

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto

## REPORT 2018

in collaborazione con

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



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

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

**REPORT 2018**

a cura di:

Sabina Nuti, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Elisa Foresi, Daniel Adrian Lungu,  
Lorenzo Napolitano, Francesco Noferi, Antonio Parenti, Milena Vainieri, Federico Vola

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

© Copyright 2019 Laboratorio MeS

ISBN 978-88-6995-624-9



---

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI: I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto Report 2018

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

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

**Coordinamento:** Daniel Adrian Lungu, Lorenzo Napolitano, Federico Vola

**Sistemi informativi:** Domenico Cerasuolo

**Supervisione statistica:** Giuseppe D’Orio, Elisa Foresi

**Coordinamento per la redazione del Report:** Antonio Parenti, Francesco Noferi

**Team di ricerca:** Chiara Barchielli, Sara Barsanti, Paolo Belardi, Nicola Bellé, Letizia Bertoli, Manila Bonciani, Alice Borghini, Maria Sole Bramanti, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Michela Cassano, Lucrezia Coletta, Giulia Colombini, Ilaria Corazza, Federica Covre, Sabina De Rosis, Eleonora Di Gregorio, Francesca Ferrè, Elisa Foresi, Gabriele Gennuso, Kendall Jamieson Gilmore, Giorgio Giacomelli, Elisa Guidotti, Frank Horenberg, Claudia Leo, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Tiziano Marra, Irene Masoni, Anna Maria Murante, Guido Noto, Emiliano Pardini, Katy Pelagagge, Francesca Pennucci, Chiara Seghieri, Kinzica Sorrenti, Chiara Tramontani, Milena Vainieri, Bruna Vinci, Sara Zuccarino.

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

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

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

**Regione Friuli Venezia Giulia:** Loris Zanier, Michele Chittaro, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Lucian Ejlli, Marzia Cicuttini, Linda Gallo, Barbara Alessandrini.

**Regione Liguria:** Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Filippo Ansaldo, Tommaso Grillo Ruggieri, Laura Lassalaz, Sergia Vigna, Cecilia Trucchi, Chiara Paganino, Daniela Amicizia, Maria Francesca Piazza, Federico Tassinari, Roberta Zanetti, Michele Bonfiglio, Paolo Forno, Camilla Sticchi, Giuseppina Vandini, Luigina Ada Bonelli, Barbara Rebesco, Susanna Rivetti, Eugenia Livoti, Clara Cannas, Sergio Schiaffino, Sonia Salvini, Laura Penco, Daniele Zappavigna, Claudio Castagneto, Roberto Oneto, Bruno Buonopane, Paolo Romairone, Marco Manoni, Carlo Olivari, Laura Perini, Manuela Albanese.

**Regione Lombardia:** Maurizio Bersani, Pietro Borelli, Elisabetta Brivio, Danilo Cereda, Liliana Coppola, Nicoletta Cornaggia, Gjiljola Cukaj, Luigi Cajazzo, Giulio Diurno, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Antonio Lora, Ida Fortino, Luca Merlino, Franco Milani, Vanna Poli.

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

**Regione Puglia:** Vito Montanaro, Giovanni Gorgoni, Vito Bavaro, Antonio Alfio Circhetta, Antonio Vieli, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Andrea Pugliese, Anna Salvatore, Michele Saracino, Cinzia Tanzarella, Antonio Chieti, Antonio Tommasi, Rossella Caccavo, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli, Annalisa Sereno.

**Regione Toscana:** Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Roberto Banfi, Simone Bartolacci, Andrea Belardinelli, Katia Belvedere, Mario Braga, Monica Calamai, Luca Lavazza, Mauro Maccari, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Mirko Monnini, Moraldo Neri, Adriano Peris, Carla Rizzuti, Lorenzo Roti, Barbara Tonietti, Barbara Trambusti, Andrea Vannucci, con la collaborazione dell’Agenzia Regionale di Sanità, dell’Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) e del Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.

**P.A. Trento:** Laura Battisti, Angela Trentin, Francesca Dalle Fratte, Riccardo Roni, Cristiana Betta, Marina Ferri, Damiano Voza, Diego Cagol, Sergio Demonti, Paolo Santini, Camilla Frizzera, Graziano Maranelli, Pietro D’Acunto, Andrea Fazzi, Lucia Pilati, Angela Moresco, Giuliano Maiotti, Gino Gobber, Aleberto Della Rosa, Carlo Trentini.

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

**Regione Veneto:** Domenico Mantoan, Simona Bellometti, Patrizia Bortolon, Elena Schievano, Diego Bonifaci, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Filippo Da Re, Michele Mongillo, Michele Bricchese, Giuseppina Napoletano, Elena Narne, Giovanna Scroccaro, Margherita Andretta, Valeria Biasi, Angela Scapin, Paola Facchin, Laura Salmaso, Silvia Manea, Maria Cristina Ghiotto, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Mariarosaria Lamattina, Valentina Zabeo, Francesco Bortolan, Pierfranco Conte, Alberto Bortolami, Mauro Bonin, Stefano Nicola, Gabriele Nube, Giuseppe Feltrin, Pantaleo Corliano, Roberta Tiso, Gianna Vettore, Marco Nuti, Simone De Bellonia.

Si ringrazia per il contributo scientifico Maria Pia Fantini (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – Università di Bologna).

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



---

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE  
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:  
I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto  
**Report 2018**

<b>Introduzione</b>	<b>7</b>
<b>Indicatori</b>	<b>17</b>
Missione	19
Efficienza	27
Appropriatezza Organizzativa	41
Qualità dei percorsi	45
Compliance	53
Percorso oncologico	59
Materno-infantile	77
Pronto Soccorso	83
Equilibrio economico-finanziario	91
Utenza, personale e comunicazione	95
<b>La valutazione della performance delle AOU</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>155</b>



1

# INTRODUZIONE





## Introduzione

a cura di Sabina Nuti

Il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa coordinato dalla Prof.ssa Sabina Nuti lavora da anni sul tema della valutazione della *performance* in sanità. Fin dalle prime sperimentazioni in Toscana degli anni 2004-2005, e poi ancora negli anni successivi nell'ambito del Network delle Regioni che condividono il sistema di valutazione nel confronto con i referenti regionali e con il *management* delle Aziende Sanitarie, si è posto il quesito se le Aziende Ospedaliero-Universitarie potessero essere valutate con gli stessi meccanismi e strumenti delle altre aziende operanti nel Sistema Sanitario Nazionale o se la loro specifica missione meritasse un differente approccio al tema della misurazione dei risultati.

Le evidenze dimostrano che la variabilità dei risultati tra le Aziende Ospedaliero-Universitarie italiane (Nuti et al. 2016) è assai rilevante e superiore di quella presente tra le restanti aziende ospedaliere italiane e che quindi non si possa in realtà parlare di un vero e proprio "cluster" composto da organizzazioni omogenee e differenti rispetto all'universo di appartenenza, ma certamente la triplice missione che le contraddistingue, Ricerca Formazione e Assistenza, merita un lavoro di focalizzazione e specificità nell'analisi, valutazione e confronto dei risultati.

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

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

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

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

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

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

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

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

a cura di Sabina Nuti e Daniel Adrian Lungu

Il progetto Network delle Regioni in cui si colloca il sistema di valutazione delle AOU, ha preso il via nel 2008, grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Oggi al Network aderiscono 10 Regioni e due Province Autonome, ossia la Basilicata, la Calabria, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Lombardia, le Marche, la Puglia, la Toscana, l'Umbria, il Veneto e le P.A. di Trento e di Bolzano.

In generale, il Sistema di valutazione della *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali include e confronta in *benchmarking* i risultati di oltre 400 indicatori, di cui circa 160 di valutazione e la restante parte di osservazione.

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

Figura 1. Le fasce di valutazione

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

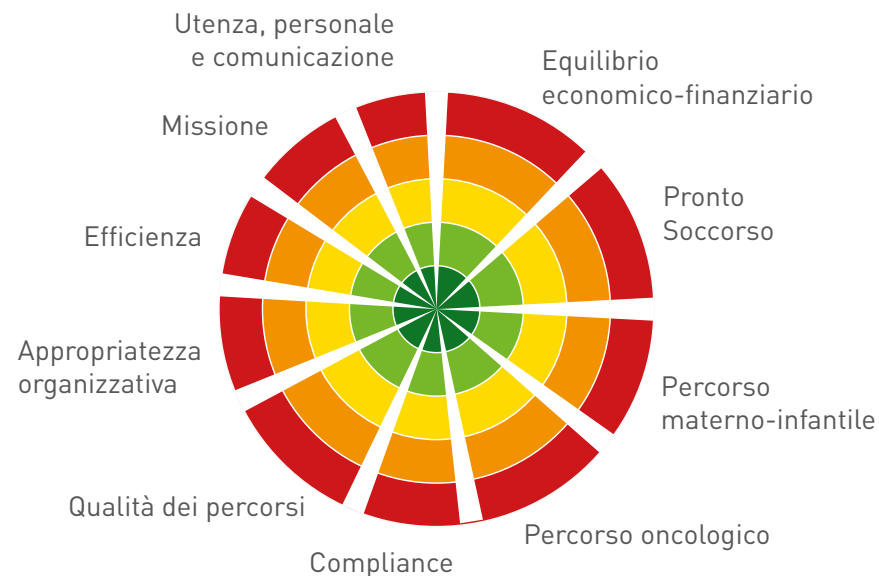
La presenza di indicatori di osservazione arricchisce il quadro informativo con misure che contribuiscono a spiegare le determinanti della variabilità interregionale e interaziendale.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Sono state a tal fine portate avanti alcune specifiche iniziative:

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

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

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

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

Il presente *report* raccoglie dunque il confronto dedicato alle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni relativo ai risultati 2018 derivanti dall'aggiornamento degli indicatori già in uso o di nuova introduzione nel Sistema di Valutazione. Per gli indicatori di valutazione sono state utilizzate le medesime fasce di valutazione condivise con le Regioni per le altre aziende sanitarie (ad eccezione degli indicatori di valutazione della ricerca e sulle attrazioni extra-regione per alta complessità, calcolati solo per le AOU). Nel presente report, sono presentati solo gli indicatori di valutazione, mentre per quelli di osservazione si rimanda alla consultazione online (<http://performance.sssup.it/netval>).

Ciascun indicatore presenta un grafico di confronto dei dati tra le aziende e il grafico del *trend*, con i dati disponibili ad oggi anche per il 2017. Per ogni indicatore viene inoltre riportato un QR code (Quick Response Code): puntando ad esso è possibile reperire tramite dispositivo mobile le tabelle con i valori dell'indicatore, nonché dei relativi numeratori e denominatori.

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

A tale scopo, si è inoltre deciso di riaggregare gli indicatori e il loro conseguente ordinamento all'interno del bersaglio non più attraverso le sei dimensioni di analisi tradizionalmente in uso sul Sistema di Valutazione, ma attraverso dieci aree maggiormente coerenti con l'attività delle AOU. Inoltre, data la loro rilevanza, a partire dal 2017 gli indicatori di valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati fuori dal bersaglio per darne ulteriore evidenza.

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

---

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

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

---

<sup>2</sup> Grillo Ruggieri, T.; Berta, P.; Murante, AM.; Nuti, S. (2018) "Patient satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis". BMC Health Services Research, 29;18(1):51.

Di seguito sono riportati in Tabella 2 gli indicatori inclusi nel report.

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

Codice Indicatore	Indicatore	Area	Codice Indicatore	Indicatore	Area
B15.1.1A	Field-weighted citation impact medio per dirigente	Missione	C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	Percorso oncologico
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente		C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	
D18	Percentuale di dimissioni volontarie		C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C30.3.2.2	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
F18.1	Costo medio per punto DRG		C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
B6.1.2	Percentuale donatori procurati		C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche		C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella		
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - Ricoveri per DRG chirurgico	C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella		
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - Ricoveri per DRG medico	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	Materno-infantile	
C2a.7	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiocirurgia	C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30gg		
C2a.8	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiologia	C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		
C2a.9	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Chirurgia Generale	C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30gg		
C2a.26	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Medicina	C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		
C2a.30	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurochirurgia	C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata		
C2a.32	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurologia	C7.1	Percentuale cesarei depurati (NTSV)		
C2a.36	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Ortopedia e Traumatologia	C7.3	Percentuale episiotomia depurate (NTSV)		
C2a.43	Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Urologia	C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		
C4.7	Drg LEA Chirurgici: Percentuale ricoveri in Day-Surgery	Appropriatezza Organizzativa	D9		Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg		C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	
C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	C16.2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora		
C5.12	Percentuale di fratture femore operate sulle fratture diagnosticate	C16.3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza ≤4h		
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	Qualità dei percorsi	C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		B31.1.1a	Digitalizzazione servizi di prenotazione delle visite specialistiche	Utenza, personale e comunicazione
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	B31.1.2a	Digitalizzazione servizi di pagamento delle visite specialistiche		
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	B31.2.1	Responsive Web Design (RWD)		
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	B31.2.2.1A	Leggibilità GLOBALE della pagina di spiegazione su come prenotare		
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	B31.2.2.1.1	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare		
F3.1	Indice di disponibilità	B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare		
		B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare		
		B31.2.2.3	Leggibilità GLOBALE della pagina sui tempi d'attesa		
		B31.2.2.3.1	Indice Gulpease della pagina sui tempi d'attesa		
		B31.2.2.3.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina sui tempi d'attesa		
		E2	Percentuale di assenza		

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

- La *treemap* PNE, strumento di sintesi degli indicatori di esito PNE 2017 registrati dai diversi stabilimenti ospedalieri, che riassume i risultati raggiunti su specifiche aree cliniche oggetto di monitoraggio annuale. Per la metodologia utilizzata si rimanda al documento predisposto da PNE, disponibile al link [https://pne.agenas.it/sintesi/sintesi\\_vis/croc/Treemap\\_metodi\\_2016\\_v2.pdf](https://pne.agenas.it/sintesi/sintesi_vis/croc/Treemap_metodi_2016_v2.pdf). Pur considerando che i dati delle *treemap* forniti da AGENAS – PNE sono del 2017 mentre tutti gli altri prospetti si riferiscono al 2018, si ritiene utile per il *management* e per tutti i professionisti avere un prospetto riassuntivo della *performance* aziendale;
- Un grafico a pila (Figura 3) che sintetizza la capacità di miglioramento suddividendo gli indicatori di valutazione tra:
  - Migliorati: indicatori con *trend* 2016-2017 in miglioramento;
  - Stabili: con *trend* 2016-2017 compreso tra -1 e 1%;
  - Peggiorati: indicatori con *trend* 2016-2017 in peggioramento.
- Una mappa di *performance* (Figura 4) che indica (per una selezione di indicatori di valutazione rilevanti e con dati biennali disponibili), da un lato, la *performance* dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto a tutte le altre aziende del Network (sia AOU che non AOU). In particolare, nella mappa, la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2018-2017, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre aziende del Network – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La *performance* (rappresentata nell'asse orizzontale, x) invece, corrisponde al punteggio di valutazione tra 0 e 5 dell'anno 2018, associato a ciascun indicatore selezionato.

L'incrocio di tali dimensioni individua 4 aree (quadranti di riferimento), considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio di 2,5, e aiuta a identificare altrettante aree di attenzione:

1. quadrante in alto a destra: area con indicatori con *performance* buone o ottime e in miglioramento sia in termini di posizionamento rispetto alle altre aziende, sia in termini di capacità di miglioramento tra il 2017 e il 2018;
2. quadrante in alto a sinistra: area cd. "sulla strada giusta", con indicatori in miglioramento tra il 2017 e il 2018 e rispetto alle altre aziende ma con livello di *performance* 2018 che ancora non può essere ritenuto soddisfacente;

3. quadrante in basso a destra: area cd. "di attenzione" che include indicatori con *performance* 2018 buone o ottime ma con un *trend* in peggioramento, cioè misure che richiedono un'attenzione specifica per evitare di far registrare in futuro risultati negativi;
4. quadrante in basso a sinistra: cd. "area critica" con indicatori con *performance* sotto la media e in peggioramento, che identificano misure per le quali occorre un'attenzione prioritaria.

Figura 3. Barra in pila

Numero indicatori: 65

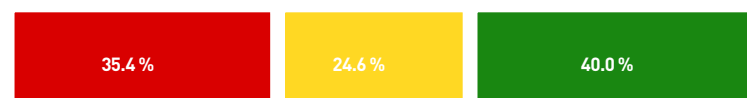
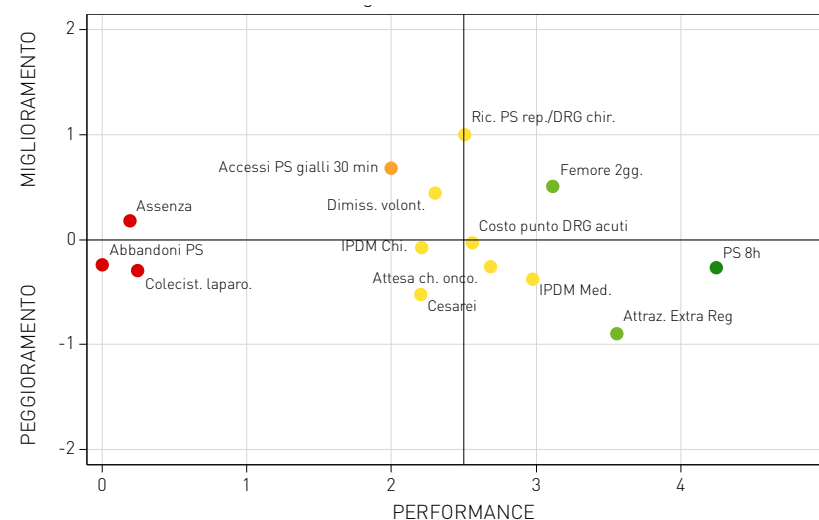


Figura 4. La mappa di performance/trend



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

a cura di Paolo Berta, Giuseppe D'Orio, Chiara Seghieri e Giorgio Vittadini

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

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

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

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

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

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

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

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

Sono infine eliminati dai modelli i DRG per i quali tutte le Regioni hanno registrato una mortalità pari allo 0,05% (cd DRG a bassa mortalità) e 100% (cd DRG ad alta mortalità).

