

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

REPORT 2016



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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

REPORT 2016

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

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

© Copyright 2017 Laboratorio MeS

ISBN 978-88-6995-313-2



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

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

Coordinamento: Federico Vola, Daniel Adrian Lungu

Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo

Supervisione statistica: Giuseppe D’Orio

Coordinamento per la redazione del Report: Andrea Livraghi

Team di ricerca: Pietro Amat, Francesco Attanasio, Sara Barsanti, Nicola Bellè, Letizia Bertoli, Cristiana Bettelli, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Francesca Brocchini, Gianluca Cafagna, Iliaria Corazza, Federica Covre, Sabina De Rosis, Francesca Ferrè, Manuela Furlan, Giorgio Giacomelli, Alessandro Giari, Tommaso Grillo Ruggieri, Francesca Guarneri, Nicola Iacovino, Maria Mateos Irigoyen, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Nicola Nenci, Guido Noto, Linda Palatella, Elisa Palermo, Cinzia Panero, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Francesca Pennucci, Silvia Podetti, Fabio Pratelli, Giorgio Presicce, Maria Cristina Rizzo, Antonella Rosa, Valentina Rosellini, Chiara Salsiri, Chiara Seghieri, Simone Ticciati, Milena Vainieri, Bruna Vinci.

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

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

Regione Emilia Romagna: Kyriakoula Petropulacos, Eleonora Verdini, Claudio Voci, Stefano Sforza, Chiara Ventura, Sergio Battaglia, Camilla Lupi, Marzia Cavazza, Monica Fiorini, Lucia Nironi, Antonio Brambilla, Andrea Donatini, Aurora Puccini, Iliaria Mazzetti, Patrizio Di Denia, Silvana Borsari, Vittorio Basevi, Simona Di Mario, Mila Ferri, Alessio Saponaro, Anselmo Campagna, Adriana Giannini, Rossana Mignani, Priscilla Sassoli De Bianchi, Erika Massimiliani, Andrea Mattivi, Gabriella Frasca, Giuliano Carrozzini, Lara Bolognesi, Davide Ferrari.

Regione Friuli Venezia Giulia: Loris Zanier, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Sara Anzilutti, Marzia Cicuttini, Caterina Morassutto, Linda Gallo, Barbara Alessandrini.

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

Regione Lombardia: Maurizio Bersani, Danilo Cereda, Giovanni Daverio, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Luca Merlino, Gjiliola Cukaj.

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

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

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

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

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

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

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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Introduzione	7	Gli indicatori 2016*	81
Metodologia e rappresentazione dei risultati nel confronto regionale	13	Lo stato di salute della popolazione	83
		Efficienza e sostenibilità	93
I risultati 2016	31	Utenza, personale e comunicazione	99
La performance della Regione Basilicata	32	Strategie sanitarie regionali	109
La performance della Provincia Autonoma di Bolzano	36	Emergenza-urgenza	131
La performance della Regione Emilia Romagna	40	Prevenzione collettiva	139
La performance della Regione Friuli Venezia Giulia	44	Governo e qualità dell'offerta	145
La performance della Regione Liguria	48	Assistenza farmaceutica	205
La performance della Regione Lombardia	52	Bibliografia	227
La performance della Regione Marche	56		
La performance della Regione Puglia	60		
La performance della Regione Toscana	64		
La performance della Provincia Autonoma di Trento	68		
La performance della Regione Umbria	72		
La performance della Regione Veneto	76		

* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 2), riportata alle pagine 16 e seguenti del presente Report.

1

INTRODUZIONE

LA VALUTAZIONE NELLA SANITA' PUBBLICA: ALCUNE PREMESSE VALORIALI CONDIVISE

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

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

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

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

Lo sforzo di misurazione dei risultati diventa determinante in questa fase storica, caratterizzata da una rilevante crisi economica. La riduzione delle risorse disponibili può, infatti, spingere il sistema sanitario italiano ad adottare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, senza consapevolezza di ciò che questa politica determina. La misurazione dei risultati, soprattutto relativamente all'appropriatezza, deve fornire informazioni sugli ambiti in cui intervenire, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse, verso servizi a maggior valore aggiunto per il cittadino.⁴

Il sistema di valutazione, partito in Toscana nel 2005, è stato quindi adottato nel 2008 anche dalla Regione Liguria, nel 2009 dalle Regioni Piemonte e Umbria e negli anni successivi da Valle d'Aosta, Provincia Autonoma Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Marche e Basilicata. Nel 2011 il Piemonte e la Valle d'Aosta hanno scelto di non fare più

parte del *Network*; successivamente, hanno aderito Veneto, Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia. Infine nel 2015 hanno aderito la Lombardia e la Puglia. Il confronto non è più, quindi, solo a livello regionale, ma inter-regionale. Alcuni indicatori monitorati sono chiaramente differenti perché diverse possono essere le priorità strategiche e il contesto di ciascuna Regione, ma la maggior parte sono misure condivise perché, al di là dei modelli organizzativi adottati dal sistema regionale, le Regioni sono chiamate a rispondere ai cittadini sugli stessi obiettivi di appropriatezza, qualità ed efficienza. La misurazione sistematica dei risultati a confronto interregionale permette di verificare la validità delle scelte di assetto organizzativo adottate.

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

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

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

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

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

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

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

tra il risultato conseguito dalla singola istituzione e dagli altri soggetti è, infatti, possibile individuare gli obiettivi effettivamente perseguibili, perché già raggiunti da altri.

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

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

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

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

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

Non vi è dubbio che in questi ultimi anni la nostra società sia estremamente cambiata, grazie all'evoluzione sorprendente delle tecnologie, alla riduzione dei costi dell'informazione che ha modificato profondamente i processi di comunicazione dentro e fuori la Pubblica Amministrazione, agli stili di vita stessi delle persone. Le esigenze della popolazione certamente non sono diminuite, anzi, ma l'evoluzione della società ha cambiato il *set* di risposte che le istituzioni possono fornire. In questa prospettiva, è dovere del sistema sanitario pubblico, sulla base della valutazione dei risultati conseguiti e delle evidenze che emergono dal confronto, riorganizzare i servizi, in modo da garantire una risposta adeguata ai bisogni, con la massima produttività delle risorse in termini di servizio reso. Sapendo prioritizzare le azioni da realizzare e tenendo sempre conto della qualità da garantire ai cittadini, l'offerta da parte delle organizzazioni pubbliche può prevedere nuovi servizi ma anche richiedere la riduzione o chiusura di altri, che non garantiscano ritorni adeguati.⁵ I servizi devono adattarsi all'evoluzione dei bisogni e non alle esigenze degli operatori. In questa prospettiva, ben venga una politica di trasparenza e di informazione, basata su evidenze e numeri, che permetta una valutazione corretta delle scelte del sistema e che aiuti il cittadino a capire le motivazioni delle decisioni prese. Si tratta di attivare un vero e proprio cambiamento culturale. Al sistema sanitario non mancano la creatività e la capacità progettuale: molti sono i piani e le iniziative avviate, poche le verifiche attuate e quasi nessuna supportata dai numeri. La sfida è di acquisire anche per il settore pubblico la capacità sistematica di realizzare scelte basate sulle *evidenze*.

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

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

responsabilizzare sui risultati, sia per avere un supporto decisionale per allocare le risorse sulla base delle evidenze.

In molte realtà pubbliche che erogano servizi, il ragionamento in fase di *budget* è sempre orientato alla richiesta di risorse aggiuntive e regolarmente si afferma che, con quelle assegnate, "non si può far di più, vi è bisogno di più risorse". Nelle negoziazioni fa raramente capolino il ragionamento sul dove si possano risparmiare risorse, al fine di allocare queste in ambiti con più bisogno. Non si osa spostare niente; si aggiunge ma non si sposta. Riallocare risorse vuol dire attivare dei processi di cambiamento che possono mettere in crisi la situazione di equilibrio del potere. I numeri, invece, possono dare a chi deve assumere delle decisioni la forza necessaria ad attivare i processi di riallocazione delle risorse.⁶ Questo perché, se non riallochiamo, non solo non sarà possibile mantenere la sostenibilità del sistema sanitario pubblico, ma nemmeno adattarlo ai mutamenti in atto nei bisogni dei cittadini.

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

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

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

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

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

debellate, le resistenze ciclicamente si ripresentano, perché fanno parte della difficoltà umana a mettersi in discussione, ad accettare un riscontro sul proprio operato, che non sempre rende giustizia dello sforzo e dell'impegno profusi.

Con questi presupposti, dal 2004 nel sistema sanitario della Regione Toscana è stato introdotto il sistema di valutazione della *performance*, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che misura i risultati conseguiti, in ottica multidimensionale, in tutte le Aziende sanitarie, comprese quelle ospedaliero-universitarie. Si tratta di un sistema che è diventato nel tempo uno strumento fondamentale, che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale.⁸

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

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

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

Oltre al bersaglio e alle relative mappe di *performance*, troverete in questo Report un nuovo strumento di rappresentazione della *performance*. Pur se efficace nel rappresentare i punti di forza e di debolezza della *performance* di un sistema sanitario regionale o di una Asl, il bersaglio è infatti ancora costruito partendo dalla prospettiva della struttura

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

organizzativa da valutare. Provando invece ad adottare la prospettiva del paziente e provando a valutare la *performance* mediante i suoi occhi, è stata proposta una nuova modalità di rappresentazione dei risultati, capace di suonare "la musica del paziente". Sempre quindi adottando una metafora positiva, che riteniamo strumento essenziale per supportare i processi di miglioramento basati sulla motivazione ed adesione dei professionisti sanitari, accanto al bersaglio sono stati predisposti dei "pentagrammi" a cinque fasce, capaci di rappresentare le diverse fasi dei percorsi assistenziali principali dei pazienti. L'obiettivo è di superare la logica dei *setting* assistenziali contrapposti, a favore di una rappresentazione che supporti la crescita della consapevolezza di tutti gli operatori sulla necessità di garantire la continuità delle cure e la condivisione della presa in carico del paziente fase dopo fase. Negli anni futuri la sfida sarà di potenziare sempre più questa prospettiva, includendo nella valutazione dei percorsi anche l'esperienza e gli esiti valutati dai pazienti (PREMS e PROMS).

2

METODOLOGIA E RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI NEL CONFRONTO REGIONALE

Introduzione

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

L'obiettivo del *Network* è quello di condividere un sistema di valutazione dei sistemi sanitari regionali, attraverso il confronto di un *set* di indicatori comuni. Il sistema multidimensionale di valutazione della *performance* adottato dalle Regioni prende avvio da quanto già progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e implementato con successo dalla Regione Toscana, a partire dal 2004. Il Laboratorio MeS ha infatti iniziato nel 2002 un percorso congiunto con la Regione Toscana per la progettazione del sistema di valutazione, che è stato oggetto di brevetto con titolarità condivisa.¹

Con l'avvio del *Network delle Regioni*, il sistema si è adattato alle peculiarità delle Regioni che nel corso degli anni hanno aderito all'iniziativa: il risultato del percorso di condivisione è la definizione di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della *performance* dei sistemi sanitari regionali. L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni e i ricercatori degli enti universitari coinvolti nel progetto (il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna, il Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica Utilità dell'Università degli Studi di Milano - Bicocca), articolato in tavoli di lavoro tematici, promossi e coordinati dal Laboratorio MeS.

La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni una piattaforma informatica per il caricamento, la normalizzazione/validazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. L'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia ETL, progettata dal Laboratorio MeS. I risultati sono pubblicamente consultabili all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval, previa registrazione automatica.

Nel 2014 è stato istituito un ulteriore livello di confronto – un “*Network nel Network*” – dedicato allo sviluppo ed elaborazione di un *set* di indicatori volti a valutare la capacità delle Aziende Ospedaliere Universitarie di assolvere alla propria triplice missione (assistenza, formazione e ricerca): i risultati 2016 sono liberamente consultabili sia *online*

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

(www.performance.sssup.it/netval), sia su stampa (Nutri et al., 2017).

Al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano e che rappresentano tra le determinanti più significative della *performance* stessa, negli anni più recenti un forte impulso è stato dato 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 250.000 professionisti (vedi Tabella 1).

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

Tabella 1. Le indagini di clima interno recentemente promosse dal Laboratorio MeS

Anno	Ambito	N. aziende/enti coinvolti	N. dipendenti coinvolti
2014	Aziende del SSR Toscana	18	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	Aziende 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

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

Dal 2015, inoltre, il processo di restituzione alle Regioni dei dati a confronto si avvale di tecnologia API (*Application Programming Interface*): questo strumento mette a disposizione degli sviluppatori *software* un catalogo di servizi, realizzati con la tecnologia dei *web service*, che consente di interrogare il sistema di valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali.²

L'architettura del sistema di valutazione

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

Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della *performance* dei sistemi sanitari regionali, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi, per un totale di circa 300 indicatori (vedi tabella 2). La cernita degli indicatori è volta a evidenziare gli aspetti fondamentali della *performance* in un sistema complesso quale quello sanitario:

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

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

- fa leva su un ampio spettro dei flussi amministrativi disponibili a livello nazionale – dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ai bilanci, al Flusso delle Prestazioni Ambulatoriali, a quello 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), etc.;

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

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2016, per quanto una minoranza di essi si riferisca 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.

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

Figura 1. Le fasce di valutazione

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

Gli indicatori sono raggruppati tramite strutture "ad albero" in circa 30 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.

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

Tabella 2. *Elenco degli indicatori 2016, condivisi dal Network delle Regioni*

In corsivo gli indicatori di osservazione

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

In blu gli indicatori sviluppati per la valutazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, non riportati nella presente pubblicazione ma consultabili nel Report *ad hoc* (Nutri et al., 2017) e all'indirizzo www.performance.sssp.it/netval

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

		Estremi delle fasce di valutazione											
Stato di salute della popolazione		Pesatura	Pagina	3,6 4,2		3 3,6		2,4 3		1,8 2,4		1,2 1,8	
A1	Mortalità Infantile												
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	100%	84	3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8
A1.2	<i>Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)</i>												
A1.3	<i>Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)</i>												
A2	Mortalità per tumori	100%	85	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233
A3	Mortalità per malattie circolatorie	100%	86	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299
A4	Mortalità per suicidi	100%	87	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6
A10	Stili di vita (PASSI)												
A6.1.1	Percentuale di sedentari	25%	88	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15
A6.2.1	Percentuale di persone sovrappeso e obese	25%	89	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34
A6.3.1	Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio	25%	90	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10
A6.4.1	Percentuale di fumatori	25%	91	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24
Efficienza e sostenibilità													
F17	Costo sanitario pro-capite	100%	94	1971	2136	1806	1971	1641	1806	1476	1641	1311	1476
F17.1	<i>Costo pro-capite assistenza ospedaliera</i>												
F17.1.1	<i>Costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria(DH)IDS</i>												
F17.2	<i>Costo pro-capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i>												
F17.3	<i>Costo pro-capite assistenza distrettuale</i>												
F17.3.1	<i>Costo pro-capite assistenza specialistica</i>												
F17.3.1.1	<i>Costo pro-capite diagnostica strumentale e per immagini</i>												
F17.3.2	<i>Costo pro-capite assistenza sanitaria di medicina generale</i>												
F17.3.2.1	<i>Costo pro-capite per assistenza MMG</i>												
F17.3.2.2	<i>Costo pro-capite per assistenza PLS</i>												
F18	Costo medio per punto DRG												
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti	100%	95	5747,72	6596,15	4899,29	5747,72	4050,86	4899,29	3202,43	4050,86	2354,01	3202,43
F1	Equilibrio Economico Reddittuale												
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi [legge di stabilità n.208/2015]	100%		7	10	4,67	7	2,33	4,67	0	2,33	-2,33	0
F3	Equilibrio Patrimoniale finanziario												
F3.1	Indice di disponibilità	100%	96	0,31	0,66	0,66	1,01	1,01	1,36	1,36	1,71	1,71	2,06
F3.2	Politiche di investimento												
F3.2.2	<i>Obsolescenza degli impianti e dei macchinari</i>												
F3.2.1	<i>Incidenza dei canoni di leasing e noleggio</i>												
F3.4.2	<i>Dilazione dei debiti</i>												
Utenza, personale e comunicazione													
B31	Comunicazione e prenotazione web												
B31.2	Accessibilità online alle informazioni sui servizi												
B31.2.1	Responsive Web Design (RWD)	50%	100	0	0,33	0,33	1	1	1,67	1,67	2,33	2,33	3
B31.2.2	Leggibilità del sito web												
B31.2.2.1	Leggibilità della pagina di spiegazione su come prenotare												
B31.2.2.1.1	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare	12,5%	101	35,25	42,25	42,25	49,25	49,25	56,25	56,25	63,25	63,25	70,25
B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare	12,5%	102	42,72	49,75	49,75	56,78	56,78	63,81	63,81	70,84	70,85	77,87
B31.2.2.2	Leggibilità della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale												
B31.2.2.2.1	Indice Gulpease della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale	12,5%	103	35,25	42,25	42,25	49,25	49,25	56,25	56,25	63,25	63,25	70,25
B31.2.2.2.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale	12,5%	104	42,72	49,75	49,75	56,78	56,78	63,81	63,81	70,84	70,85	77,87
D18	Percentuale di dimissioni volontarie	100%	105	1,4	1,75	1,05	1,4	0,7	1,05	0,35	0,7	0	0,35
E2	Percentuale di assenze	100%	106	13,1	14	12,2	13,1	11,4	12,2	10,5	11,4	9,6	10,5
B15	Valutazione della ricerca												
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente	100%		3,16	5,26	5,26	7,37	7,37	9,47	9,47	11,57	11,57	13,67
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente	100%		1,1	1,44	1,44	1,87	1,87	2,3	2,3	2,73	2,73	3,16
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	100%		40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	100%		40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
B15.4.1	Valutazione IF mediano per Specialità	100%		0	1	1	2	2	3	3	4	4	5
B15.4.2	Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità	100%		0	1	1	2	2	3	3	4	4	5

		Estremi delle fasce di valutazione										
Strategie sanitarie regionali		Pesatura	Pagina									
B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)											
A6.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	20%	110	20,6	24,2	24,2	28,8	28,8	33,4	38	38	41,6
A6.2.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	20%	111	30,7	37,8	37,8	44,9	44,9	52,1	52,1	59,2	66,3
A6.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	20%	112	19,2	27,3	27,3	35,4	35,4	43,5	43,5	51,7	59,8
A6.3.2	Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	20%	113	0,6	2,7	2,7	4,8	4,8	6,8	6,8	8,9	11
A6.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	20%	114	28,5	36,7	36,7	44,9	44,9	53,1	53,1	61,3	69,5
B5	Estensione ed adesione allo screening											
B5.1	Screening Mammografico											
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	16,7%	115	75	80	80	85	85	90	90	95	100
B5.1.2	Adesione corretta allo screening mammografico	16,7%	116	30	40	40	50	50	60	60	70	80
B5.1.4	Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI)											
B5.1.5	Tempo intercorrente tra mammografia di screening con esito positivo e primo approfondimento											
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti											
B5.2	Screening cervice uterina											
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	16,7%	117	75	80	80	85	85	90	90	95	100
B5.2.2	Adesione corretta allo screening cervice uterina	16,7%	118	20	30	30	40	40	50	50	60	70
B5.2.4	Adesione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI)											
B5.3	Screening colorettaie											
B5.3.1	Estensione corretta dello screening colorettaie	16,7%	119	75	80	80	85	85	90	90	95	100
B5.3.2	Adesione corretta allo screening colorettaie	16,7%	120	25	35	35	45	45	55	55	65	75
B5.3.5	Adesione volontaria allo screening colorettaie (PASSI)											
B6a	Donazioni di organi											
B6.1.6	Segnalazione di morte encefalica											
B6.1.9	Opposizione alla donazione											
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	100%	121	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	95,8
B7	Copertura vaccinale											
B7.1	Copertura vaccinale MPR	14,3%	122	86	89	89	92	92	95	95	98	100
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani	14,3%	123	42	53	53	64	64	75	75	86	100
B7.3	Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)	14,3%	124	50	60	60	70	70	85	85	95	100
B7.4	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	14,3%	125	0	7	7	16	16	25	25	34	100
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico	14,3%	126	86	89	89	92	92	95	95	98	100
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico	14,3%	127	86	89	89	92	92	95	95	98	100
B7.7	Copertura vaccinale esavalente	14,3%	128	89	91	91	93	93	95	95	97	100
C30	Indicatori generali AOU											
C30.3.1.1	Volimi attrazioni extra-regione											
C30.3.1.2	Percentuale attrazioni extra-regione											
C30.3.2.1	Volimi attrazioni extra-regione di alta complessità											
C30.3.2.2	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità	100%		0	3,77	3,77	11,29	11,29	18,81	18,81	26,34	33,86
C30.3.2.2.1	Percentuale attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc)											
C30.3.3.1	Volimi attrazioni extra-regione - DRG media complessità											
C30.3.3.2	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG media complessità											
C32	Cardiologia											
C32.3.1.1	Volimi attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici											
C32.3.2.1	Percentuale attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici											
C32.4.1	Tasso di fughe extra-regione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE)											
C32.4.3	Tasso di ospedalizzazione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE)											
C34	Neurologia											
C34.2	Percentuale trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico											
C34.3	Indice di Performance della degenza media per Ictus ischemico											
C34.4	Percentuale di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia											
C36	Innovazione Tecnologica											
C36.1	Percentuale prostatectomie computer-assistite											

		Pesatura	Pagina										
C4	Appropriatezza Chirurgica												
C4.1	Percentuale Drg medici da reparti chirurgici												
C4.1.1	Percentuale Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari												
C4.1.2	Percentuale Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital												
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	30%	154	0	15	15	35	35	55	55	75	95	
C4.7	Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in day-surgery	60%	155	35	45	45	55	55	65	65	75	85	
C4.13	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)												
C18.6	Tasso osp. stripping di vene	10%	156	160	195	125	160	90	125	55	90	20	55
C5	Qualità di processo												
C5.2	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni	25%	157	28	41	41	54	54	67	67	80	80	93
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	10%	158	55	65	65	75	75	85	85	95	95	105
C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia												
C5.11	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni												
C5.12	Percentuale di fratture di femore operate sulle fratture diagnosticate	25%	159	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C5.17	Percentuale di pazienti sottoposti a dialisi peritoneale sul totale dei pazienti dializzati												
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti												
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati												
C5.20	Trombolisi endovenose per ictus ischemico												
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	20%	160	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16.8	Percentuale di 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 tempi di permanenza entro le 8 ore	20%	161	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C6	Rischio clinico												
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione												
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità												
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica												
C7	Materno-Infantile												
C7.1	Percentuale di parti cesarei, depurati (NTSV)	60%	162	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)												
C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)												
C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati												
C17.4	Volumi parti												
C17.4.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	10%	163	75	80	80	85	85	90	90	95	95	100
C17.4.2	Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	10%	164	60	75	45	60	30	45	15	30	0	15
C7.2	Percentuale parti indotti												
C7.3	Percentuale di episiotomie, depurate (NTSV)	10%	165	45	55	35	45	25	35	15	25	5	15
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	10%	166	10	12,5	7,5	10	5	7,5	2,5	5	0	2,5
C7.20	Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum												
C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione)												
C7.13.1	Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione)												
C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4												
C7.14.1	Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4												
C7.16	Accesso area maternità del consultorio												
C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum												
C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi												
C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a cinque mesi												
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)												
C7d	Pediatria												
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	15%	167	11,2	12,8	9,6	11,2	8	9,6	6,4	8	4,8	6,4
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	15%	168	53	60	46	53	39	46	32	39	25	32
C7.7.4	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)												
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	10%	169	90	110	70	90	50	70	30	50	10	30
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	10%	170	240	300	180	240	120	180	60	120	0	60
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	15%	171	370,9	456,5	285,3	370,9	199,7	285,3	114,1	199,7	28,4	114,1
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	20%	172	28	32,4	23,6	28	19,2	23,6	14,8	19,2	10,4	14,8
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	15%	173	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2	0	0,9

		Pesatura	Pagina										
C8a	Integrazione ospedale-territorio												
C8a.2	Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto tra 31 e 180 giorni												
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	40%	174	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	175	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	40%	176	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2
C8a.20	Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno: ricoveri ordinari												
C10	Trattamenti oncologici												
C10.1	Volumi Oncologia												
C17.1	Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella												
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	12,5%	177	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	12,5%	178	60	75	45	60	30	45	15	30	0	15
C17.5	Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata												
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	12,5%	179	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	12,5%	180	40	50	30	40	20	30	10	20	0	10
C10.2	Percorso tumore alla mammella												
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	30%	181	0	65	65	70	70	75	75	80	80	100
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella												
C10.2.2.1	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari												
C10.2.4	Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella												
C10.2.5	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario												
C10.3	Percorso tumore al colon-retto												
C10.3.1	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)												
C10.3.2	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)												
C10.3.3	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon												
C10.6	Percorso tumore alla prostata												
C10.6.1	Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento												
C10.5a	Oncologia medica												
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei Biomarcatori tumorali	20%	182	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461	0	248
F10.2.1c	Spesa media per farmaci oncologici (ASL)												
F10.2.1d	Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU)												
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica												
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	100%	183	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	0%	184	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	0%	185	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	0%	186	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	0%	187	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	0%	188	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	0%	189	40	45	35	40	30	35	25	30	20	25
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche												
C11a.1.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	25%	190	305	355	255	305	205	255	155	205	105	155
C11a.1.1.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18												
C11a.2.1	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	25%	191	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20
C11a.2.1.1	Tasso di ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18												
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	25%	192	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)	25%	193	83	98	68	83	53	68	38	53	23	38
C11a.3.1.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18												
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	70%	194	0	4	4	6	6	8	8	10	10	12
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e i giorni festivi												
B28.2.5	Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	20%	195	1,72	4,01	4,01	6,3	6,3	8,6	8,6	10,89	10,89	13,19
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	10%	196	0	34,1	34,1	47,7	47,7	61,2	61,2	74,8	74,8	100
B28.2.10	Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera												
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni												
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni												
B28.3.10	Ammissioni in RSA per over 65												
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												

		Estremi delle fasce di valutazione											
				■		■		■		■		■	
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	Pesatura	Pagina										
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso												
C13.2	Tasso di prestazioni diagnostiche per immagini												
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso												
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti std età e sesso												
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)	50%	197	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15
C13a.2.2.1.1	Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18												
C13a.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono una RM lombare entro 12 mesi	50%	198	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8
C13.3	Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei												
C13.3.1	Tasso di prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20												
C13.3.2	Tasso di prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20												
C13.3.3	Tasso di prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20												
C13.2.2.4	Tasso std di prestazioni di laboratorio a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti												
C13.2.2.5	Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti												
C13.2.2.6	Tasso std di prestazioni di Genetica a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti												
C13.2.2.9	Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti												
C15	Salute mentale												
C15.1a	Attività territoriale												
C15.12	Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti												
C15.13	Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti												
C15.14	Percentuale di prestazioni domiciliari												
C15.15	Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti												
C15.1b	Attività ospedaliera												
C8a.5a	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	33,3%	199	340	420	260	340	180	260	100	180	20	100
C8a.5.1a	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5.2a	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5.3a	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5.4a	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5.5a	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5.8a	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5.6a	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni												
C8a.5b	Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria per residenti maggiorenni												
C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	33,3%	200	5,9	7,7	4,1	5,9	2,4	4,1	0,6	2,4	-1,2	0,6
C8a.13.2b	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria												
C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	33,3%	201	7,9	9,8	6	7,9	4,1	6	2,2	4,1	0,3	2,2
C8a.13b	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria												
C15.8	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche												
C15.16	Giornate consumate in reparti di psichiatria per residenti maggiorenni												
C8a.6b	Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni												
C15.1c	Continuità assistenziale												
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero												
C15.9.1	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SISM)												
C15.9.2	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)												
C15.1d	Infanzia-adolescenza												
C8a.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni												
C15.11	Percentuale del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi												
C18	Variabilità chirurgia												
C18.2	Tasso ospedalizzazione per interventi di colecistectomie standardizzato per 100.000 residenti												
C18.3	Tasso ospedalizzazione per interventi di colecistectomie laparoscopiche standardizzato per 100.000 residenti												
C18.4	Tasso ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti												
C18.5	Tasso ospedalizzazione per interventi di sostituzione anca standardizzato per 100.000 residenti												
C18.7	Tasso ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) standardizzato per 100.000 residenti												
C18.8	Tasso ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata standardizzato per 100.000 residenti												
C18.9	Tasso ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti												
C18.10	Tasso ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio standardizzato per 100.000 residenti												

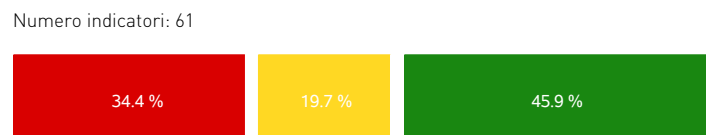
		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
C28	Cure Palliative												
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	70%	202	0	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	100
C28.2	Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg												
C28.2b	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg	30%	203	30,8	46,7	46,7	62,7	62,7	78,6	78,6	94,5	94,5	110
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni												
Assistenza farmaceutica													
B4	Consumo di farmaci oppioidi												
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	100%	206	1,1	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9	2,9	3,4
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica												
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	14,3%	207	33	37	29	33	25	29	21	25	17	21
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antipertensivi)	14,3%	208	38	42	34	38	30	34	26	30	22	26
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	14,3%	209	34	38	30	34	26	30	22	26	18	22
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	14,3%	210	22,5	25,5	19,5	22,5	16,5	19,5	13,5	16,5	10,5	13,5
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio												
C9.9.2	Consumo di antipsicotici												
C9.10.1	Polypharmacy												
C9.21	Percentuale di pazienti trattati con i NAO												
C9.17	Ospedaliere												
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti												
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti												
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	14,3%	211	61	67	67	73	73	79	79	85	85	91
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	14,3%	212	45	55	55	65	65	75	75	85	85	95
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	14,3%	213	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
F10b	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi												
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	100%	214	185,8	196,1	175,5	185,8	165,3	175,5	155,1	165,3	143,8	155,1
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG												
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa												
F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliera)												
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG												
F10.3.3	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza												
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico												
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica												
F12a.2	Percentuale di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)	16,7%	215	74,9	78,3	78,3	81,7	81,7	85,1	85,1	88,4	88,4	91,8
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	16,7%	216	84,1	86,6	86,6	89,1	89,1	91,7	91,7	94,3	94,3	96,8
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	16,7%	217	72	76	76	80	80	84	84	88	88	92
F12a.9	Percentuale di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)	16,7%	218	81	84,1	84,1	87,2	87,2	90,4	90,4	93,6	93,6	96,7
F12.11a	Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	16,7%	219	53,8	64,1	64,1	74,4	74,4	84,7	84,7	95	95	105,3
F12a.14	Percentuale molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	16,7%	220	73,3	74,4	74,4	75,6	75,6	76,7	76,7	77,9	77,9	88
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)												
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	20%	221	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%	222	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%	223	50	60	60	70	70	80	80	90	90	100
C9.2	Percentuale di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)	20%	224	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%	225	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5	15,5	18,5

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

Da quest'anno – data la loro rilevanza – gli indicatori volti alla valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati al di fuori del bersaglio, per darne ulteriore evidenza.

c) Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema: una fotografia dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna Regione/Provincia/Azienda per migliorare la *performance* da un anno all'altro. Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene pertanto corredato da due ulteriori modalità di rappresentazione della *performance*. Una barra in pila restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il *trend* tra 2015 e 2016, rappresentando la percentuale di indicatori migliorati, peggiorati o stabili (mossi in un intorno compreso tra +1% e -1%).

Figura 4. Barra in pila



d) Alla barra in pila viene affiancata la mappa di *performance* che indica (per una selezione di indicatori), da un lato, la *performance* dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto alle altre Regioni.

Nelle mappe di *performance*, la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2016-2015, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre Regioni – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La *performance* (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2016, associato a ciascun indicatore selezionato.

Si possono, quindi, individuare 4 quadranti di riferimento, considerando come origine degli

assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio di 2.5. Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta un'ottima *performance*, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2015 e il 2016. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2015 e il 2016, rispetto alle altre Regioni, ma che il suo livello di *performance* 2016 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 2016, ma registra un *trend* peggiore rispetto alle altre Regioni e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, la sua valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con *trend* in peggioramento.

Figura 5. La mappa di performance

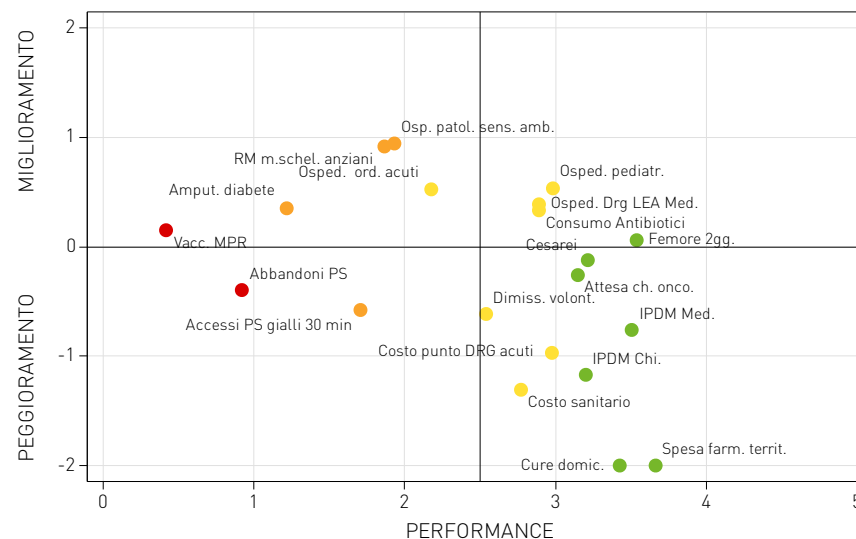


Tabella 3. *Gli indicatori selezionati per la costruzione delle mappe di performance, anno 2016*

Codice	Definizione	Mappe regionali	Mappe aziendali
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	✓	✓
B7.1	Copertura vaccinale MPR	✓	✓
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso	✓	✓
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	✓	✓
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	✓	✓
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)	✓	✓
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	✓	✓
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore		✓
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici, con DRG chirurgico alla dimissione		✓
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	✓	✓
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	✓	✓
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	✓	✓
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		✓
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg		✓
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	✓	✓
C5.2	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni	✓	✓
C7.1	Percentuale di cesarei depurati (NTSV)	✓	✓
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	✓	✓
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	✓	✓
D18	Percentuale di dimissioni volontarie	✓	✓
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	✓	✓
E2	Percentuale di assenza	✓	✓
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)		✓
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	✓	✓
F17	Costo sanitario pro-capite	✓	✓
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti	✓	✓

e) La principale novità del Report 2016 riguarda l'adozione di una nuova logica rispetto alla strutturazione e quindi alla rappresentazione dei risultati: viene infatti proposta una lettura dei dati attraverso una prospettiva di percorso. L'obiettivo è quello di analizzare i risultati considerando non il soggetto erogatore dei servizi ma l'utente a cui sono rivolti. Sono quindi stati individuati tre percorsi – materno-infantile, oncologico e cronicità – le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase di ciascun percorso (vedi tabella 4).

I percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma – anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione – articolati nelle diverse fasi (le "battute" del pentagramma): le "note" del pentagramma riproducono i singoli indicatori. Attraverso questa soluzione grafica vengono riportati esclusivamente gli indicatori cui sia attribuita una valutazione: gli indicatori "di osservazione" inclusi nei tre percorsi sono comunque consultabili su web, all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval.

Nella logica di superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi assistenziali, i pentagrammi sono realizzati non solo a livello regionale ma anche a livello di area infra-regionale: questa riproduce i confini geografici delle Aziende territoriali e per ciascuna area sono riportati i risultati dei diversi erogatori aziendali che geograficamente insistono su di essa, nell'ottica di una loro co-responsabilizzazione nella presa in carico complessiva del bisogno di salute (vedi figure 6 e 7).

La modalità rappresentativa del pentagramma consente quindi una visualizzazione dei risultati che congiuntamente permea i confini dei *setting* assistenziali (nell'ottica di una valutazione del percorso complessivo) e puntualmente valorizza il contributo dei singoli *provider* al conseguimento del risultato complessivo.

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

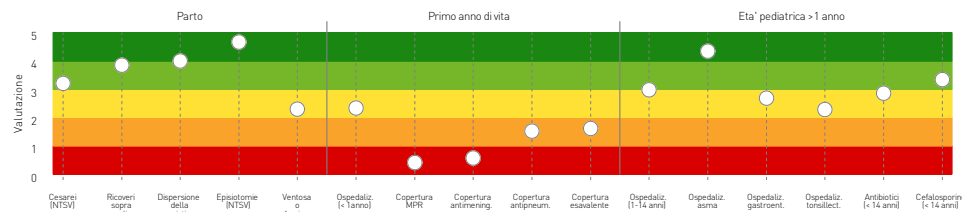


Figura 7. Un esempio di pentagramma di area del percorso materno-infantile

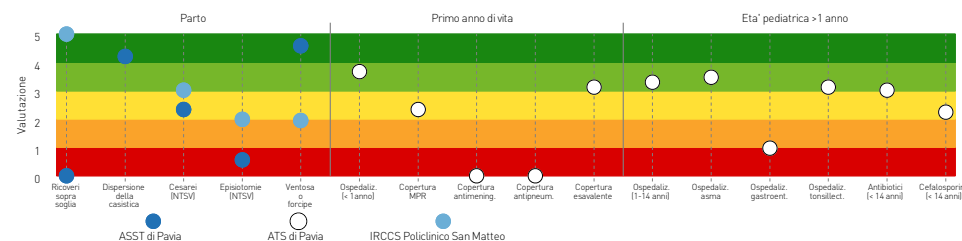


Tabella 4a. I percorsi 2016, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso materno-infantile		
C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana di gestazione)	
C7.13.1	Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana di gestazione)	
C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4	Gravidanza
C7.14.1	Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4	
C7.16	Accesso area maternità del consultorio	
C7.1	Percentuale di parti cesarei, depurati (NTSV)	
C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	
C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	
C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	
C17.4.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	Parto
C17.4.2	Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	
C7.2	Percentuale di parti indotti	
C7.3	Percentuale di episiotomie, depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
C7.20	Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum	
C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	
C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	
C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a cinque mesi	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	Primo anno di vita
B7.1	Copertura vaccinale MPR	
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico	
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico	
B7.7	Copertura vaccinale esavalente	
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
C7.7.4	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)	
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	Età pediatrica > 1 anno
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	

Sono riportati *in corsivo* gli indicatori di osservazione

Tabella 4b. I percorsi 2016, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso oncologico			
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	Screening	
B5.1.2	Adesione corretta allo screening mammografico		
B5.1.4	<i>Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI)</i>		
B5.1.5	<i>Tempo intercorrente tra mammografia di screening con esito positivo e primo approfondimento</i>		
B5.1.6	<i>Percentuale di adesione agli approfondimenti</i>		
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina		
B5.2.2	Adesione corretta allo screening cervice uterina		
B5.2.4	<i>Adesione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI)</i>		
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale		
B5.3.2	Adesione corretta allo screening coloretale	Diagnosi	
B5.3.5	<i>Adesione volontaria allo screening coloretale (PASSI)</i>		
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei Biomarcatori tumorali		
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Trattamento	
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata		
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon		
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone		
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero		
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella		
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella		
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata		
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno		
C10.2.2	<i>Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella</i>		
C10.2.2.1	<i>Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari</i>		
C10.2.4	<i>Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella</i>		
C10.2.5	<i>Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario</i>		
C10.3.1	<i>Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)</i>		
C10.3.2	<i>Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)</i>		
C10.3.3	<i>Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon</i>		
C10.6.1	<i>Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento</i>		
F10.2.1c	<i>Spesa media per farmaci oncologici (ASL)</i>		
F10.2.1d	<i>Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU)</i>		
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative		Fine vita
C28.2	<i>Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg</i>		
C28.2b	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg		
C28.3	<i>Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni</i>		

Sono riportati *in corsivo* gli indicatori di osservazione

Tabella 4c. I percorsi 2016, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso cronicità		
A6.2.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	Prevenzione
A6.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	Compliance
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	
C9.2	Percentuale di abbandono delle statine (Ipilipemizzanti)	
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)	
F12a.2	Percentuale di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipilipemizzanti)	Efficienza
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	
F12.11a	Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	
C9.10.1	<i>Polypharmacy</i>	
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	
C11a.1.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11a.1.1.1	<i>Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18</i>	
C11a.2.1	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	Ospedalizzazioni evitabili
C11a.2.1.1	<i>Tasso di ospedalizzazione per complicate del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18</i>	
C11a.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11a.3.1.1	<i>Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18</i>	
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	Esiti

Sono riportati *in corsivo* gli indicatori di osservazione

3

I RISULTATI 2016

BASILICATA



Popolazione: 573.694

Densita': 57 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

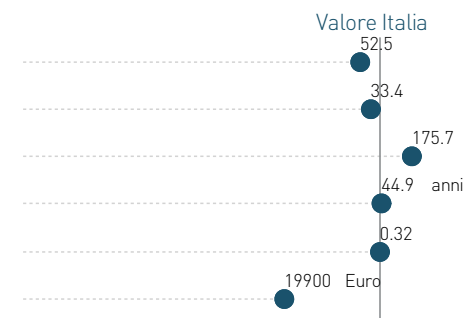
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



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

Il sistema sanitario lucano nel 2016 è articolato in 2 Aziende Sanitarie territoriali (ASP Potenza e ASM Matera) - suddivise a loro volta in 5 distretti complessivi (Venosa, Potenza, Lagonegro, Matera, Montalbano Jonico), un'Azienda Ospedaliera Regionale (AO San Carlo) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata - CROB). Il processo di riordino del sistema sanitario regionale LR 2 del 12/01/2017 ha portato ad un cambiamento della struttura organizzativa costituita quindi da:

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

COMMENTO AI RISULTATI 2016

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: in Regione Basilicata si confermano contenute le mortalità per tumori e per suicidi, mentre quella infantile e quella per malattie circolatorie sono superiori alla media, per quanto entrambe in calo (dati riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione agli stili di vita, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati all'obesità e alla sedentarietà, problematiche verso le quali non si registra ancora una corrispondente sensibilità da parte dei medici di medicina generale. Per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, la Basilicata mostra una struttura dei costi tendenzialmente in linea con le altre Regioni, sia per quanto concerne il costo sanitario pro-capite complessivo, sia i costi dell'assistenza ospedaliera (gli indicatori fanno riferimento all'anno 2015).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende sanitarie lucane assolvono bene al proprio compito, per quanto possa esserne migliorata la leggibilità.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, la copertura vaccinale – per quanto ancora insoddisfacente – è complessivamente superiore alle altre Regioni, eccezion fatta per la vaccinazione antinfluenzale delle persone anziane, comunque in crescita rispetto al 2015.

La presa in carico dell'emergenza-urgenza registra risultati contrastanti: i tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente contenuti (la percentuale di accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti è la più elevata del Network), mentre si conferma significativamente più elevato – rispetto alle altre Regioni – il tempo impiegato mediamente dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo, per quanto in calo rispetto al 2015. La percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso si conferma molto bassa.

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

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione relativamente contenuto rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto permanga una criticità in riferimento al numero relativamente elevato di day hospital di tipo medico (concentrati soprattutto nell'ASP di Potenza). L'assistenza domiciliare va senz'altro potenziata: i livelli di copertura e la complessità assistenziale sono sensibilmente peggiori rispetto alle altre Regioni.

La durata delle degenze è complessivamente contenuta, sia per la casistica di tipo chirurgico, sia per quella di tipo medico. In riferimento a quest'ultima, il tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA (ad alto rischio di inappropriata), il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico e la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni registrano tutti una contrazione significativa. In merito all'attività chirurgica, resta inferiore alla media la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in un giorno (soddisfacente solo presso l'AO San Carlo).

L'organizzazione e la qualità dei processi ospedalieri presentano tuttora alcuni chiaroscuri: al diffusissimo utilizzo della procedura transuretrale per le prostatectomie fa da contraltare una tempestività ancora non ottimale delle operazioni per fratture del collo del

femore, nonostante il sensibile miglioramento presso la A.O. San Carlo. Va inoltre segnalato come la percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnostiche sia la più bassa del network. Se la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore è complessivamente in linea con le altre Regioni, la criticità registrata presso l'A.O. San Carlo potrebbe suggerire alcune difficoltà nella gestione del percorso del paziente.

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

In riferimento alla presa in carico della salute mentale, i tassi di ospedalizzazione e le percentuali di ricoveri ripetuti restituiscono un quadro in linea con le altre Regioni.

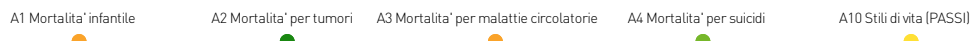
La gestione del percorso materno-infantile è critica nella fase del parto, con un ricorso al taglio cesareo particolarmente frequente. In riferimento invece alla presa in carico dell'età pediatrica, i risultati sono complessivamente in linea con le altre Regioni.

Il percorso oncologico restituisce risultati soddisfacenti nella fase chirurgica – anche grazie alla concentrazione della casistica – mentre richiede maggiore attenzione per la gestione del fine vita.

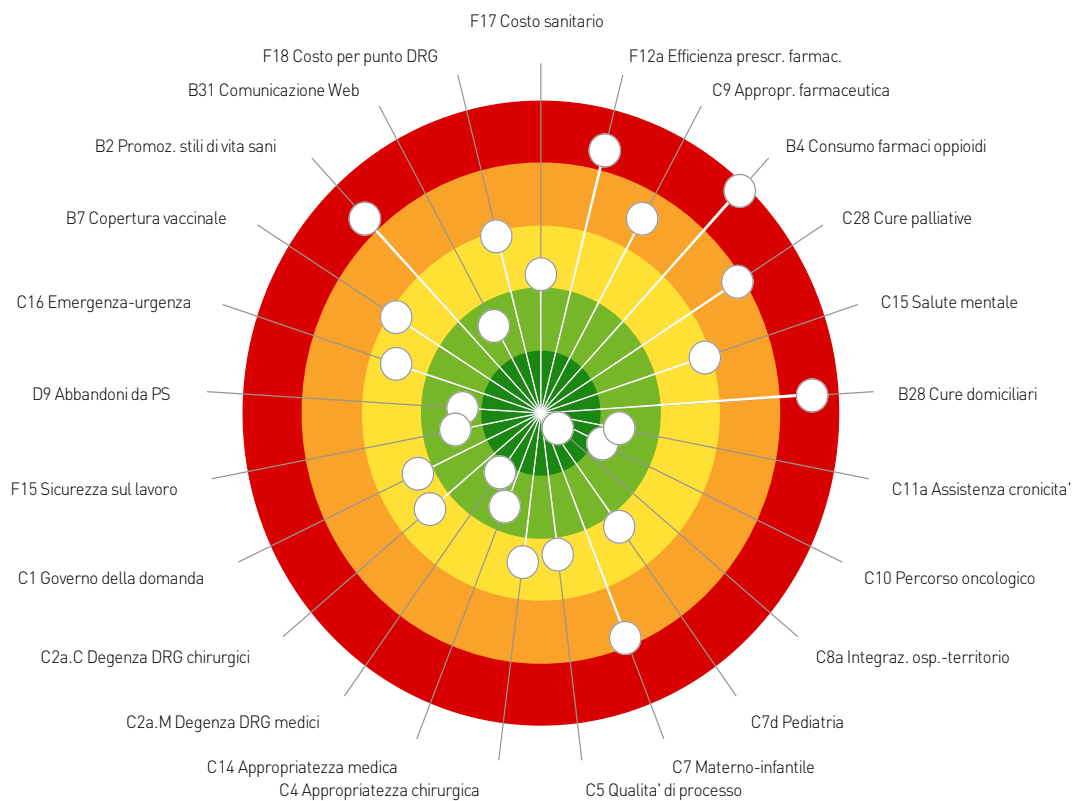
Infine, la presa in carico delle casistiche croniche rileva un'ulteriore diminuzione dei tassi di ospedalizzazione di tutte le principali patologie ma resta critica sia per quanto concerne la promozione di stili di vita sani, sia per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica.

BASILICATA

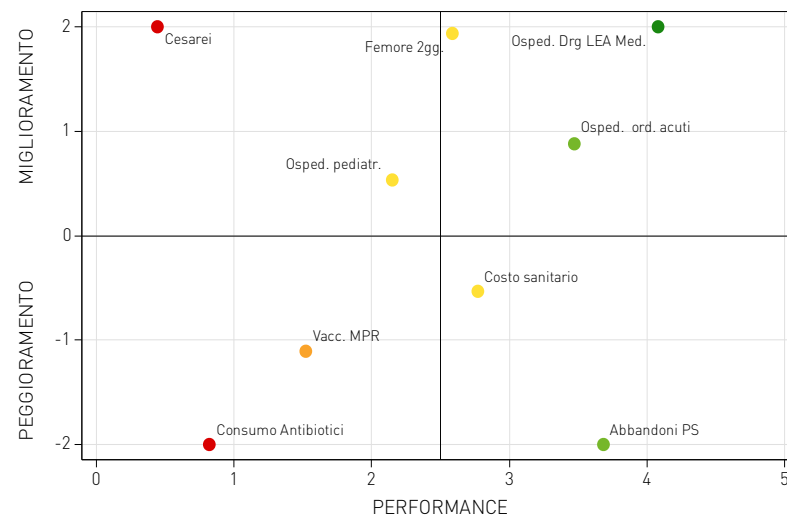
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016



Mappa di performance e trend (2015-2016)

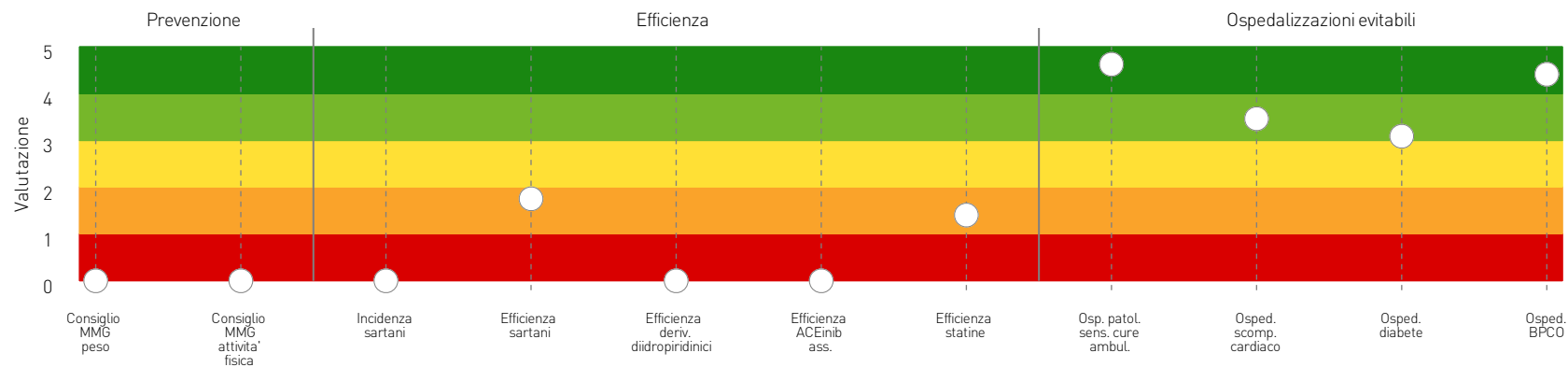
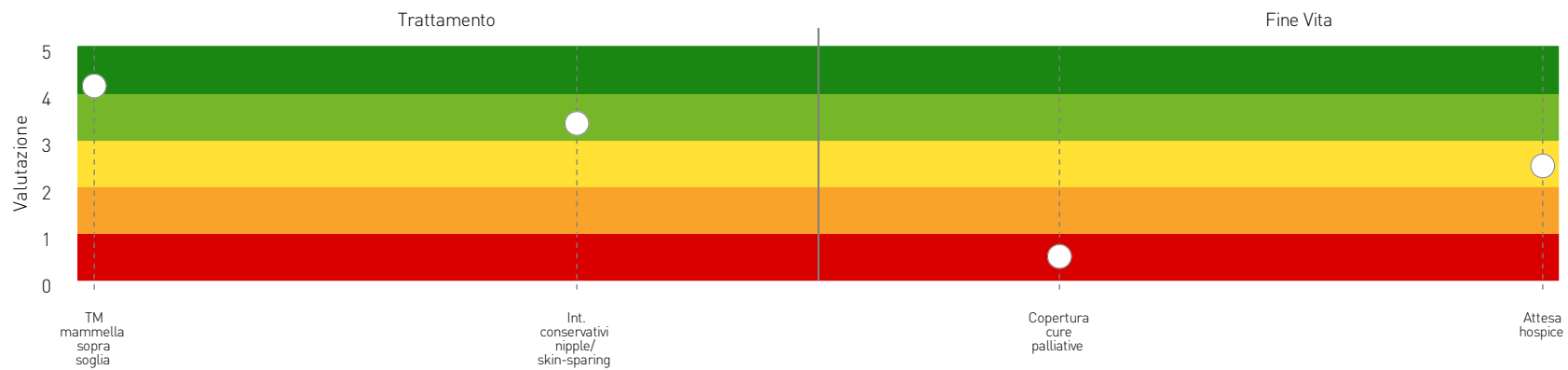
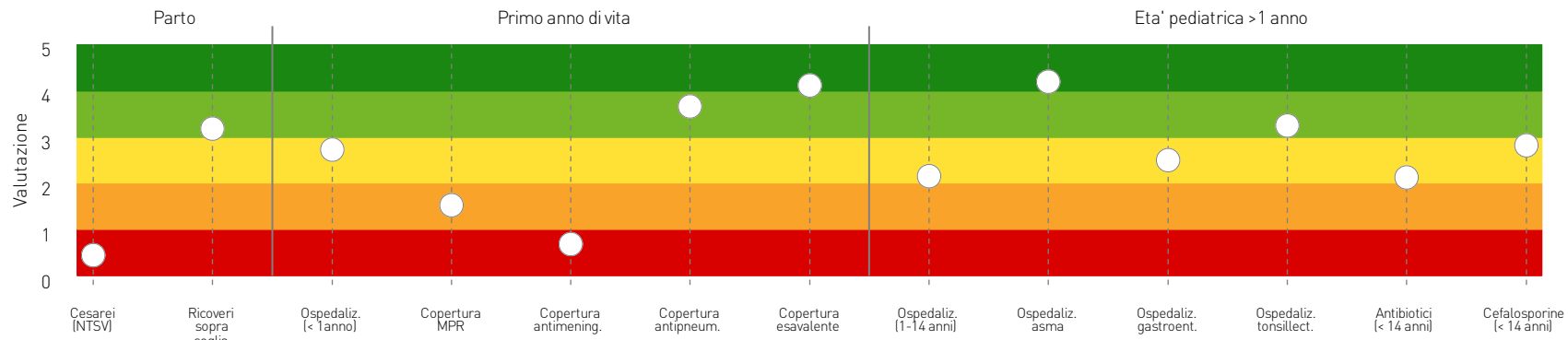


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

Numero indicatori: 53



- Indicatori migliorati: trend positivo (green)
- Indicatori stazionari (yellow)
- Indicatori peggiorati: trend negativo (red)



P.A. BOLZANO



Popolazione: 520.891

Densità: 70 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

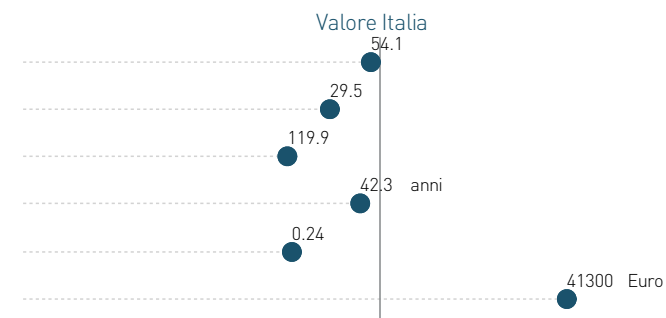
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



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

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.

COMMENTO AI RISULTATI 2016

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: quella dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano è complessivamente buona, considerando i risultati relativi alla mortalità infantile (dati 2012-2014) e alla mortalità per tumori e per malattie cardiocircolatorie (dati 2011-2013). Resta invece critico e in aumento il numero di suicidi (dati 2012-2014), più frequenti rispetto ad altre Regioni italiane. L'indagine ministeriale PASSI rileva – anche per il 2016 – la diffusione di stili di vita sani: Bolzano mostra complessivamente buoni risultati, eccezion fatta per l'elevato consumo di alcool, problematica verso la quale non si registra una corrispondente sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari (relativi all'anno 2015), la Provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia attribuibili all'assistenza ospedaliera) sensibilmente più elevata, ma in leggero calo, rispetto alle altre Regioni del Network.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: il sito internet dell'Azienda bolzanina rappresenta nel 2016 un buon canale di comunicazione, sia in termini di responsività, sia in termini di leggibilità. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno aziendale – è più bassa rispetto alle altre Regioni.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale resta il più basso tra le Regioni del Network e tendenzialmente in leggero calo, per tutti i vaccini monitorati. Per quanto riguarda gli screening oncologici, si conferma come ad una capillare attività di invito da parte dell'Azienda non corrisponda una altrettanto diffusa adesione da parte dell'utenza, fenomeno non del tutto bilanciato dalla propensione all'iniziativa personale, al di fuori dei programmi organizzati.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso potrebbero indicare alcune criticità nella tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti in accesso con codice verde e con codice giallo; le variazioni rispetto al 2015 sono in parte da imputarsi alla maggiore copertura del flusso informativo del Pronto Soccorso. È in linea con le altre Regioni il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo. Per quanto in leggera crescita, la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso si conferma bassa, mentre il ricorso alla dimissione volontaria da ricovero è in media con le altre Regioni.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, nonostante vi siano alcuni segnali di miglioramento rispetto al 2015 (la contrazione del tasso di ospedalizzazione per DH medico in fase acuta ne è un esempio), il sistema sanitario della Provincia rimane prevalentemente orientato verso una risposta sanitaria di tipo ospedaliero, con il tasso di ospedalizzazione più elevato del Network (per quanto anch'esso in contrazione). Quest'ultimo riflette gli ampi margini di miglioramento ancora ottenibili sia per quanto pertiene l'appropriatezza della presa in carico dei casi di tipo medico, sia per quanto concerne la presa in carico di tipo chirurgica (entrambi gli ambiti comunque in miglioramento, rispetto al 2015). Le durate delle degenze – sia per i ricoveri medici, sia per quelli chirurgici – sono complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni. Viene confermata l'ottima organizzazione dei processi ospedalieri, per quanto la bassa (ma in evidente miglioramento) per-

centuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione segnali una difficoltà da parte dei Pronto Soccorso nell'indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, si segnala come il tasso di accesso al Pronto Soccorso abbia subito un netto aumento rispetto al 2015, raggiungendo il valore più alto tra le Regioni del Network; come già indicato, l'incremento deriva principalmente dalla maggiore copertura da parte del flusso informativo del Pronto Soccorso stesso. Resta contenuto il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, con uno dei tassi più bassi di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani (in ulteriore diminuzione, rispetto al 2015) e una contenuta percentuale di pazienti che ripetono la RM lombare entro 12 mesi.

In riferimento alla governance dell'area farmaceutica, Bolzano ha una spesa pro-capite territoriale in linea con le altre Regioni del Network: questa è il risultato di un'ottima capacità di contenimento delle prescrizioni potenzialmente inappropriate, da un lato, e – di converso – di una propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole con brevetto non scaduto (e quindi più costose), dall'altro. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si conferma allineata alla media, e in leggero miglioramento rispetto al 2015. Infine, in termini di aderenza farmaceutica, Bolzano si conferma best practice in riferimento alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.

Per quanto concerne la presa in carico della salute mentale, si registra un sensibile miglioramento rispetto al 2015, nonostante l'alto numero di ospedalizzazioni per patologie psichiatriche confermi un'organizzazione verso la presa in carico principalmente ospedaliera della problematica.

Si conferma buona la gestione del percorso materno-infantile, con un contenuto ricorso ai parti cesarei e alle episiotomie, oltre ad una notevole riduzione della dispersione della casistica. Complessivamente buona anche la presa in carico di tipo pediatrico, rispetto alla quale si segnala la forte riduzione del numero di ospedalizzazioni per gastroenterite. A fronte di una bassa concentrazione della casistica, il percorso oncologico presenta comunque buoni risultati, soprattutto nella fase chirurgica: i tempi di attesa per intervento chirurgico sono i più contenuti di tutto il Network.

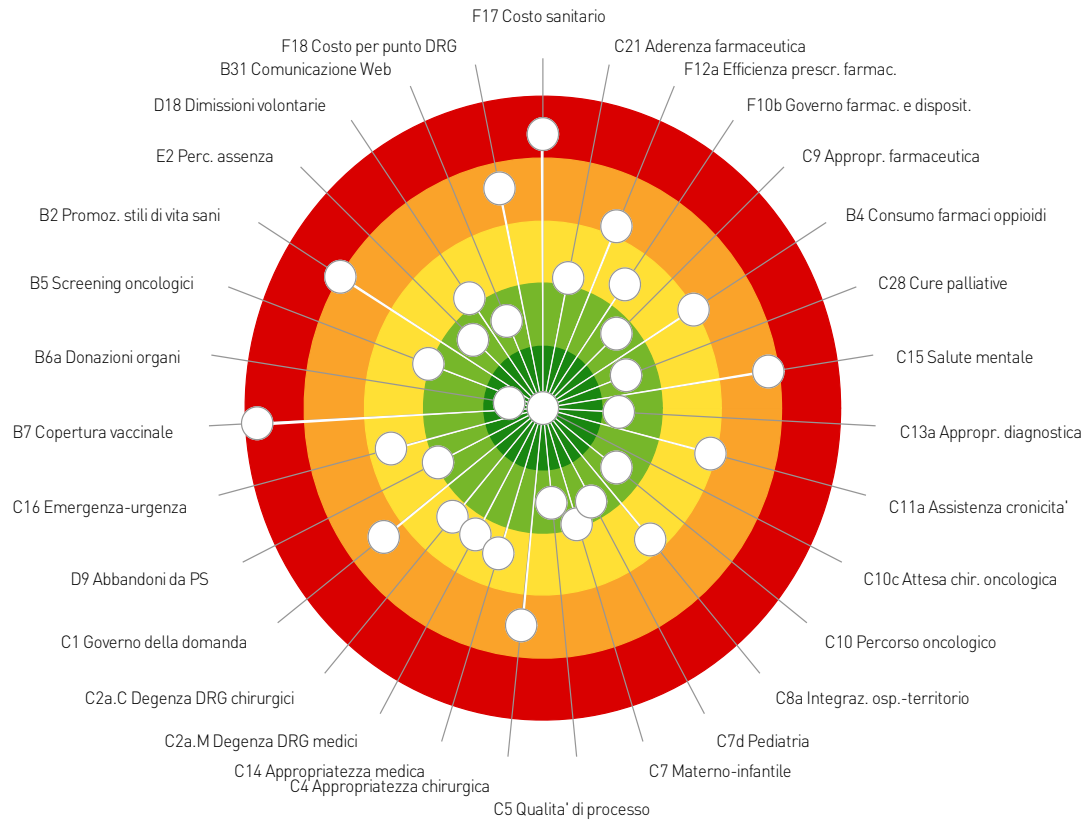
Infine, la presa in carico delle patologie croniche resta fortemente centrata sull'ospedale, come confermato dagli elevati tassi di ospedalizzazione, segnatamente per diabete e BPCO (quest'ultimo comunque in calo, rispetto al 2015), mentre il tasso di amputazioni maggiori per diabete è il più basso del Network.

P.A. BOLZANO

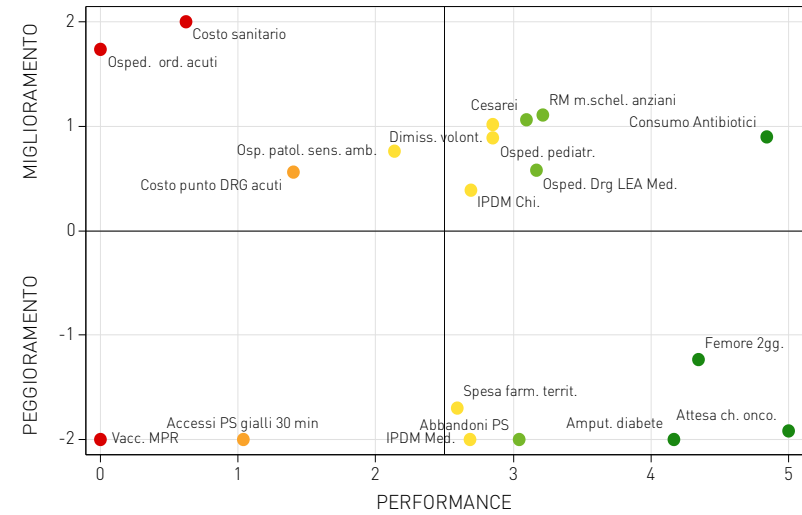
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)

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

Valutazione della performance 2016

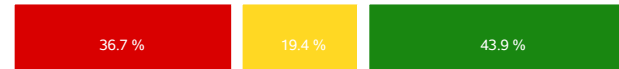


Mappa di performance e trend (2015-2016)

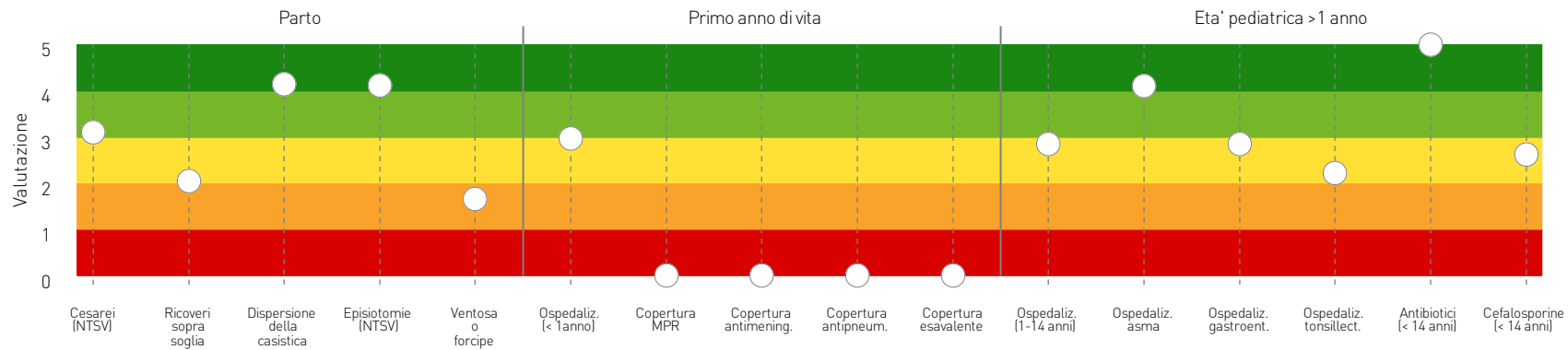


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

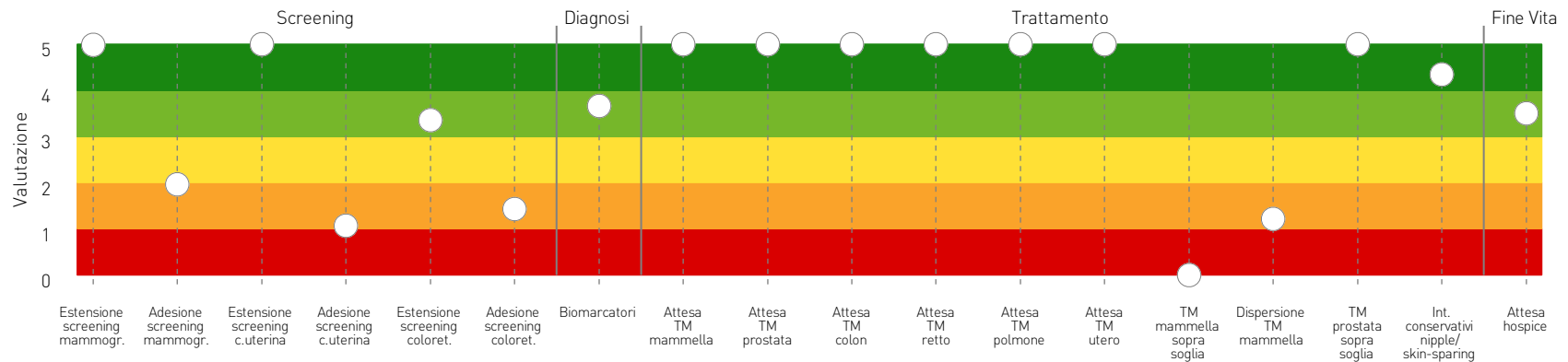
Numero indicatori: 98



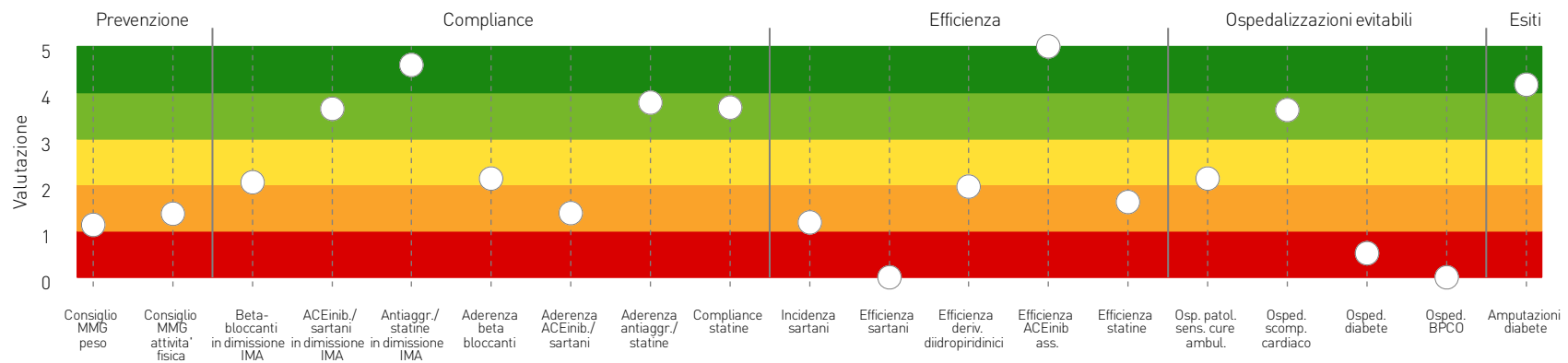
- Indicatore migliorati: trend positivo
- Indicatore stazionari
- Indicatore peggiorati: trend negativo



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

EMILIA ROMAGNA



Popolazione: 4.448.146

Densita': 198 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **

Valore Italia

58.8

37.5

175.6

45.7 anni

0.29

33600 Euro

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

Il sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna è attualmente organizzato in 8 Aziende-Unità Sanitarie Locali (AUSL), che si suddividono ulteriormente in 38 distretti sanitari complessivi. In seguito alla legge regionale 22 del 21 novembre 2013, a decorrere dal 1° gennaio 2014 l'Azienda USL della Romagna è subentrata, inglobandole, alle AUSL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini. Sono oggi presenti un'Azienda Ospedaliera (AO Reggio Emilia) e 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Bologna, AO Ferrara, AO Modena e AO Parma). Inoltre, il sistema include 4 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

COMMENTO AI RISULTATI 2016

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione dell'Emilia-Romagna presenta una bassa mortalità per malattie circolatorie, una mortalità per suicidi e una mortalità infantile in linea con le altre Regioni, mentre quella per tumori si conferma leggermente più elevata [dati riferiti al triennio 2012-2014]. L'indagine ministeriale PASSI evidenzia la diffusione di stili di vita complessivamente sani, per quanto sia confermata anche nel 2016 una percentuale di persone obese e in sovrappeso e di bevitori a rischio lievemente superiore alle altre Regioni. Si registra una buona sensibilità da parte dei medici di medicina generale nel consigliare corretti stili di vita.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, i dati si confermano in linea con le altre Regioni per quanto concerne il costo sanitario complessivo, mentre il costo dell'assistenza ospedaliera (costo medio per punto DRG) è il più basso del network (entrambi i dati sono riferiti all'anno 2015).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende emiliano-romagnole si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, soprattutto per quel che riguarda la responsività; in termini di leggibilità, sussiste qualche margine di miglioramento. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni. La percentuale di dimissioni volontarie è un indicatore della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera: nel 2016 è in linea rispetto alle altre Regioni.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale si conferma in media rispetto alle altre Regioni; si mantiene eccellente la gestione dei programmi di screening oncologici, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione a questi da parte degli utenti. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è tra le più elevate del Network, con due eccellenze presso l'AO di Reggio Emilia e l'AOU di Bologna.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso denotano qualche difficoltà nella tempestiva gestione dei codici meno gravi; questa problematica sembra riflettersi nella percentuale di abbandoni, superiore alla media e in lieve aumento. Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è piuttosto contenuto su tutto il territorio regionale.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni. Si segnala soltanto un possibile ambito di miglioramento inerente all'efficienza produttiva del personale Ufficiali di polizia giudiziaria e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione si conferma in linea con le altre Regioni e in calo rispetto al 2015. La gestione della casistica di tipo medico rispecchia la buona capacità di presa in carico da parte del territorio – riscontrata anche dagli indicatori sull'assistenza domiciliare e residenziale –, necessaria per alleggerire l'impegno del setting ospedaliero. I percorsi chirurgici presentano ambiti di miglioramento: è ampia la variabilità inter-aziendale in riferimento alla percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate entro un giorno, si conferma non pienamente sfruttato il ricorso alla day-surgery e il tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping

delle vene è più alto rispetto alle altre Regioni. La durata delle degenze, per quanto in leggero aumento, si conferma piuttosto ridotta, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica. L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma complessivamente molto buona: la tempestività nel trattamento delle fratture del collo del femore resta tra le migliori del Network, così come la percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione. Anche il numero di accessi al PS inviati al ricovero entro 8 ore è superiore alla media, nonostante la difficoltà registrata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono contrastanti: se il tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni è tra i più contenuti, il tasso di accesso al Pronto Soccorso e il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali sono tra i più elevati. In riferimento all'erogazione di prestazioni diagnostiche, si riscontra ancora un possibile fenomeno di inappropriatazza, indicato dal numero elevato di risonanze muscolo-scheletriche per pazienti anziani e di risonanze magnetiche lombari ripetute entro 12 mesi, per quanto entrambi in calo rispetto al 2015.

Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale si conferma tra le più basse del network: è il risultato di buone performance per quanto concerne l'appropriatazza prescrittiva, la compliance terapeutica e la propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto. In linea con le altre Regioni l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi.

La presa in carico della salute mentale è ancora un ambito sul quale lavorare: in particolare, resta elevato il numero di ricoveri per patologie psichiatriche ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma ottima. La fase del parto registra un basso ricorso al taglio cesareo e all'episiotomia, grazie anche alla buona concentrazione della casistica. Buone performance si registrano anche rispetto alla presa in carico dell'età pediatrica: in particolare, risulta estremamente ridotto il tasso di ospedalizzazione per asma.

Si registrano ottimi risultati nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (screening, diagnosi, trattamento, fine vita). In particolare, i tempi di attesa per gli interventi chirurgici sono molto contenuti, eccezion fatta per gli interventi per tumore maligno alla prostata, per i quali permane peraltro una certa dispersione della casistica.

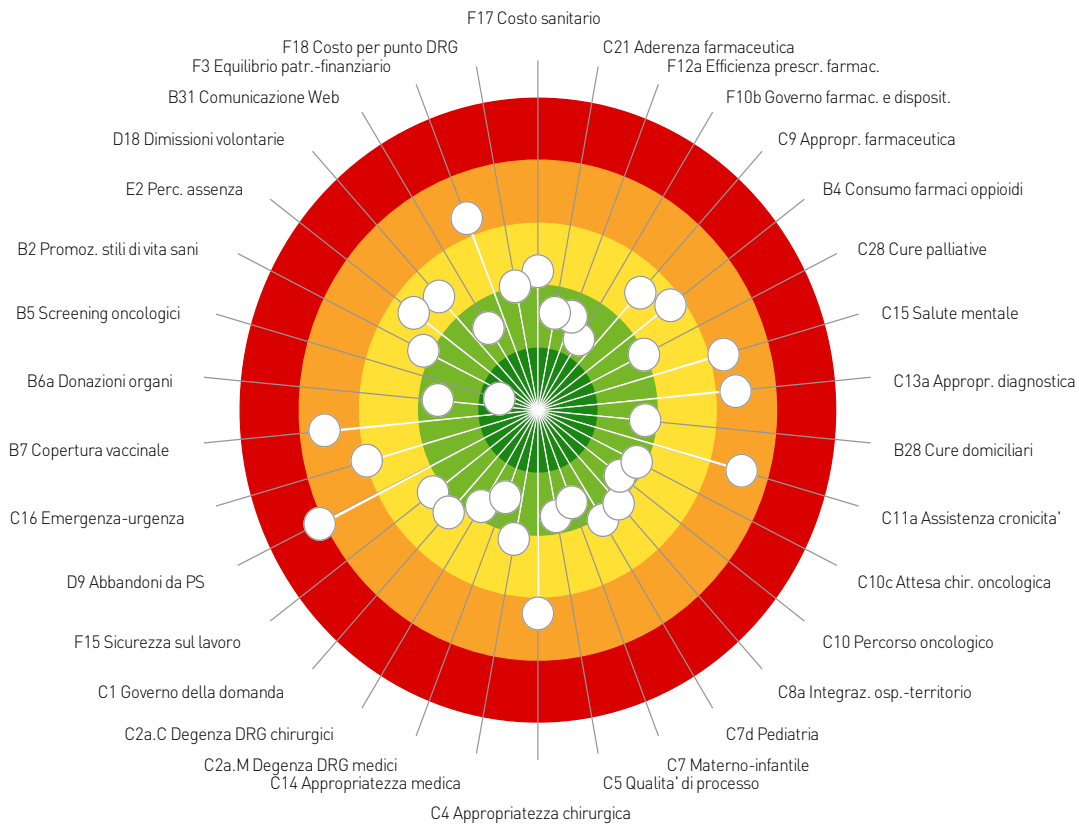
La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso performance in linea rispetto alle altre Regioni, per quanto i tassi di ospedalizzazione per diabete e per BPCO restino più elevati (comunque in contrazione, rispetto al 2015).

EMILIA ROMAGNA

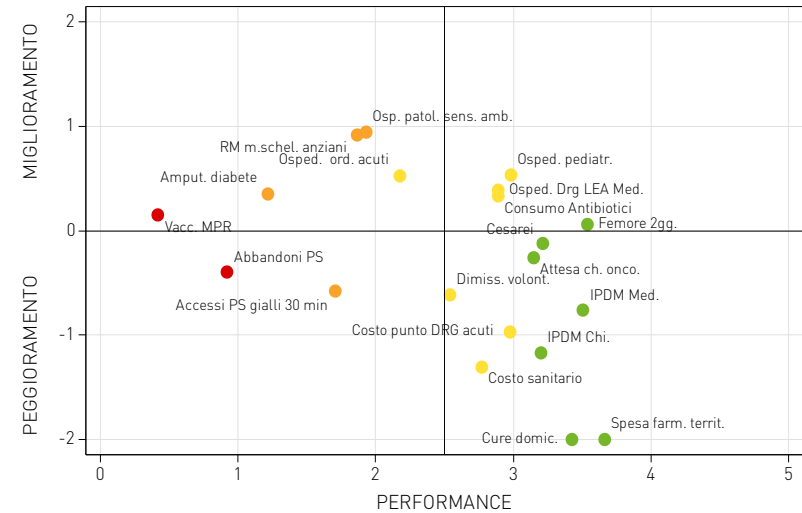
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016

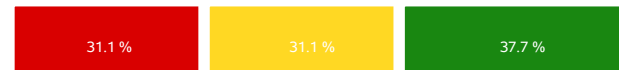


Mappa di performance e trend (2015-2016)

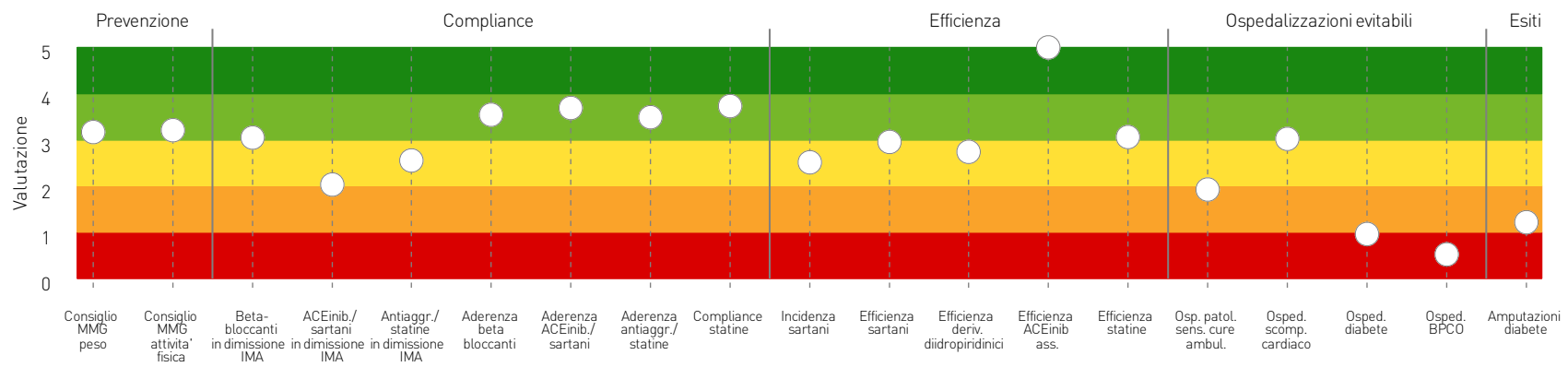
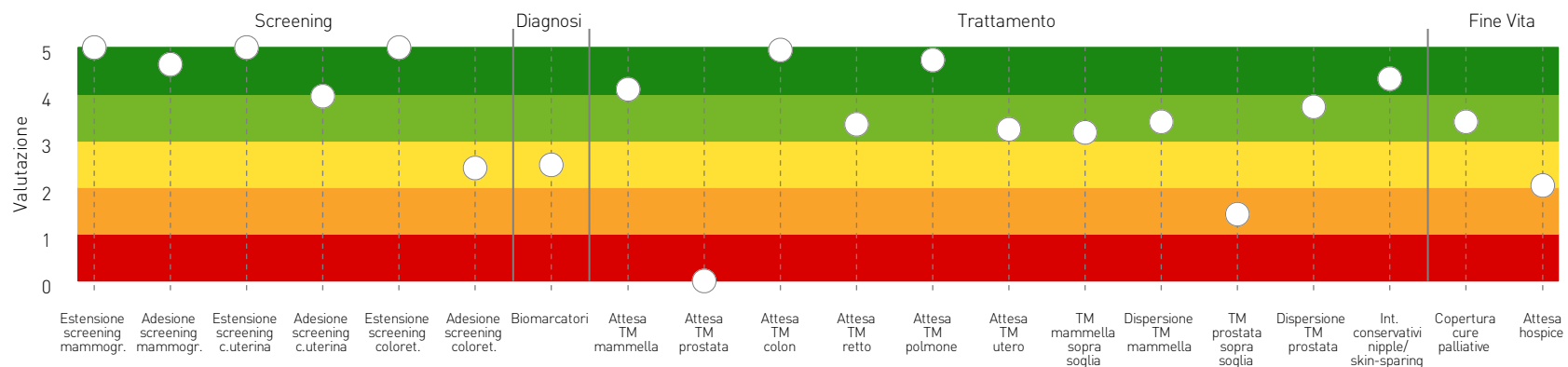
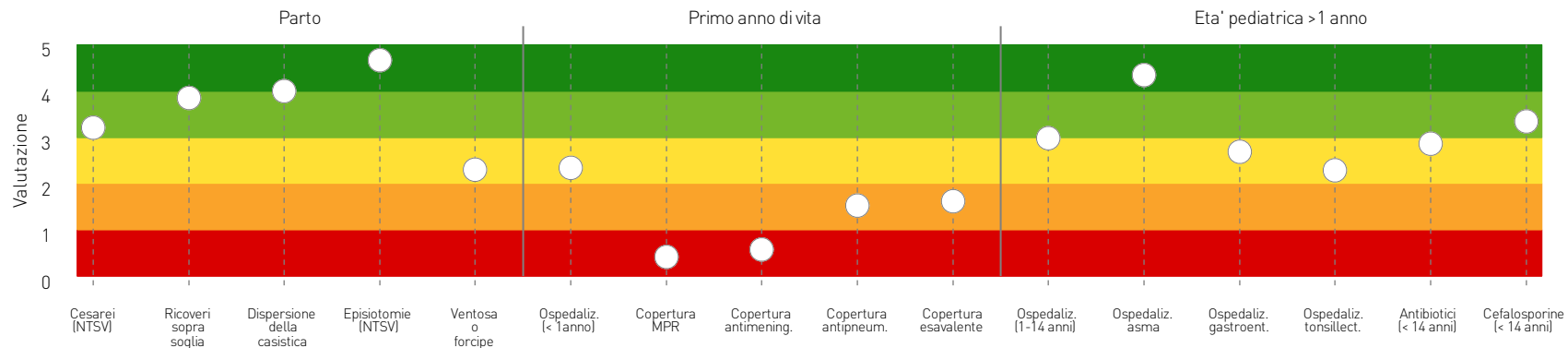


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

Numero indicatori: 106



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



FRIULI VENEZIA GIULIA



Popolazione: 1.221.218

Densita': 155 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

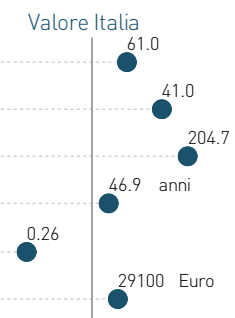
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



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

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

COMMENTO AI RISULTATI 2016

L'innalzamento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione del Friuli Venezia Giulia presenta una bassa mortalità infantile e per malattie circolatorie, mentre quella per tumori e quella per suicidi sono più elevate (dati riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione al diffuso consumo di bevande alcoliche, problematica verso la quale non si registra una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2015), il costo sanitario complessivo passa da 1.916 a 1.816 Euro pro-capite, segnando il più basso valore a confronto. Il costo per l'assistenza ospedaliera si conferma invece superiore alla media delle altre Regioni.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende del Friuli Venezia Giulia si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, soprattutto per quel che riguarda la responsabilità; in termini di leggibilità, sussiste qualche margine di miglioramento. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è complessivamente inferiore rispetto alle altre Regioni. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2016 la più bassa del network.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso problematico, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una situazione complessiva buona sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione ad essi. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è in linea con le altre Regioni.

