

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

**REPORT 2023**



1

# METODOLOGIA

## Introduzione

Il Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione della performance è, nel 2023, composto da 7 Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Al Network, partecipa anche l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma. L'adesione è su base volontaria, ossia è il frutto di una scelta consapevole delle Regioni aderenti che vogliono, mediante questo strumento di governance, garantire la trasparenza sui loro risultati da un lato, e rigore scientifico dall'altro, affidando a un soggetto terzo e pubblico, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il compito di assicurare la correttezza del calcolo e il superamento dell'autoreferenzialità.

L'obiettivo del Network è quello di condividere un sistema di valutazione della performance dei SSR, attraverso il confronto di un set di oltre 400 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni dell'offerta dei sistemi stessi. Questo rapporto presenta i risultati delle Regioni a confronto.

## 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) e, da quest'anno, anche di confronto tra distretti socio-sanitari. Il confronto può inoltre avvenire in ottica intra-regionale, tra le Aziende e i distretti di ciascuna Regione. Questo secondo approccio garantisce la possibilità di misurare indicatori volti a esplorare particolari aspetti che siano rilevanti per le strategie locali. Questa possibilità coinvolge in primis le Regioni con più Aziende, pur non escludendo l'opportunità per le Province Autonome di Trento e di Bolzano – articolate in un'unica Azienda territoriale – di approfondire la valutazione intra-regionale o intra-provinciale, assumendo come unità di analisi le aree vaste o i distretti. Al fine di restituire una valutazione multidimensionale della performance dei SSR, i risultati sono analizzati secondo più prospettive di analisi.

## Le novità di quest'anno

In questo anno di consolidamento, il sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni si è focalizzato principalmente sulla consistenza dei propri indicatori. Sono stati introdotti solo alcuni indicatori di fondamentale importanza tra cui i nuovi indicatori NSG CORE.

Inoltre, nel presente report, le dimensioni sono state reinterpretate in chiave tematica, mettendo in evidenza le dimensioni che meglio rappresentano gli elementi cardine del 2023:

1. Assistenza sanitaria: Cruciali per valutare l'adeguatezza e l'accessibilità dei servizi offerti, assicurando che la popolazione riceva cure appropriate e tempestive, migliorando la salute generale.
2. Percorsi: Cruciali per garantire continuità e coordinamento delle cure, facilitan-

do il passaggio dei pazienti tra diversi livelli di assistenza e migliorando gli esiti di salute.

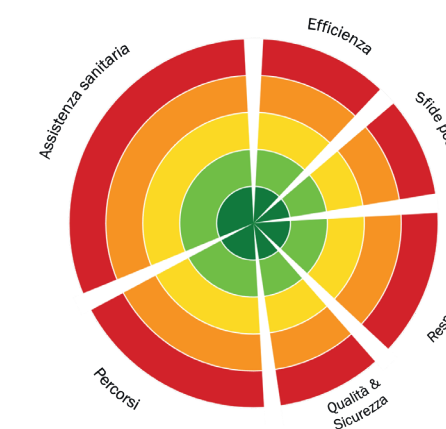
3. Qualità e sicurezza: Fondamentali per assicurare che le cure siano efficaci e prive di rischi, riducendo al minimo gli errori medici e migliorando la fiducia dei pazienti nel sistema sanitario.

4. Responsiveness: Importanti per misurare quanto il sistema sanitario risponda efficacemente alle esigenze dei pazienti e al loro bisogno di cura.

5. Sfide post-covid: Indispensabili per comprendere e affrontare le conseguenze a lungo termine della pandemia, adattando i servizi sanitari alle nuove esigenze facendo leva sulle nuove frontiere della sanità.

6. Efficienza: Cruciale per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, riducendo gli sprechi e assicurando che ogni euro speso contribuisca al miglioramento della salute pubblica.

Visivamente, i bersagli 2023 presentati nei paragrafi successivi di questo report sono stati organizzati in "spicchi", che ospitano le dimensioni sopra citate. Questo permette una lettura più agile e una rapida identificazione degli indicatori all'interno del bersaglio (vedi Figura 2).



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

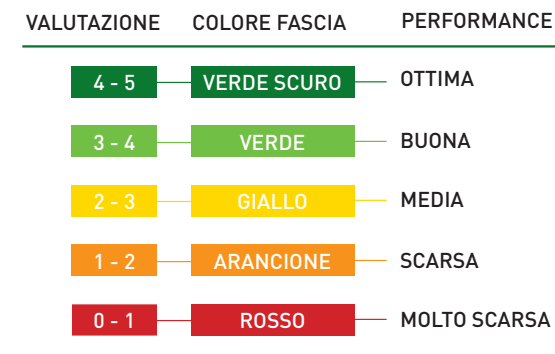
- fa leva su un ampio spettro di flussi amministrativi – dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ai bilanci, al flusso delle Prestazioni Ambulatoriali, a quelli del Pronto Soccorso e del 118, passando per i Certificati di Assistenza al Parto, i flussi dell'ambito farmaceutico (distribuzione in regime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

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

La maggior parte degli indicatori riportati nel presente rapporto fa riferimento all'anno 2023, per quanto una minoranza di essi rimandi ad anni precedenti, o a causa dell'aggiornamento differito delle fonti dati (gli indicatori epidemiologici, ad esempio, o quelli derivanti da dati di bilancio), oppure perché – a causa della bassa frequenza dell'evento monitorato – richiedano il pooling di più anni.

A circa 190 indicatori è attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5. Questa è ottenuta attraverso il confronto del valore degli indicatori con standard condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale (ad esempio, la percentuale di parti cesarei, la cui soglia è indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), o dal raffronto della performance delle Aziende del Network con quella registrata a livello europeo, oppure considerando il confronto e la distribuzione inter-aziendale in seno al Network stesso.

Figura 1. Le fasce di valutazione



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

Tabella 1. (pagina seguente)

Elenco degli indicatori 2023, condivisi dal Network delle Regioni

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

		Estremi delle fasce di valutazione												
		Pesatura	Pagina											
<b>STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE</b>														
<b>A1</b>	<b>Mortalità infantile</b>	100%	370											
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita			3,6	4,2	3	3,6	2,4	3	1,8	2,4	1,2	1,8	
A1.2	Mortalità neonatale precoce													
A1.3	Mortalità neonatale totale													
<b>A2</b>	<b>Mortalità per tumori</b>	100%	371	281	297	265	281	249	265	233	249	217	233	
<b>A3</b>	<b>Mortalità per malattie circolatorie</b>	100%	372	380	407	353	380	326	353	299	326	272	299	
<b>A4</b>	<b>Mortalità per suicidi</b>	100%	373	9,7	10,9	8,5	9,7	7,2	8,5	6	7,2	4,8	6	
<b>ASSISTENZA</b>														
<b>A10</b>	<b>Stili di vita (PACSI)</b>													
A10.1.1	Percentuale di sedentari	100%	374	33	39	27	33	21	27	15	21	9	15	
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	100%	377	46	50	42	46	38	42	34	38	30	34	
A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	100%	378	28	34	22	28	16	22	10	16	4	10	
A10.4.1	Percentuale di fumatori	100%	379	33	36	30	33	27	30	24	27	21	24	
<b>B6</b>	<b>Donazioni organi e tessuti</b>	100%												
B6.1.6	Segnalazioni di morti anatomiche	100%	380	0	0,25	0,25	0,62	0,62	0,98	0,98	1,35	1,35	1,72	
B6.1.9	Opposizione alla donazione													
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	100%	381	20,8	35,8	35,8	50,8	50,8	65,8	65,8	80,8	80,8	95,8	
B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo													
B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo													
B6.1.12	Donatori di tessuti (pmp)													
B6.1.11	Tempo medio di attesa di trapianto per rene													
<i>B6.1.14</i>	<i>Indice di trapiantabilità'</i>													
B6.1.14.1	Indice di trapiantabilità' - rene													
B6.1.14.2	Indice di trapiantabilità' - fegato													
B6.1.14.3	Indice di trapiantabilità' - cuore													
B6.1.14.4	Indice di trapiantabilità' - polmone													
B6.1.14.5	Indice di trapiantabilità' - pancreas													
<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso													
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	100%	382	160	179	153	160	146	153	139	146	124	139	
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	100%	383	117	124	110	117	103	110	96	103	94	96	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso													
C1.1.2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti	100%	384	16	22	13	16	10	13	7	10	2	7	
C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale													
C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso													
C1.3	Posti letto per 1.000 residenti													
C1.5	Indice di case mix													
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità	0%	385	0	3,77	3,77	11,29	11,29	18,81	18,81	26,34	26,34	33,86	
C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario													
<b>C2A,M</b>	<b>Indice di performance degenza media - DRG Medici</b>	100%	386	2,2	4	0,4	2,2	-1,4	0,4	-3,1	-1,4	-4,9	-3,1	
<b>C2A,C</b>	<b>Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici</b>	100%	387	1,6	2,7	0,6	1,6	-0,4	0,6	-1,5	-0,4	-2,5	-1,5	
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	100%	388	267	311	223	267	179	223	135	179	91	135	
C14.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica													
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H04Z)	100%	389	5,9	7,3	4,5	5,9	3,1	4,5	1,7	3,1	0,3	1,7	
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	100%	390	5	4	4	5	3	4	2	3	1	2	
<b>C4</b>	<b>Appropriatezza chirurgica</b>	100%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C4.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici													
C4.1.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari													
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	20%	391	0	40	40	55	55	70	70	90	90	100	
C4.7	DRG LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	40%	392	35	45	45	55	55	75	75	95	95	100	
C4.13	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (NSG H04Z)	10%	393	0,38	0,4	0,3	0,38	0,23	0,3	0,15	0,23	0	0,15	
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	10%	394	160	195	125	160	90	125	55	90	20	55	
<b>C8A</b>	<b>Integrazione ospedale territorio</b>	100%		0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	
C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC													
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	40%	395	1,8	2,1	1,5	1,8	1,2	1,5	0,9	1,2	0,6	0,9	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	20%	396	406,3	444,4	368,2	406,3	330,2	368,2	292,2	330,2	254,1	292,2	
C8C.1.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)													
C8C.2.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C)													
C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione adulta residente (NSG D07Ca)													
D07C.P.N	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Cb)													
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	40%	397	11,8	13,3	10,2	11,8	8,7	10,2	7,2	8,7	5,7	7,2	
C8A.20	Percentuale di ricoveri ordinari in cui SA non preceduti da una dimissione nello stesso giorno													
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	398		18,9	20,3	17,5	18,9	16,1	17,5	14,7	16,1	13,3	14,7	
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	399		22	24,2	19,9	22	17,7	19,9	15,5	17,7	13,3	15,5	
<b>C13</b>	<b>Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica</b>	100%												
C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti													
C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini													
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC erogate, extra PS, per 1.000 residenti													
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti													
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	100%	400	30	35	25	30	20	25	15	20	10	15	
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	100%	401	8,8	9,8	7,8	8,8	6,8	7,8	5,8	6,8	4,8	5,8	
C13.2.2.4	Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1000 residenti std età e sesso													
<i>C13.3</i>	<i>Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei</i>													
C13.3.1	Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20													
C13.3.2	Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20													
C13.3.3	Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20													
C13.4	Tempi di attesa (NSG)													
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	100%	402	0	60	60	70	70	80	80	90	90	100	
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	100%	403	0	50	50	63,4	63,4	76,7	76,7	90	90	100	
<b>B28.1</b>	<b>Assistenza Domiciliare</b>	100%												
B28.1.1	Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari	30%	404	5	7,5	7,5	9	9	10,5	10,5	13	13	15	
B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare													
B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	10%	405	0	2,7	2,7	5,4	5,4	8,1	8,1	10,8	10,8	13,5	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	10%	406	6	8	8	10	10	12	12	14	14	16	
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10%	407	1,72	4,01	4,01	6,3	6,3	8,6	8,6	10,89	10,89	13,19	
B28.2.5A	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA > 0.5)													

		Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina								
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari										
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA > 0.13 per Cure Domiciliari, over 65 anni										
B28.2.13	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	20%	408	0	15	15	30	30	45	45	60
B28.2.14	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente										
D22	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-peso 0,15; CIA 2-peso 0,35; CIA 3-peso 0,50)	20%		0	0	0	0	0	0	0	0
D22.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	15%	409	0	0,5	0,5	1,55	1,55	2,6	2,6	4
D22.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	35%	410	0	1	1	1,45	1,45	1,9	1,9	2,5
D22.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	50%	411	0	0,75	0,75	1,13	1,13	1,5	1,5	2
D22	Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura [CIA 1, CIA 2, CIA 3]										
D23.1	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)										
D23.2	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)										
D23.3	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)										
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	0%	412	6,8	8	5,6	6,8	4,4	5,6	3,2	4,4
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	0%	413	31,36	35,97	26,75	31,36	22,13	26,75	17,52	22,13
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	100%									
B28.3	<b>Assistenza Residenziale</b>										
B28.3.10	Tasso sid di anziani over 65 ammessi in RSA										
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	100%	414	28	35	21	28	14	21	7	14
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	100%	415	32	40	24	32	16	24	8	16
D32A	Numero di anziani in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente (R1, R2, R3)										
D32A.R1	Tasso di assistiti di età >>75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1										
D32A.R2	Tasso di assistiti di età >>75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2										
D32A.R3	Tasso di assistiti di età >>75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3										
B28.3.14	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti	100%	416	0	5	5	10	10	15	15	20
B28.3.15	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione										
B28.3.16	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione										
B9A	<b>Equità</b>										
B9A.7	<b>Genere</b>										
C5.4.1	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEMI										
C18	<b>Variabilità chirurgia elettiva</b>										
C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti										
C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti										
C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti										
C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti										
C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti										
C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna standardizzato per 100.000 residenti										
C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti										
C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti										
B4	<b>Strategie per il controllo del dolore</b>										
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	100%	417	1,2	1,6	1,6	2,1	2,1	2,5	2,5	2,9
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	100%	418	0	3,5	3,5	4,4	4,4	5,2	5,2	6,1
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina										
B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio										
C9	<b>Appropriatezza prescrittiva farmaceutica</b>	100%		0	0	0	0	0	0	0	0
C6.8	Rischio farmacologico	100%									
C6.8.1	Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)										
C6.8.2	Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)										
C6.8.3	Uso concomitante di Corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di chinoloni										
C6.8.4	Uso concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di FANS e ASA										
C6.8.5	Consumo di penicilline in età pediatrica										
C6.8.6	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e acido clavulanico in età pediatrica										
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	100%	419	25	30	20	25	15	20	10	15
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	100%	420	4,2	5,3	3,1	4,2	2	3,1	0,9	2
C9.7	Gastrointestinali	100%									
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	100%	421	33	37	29	33	25	29	21	25
C9.9	Farmaci in Salute Mentale	100%									
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	100%	422	20839,3	23164,8	18513,7	20839,3	16188,2	18513,7	13862,6	16188,2
C9.5.3	Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni										
C9.8	Antimicrobici	100%									
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	100%	423	25	35	20	25	15	20	10	15
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici										
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	100%	424	2,4	4	1,9	2,4	1,5	1,9	1	1,5
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	100%	425	2,3	2,8	1,8	2,3	1,2	1,8	0,7	1,2
C9.8.1.7	Proporzione di antibiotici Access	100%	426	0	20	40	40	40	60	60	80
F12A.20	Prevenzione e trattamento della carenza di Vit. D										
F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio										
C9.6B	<b>Antipertensivi</b>										
C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antipertensivi (NSG D17C)										
C9.6.1	<b>Ipolipemizzanti</b>										
C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine (NSG D18C)										
C9.19	<b>Farmaci respiratori</b>										
C9.19.4	Spesa pro-capite per farmaci adrenergici in associazione										
C9.20	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica										
C9.17	Ospedialiera	100%		0	0	0	0	0	0	0	0
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti										
C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	100%	427	75,26	83,55	66,98	75,26	58,69	66,98	50,4	58,69
C9.12B	Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	100%	428	70	80	60	70	50	60	40	50
C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	100%	429	50	60	40	50	30	40	20	30
C21.2	Terapia post IMA	100%									
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione										
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACEi o ARB o ARNI alla dimissione										
C21.2.4	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	100%	430	22,35	38,7	38,7	55,06	55,06	71,42	71,42	87,77
C21.2.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	100%	431	46,45	58,77	58,77	71,08	71,08	83,4	83,4	95,72
C9A	<b>Medicinali Plasma Derivati</b>										
C9.20.3	Consumo di albumina	100%	432	700	800	600	700	500	600	400	500
C9.20.5	Consumo di immunoglobuline	100%	433	150	160	140	150	130	140	110	130
C9.20.5.1	Percentuale di immunoglobuline ev										
C9A.1	Autosufficienza Albumina da CRS										
C9A.2	Autosufficienza Immunoglobuline da CRS										

		Estremi delle fasce di valutazione									
		Pesatura	Pagina								
C9A.3	Autosufficienza Immunoglobuline sottocute da CRS										
C9A.4	Consumo di Antitrombina										
C9A.5	Autosufficienza di Antitrombina da CRS	100%	434	2,9	3,36	2,44	2,9	1,98	2,44	1,52	1,98
C21	<b>Appropriatezza d'uso Iaderenza farmaceutica</b>	100%		0	0	0	0	0	0	0	0
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)		435	50	40	40	70	70	80	80	90
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEi o ARB o ARNI (90-180 giorni)		436	50	60	60	70	70	80	80	90
C21.3.4	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti (90-180 giorni)	100%	437	50	60	60	70	70	80	80	90
C21.3.5	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antiaggreganti (90-180 giorni)	100%	438	40	60	60	70	70	80	80	90
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	100%	439	12,9	14,4	11,4	12,9	9,8	11,4	8,3	9,8
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	100%	440	27,5	30,5	24,5	27,5	21,5	24,5	18,5	21,5
B5	<b>Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>	100%									
B5.1	Screening mammografico			0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	100%	442	75	80	80	85	85	90	90	95
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	100%	443	30	40	40	50	50	60	60	70
P15CB	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella										
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo										
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti										
P16C	Proporzione di cancro in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza										
B5.2	Screening cervice uterina	100%									
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	100%	444	1,55	18,97	18,97	36,39	36,39	53,81	53,81	71,23
B5.3	Screening colorettrale	100%		0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3.1	Estensione dello screening colorettrale	100%	445	75	80	80	85	85	90	90	95
B5.3.2	Adesione allo screening colorettrale	100%	446	25	35	35	45	45	55	55	65
P15CC	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto										
C7	<b>Materno-infantile</b>	100%									
C7.1	Percentuale di parti cesarei deparati (INTSV)	50%	447	30	35						