Come anticipato, a ciascun reparto sono riattribuiti i pazienti dimessi da Terapie Intensive o Unità coronariche che sono precedentemente transitati esclusivamente in un reparto oggetto di analisi. Ciò consente di evitare di sottostimare gli *outcome* per quei reparti i cui pazienti vengono maggiormente dimessi dai reparti dell'Area critica.

Il primo indicatore costruito riguarda la «Dimissioni volontarie», cioè i ricoveri con una dimissione richiesta dal paziente senza il consenso da parte del medico. Questo indicatore rappresenta una *proxy* per stimare la soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla degenza in reparto<sup>3</sup> e al contempo una *proxy* della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione. Per determinare una dimissione volontaria viene dunque usata la specifica codifica del campo SDO «Modalità di dimissione». Per escludere i percorsi di accompagnamento a domicilio del fine-vita, in presenza di una dimissione volontaria da SDO e di un decesso del paziente entro 2 giorni dalla dimissione, l'indicatore assume valore pari a zero.

Il secondo indicatore riguarda la «Mortalità totale». L'indicatore in questione tiene conto sia della mortalità intraospedaliera che della mortalità extra-ospedaliera a 30 giorni dalla dimissione. Per definire questo indicatore viene usata, da un lato la codifica «Deceduto» nel campo SDO «Modalità di dimissione» e, dall'altro, la data di morte ricavata dall'Ana-

<sup>3</sup> Grillo Ruggieri, T.; Berta, P.; Murante, AM.; Nuti, S. (2018) "Patient satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis". *Bmc Health Services Research*, 29;18(1):51.

grafe degli assistiti, considerando i pazienti deceduti entro 30 giorni dalla data di dimissione. Considerare la sola mortalità intraospedaliera non consentirebbe di valutare in modo completo tale esito. È ben noto, infatti, come in determinate circostanze il decesso del paziente avvenga al domicilio ma possa essere considerato al pari di una mortalità intraospedaliera. Inoltre, in un'analisi di efficacia, la mortalità intraospedaliera non consente di intercettare la mortalità post-dimissione direttamente imputabile ad una *malpractice* ospedaliera.

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

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

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

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

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

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

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

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

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





2

INDICATORI





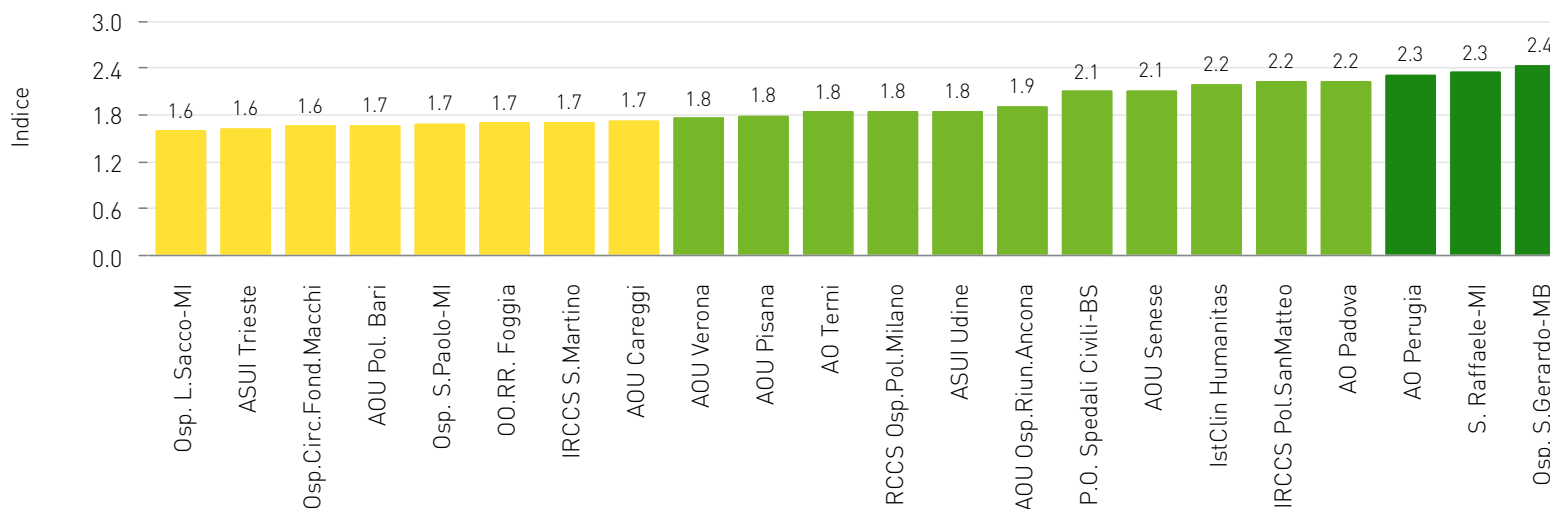
---

MISSIONE



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

L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli articoli sulla base del numero di citazioni ottenute dagli stessi rapportato al numero medio di citazioni ottenuto da pubblicazioni dello stesso anno, stesso tipo (paper, review, ecc.) e stessa specialità. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2015-2017.



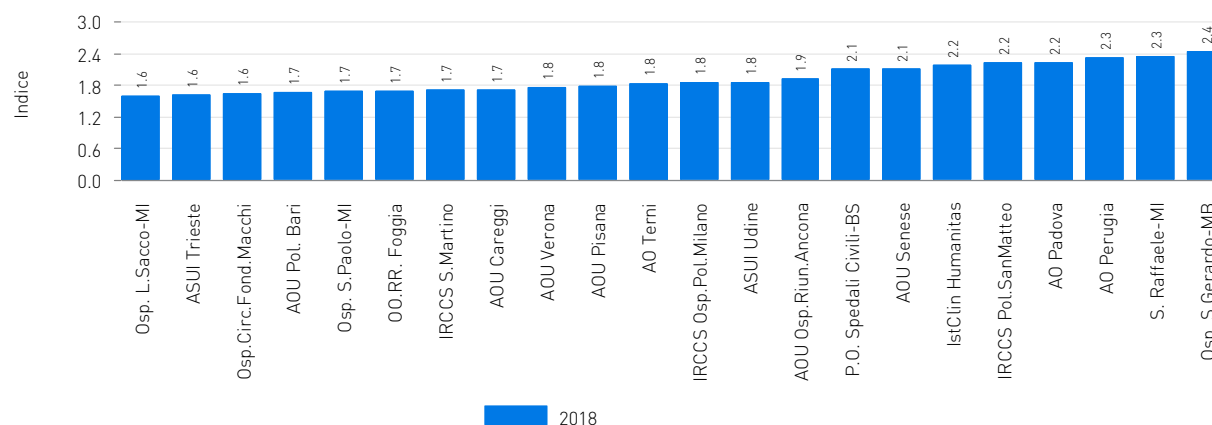
**Numeratore** Somma dei FWCI dei dirigenti medici dell'Azienda

---

**Denominatore** Numero totale di dirigenti medici impiegati presso l'AOU

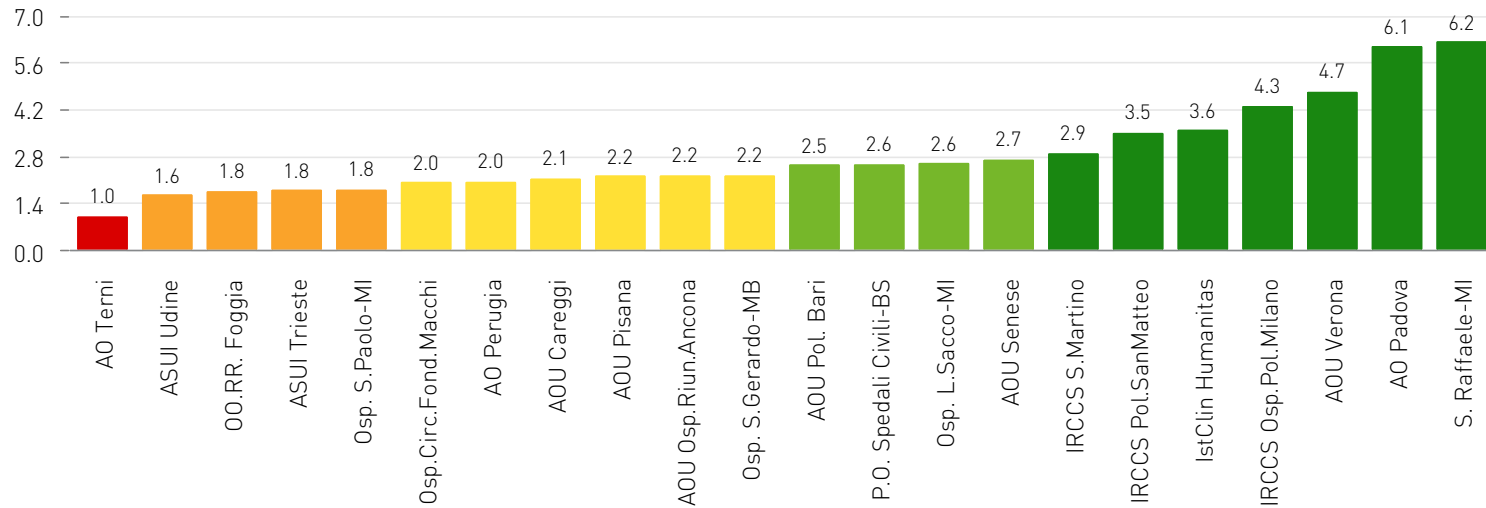
---

**Fonte** SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>



### B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti

L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2015-2017.



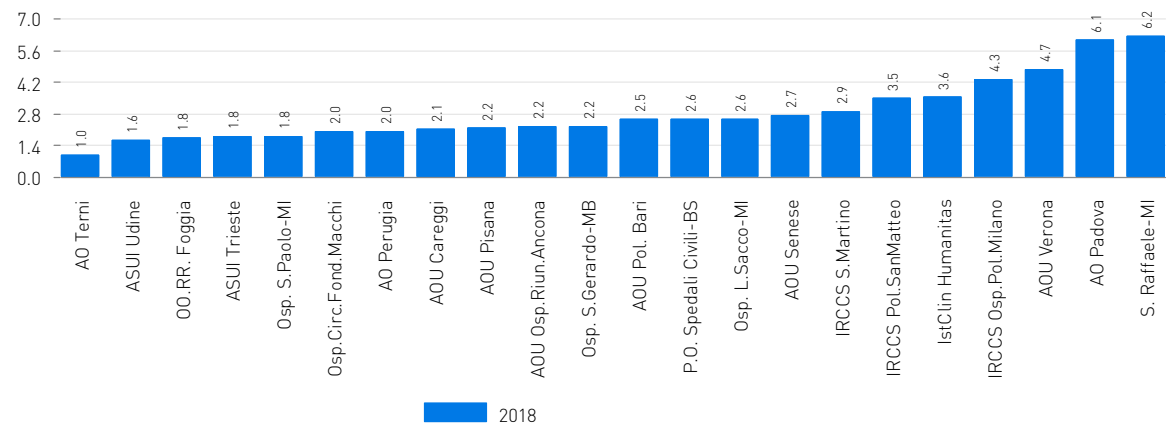
**Numeratore** Totale pubblicazioni per AOU

---

**Denominatore** Numero totale di dirigenti medici impiegati presso l'AOU

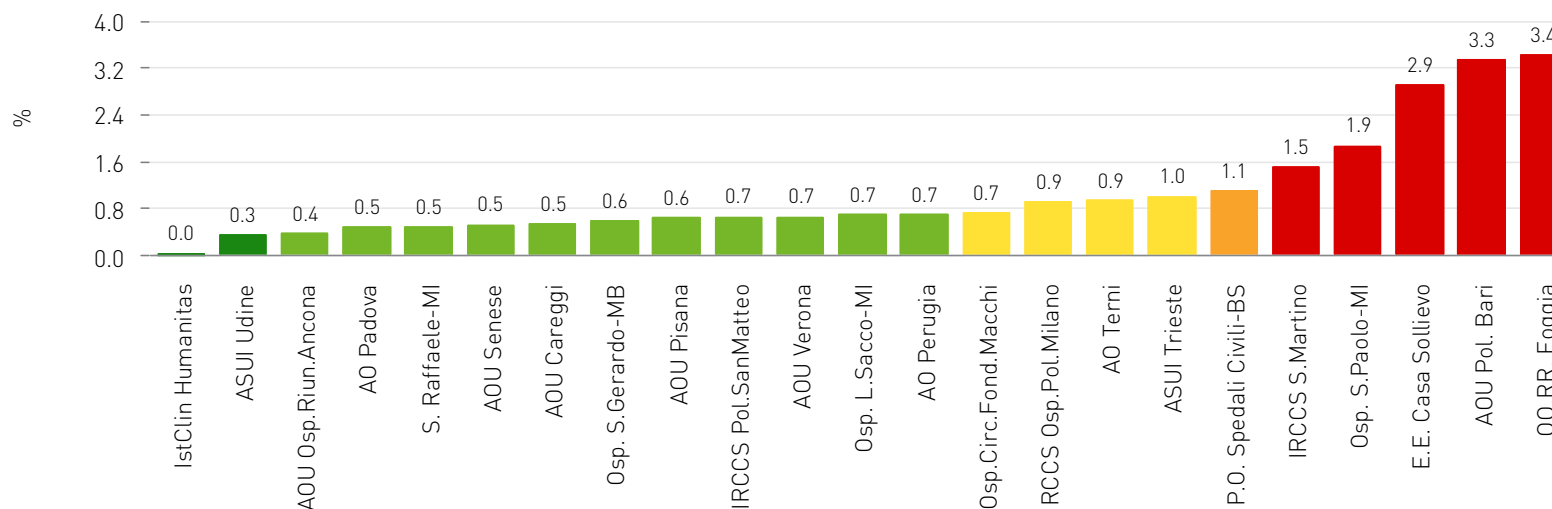
---

**Fonte** SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>



## D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

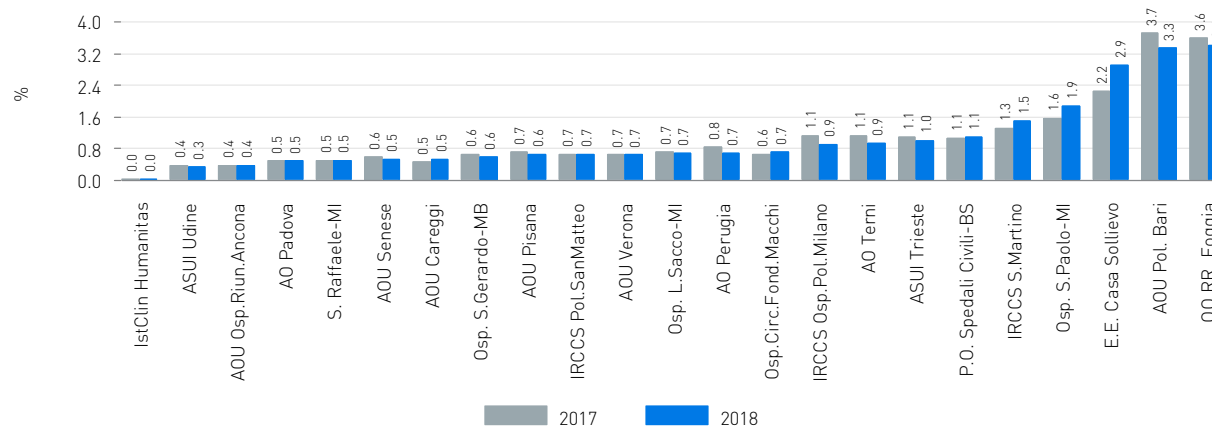
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario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