I tempi d'attesa nei Pronto Soccorso denotano una certa difficoltà nella gestione dei codici a minore gravità, soprattutto presso l'ASU di Trieste, cui fa eco una percentuale di abbandoni da parte degli utenti leggermente superiore alla media (comunque in diminuzione, rispetto al 2015). Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è contenuto su pressoché tutto il territorio regionale.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni. Si segnala soltanto un possibile ambito di miglioramento inerente alla copertura del territorio e in particolare all'attività di controllo dei cantieri notificati.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione piuttosto contenuto (in ulteriore riduzione rispetto al 2015) rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto la gestione della casistica di tipo medico registri ancora qualche elemento di inappropriatazza: è superiore alla media – e con una forte variabilità inter-aziendale – la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni, per quanto in significativa diminuzione rispetto al 2015. Una maggiore copertura dell'assistenza domiciliare potrebbe contribuire ad un ulteriore miglioramento del servizio offerto. L'attività chirurgica registra buone performance, con la sola eccezione

delle colecistectomie laparoscopiche effettuate entro un giorno, la cui percentuale – per quanto in aumento – è ancora inferiore alla media delle altre Regioni. La durata delle degenze, sia per la casistica di tipo medico, sia per quella di tipo chirurgico, si conferma più bassa della media del network. L'organizzazione dei processi ospedalieri si conferma complessivamente piuttosto buona: in particolare, con un valore di 76,7% la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 48 ore è tra le più elevate del network, così come la percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore, che segnala il buon coordinamento dei processi interni alle strutture ospedaliere. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono allineati rispetto alle altre Regioni. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, la significativa contrazione del ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatazza) allinea ora il Friuli Venezia Giulia alle altre Regioni del network, mentre si riscontra ancora un numero eccessivamente elevato di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari entro 12 mesi.

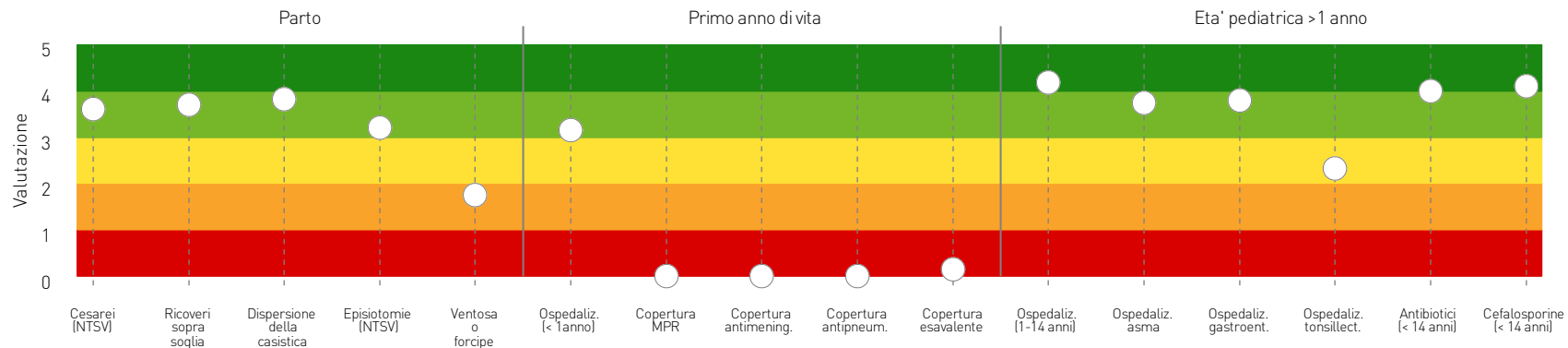
Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale (176,5 Euro pro-capite) risulta superiore alla media. Potrebbero essere presidiati più efficacemente sia l'appropriatazza prescrittiva (di alcune molecole in particolare, quali gli inibitori di pompa protonica o i sartani), sia l'efficienza prescrittiva – ovvero la propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole con brevetto scaduto. In termini di aderenza farmaceutica, i risultati sono invece soddisfacenti, così come per l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma molto elevata e superiore al resto del network.

La presa in carico della salute mentale conferma la consolidata attenzione del Friuli Venezia Giulia verso questa problematica: le performance sono molto buone.

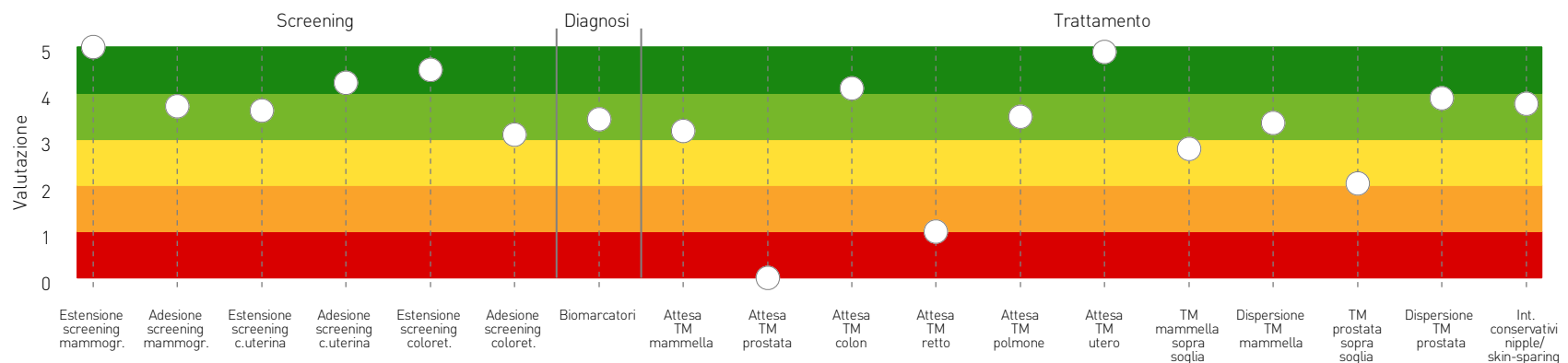
La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona, tanto nella fase del parto – la percentuale di parti cesarei si conferma la più contenuta del network –, quanto nella fase pediatrica, eccezione fatta per la già citata bassa copertura vaccinale: sono bassi sia i tassi di ospedalizzazione per le principali patologie monitorate (asma, gastroenterite, tonsillectomie), sia i consumi di antibiotici.

Si registrano risultati molto buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (screening, diagnosi, trattamento, fine vita). Si notano miglioramenti in termini di capacità di concentrazione della casistica, segnatamente per il trattamento del tumore maligno della prostata e solo i tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumore al retto sono superiori rispetto alle altre Regioni.

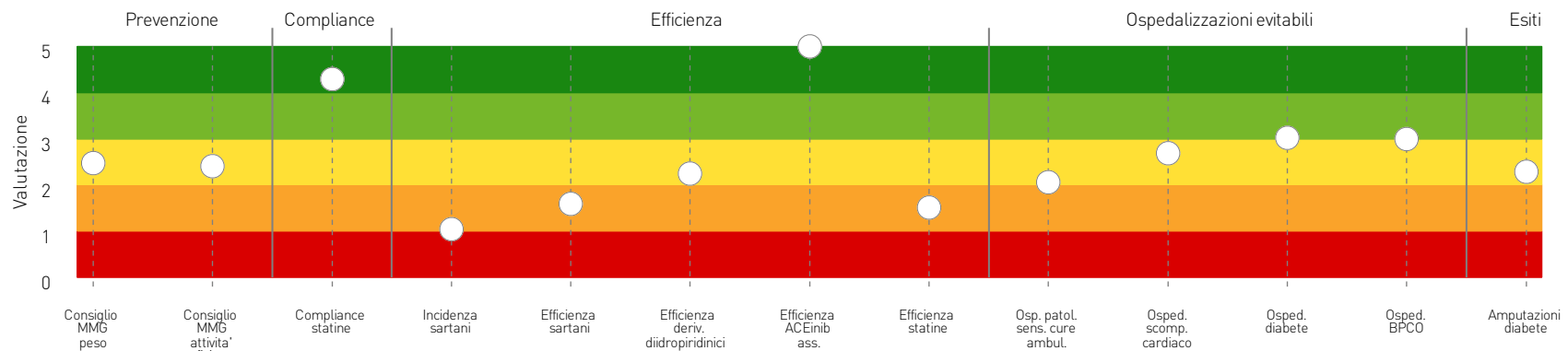
La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso un miglioramento e performance 2016 in linea rispetto alle altre Regioni: diminuiscono ulteriormente i tassi di ospedalizzazione di quasi tutte le principali patologie.



PERCORSO
MATERNO
INFANTILE



PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ

LIGURIA



Popolazione: 1.571.053

Densita': 290 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

Indice di dipendenza anziani

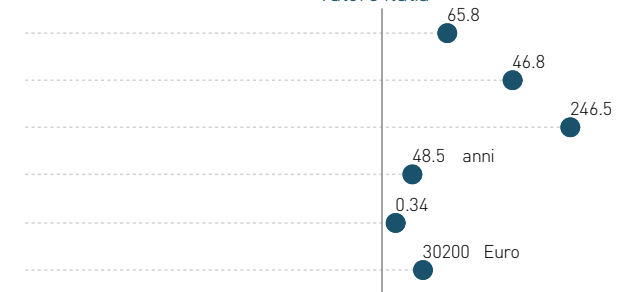
Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini*

PIL pro-capite**

Valore Italia



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

Il sistema sanitario regionale ligure prevede l'esistenza di 5 Aziende-Unità Sanitarie Locali (AUSL) e, a partire dal 30 settembre 2016, dell'Azienda Ligure Sanitaria (Alisa), con compiti di formazione, governo clinico, accreditamento, integrazione socio-sanitaria, valutazione delle performance, analisi epidemiologica e prevenzione. Sono inoltre presenti 3 Aziende Ospedaliere (AO Galliera, AO Evangelico Internazionale e AO Santa Corona), un'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU S. Martino) e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS Gaslini).

COMMENTO AI RISULTATI 2016

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione ligure presenta una mortalità per suicidi e per malattie circolatorie inferiore rispetto alle altre Regioni; risulta invece una mortalità per tumori più elevata e una mortalità infantile in linea con la media (dati riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva come gli stili di vita dei Liguri non si discostino particolarmente rispetto alla media nel network, nonostante un leggero eccesso di persone sedentarie; i medici di medicina generale potrebbero essere maggiormente sensibilizzati rispetto alla promozione dell'attività fisica.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria (relativa all'anno 2015), si conferma un costo sanitario complessivo in linea con la media delle altre Regioni, a fronte di un costo medio per attività ospedaliera leggermente più elevato.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende liguri si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, sia per quanto riguarda la responsabilità, sia in termini di leggibilità. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2016 un ambito a cui prestare maggiore attenzione, sia per l'aumento rispetto al 2015, sia per la marcata variabilità inter-aziendale.

Per quanto riguarda la capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso problematico, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, se i livelli di estensione sono molto soddisfacenti (best practice per lo screening mammografico e per quello della cervice uterina), permane però qualche difficoltà in termini di adesione a quest'ultimo e a quello coloretale. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è leggermente superiore rispetto alle altre Regioni, nonostante una difficoltà presso la Ausl 4 Chiavarese.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso registrano una certa difficoltà nella presa in carico della casistica meno grave, soprattutto in alcune Aziende. Questa si rispecchia nell'elevata percentuale di abbandoni che, per quanto in contrazione rispetto al 2015, resta problematica in alcune strutture (Ospedale Galliera, in primis). Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è invece molto contenuto su tutto il territorio regionale.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione rispecchia il trend nazionale, calando ulteriormente rispetto al 2015: con 151 ricoveri ogni 1.000 residenti il dato è complessivamente in linea con le altre Regioni. Una maggiore spinta all'assistenza domiciliare – soprattutto nell'area genovese – potrebbe contribuire a ridurre ulteriormente il ricorso all'offerta ospedaliera. Questo emerge con evidenza nella presa in carico della casistica medica, rispetto alla quale sussistono margini di recupero di appropriatezza (in particolare, è elevato il tasso di ricoveri diurni con finalità diagnostica ed è alta la percentuale di ricoveri medici oltre-soglia). Si registrano nel complesso buoni

risultati per quanto riguarda la gestione dei percorsi chirurgici: permane solo l'esigenza di spingere maggiormente sull'utilizzo della day surgery, quale strumento di recupero di appropriatezza organizzativa. La durata delle degenze presenta una situazione diversa per i ricoveri di tipo medico e per quelli di tipo chirurgico: per i primi, la Liguria registra risultati in media con le altre Regioni, mentre si denota una degenza media relativamente lunga per l'attività chirurgica (in ulteriore crescita, rispetto al 2015). Si registrano alcune luci e ombre per quanto concerne l'organizzazione dei processi ospedalieri: da una parte aumenta la percentuale di fratture del collo del femore operate rispetto alle fratture diagnosticate, dall'altra si riduce la proporzione di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni rispetto alle fratture operate. Aumenta il ricorso alla procedura transuretrale per le prostatectomie, pur con una certa variabilità intra-regionale. Buona complessivamente l'integrazione ospedale-territorio, nonostante sussistano ampie difformità tra le Aziende. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, permane la necessità di presidiare la prescrizione di risonanze magnetiche lombari: l'alta percentuale di pazienti che ripetono la prestazione entro l'anno suggerisce esserci un possibile problema di appropriatezza.

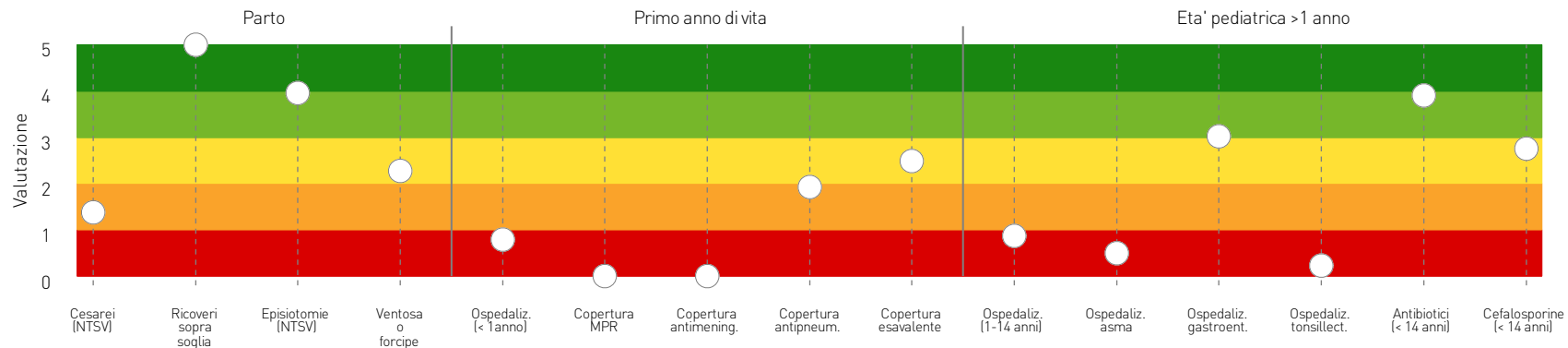
Sul versante della governance farmaceutica, per quanto la spesa territoriale si attesti su valori molto bassi (156,8 Euro pro capite), andrebbe incentivata la propensione – da parte dei MMG – alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a minore costo, oltre ad un presidio più attento dell'aderenza farmaceutica. L'attenzione verso la gestione del dolore – misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi – è molto buona.

L'alto tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche e l'alta percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni indicano l'esigenza di prestare maggiore attenzione alla presa in carico della salute mentale.

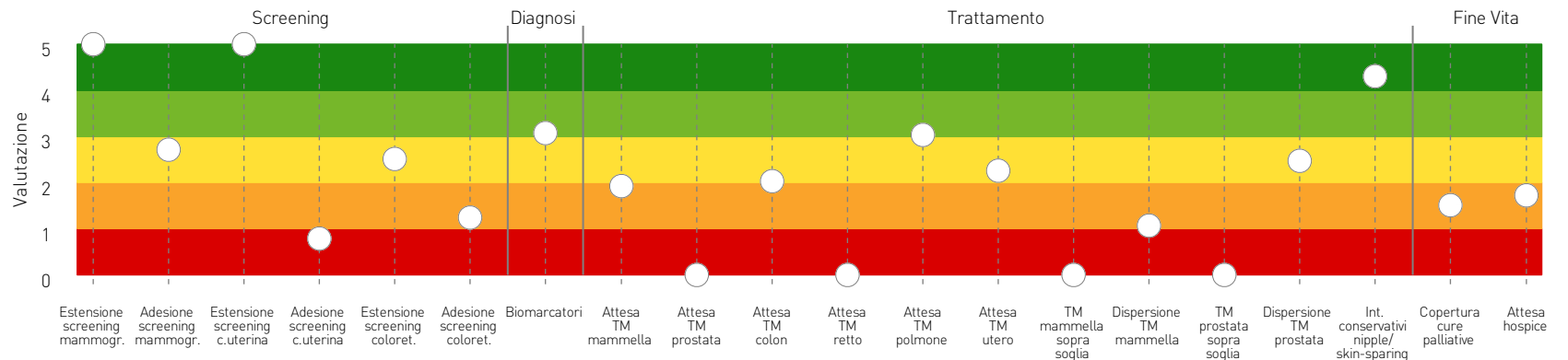
La gestione del percorso materno-infantile presenta ambiti di miglioramento sia nella fase del parto (per quanto in leggera contrazione rispetto al 2015, il ricorso al parto cesareo resta frequente), sia nella presa in carico del primo anno di vita (oltre alle già citate difficoltà nell'attività vaccinale, il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita è tra i più elevati del network), sia nella successiva fase pediatrica (il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia ed il tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma si confermano più elevati rispetto alle altre Regioni)

Si registrano risultati contrastanti nella gestione del percorso oncologico: nella fase del trattamento, i tempi di attesa per gli interventi chirurgici di tumore alla prostata, tumore al retto e tumore alla mammella sono elevati e sussistono problematiche anche relativamente alla concentrazione della casistica. Maggiore attenzione andrebbe inoltre prestata alla fase del fine vita.

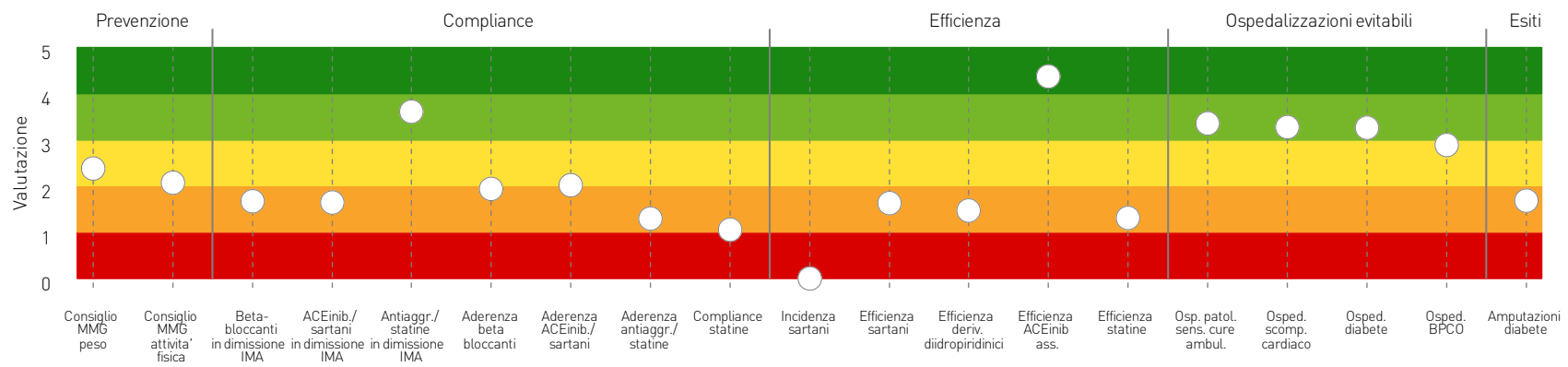
La presa in carico delle cronicità registra nel suo complesso performance in linea rispetto alle altre Regioni: i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche confermano una buona capacità assistenziale complessiva da parte del sistema ligure, pur mostrando qualche criticità sul percorso piede diabetico, che registra un aumento delle amputazioni.



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

LOMBARDIA



Popolazione: 10.008.349

Densità: 419 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Età media

Indice di Gini*

PIL pro-capite**

Valore Italia

156.2

34.2

155.7

44.6 anni

0.30

35700 Euro

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

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

COMMENTO AI RISULTATI 2016

L'innalzamento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la Lombardia registra una bassa mortalità infantile, complessivamente stabile (i dati sono relativi al triennio 2012-2014).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è un'area sicuramente migliorabile, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. I programmi di screening (mammografico, cervice uterina e coloretale) restituiscono buoni risultati, in termini di adesione.

In riferimento alla gestione dell'emergenza e urgenza, i tempi di attesa in Pronto Soccorso sono lievemente superiori alla media, con una leggera difficoltà nella presa in carico dei codici verdi. Questo può in parte spiegare perché la percentuale di abbandoni da Pronto Soccorso sia – seppur di poco – superiore alla media del network.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro potrebbe spingere su una maggiore copertura del territorio, al momento carente rispetto alle altre Regioni.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione piuttosto contenuto (in ulteriore riduzione rispetto al 2015) rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto un maggiore investimento sulle cure domiciliari potrebbe contribuire ad un'ulteriore riduzione del ricorso al setting ospedaliero. La gestione della casistica sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico presenta singoli elementi di criticità. In riferimento alla prima, rileva l'alta percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni. In riferimento alla casistica chirurgica, si segnala in particolare la bassa percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate entro un giorno, mentre il tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping delle vene è il più basso del network. Per quanto concerne la durata delle degenze, se la casistica chirurgica registra un leggero eccesso, per quanto riguarda i DRG medici si rileva una durata sensibilmente inferiore rispetto alle altre Regioni.

In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, alla relativamente bassa percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione fa da contraltare la più alta percentuale di accessi al Pronto Soccorso inviati al ricovero entro 8 ore (con la sola eccezione del San Raffaele di Milano). La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore proxy della soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – è in linea con le altre Regioni. Complessivamente buona l'integrazione ospedale-territorio, nonostante il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali sia più elevato delle altre Regioni. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, la prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche a pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatazza) è complessivamente sotto controllo, nonostante un'ampia variabilità inter-aziendale; la percentuale di pazienti che ripetono un RM entro 12 mesi è tra le più contenute del network.

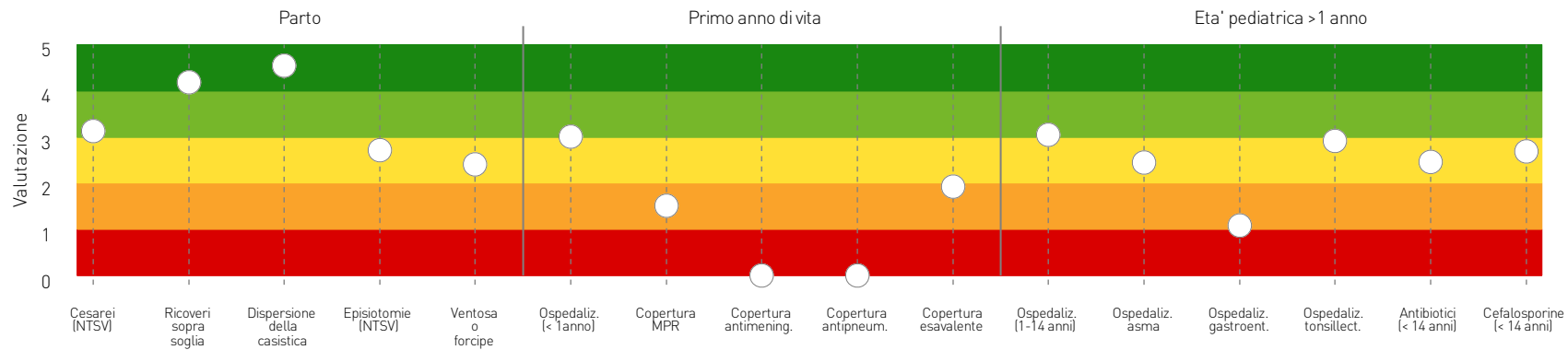
In riferimento alla governance farmaceutica territoriale, si rilevano buone performance sul versante dell'aderenza prescrittiva, mentre potrebbe essere ulteriormente stimolata la propensione – da parte dei MMG – alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore: ad esempio, l'incidenza della prescrizione di sartani – più costosi rispetto agli ACE-inibitori – è più elevata della media. L'attenzione verso la gestione del dolore,

misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è in linea con le altre Regioni del network. La presa in carico della salute mentale è un ambito da presidiare con maggiore attenzione, sia per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, sia per quanto concerne l'assistenza territoriale.

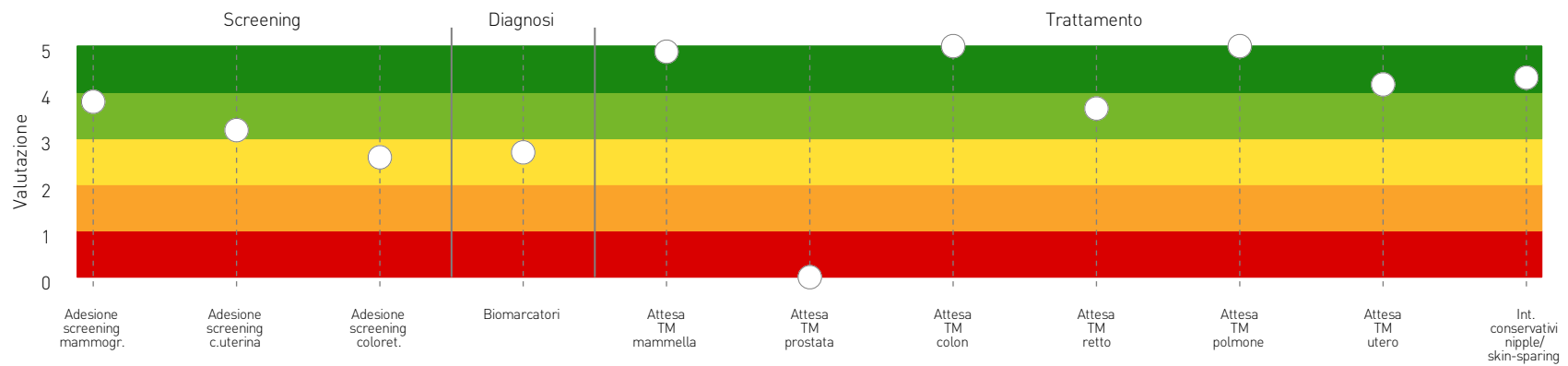
La gestione del percorso materno-infantile si conferma buona, nelle tre fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): in particolare, il ricorso al parto cesareo è limitato, anche grazie alla buona concentrazione della casistica. In riferimento all'età pediatrica, si rileva soltanto un eccesso del tasso di ospedalizzazione per gastroenterite, segnatamente in alcune Aziende.

Si registrano risultati molto buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (screening, diagnosi, trattamento, fine vita). I tempi di attesa per la chirurgia oncologica, in particolare, risultano molto contenuti (eccezion fatta per il trattamento del tumore maligno alla prostata, problematica comune a quasi tutte le Regioni).

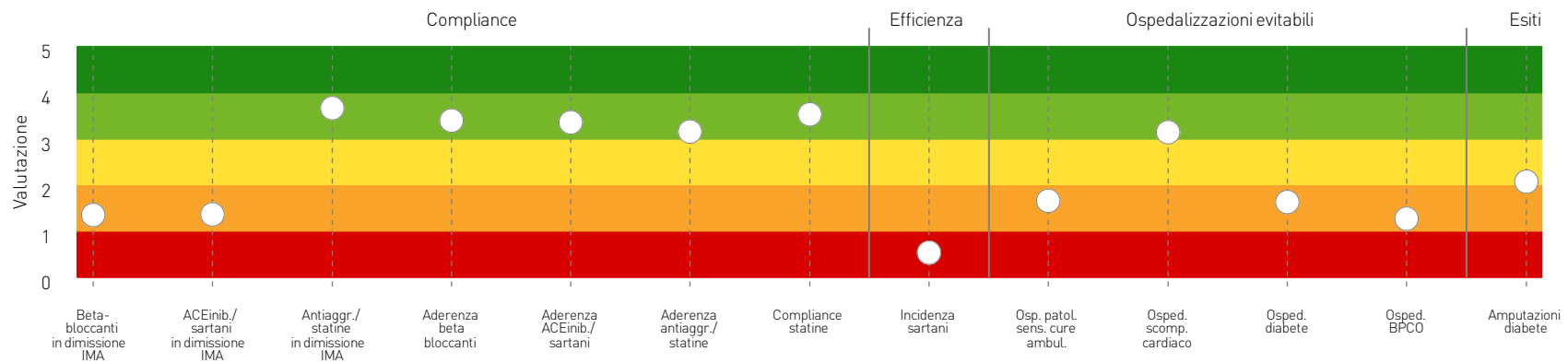
I tassi di ospedalizzazione per patologie croniche rilevano alcuni aspetti che richiedono attenzione e approfondimento nella gestione delle cronicità: mentre il ricorso alle strutture ospedaliere per scompenso cardiaco è meno frequente della media, i tassi di ospedalizzazione per diabete e per BPCO sono più elevati rispetto alle altre Regioni, per quanto in leggera contrazione rispetto al 2015.



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

MARCHE



Popolazione: 1.543.752

Densità: 164 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

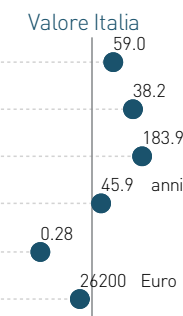
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Età media

Indice di Gini*

PII pro-capite**



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

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).

COMMENTO AI RISULTATI 2016

Il miglioramento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione marchigiana gode complessivamente di buona salute (in riferimento alla mortalità infantile, a quelle per tumori e per malattie circolatorie, tutte registrate nel triennio 2012-2014). Dall'indagine ministeriale PASSI risulta la diffusione di stili di vita complessivamente sani, in media con le altre Regioni, e quasi tutti in ulteriore miglioramento rispetto al 2015. Potrebbe essere ulteriormente incentivata l'attività dei medici di base nella promozione di corretti stili di vita, soprattutto in riferimento alla problematica dell'alcoolismo, rispetto alla quale si registra una sensibilità bassa, soprattutto in alcune aree della Regione.

In riferimento alla dimensione economico-finanziaria (i dati sono relativi all'anno 2015), la Regione Marche conferma sia un costo sanitario molto contenuto (1.825 Euro pro capite, tra i più bassi del network), sia un basso costo per l'attività ospedaliera (mediamente, 4.376 Euro per punto DRG).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aree Vaste marchigiane si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione.

La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è leggermente inferiore rispetto alla media del network. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2016 molto contenuta, nonostante si registri una marcata variabilità tra le strutture regionali.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso problematico, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda gli screening oncologici, si conferma come ad una capillare attività di invito non corrisponda una altrettanto diffusa adesione da parte dell'utenza, fenomeno non completamente bilanciato dalla propensione all'iniziativa personale, al di fuori dei programmi organizzati.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso confermano una criticità rispetto alla tempestiva gestione delle casistiche meno urgenti (codici verde e giallo), pur con un'ampia variabilità tra strutture ospedaliere. La percentuale di abbandoni riflette tale criticità, che risulta in ulteriore crescita rispetto al 2015.

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

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il basso tasso di ospedalizzazione suggerisce una buona capacità di governo dei setting assistenziali. In riferimento alla gestione della casistica di tipo medico, resta elevata la percentuale di ricoveri oltre soglia per pazienti anziani, suggerendo possibili difficoltà sia nella gestione dei processi intra-ospedalieri, sia nell'integrazione tra ospedale e territorio (ipotesi suffragata anche dall'elevato tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni, in ulteriore, leggera crescita rispetto al 2015). Una maggiore offerta di assistenza domiciliare – tuttora

insoddisfacente – potrebbe contribuire a migliorare la presa in carico post-ricovero. In riferimento all'attività chirurgica, va prestata attenzione alla percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno: alla marcata variabilità intra-regionale si associa il peggioramento del dato tra 2015 e 2016. La durata delle degenze dei ricoveri chirurgici si attesta su valori medi, mentre quelle per episodi medici sono leggermente più lunghe rispetto alle altre Regioni. Il livello di organizzazione dei processi ospedalieri è complessivamente in linea con le altre Regioni; la bassa percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, con tempi di permanenza entro le 8 ore, segnala tuttavia una problematica nella gestione del percorso, in ulteriore peggioramento rispetto al 2015. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, la percentuale di pazienti che ripetono la risonanza magnetica lombare entro 12 mesi risulta relativamente elevata e potrebbe essere motivata da un problema di appropriatezza prescrittiva in alcune zone della Regione.

Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale, seppure in leggera diminuzione, si attesta sui valori più alti del Network (200,3 Euro pro capite); va comunque considerato che tale risultato è in parte legato all'assenza di strumenti di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Una maggiore appropriatezza nelle scelte prescrittive (in riferimento a inibitori di pompa protonica e sartani, in primis) e una maggiore propensione alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto potrebbero concorrere al contenimento della spesa. Anche i livelli di aderenza farmaceutica potrebbero essere migliorati, così come l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma non ancora adeguata.

Il relativamente alto tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche e il numero elevato di ricoveri ripetuti a 7 giorni e a 8-30 giorni indicano una criticità nella gestione della salute mentale, sia da parte dell'ospedale, sia da parte del territorio.

La gestione del percorso materno-infantile conferma alcune criticità: in riferimento alla fase del parto, anche nel 2015 si conferma frequente il ricorso al cesareo (mentre la percentuale di parti operativi è – di converso – tra le più basse del network). In riferimento alla fase pediatrica, l'assistenza è complessivamente buona, nonostante un eccesso di ospedalizzazioni per gastroenterite (comunque in sensibile calo, rispetto a 2015) e al consumo di cefalosporine.

Alcune luci e ombre rispetto alle diverse fasi (screening, diagnosi, trattamento, fine vita) in cui si articola il percorso oncologico: rispetto alla prima di queste, è già stata rimarcata la scarsa adesione da parte delle persone invitate; in riferimento alla diagnosi, sussiste una problematica relativa all'appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali; sul versante del trattamento, i tempi di attesa per l'operazione chirurgica sono complessivamente superiori alla media e il processo di concentrazione della casistica ancora non può dirsi concluso (in riferimento al trattamento del tumore maligno alla mammella, ad esempio); piuttosto buona, infine, la copertura da parte della rete delle cure palliative.

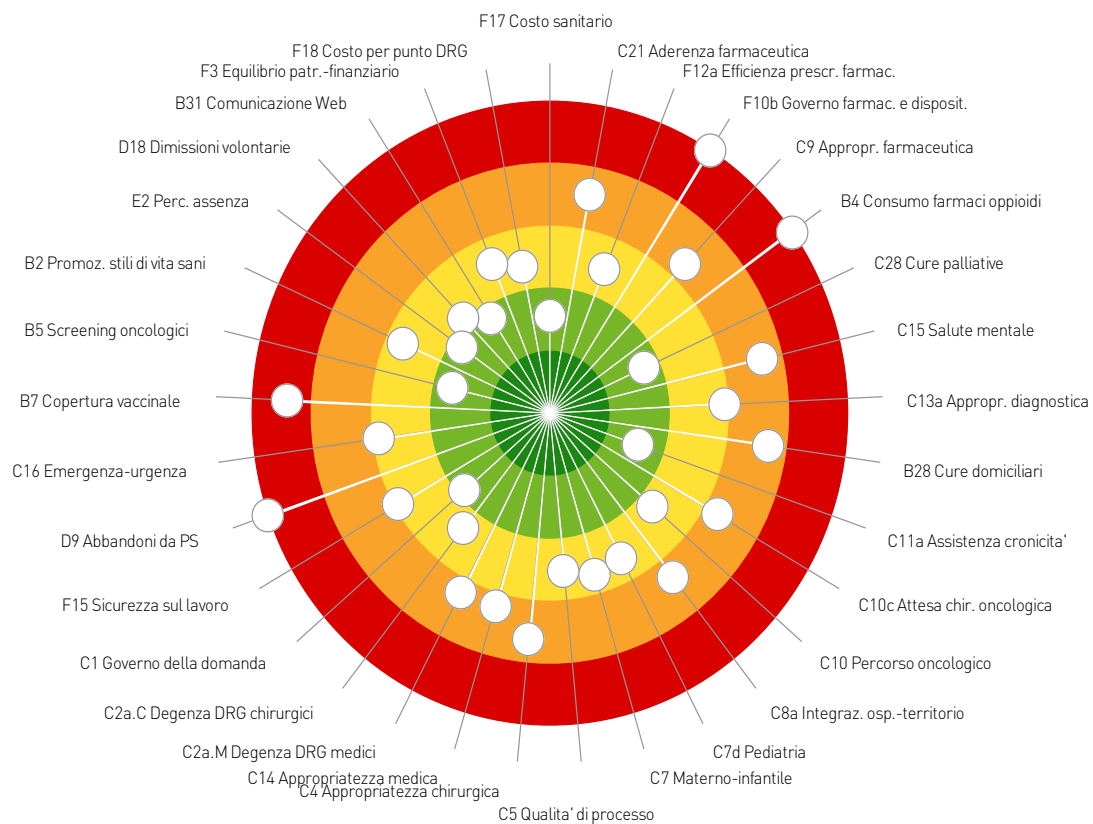
Viene confermata anche nel 2016 la complessivamente buona capacità di presa in carico delle patologie croniche, per quanto possa senz'altro essere prestata maggiore attenzione alla presa in carico di tipo prettamente farmaceutica (sia in termini di efficienza, sia in termini di aderenza prescrittiva).

MARCHE

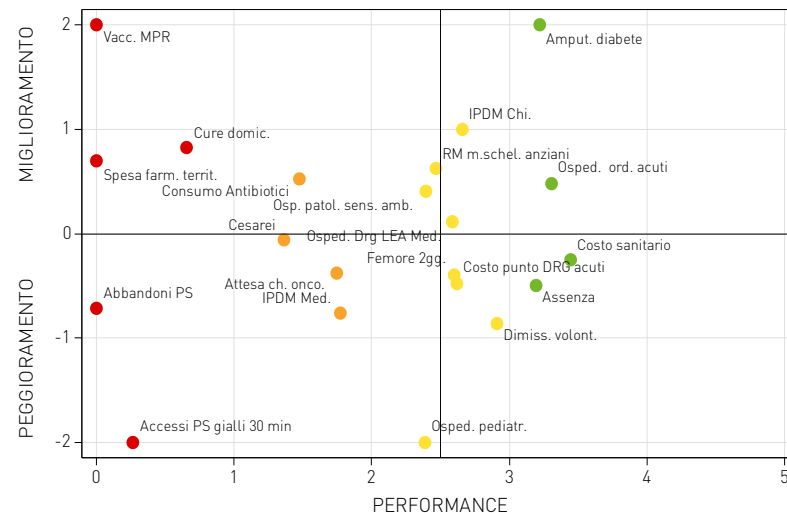
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016

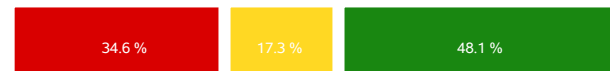


Mappa di performance e trend (2015-2016)

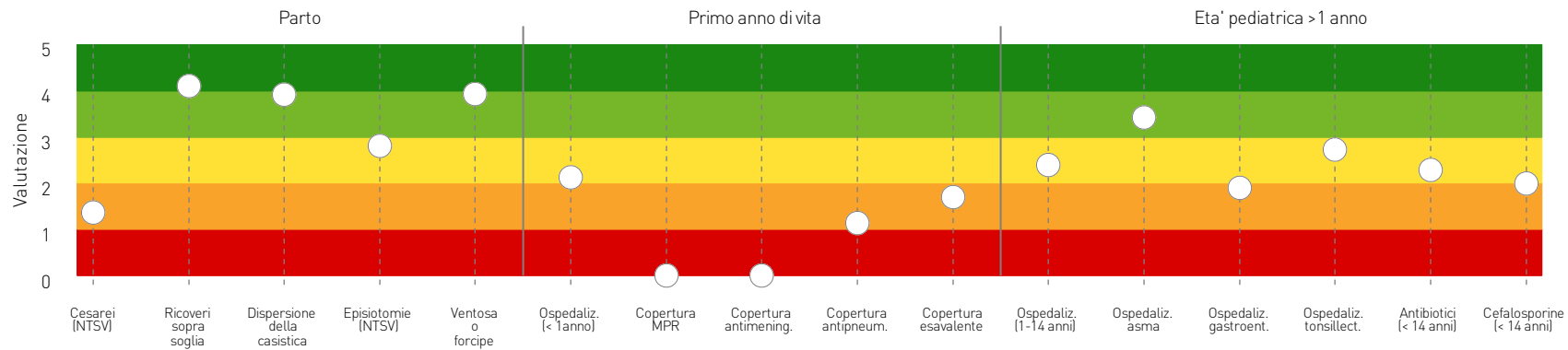


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

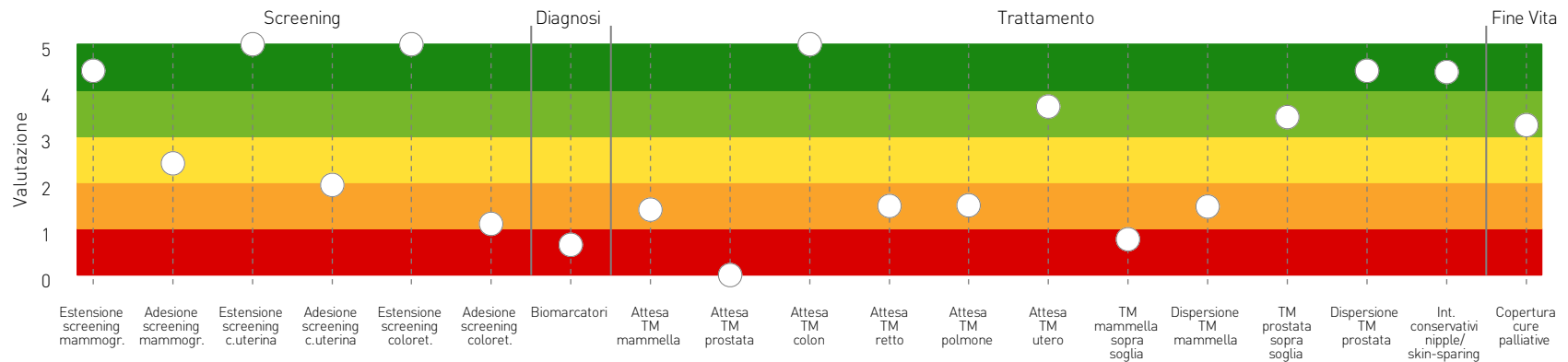
Numero indicatori: 104



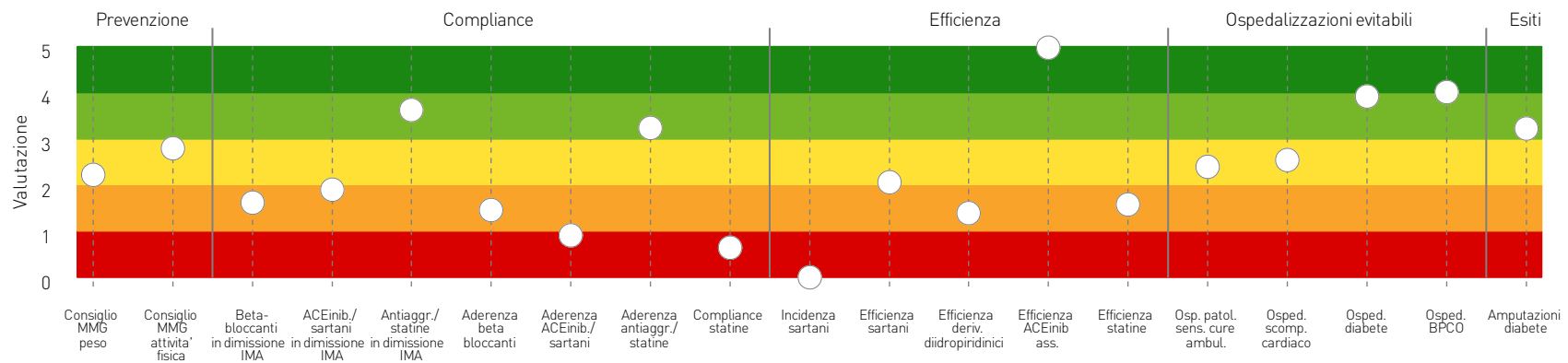
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

PUGLIA



Popolazione: 4.077.166

Densita': 209 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

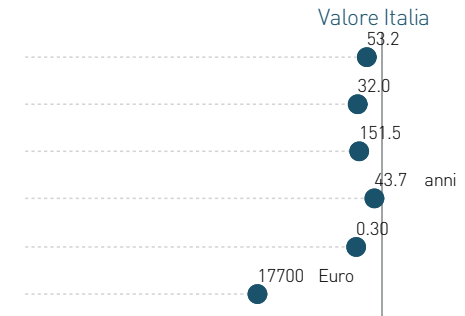
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini*

PIL pro-capite**



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

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.

COMMENTO AI RISULTATI 2016

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione pugliese presenta una bassa mortalità per suicidi e per tumori, una mortalità per malattie circolatorie in linea con le altre Regioni, mentre la mortalità infantile si attesta ancora su valori superiori (i dati sono riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: registra una percentuale di persone obese e in sovrappeso e di persone sedentarie superiore alle altre Regioni; rispetto a queste problematiche non spicca una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale – è anzi tra le più basse del network – nel consigliare corretti stili di vita.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, il costo sanitario pro-capite è complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni (1.982 Euro pro capite - il dato fa riferimento al 2015), in leggera crescita rispetto all'anno precedente.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende pugliesi si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, sia in termini di responsività, sia in termini di leggibilità. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è più alta rispetto alle altre Regioni. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2016 sensibilmente più alta della media, pur con ampia variabilità tra le strutture regionali.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, la copertura vaccinale è in linea con le altre Regioni, per quanto ancora insoddisfacente. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è più bassa rispetto alle altre Regioni, per quanto in leggera crescita rispetto al 2015.

I tempi d'attesa nei Pronto Soccorso – pur con ampia variabilità tra le strutture regionali – sono complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni, così come il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo. Il fenomeno dell'abbandono da pronto soccorso resta una criticità, nonostante la marcata contrazione rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, si registra una rilevante diminuzione del tasso di ospedalizzazione, rispetto al 2015, dato che suggerisce una sempre più matura capacità di gestione della domanda. Resta alto il tasso per ricoveri ordinari acuti, in particolare presso la Azienda territoriale di Foggia: a questo dato fa da contraltare la scarsa performance per quel che concerne l'assistenza domiciliare, sia in termini di copertura, sia in termini di intensità dell'assistenza stessa. A fronte di un complessivo miglioramento della presa in carico della casistica medica, resta alto – anch'esso in particolare presso talune realtà territoriali – il tasso di ricoveri diurni di tipo diagnostico. Va senz'altro presidiata meglio la gestione della casistica chirurgica, che ancora presenta ampi margini di recupero in termini di appropriatezza organizzativa: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche operate entro un giorno resta la più bassa del network, così come quella di ricoveri in day surgery per la lista dei DRG individuata dal Ministero della Salute. L'organizzazione dei processi ospedalieri registra il significativo miglioramento nella gestione delle fratture del collo del femore: quelle operate entro 2 giorni (rispetto al numero di diagnostiche) passano dal 47 al 54%. La percentuale di fratture operate su quelle diagnostiche è tuttavia tra le più basse del network, suggerendo l'opportunità di possibili audit clinico-organizzativi, per scongiurare eventuali rischi di undertreatment. La bassa percentuale di ricoveri da pronto soccorso in

reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione suggerisce possibili problematiche di gestione dei processi intra-ospedalieri, particolarmente marcate presso gli Ospedali Riuniti di Foggia (ipotesi che parrebbe trovare conferma anche nella bassa percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza inferiore a 8 ore). Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano performance in linea con le altre Regioni, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica, pur con ampia variabilità intra-regionale. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, l'alto tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali (segnatamente nella ASL di Foggia) indica una difficoltà del territorio a fungere da filtro rispetto al ricorso alle strutture ospedaliere, mentre il basso tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni suggerisce la tenuta delle reti sociali nella fase di presa in carico post-ospedaliera. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, il contenuto tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani e il basso numero di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari entro 12 mesi suggeriscono una situazione di complessiva appropriatezza diagnostica.

In riferimento all'ambito farmaceutico, una più attenta governance prescrittiva potrebbe mirare ad una maggiore appropriatezza (il consumo di antibiotici è, ad esempio, sensibilmente superiore alla media), incentivare ulteriormente la propensione dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore (l'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina resta la più alta del network) e supportare misure che favoriscano l'aderenza al trattamento. Infine, l'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è ottima.

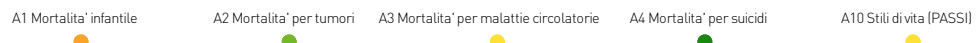
La presa in carico della salute mentale è buona: si registra il più basso tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche e la significativa riduzione della percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni.

Il percorso materno-infantile va senz'altro presidiato meglio, nelle sue diverse fasi: in riferimento al parto, si conferma eccessivamente frequente il ricorso al cesareo; per quanto riguarda il primo anno di vita, è già stata sottolineata la problematicità della copertura vaccinale; per quanto concerne l'età pediatrica, gli alti tassi di ospedalizzazione e gli elevati consumi di antibiotici denotano una presa in carico territoriale o lacunosa, o non del tutto appropriata. Si registrano risultati molto buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (diagnosi, trattamento, fine vita). In particolare, i tempi di attesa per interventi chirurgici sono molto contenuti, eccezion fatta per gli interventi per tumore alla prostata (problematica comunque comune a pressoché tutte le Regioni).

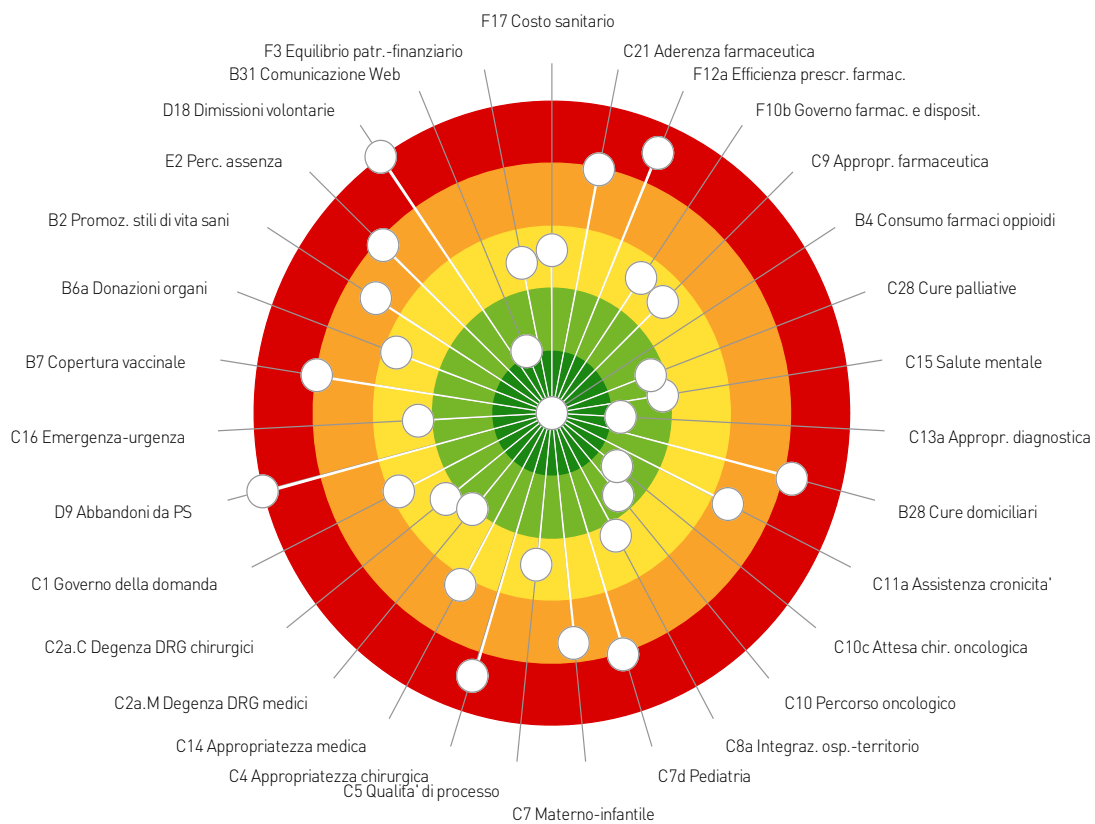
La presa in carico delle cronicità è complessivamente critica: sono già state menzionate le problematiche inerenti alle politiche di prevenzione e all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica; in riferimento ai tassi di ospedalizzazione per patologie croniche – complessivamente più alti rispetto alle altre Regioni –, si registra da un lato un processo di contrazione rispetto al 2015, dall'altra un'ampia variabilità inter-aziendale.

PUGLIA

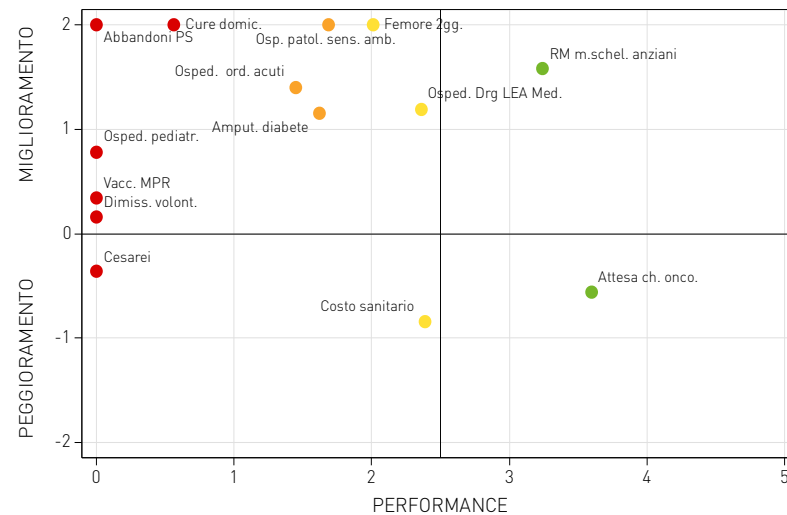
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016



Mappa di performance e trend (2015-2016)

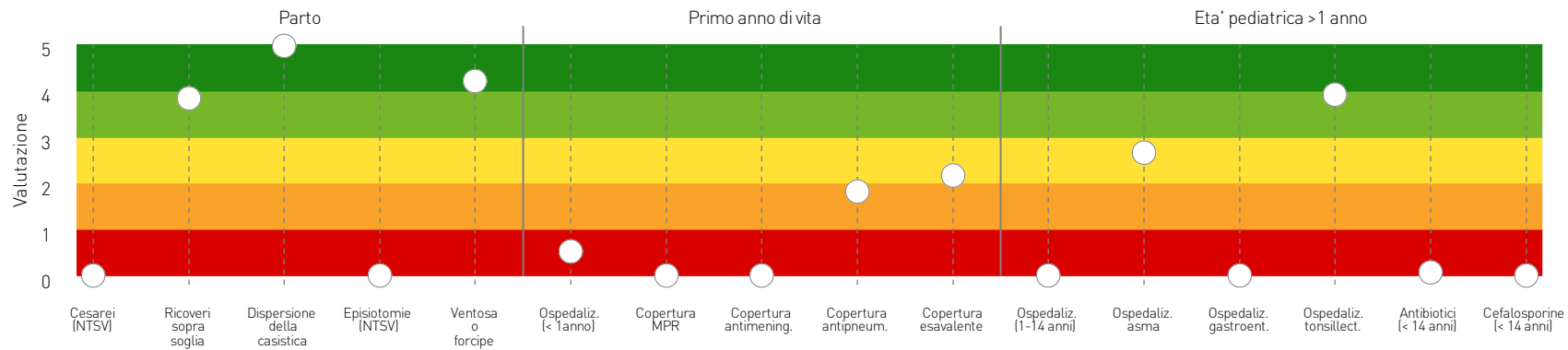


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

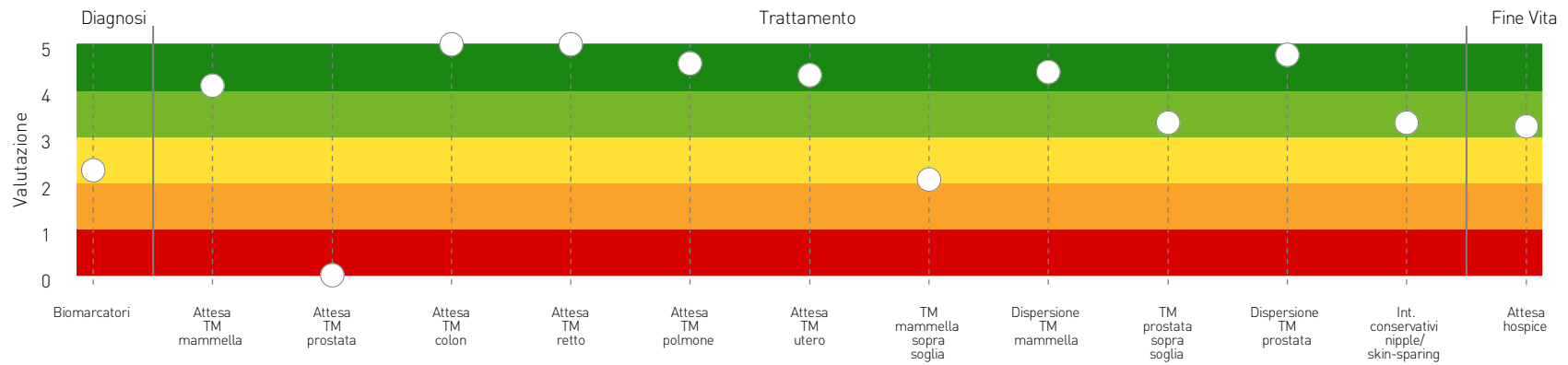
Numero indicatori: 73



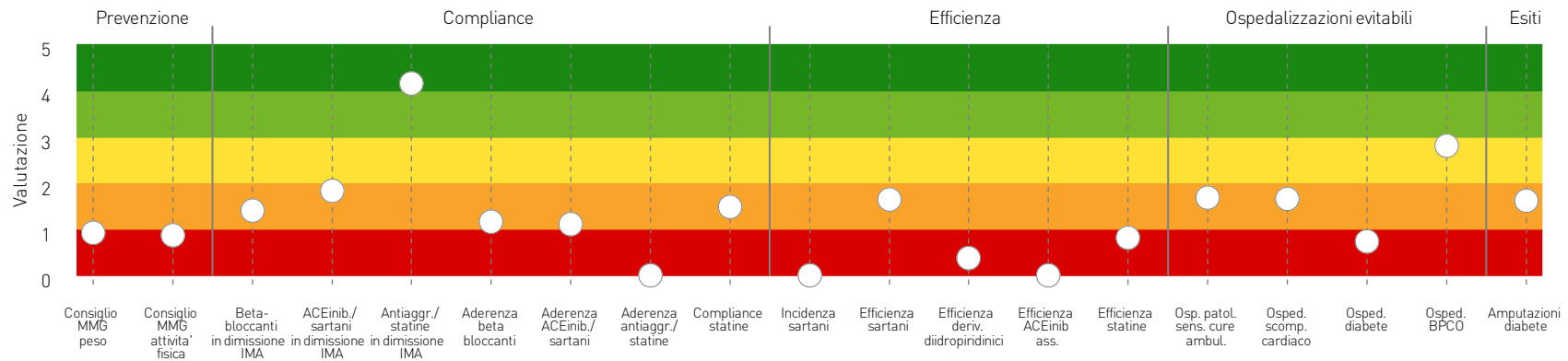
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

TOSCANA



Popolazione: 3.744.398

Densità: 163 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

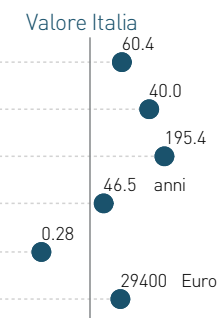
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini*

PIL pro-capite **



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

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

COMMENTO AI RISULTATI 2016

L'obiettivo di ogni sistema sanitario è l'innalzamento del livello di salute della popolazione: la Toscana presenta buoni risultati in merito agli indicatori di mortalità (infantile, per tumori, per malattie cardiovascolari, per suicidi – dati riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: come nel 2015, la situazione della Toscana non si discosta da quella delle altre Regioni, sia per quanto concerne la diffusione di stili di vita sani (per quanto si registri un leggero eccesso di persone sedentarie), sia per quanto riguarda la loro promozione da parte dei medici di medicina generale.

Riguardo alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario toscano, il costo sanitario è in linea con le altre Regioni (1.969 Euro pro capite), mentre il costo per l'assistenza ospedaliera – 4.503 Euro per punto DRG – risulta complessivamente più basso (dati riferiti all'anno 2015).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende toscane si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, sia per quanto riguarda la responsabilità, sia in termini di leggibilità. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è in linea rispetto alle altre Regioni, così come la percentuale di dimissioni volontarie, indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale, per quanto complessivamente più ampio rispetto alle altre Regioni, ancora non è soddisfacente; particolare attenzione va posta alla vaccinazione antipneumococcica, in calo rispetto al 2015. I programmi di screening oncologici presentano una buona copertura, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è inferiore rispetto alle Regioni.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni, così come la percentuale di abbandoni. Il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo è contenuto su pressoché tutto il territorio regionale.

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

Si conferma un punto di forza del sistema sanitario toscano l'appropriato ricorso al setting ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione è il più basso del network (127,3 ricoveri per 1.000 residenti). Il dato va letto sia in riferimento all'efficiente organizzazione dei percorsi intra-ospedalieri, sia alla capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i bisogni di salute della popolazione toscana. In merito al primo punto, gli ospedali toscani confermano un utilizzo appropriato sia del setting assistenziale chirurgico, sia di quello medico, che si traduce in una durata delle degenze – per entrambe le tipologie di casistica – estremamente contenuta. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni cresce ulteriormente, attestandosi sui più alti valori del network (79,5%), mentre la percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero entro 8 ore – in calo rispetto al 2015 e inferiore rispetto alla media – segnala una possibile criticità nella gestione dei percorsi interni di alcune strutture (segnatamente, AOU senese e AOU pisana).

In riferimento al secondo aspetto – la capacità di presa in carico da parte dei servizi territoria-

li – i bassi tassi di ospedalizzazione per patologie croniche e per patologie sensibili alle cure ambulatoriali confermano l'ottima qualità dell'offerta, mentre il contenuto tasso di ospedalizzazione per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni dimostra la buona tenuta della rete assistenziale post-ricovero, sostenuta da un'ottima copertura della presa in carico domiciliare (per quanto ne possa essere incrementata l'intensità). Luci e ombre in riferimento all'appropriatezza prescrittiva diagnostica: se il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriata) è il più contenuto del network, la percentuale di utenti che ripetono la risonanza magnetica lombare entro i 12 mesi è tra le più elevate (8,8%).

In riferimento alla governance farmaceutica, la spesa territoriale toscana è tra le più elevate del network (175,4 Euro pro capite). Se da una parte sembrano essere correttamente sfruttate le opportunità offerte dalle scadenze brevettuali (gli MMG toscano mostrano una buona propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto), dall'altra è sull'appropriatezza prescrittiva e sull'aderenza terapeutica che occorrerà fare leva per garantire un'assistenza farmaceutica al tempo stesso appropriata e sostenibile. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è superiore alla media e in ulteriore miglioramento rispetto al 2015.

La presa in carico della salute mentale registra risultati complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni, per quanto l'eccesso di ricoveri ripetuti entro 7 giorni indichi una potenziale problematicità nell'assistenza ospedaliera, soprattutto in alcune Aziende.

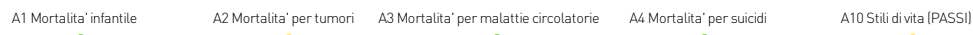
La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona nella fase del parto; l'assistenza nel primo anno di vita sconta il già citato basso livello di copertura vaccinale; in riferimento alla presa in carico in età pediatrica, se i tassi di ospedalizzazione per asma, gastroenterite e tonsillectomie si confermano contenuti, il consumo di antibiotici è leggermente superiore alla media.

Si registrano risultati buoni nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (screening, diagnosi, trattamento, fine vita). Vanno comunque presidiati con attenzione i tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumore alla mammella, al retto e alla prostata (per quanto, in riferimento a quest'ultimo, la problematica sia comune a pressoché tutte le Regioni) e va senz'altro intensificata l'attività della rete delle cure palliative.

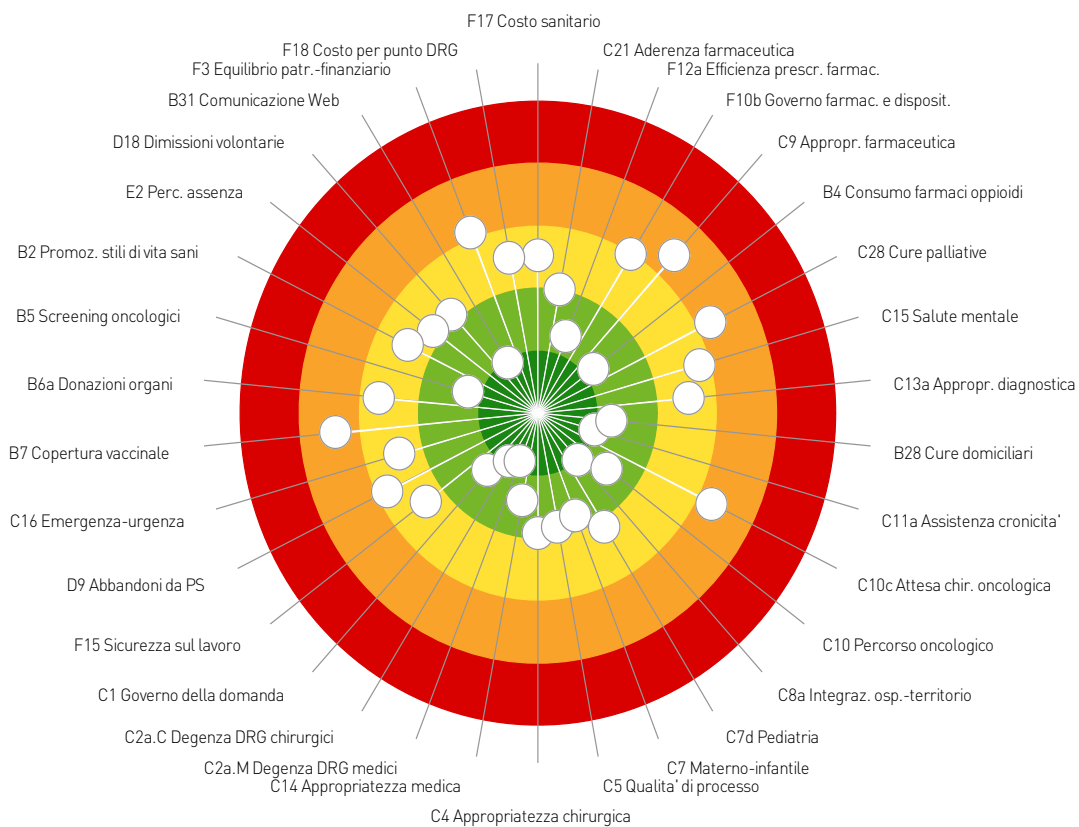
In merito alla presa in carico delle patologie croniche, sono già stati menzionati i principali elementi di forza e di debolezza: il numero di ospedalizzazioni evitabili dimostra l'alta qualità dell'assistenza territoriale, nonostante le difficoltà nella presa in carico farmaceutica (sia in termini di compliance, sia in termini di appropriatezza prescrittiva).

TOSCANA

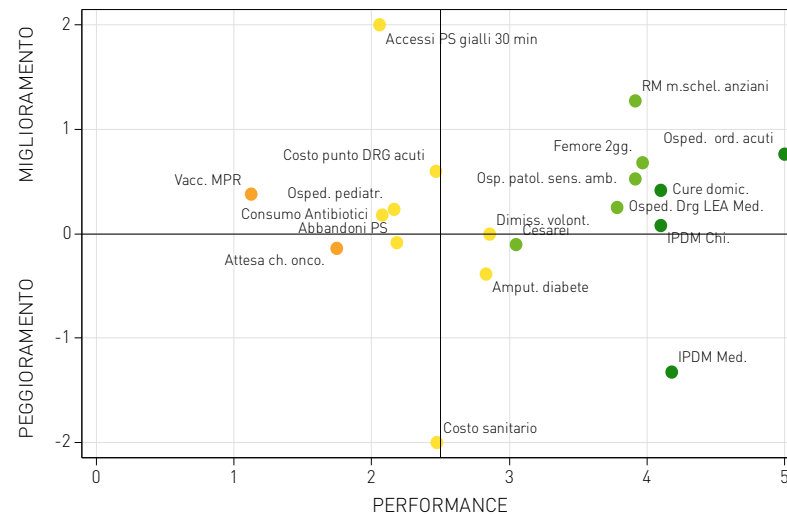
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016

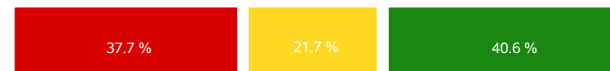


Mappa di performance e trend (2015-2016)

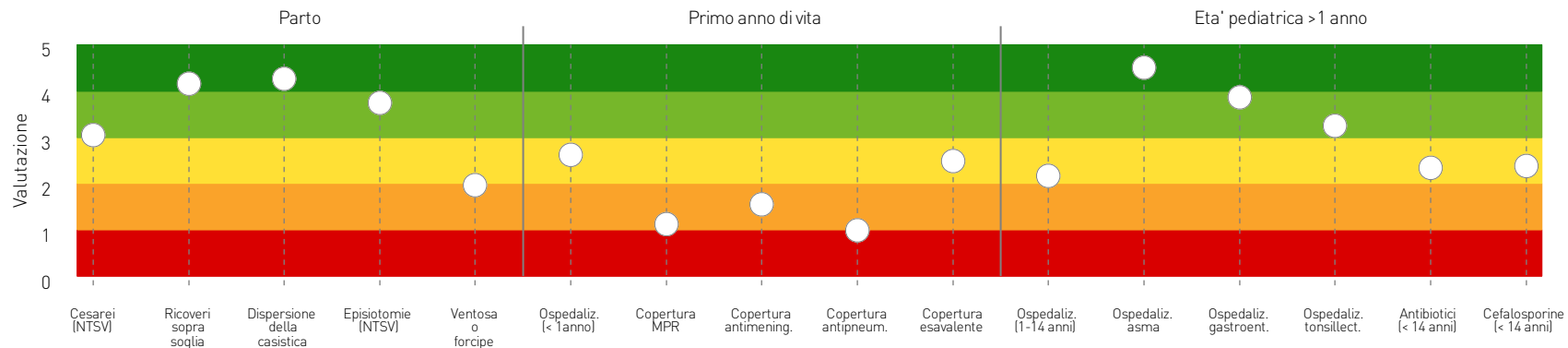


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

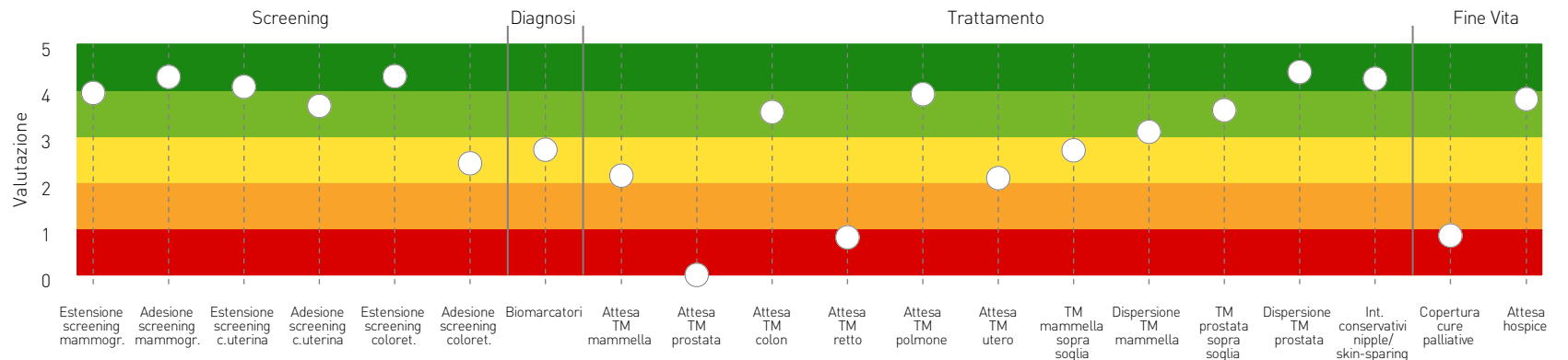
Numero indicatori: 106



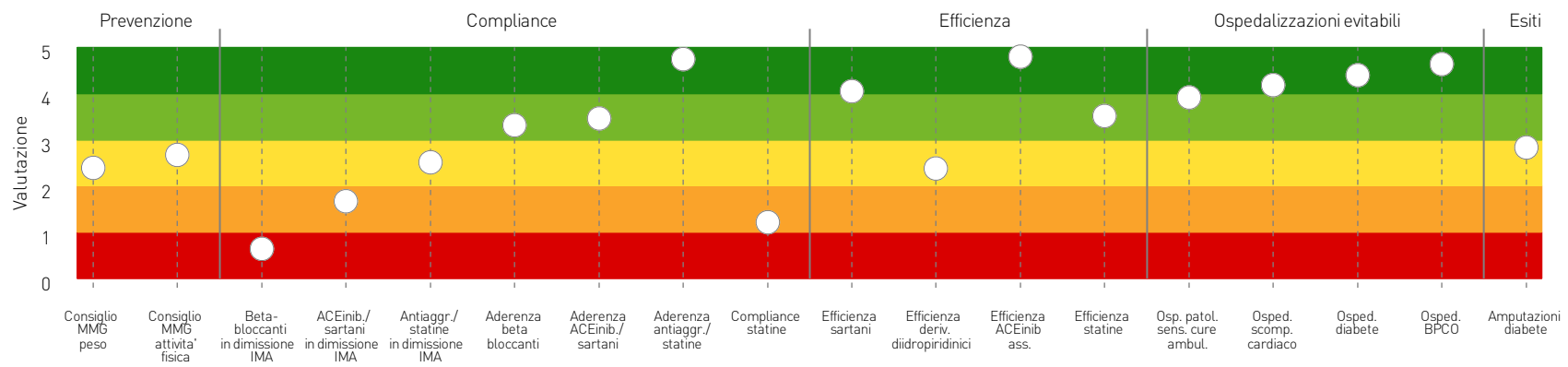
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

P.A TRENTO



Popolazione: 538.223

Densità: 87 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **

Valore Italia

156.1

32.9

142.1

43.9 anni

0.29

34600 Euro

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

Il sistema sanitario della Provincia Autonoma di Trento è costituito da un'unica Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), che a sua volta si articola in 4 distretti sanitari (Centro Nord, Centro Sud, Est, Ovest). È in corso un processo sperimentale di riorganizzazione dell'Azienda sanitaria, che si concluderà il 30 giugno 2018.

COMMENTO AI RISULTATI 2016

L'innalzamento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la provincia trentina registra una mortalità infantile leggermente superiore rispetto alle altre Regioni/Province (3,11 per 1.000 nati vivi, dati riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita sani, benché il consumo di alcol resti elevato: così come nella provincia di Bolzano, la percentuale di bevitori "a rischio" (ovvero persone che dichiarano un consumo abituale elevato, oppure un consumo episodico eccessivo, oppure ancora un consumo fuori pasto) è significativamente superiore alla media. L'impegno dei medici di medicina generale nella promozione di stili di vita sani potrebbe essere – quantomeno rispetto a questa problematica – ulteriormente intensificato.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del network (i dati fanno riferimento al 2015).

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: il sito internet dell'Azienda trentina si dimostra essere nel 2016 un buon canale di comunicazione, per quanto possa esserne curata maggiormente la leggibilità. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – è in linea rispetto alle altre Regioni/Province.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso problematico, in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una situazione buona, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione, per quanto concerne lo screening mammografico e quello coloretale. L'adesione allo screening della cervice uterina è invece inferiore alla media. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è la più alta del network (pur trattandosi di soli 22 casi, nel 2016).

Nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti, la percentuale di abbandoni è superiore alla media (4,9%).

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

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il sistema sanitario trentino si conferma complessivamente orientato verso una modalità di presa in carico di tipo ospedaliero: nonostante una leggera contrazione tra il 2015 e il 2016, il tasso di ospedalizzazione resta superiore alla media (153 ricoveri per 1.000 residenti), soprattutto in riferimento ai ricoveri per post-acuti. La gestione delle casistiche mediche ha alcuni margini di recupero in termini di appropriatezza: si confermano superiori alla media sia il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriatezza, sia la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani (in ulteriore crescita rispetto al 2015): l'assistenza territoriale non pare ancora compiutamente in grado né di fungere da filtro rispetto al ricorso alla struttura ospedaliera, né di accompagnare adeguatamente il paziente nella fase di post-ricovero. Un maggiore investimento sull'offerta domiciliare potrebbe contribuire al

riequilibrio dei setting assistenziali. Risulta invece complessivamente piuttosto appropriata la gestione ospedaliera della casistica chirurgica. Questo si traduce in degenze mediamente più contenute rispetto alla media, mentre quelle dei casi di tipo medico risultano significativamente più lunghe (circa mezza giornata in più, a parità di complessità). Trento continua a presentare ottimi risultati in riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri: la percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (in rapporto alle fratture operate) cala leggermente ma si conferma tra le migliori del network (80,5%). Si registra tuttavia una difficoltà relativamente alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza. In riferimento all'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono allineati rispetto alle altre Regioni.

Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale (160,7 Euro pro capite) è piuttosto contenuta. Se i livelli di aderenza terapeutica e di appropriatezza prescrittiva si confermano molto buoni, una maggiore attenzione rispetto alla propensione dei medici di medicina generale alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a minor costo (l'incidenza del consumo di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina resta superiore alla media) potrebbe contribuire ad un'ulteriore riduzione della spesa, a parità di efficacia. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, è in miglioramento e allineata rispetto alle altre Regioni/Province. La presa in carico della salute mentale presenta alcuni margini di miglioramento, soprattutto in riferimento all'assistenza territoriale: la percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni è la più alta del network e in significativa crescita rispetto al 2015.

La qualità del percorso materno-infantile è complessivamente buona in tutte le fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica). Va soltanto segnalato il frequente ricorso alla tonsillectomia, in ulteriore aumento rispetto al 2015.

L'organizzazione del percorso oncologico è complessivamente ottima, in tutte le fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita).

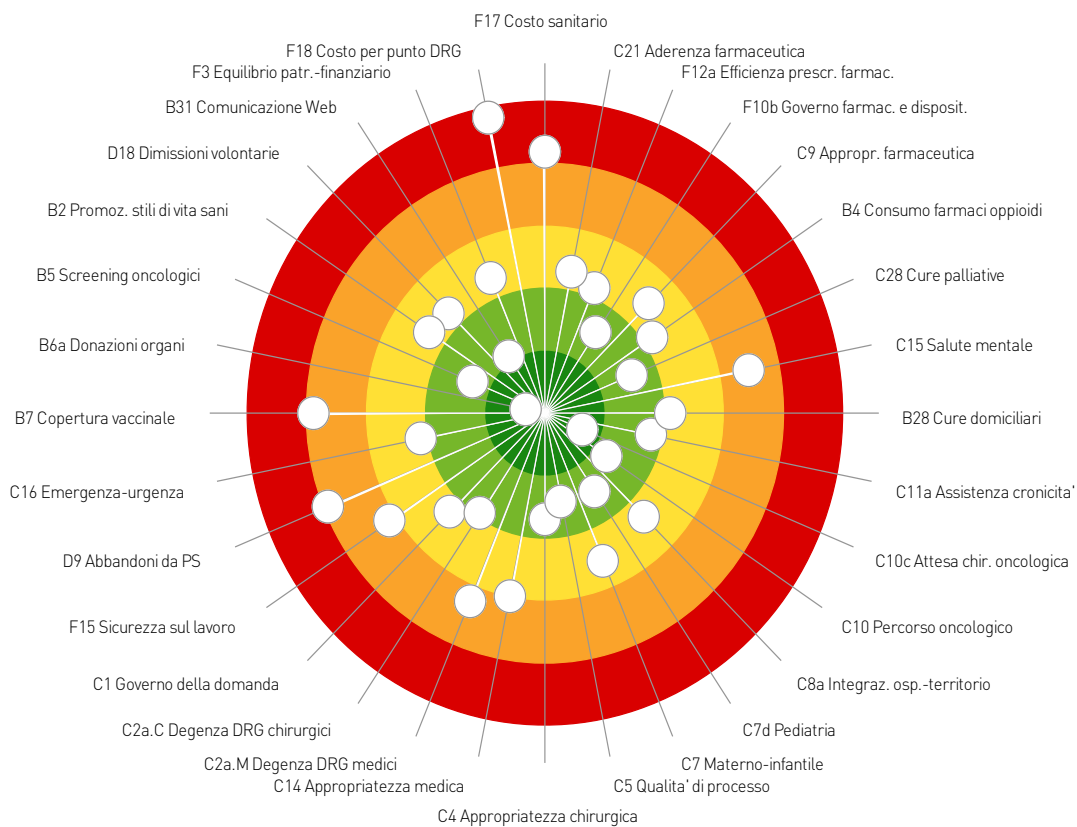
In riferimento alla presa in carico delle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti e in lieve diminuzione testimoniano il buon livello assistenziale, mentre sono già stati menzionati i possibili recuperi di appropriatezza in riferimento all'assistenza prettamente farmaceutica.

P.A. TRENTO

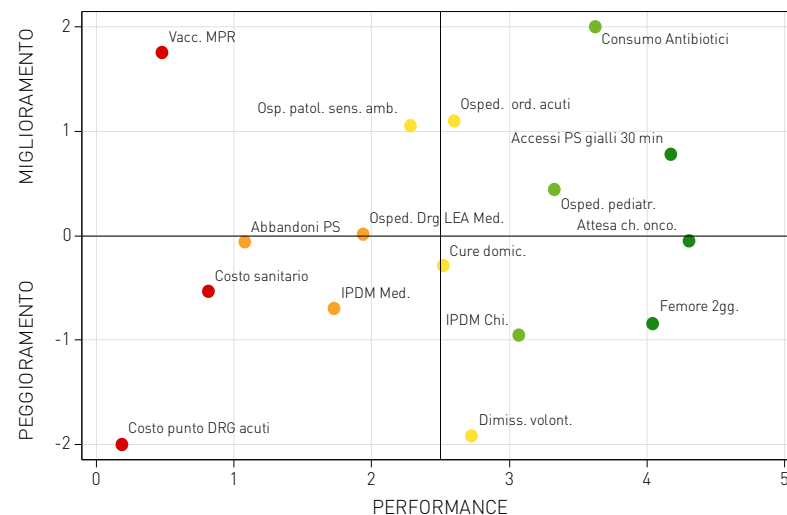
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)

A1 Mortalita' infantile
A10 Stili di vita (PASSI)

Valutazione della performance 2016

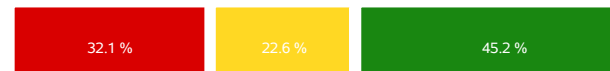


Mappa di performance e trend (2015-2016)

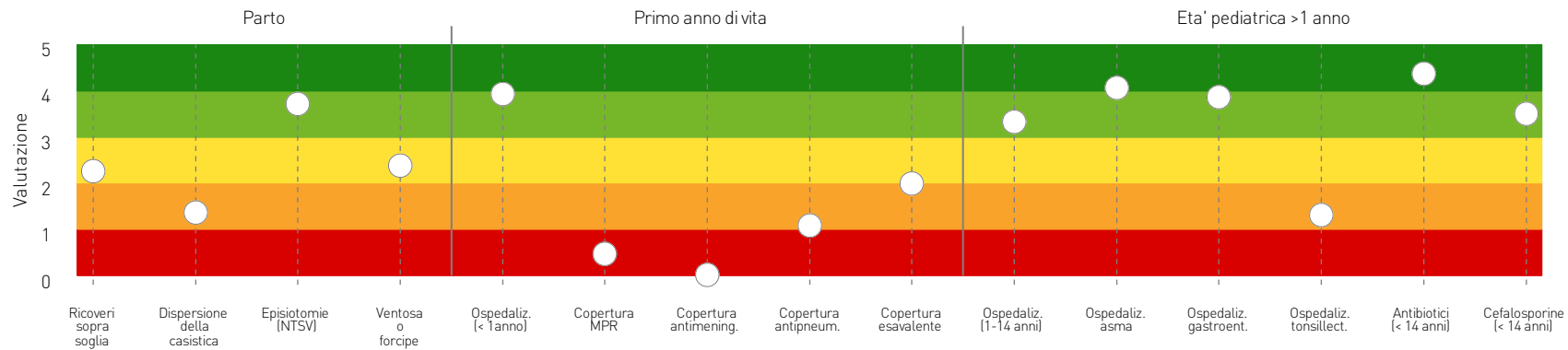


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

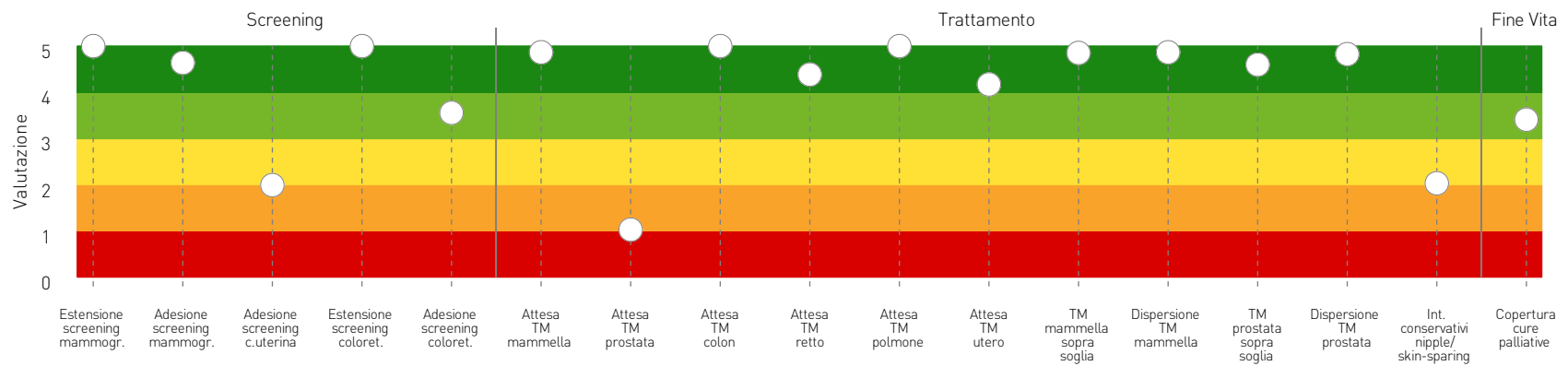
Numero indicatori: 84



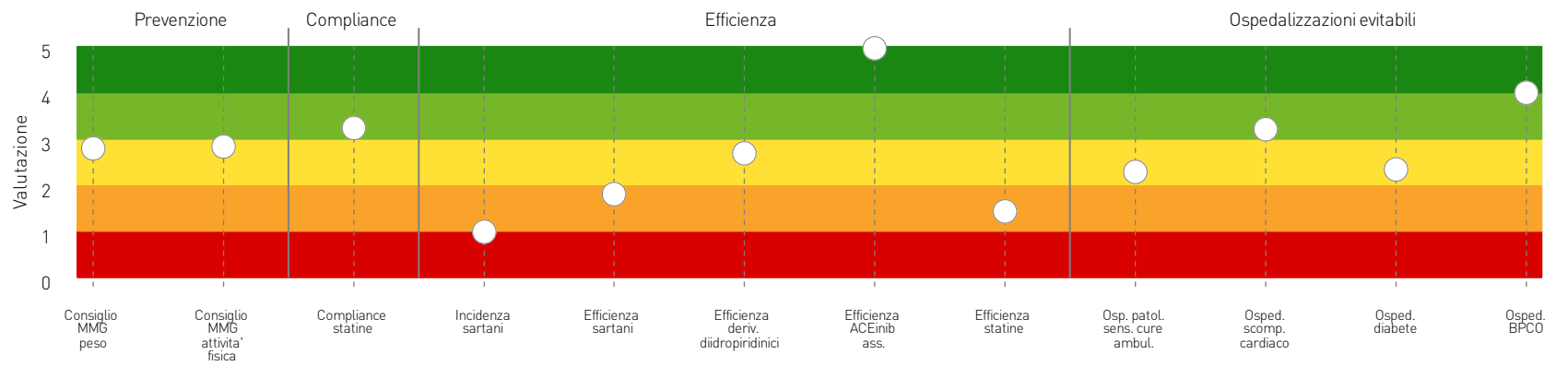
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



PERCORSO
MATERNO
INFANTILE



PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ

UMBRIA



Popolazione: 891.181

Densità: 105 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

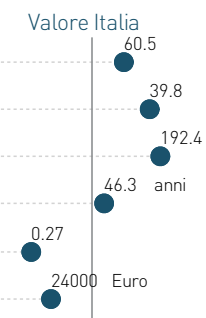
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini*

PIL pro-capite**



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

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).

