

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Report 2014





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

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

**REPORT 2014**

A cura di Sabina Nuti, Federico Vola, Pietro Amat

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

© Copyright 2015 Laboratorio MeS

ISBN 978-884674389-3



---

## IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

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

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

*Coordinamento operativo:* Pietro Amat

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

*La valutazione delle strategie regionali:* Sara Barsanti, Laura D’Amato, Nicola Iacovino, Bruna Vinci

*La valutazione socio-sanitaria:* Francesco Attanasio, Sara Barsanti, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Gianluca Cafagna, Laura D’Amato, Giuseppe D’Orio, Tommaso Grillo Ruggieri, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Giorgio Presicce, Valentina Rosellini, Chiara Seghieri, Chiara Speroni, Federica Vasta, Bruna Vinci

*La valutazione esterna:* Maria Sole Bramanti, Federica Vasta

*La valutazione dell’efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria:* Cristiana Bettelli, Laura D’Amato, Fabio Fagioli, Milena Vainieri

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

**Regione Calabria:** Giacomino Brancati, Roberto Cosentino, Adele De Francesco, Giuseppe Procopio, Maria Giovanna Spada, Rosalba Barone, Massimo Scura.

**Regione Emilia-Romagna:** Kyriakoula Petropulacos, Eleonora Verdini, Stefano Sforza, Chiara Ventura, Sergio Battaglia, Camilla Lupi, Silvana Borsari, Vittorio Basevi, Marilia Maci, Lucia Nironi, Aurora Puccini, Ilaria Mazzetti, Alba Carola Finarelli, Rossana Mignani, Priscilla Sassoli De Bianchi, Antonio Brambilla, Andrea Donatini, Mila Ferri, Alessio Saponaro, Maria Teresa Montella, Maria Vizioli, Rossana DePalma, Giuliano Carrozzini, Lara Bolognesi, Davide Ferrari, Adriana Giannini.

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

**Regione Lazio:** Massimo Arcà, Diego Baiocchi, Francesco Chini, Maurizio Di Giorgio, Lorella Lombardozi, Alessandro Natali, Paolo Papini, Danilo Fusco, Marina Davoli, Flori Degrassi.

**Regione Liguria:** Francesco Quaglia, Franco Bonanni, Domenico Gallo, Gabriella Paoli, Roberto Carloni, Claudio Castagneto, Ilaria Cremonesi, Alessandra Moisello, Enrica

Orsi, Susanna Rivetti, Marco Russo, Sergio Schiaffino, Camilla Sticchi, Germana Torasso, Sergio Vigna, Bruno Buonopane, Marco Manoni, Carlo Olivari, Roberto Oneto, Laura Perini, Paolo Romairone, Maria Franca Tomassi.

**Regione Lombardia:** Monica Arivetti, Marcello Borri, Danilo Cereda, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Monica Ludergrani, Daniela Nicolosi, Maurizio Bersani, Luca Merlino, Walter Bergamaschi.

**Regione Marche:** Paolo Aletti, Christian Bogino, Lucia Di Furia, Daniel Fiacchini, Cristina Mancini, Alberico Marcobelli, Liana Spazzafumo, Nadia Storti, Giuliano Tagliavento.

**P.A. Bolzano:** Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Emanuele Cagol, Antonio Fanolla, Siegfried Gutweniger, Roberto Picus, Sabine Weiss, Paola Zuech.

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

**Regione Puglia:** Vito Bavaro, Lucia Bisceglia, Francesco Latino, Vito Petrarolo, Ettore Attolini, Anna Salvatore, Benedetto Pacifico.

**Regione Sardegna:** Maria Antonietta Palmas, Rosanna Porcu, Antonello Antonelli, Giuseppe Sechi.

**Regione Toscana:** Loredano Giorni, Valtere Giovannini, Daniela Matarrese, Lorenzo Pescini, Monica Piovi, Carla Rizzuti, Lorenzo Roti, Riccardo Tartaglia, Barbara Trambusti, con la collaborazione dell’Agenzia Regionale di Sanità, dell’Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica e dell’Istituto Toscano Tumori.

**Regione Umbria:** Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Ombretta Checconi, Marcello De Giorgi, David Franchini, Maria Donata Giaimo, Mariangela Rossi, Milena Tomassini, Donatella Bosco, Simona Guzzo.

**Regione Veneto:** Domenico Mantoan, Simona Bellometti, Diego Bonifaci, Mauro Bonin, Francesco Bortolan, Romina Cazzaro, Daniele Donato, Paola Facchin, Angela Grandis, Daniela Perin, Valentina Pietrobon, Stefano Rocco, Francesca Russo, Mario Saugo, Elena Schievano, Giovanna Scroccaro, Susanna Zardo.

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

|   |            |   |            |
|---|------------|---|------------|
| <b>Introduzione</b>   | <b>7</b>   |   |            |
| <b>Metodologia e rappresentazione dei risultati</b>           | <b>13</b>  |   |            |
| <b>I bersagli</b>   | <b>27</b>  |   |            |
| La performance della Regione Basilicata                       | 28         |   |            |
| La performance della Regione Emilia-Romagna                   | 32         |   |            |
| La performance della Regione Friuli Venezia Giulia            | 42         |   |            |
| La performance della Regione Liguria                          | 50         |   |            |
| La performance della Regione Marche                           | 58         |   |            |
| La performance della Provincia Autonoma di Bolzano            | 68         |   |            |
| La performance della Provincia Autonoma di Trento             | 70         |   |            |
| La performance della Regione Toscana                          | 72         |   |            |
| La performance della Regione Umbria                           | 84         |   |            |
| La performance della Regione Veneto                           | 88         |   |            |
| <b>Lo stato di salute della popolazione</b>                   | <b>103</b> |   |            |
| A1 Mortalità infantile  | 104        |   |            |
| A2 Mortalità per tumori                                       | 106        |   |            |
| A3 Mortalità per malattie circolatorie                        | 108        |   |            |
| A4 Mortalità per suicidi                                      | 110        |   |            |
| A10 Stili di vita (PASSI)                                     | 112        |   |            |
| <b>La capacità di perseguimento delle strategie regionali</b> | <b>123</b> |   |            |
| B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)                      | 124        |   |            |
| B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori                          | 136        |   |            |
| B5 Screening oncologici                                       | 138        |   |            |
| B7 Copertura vaccinale  | 152        |   |            |
| B28 Cure domiciliari  | 168        |   |            |
| <b>La valutazione socio-sanitaria</b>                         | <b>171</b> |   |            |
| C1 Capacità di governo della domanda                          | 172        |   |            |
| C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici        | 180        |   |            |
| C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici    | 182        |   |            |
| C3b Degenza media pre-operatoria                              | 184        |   |            |
| C14 Appropriatelyzza medica                                   | 186        |   |            |
| C4 Appropriatelyzza chirurgica                                | 196        |   |            |
|   |            | C5 Qualità di processo  | 208        |
|   |            | C7 Materno infantile  | 218        |
|   |            | C8a Integrazione ospedale-territorio                                  | 234        |
|   |            | C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica                         | 242        |
|   |            | C10 Percorso oncologico   | 252        |
|   |            | C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche                 | 260        |
|   |            | C13a Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica                        | 270        |
|   |            | C15 Salute mentale  | 276        |
|   |            | C16 Percorso Emergenza-Urgenza  | 284        |
|   |            | C18 Variabilità chirurgia (tonsillectomia e stripping di vene)        | 296        |
|   |            | C21 Compliance assistenza farmaceutica                                | 302        |
|   |            | <b>La valutazione esterna</b>   | <b>309</b> |
|   |            | D9 Abbandoni da Pronto Soccorso                                       | 310        |
|   |            | D18 Percentuale dimissioni volontarie                                 | 312        |
|   |            | <b>La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa</b> | <b>315</b> |
|   |            | F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi                   | 316        |
|   |            | F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica                             | 318        |
|   |            | F15 Sicurezza sul lavoro  | 332        |
|   |            | F17 Costo sanitario pro-capite  | 344        |
|   |            | F18 Costo medio per punto DRG   | 346        |
|   |            | F19 Costo per prestazione diagnostica ponderato                       | 348        |
|   |            | <b>Bibliografia</b>   | <b>351</b> |





# 1

INTRODUZIONE

## LA VALUTAZIONE NELLA SANITA' PUBBLICA: ALCUNE PREMESSE VALORIALI CONDIVISE

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

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»,<sup>3</sup> 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»,<sup>4</sup> 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, sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro. Nell'ambito della sanità, il tema riveste grande rilevanza a causa, in primo luogo, della criticità di questi servizi, in cui l'utente è in condizioni di asimmetria informativa e, in secondo luogo, per il loro rilevante assorbimento di risorse finanziarie. Il consumo crescente di risorse è dovuto sia all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca. Questi aspetti hanno imposto in tutti i paesi occidentali, con servizi a copertura universale, l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi. Elemento cardine di questi sistemi di governo è stata la misurazione dei risultati con modalità multidimensionali, capaci, cioè, di cogliere la complessità dell'*output* erogato dal soggetto pubblico.

Lo sforzo di misurazione dei risultati diventa determinante in questa fase storica,

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

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

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

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

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.<sup>5</sup>

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,<sup>6</sup> 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; oggi in Toscana si basa sul monitoraggio di circa 300 indicatori, raggruppati in 50 indicatori di sintesi costruiti ad "albero", classificati in sei dimensioni di valutazione, ossia: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa. Per rappresentare la valutazione conseguita, con una graduazione da 0 a 5, è stata adottata la simbologia del bersaglio a cinque fasce di colore, dove più vicini al centro del bersaglio sono rappresentati i risultati con migliore *performance*. Il modello è semplice e complesso allo stesso tempo: semplice, perché la metafora del "bersaglio" è di immediata chiarezza; complesso, perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi, permette di analizzare i dati di origine e le loro determinanti, con passaggi di sempre maggiore dettaglio. Il modello ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare i risultati delle istituzioni sanitarie non solo in termini economico-finanziari, ma anche in quelli di qualità clinica e di soddisfazione dell'utenza. Questo è molto importante perché l'efficienza fine a se stessa, intesa come semplice riduzione delle risorse impiegate, non ha senso nei servizi pubblici. L'efficienza è, infatti, un concetto "relativo": misura le risorse utilizzate rispetto ai risultati conseguiti. Non basta misurare i processi mediante cui viene governato l'uso delle risorse: queste vanno continuamente raffrontate con i risultati, di varia natura, conseguiti. Efficienza è, allora, riorganizzazione dell'allocazione delle risorse per ottenere, a parità di costi sostenuti, *output* superiori, in termini di servizio reso e di qualità.

Il sistema di valutazione 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. 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

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.

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

adottati dal sistema regionale, le Regioni sono chiamate a rispondere ai cittadini sugli stessi obiettivi di appropriatezza, qualità ed efficienza. La misurazione sistematica dei risultati a confronto interregionale permette di verificare la validità delle scelte di assetto organizzativo adottate.

Nel corso del 2015, cinque ulteriori Regioni hanno scelto di aderire in via sperimentale al sistema di valutazione. Sono la Calabria, il Lazio, la Lombardia, la Puglia e la Sardegna. L'ingresso di queste realtà rappresenta una sfida impegnativa sia per le nuove Regioni aderenti, sia per il Sistema di Valutazione nel suo complesso. Per quanto riguarda le prime, la decisione di aprirsi ad un processo di confronto sistematico e trasparente presuppone un investimento in termini di elaborazione dati e soprattutto un impegno verso una logica di *accountability*, che stimola la progettazione di un nuovo rapporto tra l'amministrazione e la cittadinanza. Regioni come la Lombardia vantano un'importante tradizione in termini di valutazione della *performance* sanitaria e cercano nel confronto offerto dal *network* la possibilità di un sistematico processo di *benchmarking* inter-regionale. Altre Regioni, come la Calabria, colgono questa occasione per consolidare le proprie competenze per quanto riguarda la rilevazione e la valutazione della *performance* delle proprie aziende.

Per quanto concerne il Sistema di Valutazione, la presenza di Regioni con livelli di *performance* e soprattutto assetti organizzativi radicalmente differenti permette, da una parte, di testare la robustezza degli indicatori monitorati, dall'altra induce ad un ripensamento di alcuni di essi, per poter dar conto correttamente dei risultati ottenuti dai sistemi sanitari regionali, al netto di possibili distorsioni della valutazione dettate da differenti infrastrutture organizzative.

Questi sono i motivi che hanno spinto le cinque Regioni ad una adesione di tipo "sperimentale": hanno condiviso con il Sistema i propri dati aziendali e regionali, che nel presente Report vengono riportati a confronto con quelli delle altre Aziende e Regioni, ma è stato scelto, per il momento, di non rappresentare la loro *performance* attraverso la grafica del bersaglio. Questa decisione è dettata da due ordini di motivi. Il primo è che affinché la rappresentazione offerta dal bersaglio offra una fotografia che sia fedele alla complessità dell'oggetto di osservazione, è necessario che il numero di indicatori calcolati sia elevato – oltre il centinaio: alcune Regioni hanno aderito al Sistema di Valutazione "in corsa", a metà del 2015, e non hanno avuto il tempo per elaborare la mole di dati necessaria. La seconda ragione nasce dal fatto che i criteri di composizione degli indicatori – da cui risultano i "pallini" del bersaglio – potrebbero a loro volta rispecchiare specifiche logiche organizzative sottese ai sistemi sanitari regionali originariamente aderenti al progetto di valutazione. Alla luce delle differenze in termini di assetto organizzativo, è dunque necessario che venga portata a termine l'elaborazione di tutti gli indicatori da parte di tutte le nuove Regioni, per poter così concordare la modalità di rappresentazione dei risultati più adeguata.

Il 2016 sarà pertanto dedicato all'assestamento di questi due aspetti per poter offrire – a partire dal Report 2015 – anche i bersagli di Calabria, Lazio, Lombardia, Puglia e Sardegna. Il 2016 vedrà inoltre il definitivo consolidamento di un ulteriore, importante tassello del processo di valutazione delle aziende del *network*: nel corso del 2014 e del 2015, le Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) hanno condiviso un percorso di confronto sistematico, al fine di definire una *set* di indicatori che potesse correttamente rappresentare la loro

specifica missione e il loro ruolo nel sistema sanitario. Queste aziende perseguono infatti una missione istituzionale peculiare, rispetto alle altre aziende sanitarie, articolata lungo tre direttrici. In prima battuta sono votate alla presa in carico della casistica ad alta complessità, che deve trovare una risposta nei centri d'eccellenza del nostro Paese. In seconda battuta, le AOU perseguono – in sinergia con l'Università – l'obiettivo della formazione dei futuri medici e della loro specializzazione. La terza missione è quella della ricerca: queste istituzioni sono chiamate a contribuire all'evoluzione e al miglioramento delle pratiche cliniche.

E' evidente come questa natura peculiare delle AOU ponga una sfida al processo di valutazione: innanzitutto la specificità delle attività da esse svolte può essere misurata e valutata solo attraverso indicatori *ad hoc*, appositamente disegnati. Un secondo elemento critico deriva dal fatto che il confronto con le altre aziende sanitarie può essere distorto dalla differenza della casistica trattata e dall'interazione tra la pratica clinica, quella didattica e quella di ricerca: per questo motivo si rende necessario un lavoro di *clustering*, mirato a confrontare sistematicamente l'attività di ogni AOU con quella di strutture analoghe.

La collaborazione tra il *Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità* (CRISP) dell'Università Bicocca di Milano e il Laboratorio MeS muove esattamente dall'intenzione di estendere le metodiche di valutazione delle strutture ospedaliere sviluppate in Regione Lombardia a quelle delle altre strutture del *Network*, per poter fornire alla *management* delle AOU una rigorosa valutazione degli *outcome* conseguiti dalle loro singole specialità. Per ovviare alle problematiche sopra menzionate, gli indicatori proposti non solo adottano un processo di *risk adjustment*, che depura il risultato finale dalle possibili differenze nella casistica dei pazienti, ma confrontano trasversalmente le specialità – ogni cardiocirurgia, ad esempio, viene confrontata con tutte le altre cardiocirurgie del *network* –, per poter offrire una valutazione coerente rispetto alle differenti aree cliniche. Un tavolo specifico è dedicato alle aziende ospedaliere pediatriche: affinché il processo di valutazione sappia dar conto compiutamente dell'attività di queste strutture, è necessario che venga definito un ulteriore set di indicatori *ad hoc*. A tal fine, il Laboratorio MeS si è impegnato – a partire dal 2014 – a favorire dei momenti di incontro strutturato tra i professionisti delle diverse regioni, per concordare un gruppo di indicatori dedicati. Nel corso del 2016 verranno condivisi i primi risultati di questo percorso, in modo tale da poter offrire ai professionisti e al *management* di questi ospedali un *set* di strumenti per la *governance* delle pratiche cliniche e organizzative.

E' inoltre proseguito – nel corso del 2015 – il lavoro di collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna, coordinato dalla professoressa Maria Pia Fantini: attraverso il coinvolgimento dei professionisti sanitari, è continuato il percorso di ulteriore affinamento di alcuni importanti indicatori, inerenti in particolar modo l'area materno-infantile, quella della salute mentale e quella della presa in carico delle patologie oncologiche.

In sintesi, in questa pubblicazione vengono riportati i risultati 2014 di questo percorso di lavoro. Nei paragrafi successivi è descritta la metodologia di lavoro condivisa dalle Regioni del *network* nel predisporre la valutazione a confronto. Pare opportuno, però, quale premessa al lavoro e ai risultati, sottolineare le parole chiave e i valori che hanno

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

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

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.<sup>7</sup> 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 il sistema pubblico può fornire. In questa prospettiva, è dovere del sistema sanitario pubblico, sulla base della valutazione dei risultati conseguiti e delle evidenze

che emergono dal confronto, riorganizzare i servizi, in modo da garantire una risposta adeguata ai bisogni, con la massima produttività delle risorse in termini di servizio reso. Sapendo prioritizzare le azioni da realizzare e tenendo sempre conto della qualità da garantire ai cittadini, l'offerta delle istituzioni pubbliche può prevedere nuovi servizi ma anche richiedere la riduzione o chiusura di altri, che non garantiscano ritorni adeguati. I servizi devono adattarsi all'evoluzione dei bisogni e non alle esigenze degli operatori. In questa prospettiva, ben venga una politica di trasparenza e di informazione, basata su evidenze e numeri, che permetta una valutazione corretta delle scelte del sistema e che aiuti il cittadino a capire le motivazioni delle decisioni prese. Si tratta di attivare un vero e proprio cambiamento culturale. Al sistema sanitario non mancano la creatività e la capacità progettuale: molti sono i piani e le iniziative avviate, poche le verifiche attuate e quasi nessuna supportata dai numeri. La sfida è di acquisire anche per il settore pubblico la capacità sistematica di realizzare scelte basate sulle *evidenze*.

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

In molte realtà pubbliche che erogano servizi, il ragionamento in fase di *budget* è sempre orientato alla richiesta di risorse aggiuntive e certamente si afferma in modo sistematico che, con quelle assegnate, "non si può far di più, vi è bisogno di più risorse". Nelle negoziazioni fa raramente capolino il ragionamento sul dove si potrebbero risparmiare risorse, al fine di allocare queste in ambiti con più bisogno. Non si osa spostare niente; si aggiunge ma non si sposta. Riallocare risorse vuol dire attivare dei processi di cambiamento che possono mettere in crisi la situazione di equilibrio del potere. I numeri, invece, possono dare a chi deve assumere delle decisioni la forza necessaria ad attivare i processi di riallocazione delle risorse.<sup>8</sup> 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.

8 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.

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

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

Un ultimo punto è il processo di *condivisione* come condizione *sine qua non*. Le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi complessi con gerarchie duali, dove esistono una linea di tipo gestionale ed una di tipo professionale. La presenza di questa duplice gerarchia comporta che i livelli complessivi di professionalità siano sicuramente più elevati rispetto ad altre tipologie di istituzioni, ma anche che il coinvolgimento dei professionisti nel sistema di *governance* e di valutazione è una condizione irrinunciabile per il successo del sistema. Tutte le componenti sono chiamate a dare il loro contributo e i professionisti devono condividere le regole del gioco e i criteri con cui saranno valutati, perché altrimenti non lavoreranno per poter cambiare i comportamenti e per migliorare i risultati.<sup>9</sup> Quindi: condivisione dei criteri, valutazione dei risultati, attivazione dei processi di apprendimento per modificare i comportamenti. Un sistema di valutazione, infatti, funziona nella misura in cui è in grado di incidere e modificare le pratiche dei suoi professionisti. Malgrado si sia attivato un processo di condivisione, nell'introduzione di un sistema di valutazione possono permanere alcune resistenze al cambiamento; perché vengano superate, è necessario che il sistema sanitario agisca con grande coerenza politica e con continuità. Anche quando sembrano debellate, le resistenze ciclicamente si ripresentano, perché fanno parte della difficoltà umana a mettersi in discussione, ad accettare un riscontro sul proprio operato, che non sempre rende giustizia dello sforzo e dell'impegno profusi.

9 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.



# 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 quattro Regioni: Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto, nel 2014 le Regioni Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia. Nel 2015 aderiscono al progetto Calabria, Lazio, Lombardia e Puglia.

L'obiettivo del progetto è quello di offrire un sistema di valutazione della *performance* del sistema sanitario, attraverso il confronto di un *set* di indicatori condivisi. Per sviluppare un sistema multidimensionale di valutazione della *performance*, il Network delle Regioni si avvale di quanto già progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e implementato con successo dalla Regione Toscana, a partire dal 2004. Il Laboratorio MeS ha infatti iniziato nel 2002 un percorso congiunto con la Regione Toscana per la predisposizione del sistema di valutazione, che è stato oggetto di brevetto con titolarità condivisa.<sup>1</sup> Con l'avvio del progetto *Network delle Regioni*, questo sistema è stato adattato alle peculiarità regionali: il risultato del percorso di condivisione è la definizione di circa 200 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di *benchmarking*, le molteplici dimensioni della *performance* dei sistemi sanitari regionali. Il Laboratorio MeS garantisce l'aggiornamento e lo sviluppo del sistema, promuovendo l'innovazione degli indicatori oggetto di monitoraggio e organizzando momenti di confronto strutturato tra i responsabili regionali, al fine di condividere le principali novità e attivare processi di diffusione delle *best practice*.

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

Dal 2015, il processo di restituzione alle Regioni dei dati a confronto si avvale anche di tecnologia API (*Application Programming Interface*): questo strumento consente agli sviluppatori *software* di interrogare il Sistema di Valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali.<sup>2</sup>

## 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

<sup>1</sup> Per informazioni sul Laboratorio MeS, si rimanda al sito internet [www.meslab.sssup.it](http://www.meslab.sssup.it)

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

e non necessariamente di interesse per le altre Regioni. Questa possibilità coinvolge *in primis* le Regioni con più aziende, pur non escludendo l'opportunità anche per Regioni quali le Marche e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano – articolate in un'unica azienda – di creare un bersaglio intra-regionale o intra-provinciale, che prenda come unità di analisi i distretti e gli stabilimenti.

In ottica multidimensionale, i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di circa 200 indicatori (vedi tabella 1), di cui 100 di valutazione e 100 di osservazione. La cernita degli indicatori è volta a evidenziare gli aspetti fondamentali della *performance* in un sistema complesso quale quello sanitario.

Gli indicatori sono raggruppati tramite strutture "ad albero" in 37 indicatori di sintesi, al fine di facilitare la lettura dei risultati di *performance*. La valutazione dell'indicatore di sintesi è ottenuta tramite la media semplice o pesata delle valutazioni dei sotto-indicatori di valutazione.

Le sei dimensioni della valutazione sono:

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

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

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

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

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



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

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

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

## La valutazione socio-sanitaria (C)

In questa dimensione sono compresi una serie di indicatori che mirano a descrivere i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, sia per le attività del territorio.

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

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

Con "efficienza" si indica generalmente la capacità dell'azienda di massimizzare il valore offerto all'utenza, in rapporto alle risorse disponibili. Nell'assistenza ospedaliera il concetto di efficienza è misurato in termini di indice di performance della degenza media per acuti (dal 2014 monitorata separatamente per i ricoveri medici – C2a.M – e chirurgici – C2a.C) e degenza media pre-operatoria negli interventi chirurgici programmati (dal 2014 di valutazione per le sole Aziende ospedaliere, indicatore C3b).

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

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

Il livello di integrazione ospedale-territorio (C8a) è valutato monitorando l'efficacia

delle attività territoriali in termini di continuità assistenziale, appropriata gestione delle prestazioni specialistiche e attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici.

Sono inoltre oggetto di analisi alcuni percorsi assistenziali specifici: quello materno-infantile (C7) valuta la qualità dell'offerta sanitaria del percorso nascita; quello delle patologie croniche (C11a) intende incentivare lo sviluppo di percorsi di *disease management* per alcune delle principali forme di cronicità: scompenso cardiaco, diabete e BPCO; quello dedicato alla salute mentale (C15) indaga sia la risposta ospedaliera, sia quella territoriale a condizioni di fragilità psicologica. Il sistema di valutazione monitora il percorso di emergenza-urgenza (C16), alla luce dell'importanza strategica del Pronto Soccorso e del 118, e il percorso oncologico (C10), con un'attenzione particolare alle neoplasie mammarie.

## La valutazione esterna (D)

Questa dimensione si appunta sulla valutazione che gli utenti danno dei servizi sanitari. Affinché sia di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende, è necessario che il giudizio del cittadino/utente sia articolato nel dettaglio, valutando tutti gli aspetti centrali ed accessori del servizio; è inoltre necessario che oltre al livello di soddisfazione dell'utente venga rilevata quella che è stata più in senso lato la sua esperienza.

Ogni anno le singole regioni del network decidono quali indagini siano di maggiore interesse per il rilevamento delle peculiarità organizzative regionali.

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

## La valutazione interna (E)

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

La valutazione interna è particolarmente complessa, perché richiede la raccolta di dati *ad hoc*, attraverso la somministrazione di un questionario ai dipendenti. L'indagine è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (*Computer Assisted Web Interview*), che prevede la compilazione di un questionario *on-line*, accessibile sul server della Scuola Superiore Sant'Anna. Gli indicatori presenti nel sistema sono il tasso di risposta all'indagine di clima interno (E1), la valutazione data dai dipendenti alla formazione (E9), al management (E10) e alla comunicazione e informazione (E11). L'indagine di clima interno si effettua di norma ogni due anni e benché sia stata svolta nel corso del 2014 in Regione Toscana, Basilicata e Friuli Venezia Giulia non è riportata nel presente report, poiché è oggetto di pubblicazioni

---

*ad hoc.*

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

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

Relativamente all'area economica in senso stretto, sono valutati il costo sanitario pro-capite (F17), il costo medio dell'assistenza ospedaliera (F18) e il costo per prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tariffa (F19).

L'elenco di tutti gli indicatori è disponibile in Tabella 1. Il presente Report contiene i soli indicatori di valutazione. Gli indicatori di osservazione sono consultabili all'indirizzo <http://performance.sssup.it/netval>.

**Tabella 1.** La tabella riporta l'elenco di tutti gli indicatori che compongono il Sistema di Valutazione delle Regioni per l'anno 2014. Vengono indicati in grassetto gli indicatori di sintesi. Per ogni indicatore sono esplicitate le fasce di valutazione; agli indicatori di osservazione è associato un pallino blu. Per quanto riguarda gli indicatori di sintesi, la valutazione è generalmente la media (semplice o pesata) dei sotto-indicatori: per questo motivo non hanno fasce di valutazione specifiche, ma la loro valutazione è un punteggio tra 0 e 5. Alcuni indicatori di sintesi (ad esempio l'indicatore A2) non assumono la valutazione dei sotto-indicatori, ma hanno un valore proprio e sulla base di questo una valutazione: anche per questi sono pertanto riportate le fasce.

| codice     | indicatore   | fasce di valutazione |     |   |      |   |      |   |     |   |
|------------|--|----------------------|-----|---|------|---|------|---|-----|---|
| <b>A1</b>  | <b>Mortalità Infantile</b>   | ●                    | ●   | ● | ●    | ● |      |   |     |   |
| A1.1       | Mortalità nel primo anno di vita   | ●                    | 1,8 | ● | 2,4  | ● | 3    | ● | 3,6 | ● |
| A1.2       | Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)   |                      |     |   | ●    |   |      |   |     |   |
| A1.3       | Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)   |                      |     |   | ●    |   |      |   |     |   |
| <b>A2</b>  | <b>Mortalità per tumori</b>  | ●                    | 150 | ● | 160  | ● | 170  | ● | 180 | ● |
| <b>A3</b>  | <b>Mortalità per malattie circolatorie</b>   | ●                    | 138 | ● | 147  | ● | 156  | ● | 165 | ● |
| <b>A4</b>  | <b>Mortalità per suicidi</b>   | ●                    | 4,3 | ● | 5,4  | ● | 6,5  | ● | 7,6 | ● |
| <b>A10</b> | <b>Stili di vita (PASSI)</b>   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| A6.1.1     | Percentuale di sedentari   | ●                    | 15  | ● | 21   | ● | 27   | ● | 33  | ● |
| A6.2.1     | Percentuale di persone sovrappeso e obese  | ●                    | 34  | ● | 38   | ● | 42   | ● | 46  | ● |
| A6.3.1     | Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio  | ●                    | 10  | ● | 16   | ● | 22   | ● | 28  | ● |
| A6.4.1     | Percentuale di fumatori  | ●                    | 24  | ● | 27   | ● | 30   | ● | 33  | ● |
| <b>B2</b>  | <b>Promozione stili di vita sani (PASSI)</b>   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| A6.1.2     | Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica           | ●                    | 26  | ● | 31   | ● | 36   | ● | 41  | ● |
| A6.2.2     | Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso | ●                    | 20  | ● | 40   | ● | 60   | ● | 80  | ● |
| A6.2.3     | Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica     | ●                    | 20  | ● | 40   | ● | 60   | ● | 80  | ● |
| A6.3.2     | Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno    | ●                    | 3   | ● | 5    | ● | 7    | ● | 9   | ● |
| A6.4.2     | Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare                         | ●                    | 20  | ● | 40   | ● | 60   | ● | 80  | ● |
| <b>B4</b>  | <b>Consumo di farmaci oppioidi</b>   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   | ●                    | 1,6 | ● | 2,1  | ● | 2,5  | ● | 2,9 | ● |
| <b>B5</b>  | <b>Estensione ed adesione allo screening</b>   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B5.1       | Screening Mammografico   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B5.1.1     | Estensione corretta dello screening mammografico   | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| B5.1.2     | Adesione corretta allo screening mammografico  | ●                    | 40  | ● | 50   | ● | 60   | ● | 70  | ● |
| B5.2       | Screening cervice uterina  | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B5.2.1     | Estensione corretta dello screening della cervice uterina  | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| B5.2.2     | Adesione corretta allo screening cervice uterina   | ●                    | 30  | ● | 40   | ● | 50   | ● | 60  | ● |
| B5.3       | Screening coloretale   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B5.3.1     | Estensione corretta dello screening coloretale   | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| B5.3.2     | Adesione corretta allo screening coloretale  | ●                    | 35  | ● | 45   | ● | 55   | ● | 65  | ● |
| <b>B7</b>  | <b>Copertura vaccinale</b>   | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B7.1       | Copertura vaccinale MPR  | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   | ●                    | 50  | ● | 58,3 | ● | 66,7 | ● | 75  | ● |
| B7.3       | Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)  | ●                    | 62  | ● | 68   | ● | 74   | ● | 80  | ● |
| B7.4       | Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari  | ●                    | 7   | ● | 16   | ● | 25   | ● | 34  | ● |
| B7.5       | Copertura vaccinale antimeningococcico   | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| B7.6       | Copertura vaccinale antipneumococcico  | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| B7.7       | Copertura vaccinale esavalente   | ●                    | 80  | ● | 85   | ● | 90   | ● | 95  | ● |
| <b>B28</b> | <b>Cure Domiciliari</b>  | ●                    |     | ● |      | ● |      | ● |     | ● |
| B28.1.1    | % anziani in CD  |                      |     |   | ●    |   |      |   |     |   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  | ●                    | 4   | ● | 6    | ● | 8    | ● | 10  | ● |
| B28.2.5    | Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg               |                      |     |   | ●    |   |      |   |     |   |
| B28.2.9    | Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure domiciliari   |                      |     |   | ●    |   |      |   |     |   |

| codice       | indicatore   | fasce di valutazione |       |     |      |   |
|--------------|--|----------------------|-------|-----|------|---|
| <b>B8</b>    | <b>Malattie infettive</b>  |                      |       |     |      |   |
| B8.1         | Proporzione malattie invasive batteriche con ceppo microbico tipizzato               |                      |       |     |      |   |
| B8.2         | Tasso incidenza tubercolosi popolazione residente                                    |                      |       |     |      |   |
| B8.3         | % Esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare                           |                      |       |     |      |   |
| B8.4         | Conferma colturale diagnosi di tubercolosi polmonare                                 |                      |       |     |      |   |
| <b>C1</b>    | <b>Capacità di governo della domanda</b>   |                      |       |     |      |   |
| C1.1         | Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso                           | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C1.1.1       | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso   | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C1.1.1.1     | Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti |                      |       |     |      |   |
| C1.1.2       | Tasso ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti std età e sesso                  |                      |       |     |      |   |
| C1.1.2.1     | Tasso ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso           | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C1.1.2.2     | Tasso ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti std età e sesso       |                      |       |     |      |   |
| C1.1.2.2.1   | Tasso di prestazioni ambulatoriali chirurgiche per 1.000 residenti std età e sesso   |                      |       |     |      |   |
| C1.1.3       | Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti std età e sesso                |                      |       |     |      |   |
| C1.3         | Posti letto pro-capite   |                      |       |     |      |   |
| C1.5         | Indice di case mix   |                      |       |     |      |   |
| C1.6         | Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)                            |                      |       |     |      |   |
| <b>C2a.M</b> | <b>Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico</b>       | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
|              |  | -1,2                 | -0,55 | 0,1 | 0,75 |   |
| <b>C2a.C</b> | <b>Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico</b>   | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
|              |  | -1,2                 | -0,55 | 0,1 | 0,75 |   |
| <b>C3b</b>   | <b>Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati</b>                | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C3.4         | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (AO)            | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C3.5         | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (ASL)           |                      |       |     |      |   |
| <b>C14</b>   | <b>Appropriatezza medica</b>   |                      |       |     |      |   |
| C4.8         | Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti                   | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C14.2        | % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica                                     |                      |       |     |      |   |
| C14.2a       | Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)       | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C14.2.2      | % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pediatrici                        |                      |       |     |      |   |
| C14.3        | % ricoveri ordinari medici brevi   |                      |       |     |      |   |
| C14.3a       | Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti                          | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C14.3.2      | % ricoveri ordinari medici brevi - pediatrici  |                      |       |     |      |   |
| C14.4        | % di ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni   | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C14.5        | Tasso di accessi in DH di tipo medico std per età per 1.000 residenti (Griglia LEA)  |                      |       |     |      |   |
| <b>C4</b>    | <b>Appropriatezza Chirurgica</b>   |                      |       |     |      |   |
| C4.1         | % Drg medici da reparti chirurgici   | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C4.1.1       | % Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari                                | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C4.1.2       | % Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital                                     | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C4.4         | % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg                          | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C4.7         | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery  | ●                    | ●     | ●   | ●    | ● |
| C4.13        | DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)                                |                      |       |     |      |   |

| codice     | indicatore   | fasce di valutazione |       |       |        |   |   |
|------------|--|----------------------|-------|-------|--------|---|---|
| <b>C5</b>  | <b>Qualità di processo</b>   | ●                    | ●     | ●     | ●      | ● | ● |
| C5.1       | % pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg  | ● 4,3                | ● 4,8 | ● 5,3 | ● 5,8  | ● | ● |
| C5.2       | % fratture femore operate entro 2 gg   | ● 41                 | ● 54  | ● 67  | ● 80   | ● | ● |
| C5.3       | % prostatectomie transuretrali   | ● 65                 | ● 75  | ● 85  | ● 95   | ● | ● |
| C5.10      | % resezioni programmate al colon in laparoscopia   |                      |       | ●     |        |   |   |
| C5.11      | % appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni   |                      |       | ●     |        |   |   |
| C5.12      | % fratture femore operate sulle fratture diagnosticate   |                      |       | ●     |        |   |   |
| C16.7      | % ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione                   | ● 45                 | ● 55  | ● 65  | ● 75   | ● | ● |
| <b>C6</b>  | <b>Rischio clinico</b>   |                      |       | ●     |        |   |   |
| 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  |                      |       | ●     |        |   |   |
| <b>C7</b>  | <b>Materno-Infantile</b>   | ●                    | ●     | ●     | ●      | ● | ● |
| C7.1       | % cesarei depurati (NTSV)  | ● 15                 | ● 20  | ● 25  | ● 30   | ● | ● |
| C7.1.2     | % parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)                        |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.1.3     | % parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)                         |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.1.4     | % parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati   |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.2       | % parti indotti  |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.3       | % episiotomia depurate (NTSV)  | ● 15                 | ● 25  | ● 35  | ● 45   | ● | ● |
| C7.6       | % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)  | ● 2,5                | ● 5   | ● 7,5 | ● 10   | ● | ● |
| C7.20      | Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum  |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.13      | % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione)                  |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.13.1    | % donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione) |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.14      | % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4                                   |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.14.1    | % donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4                  |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)                                | ● 6,4                | ● 8   | ● 9,6 | ● 11,2 | ● | ● |
| C7.7.1     | Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)                            | ● 32                 | ● 39  | ● 46  | ● 53   | ● | ● |
| C7.7.2     | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-5 anni)                                 |                      |       | ●     |        |   |   |
| C7.7.3     | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (6-13 anni)                                |                      |       | ●     |        |   |   |
| C17.4      | Volumi per parti   | ● 0                  | ● 0   | ● 0   | ● 0    | ● | ● |
| C17.4.1    | % ricoveri sopra soglia per parti  | ● 80                 | ● 85  | ● 90  | ● 95   | ● | ● |
| C17.4.2    | Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti                             | ● 15                 | ● 30  | ● 45  | ● 60   | ● | ● |
| <b>C8a</b> | <b>Integrazione ospedale-territorio</b>  | ●                    | ●     | ●     | ●      | ● | ● |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti                                   | ● 0,9                | ● 1,2 | ● 1,5 | ● 1,8  | ● | ● |
| C8a.2      | % pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto tra 31 e 180 giorni                                |                      |       | ●     |        |   |   |
| C8a.3      | Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)                                      |                      |       | ●     |        |   |   |
| C11a.4.1   | Tasso ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)                                      |                      |       | ●     |        |   |   |
| C8a.19.1   | Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)                          | ● 30                 | ● 50  | ● 70  | ● 90   | ● | ● |
| C8a.19.2   | Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni                  | ● 60                 | ● 120 | ● 180 | ● 240  | ● | ● |
| <b>C9</b>  | <b>Appropriatezza prescrittiva farmaceutica</b>  | ●                    | ●     | ●     | ●      | ● | ● |
| C9.1       | Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)  | ● 21                 | ● 25  | ● 29  | ● 33   | ● | ● |

| codice       | indicatore   | fasce di valutazione |       |   |       |   |       |   |       |   |
|--------------|--|----------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| C9.3         | Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)   | ●                    | 26    | ● | 30    | ● | 34    | ● | 38    | ● |
| C9.4         | Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)                  | ●                    | 22    | ● | 26    | ● | 30    | ● | 34    | ● |
| C9.8.1.1     | Consumo di antibiotici   | ●                    | 13,5  | ● | 16,5  | ● | 19,5  | ● | 22,5  | ● |
| C9.8.1.1.1   | Consumo di antibiotici in età pediatrica   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C9.8.1.1.2   | Consumo di cefalosporine in età pediatrica   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C9.9.2       | Consumo di antipiscotici   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| <b>C10</b>   | <b>Percorso oncologico</b>   | ●                    |       | ● |       | ● |       | ● |       | ● |
| C10.2.1      | % di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno    | ●                    | 65    | ● | 70    | ● | 75    | ● | 80    | ● |
| C10.2.2      | % di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella                                      |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C10.2.2.1    | % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari                              |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| F10.2.1      | Spesa media per farmaci oncologici   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C17.1        | Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella  |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C17.1.1      | % 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        | Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata  | ●                    |       | ● |       | ● |       | ● |       | ● |
| C17.5.1      | % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata   | ●                    | 60    | ● | 70    | ● | 80    | ● | 90    | ● |
| C17.5.2      | Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata               | ●                    | 10    | ● | 20    | ● | 30    | ● | 40    | ● |
| <b>C11a</b>  | <b>Efficacia assistenziale delle patologie croniche</b>  | ●                    |       | ● |       | ● |       | ● |       | ● |
| C11a.1.1     | Tasso ospedalizzazione scopenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                                   | ●                    | 155   | ● | 205   | ● | 255   | ● | 305   | ● |
| C11a.1.1.1   | Tasso ospedalizzazione scopenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18                      |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C11a.2.1     | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)                                    | ●                    | 20    | ● | 30    | ● | 40    | ● | 50    | ● |
| C11a.2.1.1   | Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C11a.2.4     | Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti                                   | ●                    | 31    | ● | 53    | ● | 75    | ● | 97    | ● |
| C11a.3.1     | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                                       | ●                    | 38    | ● | 53    | ● | 68    | ● | 83    | ● |
| C11a.3.1.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18                          |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| <b>C13a</b>  | <b>Appropriatezza prescrittiva diagnostica</b>   | ●                    |       | ● |       | ● |       | ● |       | ● |
| C13.1        | Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso                               |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C13.2        | Tasso di prestazioni diagnostiche per immagini   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C13.2.1      | Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso   |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C13.2.2      | Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti std età e sesso  |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C13a.2.2.1   | Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)                         | ●                    | 15    | ● | 20    | ● | 25    | ● | 30    | ● |
| C13a.2.2.1.1 | Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18 |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C13a.2.2.2   | % pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi  | ●                    | 5,8   | ● | 6,8   | ● | 7,8   | ● | 8,8   | ● |
| <b>C15</b>   | <b>Salute mentale</b>  | ●                    |       | ● |       | ● |       | ● |       | ● |
| C8a.13a      | % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche                                 | ●                    |       | ● |       | ● |       | ● |       | ● |
| C8a.13.2     | % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche                                    | ●                    | 0,6   | ● | 2,4   | ● | 4,1   | ● | 5,9   | ● |
| C8a.5        | Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni              | ●                    | 175,2 | ● | 281,3 | ● | 387,4 | ● | 493,5 | ● |
| C8a.5.1      | Tasso di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni    |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |
| C8a.5.2      | Tasso di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni                  |                      |       |   |       | ● |       |   |       |   |

| codice     | indicatore  | fasce di valutazione |       |   |       |   |       |   |       |   |
|------------|---|----------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| C8a.5.3    | Tasso di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni                        |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C8a.5.4    | Tasso di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni               |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C8a.5.5    | Tasso di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni                           |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C8a.5.6    | Tasso di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni                                    |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C8a.5.7    | Tasso di ospedalizzazione per demenze per 100.000 residenti maggiorenni   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C8a.5.8    | Tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C15.8      | Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche                                      |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C15.2      | Contatto entro 7 giorni dalla dimissione ospedaliera con il DSM   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 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)                                     |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C8a.7      | Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni                             |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C15.11     | % del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi                                    |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| <b>C16</b> | <b>Percorso Emergenza-Urgenza</b>   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C16.1      | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti   | ●                    | 60    | ● | 70    | ● | 80    | ● | 90    | ● |
| C16.2      | % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora  | ●                    | 60    | ● | 70    | ● | 80    | ● | 90    | ● |
| C16.3      | % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h                                  | ●                    | 75    | ● | 80    | ● | 85    | ● | 90    | ● |
| C16.4      | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h   | ●                    | 80    | ● | 85    | ● | 90    | ● | 95    | ● |
| C16.11     | Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)   | ●                    | 14    | ● | 18    | ● | 22    | ● | 26    | ● |
| <b>C18</b> | <b>Variabilità chirurgia (tonsillectomie e stripping di vene)</b>   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.1      | Tasso osp. tonsillectomie   | ●                    | 114,1 | ● | 199,7 | ● | 285,3 | ● | 370,9 | ● |
| C18.2      | Tasso osp. colecistectomie  |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.3      | Tasso osp. colecistectomie laparoscopiche   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.4      | Tasso osp. sostituzione del ginocchio   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.5      | Tasso osp. sostituzione anca  |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.6      | Tasso osp. stripping di vene  | ●                    | 55    | ● | 90    | ● | 125   | ● | 160   | ● |
| C18.7      | Tasso osp. angioplastica coronarica percutanea (PTCA)   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.8      | Tasso osp. prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata                                     |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.9      | Tasso osp. isterectomia   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C18.10     | Tasso osp. artroscopia al ginocchio   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| <b>C21</b> | <b>Compliance assistenza farmaceutica</b>   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C21.1.1    | % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti a 90 gg dopo la dimissione            |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C21.1.2    | % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritte statine a 90 gg dopo la dimissione                   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C21.1.3    | % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani a 90 gg dopo la dimissione   |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C21.1.4    | % di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta terapia antiaggregante a 90 gg dopo la dimissione       |                      |       |   |       |   |       |   |       |   |
| C9.2       | % di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)  | ●                    | 8,3   | ● | 9,8   | ● | 11,4  | ● | 12,9  | ● |
| C9.9.1.1   | % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi  | ●                    | 18,5  | ● | 21,5  | ● | 24,5  | ● | 27,5  | ● |

| codice      | indicatore  | fasce di valutazione |           |           |           |   |
|-------------|---|----------------------|-----------|-----------|-----------|---|
| <b>D9</b>   | <b>% abbandoni dal Pronto Soccorso</b>  | ● 1,25               | ● 2,5     | ● 3,75    | ● 5       | ● |
| <b>D18</b>  | <b>% dimissioni volontarie</b>  | ● 0,35               | ● 0,7     | ● 1,05    | ● 1,4     | ● |
| <b>F10b</b> | <b>Spesa farmaceutica</b>   | ●                    | ●         | ●         | ●         | ● |
| F10.1       | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite  | ● 155,1              | ● 165,3   | ● 175,5   | ● 185,8   | ● |
| F10.2       | Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG  |                      |           | ●         |           |   |
| F10.2.2     | Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa   |                      |           | ●         |           |   |
| F10.3       | Spesa dispositivi (ospedaliera)   |                      |           | ●         |           |   |
| F10.3.1     | Spesa per dispositivi di consumo per punto DRG  |                      |           | ●         |           |   |
| <b>F12a</b> | <b>Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>   | ●                    | ●         | ●         | ●         | ● |
| F12a.2      | % di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)                   | ● 78,3               | ● 81,7    | ● 85,1    | ● 88,4    | ● |
| F12a.6      | % di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi) | ● 86,6               | ● 89,1    | ● 91,7    | ● 94,3    | ● |
| F12a.7      | % di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)   | ● 76                 | ● 80      | ● 84      | ● 88      | ● |
| F12a.9      | % di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)               | ● 84,1               | ● 87,2    | ● 90,4    | ● 93,6    | ● |
| F12.11a     | Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani associati e non                                      | ● 64,1               | ● 74,4    | ● 84,7    | ● 95      | ● |
| F12a.14     | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                                       | ● 74,4               | ● 75,6    | ● 76,7    | ● 77,9    | ● |
| <b>F15</b>  | <b>Sicurezza sul lavoro</b>   | ●                    | ●         | ●         | ●         | ● |
| F15.1.1     | N. inchieste infortuni concluse con violazioni/ N. inchieste infortuni                                    |                      |           | ●         |           |   |
| F15.1.2     | N. inchieste malattie professionali con violazioni/N. inchieste malattie professionali                    |                      |           | ●         |           |   |
| F15.2       | Copertura dell'attività ispettiva   | ●                    | ●         | ●         | ●         | ● |
| F15.2.1     | N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti  | ● 2,25               | ● 5       | ● 7,75    | ● 10,5    | ● |
| F15.2.2     | N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni                                     | ● 13                 | ● 27      | ● 41      | ● 55      | ● |
| F15.2.3     | N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati  | ● 5                  | ● 14      | ● 23      | ● 32      | ● |
| F15.3       | Efficienza produttiva   | ●                    | ●         | ●         | ●         | ● |
| F15.3.1     | N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL   | ● 16                 | ● 37      | ● 58      | ● 79      | ● |
| F15.3.2     | N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL  | ● 18                 | ● 67      | ● 116     | ● 165     | ● |
| <b>F17</b>  | <b>Costo sanitario pro-capite (Regioni)</b>   | ● 1740               | ● 1889    | ● 2039    | ● 2189    | ● |
| <b>F17</b>  | <b>Costo sanitario pro-capite (Aziende)</b>   | ● 1476               | ● 1641    | ● 1806    | ● 1971    | ● |
| F17.1       | Costo pro-capite assistenza ospedaliera   |                      |           | ●         |           |   |
| F17.1.1     | Costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS  |                      |           | ●         |           |   |
| F17.2       | Costo pro-capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro                      |                      |           | ●         |           |   |
| F17.3       | Costo pro-capite assistenza distrettuale  |                      |           | ●         |           |   |
| F17.3.1     | Costo pro-capite assistenza specialistica   |                      |           | ●         |           |   |
| F17.3.1.1   | Costo pro-capite diagnostica strumentale e per immagini   |                      |           | ●         |           |   |
| F17.3.2     | Costo pro-capite assistenza sanitaria di base   |                      |           | ●         |           |   |
| <b>F18</b>  | <b>Costo medio dell'assistenza ospedaliera</b>  | ●                    | ●         | ●         | ●         | ● |
| F18.1       | Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti   | ● 3202,43            | ● 4050,86 | ● 4899,29 | ● 5747,72 | ● |
| <b>F19</b>  | <b>Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini</b>                                 | ● 0,69               | ● 0,97    | ● 1,25    | ● 1,53    | ● |



### Il Network delle regioni: il processo di condivisione

Il Network delle regioni è stato attivato nel 2008, attraverso il coinvolgimento di quattro regioni; la prima dimensione analizzata è stata quella socio-sanitaria, per un totale di 45 indicatori. Nel corso degli anni, altre regioni hanno progressivamente aderito al sistema e sono state sviluppate, dopo un adeguato processo di condivisione, tutte e sei le dimensioni del bersaglio, per un totale di circa 200 indicatori.

L'obiettivo di questo processo di condivisione è stato quello di realizzare il progetto in una logica di trasparenza: questa si è rivelata fondamentale per favorire l'accettazione dello strumento quale mezzo per uscire dall'auto-referenzialità, al fine di intraprendere un percorso di miglioramento della performance guidato dal confronto sistematico con altre realtà.

Per i primi anni, la valutazione è stata basata sul metodo dei quintili, ovvero ordinando le regioni/aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione dei valori in 5 classi di pari ampiezza. Le regioni con la performance migliore erano quelle che ricadevano nel I quintile, mentre quelle con la performance peggiore nel V quintile. Alla distribuzione in quintili corrispondevano i punteggi e i colori di riferimento ripresi in Figura 1. Questo metodo, tuttavia, poneva dei limiti, perché la *performance* dipende dalla variabilità dell'indicatore: le regioni con un numero maggiore di aziende tendono a posizionarsi attorno al livello medio di performance. Per ovviare a tali limitazioni, a partire

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

Figura 1. Le fasce di valutazione

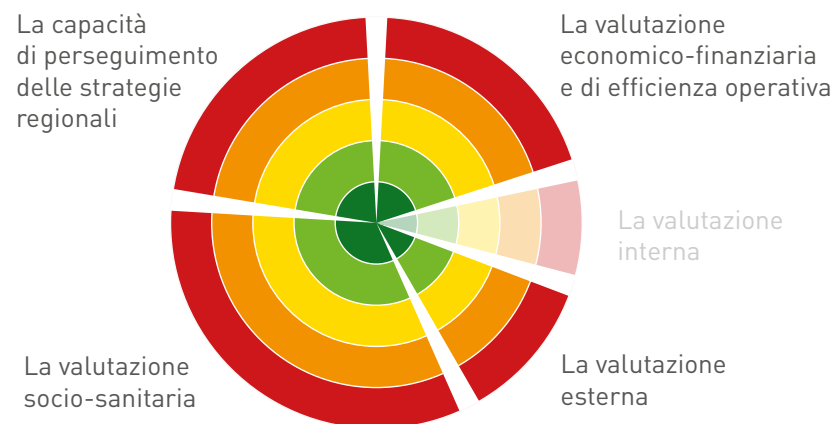


Figura 2. Il bersaglio e le dimensioni, nelle quali sono raggruppati gli indicatori.

dal 2011 le Regioni hanno iniziato a condividere degli standard di riferimento per ciascuno degli indicatori, e sulla base di tali standard sono state costruite le fasce di performance.

### La rappresentazione dei risultati

Dal 2008 viene predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e condivisione dello strumento tra gli attori del sistema. Dal 2010 il report è pubblico, fruibile da tutti gli *stakeholder*, cittadini e utenti compresi. Le Regioni aderenti al network considerano, infatti, la trasparenza e l'*accountability* due valori imprescindibili del proprio operato.

Il report prevede un commento per ciascun indicatore, la scheda con i criteri di calcolo di ogni indicatore, quindi i dati a confronto tra le regioni e tra le aziende di tutte le regioni.

Gli indicatori sono sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione a "bersaglio" (Figura 2). Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalle Regioni/Aziende, su tutte e sei le dimensioni del sistema. Permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Aziende considerate.

Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna.

Ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una mappa cartografica e due istogrammi: nel primo compaiono tutte le regioni, con il relativo *trend* (vedi Figura 3), nel secondo tutte le aziende di ogni singola Regione o Provincia (vedi Figura 4).

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

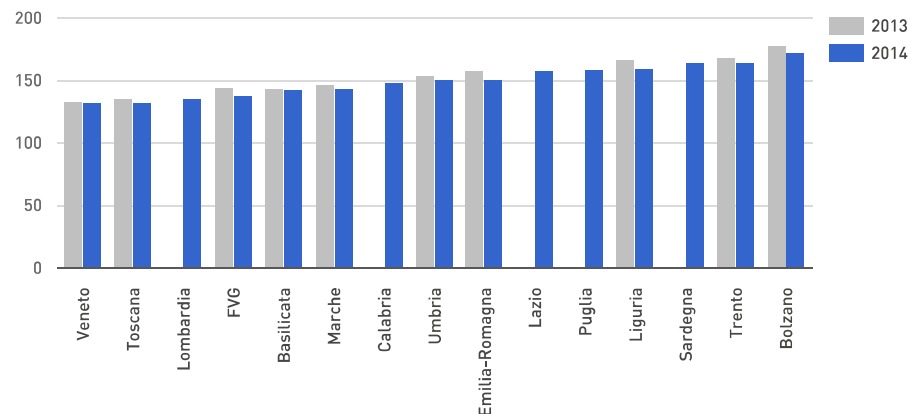


Figura 3. Un istogramma di confronto con il trend regionale.

lo sforzo compiuto da ciascuna azienda e dal sistema nel suo complesso per migliorare la performance da un anno all'altro.

Per permettere di evidenziare quanto le aziende sanitarie siano state in grado di migliorare i risultati rispetto all'anno precedente, è stata messa a punto una nuova modalità di rappresentazione della performance che indica, da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto alle altre regioni.

Nelle mappe di performance (vd. Figura 5), la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni regione e per ogni indicatore selezionato,

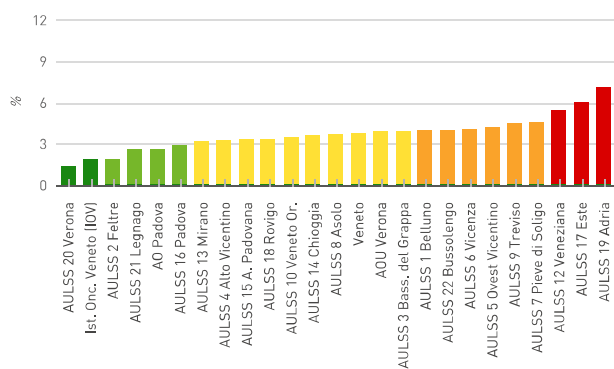


Figura 4. Un istogramma di confronto interaziendale per una Regione.

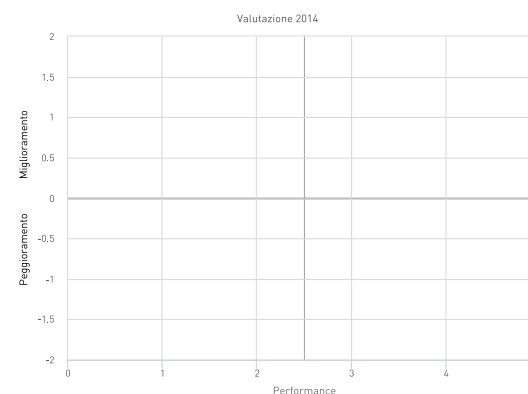


Figura 5. La mappa di performance.

come variazione percentuale 2014-2013, riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica capacità di miglioramento pessima e +2 ottima). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2014, associato a ciascun indicatore selezionato.

Si possono, quindi, individuare 4 quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio medio regionale.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre regioni, sia in termini di capacità di miglioramento dal 2013 al 2014, ovvero la Regione nel 2014 per l'indicatore selezionato ha dimostrato un'ottima performance, con un trend in miglioramento rispetto alle altre Regioni. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato dal 2013 al 2014 rispetto alle altre Regioni, ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2014 e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta".

Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2014 ma registra un trend peggiore rispetto alle altre Regioni e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, risulta un' "area da migliorare", perché la valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con trend in peggioramento.

Per ogni Regione sono state approntate due mappe di performance (Tabella 2 e Tabella 3), corrispondenti ai servizi ospedalieri e a quelli territoriali. Nelle mappe di performance non sono inseriti tutti gli indicatori del sistema di valutazione, perché sarebbero diventate illeggibili: sono stati scelti gli indicatori più significativi, considerati *driver* di altri. Da un punto di vista strettamente metodologico, inoltre, per essere rappresentati nella mappa, gli indicatori devono essere disponibili per l'anno in corso e per il precedente e devono essere di valutazione.

|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno (AO) |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

**Tabella 2.** Gli indicatori utilizzati per la costruzione della mappa di performance dei servizi ospedalieri, anno 2014.

|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

**Tabella 3.** Gli indicatori utilizzati per la costruzione della mappa di performance dei servizi territoriali, anno 2014.



3

I BERSAGLI

## La performance della Regione Basilicata

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della Regione Basilicata presenta una bassa mortalità per tumori e per suicidi, mentre sono critici i dati sulla mortalità per patologie circolatorie e sulla mortalità infantile. L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione agli stili di vita della popolazione lucana, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati all'obesità e alla sedentarietà, problematiche verso le quali non si registra una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale è complessivamente buono, eccezion fatta per la vaccinazione antinfluenzale delle persone anziane, in netto calo rispetto al 2013. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è ancora scarsa.

Sul versante ospedaliero, il tasso di ospedalizzazione contenuto rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto si segnalano una criticità in riferimento al numero relativamente elevato di day hospital di tipo medico. Il ricorso al setting assistenziale ospedaliero per casistica di tipo medico registra ancora qualche elemento di inappropriato: l'elevato tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico e l'alta percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con più di 65 anni denotano una possibile difficoltà a trasferire alcune attività verso una presa in carico di tipo ambulatoriale e territoriale. Critica anche la capacità di utilizzare appropriatamente il setting assistenziale chirurgico. Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano performance complessivamente buone sia per la casistica di tipo medico, sia per quella di tipo chirurgico.

L'organizzazione e la qualità dei processi ospedalieri presentano alcuni chiaroscuri: al diffuso utilizzo della procedura transuretrale per le prostatectomie fa da contraltare una tempestività non ottimale delle operazioni per fratture di femore.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente molto contenuti. Questo si riflette nella ridotta percentuale di abbandoni da pronto soccorso, mentre il numero elevato di dimissioni volontarie dal ricovero ospedaliero segnala un basso livello di soddisfazione da parte dell'utenza.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma critica, con un ricorso al parto cesareo particolarmente alto. Il percorso oncologico restituisce buoni risultati in termini di output, nonostante una certa dispersione della casistica. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale confermano performance medie, per quanto il numero elevato di ricoveri per patologie psichiatriche ripetuti fra 8 e 30 giorni dalla precedente dimissione segnalano una difficoltà nella presa in carico territoriale.

Per quanto concerne il ricorso a prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, sono contenuti sia gli interventi per tonsillectomia, sia quelli per stripping delle vene. In riferimento al ricorso a prestazioni diagnostiche si riscontrano invece alcuni fenomeni di potenziale inappropriato, segnalati dalle numerose risonanze muscolo-scheletriche per pazienti anziani e dal numero elevato di risonanze lombari ripetute nell'arco dei 12 mesi, due tipologie di prestazioni ad alto rischio di inappropriato.

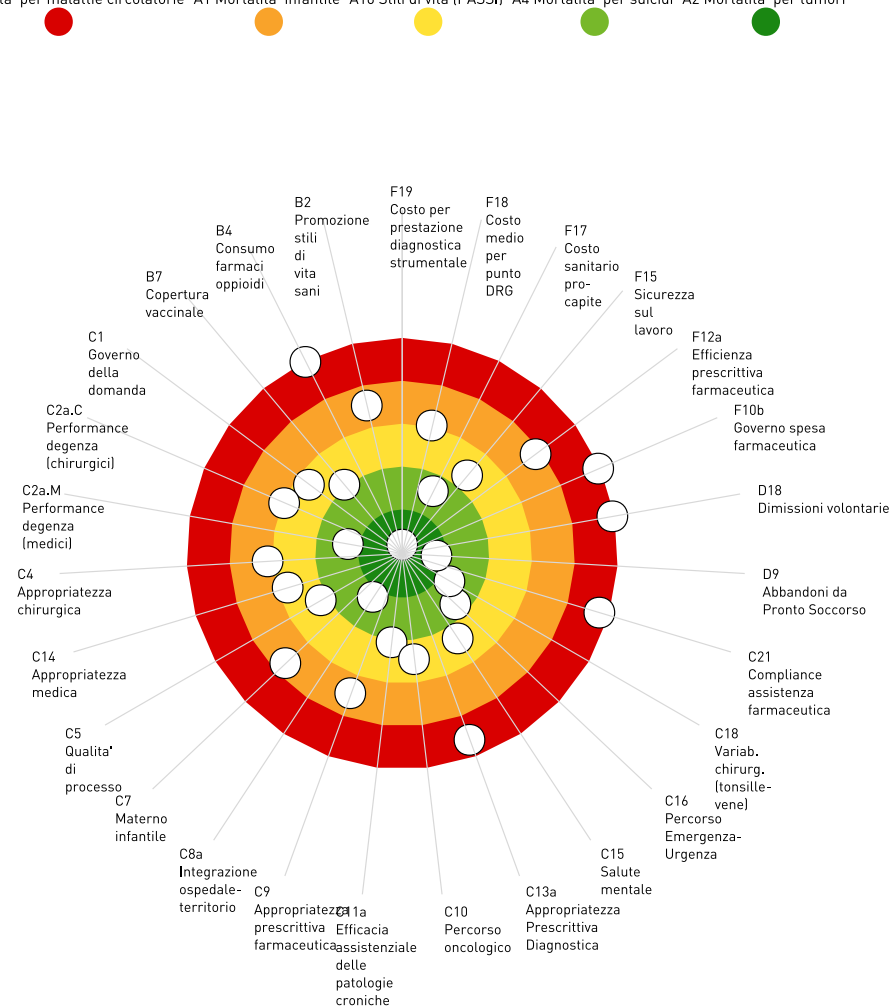
Migliora la capacità di presa in carico delle casistiche croniche, rilevata da una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione di quasi tutte le principali patologie. Complessivamente buoni anche gli indicatori sull'integrazione tra ospedale e territorio.

L'ambito farmaceutico è un'area che necessita di una maggiore attenzione: ad una elevata spesa farmaceutica territoriale si affiancano una ridotta appropriatezza prescrittiva, una bassa compliance e una ridotta propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto.

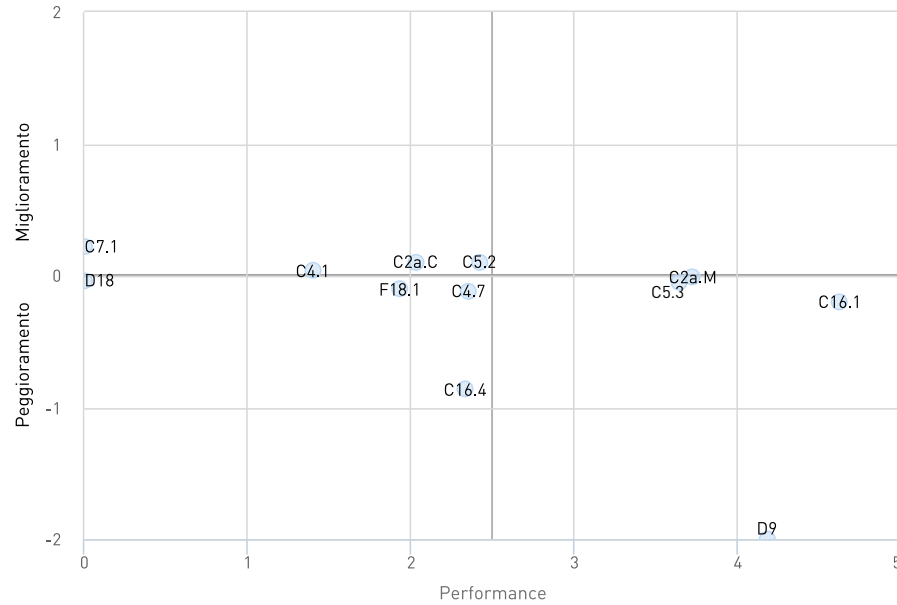
Per quanto riguarda gli indicatori di carattere economico-finanziario, la Regione sostiene un costo sanitario pro-capite tendenzialmente in linea con la media delle altre regioni, con un costo per attività diagnostica sensibilmente inferiore e un costo per l'attività di ricovero invece maggiore.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

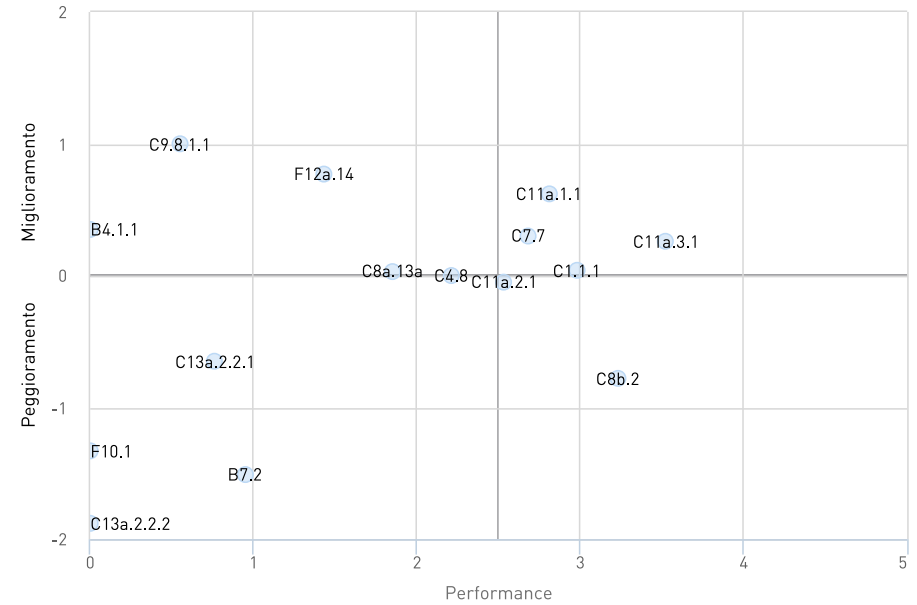
A3 Mortalità\* per malattie circolatorie A1 Mortalità\* infantile A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalità\* per suicidi A2 Mortalità\* per tumori



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



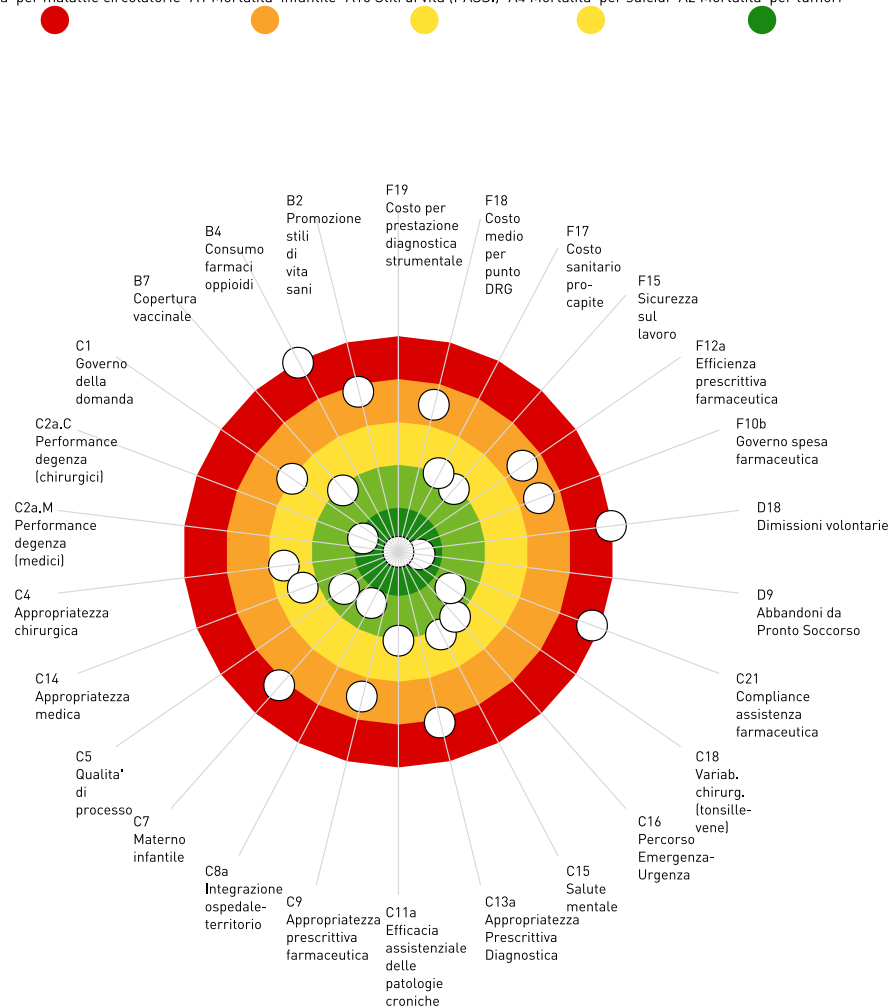
|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno (AO) |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## ASP Potenza

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

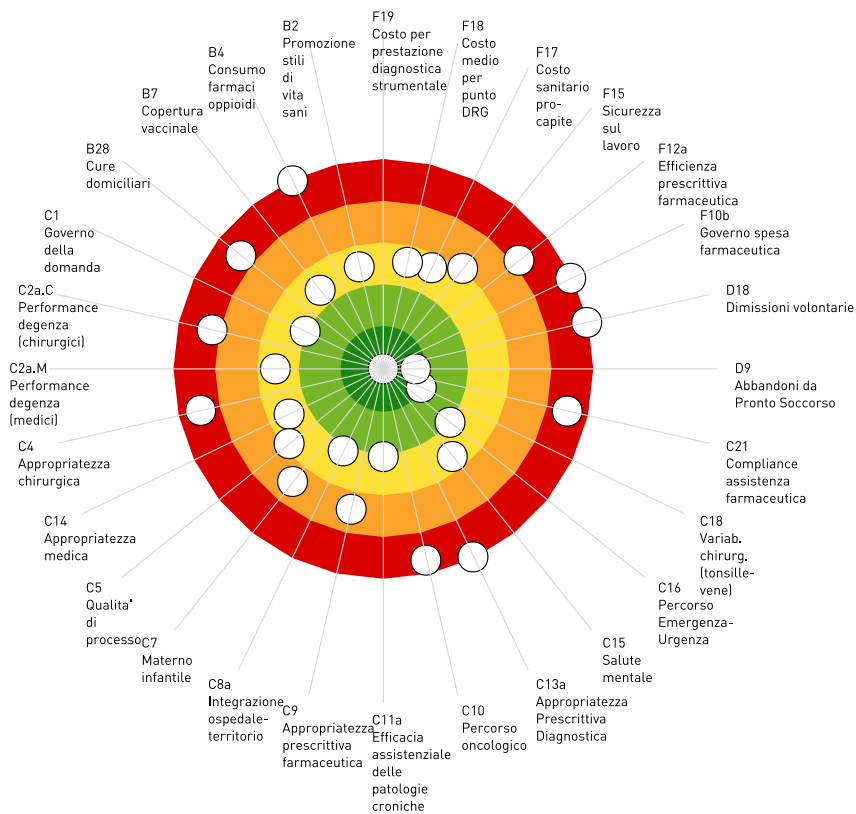
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori



## ASM Matera

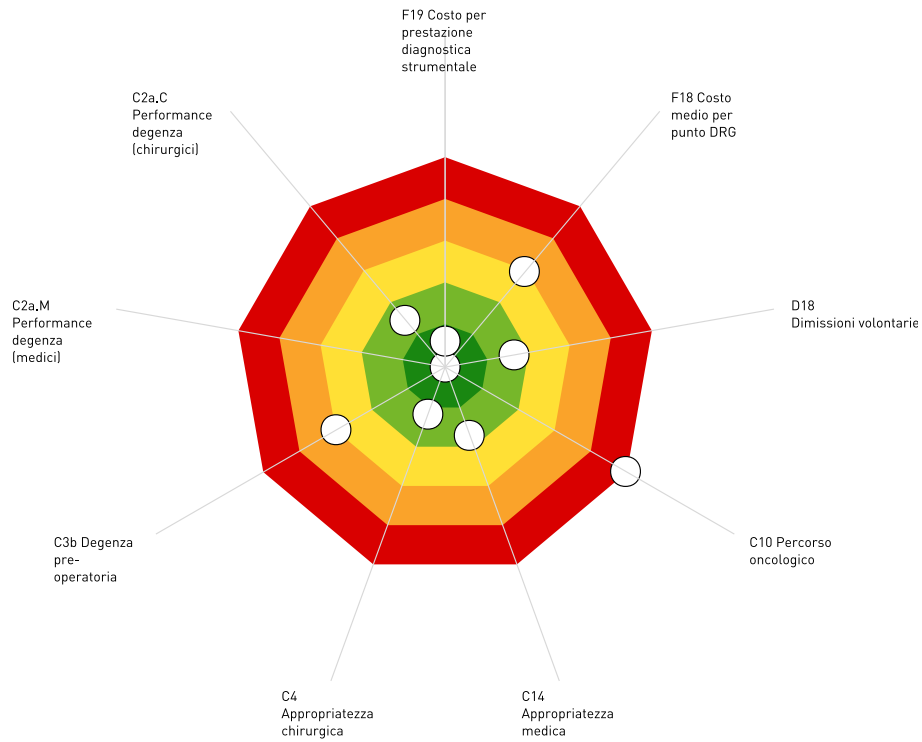
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

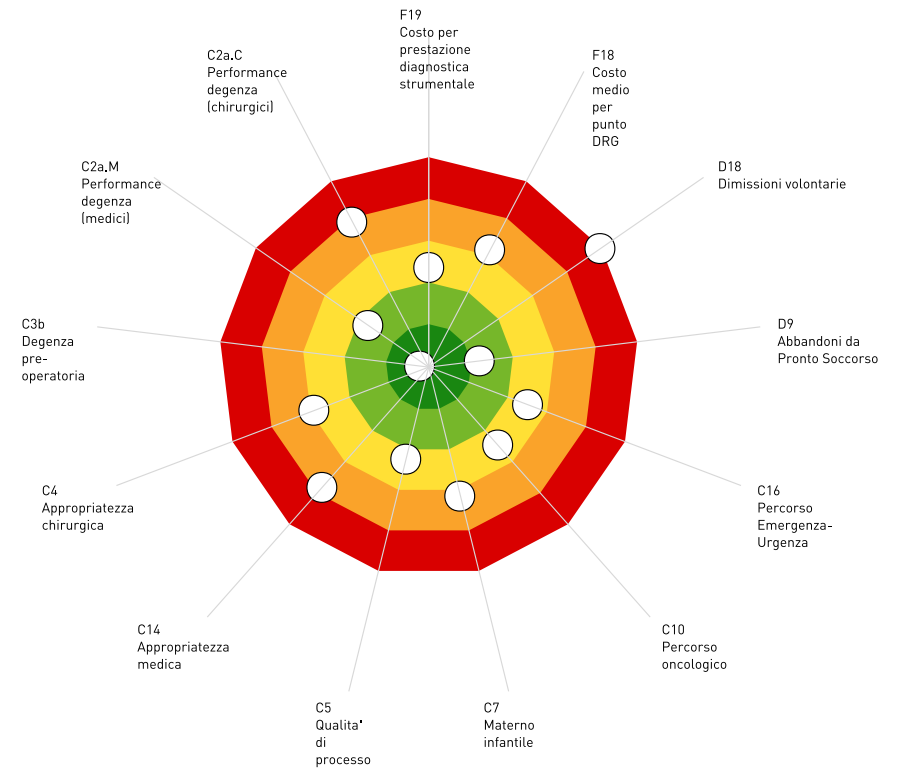




## IRCCS CROB Rionero



## A0 S. Carlo



## La performance della Regione Emilia-Romagna

Il miglioramento della salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione dell'Emilia-Romagna presenta una bassa mortalità per malattie circolatorie, una mortalità infantile e per tumori in linea con le altre Regioni, mentre il numero di suicidi è superiore. L'indagine ministeriale PASSI evidenzia la diffusione di stili di vita complessivamente sani, per quanto rilevi una percentuale di persone obese e in sovrappeso superiore alle altre Regioni. Si registra una buona sensibilità da parte dei medici di medicina generale nel consigliare corretti stili di vita.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale è in linea con le altre Regioni, per quanto possa essere prestata maggiore attenzione alla copertura antinfluenzale. L'attenzione verso la gestione del dolore è nella media. Spicca l'ottima gestione dei programmi di screening oncologici.

Il contenuto tasso di ospedalizzazione rispecchia una buona capacità di governo della domanda, per quanto si segnali una criticità in riferimento al numero relativamente elevato di ricoveri ordinari. La gestione della casistica di tipo medico registra ancora qualche elemento di inapproprietezza: l'elevato tasso di ricovero per DRG LEA denota una possibile difficoltà nel trasferimento di alcune attività verso le strutture ambulatoriali e territoriali. In parte critica anche la capacità di utilizzare appropriatamente il setting assistenziale chirurgico: deve essere ulteriormente incrementata l'attività di day surgery, ancora non pienamente implementata in alcune Aziende. Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano performance complessivamente molto buone, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica, in ulteriore miglioramento. L'organizzazione dei processi ospedalieri è complessivamente buona. I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono in linea con le altre Regioni, nonostante una leggera difficoltà nella tempestiva gestione dei codici verde e giallo; questa problematica sembra riflettersi nel tasso di abbandoni, superiore alla media e in aumento. Il numero di dimissioni volontarie - indicatore proxy della soddisfazione da parte dell'utenza ricoverata - è in linea con le altre Regioni. La gestione del percorso materno-infantile si conferma ottima, con un basso ricorso al taglio cesareo e all'episiotomia. Il percorso oncologico restituisce ottimi risultati in termini di output, nonostante una certa dispersione della casistica per gli interventi di tumore alla prostata. Gli indicatori sulla presa in carico della salute mentale confermano performance nella media, anche se il numero elevato di ricoveri per patologie psichiatriche ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione meriterebbe un approfondimento.

Per quanto concerne le prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, sono più numerosi della media sia gli interventi per tonsillectomia, sia quelli per stripping delle vene, con un'elevata variabilità inter-aziendale. In riferimento alle prestazioni diagnostiche, si riscontrano alcuni fenomeni potenzialmente ad alto rischio di inapproprietezza, indicati dal numero elevato di risonanze muscolo-scheletriche per pazienti anziani e dalle molte risonanze lombari ripetute nell'arco dei 12 mesi.

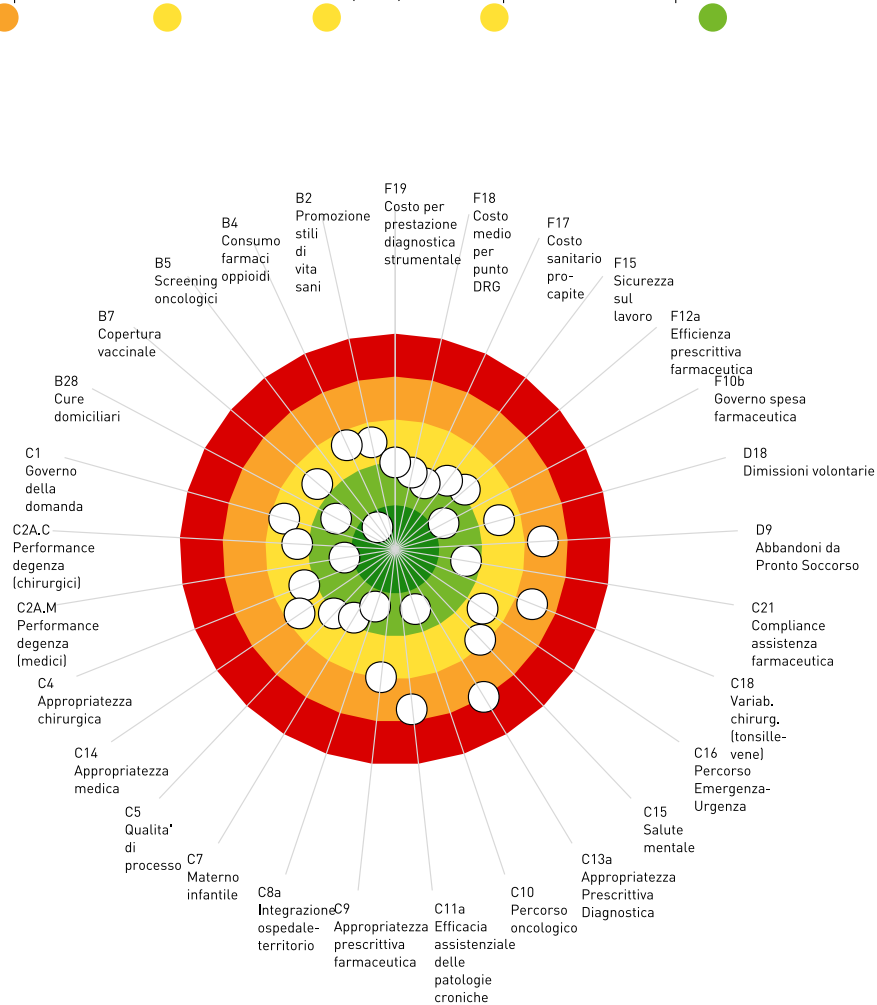
La presa in carico delle cronicità continua a essere complessivamente critica, per quanto si rilevi una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per tutte le principali patologie. Ottimi gli indicatori sull'integrazione tra ospedale e territorio. Risultano sotto controllo anche i tassi di ospedalizzazione per patologie pediatriche: quello per gastroenterite, superiore alla media, registra comunque un trend decrescente.

Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale è la più bassa del network e a questa fanno eco buone performance per quanto concerne l'appropriatezza prescrittiva, la compliance terapeutica e la propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto.

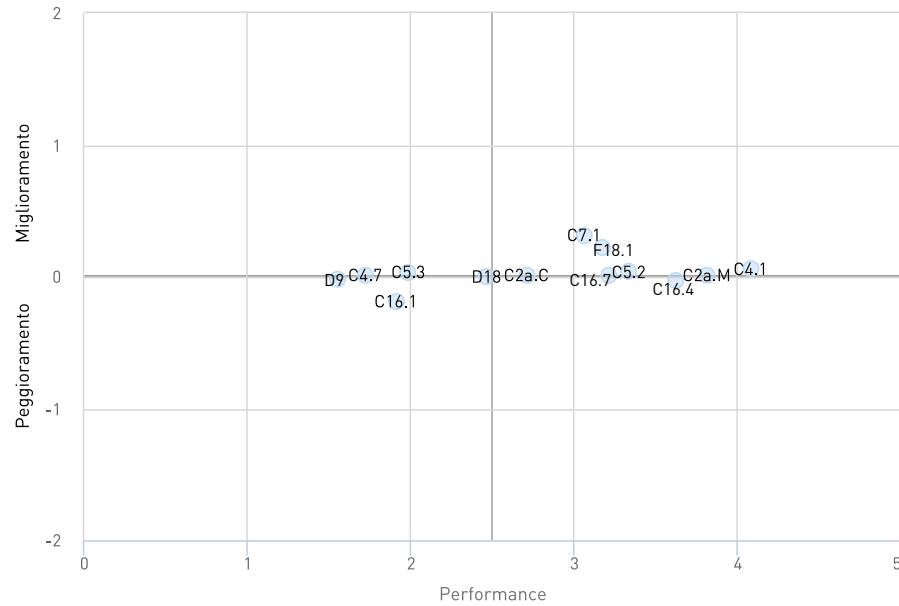
Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, infine, i dati si confermano in linea con la media delle Regioni, sia per quanto concerne il costo sanitario pro-capite complessivo, sia per quanto riguarda il costo medio dell'assistenza diagnostica. Il costo per l'assistenza ospedaliera è il più basso del network.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

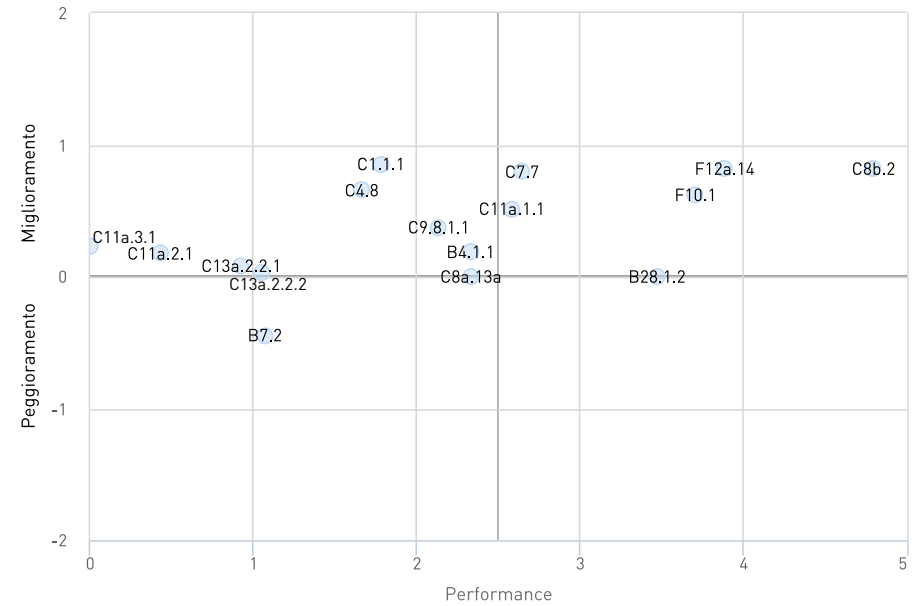


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO

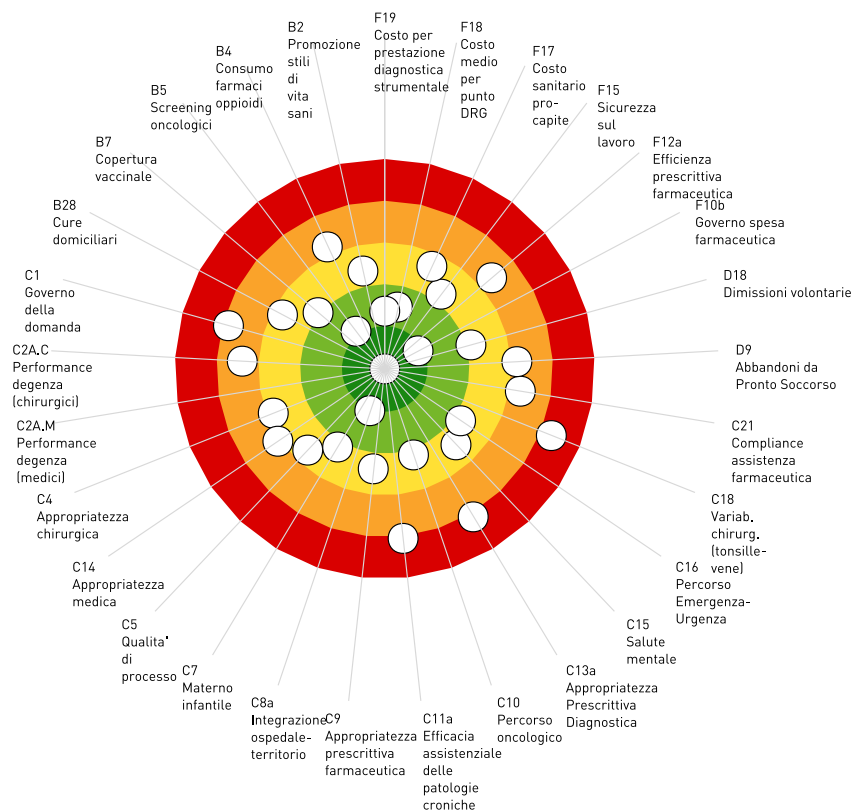


|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## AUSL Piacenza

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

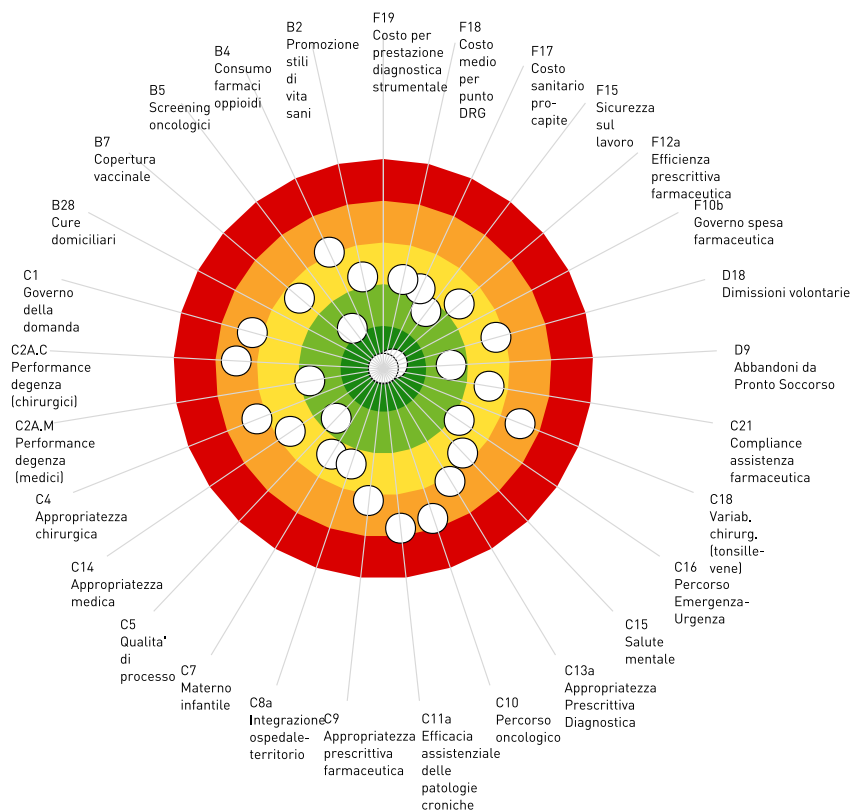
A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AUSL Parma

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

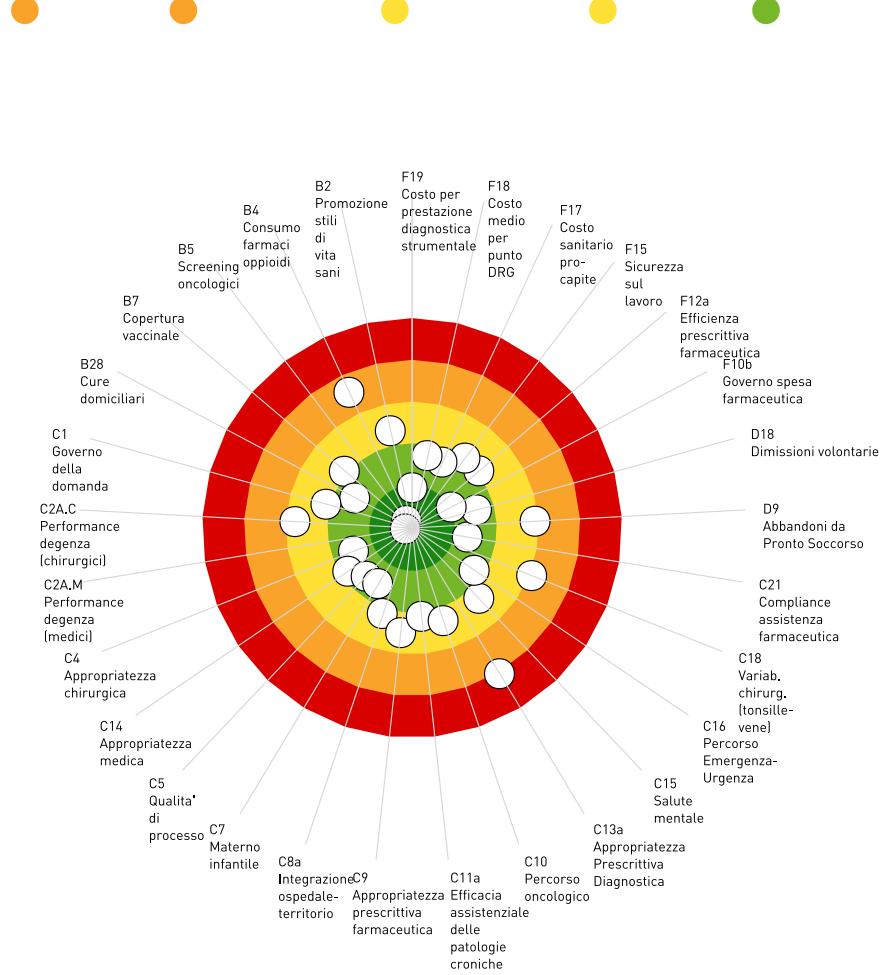
A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI)



## AUSL Reggio Emilia

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

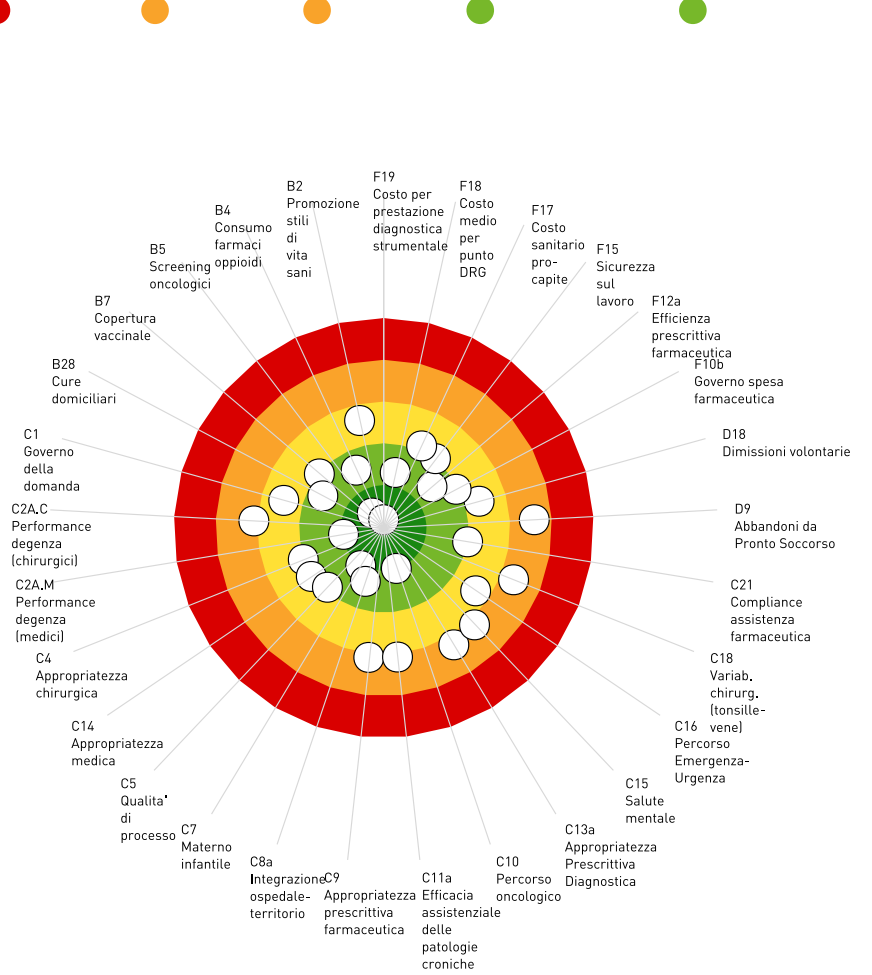
A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori



## AUSL Modena

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

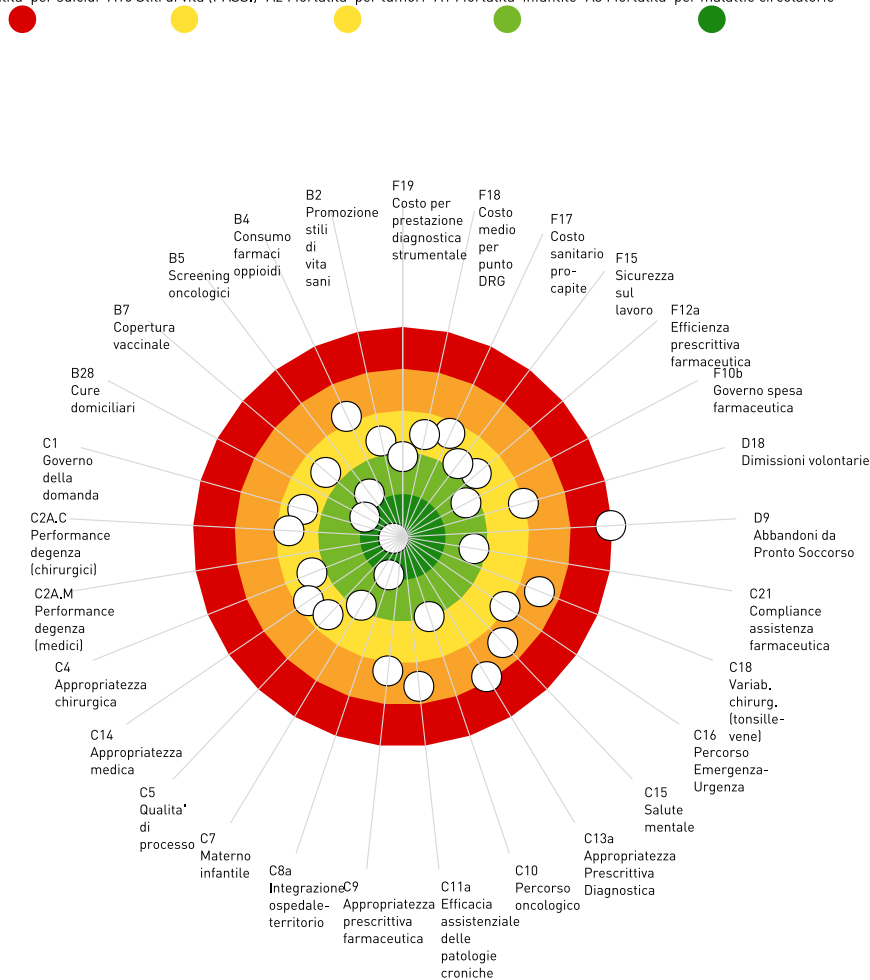
A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AUSL Bologna

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

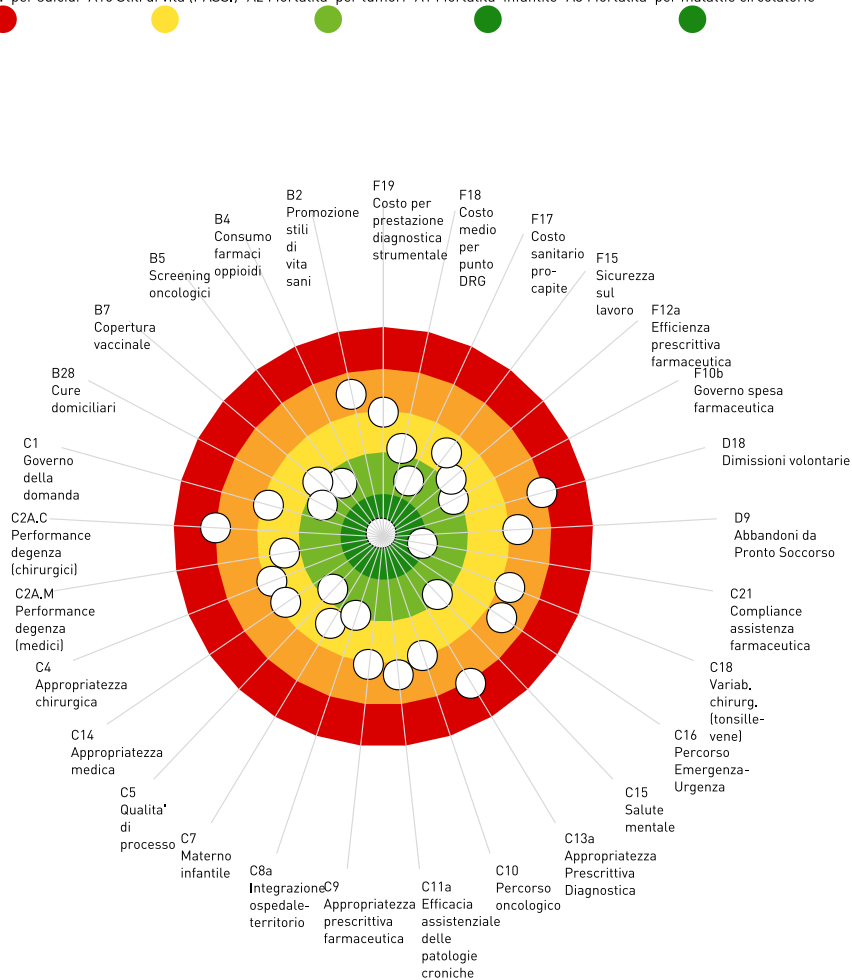
A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AUSL Imola

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

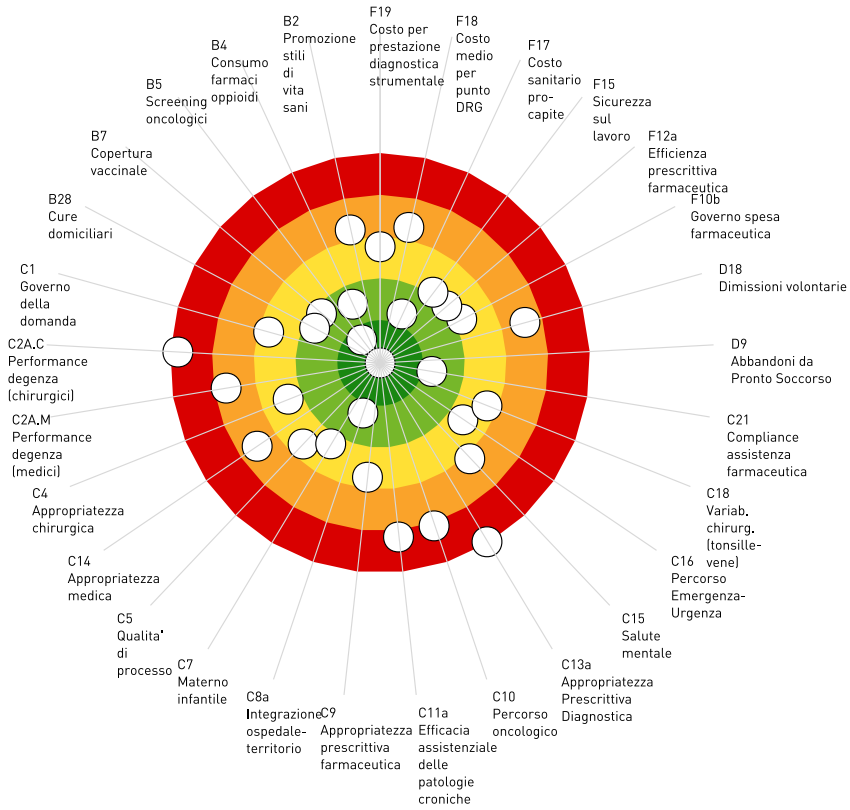
A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AUSL Ferrara

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

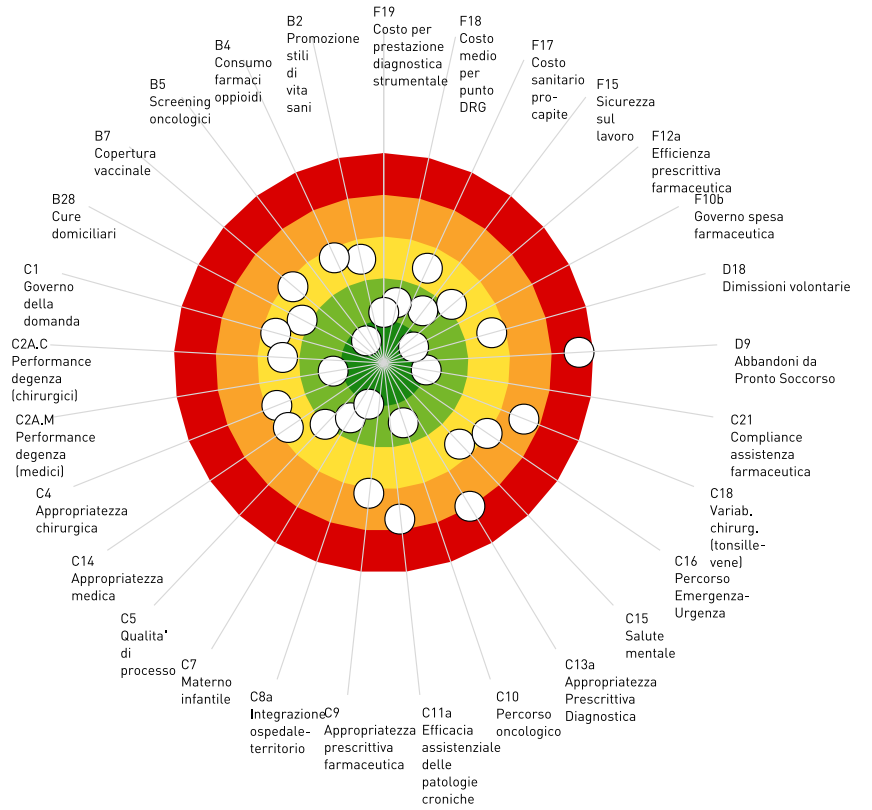
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI)



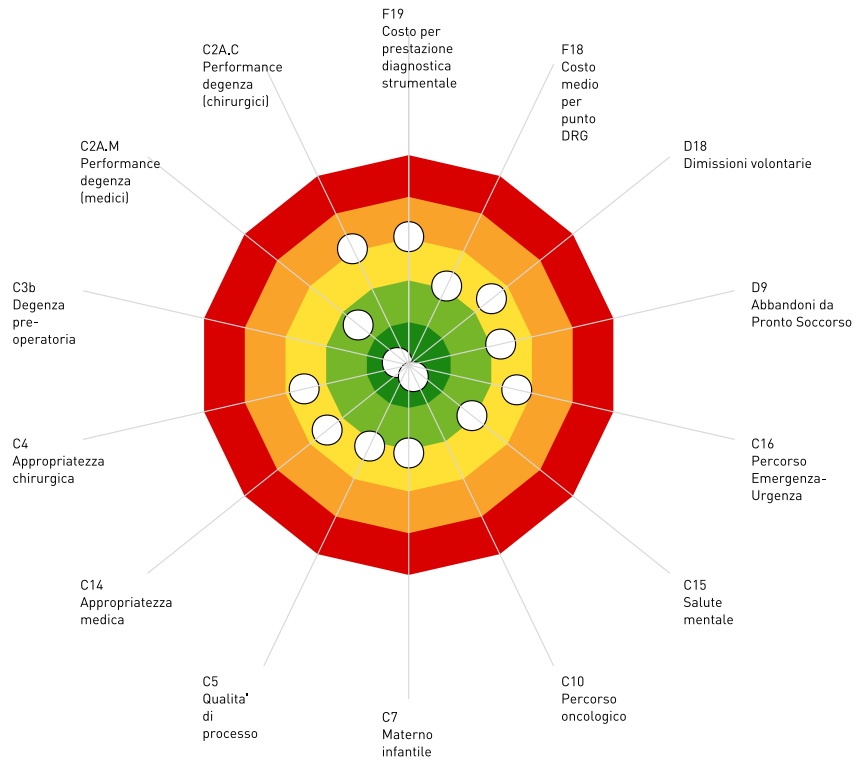
## AUSL Romagna

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

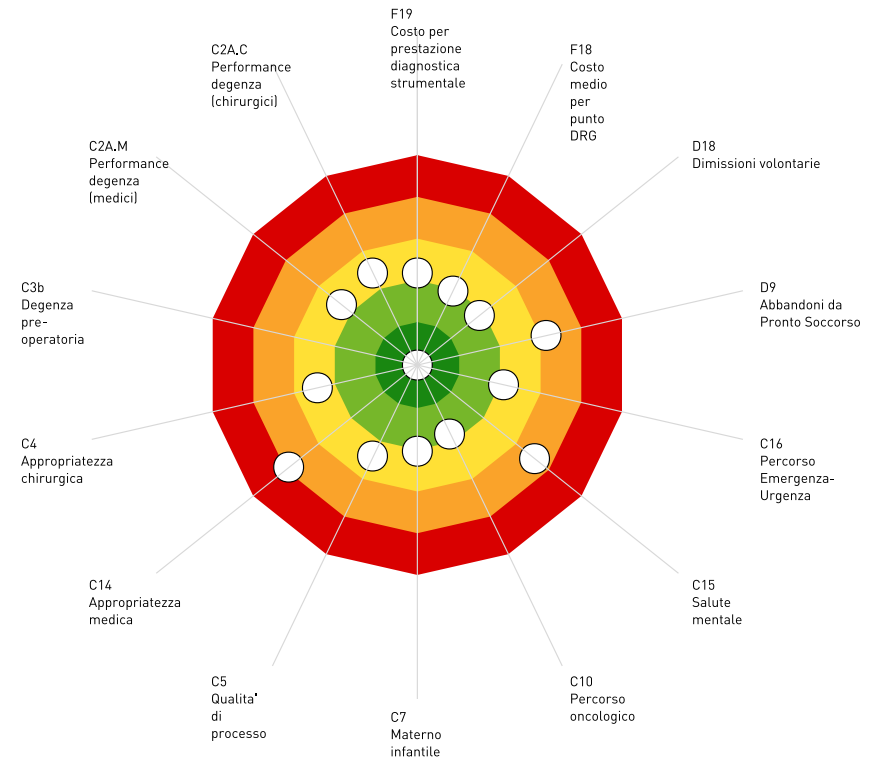
A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AOU Parma

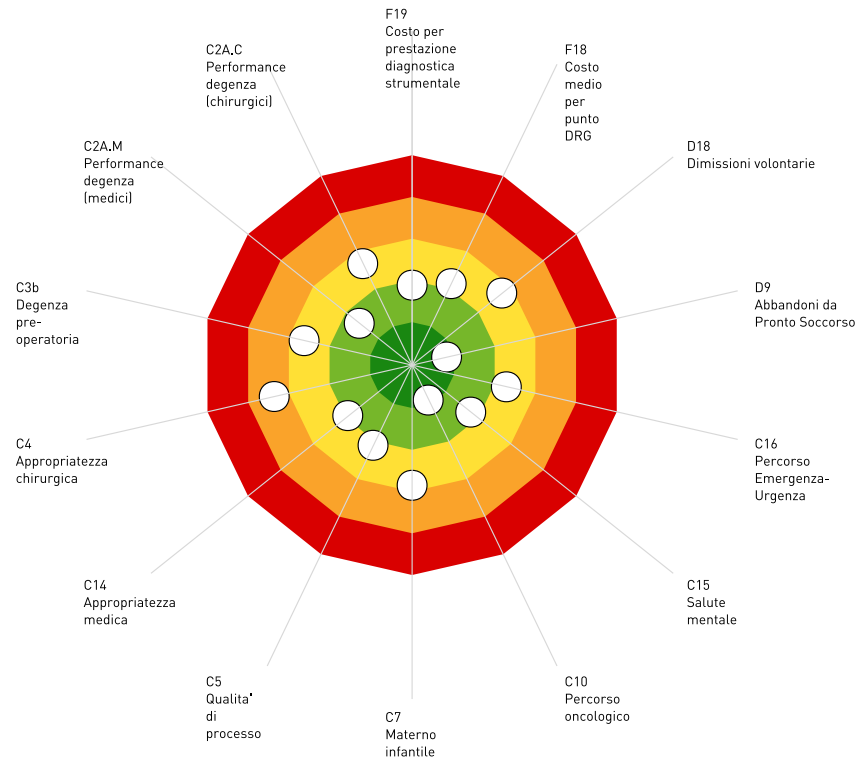


## AOU Modena

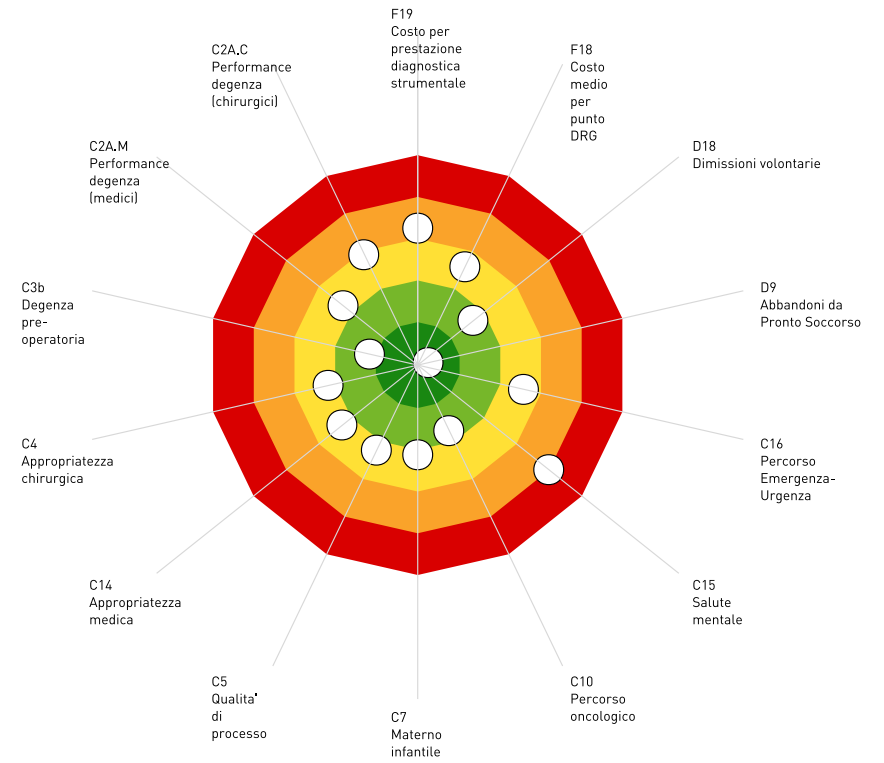




## AOU Bologna



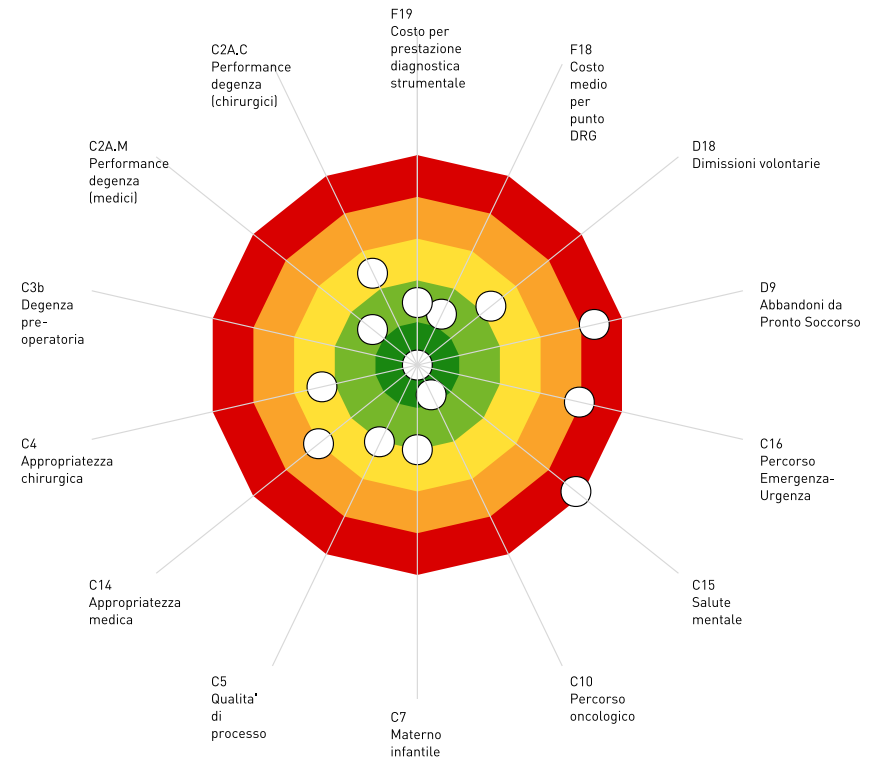
## AOU Ferrara



## IRCCS Rizzoli



## AO Reggio Emilia





## La performance della Regione Friuli Venezia Giulia

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della Regione Friuli Venezia Giulia presenta una bassa mortalità per malattie cardiovascolari, mentre quella per tumori e quella per suicidi sono superiori alla media. L'indagine ministeriale PASSI rileva l'esigenza di prestare maggiore attenzione agli stili di vita della popolazione friulana, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati all'obesità e al consumo di alcol, per la cui promozione non si registra una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale registra una generale flessione: emerge una particolare criticità per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale della popolazione anziana e la copertura per il Papilloma virus. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è elevata. Per quanto riguarda la copertura dei programmi di screening oncologici, si registra una situazione complessiva molto buona.