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina	0-10		10-20		20-30		30-40		40-50	
PDTA08	Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)												
C10.3.9	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30 giorni												
C10.4	Percorso tumore al retto	15%											
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	100%	468	5,64	7,5	3,78	5,64	1,92	3,78	0,6	1,92	0	0,6
PDTA09	Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)												
PDTA10	Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)												
C10.3.10	Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30 giorni												
C10.5A	Oncologia Medica	10%											
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	100%	469	888,5	1000	675	888,5	461,5	675	248	461,5	0	248
<b>C28</b>	<b>Cure Palliative</b>	100%											
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	55%	470	28,5	38,5	38,5	49	49	59,5	59,5	69,9	69,9	80
C28.1.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio												
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore												
C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni												
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	15%	471	27	44	44	61,1	61,1	78,2	78,2	95,3	95,3	100
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	15%	472	25	30	20	25	15	20	10	15	0	10
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale e da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	15%	473	30	50	25	30	20	25	10	20	0	10
<b>C11A</b>	<b>Efficacia assistenziale territoriale</b>	100%											
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta [>= 18 anni] per complicanze [a breve e lungo termine] per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	100%	474	418	550	373	418	343	373	186,5	343	0	186,5
C11A.1	Scompenso Cardiaco	100%											
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti [50-74 anni]	100%	475	305	355	255	305	205	255	155	205	105	155
D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta [>= 18 anni] per scompenso cardiaco												
PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	100%	476	42	54	54	57,9	57,9	78	78	90	90	100
PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	100%	477	32	44	44	61	61	68	68	80	80	100
PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	100%	478	0	15	15	19,4	19,4	60	60	70	70	100
C11A.2	Diabete	100%											
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti [35-74 anni]	100%	479	50	60	40	50	30	40	20	30	10	20
D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta [>= 18 anni] per complicanze [a breve e lungo termine] per diabete												
PDTA05	Aderenza complessiva alle raccomandazioni di controllo, almeno 4 su 5, [entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte] per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente (PDTA Diabete)												
PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%	480	0	30	30	40,1	40,1	60	60	70	70	100
PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%	481	0	35	35	57,1	57,1	68	68	80	80	100
PDTA05.3	Aderenza alla raccomandazione di controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)												
PDTA05.4	Aderenza alla raccomandazione di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)												
PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	100%	482	0	10	10	18	18	50	50	70	70	100
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	100%	483	40,81	49,02	32,6	40,81	24,39	32,6	16,17	24,39	7,96	16,17
C11A.3	BPCO	100%											
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti [50-74 anni]	100%	484	83	98	68	83	53	68	38	53	23	38
D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato [per 100.000 ab.] in età adulta [>= 18 anni] per BPCO												
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	100%	485	0	30	30	36,2	36,2	60	60	70	70	100
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumotologiche (PDTA BPCO)	100%	486	0	30	30	46,7	46,7	60	60	70	70	100
<b>C15</b>	<b>Salute mentale</b>	100%											
C15.1A	Attività territoriale	100%											
C15.12	Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti												
C15.13	Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti												
C15.14	Percentuale di prestazioni domiciliari												
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni												
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	100%	487	5,96	20,38	20,38	34,8	34,8	49,23	49,23	63,65	63,65	100
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	100%	488	0	12,76	12,76	27,6	27,6	42,45	42,45	57,29	57,29	100
C15.15	Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti												
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	100%	489	8,58	100	7,74	8,58	6,9	7,74	4	6,9	0	4
C15.1B	Attività ospedaliera	100%											
D24C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenni	100%	490	359,94	459,36	240,52	359,94	161,1	240,52	61,68	161,1	0	61,68
C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in tutti i reparti per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni												
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	100%	491	6,01	7,49	4,54	6,01	3,06	4,54	1,59	3,06	0,11	1,59
C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche												
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	100%	492	3	5	1	3	-1	1	-3	-1	-5	-3
C15A.6B	Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni												
C15.1C	Continuità assistenziale												
C15.9.2	Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND)												
C15.1D	Infanzia-adolescenza	100%											
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni												
C15A.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	100%	493	306,06	399,74	212,4	306,06	118,71	212,4	25,04	118,71	0	25,04
<b>C16</b>	<b>Pronto Soccorso/Parcorso Emergenza - Urgenza</b>	100%											
<b>C16A</b>	<b>Appropriatezza</b>	30%											
C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	100%	494	25	40	40	55	55	70	70	85	85	100
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	100%	495	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90
C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	100%	496	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	100%	497	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85
<b>C16F</b>	<b>Valutazione triage</b>												
C16A.T1.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti												
C16A.T2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI												
C16A.T3.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, trasferiti o in OBI												
C16A.T4.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati, trasferiti o in OBI												
C16A.T5.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati, trasferiti o in OBI												
C16P	Processo	70%											
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	100%	498	80	84	84	88	88	92	92	96	96	100
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve												
C16.5.1C	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore												
C16.9	Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero												
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	100%	499	13	15,6	10,4	13	7,8	10,4	5,3	7,8	2,9	5,3
<b>C16C</b>	<b>Sistema 118</b>	100%											

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina	0-10		10-20		20-30		30-40		40-50	
C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)												
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1/Rosso - NSG)												
<b>D9</b>	<b>Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</b>	100%	501	5	6,25	3,75	5	2,5	3,75	1,25	2,5	0	1,25
<b>D18</b>	<b>Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero</b>	100%	504	1,4	1,75	1,05	1,4	0,7	1,05	0,35	0,7	0	0,35
D18M	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri medici												
D18C	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici												
<b>B15</b>	<b>Capacità attività di ricerca</b>												
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici	100%	505	0,25	0,75	0,75	1,25	1,25	1,75	1,75	2,25	2,25	2,75
B15.1.1A.5	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti sanitari												
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici	100%	506	1,1	1,44								

		Estremi delle fasce di valutazione											
		Pesatura	Pagina										
<b>F2</b>	<b>Gestione del magazzino</b>												
F2.1	Indice di rotazione dei beni sanitari												
F2.2	Indice di rotazione dei prodotti farmaceutici ed emoderivati												
F2.3	Giornate di giacenza media dei beni sanitari												
F2.4	Giornate di giacenza media dei prodotti farmaceutici ed emoderivati												
<b>F3</b>	<b>Equilibrio patrimoniale finanziario</b>	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F3.1	Indice di disponibilità	100%	545	0,4	0,6	0,6	0,8	0,8	1	1	1,5	1,5	2
F3.2	Politiche di investimento												
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica												
F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio												
F3.4	Costi di finanziamento												
F3.4.1	Indice di onerosità												
F3.4.2	Dilazione dei debiti												
F3.4.3	Tempestività dei pagamenti												
<b>F15</b>	<b>Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PSLL)</b>	100%											
F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro												
F15.1.4	Inchieste per malattie professionali												
F15.2	Copertura del territorio	100%											
F15.2.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti	100%	546	0	2,25	2,25	5	5	7,75	7,75	10,5	10,5	12,75
F15.2.3	N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati	100%	547	0	1	1	10	10	19	19	28	28	37
F15.3	Efficienza produttiva	100%											
F15.3.1	N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL	100%	548	0	16	16	37	37	58	58	79	79	100
F15.3.2	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL	100%	549	0	18	18	67	67	116	116	165	165	214
<b>F16</b>	<b>Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN) e Sanità Veterinaria</b>												
P09Z	Copertura attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva												
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza a												
P11Z	Copertura attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti												
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti												
<b>F10A</b>	<b>Governo della spesa farmaceutica</b>												
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite												
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG												
F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva pro capite												
F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti pro-capite												
F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite												
F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA												
F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV												
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici												
<b>F12A</b>	<b>Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>												
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	40%	550	72	74	74	76	76	78	78	80	80	82
F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto												
F12A.19	Ospedaliera	40%											
F20.7.1	Spesa per UP Imatinib	100%	551	8,5	12	5,5	8,5	2,5	5,5	0,5	2,5	0	0,5
F20.8.1	Spesa per UP Etanercept	100%	552	91	101,3	80,7	91	70,5	80,7	60,2	70,5	49,9	60,2
F20.9.1	Spesa per UP Infliximab	100%	553	147,9	176,8	119	147,9	90	119	61,2	90	32,2	61,2
F20.10.1	Spesa per MG Rituximab	100%	554	1	1,2	0,8	1	0,6	0,8	0,4	0,6	0,2	0,4
F20.11.1	Spesa per mg Trastuzumab	100%	555	0,8	1	0,7	0,8	0,5	0,7	0,3	0,5	0,2	0,3
F20.12.1	Spesa per UP Adalimumab	100%	556	110,3	127,3	93,3	110,3	74,2	93,3	59,2	74,2	42,2	59,2
F20.13.1	Spesa per UP Follitropina	100%	557	162,5	185,7	139,4	162,5	116,2	139,4	93,1	116,2	69,9	93,1
F20.14.1	Spesa per UP Enoxaparina	100%	558	3,2	10	2,6	3,2	2	2,6	1,4	2	0,8	1,4
F20.15.1	Spesa per UP Somatropina	100%	559	186,1	227,5	144,7	186,1	103,3	144,7	61,9	103,3	20,4	61,9
F20.16.1	Spesa per UP Epoietina	100%	560	19,8	24,4	15,2	19,8	10,6	15,2	6	10,6	1,4	6
F20.17.2	Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie	100%	561	11,5	13,5	9,6	11,5	7,7	9,6	5,8	7,7	3,9	5,8
F20.18.1	Spesa per UP Insulina Glargine	100%	562	14,9	17,9	12	14,9	9	12	6	9	3	6
F20.19.1	Spesa per UP Insulina lispro	100%	563	14,8	18,3	11,3	14,8	7,9	11,3	4,4	7,9	0,9	4,4
F20.20.1	Spesa per UP Teriparatide	100%	564	314,1	369	259,2	314,1	204,3	259,2	149,4	204,3	94,5	149,4
<b>F12C</b>	<b>Dispositivi medici</b>	100%											
F12C.3.5	Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale												
F12C.A	Dispositivi medici ad alto consumo, basso costo	100%											
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	100%	565	35,56	45,02	26,09	35,56	16,63	26,09	7,16	16,63	0	7,16
F10.3.3	Spesa per quanti non chirurgici, usati in regime di ricovero												
F12C.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza												
F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza												
F12C.4.1B	Spesa per quanti per giornata di degenza	100%	566	1,33	3	0,95	1,33	0,57	0,95	0,18	0,57	0	0,18
F10.3.7	Spesa ospedaliera per medicazioni generali e specialistiche per giornata di degenza	100%	567	7,67	40	5,27	7,67	2,88	5,27	0,5	2,88	0	0,5
F10.3.7.1A	Spesa ospedaliera per medicazioni generali per giornata di degenza												
F10.3.7.1B	Spesa ospedaliera per medicazioni specialistiche per giornata di degenza												
F12C.B	Dispositivi medici a basso consumo, alto costo												
F12C.B.1	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Protesi d'anca												
F12C.B.2	Costo del dispositivo per punto DRG: Protesi d'anca												
F12C.B.4	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Pacemaker												
F12C.B.5	Costo del dispositivo per punto DRG: Pacemaker												
F12C.B.6	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Valvole transcateretere												
F12C.B.7	Costo del dispositivo per punto DRG: Valvole transcateretere												
F12C.B.8	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Stent Coronarici												
F12C.B.9	Costo del dispositivo per punto DRG: Stent Coronarici												
F12C.B.12	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Altri Stent												
F12C.B.13	Costo del dispositivo per punto DRG: Altri Stent												
<b>S1</b>	<b>Societal Value</b>												
S1.1	Spesa out of pocket procapite (non ticket)												
S1.2	Spesa a carica del cittadino per assistenza farmaceutica procapite												
S1.2.1	Spesa di compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto												
S1.2.2	Spesa out of pocket per farmaci di classe A												

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

Al fine di monitorare le condizioni organizzative con cui le Aziende sanitarie operano, che rappresentano tra le determinanti più significative della performance stessa, negli anni è stato dato un forte impulso alla rilevazione del clima organizzativo dei sistemi sanitari regionali. L'indagine, promossa e coordinata dal Laboratorio MeS, è svolta attraverso il metodo C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interview), che prevede la compilazione di un questionario online, gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna. L'indagine di clima interno si effettua una volta ogni due anni e dal 2014 ha coinvolto più di 730.000 professionisti (vedi Tabella 2). L'evento pandemico ha rallentato/sospeso questa attività di rilevazione nel triennio 2020-2022; nel 2023 sono riprese a pieno ritmo le indagini che hanno visto coinvolte Regione Veneto, Regione Toscana (compresa nel 2024, l'ospedalità privata AIOP) e Provincia Autonoma di Bolzano.