**Numeratore** Numero di dimissioni volontarie x 100

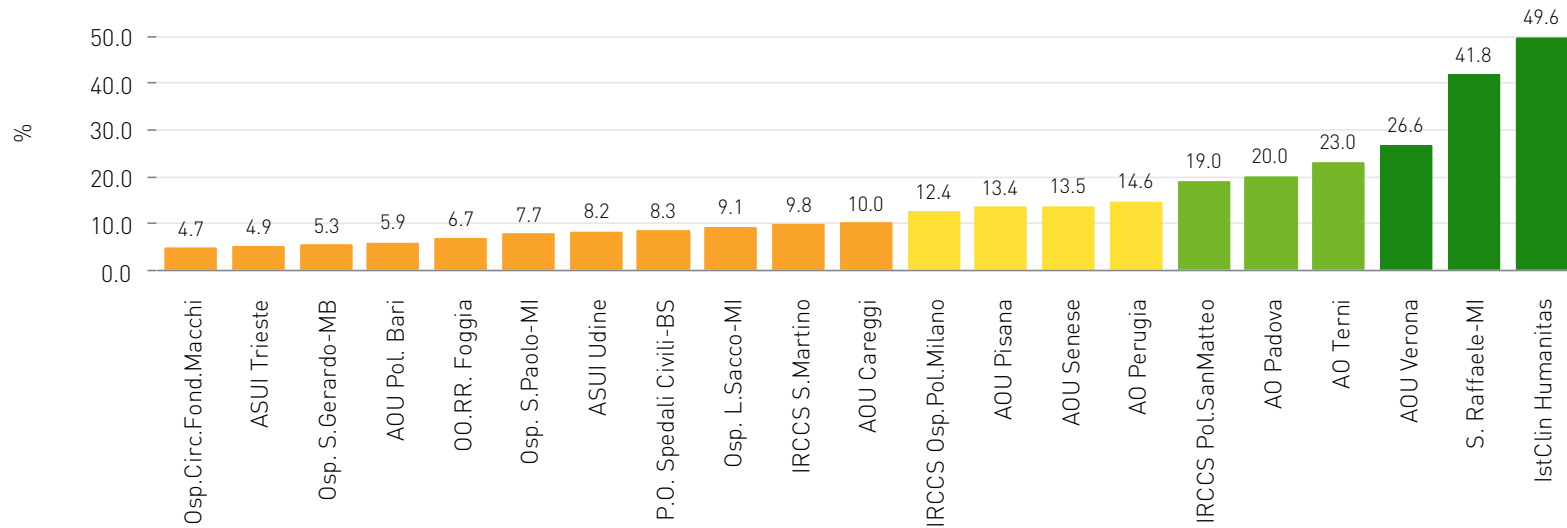
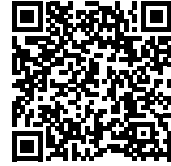
**Denominatore** Numero di ricoveri

**Fonte** Flusso SDO



### C30.3.2 Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

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



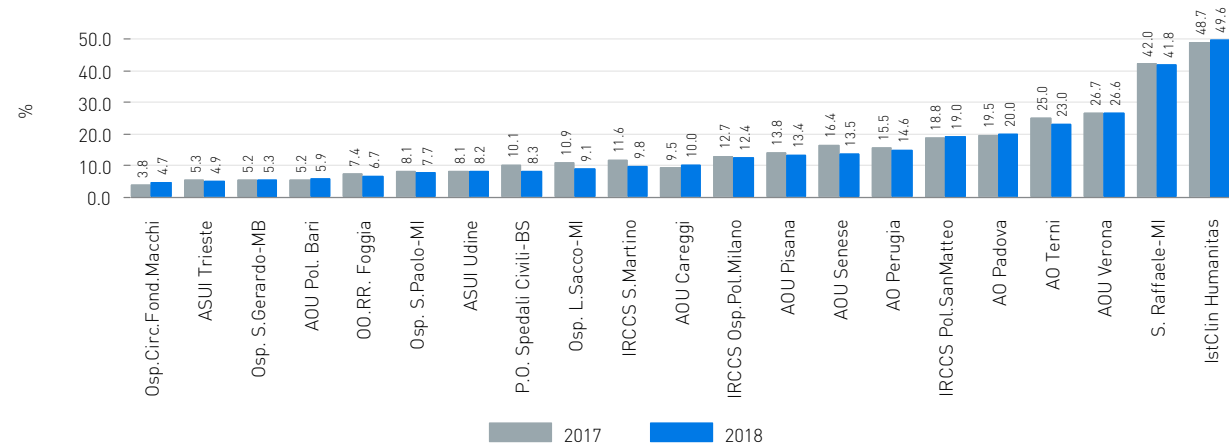
**Numeratore** Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità

---

**Denominatore** Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità

---

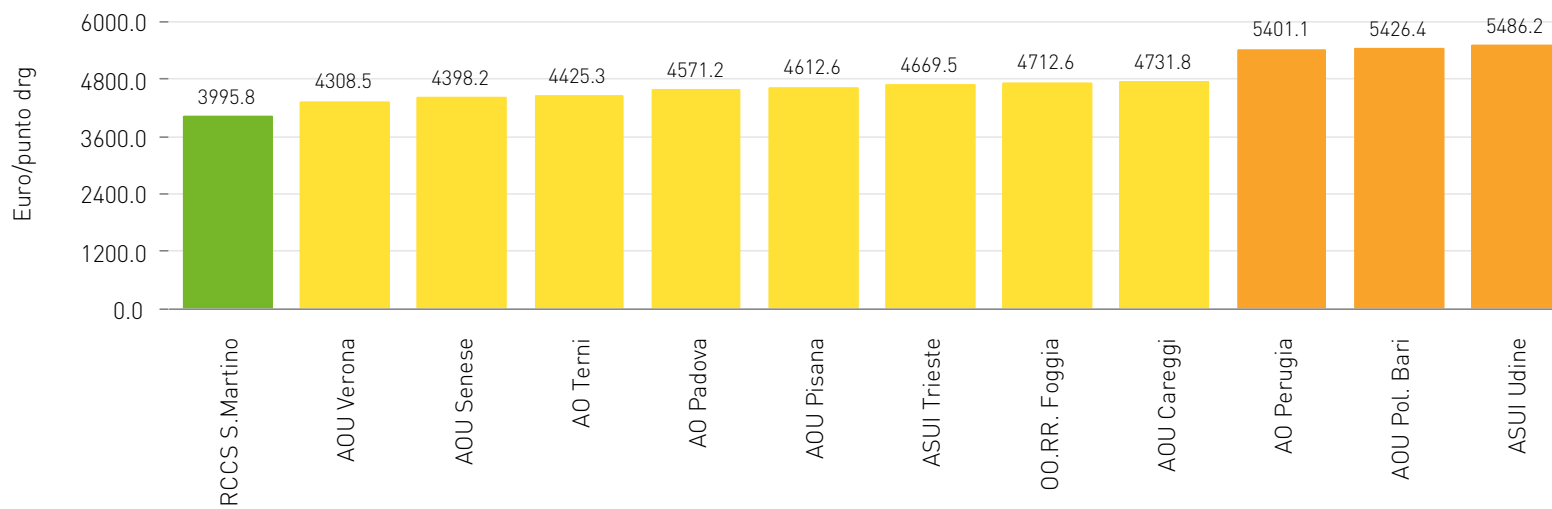
**Fonte** Flusso SDO





## F18.1 Costo medio per punto DRG

L'indicatore è volto a misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti DRG). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti DRG relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto inter-regionale, i punti DRG utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti e dei trapianti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera e per i trapianti (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). I dati si riferiscono all'anno 2017.



**Numeratore**

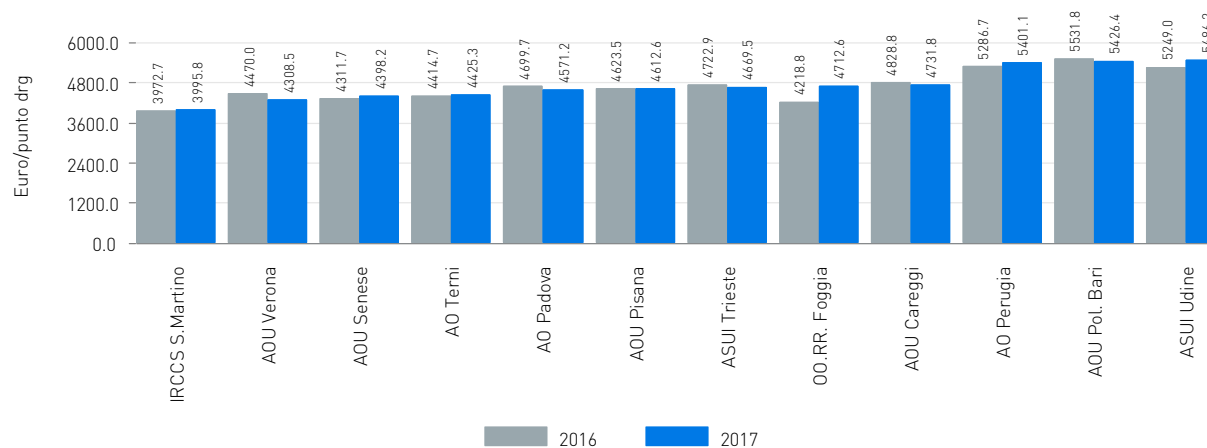
Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria DH/DS, trapianti organi e tessuti – costi per acquisti di servizi (prestazioni sanitarie) per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria DH/DS, trapianti organi e tessuti

**Denominatore**

Punti DRG ministeriali per acuti in degenza ordinaria DH/DS

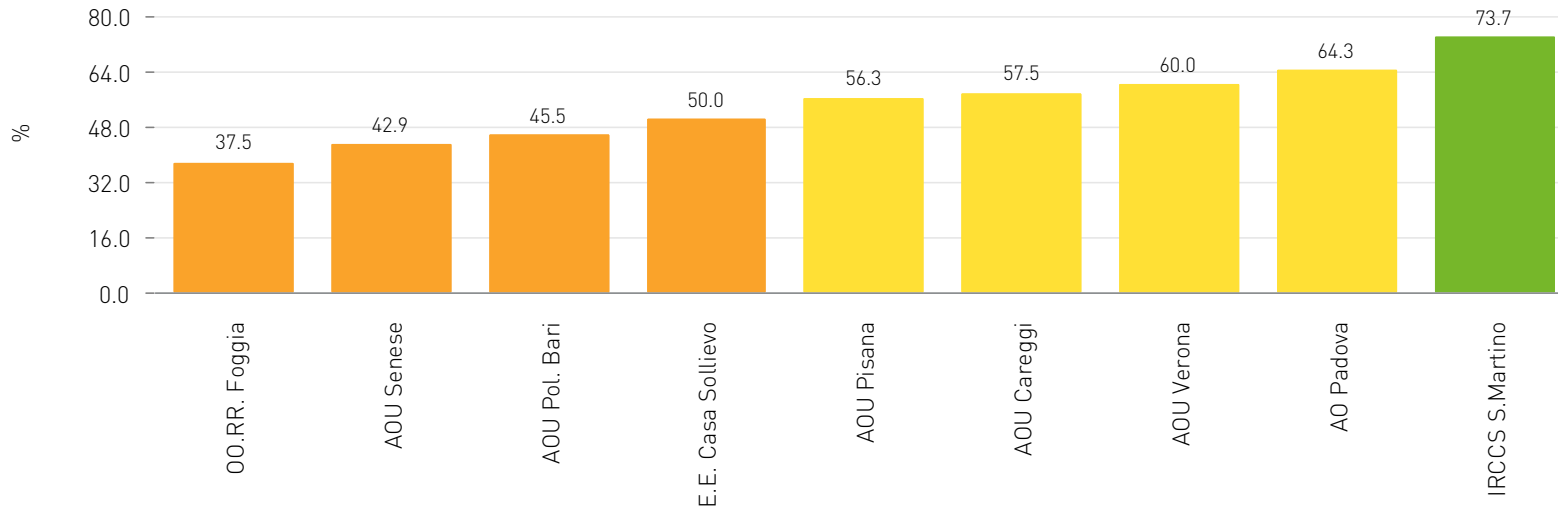
**Fonte**

Flusso LA 2017 – Flusso SDO 2017



### B6.1.2 Percentuale donatori procurati

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



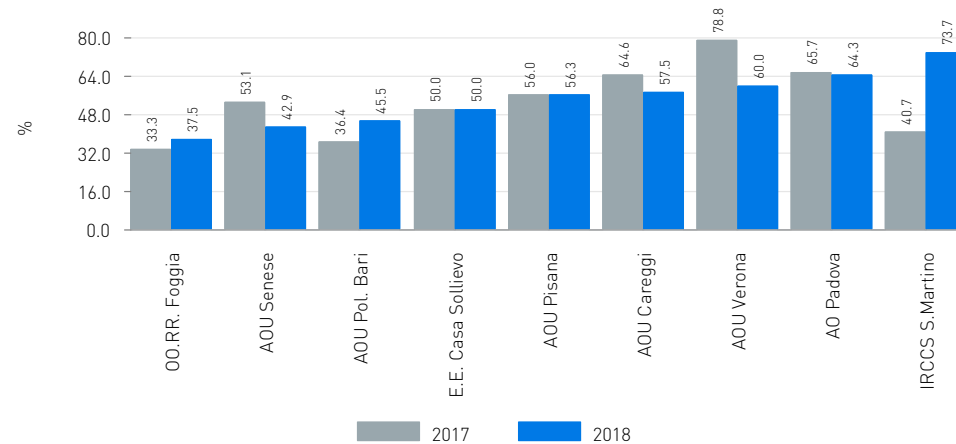
**Numeratore** Numero di donatori procurati x 100

---

**Denominatore** Numero di soggetti con lesioni cerebrali a cui e' stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa (segnalati)

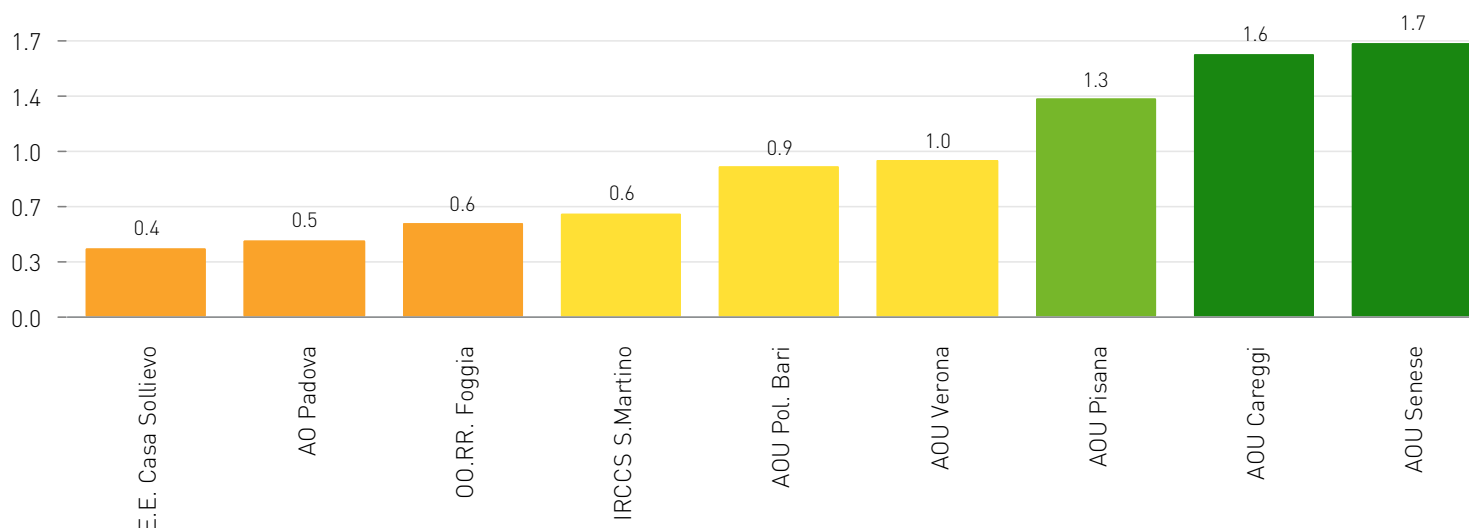
---

**Fonte** Flussi regionali



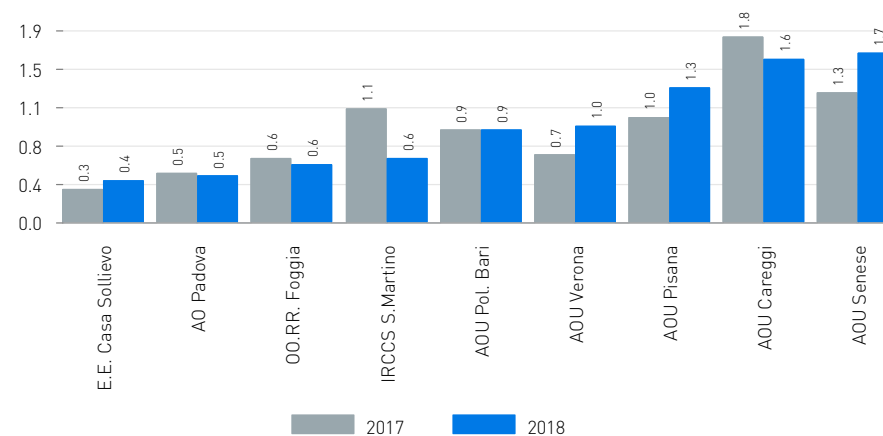
## B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

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



<b>Numeratore</b>	Numero Accertamenti di Morte Encefalica in UTI
<b>Denominatore</b>	Numero di posti letto in UTI censiti nel sistema SIT (Sistema Informativo Trapianti)