COMMENTO AI RISULTATI 2016

Il miglioramento del livello di salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione umbra presenta una mortalità per malattie circolatorie e per suicidi complessivamente nella media, mentre la mortalità infantile e quella per tumori sono inferiori alle altre Regioni (i dati sono riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita generalmente sani, nonostante la percentuale di persone obese e sovrappeso sia superiore alla media; verso questa problematica si registra comunque una buona sensibilità da parte dei medici di medicina generale nel consigliare di perdere peso e di fare attività fisica.

Per quanto riguarda i dati di carattere economico-finanziario (relativi all'anno 2015), il costo sanitario complessivo è contenuto (1.858 Euro pro capite), mentre il costo per l'assistenza ospedaliera è allineato alla media delle altre Regioni (4.634 Euro per punto DRG). I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende umbre si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, sia in termini di responsabilità, sia di leggibilità. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è superiore rispetto alle altre Regioni (soprattutto quella registrata presso la USL Umbria 2). La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che può indirettamente monitorare la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si contrae rispetto al 2015 ma resta superiore alla media (con una particolare problematica presso la AO di Terni).

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale risulta complessivamente migliore rispetto alle altre Regioni, seppure inferiore rispetto agli obiettivi nazionali. I programmi di screening oncologici presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione e di adesione. La sola criticità riscontrata riguarda l'adesione allo screening coloretale, presso la USL Umbria 1. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è in linea con le altre Regioni.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso si confermano complessivamente allineati alla media del network, così come il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo. La percentuale di abbandoni diminuisce e si allinea alla media, pur riscontrandosi ancora delle problematiche presso le strutture della USL Umbria 2 e l'AO di Terni.

Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente buona, con una soddisfacente copertura del territorio.

Per quanto riguarda il governo e la qualità dell'offerta, il contenuto tasso di ospedalizzazione (140 ricoveri per 1.000 residenti) conferma la capacità del sistema umbro di gestire la domanda in modo complessivamente adeguato. Se la gestione della casistica medica si conferma appropriata, un maggiore utilizzo della day surgery potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza organizzativa nell'ambito chirurgico (segnatamente presso l'AO di Terni). Presso la medesima struttura si registra un'ulteriore criticità inerente alle fratture del collo del femore operate entro 48 ore (in rapporto alle fratture operate): l'insoddisfacente risultato regionale (53,7%) è in parte imputabile al calo registrato a Terni (da 59,5% del 2015 a 40,7% nel 2016). La durata delle degenze si conferma in linea con le

altre Regioni, per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico, mentre è inferiore di quasi mezza giornata (a parità di casistica) per quelli medici. L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra risultati in linea con le altre Regioni, nonostante permanga una difficoltà da parte del pronto soccorso umbro nell'indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati. La percentuale di accessi al PS inviati al ricovero entro 8 ore è invece tra le più elevate del network (96,4%). L'integrazione ospedale-territorio è complessivamente buona, per quanto il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali sia superiore alla media. La bassa percentuale di anziani assistiti in cure domiciliari con valutazione va letta congiuntamente al numero elevato di prese in carico con coefficiente di intensità assistenziale maggiore di 0.13. Per quanto riguarda l'attività diagnostica, si riscontra ancora un numero elevato di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari entro 12 mesi, per quanto in significativo calo rispetto al 2015.

Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale si contrae rispetto al 2015 e si allinea a quella delle altre Regioni (169,3 Euro pro capite); una maggiore attenzione alla prescrizione di inibitori di pompa protonica e di antibiotici potrebbe contribuire ad un recupero di appropriatezza, mentre i risultati in termini di compliance e di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione da parte dei MMG alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore) sono complessivamente buoni. Maggiore attenzione andrebbe posta verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, che si conferma non ancora adeguata.

Gli indicatori sulla presa in carico della salute mentale restituiscono un quadro complessivamente in linea con le altre Regioni, per quanto in leggero peggioramento rispetto al 2015.

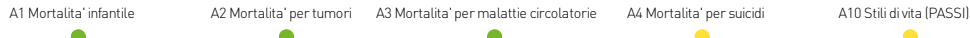
Anche il percorso materno-infantile restituisce risultati complessivamente in linea rispetto alle altre Regioni. In riferimento alla fase del parto, si riduce ancora leggermente il ricorso al cesareo (che comunque si attesta su valori inferiori alla media), mentre non può dirsi concluso – nonostante i passi in avanti – il percorso di concentrazione dei punti nascita. In riferimento all'assistenza in età pediatrica, i tassi di ospedalizzazione per asma e per gastroenterite e i consumi di antibiotici confermano una presa in carico complessivamente adeguata, mentre il tasso di tonsillectomie appare ancora elevato e in ulteriore crescita rispetto al 2015.

Si registrano risultati contrastanti nella gestione del percorso oncologico, lungo tutte le fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita): a fronte di una ancora insoddisfacente concentrazione della casistica (segnatamente, per il trattamento chirurgico di tumore maligno alla mammella e tumore maligno alla prostata), i tempi di attesa risultano dilatati per il tumore maligno al retto e per il tumore maligno alla prostata. Andrebbe inoltre intensificata la copertura da parte della rete delle cure palliative.

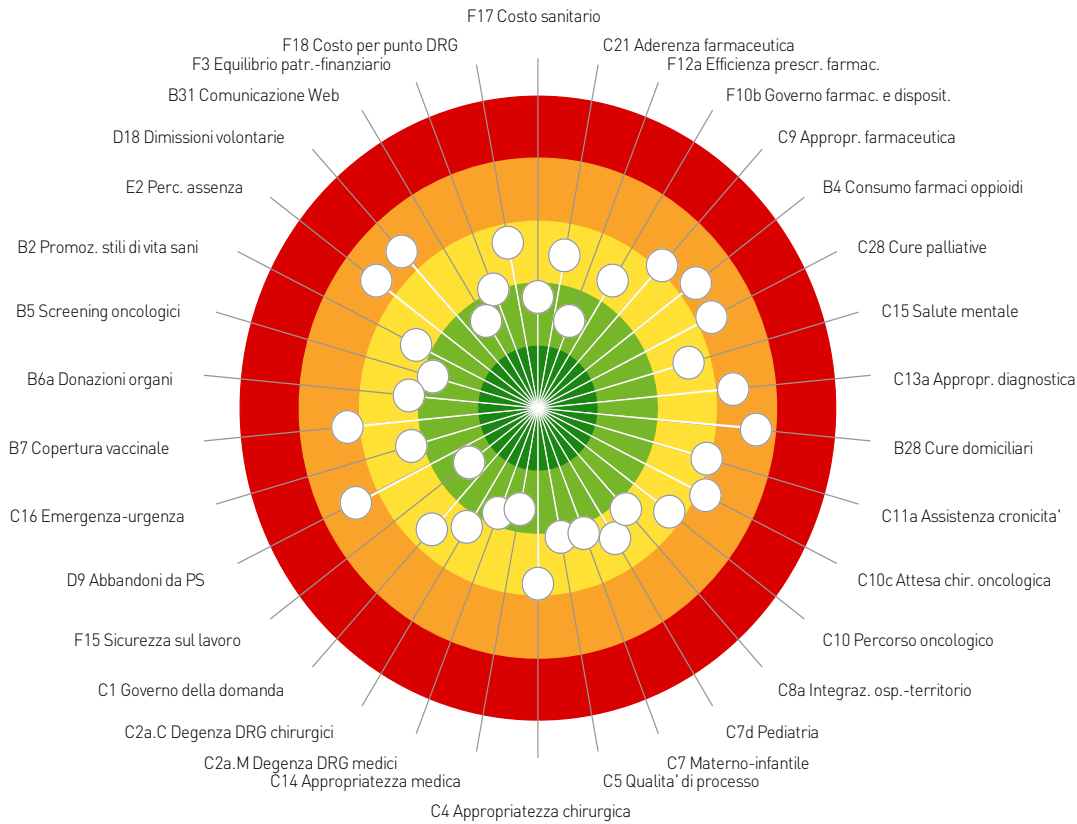
Se complessivamente i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche registrano una contrazione rispetto al 2015, andando a denotare una migliore presa in carico di questa tipologia di malattie, andrebbe comunque prestata maggiore attenzione alla gestione del diabete, che registra un tasso di ospedalizzazione in crescita e nel 2016 superiore alla media.

UMBRIA

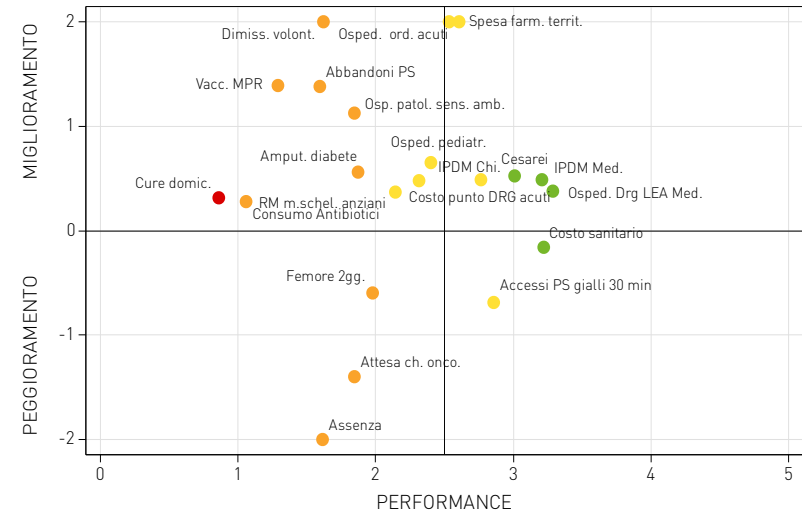
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016

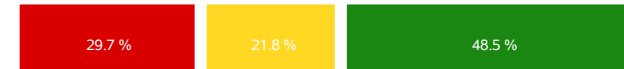


Mappa di performance e trend (2015-2016)

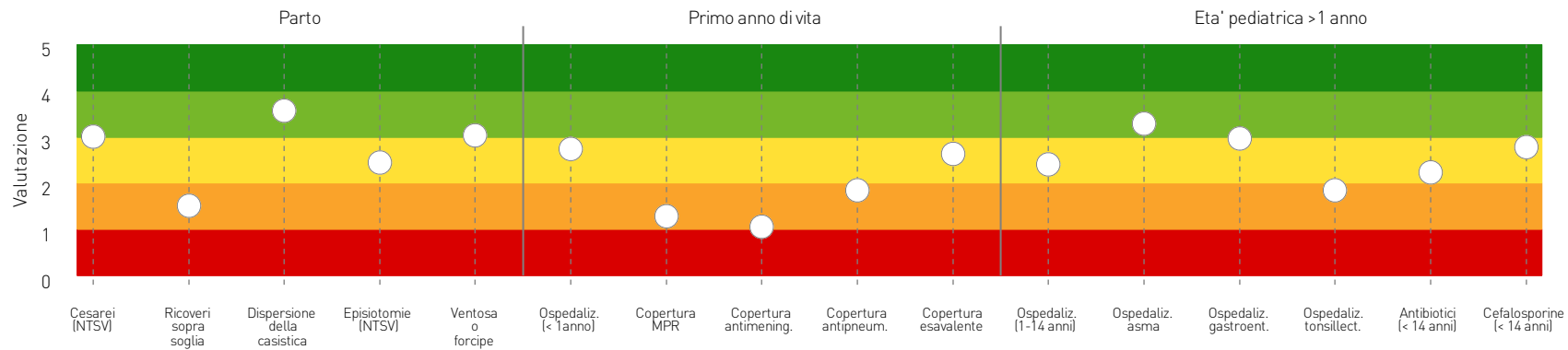


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

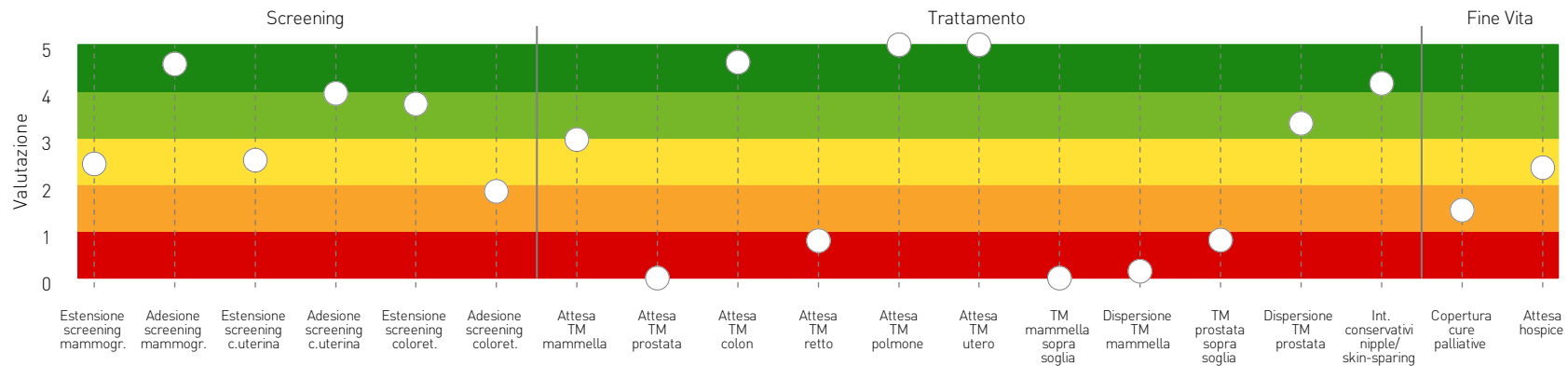
Numero indicatori: 101



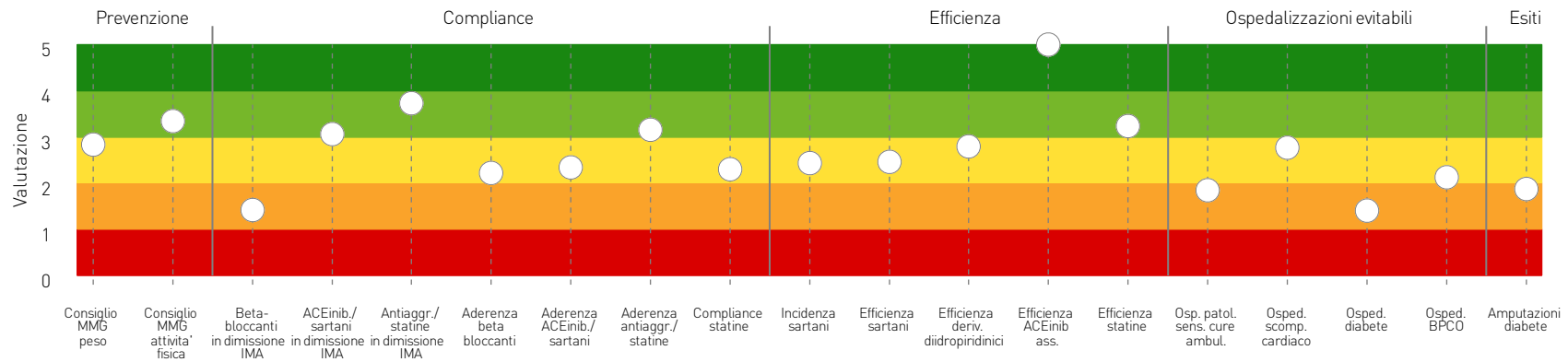
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ

VENETO



Popolazione: 4.915.123

Densità: 267 ab./km quadrato

Indice di dipendenza strutturale

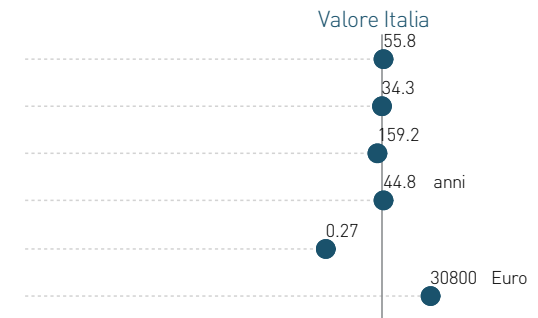
Indice di dipendenza anziani

Indice di vecchiaia

Eta' media

Indice di Gini *

PIL pro-capite **



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

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

COMMENTO AI RISULTATI 2016

Il miglioramento della salute rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione veneta presenta valori di mortalità per suicidi e per tumori in linea con le altre Regioni del network, mentre la mortalità infantile e quella per malattie circolatorie risultano più basse (i dati sono riferiti al triennio 2012-2014). L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: la situazione del Veneto non si discosta da quella delle altre Regioni, se non per un numero più elevato di bevitori "a rischio", ovvero persone che dichiarano un consumo abituale elevato, oppure un consumo episodico eccessivo, oppure ancora un consumo fuori pasto. Va peraltro ribadito che la sensibilizzazione da parte dei medici di medicina generale verso l'adozione di stili di vita più sani si conferma, pur con ampia variabilità geografica, tra le migliori del network.

Per quanto concerne la dimensione economico-finanziaria, il Veneto registra un costo sanitario pro capite contenuto (1.825 Euro); il costo per l'assistenza ospedaliera – 4.608 Euro per punto DRG – è in linea con le altre Regioni (entrambi i dati sono riferiti all'anno 2015). I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: i siti internet delle Aziende venete si dimostrano nel 2016 buoni canali di comunicazione, sia in termini di responsabilità, sia in termini di leggibilità. La percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno – è la più bassa del network. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma anche nel 2016 estremamente contenuta.

In merito alla capacità del sistema regionale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale – per quanto complessivamente migliore rispetto alle altre Regioni – resta non soddisfacente. In riferimento ai programmi di screening oncologici, viene confermata l'ottima copertura, in termini sia di estensione, sia di adesione da parte della popolazione. Per quanto concerne le donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati è superiore alla media.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con le altre Regioni, così come il tempo mediamente impiegato dai mezzi di soccorso per raggiungere il proprio obiettivo; la percentuale di abbandoni, pur con ampia variabilità tra le strutture regionali, si conferma bassa.

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

Per quanto concerne il governo e la qualità dell'offerta, il tasso di ospedalizzazione estremamente contenuto (130 ricoveri ogni 1.000 residenti) dimostra l'ottima capacità di governo della domanda da parte del sistema veneto; buone anche l'appropriatezza medica e quella chirurgica, pur rilevandosi due aree potenzialmente migliorabili in riferimento – rispettivamente – ai ricoveri medici oltre-soglia di pazienti anziani e alle colecistectomie laparoscopiche operate in un giorno (in riferimento a queste ultime, se da una parte si registra un significativo miglioramento rispetto al 2015, dall'altra persiste una certa variabilità tra le strutture regionali). Se la copertura da parte dell'assistenza domiciliare si conferma tra le più estese, va segnalata un'intensità dell'assistenza inferiore rispetto alla

media. Si riduce lievemente tra il 2015 e il 2016 la durata delle degenze, pur rimanendo – soprattutto per i ricoveri medici – superiore a quella delle altre Regioni. In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, la percentuale di interventi per fratture del collo del femore effettuati entro le 48 ore dall'ammissione si attesta sul 71.7%, un valore superiore alla media. Per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio, i risultati sono allineati rispetto alle altre Regioni. Nell'ambito diagnostico si conferma la necessità di prestare attenzione alle risonanze magnetiche muscolo-scheletriche prescritte a pazienti con più di 65 anni – una prestazione ad alto rischio di inappropriata – comunque in ulteriore, sensibile miglioramento rispetto al 2015.

Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale (circa 156 Euro pro capite) è la più bassa del network. Questo risultato rispecchia le ottime performance sia in termini di appropriatezza prescrittiva, sia in termini di aderenza ai trattamenti, sia, infine, in termini di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione, da parte dei MMG, alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, si attesta nella media.

La presa in carico della salute mentale registra performance complessivamente non difformi rispetto alla media, per quanto l'eccesso di ricoveri ripetuti sia a 7 giorni, sia a 8-30 giorni indichi una possibile criticità nell'assistenza sia ospedaliera, sia territoriale.

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

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

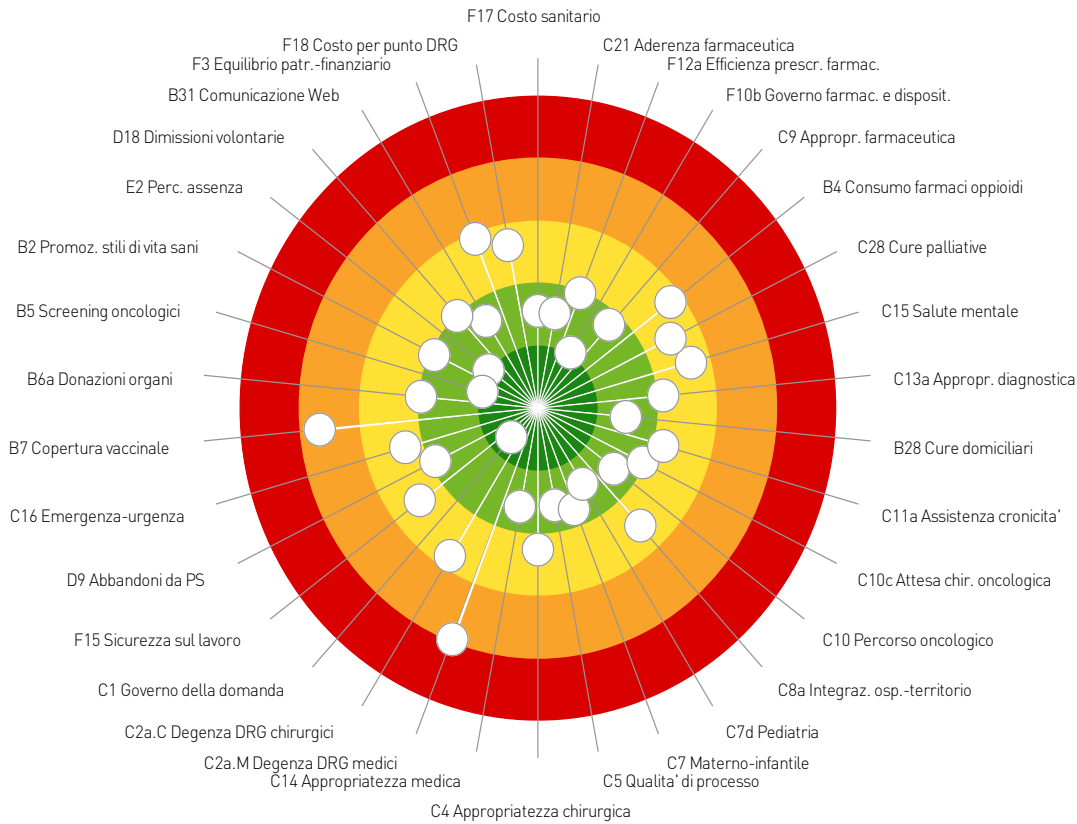
Il sistema veneto conferma complessivamente un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche; è suggeribile un'ulteriore attenzione rispetto all'assistenza territoriale del paziente diabetico, così da limitare il ricorso alle strutture ospedaliere.

VENETO

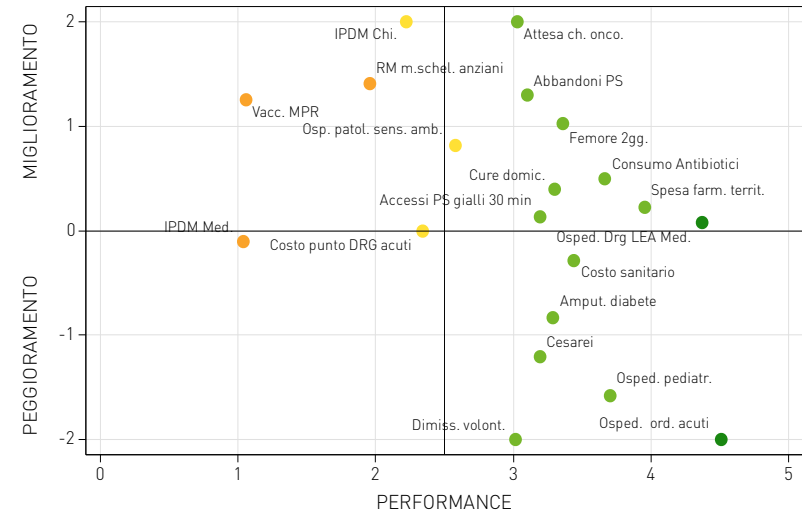
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)

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

Valutazione della performance 2016



Mappa di performance e trend (2015-2016)

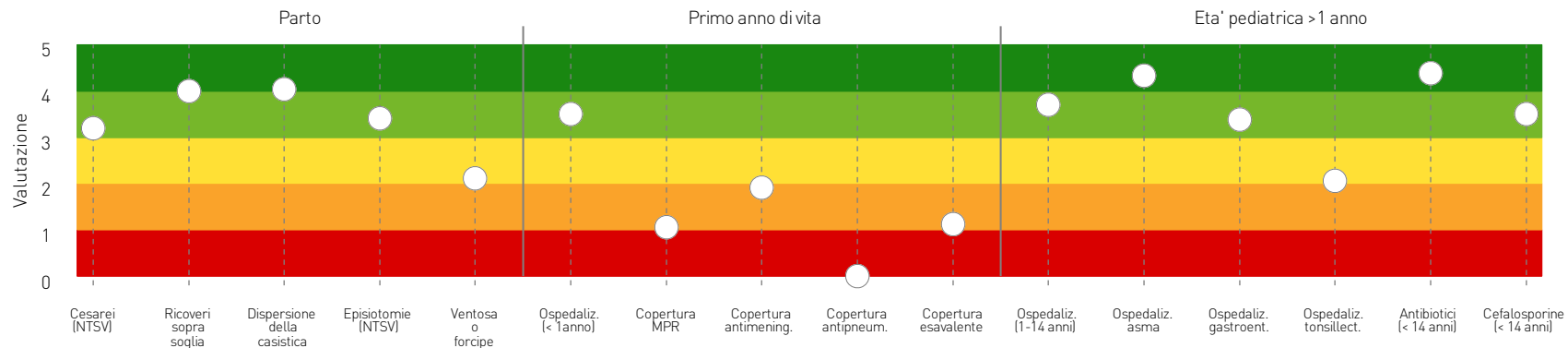


Andamento indicatori / Trend 2015-2016

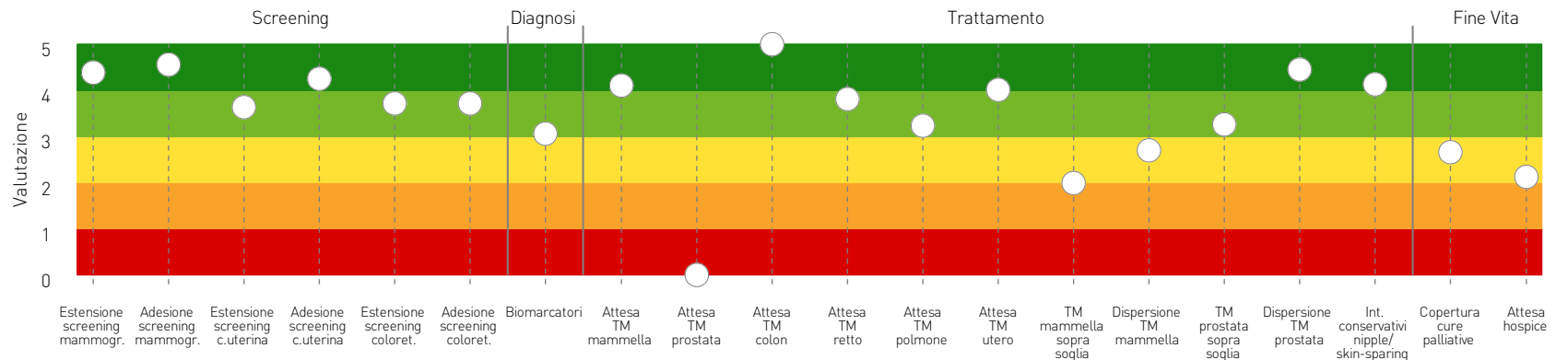
Numero indicatori: 102



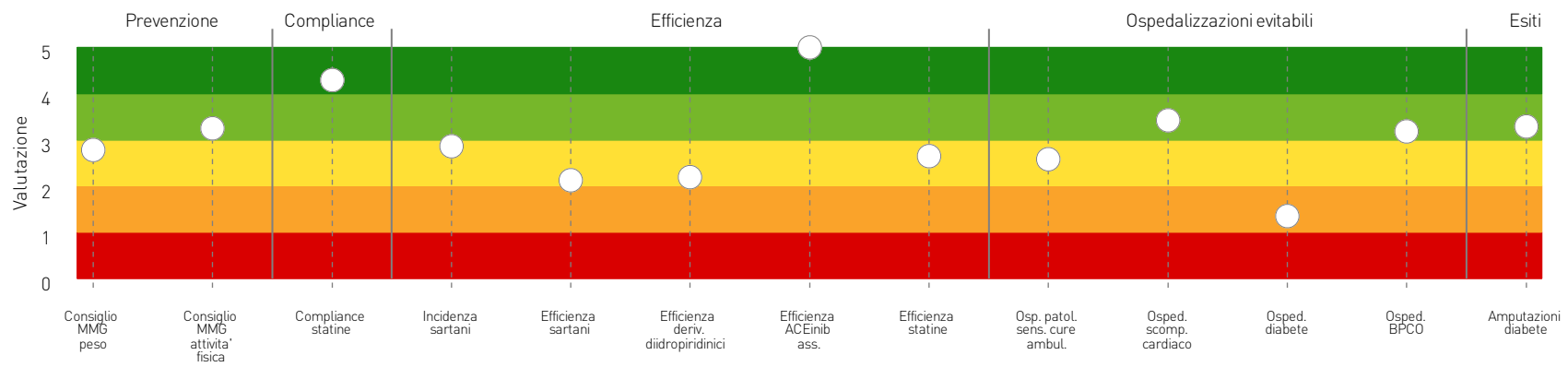
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



PERCORSO
MATERNO
INFANTILE



PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ

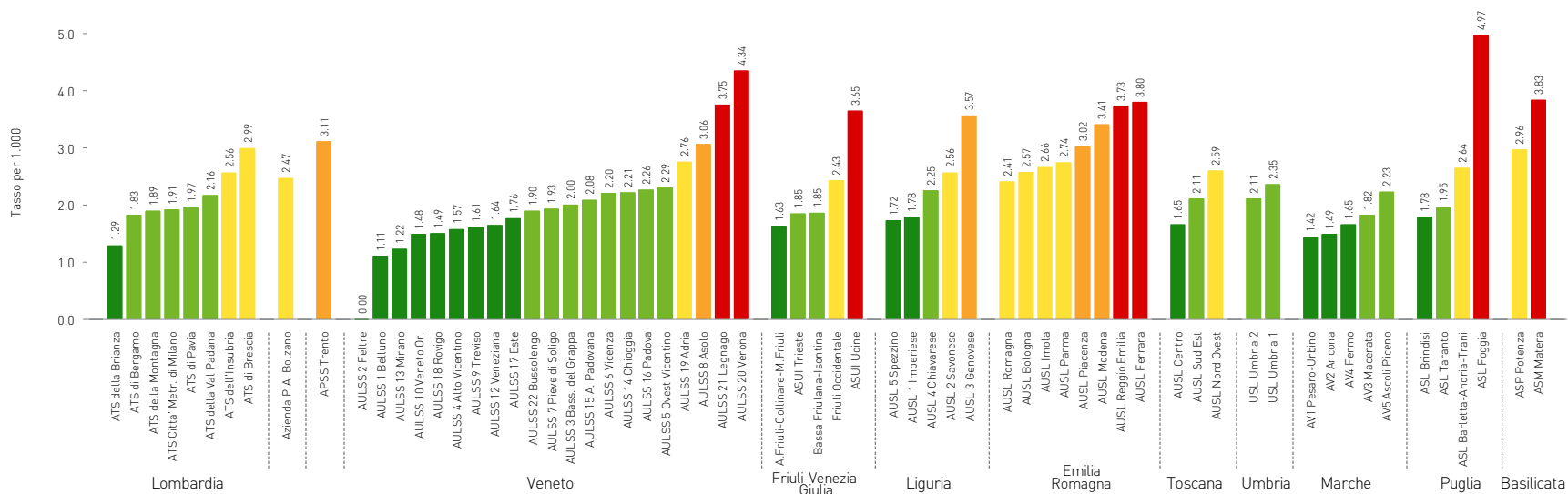
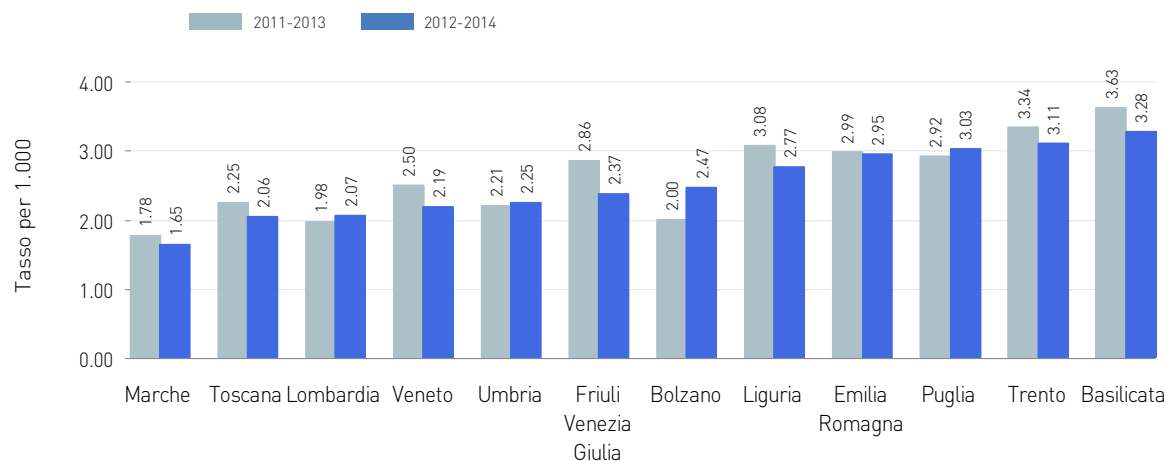
4

GLI INDICATORI 2016

A1.1 Mortalità nel primo anno di vita



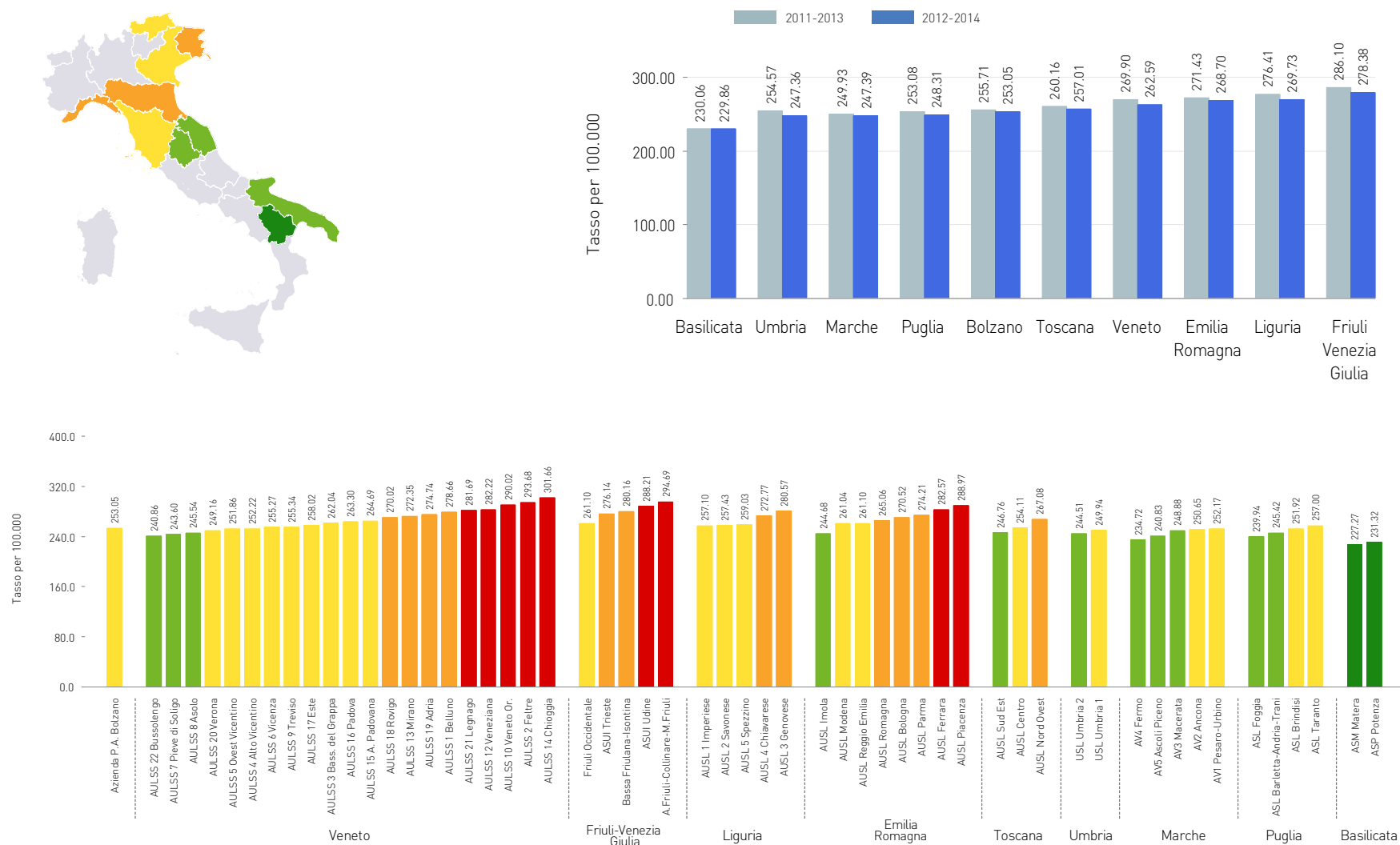
Sul rischio di mortalità nel corso del primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria che l'incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.



A2 Mortalità per tumori



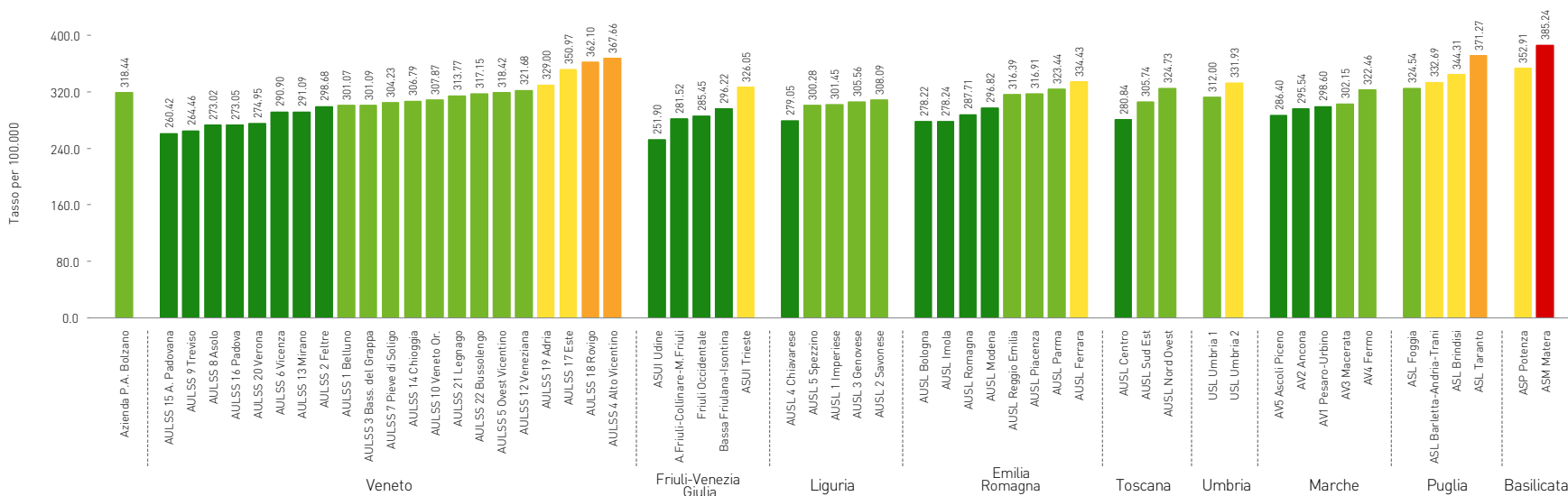
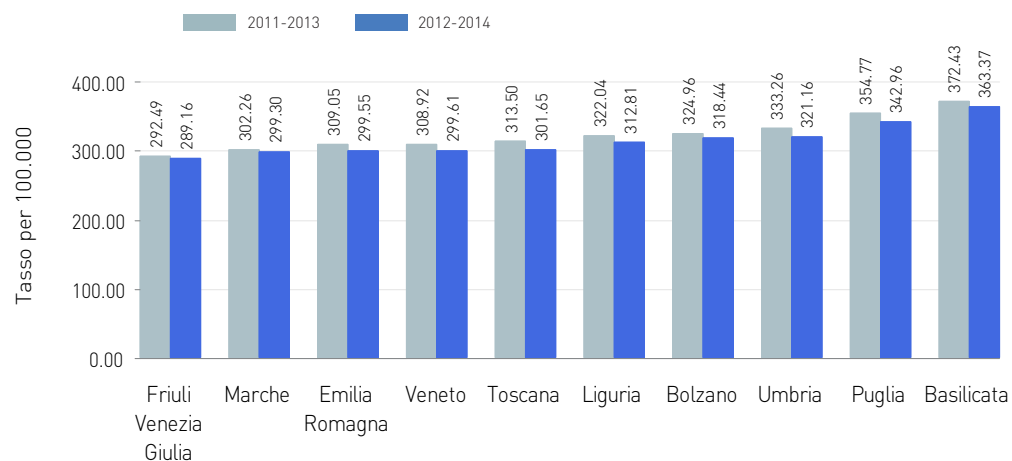
Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società; sono, infatti, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi) (Rapporto Osservasalute 2012). Nel 2014 i cittadini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



A3 Mortalità per malattie circolatorie



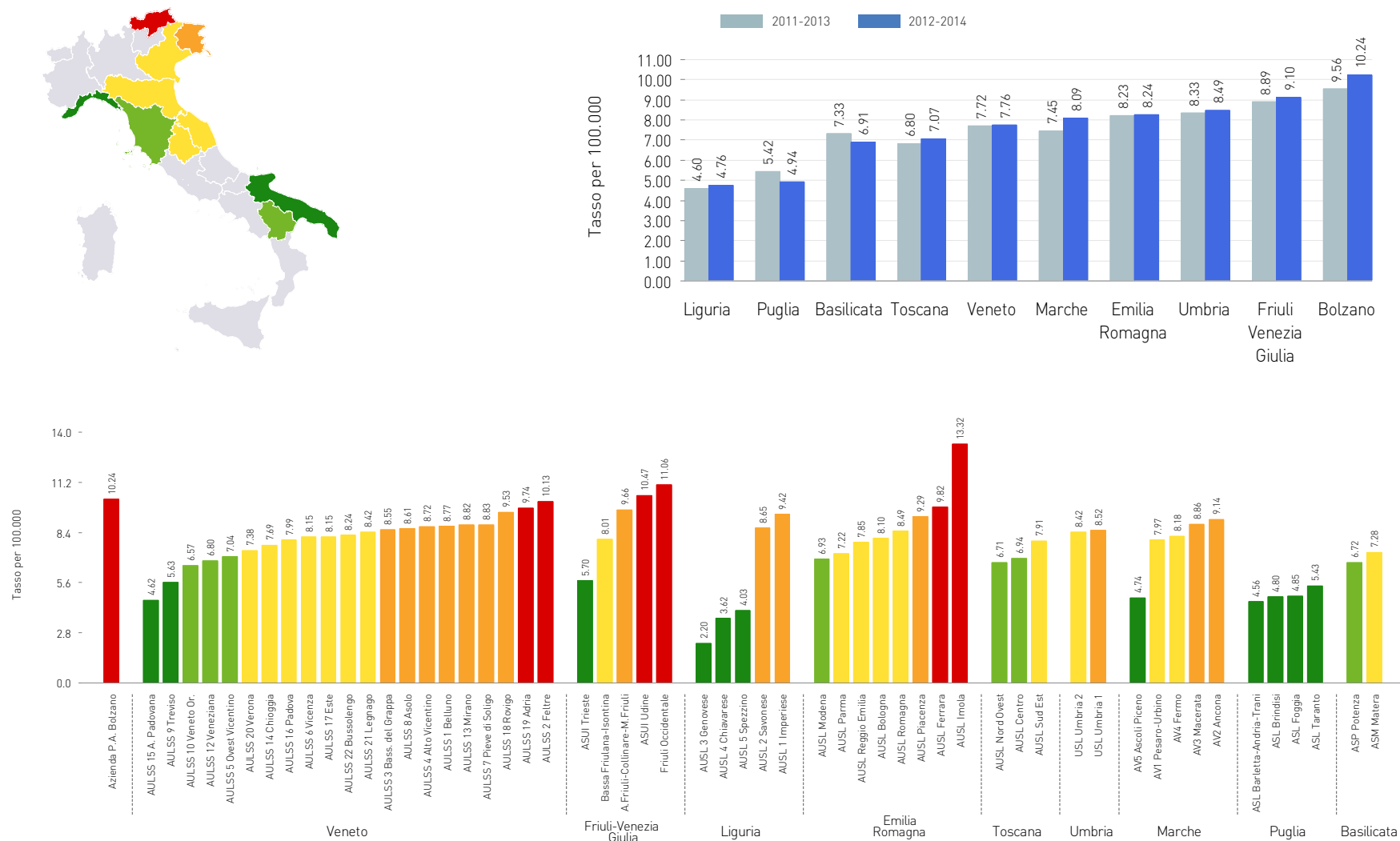
Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria, in quanto colpisce, indifferentemente, sia le fasce di popolazione più ricche che quelle a più basso reddito. Sono stati attivati, pertanto, programmi di monitoraggio sulla mortalità e sull'incidenza della patologia e, nel contempo, l'OMS ha fornito indicazioni atte a promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità [Rapporto Osservasalute 2010]. Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato delle Aziende Sanitarie, che rappresenta uno dei molteplici determinanti della mortalità per malattie circolatorie, ma offre informazioni utili ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, anche per riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico. I dati relativi alla P.A. Bolzano fanno riferimento al triennio precedente, in quanto non sono disponibili quelli del periodo 2012-2014.



A4 Mortalità per suicidi



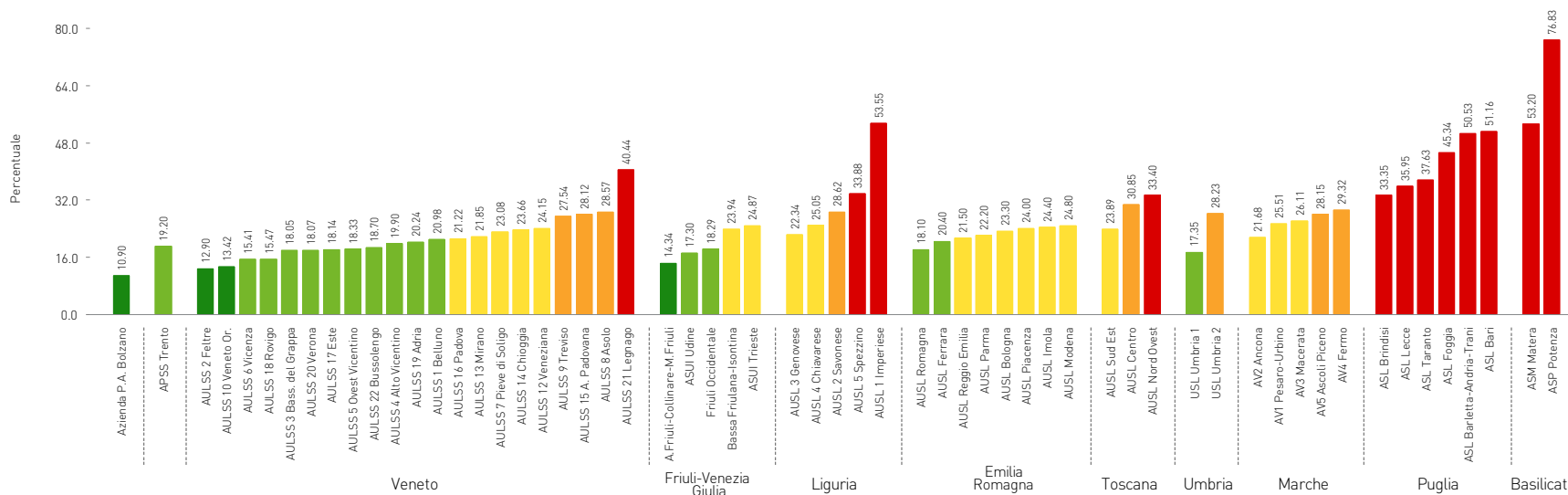
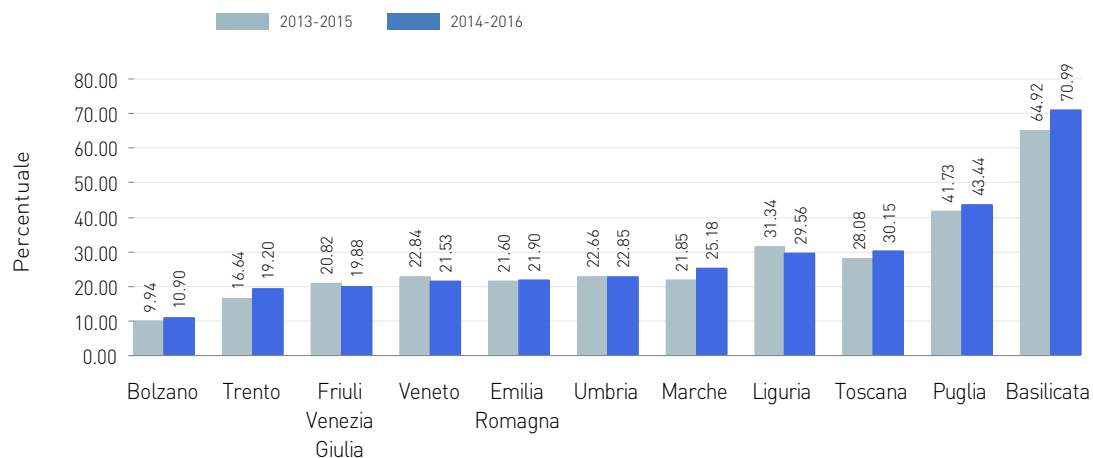
La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni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



A6.1.1 Percentuale di sedentari



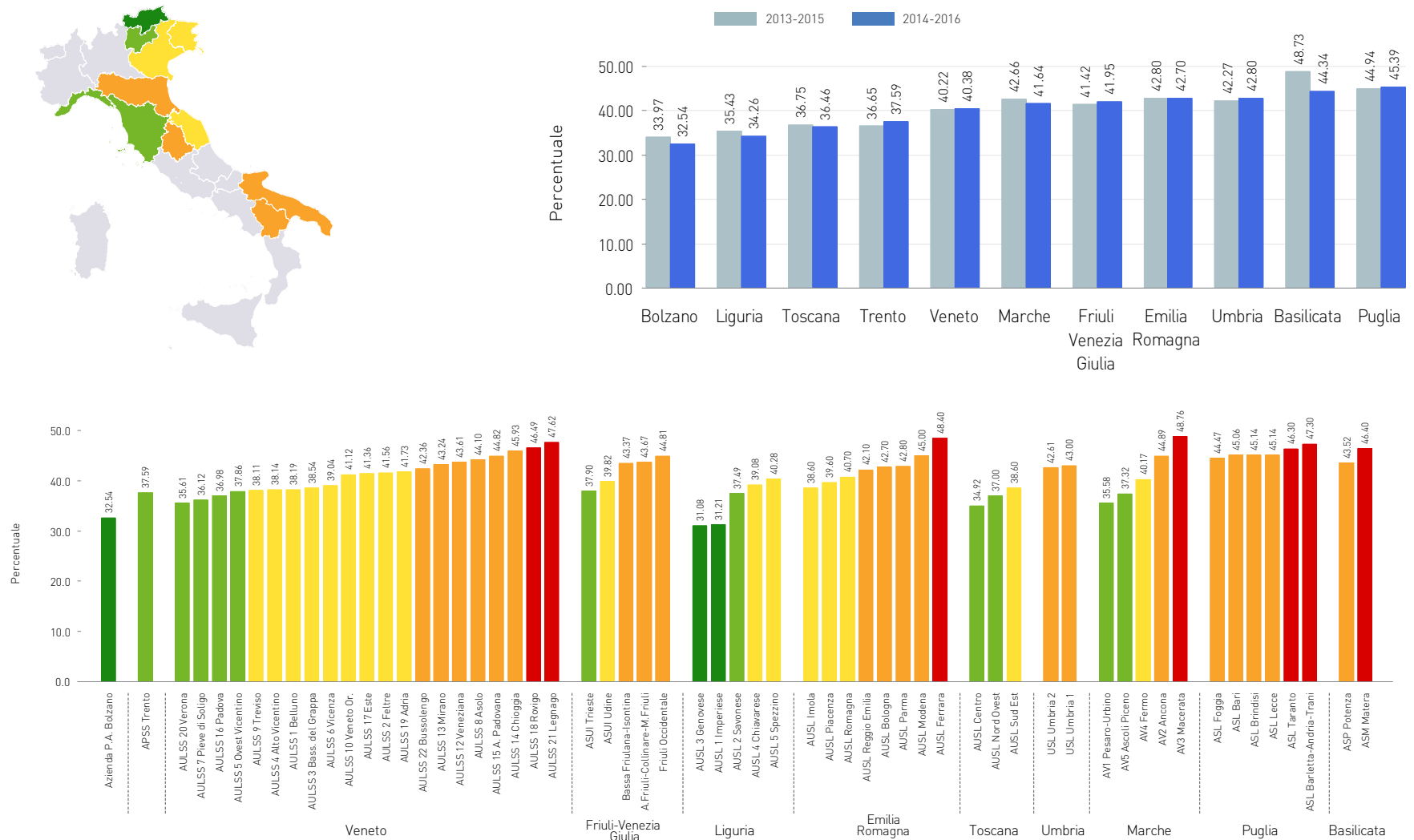
Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione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





A6.2.1 Percentuale di persone sovrappeso e obese

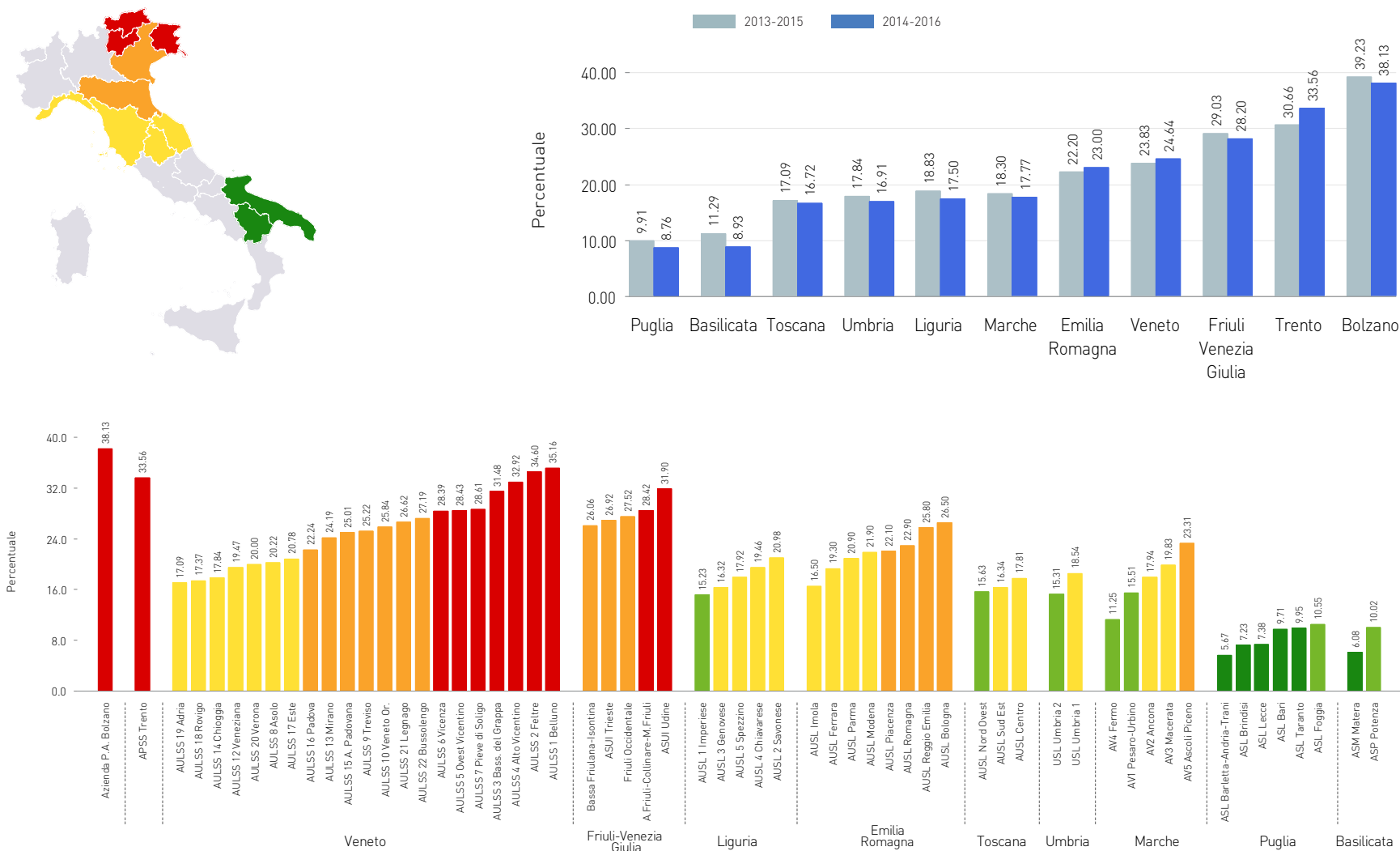
L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite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



A6.3.1 Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio



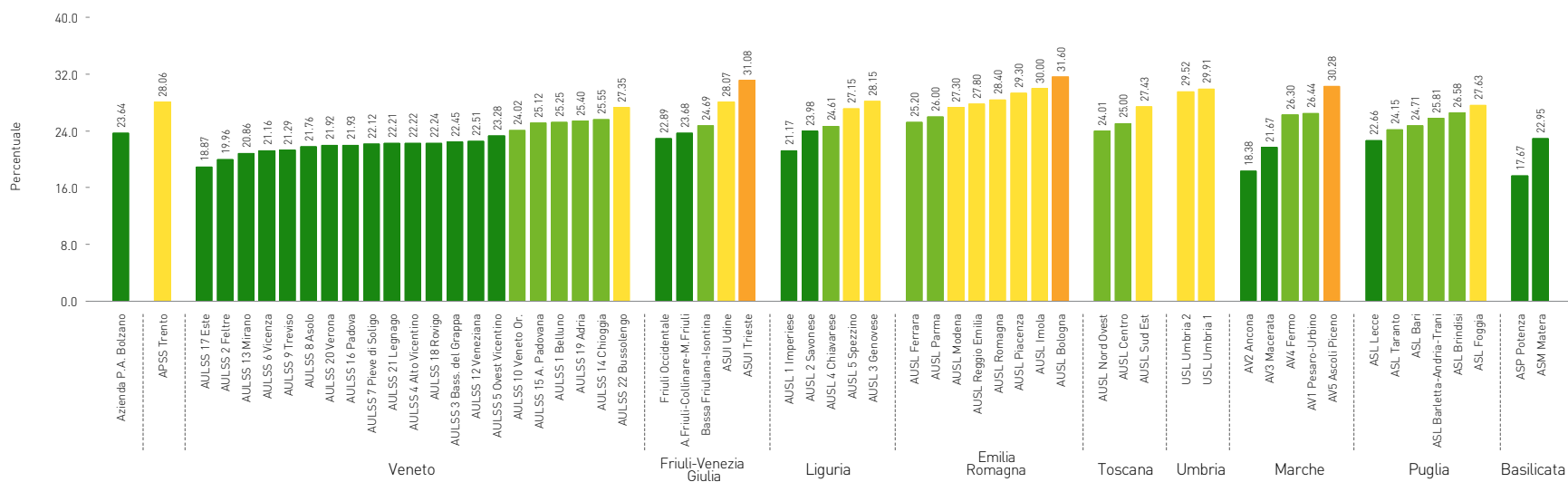
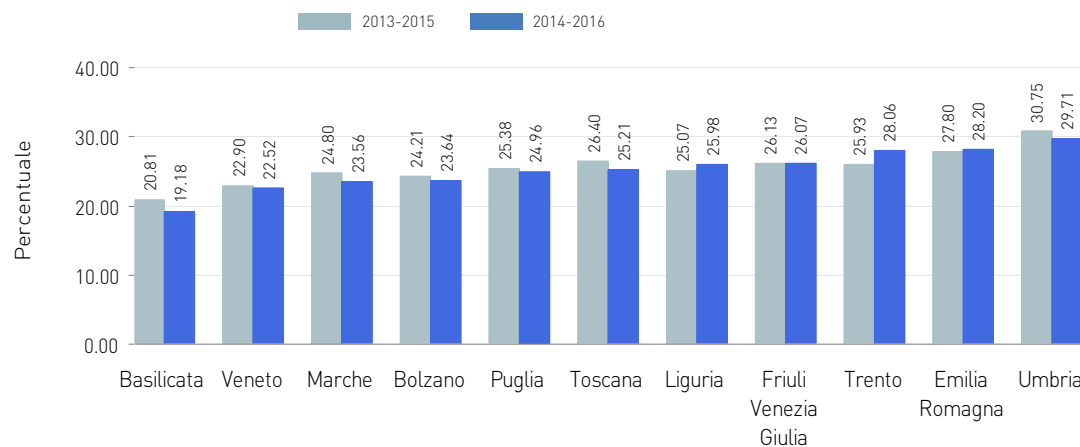
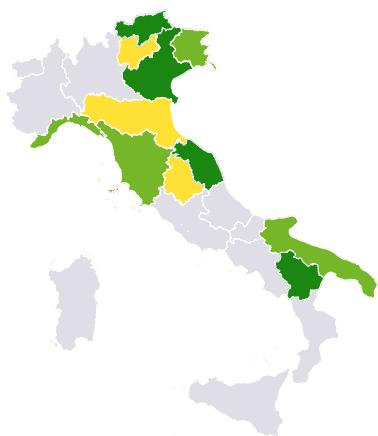
Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il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



A6.4.1 Percentuale di fumatori



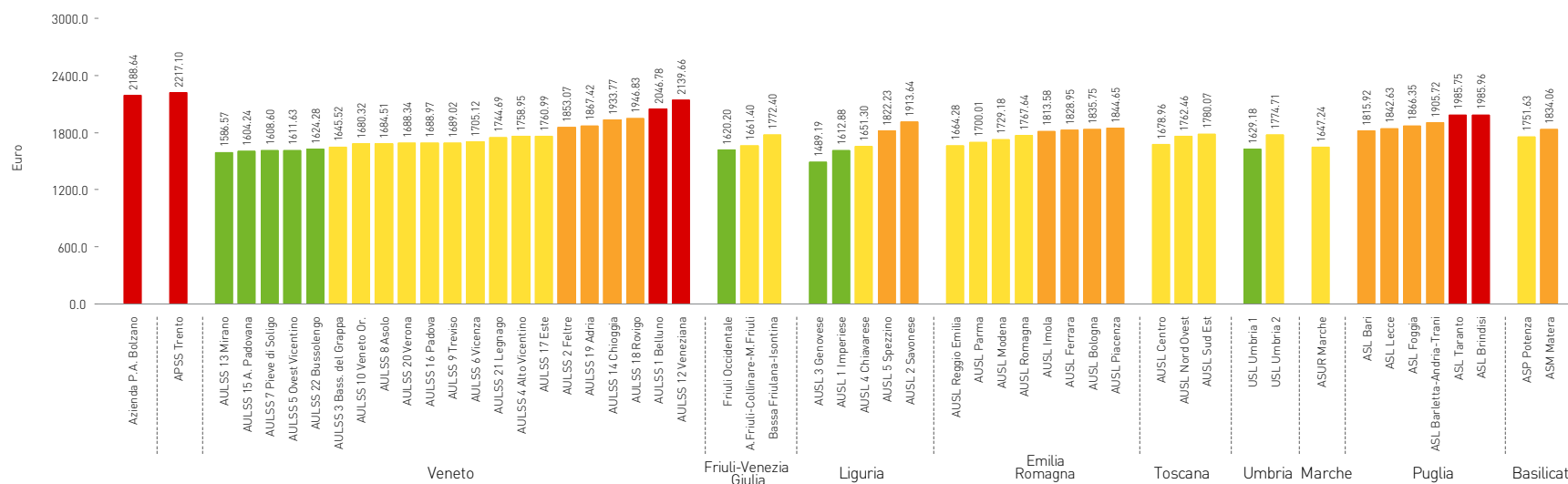
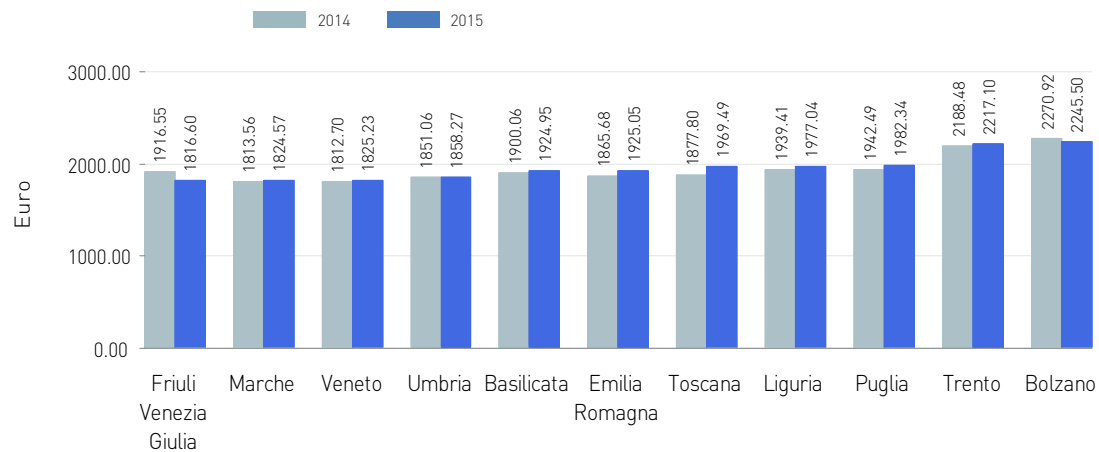
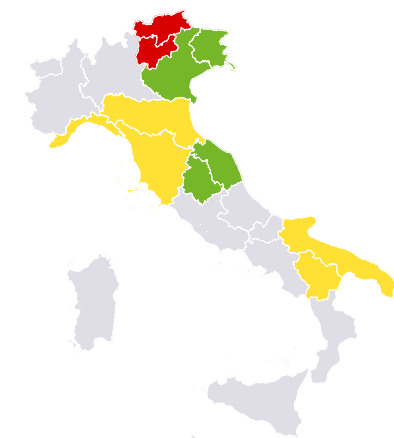
Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o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



F17 Costo Sanitario pro-capite



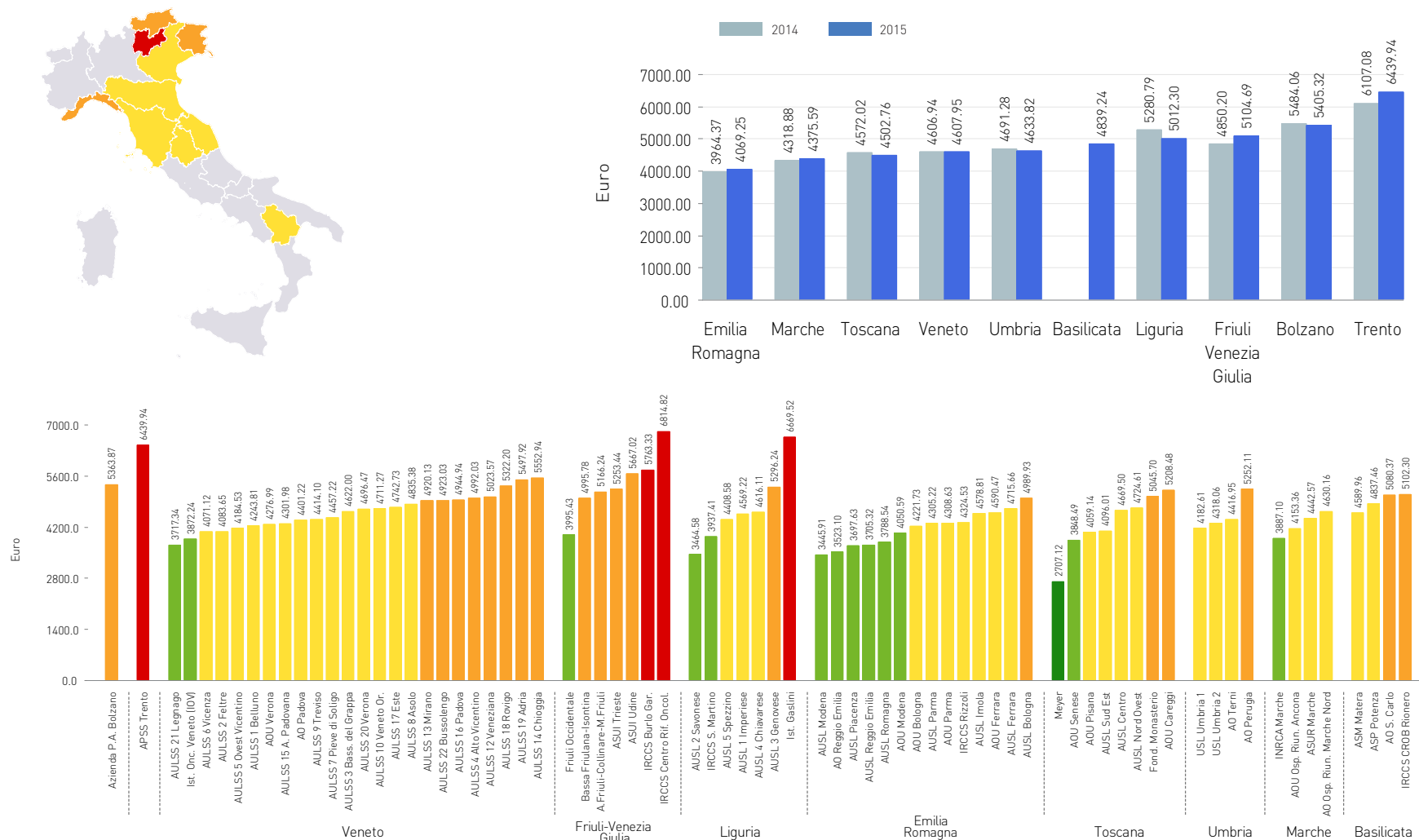
L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dalla Aul per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2014). I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che i costi sostenuti dall'azienda per erogare servizi ai non-residenti siano pari ai ricavi da mobilità attiva. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle Aziende Ospedaliere ma soltanto il valore (riconosciuto) delle prestazioni da queste erogate ai residenti nei vari territori delle Aul regionali. In questo modo le Aul sono valutate per la loro capacità di contenere i costi per i servizi erogati ai propri residenti senza considerare la struttura e le scelte organizzative di altre aziende (come le AO). Per poter comprendere invece quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Aul ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale); per questo motivo sono state calcolate due distinte fasce di valutazione, una per le sole regioni e una per tutte le aziende. La fonte dei dati è il flusso CE dell'anno 2015.



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



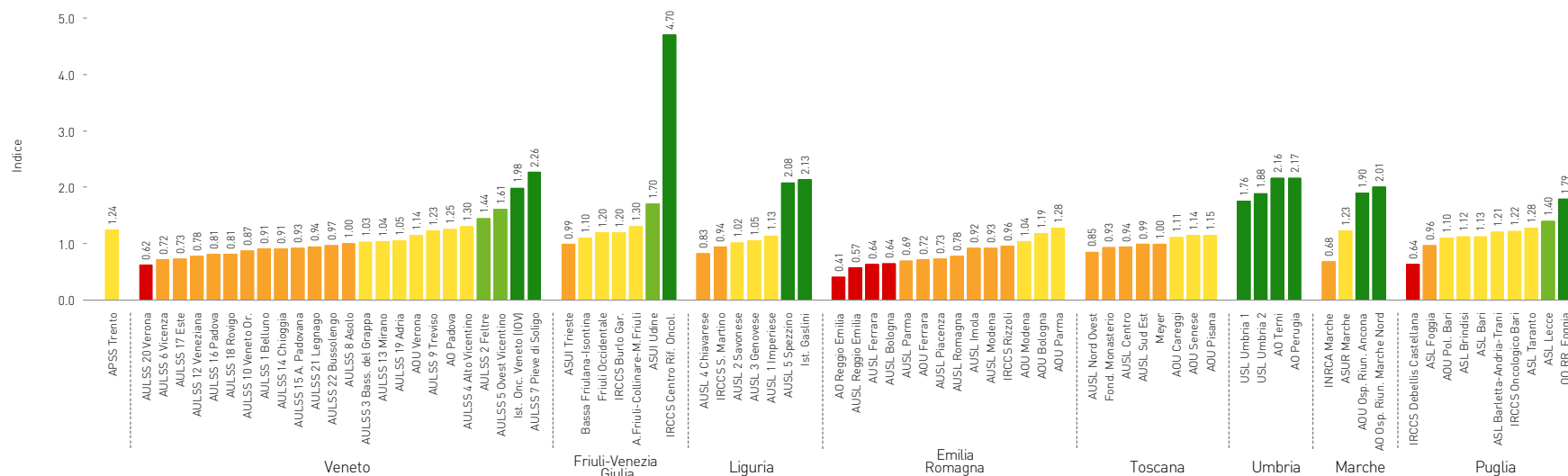
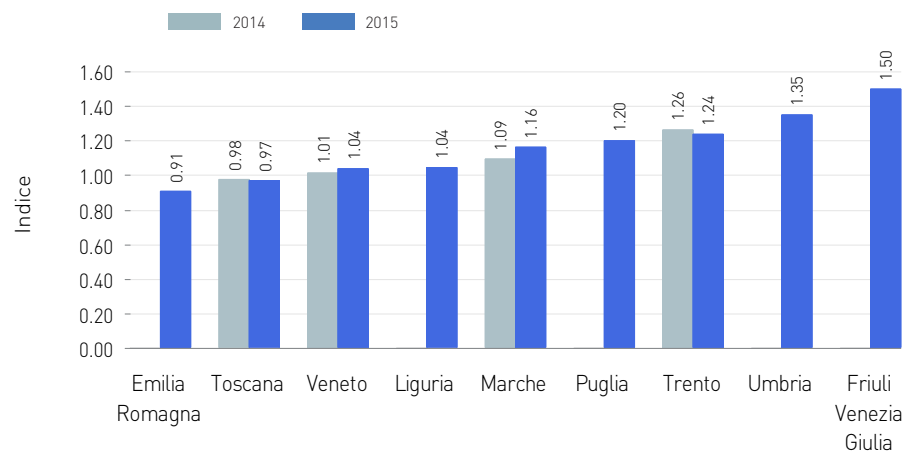
L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto anche con aziende di altre regioni (si veda Nuti S. e Vola F., (2016). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2015 e Nuti S., Vola F., Amat P., (2015). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2014), i punti drg utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 [D.M. 18.12.2008]. Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2015 in quanto non sono ancora disponibili i dati 2016 dei modelli ministeriali per livelli di assistenza. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Friuli Venezia Giulia (l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, derivate dalla fusione tra l'AOU di Trieste e la AAS1 Triestina e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, derivate dalla fusione tra l'AOU di Udine e l'AAS4 Friuli Centrale), l'indicatore è calcolato sommando le voci dei modelli LA 2015 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un'approssimazione dei valori delle nuove aziende.



F3.1 Indice di disponibilità



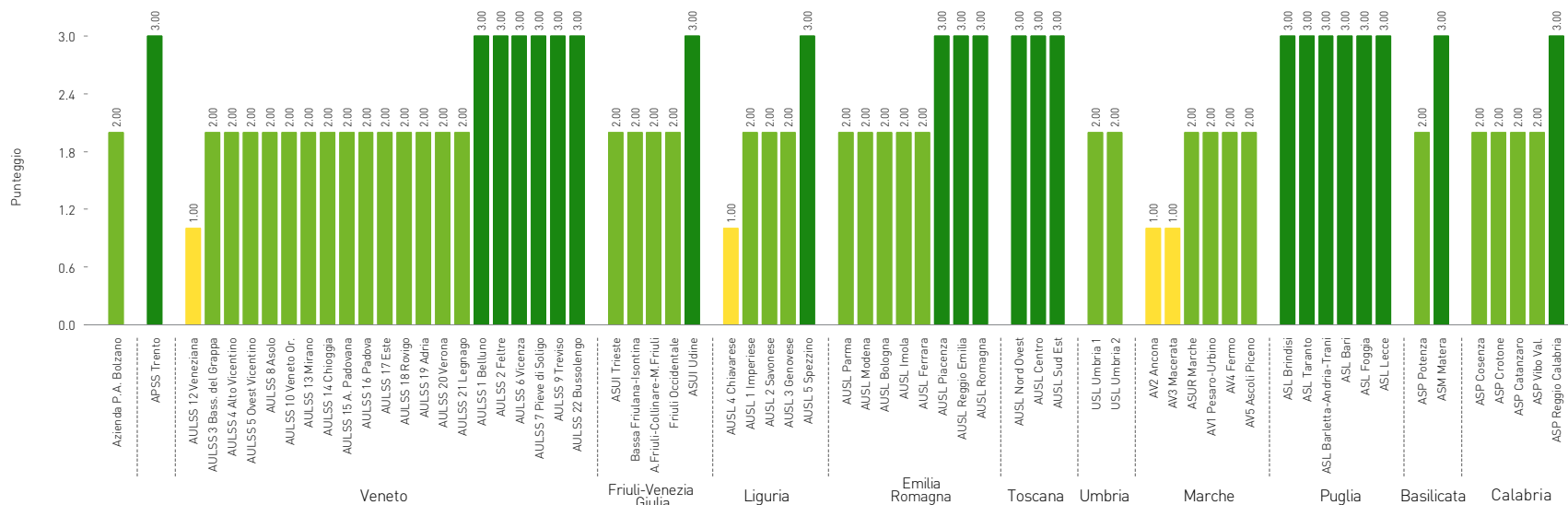
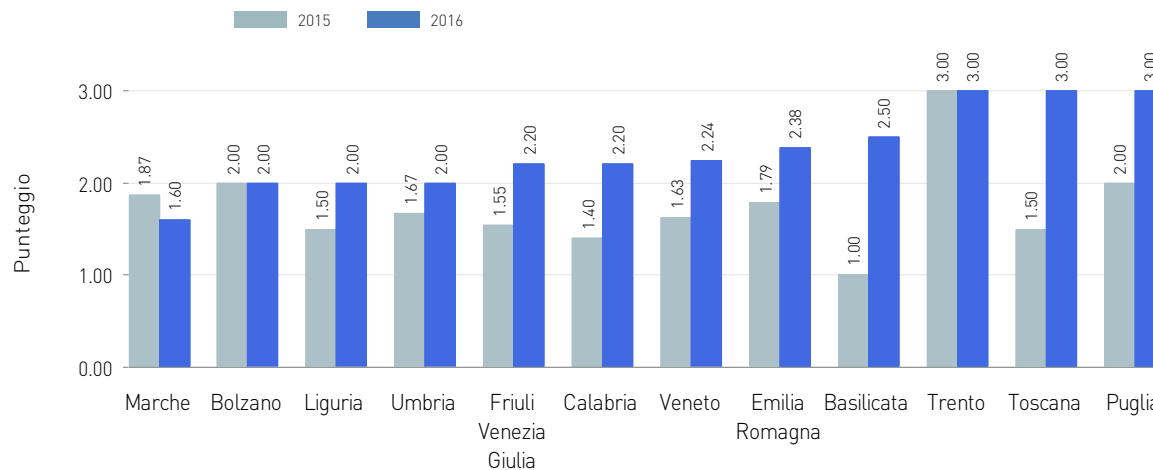
L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le disponibilità correnti, ossia cassa, crediti a breve termine e rimanenze di magazzino. La fonte dei dati è il BILANCIO 2015. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Friuli Venezia Giulia (l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, derivate dalla fusione tra l'AOU di Trieste e la AAS1 Triestina e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, derivate dalla fusione tra l'AOU di Udine e l'AAS4 Friuli Centrale), l'indicatore è calcolato sommando le voci dei bilanci 2015 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un' approssimazione dei valori delle nuove aziende.



B31.2.1 Responsive Web Design (RWD)



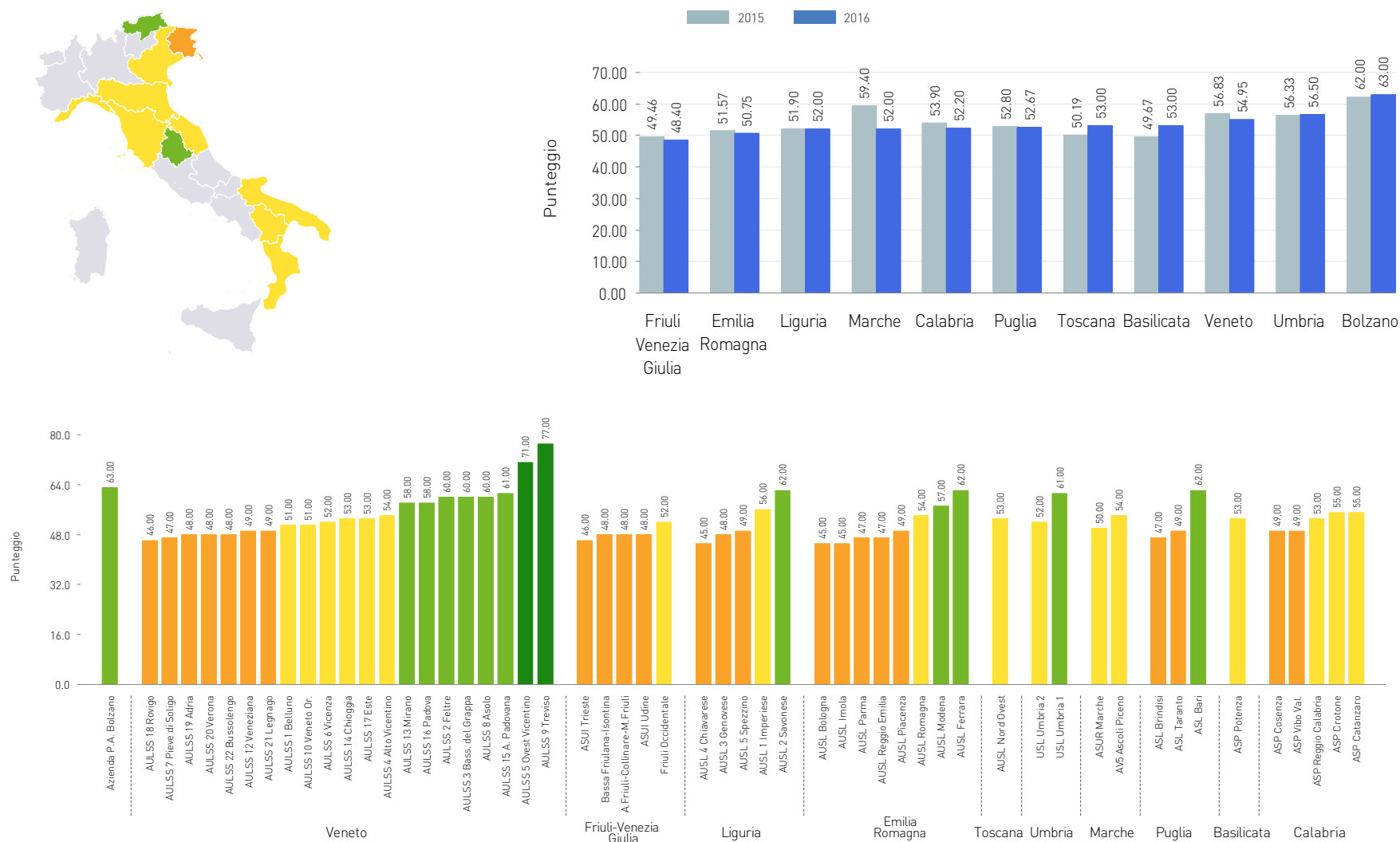
La navigazione dei contenuti web in mobilità è in continua crescita. La sua importanza è aumentata anche in Italia con il crescere del traffico dati e dei dispositivi mobili (Audiweb Database, 2017; We are social 2017 Digital Yearbook). Per questo motivo, un sito web dovrebbe sempre essere sviluppato con un approccio "responsivo" (Agenzia per l'Italia Digitale, 2016 <http://design.italia.it/>). Un sito web responsivo permette agli utenti di visualizzare correttamente i suoi contenuti a prescindere dal dispositivo che usano per navigarlo, adattandosi automaticamente alle dimensioni dello schermo da cui si visualizza.