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

interna (Murante et al., 2013; Vainieri et al., 2017).

Anno	Ambito	N. aziende/enti coinvolti	N. dipendenti coinvolti
2014	Aziende del SSR Toscana	18	51.516
2014	Aziende del SSR Basilicata	4	7.471
2014	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	11	3.576
2015	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	15	2.004
2016	Aziende del SSR Emilia Romagna	14	60.247
2016	Azienda P.A. Bolzano	1	9.572
2016	Aziende del SSR Marche	2	2.982
2016	Aziende del SSR Umbria	3	9.059
2017	Aziende del SSR Puglia	10	38.120
2017	Aziende del SSR Veneto	24	60.279
2017	Aziende del SSR Toscana	8	51.955
2017	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	14	1.863
2018	Aziende del SSR Lombardia (pubblico e privato accreditato)	75	111.349
2019	Aziende del SSR Friuli Venezia Giulia	8	19.795
2019	Azienda P.A. Bolzano	1	9.578
2019	Aziende del SSR Veneto	12	58.354
2019	Aziende del SSR Puglia	10	39.252
2019	Aziende del SSR Toscana	10	53.503
2020	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della P.A. di Trento	1	7.983
2021	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	16	1.925
2022	Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea	1	2.047
2023	Aziende del SSR Veneto	13	62.313
2023	Aziende del SSR Toscana	10	56.744
2023	Azienda P.A. Bolzano	1	10.733
2024	Ospedalità privata (AIOP Toscana)	14	654

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

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

### La rappresentazione dei risultati

Fin dal 2008 è stato predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni e delle Aziende sanitarie. Nei primi due anni, il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al Network con una diffusione interna al sistema, per facilitare il processo di conoscenza e di condivisione tra gli attori dello stesso. Dal 2010 il report è pubblico, fruibile da tutti gli stakeholder, cittadini e utenti compresi. I risultati sono pubblicamente consultabili all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it), previa registrazione.

La presente pubblicazione riporta – per ragioni di economia di stampa – i soli indicatori a cui è attribuita una valutazione. Gli indicatori di osservazione sono comunque consultabili all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). Inoltre, dall'edizione di quest'anno, per migliorare la leggibilità e la funzionalità del report e per ridurre l'impatto sull'ambiente, i profili delle aziende e i pentagrammi di area delle Regioni del Network, insieme alla biografia, saranno disponibili esclusivamente nel report digitale, scaricabile dalla sezione download della piattaforma.

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

- ciascun indicatore è rappresentato graficamente da una **cartina** e da **due istogrammi**: la cartina restituisce la valutazione 2023 (o eventualmente relativa al diverso anno di riferimento) del livello regionale; il primo istogramma riporta i valori regionali a confronto, con il trend rispetto agli anni precedenti (2020-2022); il secondo mostra tutte le Aziende del Network a confronto, raggruppate per Regione (vedi figura 2). Per ogni indicatore viene, inoltre, riportato un QR code (Quick Response Code): inquadrandolo con il proprio dispositivo mobile o cliccando su di esso (nella versione in pdf), è possibile recuperare le tabelle con i valori dell'indicatore e dei relativi numeratori e denominatori;

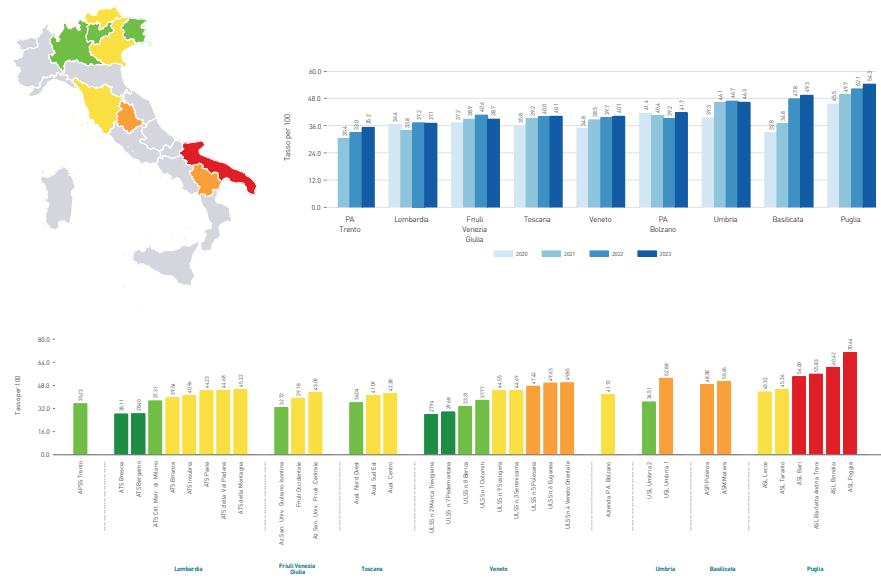


Figura 2. Mappa, istogramma trend e istogramma Aziende

- per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati regionali, provinciali e aziendali, gli indicatori compositi sono inoltre riportati in una rappresentazione a **"bersaglio"** (figura 3). Il bersaglio offre una rappresentazione semplice e chiara, che è diventata il simbolo del sistema di valutazione del Laboratorio MeS. Il bersaglio infatti è in grado di evidenziare con immediatezza lo stato dell'arte della performance dell'azienda o soggetto analizzato e ha in sé una valenza positiva: l'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse aree avrà i propri risultati riportati vicino al centro, in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più esterne. Lo schema del bersaglio permette di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Province/

Aziende considerate; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo profuso da ciascuna Regione/Provincia/Azienda per migliorare la performance da un anno all'altro;



Figura 3. Il bersaglio

- per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene corredato da una **sintesi di miglioramento** (vedi figura 4) che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2022 e il 2023, mostrando – nel caso in cui siano disponibili almeno 10 indicatori (di valutazione) – la percentuale di questi migliorati, peggiorati o stabili (in un intorno compreso tra +1% e -1%);

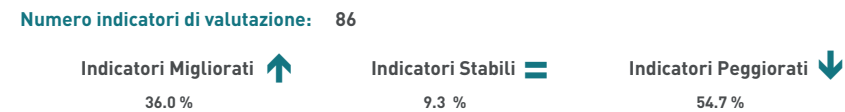


Figura 4. Sintesi di miglioramento

- di fianco al bersaglio è stata introdotta, dallo scorso anno, una **scheda di sintesi** (vedi figura 5) che riporta informazioni di contesto. La scheda di sintesi illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello

regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere. Nel dettaglio e possibile visualizzare indicatori demografici e di salute; indicatori dell'attività sanitaria (ad esempio ricoveri in mobilità attiva); indicatori relativi al personale (ad esempio il numero di medici per residenti o il numero dei medici per posto letto a livello aziendale); e indicatori di spesa e di scelte strategico-organizzative (ad esempio spesa farmaceutica convenzionata o esternalizzazione dei servizi). Nella scheda è poi contenuta una sintesi della dimensione di regioni e aziende, a seconda del livello di analisi preso in considerazione, che offre la possibilità di meglio contestualizzare le proporzioni di queste organizzazioni (come ad esempio popolazione di riferimento, numero di posti letto). Le schede possono aiutare nell'interpretazione dei risultati ed eventualmente supportare nella selezione delle realtà da confrontare. Nella scheda regionale il pallino colorato in arancione rappresenta il valore dell'indicatore per la regione oggetto di rappresentazione mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre regioni del network (vedi Figura 5) o tutte le regioni per il confronto sugli indicatori demografici e di salute rilevati da statistiche nazionali. Nelle schede delle aziende territoriali il pallino colorato rappresenta il valore dell'indicatore per l'Azienda territoriale selezionata mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre Aziende territoriali delle regioni del network. Nelle schede delle Aziende Ospedaliere (AO) il pallino colorato rappresenta il valore dell'indicatore per l'azienda selezionata mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre AO del network;

