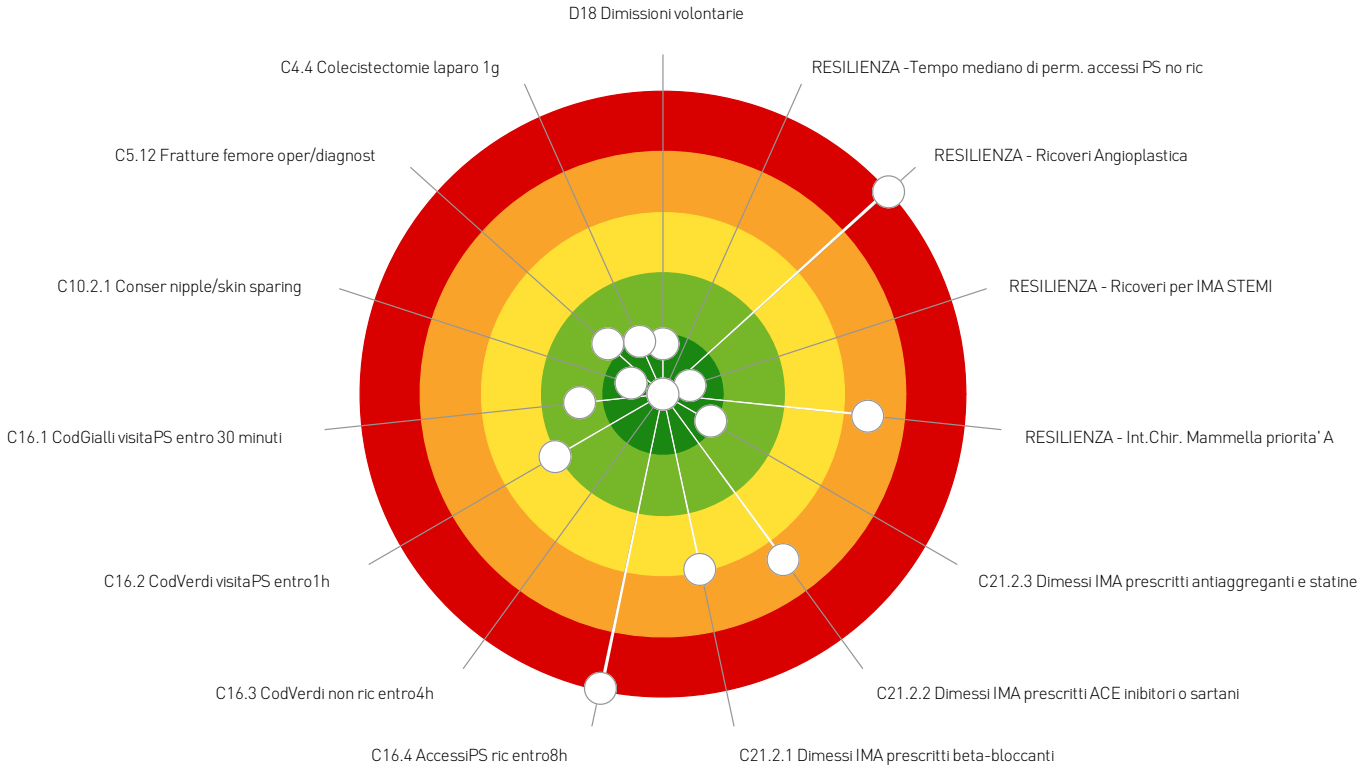
IST.POLICL. S.DONATO

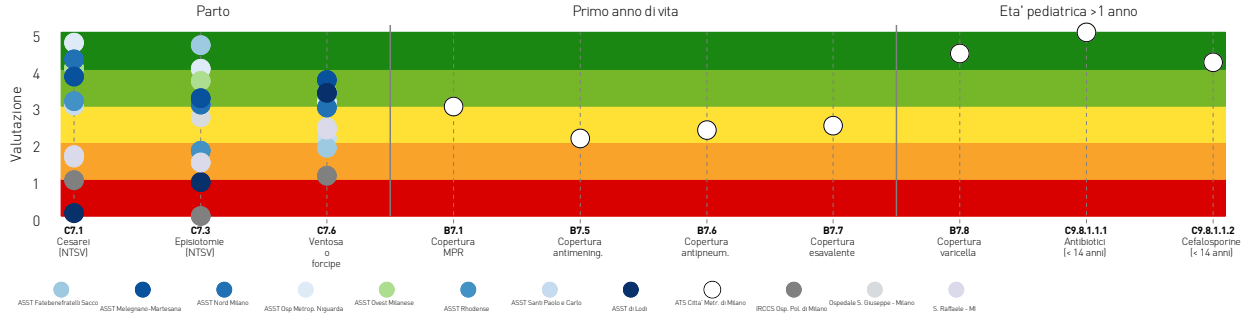
Valutazione della performance 2020



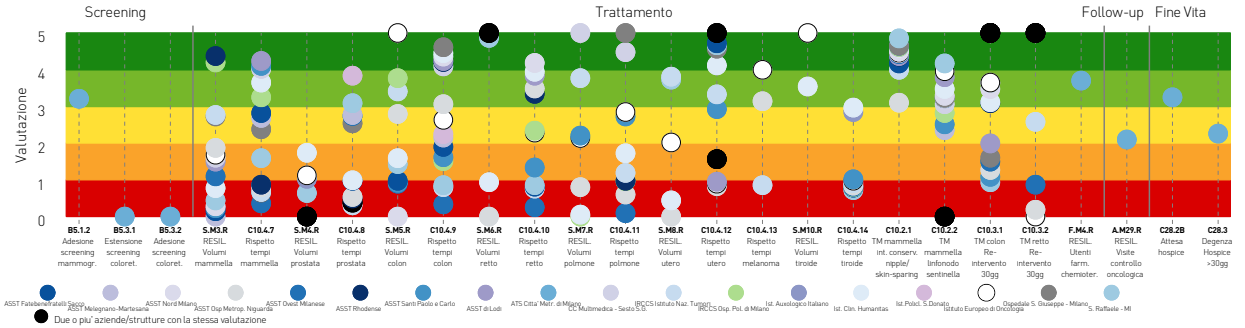
CC MULTIMEDICA - SESTO S.G.

Valutazione della performance 2020

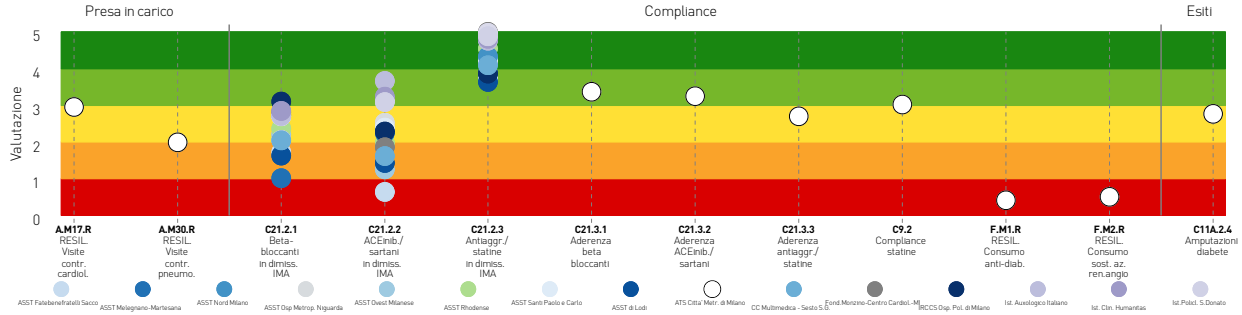




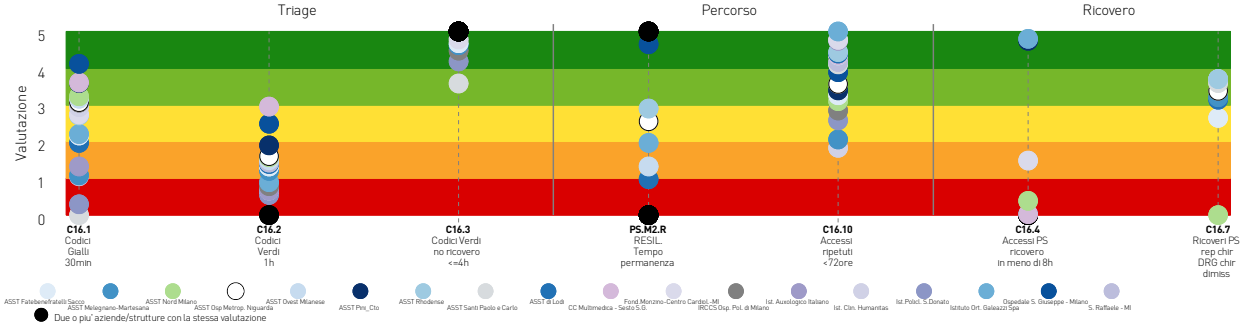
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS INSUBRIA

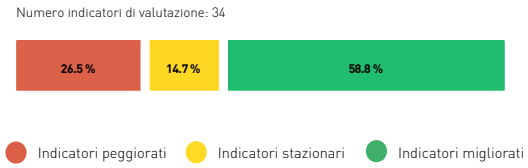
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

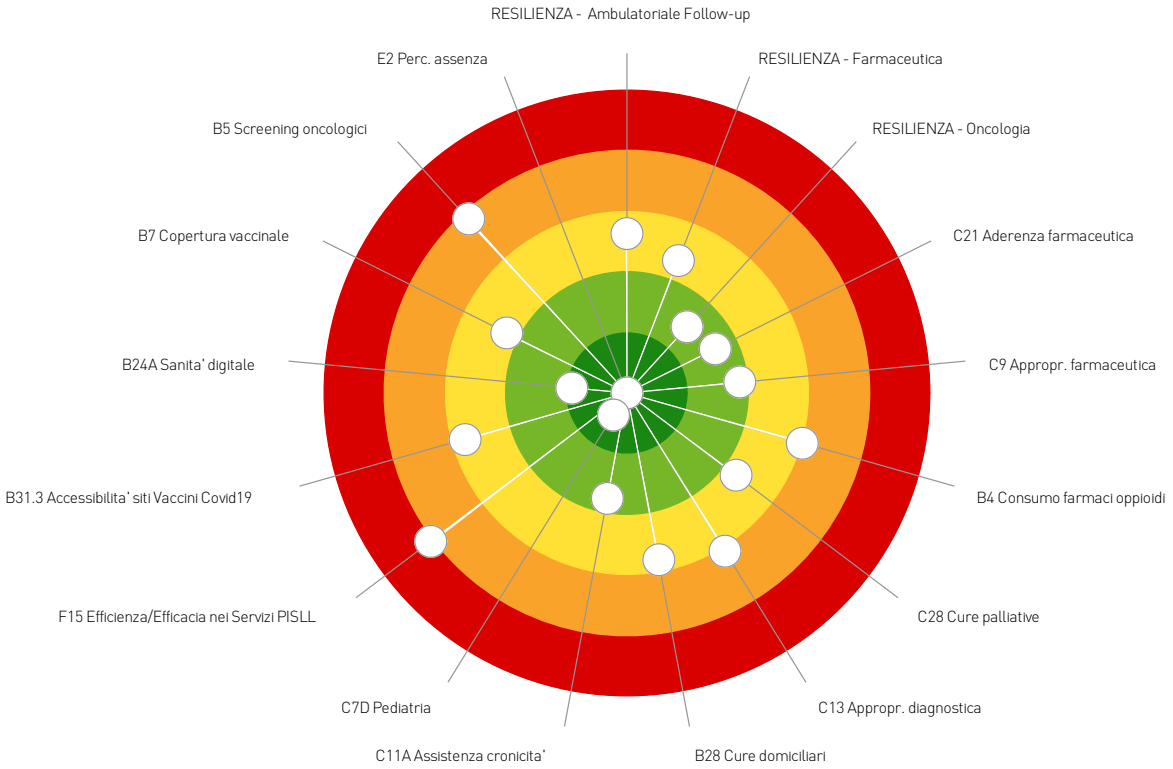
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

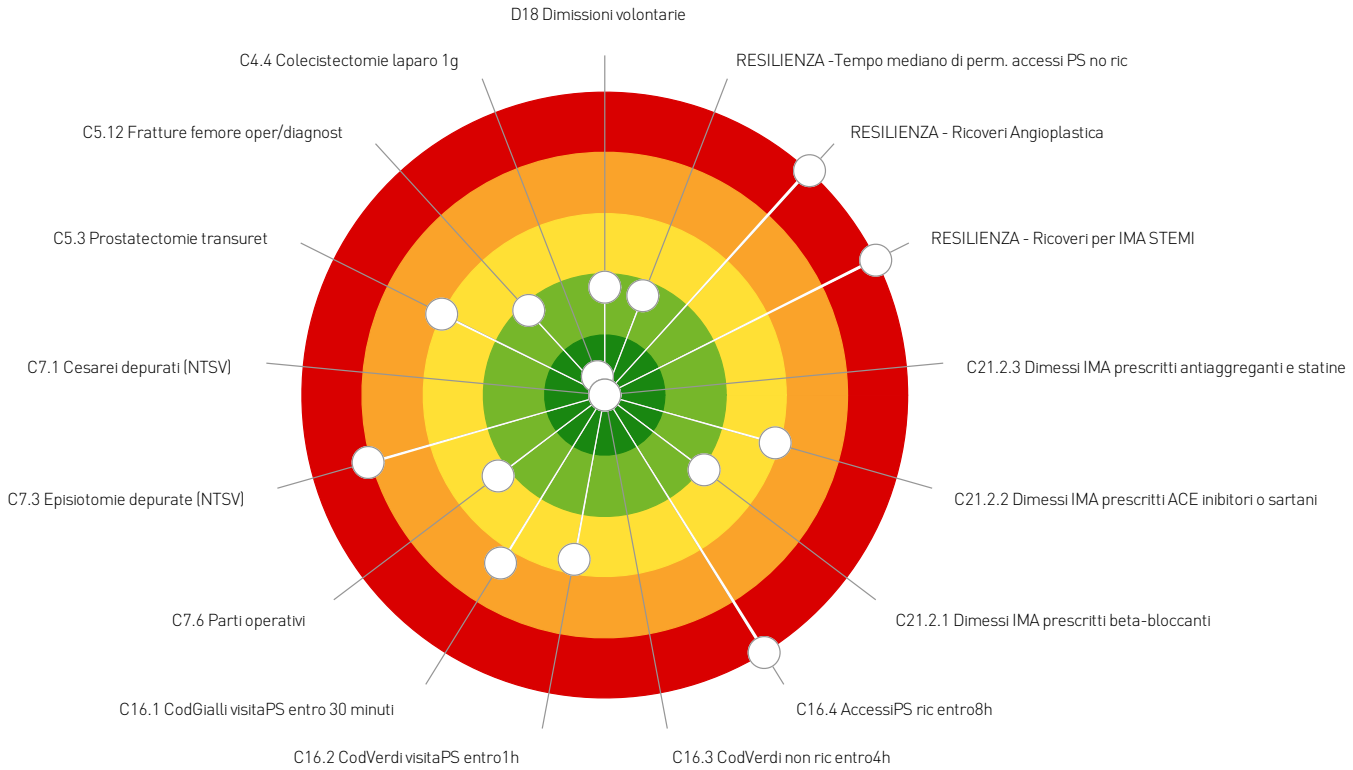


Valutazione della performance 2020



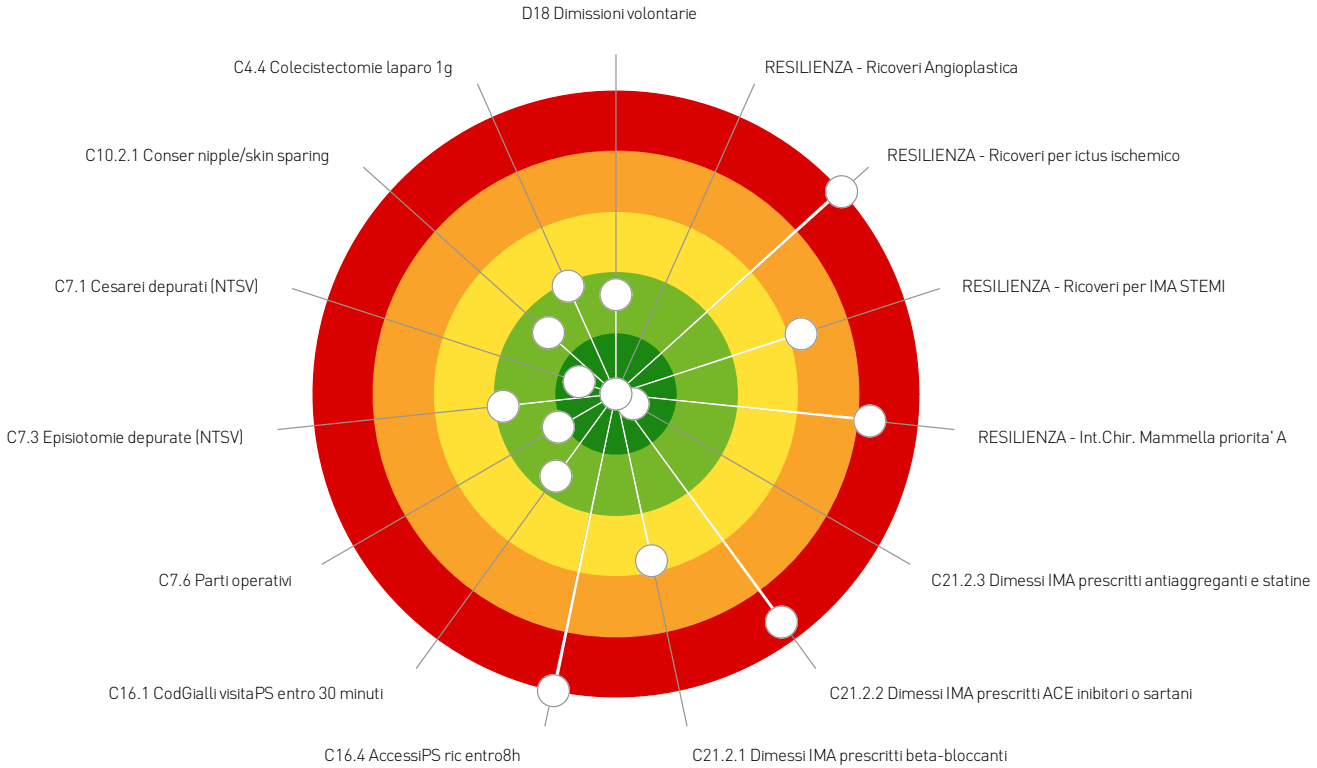
OSP. SACRA FAMIGLIA - FBF - ERBA

Valutazione della performance 2020



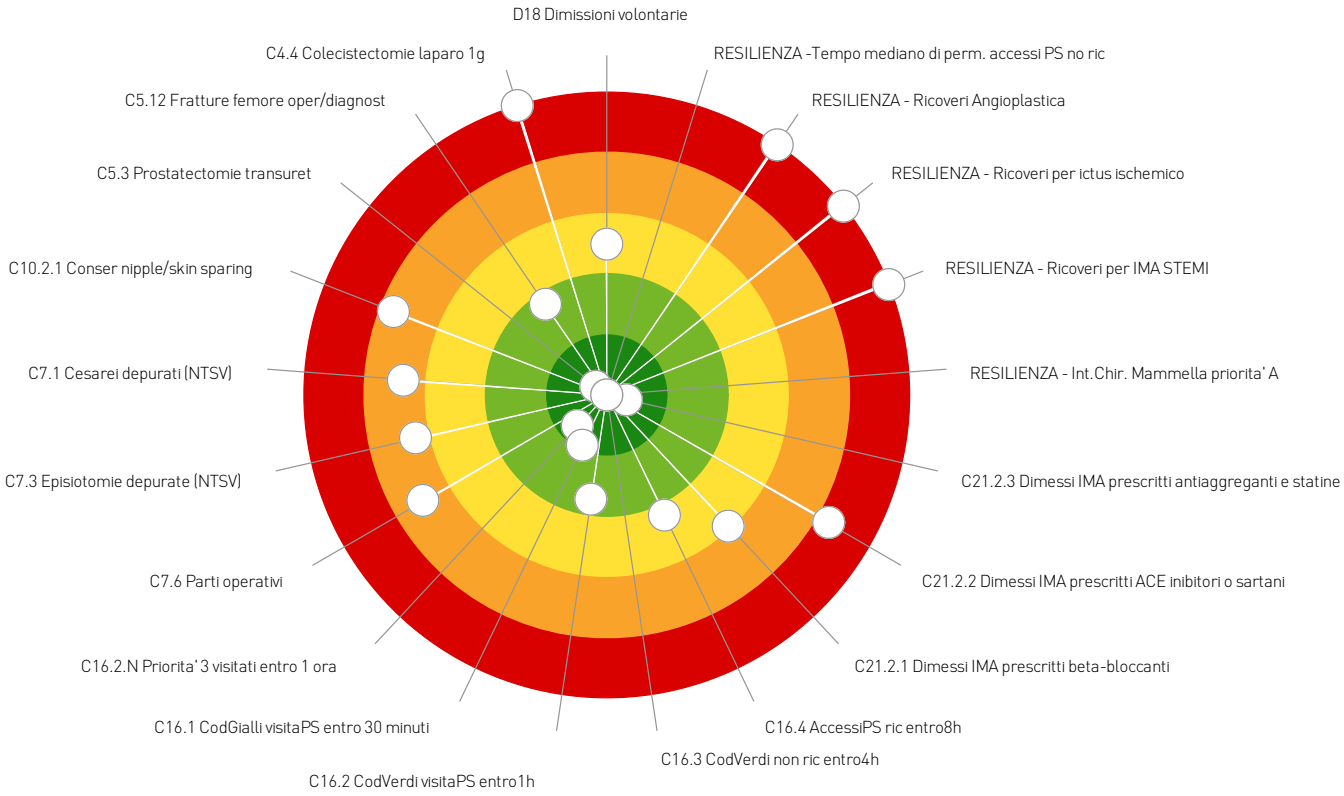
OSPEDALE VALDUCE

Valutazione della performance 2020



OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA

Valutazione della performance 2020



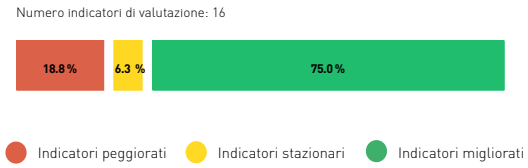
ASST DEI SETTE LAGHI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

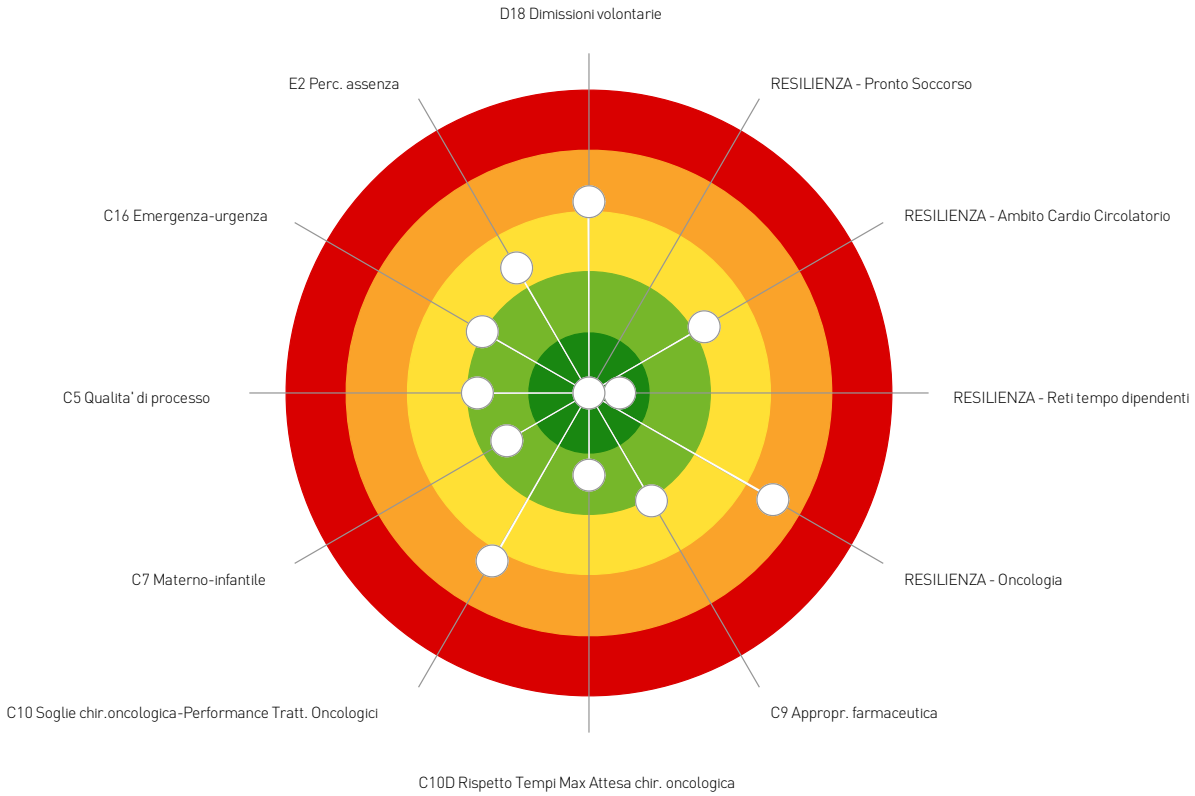
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

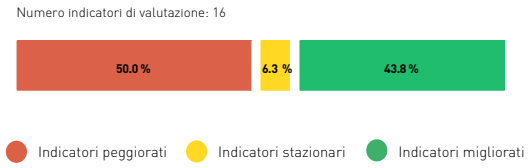


Valutazione della performance 2020

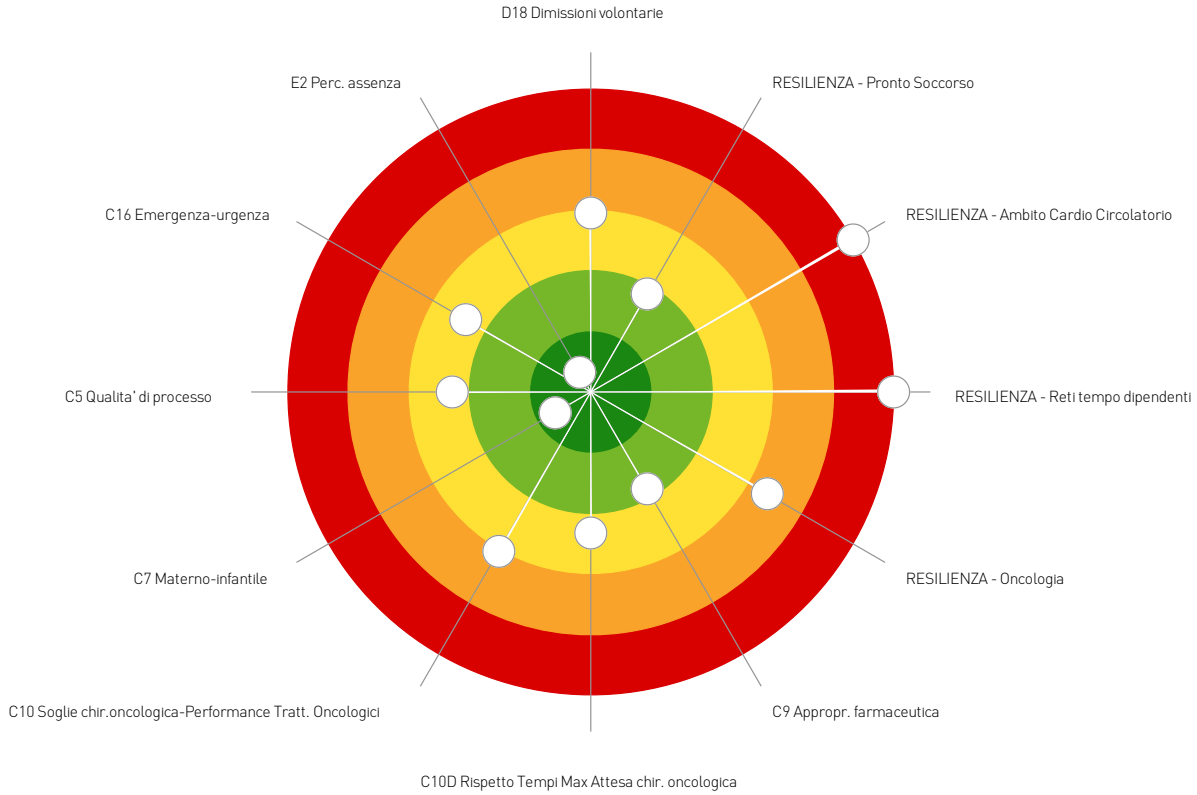


ASST DELLA VALLE OLONA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

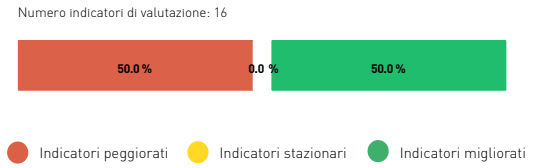


Valutazione della performance 2020

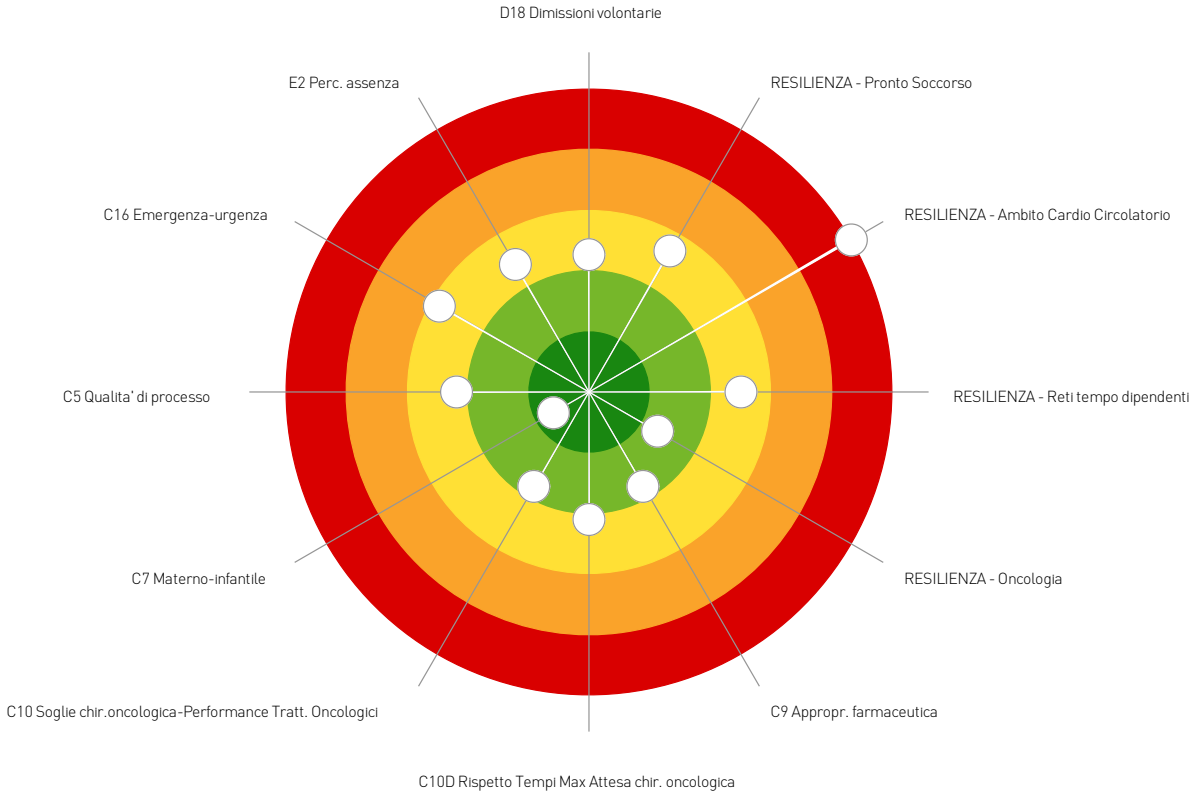


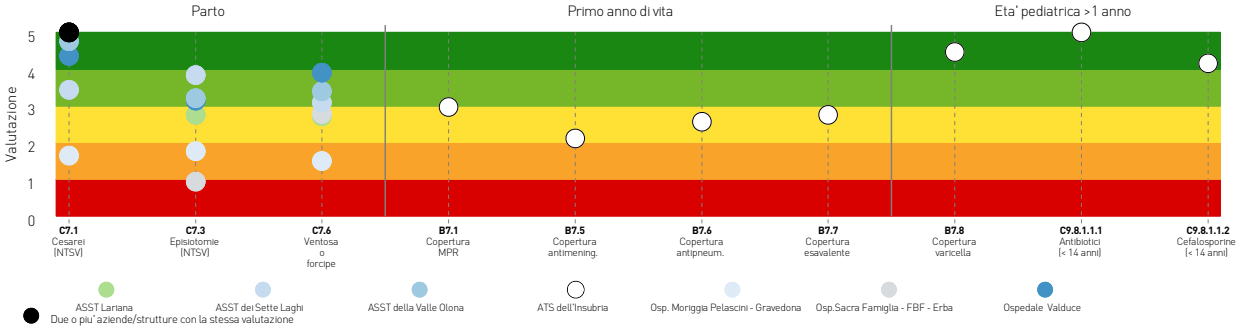
ASST LARIANA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

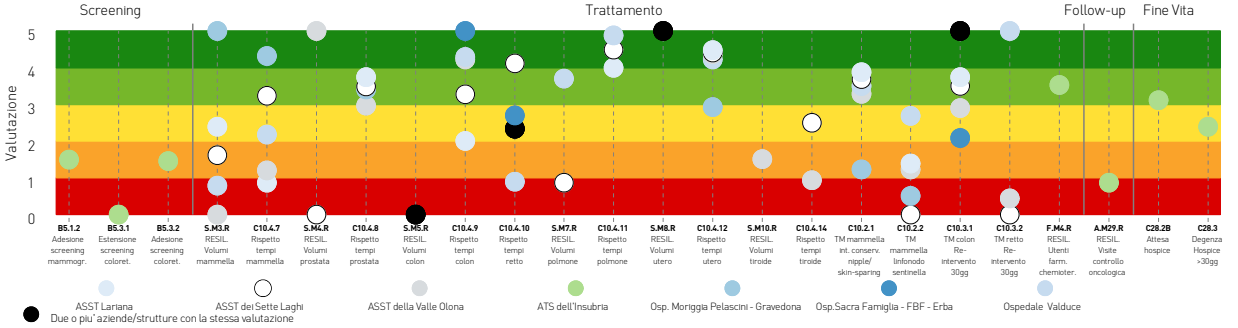


Valutazione della performance 2020

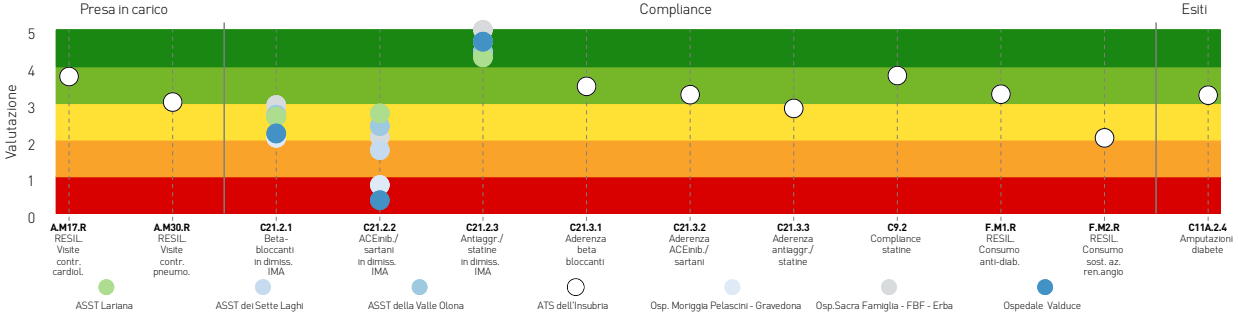




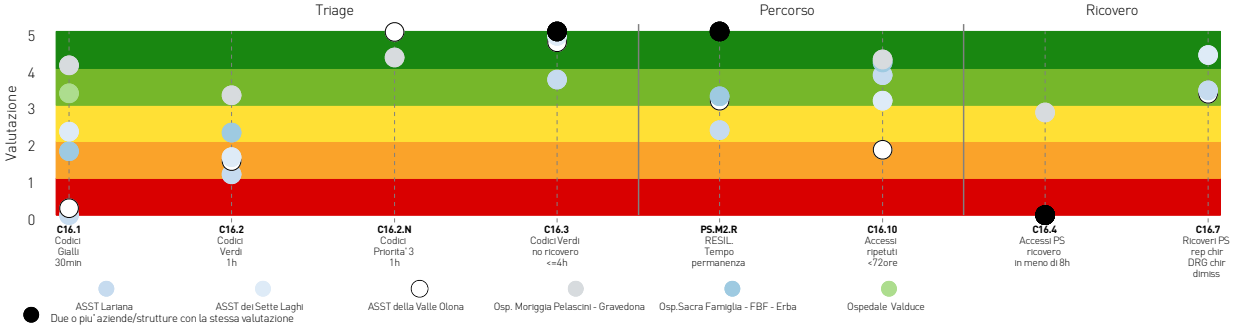
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DELLA MONTAGNA

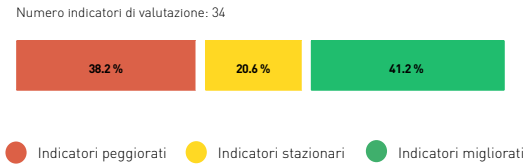
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

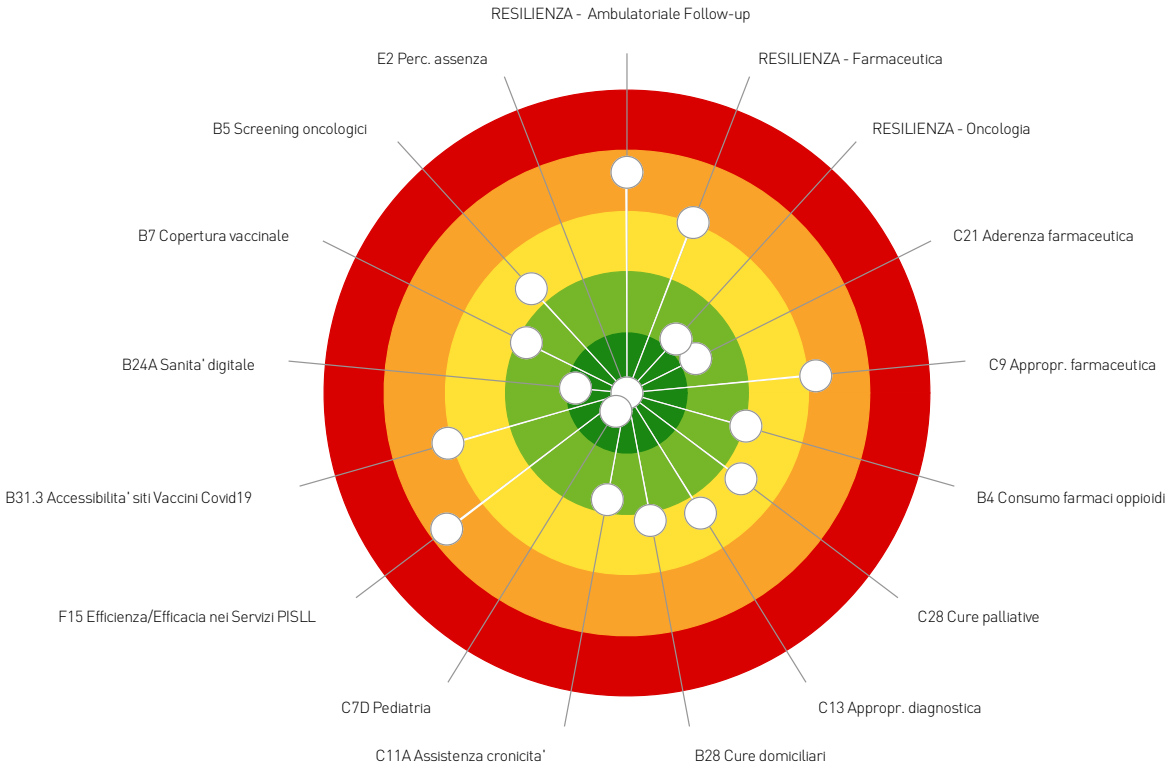
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

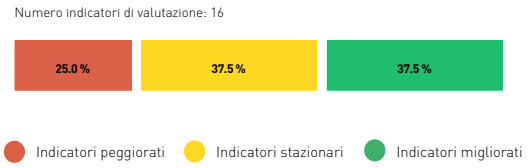


Valutazione della performance 2020

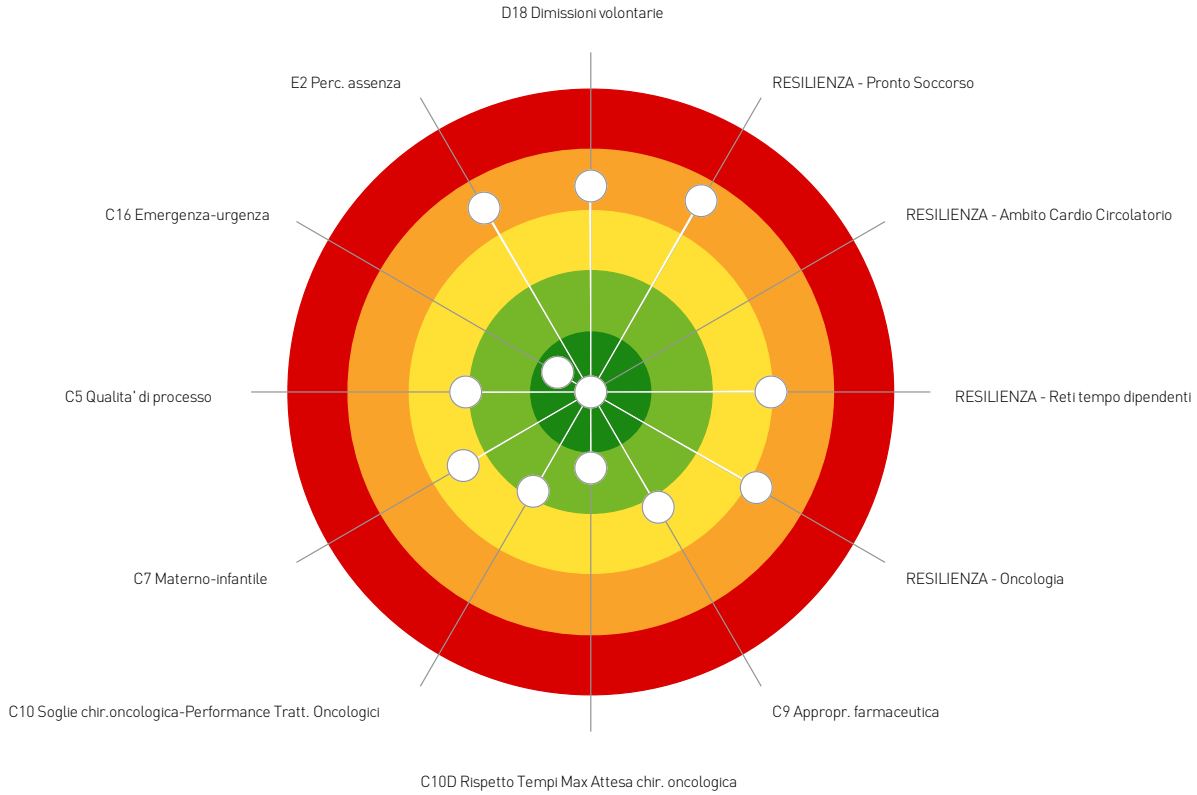


ASST VALTELLINA ALTO LARIO

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

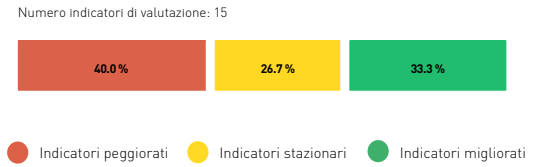


Valutazione della performance 2020

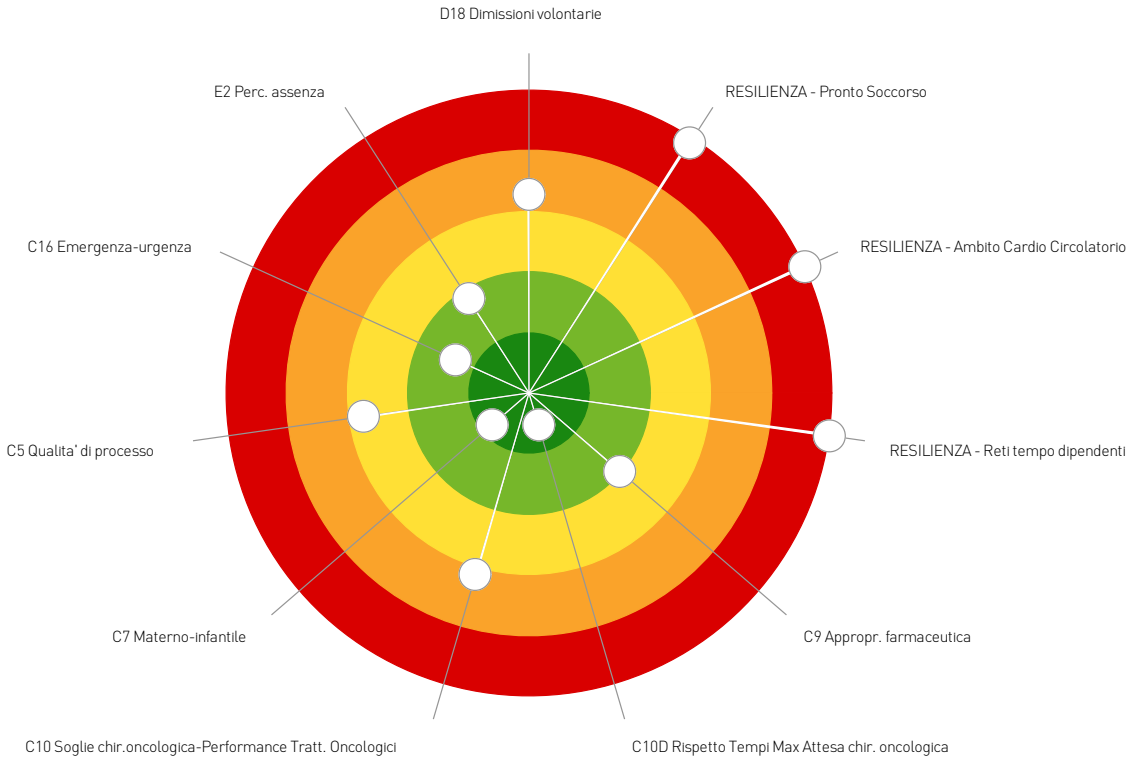


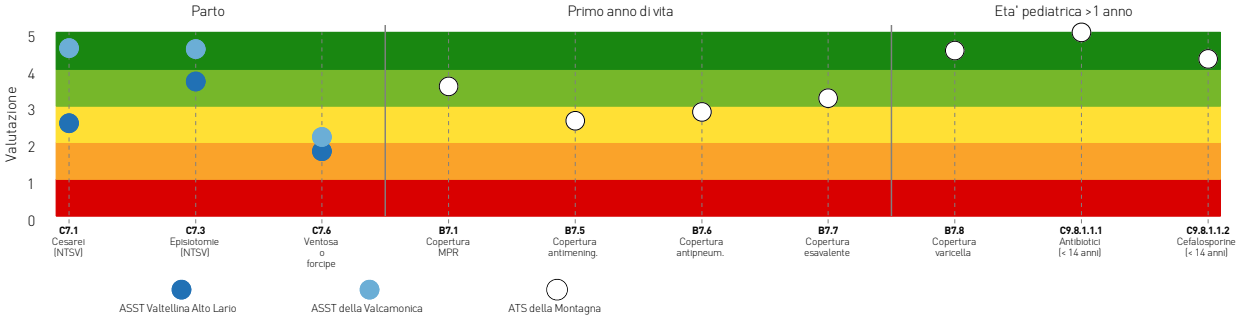
ASST DELLA VALCAMONICA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

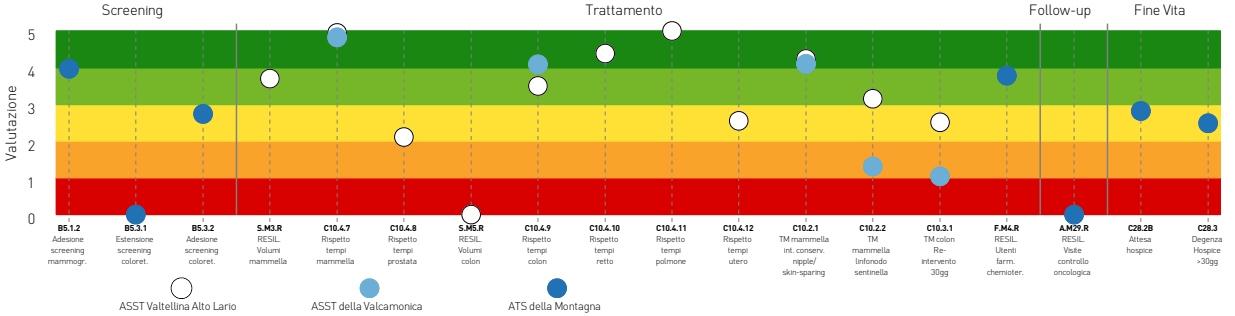


Valutazione della performance 2020

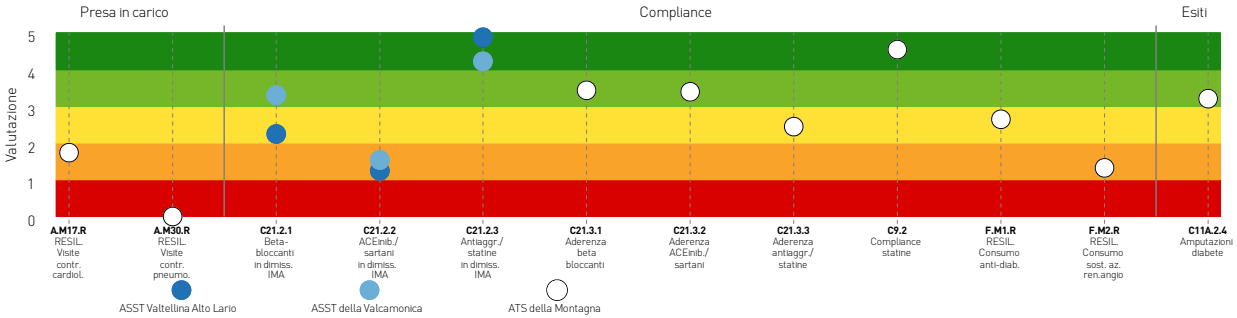




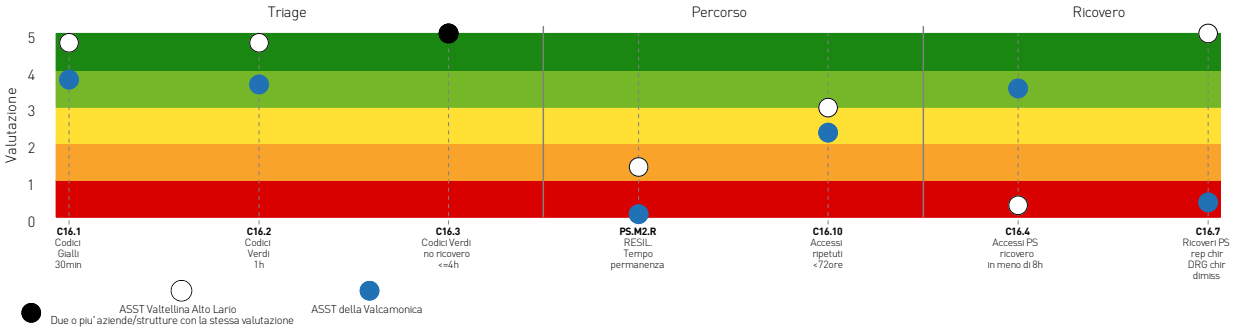
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



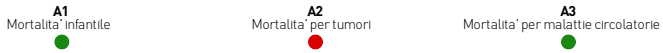
PERCORSO CRONICITÁ



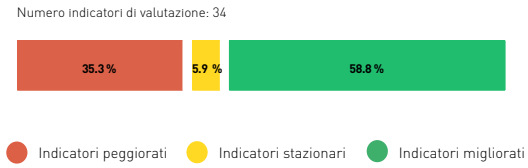
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DELLA BRIANZA

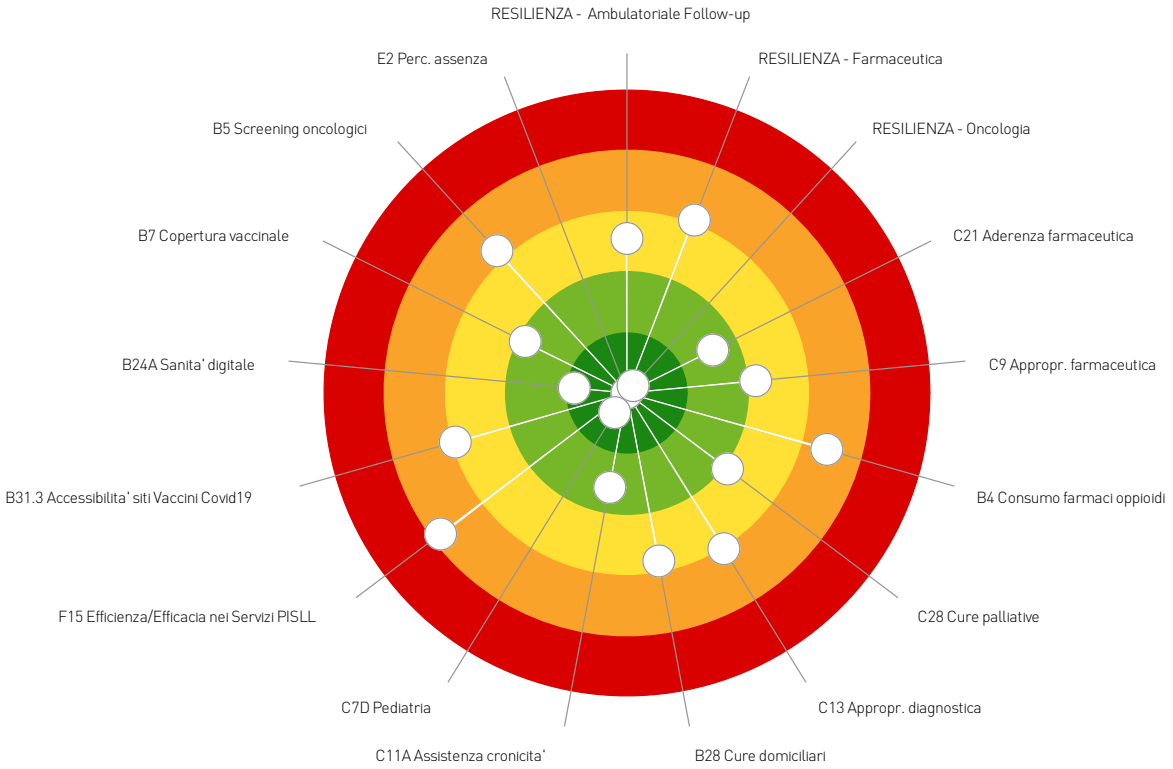
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)



Andamento indicatori - Trend 2019/2020

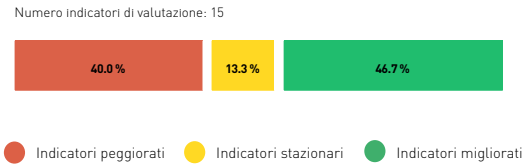


Valutazione della performance 2020

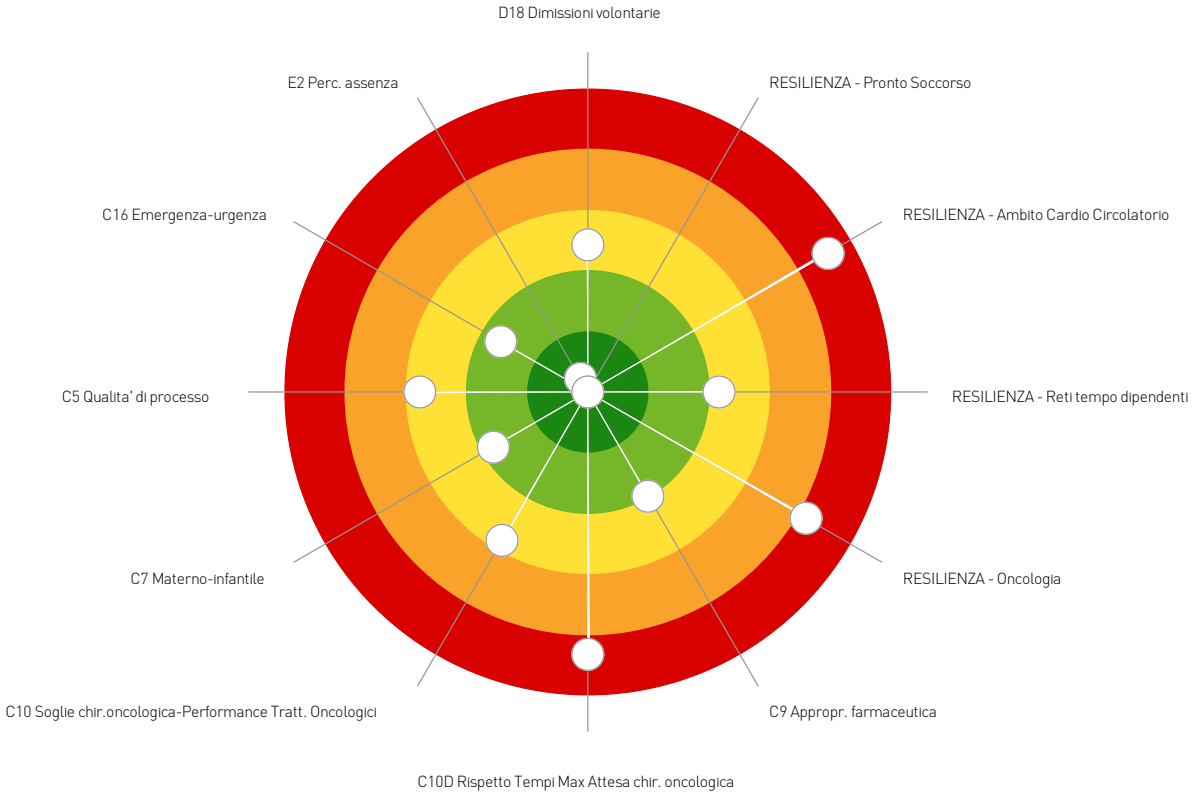


ASST DI LECCO

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



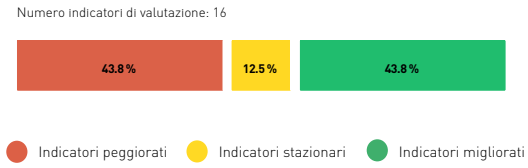
ASST DI MONZA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

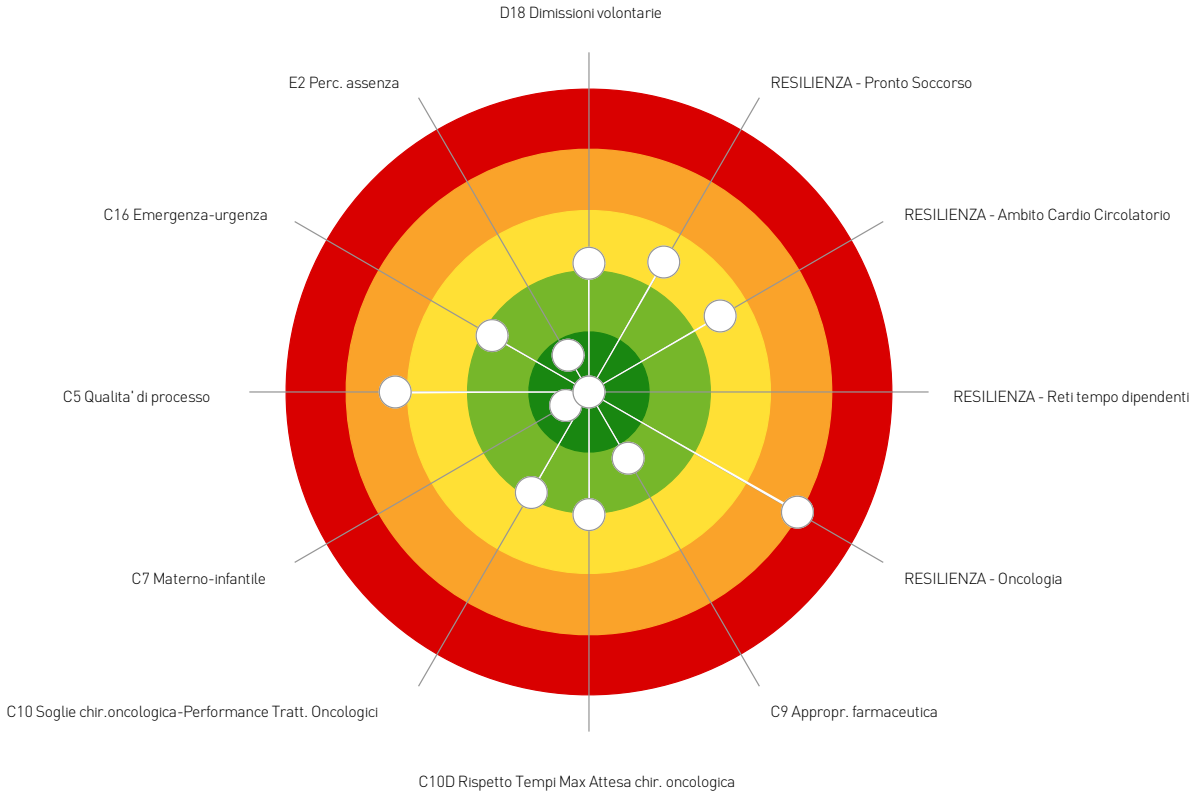
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

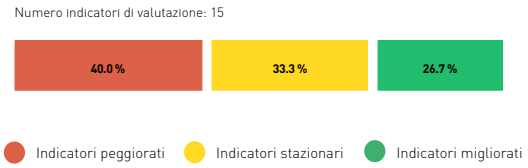


Valutazione della performance 2020

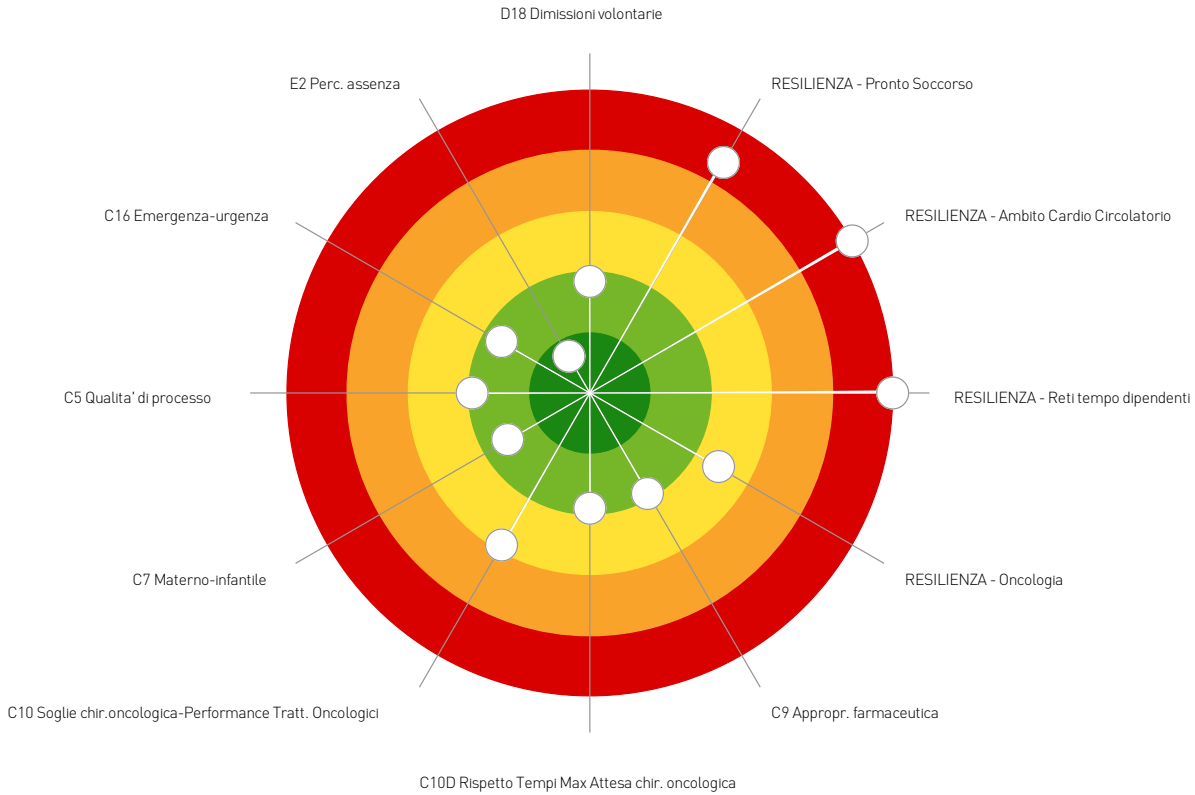


ASST DI VIMERCATE

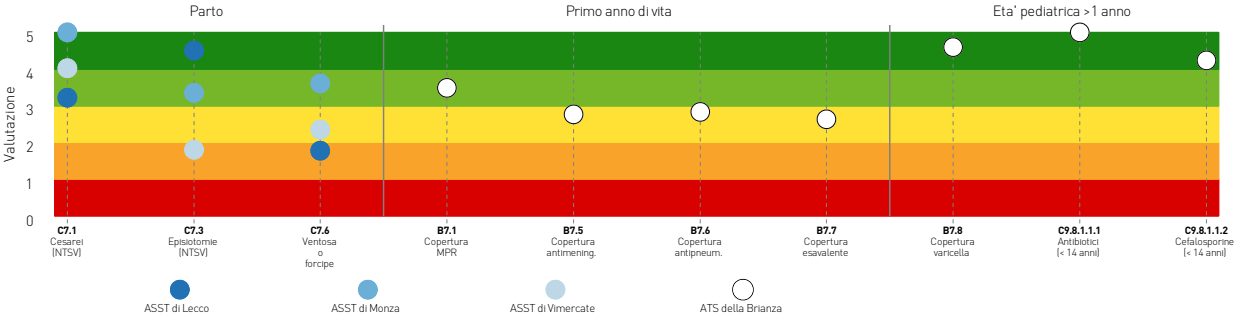
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



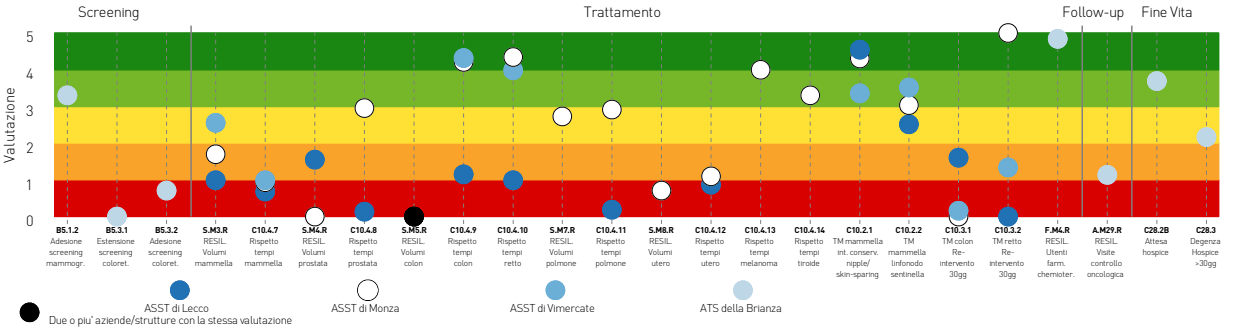
Valutazione della performance 2020



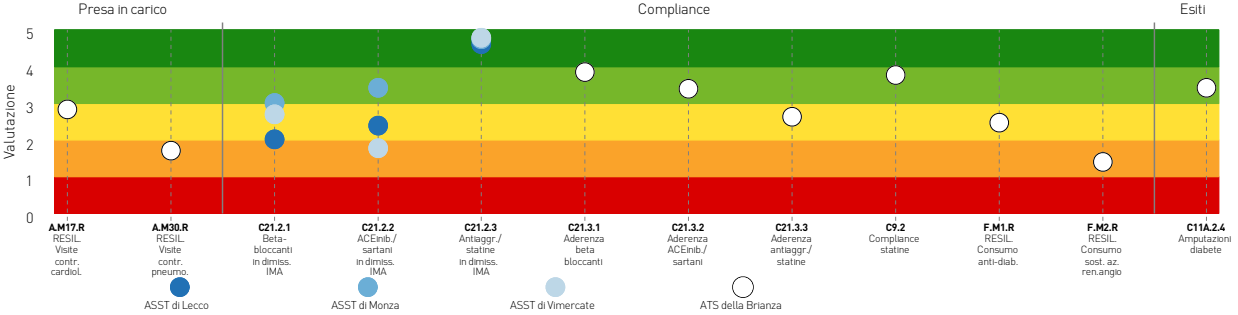
PERCORSO MATERNO INFANTILE



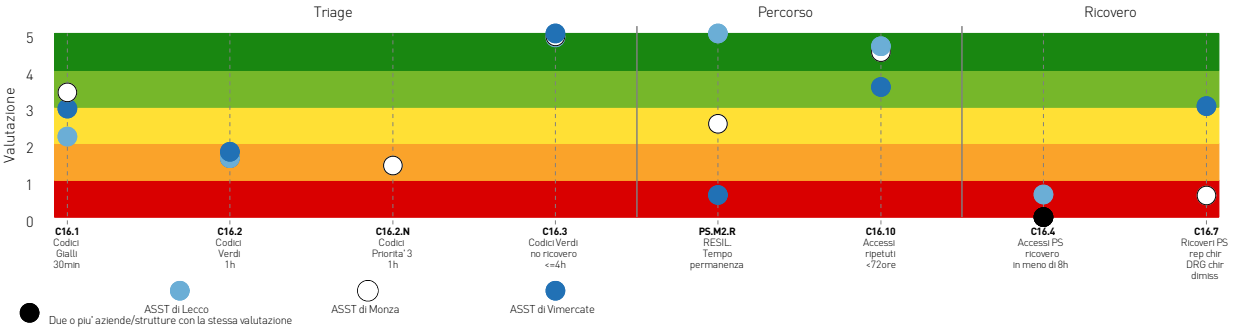
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DI BERGAMO

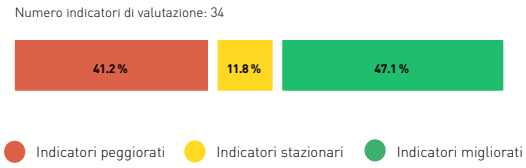
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

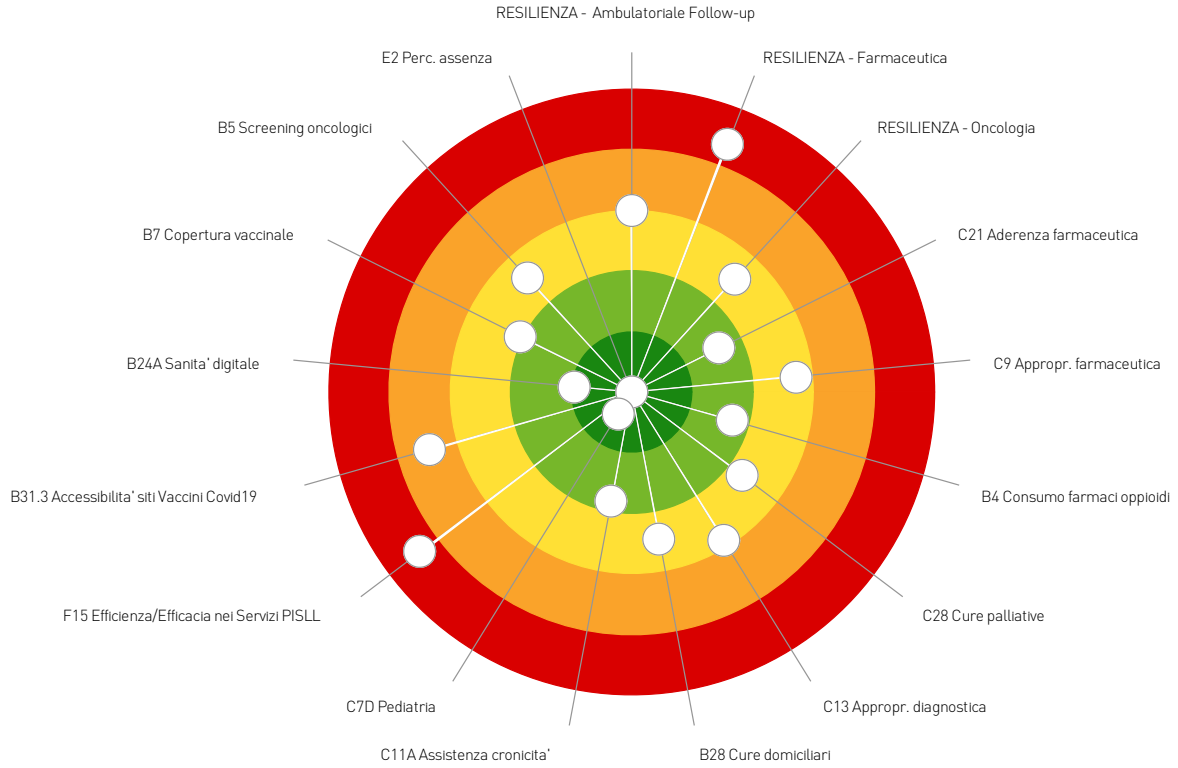
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

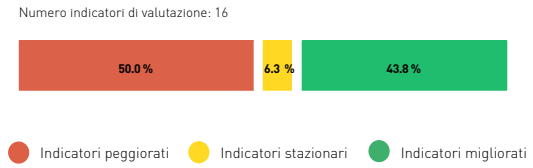


Valutazione della performance 2020

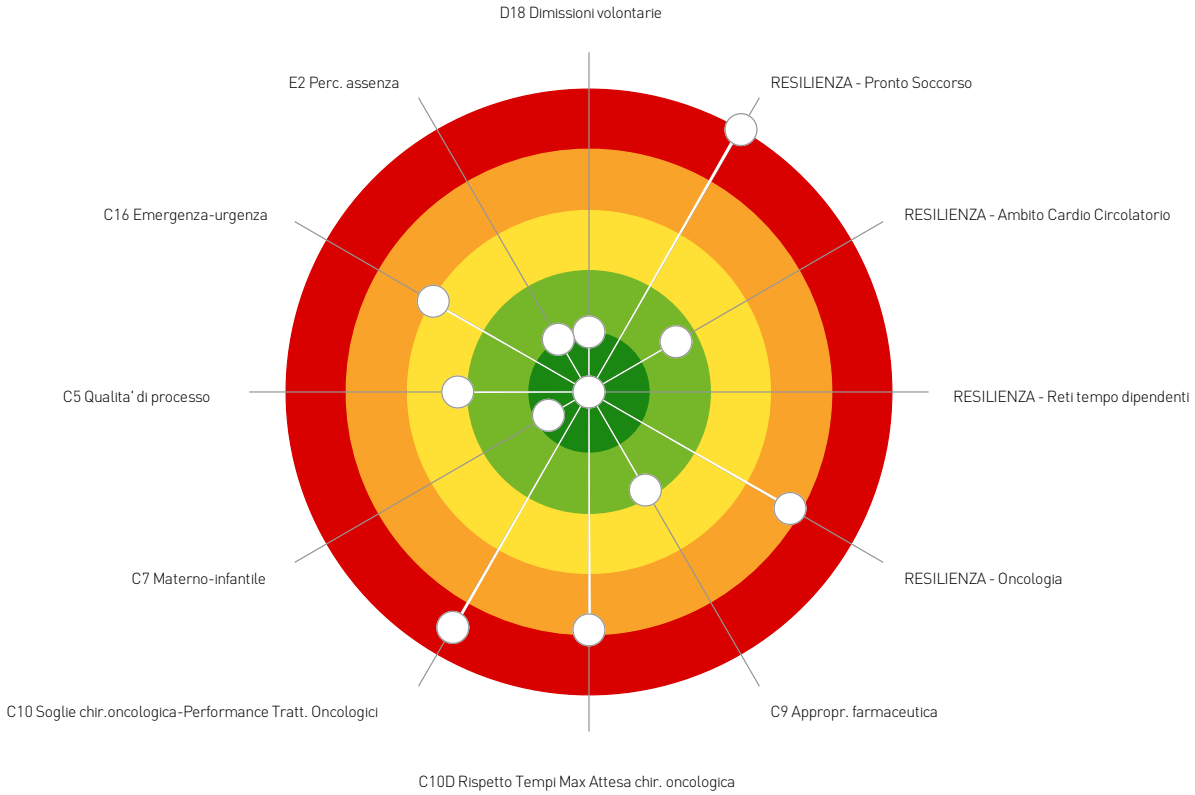


ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

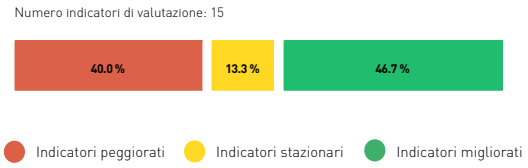


Valutazione della performance 2020

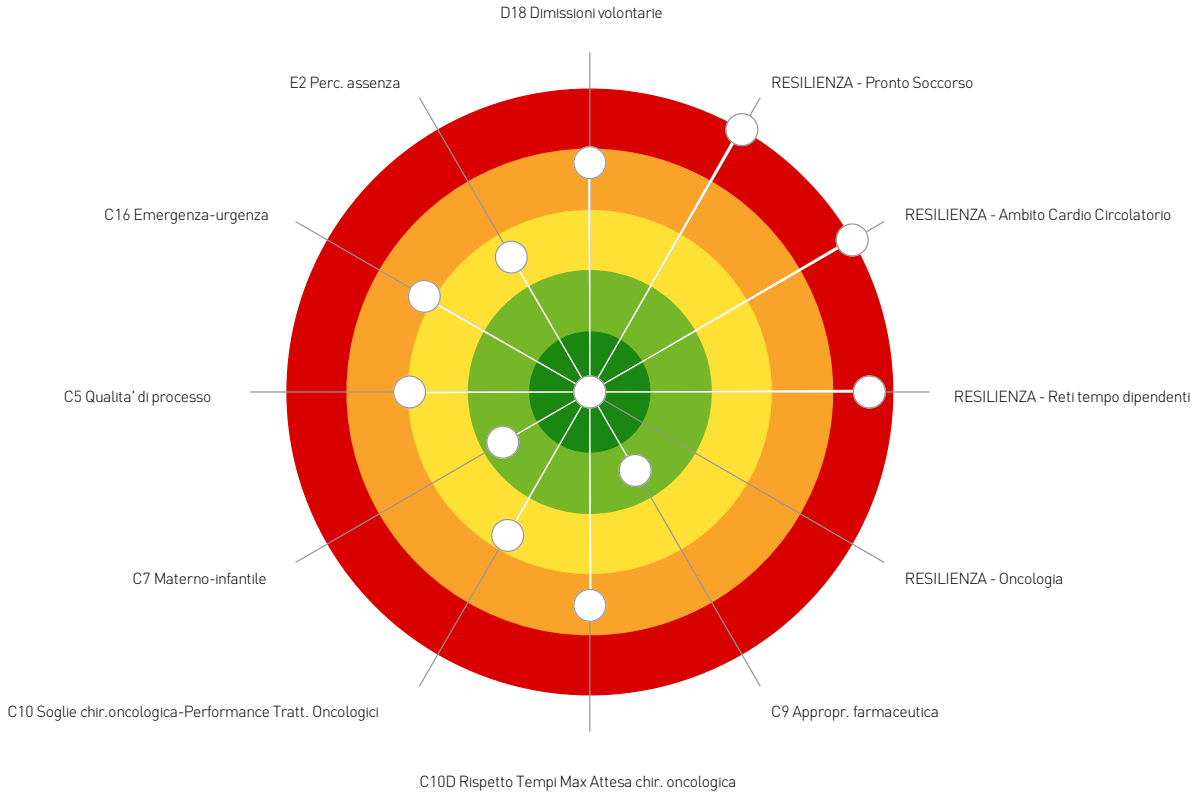


ASST DI BERGAMO OVEST

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

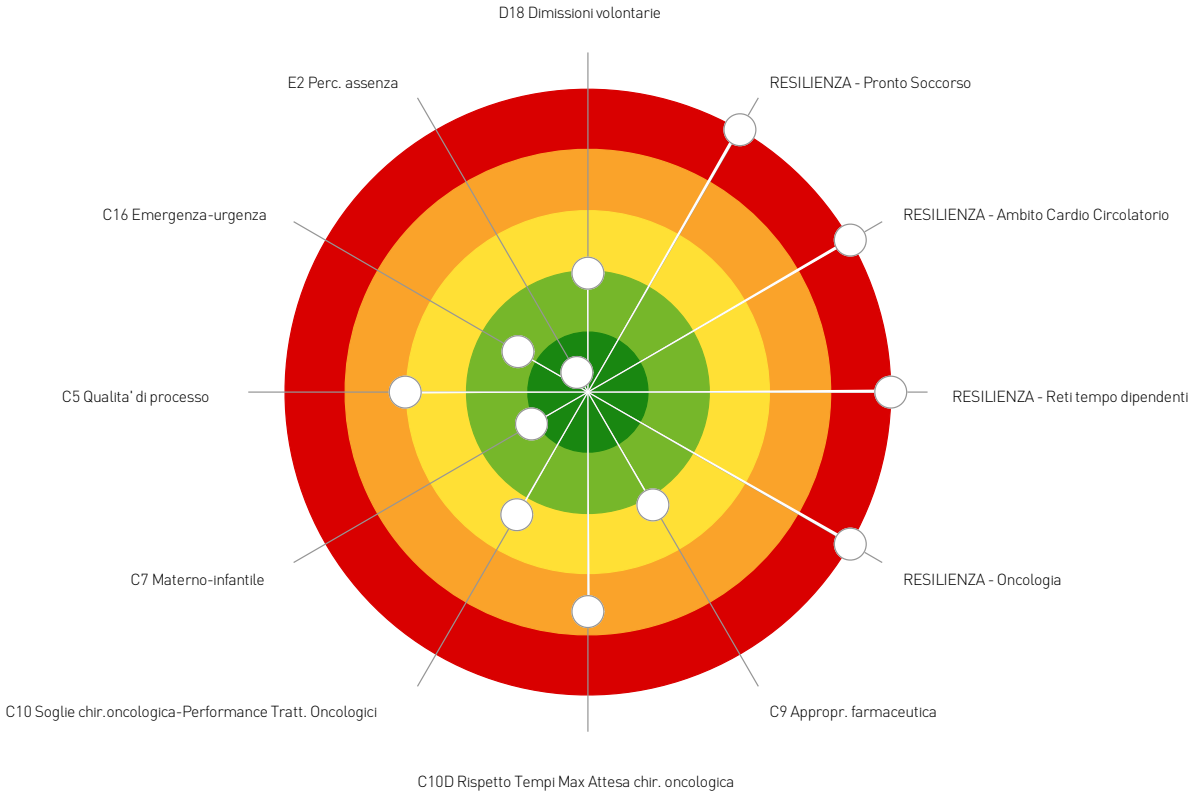


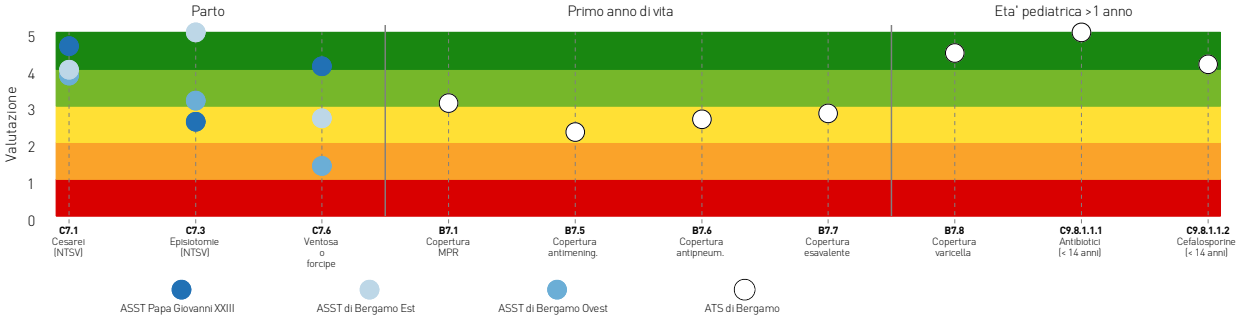
Valutazione della performance 2020



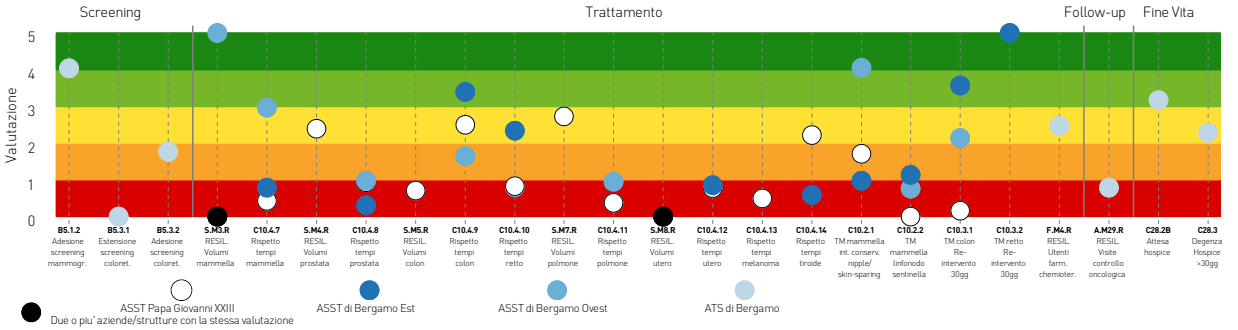
ASST DI BERGAMO EST

Valutazione della performance 2020

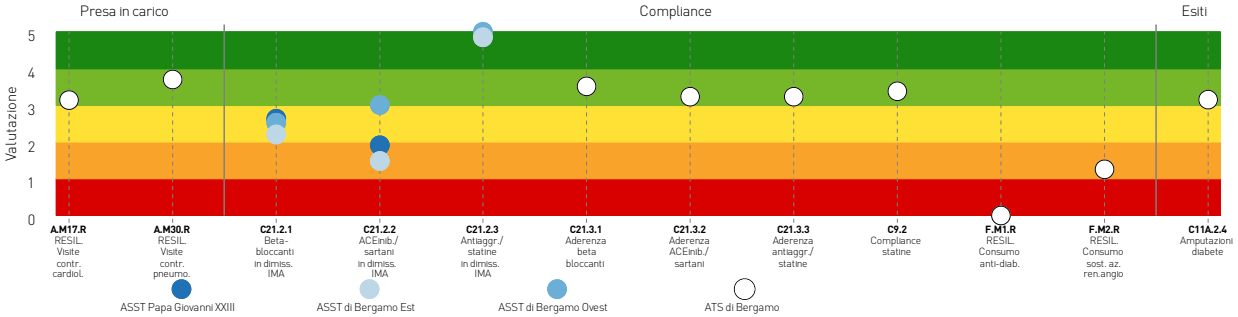




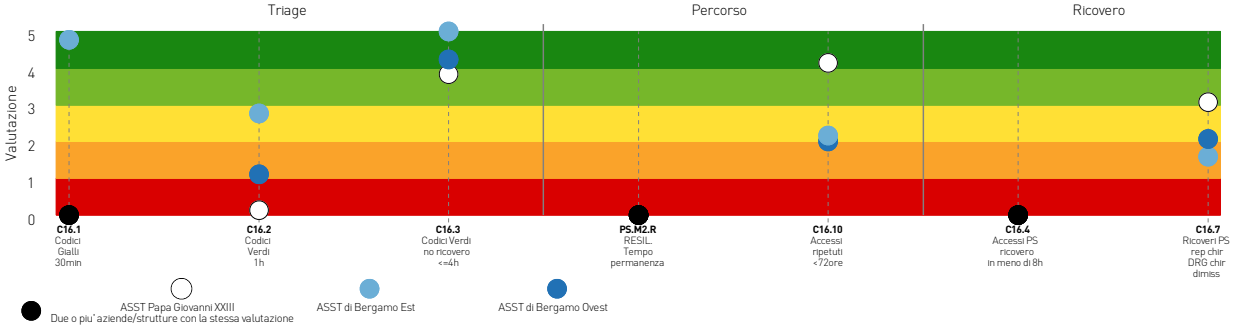
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DI BRESCIA

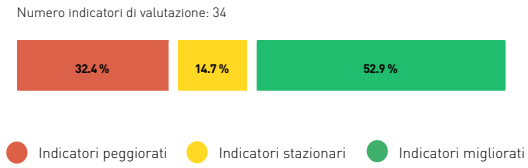
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

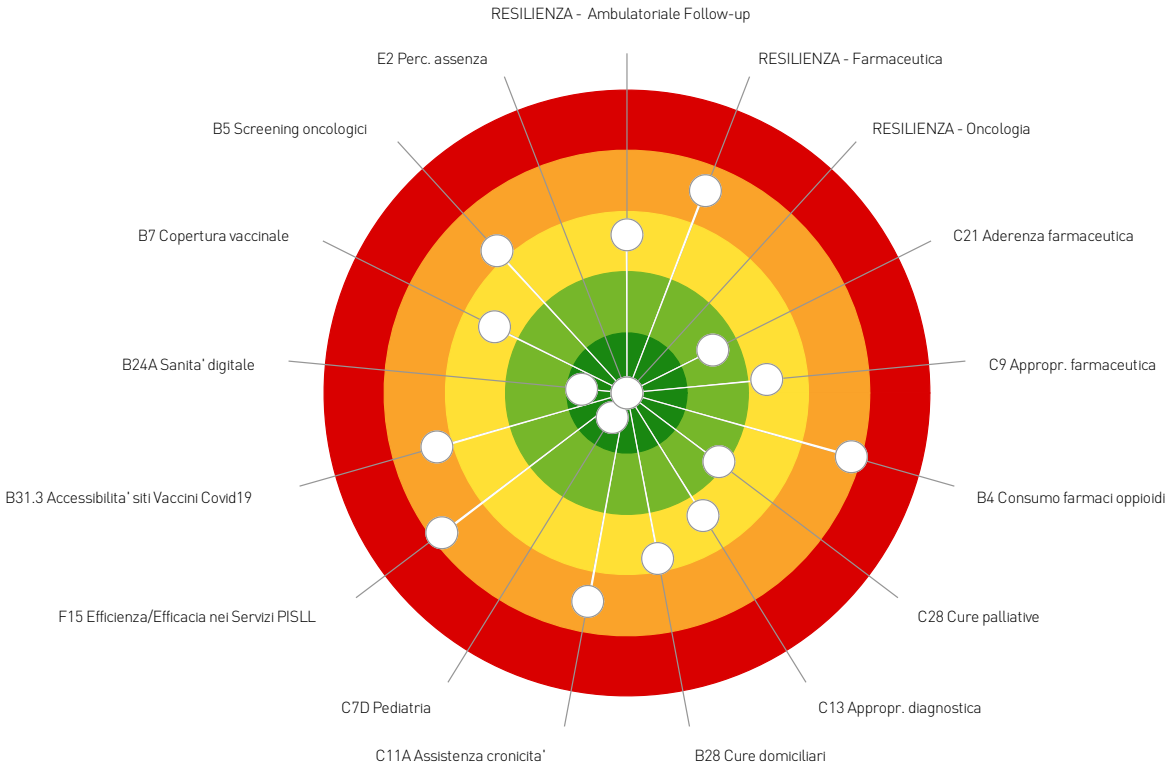
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



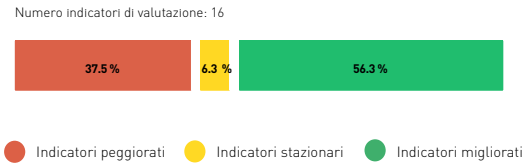
ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

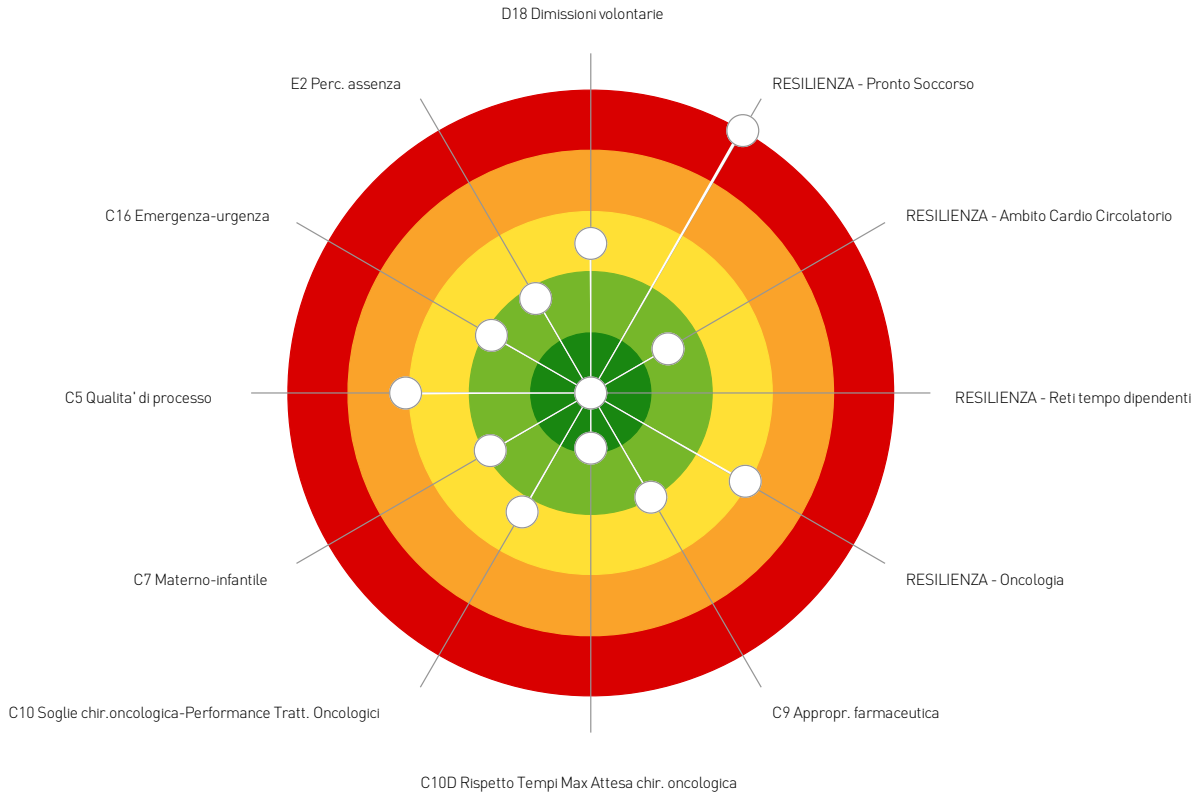
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

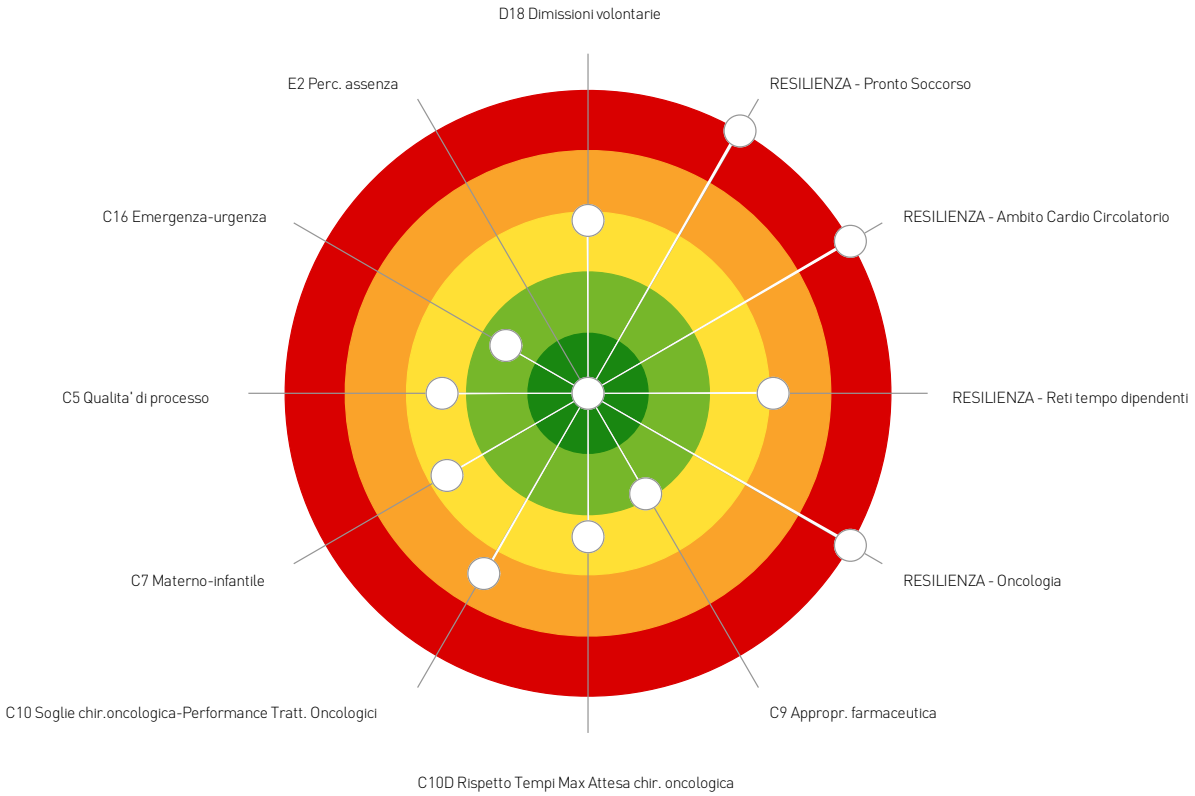


Valutazione della performance 2020



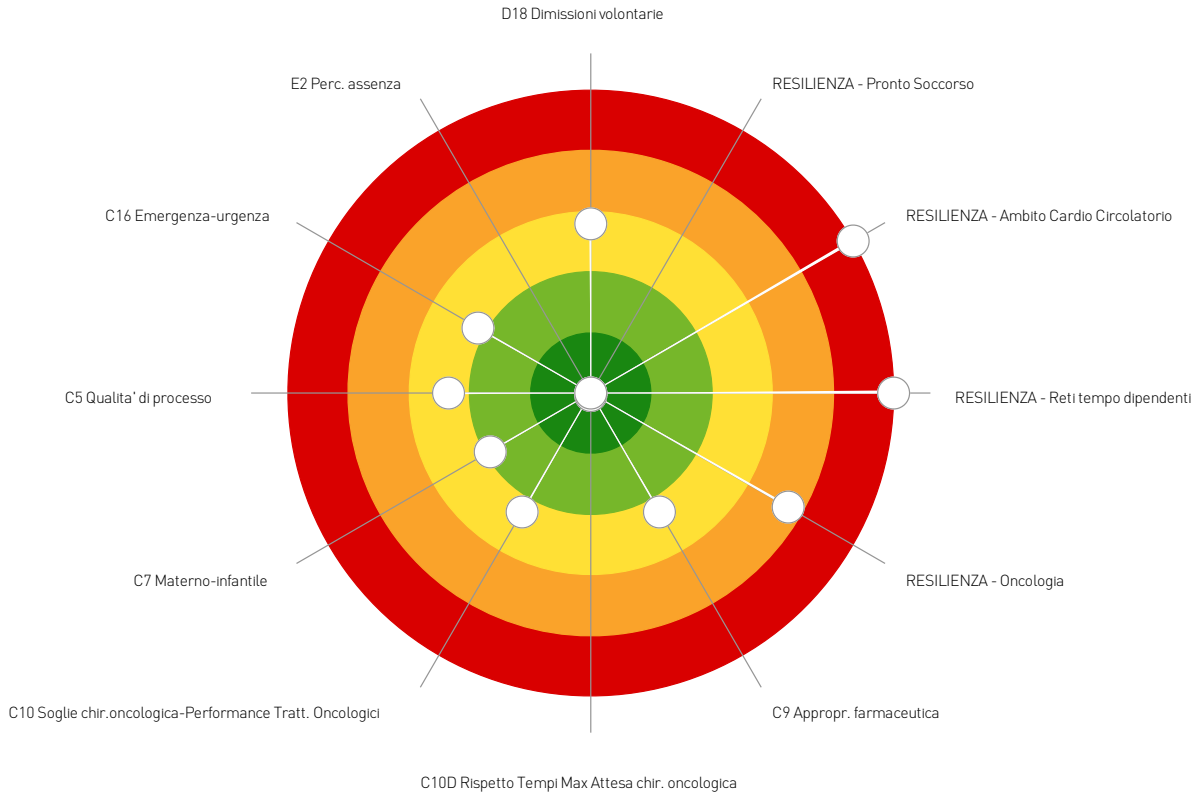
ASST DELLA FRANCIACORTA

Valutazione della performance 2020

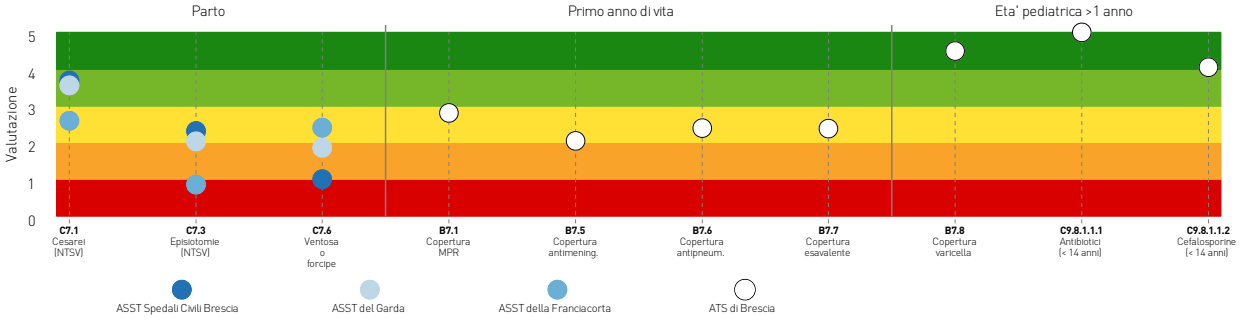


ASST DEL GARDA

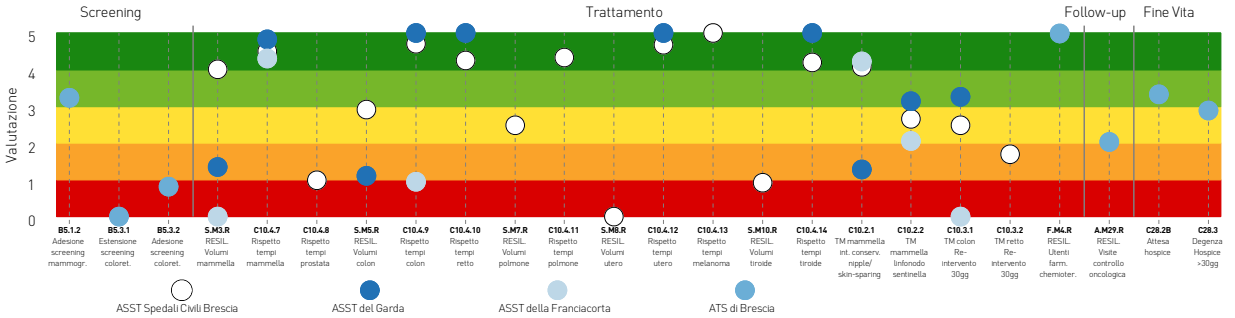
Valutazione della performance 2020



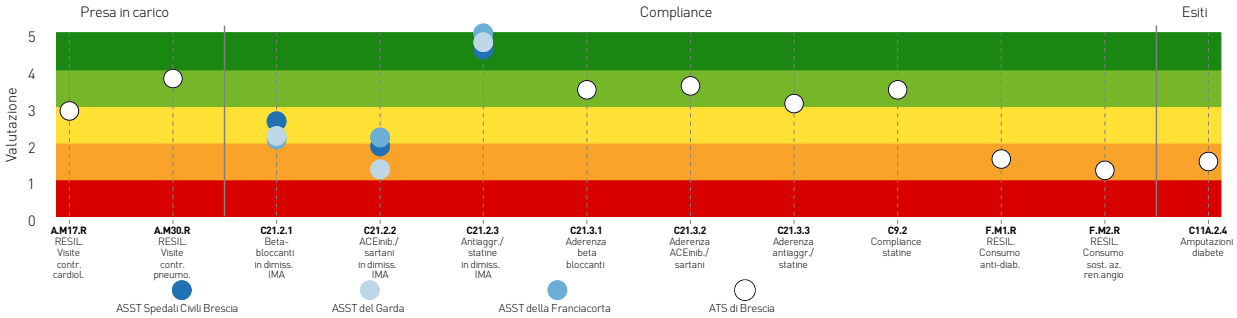
PERCORSO MATERNO INFANTILE



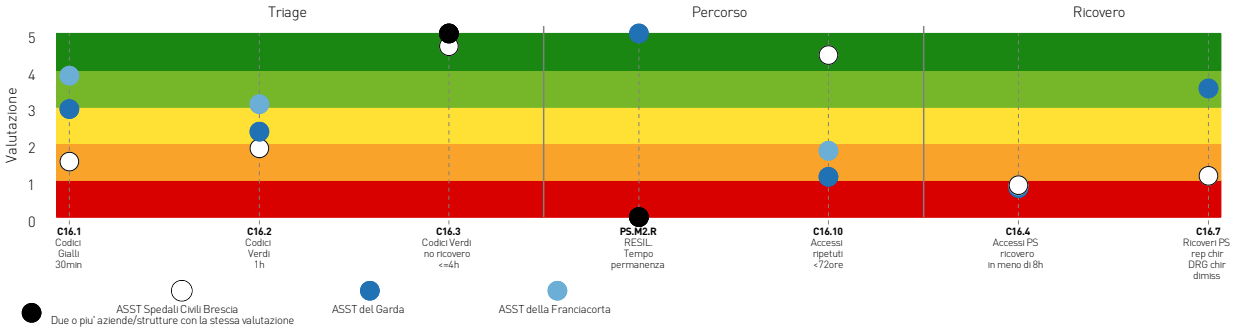
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ATS DELLA VAL PADANA

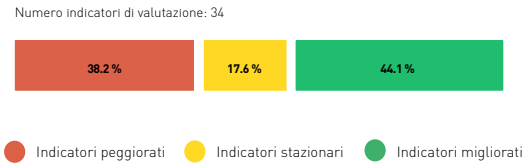
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

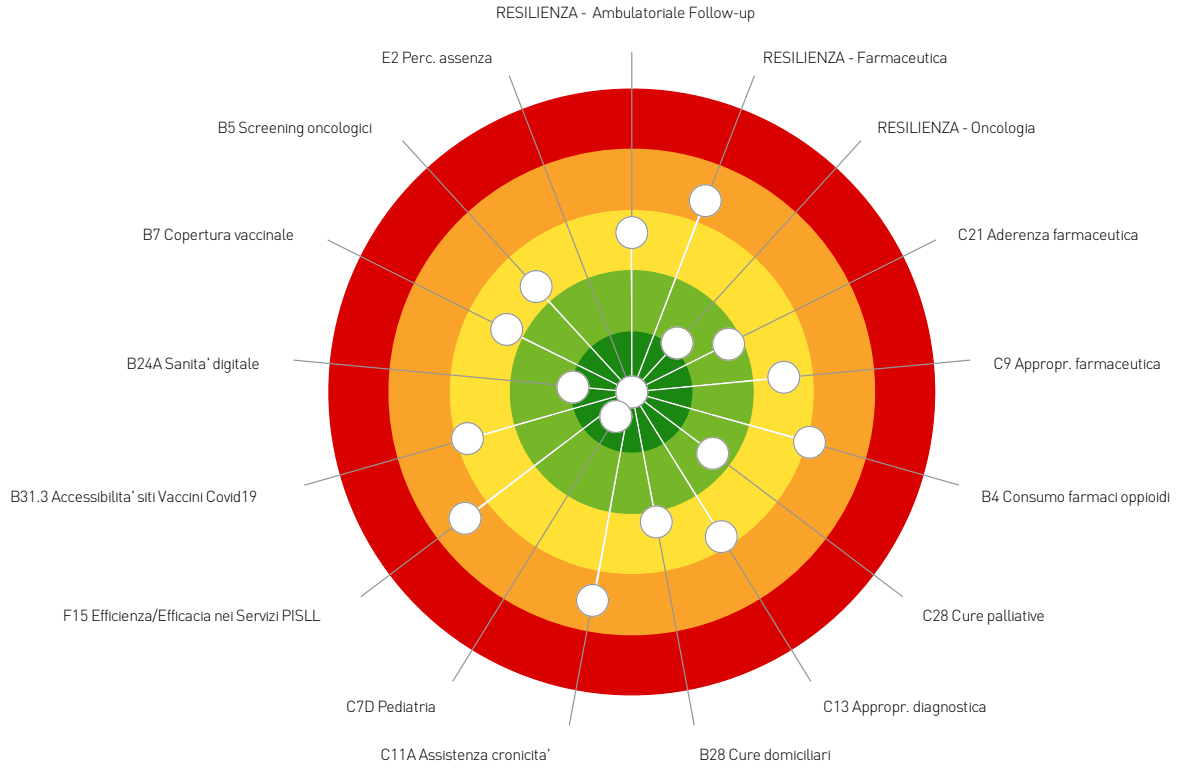
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

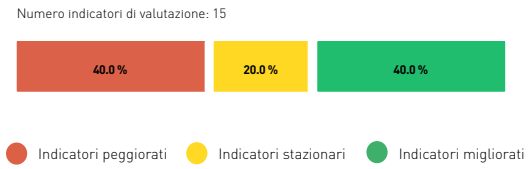


Valutazione della performance 2020

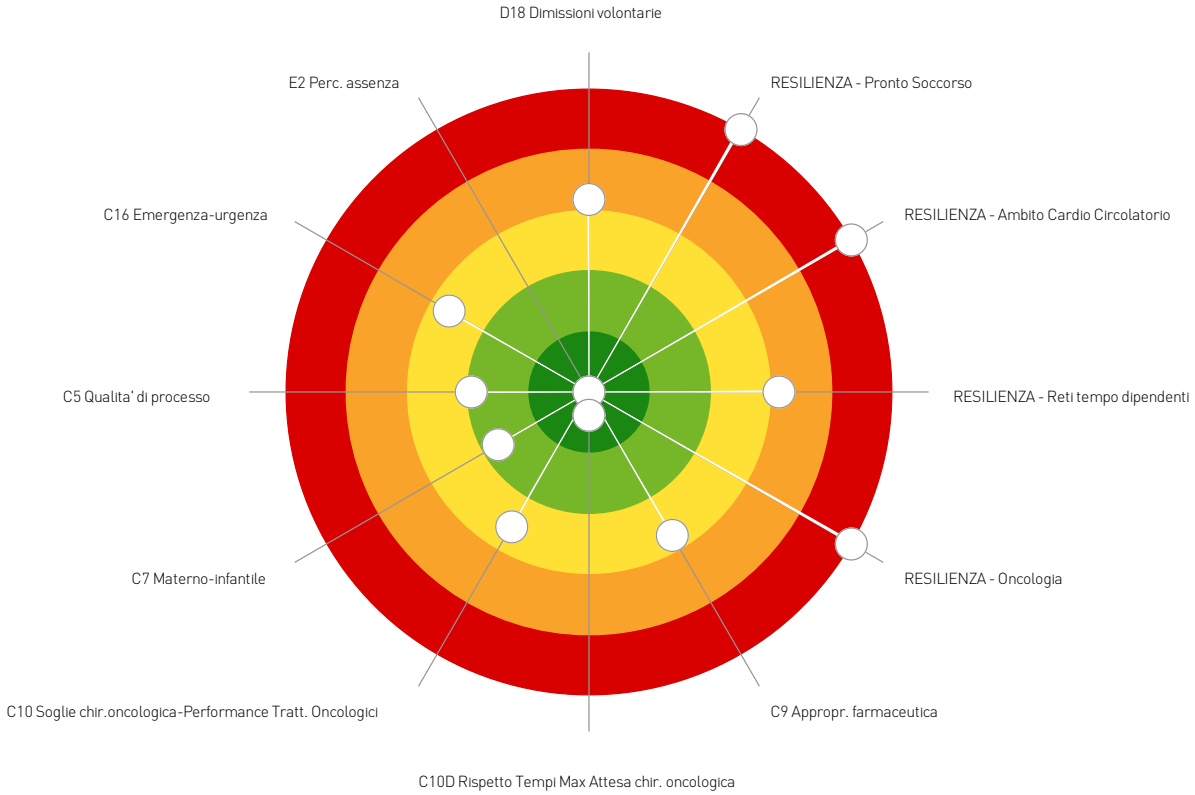


ASST DI CREMONA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

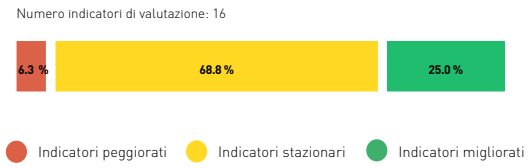


Valutazione della performance 2020

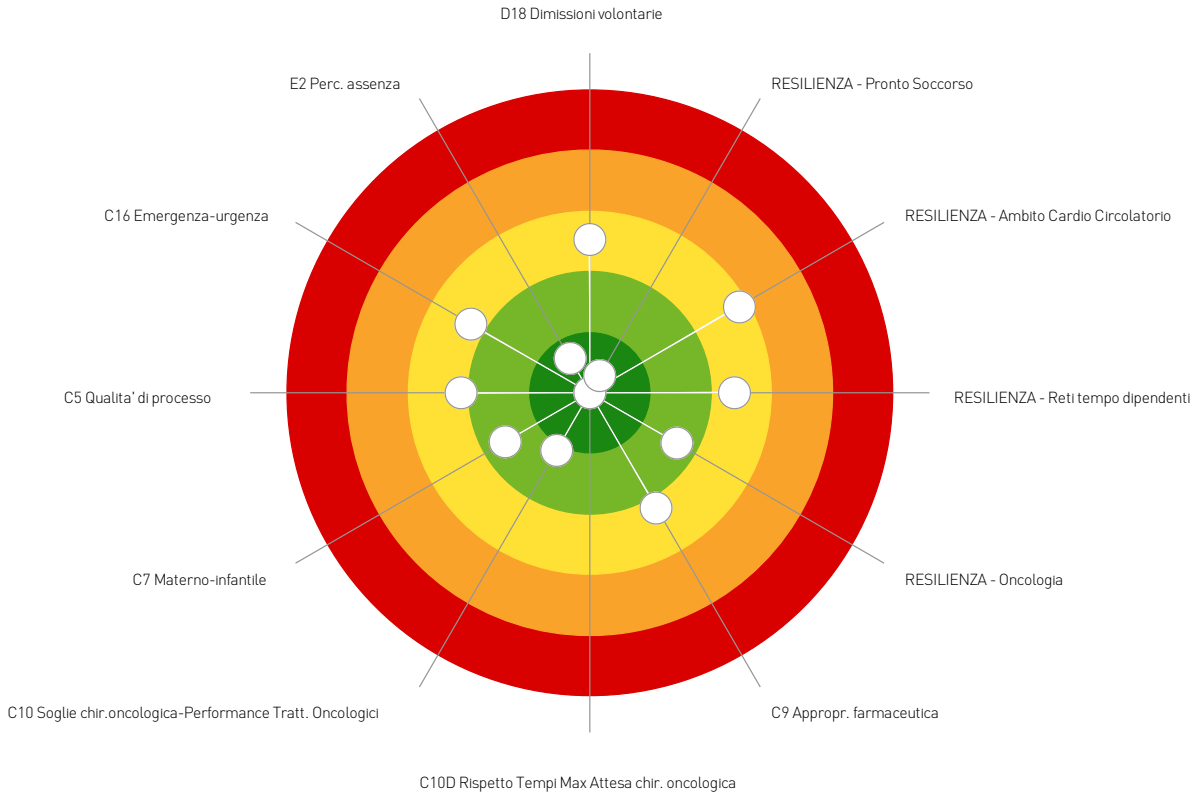


ASST DI MANTOVA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

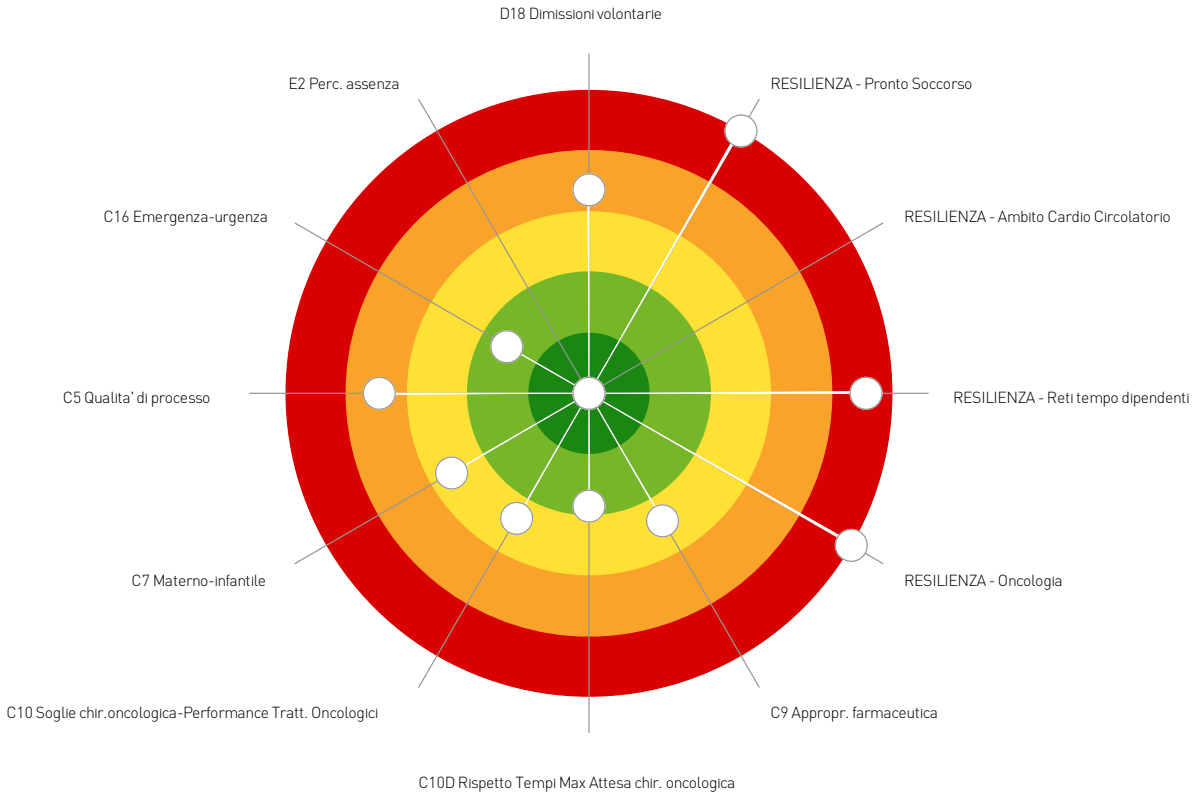


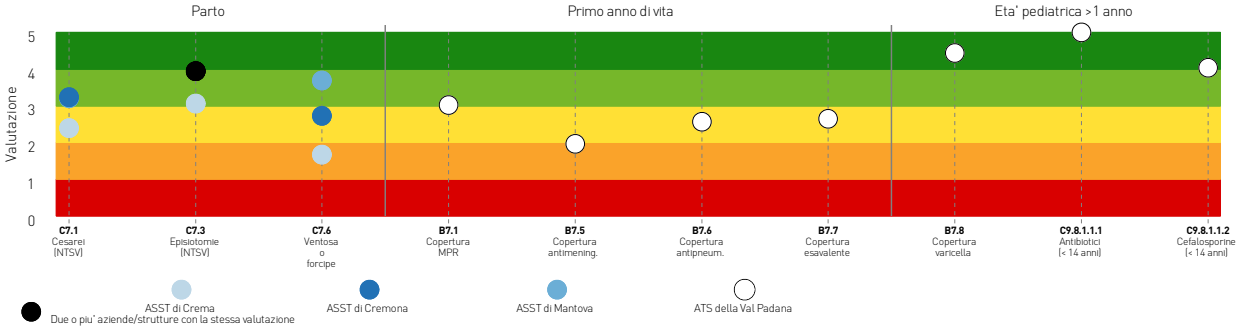
Valutazione della performance 2020



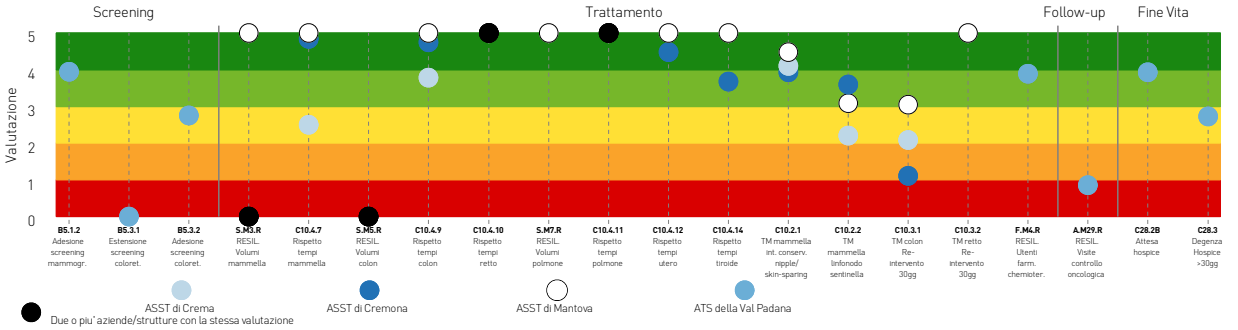
ASST DI CREMA

Valutazione della performance 2020

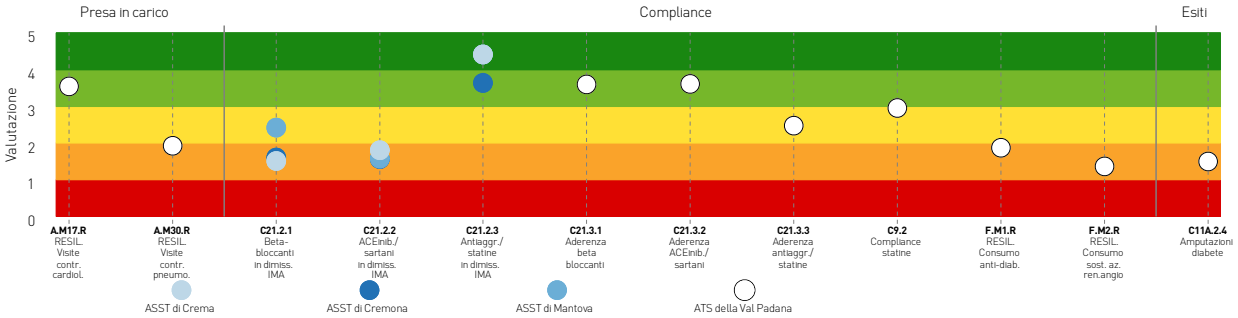




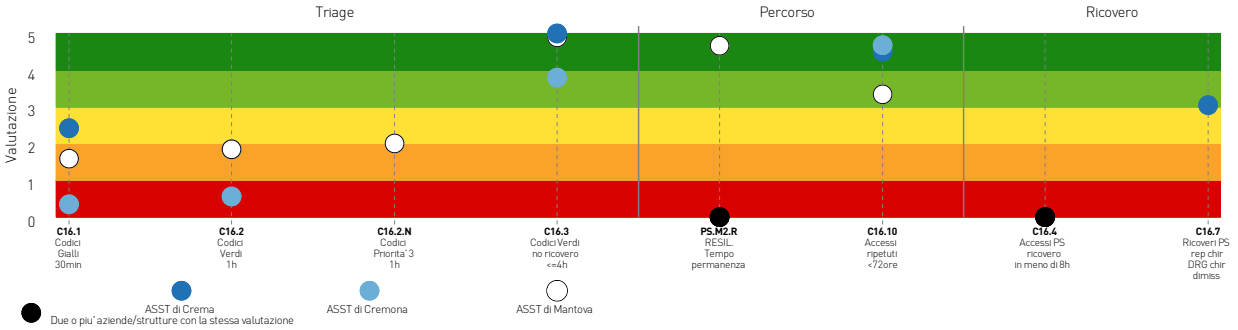
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ATS DI PAVIA

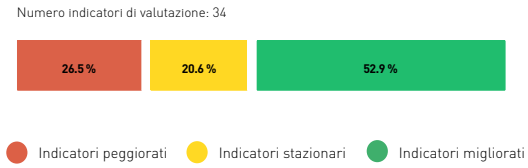
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

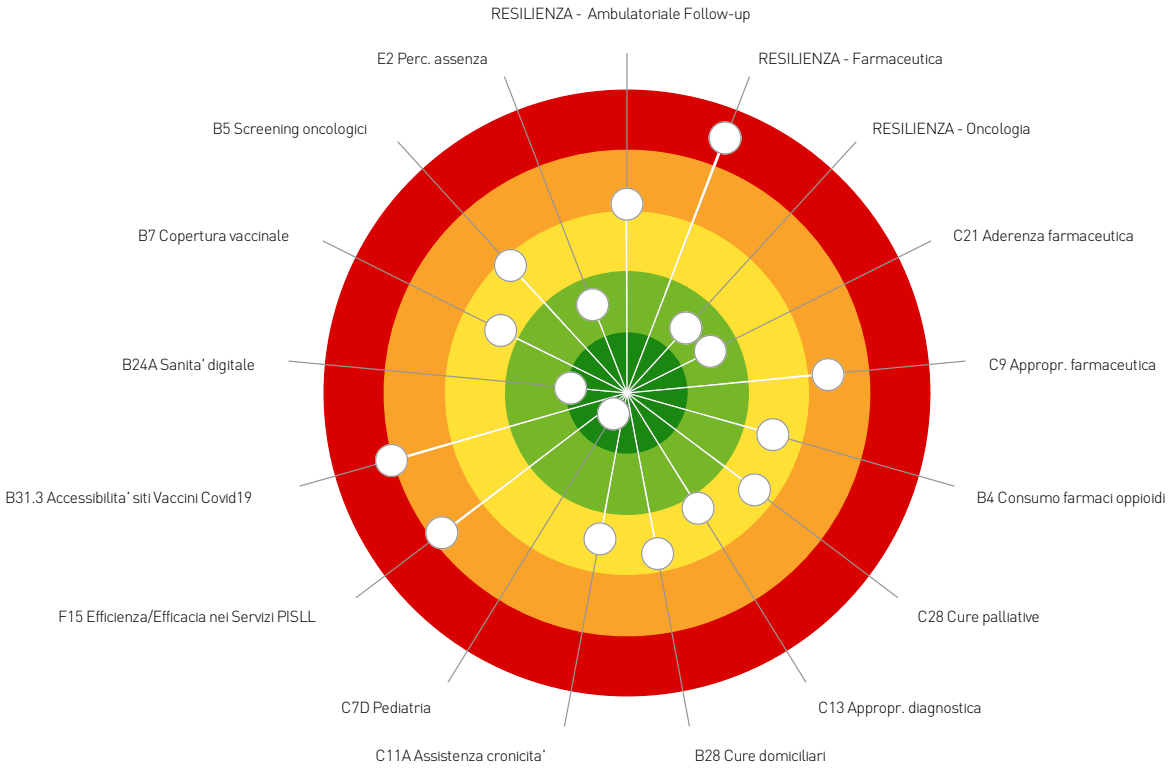
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

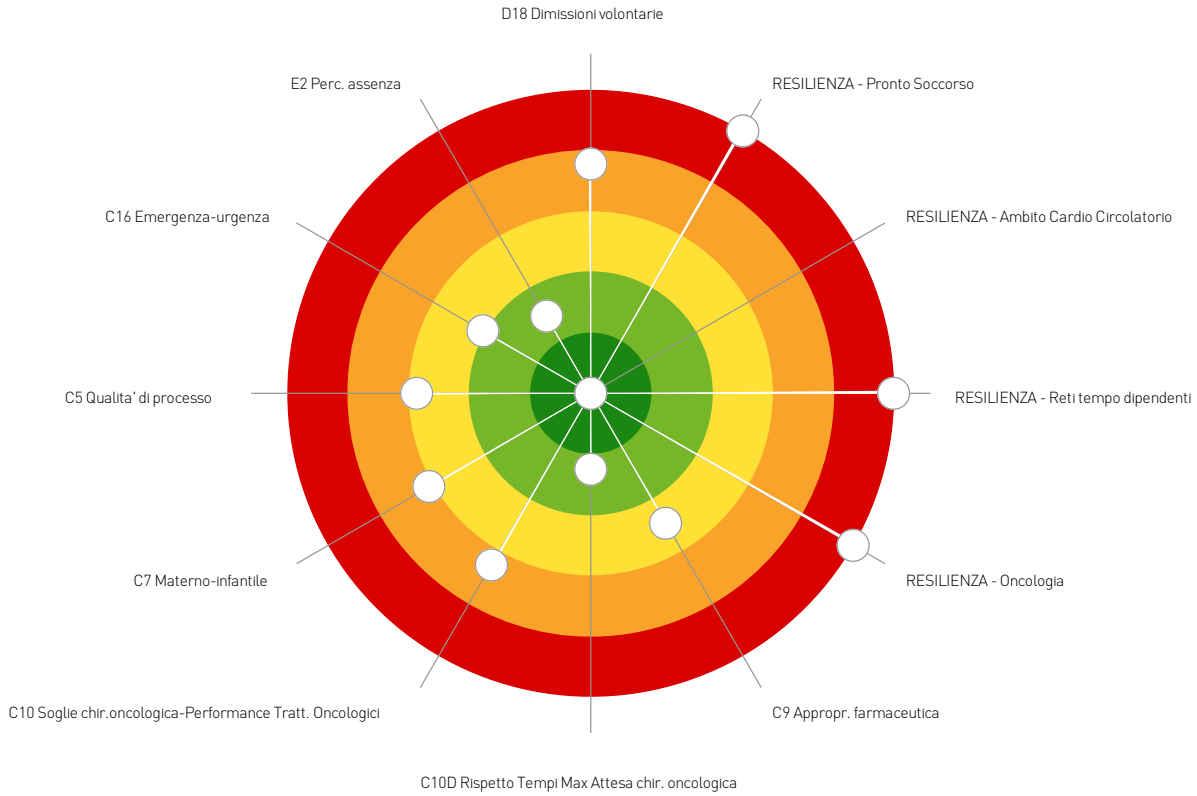


Valutazione della performance 2020



ASST DI PAVIA

Valutazione della performance 2020



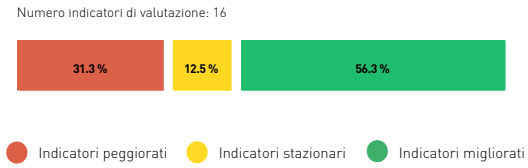
IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

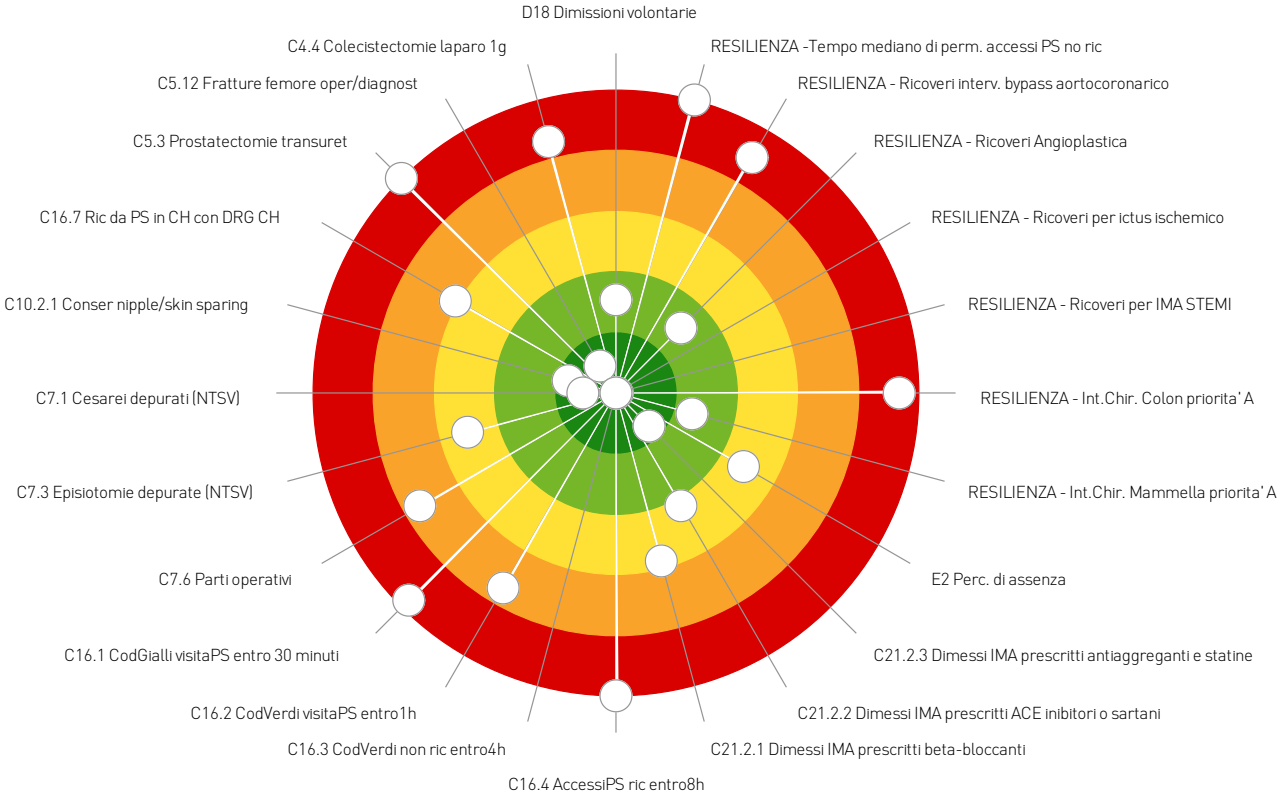
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

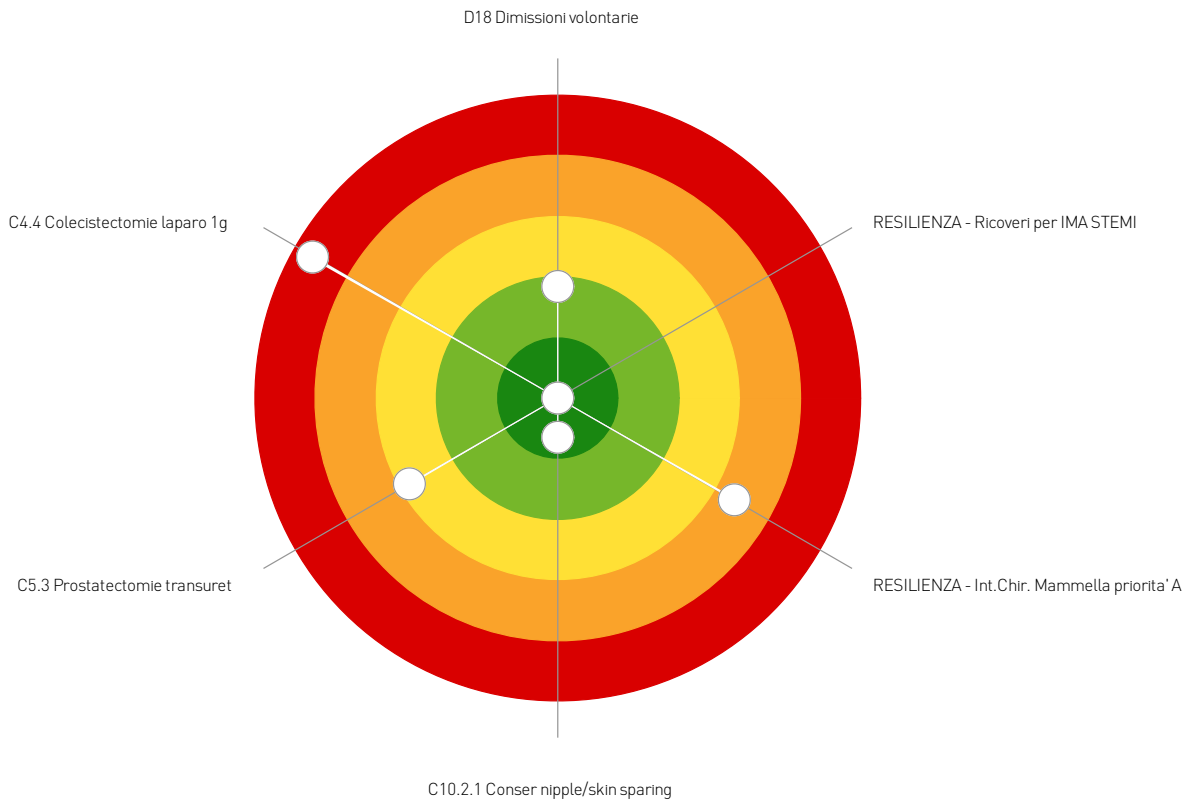


Valutazione della performance 2020

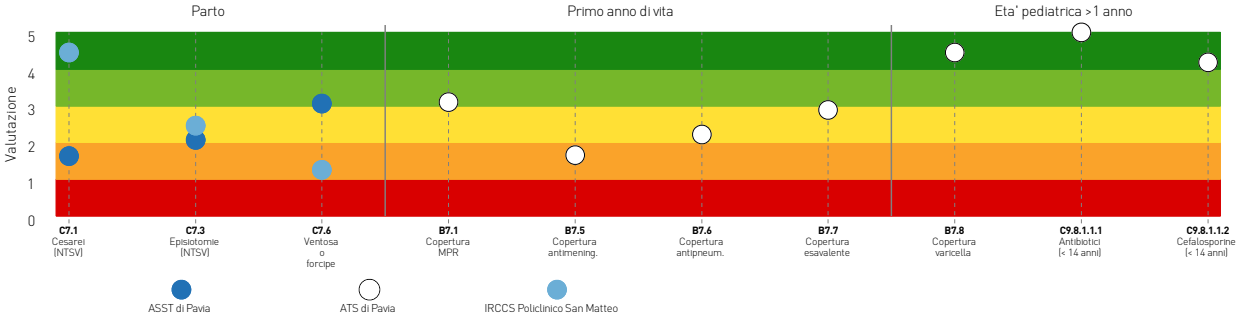


FOND.CLINICA LAVORO-PAVIA

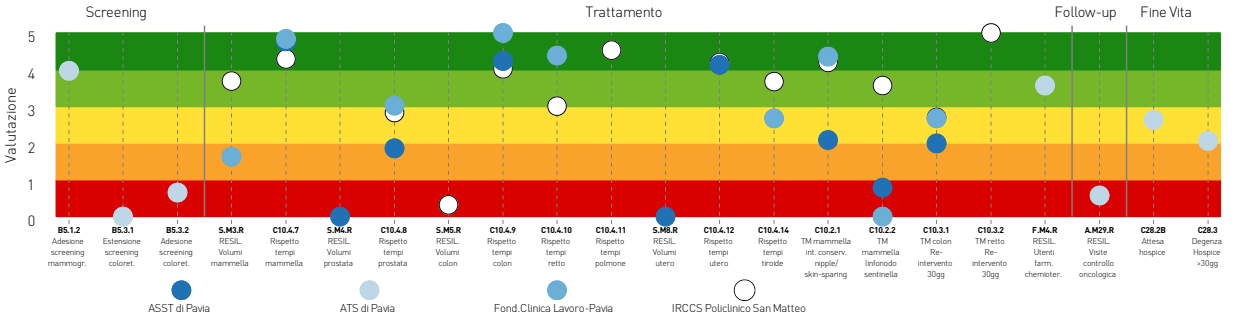
Valutazione della performance 2020



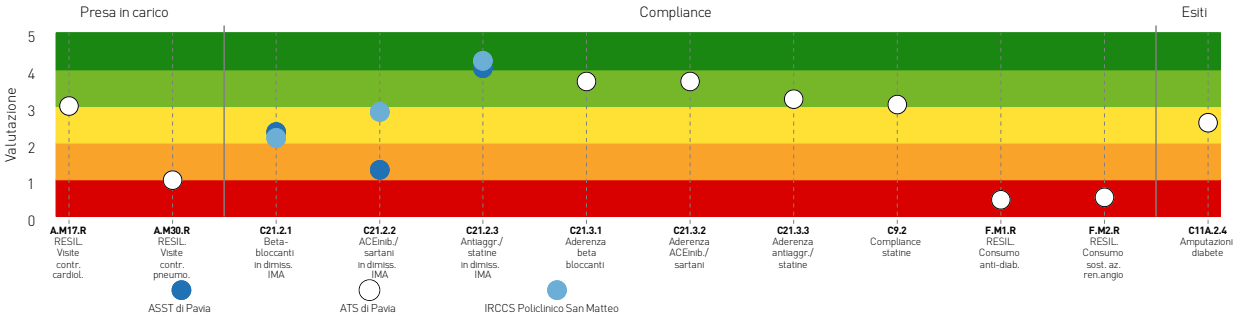
PERCORSO MATERNO INFANTILE



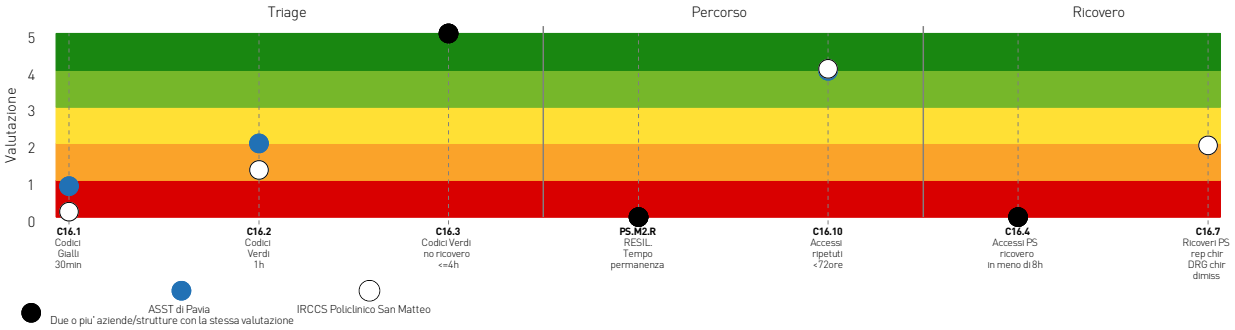
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

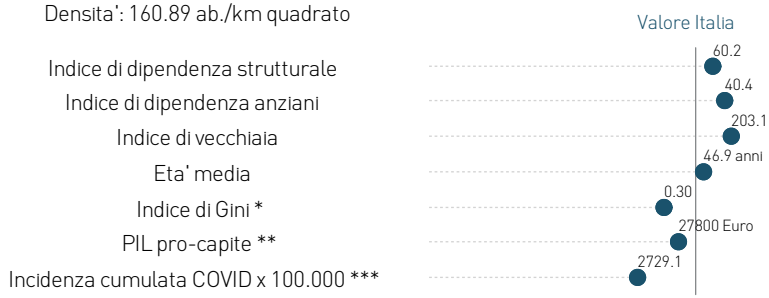


MARCHE



Popolazione: 1.512.672 abitanti

Densita': 160.89 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE MARCHE

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la sfida sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario marchigiano ha registrato nel complesso una buona performance, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

Un sistema di valutazione, infatti, per poter rispecchiare al meglio la realtà che si prefigge di valutare, deve essere dinamico e sapersi adattare ai cambiamenti di ciò che misura. La pandemia di COVID-19 ha richiesto l'introduzione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. Per questo gruppo di indicatori, le Marche presentano un andamento nel complesso positivo. I volumi di interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A) registrano una contrazione contenuta, con casi di mantenimento (tumore al retto) o anzi di incremento dei volumi erogati, rispetto al 2019 (mammella e utero, ad esempio). Si registra inoltre un'ottima performance sull'andamento dei tempi mediani di permanenza per accessi al Pronto Soccorso; nella media la tenuta dei volumi per ricoveri nell'ambito cardio circolatorio.

L'indagine alla popolazione italiana, effettuata dal Laboratorio MeS a cavallo tra il 2020 e il 2021, restituisce la complessiva soddisfazione da parte dei cittadini marchigiani (valori in media con il dato nazionale) nei confronti dei servizi offerti dal proprio sistema sanitario regionale durante la parentesi pandemica.

Nell'ambito della prevenzione, il sistema regionale ha mantenuto complessivamente stabili le proprie performance rispetto agli anni precedenti. In riferimento all'attività vaccinale non-COVID, permangono le criticità sul vaccino per HPV e vaccino antimeningococcico, mentre la copertura per varicella si mantiene stabile su livelli molto buoni.

La risorsa ospedaliera è stata senz'altro messa sotto grande stress durante il 2020. Gli ospedali marchigiani hanno complessivamente retto bene: la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni addirittura aumenta (dal 73% al 75%), mentre la tempestività delle colecistectomie laparoscopiche resta un ambito di miglioramento. Se la percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione aumenta significativamente (dal 68 all'83%), si registra un calo nella proporzione di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, a riprova della pressione subita a causa del COVID-19.

Continua l'andamento speculare e opposto della degenza per DRG medici e per DRG chirurgici: mentre il primo registra un peggioramento della performance rispetto al 2019, il secondo si conferma nell'area di buona performance, anche se in leggera flessione.

Per garantire un servizio di alto livello è importante lavorare sui processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale: la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente permette di monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, migliora rispetto all'anno precedente. In questo ambito rientra anche la valutazione sulla presenza e chiarezza delle informazioni sulla vaccinazione anti COVID-19 sul sito della Regione, che mostra alcuni elementi di criticità (soprattutto in riferimento alla leggibilità delle informazioni, misurata attraverso l'indice di Gulpease).

Il livello di appropriatezza farmaceutica è complessivamente medio, per quanto alcune aree potrebbero essere oggetto di maggiore attenzione (l'incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio, ad esempio, è la più alta del Network). Per quanto riguarda l'efficienza nella prescrizione di farmaci, monitorata tramite la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, il sistema marchigiano registra una performance buona anche nel 2020.

In riferimento ai percorsi assistenziali, la presa in carico oncologica ha risentito dell'impatto della pandemia, ma il risultato complessivo è di tenuta del sistema. In riferimento all'attività di screening, aumenta ulteriormente l'estensione rispetto all'esame mammografico, mentre il calo della relativa adesione può in parte essere imputato alla ridotta propensione da parte delle donne invitate. Complessivamente nella media i tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici: va prestata attenzione alla proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone (passa dall'80 al 66%). Permane qualche criticità sulla presa in carico del fine vita: la bassa percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete cure palliative resta un ambito su cui investire.

In riferimento al percorso materno-infantile, come nell'anno precedente permangono alcune criticità nella gestione del primo anno di vita, soprattutto in riferimento alla copertura vaccinale antimeningococcica. Nella media la frequenza del ricorso al parto cesareo, all'episiotomia e ai parti operativi. L'ambito pediatrico registra un marcato miglioramento, segnatamente in riferimento all'appropriatezza nel consumo di antibiotici.

Anche il percorso cronicità registra valori stabili rispetto al 2019 e complessivamente buoni. In particolare, i nuovi indicatori di resilienza confermano una tenuta del sistema, sia per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica (anti-diabetici e sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina), sia per quanto riguarda l'offerta ambulatoriale (visite di controllo cardiologiche e pneumologiche)

Nel percorso emergenza-urgenza, le Marche registrano il valore migliore del Network rispetto agli accessi ripetuti al Pronto Soccorso entro 72 ore. Si conferma una certa criticità nei tempi di attesa in Pronto Soccorso, rispetto alla gestione delle casistiche meno gravi, per quanto l'evento pandemico abbia comportato una tendenziale contrazione dei tempi di attesa.