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

Si riduce tra il 2013 e il 2014 la durata delle degenze – sia per la casistica di tipo medico, sia per quella di tipo chirurgico – attestando la performance della Regione Friuli Venezia Giulia su valori in linea con la media del network.

L'organizzazione dei processi ospedalieri mostra risultati complessivamente in linea con quelli delle altre regioni: si segnala solo, da una parte, l'elevata percentuale di ricoveri ripetuti e, dall'altra, un netto miglioramento della percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni.

Il Pronto Soccorso mostrano una performance in lieve peggioramento nella gestione dei codici verdi e negli abbandoni volontari degli utenti. Le dimissioni volontarie dal ricovero ospedaliero, proxy della soddisfazione dei pazienti, rappresentano, invece, la best practice tra le regioni del network.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma piuttosto buona: si riscontra il più basso ricorso al cesareo ma di contro sono elevati i parti indotti e quelli operativi. Il percorso oncologico restituisce buoni risultati, sia in termini di output, sia in termini di capacità di concentrazione della casistica. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale confermano performance molto buone.

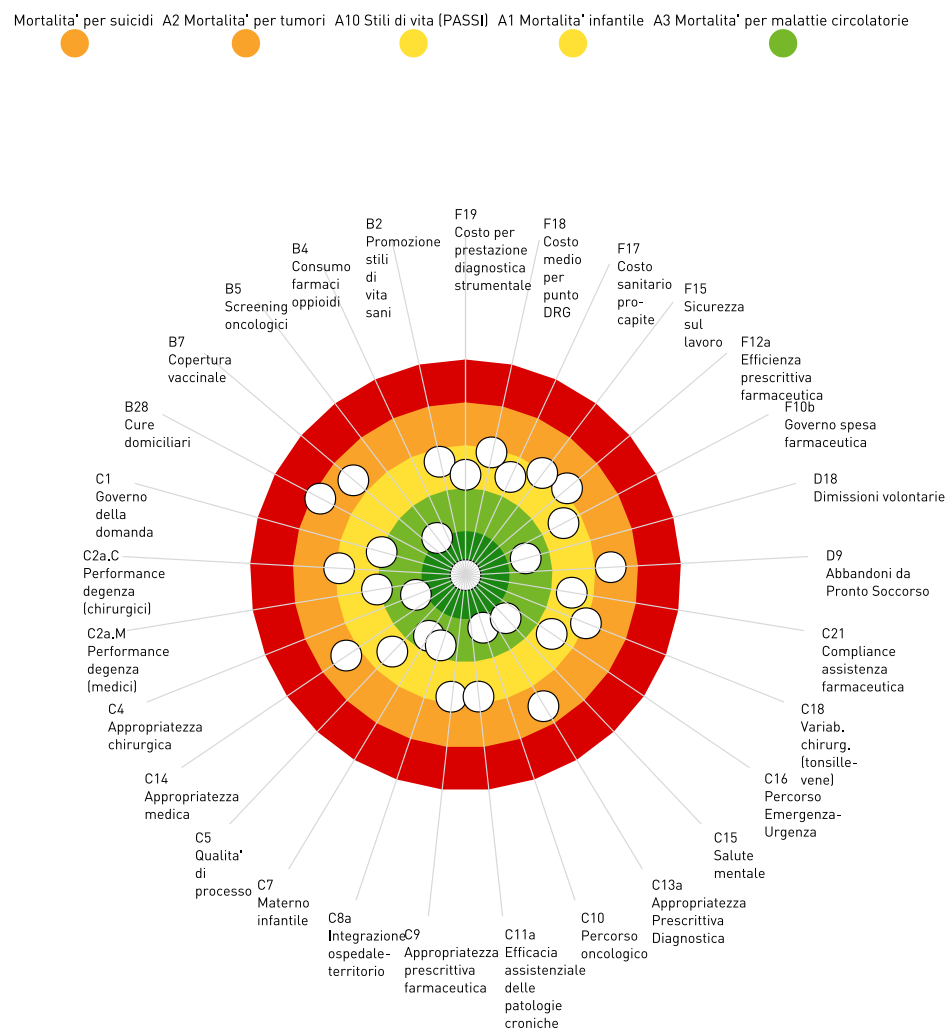
Per quanto concerne il ricorso a prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, gli interventi di stripping di vene restano numerosi. In riferimento all'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni diagnostiche, permane un eccessivo ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani (una prestazione ad alto rischio di inappropriatezza), in ulteriore aumento rispetto al 2013.

Migliora la capacità di presa in carico delle casistiche croniche, rilevata da una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione di tutte le principali patologie. Complessivamente buoni anche gli indicatori sull'integrazione tra ospedale e territorio.

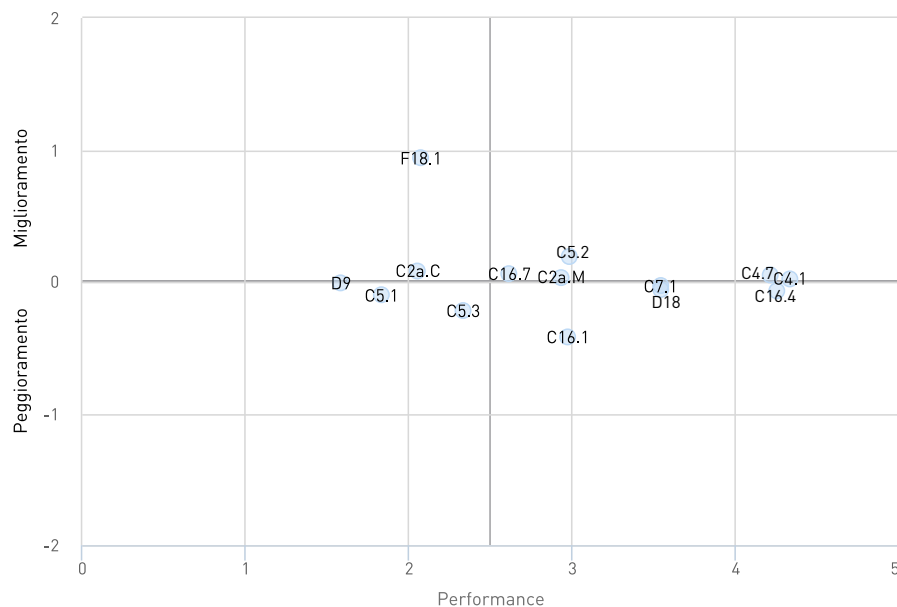
In ambito farmaceutico, la spesa territoriale è nella media, così come l'appropriatezza prescrittiva e la compliance, mentre potrebbe essere presidiata con più attenzione l'efficienza prescrittiva – ovvero la propensione alla prescrizione di molecole con brevetto scaduto.

Per quanto riguarda gli indicatori di carattere economico-finanziario, la Regione sostiene un costo sanitario pro-capite in linea con la media delle altre regioni, così come quello per l'attività diagnostica, mentre il costo per l'assistenza ospedaliera, pur elevato, mostra un'apprezzabile diminuzione tra il 2012 e il 2013.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012



MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO



|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## ASS1 Triestina

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

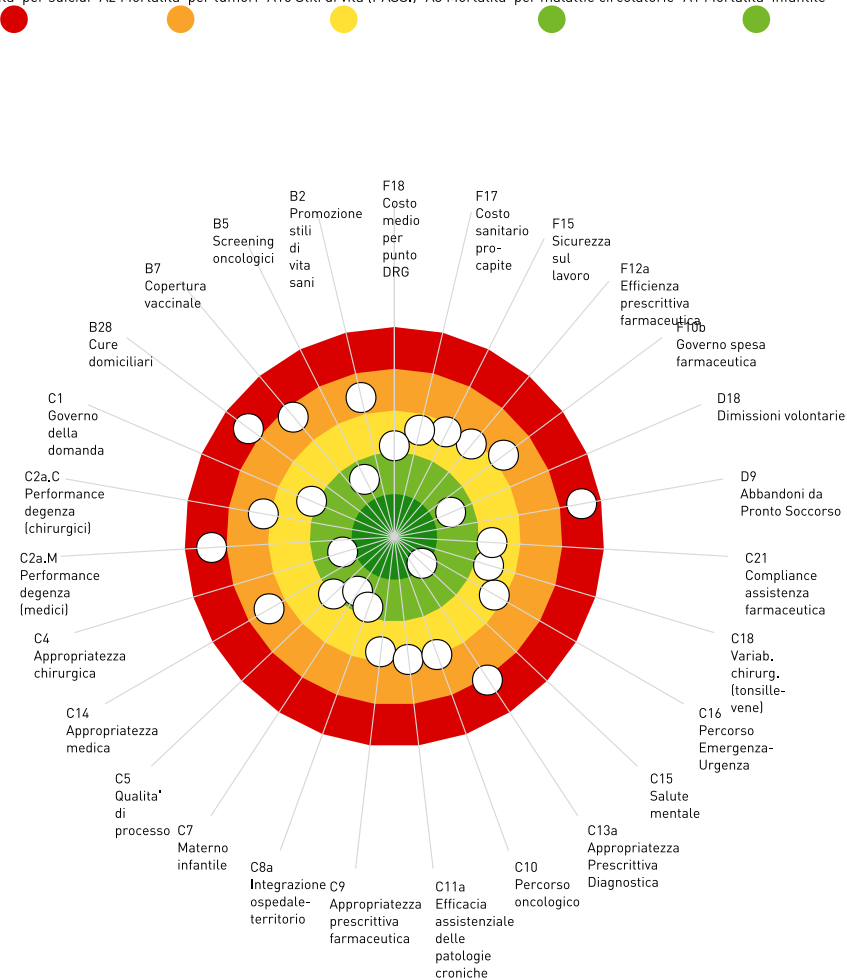
A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



## ASS2 Isontina

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

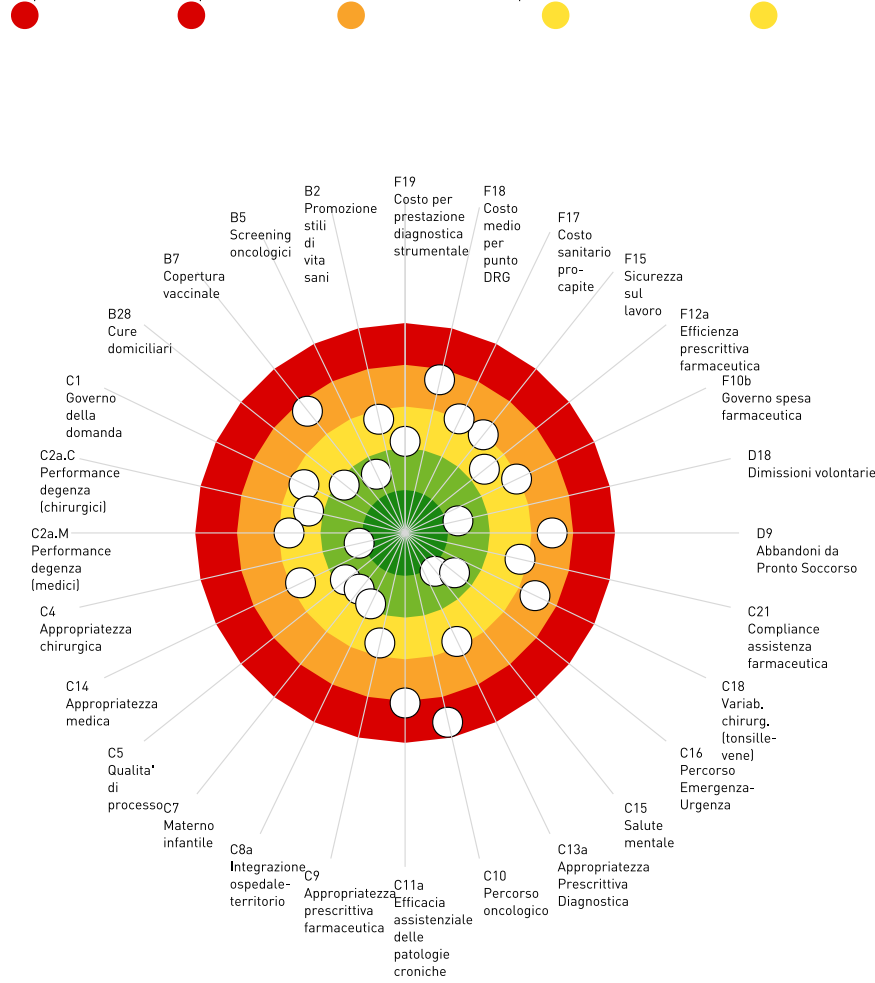
A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



## ASS3 Alto Friuli

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

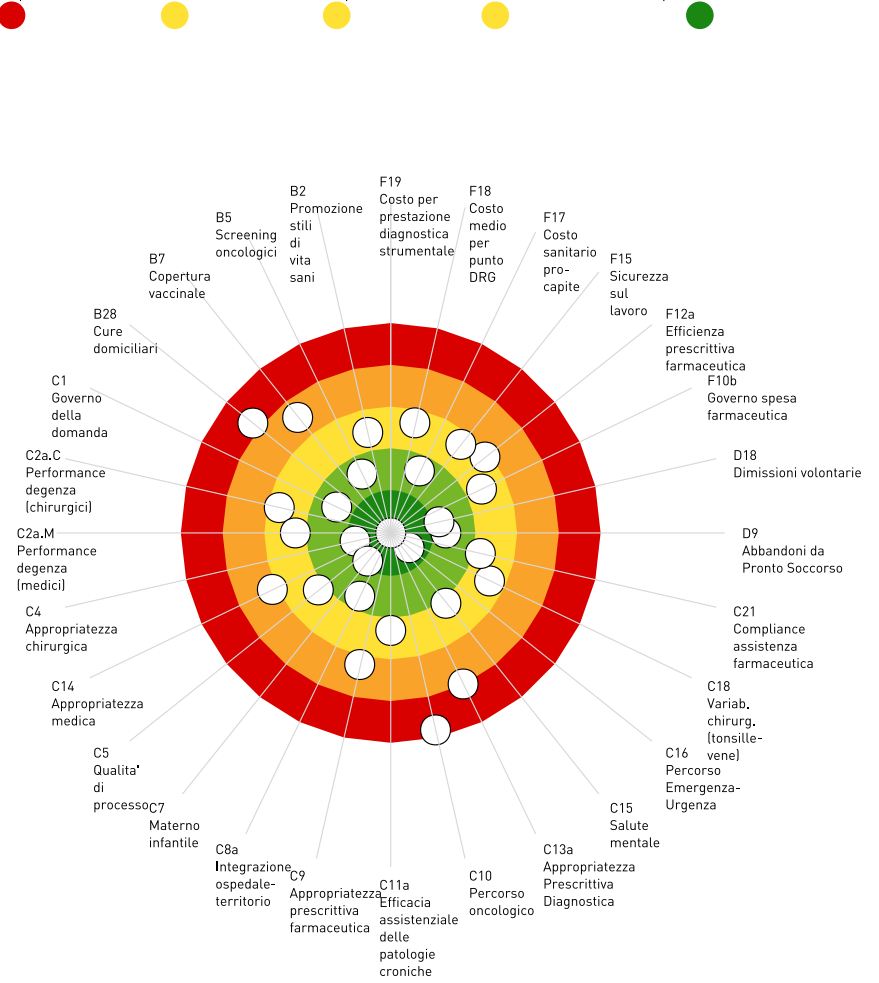
A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI)



## ASS4 Medio Friuli

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

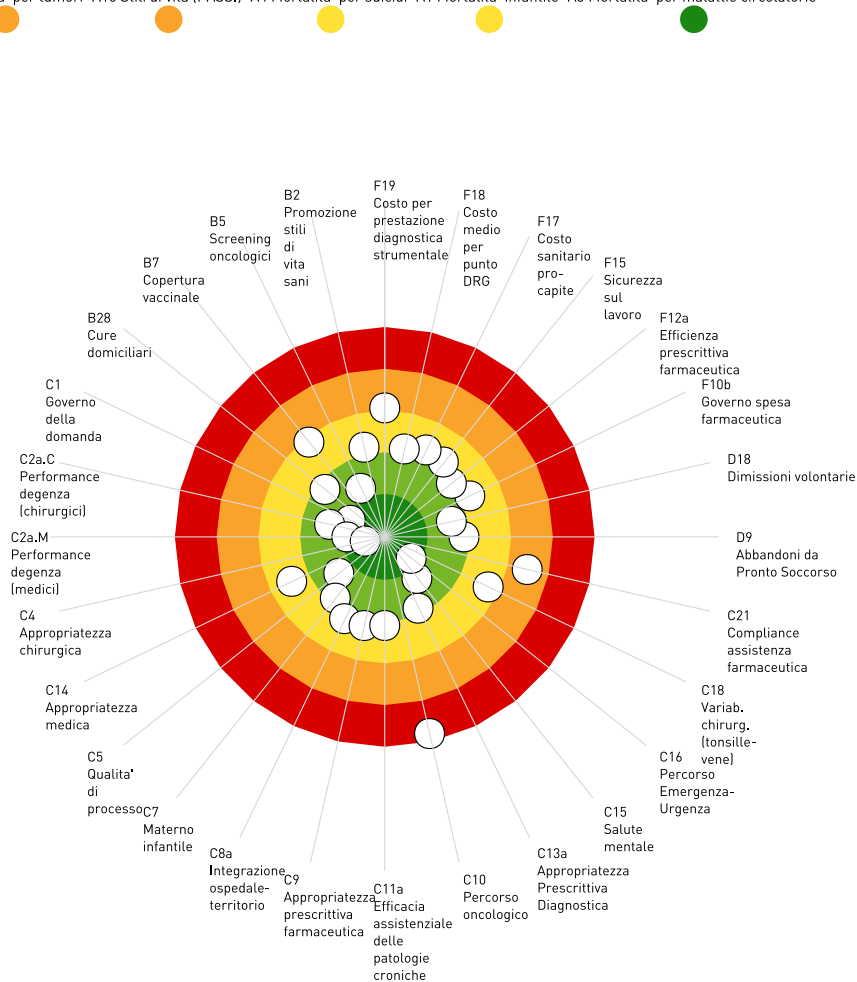
A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## ASS5 Bassa Friulana

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

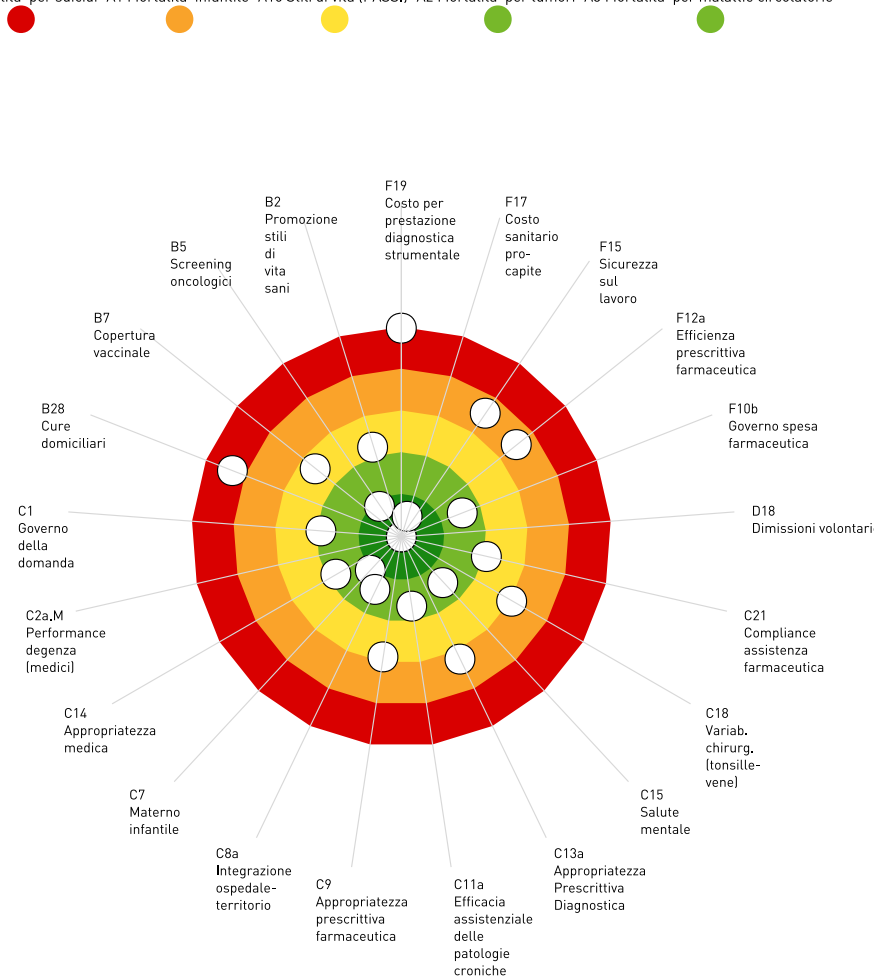
A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## ASS6 Friuli Occidentale

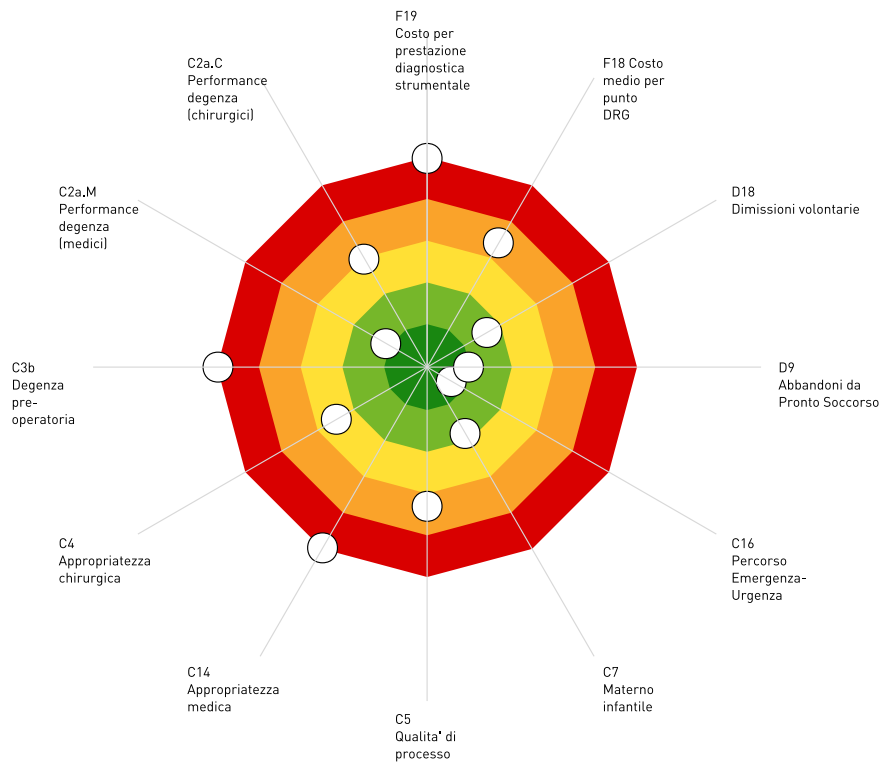
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

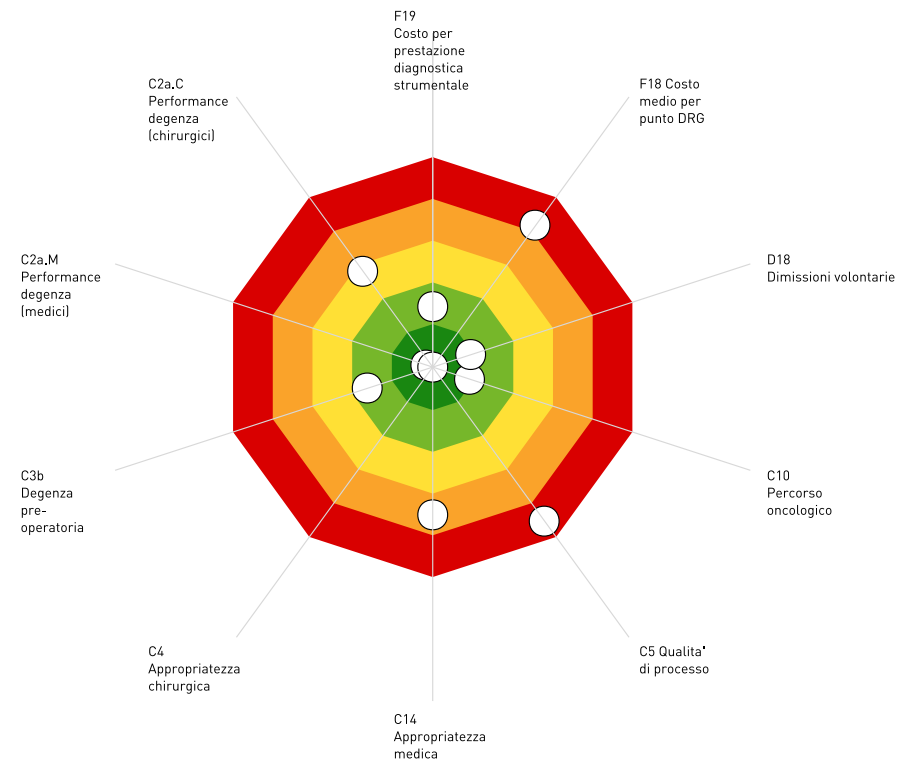




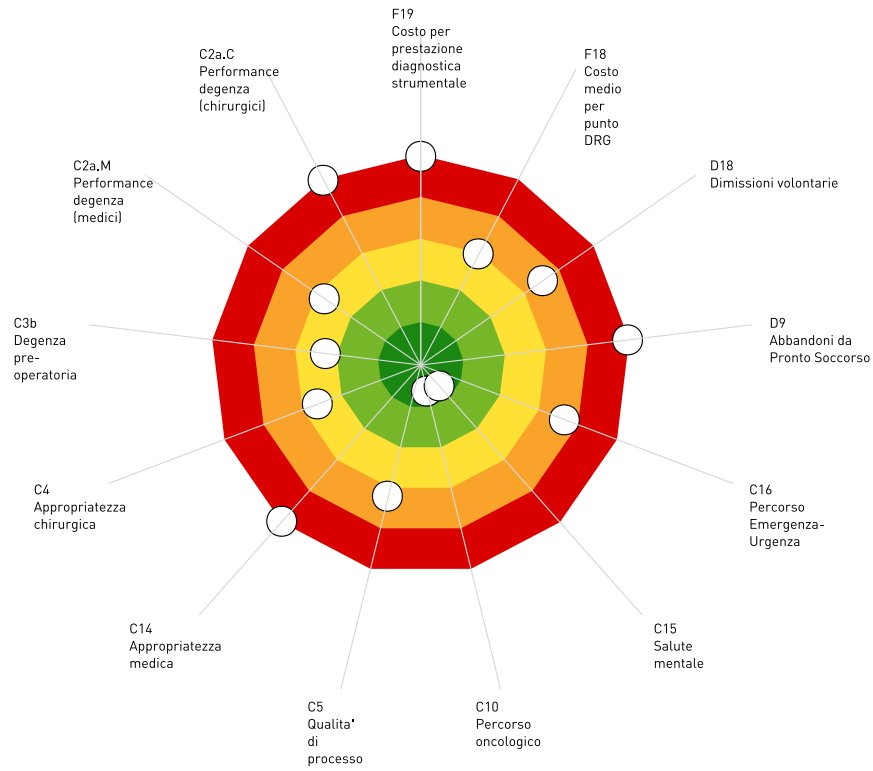
## IRCCS Burlo Gar.



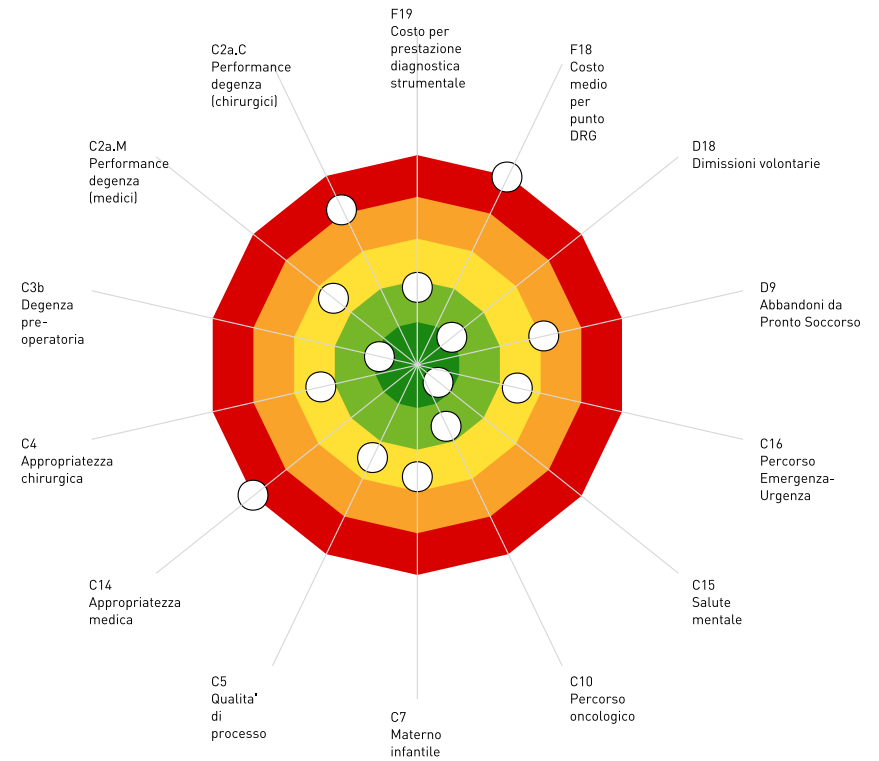
## IRCSS Centro Rif. Oncol.



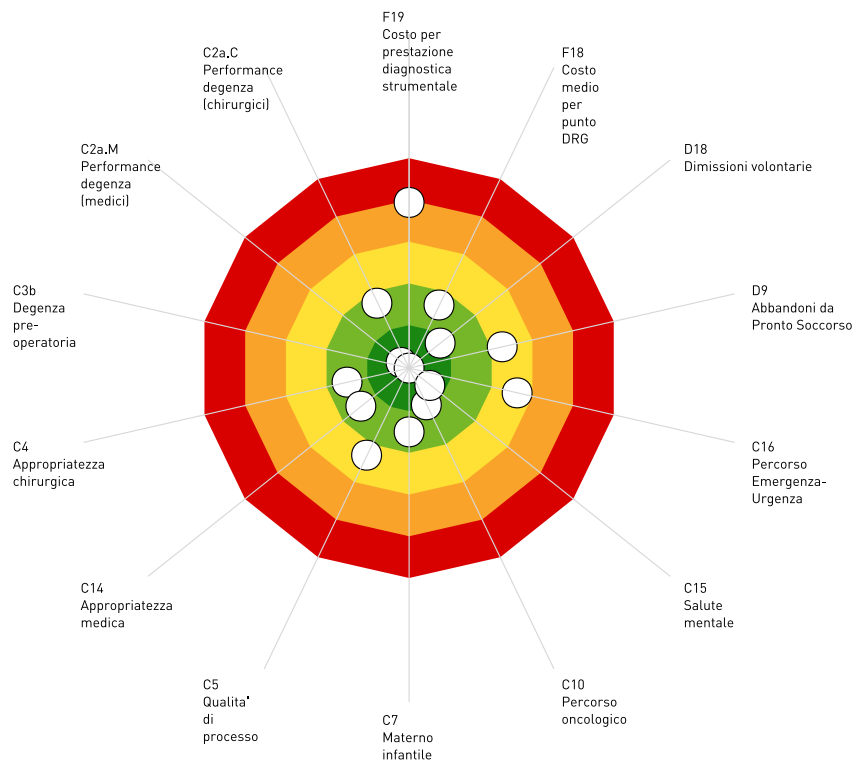
## AOU Trieste



## AOU Udine



# A0 Pordenone



## La performance della Regione Liguria

Il miglioramento della salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione ligure presenta indicatori relativi alla mortalità per tumori e per malattie cardiocircolatorie in linea con le altre regioni del Network. Risulta invece una mortalità infantile più elevata e di converso una minore mortalità per suicidi. L'indagine ministeriale PASSI rileva come la diffusione di stili di vita sani in Liguria non si discosti dalle altre Regioni; i medici di medicina generale potrebbero tuttavia essere maggiormente sensibilizzati rispetto alla promozione dell'attività fisica.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale può senz'altro essere migliorato, con azioni mirate al vaccino antinfluenzale e al Papilloma virus. L'attenzione verso la gestione del dolore è buona. Sussistono spazi di miglioramento per quanto riguarda la copertura dei programmi di screening oncologici, in particolare della cervice uterina; si confermano invece le buone performance e il miglioramento relativamente allo screening mammografico.

Per quanto concerne il ricorso al setting assistenziale ospedaliero, il tasso di ospedalizzazione - pur assestandosi ancora a livelli elevati - risulta ulteriormente in calo. E' in riferimento ai ricoveri di tipo medico che si rilevano i maggiori margini di recupero di appropriatezza, in particolare per l'elevato tasso di ricoveri diurni per finalità diagnostica e per l'alta percentuale di ricoveri medici oltre-soglia. Si registrano nel complesso buoni risultati per quanto riguarda l'appropriatezza chirurgica, con un netto aumento delle colecistectomie laparoscopiche operate in un giorno. Il potenziamento delle cure domiciliari potrebbe concorrere alla riduzione dell'ospedalizzazione. La durata delle degenze presenta una situazione diversa per i ricoveri di tipo medico e per quelli di tipo chirurgico: per i primi, la Liguria registra buoni risultati, mentre si denota una degenza media relativamente lunga per l'attività chirurgica, per quanto in miglioramento. Permangono performance non soddisfacenti relativamente all'organizzazione dei processi ospedalieri: si registrano criticità circa la tempestività, seppur in miglioramento, degli interventi per fratture di femore e circa il ricorso alla procedura transuretrale per le prostatectomie.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con le altre Regioni. L'elevata percentuale di abbandoni volontari da PS e di dimissioni volontarie dal ricovero ospedaliero segnalano tuttavia un livello di soddisfazione da parte dell'utenza non ottimale, per quanto sia presente un'ampia variabilità nei risultati delle singole strutture. La gestione del percorso materno-infantile rileva un ricorso frequente al parto cesareo. Si segnala invece una riduzione delle episiotomie. L'elevato tasso di ospedalizzazione in età pediatrica suggerisce la necessità di una cooperazione più efficace tra pediatri di libera scelta e specialisti ospedalieri.

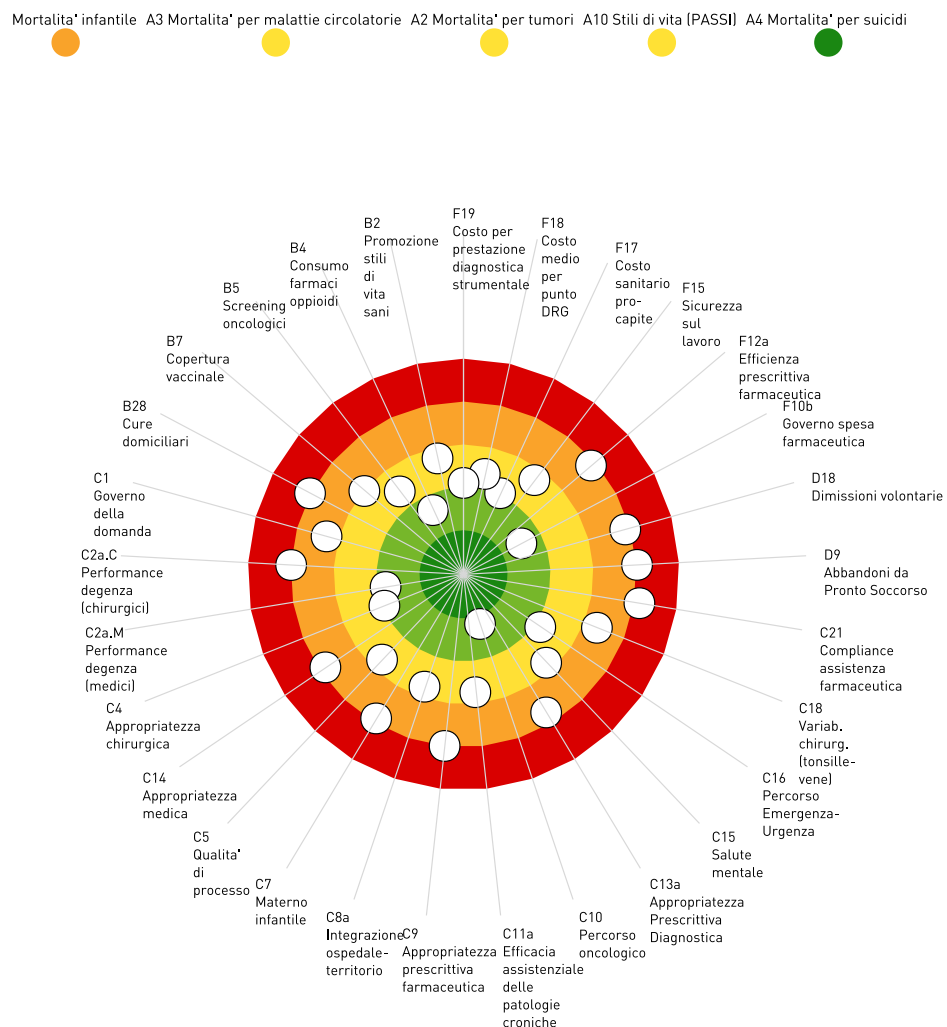
Il percorso oncologico restituisce buoni risultati, sia in termini di output, sia in termini di capacità di concentrazione della casistica. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale non si discostano significativamente da quelli delle altre Regioni.

Per quanto concerne le prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, si segnala un elevato ricorso alla tonsillectomia. In riferimento alle prestazioni diagnostiche, si conferma la necessità di prestare attenzione alle risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti anziani, in considerazione della potenziale inappropriatezza di tale prestazione. La Liguria conferma una capacità di presa in carico delle patologie croniche complessivamente non difforme da quella delle altre Regioni. Gli indicatori sull'integrazione tra ospedale e territorio sono stabili e complessivamente nella media.

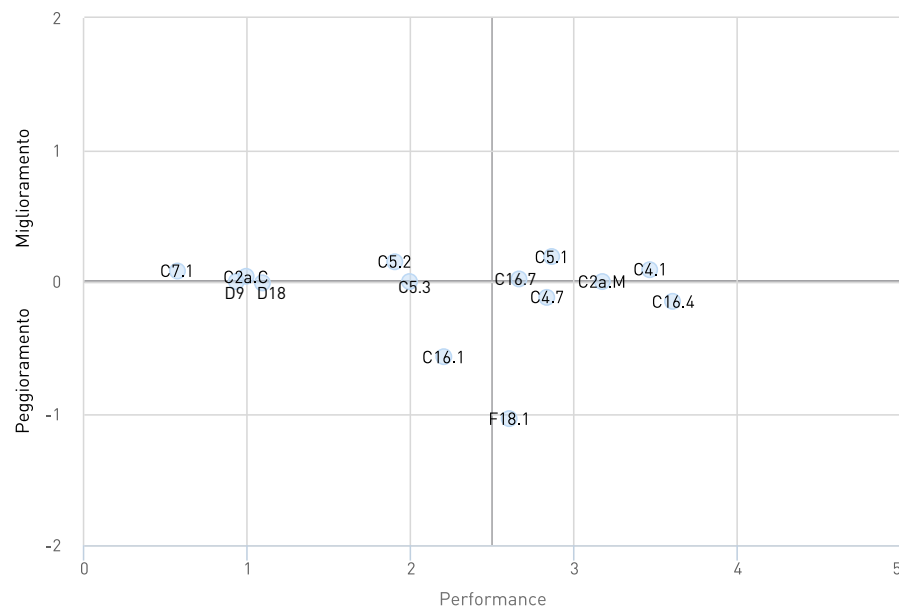
Sul versante della governance farmaceutica, per quanto la spesa territoriale si attesti sotto la media del network, sono critiche sia l'appropriatezza prescrittiva, sia la propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, si confermano i dati complessivamente in linea con la media delle Regioni, sia per quanto riguarda il costo dell'assistenza ospedaliera, sia per quanto concerne il costo sanitario complessivo. Si segnala infine una forte contrazione del costo per prestazioni diagnostiche.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

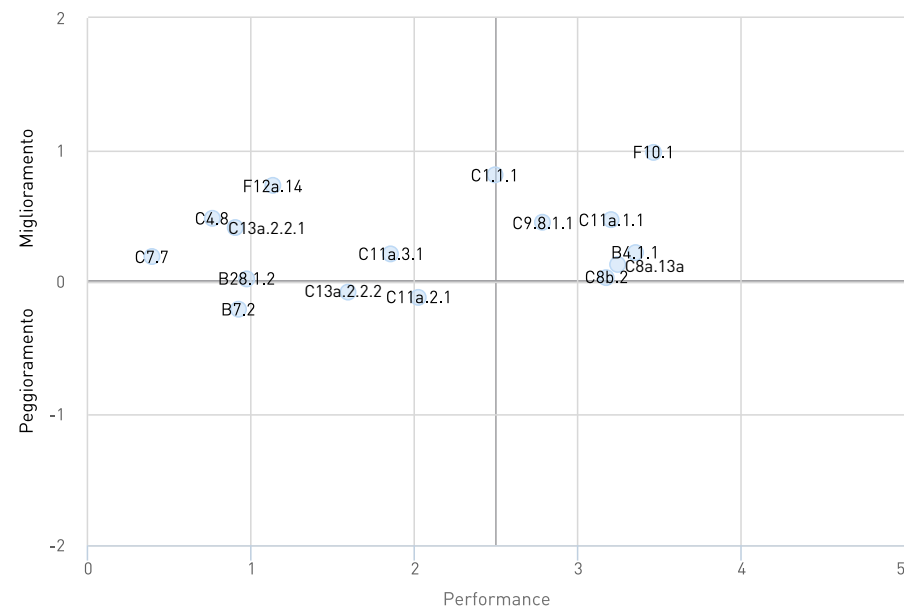


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO

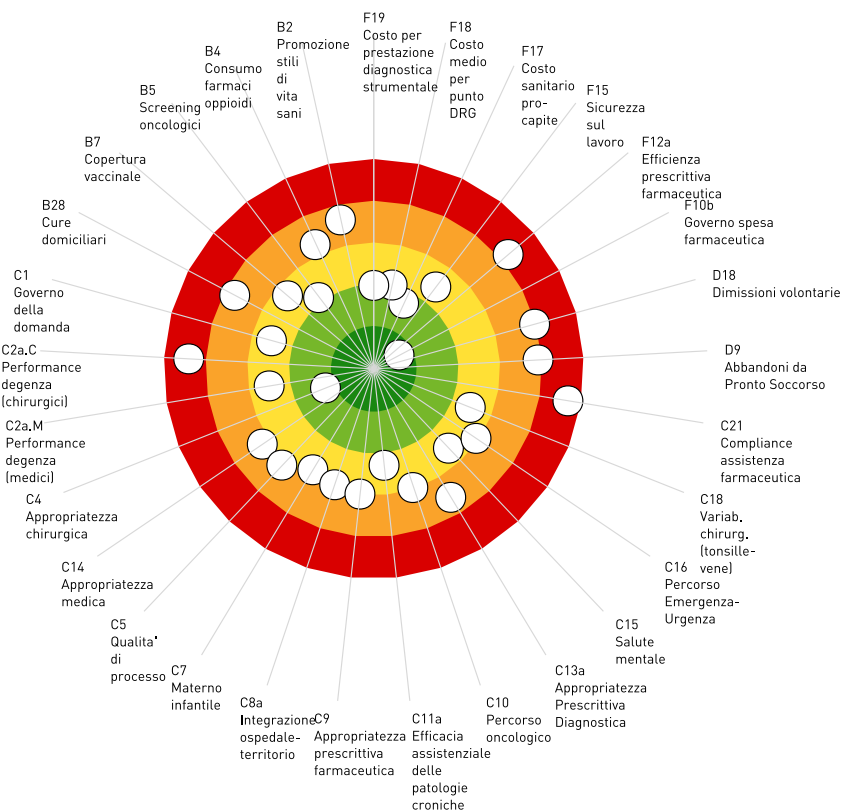


|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## AUSL 1 Imperiese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

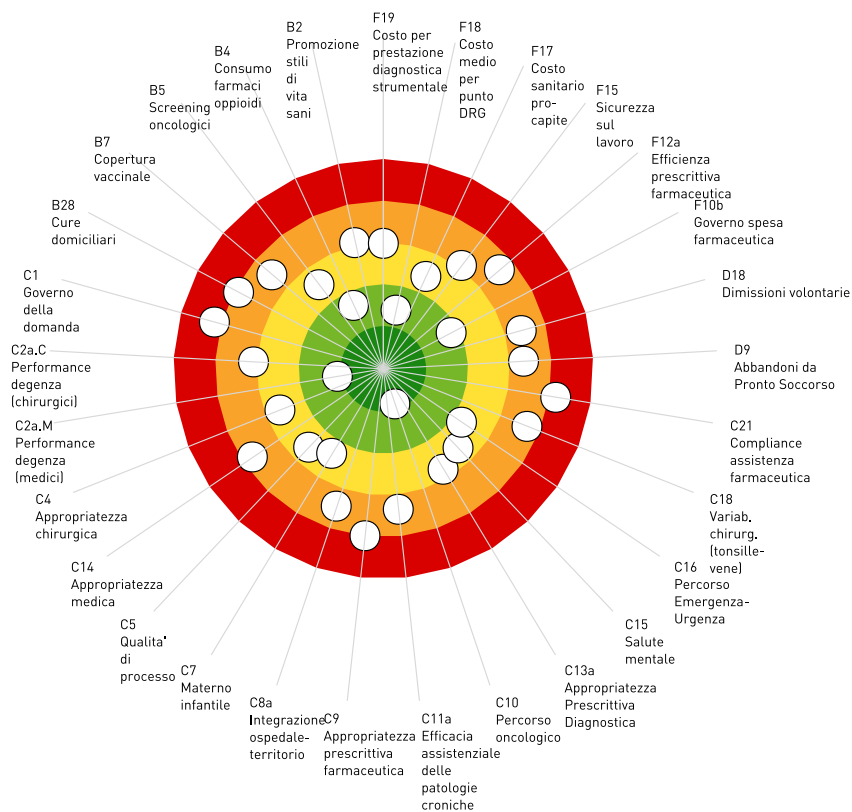
A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile



## AUSL 2 Savonese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

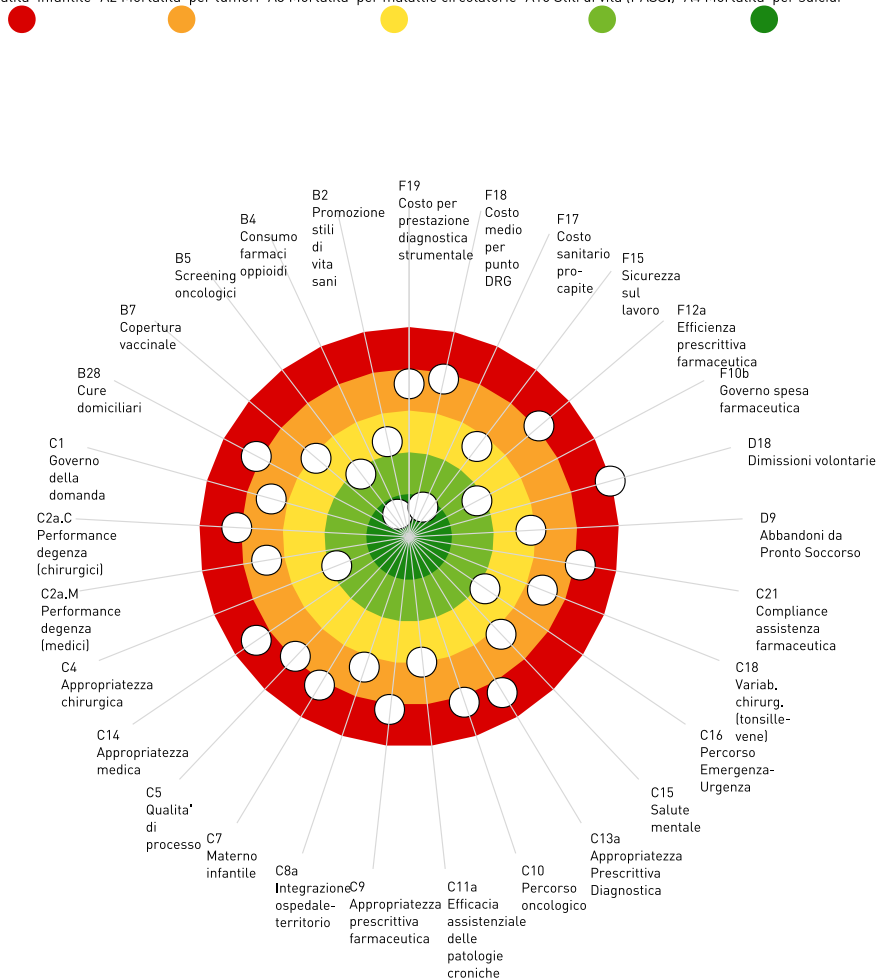
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori



## AUSL 3 Genovese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

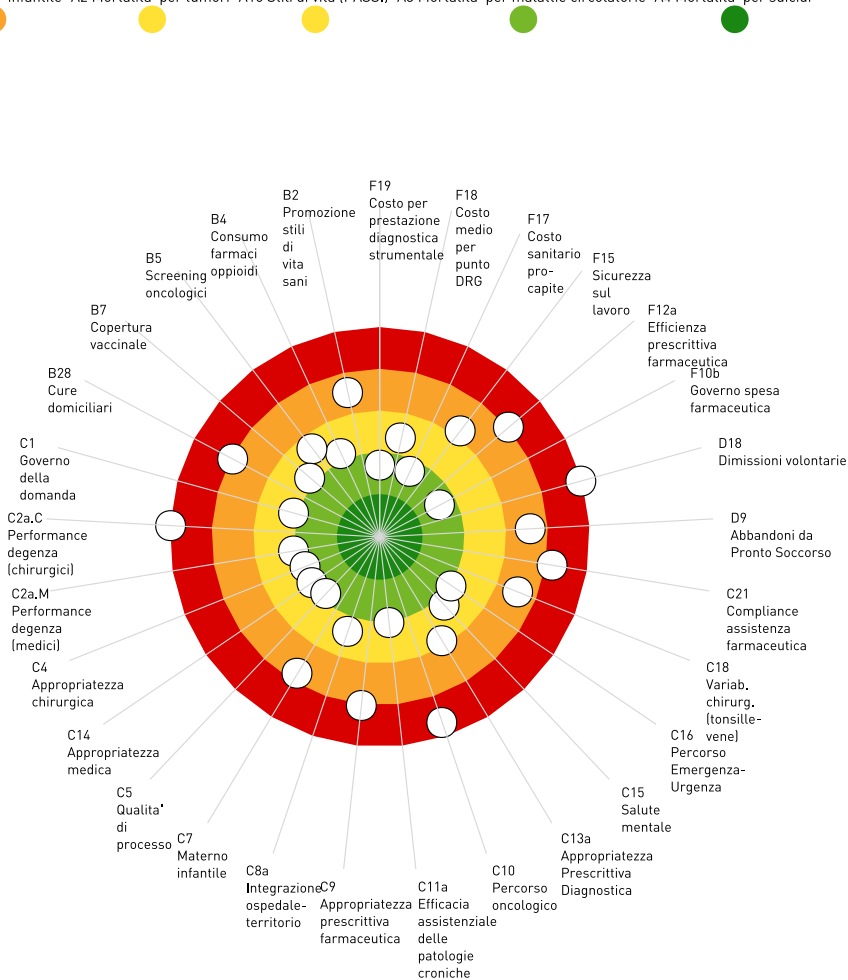
A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi



## AUSL 4 Chiavarese

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

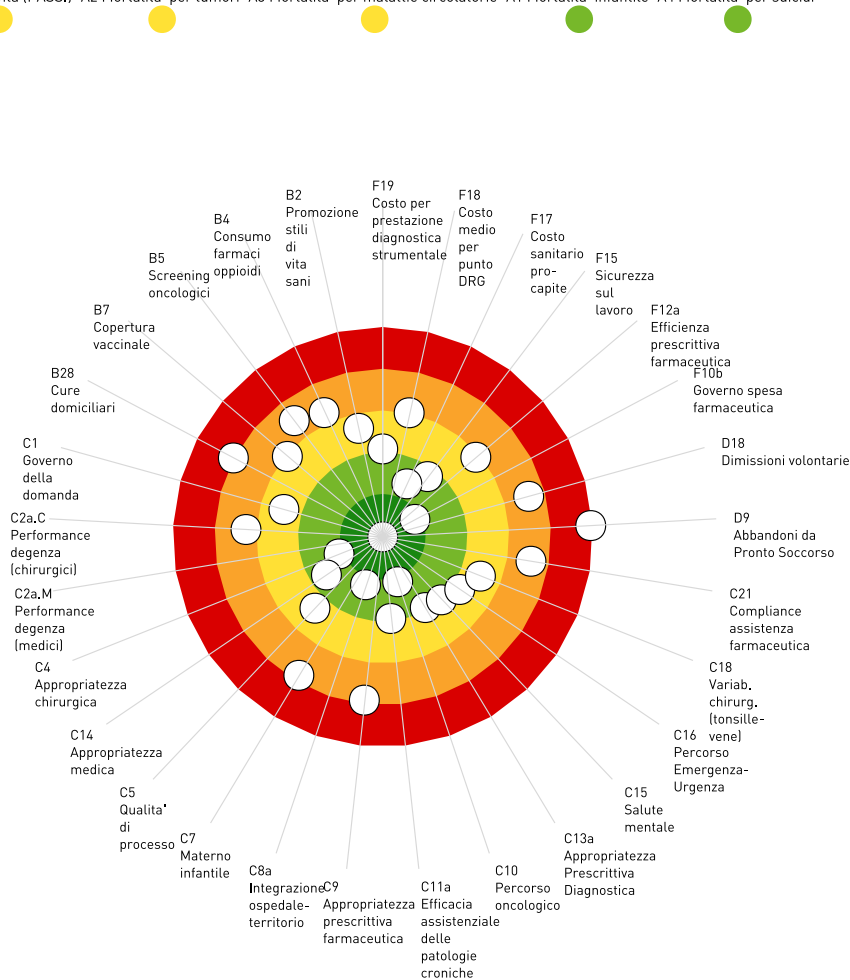
A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi



## AUSL 5 Spezzino

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

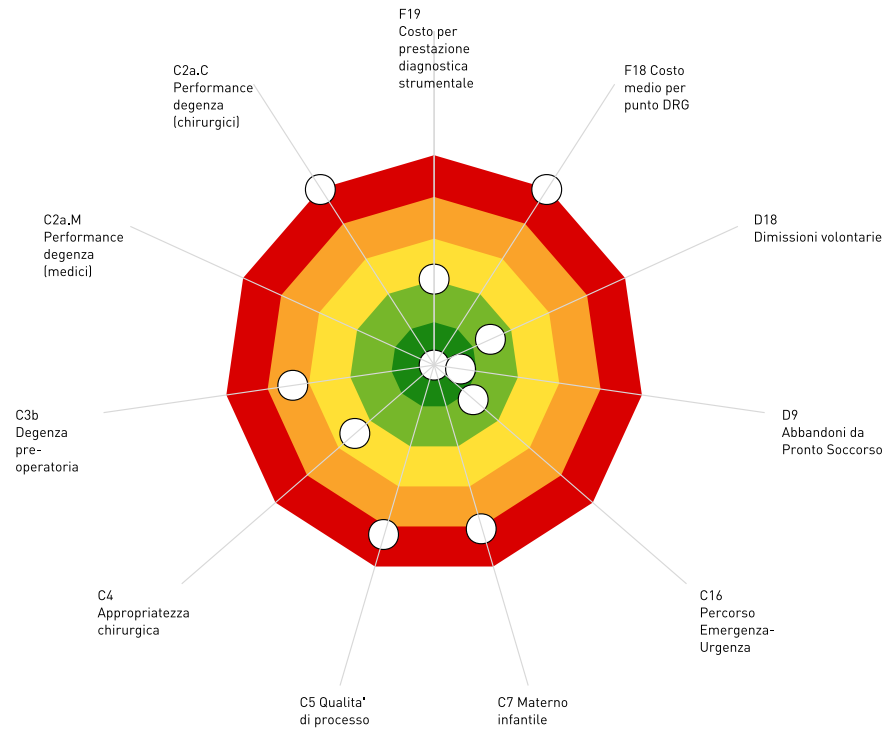


## IRCCS S. Martino

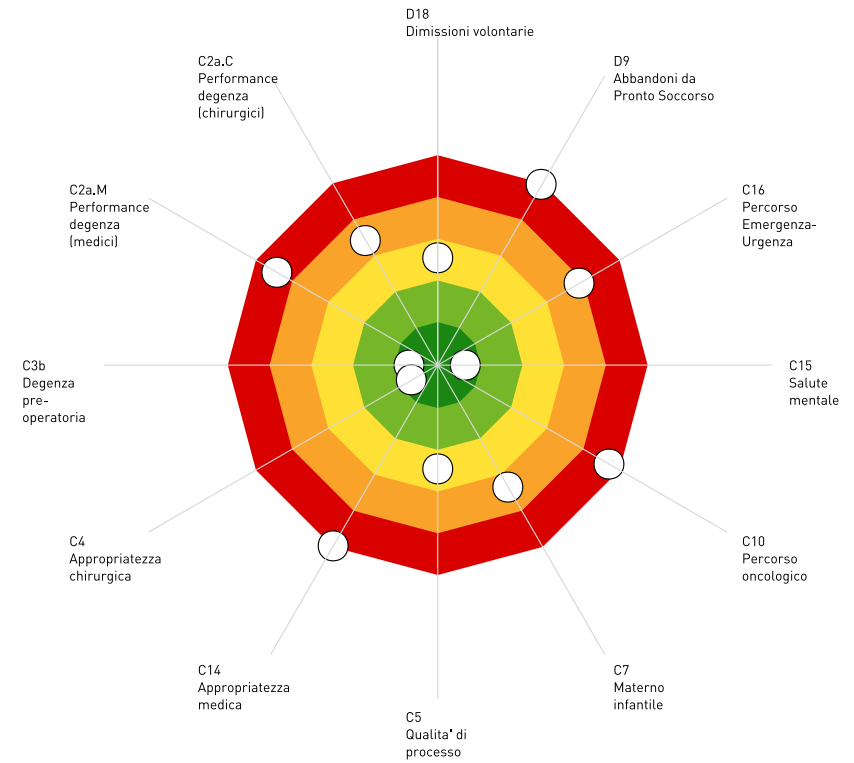




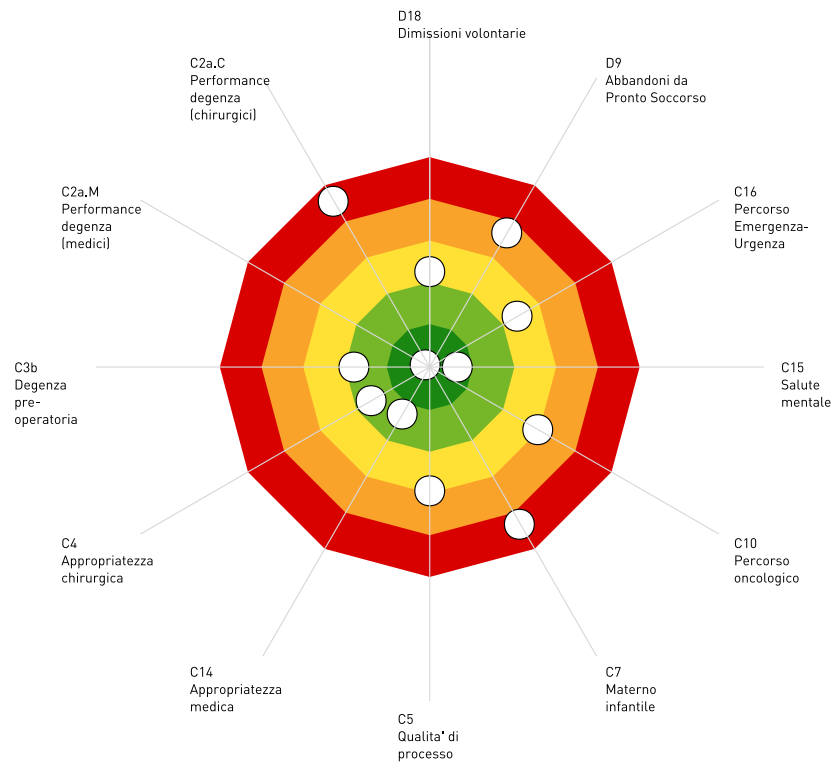
## Ist. Gaslini



## Osp. Galliera



# Osp. Evangelico





## La performance della Regione Marche

L'innalzamento e il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione marchigiana gode complessivamente di salute medio-buona (in riferimento alla mortalità infantile, a quella per tumori, per malattie cardiovascolari, per suicidi). L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita sani: la percentuale di persone obese e in sovrappeso risulta superiore rispetto alla media delle altre Regioni e non è bilanciata da un'adeguata sensibilità da parte dei medici di base nella promozione di stili di vita sani.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale non si discosta dall'andamento nazionale, registrando un peggioramento rispetto al 2013 e una performance complessivamente scarsa. La Regione mostra una scarsa performance per quanto concerne l'attenzione alla gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi che risulta nettamente inferiore rispetto alle altre regioni.

Il ricorso alla risorsa ospedaliera quale risposta ai bisogni di salute – rilevato in prima battuta dal tasso di ospedalizzazione – mostra una frequenza non difforme rispetto alle altre Regioni. Si riduce tra il 2013 e il 2014 la durata delle degenze, soprattutto per quanto riguarda l'attività medica e i ricoveri medici, registrando risultati complessivamente in linea con quelli delle altre Regioni. In termini di appropriatezza, sussistono ancora alcune criticità per quanto concerne l'area medica, mentre si registra un utilizzo appropriato dei setting assistenziali chirurgici.

Il livello di organizzazione dei processi ospedalieri è in linea con le altre Regioni; sussistono tuttavia anche per il 2014 alcuni margini di miglioramento, in particolare in riferimento al ricorso alle prostatectomie transuretrali. La gestione del percorso materno-infantile si conferma critica, con un elevato ricorso al parto cesareo e a quello operativo; si registra tuttavia una riduzione delle episiotomie. Il percorso oncologico restituisce buoni risultati, per quanto vada prestata attenzione alla dispersione della casistica di alcune procedure (segnatamente, degli interventi per tumore alla prostata). La gestione della salute mentale registra risultati che non si discostano da quelli delle altre Regioni.

Le Marche confermano un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche, in particolar modo diabete e BCPO; tutti gli indicatori registrano inoltre miglioramenti, per quanto il tasso di amputazioni maggiori per diabete si attesti ancora su valori elevati. L'alto tasso di ospedalizzazione per ricoveri oltre 30 giorni segnala una potenziale criticità dell'integrazione ospedale e territorio, indicando una possibile difficoltà nella presa in carico da parte delle strutture territoriali.

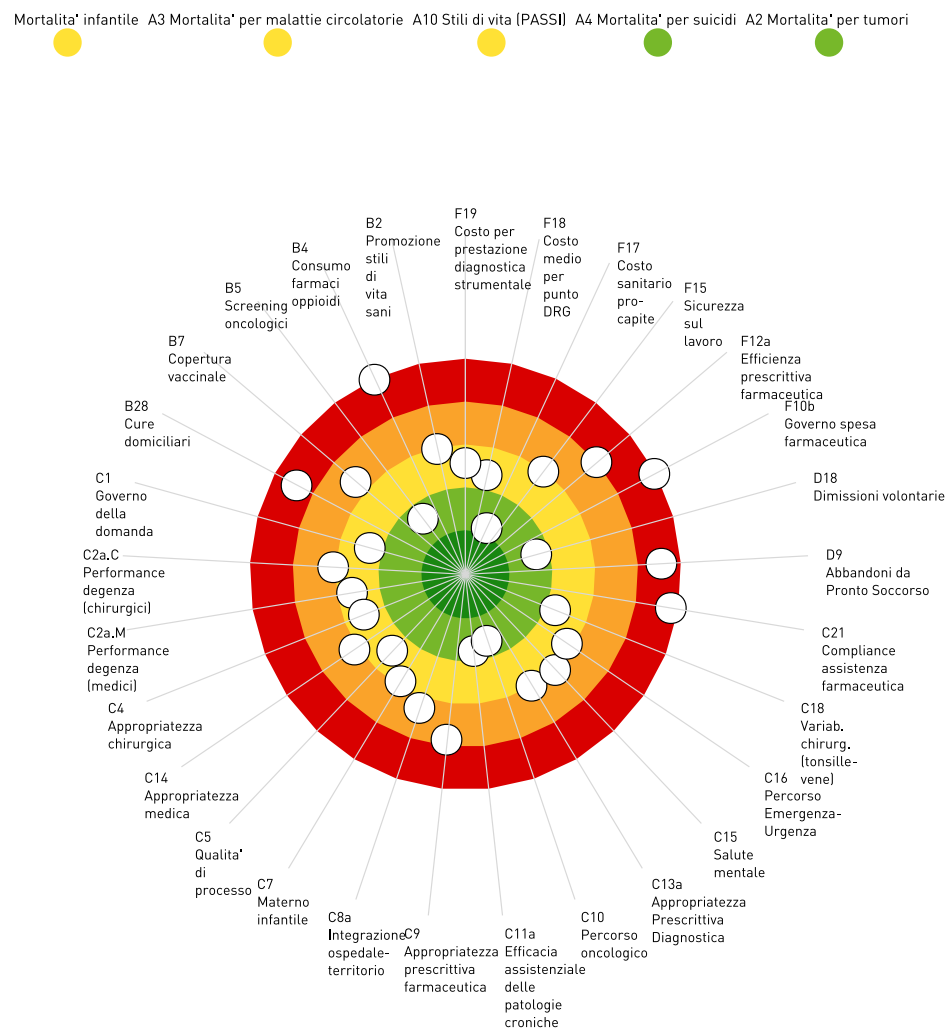
La prescrizione di prestazioni diagnostiche potrebbe essere presidiata con più attenzione, come segnala il ricorso potenzialmente inappropriato a risonanze magnetiche lombari ripetute entro un anno.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con le altre Regioni ma si rilevano alcune criticità nella tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti in accesso con codice verde e con codice giallo; la percentuale di abbandoni - elevata e in aumento - sembra riflettere questa problematicità. La Regione registra invece un basso numero di dimissioni volontarie, considerate un indicatore proxy del giudizio da parte degli utenti sulla qualità del ricovero.

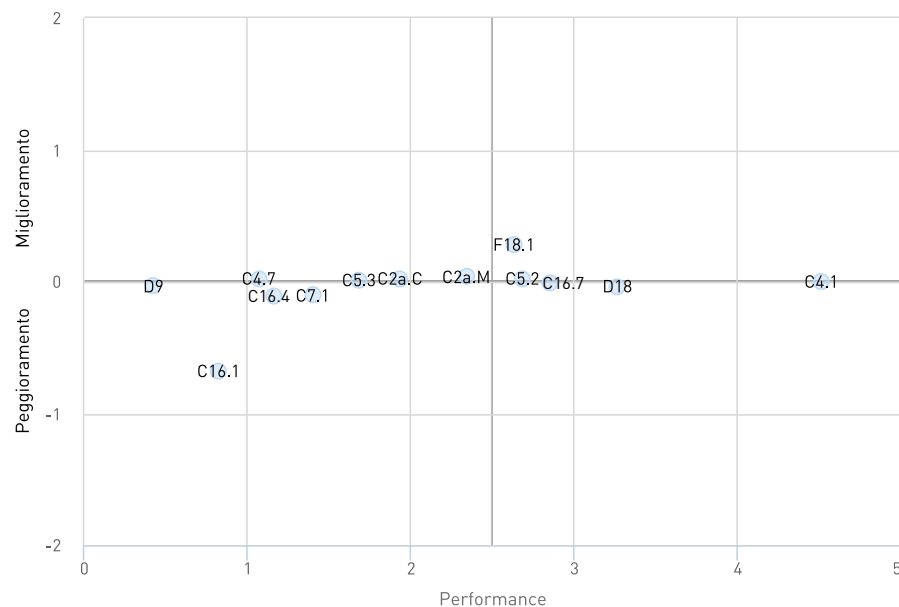
In riferimento alla governance dell'area farmaceutica, cresce la spesa territoriale, che si attesta sui valori più alti del Network: una maggiore appropriatezza nelle scelte prescrittive e una maggiore propensione all'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto potrebbero concorrere al contenimento della spesa.

Complessivamente, la Regione Marche registra il costo sanitario pro-capite più basso del Network, per quanto quello per l'attività ospedaliera e quello per la diagnostica siano in linea con quello delle altre Regioni.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2009-2011

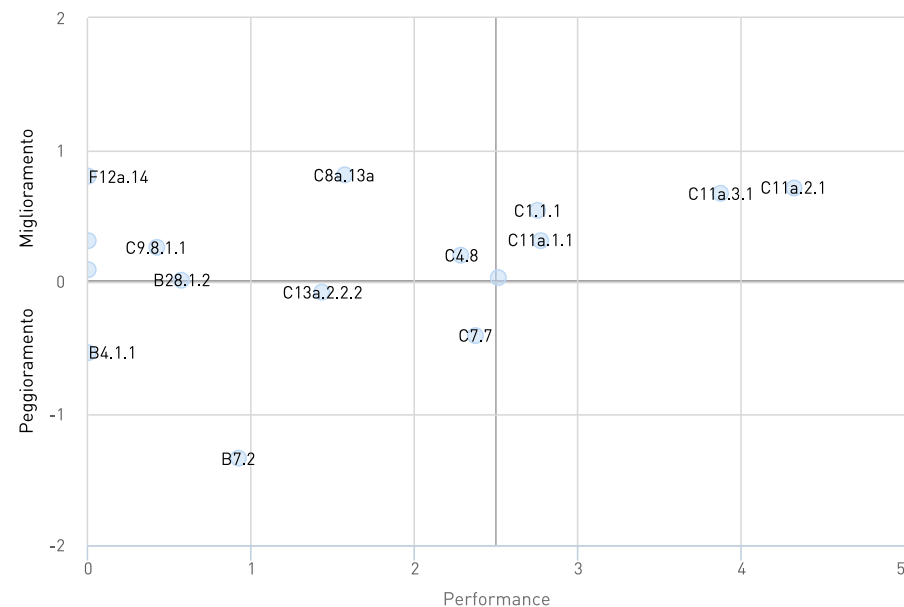


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno (AO) |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO

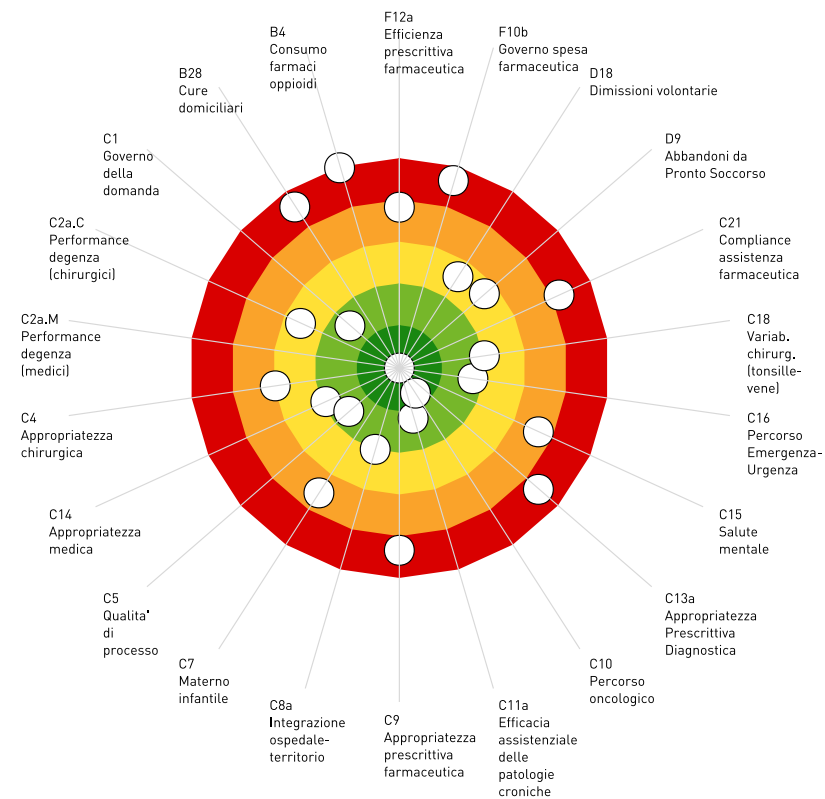


|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

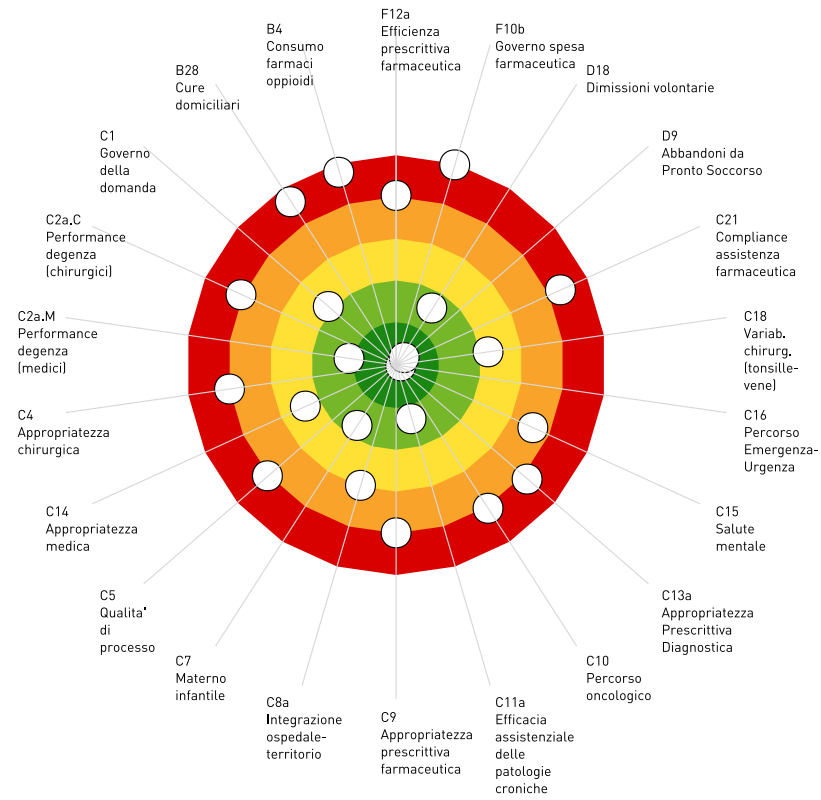
## Pesaro



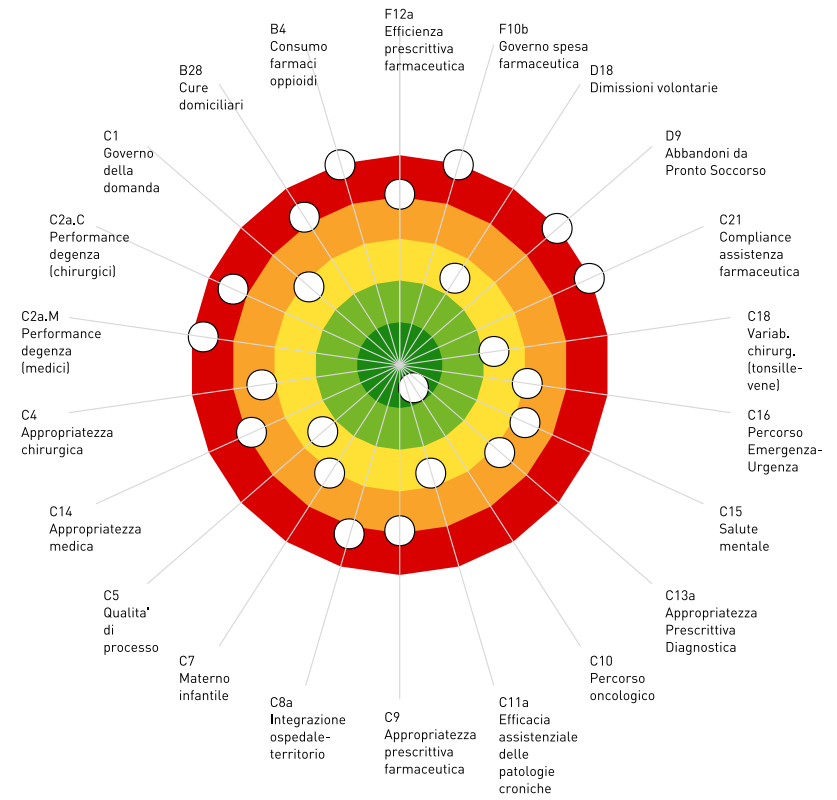
## Urbino



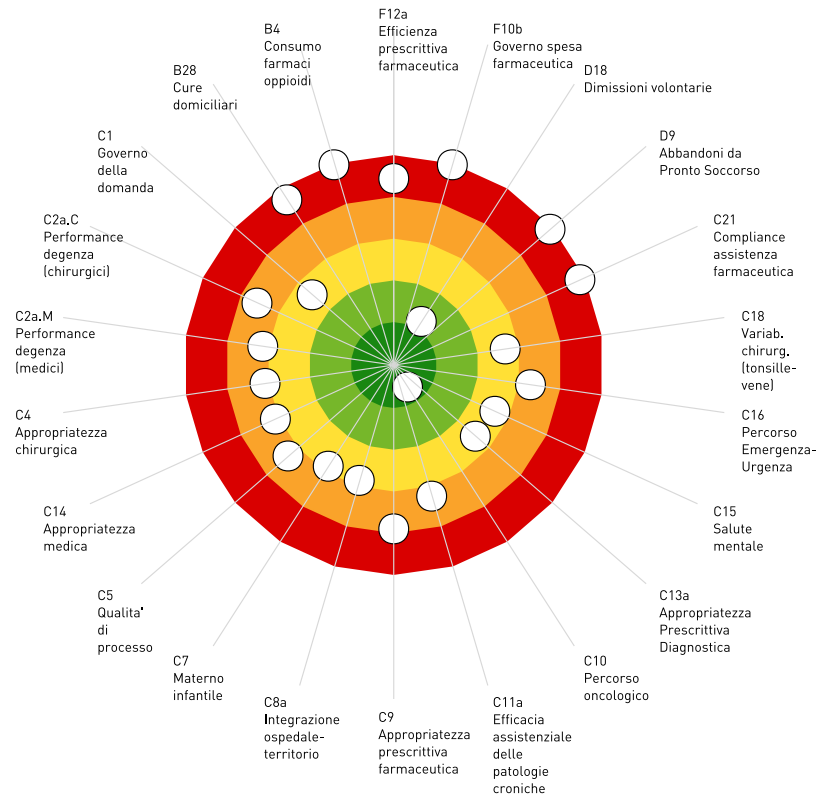
## Fano



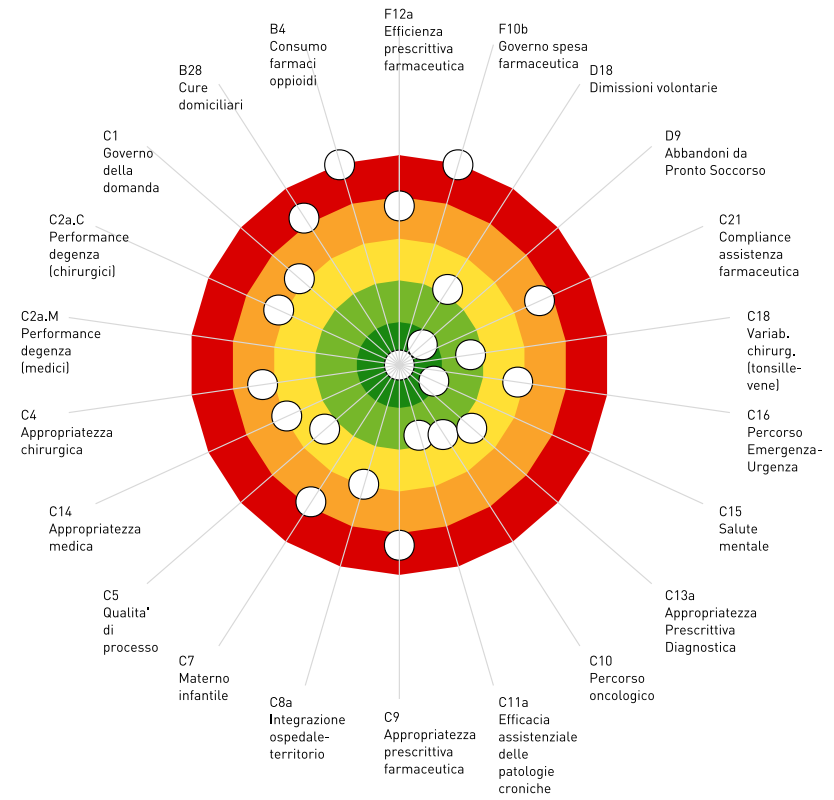
## Senigallia



## Jesi

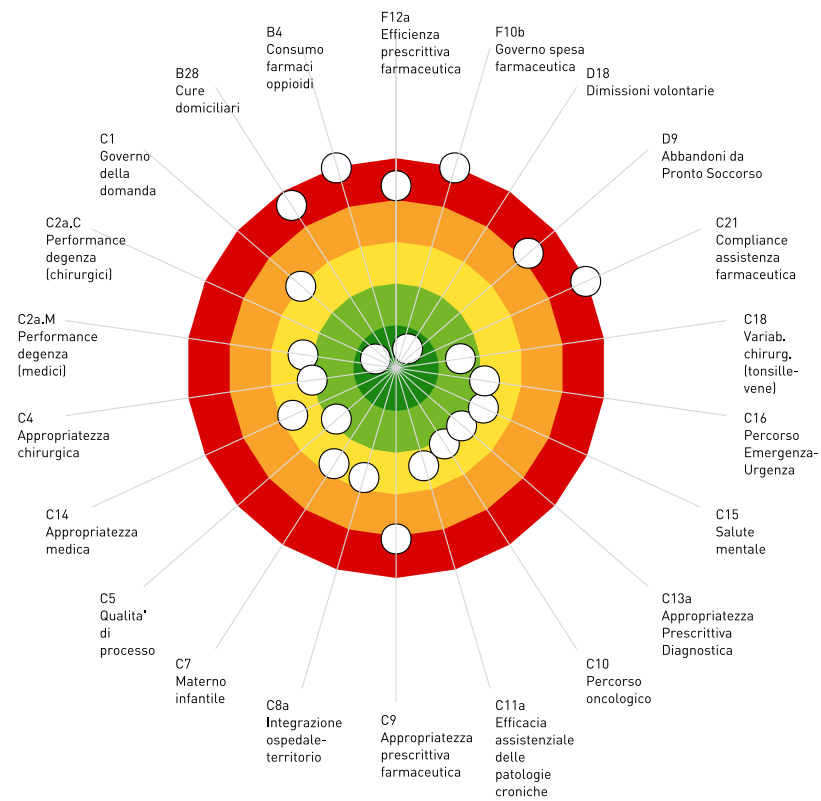


## Fabriano

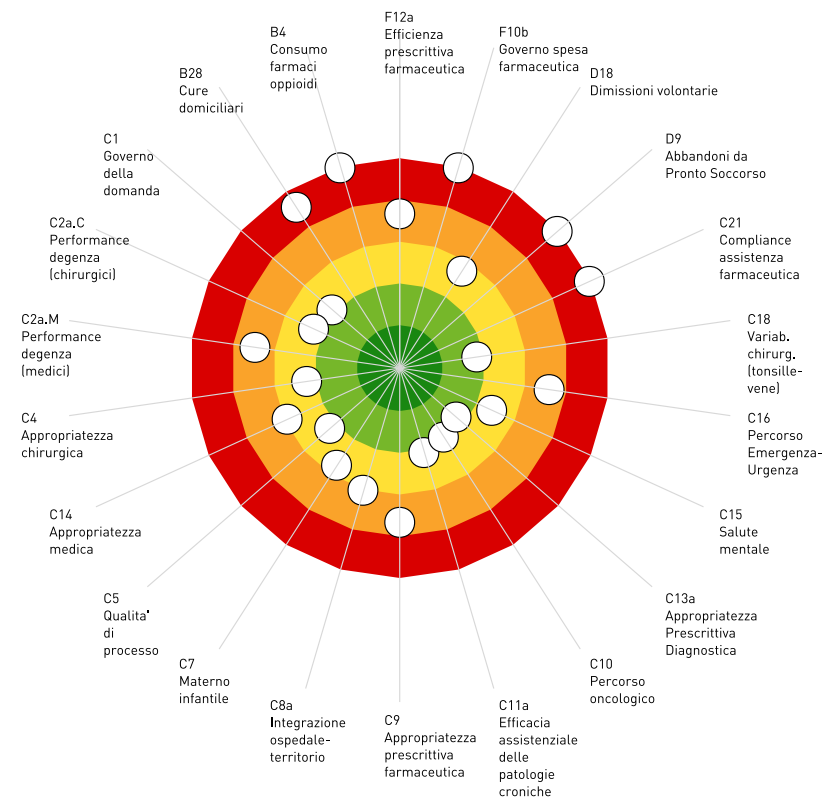




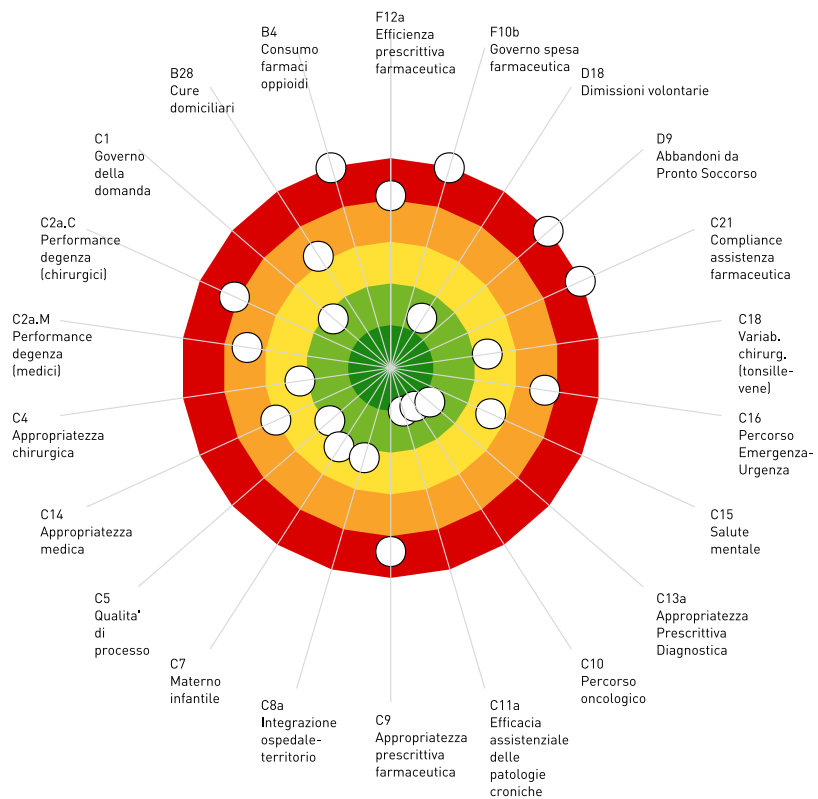
## Ancona



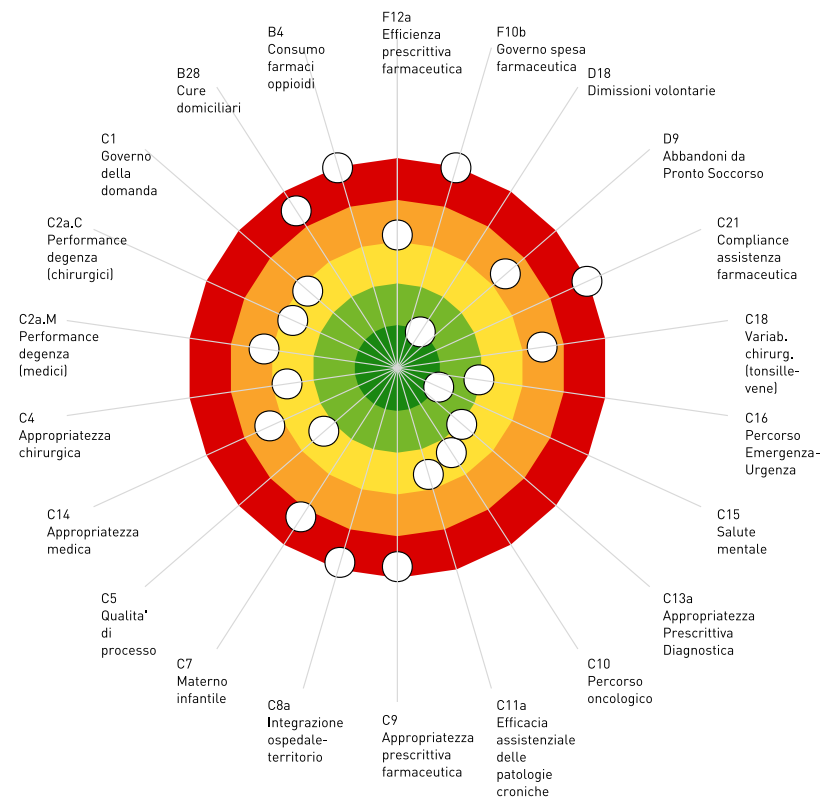
## Civitanova M.



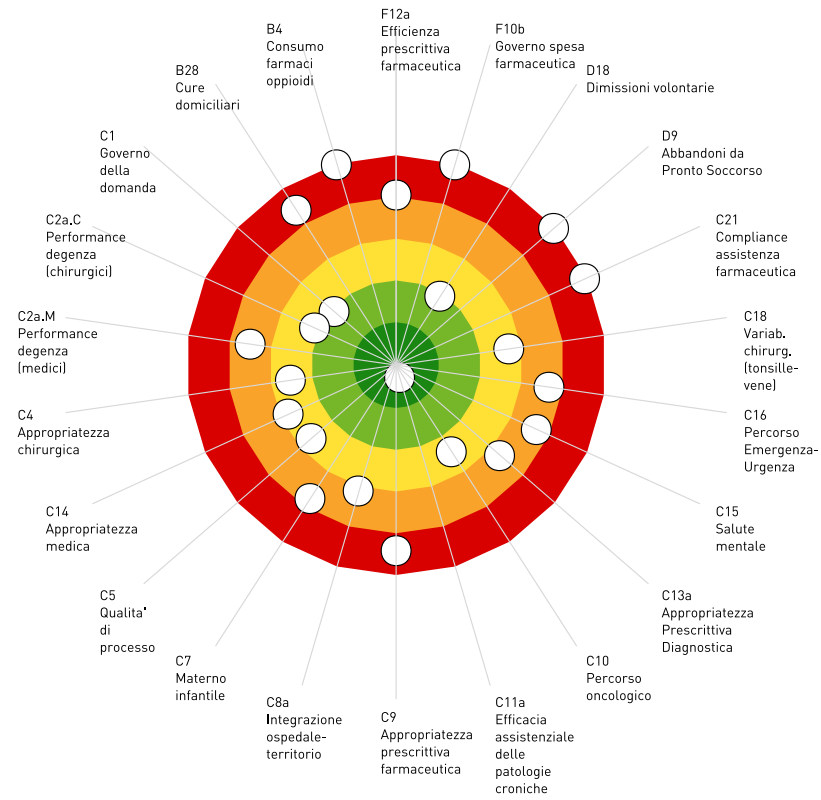
## Macerata



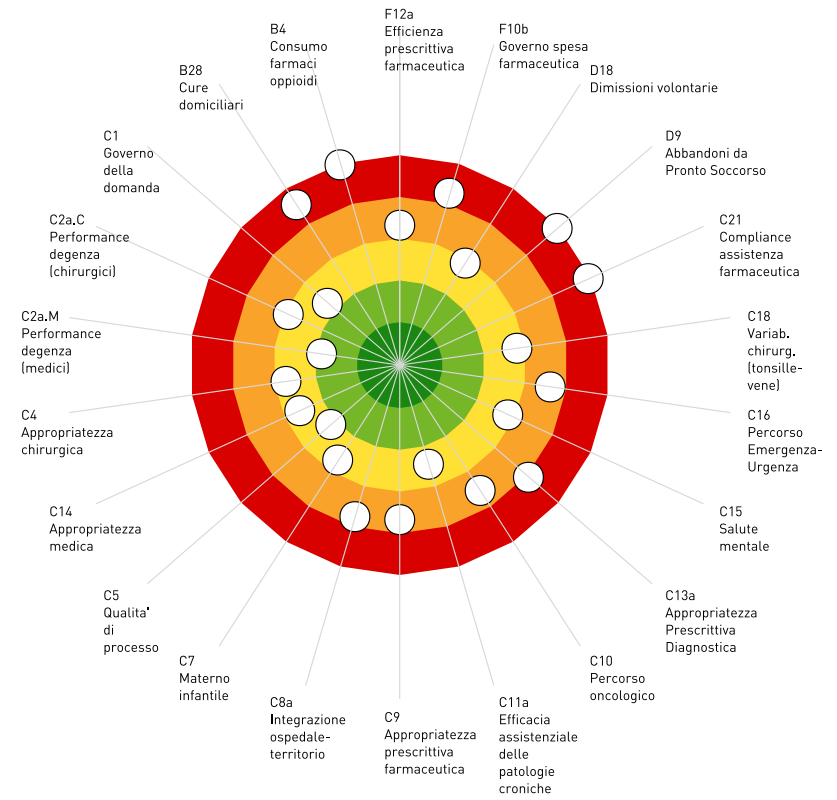
## Camerino S. Severino



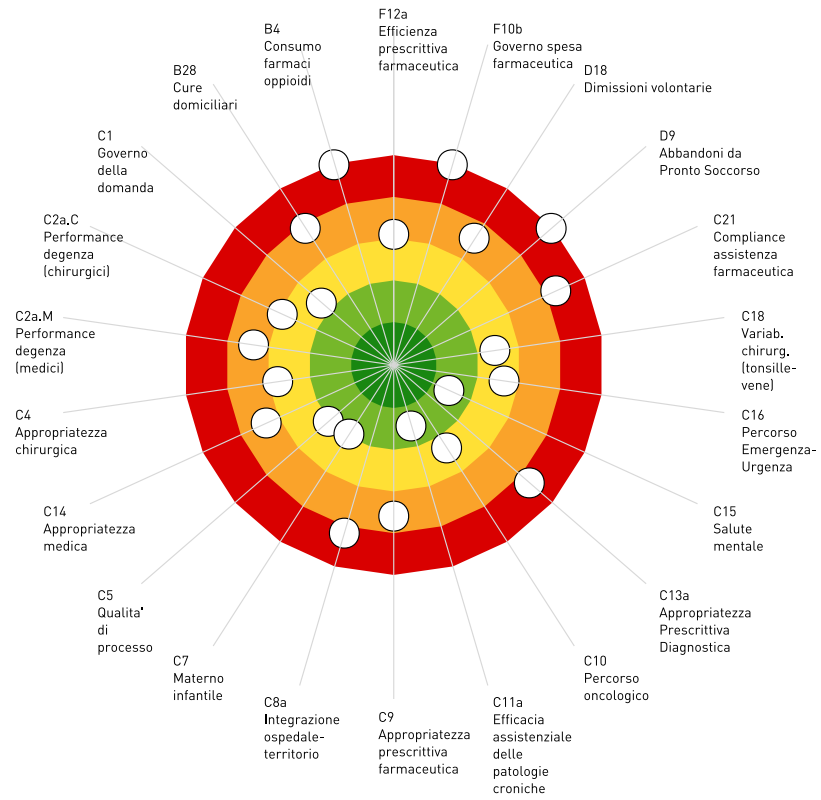
## Fermo



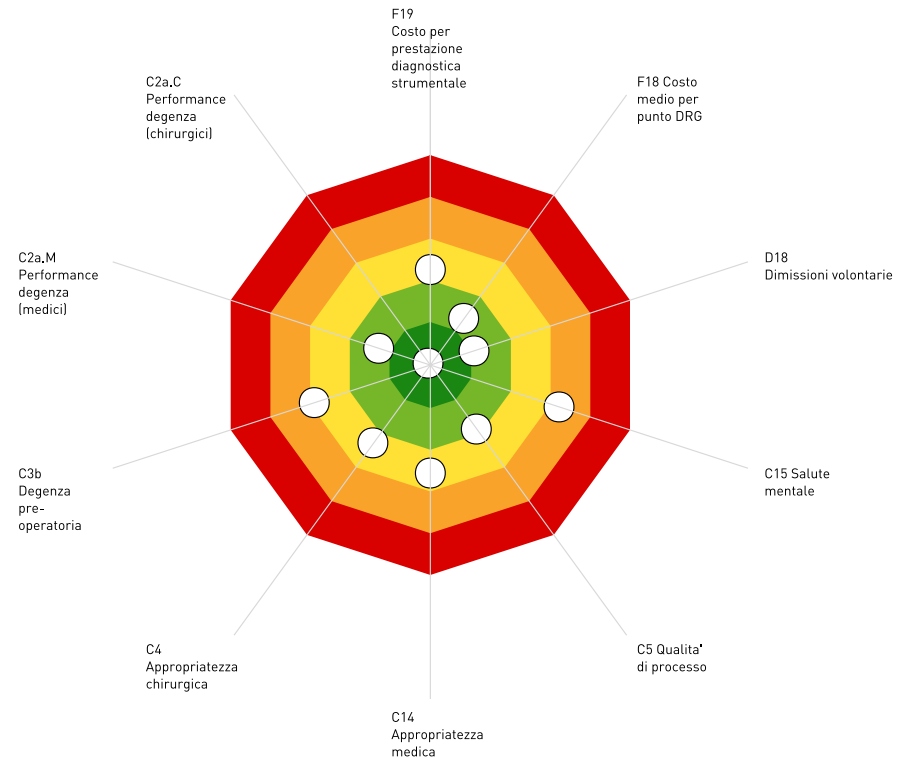
## S. Benedetto



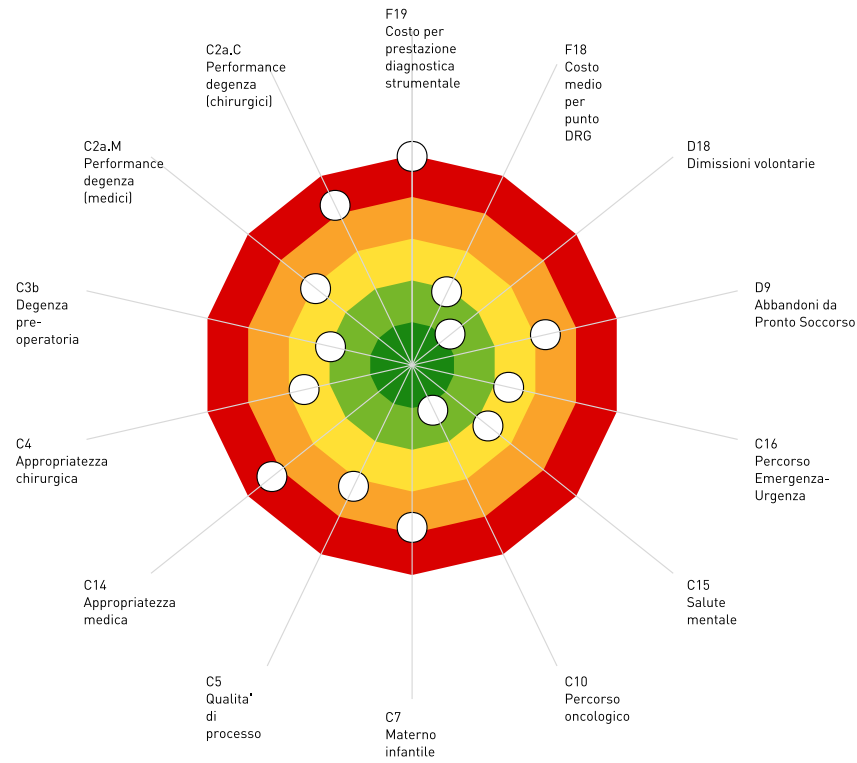
## Ascoli Piceno



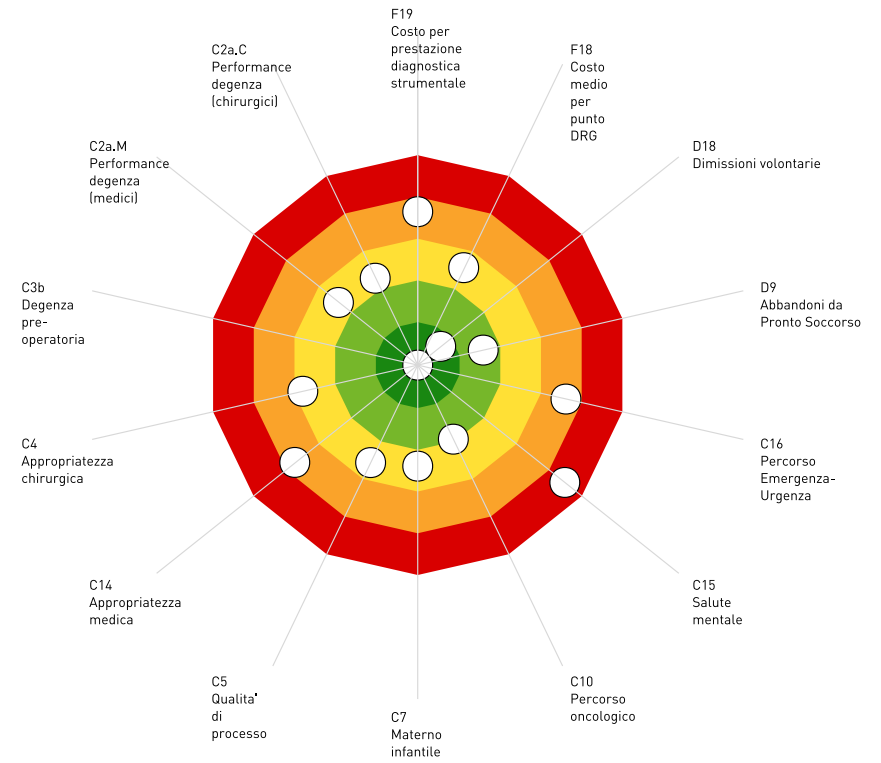
## INRCA



## AOU Osp. Riun. Ancona



## AO Osp. Riun. Marche Nord



## La performance della Provincia Autonoma di Bolzano

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della P.A. di Bolzano gode complessivamente di buona salute considerando i risultati relativi alla mortalità infantile, per tumori e per malattie cardiocircolatorie. Resta invece critico il numero di suicidi, più frequenti rispetto ad altre regioni italiane. L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita sani: Bolzano mostra buoni risultati, eccezion fatta per l'elevato consumo di alcool.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, Bolzano mostra attenzione alla gestione del dolore - misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi - non difforme dalle altre Regioni e Province. Per quanto riguarda gli screening oncologici, ad una capillare attività di invito da parte dell'Azienda non corrisponde un'adeguata adesione da parte dell'utenza. Il livello di copertura vaccinale resta basso, per tutti i vaccini monitorati.

Il sistema sanitario della Provincia rimane fortemente orientato verso una risposta sanitaria di tipo ospedaliero, con il tasso di ospedalizzazione più elevato del Network. Sia in termini di appropriatezza medica, sia in quelli di appropriatezza chirurgica permangono ampi spazi di miglioramento, mentre la durata della degenza - sia per i ricoveri medici, sia per quelli chirurgici - è inferiore ad altre Regioni. Viene confermata l'ottima organizzazione dei processi ospedalieri, per quanto possa migliorare la capacità da parte dei Pronto Soccorso di orientare correttamente la casistica verso i reparti. Buona la gestione del percorso materno-infantile, con un contenuto ricorso ai parti cesarei e alle episiotomie, per quanto la casistica sia dispersa in molti punti nascita. Il percorso oncologico presenta buoni risultati. I tempi di attesa al Pronto Soccorso sono contenuti e questo si riflette nel basso tasso di abbandoni.

La capacità da parte del territorio di fungere da filtro rispetto al ricorso alla risorsa ospedaliera può senz'altro essere migliorata, come dimostrano gli alti tassi di ricovero per gastroenterite pediatrica e soprattutto per patologie croniche come diabete e BPCO.

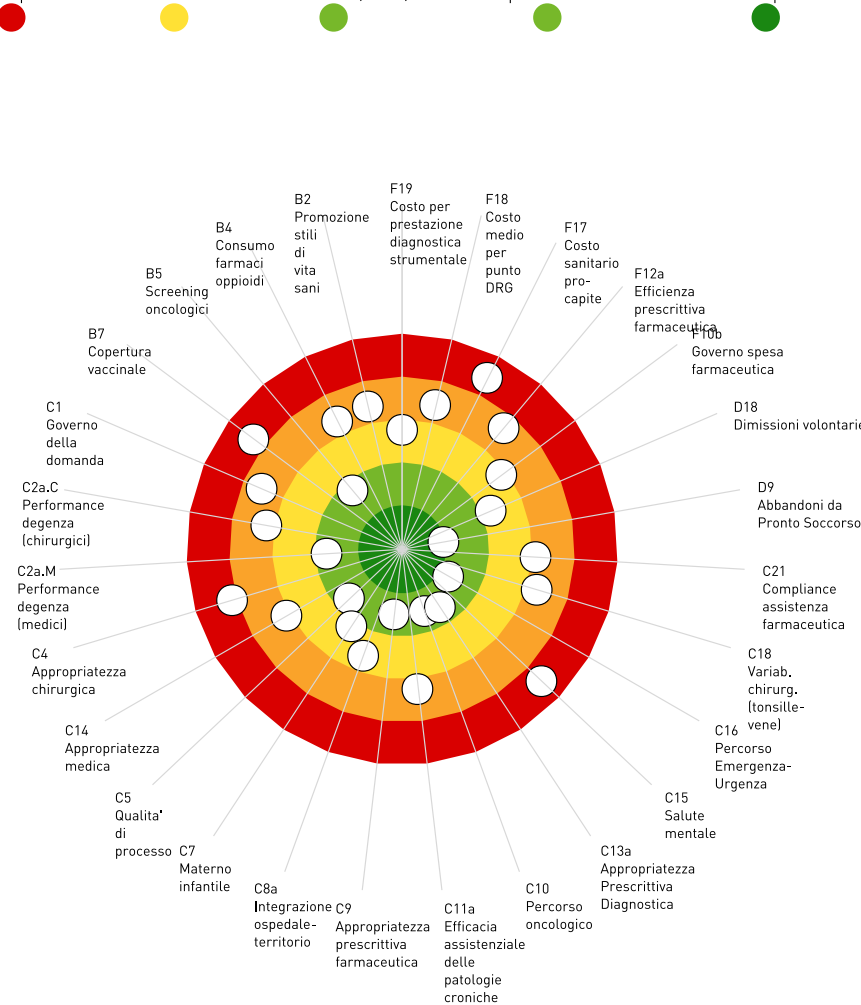
E' contenuto il ricorso a prescrizioni diagnostiche potenzialmente inappropriate, con uno dei tassi più bassi di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani.

In riferimento alla governance dell'area farmaceutica, Bolzano ha una spesa pro-capite territoriale in linea con le altre Regioni del Network: questa è il risultato di un'ottima capacità di contenimento delle prescrizioni potenzialmente inappropriate, da un lato, e tuttavia di una propensione alla prescrizione di molecole con brevetto non scaduto (e quindi più costose), dall'altro.

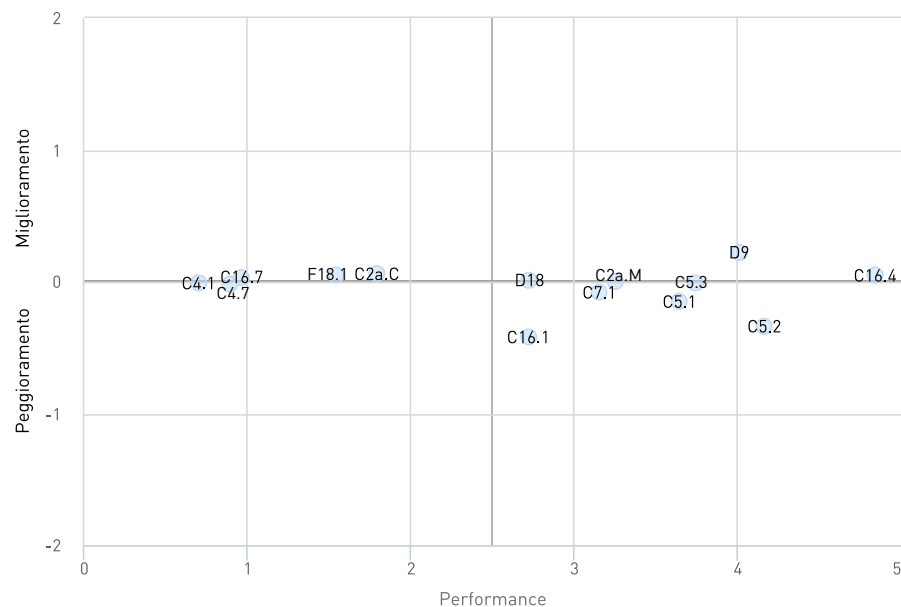
Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia per l'assistenza ospedaliera, sia per l'attività diagnostica) sensibilmente più elevata rispetto alle Regioni del Network.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

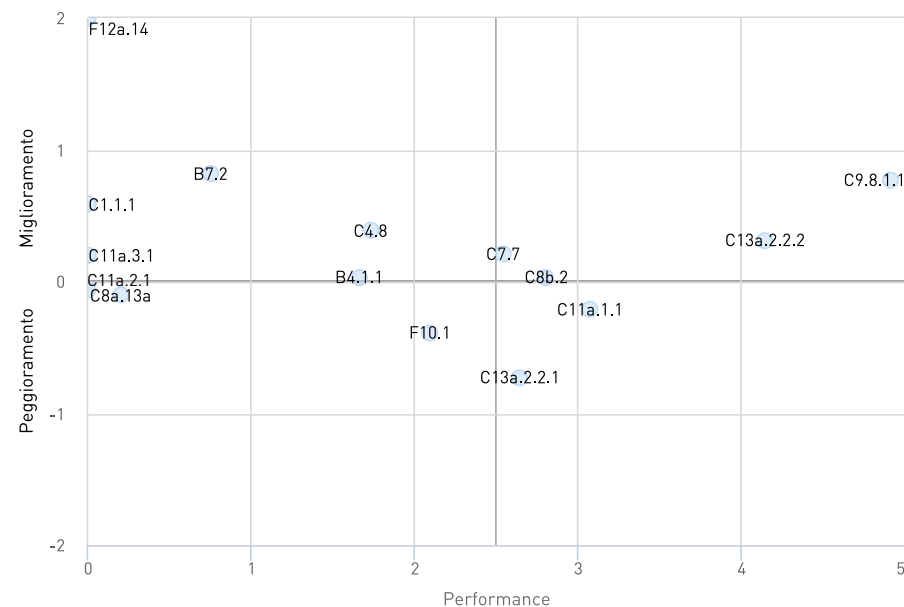


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO



|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## La performance della Provincia Autonoma di Trento

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della Provincia Autonoma di Trento gode complessivamente di buona salute, con una bassa mortalità per tumori, suicidi e malattie cardiocircolatorie, malgrado un leggero aumento della mortalità infantile. L'indagine ministeriale PASSI rileva la diffusione di stili di vita sani, benché il consumo di alcol resti elevato; l'impegno dei medici di medicina generale nella promozione di stili di vita sani potrebbe però essere intensificato.