**Fonte** Flussi regionali



---

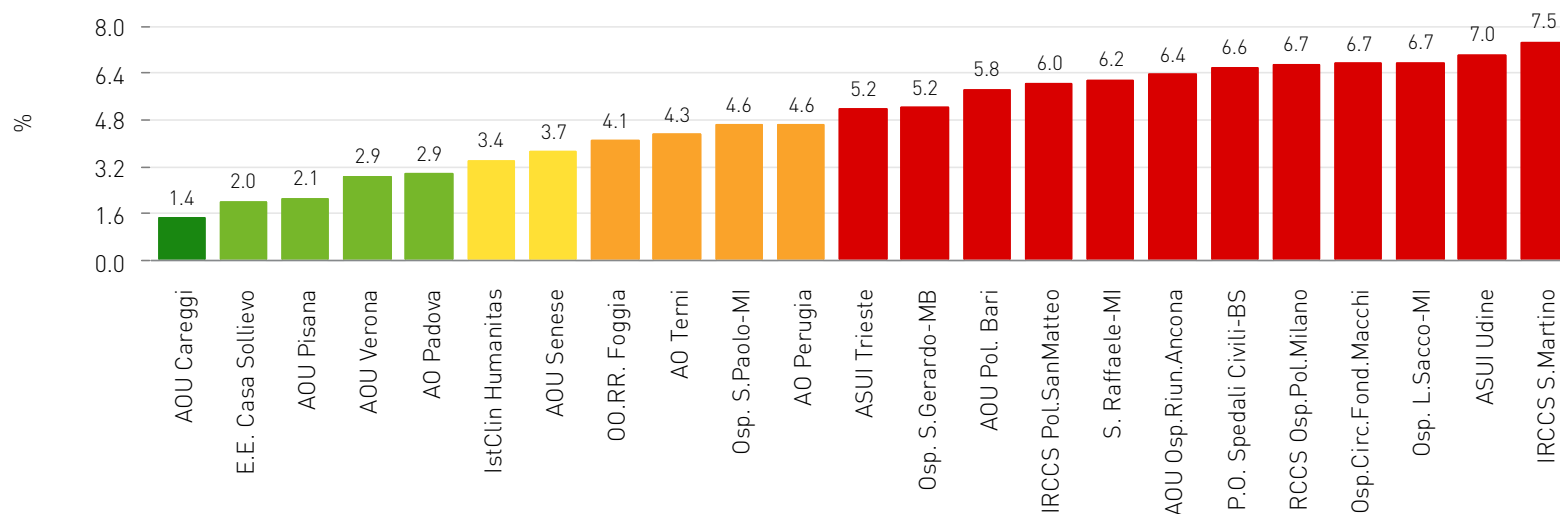
**EFFICIENZA**





### C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

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



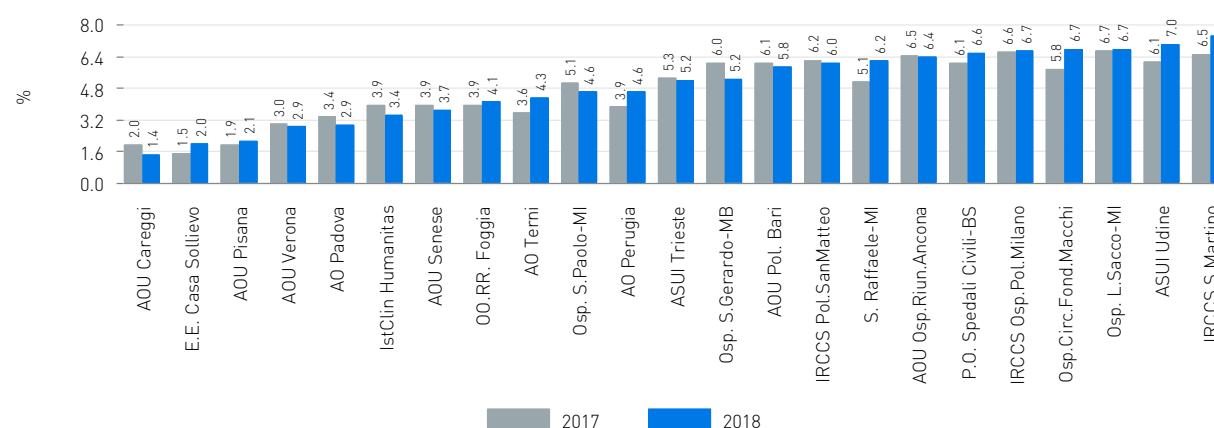
**Numeratore** N. di ricoveri medici oltre soglia x 100

---

**Denominatore** N. di ricoveri medici

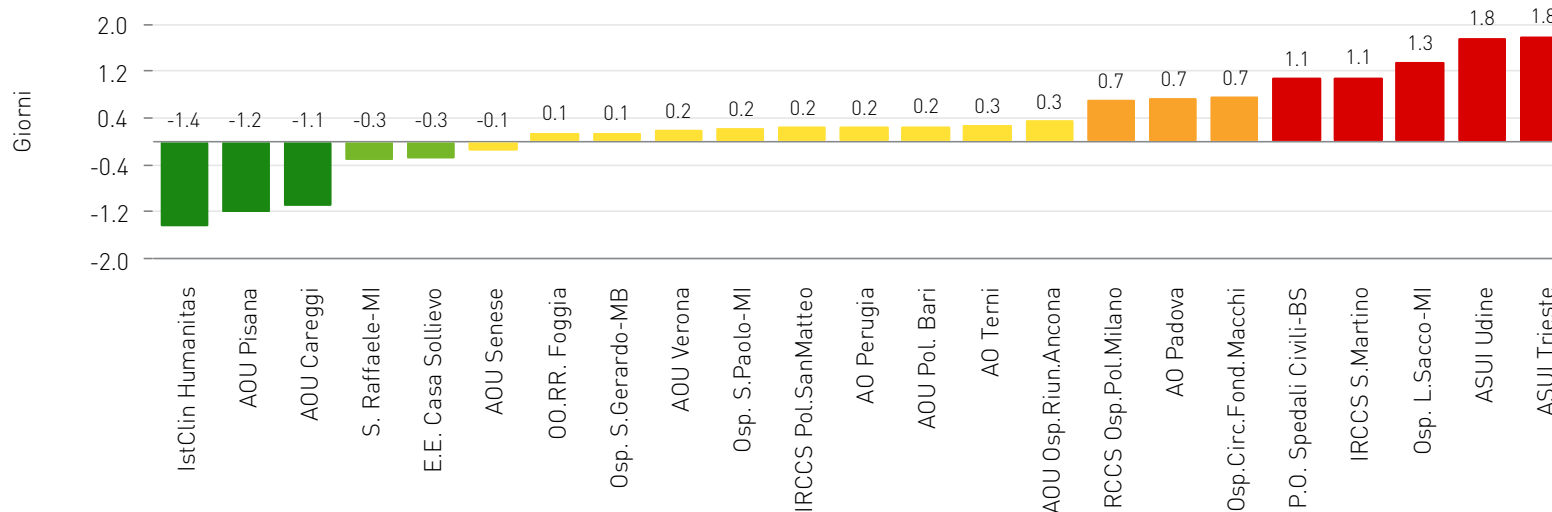
---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



## C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

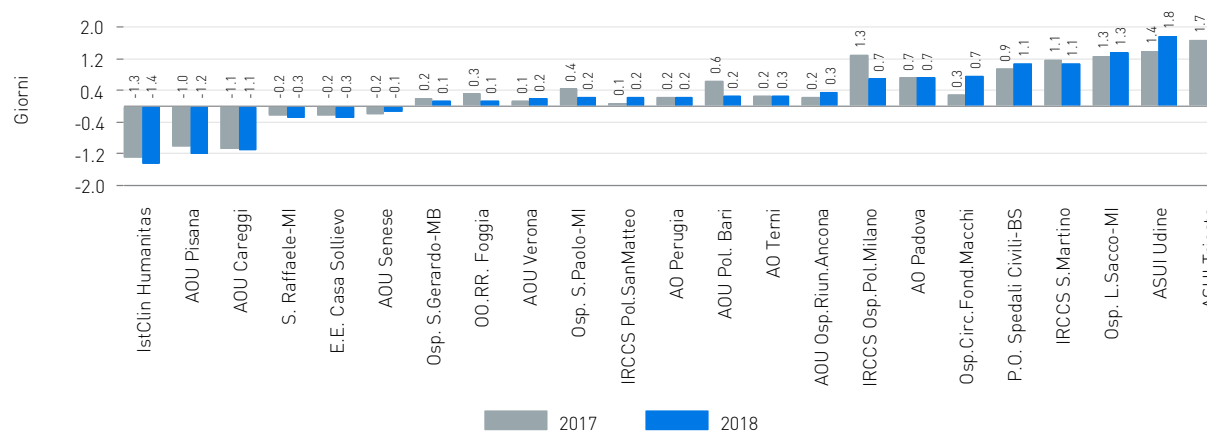
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede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



**Numeratore** Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese) per DRG chirurgici

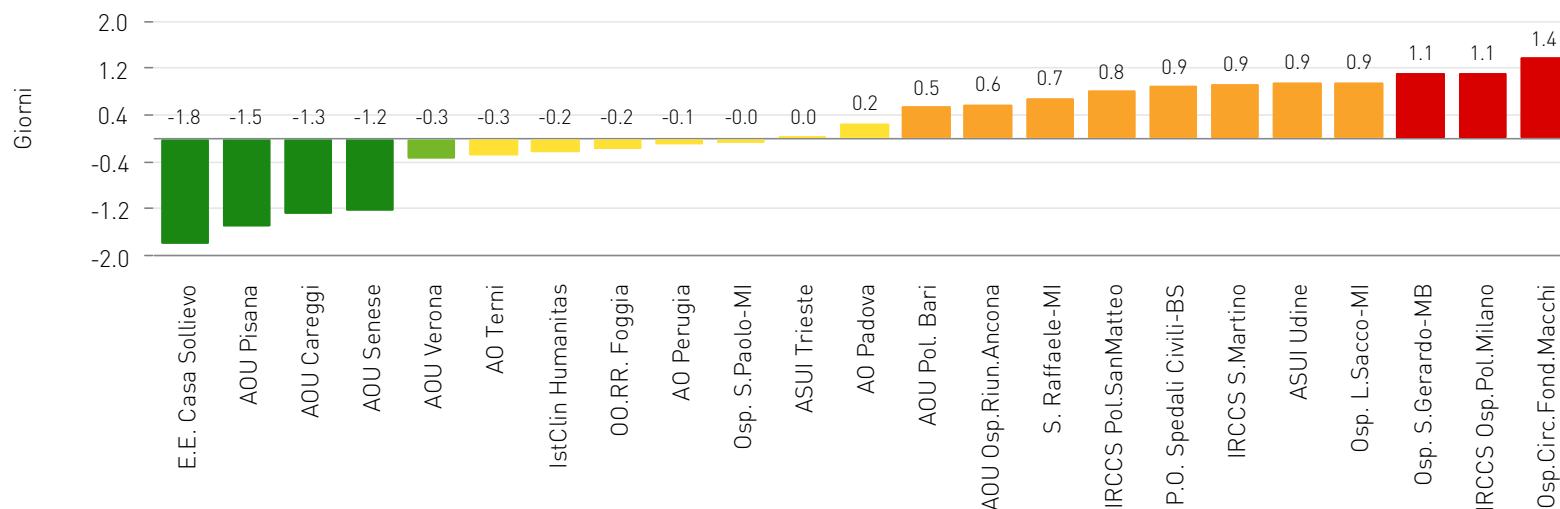
**Denominatore** N. Dimissioni per DRG chirurgici

**Fonte** Flusso SDO



## C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

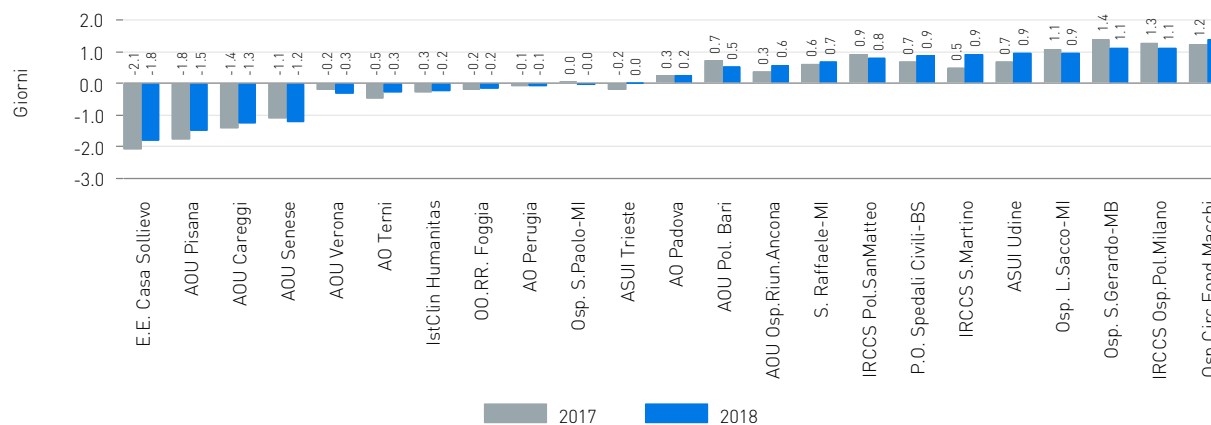
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede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



**Numeratore** Sommatória (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese) per DRG medici

**Denominatore** N. Dimissioni per DRG medici

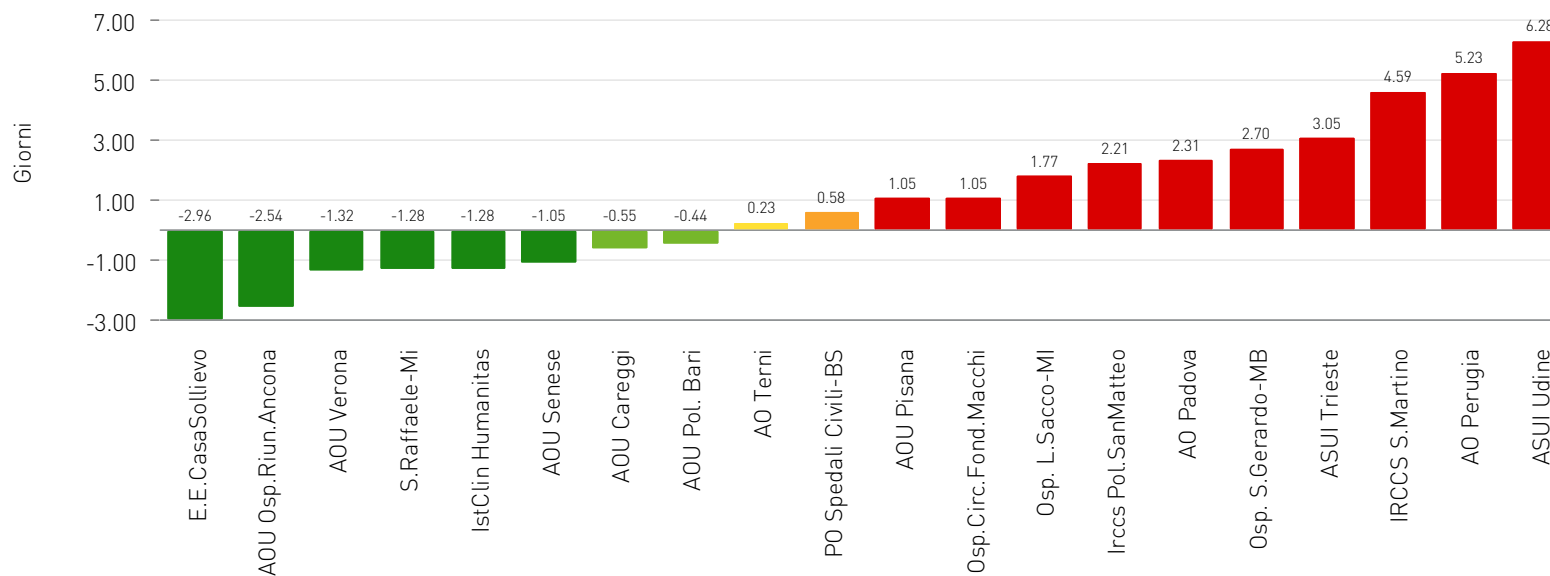
**Fonte** Flusso SDO





## C2A.7 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiochirurgia

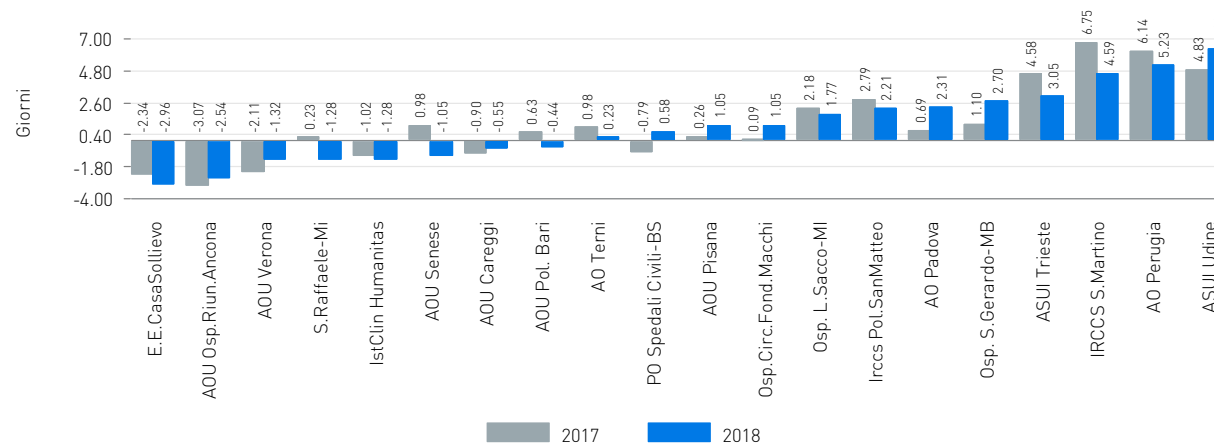
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto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