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

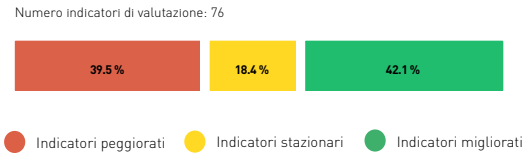
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

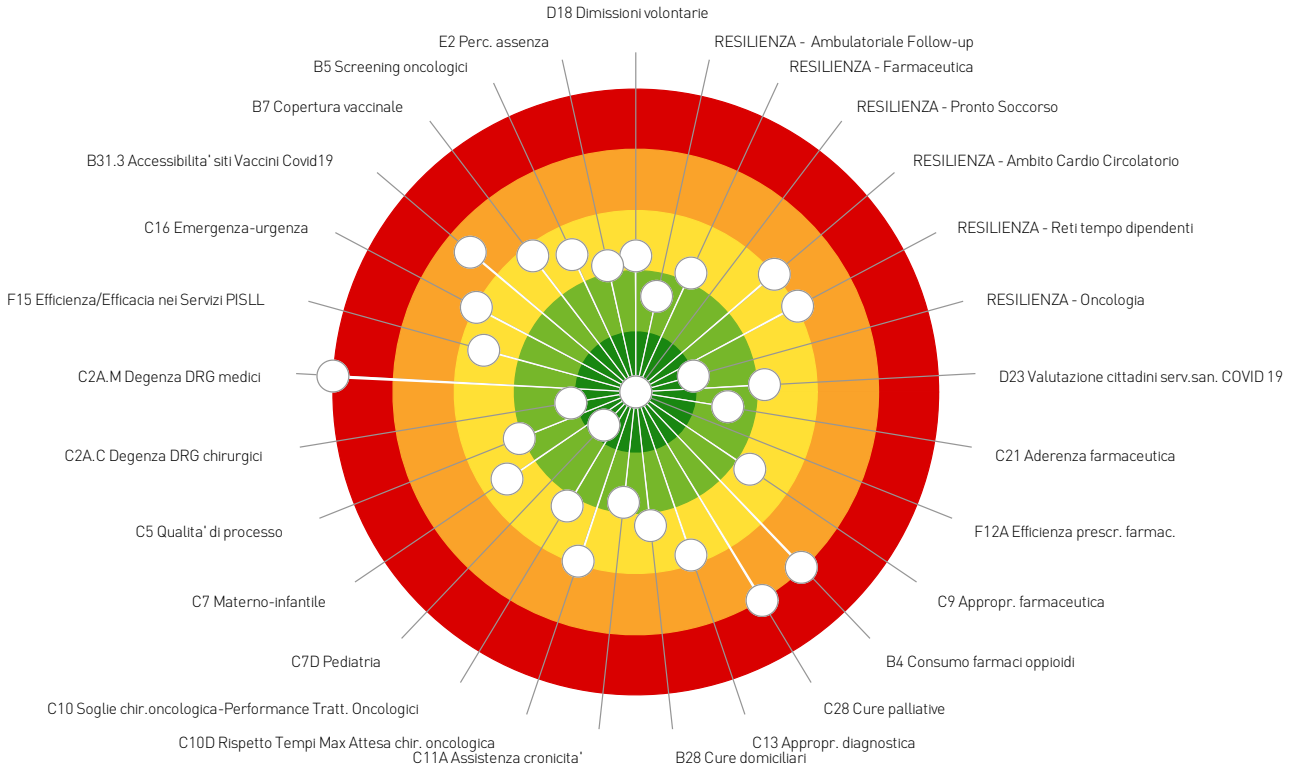
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

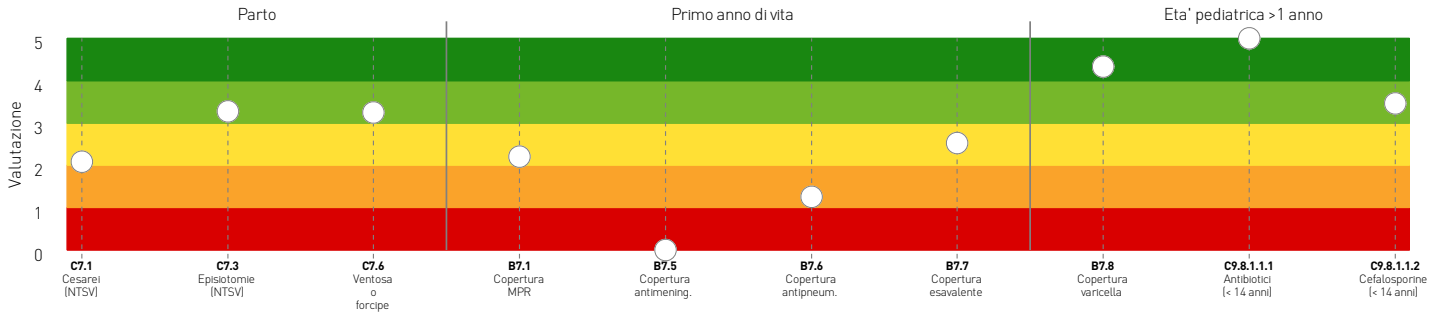
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



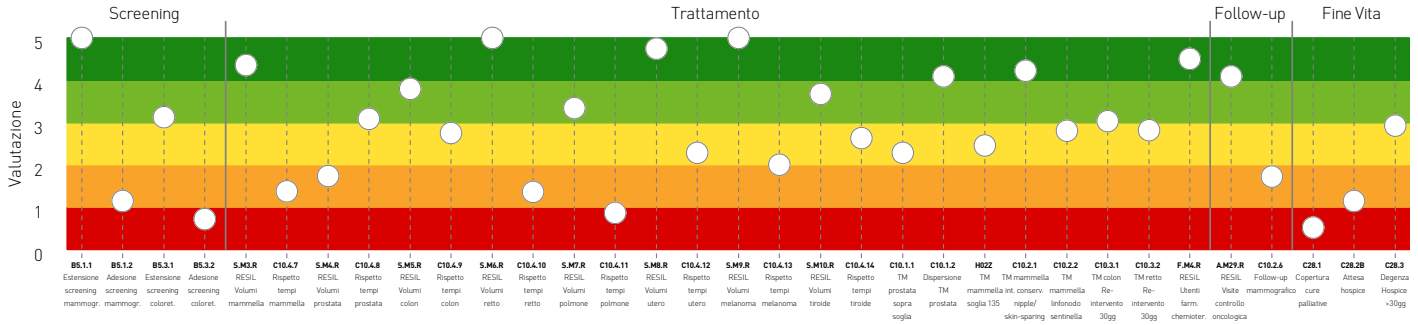
Valutazione della performance 2020



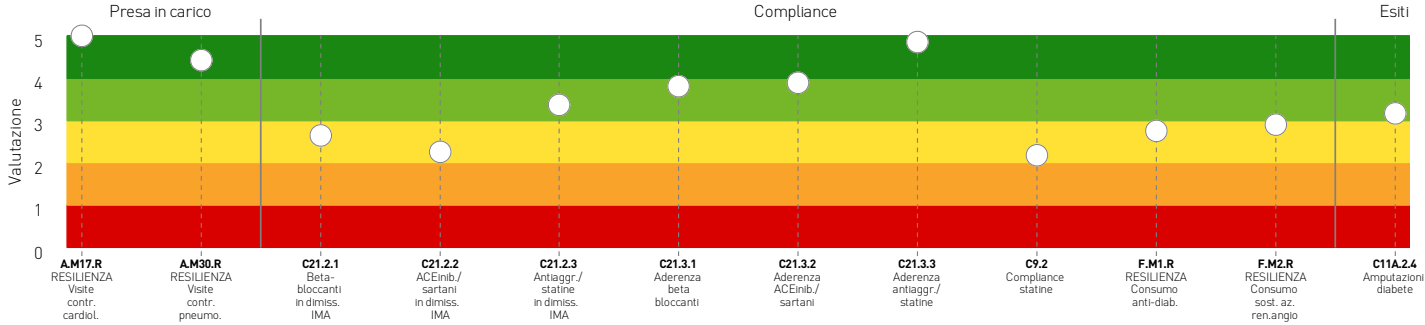
PERCORSO MATERNO INFANTILE



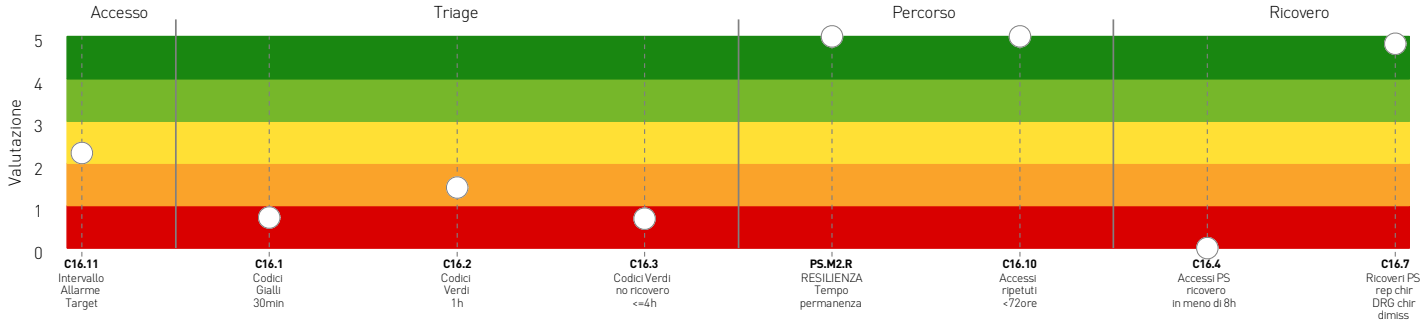
PERCORSO ONCOLOGICO



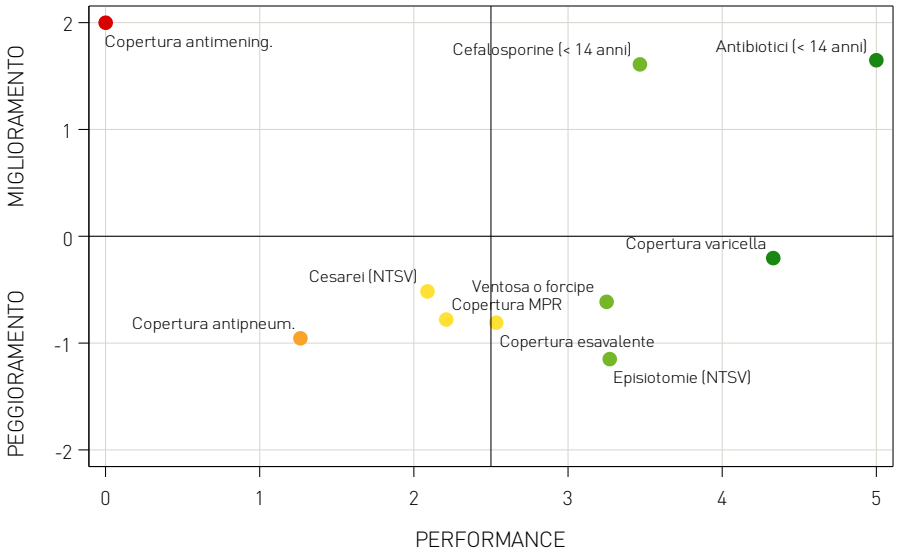
PERCORSO CRONICITÁ



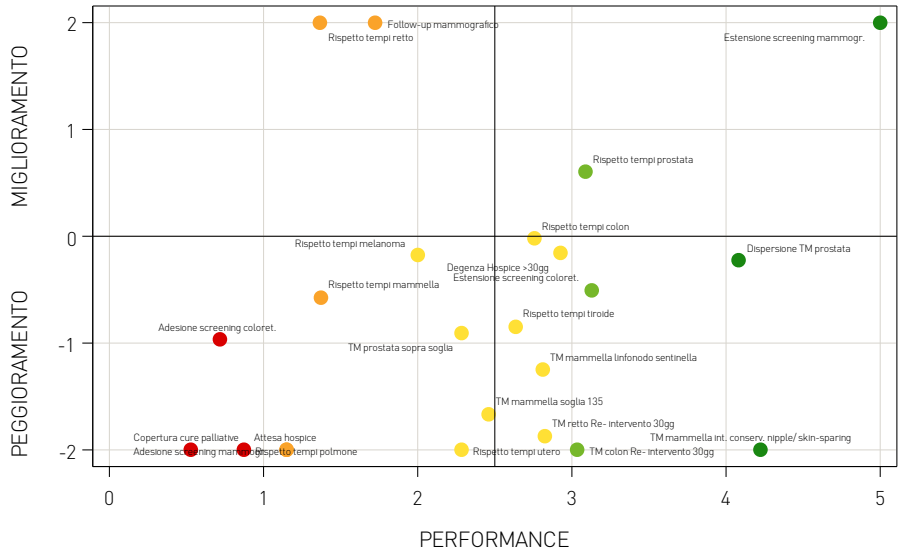
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



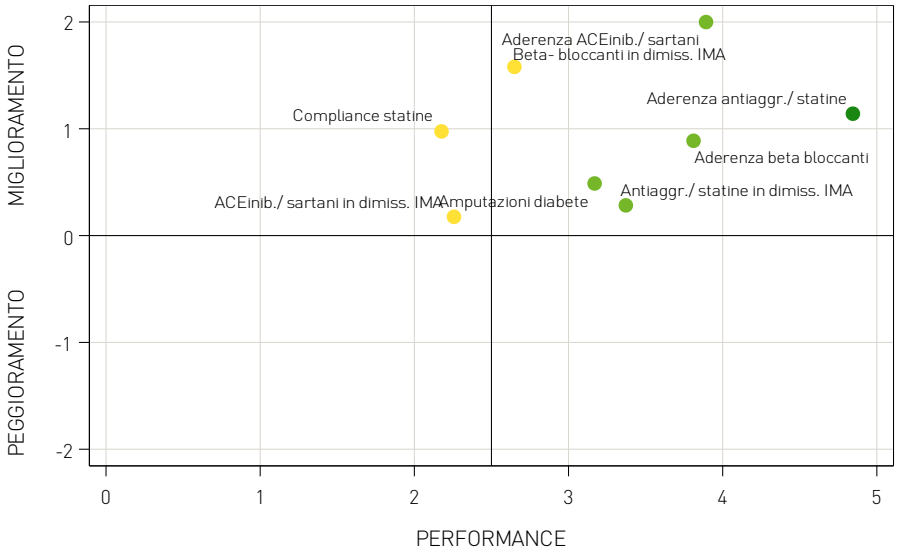
Percorso Materno Infantile



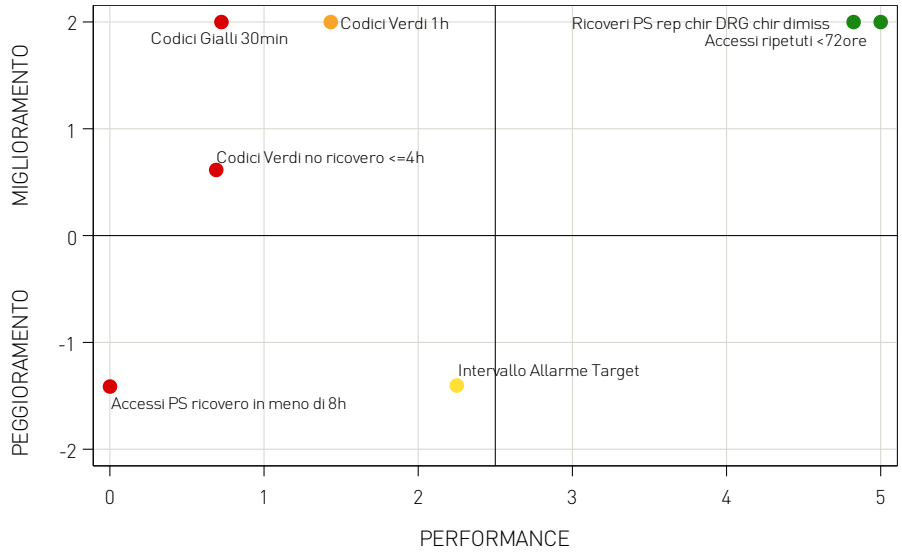
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza

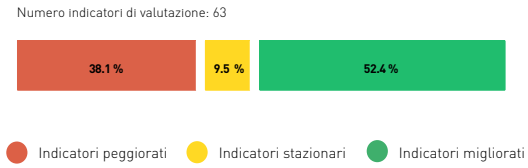


ASUR MARCHE

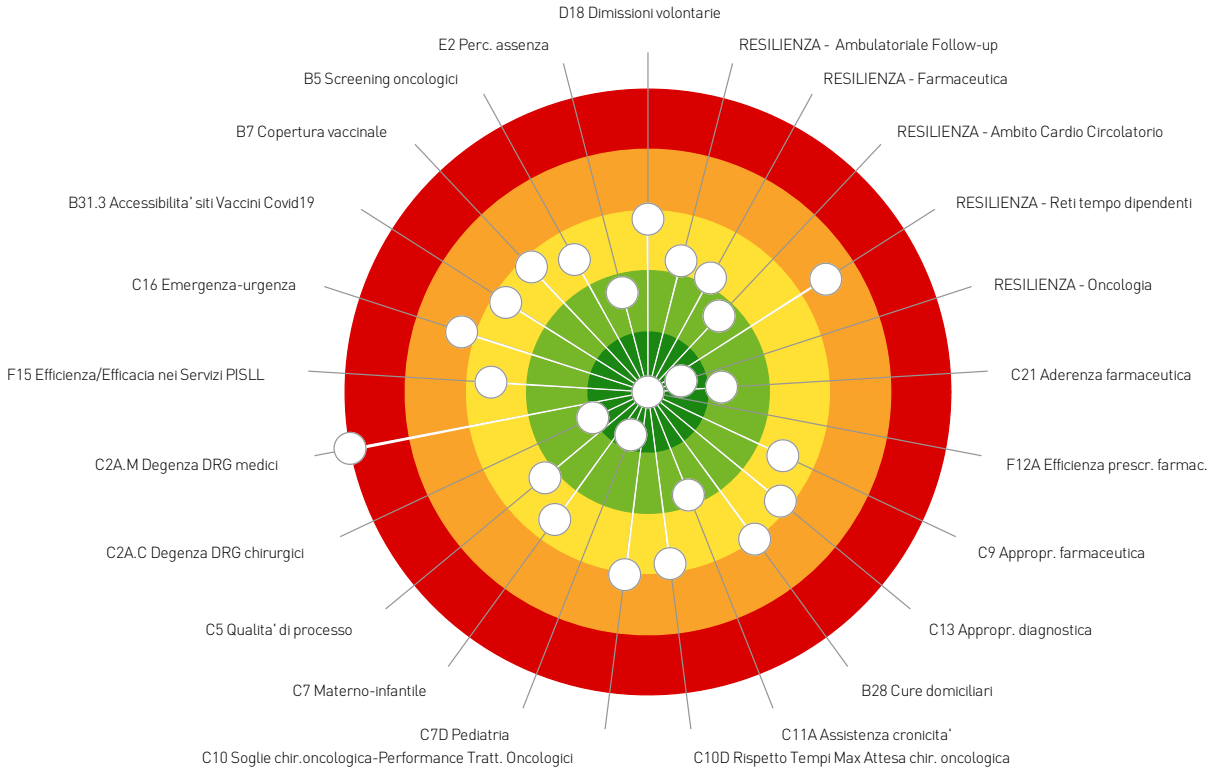
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)



Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



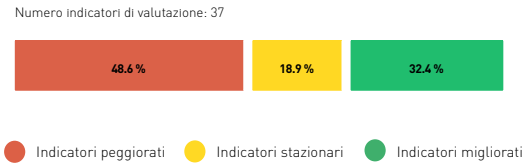
AOU OSP. RIUN. ANCONA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

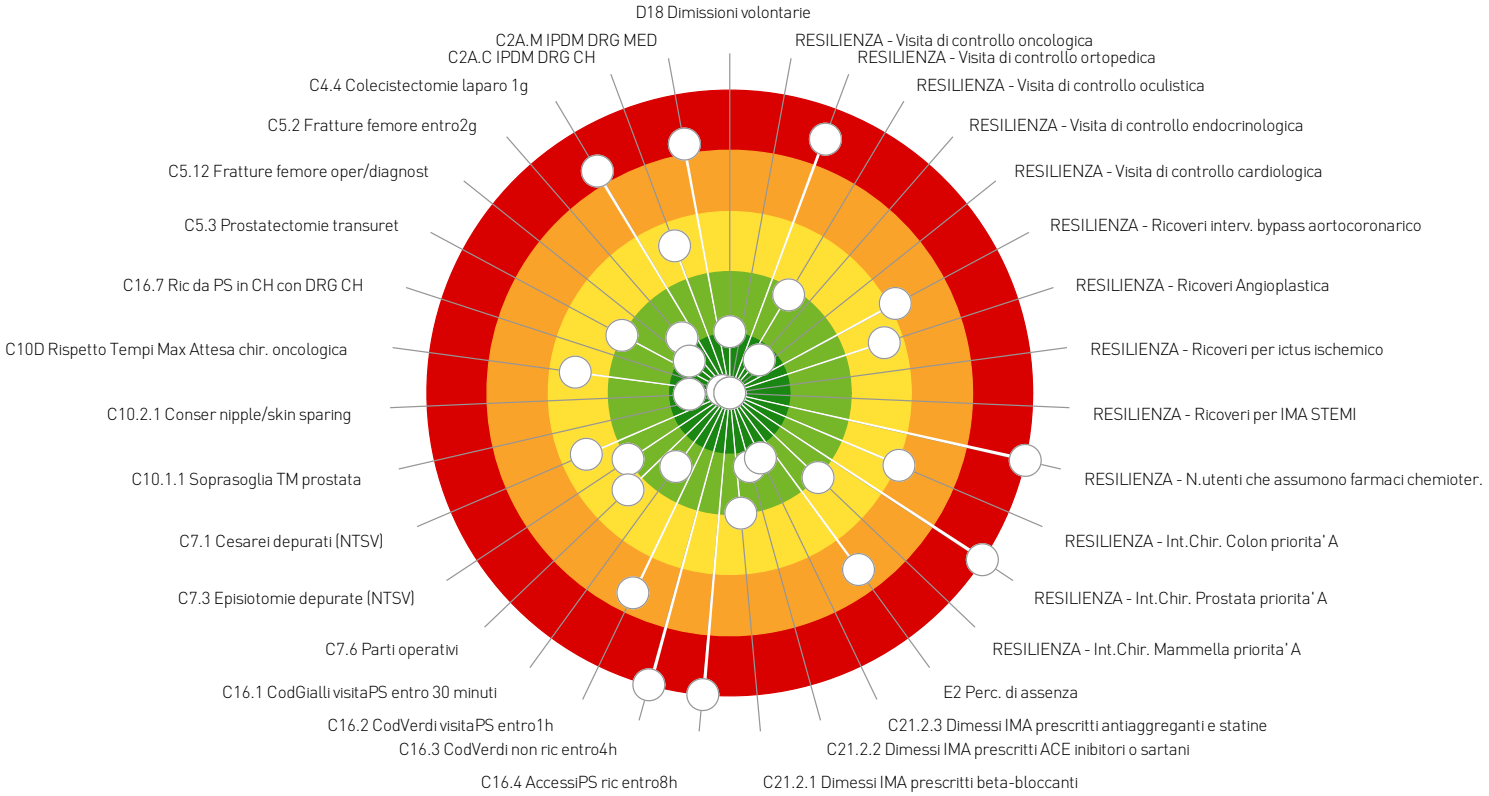
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

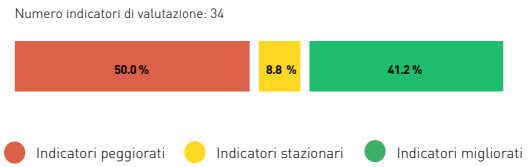


Valutazione della performance 2020

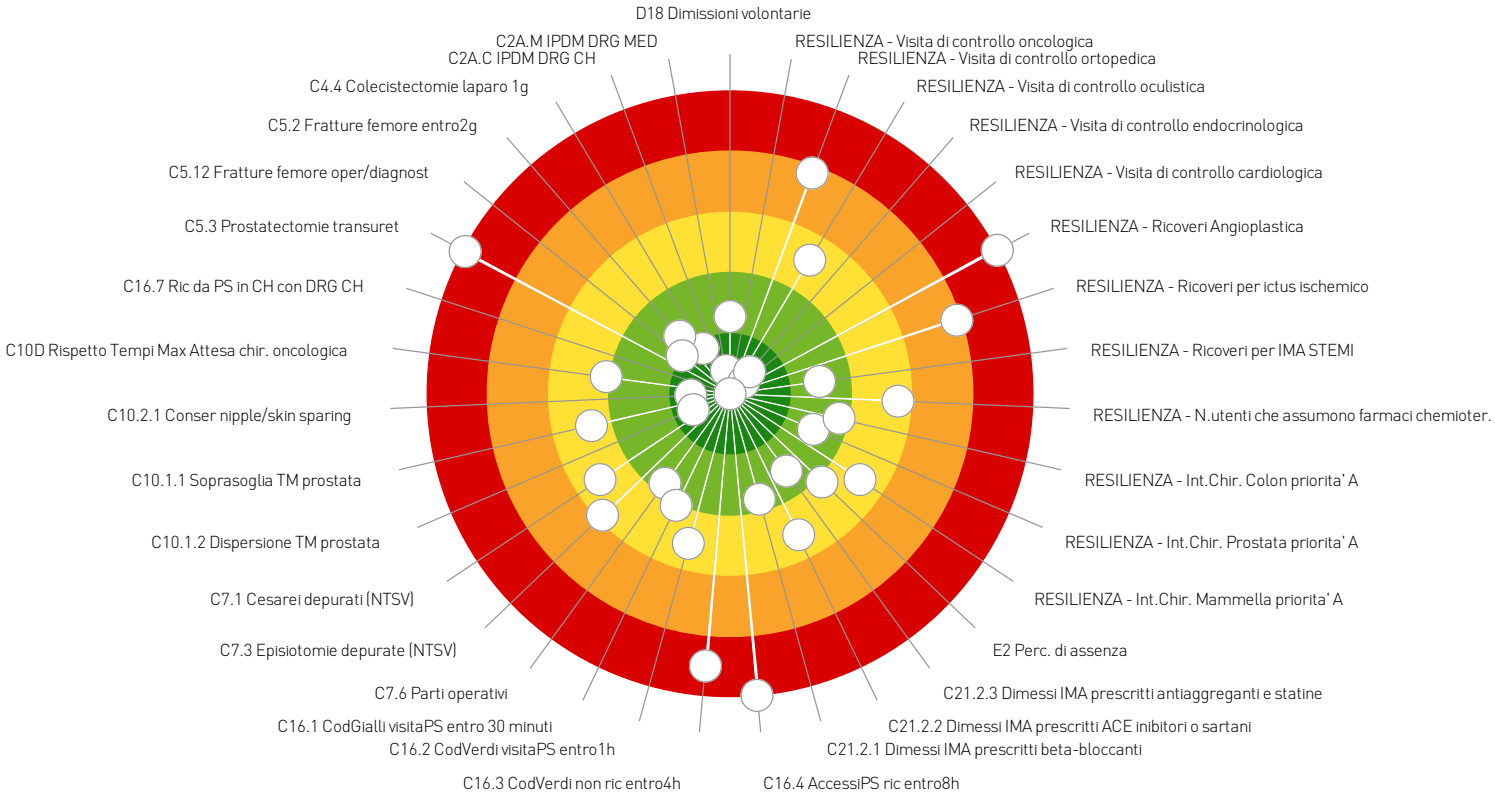


AO OSP. RIUN. MARCHE NORD

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



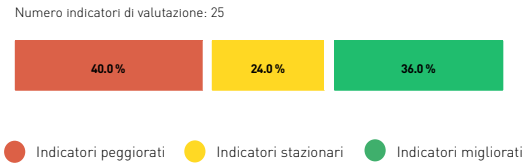
INRCA MARCHE

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

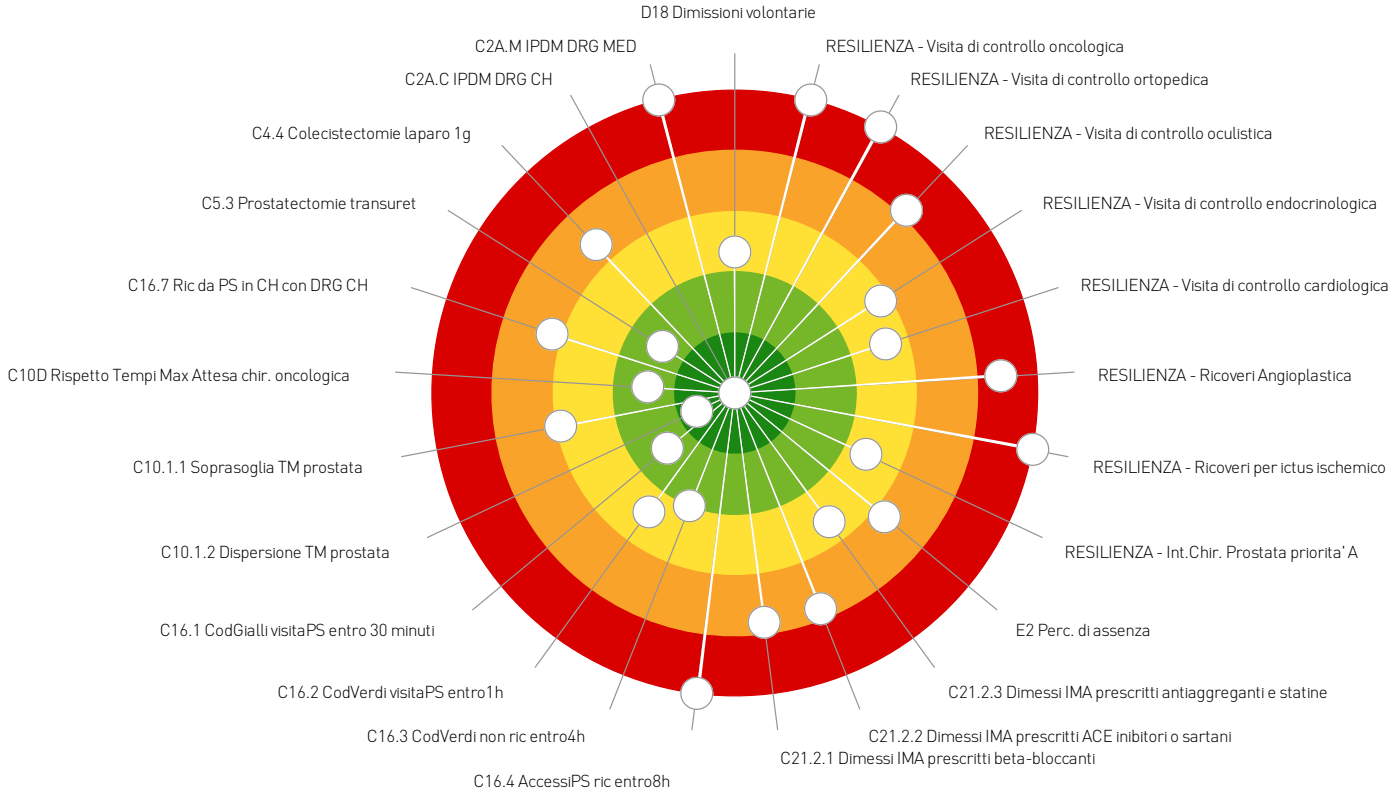
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

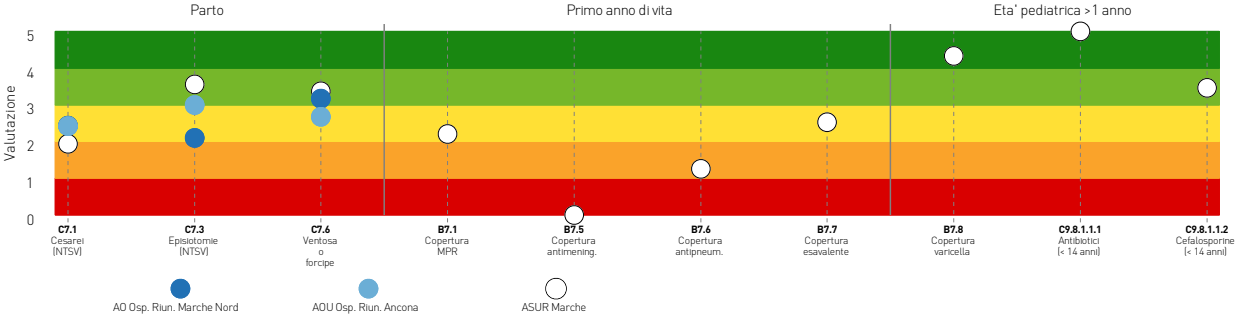
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



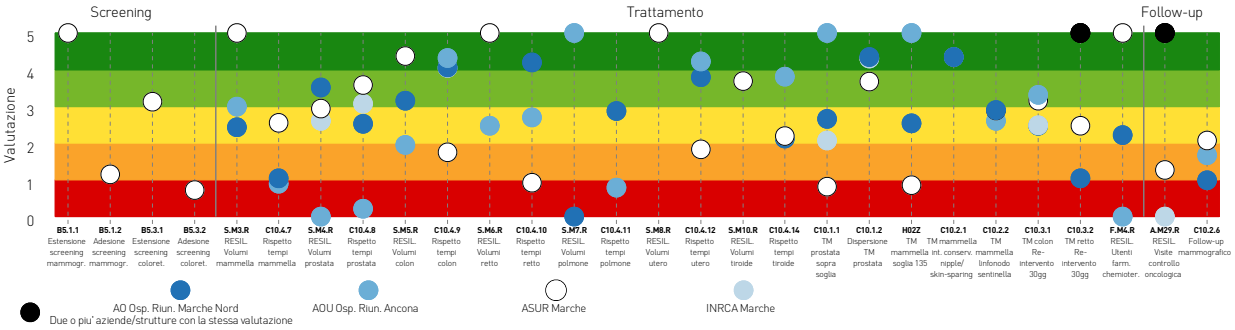
Valutazione della performance 2020



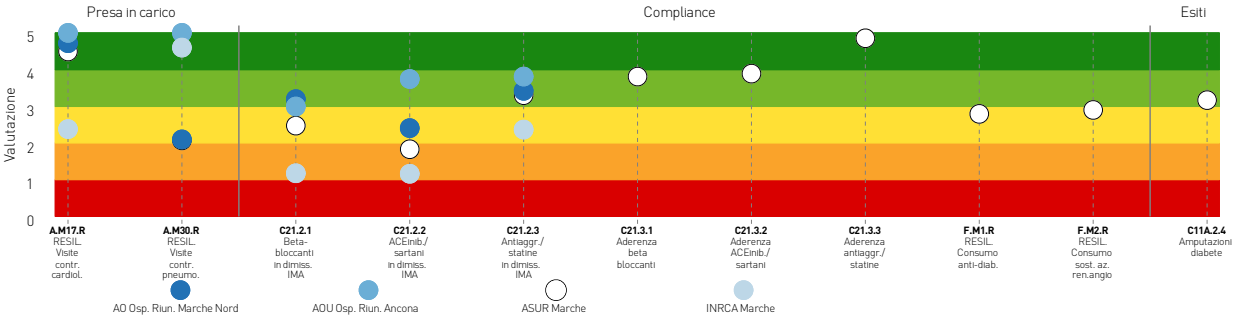
PERCORSO MATERNO INFANTILE



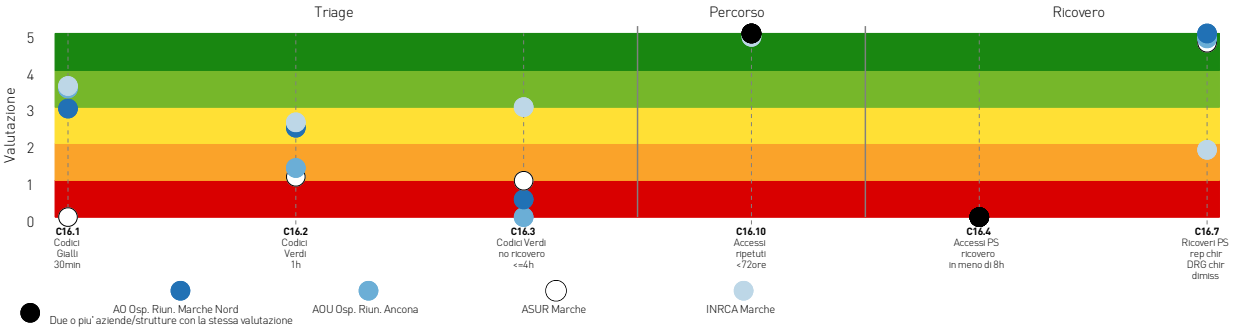
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AV1 PESARO-URBINO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

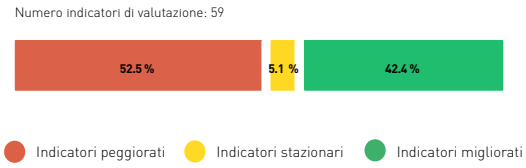
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

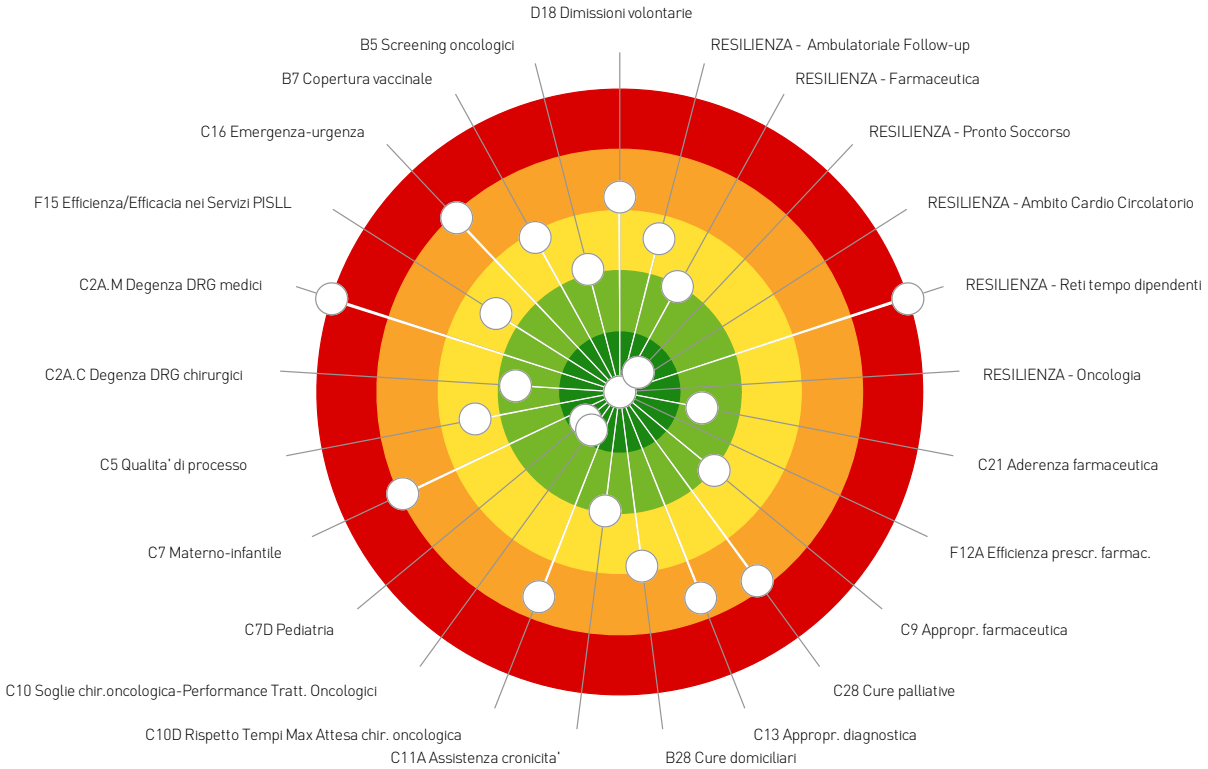
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

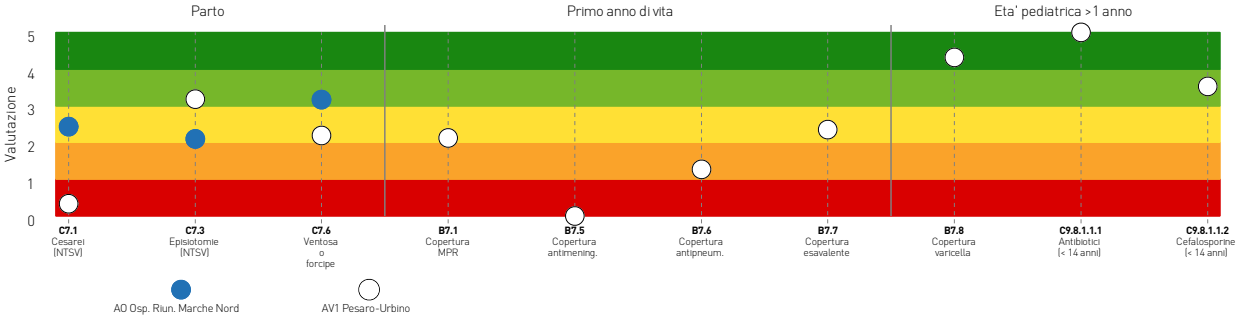
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



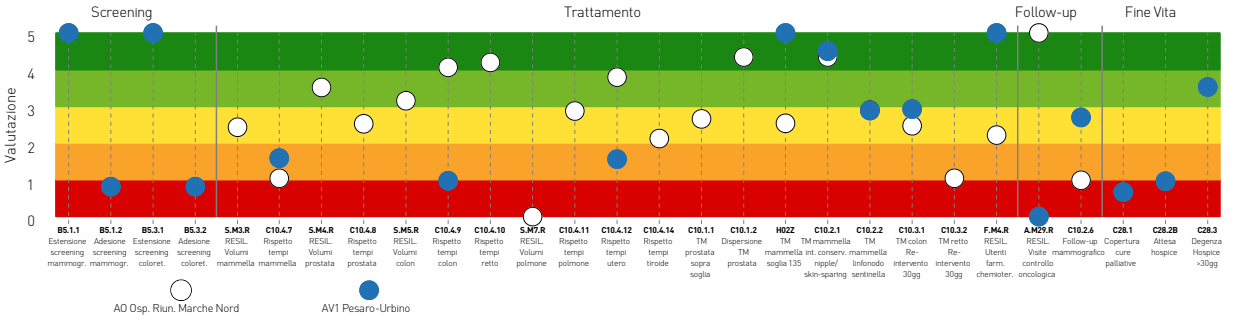
Valutazione della performance 2020



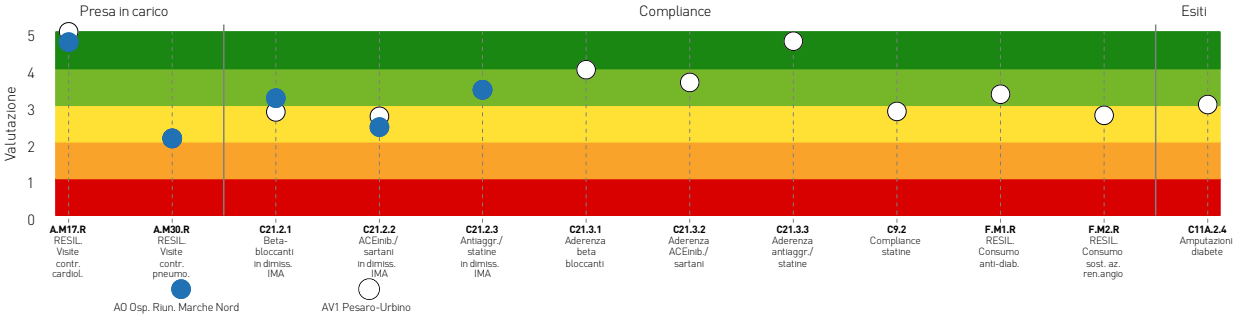
PERCORSO MATERNO INFANTILE



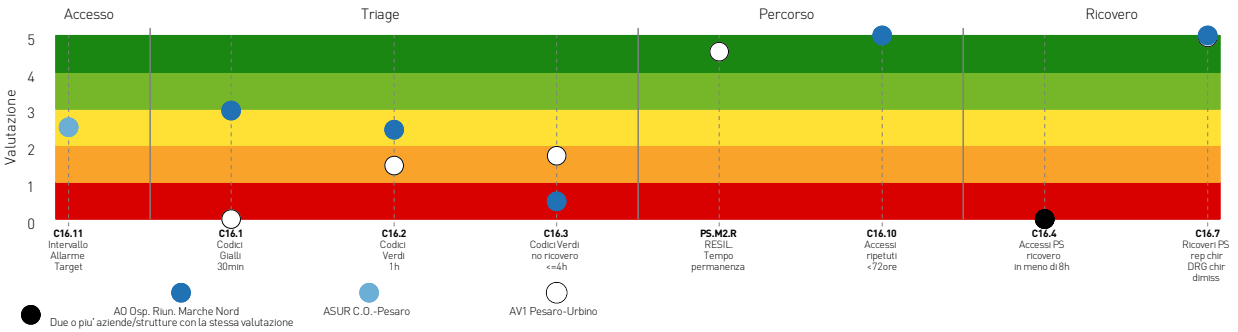
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AV2 ANCONA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

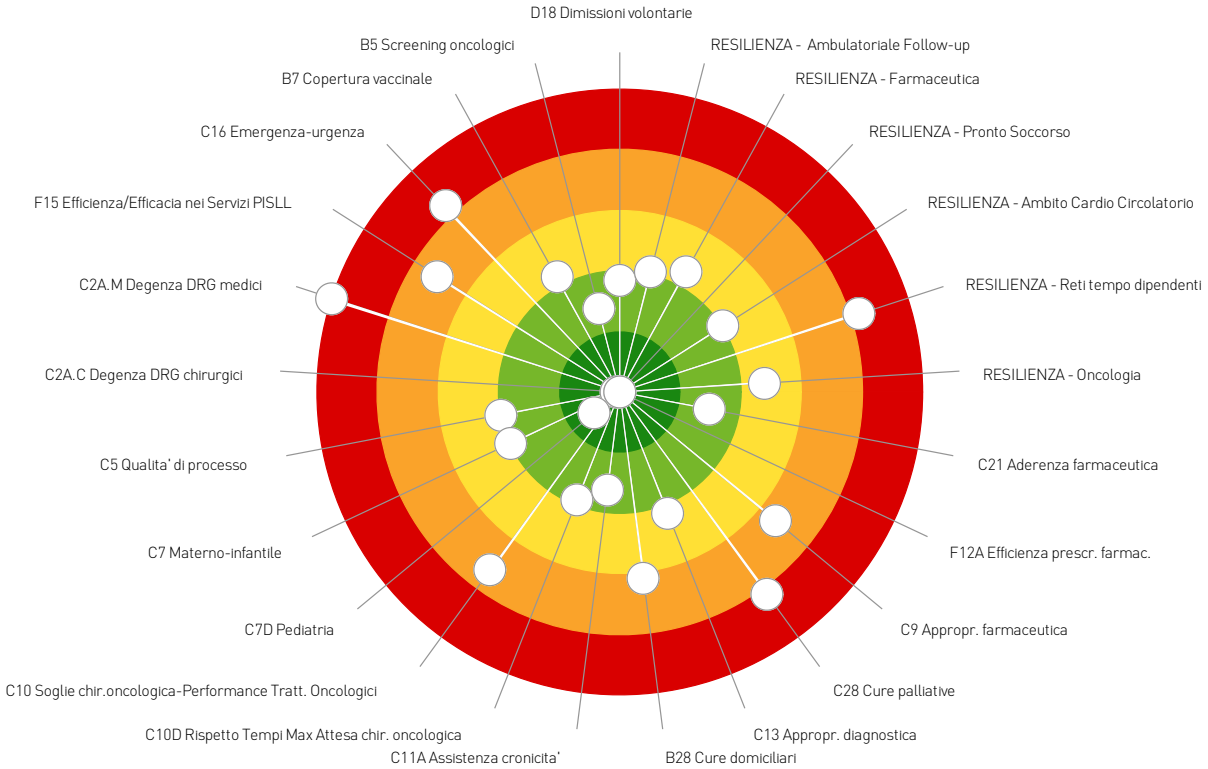
Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 62

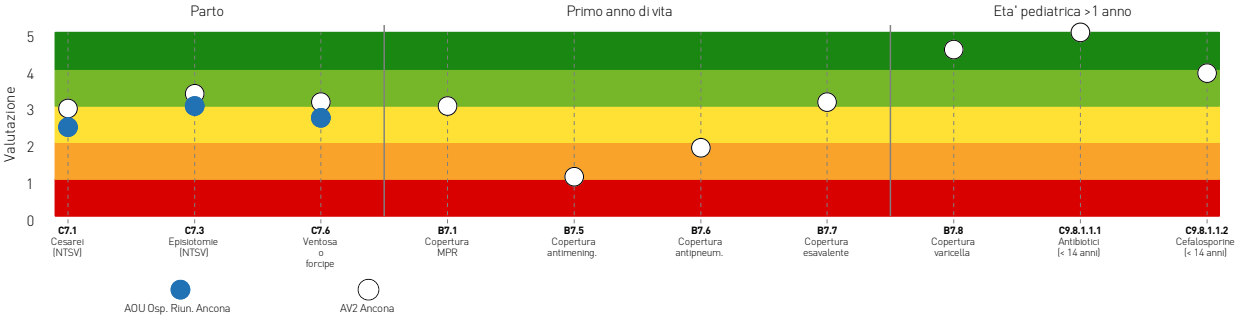


Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

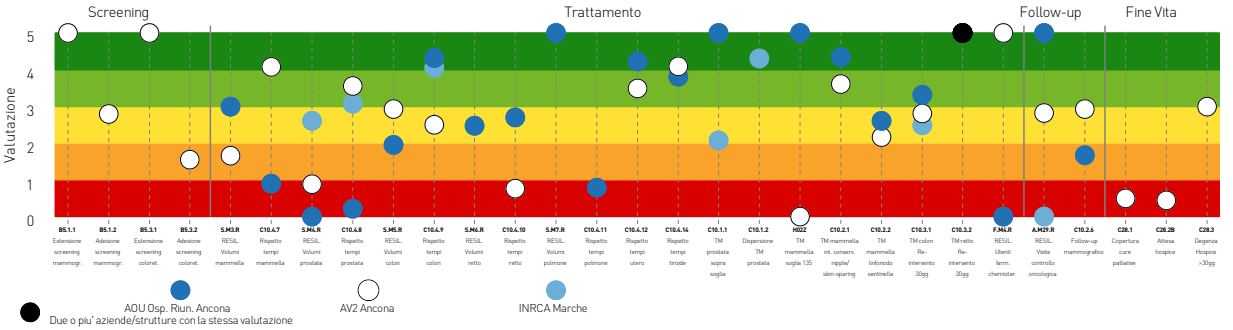
Valutazione della performance 2020



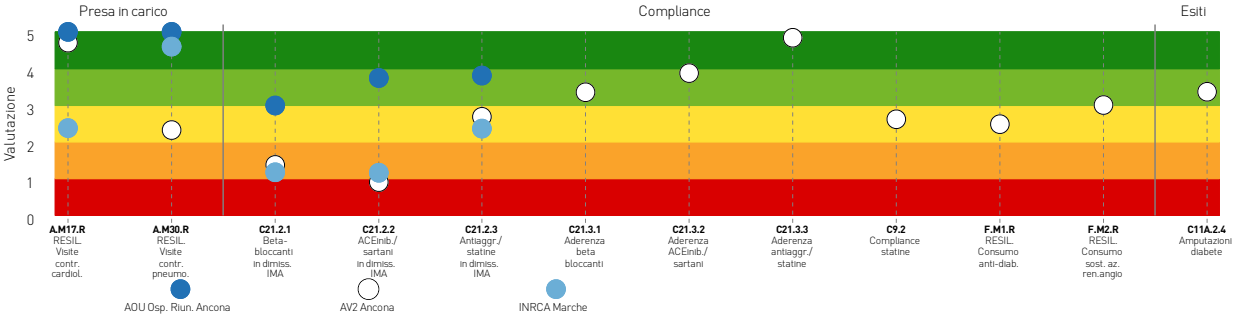
PERCORSO MATERNO INFANTILE



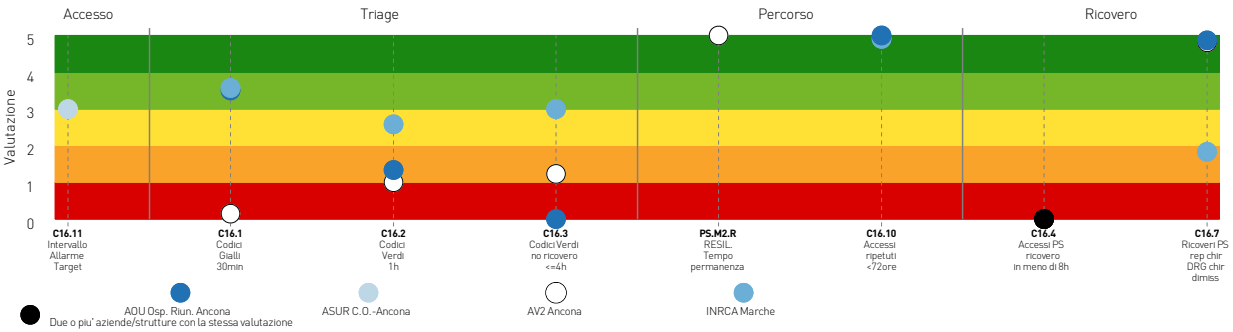
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AV3 MACERATA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

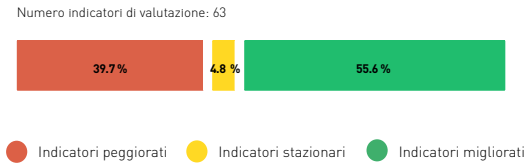
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

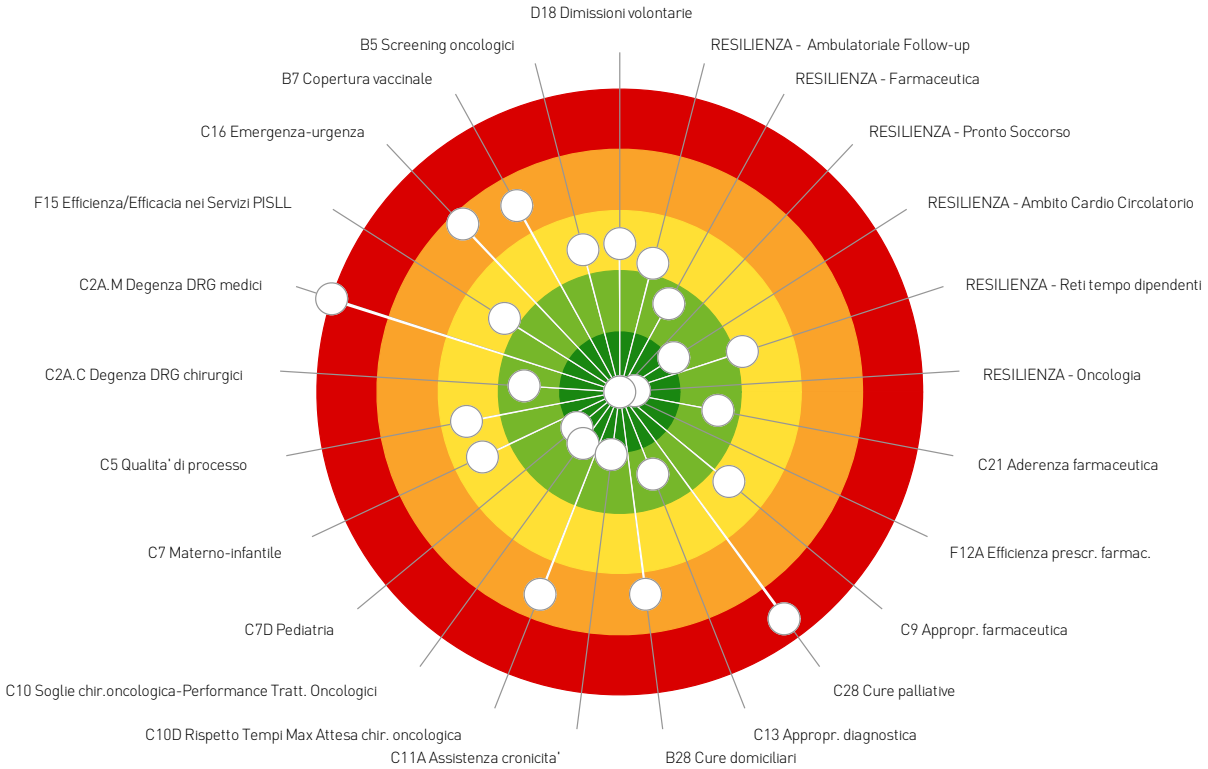
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

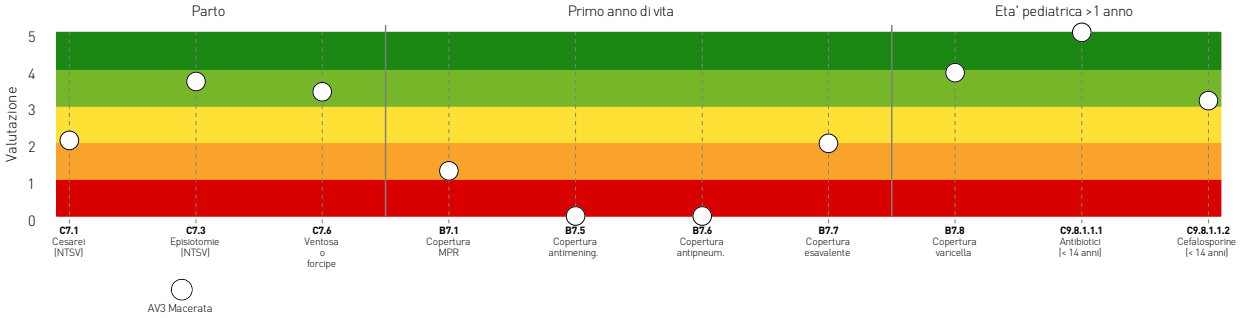
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



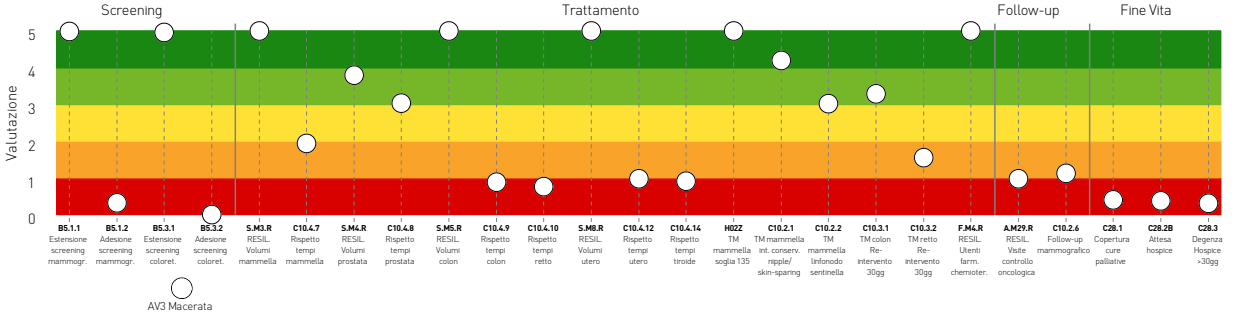
Valutazione della performance 2020



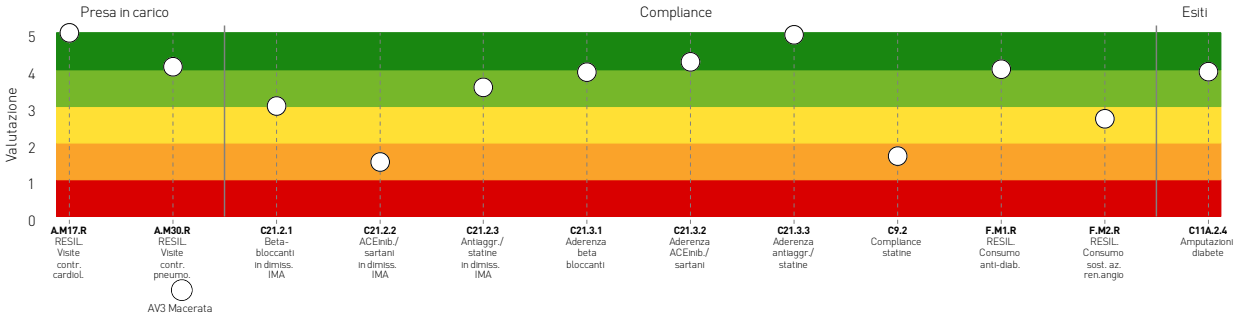
PERCORSO MATERNO INFANTILE



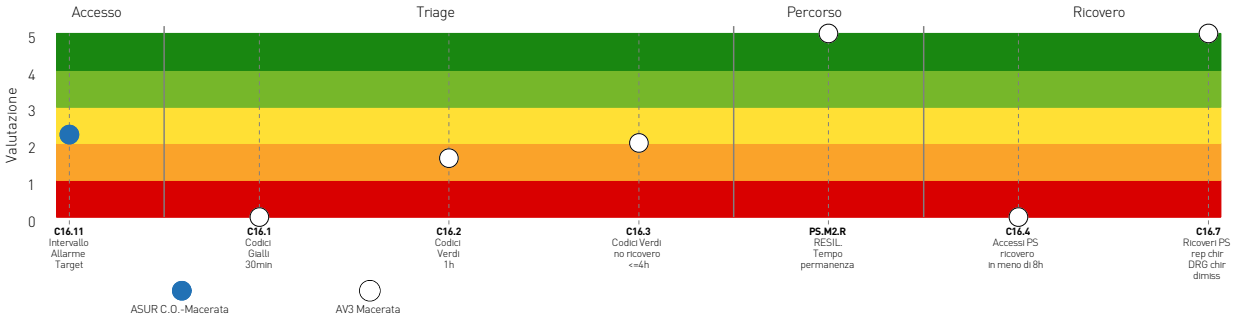
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AV4 FERMO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

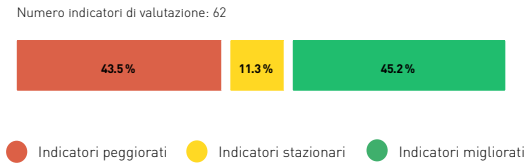
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

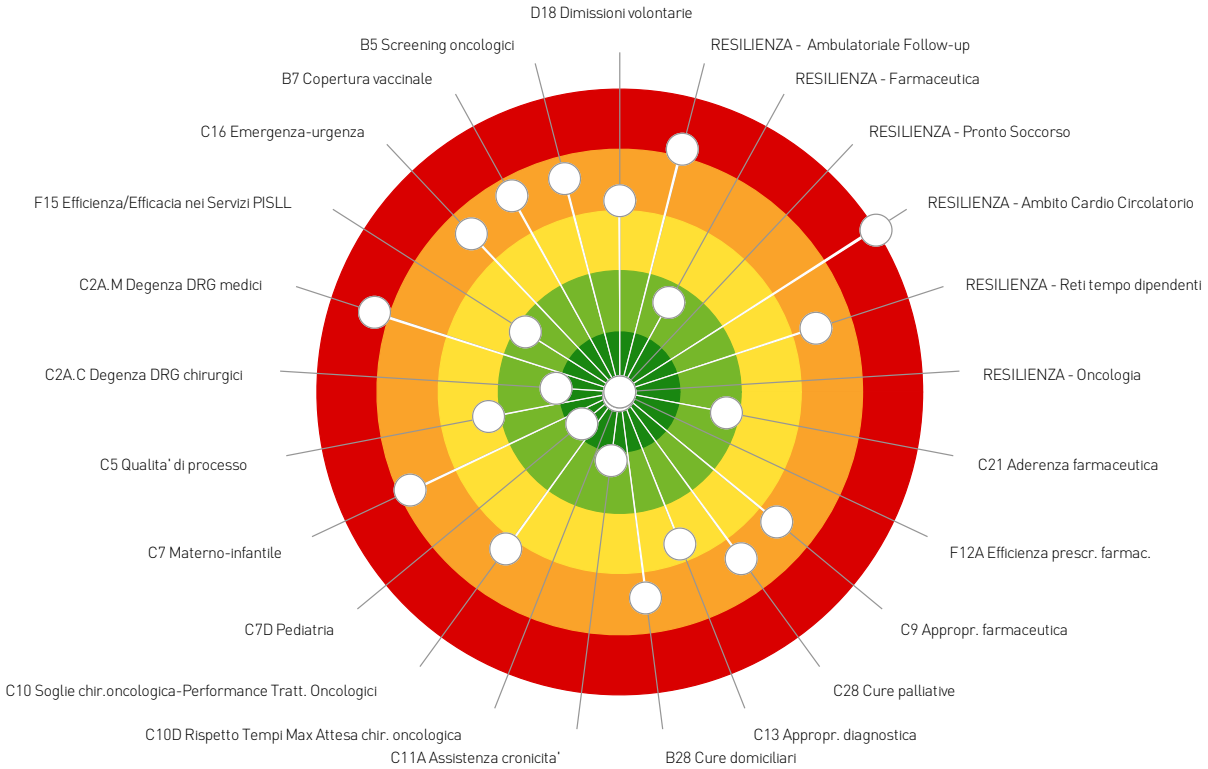
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

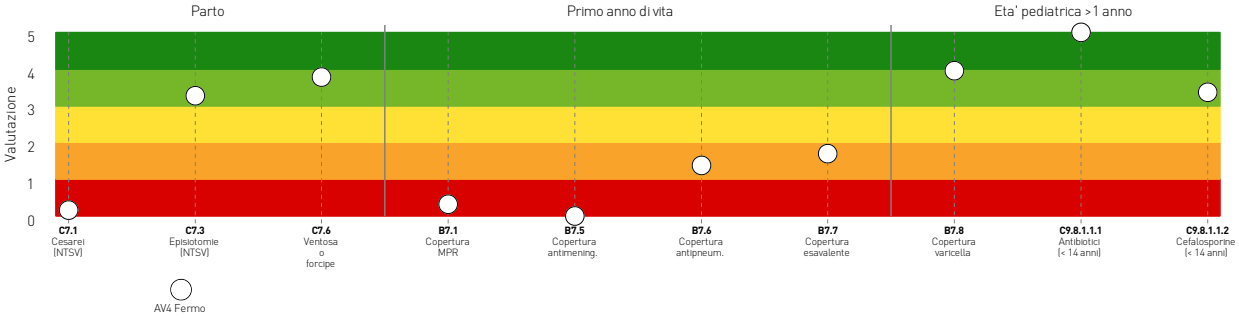
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



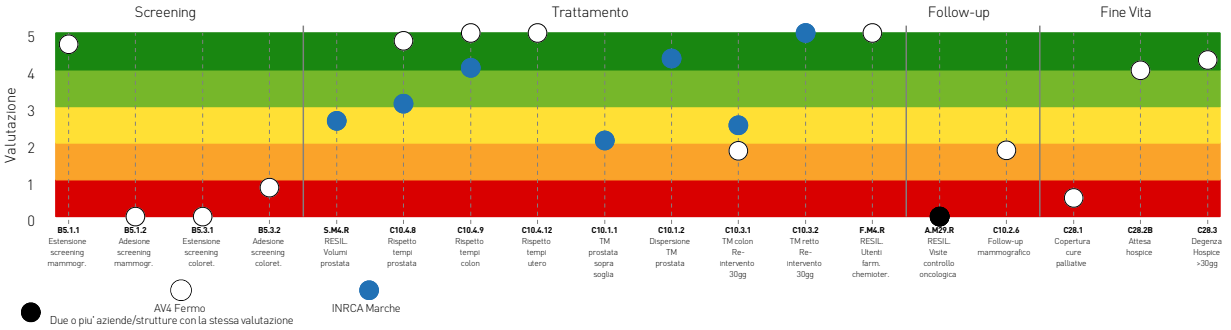
Valutazione della performance 2020



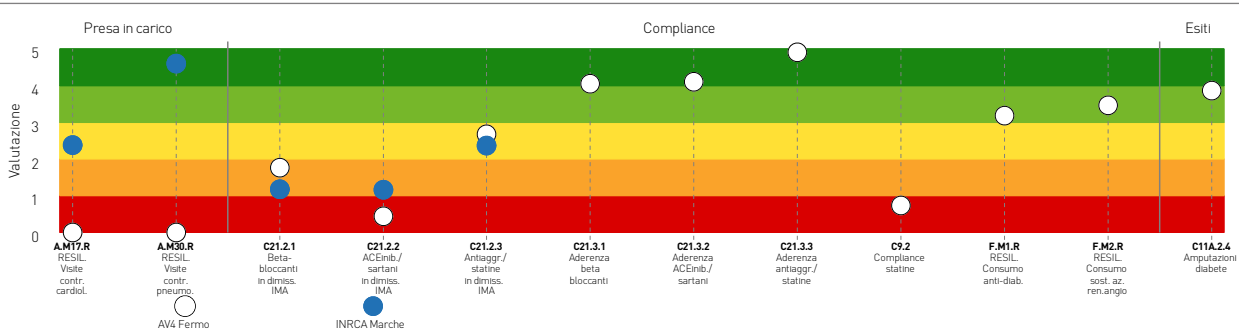
PERCORSO MATERNO INFANTILE



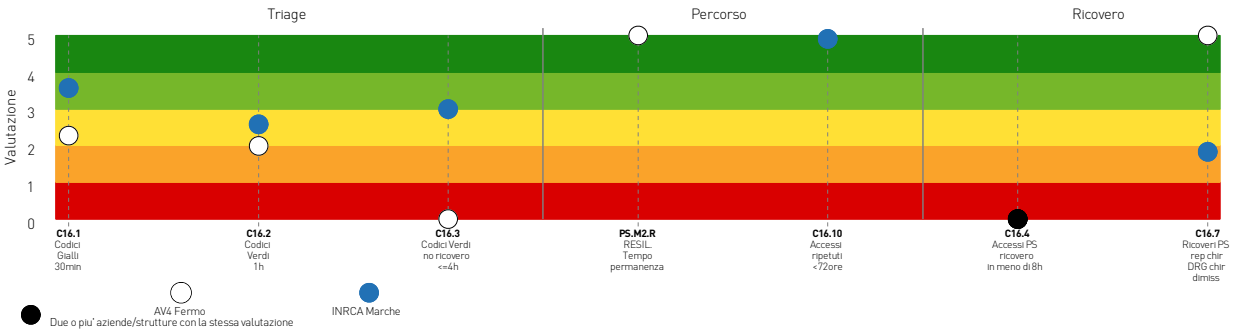
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



AV5 ASCOLI PICENO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

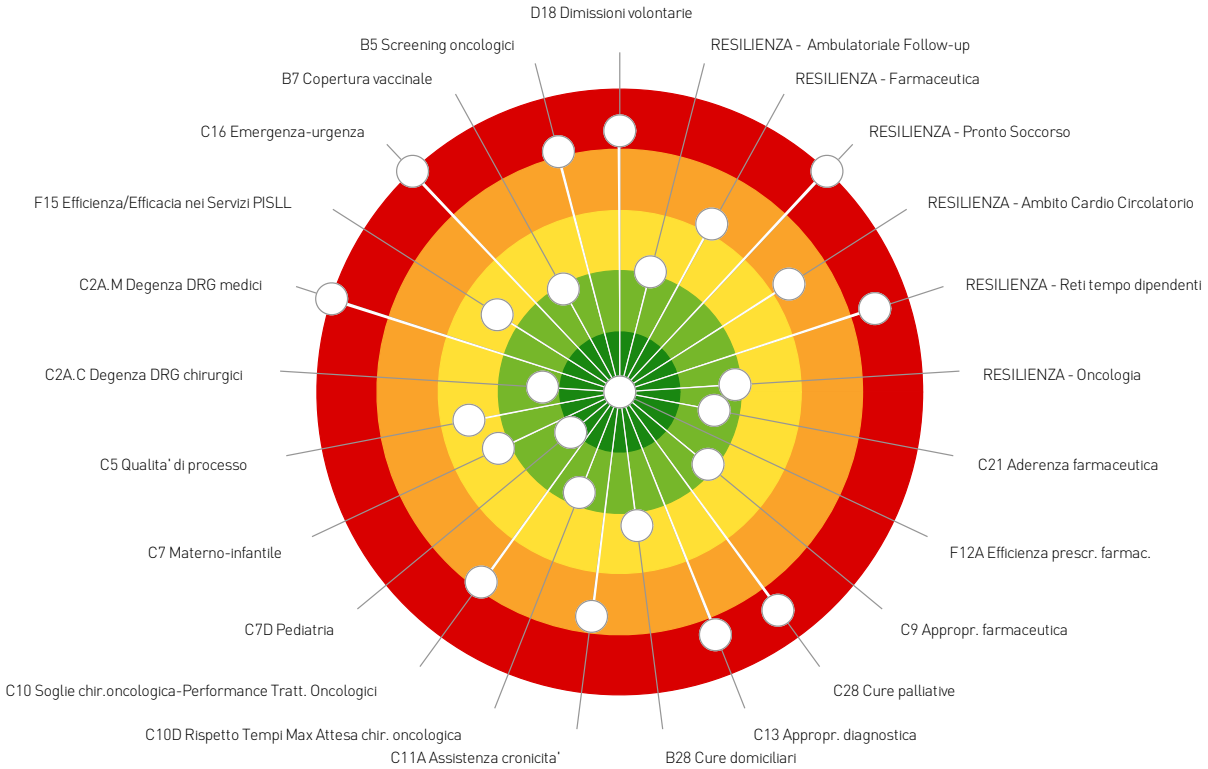
Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 60

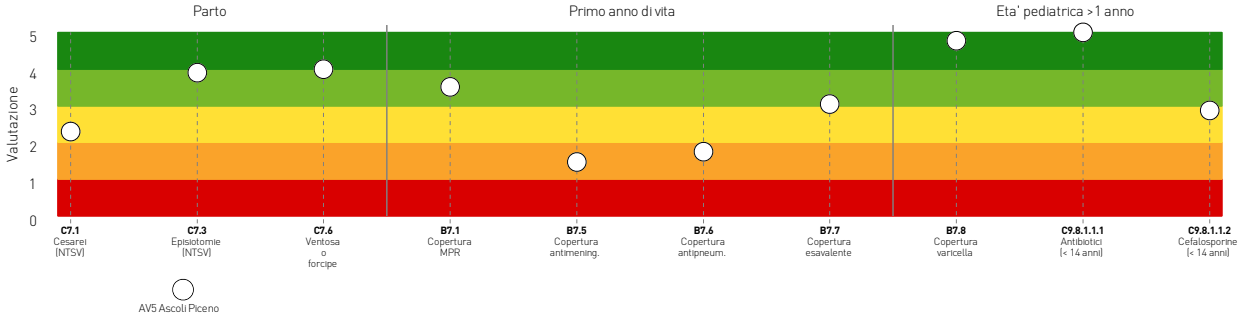


Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

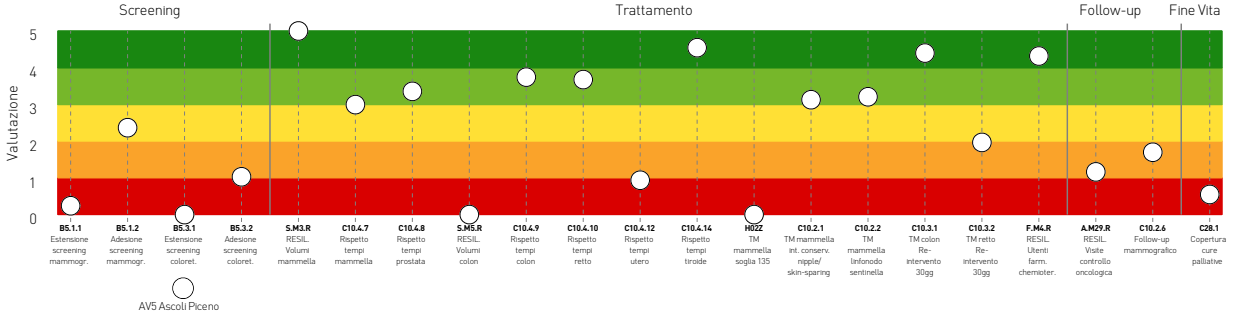
Valutazione della performance 2020



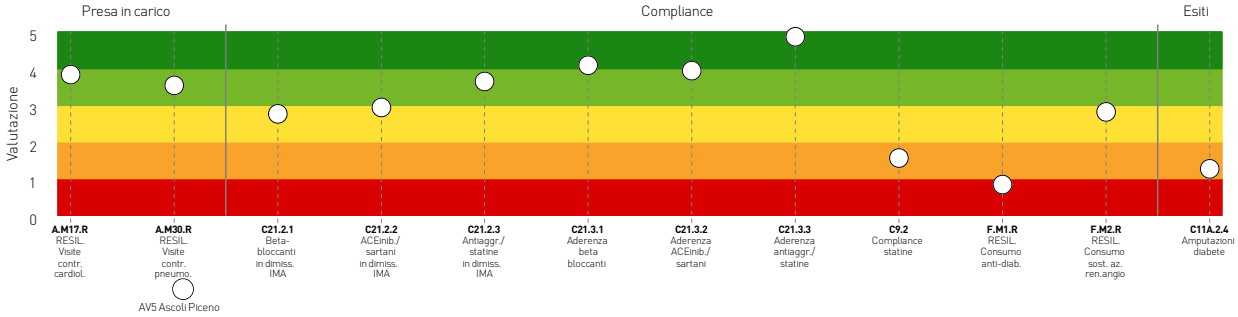
PERCORSO MATERNO INFANTILE



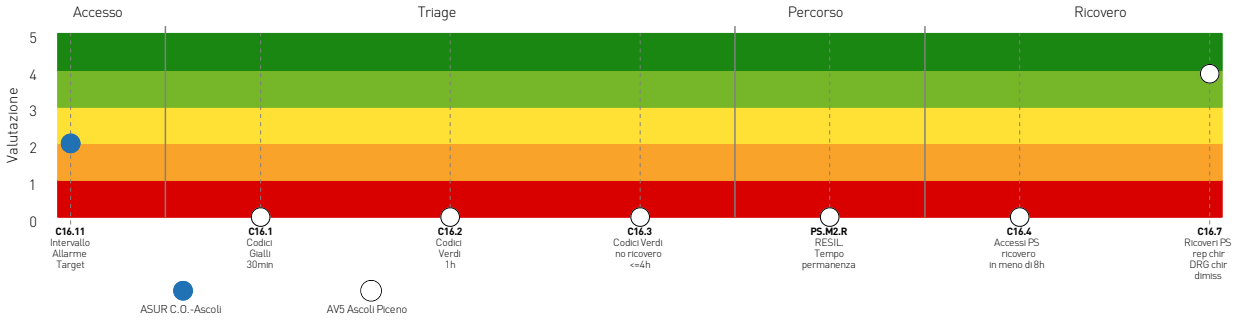
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

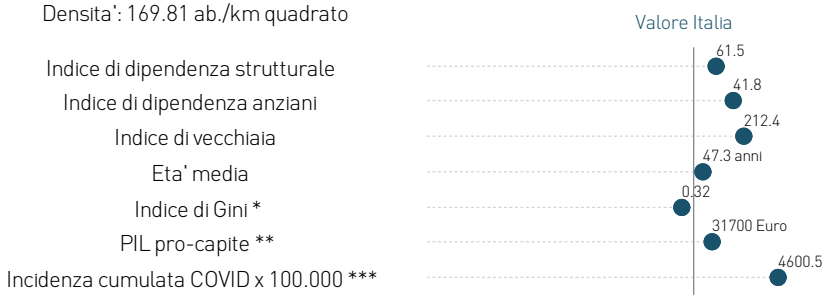


PIEMONTE



Popolazione: 4.311.217 abitanti

Densita': 169.81 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PIEMONTE

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Regione Piemonte ha accolto questa sfida anche scegliendo di aderire nuovamente al Network e misurando le performance del sistema sanitario regionale, a confronto con quelle delle altre Regioni aderenti.

Per questo motivo, il numero di indicatori calcolati è comprensibilmente inferiore, ma permette alcune prime considerazioni rispetto alla risposta allo tsunami pandemico.

Alla luce degli indicatori disponibili, il sistema sanitario piemontese ha registrato nel complesso una performance media, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock. La pandemia ha infatti richiesto flessibilità e capacità di adattamento. Per questo sono stati introdotti nel Sistema di Valutazione alcuni indicatori specificamente volti a monitorare la risposta dei sistemi sanitari di fronte alla pandemia.

In merito all'area oncologica e alla tenuta dei volumi degli interventi chirurgici (classe di priorità A), la risposta è in linea con quella delle altre Regioni. Se l'andamento dei volumi degli interventi chirurgici per melanoma e tumore alla tiroide segna una contrazione particolarmente marcata (rispettivamente del 25.56% e del 44.98%), quello degli interventi chirurgici per tumore al polmone è in controtendenza e segna un aumento del 5.41% rispetto all'anno precedente. Nella media la contrazione per interventi di angioplastica (-14.85%), mentre più significativa quella per bypass aortocoronarici (-28.78%). La variazione del tempo mediano di permanenza per accessi al pronto soccorso (non inviati al ricovero) è nella media (-2.85 punti percentuali). Anche per quanto riguarda i volumi delle visite di controllo il trend è complessivamente nella media; se il calo delle visite di chirurgia vascolare e oculistiche è più marcato della media (-42.78% e -41.85%, rispettivamente), quello delle visite cardiologiche e ginecologiche è relativamente più contenuto (-27.58% e -18.85%, rispettivamente).

L'indagine alla popolazione italiana, effettuata dal Laboratorio MeS tra il 2020 e il 2021, è volta a misurare la valutazione dei cittadini sui servizi sanitari durante la pandemia da COVID-19. La percentuale di residenti che si ritengono soddisfatti dell'assistenza ricevuta dal servizio sanitario piemontese durante la pandemia è pari a 67.17%, un valore leggermente superiore alla media.

Per garantire un servizio di alto livello è importante lavorare sui processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale: in questo ambito rientra anche la valutazione sulla presenza e chiarezza delle informazioni sulla vaccinazione anti COVID-19 sul sito della Regione, che presenta margini di miglioramento.

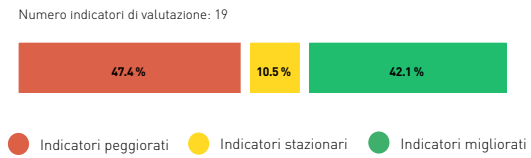
Le strutture ospedaliere italiane sono state messe duramente sotto stress durante il 2020. La qualità dei processi assistenziali nei nosocomi piemontesi è rimasta sostanzialmente invariata. In particolare, la proporzione di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno è rimasta nella media (43.09%); buona la percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (71.68%), così come la quella da ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (72.37%). Attenzione invece alla proporzione di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore: il valore di 53.71% è il più basso del Network.

Se la percentuale di anziani in cure domiciliari (con valutazione) è leggermente inferiore alla media (4.94%), l'intensità della presa in carico domiciliare è tra le più marcate (la percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 è 90.21%).

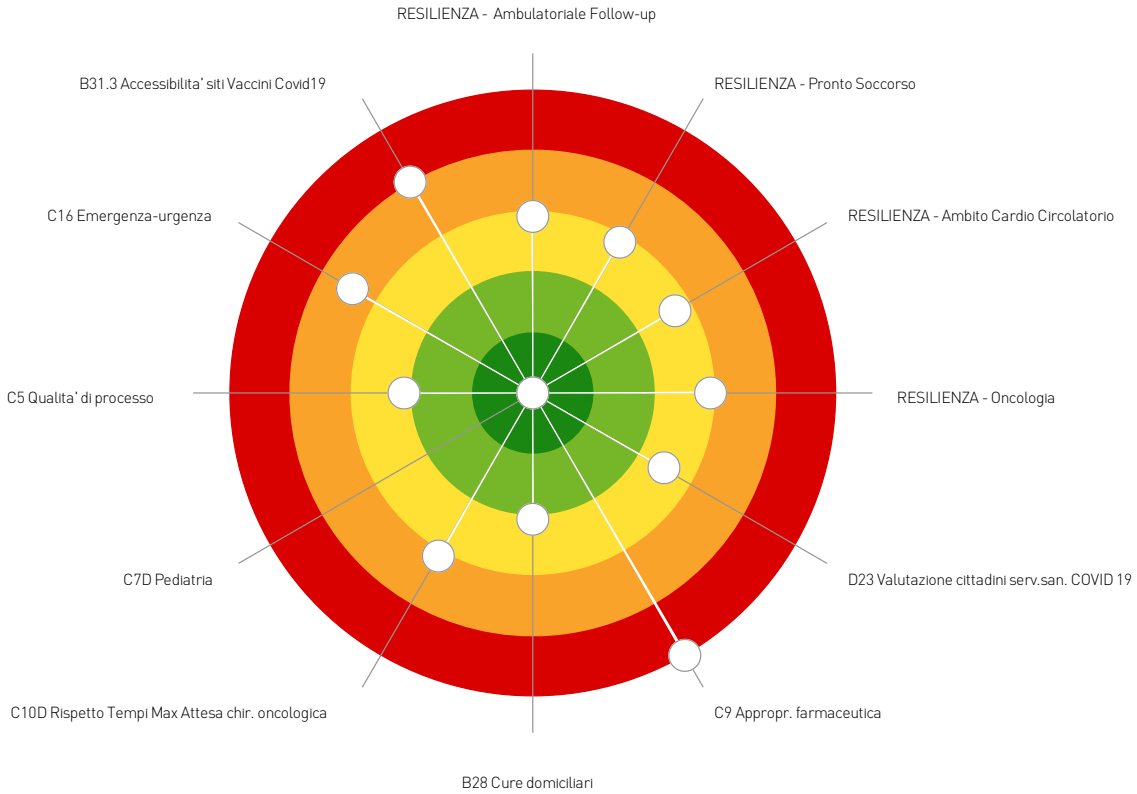
Luci e ombre per quanto riguarda la gestione del percorso oncologico. Complessivamente di poco superiori alla media i tempi di attesa per interventi chirurgici (classe di priorità A), con alcune procedure da tenere però sotto controllo: polmone, tiroide e melanoma in particolare. La variazione dei volumi per visita di controllo oncologica è nella media (-8.72%).

Infine, la gestione del percorso emergenza-urgenza è complessivamente nella media. Non va abbassata la guardia sui tempi di attesa in pronto soccorso per i codici meno urgenti: in particolare, la percentuale di accessi al PS con codice verde (non inviati al ricovero) con tempi di permanenza entro le 4 ore è del 70.52%, il valore più basso del Network.

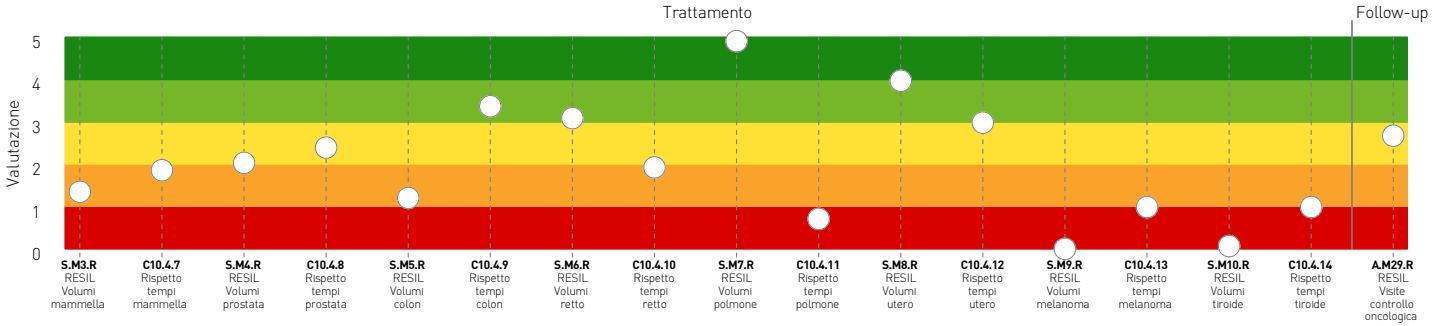
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



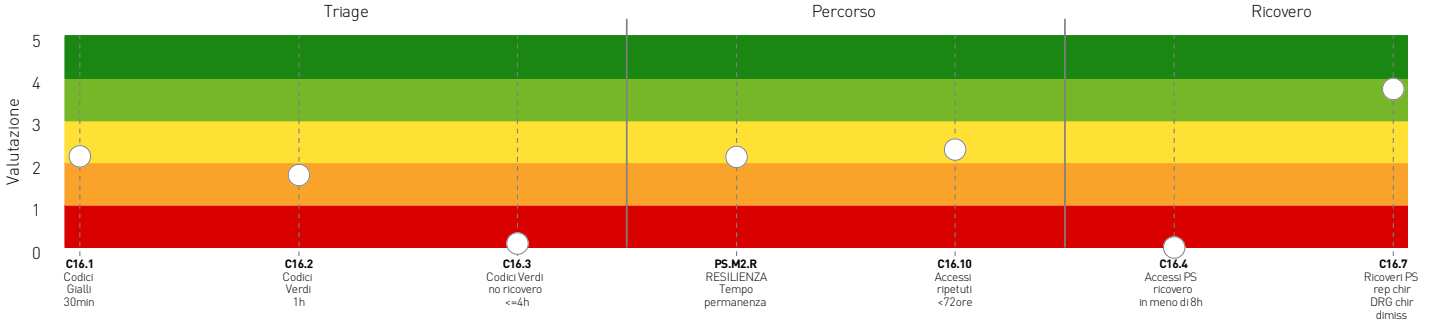
Valutazione della performance 2020

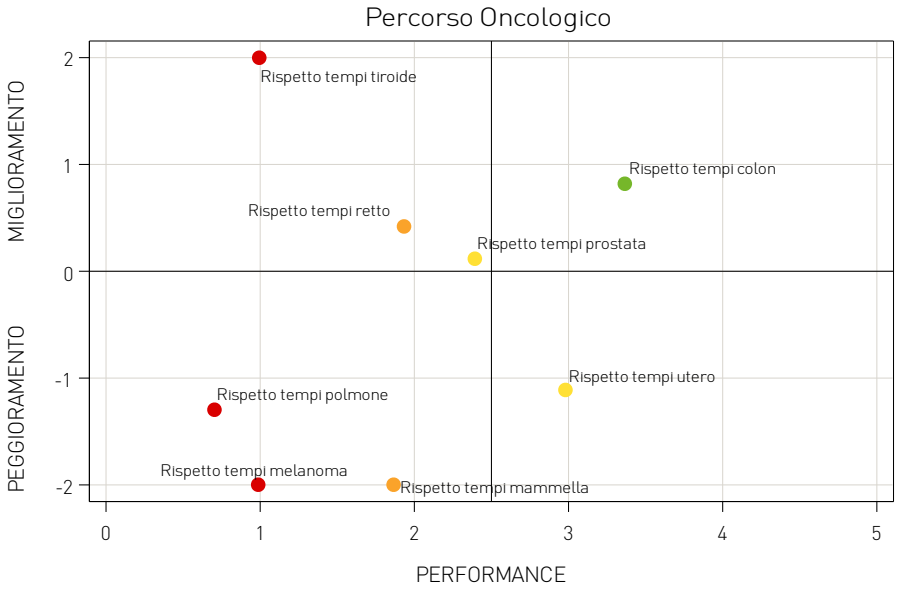


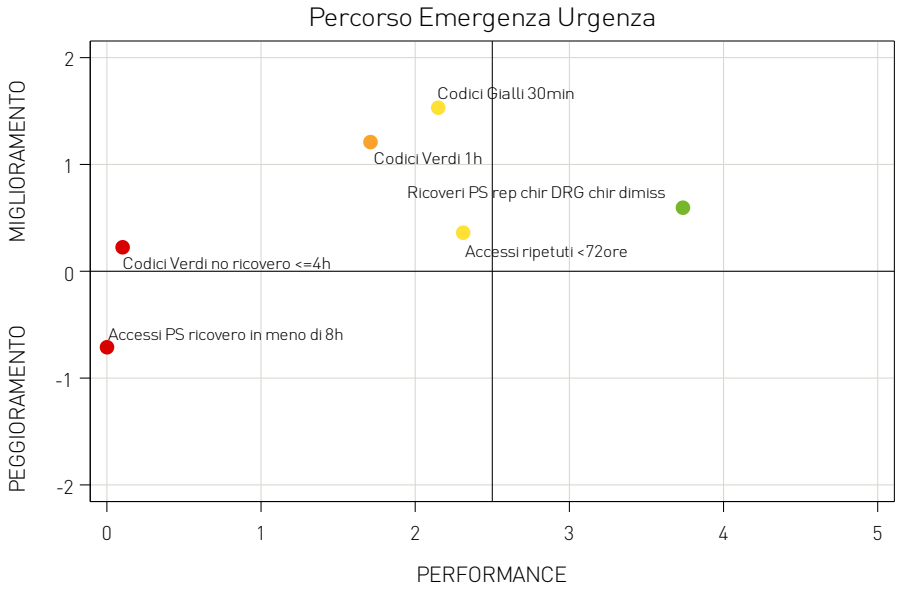
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

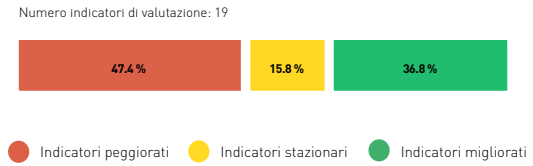



Percorso Oncologico
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Rispetto tempi tiroide
Rispetto tempi colon
Rispetto tempi retto
Rispetto tempi prostata
Rispetto tempi utero
Rispetto tempi polmone
Rispetto tempi melanoma
Rispetto tempi mammella

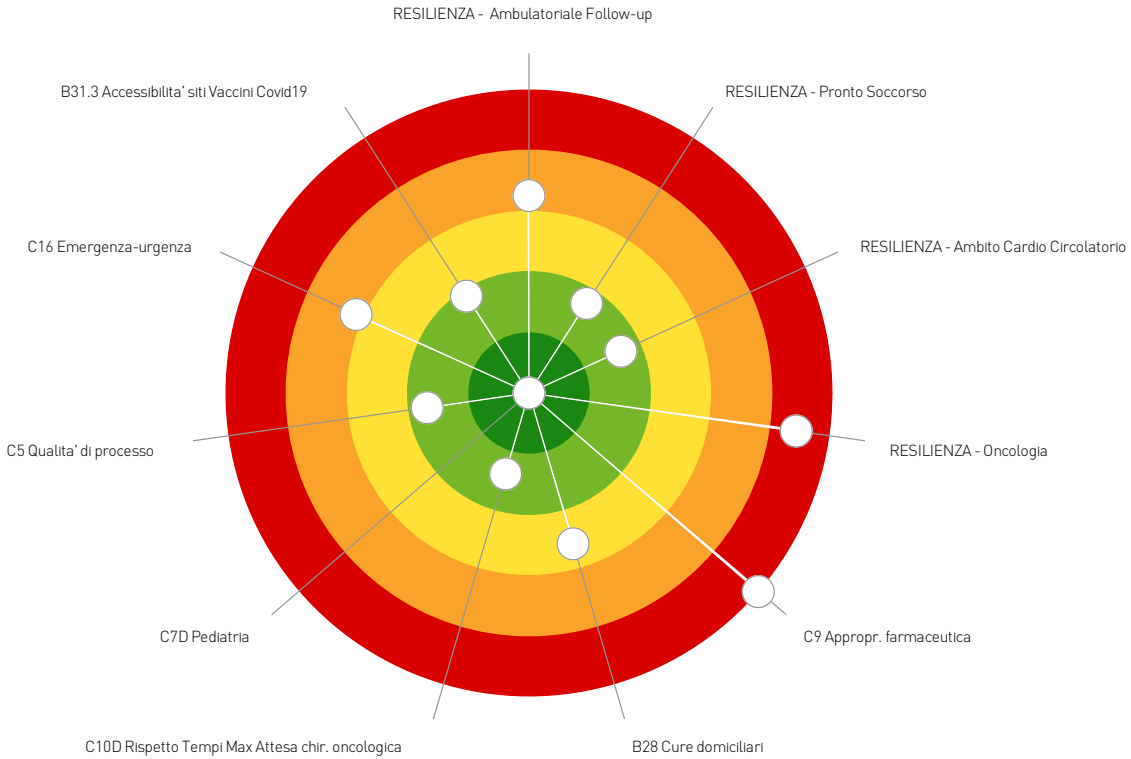

Percorso Emergenza Urgenza
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Codici Gialli 30min
Codici Verdi 1h
Ricoveri PS rep chir DRG chir dimiss
Accessi ripetuti <72ore
Codici Verdi no ricovero <=4h
Accessi PS ricovero in meno di 8h

ASL CITTÀ DI TORINO

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

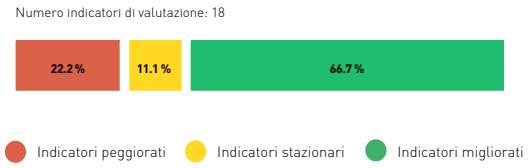


Valutazione della performance 2020

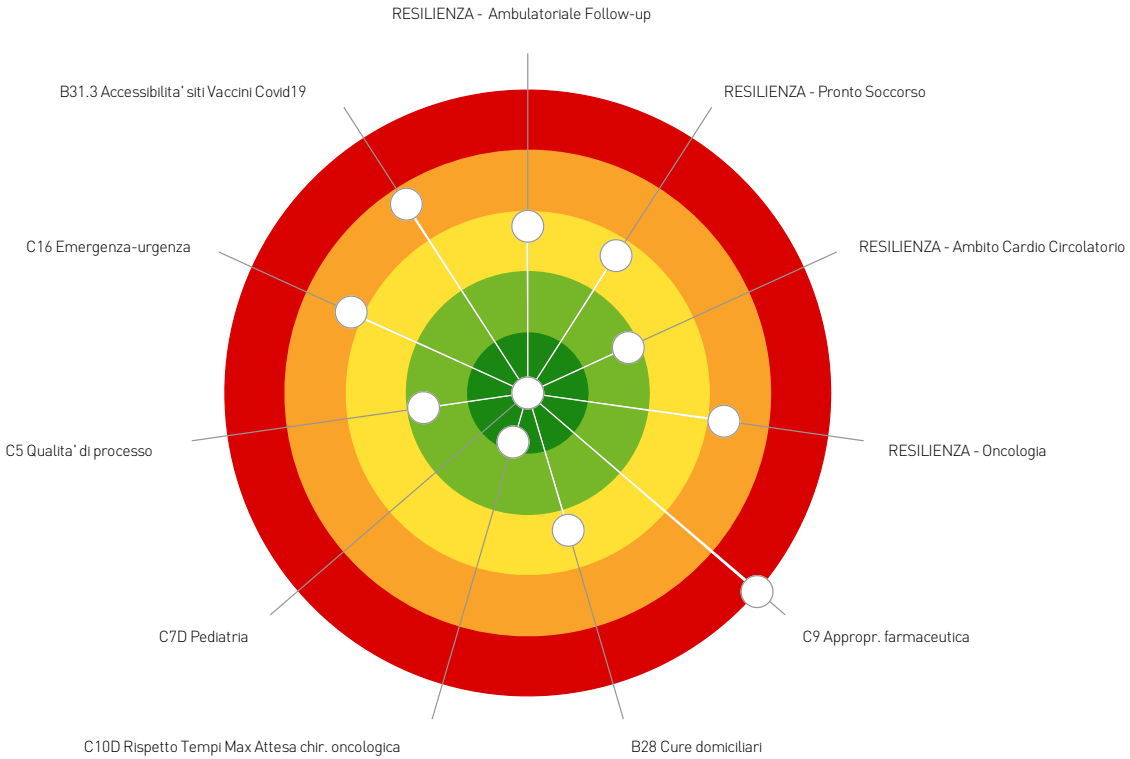


ASL TORINO 4

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

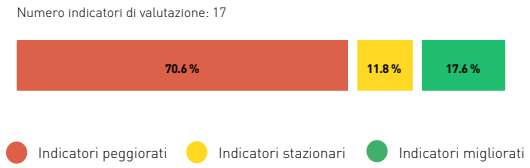


Valutazione della performance 2020

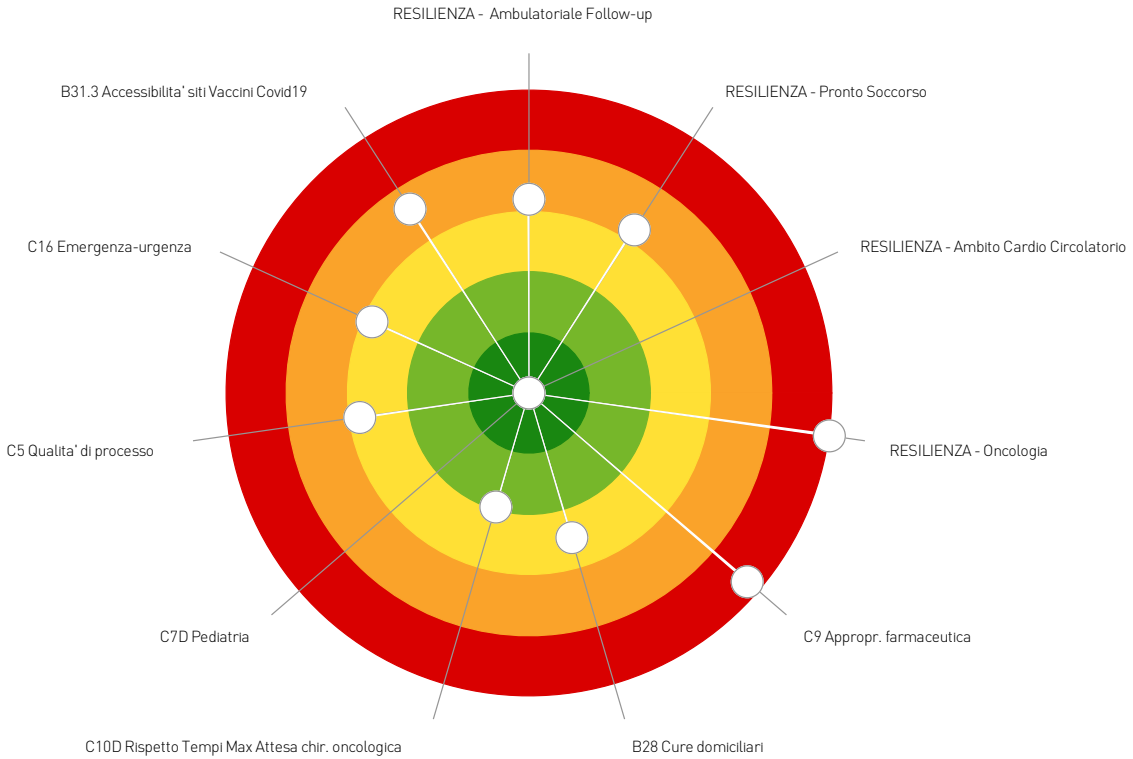


ASL TORINO 5

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



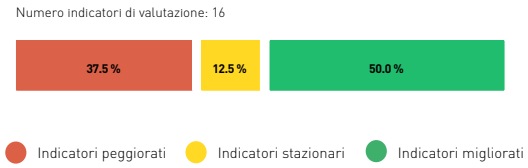
AO CITTÀ SALUTE E SCIENZA TORINO

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

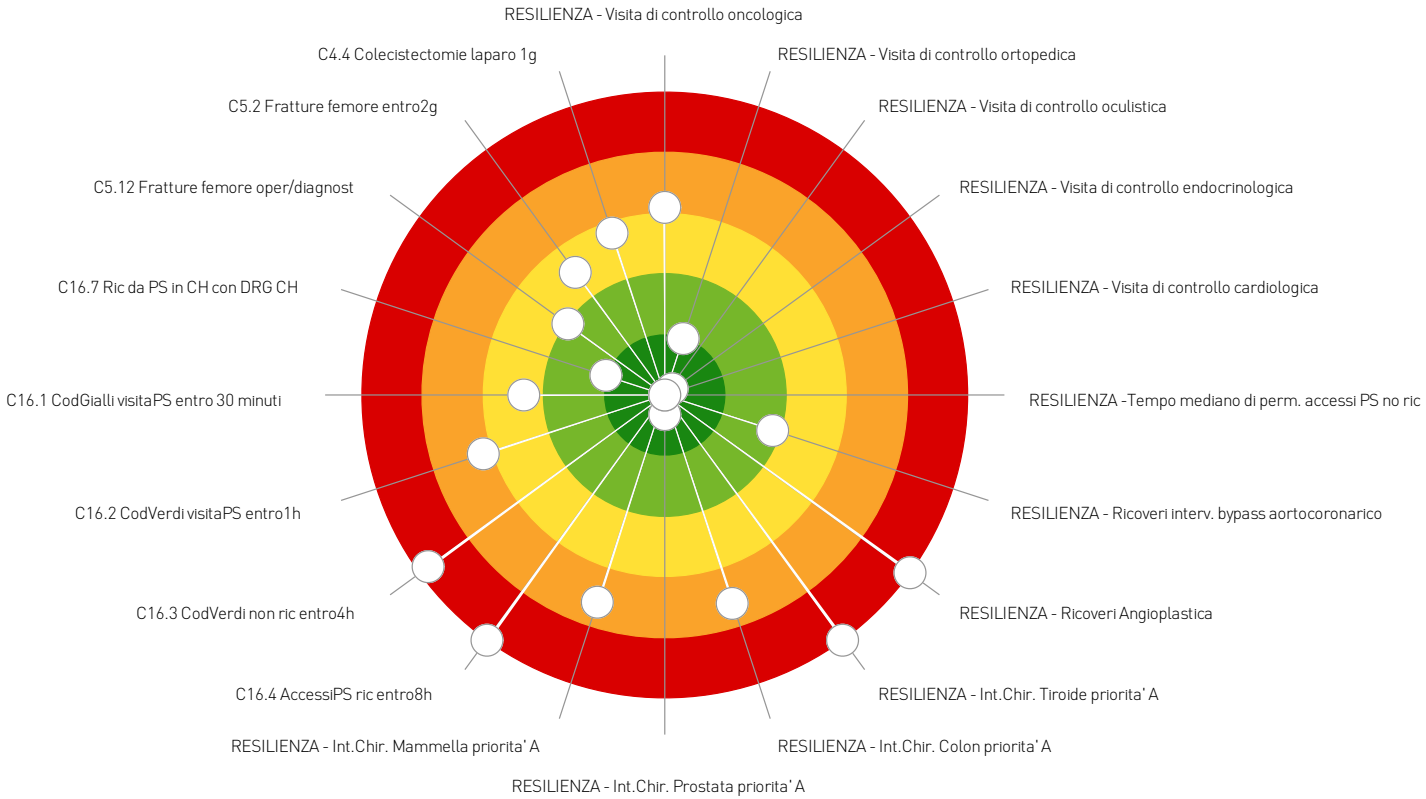
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

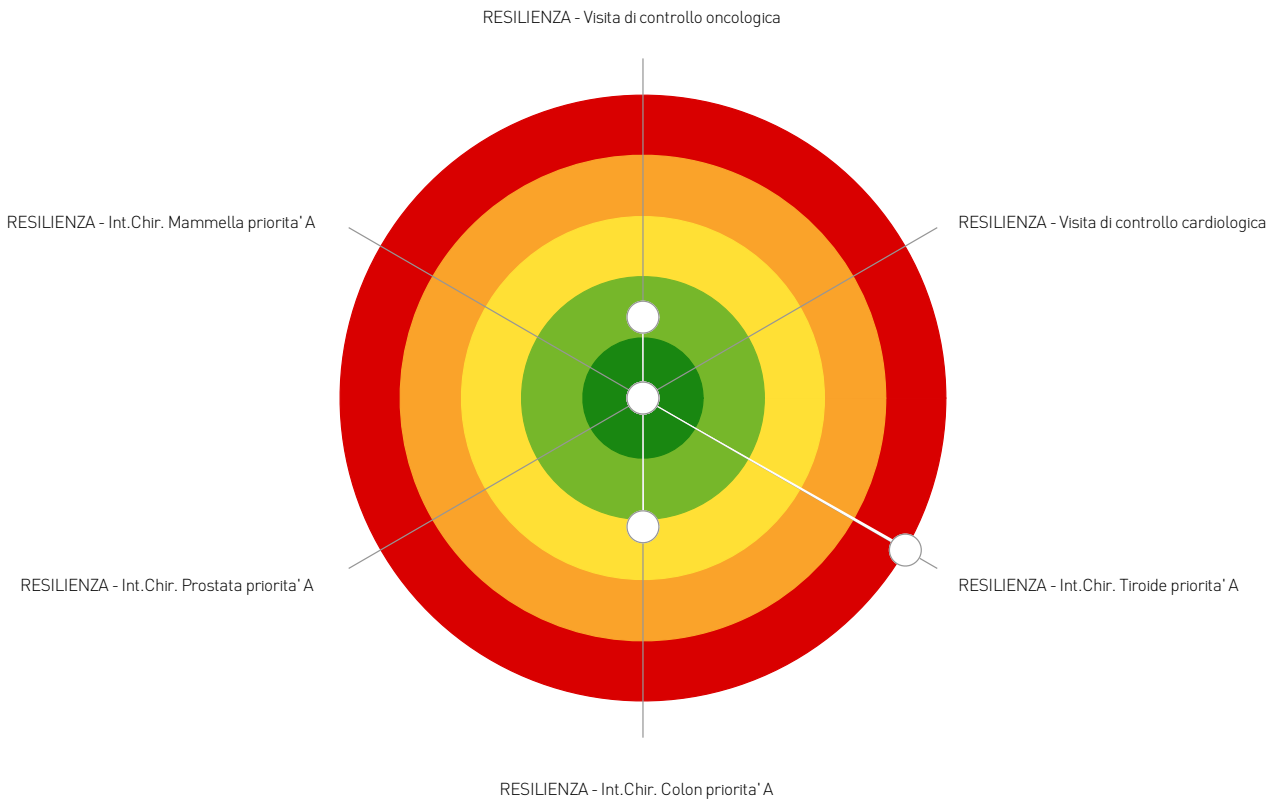


Valutazione della performance 2020



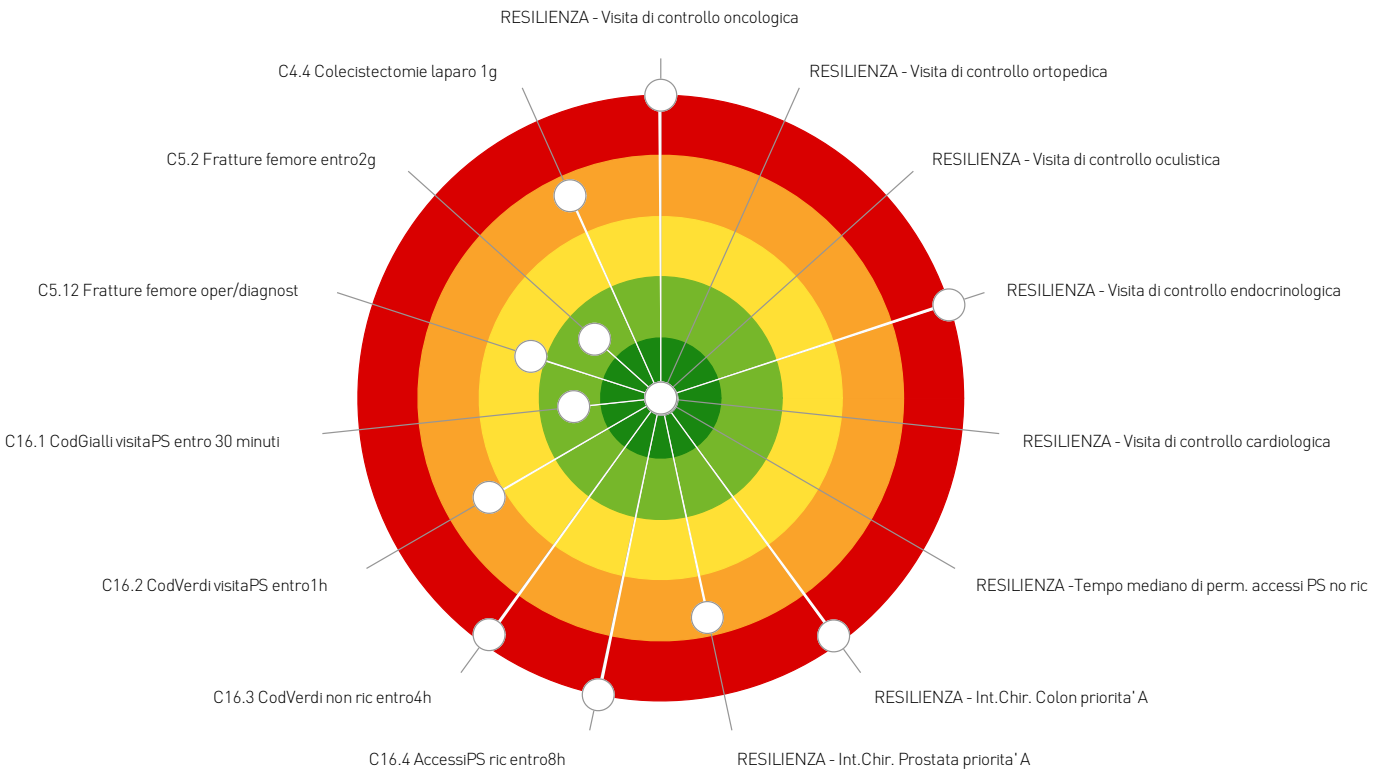
FOND. DEL PIEMONTE PER ONCOLOGIA

Valutazione della performance 2020



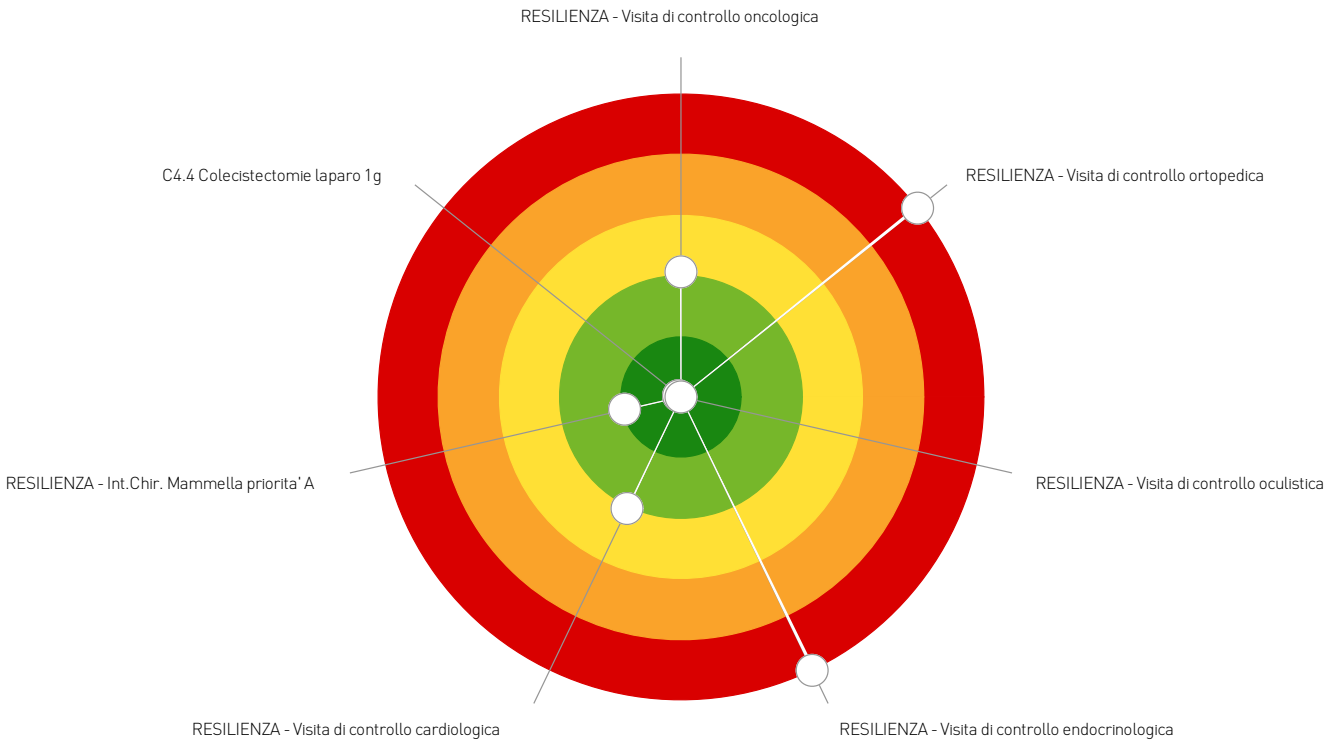
HUMANITAS GRADENIGO - PRESIDIO SANITARIO

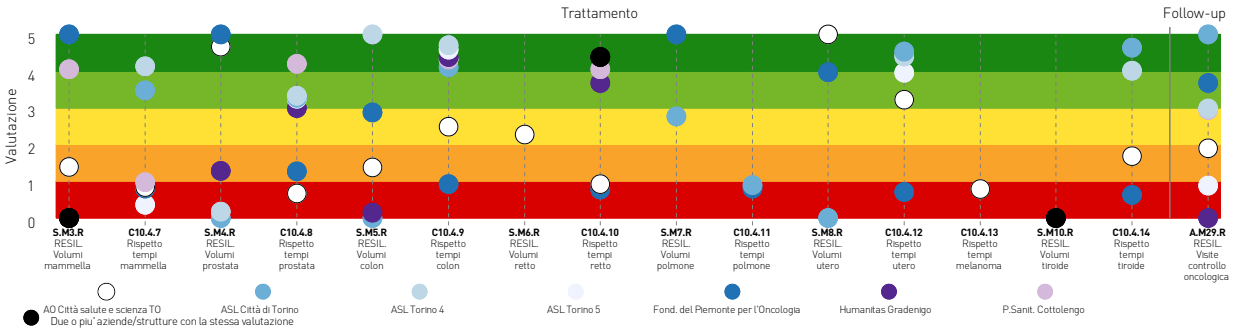
Valutazione della performance 2020



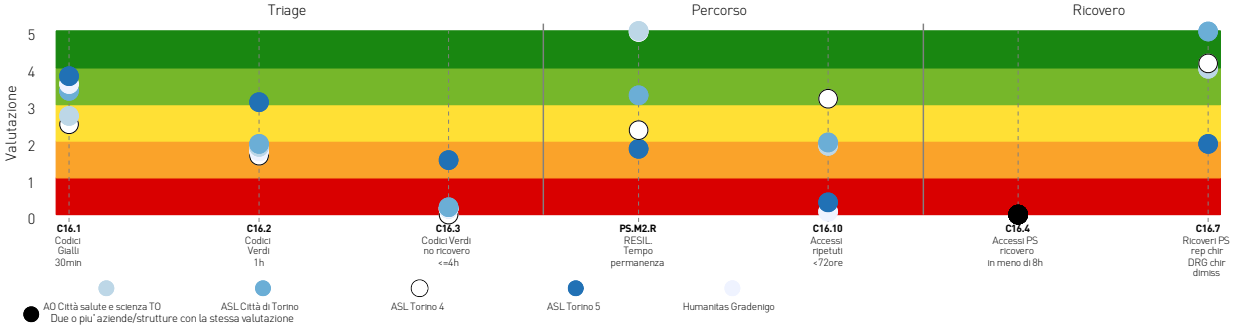
PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO

Valutazione della performance 2020





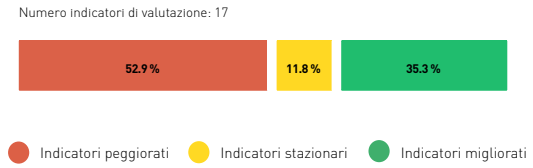
PERCORSO ONCOLOGICO



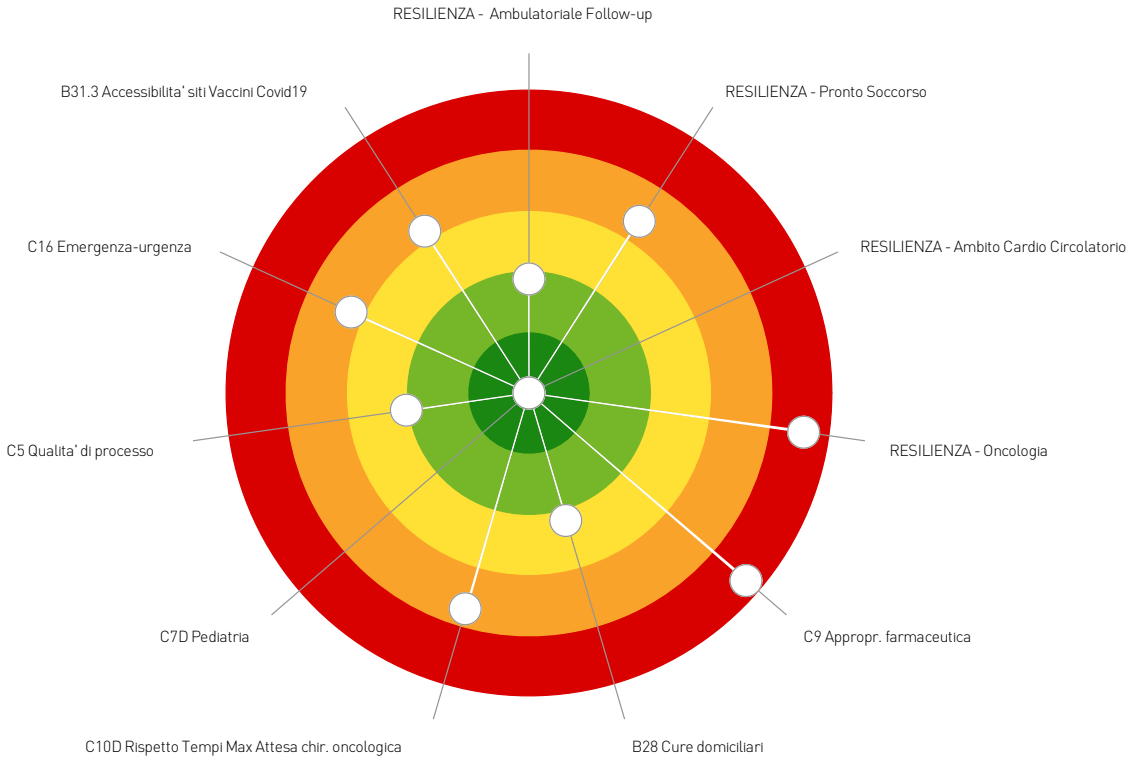
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL TORINO 3

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



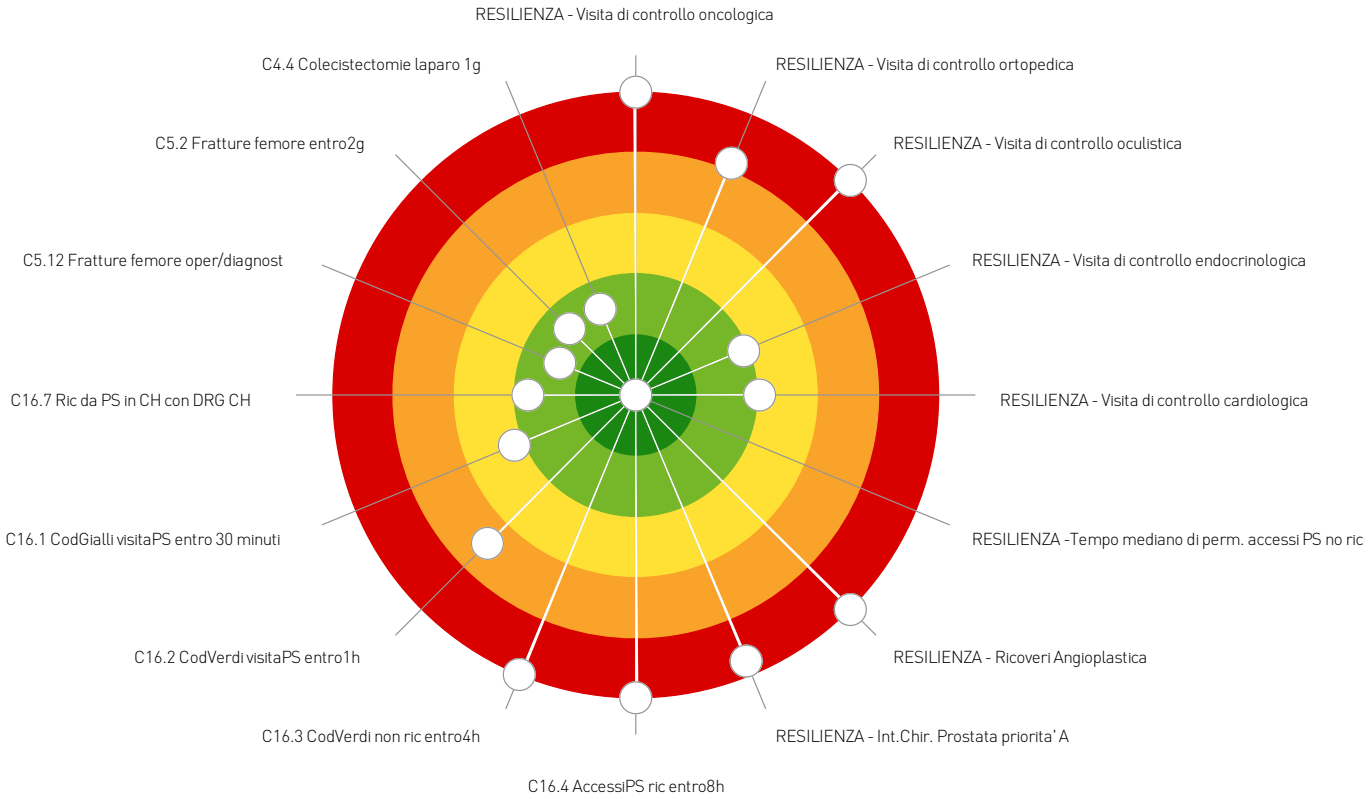
AO S. LUIGI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

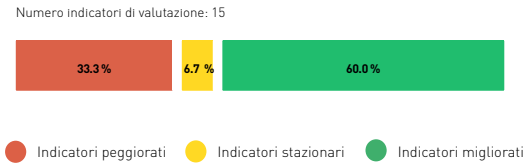
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020

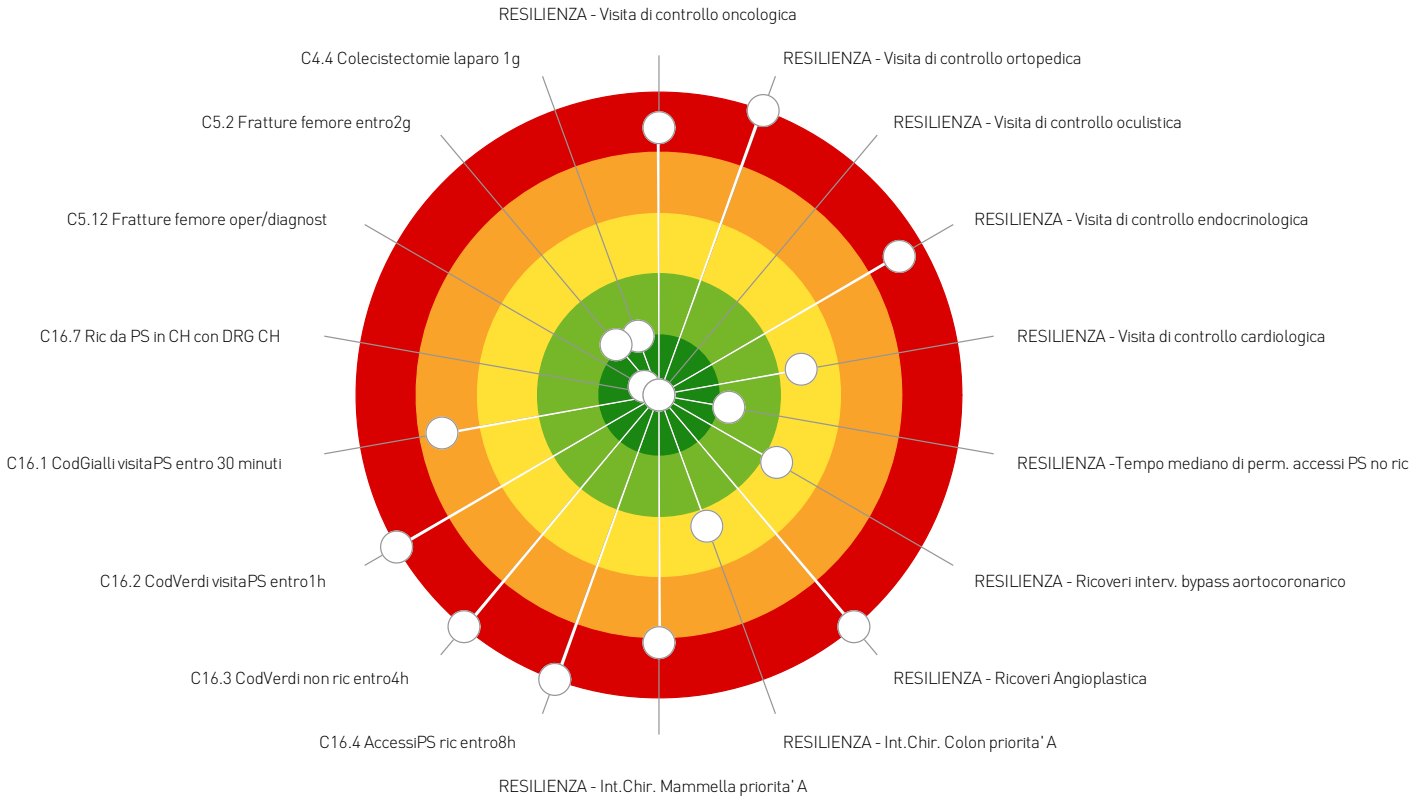


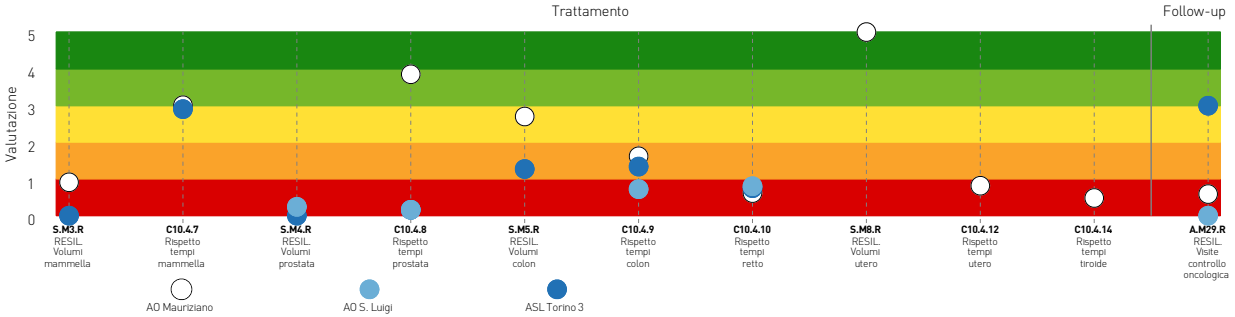
AO MAURIZIANO

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

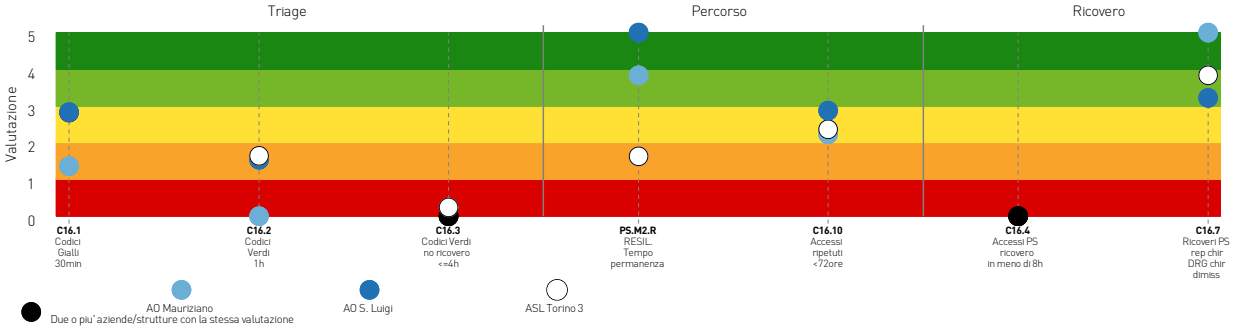


Valutazione della performance 2020





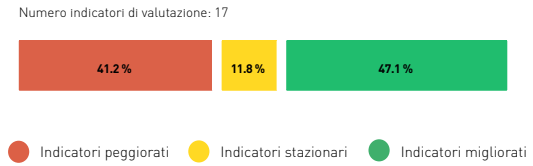
PERCORSO ONCOLOGICO



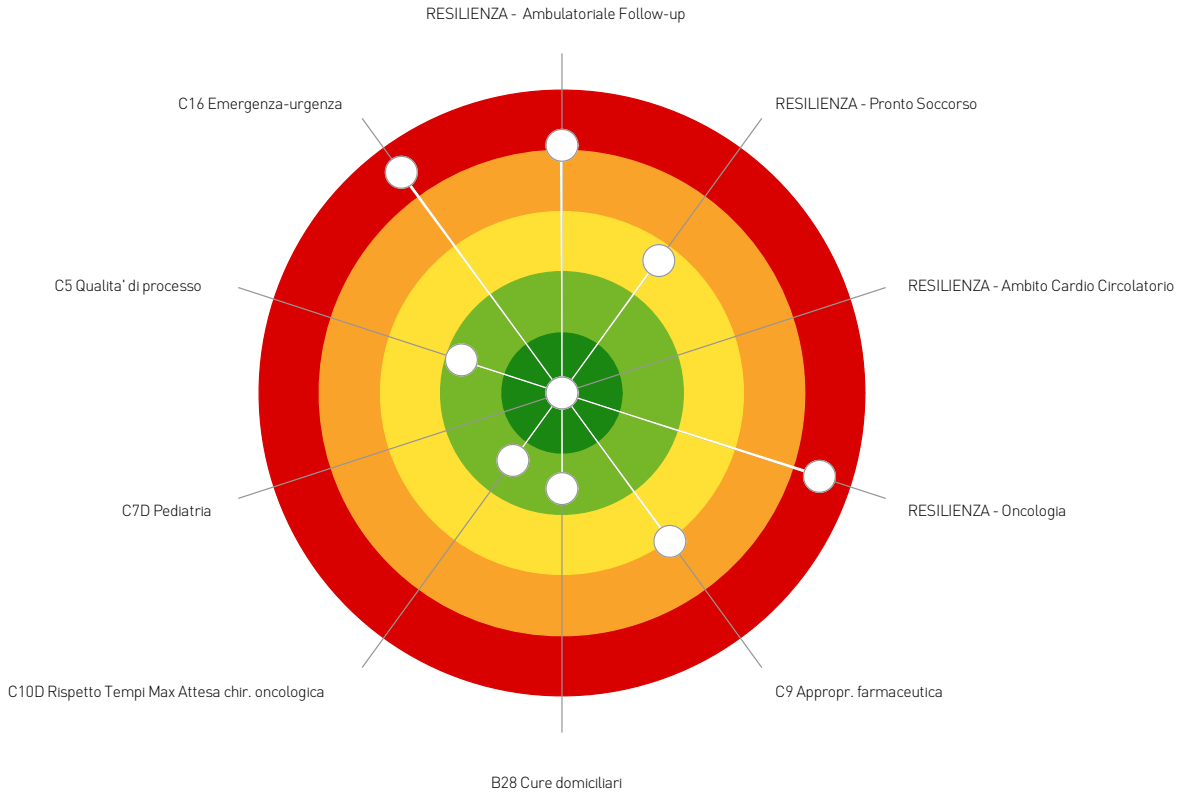
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL CUNEO 1

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

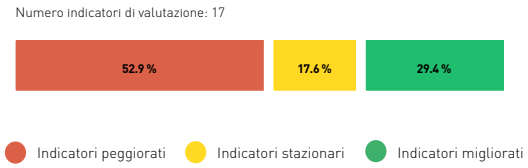


Valutazione della performance 2020

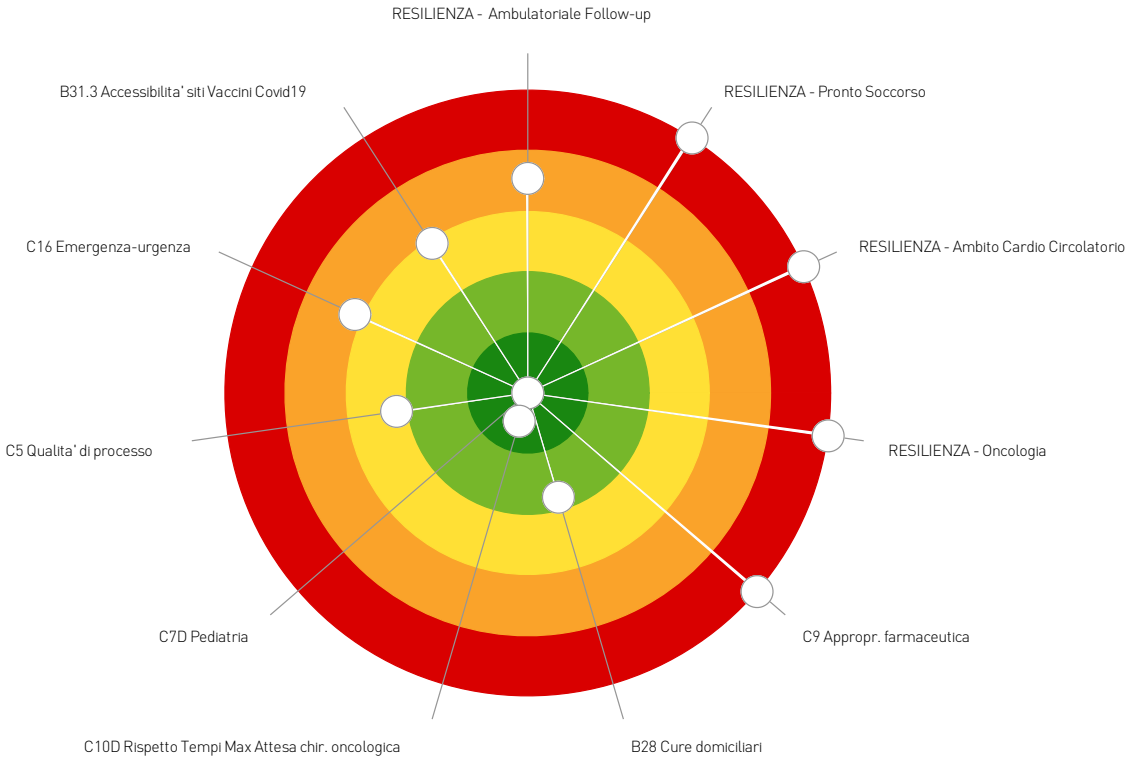


ASL CUNEO 2

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

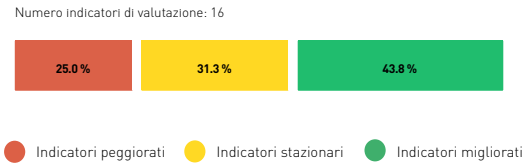


Valutazione della performance 2020

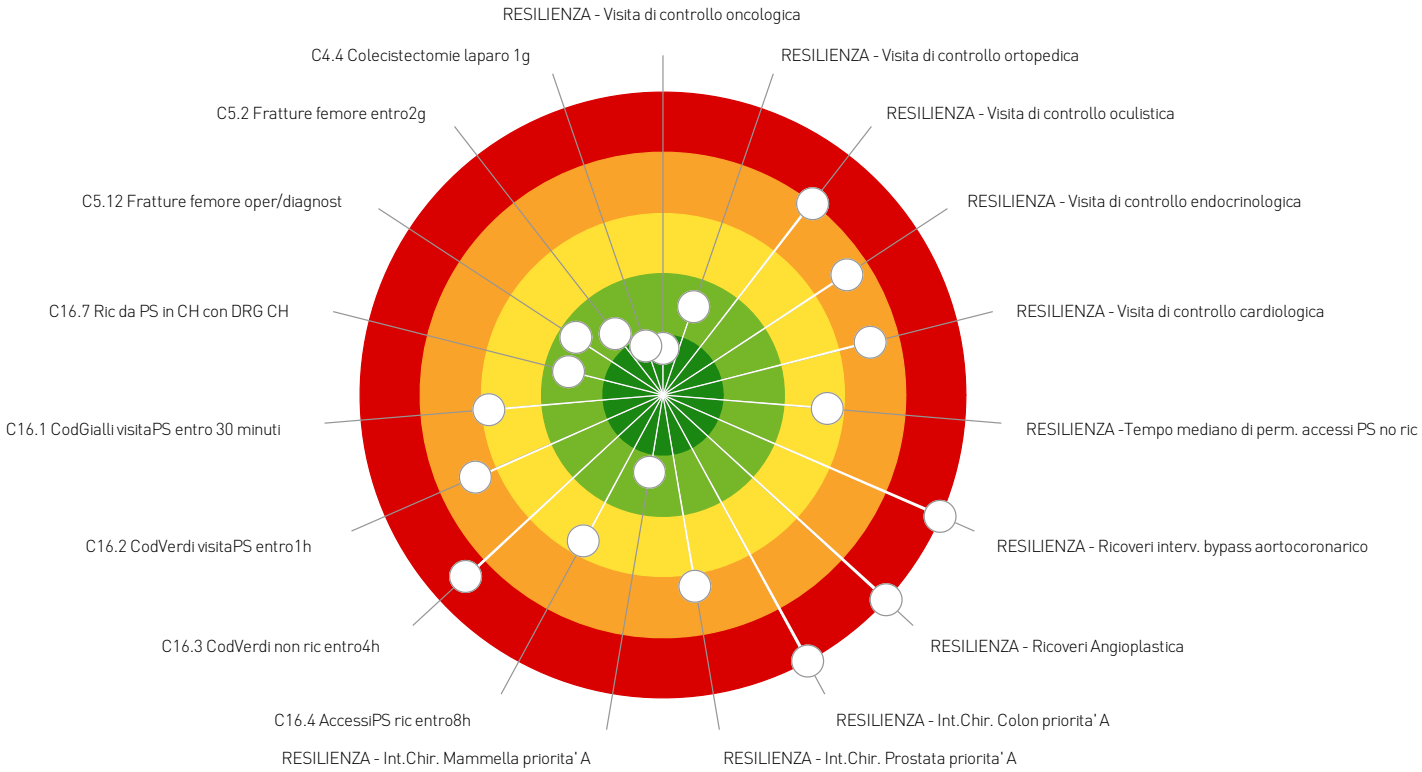


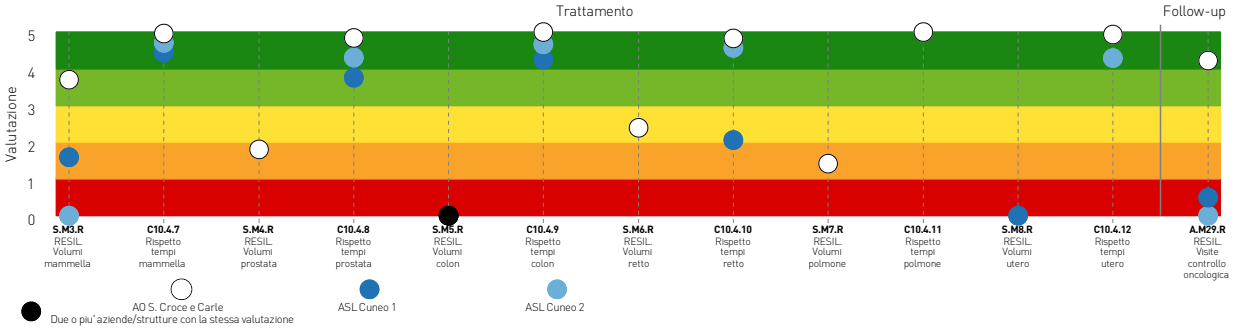
AO S. CROCE E CARLE

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

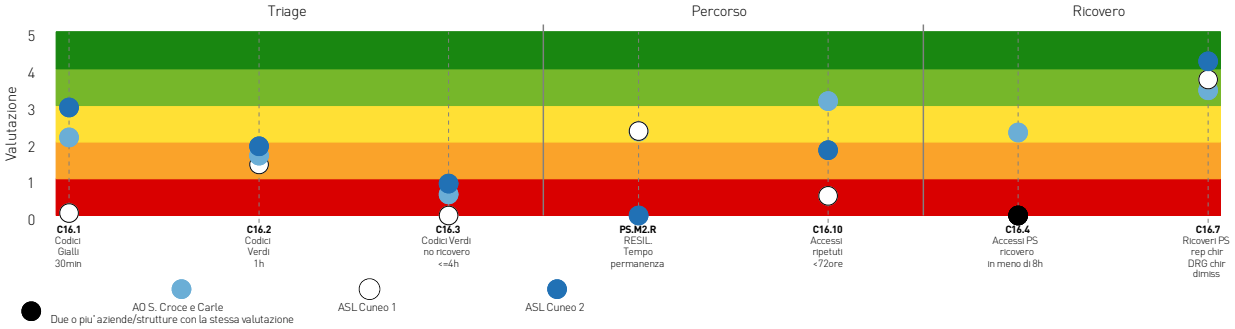


Valutazione della performance 2020





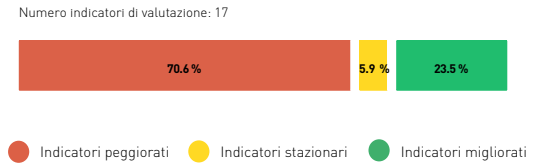
PERCORSO ONCOLOGICO



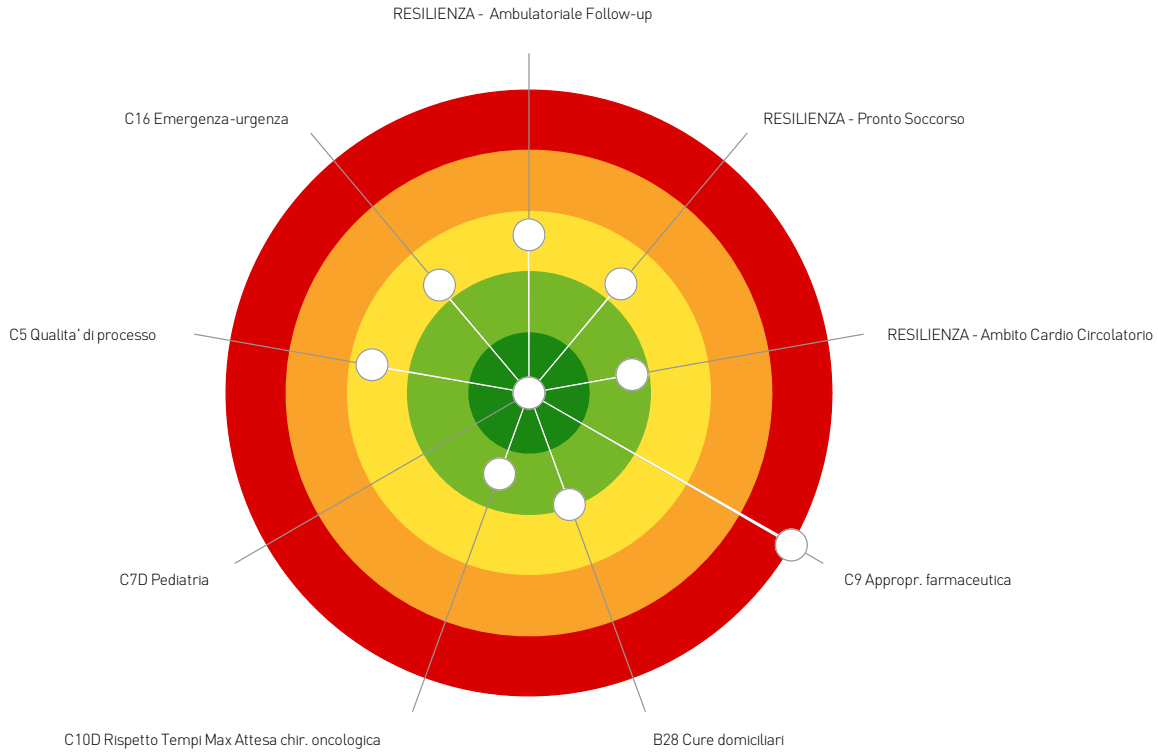
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL NOVARA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

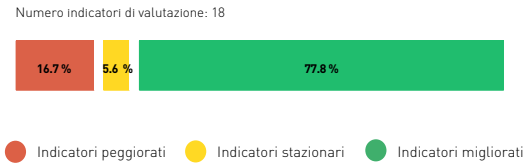


Valutazione della performance 2020

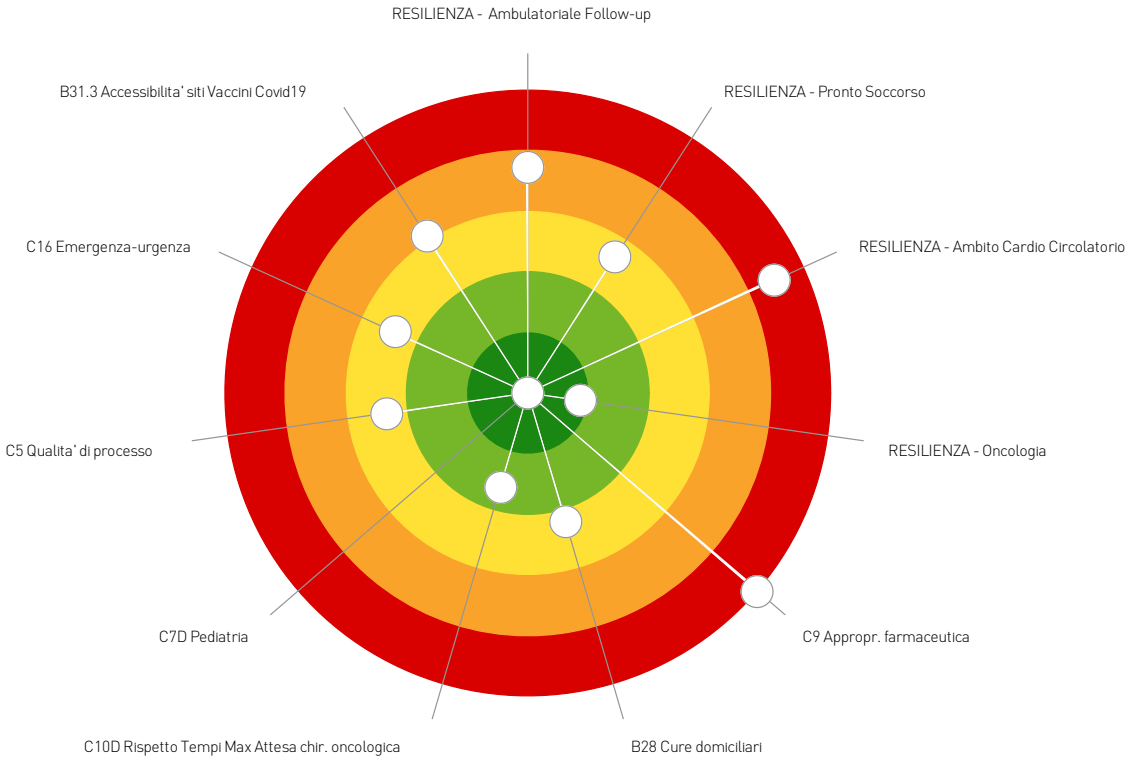


ASL VERBANO-CUSIO-OSSOLA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

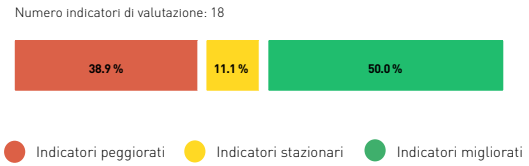


Valutazione della performance 2020

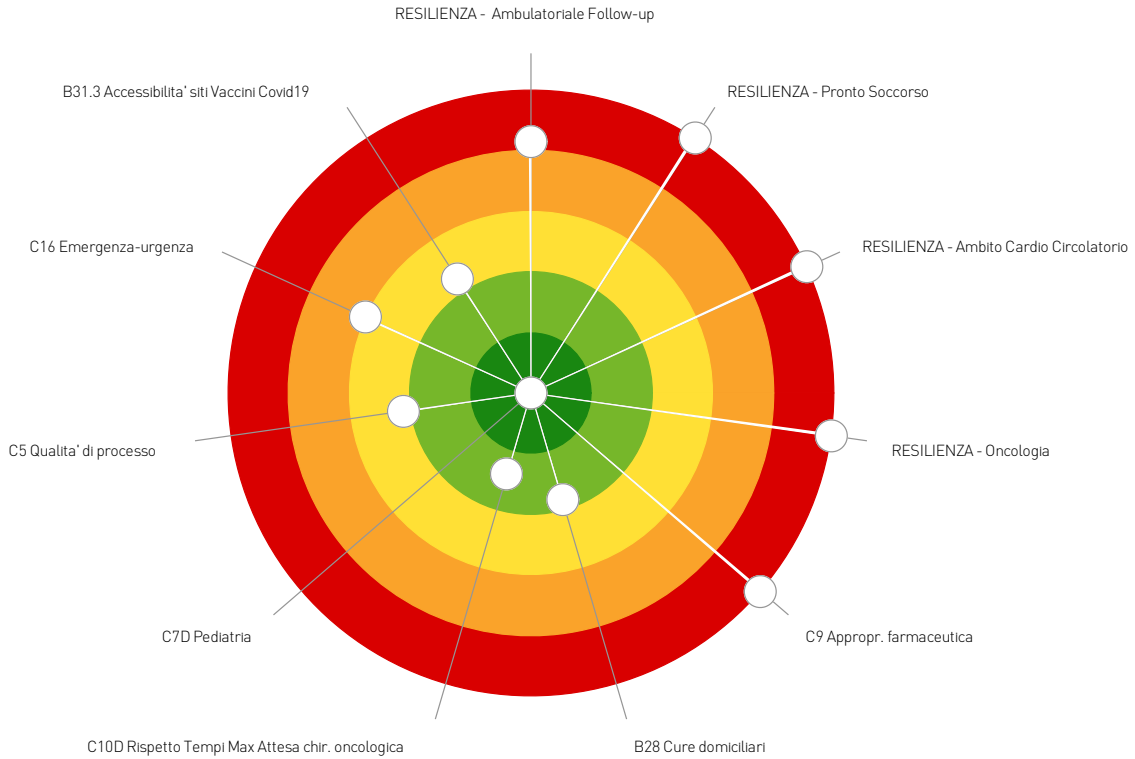


ASL VERCELLI

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

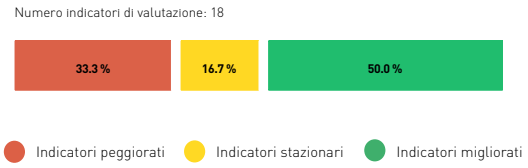


Valutazione della performance 2020

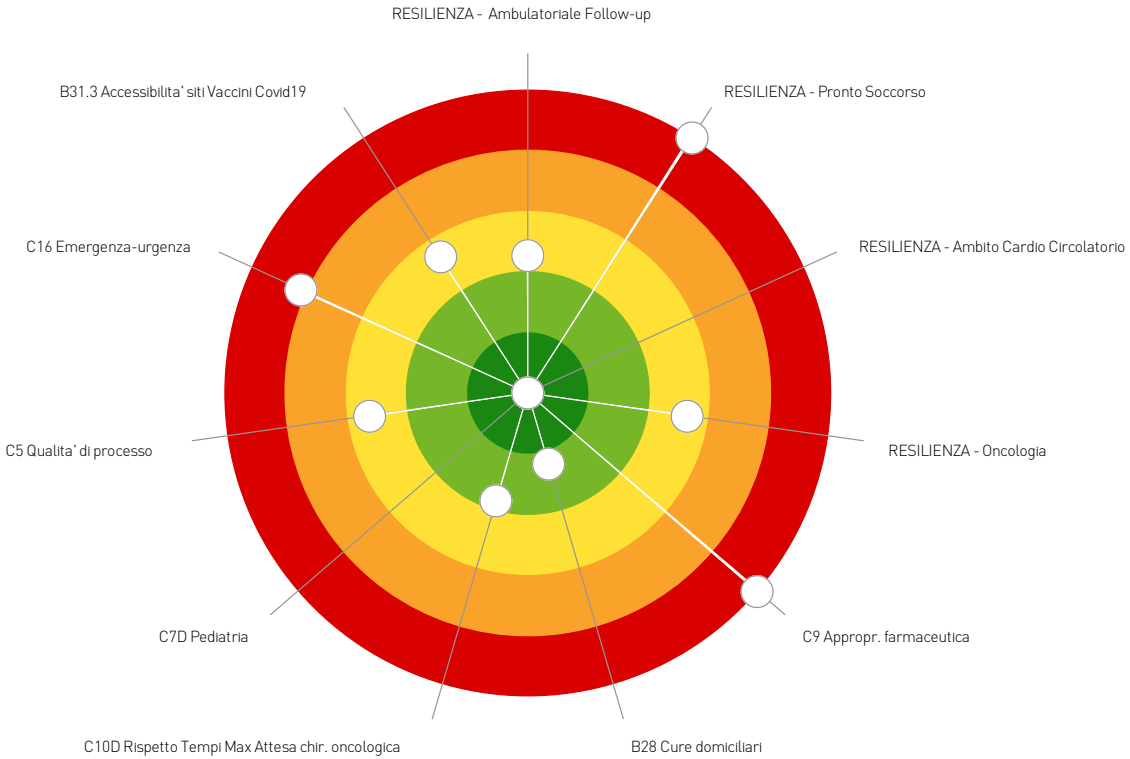


ASL BIELLA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



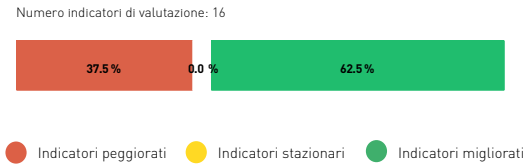
AO OSP. MAGGIORE DELLA CARITÀ

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

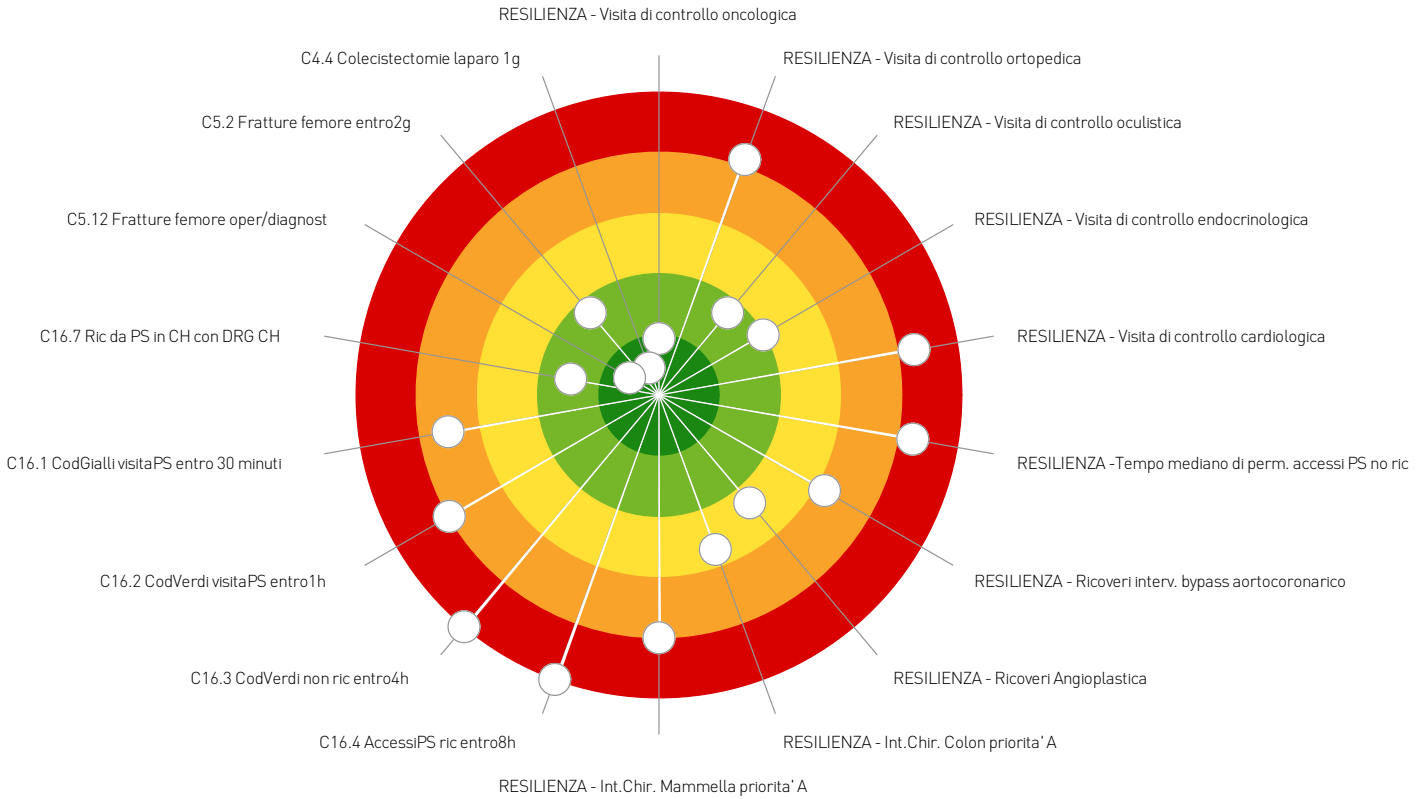
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

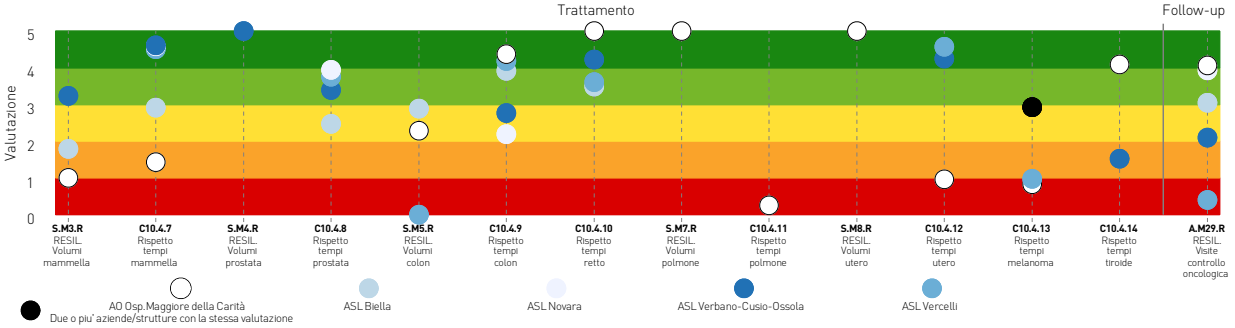
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

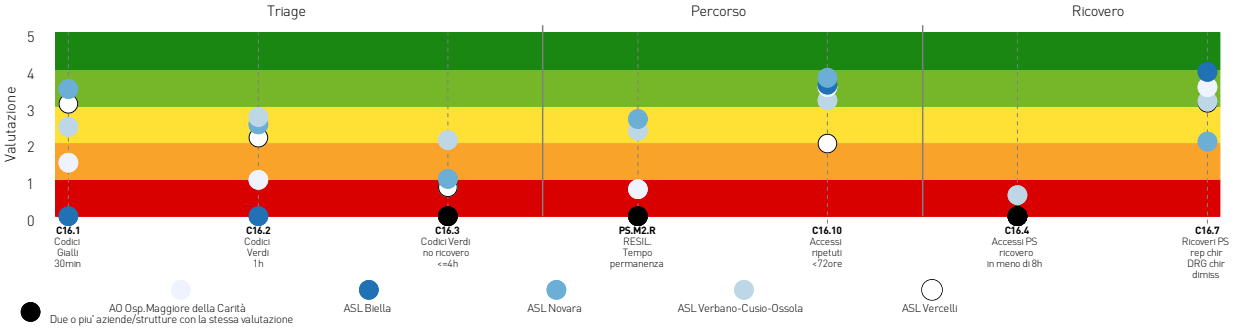


Valutazione della performance 2020





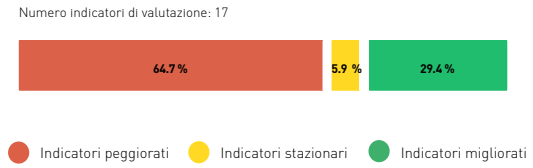
PERCORSO ONCOLOGICO



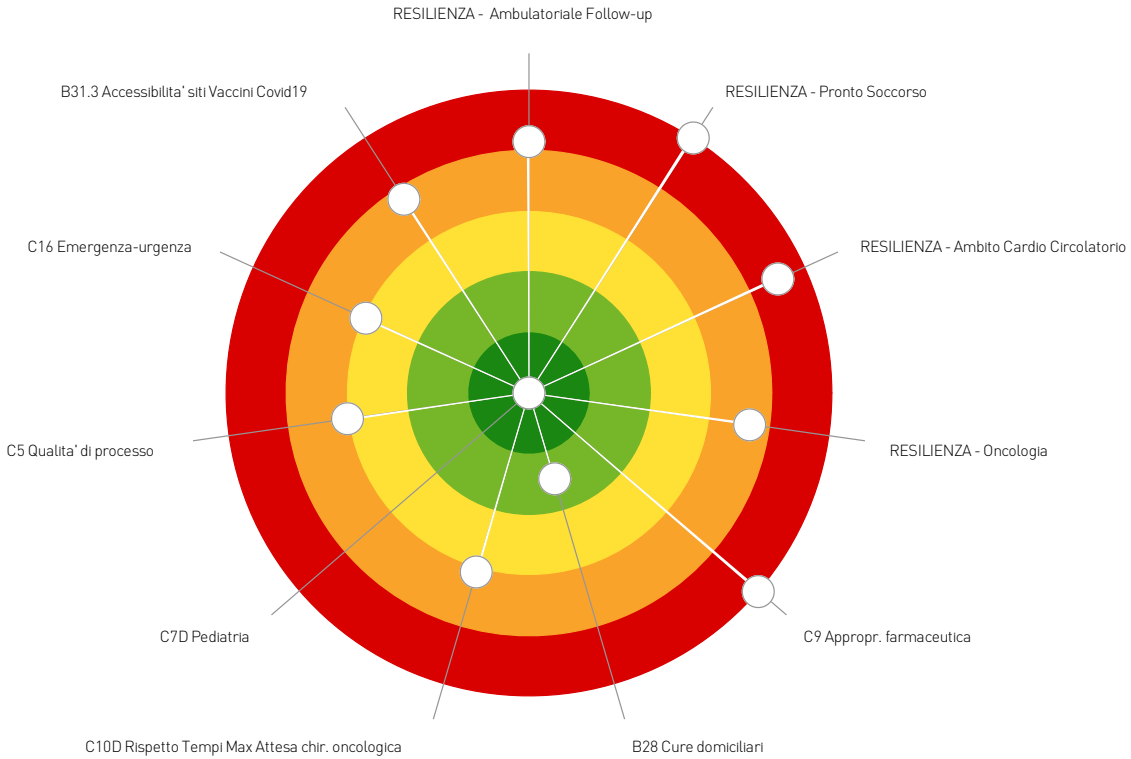
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL ALESSANDRIA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

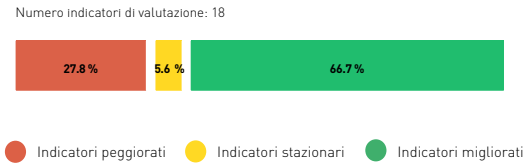


Valutazione della performance 2020

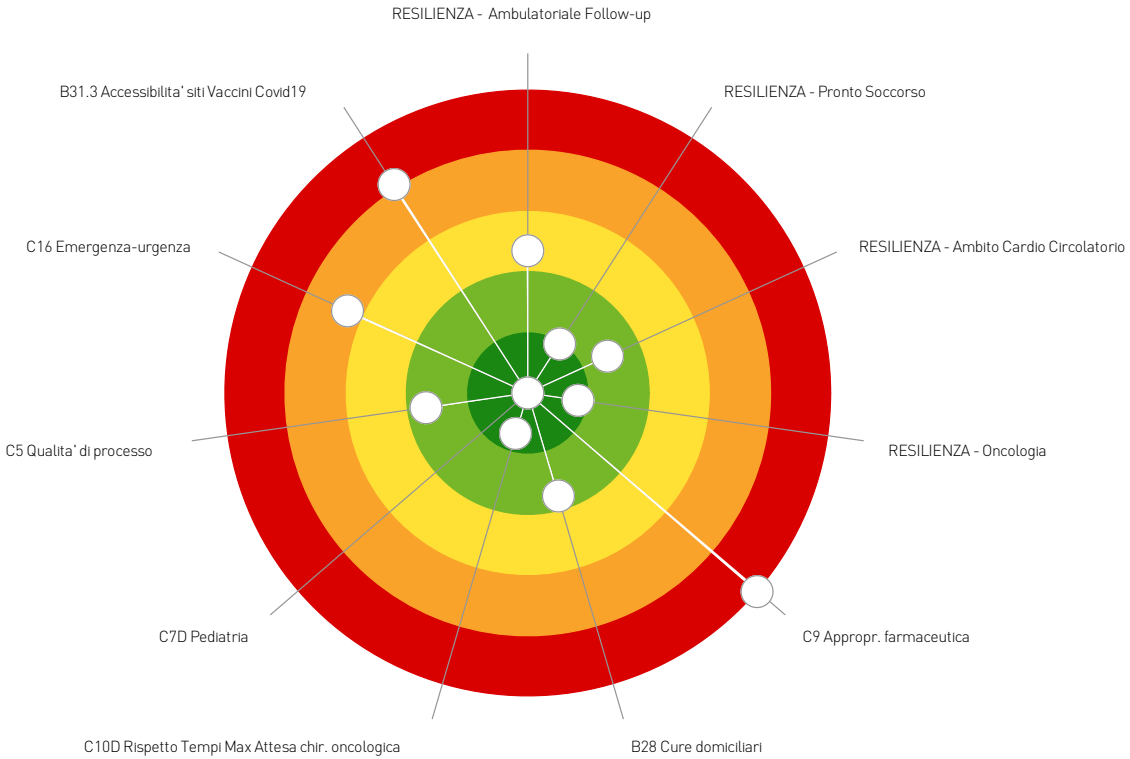


ASL ASTI

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

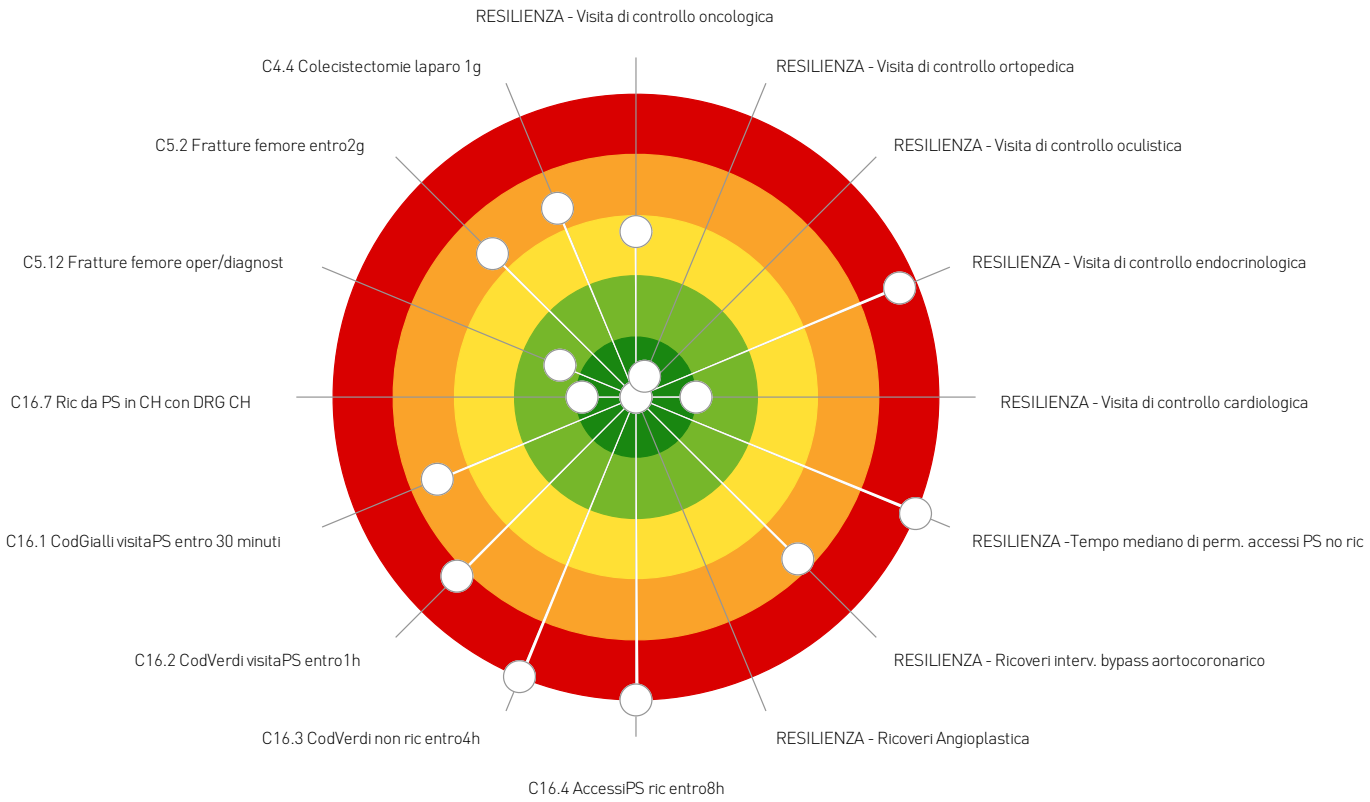


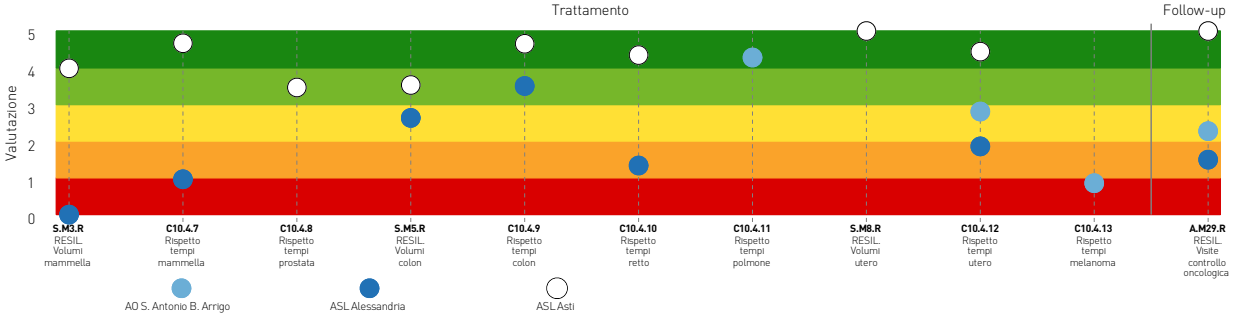
Valutazione della performance 2020



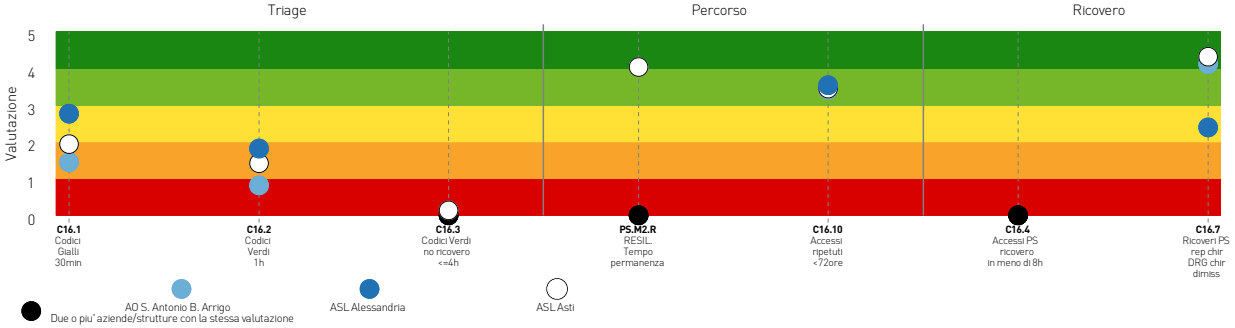
AO S. ANTONIO B. ARRIGO

Valutazione della performance 2020





PERCORSO ONCOLOGICO



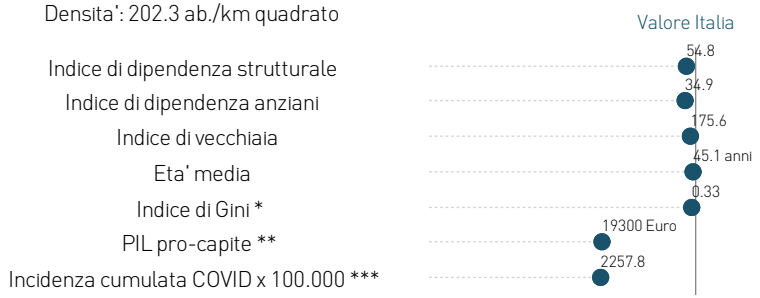
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

PUGLIA



Popolazione: 3.953.305 abitanti

Densita': 202.3 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza. Ciò ha reso necessaria l'introduzione di una serie di indicatori ad hoc per misurare la capacità di resilienza e di risposta allo shock pandemico.