In riferimento alla capacità di attuare specifiche politiche sanitarie, Trento incrementa il consumo di farmaci oppioidi per la gestione del dolore e garantisce una copertura molto elevata dei programmi di screening oncologici, sia in termini di invito da parte dei distretti, sia in per quanto riguarda l'adesione della popolazione. Il livello di copertura vaccinale, invece, ha margini di miglioramento.

Il sistema sanitario trentino è fortemente orientato verso una modalità di presa in carico ancora di tipo ospedaliero, con il secondo tasso di ospedalizzazione più elevato del Network. L'appropriatezza del ricorso al setting medico è complessivamente in linea con le altre Regioni, nonostante un'eccessiva tendenza all'ospedalizzazione dei pazienti con più di 65 anni; l'appropriatezza chirurgica è molto buona, specialmente nell'utilizzo della day-surgery, ma permane il ricorso elevato a interventi elettivi potenzialmente inappropriati, quali tonsillectomie e stripping di vene. La durata media delle degenze non si discosta significativamente da quella delle altre regioni, tanto per i ricoveri chirurgici che per quelli medici.

Trento presenta ottimi risultati in riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri; si presenta una sola criticità relativamente alla capacità dei pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza. Il Pronto Soccorso ha una buona performance organizzativa, anche se gli abbandoni volontari degli utenti restano elevati, come negli anni precedenti. Si registra invece un basso numero di dimissioni volontarie, proxy della soddisfazione dei pazienti rispetto al ricovero ospedaliero.

Il percorso materno-infantile è complessivamente buono, benché i parti siano distribuiti su numerosi punti nascita che non raggiungono i 500 casi all'anno. L'organizzazione del percorso oncologico è buona.

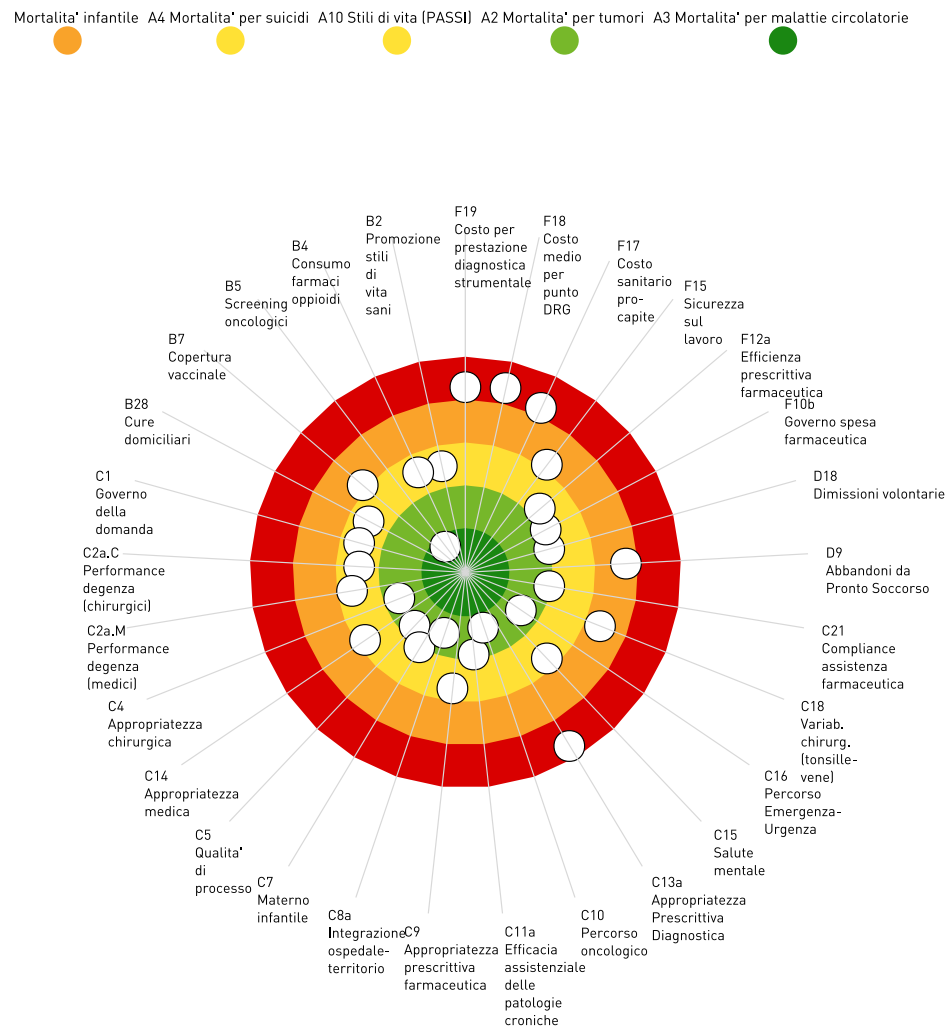
In ambito territoriale, risulta un'efficace presa in carico delle patologie croniche, quali lo scompenso e la BPCO, mentre per il diabete rimane alto il tasso di ospedalizzazione e di amputazioni maggiori; l'integrazione ospedale-territorio è piuttosto buona, soprattutto in riferimento alla presa in carico della casistica pediatrica. Si conferma la criticità di un elevato consumo di diagnostica potenzialmente inappropriata, a cui si aggiunge il costo per l'attività diagnostica, superiore rispetto alle altre Regioni del Network.

In ambito farmaceutico, l'appropriatezza e l'efficienza (ovvero l'uso di farmaci a brevetto scaduto) prescrittive presentano risultati nella media e l'adesione ad alcuni schemi terapeutici monitorati dal Network è buona. La spesa farmaceutica pro-capite si attesta sulla media inter-regionale.

Resta problematico il controllo della sicurezza sul lavoro, sia riguardo alla copertura sul territorio che all'efficienza produttiva.

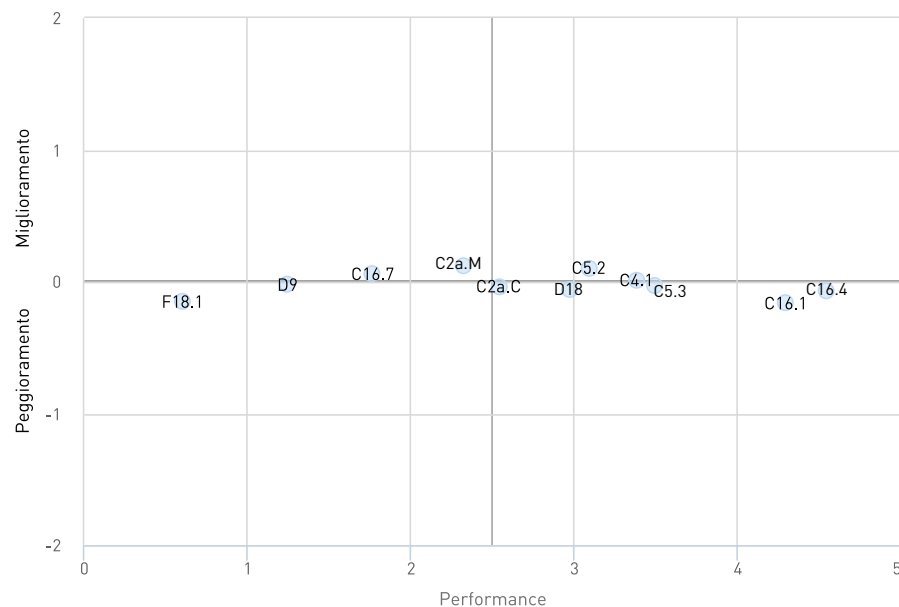
Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la provincia conferma una struttura dei costi (sia complessivi, sia per l'assistenza ospedaliera) sensibilmente più elevata rispetto alle Regioni del Network.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012



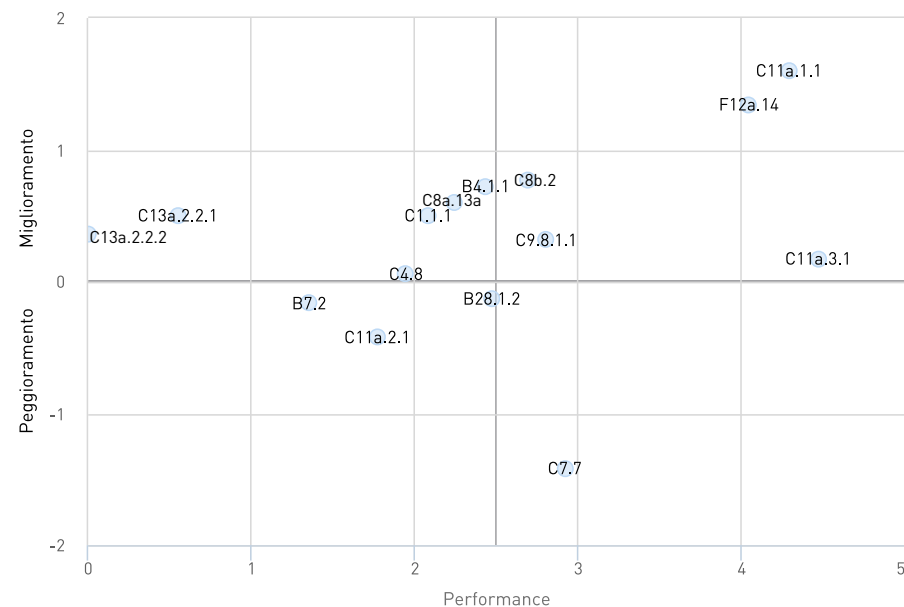


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO



|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## La performance della Regione Toscana

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione toscana presenta indicatori relativi alla mortalità (infantile, per tumori, per malattie cardiovascolari, per suicidi) buoni. L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: la situazione della Toscana non si discosta da quella delle altre Regioni, sia per quanto concerne la diffusione di stili di vita sani, sia per quanto riguarda la loro promozione da parte dei medici di medicina generale.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, la copertura vaccinale si conferma ampia per tutte le tipologie di vaccinazioni, in particolare Papilloma virus ed esavalente. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è nella media e in miglioramento rispetto al 2013. I programmi di screening oncologici presentano una buona copertura, in termini sia di estensione che di adesione da parte della popolazione, per quanto vi siano margini di miglioramento per quanto riguarda lo screening colorettales.

Per quanto concerne il ricorso al setting assistenziale ospedaliero, Regione Toscana conferma un'ottima capacità di governo della domanda, con un tasso di ospedalizzazione contenuto e in ulteriore contrazione rispetto al 2013. Gli ospedali toscani mostrano un utilizzo appropriato del setting assistenziale chirurgico; in ambito medico, si riducono ulteriormente i ricoveri ad alto rischio di inappropriately e la Regione è la best practice sui ricoveri con degenza oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni. Tra il 2013 e il 2014 si riduce ulteriormente la durata delle degenze – sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico – confermando l'uso efficiente della risorsa ospedaliera.

I dati che monitorano l'organizzazione dei processi ospedalieri sono complessivamente positivi, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla procedura transuretrale nelle prostatectomie. L'elevata percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione testimonia l'ottima capacità da parte dei Pronto Soccorso toscani di indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati. I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con le altre Regioni; la percentuale di abbandoni si mantiene bassa. Il numero di dimissioni volontarie – considerate un indicatore proxy del giudizio da parte degli utenti sulla qualità del ricovero – è in linea con le altre Regioni.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma molto buona, per quanto il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica sia superiore alla media, soprattutto in alcune aziende. Il percorso oncologico presenta ottimi risultati. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale rilevano l'esigenza di prestare maggiore attenzione ai ricoveri ripetuti, sia entro i 7 giorni, sia tra 8 e 30 giorni dalla dimissione.

Per quanto concerne il ricorso a prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, non si rileva uno scostamento significativo rispetto alle altre Regioni. In riferimento all'appropriatezza dell'attività diagnostica, è opportuno attivare percorsi di condivisione tra i professionisti per ridurre le prescrizioni di risonanze magnetiche lombari a pazienti che ne hanno già effettuata una nei 12 mesi precedenti, in considerazione della potenziale inappropriatezza di tale prestazione.

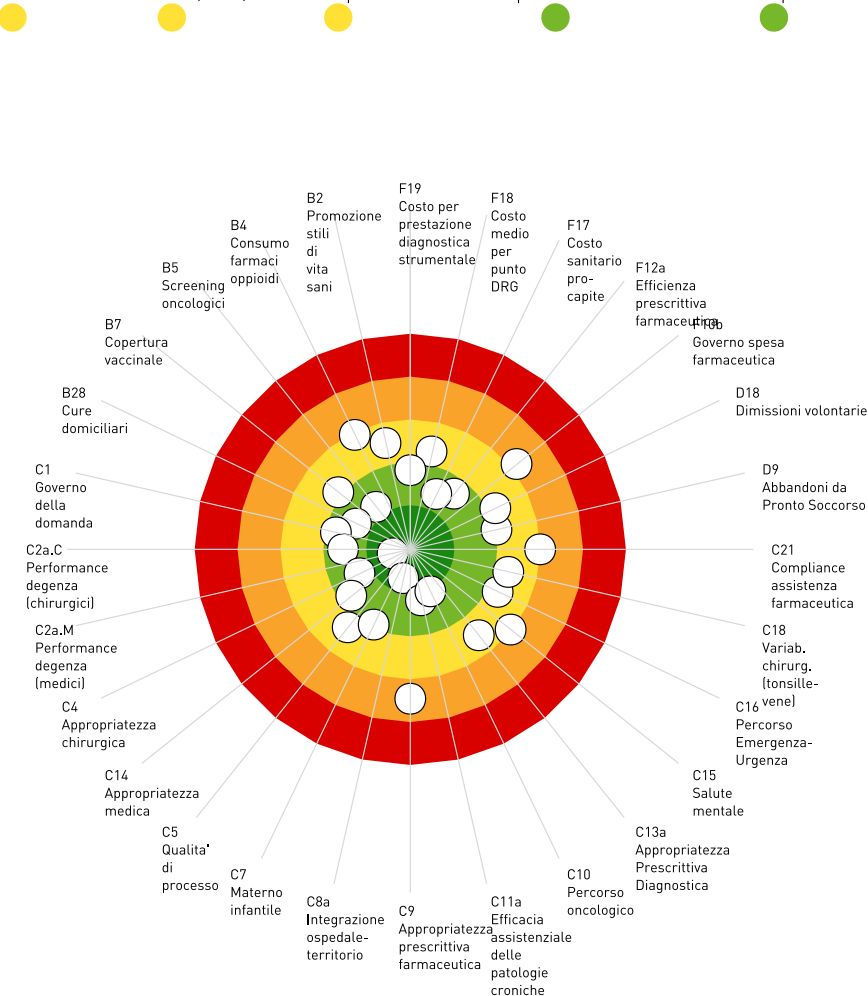
La Toscana conferma un'ottima integrazione tra ospedale e territorio e un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche, dimostrata dai bassi tassi di ospedalizzazione per scompenso, diabete e BPCO.

In riferimento alla governance dell'area farmaceutica, la Toscana mostra livelli di efficienza prescrittiva (ovvero di propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto) buoni, mentre vi sono spazi di miglioramento della spesa territoriale pro-capite: questa potrebbe essere ridotta migliorando l'appropriatezza prescrittiva, in particolare di sartani, antibiotici e antidepressivi.

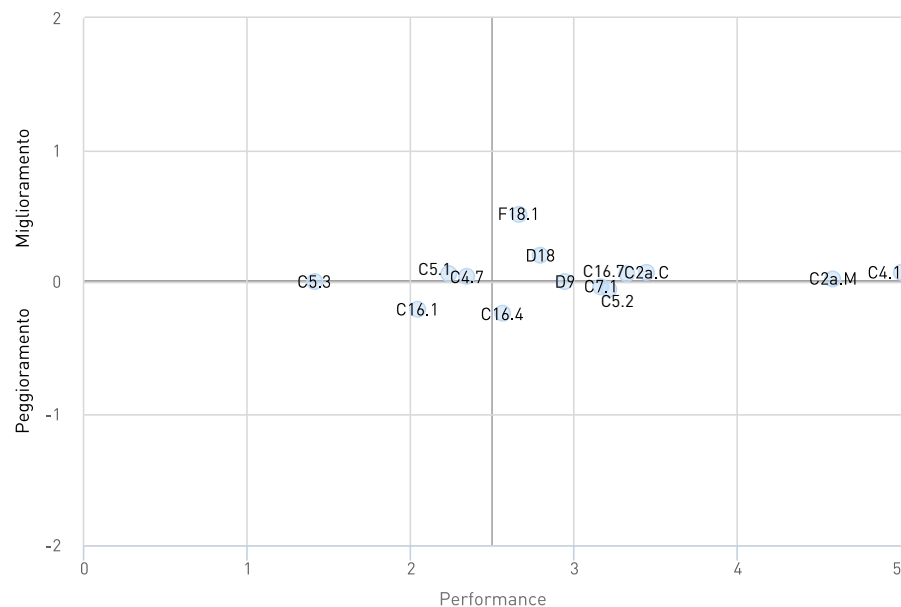
Riguardo agli aspetti economico-finanziari, sono contenuti sia il costo sanitario pro-capite, sia quello per le attività diagnostiche, sia il costo per l'assistenza ospedaliera.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

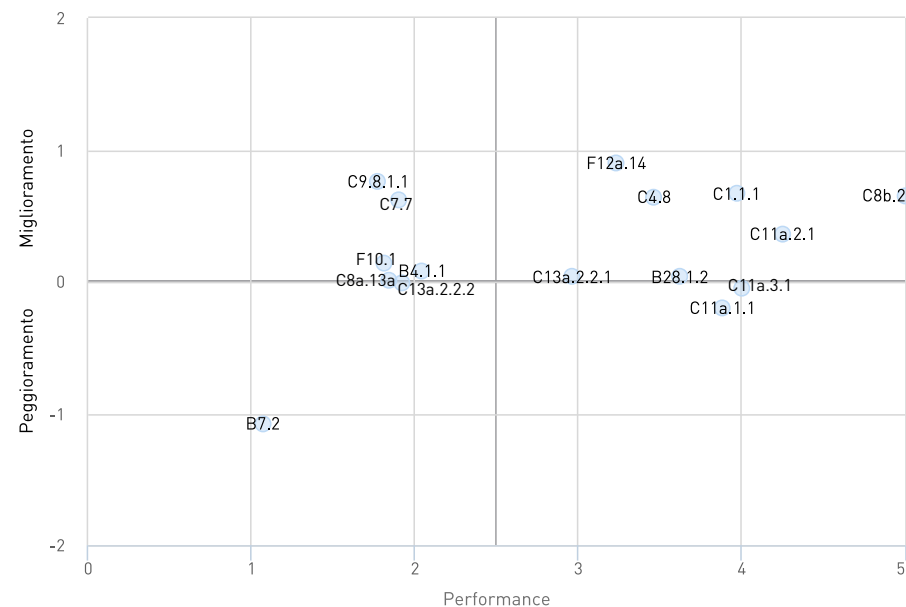


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO

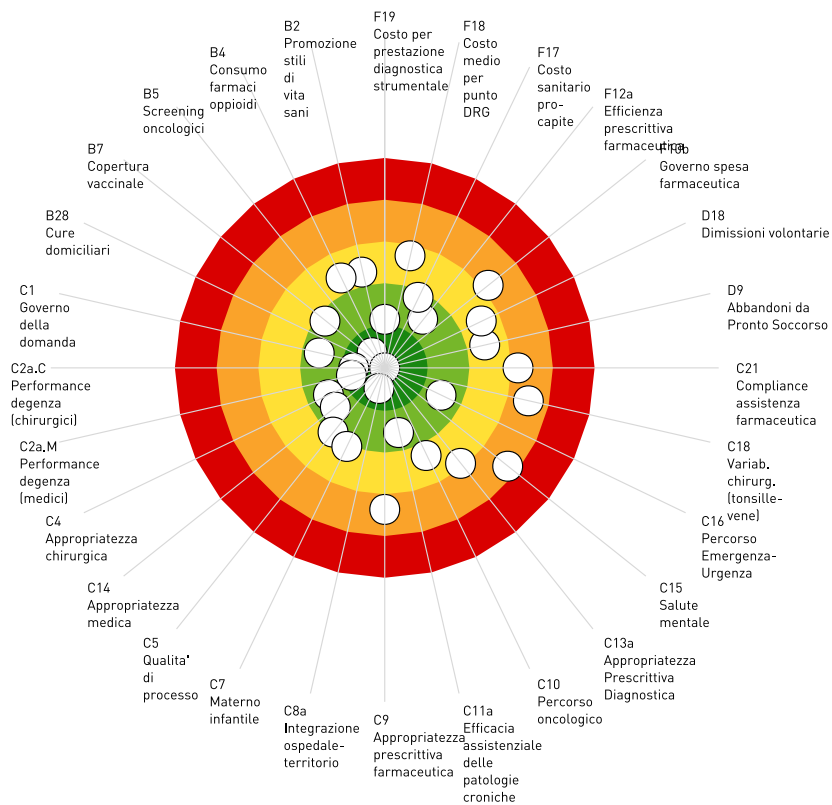


|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## AUSL 1 Massa

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

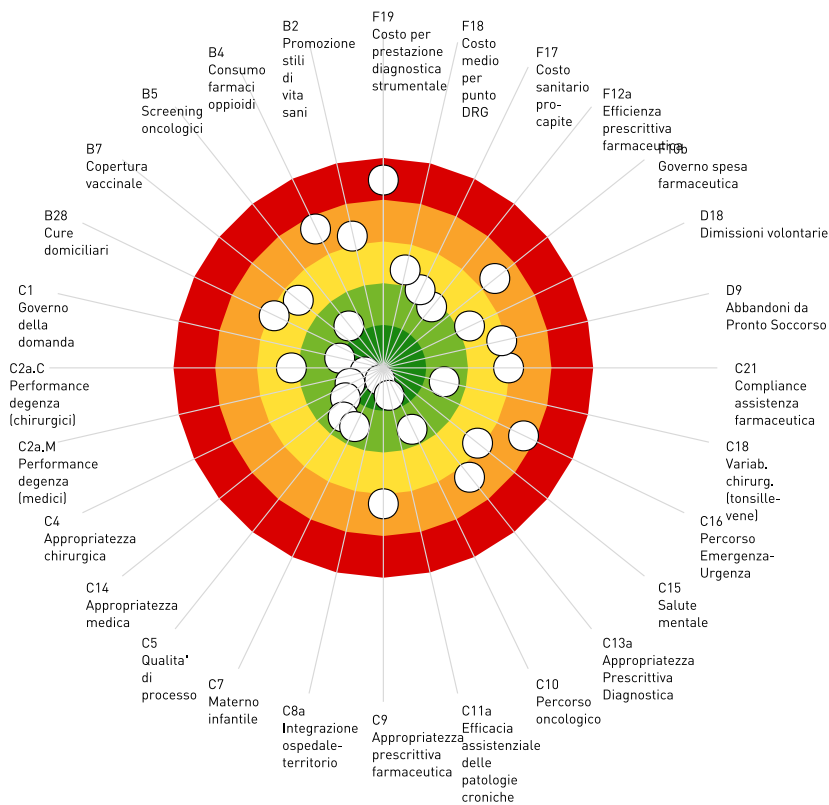
A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi



## AUSL 2 Lucca

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

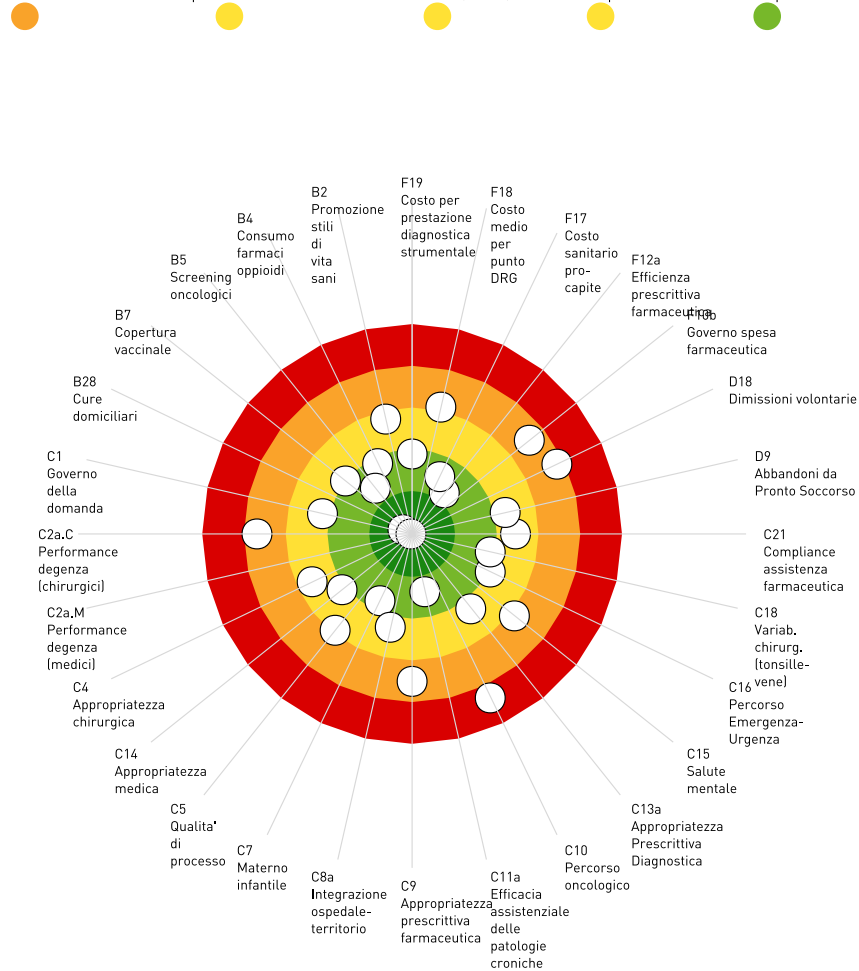
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile



## AUSL 3 Pistoia

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

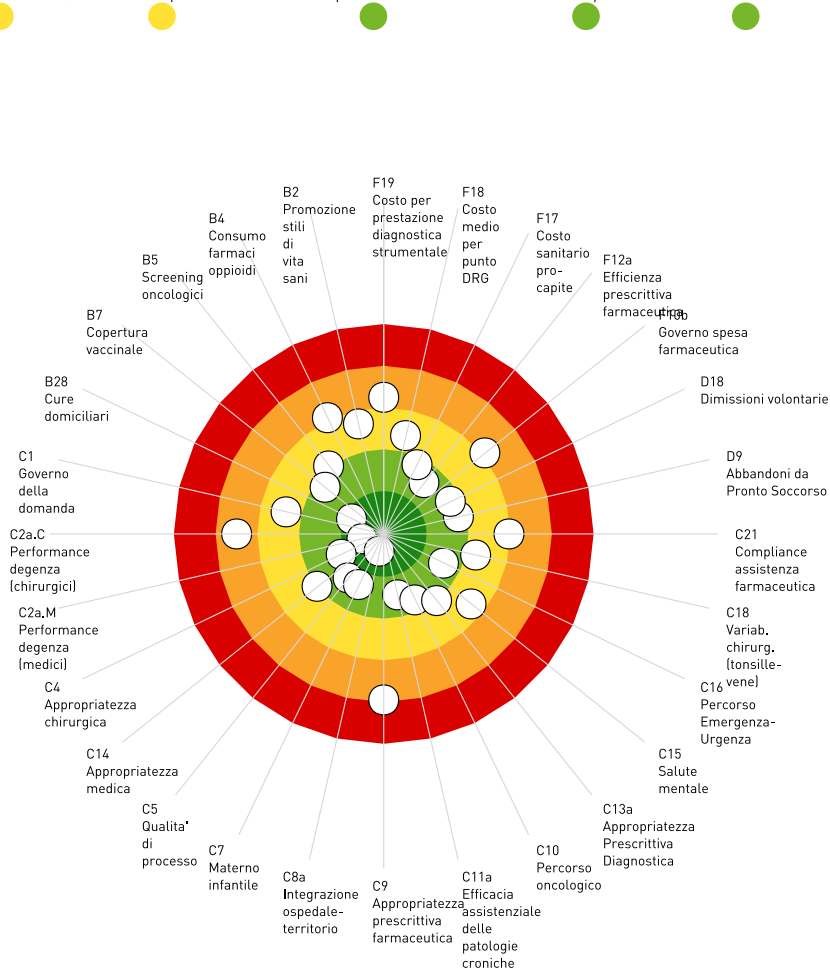
A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi



## AUSL 4 Prato

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

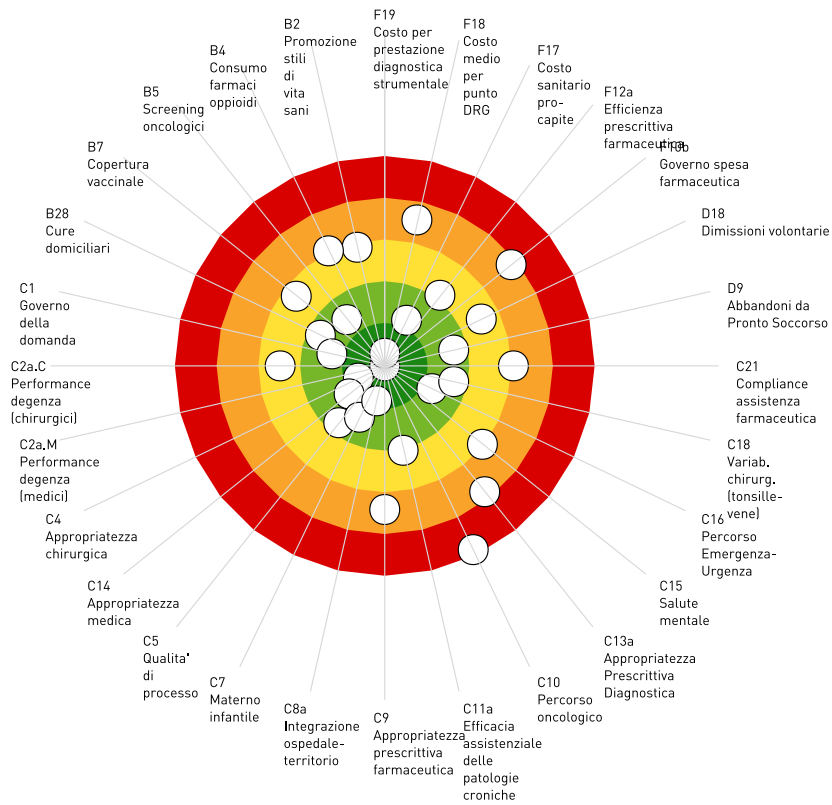
A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile



## AUSL 5 Pisa

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

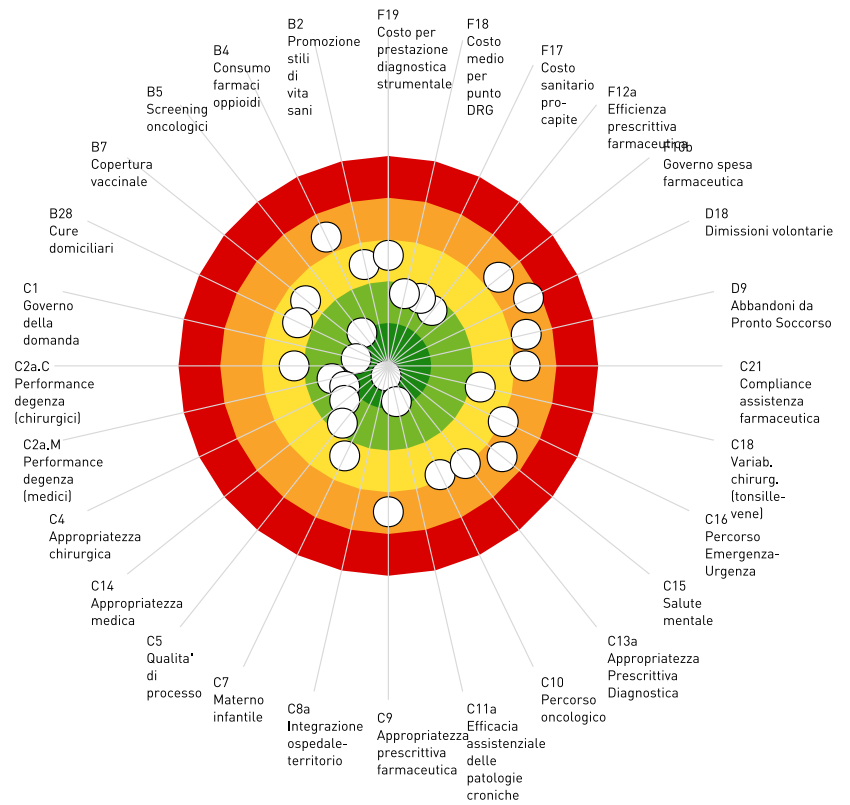
A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori



## AUSL 6 Livorno

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

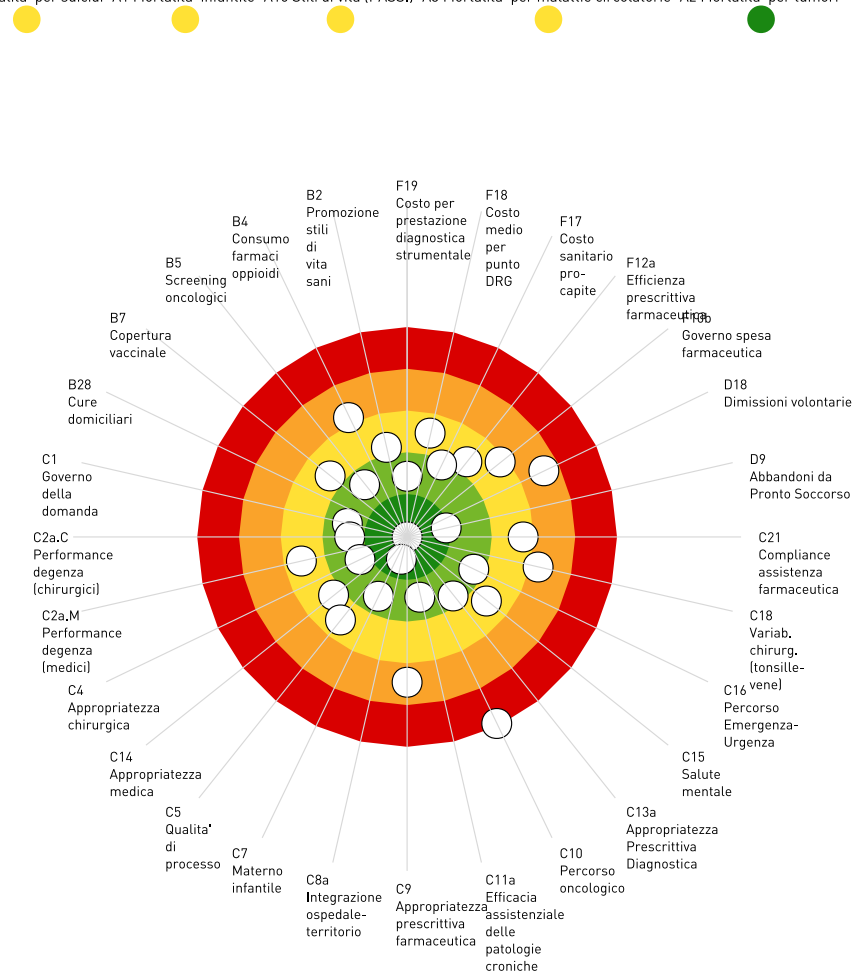
A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori



## AUSL 7 Siena

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

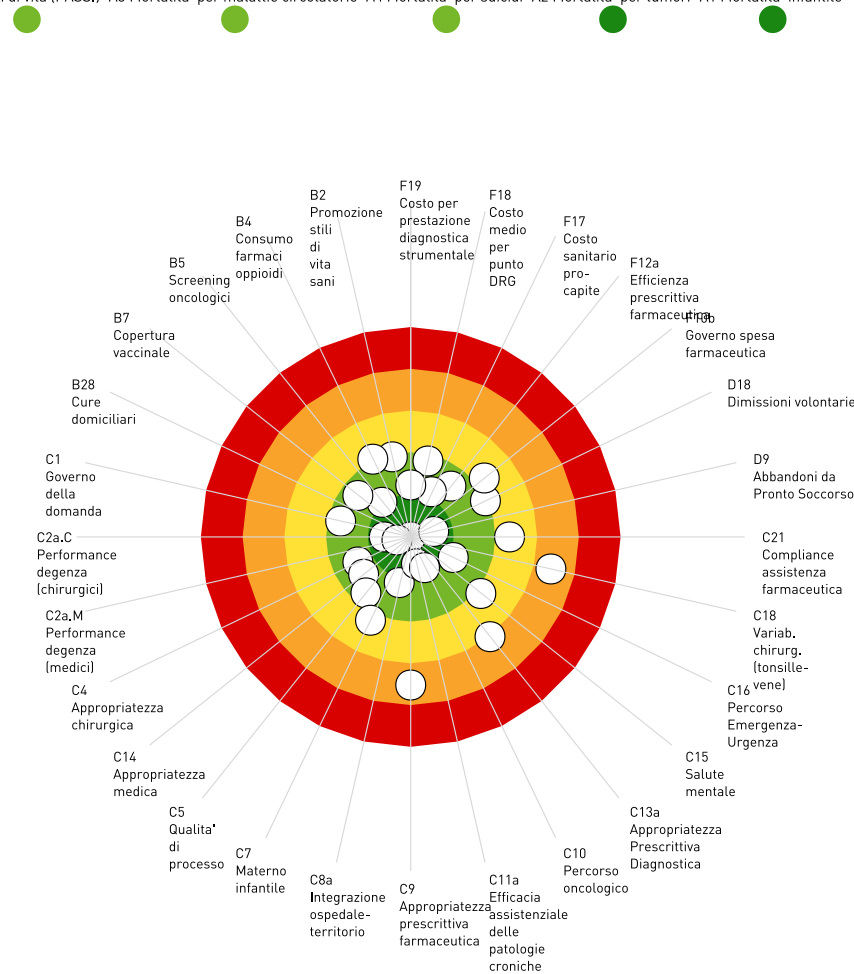
A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori



## AUSL 8 Arezzo

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

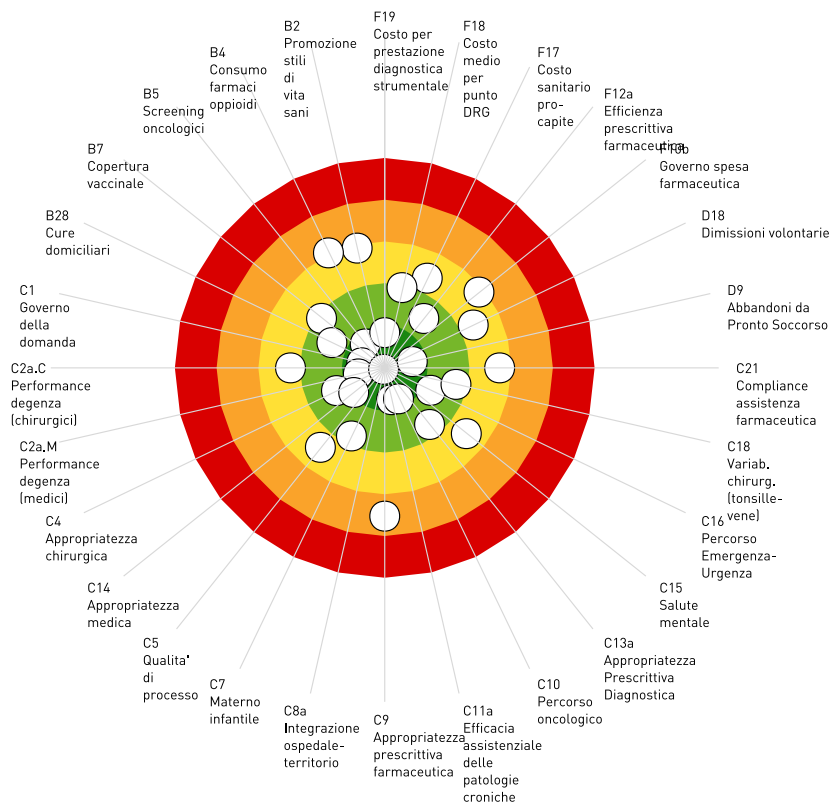
A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile



## AUSL 9 Grosseto

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

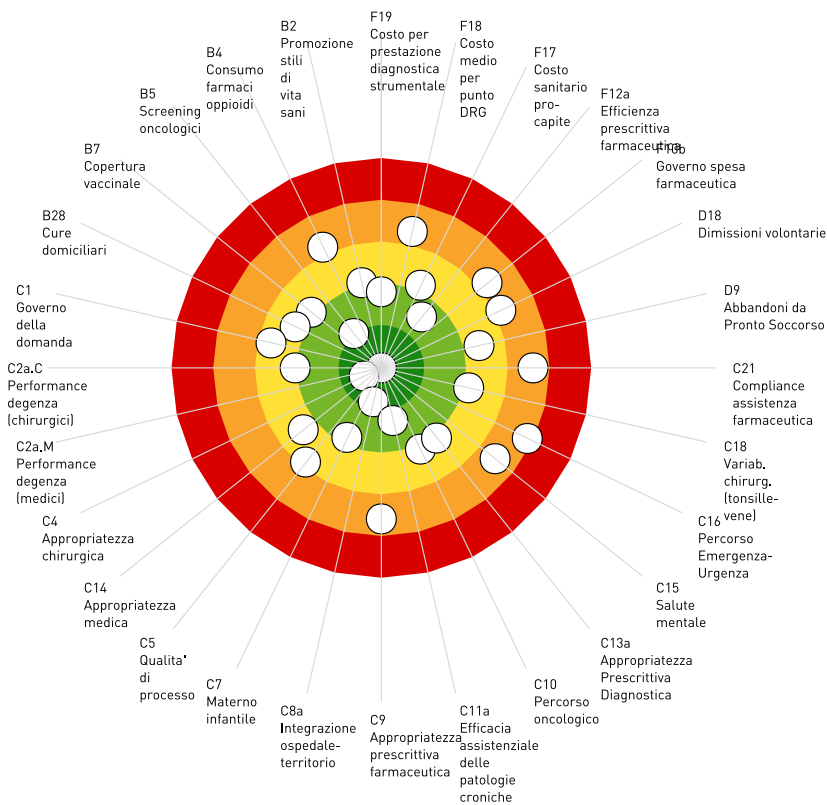
A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori



## AUSL 10 Firenze

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

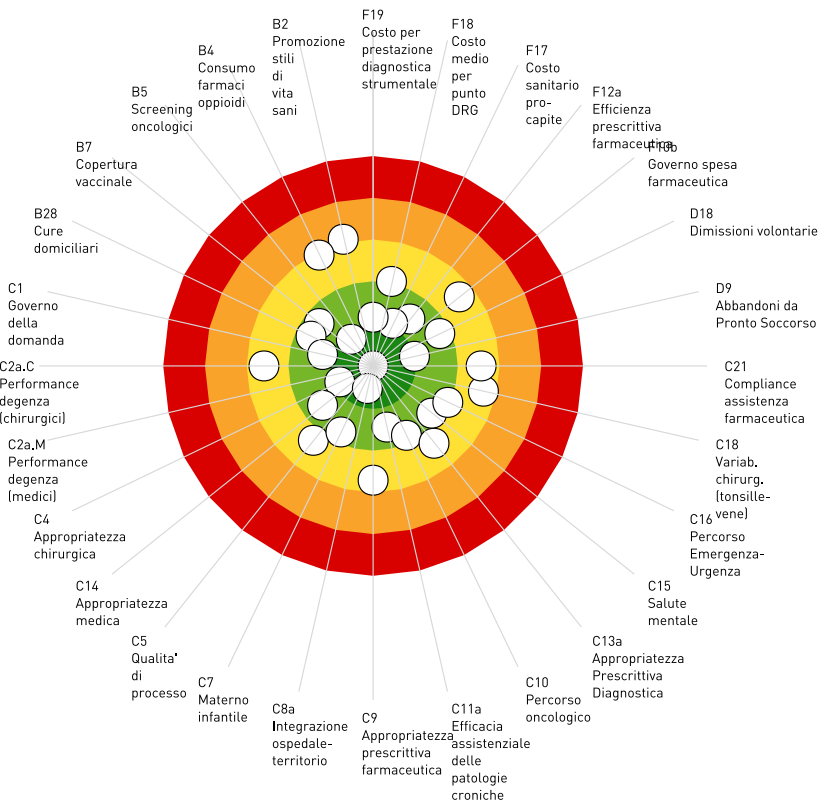




## AUSL 11 Empoli

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

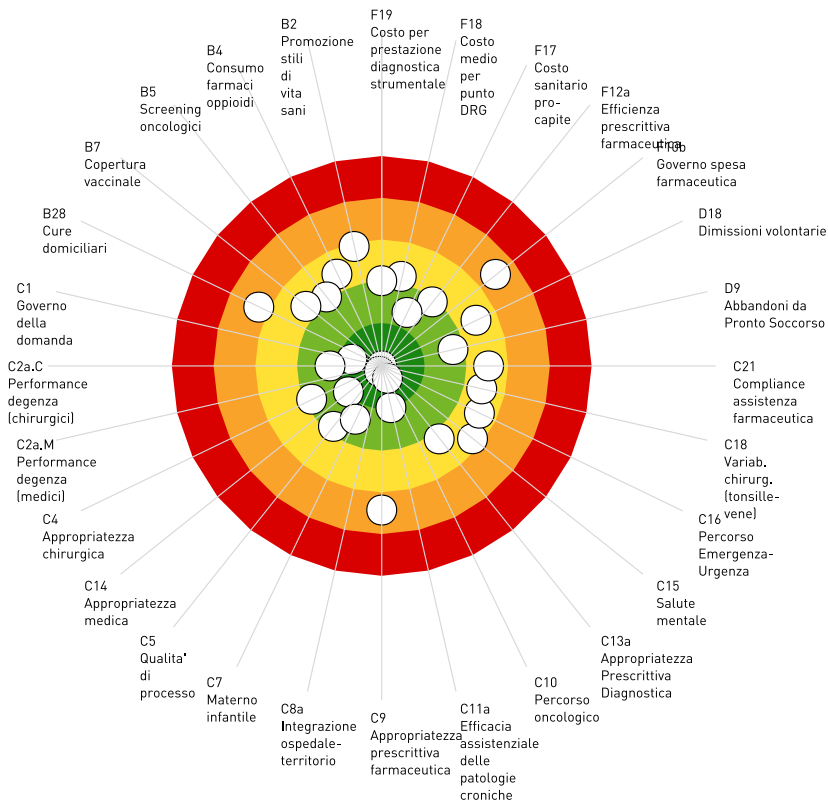
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi



## AUSL 12 Viareggio

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

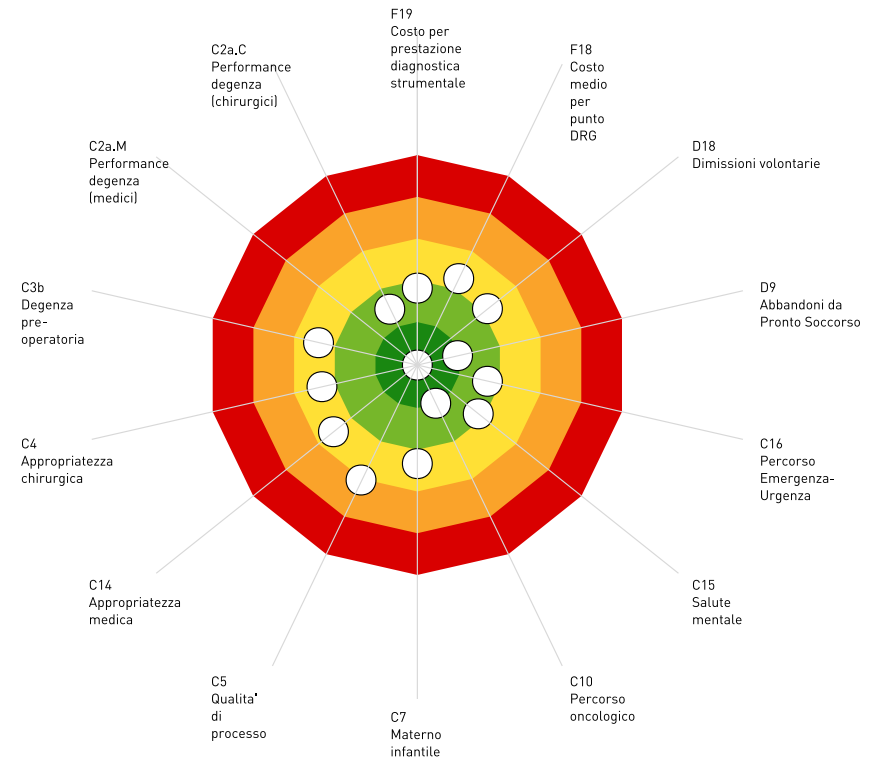
A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI)



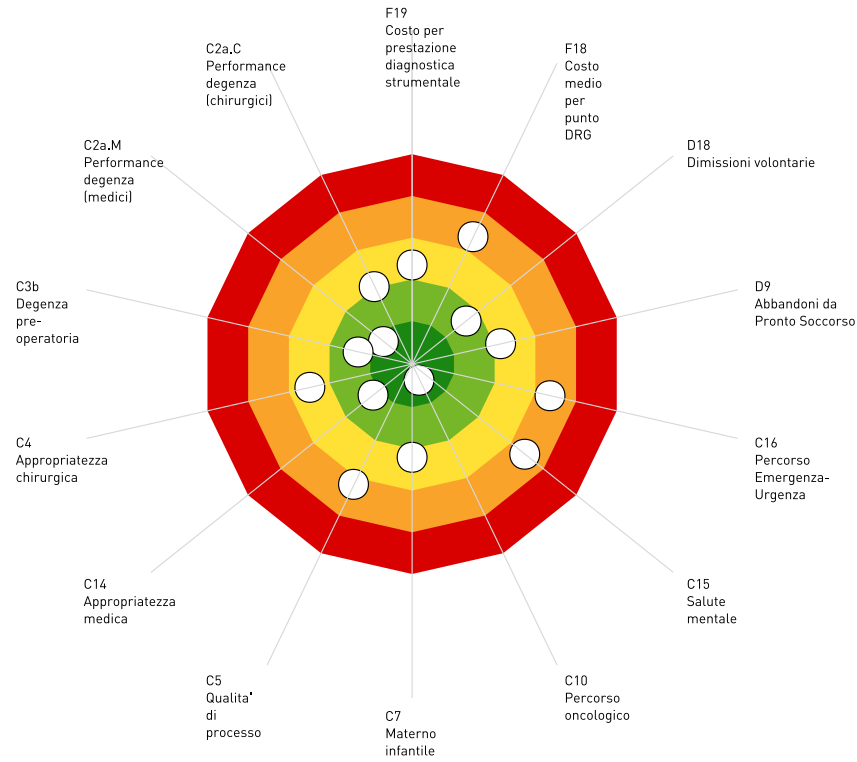
## AOU Pisana



## AOU Senese



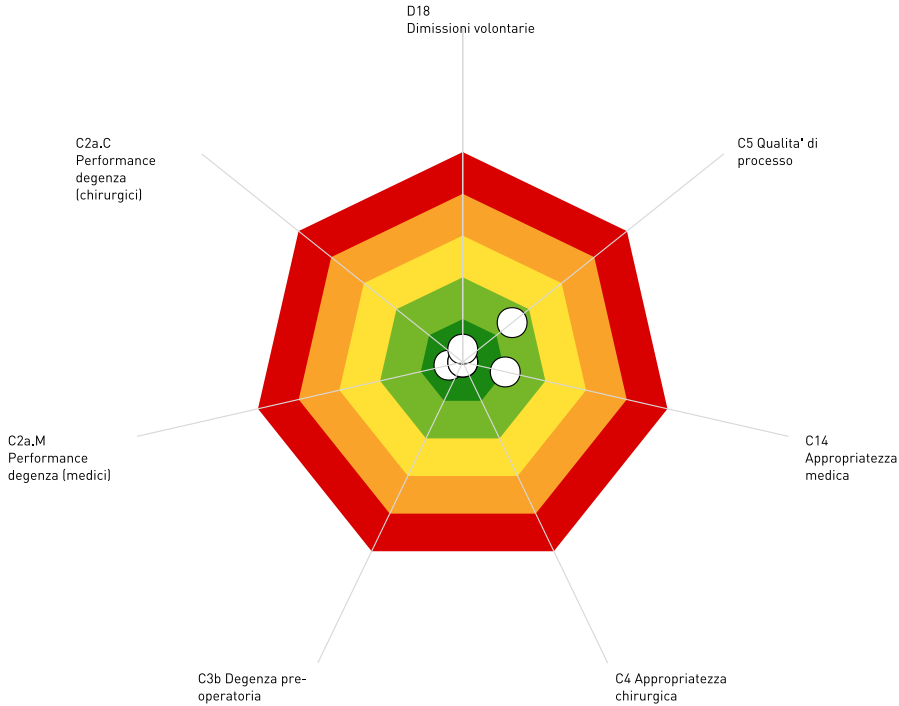
## AOU Careggi



## Meyer



# Fond. Monasterio





## La performance della Regione Umbria

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione umbra presenta una bassa mortalità infantile e per tumori, mentre si rileva una mortalità per suicidi più elevata rispetto alle altre Regioni.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale si conferma complessivamente buono, con una sola criticità per quanto riguarda la copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari. Maggiore attenzione andrebbe posta verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi. I programmi di screening oncologico presentano una buona copertura, con elevati livelli di estensione.

Per quanto concerne il ricorso al setting assistenziale ospedaliero, l'Umbria dimostra di avere dei margini di miglioramento per quanto riguarda la capacità di governo della domanda, segnatamente in riferimento ai day hospital e ai ricoveri ordinari brevi medici; anche in ambito chirurgico sarebbero possibili dei recuperi di appropriatezza, attraverso un più diffuso ricorso alla day surgery.

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

Gli indicatori che monitorano l'organizzazione dei processi ospedalieri individuano due aree critiche: le fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione (per quanto in miglioramento rispetto al 2013) e la capacità da parte dei Pronto Soccorso di indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente contenuti, eppure la percentuale di abbandoni è superiore alla media e in aumento rispetto al 2013. Ugualmente, l'alta percentuale di dimissioni volontarie può essere il segnale di un certo grado di insoddisfazione da parte dei pazienti ricoverati.

La gestione del percorso materno-infantile si conferma critica, per il frequente ricorso al parto cesareo e all'episiotomia. Da un punto di vista organizzativo, la casistica risulta dispersa in numerosi punti nascita con meno di 500 casi annui. Il percorso oncologico restituisce ottimi risultati in termini di output, per quanto gli interventi per tumore maligno alla prostata siano dispersi in strutture che effettuano meno di 50 interventi all'anno. Gli indicatori sulla presa in carico della salute mentale restituiscono un quadro complessivamente buono.

Per quanto concerne il ricorso a prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, la situazione complessiva non si discosta dalle altre regioni, per quanto il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia sia più elevato della media.

In riferimento all'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche, è opportuno venga prestata maggiore attenzione alla prescrizione sia di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti con più di 65 anni, sia di risonanze magnetiche lombari ripetute entro 12 mesi dalla precedente. Sono infatti due tipologie di prestazioni ad altissimo rischio di inappropriatezza.

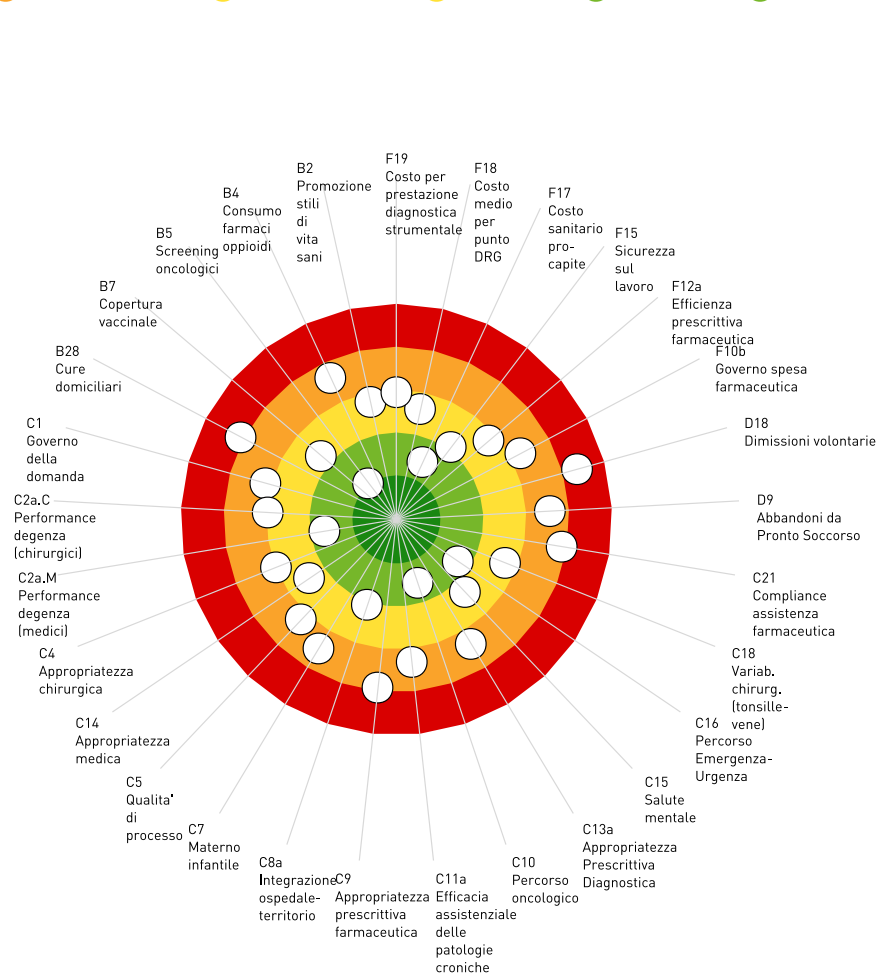
Nonostante un miglioramento rispetto al 2013, l'Umbria conferma una certa difficoltà nella capacità di presa in carico delle patologie croniche, che si rispecchia in tassi di ospedalizzazione per scompenso, diabete e BPCO superiori alle altre Regioni. Complessivamente buoni gli indicatori sull'integrazione tra ospedale e territorio, per quanto restino frequenti i ricoveri pediatrici per gastroenterite.

In riferimento alla governance dell'area farmaceutica, la spesa territoriale umbra è superiore a quella delle altre Regioni, per quanto in contrazione rispetto al 2013; una maggiore attenzione alla prescrizione di inibitori di pompa protonica, antidepressivi e antibiotici potrebbe contribuire al contenimento della spesa.

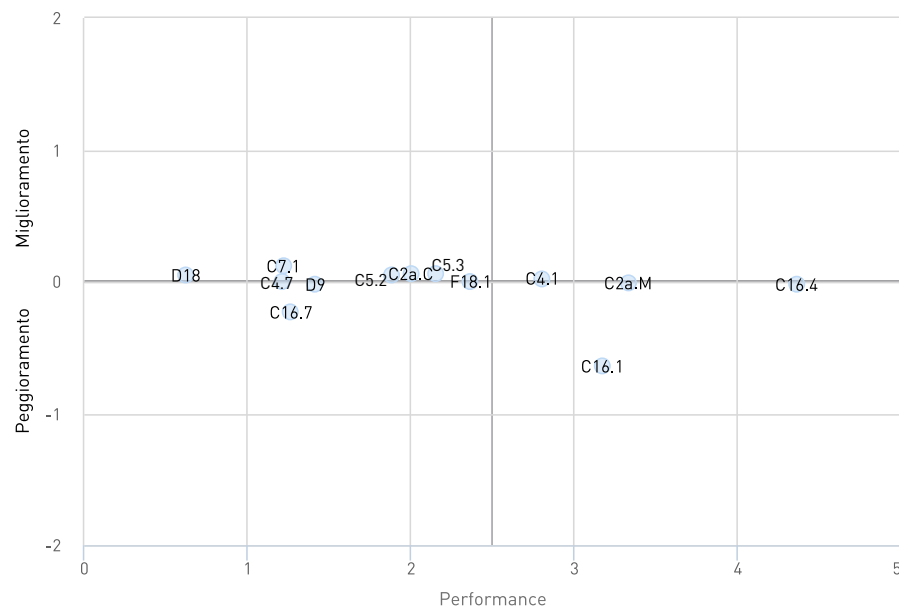
Infine, l'Umbria registra un costo sanitario pro-capite leggermente inferiore alla media del network, un costo per l'assistenza ospedaliera nella media, un costo per l'attività diagnostica leggermente superiore.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

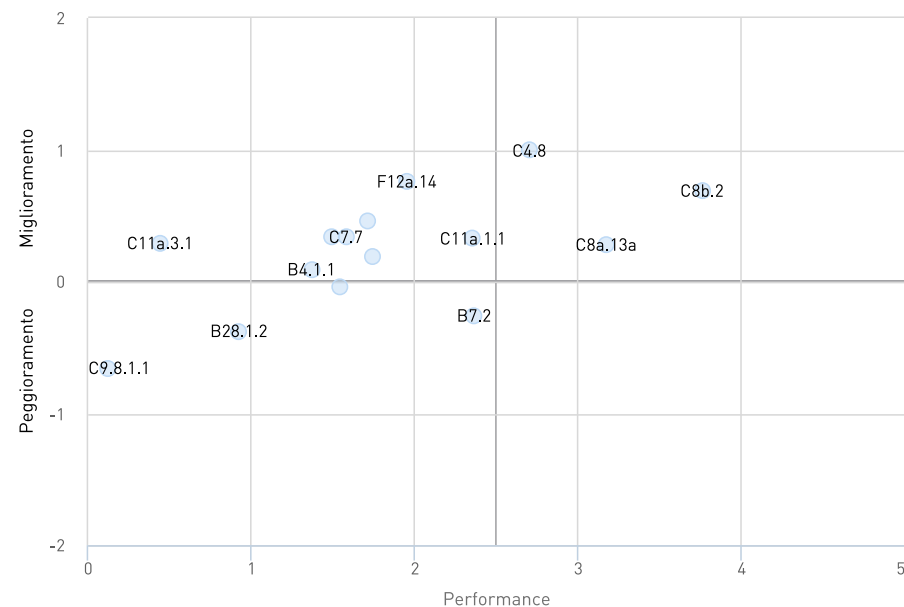
Mortalità\* per suicidi A3 Mortalità\* per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalità\* infantile A2 Mortalità\* per tumori



MAPPA OSPEDALE



MAPPA TERRITORIO



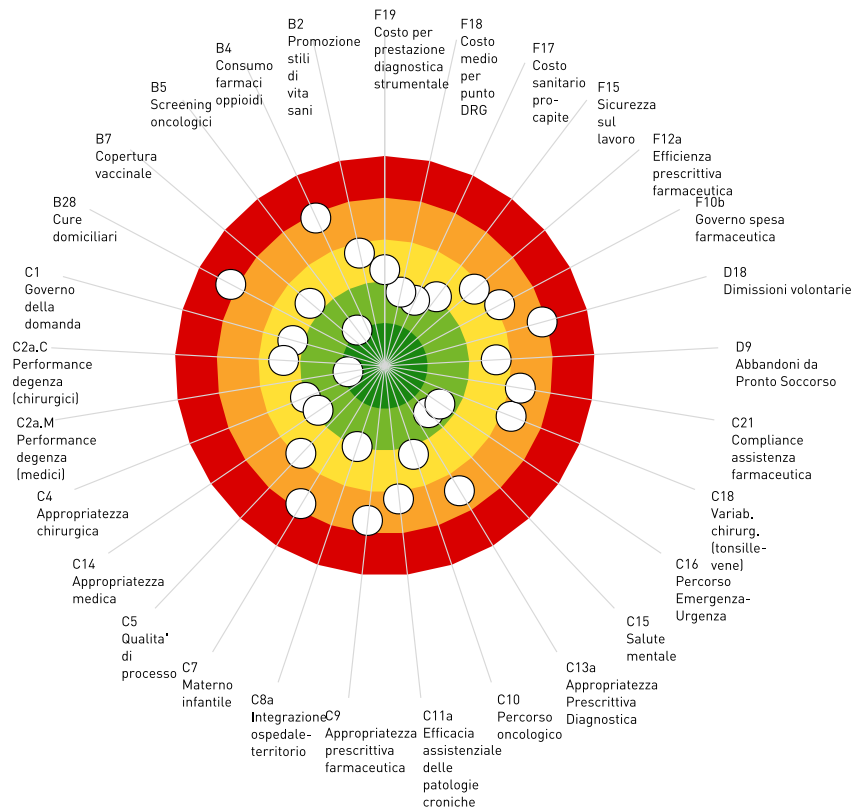
|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## USL Umbria 1

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

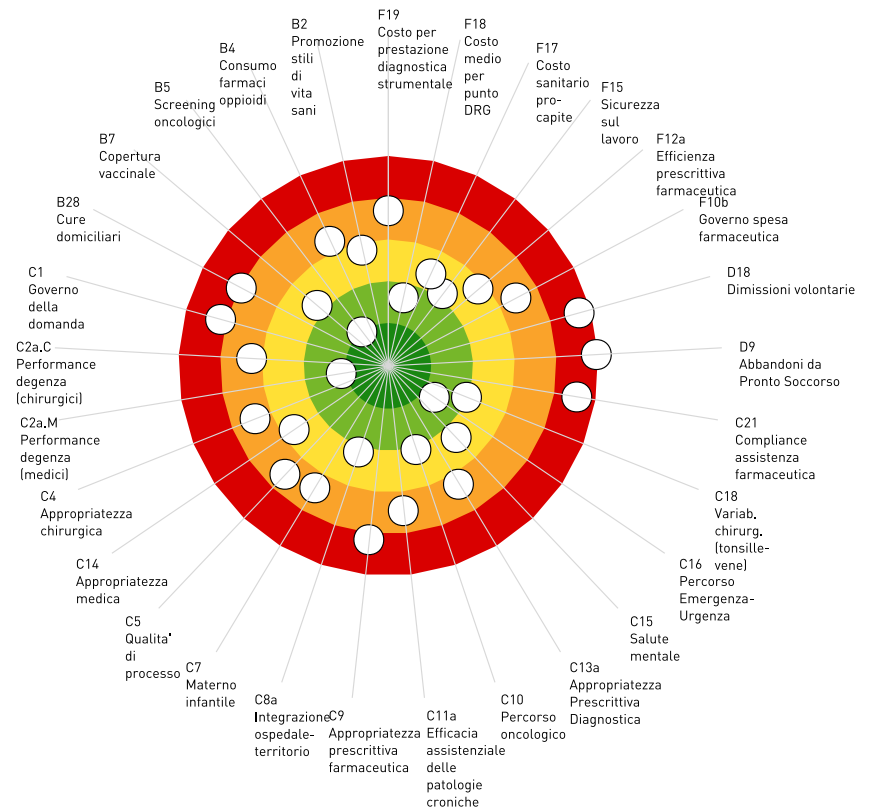
A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori



## USL Umbria 2

### Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

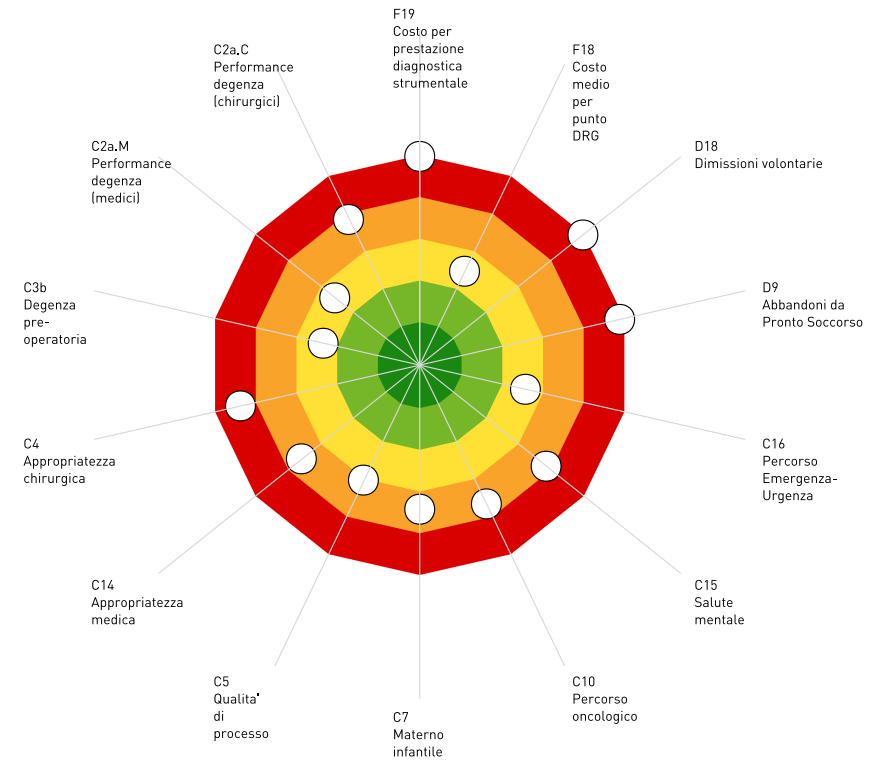




## A0 Perugia



## A0 Terni



## La performance della Regione Veneto

Il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione veneta presenta indicatori relativi alla mortalità (infantile, per tumori, per malattie cardiovascolari, per suicidi) in linea con le altre regioni del Network. L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: anche per questi indicatori la situazione del Veneto non si discosta da quella delle altre Regioni. La sensibilizzazione da parte dei medici di medicina generale verso stili di vita più sani è, pur con ampia variabilità geografica, tra le migliori del network.

In riferimento alla capacità di implementare specifiche politiche sanitarie, il livello di copertura vaccinale si conferma complessivamente buono, con una sola criticità per quanto riguarda il vaccino contro il Papilloma virus. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è nella media. I programmi di screening oncologico presentano un'ottima copertura, in termini sia di estensione che di adesione da parte della popolazione.

Per quanto concerne il ricorso al setting assistenziale ospedaliero, il Veneto conferma un'ottima capacità di governo della domanda, con il tasso di ospedalizzazione più contenuto tra le Regioni del network; buone anche l'appropriatezza medica e quella chirurgica, pur con una criticità in riferimento alle colecistectomie laparoscopiche operate in un giorno di degenza ordinaria.

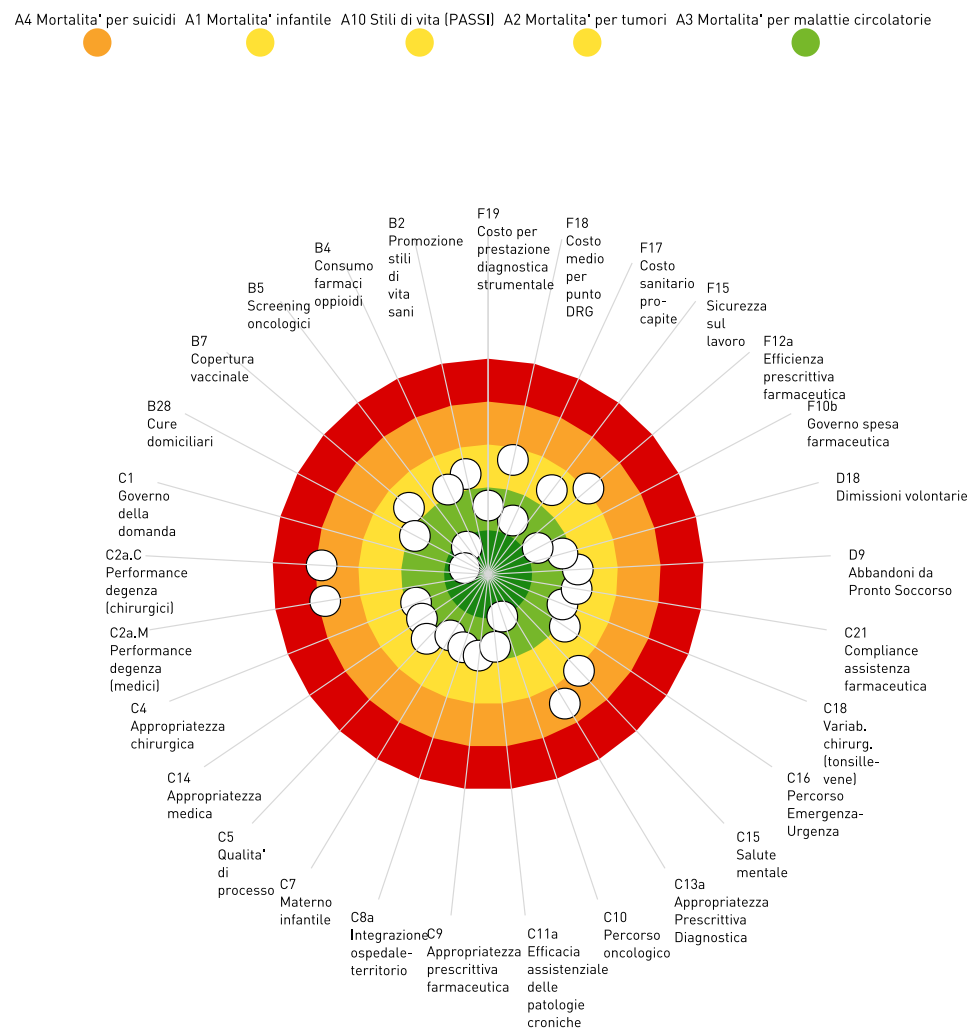
Si riduce tra il 2013 e il 2014 la durata delle degenze, pur rimanendo – soprattutto per i ricoveri medici – superiore a quella delle altre Regioni; questo dato va interpretato congiuntamente al basso tasso di ospedalizzazione veneto, ottenuto grazie all'implementazione di politiche di appropriatezza, volte alla promozione del ricorso a setting assistenziali a minor consumo di risorse, per tutte le prestazioni tali da non prevedere l'ospedalizzazione. I dati che monitorano l'organizzazione dei processi ospedalieri sono positivi, con un aumento degli interventi per fratture di femore entro le 48 ore dall'ammissione. Area che potrebbe permettere ulteriori miglioramenti è la capacità diagnostica da parte del Pronto Soccorso, in modo da indirizzare la casistica che necessita di ricovero verso i reparti di degenza più appropriati.

I tempi di attesa in Pronto Soccorso sono complessivamente in linea con le altre Regioni; la percentuale di abbandoni si mantiene bassa. La Regione registra inoltre un basso numero di dimissioni volontarie, considerate un indicatore proxy del giudizio da parte degli utenti sulla qualità del ricovero.

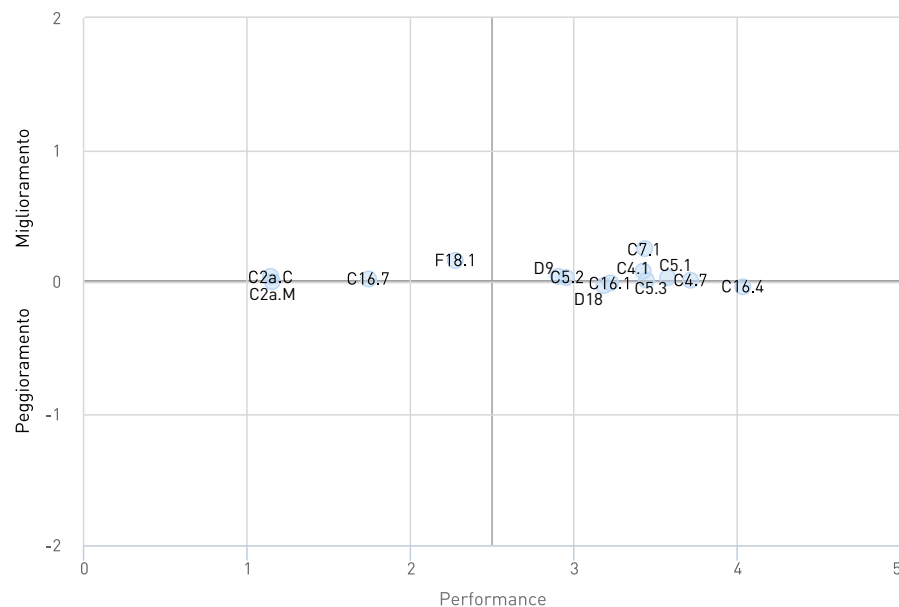
La gestione del percorso materno-infantile si conferma molto buona. Il percorso oncologico restituisce ottimi risultati, sia in termini di output, sia in termini di capacità di concentrazione della casistica. Gli indicatori in merito alla presa in carico della salute mentale non si discostano significativamente da quelli delle altre Regioni. Per quanto concerne il ricorso a prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate, il tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping delle vene si conferma basso, mentre alcune aziende venete presentano un numero di interventi per tonsillectomie sensibilmente superiore rispetto alla media del network. In riferimento all'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni diagnostiche, si conferma anche nel 2014 la necessità di prestare attenzione al ricorso a risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti con più di 65 anni, in considerazione della potenziale inappropriatezza di tale prestazione. Il Veneto conferma un'efficace capacità di presa in carico delle patologie croniche. Complessivamente molto buoni anche gli indicatori sull'integrazione tra ospedale e territorio, in particolare per quanto concerne la presa in carico della casistica pediatrica. In riferimento alla governance dell'area farmaceutica, il Veneto presenta una bassa spesa territoriale, in ulteriore contrazione rispetto al 2013. Questo risultato correla con le ottime performance in termini di appropriatezza prescrittiva, mentre andrebbe ulteriormente incentivato il ricorso a molecole a brevetto scaduto.

Infine, il Veneto registra un costo per l'assistenza ospedaliera nella media, un basso costo per l'attività diagnostica e un costo sanitario pro-capite molto contenuto, a dimostrazione di un uso efficiente delle risorse.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

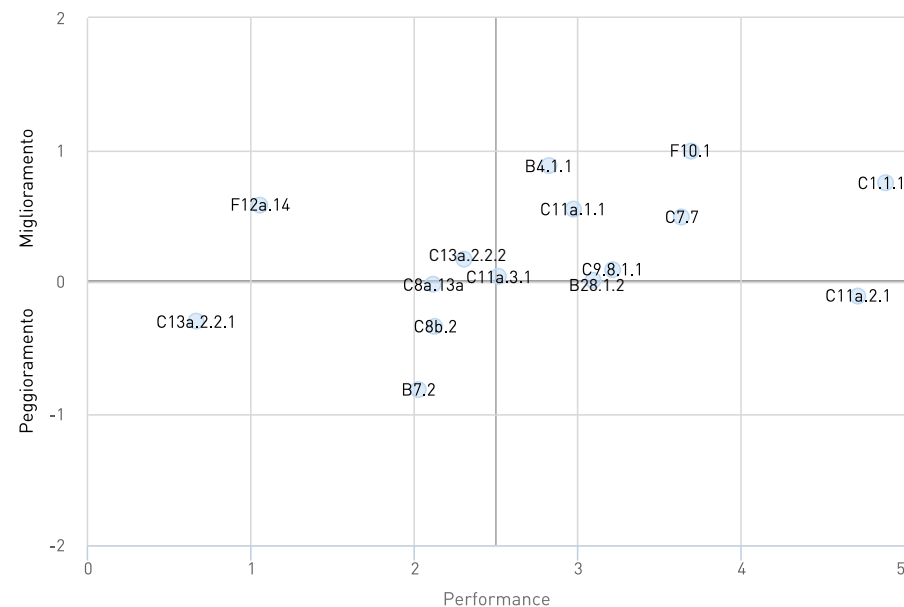


MAPPA OSPEDALE



|       |   |
|-------|---|
| C2a.M | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico       |
| C2a.C | Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico   |
| C3.4  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 giorno [AO] |
| C4.1  | % Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)                 |
| C4.7  | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)      |
| C5.1  | % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni   |
| C5.2  | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)               |
| C5.3  | % prostatectomie transuretrali  |
| C16.7 | % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla fine           |
| C7.1  | % cesarei depurati (NTSV)   |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti                         |
| D9    | % abbandoni da PS   |
| D18   | % dimissioni ospedaliere volontarie   |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h                  |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG min. dei ricoveri acuti                             |

MAPPA TERRITORIO

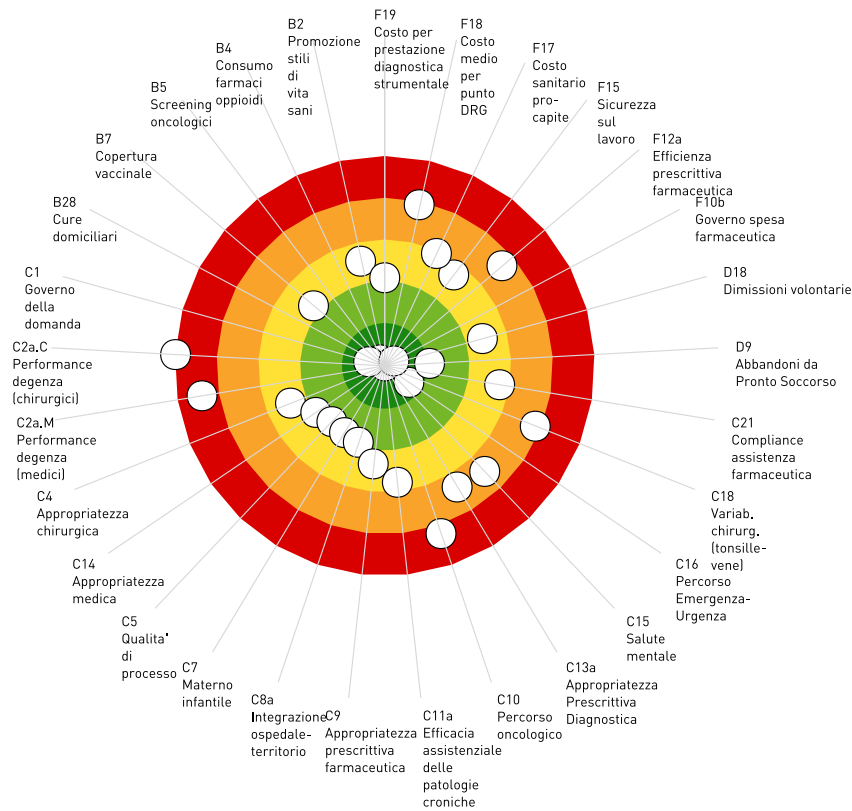


|            |  |
|------------|--|
| B4.1.1     | Consumo territoriale di farmaci oppioidi   |
| B7.2       | Copertura vaccinale antinfluenzale anziani   |
| B28.1.2    | % anziani in CD con valutazione  |
| C1.1.1     | Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso |
| C4.8       | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti                     |
| C7.7       | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)           |
| C8b.2      | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti              |
| C8a.13     | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni           |
| C9.8.1.1   | Consumo di antibiotici   |
| C11a.1.1   | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)                |
| C11a.2.1   | Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)                  |
| C11a.3.1   | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)                     |
| C13a.2.2.1 | Tasso di RM Muscolo Scheletriche (>=65 anni)                                       |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono RM lombari entro 12 mesi                                   |
| F10.1      | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| F12a.14    | % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza                |

## AULSS 1 Belluno

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

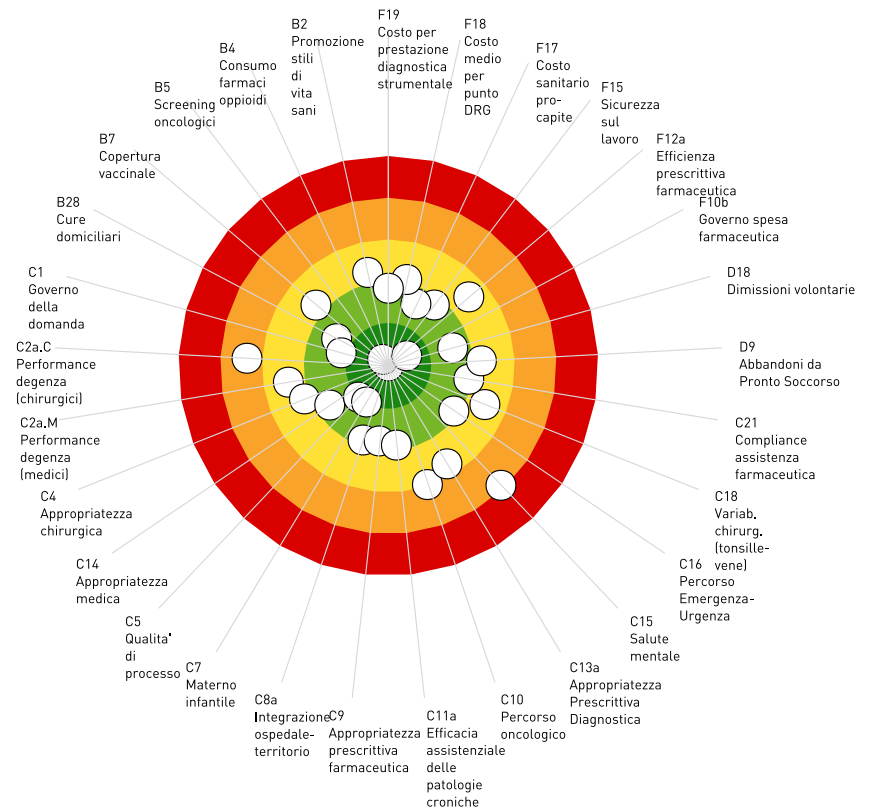
A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A1 Mortalita' infantile



## AULSS 2 Feltre

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

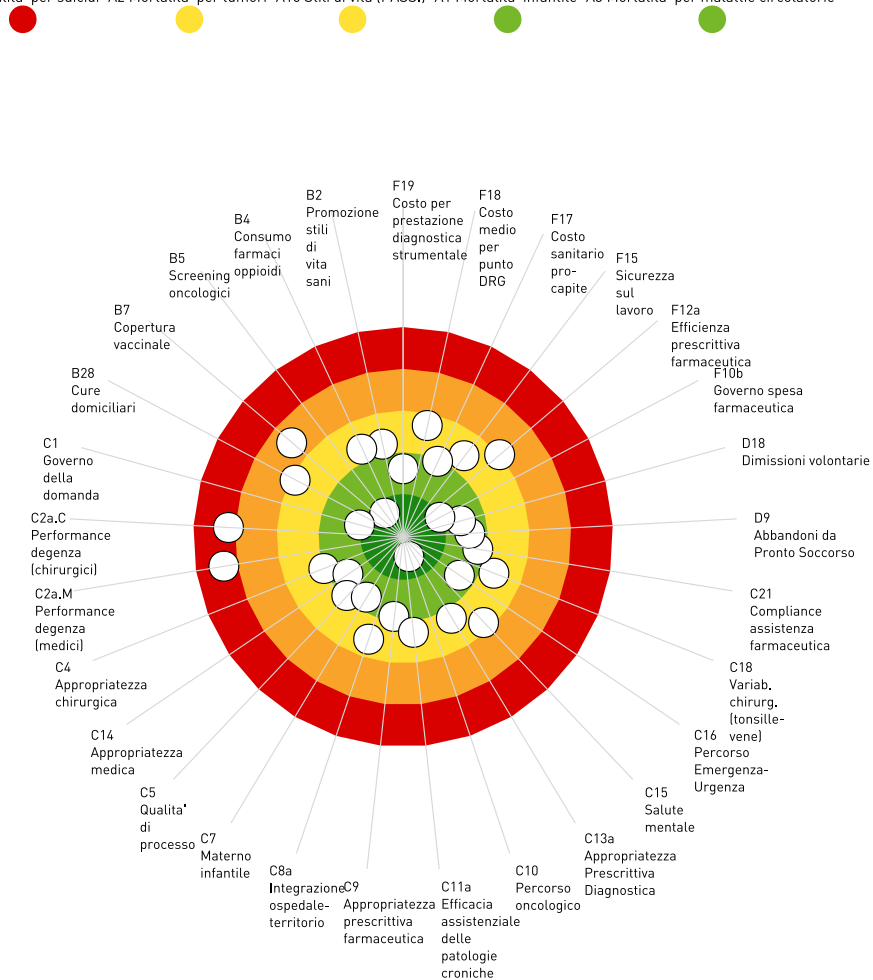
A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile



## AULSS 3 Bass. del Grappa

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

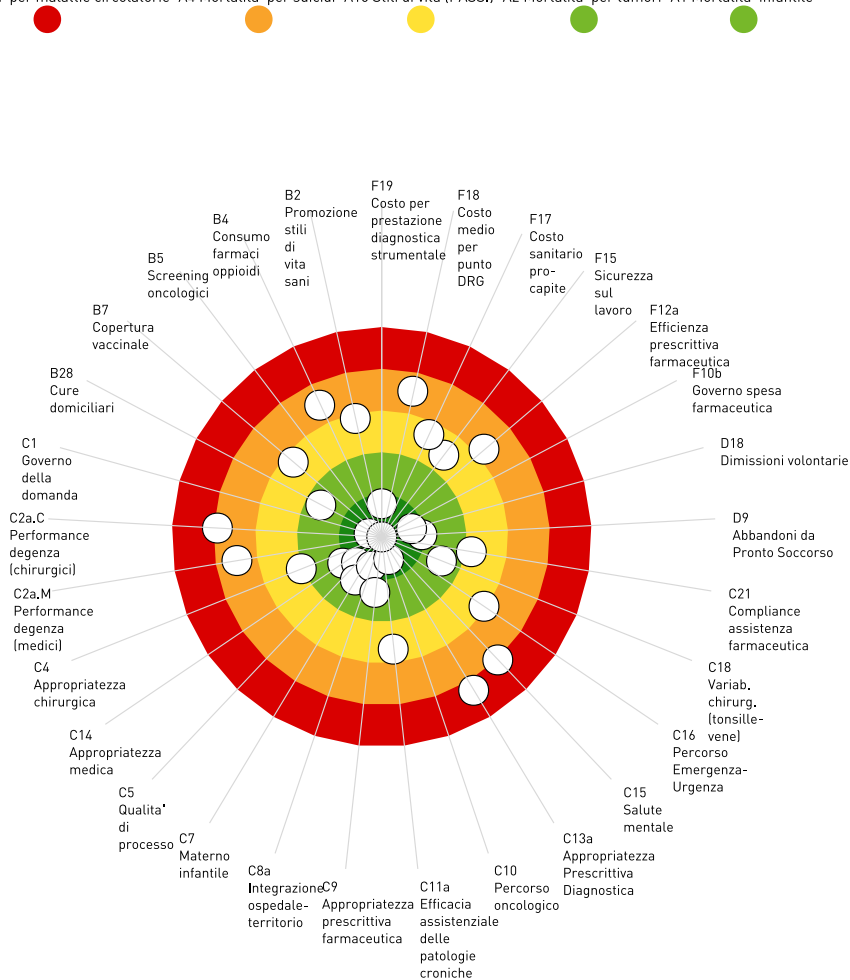
A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 4 Alto Vicentino

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

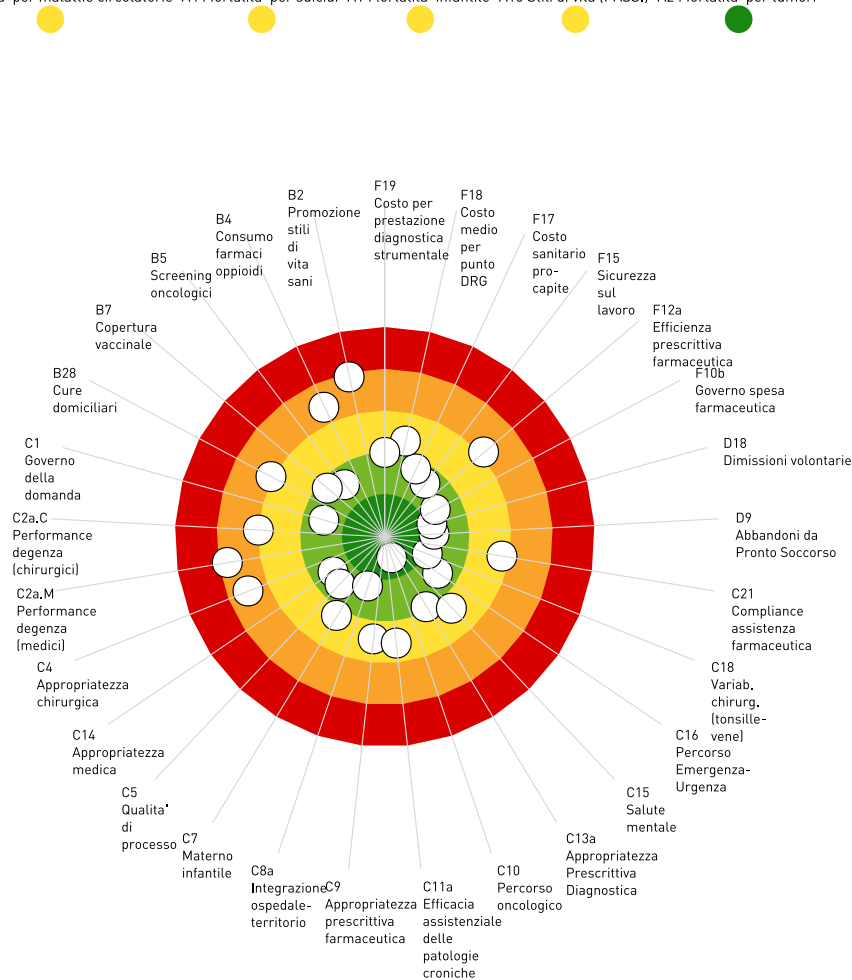
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile



## AULSS 5 Ovest Vicentino

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

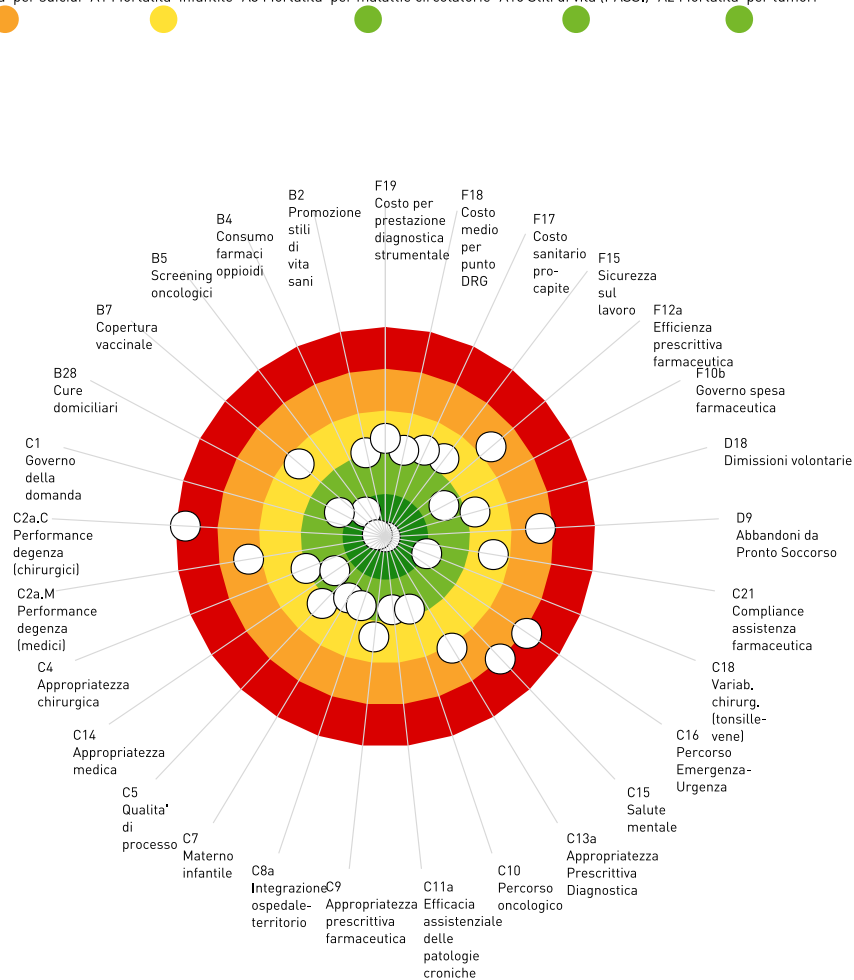
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori



## AULSS 6 Vicenza

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

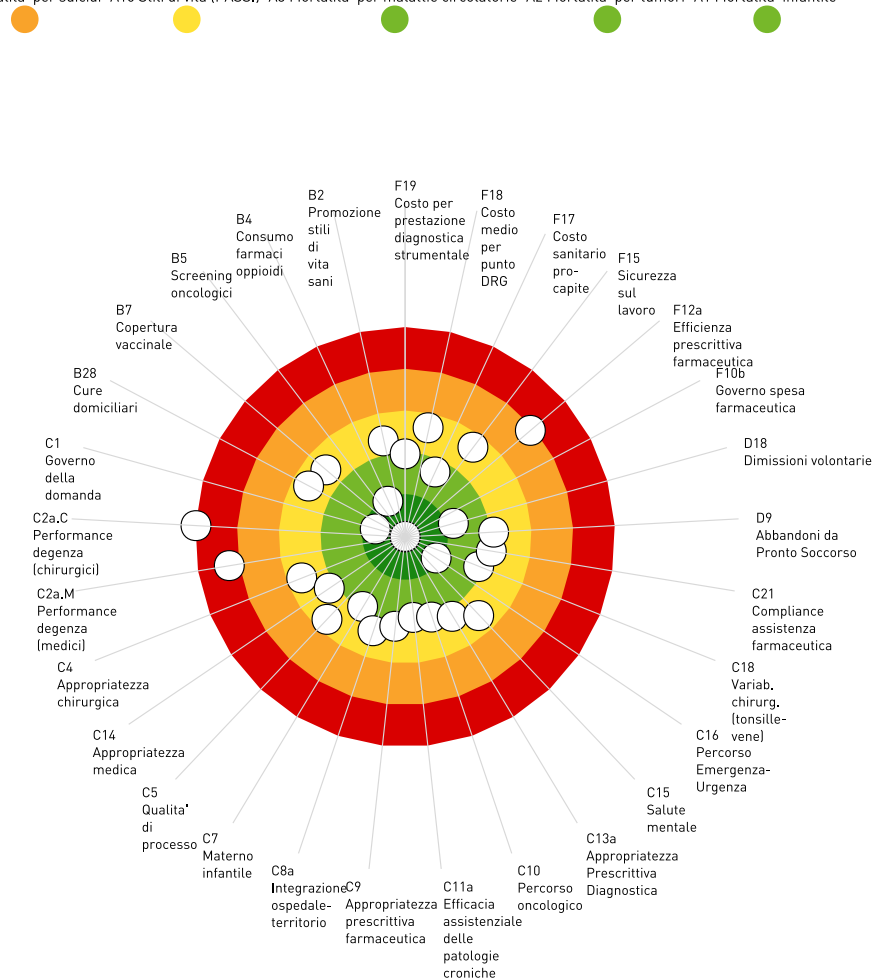
A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori



## AULSS 7 Pieve di Soligo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

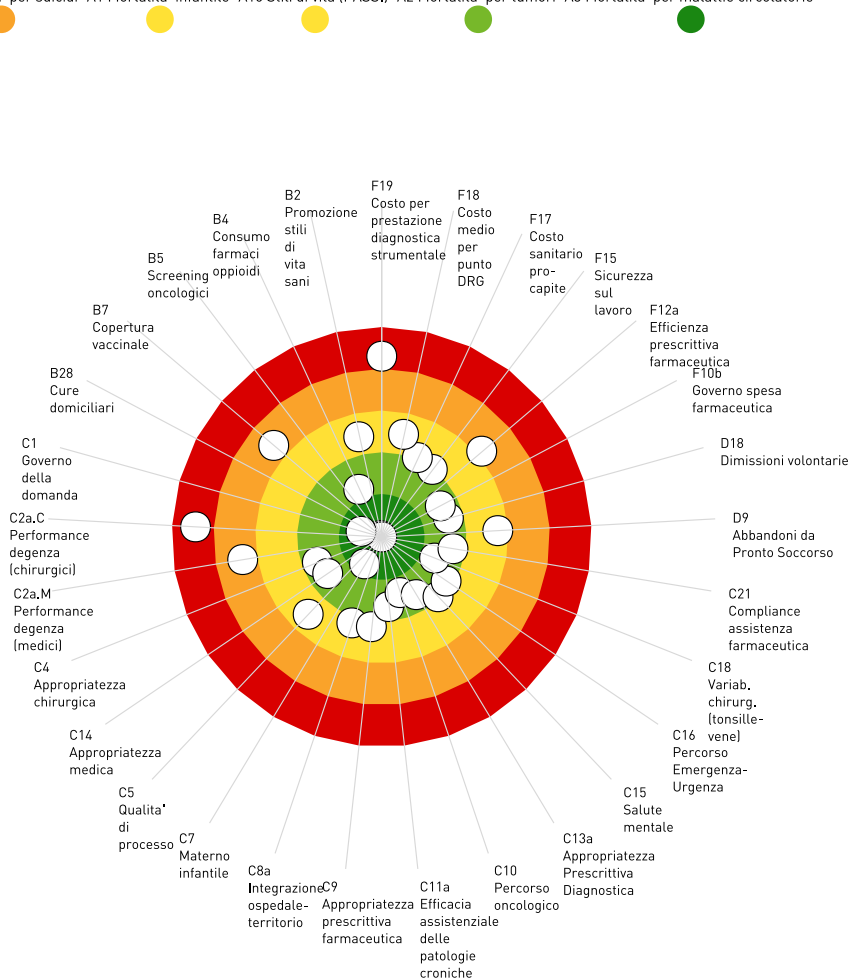
A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile



## AULSS 8 Asolo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

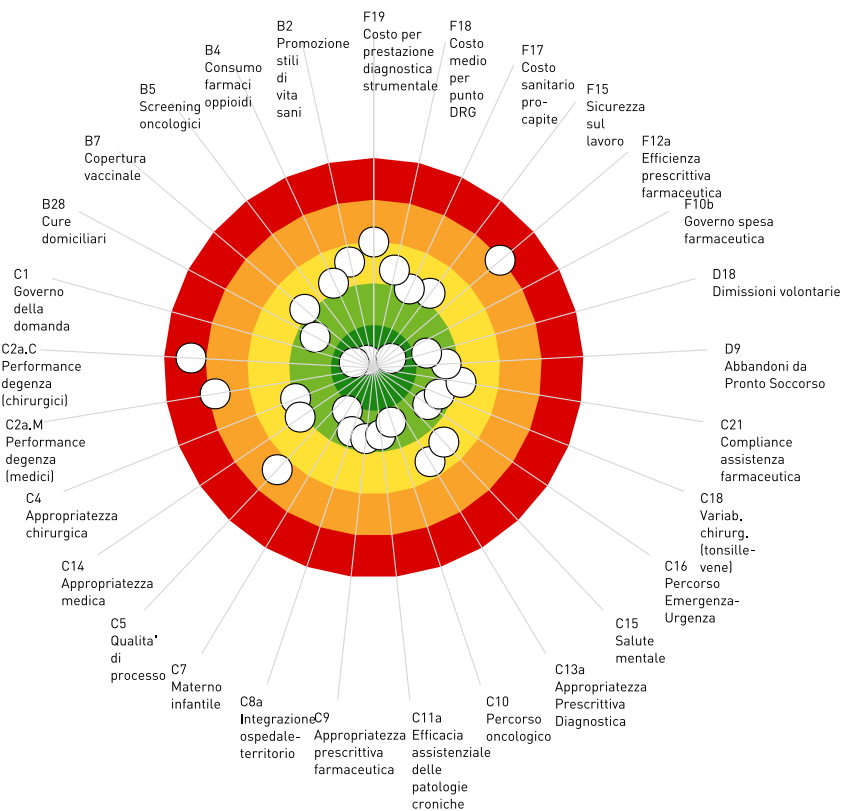
A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 9 Treviso

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

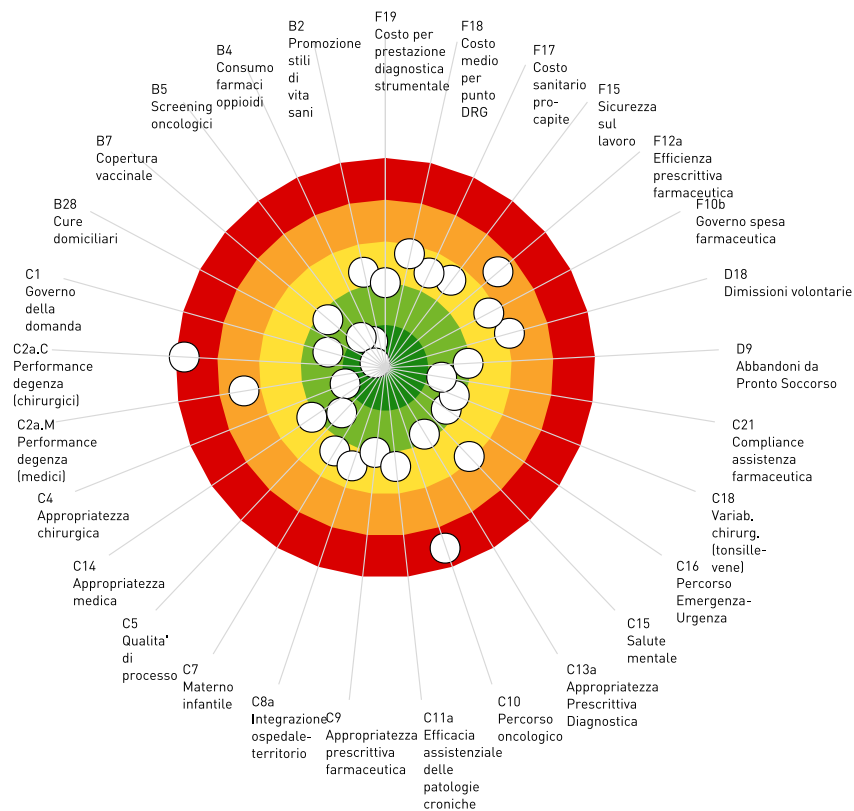
A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 10 Veneto Or.