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



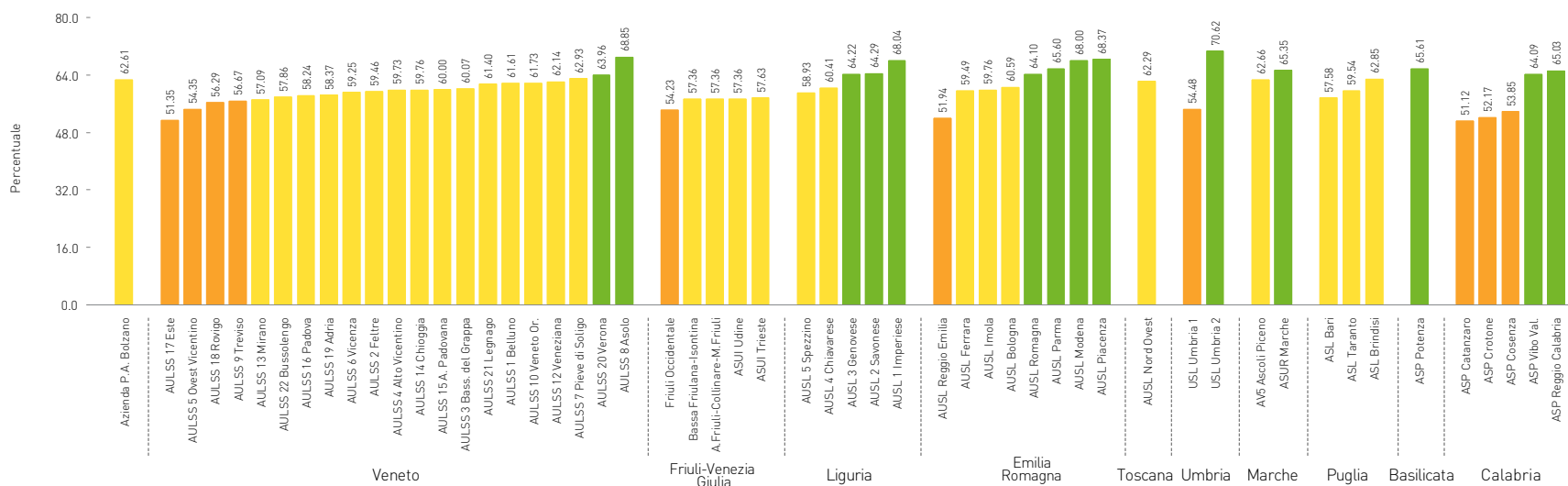
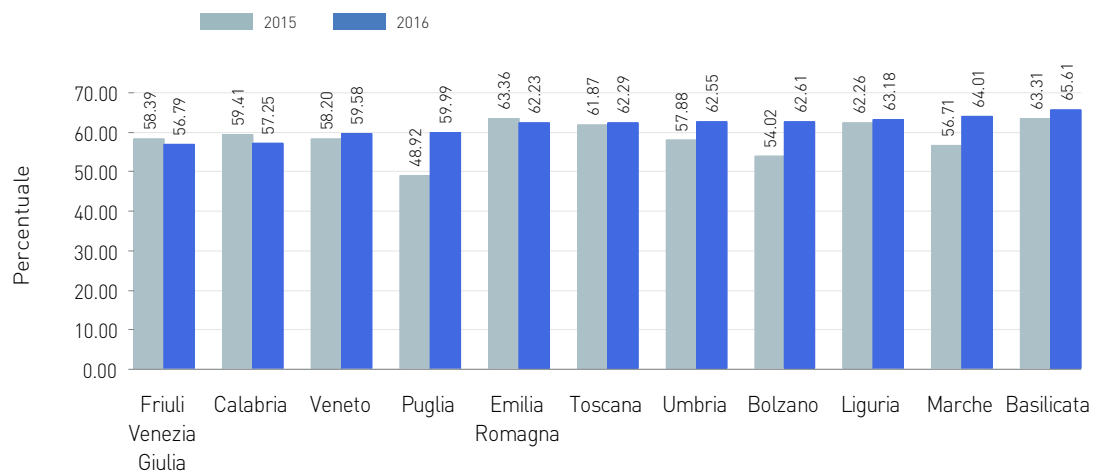
Predire, con criteri quantitativi, la facilità o difficoltà di lettura di un testo rispetto alla capacità di comprensione di un lettore ha portato alla nascita del concetto di leggibilità (Mastidoro, Amizzoni; 1993). L'indice Gulpease fornisce una scala di valori con soglie di leggibilità per livello di istruzione, che consente di confrontare il risultato dell'analisi del testo con le soglie di leggibilità per i potenziali lettori a seconda del loro livello di istruzione (da molto facile a quasi incomprensibile) (Lucisano, Piemontese; 1988). L'importanza di questo indice è data dalla possibilità di avere uno strumento per guardare i testi dal punto di vista del destinatario, tenendo presente l'universalità del servizio offerto e la necessità di rendersi comprensibili alla maggior parte degli utenti e potenziali utenti, se non a tutti.



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



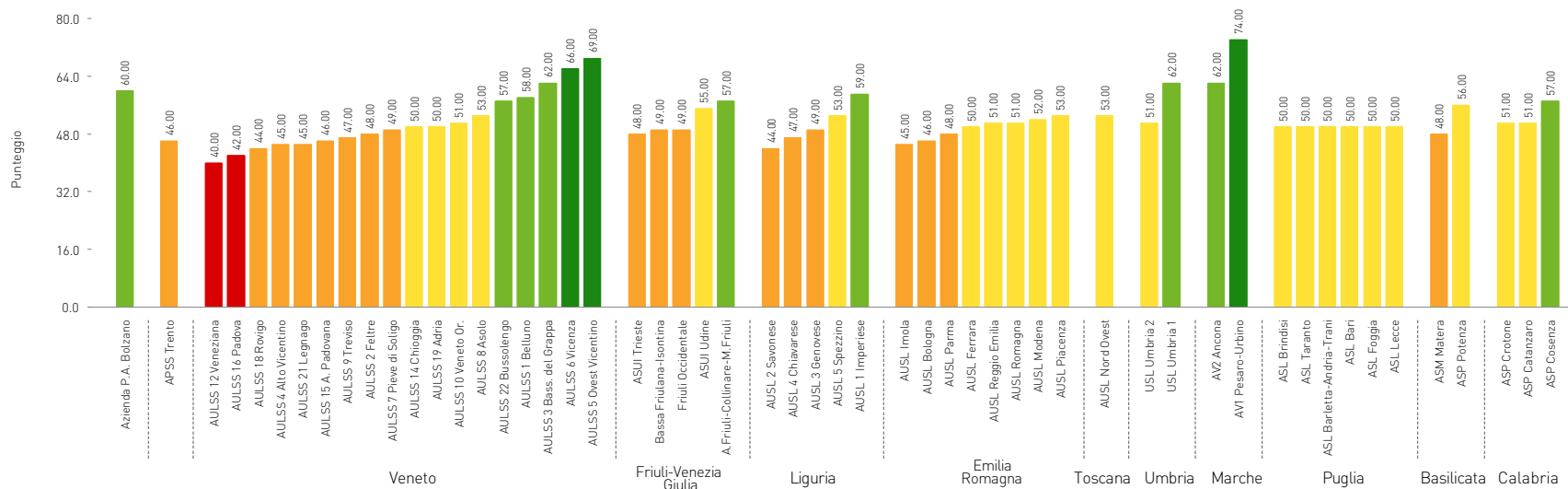
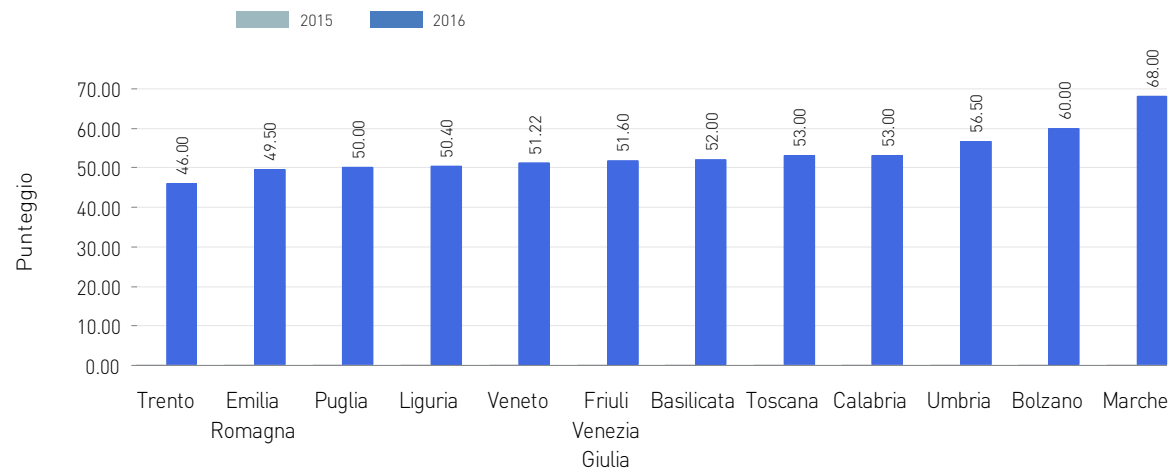
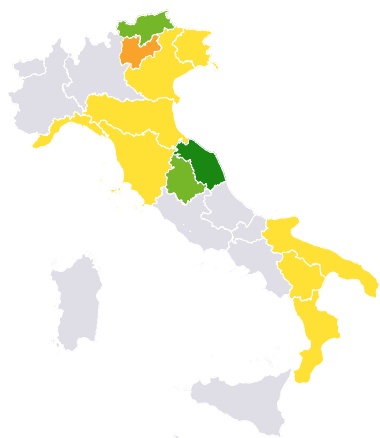
La semplicità del vocabolario nella comunicazione istituzionale è un requisito essenziale per la comprensibilità di un testo. Questo vale in particolare per testi accessibili potenzialmente a tutti gli individui tramite internet e teoricamente destinati a gran parte di loro, in quanto utilizzatori o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



B31.2.2.1 Indice Gulpease della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale



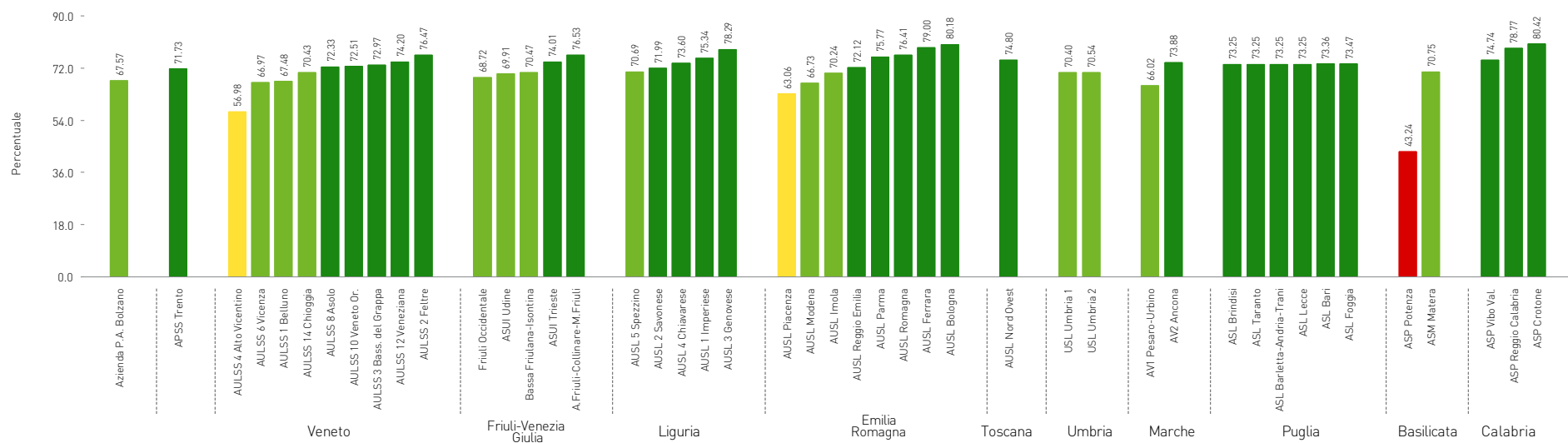
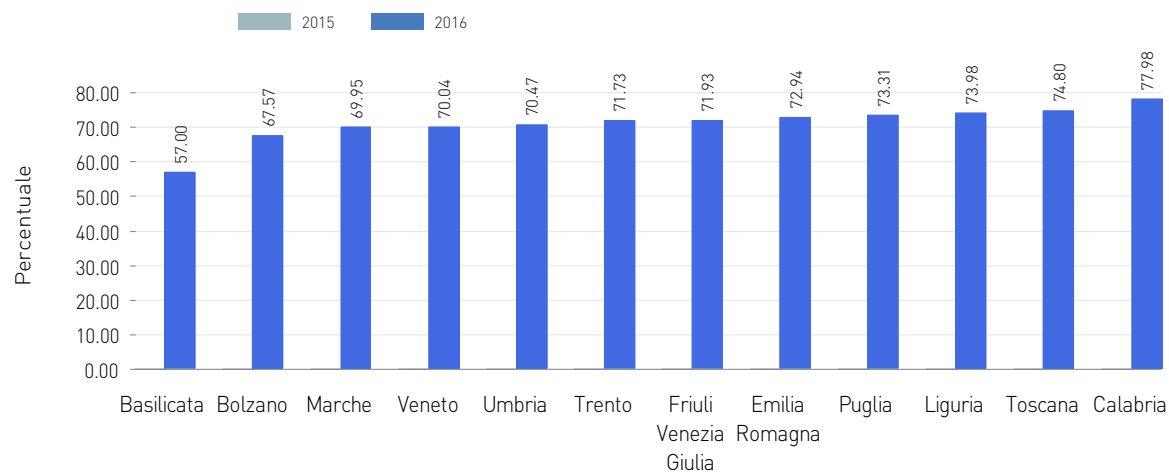
Il presente indicatore misura le leggibilità delle pagine di scelta/revoca del medico di medicina generale presenti sui siti web delle Aziende Sanitarie territoriali, utilizzando l'Indice Gulpease. Questo indice si basa su alcune variabili formali, e in particolare sulla lunghezza media delle frasi (espressa in parole per frase) e sulla lunghezza media delle parole (espressa in sillabe per parola) per costruire indici statistici di leggibilità (formula di Flesch, riadattata da Franchina, Vacca, 1986; Piemontese, 1988). Per approfondire la metodologia si rimanda al commento dell'indicatore B31.2.2.1.1.



B31.2.2.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale



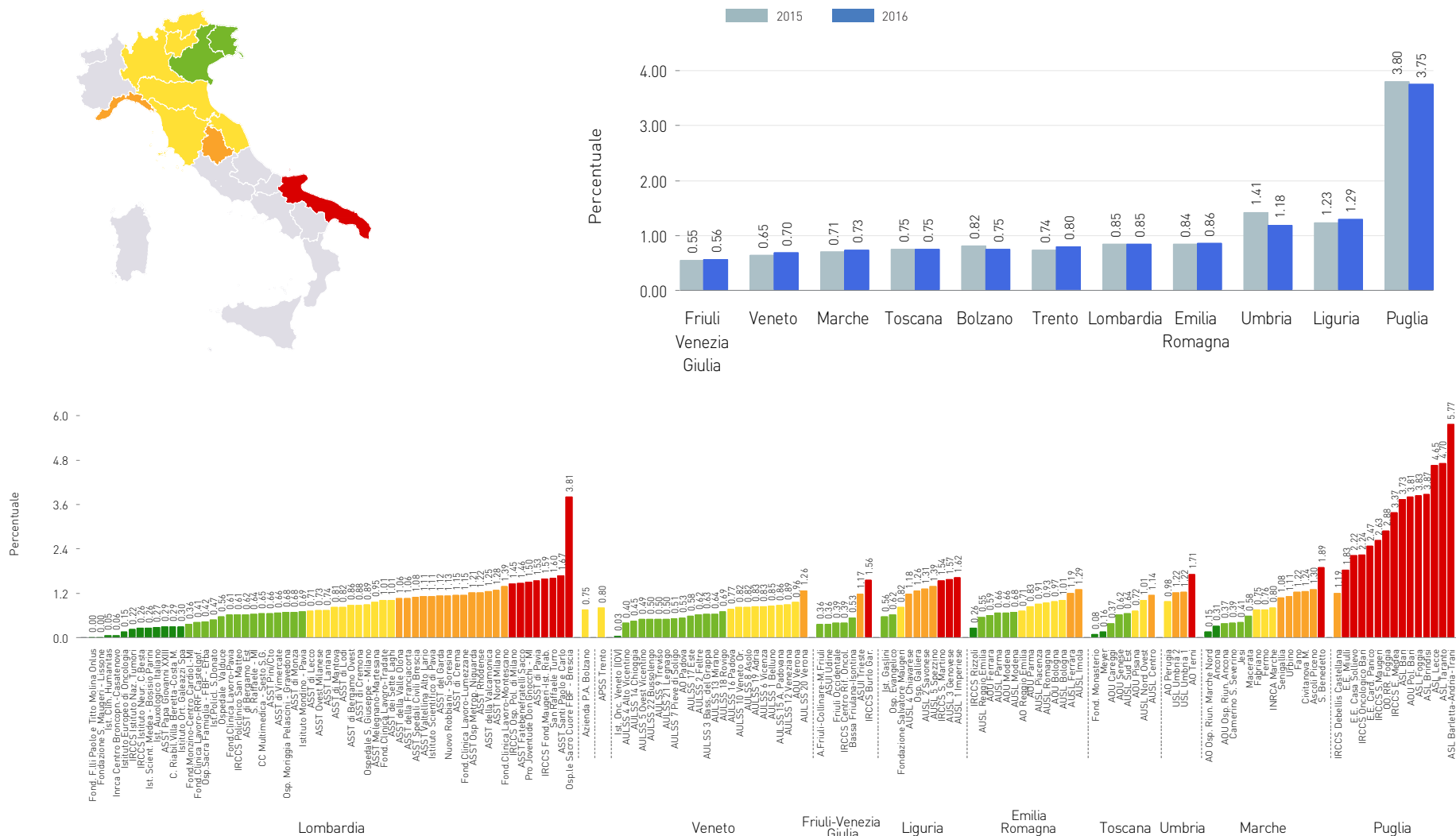
L'indicatore si basa sullo stesso indice (il Vocabolario di Base della lingua italiana) utilizzato nell'indicatore B31.2.2.1.2, al quale si rimanda per la descrizione. L'analisi della pagina di scelta e revoca del medico di medicina generale ha comportato l'esclusione delle pagine web delle Aziende ospedaliere.



D18 Percentuale di dimissioni volontarie



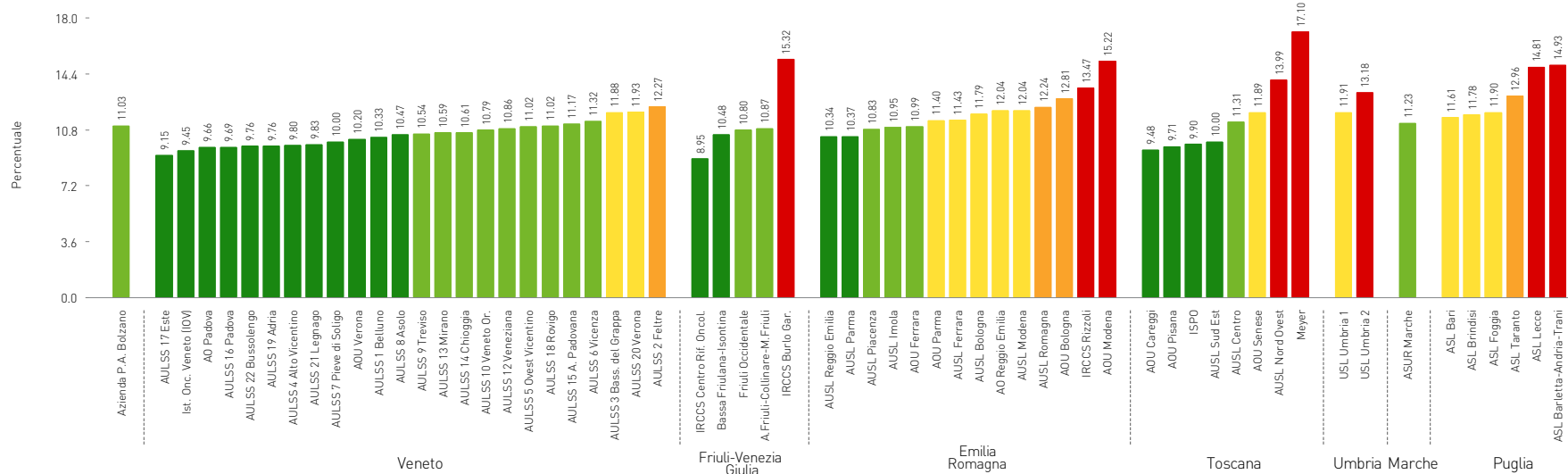
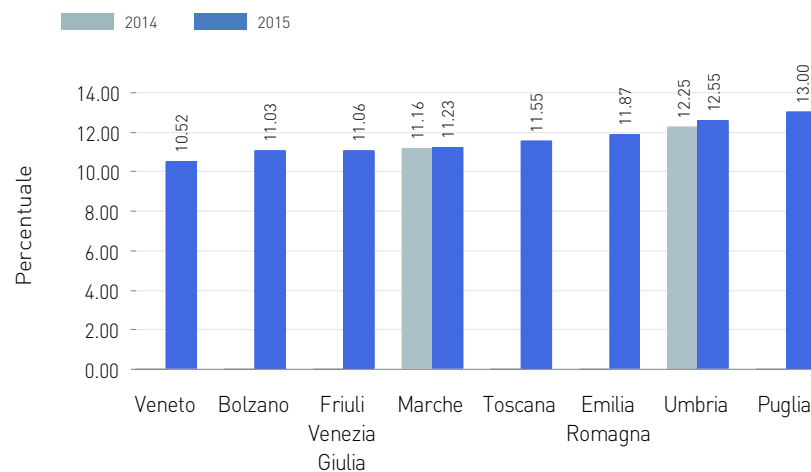
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario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



E2 Percentuale di assenza



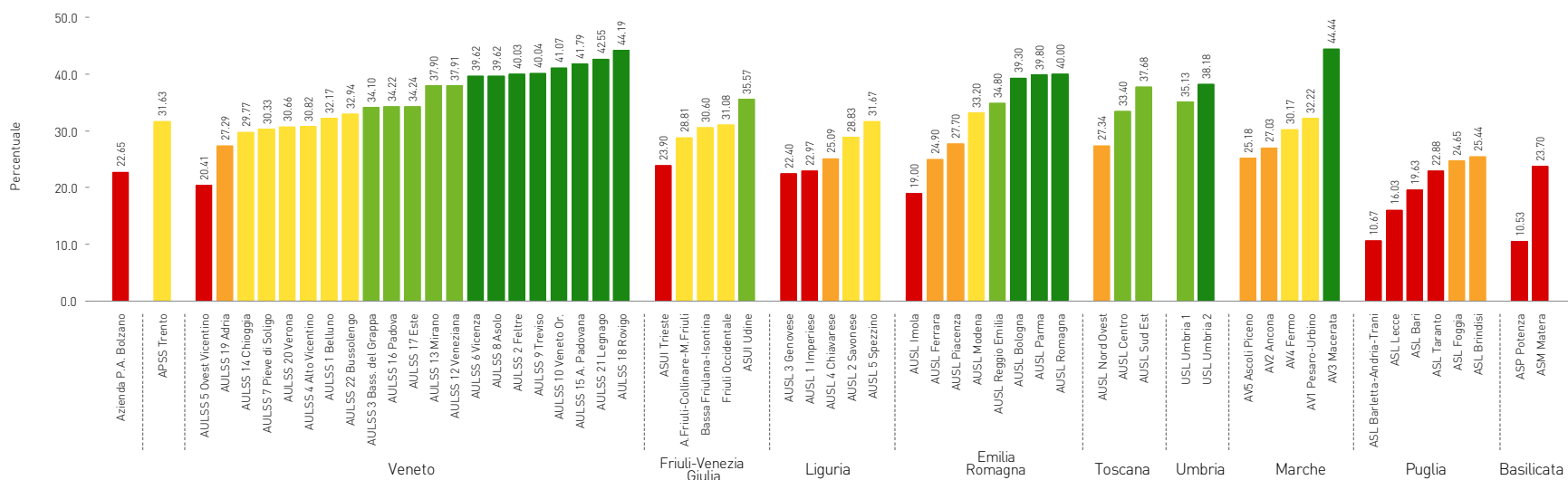
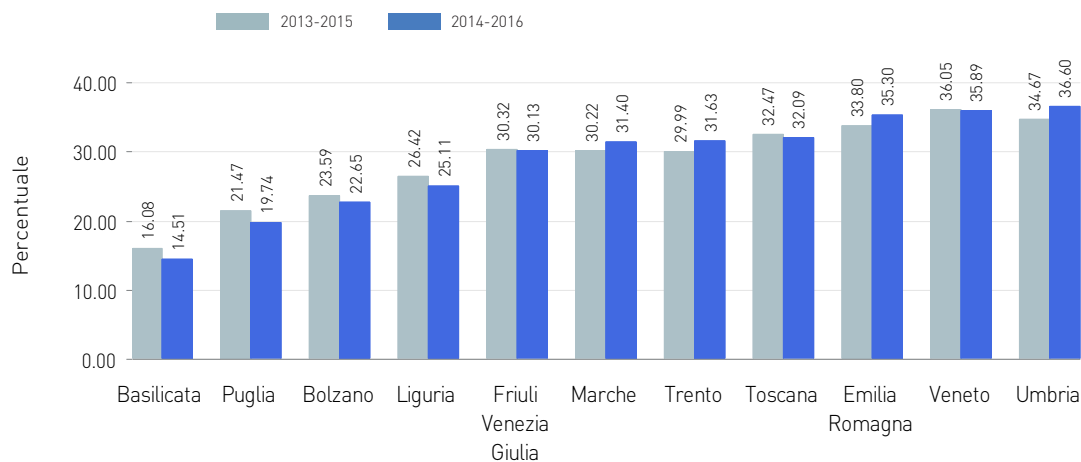
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per 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 2015.



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



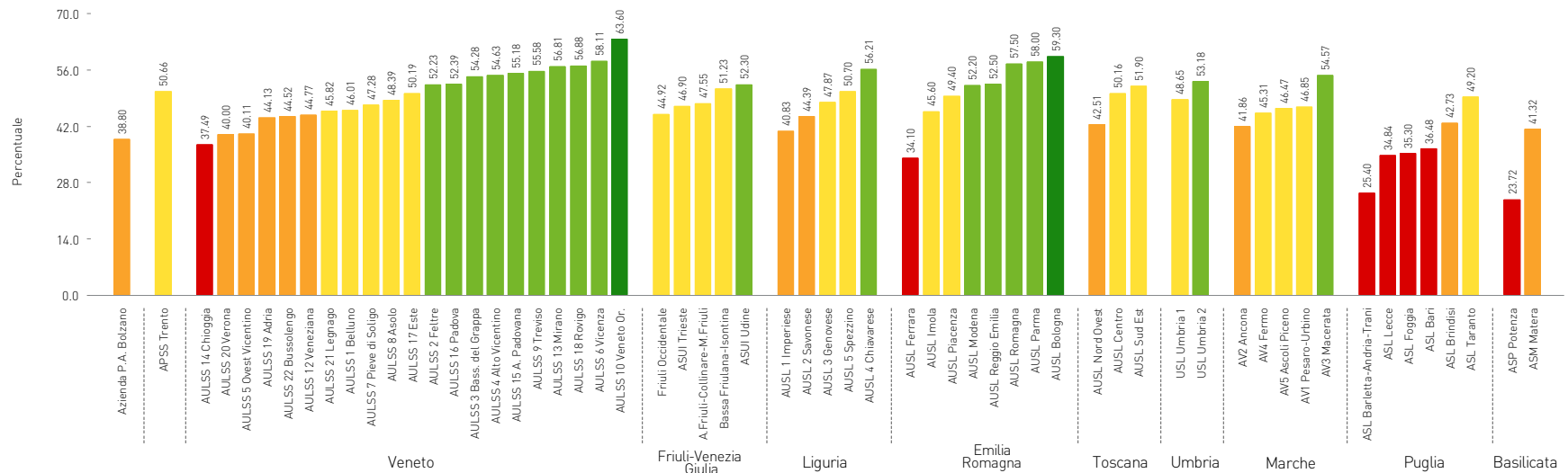
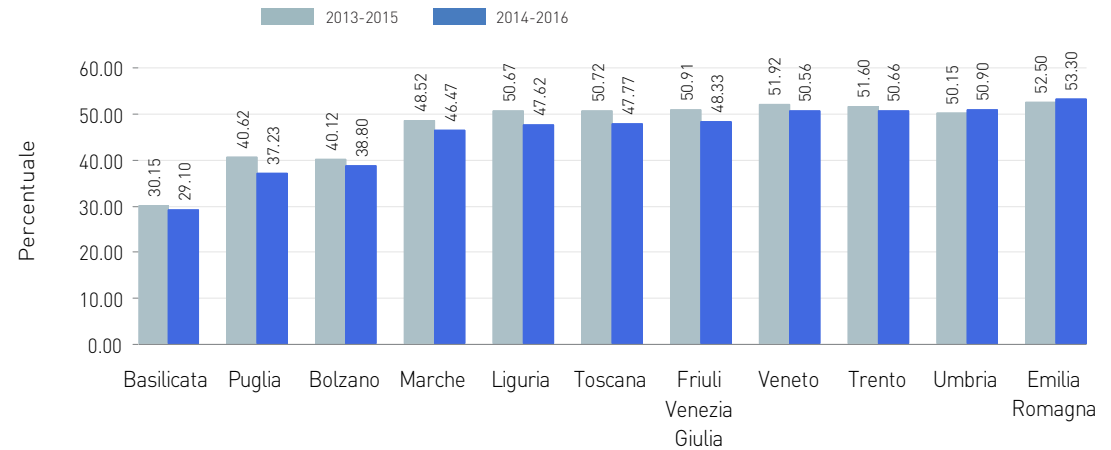
Svolgere una regolare attività fisica favorisce uno stile di vita sano e, secondo l'opinione degli esperti, riduce il rischio di mortalità del 10% per tutte le cause. L'attività fisica, infatti, protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un supporto per il trattamento di diversi tipi di patologie.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





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

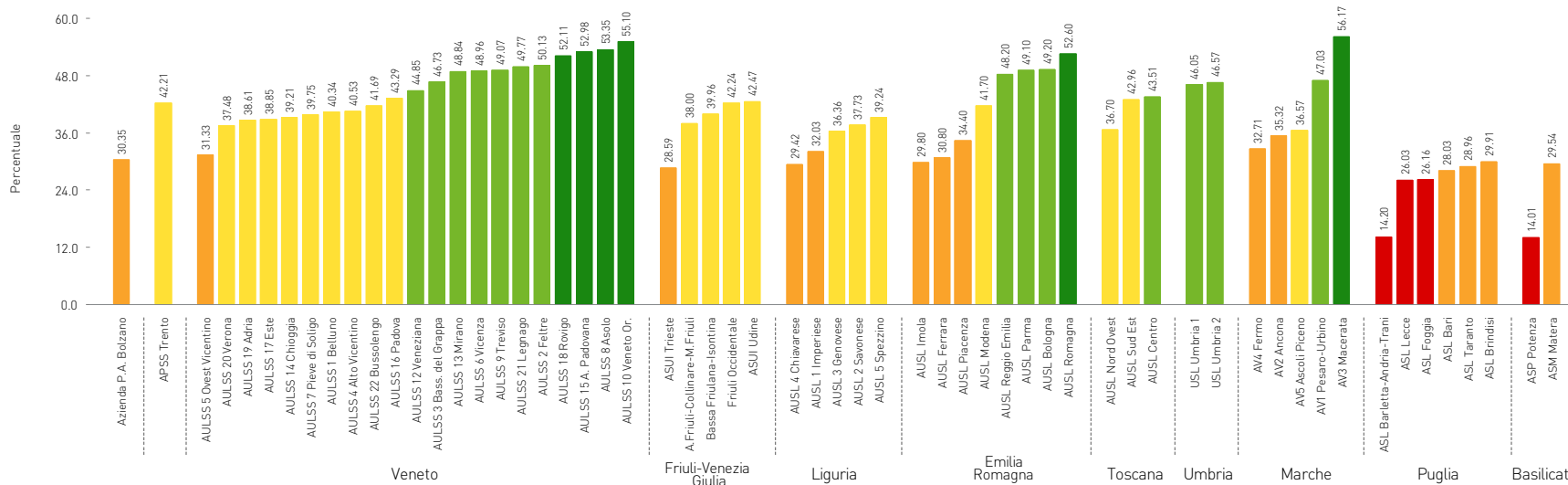
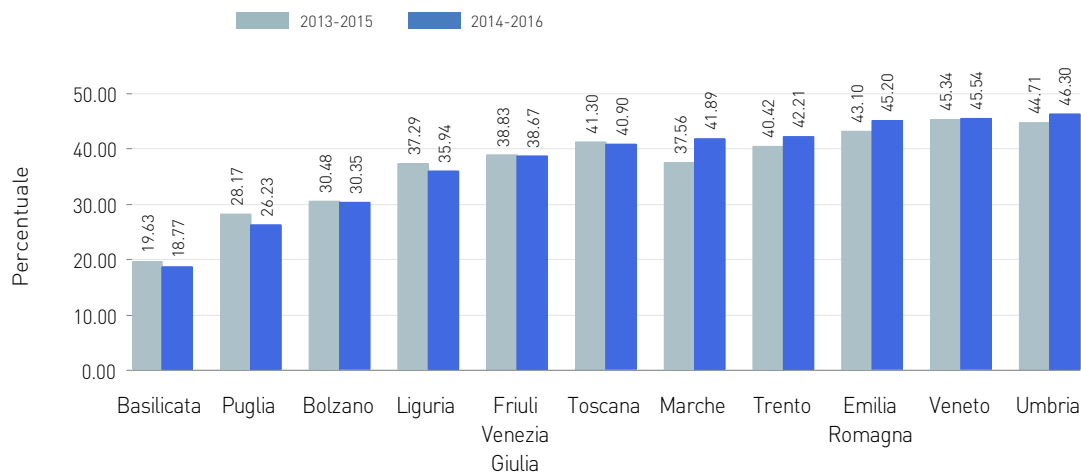
La situazione nutrizionale è una determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus o alcuni tipi di tumore come l'endometriale, il colon-rettale,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



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



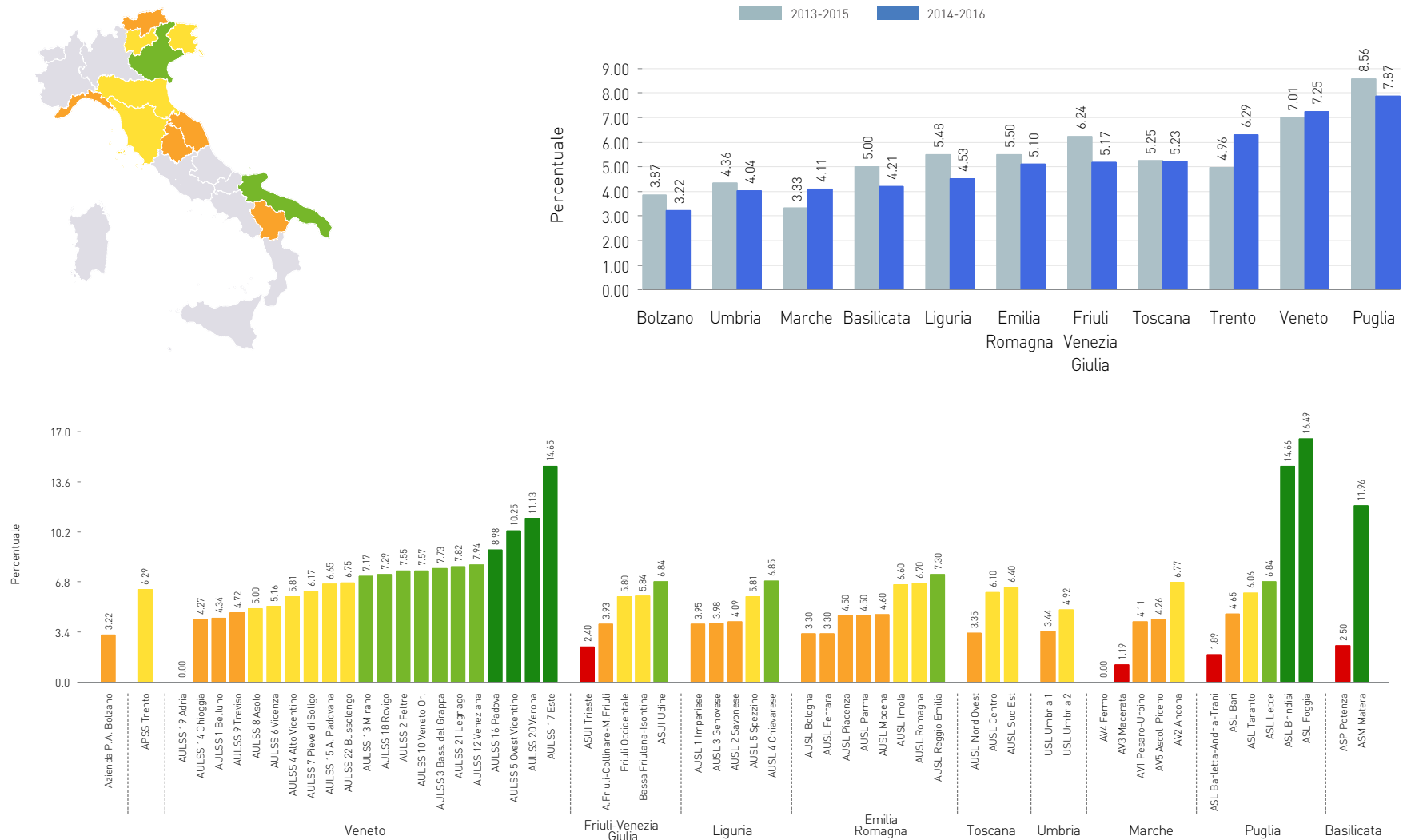
Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. E' infatti sempre più evidente come la sedentarietà, spesso associata a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, stia diventando un problema di salute pubblica, con un elevato carico di malattia e relativi costi sociali. In questo quadro, è dunque importante che i medici e gli operatori sanitari, oltre a promuovere l'adozione di una corretta alimentazione, suggeriscano di fare movimento.





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

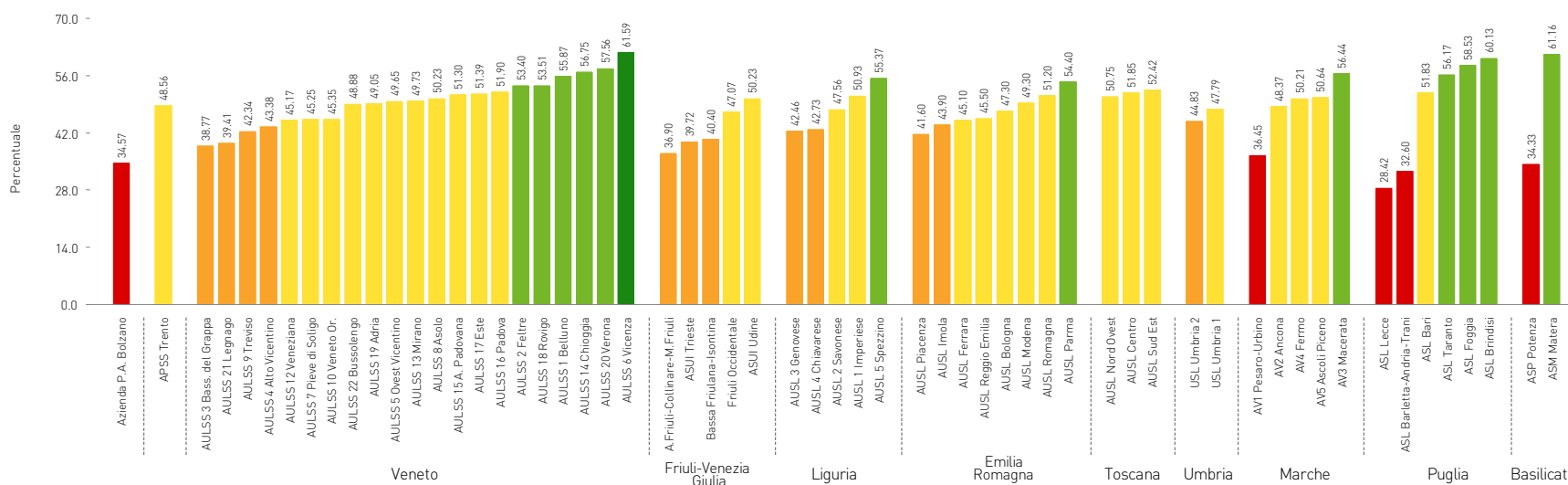
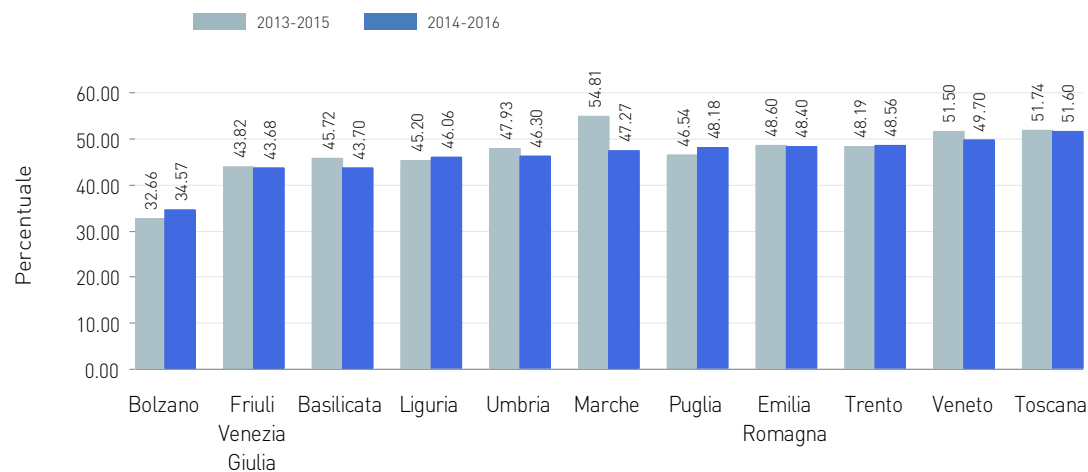
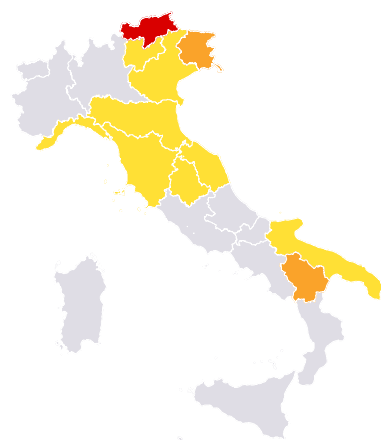
L'alcol ha assunto, nell'ambito della promozione degli stili di vita sani, un'importanza sempre maggiore per le conseguenze negative che può avere il suo eccessivo consumo. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: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



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



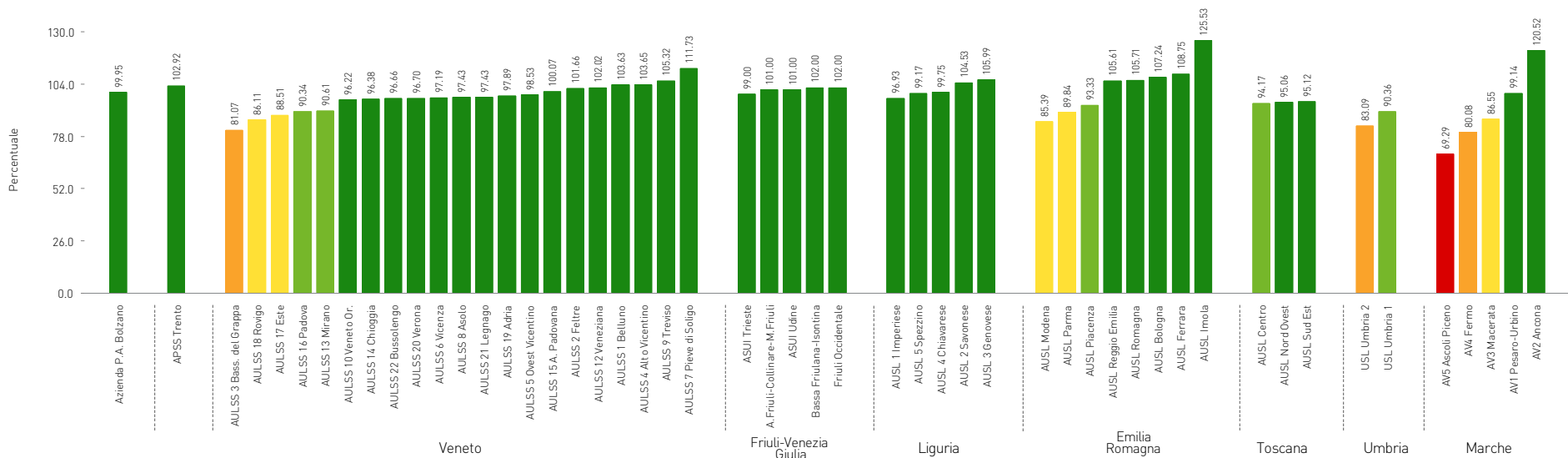
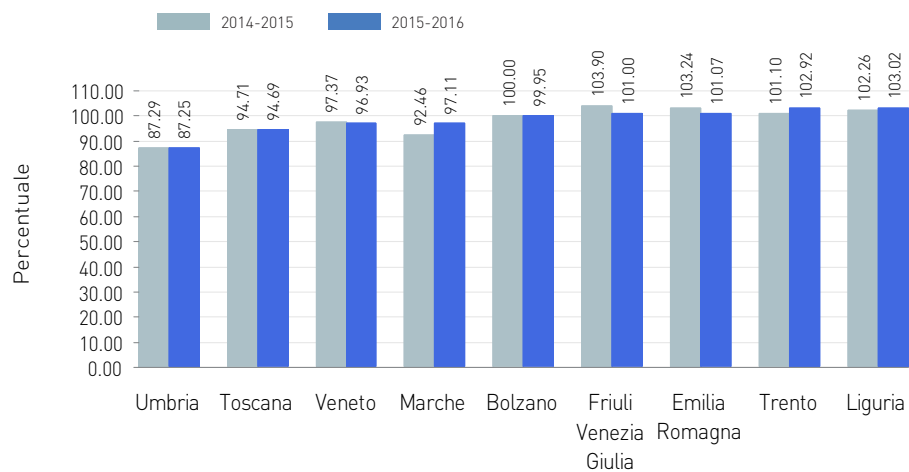
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Inoltre, il fumo è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12%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



B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico



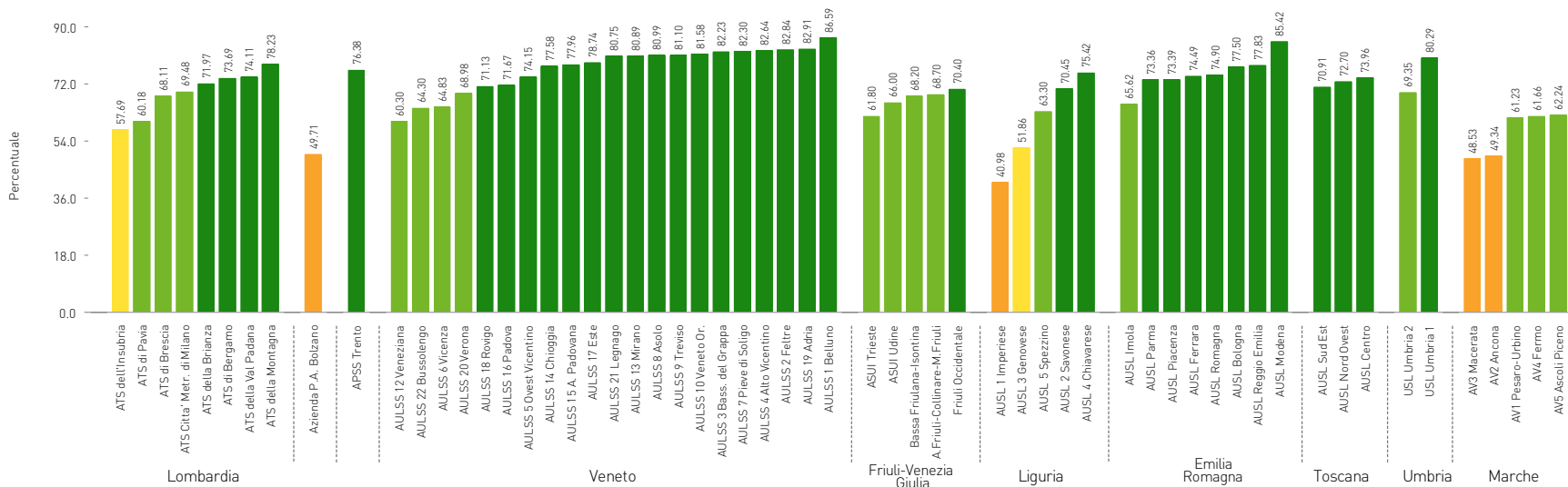
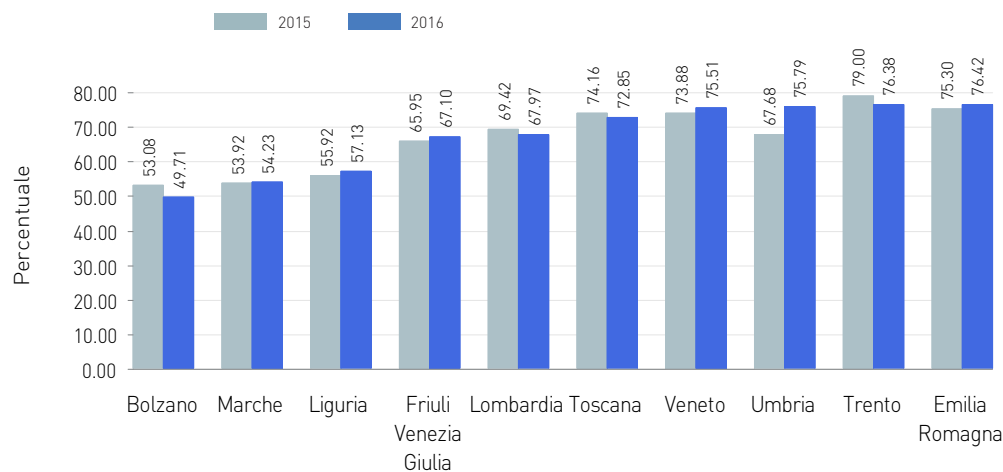
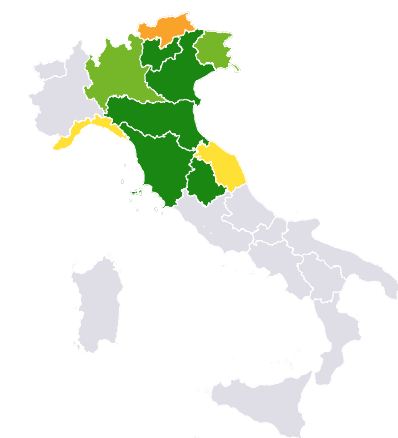
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio). A causa di errori nelle anagrafi aziendali si riscontrano valori superiori al 100% dove il numero degli inviti è superiore alla popolazione bersaglio.



B5.1.2 Adesione corretta allo screening mammografico



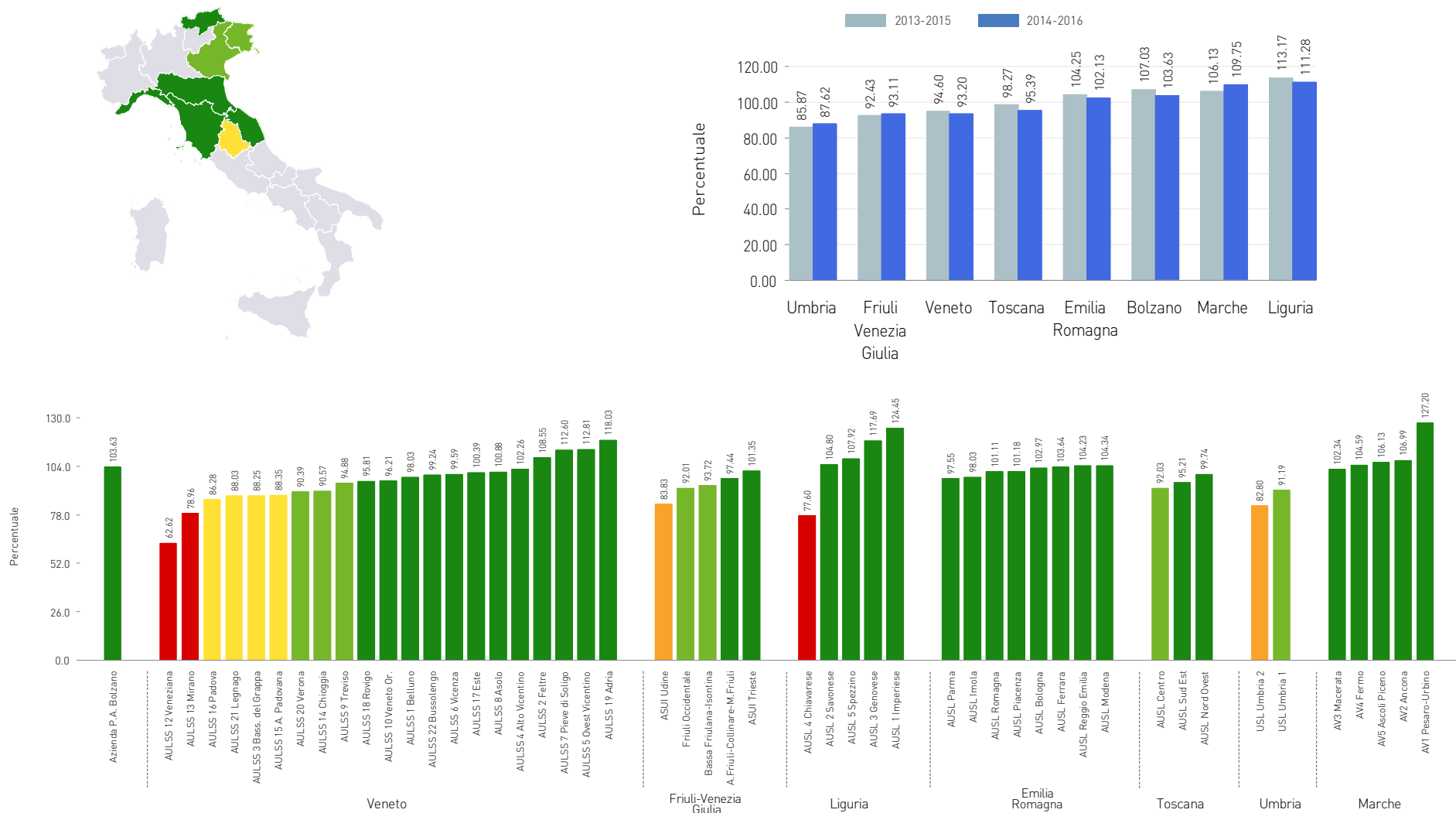
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina



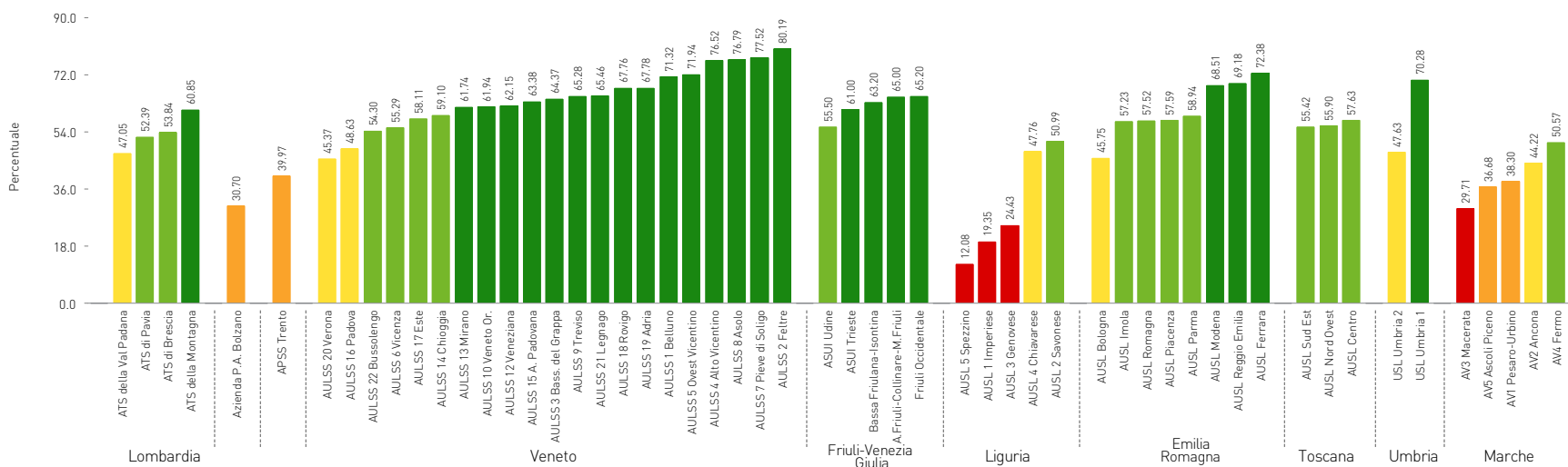
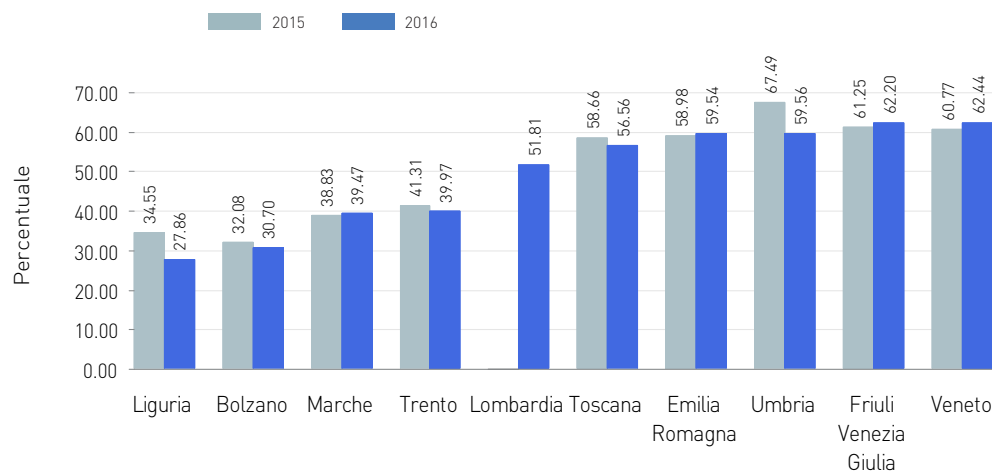
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli anni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



B5.2.2 Adesione corretta allo screening della cervice uterina



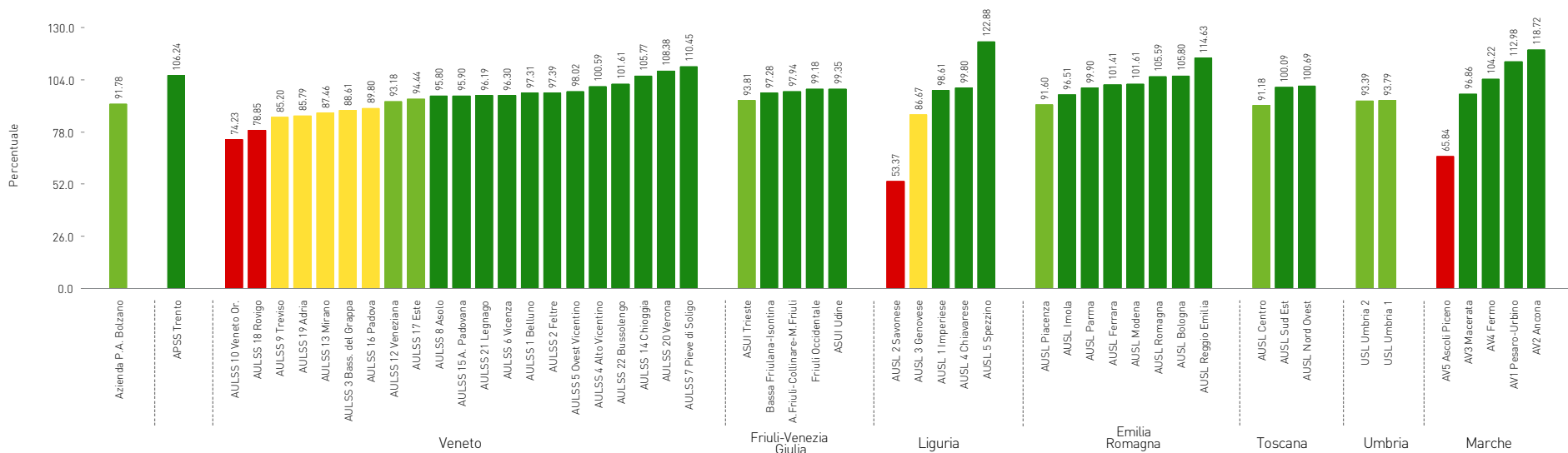
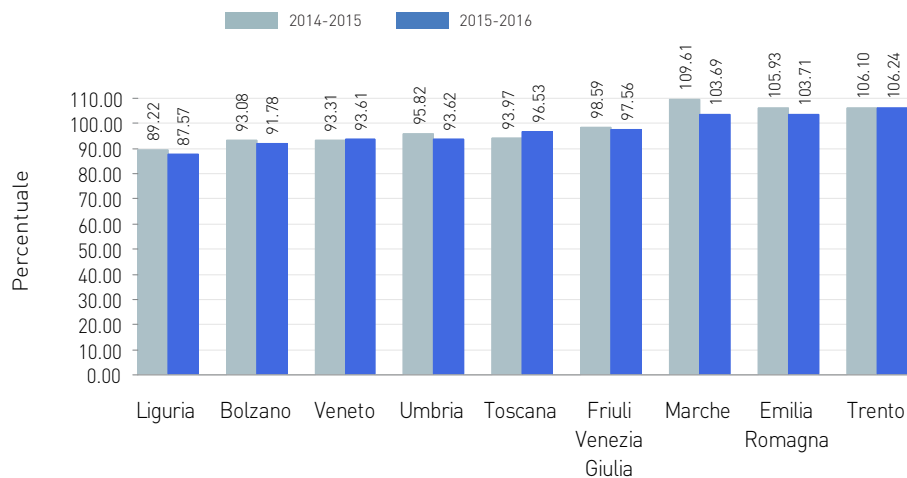
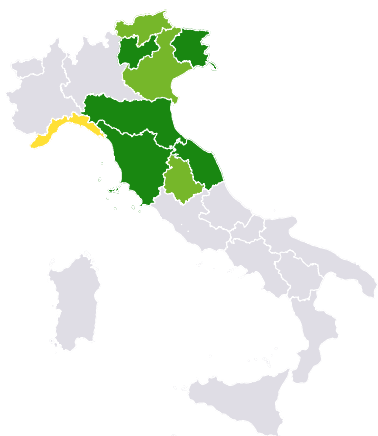
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretta



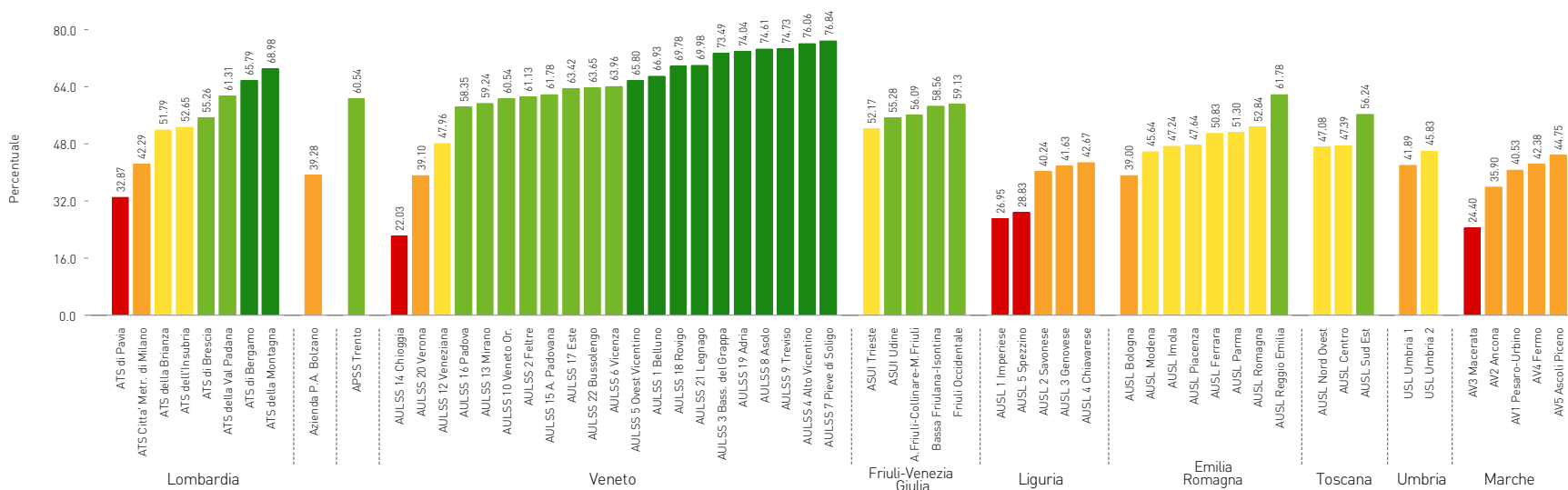
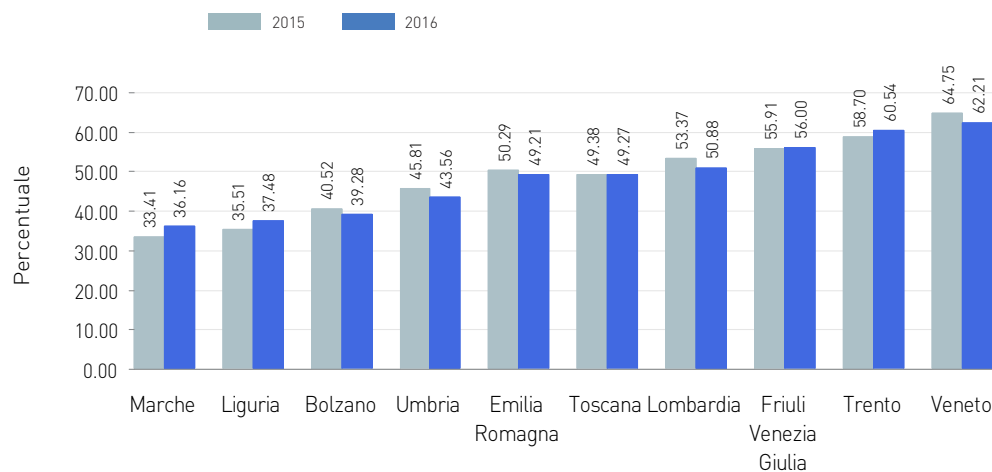
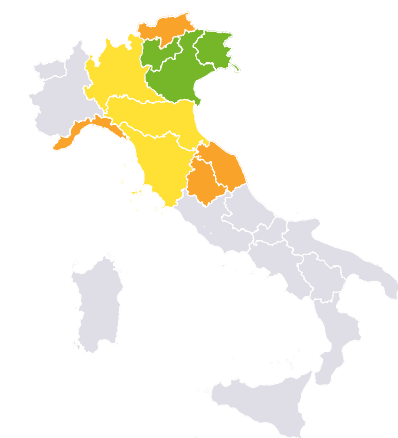
Lo screening coloretta è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.
 Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna Regione. Gli anni di riferimento per ogni Regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio).



B5.3.2 Adesione corretta allo screening coloretta



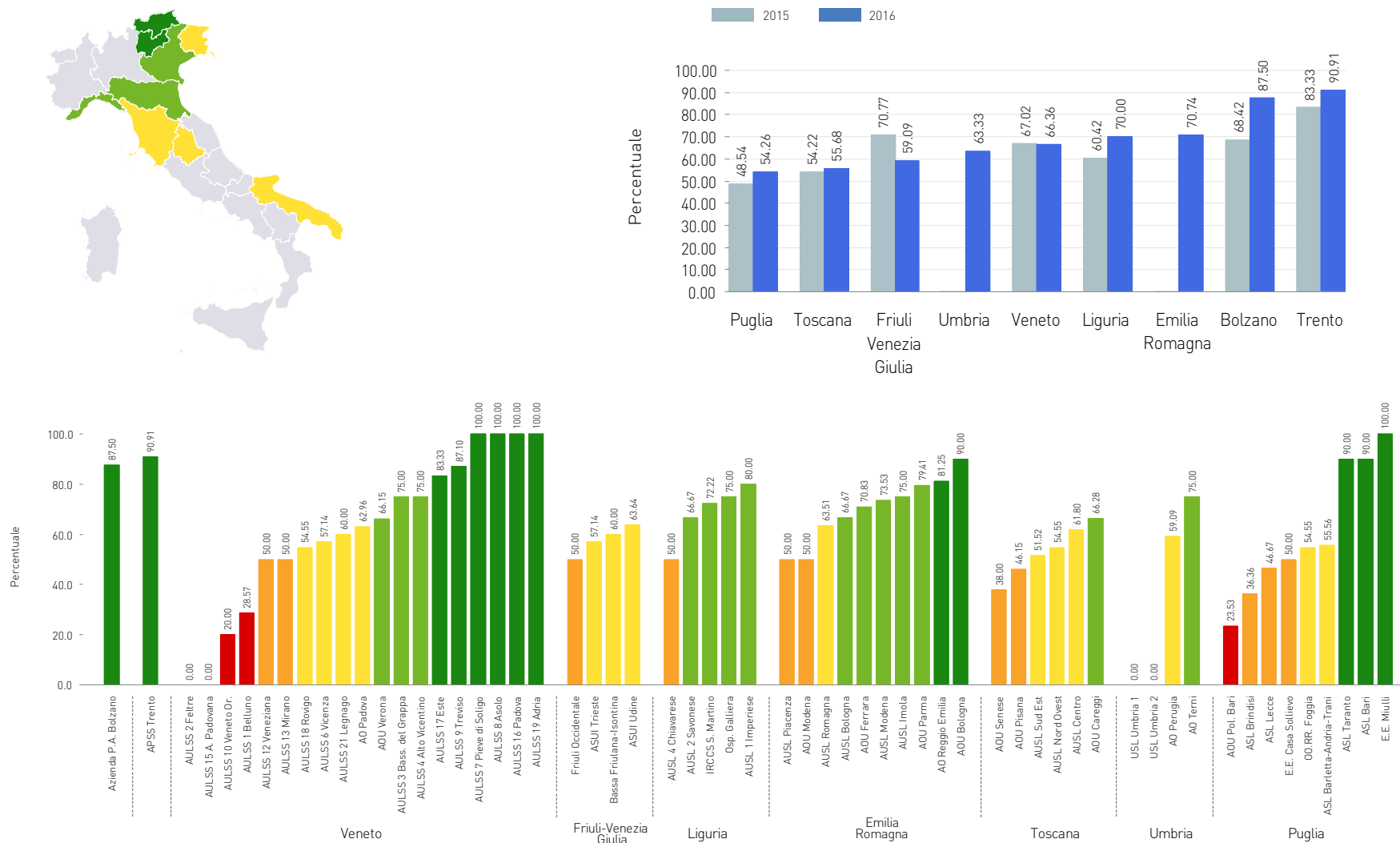
Lo screening coloretta è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.



B6.1.2 Percentuale di donatori procurati



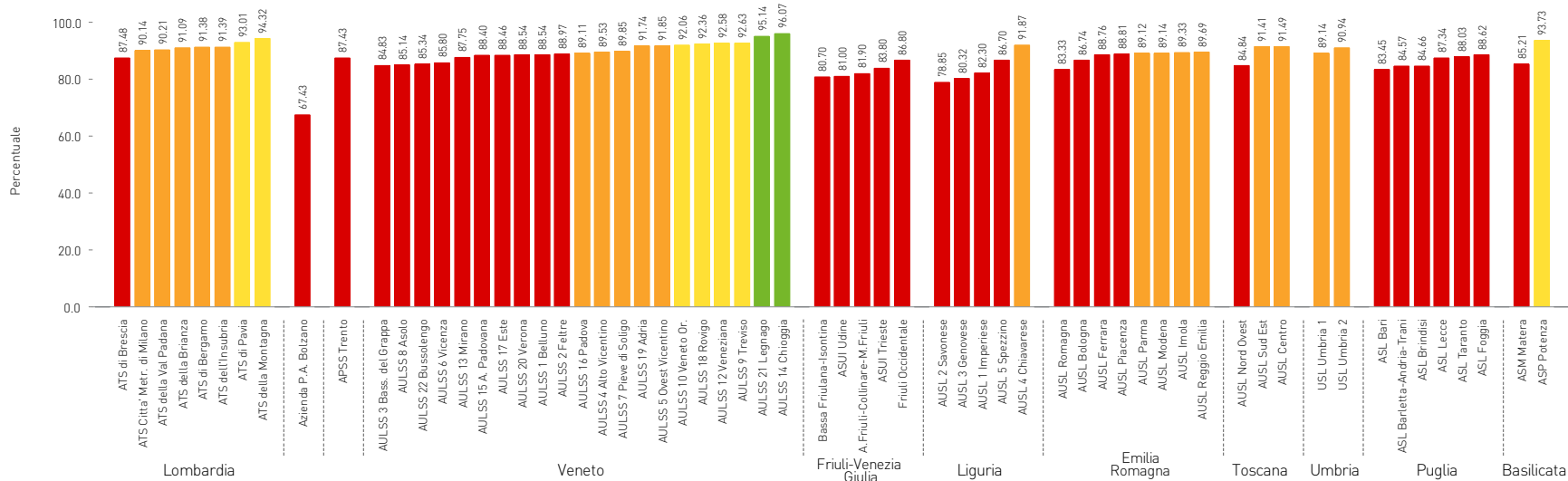
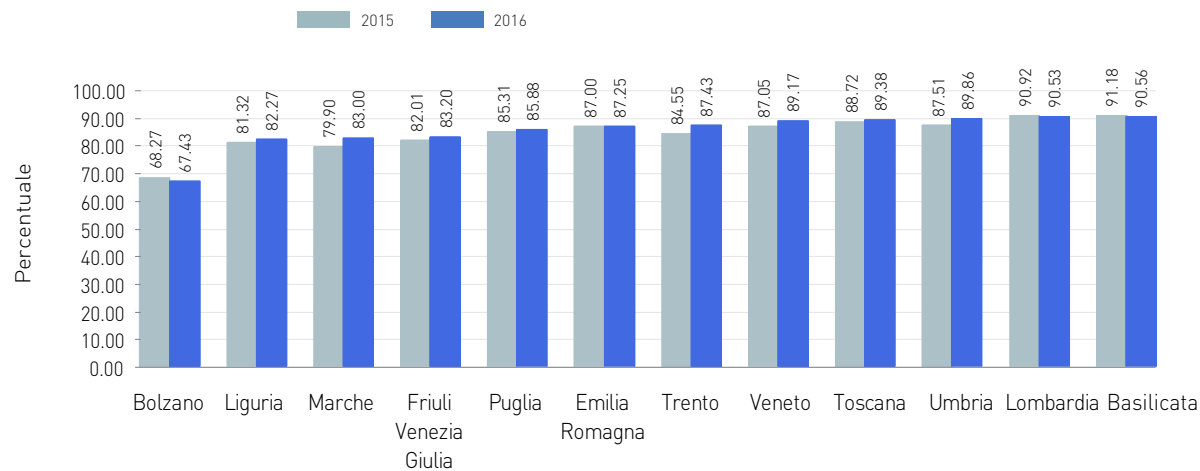
La percentuale di donatori procurati di organi considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi.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



B7.1 Copertura vaccinale MPR



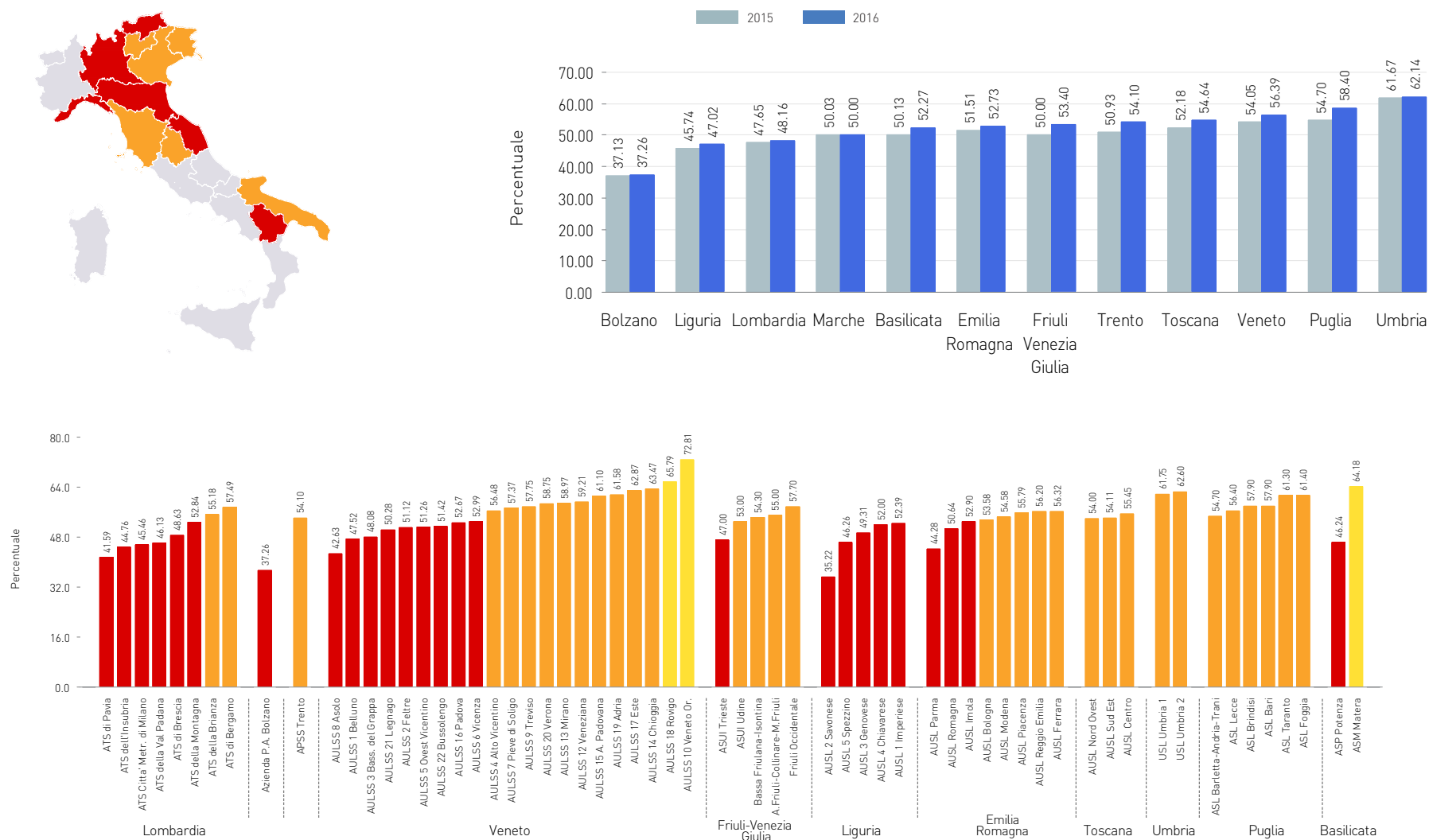
Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo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



B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale anziani



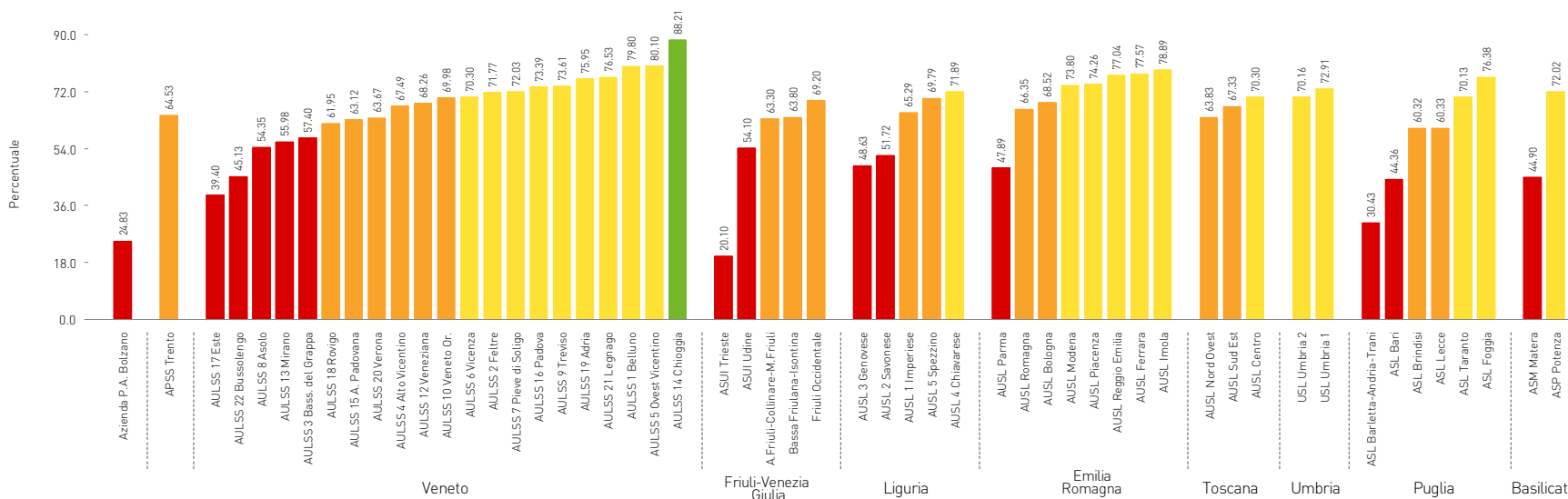
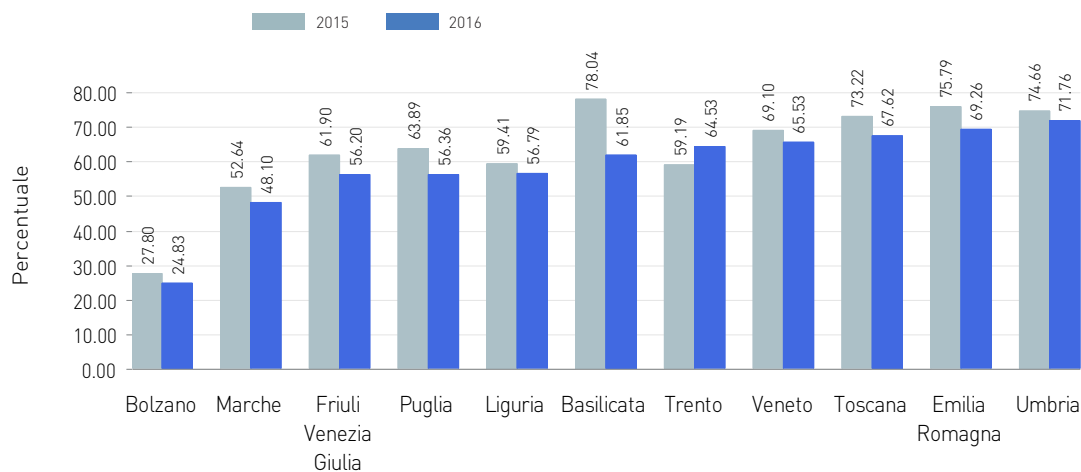
La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio,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



B7.3 Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)



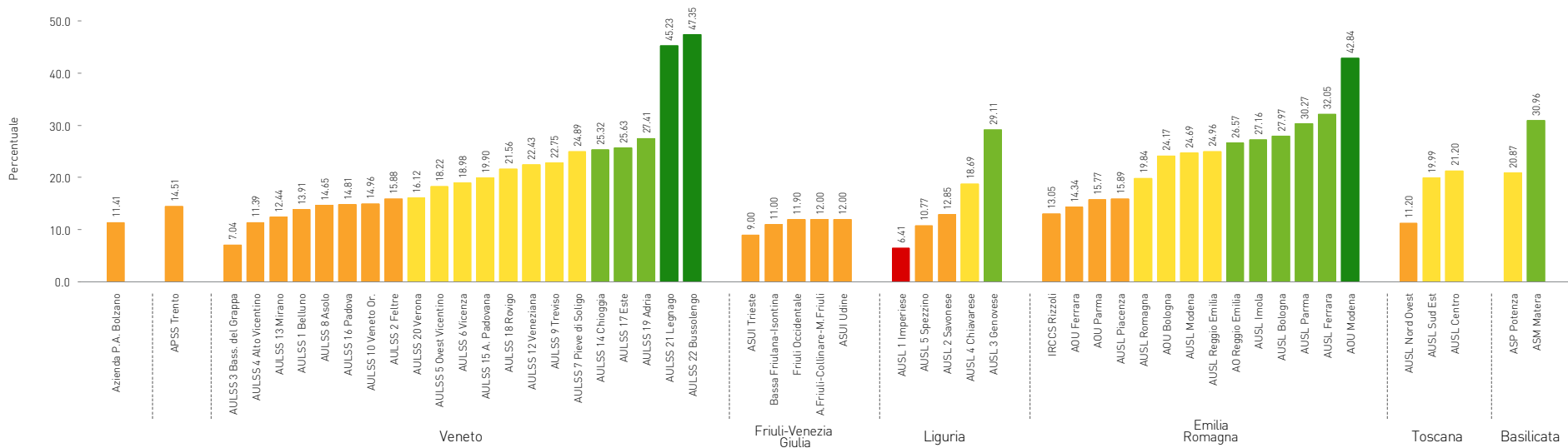
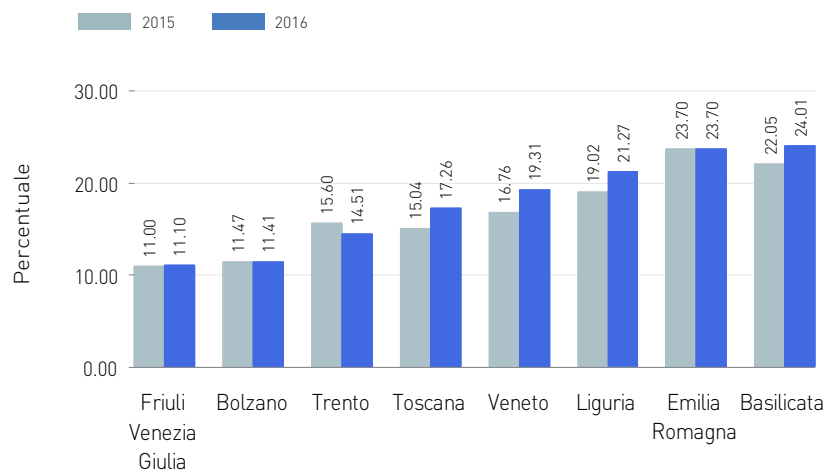
La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni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



B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari



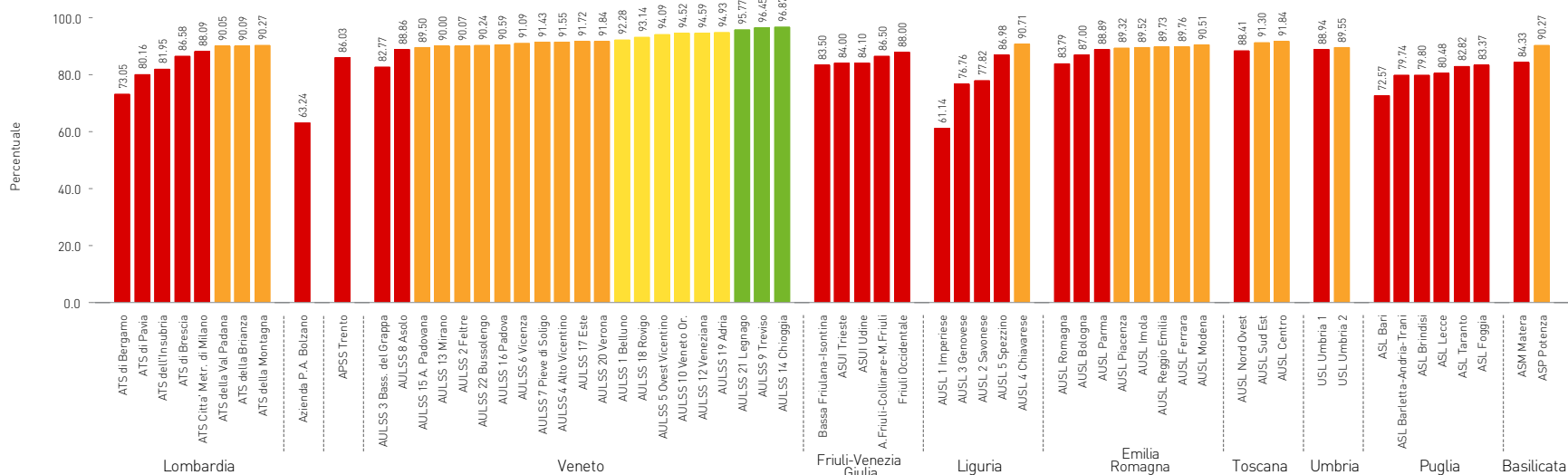
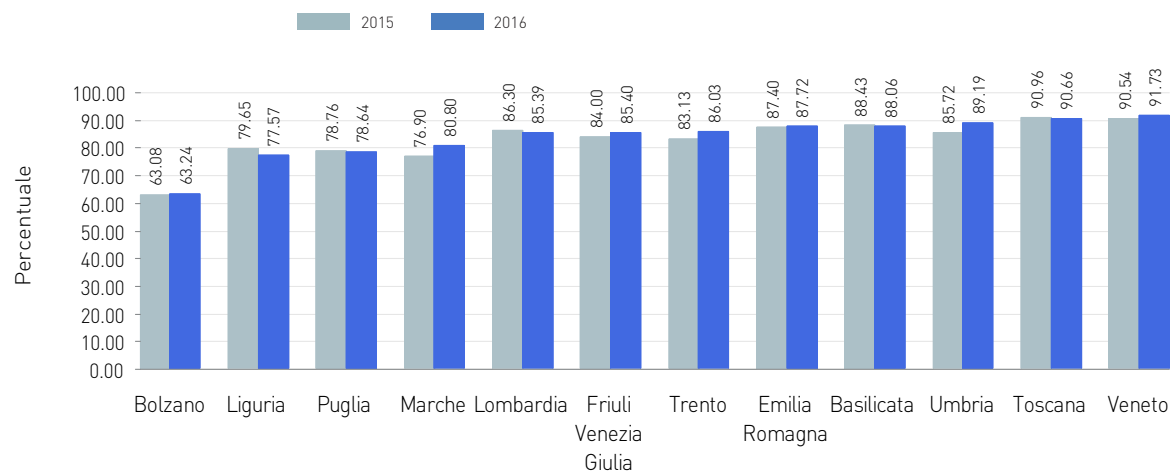
Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe comportare un ulteriore aggravamento del quadro clinico di base. La malattia influenzale contratta dagli operatori sanitari, inoltre, causa serie ripercussioni sulle ordinarie attività delle strutture sanitarie per via delle assenze del personale. Come si legge dai dati, tuttavia, nonostante le campagne di prevenzione promosse in tutte le aziende sanitarie, la proporzione di personale sanitario che si vaccina risulta essere generalmente ancora piuttosto bassa.