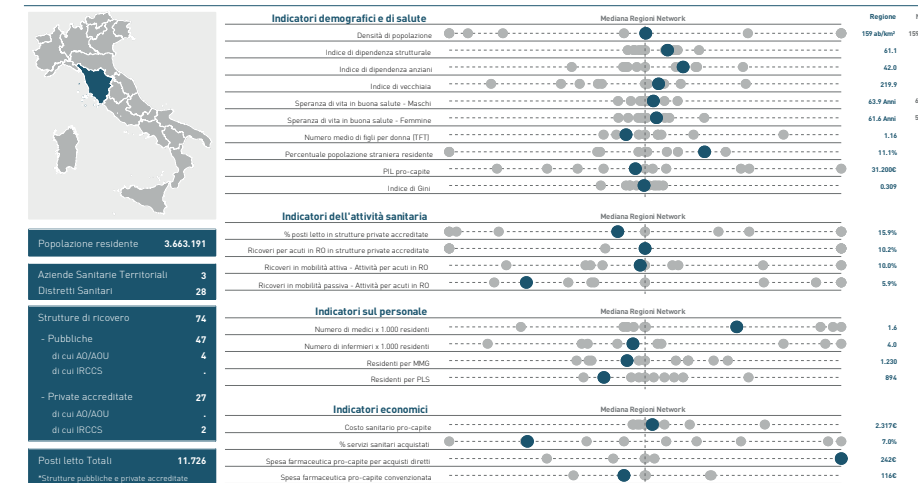


Figura 5. Scheda di sintesi regionale

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

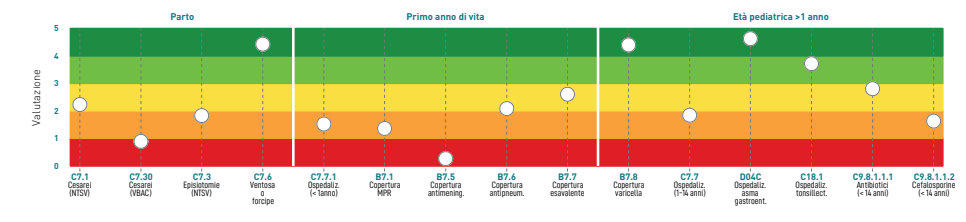


Figura 6. Un esempio di pentagramma regionale e di area del percorso materno infantile

**Tabella 3a.** I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO MATERNO INFANTILE		
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	<b>Parto</b>
C7.30	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	<b>Primo anno di vita</b>
B7.1	Copertura per vaccino MPR	
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	
B7.8	Copertura vaccinale varicella	<b>Età pediatrica &gt;1 anno</b>
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	

**Tabella 3b.** I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO CRONICITÀ		
A10.1.1	Percentuale di sedentari	<b>Promozione e prevenzione</b>
A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	
A10.4.1	Percentuale di fumatori	
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	
B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	<b>Trattamento e compliance</b>
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	
PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	
PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	
PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	
PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	
PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	
PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	
C21.2.4	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	
C21.2.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEi o ARB o ARNI (90-180 giorni)	
C21.3.4	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti (90-180 giorni)	
C21.3.5	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antiaggreganti (90-180 giorni)	
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	<b>Esiti</b>
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	

**Tabella 3c.** I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO ONCOLOGICO			
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	<b>Screening</b>	
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico		
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)		
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale		
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	<b>Diagnosi</b>	
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali		
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella		
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata		
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon		
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto		
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone		
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero		
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma		
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide		
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui		
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		<b>Trattamento</b>
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata		
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella		
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella		
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella		
PDTA06.1	Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)		
PDTA06.2	Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)		
PDTA06.3	Radioterapia complementare (PDTA Mammella)		
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)		
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	<b>Follow-up</b>	
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative		
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni		
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg		
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	<b>Fine Vita</b>	

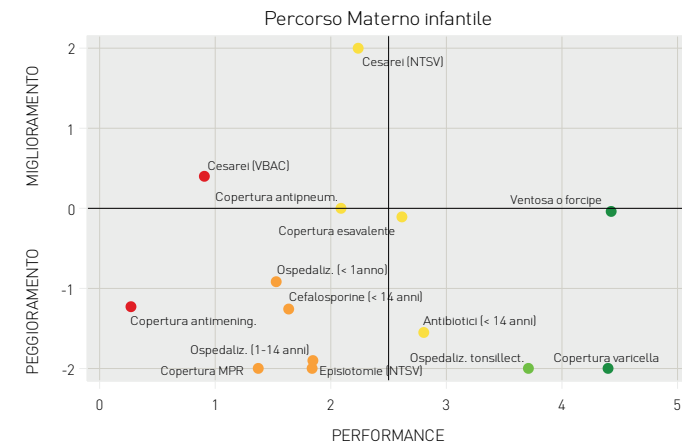
**Tabella 3d.** I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO EMERGENZA-URGENZA		
C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)	<b>Accesso</b>
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	<b>Triage</b>
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	
C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	
C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<b>Percorso</b>
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	

**Tabella 3e.** I percorsi 2023, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO SALUTE MENTALE		
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	Attività territoriale
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	Trattamenti ospedalieri
C15A.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Continuità
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Efficacia presa in carico
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	

- per favorire una lettura delle dinamiche dei sistemi sanitari regionali, ai pentagrammi vengono affiancate, come di consueto, le relative **mappe di performance** (vedi figura 7). Ciascuna di esse include tutti gli indicatori di valutazione di ogni percorso e riporta, per ogni indicatore, la performance dello stesso nell'anno in corso e la sua variazione rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance, il trend (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolato, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2023-2022, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre Regioni – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione attribuito a ciascun indicatore nell'anno 2023. Si possono, quindi, individuare quattro quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio di 2,5: se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta un'ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre Regioni, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2022 e il 2023. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato tra il 2022 e il 2023 ma che il suo livello di performance 2023 ancora non può essere ritenuto soddisfacente. Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2023, ma registra un trend di peggioramento e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, la sua valutazione è inferiore rispetto alle altre Regioni e con trend in peggioramento.



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

L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni/Province, le tecnostutture regionali/provinciali, il gruppo dei professional affiliate e i ricercatori del Laboratorio MeS e della professoressa Milena Vainieri.

I servizi offerti della piattaforma PES (Performance Evaluation System):

- Accesso al catalogo di tutti gli indicatori del Sistema di Valutazione.** Questa sezione consente di accedere all'elenco di tutti gli indicatori del sistema di valutazione. La ricerca può essere effettuata per anno e livello di calcolo.
- Accesso a tutti i dati disponibili** per ciascun indicatore, in particolare è possibile visualizzare:
  - La **Struttura ad albero** dove l'indicatore è inserito. Questo permette una navigazione immediata su indicatori che monitorano aspetti diversi dello stesso

- fenomeno;
- La **Scheda Indicatore** contenente tutte le specifiche necessarie per poter calcolare l'indicatore (fonte, modalità di calcolo, numeratore, denominatore, note, etc.);
- Istogrammi della valutazione**, la **variabilità** ed il **trend**, se previsti per l'indicatore selezionato con livello di dettaglio aziendale e di distretto;
- La **Tabella dei dati scaricabile** in csv, excel e pdf che riporta i dati degli ultimi tre anni dell'indicatore. Sono disponibili il valore, la valutazione, il numeratore, il denominatore, e il criterio di calcolo.

- I Profili**, elemento di sintesi che illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere (AOU).

- I Bersagli**, che offrono un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati. Lo schema permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna.

- I Percorsi** utilizzano come strumento di rappresentazione il pentagramma e offrono una lettura, diversa da quella del bersaglio, basata sulla logica del percorso assistenziale in una prospettiva più vicina a quella degli utenti. Nel pentagramma, le note rappresentano gli indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati per fasi, a loro volta rappresentati dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono poi disposti su una delle cinque fasce colorate, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.

- Sezione Download:** Qui è possibile scaricare la versione digitale del report attuale e delle edizioni passate. Come detto in precedenza, per migliorare la leggibilità e la funzionalità del report e per ridurre l'impatto sull'ambiente, per questa edizione, i profili delle aziende e i pentagrammi di area delle Regioni del Network, insieme alla bibliografia, saranno disponibili esclusivamente nel report digitale, scaricabile dalla sezione download della piattaforma.

- Application Programming Interface (API)** sono lo strumento scelto dal Laboratorio MeS per favorire la consultazione, l'utilizzo e la diffusione dei dati relativi ai sistemi di Valutazione. Questa funzionalità di accesso ai dati, basata sull'utilizzo di Web Service RESTful (URL HTTPS - Hypertext Transfer Protocol Secure) facilita l'accesso al sistema e rende possibile la piena integrazione dei dati all'interno in altri software, gestionali applicazioni o siti web. Tutti i dati sono accessibili tramite "Servizi RESTful": questa tecnologia consente di sviluppare moduli software di tipo B2B e quindi realizzare in modo efficiente ed efficace l'integrazione tra il sistema di valu-

tazione (indicatori, valori, valutazioni, numeratori, denominatori, schede di calcolo, razionale) e i software del controllo di gestione e gli altri strumenti di Business analysis della Regione e delle Aziende. Per poter accedere ai Servizi RESTful è necessario utilizzare l'APIKEY personale attribuita dal sistema nella fase di registrazione.

## SCARICA IL TUTORIAL DELLA PIATTAFORMA PES

Per effettuare la scansione del codice QR, è sufficiente scaricare una qualsiasi applicazione da Google play o Apple store, e inquadrare il codice con la fotocamera. L'applicazione aprirà in automatico il contenuto.