**Numeratore** Sommatória (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

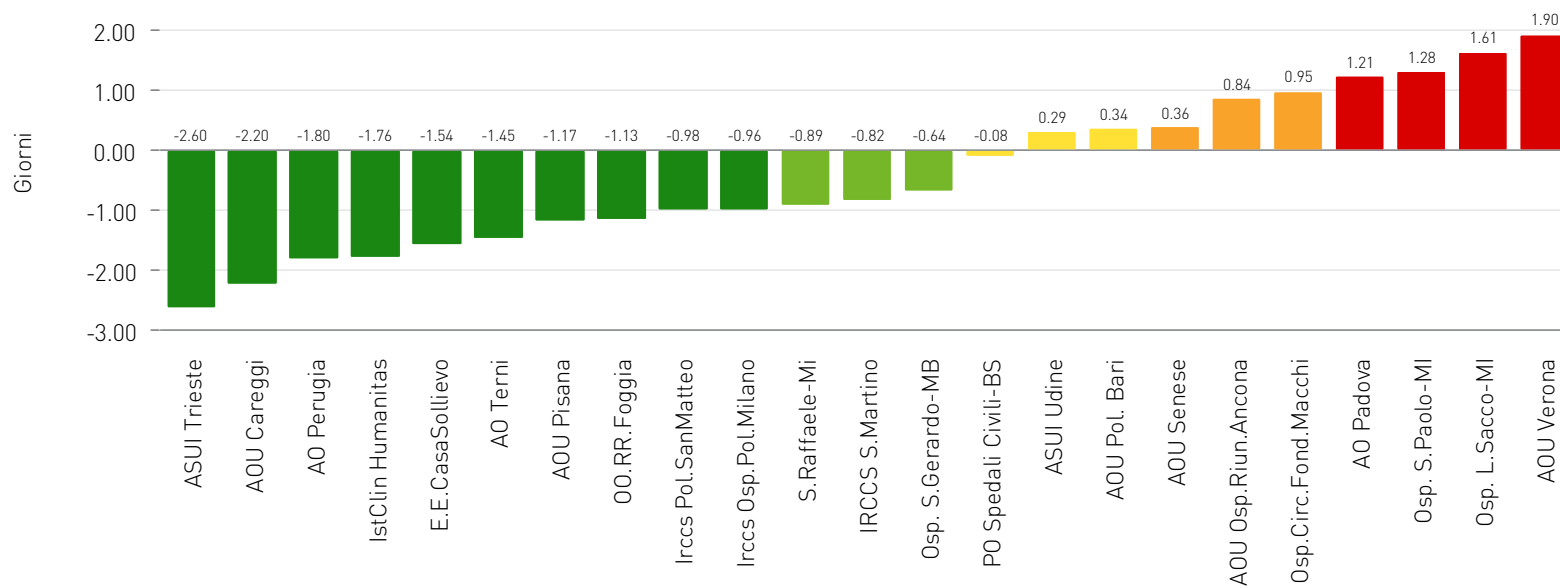
**Denominatore** N. Dimissioni

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



## C2A.8 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Cardiologia

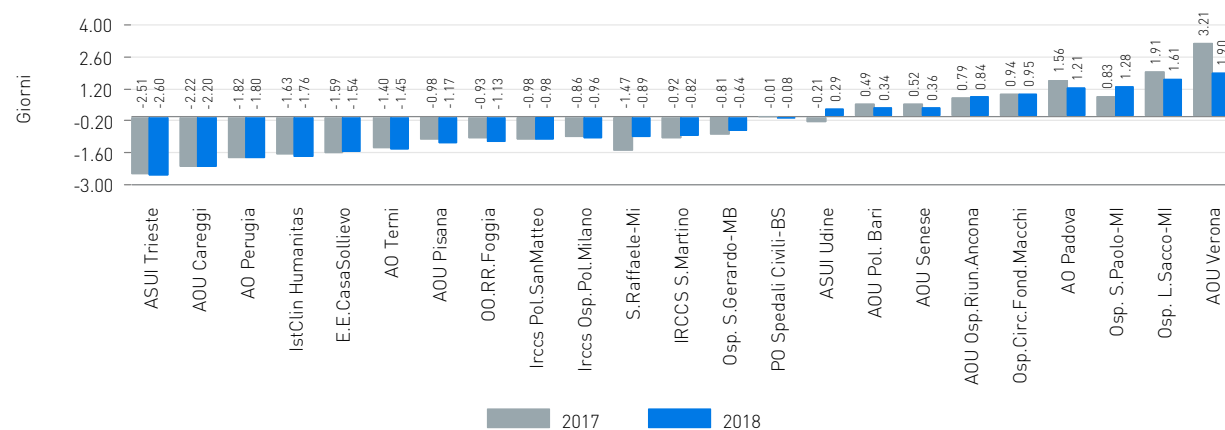
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto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



**Numeratore** Sommatore (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

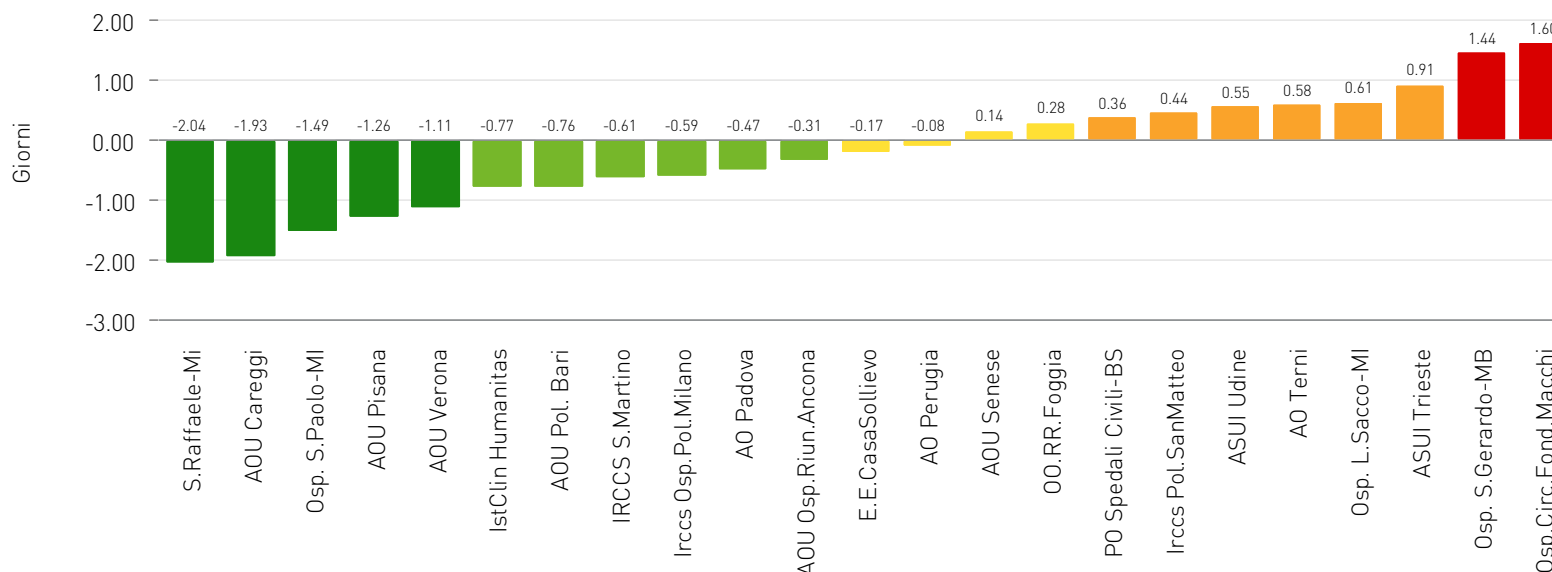
**Denominatore** N. Dimissioni

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

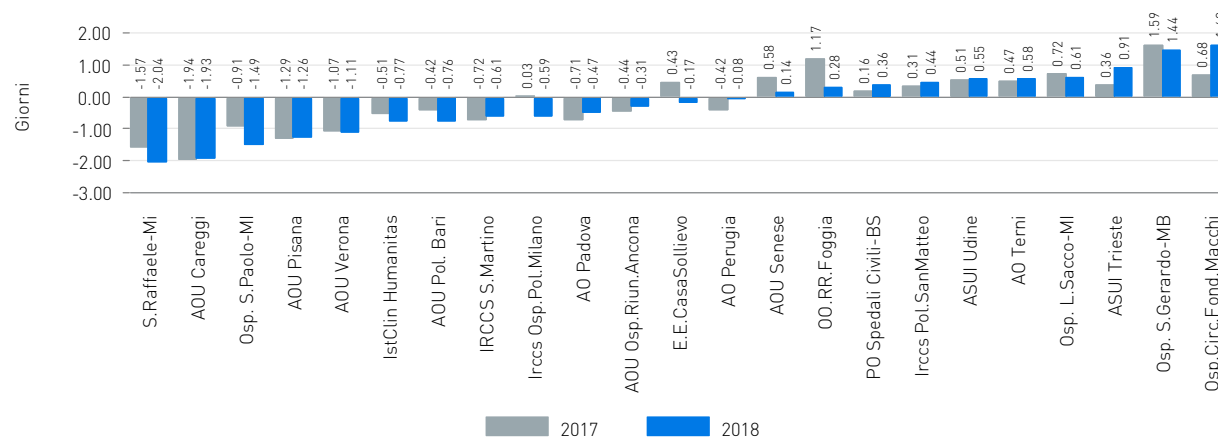


## C2A.9 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Chirurgia Generale

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

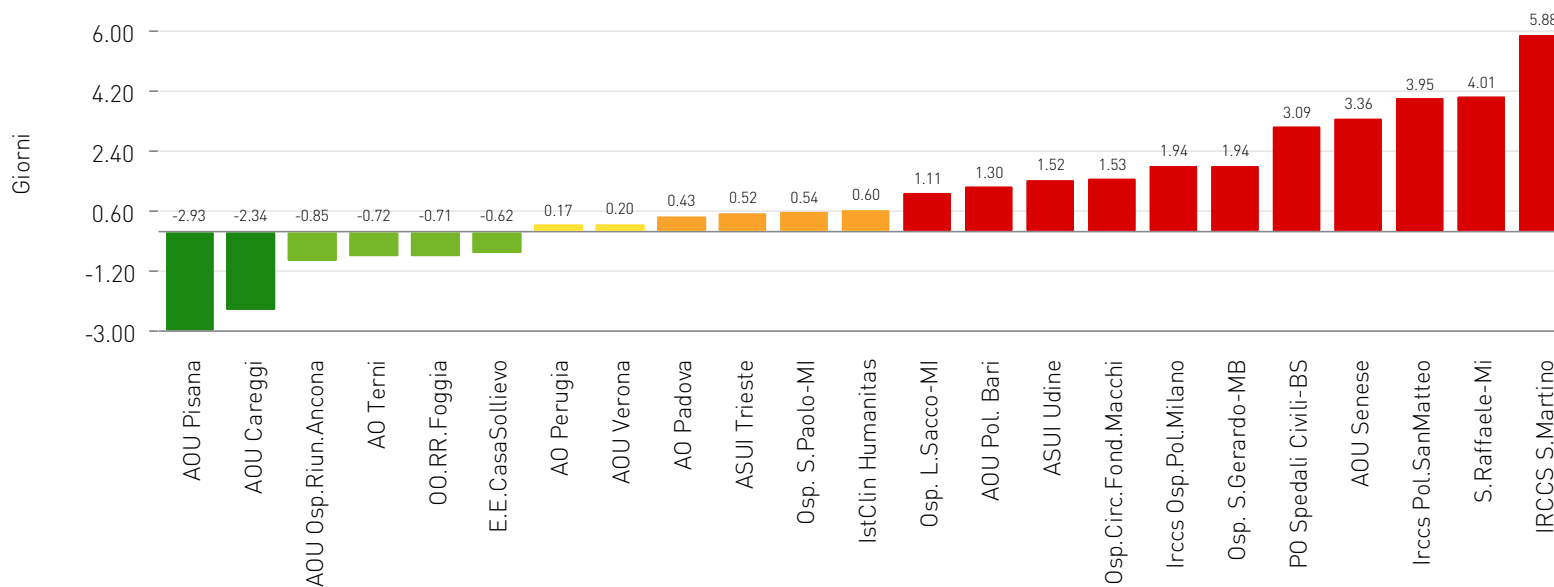


<b>Numeratore</b>	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
<b>Denominatore</b>	N. Dimissioni
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



## C2A.26 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Medicina

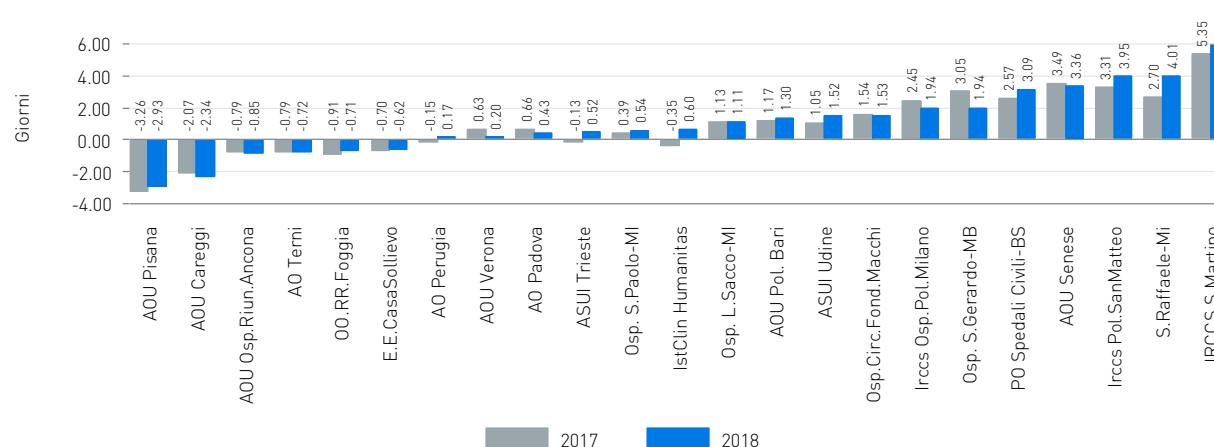
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto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



**Numeratore** Sommatória (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

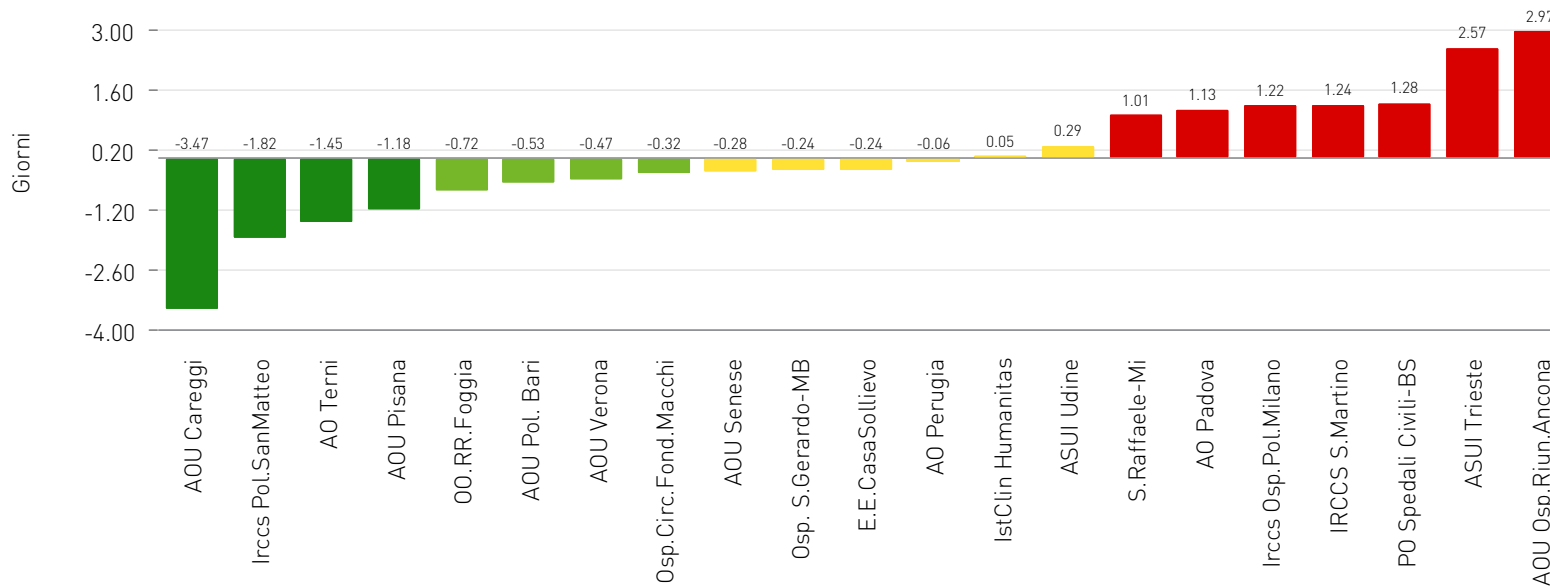
**Denominatore** N. Dimissioni

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



## C2A.30 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurochirurgia

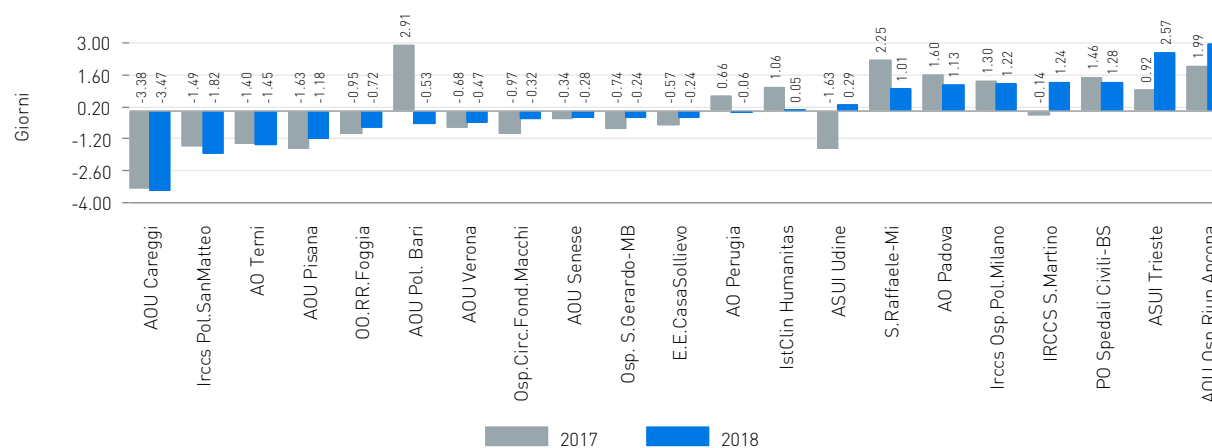
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto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