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

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

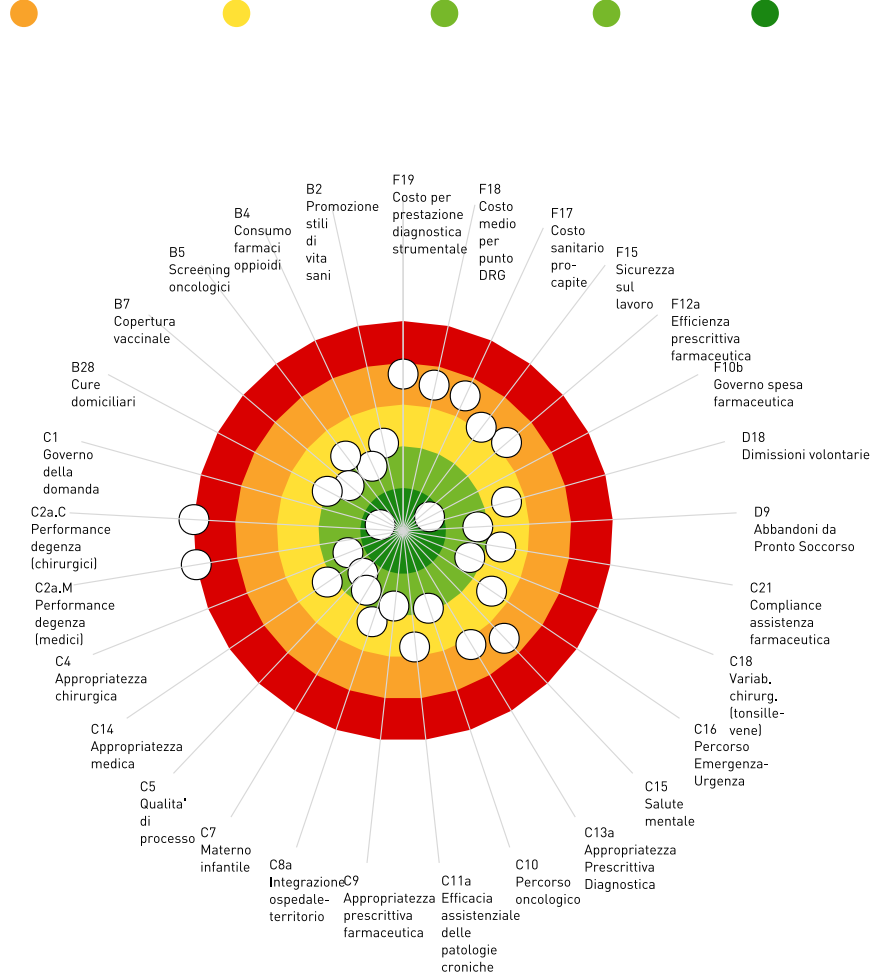




## AULSS 12 Veneziana

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

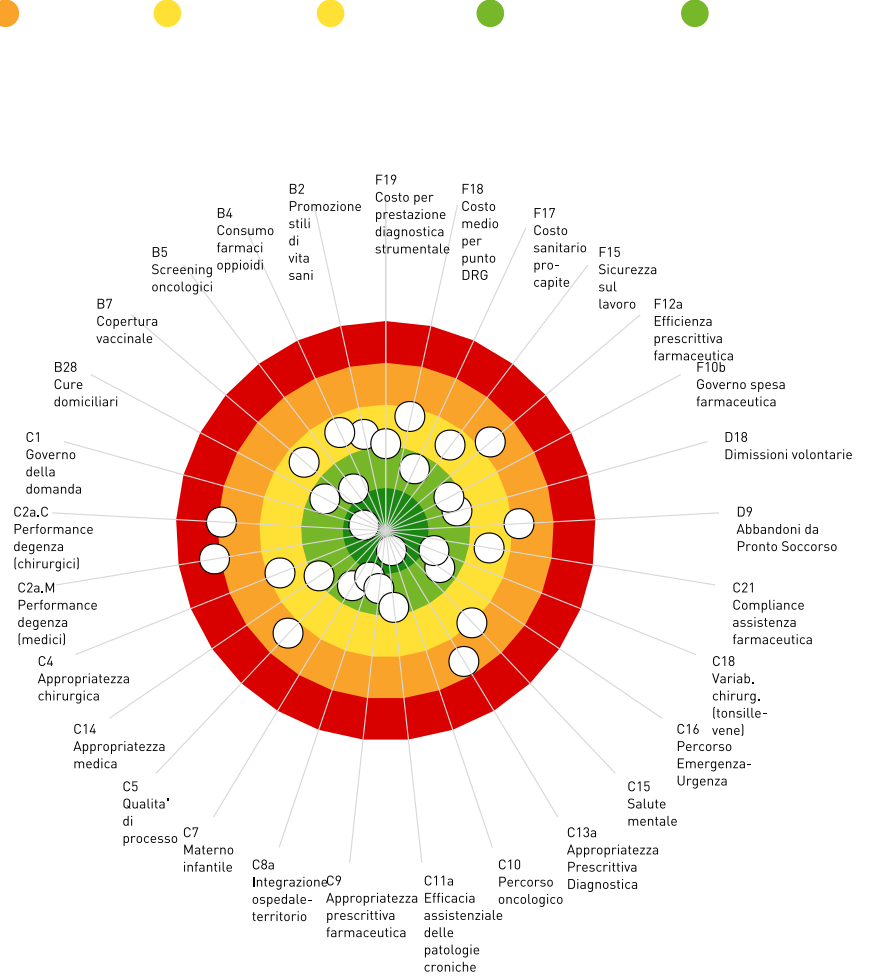
A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie A10 Stili di vita (PASSI) A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile



## AULSS 13 Mirano

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

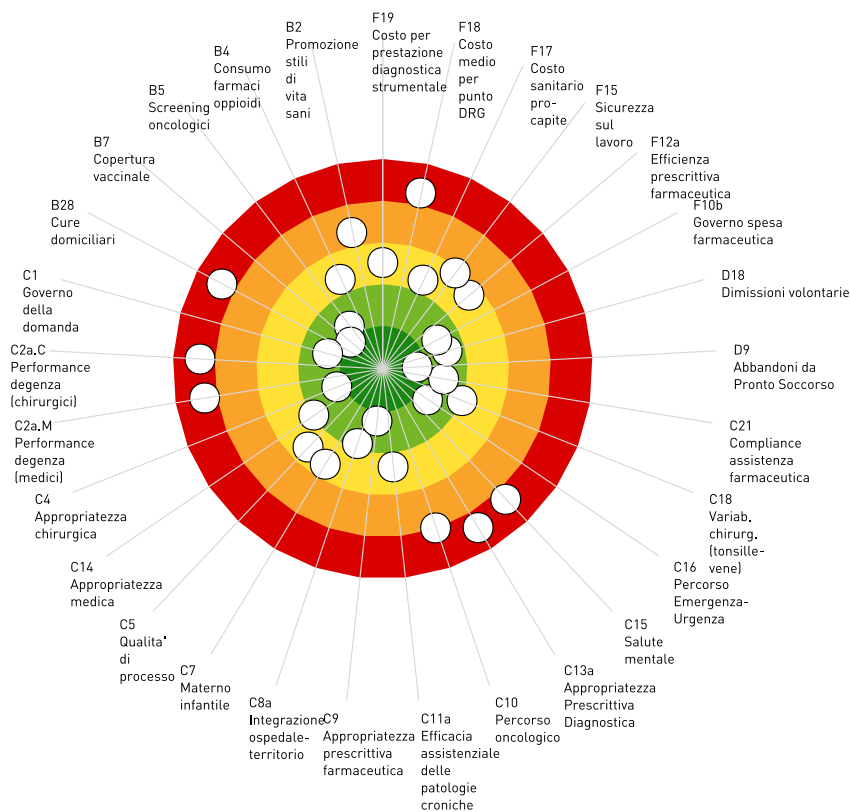
A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 14 Chioggia

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

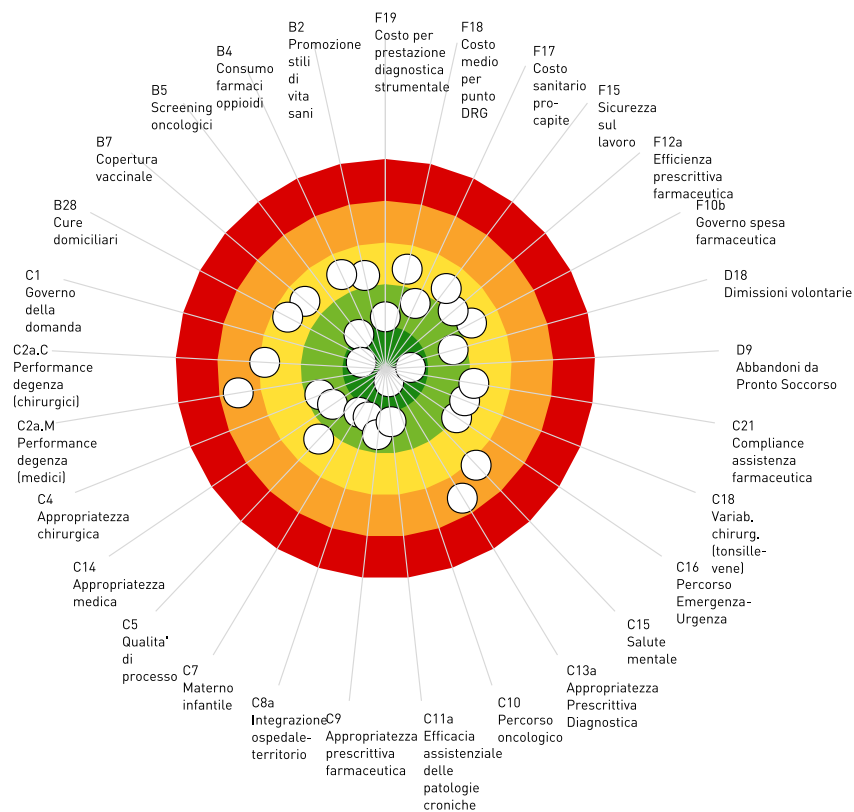
A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi



## AULSS 15 A. Padovana

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

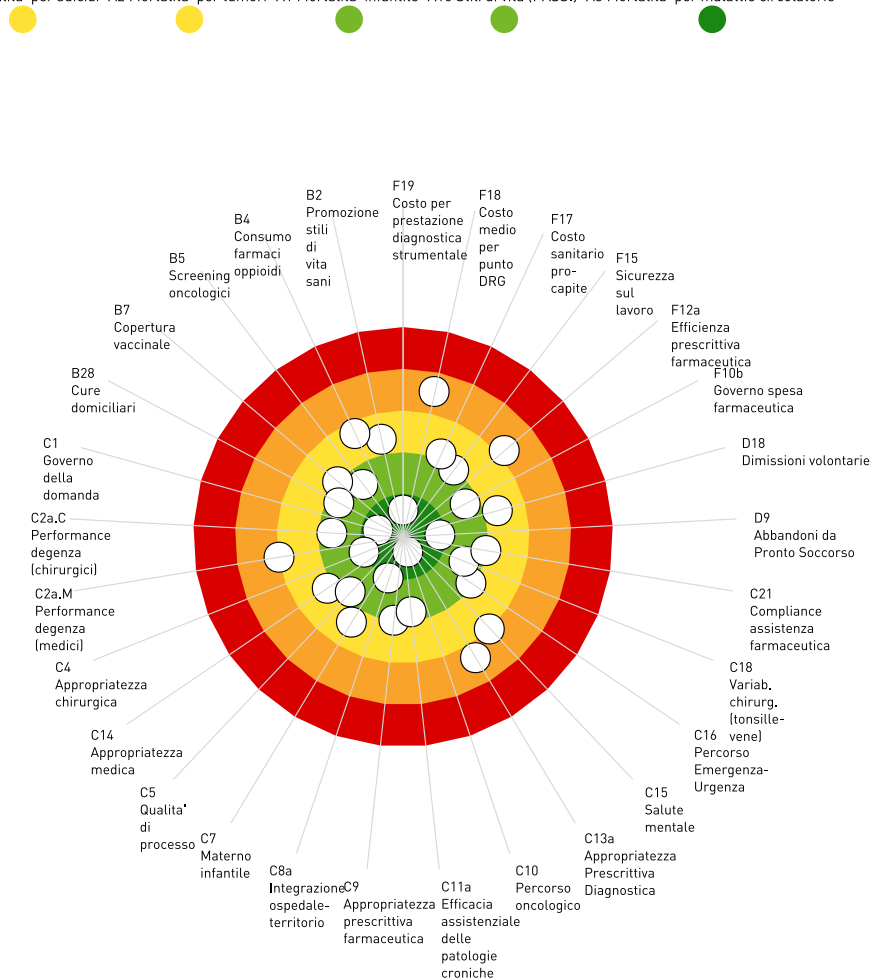
A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile A2 Mortalita' per tumori A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 16 Padova

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

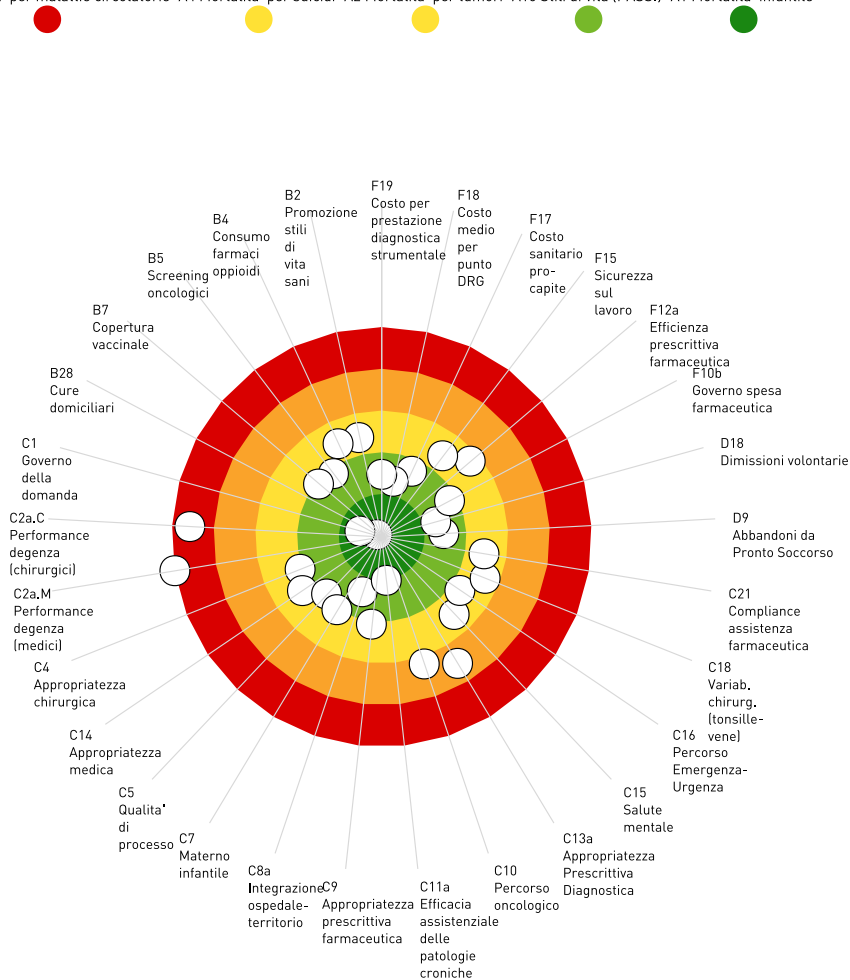
A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 17 Este

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

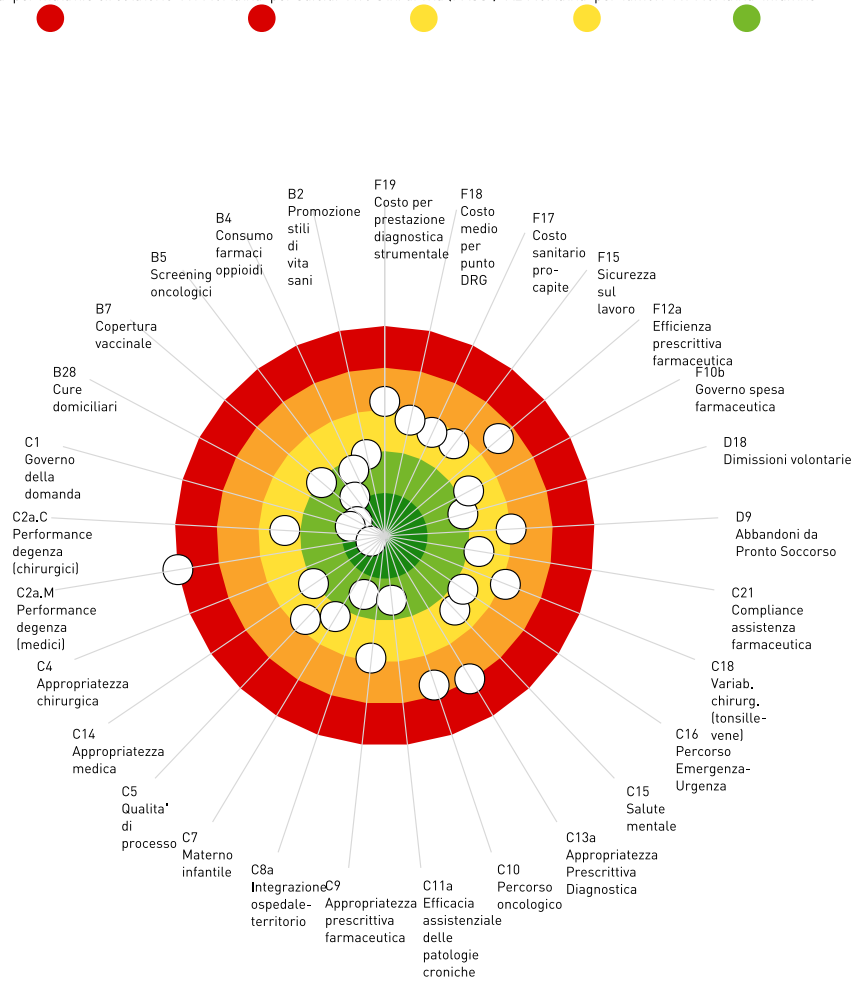
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI) A1 Mortalita' infantile



## AULSS 18 Rovigo

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

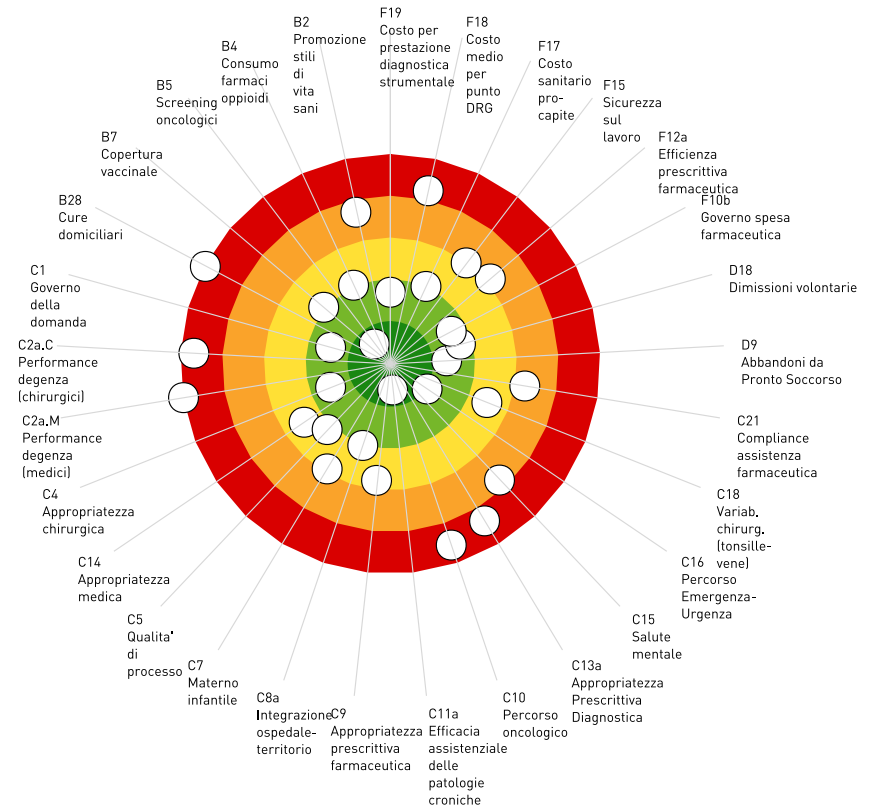
A3 Mortalita' per malattie circolatorie A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A1 Mortalita' infantile



## AULSS 19 Adria

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

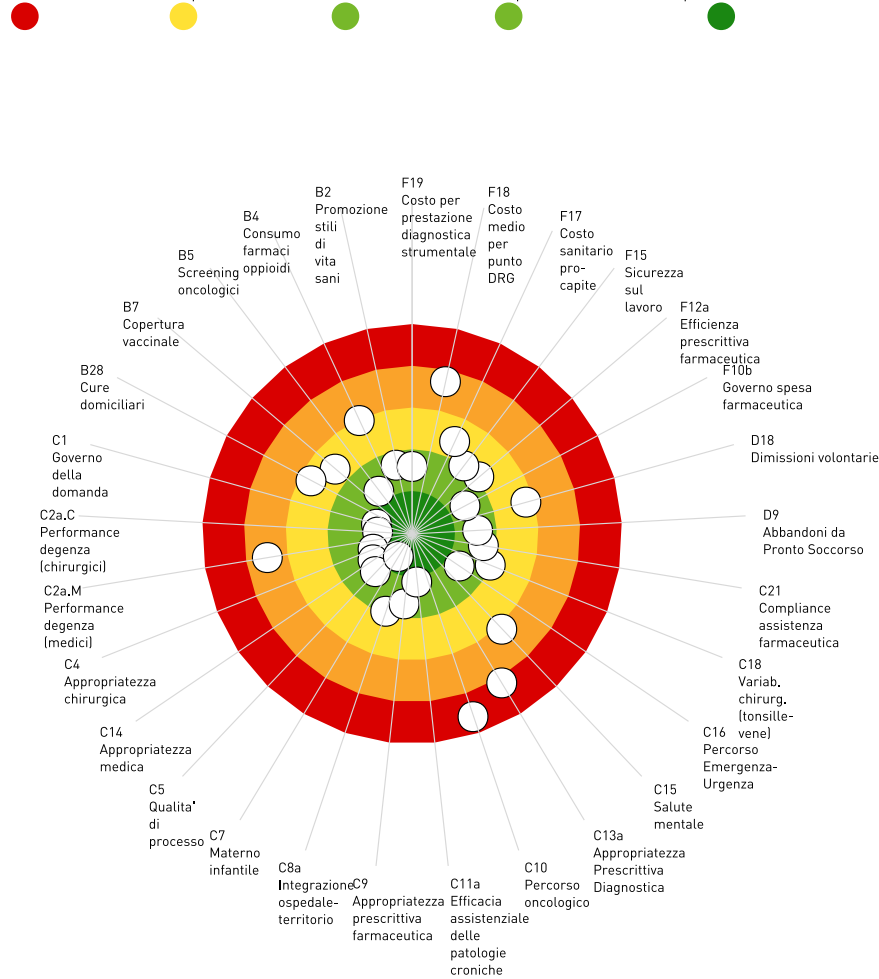
A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori A10 Stili di vita (PASSI)



## AULSS 20 Verona

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

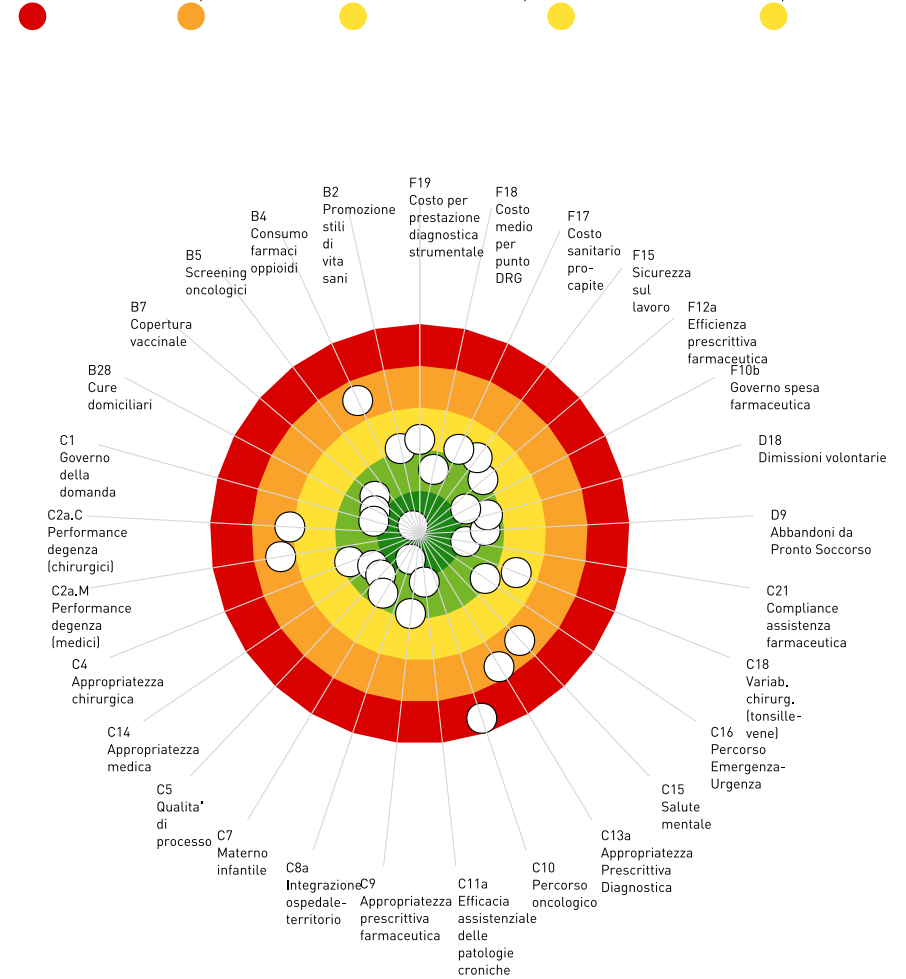
A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A2 Mortalita' per tumori A3 Mortalita' per malattie circolatorie



## AULSS 21 Legnago

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

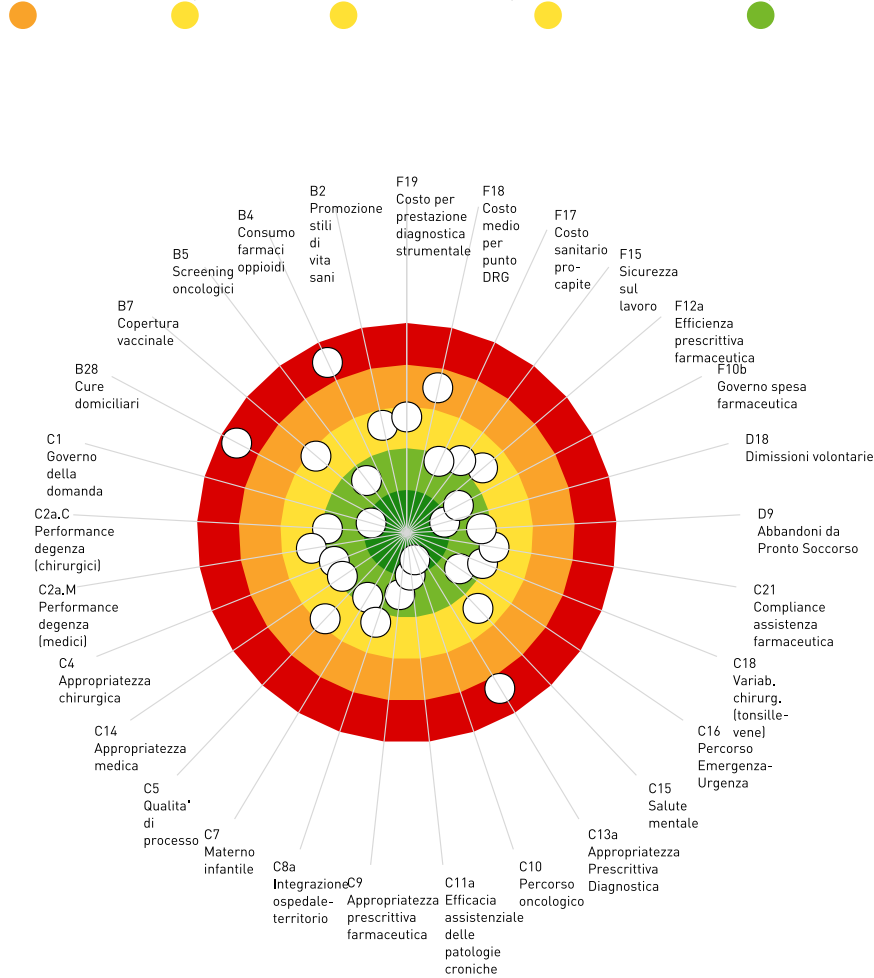
A1 Mortalita' infantile A4 Mortalita' per suicidi A10 Stili di vita (PASSI) A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori



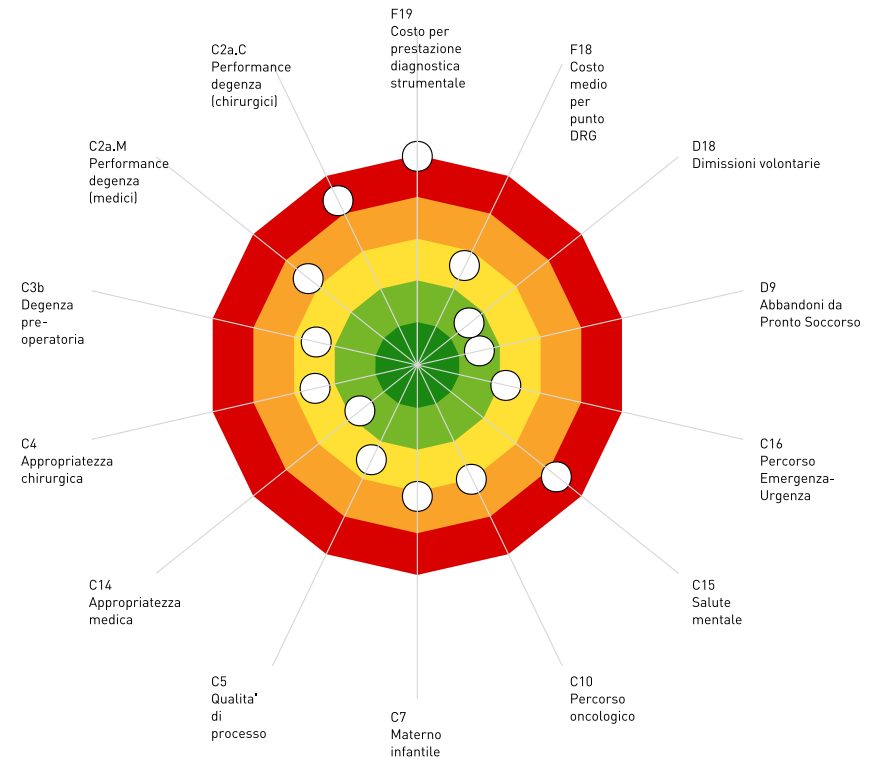
# AULSS 22 Bussolengo

## Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

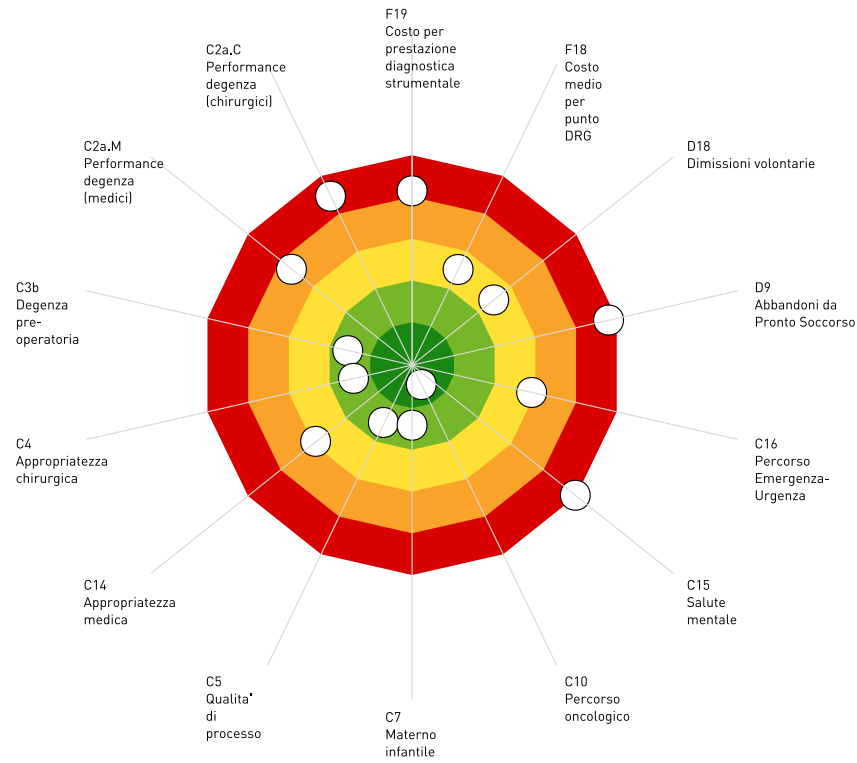
A10 Stili di vita [PASSI] A4 Mortalita' per suicidi A1 Mortalita' infantile A3 Mortalita' per malattie circolatorie A2 Mortalita' per tumori



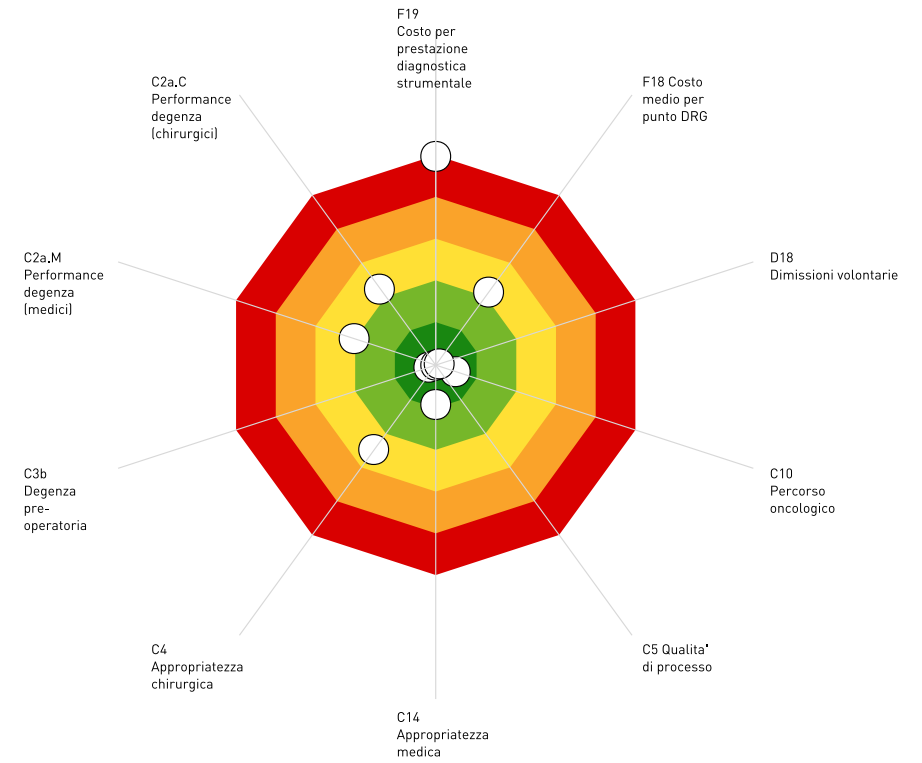
# A0 Padova



## AOU Verona



## Ist. Onc. Veneto (IOV)









LO STATO DI SALUTE  
DELLA POPOLAZIONE



## A1 Mortalità infantile

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

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

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

L'indicatore si articola in tre sottoindicatori che misurano la variabilità del rischio di morte del bambino nel corso del primo anno di vita; tali indicatori presentano una certa variabilità nel trend, in quanto sono influenzati dal fatto che si tratta di eventi piuttosto rari. L'indicatore assume una valutazione pari a quella dell'indicatore A1.1.

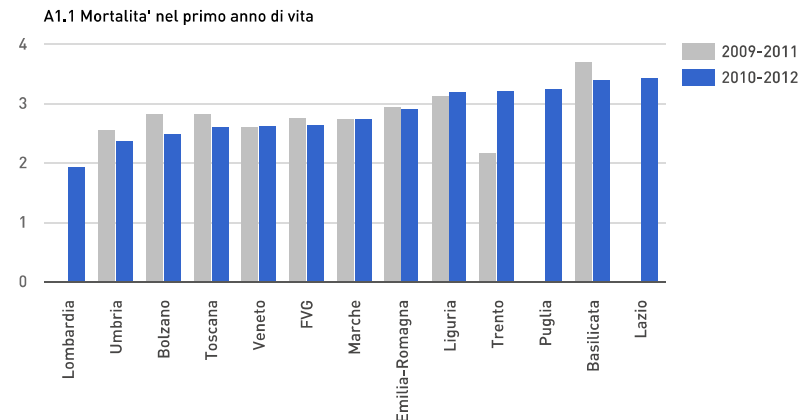
### A1 Mortalità\* infantile [di valutazione]

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

## A1.1 Mortalità nel primo anno di vita

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

I dati relativi alla regione Marche fanno riferimento al triennio precedente, poiché non disponibili quelli del periodo 2010-2012.



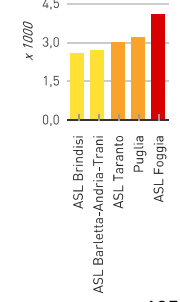
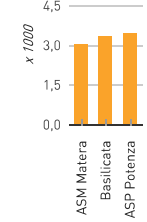
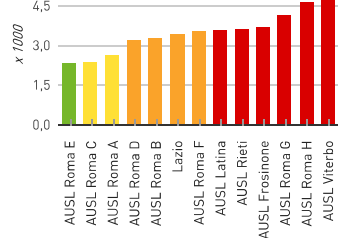
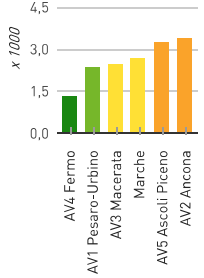
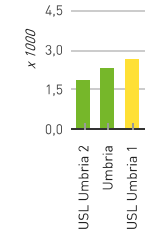
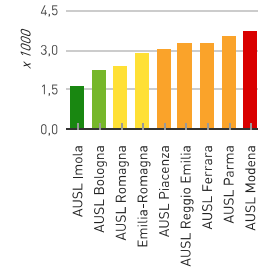
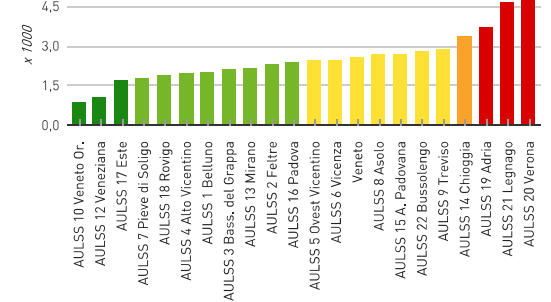
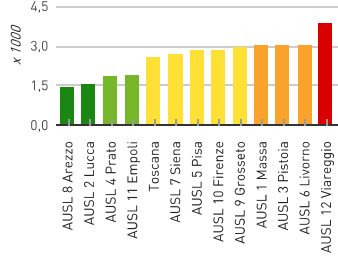
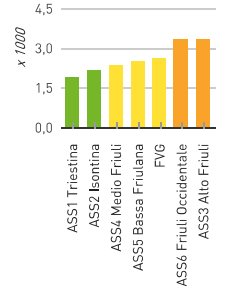
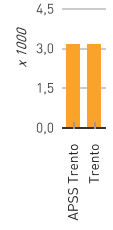
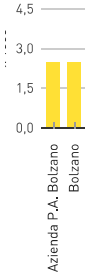
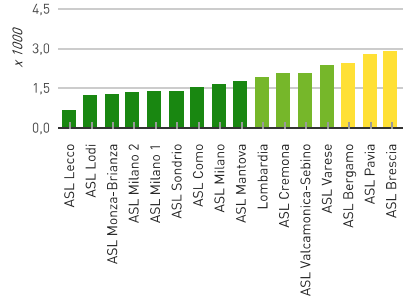
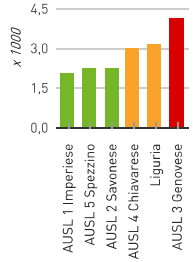
**Definizione** Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi

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

**Denominatore** N. nati vivi residenti

### Note

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

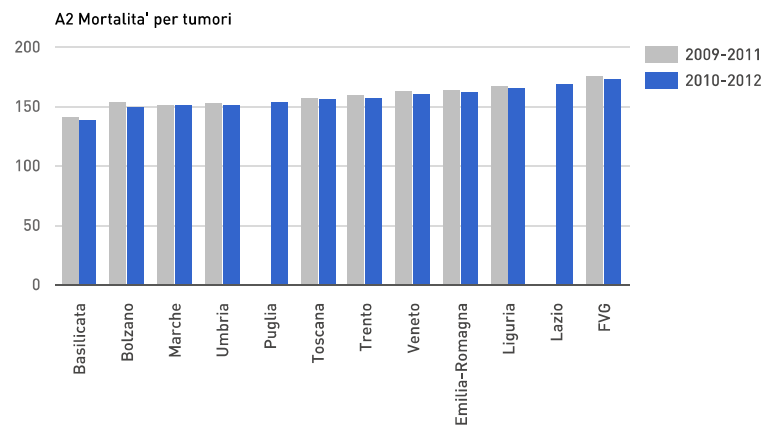




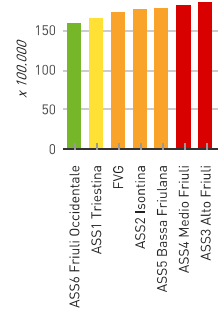
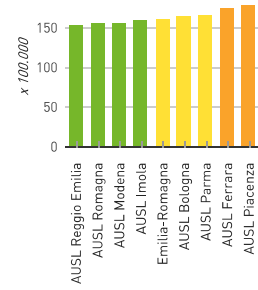
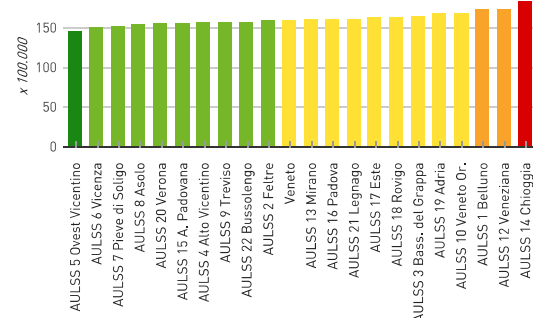
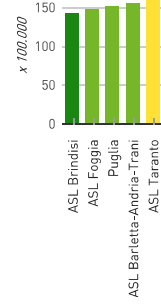
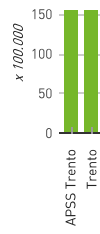
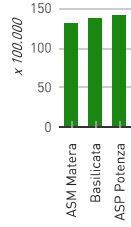
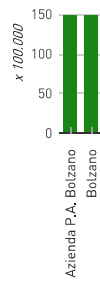
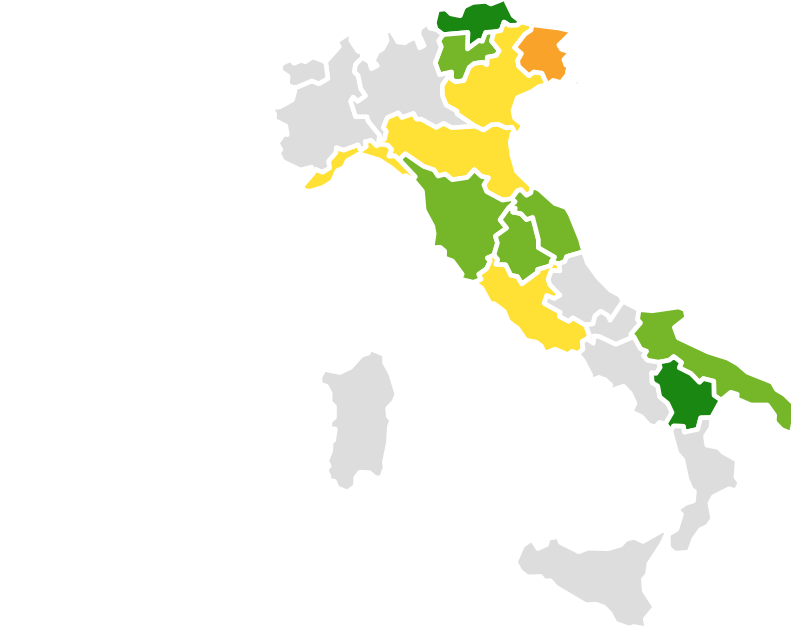
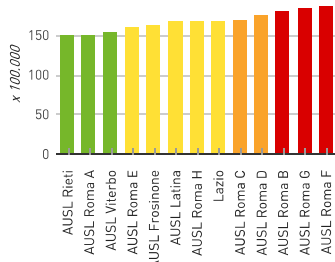
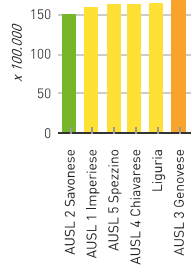
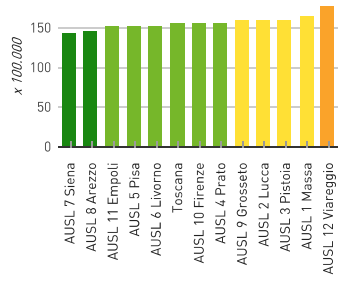
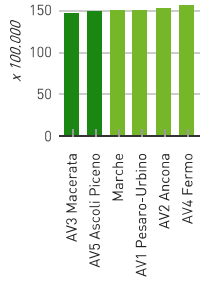
## A2 Mortalità per tumori

Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società, sono, infatti, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi) (Rapporto Osservasalute 2012). Nel 2014 i cittadini italiani che, nel corso della vita, hanno ricevuto una diagnosi di tumore sono circa 2 milioni e 900 mila ("I numeri del cancro in Italia 2014", AIOM-AIRTUM). Per quanto riguarda la mortalità, i dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione in tutte le aree del Paese, sebbene più marcata nel Centro-Nord rispetto al Sud, nel periodo 1996-2014 la mortalità diminuisce del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne: ciò è da imputarsi prevalentemente al miglioramento dell'efficacia delle terapie e alla maggiore tempestività nella diagnosi, grazie anche ai programmi di screening ormai diffusi ([www.epicentro.iss.it](http://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 e alla regione Marche fanno riferimento al triennio precedente, poiché non disponibili quelli del periodo 2010-2012.



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



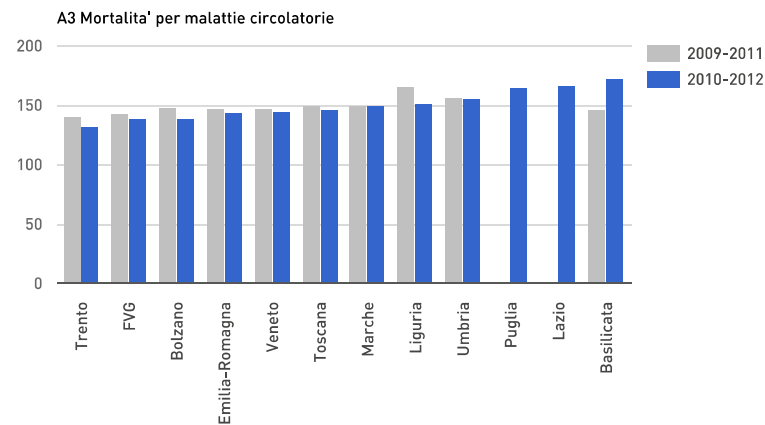


### A3 Mortalità per malattie circolatorie

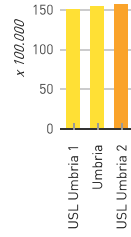
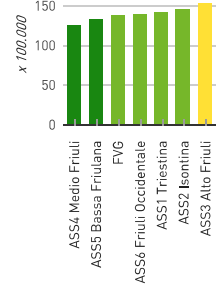
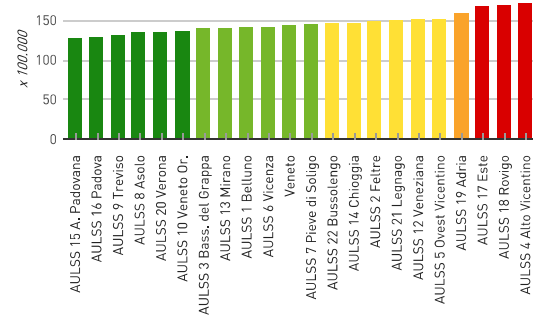
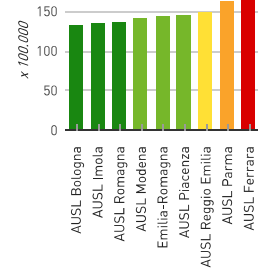
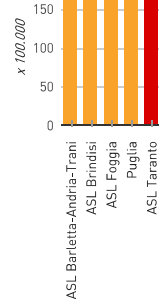
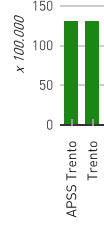
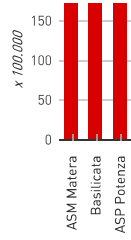
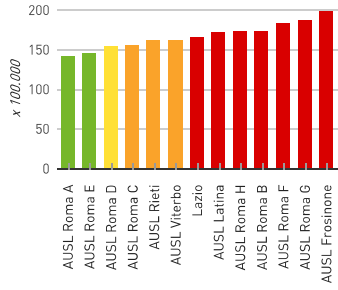
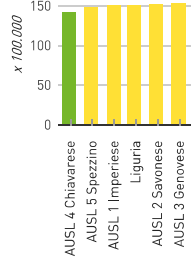
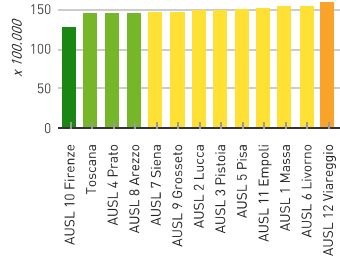
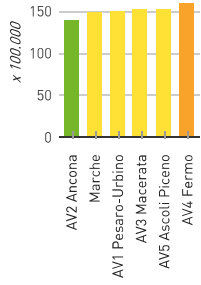
Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale.

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

I dati relativi alla P.A. Bolzano e alla regione Marche fanno riferimento al triennio precedente, in quanto non sono disponibili quelli del periodo 2010-2012.



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

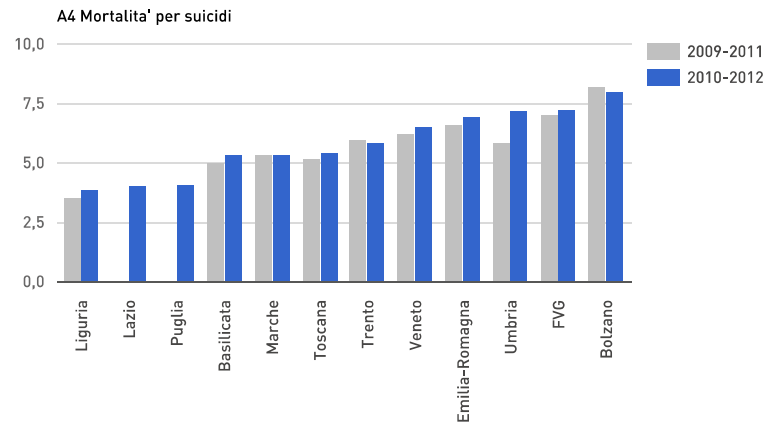




## A4 Mortalità per suicidi

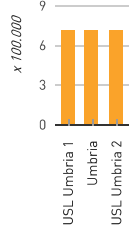
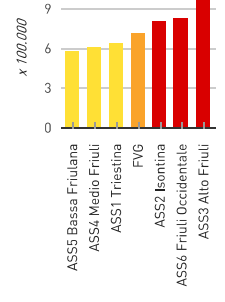
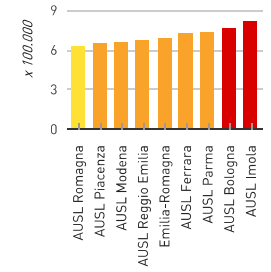
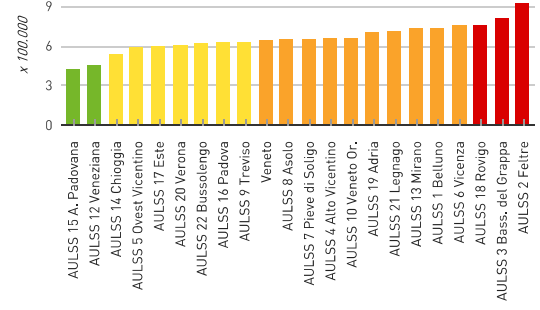
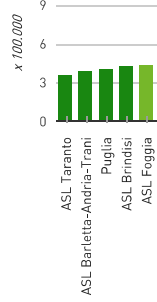
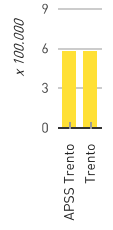
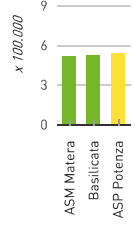
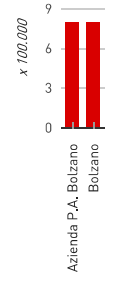
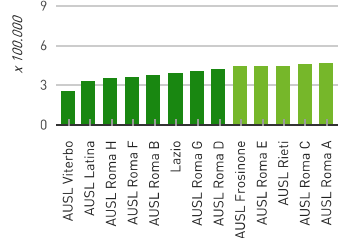
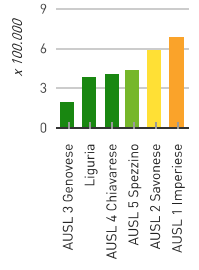
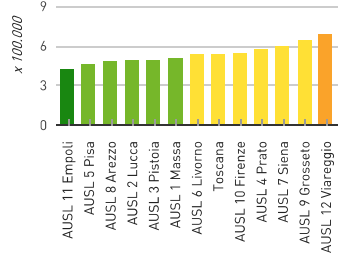
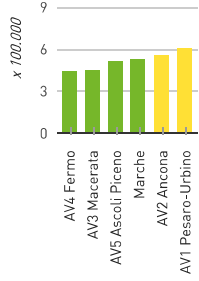
La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni anno 800mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza negli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, 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.

I dati relativi alla regione Marche fanno riferimento al triennio precedente, poiché non disponibili quelli del periodo 2010-2012.



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





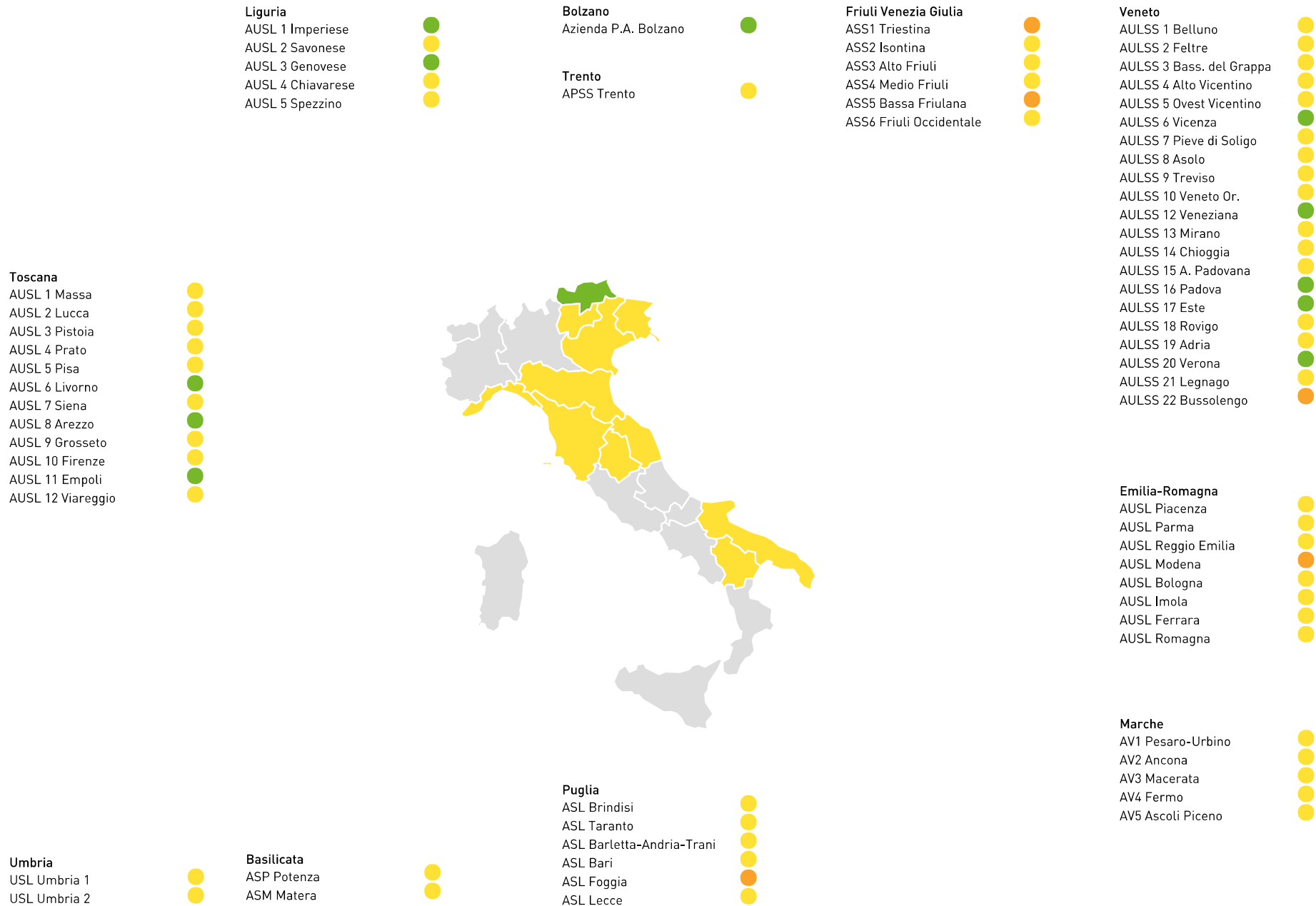


## **A10 Stili di vita (PASSI)**

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

### **A10 Stili di vita (PASSI) [di valutazione]**

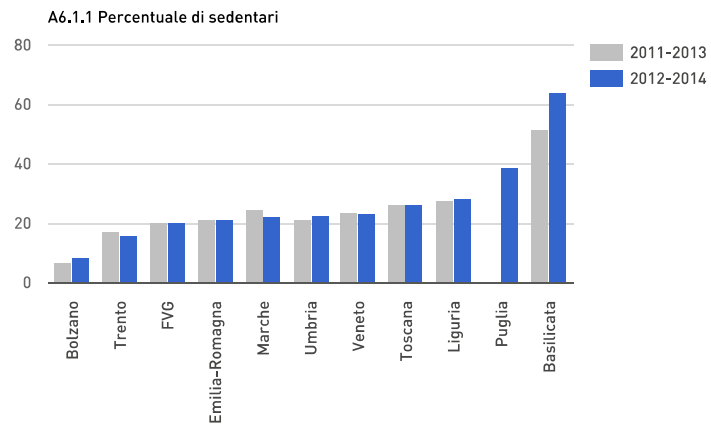
- A6.1.1 Percentuale di sedentari [di valutazione]
- A6.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso [di valutazione]
- A6.3.1 Percentuale di bevitori a rischio [di valutazione]
- A6.4.1 Percentuale di fumatori [di valutazione]



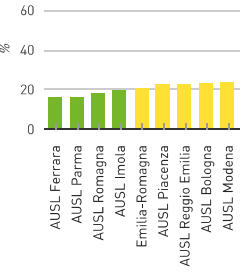
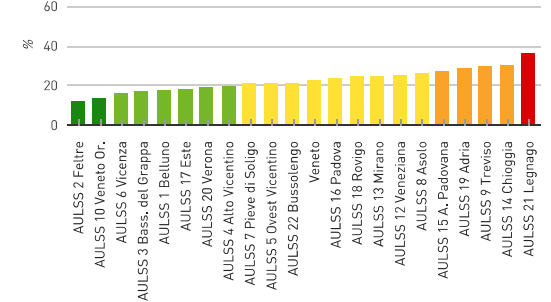
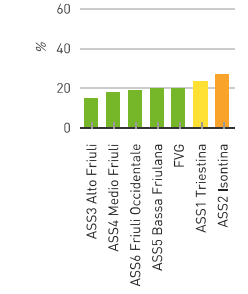
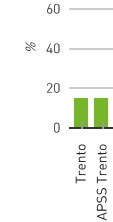
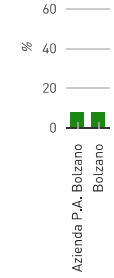
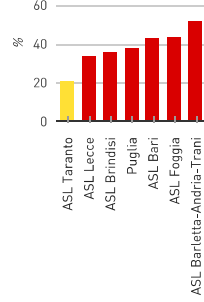
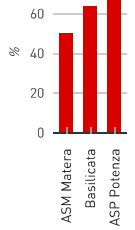
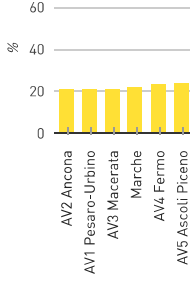
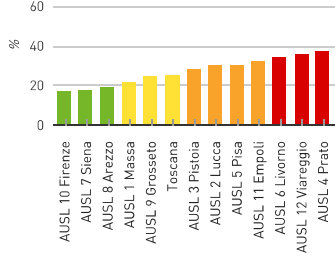
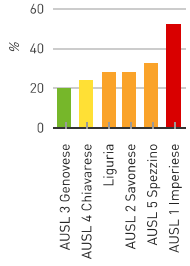


### A6.1.1 Percentuale di sedentari

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



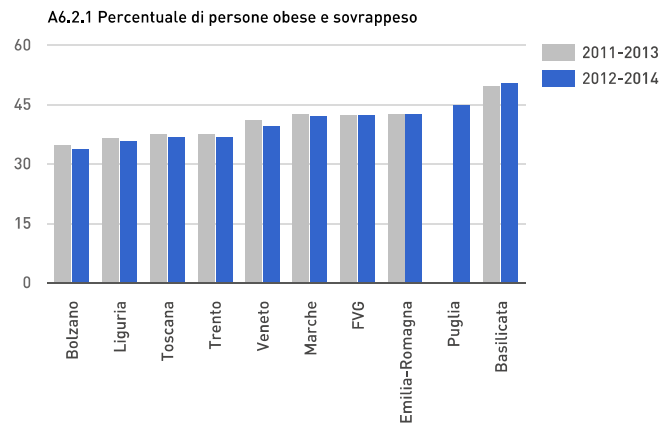
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di sedentari   |
| <b>Numeratore</b>   | N. sedentari 2012 + 2013 + 2014  |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria delle persone intervistate sedentarie e non sedentarie nei tre anni   |
| <b>Note</b>         | Livello di attività fisica "sedentario": chi non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero. |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |



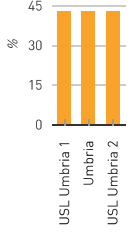
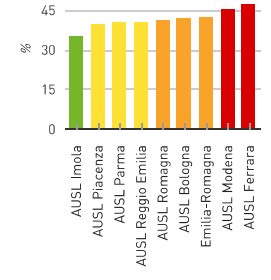
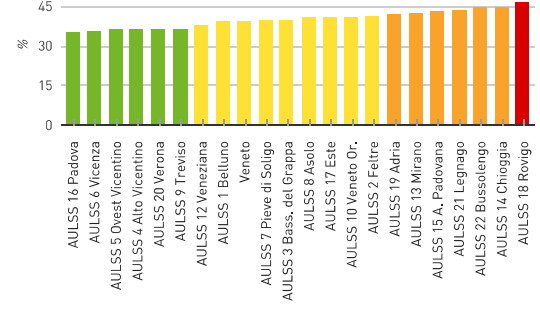
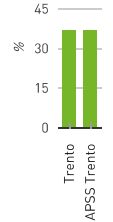
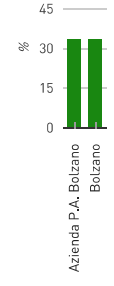
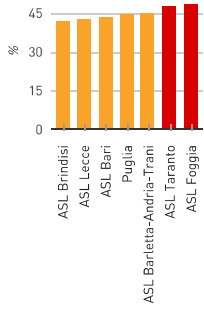
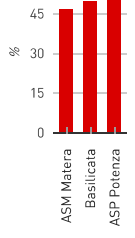
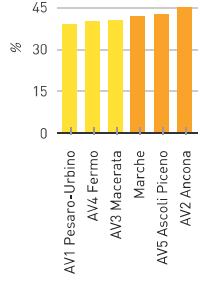
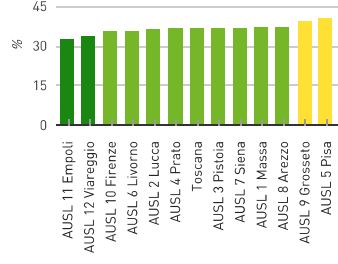
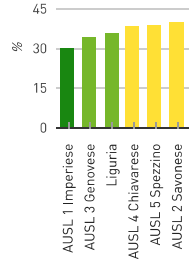


## A6.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso

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



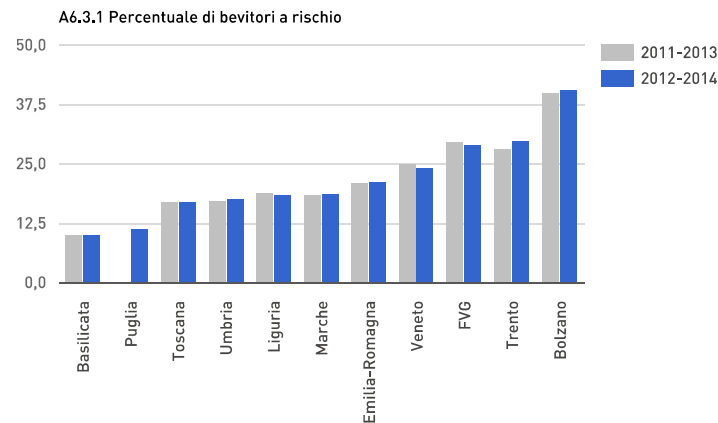
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di persone sovrappeso e obese   |
| <b>Numeratore</b>   | N. di persone sovrappeso e obese 2012 + N. di persone sovrappeso e obese 2013 + N. di persone sovrappeso e obese 2014   |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria persone obese, sovrappeso, normopeso, sottopeso nei tre anni   |
| <b>Note</b>         | Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18,5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29,9); obeso (Imc>=30) |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)  |





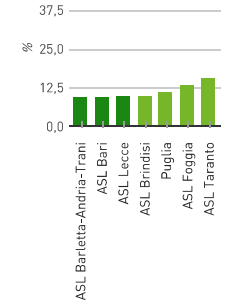
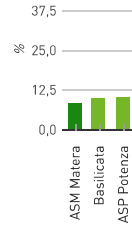
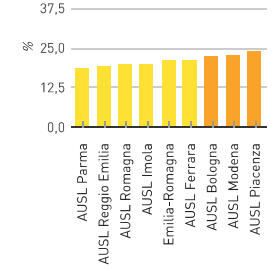
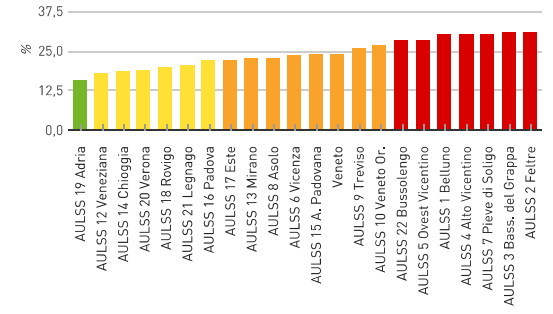
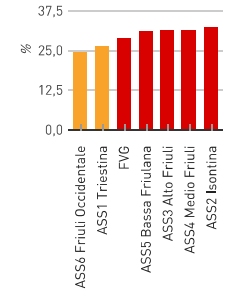
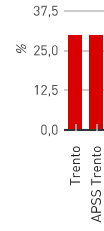
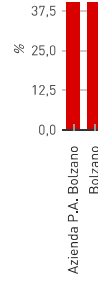
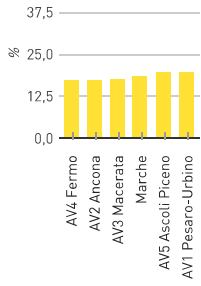
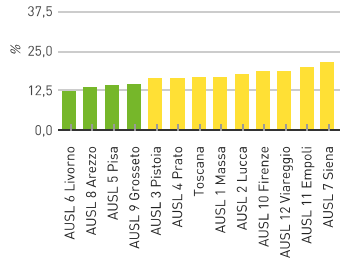
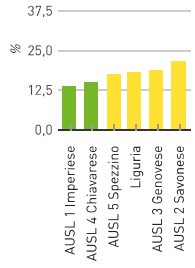
### A6.3.1 Percentuale di bevitori a rischio

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di bevitori a rischio  |
| <b>Numeratore</b>   | N. Bevitori a rischio 2012 + N. Bevitori a rischio 2013 + N. Bevitori a rischio 2014   |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria N. Bevitori e non bevitori a rischio nei tre anni   |
| <b>Note</b>         | Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti. |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |

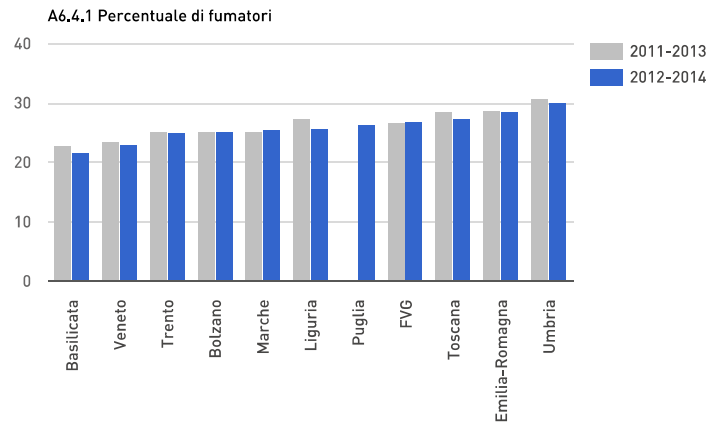




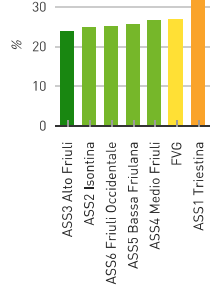
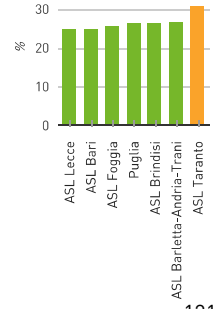
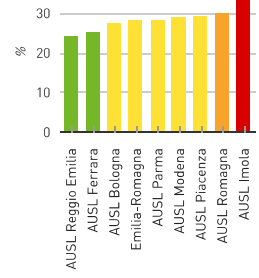
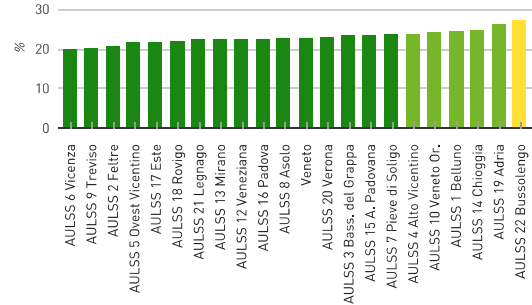
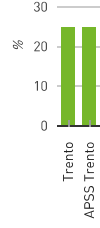
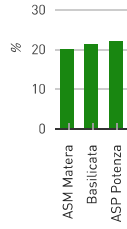
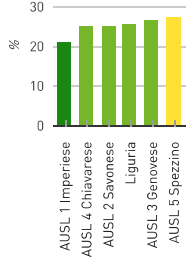
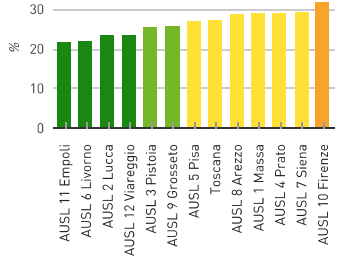
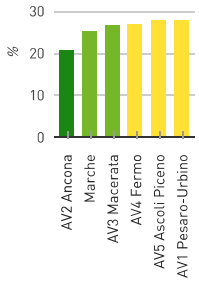


### A6.4.1 Percentuale di fumatori

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di fumatori  |
| <b>Numeratore</b>   | N. Fumatori 2012 + N. Fumatori 2013 + N. Fumatori 2014   |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria fumatori e non fumatori nei tre anni  |
| <b>Note</b>         | Si definisce "Fumatore" chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |





# B

LA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO  
DELLE STRATEGIE REGIONALI



## **B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)**

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

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

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

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



**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano

**Trento**  
 APSS Trento



**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina  
 ASS2 Isoncina  
 ASS3 Alto Friuli  
 ASS4 Medio Friuli  
 ASS5 Bassa Friulana  
 ASS6 Friuli Occidentale



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



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



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



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



**Umbria**  
 USL Umbria 1  
 USL Umbria 2



**Basilicata**  
 ASP Potenza  
 ASM Matera



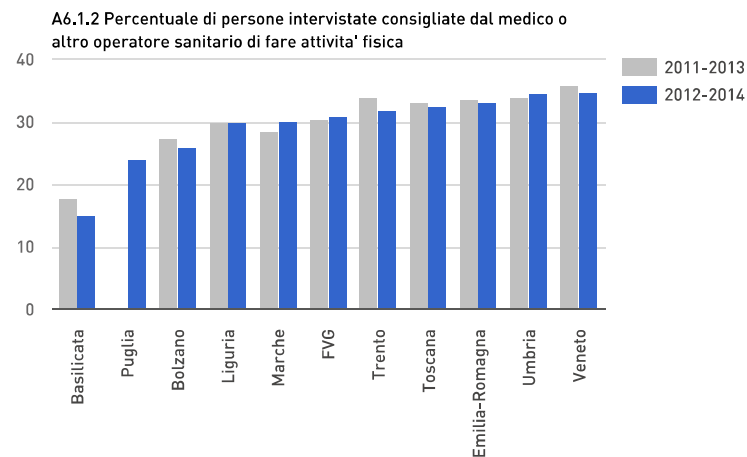
**Puglia**  
 ASL Brindisi  
 ASL Taranto  
 ASL Barletta-Andria-Trani  
 ASL Bari  
 ASL Foggia  
 ASL Lecce





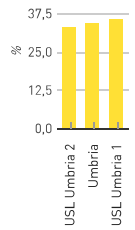
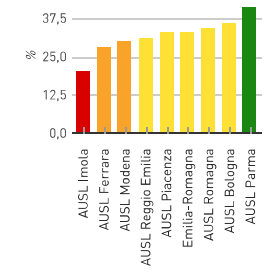
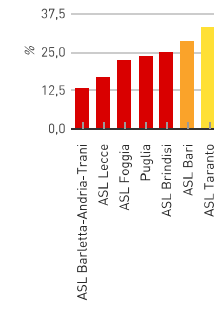
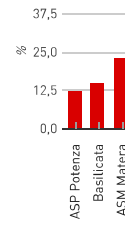
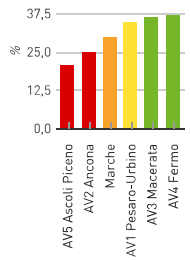
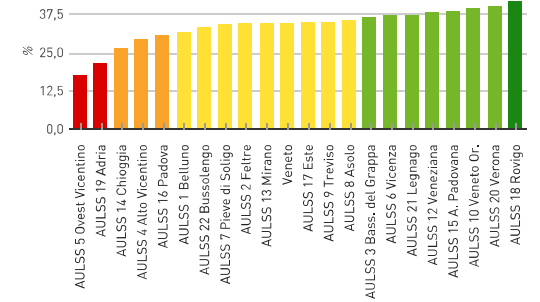
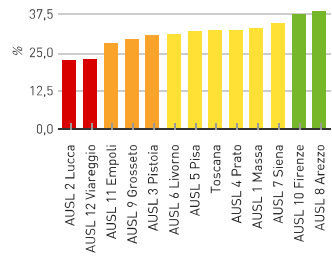
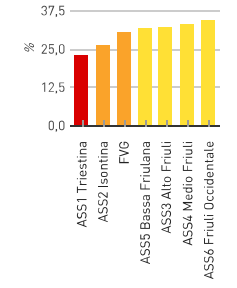
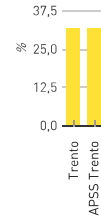
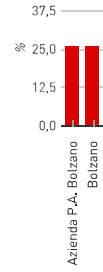
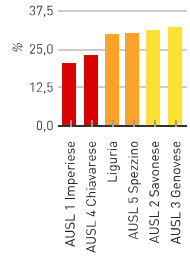
### A6.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

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.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica  |
| <b>Numeratore</b>   | N. persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nel 2012 +N. persone intervistate consigliate dal medico o altro op. sanit. di fare attività fisica nel 2013 +N. persone intervistate consigliate nel 2014 |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica   |
| <b>Note</b>         | Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2012-2013-2014)   |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)  |

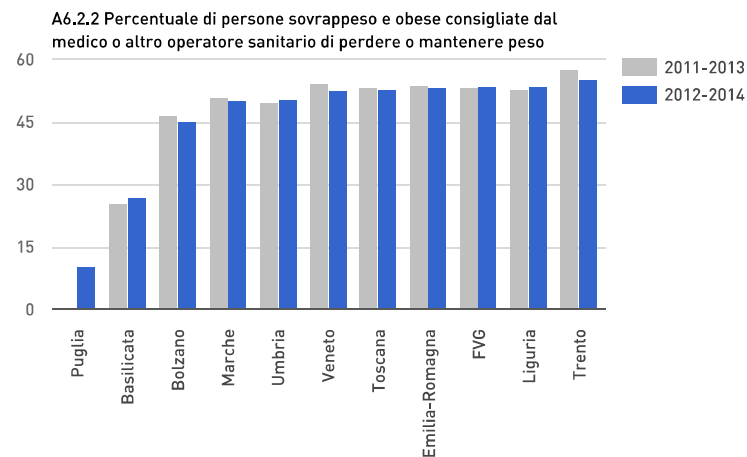




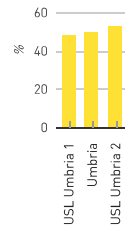
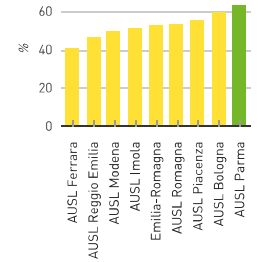
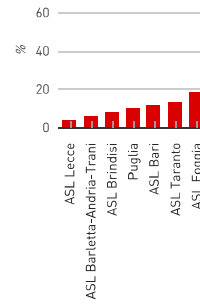
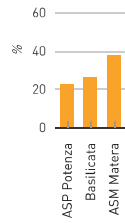
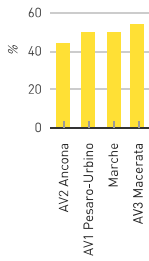
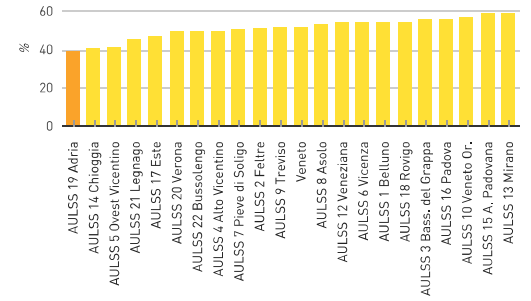
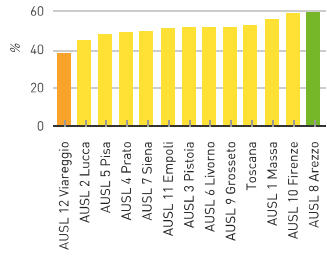
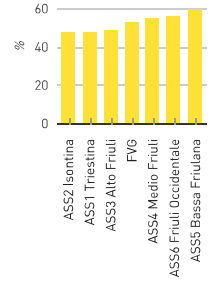
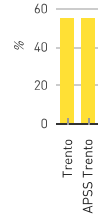
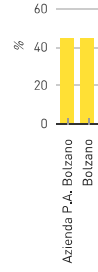
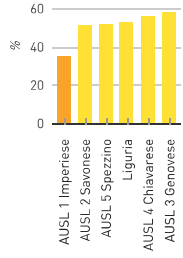


### A6.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso   |
| <b>Numeratore</b>   | N. di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso nel 2012 + N. di persone sovrappeso o obese consigliate nel 2013 + N. persone sovrappeso o obese consigliate nel 2014  |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria delle persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di perdere o mantenere peso nei tre anni  |
| <b>Note</b>         | Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18,5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29,9); obeso (Imc>=30)<br>Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2012-2013-2014) |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |

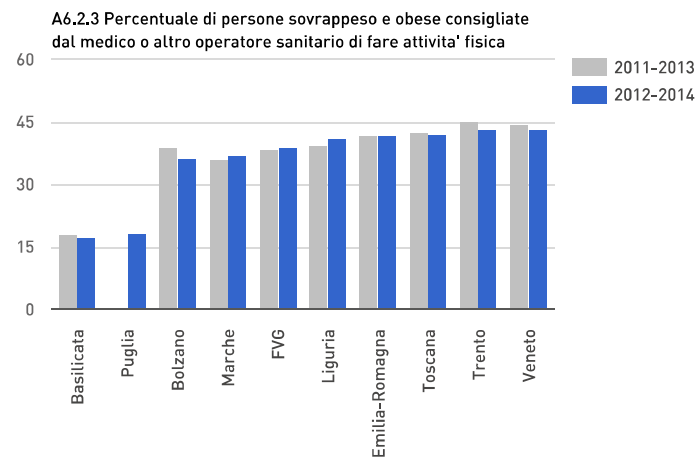




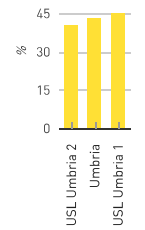
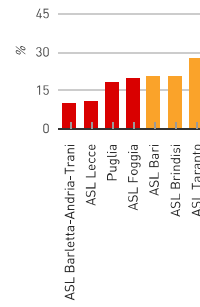
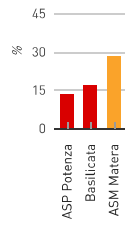
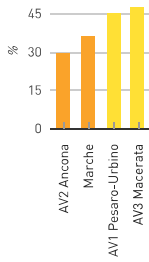
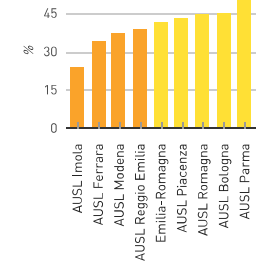
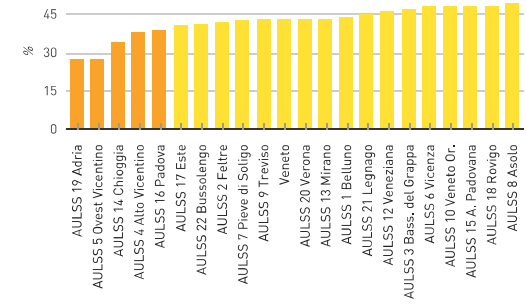
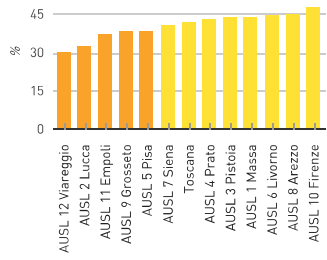
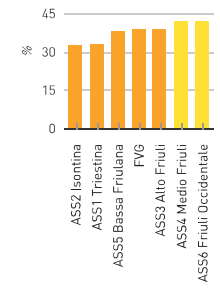
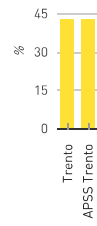
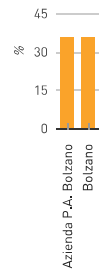
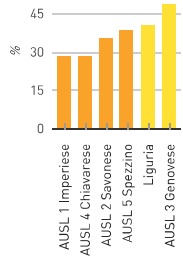
### A6.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. È 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.



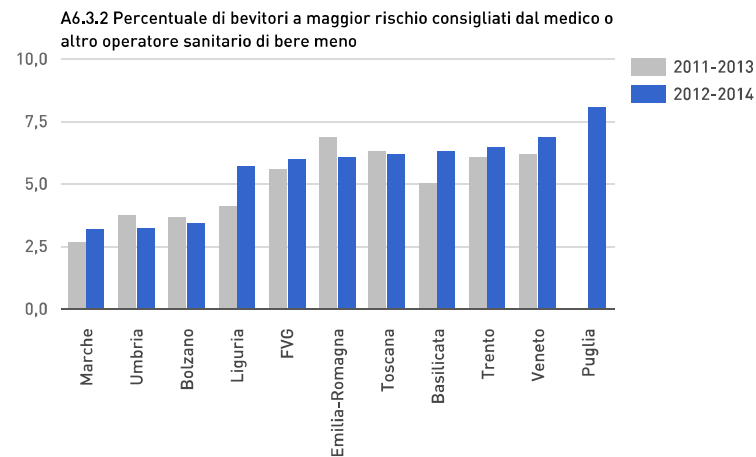
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica   |
| <b>Numeratore</b>   | N.persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nel 2012 +N.persone sovrappeso o obese consigliate nel 2013 +N.persone sovrappeso o obese consigliate nel 2014   |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria di persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di fare attività fisica nei tre anni   |
| <b>Note</b>         | Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18,5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29,9); obeso (Imc>=30)<br><br>Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2012-2013-2014) |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |



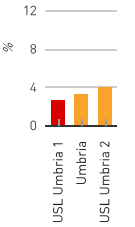
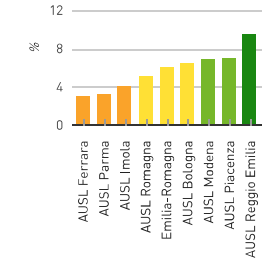
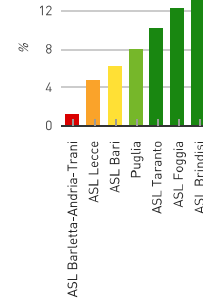
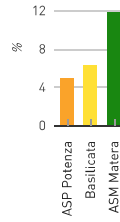
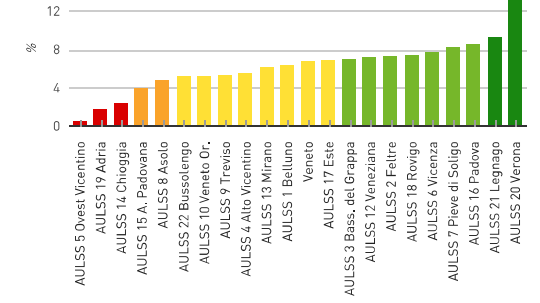
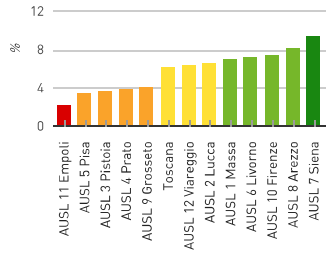
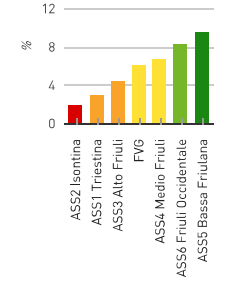
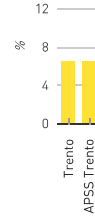
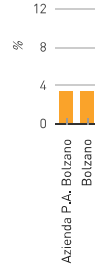
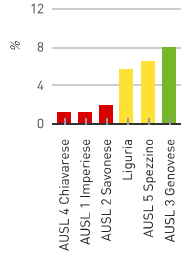


### A6.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

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



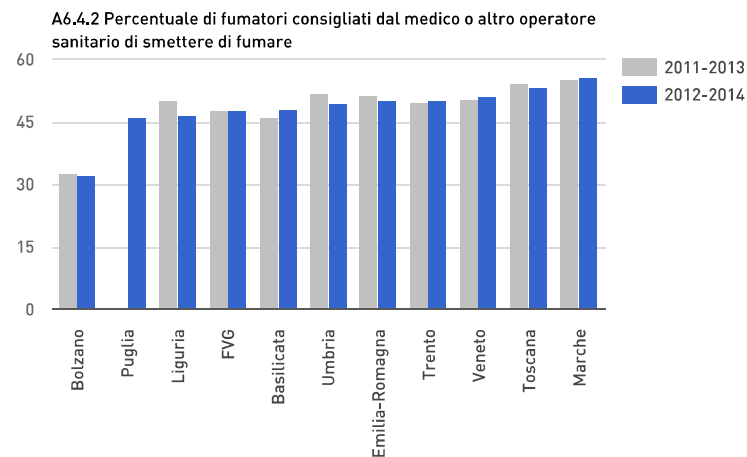
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno  |
| <b>Numeratore</b>   | N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nel 2012 + N. di bevitori a rischio consigliati nel 2013+ N. di bevitori a rischio consigliati nel 2014   |
| <b>Denominatore</b> | Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni   |
| <b>Note</b>         | Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2011-2012-2013) |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |





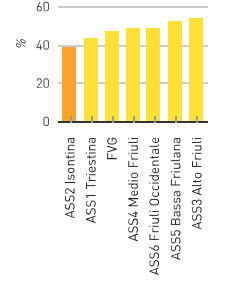
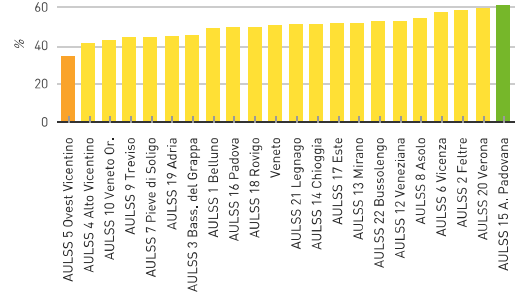
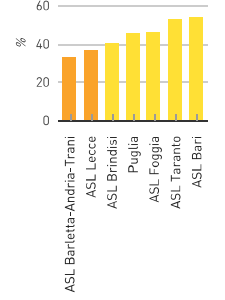
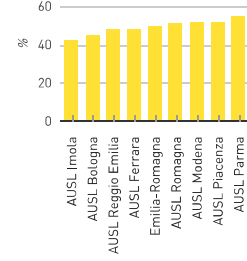
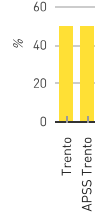
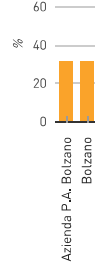
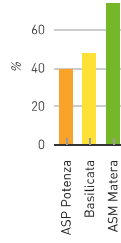
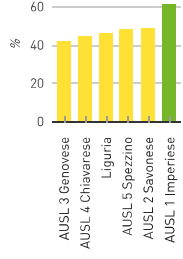
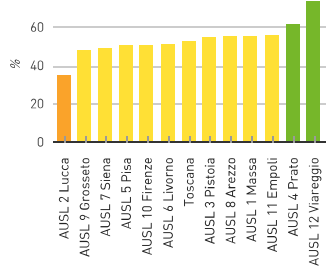
### A6.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie 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.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare   |
| <b>Numeratore</b>   | N. Fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nel 2012 + N. Fumatori consigliati nel 2013 + N. Fumatori consigliati nel 2014  |
| <b>Denominatore</b> | N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni  |
| <b>Note</b>         | "Fumatore": chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.<br>Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2012-2013-2014) |
| <b>Fonte</b>        | Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)   |







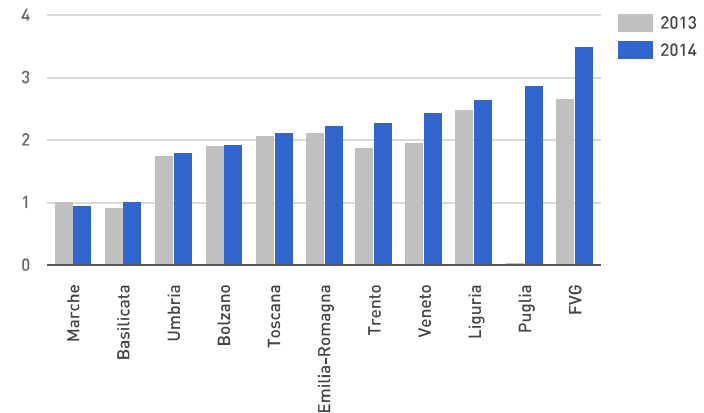
## B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori

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

L'indicatore di sintesi assume una valutazione pari a quella dell'indicatore B4.1.1

- B4 Consumo farmaci oppioidi maggiori [di valutazione]
  - B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi [di valutazione]

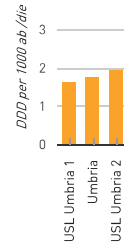
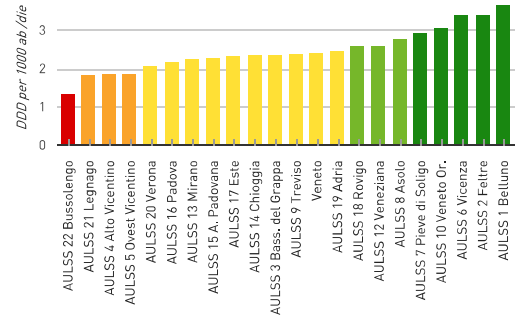
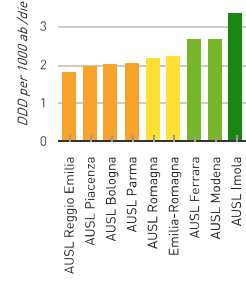
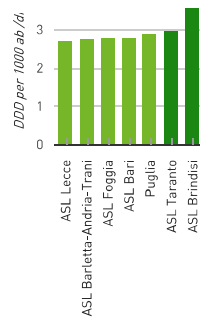
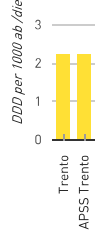
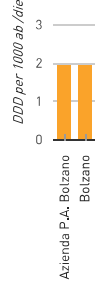
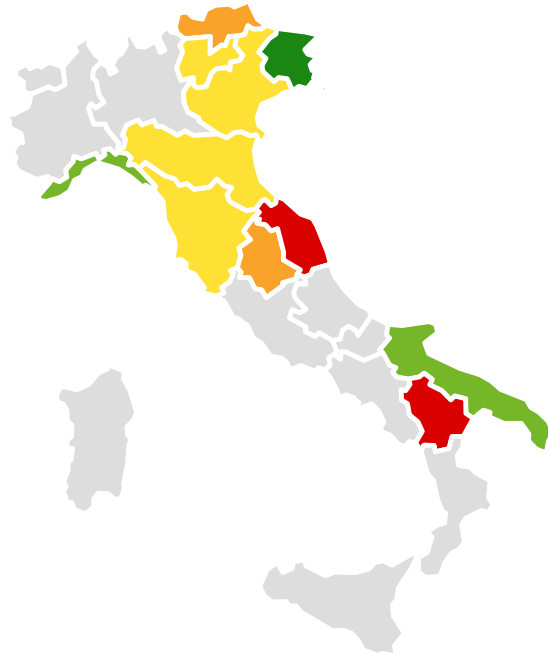
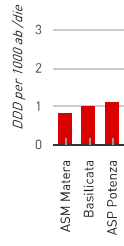
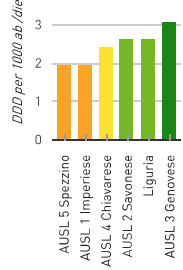
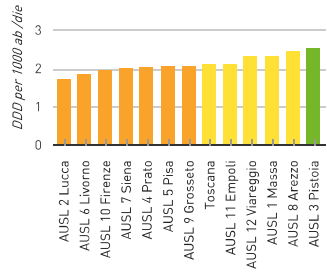
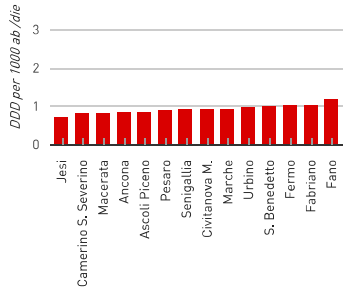
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi



### 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.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Consumo giornaliero di farmaci oppioidi maggiori, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto, di classe A, per 1.000 residenti   |
| <b>Numeratore</b>   | DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000  |
| <b>Denominatore</b> | N. residenti x 365   |
| <b>Note</b>         | I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxycodone-associazioni (N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica  |





## B5 Screening oncologici

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

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

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

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

### B5 Screening oncologici [di valutazione]

- B5.1 Screening mammografico [di valutazione]
  - B5.1.1 Estensione screening mammografico [di valutazione]
  - B5.1.2 Adesione screening mammografico [di valutazione]
- B5.2 Screening cervice uterina [di valutazione]
  - B5.2.1 Estensione screening cervice uterina [di valutazione]
  - B5.2.2 Adesione screening cervice uterina [di valutazione]
- B5.3 Screening coloretale [di valutazione]
  - B5.3.1 Estensione screening coloretale [di valutazione]
  - B5.3.2 Adesione screening coloretale [di valutazione]

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

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

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

- Lazio**
- AUSL Roma A ●
  - AUSL Roma B ●
  - AUSL Roma C ●
  - AUSL Roma D ●
  - AUSL Roma E ●
  - AUSL Roma F ●
  - AUSL Roma G ●
  - AUSL Roma H ●
  - AUSL Viterbo ●
  - AUSL Rieti ●
  - AUSL Latina ●
  - AUSL Frosinone ●

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

- Friuli Venezia Giulia**
- ASS1 Triestina ●
  - ASS2 Isontina ●
  - ASS3 Alto Friuli ●
  - ASS4 Medio Friuli ●
  - ASS5 Bassa Friulana ●
  - ASS6 Friuli Occidentale ●

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

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

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

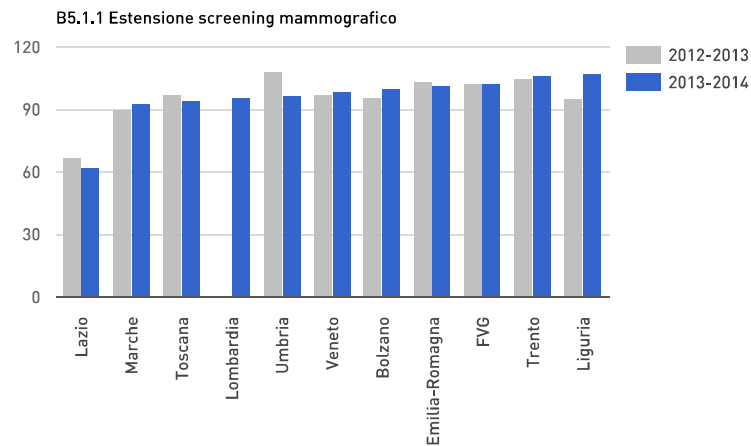
- Marche**
- AV1 Pesaro-Urbino ●
  - AV2 Ancona ●
  - AV3 Macerata ●
  - AV4 Fermo ●
  - AV5 Ascoli Piceno ●



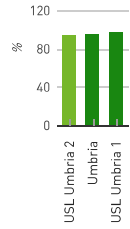
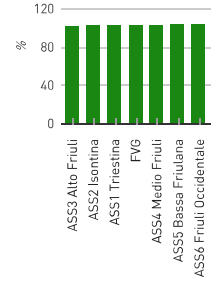
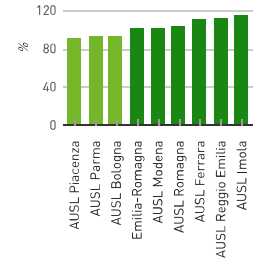
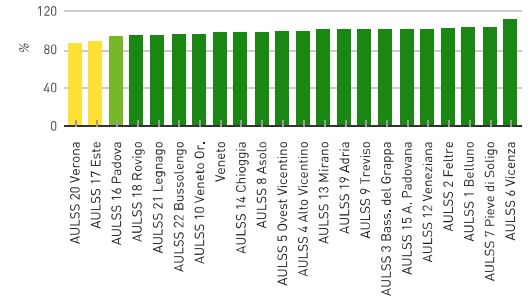
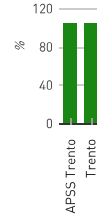
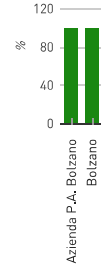
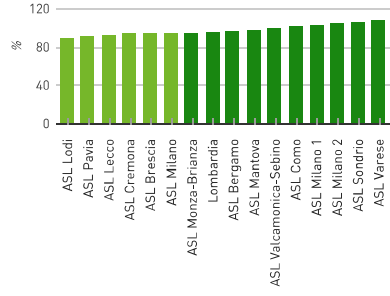
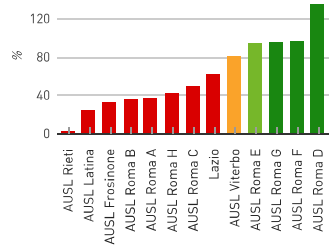
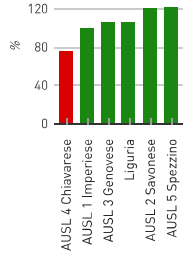
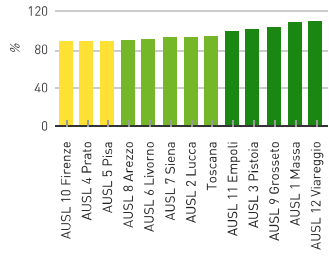
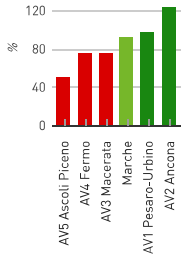


### B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico

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.



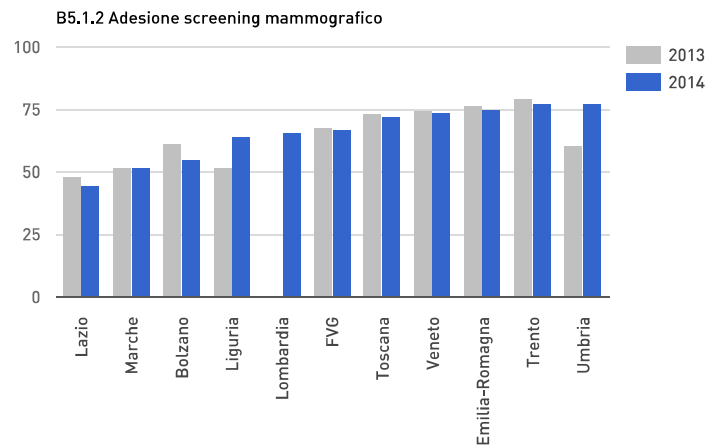
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione  |
| <b>Numeratore</b>   | N. Donne invitate nell'anno x + N. Donne invitate nell'anno x-1 - N. Inviti inesitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 *   |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione bersaglio anno x + Popolazione bersaglio anno x-1 - donne escluse prima dell'invito nell'anno x - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1 *  |
| <b>Note</b>         | Il biennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2014 si esamina il biennio 2013-2014.<br>* Si applicano i criteri di correzione ONS   |
| <b>Fonte</b>        | Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb |





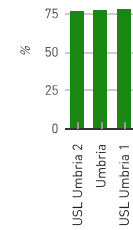
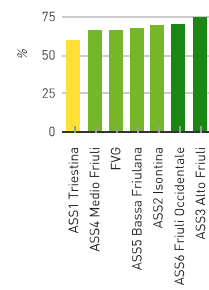
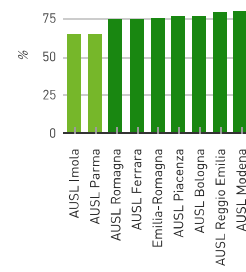
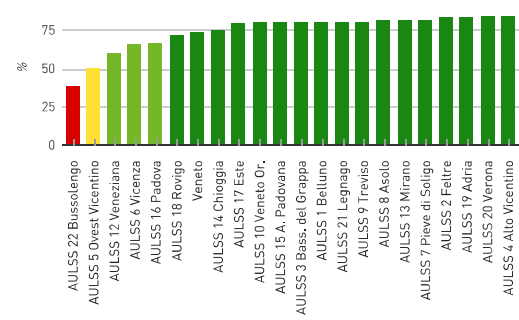
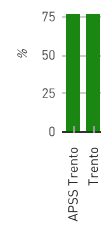
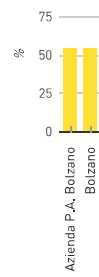
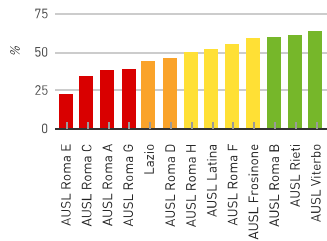
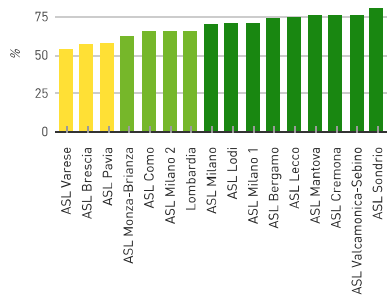
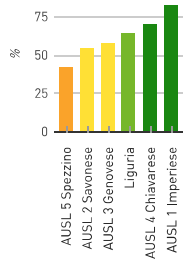
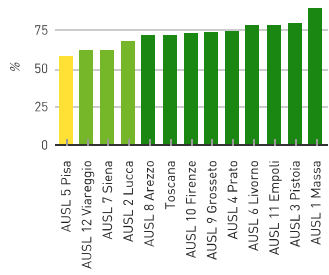
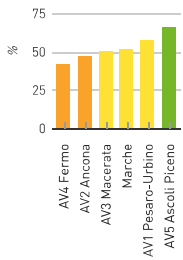
### B5.1.2 Adesione screening mammografico

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



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

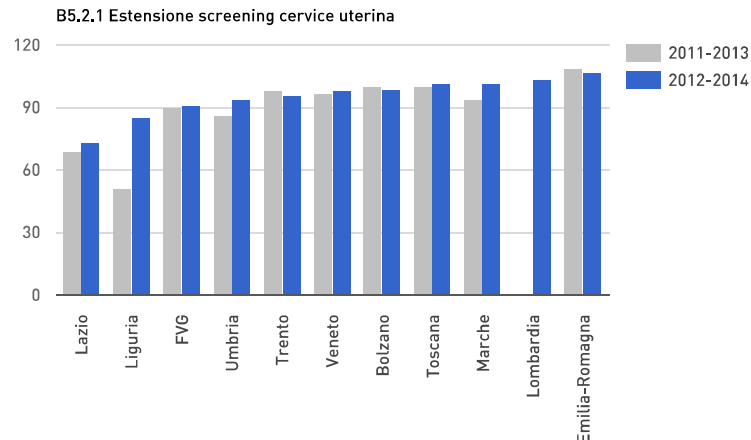




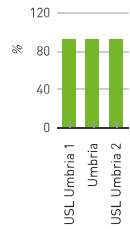
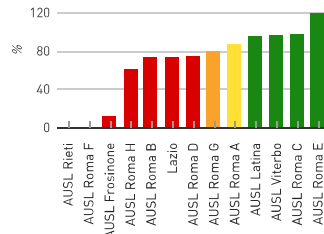
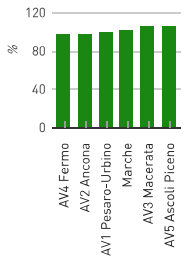
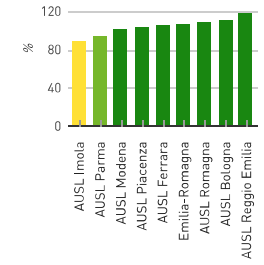
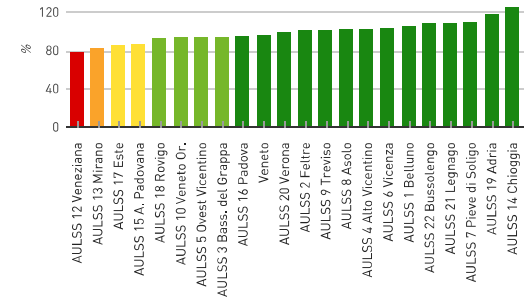
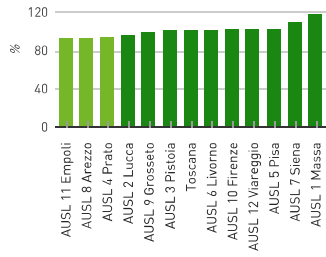
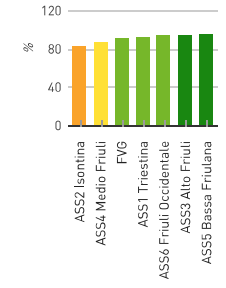
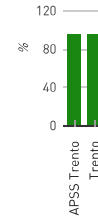
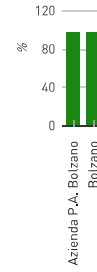
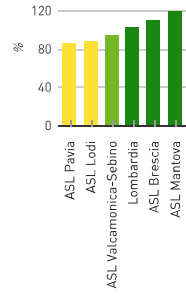
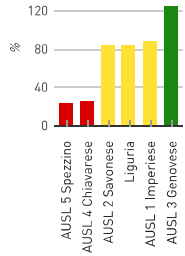


### B5.2.1 Estensione screening cervice uterina

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



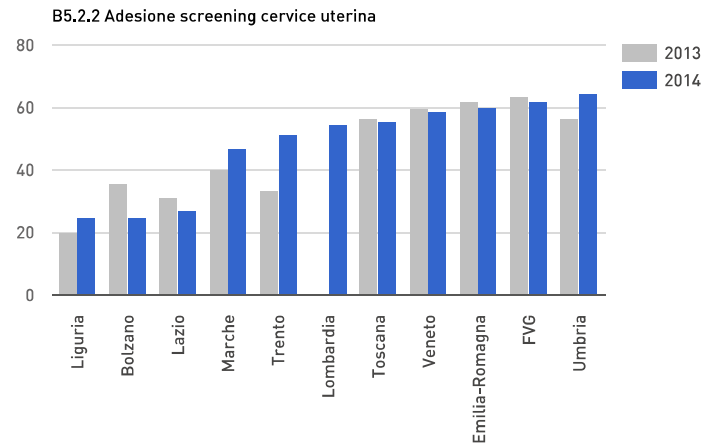
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione   |
| <b>Numeratore</b>   | $N.$ Donne invitate nell'anno $x$ + $N.$ Donne invitate nell'anno $x-1$ + $N.$ Donne invitate nell'anno $x-2$ - $N.$ Inviti inesitati nell'anno $x$ - $N.$ Inviti inesitati nell'anno $x-1$ - $N.$ inviti inesitati nell'anno $x-2$ *                                       |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione bersaglio anno $x$ + Popolazione bersaglio anno $x-1$ + Popolazione bersaglio anno $x-2$ - $N.$ donne escluse prima dell'invito nell'anno $x$ - $N.$ donne escluse prima dell'invito nell'anno $x-1$ - $N.$ donne escluse prima dell'invito nell'anno $x-2$ *   |
| <b>Note</b>         | Il triennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2014 si esamina il triennio 2012-2014.<br>* Si applicano i criteri di correzione ONS   |
| <b>Fonte</b>        | Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb |



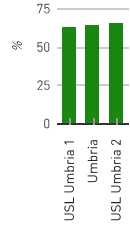
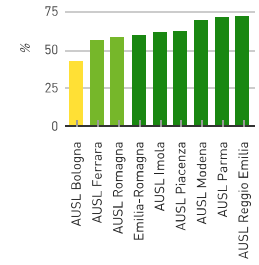
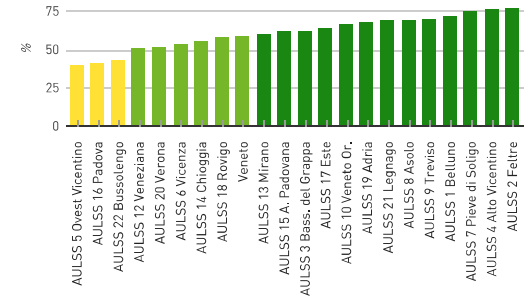
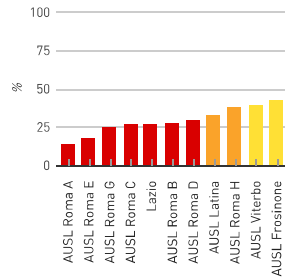
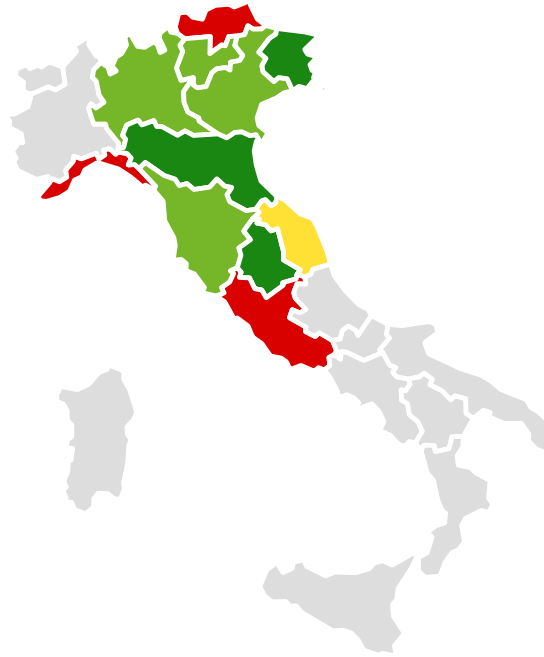
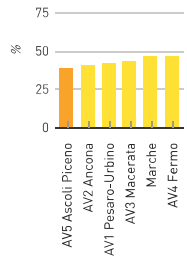
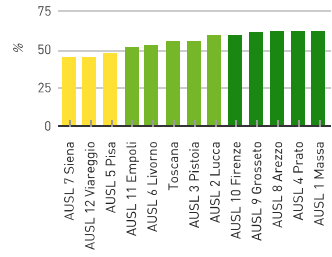
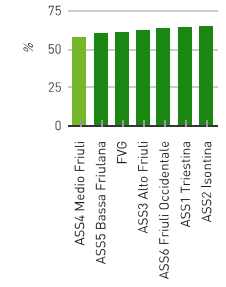
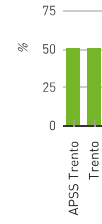
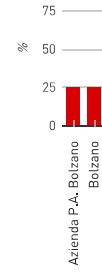
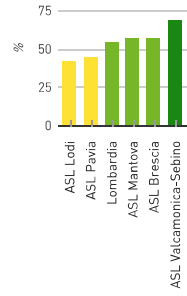
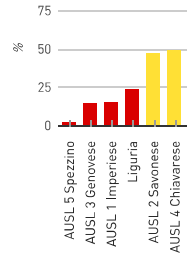


## B5.2.2 Adesione screening cervice uterina

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



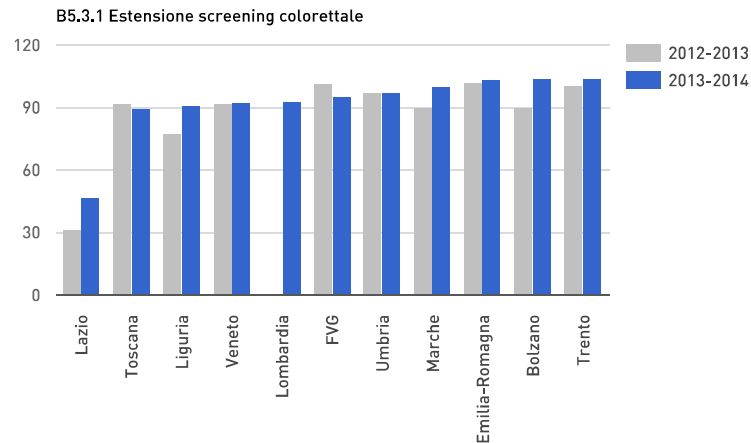
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate  |
| <b>Numeratore</b>   | N. donne che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito effettuato nell'anno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



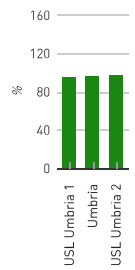
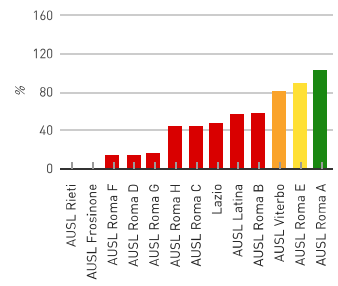
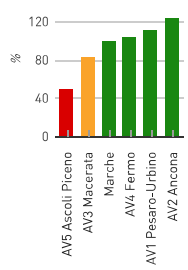
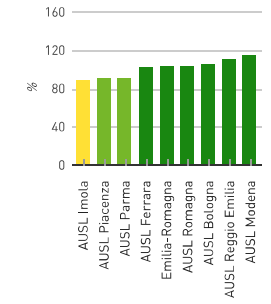
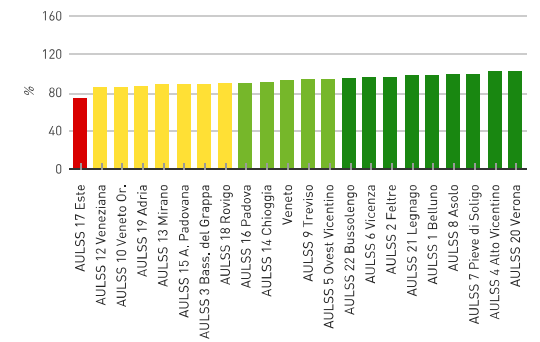
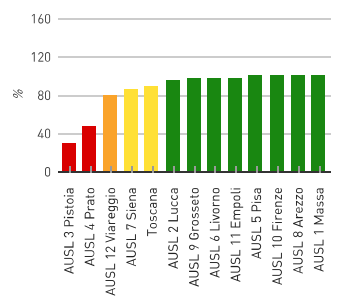
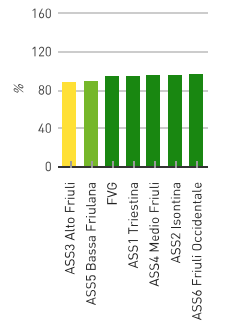
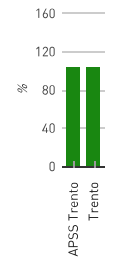
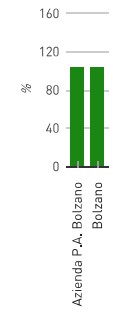
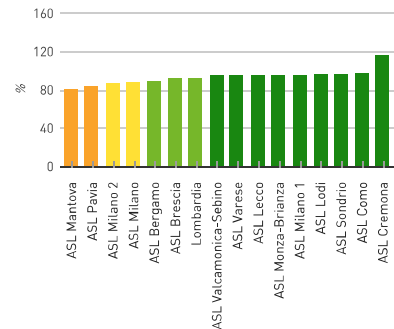
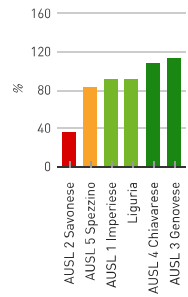


### B5.3.1 Estensione screening coloretale

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



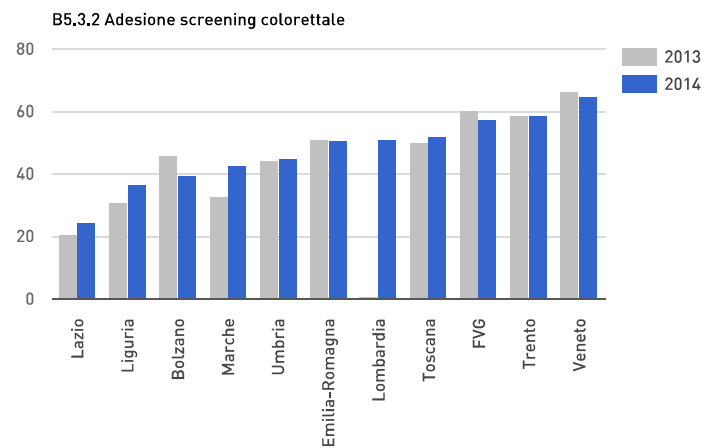
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione  |
| <b>Numeratore</b>   | N. invitati nell'anno x + N. invitati nell'anno x-1 - N. Inviti inesitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 *   |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione bersaglio anno x + Popolazione bersaglio anno x-1 - N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x - N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x-1 *   |
| <b>Note</b>         | Il biennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2014 si esamina il biennio 2013-2014. * Si applicano i criteri di correzione ONS  |
| <b>Fonte</b>        | Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb |





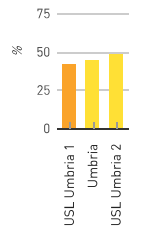
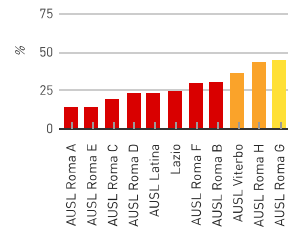
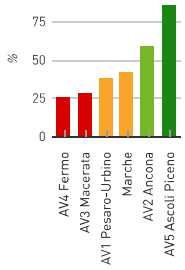
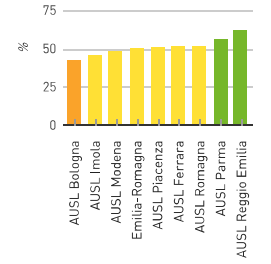
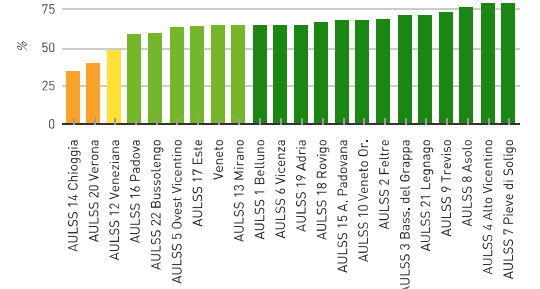
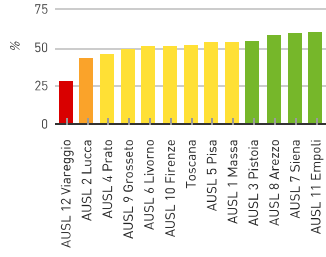
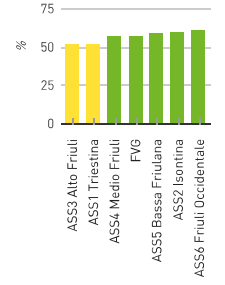
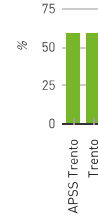
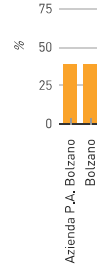
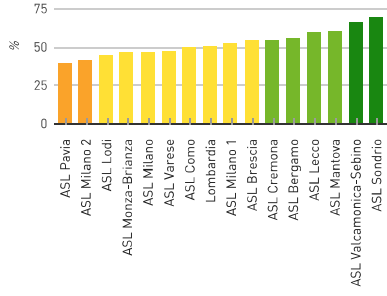
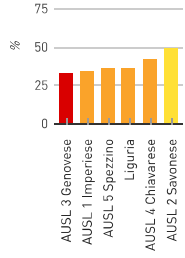
### B5.3.2 Adesione screening coloretale