Alla luce di questo, il sistema sanitario pugliese ha registrato nel complesso una buona performance, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

Tra gli indicatori specificamente volti alla valutazione della capacità di resilienza, la Puglia registra buoni risultati nella gestione delle patologie tempo dipendenti: se il numero di ricoveri per ictus ischemico cala del 14% rispetto al 2019, quello per IMA STEMI segna un leggero incremento. In riferimento all'attività elettiva, si contraggono di poco (-13%) i ricoveri con almeno un intervento di angioplastica e del 26% gli interventi di bypass (in media con le altre Regioni). I volumi per interventi chirurgici oncologici segnano in generale dei cali significativi, ad eccezione dei volumi degli interventi chirurgici per tumore alla prostata (che registra una riduzione assai contenuta rispetto alle altre Regioni). Luci e ombre per quanto riguarda la variazione dei volumi per le visite di controllo: quelle oncologiche, in particolare, calano del 26.4%. Anche i pronto soccorso sono stati messi sotto pressione: il tempo mediano di permanenza aumenta del 4.7%, mentre è particolarmente marcato il calo degli accessi domiciliari in ADI/ADP (- 18.3%).

Nella media la valutazione da parte dei cittadini dei servizi sanitari durante la pandemia: la percentuale dei rispondenti che si dichiarano soddisfatti dei servizi sanitari durante la pandemia da COVID-19 nel 2020 è del 62.1%, mentre quella di coloro che dichiarano di non aver usufruito dei servizi sanitari a causa dell'indisponibilità dell'offerta è del 24.6% (entrambi valori in media).

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

Per quanto riguarda il *setting* ospedaliero, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni aumenta di oltre 6 punti percentuali rispetto al 2019. Complessivamente nella media la percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e quella di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza inferiore alle 8 ore. Si conferma il valore più basso del network rispetto alla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno, nonostante un aumento di 2 punti percentuali rispetto al 2019.

Decisamente contenute le degenze medie per DRG chirurgici e medici. L'incidenza di dimissioni volontarie – indicatore *proxy* dell'apprezzamento da parte dell'utenza – resta il tallone di Achille del sistema, nonostante sia confermato il calo negli anni.

Anche nell'assistenza domiciliare, la situazione rimane sostanzialmente invariata rispetto allo scorso anno: la percentuale di anziani in cure domiciliari rimane nell'intorno del 2%, un valore inferiore alla media.

Luci e ombre per il percorso materno-infantile: se la proporzione di parti operativi si conferma contenuta, il ricorso a parti cesarei ed episiotomie è relativamente frequente (supera il 30% la percentuale di parti cesarei depurati). Molto buona la copertura vaccinale per la varicella (92%).

In riferimento al percorso cronicità, il tasso di amputazione per diabete (indicatore triennale), nonostante un miglioramento rispetto al valore del 2019, è tuttora superiore alla media.

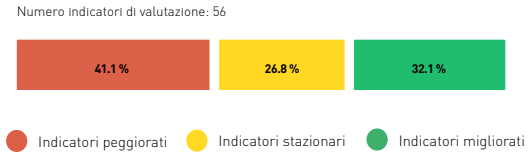
Nel percorso oncologico, gli screening continuano a rappresentare un punto di debolezza. Più eterogenei i risultati per quanto riguarda la fase del "trattamento". Se i tempi di attesa per mammella e retto sono più dilatati della media, quelli per prostata, utero, colon e retto sono contenuti.

Il percorso emergenza-urgenza registra una performance media lungo tutte le fasi. In particolare, l'indicatore che misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target) ha comprensibilmente subito un peggioramento rispetto all'anno precedente (da 17 a 23 minuti). I tempi di attesa in PS sono nella media, per quanto si registri ancora qualche criticità in particolare sui codici gialli visitati entro 30 minuti.

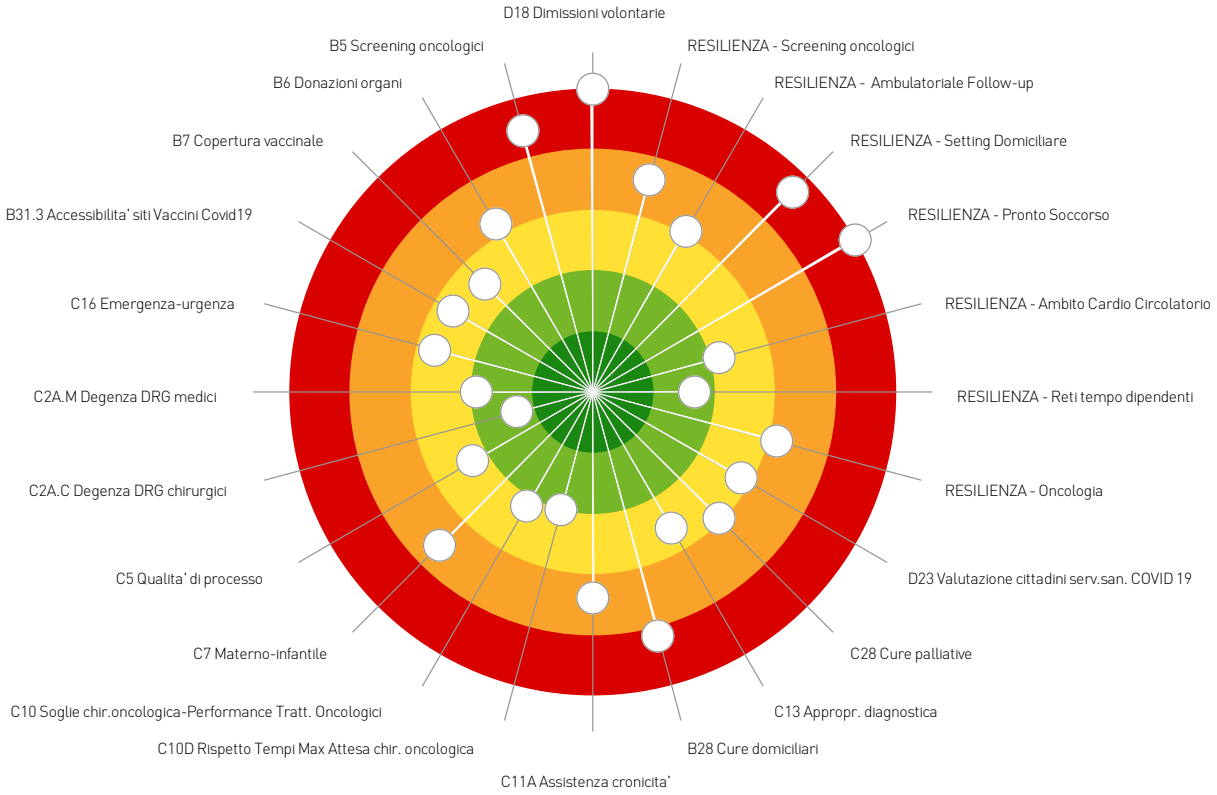
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)



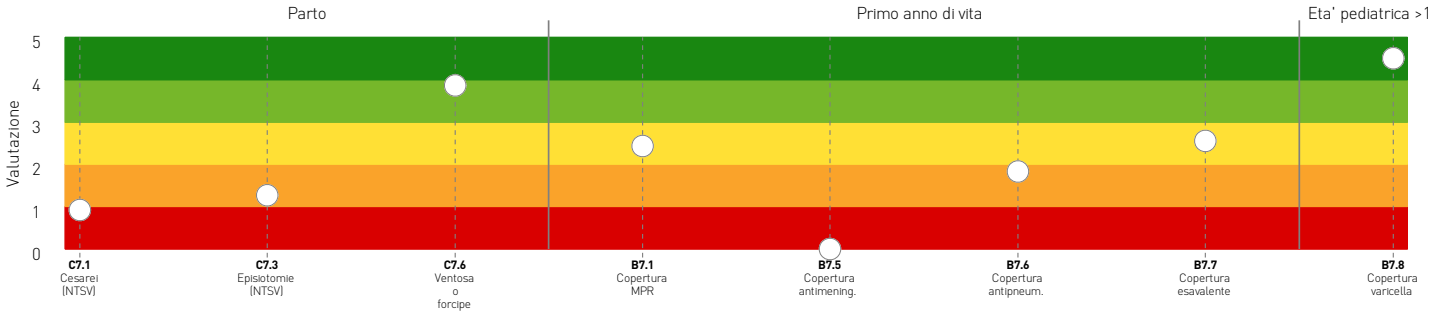
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



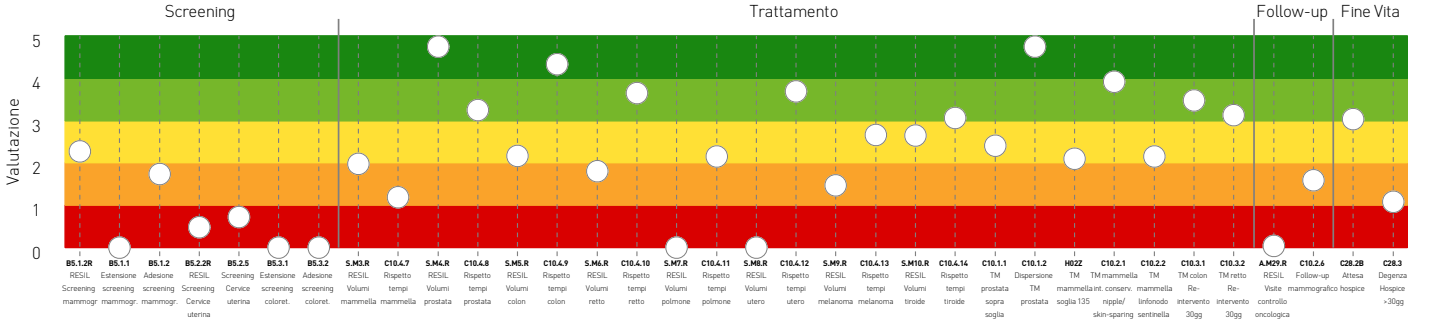
Valutazione della performance 2020



PERCORSO MATERNO INFANTILE



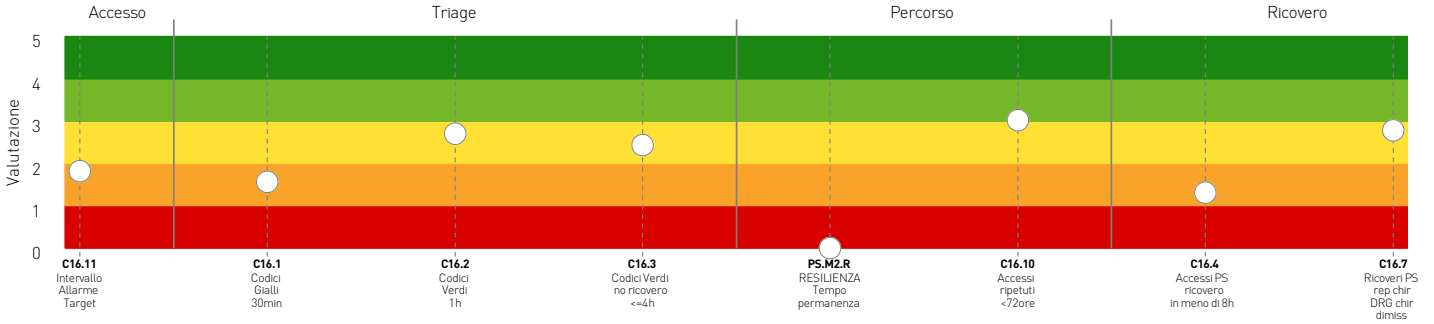
PERCORSO ONCOLOGICO



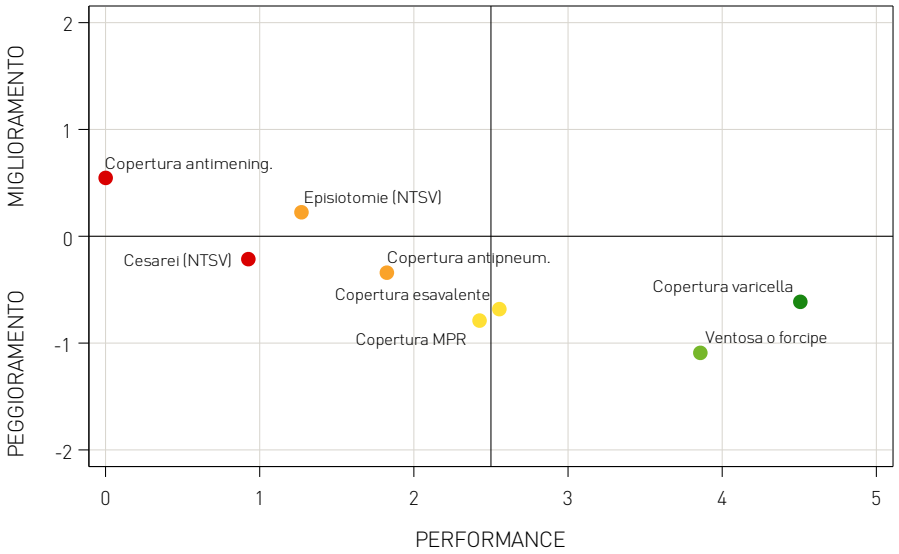
PERCORSO CRONICITÁ



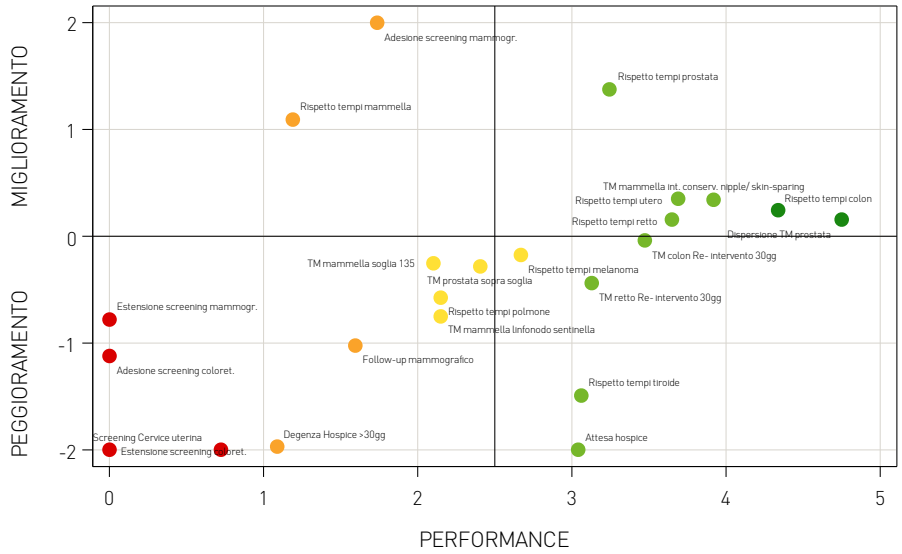
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



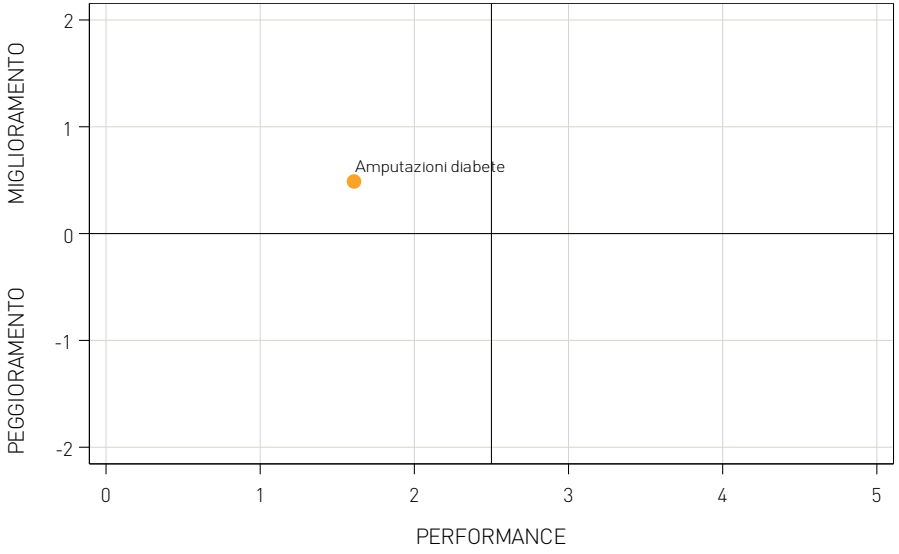
Percorso Materno Infantile



Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



ASL BRINDISI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

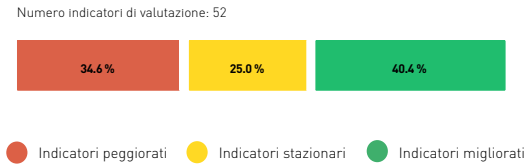
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

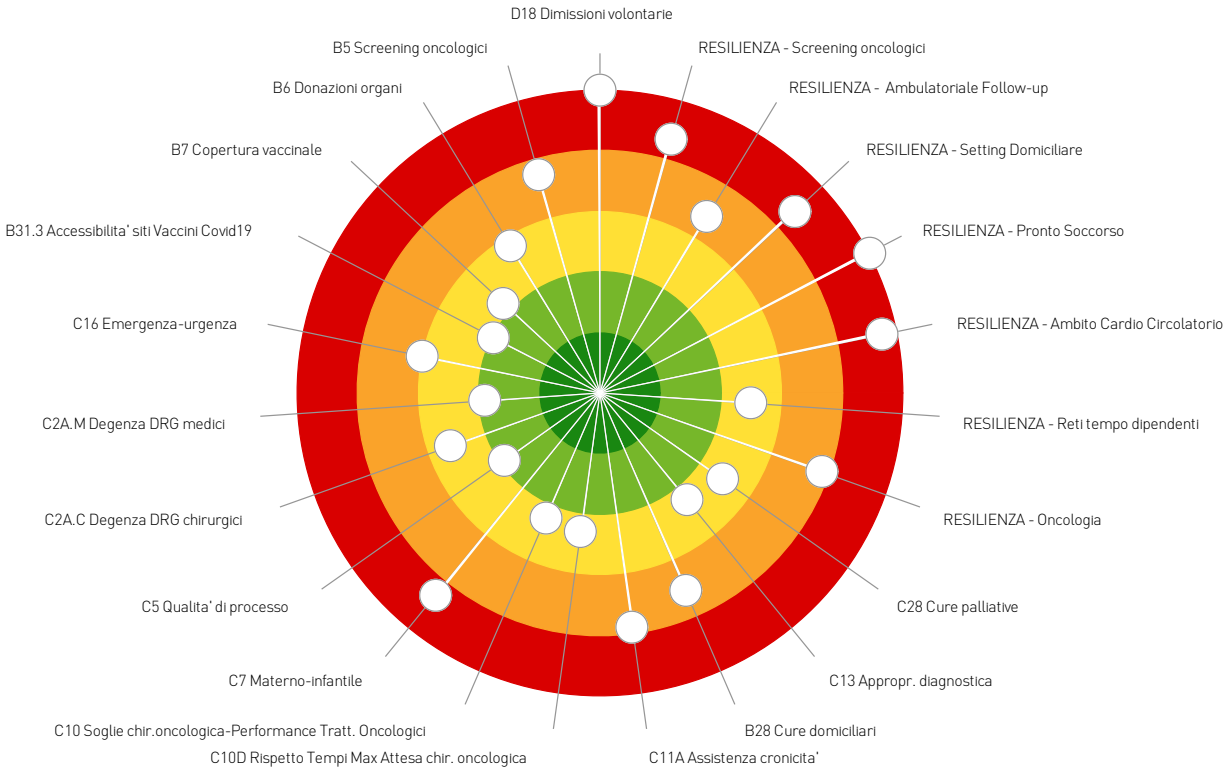
A4
Mortalita' per suicidi

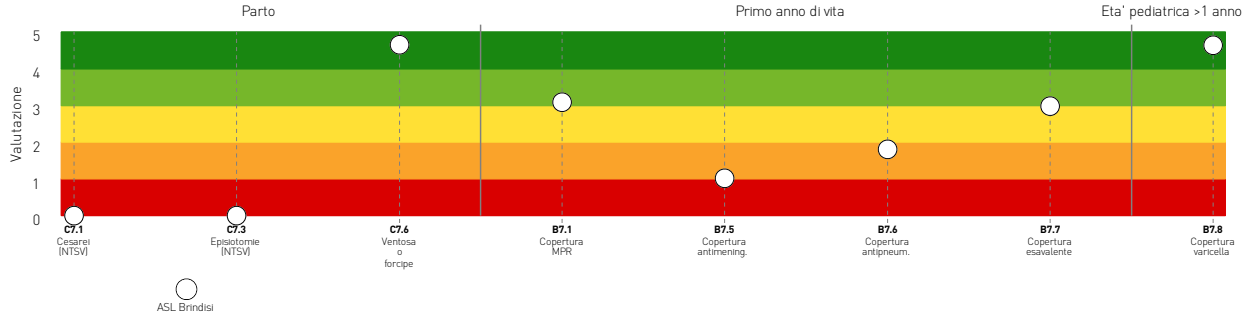
A10
Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

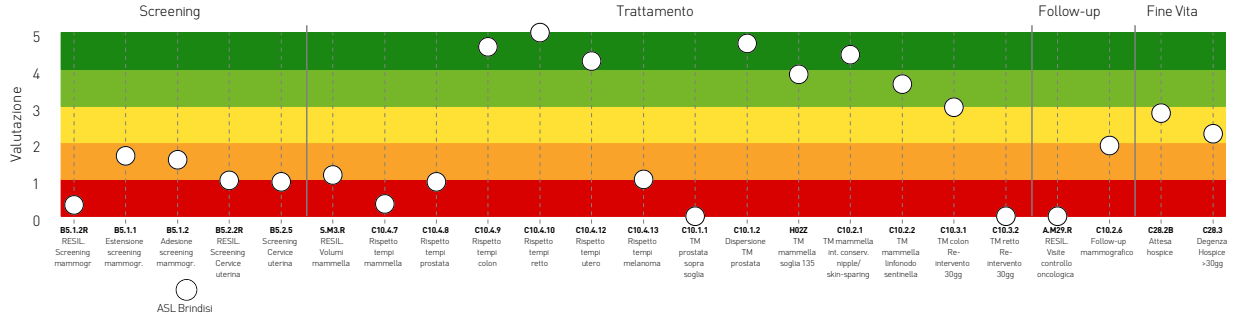


Valutazione della performance 2020

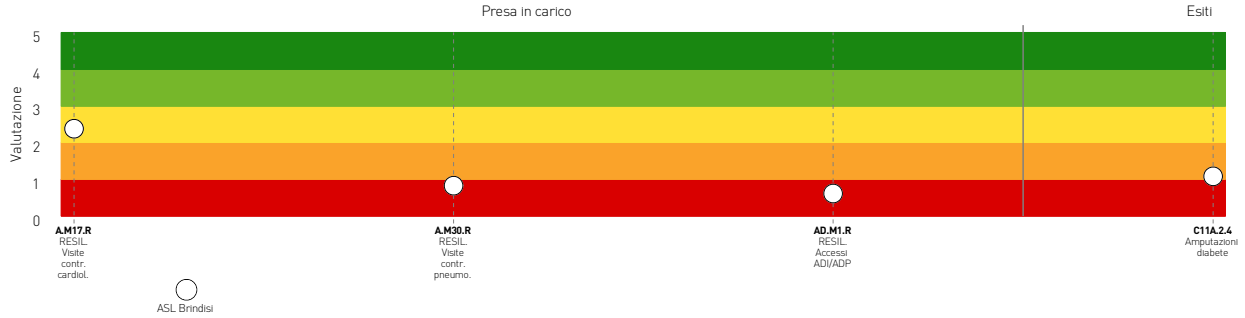




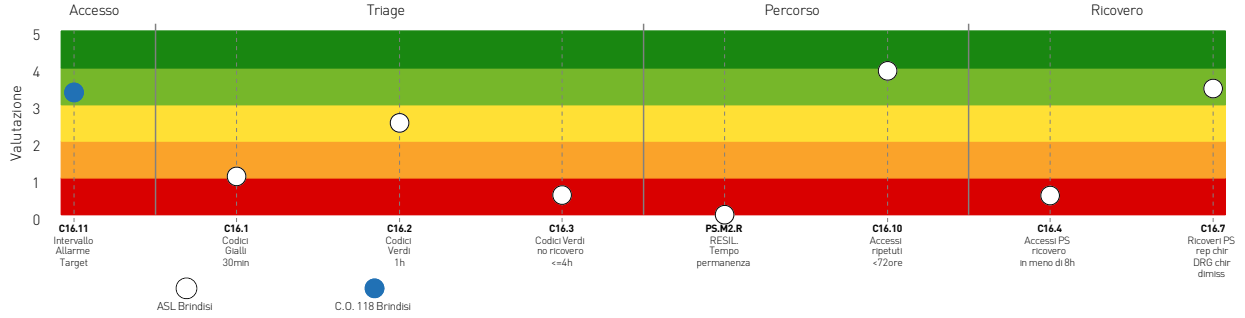
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL TARANTO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

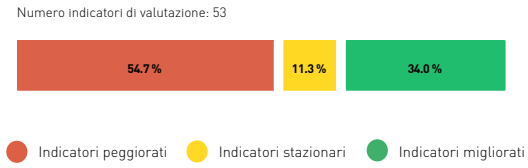
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

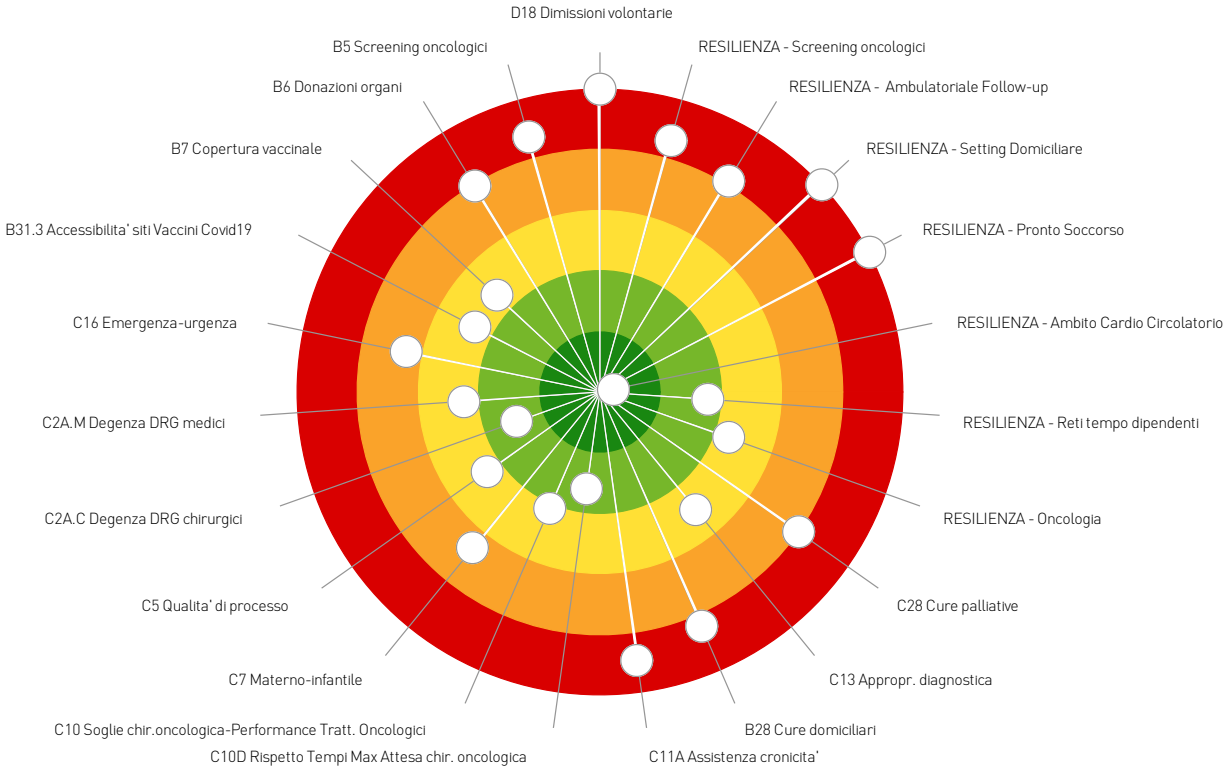
A4
Mortalita' per suicidi

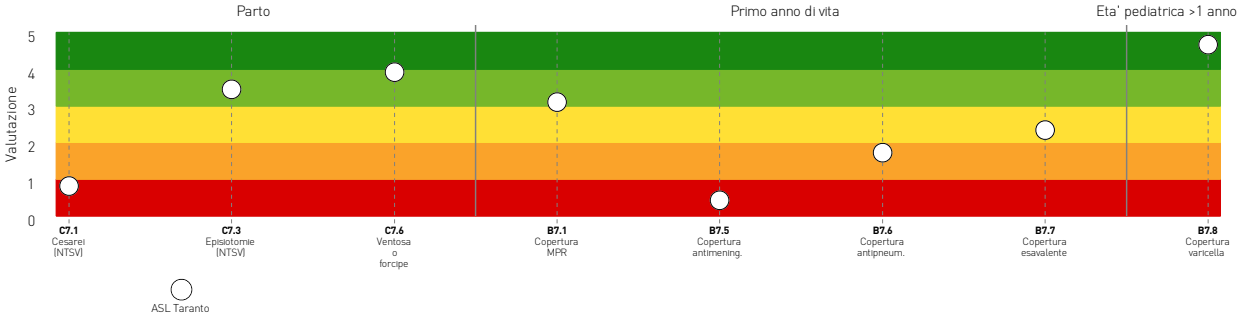
A10
Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

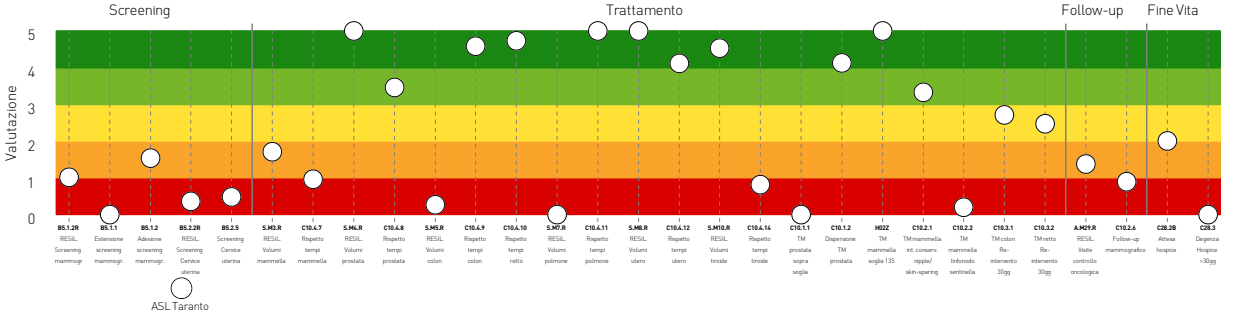


Valutazione della performance 2020

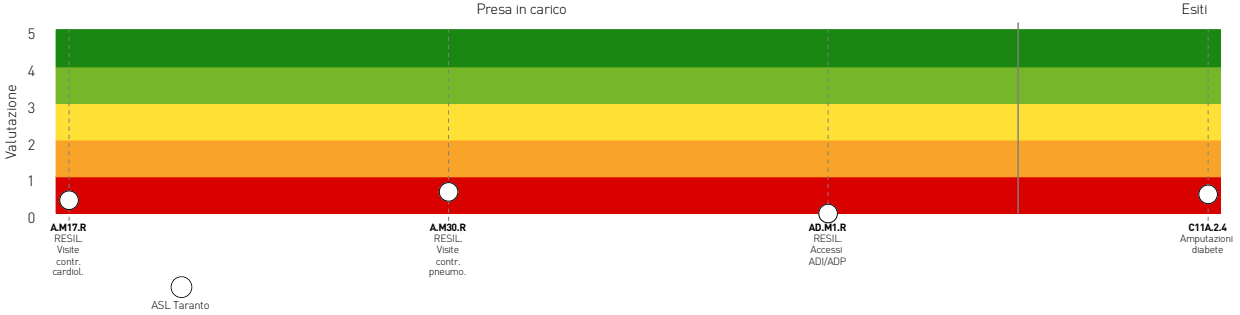




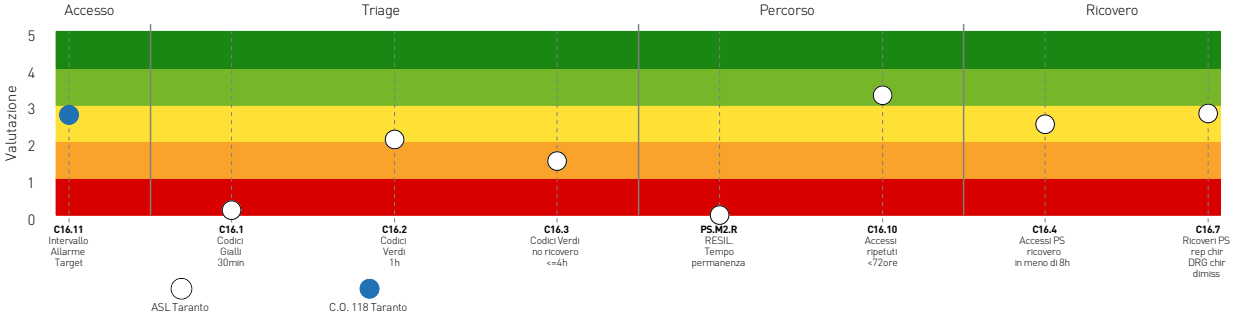
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

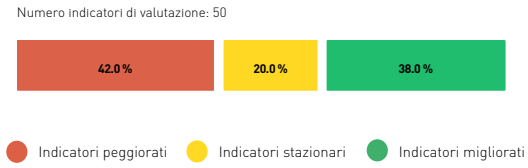
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

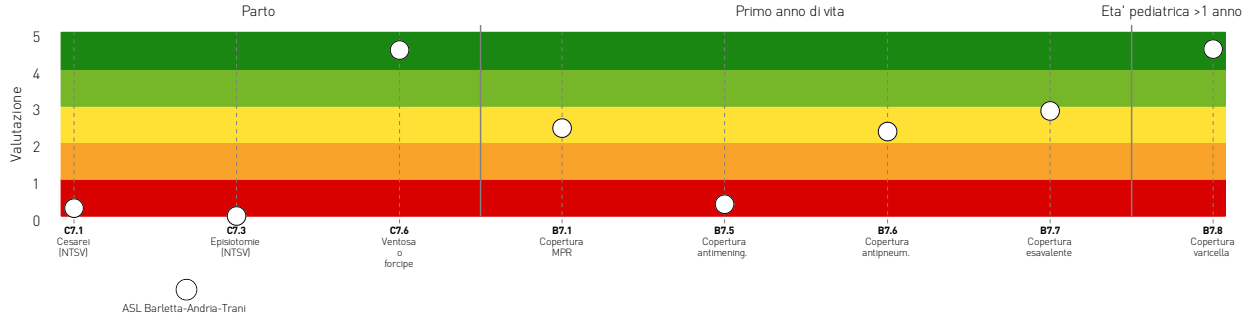
A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

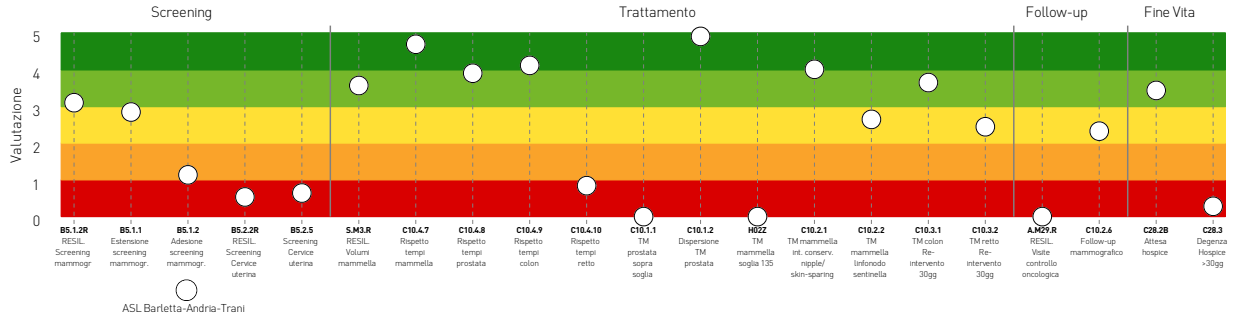


Valutazione della performance 2020

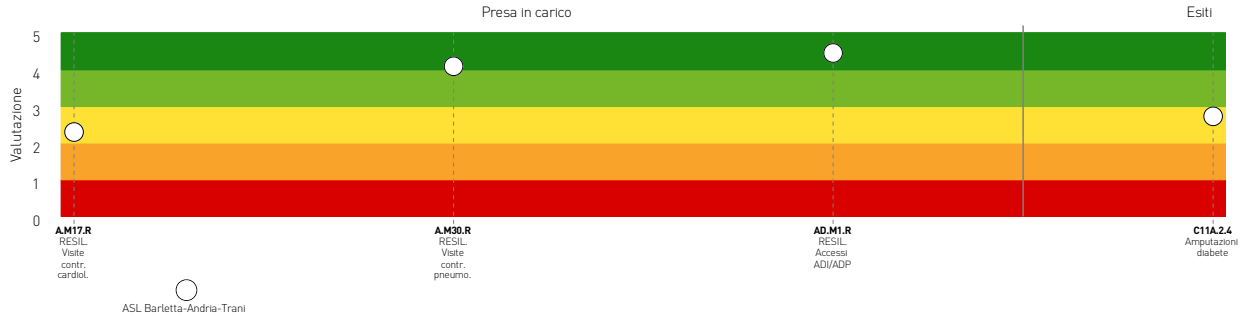




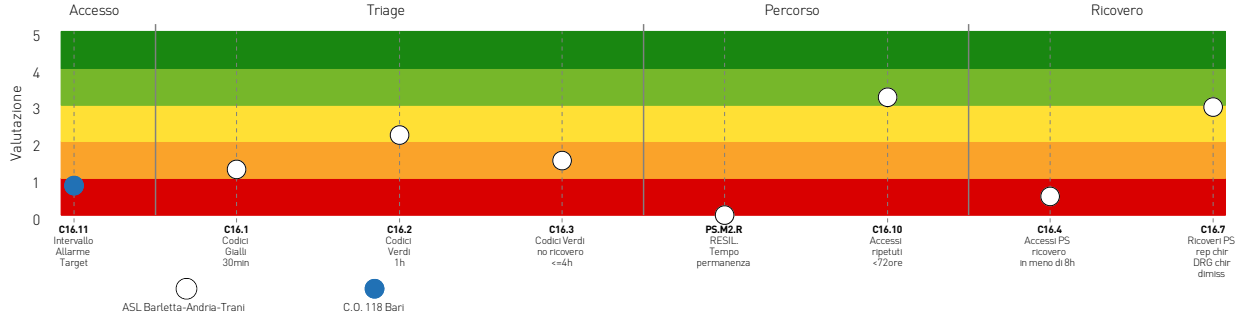
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL BARI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

A2
Mortalita' per tumori

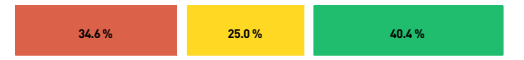
A3
Mortalita' per malattie circolatorie

A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

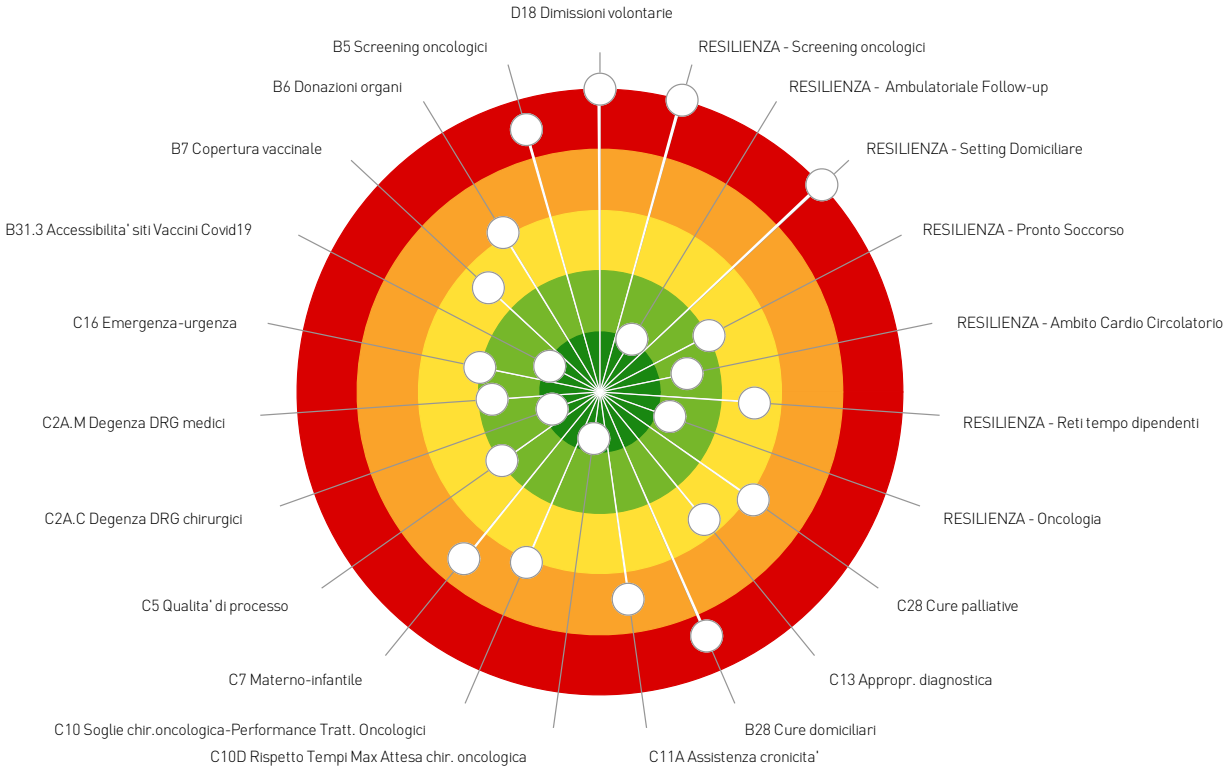
Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 52



Indicatori peggiorati Indicatori stazionari Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020



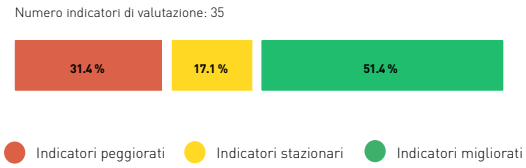
AOU POLICLINICO BARI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

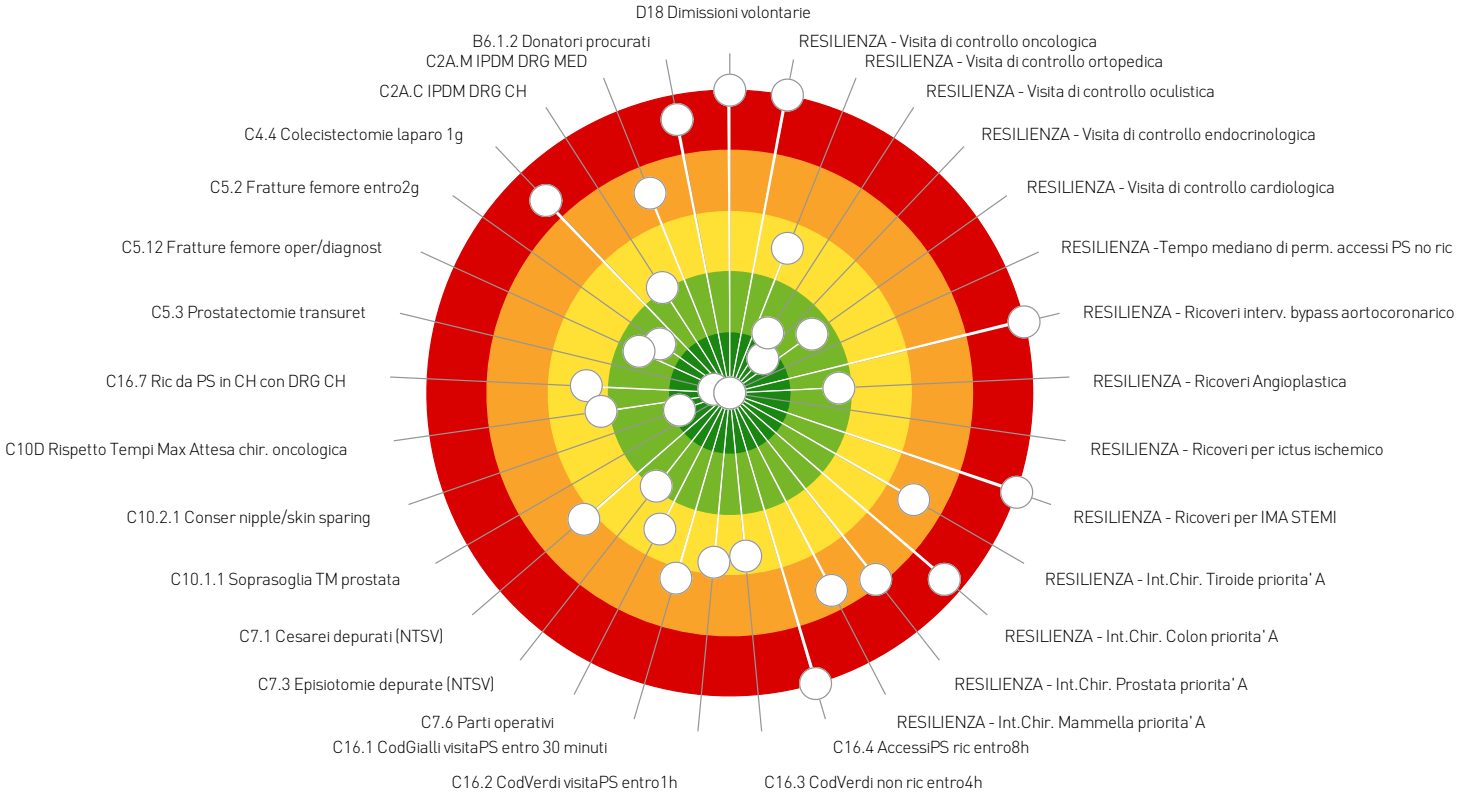
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



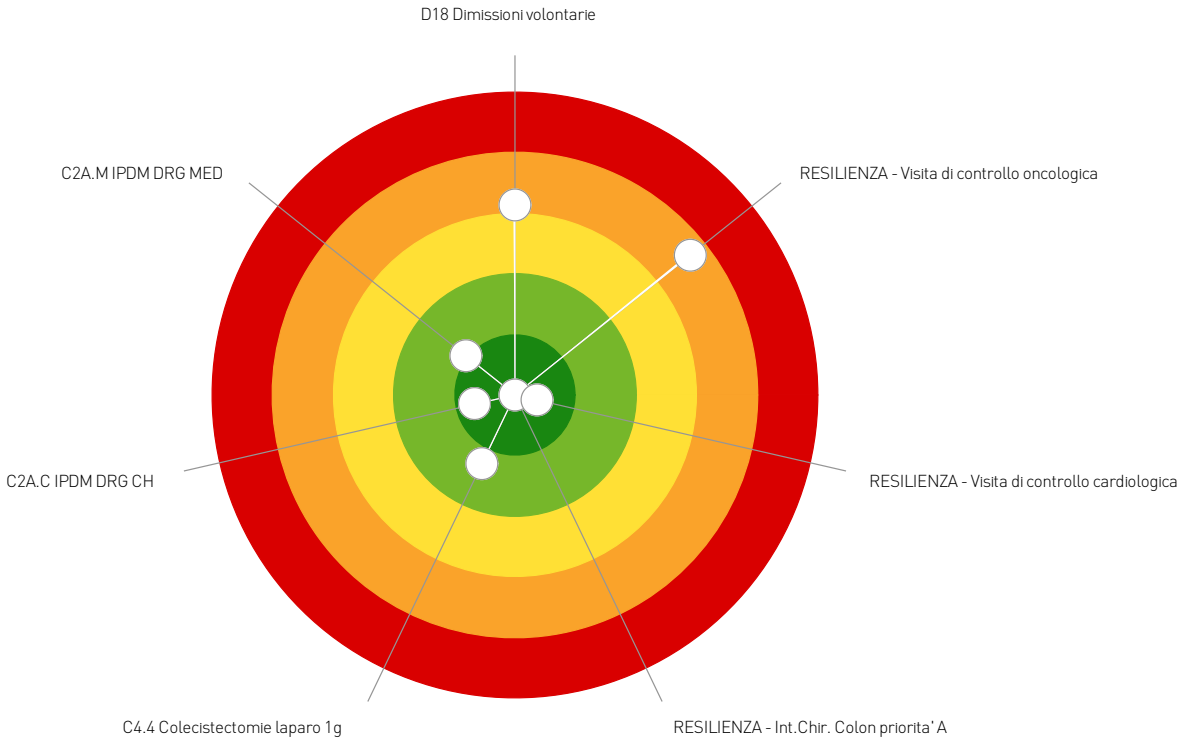
IRCCS DEBELLIS CASTELLANA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020



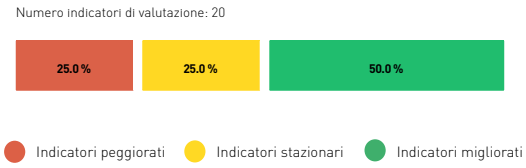
IRCCS ONCOLOGICO BARI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

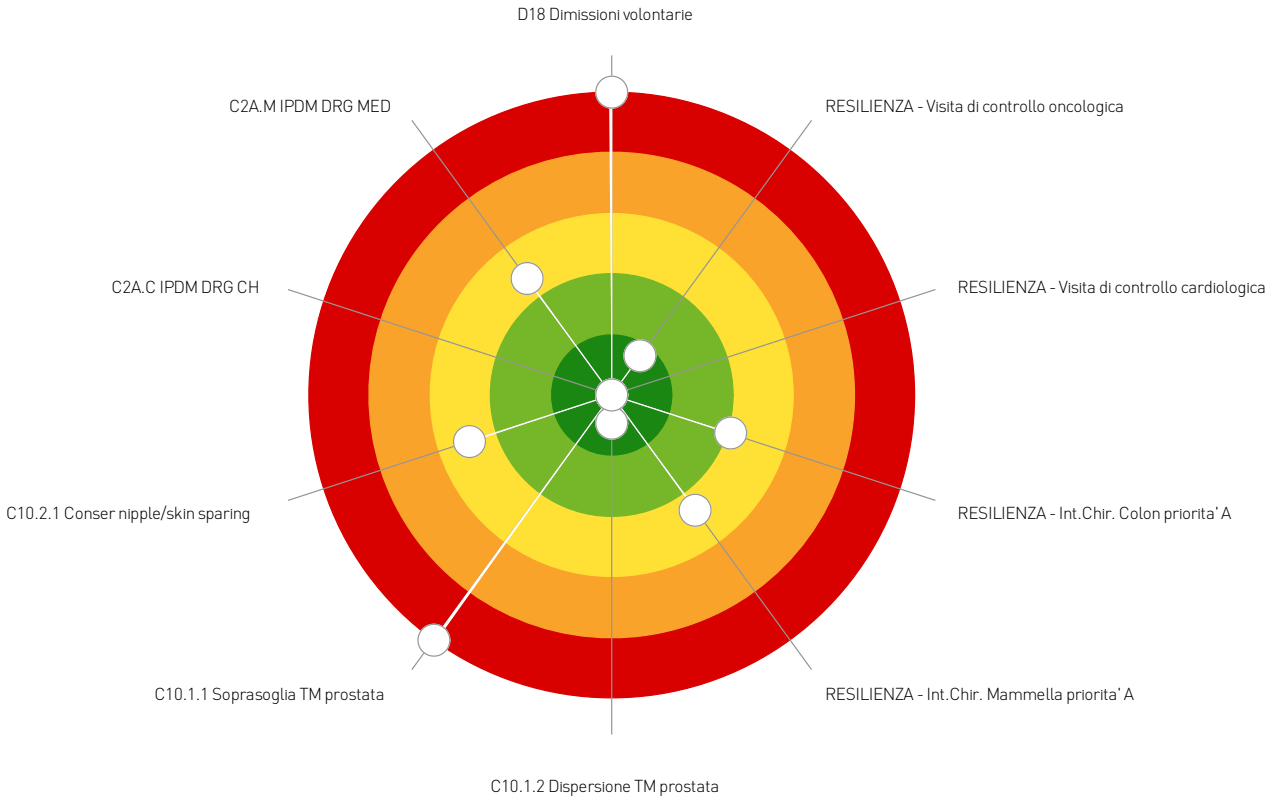
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

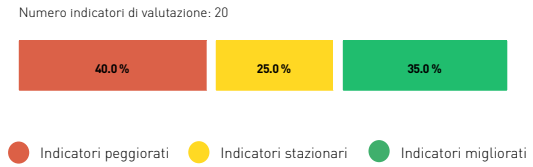


Valutazione della performance 2020

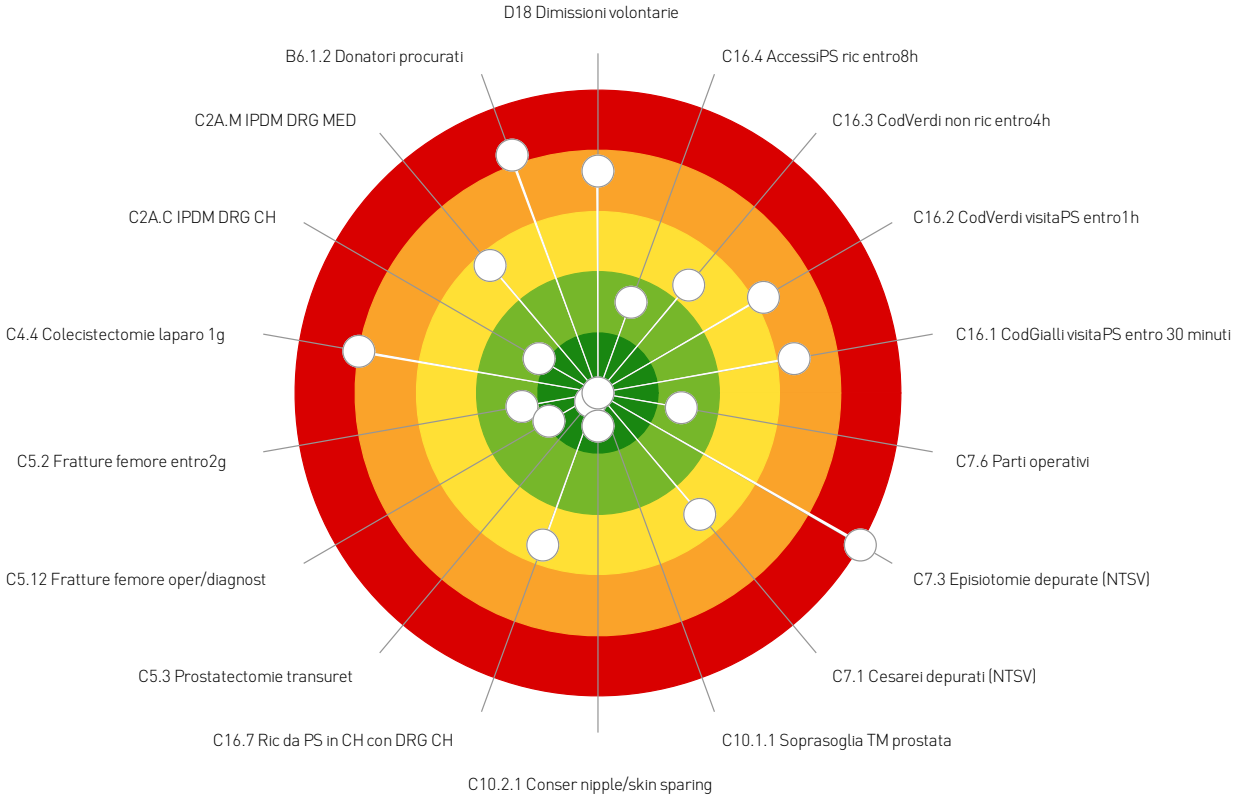


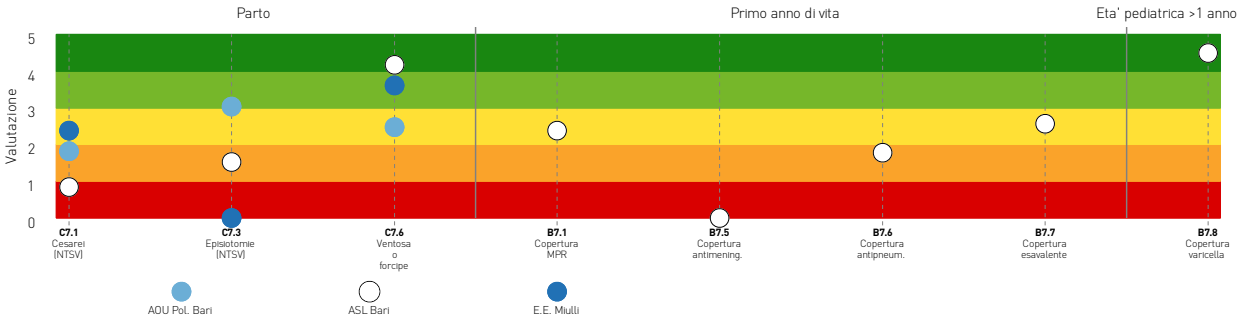
E.E. MIULLI

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

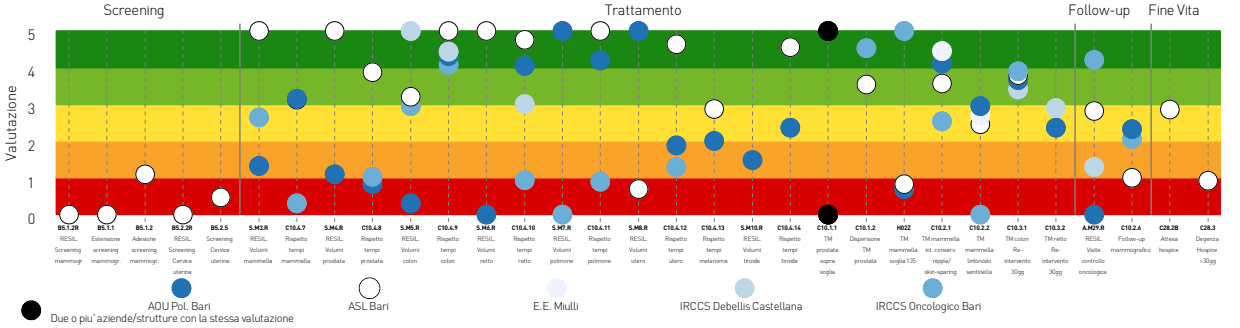


Valutazione della performance 2020

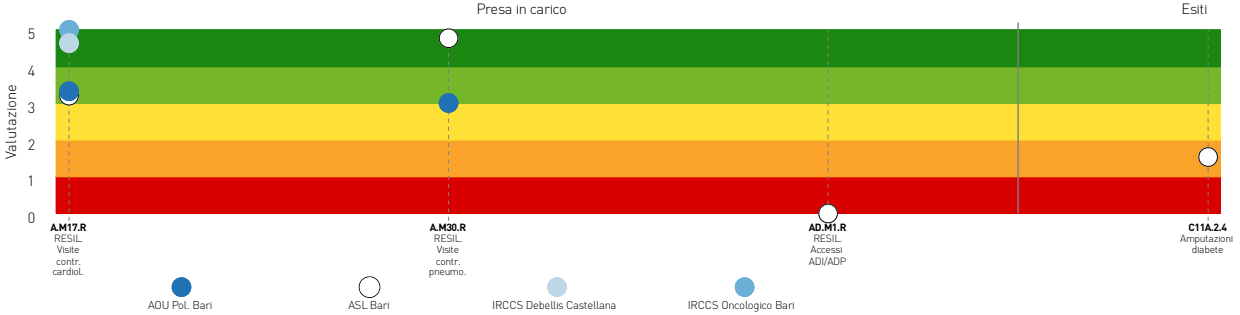




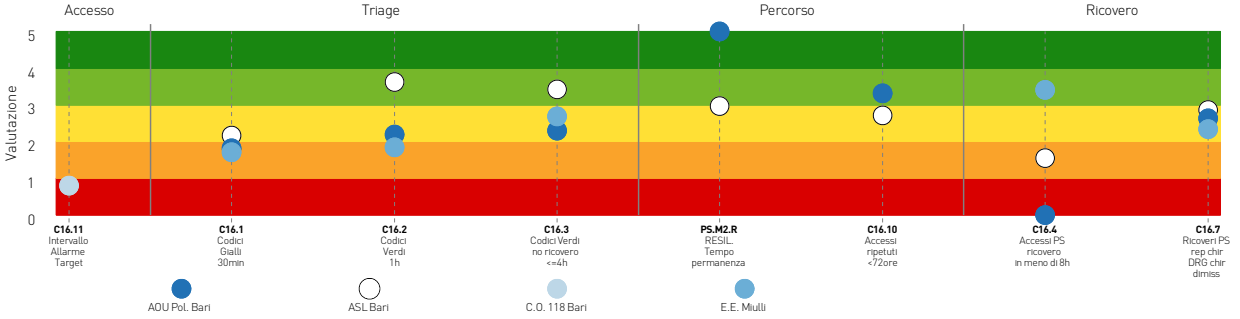
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL FOGGIA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

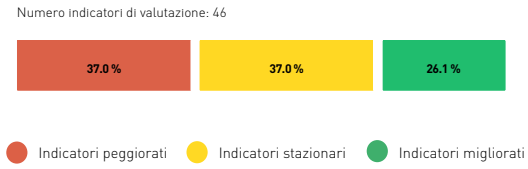
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

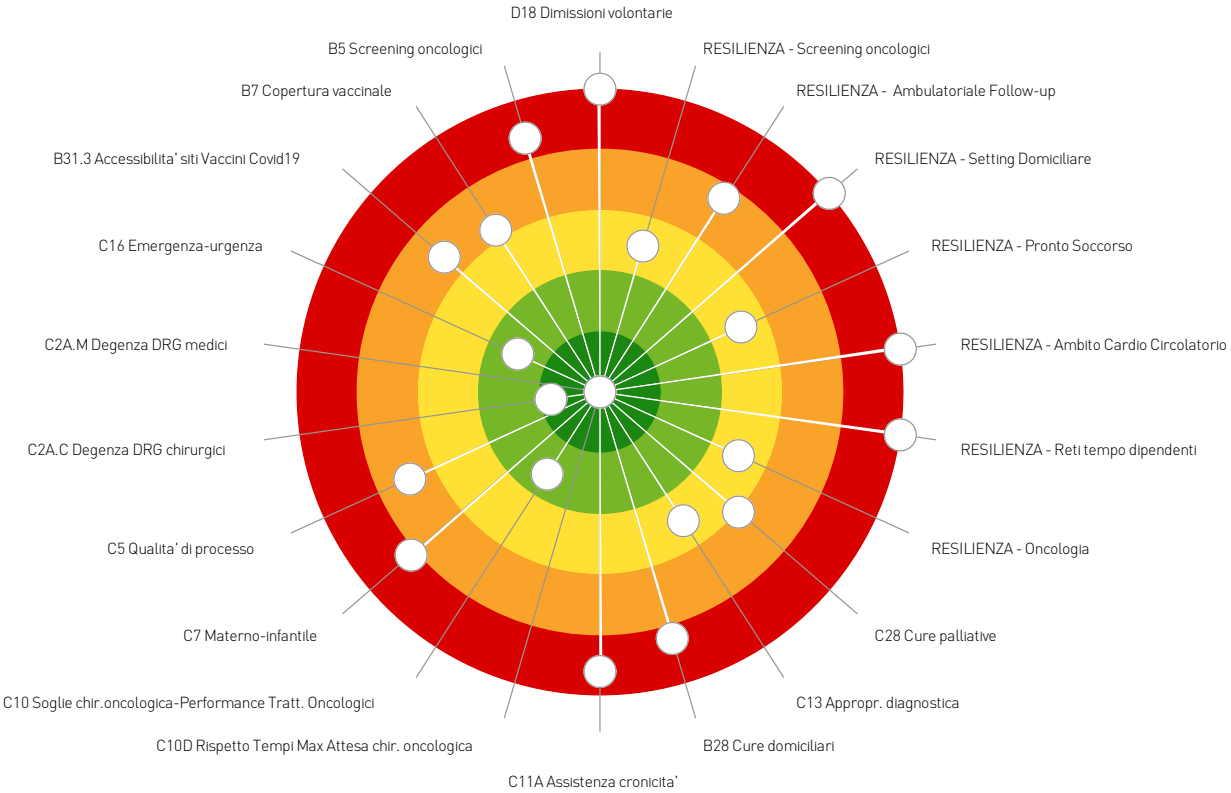
A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



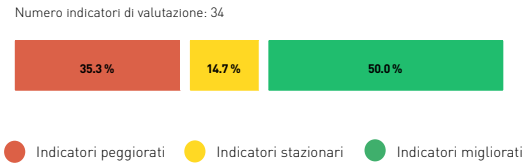
OO.RR. FOGGIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

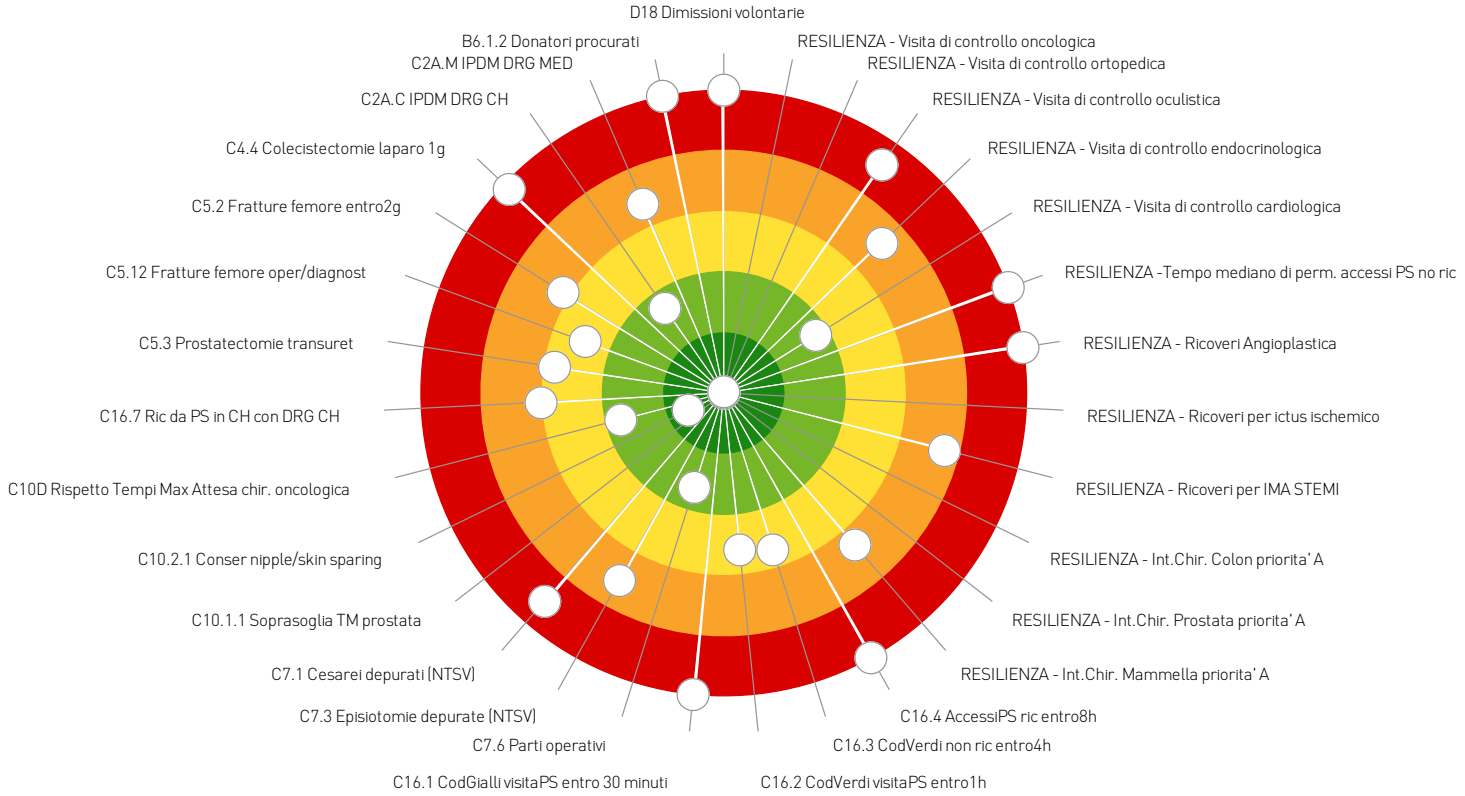
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

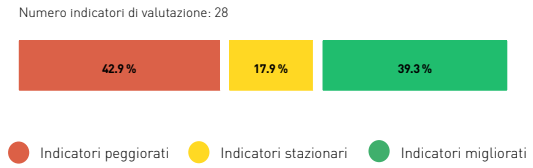


Valutazione della performance 2020

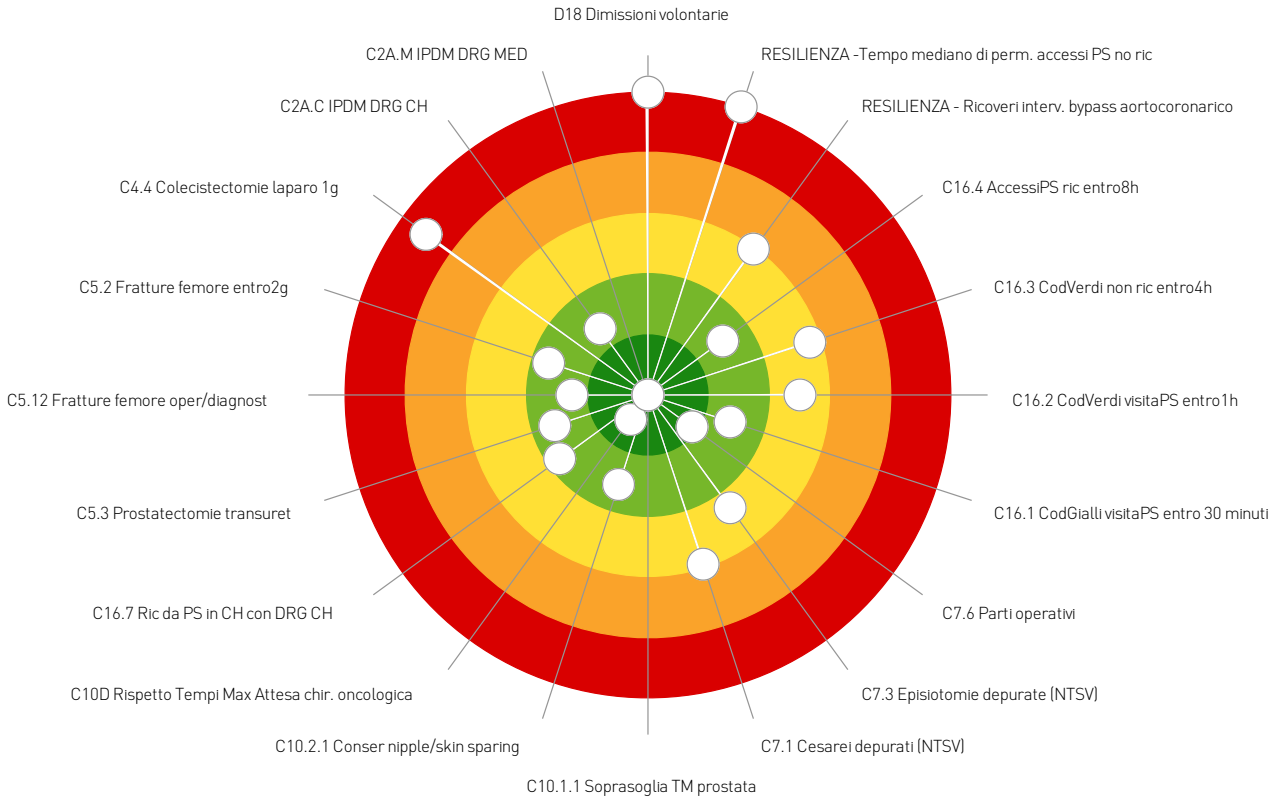


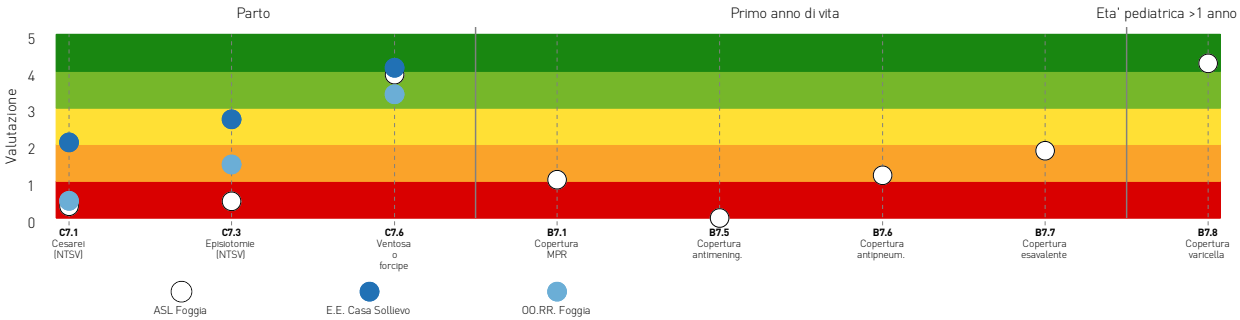
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

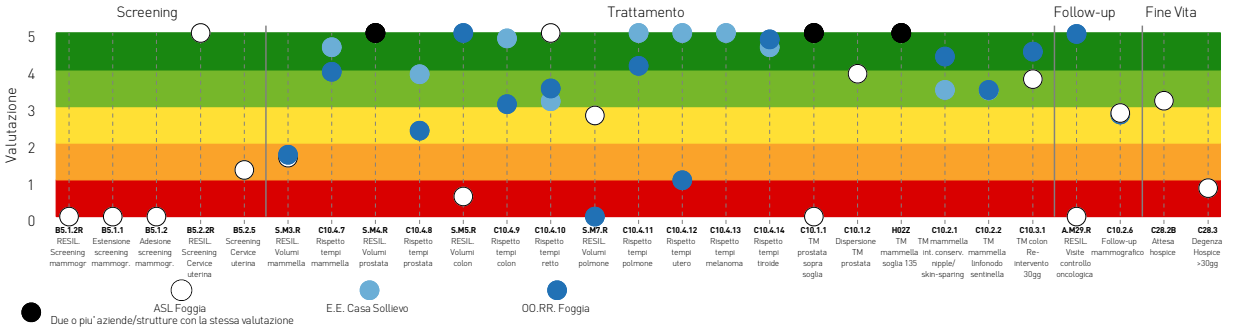


Valutazione della performance 2020

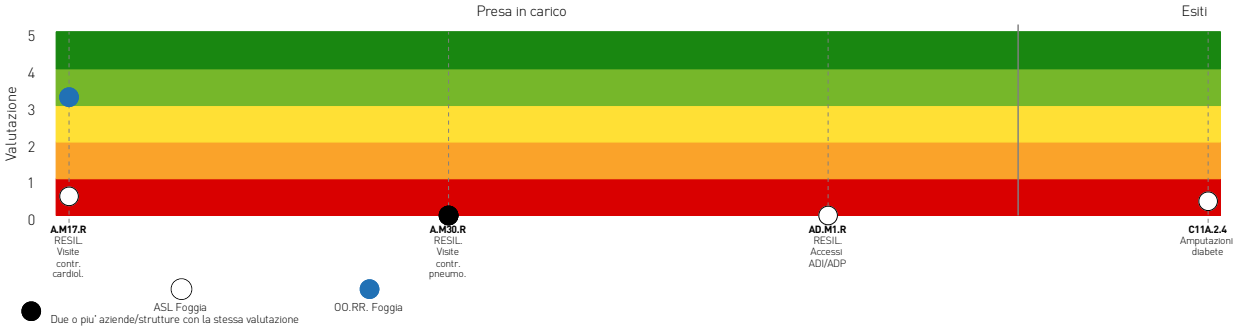




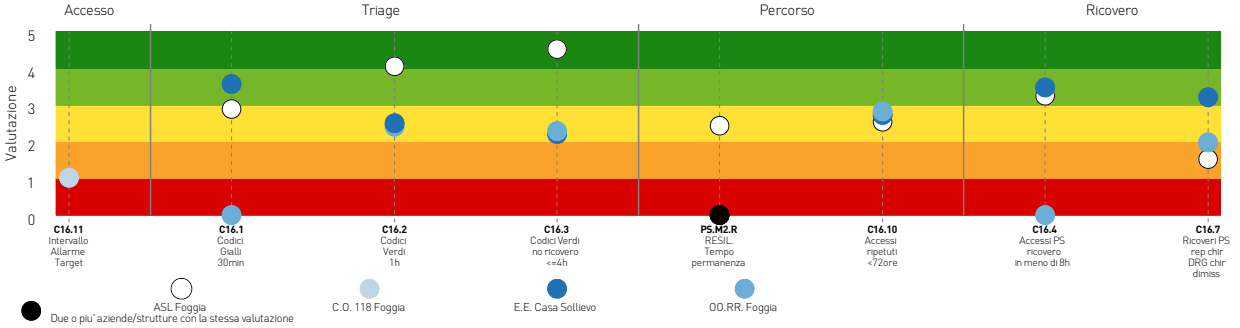
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASL LECCE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

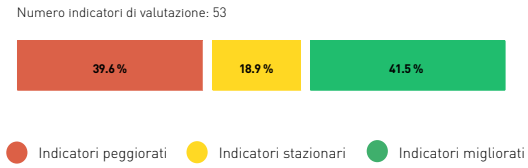
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

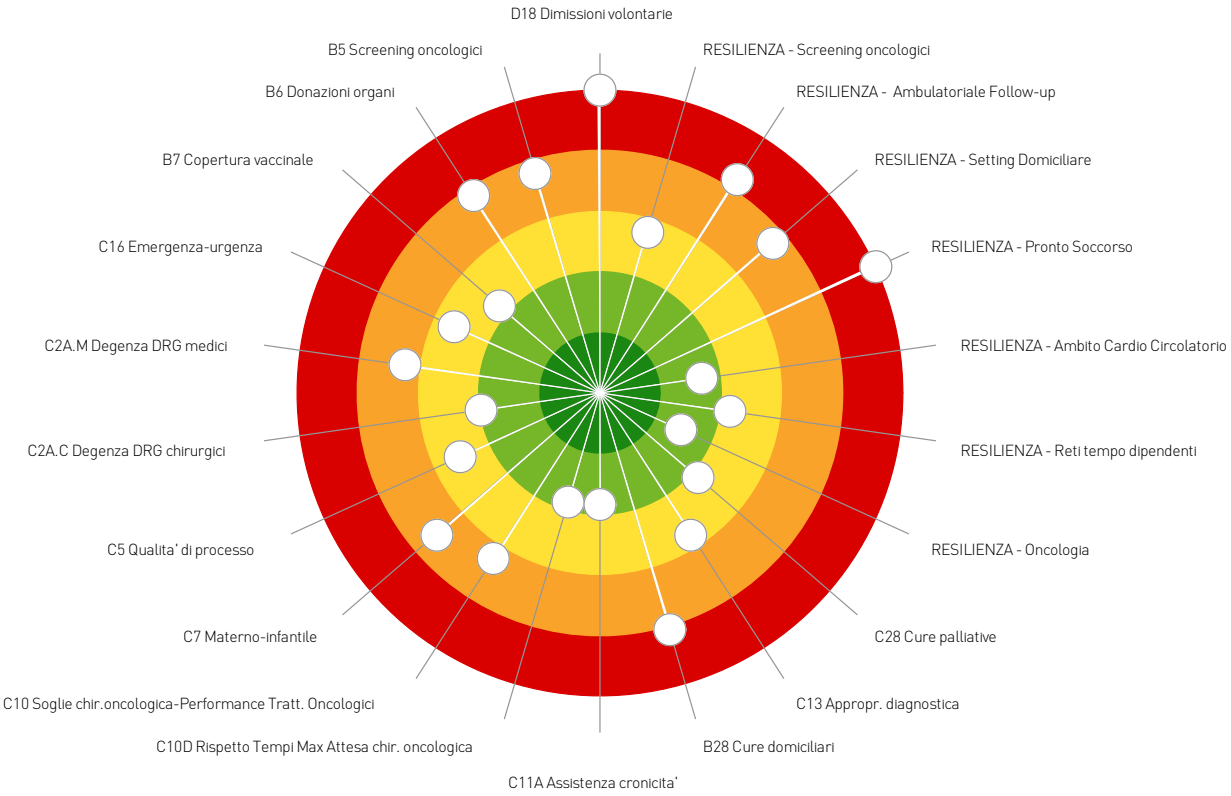
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

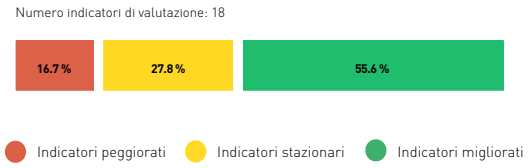


Valutazione della performance 2020

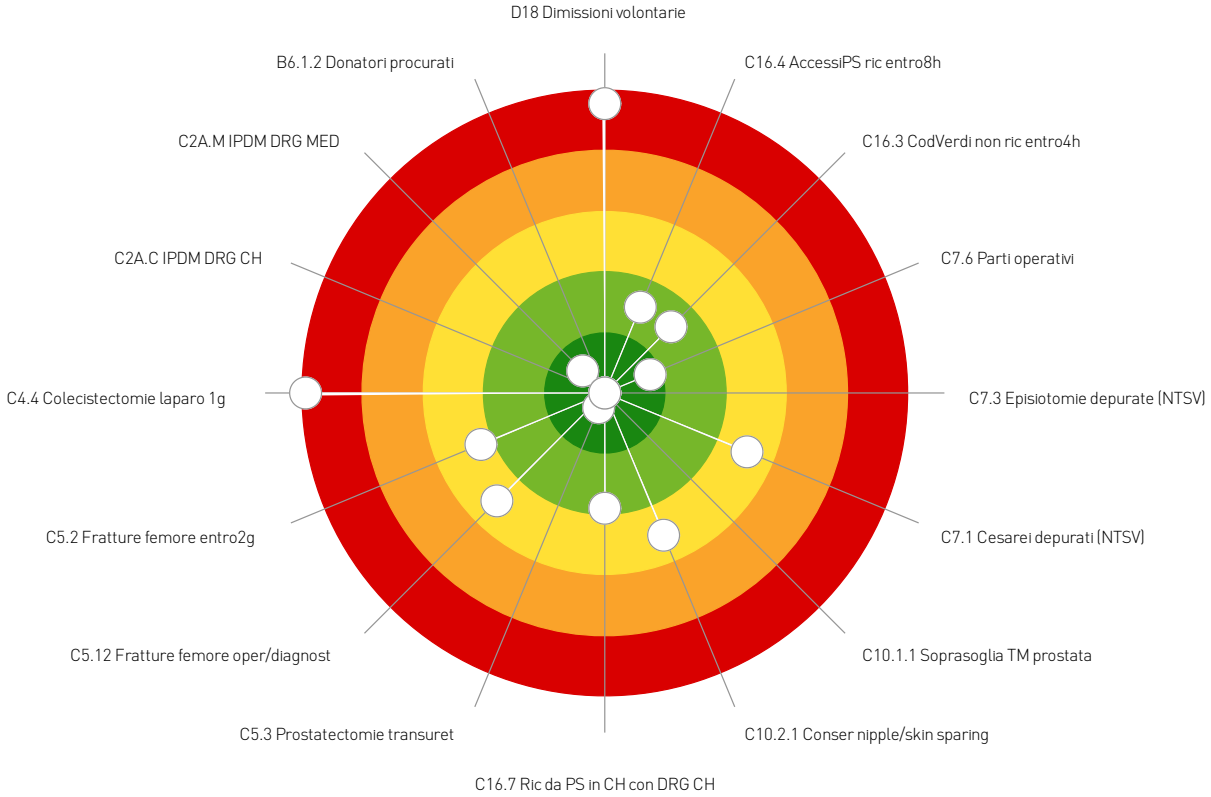


E.E. CARD. PANICO

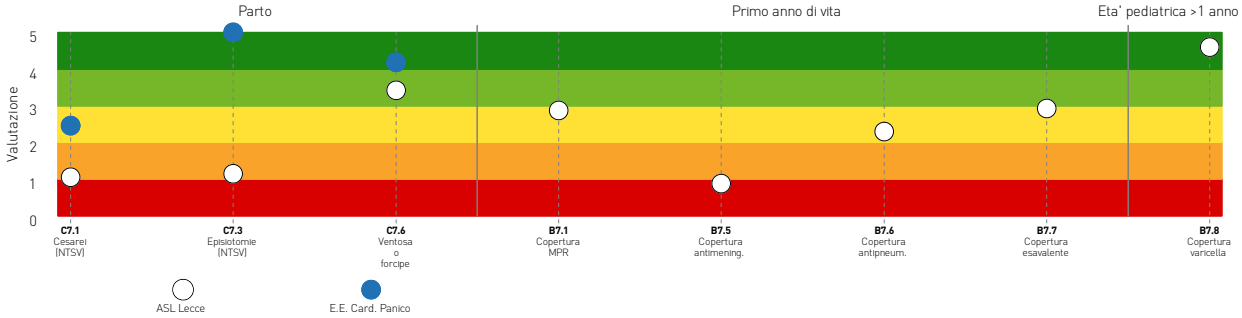
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



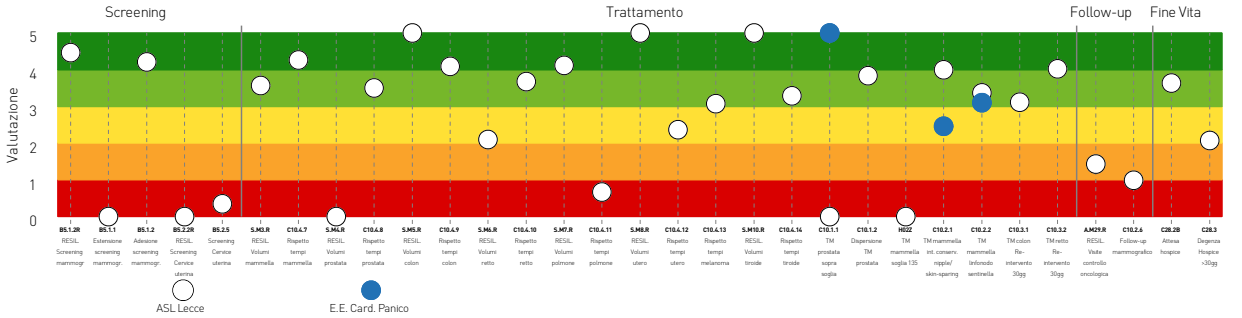
Valutazione della performance 2020



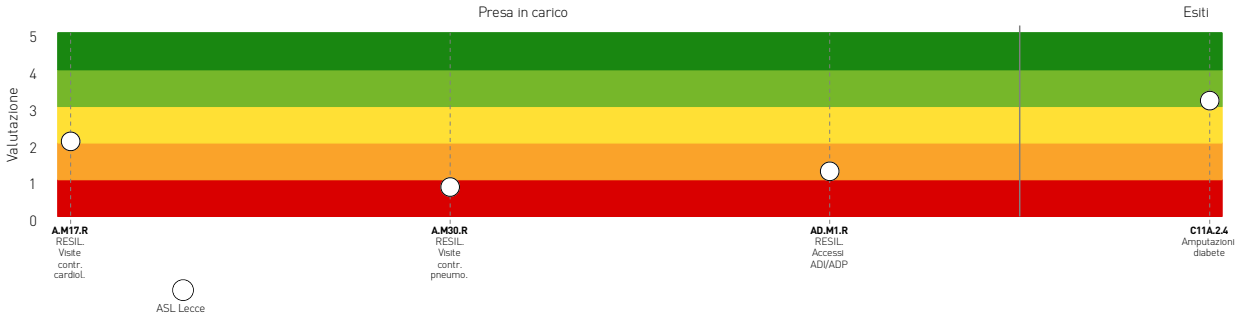
PERCORSO MATERNO INFANTILE



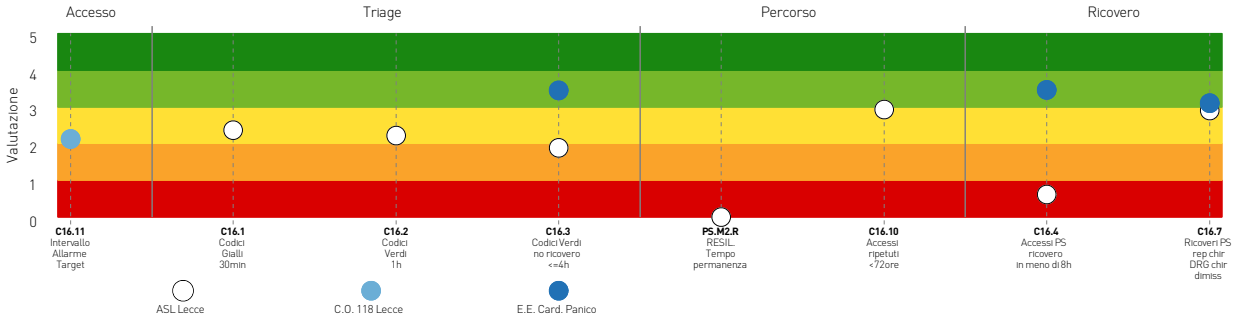
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

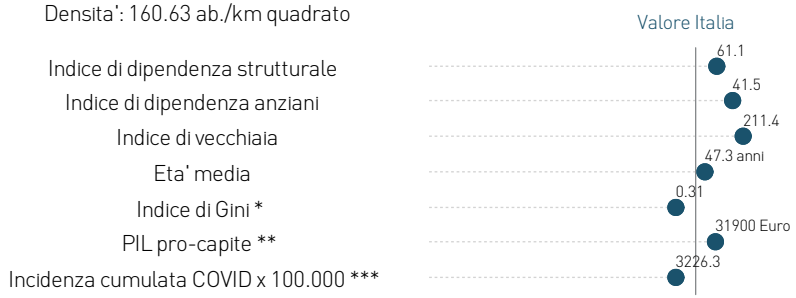


TOSCANA



Popolazione: 3.692.555 abitanti

Densita': 160.63 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

Il Servizio sanitario toscano è stato interessato nel 2015 da una profonda riorganizzazione, approvata dal Consiglio regionale con la legge n. 84 del 28 dicembre 2015. Dal 1° gennaio 2016 sono costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti. Le 3 Aziende sono dal 1° gennaio 2018 articolate in 26 zone-distretto. Sono inoltre presenti 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Careggi, AOU Pisana, AOU Senese e AOU Meyer), la Fondazione Toscana G. Monasterio (FTGM), l'IRCCS Fondazione Stella Maris e l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), che dal 1° Gennaio 2018 ha cambiato la propria denominazione in Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), a seguito dell'assorbimento dell'Istituto Toscano Tumori.

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE TOSCANA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario toscano ha registrato nel complesso una performance molto buona, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

La pandemia di COVID-19 ha infatti richiesto l'introduzione nel Sistema di Valutazione di nuovi indicatori che sapessero misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali. La Toscana presenta un andamento nel complesso positivo. I volumi di interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A) registrano una contrazione contenuta. Se quelli alla tiroide hanno subito una riduzione del 30.14%, gli interventi chirurgici per tumore al polmone e melanoma sono stati persino più numerosi del 2019 (rispettivamente, +1.39% e +21.92%). La contrazione relativamente contenuta degli screening oncologici (solo quello colorettale segna una diminuzione più marcata della media) può in parte essere associata alla tenuta dei volumi chirurgici.

Molto buona la tenuta complessiva delle visite di controllo (follow-up).

Se la contrazione delle ammissioni ospedaliere per IMA STEMI è allineata rispetto alle altre Regioni, il valore di -4.4% per ictus ischemico è decisamente più contenuto. In ambito elettivo, il calo per interventi di angioplastica e quello per bypass aortocoronarici è invece maggiore rispetto alle altre Regioni. Anche la contrazione dei volumi per accessi domiciliari in ADI/ADP è particolarmente significativa.

L'indagine alla popolazione italiana, effettuata dal Laboratorio MeS a cavallo tra il 2020 e il 2021, restituisce la complessiva soddisfazione da parte dei cittadini toscani nei confronti dei servizi offerti dal proprio sistema sanitario regionale durante la parentesi pandemica. In particolare, il 70.69% degli intervistati si dichiara soddisfatto dell'assistenza sanitaria ricevuta dalla Regione durante la pandemia.

Nell'ambito della prevenzione, il sistema sanitario toscano registra delle buone performance in quasi tutte le attività vaccinali non-COVID, posizionandosi come *best practice* in molti degli indicatori, tra cui la copertura per vaccino MPR e per vaccino antinfluenzale per gli operatori sanitari. Permangono le criticità sul vaccino per HPV e vaccino antimeningococcico, che registrano una contrazione rispetto all'anno precedente.

La risorsa ospedaliera è stata senz'altro messa sotto grande stress durante il 2020, ma in generale la risposta è stata molto buona. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni rimane relativamente alta (75.3%), nonostante la flessione rispetto all'anno precedente (79.2%). Migliora la percentuale di prostatectomie transuretrali, che passa dall'85.78% all'88.51%. Ottimi gli indici di performance della degenza media per DRG medici e chirurgici, per i quali la Toscana si attesta nuovamente come *best practice* del Network. Se la percentuale di ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione è nel 2020 tra le più elevate del Network, quella di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza inferiori alle 8 ore è invece tra le più basse (56.8%).

Per garantire un servizio di alto livello è importante lavorare sui processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del personale: la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente permette di monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è buona e rimane pressoché costante rispetto all'anno precedente. In questo ambito rientra anche la valutazione sulla presenza e chiarezza delle informazioni sulla vaccinazione anti COVID-19 sul sito della Regione, che tuttavia mostra margini di miglioramento.

Per quanto riguarda l'area della farmaceutica, particolare attenzione deve ancora essere prestata al consumo di SSRI (antidepressivi) sul territorio, il cui valore peggiora rispetto al dato del 2019. Buona invece la percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine al momento della dimissione. L'aderenza farmaceutica risulta complessivamente buona. Invece, l'efficienza nella prescrizione farmaceutica, monitorata tramite la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, potrebbe essere oggetto di maggiore attenzione.

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile. Resta una criticità relativa alla frequenza dei parti operativi, in ulteriore crescita rispetto al 2019. Sono già state segnalate le criticità relative alle coperture vaccinali antimeningococcica e antipneumococcica nel primo anno di vita. Si contrae comprensibilmente il consumo di antibiotici e di cefalosporine in età pediatrica.

In riferimento al percorso oncologico, emerge la complessiva tenuta del sistema. I tempi di attesa si confermano complessivamente contenuti. Anche la fase del follow-up e del fine vita registrano risultati complessivamente buoni.

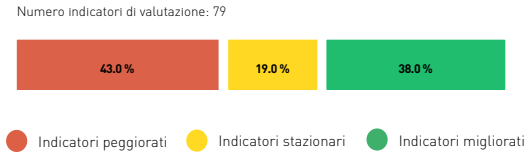
Il percorso cronicità mostra una gestione complessivamente nella media. La variazione durante la pandemia del consumo di farmaci antidiabetici e di farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina è nella media (rispettivamente +0.72% e -2.31%), a riprova di una continuità della presa in carico territoriale.

Complessivamente molto buona la risposta alla pandemia da parte dell'Emergenza-Urgenza. In particolare, l'intervallo di tempo intercorrente tra la chiamata e l'arrivo sul posto del mezzo di soccorso è sì maggiore del 2019, come in tutte le Regioni, ma relativamente molto contenuto. Anche la proporzione di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore, per quanto in leggera crescita, si conferma contenuta.

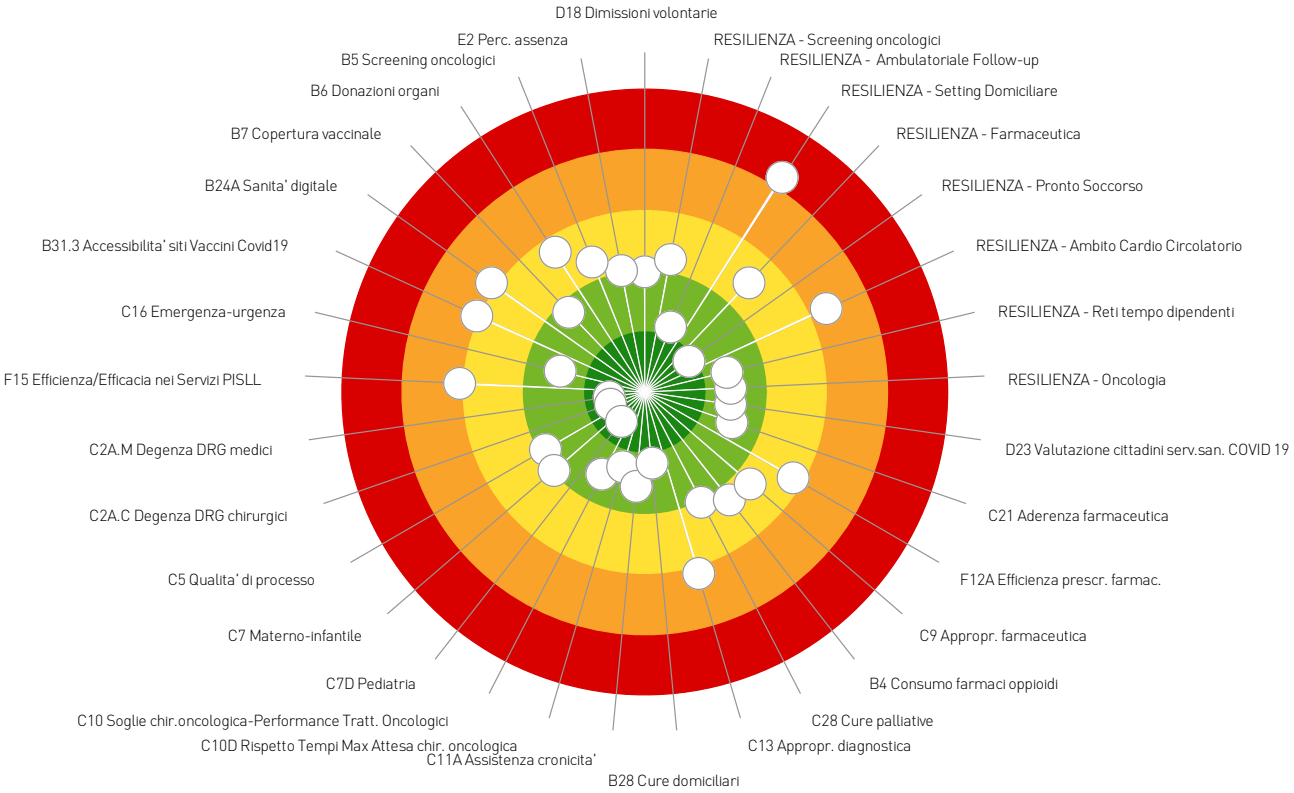
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)



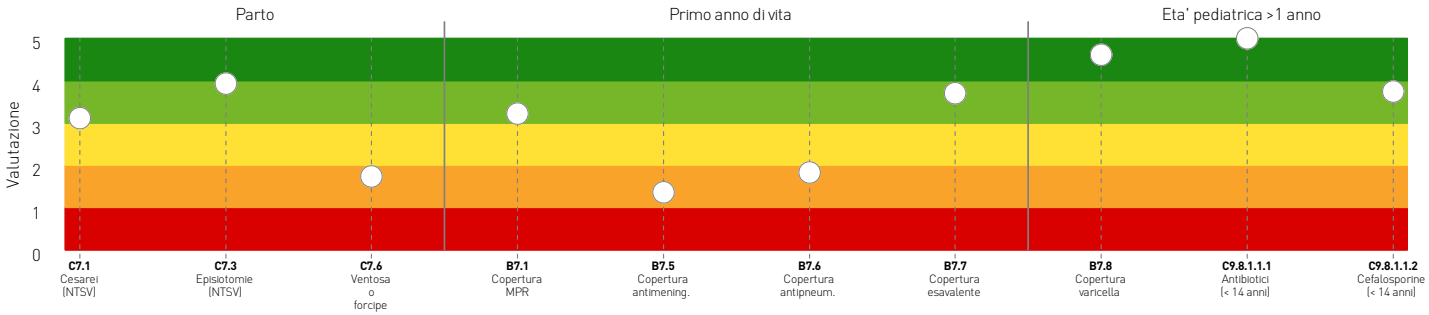
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



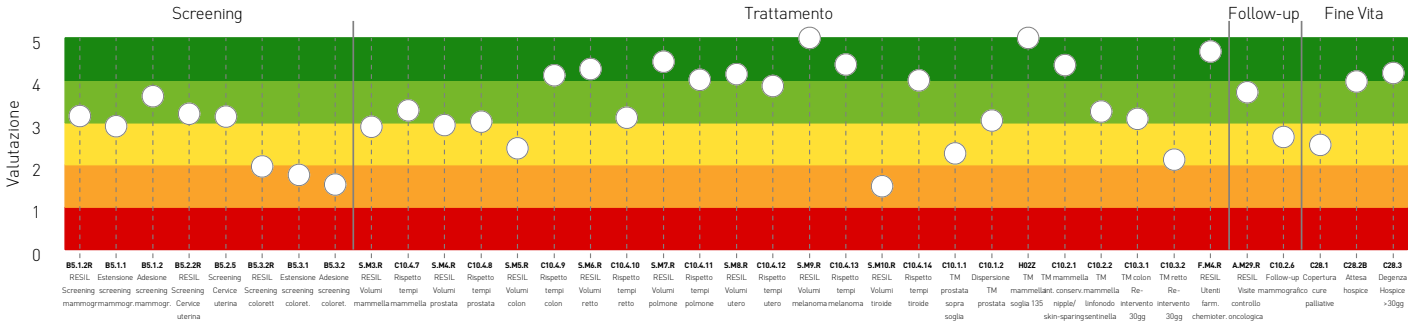
Valutazione della performance 2020



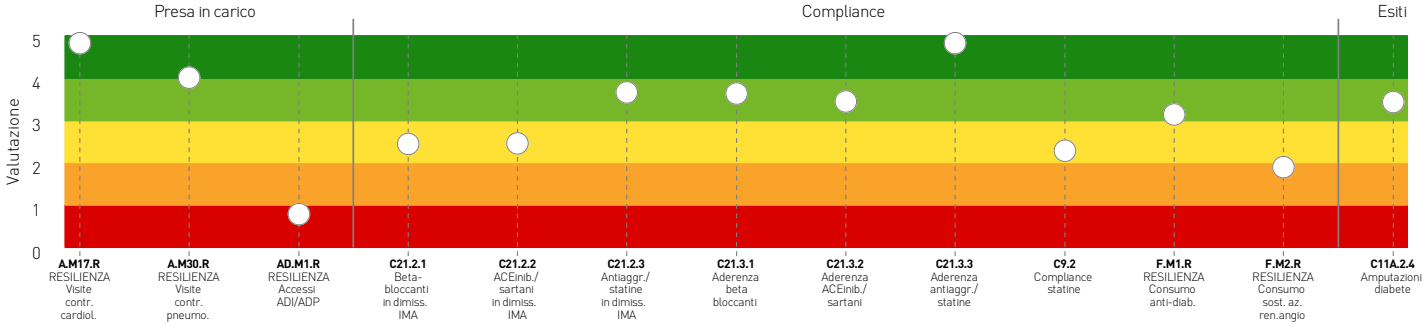
PERCORSO MATERNO INFANTILE



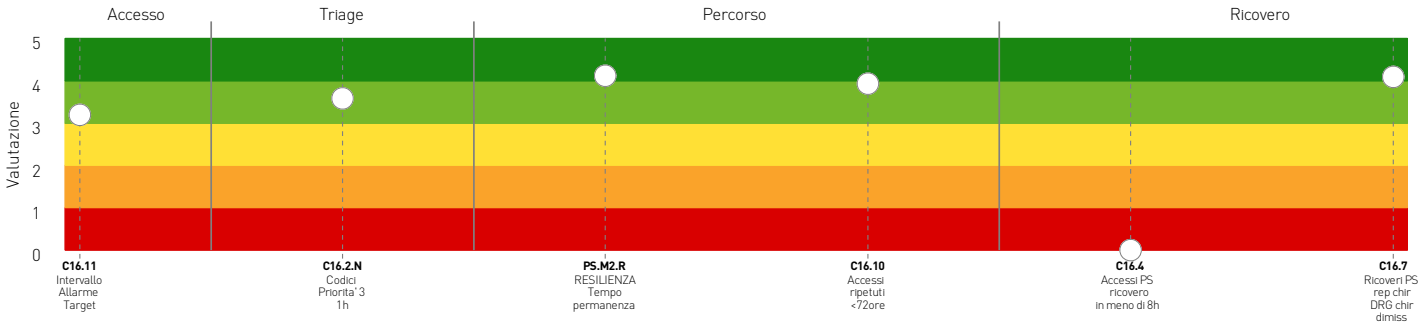
PERCORSO ONCOLOGICO



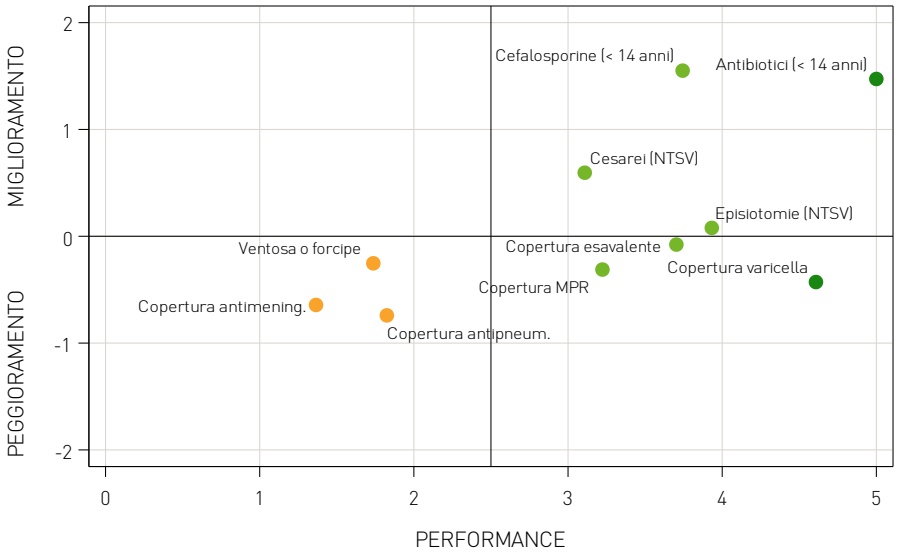
PERCORSO CRONICITÁ



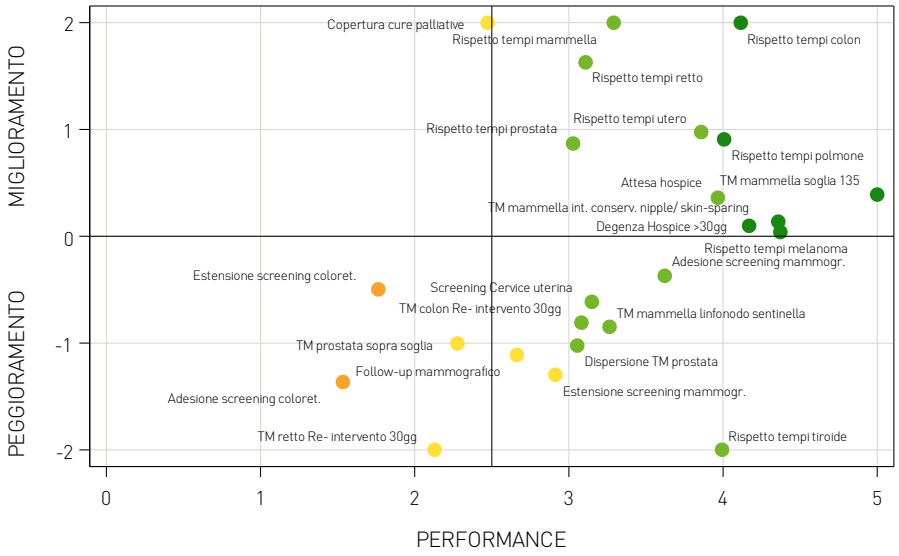
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



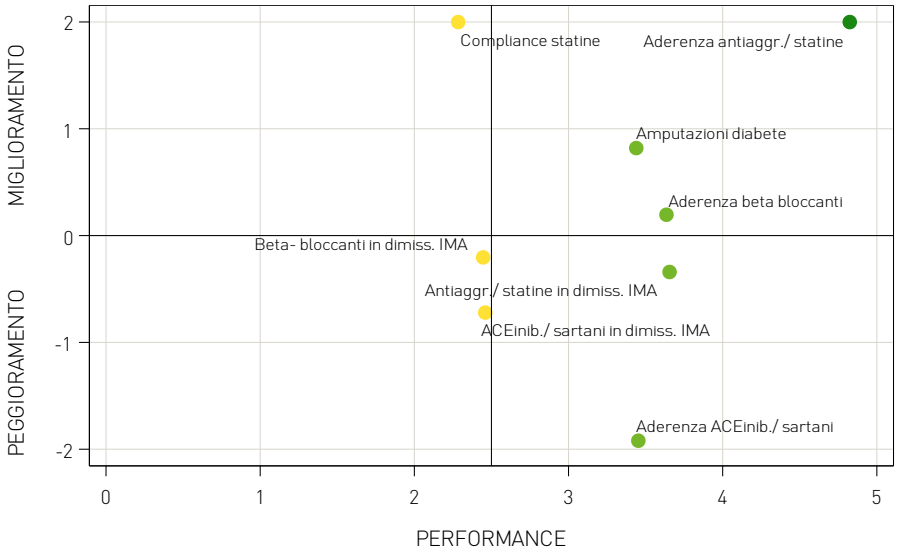
Percorso Materno Infantile



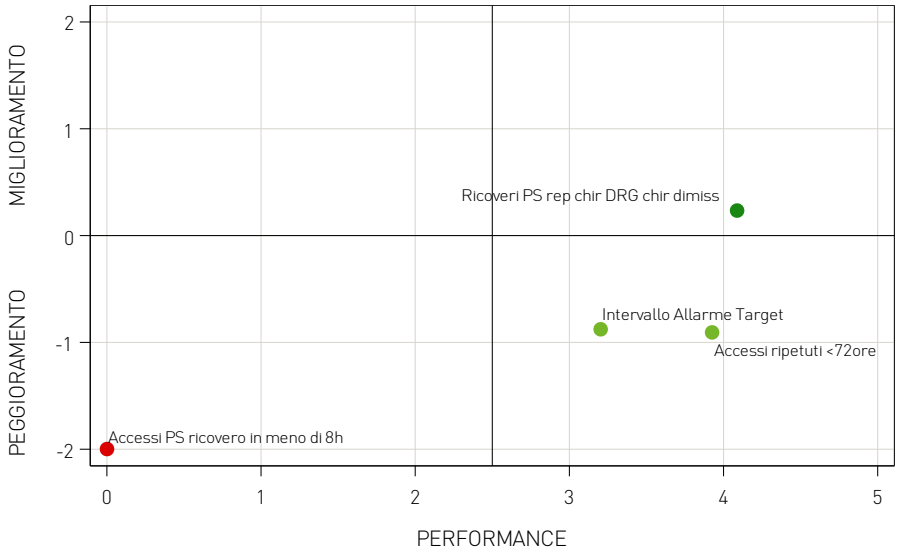
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



AUSL CENTRO

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

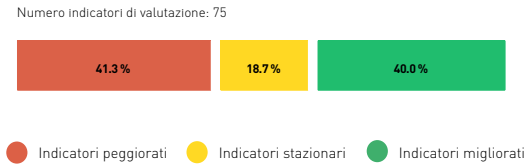
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

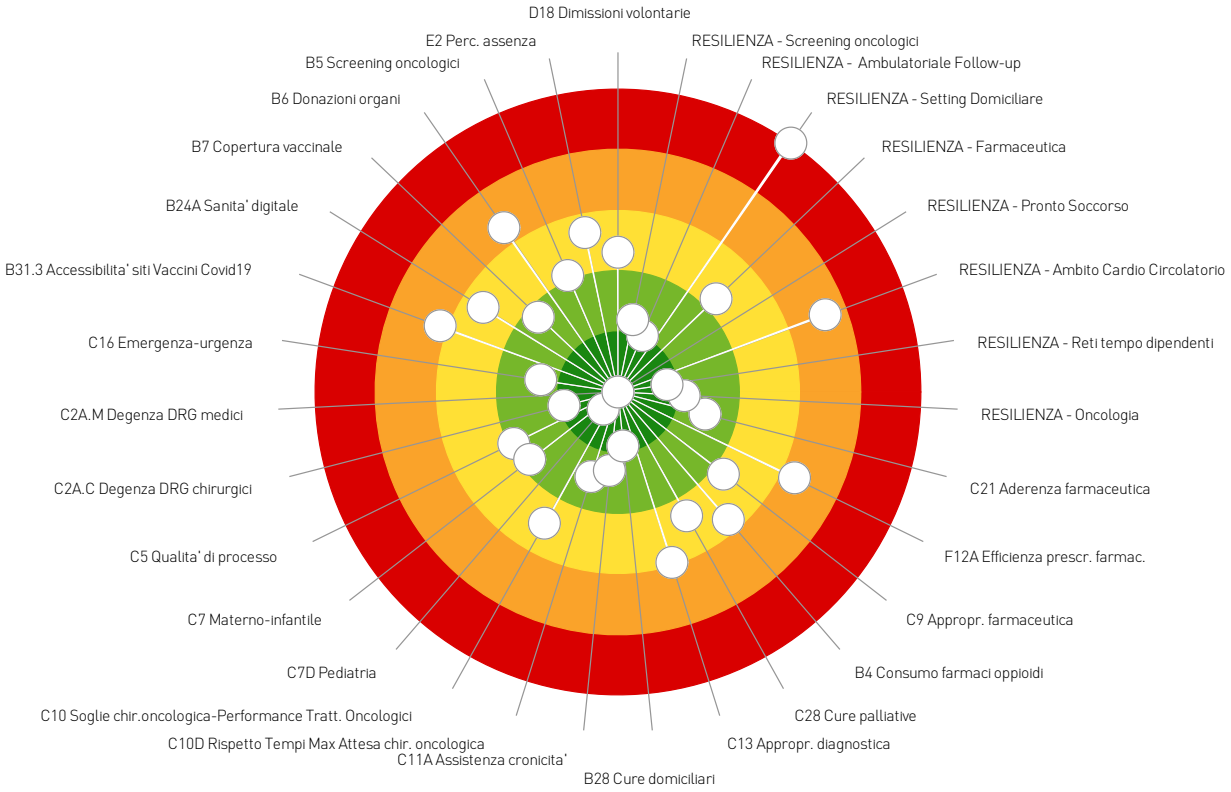
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



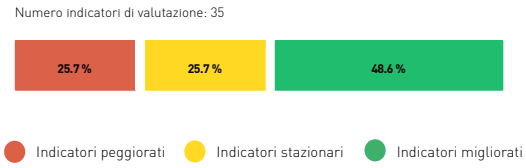
AOU CAREGGI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

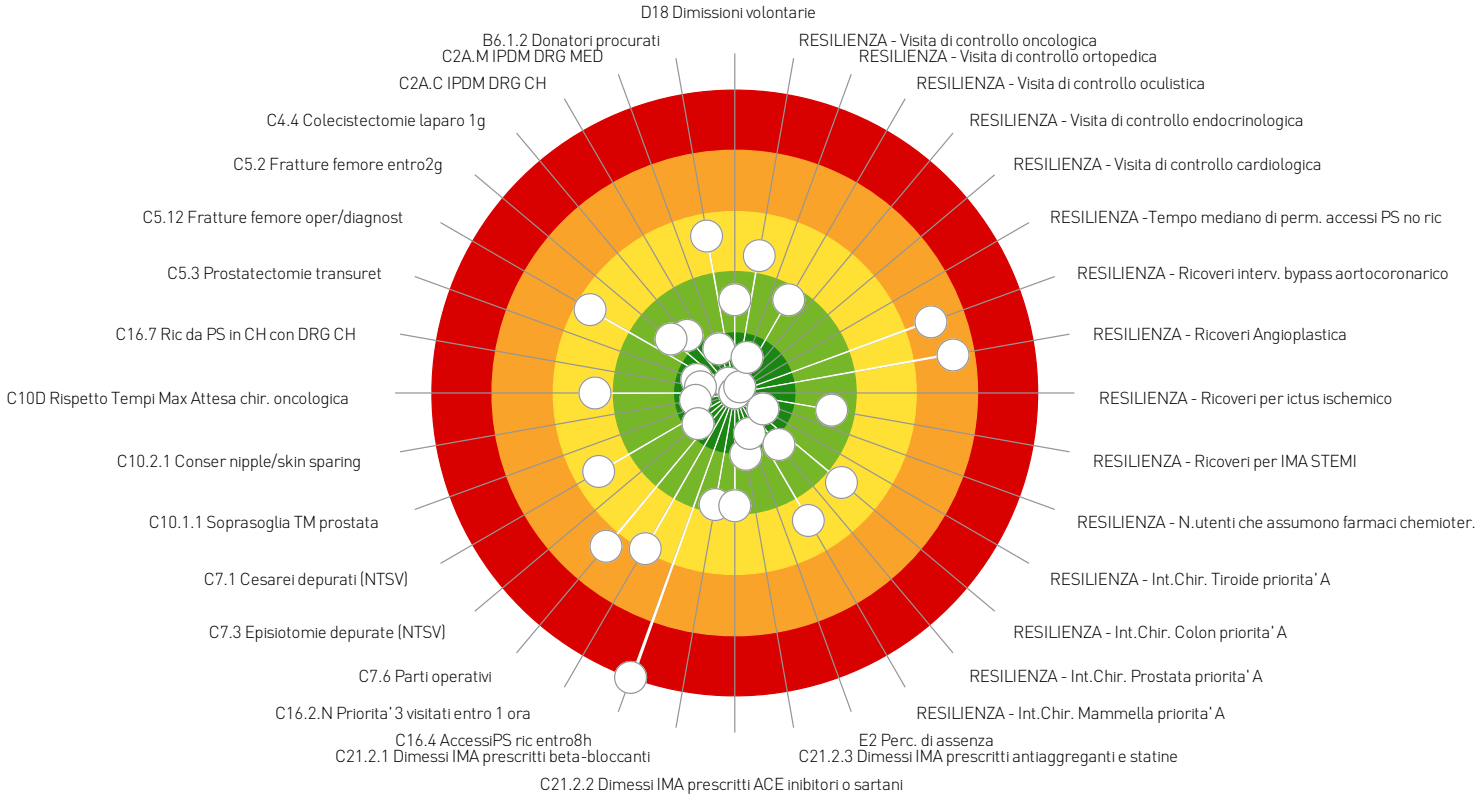
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



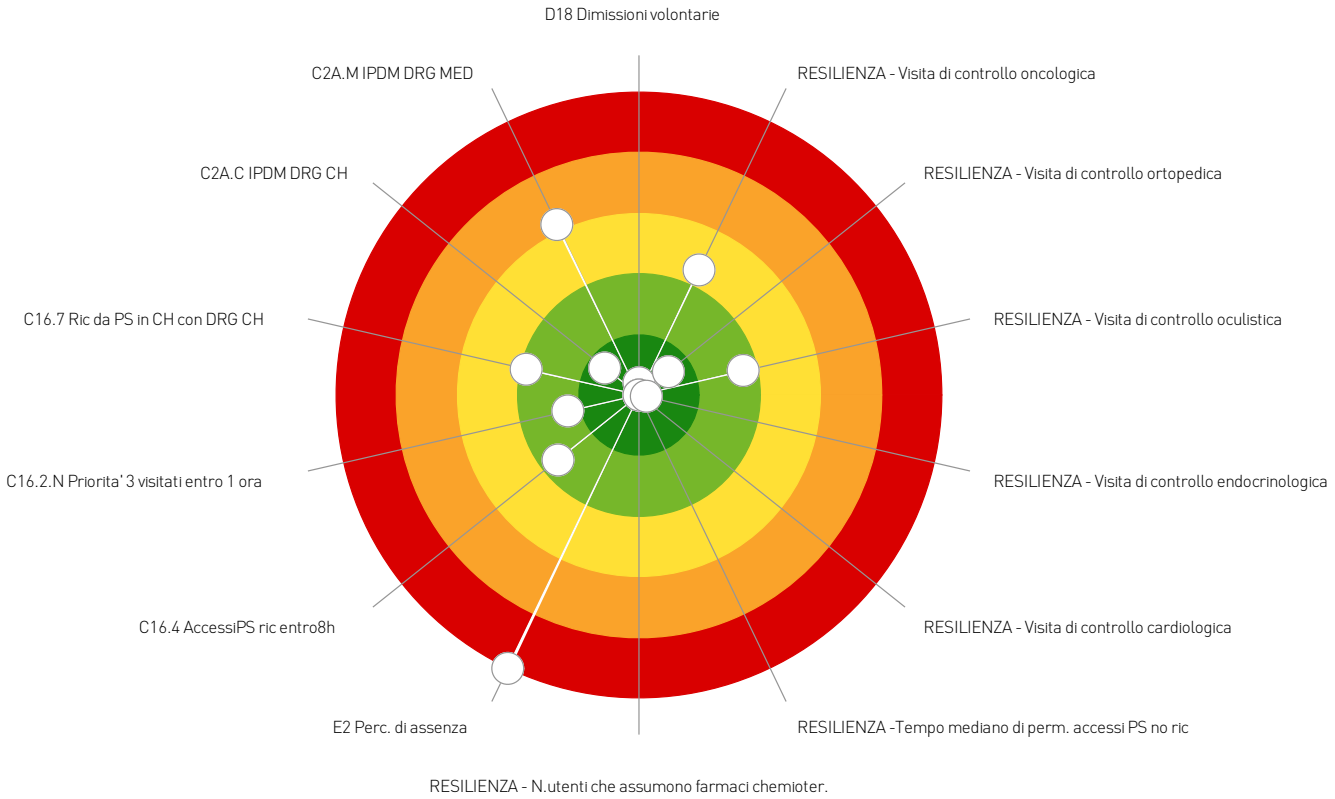
MEYER

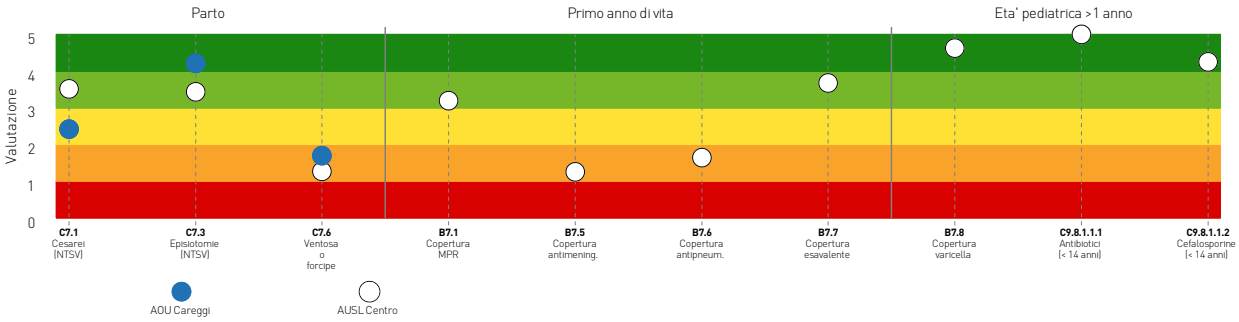
Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

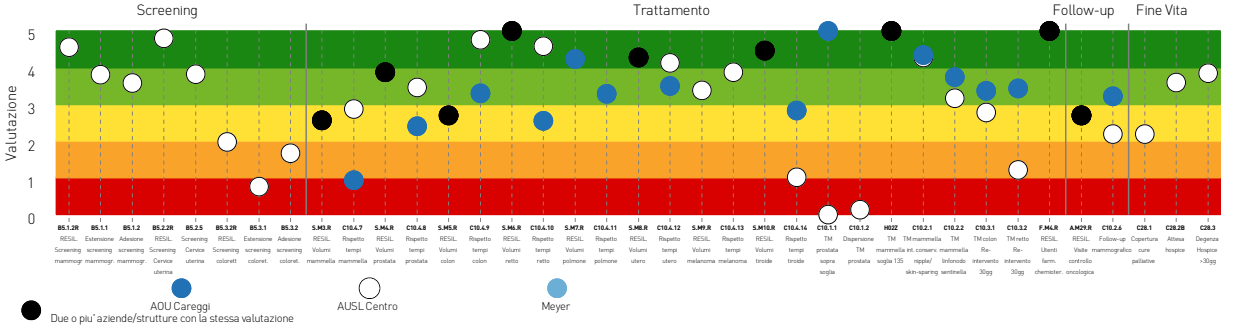
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020

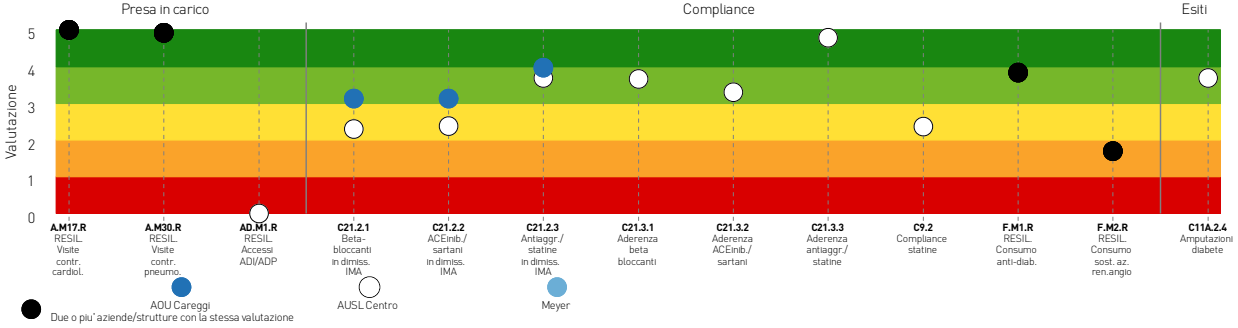




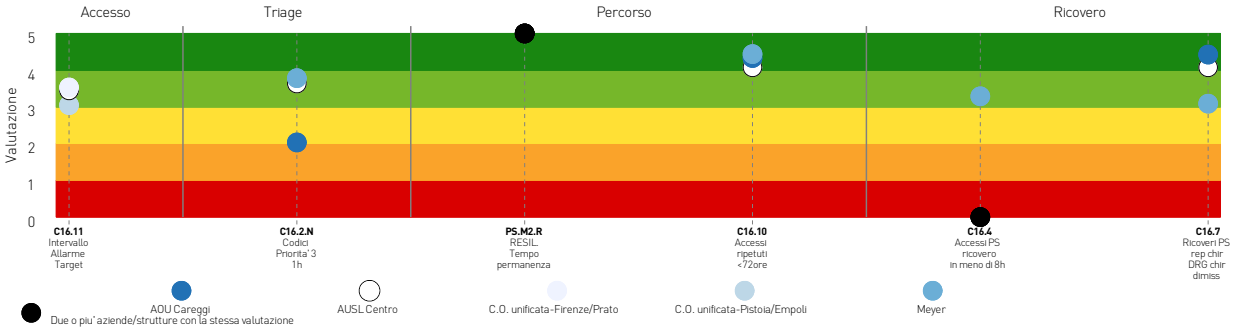
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AUSL NORD OVEST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

A2
Mortalita' per tumori

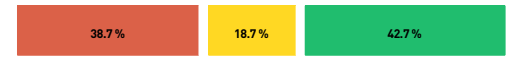
A3
Mortalita' per malattie circolatorie

A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

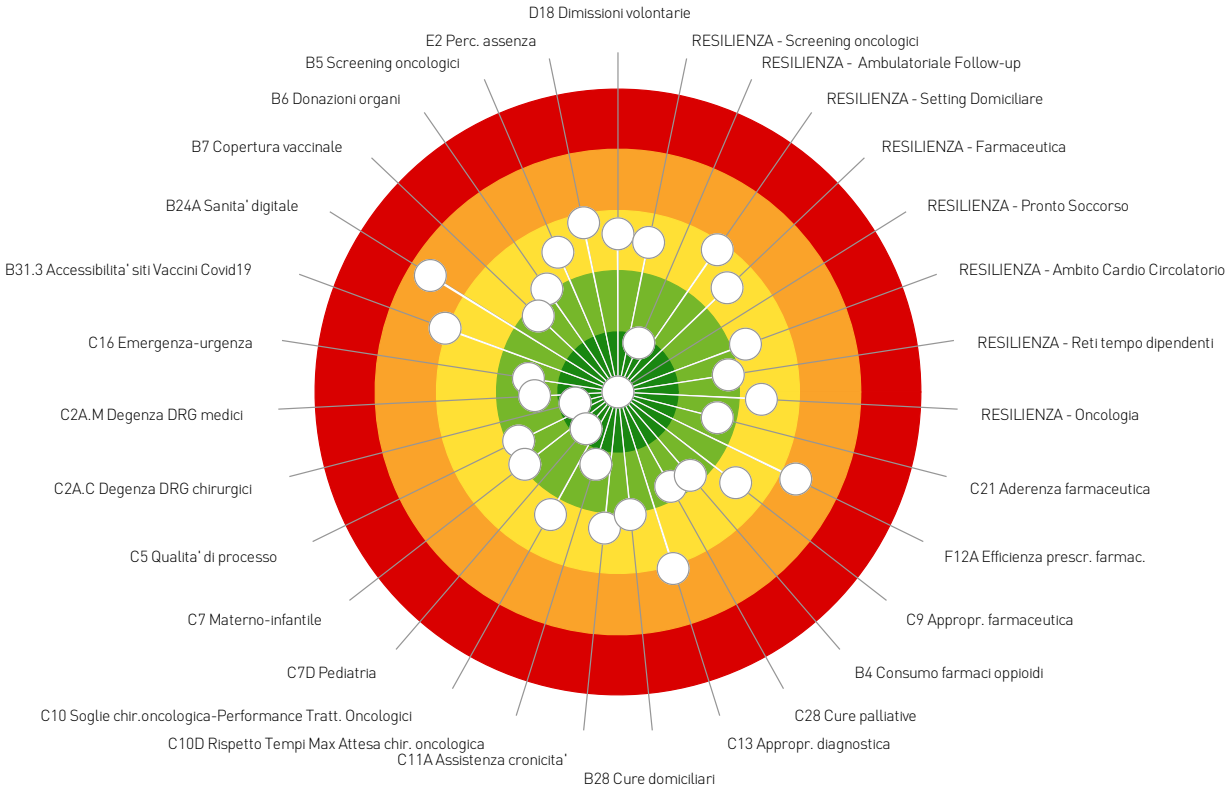
Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 75



Indicatori peggiorati Indicatori stazionari Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020



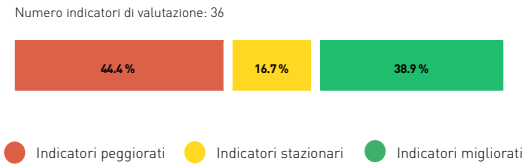
AOU PISANA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



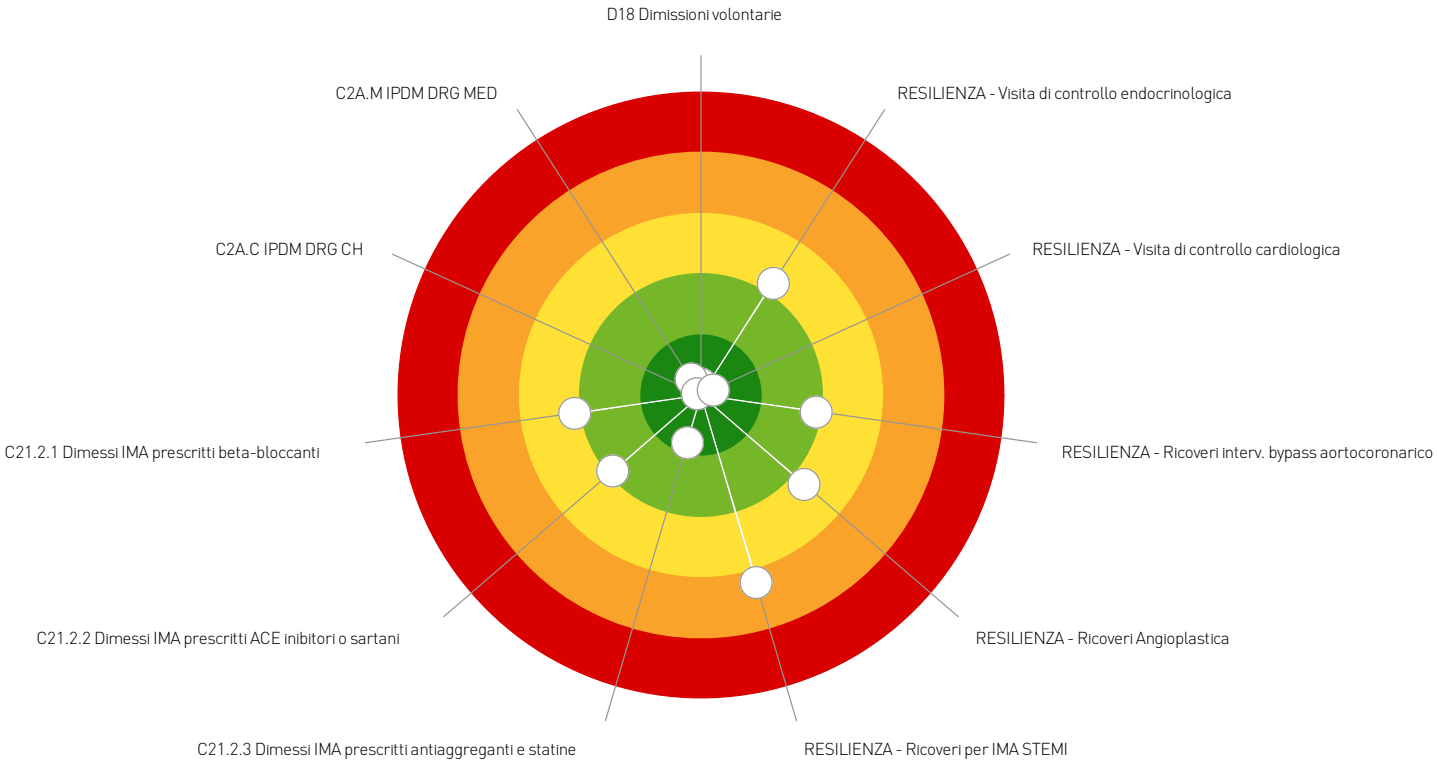
FONDAZIONE MONASTERIO

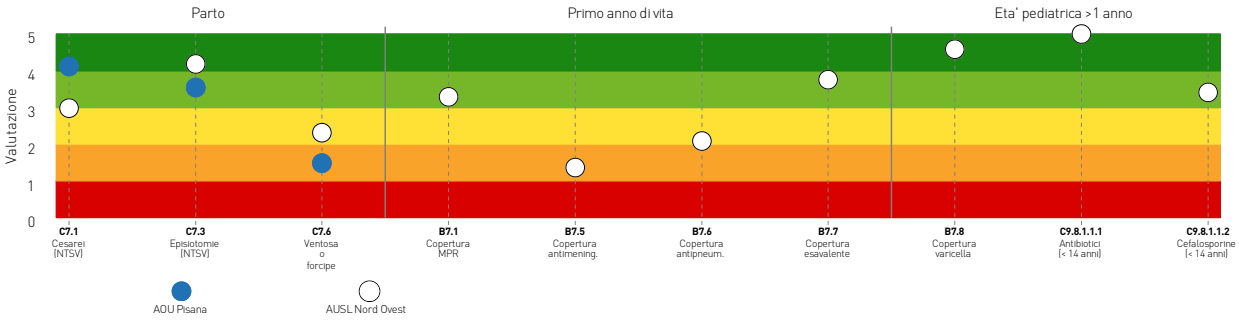
Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

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

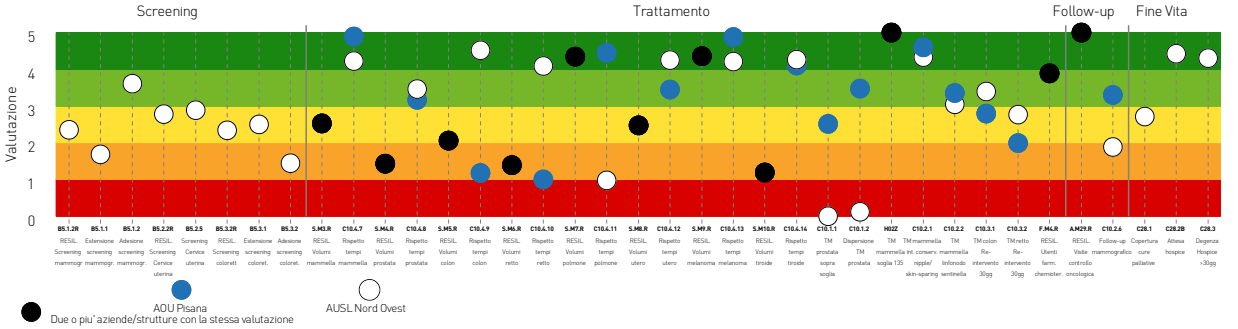
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020

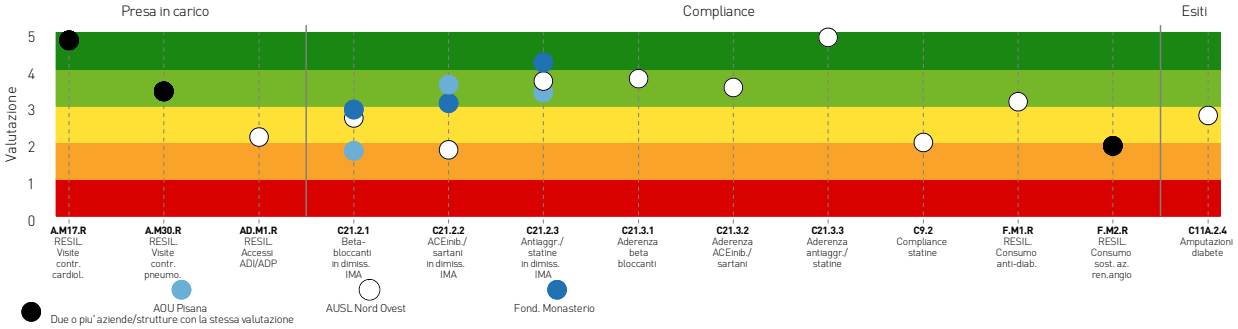




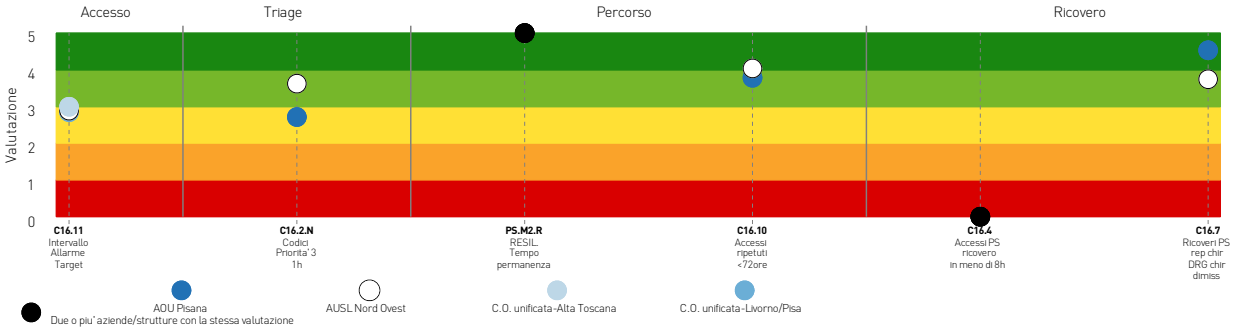
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

AUSL SUD EST

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

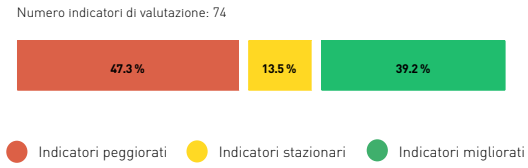
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

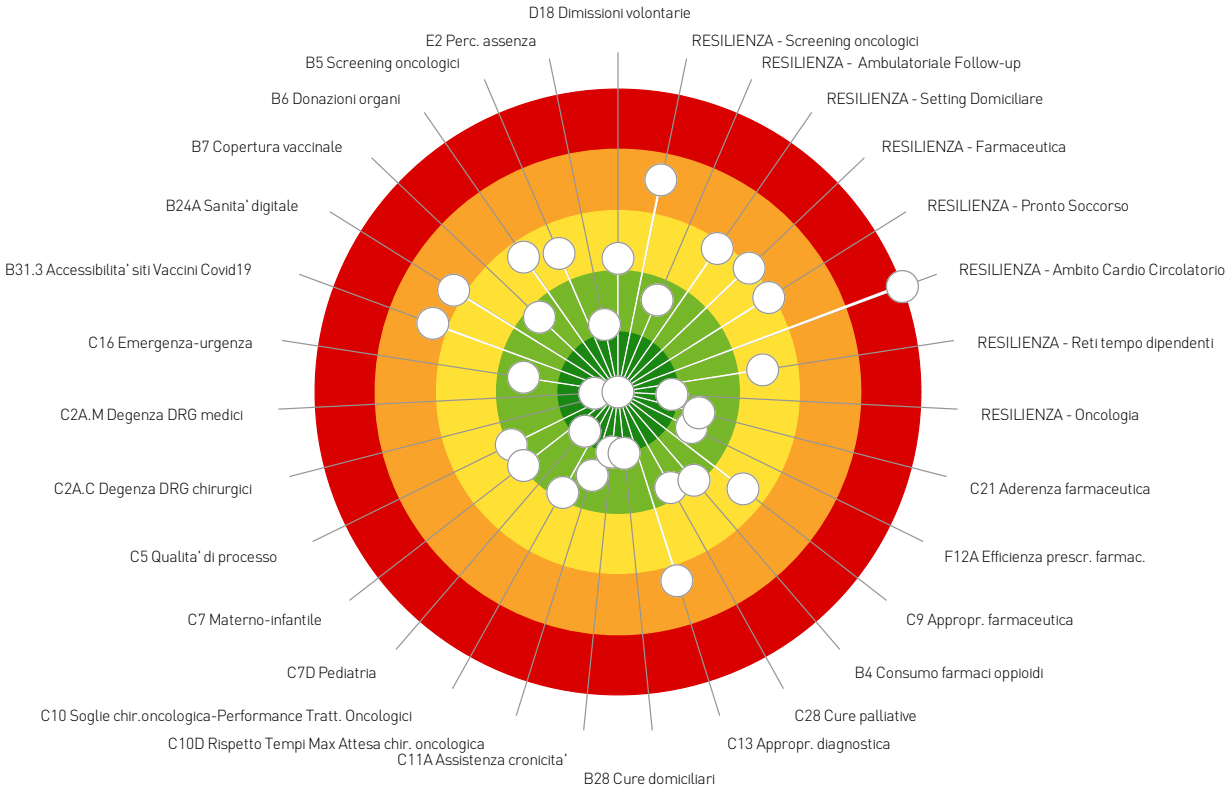
A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



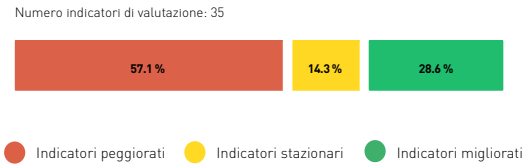
AOU SENESE

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

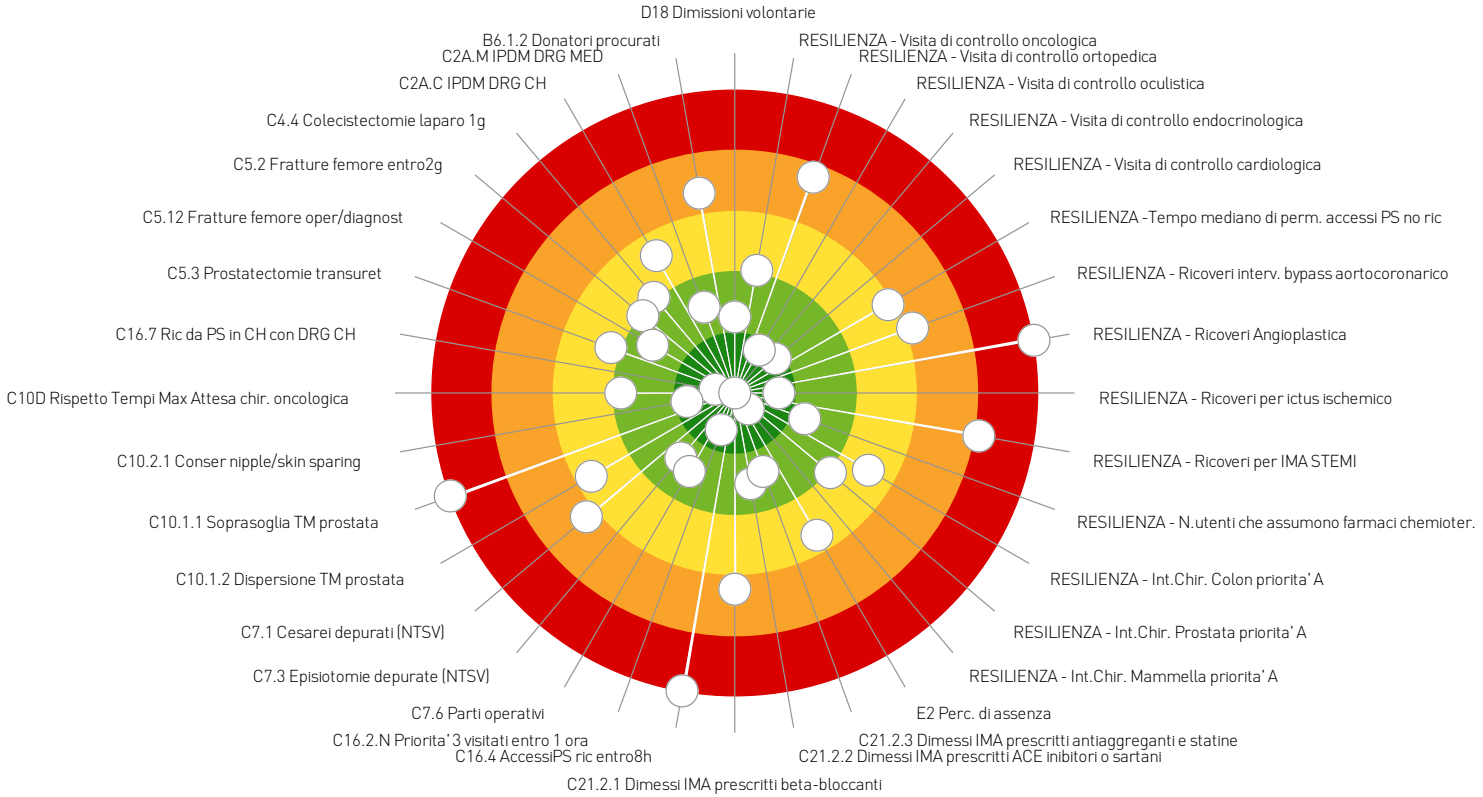
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

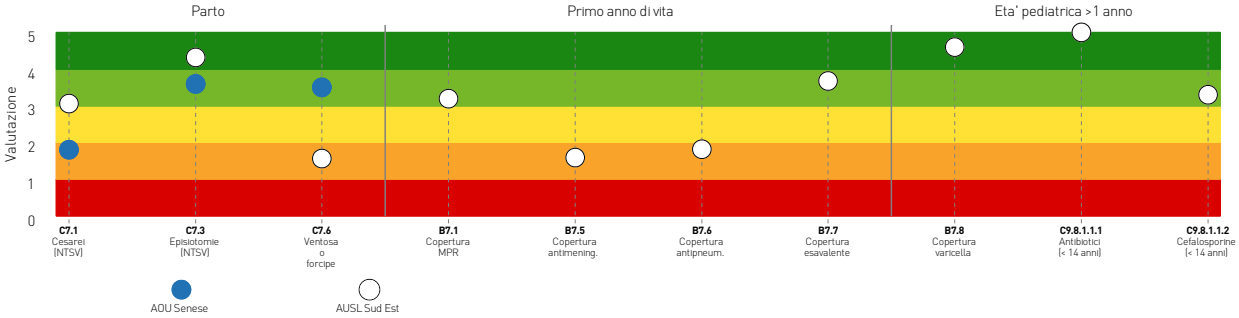
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



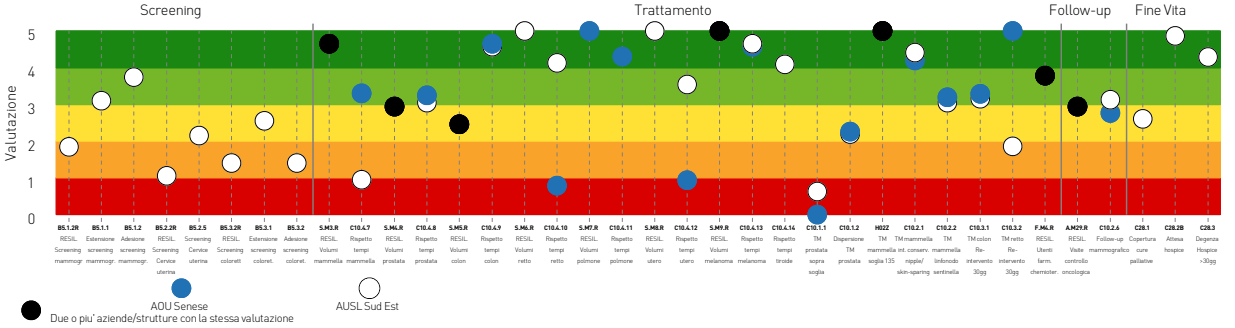
Valutazione della performance 2020



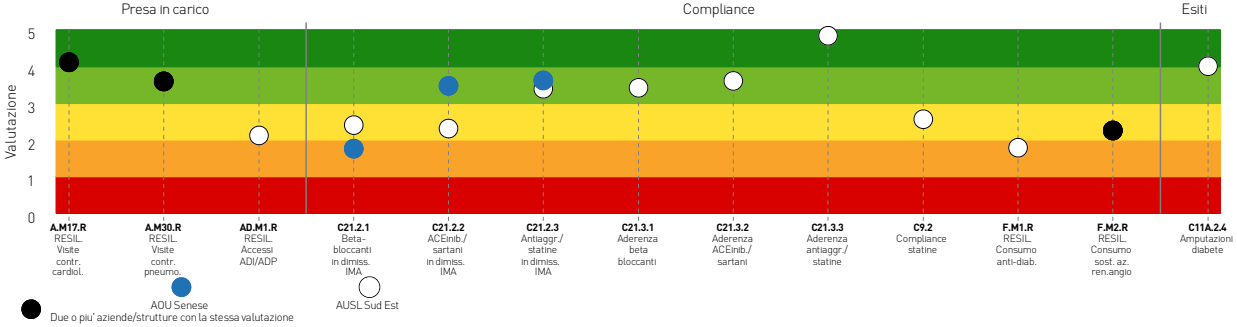
PERCORSO MATERNO INFANTILE



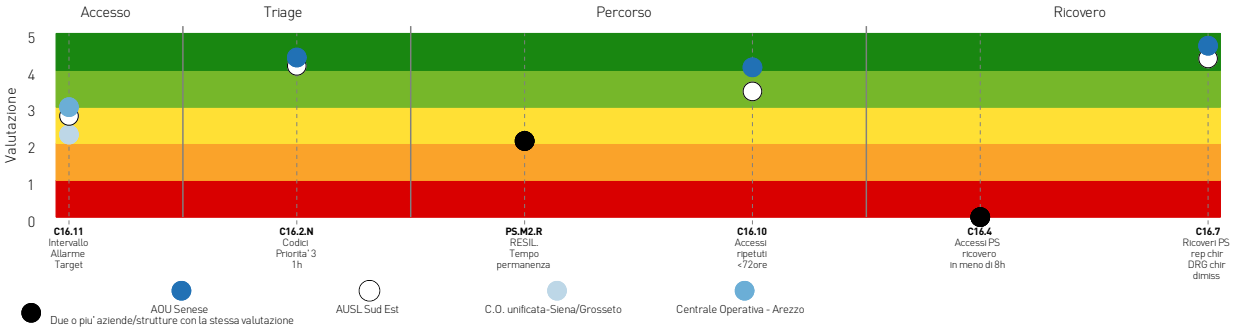
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



P.A. TRENTO



Popolazione: 54.542 abitanti

Densita': 8.78 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

Il sistema sanitario della Provincia autonoma di Trento è costituito da un'unica Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss), le cui articolazioni organizzative fondamentali sono il Servizio ospedaliero provinciale (SOP), il Servizio Territoriale e il Dipartimento di Prevenzione.