**Numeratore** Sommatore (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

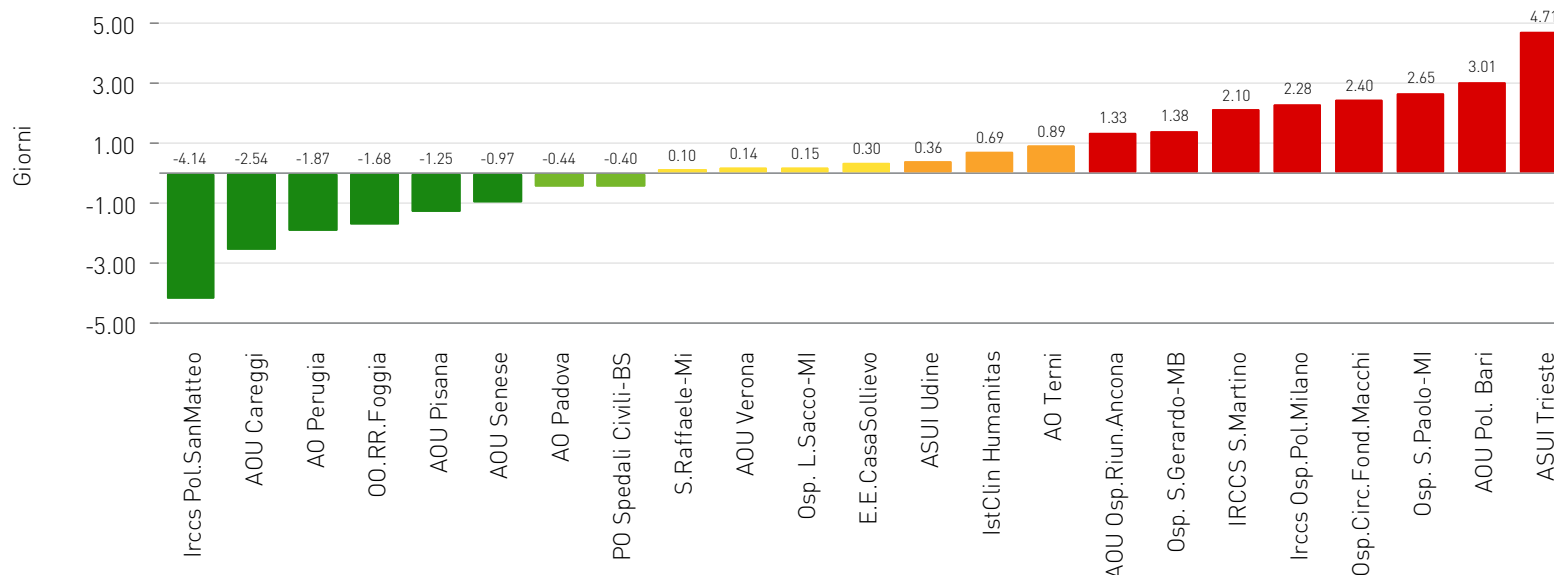
**Denominatore** N. Dimissioni

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



## C2A.32 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Neurologia

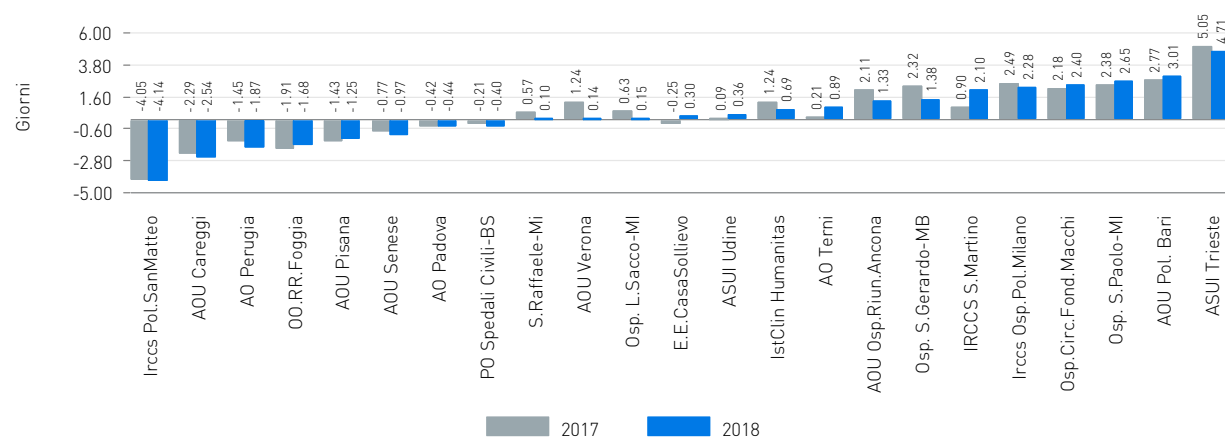
A partire dallo scorso anno, accanto agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP, è stato aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto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



**Numeratore** Sommatória (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

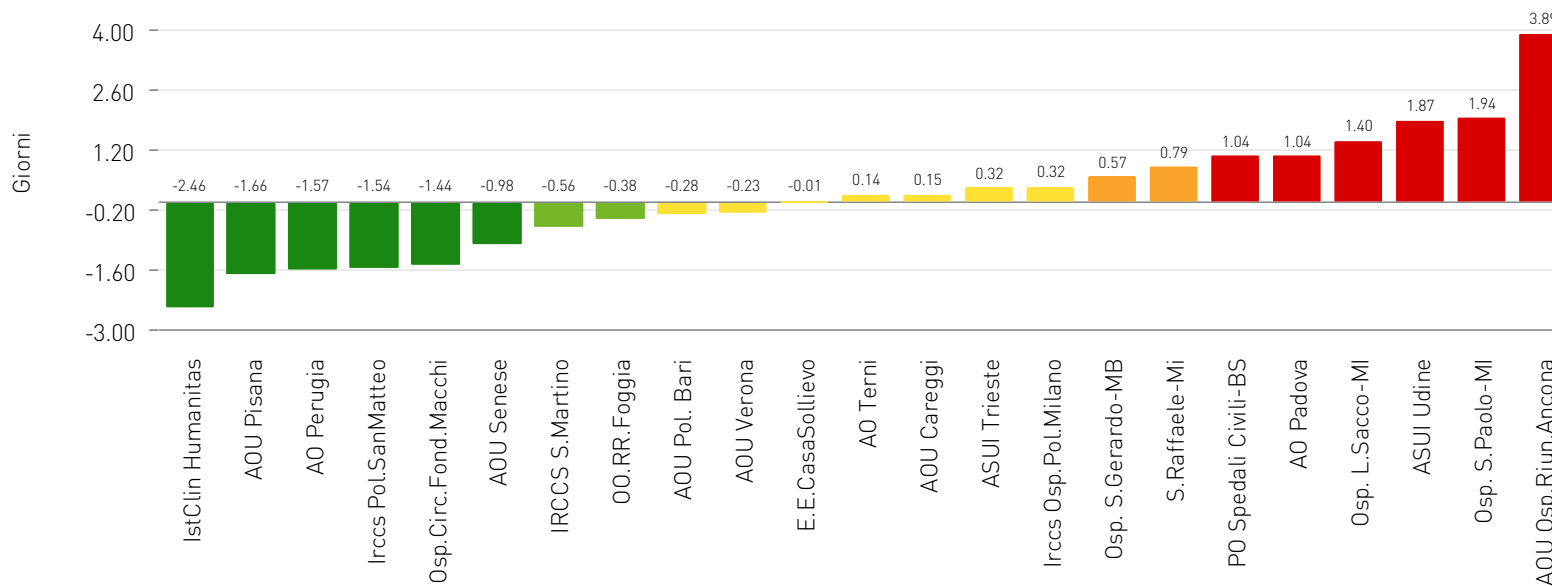
**Denominatore** N. Dimissioni

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

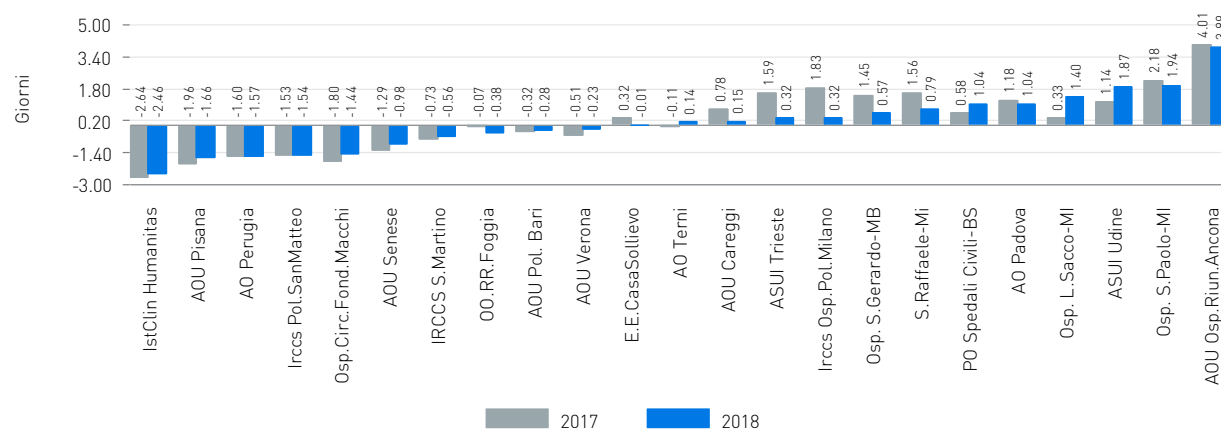


## C2A.36 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Ortopedia e Traumatologia

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

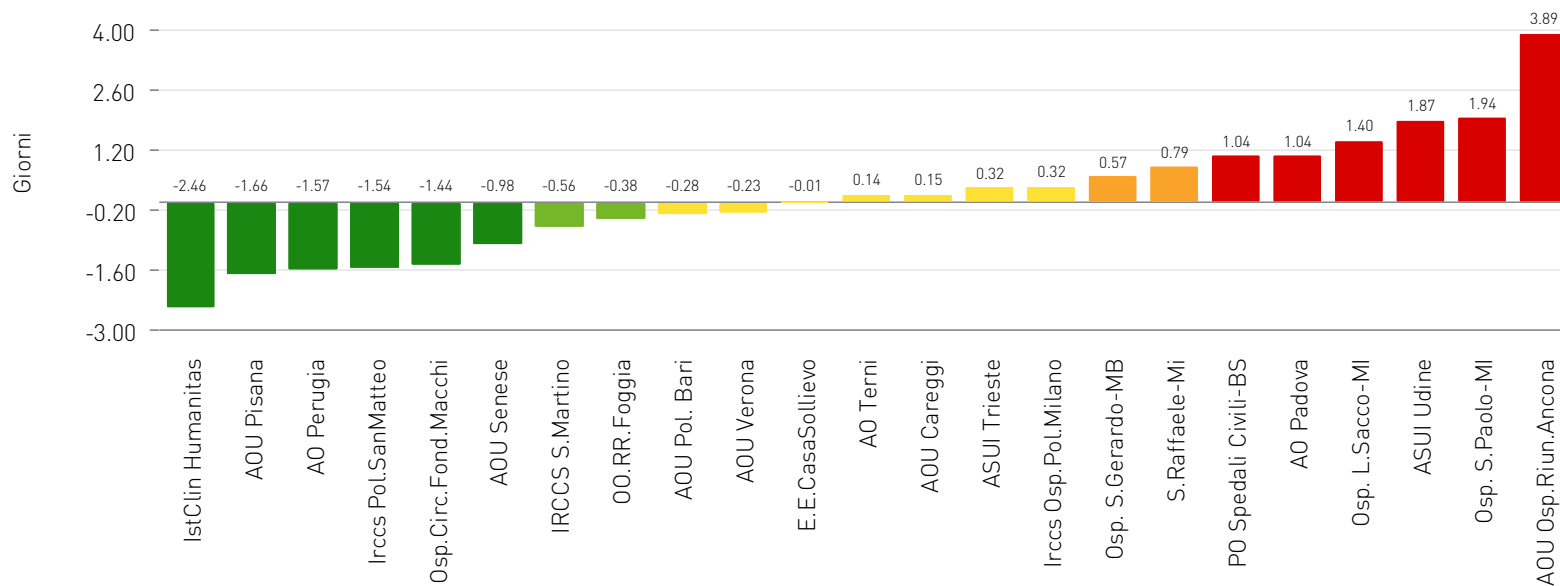


<b>Numeratore</b>	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
<b>Denominatore</b>	N. Dimissioni
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### C2A.43 Indice di performance degenza media per acuti - Specialità Urologia

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



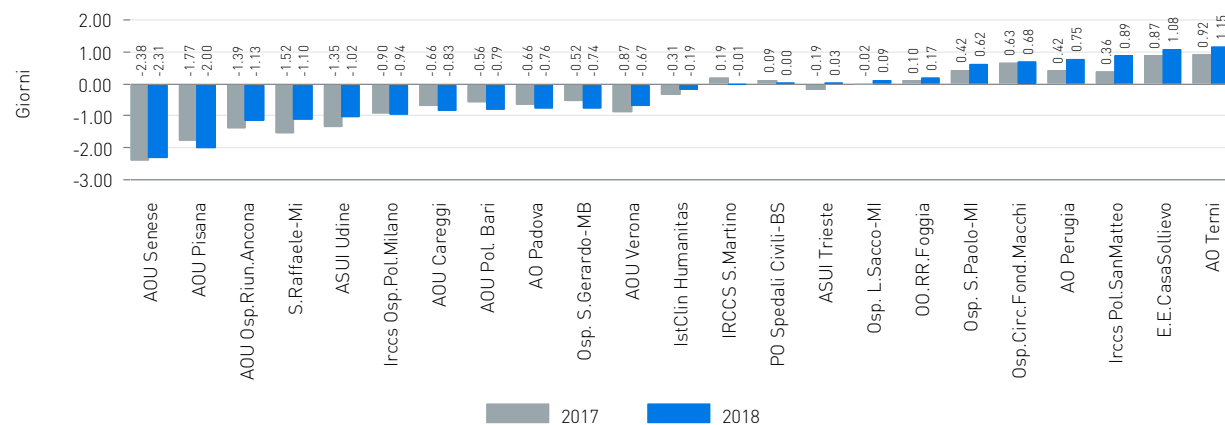
**Numeratore** Sommatória (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