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



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







## B7 Copertura vaccinale

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

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

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

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

### B7 Copertura vaccinale [di valutazione]

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

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



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



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



**Lazio**  
 AUSL Roma A  
 AUSL Roma B  
 AUSL Roma C  
 AUSL Roma D  
 AUSL Roma E  
 AUSL Roma F  
 AUSL Roma G  
 AUSL Roma H  
 AUSL Viterbo  
 AUSL Rieti  
 AUSL Latina  
 AUSL Frosinone



**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano



**Trento**  
 APSS Trento



**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina  
 ASS2 Isontina  
 ASS3 Alto Friuli  
 ASS4 Medio Friuli  
 ASS5 Bassa Friulana  
 ASS6 Friuli Occidentale



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



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



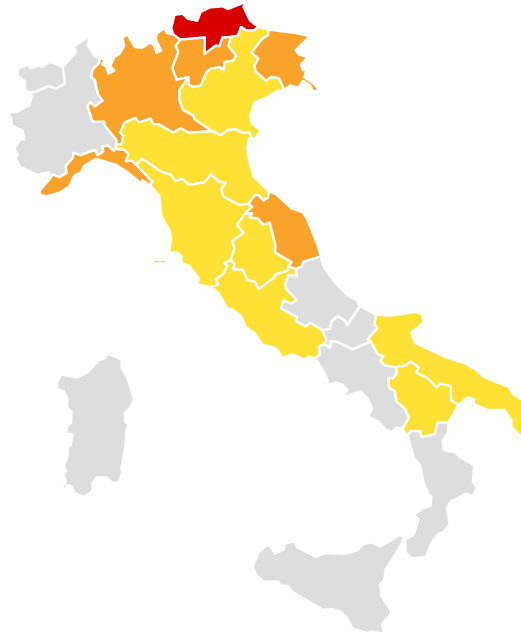
**Puglia**  
 ASL Brindisi  
 ASL Taranto  
 ASL Barletta-Andria-Trani  
 ASL Bari  
 ASL Foggia  
 ASL Lecce



**Basilicata**  
 ASP Potenza  
 ASM Matera



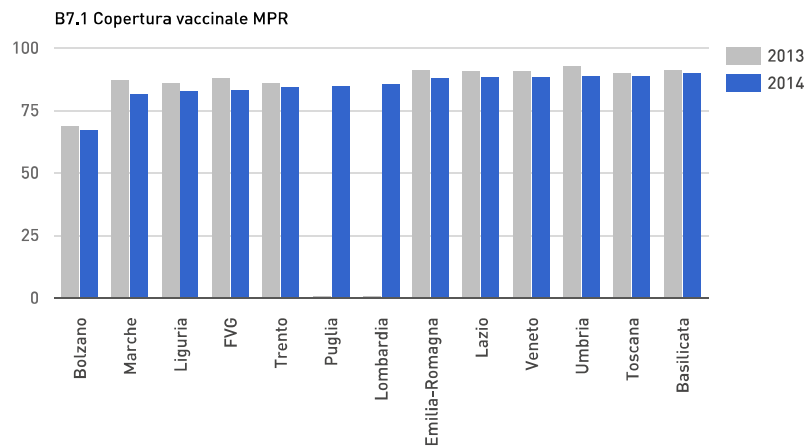
**Umbria**  
 USL Umbria 1  
 USL Umbria 2



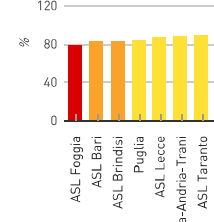
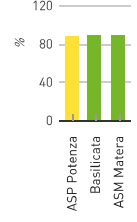
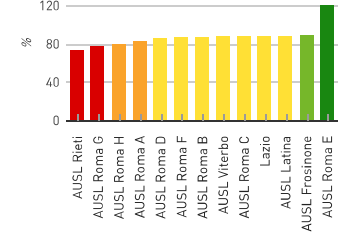
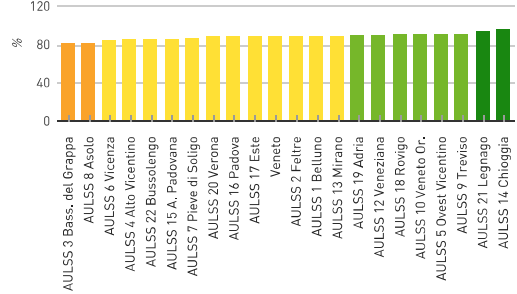
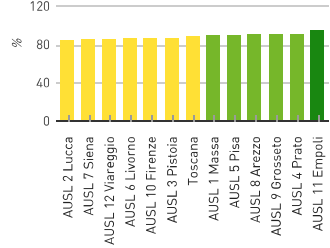
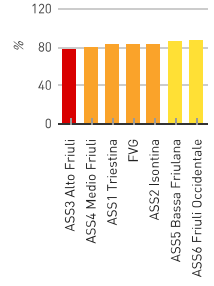
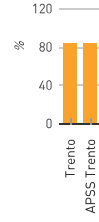
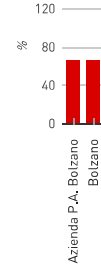
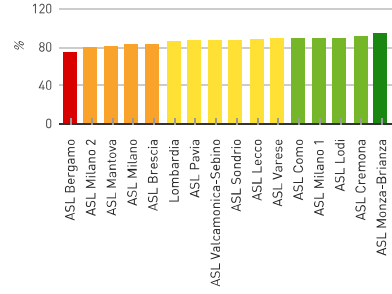
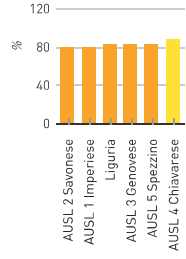


## B7.1 Copertura vaccinale MPR

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



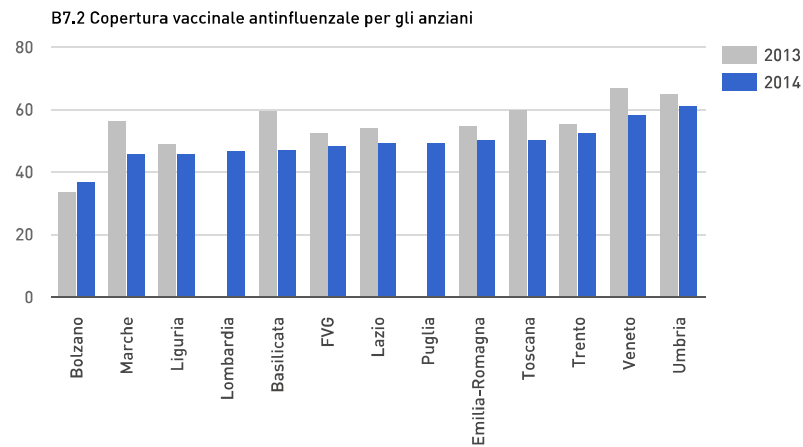
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza |
| <b>Numeratore</b>   | Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)  |
| <b>Denominatore</b> | N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione   |
| <b>Note</b>         | Usare per l'anno 2014 la coorte di bambini nati nell'anno 2012. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.          |
| <b>Fonte</b>        | Varia a seconda della regione  |



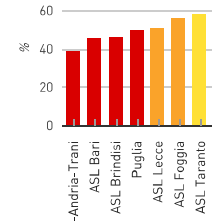
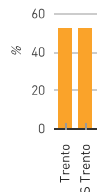
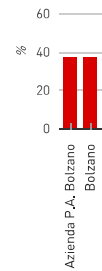
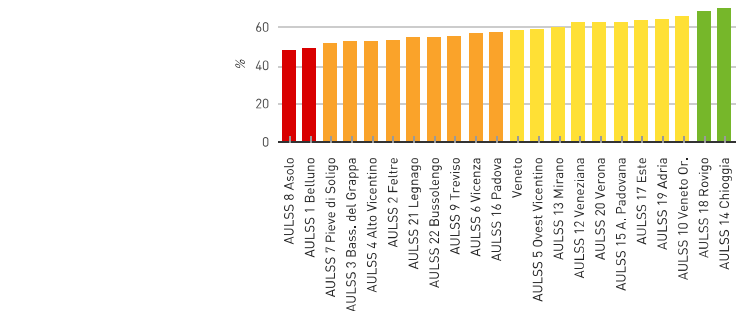
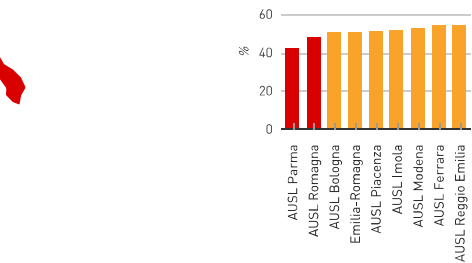
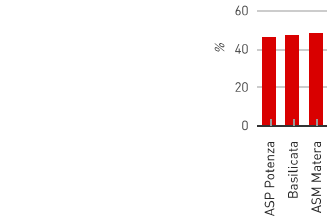
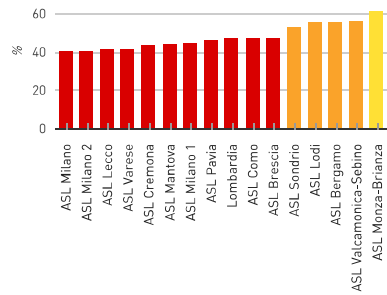
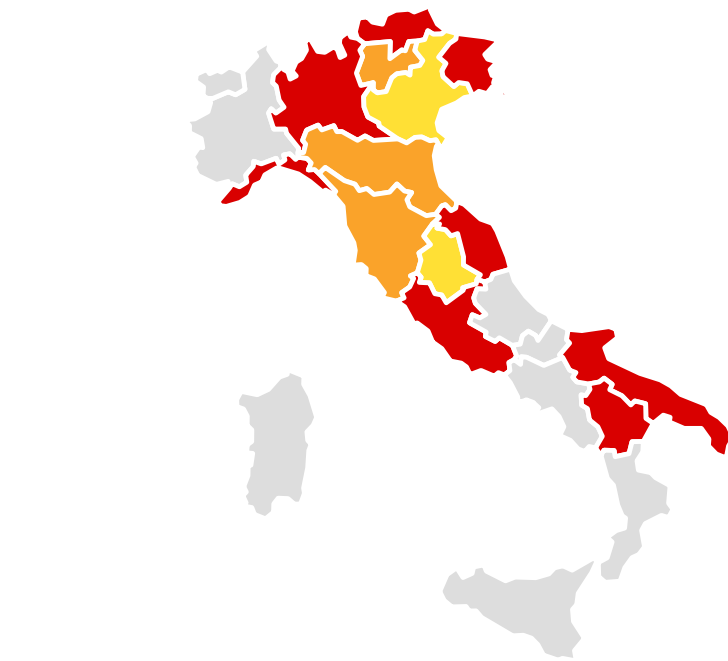
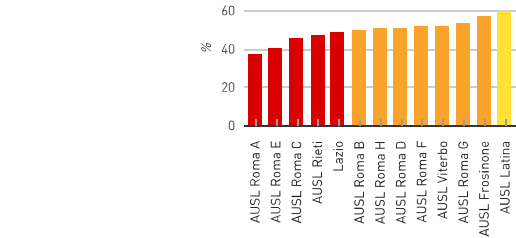
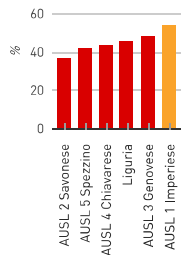
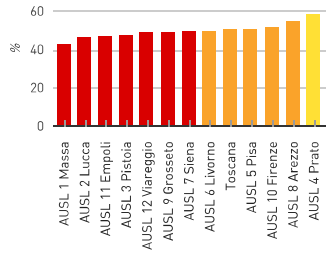


## B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani

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



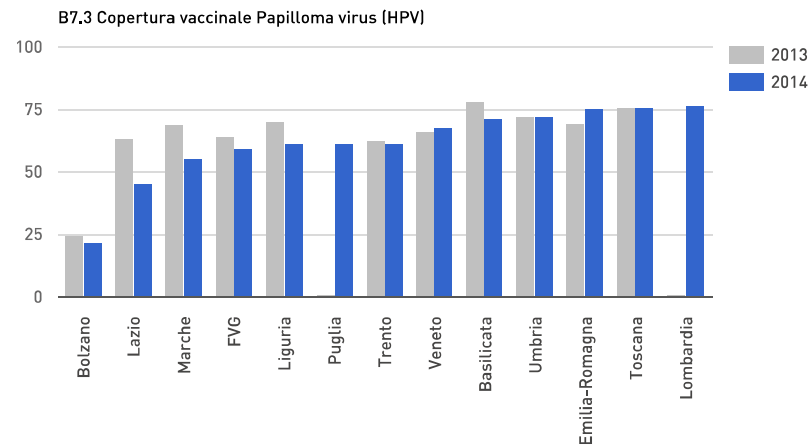
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio                     |
| <b>Numeratore</b>   | Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni                               |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente                            |
| <b>Note</b>         | Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (es. 2012-2013 per il 2014) |
| <b>Fonte</b>        | Varia a seconda della regione  |





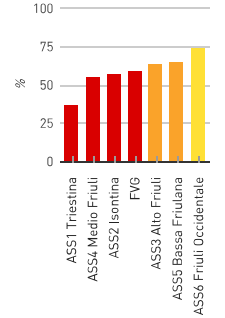
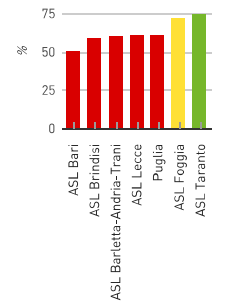
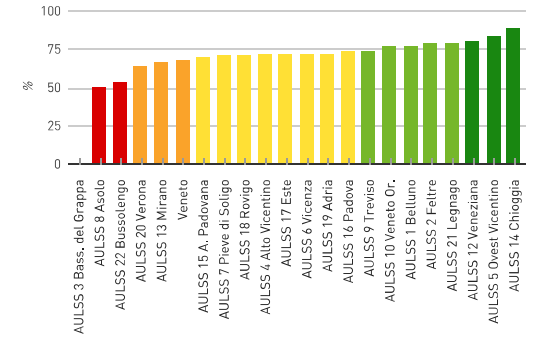
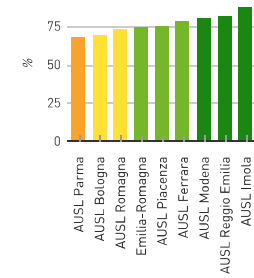
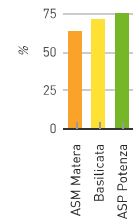
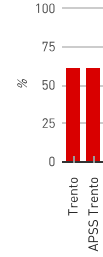
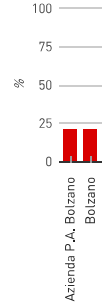
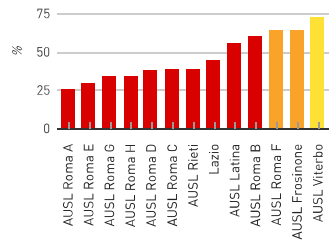
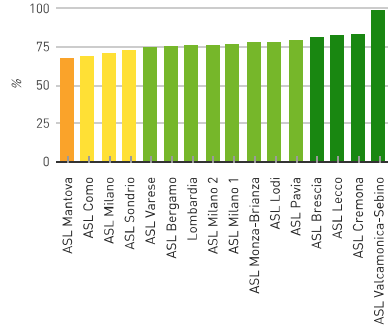
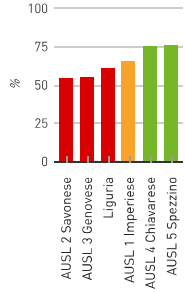
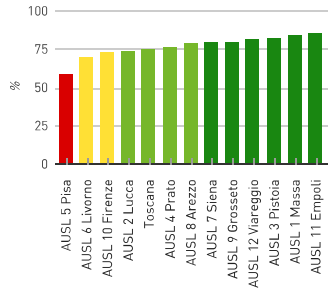
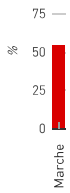
### B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)

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



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio   |
| <b>Numeratore</b>   | Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento (*) |
| <b>Denominatore</b> | Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel {*})                       |
| <b>Note</b>         | {*} Utilizzare la coorte nate nel 2002 per il 2014  |
| <b>Fonte</b>        | Varia a seconda della regione   |





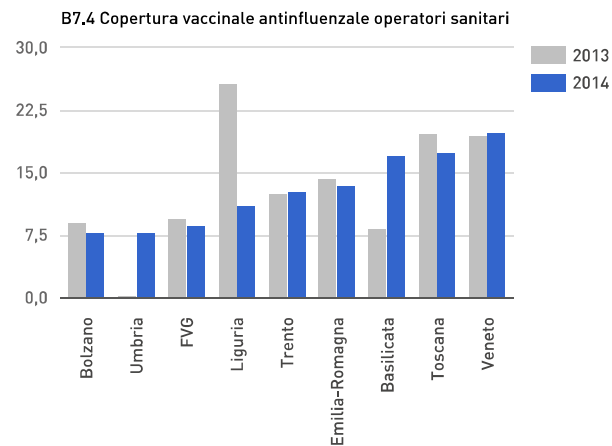


## B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari

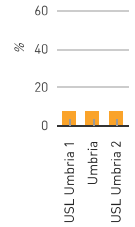
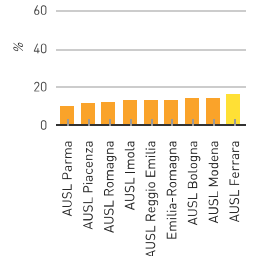
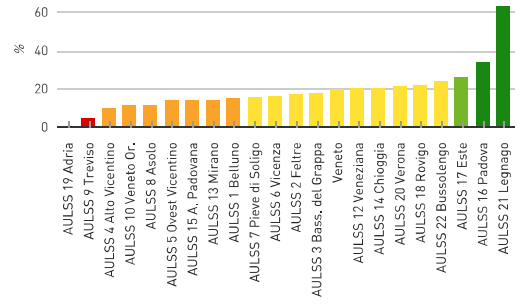
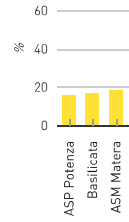
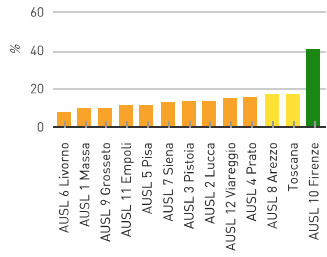
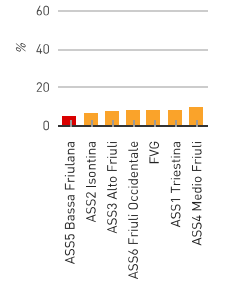
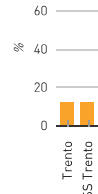
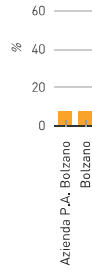
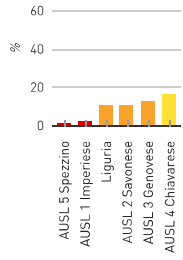
Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe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

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

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



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



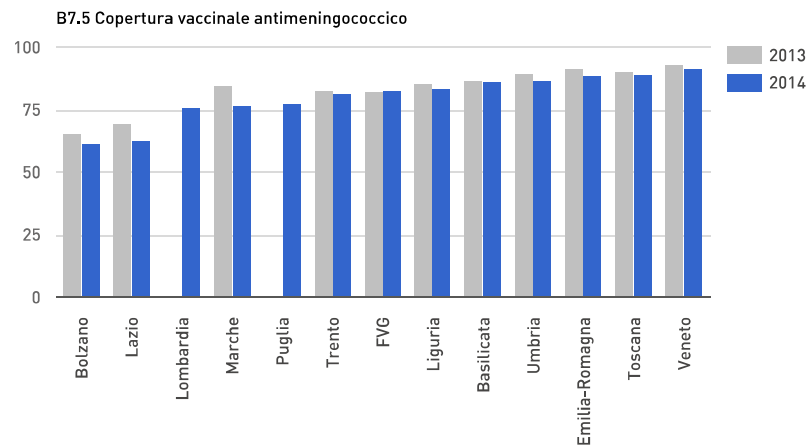


## B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcica

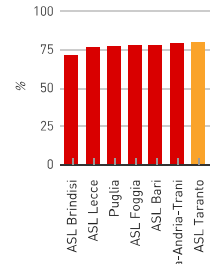
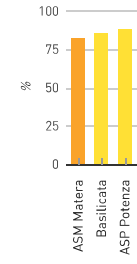
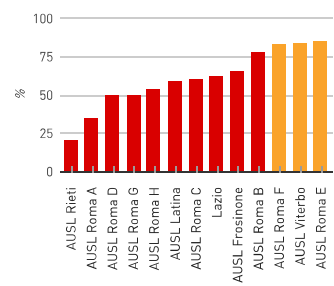
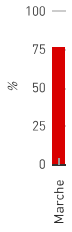
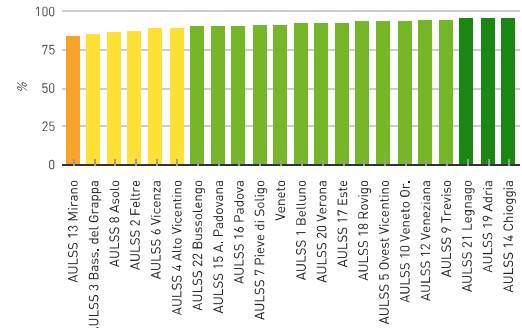
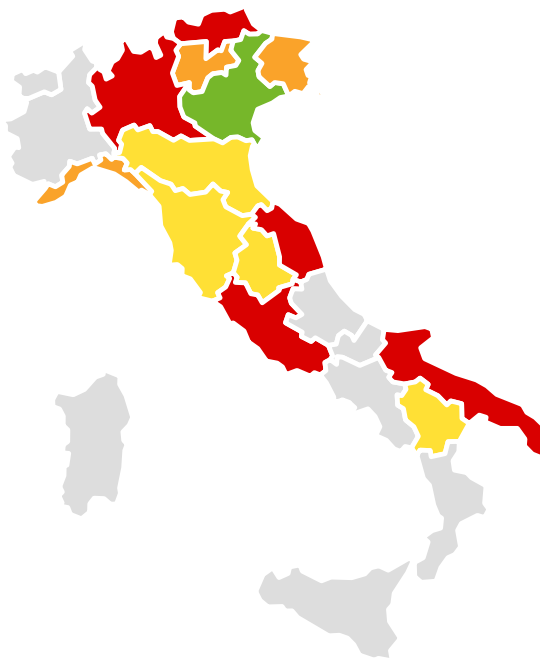
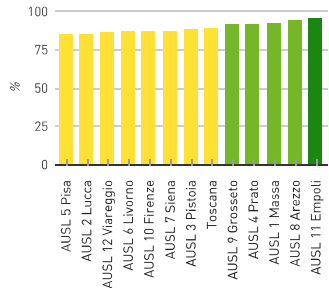
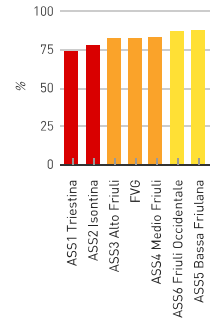
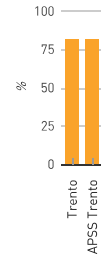
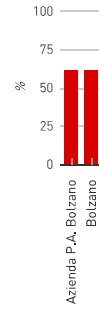
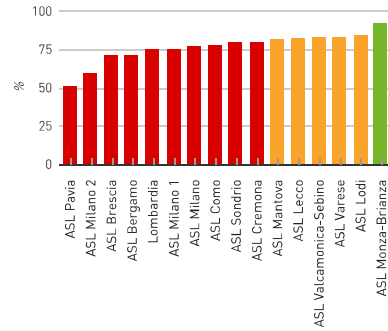
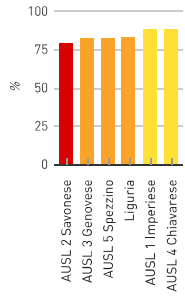
Il meningococco (o *Neisseria Menigitidis*) è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello).

I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni.

Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi  |
| <b>Numeratore</b>   | Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica  |
| <b>Denominatore</b> | Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre   |
| <b>Note</b>         | Usare per l'anno 2014 la coorte di bambini nati nell'anno 2012. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno |
| <b>Fonte</b>        | Varia a seconda della regione  |

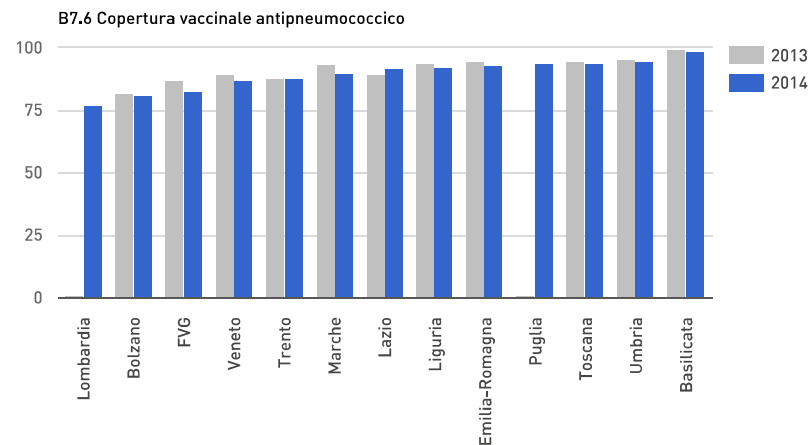




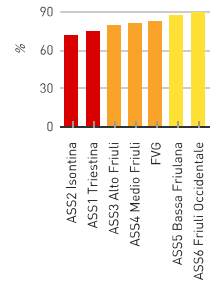
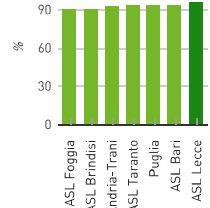
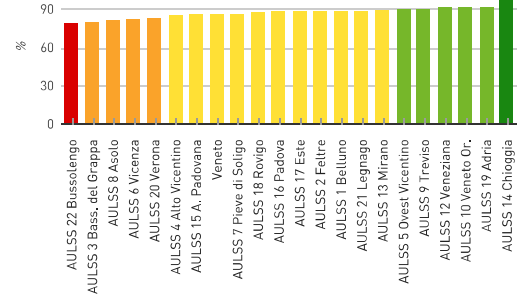
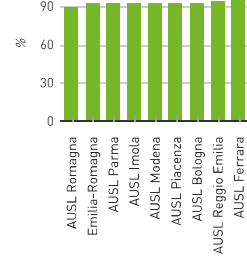
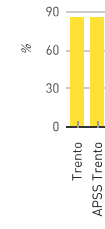
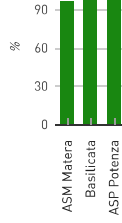
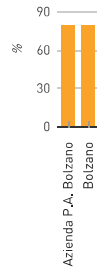
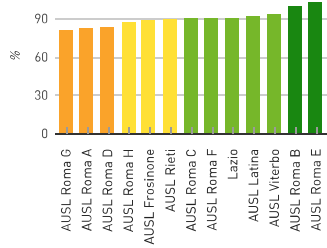
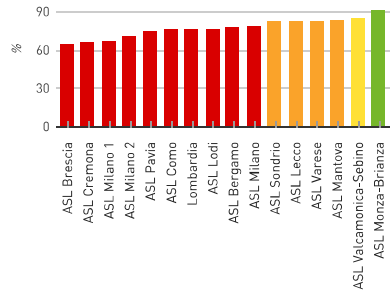
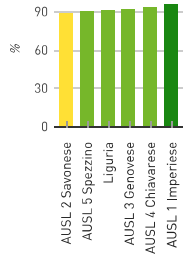
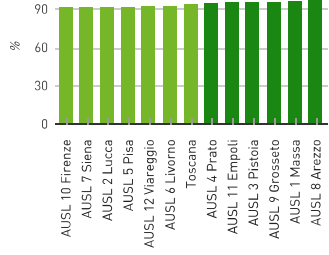
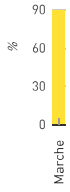
## B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico

Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica.

La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Anche questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese  |
| <b>Numeratore</b>   | Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)  |
| <b>Denominatore</b> | N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre  |
| <b>Note</b>         | (*) Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente<br>Usare per l'anno 2014 la coorte di bambini nati nell'anno 2012. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. |
| <b>Fonte</b>        | Varia a seconda della regione   |

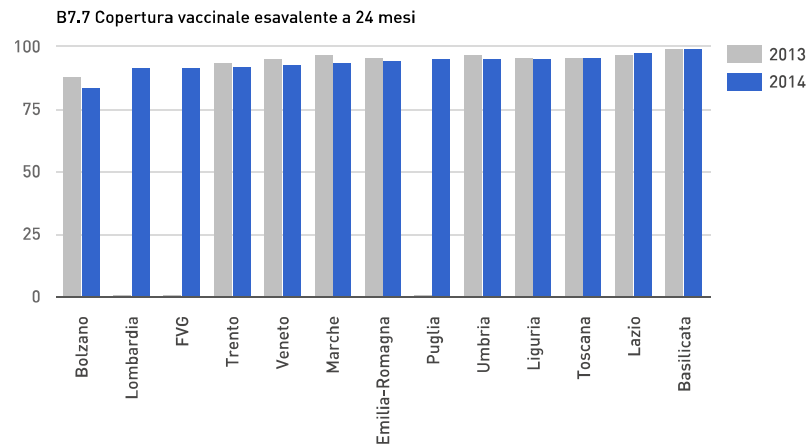




## B7.7 Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi

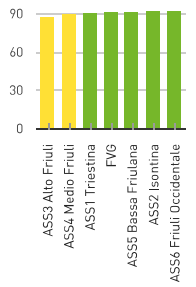
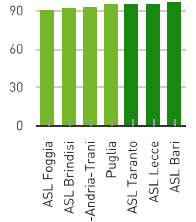
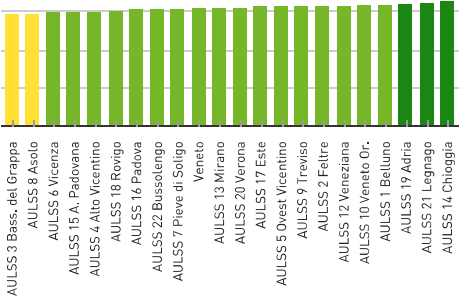
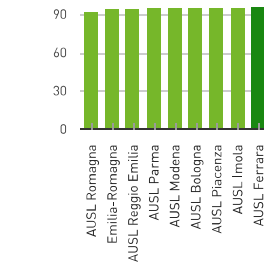
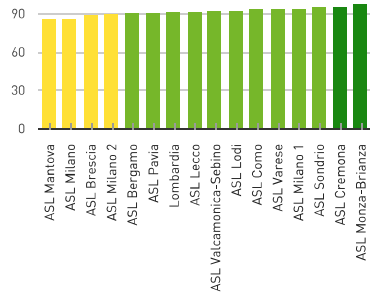
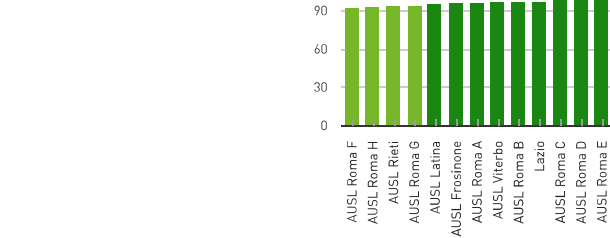
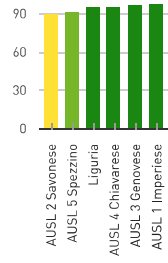
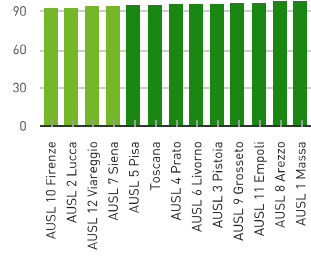
Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale).

L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.



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







## B28 Cure domiciliari

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

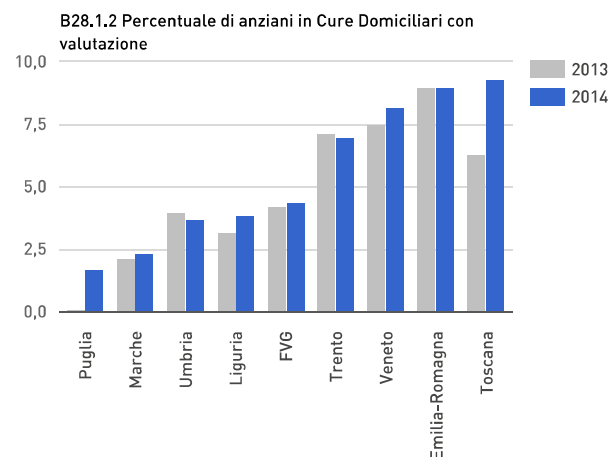
L'indicatore di sintesi assume una valutazione pari a quella dell'indicatore B28.1.2.

### B28 Cure domiciliari [di valutazione]

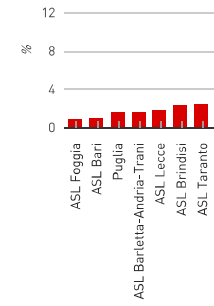
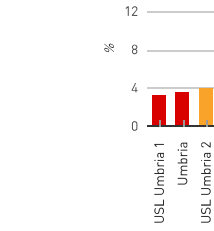
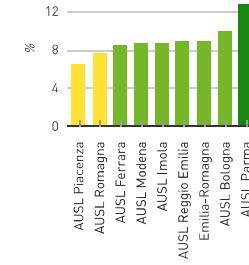
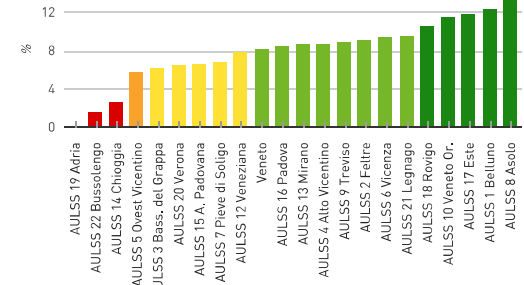
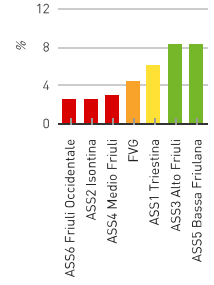
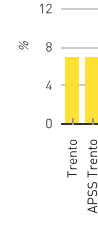
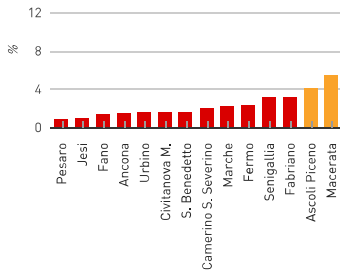
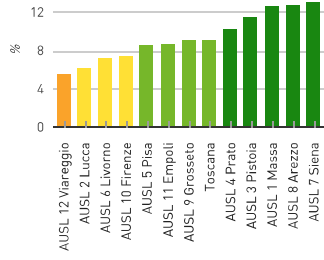
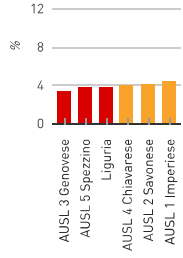
- B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari [di osservazione]
- B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione [di valutazione]
- B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni [di osservazione]
- B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari [di osservazione]

### B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; si escludono quindi le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione.



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







LA VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA



## C1 Capacità di governo della domanda

La domanda di assistenza sanitaria, rivolta dai cittadini al servizio pubblico, deve essere governata e guidata dagli attori del sistema sanitario. In particolare, al fine di garantire la più adeguata ed appropriata risposta al bisogno di salute, i ricoveri ospedalieri ed il tasso di ospedalizzazione sono dimensioni prioritarie da presidiare. Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata la popolazione residente in Italia all'anno 2011 (fonte ISTAT). Pertanto, per rendere possibile il trend, anche i tassi 2012 sono stati ricalcolati utilizzando tale popolazione standard.

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

### C1 Capacità di governo della domanda [di valutazione]

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

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

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

**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano ●

**Trento**  
 APSS Trento ●

**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina ●  
 ASS2 Isoncina ●  
 ASS3 Alto Friuli ●  
 ASS4 Medio Friuli ●  
 ASS5 Bassa Friulana ●  
 ASS6 Friuli Occidentale ●

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

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

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

**Sardegna**  
 ASL 1 Sassari ●  
 ASL 2 Olbia-Tempio ●  
 ASL 3 Nuoro ●  
 ASL 4 Ogliastra ●  
 ASL 5 Oristano ●  
 ASL 6 Medio Campidano ●  
 ASL 7 Carbonia-Iglesias ●  
 ASL 8 Cagliari ●

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

**Lazio**  
 Comune di Roma ●  
 AUSL Roma F ●  
 AUSL Roma G ●  
 AUSL Roma H ●  
 AUSL Viterbo ●  
 AUSL Rieti ●  
 AUSL Latina ●  
 AUSL Frosinone ●

**Calabria**  
 ASP Cosenza ●  
 ASP Crotona ●  
 ASP Catanzaro ●  
 ASP Vibo Val. ●  
 ASP Reggio Calabria ●

**Basilicata**  
 ASP Potenza ●  
 ASM Matera ●

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

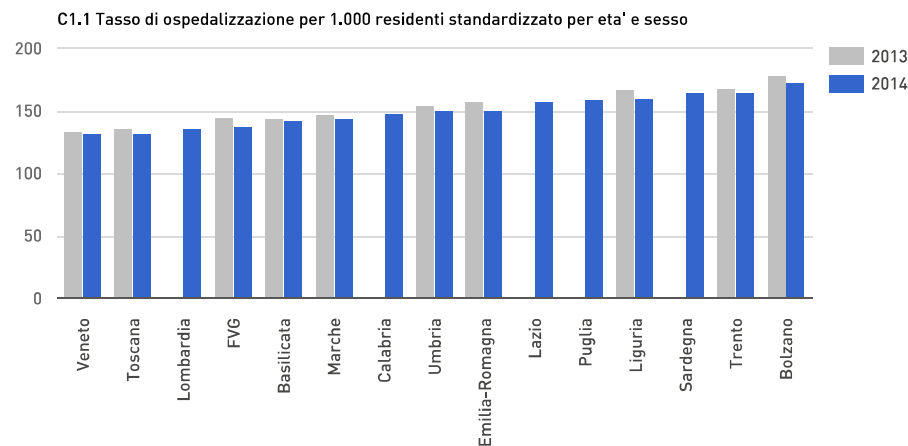
**Puglia**  
 ASL Brindisi ●  
 ASL Taranto ●  
 ASL Barletta-Andria-Trani ●  
 ASL Bari ●  
 ASL Foggia ●  
 ASL Lecce ●





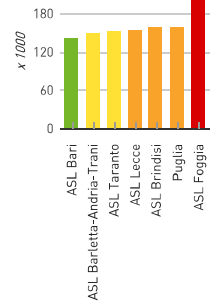
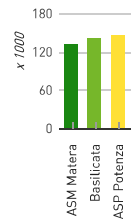
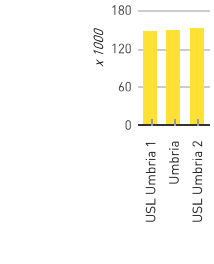
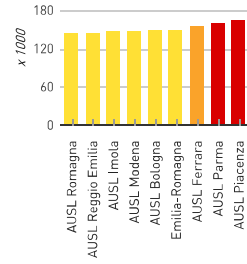
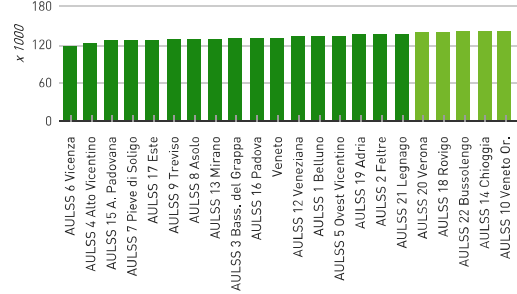
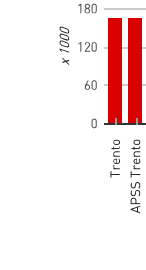
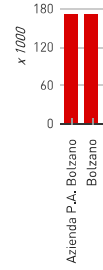
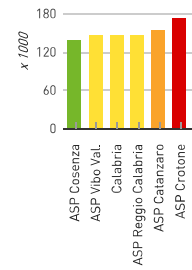
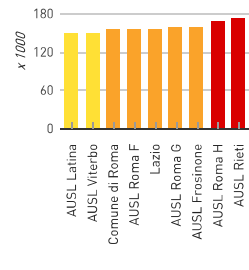
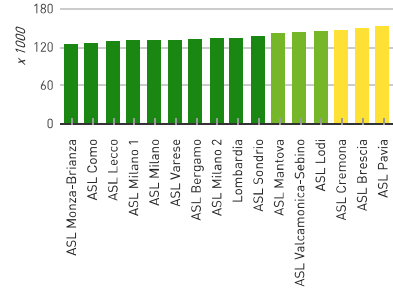
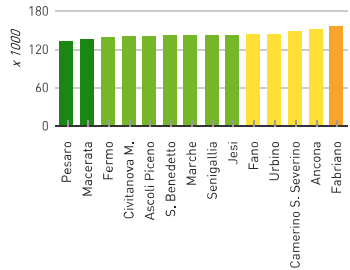
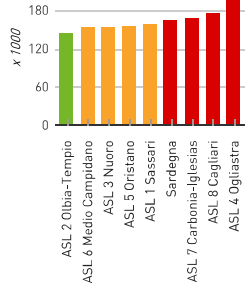
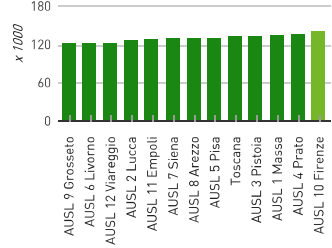
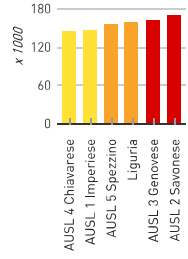
### C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

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.



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

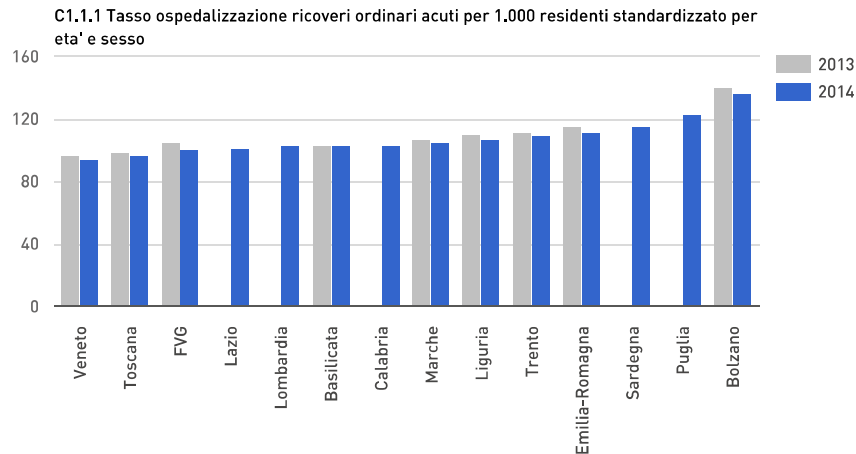




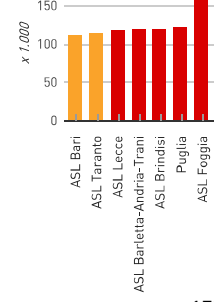
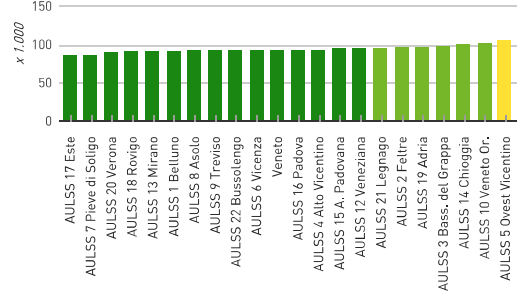
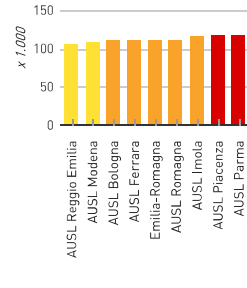
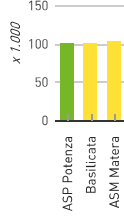
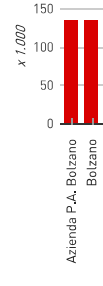
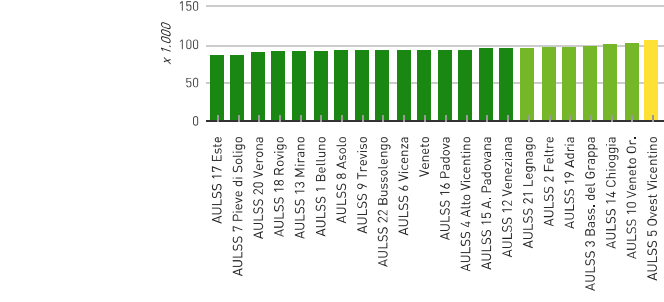
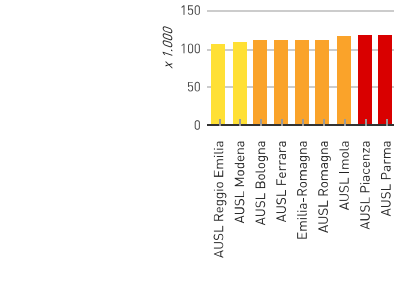
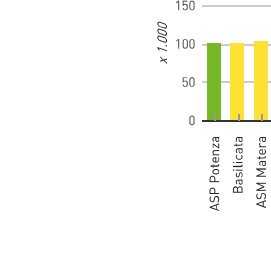
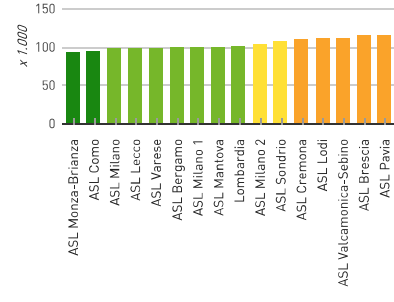
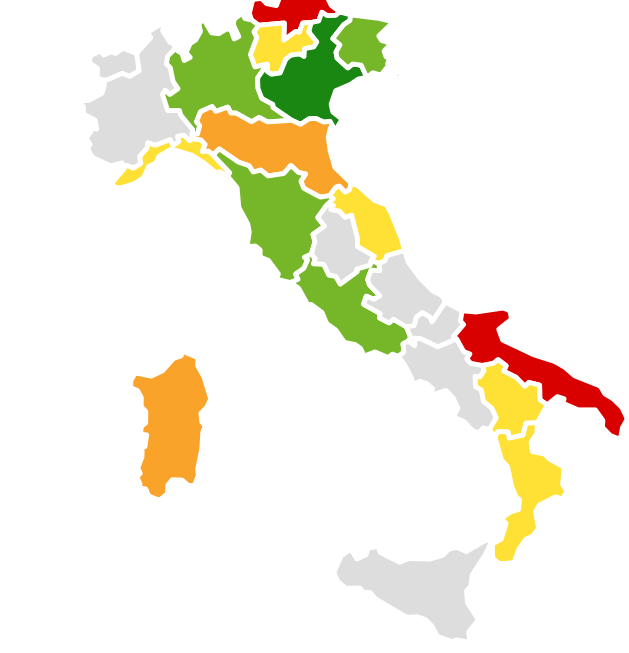
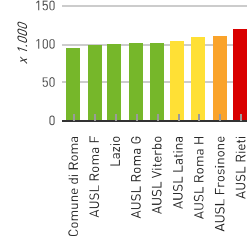
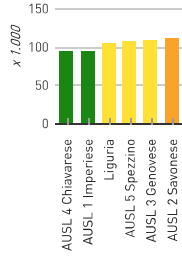
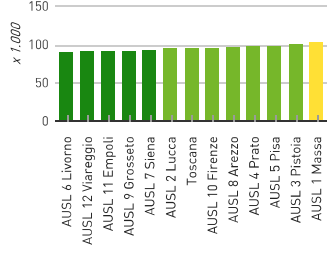
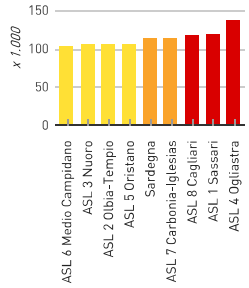
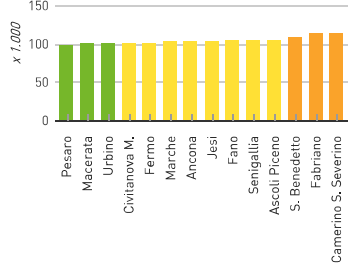


### C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

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



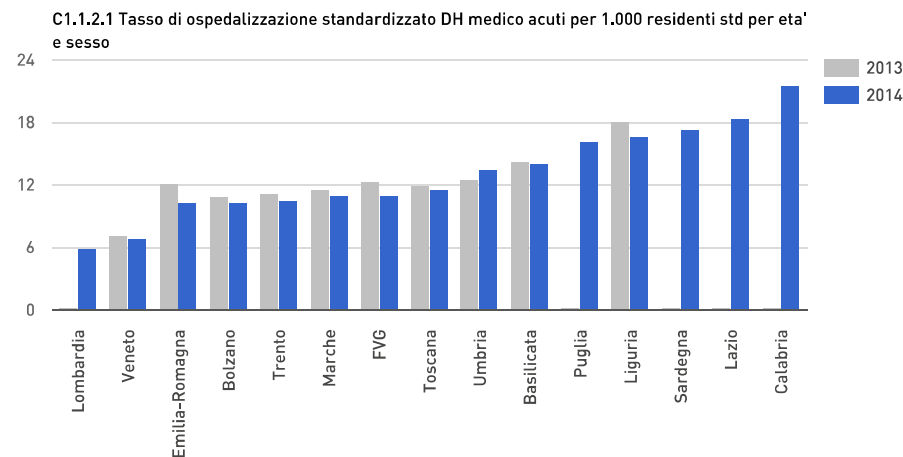
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti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



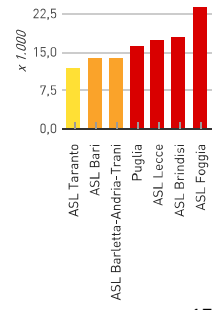
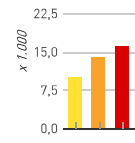
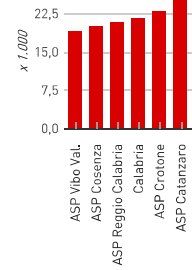
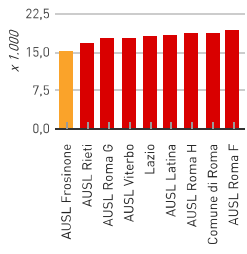
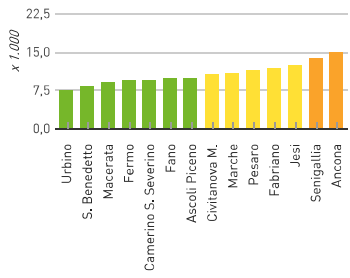
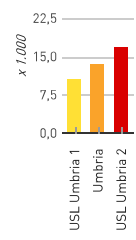
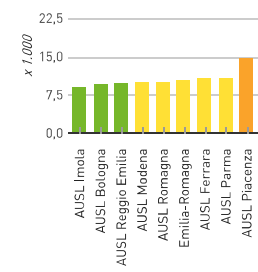
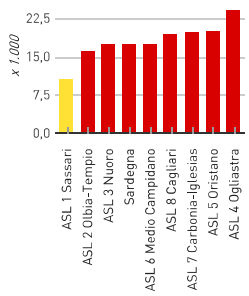
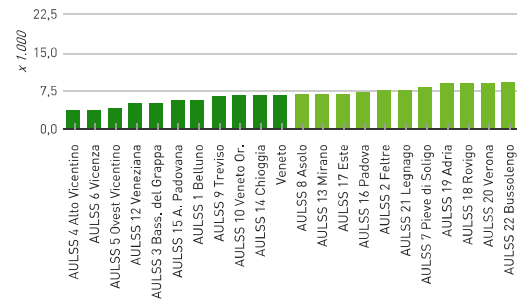
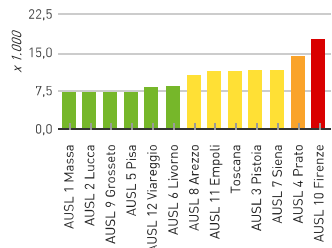
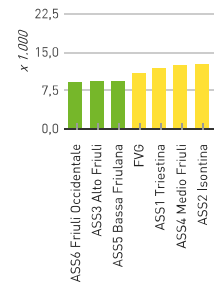
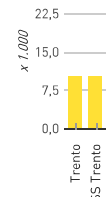
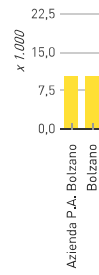
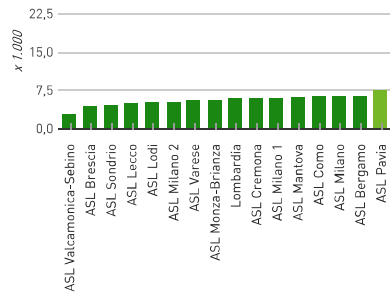
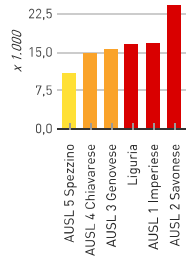


### C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso

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



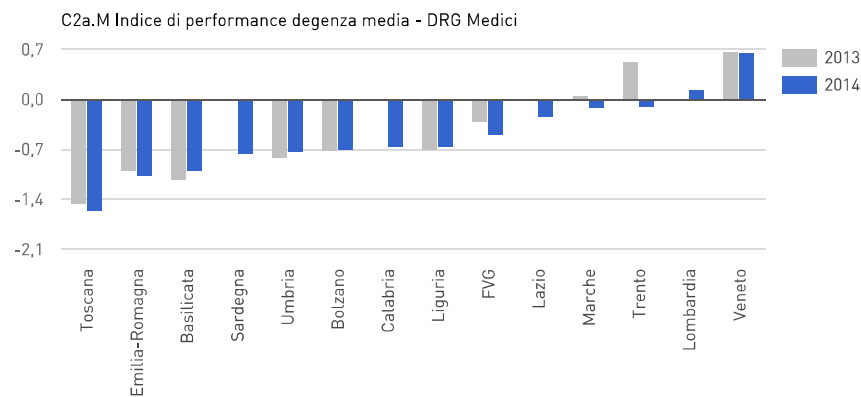
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di ricoveri in Day Hospital medico relativi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



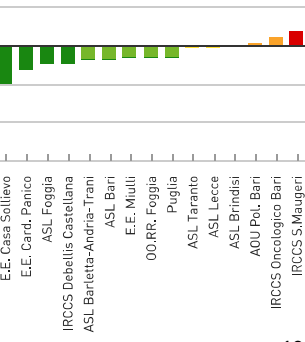
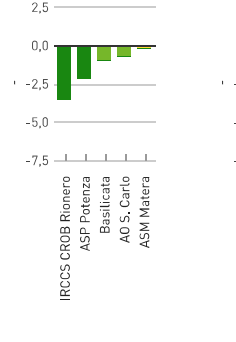
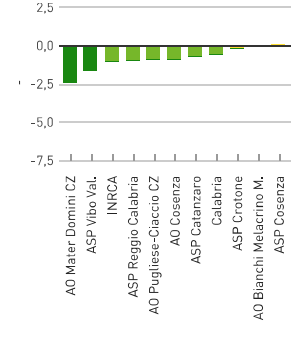
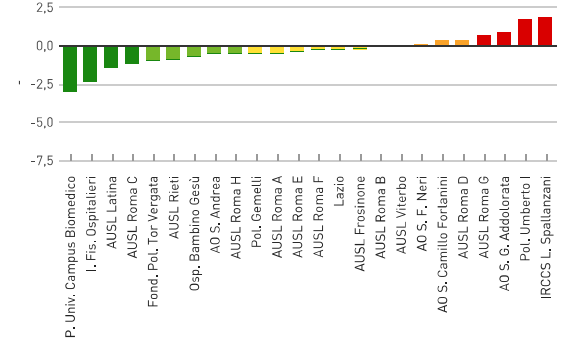
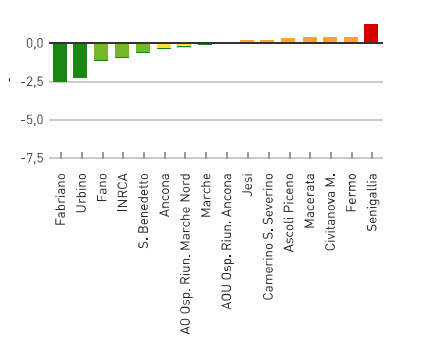
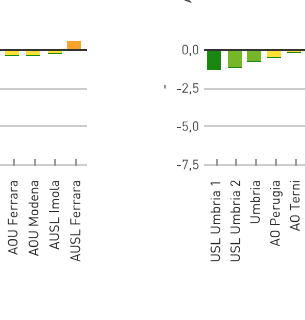
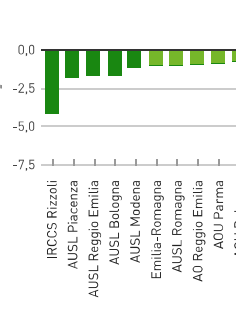
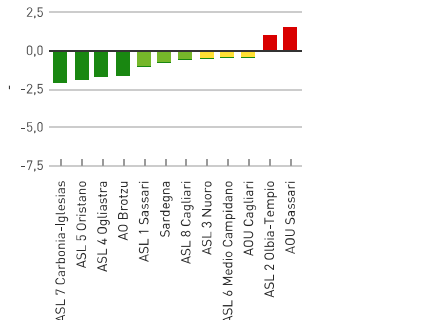
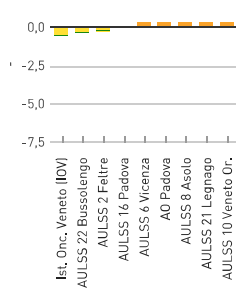
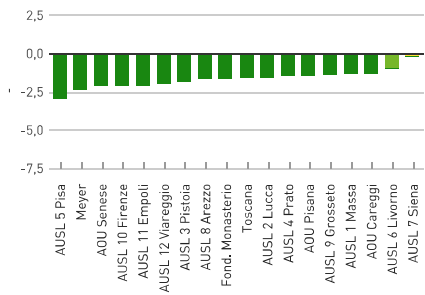
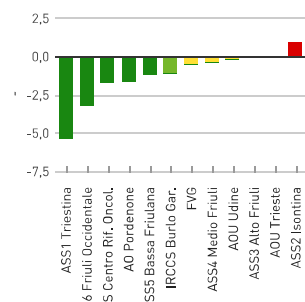
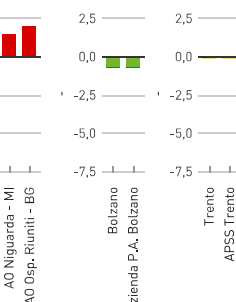
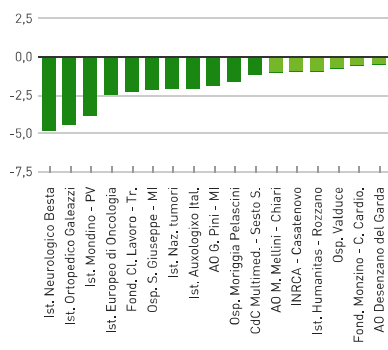
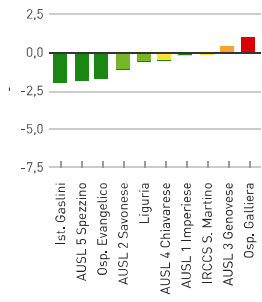


## C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di performance della degenza media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2013 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.



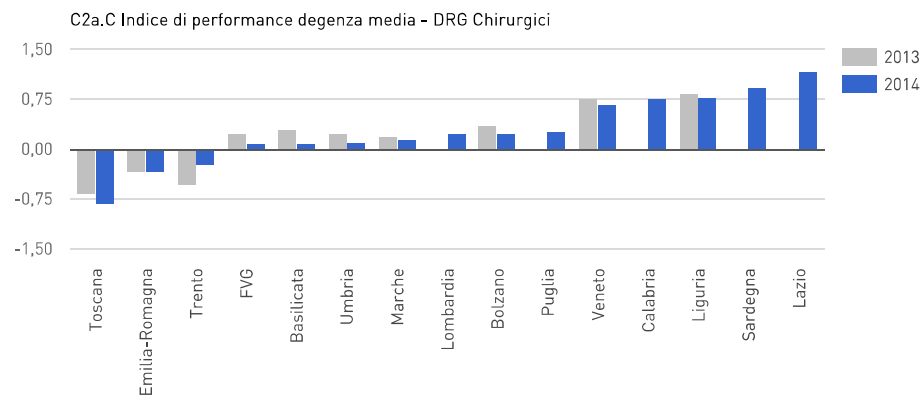
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Indice di performance degenza media per ricoveri acuti medici  |
| <b>Numeratore</b>   | $\sum$ (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)  |
| <b>Denominatore</b> | N. Dimissioni  |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti.</p> <p>Si utilizza il DRG Grouper XXIV</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2013 del network delle regioni.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO   |





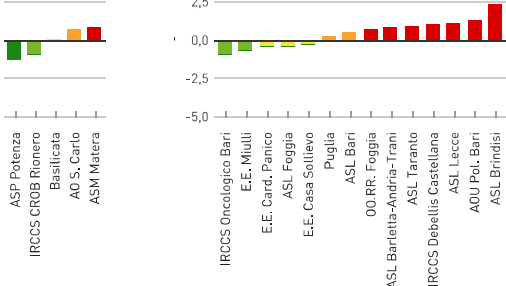
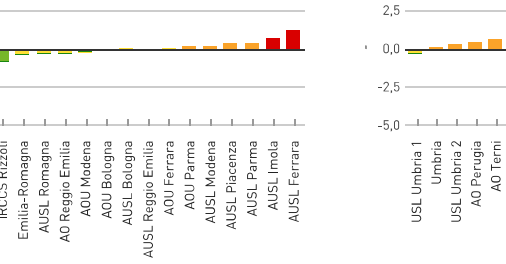
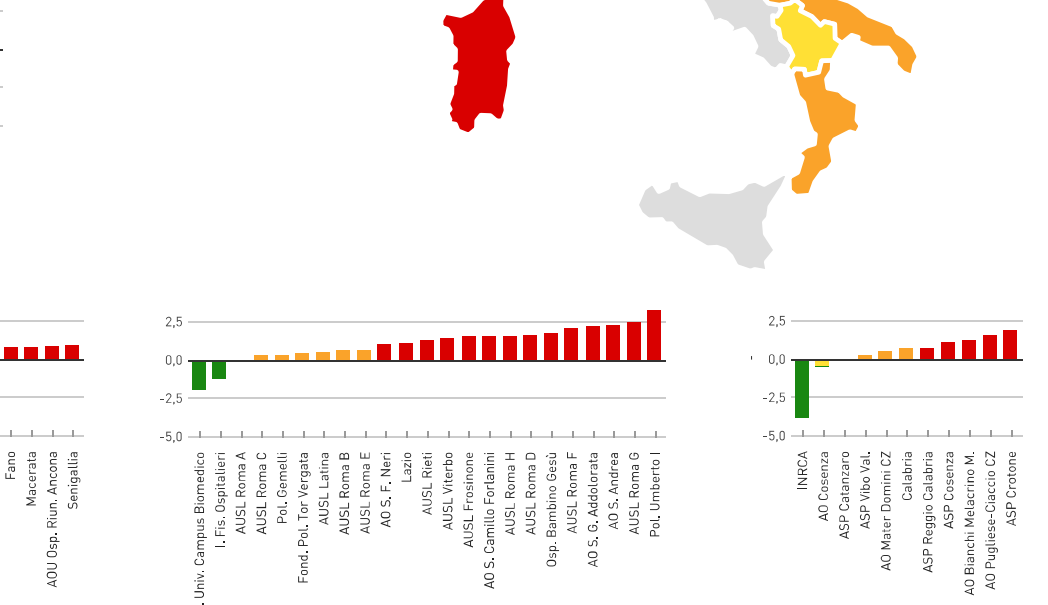
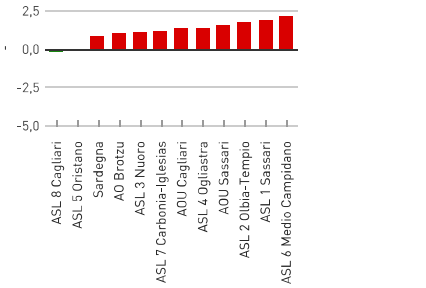
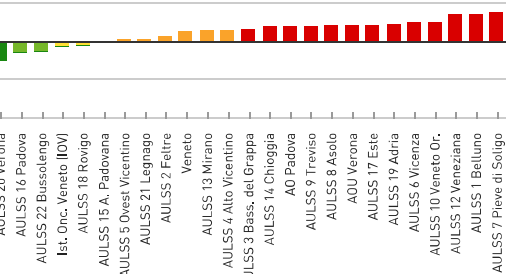
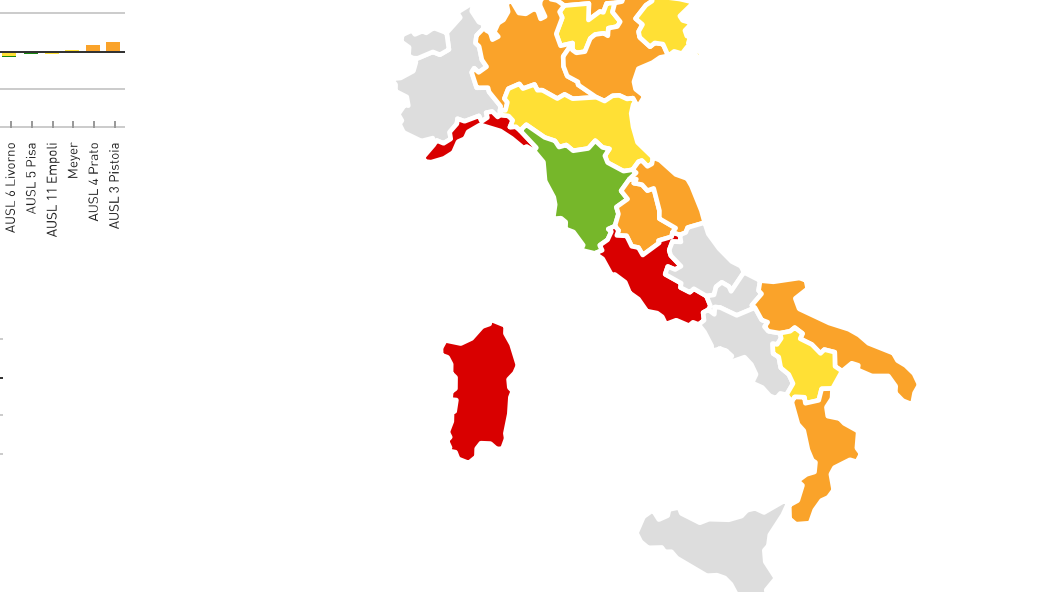
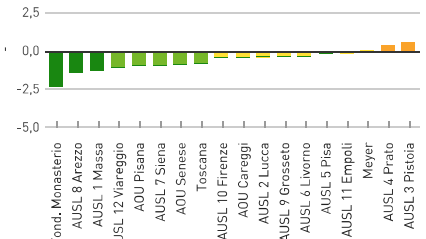
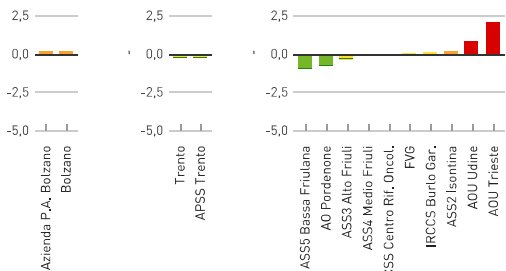
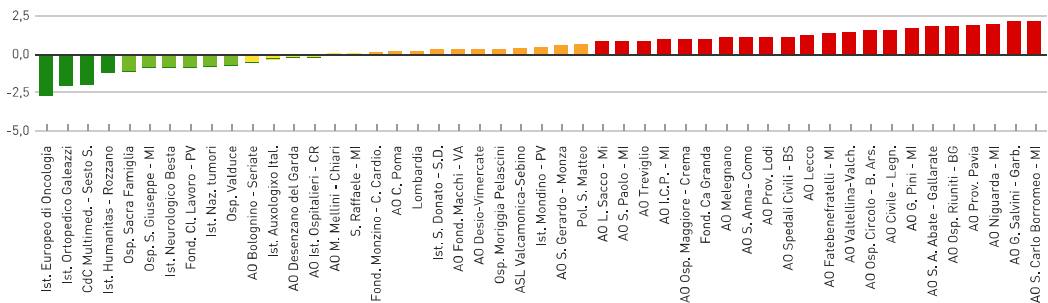
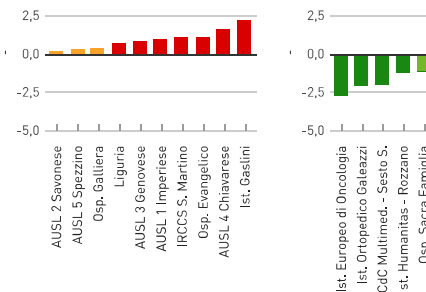
## C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di performance della degenza media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2013 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.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici   |
| <b>Numeratore</b>   | $\sum$ (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)  |
| <b>Denominatore</b> | N. Dimissioni  |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti.</p> <p>Si utilizza il DRG Grouper XXIV</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2013 del network delle regioni.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO   |







### C3b Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute) - RO > 1 gg

L'indicatore di sintesi assume una valutazione pari a quella dell'indicatore C3.4 ed è considerato di valutazione solo per le Aziende Ospedaliere.

L'indicatore assume una valutazione pari al sottoindicatore C3.4.

**C3b Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute) - RO > 1 gg** [di valutazione]

- C3.4 Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg A0 [di valutazione]
- C3.5 Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (ASL) [di osservazione]

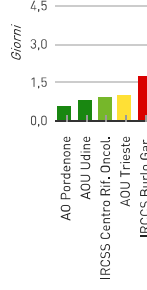
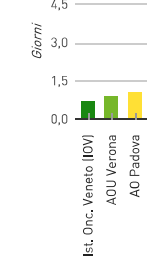
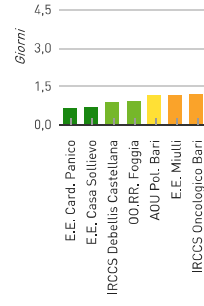
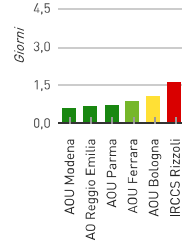
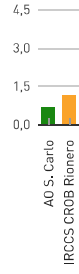
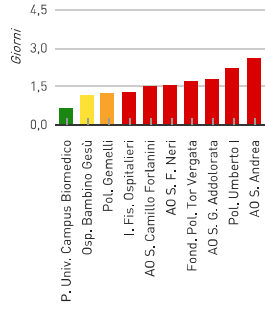
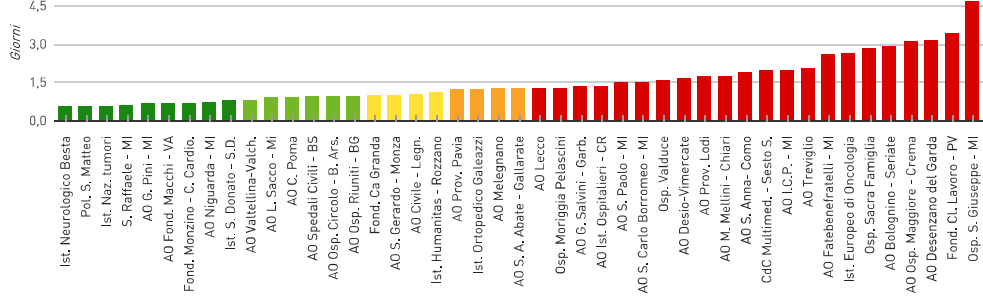
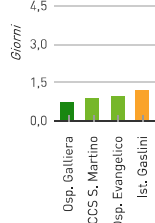
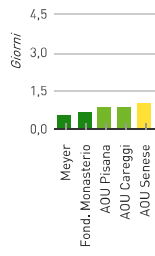
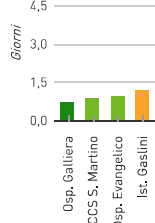
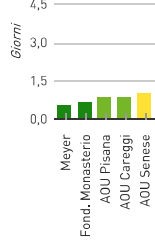
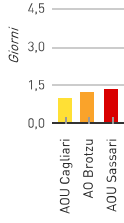
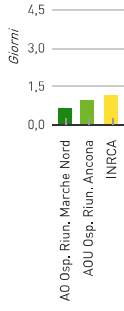
### C3.4 Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg A0

Questo indicatore è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa nella gestione della chirurgia programmata, in quanto misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento. Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione; gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero; un alto valore dell'indicatore rappresenta, quindi, un'inefficienza.

Dal punto di vista metodologico, l'analisi è ristretta ai soli reparti chirurgici, escludendo quei pazienti afferenti a reparti medici che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate a trattamento o diagnosi della loro patologia; in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e può, quindi, essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (A0)  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico  |
| <b>Denominatore</b> | Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico   |
| <b>Note</b>         | <p>L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Al numeratore, si considera il primo intervento in ordine cronologico. Selezione del denominatore:<br/>Per AOU Meyer e Fondazione Monasterio (reparti pediatrici) si considerano esclusivamente i ricoveri dei pazienti residenti nell'Area Vasta di appartenenza.<br/>L'indicatore considera esclusivamente le Aziende Ospedaliere e gli erogatori di natura affine.<br/>Codifiche ICD-9 CM in qualunque procedura chirurgica: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51<br/>Reparto di ammissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgico (06 cardiochirurgia pediatrica, 07 cardiochirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica)</li> <li>• Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico</li> </ul> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*)</li> <li>• I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento</li> <li>• I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore di 7</li> <li>• I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione</li> </ul> |

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





## C14 Appropriatazza medica

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

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C4.8, C14.2a, C14.3a e C14.4.

### C14 Appropriatazza medica [di valutazione]

- o C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute) [di valutazione]
- o C14.2 % ricoveri per acuti in DH medico con finalit  diagnostica [di osservazione]
- o C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA) [di valutazione]
- o C14.2.2 % ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalit  diagnostica [di osservazione]
- o C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi [di osservazione]
- o C14.3a Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti (Griglia LEA) [di valutazione]
- o C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici [di osservazione]
- o C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni [di valutazione]
- o C14.5 Tasso di accessi DH medico std per et  per 1.000 residenti (Griglia LEA) [di osservazione]

**Lombardia**  
 Osp. Sacra Famiglia ●  
 Osp. Moriggia Pelascini ●  
 ASL Bergamo ●  
 ASL Brescia ●  
 ASL Como ●  
 ASL Cremona ●  
 ASL Lecco ●  
 ASL Lodi ●  
 ASL Mantova ●  
 ASL Milano ●  
 ASL Milano 1 ●  
 ASL Milano 2 ●  
 ASL Monza-Brianza ●  
 ASL Pavia ●  
 ASL Sondrio ●  
 ASL Varese ●  
 ASL Valcamonica-Sebino ●  
 Osp. S. Giuseppe - MI ●  
 INRCA - Casatenovo ●  
 Ist. Naz. tumori ●  
 Ist. Neurologico Besta ●  
 Pol. S. Matteo ●  
 Fond. Ca Granda ●  
 Fond. Cl. Lavoro - Tr. ●  
 Fond. Monzino - C. Cardio, S. Raffaele - MI ●  
 Ist. Auxologixto Ital. ●  
 Fond. Cl. Lavoro - PV ●  
 Ist. Mondino - PV ●  
 Ist. Europeo di Oncologia ●  
 Ist. Humanitas - Rozzano ●  
 Ist. Ortopedico Galeazzi ●  
 Ist. S. Donato - S.D. ●  
 CdC Multimed. - Sesto S. ●  
 AO Fond. Macchi - VA ●  
 AO S. A. Abate - Gallarate ●  
 AO Osp. Circolo - B. Ars. ●  
 AO Spedali Civili - BS ●  
 AO M. Mellini - Chiari ●  
 AO Desenzano del Garda ●  
 AO Ist. Ospitalieri - CR ●  
 AO Osp. Maggiore - Crema ●  
 AO S. Anna- Como ●  
 AO Lecco ●  
 AO Osp. Riuniti - BG ●  
 AO Treviglio ●  
 AO Bolognino - Seriate ●  
 AO C. Poma ●  
 AO L. Sacco - Mi ●  
 AO Niguarda - MI ●  
 AO I.C.P. - MI ●  
 AO Fatebenefratelli - MI ●  
 AO S. Paolo - MI ●  
 AO G. Pini - MI ●  
 AO S. Carlo Borromeo - MI ●  
 AO Civile - Legn. ●  
 AO G. Salvini - Garb. ●

(Lombardia)  
 AO Melegnano ●  
 AO Desio-Vimercate ●  
 AO S. Gerardo - Monza ●  
 AO Prov. Lodi ●  
 AO Prov. Pavia ●  
 AO Valtellina-Valch. ●  
 Osp. Valduce ●  
**Liguria**  
 AUSL 1 Imperiese ●  
 AUSL 2 Savonese ●  
 AUSL 3 Genovese ●  
 AUSL 4 Chiavarese ●  
 AUSL 5 Spezzino ●  
 Osp. Galliera ●  
 Osp. Evangelico ●  
 IRCCS S. Martino ●  
**Toscana**  
 AUSL 1 Massa ●  
 AUSL 2 Lucca ●  
 AUSL 3 Pistoia ●  
 AUSL 4 Prato ●  
 AUSL 5 Pisa ●  
 AUSL 6 Livorno ●  
 AUSL 7 Siena ●  
 AUSL 8 Arezzo ●  
 AUSL 9 Grosseto ●  
 AUSL 10 Firenze ●  
 AUSL 11 Empoli ●  
 AUSL 12 Viareggio ●  
 AOU Pisana ●  
 AOU Senese ●  
 AOU Careggi ●  
 Fond. Monasterio ●  
**Lazio**  
 Comune di Roma ●  
 AUSL Roma A ●  
 AUSL Roma B ●  
 AUSL Roma C ●  
 AUSL Roma D ●  
 AUSL Roma E ●  
 AUSL Roma F ●  
 AUSL Roma G ●  
 AUSL Roma H ●  
 AUSL Viterbo ●  
 AUSL Rieti ●  
 AUSL Latina ●  
 AUSL Frosinone ●  
 AO S. Camillo Forlanini ●  
 AO S. G. Addolorata ●  
 AO S. F. Neri ●  
 Pol. Umberto I ●  
 I. Fis. Ospitalieri ●  
 IRCCS L. Spallanzani ●  
 AO S. Andrea ●  
 Fond. Pol. Tor Vergata ●

**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano ●  
**Trento**  
 APSS Trento ●  
**Sardegna**  
 ASL 1 Sassari ●  
 ASL 2 Olbia-Tempio ●  
 ASL 3 Nuoro ●  
 ASL 4 Ogliastra ●  
 ASL 5 Oristano ●  
 ASL 6 Medio Campidano ●  
 ASL 7 Carbonia-Iglesias ●  
 ASL 8 Cagliari ●  
 AO Brotzu ●  
 AOU Sassari ●  
 AOU Cagliari ●



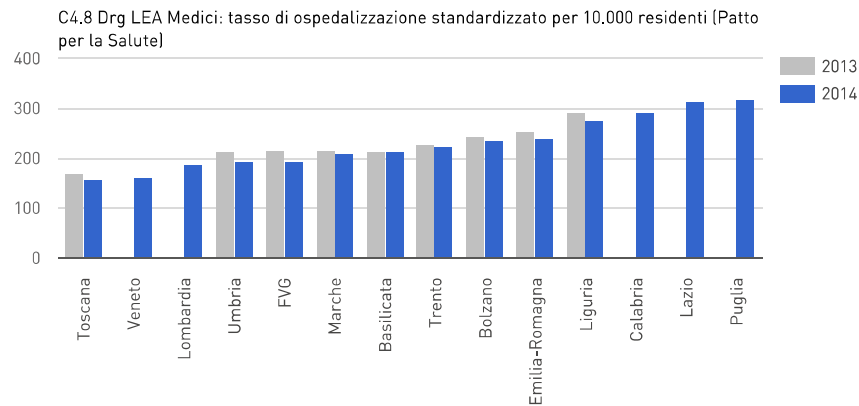
**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina ●  
 ASS2 Isoncina ●  
 ASS3 Alto Friuli ●  
 ASS4 Medio Friuli ●  
 ASS5 Bassa Friulana ●  
 ASS6 Friuli Occidentale ●  
 IRCCS Burlo Gar. ●  
 IRCCS Centro Rif. Oncol. ●  
 AO Pordenone ●  
 AOU Trieste ●  
 AOU Udine ●  
**Marche**  
 Pesaro ●  
 Urbino ●  
 Fano ●  
 Senigallia ●  
 Jesi ●  
 Fabriano ●  
 Ancona ●  
 Civitanova M. ●  
 Macerata ●  
 Camerino S. Severino ●  
 Fermo ●  
 S. Benedetto ●  
 Ascoli Piceno ●  
 AO Osp. Riun. Marche Nord ●  
**Puglia**  
 ASL Brindisi ●  
 ASL Taranto ●  
 ASL Barletta-Andria-Trani ●  
 ASL Bari ●  
 ASL Foggia ●  
 ASL Lecce ●  
 IRCCS Oncologico Bari ●  
**Calabria**  
 ASP Cosenza ●  
 ASP Crotona ●  
 ASP Catanzaro ●  
 ASP Vibo Val. ●  
 ASP Reggio Calabria ●  
 AO Cosenza ●  
 AO Pugliese-Ciaccio CZ ●  
 AO Mater Domini CZ ●  
 AO Bianchi Melacrino M. ●  
 INRCA ●

**Veneto**  
 AULSS 1 Belluno ●  
 AULSS 2 Feltre ●  
 AULSS 3 Bass. del Grappa ●  
 AULSS 4 Alto Vicentino ●  
 AULSS 5 Ovest Vicentino ●  
 AULSS 6 Vicenza ●  
 AULSS 7 Pieve di Soligo ●  
 AULSS 8 Asolo ●  
 AULSS 9 Treviso ●  
 AULSS 10 Veneto Or. ●  
 AULSS 12 Veneziana ●  
 AULSS 13 Mirano ●  
 AULSS 14 Chioggia ●  
 AULSS 15 A. Padovana ●  
 AULSS 16 Padova ●  
 AULSS 17 Este ●  
 AULSS 18 Rovigo ●  
 AULSS 19 Adria ●  
 AULSS 20 Verona ●  
 AULSS 21 Legnago ●  
 AULSS 22 Bussolengo ●  
 AO Padova ●  
 AOU Verona ●  
 Ist. Onc. Veneto (IOV) ●  
**Emilia-Romagna**  
 AUSL Piacenza ●  
 AUSL Parma ●  
 AUSL Reggio Emilia ●  
 AUSL Modena ●  
 AUSL Bologna ●  
 AUSL Imola ●  
 AUSL Ferrara ●  
 AUSL Romagna ●  
 AOU Parma ●  
 AO Reggio Emilia ●  
 AOU Modena ●  
 AOU Bologna ●  
 AOU Ferrara ●  
 IRCCS Rizzoli ●  
**Umbria**  
 USL Umbria 1 ●  
 USL Umbria 2 ●  
 AO Perugia ●  
 AO Terni ●  
**Basilicata**  
 ASP Potenza ●  
 ASM Matera ●  
 AO S. Carlo ●  
 IRCCS CROB Rionero ●



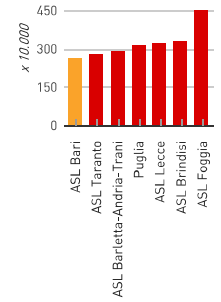
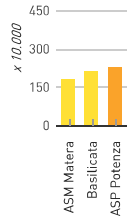
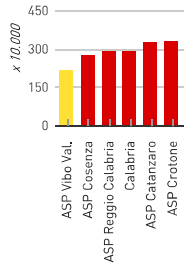
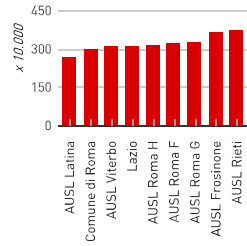
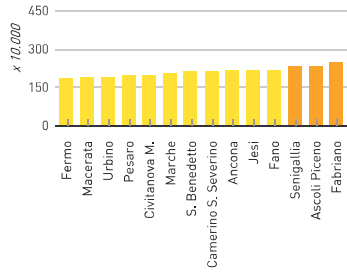
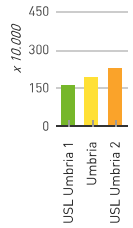
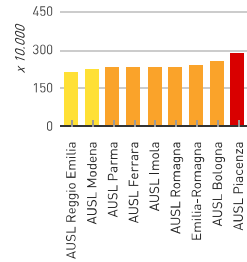
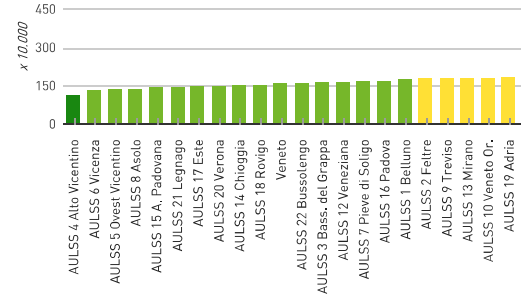
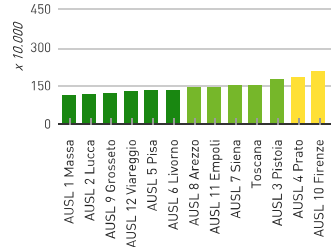
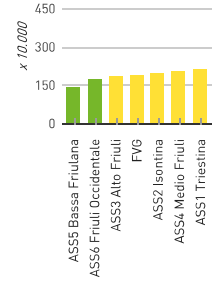
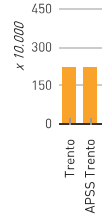
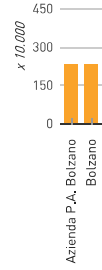
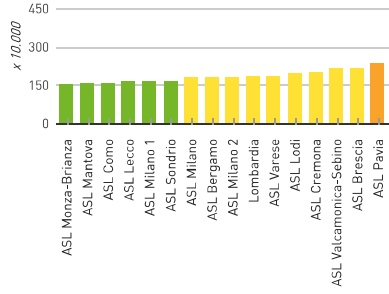
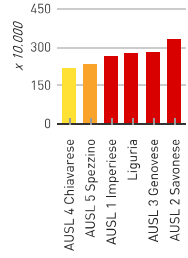
### C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la Salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore C4.8 misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti. Dal 2013, per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata la popolazione residente in Italia all'anno 2011 (fonte ISTAT). Pertanto, per rendere possibile il trend, anche i tassi 2012 sono stati ricalcolati utilizzando tale popolazione standard. Per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000   |
| <b>Denominatore</b> | N. residenti  |
| <b>Note</b>         | <p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564.</p> <p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</li> <li>• i dimessi da strutture private non accreditate.</li> </ul> |

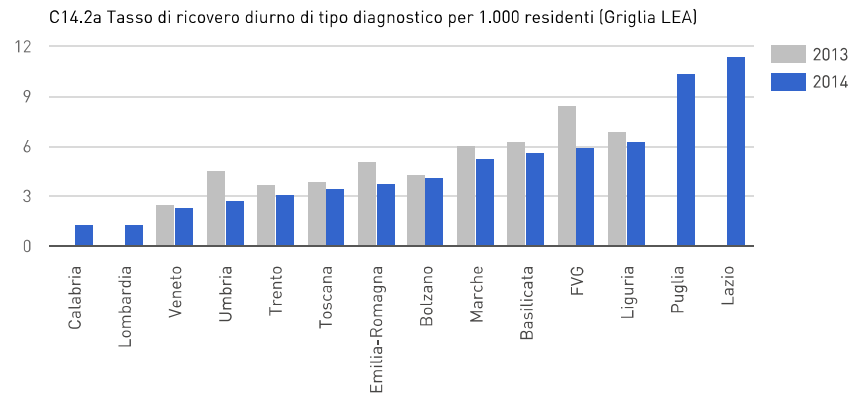
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





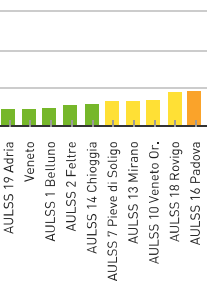
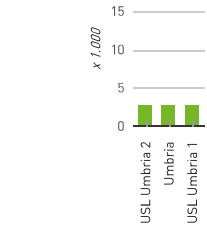
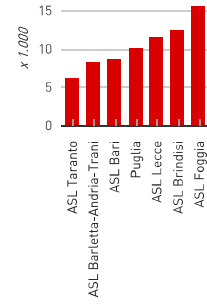
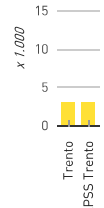
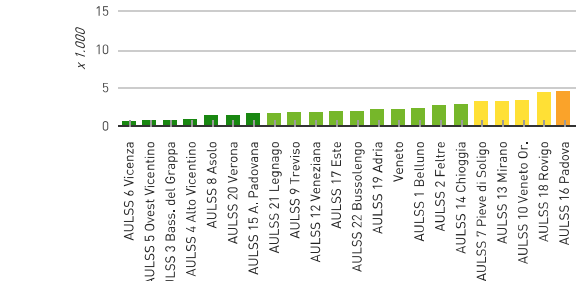
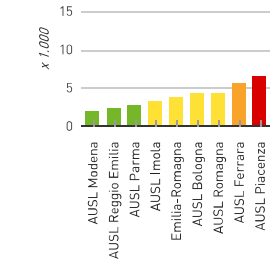
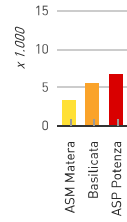
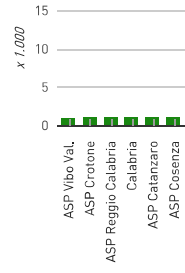
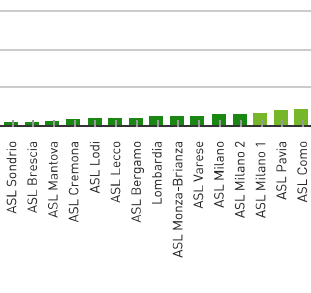
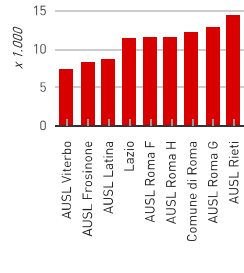
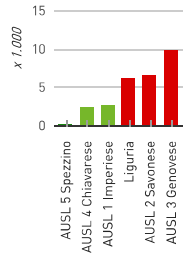
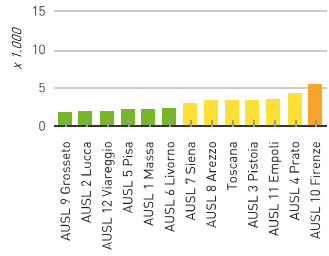
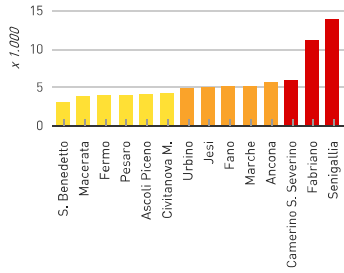
### C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

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



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti  |
| <b>Numeratore</b>   | N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica x 1.000   |
| <b>Denominatore</b> | N. di residenti   |
| <b>Note</b>         | Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione per ricovero di Day Hospital per acuti con finalità diagnostica. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico". Si escludono : - i codici 190.5-Tumori maligni della retina, V10.84-Anamnesi personale di tumore maligno dell'occhio, V16.8-Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato, V42.1-Cuore sostituito da trapianto, 996.83-Complicazioni di trapianto di cuore, V42.6-Polmone sostituito da trapianto, 996.84-Complicazioni di trapianto di polmone da qualsiasi diagnosi - la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro" - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580-Sessione di radioterapia, V581-Chemioterapia e immunoterapia antineoplastica) - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - I deceduti. |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO  |

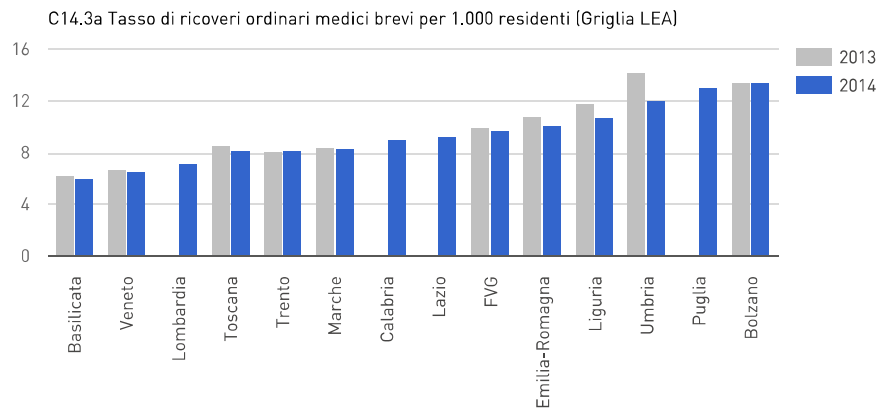




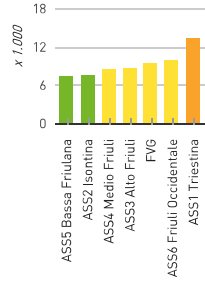
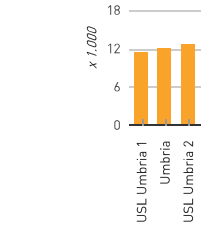
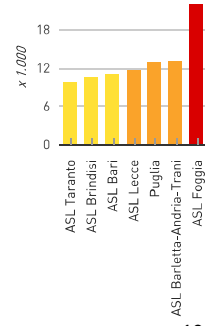
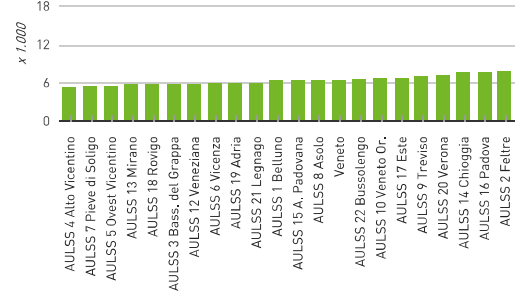
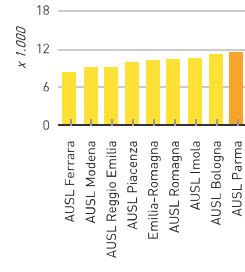
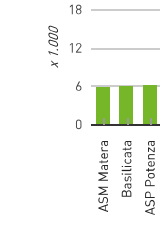
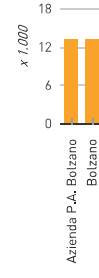
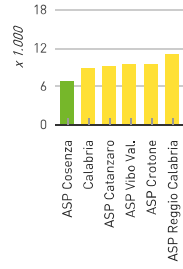
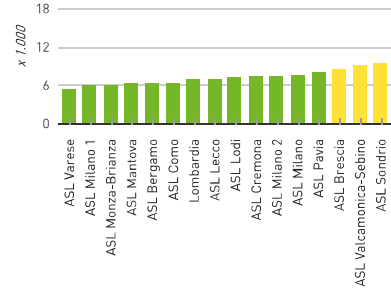
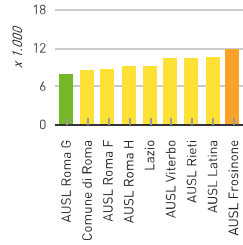
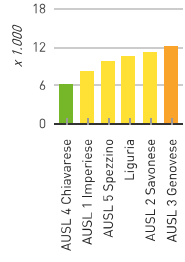
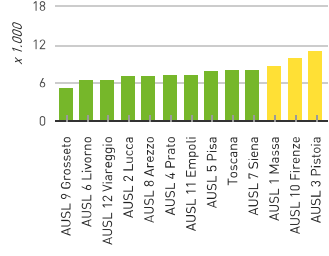
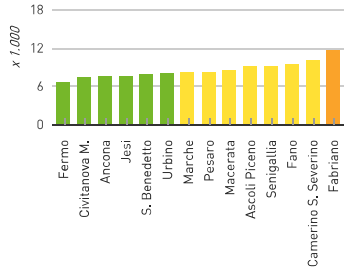


### C14.3a Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti (Griglia LEA)

Un ricovero medico breve (0-2 giorni) è, spesso, un ricovero evitabile, realizzato in contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi (Patto per la Salute 2010-2012).