2

RISULTATI 2023



# Veneto



Popolazione residente **4.849.553**

Aziende Sanitarie Territoriali **9**

Distretti Sanitari **26**

Strutture di ricovero **75**

- Pubbliche **47**

di cui AO/AOU **2**

di cui IRCCS **1**

- Private accreditate **28**

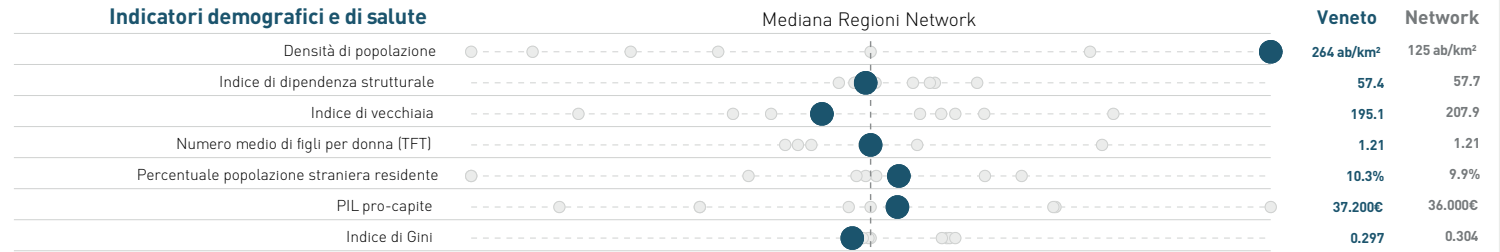
di cui AO/AOU **.**

di cui IRCCS **3**

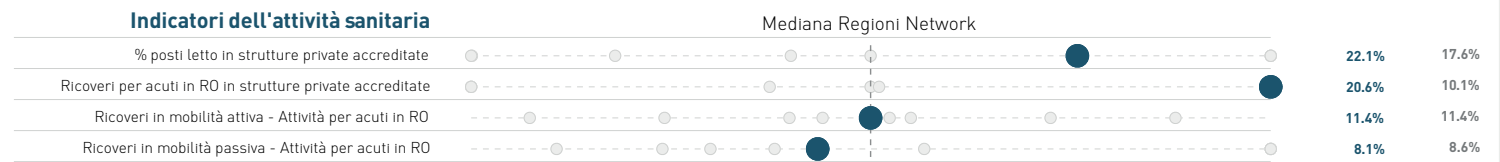
Posti letto Totali **16.211**

\*Strutture pubbliche e private accreditate

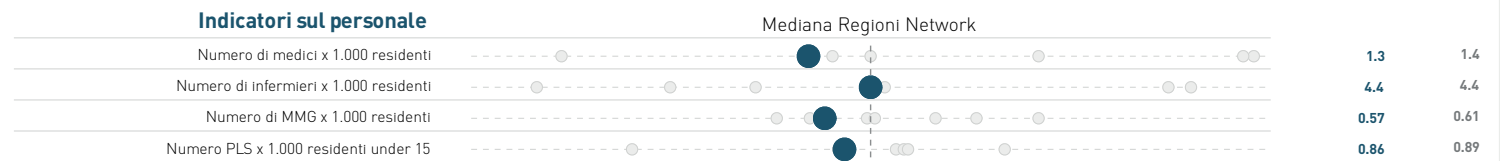
## Indicatori demografici e di salute



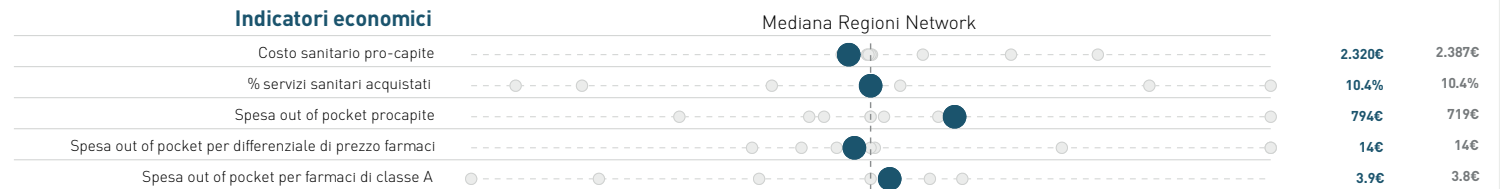
## Indicatori dell'attività sanitaria



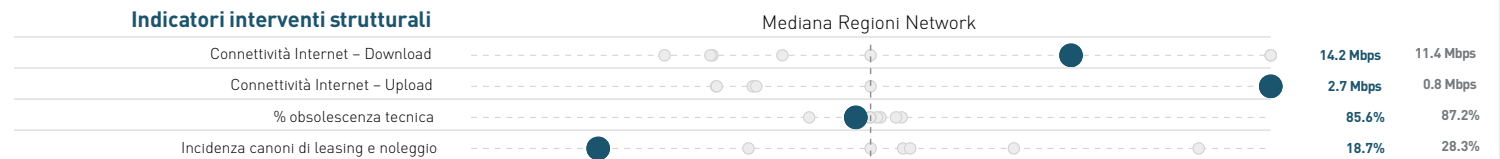
## Indicatori sul personale



## Indicatori economici



## Indicatori interventi strutturali



## LA PERFORMANCE DELLA REGIONE VENETO

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Veneto. Dei 171 indicatori di valutazione, la Regione Veneto mostra una performance complessivamente concentrata nella fascia verde del bersaglio. In particolare, il 32,5% degli indicatori peggiora tra il 2022 e il 2023 pur mantenendosi in una fascia buona/ottima, il 15,9% resta stabile e il 51,6% migliora.

Per l'anno di valutazione 2023, si è scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: **l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID e, infine, l'efficienza.**

La maggior parte degli indicatori relativi all'**assistenza sanitaria e socio-sanitaria** mostra risultati positivi. In particolare, gli indicatori legati alla capacità di governo della domanda (C1) sono particolarmente performanti: il tasso di ospedalizzazione (H01Z), che rappresenta la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei residenti verso le strutture di ricovero locali, è tra i più bassi nel Network delle Regioni, con 110,64 ricoveri per 1.000 residenti. Anche l'appropriatezza medica (C14) è molto buona, con il Veneto che registra la più bassa percentuale di pazienti che ripetono una RM colonna entro 12 mesi (C13A.2.2.2). Per quanto riguarda l'integrazione tra ospedale e territorio (C8A), nonostante un tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativamente basso per 1.000 residenti (C8D.1), si osserva un tasso più elevato di ospedalizzazioni oltre i 30 giorni per 1.000 residenti (C8B.2), indicatore che riflette indirettamente la capacità ricettiva del territorio e il livello di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Va segnalato il peggioramento del tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1), sebbene l'incremento sia inferiore rispetto a quello registrato nel 2022. Passando agli indicatori che misurano l'efficienza delle attività di ricovero, il Veneto presenta una degenza media per l'area medica (C2A.M) superiore di circa 0,7 giorni per ricovero rispetto alla media 2023 del Network. Nell'area chirurgica, la degenza media (C2A.C) è di 0,3 giorni per ricovero in più rispetto alla media delle altre regioni del Network per lo stesso anno. In termini di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, nonostante l'aumento rispetto al 2022, il consumo di antibiotici sul territorio (C9.8.1.1), in particolare in età pediatrica (C9.8.1.1.1), e il consumo di cefalosporine (C9.8.1.1.2) rimangono tra i più bassi del Network. La percentuale di antibiotici Access (C9.8.1.7) è cresciuta dal 48,6% al 53,5%, ma resta sotto l'obiettivo del 60% raccomandato dall'OMS. Tuttavia, il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero (C9.12), sebbene in calo rispetto al 2022, rimane critico, con 71,73 giornate di terapia per 100 giorni di degenza.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la performance dei **percorsi clinico-assistenziali**, la regione Veneto mostra risultati tendenzialmente positivi. Analizzando il percorso materno-infantile, nella fase del parto si registra un miglioramento nei parti cesarei depurati (C7.1), scesi al 17,2% rispetto al 17,9% del 2022, e nella percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (C7.30), che raggiunge il 28,4% contro il 25,5% dell'anno precedente. La percentuale di parti operativi (C7.6) rimane sostanzialmente stabile e in linea con la media delle regioni del Network. Nella fase del primo anno di vita, i tassi di ospedalizzazione si mantengono stabili. La copertura vaccinale per MPR (morillo, parotite, rosolia) (B7.1) e per il vaccino esavalente obbligatorio (B7.7) resta molto buona, rispettivamente al 95,2% e 95,4%. Più critiche invece le coperture vaccinali per il meningococco e pneumococco. Durante l'età pediatrica successiva al primo anno di vita, si osserva un'ottima copertura vaccinale contro la varicella (B7.8) e tassi di ospedalizzazione (C7.7) ospedalizzazione generale, D04C ospedalizzazione per asma e gastroenteriti) che mostrano una performance medio-buona. La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente eccellente. Ottima la fase degli screening, dove la regione conferma best practice per l'estensione allo screening mammografico (B5.1.1).

Nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, molti indicatori si posizionano nelle fasce alte (verde scuro e verde chiaro) del pentagramma. In particolare, spiccano gli indicatori sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi con priorità A, dove per quasi tutti i tumori il 90% degli interventi viene effettuato entro 30 giorni. Ottimali i risultati sull'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere (H02Z) e sulla proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (H03C), dove la regione Veneto si attesta come best practice del Network delle regioni. Più eterogenea la performance nella fase del fine vita. Critica ed in peggioramento la presa in carico tempestiva da parte degli hospice dei casi segnalati (C28.2B), pari al 59,8% di pazienti presi in carico entro 3

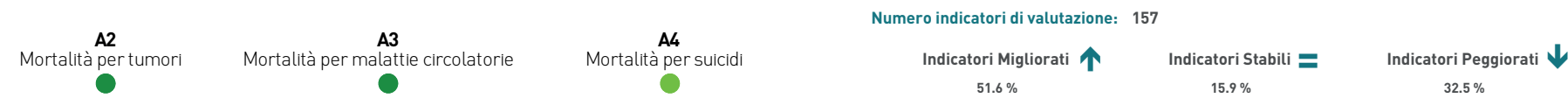
giorni dalla segnalazione, e dei casi con degenza in hospice superiore a 30 gg (C28.3). Buono invece il numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero inferiore ai 7 giorni, pari al 18,5%. Per il percorso emergenza-urgenza nel 2023, a fronte di un continuo aumento nei tassi di accesso al Pronto Soccorso (C8B.1), si osserva un leggero miglioramento nella percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso entro 8 ore (C16.4.1.N), dove la performance regionale è eccellente. Migliora in generale la tempestività di presa in carico in PS per tutti i codici durante la fase del triage, anche per i codici priorità 2 (C16.1.NA), per i quali è prevista un'attesa massima di 15 minuti per la prima visita, ma segnalando che il codice 2 nel 2023 continua a non registrare i valori attesi dalle linee guida nazionali. Nel percorso cronicità, la performance nella fase di promozione e prevenzione risulta eterogenea. La percentuale di fumatori (A10.4.1) rimane bassa e stabile al 22%. Tuttavia, è critica la copertura vaccinale negli anziani, in calo dal 55,3% del 2022 al 52,5% nel 2023. La fase di trattamento e compliance si colloca prevalentemente in fascia verde, con l'unica criticità relativa alla percentuale di accessi domiciliari effettuati nei giorni di sabato, domenica e festivi (B28.1.5). Ottima la performance per quanto riguarda il tasso di prese in carico per Cure Domiciliari negli over 65 con CIA superiore a 0,13 (B28.2.9A), un indicatore che monitora le prese in carico caratterizzate da un'elevata intensità. Anche la performance nella fase di esiti è molto positiva: i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (C11A.1.1) e BPCO (C11A.3.1) sono tra i più bassi del Network, con rispettivamente 104,33 e 24,16 ricoveri per 100.000 abitanti.