---

**Denominatore** N. Dimissioni

---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO







---

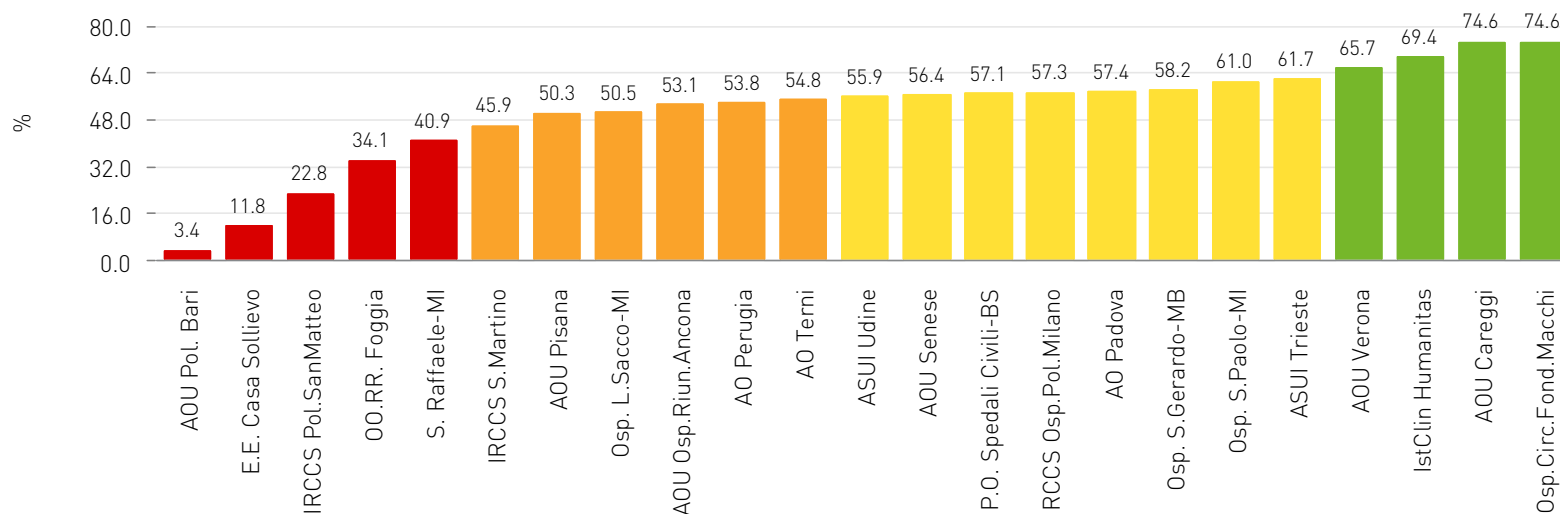
# APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA





### C4.7 Drg LEA Chirurgici: Percentuale ricoveri in Day-Surgery

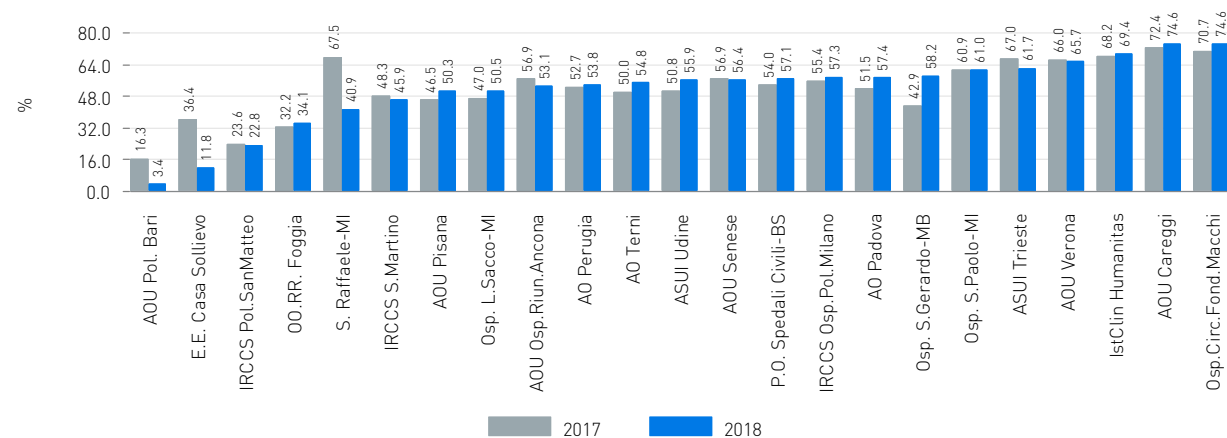
Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo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



**Numeratore** N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100

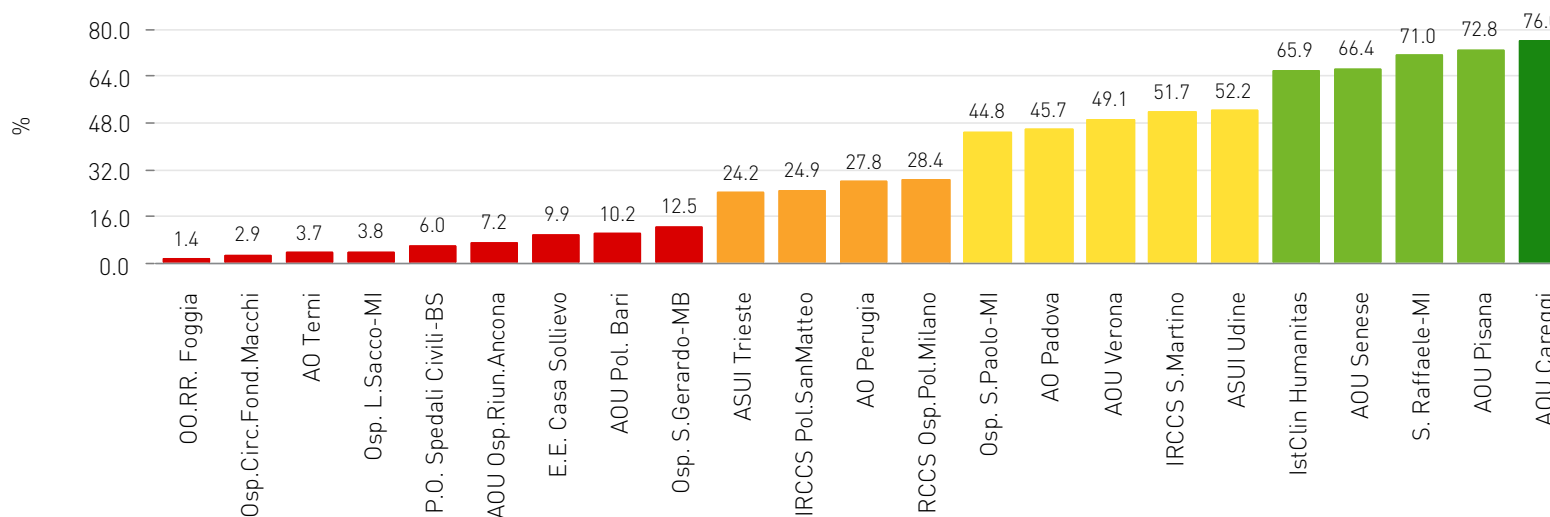
**Denominatore** N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

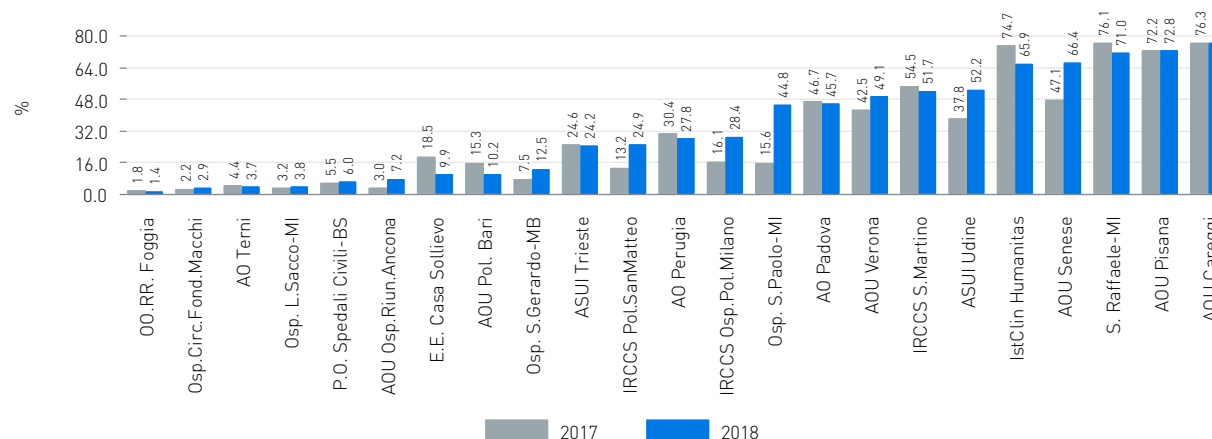
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale, lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario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



**Numeratore** N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno x 100

**Denominatore** N. colecistectomie laparoscopiche

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



---

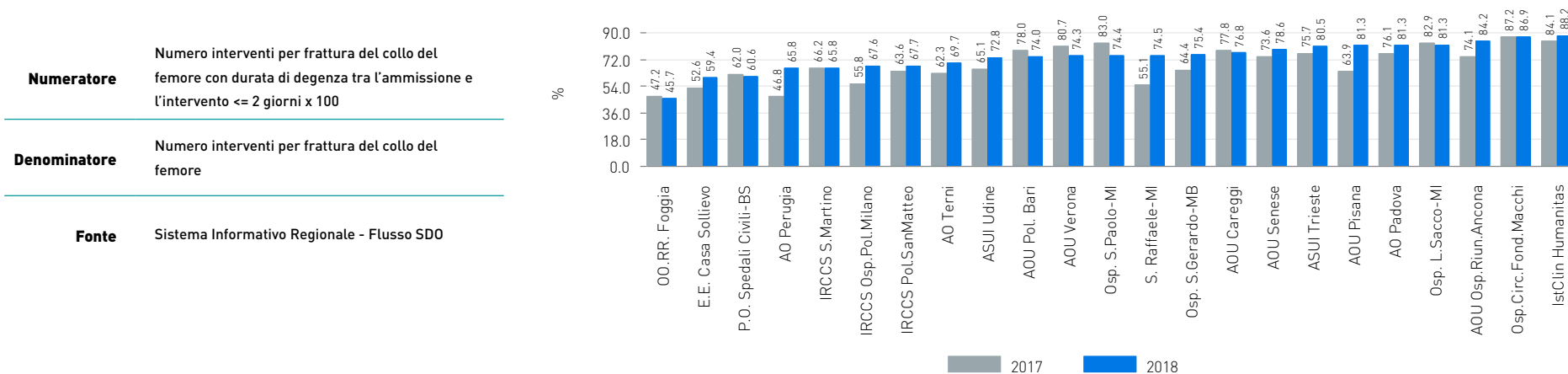
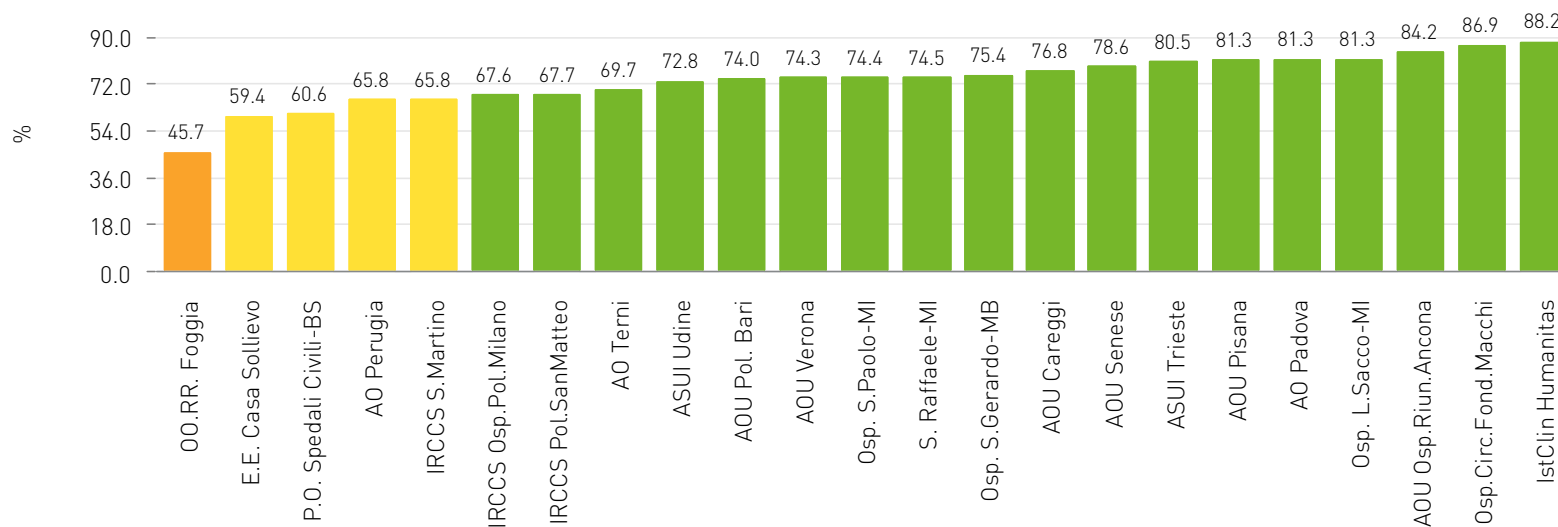
# QUALITÀ DEI PERCORSI





## C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)

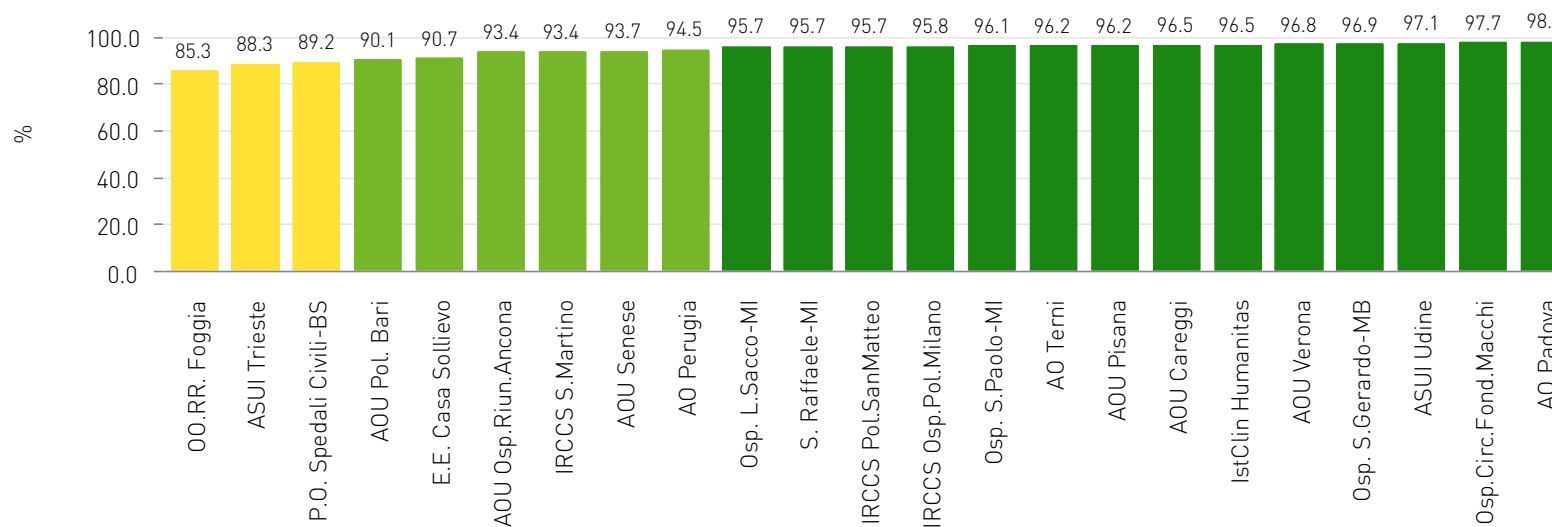
La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del case mix. Queste Linee Guida mostrano che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità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





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

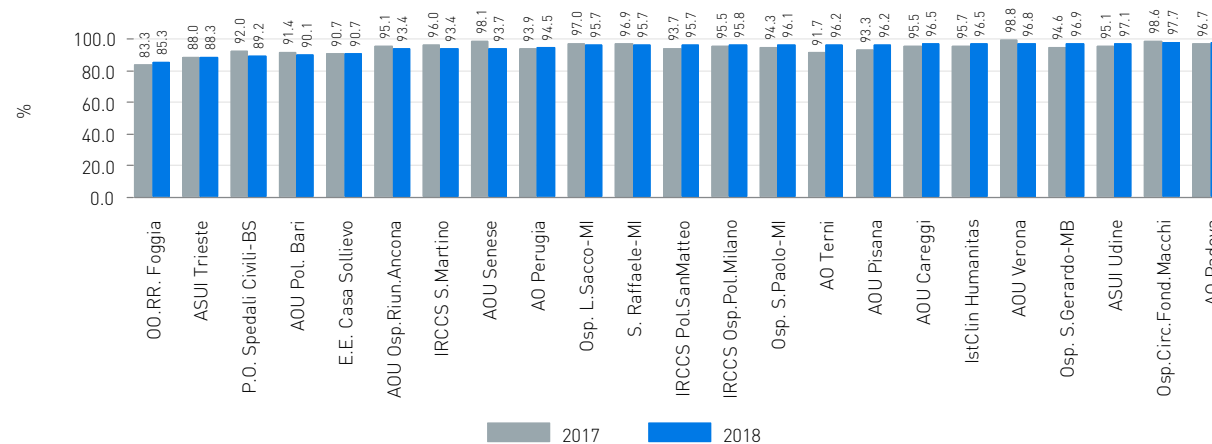
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento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