B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcica



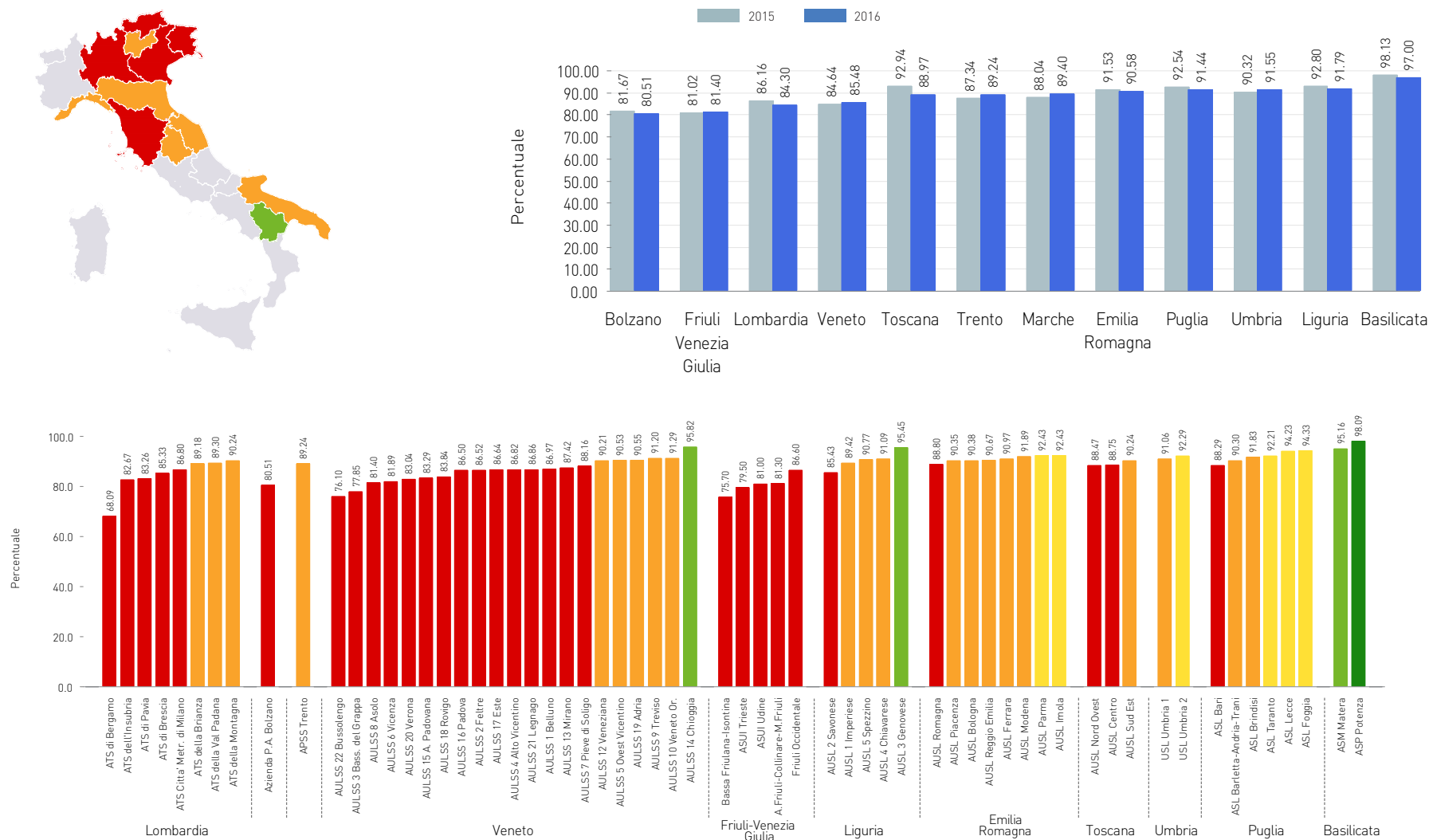
Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come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



B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcica



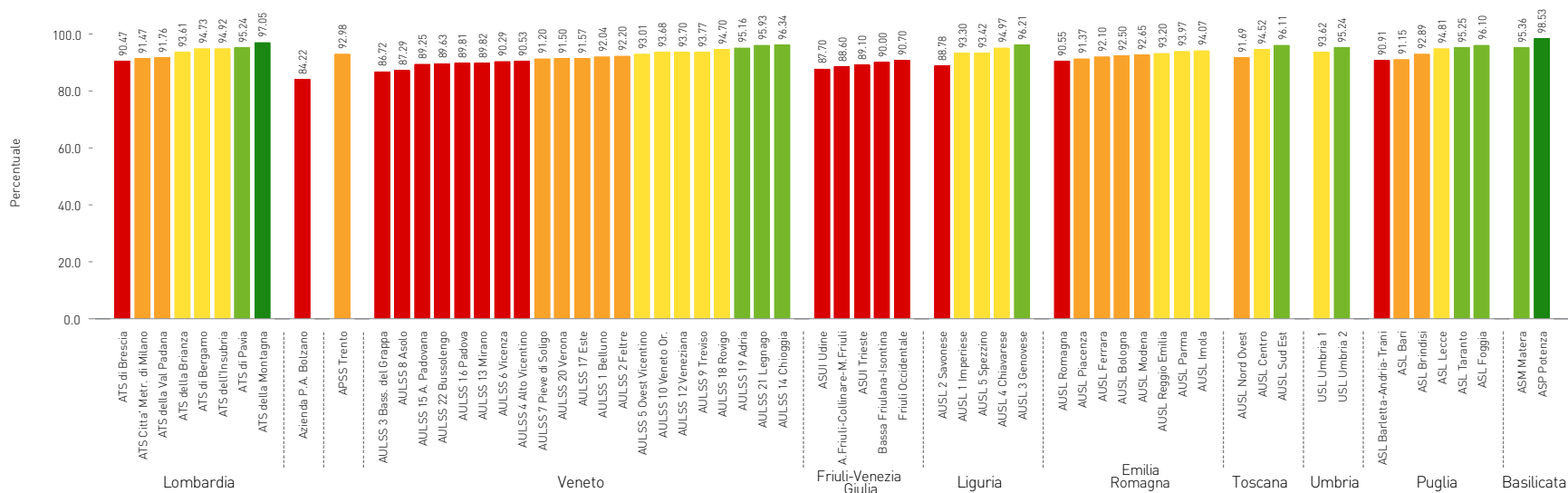
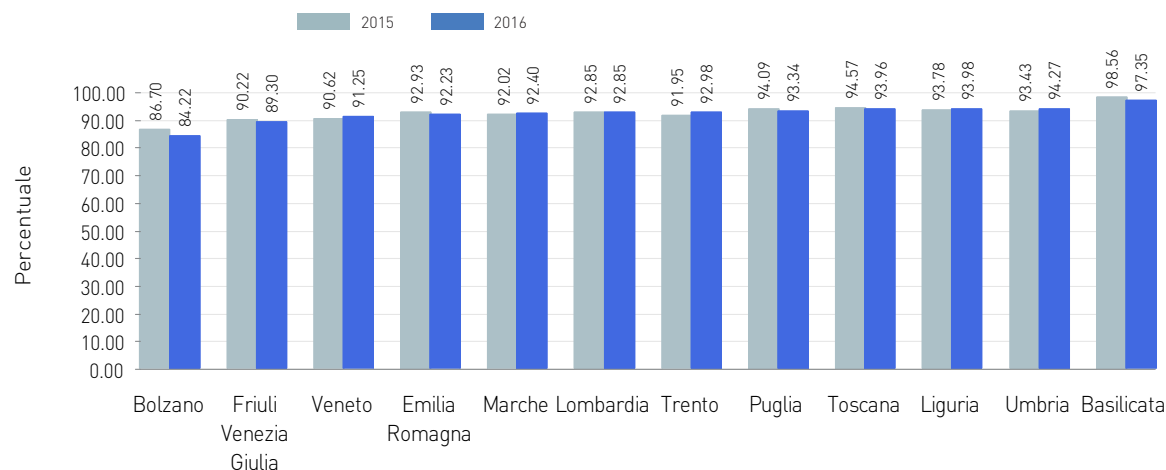
Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel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



B7.7 Copertura vaccinale esavalente



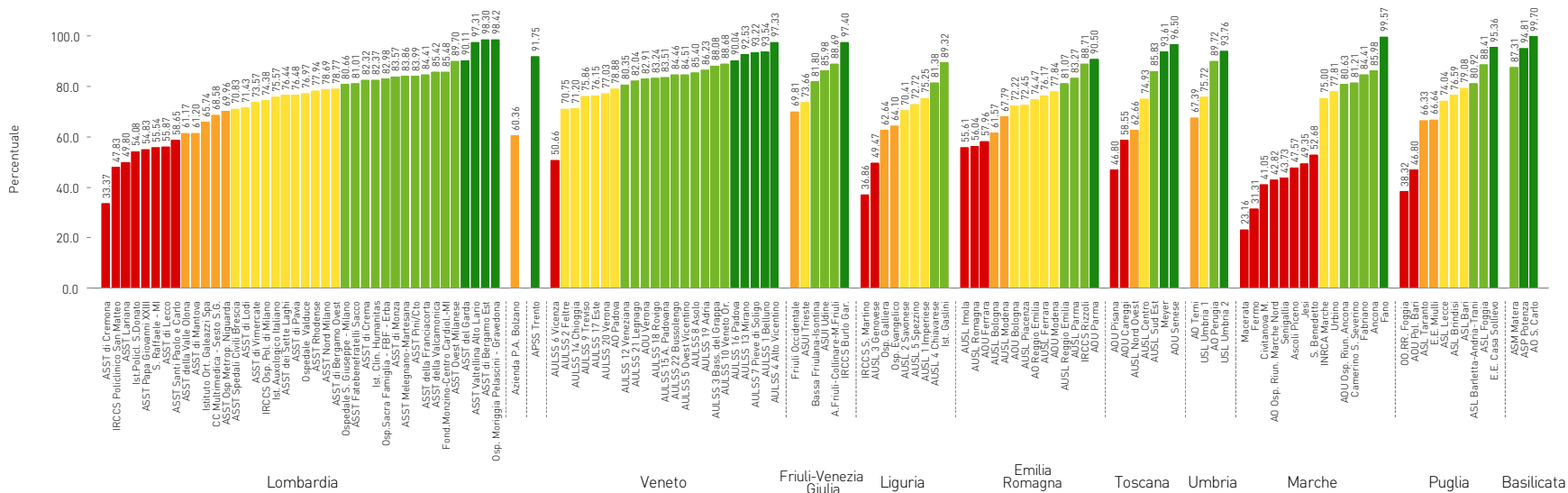
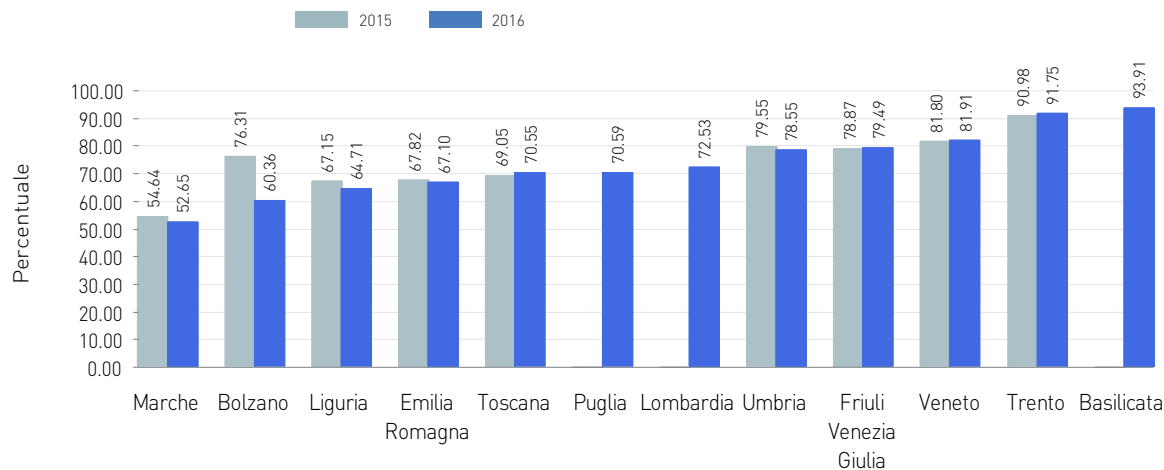
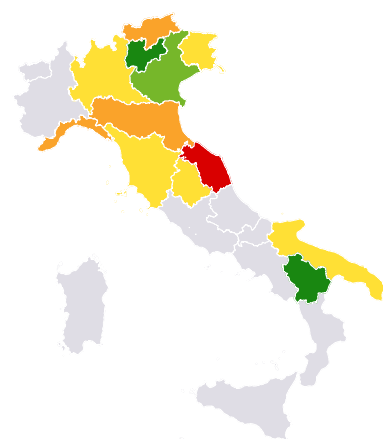
Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione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



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



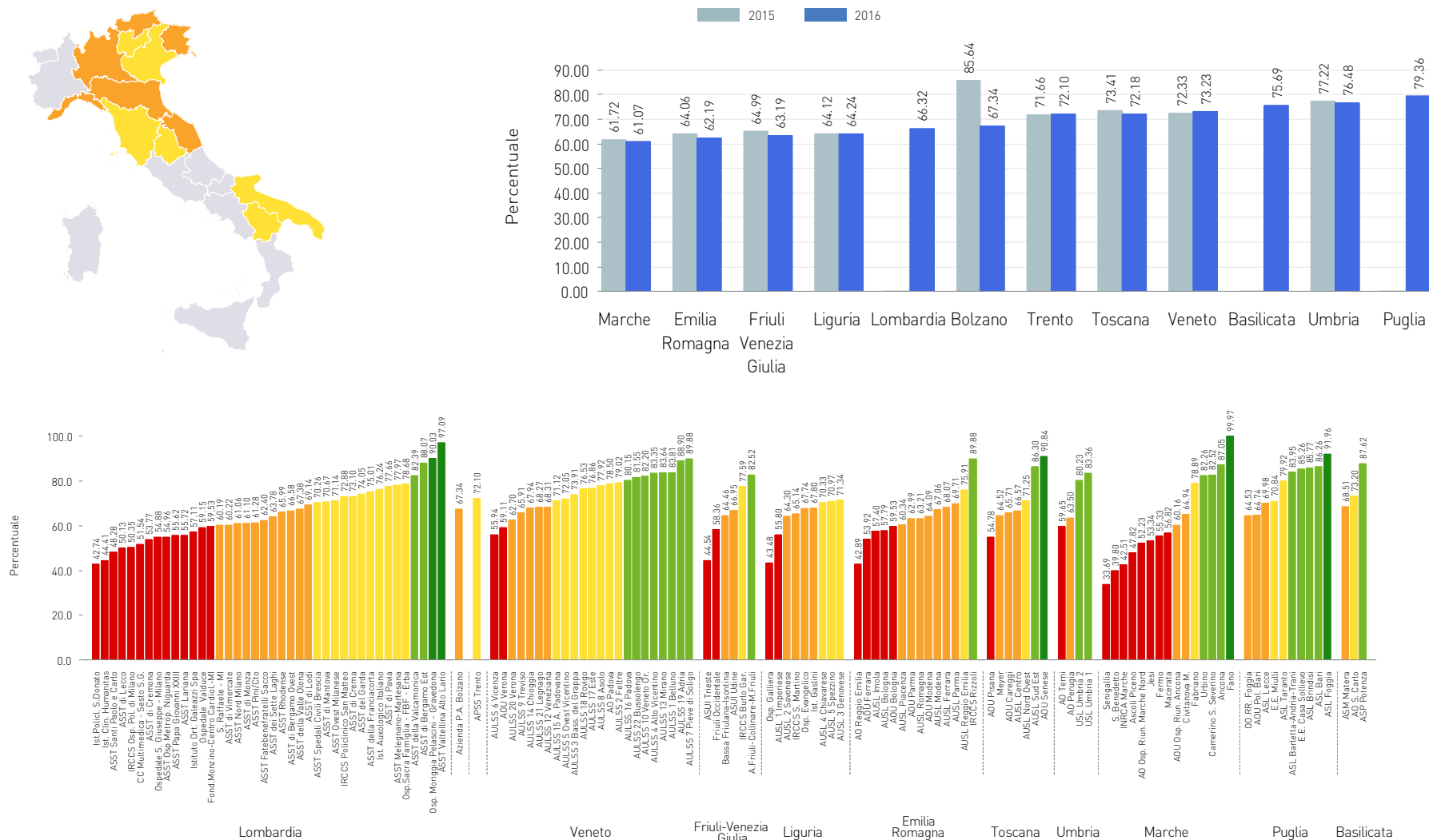
I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso, e questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che 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). Le rilevanti variazioni registrate a Bolzano vanno lette congiuntamente alla maggiore copertura del flusso del Pronto Soccorso nell'anno 2016.



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



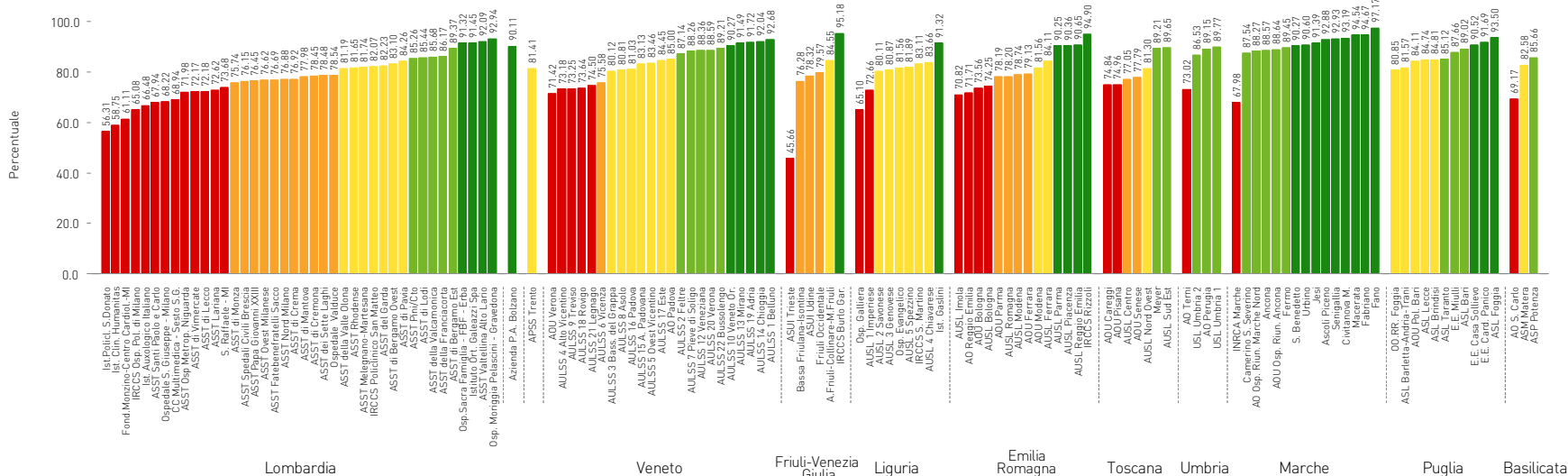
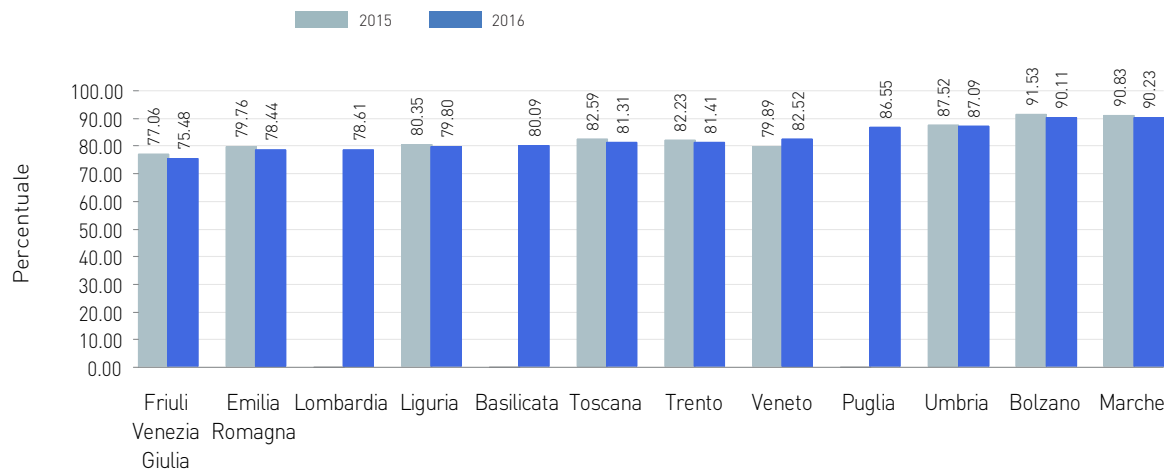
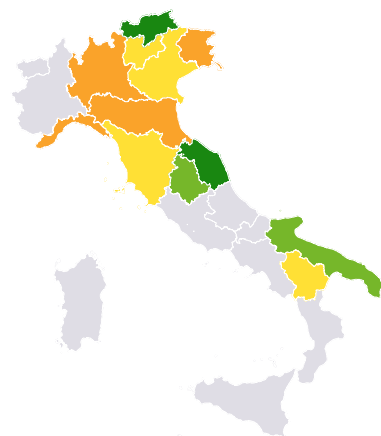
L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in 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. Le rilevanti variazioni registrate a Bolzano vanno lette congiuntamente alla maggiore copertura del flusso del Pronto Soccorso nell'anno 2016.



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



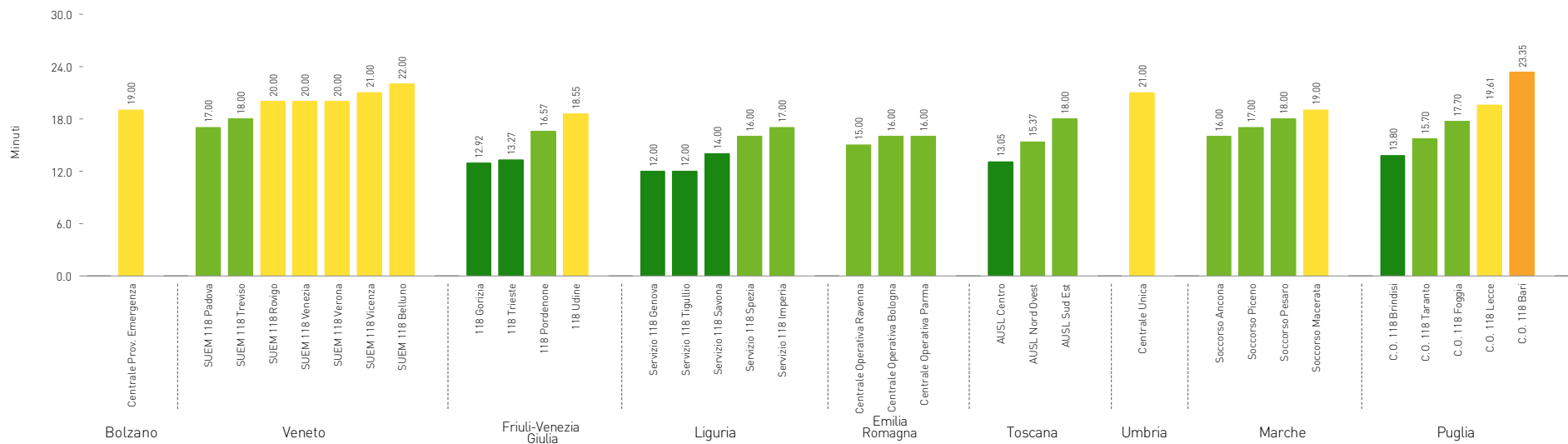
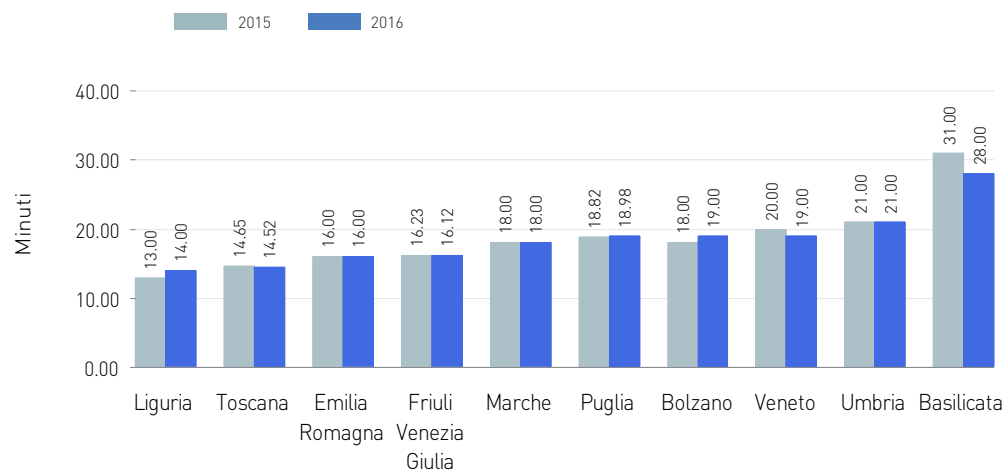
L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento di assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in termini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



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



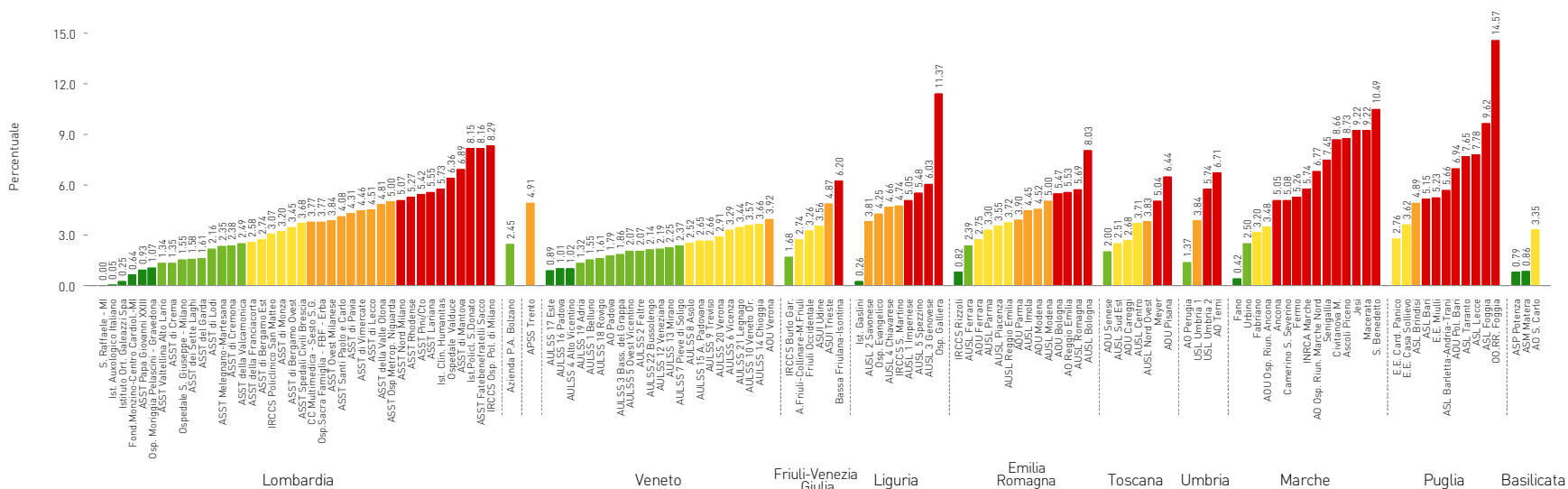
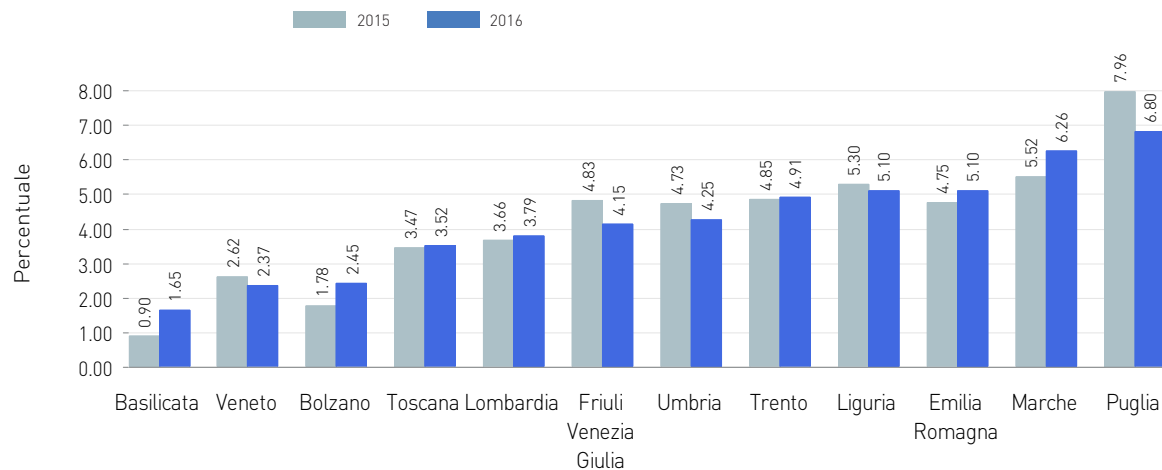
L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "Griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata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



D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso



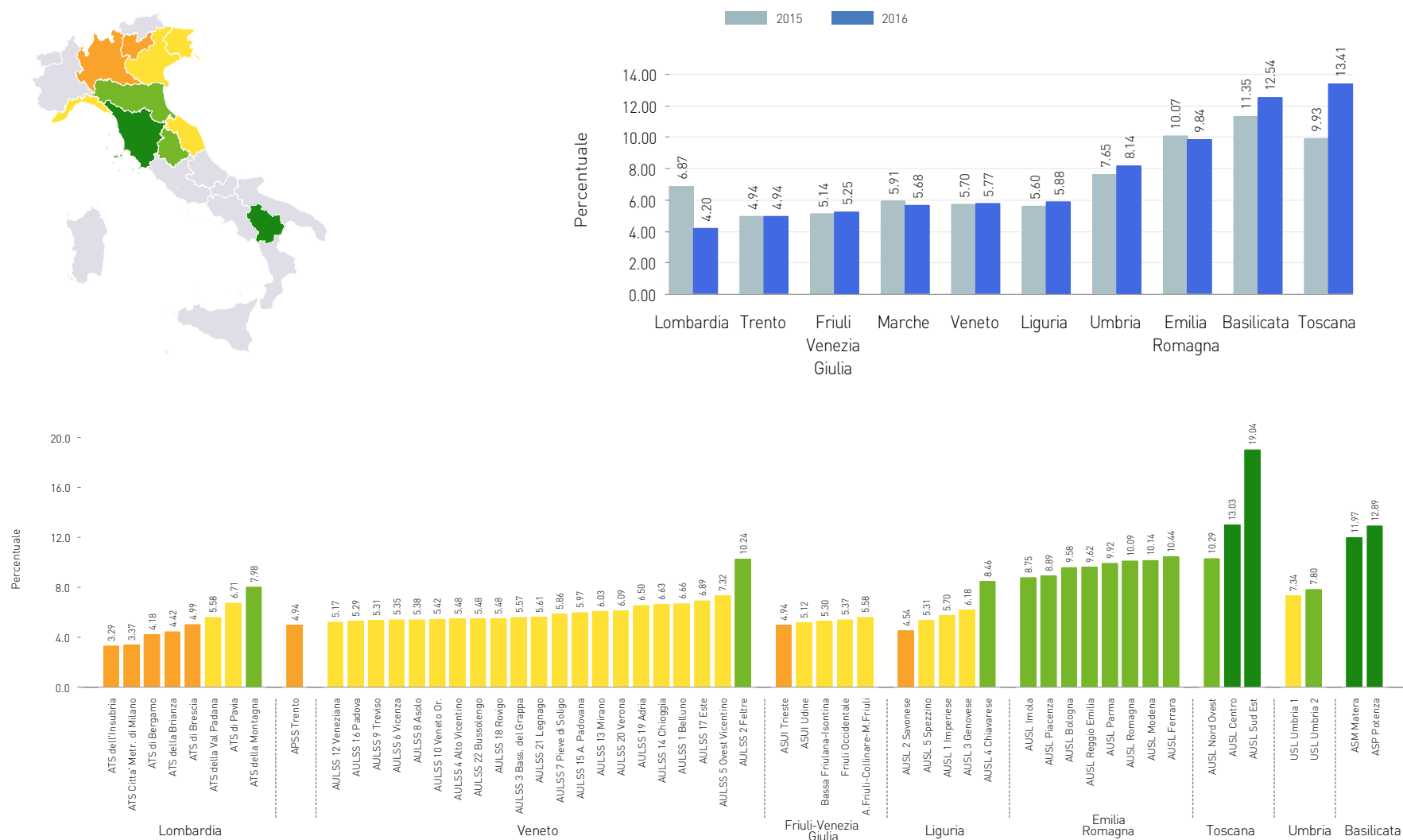
Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, in quanto un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato. L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage). Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.



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



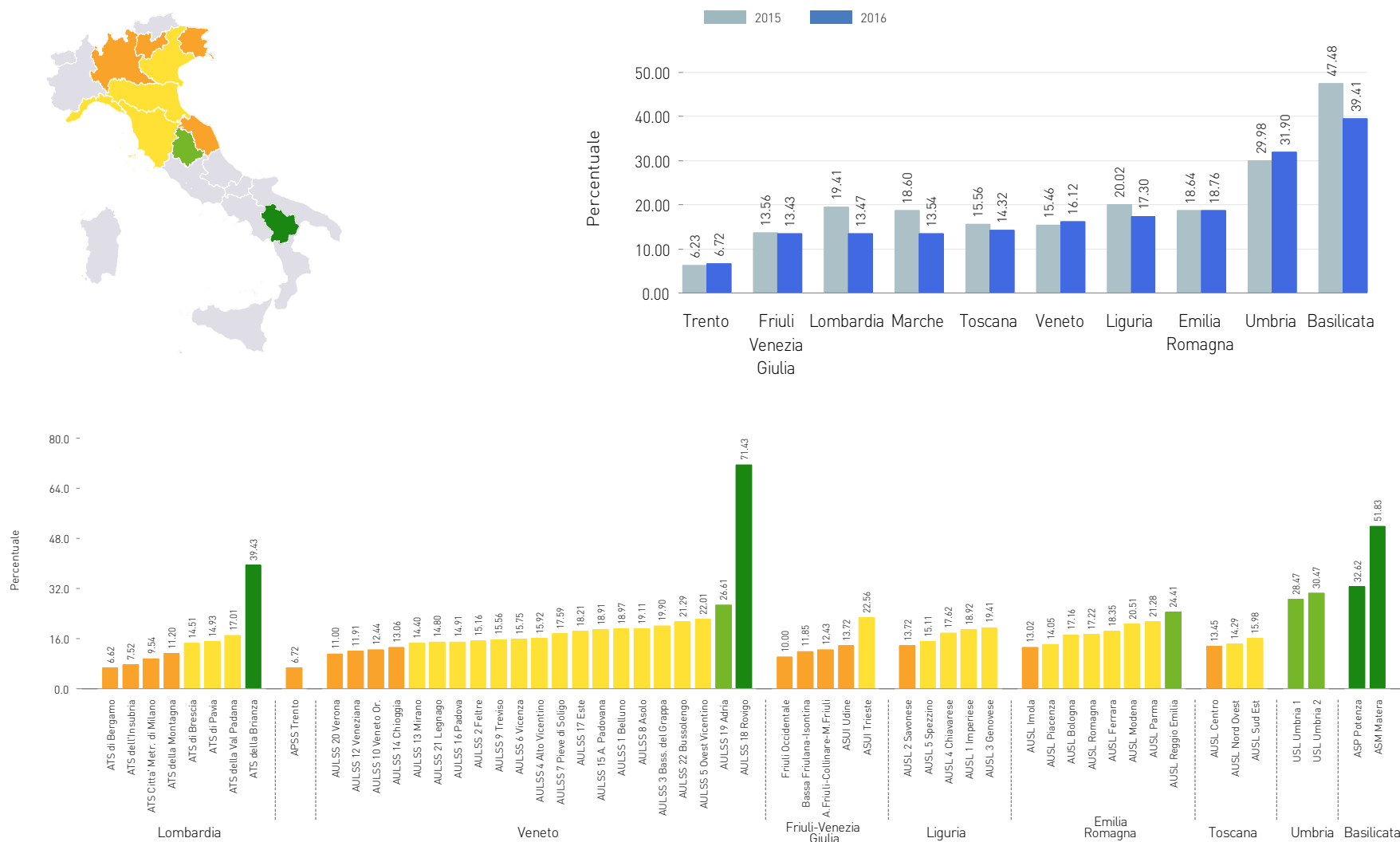
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controllo rapportato al numero di aziende con dipendenti.



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



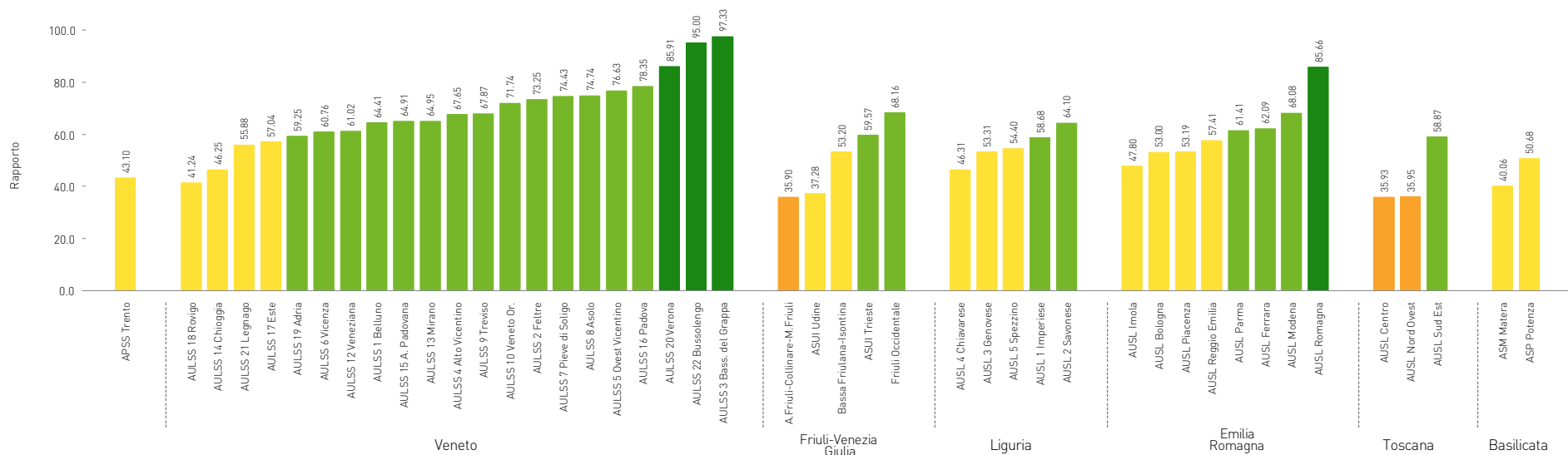
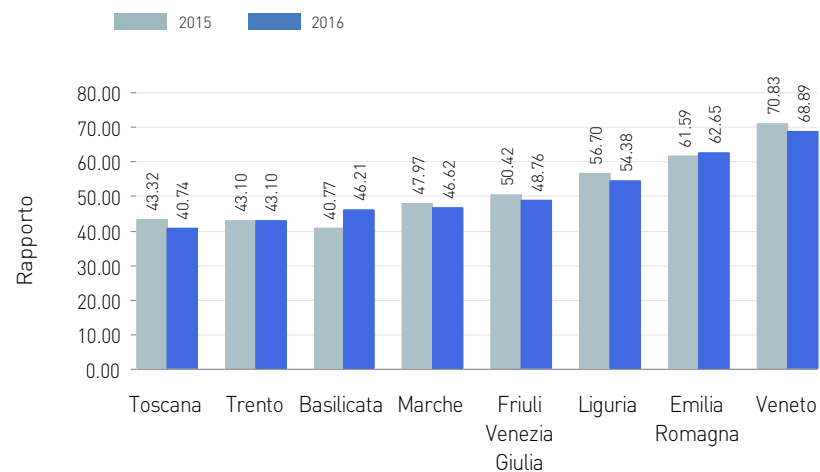
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.



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



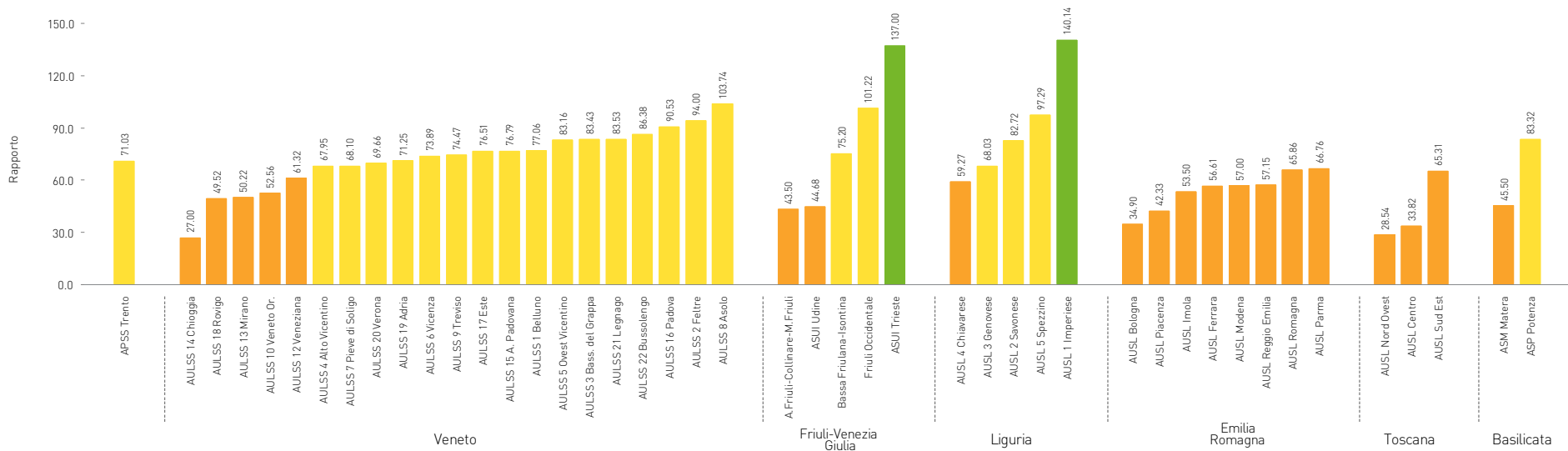
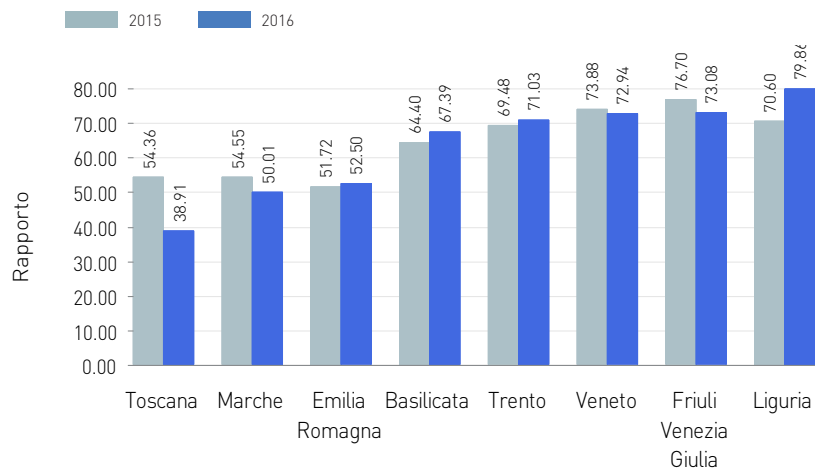
Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).



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



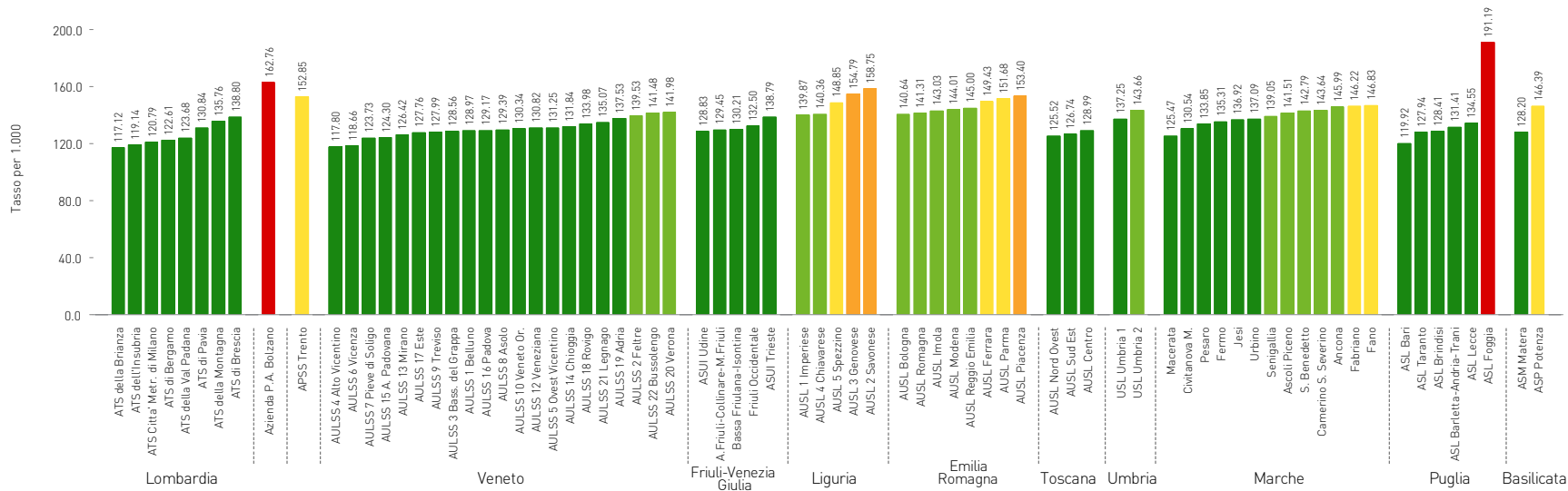
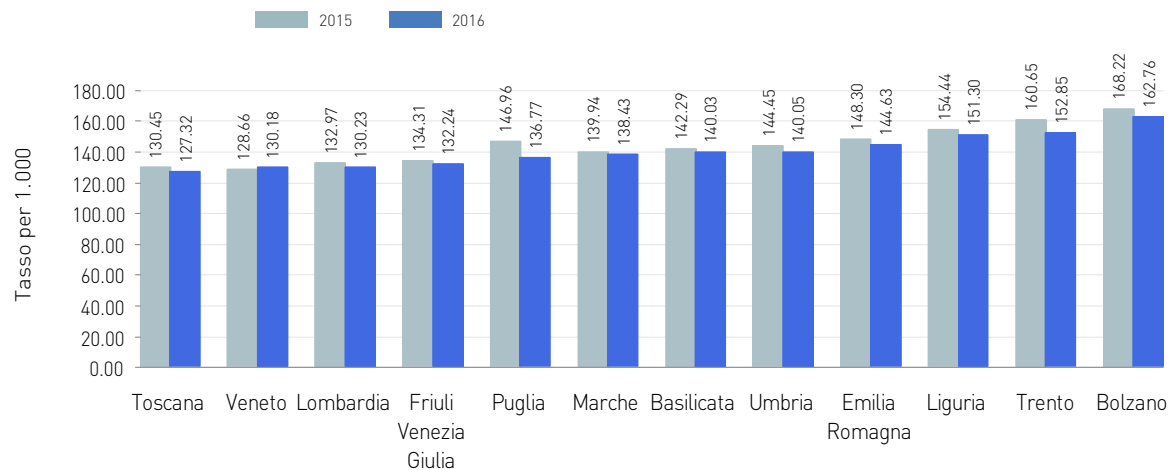
Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).



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



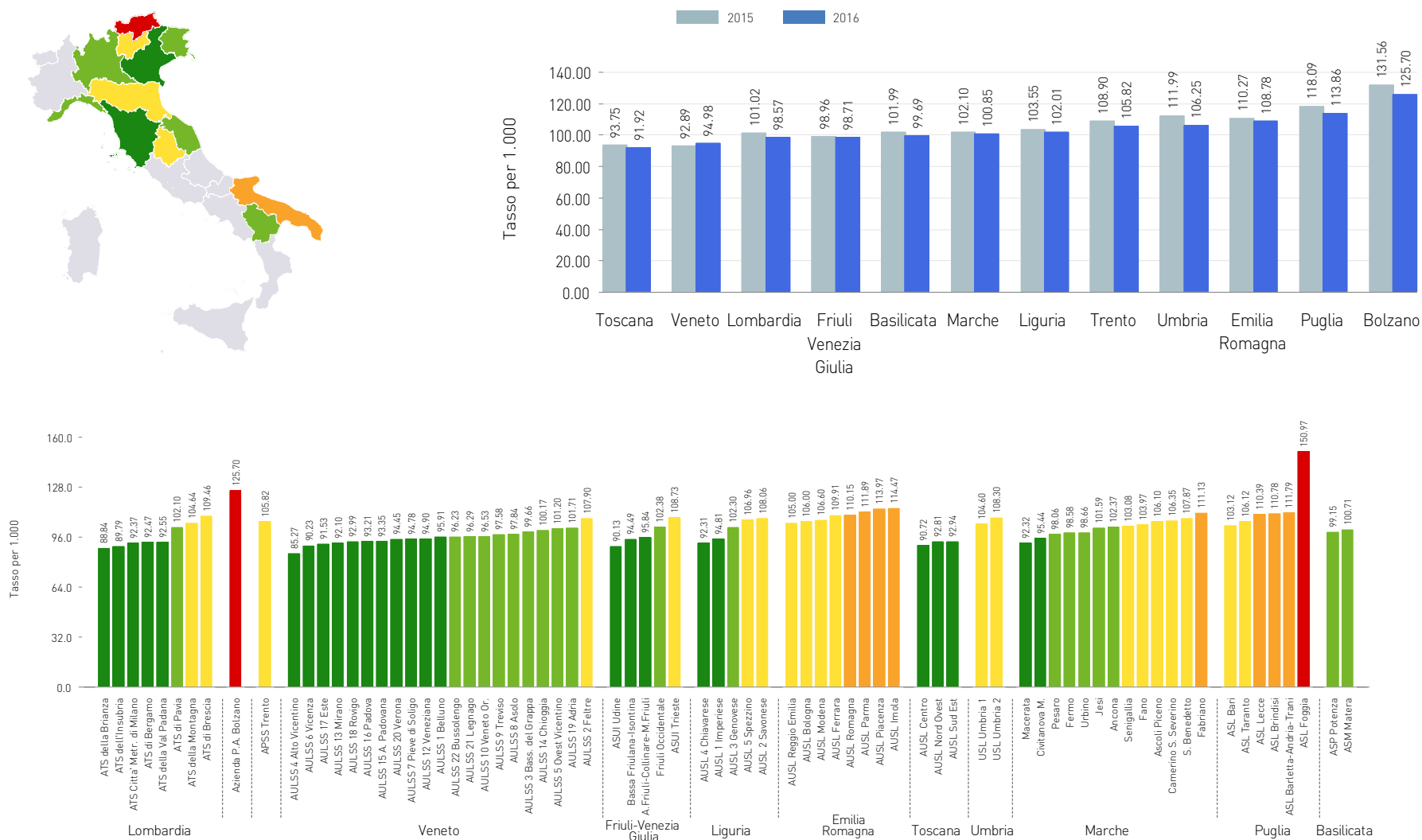
La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente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



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



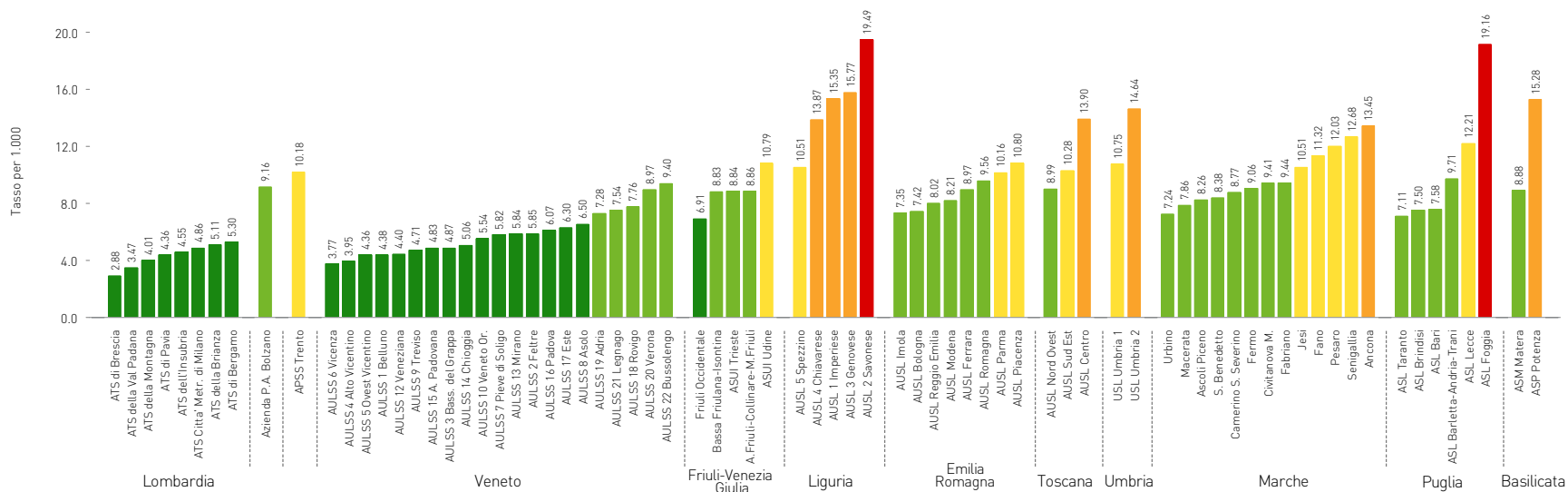
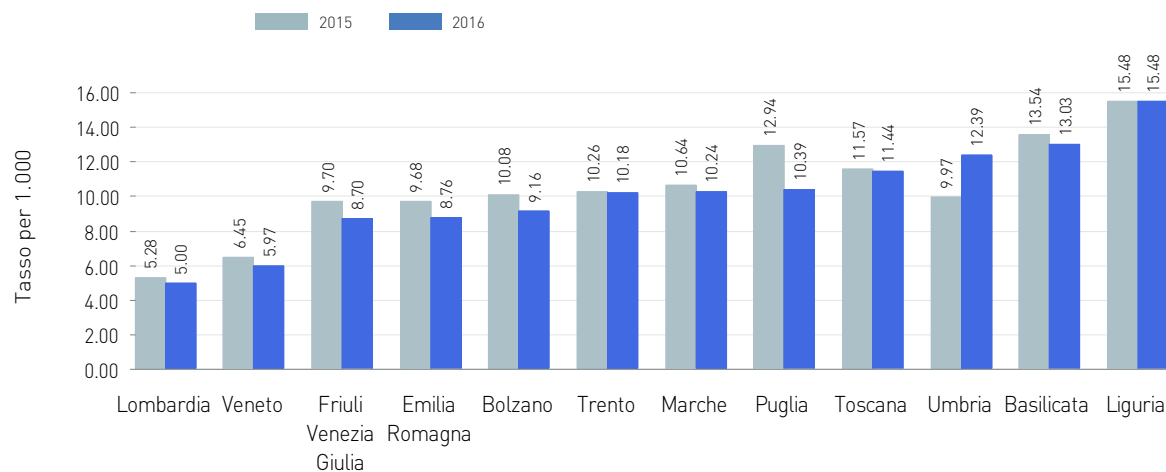
L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare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



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



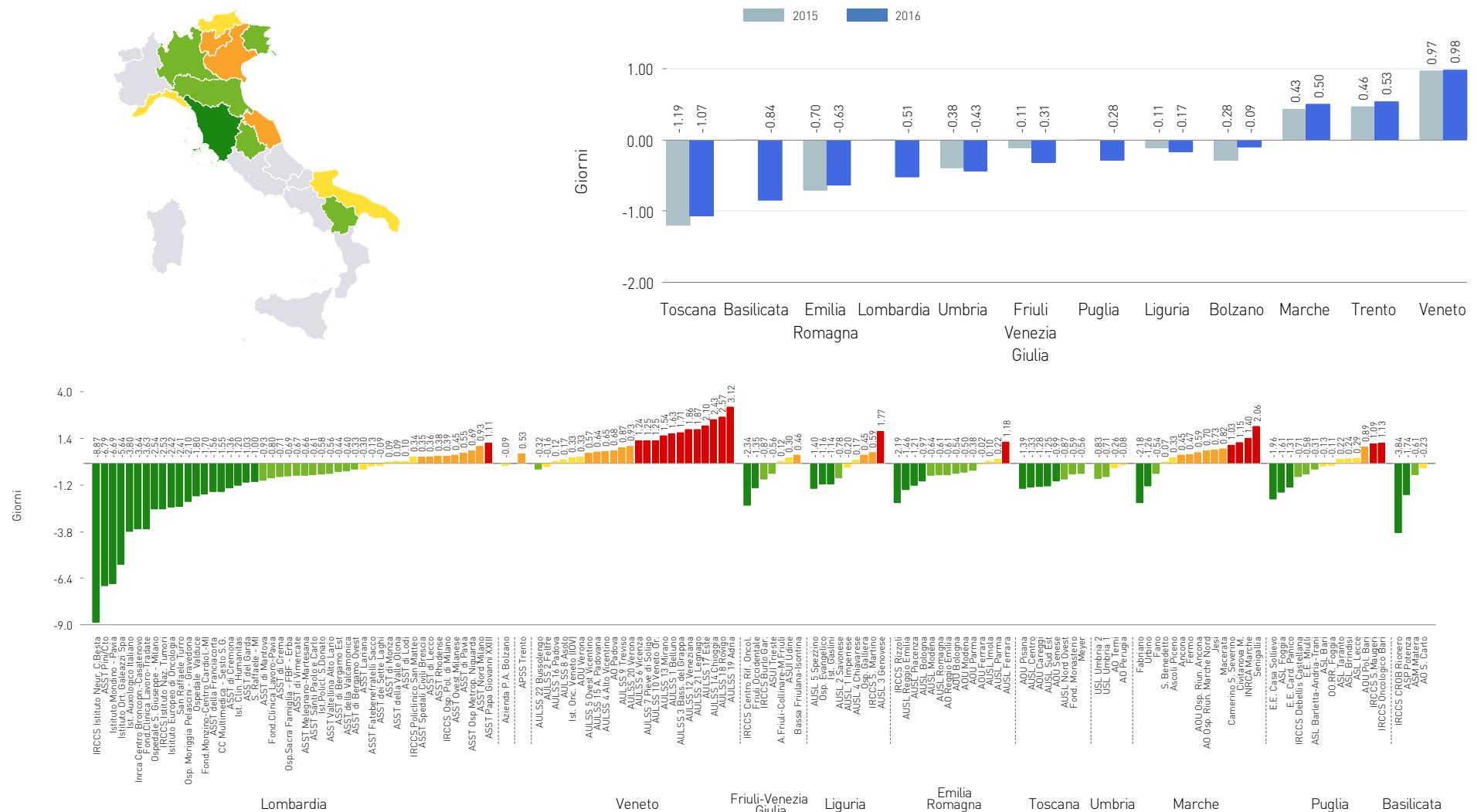
L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri medici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero.



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



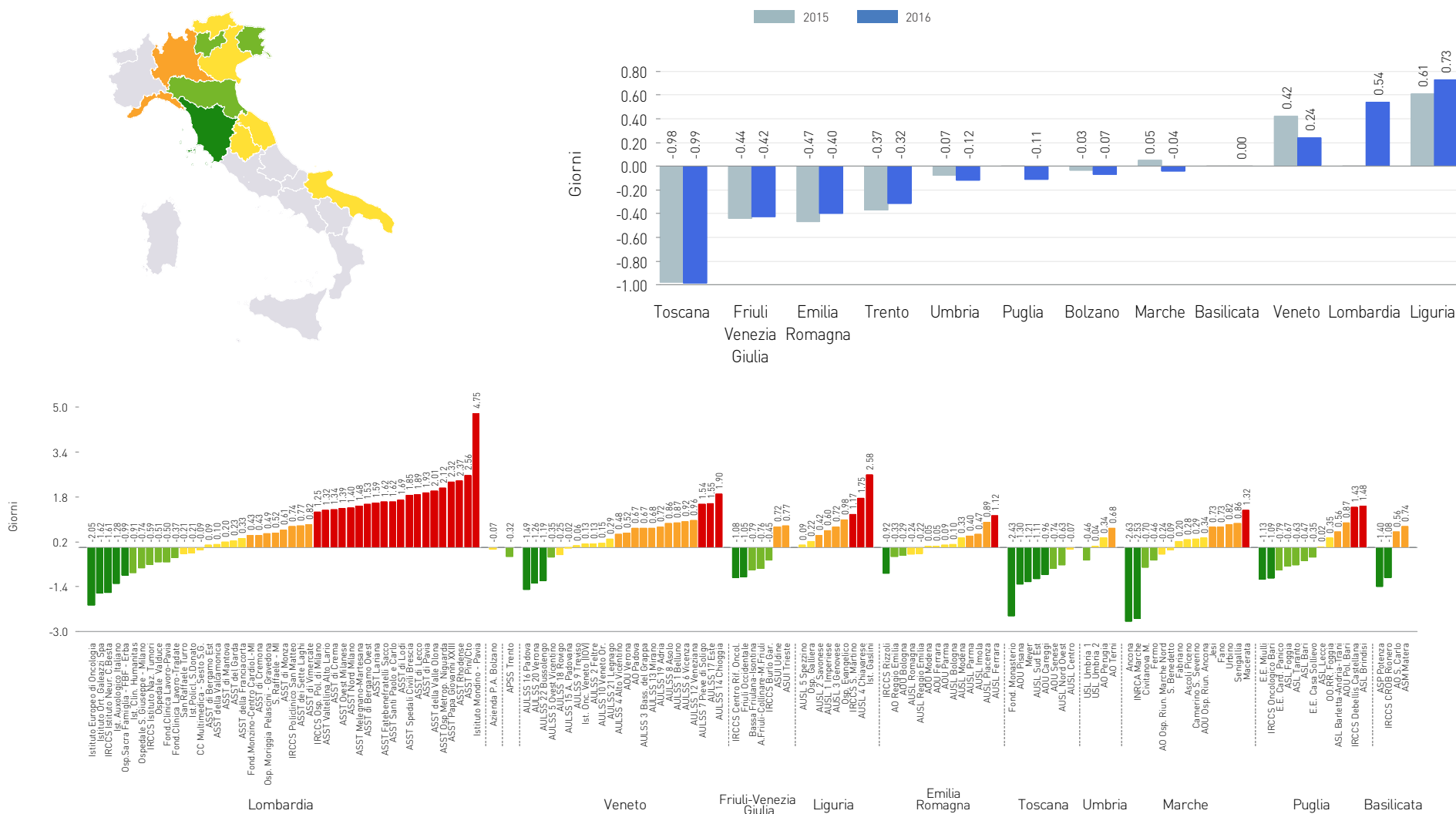
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.



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



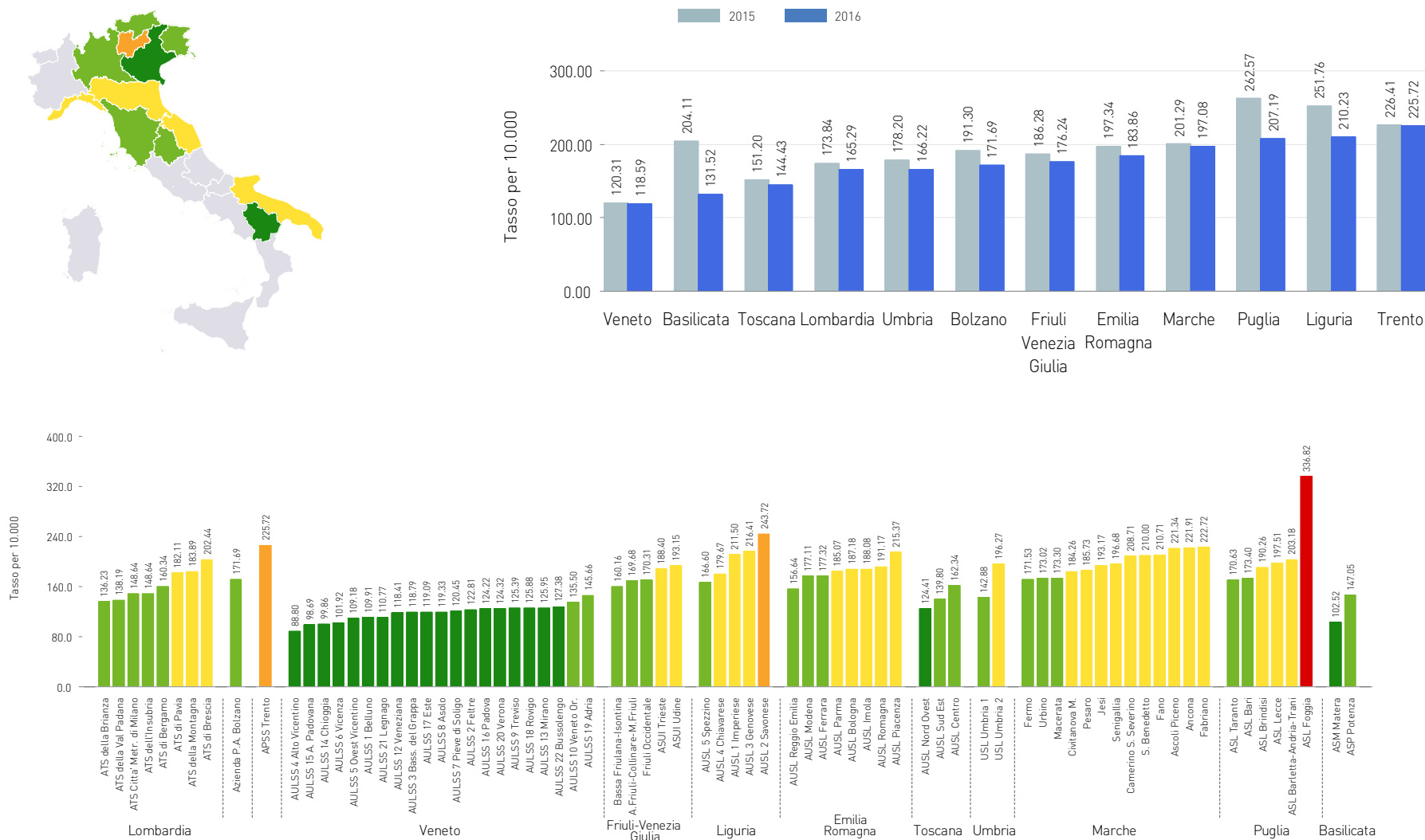
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.



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



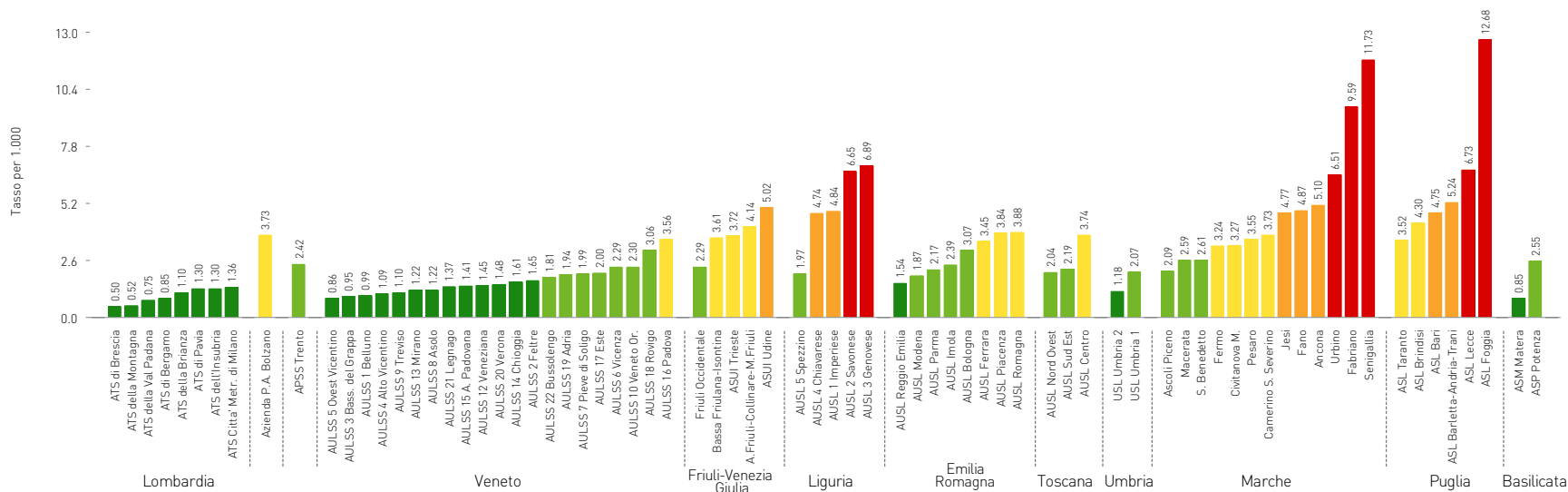
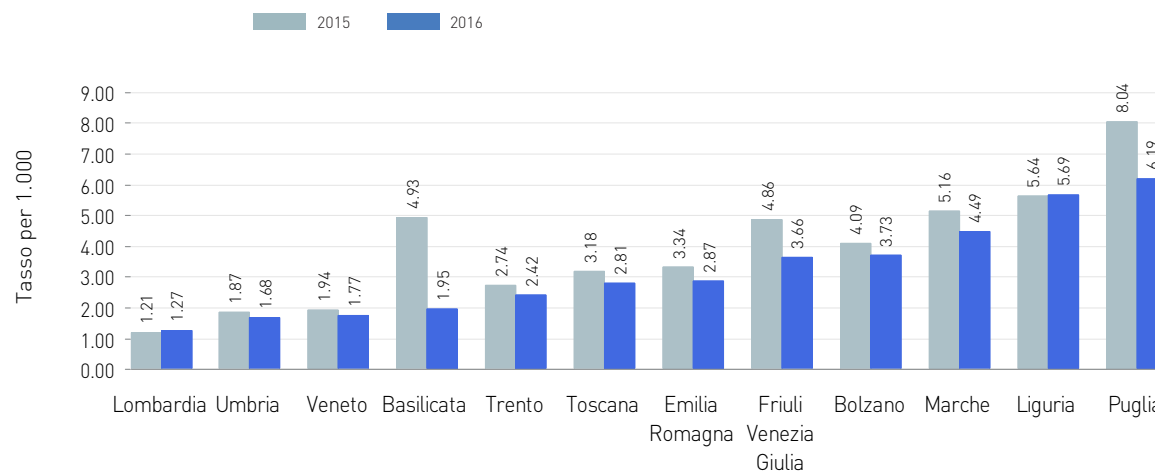
I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero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



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



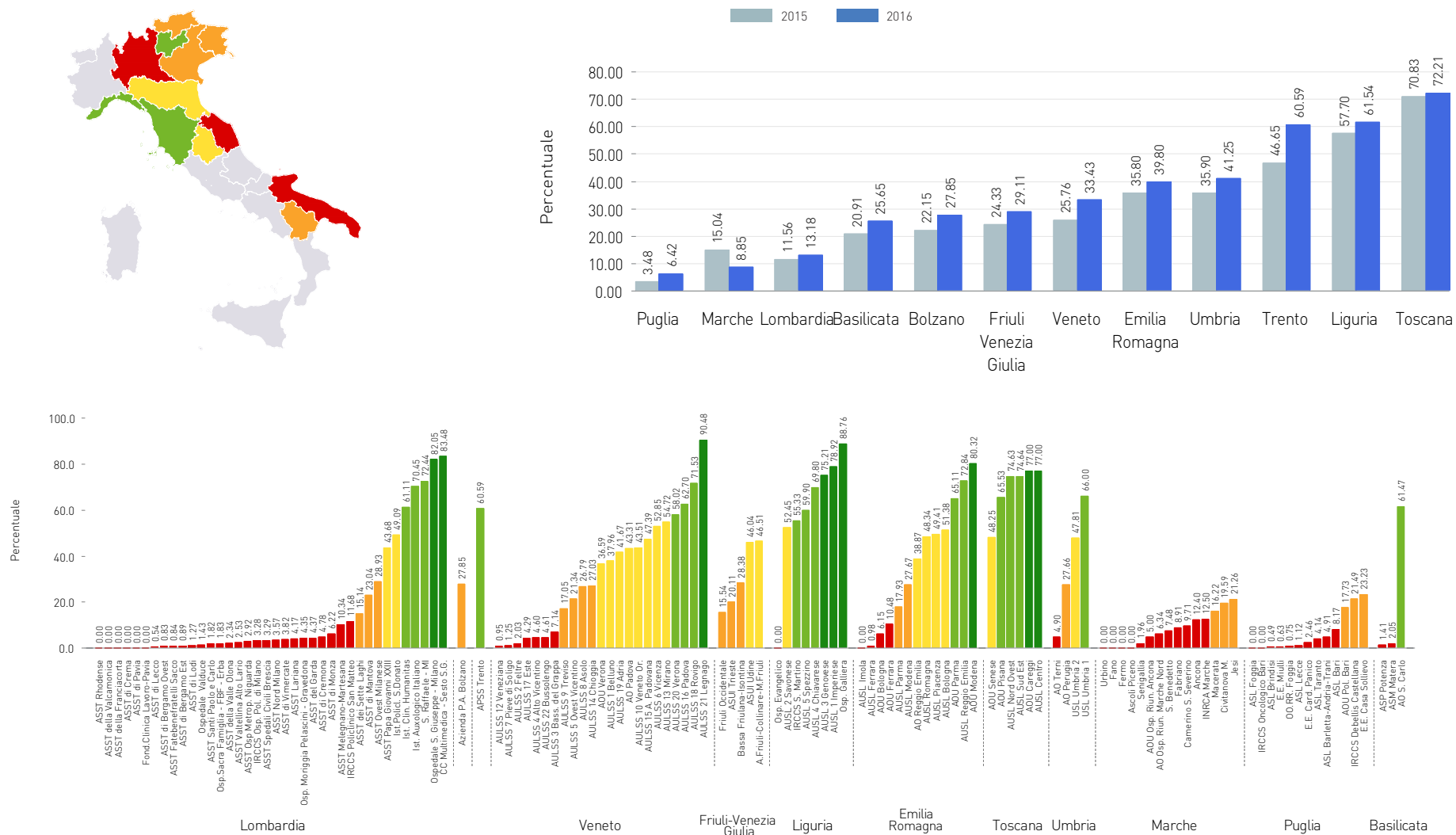
I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici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



C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e RO 0-1 gg



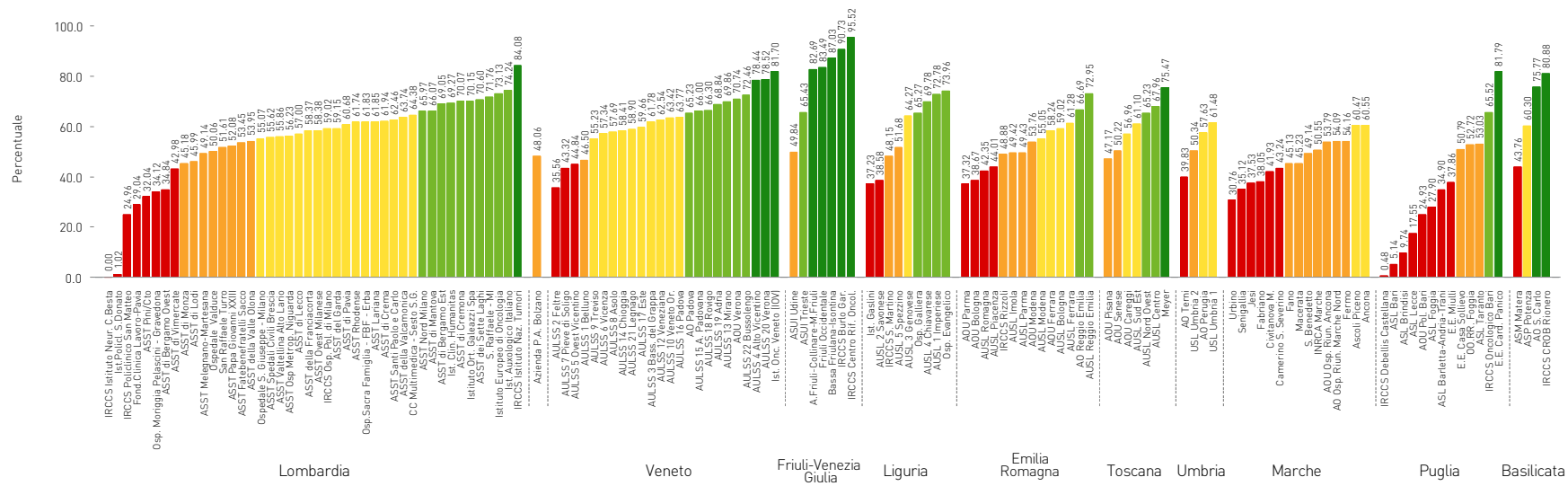
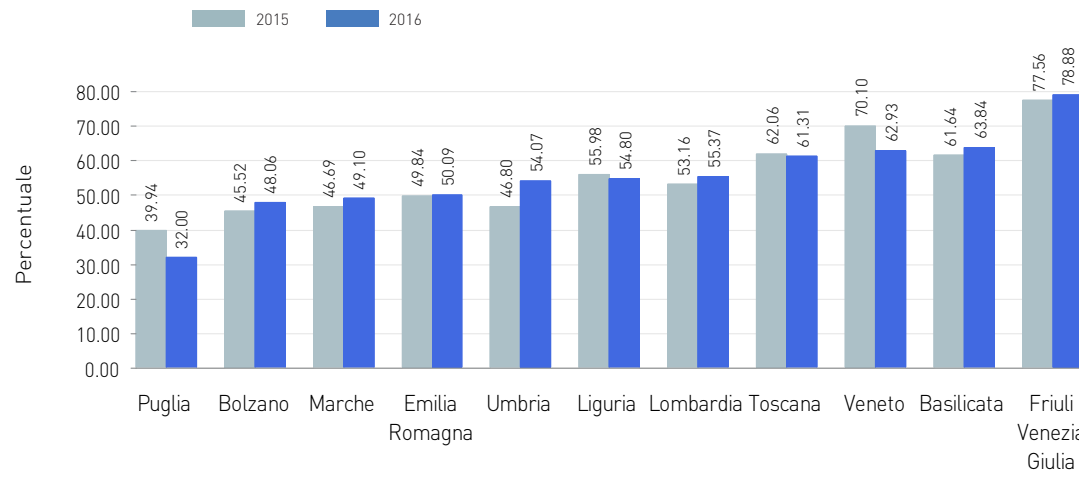
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario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



C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in day-surgery



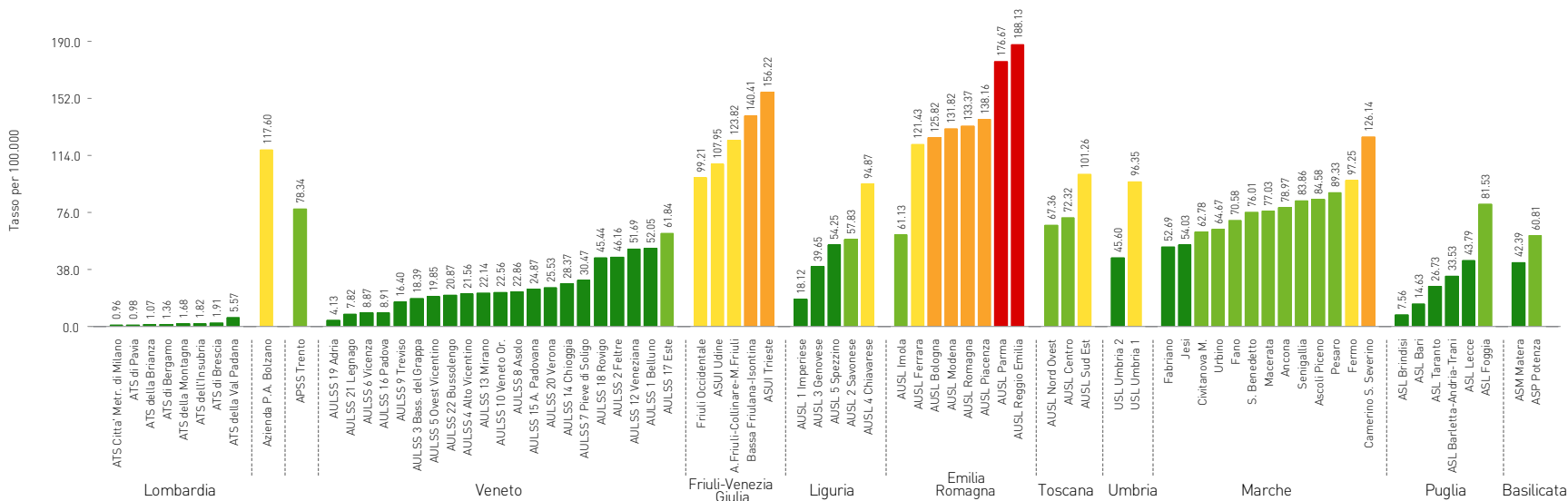
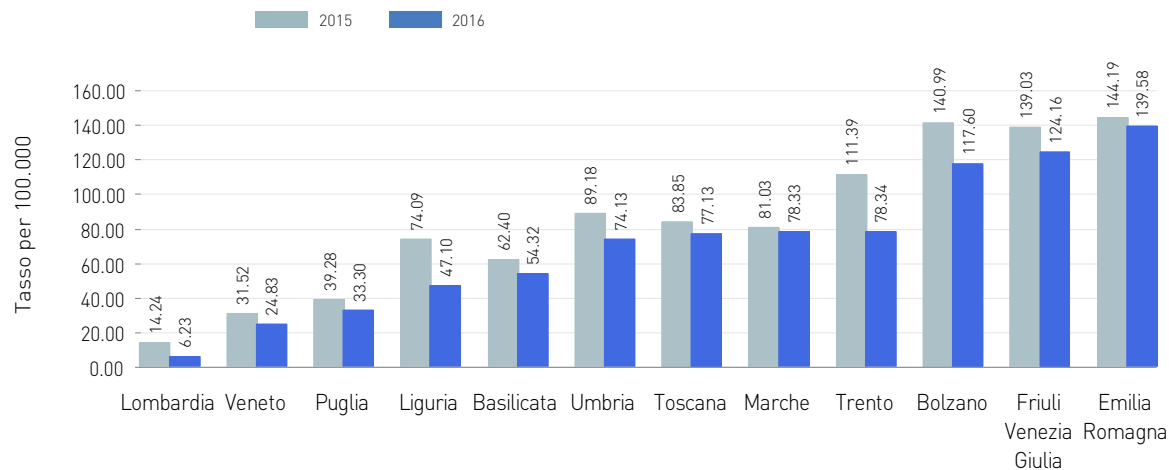
Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in day-surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo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