Gli indicatori di **qualità e sicurezza delle cure** valutano tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività e correttezza delle prestazioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni negli over-65 (H13C) è tra le più alte delle regioni del Network, ed in aumento dal 78,2% del 2022 all'82% del 2023. Anche le colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4) mostrano un trend triennale in miglioramento, mentre le dimissioni volontarie da ricovero (D18) a livello regionale restano stabili allo 0,68% in fascia verde chiara.

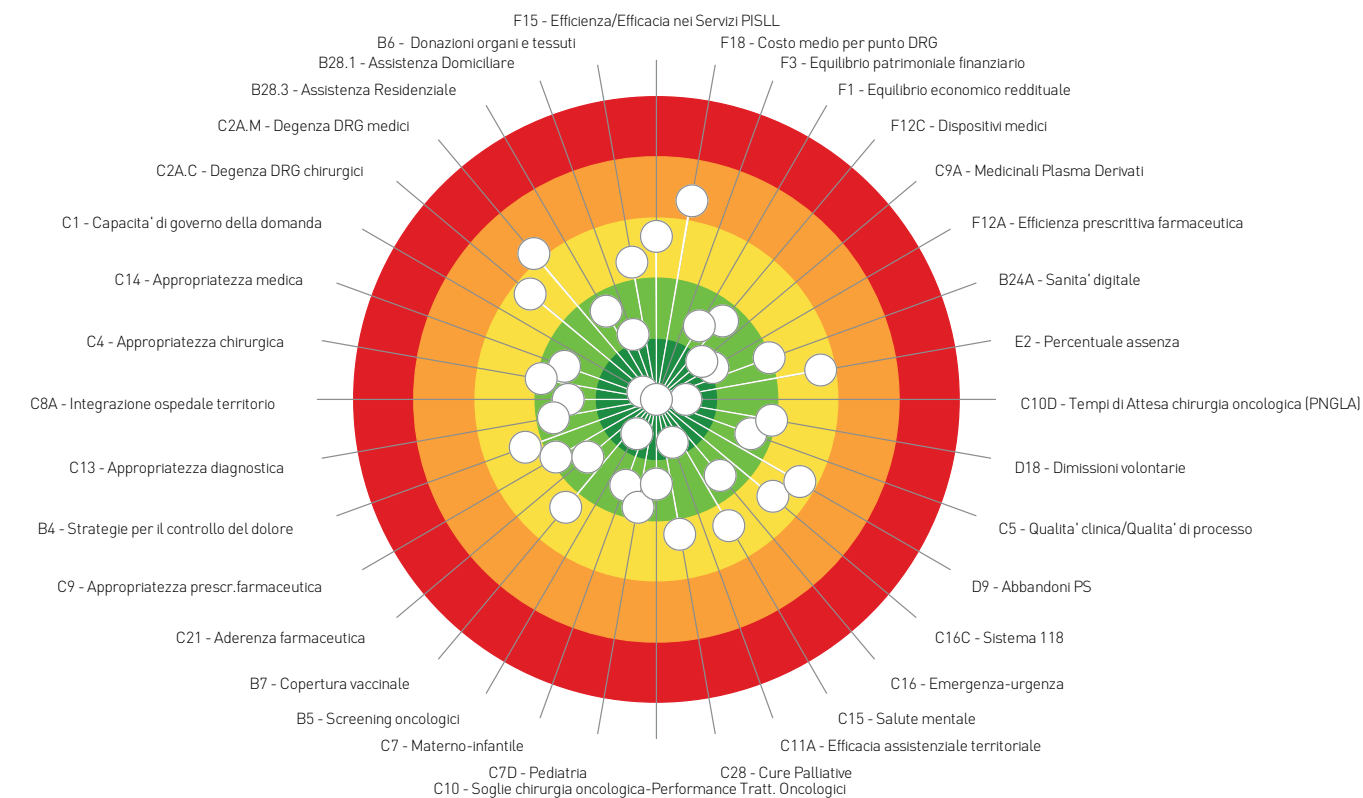
Sul piano dell'**efficienza**, il monitoraggio della spesa farmaceutica è cruciale per la sostenibilità del SSN, specialmente con l'introduzione di medicinali costosi. La Regione Veneto ha mostrato un'ottima efficienza prescrittiva farmaceutica, con l'87,44% delle molecole prescritte nel 2023 appartenenti a farmaci a brevetto scaduto o presenti in lista di trasparenza (F12A.14). Nel 2023, è stata introdotta la valutazione di tre indicatori sui dispositivi medici ad alto consumo e basso costo. La spesa ospedaliera per dispositivi di largo consumo, come siringhe, assorbenti e guanti, ha mostrato una riduzione generale. La regione Veneto si è altresì mostrata capace a mantenere i costi in equilibrio con le risorse disponibili, raggiungendo il pareggio di bilancio (F1.1). Nonostante ciò, il costo per punto DRG (F18.1), ossia il costo per ricovero pesato per il tipo di intervento, appare critico, pari a 7.503,23€ nel 2022.

Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le **sfilde post-COVID**. In particolare, la gestione del personale emerge come una sfida prioritaria. Nel 2022 si è registrato un incremento delle assenze (E2) in tutte le regioni del Network, con un tasso di assenza pari al 13,13% per la regione Veneto, in aumento di oltre 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente, pur rimanendo il più contenuto tra le realtà regionali. Sebbene si noti un leggero progresso verso la parità di genere, con l'indice del soffitto di cristallo (E2B) che si avvicina al valore di equilibrio, rimane ancora sopra 1, indicando la persistenza di ostacoli alla crescita professionale a delle donne all'interno dell'azienda, nelle posizioni apicali. Gli indicatori sulla sanità digitale evidenziano una performance positiva nella dematerializzazione e nella prescrizione elettronica, con percentuali che superano il 95% tra i medici in convenzione (B24B.1.1 e B24B.1.2). Tuttavia, i valori sono minori per la percentuale di specialisti prescrittori che utilizzano la dematerializzazione (B24B.3.1 e B24B.3.2), sia per le ricette farmaceutiche che per quelle dematerializzate. Bassa anche la percentuale di cittadini che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei 90 giorni successivi alla disponibilità di una diagnosi (B24C.2C.1). D'altro canto, l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (B24C.2C.3.1) risulta eccellente, con una percentuale che raggiunge il 99,75%.

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2021-2023)

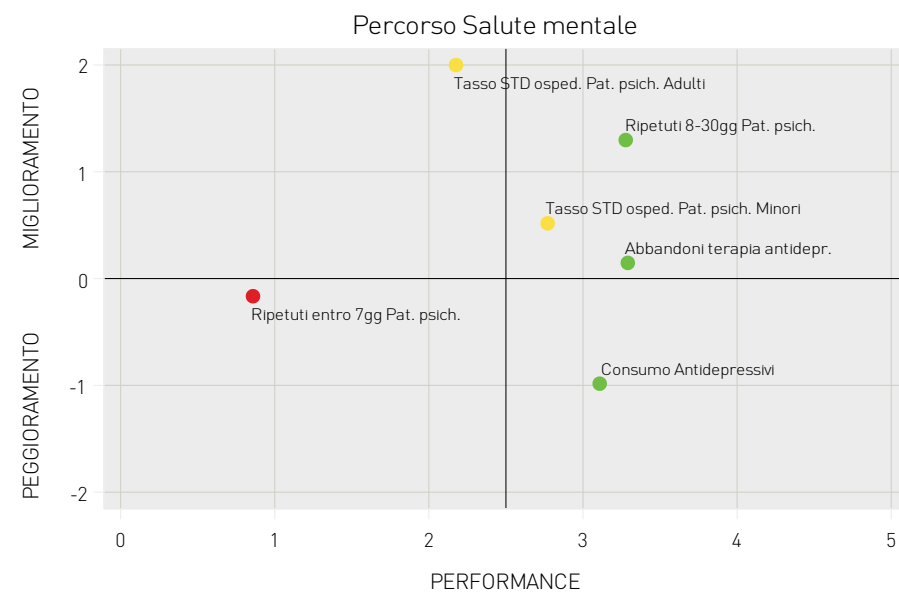
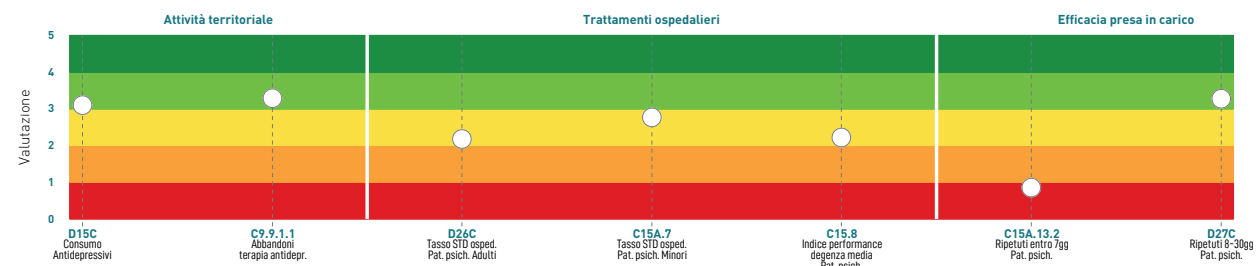