LA PERFORMANCE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario trentino ha registrato nel complesso una buona performance per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID"; per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico, la risposta è stata nel complesso buona, pur con alcuni ambiti che meritano attenzione.

Al fine di misurare la capacità di resistenza e di resilienza dei sistemi sanitari regionali rispetto alla situazione pandemica, è stato quest'anno introdotto un nuovo set di indicatori. Questo gruppo restituisce alcune luci e ombre. I volumi di interventi chirurgici oncologici (classe di priorità A) registrano una significativa contrazione rispetto al 2019, soprattutto per i casi di tumore alla mammella (-33.27%), al colon e al retto; i volumi per melanoma e tumore al polmone restano stabili e si registra un leggero incremento dei volumi erogati, rispetto al 2019, per il trattamento di tumore alla tiroide e alla prostata. Marcato il calo dei ricoveri per IMA STEMI (-14%) e per ictus ischemico (-16.43%), così come quello per procedure elettive quali gli interventi di angioplastica (- 19.2%). I tempi mediani di permanenza per accessi ai pronto soccorso trentini sono leggermente più contenuti di quelli del 2019. Relativamente all'erogazione delle visite di controllo ambulatoriali, i risultati della P.A. di Trento sono in linea con quelli del resto del Network, denotando una relativa tenuta rispetto al 2019. Gli accessi domiciliari in ADI/ADP si contraggono solo dello 0.8%, rispetto al 2019 (*best practice* del Network).

L'indagine alla popolazione sulla valutazione dei Servizi Sanitari, svolta dal Laboratorio MeS durante la pandemia da Covid-19, rileva grande soddisfazione da parte dei residenti trentini; si riscontrano elevati livelli di soddisfazione verso i Servizi Sanitari e pochi casi di mancato utilizzo dei Servizi Sanitari a causa dell'indisponibilità dell'offerta.

Per quanto riguarda l'ambito della prevenzione, il livello di copertura vaccinale (non-COVID) è migliorato rispetto all'anno precedente e risulta superiore alla media delle altre Regioni/Province. In particolare, crescono i livelli di copertura per quanto riguarda le vaccinazioni pediatriche; sulla spinta della pandemia, la copertura per vaccino antinfluenzale (individui con più di 65 anni) passa dal 55% del 2019 al 67%. In riferimento alle donazioni di organi, si riscontra un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente, in controtendenza rispetto alle altre Regioni.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è in linea con le altre Regioni/Province e la copertura del territorio, per la quale si registrava un trend in crescita già negli anni precedenti, risulta ulteriormente intensificata rispetto al 2019.

In riferimento al setting ospedaliero, le degenze medie si contraggono ulteriormente rispetto al 2019 (ricoveri ordinari medici), mentre si registra un lieve peggioramento per i ricoveri ordinari chirurgici. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni risulta la più elevata del Network, sebbene in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente (85,7% nel 2019, 81,79% nel 2020). Se la percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore è la più alta del Network (94.5%), la relativamente bassa proporzione di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (54.5%, in linea con il 2019) invita a un supplemento di indagine.

La performance relativa all'efficienza prescrittiva farmaceutica (la propensione verso la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza) è ottima; complessivamente buona l'appropriatezza farmaceutica (l'incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio si conferma la più contenuta del Network), mentre l'aderenza mostra qualche criticità (la percentuale di pazienti infartuati aderenti alla terapia con beta-bloccanti a 90-180 giorni risulta ad esempio la più bassa: 52.7%).

L'attenzione degli operatori verso l'uso dei farmaci oppioidi, essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, è molto buona, anche in riferimento al consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ovvero quelli indicati per il trattamento del dolore severo.

Il percorso materno infantile registra alcune differenze rispetto all'anno precedente, in tutte le fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): in particolare, si evidenzia un aumento – comune a molte altre Regioni – della percentuale di parti assistiti con uso di forcipe o ventosa (+ 13% rispetto al 2019); la percentuale di parti cesarei passa dall'11.4 del 2019 al 14.7% del 2020, confermandosi comunque molto contenuta. Per quanto riguarda il primo anno di vita e il periodo successivo, si riscontra un miglioramento nella copertura per vaccino antipneumococcico, consumo di antibiotici e di cefalosporine in età pediatrica.

L'organizzazione del percorso oncologico è complessivamente buona nelle varie fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita). Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una performance ottima, grazie alla tenuta sia in termini di estensione degli inviti, che in termini di adesioni. Per quanto riguarda gli interventi chirurgici oncologici, è già stato segnalato il marcato calo dei volumi; inoltre, risultano critici i tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumore alla mammella e per melanoma. Risulta invece ottimo il valore associato alla tenuta dei volumi di visite di controllo oncologiche.

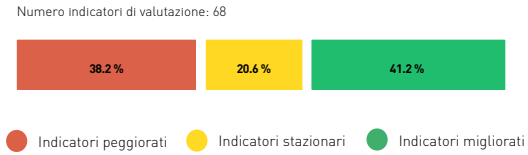
La qualità del percorso emergenza-urgenza è rimasta complessivamente stabile, con un leggero miglioramento nel numero di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro un'ora e di quelli non inviati al ricovero con temi di permanenza entro le 4 ore.

Luci e ombre per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti cronici: molto buona la tenuta delle visite di controllo cardiologiche, a fronte di un calo più marcato di quelle pneumologiche. Se sono già state segnalate le criticità in riferimento alla *compliance* farmaceutica, si aggiunge che l'andamento del volume di prescrizioni per famaci anti-diabetici e per sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina è in linea con le altre Regioni. Il tasso di amputazioni maggiori per diabete (indicatore triennale) si conferma molto contenuto, in ulteriore calo.

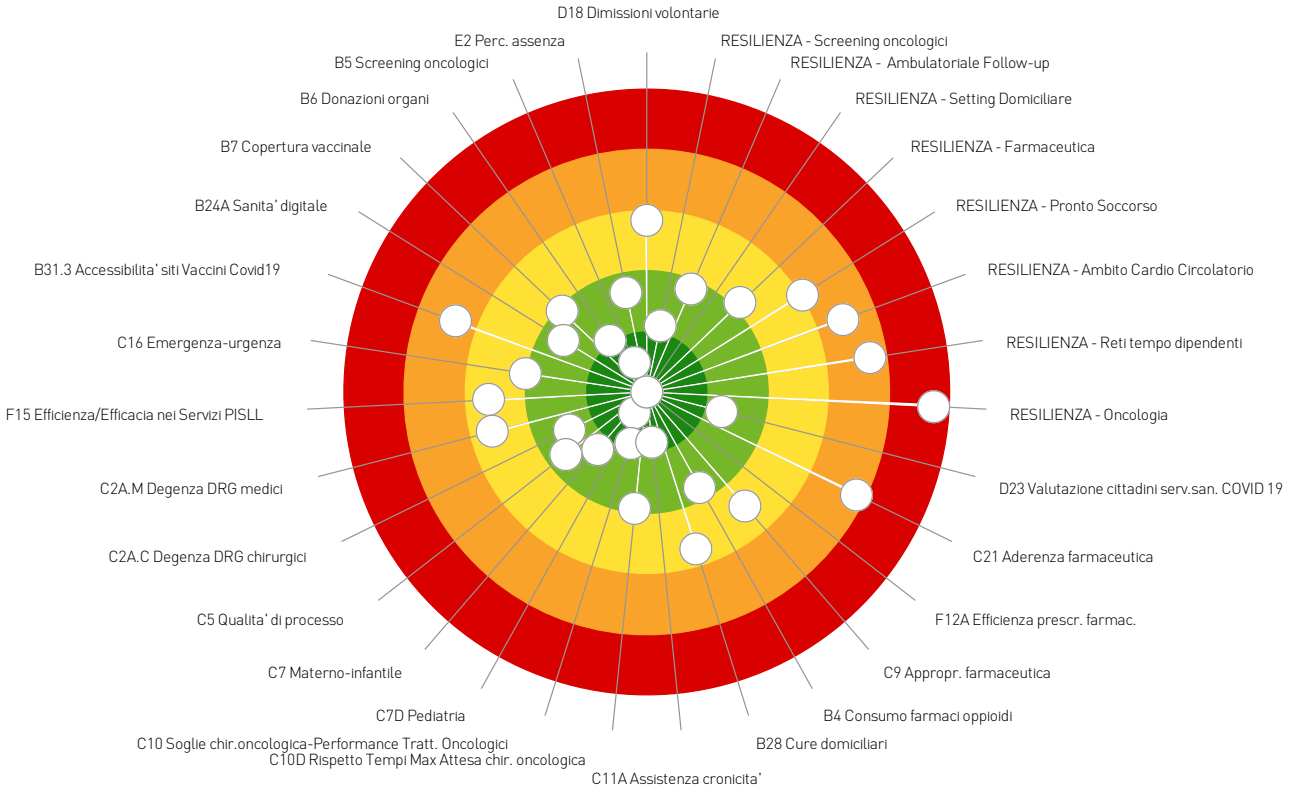
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)



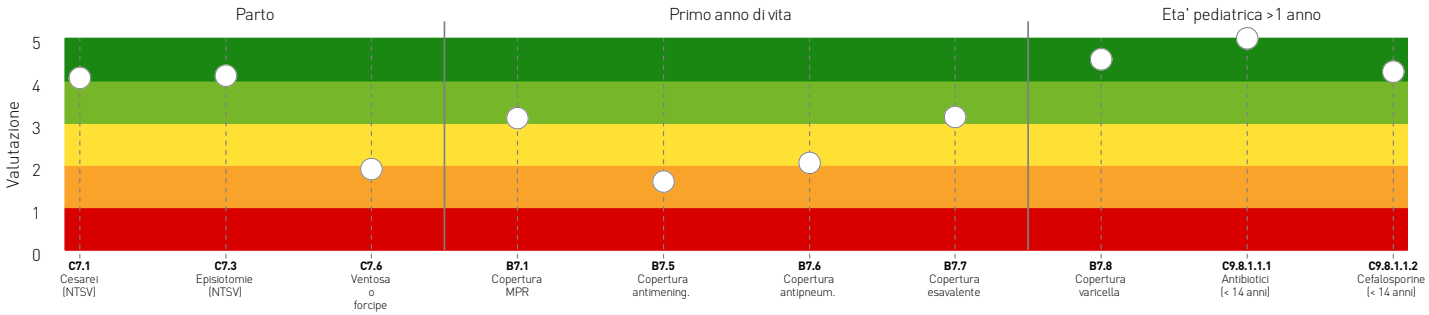
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



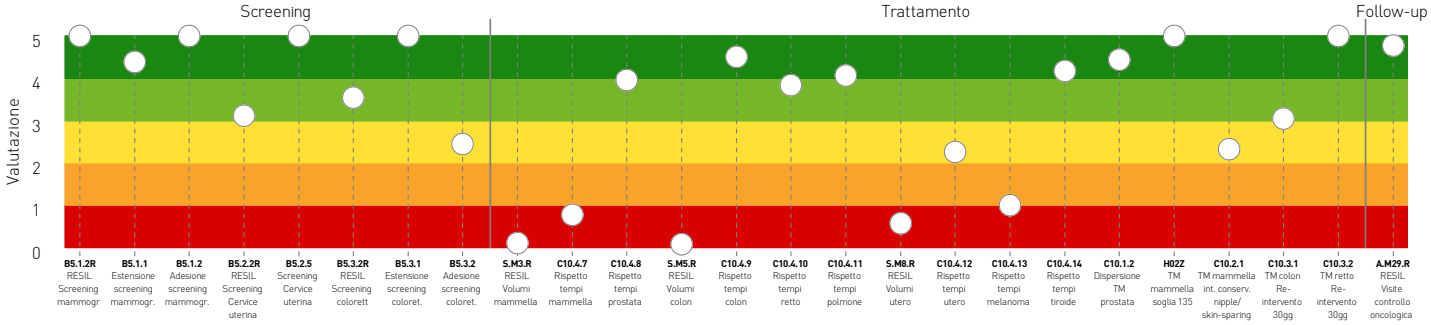
Valutazione della performance 2020



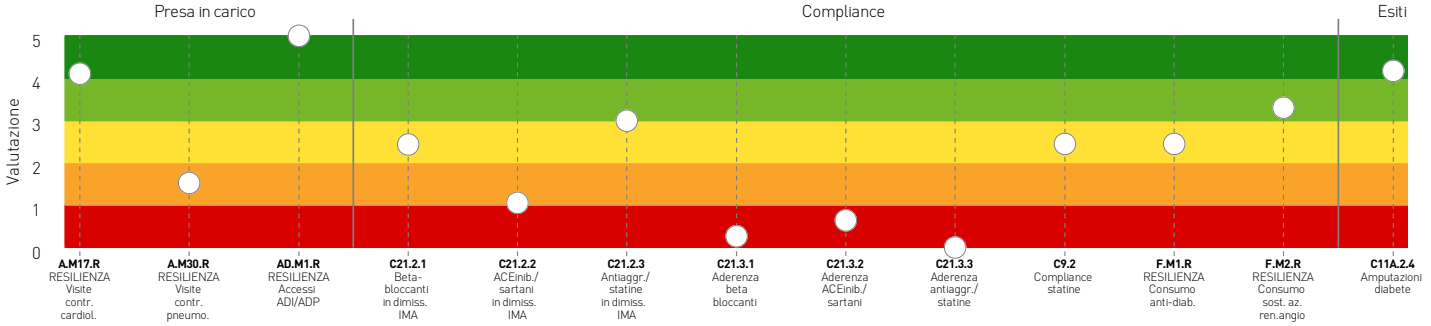
PERCORSO MATERNO INFANTILE



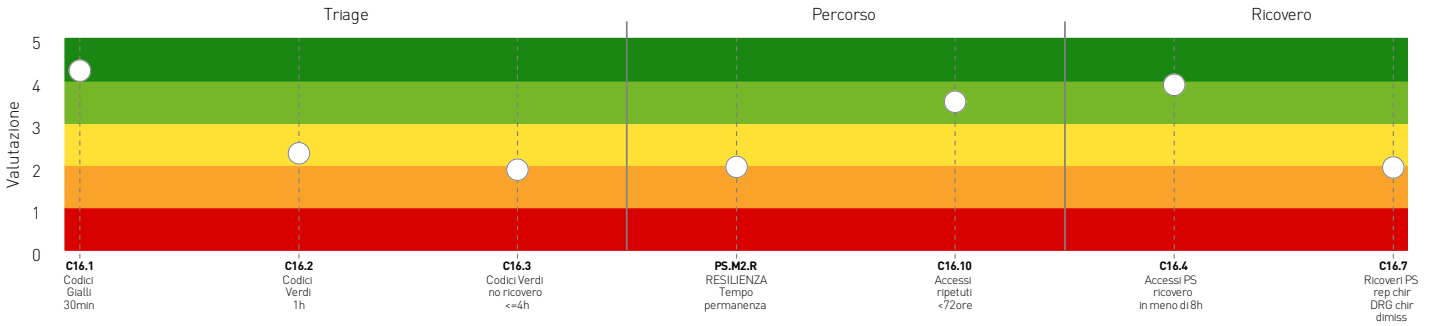
PERCORSO ONCOLOGICO

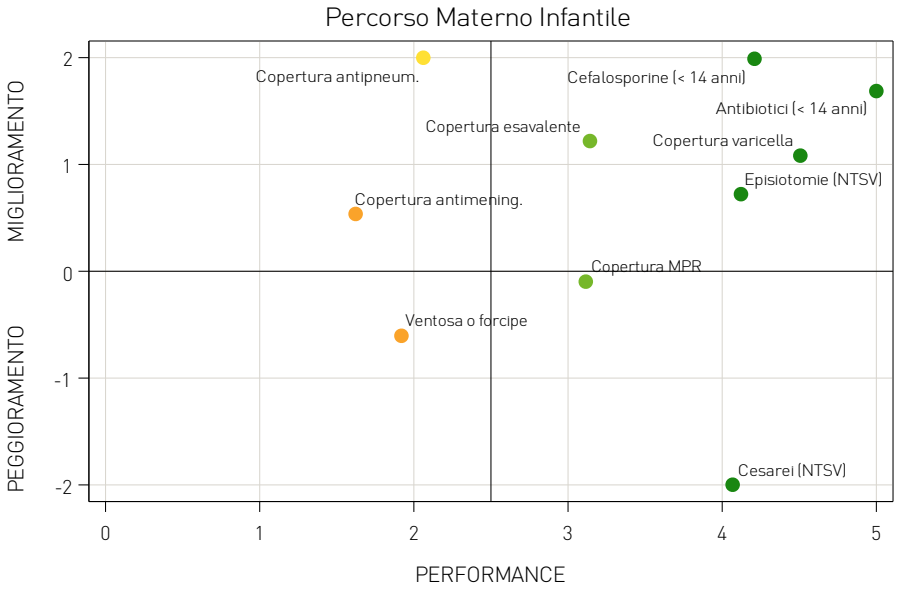


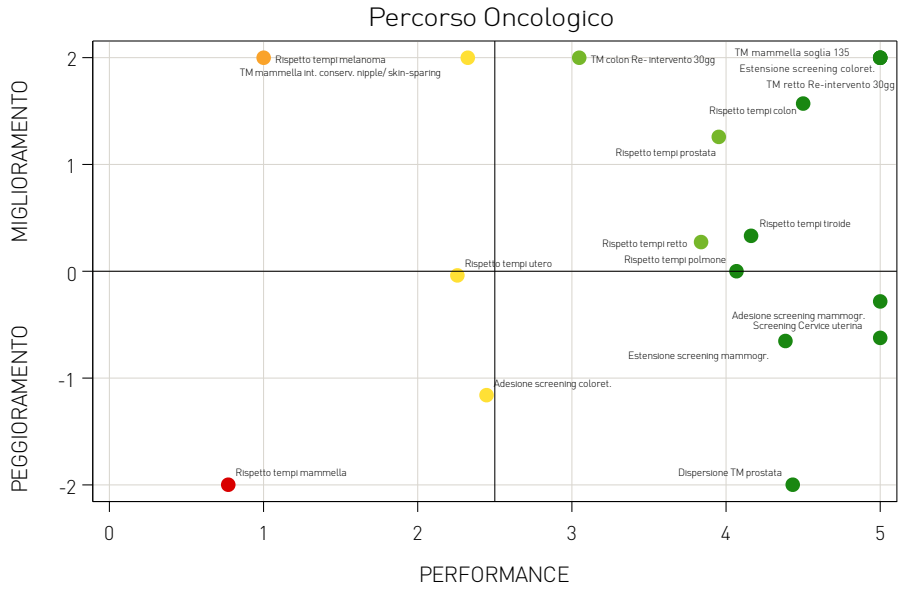
PERCORSO CRONICITÁ

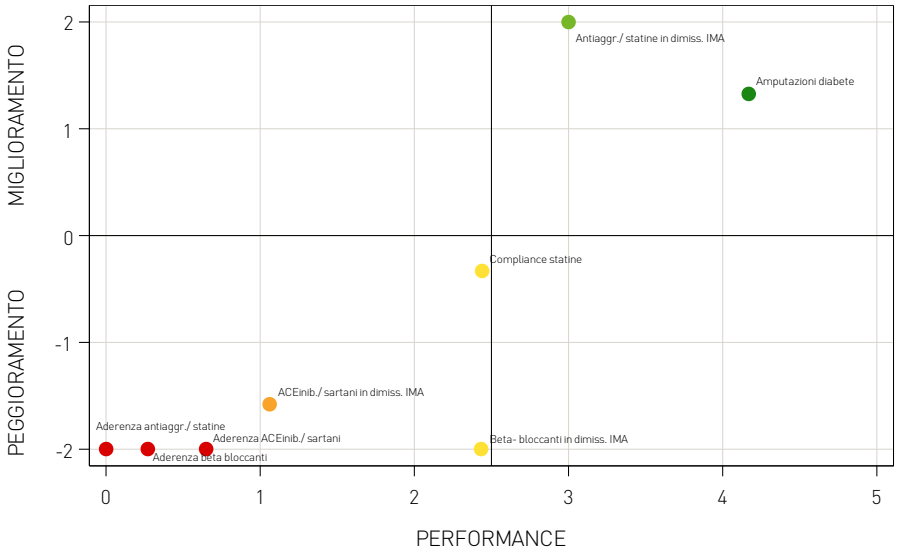


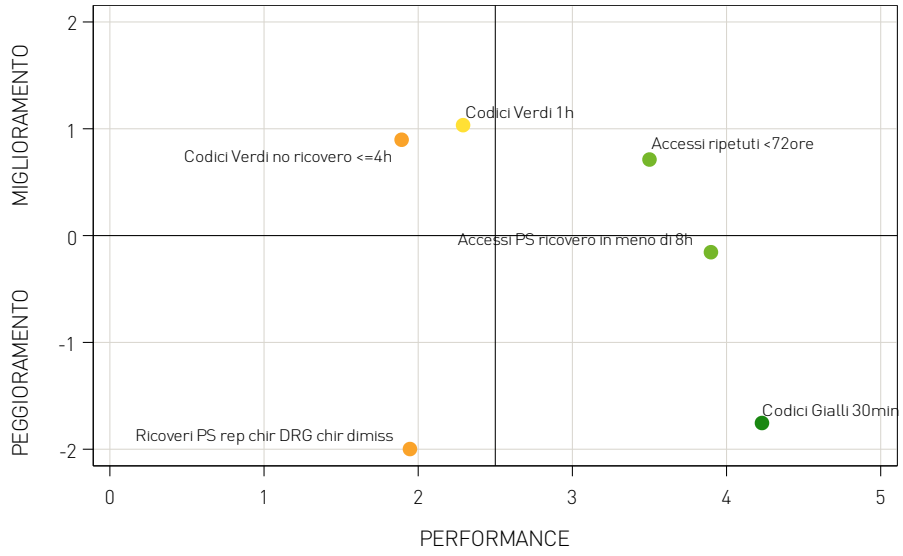
PERCORSO EMERGENZA URGENZA




Percorso Materno Infantile
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Copertura antipneum.
Cefalosporine (< 14 anni)
Antibiotici (< 14 anni)
Copertura esavalente
Copertura varicella
Episiotomie (NTSV)
Copertura antimening.
Copertura MPR
Ventosa o forcipe
Cesarei (NTSV)


Percorso Oncologico
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Rispetto tempi melanoma
TM mammella int. conserv. nipple/ skin-sparing
TM colon Re- intervento 30gg
TM mammella soglia 135
Estensione screening coloret.
TM retto Re-intervento 30gg
Rispetto tempi colon
Rispetto tempi prostata
Rispetto tempi tiroide
Rispetto tempi retto
Rispetto tempi utero
Rispetto tempi polmone
Adesione screening mammogr.
Screening Cervice uterina
Estensione screening mammogr.
Adesione screening coloret.
Rispetto tempi mammella
Dispersione TM prostata


Percorso Cronicita'
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Antiaggr./ statine in dimiss. IMA
Amputazioni diabete
Compliance statine
ACEinib./ sartani in dimiss. IMA
Aderenza antiaggr./ statine
Aderenza ACEinib./ sartani
Aderenza beta bloccanti
Beta- bloccanti in dimiss. IMA

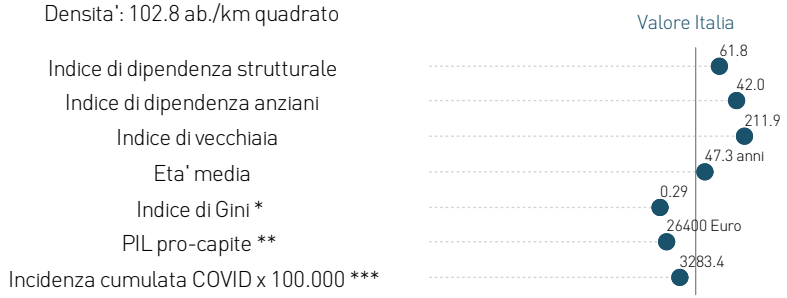

Percorso Emergenza Urgenza
MIGLIORAMENTO
PEGGIORAMENTO
PERFORMANCE
Codici Verdi 1h
Codici Verdi no ricovero <=4h
Accessi ripetuti <72ore
Accessi PS ricovero in meno di 8h
Codici Gialli 30min
Ricoveri PS rep chir DRG chir dimiss

UMBRIA



Popolazione: 870.165 abitanti

Densita': 102.8 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

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

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE UMBRIA

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario umbro ha registrato nel complesso una performance media, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

Con particolare riferimento alla situazione pandemica da COVID-19, la Regione Umbria ha dimostrato una buona capacità di resilienza e resistenza rispetto agli shock esterni, misurata da un set di indicatori appositamente introdotti nella valutazione. Tra questi, il livello di contrazione degli interventi chirurgici oncologici per Classe di Priorità A è complessivamente nella media. Più marcate le riduzioni nell'erogazione di visite di controllo, soprattutto endocrinologiche, oculistiche e fisiatriche. In riferimento alle reti tempo dipendenti, a una marcata riduzione dei ricoveri per IMA STEMI fa da contrappunto una sostanziale tenuta per ricoveri per ictus ischemico. Per quanto riguarda l'attività elettiva, è limitata la contrazione degli interventi di angioplastica mentre è marcata quella per bypass aortocoronarico. Gli accessi domiciliari in ADI/ADP si riducono dell'11%, un valore in media con le altre Regioni, mentre il tempo mediano di permanenza per accessi al pronto soccorso non inviati al ricovero si riduce del 6.7%.

L'indagine alla popolazione sulla valutazione dei Servizi Sanitari, svolta dal Laboratorio MeS durante la pandemia da Covid-19, rileva una situazione complessivamente buona; si riscontrano elevati livelli di soddisfazione verso i Servizi Sanitari (il 67.6% dei rispondenti si dichiara soddisfatto); la percentuale di rispondenti che dichiara di aver evitato di usufruire di servizi sanitari pur avendone bisogno a causa di indisponibilità dell'offerta è nella media (24% del campione).

Per quanto riguarda la risposta del *setting* ospedaliero, la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni segna un calo marcato rispetto all'anno precedente (66.3% nel 2019, 57% nel 2020). Superiore alla media (91.3%) la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza inferiore alle 8 ore. La percentuale di dimissioni volontarie, considerata come *proxy* della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera, è in linea con il 2019 e in media con i valori registrati nelle altre Regioni.

La proporzione di pazienti che ripete una risonanza magnetica lombare entro 12 mesi dalla precedente si contrae significativamente (11.1% nel 2018 e nel 2019; 9.3% nel 2020), pur restando superiore alla media, così come il tasso di RM muscolo-scheletriche per pazienti anziani.

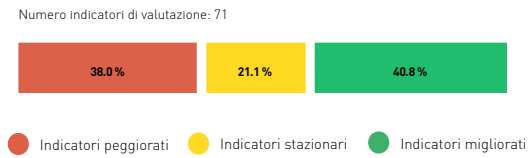
Relativamente all'ambito farmaceutico, la Regione Umbria mostra un continuo, ma costante miglioramento sia in termini di appropriatezza, sia in termini di *compliance* e di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore). Si conferma elevato e in crescita il consumo di antidepressivi.

Nel percorso cronicità, complessivamente nella media la fase della "presa in carico" (più marcata della media solo la contrazione delle visite di controllo cardiologiche), così come quella della "compliance" e gli "esiti".

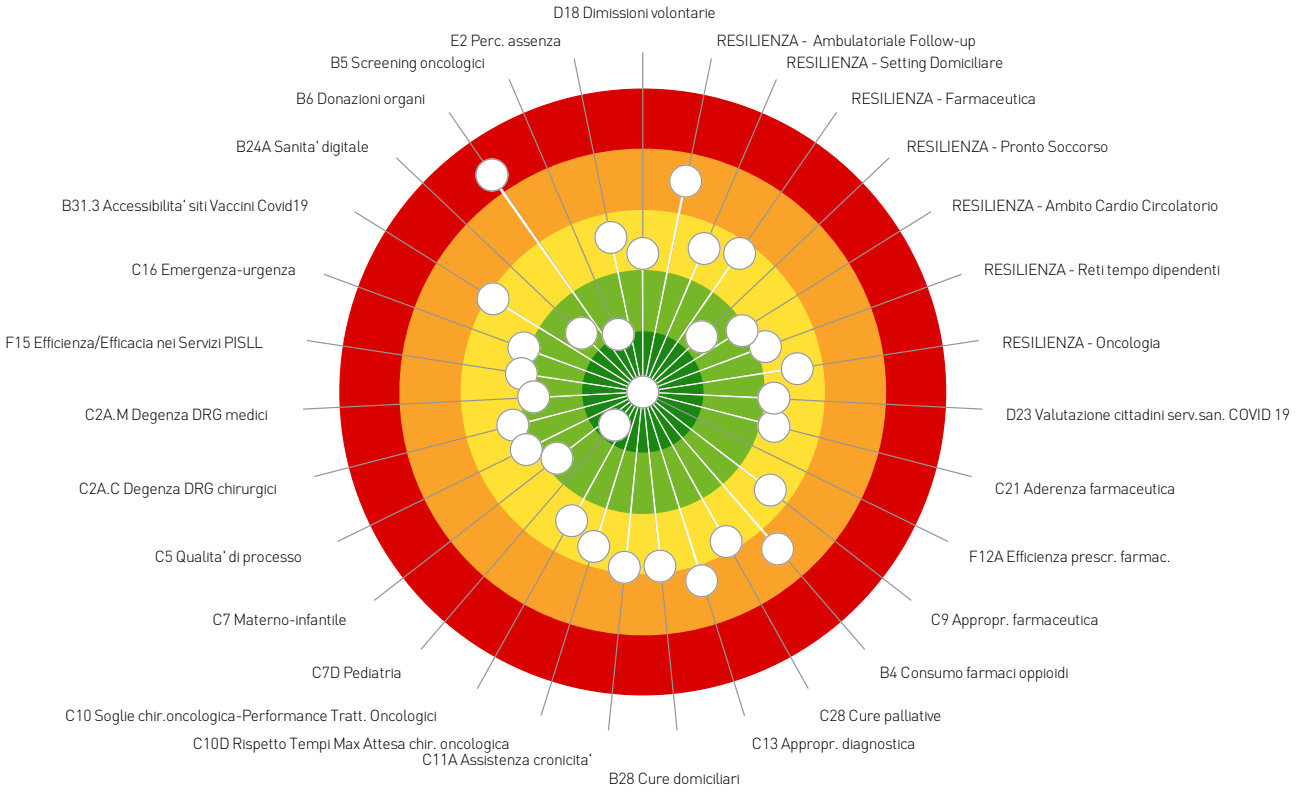
Venendo al percorso oncologico, spicca l'ottima tenuta del sistema per quanto riguarda gli screening. Più eterogenea la performance nella fase del trattamento: a valori ottimi e in linea con quelli del 2019 per i tempi di attesa per interventi chirurgici per tumore all'utero e melanoma, si contrappongono alcune performance non eccelse, relative ad esempio ai tempi di attesa per il trattamento di tumore alla mammella o alla prostata. Complessivamente nella media la gestione del follow-up e del fine vita

Il percorso emergenza-urgenza, nella fase di gestione del triage, mantiene una performance sostanzialmente inalterata rispetto al 2019, con tempi di attesa al PS nella media. Ottimo il risultato circa la percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore, afferente alla fase del "percorso".

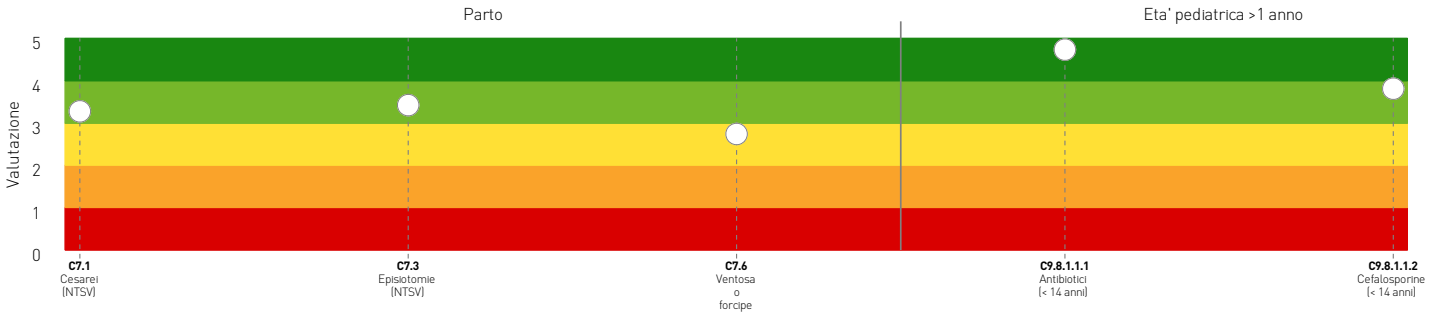
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



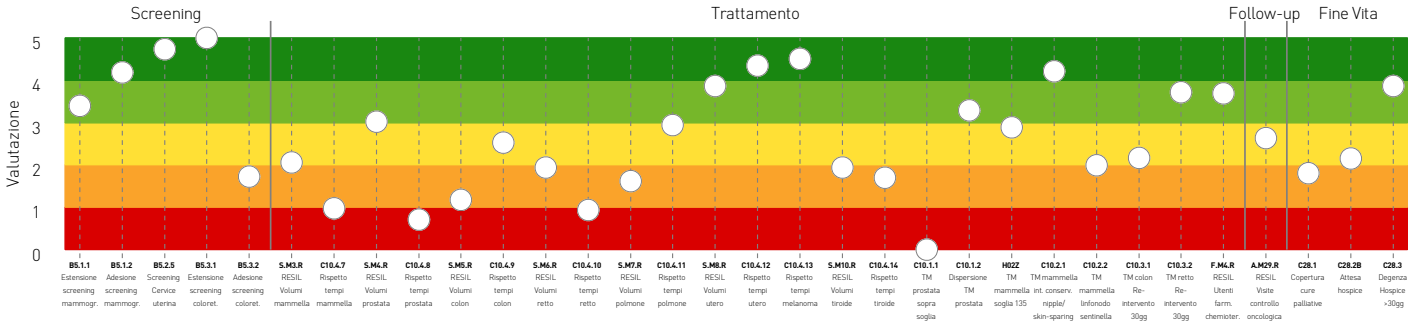
Valutazione della performance 2020



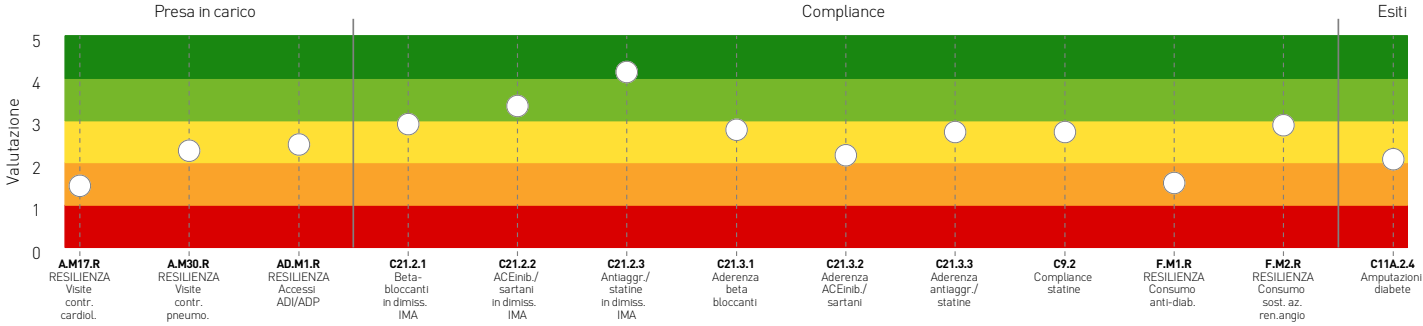
PERCORSO MATERNO INFANTILE



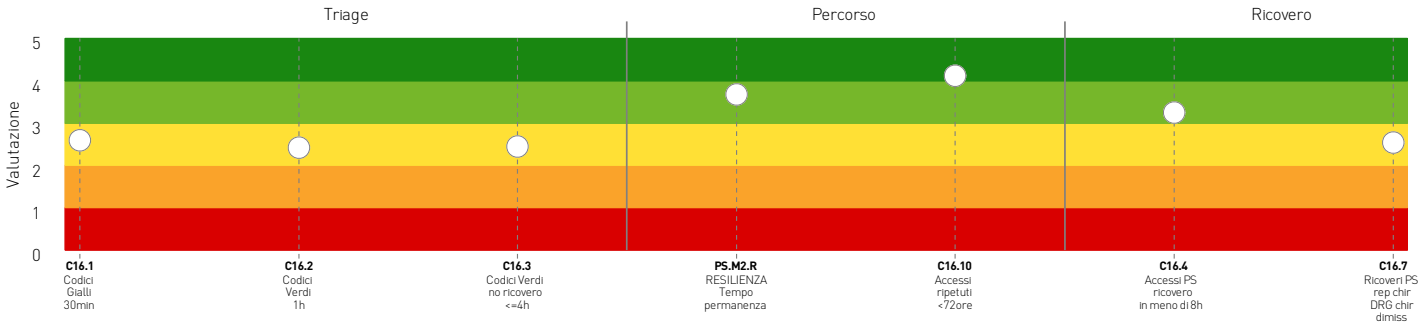
PERCORSO ONCOLOGICO



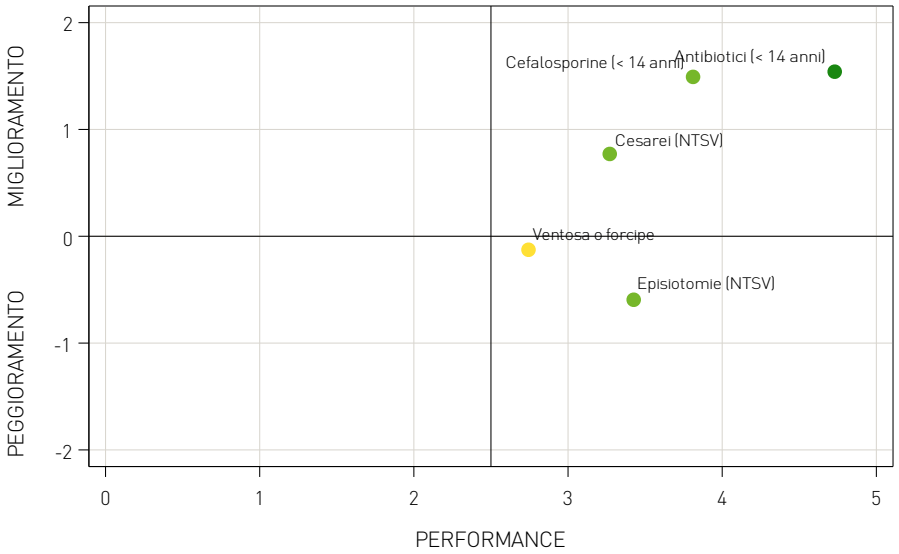
PERCORSO CRONICITÁ



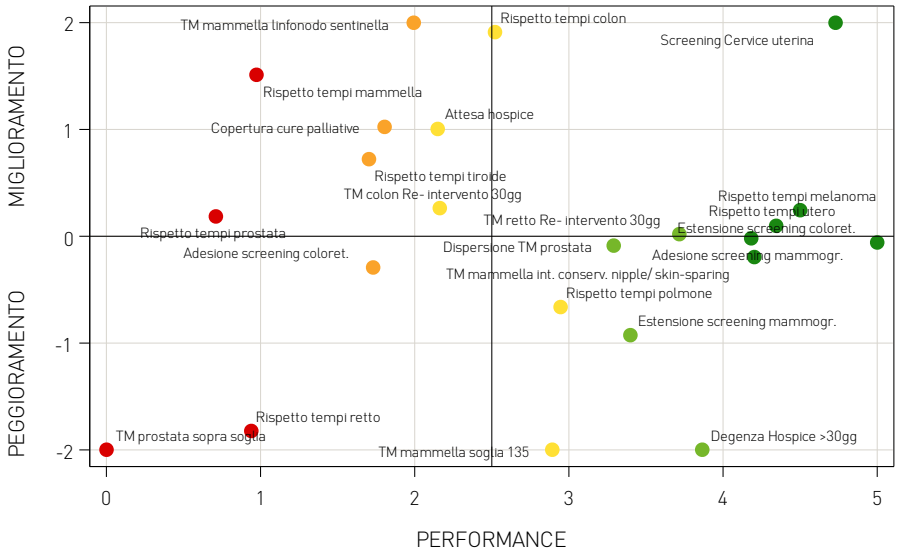
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



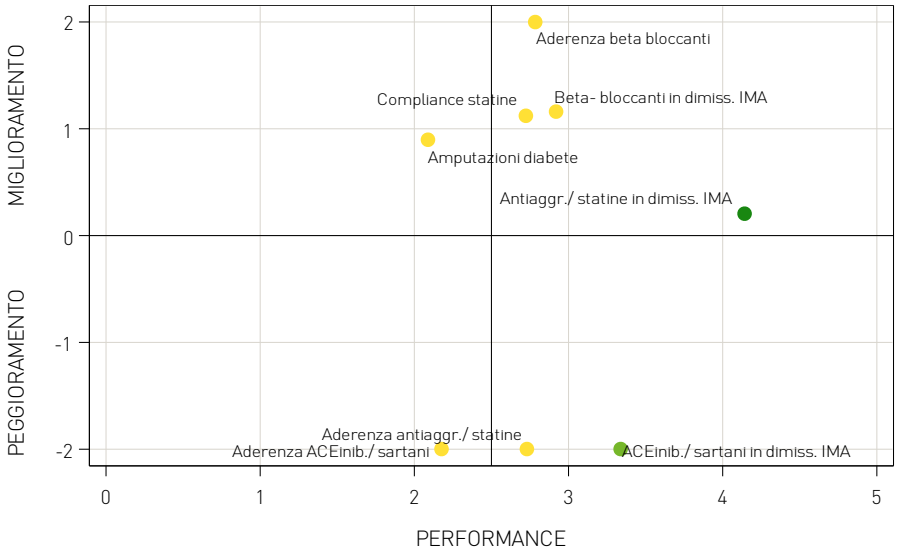
Percorso Materno Infantile



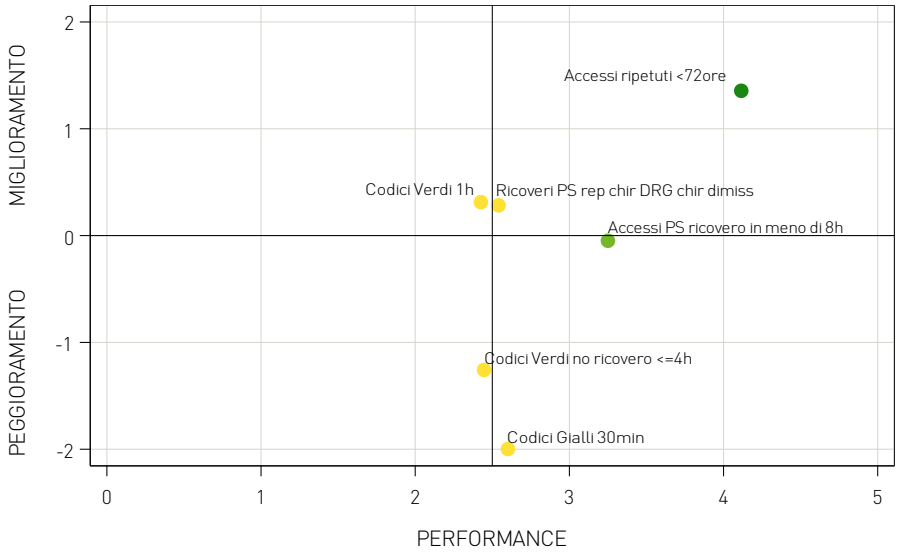
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'

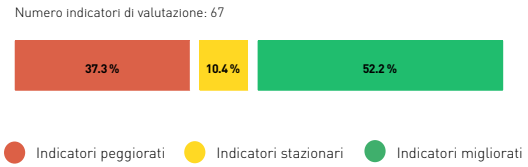


Percorso Emergenza Urgenza

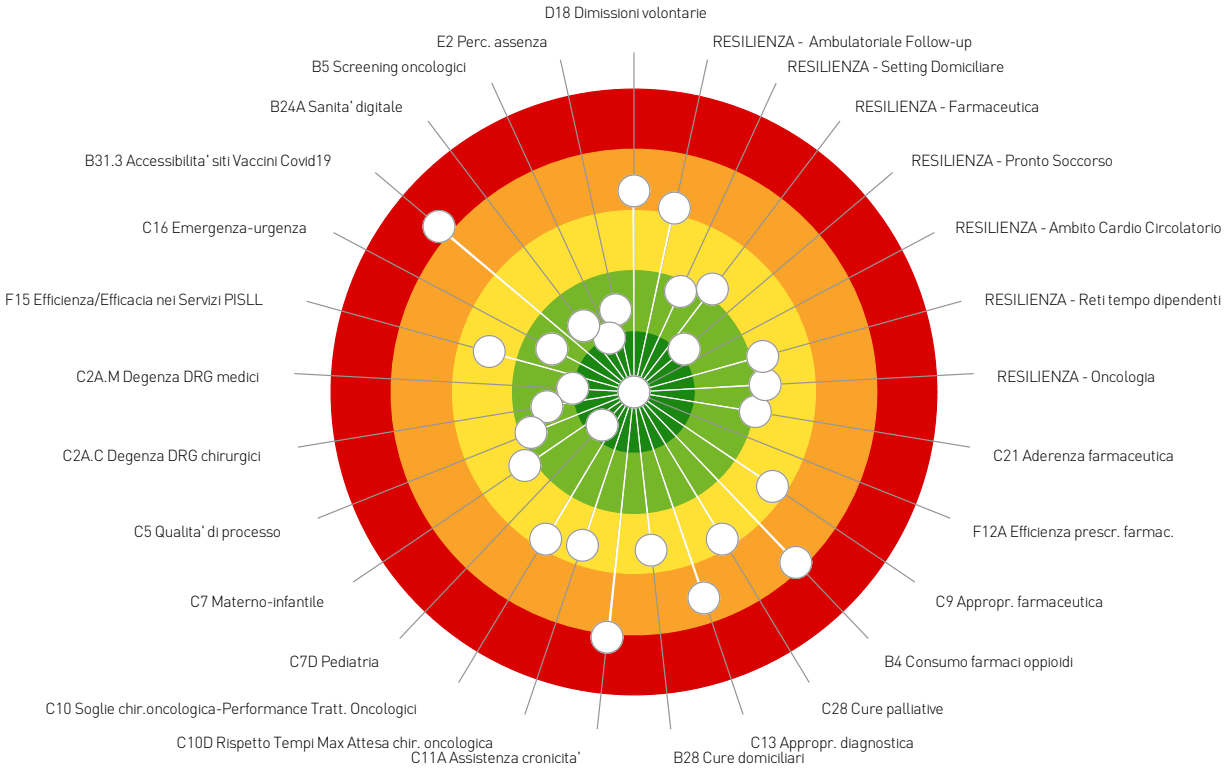


USL UMBRIA 1

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



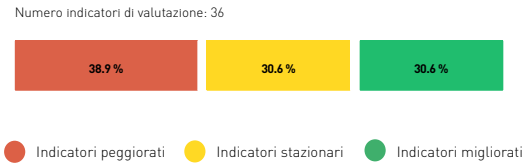
AO PERUGIA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

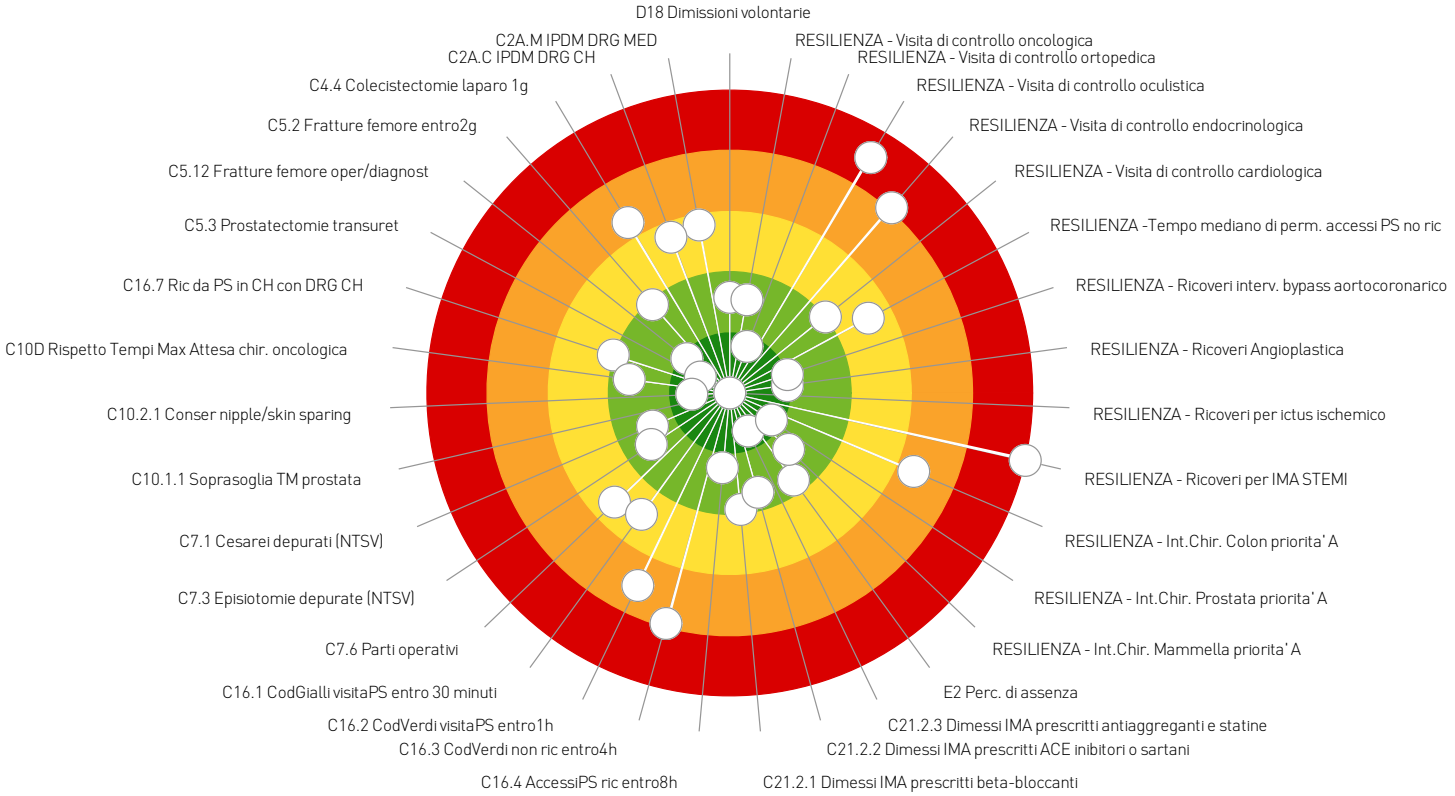
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

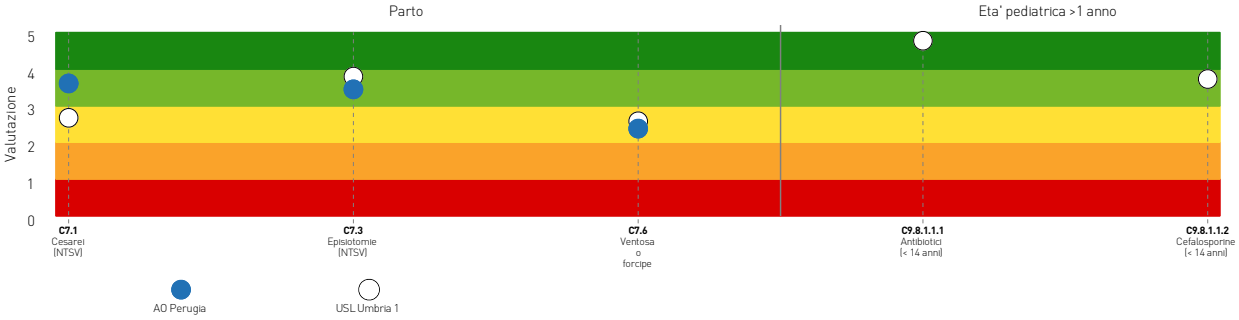
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



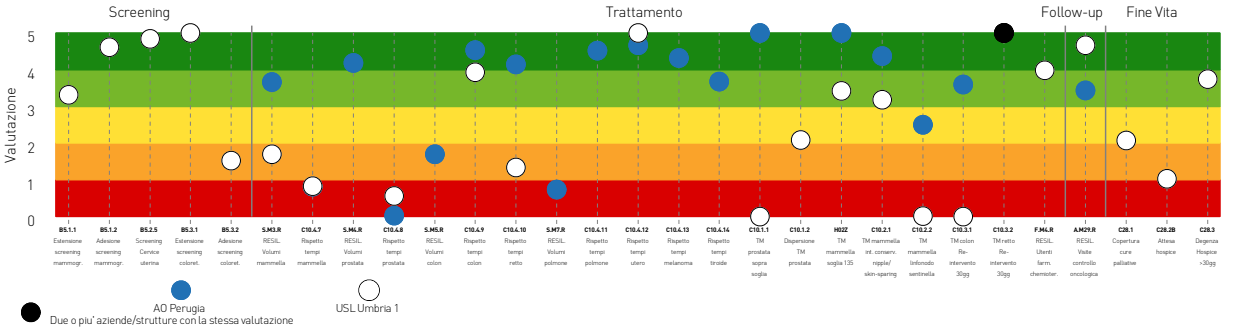
Valutazione della performance 2020



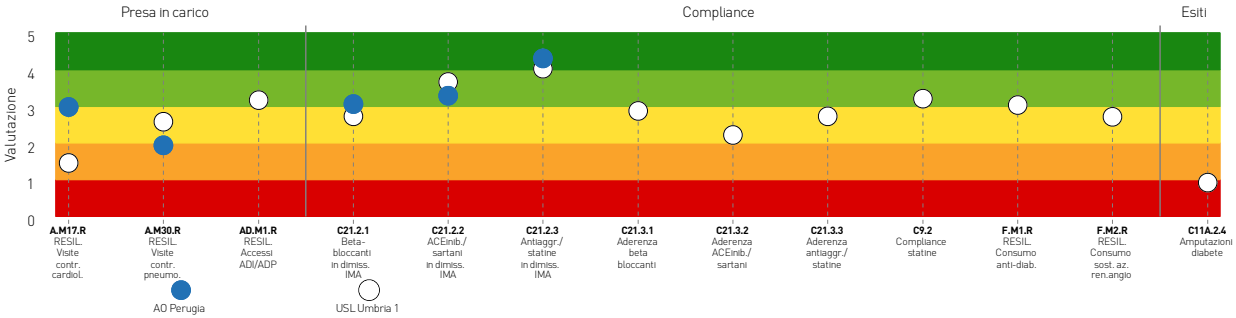
PERCORSO MATERNO INFANTILE



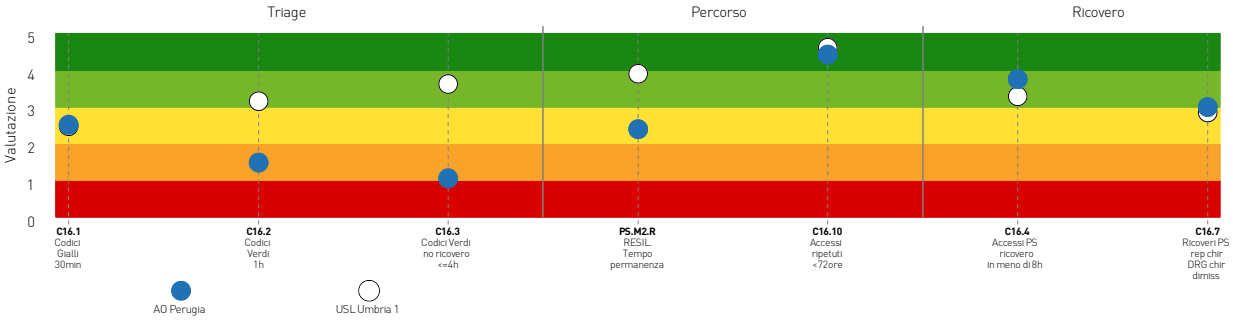
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ

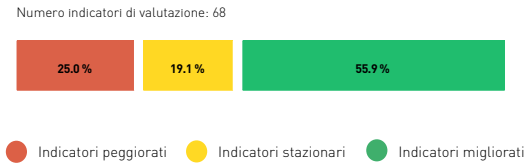


PERCORSO EMERGENZA URGENZA

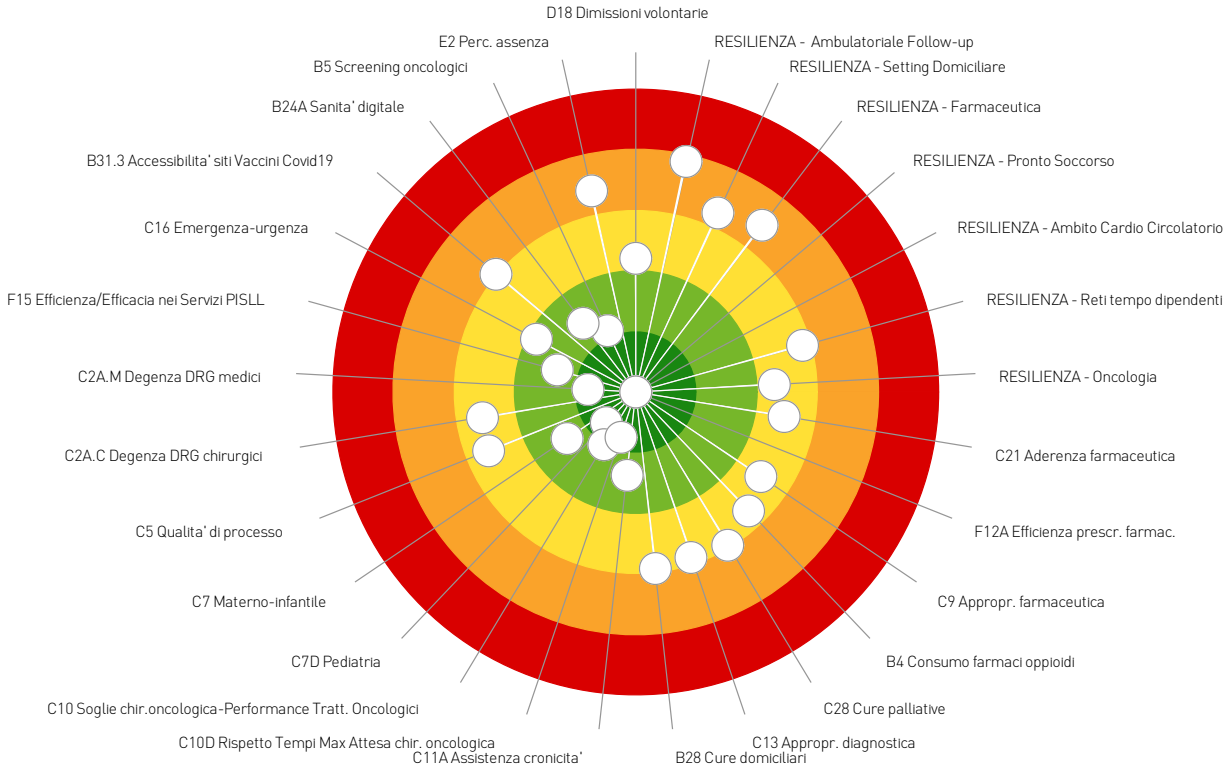


USL UMBRIA 2

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



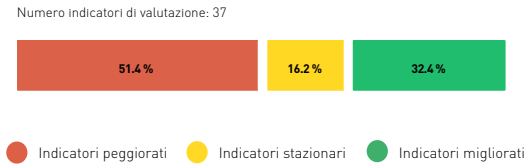
AO TERNI

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

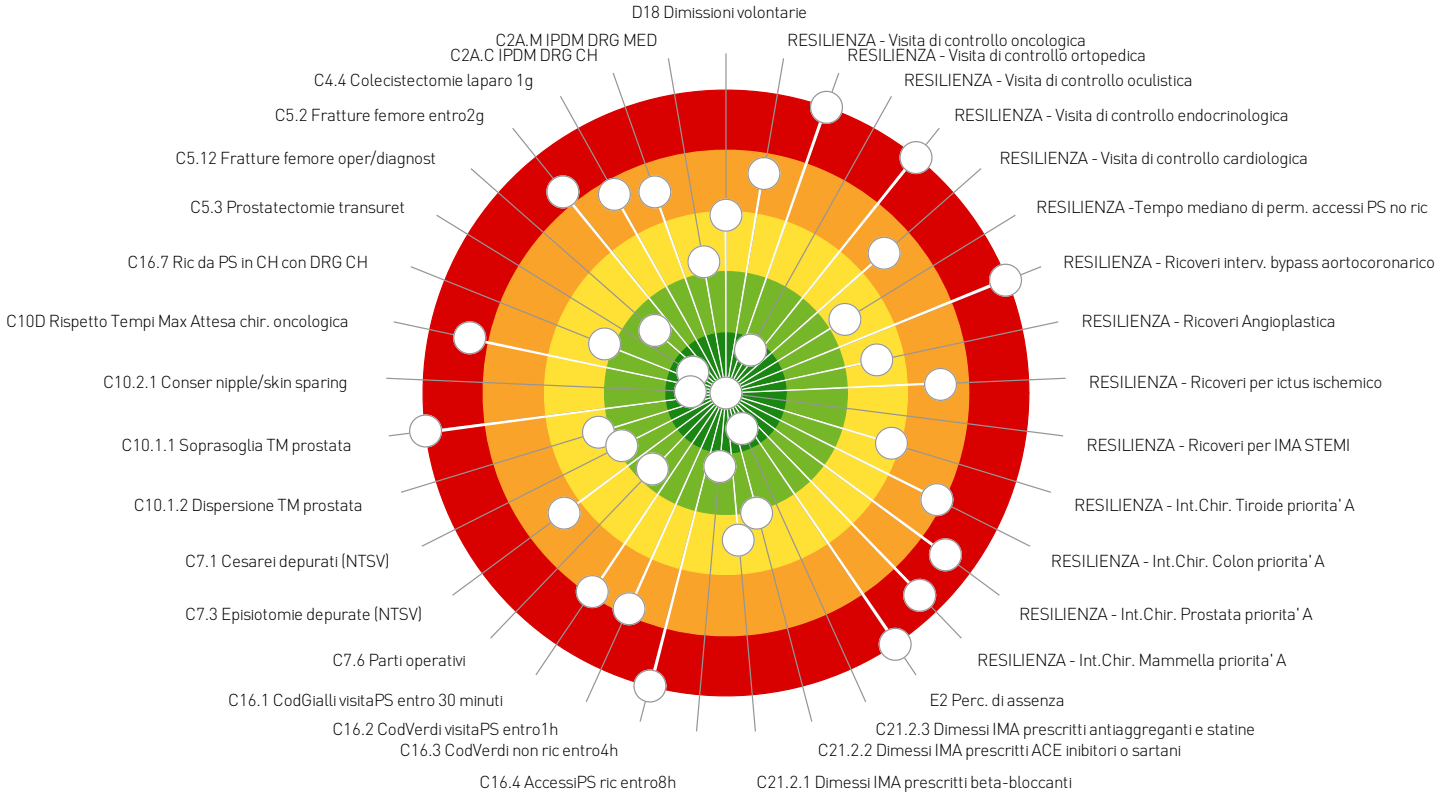
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

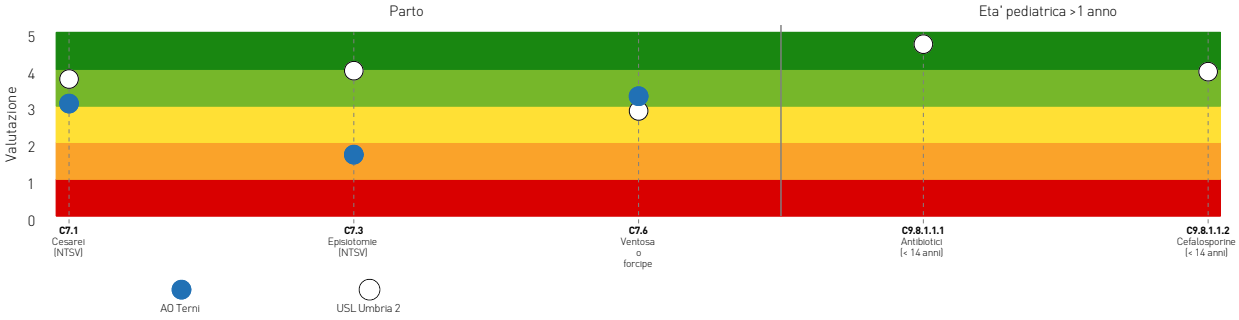
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

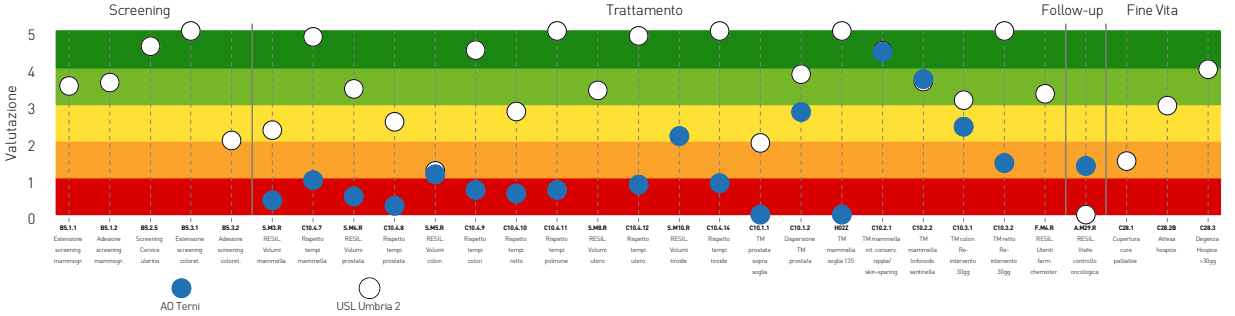


Valutazione della performance 2020

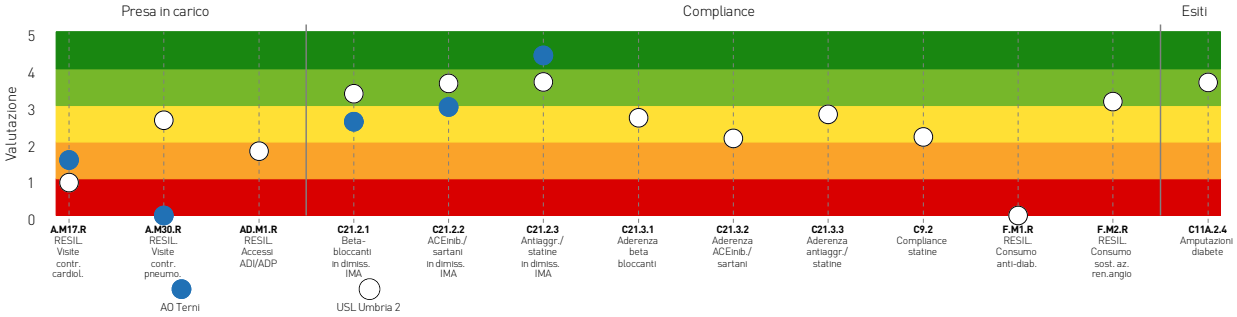




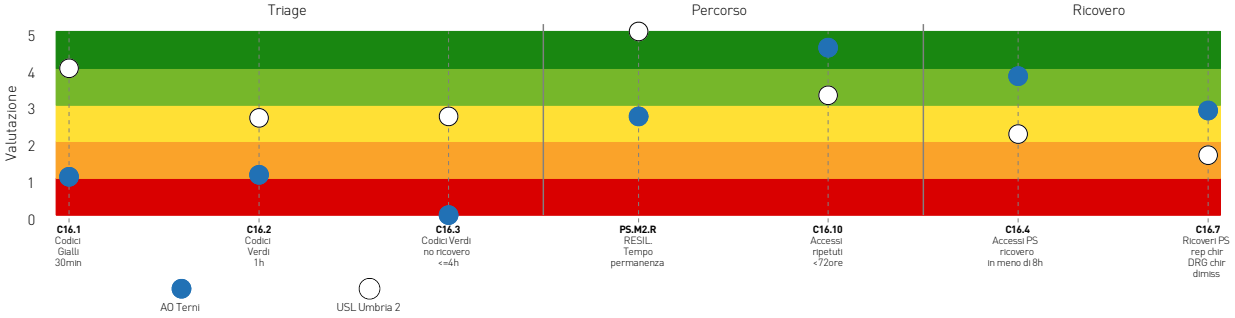
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



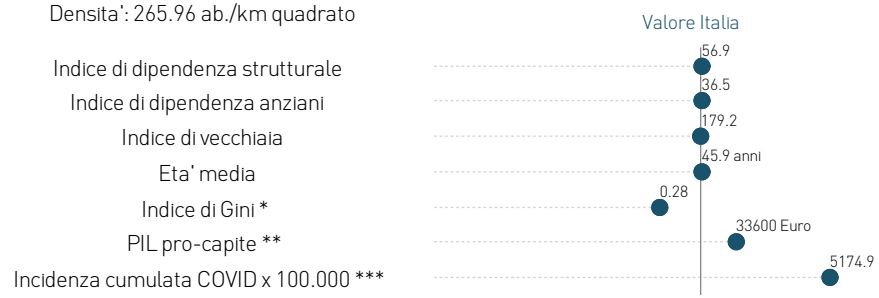
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

VENETO



Popolazione: 4.879.133 abitanti

Densita': 265.96 ab./km quadrato



Fonte: Dati ISTAT 2020 http://demo.istat.it * Fonte: Istat, Indagine Eusilc 2018 ** Fonte: Dati Eurostat 2019 *** Fonte: Protezione Civile, https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

In seguito all'approvazione della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, il sistema sanitario della Regione Veneto ha iniziato un processo di riorganizzazione. A partire dal 1° gennaio 2017, 9 Aziende-Unità Locali Socio Sanitarie (AULSS) hanno sostituito le precedenti 21. La stessa norma ha istituito Azienda Zero, quale "Azienda per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale". Il sistema conta inoltre 2 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Verona e AO Padova) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Istituto Oncologico Veneto).

LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

Non solo arginare la pandemia, ma affrontare la minaccia sindemica, garantendo l'erogazione di adeguati livelli di prestazioni sanitarie, di elevata qualità: questa è stata la sfida del 2020, che ha chiamato il Servizio Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali a dare prova di capacità di resistenza e di resilienza.

Alla luce di questo, il sistema sanitario veneto ha registrato nel complesso un'ottima performance, sia per quanto riguarda la valutazione dell'attività "non-COVID", sia per quanto concerne più nello specifico la capacità di resilienza di fronte allo shock pandemico.

Molto buona la gestione delle reti tempo dipendenti: i ricoveri per IMA STEMI registrano una contrazione del 9% rispetto al 2019, quelli per ictus ischemico del 7.9%, entrambi valori inferiori alla media delle Regioni. In riferimento all'attività elettiva, i ricoveri con almeno un intervento di angioplastica si contraggono del 10.4%, meno di tutte le altre regioni. In ambito oncologico, la contrazione dei volumi delle prestazioni chirurgiche è contenuta, a riprova di una solida risposta di sistema. Ottima anche l'area delle prime visite e del follow-up, rispetto alla quale si conferma l'ottima capacità di gestione della pandemia. La variazione dei volumi per accessi domiciliari in ADI/ADP riceve una valutazione media, con un valore di -11,86%, per quanto la percentuale di anziani in cure domiciliari si attesti al 9.2%, tra i valori migliori del Network.

Specularmente molto buona la valutazione da parte della popolazione veneta dei servizi sanitari durante la pandemia: il sistema sanitario veneto riceve una tra le valutazioni più alte di tutte le Regioni (il 72,38% degli intervistati, infatti, si dichiara soddisfatto dell'assistenza ricevuta durante la pandemia).

In riferimento alla prevenzione, l'attività vaccinale (non-COVID) fa registrare delle performance piuttosto buone in pressoché tutti gli indicatori.

La gestione dei processi ospedalieri si conferma buona: la proporzione di fratture del collo del femore operate entro due giorni cresce leggermente rispetto al 2019 (da 72.3 a 72.6%); nella media sia la percentuale ricoveri da pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione, sia quella di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore.

Si conferma nel 2020 una problematica riferita alle degenze medie per DRG chirurgici e medici: nel primo caso, il sistema sanitario veneto ottiene una valutazione media, registrando, però, un trend in continuo miglioramento dal 2018. La durata dei ricoveri medici diminuisce rispetto al 2019 ma resta superiore alla media. Decisamente contenuta la percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera.

Relativamente al percorso materno-infantile, il sistema veneto conferma una buona performance lungo tutte le fasi: bassa e in calo la percentuale di episiotomie depurate (11,88% nel 2020), così come quella di parti cesarei (17.8%). In aumento invece i parti operativi, che passano dal 7,2% del 2019 al 7,89% del 2020.

Anche il percorso cronicità presenta una buona performance in tutte le fasi. Buoni i risultati per gran parte degli indicatori relativi alla presa in carico e alla fase della *compliance*. In riferimento agli esiti, il tasso di amputazioni maggiori per diabete (calcolato su base triennale) si conferma nella media e in calo.

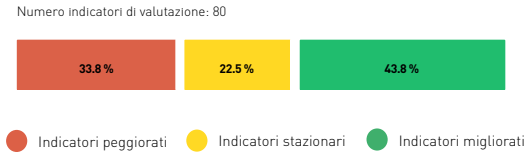
Relativamente al percorso oncologico, l'area degli screening registra una performance complessivamente media. Nello specifico, le estensioni e adesioni per lo screening mammografico registrano una leggera flessione rispetto al 2019 (da 95,15% a 89,92% per il primo e da 74,28% a 68,14% per il secondo), comunque in linea con il calo osservato nella maggior parte delle altre Regioni. Si conferma ottima la fase del "trattamento": i tempi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica si mantengono molto contenuti. Complessivamente nella media la gestione del follow-up e del fine vita.

In riferimento al percorso emergenza-urgenza, il sistema veneto registra una performance media lungo tutte le fasi (accesso, triage, percorso, ricovero).

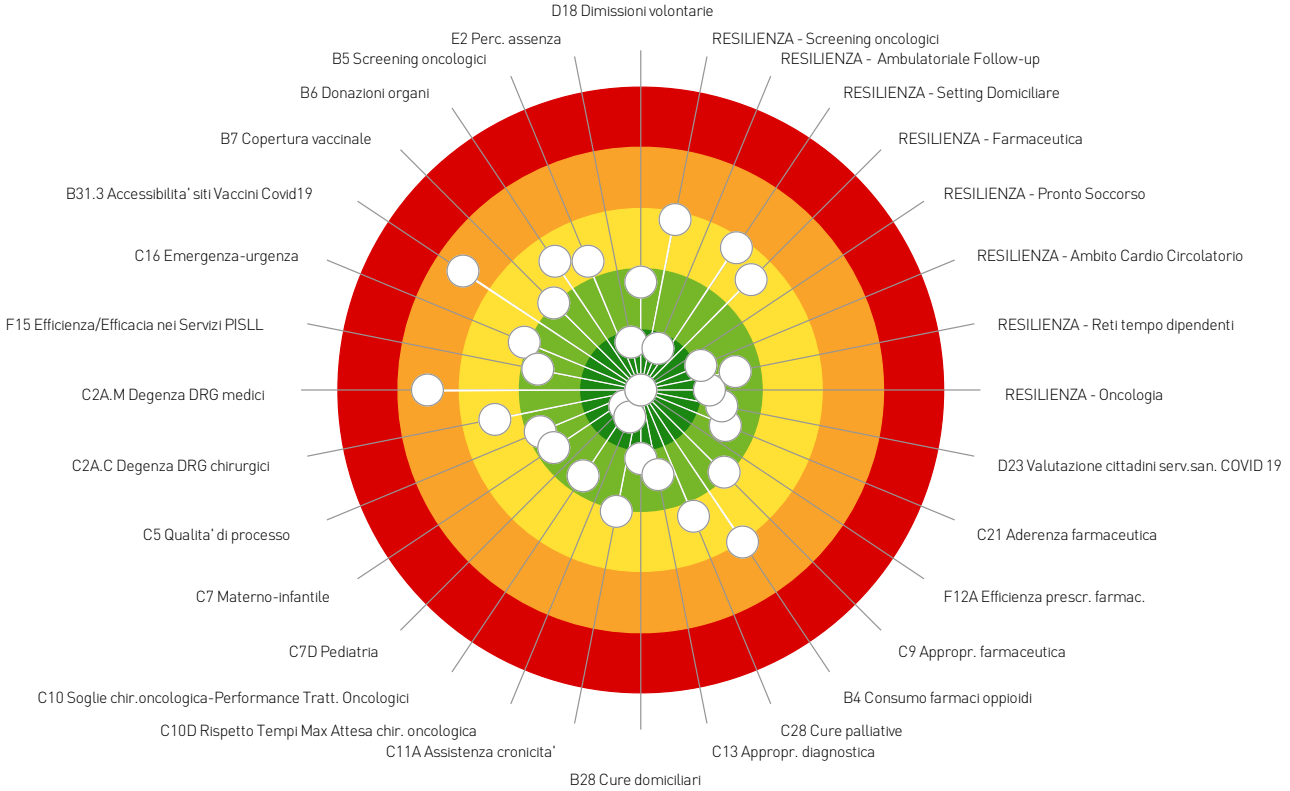
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2016-2018)



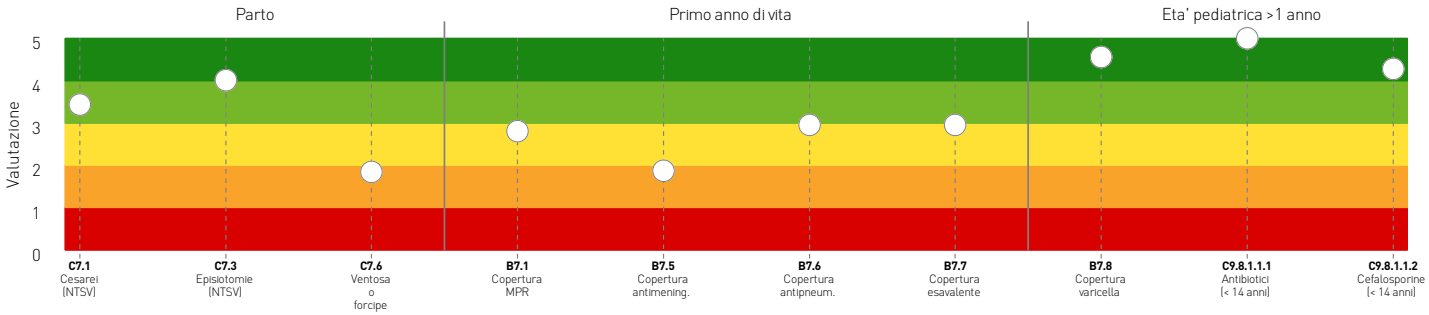
Andamento indicatori/Trend 2019/2020



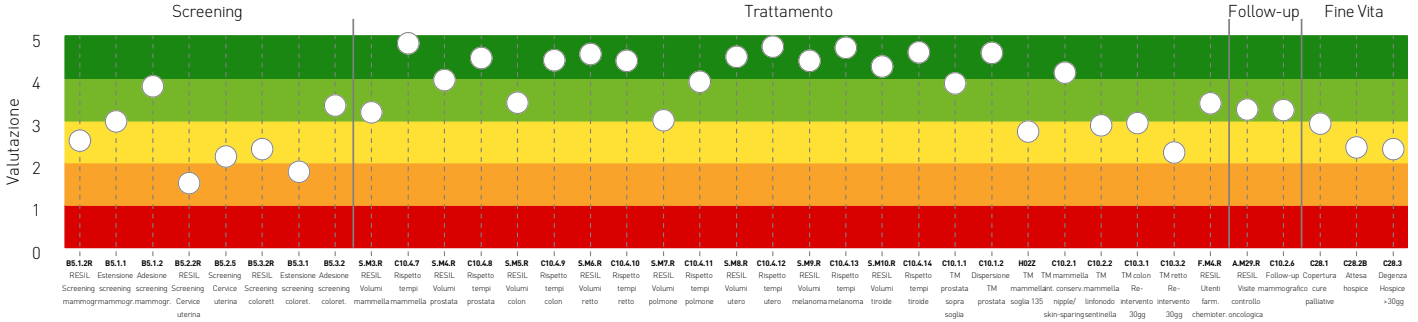
Valutazione della performance 2020



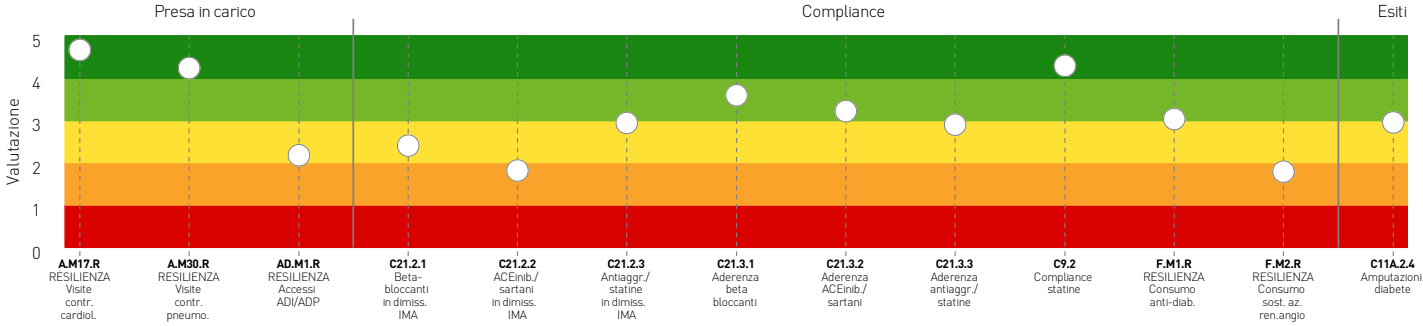
PERCORSO MATERNO INFANTILE



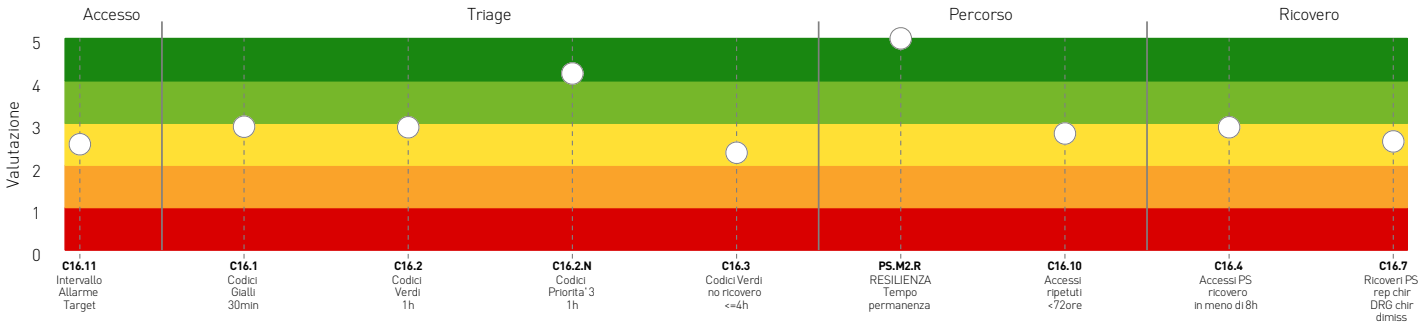
PERCORSO ONCOLOGICO



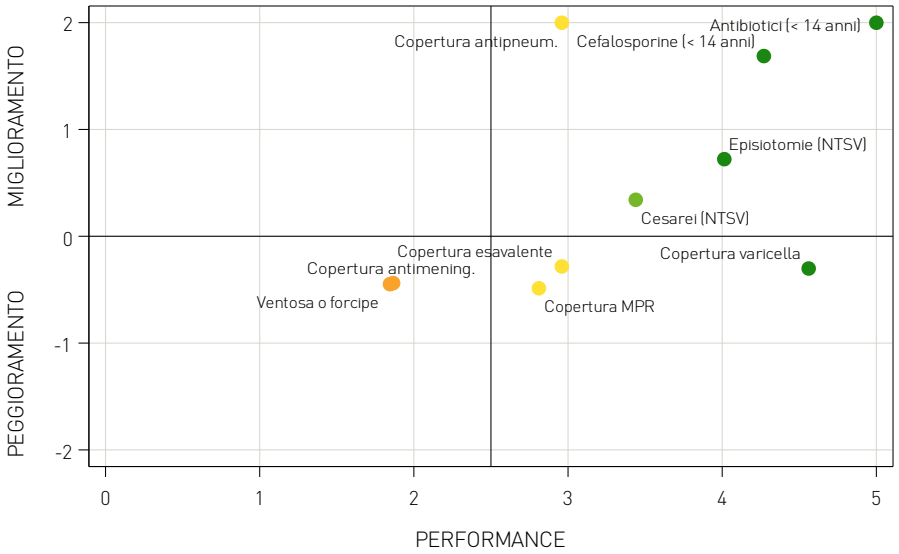
PERCORSO CRONICITÁ



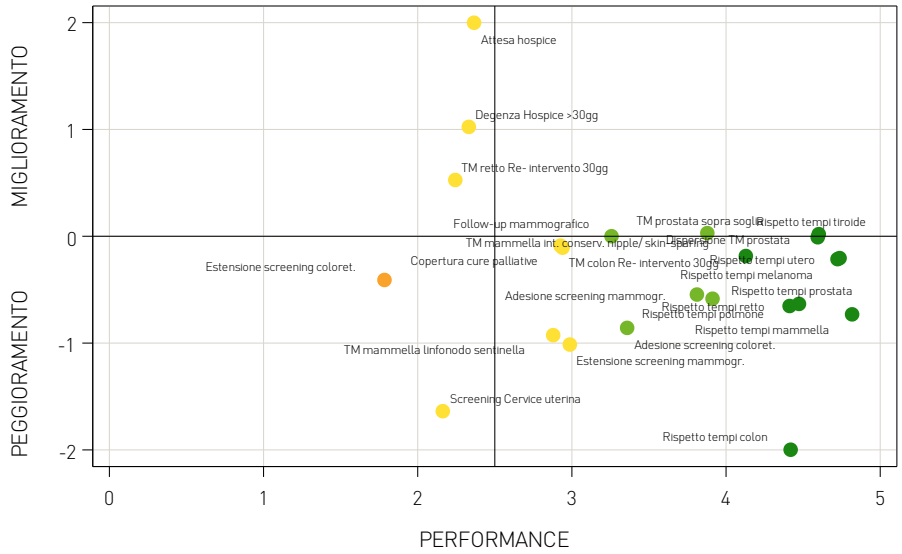
PERCORSO EMERGENZA URGENZA



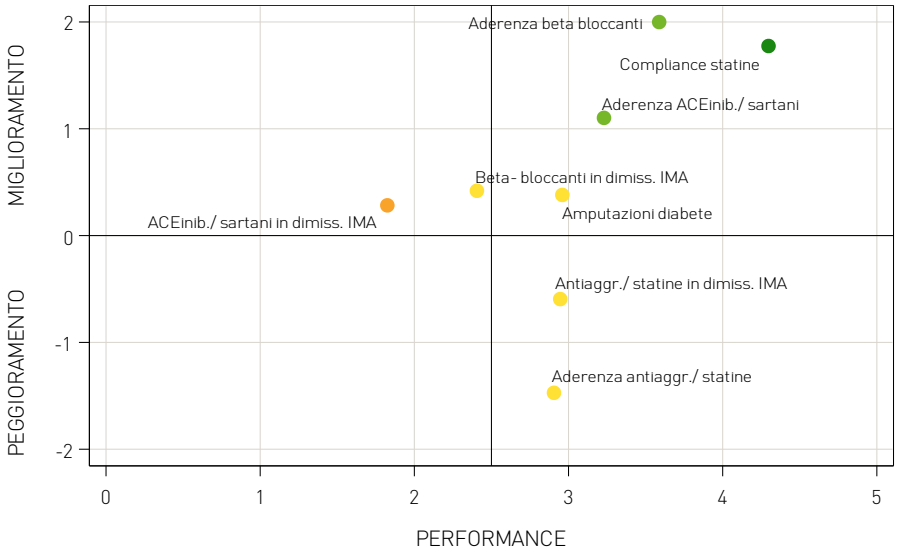
Percorso Materno Infantile



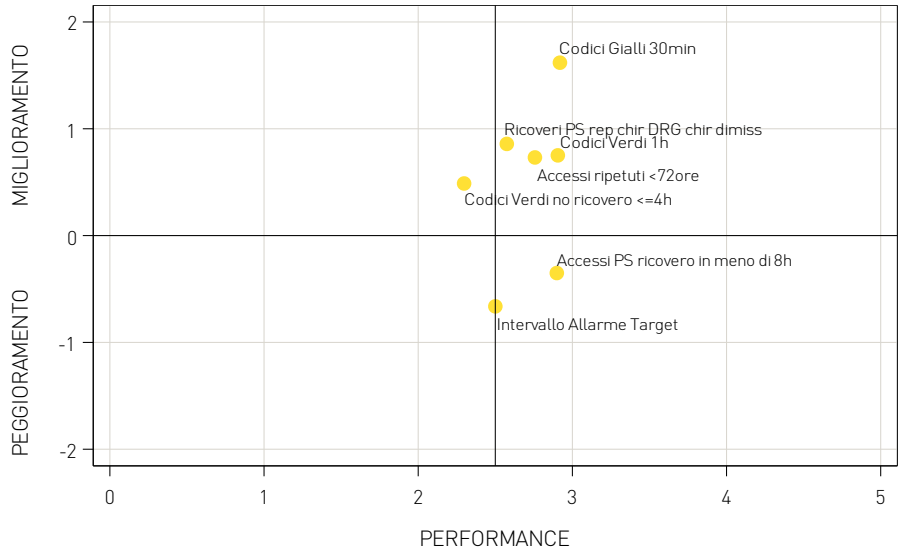
Percorso Oncologico



Percorso Cronicita'



Percorso Emergenza Urgenza



ULSS N. 1 DOLOMITI

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

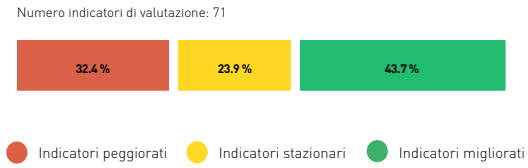
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

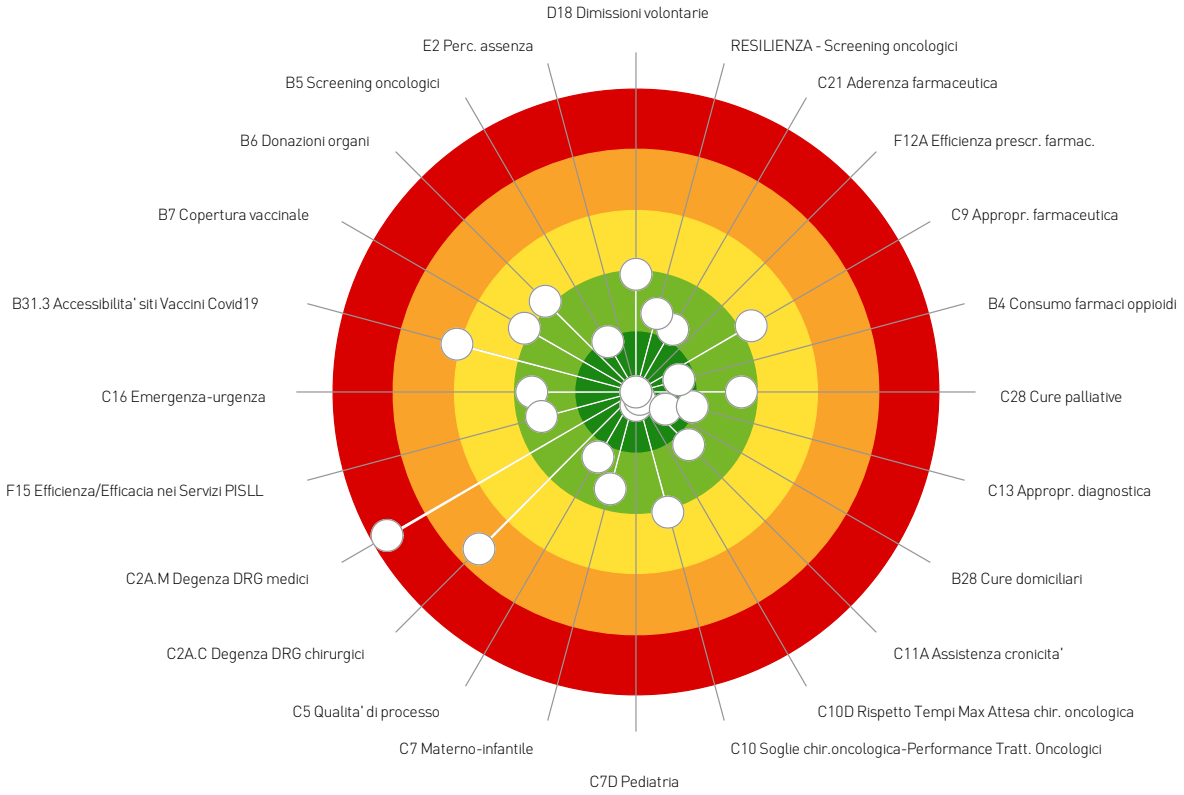
A4 Mortalita' per suicidi

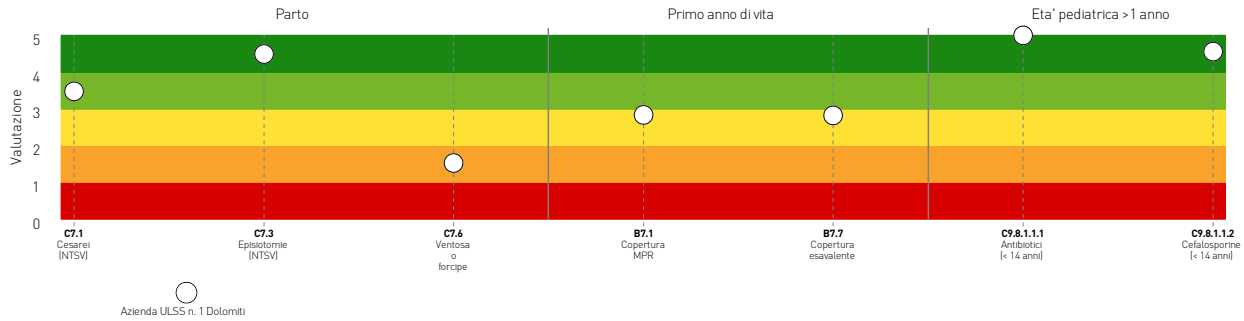
A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

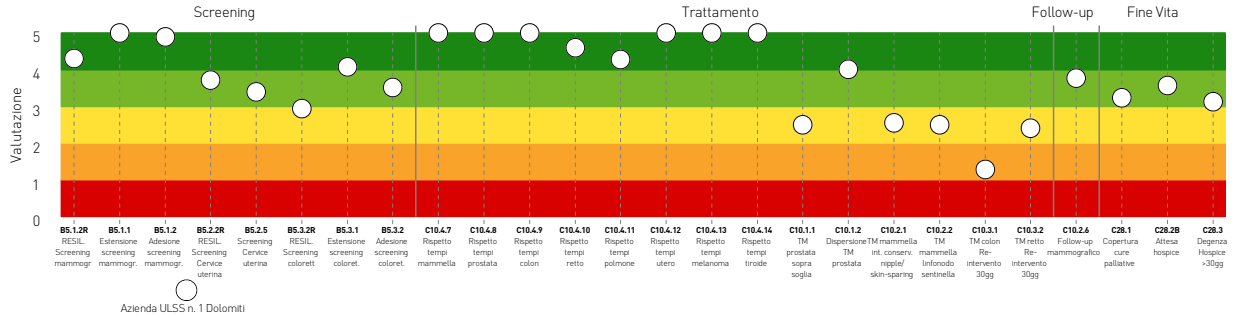


Valutazione della performance 2020

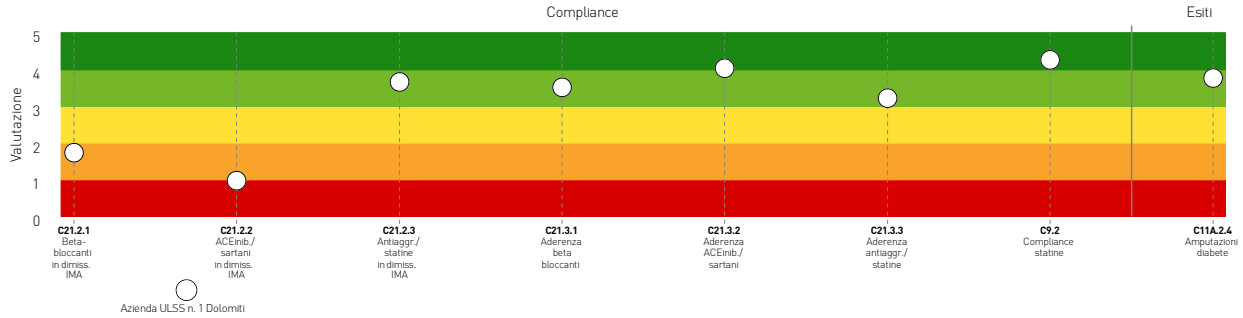




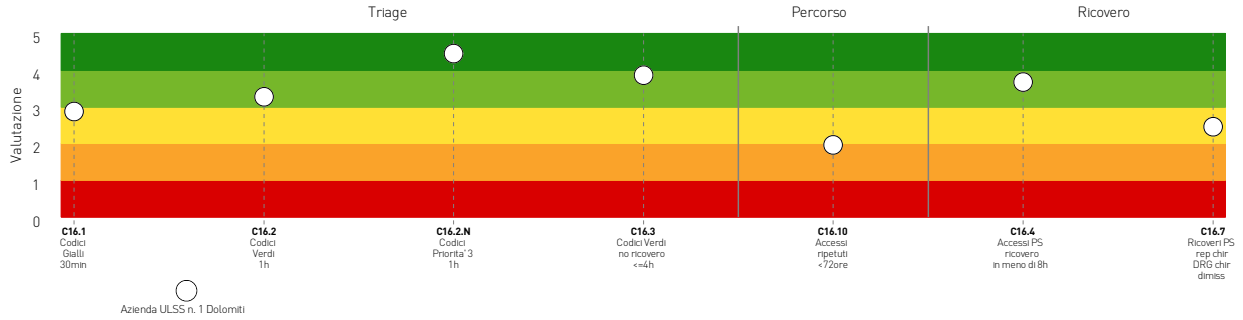
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

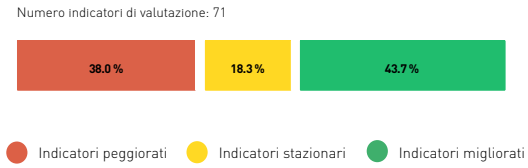
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

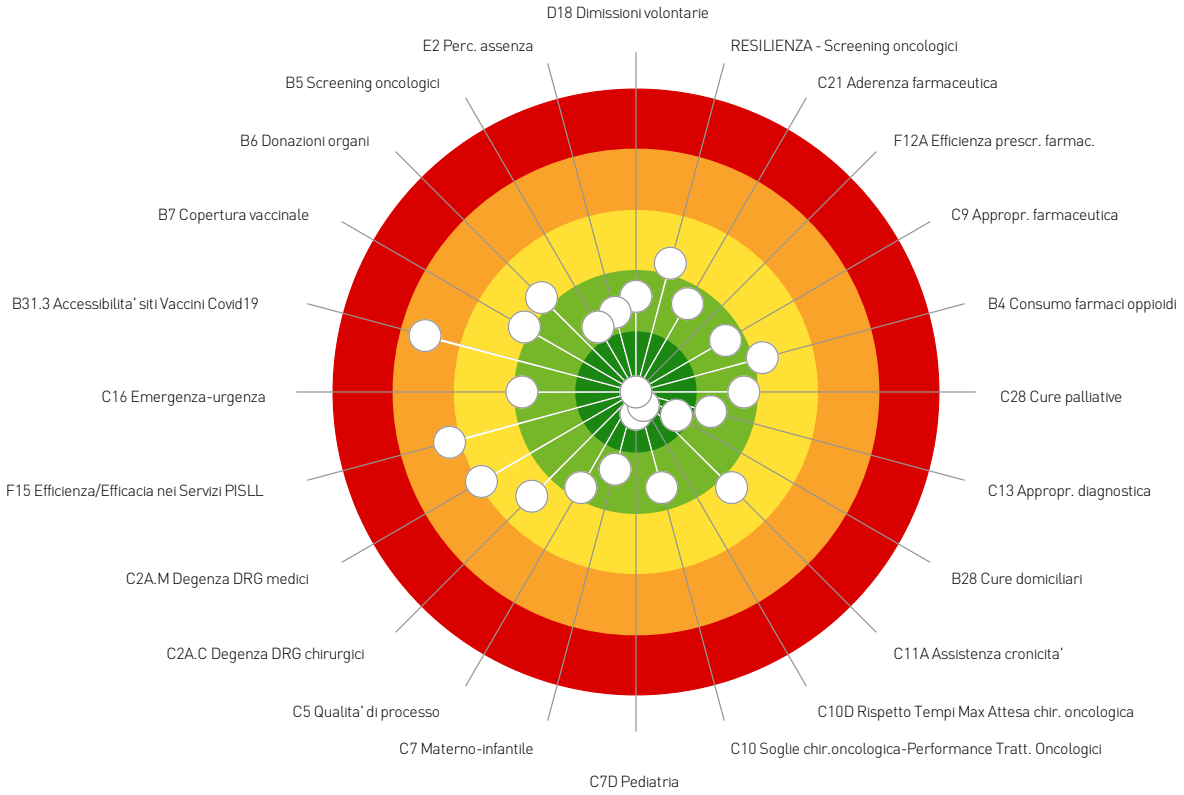
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

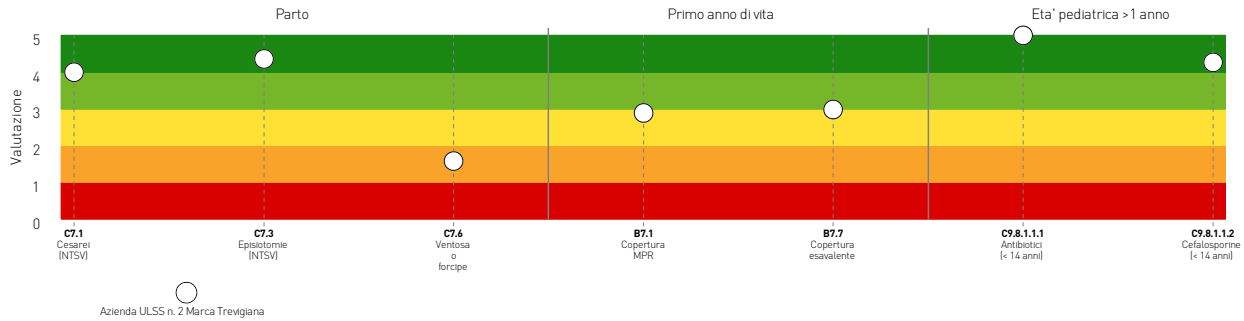
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



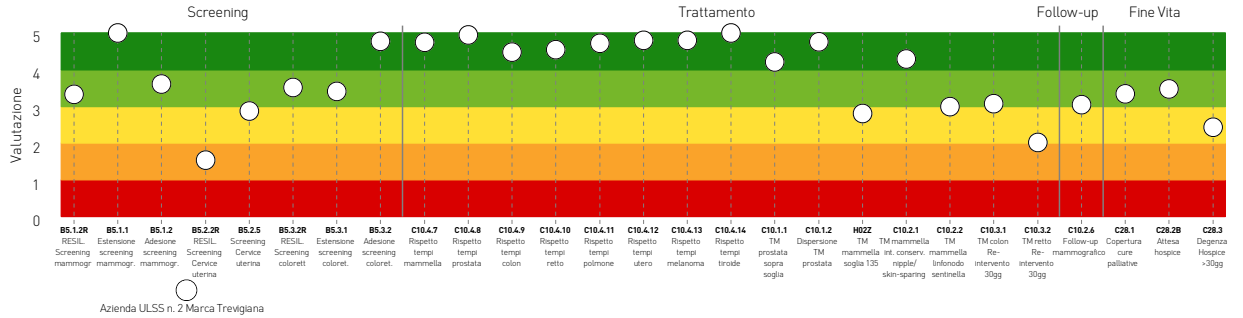
Valutazione della performance 2020



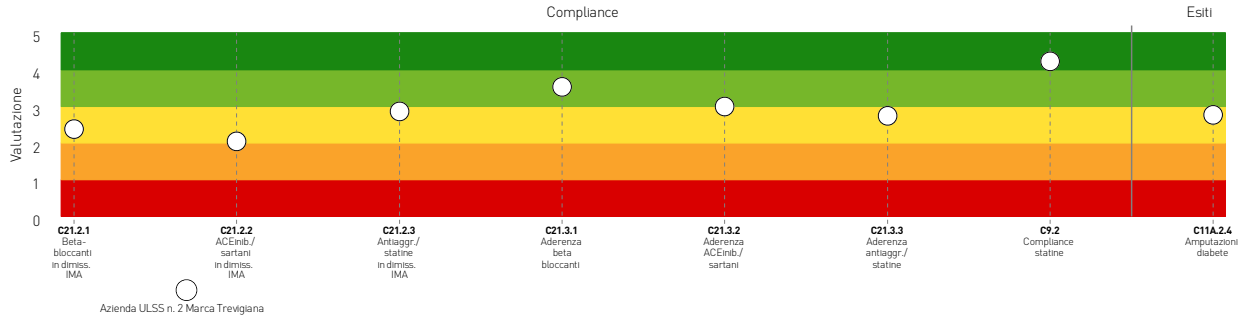
PERCORSO MATERNO INFANTILE



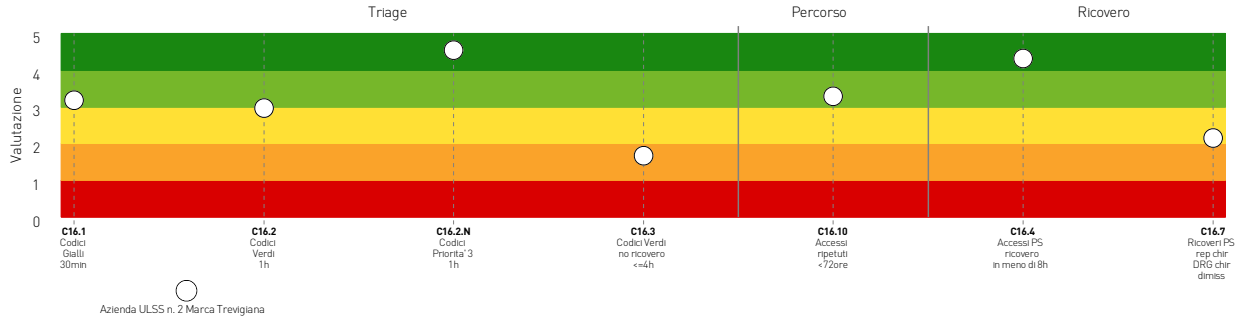
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ULSS N. 3 SERENISSIMA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

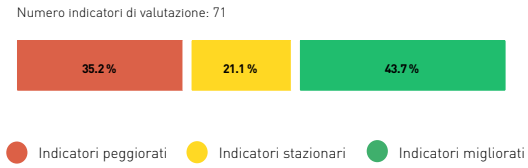
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

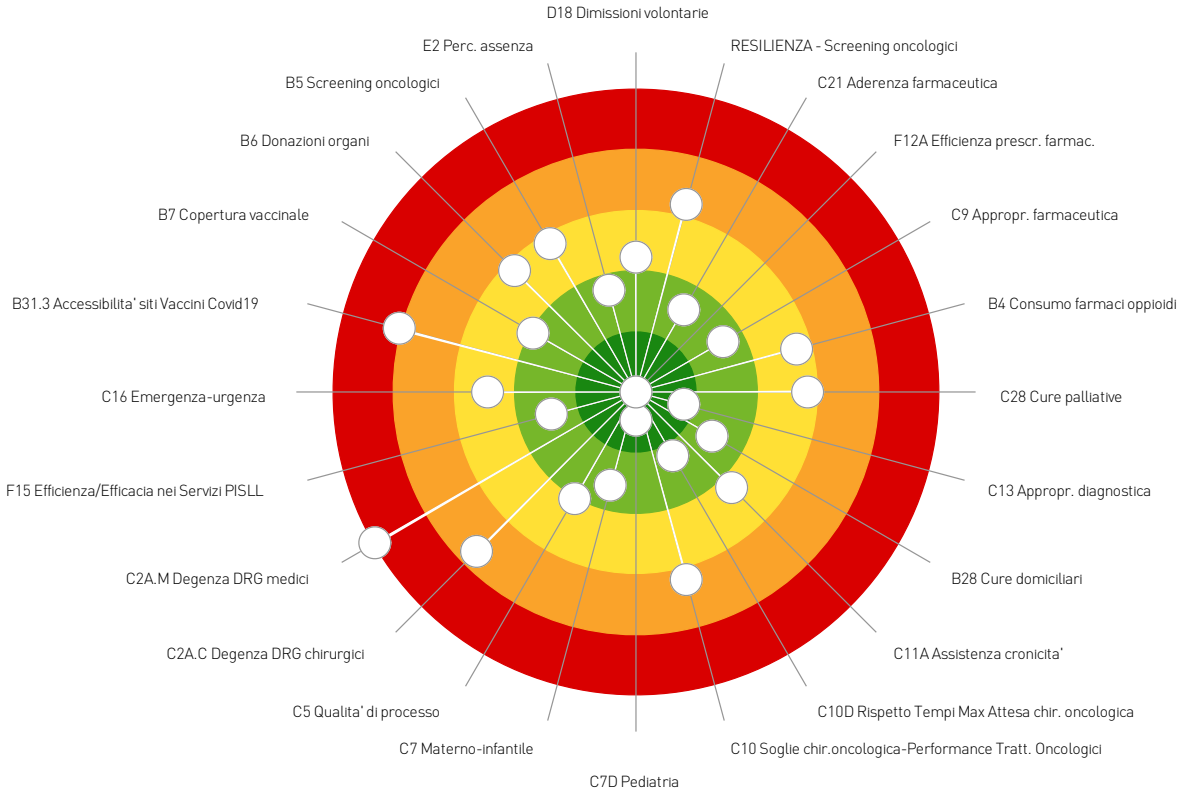
A4 Mortalita' per suicidi

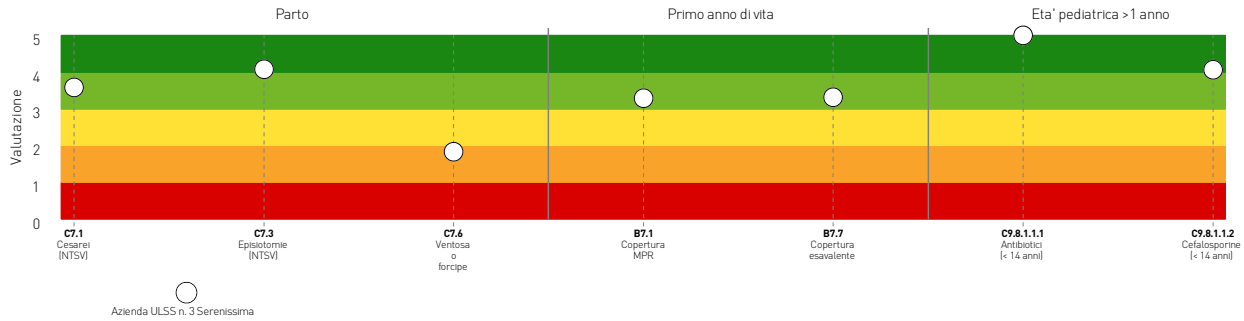
A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

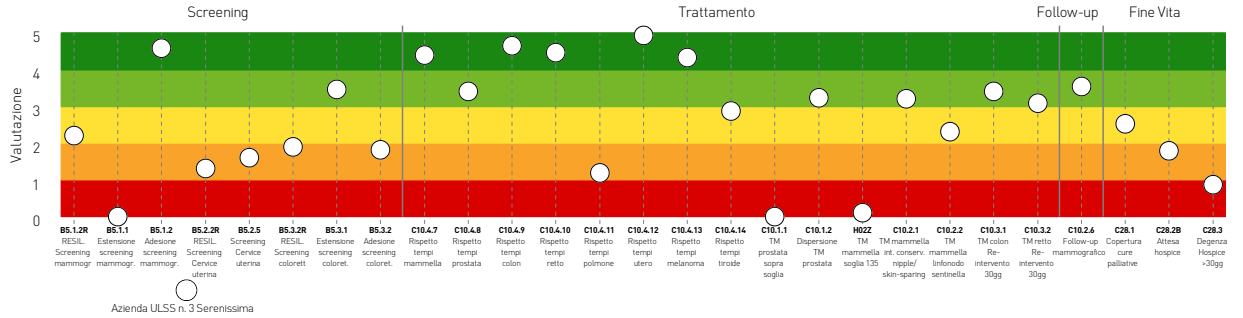


Valutazione della performance 2020





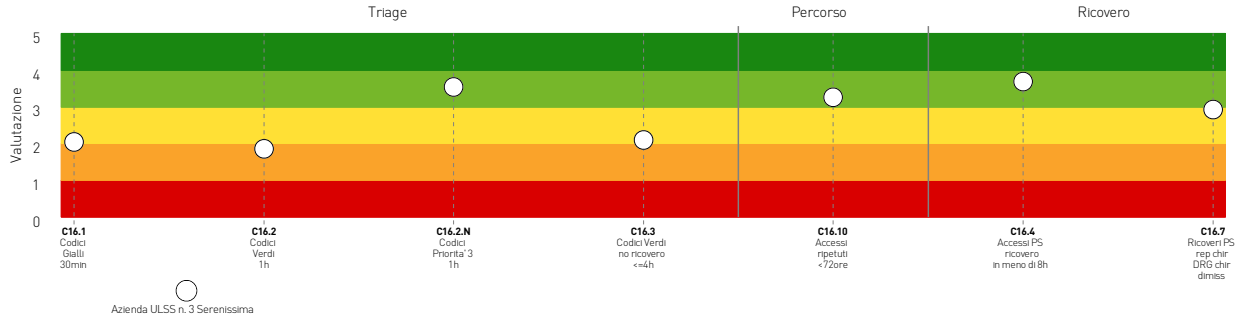
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

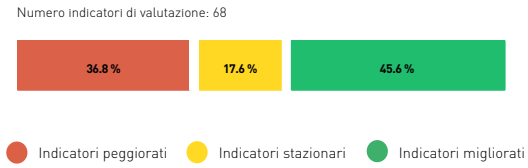
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

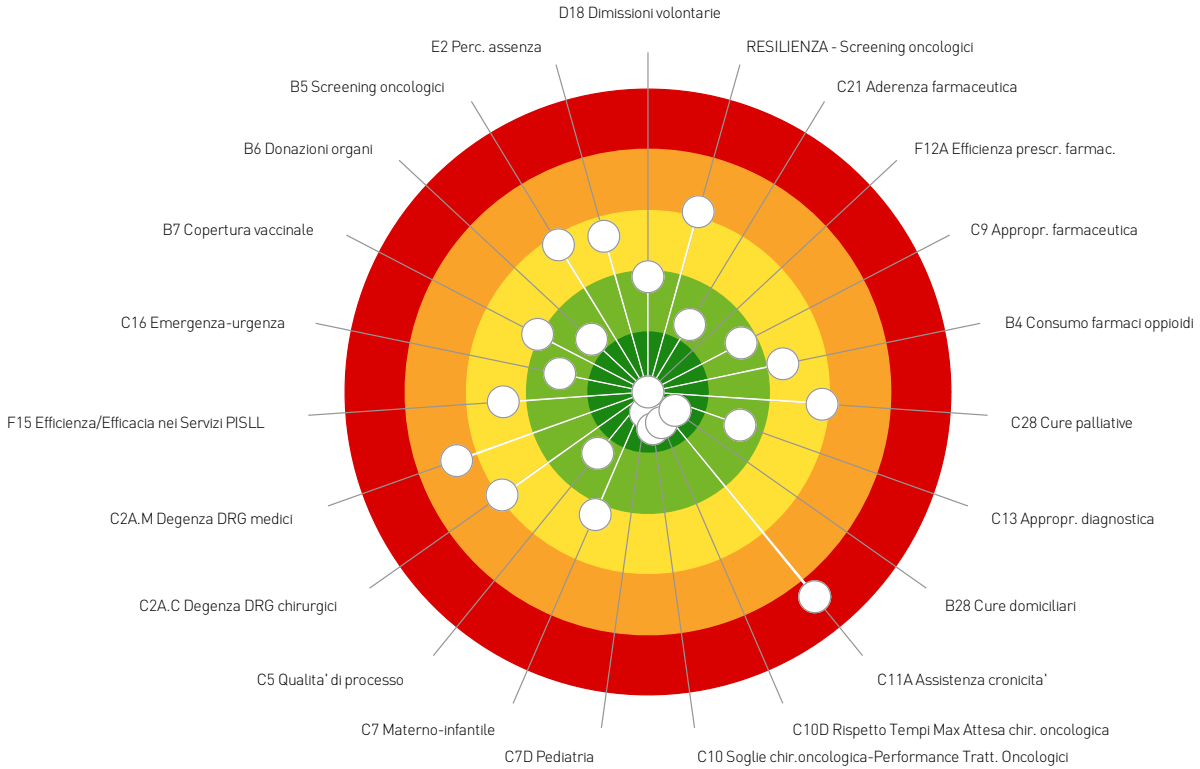
A4 Mortalita' per suicidi

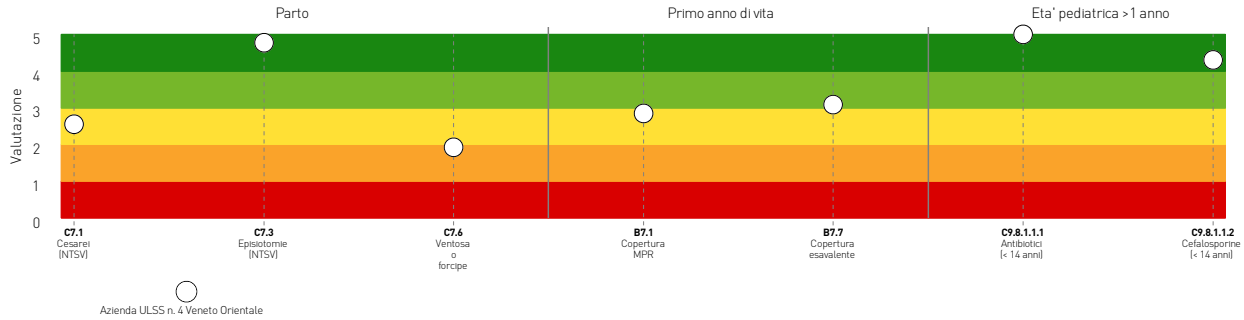
A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

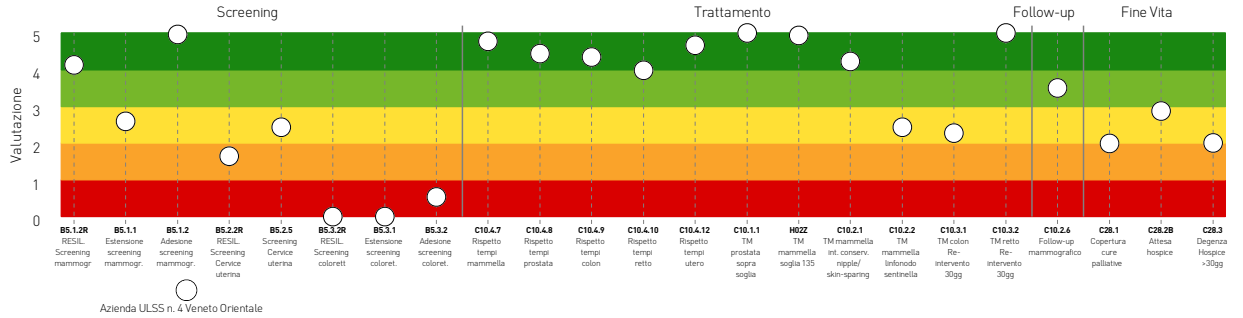


Valutazione della performance 2020

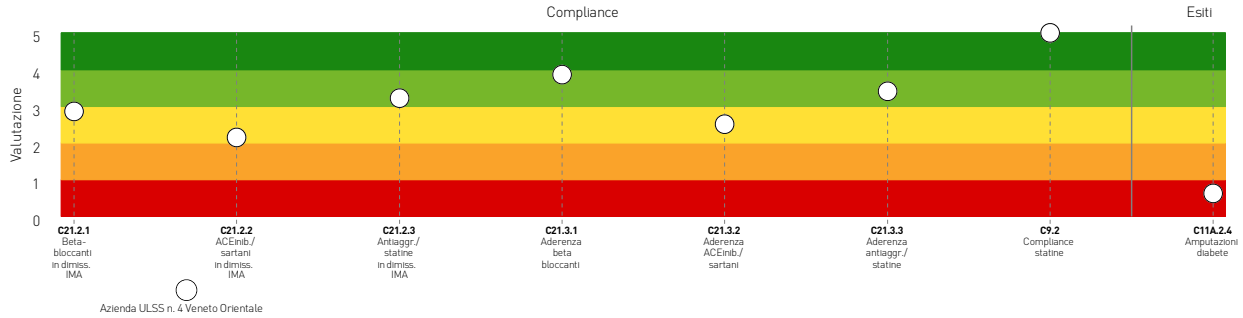




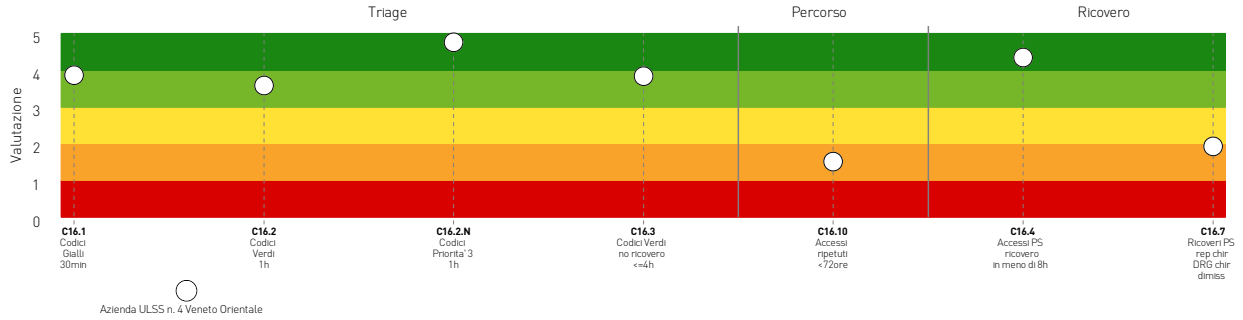
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ULSS N. 5 POLESANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

A2 Mortalita' per tumori

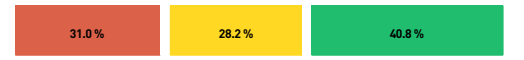
A3 Mortalita' per malattie circolatorie

A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

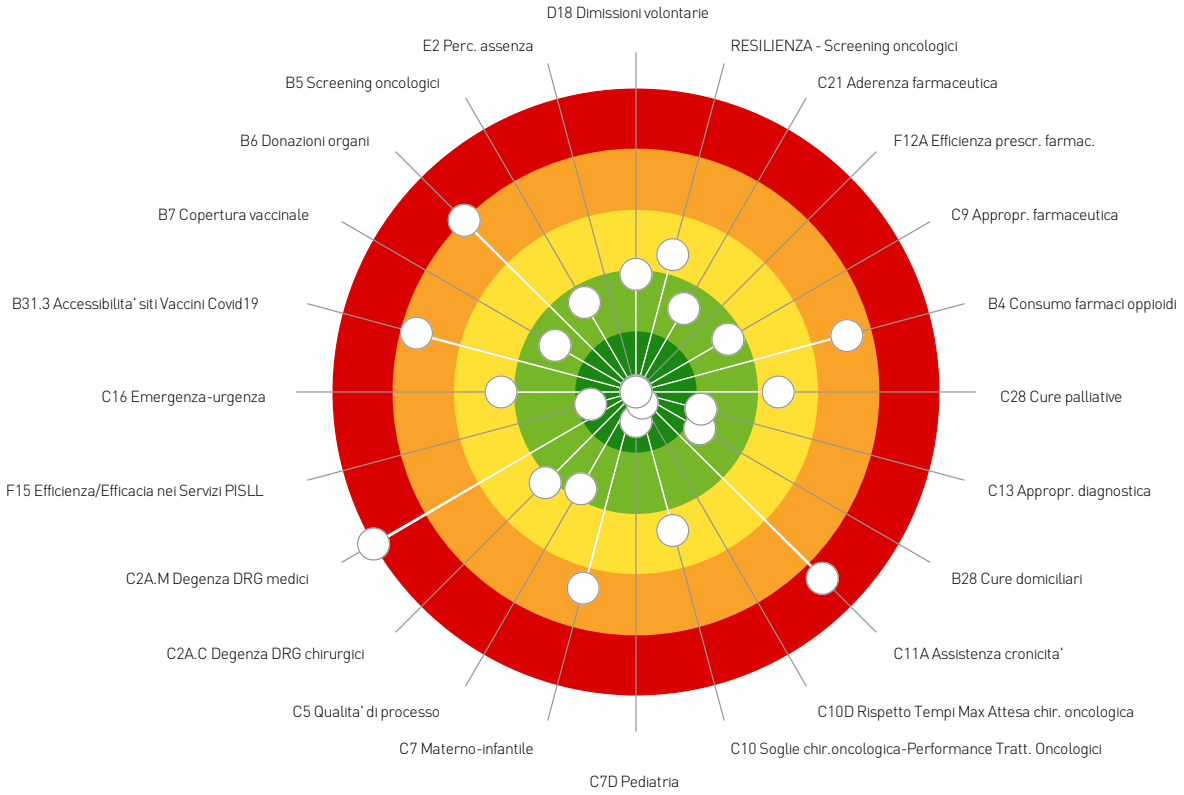
Andamento indicatori - Trend 2019/2020

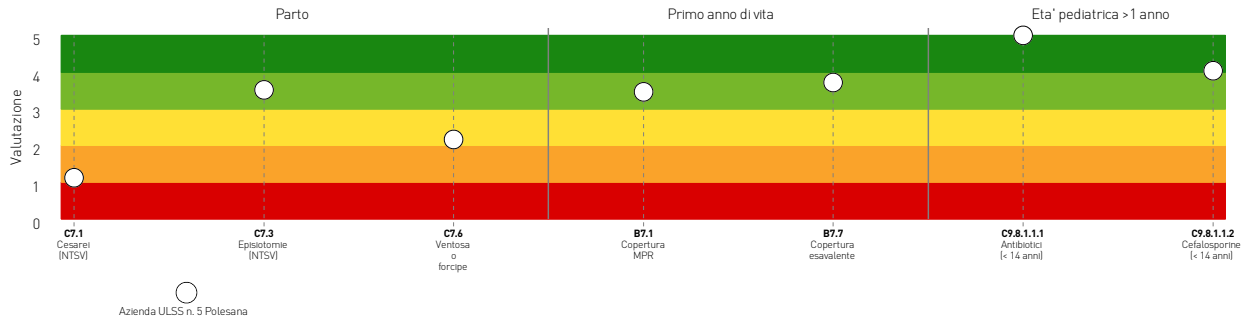
Numero indicatori di valutazione: 71



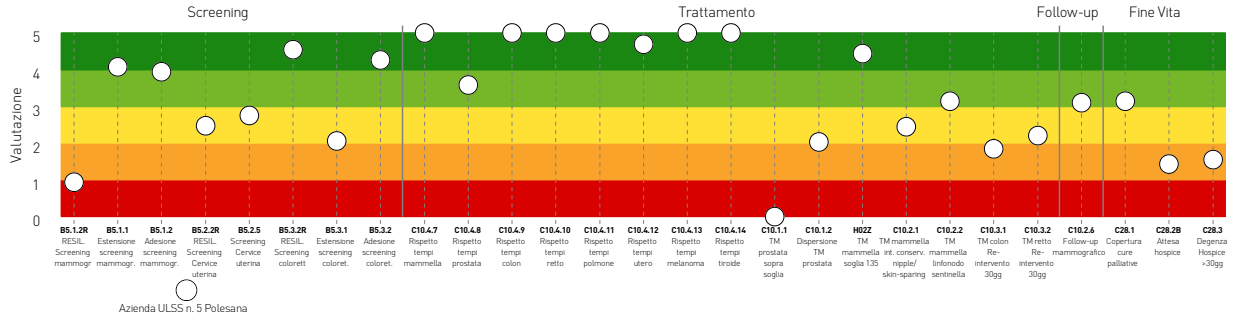
Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

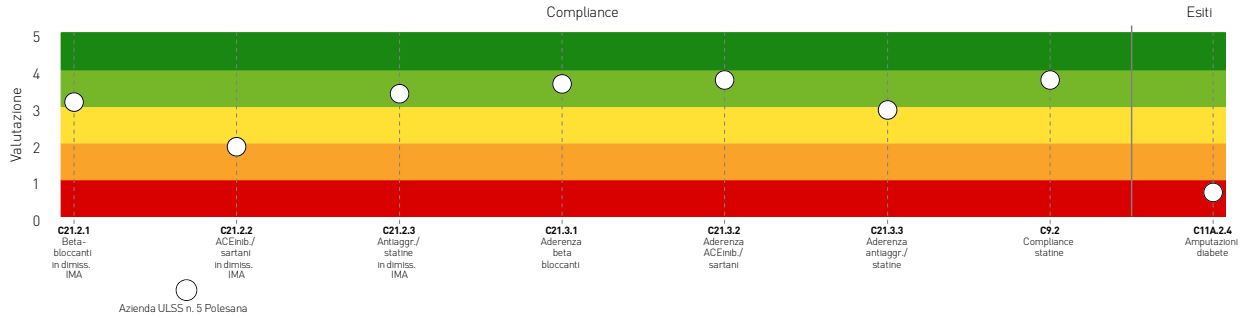




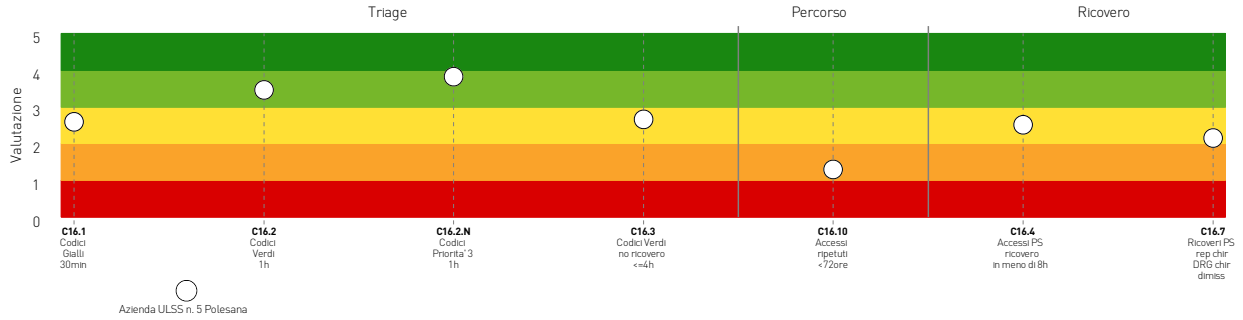
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ULSS N. 6 EUGANEA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