C18.6 Tasso di ospedalizzazione stripping di vene



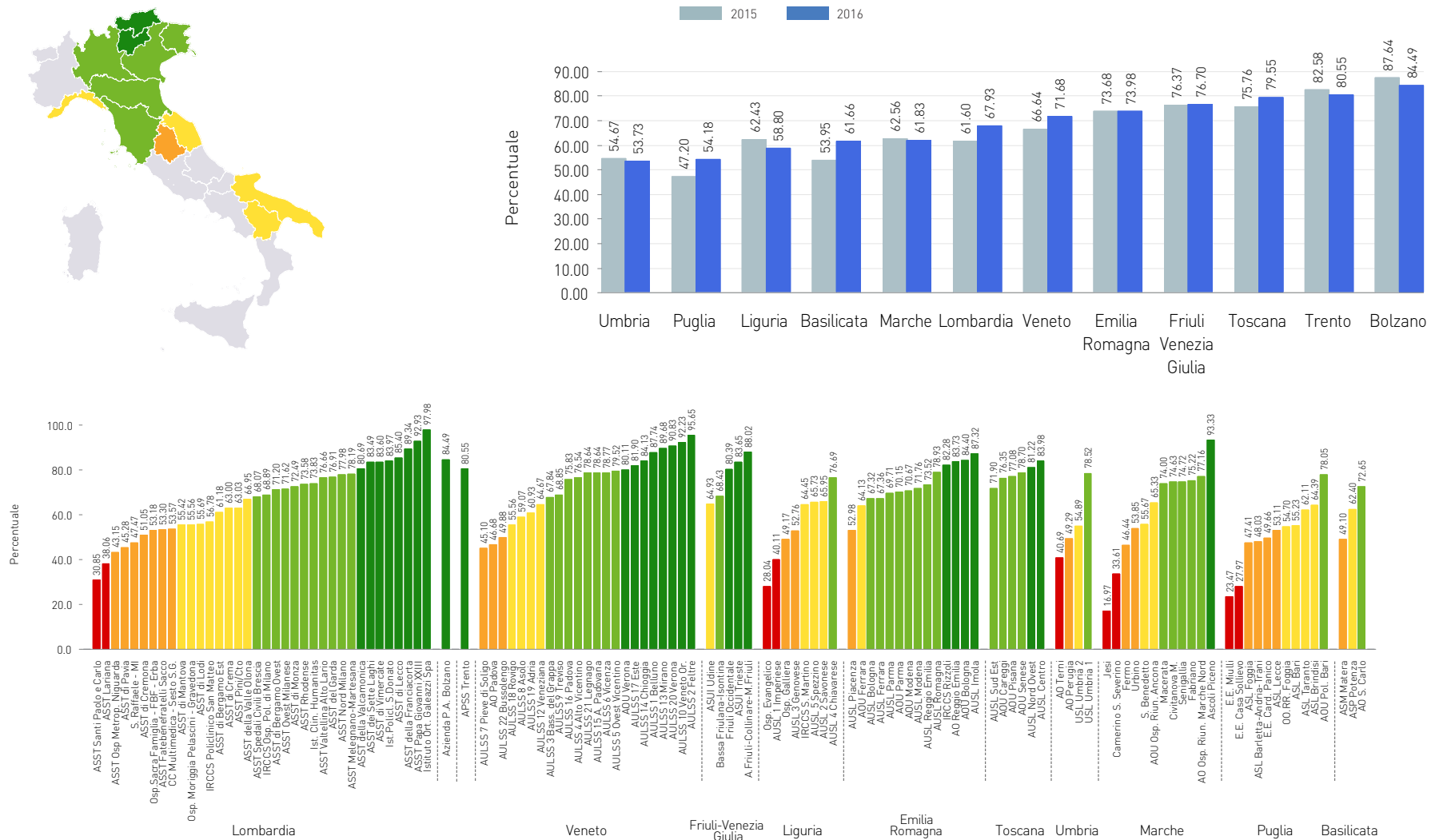
La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità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



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



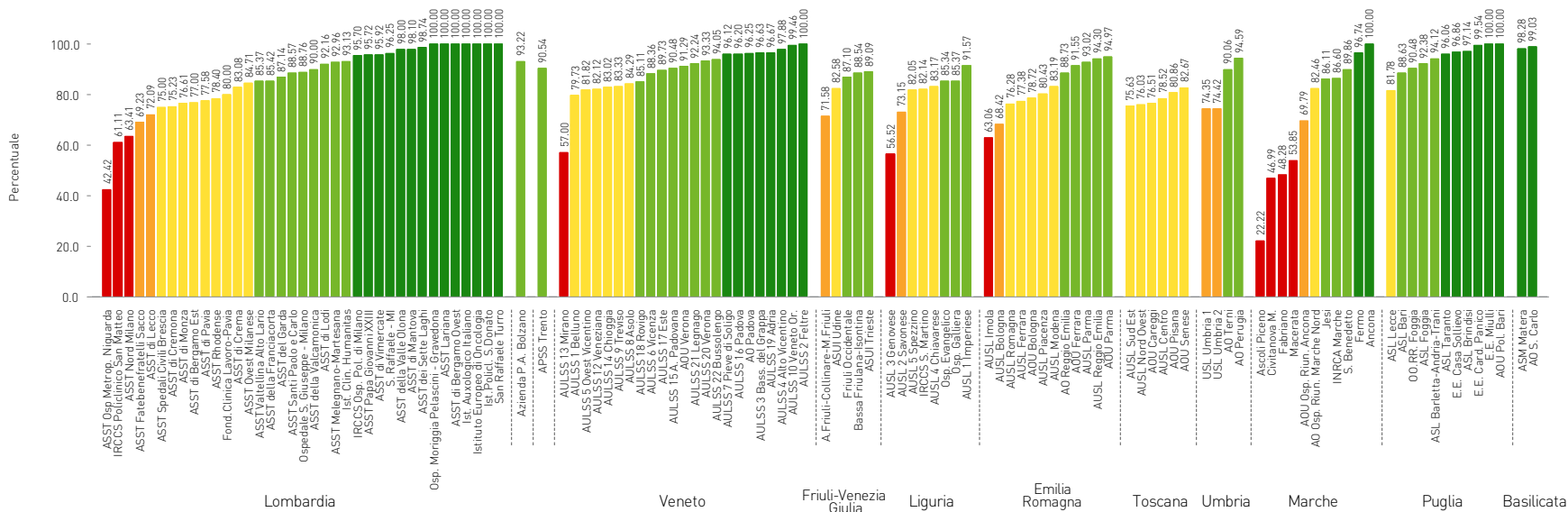
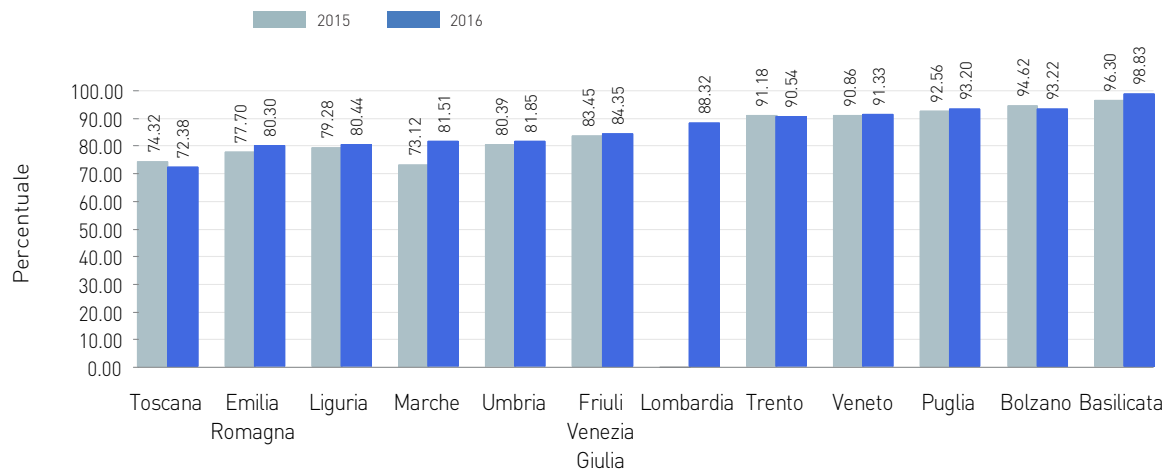
La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del case mix. Queste Linee Guida hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di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



C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali



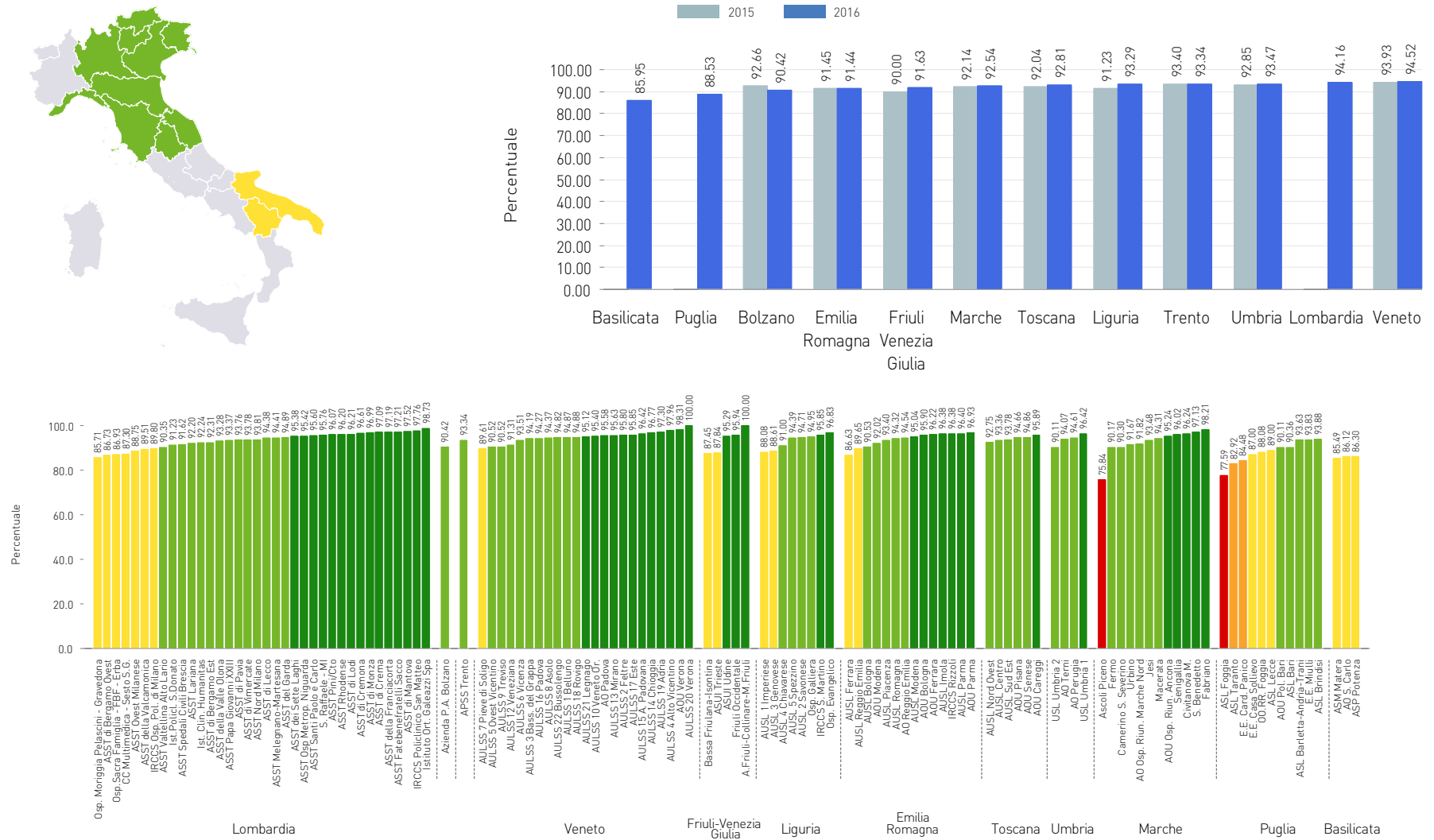
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce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





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

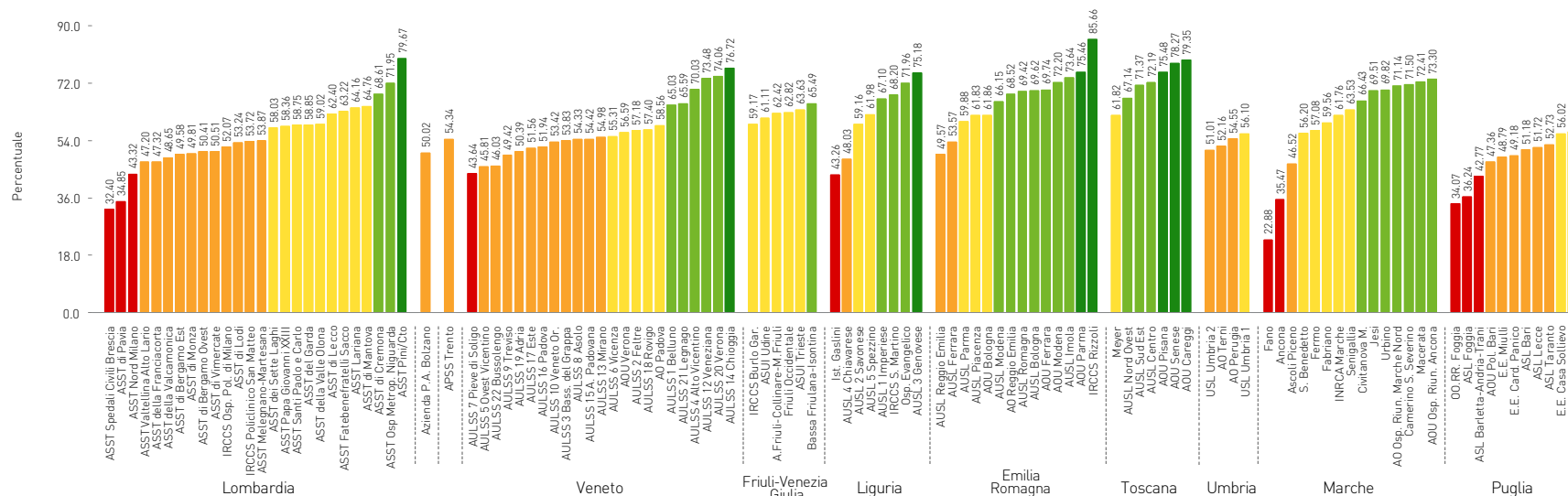
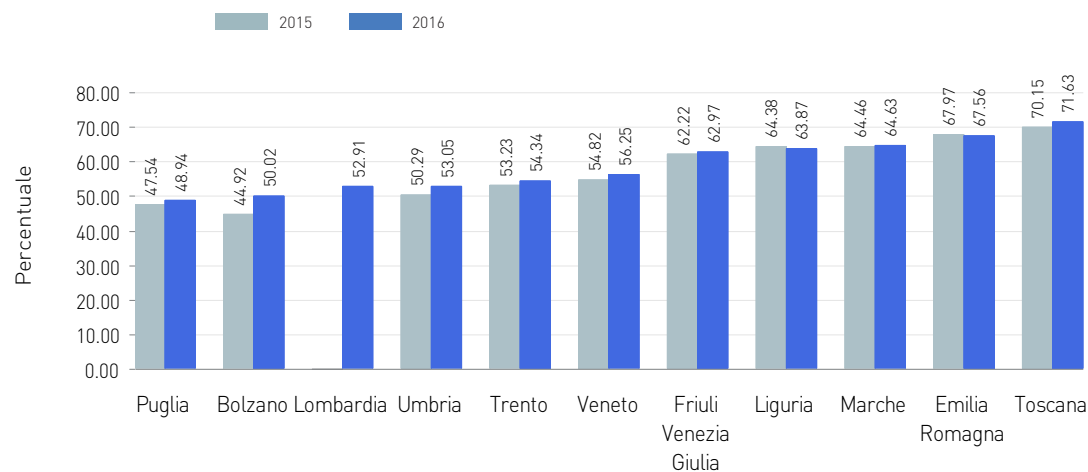
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità ad un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento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



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



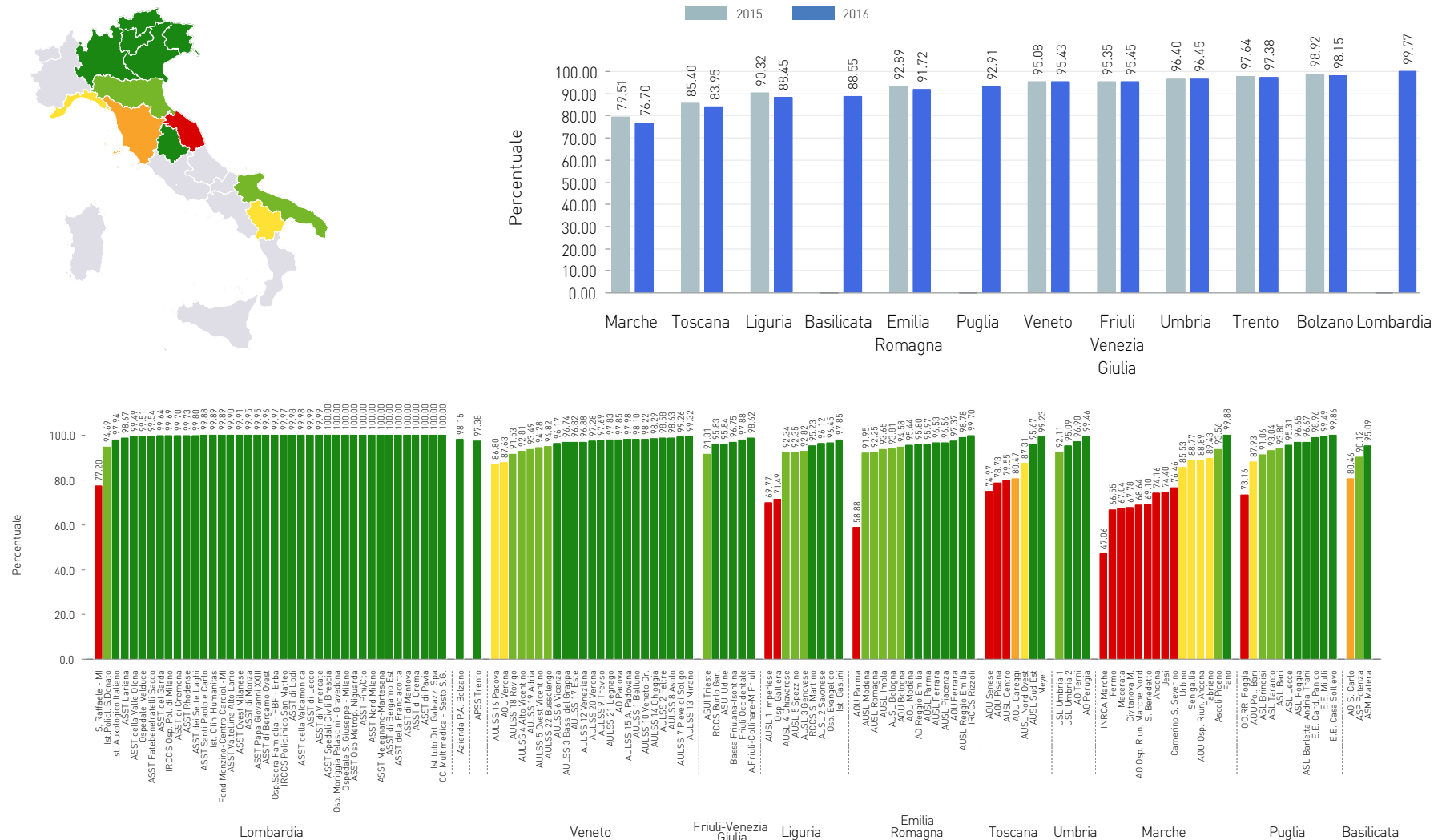
L'indicatore C16.7 è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico.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





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

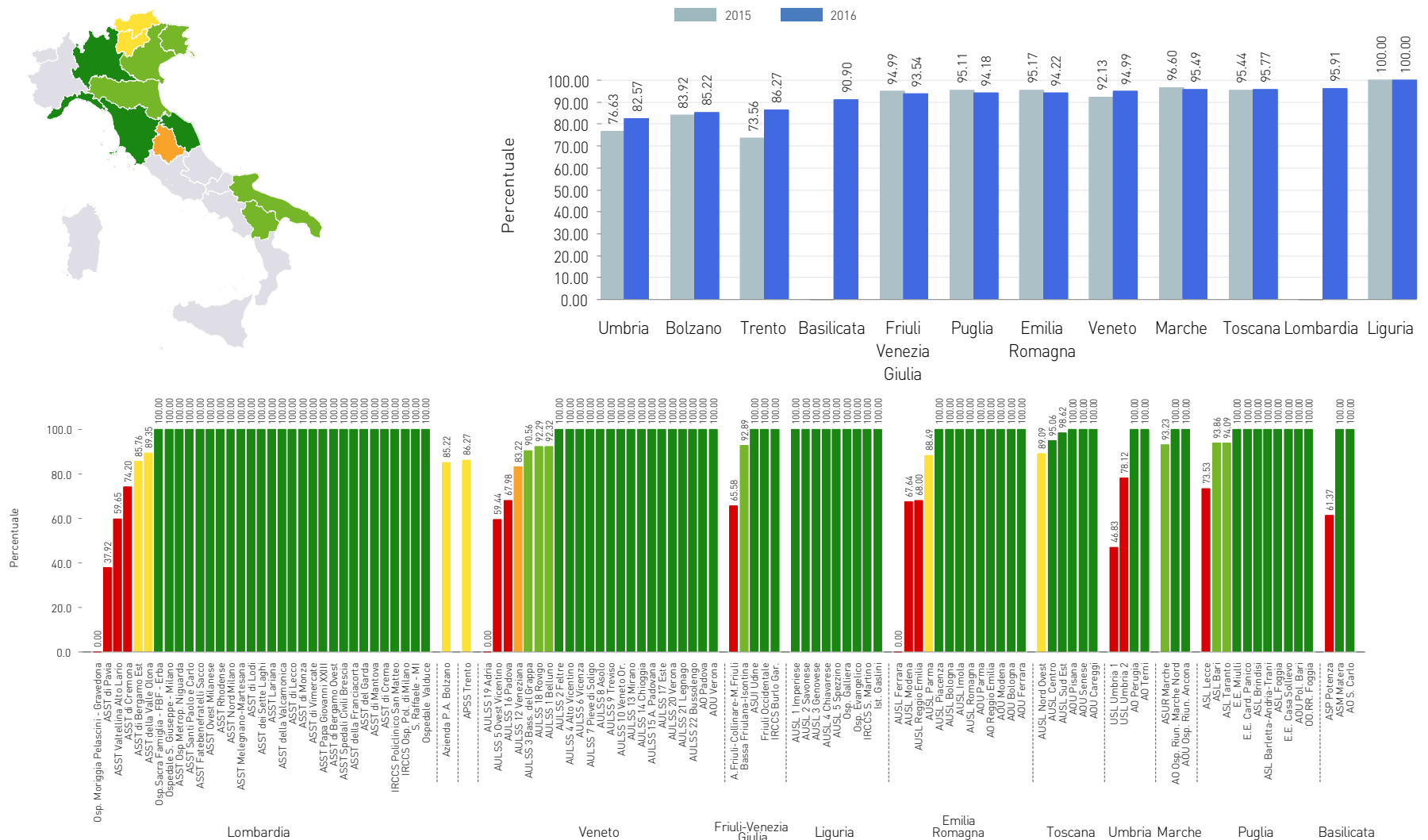
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.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



C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti



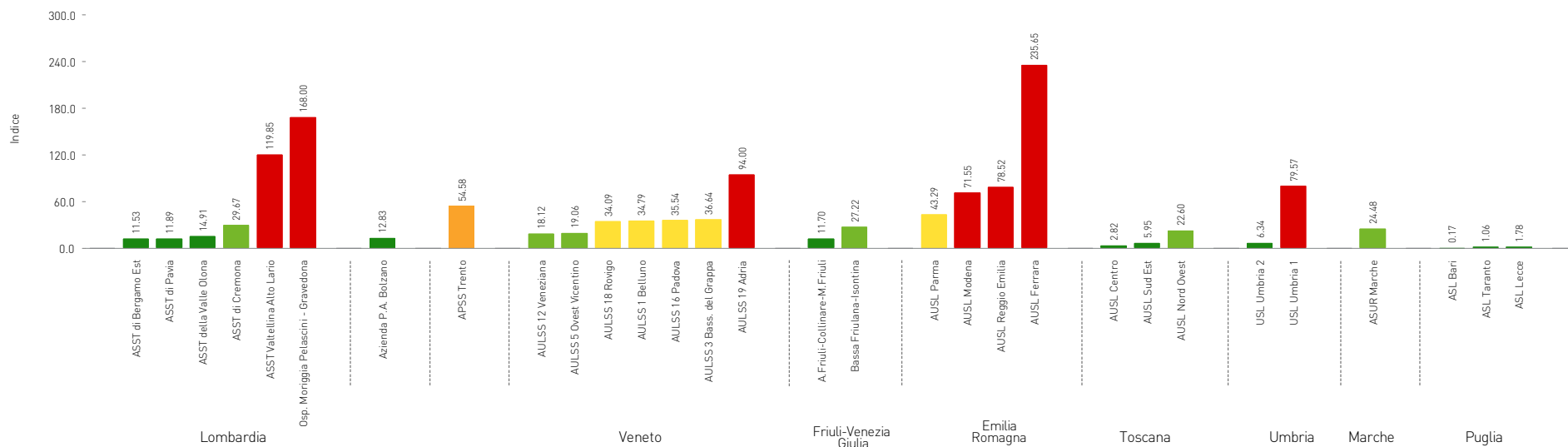
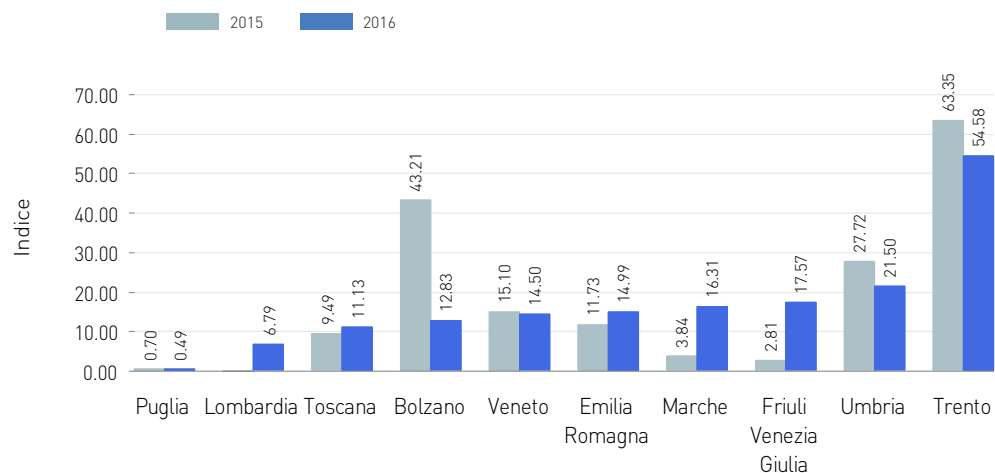
L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica nella soglia di 500 parti/anno il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché il livello di qualità dell'assistenza erogata sia accettabile. Anche il Decreto Balduzzi riprende questa soglia per ciascun punto nascita. L'indicatore mette in evidenza la rilevanza dei parti effettuati in punti nascita sopra soglia sul totale dei parti erogati. La costruzione dell'indicatore fa riferimento al protocollo condiviso dal Programma PNE.



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



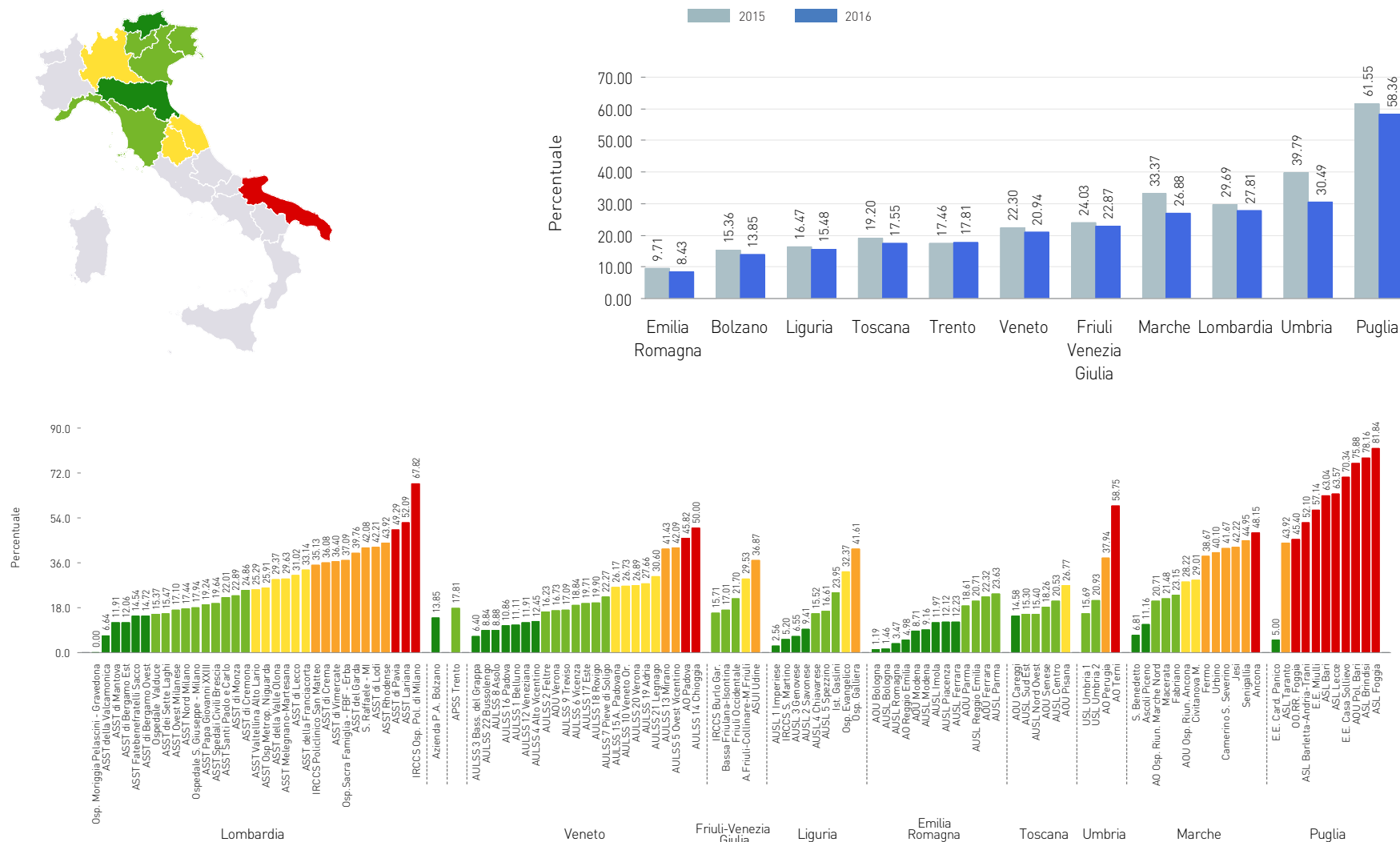
L'indicatore considera solo i punti nascita nei quali il numero di parti è inferiore alla soglia prevista; per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione, moltiplicato per la percentuale di parti sotto soglia sul totale dei parti erogati.



C7.3 Percentuale di episiotomie, depurate (NTSV)



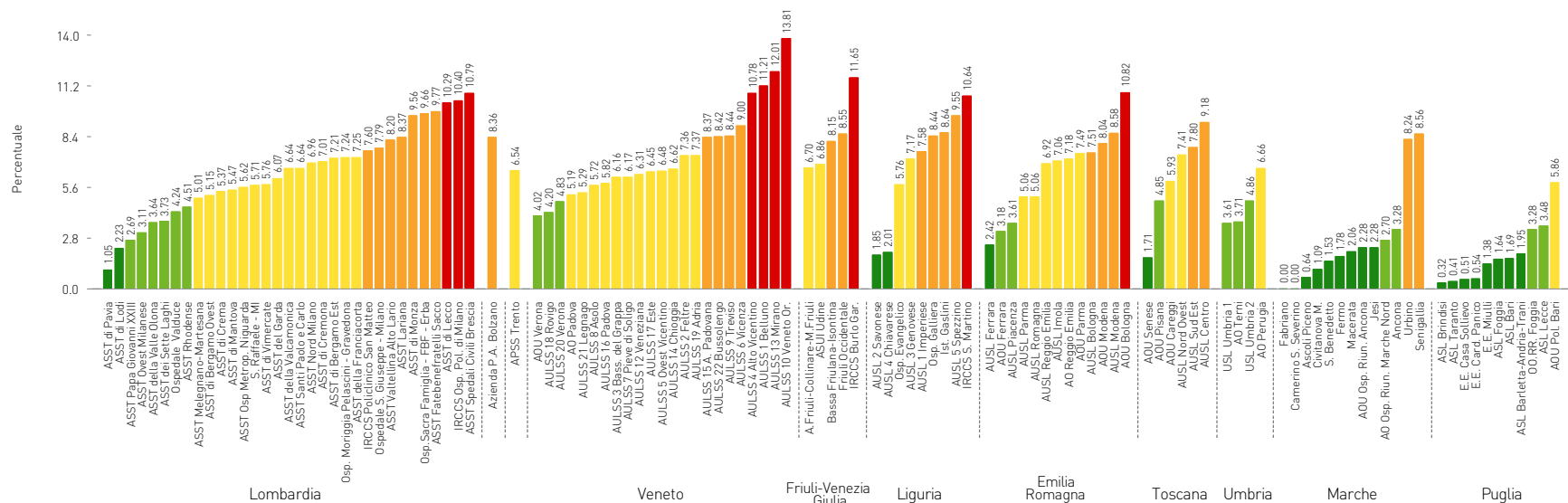
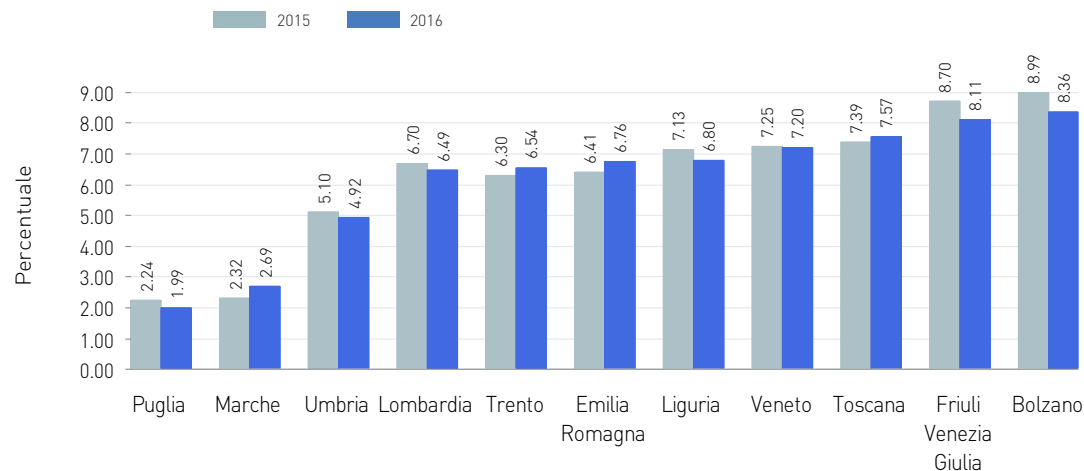
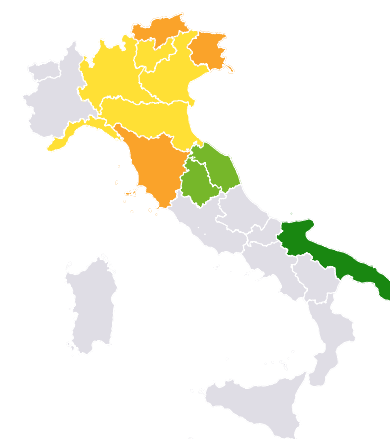
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (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)



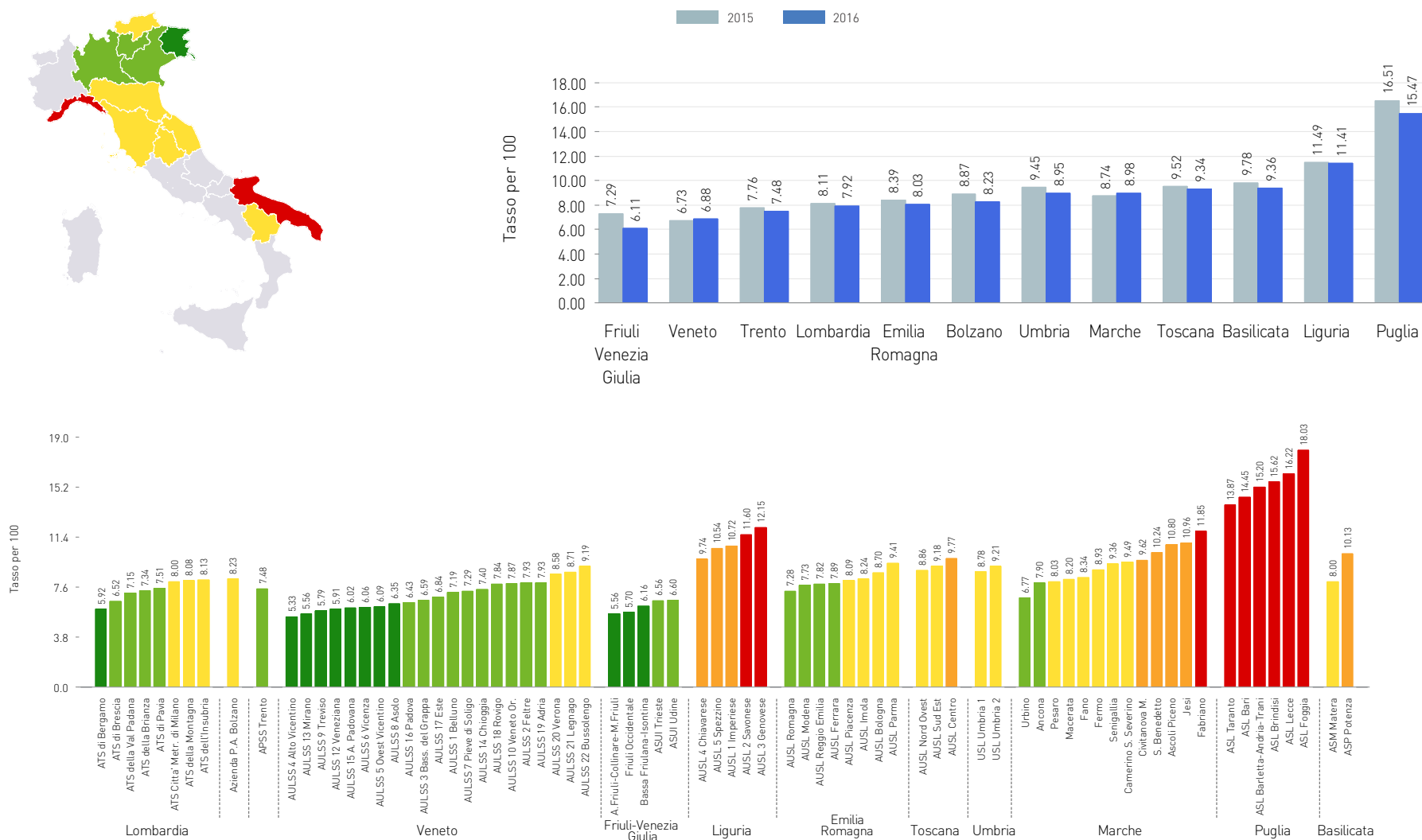
La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore va letto insieme alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali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



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



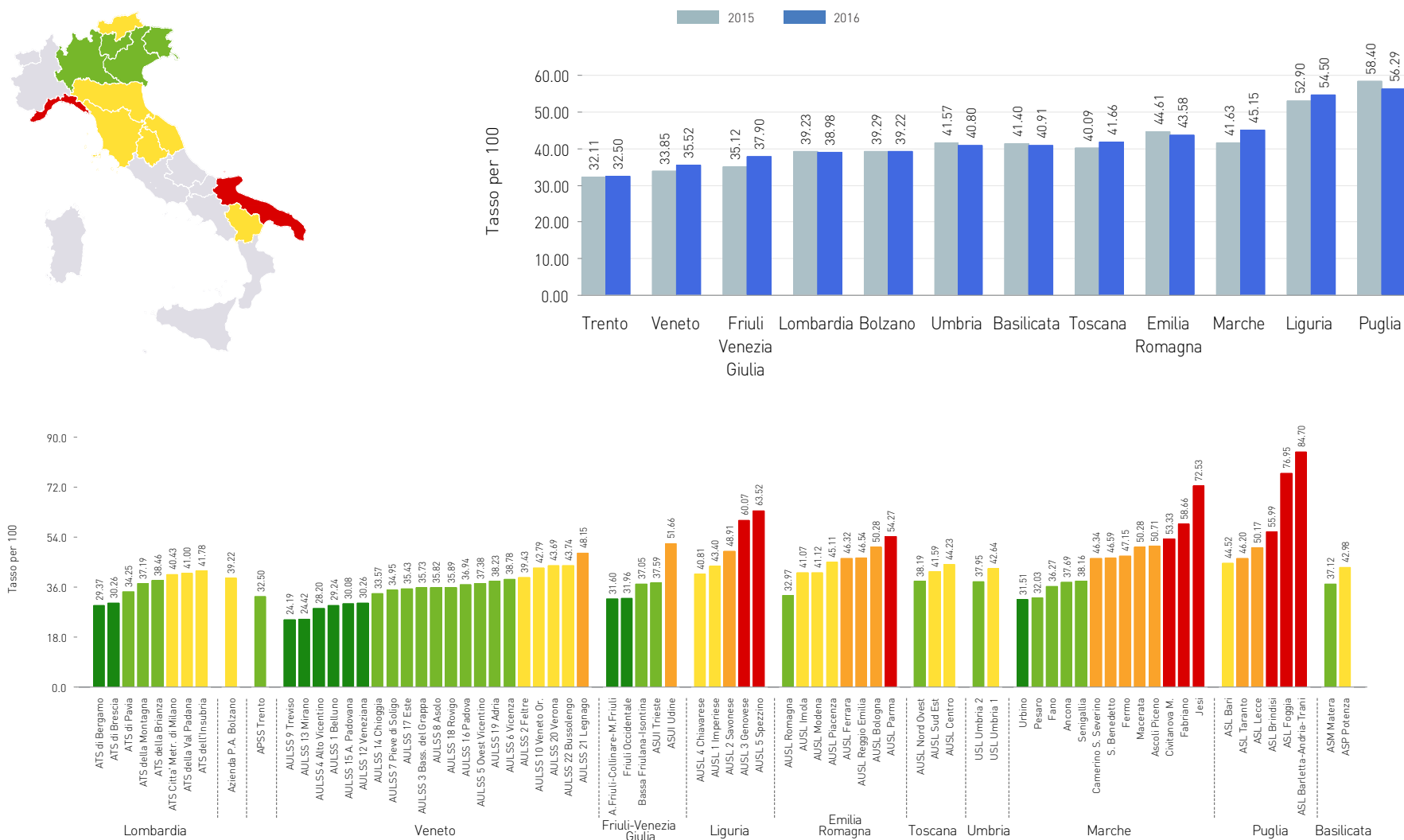
Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro Stato condizioni epidemiologiche significativamente diverse da quelle degli altri Paesi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



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



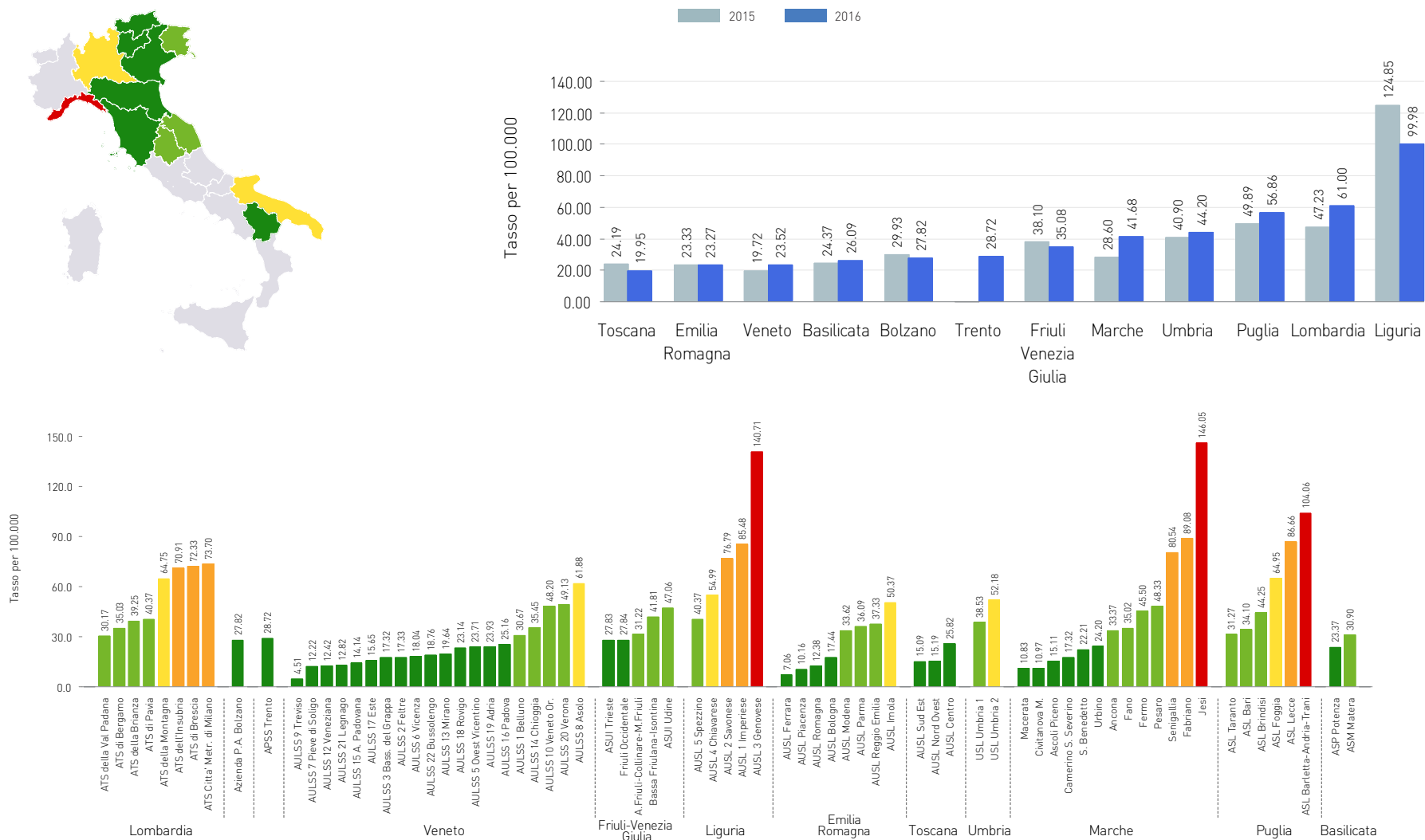
L'accesso più frequente alle risorse ospedaliere da parte dei pazienti in età pediatrica riguarda proprio il primo anno di vita del bambino. Tuttavia, i dati italiani di ospedalizzazione pediatrica, con valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo, pongono la questione dei modelli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



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



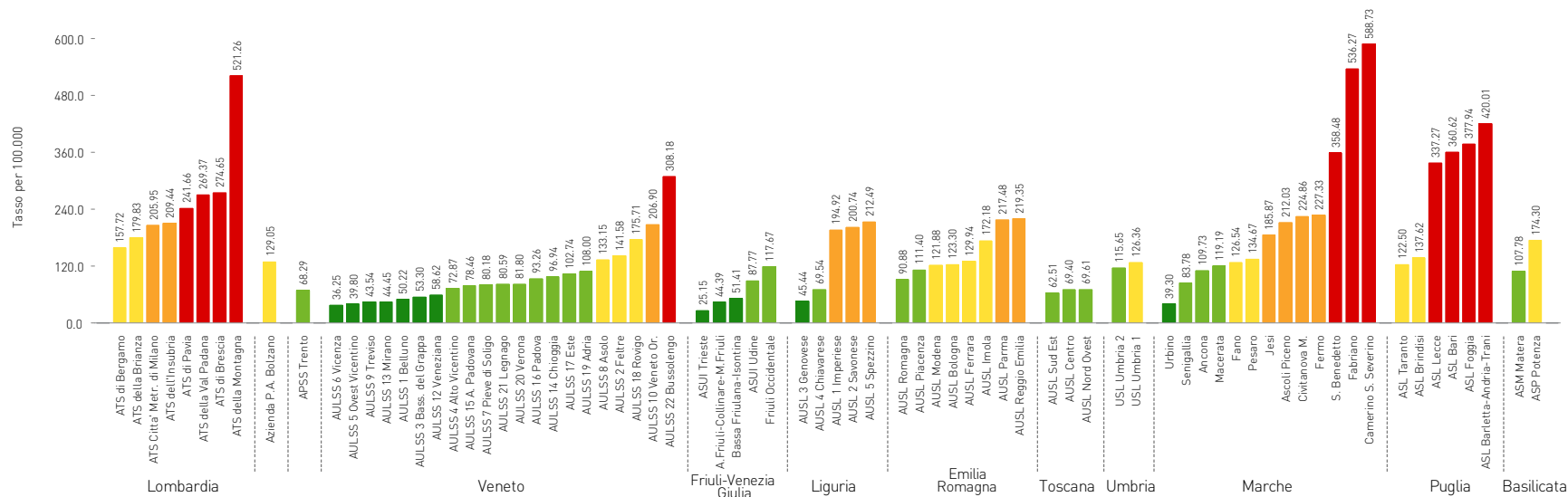
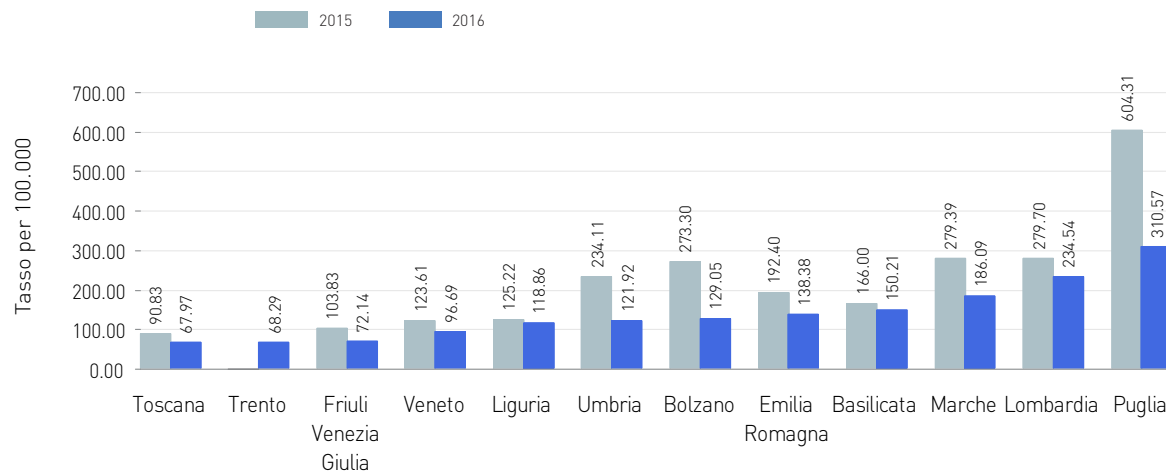
L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione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



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



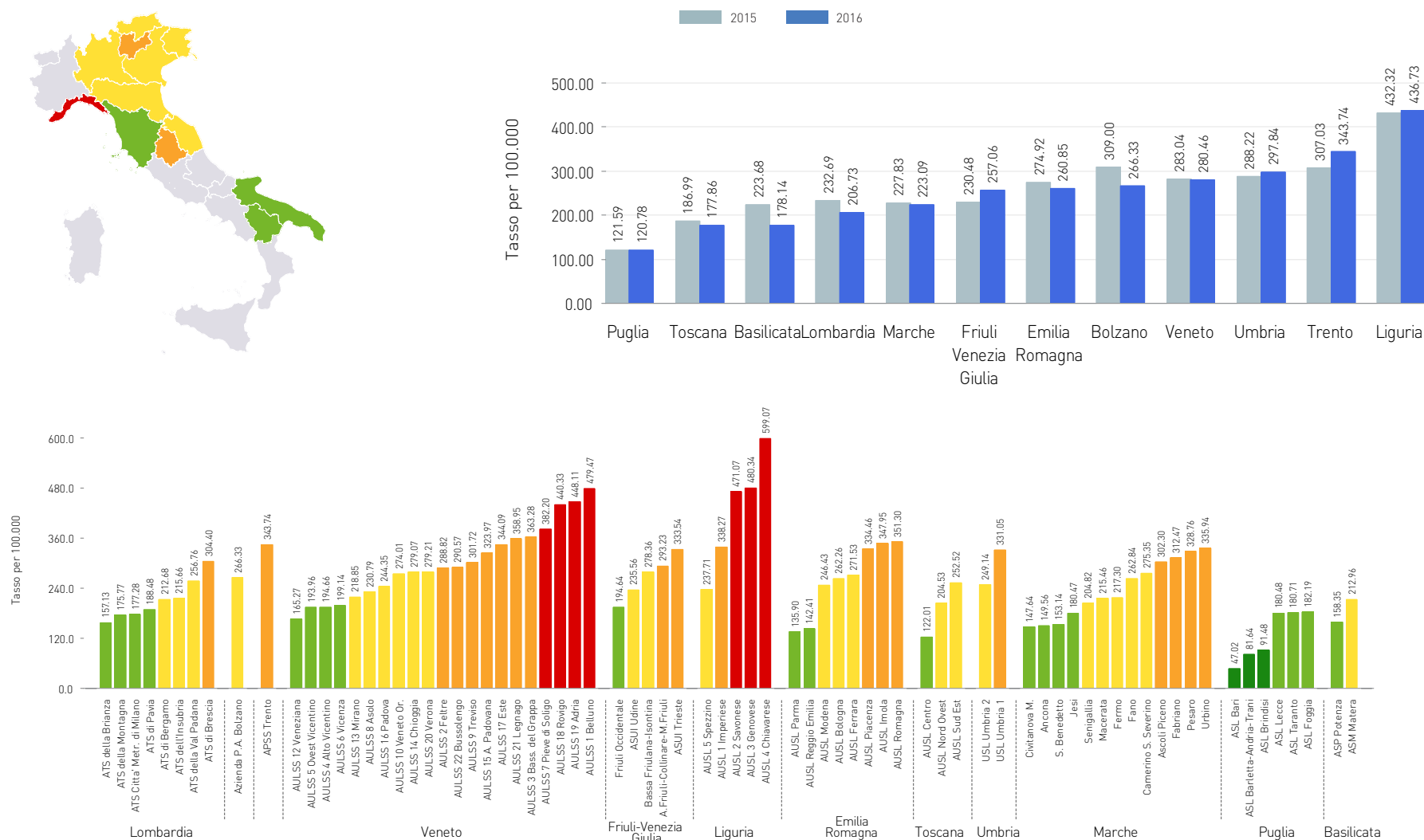
In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario. La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima tra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



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



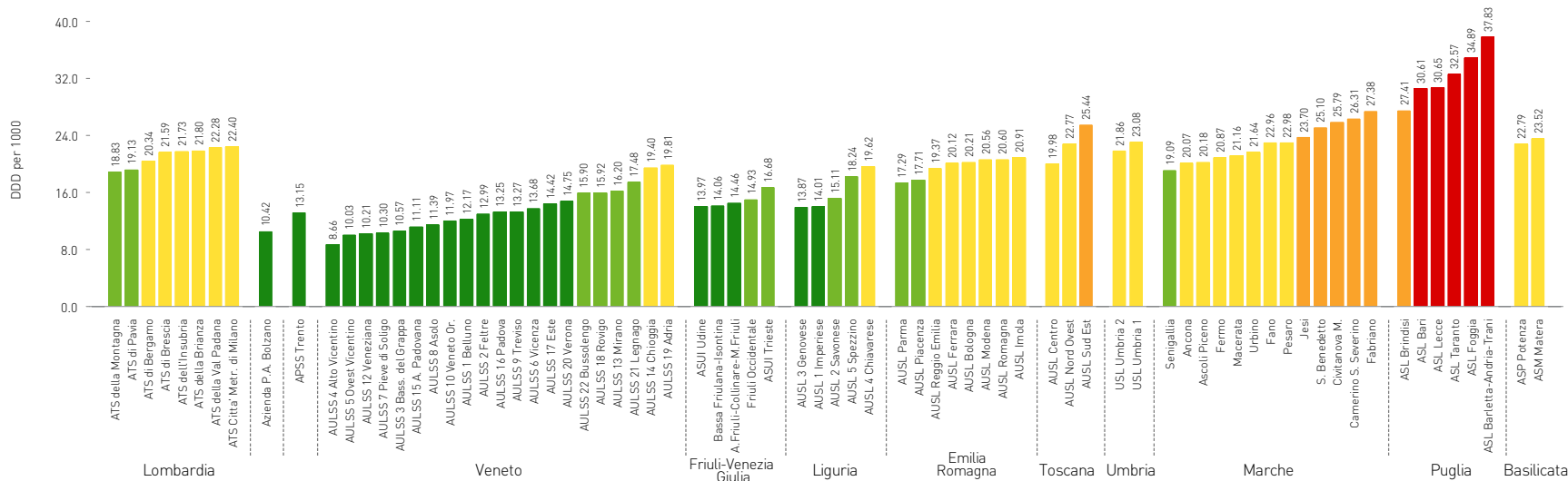
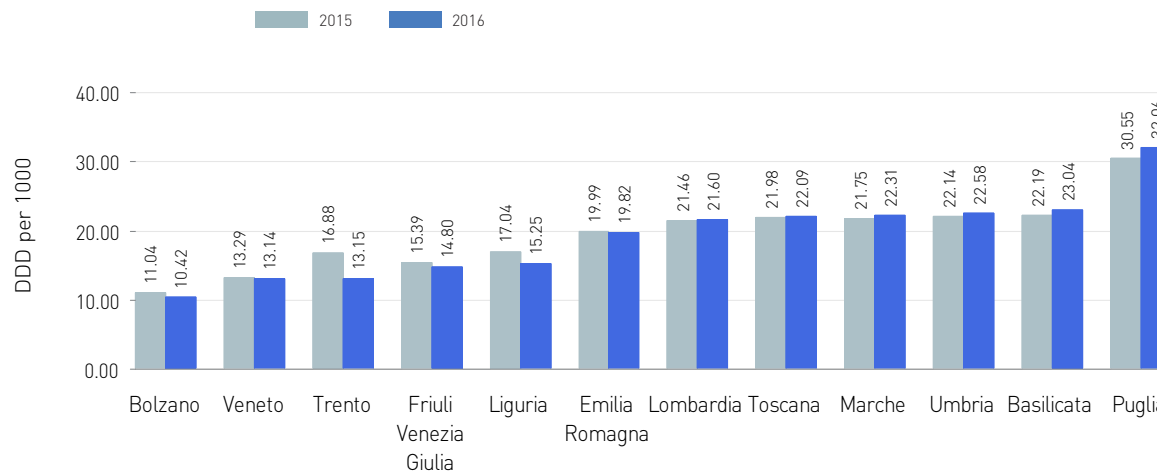
La variabilità negli interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perchè legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità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



C9.8.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica



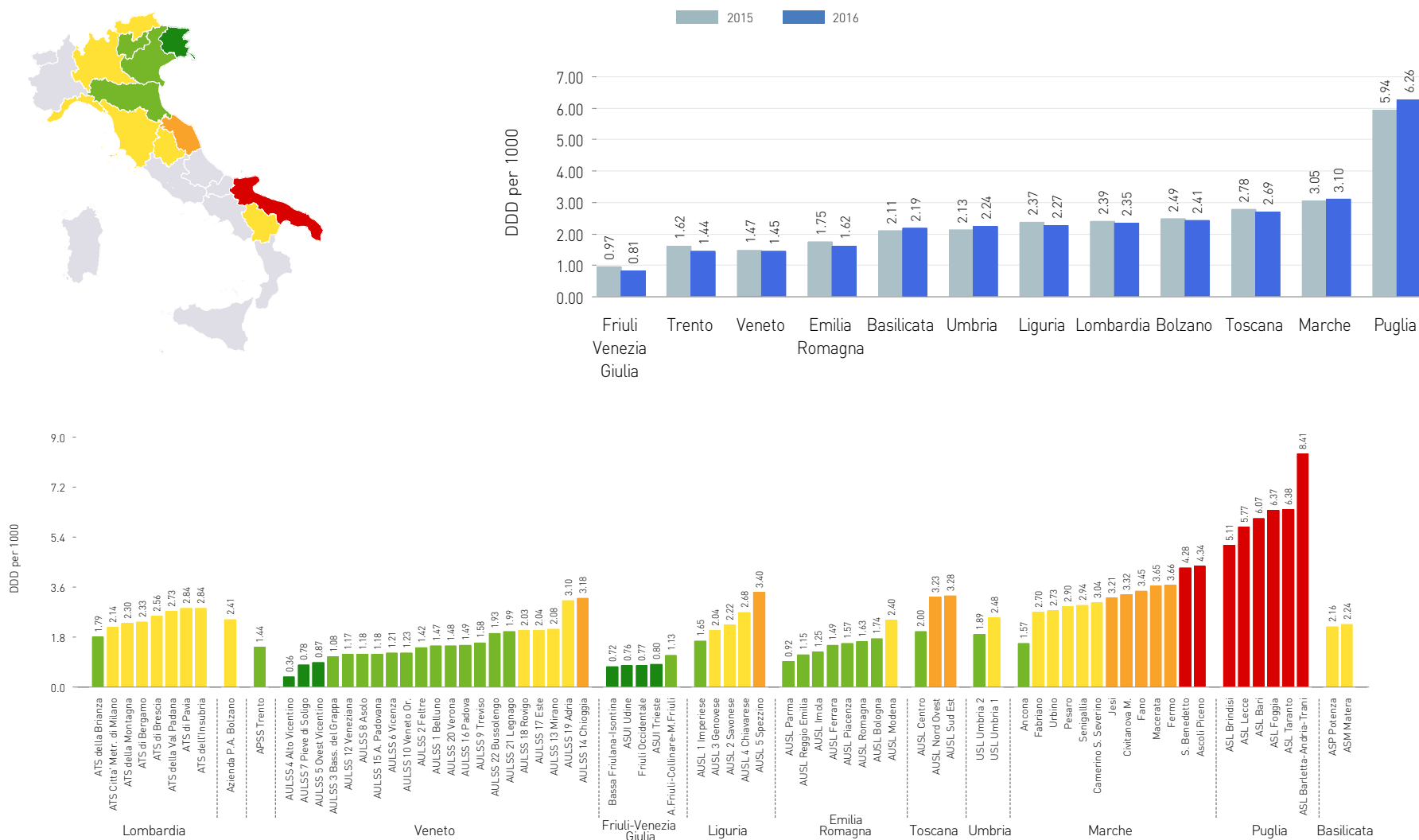
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa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



C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica



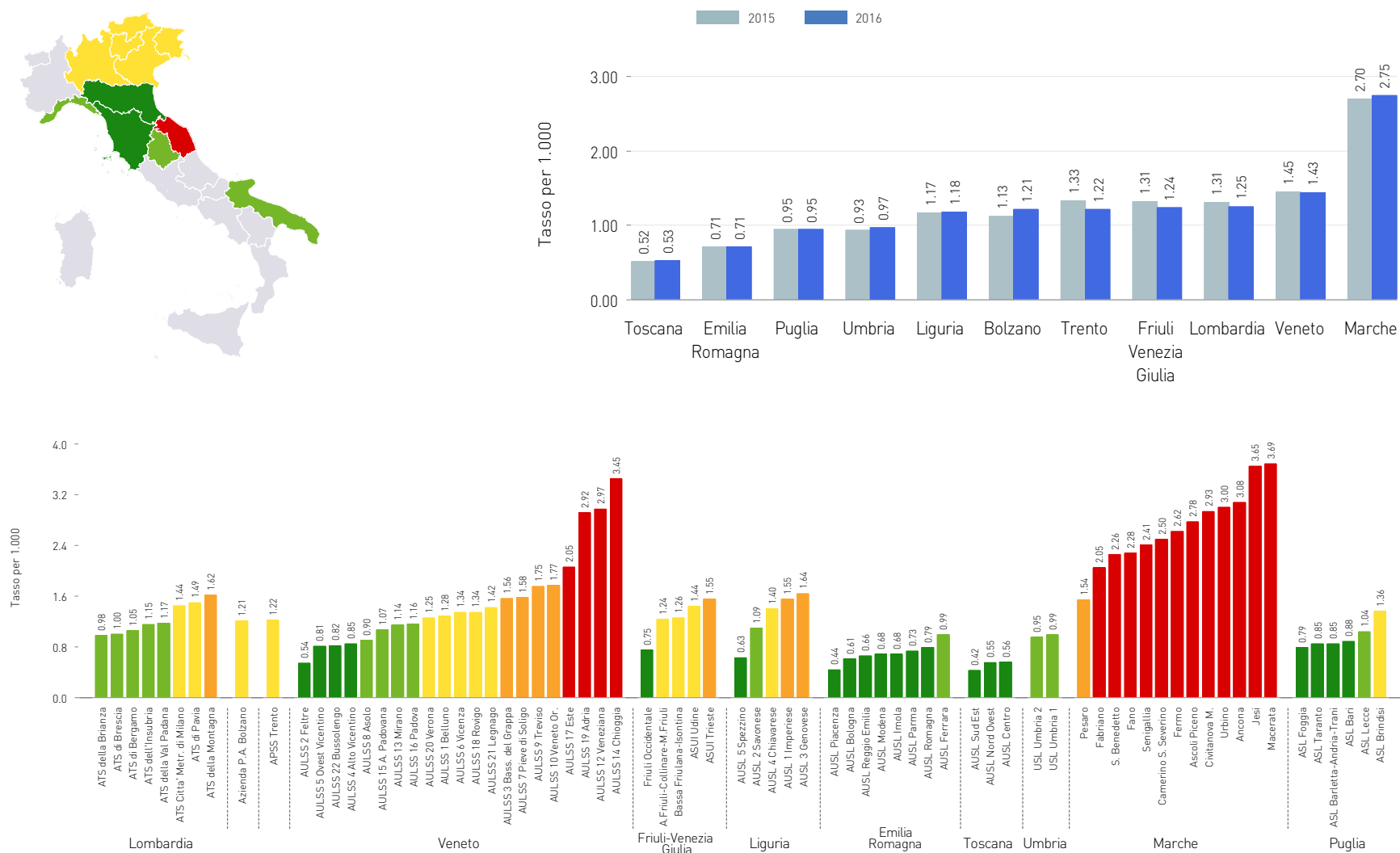
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa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



C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti



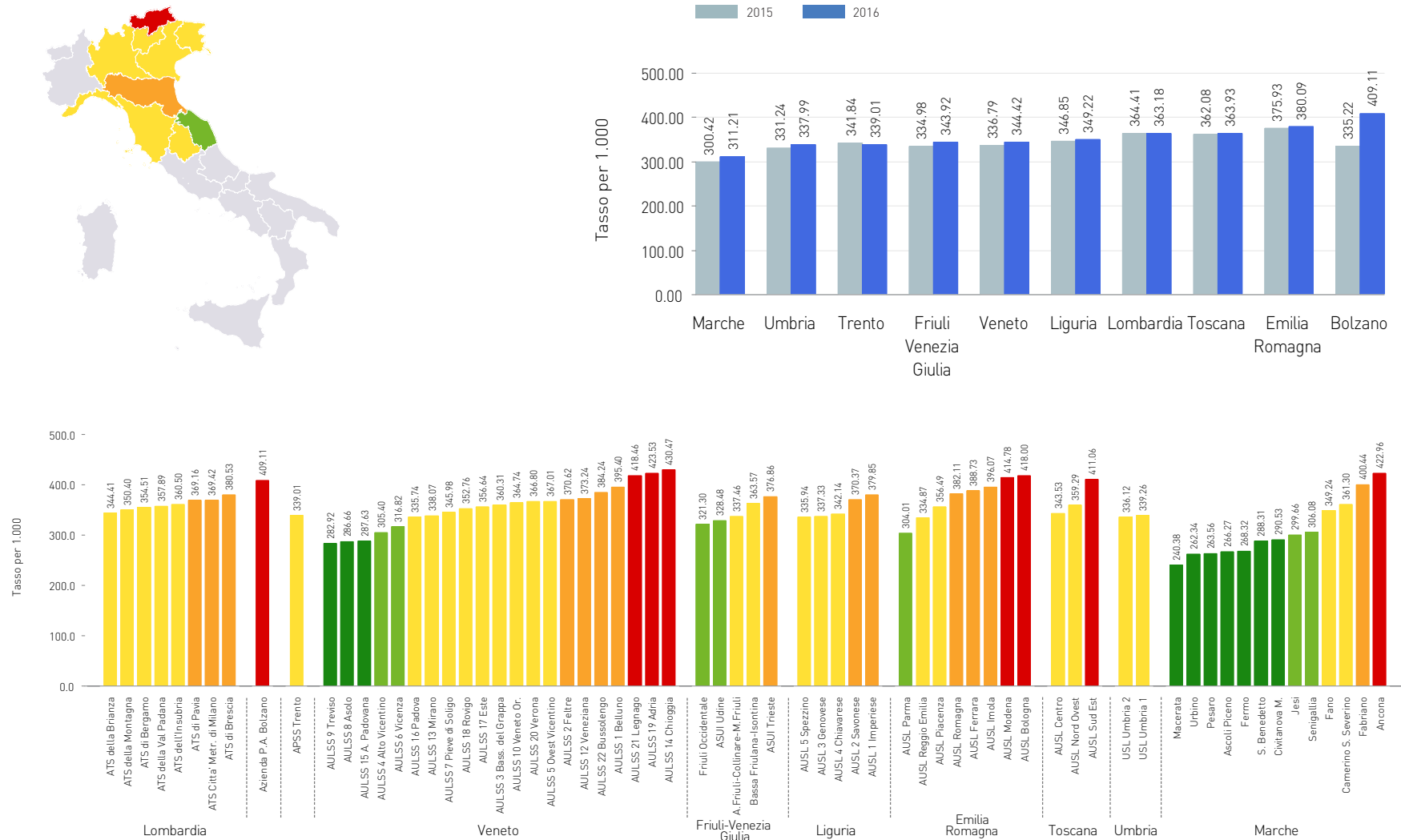
L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio ed il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale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





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

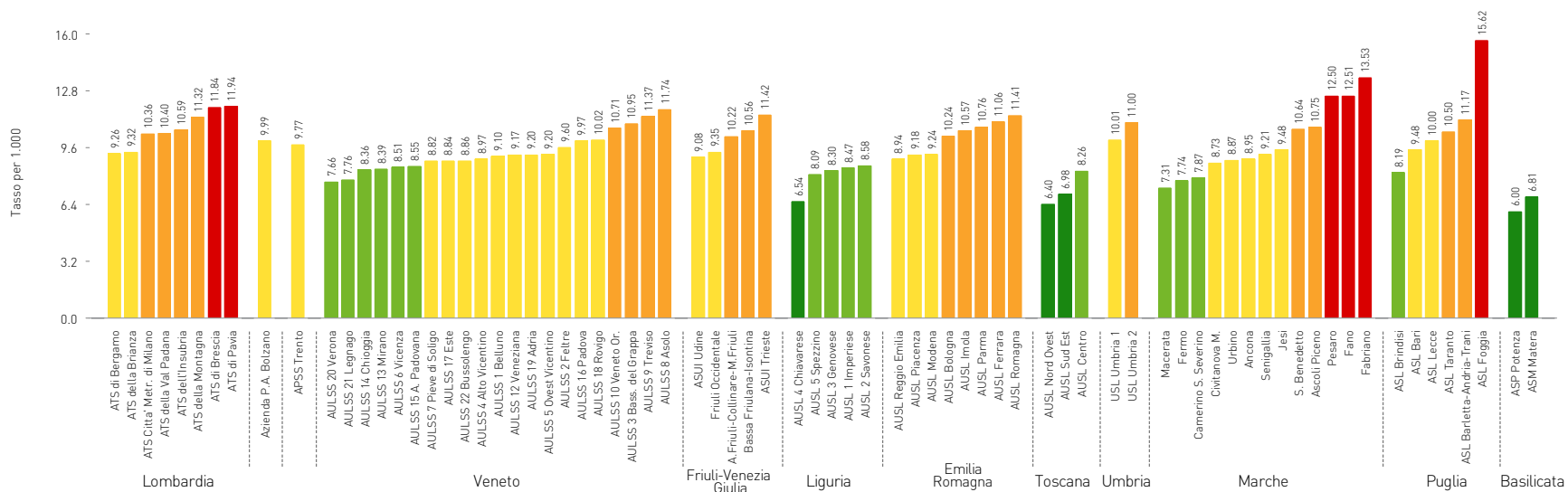
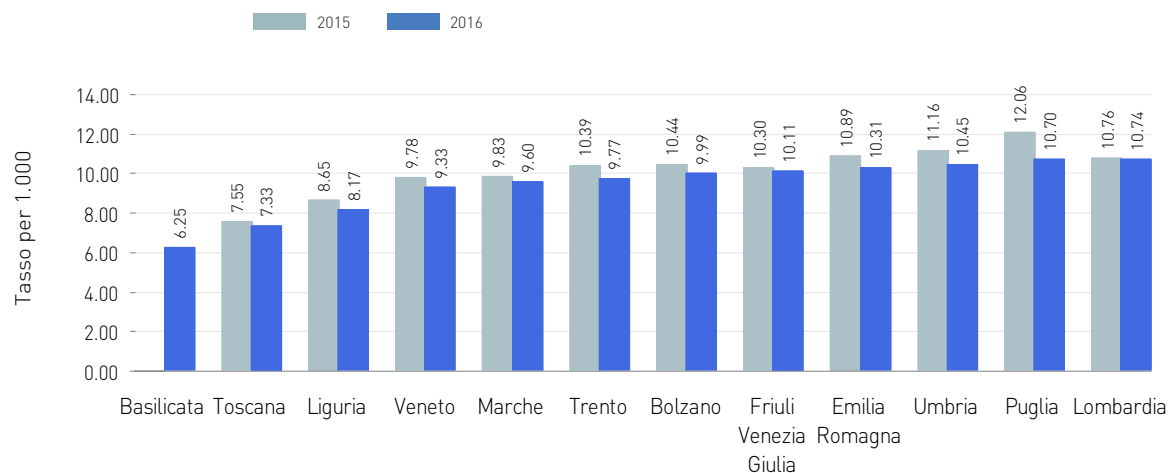
Il tasso di accesso al Pronto Soccorso mostra il rapporto tra il numero complessivo di accessi in PS e la popolazione residente. Tale indicatore non monitora l'attività del PS ma è in realtà un indicatore indiretto per misurare l'efficacia di risposta assistenziale del territorio. Le rilevanti variazioni registrate a Bolzano vanno lette congiuntamente alla maggiore copertura del flusso del Pronto Soccorso nell'anno 2016.



C16T.4 Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali



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

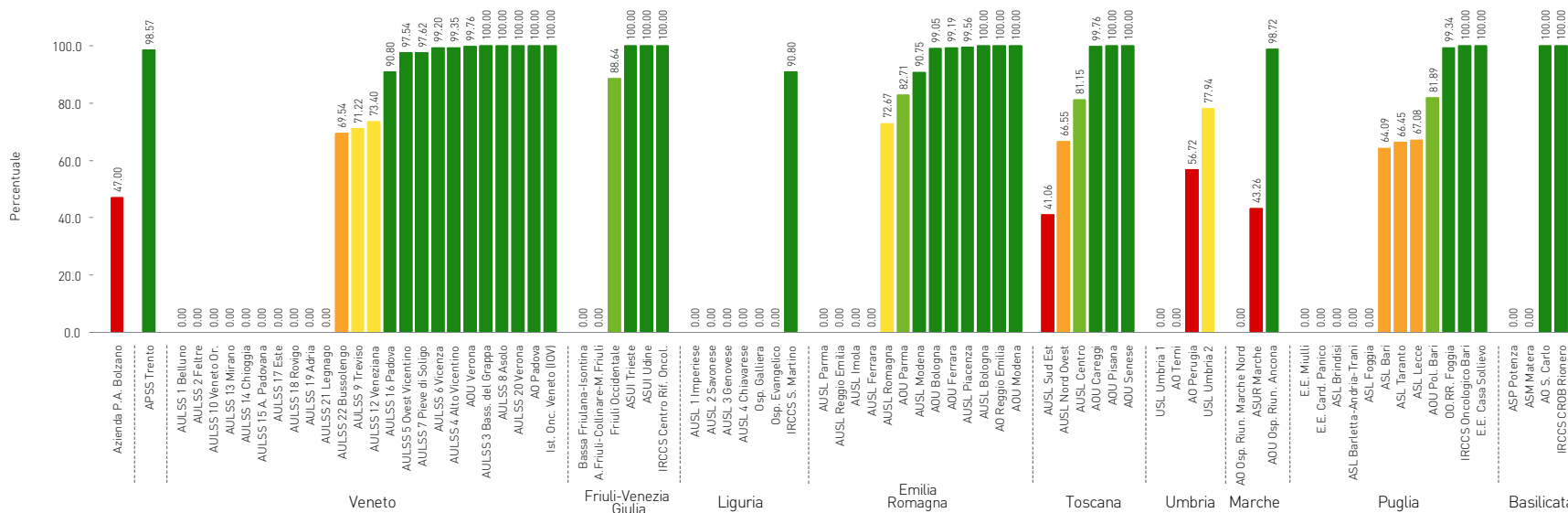
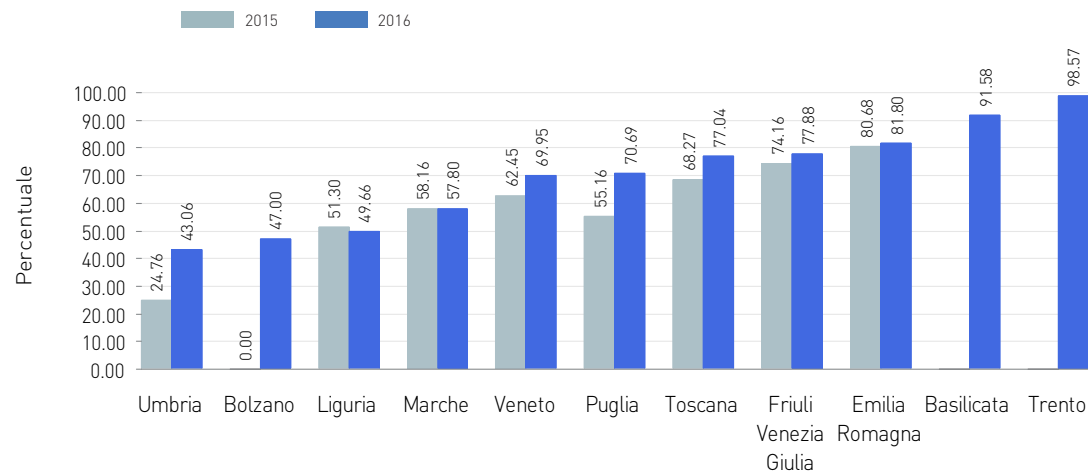
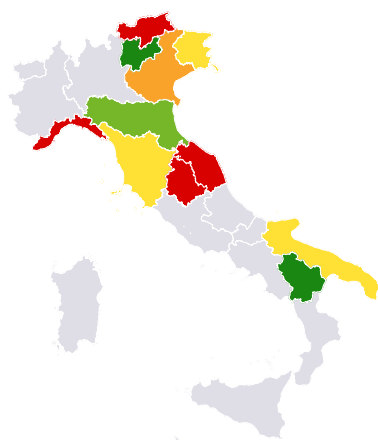


C17.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella



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

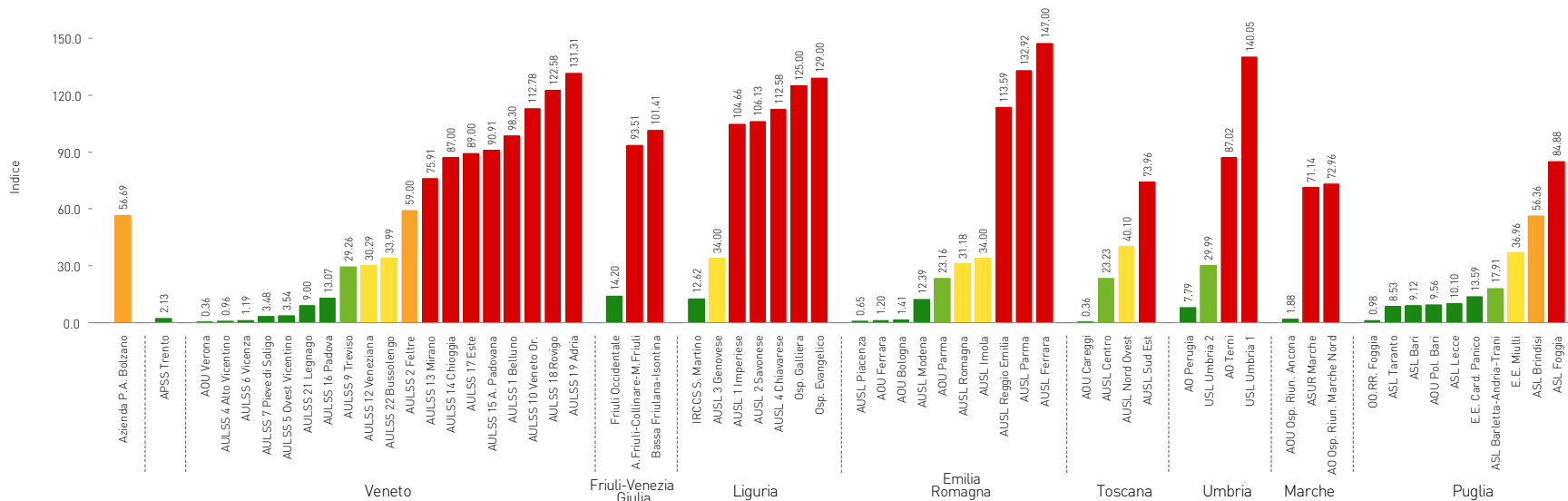
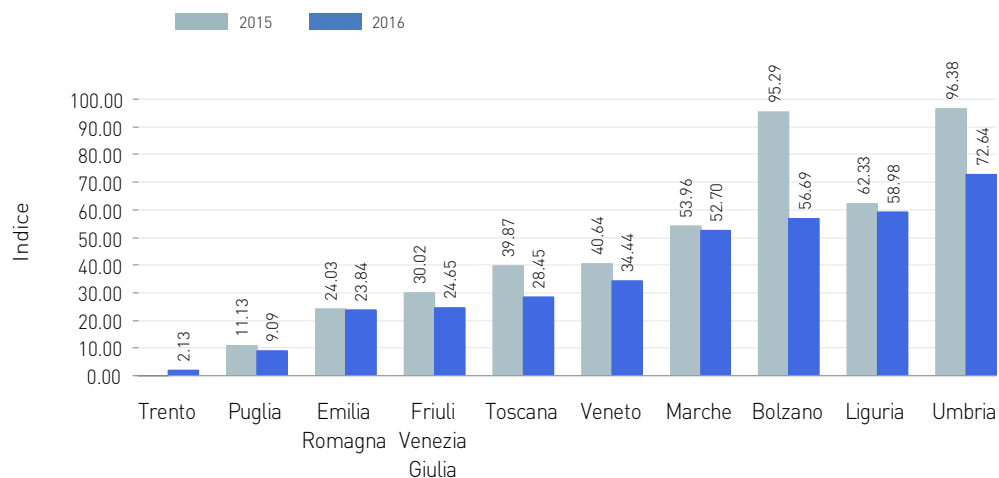
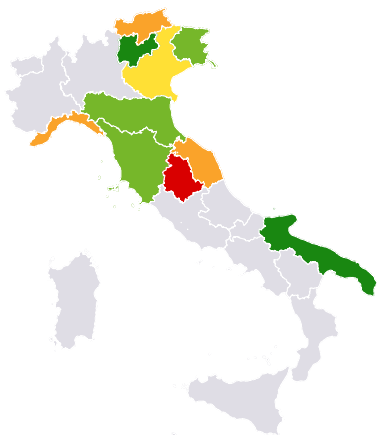
Per la AOU Senese si considerano i casi con reparto di dimissione = 917 (UOC Chirurgia Generale a indirizzo oncologico) attiva a partire dal 1 Aprile 2016 e il valore soglia è riparametrato considerando solo gli interventi a partire da questa data.