## Valutazione della performance 2023





PERCORSO  
SALUTE MENTALE

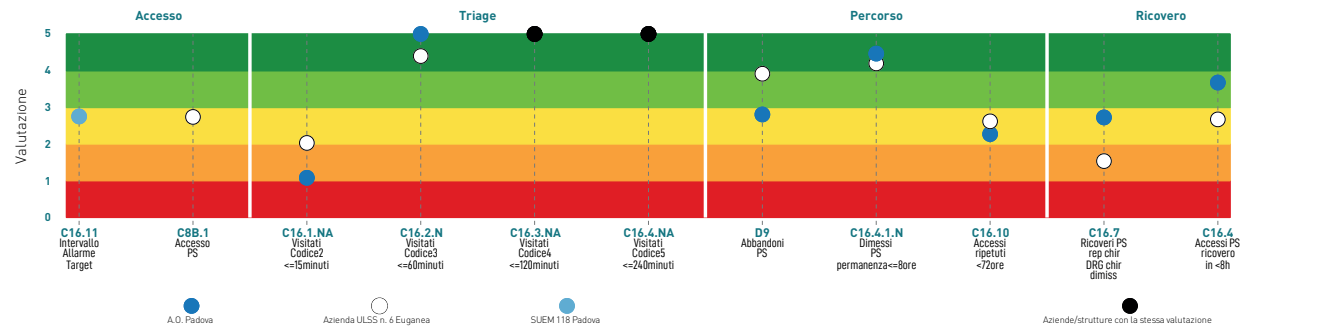


# BERSAGLI AZIENDALI E PERCORSI DI AREA

REGIONE VENETO

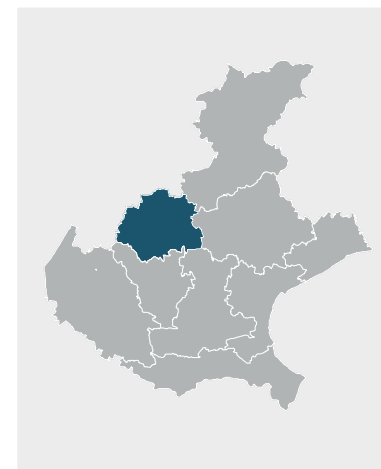


### PERCORSO EMERGENZA URGENZA



## ULSS N. 7 PEDEMONTANA

### Profilo azienda



Popolazione residente **361.861**

Distretti Sanitari **2**

Stabilimenti **3**

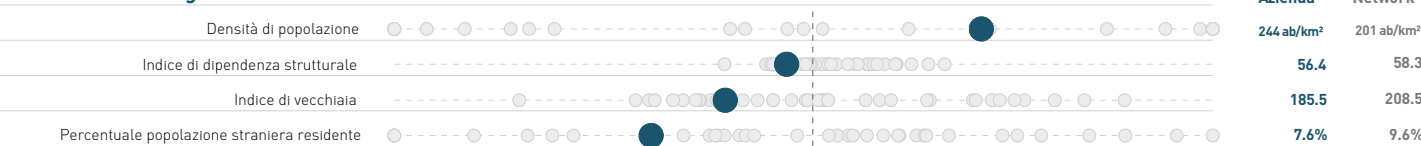
- Pubblici **3**

- Privati accreditati **.**

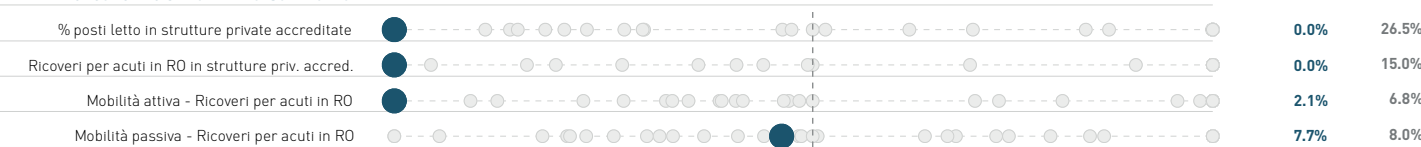
Posti letto **809**

\*Strutture pubbliche e private accreditate

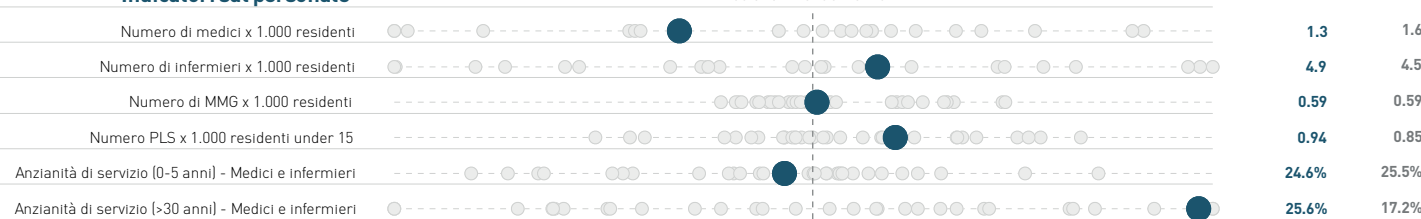
#### Indicatori demografici e di salute



#### Indicatori dell'attività sanitaria



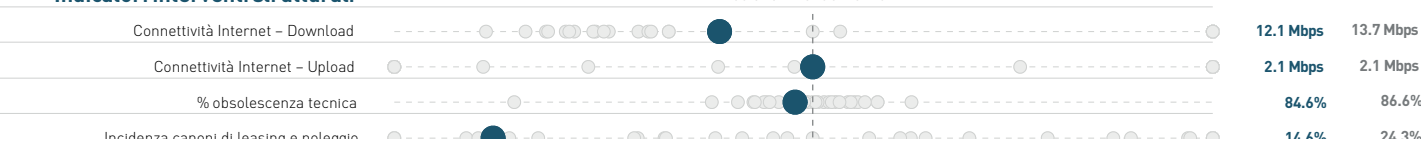
#### Indicatori sul personale



#### Indicatori economici



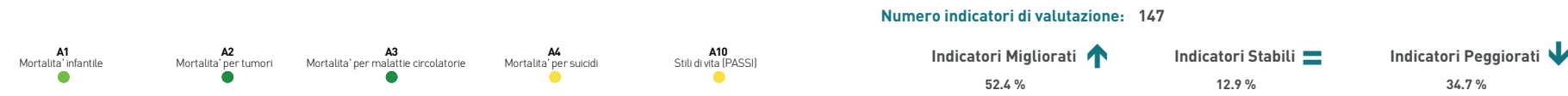
#### Indicatori interventi strutturali



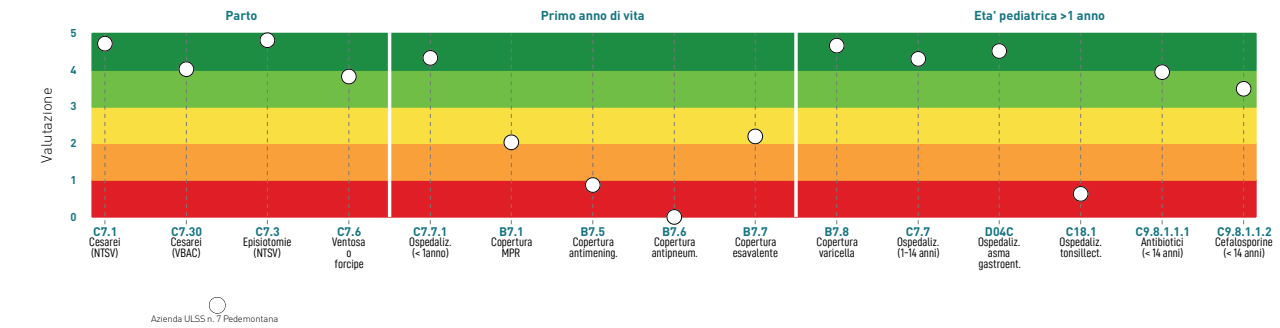
# ULSS N. 7 PEDEMONTANA

## Valutazione dello stato di salute della popolazione (2021-2023)

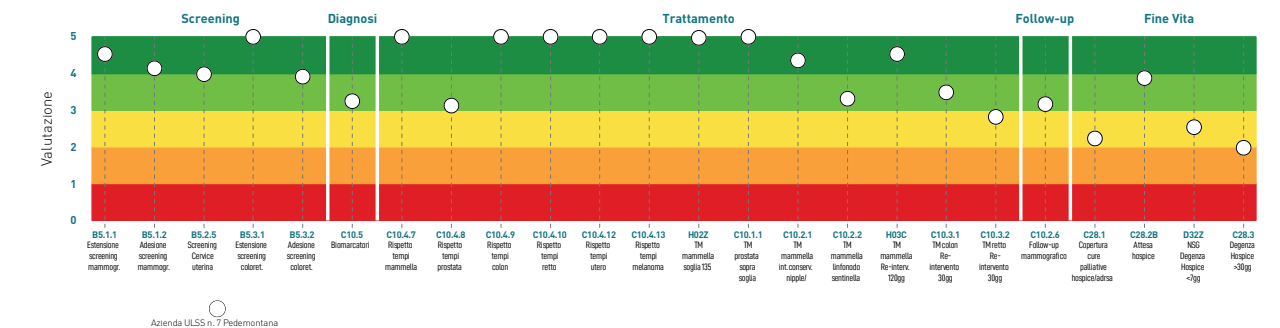
## Andamento indicatori - Trend 2022/2023



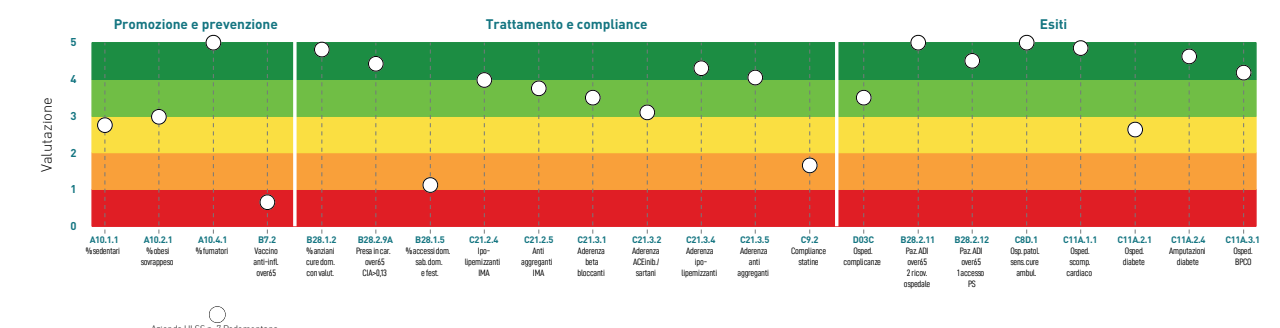
## Valutazione della Performance 2023



PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