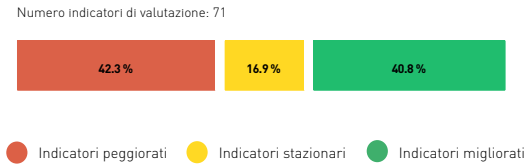
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

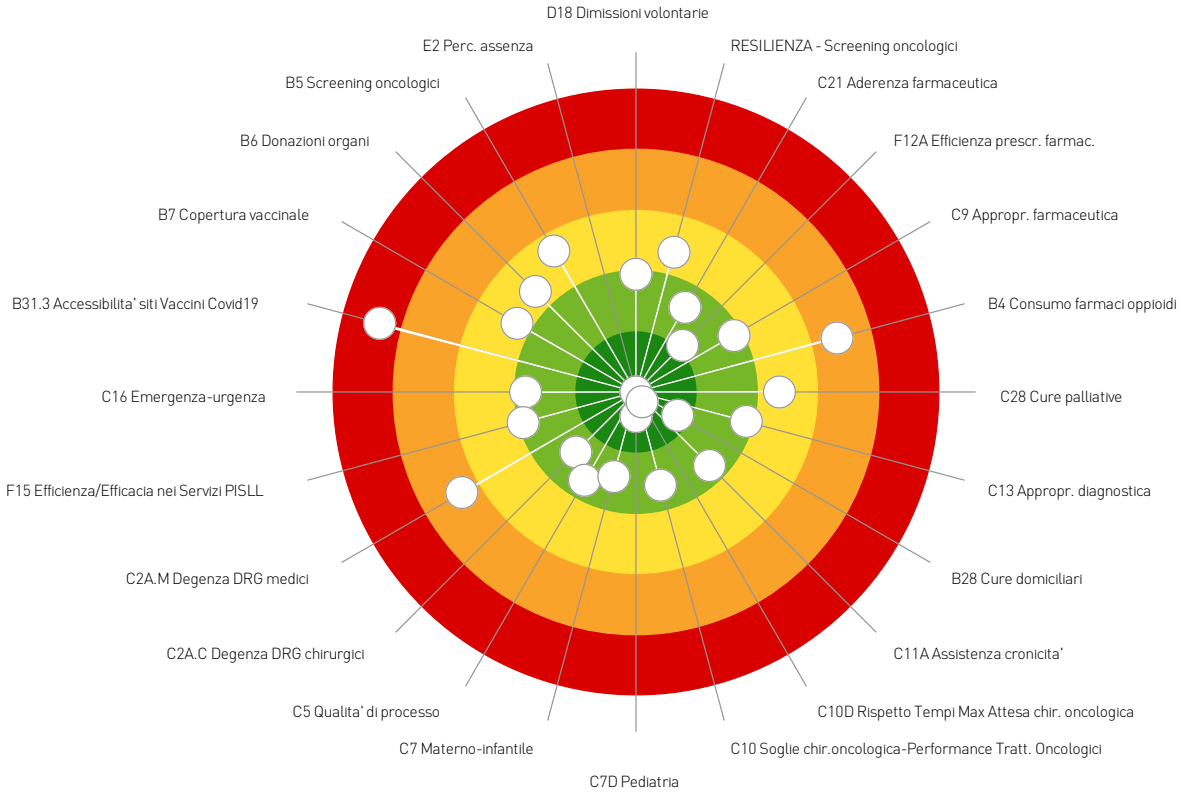
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



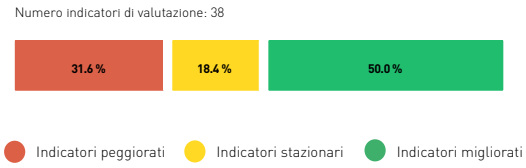
A.O. PADOVA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

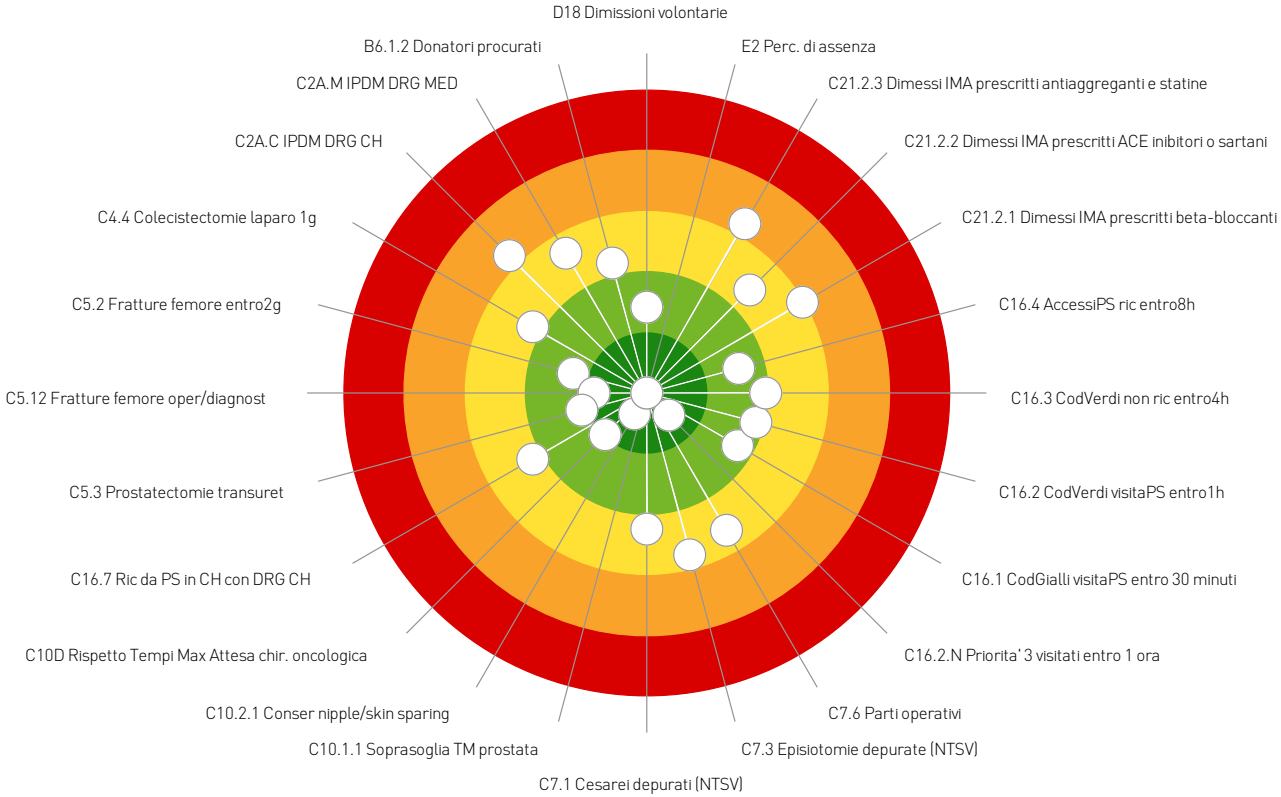
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



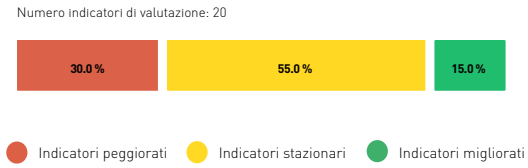
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO PADOVA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

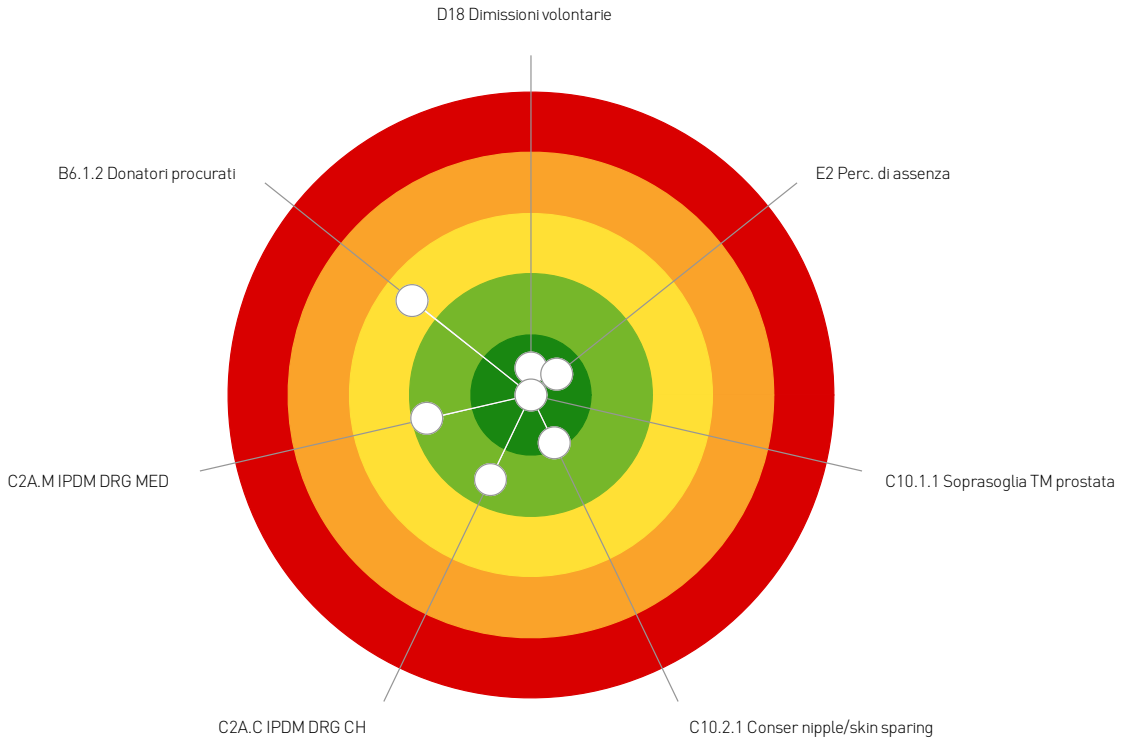
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

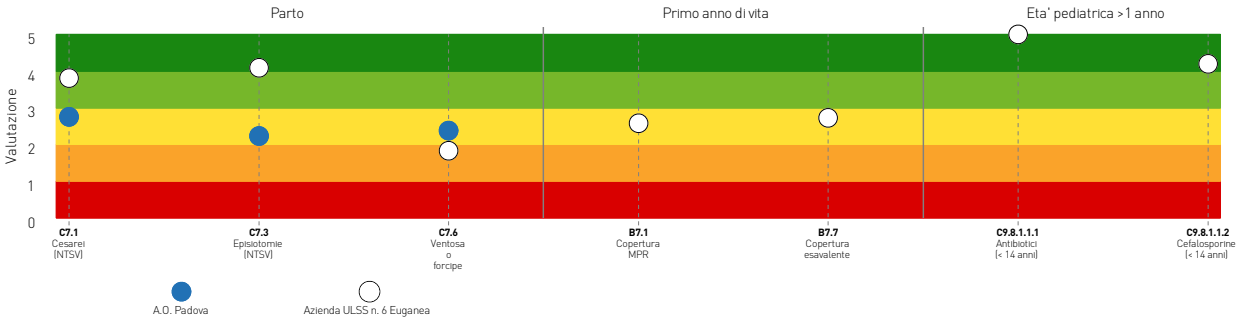
B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

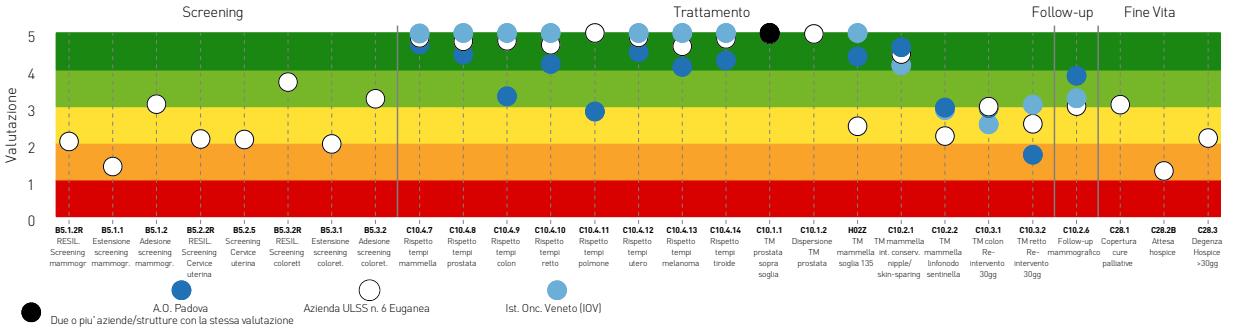


Valutazione della performance 2020

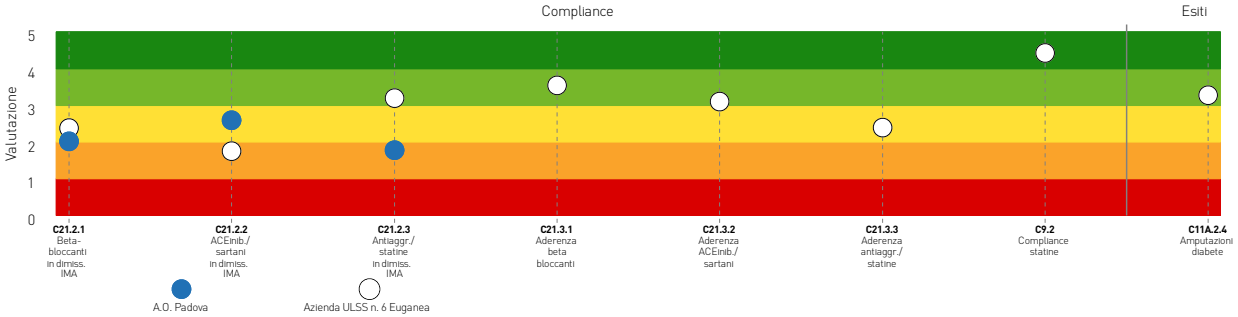




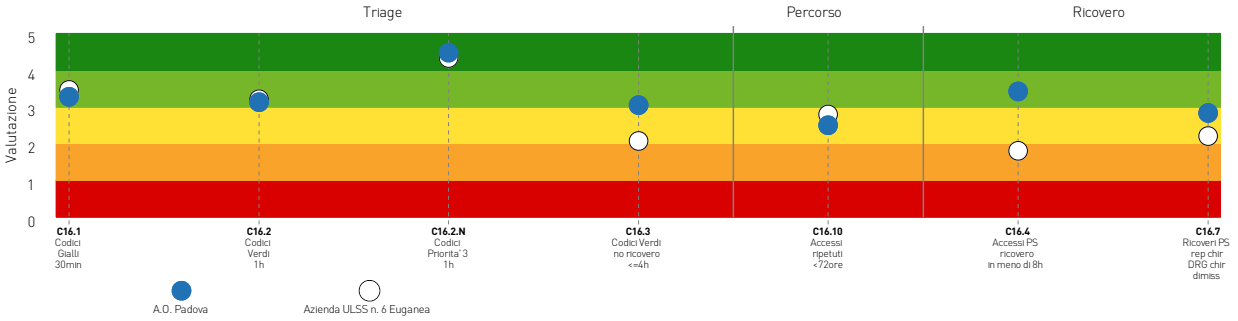
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ULSS N. 7 PEDEMONTANA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1 Mortalita' infantile

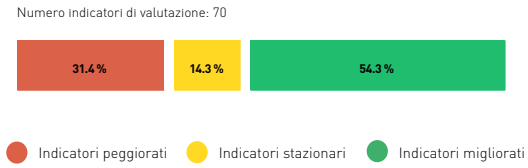
A2 Mortalita' per tumori

A3 Mortalita' per malattie circolatorie

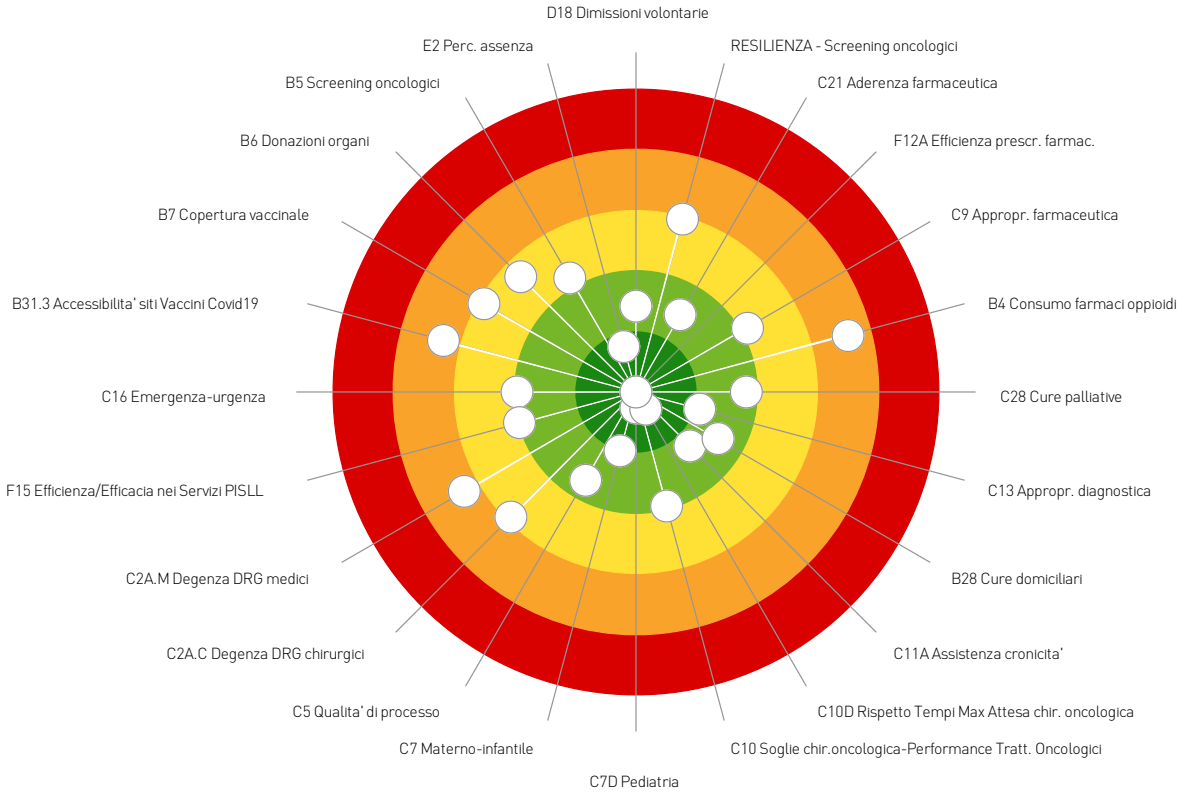
A4 Mortalita' per suicidi

A10 Stili di vita (PASSI)

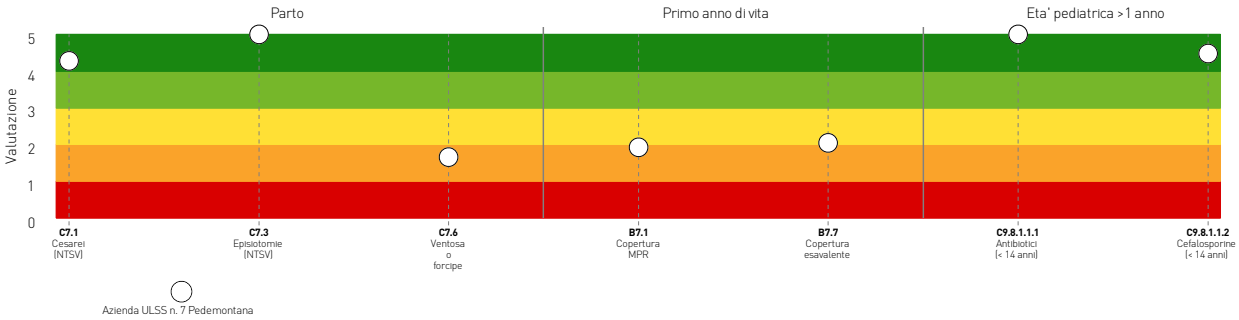
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



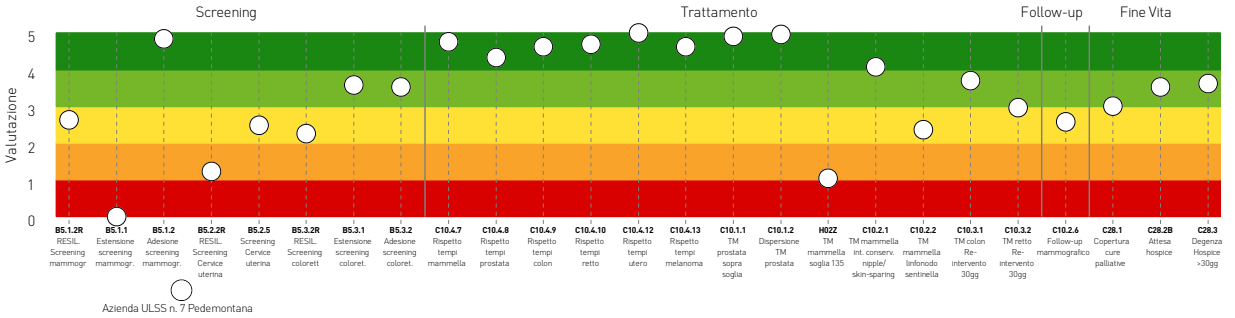
Valutazione della performance 2020



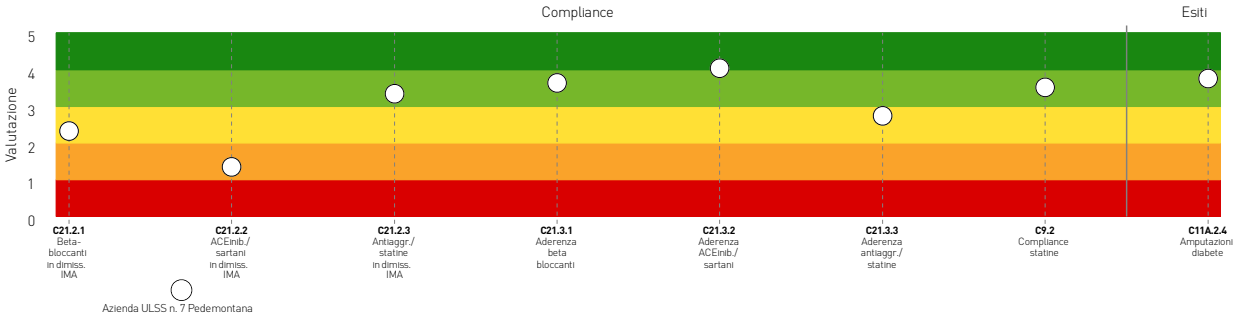
PERCORSO MATERNO INFANTILE



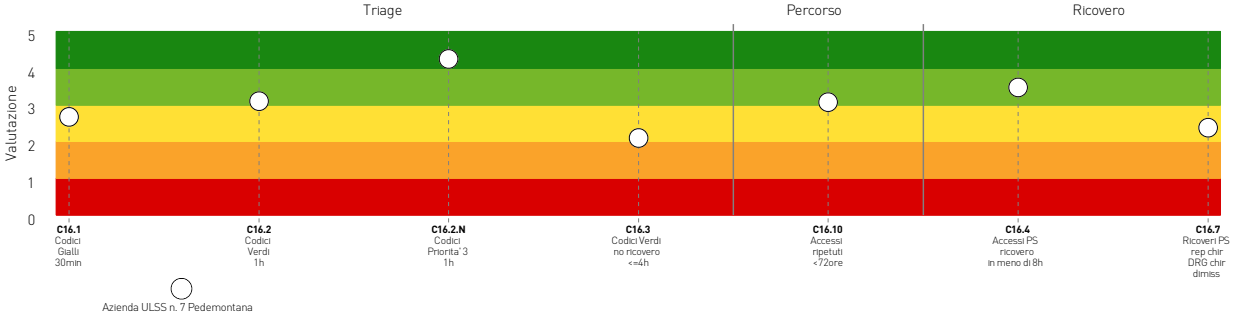
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

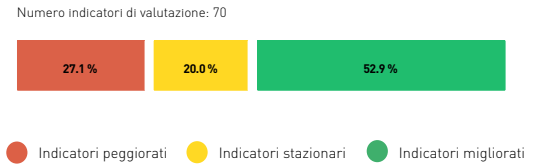


ULSS N. 8 BERICA

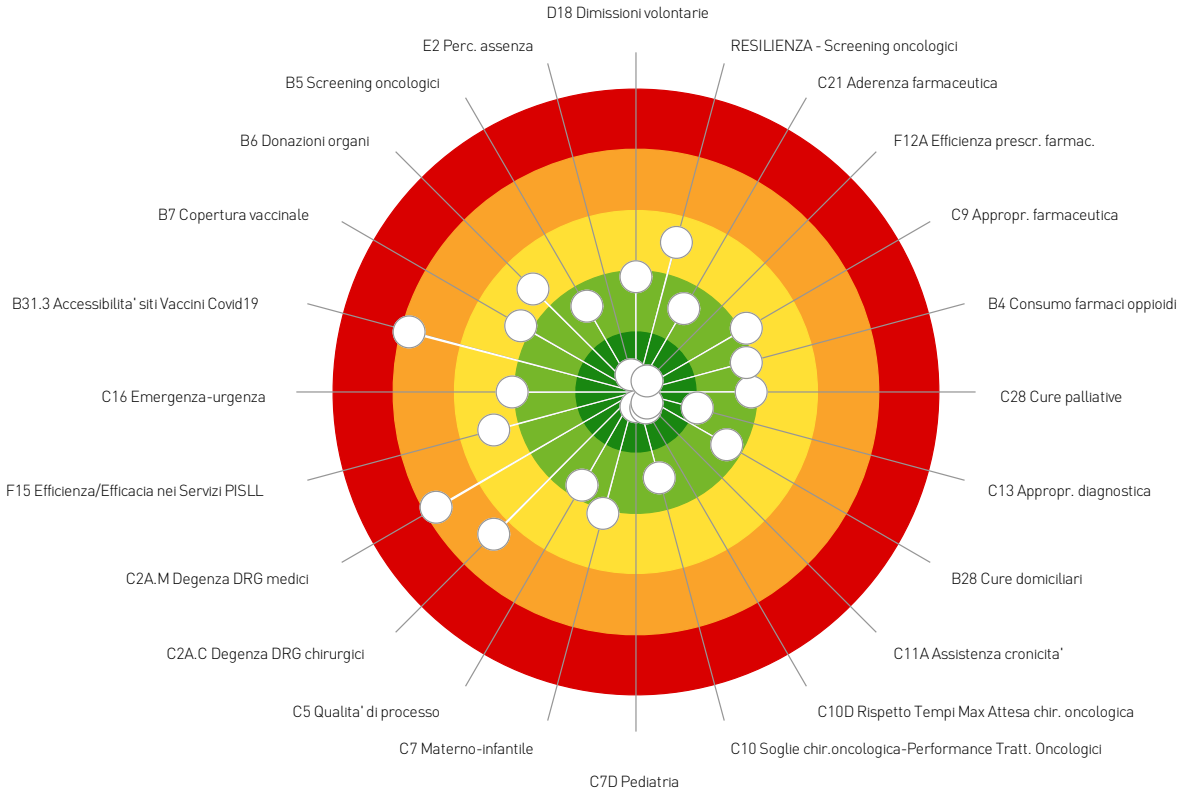
Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)



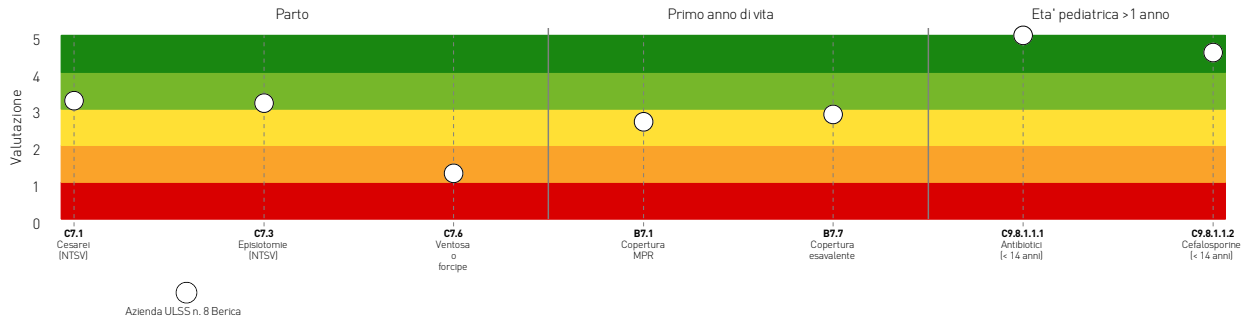
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



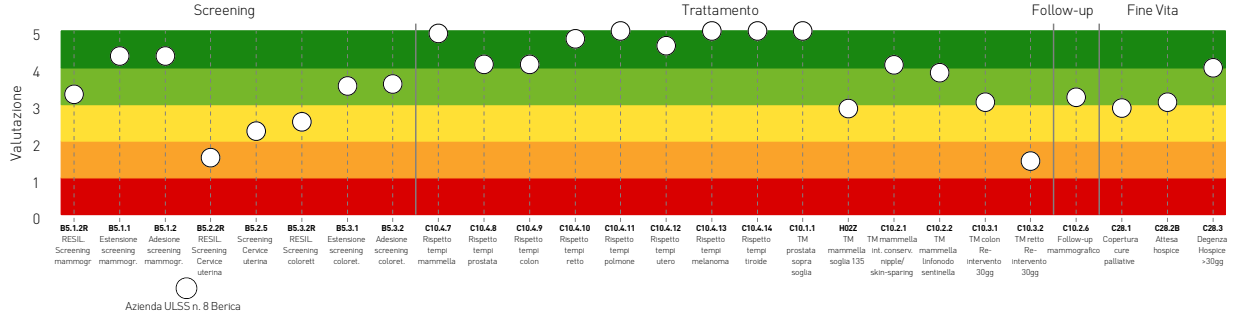
Valutazione della performance 2020



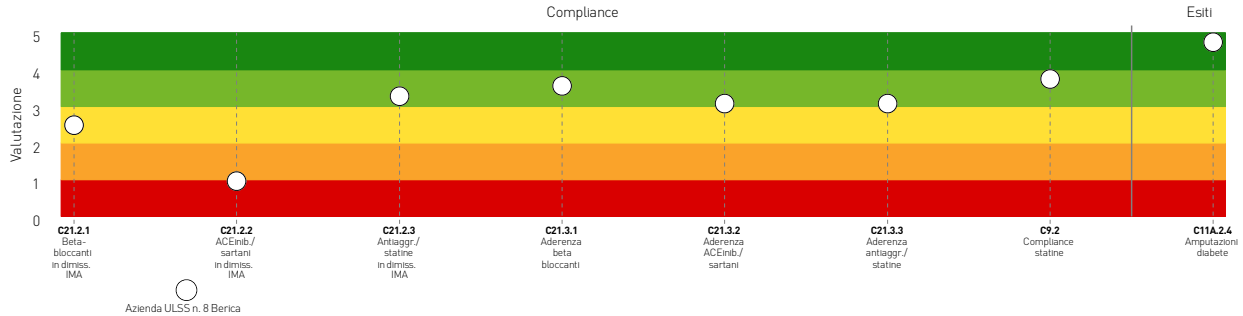
PERCORSO MATERNO INFANTILE



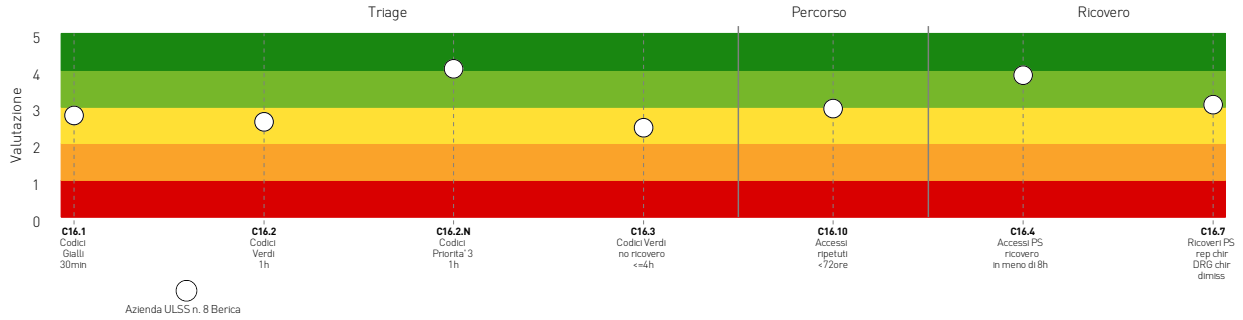
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



ULSS N. 9 SCALIGERA

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2016-2018)

A1
Mortalita' infantile

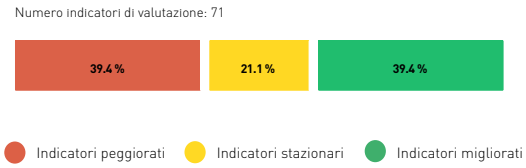
A2
Mortalita' per tumori

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

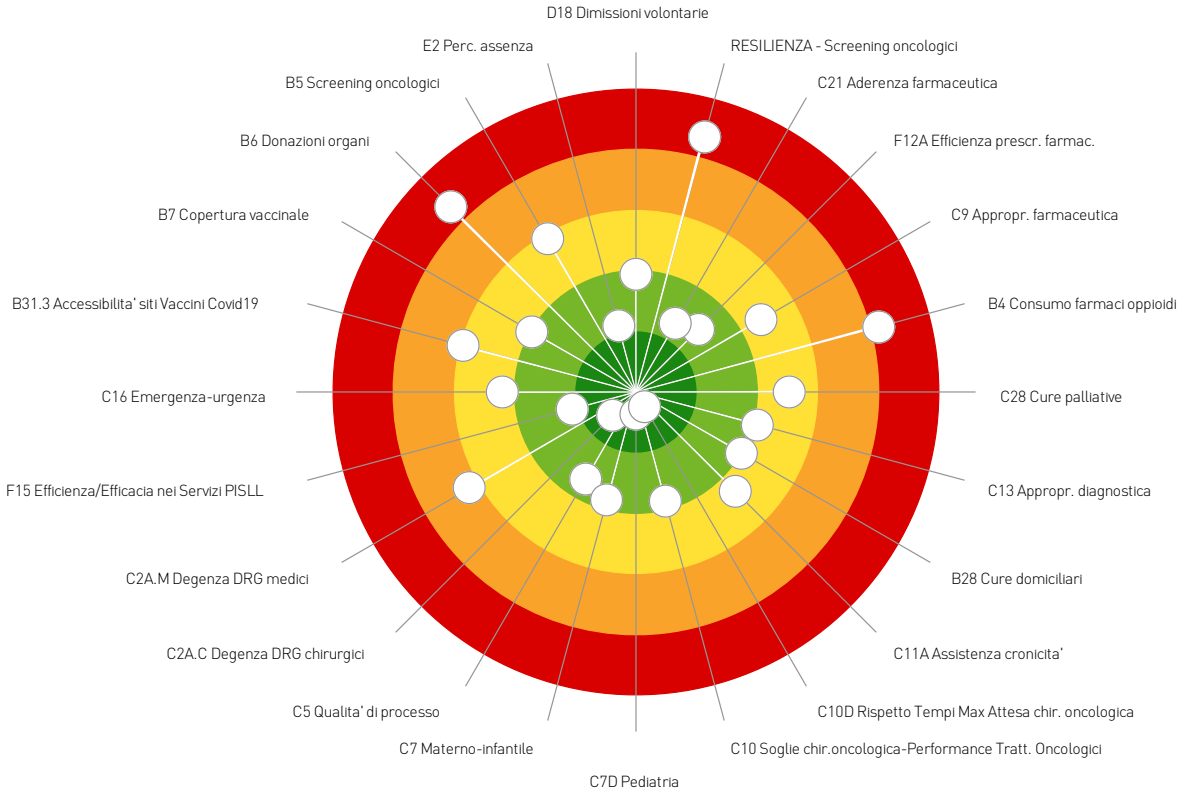
A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

Andamento indicatori - Trend 2019/2020



Valutazione della performance 2020



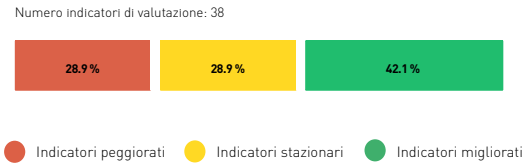
A.O. VERONA

Valutazione dell'attività di ricerca (2017-2019)

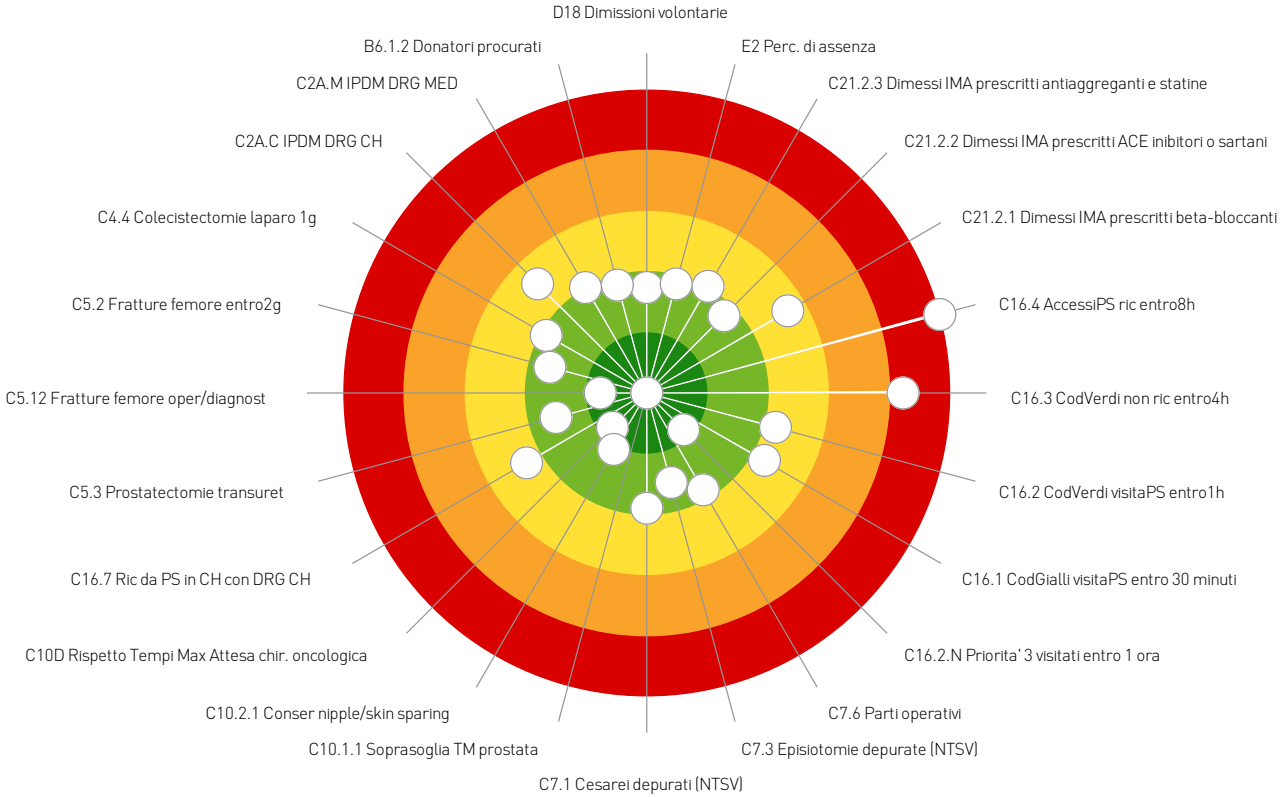
B15.1.1A
Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

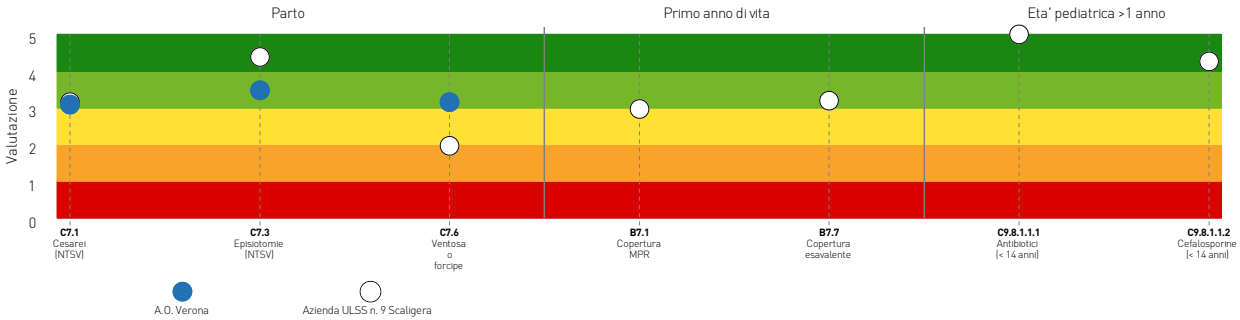
Andamento indicatori - Trend 2019/2020



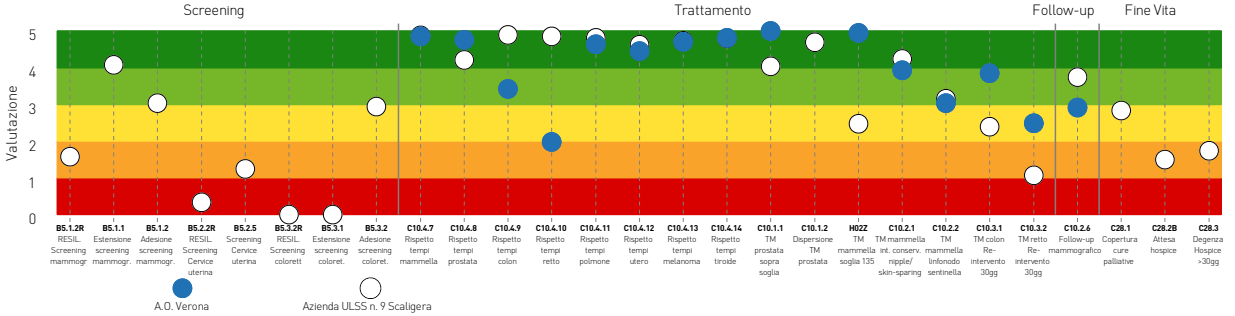
Valutazione della performance 2020



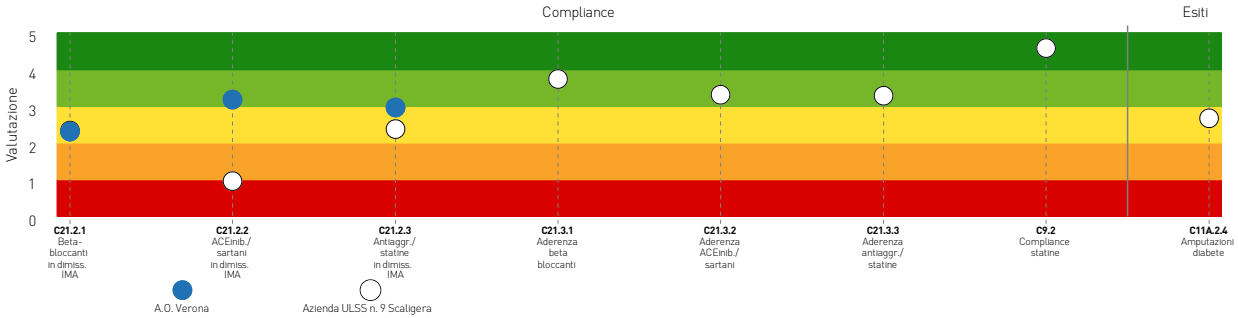
PERCORSO MATERNO INFANTILE



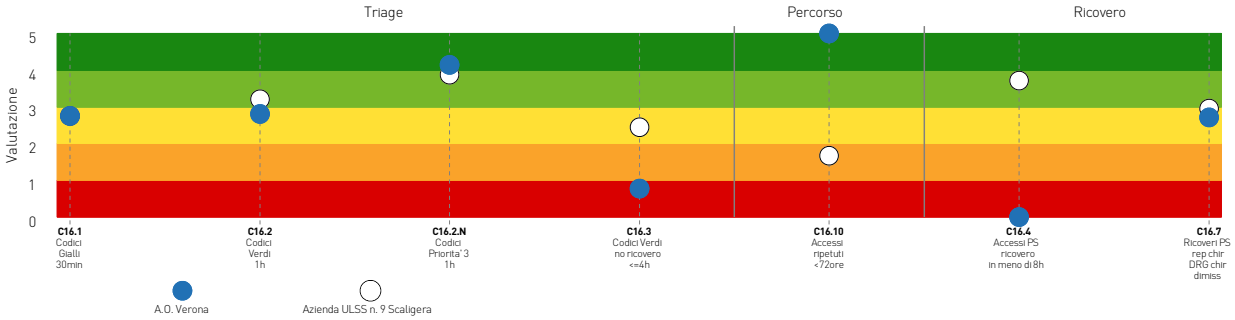
PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA



4

INDICATORI

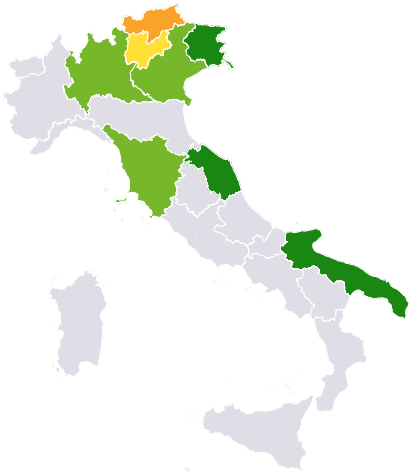
management sanità

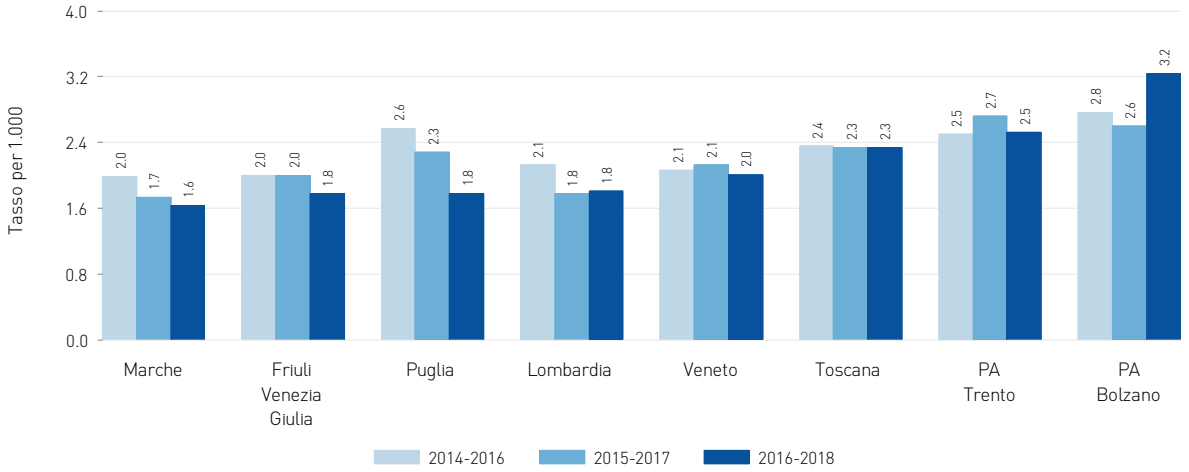
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

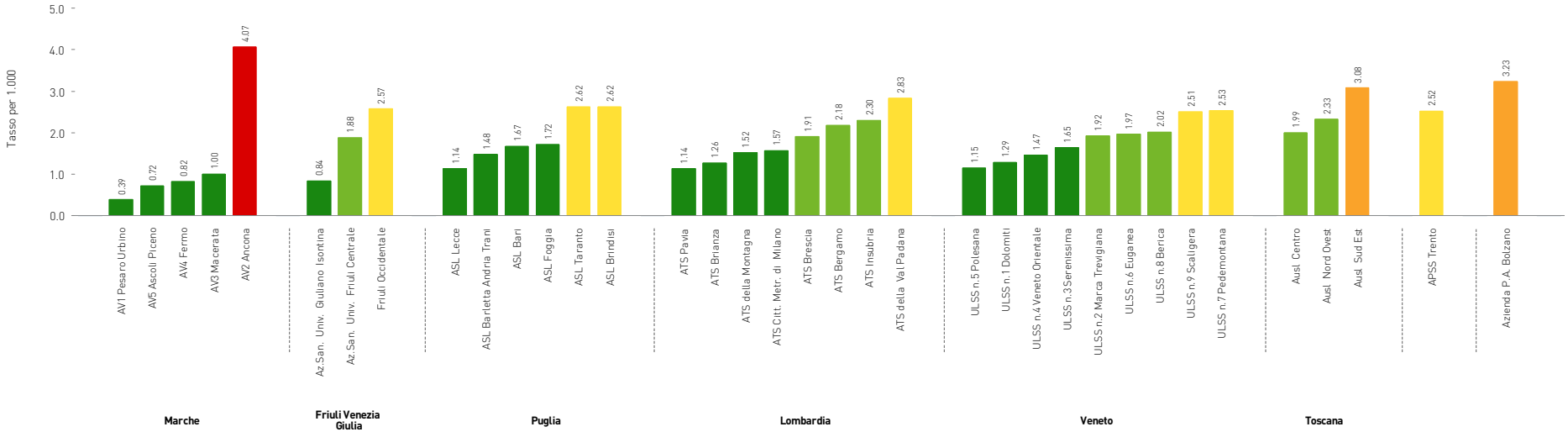
management sanità

A1.1 Mortalità nel primo anno di vita

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



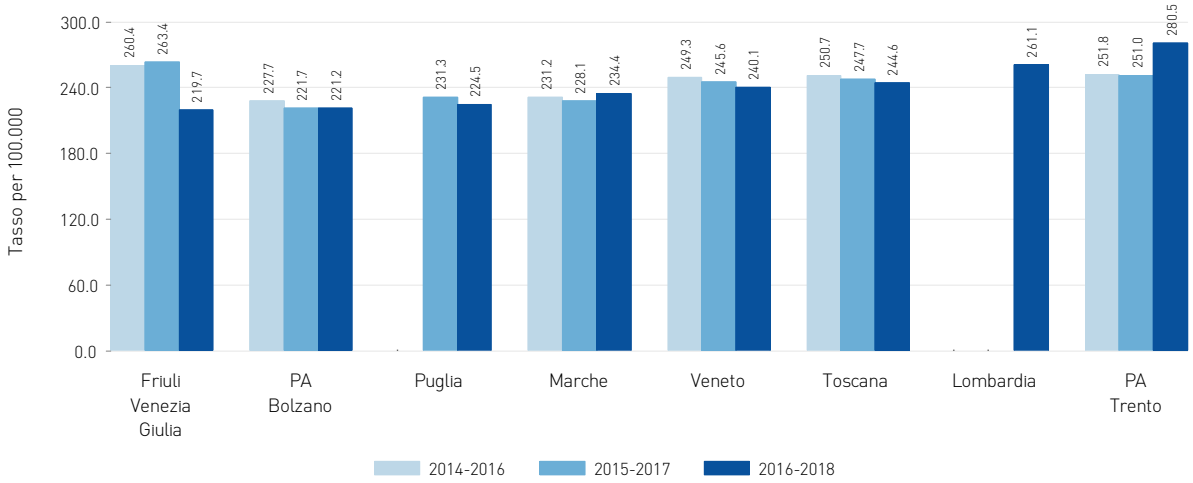


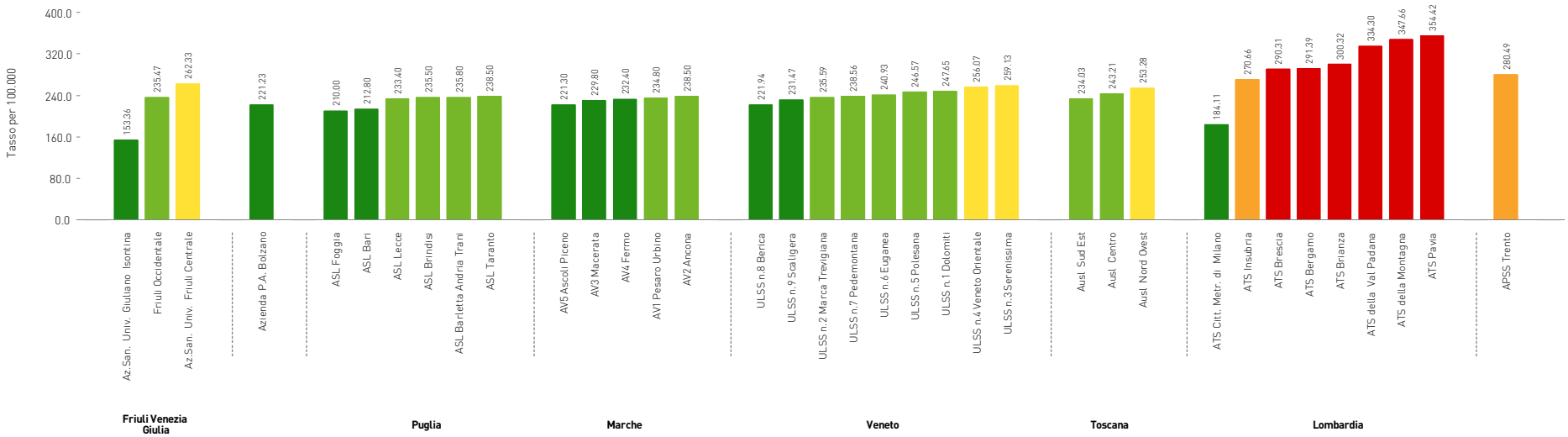


A2 Mortalità per tumori

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



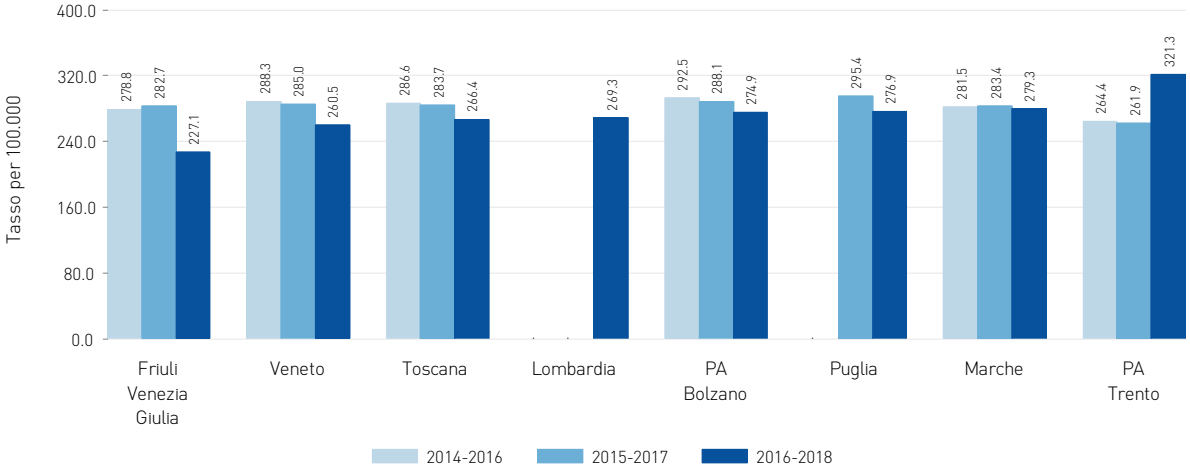


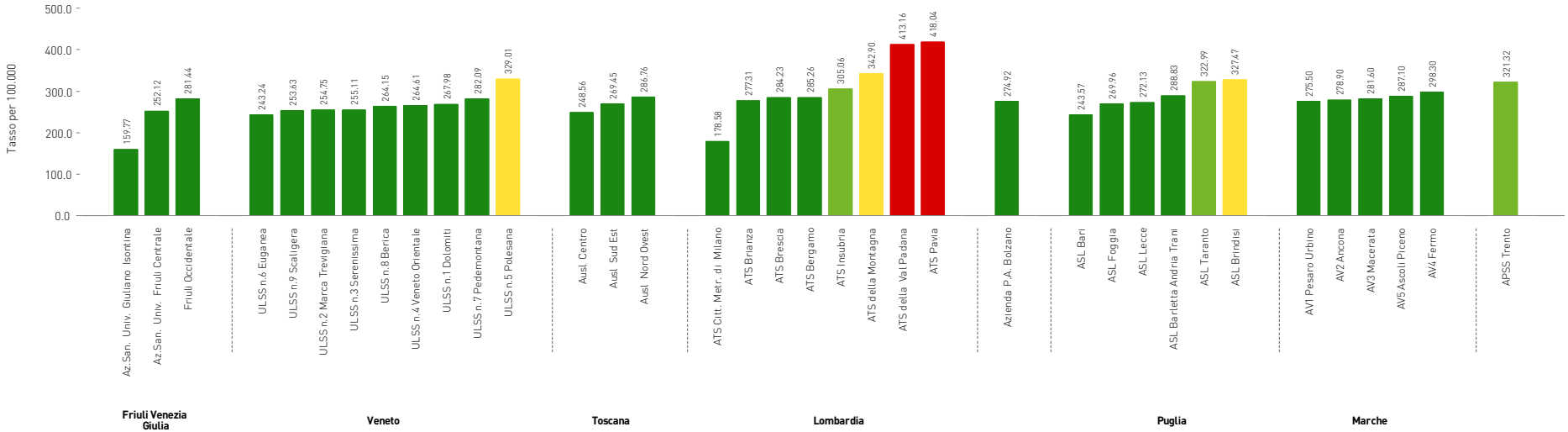


A3 Mortalità per malattie circolatorie

Attualmente le cause di morte più frequenti in Italia sono connesse alle malattie del sistema cardiovascolare, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori (www.epicentro.iss.it). Le malattie cardiovascolari sono in gran parte prevenibili, in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (fumo, consumo di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà). Pertanto, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo sugli stili di vita, al fine di impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa (Rapporto Osservasalute 2019). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato delle Aziende Sanitarie, che rappresenta uno dei molteplici determinanti della mortalità per malattie circolatorie, ma offre informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche al fine di riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.

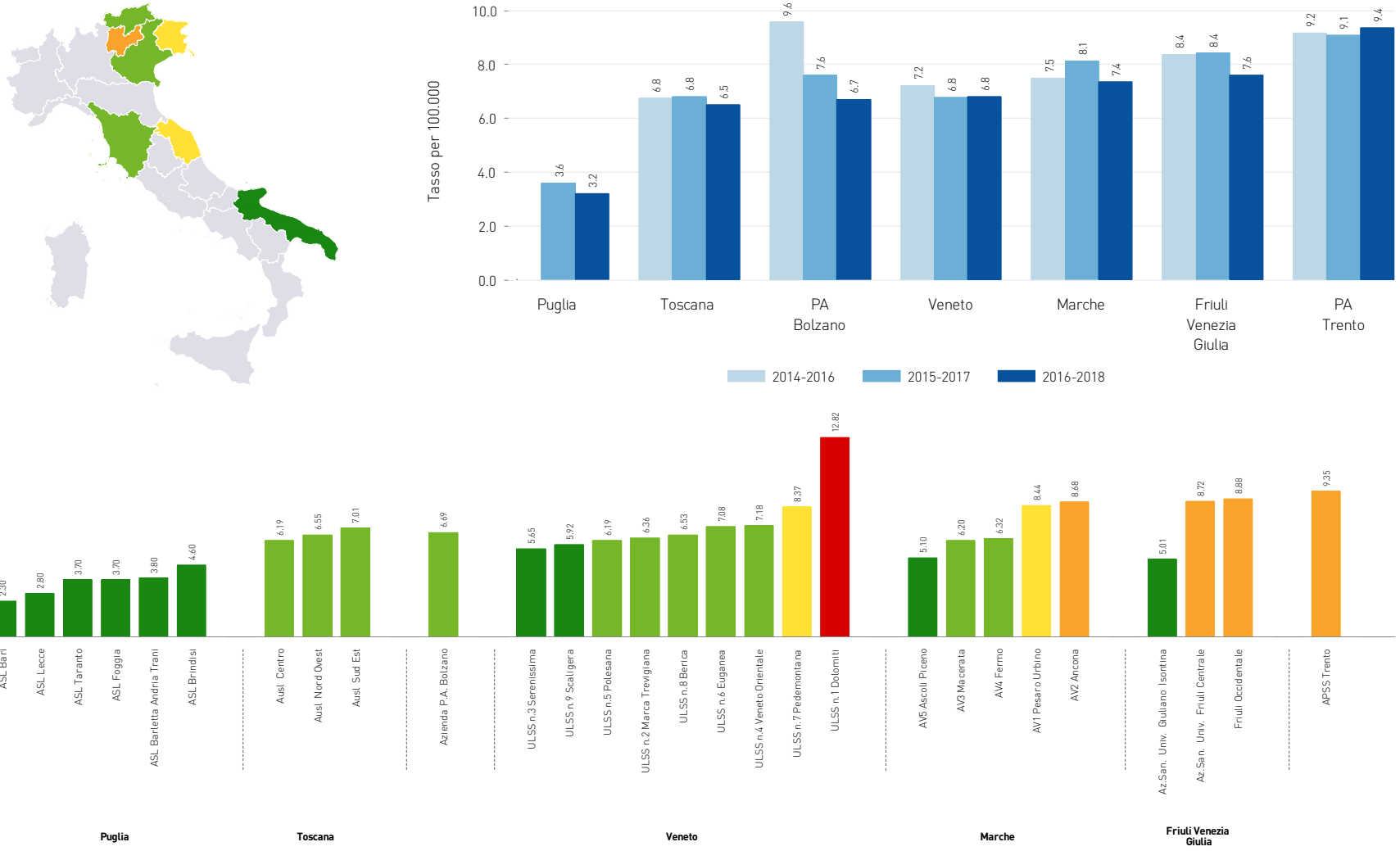






A4 Mortalità per suicidi

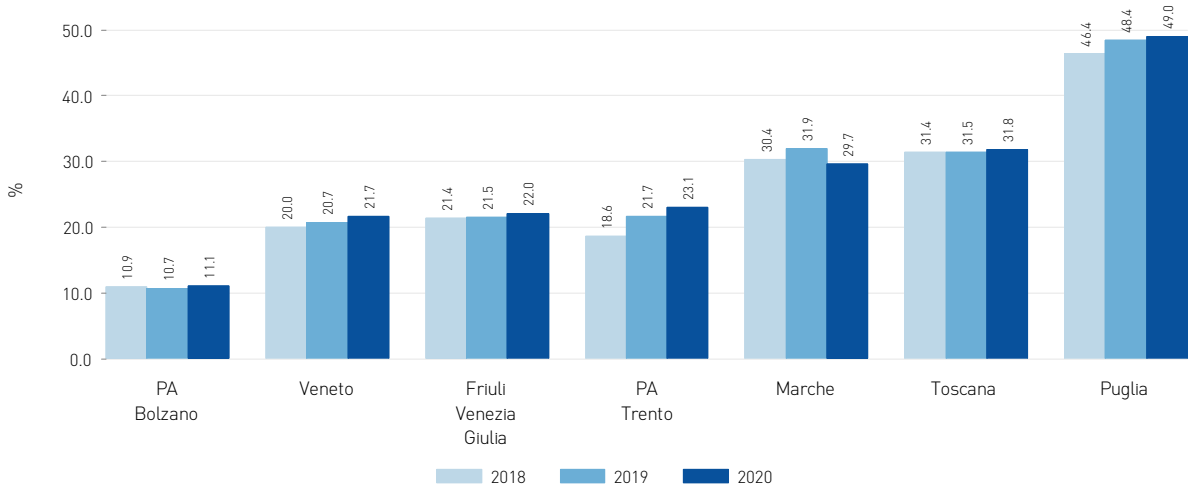
La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni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

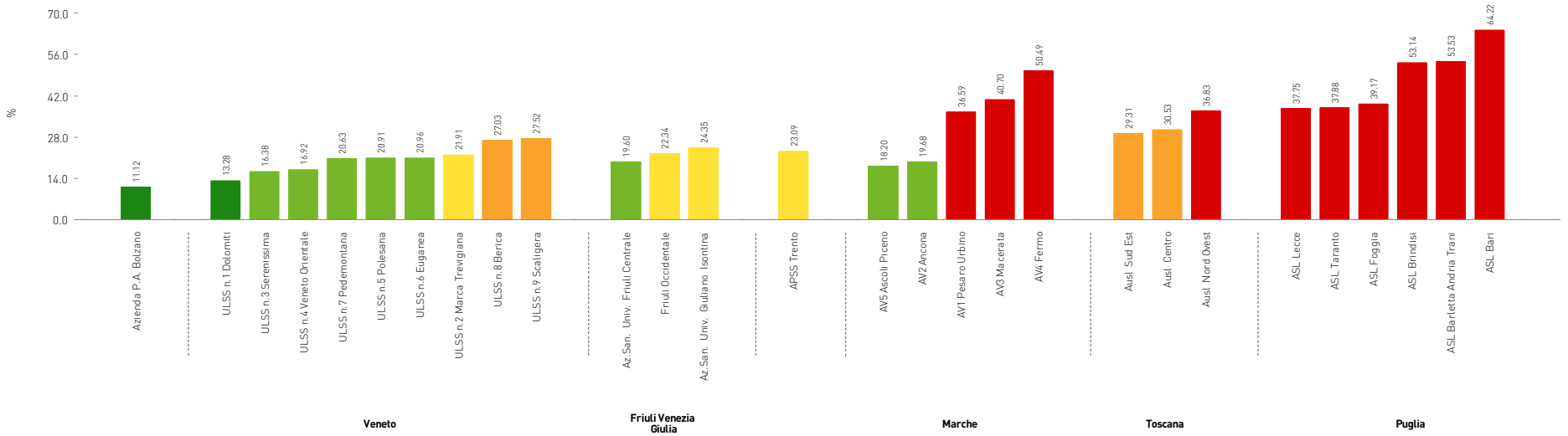


A10.1.1 Percentuale di sedentari

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

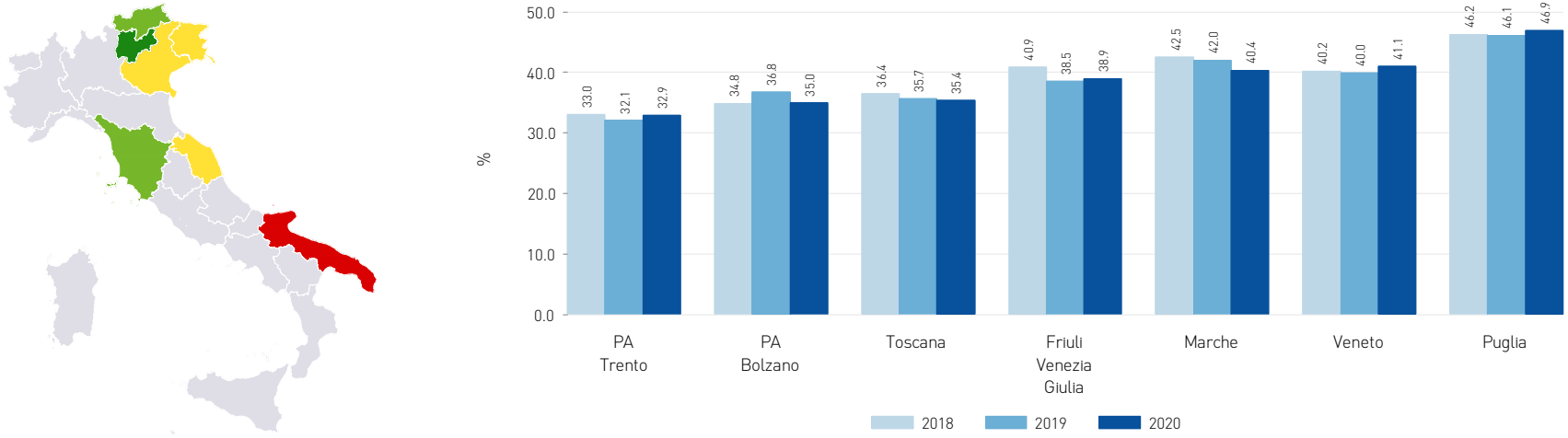


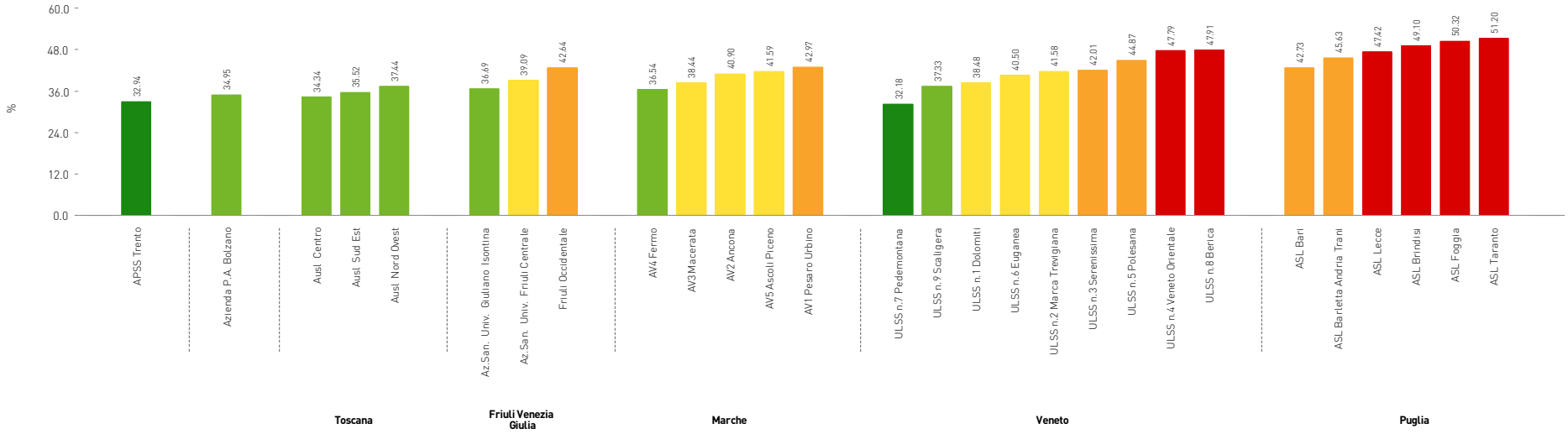




A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

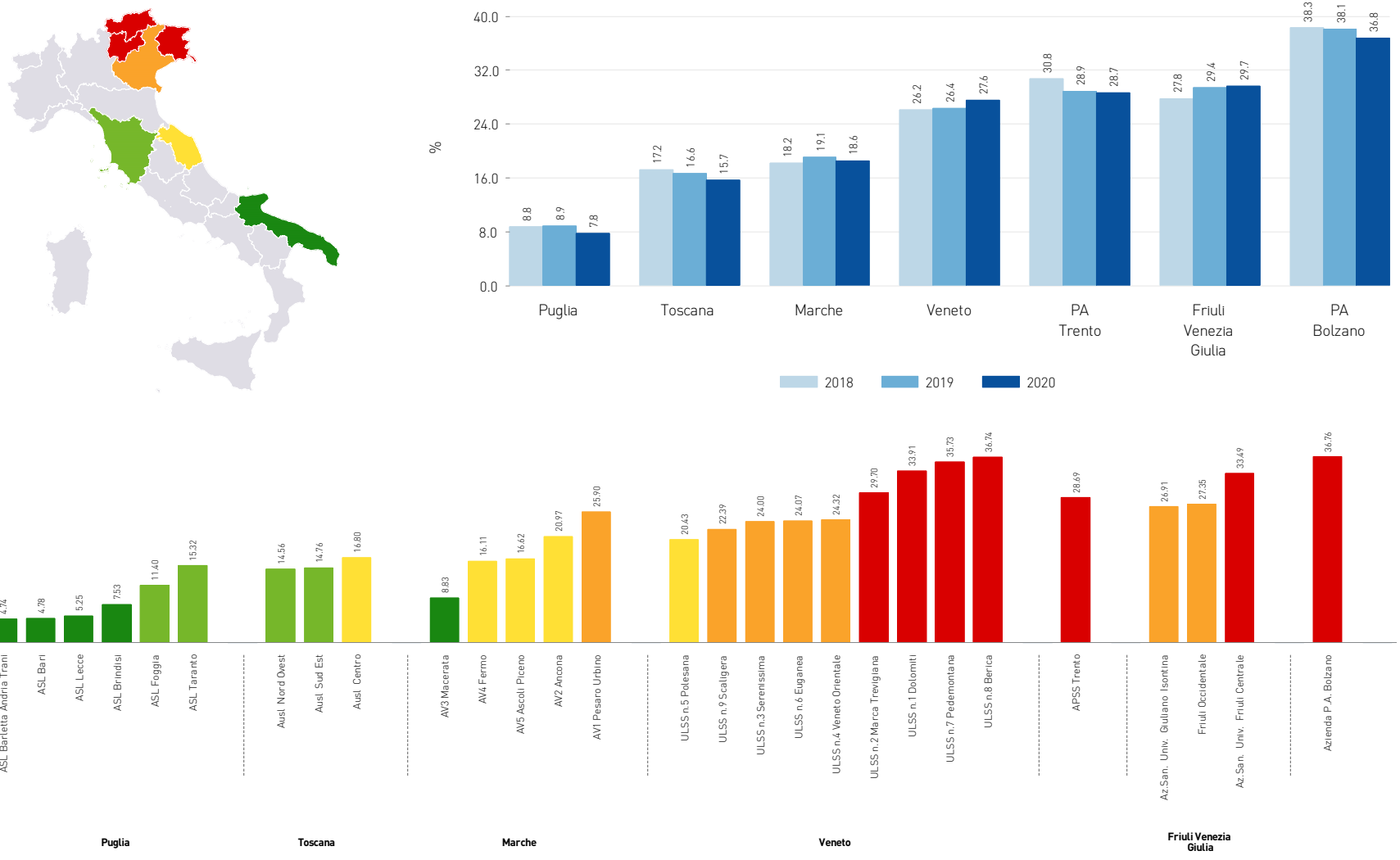
L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Imc) o Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato. L'Imc descrive le seguenti categorie di peso: grave magrezza (Imc<16,00); sottopeso (16,00 -18,49), normopeso (18,50 -24,99), sovrappeso (25,00 -29,99), obeso (Imc>=30) con tre gradi di gravità con l'aumentare dell'Imc. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.





A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

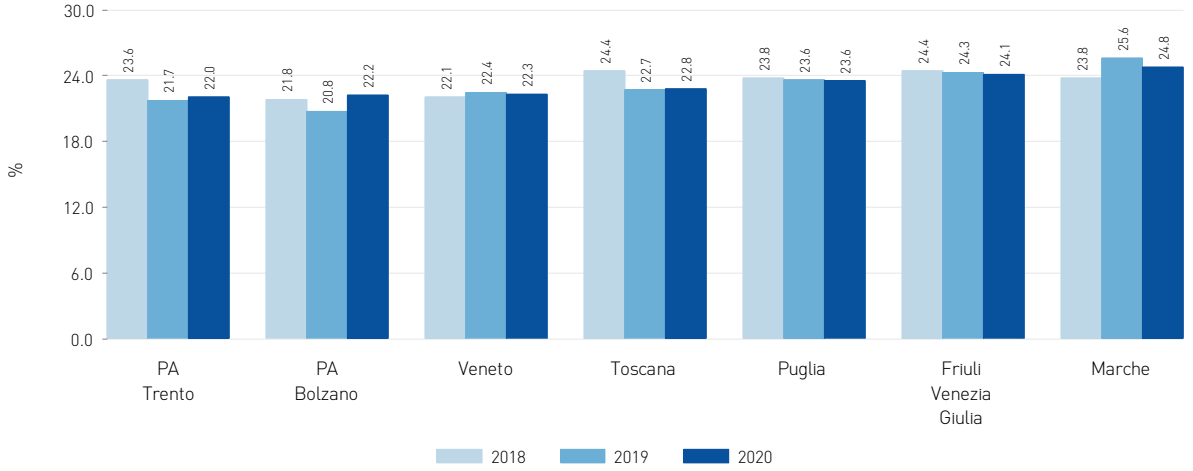
Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il consumo episodico eccessivo (binge drinking), il consumo fuori pasto. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne), oppure almeno un episodio di binge drinking (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne), oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

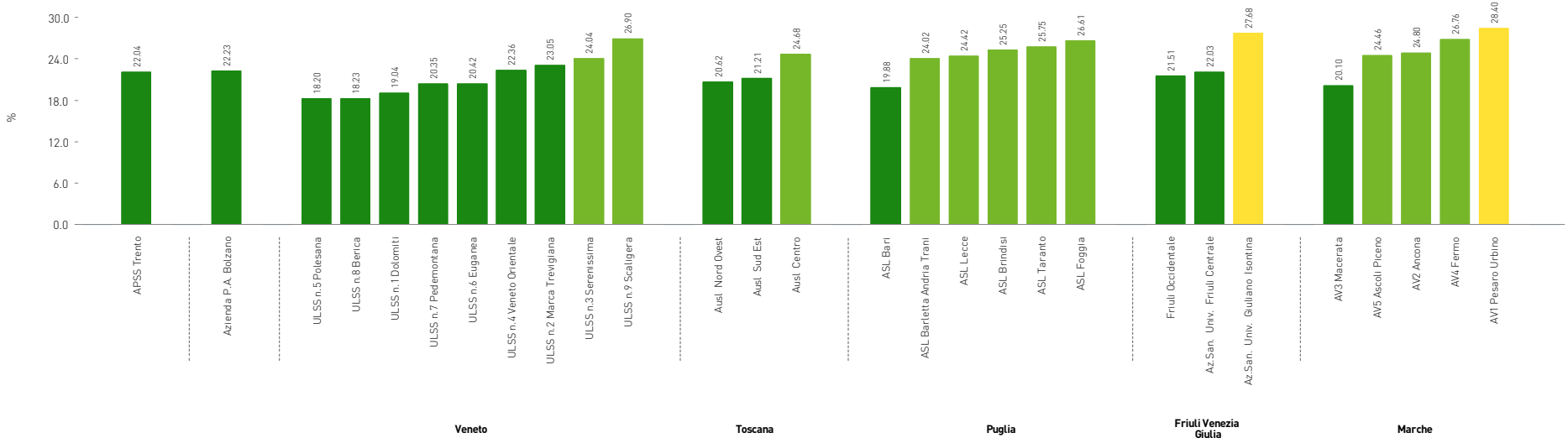


A10.4.1 Percentuale di fumatori

Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.





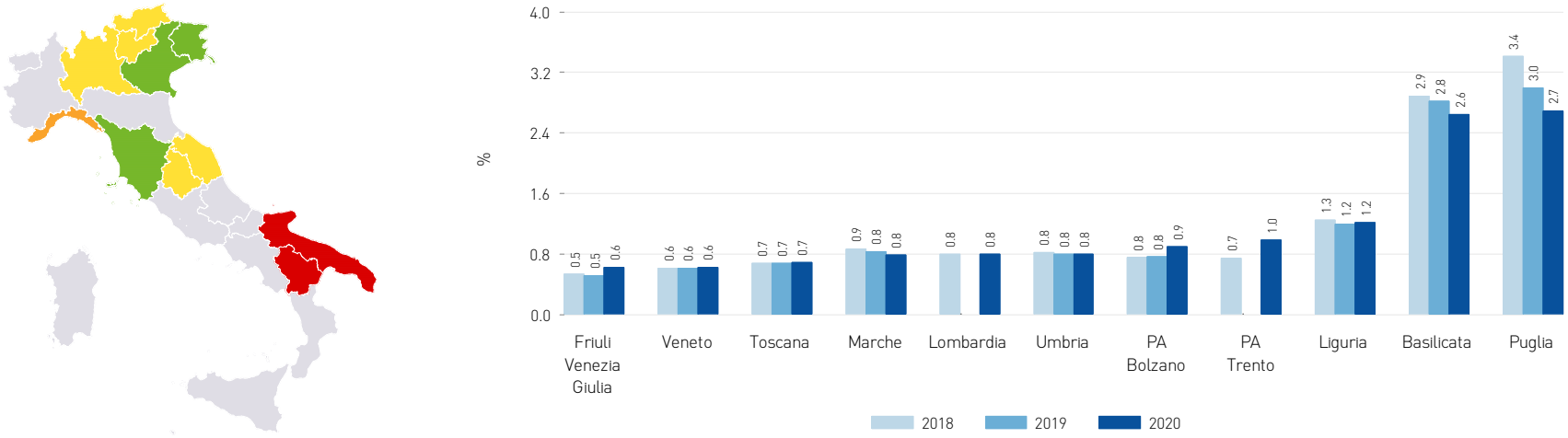


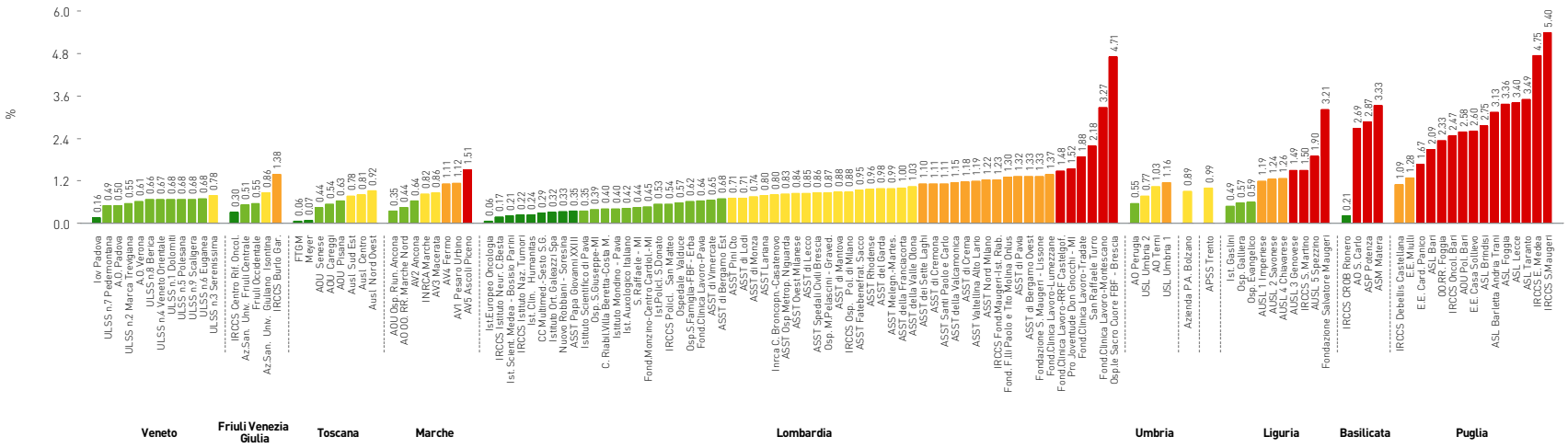
UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE

management sanità

D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

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

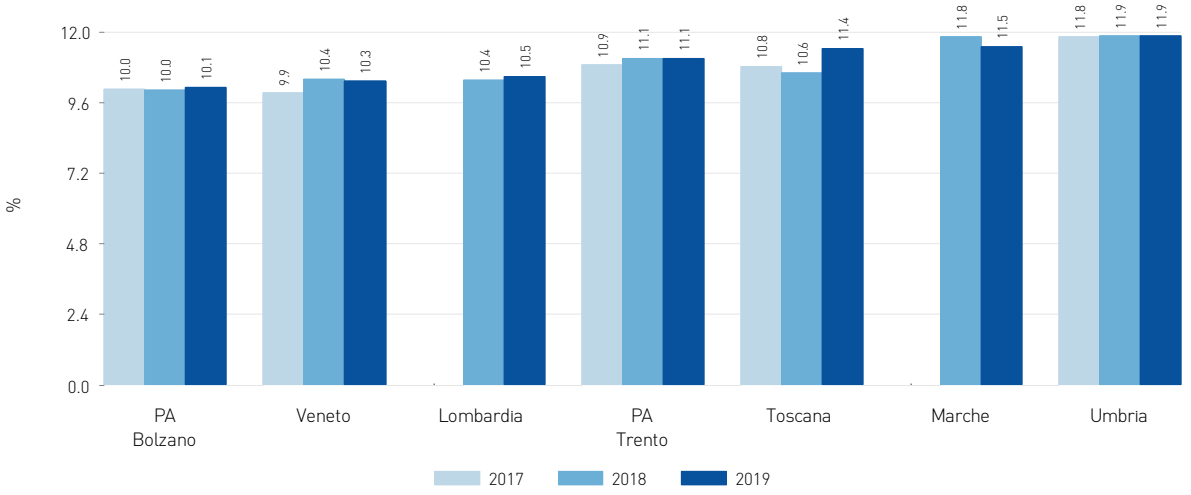


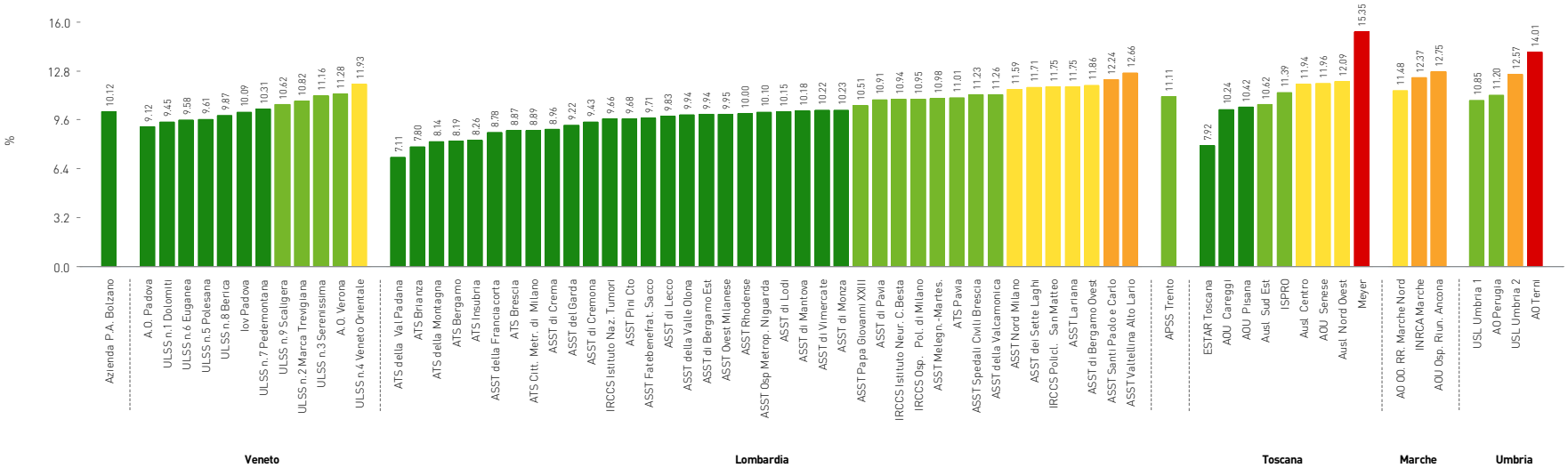


E2 Percentuale di assenza

L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per maternità, congedo parentale e malattia dei figli, per altri permessi ed assenze retribuite, per sciopero e per altre assenze non retribuite (al numeratore) ed il numero di giornate lavorabili al netto delle ferie godute (al denominatore). Con riferimento alle aziende ospedaliero-universitarie, l'indicatore considera anche il personale universitario (coerentemente con quanto disposto dalla Circolare del 15 aprile 2016, n. 13). I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore corrispondono ai dati forniti dalle aziende per la compilazione dal conto annuale. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce all'anno 2019.

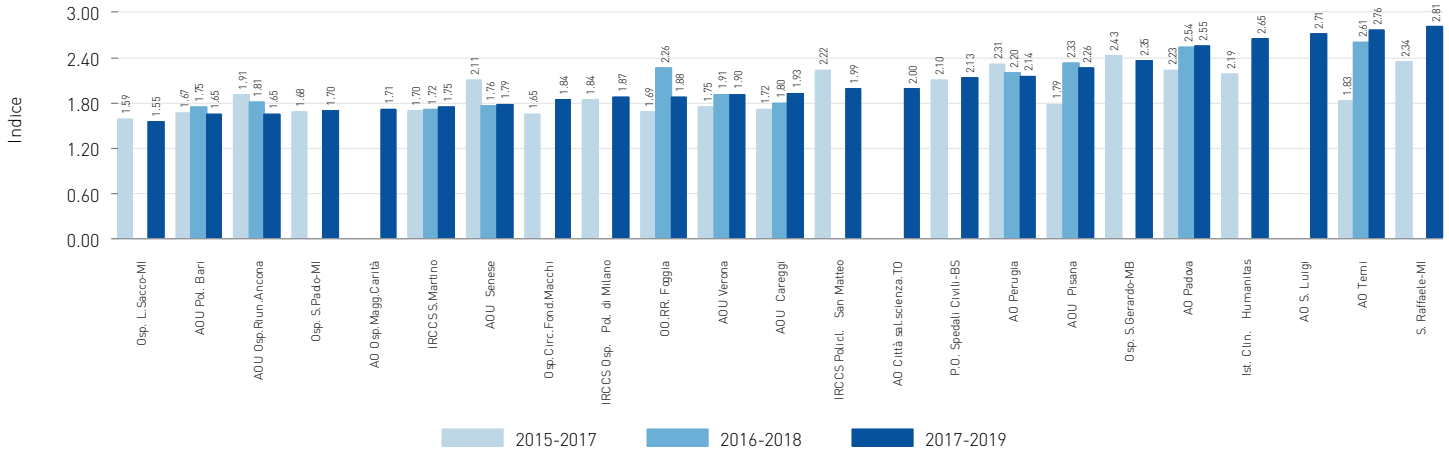


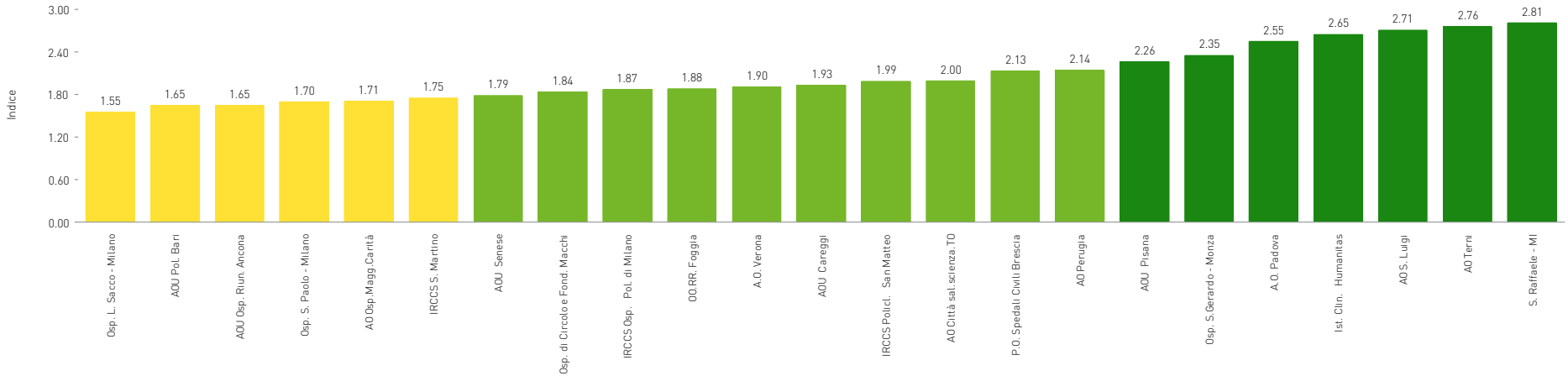




B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

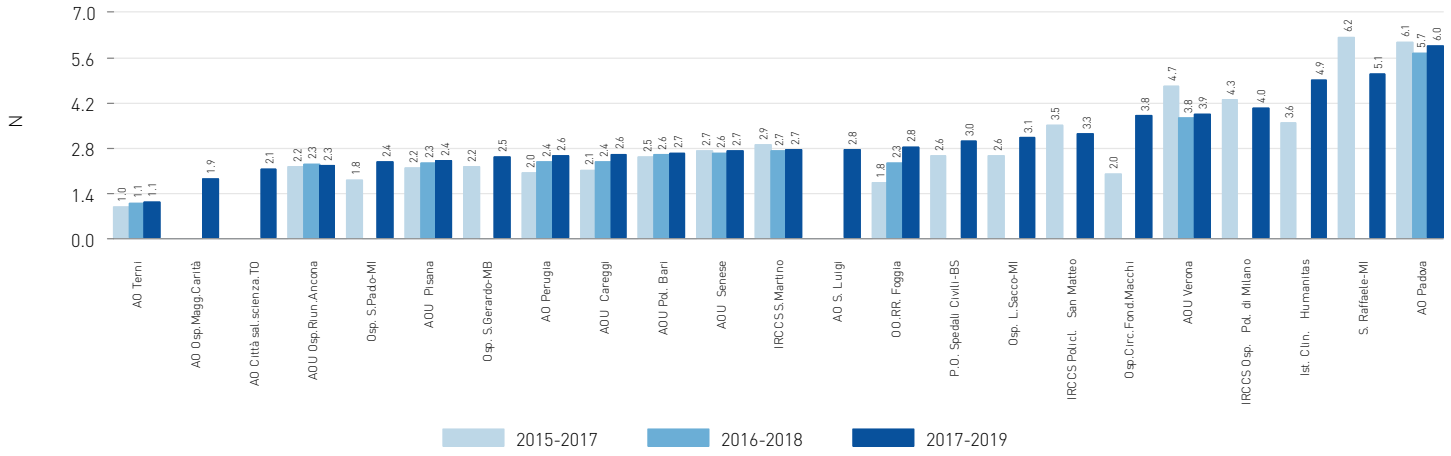
L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli articoli sulla base del numero di citazioni ottenute dagli stessi rapportato al numero medio di citazioni ottenuto da pubblicazioni dello stesso anno, stesso tipo (paper, review, ecc.) e stessa specialità. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., http://www.scival.com. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2017-2019.

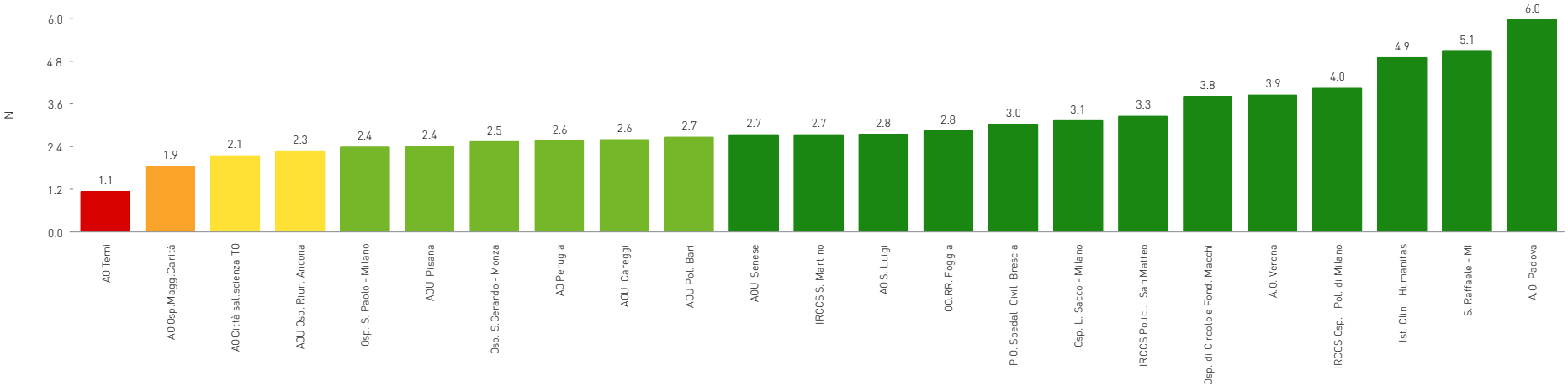




B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti

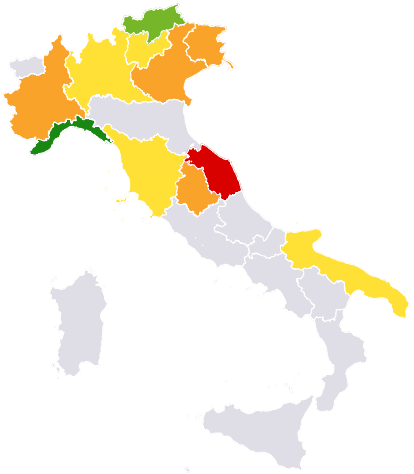
L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., http://www.scival.com. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2017-2019.

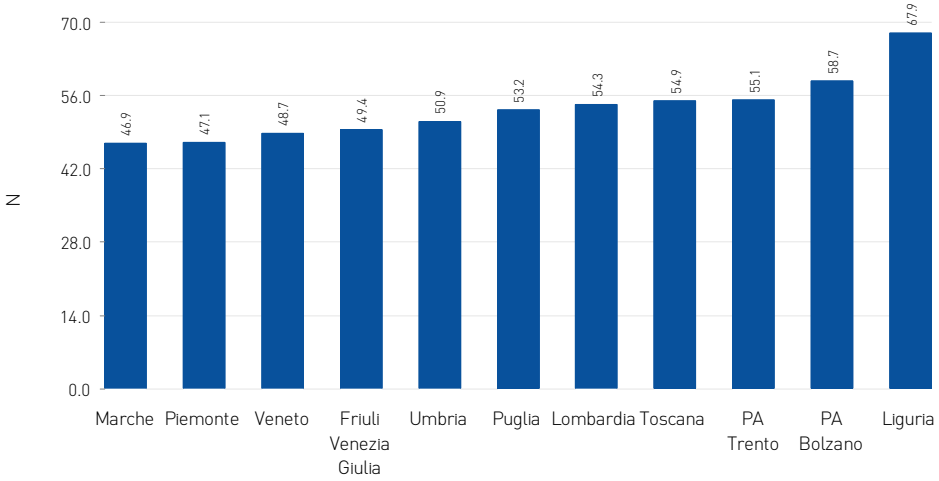


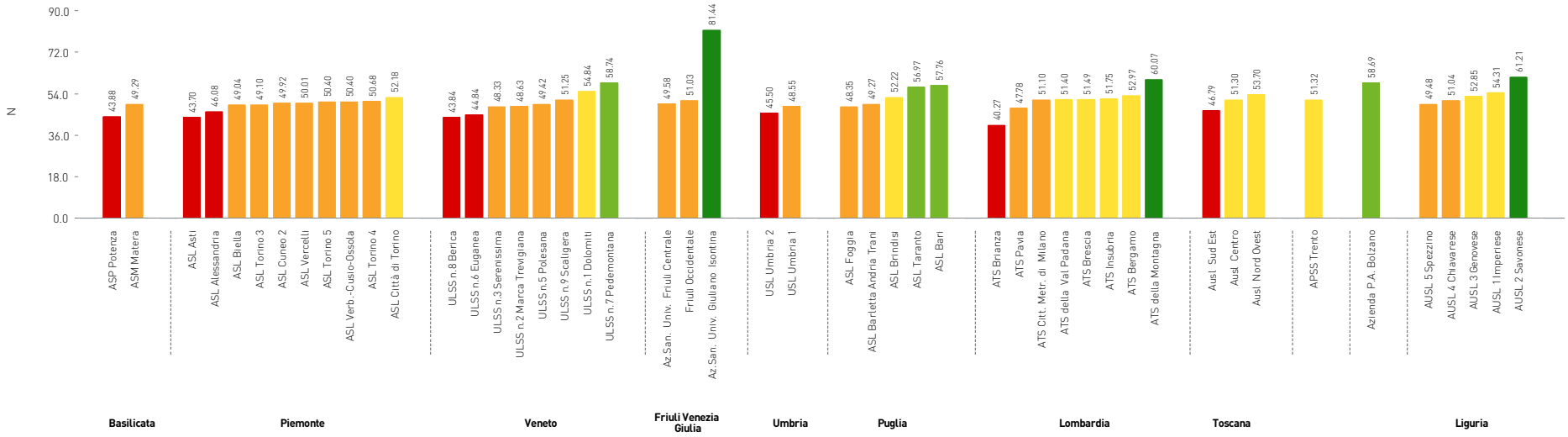


B31.3.2.1 Indice GulpEase dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. L'indicatore analizza i testi dal punto di vista sintattico-lessicale, anche in termini di lunghezza delle frasi e lunghezza delle parole, e mostra lo scostamento medio, espresso in valore assoluto da 0 a 100, dell'Indice Gulpease dalle soglie di leggibilità. Intende misurare quanto i testi dei siti web delle aziende siano caratterizzati da frasi e parole dalla lunghezza tale da rendere più o meno leggibili i testi stessi. Per leggere correttamente l'indicatore, oltre alle fasce di valutazione adottate basate sulla distribuzione dei valori, si deve far riferimento a tre soglie minime di leggibilità: 40 per diploma superiore, 60 per licenza media, 80 per scuola elementare.

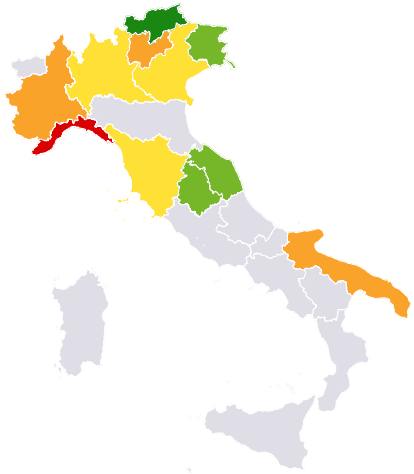


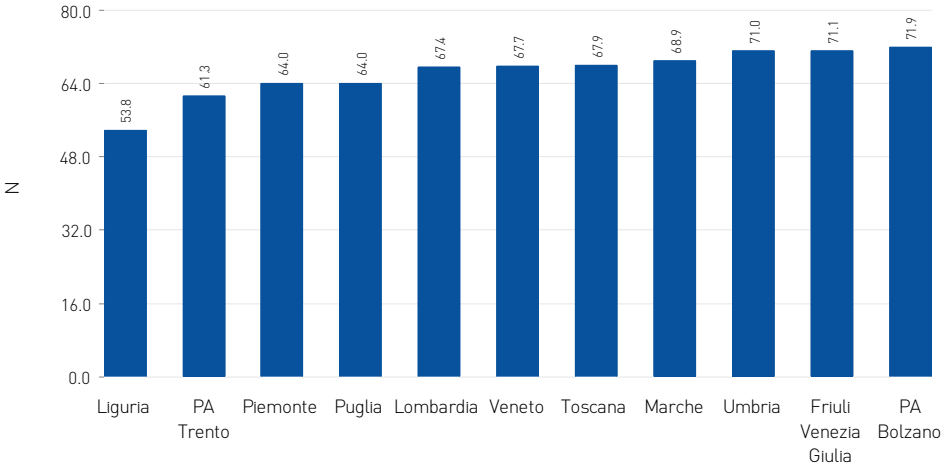


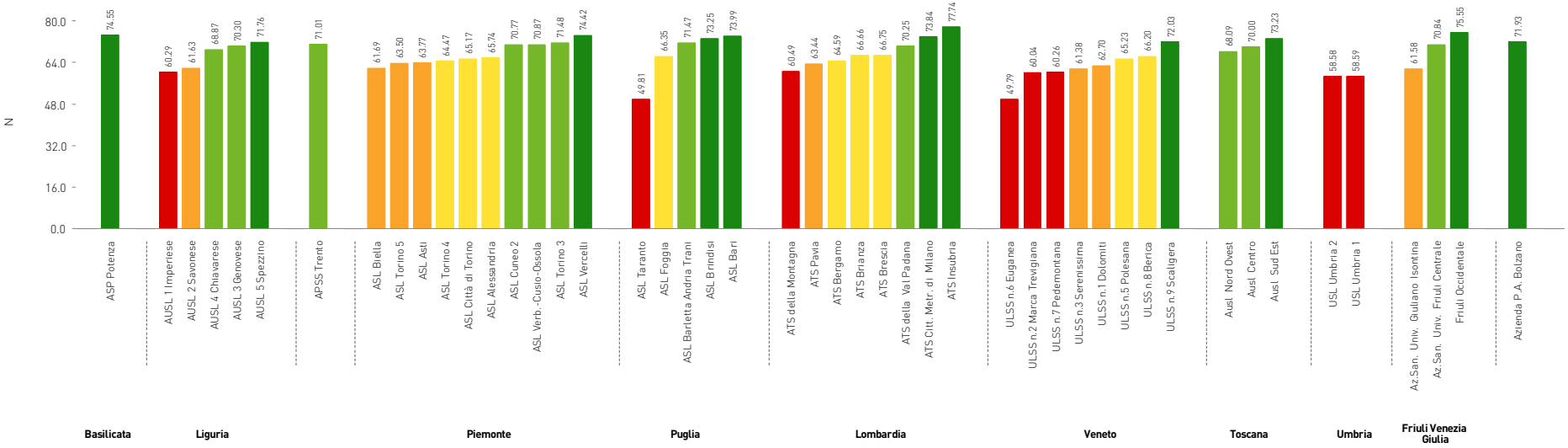


B31.3.2.2 Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi della vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. Sviluppato nel 2016, il nuovo vocabolario di base della lingua italiana consente di calcolare un indice basato sulla distribuzione dei vocaboli in un testo appartenenti al sopracitato vocabolario (che include le parole più familiari per gli italiani – 7500 vocaboli). Più elevata è la frequenza, più il testo è semplice da un punto di vista lessicale. Si sottolinea che solo un ristretto numero di parole del gergo sanitario appartengono al vocabolario italiano di base. Risulta quindi molto difficile per un testo scientifico-sanitario raggiungere percentuali elevate di leggibilità.

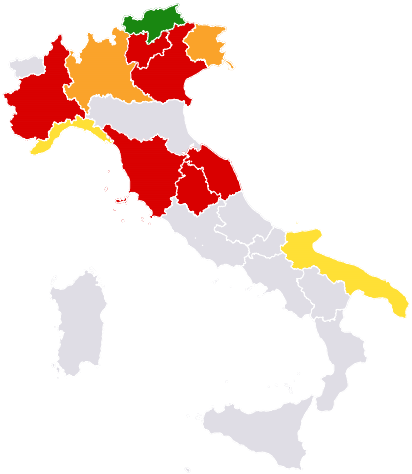


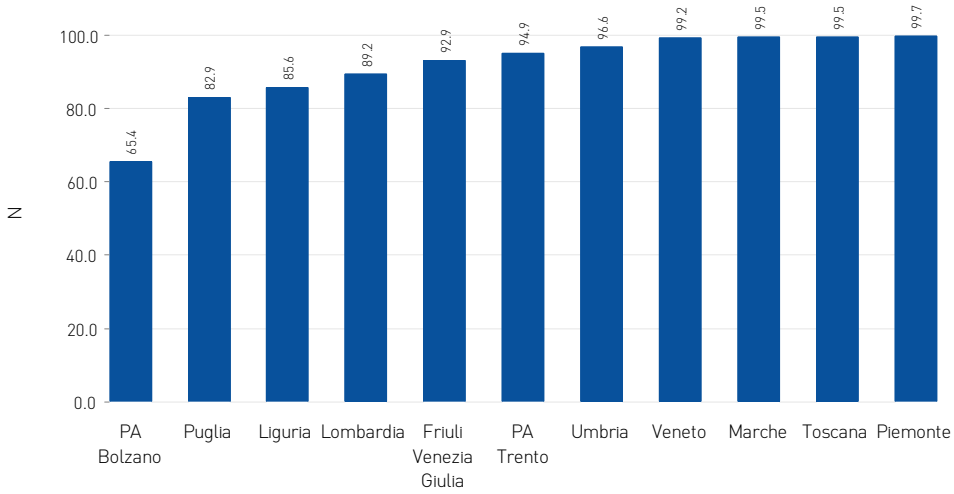


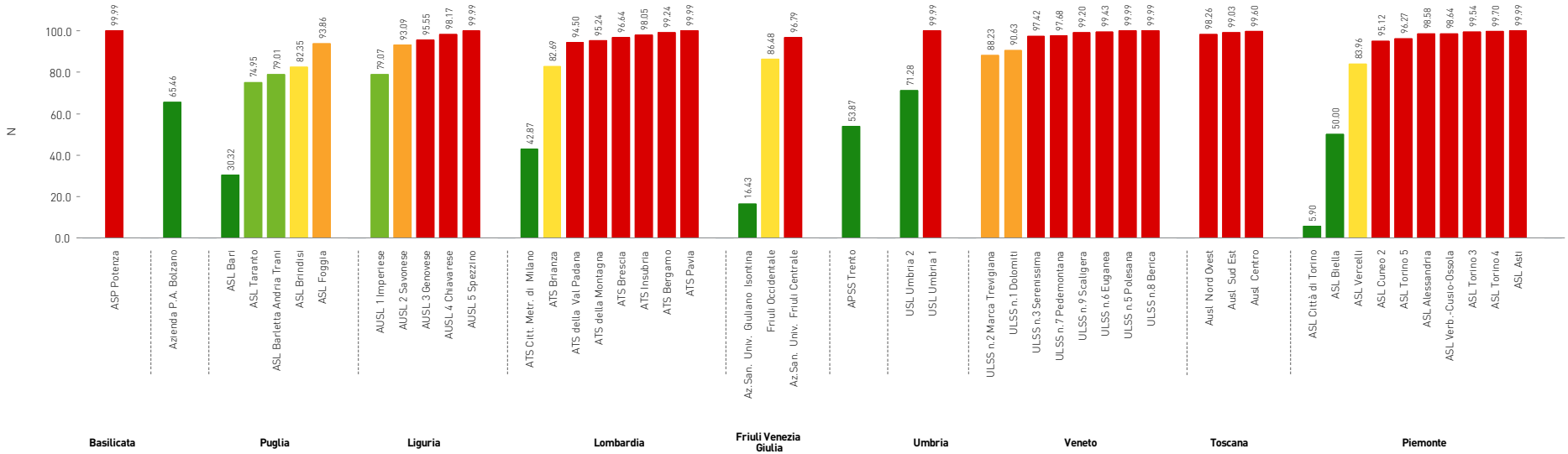


B31.3.2.3 Indice READ-IT sui testi della vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. Sviluppato nel 2011, READ-IT consiste in un algoritmo basato su tecniche di intelligenza artificiale utilizzato al fine di valutare l'efficacia comunicativa dei testi. Si tratta di una tecnica di machine learning in grado di catturare attraverso un algoritmo il livello di complessità del testo sulla base di un'ampia gamma di parametri linguistici: caratteristiche di base ovvero gli indicatori usati dai tradizionali indici di leggibilità di un testo come la lunghezza della frase e la lunghezza delle parole; caratteristiche lessicali ovvero la composizione del vocabolario e la sua ricchezza lessicale; caratteristiche sintattiche ovvero informazioni di tipo grammaticale (combinazione di tratti morfo-sintattici e sintattici). La valutazione esprime il livello di difficoltà del testo, ovvero la classificazione del testo in esame come testo di difficile o semplice lettura. I punteggi di leggibilità di READ-IT restituiscono un valore da 0 a 100: più il valore è basso, più il testo in esame è semplice da leggere.



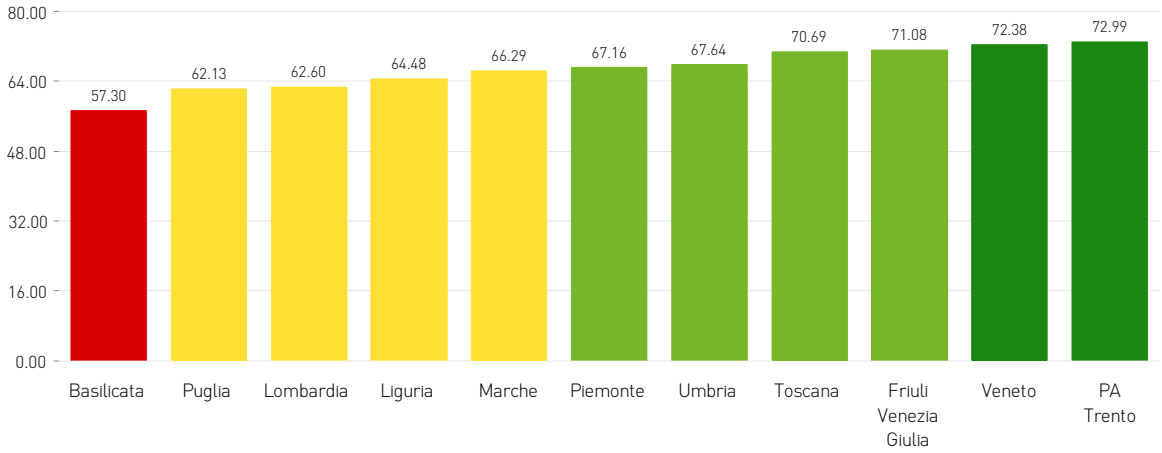




D23.1 Soddisfazione verso i Servizi Sanitari durante la pandemia da COVID-19 nel 2020

Le valutazioni sono assegnate sulla base del grado d'accordo riferito all'affermazione: "Tutto considerato sono soddisfatto dell'assistenza ricevuta dal servizio sanitario della mia Regione durante la pandemia". Numero di rispondenti per regione: Basilicata N=400, Friuli Venezia Giulia N=399, Liguria N=469, Lombardia N=1645, Marche N=404, Puglia N=563, Toscana N=988, PA Trento N=385, PA Bolzano N=159, Piemonte N=480, Umbria N=403, Veneto N=1003. Fonte: Questionario alla popolazione sulla valutazione dei Servizi Sanitari durante la Pandemia da COVID-19 - Laboratorio MeS (Indagine campionaria). Non viene riportato il dato di Bolzano, perché la numerosità dei rispondenti non ne permette una valutazione statisticamente significativa.

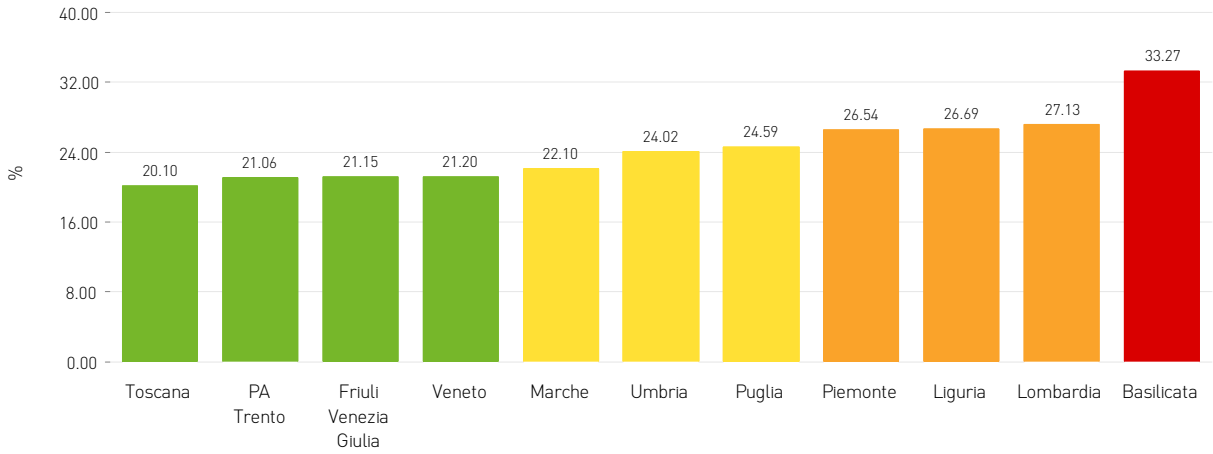




D23.2 Mancato utilizzo dei Servizi Sanitari a causa dell'indisponibilità dell'offerta

Le valutazioni sono assegnate sulla base della percentuale di rispondenti che dichiara di aver evitato di usufruire di servizi sanitari pur avendone bisogno a causa di indisponibilità dell'offerta pesate per il numero di rispondenti che, in ogni Regione, dichiara di aver dovuto rinunciare all'uso di almeno un servizio sanitario. Numero di rispondenti per regione: Basilicata N=291, Friuli Venezia Giulia N=275, Liguria N=323, Lombardia N=1162, Marche N=259, Puglia N=442, Toscana N=648, PA Trento N=253, PA Bolzano N=109, Piemonte N=332, Umbria N=257, Veneto N=662. Fonte: Questionario alla popolazione sulla valutazione dei Servizi Sanitari durante la Pandemia da COVID-19 - Laboratorio MeS (Indagine campionaria). Non viene riportato il dato di Bolzano, perché la numerosità dei rispondenti non ne permette una valutazione statisticamente significativa.





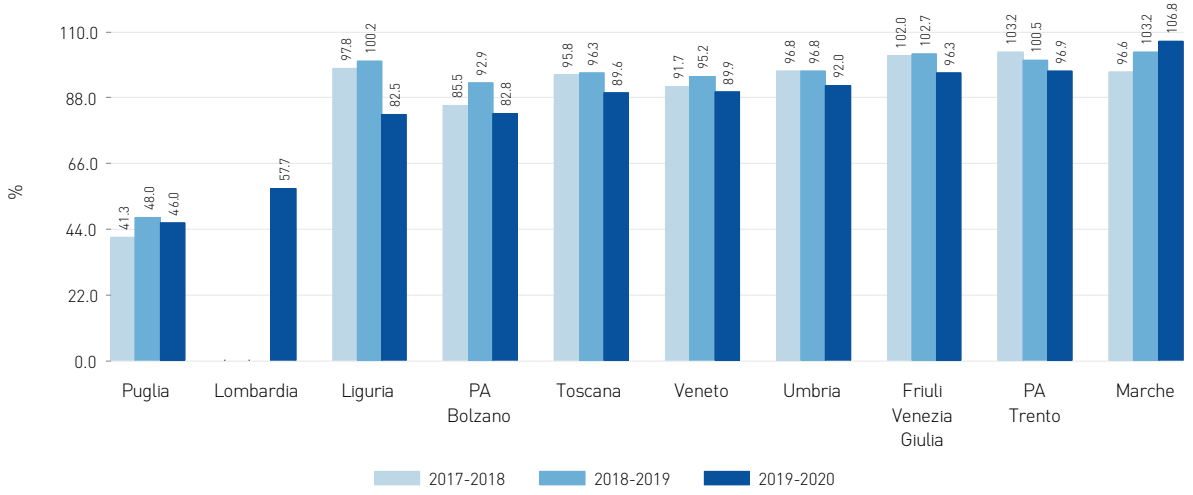
STRATEGIE SANITARIE REGIONALI

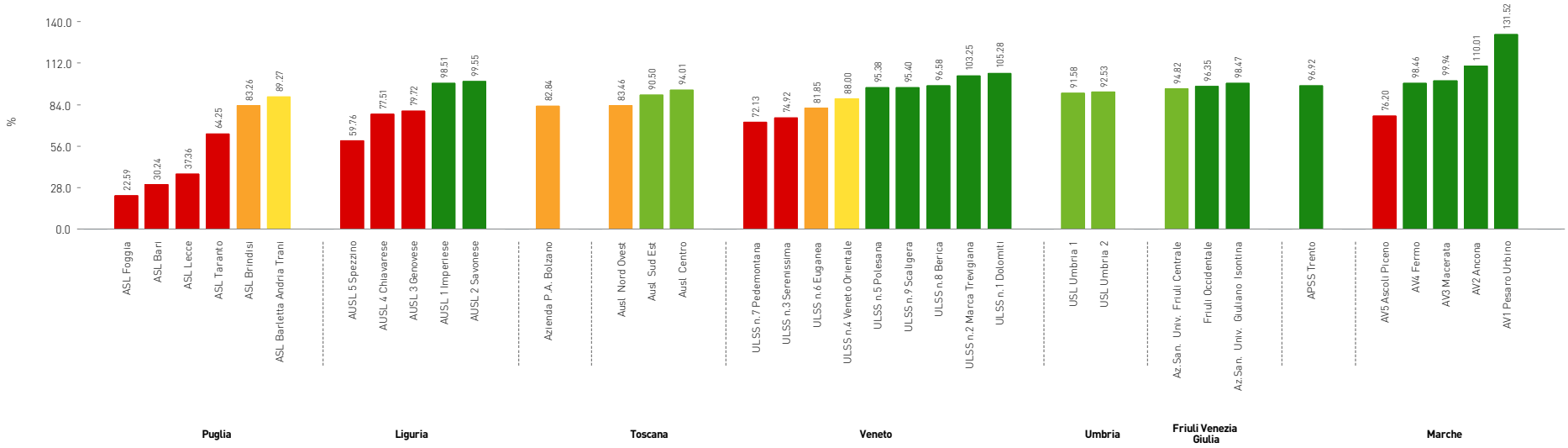


B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

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



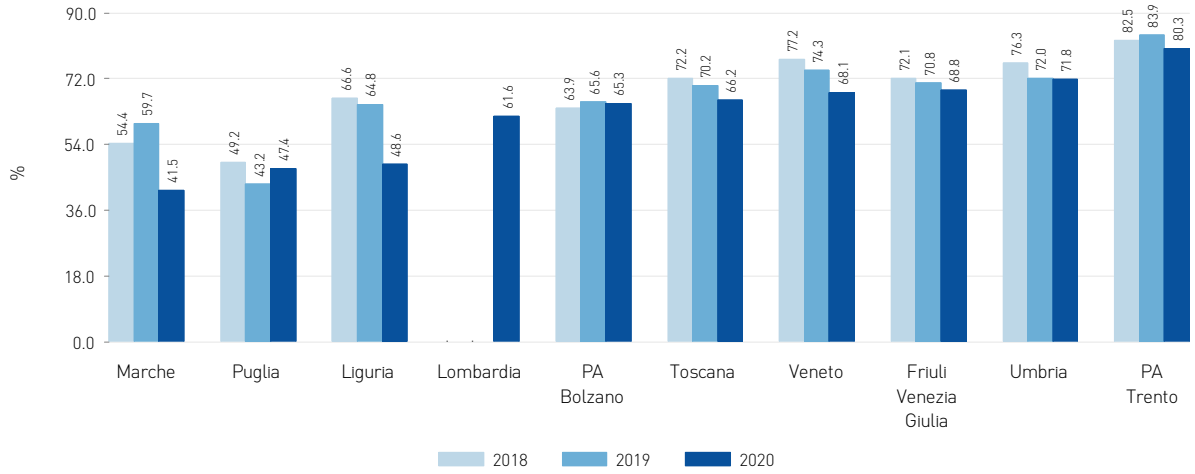


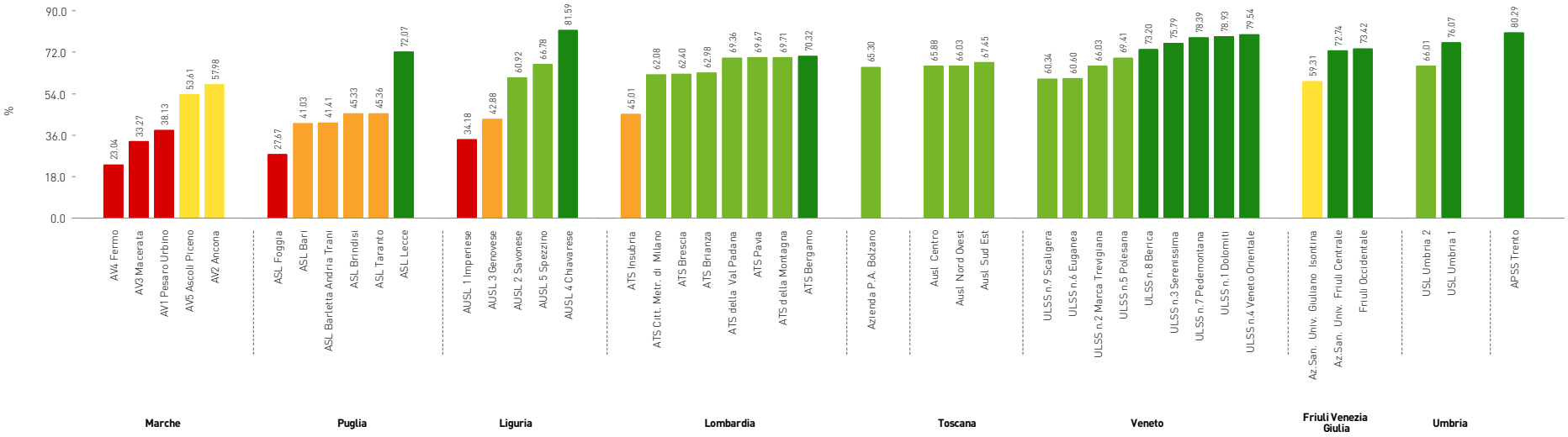


B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

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



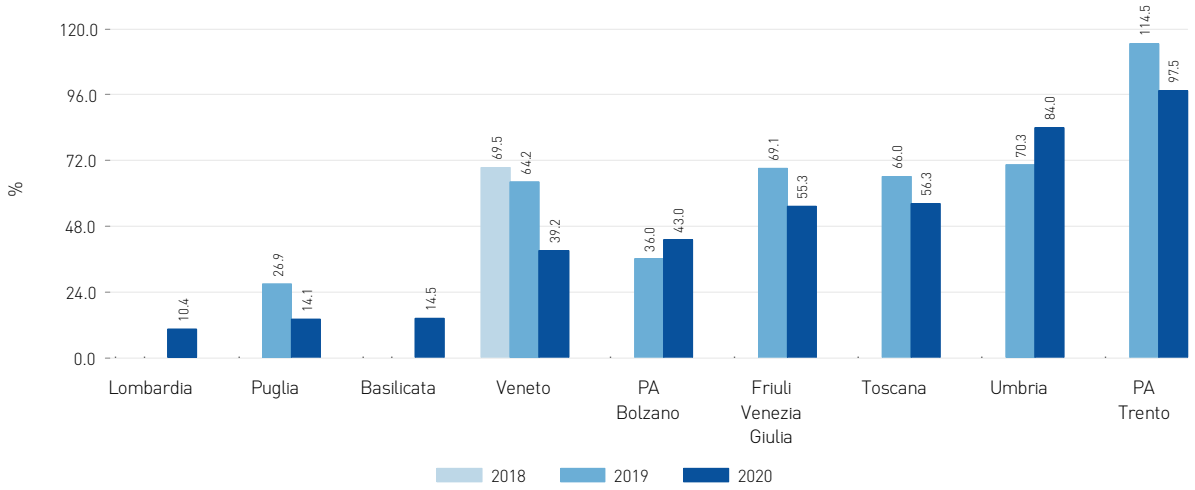


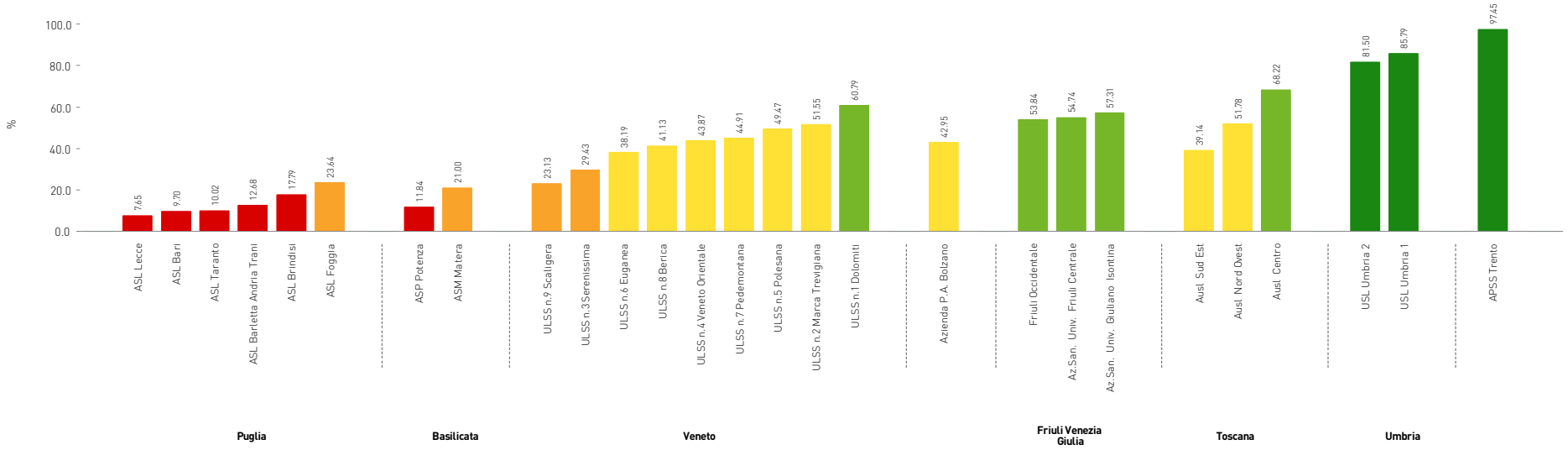


B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'indicatore viene calcolato sulla base dei criteri ONS per il calcolo della griglia LEA e misura sia l'estensione che l'adesione allo screening.