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



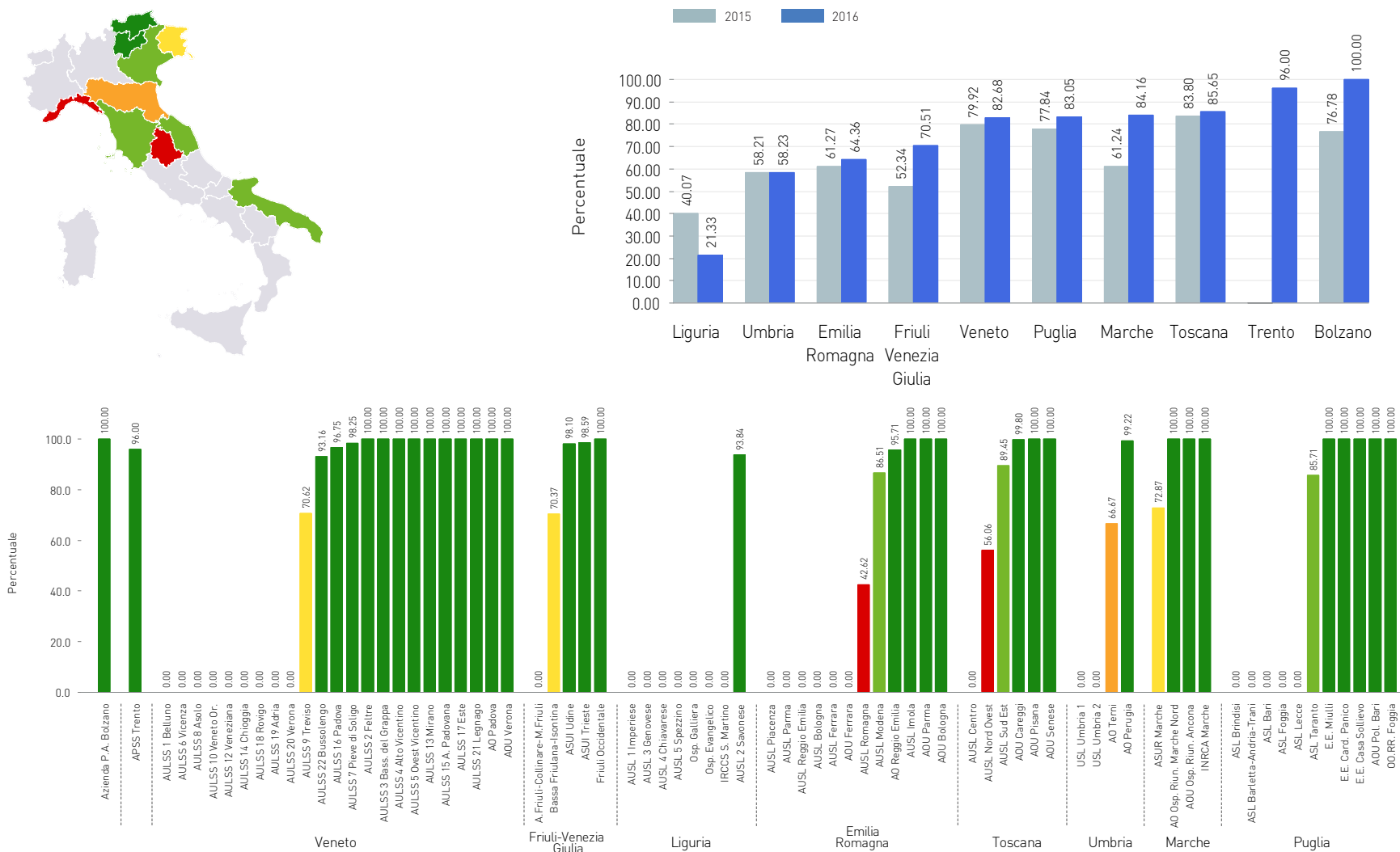
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore maligno alla mammella è inferiore alla soglia prevista (150/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle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



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



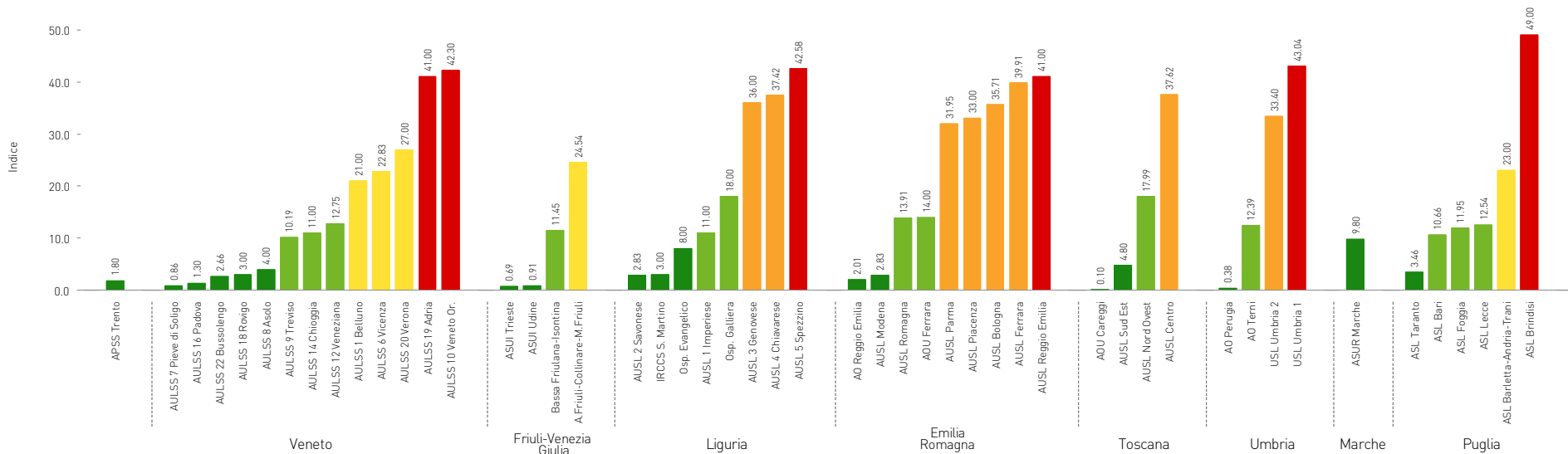
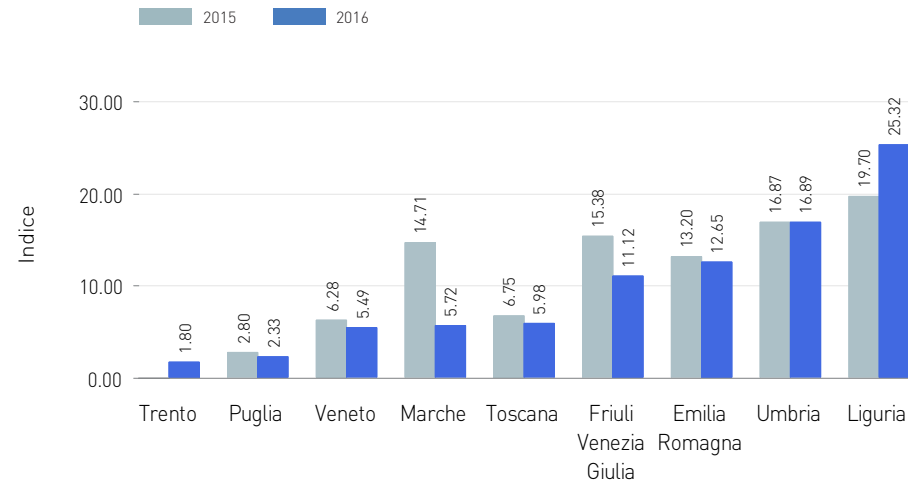
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare misura la percentuale di interventi per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi per tumore alla prostata superiore al valore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



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



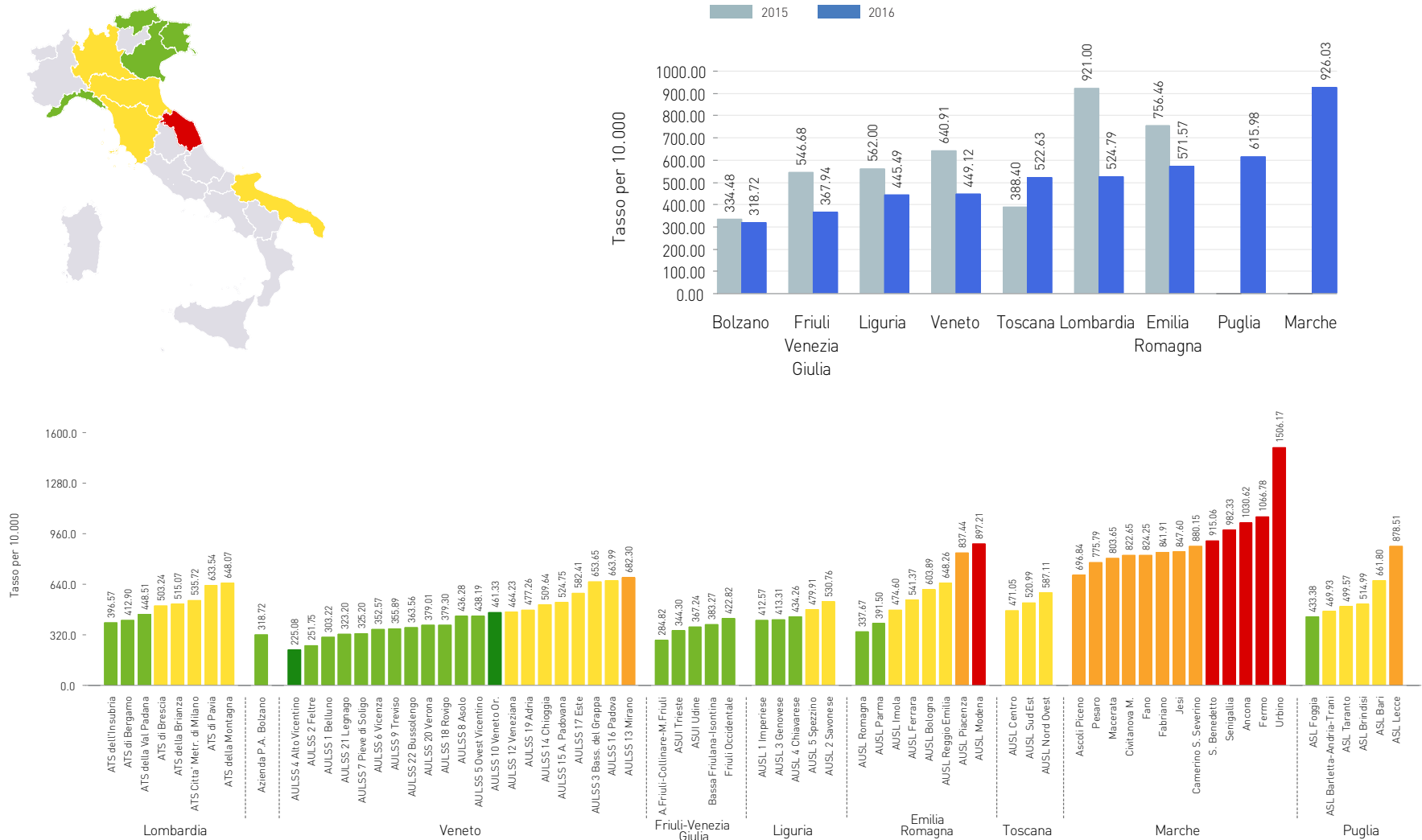
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (50/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle distanze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



C10.5 Appropriata prescrizione dei Biomarcatori tumorali



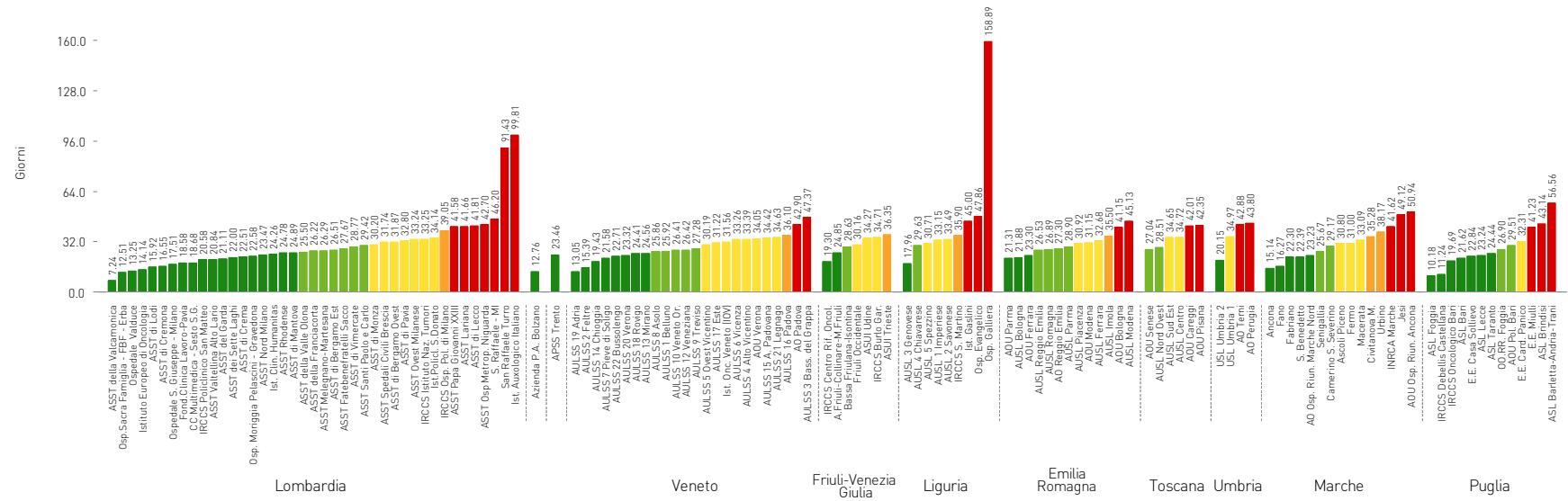
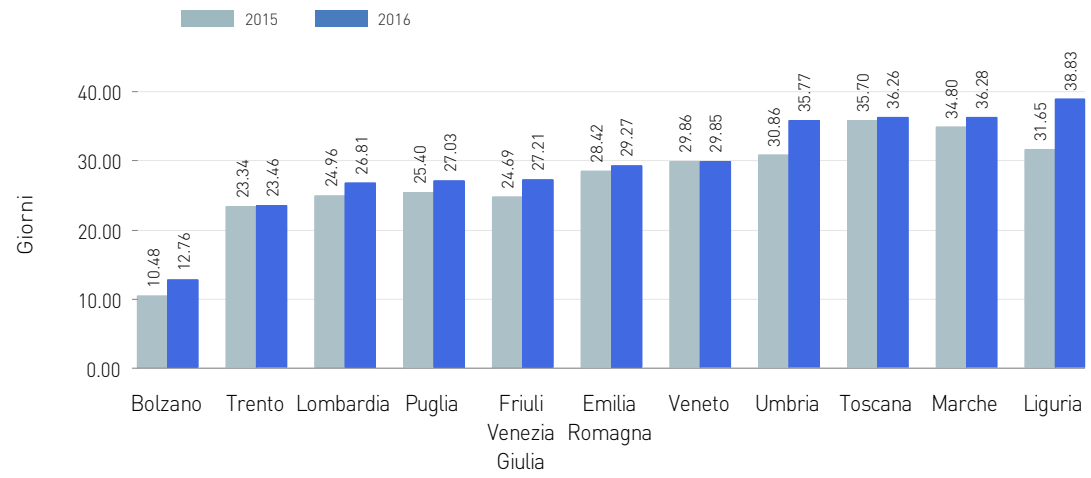
Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione over 40 anni non affetta da patologia oncologica o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatezza di utilizzo degli stessi. Di fatto, i biomarcatori tumorali sono utili per monitorare un'eventuale recidiva della neoplasia dopo il trattamento del tumore primitivo, e non dovrebbero invece essere prescritti per screening in quanto non riducono la mortalità ma possono causare inutili complicanze da trattamento e assorbimento ingiustificato di risorse. Nel calcolo dell'indicatore si considerano i seguenti biomarcatori tumorali: CEA - antigene carcino embrionario; Ca15.3 - Antigene tumorale 15.3; Ca19.9 Antigene tumorale 19.9.



C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica



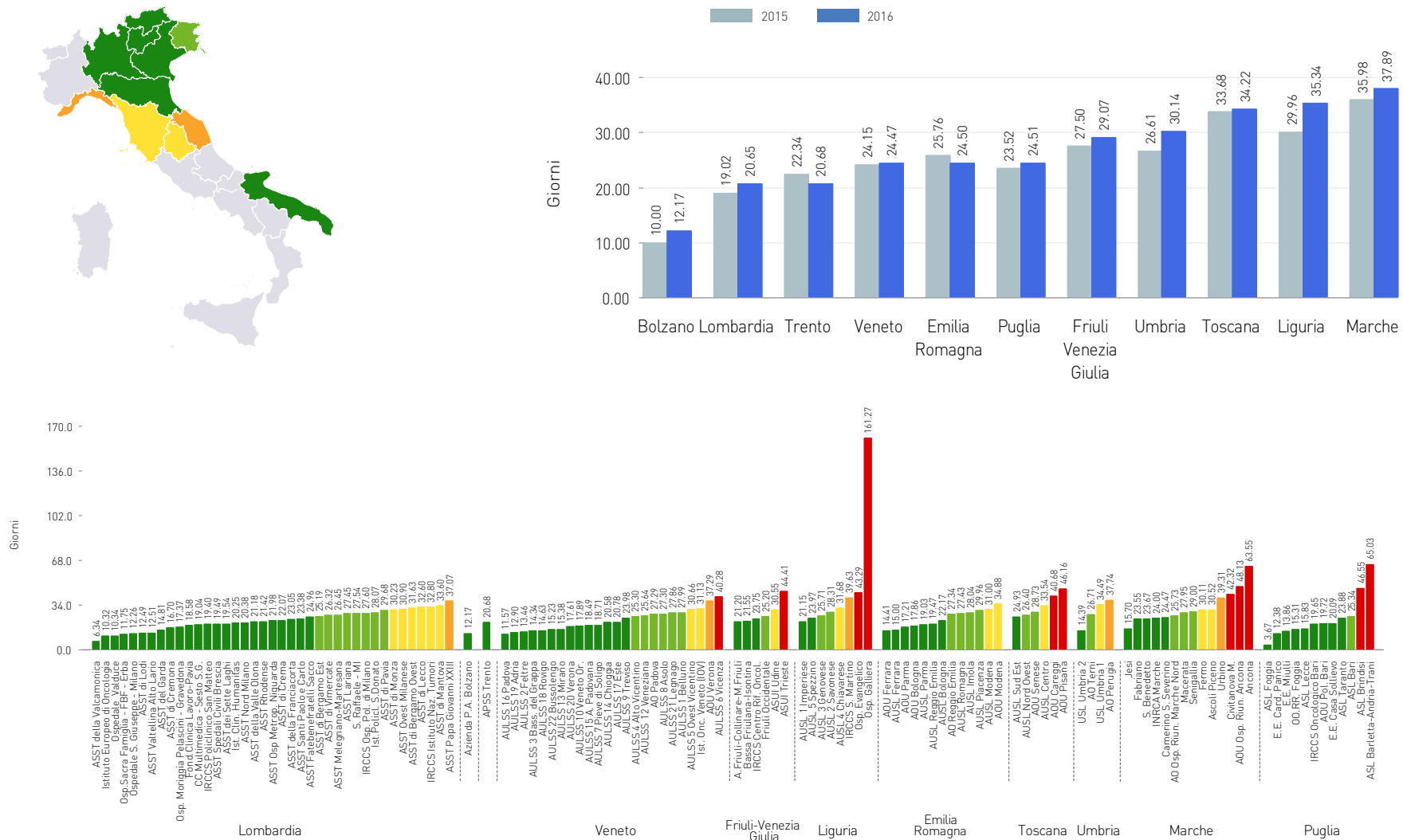
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento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



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



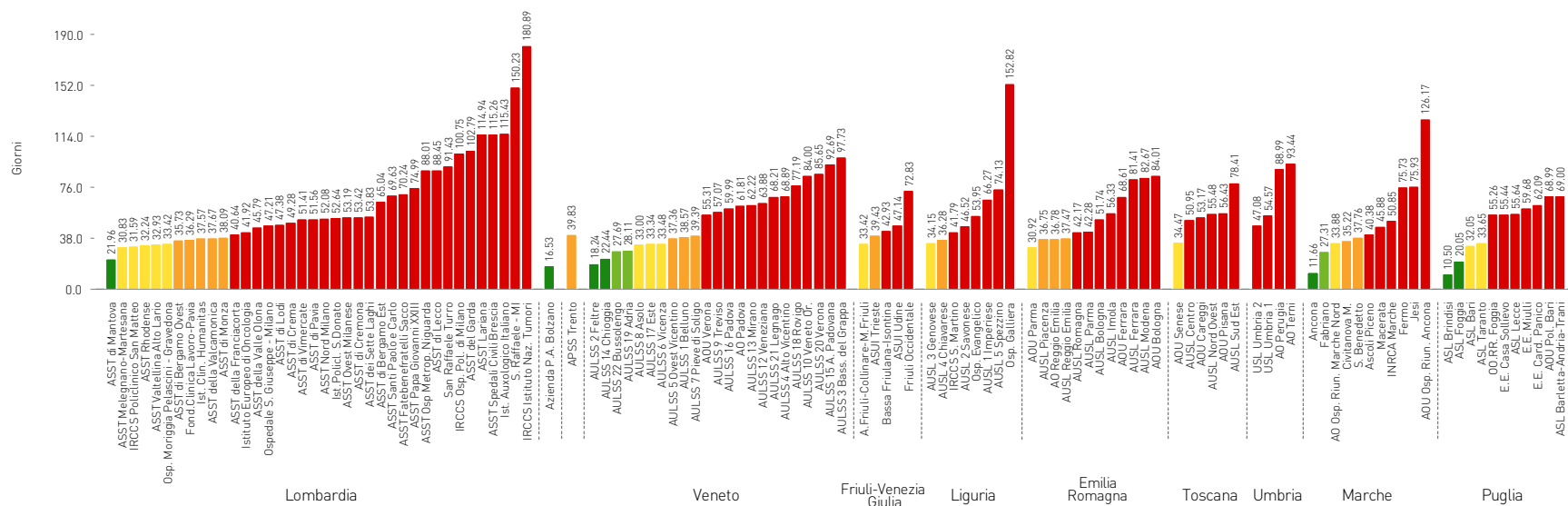
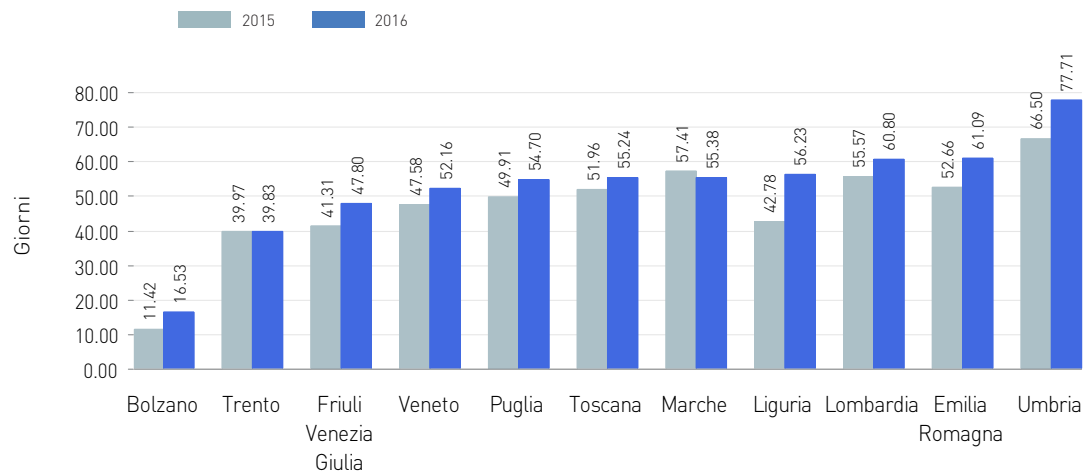
Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore alla mammella e il ricovero stesso.



C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata



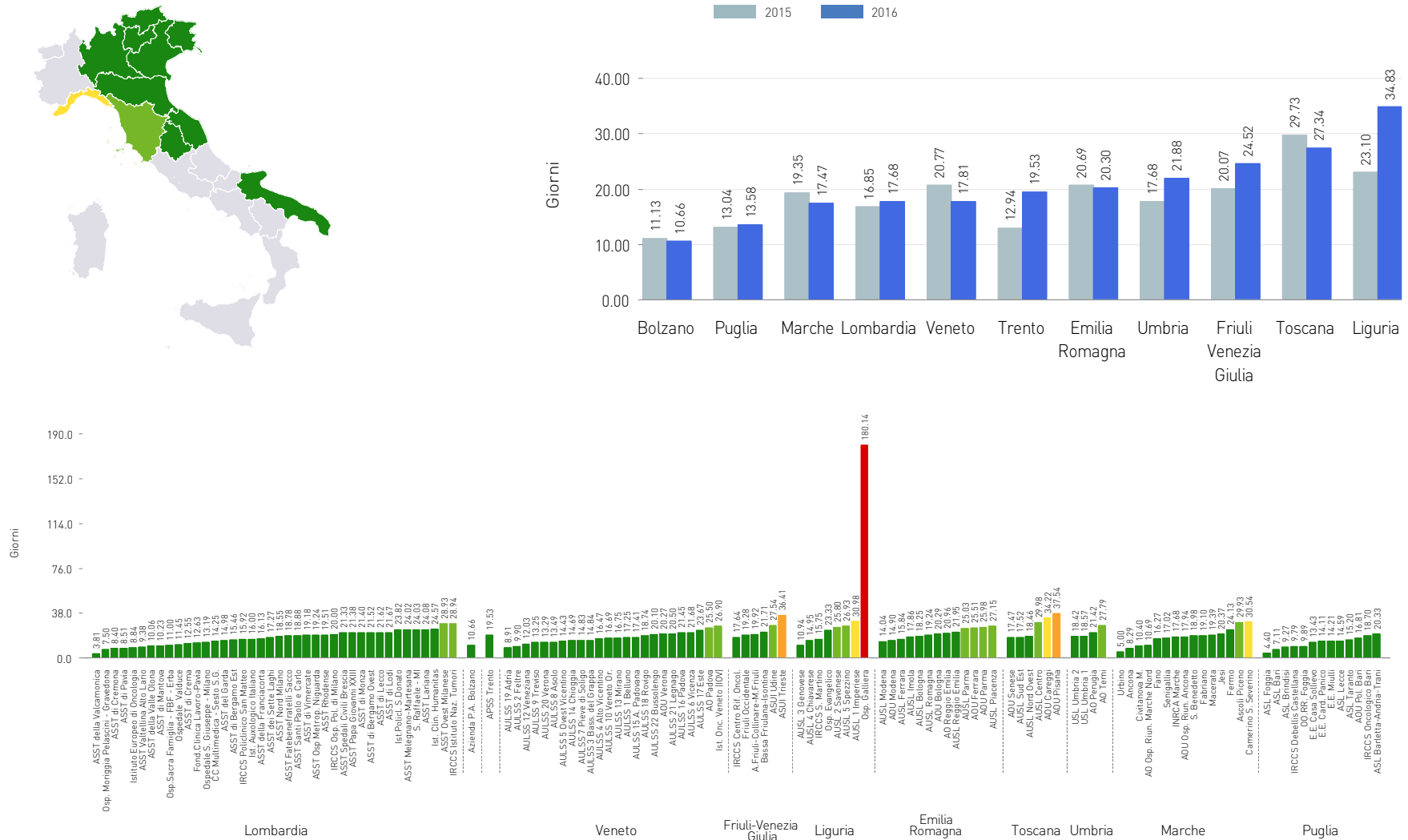
Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore alla prostata e il ricovero stesso.



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



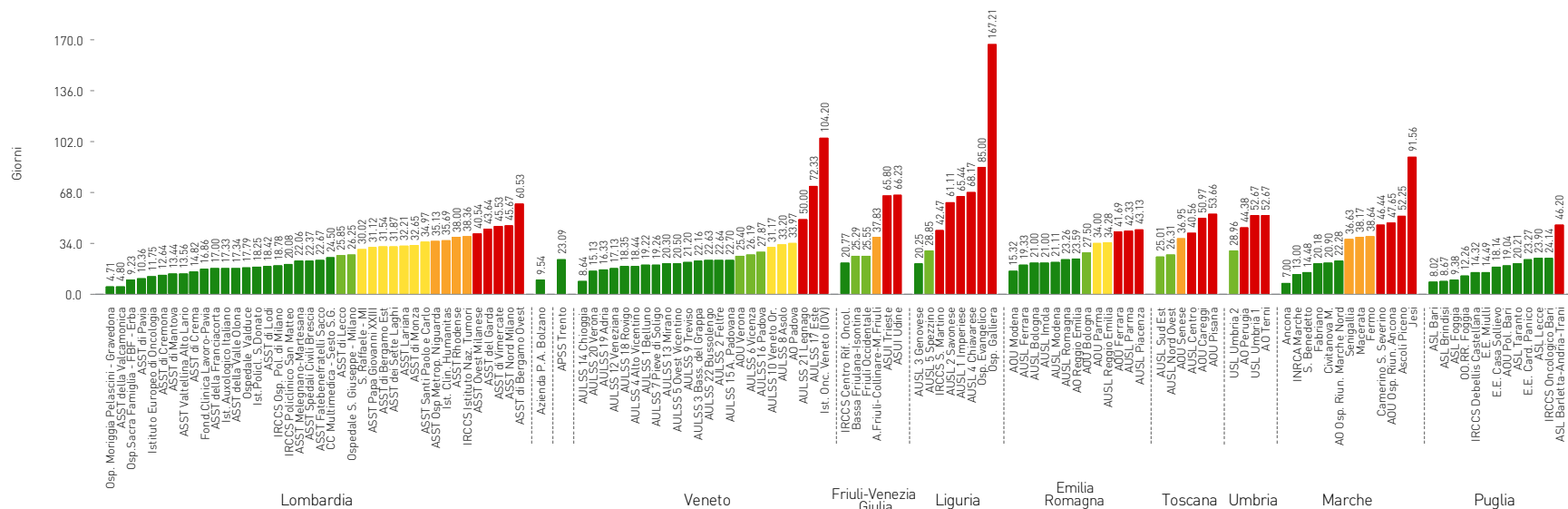
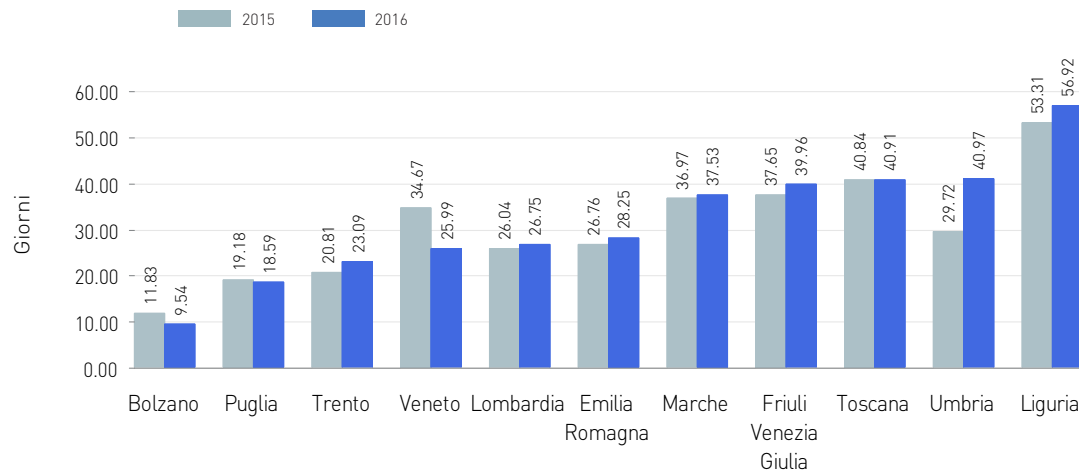
Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore al colon e il ricovero stesso.



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



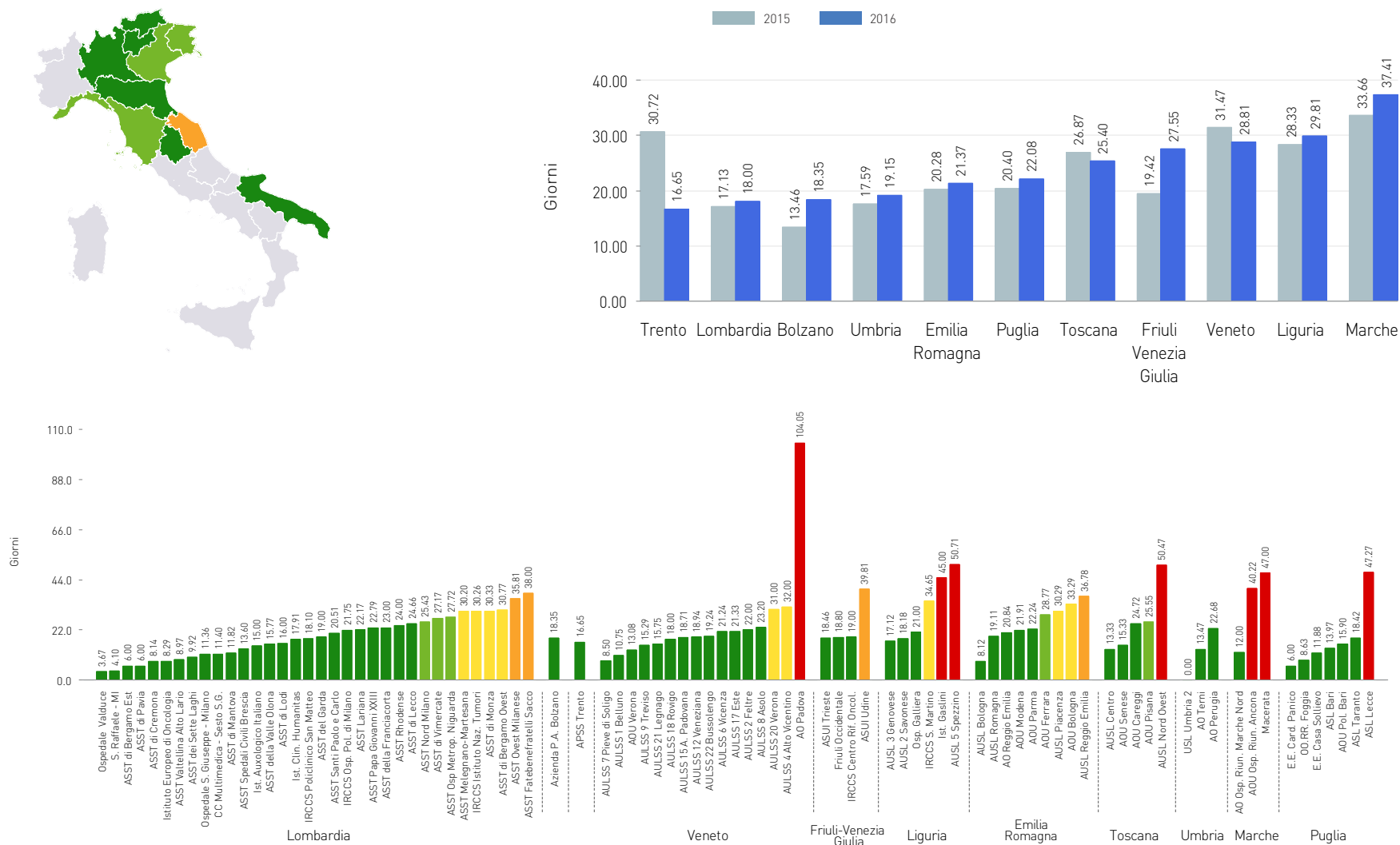
Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore al retto e il ricovero stesso.



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



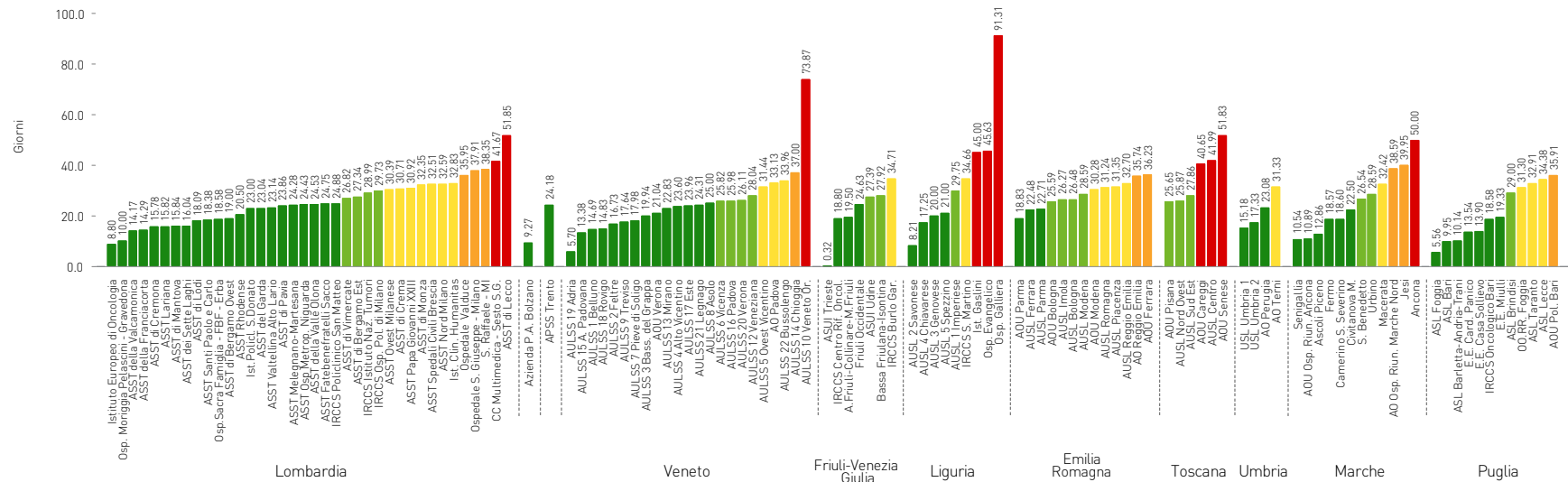
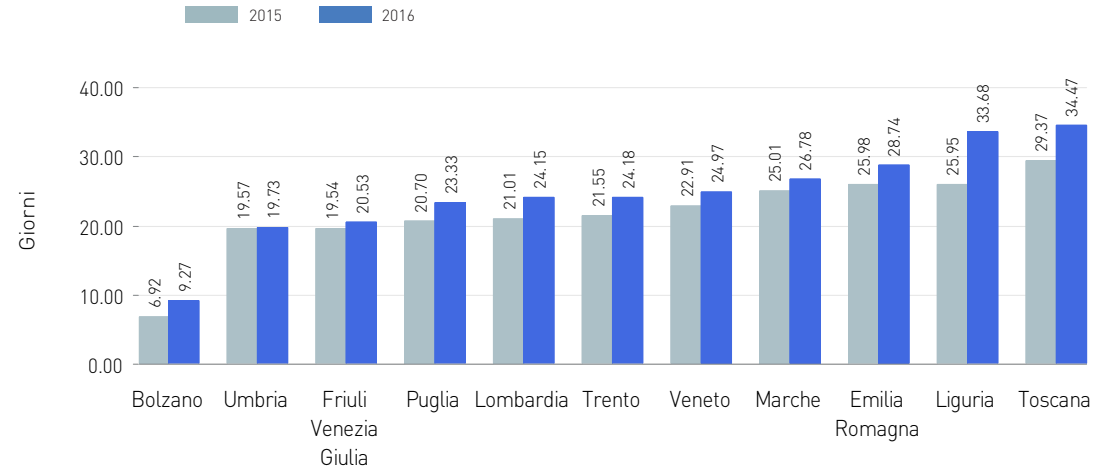
Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore al polmone e il ricovero stesso.





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

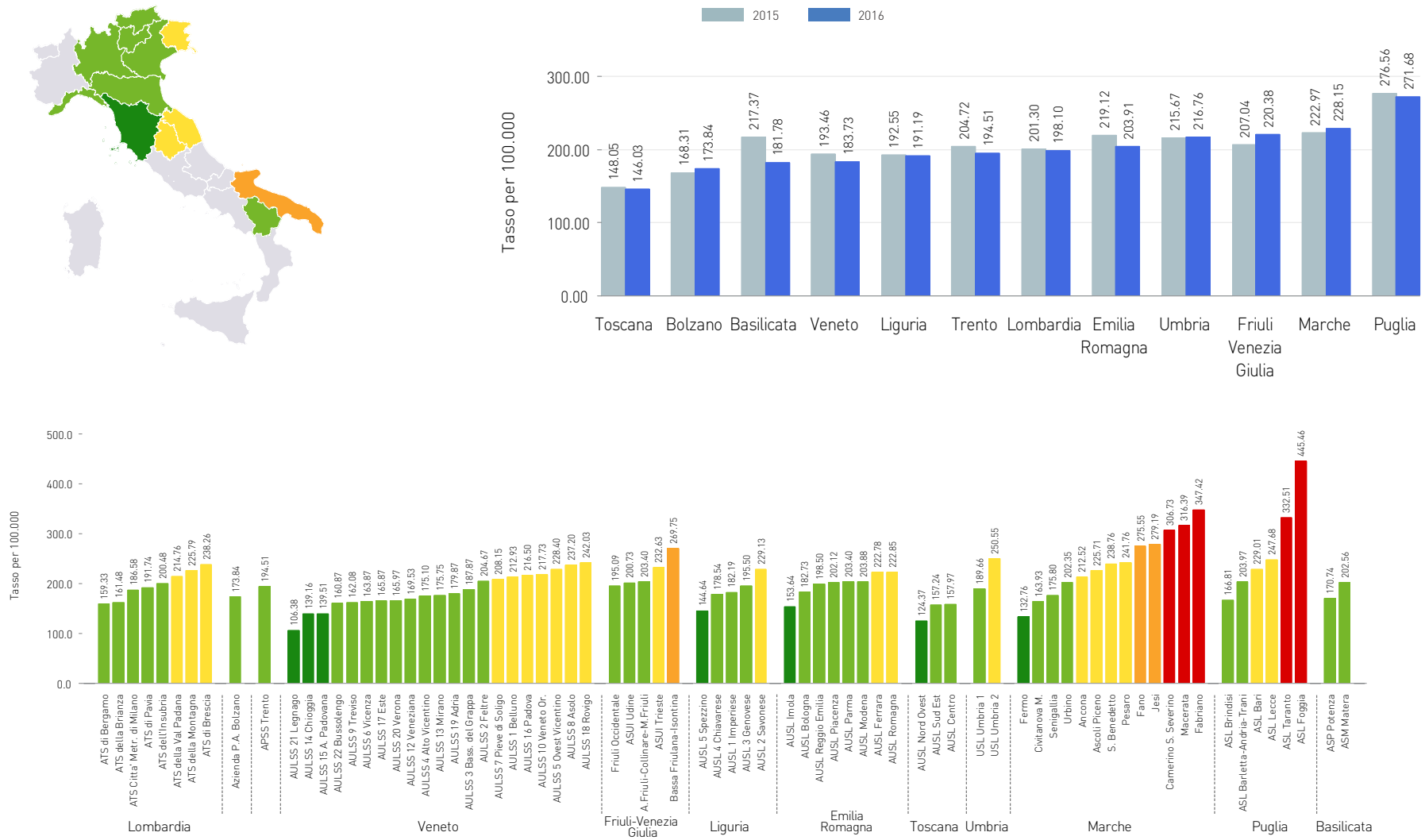
Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore all'utero e il ricovero stesso.



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



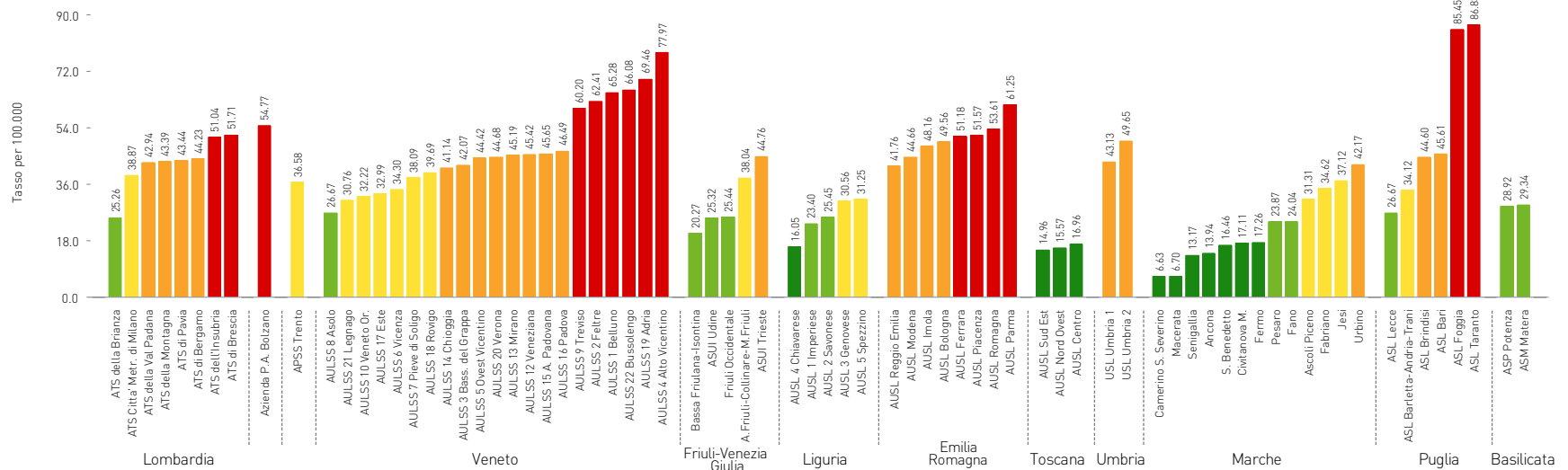
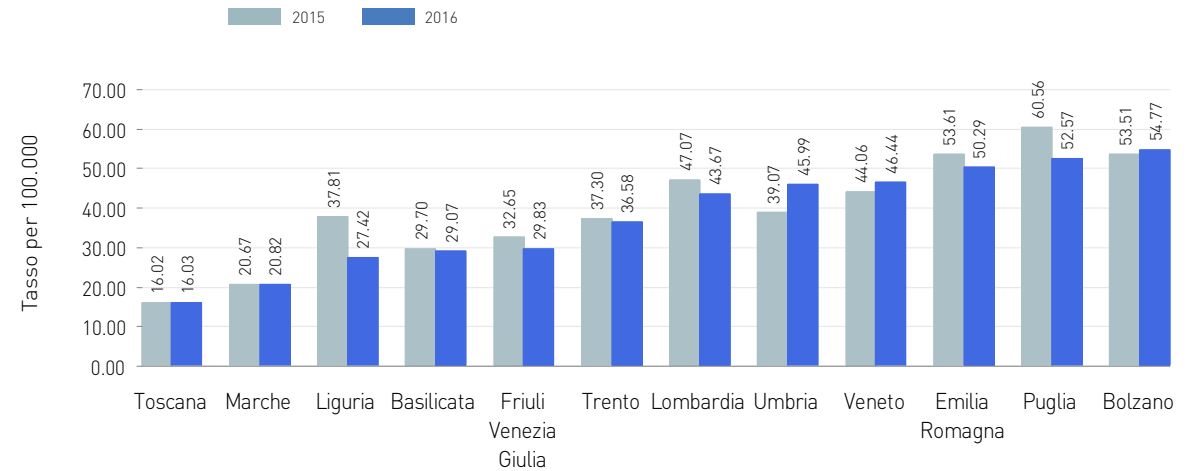
La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri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





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

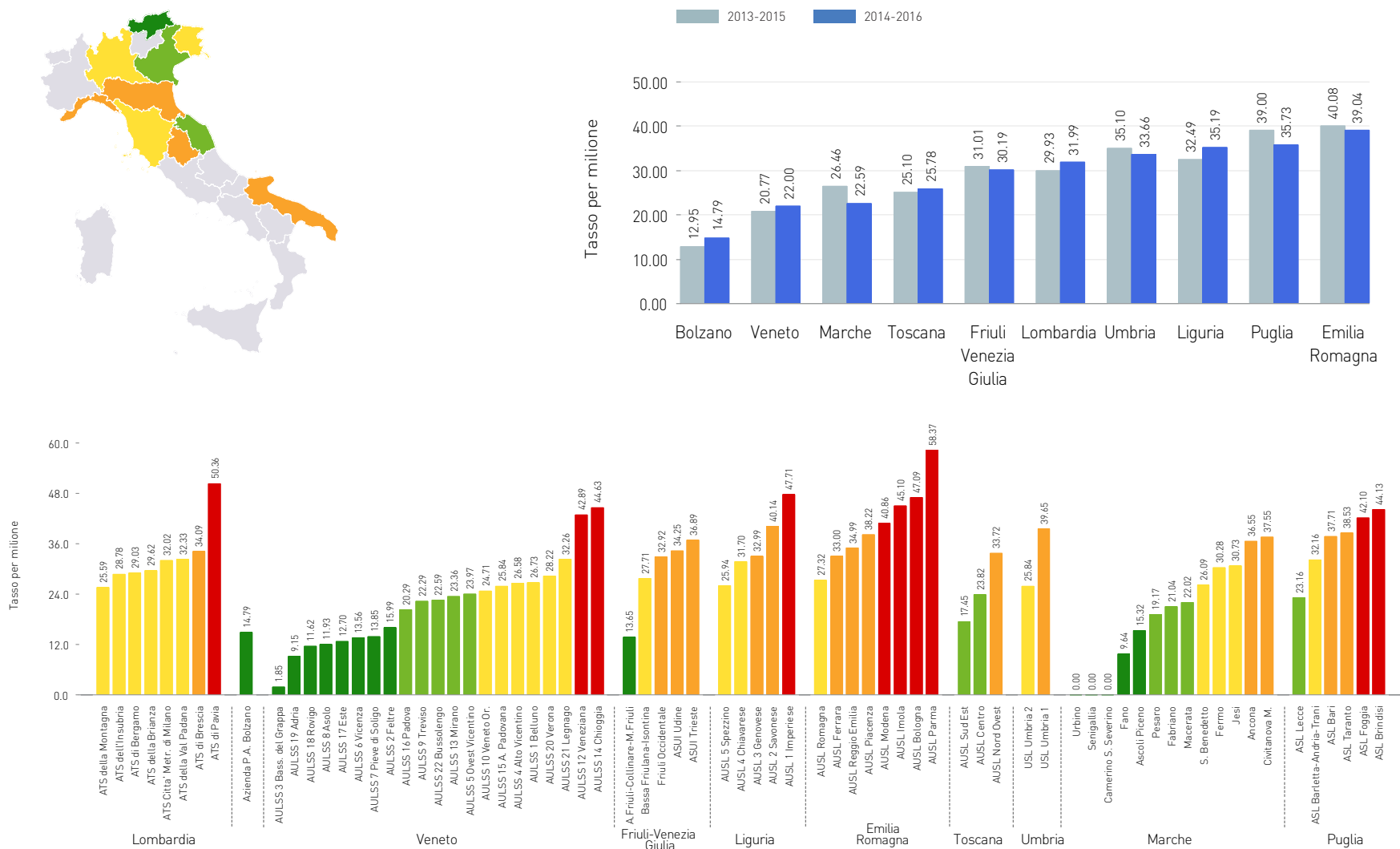
Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere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



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



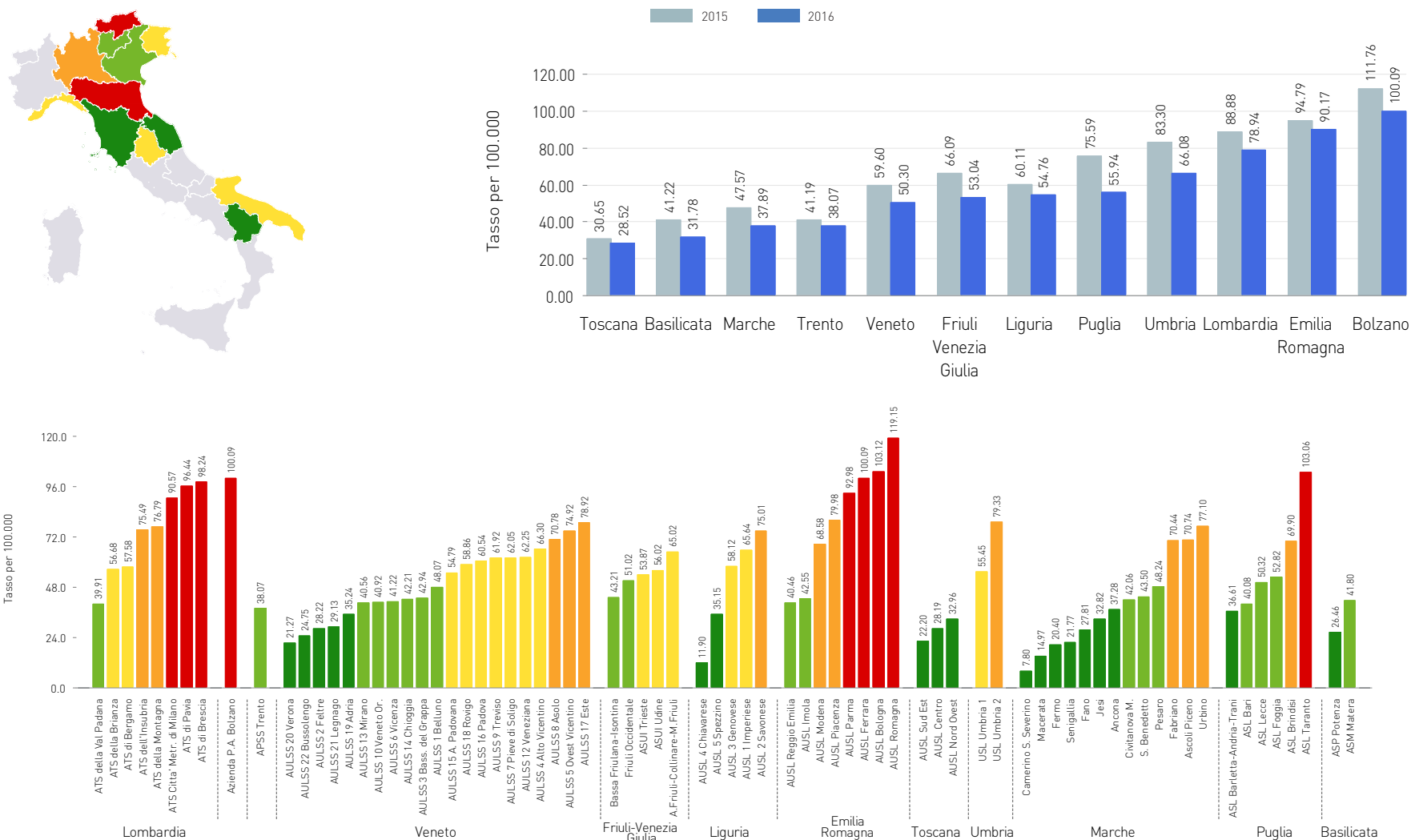
I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario per conseguenza un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori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



C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)



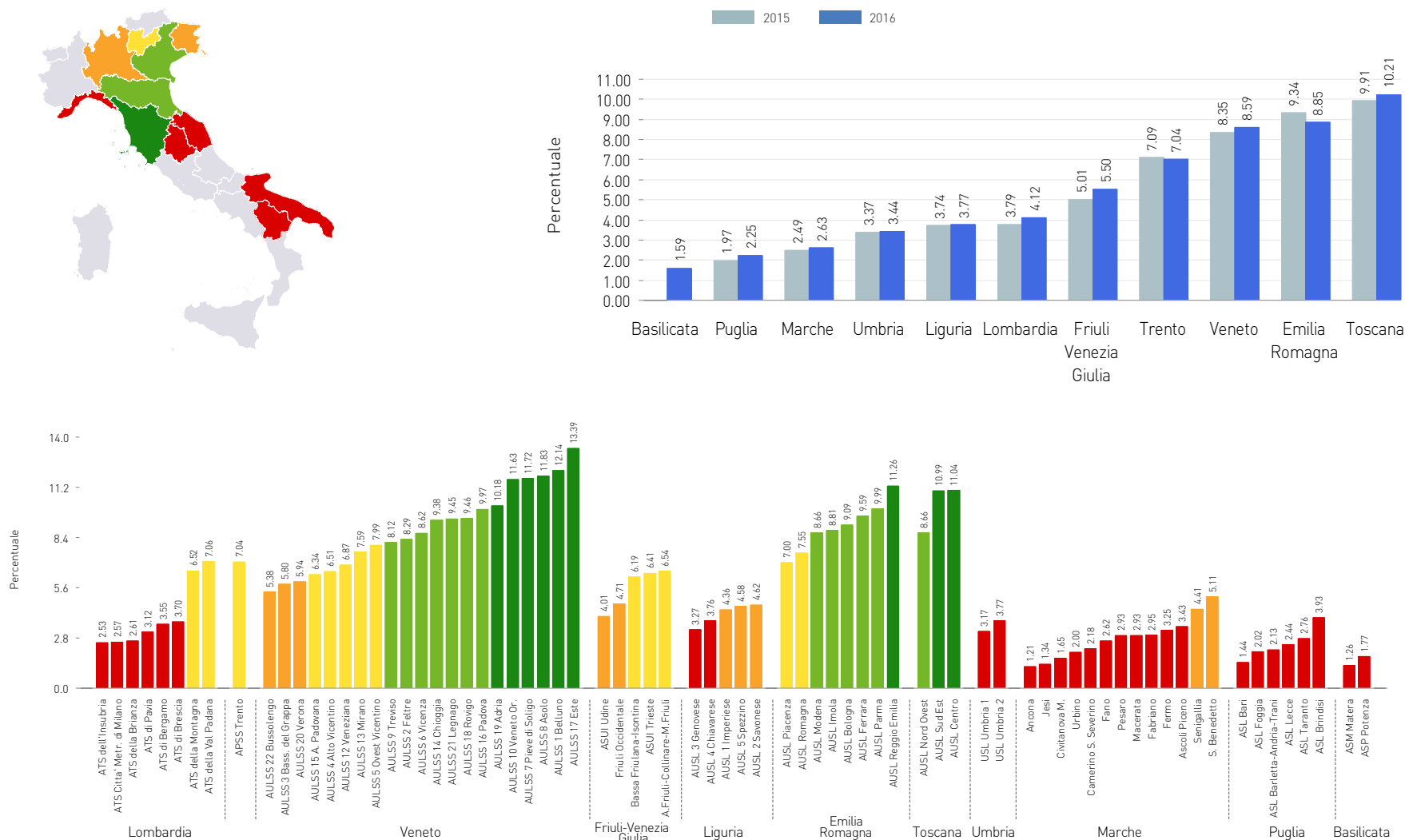
Per le broncopneumopatie croniche-ostruttive, alla pari di molte malattie croniche-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore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



B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione



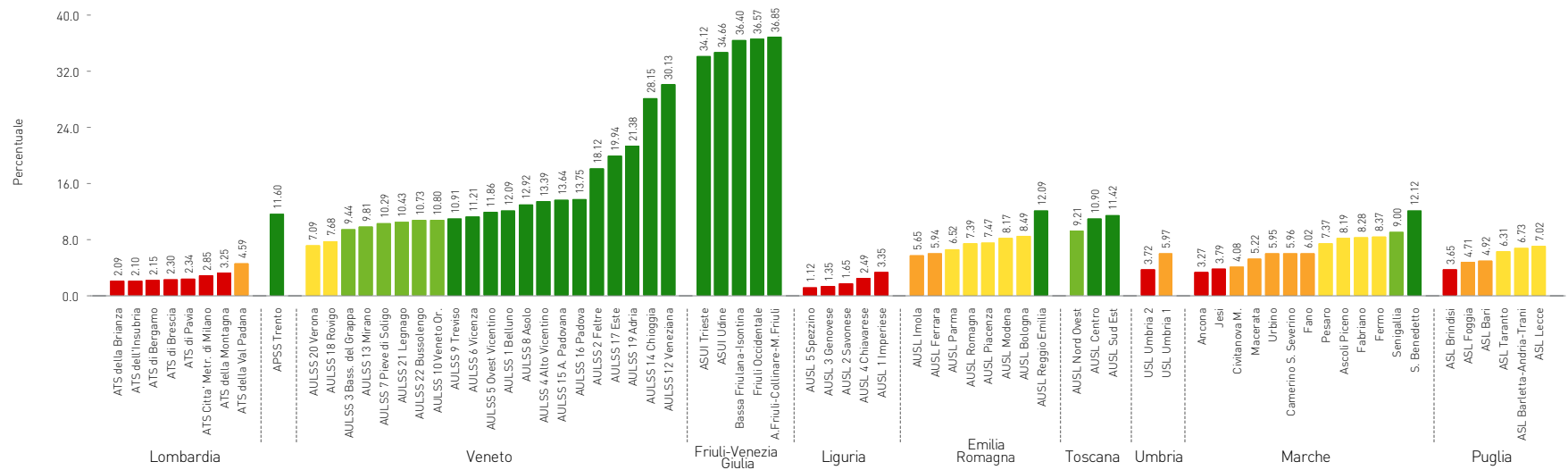
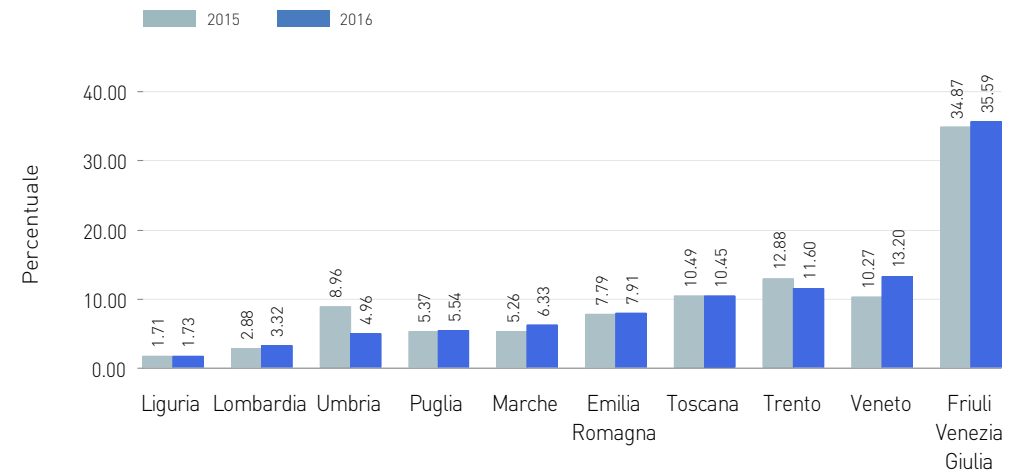
L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali.





B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.

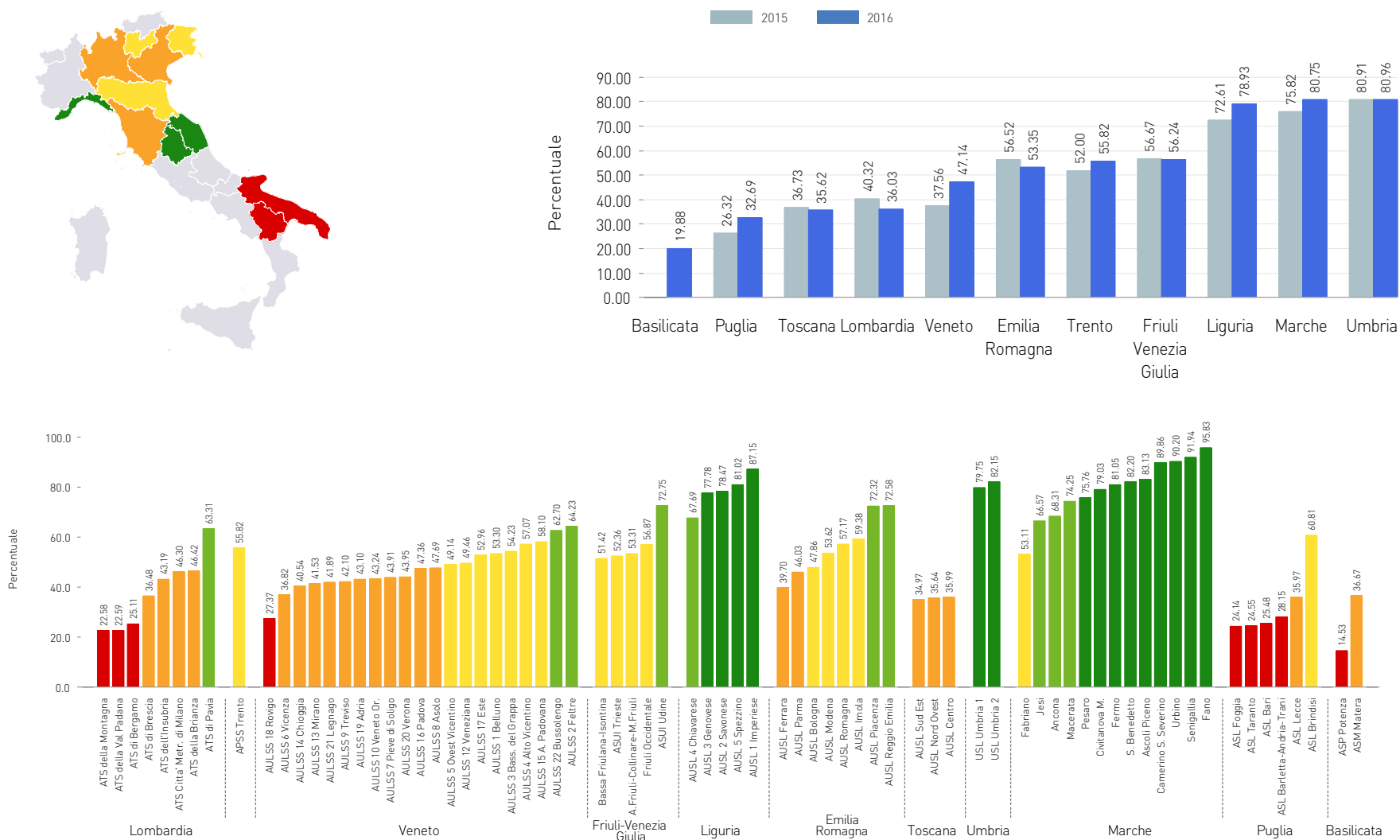
La percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.



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



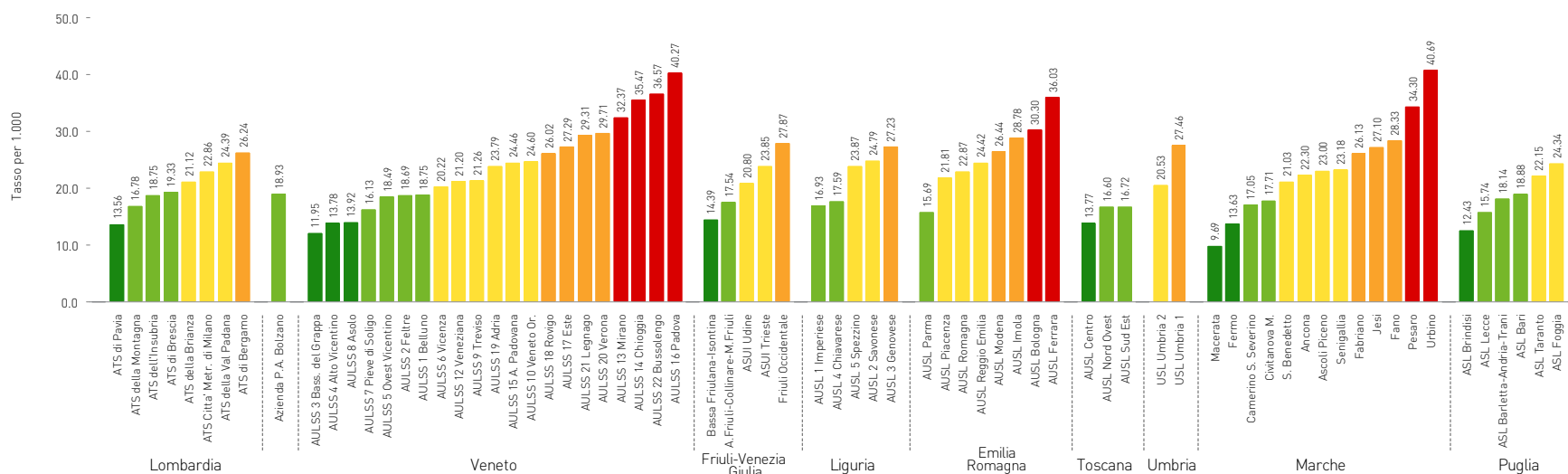
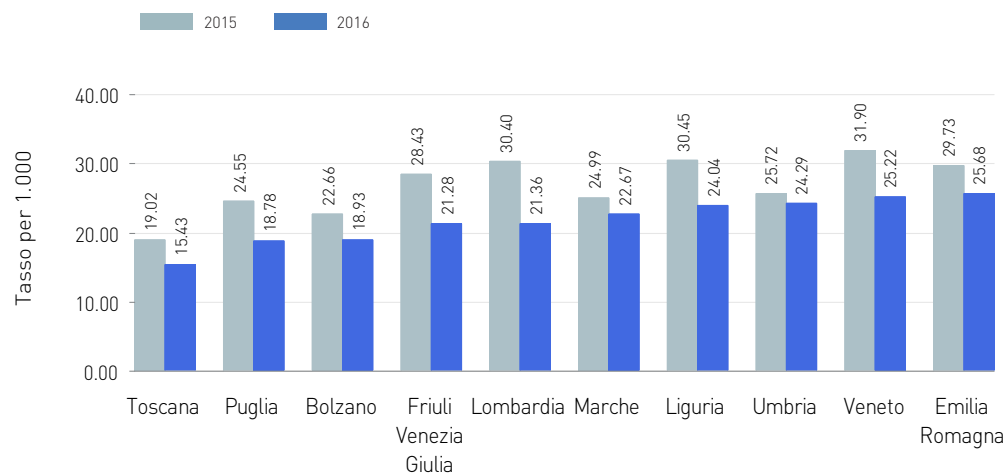
Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi,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



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



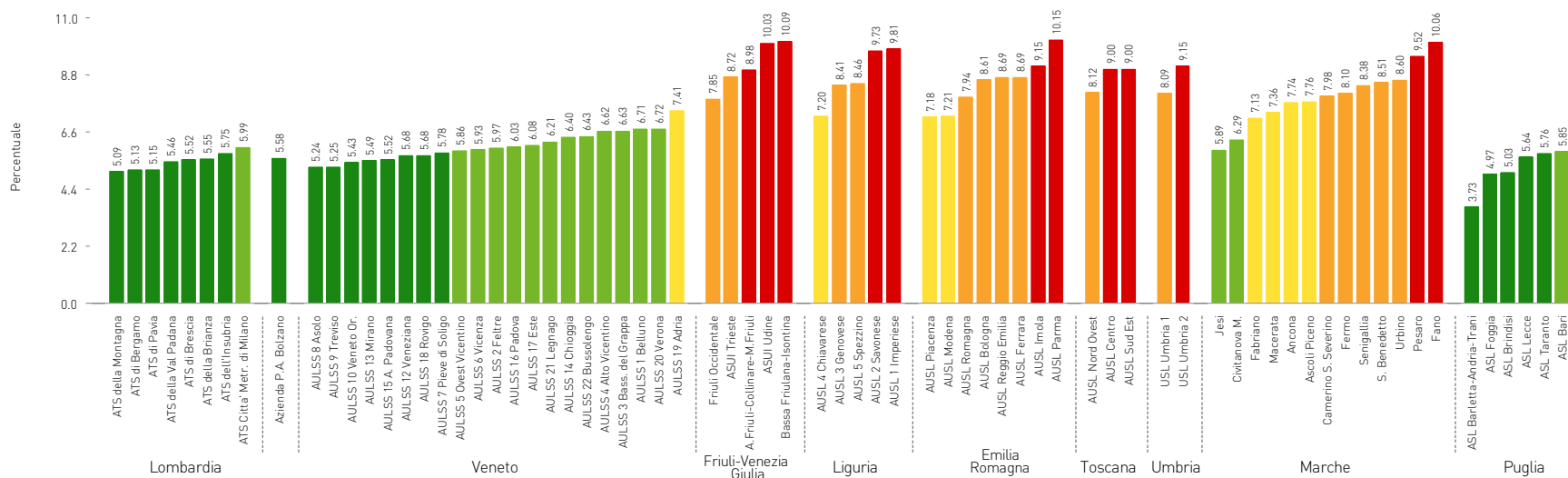
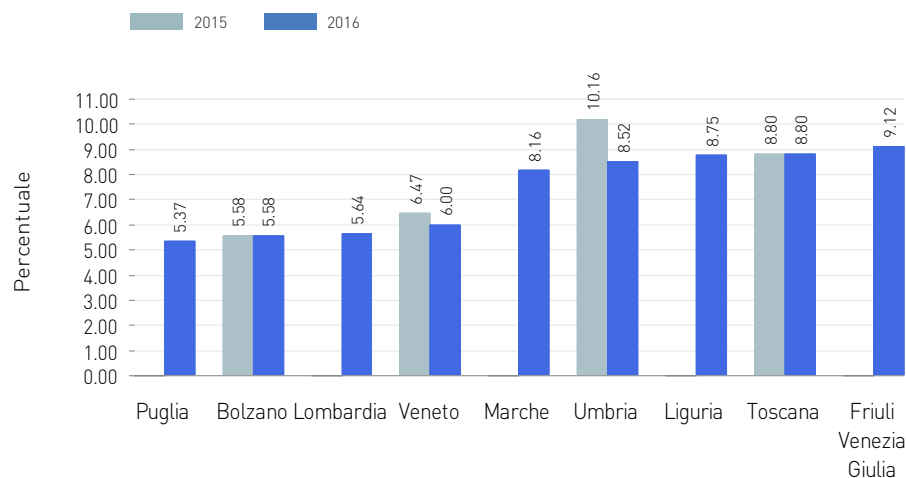
Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato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



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



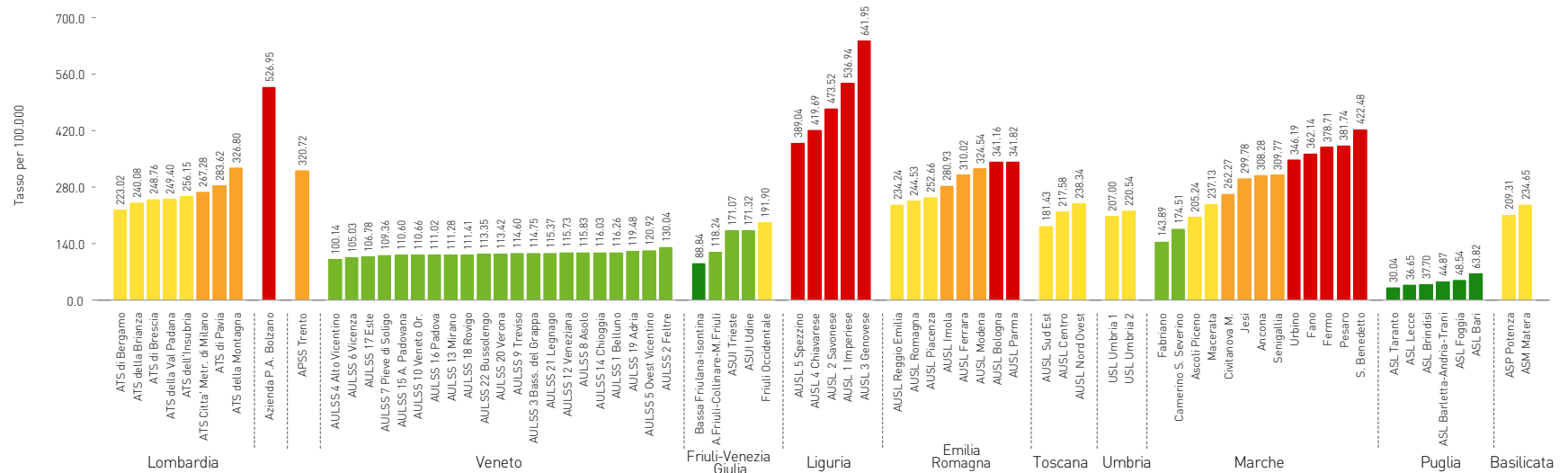
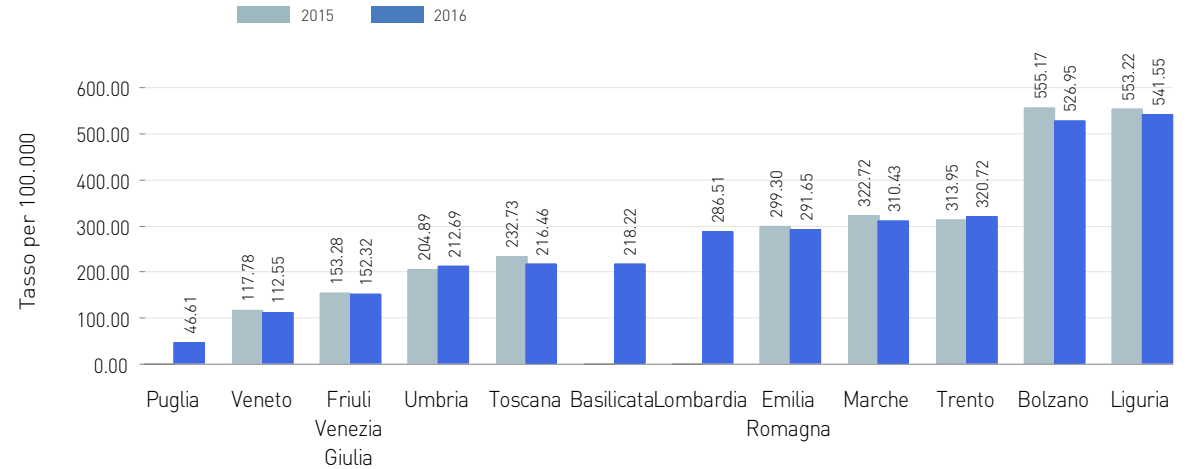
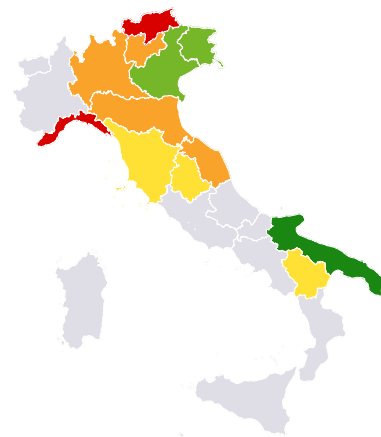
Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriata indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriata vi è la Risonanza Magnetica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





C8a.5a Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

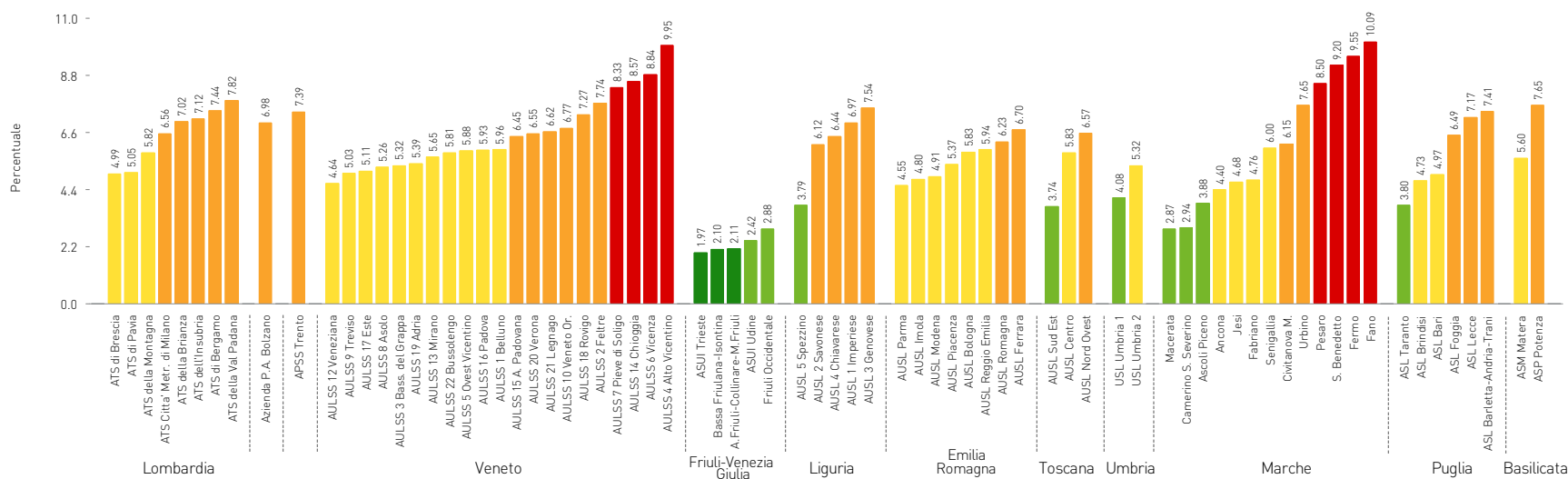
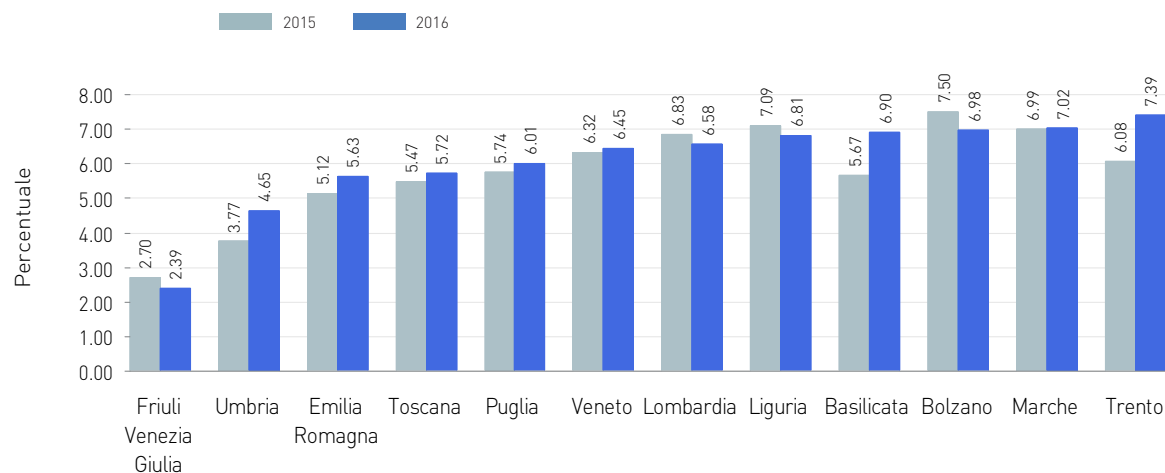
Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi. In linea con quanto emerso dal tavolo della salute mentale del network delle regioni, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche non considera i ricoveri per demenze ed è standardizzato per età e sesso.



C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche



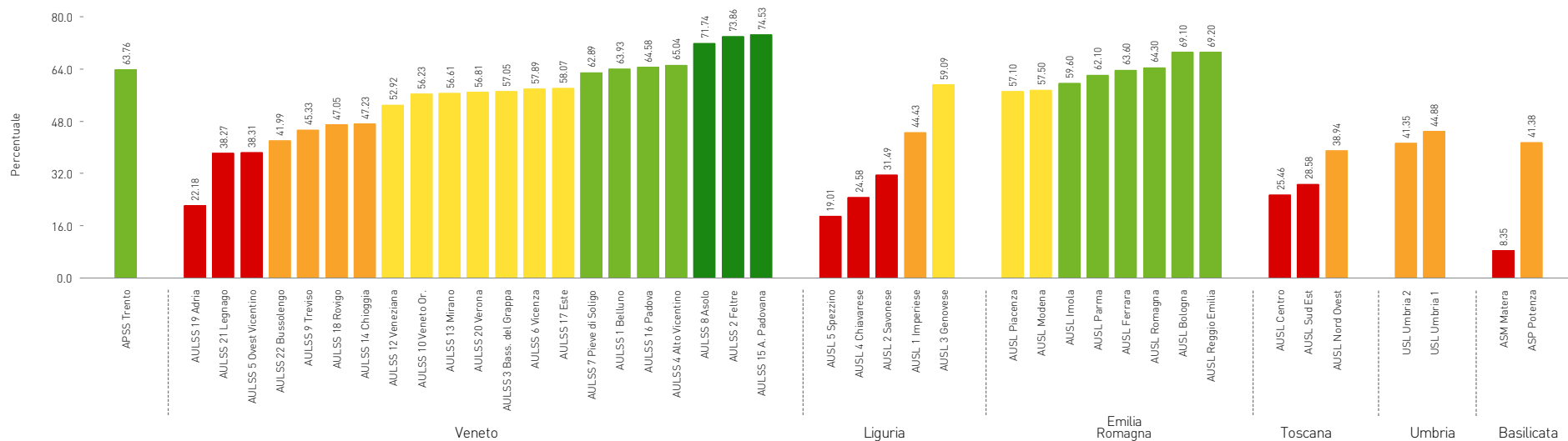
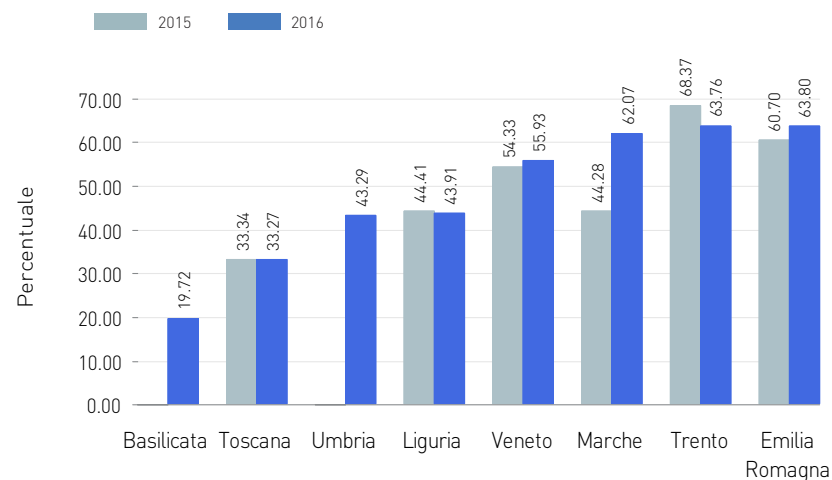
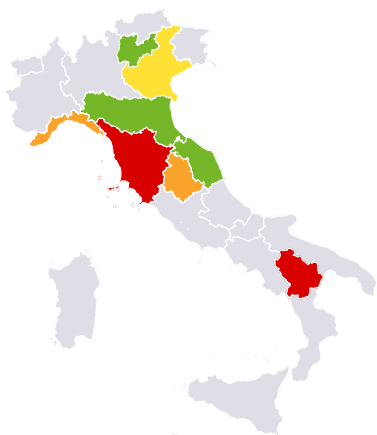
Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.