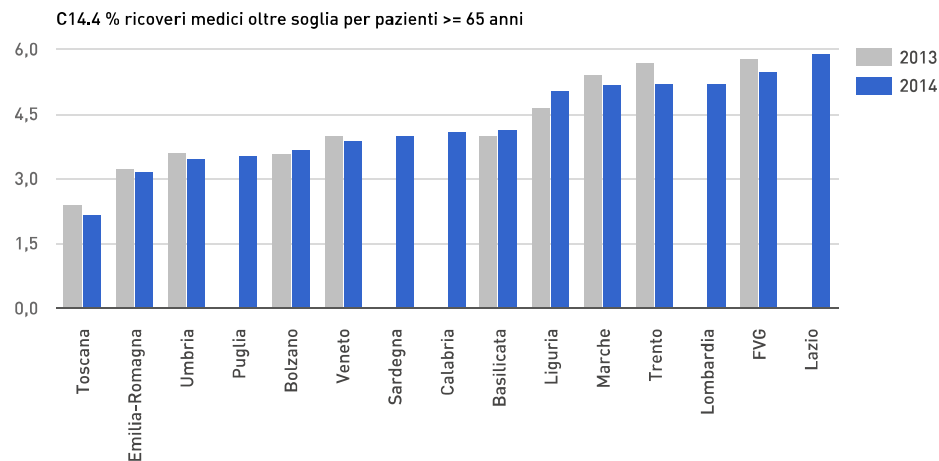
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti  |
| <b>Numeratore</b>   | N. di ricoveri ordinari medici brevi x 1.000  |
| <b>Denominatore</b> | N. residenti  |
| <b>Note</b>         | Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti - i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali (codice ICD9-CM 88.41 in procedura principale o secondarie) - i dimessi con terapia radio metabolica (codici ICD9-CM 9227, 9228, 9229 in procedura principale e secondarie) e diagnosi di tumore (codici ICD9-CM da 140 a 239, V58.0 in diagnosi principale e secondarie) |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO  |



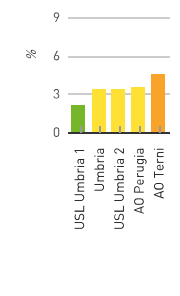
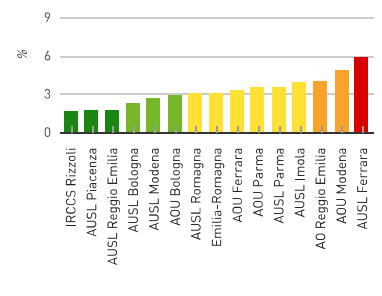
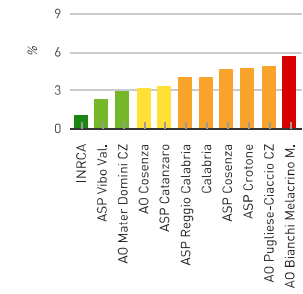
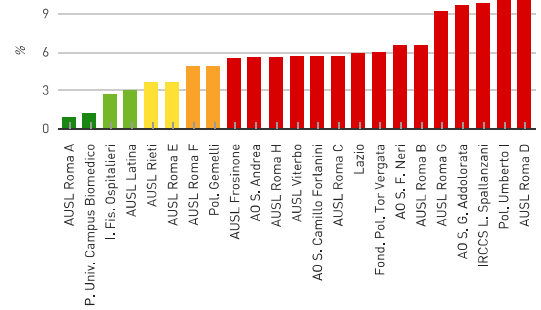
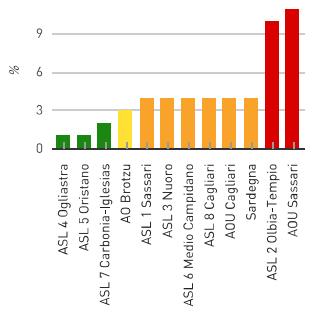
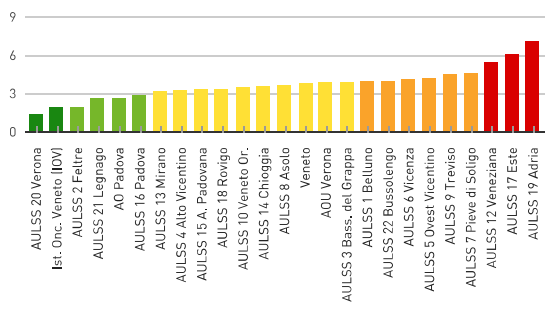
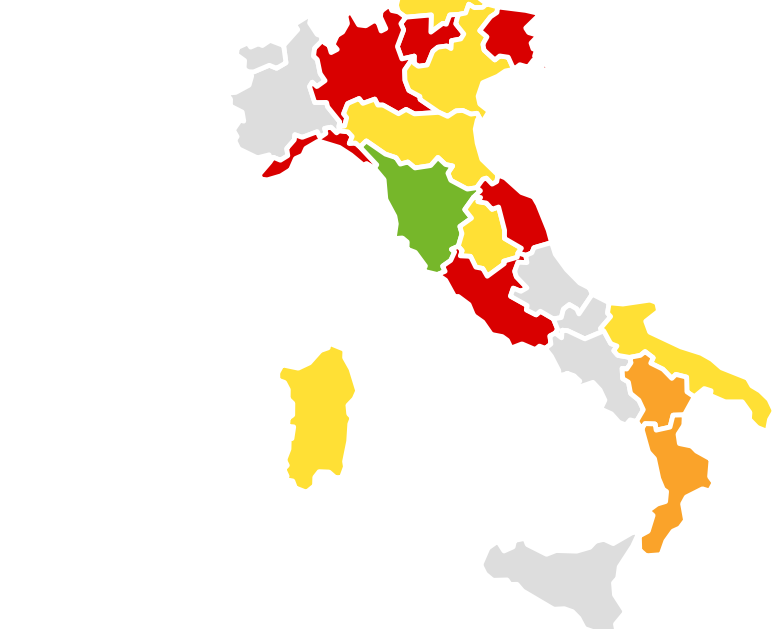
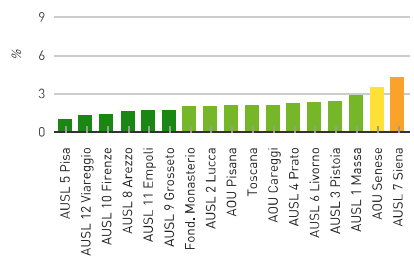
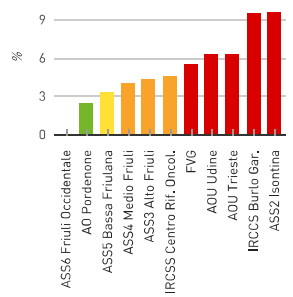
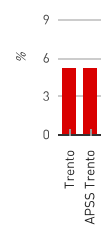
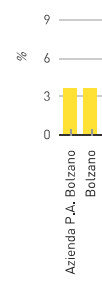
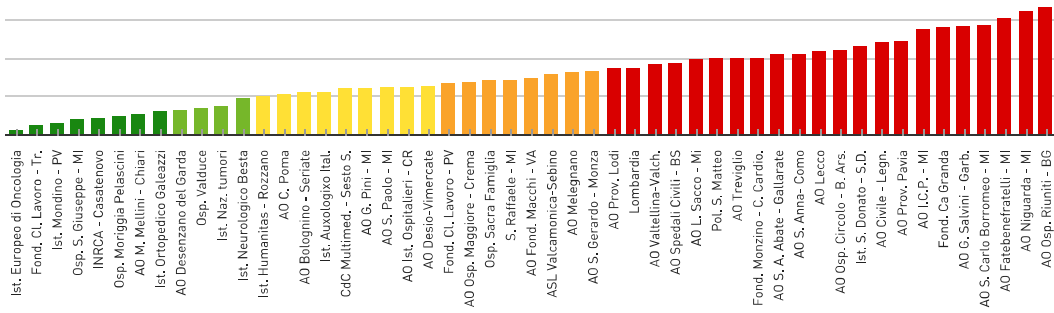
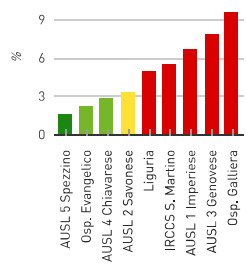


### C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni

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



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





## C4 Appropriatazza chirurgica

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

### C4 Appropriatazza chirurgica [di valutazione]

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

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Appropriatezza chirurgica  |
| <b>Numeratore</b>   |  |
| <b>Denominatore</b> |  |
| <b>Note</b>         | <p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• C4.1 - % DRG medici da reparti chirurgici (40%)</li><li>• C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e RO 0-1 giorno (20%)</li><li>• C4.7 - DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in day-surgery (40%).</li></ul> <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p> |

**Lombardia**

Osp. Sacra Famiglia ●  
 Osp. Moriggia Pelascini ●  
 ASL Valcamonica-Sebino ●  
 Osp. S. Giuseppe - MI ●  
 Ist. Naz. tumori ●  
 Ist. Neurologico Besta ●  
 Pol. S. Matteo ●  
 Fond. Ca Granda ●  
 Fond. Monzino - C. Cardio. ●  
 S. Raffaele - MI ●  
 Fond. Cl. Lavoro - PV ●  
 Ist. Europeo di Oncologia ●  
 Ist. Humanitas - Rozzano ●  
 Ist. Ortopedico Galeazzi ●  
 Ist. S. Donato - S.D. ●  
 CdC Multimed. - Sesto S. ●  
 AO Fond. Macchi - VA ●  
 AO S. A. Abate - Gallarate ●  
 AO Osp. Circolo - B. Ars. ●  
 AO Spedali Civili - BS ●  
 AO M. Mellini - Chiari ●  
 AO Desenzano del Garda ●  
 AO Ist. Ospitalieri - CR ●  
 AO Osp. Maggiore - Crema ●  
 AO S. Anna- Como ●  
 AO Lecco ●  
 AO Osp. Riuniti - BG ●  
 AO Treviglio ●  
 AO Bolognino - Seriate ●  
 AO C. Poma ●  
 AO L. Sacco - Mi ●  
 AO Niguarda - MI ●  
 AO I.C.P. - MI ●  
 AO Fatebenefratelli - MI ●  
 AO S. Paolo - MI ●  
 AO G. Pini - MI ●  
 AO S. Carlo Borromeo - MI ●  
 AO Civile - Legn. ●  
 AO G. Salvini - Garb. ●  
 AO Melegnano ●  
 AO Desio-Vimercate ●  
 AO S. Gerardo - Monza ●  
 AO Prov. Lodi ●  
 AO Prov. Pavia ●  
 AO Valtellina-Valch. ●  
 Osp. Valduce ●

**Liguria**

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

**Toscana**

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

**Sardegna**

ASL 1 Sassari ●  
 ASL 2 Olbia-Tempio ●  
 ASL 3 Nuoro ●  
 ASL 4 Ogliastra ●  
 ASL 5 Oristano ●  
 ASL 6 Medio Campidano ●  
 ASL 7 Carbonia-Iglesias ●  
 ASL 8 Cagliari ●  
 AO Brotzu ●  
 AOU Sassari ●  
 AOU Cagliari ●

**Lazio**

AUSL Roma A ●  
 AUSL Roma B ●  
 AUSL Roma C ●  
 AUSL Roma D ●  
 AUSL Roma E ●  
 AUSL Roma F ●  
 AUSL Roma G ●  
 AUSL Roma H ●  
 AUSL Viterbo ●  
 AUSL Rieti ●  
 AUSL Latina ●  
 AUSL Frosinone ●  
 AO S. Camillo Forlanini ●  
 AO S. G. Addolorata ●  
 AO S. F. Neri ●  
 Osp. Bambino Gesù ●  
 Pol. Umberto I ●  
 I. Fis. Ospitalieri ●  
 AO S. Andrea ●  
 Fond. Pol. Tor Vergata ●

**Bolzano**

Azienda P.A. Bolzano ●

**Trento**

APSS Trento ●

**Calabria**

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

**Friuli Venezia Giulia**

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

**Marche**

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

**Puglia**

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

**Basilicata**

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

**Veneto**

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

**Emilia-Romagna**

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

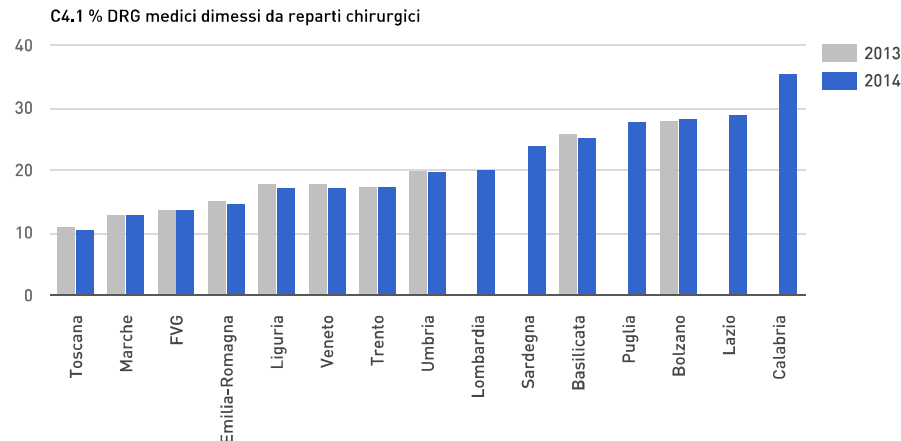
**Umbria**

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



### C4.1 % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

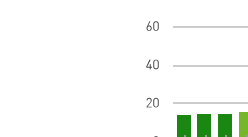
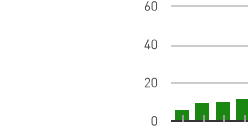
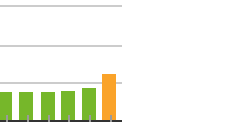
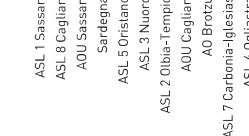
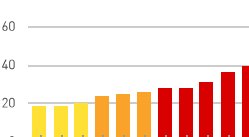
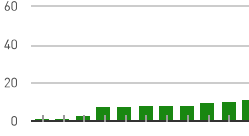
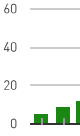
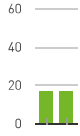
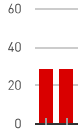
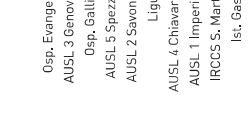
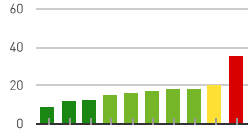
L'indicatore C4.1 rileva il grado di inappropriata organizzativa risultante dalla dimissione da un reparto chirurgico di un paziente con DRG medico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo di un posto letto in un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è necessario ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali ricoveri. Secondo le stime di riferimento, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, tendenzialmente, non dovrebbe superare il 20%. L'indicatore prevede due sottoindicatori, C4.1.1 e C4.1.2, rispettivamente relativi ai ricoveri ordinari ed ai ricoveri in day hospital. L'approfondimento disgiunto è dovuto al fatto che, all'interno di ogni azienda, il dato sull'inappropriata ha andamenti molto diversi tra i due regimi di ricovero, senza che sia stata rilevata alcuna evidente correlazione; dunque, per disporre di una fotografia più precisa, i due fenomeni sono stati analizzati singolarmente.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici   |
| <b>Numeratore</b>   | N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. di dimessi da reparti chirurgici   |
| <b>Note</b>         | <p>Le specialità chirurgiche selezionate sono:<br/>                     06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 48 nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)</li> <li>• i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)</li> <li>• i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 (Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata e non complicata)</li> <li>• le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95</li> <li>• i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.</li> </ul> |

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

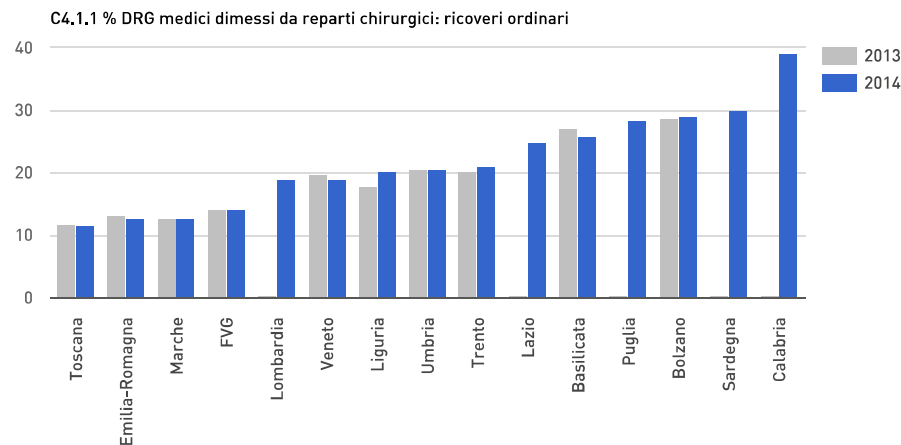






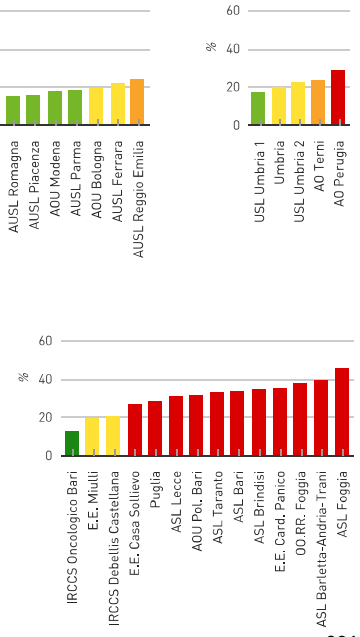
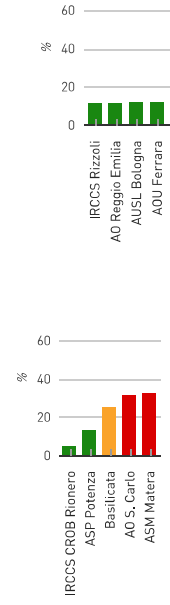
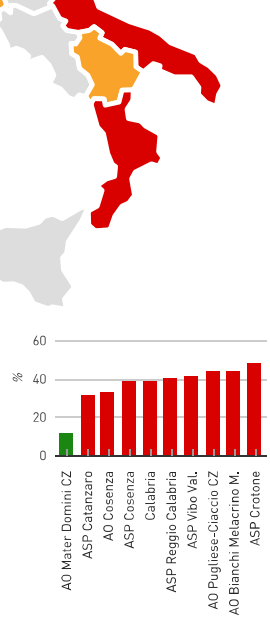
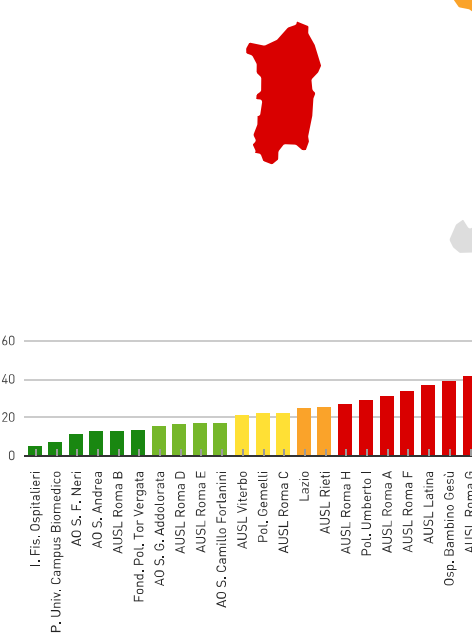
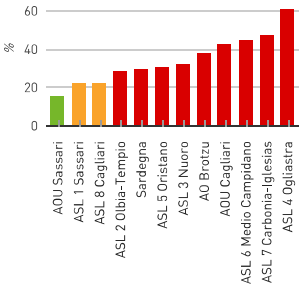
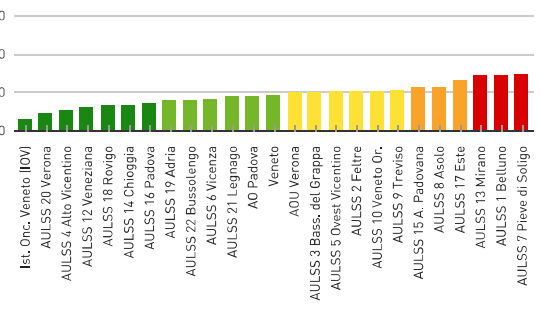
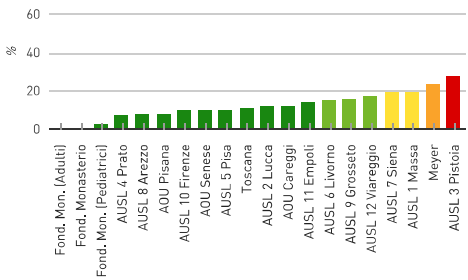
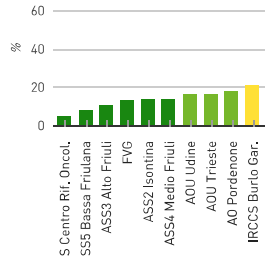
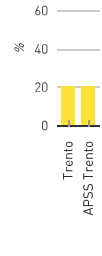
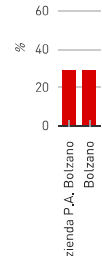
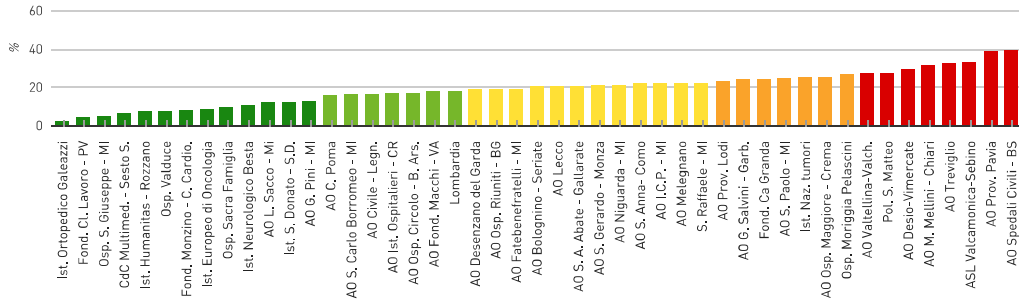
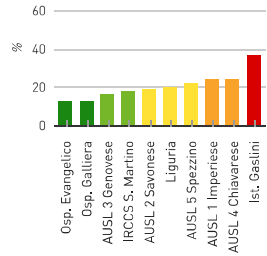
### C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

L'indicatore misura la quota di ricoveri ordinari con DRG medico (compresa la One Day Surgery) effettuati nelle discipline di chirurgia. Tali ricoveri, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari   |
| <b>Numeratore</b>   | N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari   |
| <b>Note</b>         | <p>Le specialità chirurgiche selezionate sono:<br/>                     06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 48 Nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery.<br/>                     Si considera inclusa la One Day-Surgery.<br/>                     Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)</li> <li>• i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)</li> <li>• i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125</li> <li>• le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95</li> <li>• i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.</li> </ul> |

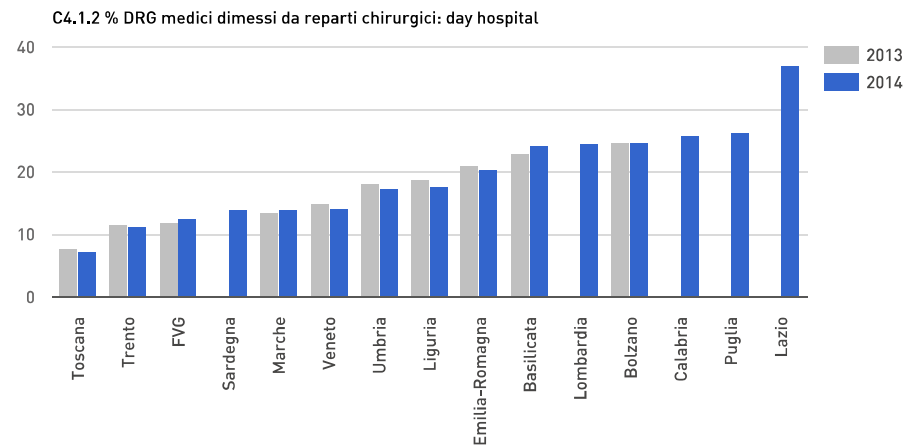
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





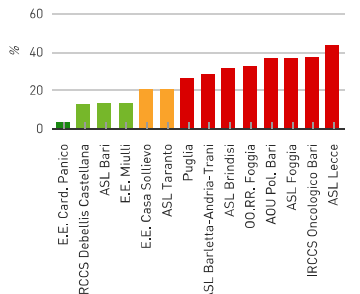
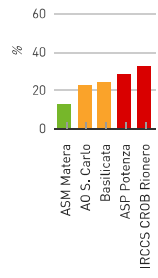
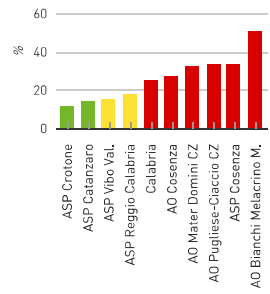
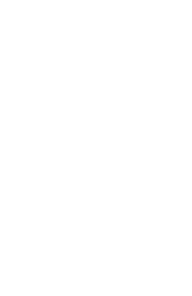
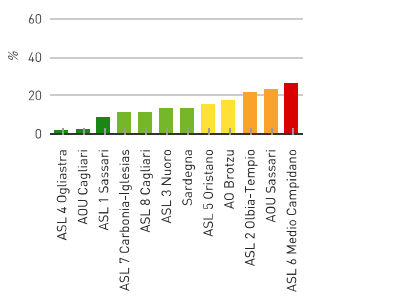
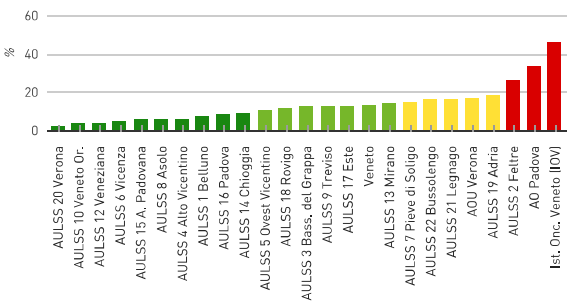
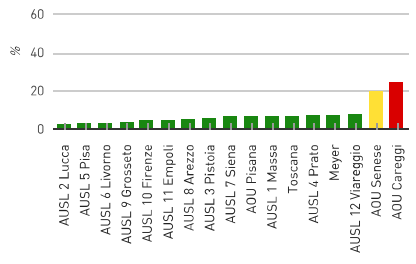
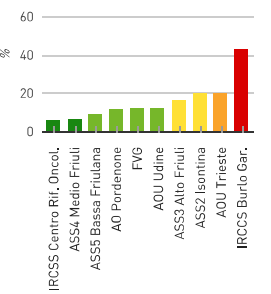
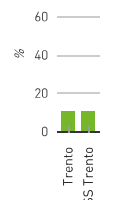
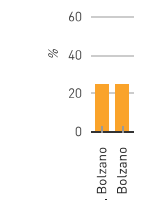
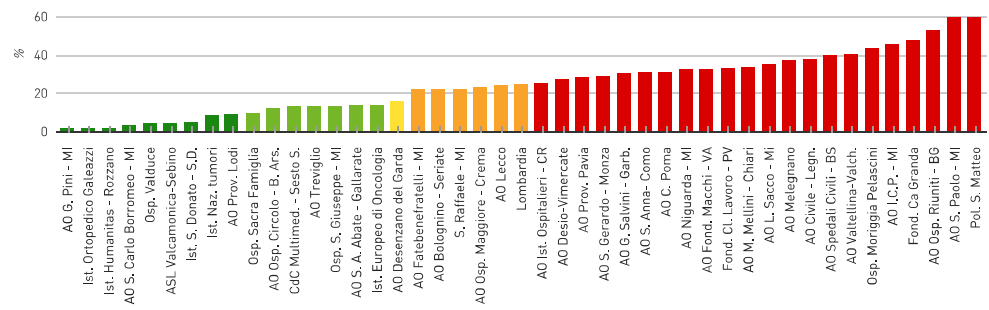
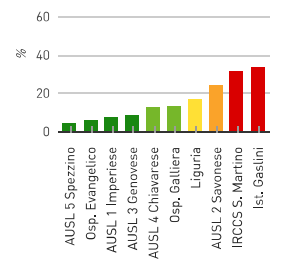
### C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital

L'indicatore, oltre che per gli ordinari, viene calcolato anche per i ricoveri in Day Hospital in quanto si evidenziano andamenti molto diversi fra i due regimi di ricovero, senza che sia stata rilevata alcuna evidente correlazione.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital  |
| <b>Numeratore</b>   | N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital   |
| <b>Denominatore</b> | N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital  |
| <b>Note</b>         | <p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 48 Nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery.</p> <p>Si considera esclusa la One Day-Surgery.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)</li> <li>• i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile ), 124, 125</li> <li>• i ricoveri in One Day Surgery</li> <li>• le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95</li> <li>• i controlli successivi ad interventi per retinoblastoma:</li> <li>• Drg 048 e diagnosi principale 190.5,</li> <li>• Drg 411 e diagnosi principale V10.84 con procedura 95.03, 99.26 (in qualunque intervento)</li> <li>• i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico</li> </ul> |

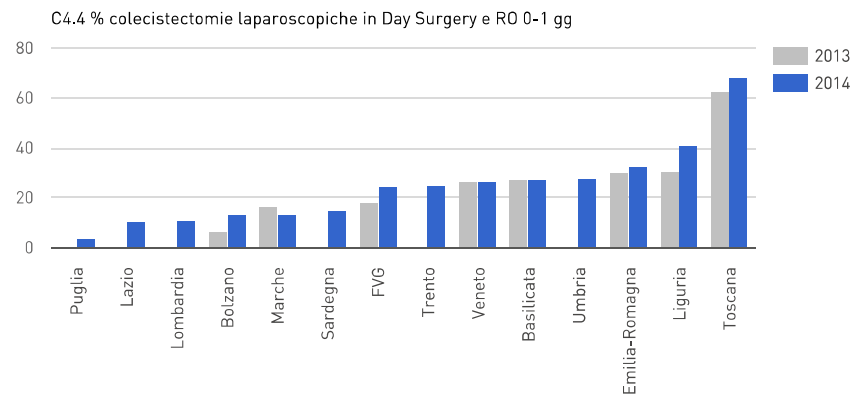
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



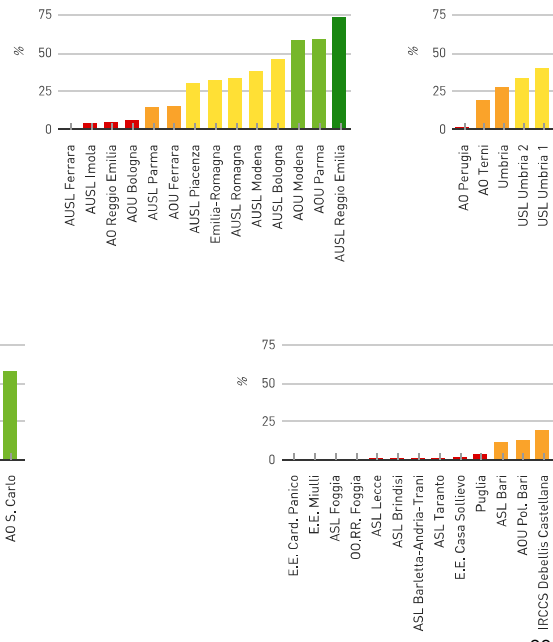
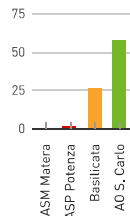
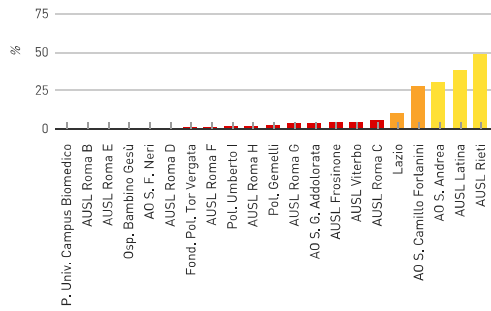
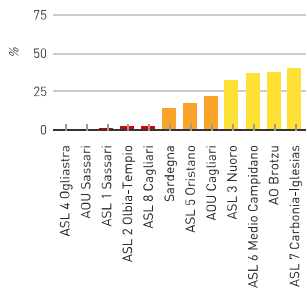
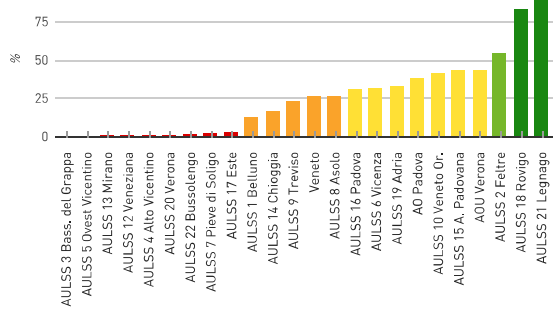
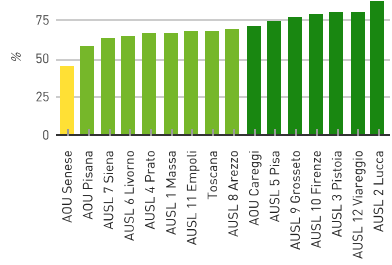
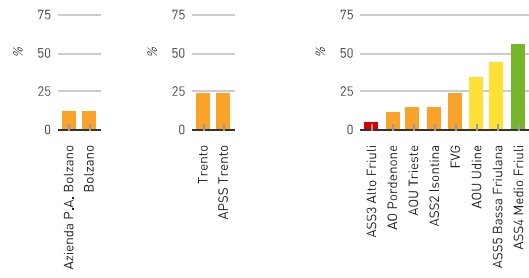
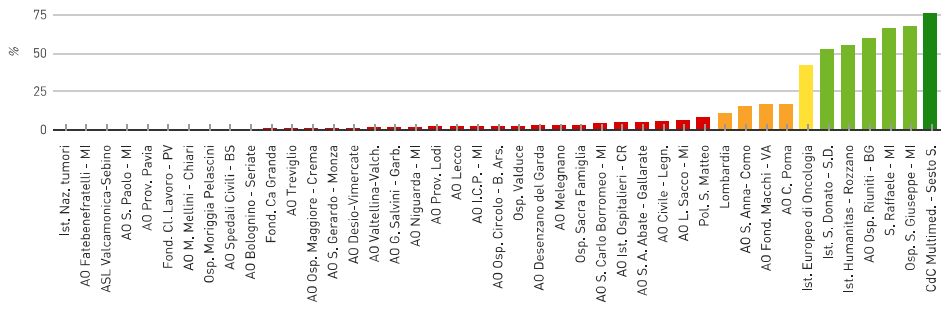
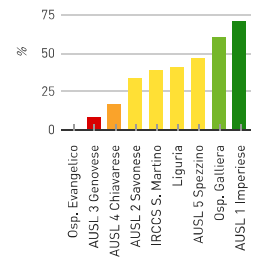


### C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg

In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. Al fine di garantire la massima precisione del dato, l'analisi è stata ristretta ai soli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate ad un ricovero in urgenza. (Calland et al 2001; Litwin, Mitchell 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).



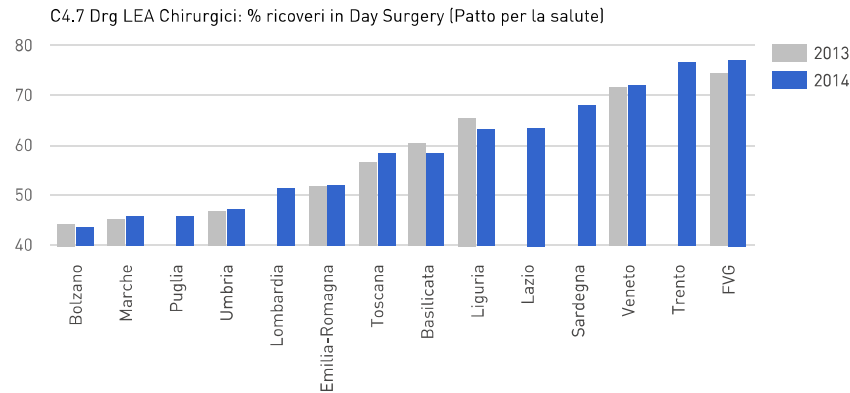
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno   |
| <b>Numeratore</b>   | N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100   |
| <b>Denominatore</b> | N. colecistectomie laparoscopiche   |
| <b>Note</b>         | L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione.<br>Codifica ICDIX-CM 51.23 in qualunque procedura chirurgica. |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO  |





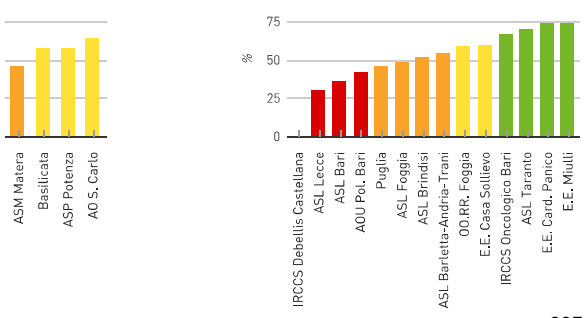
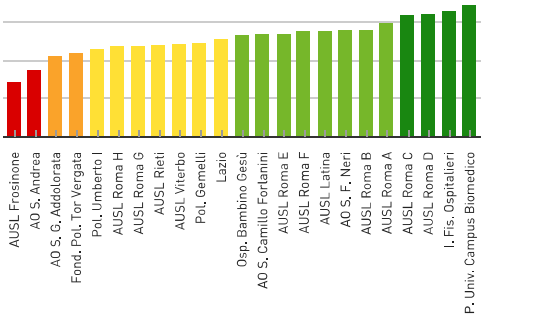
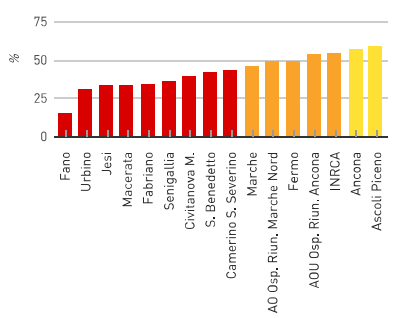
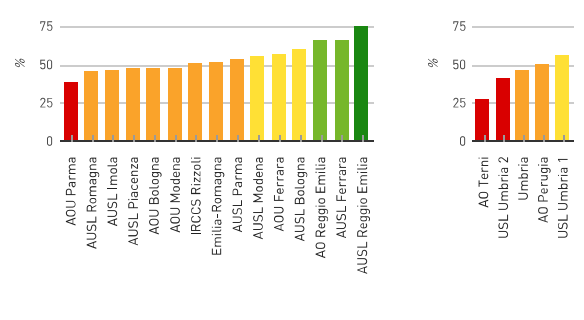
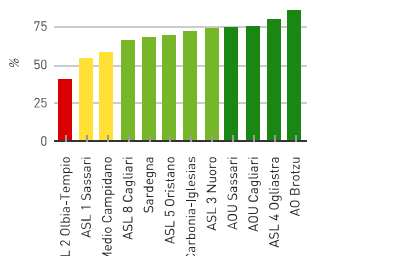
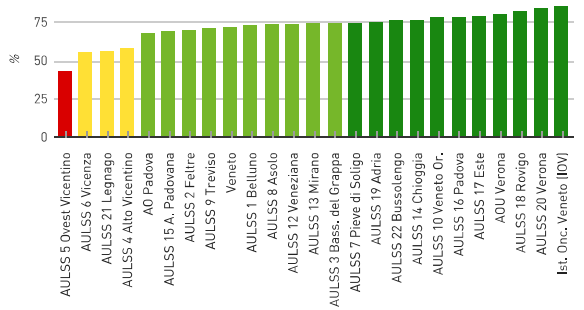
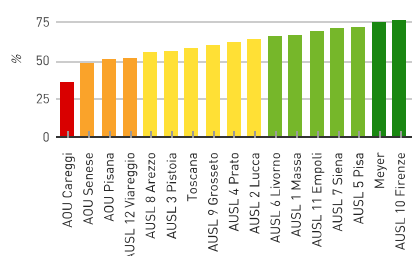
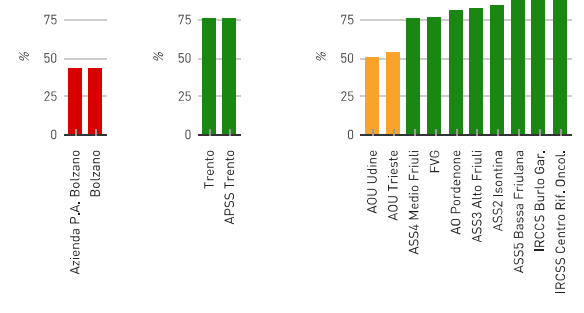
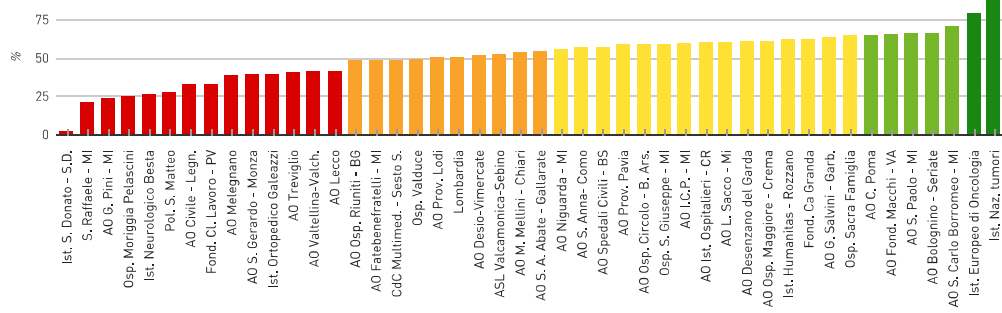
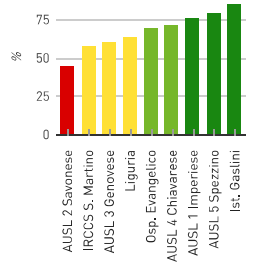
### C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100   |
| <b>Denominatore</b> | N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici  |
| <b>Note</b>         | <p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 267, 268, 270, 311, 315, 339, 340, 342, 343, 345, 359, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538.</p> <p>Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 006 – Decompressione del tunnel carpale</li> <li>• 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia</li> <li>• 119 – legature e stripping di vene</li> </ul> <p>Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno.</p> <p>Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione.</p> <p>Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore.</p> <p>Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)</p> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO   |







## C5 Qualità di processo

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

### C5 Qualità di processo [di valutazione]

- C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale [di valutazione]
- C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute) [di valutazione]
- C5.3 % prostatectomie transuretrali [di valutazione]
- C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia [di osservazione]
- C5.11 % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni [di osservazione]
- C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate [di osservazione]
- C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione [di valutazione]

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Qualità di processo   |
| <b>Numeratore</b>   |   |
| <b>Denominatore</b> |   |
| <b>Note</b>         | <p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• C5.1 Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni (20%)</li> <li>• C5.2 Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni (40%)</li> <li>• C5.3 Percentuale prostatectomie transuretrali (20%)</li> <li>• C16.7 Percentuale di ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (20%)</li> </ul> <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO  |

**Lombardia**

Osp. Sacra Famiglia  
 Osp. Moriggia Pelascini  
 ASL Valcamonica-Sebino  
 Osp. S. Giuseppe - MI  
 Ist. Naz. tumori  
 Pol. S. Matteo  
 Fond. Ca Granda  
 S. Raffaele - MI  
 Ist. Europeo di Oncologia  
 Ist. Humanitas - Rozzano  
 Ist. Ortopedico Galeazzi  
 Ist. S. Donato - S.D.  
 CdC Multimed. - Sesto S.  
 AO Fond. Macchi - VA  
 AO S. A. Abate - Gallarate  
 AO Osp. Circolo - B. Ars.  
 AO Spedali Civili - BS  
 AO M. Mellini - Chiari  
 AO Desenzano del Garda  
 AO Ist. Ospitalieri - CR  
 AO Osp. Maggiore - Crema  
 AO S. Anna- Como  
 AO Lecco  
 AO Osp. Riuniti - BG  
 AO Treviglio  
 AO Bolognino - Seriate  
 AO C. Poma  
 AO L. Sacco - Mi  
 AO Niguarda - MI  
 AO I.C.P. - MI  
 AO Fatebenefratelli - MI  
 AO S. Paolo - MI  
 AO G. Pini - MI  
 AO S. Carlo Borromeo - MI  
 AO Civile - Legn.  
 AO G. Salvini - Garb.  
 AO Melegnano  
 AO Desio-Vimercate  
 AO S. Gerardo - Monza  
 AO Prov. Lodi  
 AO Prov. Pavia  
 AO Valtellina-Valch.

**Liguria**

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

**Toscana**

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

**Sardegna**

ASL 1 Sassari  
 ASL 2 Olbia-Tempio  
 ASL 3 Nuoro  
 ASL 4 Ogliastra  
 ASL 5 Oristano  
 ASL 6 Medio Campidano  
 ASL 7 Carbonia-Iglesias  
 ASL 8 Cagliari  
 AO Brotzu  
 AOU Sassari

**Lazio**

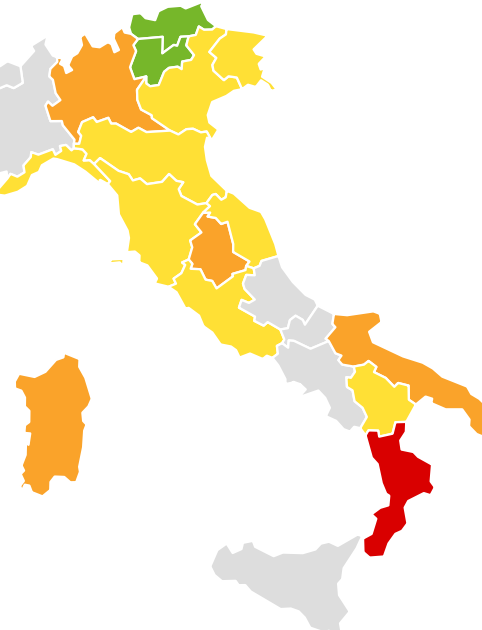
AUSL Roma A  
 AUSL Roma B  
 AUSL Roma C  
 AUSL Roma D  
 AUSL Roma E  
 AUSL Roma F  
 AUSL Roma G  
 AUSL Roma H  
 AUSL Viterbo  
 AUSL Rieti  
 AUSL Latina  
 AUSL Frosinone  
 AO S. Camillo Forlanini  
 AO S. G. Addolorata  
 AO S. F. Neri  
 Osp. Bambino Gesù  
 Pol. Umberto I  
 I. Fis. Ospitalieri  
 AO S. Andrea  
 Fond. Pol. Tor Vergata  
 AO S. Camillo-Forlanini  
 AO S. Giovanni/Addolorata  
 AO S. F. Neri  
 Pol. Umberto I  
 I. Fis. Osp. Reg. Elena  
 AO S. Andrea  
 Pol. Tor Vergata

**Bolzano**

Azienda P.A. Bolzano

**Trento**

APSS Trento

**Calabria**

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

**Friuli Venezia Giulia**

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

**Marche**

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

**Puglia**

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

**Basilicata**

ASP Potenza  
 ASM Matera  
 AO S. Carlo

**Veneto**

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

**Emilia-Romagna**

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

**Umbria**

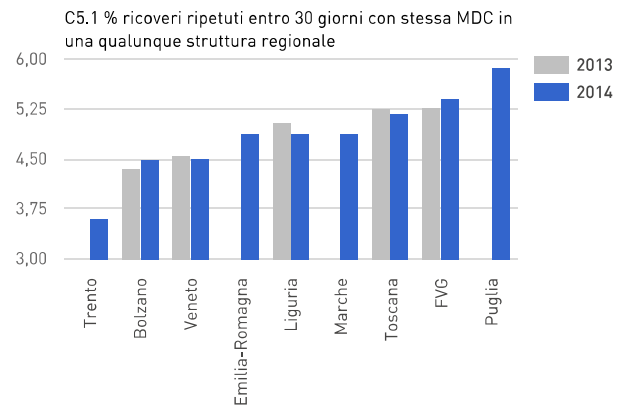
USL Umbria 1  
 USL Umbria 2  
 AO Perugia  
 AO Terni



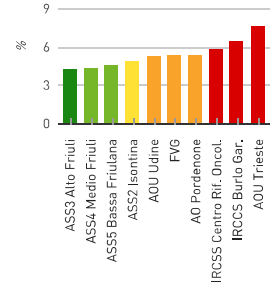
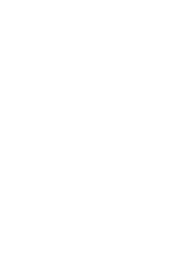
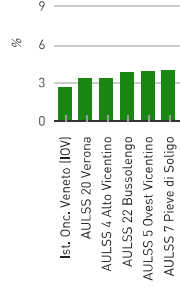
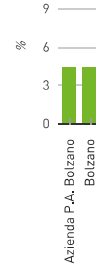
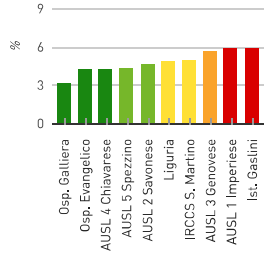
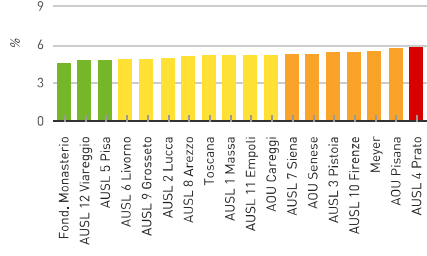
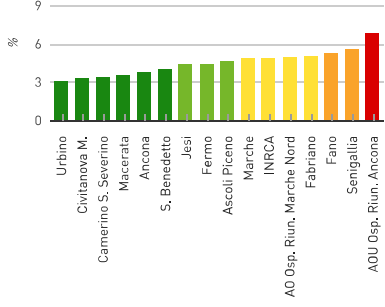


## C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale

Se adeguatamente curato, un paziente non dovrebbe rientrare in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione. L'indicatore misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato entro 30 giorni dal primo ricovero per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha curato il paziente.



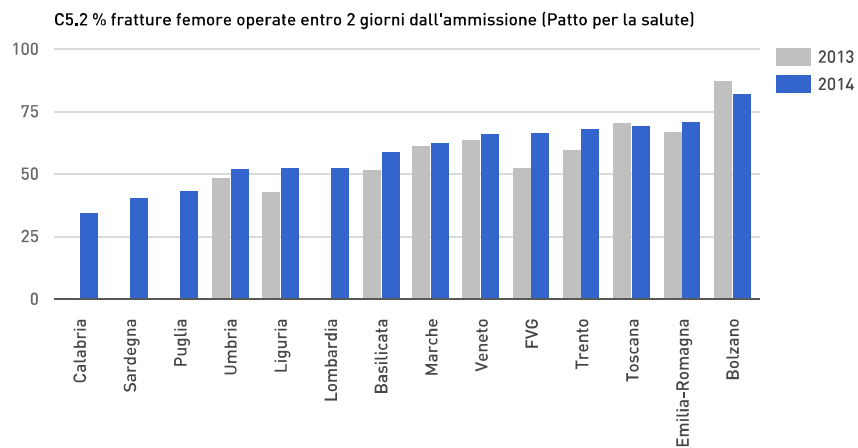
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 novembre entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic) x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. ricoveri dal 1 gennaio al 30 novembre   |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a pazienti residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p>Si considera ripetuto un qualsiasi ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione &lt;=30 giorni</p> <p>Non generano ricoveri ripetuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i ricoveri con modalità di dimissione volontaria;</li> <li>- i ricoveri con modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo.</li> </ul> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p> <p>Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con codice fiscale anonimo</li> <li>- con specialità di ammissione: psichiatria (codice 40)</li> <li>- con specialità di ammissione o dimissione: unità spinale, Recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuro-riabilitazione, e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)</li> <li>- relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492)</li> <li>- dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto</li> <li>- erogati da strutture private non accreditate.</li> </ul> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO   |





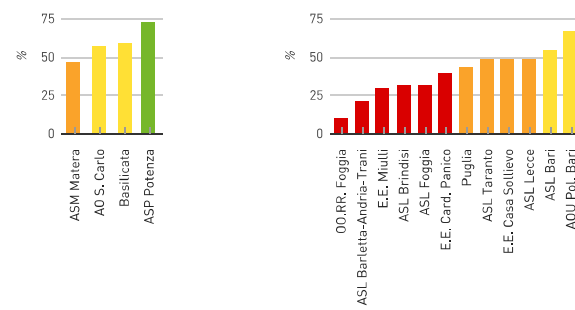
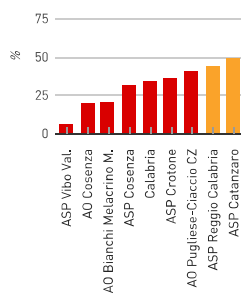
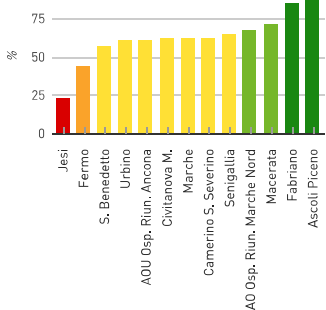
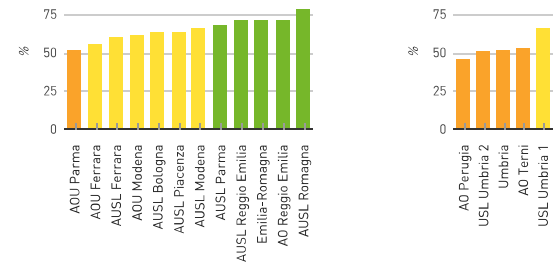
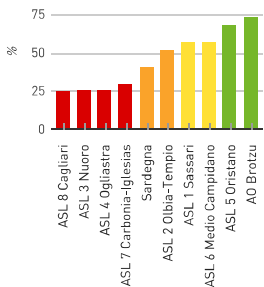
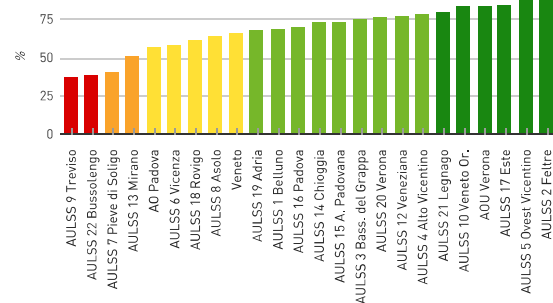
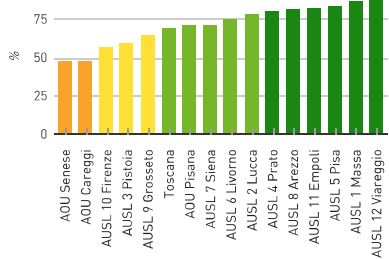
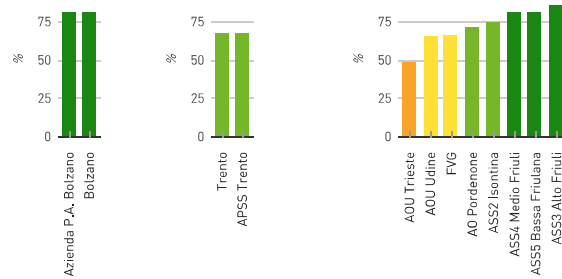
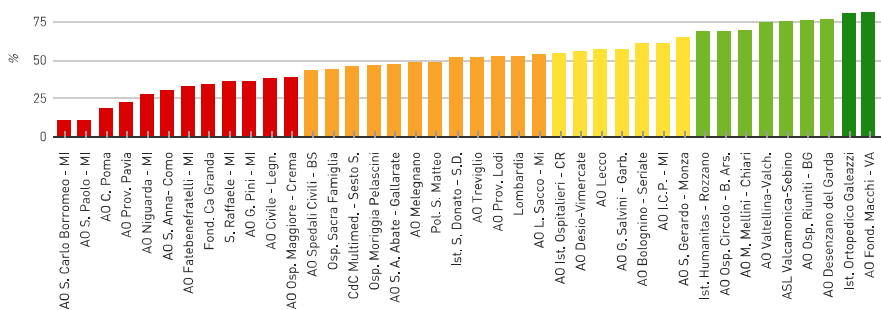
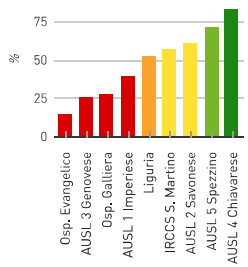
## C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute)

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



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

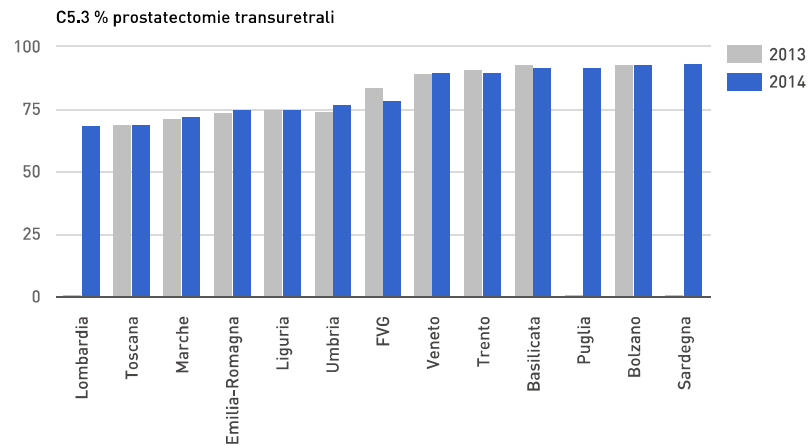
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





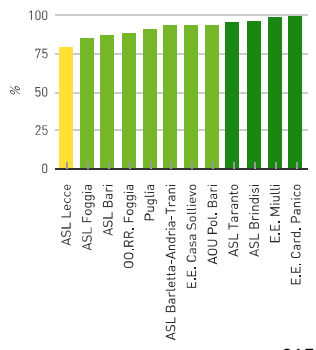
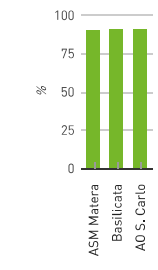
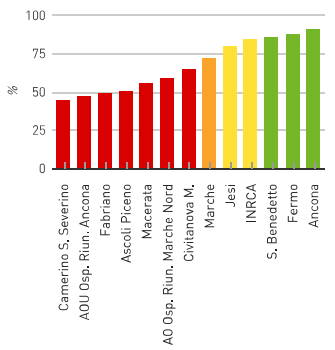
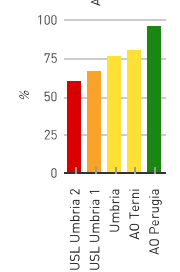
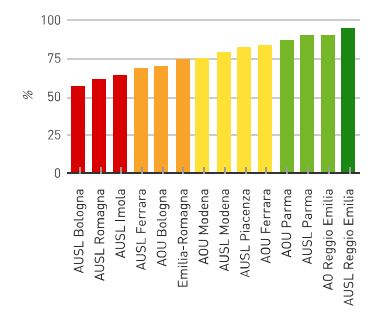
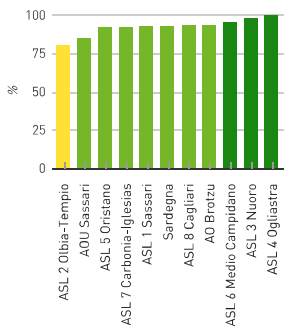
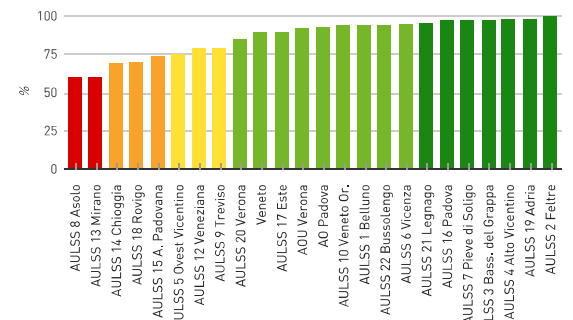
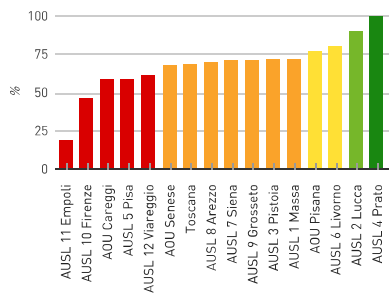
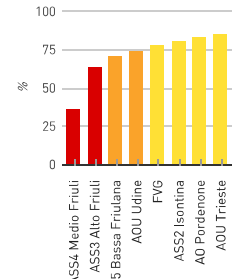
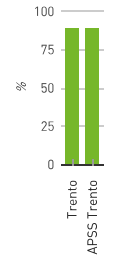
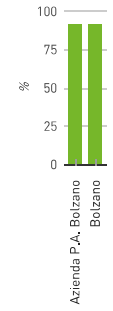
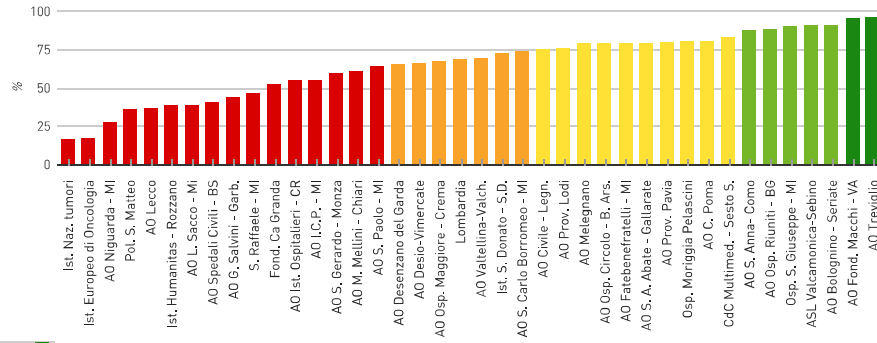
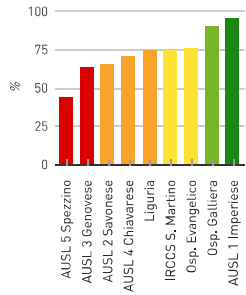
### C5.3 % prostatectomie transuretrali

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



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

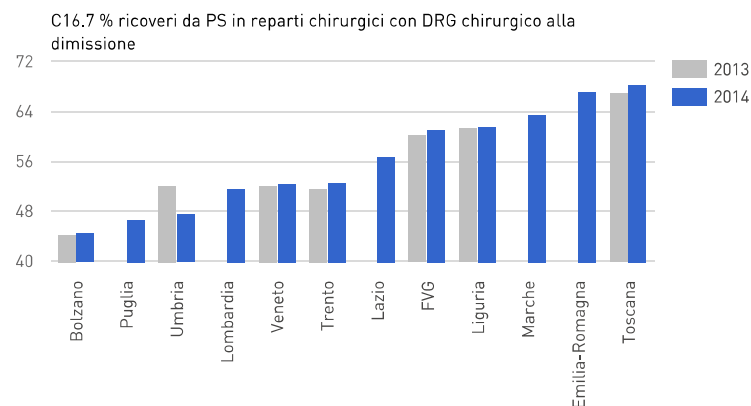




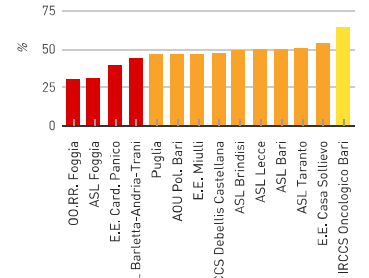
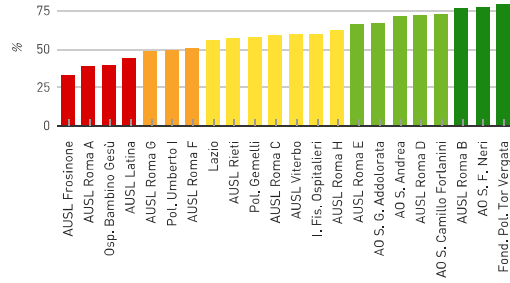
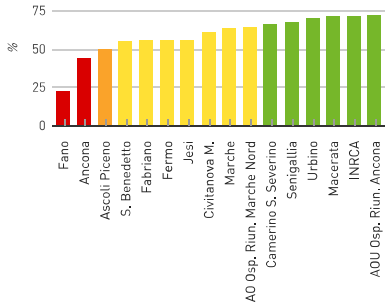
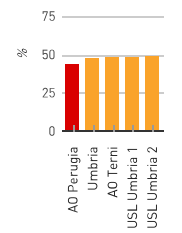
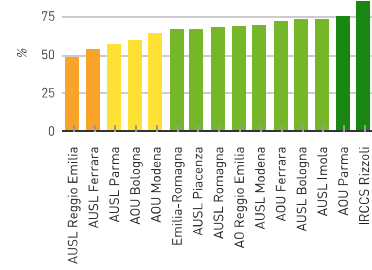
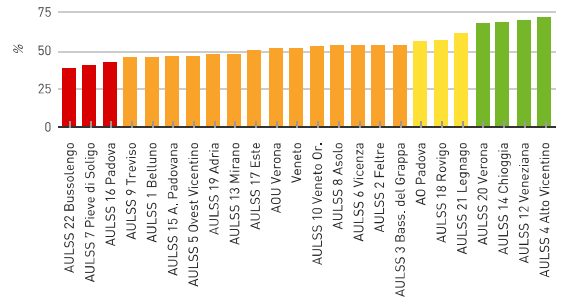
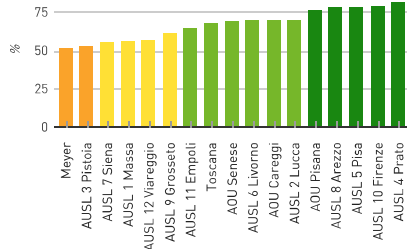
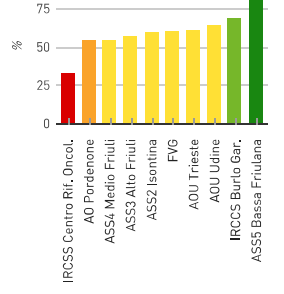
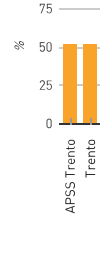
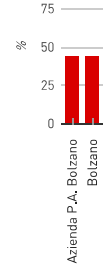
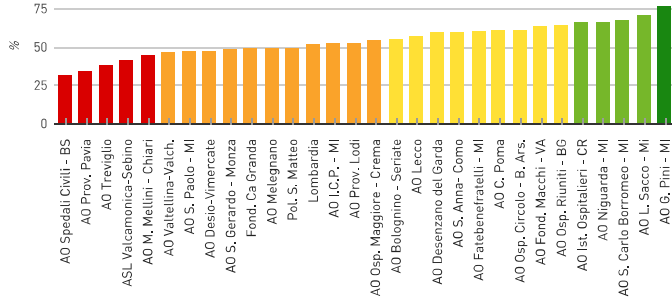
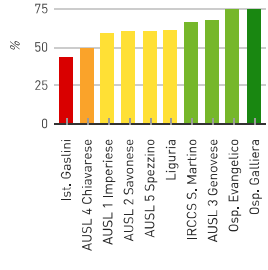


### C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

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



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





## C7 Materno infantile

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

### C7 Materno infantile [di valutazione]

- o C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) [di valutazione]
- o C7.1.2 Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson [di osservazione]
- o C7.1.3 Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson [di osservazione]
- o C7.1.4 Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati [di osservazione]
- o C7.2 Percentuale di parti indotti [di osservazione]
- o C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) [di valutazione]
- o C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [di valutazione]
- o C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum [di osservazione]
- o C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva [di osservazione]
- o C7.13.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva [di osservazione]
- o C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4 [di osservazione]
- o C7.14.1 Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4 [di osservazione]
- o C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica [di valutazione]
- o C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) [di valutazione]
- o C7.7.2 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-5 anni) [di osservazione]
- o C7.7.3 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (6-13 anni) [di osservazione]
- o C17.4 Volumi per parti [di valutazione]
- o C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti [di valutazione]
- o C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti [di valutazione]

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Materno infantile  |
| <b>Numeratore</b>   |  |
| <b>Denominatore</b> |  |
| <b>Note</b>         | <p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei sotto indicatori valutati (i pesi dei singoli sottoindicatori sono indicati in parentesi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• C7.1 % cesarei depurati (NTSV) (60%)</li> <li>• C7.3 % episiotomia depurate (NTSV) (6%)</li> <li>• C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (10%)</li> <li>• C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (8%)</li> <li>• C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (&lt; 1 anno) (6%)</li> <li>• C17.4.1 % ricoveri sopra soglia per parti (5%)</li> <li>• C17.4.2 Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti (5%)</li> </ul> <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p> |

### Fonte

**Lombardia**

Osp. Sacra Famiglia ●  
 Osp. Moriggia Pelascini ●  
 ASL Bergamo ●  
 ASL Brescia ●  
 ASL Como ●  
 ASL Cremona ●  
 ASL Lecco ●  
 ASL Lodi ●  
 ASL Mantova ●  
 ASL Milano ●  
 ASL Milano 1 ●  
 ASL Milano 2 ●  
 ASL Monza-Brianza ●  
 ASL Pavia ●  
 ASL Sondrio ●  
 ASL Varese ●  
 ASL Valcamonica-Sebino ●  
 Osp. S. Giuseppe - MI ●  
 Pol. S. Matteo ●  
 Fond. Ca Granda ●  
 S. Raffaele - MI ●  
 AO Fond. Macchi - VA ●  
 AO S. A. Abate - Gallarate ●  
 AO Osp. Circolo - B. Ars. ●  
 AO Spedali Civili - BS ●  
 AO M. Mellini - Chiari ●  
 AO Desenzano del Garda ●  
 AO Ist. Ospitalieri - CR ●  
 AO Osp. Maggiore - Crema ●  
 AO S. Anna - Como ●  
 AO Lecco ●  
 AO Osp. Riuniti - BG ●  
 AO Treviglio ●  
 AO Bolognino - Seriate ●  
 AO C. Poma ●  
 AO L. Sacco - Mi ●  
 AO Niguarda - MI ●  
 AO I.C.P. - MI ●  
 AO Fatebenefratelli - MI ●  
 AO S. Paolo - MI ●  
 AO S. Carlo Borromeo - MI ●  
 AO Civile - Legn. ●  
 AO G. Salvini - Garb. ●  
 AO Melegnano ●  
 AO Desio-Vimercate ●  
 AO Prov. Lodi ●  
 AO Prov. Pavia ●  
 AO Valtellina-Valch. ●  
 Osp. Valduce ●

**Liguria**

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

**Toscana**

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

**Lazio**

AUSL Roma A ●  
 AUSL Roma B ●  
 AUSL Roma C ●  
 AUSL Roma D ●  
 AUSL Roma E ●  
 AUSL Roma F ●  
 AUSL Roma G ●  
 AUSL Roma H ●  
 AUSL Viterbo ●  
 AUSL Rieti ●  
 AUSL Latina ●  
 AUSL Frosinone ●  
 AO S. Camillo-Forlanini ●  
 AO S. Giovanni/Addolorata ●  
 AO S. F. Neri ●  
 Pol. Umberto I ●

**Bolzano**

Azienda P.A. Bolzano ●

**Trento**

APSS Trento ●

**Calabria**

ASP Cosenza ●  
 ASP Crotona ●  
 ASP Catanzaro ●  
 ASP Vibo Val. ●  
 ASP Reggio Calabria ●

**Friuli Venezia Giulia**

ASS1 Triestina ●  
 ASS2 Isoncina ●  
 ASS3 Alto Friuli ●  
 ASS4 Medio Friuli ●  
 ASS5 Bassa Friulana ●  
 ASS6 Friuli Occidentale ●  
 IRCCS Burlo Gar. ●  
 AO Pordenone ●  
 AOU Udine ●

**Marche**

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

**Puglia**

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

**Basilicata**

ASP Potenza ●  
 ASM Matera ●  
 AO S. Carlo ●

**Veneto**

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

**Emilia-Romagna**

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

**Umbria**

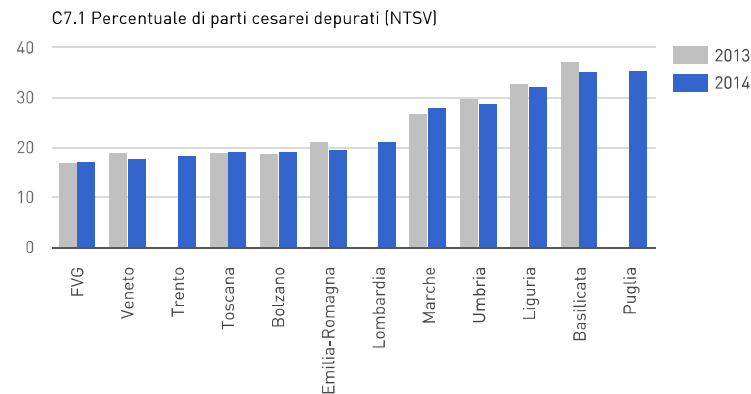
USL Umbria 1 ●  
 USL Umbria 2 ●  
 AO Perugia ●  
 AO Terni ●



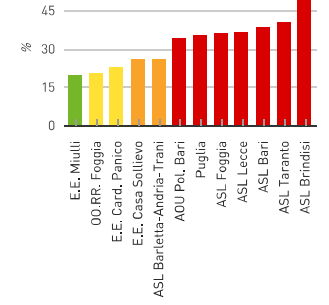
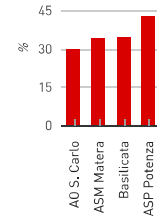
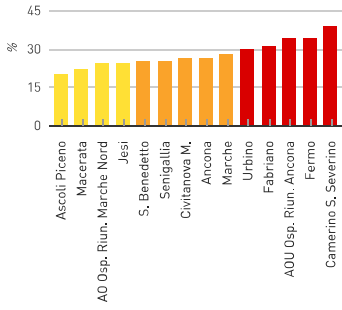
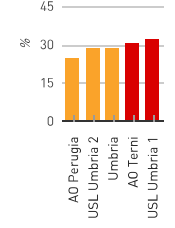
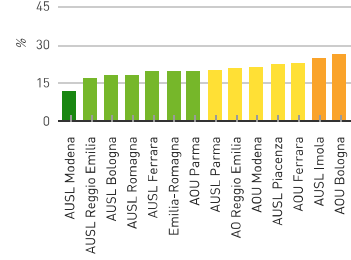
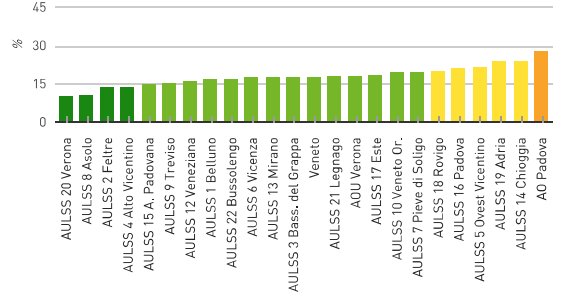
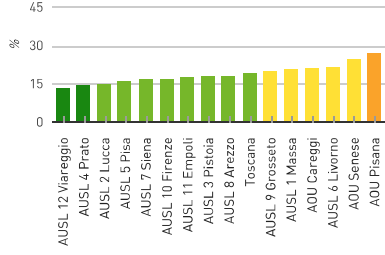
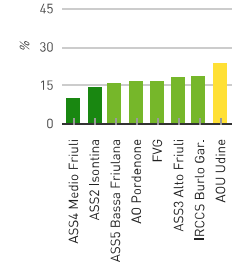
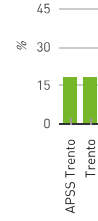
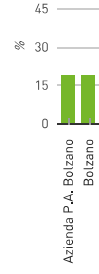
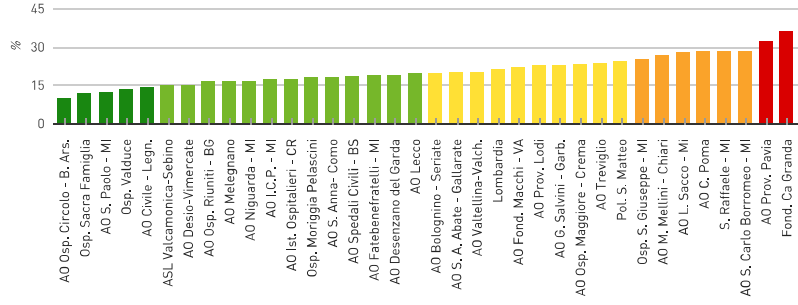
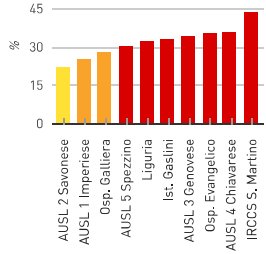


## C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

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



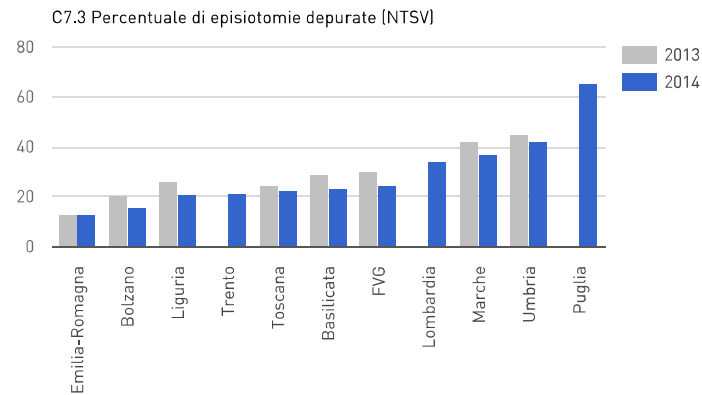
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100  |
| <b>Denominatore</b> | Numero di parti depurati (NTSV)  |
| <b>Note</b>         | <p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• donne primipare;</li> <li>• parto non gemellare;</li> <li>• parto a termine tra la 37+0 e la 41+6 settimana di amenorrea incluse;</li> <li>• bambino in posizione vertice.</li> </ul> <p>Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP   |





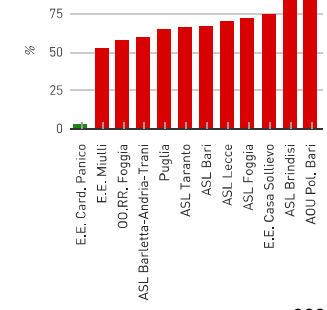
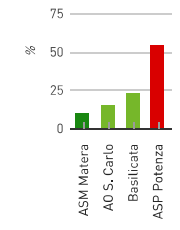
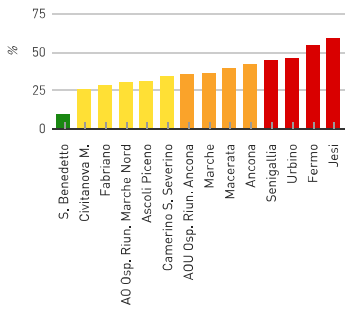
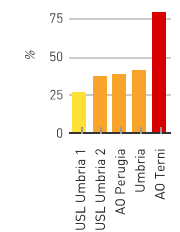
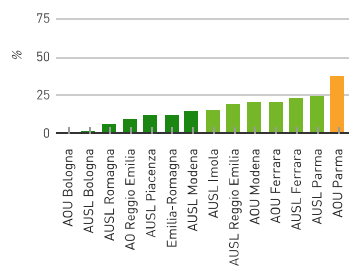
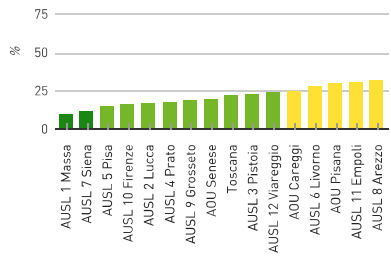
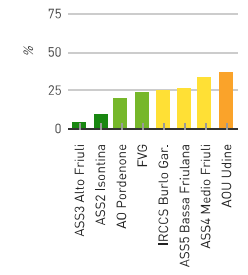
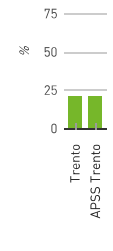
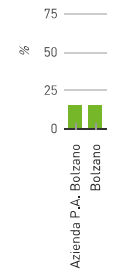
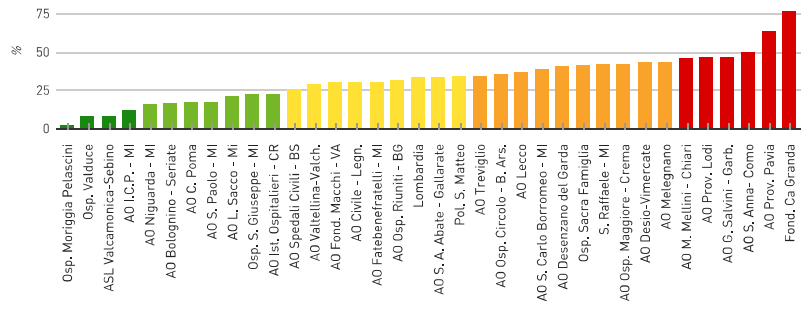
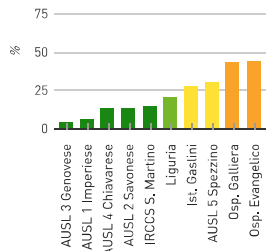
### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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].



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100   |
| <b>Denominatore</b> | Numero di parti vaginali depurati (NTSV)   |
| <b>Note</b>         | <p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• donne primipare,</li> <li>• parto a termine tra la 37+0 - 41+6 settimana di amenorrea incluse,</li> <li>• parto non gemellare,</li> <li>• bambino in posizione vertice</li> </ul> <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.<br/>                     Parto vaginale: parto vaginale non operativo, forcipe, ventosa e rivolgimento.<br/>                     Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia.</p> <p>Per le regioni senza il campo Episiotomia sul CEDAP si incrociano i dati con la SDO:<br/>                     Selezione dei ricoveri ordinari con DRG: 372-373-374-375<br/>                     Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: Episiotomia 72.1, 72.21, 72.31, 73.6<br/>                     Si escludono i parti podalici negli interventi principale o secondari: 72.5x, 72.6.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP; regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli, Umbria e P.A. Bolzano flussi CEDAP e SDO  |

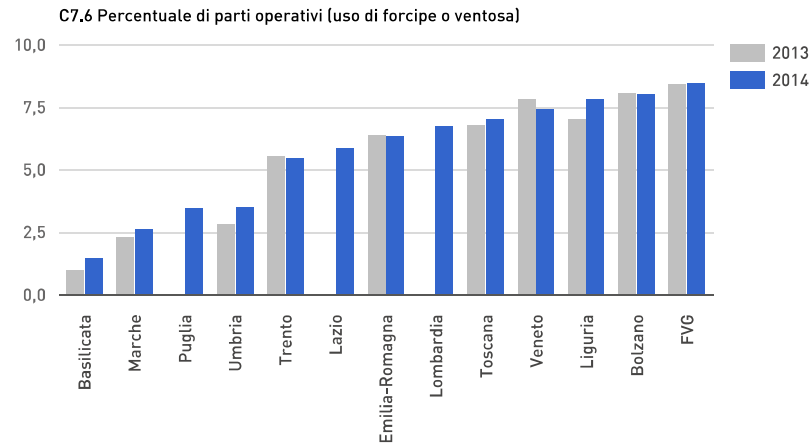






### C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

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



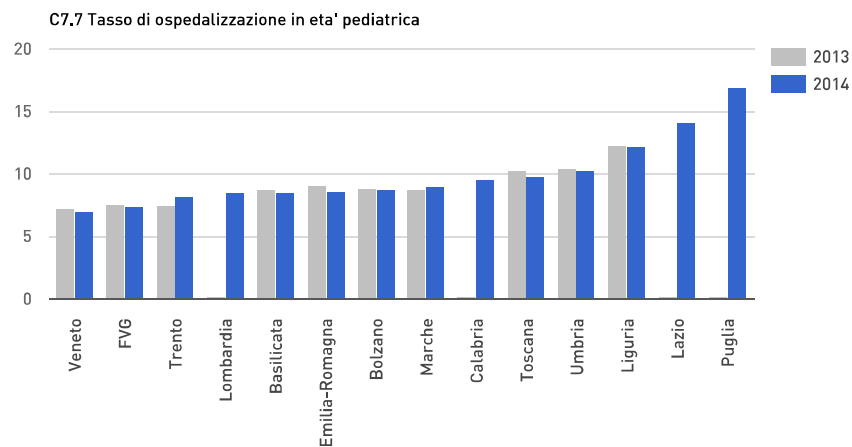
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe            |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100           |
| <b>Denominatore</b> | Numero parti vaginali   |
| <b>Note</b>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





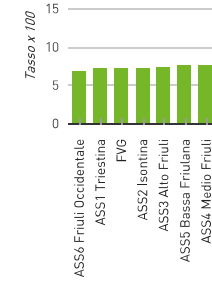
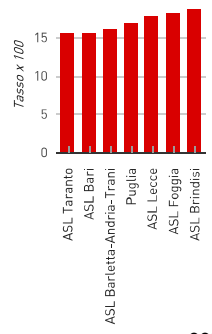
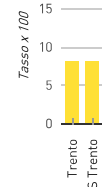
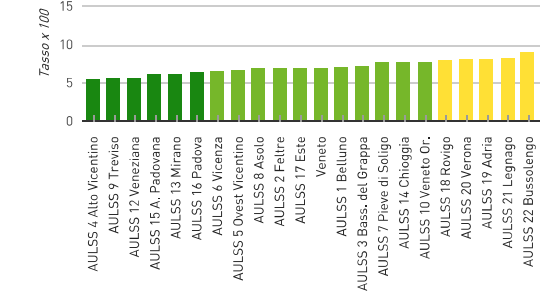
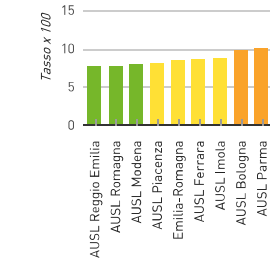
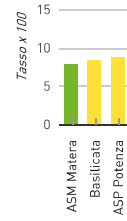
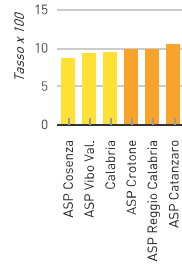
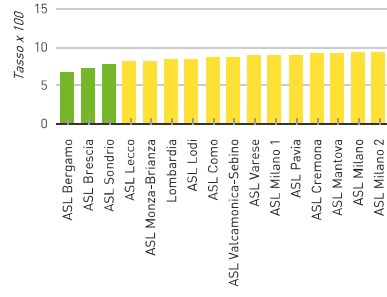
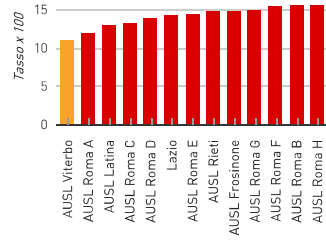
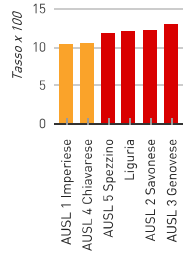
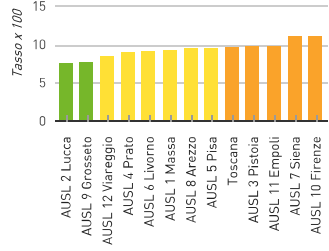
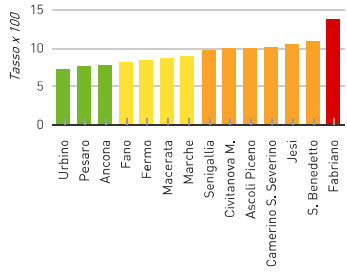
## C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

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



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

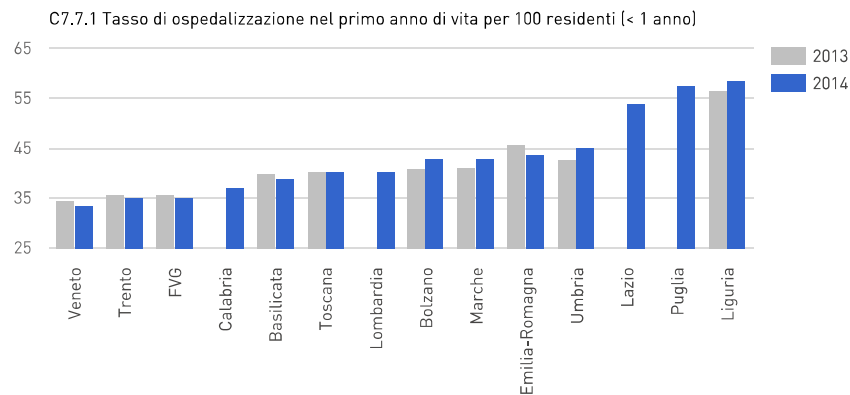
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



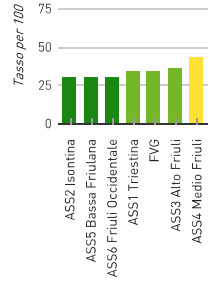
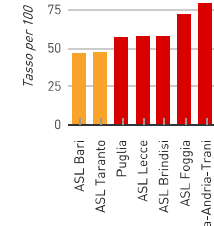
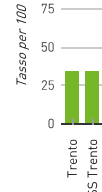
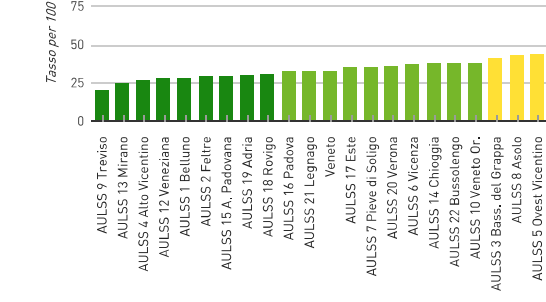
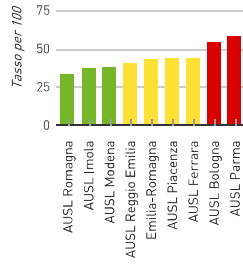
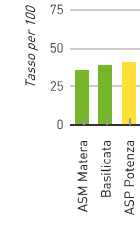
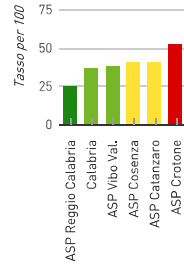
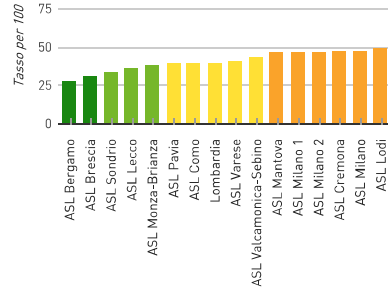
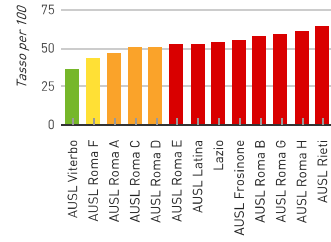
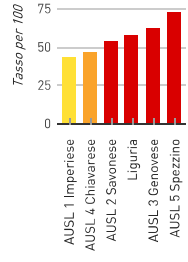
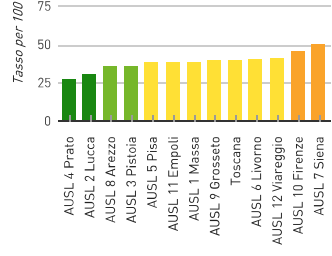
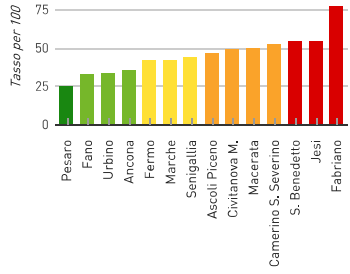


### C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

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



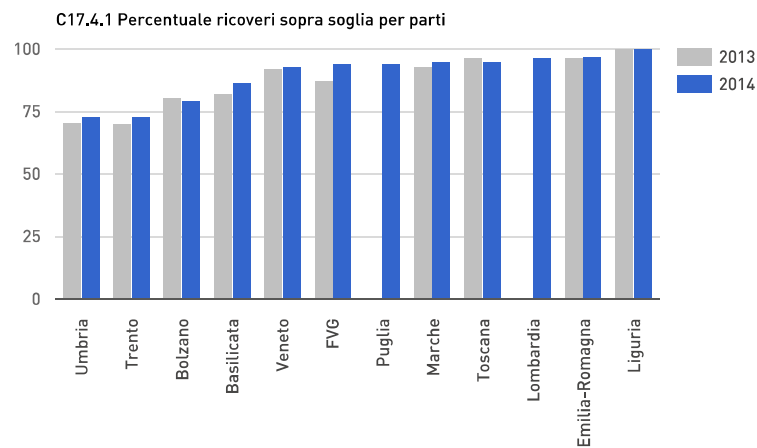
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno) x 100  |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione residente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





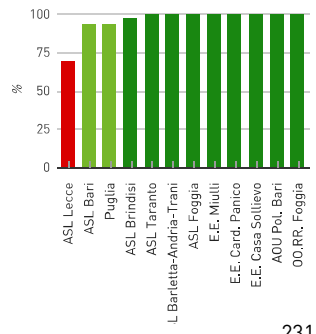
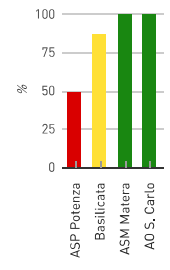
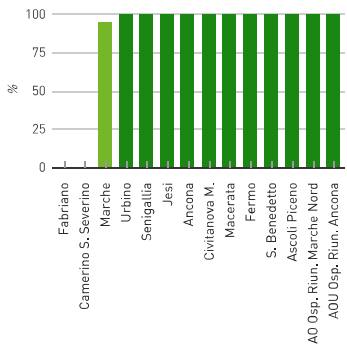
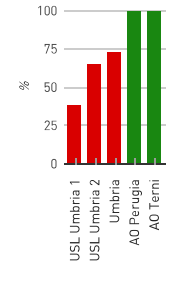
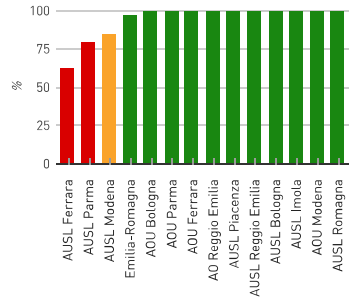
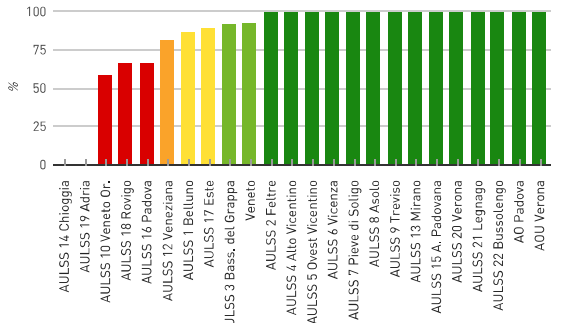
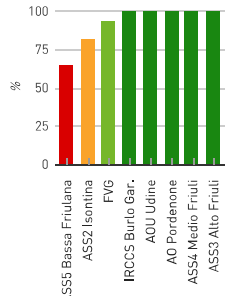
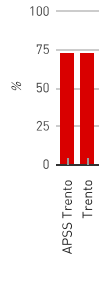
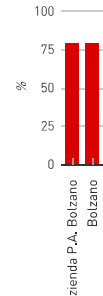
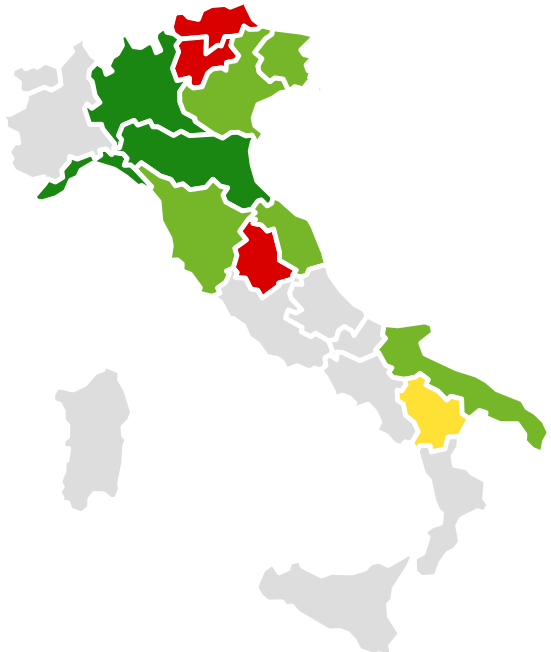
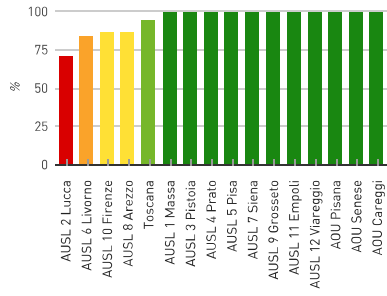
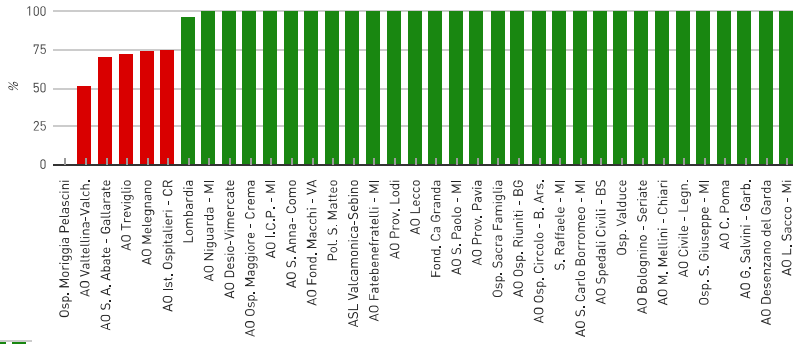
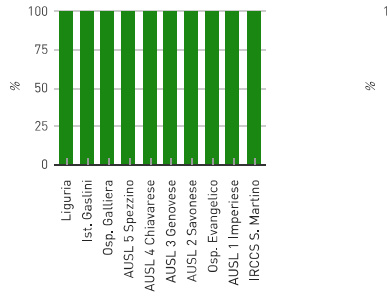
### C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti

Si valuta la percentuale di parti effettuati in punti nascita sopra la soglia rispetto al totale dei parti erogati da ciascun punto nascita.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale ricoveri sopra soglia per parti   |
| <b>Numeratore</b>   | N. parti in stabilimenti sopra soglia   |
| <b>Denominatore</b> | N. parti totali   |
| <b>Note</b>         | L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2012 Ed. 2013 (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui. |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO  |

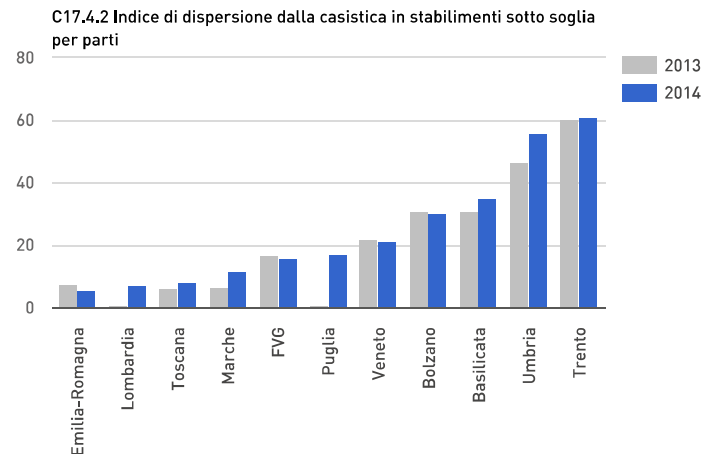




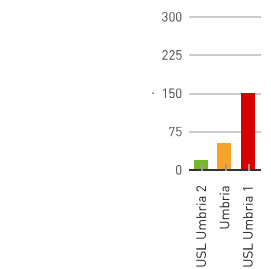
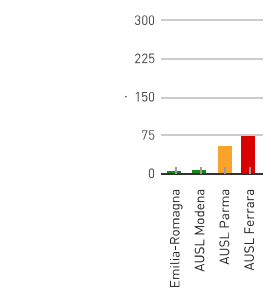
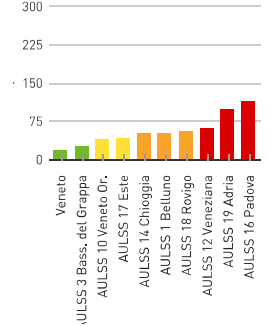
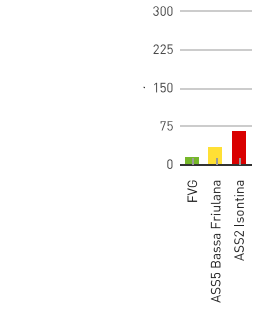
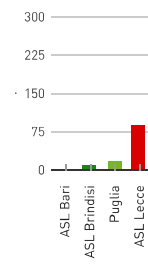
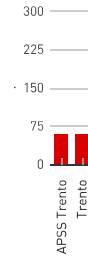
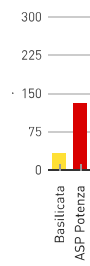
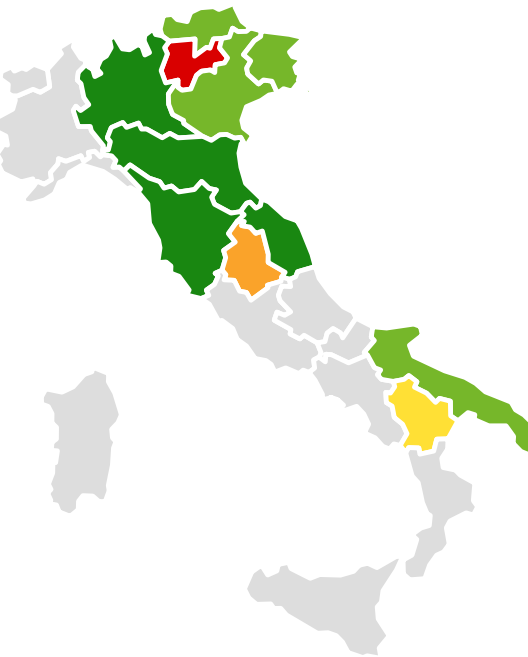
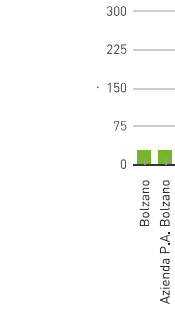
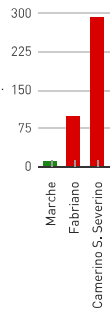
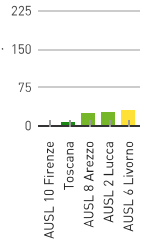
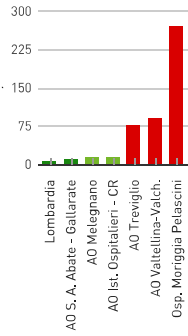


### C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti   |
| <b>Numeratore</b>   | Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun stabilimento moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione  |
| <b>Denominatore</b> | Radice quadrata del numero totale di stabilimenti sotto soglia   |
| <b>Note</b>         | L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2012 Ed. 2013 (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y = 1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui. |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO   |





## C8a Integrazione ospedale-territorio

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

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

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C8b.2, C8a.19.1 e C8a.19.2

### C8a Integrazione ospedale - territorio [di valutazione]

- C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti [di valutazione]
- C8a.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni [di osservazione]
- C8a.3 Tasso concepimento per minorenni [di osservazione]
- C11a.4.1 Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni) [di osservazione]
- C8a.19 Pediatria di base [di osservazione]
- C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) [di valutazione]
- C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni) [di valutazione]

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

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

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

- Lazio**
- Comune di Roma
  - AUSL Roma A
  - AUSL Roma B
  - AUSL Roma C
  - AUSL Roma D
  - AUSL Roma E
  - AUSL Roma F
  - AUSL Roma G
  - AUSL Roma H
  - AUSL Viterbo
  - AUSL Rieti
  - AUSL Latina
  - AUSL Frosinone

- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano

- Trento**
- APSS Trento

- Calabria**
- ASP Cosenza
  - ASP Crotona
  - ASP Catanzaro
  - ASP Vibo Val.
  - ASP Reggio Calabria

- Basilicata**
- ASP Potenza
  - ASM Matera

- Friuli Venezia Giulia**
- ASS1 Triestina
  - ASS2 Isontria
  - ASS3 Alto Friuli
  - ASS4 Medio Friuli
  - ASS5 Bassa Friulana
  - ASS6 Friuli Occidentale

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

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

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

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

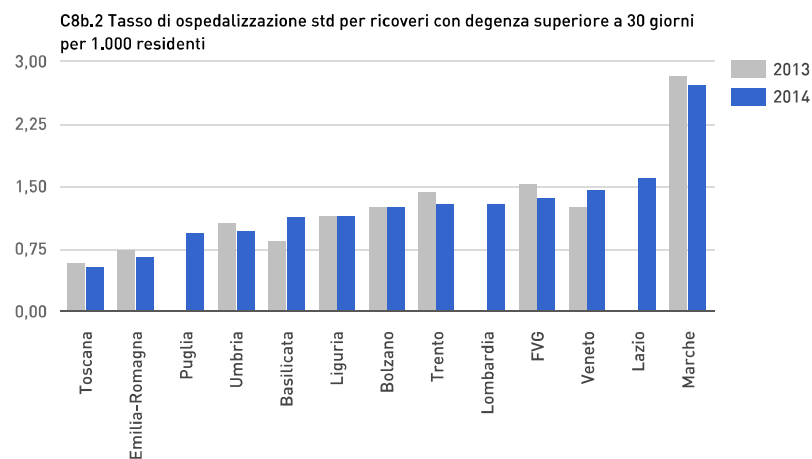
- Umbria**
- USL Umbria 1
  - USL Umbria 2



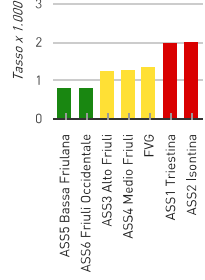
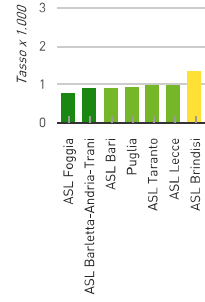
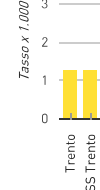
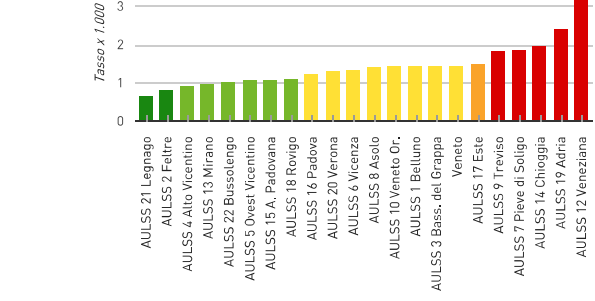
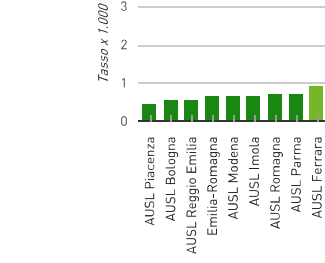
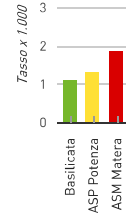
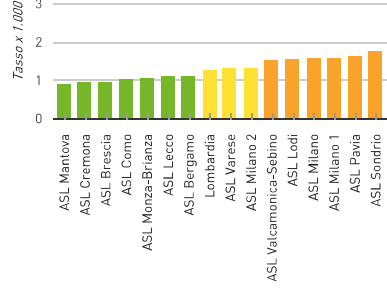
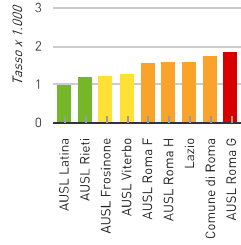
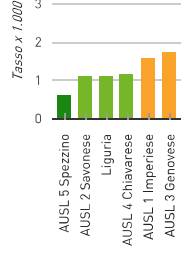
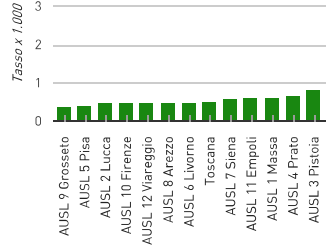
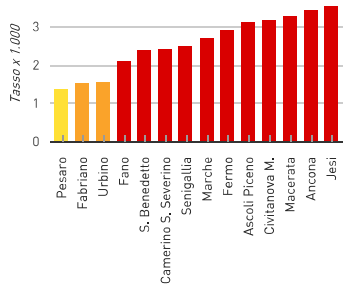


### C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti

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



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

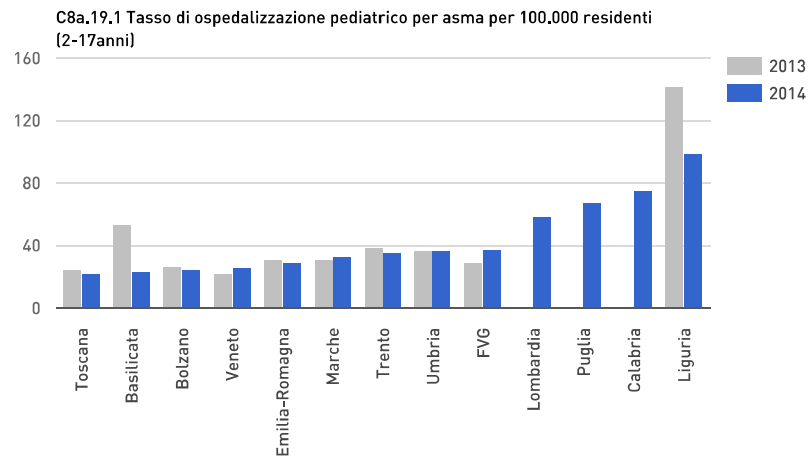




### C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)

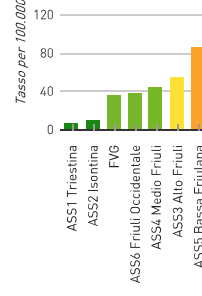
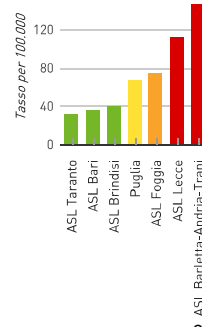
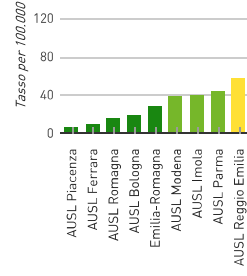
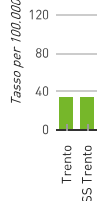
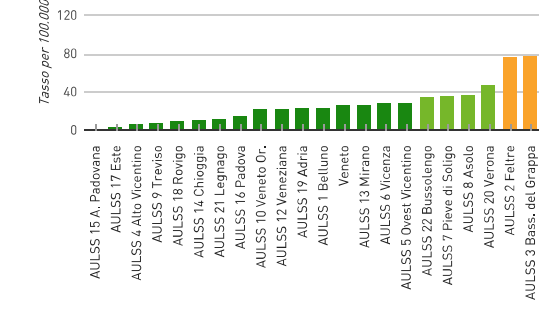
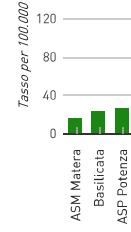
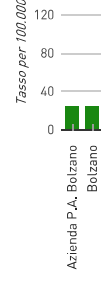
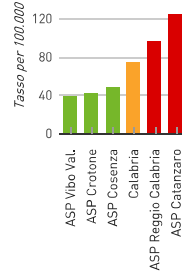
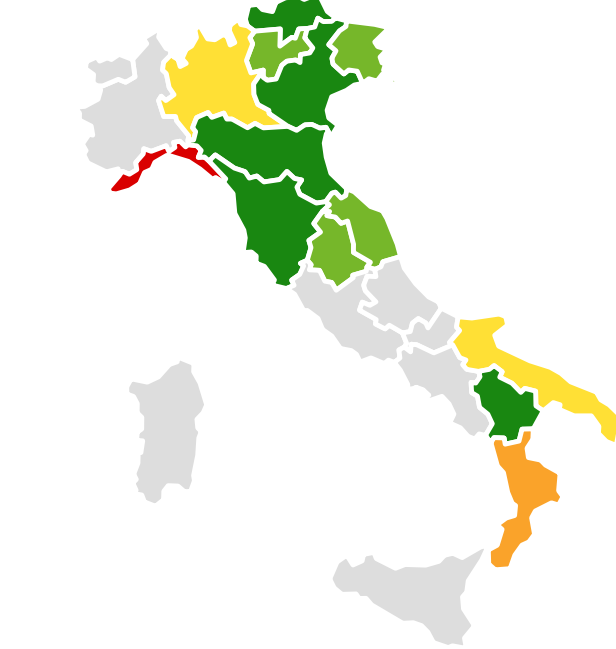
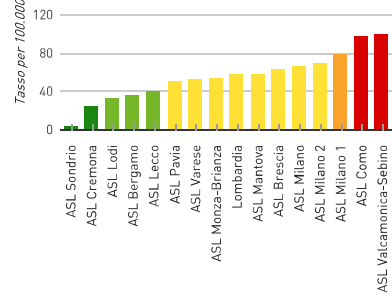
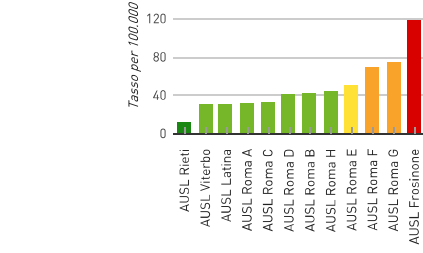
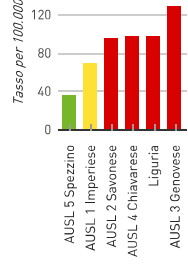
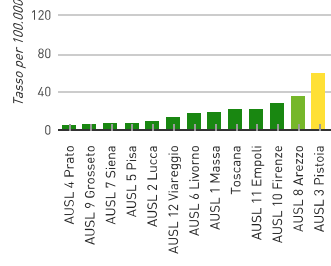
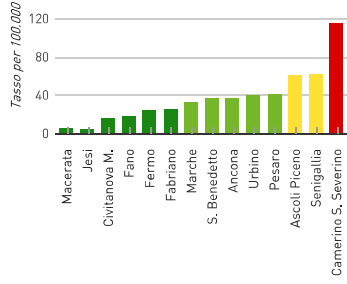
L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione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

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



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





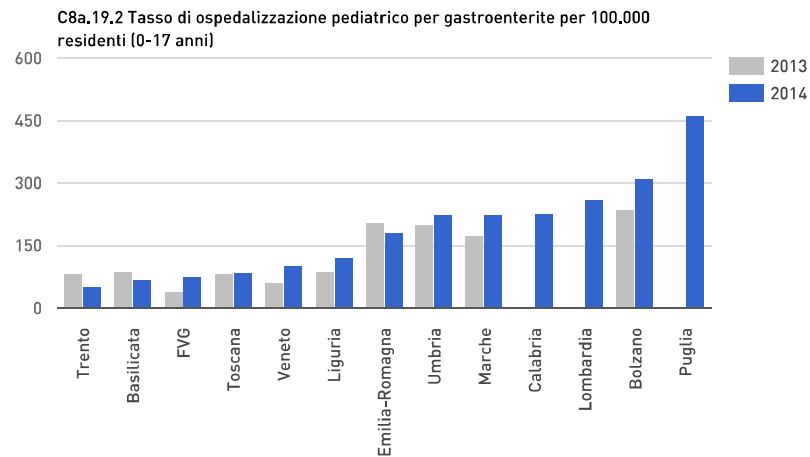


### C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

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

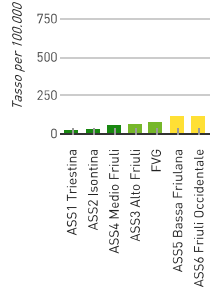
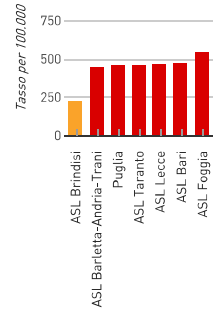
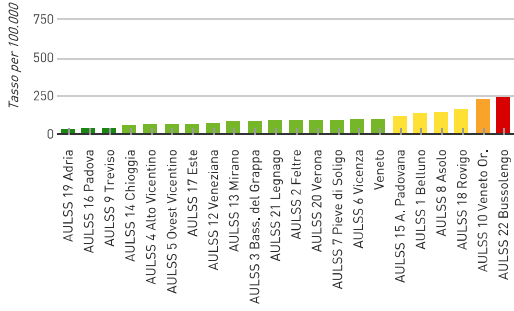
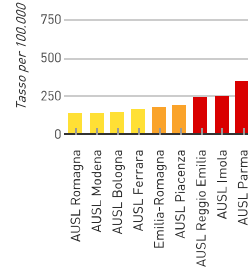
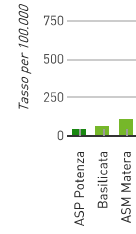
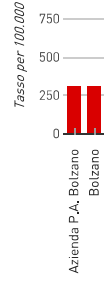
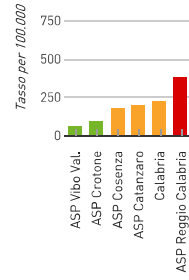
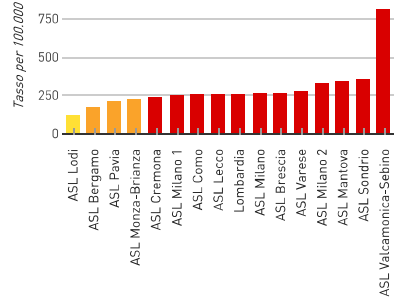
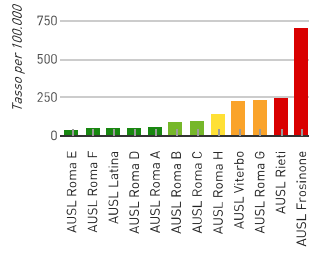
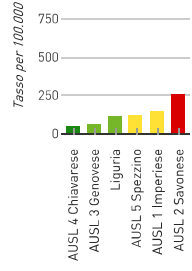
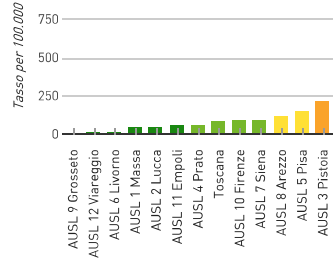
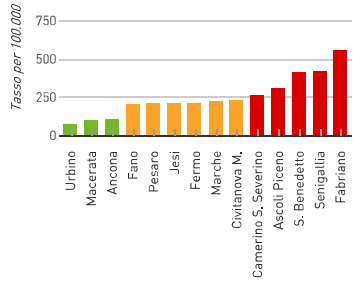
La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima tra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole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

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



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

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





## C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

“Secondo il Codice Deontologico, l’appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l’impiego di risorse. L’autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario” (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell’ipertensione, a cura della Commissione terapeutica Regione Toscana, Settembre 2010).

I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l’appropriatezza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l’indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata.

L’indicatore C9 costituisce un primo passo per monitorare il corretto impiego dei farmaci, perché troppo spesso i provvedimenti presi a livello istituzionale sono orientati ad un contenimento della spesa fine a se stesso.

L’indicatore monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l’indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l’utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell’utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriatezza.

L’indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C9.1, C9.3, C9.4 e C9.8.1.1.

### C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica [di valutazione]

- C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) [di valutazione]
- C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi) [di valutazione]
- C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) [di valutazione]
- C9.8.1.1 Consumo di antibiotici (regime convenzionale, distribuzione diretta e per conto) [di valutazione]
- C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica [di osservazione]
- C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica [di osservazione]
- C9.9.2 Consumo di antipsicotici [di osservazione]

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



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



**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano



**Trento**  
 APSS Trento



**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina  
 ASS2 Isontina  
 ASS3 Alto Friuli  
 ASS4 Medio Friuli  
 ASS5 Bassa Friulana  
 ASS6 Friuli Occidentale



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



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



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



**Lazio**  
 AUSL Roma A  
 AUSL Roma B  
 AUSL Roma C  
 AUSL Roma D  
 AUSL Roma E  
 AUSL Roma F  
 AUSL Roma G  
 AUSL Roma H  
 AUSL Viterbo  
 AUSL Rieti  
 AUSL Latina  
 AUSL Frosinone



**Basilicata**  
 ASP Potenza  
 ASM Matera



**Umbria**  
 USL Umbria 1  
 USL Umbria 2



**Puglia**  
 ASL Brindisi  
 ASL Taranto  
 ASL Barletta-Andria-Trani  
 ASL Bari  
 ASL Foggia  
 ASL Lecce  
 OO.RR. Foggia



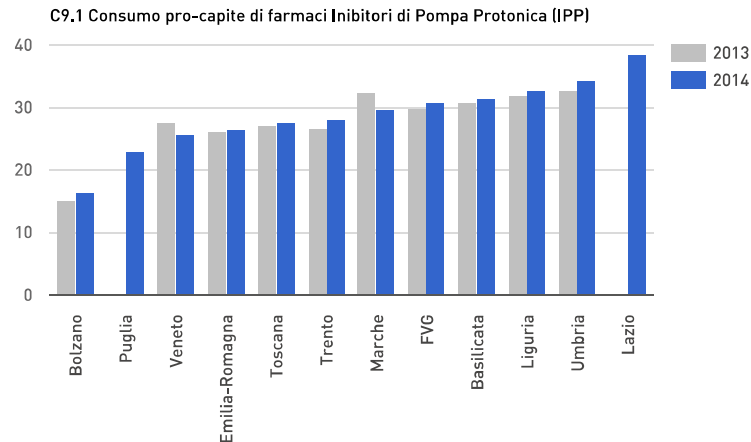
**Marche**  
 Pesaro  
 Urbino  
 Fano  
 Senigallia  
 Jesi  
 Fabriano  
 Ancona  
 Civitanova M.  
 Macerata  
 Camerino S. Severino  
 Fermo  
 S. Benedetto  
 Ascoli Piceno



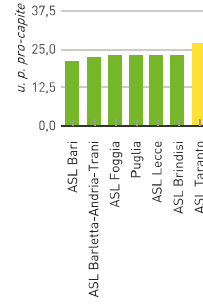
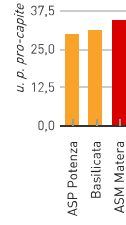
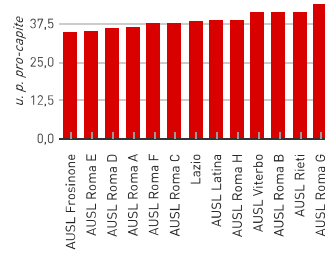
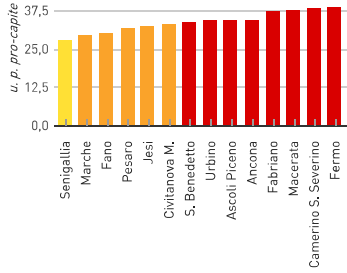
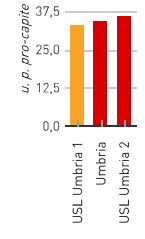
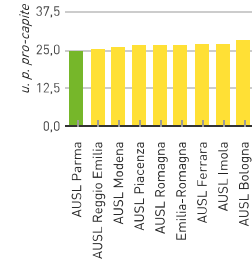
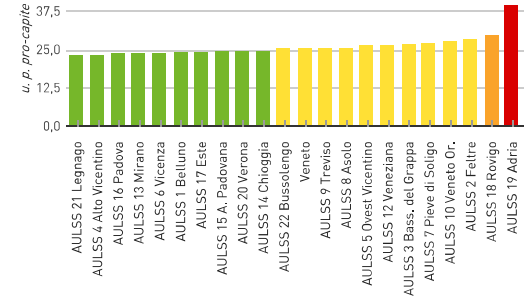
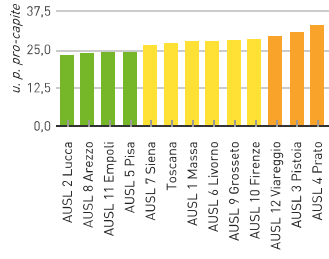
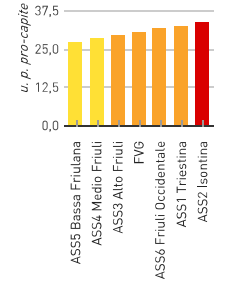
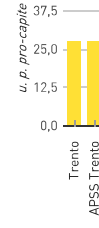
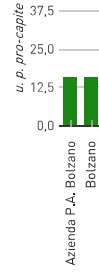
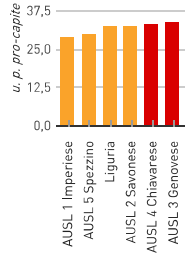


### C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

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



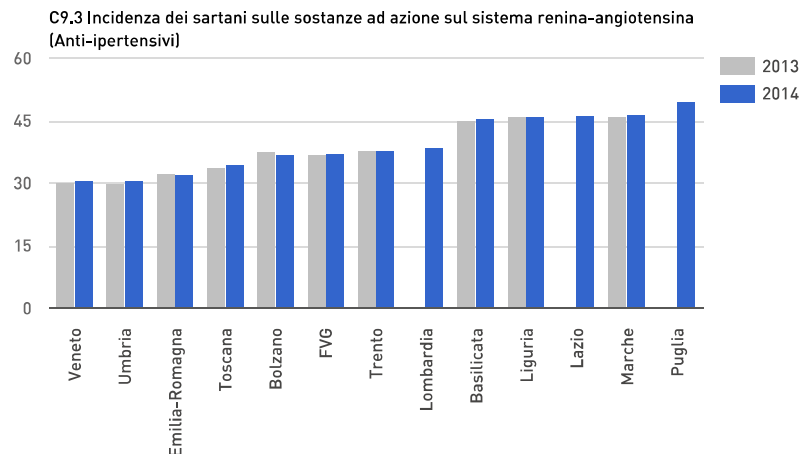
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)   |
| <b>Numeratore</b>   | N. unità posologiche di IPP erogate  |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)   |
| <b>Note</b>    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





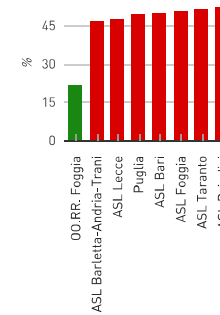
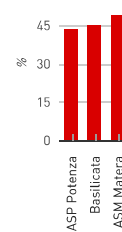
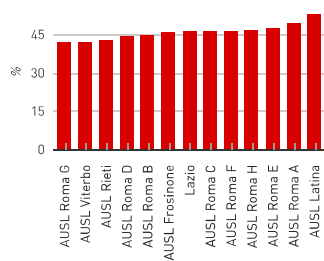
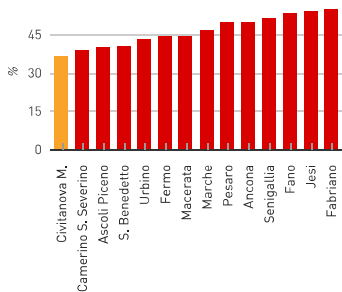
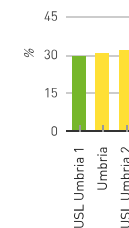
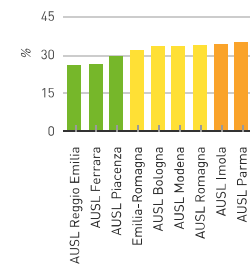
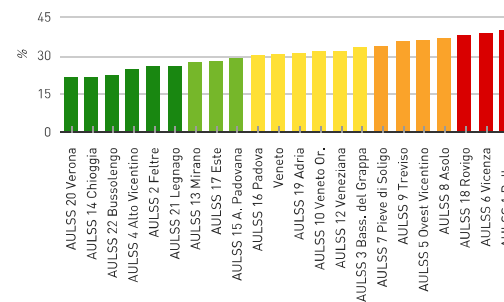
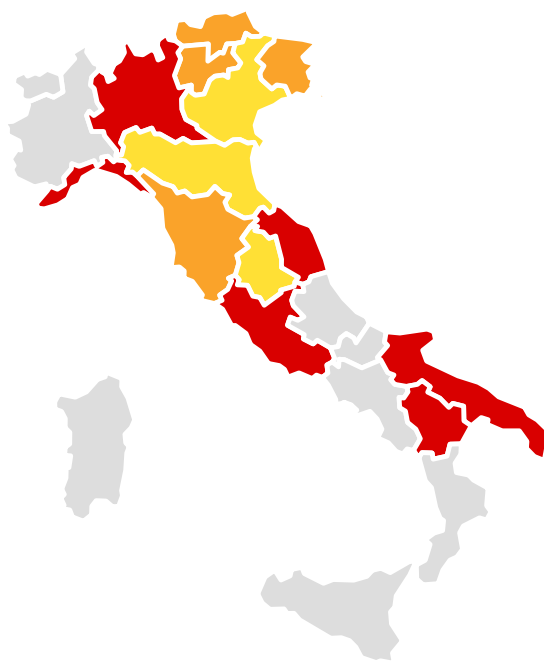
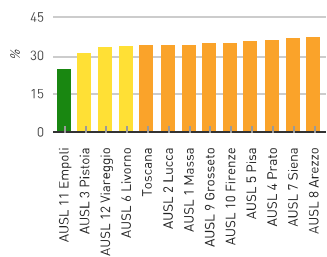
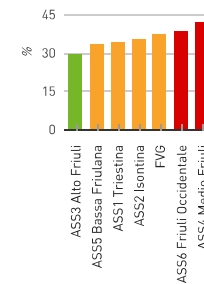
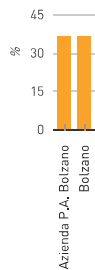
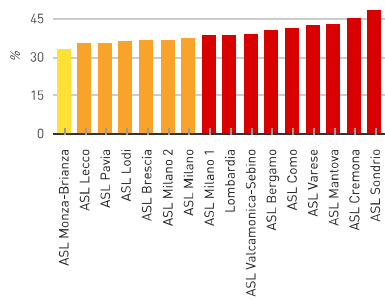
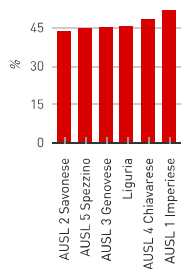
### C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)

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



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

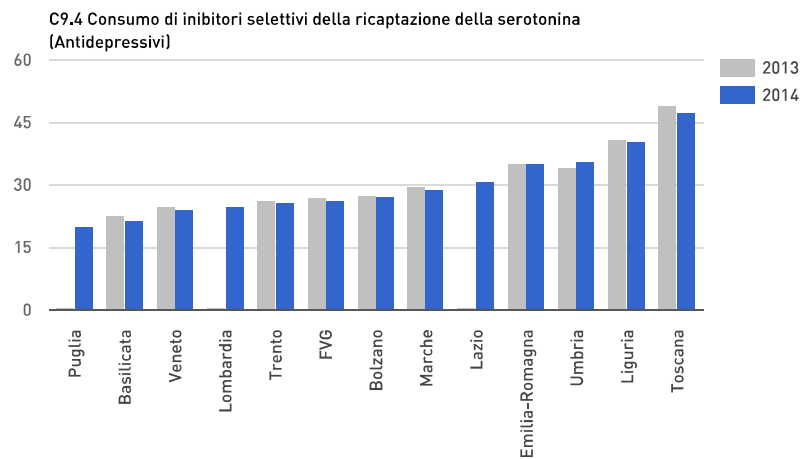






### C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)

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



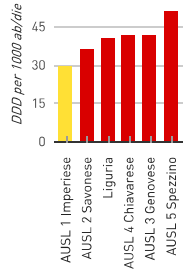
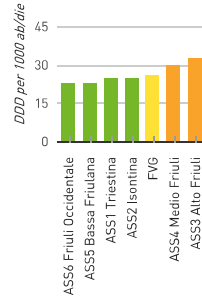
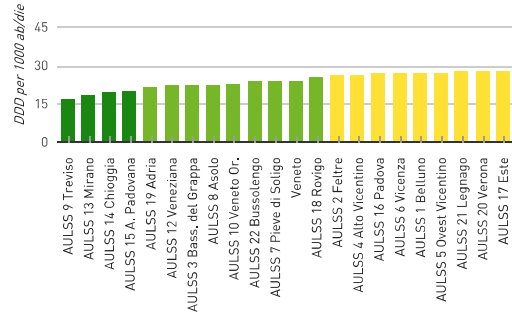
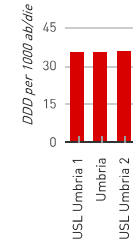
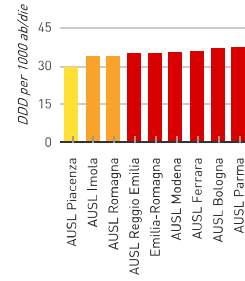
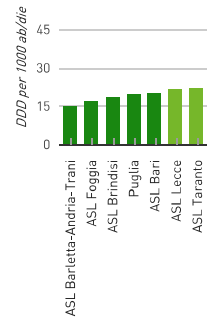
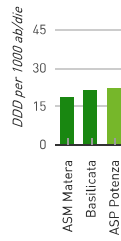
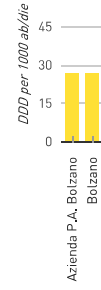
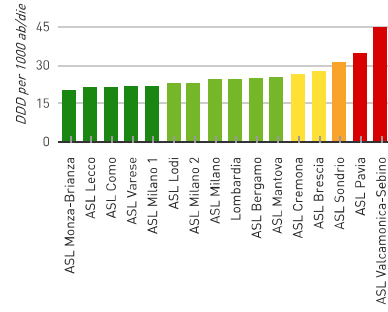
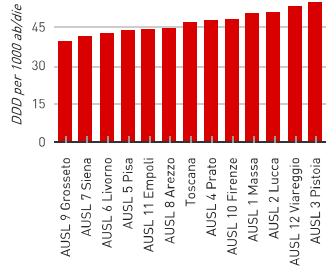
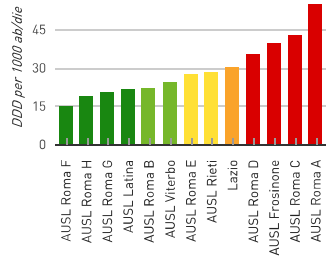
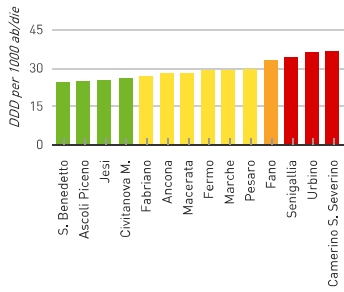
**Definizione** Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto

**Numeratore** DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo x 1000

**Denominatore** N. residenti x 365

**Note** I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' escluso il consumo privato. E' inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.