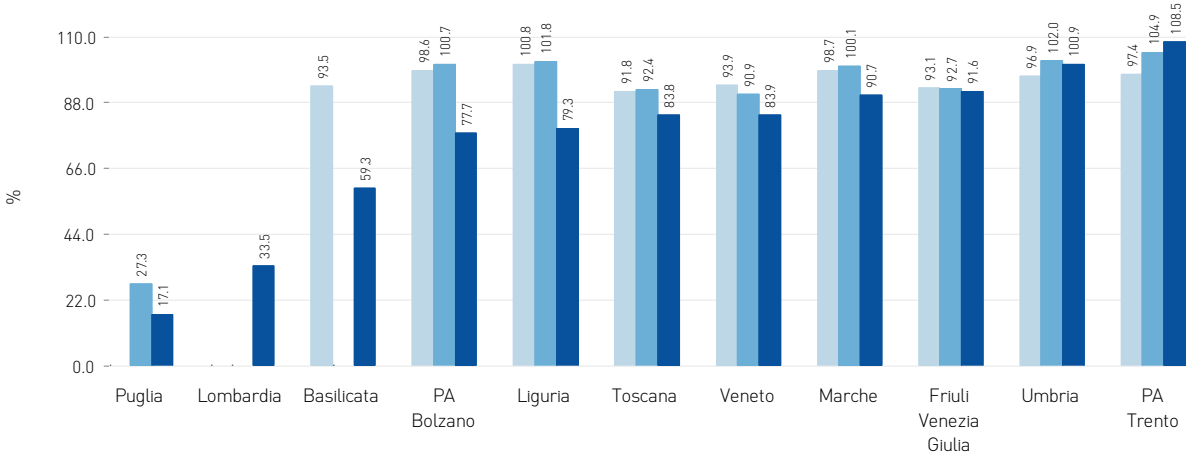


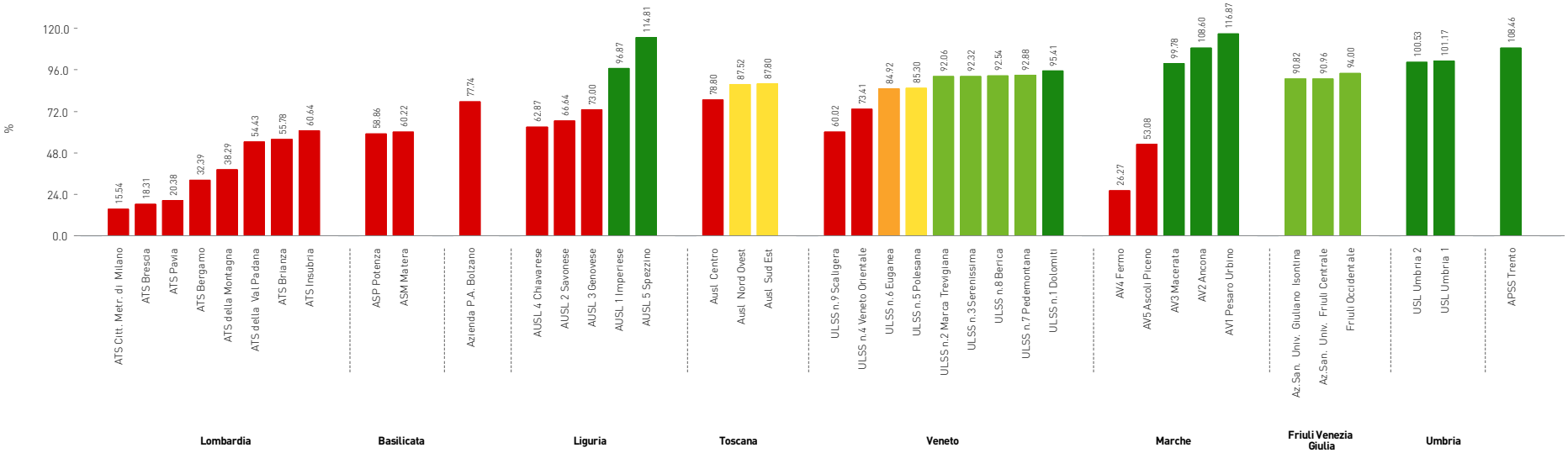


B5.3.1 Estensione dello screening colorettale

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

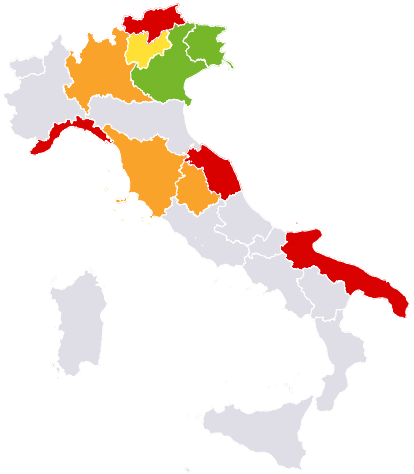


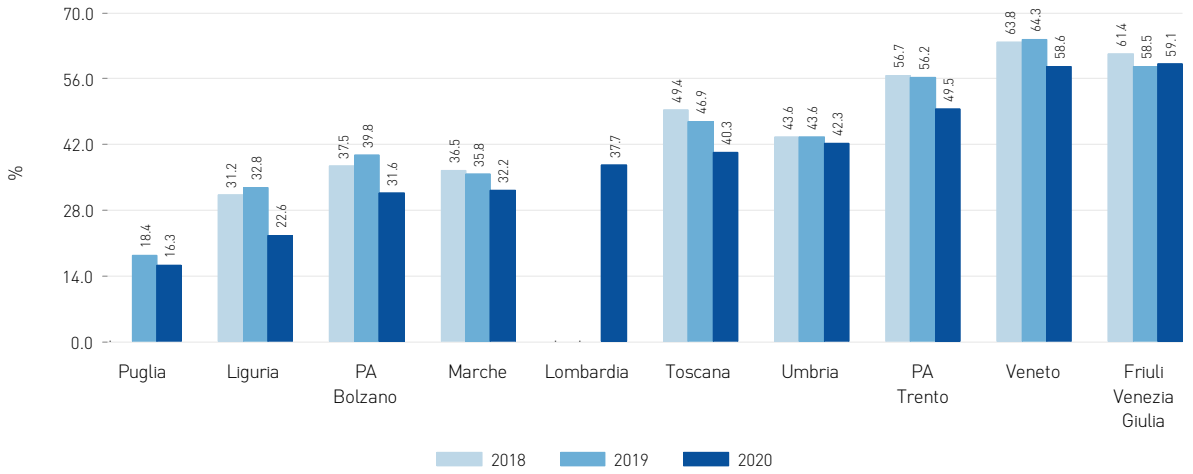


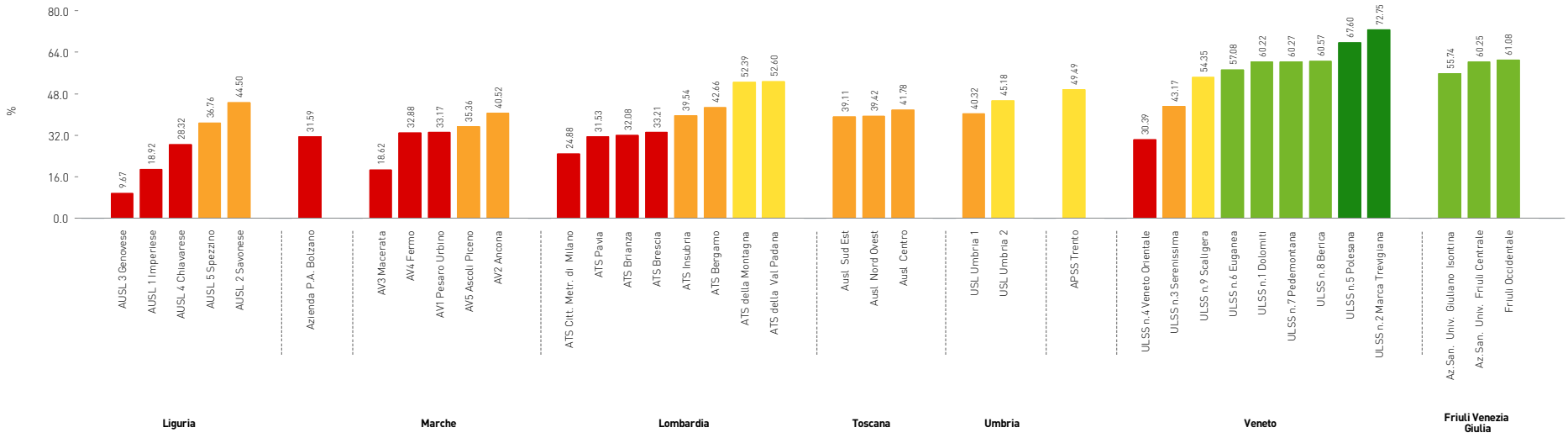


B5.3.2 Adesione allo screening colorettale

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

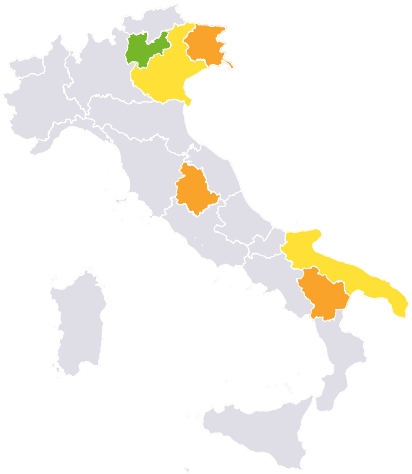


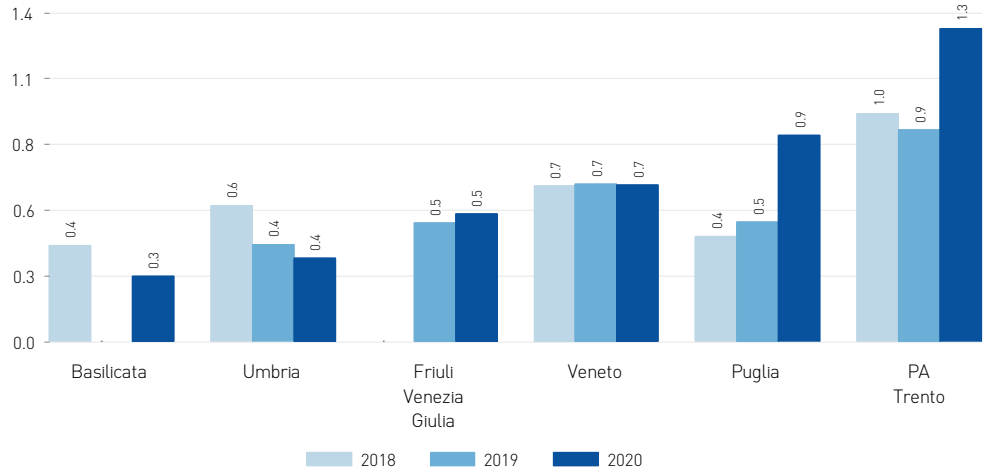


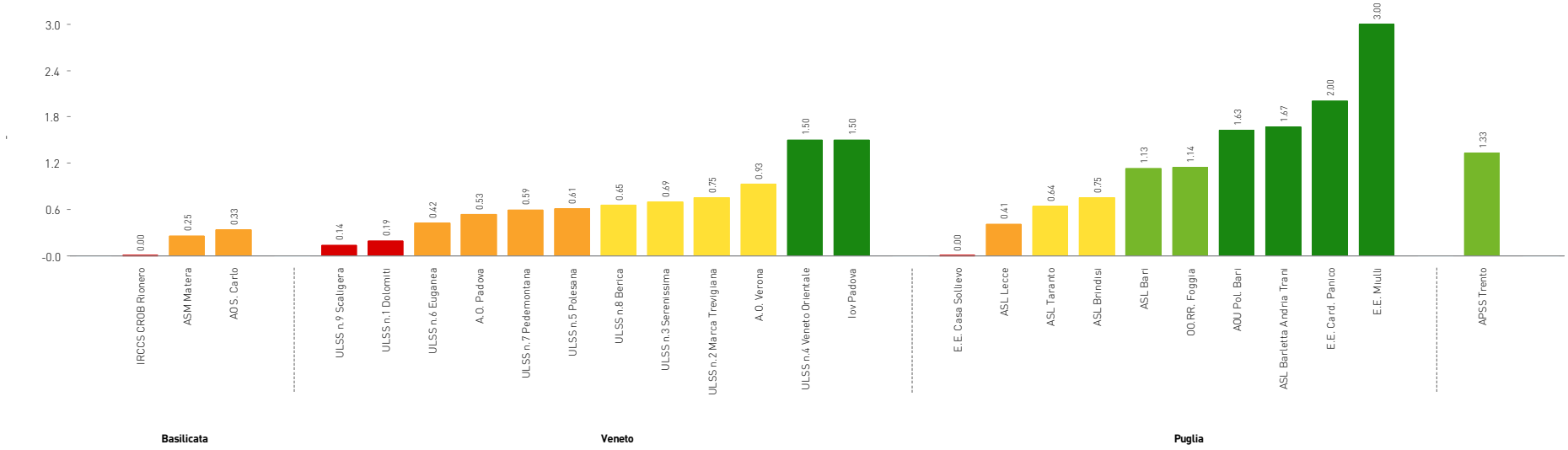


B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

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



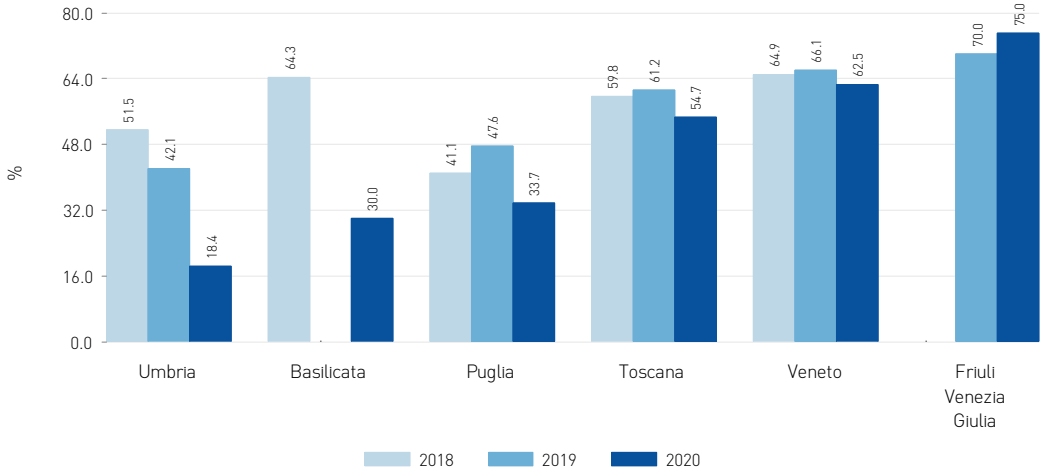


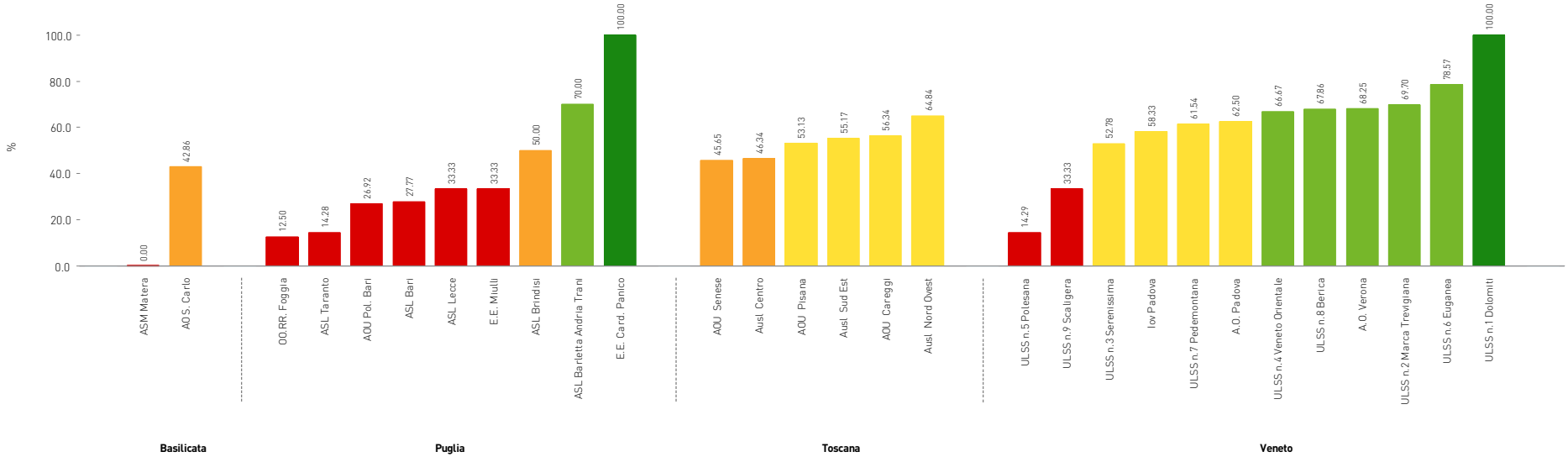


B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

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



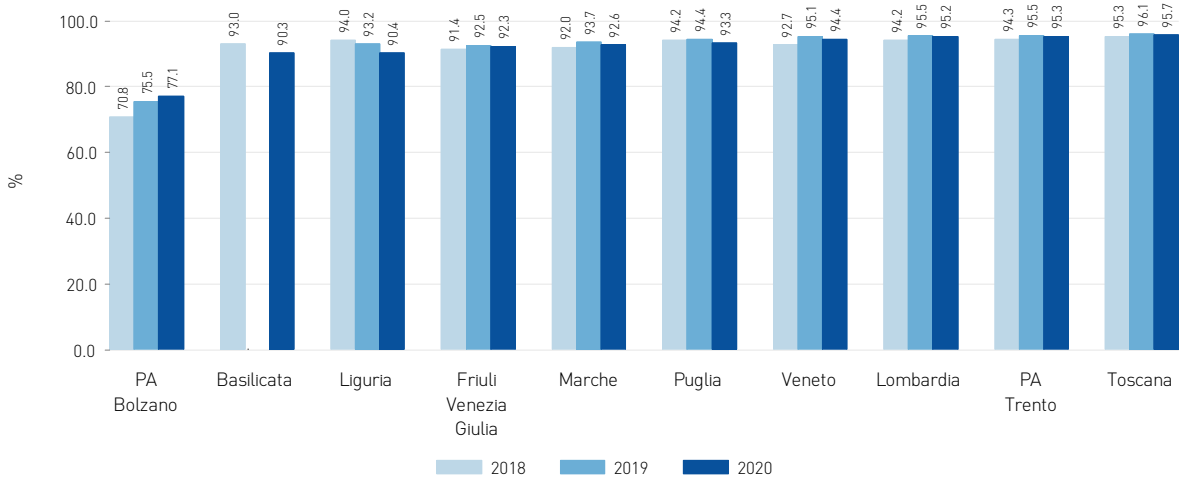


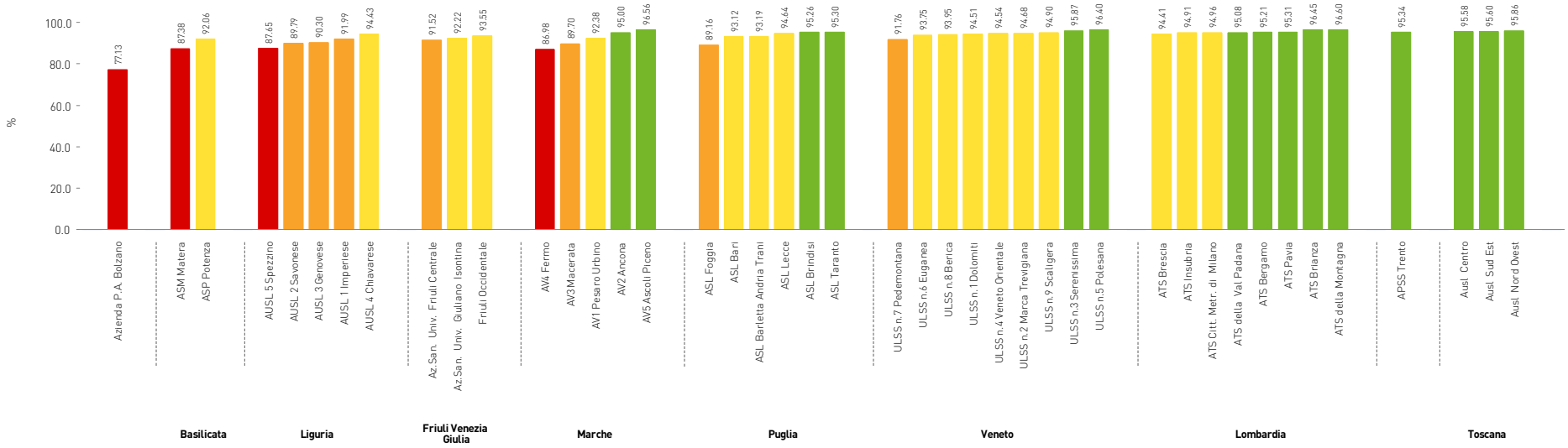


B7.1 Copertura per vaccino MPR

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

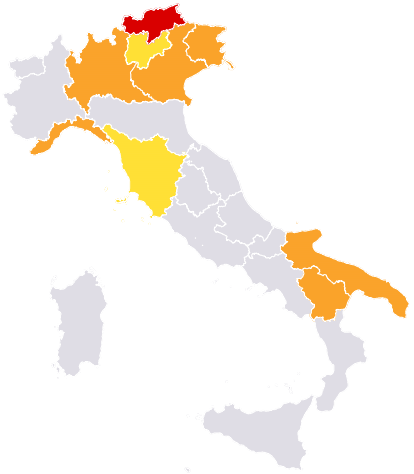


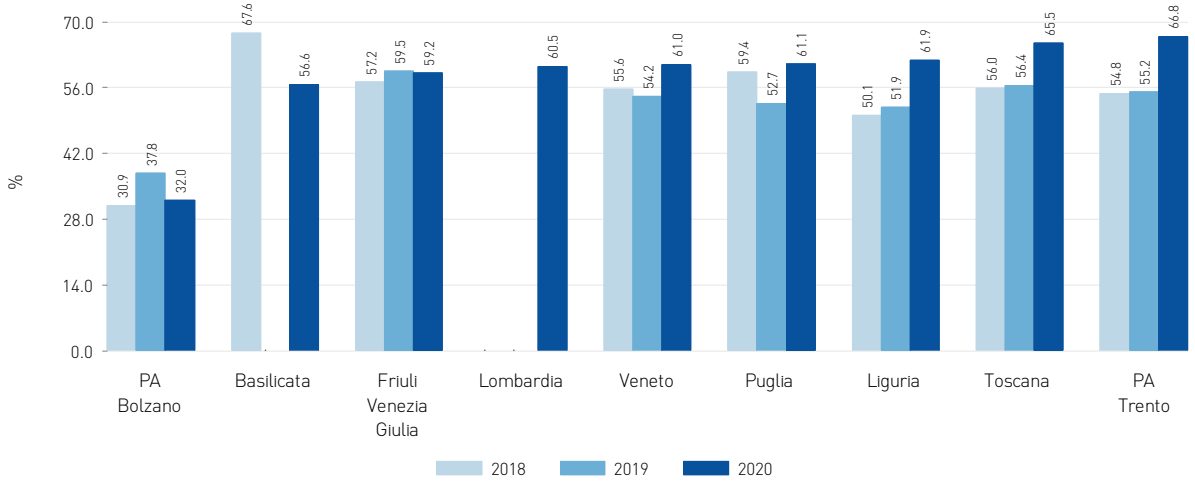


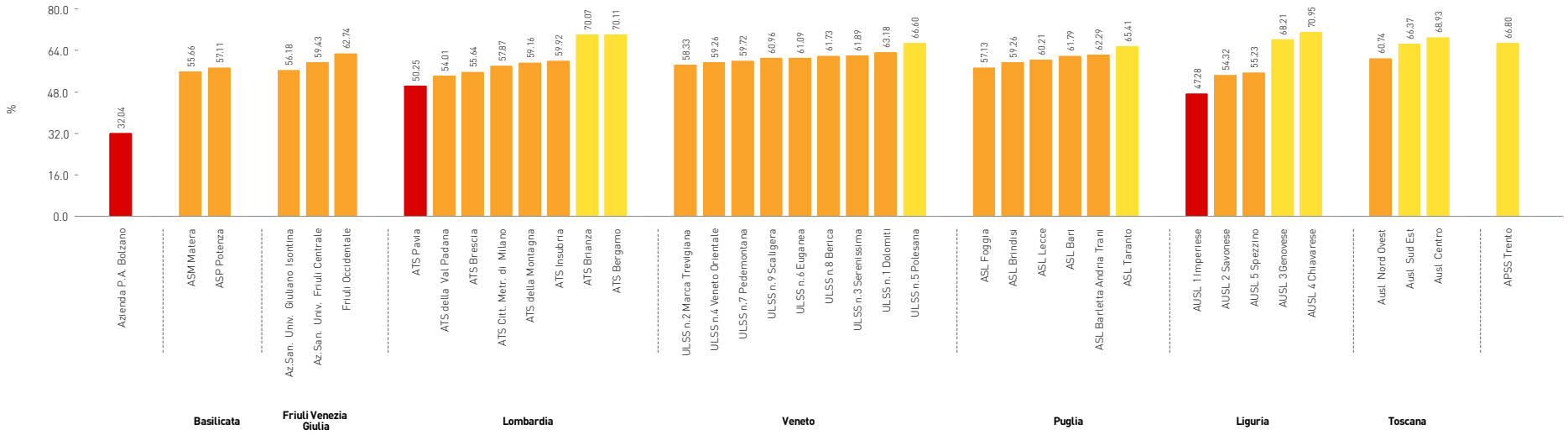


B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

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



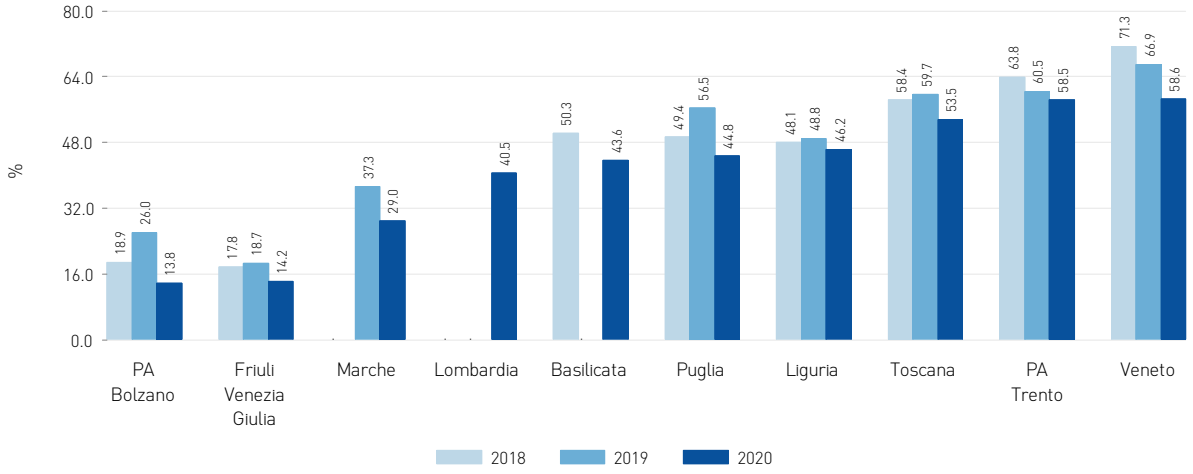


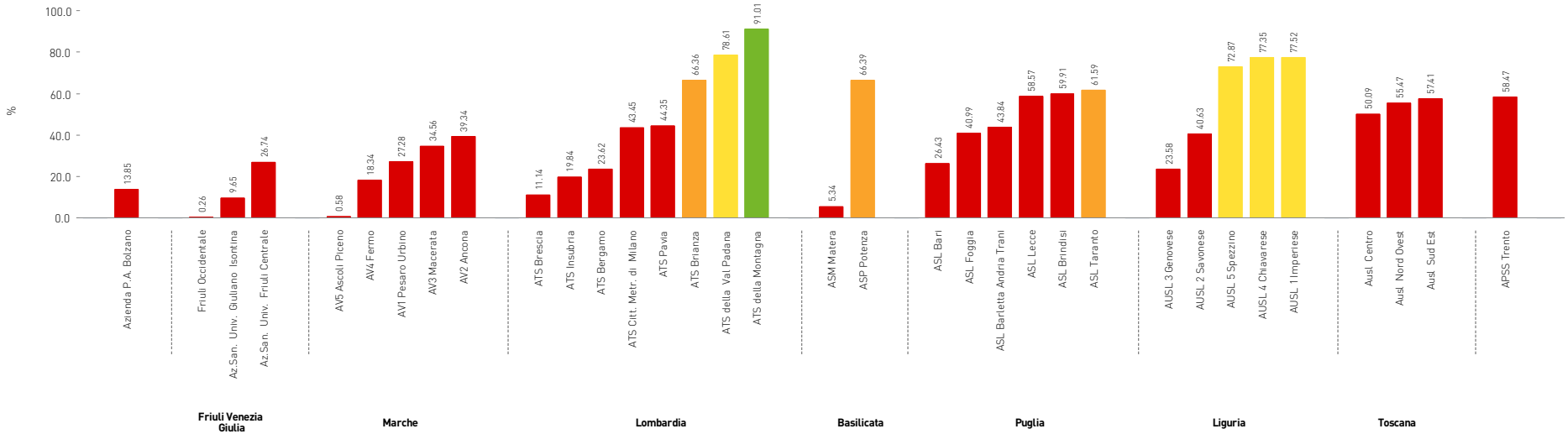


B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

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



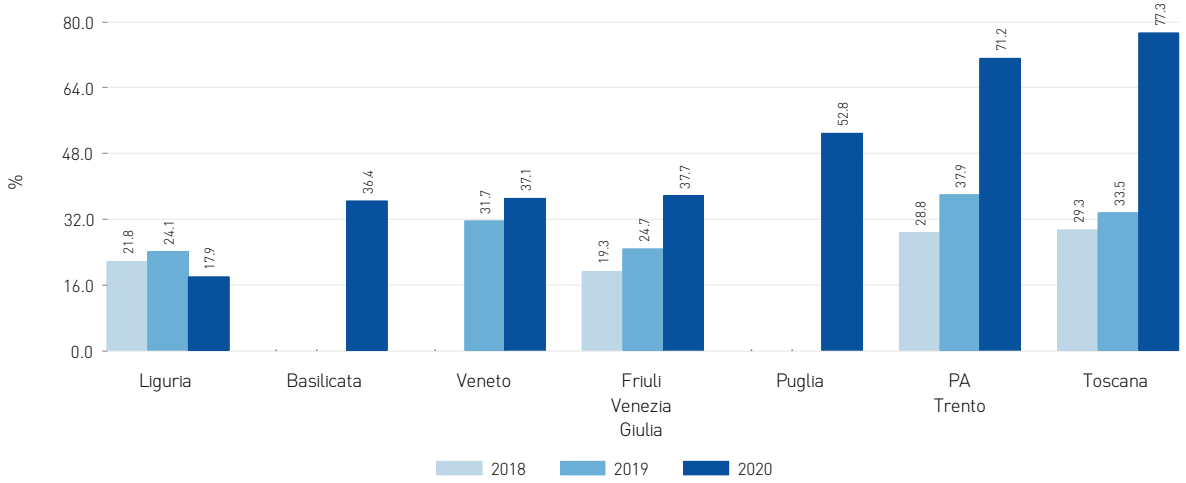


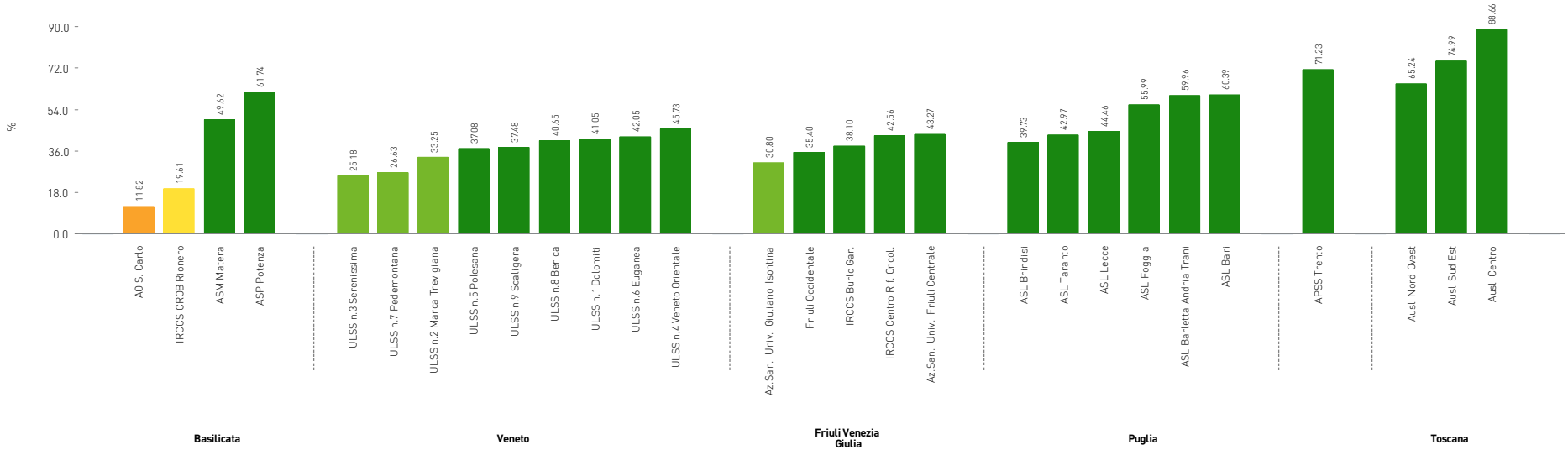


B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

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



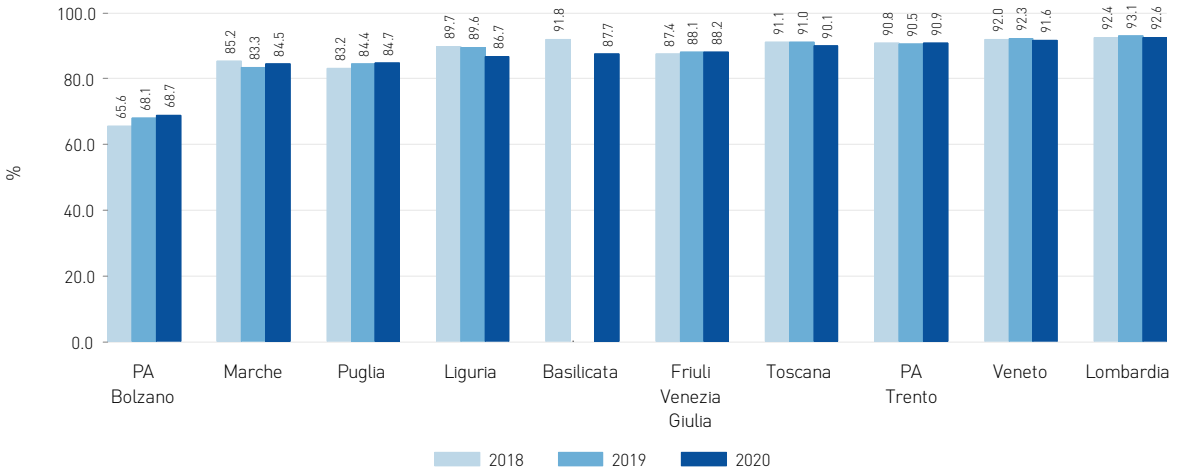


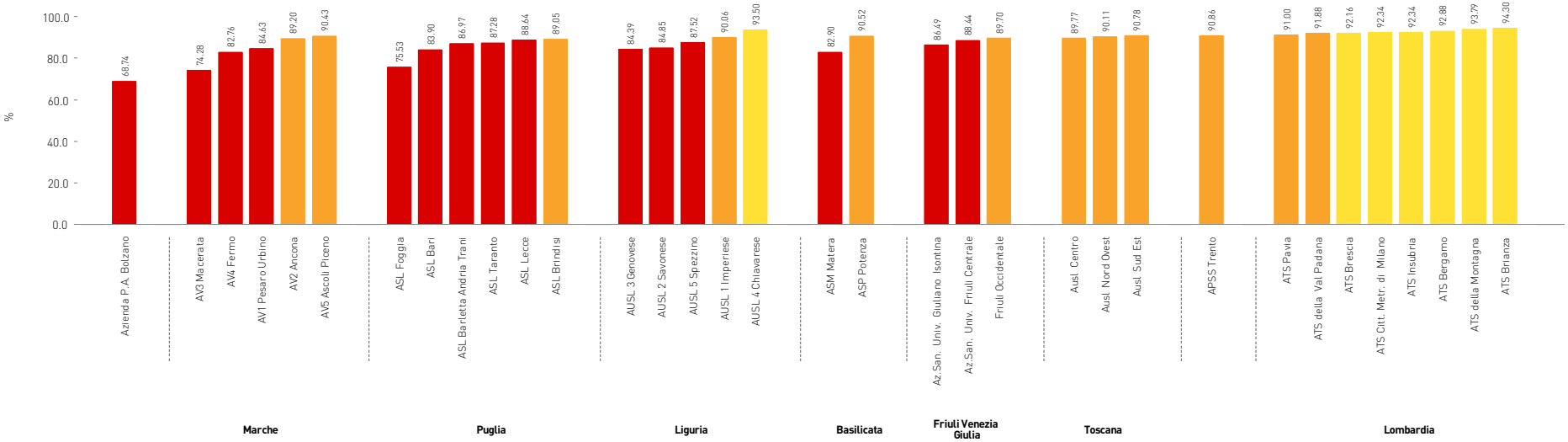


B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

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

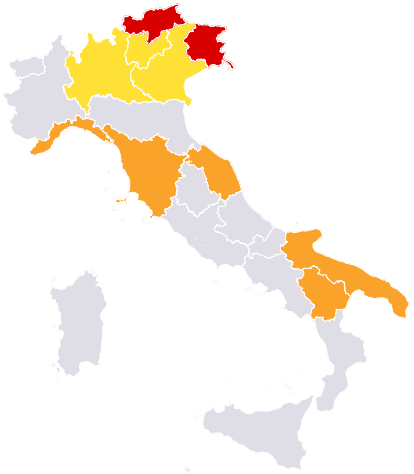


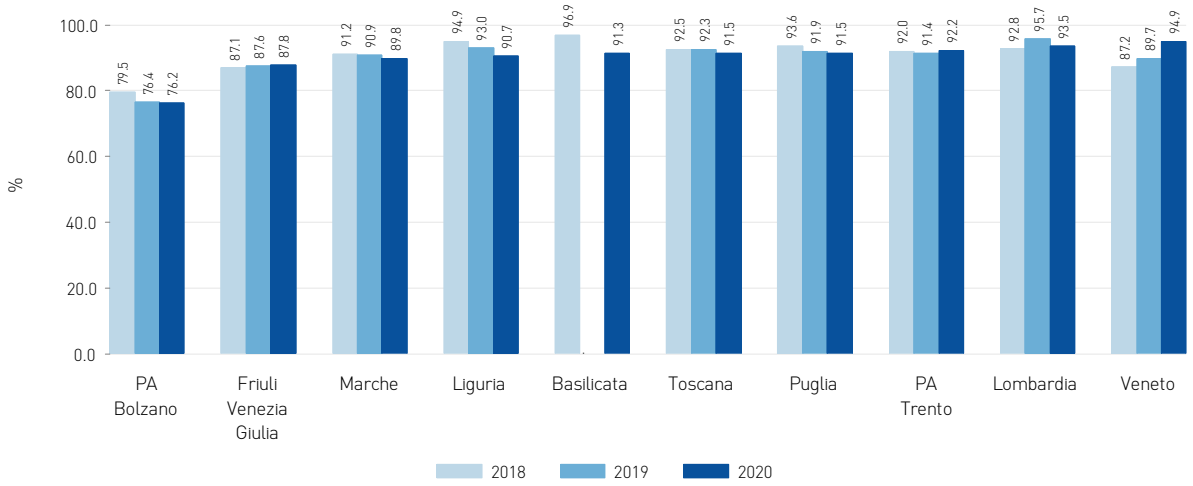


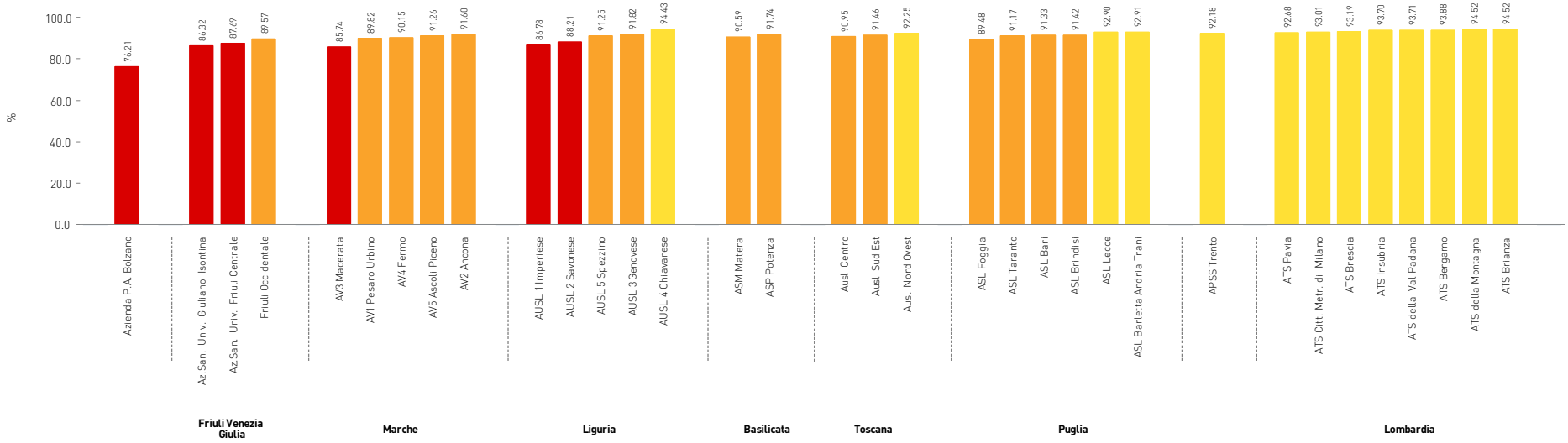


B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

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



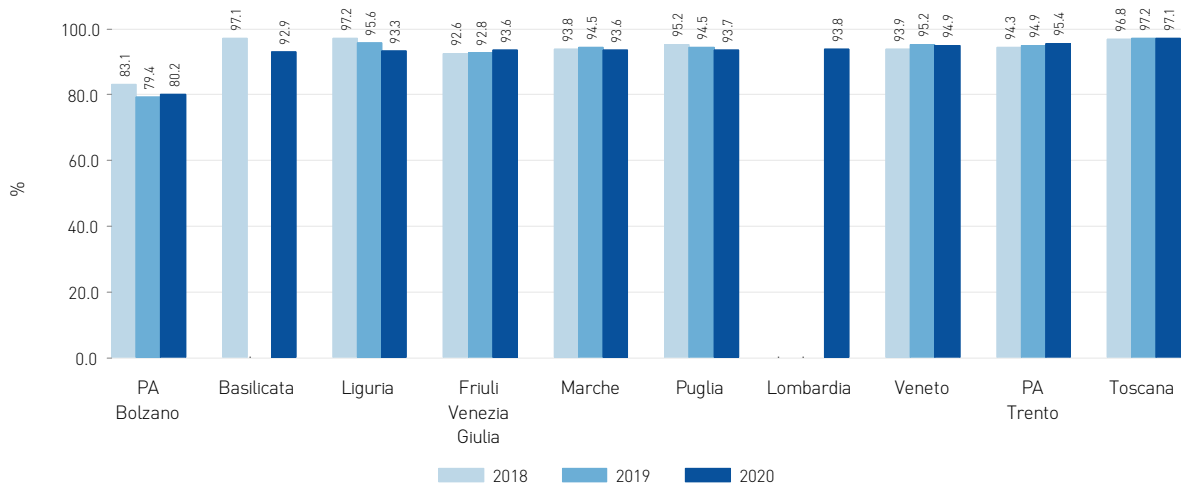


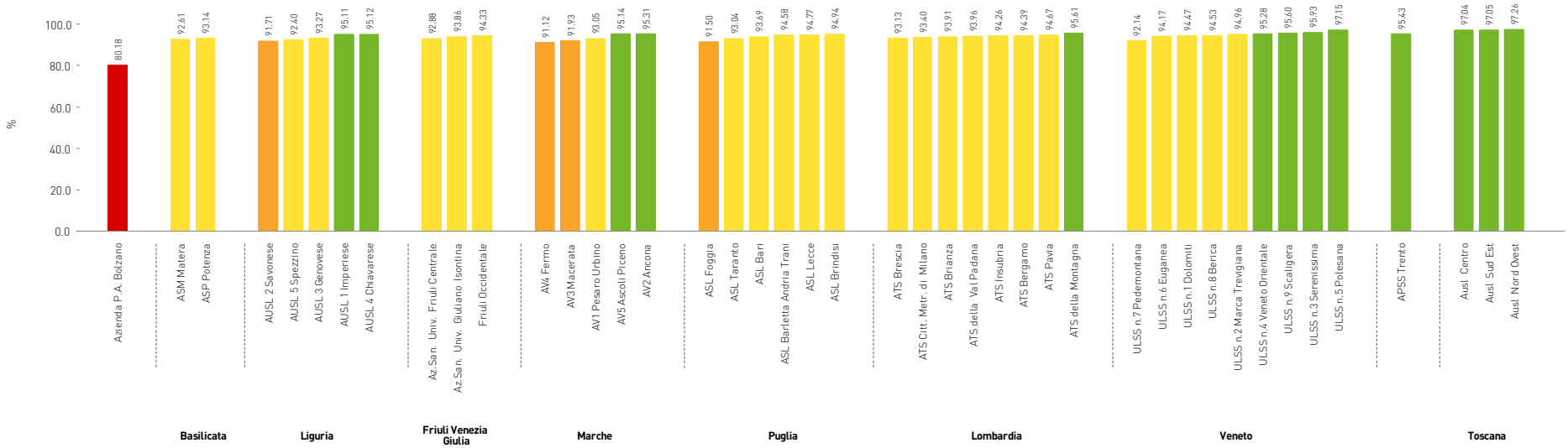


B7.7 Copertura per vaccino esavalente

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



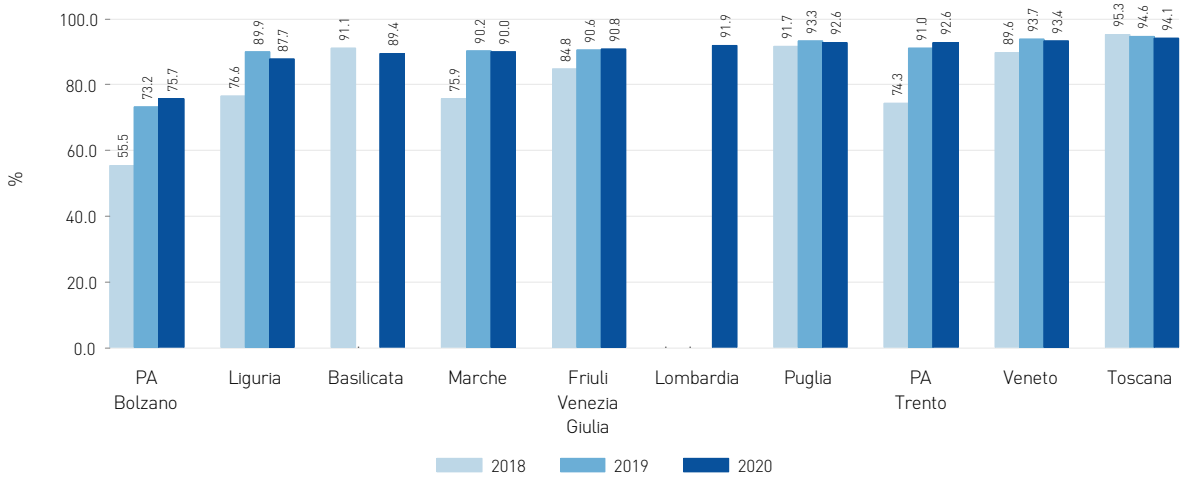


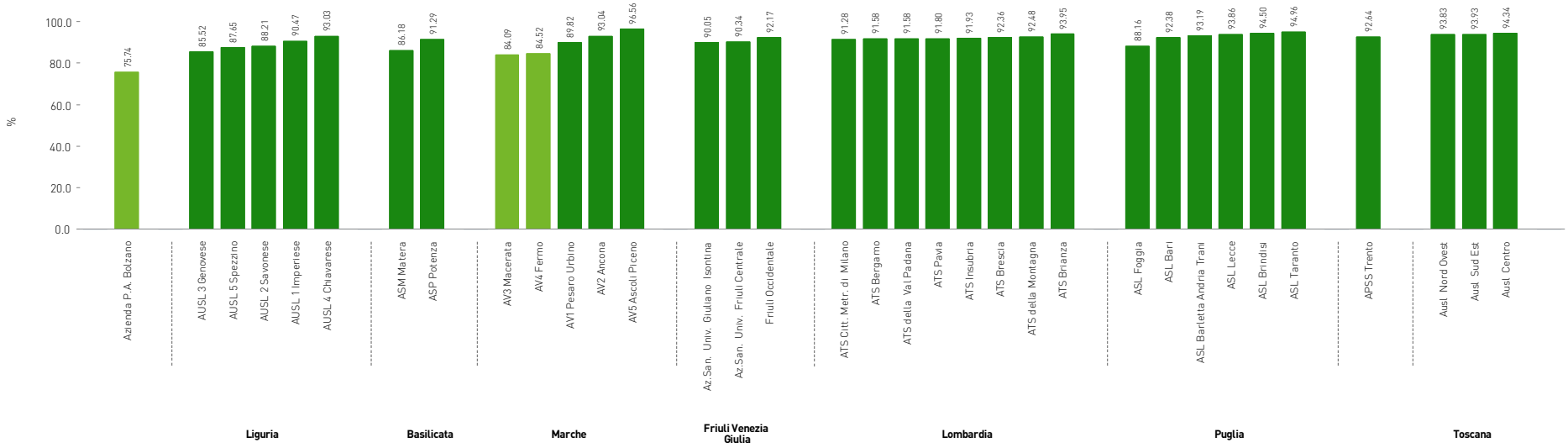


B7.8 Copertura vaccinale varicella

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



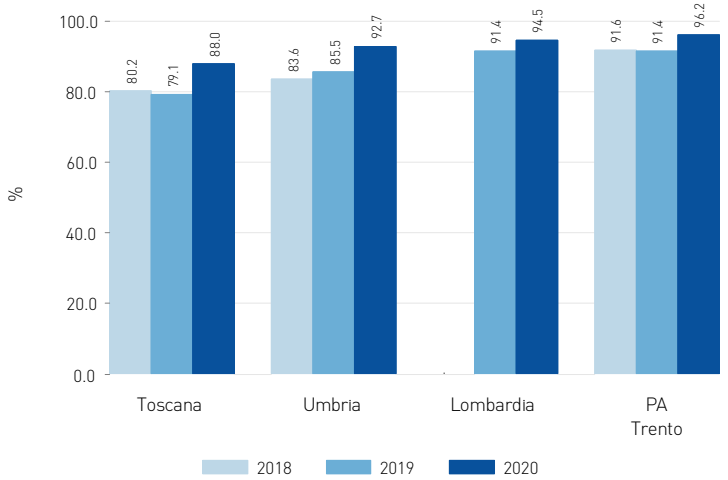


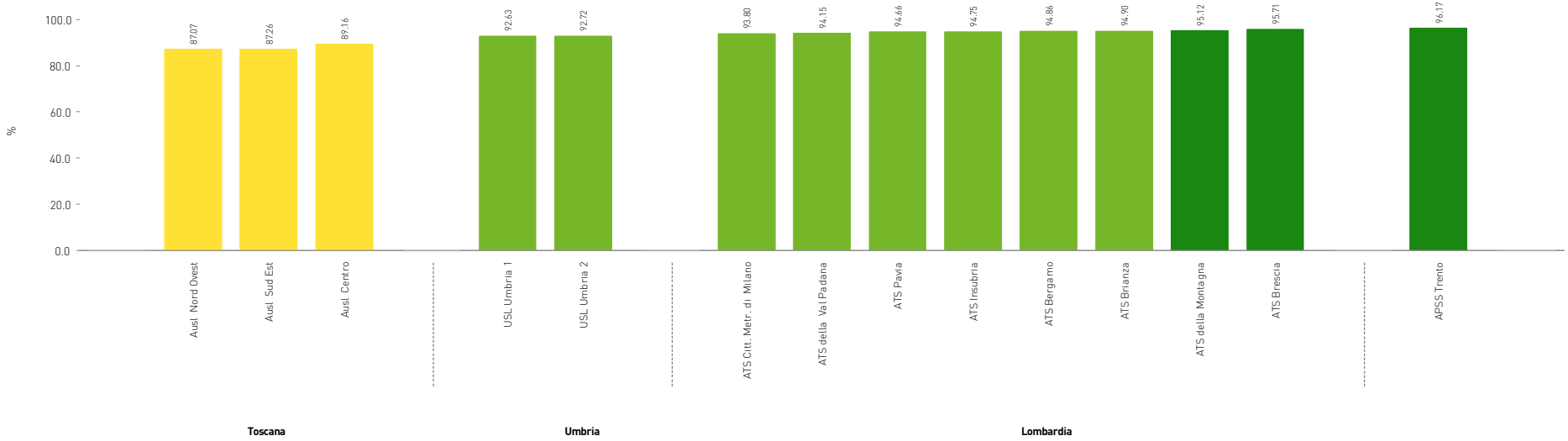


B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

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



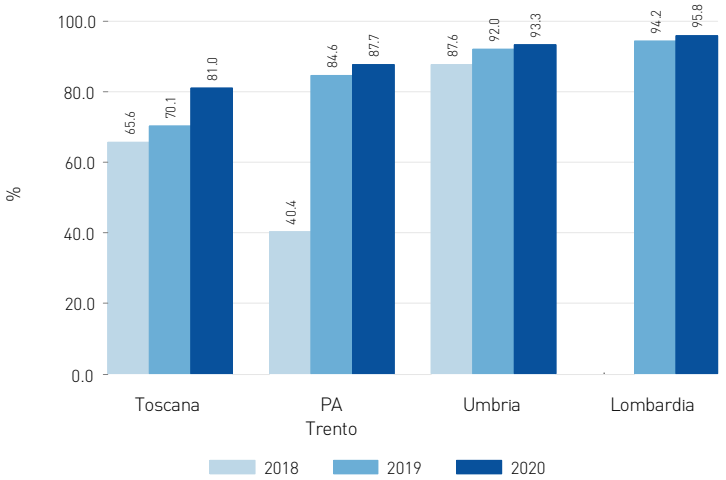


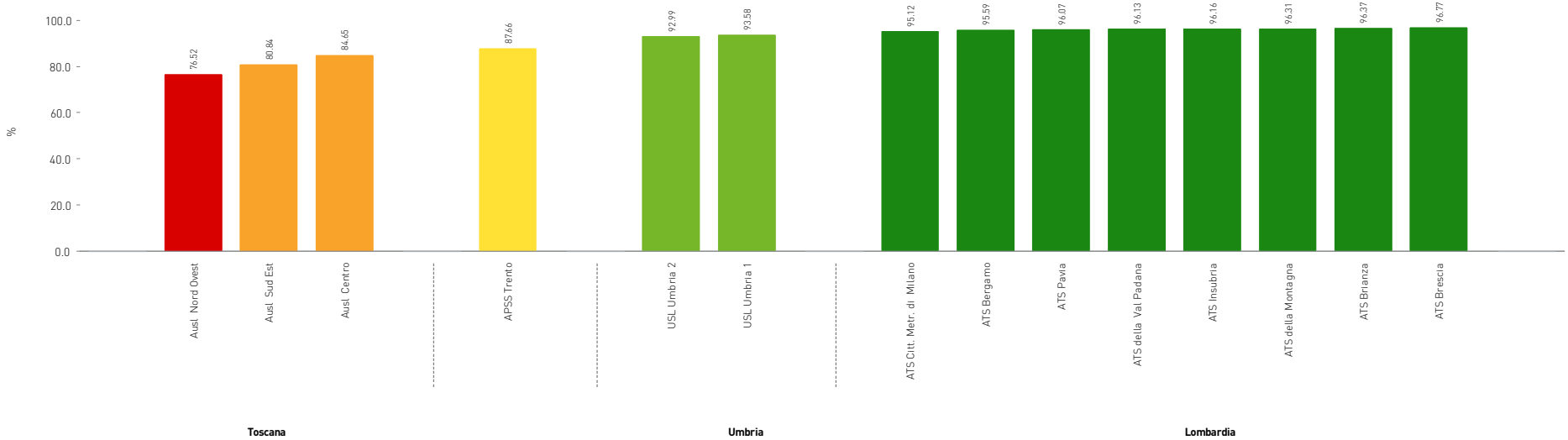


B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

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





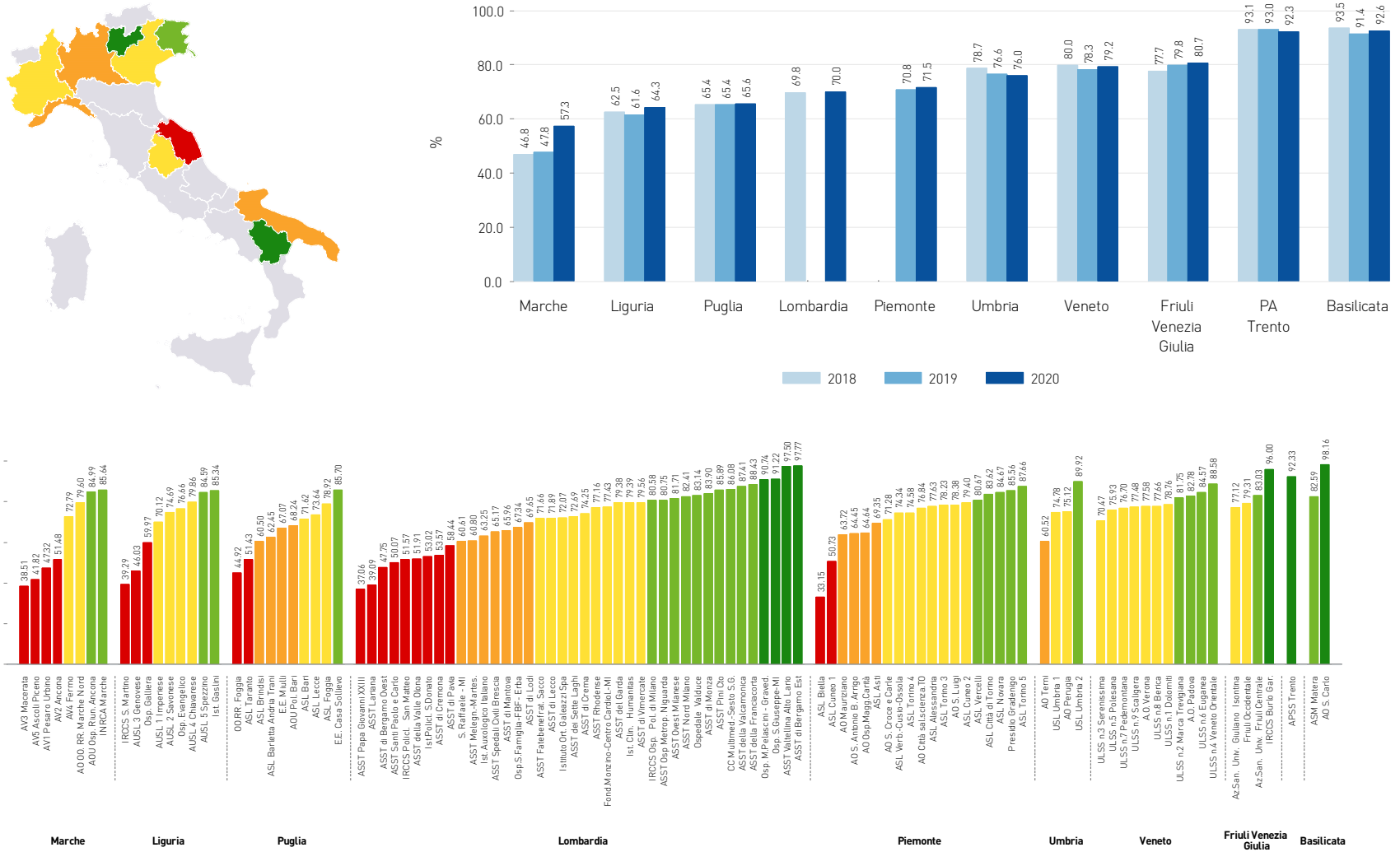


EMERGENZA-URGENZA

management sanità

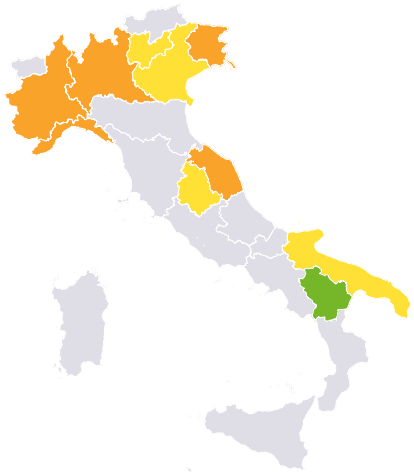
C16.1 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

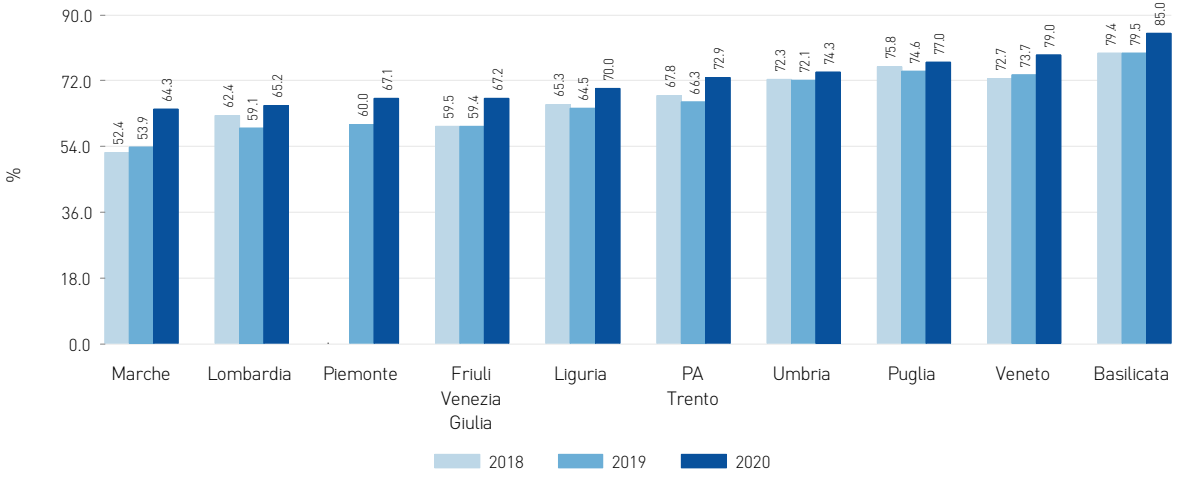
I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso: questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi 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). Per l'anno 2020, l'indicatore riporta un dato parziale per le Regioni Veneto e Lombardia, mentre è mancante il dato della PA di Bolzano e della Regione Toscana perchè in questi contesti regionali è stata avviata o si è completata la transizione del modello di triage che si basava sui codici colore al modello per codici di priorità.

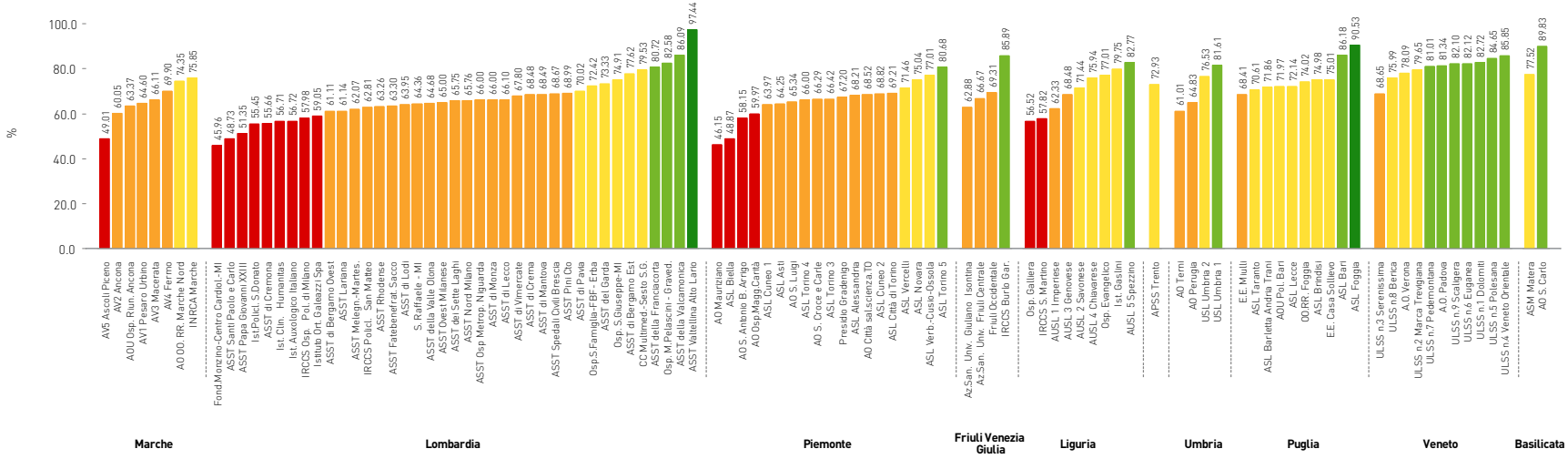


C16.2 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

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. Per l'anno 2020, l'indicatore riporta un dato parziale per le Regioni Veneto e Lombardia, mentre è mancante il dato della PA di Bolzano e della Regione Toscana perchè in questi contesti regionali è stata avviata o si è completata la transizione del modello di triage che si basava sui codici colore al modello per codici di priorità.



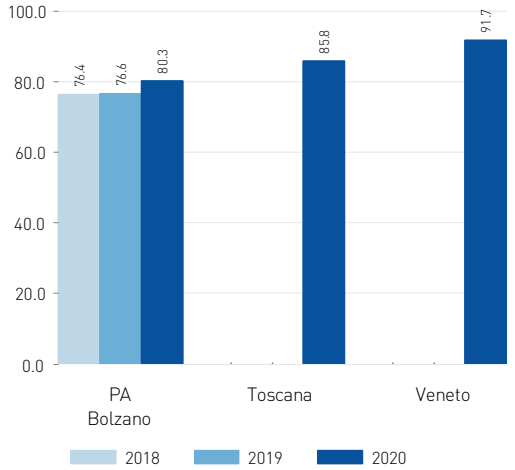


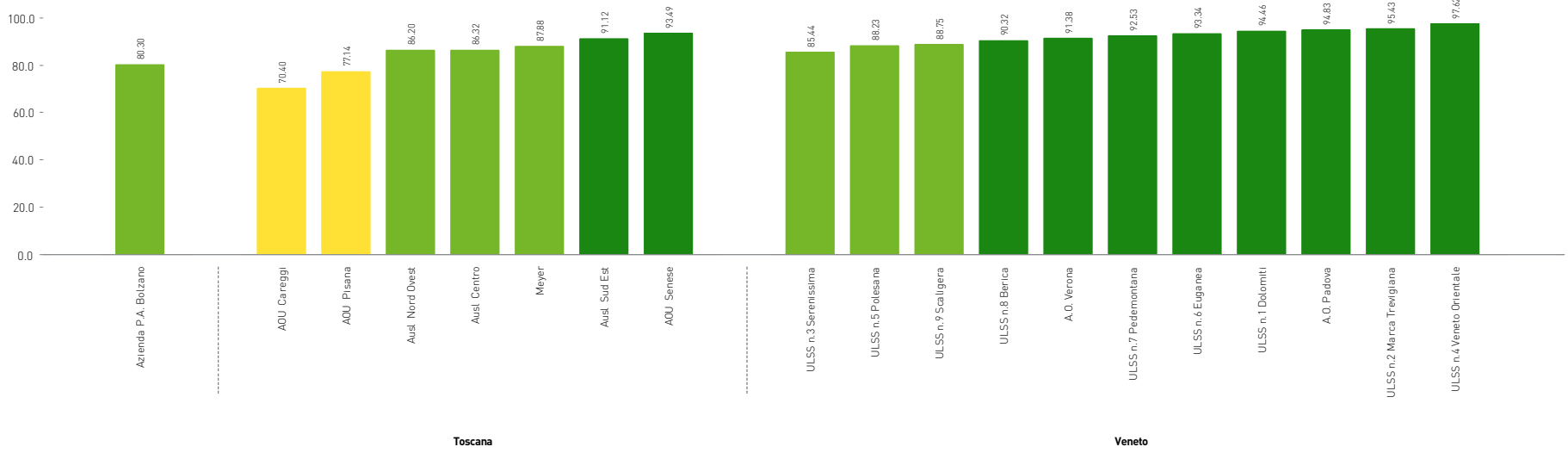


C16.2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 1 ora

L'indicatore misura la percentuale di accessi in Pronto Soccorso a cui è stato assegnato un codice priorità 3 al triage e la visita è avvenuta entro 1 ora. Nel secondo semestre del 2020 nella Regione del Veneto c'è stata la transizione al nuovo sistema di codifica del Triage di Pronto Soccorso (dai codici colori con 4 modalità ai codici priorità con 5 modalità), motivo per cui gli indicatori sono stati calcolati separatamente nei due semestri.



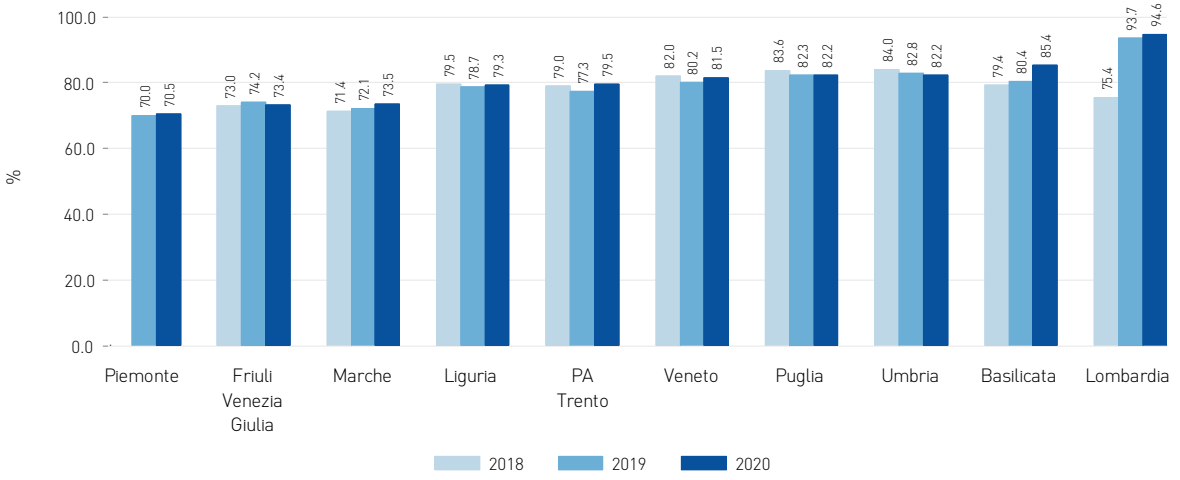


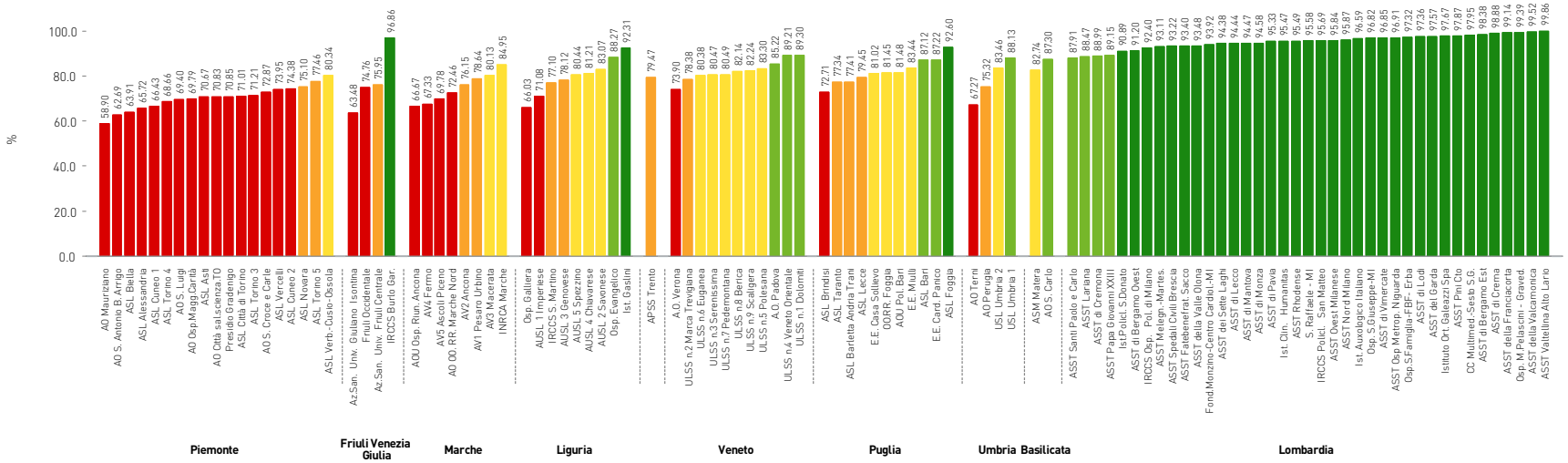


C16.3 Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore

L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento dell'assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in termini di effettuazione di esami diagnostici o di visite tramite consulenze specialistiche. Per l'anno 2020, l'indicatore riporta un dato parziale per le Regioni Veneto e Lombardia, mentre è mancante il dato della PA di Bolzano e della Regione Toscana perchè in questi contesti regionali è stata avviata o si è completata la transizione del modello di triage che si basava sui codici colore al modello per codici di priorità.

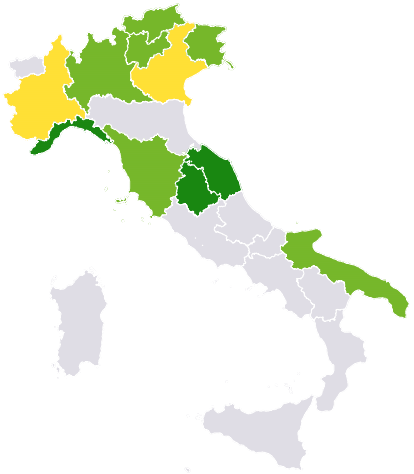


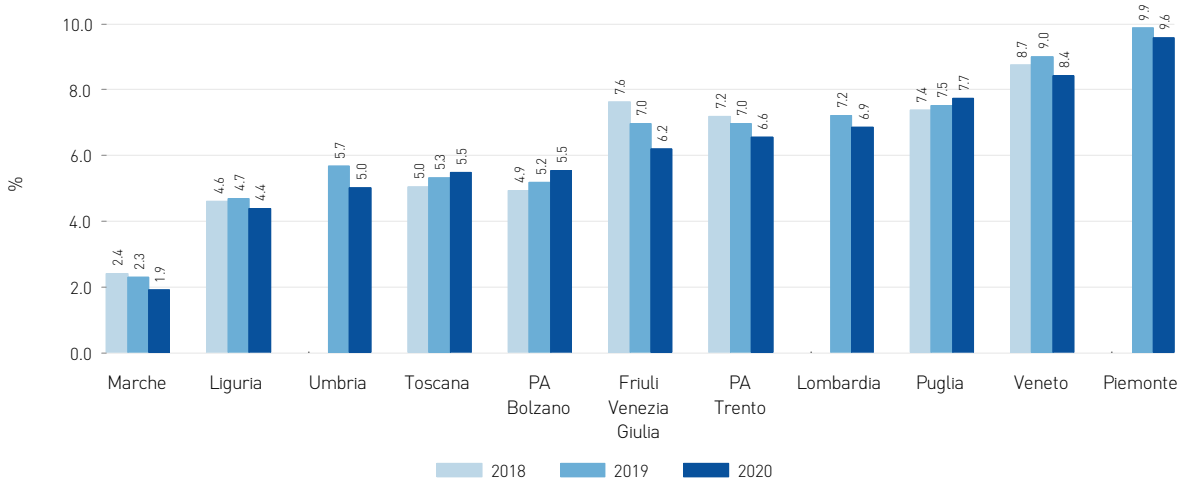


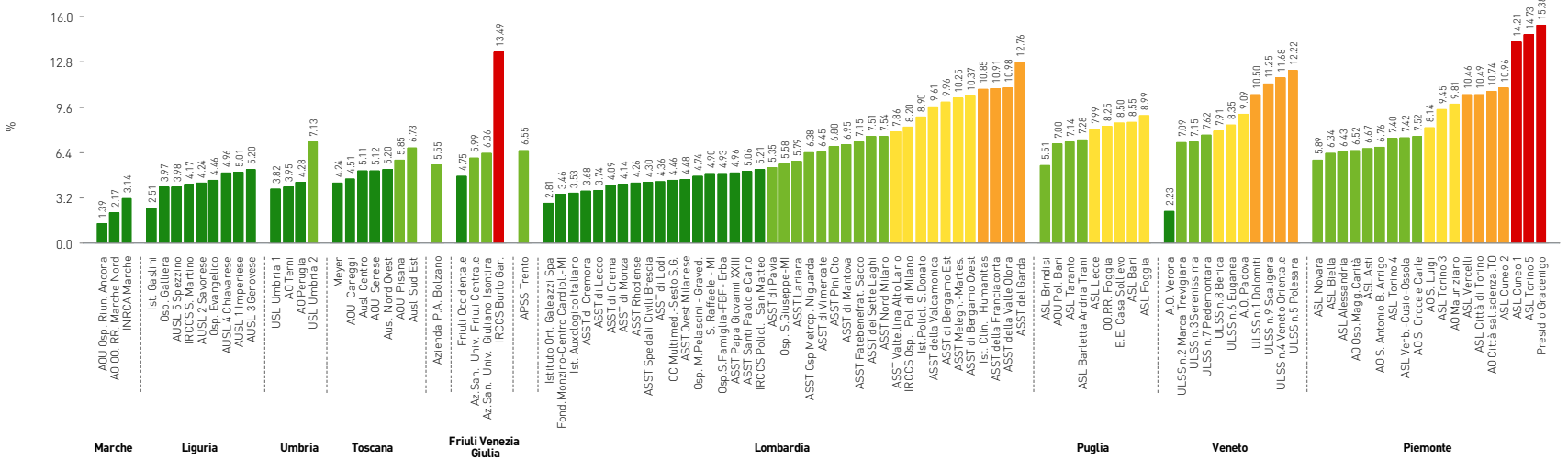


C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

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



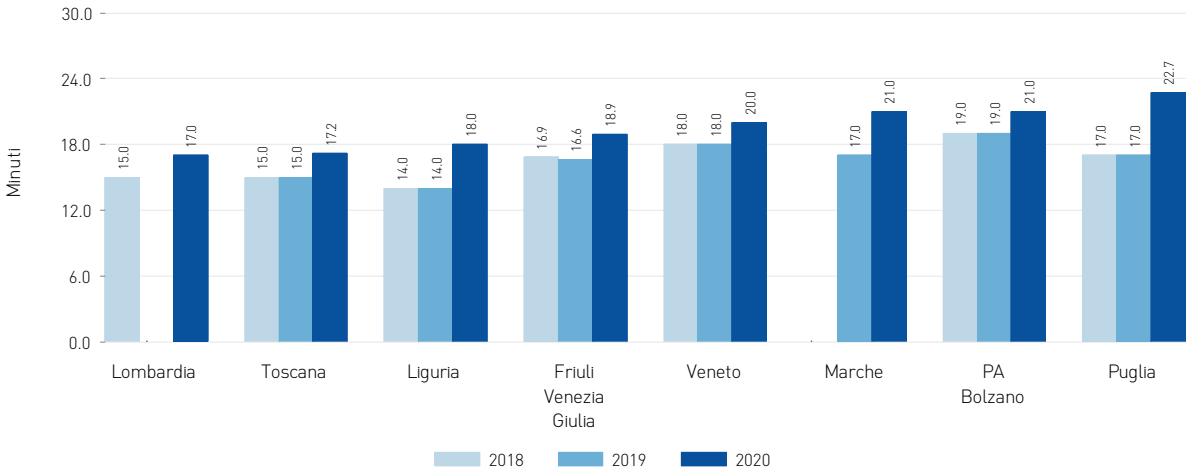


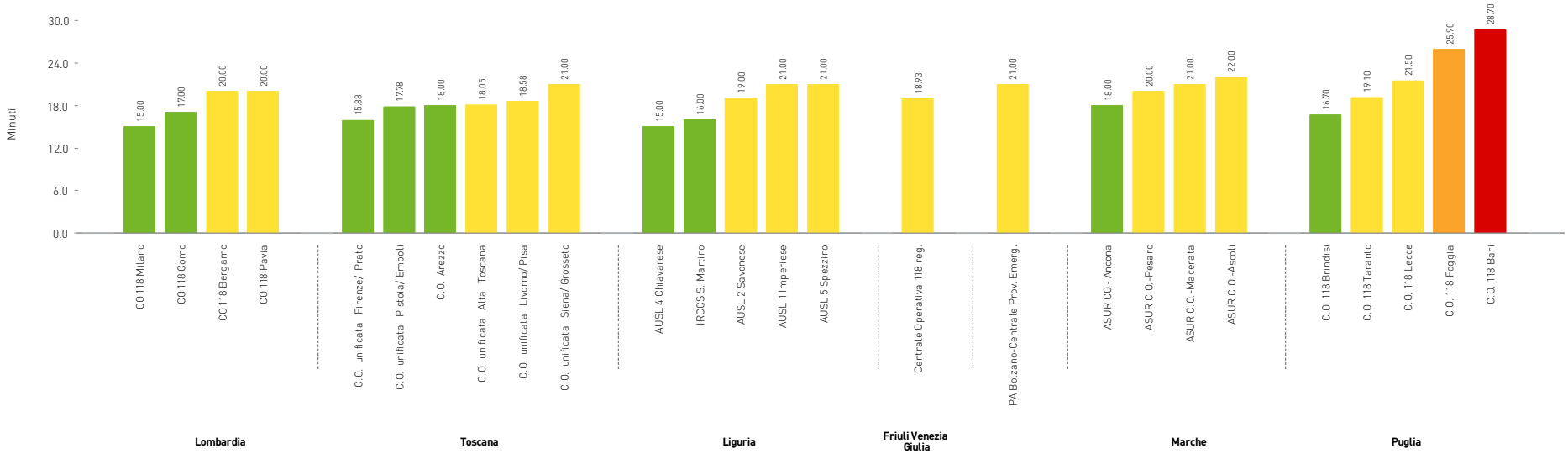


C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

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





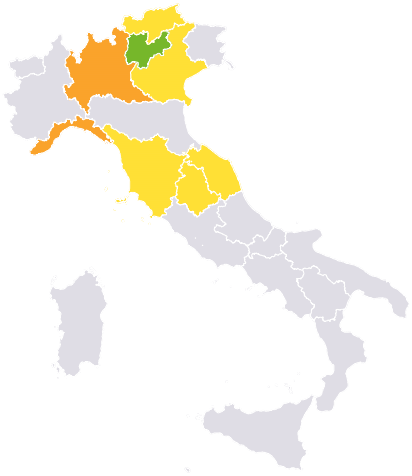


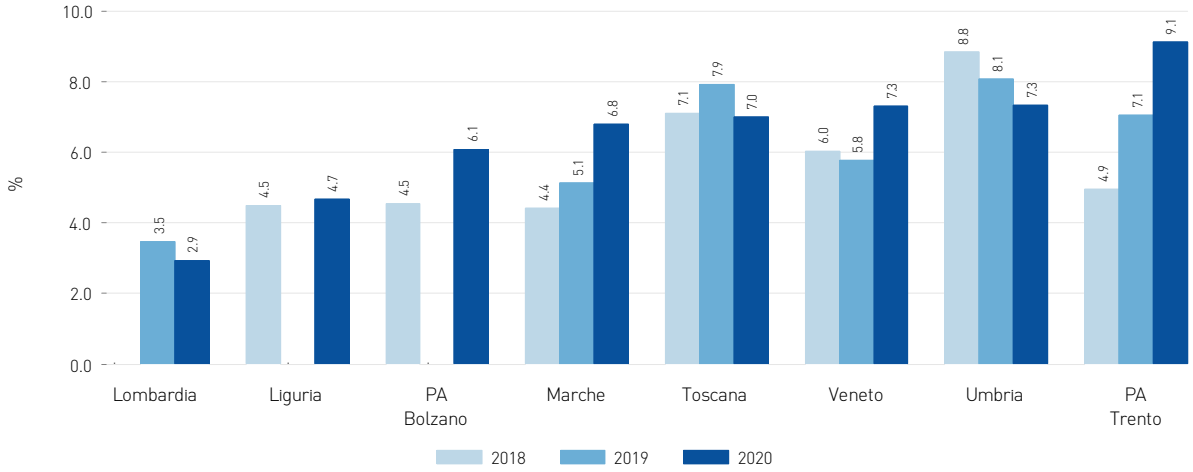
PREVENZIONE COLLETTIVA

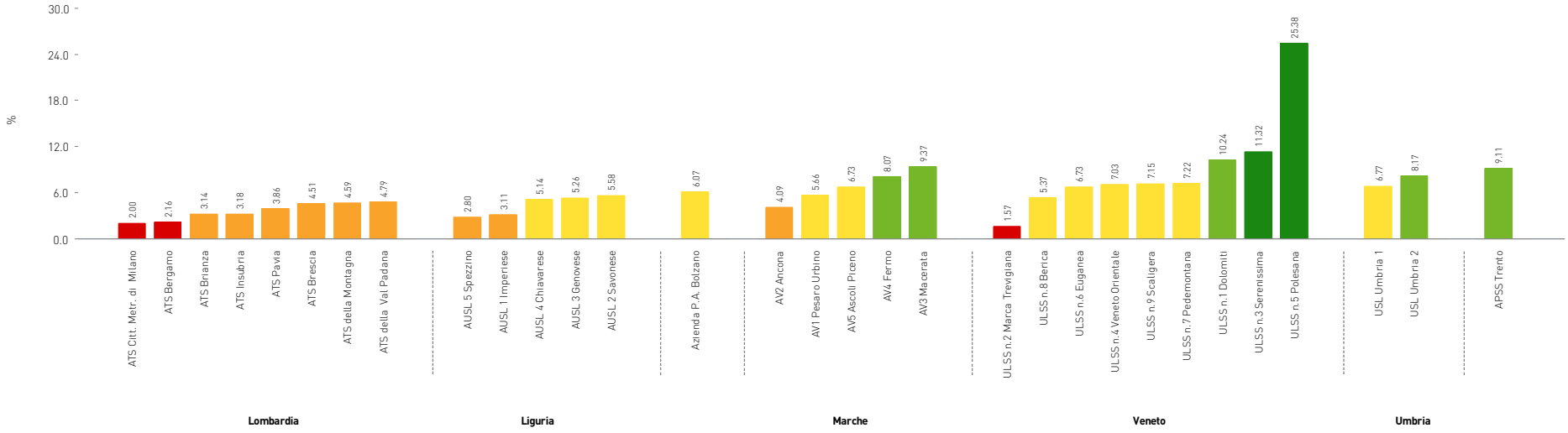
management sanità

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

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



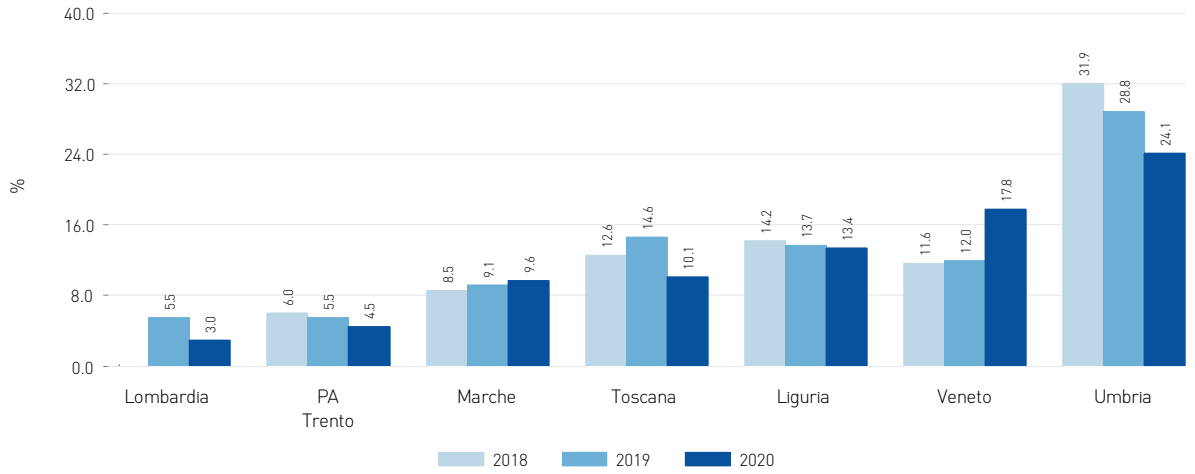


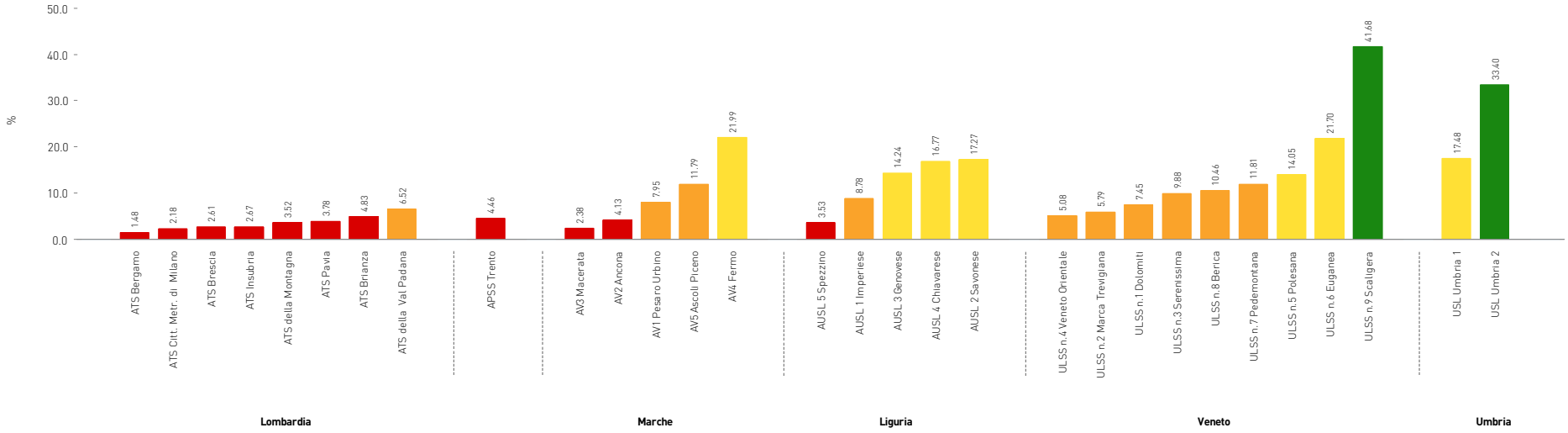


F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

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



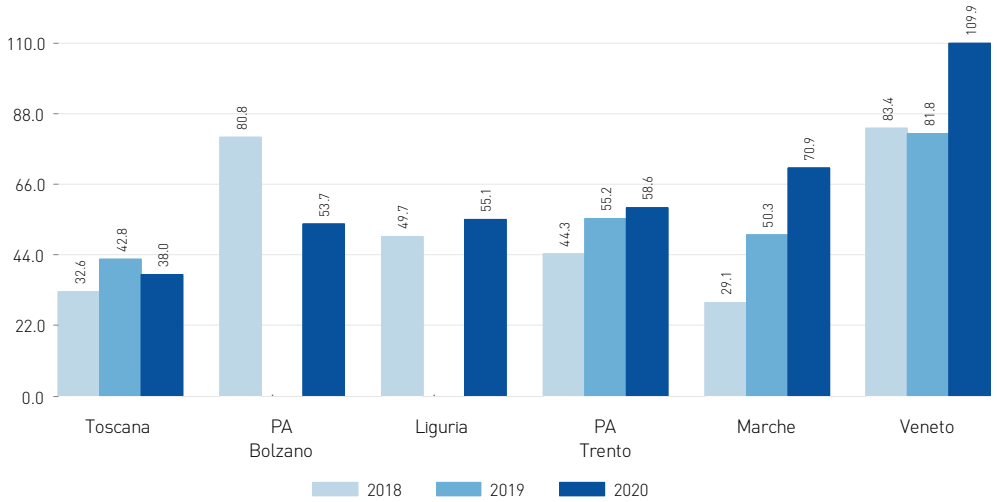


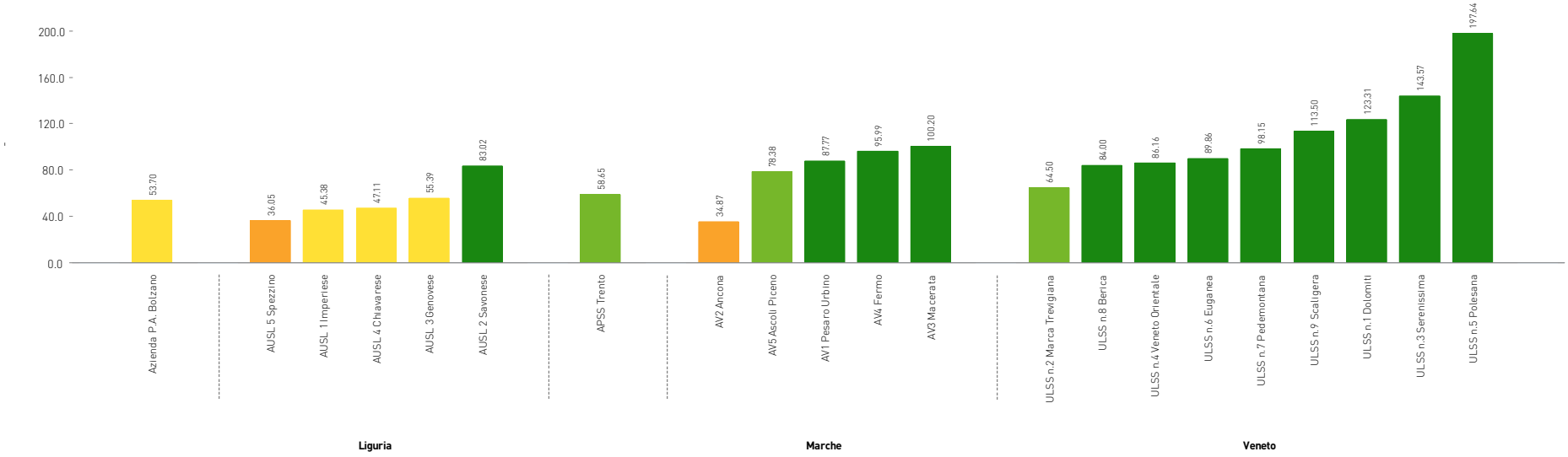


F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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



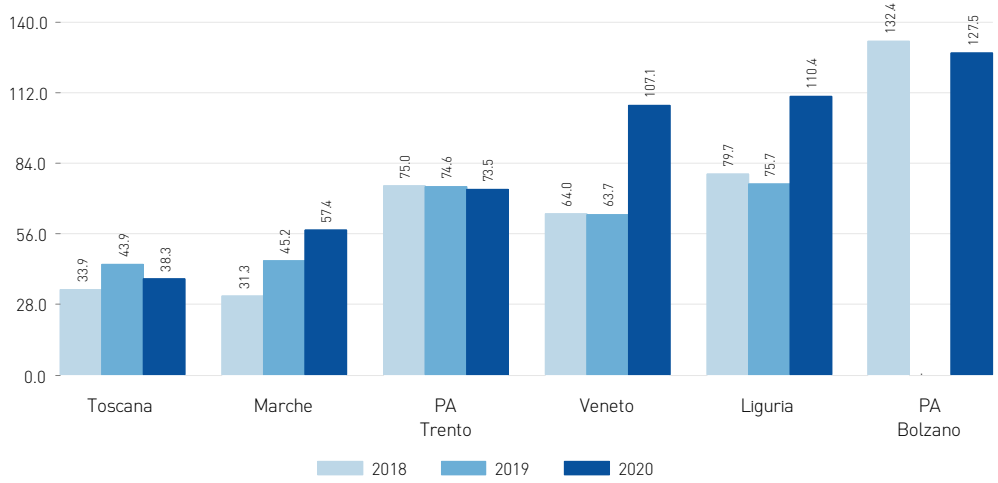


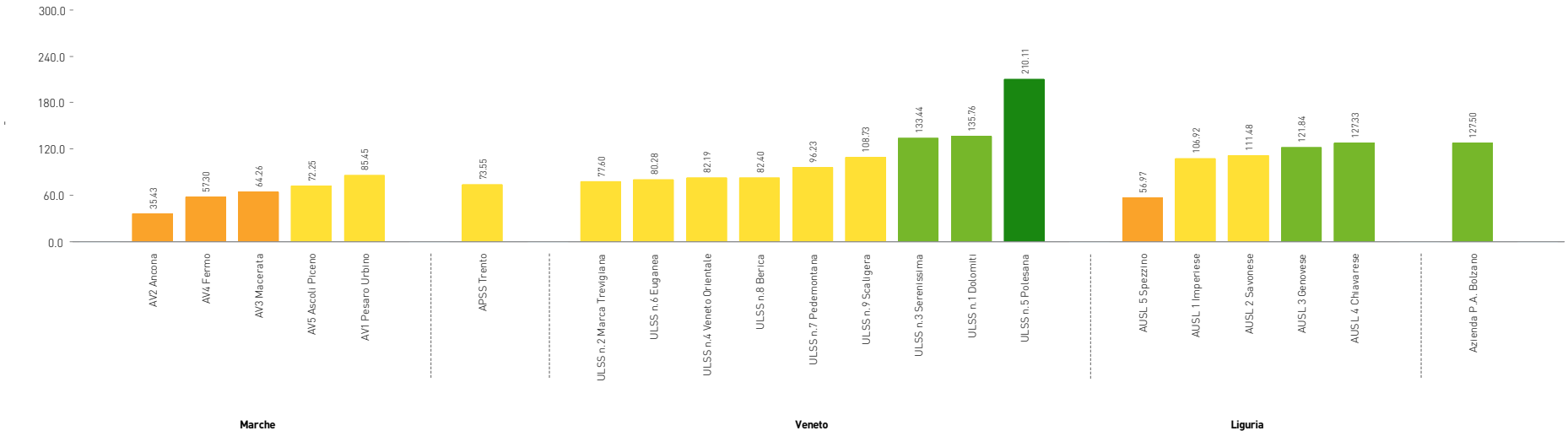


F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL

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







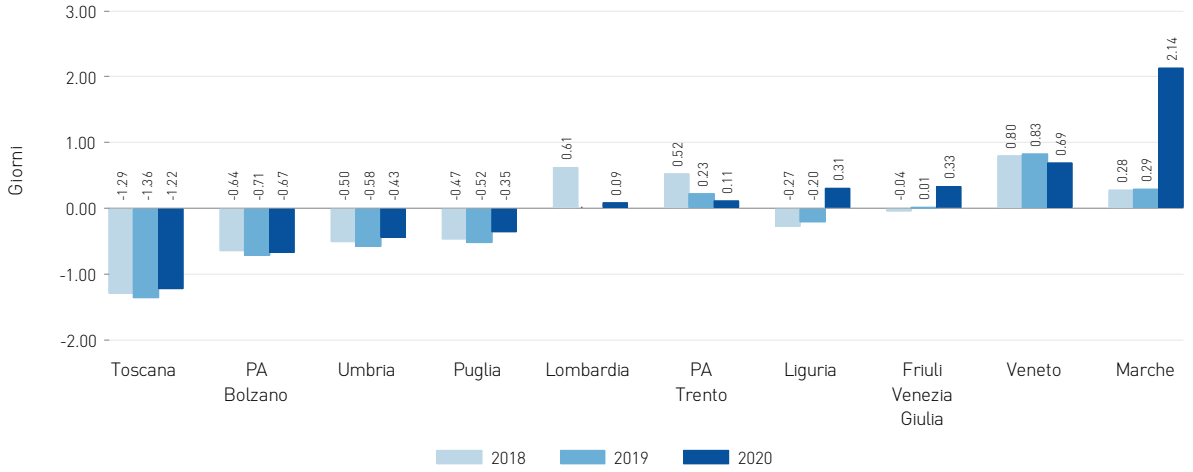
GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA

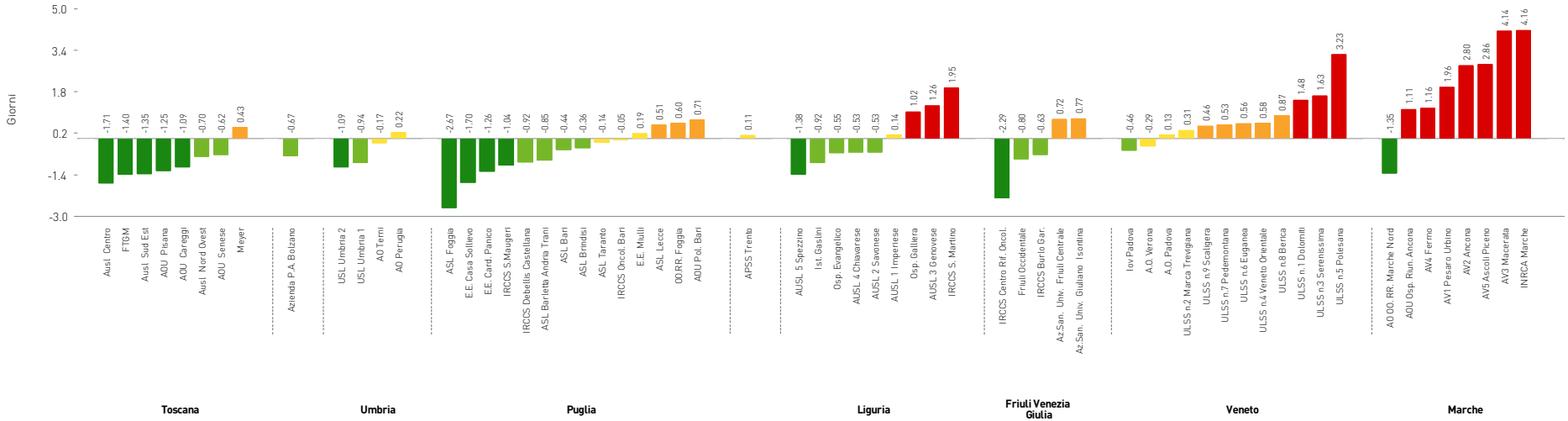
management sanità

C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

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

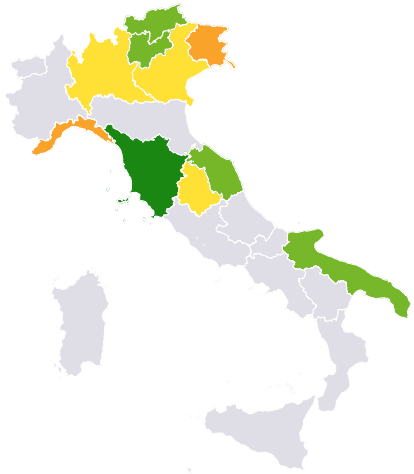


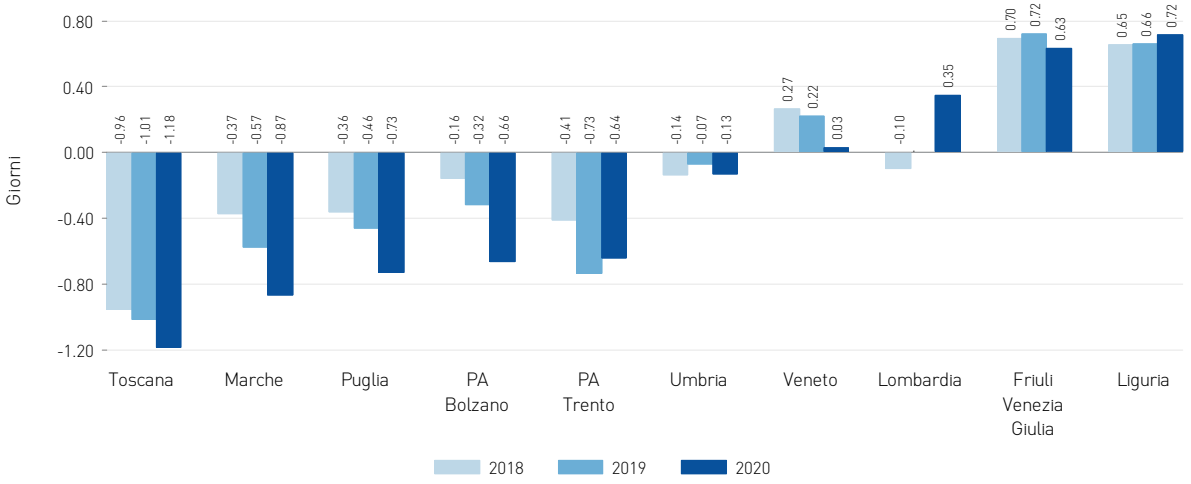


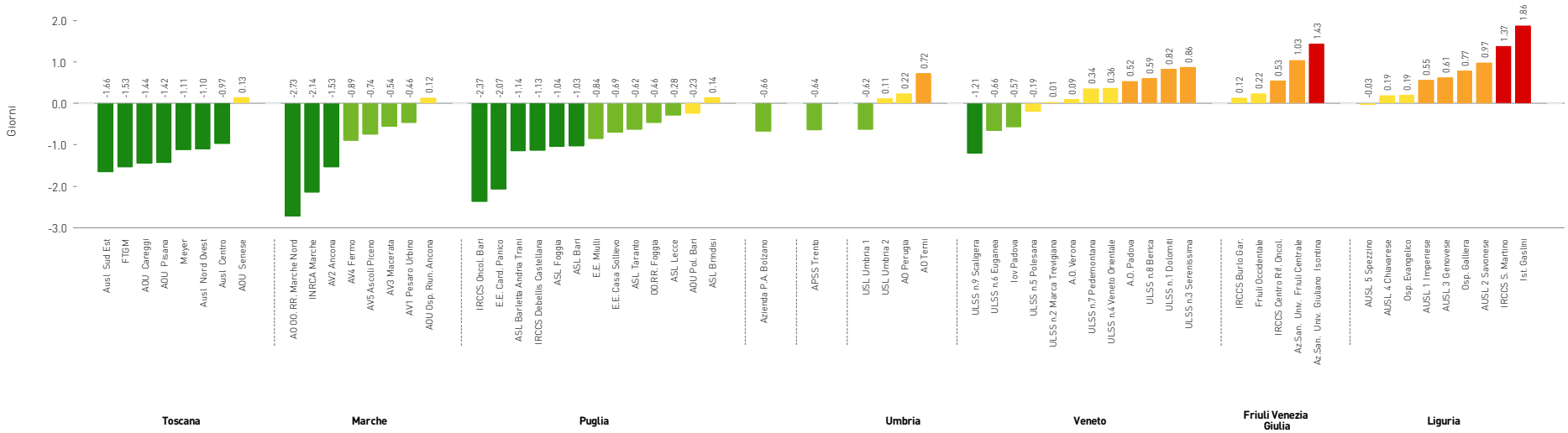


C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

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







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

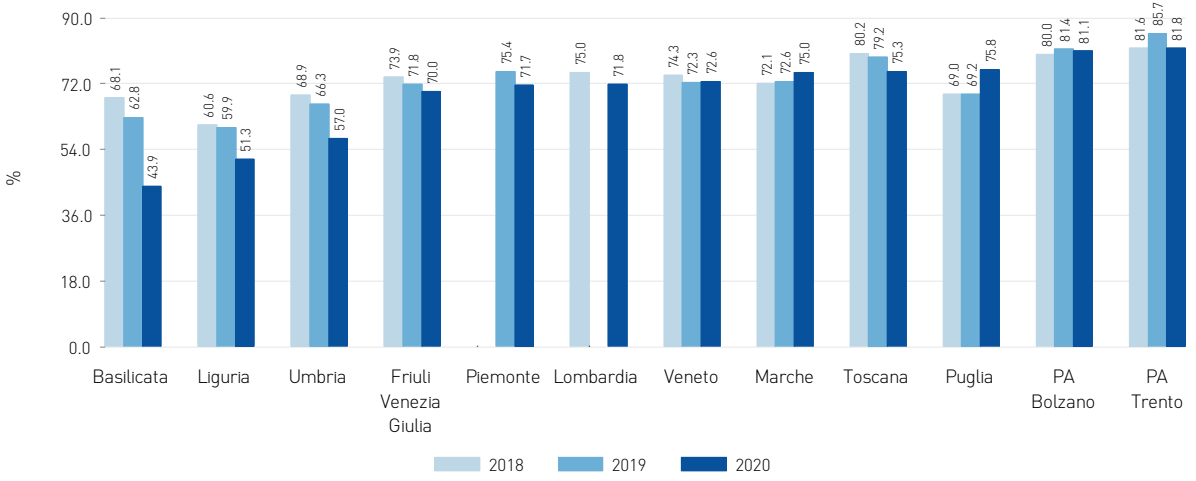
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale, lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario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

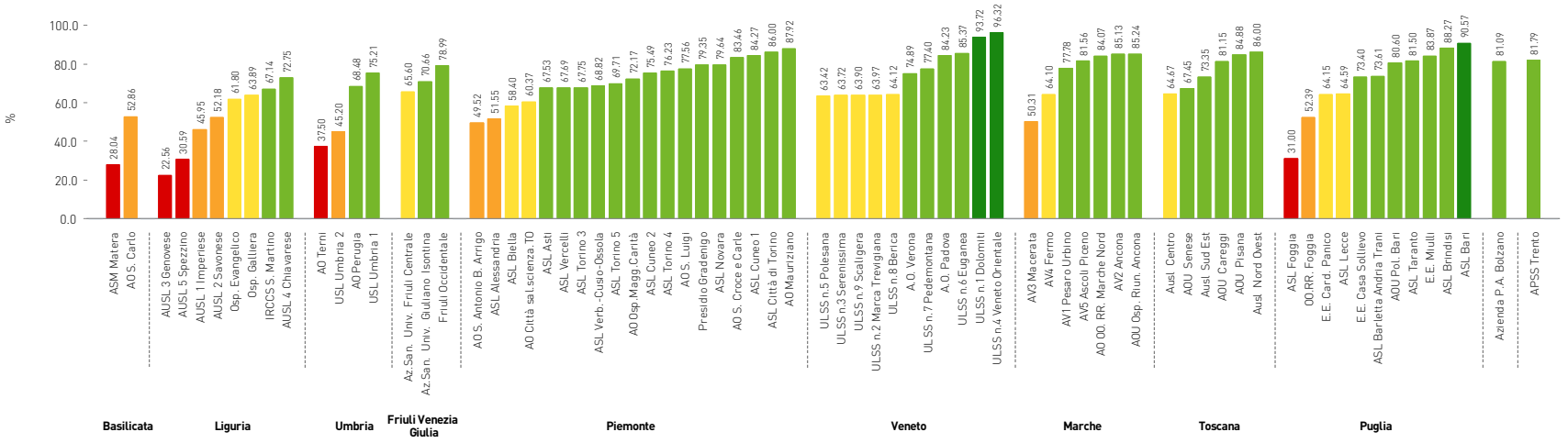


C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni

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

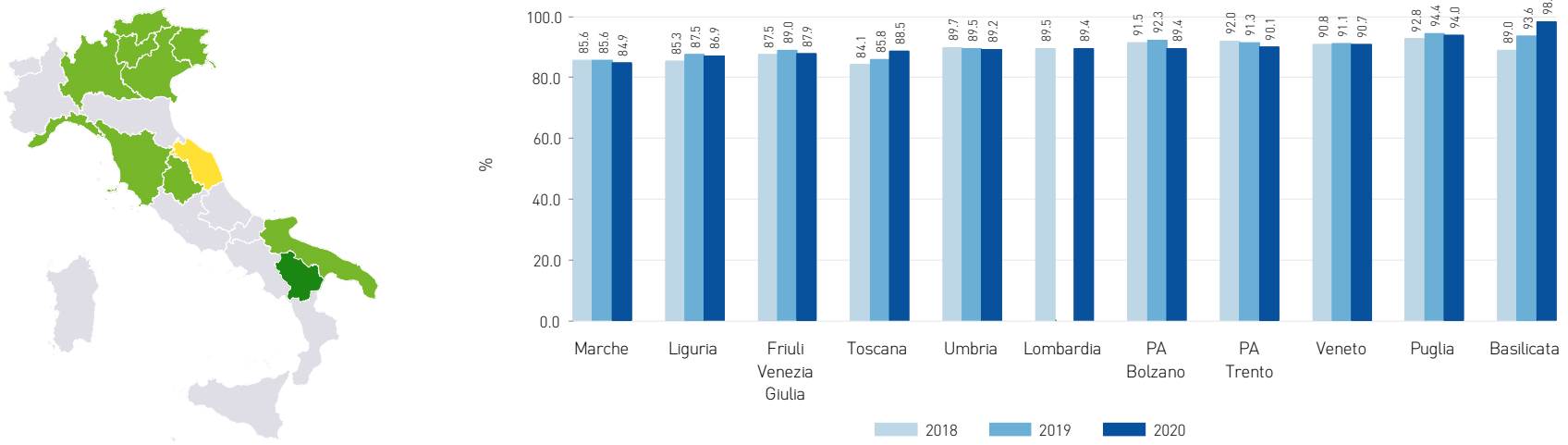


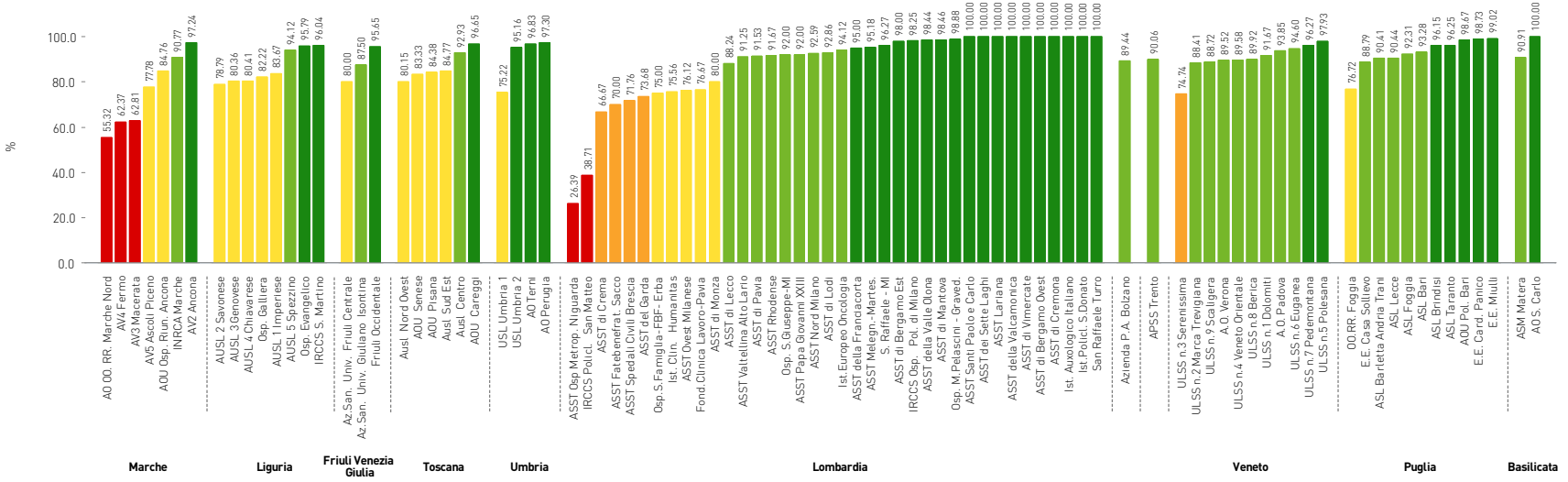




C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

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

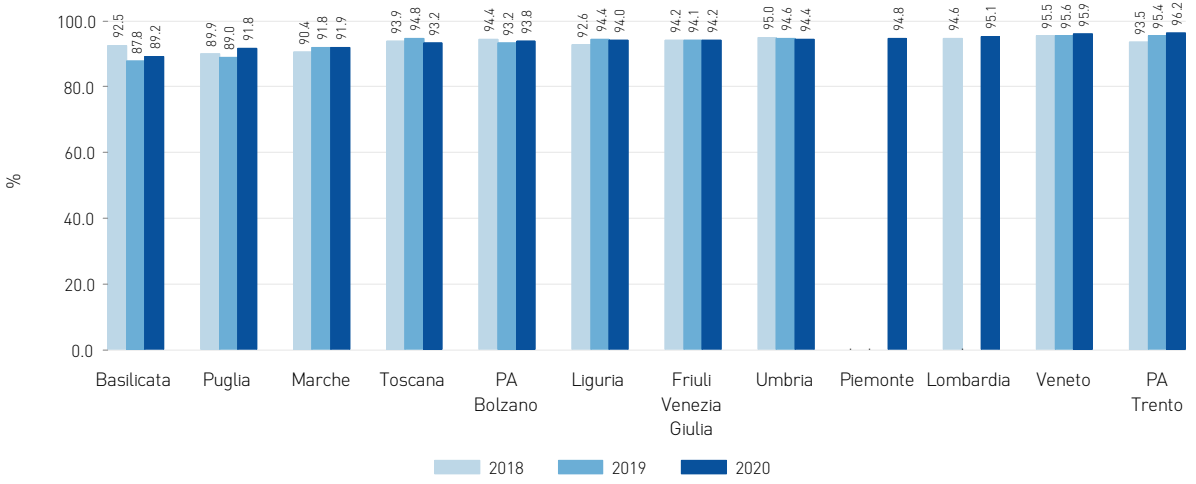


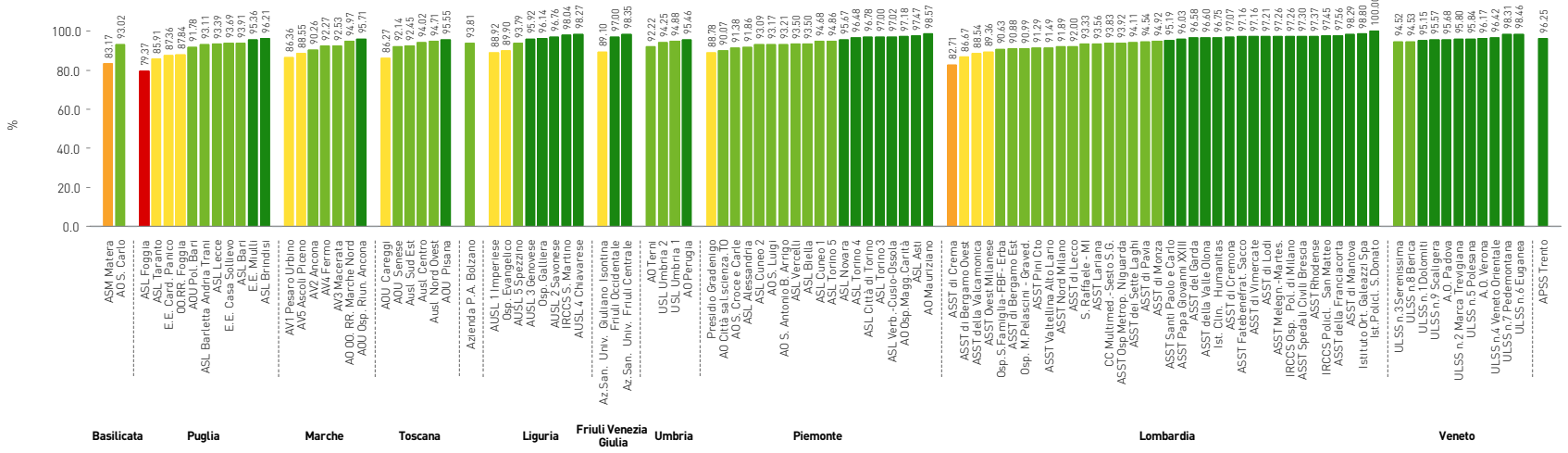


C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate

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

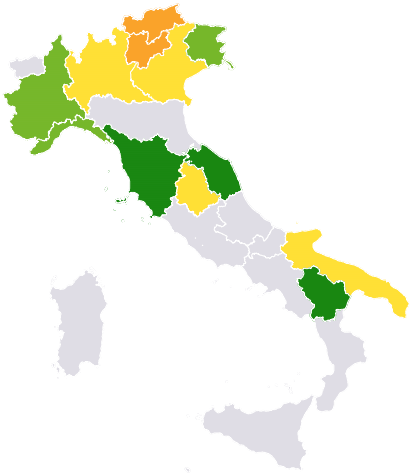


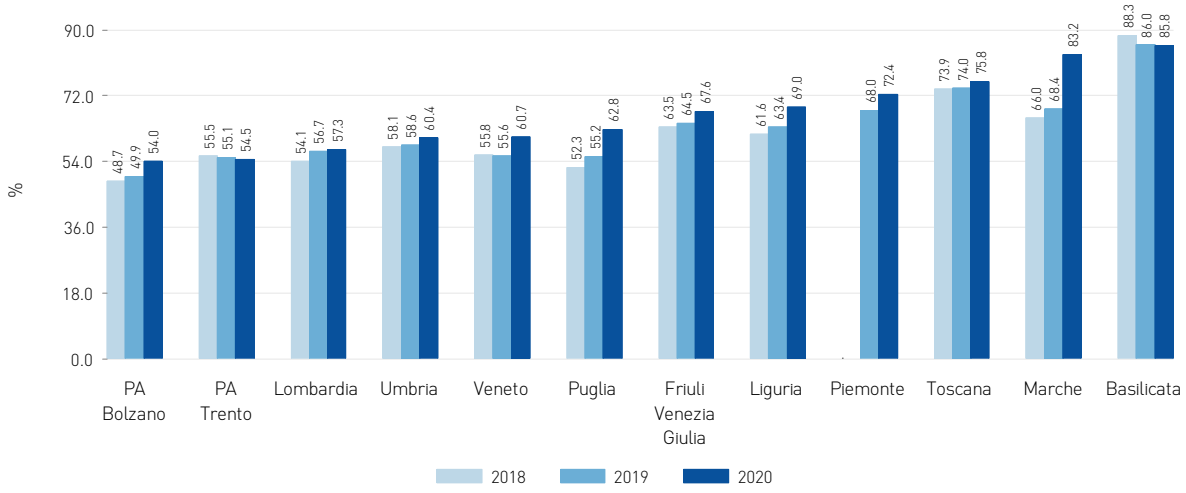


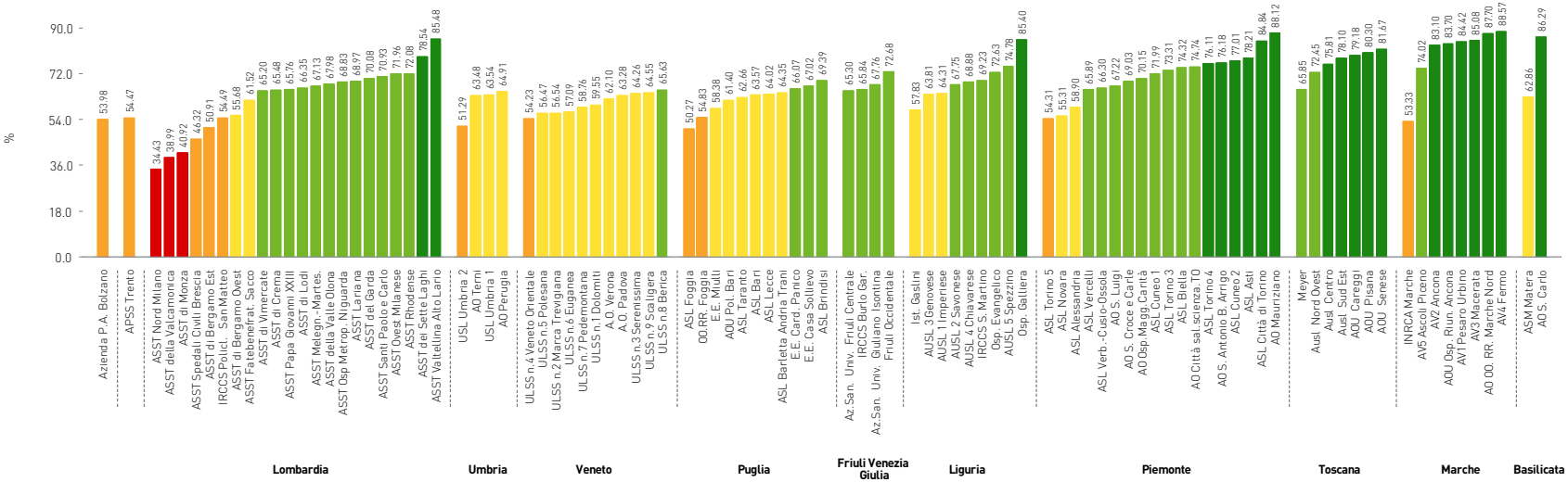


C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

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

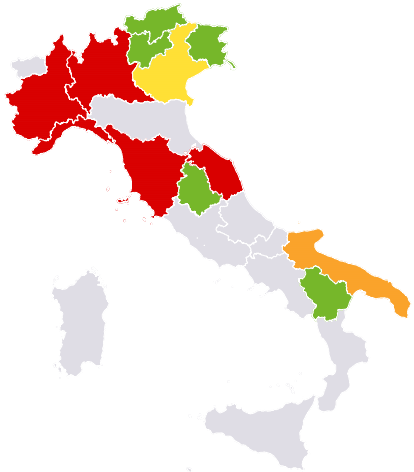


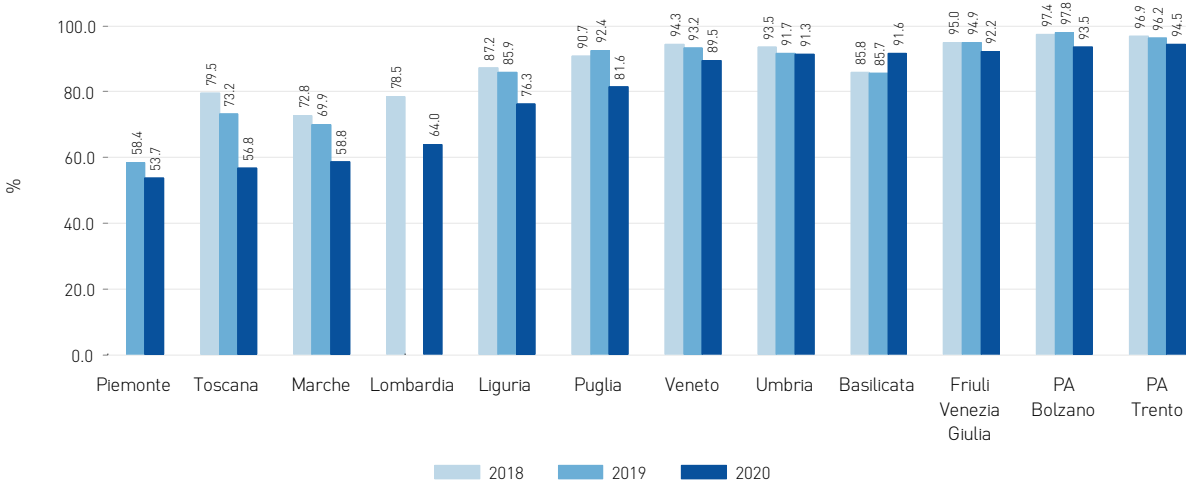


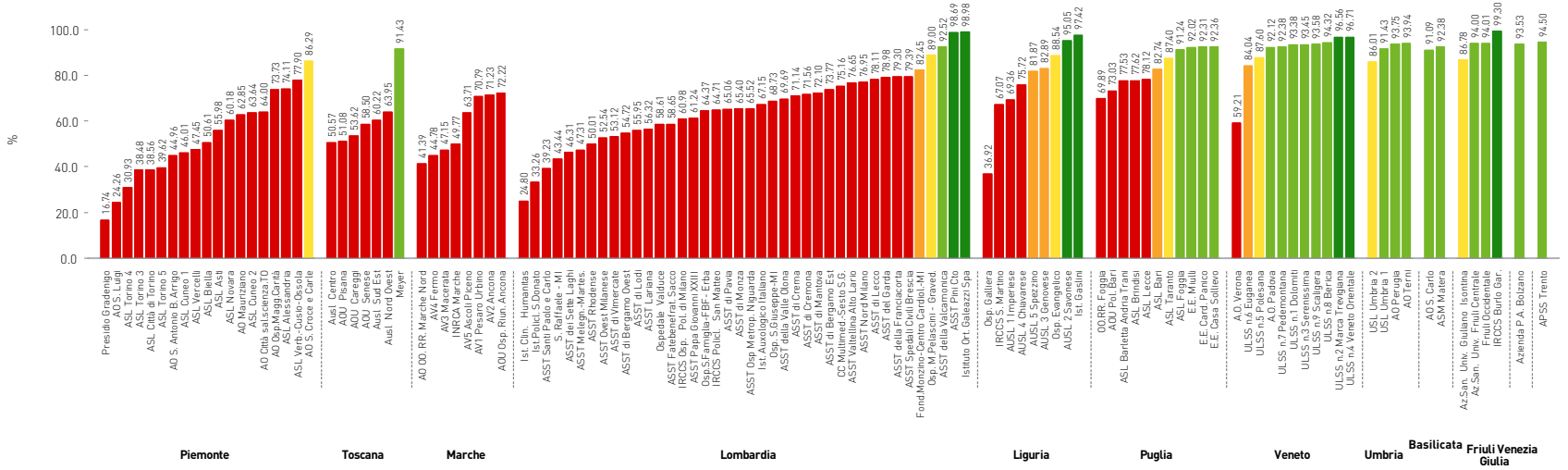


C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

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



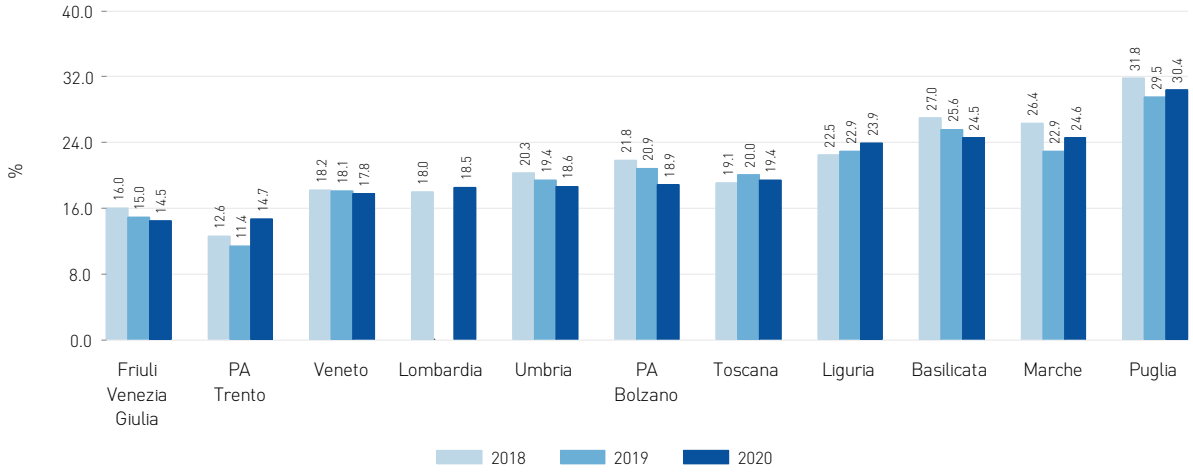


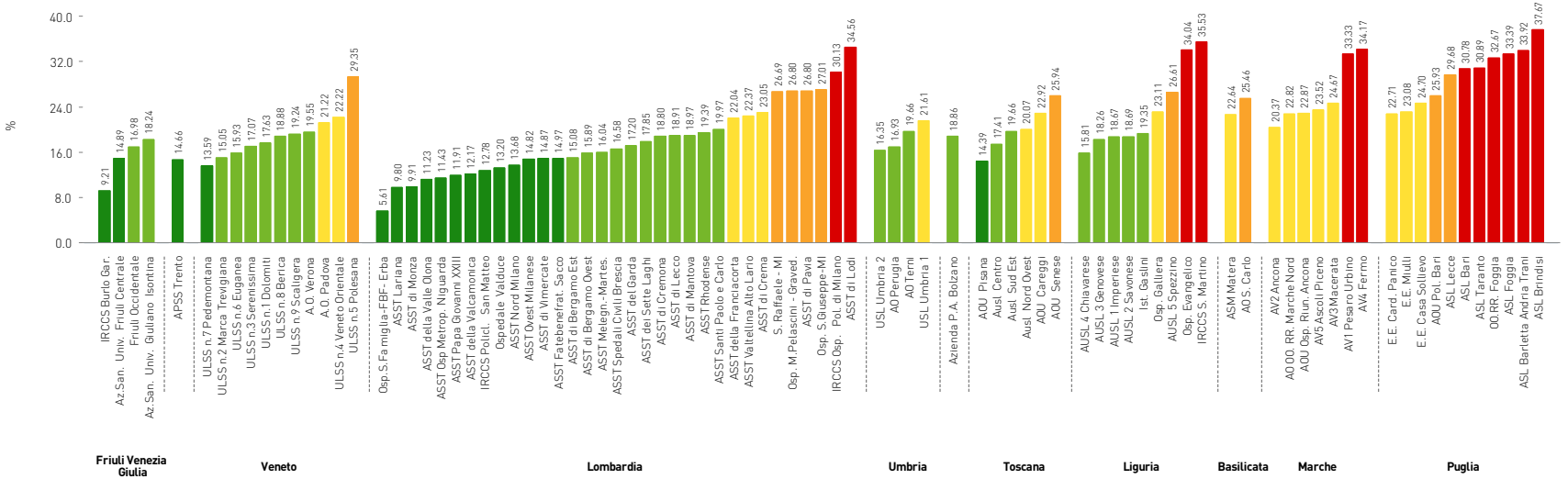


C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

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



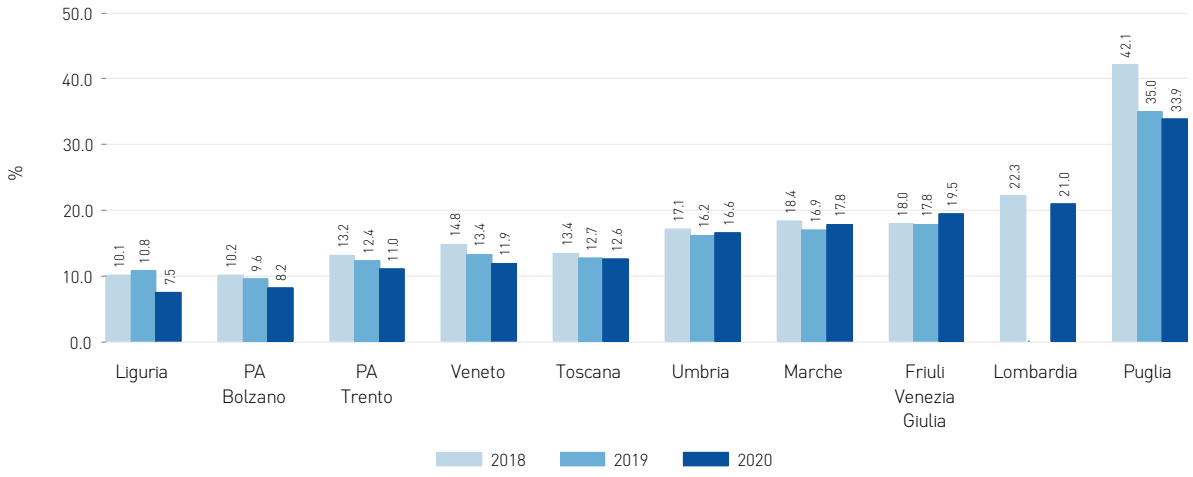


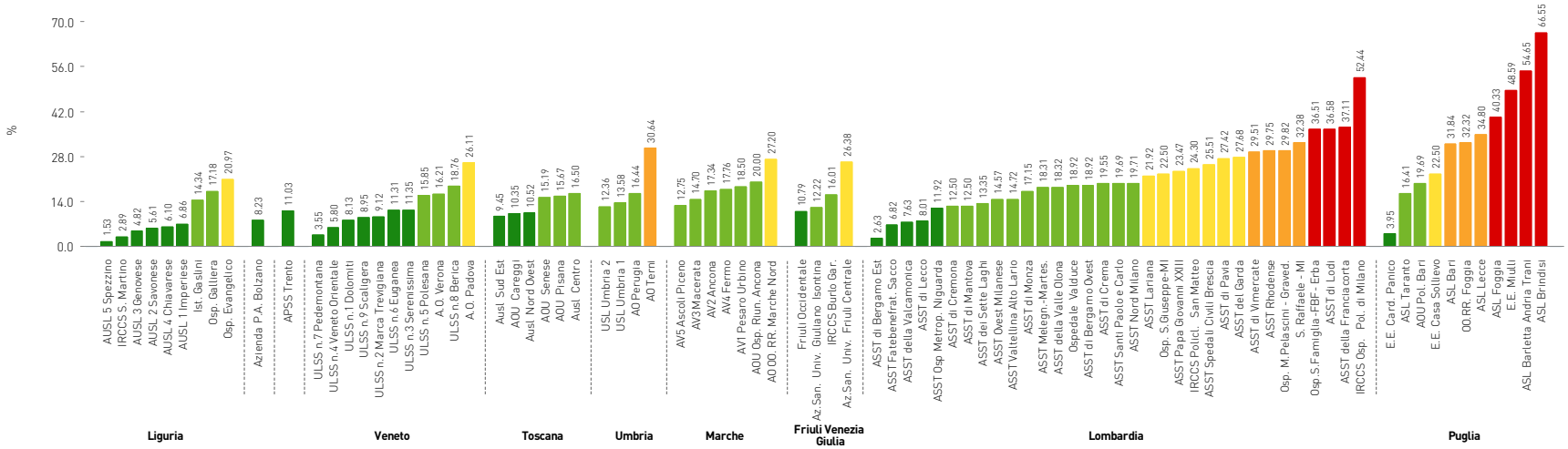


C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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



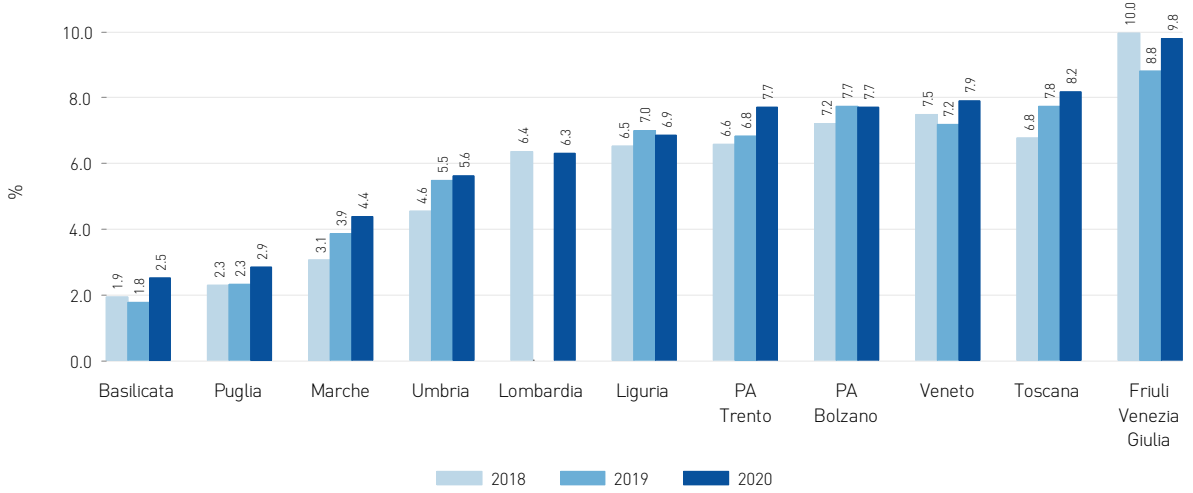


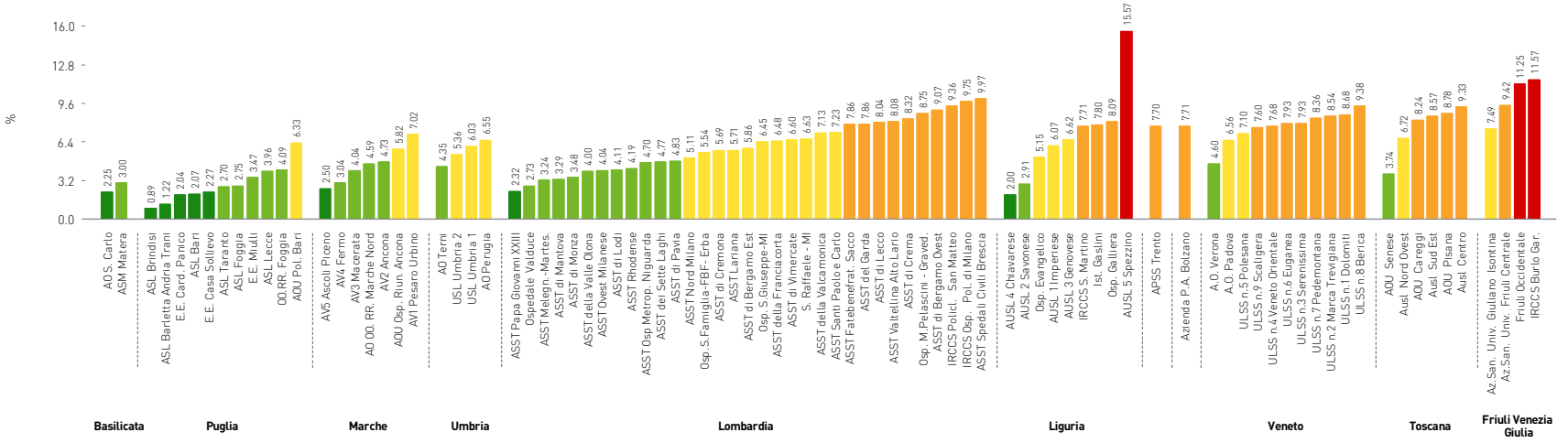


C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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



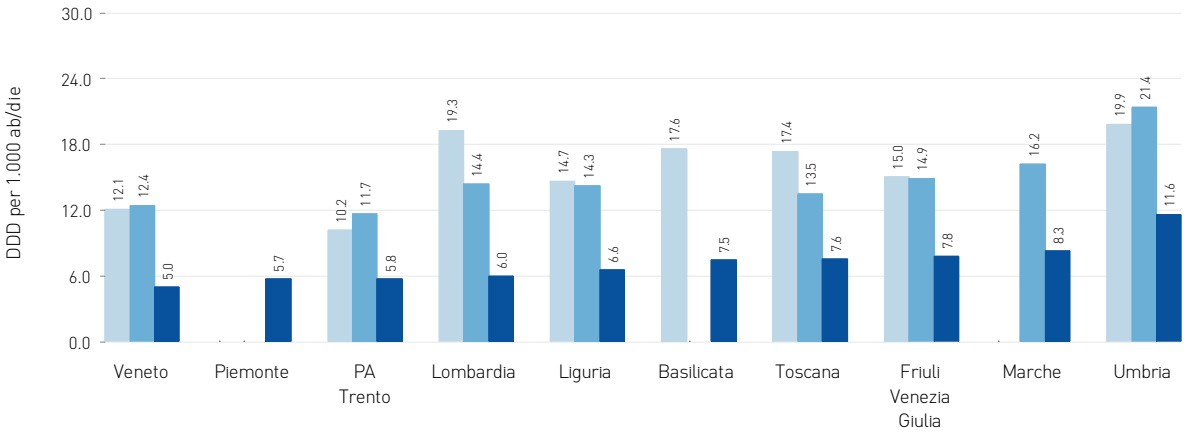


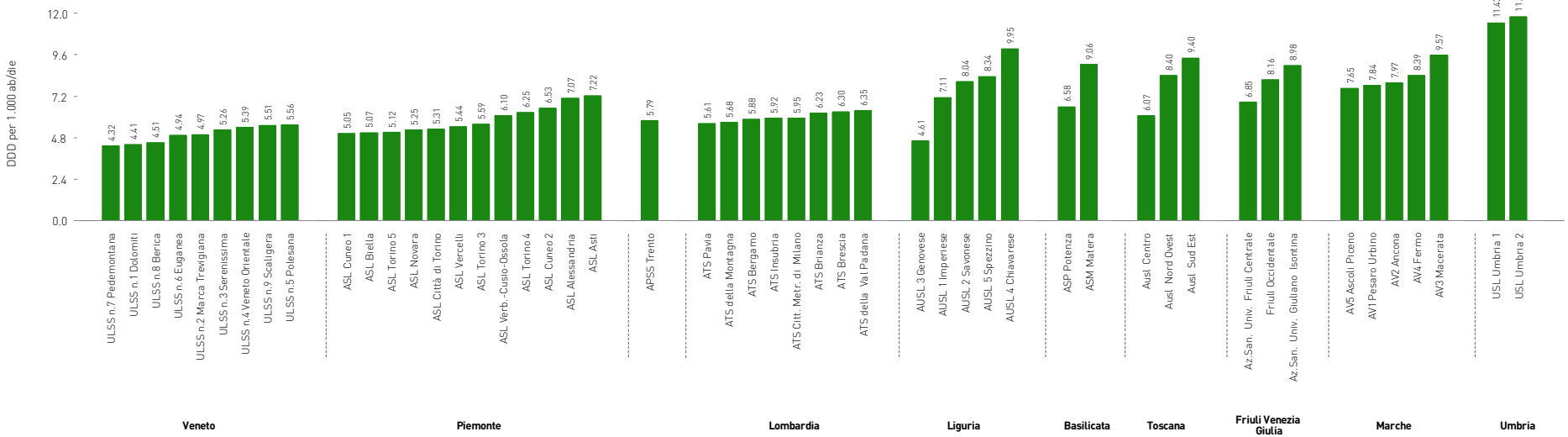


C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

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



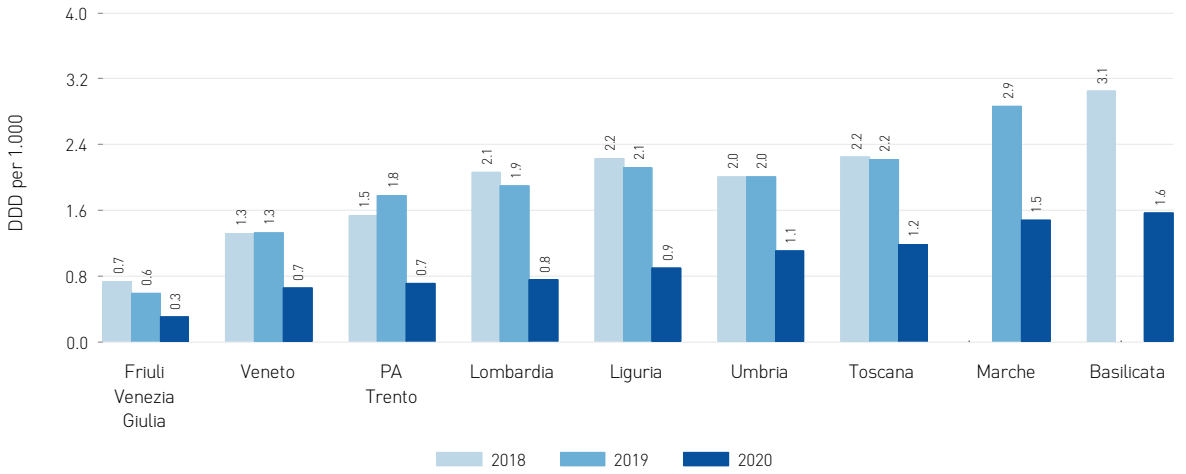


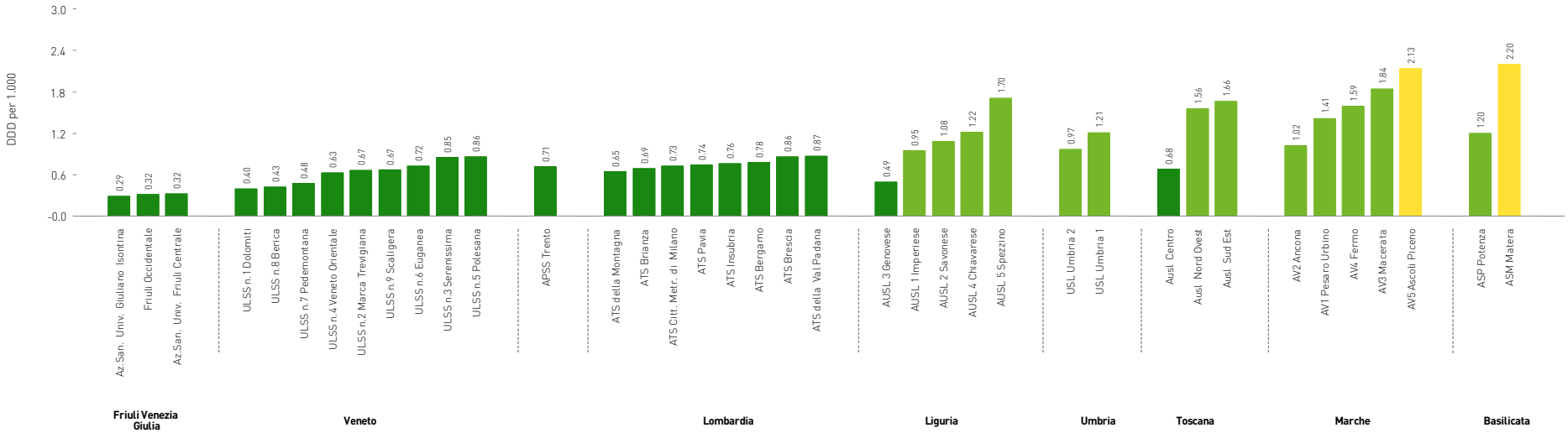


C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

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

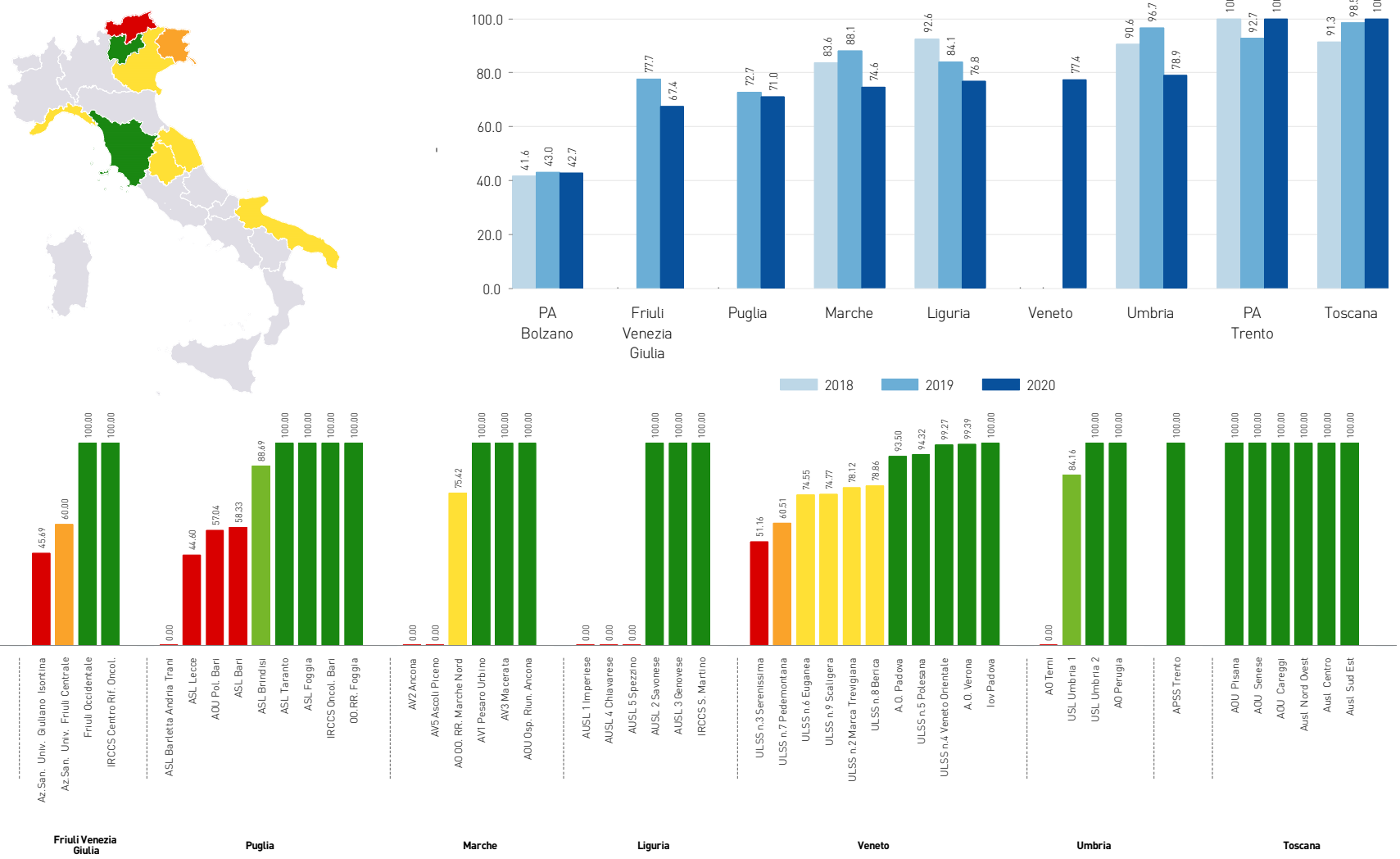






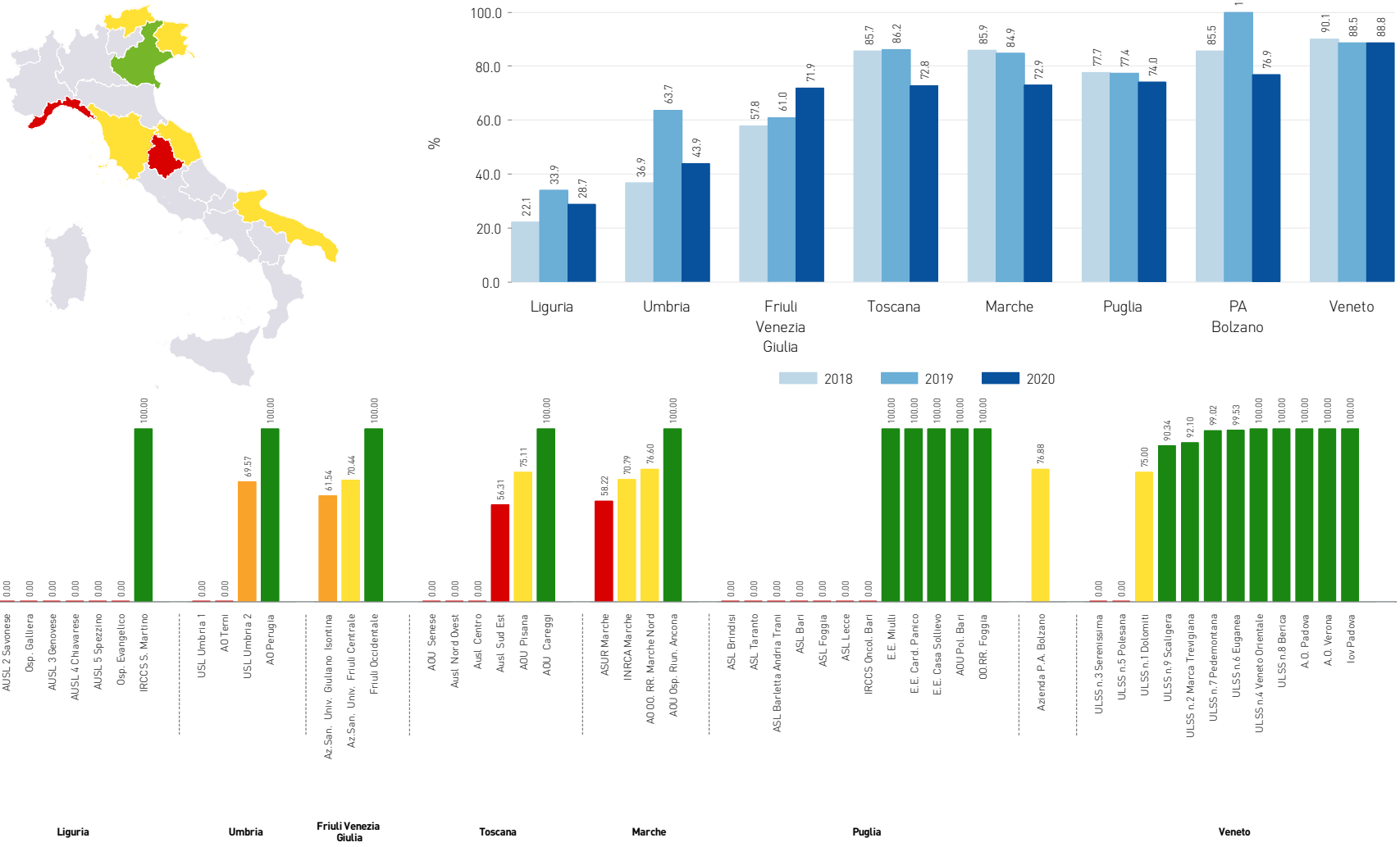
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui

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



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

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

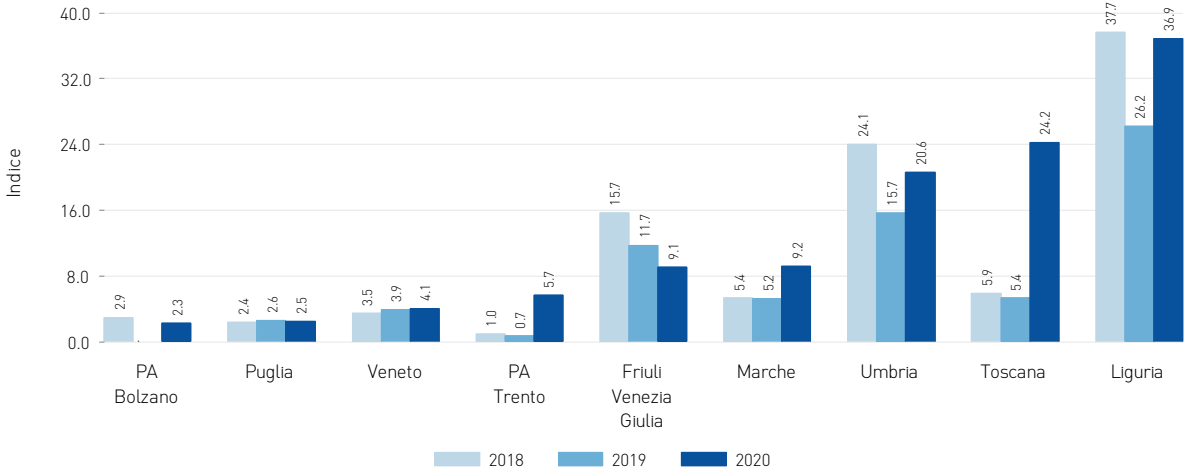


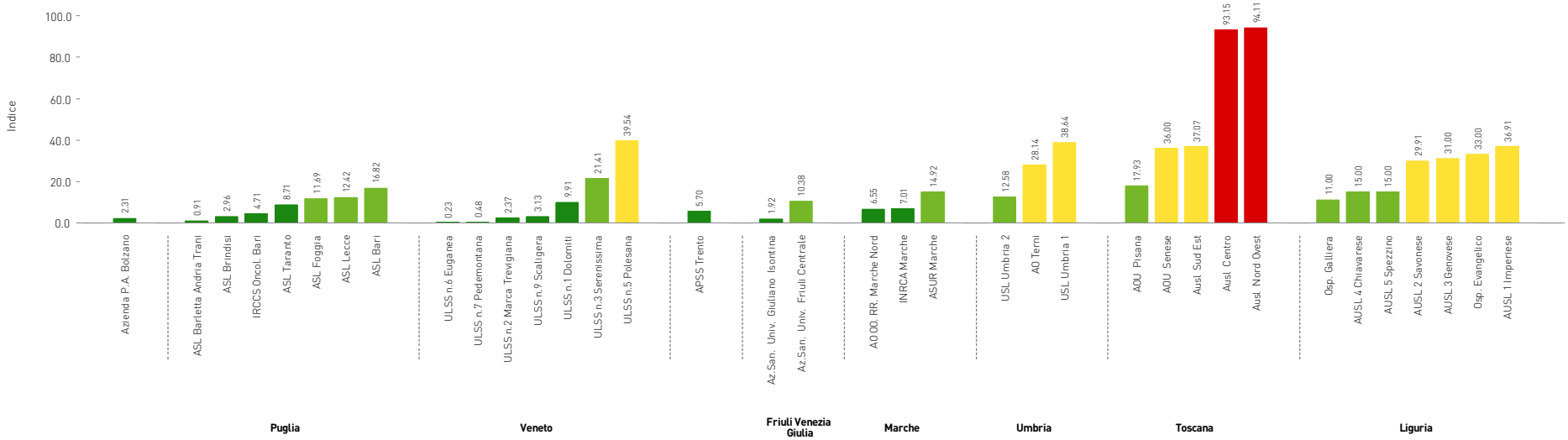
356

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

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

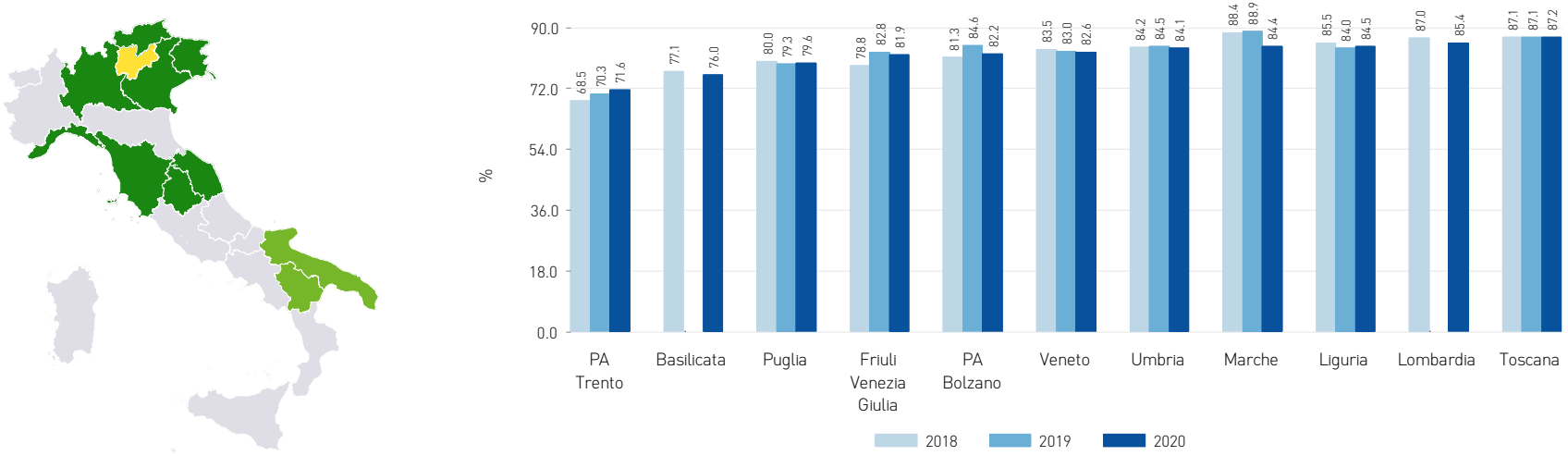


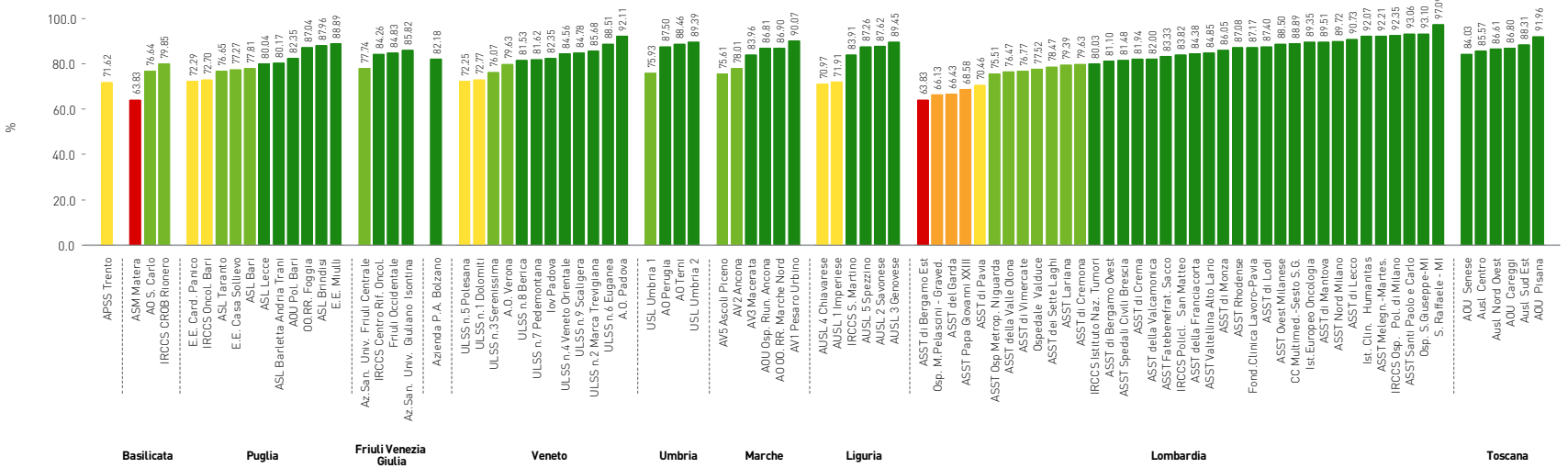




C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

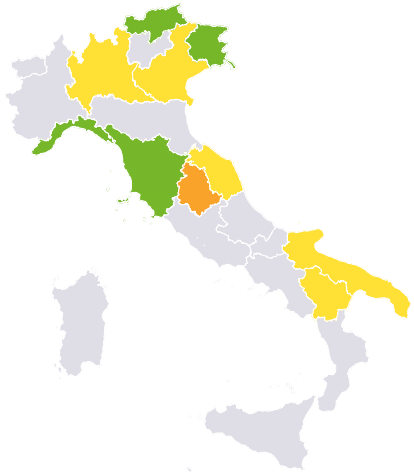
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in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

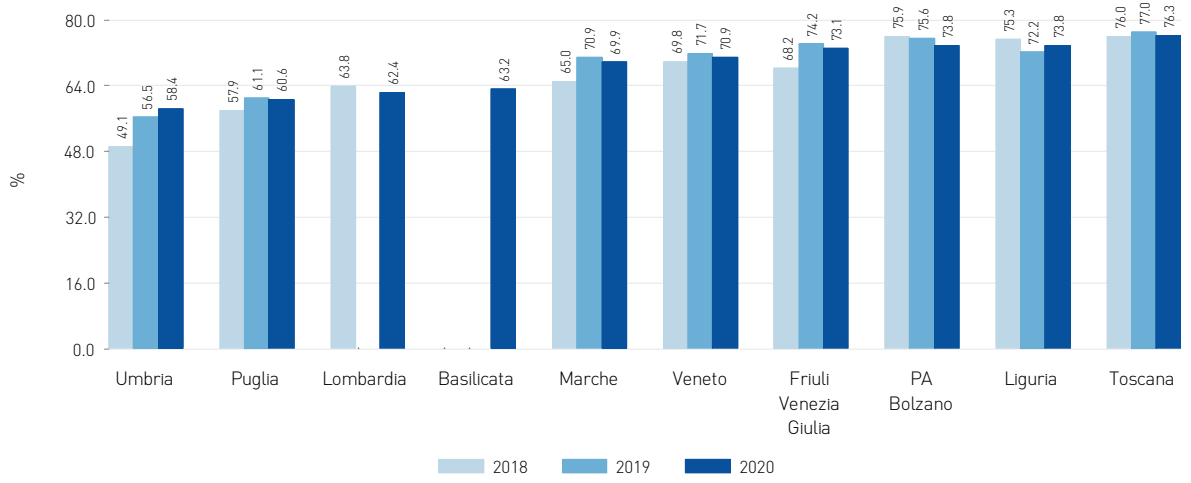


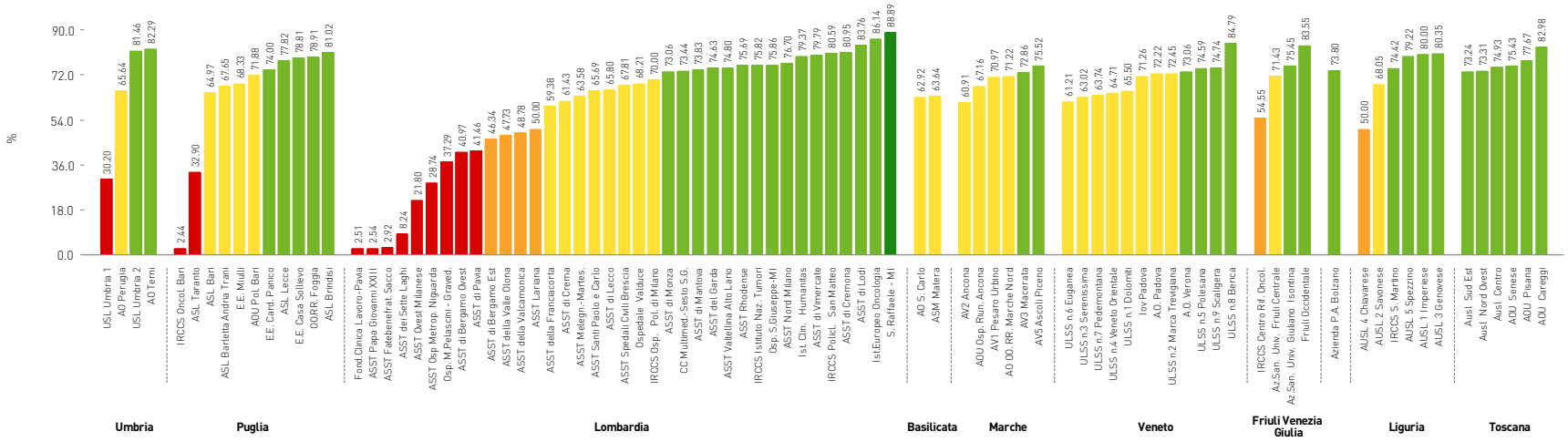


C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

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

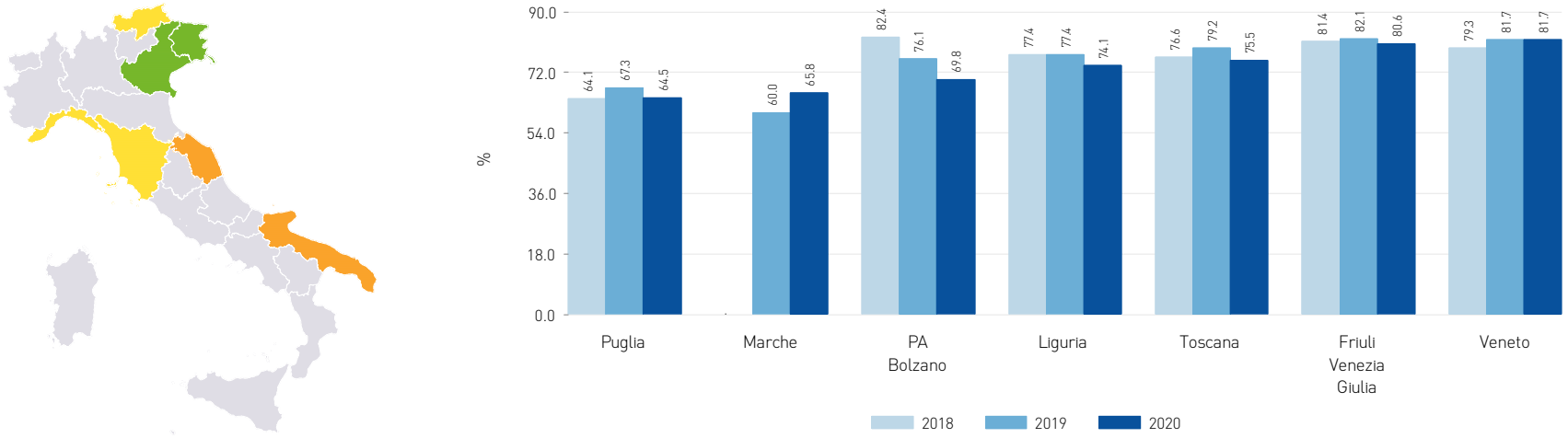


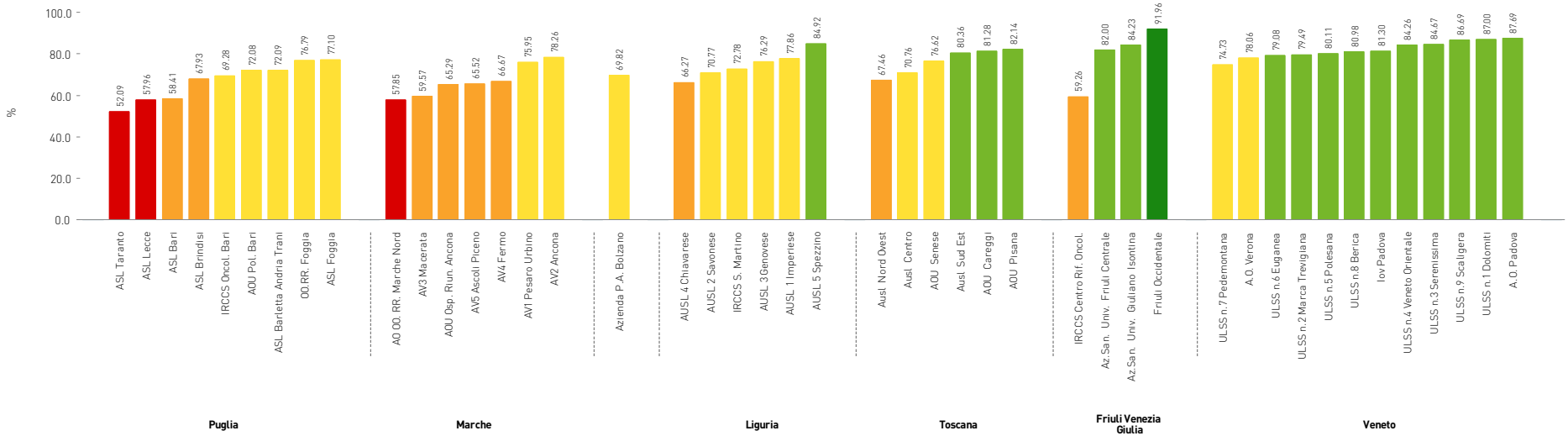




C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

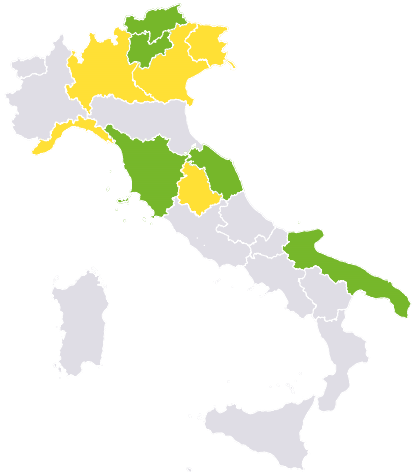
L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale.