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



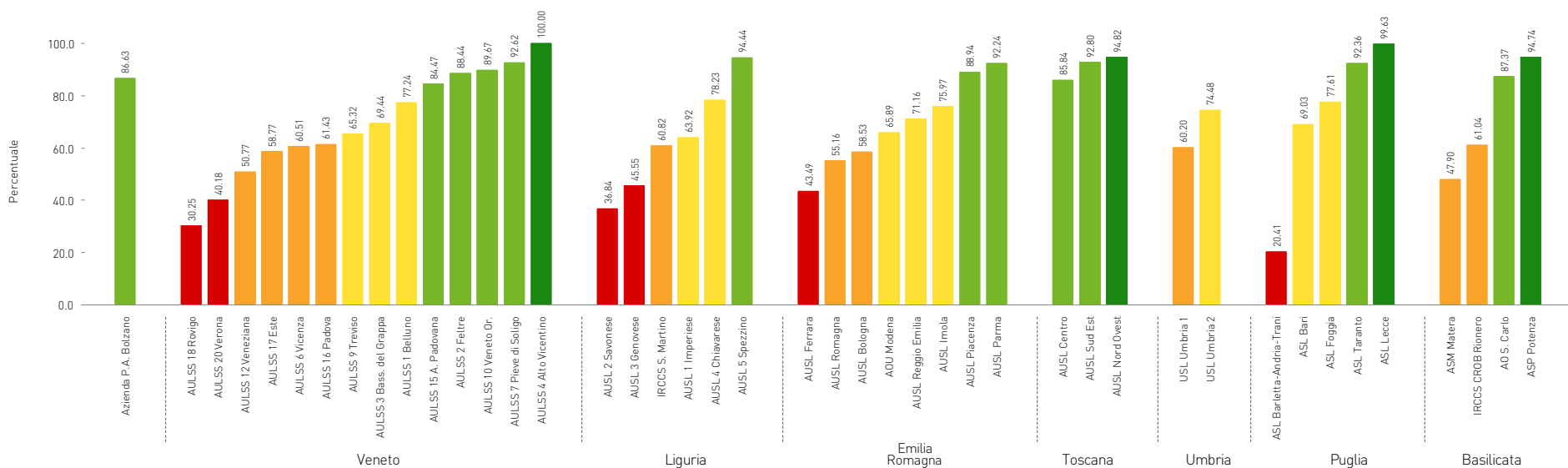
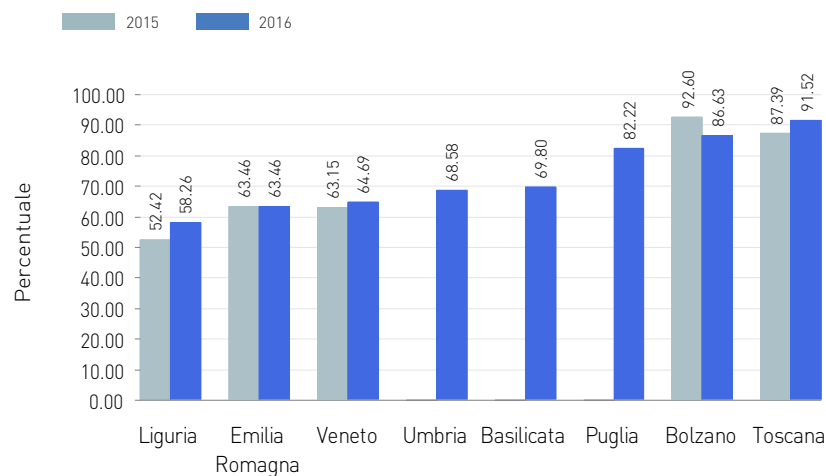
La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice). L'obiettivo dello standard è del 65% sul numero totale di deceduti per patologia oncologica [DM 43/2007].



C28.2b Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg



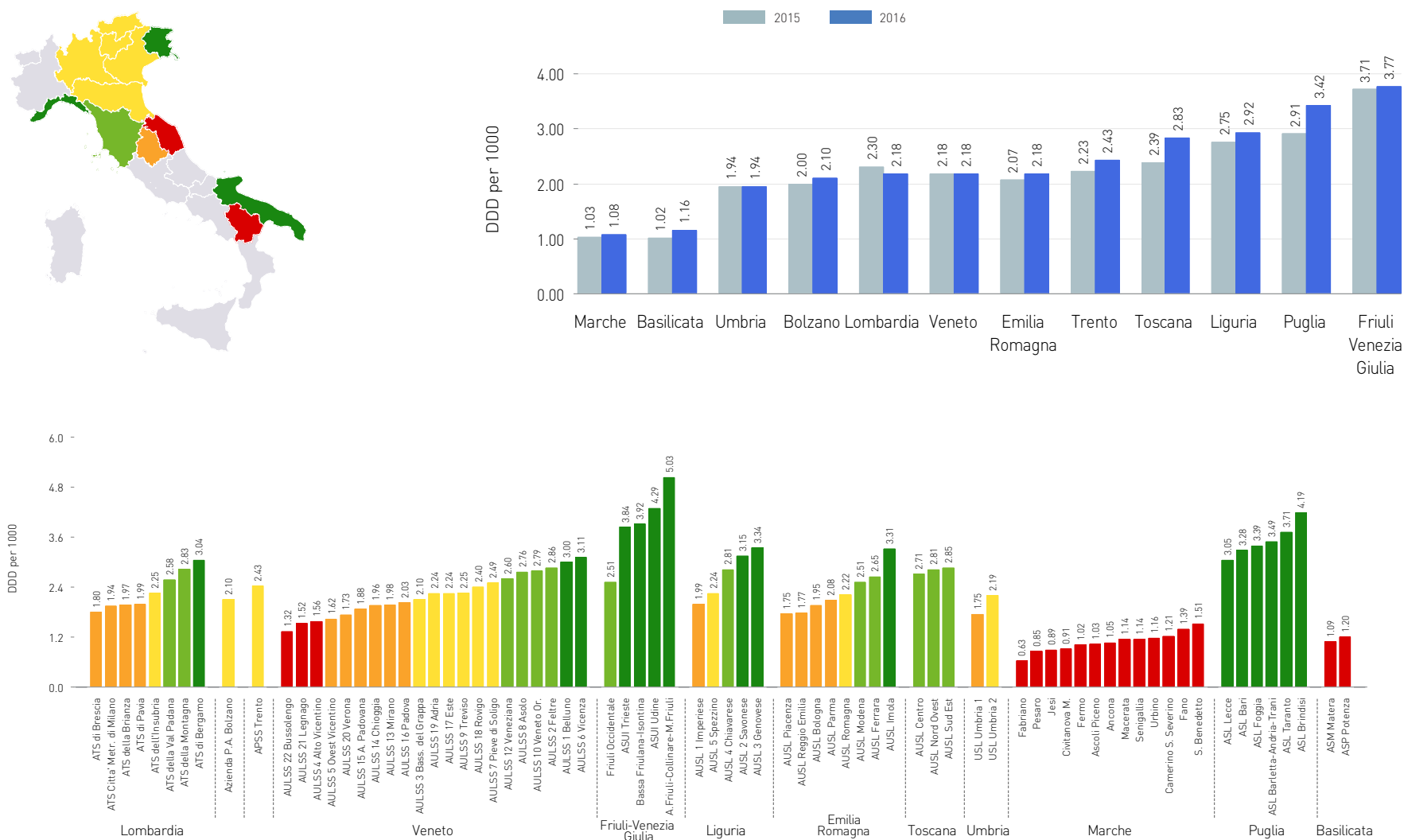
L'accesso e la presa in carico dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita da parte della rete di Cure Palliative entro 3 giorni dalla segnalazione (DM 43/2007). L'obiettivo dello standard è garantire la tempestività di accesso al ricovero in Hospice dal momento di ricezione da parte della Rete della proposta di ricovero. In caso di dimissione dall'ospedale, la data di segnalazione coincide con la data di dimissione.



B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi



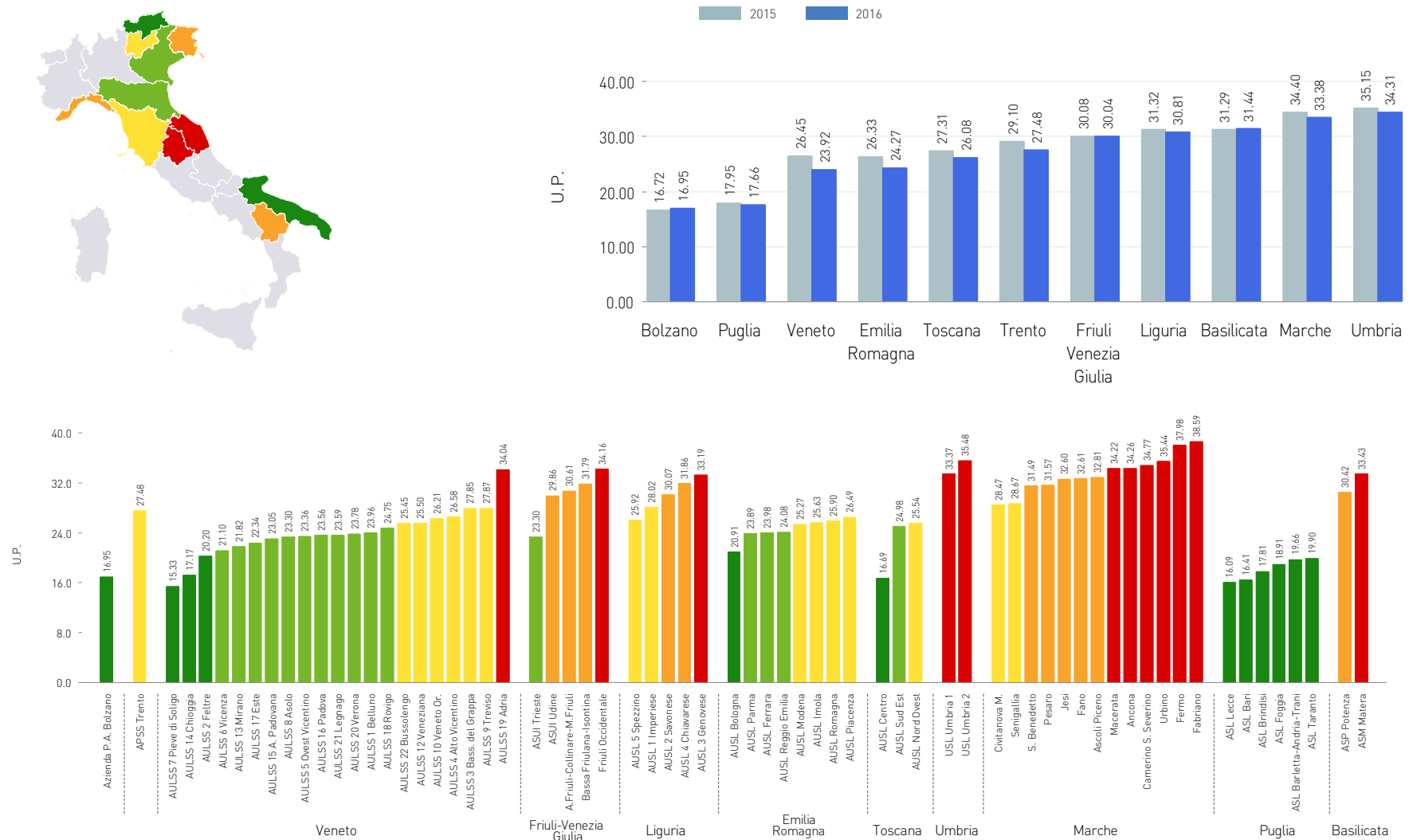
Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione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



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



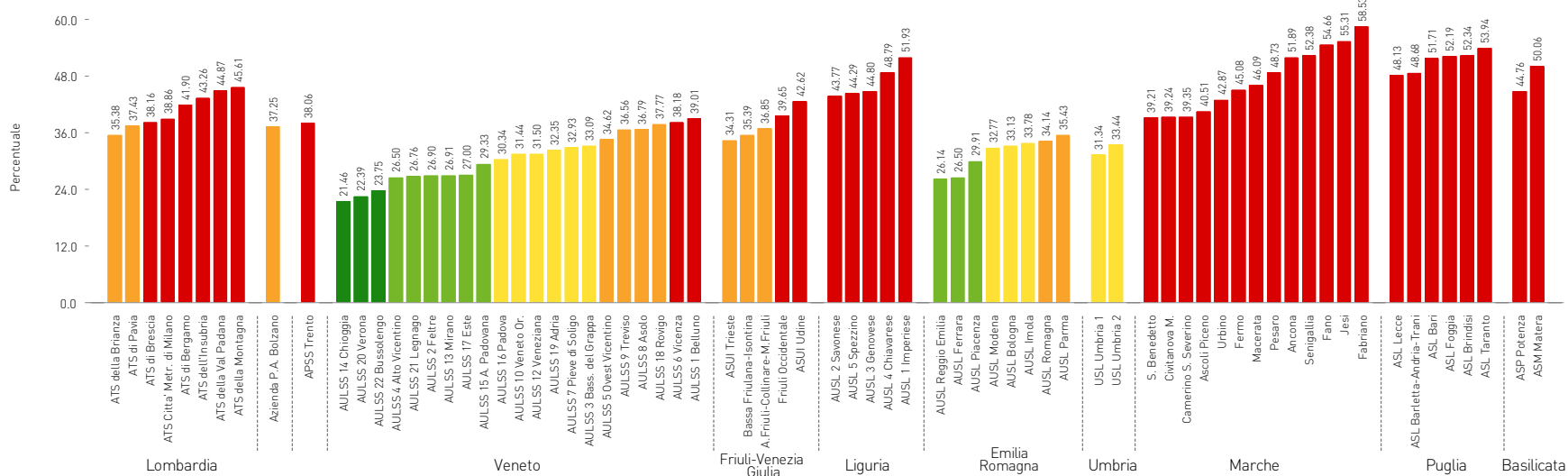
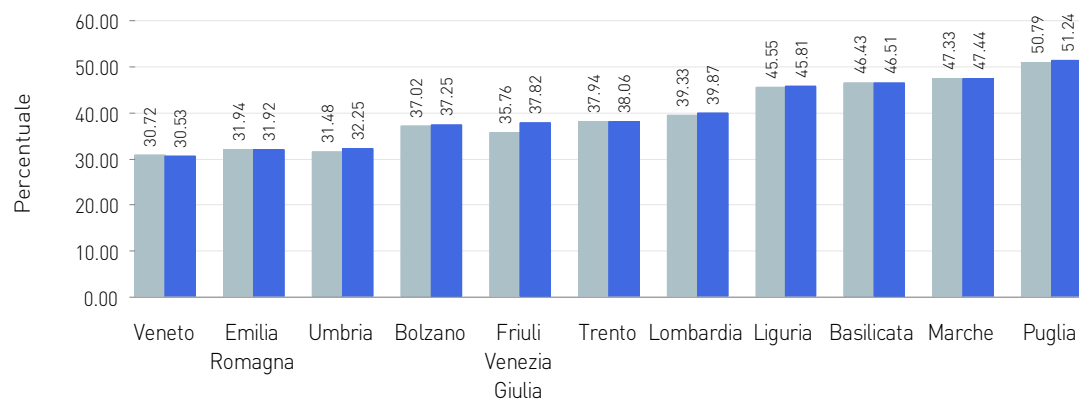
In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni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



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



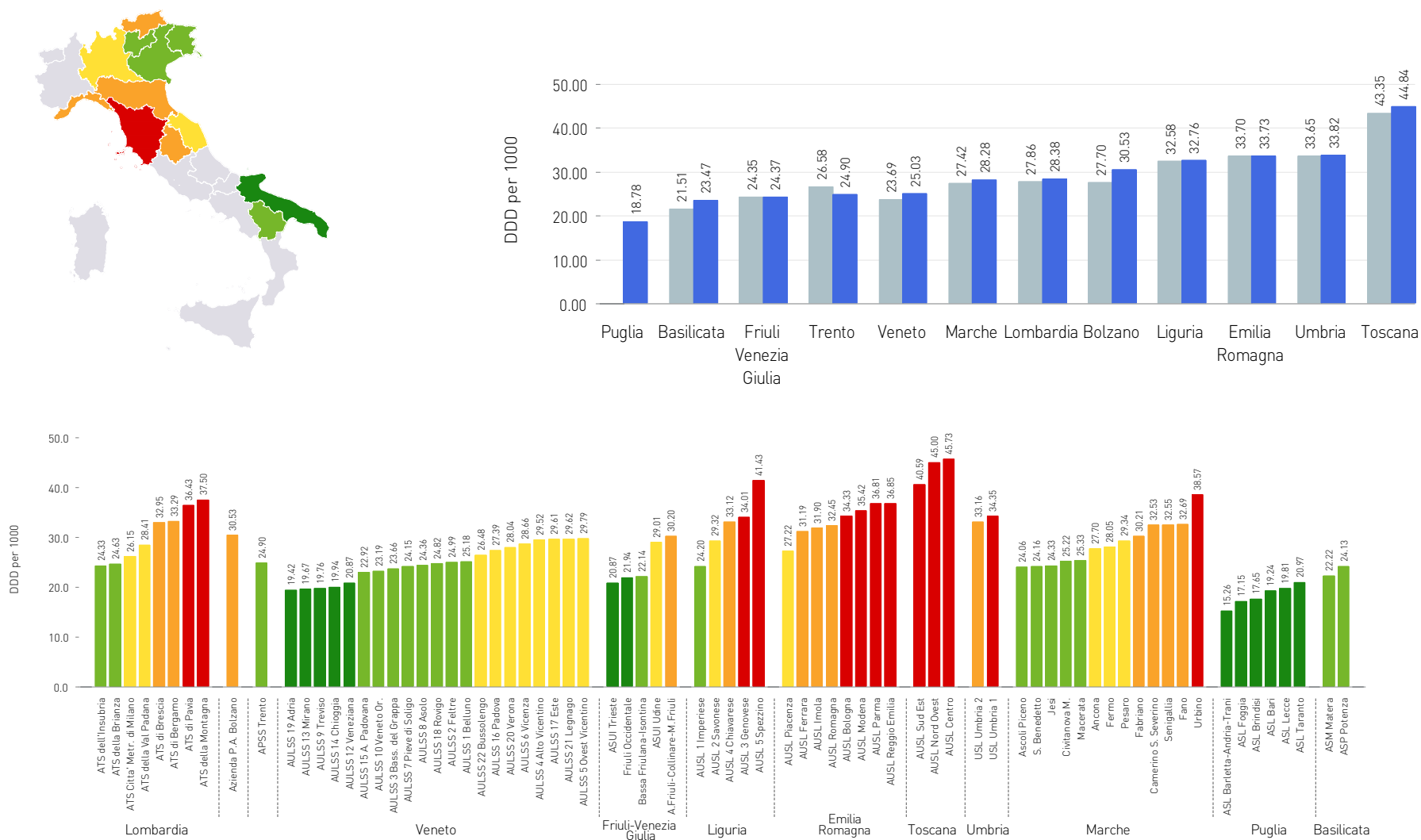
Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica,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



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



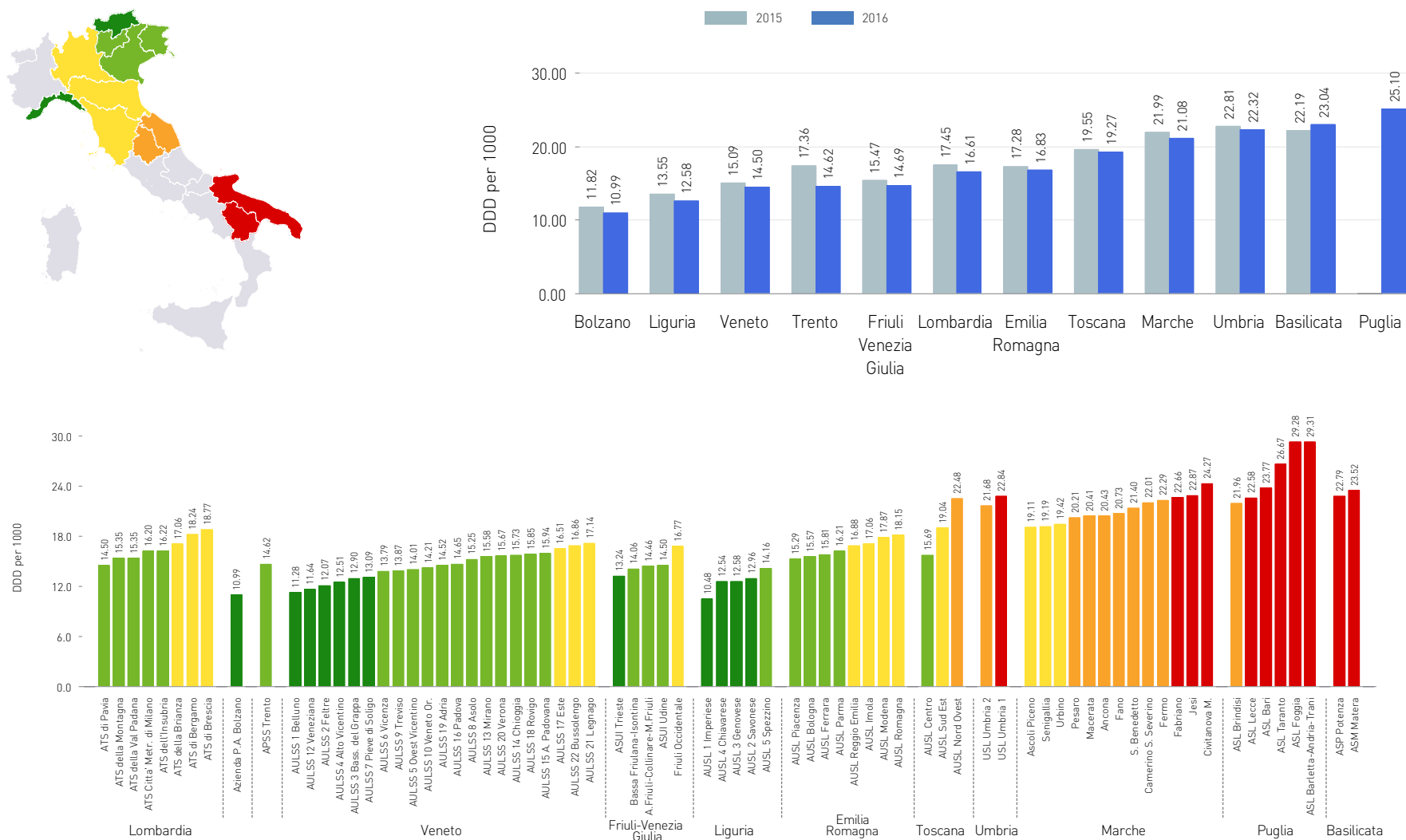
L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.



C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio



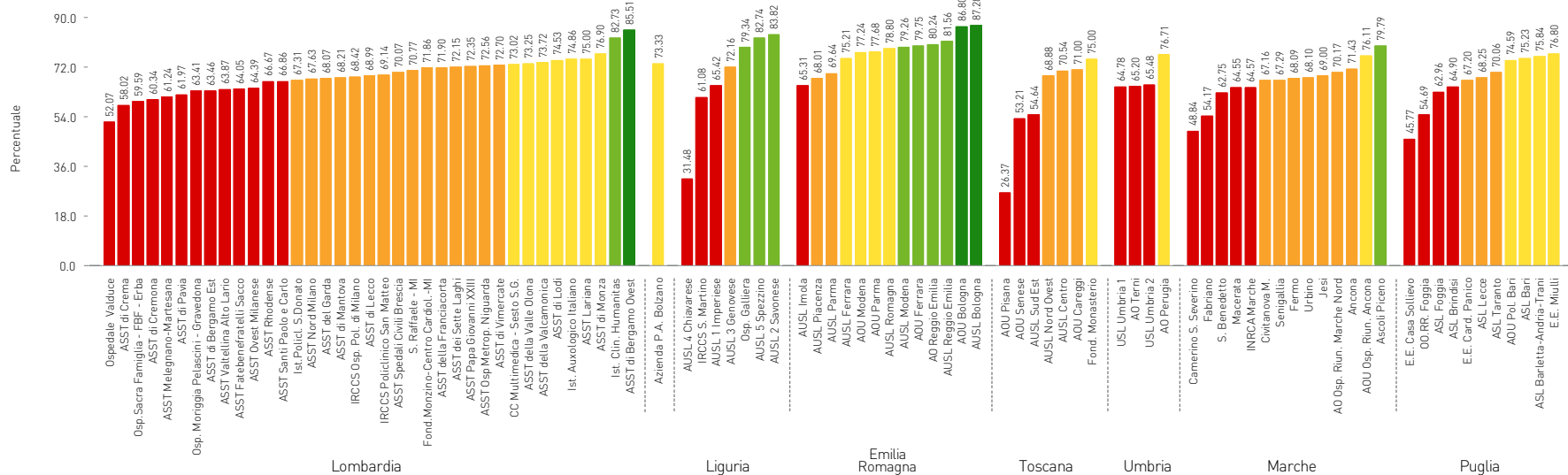
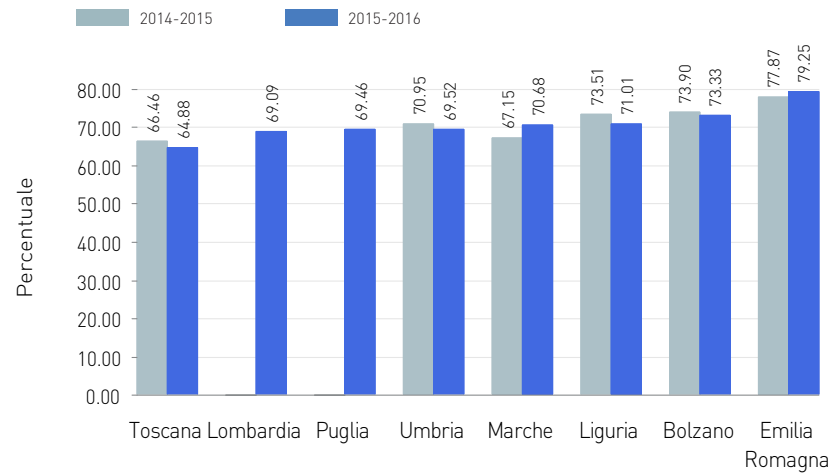
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di "superbatteri" contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci.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



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



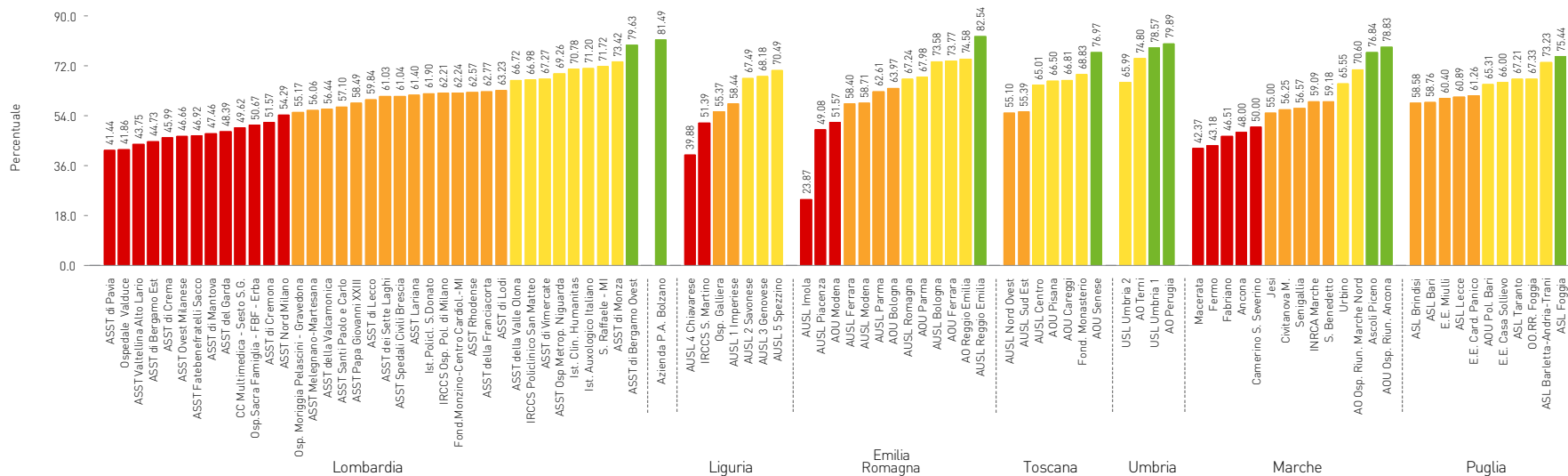
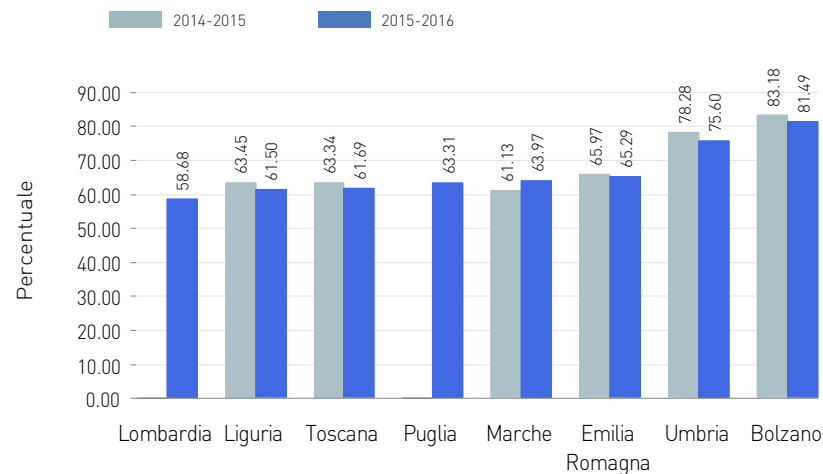
I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime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



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



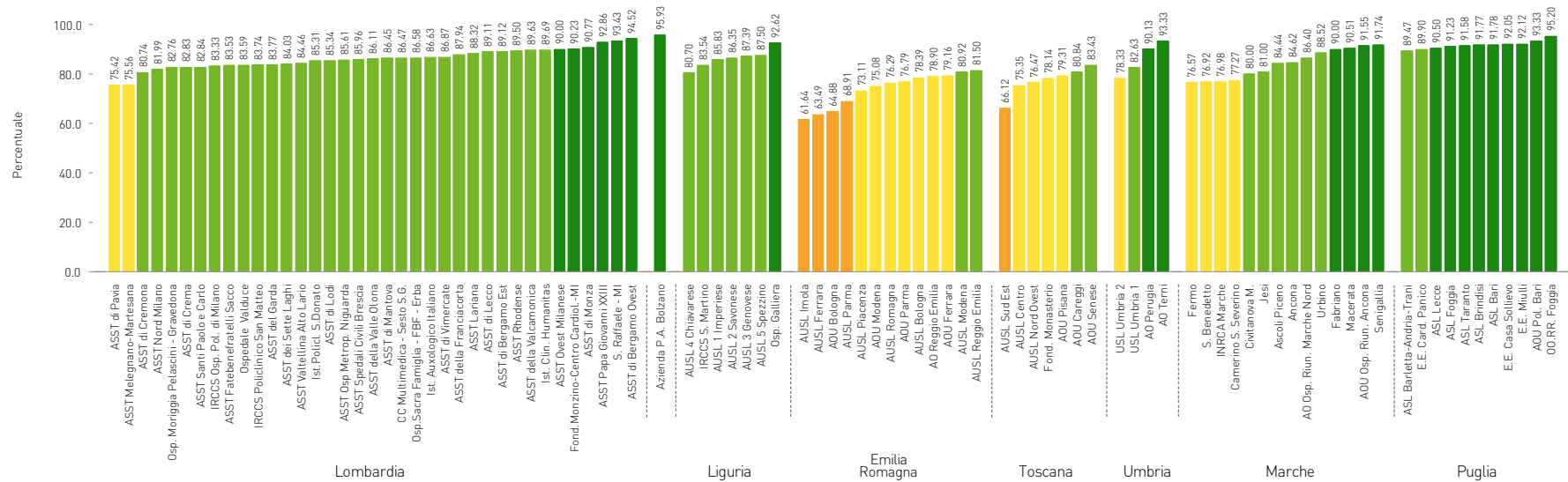
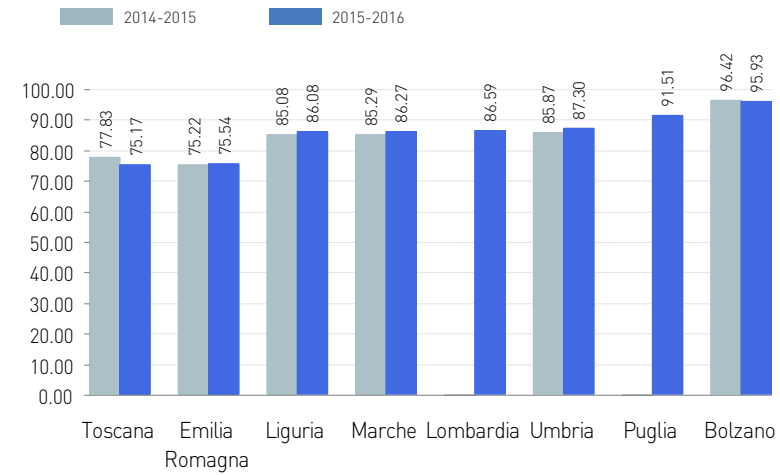
La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o Sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili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





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

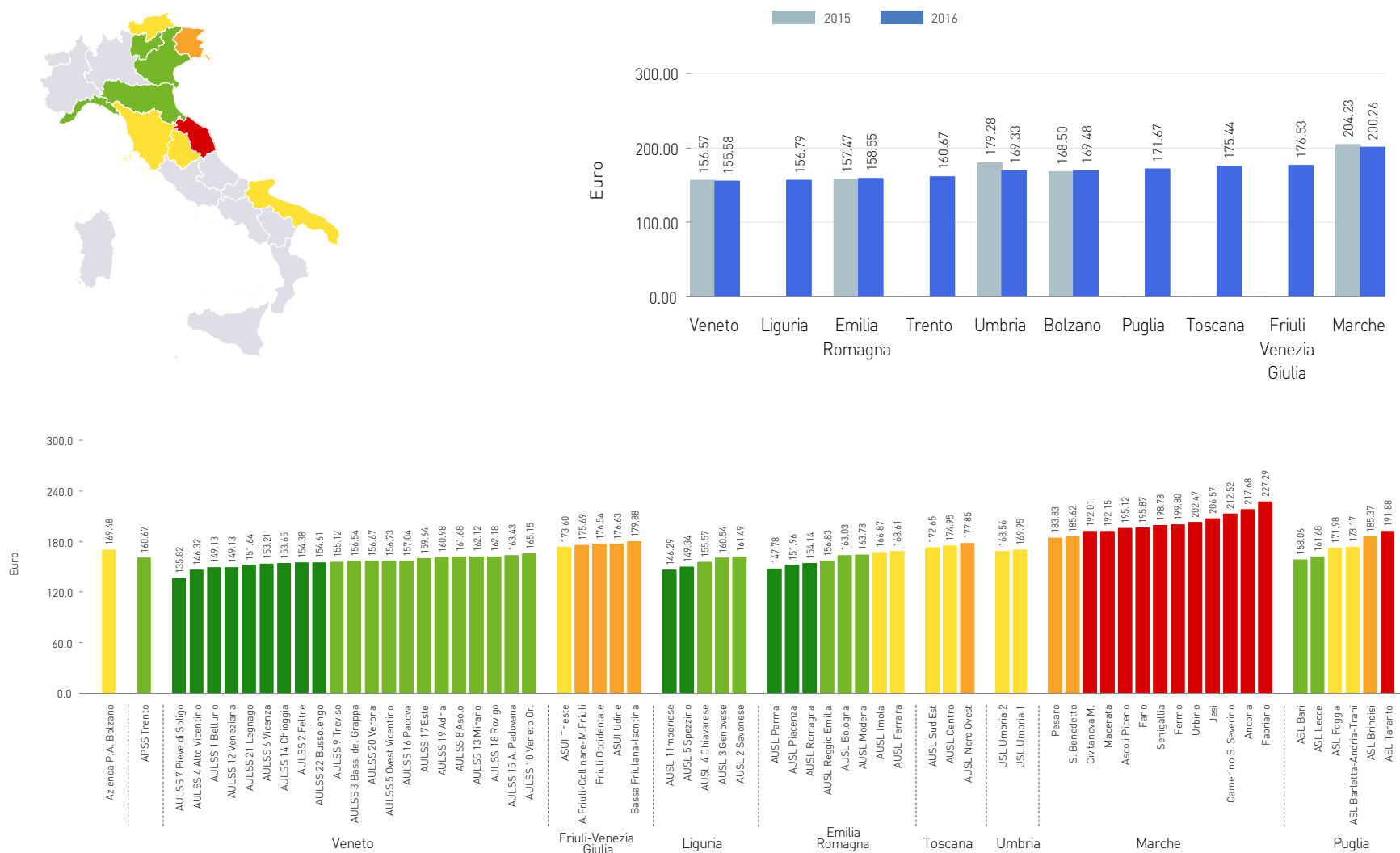
La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale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



F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite



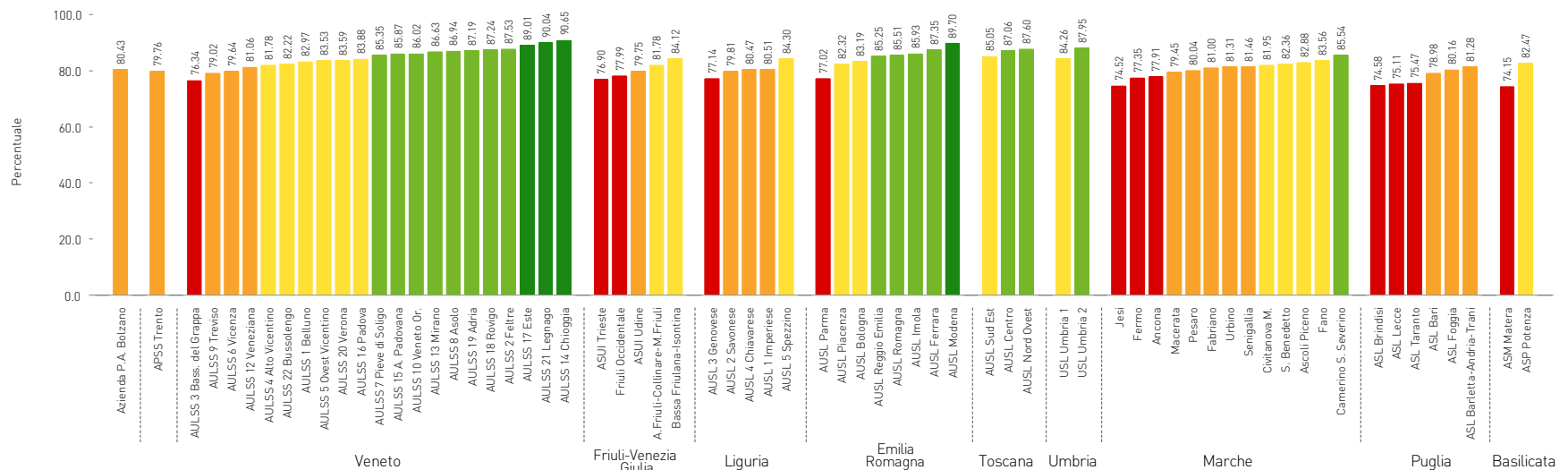
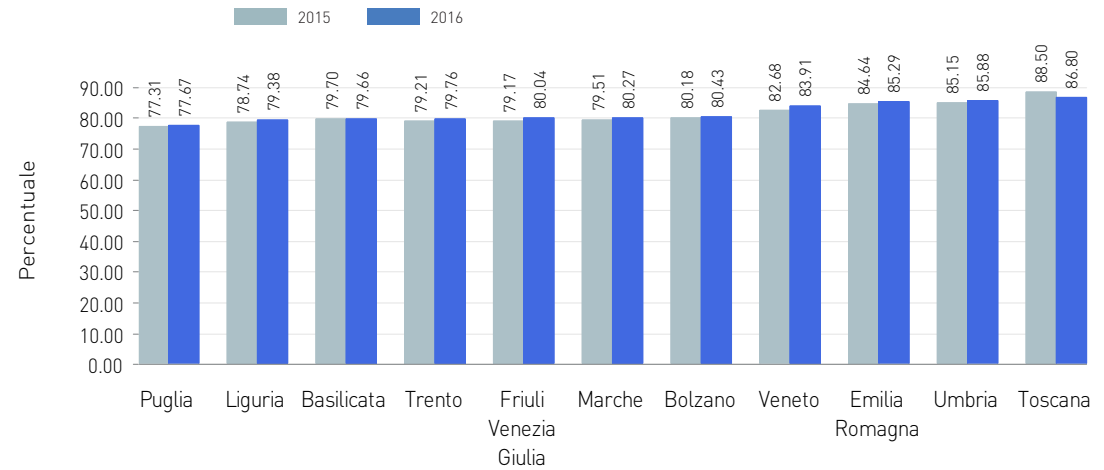
L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto.





F12a.2 Percentuale di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)

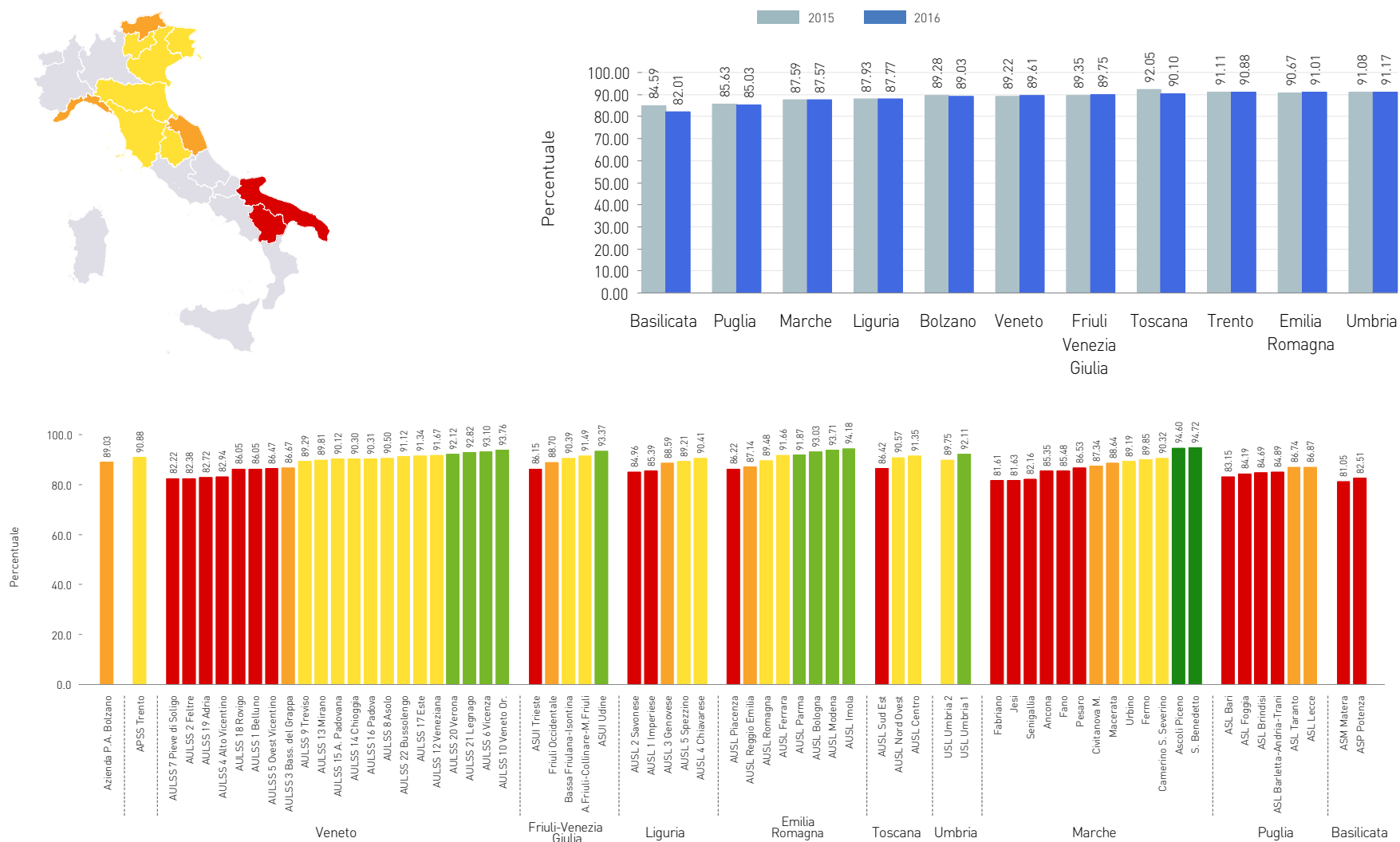
La dislipidemia è uno fra i principali fattori di rischio modificabili delle malattie a carico del sistema cardio-circolatorio in generale e di malattie coronariche, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e insufficienza renale in particolare. Considerando che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo, oltretutto la fonte di significativi costi diretti e indiretti per la loro cura e gestione, bisognerebbe intervenire precocemente con una cura farmacologica nei soggetti affetti. Il rapporto OsMed 2014 evidenzia come diversi studi di farmacoeconomia rivelino il favorevole rapporto costo-efficacia dei farmaci ipolipemizzanti, sia nella prevenzione primaria di eventi cardiovascolari che in quella secondaria. E' importante tener presente però che il raggiungimento del beneficio farmacologico è strettamente correlato sia al profilo del soggetto che all'assunzione continuativa del farmaco stesso. Fra gli ipolipemizzanti, gli inibitori della HMG CoA reduttasi (statine) si confermano al primo posto in termini di spesa, nonostante per molti di essi siano disponibili prodotti che utilizzano il principio attivo a brevetto scaduto. Sostenere e stimolare la propensione da parte dei MMG alla prescrizione di statine a brevetto scaduto rappresenta un modo per recuperare risorse - a parità di efficacia clinica - re-investibili in altri ambiti a valore aggiunto del sistema sanitario.



F12a.6 Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)



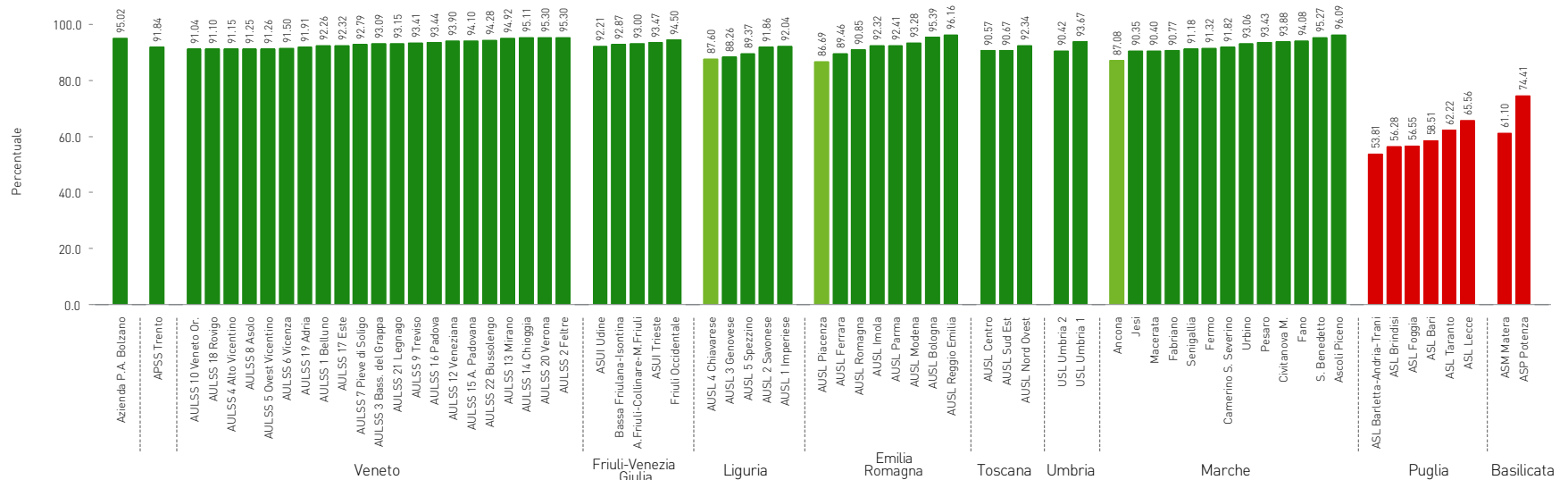
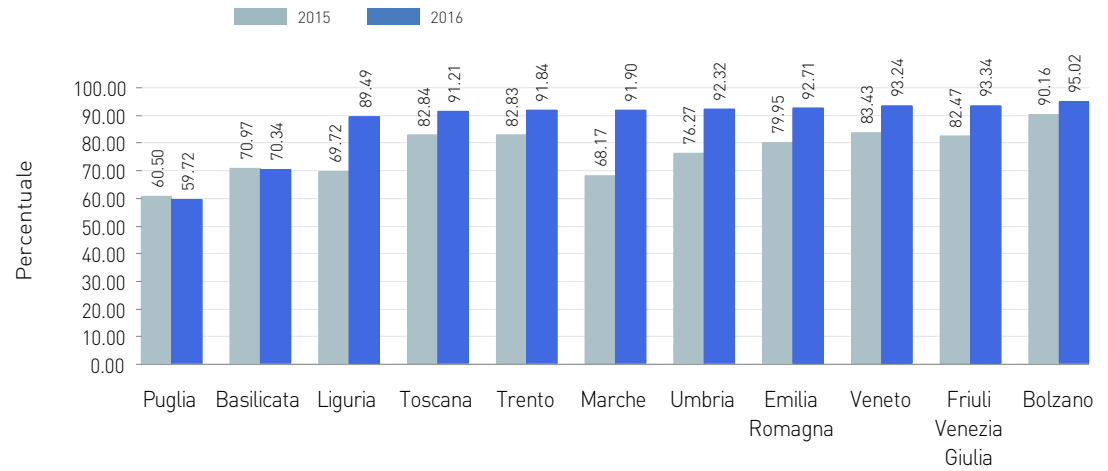
L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per malattie cardiovascolari. La spesa e i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono ai primi posti fra quelli a carico del SSN. Quanto detto diventa ancora più rilevante, sia da un punto di vista clinico che economico, se si pensa ai profili di inappropriatelyzza nella prescrizione e utilizzo di questa classe di farmaci. L'indicatore monitora la propensione da parte dei MMG alla prescrizione di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza.





F12a.7 Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)

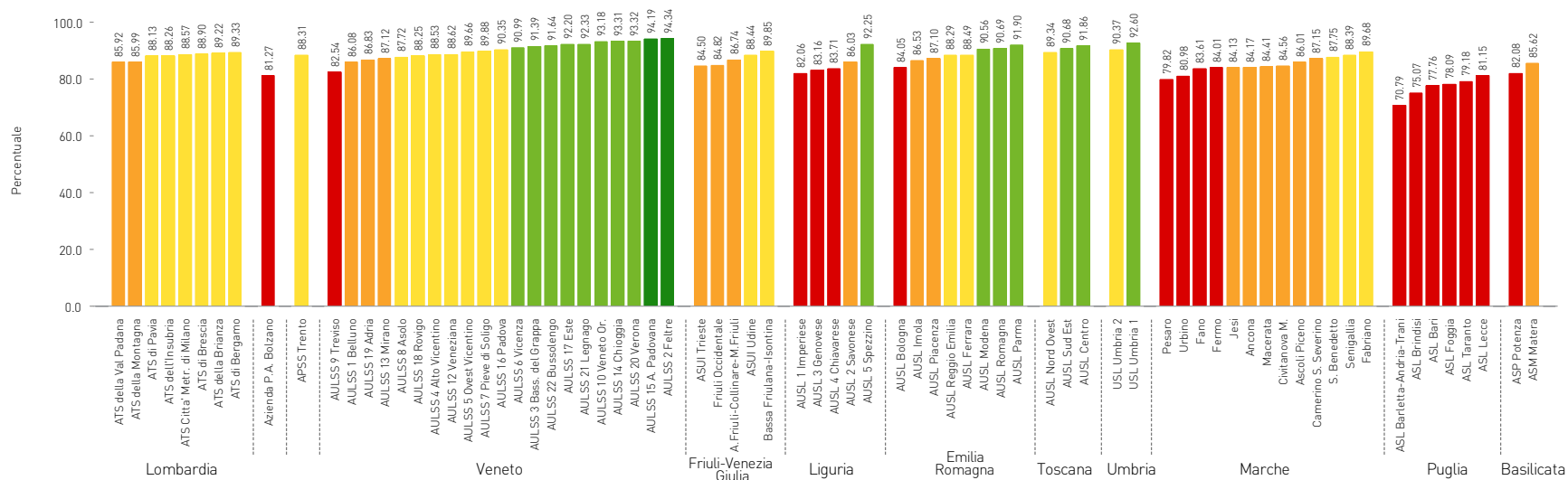
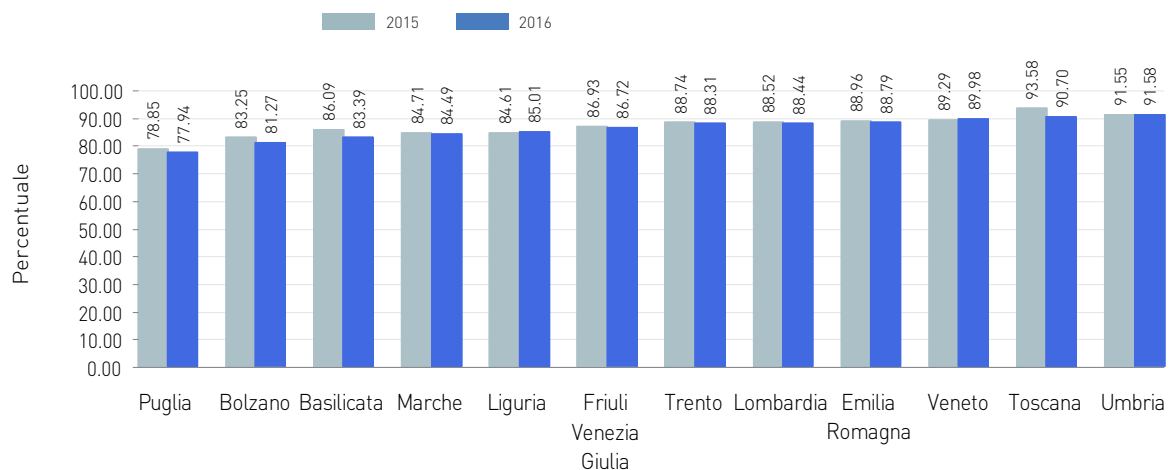
L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per malattie cardiovascolari. La spesa e i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono ai primi posti fra quelli a carico del SSN. L'indicatore monitora la propensione da parte dei MMG alla prescrizione di ACE inibitori in associazione fissa con un calcio-antagonista a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza.



F12a.9 Percentuale di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)



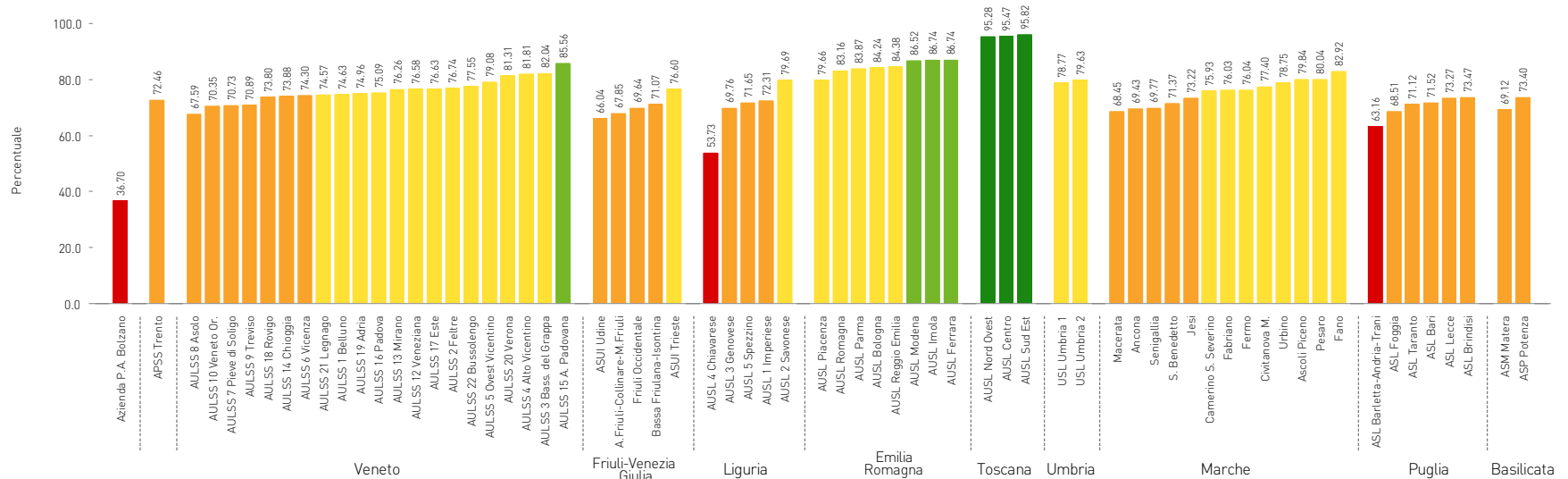
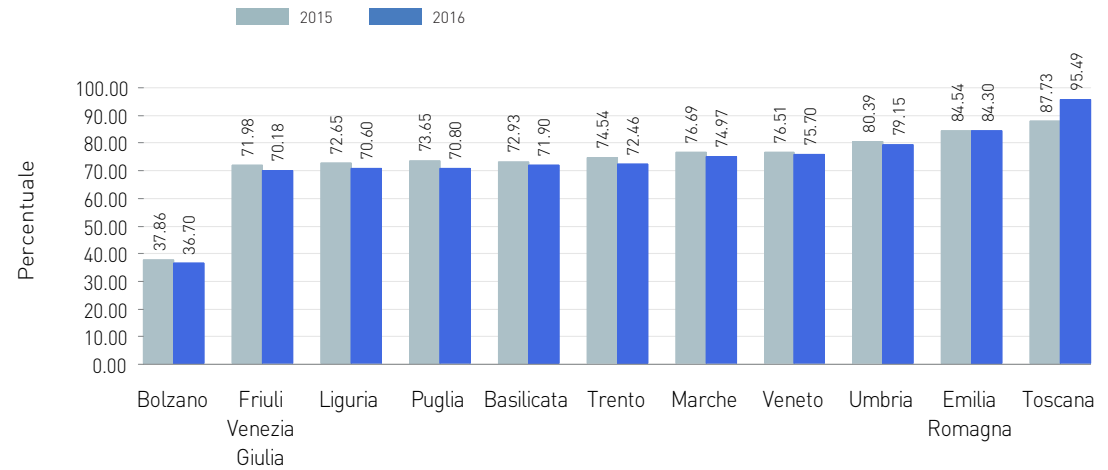
I fluorochinoloni sono antibiotici di sintesi sviluppati in risposta alle crescenti resistenze batteriche agli antibiotici. Le molecole oggi disponibili sono tutte derivati strutturali dell'acido nalidixico. I fluorochinoloni di seconda generazione presentano caratteristiche vantaggiose quali l'ampio spettro d'azione, l'eccellente biodisponibilità, la penetrazione tissutale, le prolungate emivite e i limitati effetti collaterali. Secondo previsioni ottimistiche, avrebbero dovuto rappresentare una delle classi di antibiotici più interessanti dal punto di vista dello spettro antibatterico ma, alla prova dei fatti, la velocità di resistenza batterica a questa classe di antibiotici è diventata uno dei più grossi svantaggi, assieme al costo elevato. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su fluorochinoloni a brevetto scaduto.





F12.11a Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

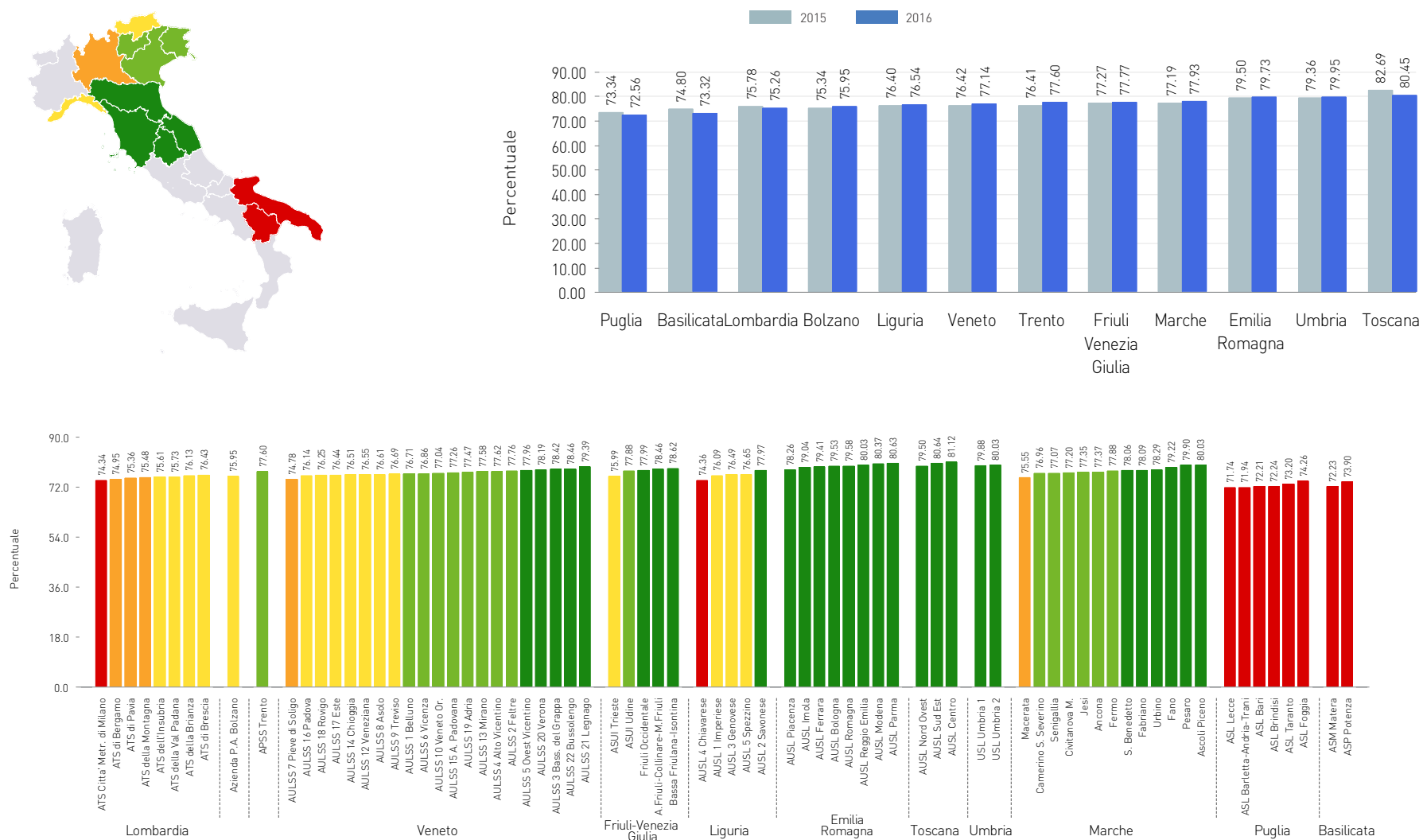
Gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II, più comunemente noti come sartani, rappresentano una classe di farmaci ad azione antiipertensiva che agiscono sul sistema renina angiotensina, con meccanismo diverso rispetto agli ACE-inibitori. Gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II bloccano direttamente il recettore all'angiotensina II, indipendentemente dalla via metabolica di formazione del peptide. L'interesse verso i sartani nasce dall'elevata specificità di questi composti che dovrebbe permettere di superare i problemi conseguenti all'accumulo di peptidi bioattivi, problemi che invece possono manifestarsi con l'utilizzo degli ACE-inibitori. Raccomandazioni correnti suggeriscono l'uso di antagonisti dei recettori dell'angiotensina nel trattamento dello scompenso cardiaco in pazienti che non tollerano l'ACE-inibitore o la cui risposta agli ACE-inibitori risulta insoddisfacente. Le raccomandazioni correnti sottolineano parimenti quanto un corretto bilancio fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica. A tale scopo, quindi, bisognerebbe privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto.



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



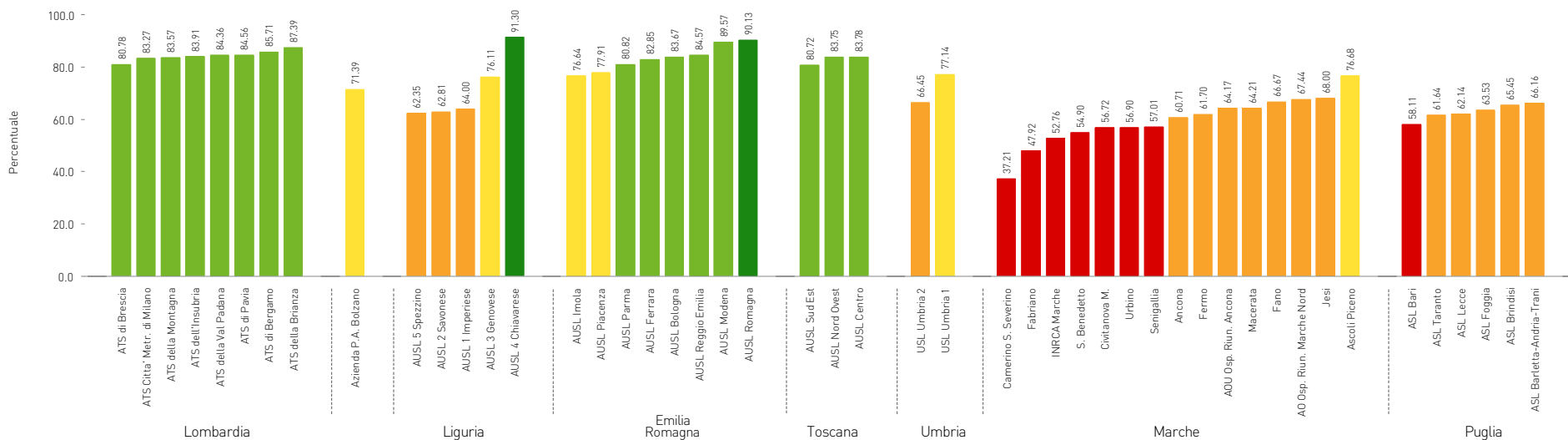
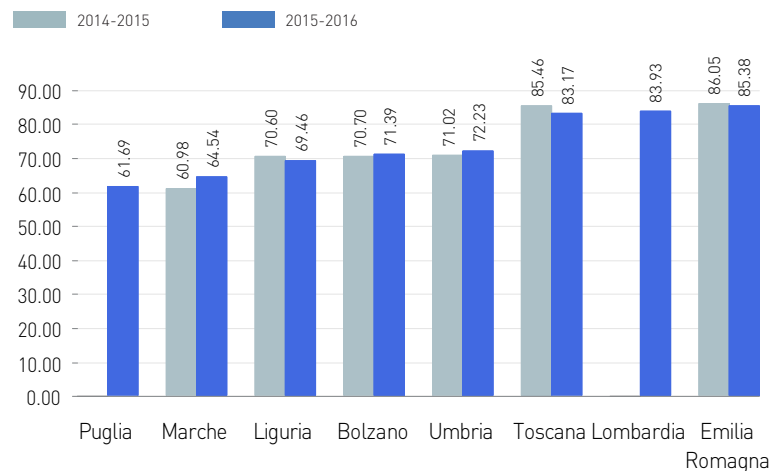
Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo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



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



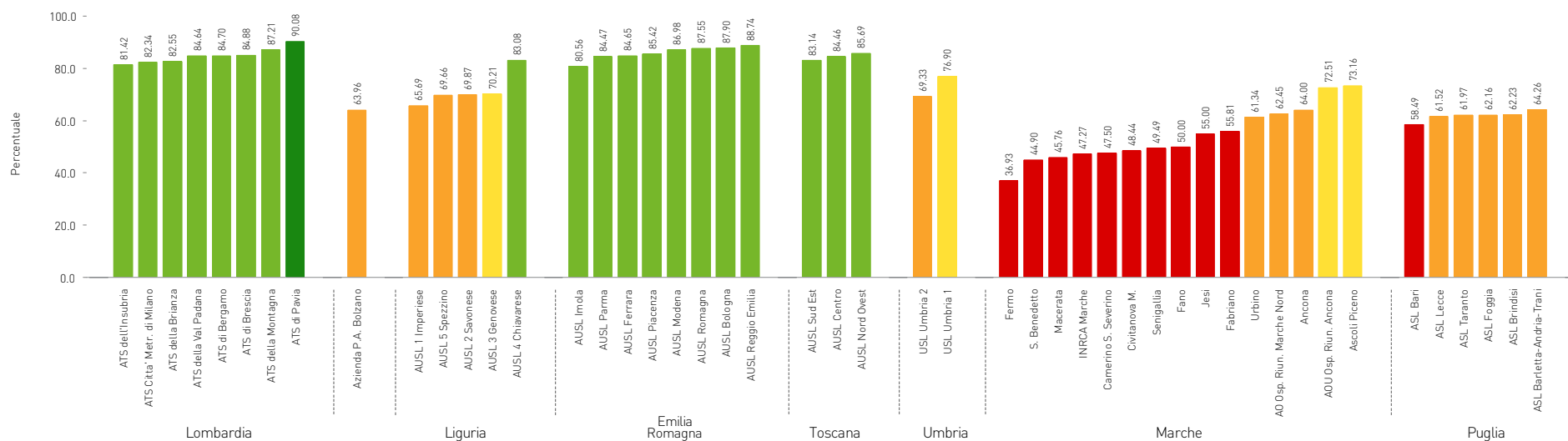
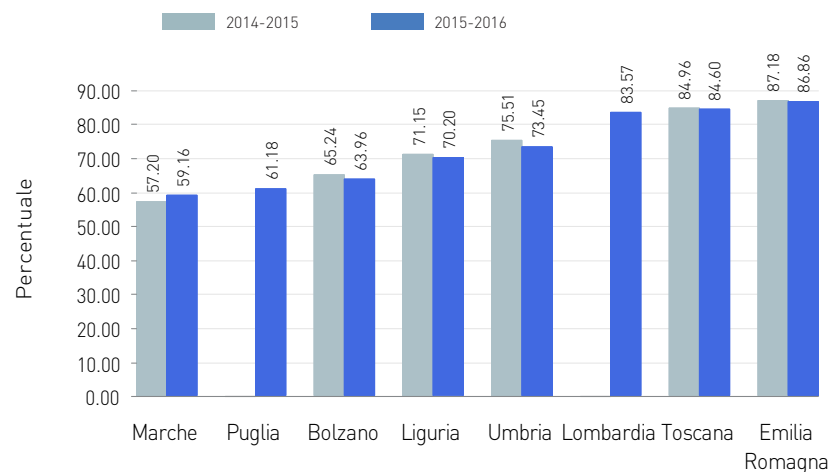
L'infarto miocardico acuto (IMA) è uno fra i più gravi eventi patologici a carico del sistema cardiovascolare. L'IMA si presenta a seguito di un'ischemia acuta che si dilunga nel tempo per un periodo maggiore di quindici-venti minuti e che causa danni permanenti al cuore. Nel nostro Paese circa 120-130.000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



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



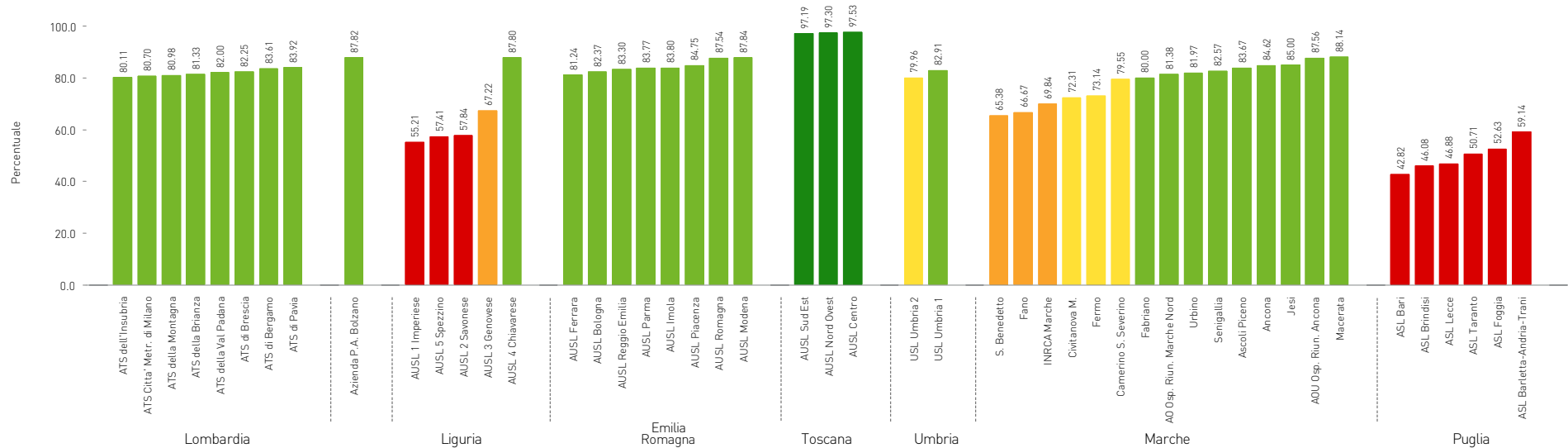
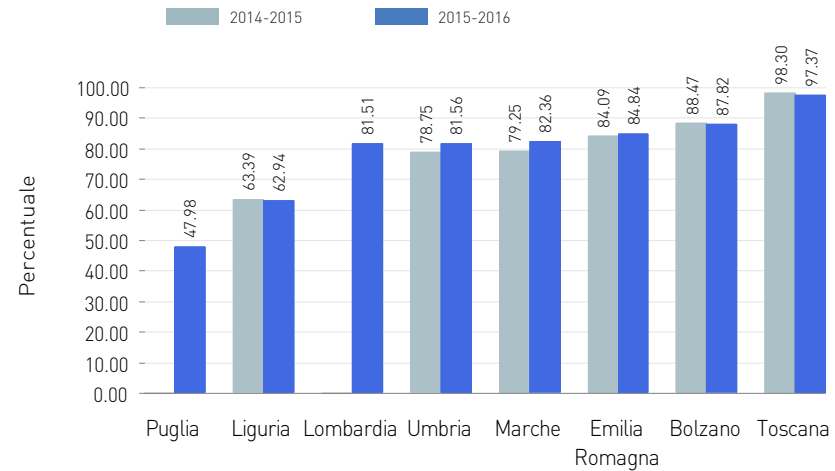
L'obiettivo alla base degli approcci farmacologici che vengono intrapresi in seguito ad infarto miocardico acuto (IMA) è il prevenire nuovi eventi vascolari. Il corredo farmacologico della terapia post-infarto si è negli ultimi anni arricchito degli ACE-inibitori (o Sartani), oltre agli antiaggreganti,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





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

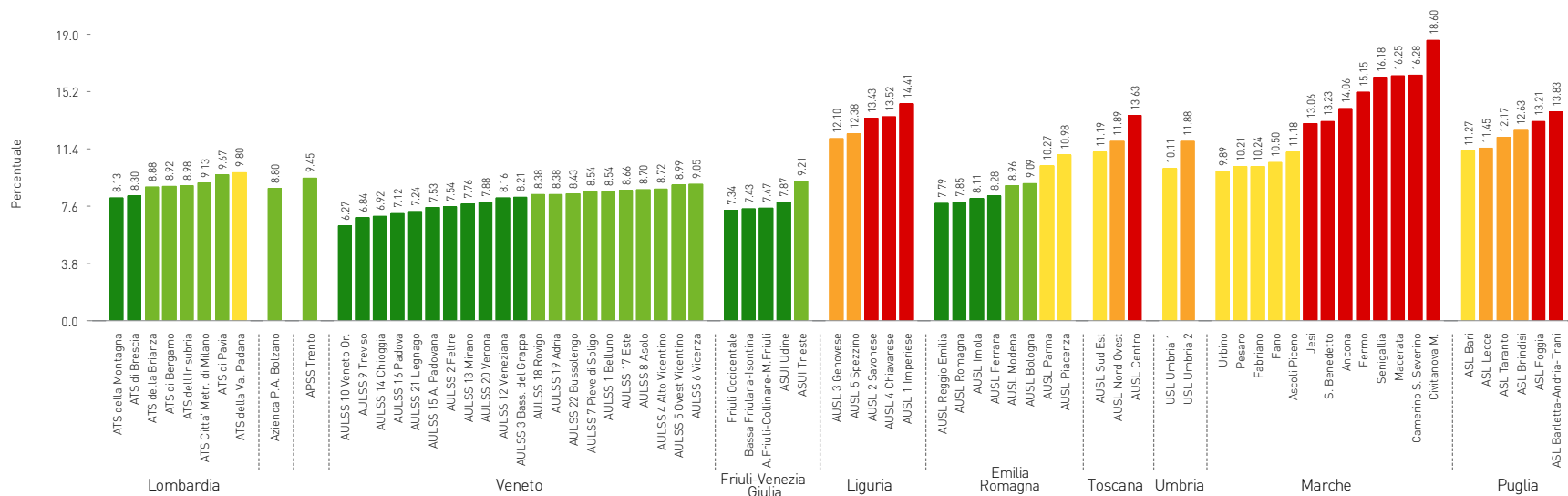
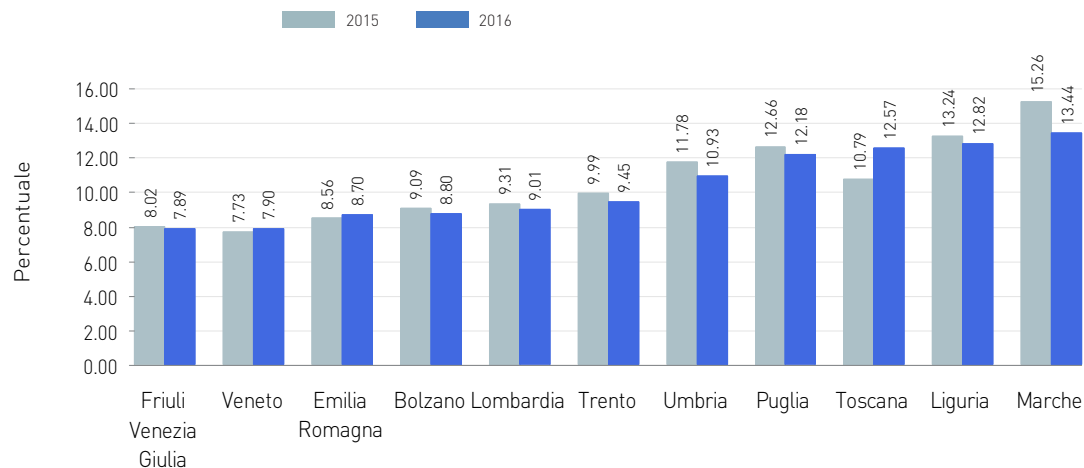
L'infarto del miocardio, tra cui l'evento acuto (IMA), rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità nel mondo occidentale. La popolazione colpita è destinata a crescere, con l'aumento dell'età media della popolazione e il profilo di rischio dei pazienti è sempre più complesso. Il miglioramento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



C9.2 Percentuale di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)



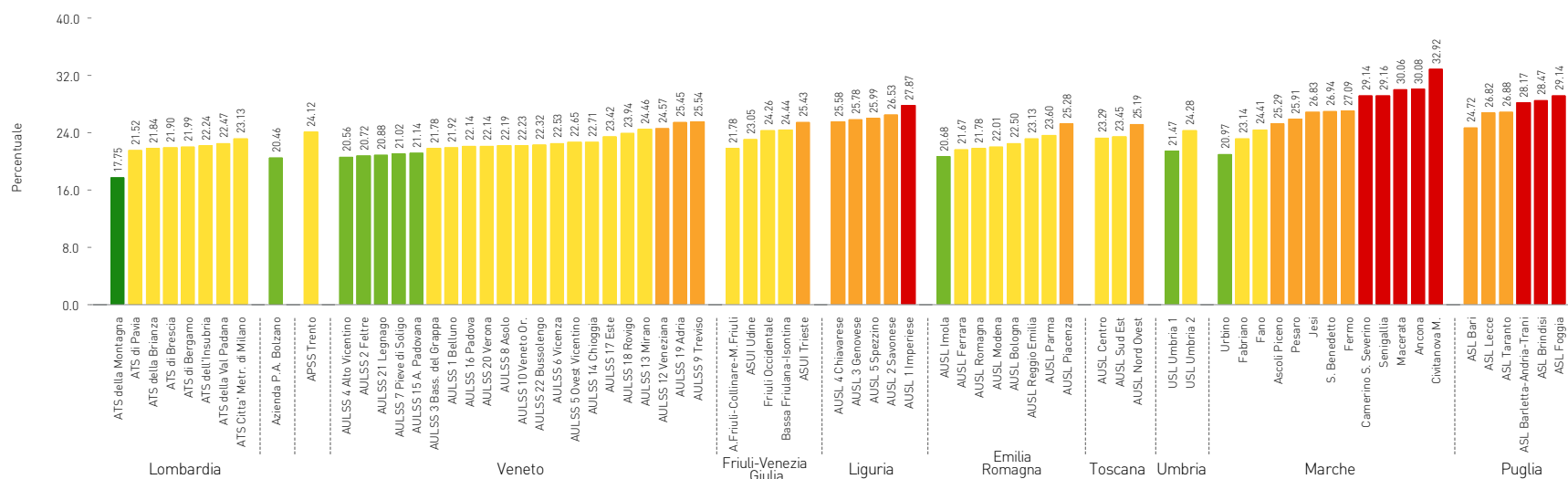
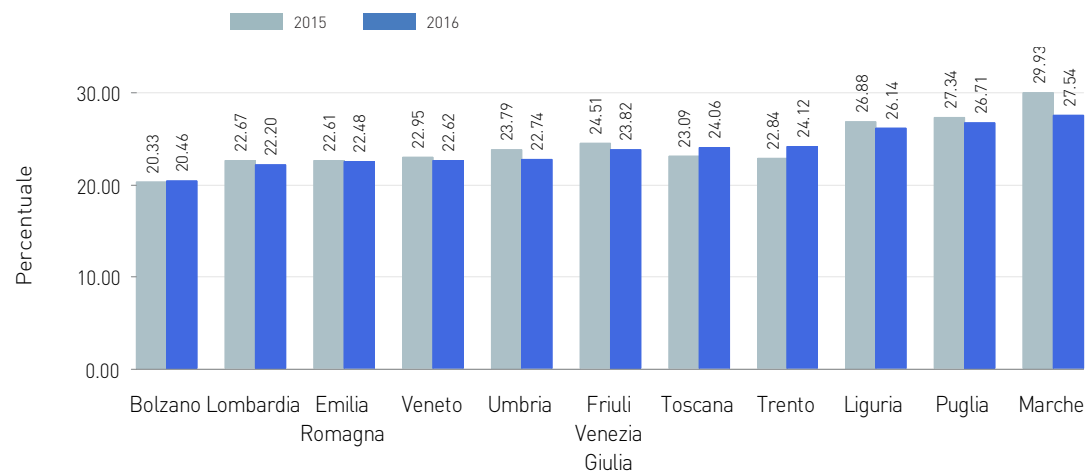
La terapia con statine - che sono tra i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo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



BIBLIOGRAFIA

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

- Health Canada (2001), Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, Bollettino della Società Filosofica Italiana, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, Progetto SIVEAS, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- Mazzoleni, F., et al. (2011), *Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale*, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5: 11-16
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", NIH Consensus Statement, September 14-16, <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>
- Nutbeam D. (1998), "Health promotion glossary", in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364
- Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in Baraldi S. (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", *Salute e Territorio*, n. 158, n. 1, pp. 303-306
- Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", *International Journal of Integrated Care*, 16(2)
- Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento*, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), *I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto. Report 2016*, Pisa, Pacini Editore
- Nuti S., Macchia A. (2005), "The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities", in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis, London
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- OECD (2016), *Engaging Public Employees for a high performing civil service*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)

- OHA (2006), The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal – Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20 Politecnico di Milano (2016), *Osservatorio Mobile & App Economy*
- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 2: 186-196
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), *Rapporto Osservasalute 2004*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), *Rapporto Osservasalute 2009*, Osservasalute, Roma
- Rosselli Del Turco M. et al. (2010), "Quality Indicators in Breast Cancer Care", *European Journal of Cancer* 46(13):2344-56
- Rojas D., Seghieri C., Nuti S. (2014), "Organizational climate: Comparing private and public hospitals within professional roles", *Suma De Negocios*, 5(1): 10-14
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzini I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J., Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5): 426-434
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8.
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.0000000000000164
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra razionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*, 7(4): 20-28
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and restarting in patients on statin treatment: prospective open cohort study using a primary care database", *BMJ*; 353:i3305
- Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J.Jr. (2005), "The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review", *Agency for Healthcare Research and Quality*, Rockville (MD)
- White B.A., Biddinger P.D., Chang Y., Grabowski B., Carignan S., Brown D.F.M. (2013), "Boarding Inpatients in the Emergency Department Increases Discharged Patient Length of Stay", *The Journal of Emergency Medicine*, 44, 1: 230-235
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (1991), *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html

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 (www.santannapisa.it/it/produzione-scientifica). Di seguito una selezione dei principali contributi:

- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics in uence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3): 247-260
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", *International Journal of Integrated Care*, 16(2)
- Nuti S., Grillo-Ruggieri T., Podetti S. (2016), "Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions", *BMJ Open*, 6:e011426
- Nuti S., Seghieri C. (2014), "Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy", *Health Policy*, 114 (2014): 71-78
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. (2012), "Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience", *The Journal of Management and Governance*, May 2012
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, 53(3): 182-198
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, 95(2-3): 137-143
- Nuti S., Vainieri M., Vola F. (2017), "Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare", *Public Money and Management*, 2017, 37(4): 277-284
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2016), "Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy", *Health Economics, Policy and Law*, 11(1): 17-38
- Vainieri M., Vola F., Soriano G.G., Nuti S. (2016), "How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions", *Health Policy*, 120(11): 1270-1278
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.0000000000000164

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

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

[Innovazione e management in sanità](#), edito da Il Mulino.

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

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

[Creare valore in sanità](#), edito da ETS.

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

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

[Quaderni](#), editi da Polistampa

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

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

Report realizzato su carta NAUTILUS®.
NAUTILUS® Classic is the ecological 100% postconsumer recycled paper. It combines the stringent Blue Angel environmental profile with pleasant medium whiteness and in addition it is EU Ecolabel certified. This 100% recycled paper is optimized for trouble free printing and copying and is available in different grammages and formats.



Pacini Editore

Via Alessandro Gherardesca, 1, 56121 Pisa Ospedaletto PI
www.pacinieditore.it - info@pacinieditore.it
Finito di stampare nel mese di novembre 2017

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