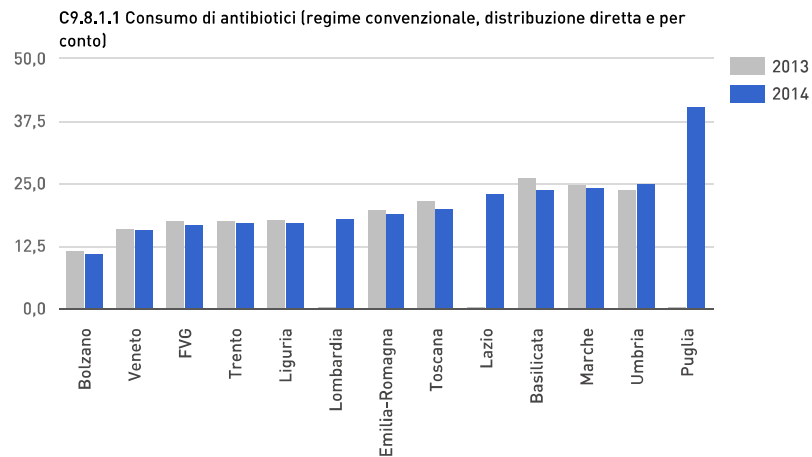
**Fonte** Flussi regionali farmaceutica



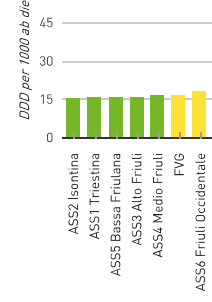
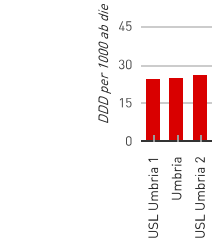
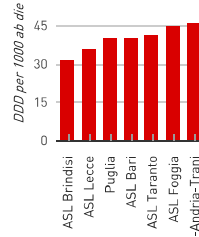
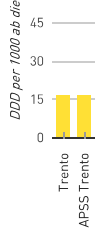
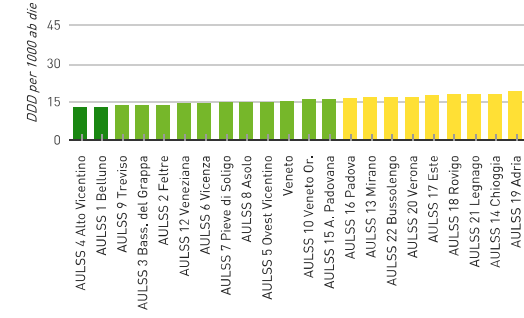
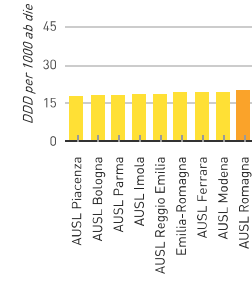
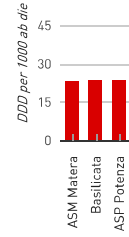
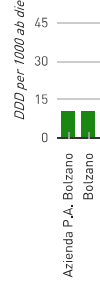
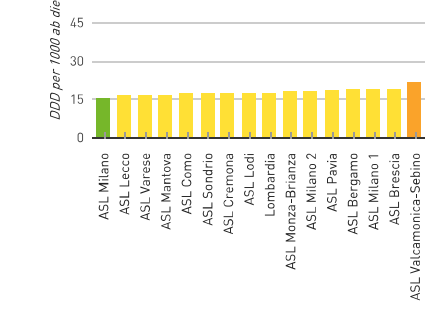
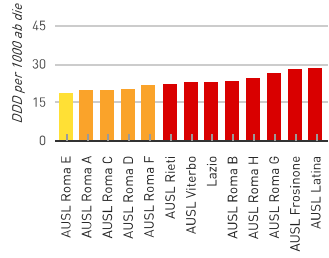
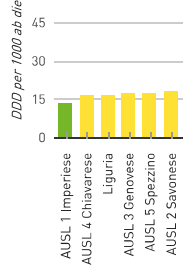
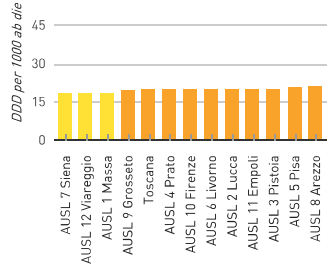
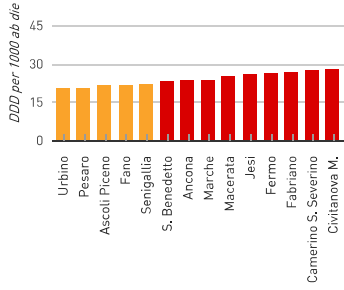


### C9.8.1.1 Consumo di antibiotici (regime convenzionale, distribuzione diretta e per conto)

L'Italia è il quinto Paese europeo per incidenza della spesa pubblica e privata per farmaci antimicrobici (6,7%, esclusa la quota di spesa erogata in ambito ospedaliero), dopo Francia (11,0%), Belgio (10,3%), Austria (10,0%) e Germania (8,5%). Nel 2013 i farmaci antimicrobici generali per uso sistemico rappresentano, a livello nazionale, la quinta categoria in termini di spesa farmaceutica complessiva (2.693 milioni di euro) e la undicesima in termini di consumi (38 DDD ogni 1.000 abitanti die). La spesa per farmaci antimicrobici generali per uso sistemico è cresciuta del +1,8% rispetto all'anno precedente, così come i consumi (+3,4%). L'eccessivo utilizzo di questi farmaci è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. [Fonte: OsMed-AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale Anno 2013, Roma: AIFA, 2013]



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





## C10 Percorso oncologico

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

### C10 Percorso oncologico [di valutazione]

- C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno [di valutazione]
- C10.2.2 % di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella [di osservazione]
- C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari [di osservazione]
- F10.2.1 Spesa media per farmaci oncologici [di osservazione]
- C17.1 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella [di osservazione]
  - C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella [di osservazione]
  - C17.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella [di osservazione]
- C17.5 Volumi interventi per tumore maligno alla prostata [di valutazione]
  - C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata [di valutazione]
  - C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata [di valutazione]

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percorso oncologico   |
| <b>Numeratore</b>   |   |
| <b>Denominatore</b> |   |
| <b>Note</b>         | L'indicatore assume un punteggio pari alla media pesata dei punteggi dei seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"><li>• C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno (60%)</li><li>• C17.5 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata (40%)</li></ul> |
| <b>Fonte</b>        | Flusso SDO  |

**Lombardia**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Osp. Sacra Famiglia        | ● |
| Osp. Moriggia Pelascini    | ● |
| ASL Valcamonica-Sebino     | ● |
| Osp. S. Giuseppe - MI      | ● |
| Ist. Naz. tumori           | ● |
| Pol. S. Matteo             | ● |
| Fond. Ca Granda            | ● |
| S. Raffaele - MI           | ● |
| Fond. Cl. Lavoro - PV      | ● |
| Ist. Europeo di Oncologia  | ● |
| Ist. Humanitas - Rozzano   | ● |
| Ist. S. Donato - S.D.      | ● |
| CdC Multimed. - Sesto S.   | ● |
| AO Fond. Macchi - VA       | ● |
| AO S. A. Abate - Gallarate | ● |
| AO Osp. Circolo - B. Ars.  | ● |
| AO Spedali Civili - BS     | ● |
| AO M. Mellini - Chiari     | ● |
| AO Desenzano del Garda     | ● |
| AO Ist. Ospitalieri - CR   | ● |
| AO Osp. Maggiore - Crema   | ● |
| AO S. Anna- Como           | ● |
| AO Lecco                   | ● |
| AO Osp. Riuniti - BG       | ● |
| AO Treviglio               | ● |
| AO Bolognino - Seriate     | ● |
| AO C. Poma                 | ● |
| AO L. Sacco - Mi           | ● |
| AO Niguarda - MI           | ● |
| AO I.C.P. - MI             | ● |
| AO Fatebenefratelli - MI   | ● |
| AO S. Paolo - MI           | ● |
| AO S. Carlo Borromeo - MI  | ● |
| AO Civile - Legn.          | ● |
| AO G. Salvini - Garb.      | ● |
| AO Melegnano               | ● |
| AO Desio-Vimercate         | ● |
| AO S. Gerardo - Monza      | ● |
| AO Prov. Lodi              | ● |
| AO Prov. Pavia             | ● |
| AO Valtellina-Valch.       | ● |
| Osp. Valduce               | ● |

**Liguria**

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

**Toscana**

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

**Basilicata**

|                    |   |
|--------------------|---|
| ASM Matera         | ● |
| AO S. Carlo        | ● |
| IRCCS CROB Rionero | ● |

**Bolzano**

|                      |   |
|----------------------|---|
| Azienda P.A. Bolzano | ● |
|----------------------|---|

**Trento**

|             |   |
|-------------|---|
| APSS Trento | ● |
|-------------|---|

**Puglia**

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

**Friuli Venezia Giulia**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| ASS2 Isontina            | ● |
| ASS3 Alto Friuli         | ● |
| ASS4 Medio Friuli        | ● |
| ASS5 Bassa Friulana      | ● |
| IRCCS Centro Rif. Oncol. | ● |
| AO Pordenone             | ● |
| AOU Trieste              | ● |
| AOU Udine                | ● |

**Umbria**

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

**Veneto**

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

**Emilia-Romagna**

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

**Marche**

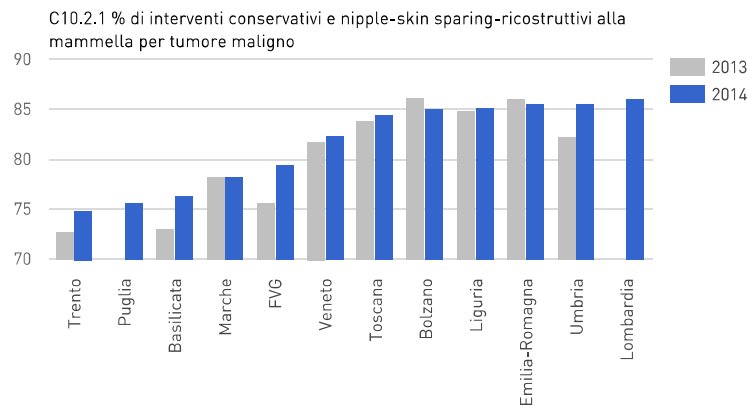
|                           |   |
|---------------------------|---|
| Urbino                    | ● |
| Fano                      | ● |
| Senigallia                | ● |
| Jesi                      | ● |
| Fabiano                   | ● |
| Ancona                    | ● |
| Civitanova M.             |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



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

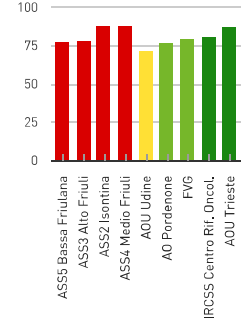
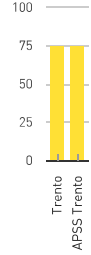
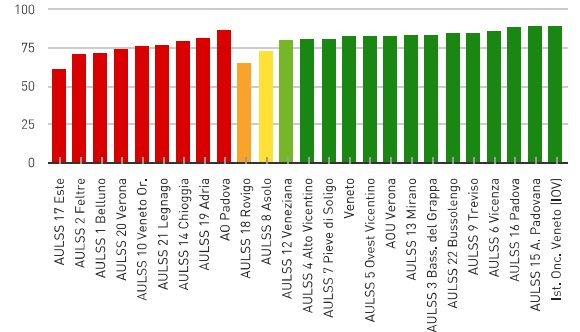
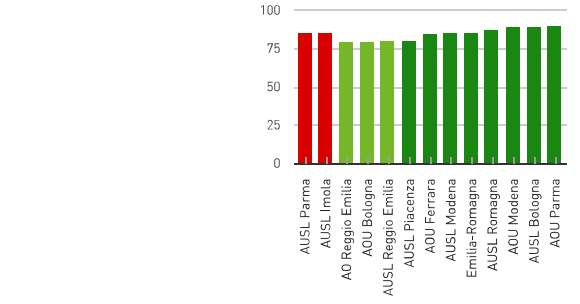
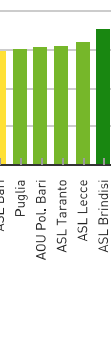
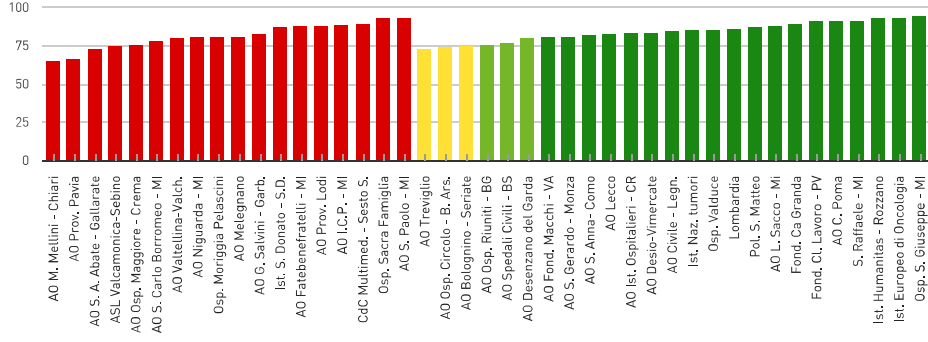
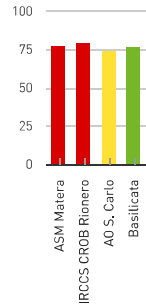
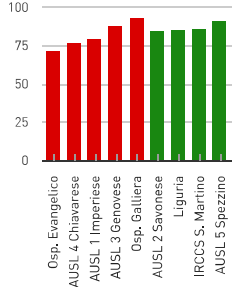
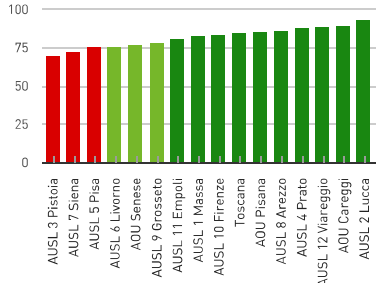
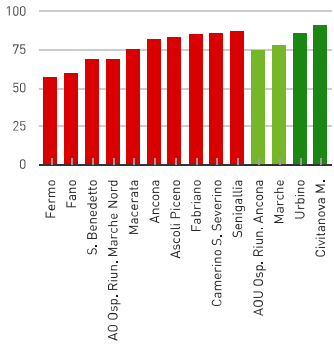
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in conservative o demolitive. Questo indicatore supera questa netta classificazione proponendo di considerare, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi e la percentuale di interventi che preservano la cute o il capezzolo o prevedono la ricostruzione, in contrapposizione alle mastectomie a cui non segue una ricostruzione.

La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dall'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010) e, allo stesso tempo, i volumi di attività chirurgica per tumore mammario (al denominatore). Secondo questo criterio misto, le Aziende che raggiungono gli standard di qualità chirurgica attesi, ma non realizzano un numero di interventi pari o superiore ai 150 casi, ottengono valutazioni pessime (fascia rossa).



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | % di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100   |
| <b>Denominatore</b> | Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ  |
| <b>Note</b>         | <p>Numeratore:</p> <p>A) CONSERVATIVI<br/>                     Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* Asportazione o demolizione di tessuto della mammella o 85.31 Mammoplastica riduttiva monolaterale o 85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale, con l'esclusione della casistica nipple/skin sparing (scheda C10.2.1.2) e 'demolitivi' (scheda C10.2.1.3) OPPURE B) NIPPLE/SKIN SPARING. Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e (Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: (85.4* Mastectomia e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella) o 85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella) o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi).<br/>                     Attenzione: le procedure 85,34 e 85,36 non abbinate a (85,53 o 85,54 o 85,95) si considerano errori di codifica. Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale : Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi alla mammella: 85.2*, 85.3*, 85.4*<br/>                     Erogazione in Regione, ovunque residenti.<br/>                     Pazienti di genere femminile.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Flusso SDO   |

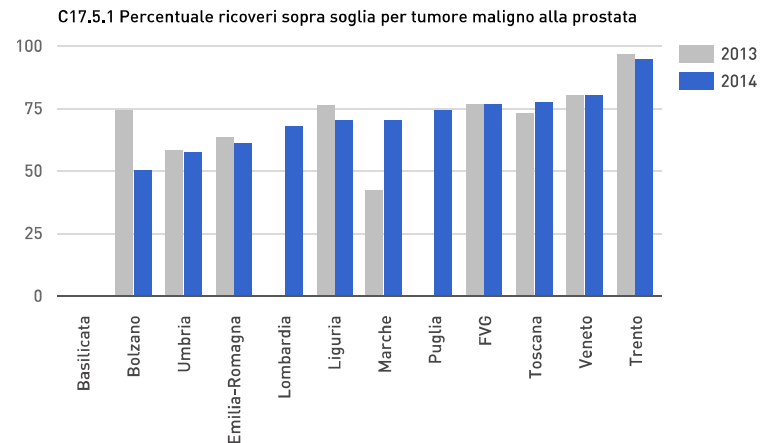




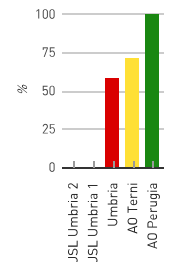
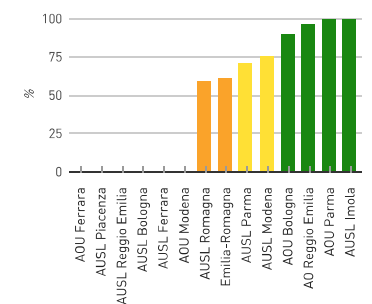
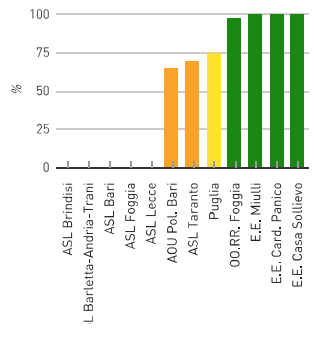
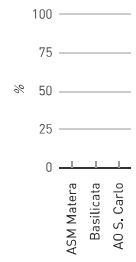
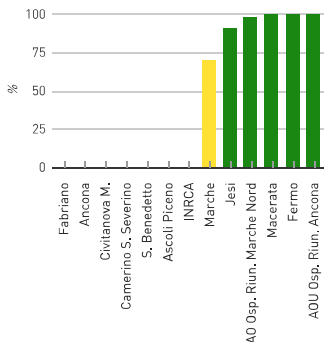
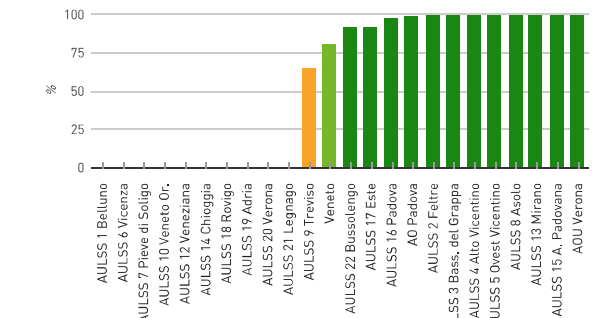
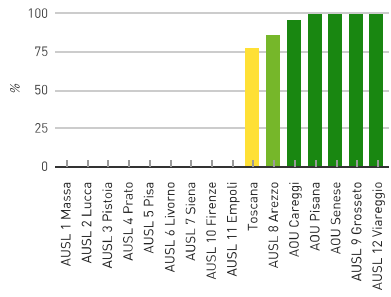
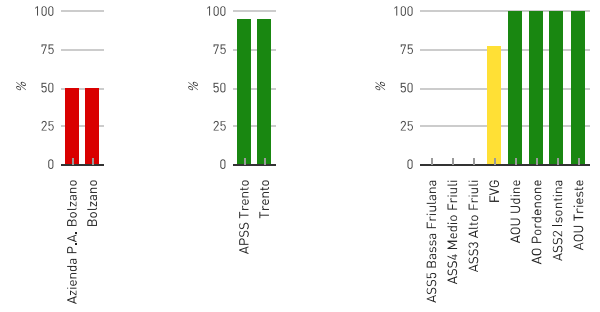
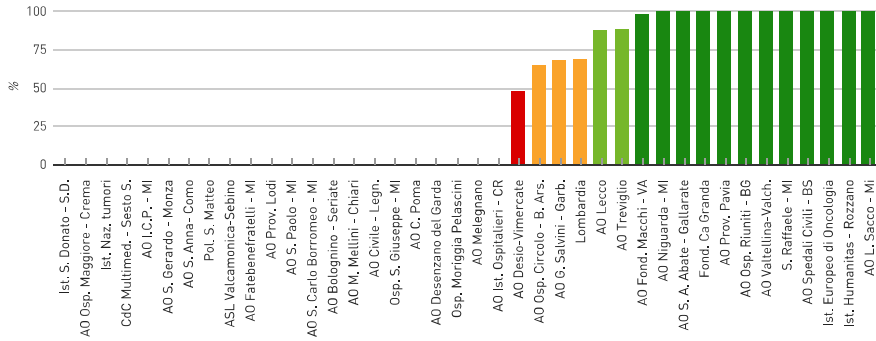
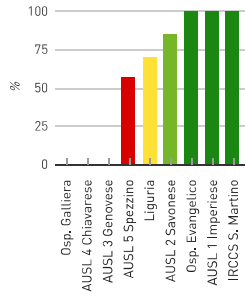


### C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

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



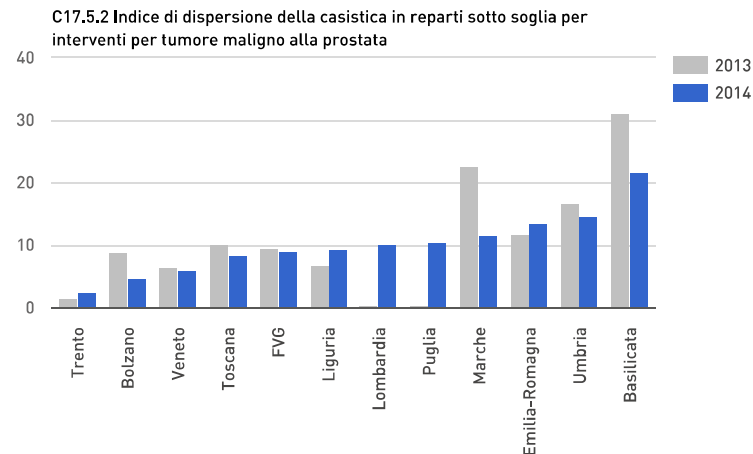
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata  |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia   |
| <b>Denominatore</b> | N. ricoveri erogati totali  |
| <b>Note</b>         | Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno della prostata (185, 198.1) e codici ICD9-CM di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione radicale della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e urologia (43); si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 50 interventi annui. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2012 Ed. 2013. |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO  |



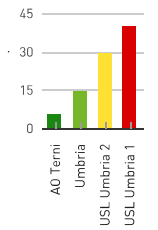
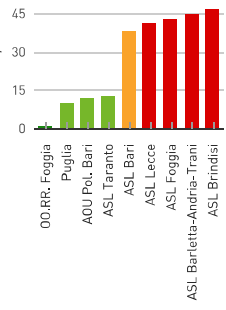
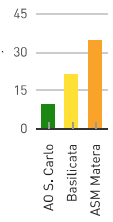
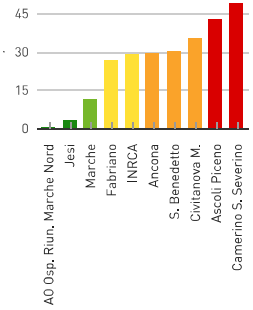
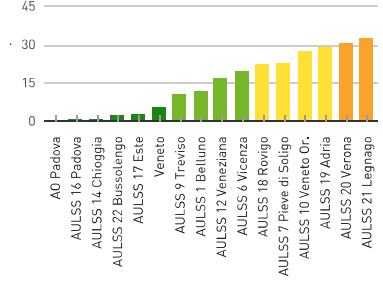
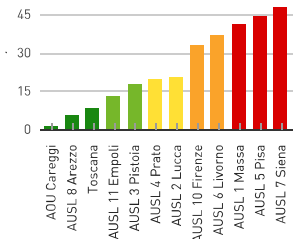
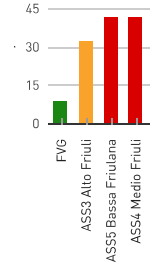
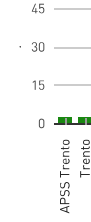
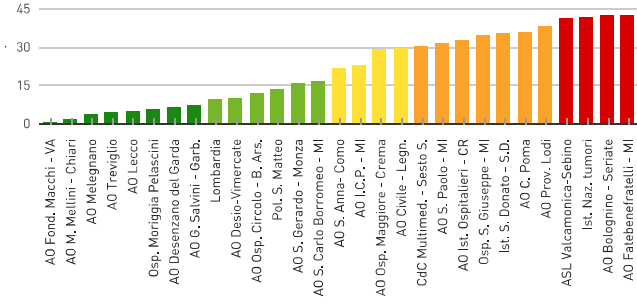
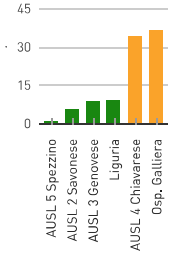


### C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata

Rispetto all'indicatore C17.5.1, questa misura pone il focus dell'analisi sui soli reparti che registrano un numero di interventi per tumore alla prostata inferiore alla soglia prevista (50), mostrando quanto il volume erogato si discosta dal valore soglia (indice di dispersione).



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata   |
| <b>Numeratore</b>   | Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione   |
| <b>Denominatore</b> | Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia  |
| <b>Note</b>         | Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno della prostata (185, 198.1) e codici ICD9-CM di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione radicale della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e urologia (43); si considera come reparto di intervento il primo di questi.<br>La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 50 interventi annui. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2012 Ed. 2013. |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO   |





## C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.

L'indicatore si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C11a.1.1, C11a.2.1, C11a.2.4 e C11a.3.1.

### C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche [di valutazione]

- C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [di valutazione]
  - *C11a.1.1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18* [di osservazione]
- C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) [di valutazione]
  - *C11a.2.1.1 Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18* [di osservazione]
- C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti [di valutazione]
- C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [di valutazione]
  - *C11a.3.1.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18* [di osservazione]

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



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



**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano

**Trento**  
 APSS Trento



**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina  
 ASS2 Isontina  
 ASS3 Alto Friuli  
 ASS4 Medio Friuli  
 ASS5 Bassa Friulana  
 ASS6 Friuli Occidentale



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



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



**Lazio**  
 AUSL Roma A  
 AUSL Roma B  
 AUSL Roma C  
 AUSL Roma D  
 AUSL Roma E  
 AUSL Roma F  
 AUSL Roma G  
 AUSL Roma H  
 AUSL Viterbo  
 AUSL Rieti  
 AUSL Latina  
 AUSL Frosinone



**Basilicata**  
 ASP Potenza  
 ASM Matera



**Umbria**  
 USL Umbria 1  
 USL Umbria 2



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



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



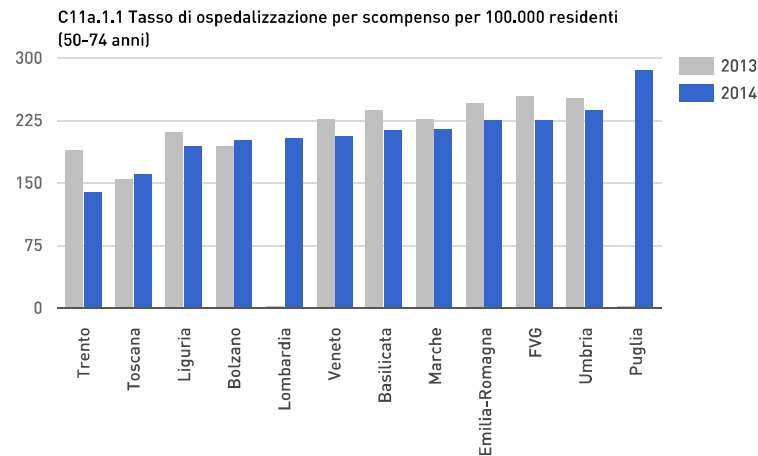
**Puglia**  
 ASL Brindisi  
 ASL Taranto  
 ASL Barletta-Andria-Trani  
 ASL Bari  
 ASL Foggia  
 ASL Lecce





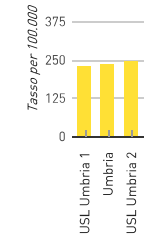
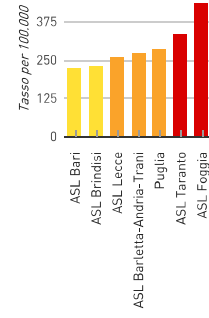
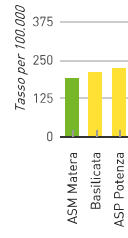
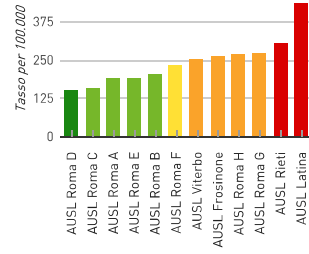
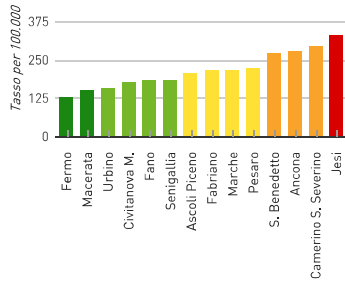
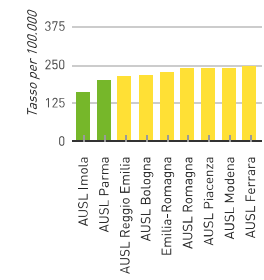
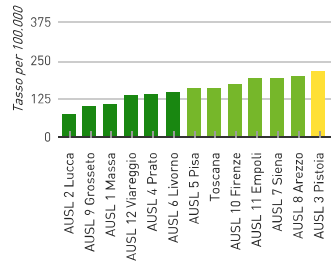
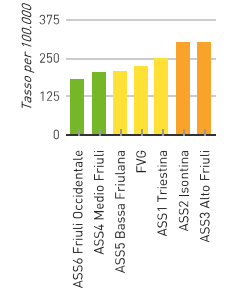
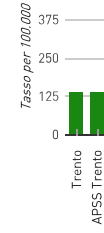
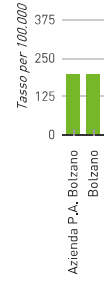
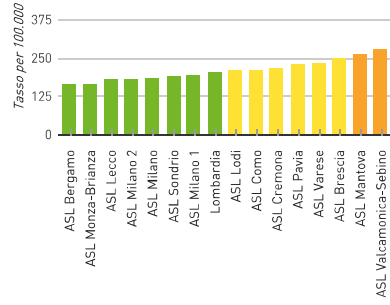
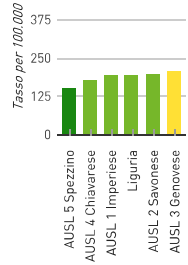
### C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani ed del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve quindi essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati; per ottenere una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali è auspicabile l'integrazione delle informazioni derivate dall'indicatore con le indicazioni relative alle complessità dei casi trattati. Nel calcolo dell'indicatore per la Provincia Autonoma di Bolzano non viene presa in considerazione la mobilità austriaca.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl   |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl   |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:<br/>428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93</p> <p>Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)</li> <li>- i ricoveri in strutture private non accreditate</li> </ul> |
| <b>Fonte</b>        | Flusso SDO  |



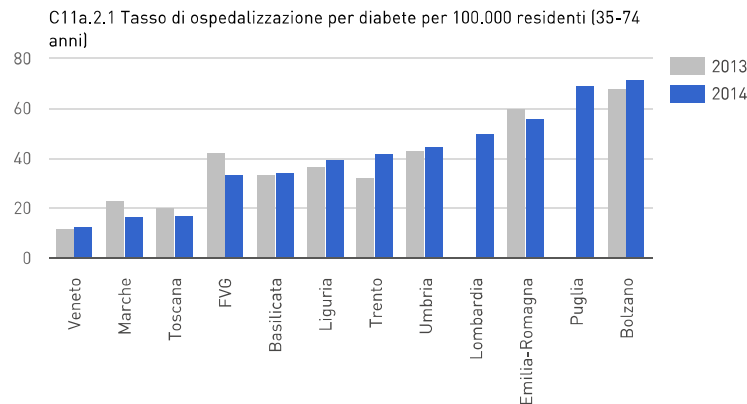




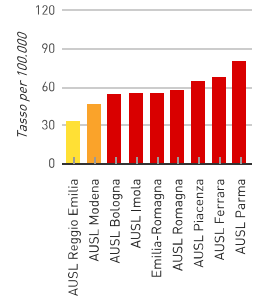
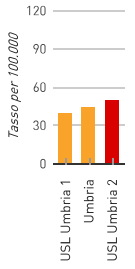
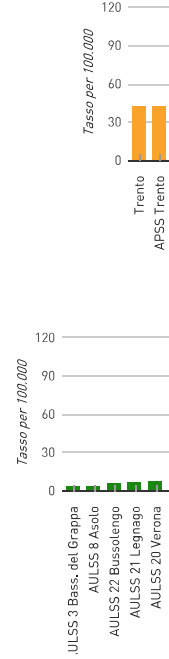
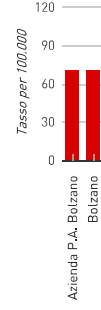
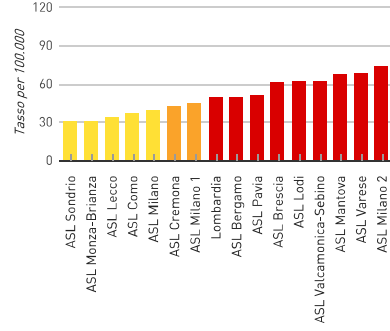
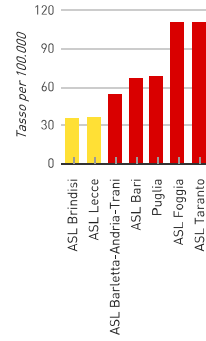
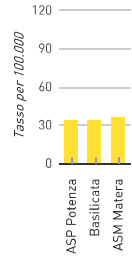
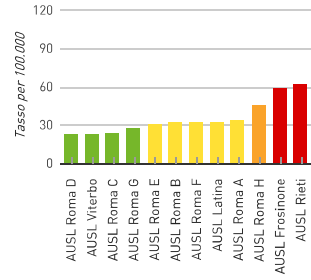
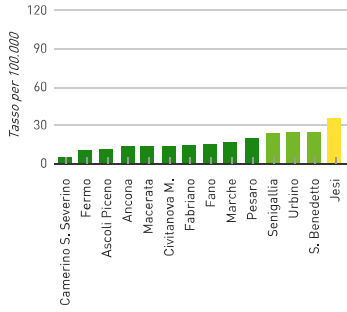
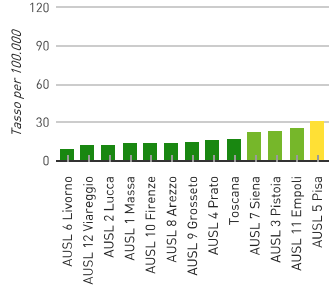
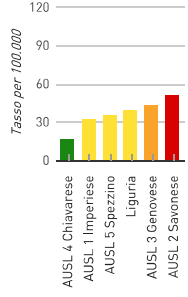
### C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)

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

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti nella Ausl  |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione residente 35-74 anni residente nella Ausl  |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:<br/>250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:<br/>i DRG 113 e 114<br/>i codici di procedura 36.** e 39.5* in uno qualunque dei campi di procedura<br/>- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)<br/>- i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)<br/>- i ricoveri in strutture private non accreditate</p> |
| <b>Fonte</b>        | Flusso SDO   |

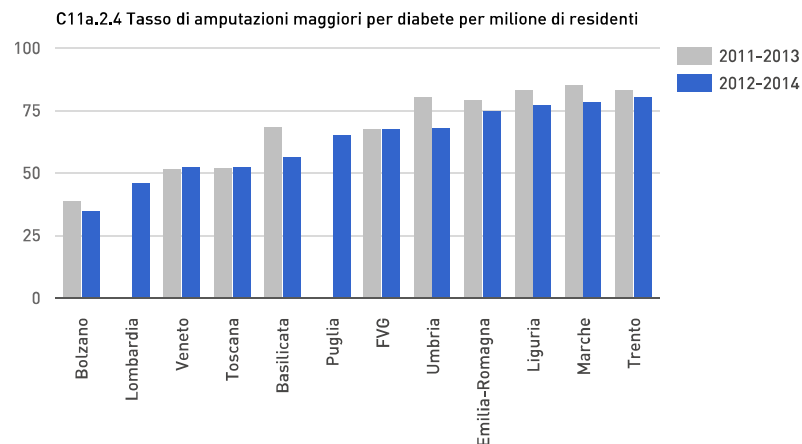




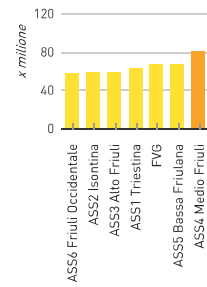
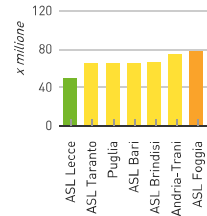
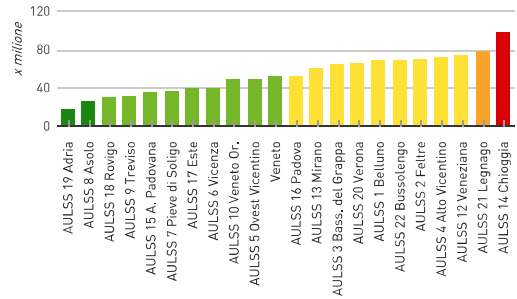
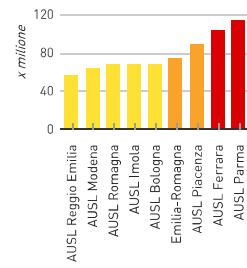
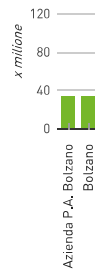
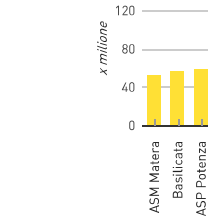
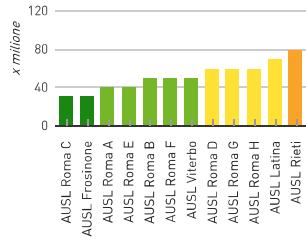
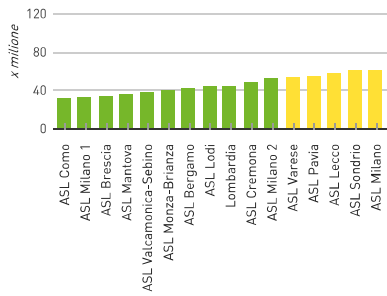
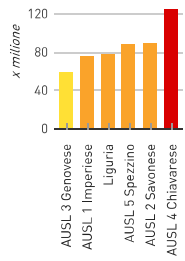
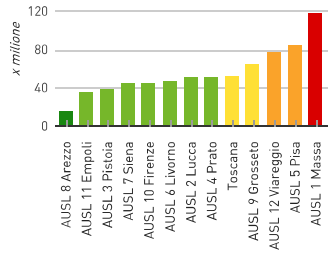
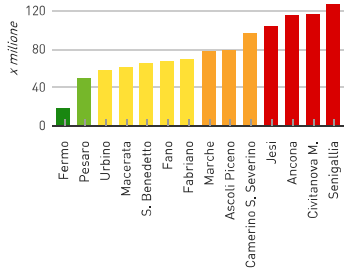
### C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

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

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



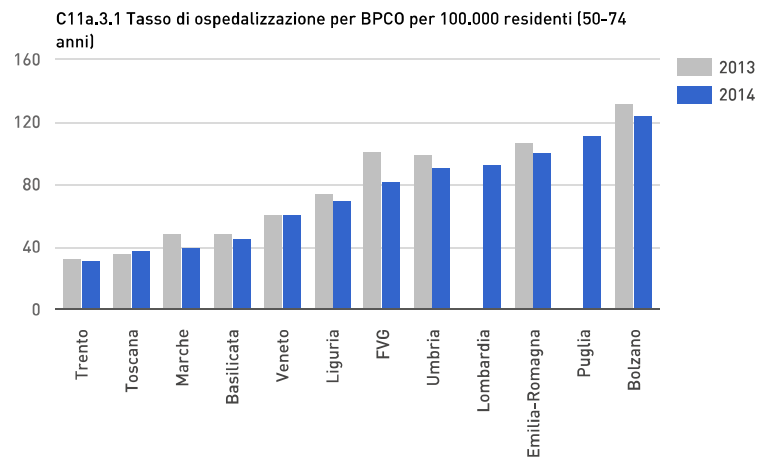
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti   |
| <b>Numeratore</b>   | N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) x 1.000.000   |
| <b>Denominatore</b> | N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2)  |
| <b>Note</b>         | <p>Codici ICD9-CM in procedura principale o nelle procedure secondarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-84.10 amputazione dell'arto inferiore, sai</li> <li>-84.12 amputazione a livello del piede</li> <li>-84.13 disarticolazione della caviglia</li> <li>-84.14 amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula</li> <li>-84.15 altra amputazione al di sotto del ginocchio</li> <li>-84.16 disarticolazione del ginocchio</li> <li>-84.17 amputazione al di sopra del ginocchio</li> <li>-84.18 disarticolazione dell'anca</li> <li>-84.19 amputazione addomino-pelvica.</li> </ul> <p>Codifiche ICD9-CM in qualunque dei campi diagnosi:</p> <p>250.xx Diabete mellito</p> <p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismi (diagnosi 895.xx, 896.xx, 897.xx in qualunque dei campi diagnosi)</li> <li>- DRG: 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390</li> <li>- ricoveri in strutture private non accreditate</li> </ul> |
| <b>Fonte</b>        | Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO   |



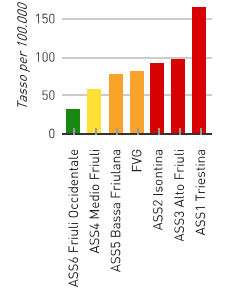
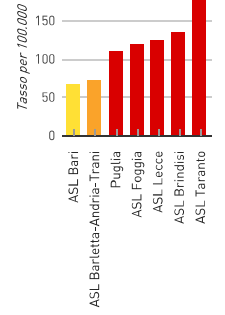
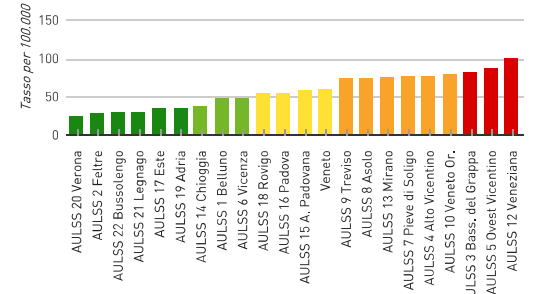
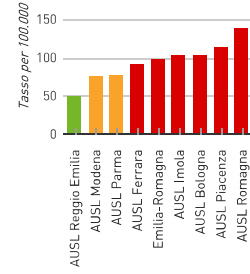
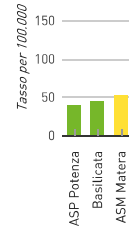
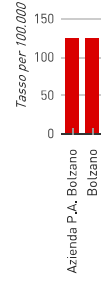
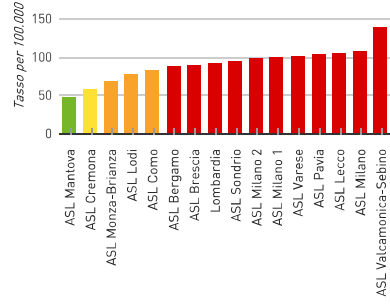
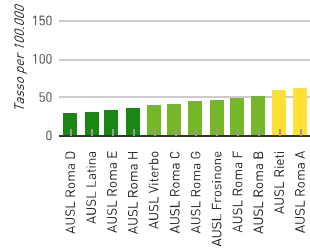
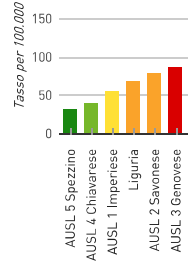
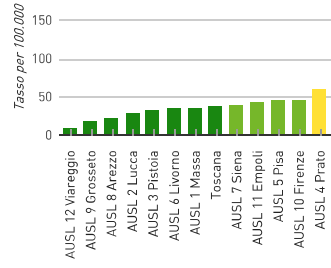
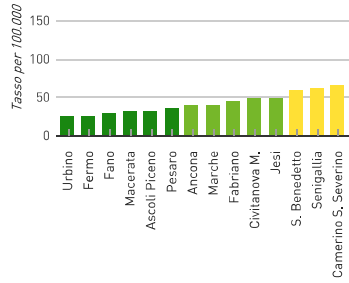


### C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

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



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni  |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl  |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl   |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:<br/>                     490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica<br/>                     491*: Bronchite cronica<br/>                     492*: Enfisema<br/>                     496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove<br/>                     494*: Bronchiectasie</p> <p>Sono esclusi:<br/>                     - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)<br/>                     - i ricoveri in strutture private non accreditate</p> |
| <b>Fonte</b>        | Flusso SDO  |





## C13a Appropriata Prescrittiva Diagnostica

L'albero dell'indicatore "Appropriata diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni poichè, in tale fascia di età, l'utilizzo di RM muscoloscheletriche è ad alto rischio di inappropriata. Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT. Per tale motivo sono stati ricalcolati anche i tassi 2012 utilizzando tale popolazione standard, così da permetterne il trend.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei due sottoindicatori C13a.2.2.1 e C13a.2.2.2.

### C13a Appropriata Prescrittiva Diagnostica [di valutazione]

- C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13.2 Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
- C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti ( $\geq 65$  anni) [di valutazione]
- C13a.2.2.1.1 Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18 [di osservazione]
- C13a.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi [di valutazione]



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



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



**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano



**Trento**  
 APSS Trento



**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina  
 ASS2 Isontina  
 ASS3 Alto Friuli  
 ASS4 Medio Friuli  
 ASS5 Bassa Friulana  
 ASS6 Friuli Occidentale



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



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



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



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



**Lazio**  
 AUSL Roma A  
 AUSL Roma B  
 AUSL Roma C  
 AUSL Roma D  
 AUSL Roma E  
 AUSL Roma F  
 AUSL Roma G  
 AUSL Roma H  
 AUSL Viterbo  
 AUSL Rieti  
 AUSL Latina  
 AUSL Frosinone



**Basilicata**  
 ASP Potenza  
 ASM Matera



**Umbria**  
 USL Umbria 1  
 USL Umbria 2



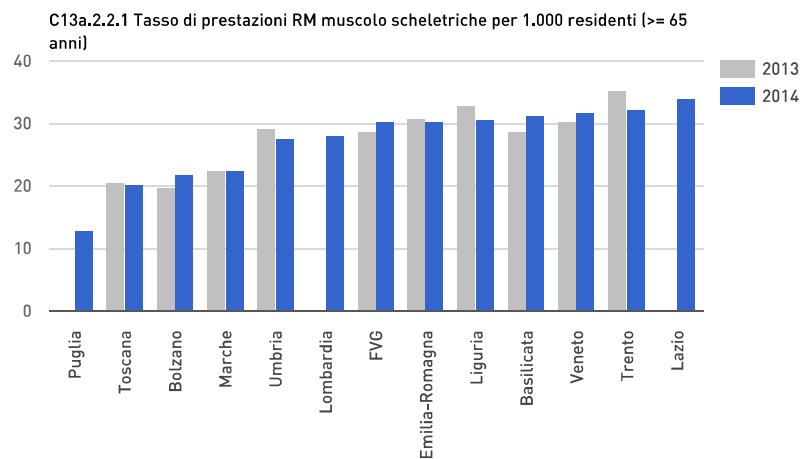
**Emilia-Romagna**  
 AUSL Piacenza  
 AUSL Parma  
 AUSL Reggio Emilia  
 AUSL Modena  
 AUSL Bologna  
 AUSL Imola  
 AUSL Ferrara  
 AUSL Romagna



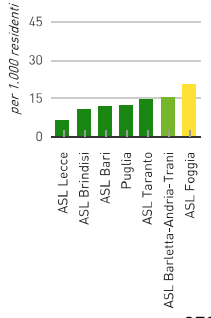
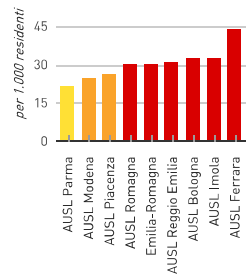
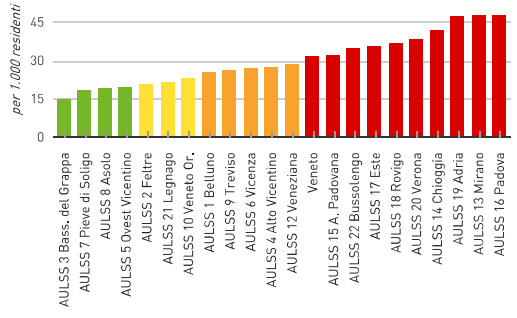
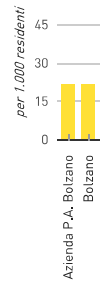
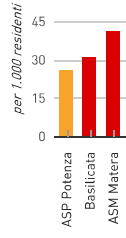
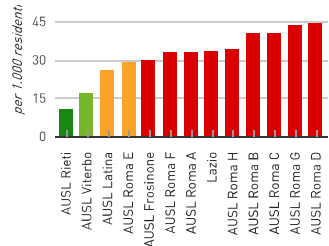
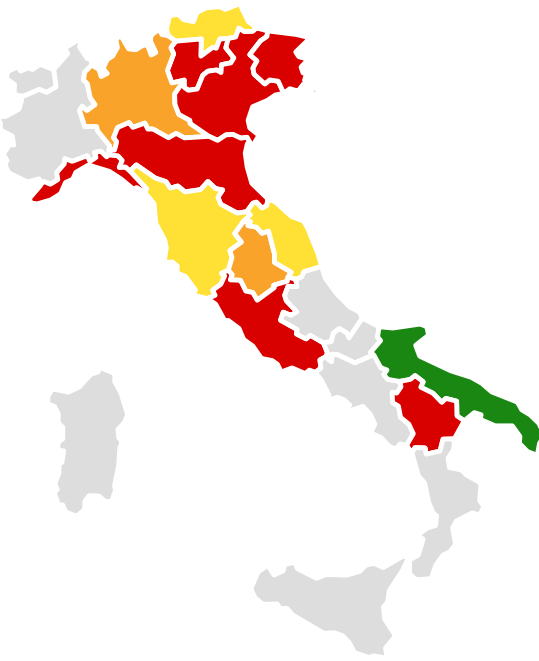
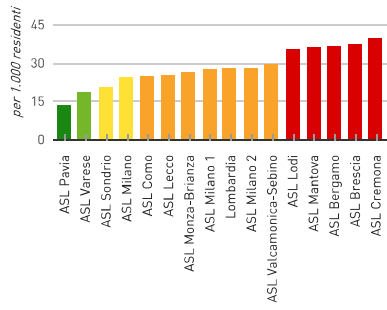
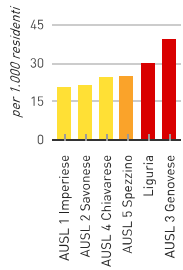
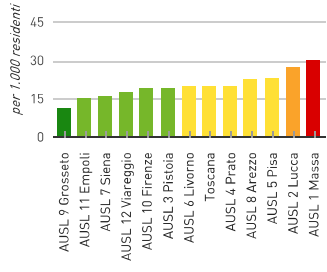
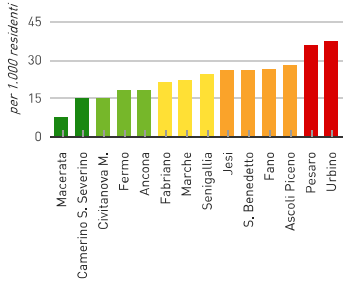


### C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni costituisce un dettaglio dell'indicatore C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la RM muscolo scheletrica è usata per problemi di artrosi degenerativa, nonostante tale strumento non sia risolutivo e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. E' necessaria una maggiore sensibilizzazione sia dei prescrittori che dei cittadini sull'uso appropriato delle risorse, per evitare l'utilizzo di prestazioni, come questa, potenzialmente inappropriate.



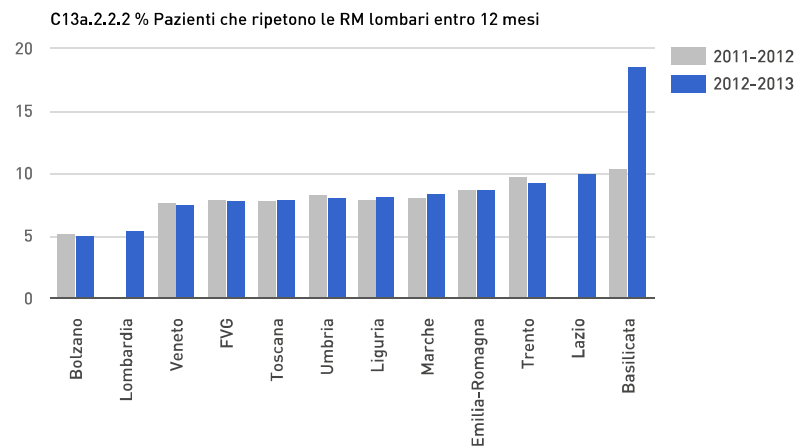
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000   |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione >=65 anni   |
| <b>Note</b>         | Si considera il ramo RMN, sia le prestazioni di RMN con contrasto che le prestazioni di RMN senza contrasto, prendendo i soli codici 88.94.1, 88.94.2.<br>Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse.<br>Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso. |
| <b>Fonte</b>        | Flusso regionale prestazioni ambulatoriali  |



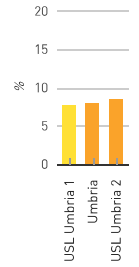
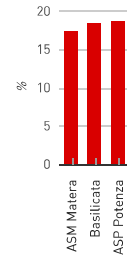
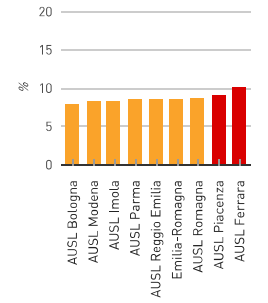
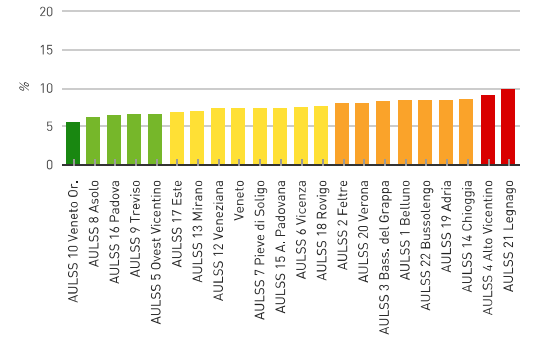
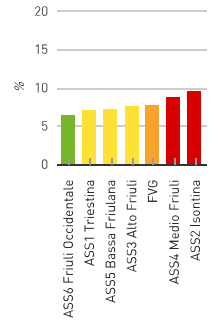
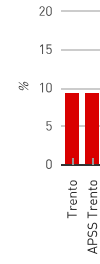
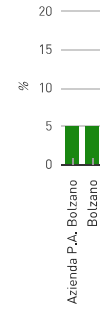
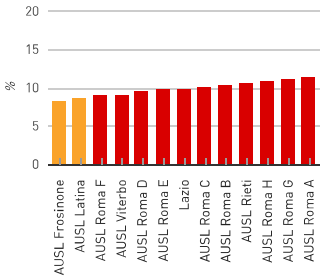
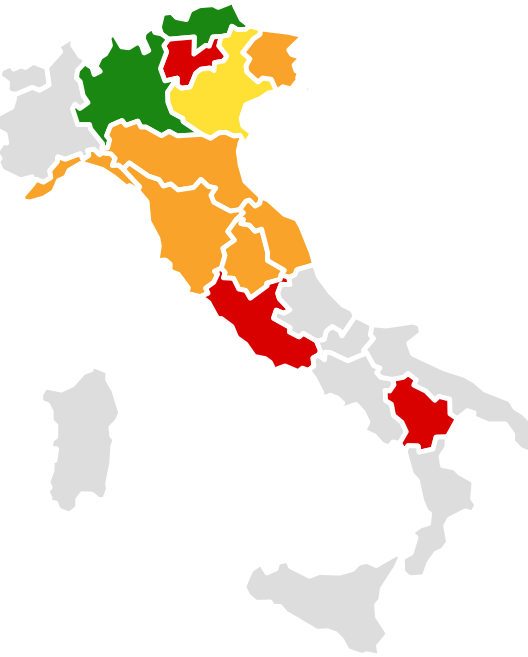
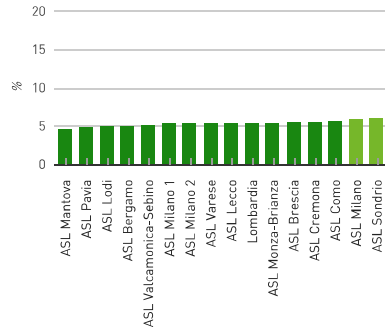
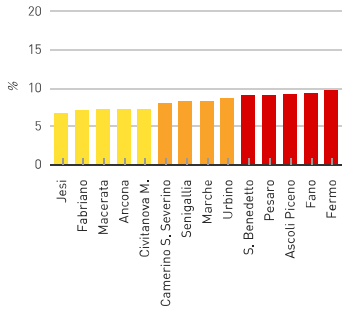
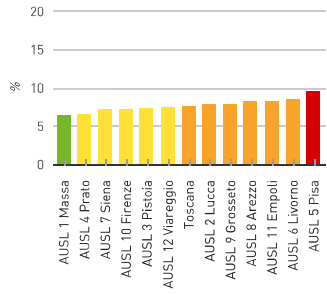
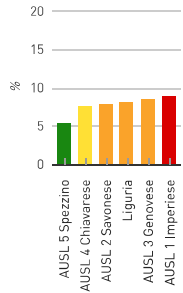


### C13a.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inapproprietezza indica la realizzazione 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 inapproprietezza 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 entro 12 mesi dalla prima volta, mostrando un potenziale uso improprio di tale metodica.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi   |
| <b>Numeratore</b>   | N. Persone che ripetono entro 12 mesi dalla prima volta la RM lombare   |
| <b>Denominatore</b> | N. Persone che eseguono RM lombare  |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i residenti in Regione. E' inclusa la mobilità passiva, sia al numeratore, sia al denominatore.</p> <p>Denominatore:<br/>Pazienti che eseguono nell'anno X-2 una prestazione con codice:<br/>- 88.93 Risonanza magnetica nucleare della colonna<br/>- 88.93.1 Risonanza magnetica nucleare della colonna, senza e con contrasto.<br/>Esclusioni: identificativi di pazienti anonimi e libera professione</p> <p>Numeratore:<br/>Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione. Il riferimento del numeratore è l'anno x-1, rispetto a quello del bersaglio.<br/>Per l'elaborazione del bersaglio 2014, il denominatore è quindi definito nell'anno 2012, il numeratore nel 2013.</p> <p>In caso di cambio di residenza, si considera l'ultima azienda di residenza in ordine cronologico. Non si considera ripetuta una prestazione effettuata nello stesso giorno della prima.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Flusso regionale prestazioni ambulatoriali  |





## C15 Salute mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l'elevata frequenza e i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente. A tal fine l'OMS ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale (Rapporto OsservaSalute, 2014). Da quest'anno l'albero per la salute mentale è stato integrato con nuovi indicatori che misurano ambiti differenti delle attività di assistenza territoriale, in termini di appropriatezza ed efficacia del percorso assistenziale. L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C8a.13a, C8a.13.2 e C8a.5.

### C15 Salute mentale [di valutazione]

- C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche [di valutazione]
- C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche [di valutazione]
- C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni [di valutazione]
  - C8a.5.1 Tasso di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.2 Tasso di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.3 Tasso di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.4 Tasso di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.5 Tasso di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.7 Tasso di ospedalizzazione per demenze per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.8 Tasso di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
  - C8a.5.6 Tasso di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni [di osservazione]
- C15.8 Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche [di osservazione]
- C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero [di osservazione]
- C15.9.1 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SISM) [di osservazione]
- C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND) [di osservazione]
- C8a.7 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni [di osservazione]
- C15.11 Percentuale del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi [di osservazione]

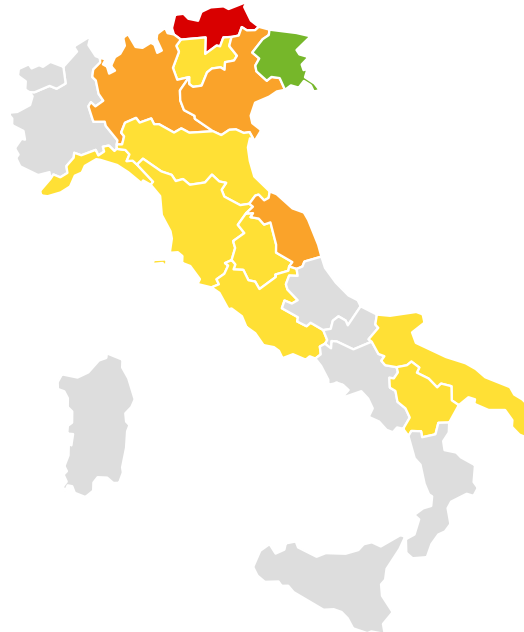
- Lombardia**
- Osp. Sacra Famiglia
  - Osp. Moriggia Pelascini
  - ASL Bergamo
  - ASL Brescia
  - ASL Como
  - ASL Cremona
  - ASL Lecco
  - ASL Lodi
  - ASL Mantova
  - ASL Milano
  - ASL Milano 1
  - ASL Milano 2
  - ASL Monza-Brianza
  - ASL Pavia
  - ASL Sondrio
  - ASL Varese
  - ASL Valcamonica-Sebino
  - Osp. S. Giuseppe - MI
  - Ist. Neurologico Besta
  - Pol. S. Matteo
  - Fond. Ca Granda
  - Ist. Scient. E. Medea
  - S. Raffaele - MI
  - Ist. Auxologix Ital.
  - Fond. Cl. Lavoro - PV
  - Ist. Mondino - PV
  - Osp. Sacro Cuore FBF - BS
  - Ist. Humanitas - Rozzano
  - Ist. S. Donato - S.D.
  - A0 Fond. Macchi - VA
  - A0 S. A. Abate - Gallarate
  - A0 Osp. Circolo - B. Ars.
  - A0 Spedali Civili - BS
  - A0 M. Mellini - Chiari
  - A0 Desenzano del Garda
  - A0 Ist. Ospitalieri - CR
  - A0 Osp. Maggiore - Crema
  - A0 S. Anna- Como
  - A0 Lecco
  - A0 Osp. Riuniti - BG
  - A0 Treviglio
  - A0 Bolognino - Seriate
  - A0 C. Poma
  - A0 L. Sacco - Mi
  - A0 Niguarda - MI
  - A0 I.C.P. - MI
  - A0 Fatebenefratelli - MI
  - A0 S. Paolo - MI
  - A0 S. Carlo Borromeo - MI
  - A0 Civile - Legn.
  - A0 G. Salvini - Garb.
  - A0 Melegnano
  - A0 Desio-Vimercate
  - A0 S. Gerardo - Monza
  - A0 Prov. Lodi
  - A0 Prov. Pavia
  - A0 Valtellina-Valch.
  - Osp. Valduce

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

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

- Lazio**
- AUSL Roma A
  - AUSL Roma B
  - AUSL Roma C
  - AUSL Roma D
  - AUSL Roma E
  - AUSL Roma F
  - AUSL Roma G
  - AUSL Roma H
  - AUSL Viterbo
  - AUSL Rieti
  - AUSL Latina
  - AUSL Frosinone
  - A0 S. Camillo-Forlanini
  - A0 S. Giovanni/Addolorata
  - A0 S. F. Neri
  - Pol. Umberto I
  - A0 S. Andrea
  - Pol. Tor Vergata

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



- Friuli Venezia Giulia**
- ASS1 Triestina
  - ASS2 Isoncina
  - ASS3 Alto Friuli
  - ASS4 Medio Friuli
  - ASS5 Bassa Friulana
  - ASS6 Friuli Occidentale
  - A0 Pordenone
  - AOU Trieste
  - AOU Udine

- Marche**
- Pesaro
  - Urbino
  - Fano
  - Senigallia
  - Jesi
  - Fabriano
  - Ancona
  - Civitanova M.
  - Macerata
  - Camerino S. Severino
  - Fermo
  - S. Benedetto
  - Ascoli Piceno
  - A0 Osp. Riun. Marche Nord
  - AOU Osp. Riun. Ancona
  - INRCA

- Puglia**
- ASL Brindisi
  - ASL Taranto
  - ASL Barletta-Andria-Trani
  - ASL Bari
  - ASL Foggia
  - ASL Lecce
  - E.E. Casa Sollievo
  - AOU Pol. Bari
  - 00.RR. Foggia

- Veneto**
- AULSS 1 Belluno
  - AULSS 2 Feltre
  - AULSS 3 Bass. del Grappa
  - AULSS 4 Alto Vicentino
  - AULSS 5 Ovest Vicentino
  - AULSS 6 Vicenza
  - AULSS 7 Pieve di Soligo
  - AULSS 8 Asolo
  - AULSS 9 Treviso
  - AULSS 10 Veneto Or.
  - AULSS 12 Veneziana
  - AULSS 13 Mirano
  - AULSS 14 Chioggia
  - AULSS 15 A. Padovana
  - AULSS 16 Padova
  - AULSS 17 Este
  - AULSS 18 Rovigo
  - AULSS 19 Adria
  - AULSS 20 Verona
  - AULSS 21 Legnago
  - AULSS 22 Bussolengo
  - A0 Padova
  - AOU Verona

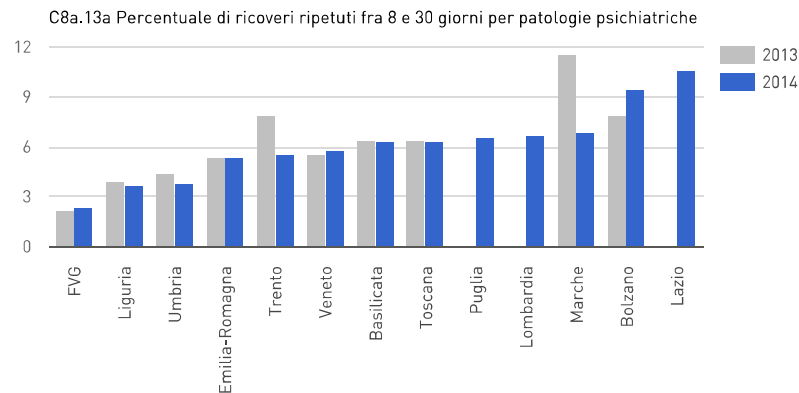
- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza
  - AUSL Parma
  - AUSL Reggio Emilia
  - AUSL Modena
  - AUSL Bologna
  - AUSL Imola
  - AUSL Ferrara
  - AUSL Romagna
  - AOU Parma
  - A0 Reggio Emilia
  - AOU Modena
  - AOU Bologna
  - AOU Ferrara

- Umbria**
- USL Umbria 1
  - USL Umbria 2
  - A0 Perugia
  - A0 Terni



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

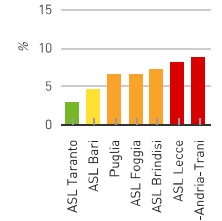
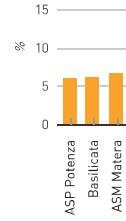
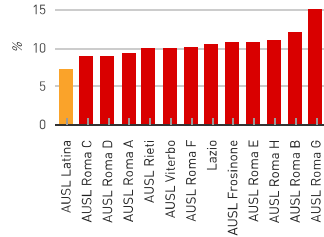
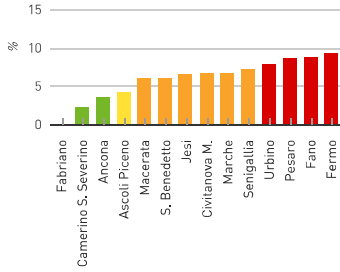
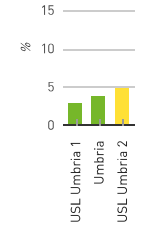
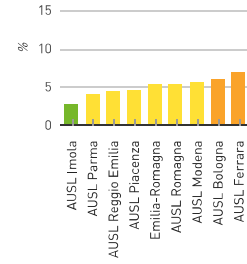
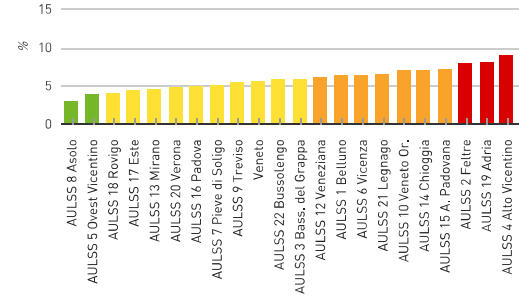
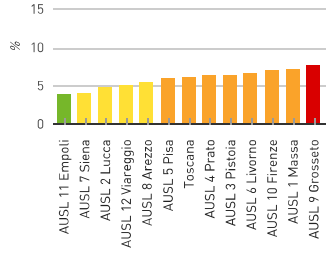
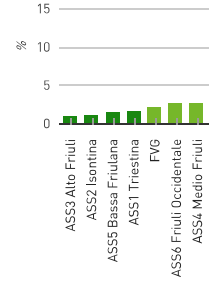
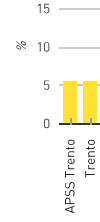
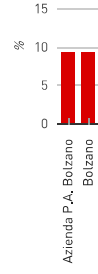
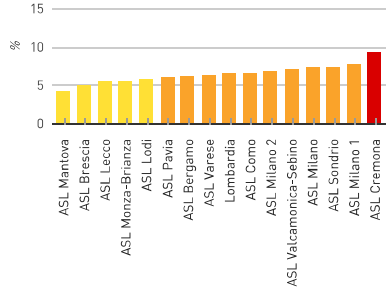
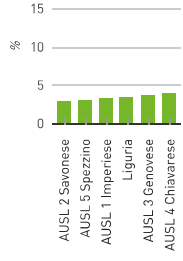
Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale (OECD 2011). A seguito 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.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)   |
| <b>Denominatore</b> | N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre   |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.<br/>                     Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx<br/>                     Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315;</li> <li>• con codice fiscale anonimo;</li> <li>• dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.</li> </ul> <p>A numeratore si considera ripetuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni;</li> <li>• il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata.</li> </ul> <p>Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria.<br/>                     Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata.<br/>                     Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate.<br/>                     Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p> |

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

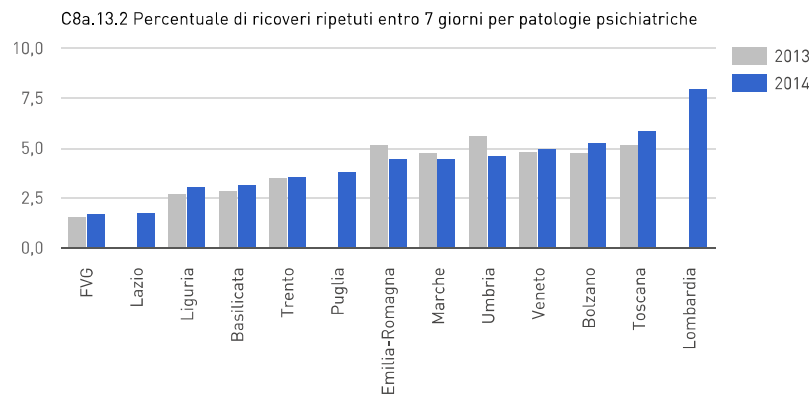






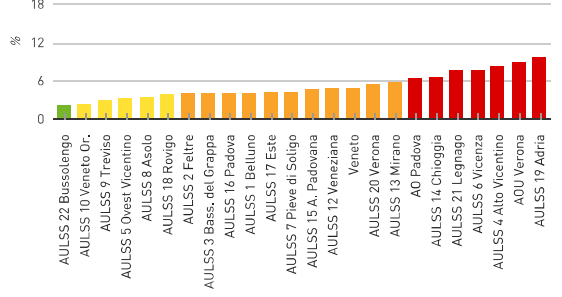
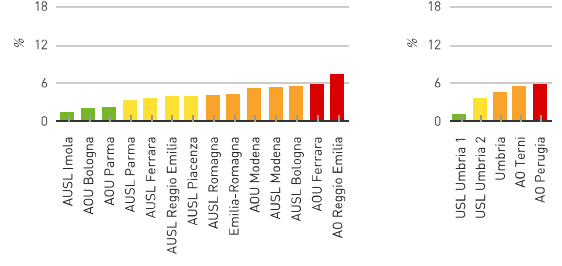
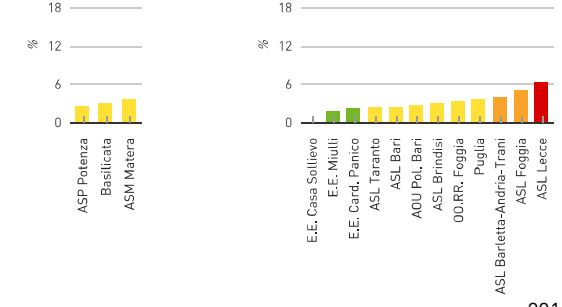
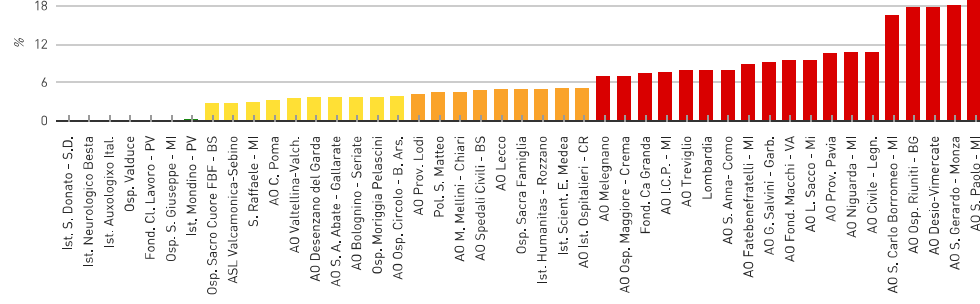
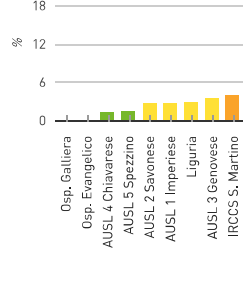
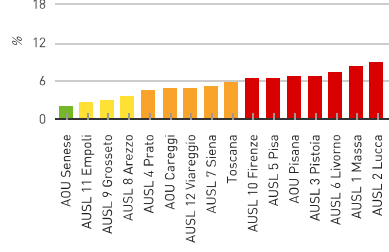
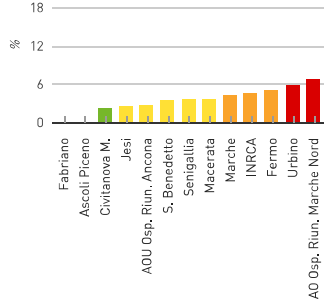
### C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione delle casistiche di salute mentale. In questi casi la responsabilità di tale ricovero ripetuto è da attribuirsi al soggetto erogatore.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche   |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni x 100   |
| <b>Denominatore</b> | N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre   |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto.<br/>                     Codifici DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523.<br/>                     Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx.</p> <p>Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315;</li> <li>• con codice fiscale anonimo;</li> <li>• dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.</li> </ul> <p>Non generano ricoveri ripetuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i ricoveri con modalità di dimissione volontaria;</li> <li>• i ricoveri con modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo.</li> </ul> <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 7 giorni ed erogato da una qualsiasi struttura pubblica, privata accreditata o non accreditata.<br/>                     Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 7 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p> |

**Fonte** Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



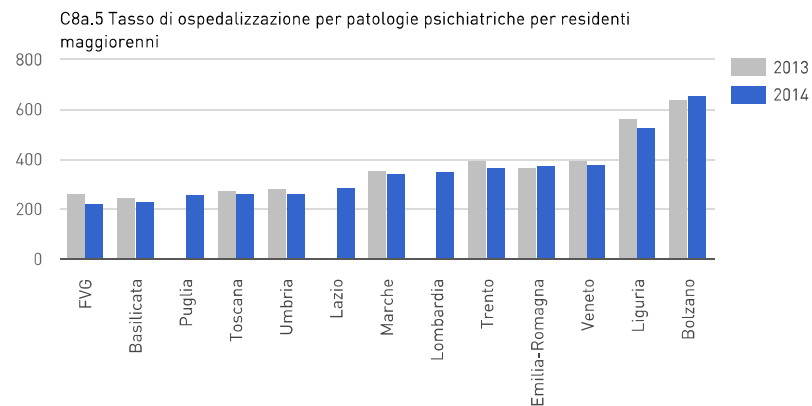


## C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Il tasso di ricovero con patologie psichiatriche è di un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia.

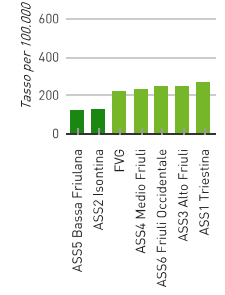
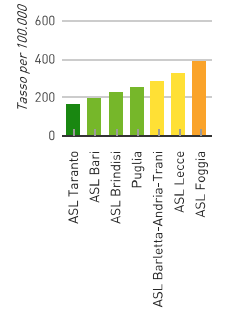
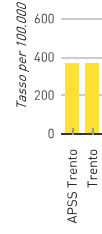
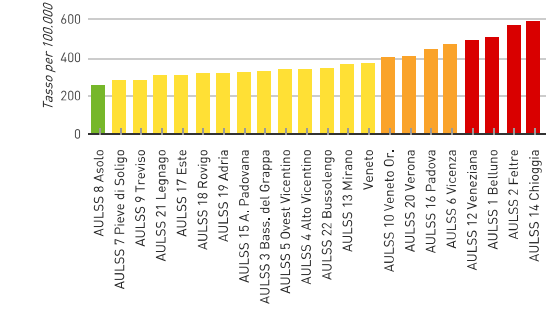
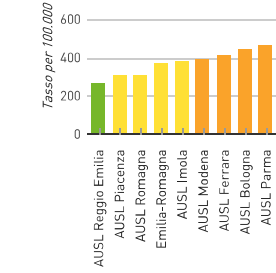
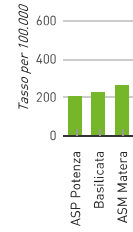
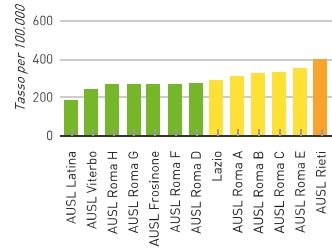
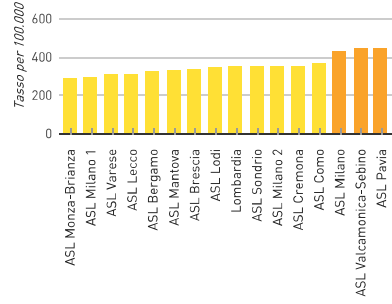
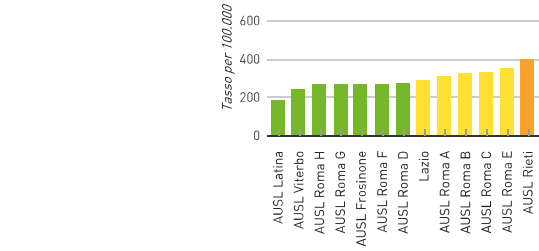
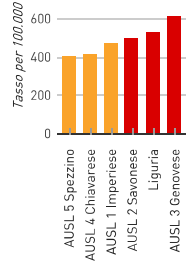
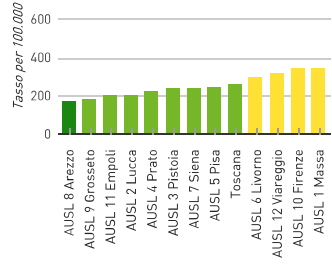
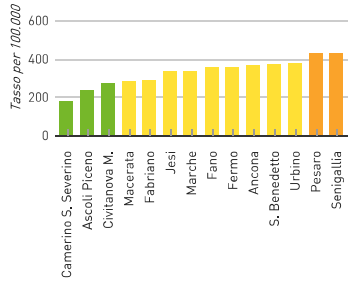
L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni  |
| <b>Numeratore</b>   | N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti maggiorenni x 100.000  |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione residente maggiorenne  |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi.</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p><i>Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx.</i></p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315;</li> <li>• i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</li> </ul> |

**Fonte** Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





## C16 Percorso Emergenza-Urgenza

L'indicatore, inserito nel sistema già dal 2011 con l'etichetta "Pronto Soccorso", da quest'anno fornisce una valutazione più ampia sul "Percorso Emergenza-Urgenza".

Da una parte, gli indicatori C16.1, C16.2, C16.3 e C16.4 forniscono una valutazione sulle attività del Pronto Soccorso: tempi di attesa dei pazienti, tempi di permanenza per alcuni codici colore e capacità di filtro del Pronto Soccorso verso i ricoveri.

Dall'altra parte, l'indicatore fornisce una misura di alcuni aspetti del sistema 118, in particolare con l'inserimento del nuovo indicatore C16.11 si monitora la tempestività tra la ricezione della chiamata e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C16.1, C16.2, C16.3, C16.4 e C16.11.

### C16 Percorso Emergenza-Urgenza [di valutazione]

- C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti [di valutazione]
- C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora [di valutazione]
- C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore [di valutazione]
- C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore [di valutazione]
- C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso [di valutazione]

**Lombardia**

Osp. Sacra Famiglia ●  
 Osp. Moriggia Pelascini ●  
 ASL Valcamonica-Sebino ●  
 Osp. S. Giuseppe - MI ●  
 Pol. S. Matteo ●  
 Fond. Ca Granda ●  
 Fond. Monzino - C. Cardio. ●  
 S. Raffaele - MI ●  
 Ist. Auxologixio Ital. ●  
 Ist. Humanitas - Rozzano ●  
 Ist. Ortopedico Galeazzi ●  
 Ist. S. Donato - S.D. ●  
 CdC Multimed. - Sesto S. ●  
 AO Fond. Macchi - VA ●  
 AO S. A. Abate - Gallarate ●  
 AO Osp. Circolo - B. Ars. ●  
 AO Spedali Civili - BS ●  
 AO M. Mellini - Chiari ●  
 AO Desenzano del Garda ●  
 AO Ist. Ospitalieri - CR ●  
 AO Osp. Maggiore - Crema ●  
 AO S. Anna- Como ●  
 AO Lecco ●  
 AO Osp. Riuniti - BG ●  
 AO Treviglio ●  
 AO Bolognino - Seriate ●  
 AO C. Poma ●  
 AO L. Sacco - Mi ●  
 AO Niguarda - MI ●  
 AO I.C.P. - MI ●  
 AO Fatebenefratelli - MI ●  
 AO S. Paolo - MI ●  
 AO G. Pini - MI ●  
 AO S. Carlo Borromeo - MI ●  
 AO Civile - Legn. ●  
 AO G. Salvini - Garb. ●  
 AO Melegnano ●  
 AO Desio-Vimercate ●  
 AO S. Gerardo - Monza ●  
 AO Prov. Lodi ●  
 AO Prov. Pavia ●  
 AO Valtellina-Valch. ●  
 Osp. Valduce ●

**Liguria**

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

**Toscana**

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

**Lazio**

AUSL Roma A ●  
 AUSL Roma B ●  
 AUSL Roma C ●  
 AUSL Roma D ●  
 AUSL Roma E ●  
 AUSL Roma F ●  
 AUSL Roma G ●  
 AUSL Roma H ●  
 AUSL Viterbo ●  
 AUSL Rieti ●  
 AUSL Latina ●  
 AUSL Frosinone ●  
 AO S. Camillo Forlanini ●  
 AO S. G. Addolorata ●  
 AO S. F. Neri ●  
 Osp. Bambino Gesù ●  
 Pol. Umberto I ●  
 AO S. Andrea ●  
 Fond. Pol. Tor Vergata ●

**Bolzano**

Azienda P.A. Bolzano ●

**Trento**

APSS Trento ●

**Basilicata**

ASP Potenza ●  
 ASM Matera ●  
 AO S. Carlo ●

**Friuli Venezia Giulia**

ASS2 Isontina ●  
 ASS3 Alto Friuli ●  
 ASS4 Medio Friuli ●  
 ASS5 Bassa Friulana ●  
 IRCCS Burlo Gar. ●  
 AO Pordenone ●  
 AOU Trieste ●  
 AOU Udine ●

**Umbria**

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

**Puglia**

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

**Veneto**

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

**Emilia-Romagna**

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

**Marche**

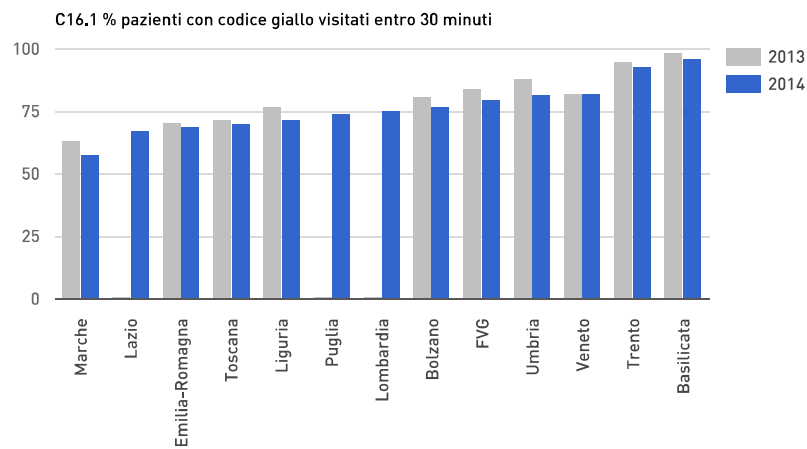
Urbino ●  
 Fano ●  
 Senigallia ●  
 Jesi ●  
 Fabriano ●  
 Ancona ●  
 Civitanova M. ●  
 Macerata ●  
 Camerino S. Severino ●  
 Fermo ●  
 S. Benedetto ●  
 Ascoli Piceno ●  
 AO Osp. Riun. Marche Nord ●  
 AOU Osp. Riun. Ancona ●





### C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice giallo e visitati entro 30 minuti rispetto al totale dei pazienti con codice giallo |
| <b>Numeratore</b>   | N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100   |
| <b>Denominatore</b> | N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti   |
| <b>Note</b>         | Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita   |
| <b>Fonte</b>        | Flusso Pronto Soccorso   |

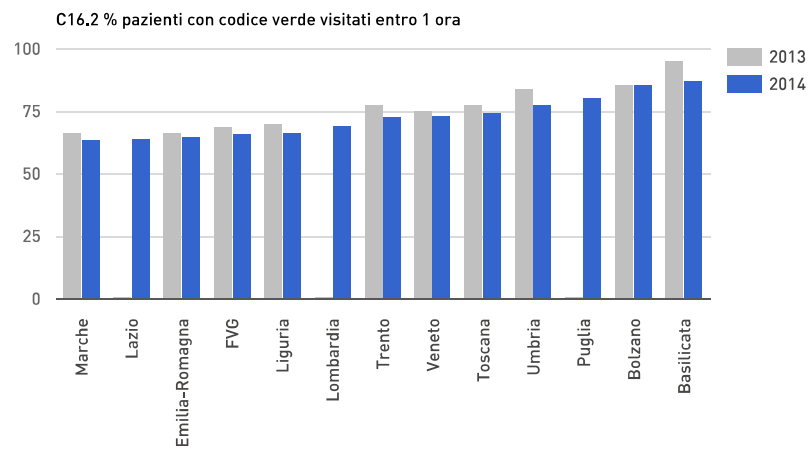




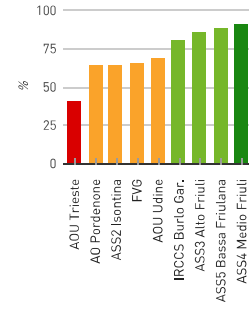
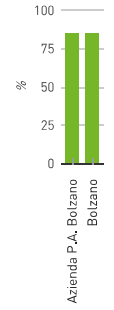
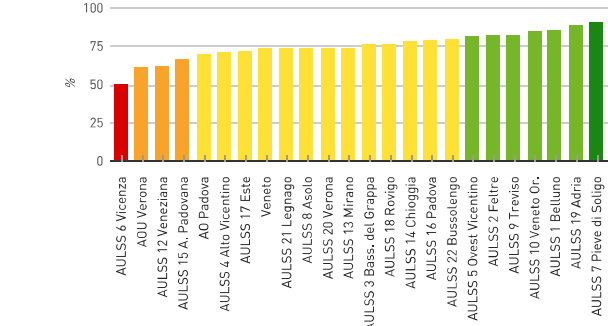
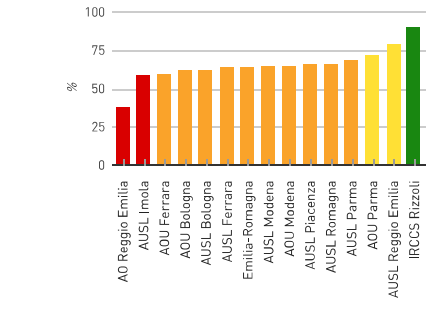
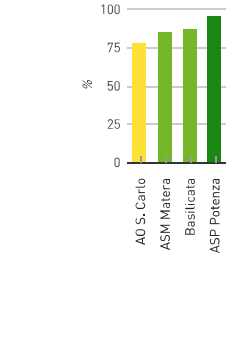
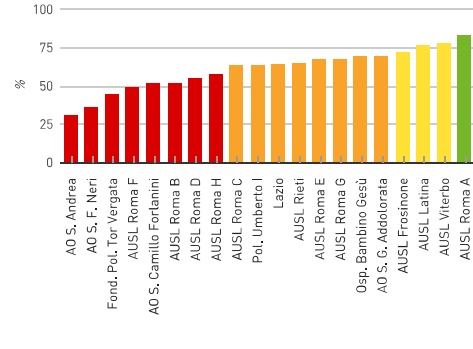
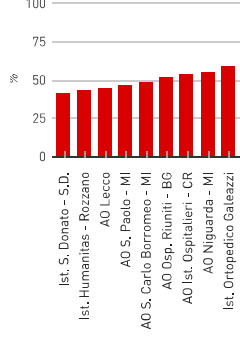
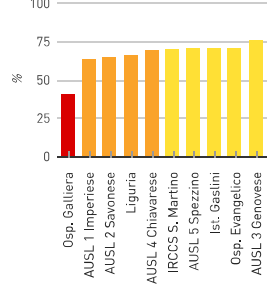
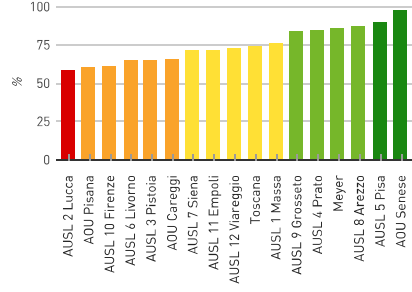
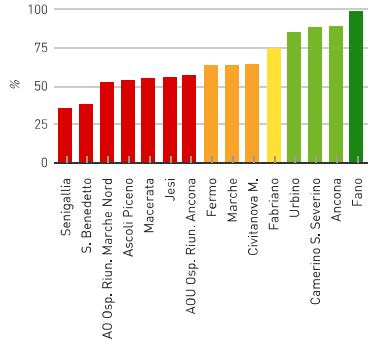


### C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).



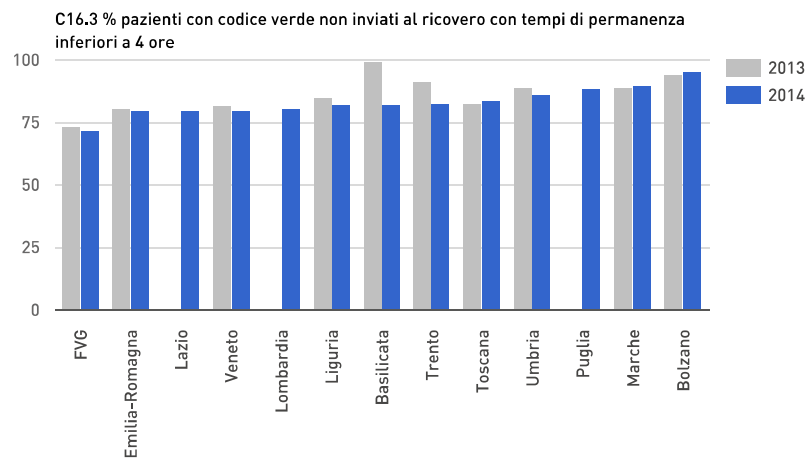
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde |
| <b>Numeratore</b>   | N. pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora  |
| <b>Note</b>         | Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita.  |
| <b>Fonte</b>        | Flusso Pronto Soccorso   |



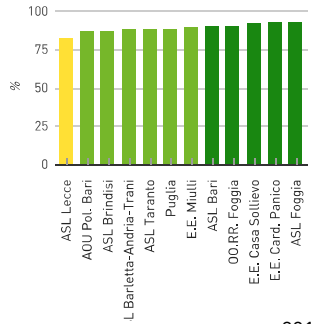
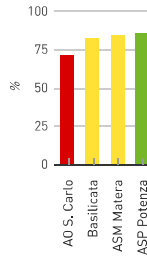
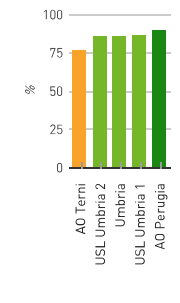
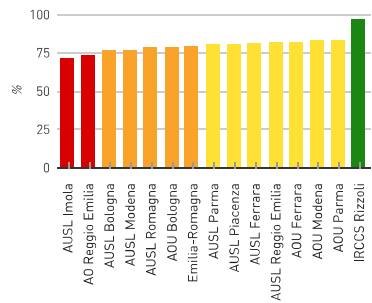
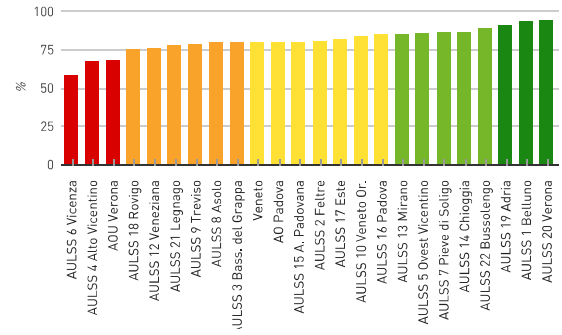
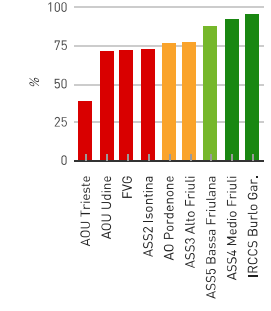
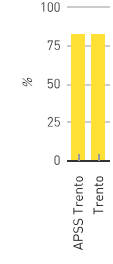
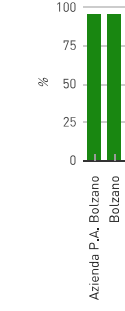
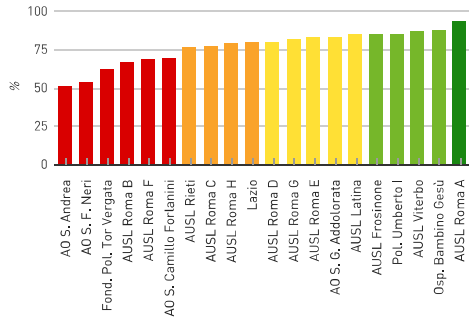
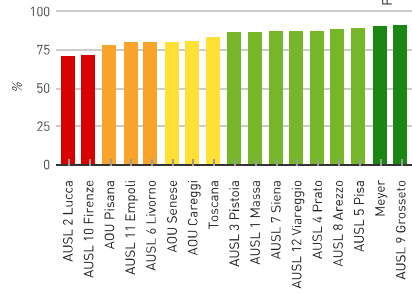
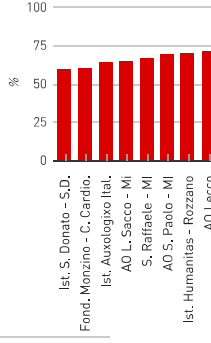
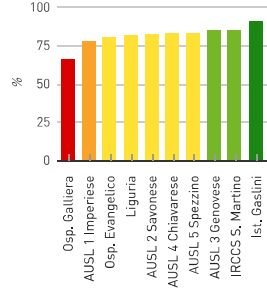


### C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore.



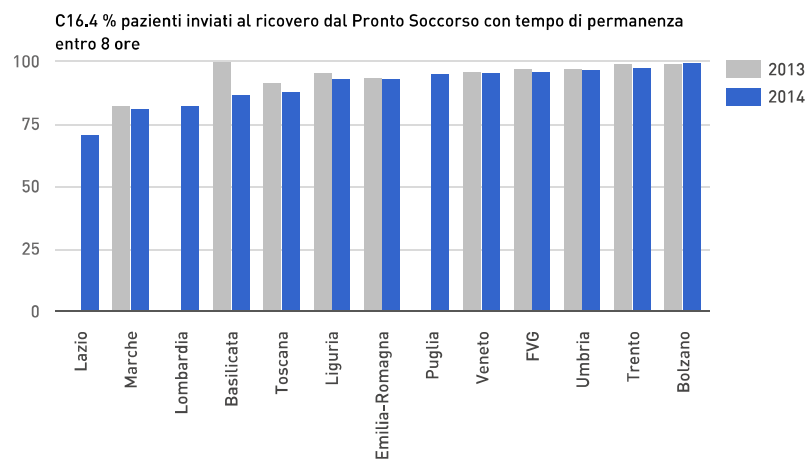
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore   |
| <b>Numeratore</b>   | N. pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100   |
| <b>Denominatore</b> | N. totale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore  |
| <b>Note</b>         | Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita. Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra il momento della dimissione e il momento dell'accettazione al triage. Sono escluse le dimissioni con esito a ricovero e gli abbandoni. |
| <b>Fonte</b>        | Flusso Pronto Soccorso   |



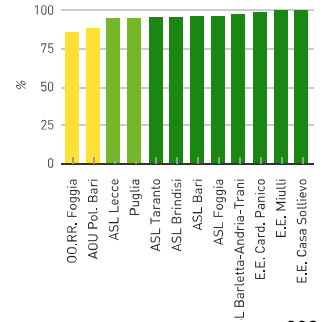
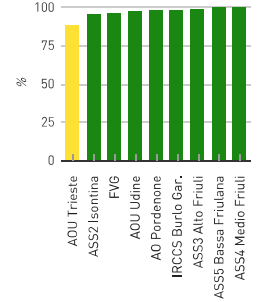
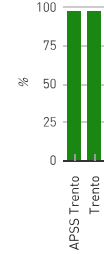
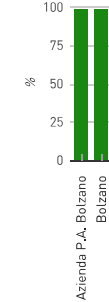
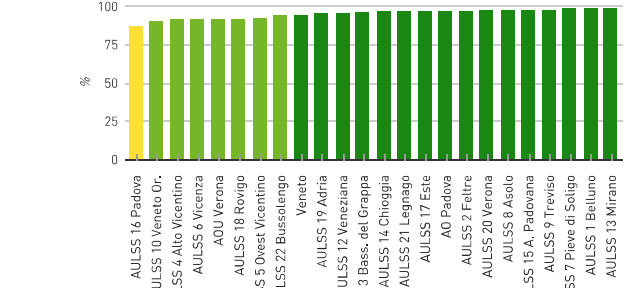
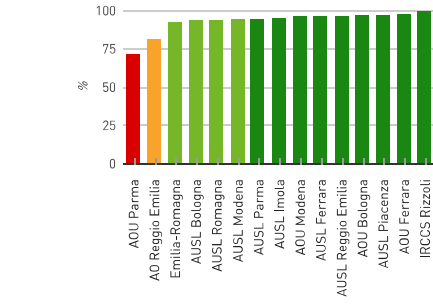
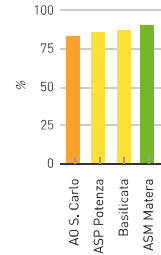
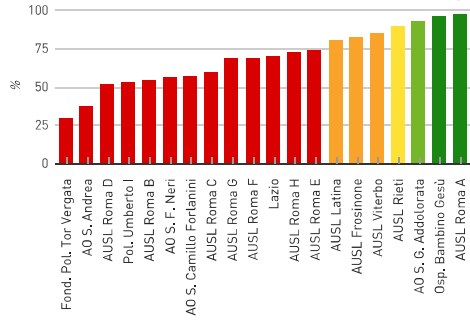
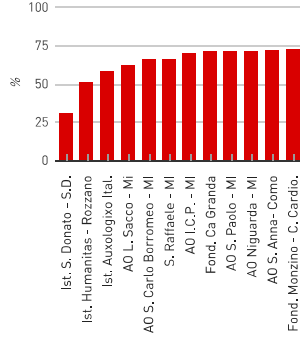
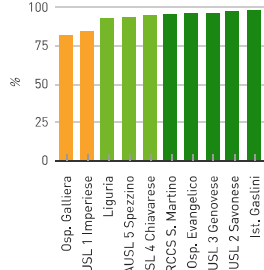
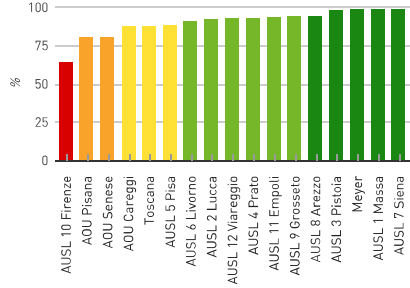
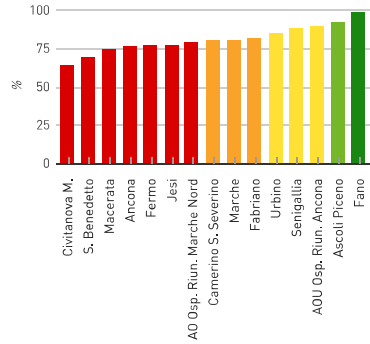


### C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore permette di valutare l'efficienza del sistema ospedale nel suo complesso e monitora la tempestività nella sistemazione dei pazienti ai quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, referta la necessità di ricovero o di altri approfondimenti. L'indicatore misura la percentuale dei pazienti che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore gravità alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



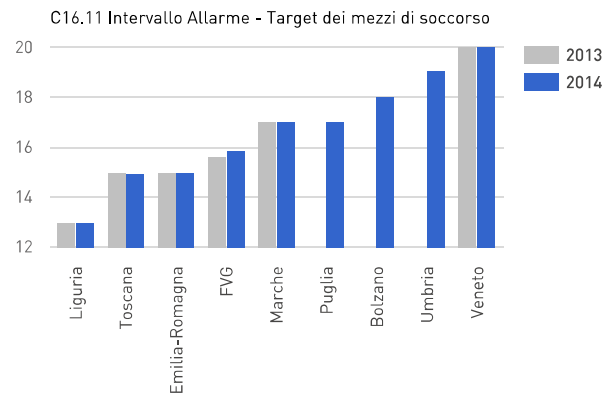
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore   |
| <b>Numeratore</b>   | N. pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore   |
| <b>Denominatore</b> | N. Totale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro ed oltre le 8 ore  |
| <b>Note</b>         | Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve.<br>Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra il momento della dimissione e il momento dell'accettazione al triage. Si considerano solo le dimissioni con esito a ricovero o trasferimento ad altro istituto. |
| <b>Fonte</b>        | Flusso Pronto Soccorso   |





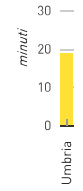
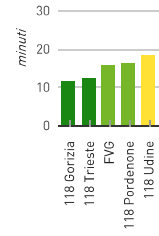
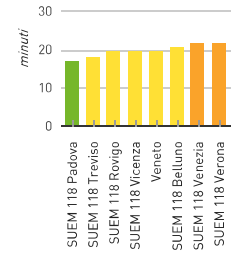
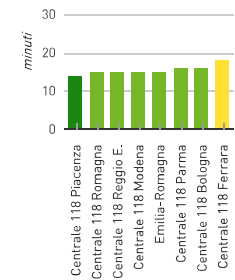
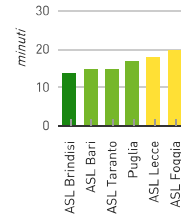
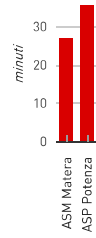
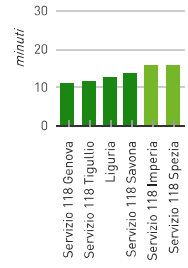
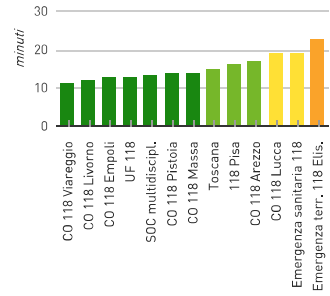
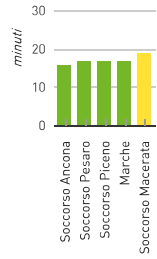
### C16.11 Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso

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



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso   |
| <b>Numeratore</b>   |   |
| <b>Denominatore</b> |   |
| <b>Note</b>         | L' indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).<br>Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Sono escluse anche le missioni di elisoccorso.<br>Nel 2014 le Centrali Operative di Prato e Firenze sono state accorpate. I dati della Centrale Operativa di Prato si riferiscono ai mesi di Gennaio e Febbraio 2014, gli altri mesi confluiscono nella Centrale Operativa di Firenze. |
| <b>Fonte</b>        | Flusso Sistema 118  |







## C18 Variabilità chirurgia (tonsillectomia e stripping di vene)

L'elevata variabilità intra e infraregionale, registrata su buona parte degli indicatori di performance, sporadicamente è dovuta alla personalizzazione dei servizi rispetto alle esigenze socio-sanitarie dei cittadini. Numerosi studi a livello internazionale hanno dimostrato che la variabilità geografica di alcune prestazioni di chirurgia elettiva non è del tutto giustificata da una differenza reale nel bisogno espresso ma piuttosto rappresenta un problema di appropriatezza dei comportamenti professionali ed organizzativi. A questo occorre aggiungere che in sanità è spesso l'offerta a creare ed incentivare la domanda; diventano quindi cruciali i processi di selezione e allocazione delle risorse critiche (come i professionisti medici), nell'intento di limitare sia fenomeni di sovra-produzione che situazioni di vuoto d'offerta a cui corrispondono dinamiche di mobilità.

L'indicatore C18 analizza pertanto la variabilità dei tassi di ospedalizzazione dei seguenti interventi chirurgici in elezione: tonsillectomia, colecistectomia, colecistectomia laparoscopica, sostituzione del ginocchio, sostituzione dell'anca, stripping di vene, angioplastica coronarica, prostatectomia transuretrale, isterectomia, artroscopia al ginocchio. Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C18.1 e C18.6.

### C18 Variabilità chirurgia (tonsillectomia e stripping di vene) [di valutazione]

- C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti [di valutazione]
- C18.2 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.3 Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.4 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti [di valutazione]
- C18.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.8 Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.9 Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia per 100.000 residenti [di osservazione]
- C18.10 Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio per 100.000 residenti [di osservazione]

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



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



**Bolzano**  
 Azienda P.A. Bolzano



**Trento**  
 APSS Trento



**Friuli Venezia Giulia**  
 ASS1 Triestina  
 ASS2 Isontina  
 ASS3 Alto Friuli  
 ASS4 Medio Friuli  
 ASS5 Bassa Friulana  
 ASS6 Friuli Occidentale



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



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



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



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



**Lazio**  
 AUSL Roma A  
 AUSL Roma B  
 AUSL Roma C  
 AUSL Roma D  
 AUSL Roma E  
 AUSL Roma F  
 AUSL Roma G  
 AUSL Roma H  
 AUSL Viterbo  
 AUSL Rieti  
 AUSL Latina  
 AUSL Frosinone



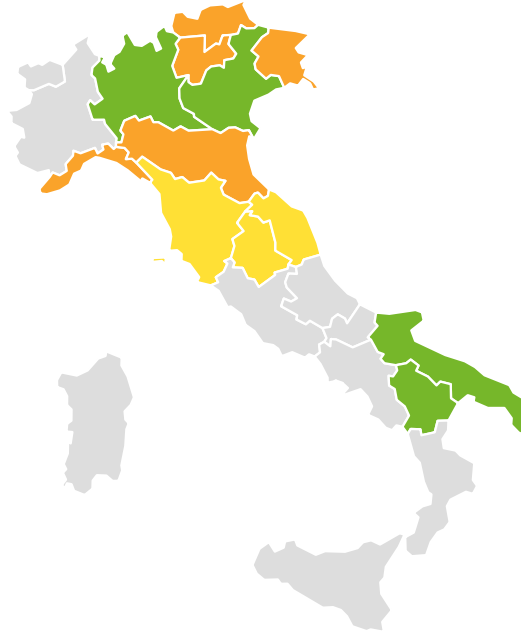
**Basilicata**  
 ASP Potenza  
 ASM Matera



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



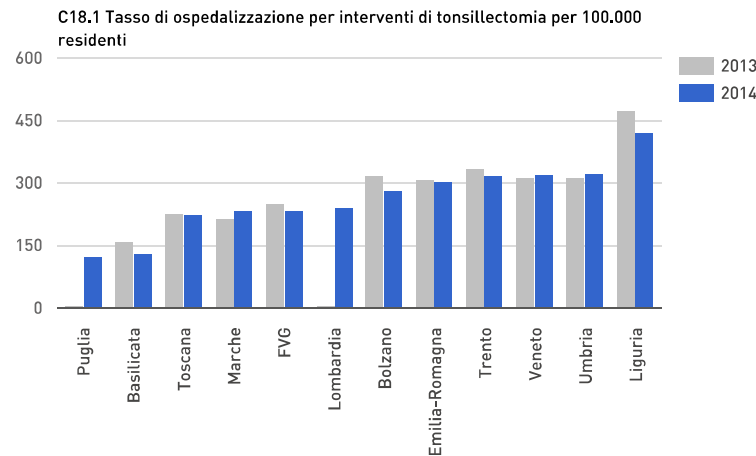
**Umbria**  
 USL Umbria 1  
 USL Umbria 2





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

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



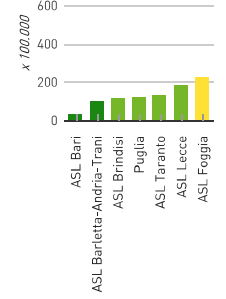
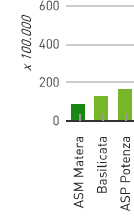
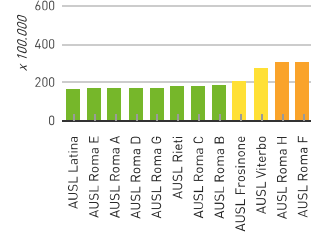
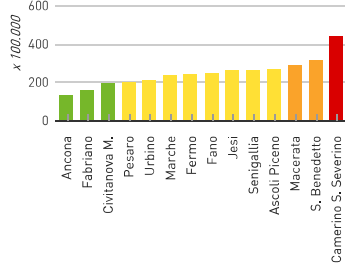
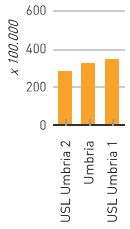
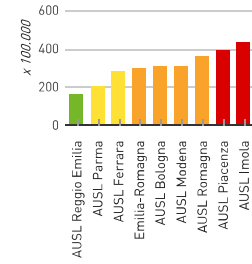
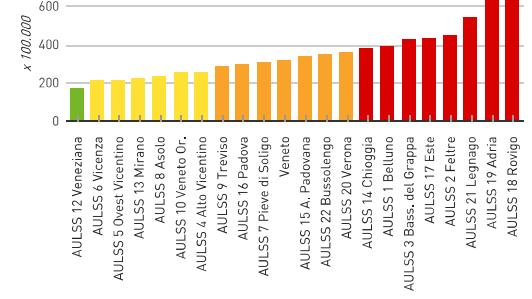
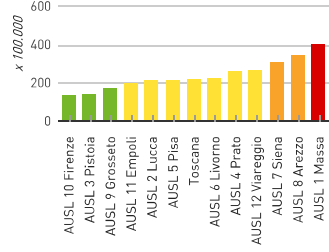
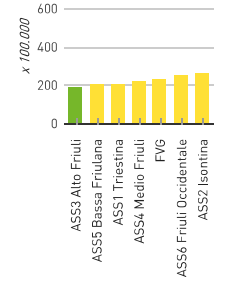
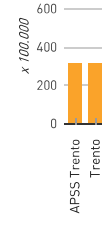
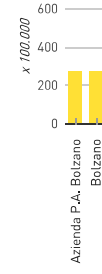
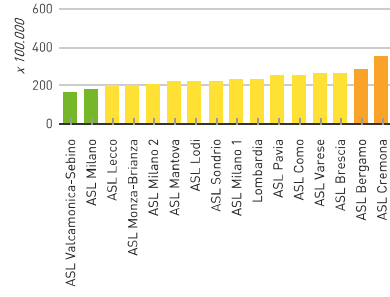
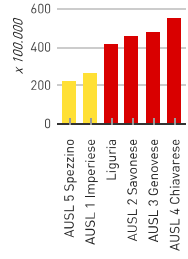
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia, per 100.000 residenti std per età e sesso |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di ricoveri per interventi di tonsillectomia relativi ai residenti x 100.000                   |
| <b>Denominatore</b> | Numero residenti con età minore o uguale a 17 anni  |

- Note**
- Si considerano:
- i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione,
  - erogati da strutture pubbliche e private accreditate,
  - età <= 17 anni ,
  - con codici ICD9-CM di intervento principale o secondario di tonsillectomia senza e con adenoidectomia: 28.2 e 28.3

- Sono esclusi i ricoveri:
- con MDC 14 o 15,
  - trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia delle stesso IRC di ricovero,
  - pazienti con i seguenti codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria: di tumore della testa e del collo 140 - 149, 160, 161, 170.0, 170.1, 171.0, 172.0, 172.1, 172.2, 172.3, 172.4, 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 190, 191, 192.0, 192.1, 193, 194.1, 194.3, 194.4, 195.0, 196.0, 200.01, 200.11, 200.21, 200.81, 201.01, 201.11, 201.21, 201.41, 201.51, 201.61, 201.91, 202.01, 202.11, 202.21, 202.31, 202.41, 202.51, 202.61, 202.81, 202.91, 210, 212.1, 215.0, 216.0, 216.1, 216.2, 216.3, 216.4, 224, 226, 227.1, 227.3, 227.4, 230.0, 231.0, 232.0, 232.1, 232.2, 232.3, 232.4, 235.0, 235.1; di traumatismo o avvelenamento: da 800\* a 999\*.