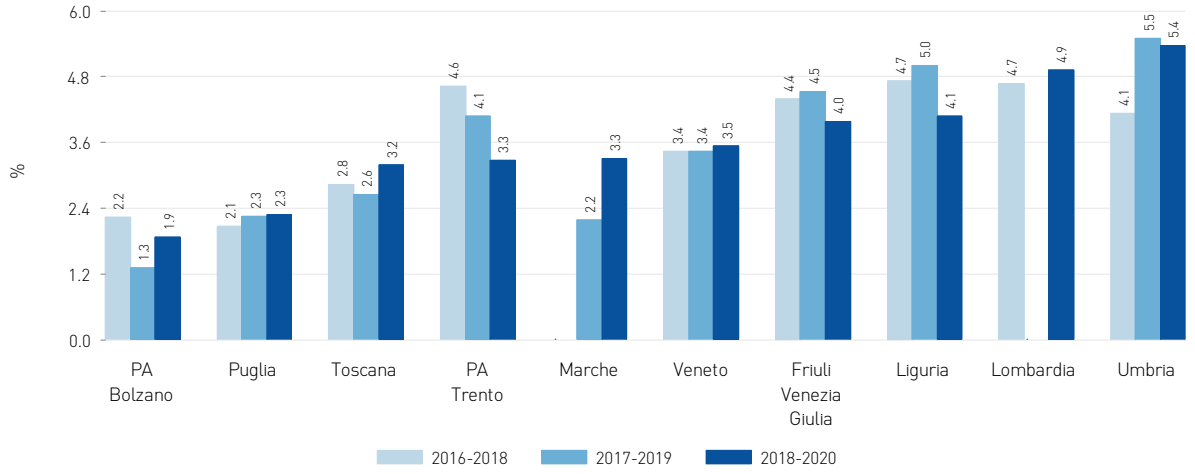


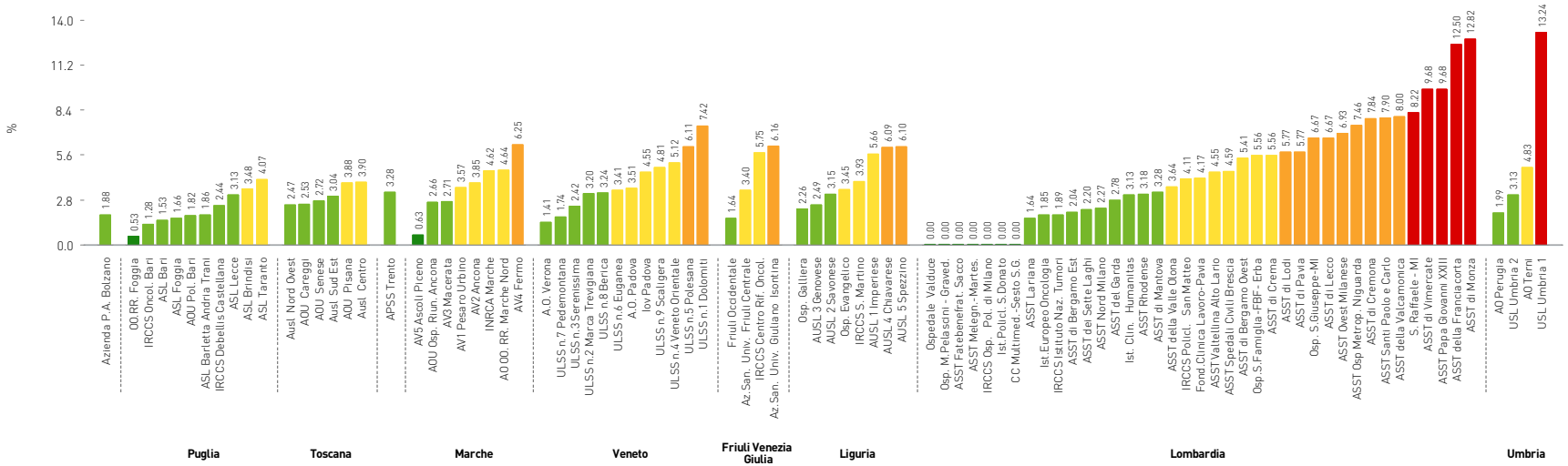


C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

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

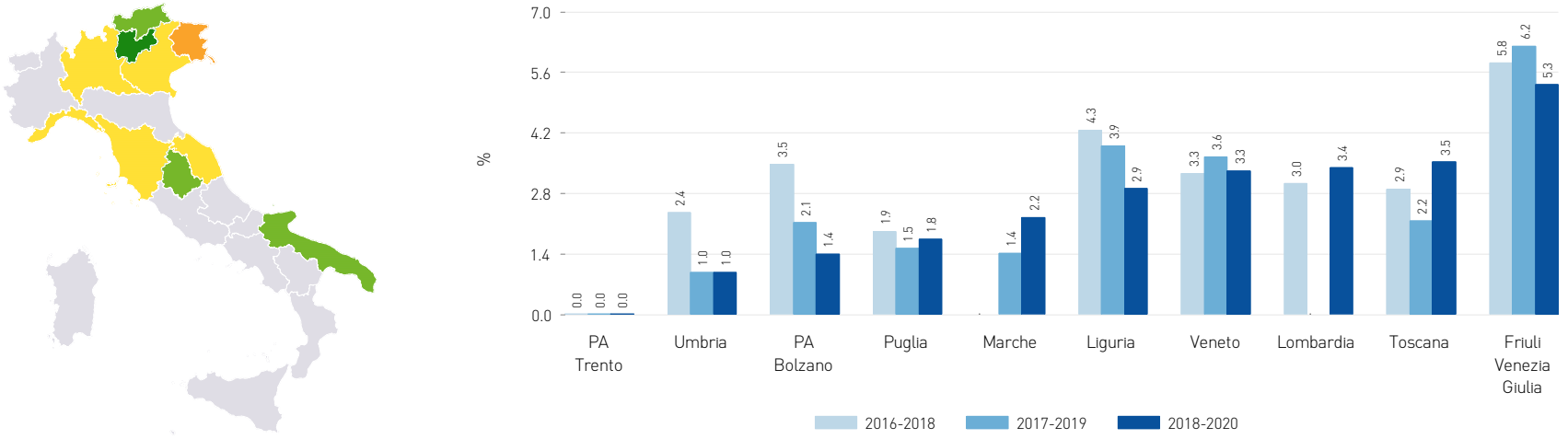


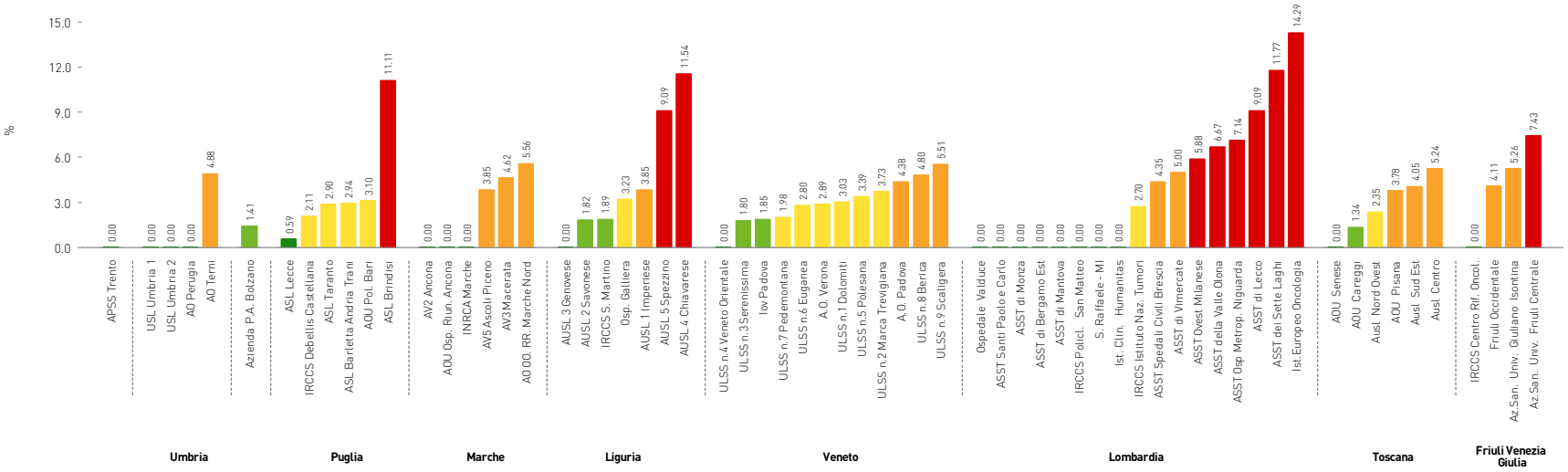




C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

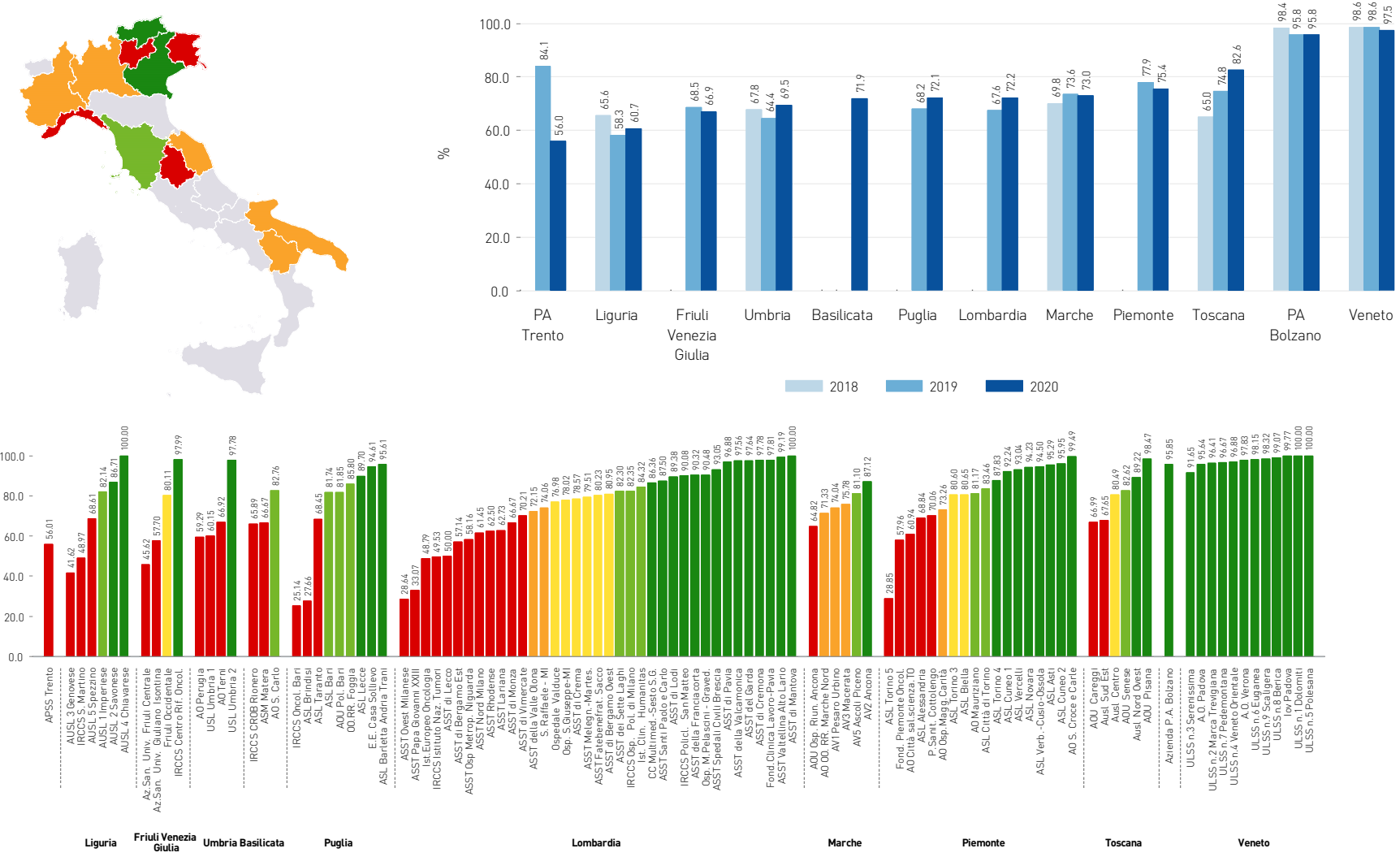
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.





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

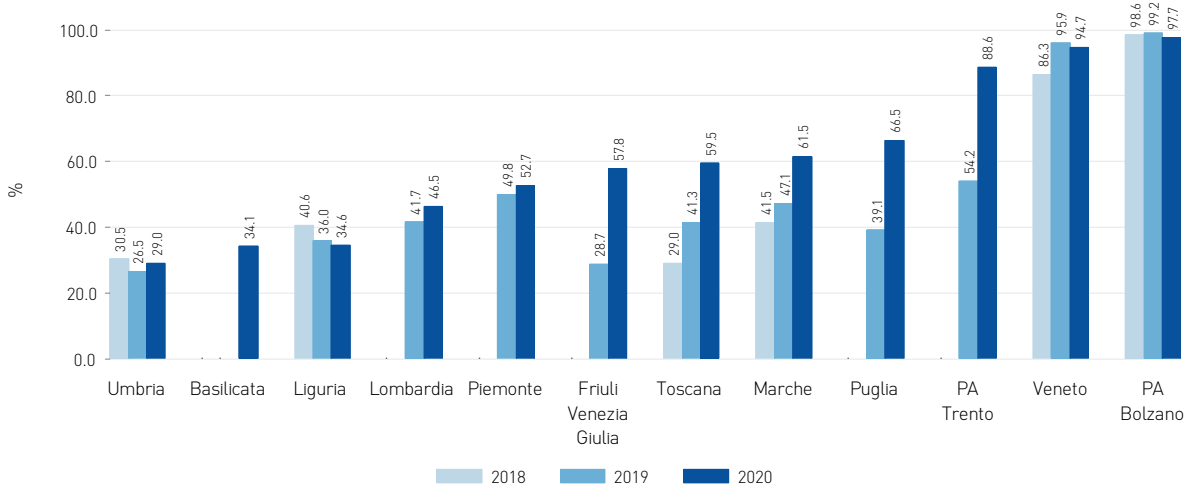
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

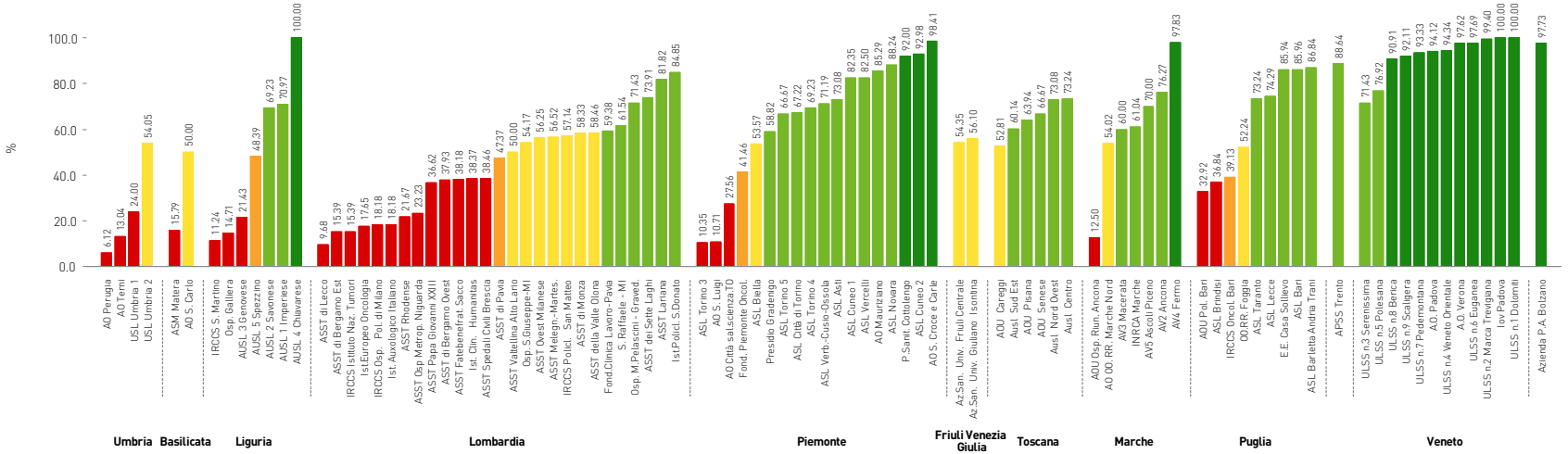


C10.4.8 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla prostata. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



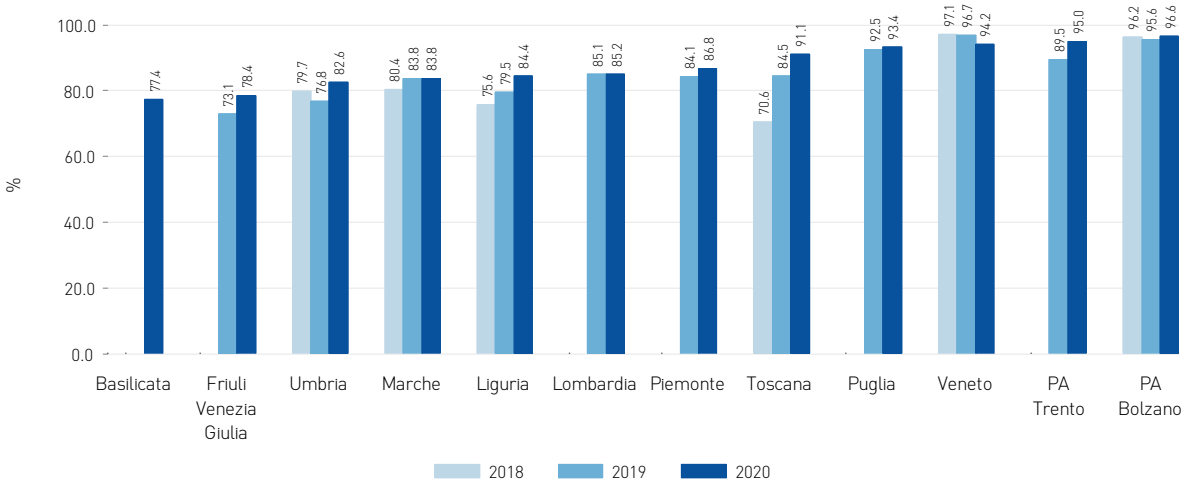


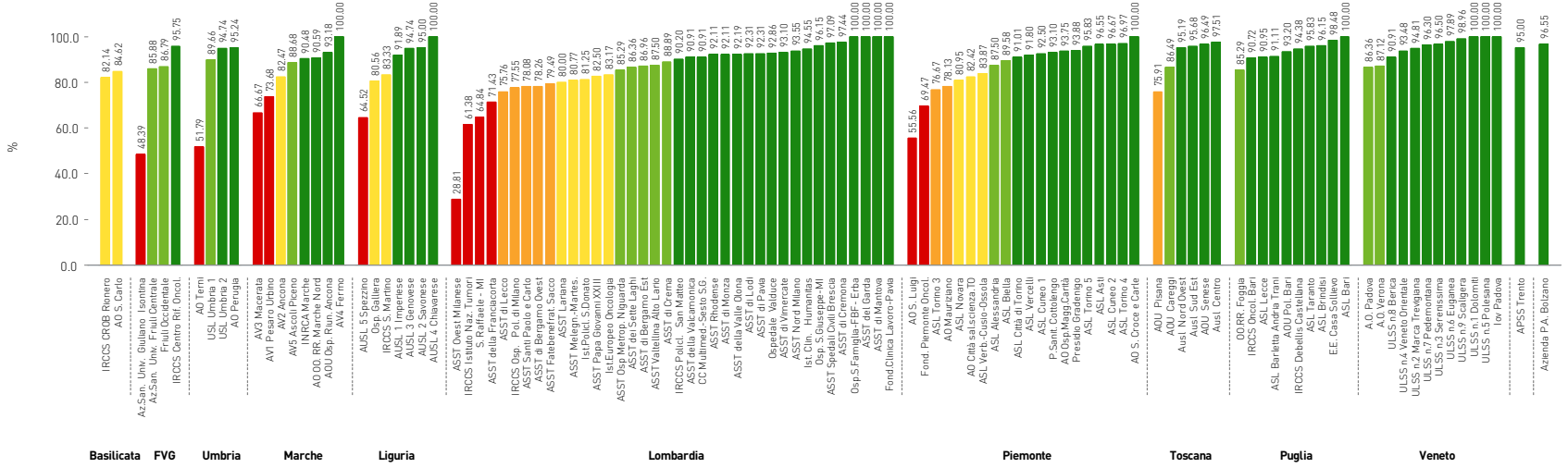


C10.4.9 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al colon. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

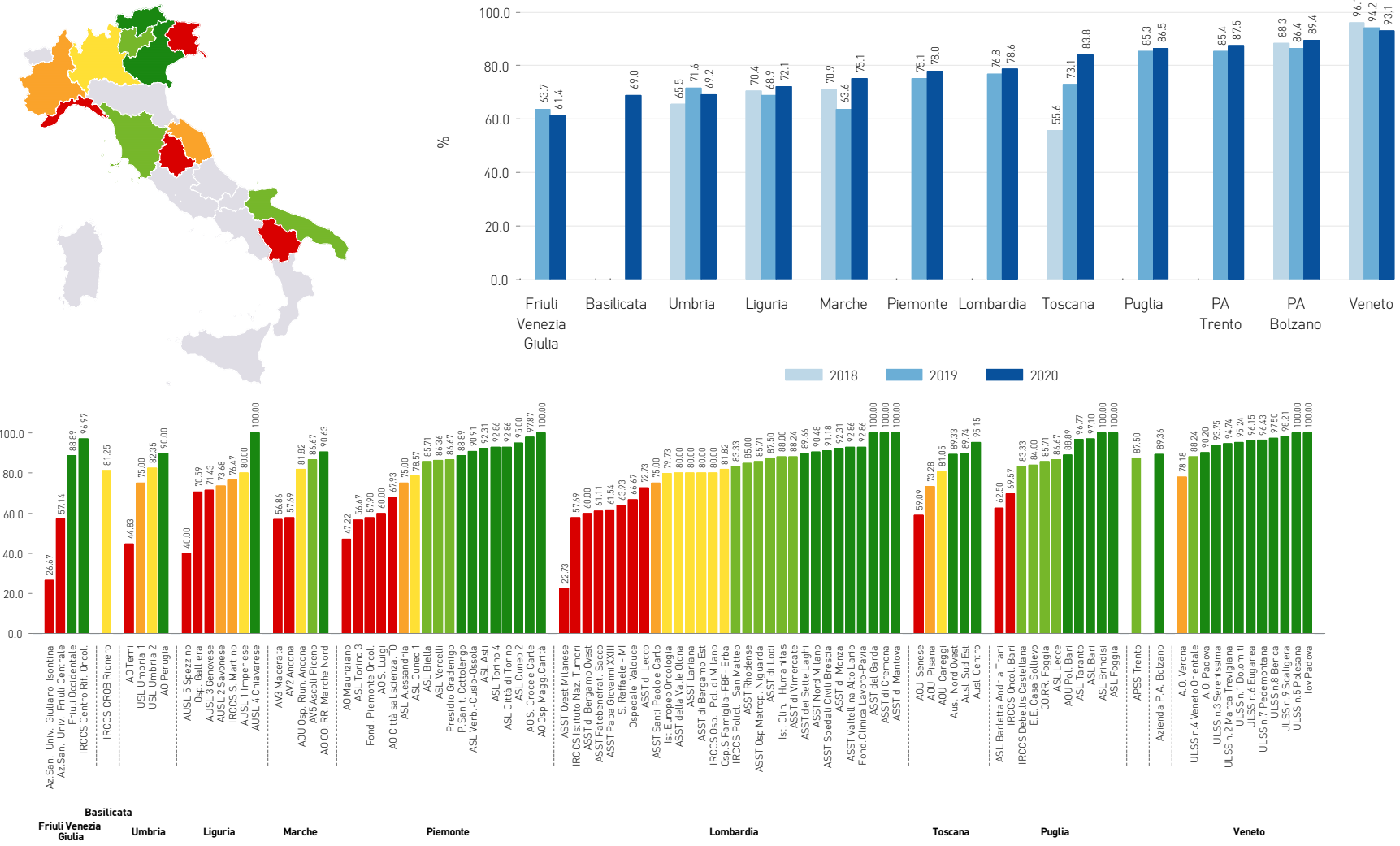






C10.4.10 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto

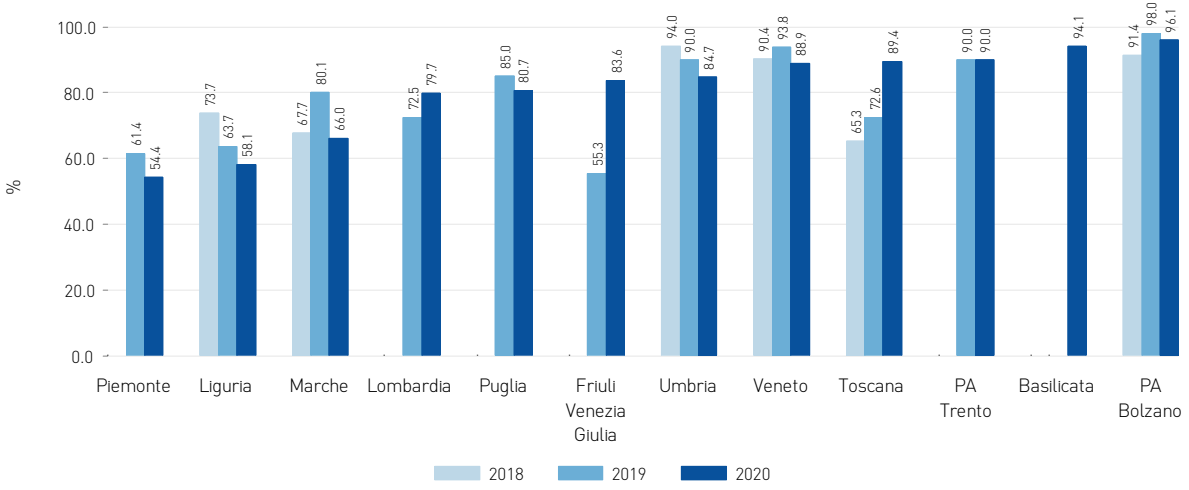
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al retto. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

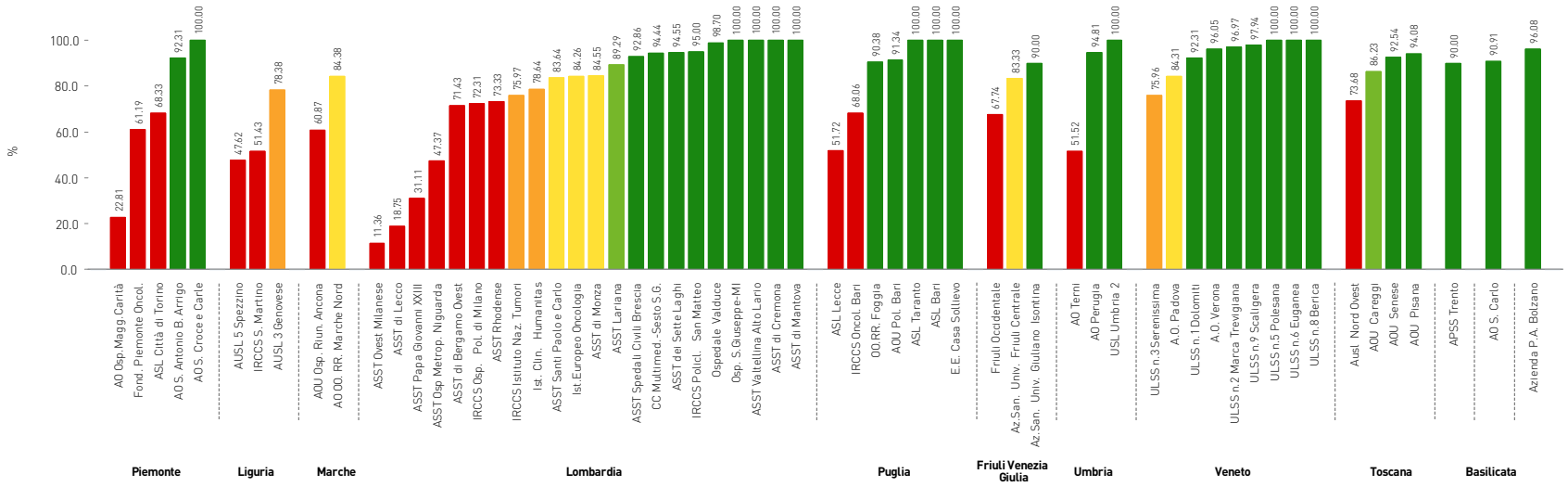


C10.4.11 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al polmone. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

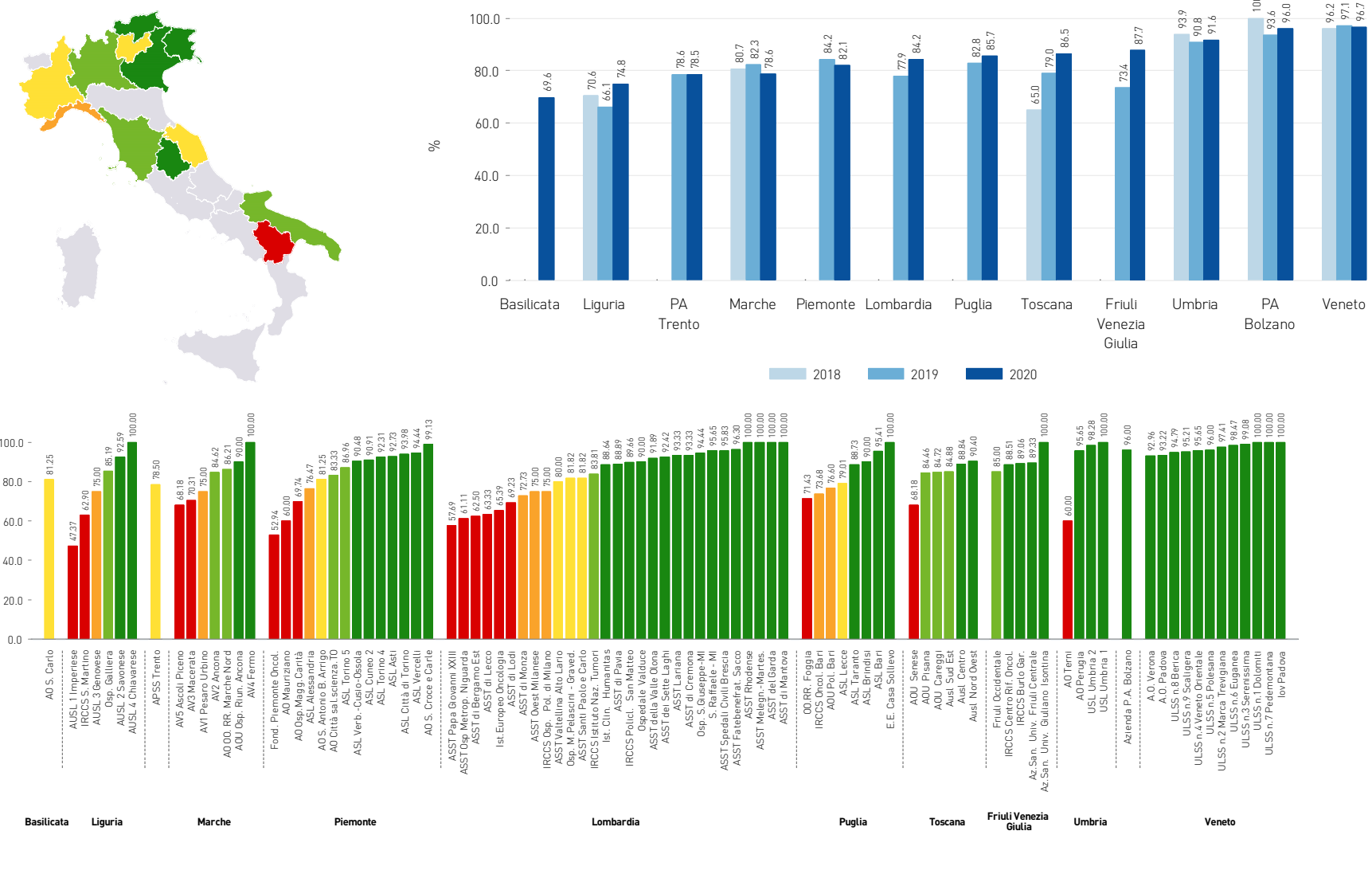






C10.4.12 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero

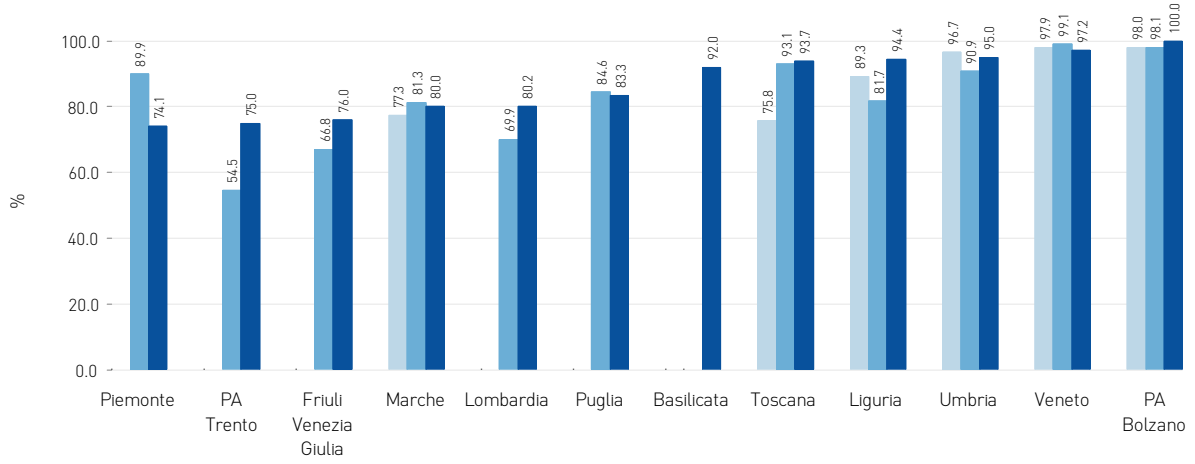
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno all'utero. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

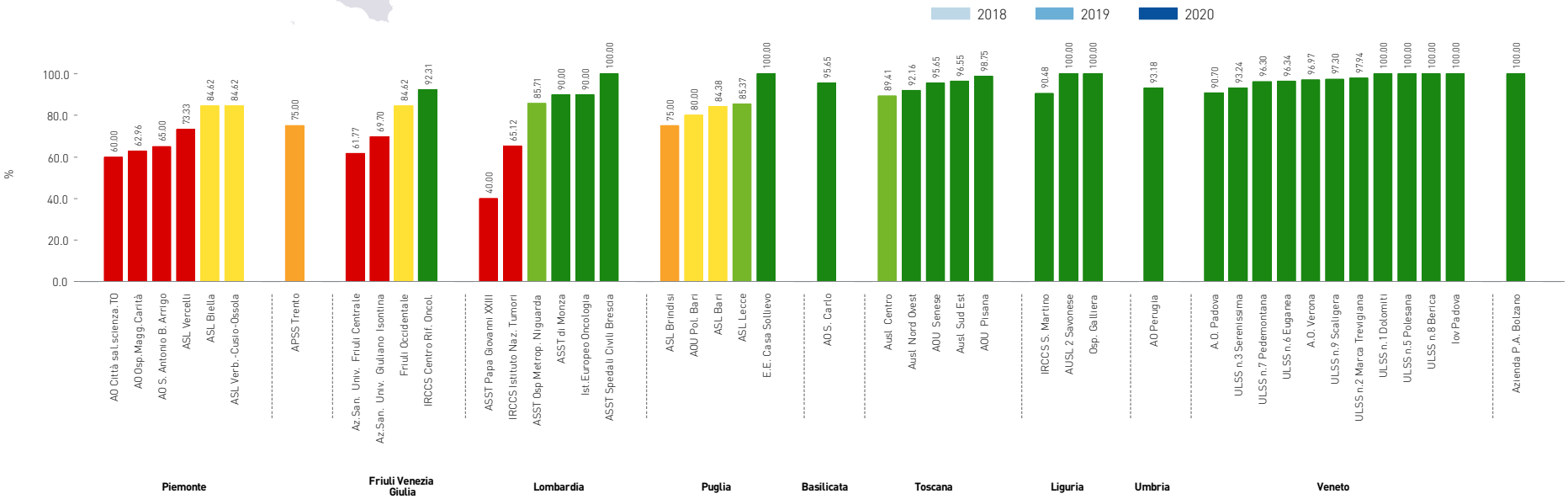


C10.4.13 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per melanoma. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

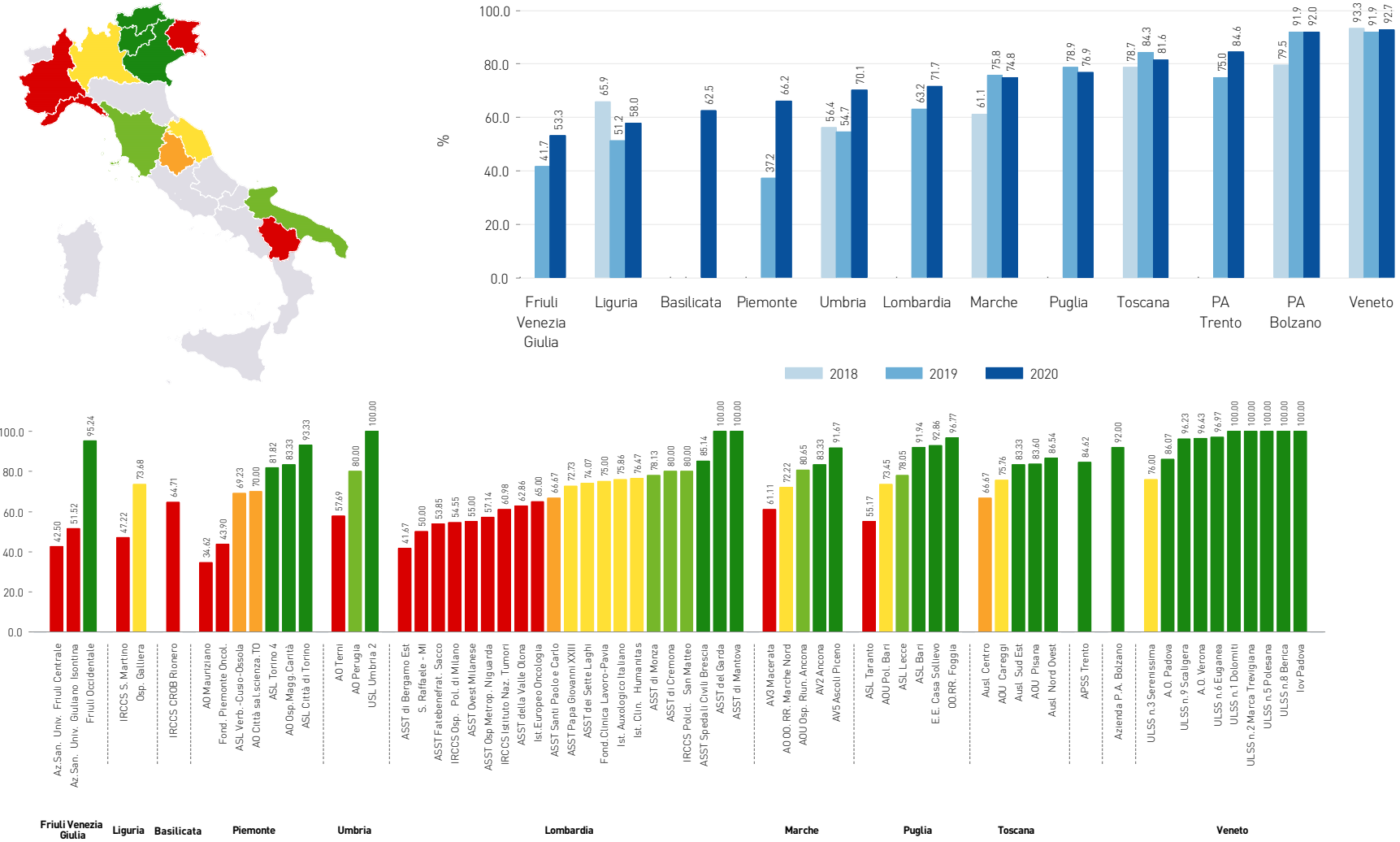






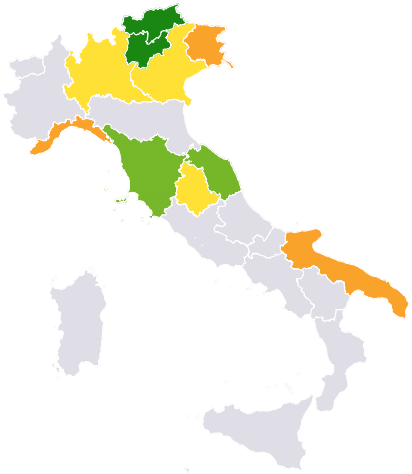
C10.4.14 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide

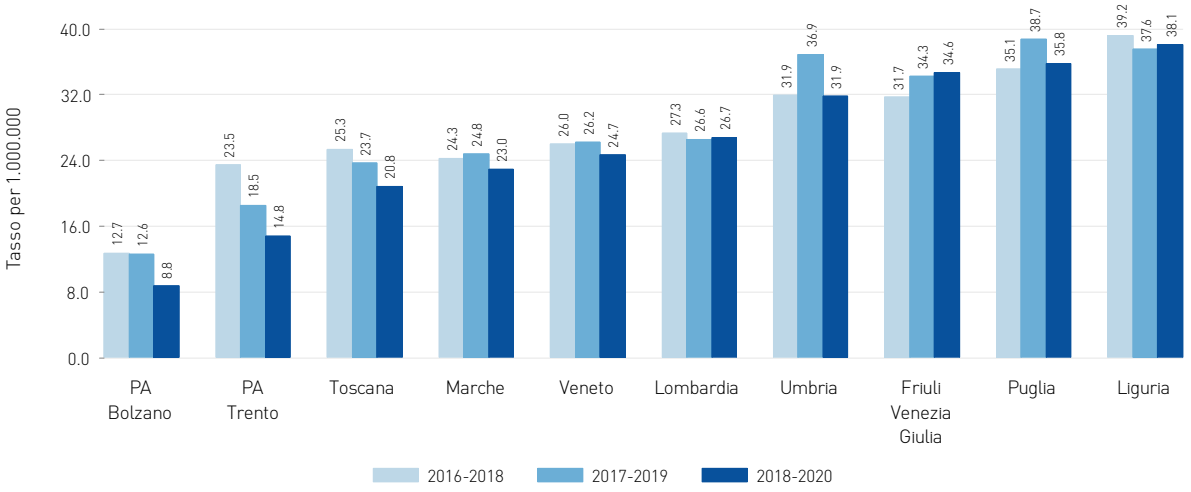
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

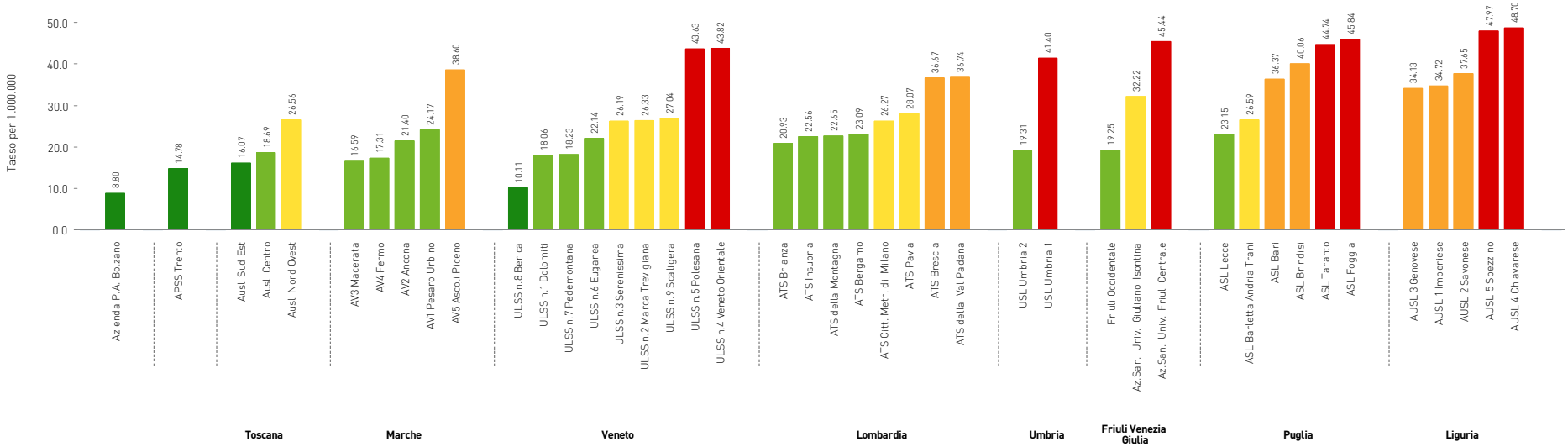


C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori dovute alla patologia diabetica che, quando non identificate precocemente e trattate tempestivamente, possono rendere inevitabile l'amputazione dell'arto. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: una corretta cura del piede, l'integrazione tra i diversi professionisti coinvolti e le procedure di rivascolarizzazione possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di intervenire chirurgicamente [Faglia et al., 2009]. L'indicatore C11a.2.4 monitora il tasso di amputazioni nei pazienti diabetici, associando un giudizio positivo ad una sua riduzione, al fine di valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure [Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016]. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



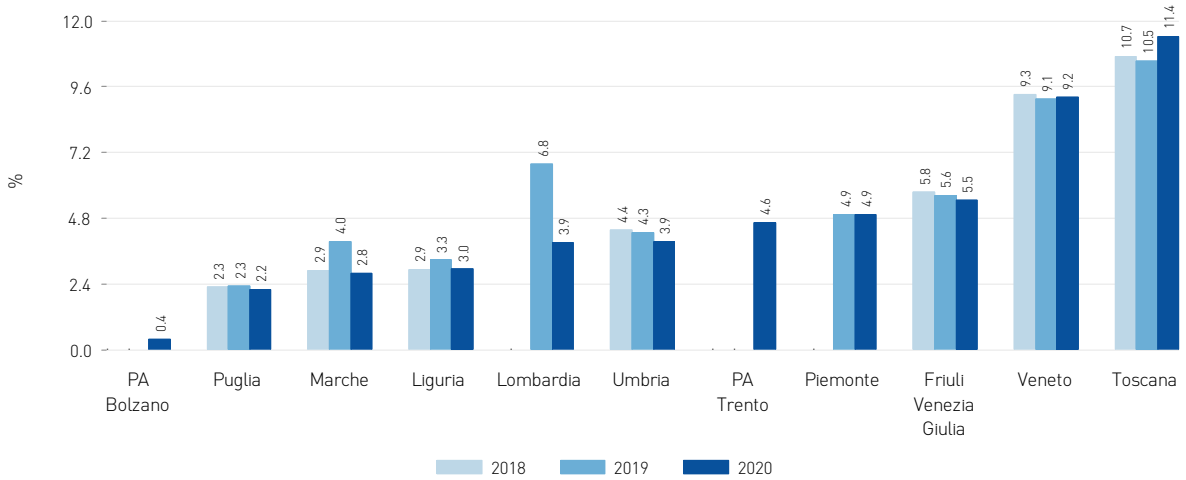


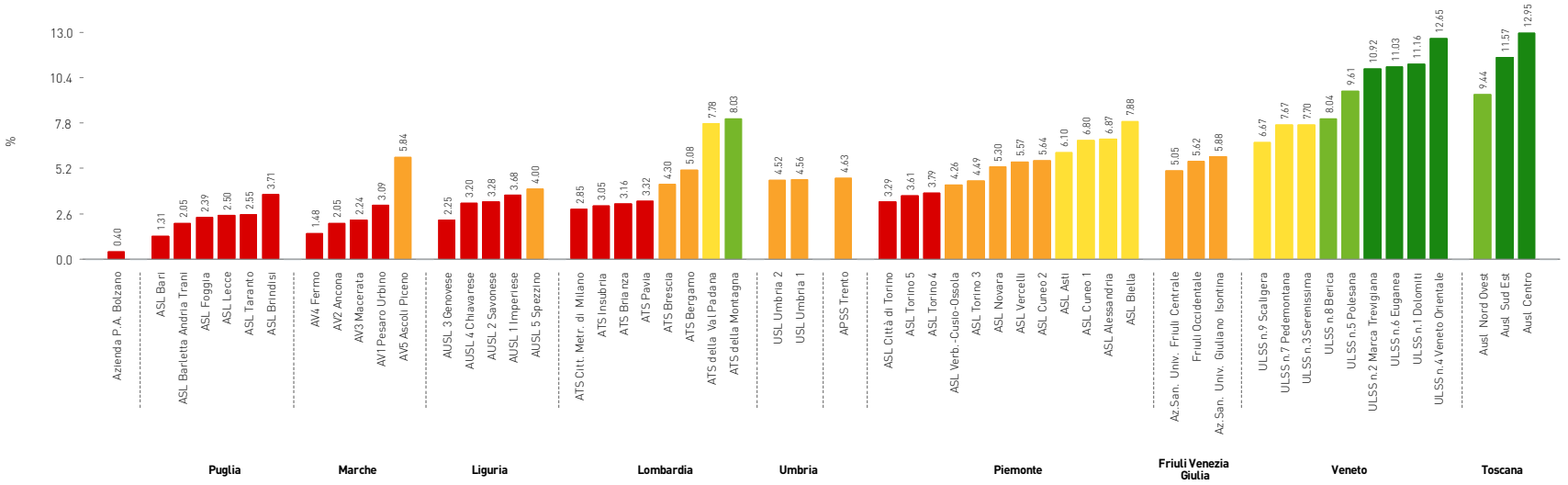


B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

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

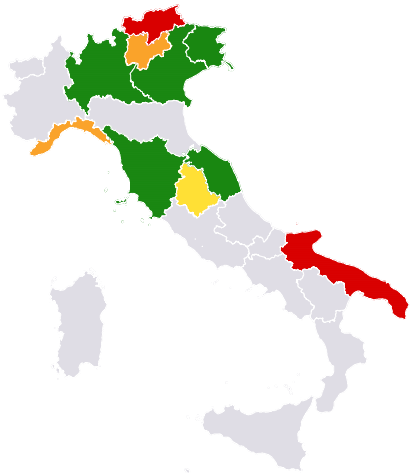


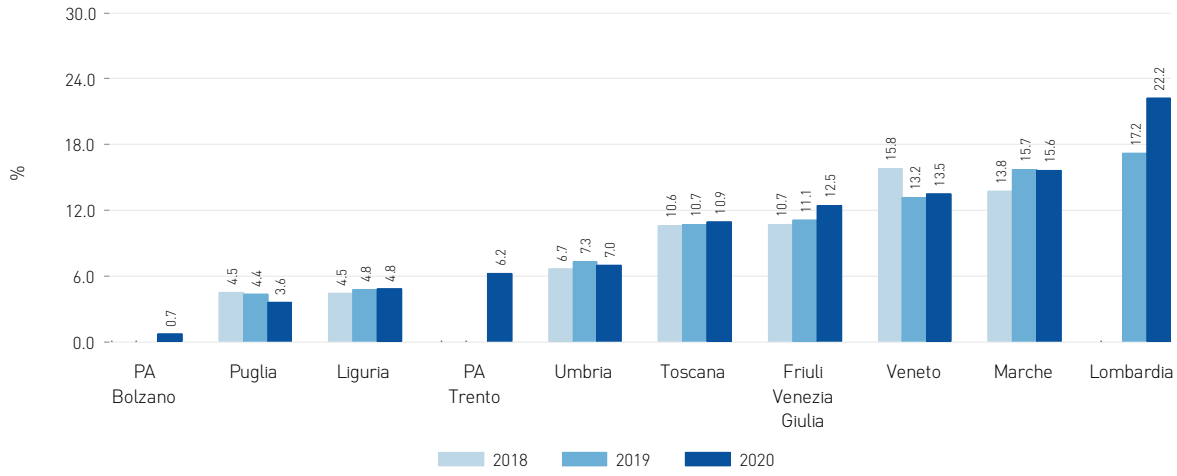


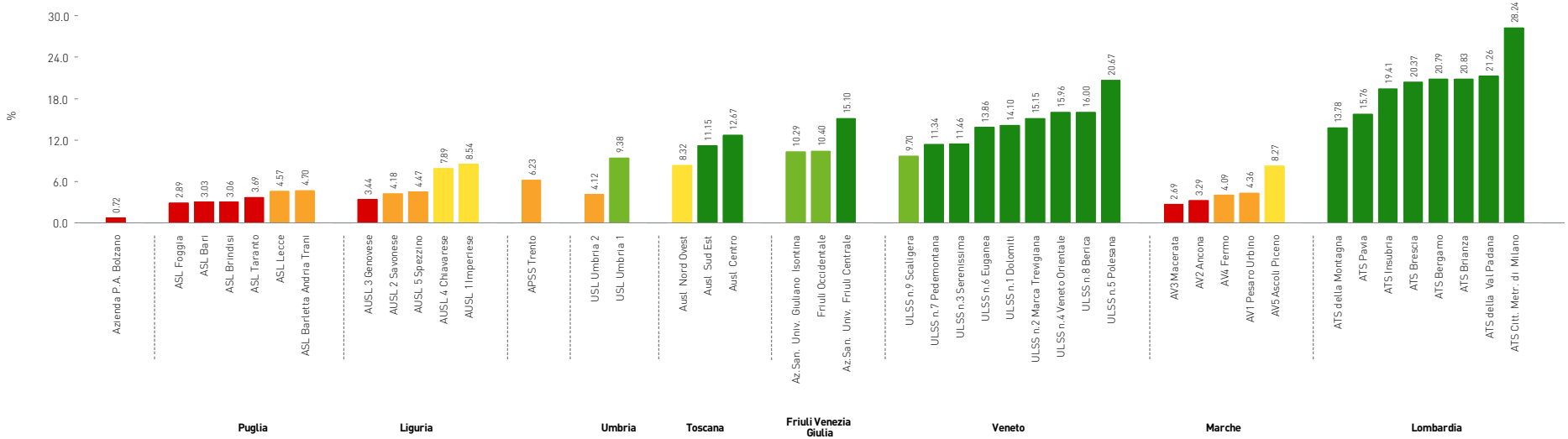


B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

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



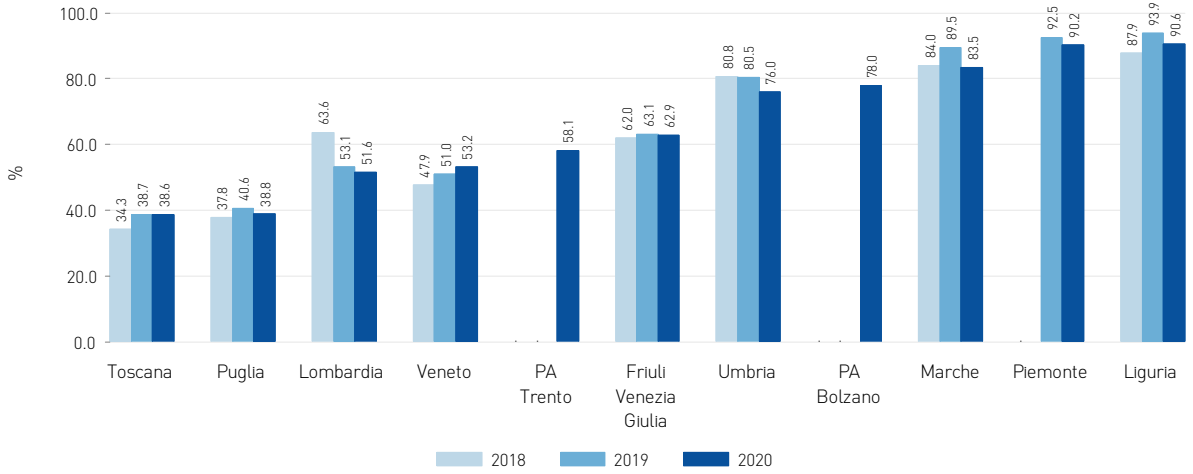


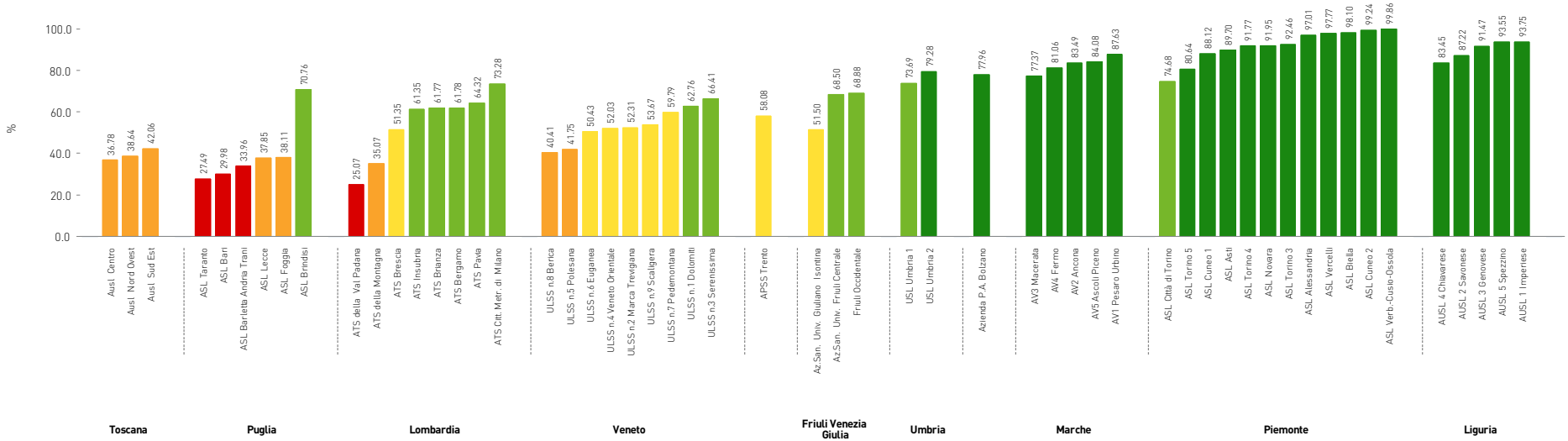


B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari

Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.



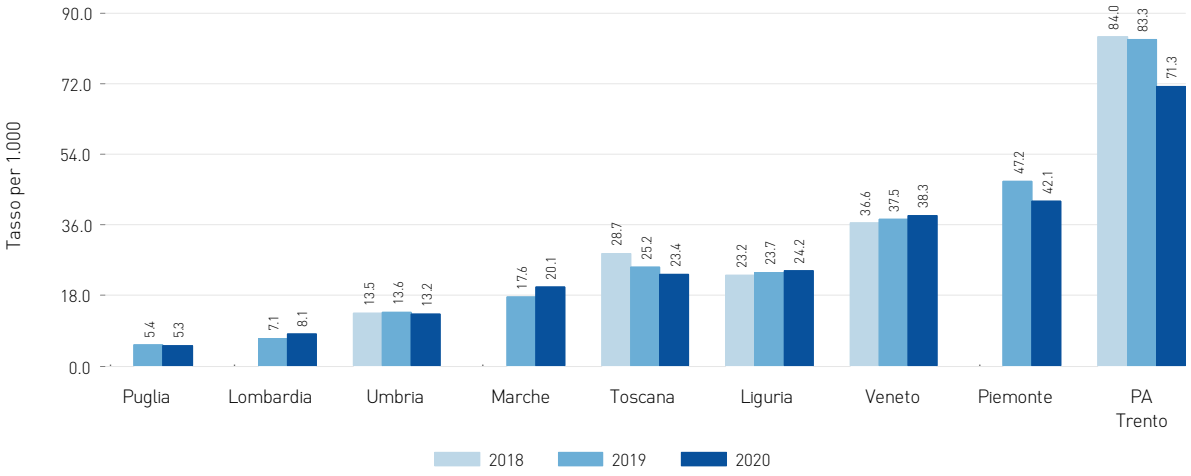


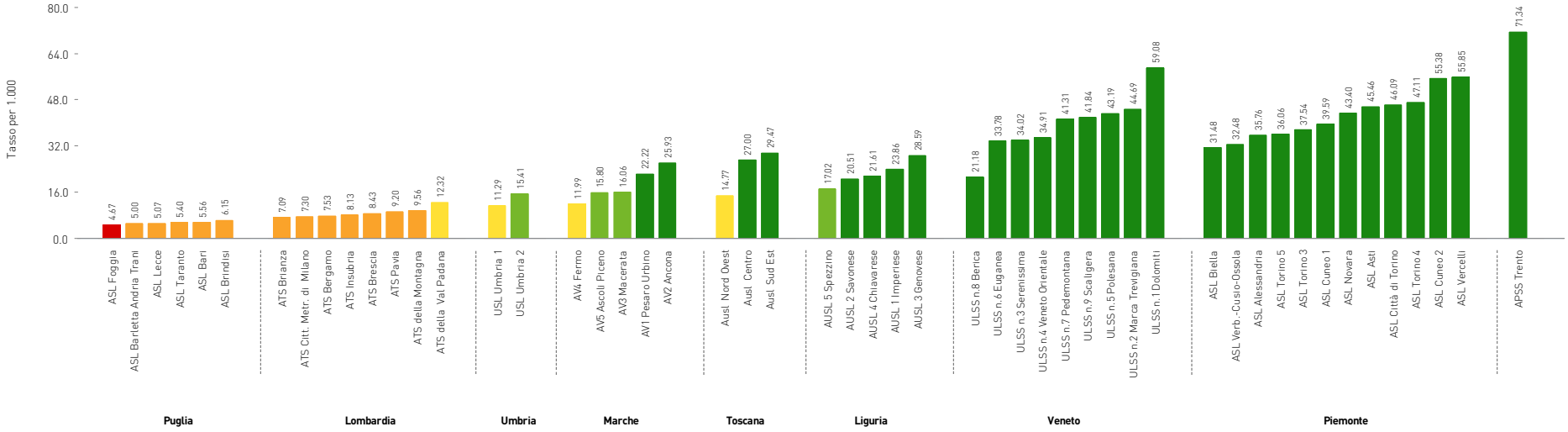


D33ZA.R3 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)

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



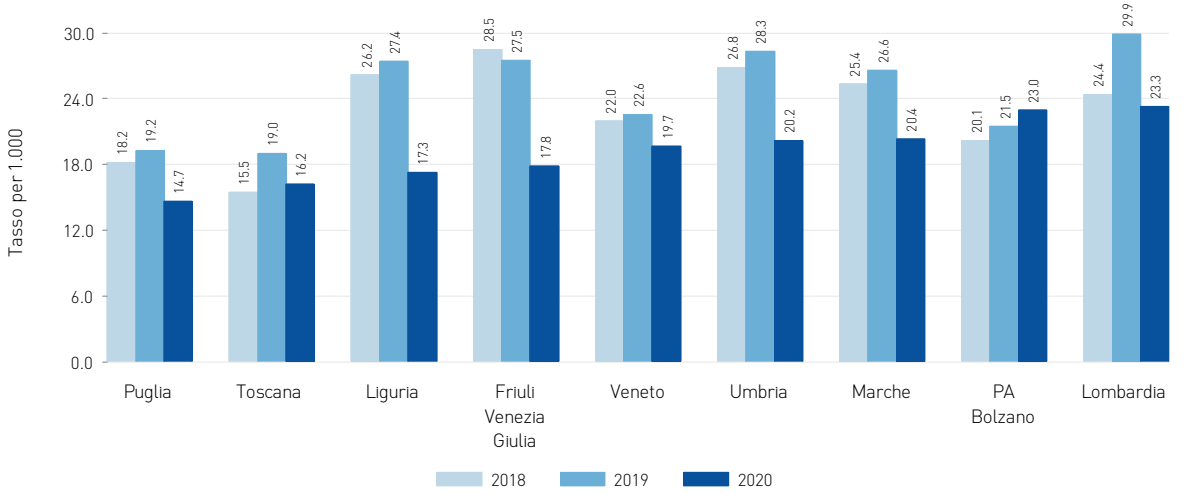


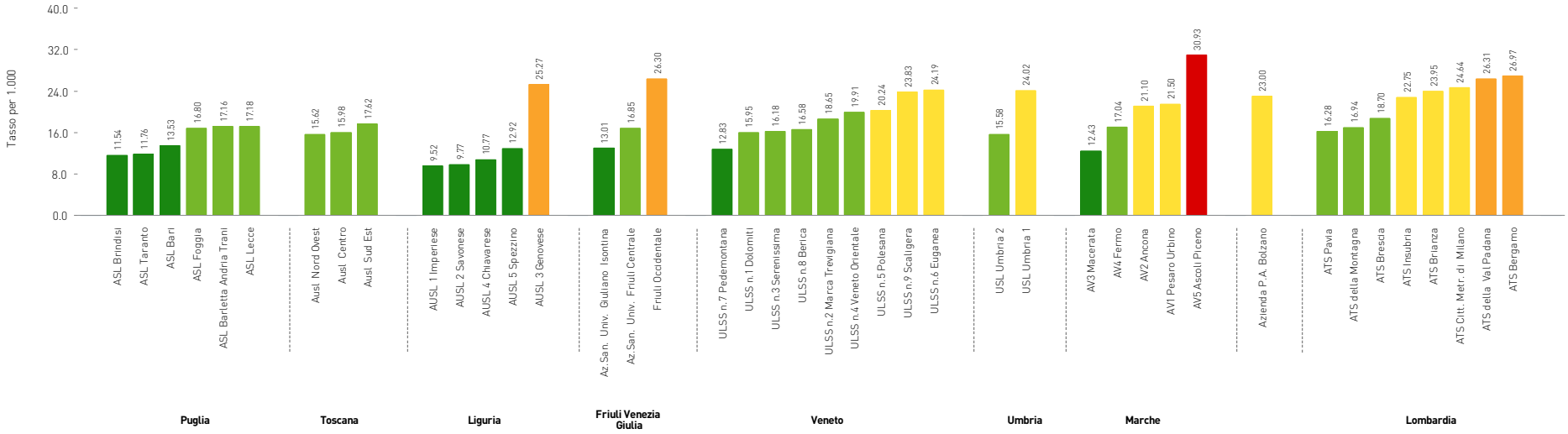


C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

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



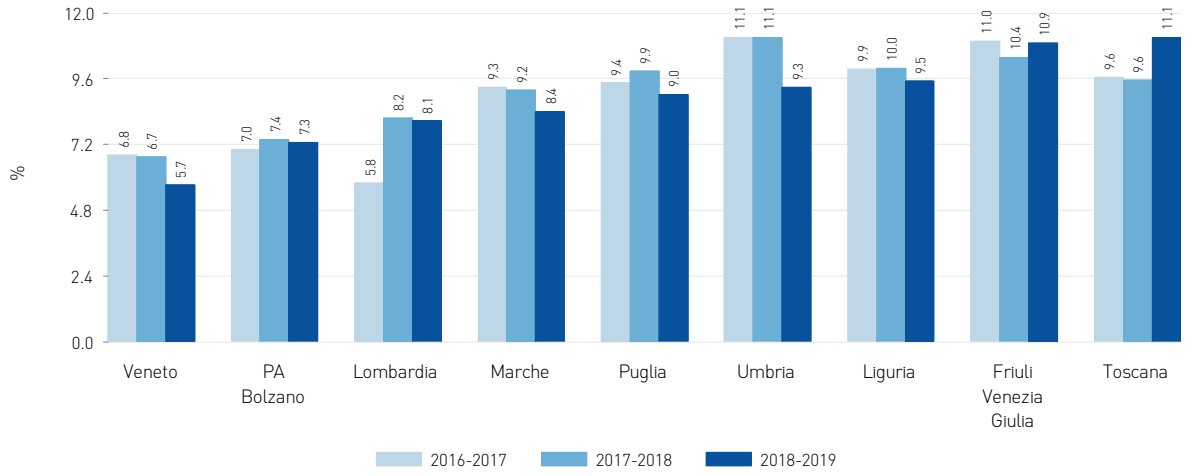


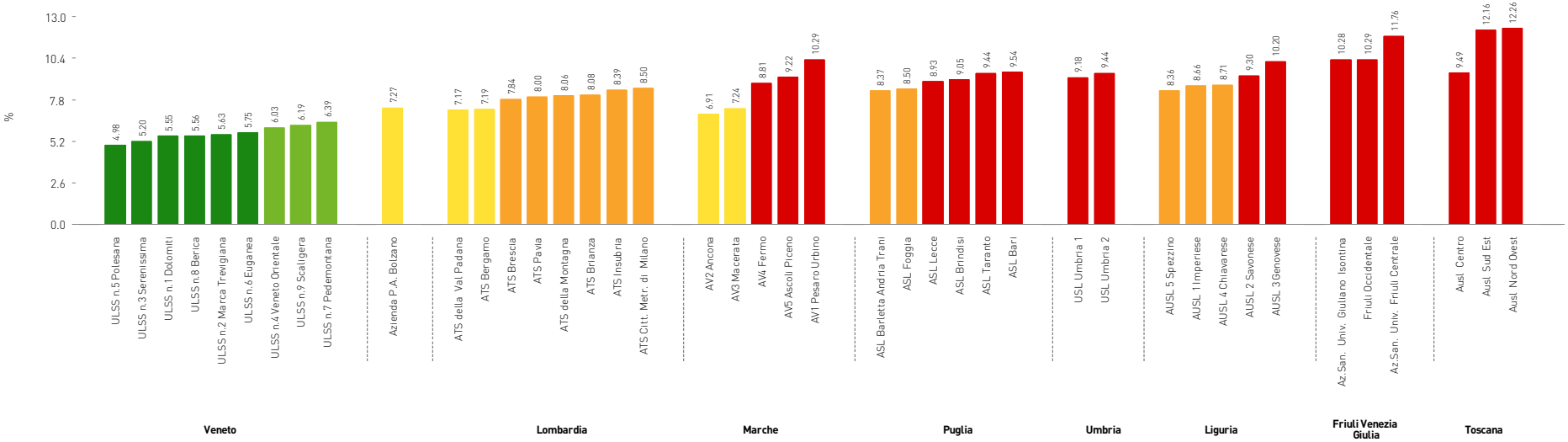


C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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



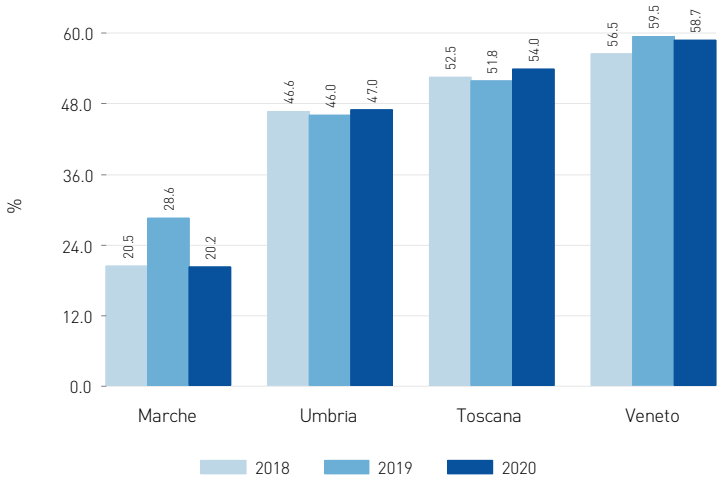


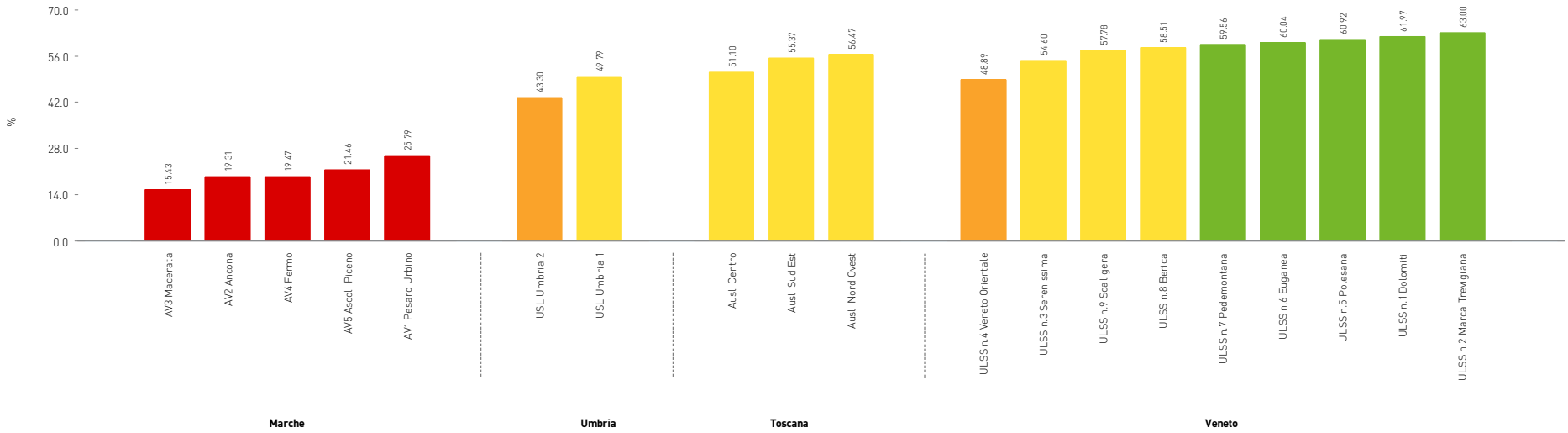


C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative

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



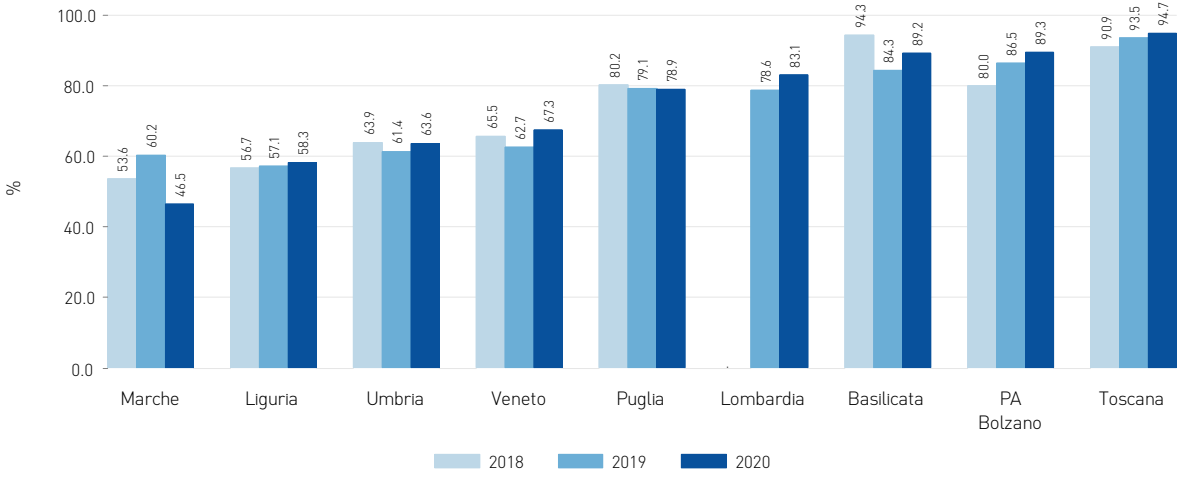


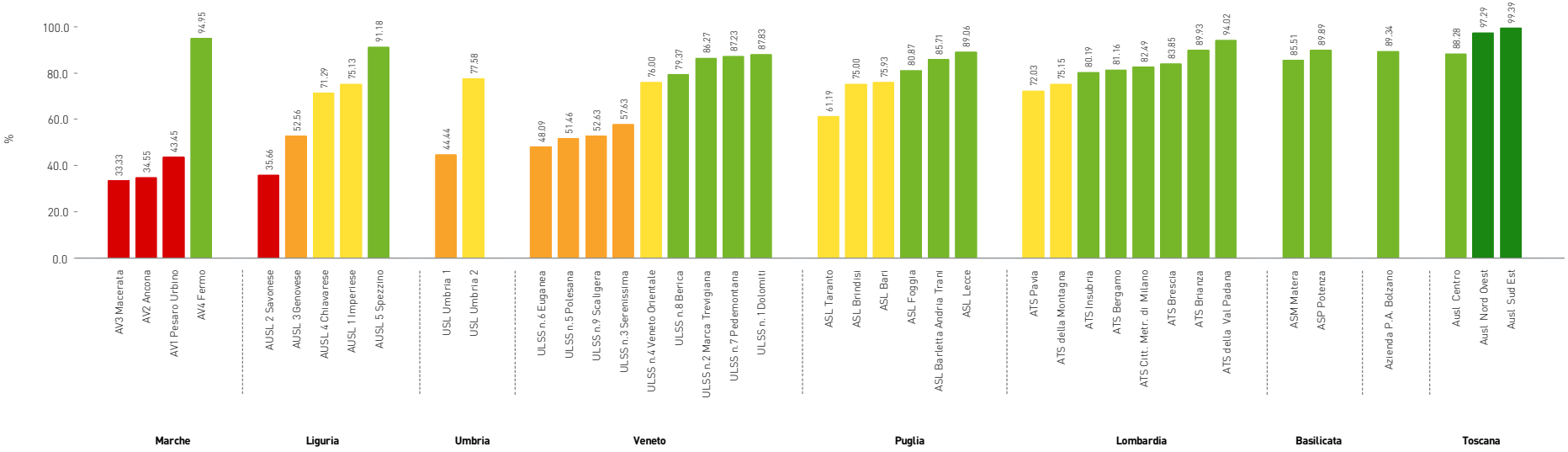


C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

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



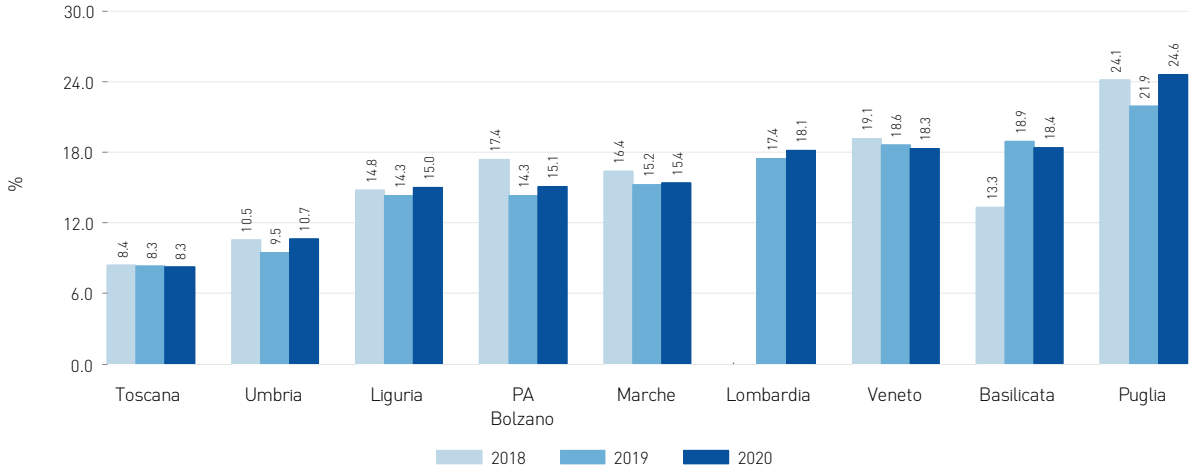


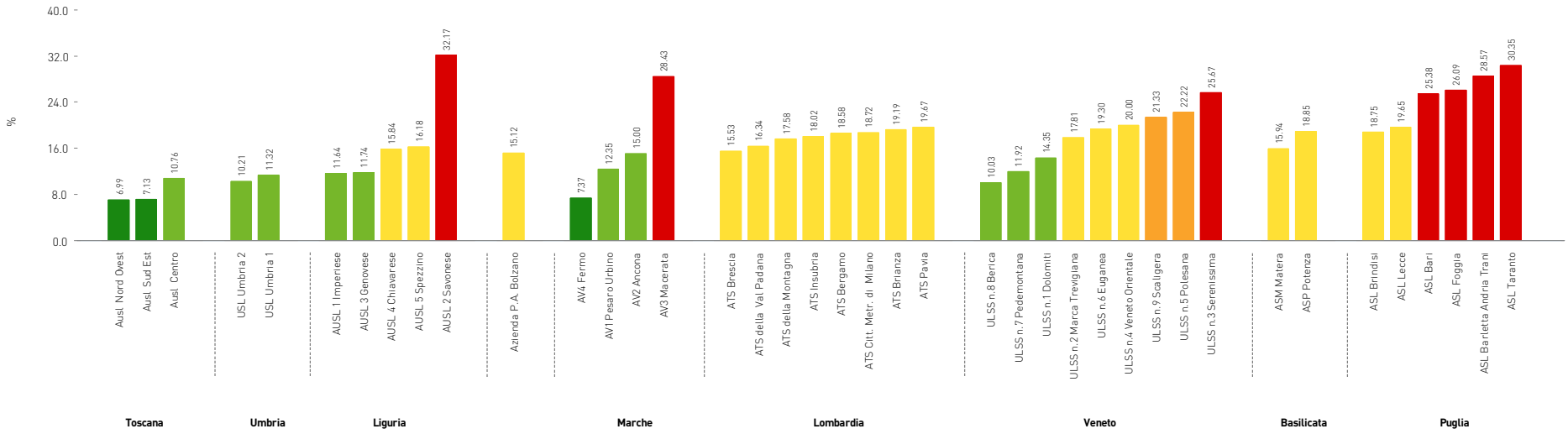


C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

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





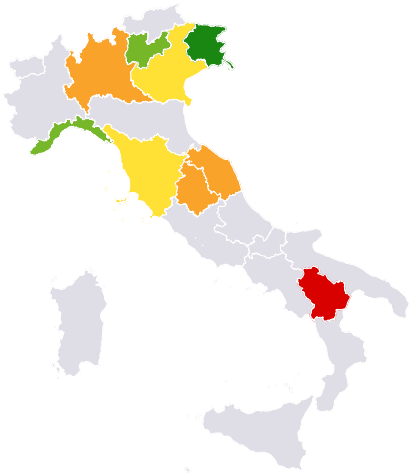


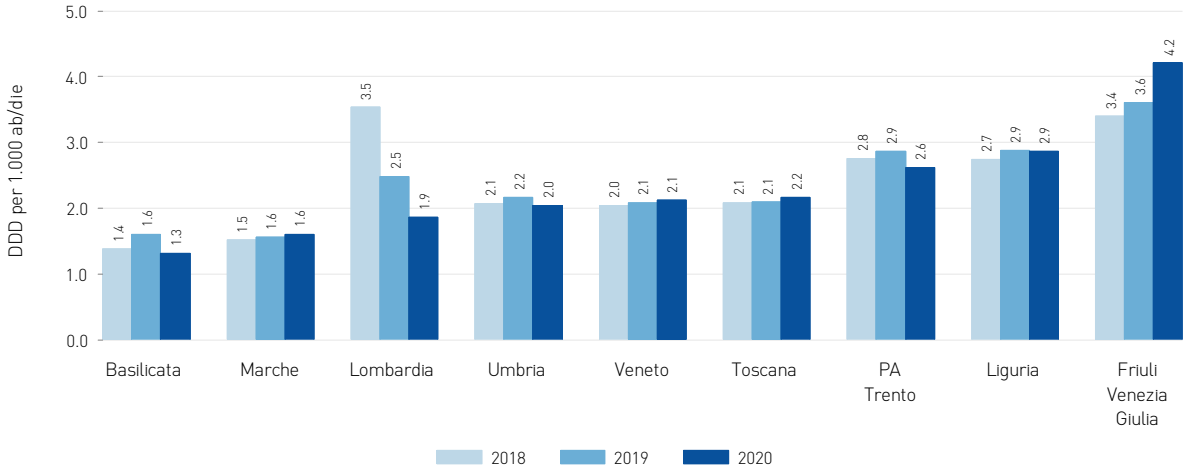
ASSISTENZA FARMACEUTICA

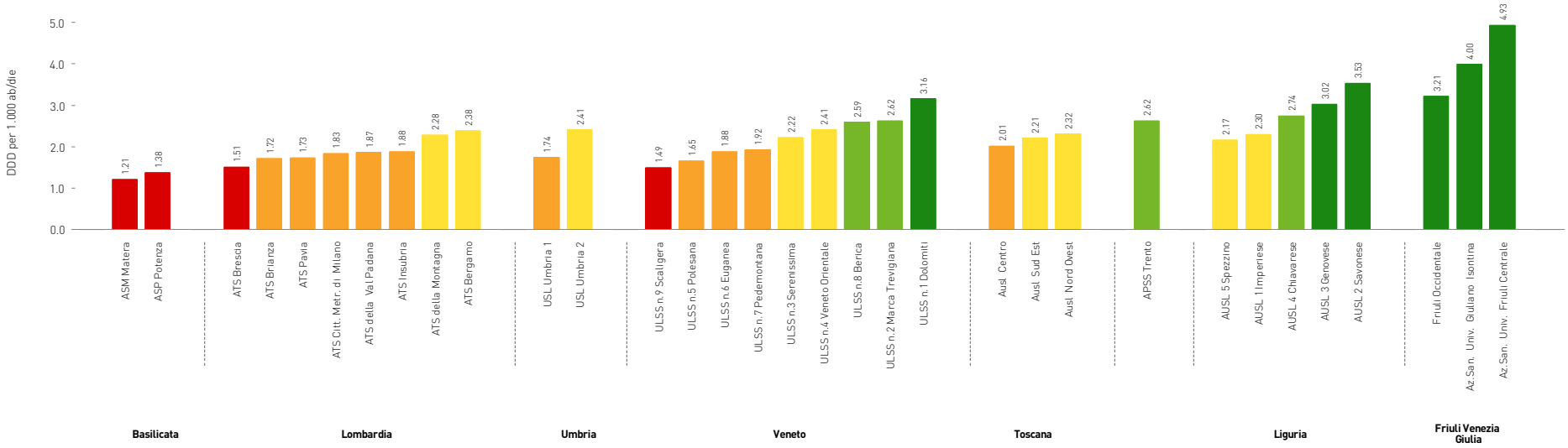


B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

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

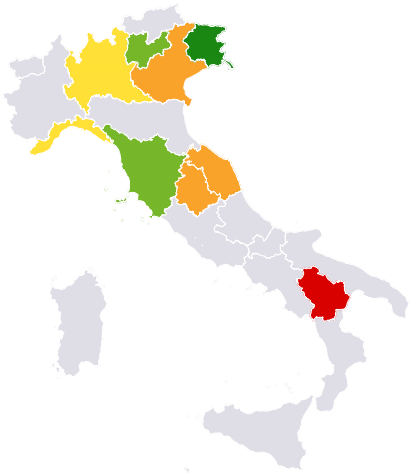


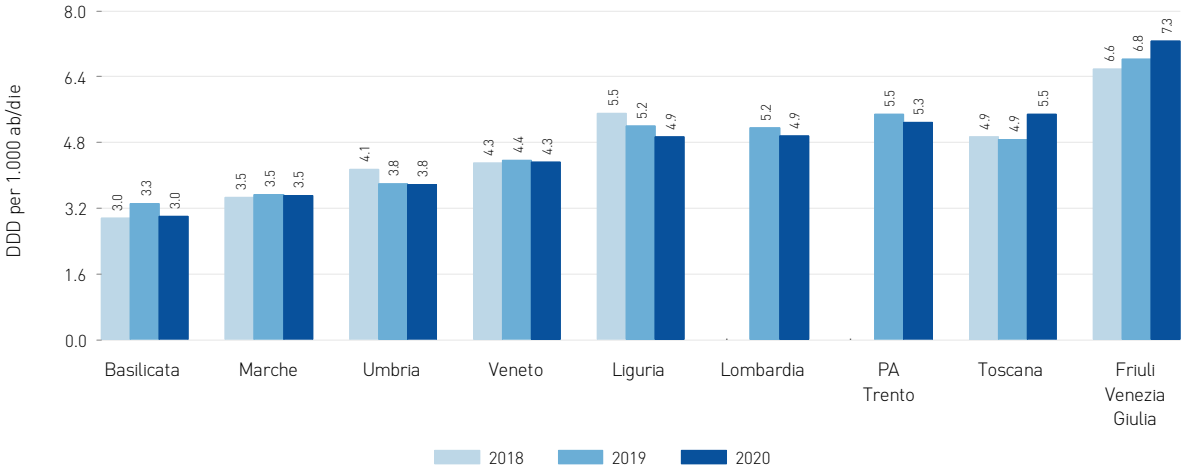


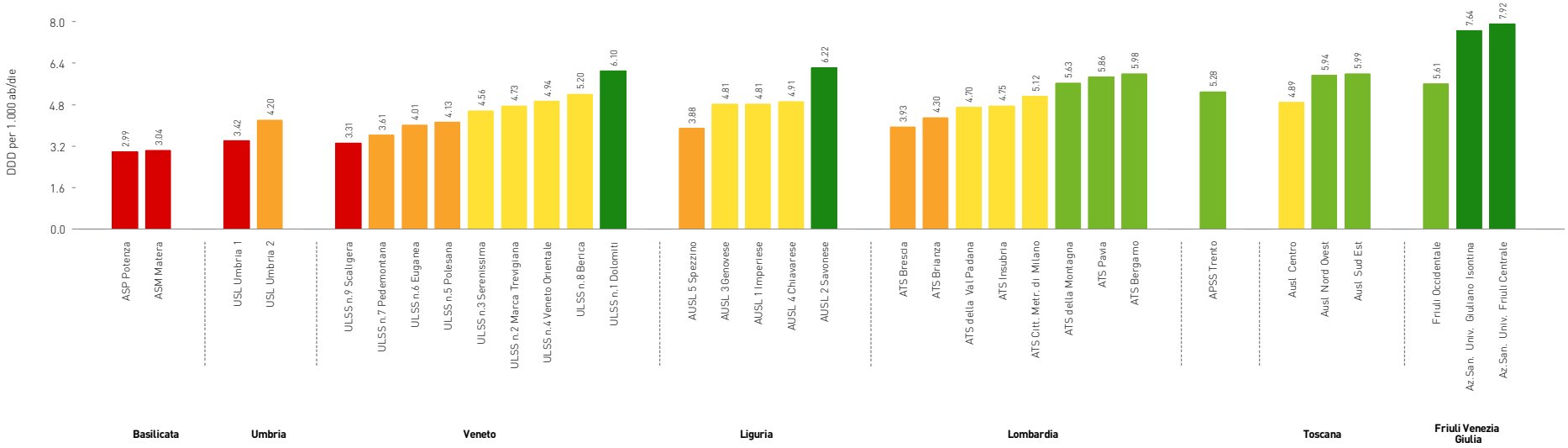


B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio

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

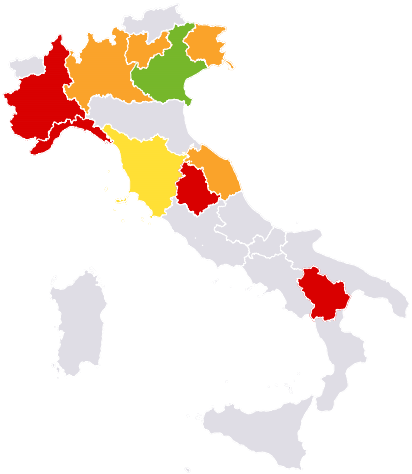


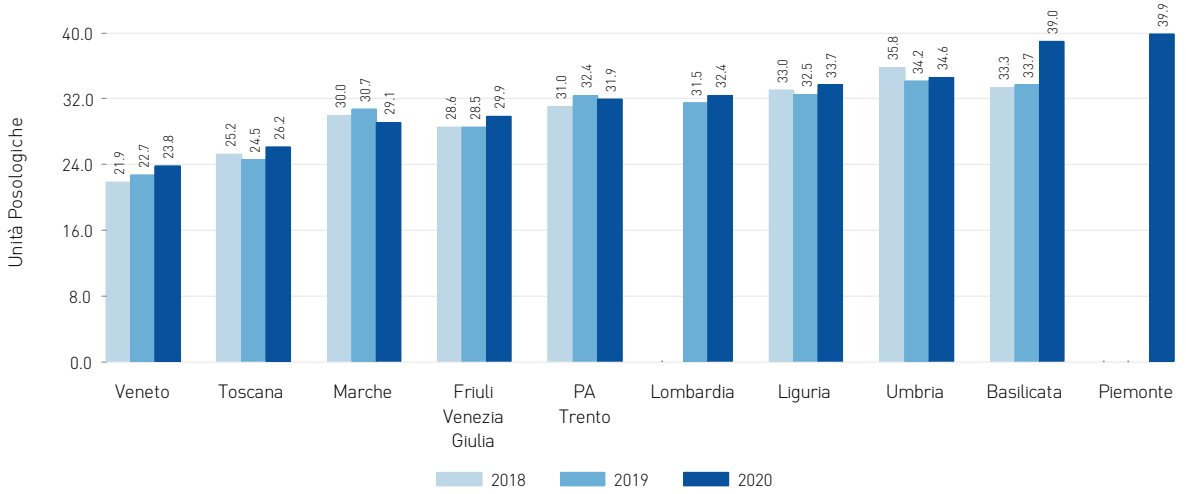


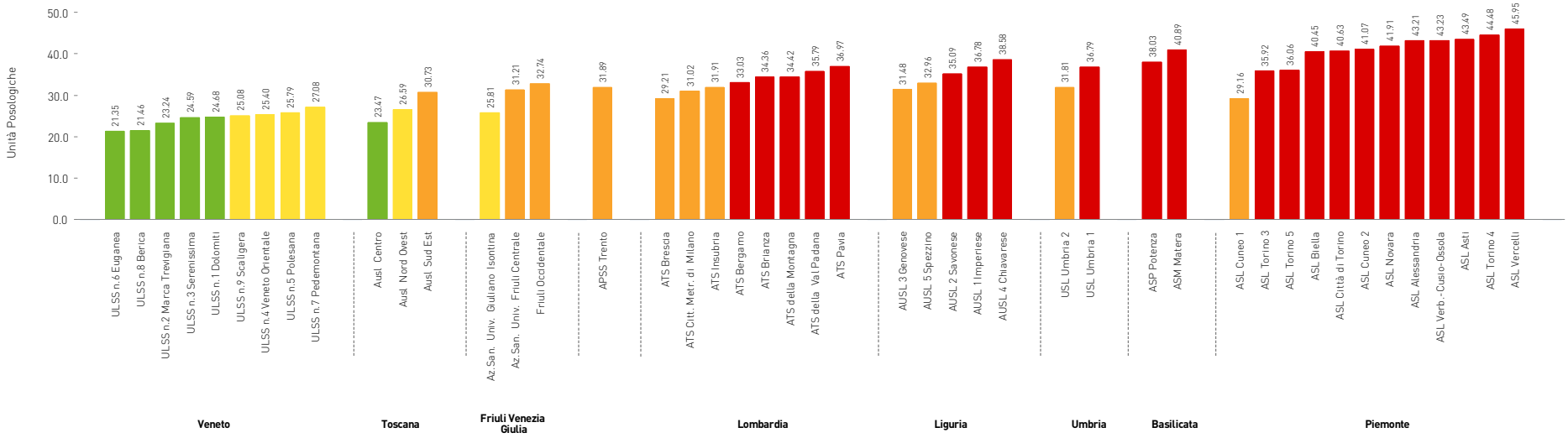


C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

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

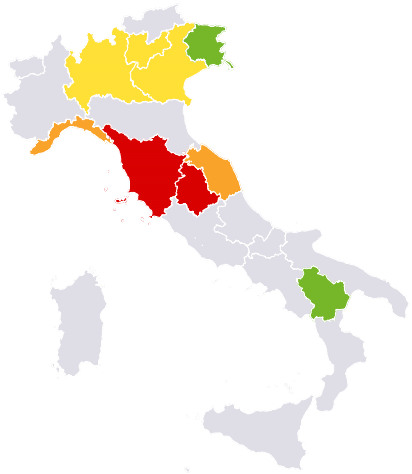


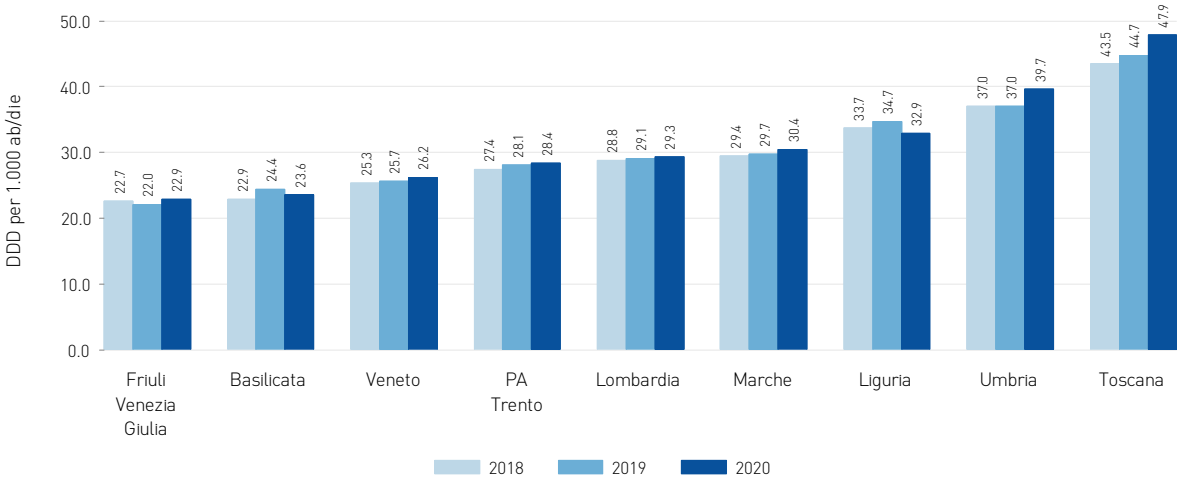


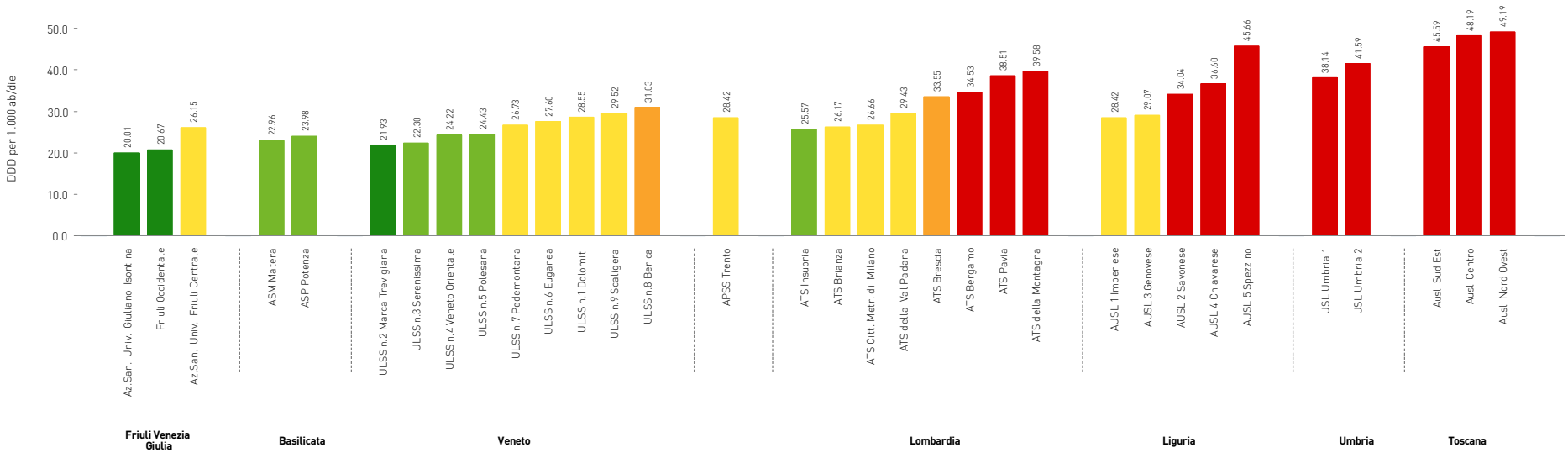


C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio

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



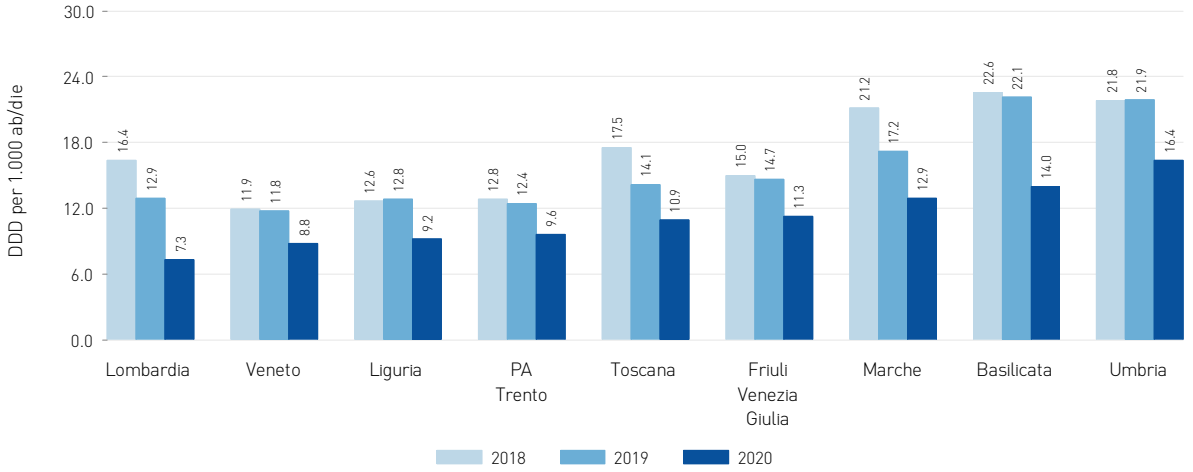


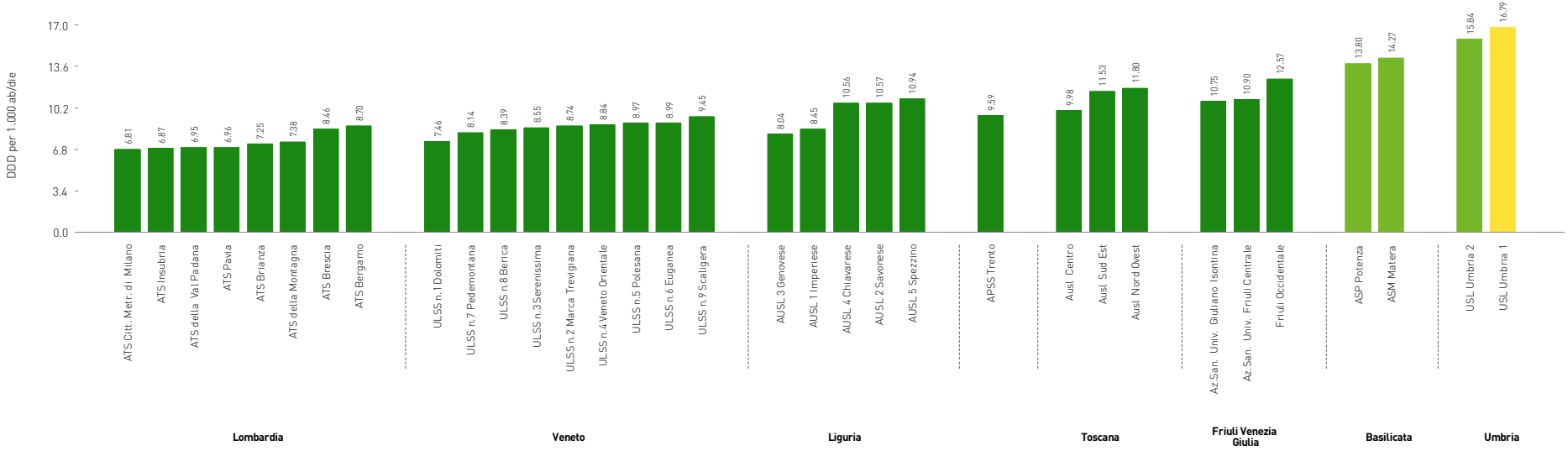


C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

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

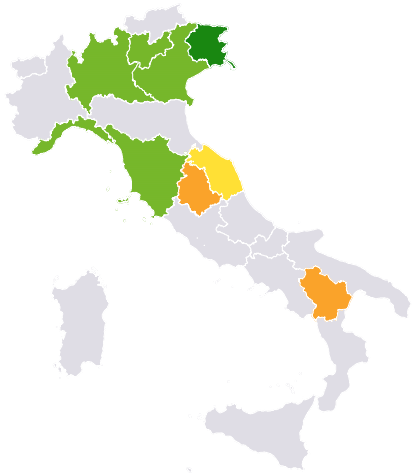


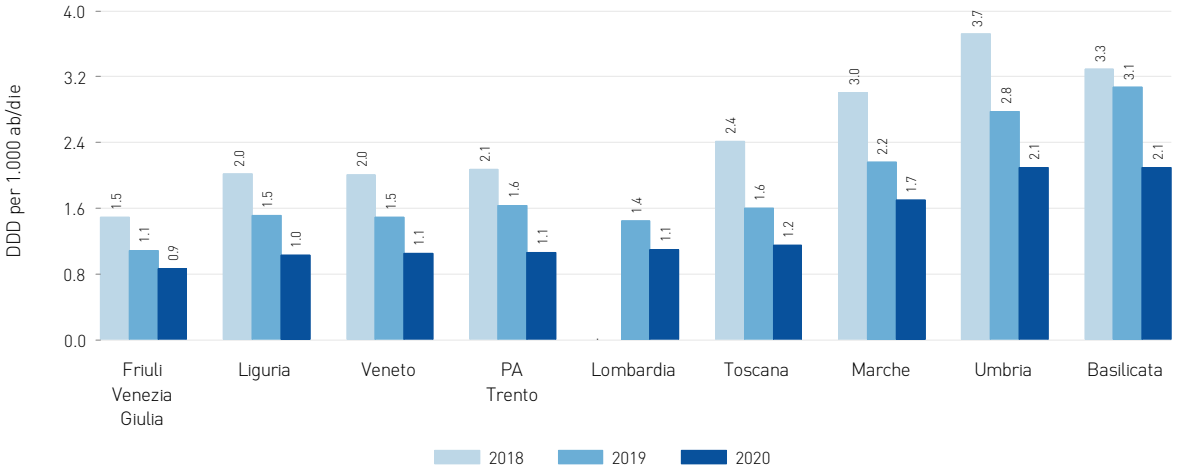


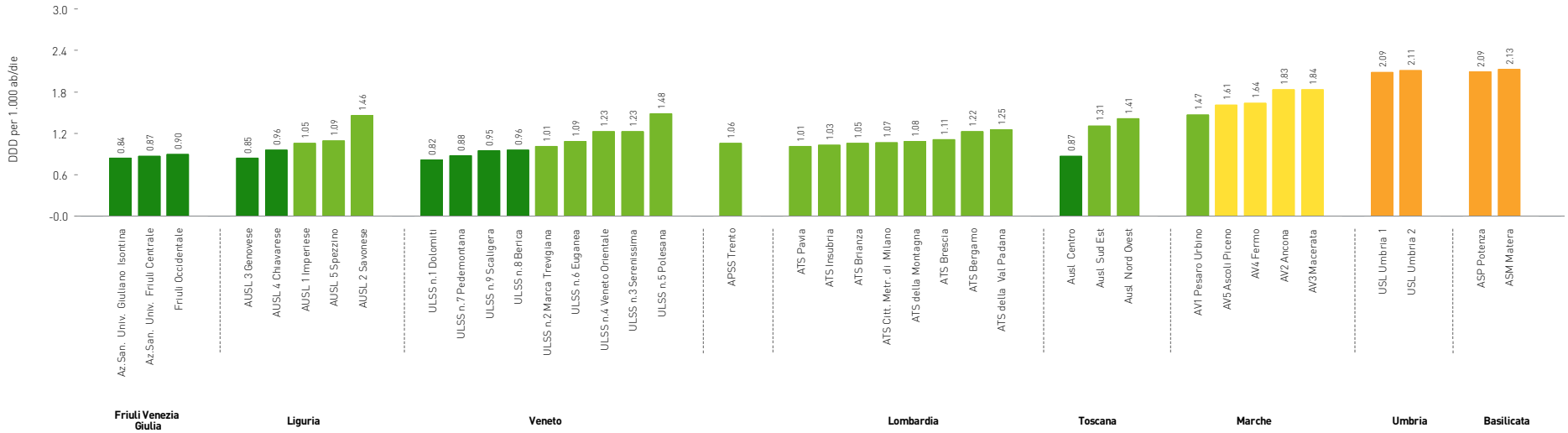


C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

L'antibiotico-resistenza - ovvero l'incapacità di un antibiotico di inibire la crescita o la replicazione di un microrganismo - costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La perdita di efficacia degli antibiotici attualmente disponibili rischia di mettere in crisi i sistemi sanitari, causando sia l'aumento della mortalità per infezioni che maggiori costi sanitari e sociali. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibiotico-resistenza sia per il consumo degli antibiotici; infatti, nonostante il trend in riduzione, il consumo continua a essere superiore alla media europea, con una grande variabilità tra le regioni. Particolare attenzione va rivolta a una classe di antibiotici - i fluorochinoloni. L'attenzione specifica segue alla comunicazione dell'EMA, intervenuta a novembre 2018, circa gli effetti indesiderati gravi, invalidanti e potenzialmente permanenti associati all'uso di antibiotici chinolonici e fluorochinolonici. In seguito l'AIFA ha segnalato in una nota come alcune molecole appartenenti alle famiglie dei chinoloni e dei fluorchinoloni debbano essere prescritte con grande cautela poiché sono in grado di indurre, oltre alle note reazioni avverse a carico del sistema muscolo-scheletrico e del sistema nervoso, la comparsa di gravi patologie a carico dell'aorta. E' di conseguenza auspicata una riduzione dell'utilizzo di questa classe di antibiotici. Questo indicatore monitora il consumo di fluorochinoloni sul territorio ed è allineato all'indicatore previsto dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020.



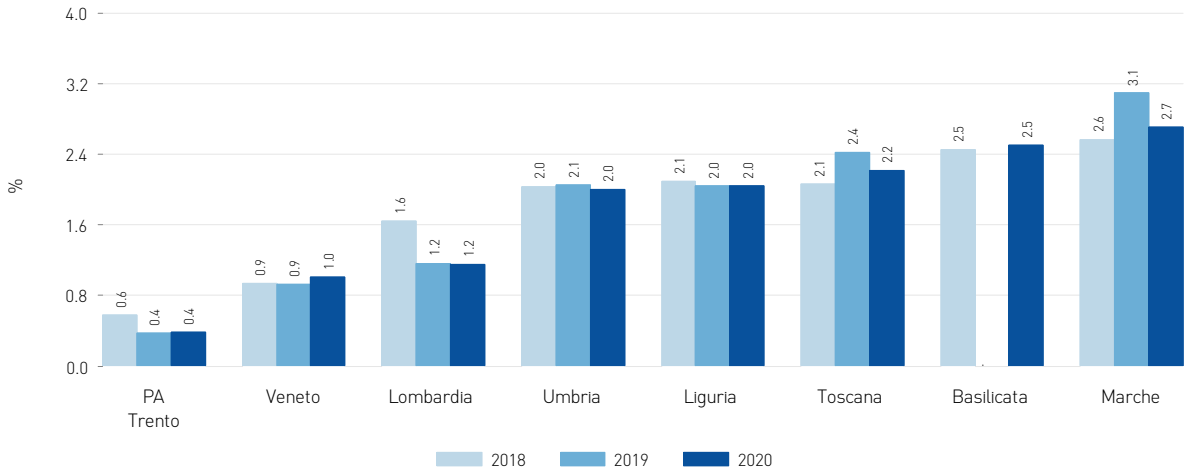


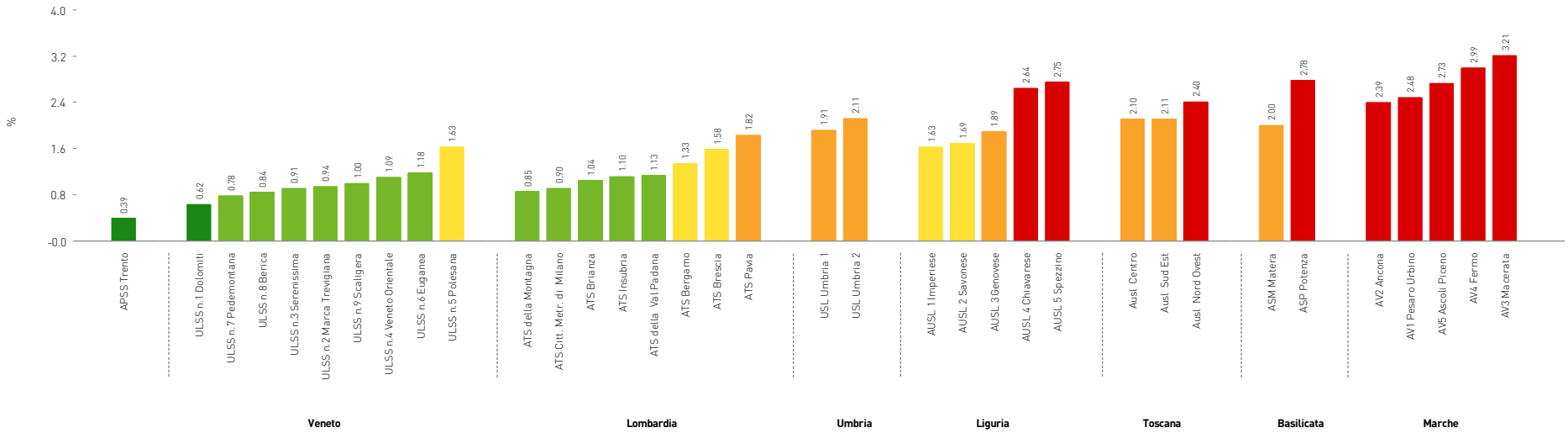


C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

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

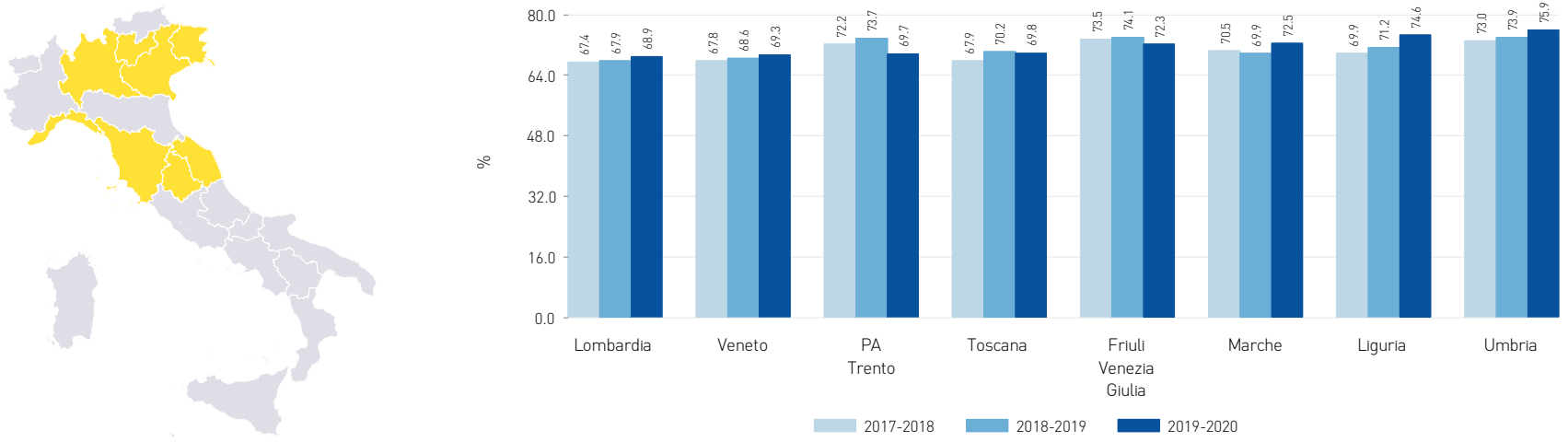


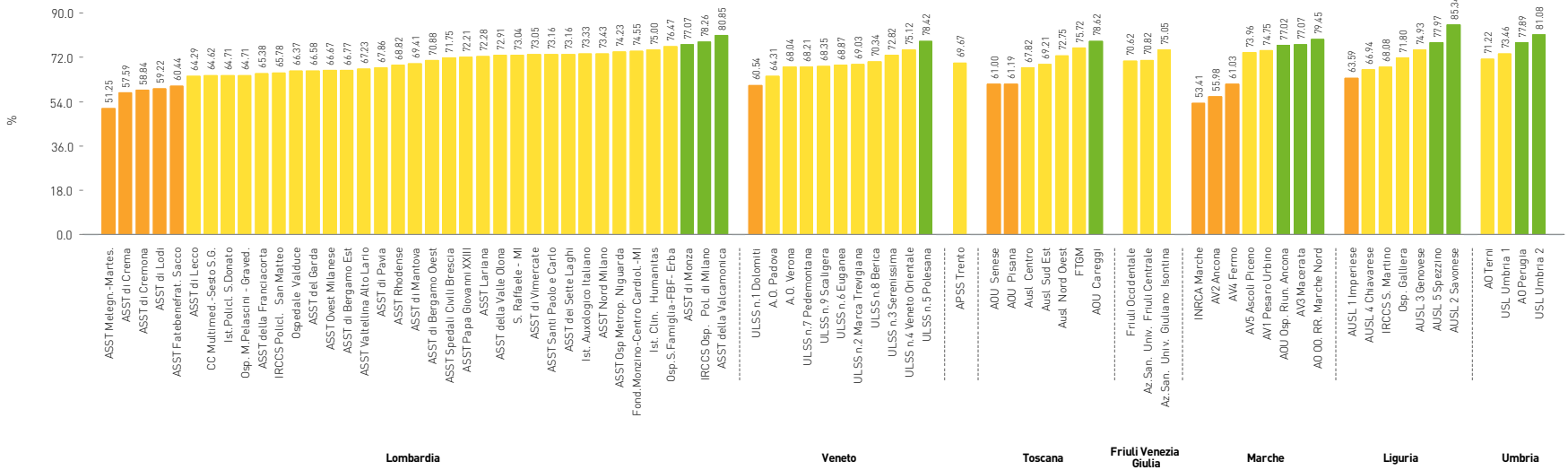




C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

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

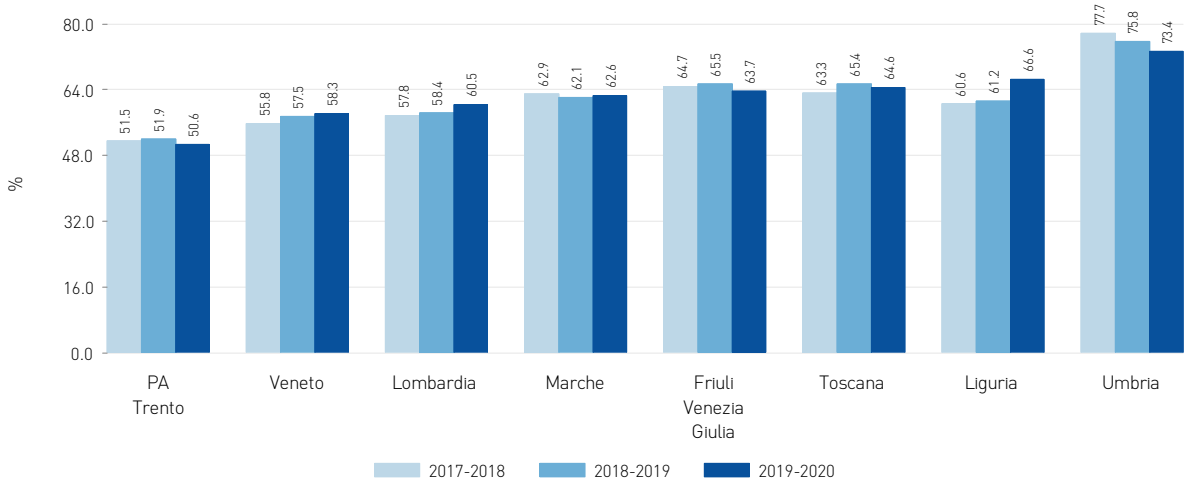


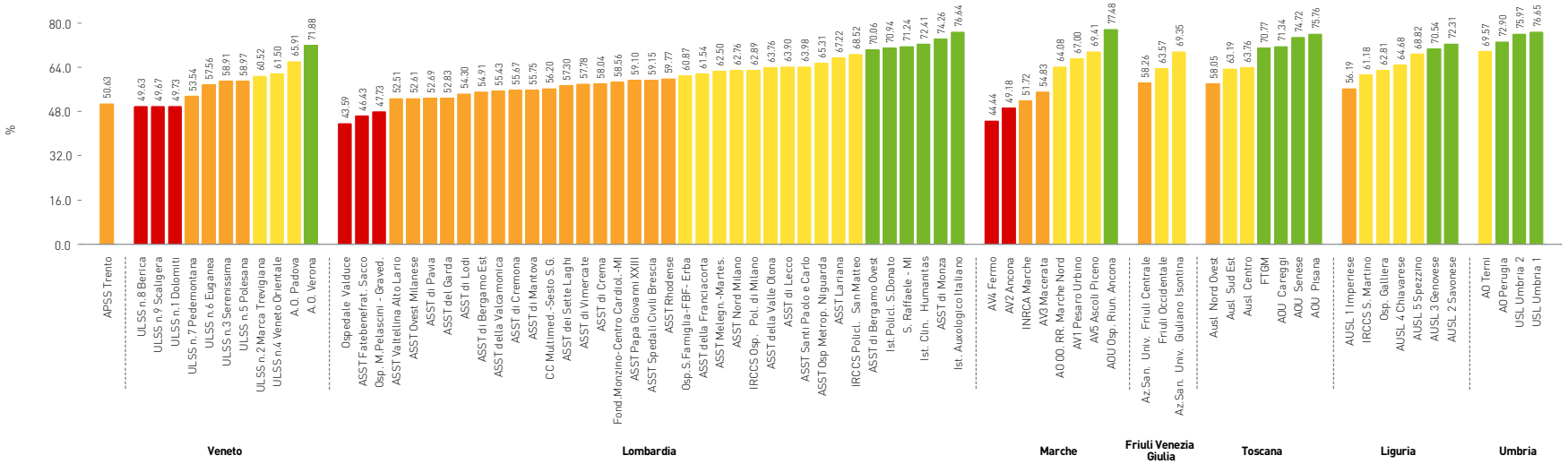


C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

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

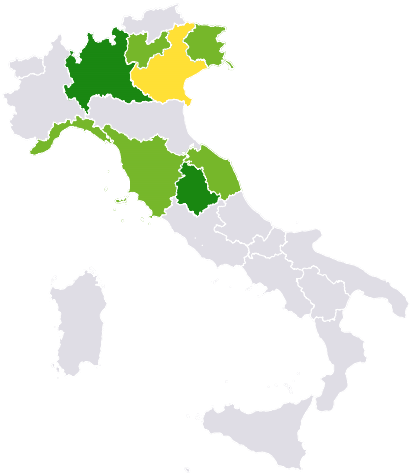


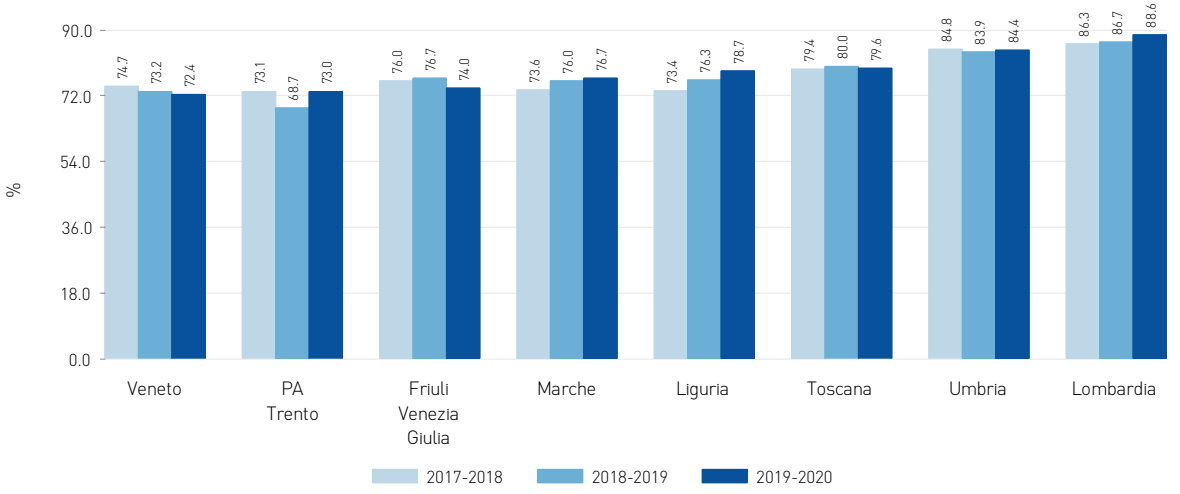


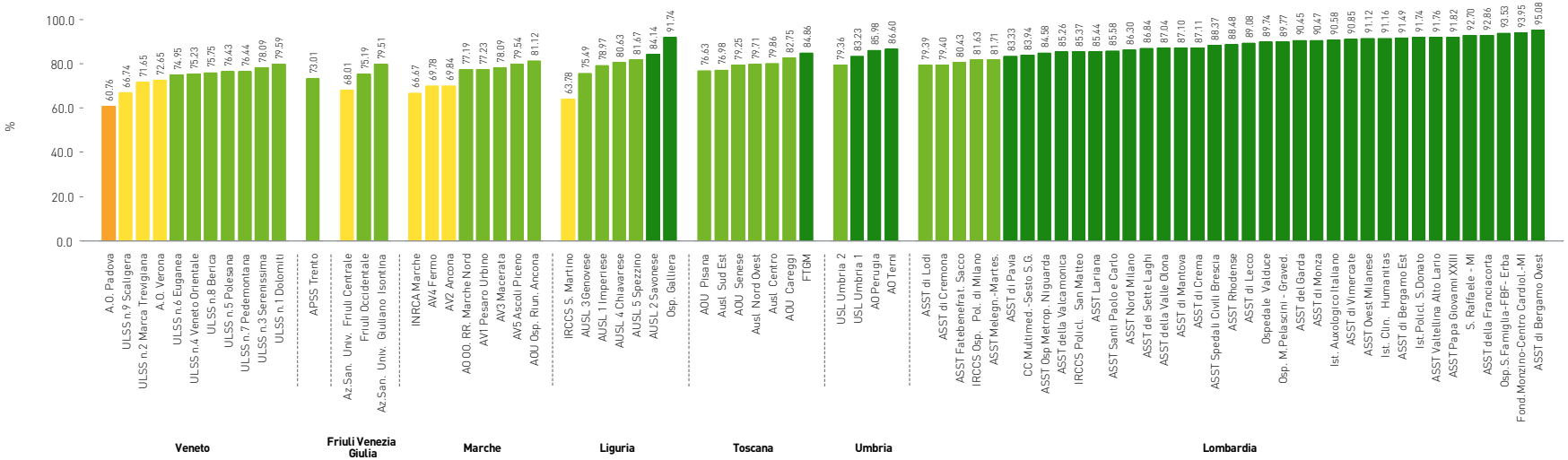


C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

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



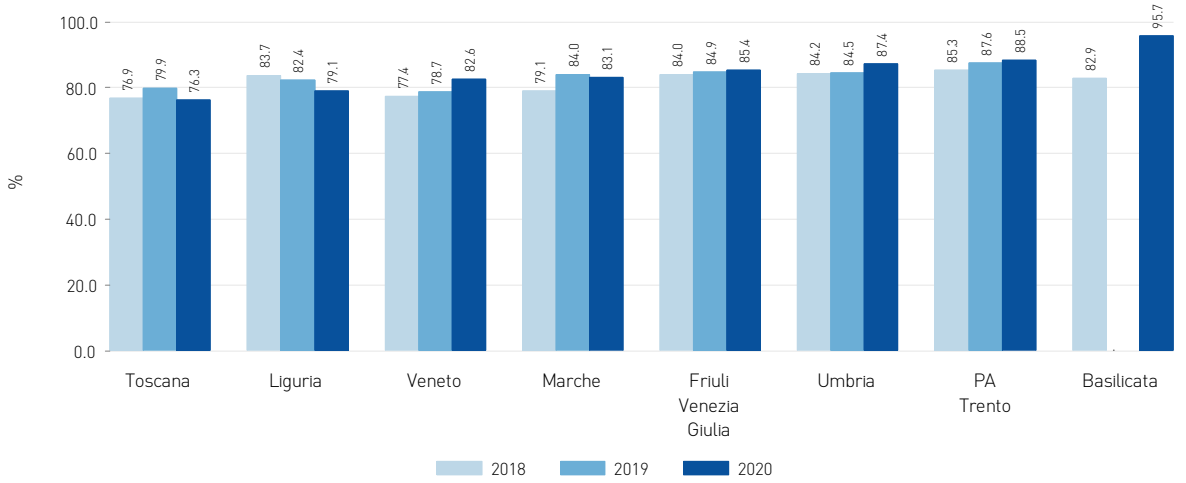


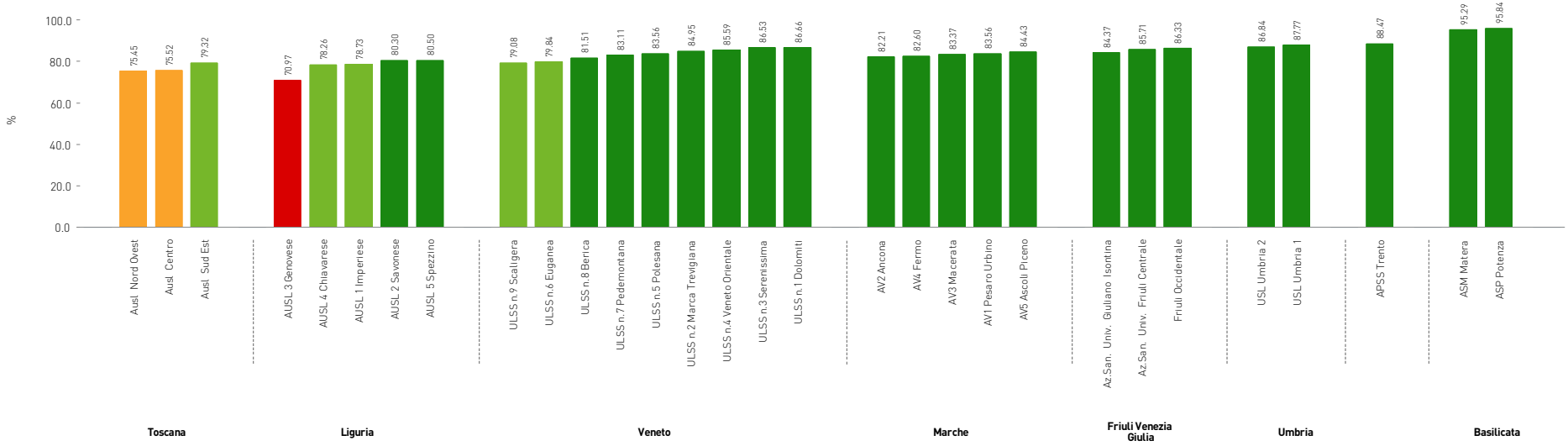


F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

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

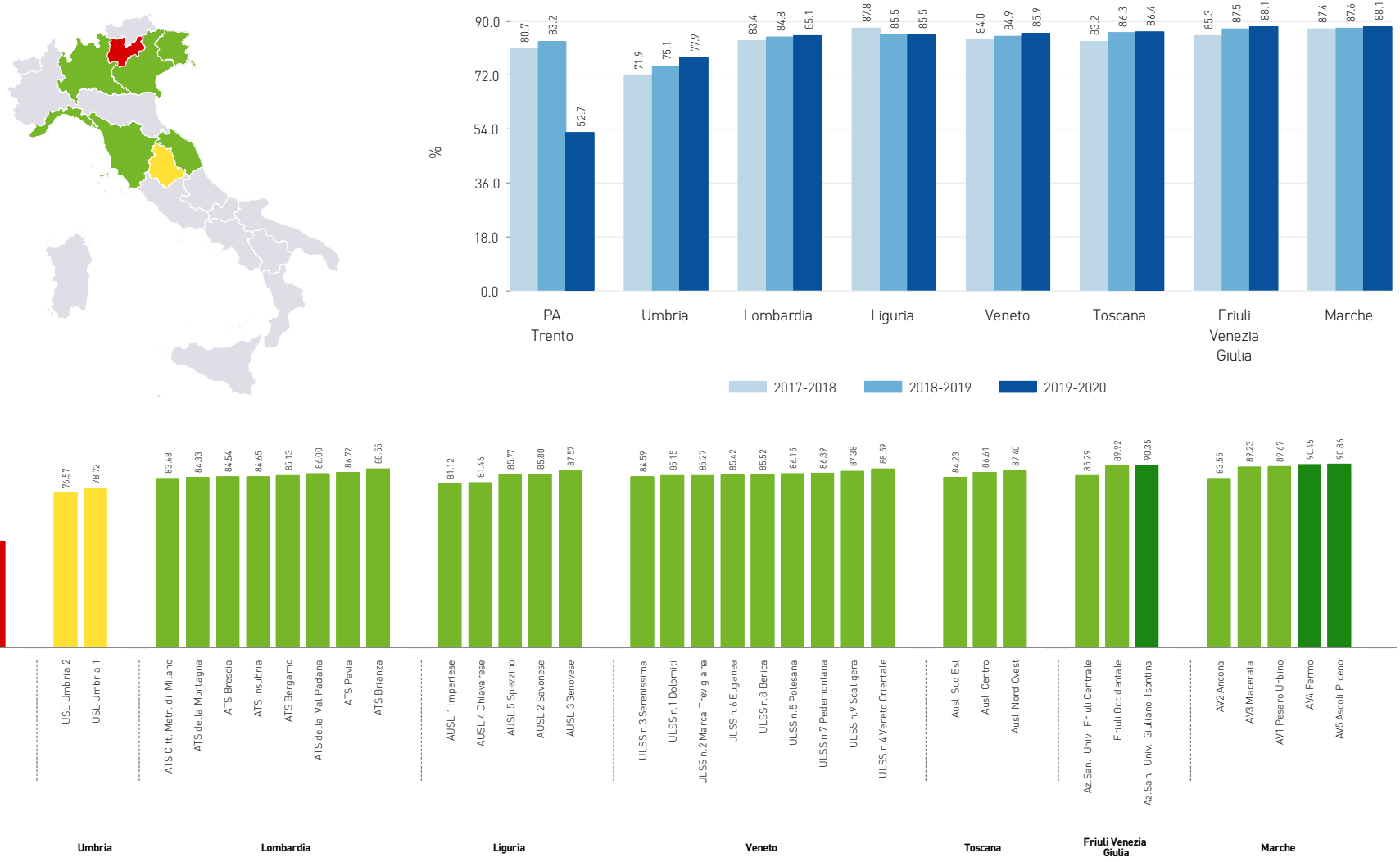






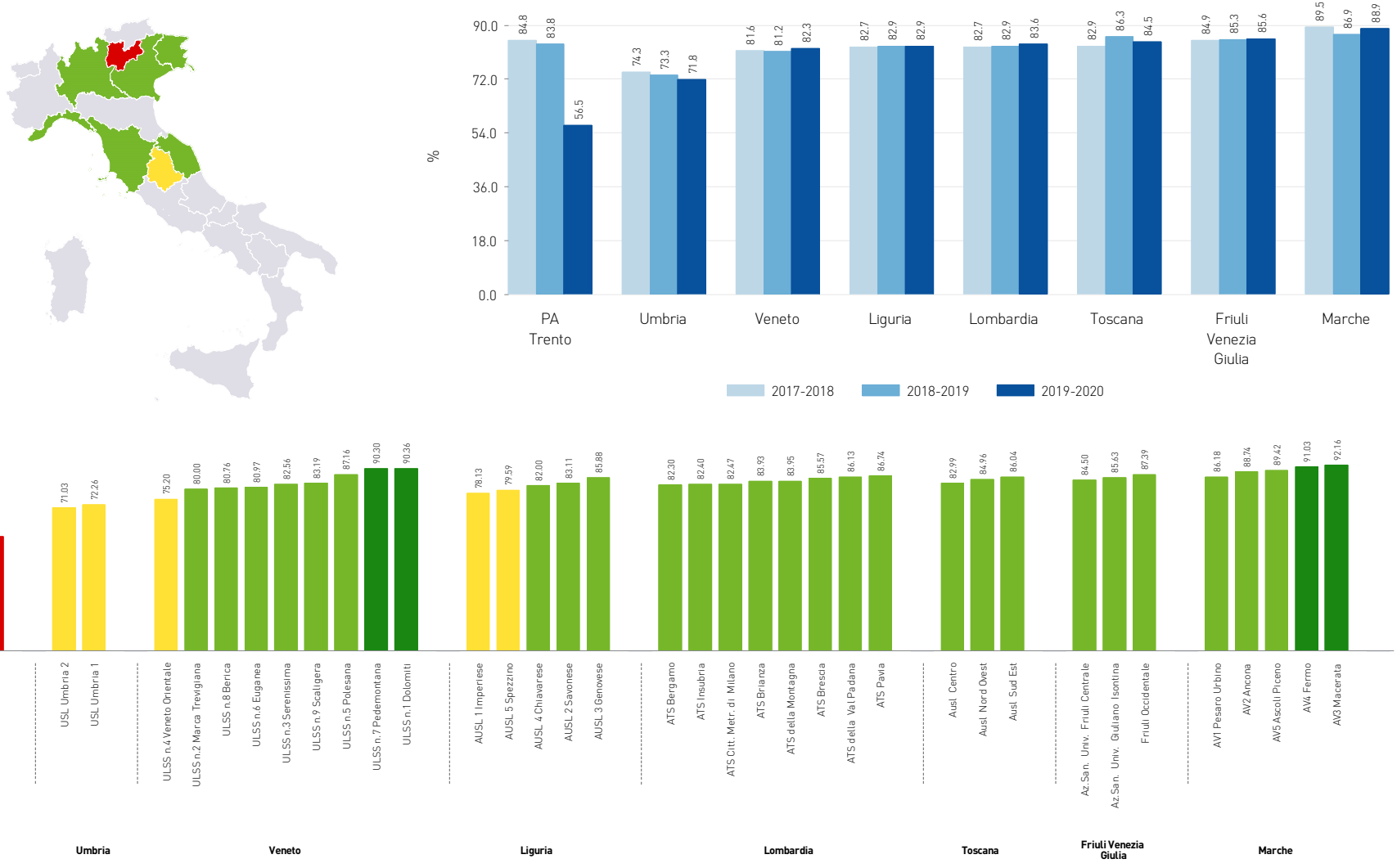
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

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



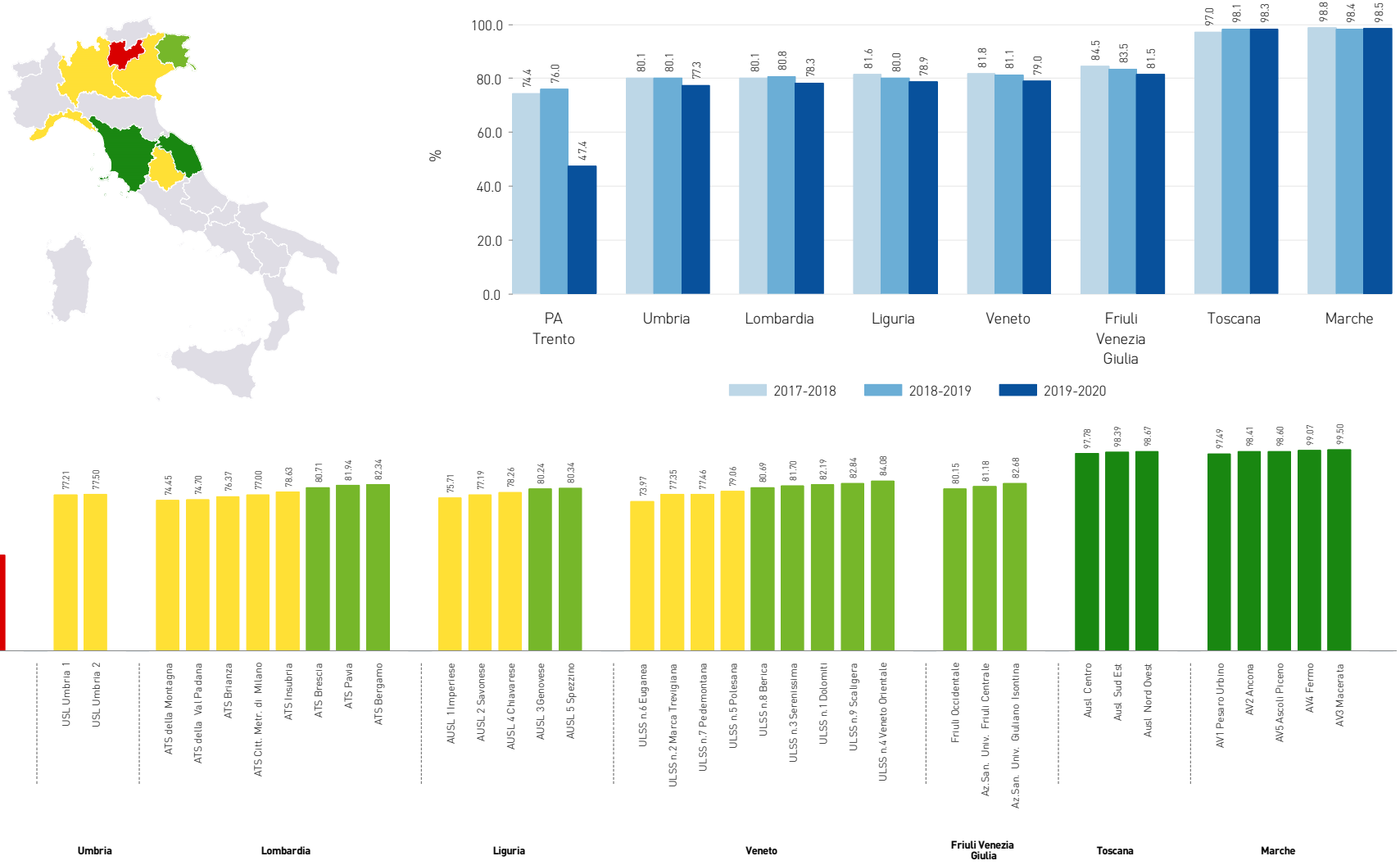
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

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



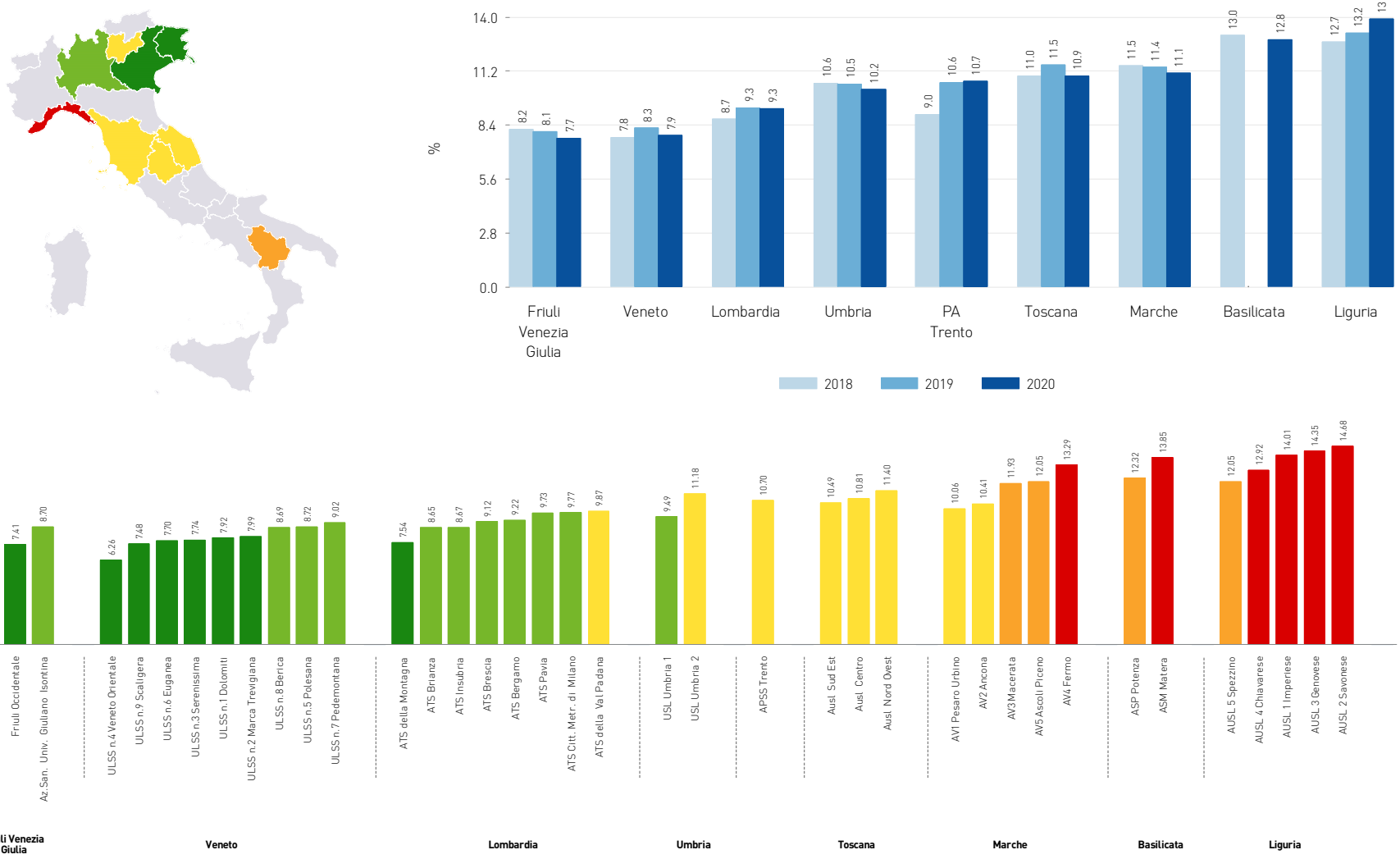
C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

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



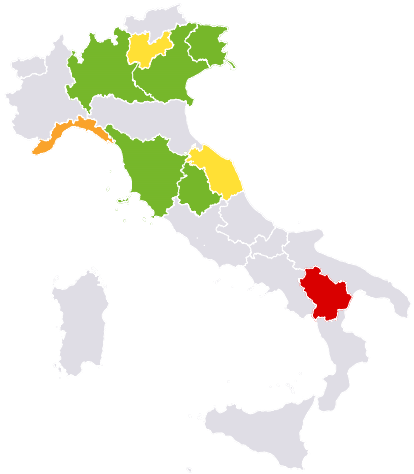
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

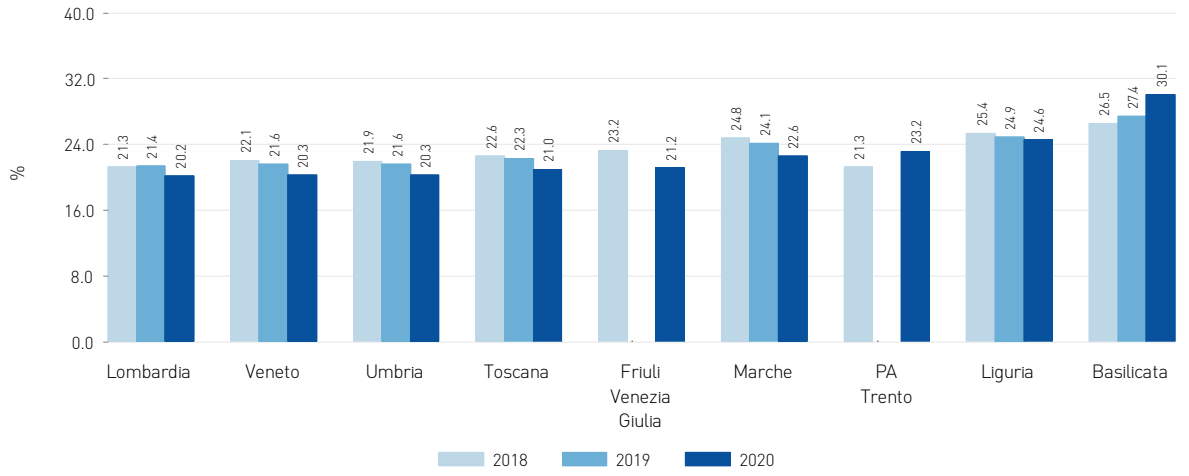
La terapia con statine - che sono tra i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo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