La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, 15-17. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).

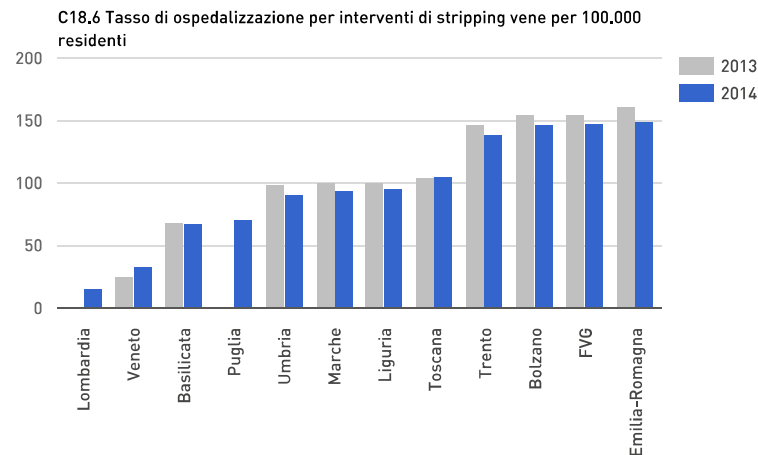
**Fonte** Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





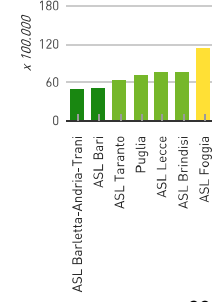
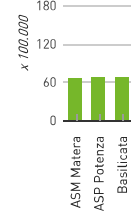
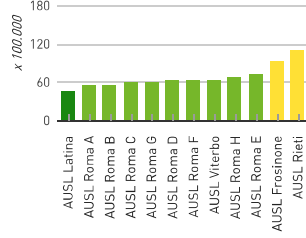
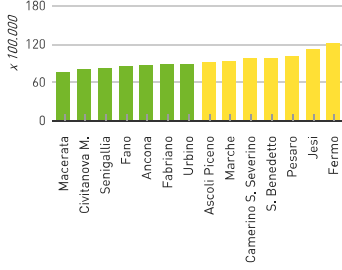
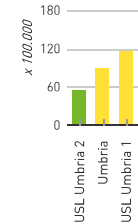
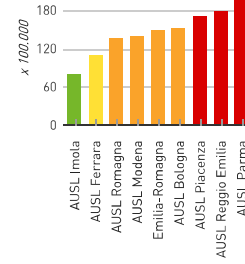
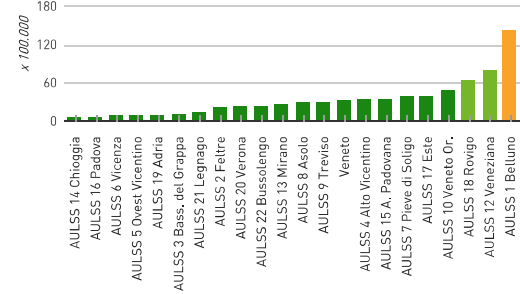
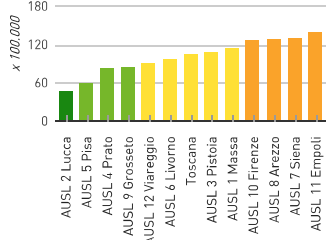
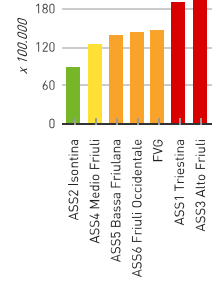
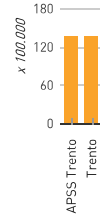
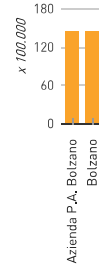
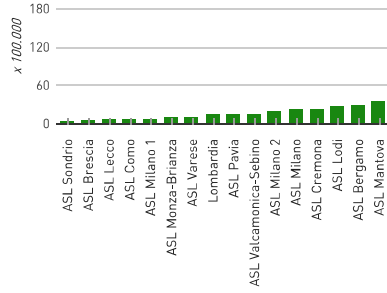
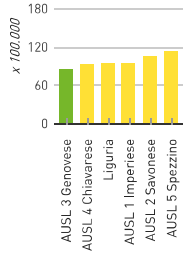
### C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di ricoveri per interventi di stripping vene, relativi ai residenti x 100.000   |
| <b>Denominatore</b> | Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni   |
| <b>Note</b>         | <p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione</li> <li>• con età &gt;= 18 anni,</li> <li>• con codici ICD9-CM di procedure principale o secondari di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore: 38.59,</li> <li>• erogati da strutture pubbliche e private accreditate.</li> </ul> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• con mdc 15,</li> <li>• trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia delle stesso IRC di ricovero.</li> </ul> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 +. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p> |

**Fonte** Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





## C21 Compliance assistenza farmaceutica

L'indicatore C21 è composto da quattro indicatori (assunzione di statine, di ace-inibitori, di betabloccanti e di antiaggreganti) che permettono di monitorare l'aderenza alle diverse terapie farmacologiche relative al percorso post-IMA.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori C9.2 e C9.9.1.1.

### C21 Compliance assistenza farmaceutica [di valutazione]

- C21.1.1 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti a 90 gg dopo la dimissione [di osservazione]
- C21.1.2 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritte statine a 90 gg dopo la dimissione [di osservazione]
- C21.1.3 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani a 90 gg dopo la dimissione [di osservazione]
- C21.1.4 % di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta terapia antiaggregante a 90 gg dopo la dimissione [di osservazione]
- C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolepizzanti) [di valutazione]
- C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi [di valutazione]



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

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

- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano ●

- Trento**
- APSS Trento ●

- Friuli Venezia Giulia**
- ASS1 Triestina ●
  - ASS2 Isontina ●
  - ASS3 Alto Friuli ●
  - ASS4 Medio Friuli ●
  - ASS5 Bassa Friulana ●
  - ASS6 Friuli Occidentale ●

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

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

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

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

- Lazio**
- AUSL Roma A ●
  - AUSL Roma B ●
  - AUSL Roma C ●
  - AUSL Roma D ●
  - AUSL Roma E ●
  - AUSL Roma F ●
  - AUSL Roma G ●
  - AUSL Roma H ●
  - AUSL Viterbo ●
  - AUSL Rieti ●
  - AUSL Latina ●
  - AUSL Frosinone ●

- Basilicata**
- ASP Potenza ●
  - ASM Matera ●

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

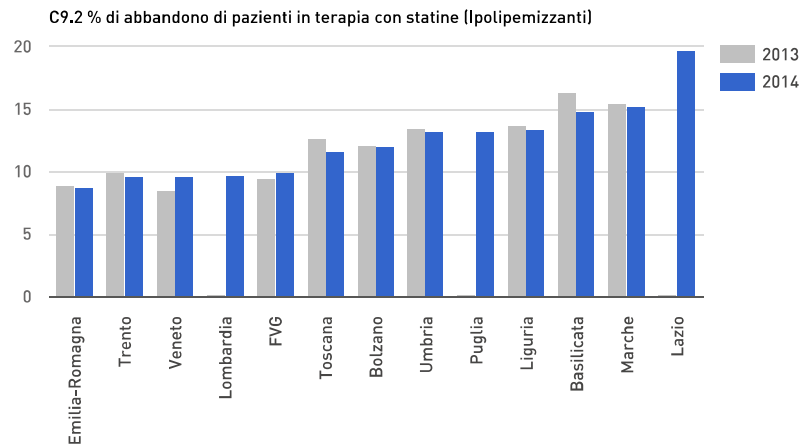
- Umbria**
- USL Umbria 1 ●
  - USL Umbria 2 ●



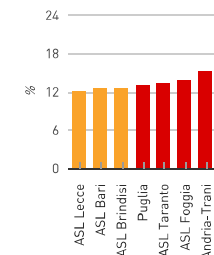
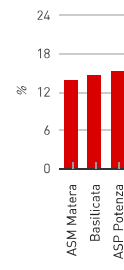
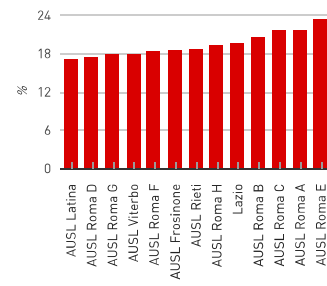
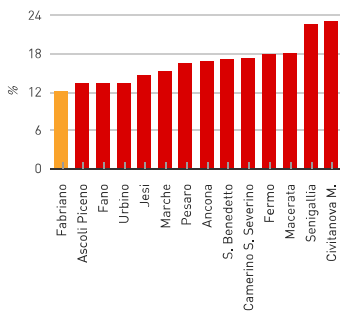
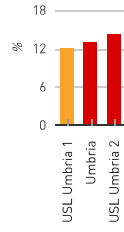
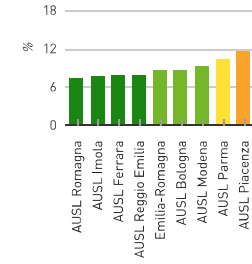
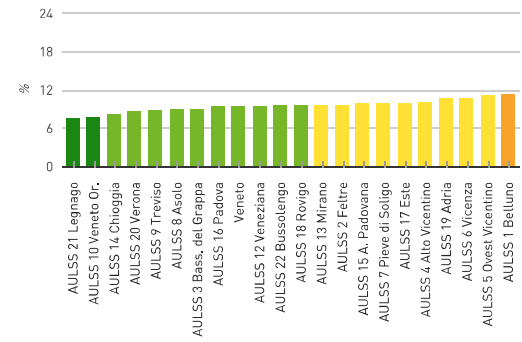
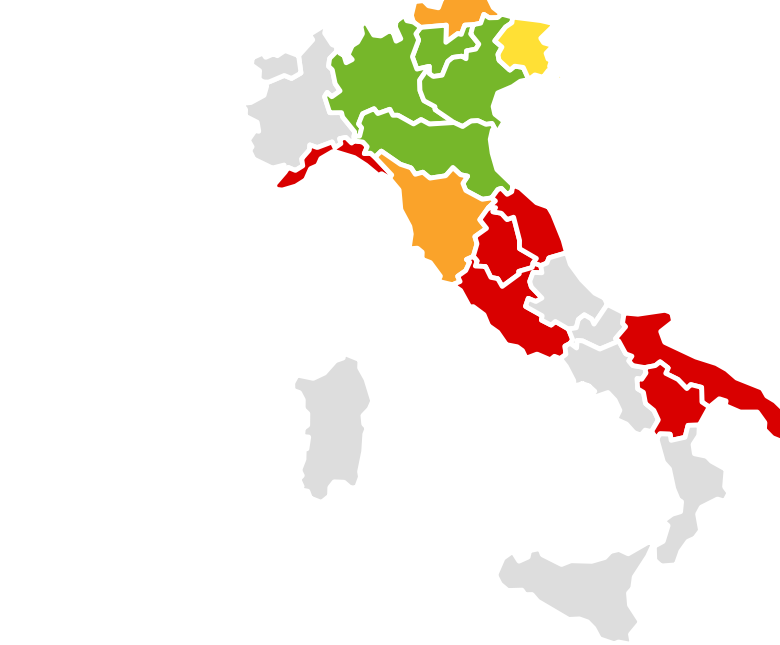
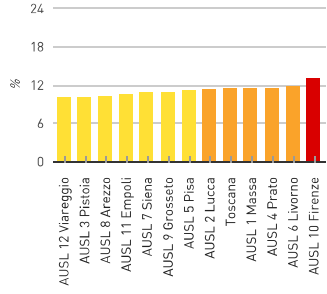
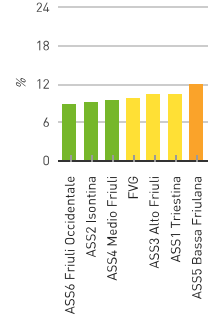
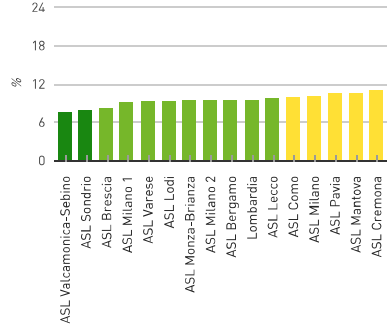
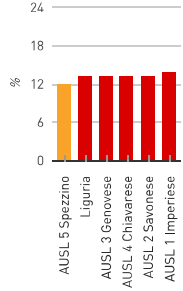


## C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

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



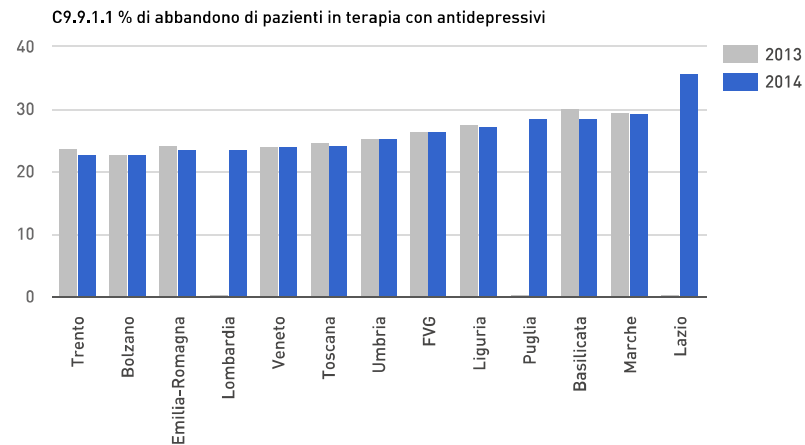
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (Ipolipemizzanti) all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto             |
| <b>Numeratore</b>   | N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. utenti che consumano statine   |
| <b>Note</b>         | Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. E' escluso il consumo privato. E' inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica   |



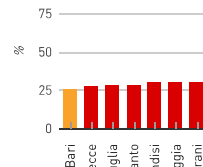
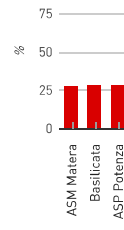
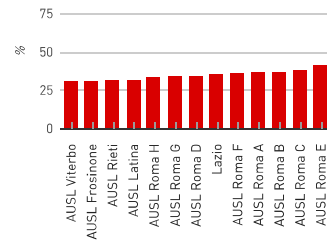
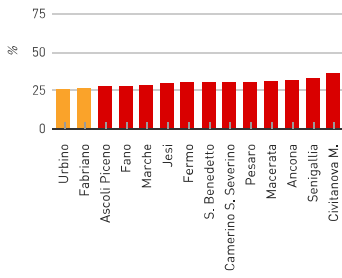
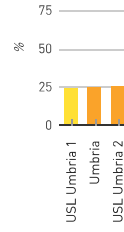
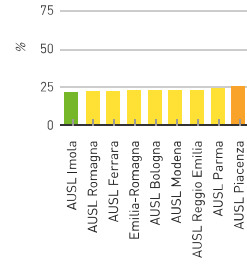
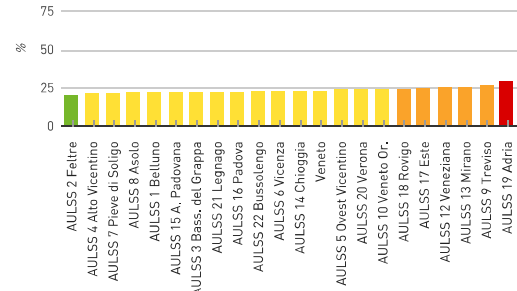
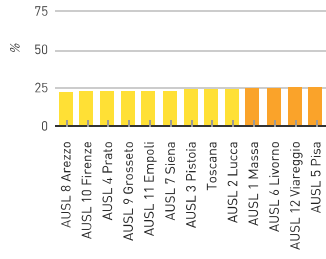
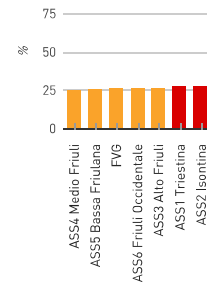
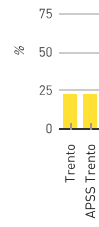
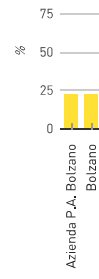
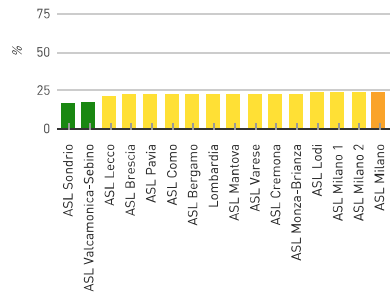
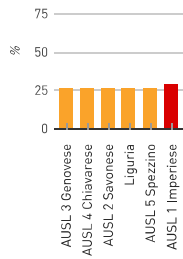


### C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi   |
| <b>Numeratore</b>   | N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. utenti che consumano antidepressivi   |
| <b>Note</b>         | L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (Inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi).<br>È inclusa l'erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica  |







LA VALUTAZIONE ESTERNA

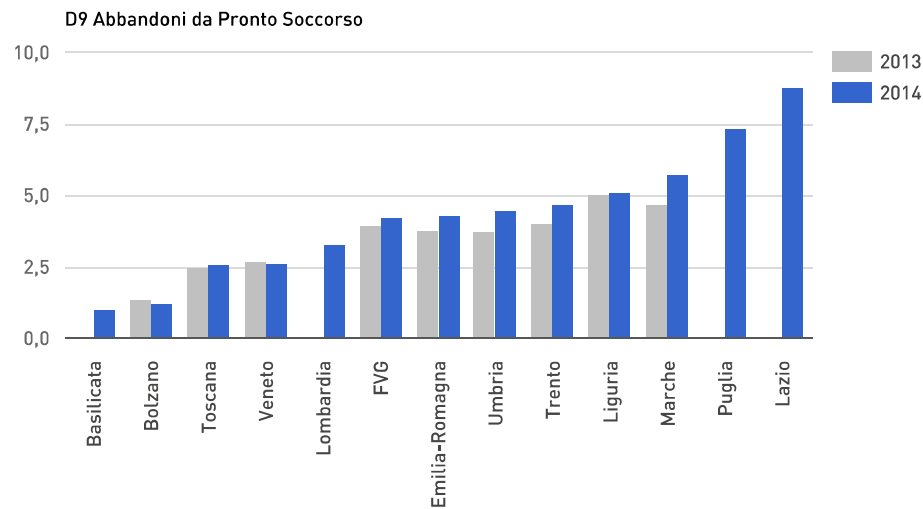


## D9 Abbandoni da Pronto Soccorso

L'indicatore fornisce indicazioni sull'attivazione di una sorveglianza da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia rispetto agli accessi in Pronto Soccorso.

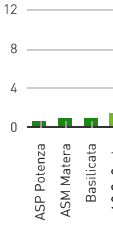
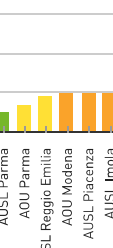
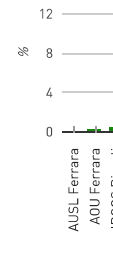
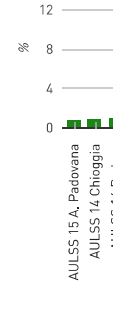
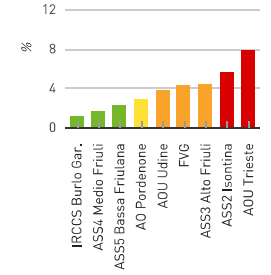
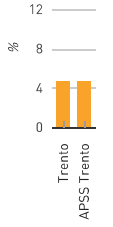
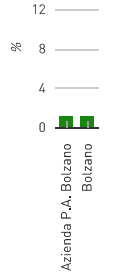
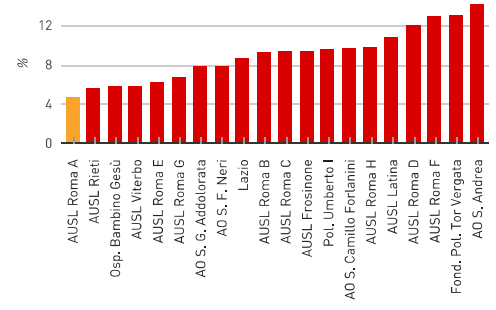
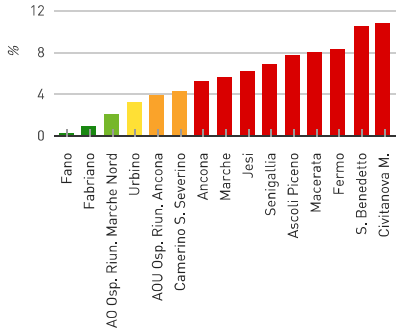
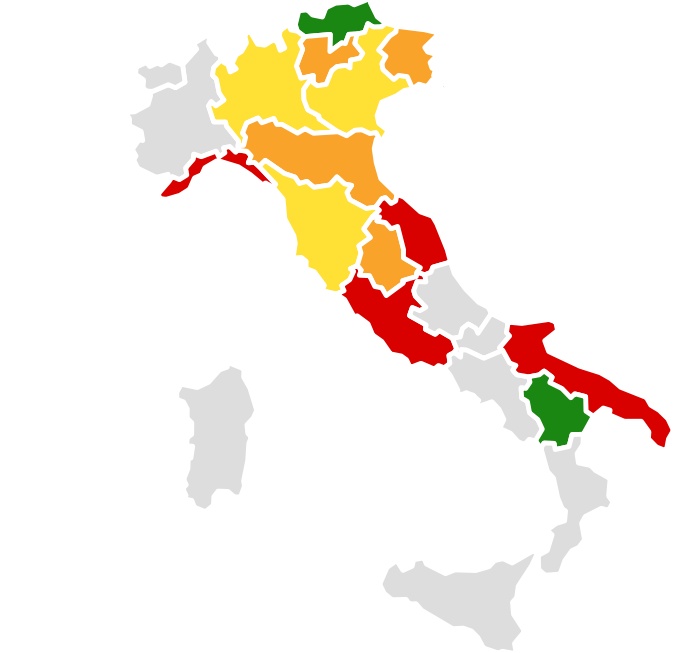
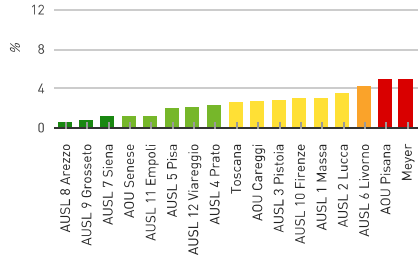
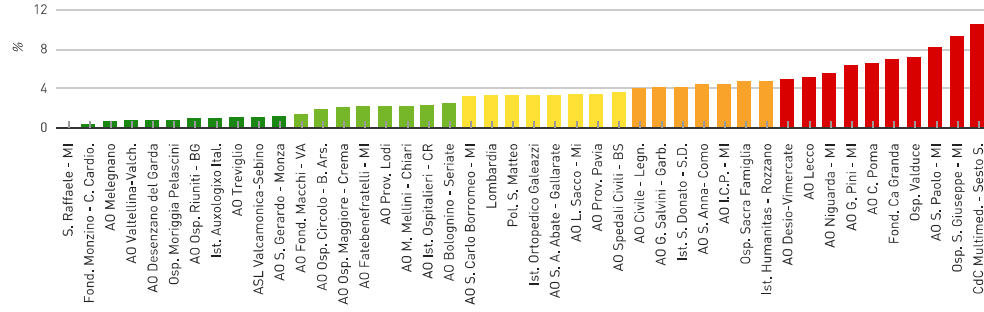
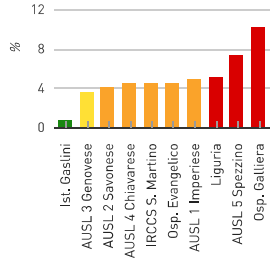
L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale.

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.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale   |
| <b>Numeratore</b>   | N. abbandoni x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. accessi al PS  |
| <b>Note</b>         | Si considerano "abbandoni" i pazienti che lasciano il Pronto Soccorso spontaneamente dopo aver effettuato il triage, sia prima della visita medica sia dopo la visita. Sono escluse le dimissioni volontarie. Alle Aziende territoriali vengono attribuiti esclusivamente gli abbandoni che si sono verificati nei PS a gestione diretta. |
| <b>Fonte</b>        | Flusso Pronto Soccorso  |





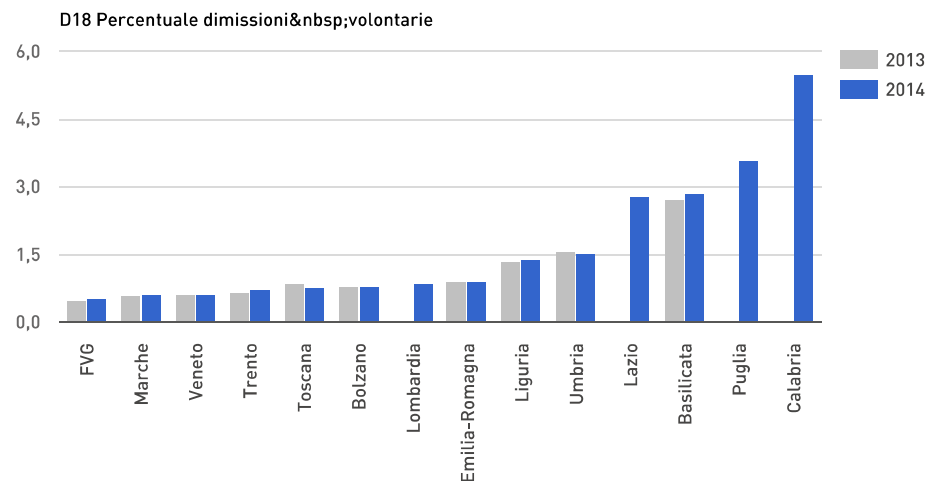


## D18 Percentuale dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

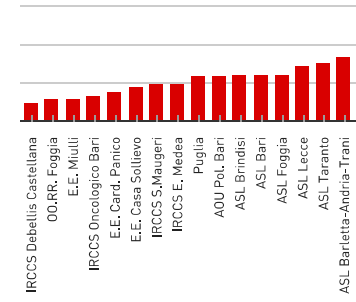
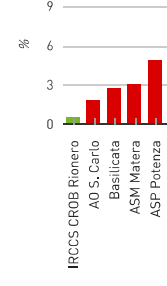
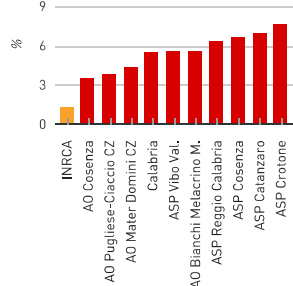
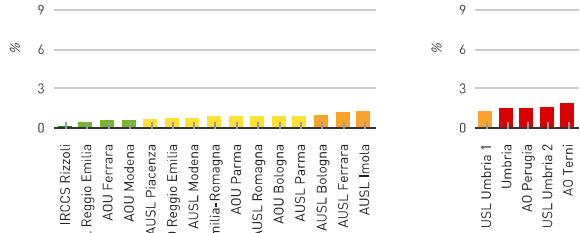
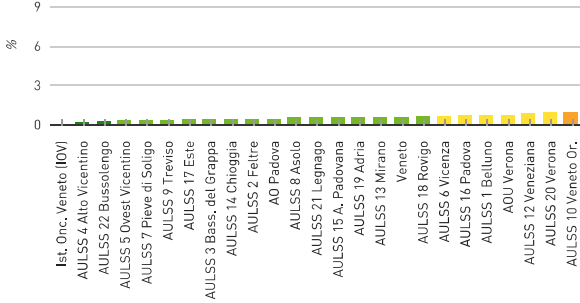
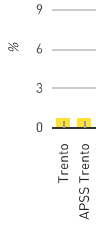
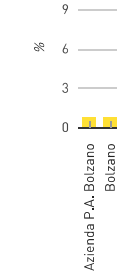
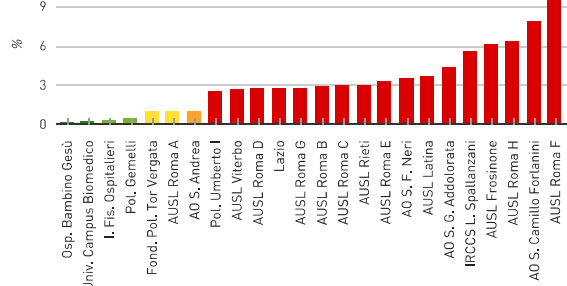
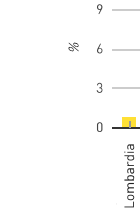
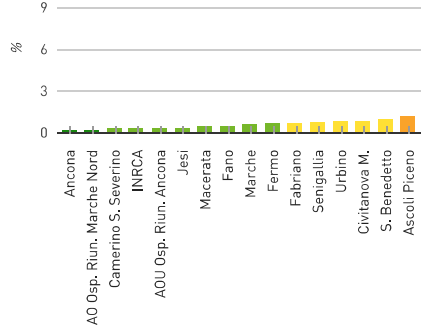
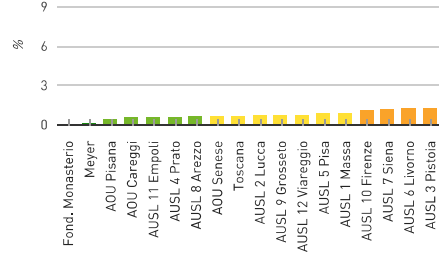
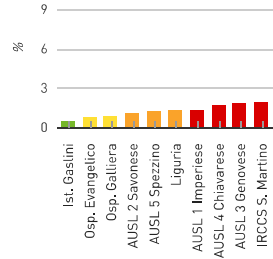
Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante A.M. et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la 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.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero di dimissioni volontarie x 100   |
| <b>Denominatore</b> | Numero di ricoveri  |
| <b>Note</b>         | <p>Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486) tramite i Codici ICD9-CM:</li> <li>- 635.xx (Aborto indotto legalmente) in diagnosi principale e V61.7 (altra gravidanza indesiderata) e/o V58.83 (trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici) in una delle diagnosi secondarie e 99.24 (Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)) in qualunque procedura;</li> <li>- la diagnosi 638.9 (Tentativo fallito di aborto senza complicazione riferita) in qualunque diagnosi</li> <li>- i deceduti (modalità di dimissione =1)</li> </ul> |

**Fonte** Sistema informativo regionale – Flusso SDO







LA VALUTAZIONE  
ECONOMICO-FINANZIARIA  
E DI EFFICIENZA OPERATIVA



## F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi

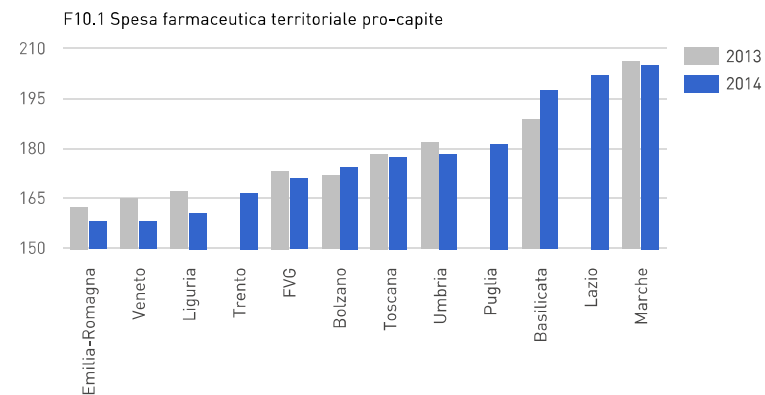
L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento sia della spesa farmaceutica, sia della spesa inerente i dispositivi medico-chirurgici. Per quanto concerne l'ambito farmaceutico, l'indicatore F10.1 rileva la spesa pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto. La spesa farmaceutica ospedaliera viene invece monitorata attraverso l'indicatore F10.2, che quest'anno non è oggetto di valutazione. Per quanto concerne i dispositivi medico-chirurgici, l'indicatore F10.3 monitora la spesa in regime di ricovero. L'indicatore di sintesi F10b assume una valutazione pari a quella dell'indicatore F10.1.

### F10b Governo della spesa farmaceutica e dispositivi [di valutazione]

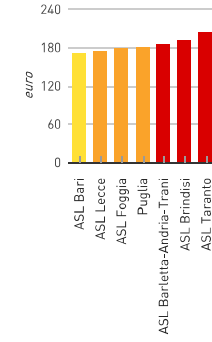
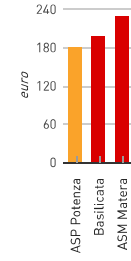
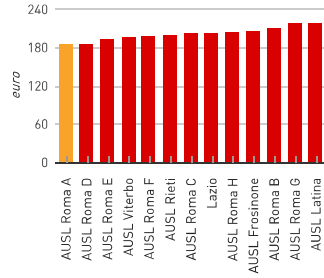
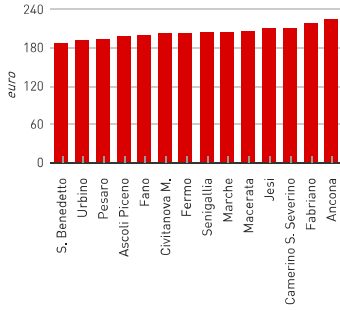
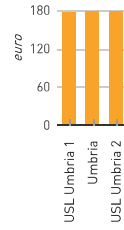
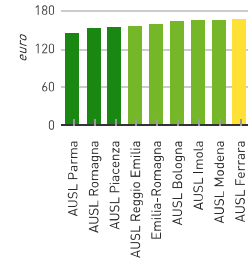
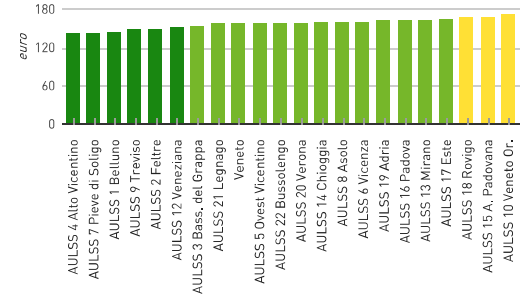
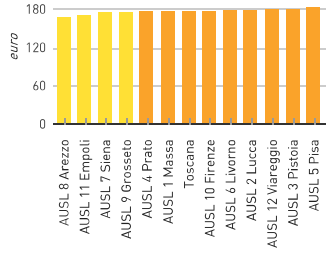
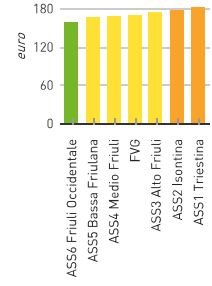
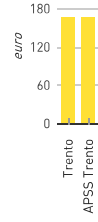
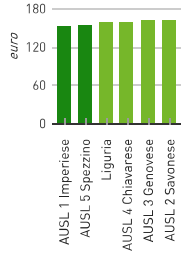
- o F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite [di valutazione]
- o F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliera [di osservazione]
- o F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di  $\hat{A}$  TNF  $\alpha$  [di osservazione]
- o F10.3 Spesa dispositivi (ospedaliera) [di osservazione]
  - F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG [di osservazione]

## F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

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



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite   |
| <b>Numeratore</b>   | Spesa netta per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta e per conto  |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione pesata   |
| <b>Note</b>         | <p>La spesa per la farmaceutica convenzionata è al lordo del pay back. E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa. L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce al costo relativa ai residenti. E' inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale.</p> <p>Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012. Non sono considerati i fattori di coagulazione ATC4 B02BD, l'albumina ATC5 B05AA01, e l'immunoglobulina ATC5 J06BA02 per uso endovenoso, in quanto sono farmaci che curano patologie non uniformi sul territorio e che generano spese ingenti per paziente trattato. Sono stati inclusi gli importi relativi ai farmaci riclassificati in fascia A a novembre 2010.</p> |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica  |





## F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica

L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono state aggiornate negli anni. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi. L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei sottoindicatori F12a.2, F12a.6, F12a.7, F12a.9, F12.11a e F12a.14.

### F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica [di valutazione]

- F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
- F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non) [di valutazione]
- F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]



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



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



- Bolzano**
- Azienda P.A. Bolzano



- Trento**
- APSS Trento



- Friuli Venezia Giulia**
- ASS1 Triestina
  - ASS2 Isoncina
  - ASS3 Alto Friuli
  - ASS4 Medio Friuli
  - ASS5 Bassa Friulana
  - ASS6 Friuli Occidentale



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



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



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



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



- Lazio**
- AUSL Roma A
  - AUSL Roma B
  - AUSL Roma C
  - AUSL Roma D
  - AUSL Roma E
  - AUSL Roma F
  - AUSL Roma G
  - AUSL Roma H
  - AUSL Viterbo
  - AUSL Rieti
  - AUSL Latina
  - AUSL Frosinone



- Basilicata**
- ASP Potenza
  - ASM Matera



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



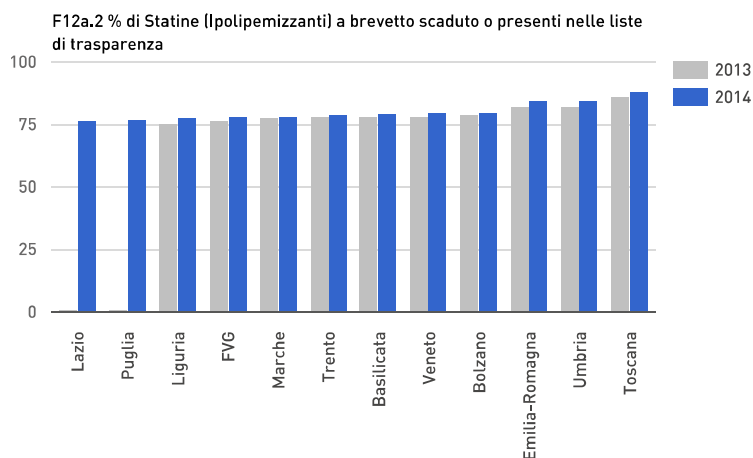
- Umbria**
- USL Umbria 1
  - USL Umbria 2



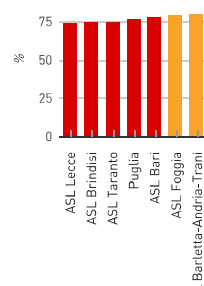
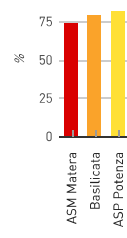
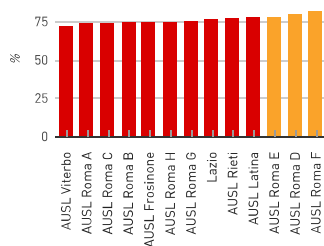
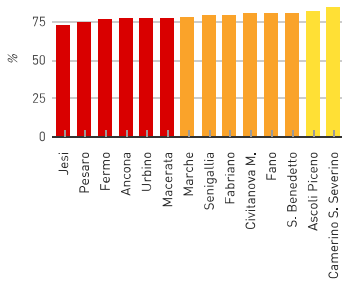
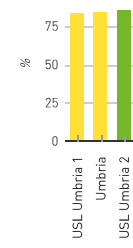
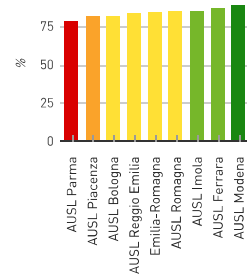
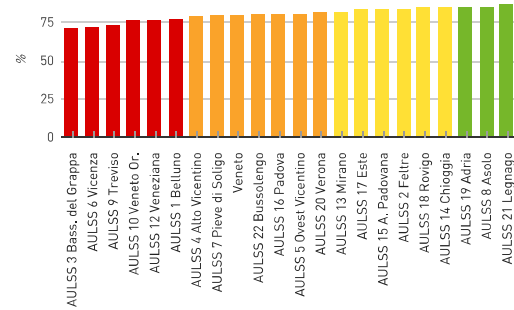
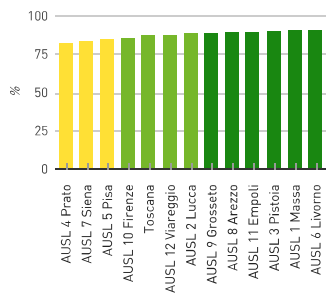
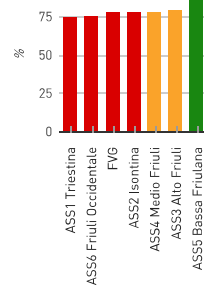
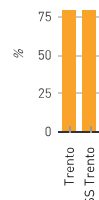
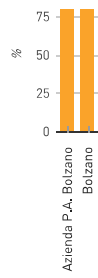
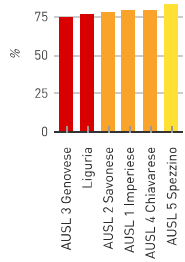


## F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

La dislipidemia è uno fra i principali fattori di rischio modificabili di malattie a carico del sistema cardio-circolatorio in generale e di malattie coronariche, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e insufficienza renale nel particolare. Considerando che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo, oltretutto il maggior costo diretto ed indiretto per la loro cura e gestione, bisognerebbe intervenire precocemente con una cura farmacologica nei soggetti affetti, qualora non fosse possibile modificarne efficacemente l'errato stile di vita, causa eventuale dell'affezione dislipidemica. Il rapporto OsMed 2014 evidenzia come diversi studi di farmacoeconomia rivelino il favorevole rapporto costo-efficacia dei farmaci ipolipemizzanti, sia nella prevenzione primaria che in quella secondaria di eventi cardiovascolari. È importante tener presente però che il raggiungimento del beneficio farmacologico è strettamente correlato sia al profilo del soggetto che all'assunzione continuativa del farmaco stesso. Fra gli ipolipemizzanti, gli inibitori della HMG CoA reduttasi (statine) si confermano al primo posto in termini di spesa avendo anche una buona rappresentanza in termini di numero di prodotti disponibili che utilizzano il principio attivo a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su statine a brevetto scaduto.



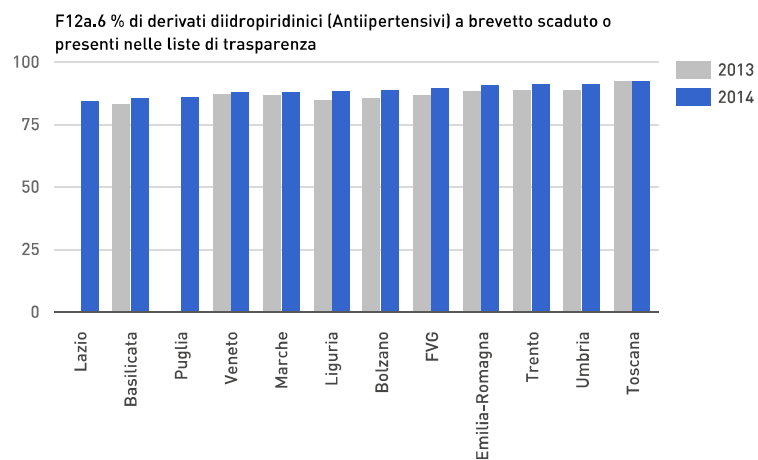
|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale                |
| <b>Numeratore</b>   | N. unità posologiche di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100 |
| <b>Denominatore</b> | N. unità posologiche di statine complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale   |
| <b>Note</b>         | Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA.   |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica  |



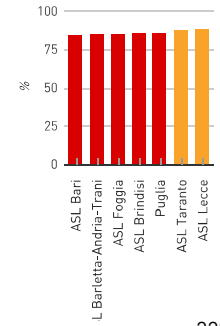
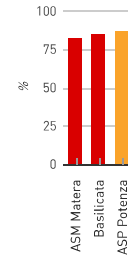
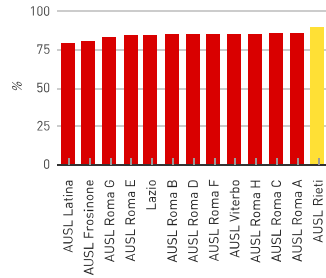
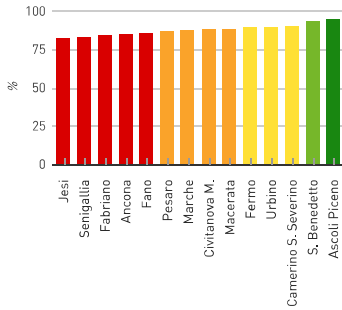
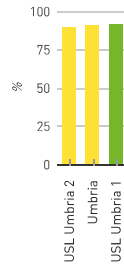
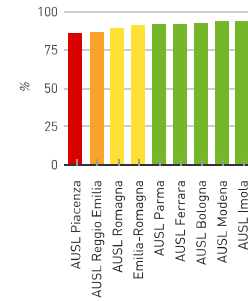
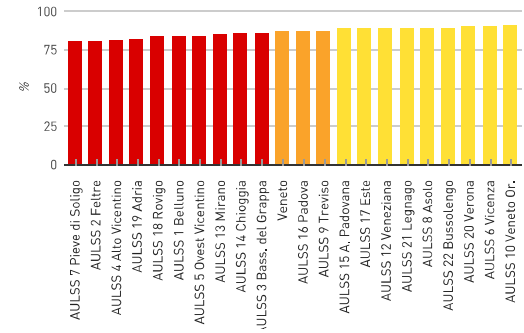
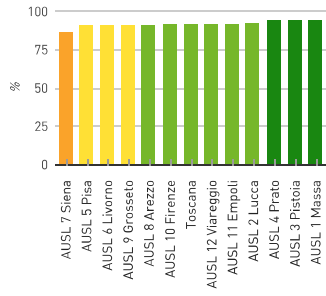
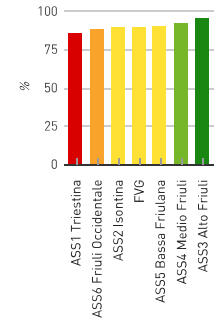
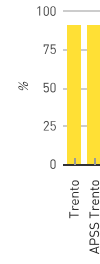
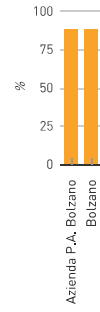
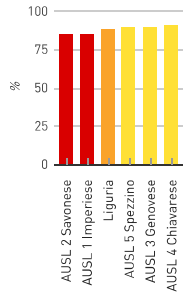


## F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e non solo. Nel 2014, la spesa ed i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono al primo posto fra quelli a carico del SSN. A livello nazionale, il 2014 ha registrato un incremento della spesa e dei consumi degli antiipertensivi (Osmed 2014). Quanto detto diventa ancora più rilevante, sia da un punto di vista clinico che economico, se si pensa ai profili di inappropriatelyzza nella prescrizione ed utilizzo di questa classe di farmaci. Questo indicatore monitora il perseguimento di efficienza di spesa dei farmaci antiipertensivi derivati diidropiridinici.



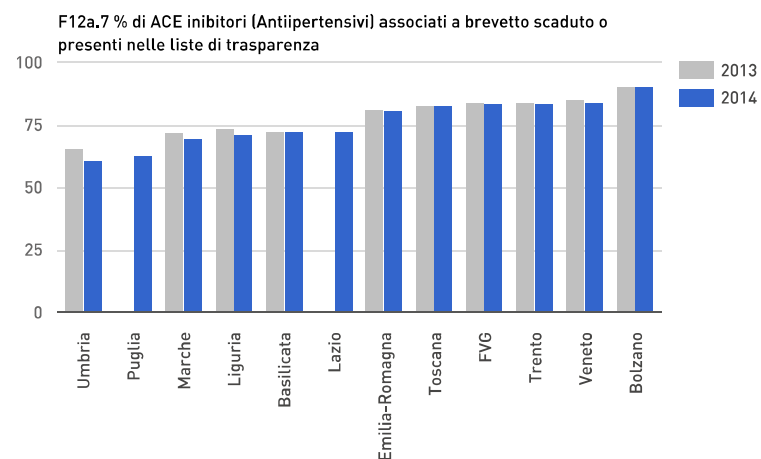
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di derivati diidropiridinici (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale |
| <b>Numeratore</b>   | N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100    |
| <b>Denominatore</b> | N. unità posologiche di derivati diidropiridinici complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale  |
| <b>Note</b>         | I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C08CA.   |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica   |



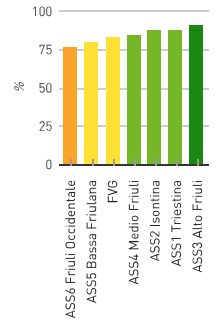
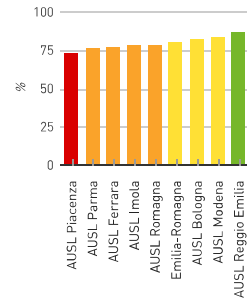
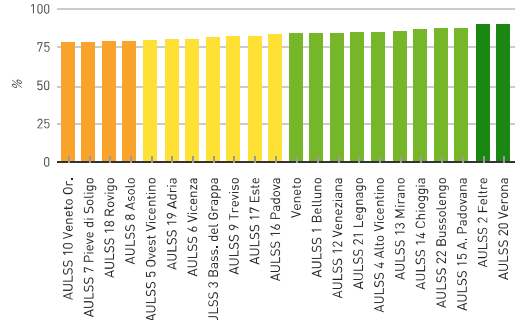
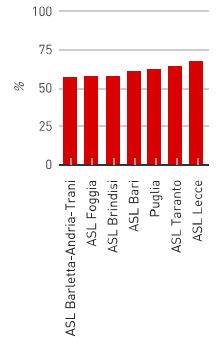
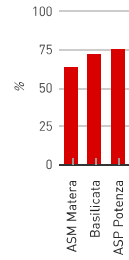
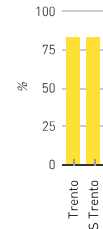
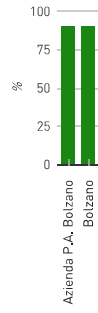
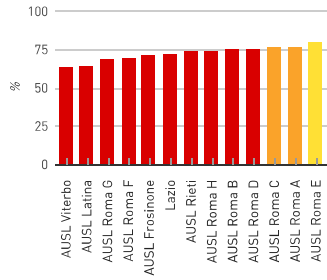
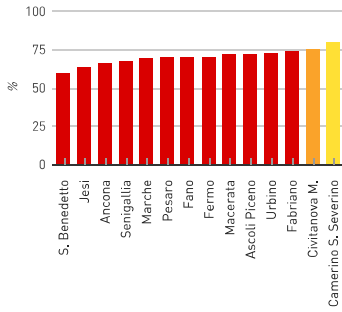
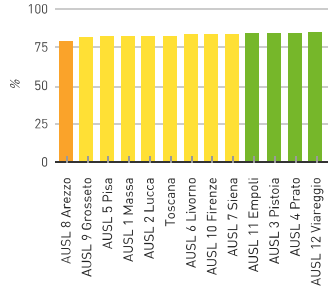
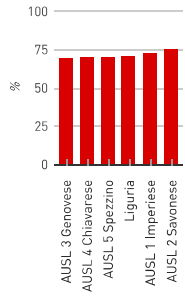


## F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e non solo. Nel 2014, la spesa ed i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono al primo posto fra quelli a carico del SSN. A livello nazionale, il 2014 ha registrato un incremento della spesa e dei consumi di quei farmaci a base di ACE-inibitori in associazione fissa con un calcio-antagonista (Osmed 2014). Questo indicatore necessariamente monitora il perseguimento di risparmio tramite lo spostamento delle terapie sul farmaco equivalente contenente le molecole a brevetto scaduto.



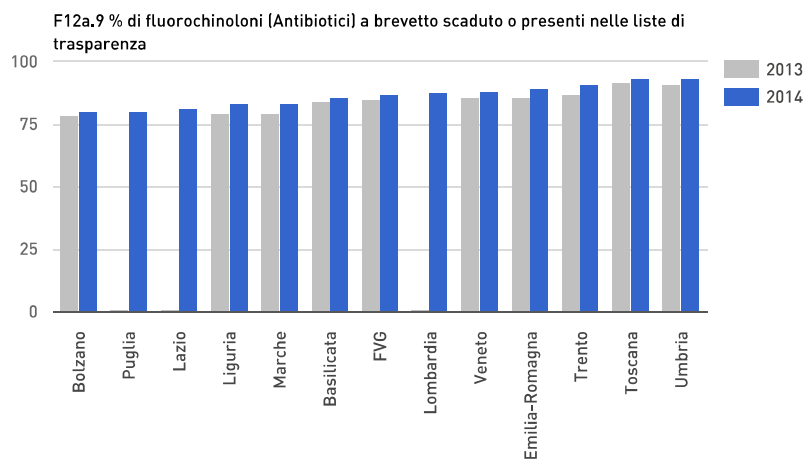
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di ACE inibitori associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale |
| <b>Numeratore</b>   | N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100    |
| <b>Denominatore</b> | N. unità posologiche di ACE inibitori associati complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale  |
| <b>Note</b>         | Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC4 (classificazione anatomico-terapeutica) C09BA.  |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica   |





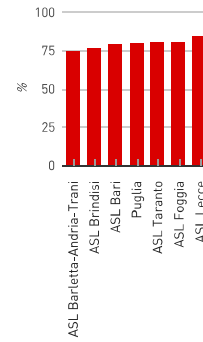
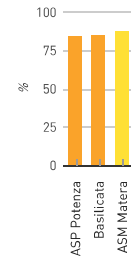
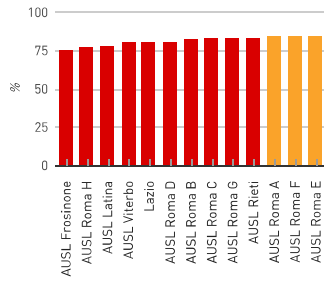
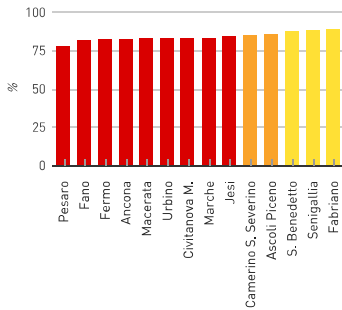
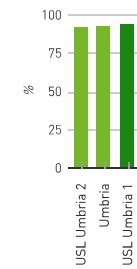
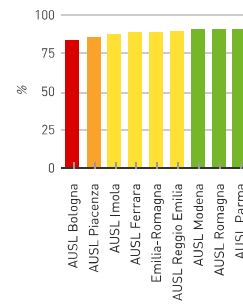
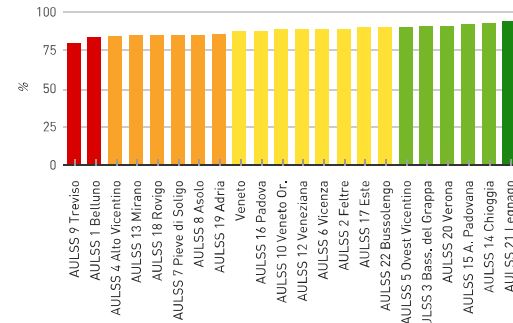
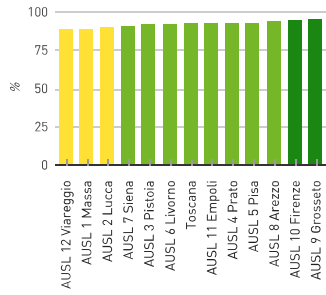
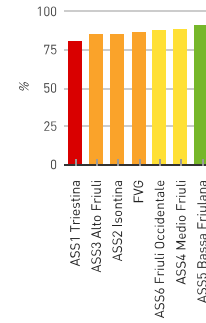
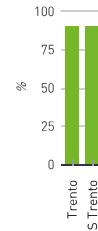
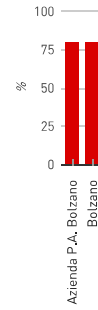
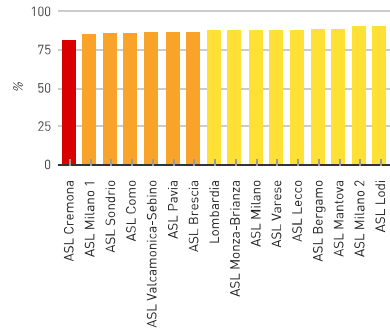
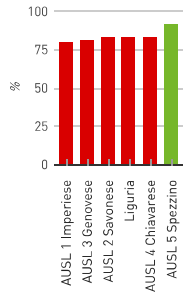
## F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

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



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di fluorochinoloni non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale          |
| <b>Numeratore</b>   | N. dosi giornaliere di fluorochinoloni non coperti da brevetto, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale |
| <b>Denominatore</b> | N. totale dosi giornaliere di fluorochinoloni erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale                   |
| <b>Note</b>         | I fluorochinoloni appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica - terapeutica - chimica) J01MA.                  |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica   |

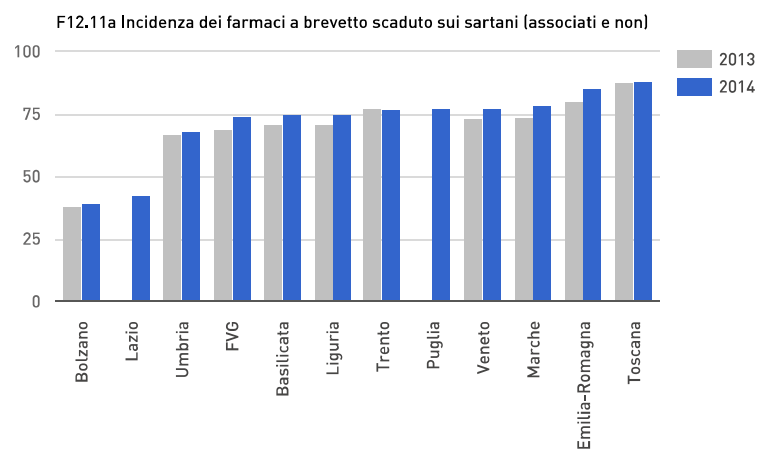




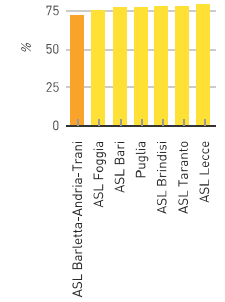
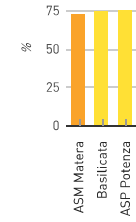
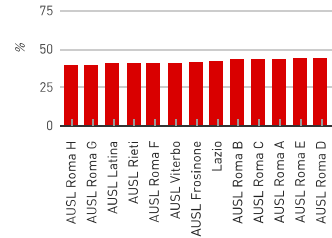
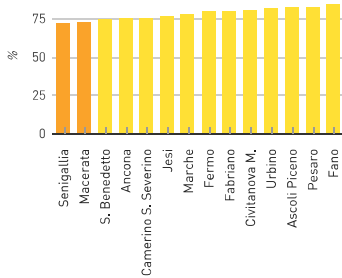
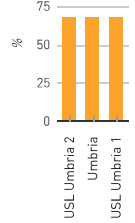
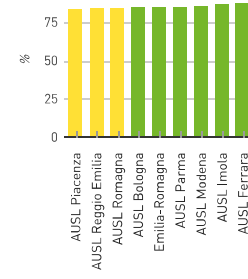
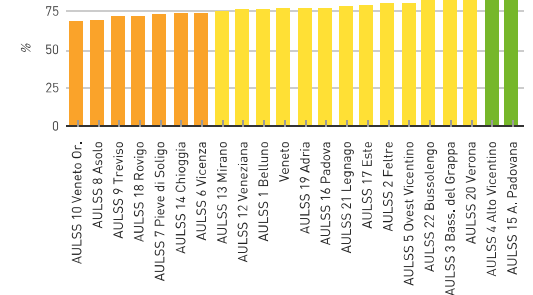
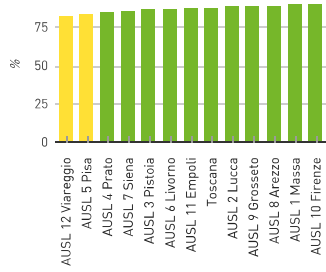
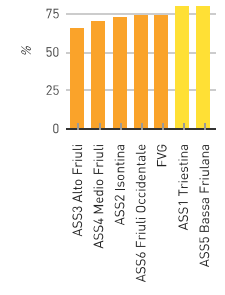
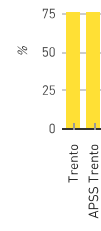
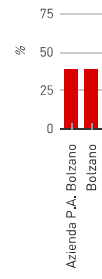
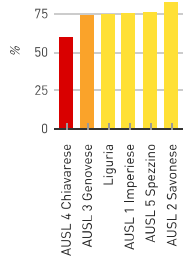


## F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)

Gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II, più comunemente noti come Sartani, rappresentano una classe di farmaci ad azione antiipertensiva che agiscono sul sistema renina angiotensina con meccanismo diverso rispetto agli ACE-inibitori. Gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II bloccano direttamente il recettore all'Angiotensina II, indipendentemente dalla via metabolica di formazione del peptide. L'interesse verso i Sartani nasce dall'elevata specificità di questi composti che dovrebbe permettere di superare i problemi conseguenti all'accumulo di peptidi bioattivi, che invece possono manifestarsi con l'utilizzo degli ACE-inibitori. Raccomandazioni correnti suggeriscono l'uso di antagonisti dei recettori dell'angiotensina nel trattamento dello scompenso cardiaco in pazienti che non tollerano l'ACE-inibitore, in pazienti il cui uso è controindicato e quando la risposta agli ACE-inibitori risulti insoddisfacente. Sempre le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, bisognerebbe privilegiare i farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su Sartani (associati e non) a brevetto scaduto.



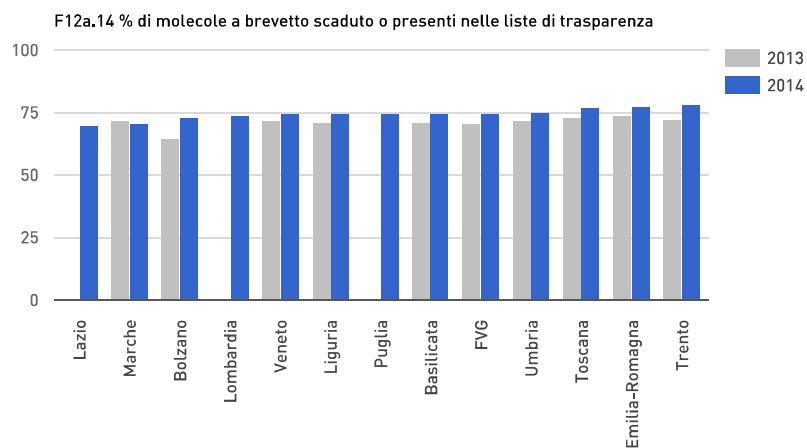
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sugli antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non)   |
| <b>Numeratore</b>   | N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II a brevetto scaduto x 100  |
| <b>Denominatore</b> | N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non) complessivamente erogate   |
| <b>Note</b>         | I sartani appartengono alle classi ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D (sartani associati) e C09C (sartani non associati). I farmaci a brevetto scaduto includono il Losartan (C09CA01), il Candesartan (C09CA06), il Valsartan (C09DA03), l'Irbesartan (C09CA04), il Telmisartan (C09CA07).<br>Note per l'elaborazione: al numeratore vengono selezionati gli ATC V livello che hanno nella colonna scaduto/non scaduto valore "s", al denominatore la somma di tutto ("s" e "n") oppure tutto ciò che al 4° livello ATC è codificato con C09C e C09D.<br>Si considera l'erogazione in regime convenzionale. |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica   |



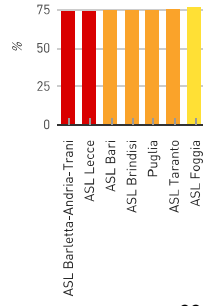
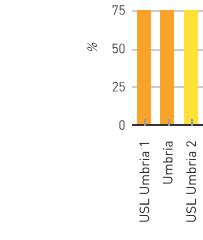
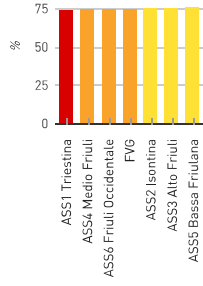
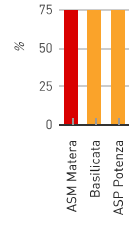
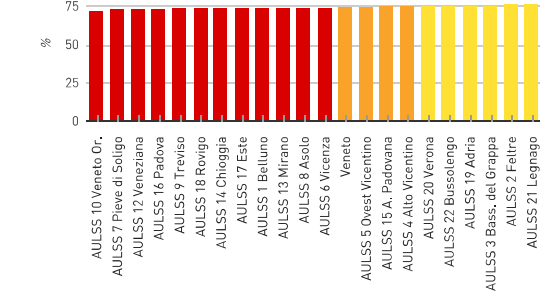
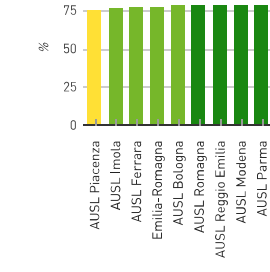
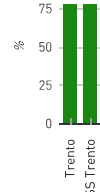
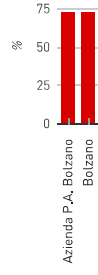
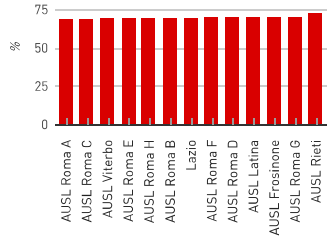
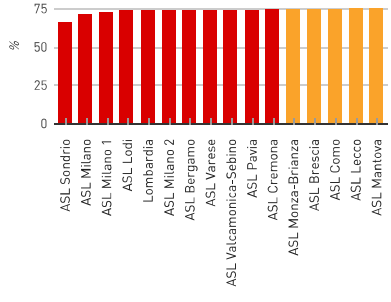
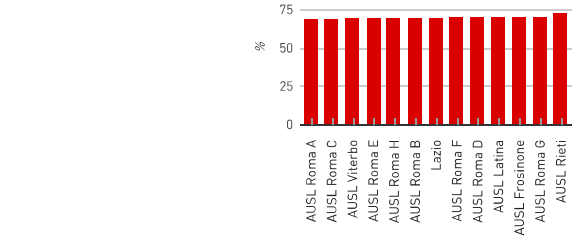
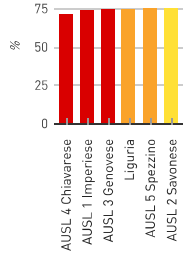
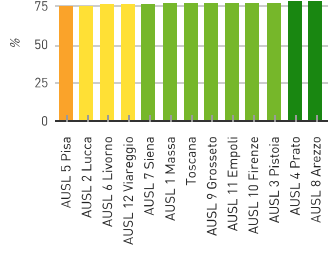
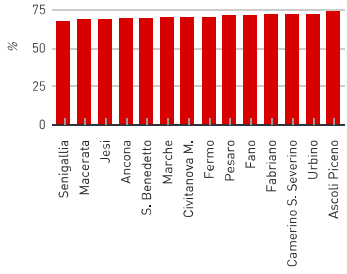


## F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Percentuale di molecole non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale |
| <b>Numeratore</b>   | N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza   |
| <b>Denominatore</b> | N. Confezioni complessivamente erogate   |
| <b>Note</b>         | Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento, applicata con effetto retroattivo                                |
| <b>Fonte</b>        | Flussi regionali farmaceutica  |





## F15 Sicurezza sul lavoro

L'indicatore è strutturato in due macroindicatori che analizzano fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro: la copertura del territorio e l'efficienza produttiva.

Sono presenti anche due indicatori di risultato (F15.1.1, F15.1.2), mantenuti anche per quest'anno di sola osservazione. Questi, insieme a quelli di copertura e di efficienza, permettono, da una parte, l'analisi delle determinanti che hanno portato a una certa performance in termini di copertura del territorio e, dall'altra, l'individuazione delle opportunità di miglioramento.

Gli indicatori sulla sicurezza sul lavoro sono in realtà indicatori già consolidati e condivisi a livello nazionale dai diversi gruppi di lavoro a cui hanno partecipato i tecnici della materia. La vigilanza in materia di sicurezza del lavoro e di tutela della salute in provincia di Bolzano è ripartita fra ASL (servizio ispettivo della Medicina del lavoro) e Provincia (Ispettorato del lavoro) in base a criteri differenti da quelli vigenti nel resto del territorio nazionale, per cui i dati sulle ispezioni di lavoro eseguite dall'Azienda sanitaria locale non sono esaustivi perché vi sono ulteriori procedimenti gestiti dall'Ispettorato del lavoro.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei due sottoindicatori F15.2 e F15.3.

### F15 Sicurezza sul lavoro [di valutazione]

- F15.1.1 N. inchieste infortuni concluse con violazioni / N. inchieste infortuni [di osservazione]
- F15.1.2 N. inchieste malattie professionali concluse con violazioni/N.inchieste malattie professionali [di osservazione]
- F15.2 Copertura del territorio [di valutazione]
  - F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti [di valutazione]
  - F15.2.2 N.aziende delle costruzioni ispezionate/N.aziende delle costruzioni [di valutazione]
  - F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati [di valutazione]
- F15.3 Efficienza produttiva [di valutazione]
  - F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL [di valutazione]
  - F15.3.2 N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL [di valutazione]

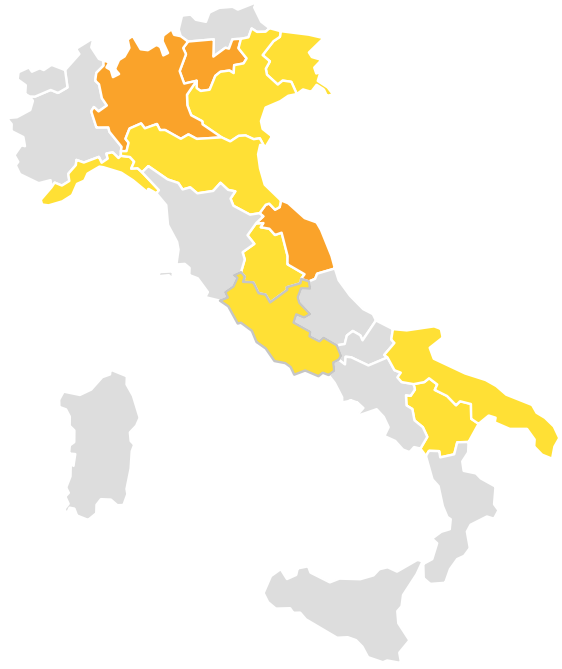
- Lombardia**
- ASL Bergamo ●
  - ASL Brescia ●
  - ASL Como ●
  - ASL Cremona ●
  - ASL Lecco ●
  - ASL Lodi ●
  - ASL Mantova ●
  - ASL Milano ●
  - ASL Milano 1 ●
  - ASL Milano 2 ●
  - ASL Monza-Brianza ●
  - ASL Pavia ●
  - ASL Sondrio ●
  - ASL Varese ●
  - ASL Valcamonica-Sebino ●

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

- Friuli Venezia Giulia**
- ASS1 Triestina ●
  - ASS2 Isontina ●
  - ASS3 Alto Friuli ●
  - ASS4 Medio Friuli ●
  - ASS5 Bassa Friulana ●
  - ASS6 Friuli Occidentale ●

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

**Trento**  
APSS Trento ●



- Lazio**
- AUSL Roma A ●
  - AUSL Roma B ●
  - AUSL Roma C ●
  - AUSL Roma D ●
  - AUSL Roma E ●
  - AUSL Roma F ●
  - AUSL Roma G ●
  - AUSL Roma H ●
  - AUSL Viterbo ●
  - AUSL Rieti ●
  - AUSL Latina ●
  - AUSL Frosinone ●

**Basilicata**  
ASP Potenza ●  
ASM Matera ●

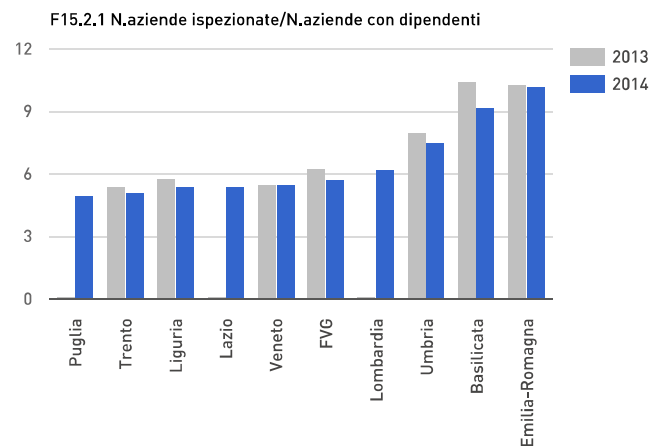
- Emilia-Romagna**
- AUSL Piacenza ●
  - AUSL Parma ●
  - AUSL Reggio Emilia ●
  - AUSL Modena ●
  - AUSL Bologna ●
  - AUSL Imola ●
  - AUSL Ferrara ●
  - AUSL Romagna ●

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



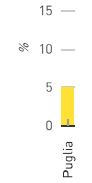
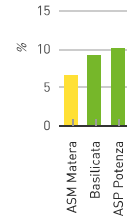
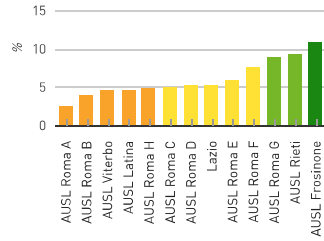
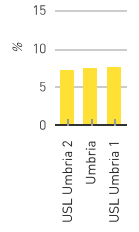
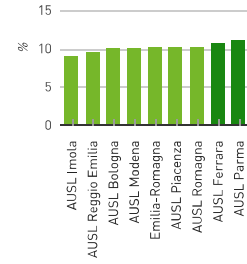
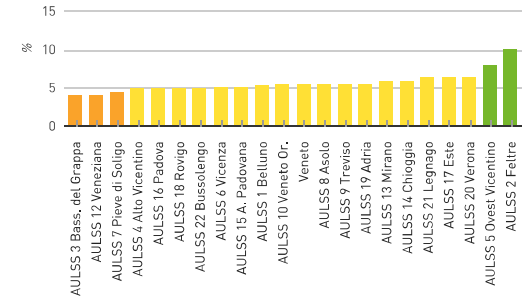
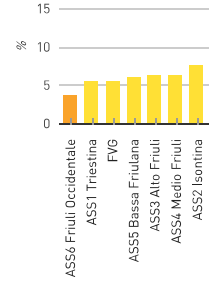
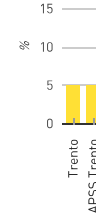
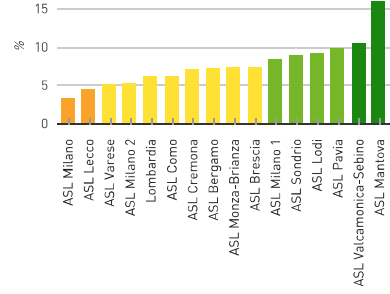
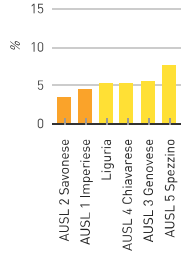
### F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

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.



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero aziende ispezionate*100  |
| <b>Denominatore</b> | Numero aziende con dipendenti   |
| <b>Note</b>         | Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria e servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (+voce 6.2 scheda di attività)<br>Numero aziende con dipendenti: numero PAT della gestione industria e servizi ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (es.per il 2010 e' stato utilizzato il 2008 mentre per il 2011 è stato utilizzato il 2009) con numero di addetti (dipendenti + addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2. |
| <b>Fonte</b>        | Num: sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prev. e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Den: Flussi informativi INAIL Regioni, la cui banca dati è aggiornata a due anni precedenti l'anno di riferimento   |

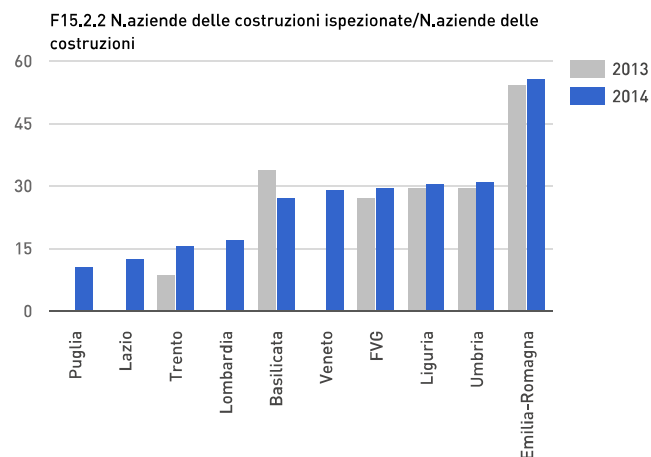




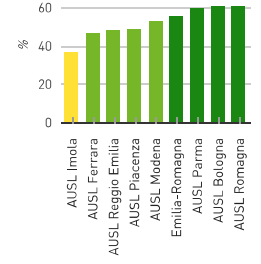
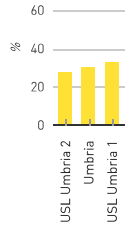
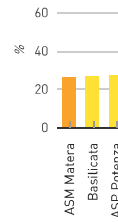
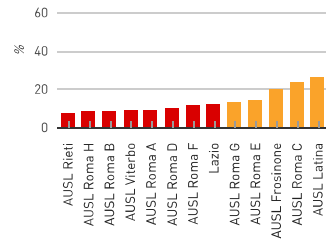
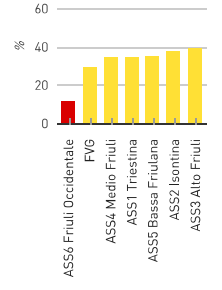
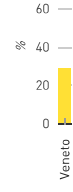
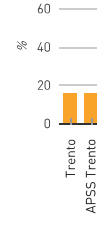
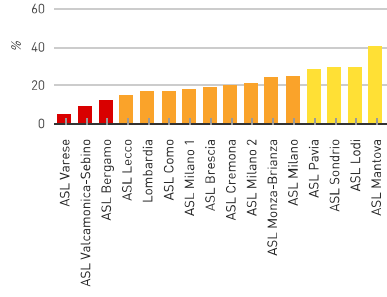
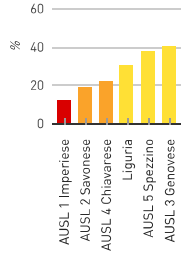


## F15.2.2 N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero delle aziende delle costruzioni sottoposte a controllo e il numero delle aziende delle costruzioni.



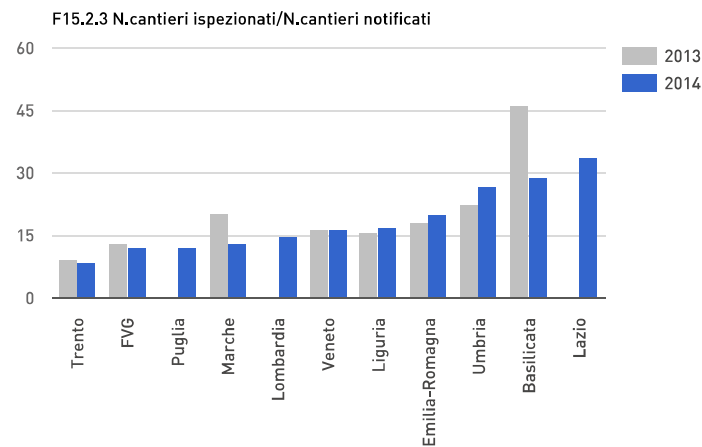
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | N.aziende delle costruzioni ispezionate/N.aziende delle costruzioni   |
| <b>Numeratore</b>   | N.aziende delle costruzioni ispezionate*100   |
| <b>Denominatore</b> | N.aziende delle costruzioni   |
| <b>Note</b>         | <p>Numero aziende delle costruzioni ispezionate:numero complessivo di aziende delle costruzioni controllate dal Servizio nel corso dell'anno (voce 2.3 , scheda di attività)</p> <p>Numero aziende delle costruzioni: numero PAT della gestione industria e servizi estratte dalla banca dati INAIL utilizzando il codice ATECO F ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (es. per il 2010 e' stato utilizzato il 2008 mentre per il 2011 è stato utilizzato il 2009) con numero di addetti (dipendenti + addetti speciali) &gt;= 1 o con numero di artigiani &gt;= 2.</p> <p>PAT (Posizione Assicurativa Territoriale): codice che identifica il rapporto assicurativo fra l'INAIL e l'azienda. Quindi per ogni PAT sono presenti informazioni anagrafiche e descrittive dell'azienda.</p> <p>ATECO: È una classificazione internazionale e pertanto garantisce la confrontabilità dei dati. È costituito da un codice alfanumerico ISTAT attribuito nel momento in cui si denuncia l'inizio dell'attività (quindi non è attribuito da INAIL)</p> |
| <b>Fonte</b>        | Num: sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prev e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Den: Flussi informativi INAIL Regioni, la cui banca dati è aggiornata a due anni precedenti l'anno di riferimento  |



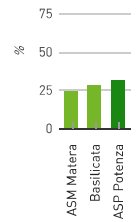
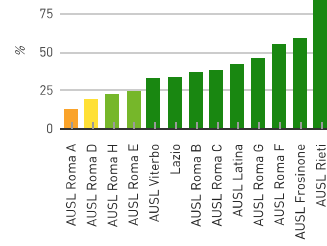
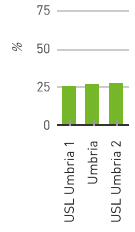
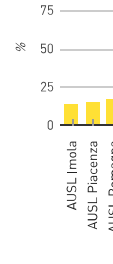
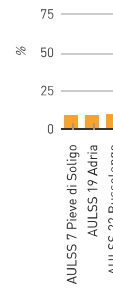
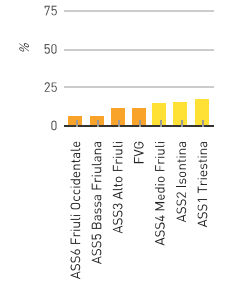
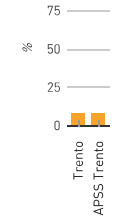
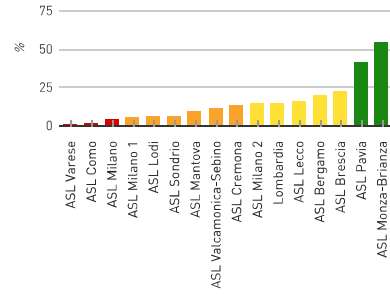
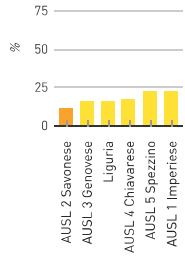


### F15.2.3 N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati

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



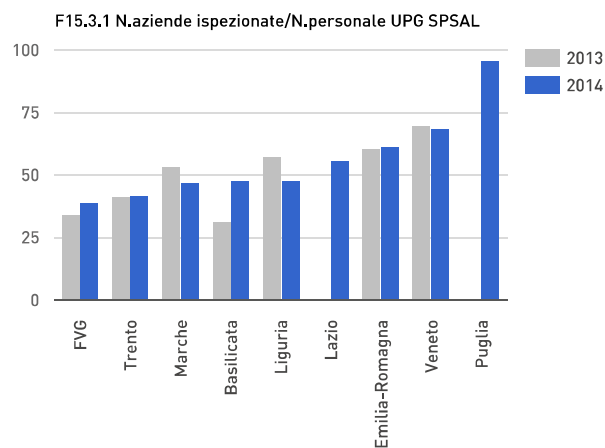
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero cantieri ispezionati*100   |
| <b>Denominatore</b> | Numero cantieri notificati  |
| <b>Note</b>         | Numero cantieri ispezionati: voce 2.2<br>Numero cantieri notificati: voce 2.1   |
| <b>Fonte</b>        | Scheda Ministeriale Attività, Sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro |



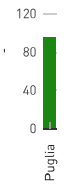
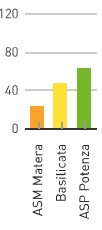
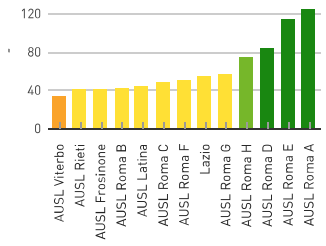
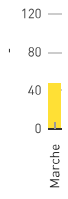
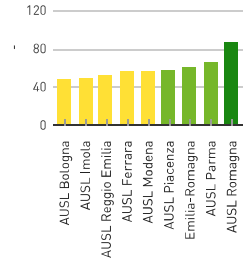
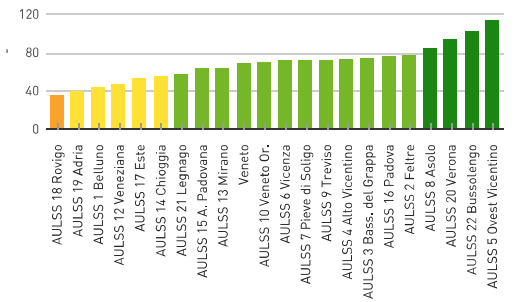
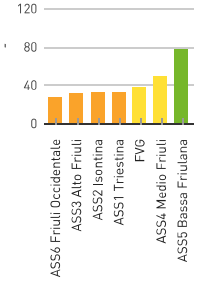
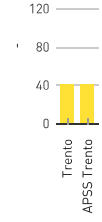
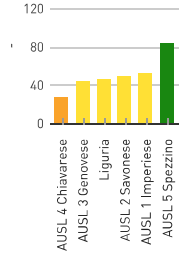


### F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

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



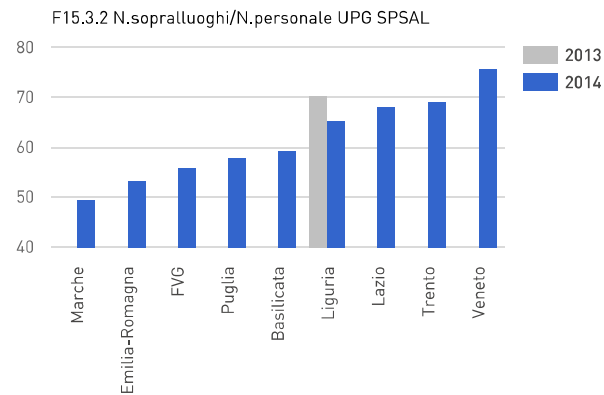
|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL   |
| <b>Numeratore</b>   | Numero aziende ispezionate  |
| <b>Denominatore</b> | Numero personale UPG ponderato SPSAL  |
| <b>Note</b>         | Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (+6.2)<br>Numero personale UPG (Ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): colonna F della tabella 15 scheda ministeriale A |
| <b>Fonte</b>        | Scheda Ministeriale A, Banca dati Aziende ispezionate   |





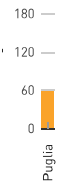
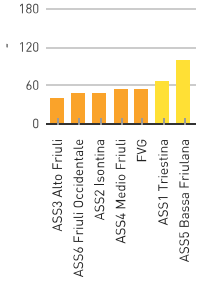
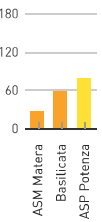
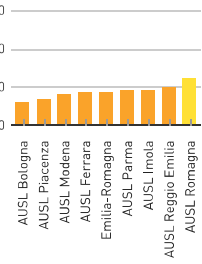
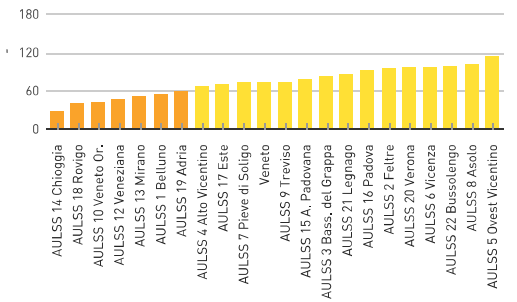
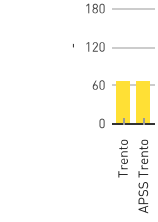
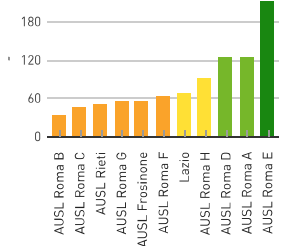
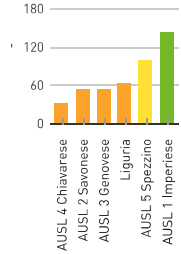
### F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL

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



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL  |
| <b>Numeratore</b>   | Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)   |
| <b>Denominatore</b> | Numero personale UPG SPSAL  |
| <b>Note</b>         | Numero sopralluoghi: voce 2.2 A, Scheda ministeriale B<br>Numero personale UPG (ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): Scheda ministeriale A, colonna F |
| <b>Fonte</b>        | Scheda Ministeriale A e B   |

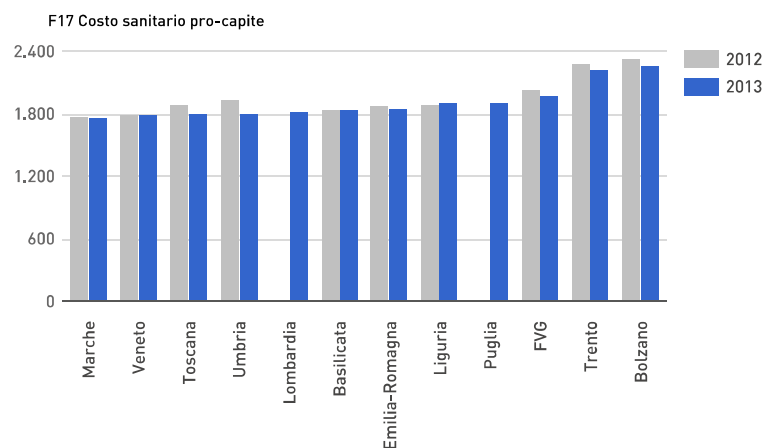






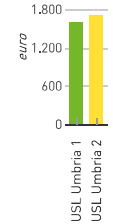
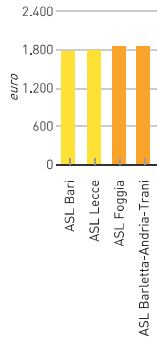
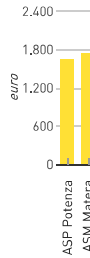
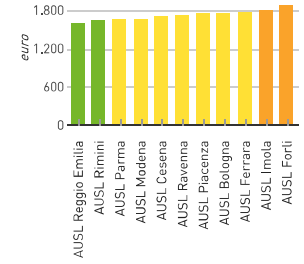
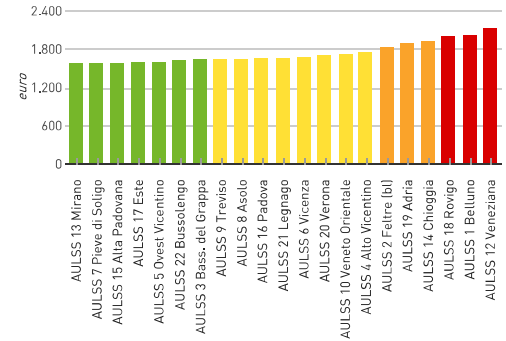
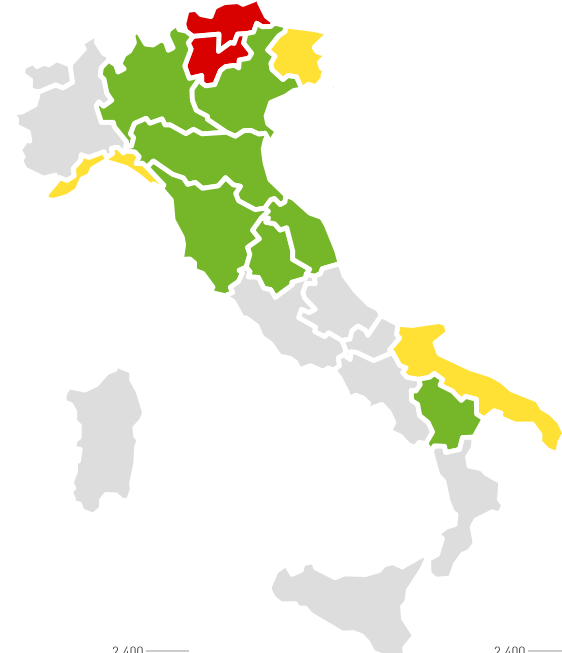
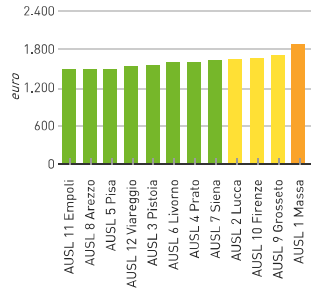
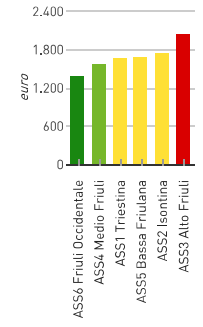
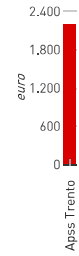
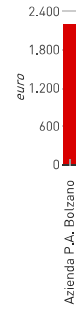
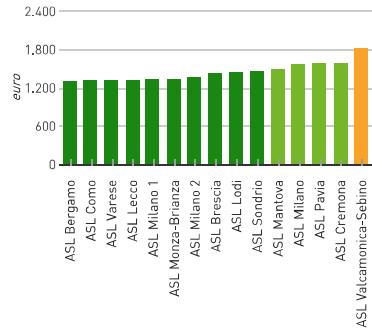
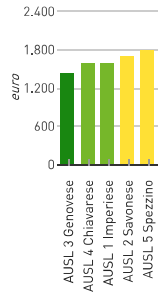
## F17 Costo sanitario pro-capite

L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dalla Ausl per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2013). I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che i costi sostenuti dall'azienda per erogare servizi ai non-residenti siano pari ai ricavi da mobilità attiva. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle Aziende Ospedaliere ma soltanto il valore (riconosciuto) delle prestazioni da queste erogate ai residenti nei vari territori delle Ausl regionali. In questo modo le Ausl sono valutate per la loro capacità di contenere i costi per i servizi erogati ai propri residenti senza considerare la struttura e le scelte organizzative di altre aziende (come le AO). Per poter comprendere invece quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Ausl ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale); per questo motivo sono state calcolate due distinte fasce di valutazione, una per le sole regioni e una per tutte le aziende. La fonte dei dati è il flusso CE dell'anno 2013. All'indicatore complessivo di valutazione seguono indicatori di osservazione che riportano il dettaglio dei costi sostenuti per i residenti nei livelli essenziali di assistenza; sono presenti anche dettagli maggiori per l'assistenza ospedaliera e distrettuale. Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2013.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Costo sanitario pro-capite   |
| <b>Numeratore</b>   | Costo totale AUSL per la popolazione residente- valore delle compensazioni attive e altre rettifiche   |
| <b>Denominatore</b> | Popolazione pesata   |
| <b>Note</b>         | <p>Il numeratore comprende le seguenti voci:</p> <p>Costo totale:</p> <p>B) Totale costi della produzione (codice BZ9999)</p> <p>C.3) Interessi passivi (codice CA0110)</p> <p>C.4) Altri oneri (codice CA0150)</p> <p>E.2) Oneri straordinari (codice EA0260)</p> <p>Y) Totale imposte e tasse (codice YZ9999)</p> <p>Mobilità attiva</p> <p>A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (codice AA0330)</p> <p>A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati (codice AA0660)</p> <p>A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva) (codice AA0610)</p> <p>Altre rettifiche:</p> <p>A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia (codice AA0670)</p> <p>A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione (codice AA0770)</p> <p>A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione (AA0800)</p> <p>A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici (AA0840)</p> <p>Costi relativi a prestazioni extra-LEA ed a stranieri irregolari (flusso LA all.5 codice A5999 col. TS013, all.6 codici A6002 e A6003 col. TS013. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere. Per il denominatore la popolazione è pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2013).</p> |

**Fonte** Costi: Flusso CE sanitario - Popolazione ISTAT





## F18 Costo medio per punto DRG

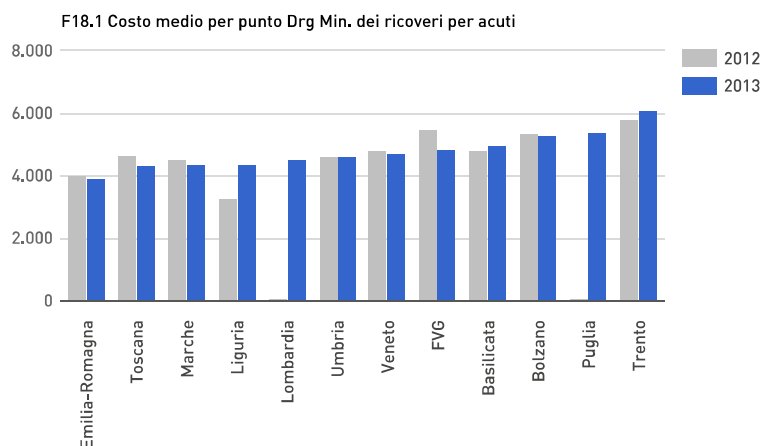
L'indicatore monitora il costo medio dell'assistenza ospedaliera e assume una valutazione pari a quella dell'indicatore F18.1.

Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2013.

L'indicatore assume la valutazione pari al sottoindicatore F18.1.

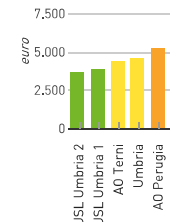
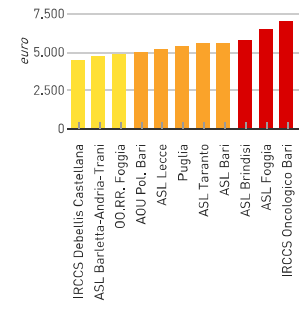
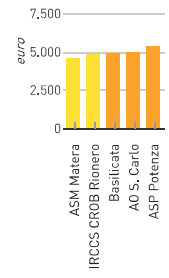
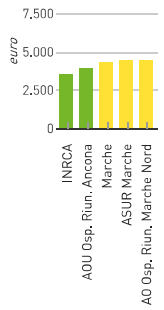
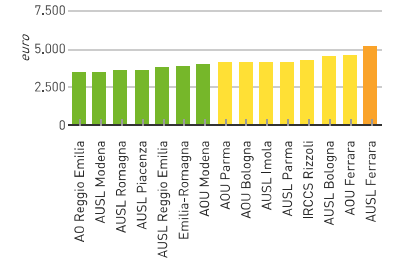
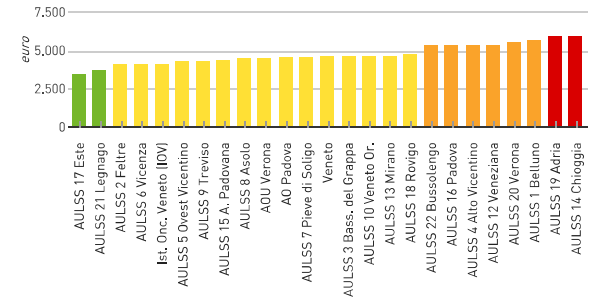
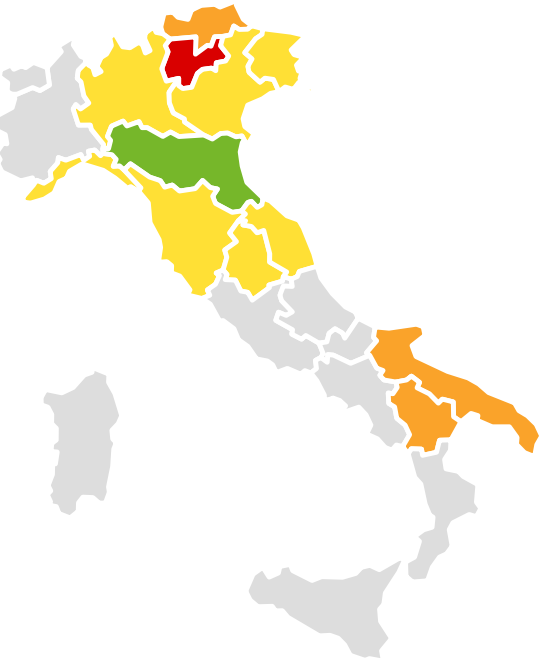
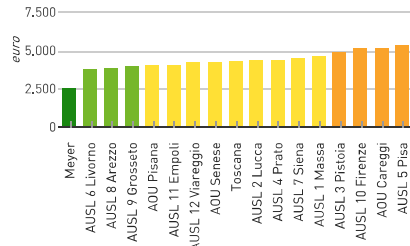
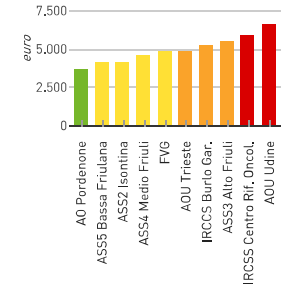
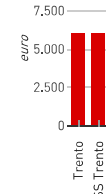
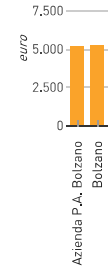
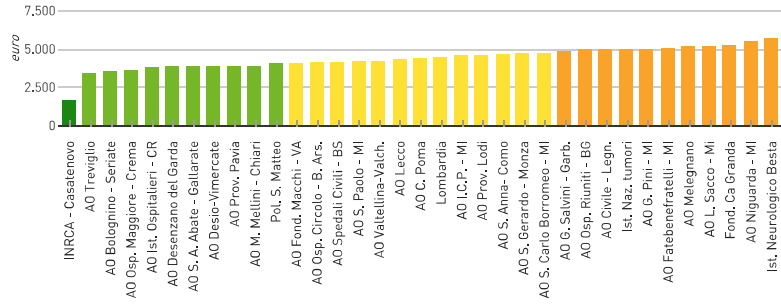
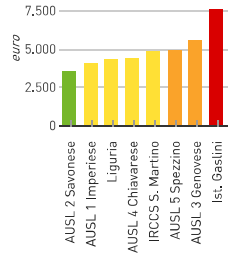
### F18.1 Costo medio per punto DRG ministeriale dei ricoveri per acuti

L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle Aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto, i punti DRG utilizzati sono quelli ministeriali (cosiddetta TUC tariffa unica convenzionale). Per quanto riguarda la stima dei costi di produzione delle aziende (siano esse territoriali o ospedaliere o Ircss) per i ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi sostenuti per la mobilità passiva (ossia i costi sostenuti dalle aziende territoriali per prestazioni erogate ai propri residenti presso altre aziende).



|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Definizione</b>  | Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti   |
| <b>Numeratore</b>   | Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS - costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS   |
| <b>Denominatore</b> | DRG ministeriali per acuti in degenza ordinaria\DH\DS   |
| <b>Note</b>         | Per il costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria:<br>Flusso LA (codice 30200 colonna TS013)<br>Per i costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso LA (codice 30200 colonna TS003)<br>Per i punti DRG si considerano i ricoveri erogati in strutture pubbliche con regime di degenza ordinaria/DH/DS.<br>Nel calcolo del denominatore si esclude la libera professione. |

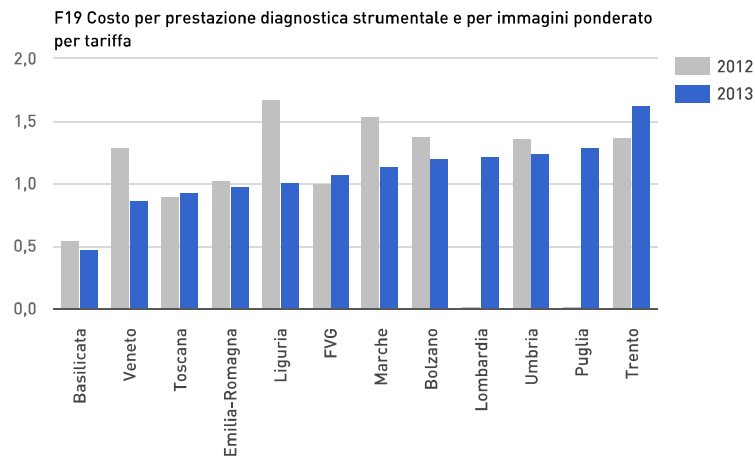
**Fonte** Flusso LA - Flusso SDO



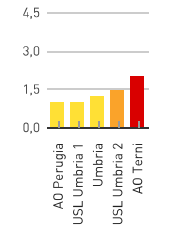
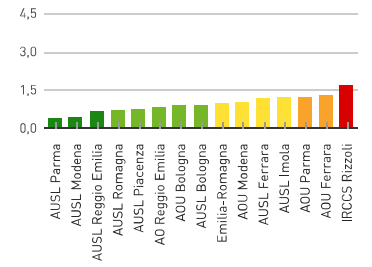
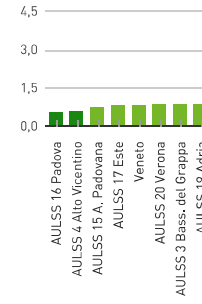
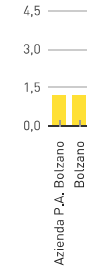
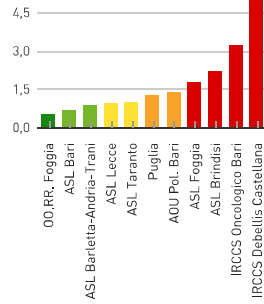
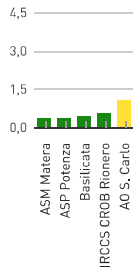
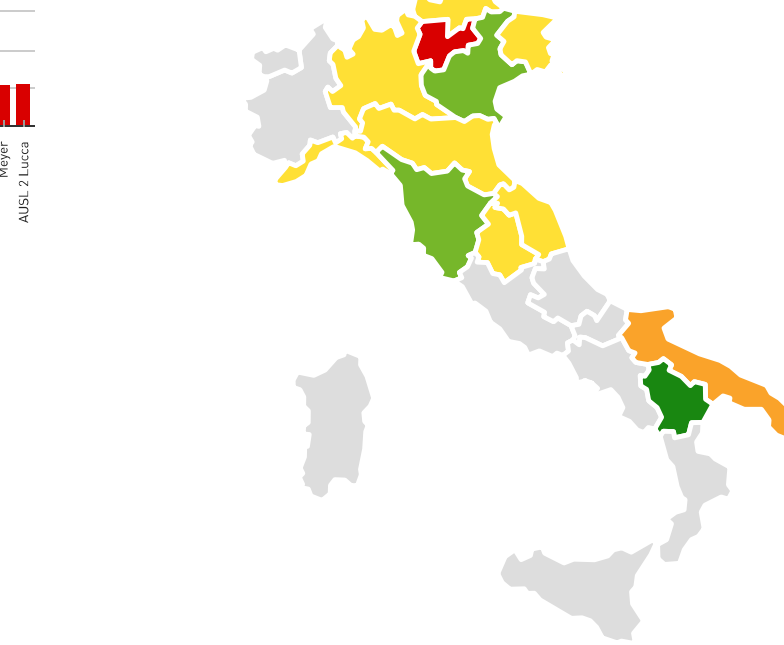
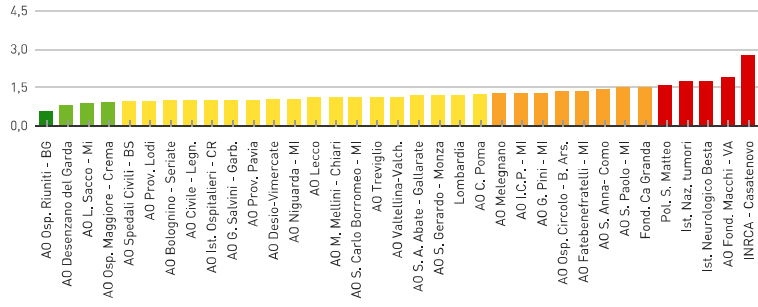
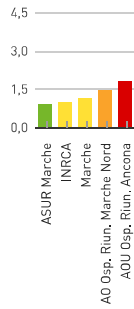
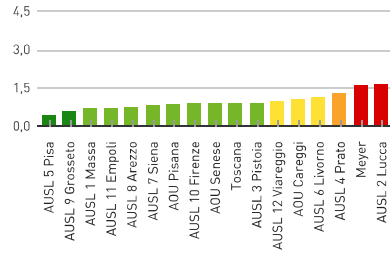
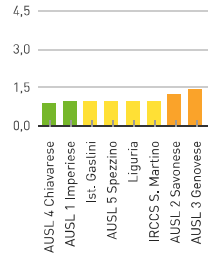


## F19 Costo per prestazione diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tariffa

L'indicatore intende misurare il costo di produzione delle prestazioni di diagnostica per immagine e strumentale. Come nel caso dell'assistenza per acuti, le prestazioni erogate possono differire in termini di complessità e costo. Per considerare quindi la complessità delle prestazioni si è fatto riferimento non alle prestazioni erogate ma al loro valore tariffario. In questo fase, per semplicità, è stato utilizzato il tariffario regionale. Quindi l'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza per attività diagnostica e strumentale ed il valore tariffario delle prestazioni di diagnostica per immagine e strumentale erogate dall'azienda. Per quanto riguarda la stima dei costi di produzione delle aziende (siano esse territoriali o ospedaliere o Ircss) sono stati considerati i costi dell'assistenza distrettuale relativa alle attività di diagnostica per immagini e strumentale al netto dei costi sostenuti per la mobilità passiva (ossia i costi sostenuti dalle aziende territoriali per questo tipo di prestazioni erogate ai propri residenti presso altre aziende). Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2013.



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definizione</b>  | Costo per prestazione diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tariffa   |
| <b>Numeratore</b>   | Costi per prestazione assistenza specialistica dell'attività di diagnostica strumentale e per immagini - costi delle prestazioni sanitarie   |
| <b>Denominatore</b> | Valorizzazione a tariffa delle prestazioni assistenza specialistica dell'attività di diagnostica strumentale e per immagini  |
| <b>Note</b>         | Per i costi per prestazione dell'assistenza specialistica dell'attività di diagnostica strumentale e per immagini: Flusso LA (codice 20603 colonna TS013). Per i costi delle prestazioni sanitarie dell'assistenza specialistica dell'attività di diagnostica strumentale e per immagini: Flusso LA (codice 20603 colonna TS003)<br>Per prestazioni ambulatoriali si prendono in considerazione le prestazioni per esterni che rientrano nella diagnostica strumentale e per immagine.<br>Le prestazioni sono valorizzate sulla base del tariffario regionale.<br>Nel calcolo del denominatore si esclude la libera professione. |
| <b>Fonte</b>        | Num: Flusso LA. Den: Flusso regionale prestazioni ambulatoriali  |







4

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale del Farmaco (2008), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008*, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", [http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- 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
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_2024\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf)
- 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
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei, C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze, Firenze University Press, par. 2.1
- 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
- EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1001\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf)
- 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.)
- 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*
- 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
- 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)
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313.
- 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
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, *Progetto SIVEAS*, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1238\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf)
- 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 S. Baraldi (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., 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., 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
- 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)
- 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
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), *Rapporto Osservasalute 2004*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), *Rapporto Osservasalute 2009*, Osservasalute, Roma
- Scognamiglio A., Matteredelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- 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
- 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
- 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)
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (1991), The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), [http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html)

---

Edizioni ETS  
Piazza Carrara 16-19, I-56126 Pisa  
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com  
Finito di stampare nel mese di dicembre 2015



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

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

[www.meslab.sssup.it](http://www.meslab.sssup.it)



ISBN 978-884674389-3