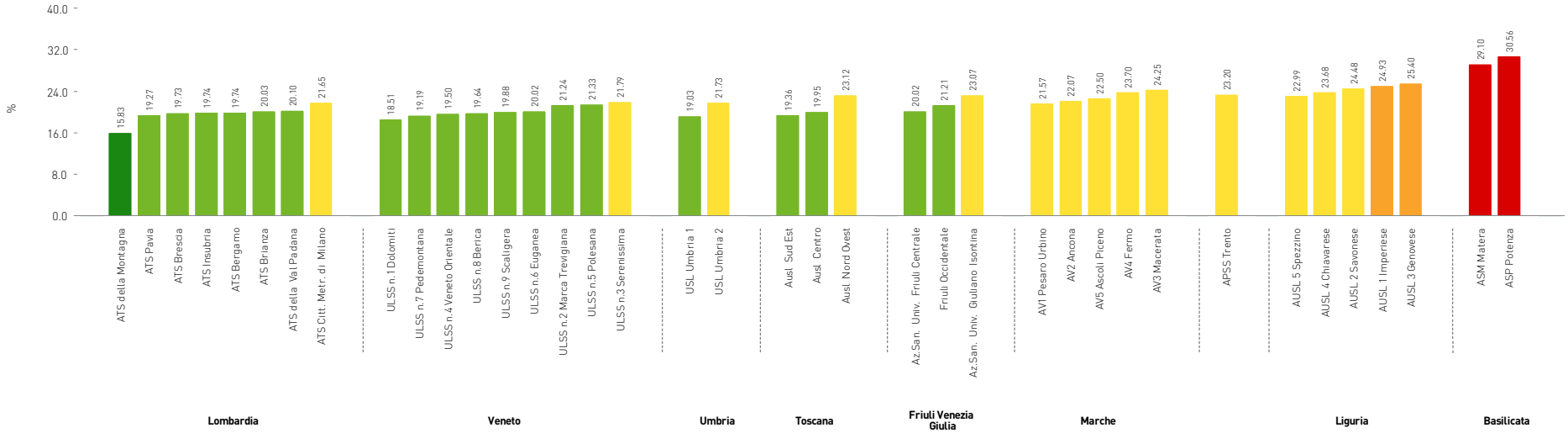


C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

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





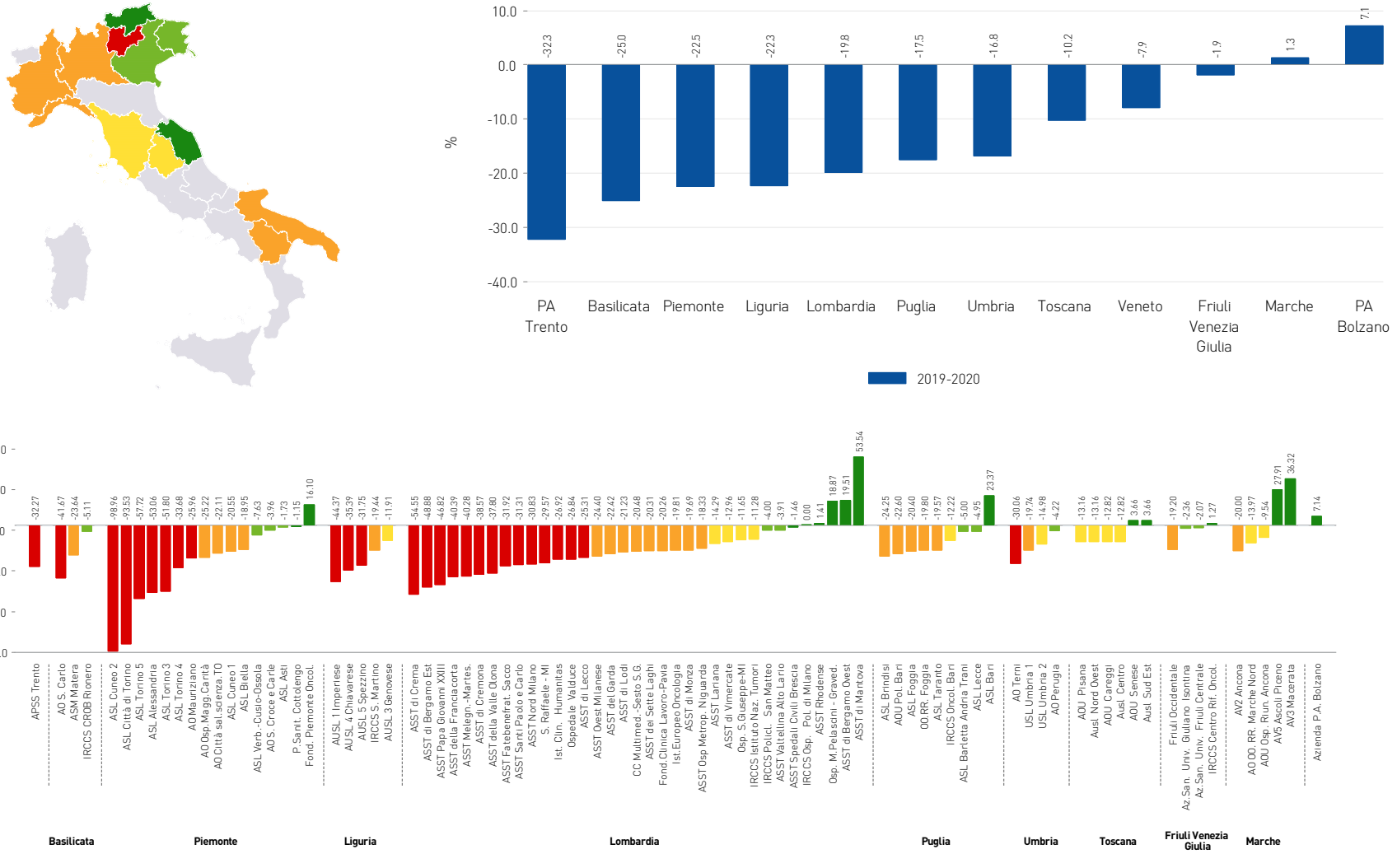


RESILIENZA



S.M3.R Volumi di interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A

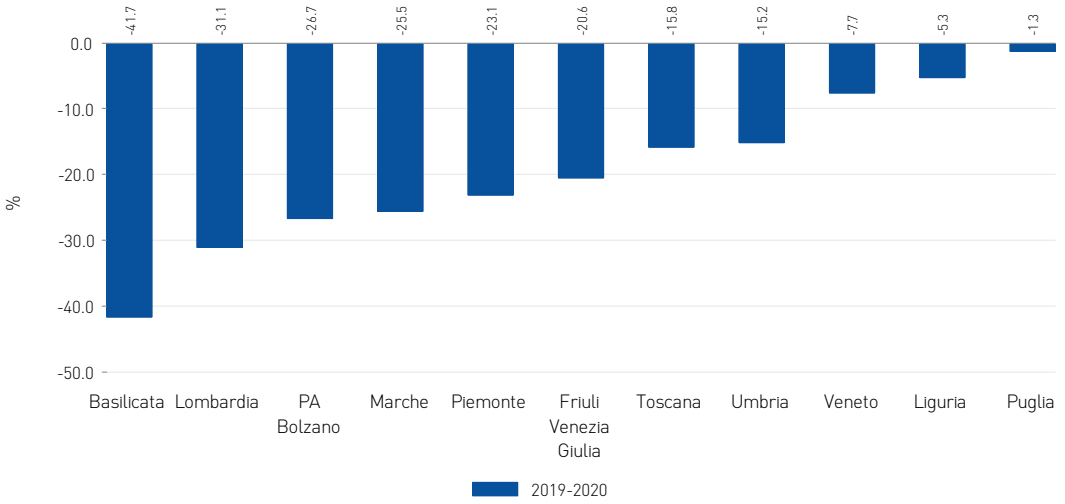
Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020,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

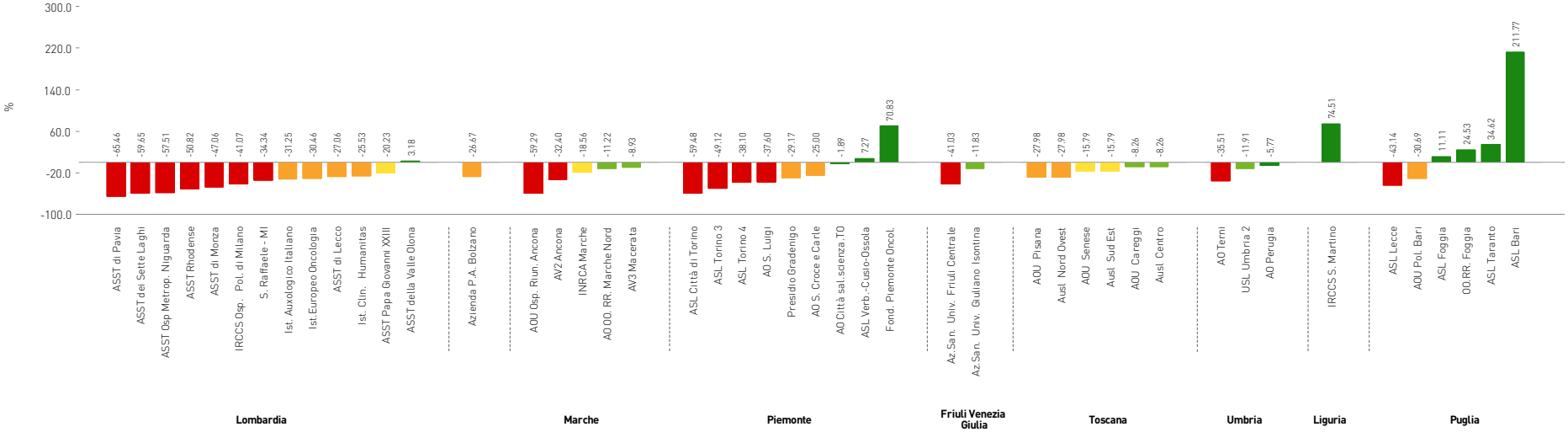


S.M4.R Volumi di interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A

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

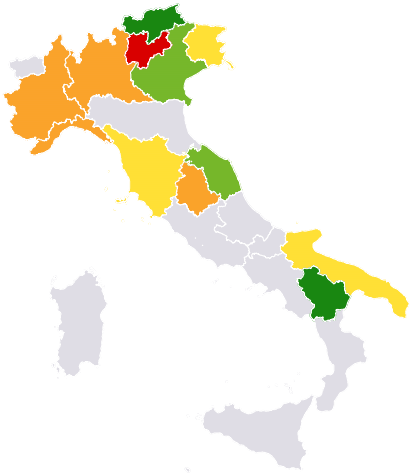


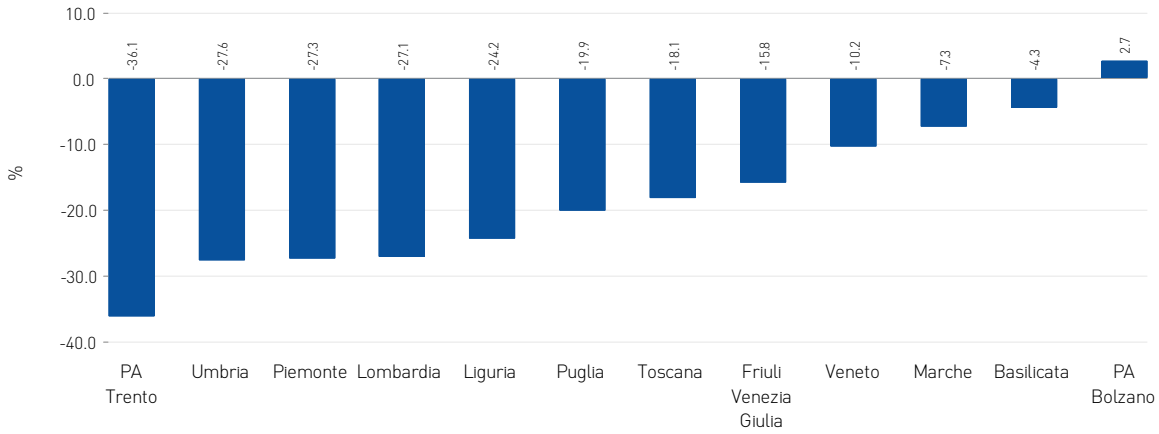


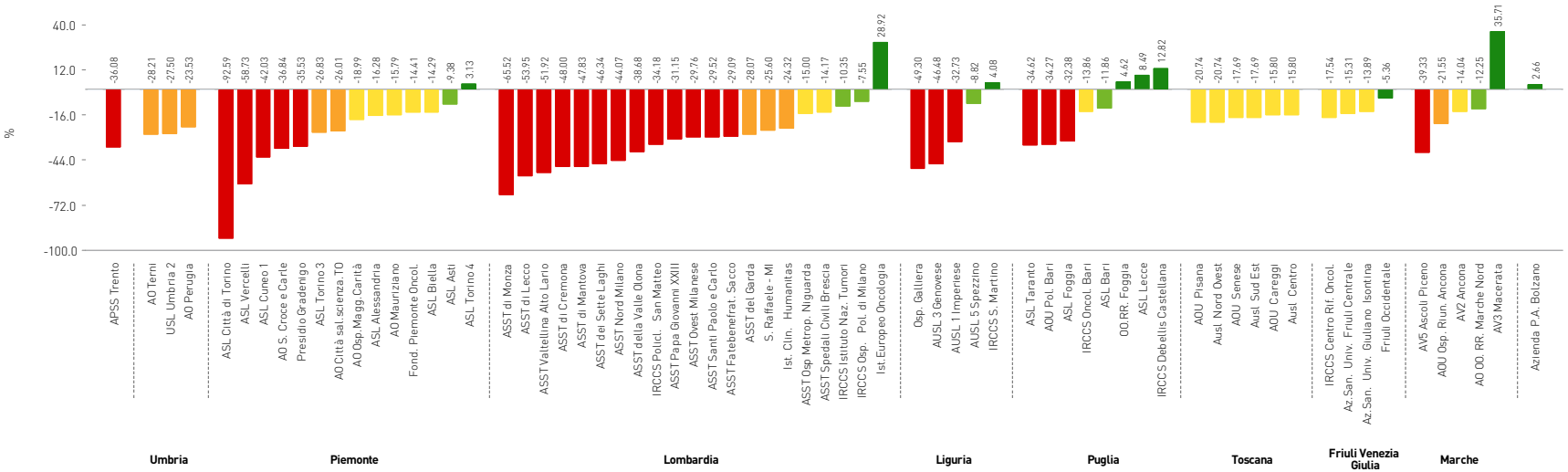


S.M5.R Volumi di interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A

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



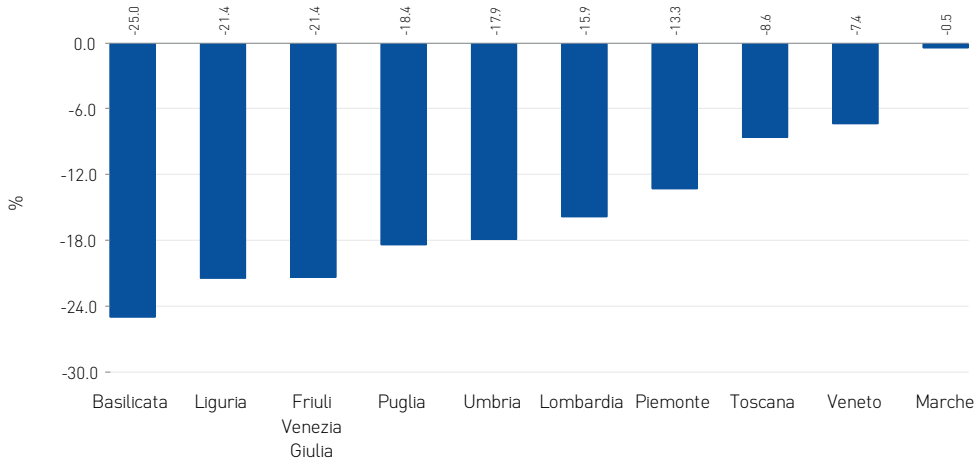


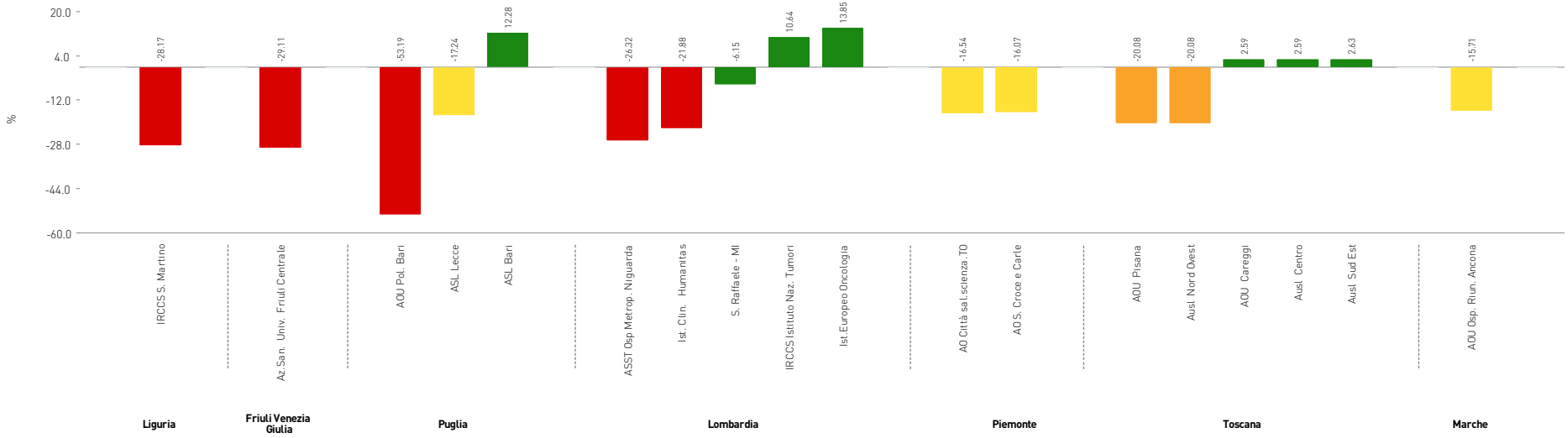


S.M6.R Volumi di interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A

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



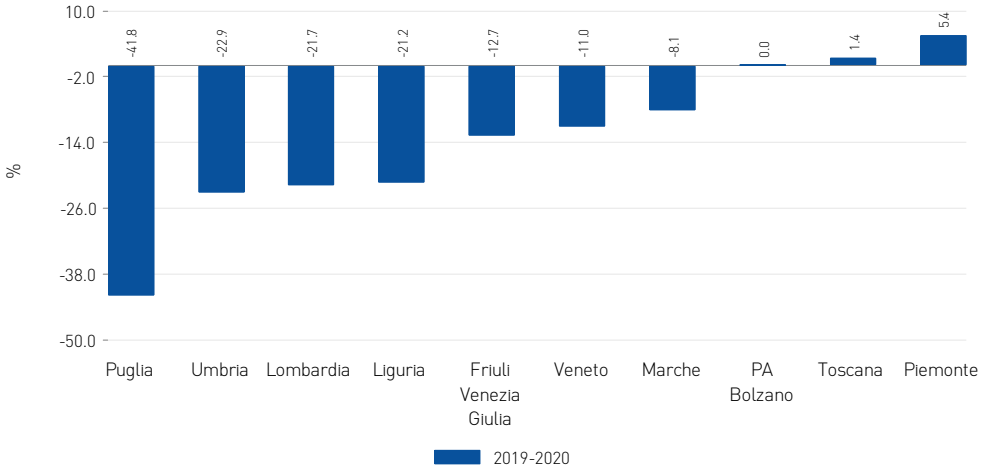


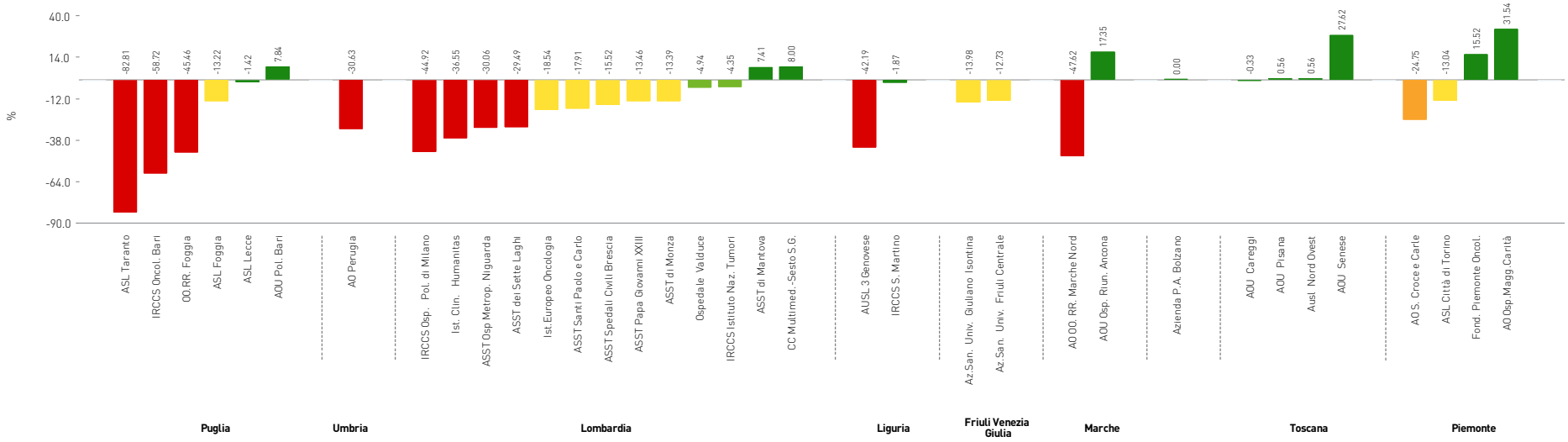


S.M7.R Volumi di interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A

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



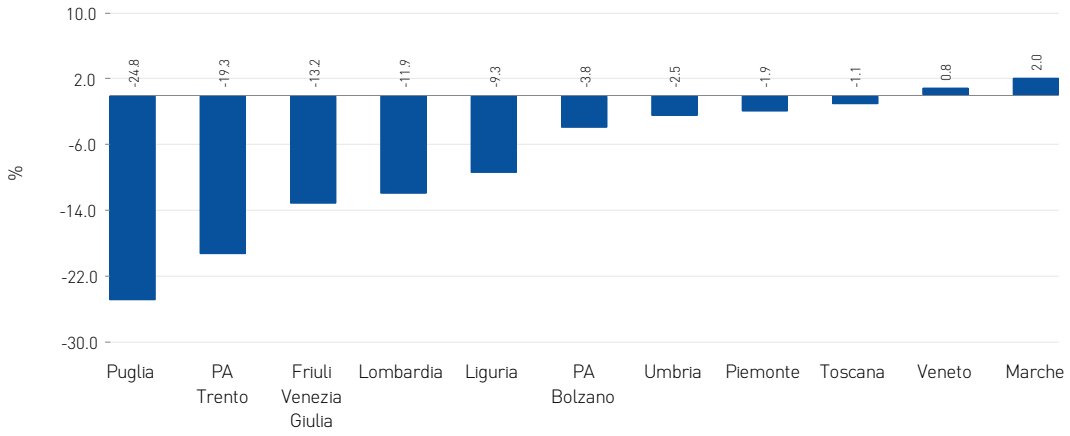


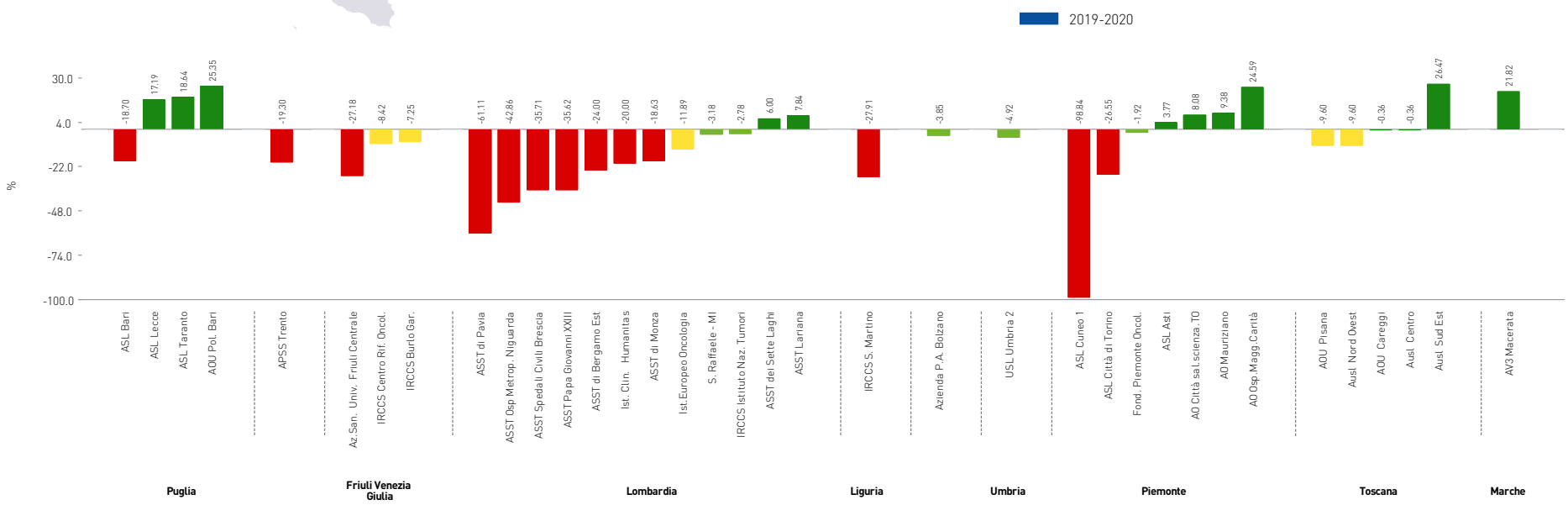


S.M8.R Volumi di interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A

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



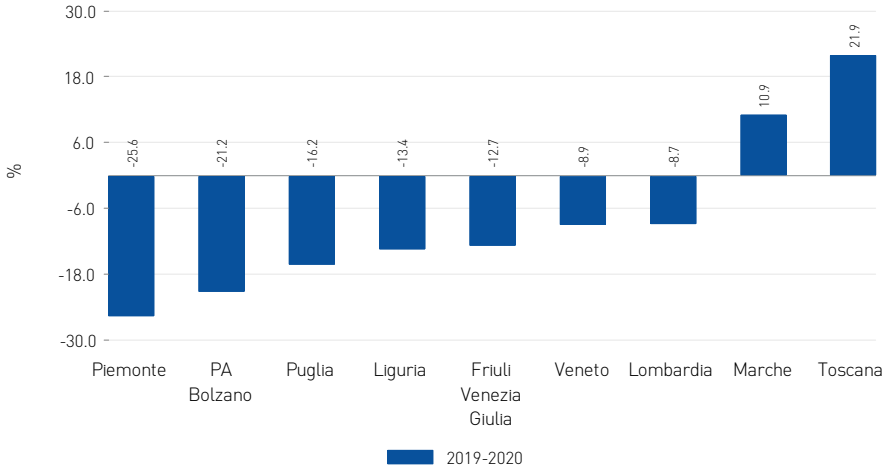


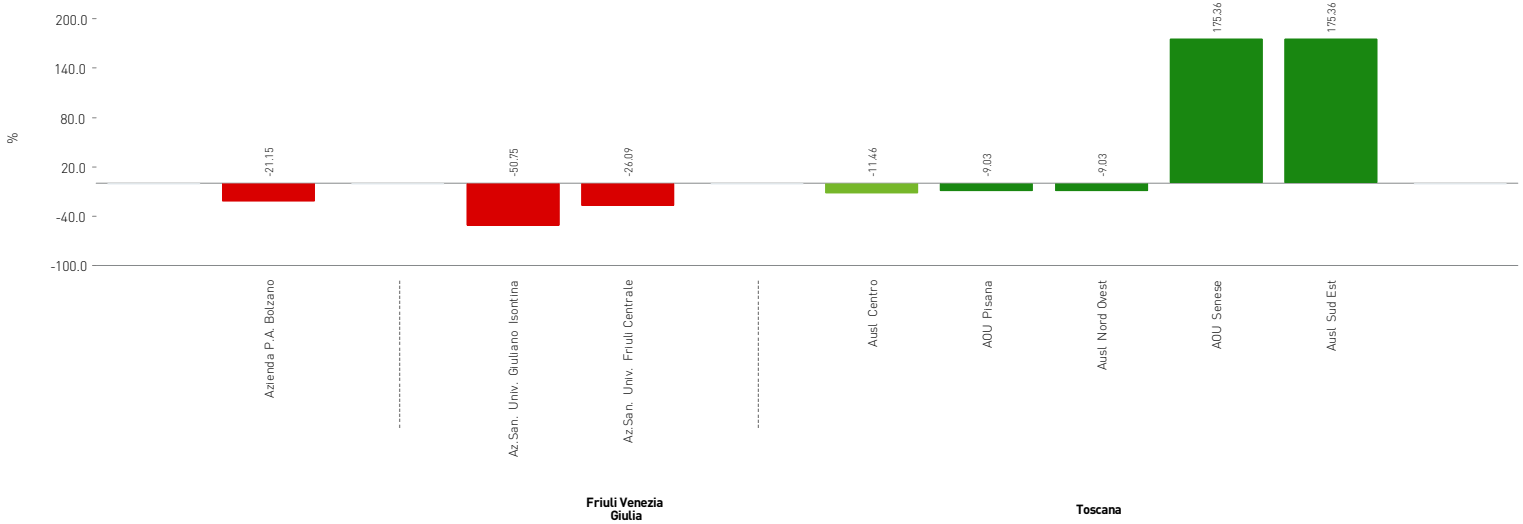


S.M9.R Volumi di interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A

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



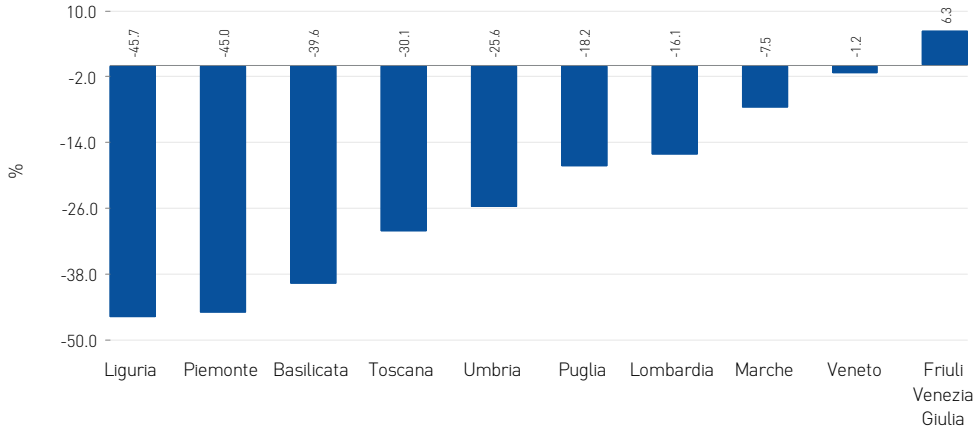


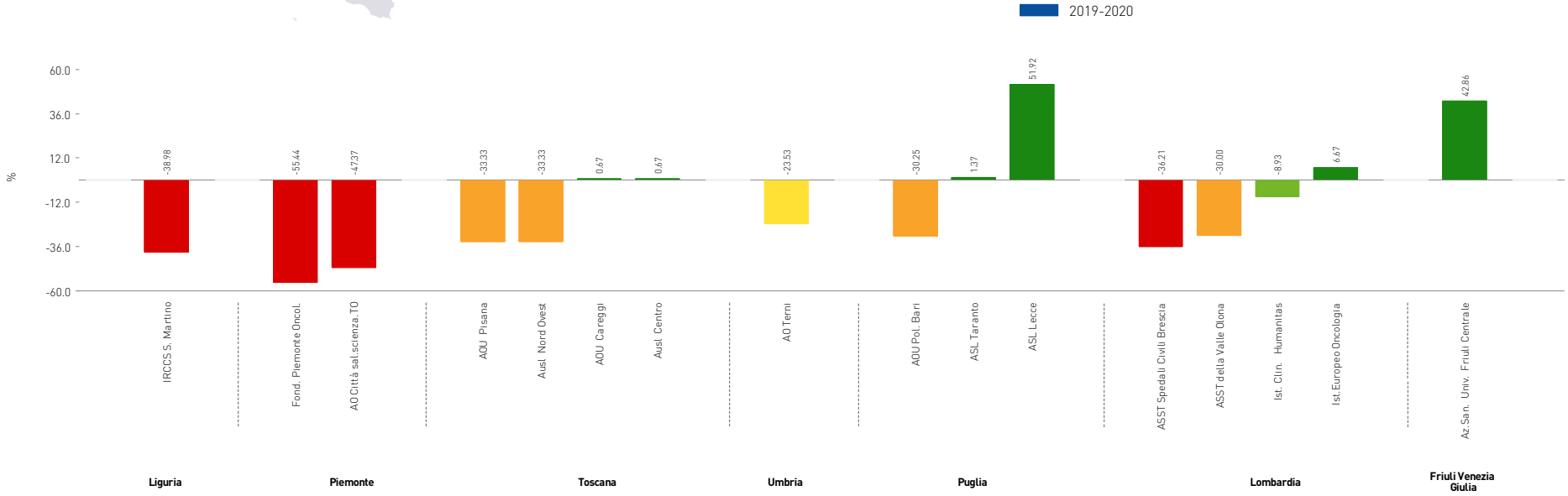


S.M10.R Volumi di interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A

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

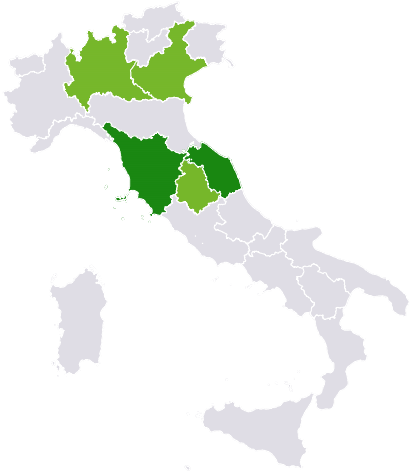


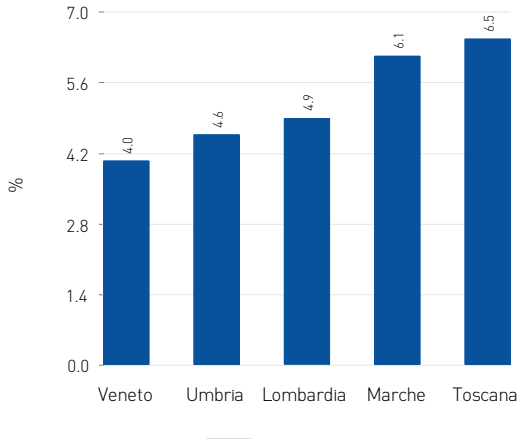


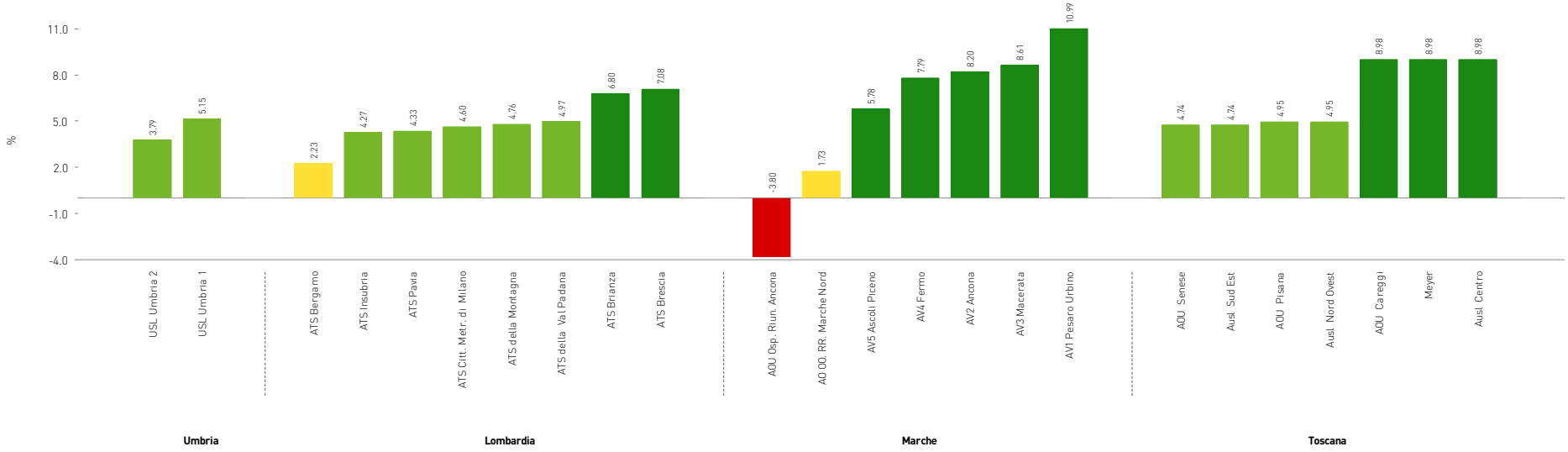


F.M4.R Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici

La misurazione della variazione dei livelli di consumo di specifiche classi farmaceutiche permette di valutare indirettamente la capacità dei sistemi sanitari regionali e aziendali di sostenere la presa in carico di specifiche classi di pazienti, anche in periodo pandemico.



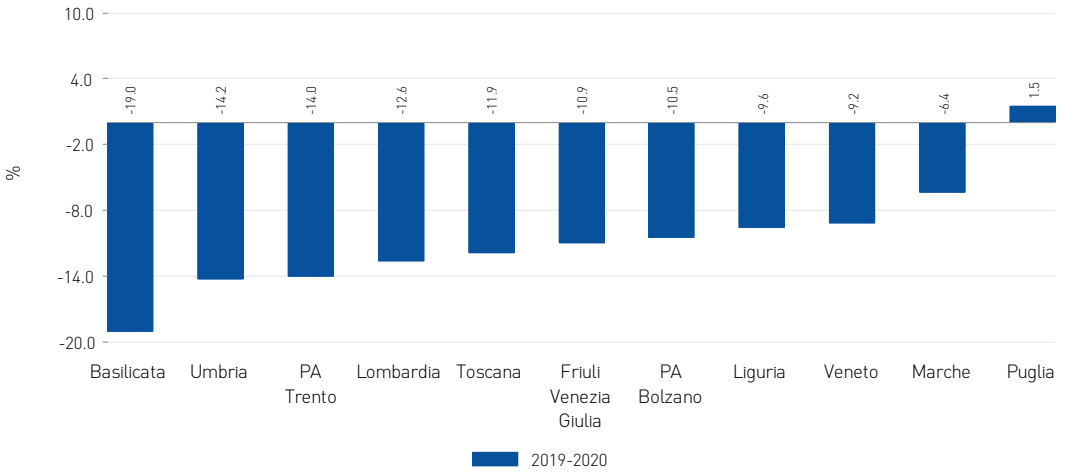


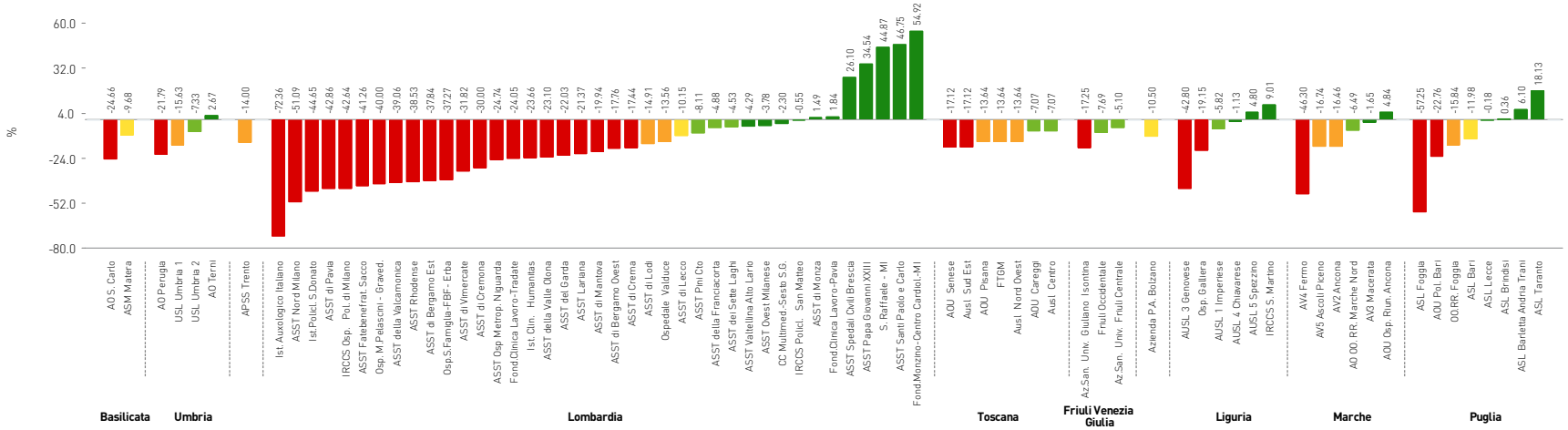


S.M12.R Volumi per ricoveri per IMA STEMI

La misurazione della variazione del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2020 per patologie tempo dipendenti permette di individuare le aree che nel corso del 2020 hanno registrato la mancata presa in carico di determinate categorie di pazienti e rispetto alle quali programmare proattivamente degli interventi di recupero.

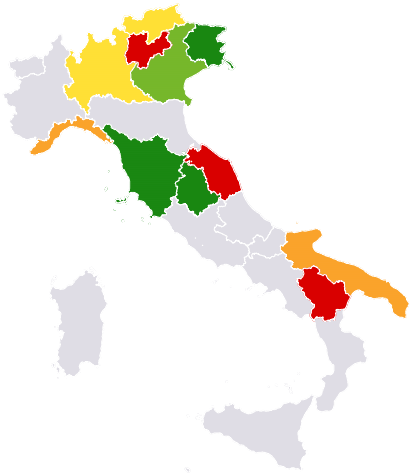


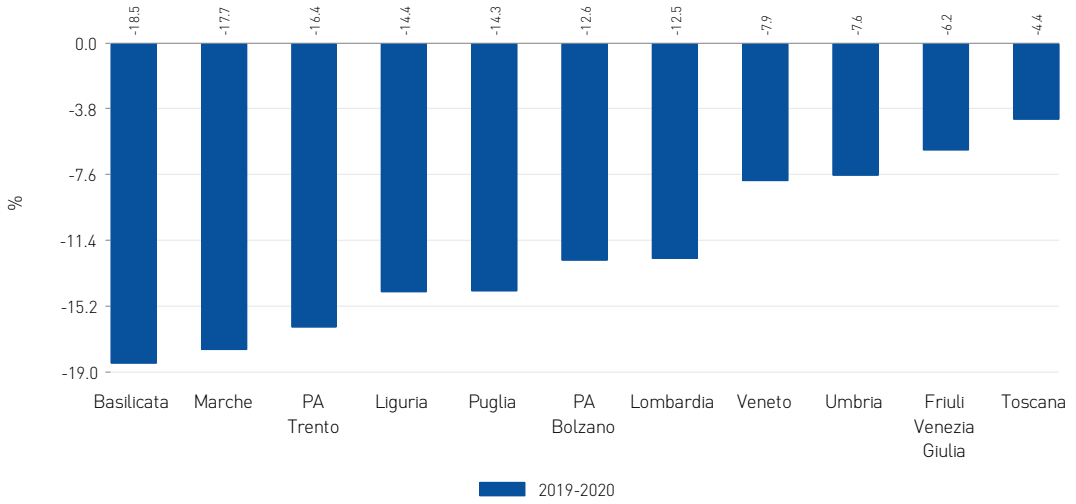


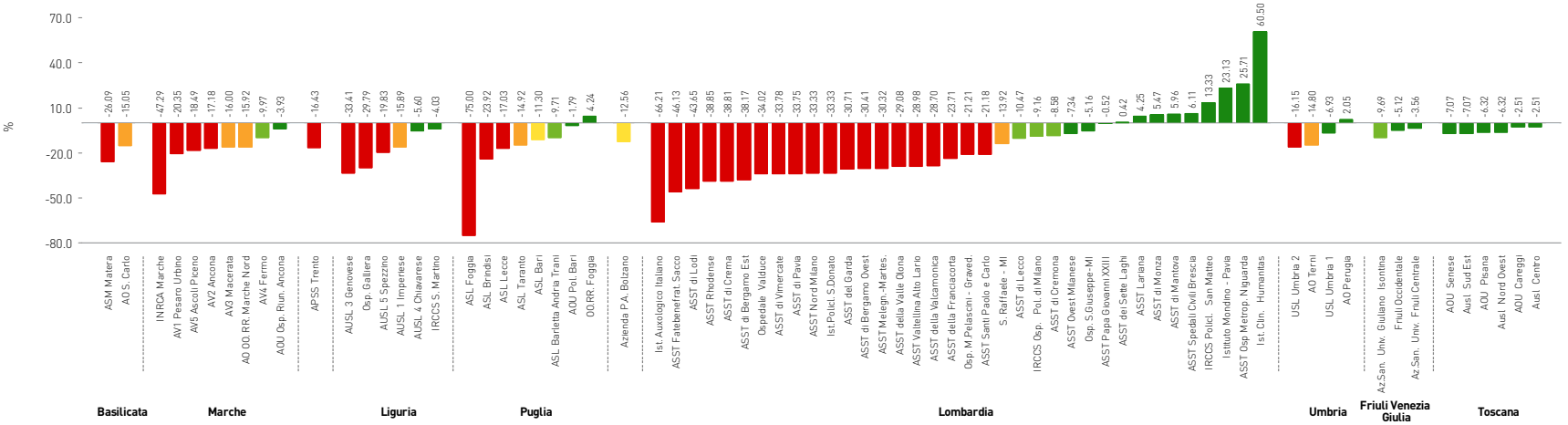


S.M14.R Volumi per ricoveri per ictus ischemico

La misurazione della variazione del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2020 per patologie tempo dipendenti permette di individuare le aree che nel corso del 2020 hanno registrato la mancata presa in carico di determinate categorie di pazienti e rispetto alle quali programmare proattivamente degli interventi di recupero.

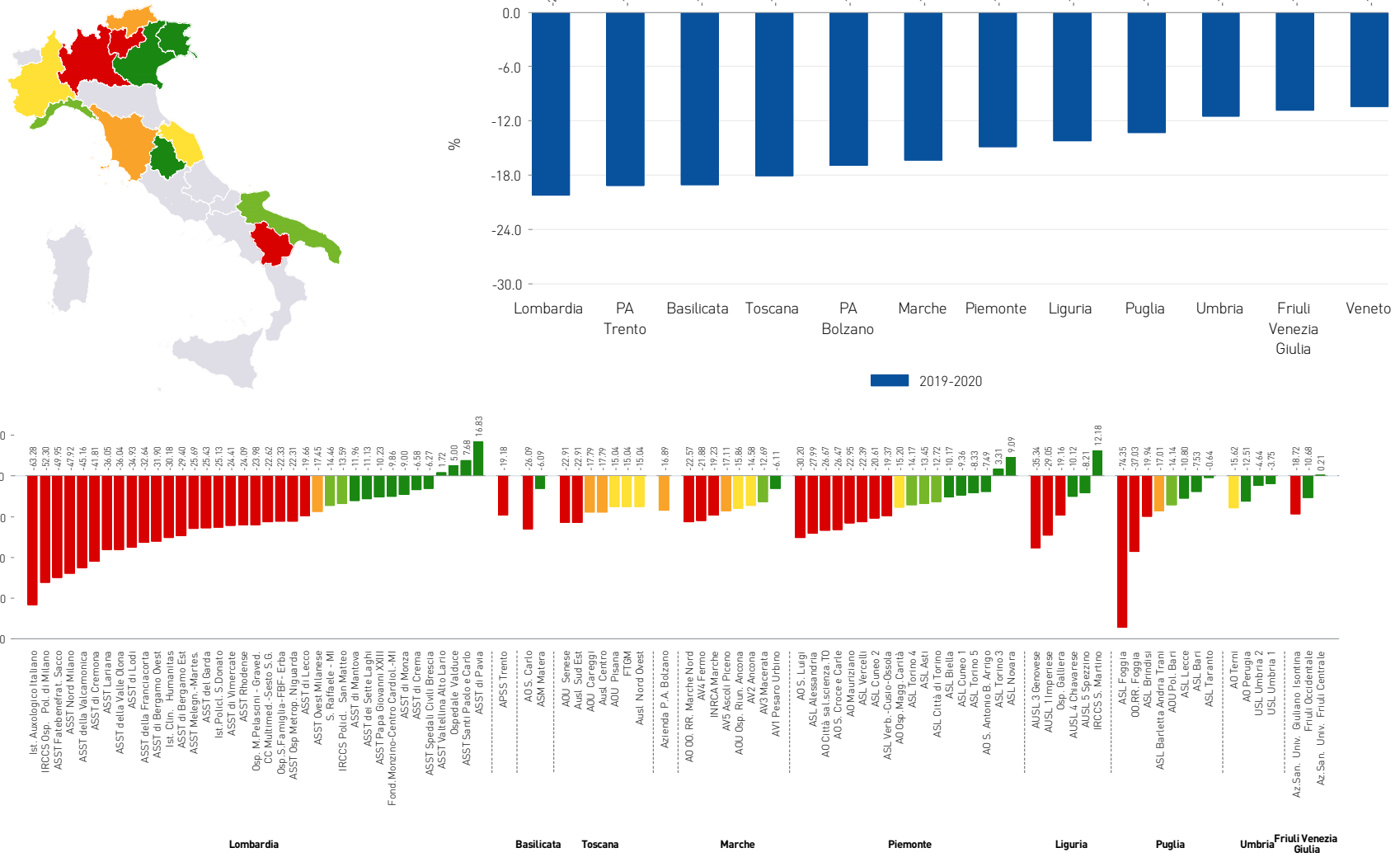






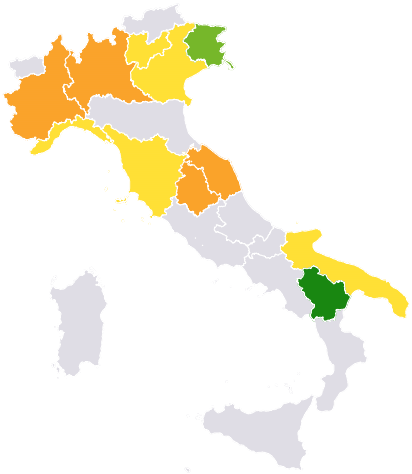
S.M13.R Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica

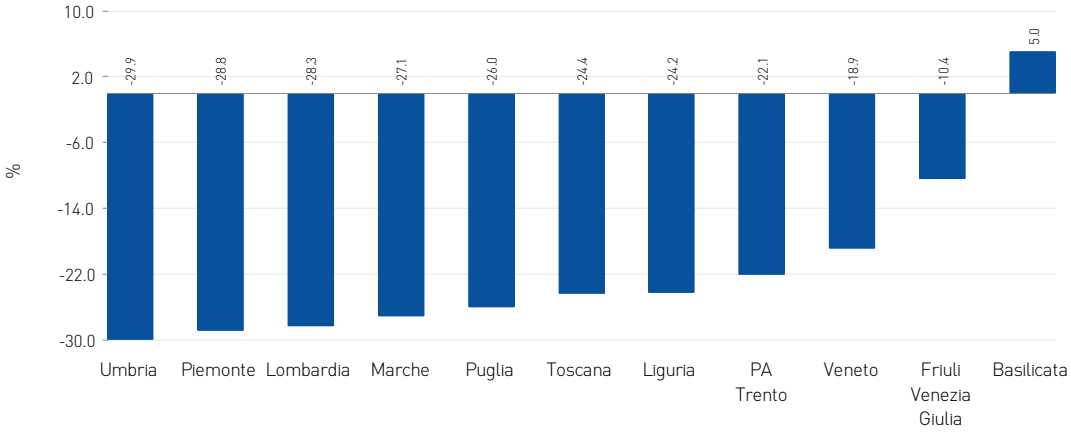
Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020,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

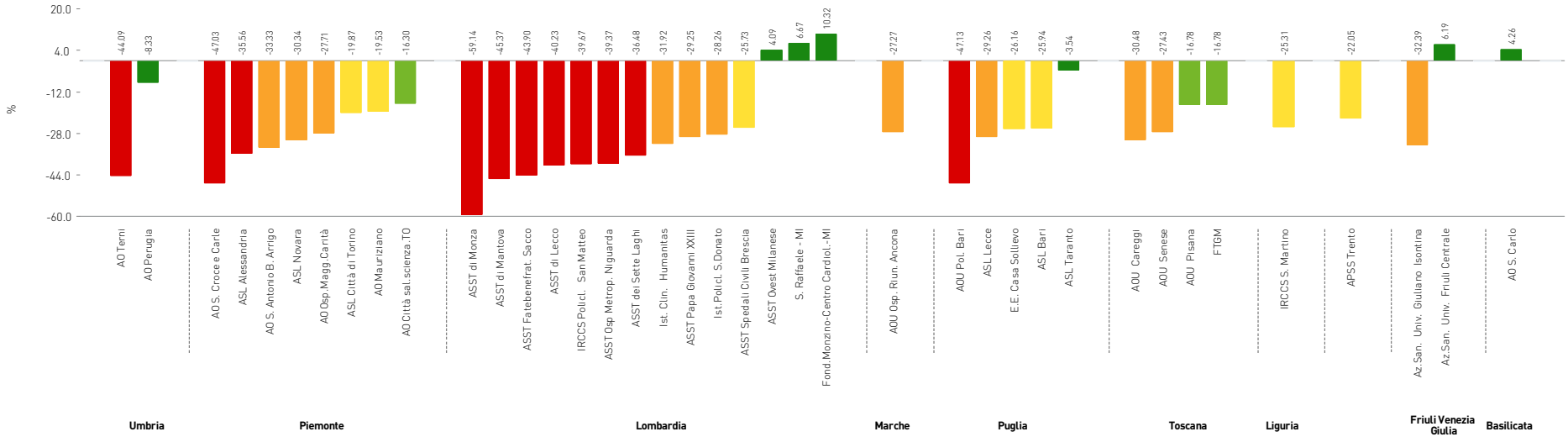


S.M16.R Volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico

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



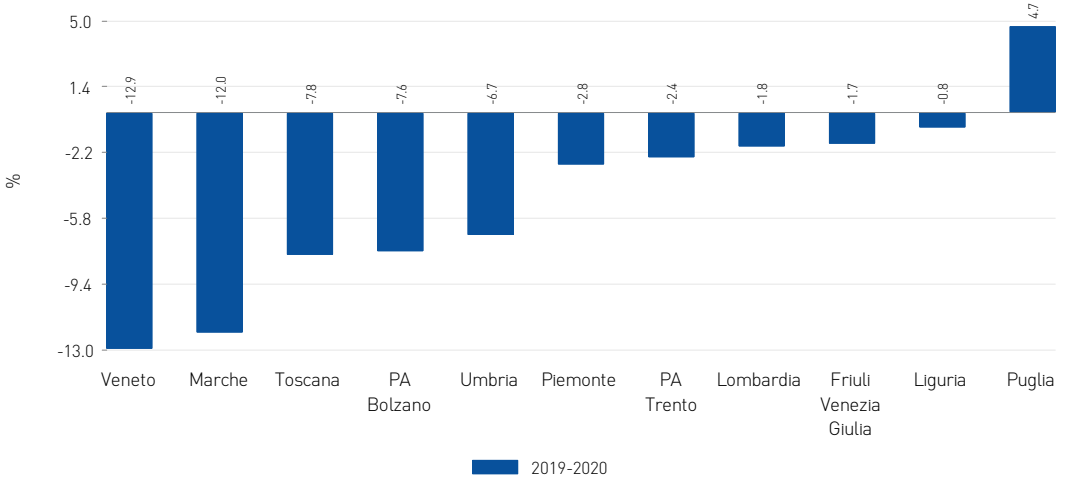


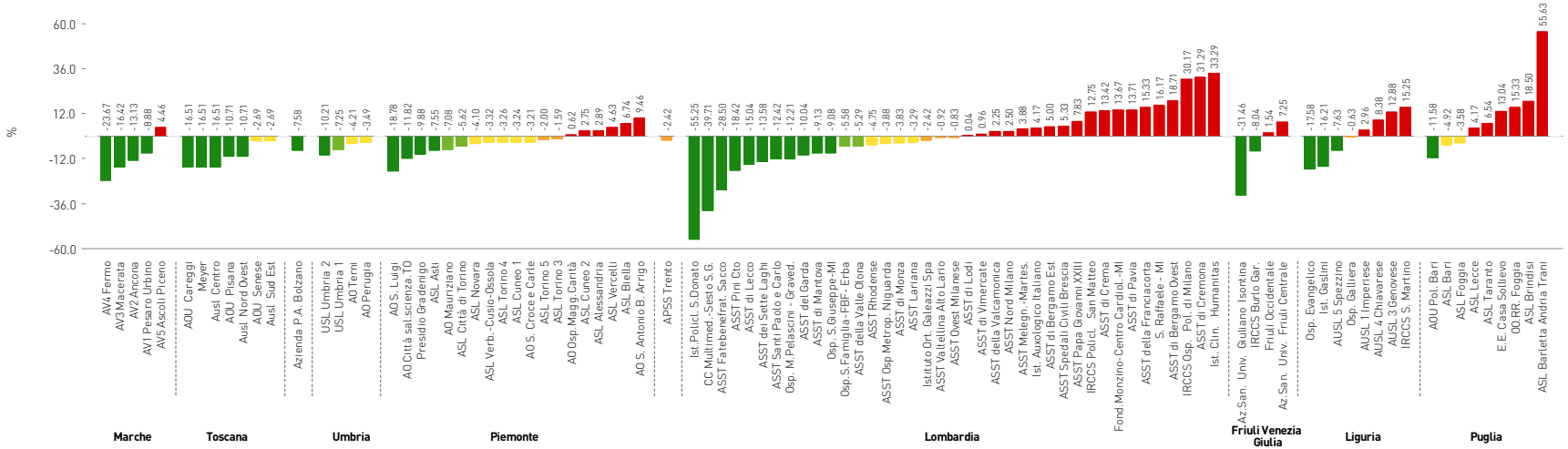


PS.M2.R Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero

Questo indicatore, che monitora la variazione del tempo mediano di permanenza al PS di utenti non inviati al ricovero, è stato introdotto nel 2020 tra gli indicatori adottati per misurare la resilienza del Sistema sanitario.



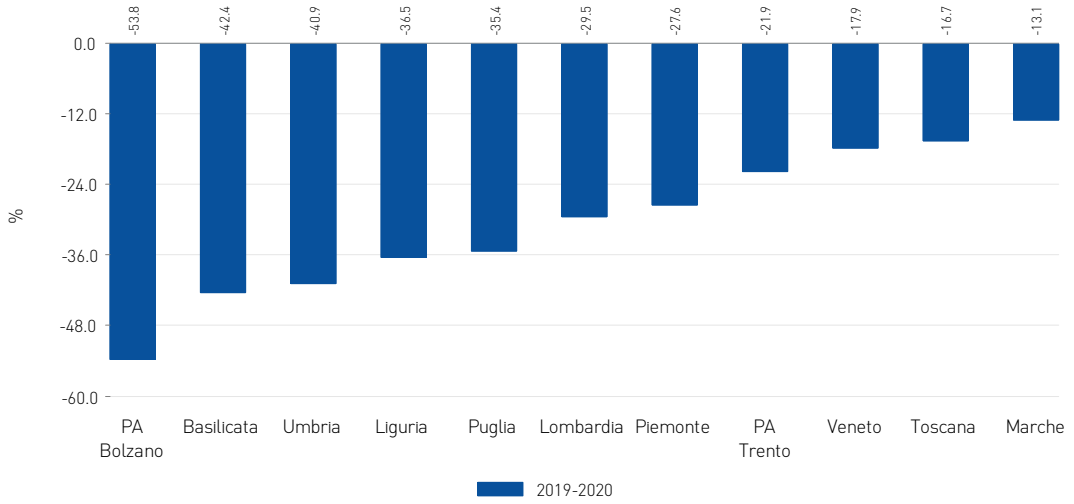


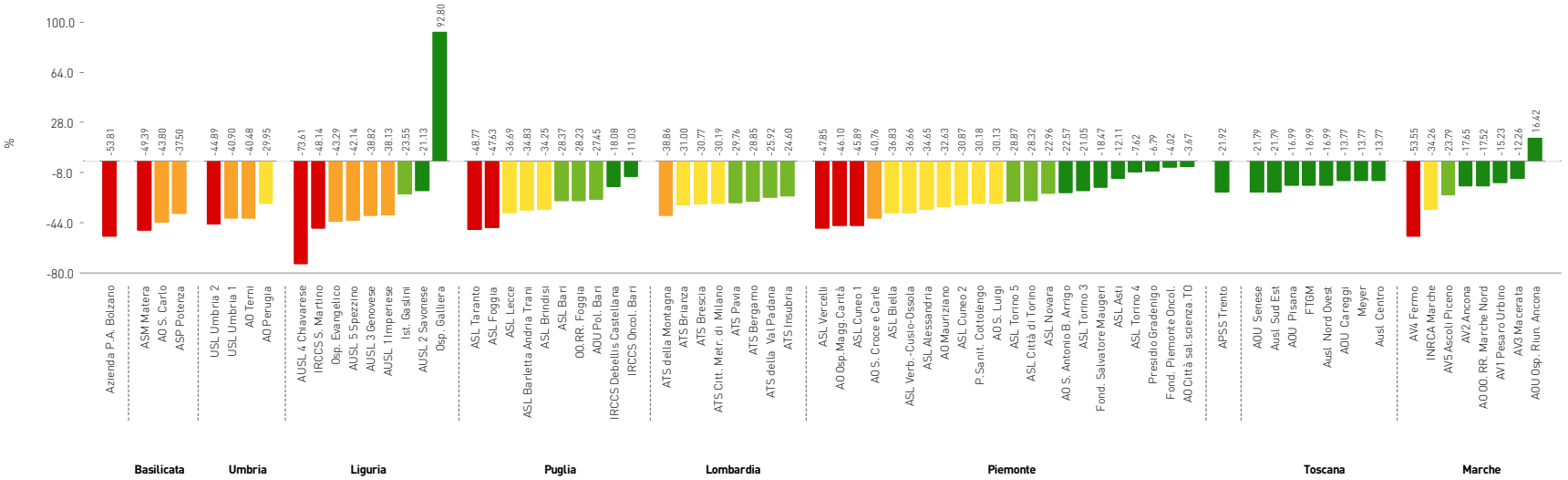


A.M17.R Volumi per visita di controllo cardiologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.

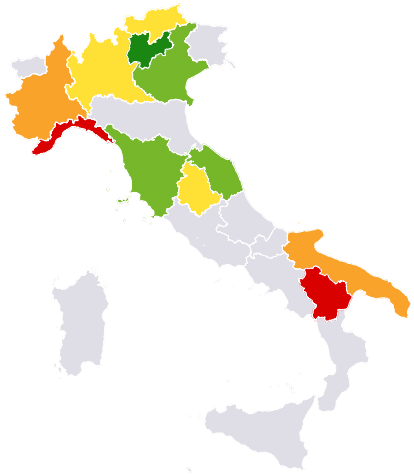


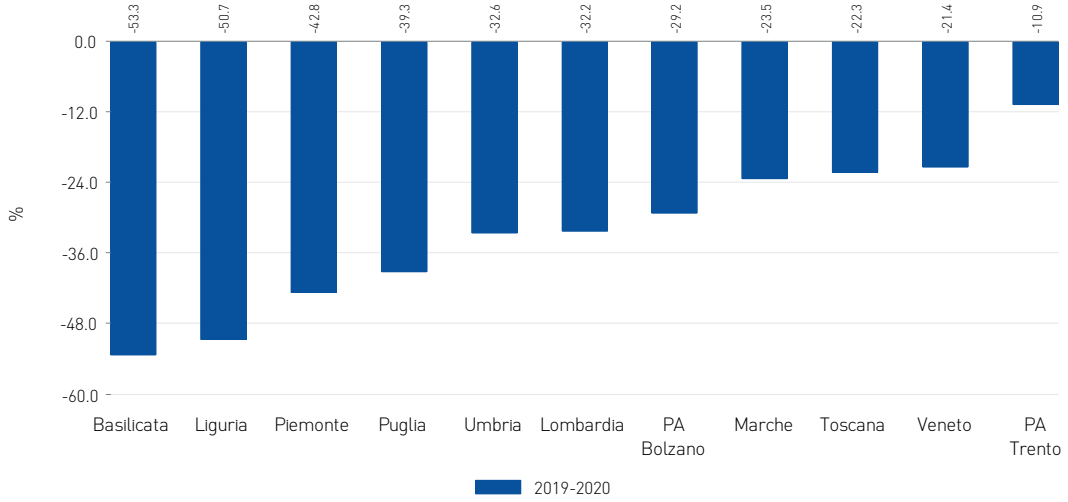


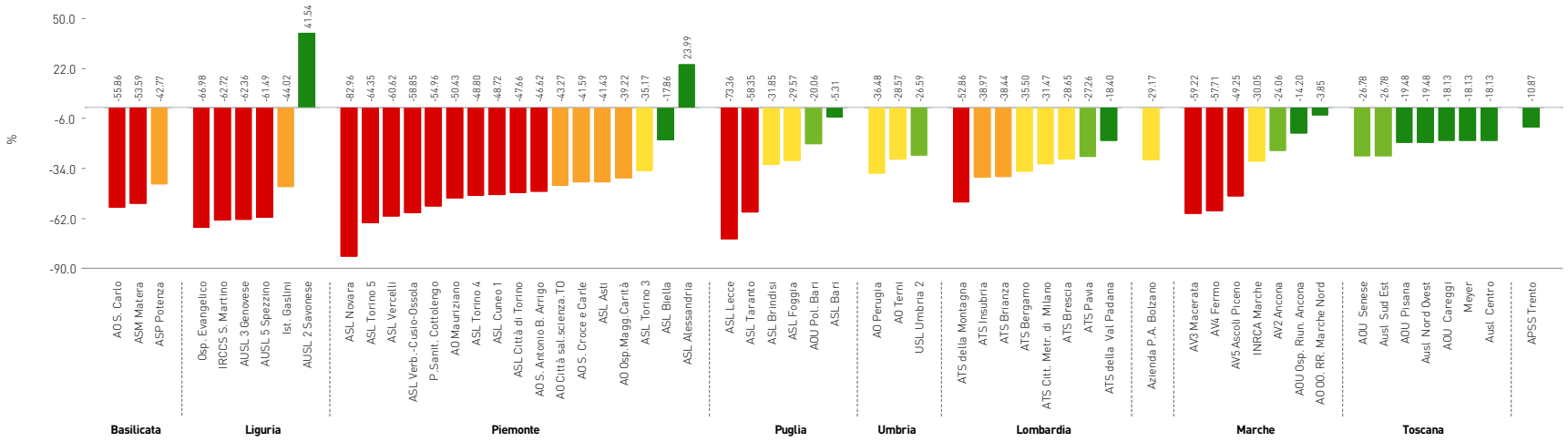


A.M18.R Volumi per visita di controllo chirurgia vascolare

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



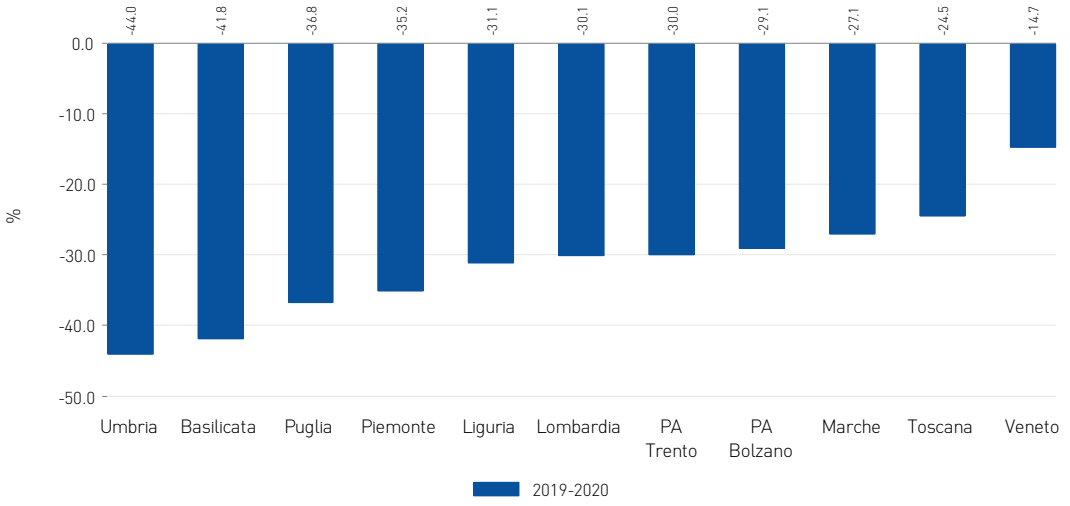


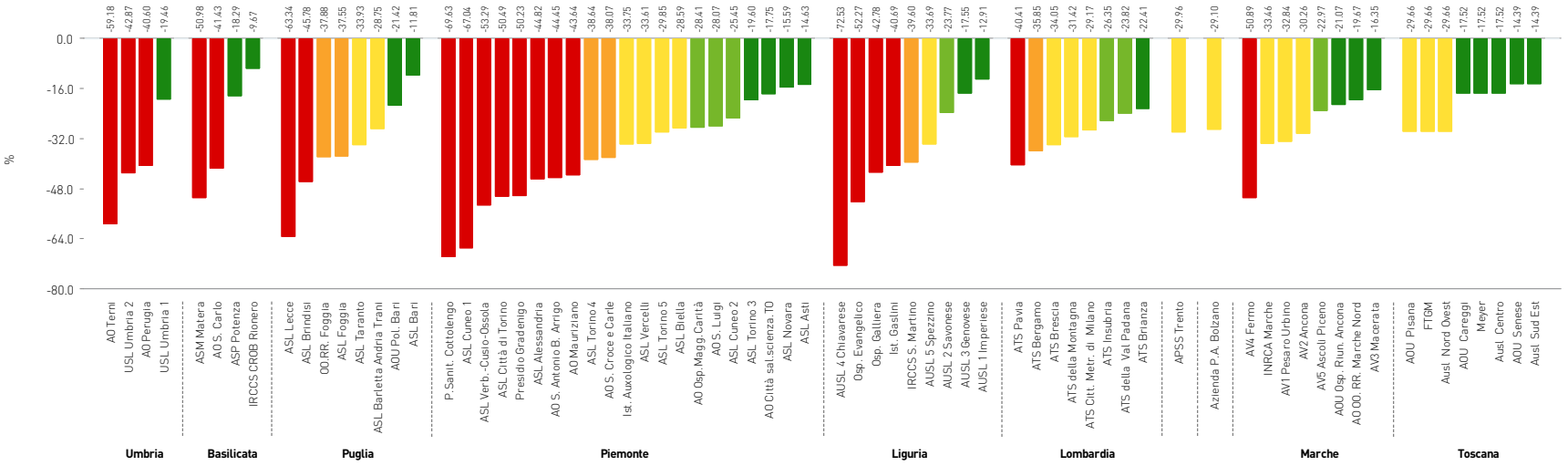


A.M19.R Volumi per visita di controllo endocrinologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



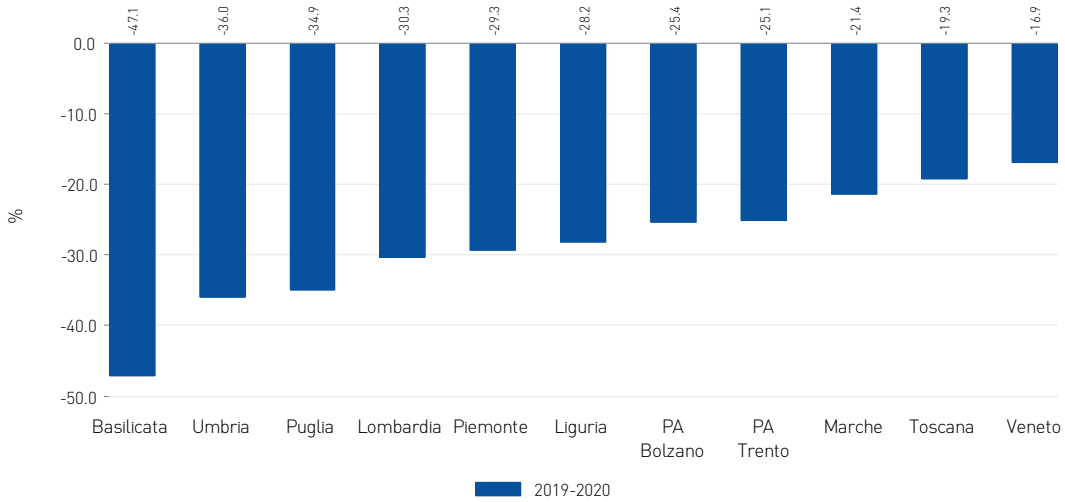


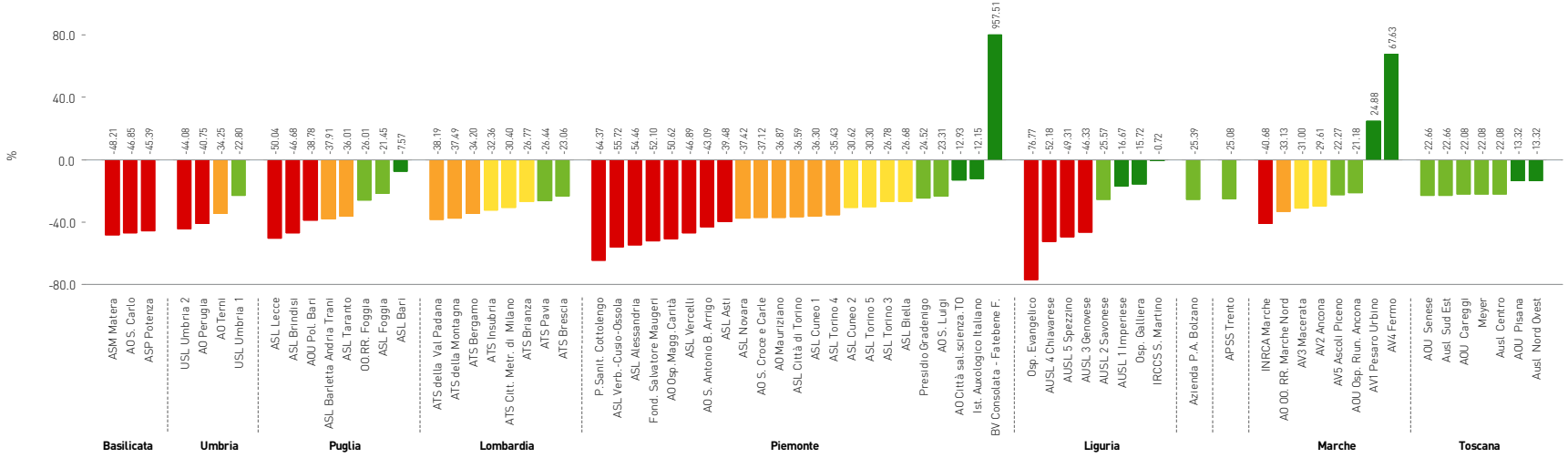


A.M20.R Volumi per visita di controllo neurologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



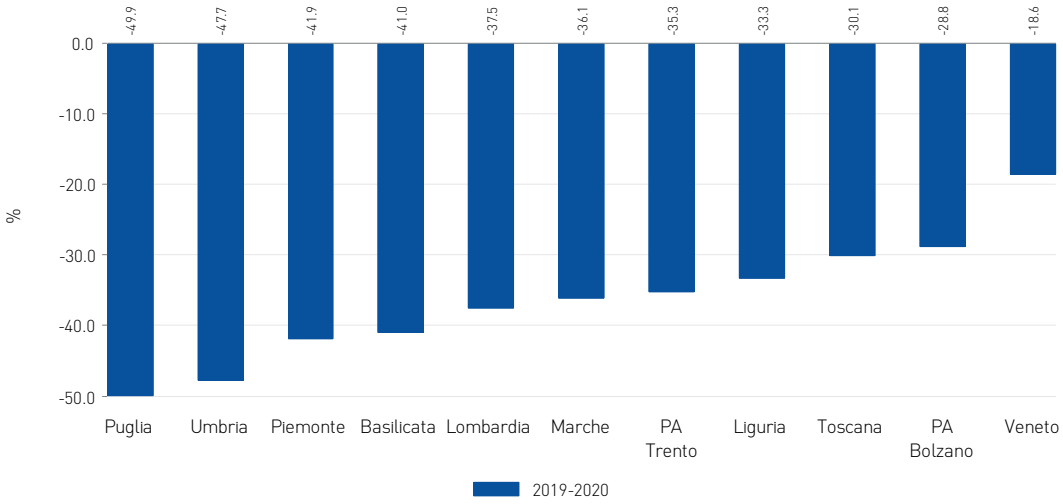


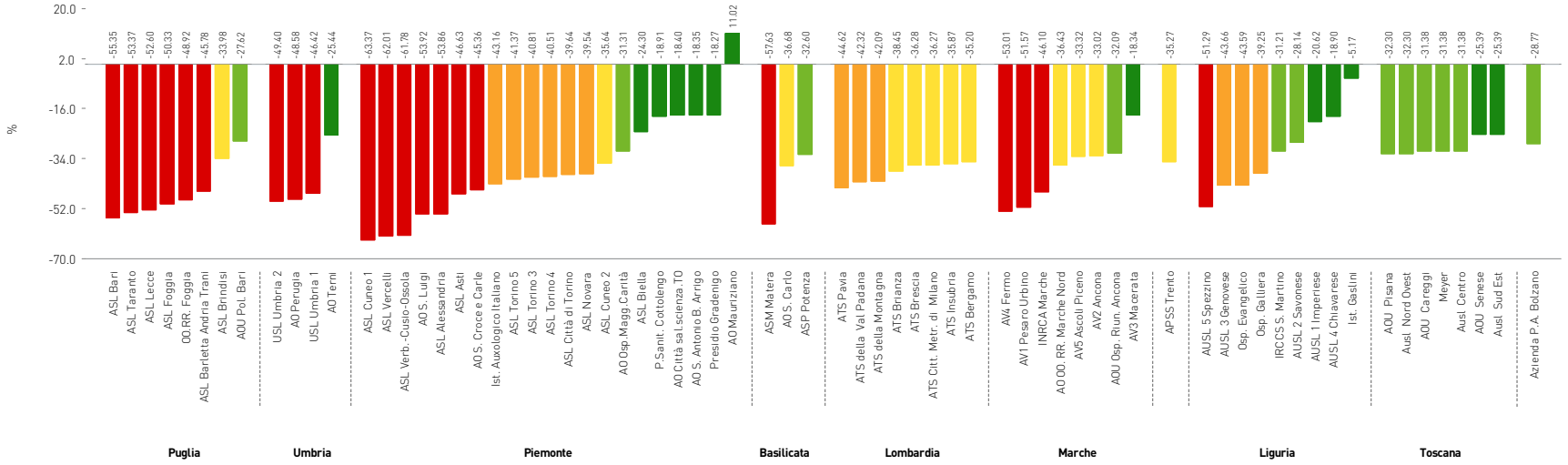


A.M21.R Volumi per visita di controllo oculistica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.

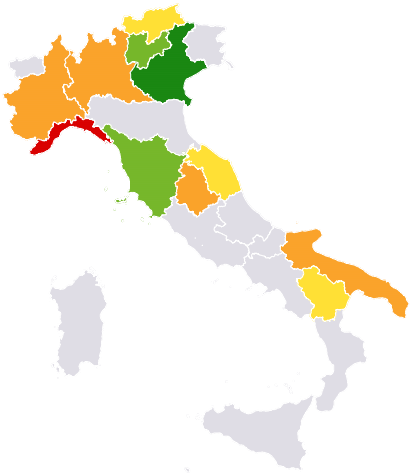


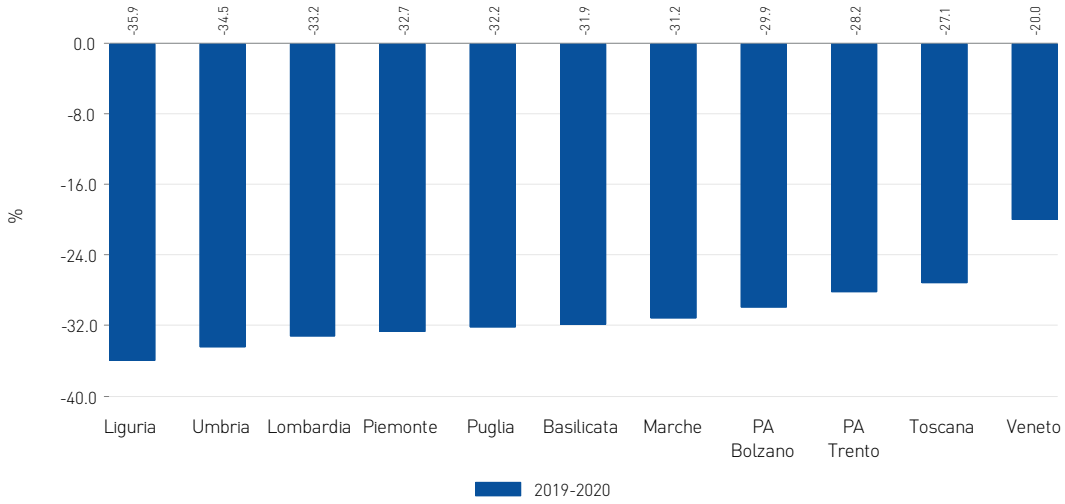


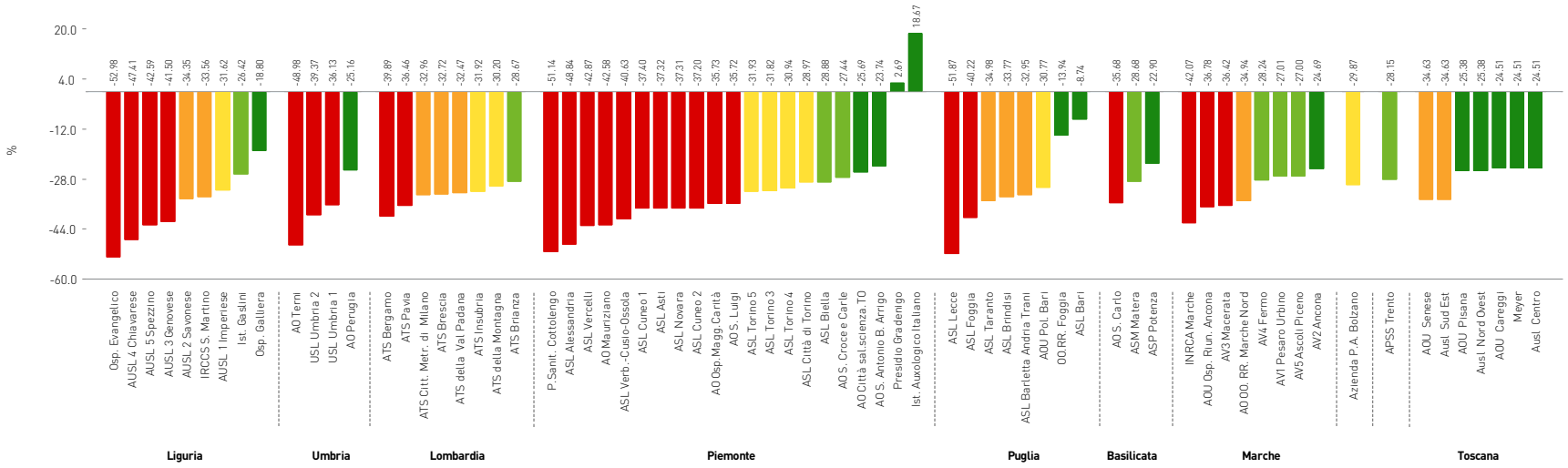


A.M22.R Volumi per visita di controllo ortopedica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.

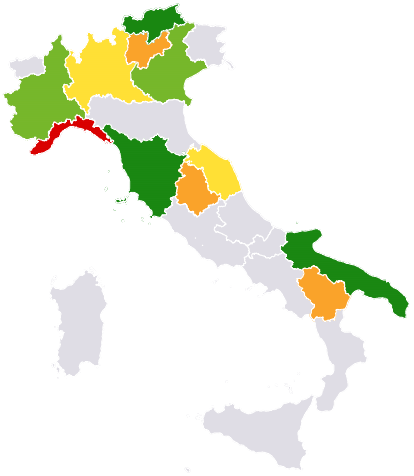


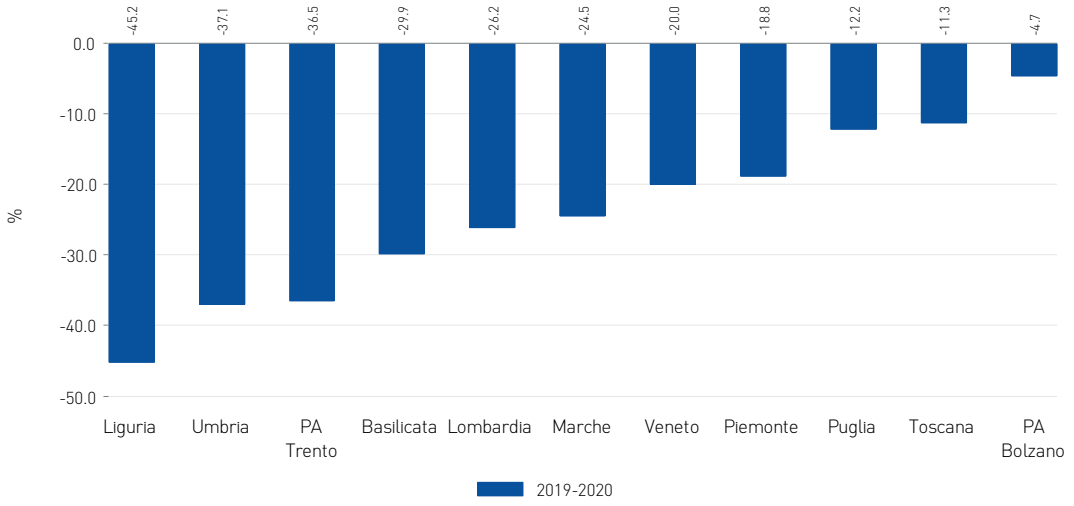


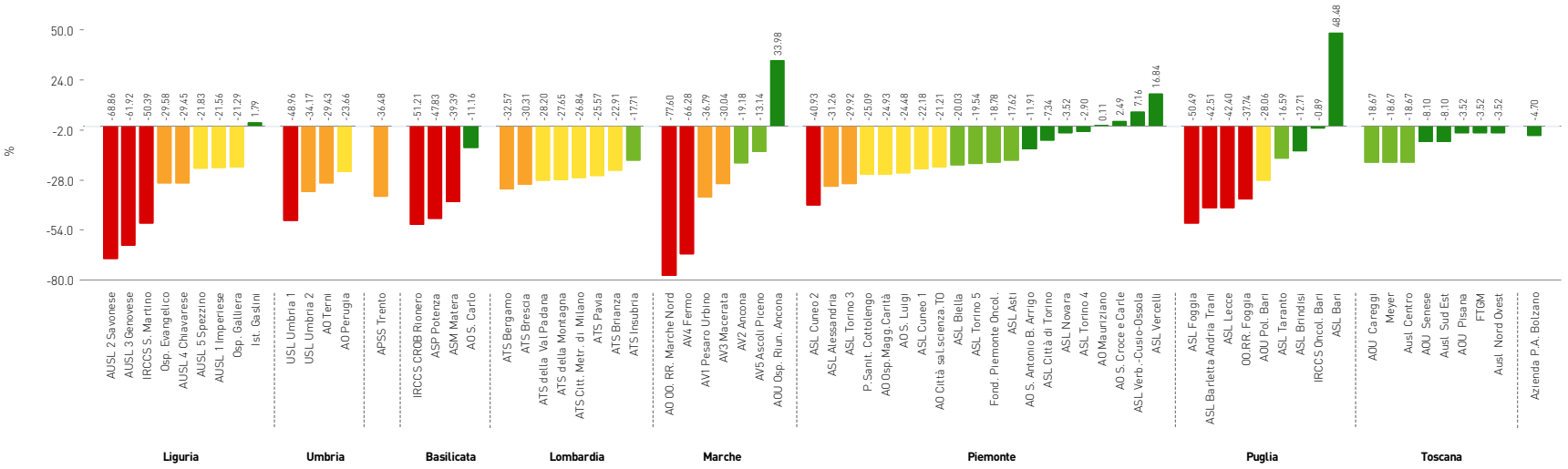


A.M23.R Volumi per visita di controllo ginecologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



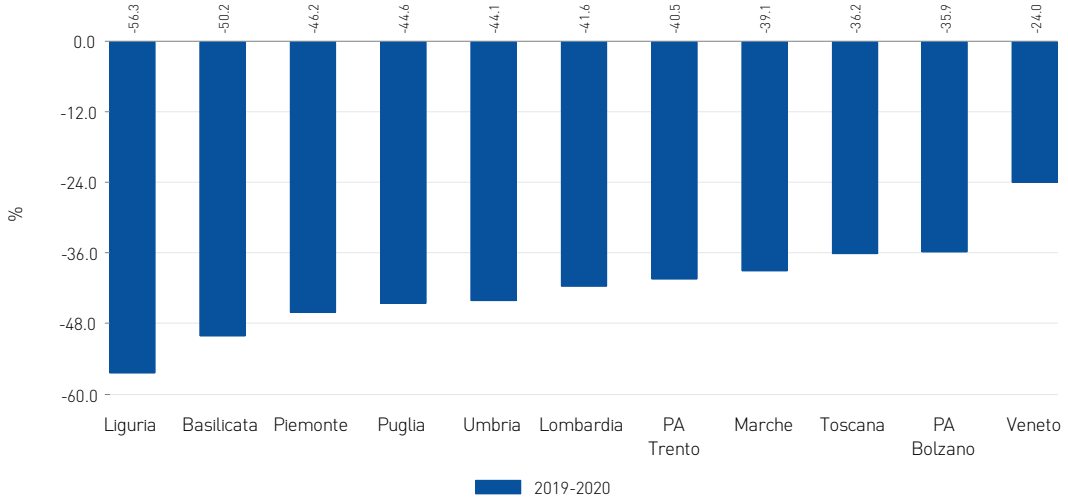


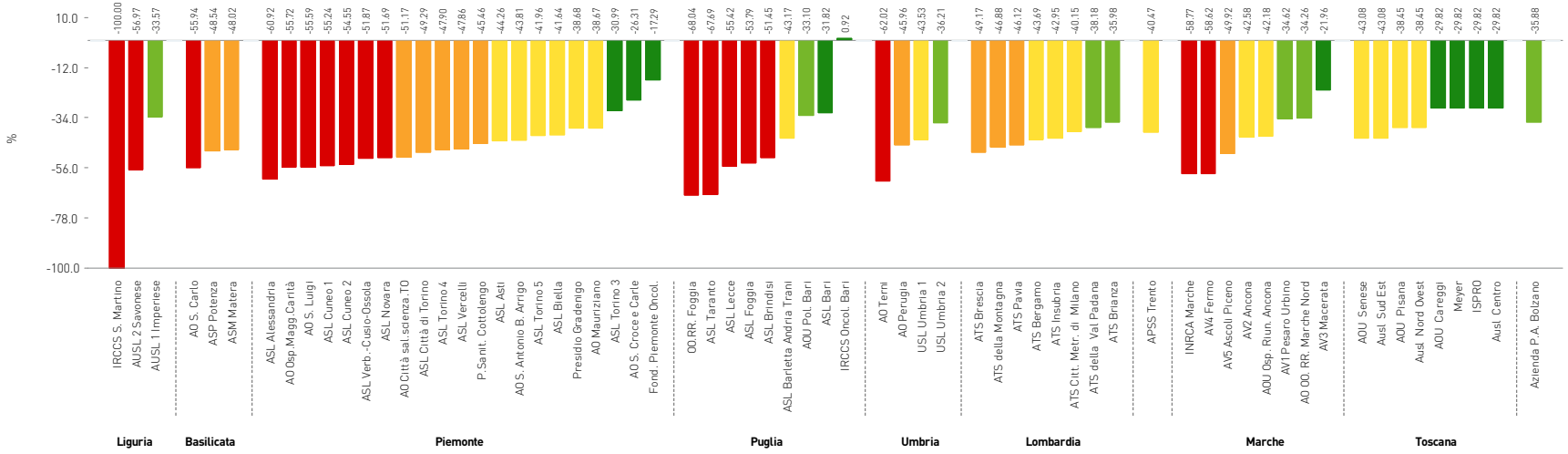


A.M24.R Volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



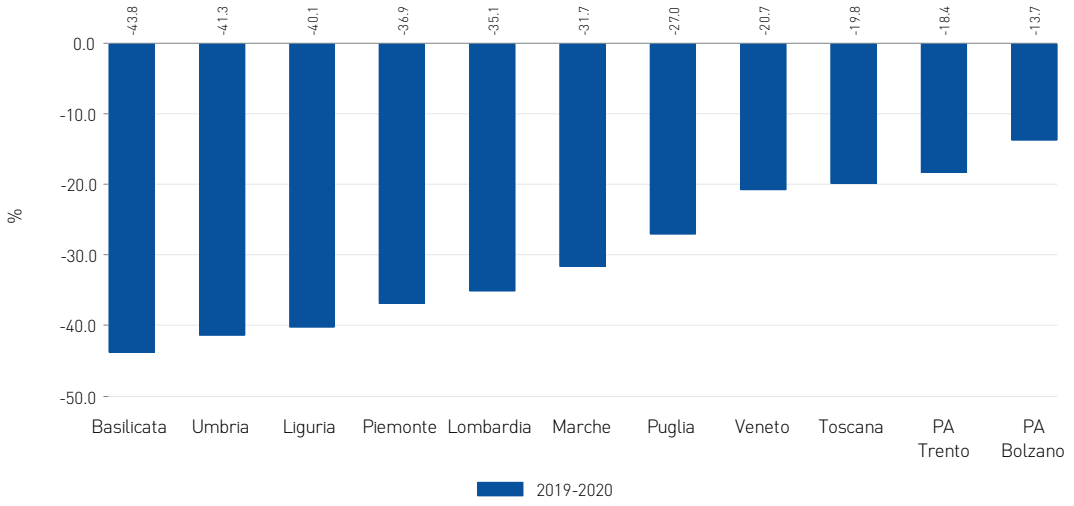


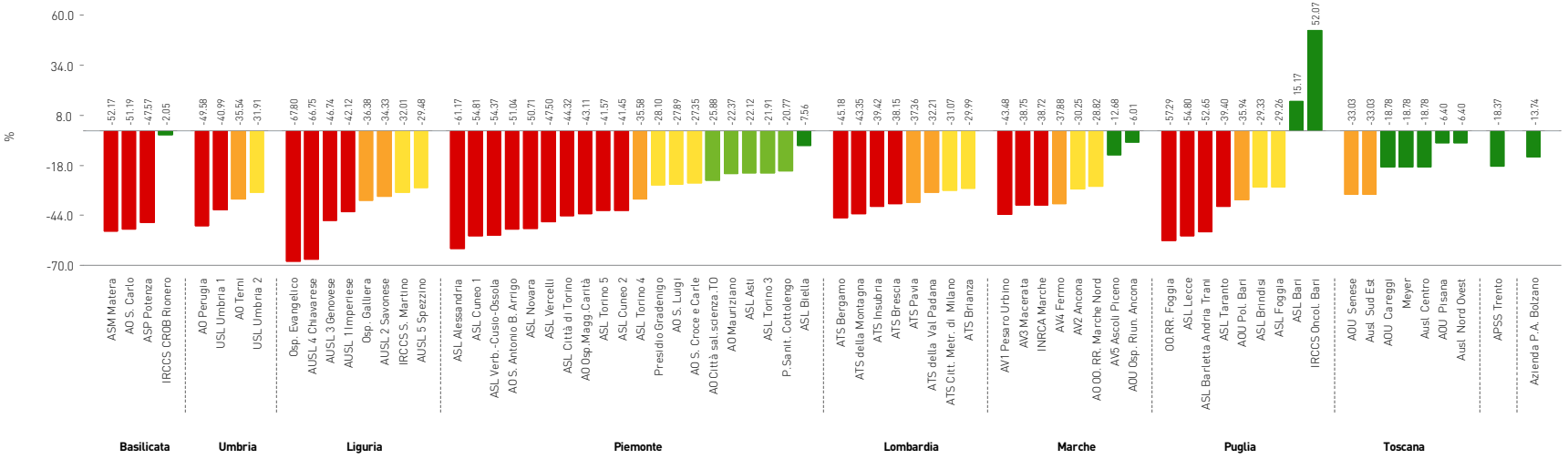


A.M25.R Volumi per visita di controllo urologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



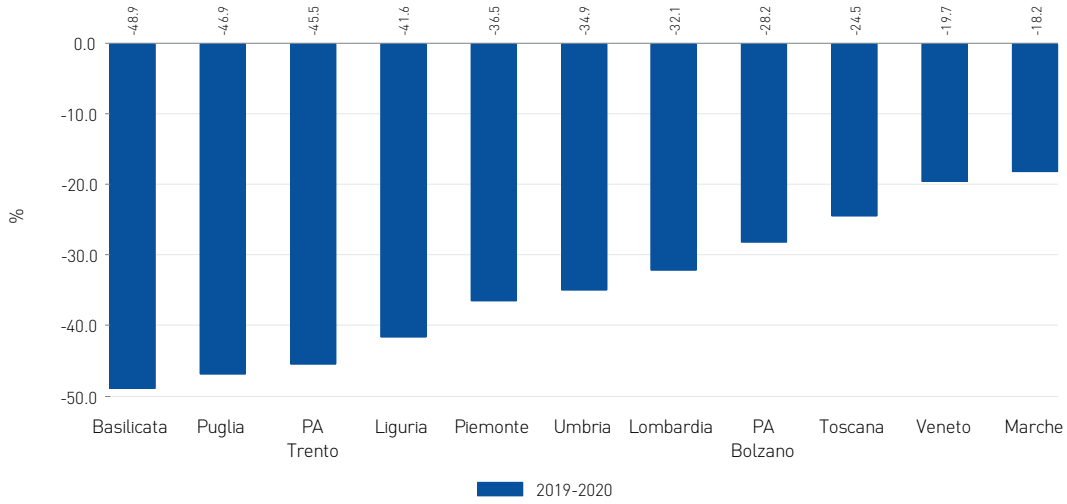


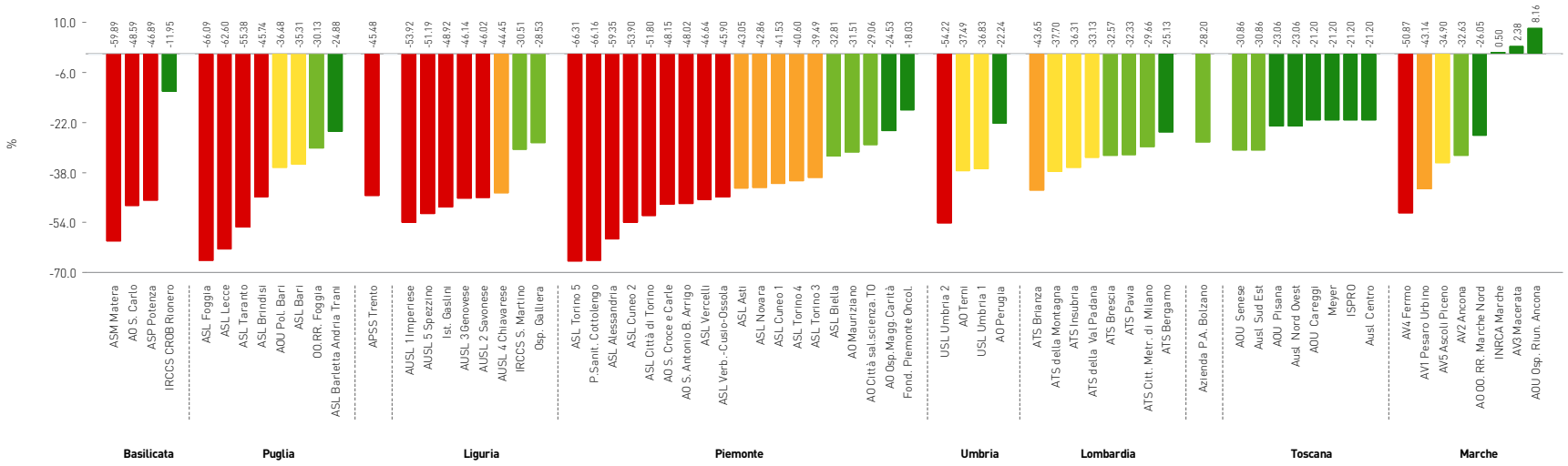


A.M26.R Volumi per visita di controllo dermatologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



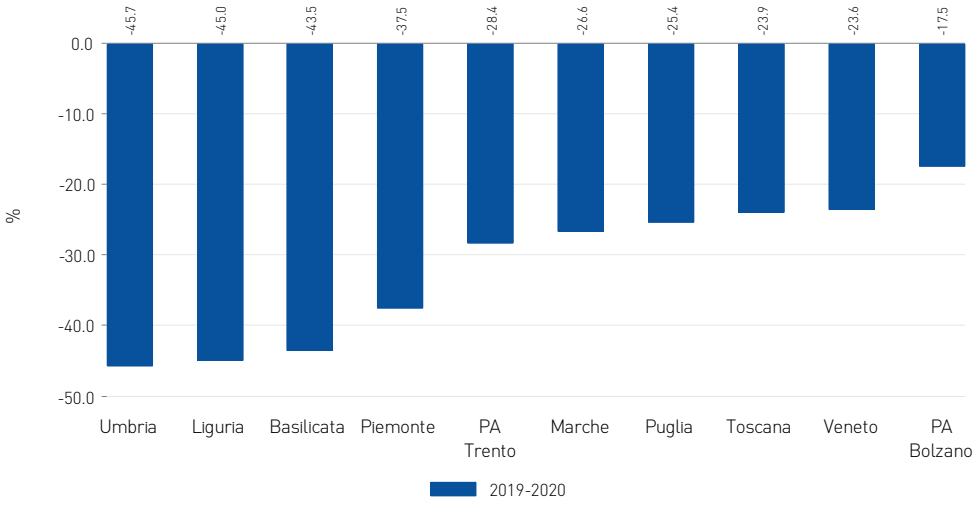


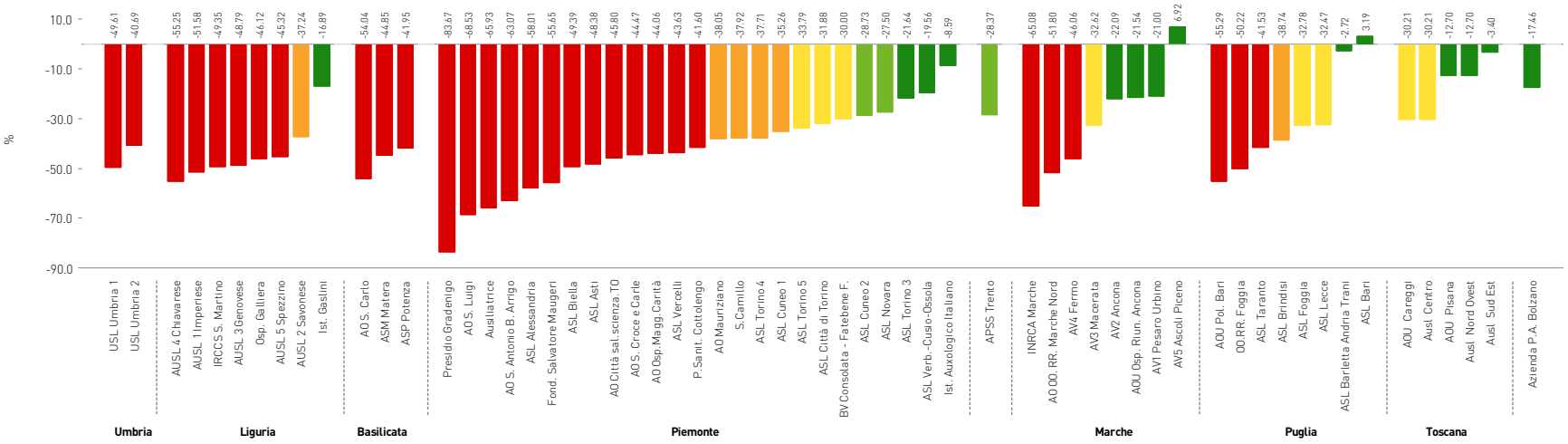


A.M27.R Volumi per visita di controllo fisiatrica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.

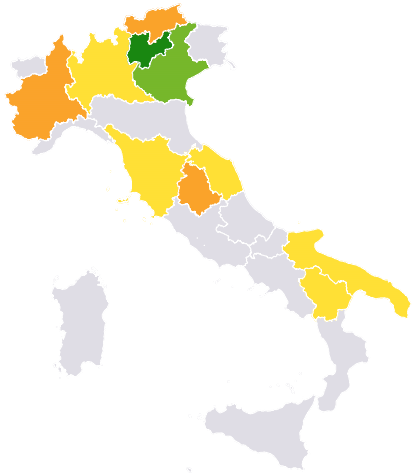


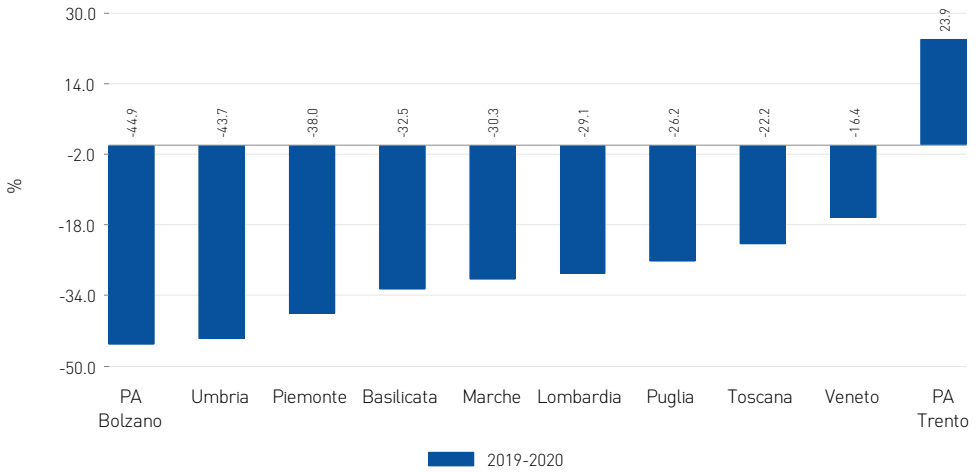


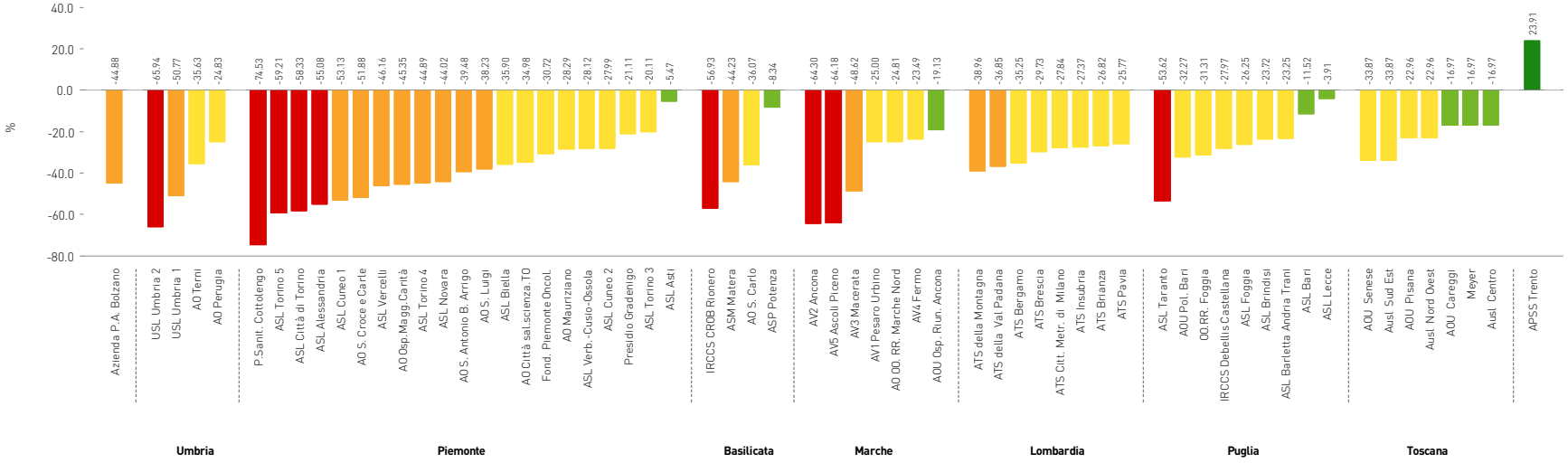


A.M28.R Volumi per visita di controllo gastroenterologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.

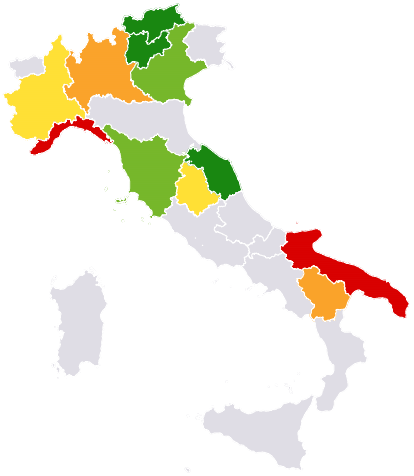


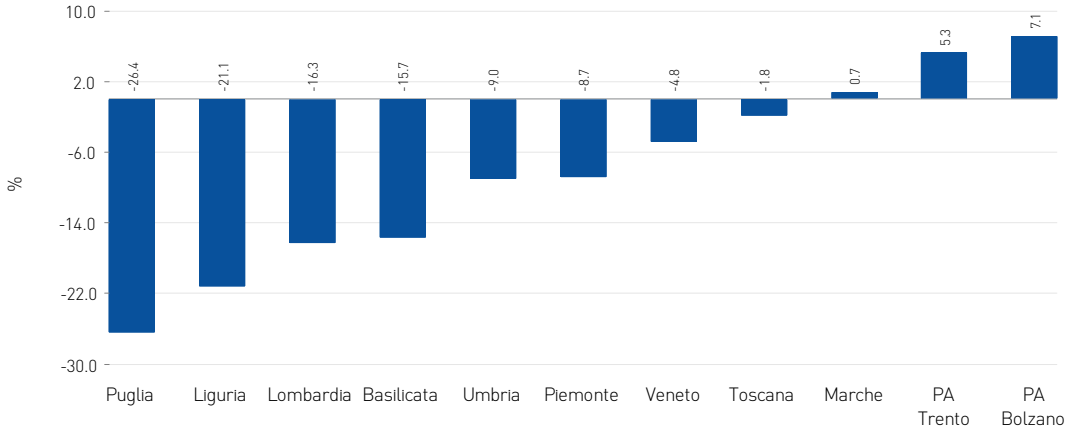


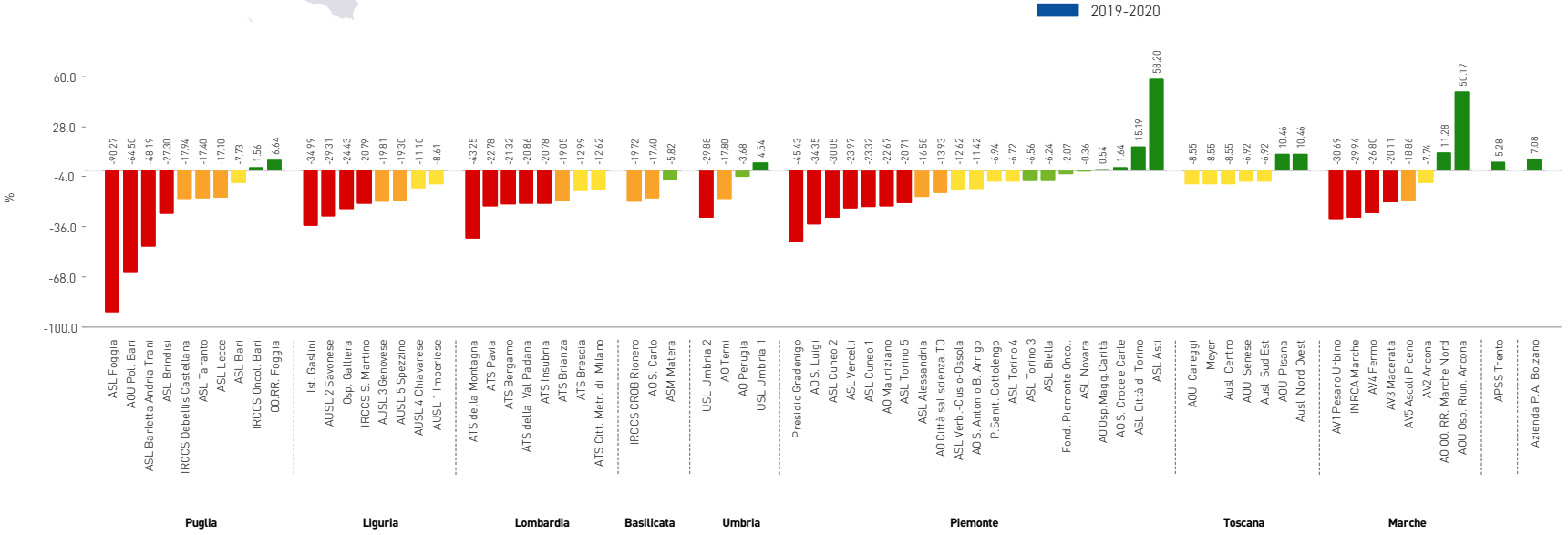


A.M29.R Volumi per visita di controllo oncologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



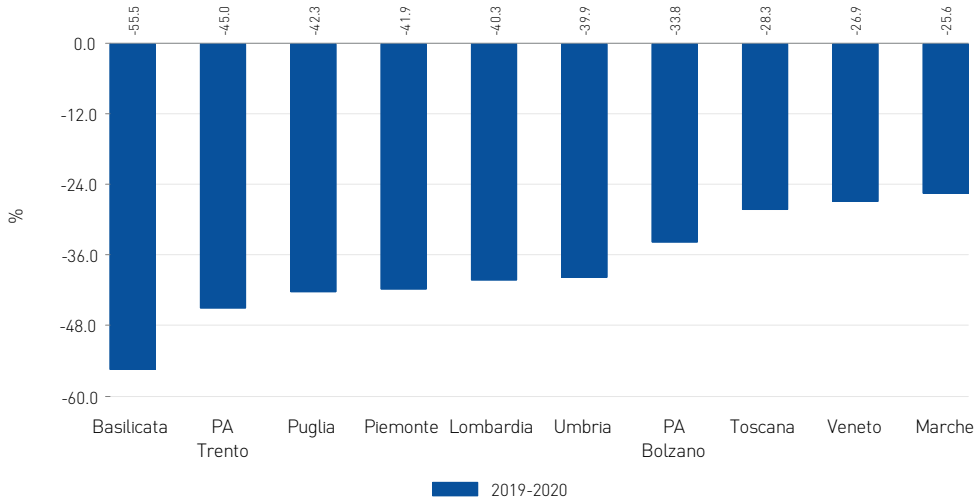


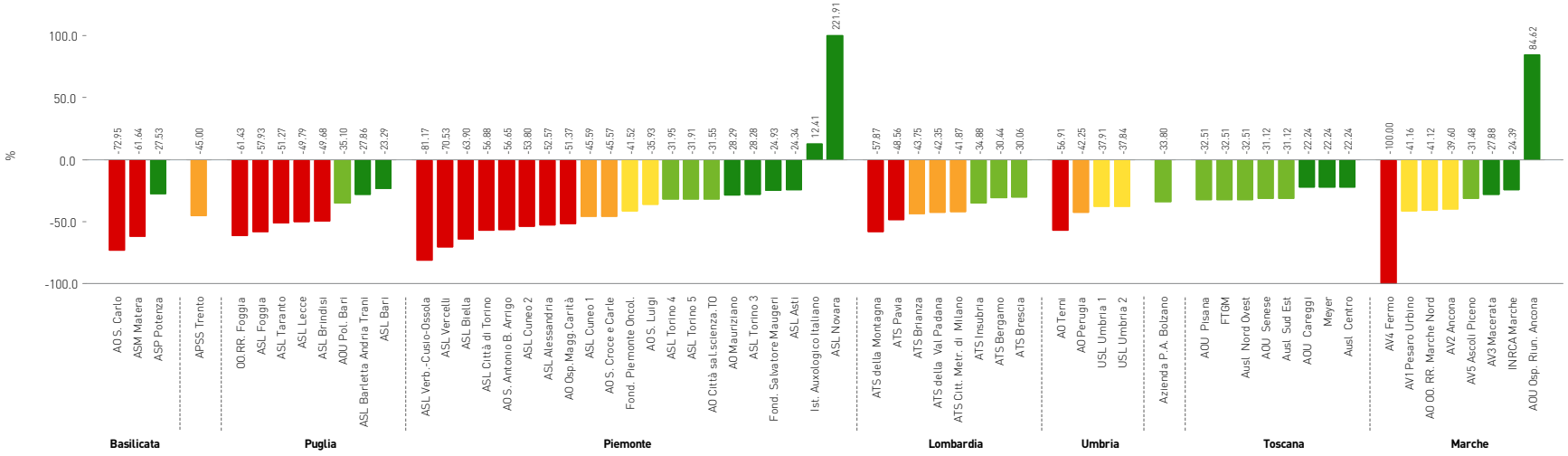


A.M30.R Volumi per visita di controllo pneumologica

La misurazione della variazione del numero di visite di controllo tra il 2019 e il 2020 permette di valutare il contributo offerto dal setting ambulatoriale rispetto alla resistenza e resilienza dei sistemi sanitari regionali di fronte alla pandemia.



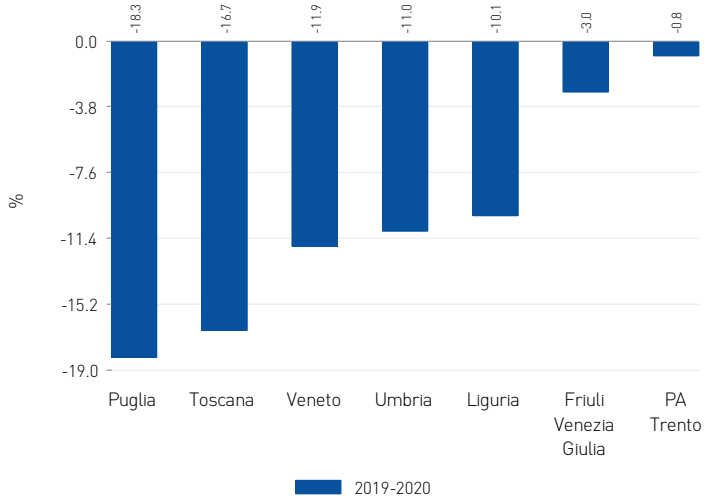


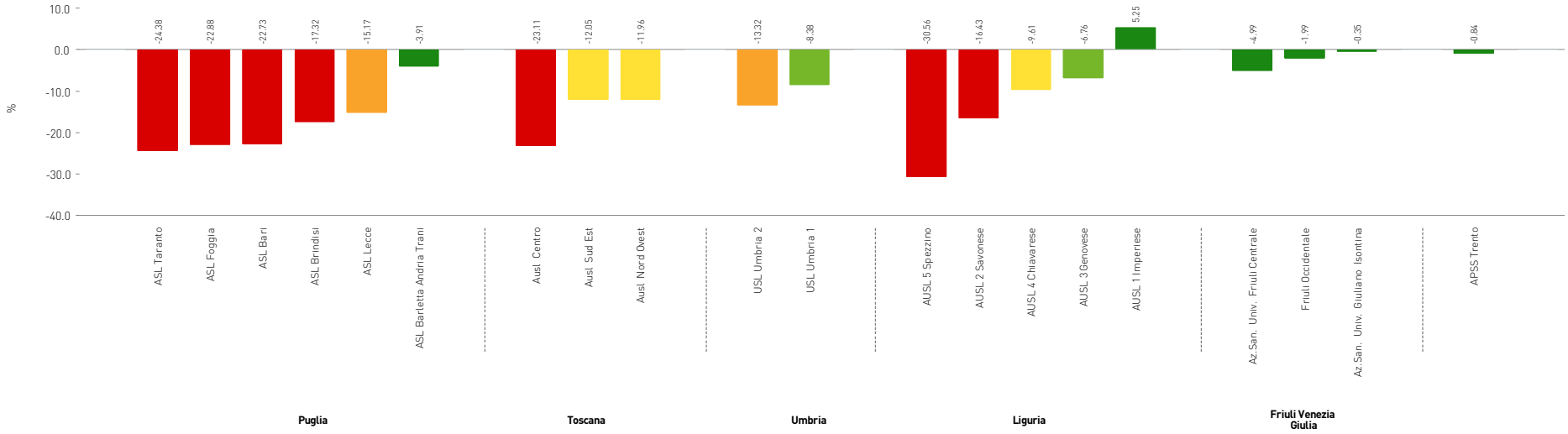


AD.M1.R Volumi per Accessi domiciliari ADI/ADP

La misurazione della variazione del numero di accessi domiciliari tra il 2019 e il 2020 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente della presa in carico territoriale.

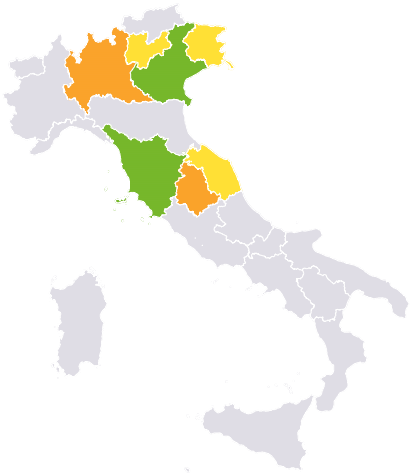


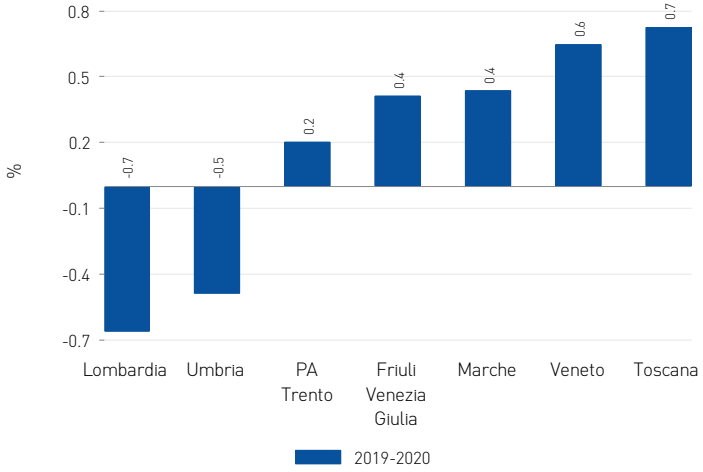


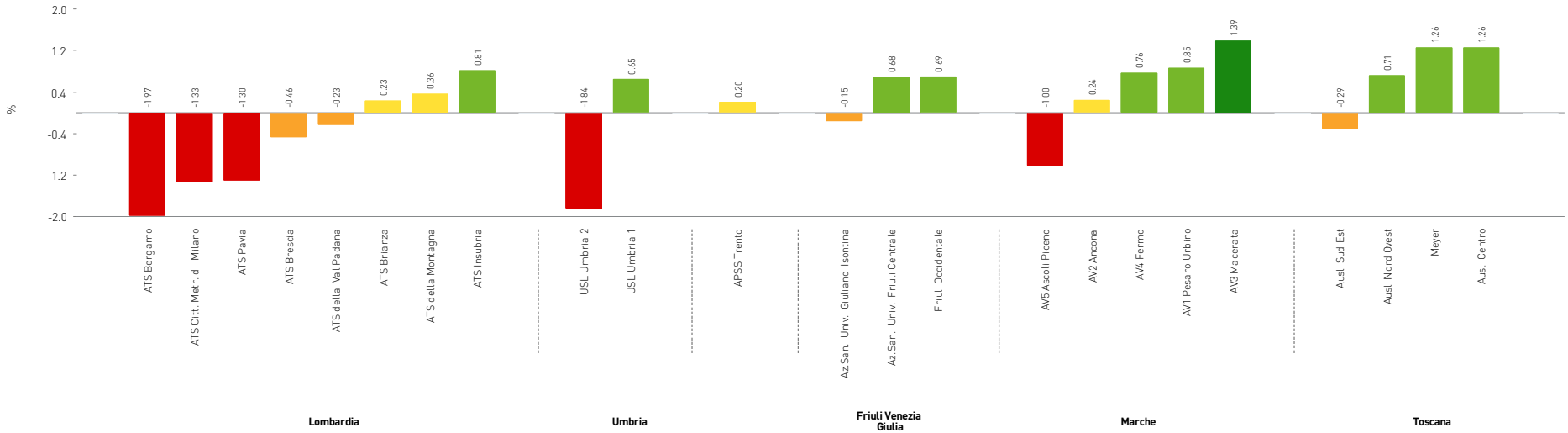


F.M1.R Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio

La misurazione della variazione dei livelli di consumo di specifiche classi farmaceutiche permette di valutare indirettamente la capacità dei sistemi sanitari regionali e aziendali di sostenere la presa in carico di specifiche classi di pazienti, anche in periodo pandemico.

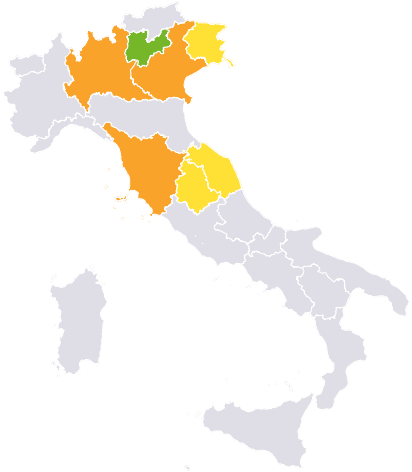


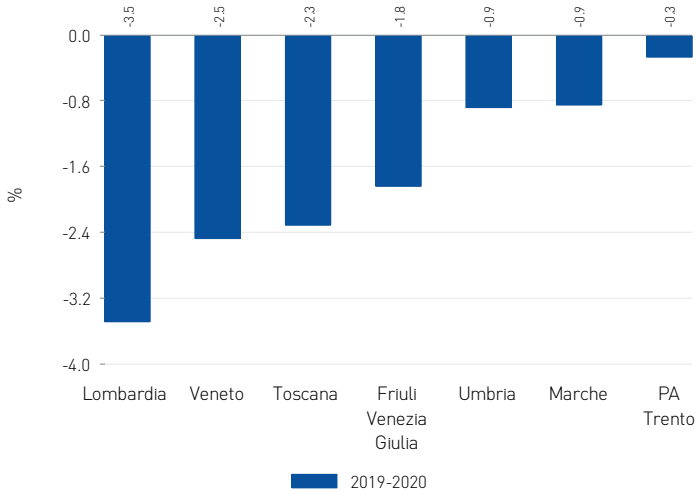


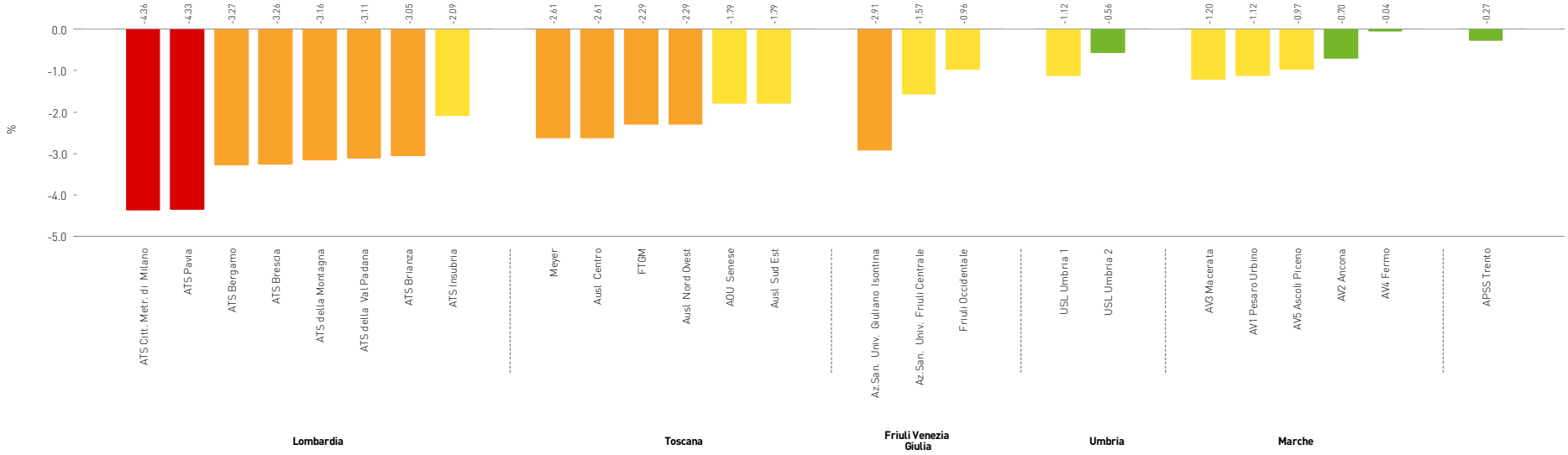


F.M2.R Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio

La misurazione della variazione dei livelli di consumo di specifiche classi farmaceutiche permette di valutare indirettamente la capacità dei sistemi sanitari regionali e aziendali di sostenere la presa in carico di specifiche classi di pazienti, anche in periodo pandemico.



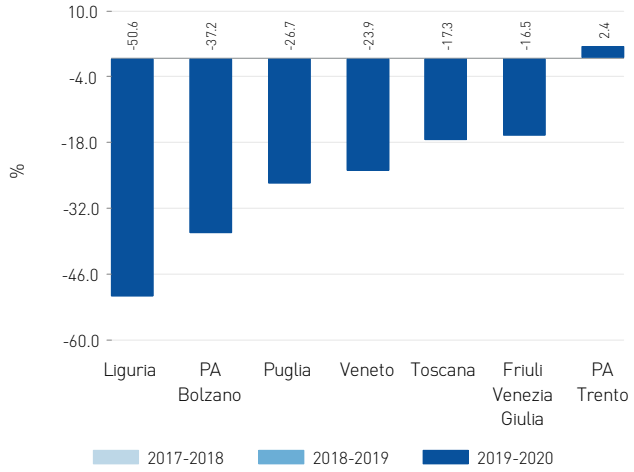


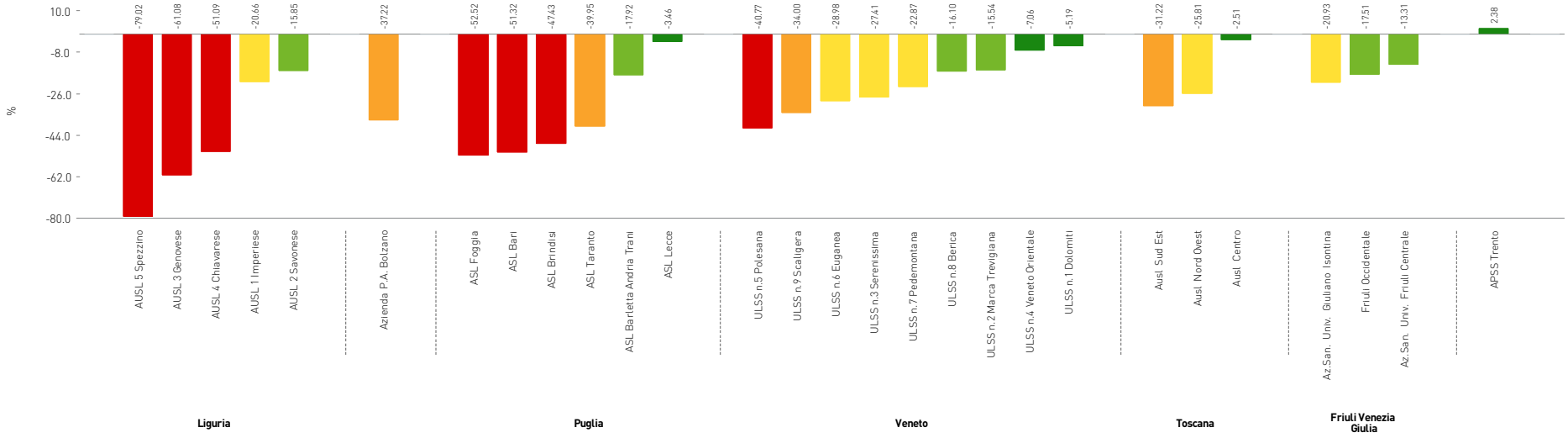


B5.1.2R Andamento dei volumi screening mammografico

La misurazione della variazione del numero di screening oncologici tra il 2019 e il 2020 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente del percorso oncologico.



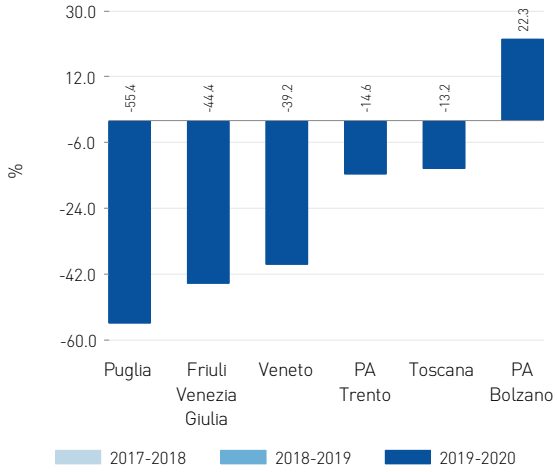


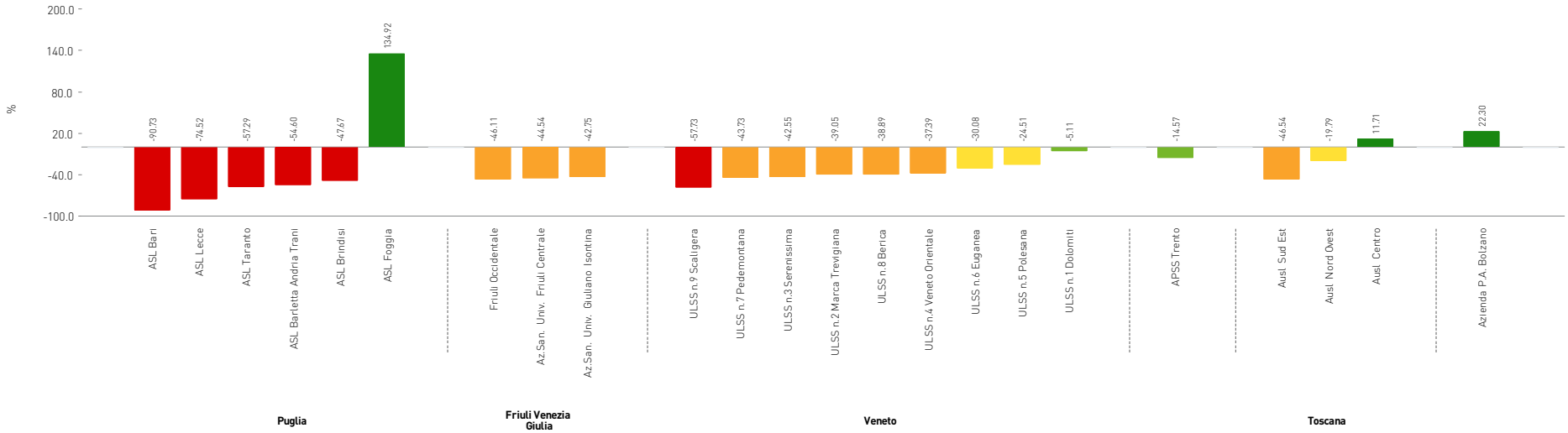


B5.2.2R Andamento volumi screening cervice uterina

La misurazione della variazione del numero di screening oncologici tra il 2019 e il 2020 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente del percorso oncologico.

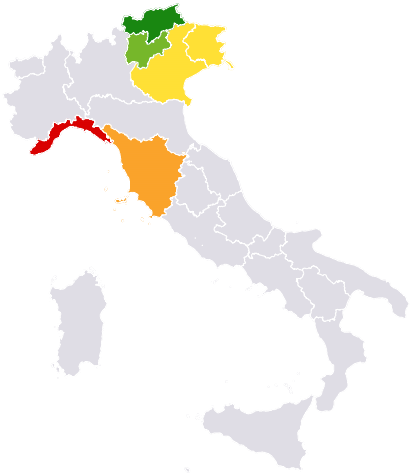


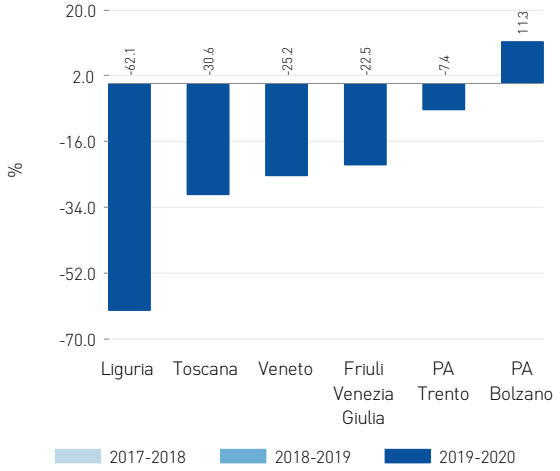


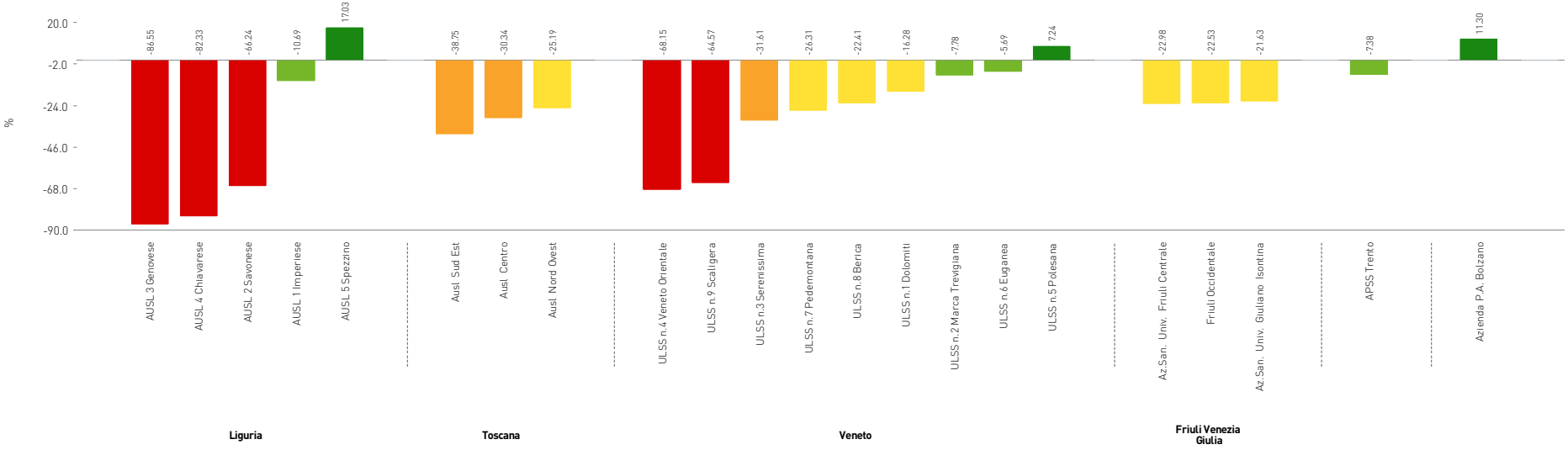


B5.3.2R Andamento volumi screening colorettale

La misurazione della variazione del numero di screening oncologici tra il 2019 e il 2020 permette di valutare la capacità di tenuta di questa importante componente del percorso oncologico.







5

BIBLIOGRAFIA

management sanità

Bibliografia

Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", Accounting, Organizations and Society, 16(2), pp. 105-120

Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", Accounting, Organizations and Society, 20(1), pp. 1-17

Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo http://www.agenziafarmaco.it

Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo http://www.agenziafarmaco.it

Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo http://www.agenziafarmaco.it

Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", Financial Accountability & Management, 17 (1), pp. 23-40

AIOM-AIRTUM. (2014), I numeri del cancro in Italia 2014, disponibile all'indirizzo http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf

Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), Economia Aziendale, Il Mulino, Bologna

Audiweb (2016), Total digital audience, Report Gennaio 2016

Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", Healthcare Policy, 1(4), pp. 35-42

Basaglia S., Paolino C. (2015), Clima aziendale: crescere dando voce alle persone, EGEA, Milano

Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", Academic Emergency Medicine, 16, pp. 1–10

Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf

Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", British Journal of General Practice, 52, pp. 1004-1006

Cerasuolo D., Campani A., Sinigaglia M.G., Seghieri C. (2008), "La valutazione interna", in Nuti S. (a cura di), La valutazione della performance in Sanità, Il Mulino, Bologna

Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", Journal of Management in Medicine, 16, p. 345

Ciappei C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., Il governo imprenditoriale, Firenze University Press, Firenze

Cisco Visual Networking Index (2015), Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015–2020 White Paper

Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", Emergency Medicine Journal, 29,8, pp. 617-621

Cramer J.A, Rosenheck R. (1998), "Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders", Psychiatr Serv, Volume 49, Issue 2, pp. 196-201, http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196

Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", Journal of Nursing Administration, 28(5), pp. 39-46

De Mauro T. (1994), Com'è nato il vocabolario di base, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-55

De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua, Roma, Aracne

De Mauro, T., et al. (1993), Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP), Milano, Etaslibri

EU Expert Group on Health System Performance Assessment (2020)

EURO-PERISTAT Project (May 2013), European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010, 60-2, disponibile all'indirizzo http//www.europeristat.com

Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", Diabetes Care, 32(5), pp. 822-827

Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", Annals of Surgery, 233(5), pp. 704-715

Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf

Franchina V., Vacca R. (1986), Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore, in Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione, Linguaggi, a. III, n. 3, pp. 47-49

Freeman, R.K., American College of Obstericians and Gynecologists, Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), Evaluation of Cesarean Delivery, ACOG, Washington D.C.

Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", Journal of the American Medical Association, 294, pp. 2712-2719

Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)

Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione. Linee guida online

Health Canada (2001), Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act

Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", Emergency Medicine Journal, 29, pp. 437-443

ISTAT (2002), La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000, ISTAT, Roma

ISTAT (2014), Cittadini e nuove tecnologie, Report 2014

Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", California Management Review, 4, pp. 53-79

Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", Harvard Business Review, 74, pp. 75-85

Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", Emergency Medicine Australasia, 20(4), pp. 306-313

Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmothy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), Managing preexisting diabetes and pregnancy, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)

Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", Journal of Business and Psychology, 18(1), 73-99
Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", Surgical Clinics of North America, Dec. 88(6), pp. 1295-313
Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana, Scuola e Città, 3(31), pp. 57-68
Lynch R.L., Cross K.F. (1993), Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività, Franco Angeli Editore, Milano
Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", Mecosan, 74, pp.3-18
Mastidoro N., Amizzoni A. (1993), Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni, Bollettino della Società Filosofica Italiana, 149, pp. 49-46
Mazzoleni, F., et al. (2011), "Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale", Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 5, pp. 11-16
McKee M., Healy J. (2002), Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", Southern Medical Journey, vol. 97(8), pp. 729-733
McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), Benchmarking: a tool for continuous improvement, Harper Business, New York
Ministero della Salute (2010), Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
Ministero della Salute, Progetto SIVEAS, disponibile all'indirizzo http://salute.gov.it
Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", The International Journal of Health Planning and Management, 29(3), pp. 247-260
National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", NIH Consensus Statement, September 14-16, disponibile all'indirizzo http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm
Nutbeam D. (1998), "Health promotion glossary", in Health promotion international, Oxford University Press, vol. 13(4), pp. 349-364
Nuti S. (2005), Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane, in Baraldi S. (a cura di), Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, Mc Graw Hill, Milano
Nuti S. (a cura di) (2008), La valutazione della performance in Sanità, Il Mulino, Bologna
Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", Salute e Territorio, 158(1), pp. 303-306
Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", International Journal of Integrated Care, 16(2)
Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), I risultati delle Aziende 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, 1, pp. 119-139
Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana, Edizioni ETS, Pisa
Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", Health Policy, 95(2-3), pp. 137-143
Nuti S., Vinci A., Vola F. (2021), "Stato e Regioni: la Performance dei Sistemi sanitari regionali", La Rivista delle Politiche Sociali, 2(1), pp.99-125
OECD (2009), Health at glance 2009. OECD Indicators, OECD
OECD (2011), Health at glance 2011. OECD Indicators, OECD
OECD (2016), Engaging Public Employees for a high performing civil service, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
OHA (1999), Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
OHA (2006), The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), Rapporto Osservasalute 2004, Osservasalute, Roma
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), Rapporto Osservasalute 2009, Osservasalute, Roma
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2012), Rapporto Osservasalute 2011, Osservasalute, Roma
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2016), Rapporto Osservasalute 2015, Osservasalute, Roma
Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), Il quaderno del Pronto Soccorso, Polistampa Editore, Firenze
Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", Health Care Finance, 27(3), pp. 1-20
Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", British Medical Journal – Quality and Safety, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
Politecnico di Milano (2016), Osservatorio Mobile & App Economy
Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", The Journal of Emergency Medicine, 42(2), pp. 186-196

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

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:

Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Maggiali, A., Zoppi, P. (2020), "Meaningful Words: Why the Importance of Nurses and Midwives Has Never Been Greater", Nursing Economics
Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Zoppi, P. (2021), "La resilienza del sistema sanitario ai tempi della pandemia di covid-19: il caso delle opportunità colte dall'Azienda Usl Toscana Centro", Politiche Sanitarie, 22(1)
Barsanti, S., & Guarneri, F. (2020), "Chronic disease management: Discussing the perspectives of general practitioners in Italy", Health Services Management Research, 33(1), pp. 13-23
Barsanti, S., Vola, F., & Bonciani, M. (2020), "Trade union or trait d'union? Setting targets for general practitioners: A regional case study", The International Journal of Health Planning and Management, 35(1), pp. 262-279
Battaglio, R. P., Bellé, N., Cantarelli, P. (2021), "Self-determination theory goes public: experimental evidence on the causal relationship between psychological needs and job satisfaction", Public Management Review
Bonciani, M., Corazza, I., Lupi, B., De Rosis, S. (2020), "How to Improve the Maternal Pathway for Migrant Women: Insights for Retention Strategies from Tuscany Region", Micro & Macro Marketing
Borghini, A., Corazza, I., Nuti, S. (2020), "Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway", International Journal of Environmental Research and Public Health
Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. and Vainieri, M. (2021), "Response to COVID-19: Was Italy (un) prepared?", Health Economics, Policy and Law
Coletta L., Murante A.M. (2019), The continuous collection of user experience for timely addressing critical factors of the hospital journey. 22th Excellence in Services International Conference (Eisic), ISBN 978-88-9043-279-8.
Coletta, L., Vainieri, M., Noto, G., Murante, A.M. (2021), "Assessing inter-organizational performance through customer value: a literature review", Journal of Business & Industrial Marketing
Corazza, I., Gilmore, K.J., Bonciani, M., De Rosis, S. (2019), "Building big data from experience: a new

model for prems collection and utilization". Jerusalem Conference on Health Policy. Israel Journal of Health Policy Research, 8(1), 168.
Corazza, I., Jamieson Gilmore, K., Menegazzo, F., Abols, V. (2021), "Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals", BMC Health Services Research
Corazza, I., Pennucci, F., De Rosis, S. (2021), "Promoting healthy eating habits among youth according to their preferences: Indications from a discrete choice experiment in Tuscany", Health Policy
De Rosis, S., Cerasuolo, D., & Nuti, S. (2020), "Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. BMC health services research", 20, pp. 1-17
De Rosis, S., Corazza, I., Pennucci, F. (2020), "Physical Activity in the Daily Life of Adolescents: Factors Affecting Healthy Choices from a Discrete Choice Experiment", International Journal of Environmental Research and Public Health
De Rosis, S., Guidotti, E., Zuccarino, S., Venturi, G., & Ferré, F. (2020), "Waiting time information in the Italian NHS: A citizen perspective", Health Policy.
De Rosis, S., Murante, A. M. (2019), "La valutazione della performance dei servizi sanitari attraverso gli occhi degli utenti. Focus sulla protezione dei dati", Rivista Italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario, 243-249.
De Rosis, S., Pennucci, F., & Nuti, S. (2019), "From Experience and Outcome Measurement to the Health Professionals' Engagement", Micro & Macro Marketing, 28(3), pp. 493-520.
De Rosis, S., Pennucci, F., & Seghieri, C. (2019), "Segmenting Adolescents Around Social Influences on Their Eating Behavior: Findings From Italy", Social Marketing Quarterly, 25(4), pp. 256-274.
Gilmore, K. J., Pennucci, F., De Rosis, S., & Passino, C. (2019), "Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice", HealthcarePapers, 18(4), pp. 28-35
Gori, L., Lupi, E., Manfredi, P., & Sodini, M. (2020), "A contribution to the theory of economic development and the demographic transition: fertility reversal under the HIV epidemic", JODE-Journal of Demographic Economics, 86(2), pp. 125-155.
Guidotti, E., Vinci, B., Attanasio, F., Vola, F. (2020), "Effective tools to manage biosimilars prescription: The Italian experience", Health Policy and Technology
Horenberg, F., Lungu, D. A., Nuti, S. (2020), "Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals", Health Policy
Jamieson Gilmore, K., Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C. (2020), "Value in Healthcare and the Bibliografia e Pubblicazioni 456 Role of the Patient Voice", HealthcarePapers
Lenzi, J., Noto, G., Corazza, I., Lepiksone, J., Fantini, M. P. (2020), "Measuring the quality of care in small countries: the empirical analysis of 30-day mortality following acute myocardial infarction and ischaemic stroke in Latvia", Health Policy
Lopreite, M., Puliga, M., Riccaboni, M., De Rosis, S. (2021), "A social network analysis of the organizations focusing on tuberculosis, malaria and pneumonia", Social Science & Medicine
Lungu, D. A., Pennucci, F., De Rosis, S., Romano, G., & Melfi, F. (2020), "Implementing successful systematic Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in robotic oncological surgery—The role of physicians", The International Journal of Health Planning and Management, 35(3), pp. 773-787
Manetti, S., Vainieri, M., Guidotti, E., Zuccarino, S., Ferré, F., Morelli, M.S., Emdin, M. (2020), "Research protocol for the validation of a new portable technology for real-time continuous monitoring of Early Warning Score (EWS) in hospital practice and for an early-stage multistakeholder assessment", BMJ Open
Noto, G., Belardi, P., & Vainieri, M. (2020), "Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems" Health Policy
Nuti, S., Ferré, F., Seghieri, C., Foresi, E., & Stukel, T. A. (2020), "Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway", Health Policy, 124(1), pp. 44-51
Pennucci, F., De Rosis, S., & Nuti, S. (2019), "Can the jointly collection of PROMs and PREMs improve integrated care? The changing process of the assessment system for the hearth failure path in Tuscany Region", International Journal of Integrated Care (IJIC), 19
Pennucci, F., De Rosis, S., Murante, A.M., & Nuti, S. (2019), "Behavioural and social sciences to enhance the efficacy of health promotion interventions: Redesigning the role of professionals and people", Behavioural Public Policy, pp. 1-21
Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C. (2020), "Piloting a web-based systematic collection and reporting of patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures in chronic heart failure", BMJ Open
Pennucci, F., et al. (2019), The role of PROMs in managing geographical variation in orthopeadic elective surgery. WIC Conference.
Quattrone, F., Borghini, A., Emdin, M. e Nuti, S. (2020), "Protecting higher education institutions from COVID-19: insights from an Italian experience", J Am Coll Health
Quattrone, F., Vabanesi, M., Borghini, A., De Vito, G., Emdin, M., & Passino, C. (2020), "The value of hospital personnel serological screening in an integrated COVID-19 infection prevention and control strategy", Infection Control & Hospital Epidemiology, pp. 1-5
Schäfer, W. L., Boerma, W. G., van den Berg, M. J., De Maeseneer, J., De Rosis, S., Detollenaere, J., ... & Pavlič, D. R. (2019), "Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries", Primary Health Care Research & Development, 20
Seghieri, C., Lupi, E., Exarchos, T. P., Ferro, F., Tzioufas, A. G., & Baldini, C. (2019), "Variation in primary Sjögren's syndrome care among European countries", Clin Exp Rheumatol, 118(3), pp. 27-28
Seghieri, C., La Regina, M., Tanzini, M., Tartaglia, R. (2021), "Looking for the right balance between human and economic costs during COVID-19 outbreak", International Journal for Quality in Health Care
Tavoschi, L., Quattrone, F., D'Andrea, E., Ducange, P., Vabanesi, M., Marcelloni, F., & Lopalco, P. L. (2020), "Twitter as a sentinel tool to monitor public opinion on vaccination: an opinion mining analysis from September 2016 to August 2017 in Italy", Human Vaccines & Immunotherapeutics, 16(5), pp. 1062-1069
Vainieri, M., Ferrè, F., Manetti, S. (2021), "An Integrated Framework to Measure the Performance of Inter-Organizational Programme" on Health Technology Assessment", Sustainability, 13(7), p. 3873
Vainieri, M., Noto, G., Ferré, F., Rosella, L. C., (2020), "A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?", International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(15), p. 5590
Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020), "Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue?", BMC Health Services Research, 20(549)
Vainieri, M., Seghieri, C. e Barchielli, C. (2020), "Influences over Italian nurses' job satisfaction and willingness to recommend their workplace", Health Services Management Research, 34(2)
Vola, F., Vinci, B., Golinelli, D., Fantini, M.P., Vainieri, M. (2020), "Harnessing pharmaceutical inno-

vation for anti-cancer drugs: Some findings from the Italian regions", Health Policy, 124(12), pp. 1317-1324
Zuccarino, S., Fattore, G., Vitali, S., Antronaco, G., Frigerio, S., Colombo, M. (2020), "The Association between Education and Rehabilitation Outcomes: a Population Retrospective Observational Study", Archives of Gerontology and Geriatrics, 91(4), pp. 104218

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

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

Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

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

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

Creare valore in sanità, edito da ETS

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

Barsanti S., Rosa A. (2018), Il management della salute nel territorio. Competenze e strumenti nell'esperienza della Regione Toscana
Borghini A., Vola F., Nuti S. (2019), Dall'individuazione alla valorizzazione delle best practice. L'esperienza del sistema di valutazione dei servizi sanitari regionali a supporto della diffusione dell'eccellenza
Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), La sanità come volano dello sviluppo economico
Niccolai F., Nuti S. (2012), Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale
Nuti S. (2005), Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto
Nuti S., Furlan M. (2012), La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità
Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana – Una sfida aperta
Vainieri, M., Coletta, L., Noto, G. (2021), Analisi e strumenti per la gestione della performance nei servizi sanitari di supporto. Il caso degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

I quaderni, editi da Polistampa

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

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

Note

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