**Numeratore** Numero di interventi per fratture del femore x 100

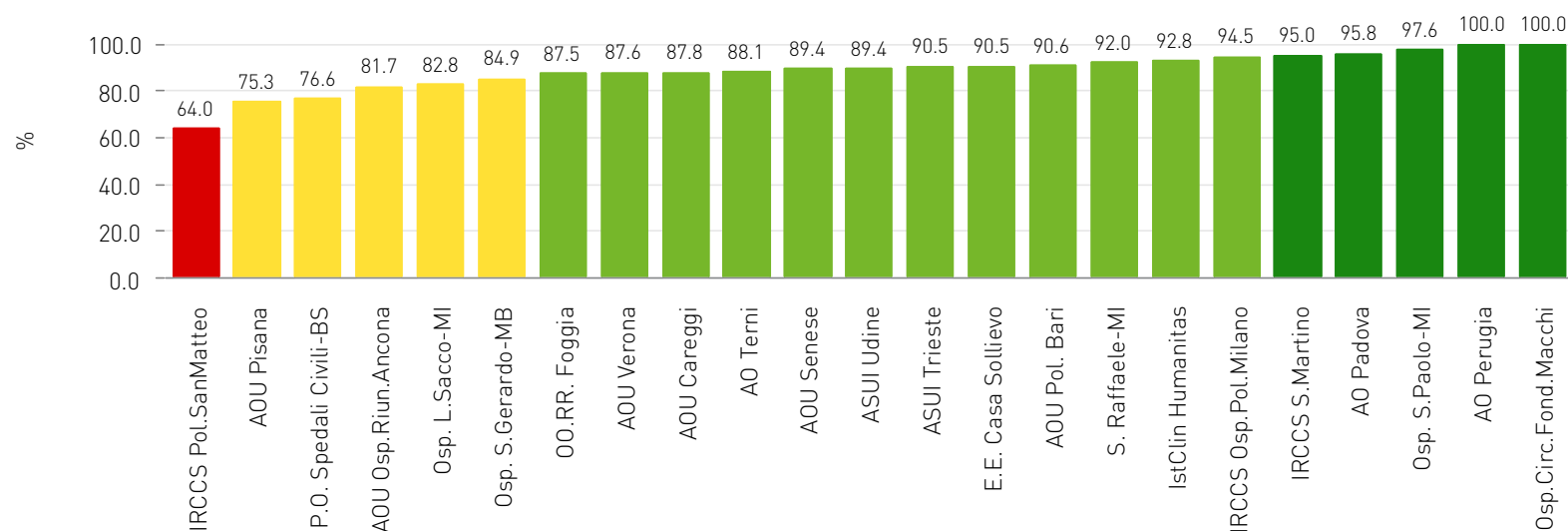
**Denominatore** Numero di diagnosi di fratture del femore

**Fonte** Flusso SDO



### C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

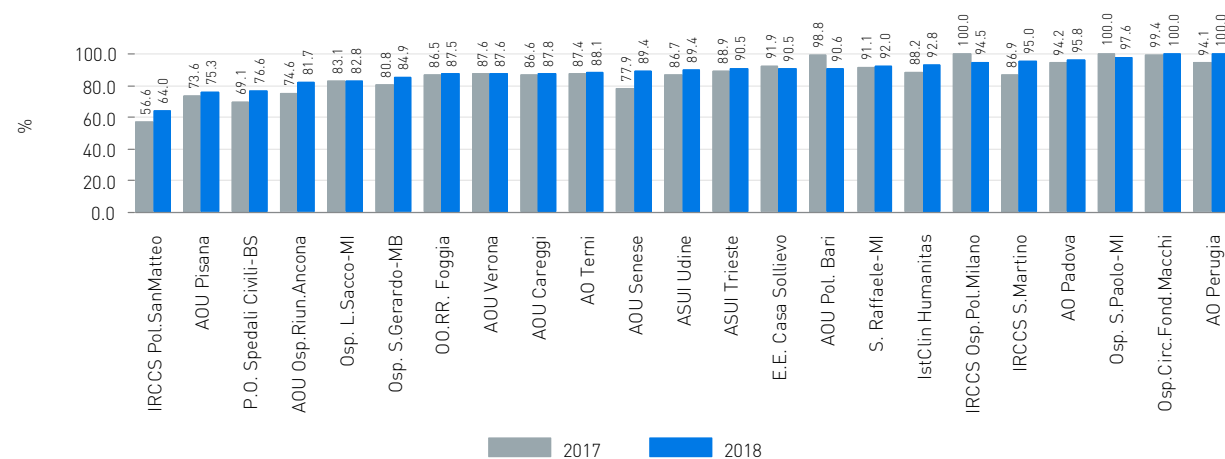
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido e una degenza in ospedale più breve, che si traduce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



**Numeratore** Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100

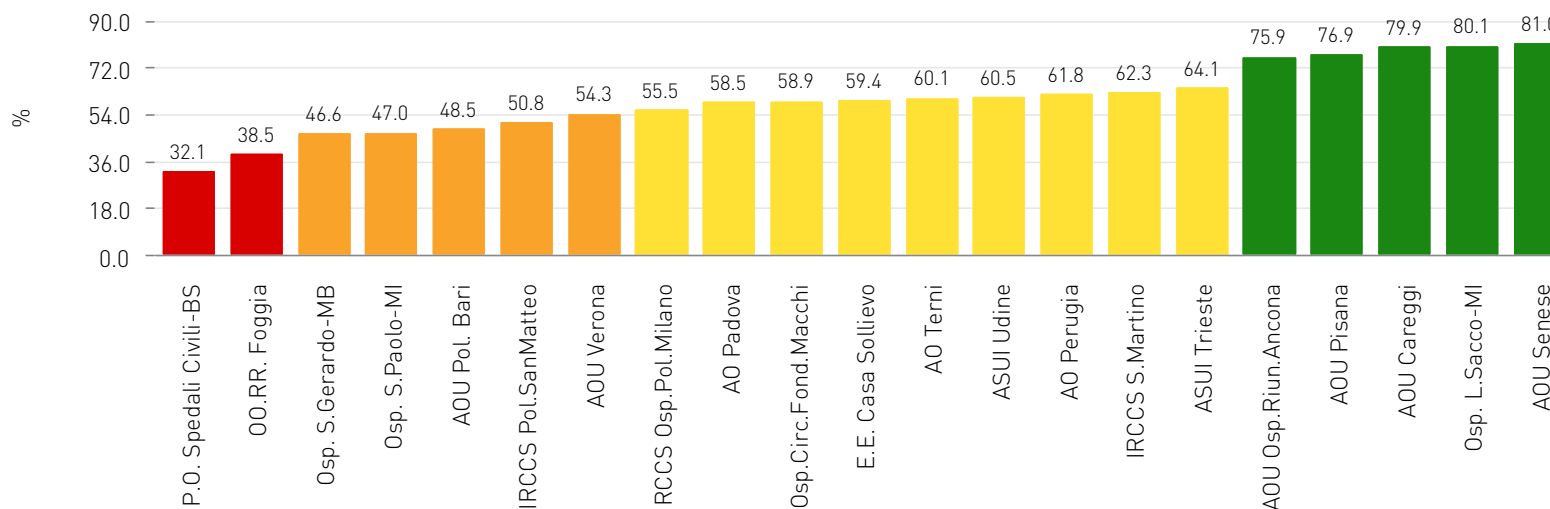
**Denominatore** Numero interventi di prostatectomia

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

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



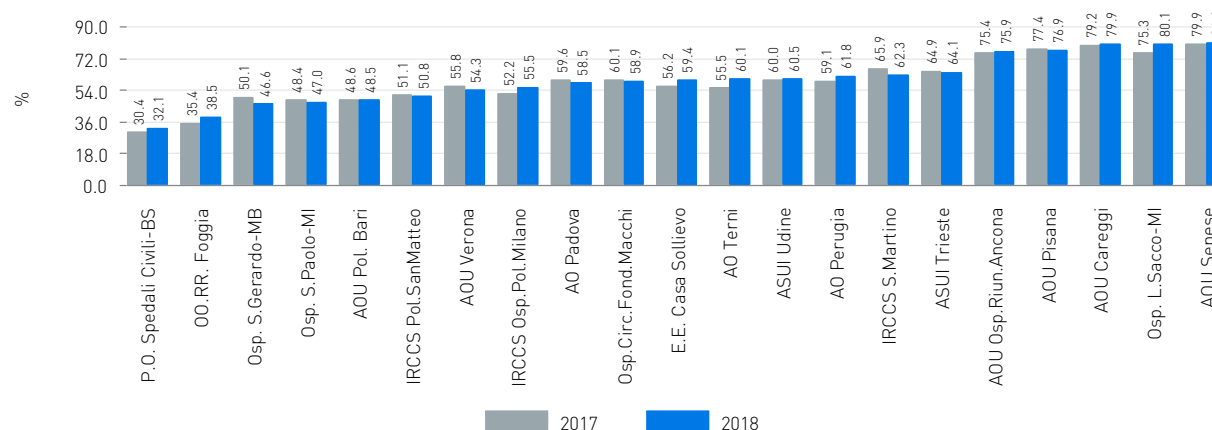
**Numeratore** N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

---

**Denominatore** N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici

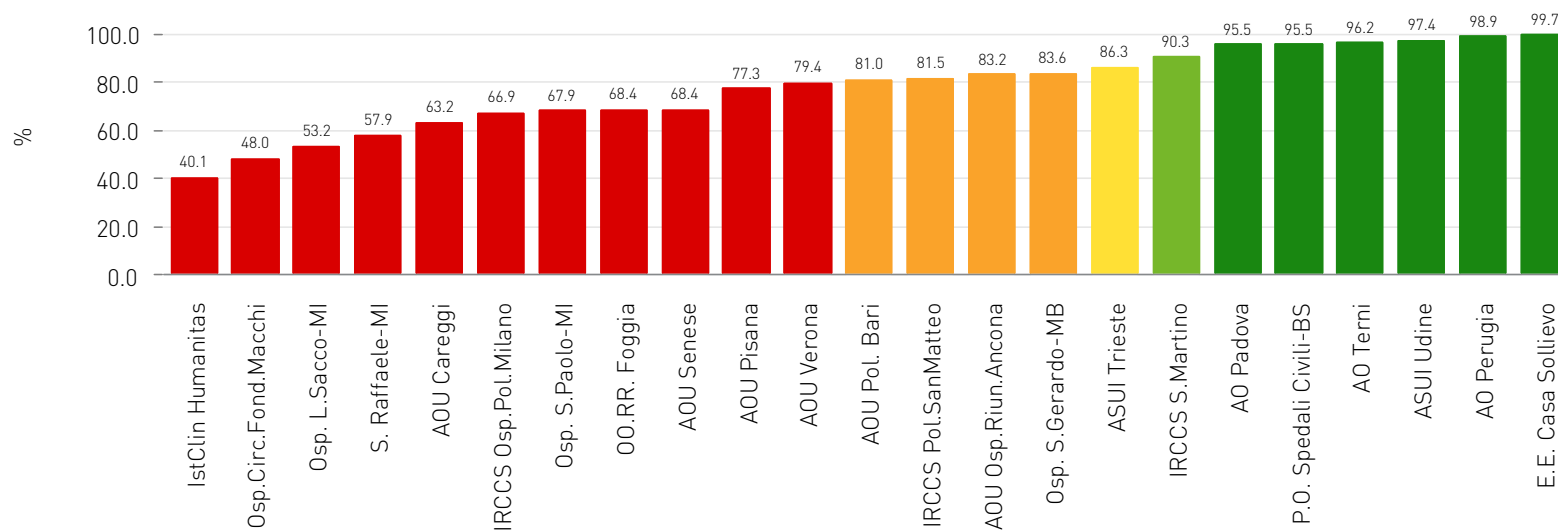
---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale, Flusso SDO



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

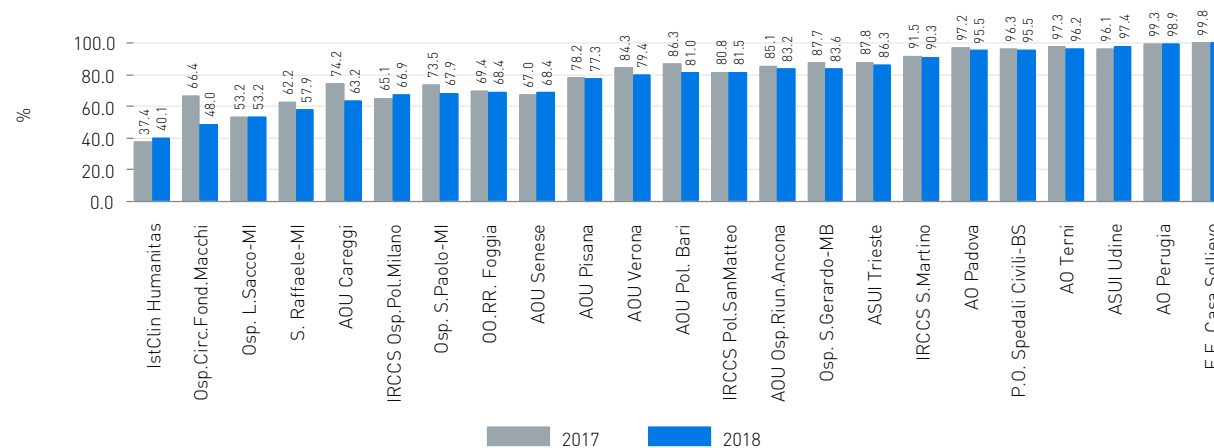
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.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



**Numeratore** N. accessi in PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore

**Denominatore** N. accessi inviati al ricovero

**Fonte** Flusso Pronto Soccorso





---

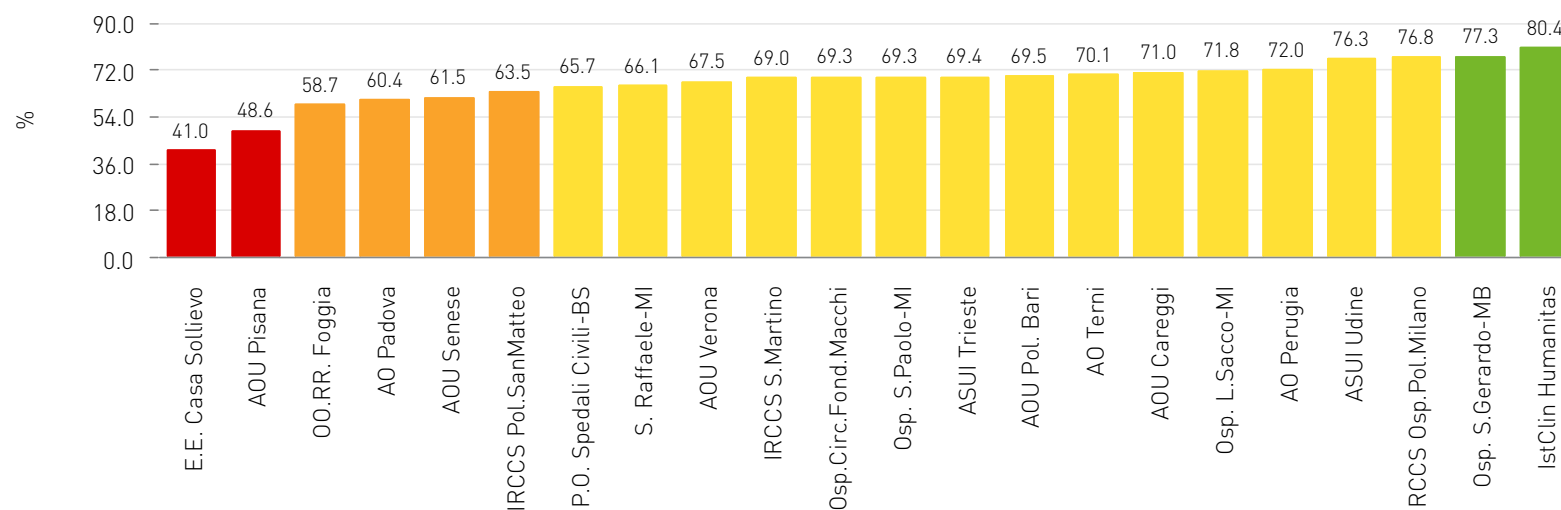
# COMPLIANCE



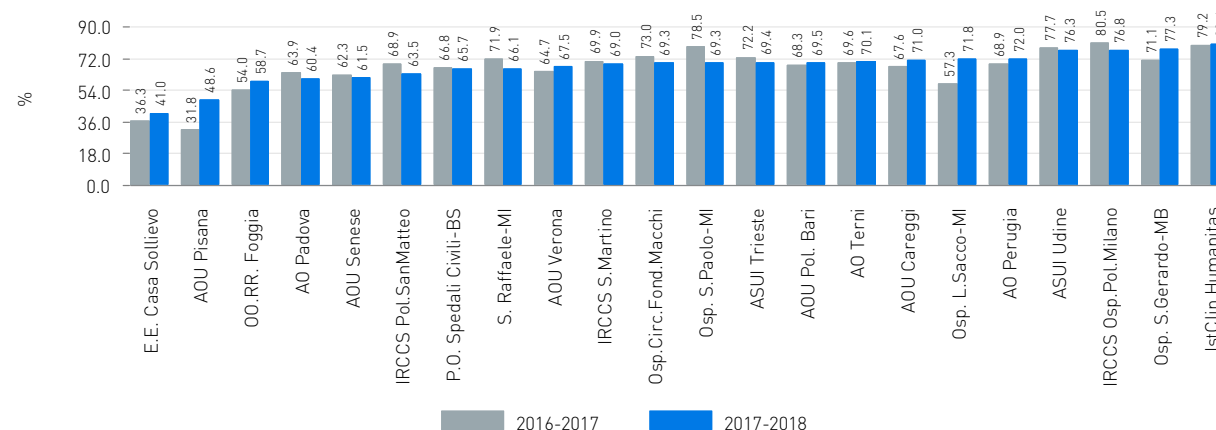


## C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

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



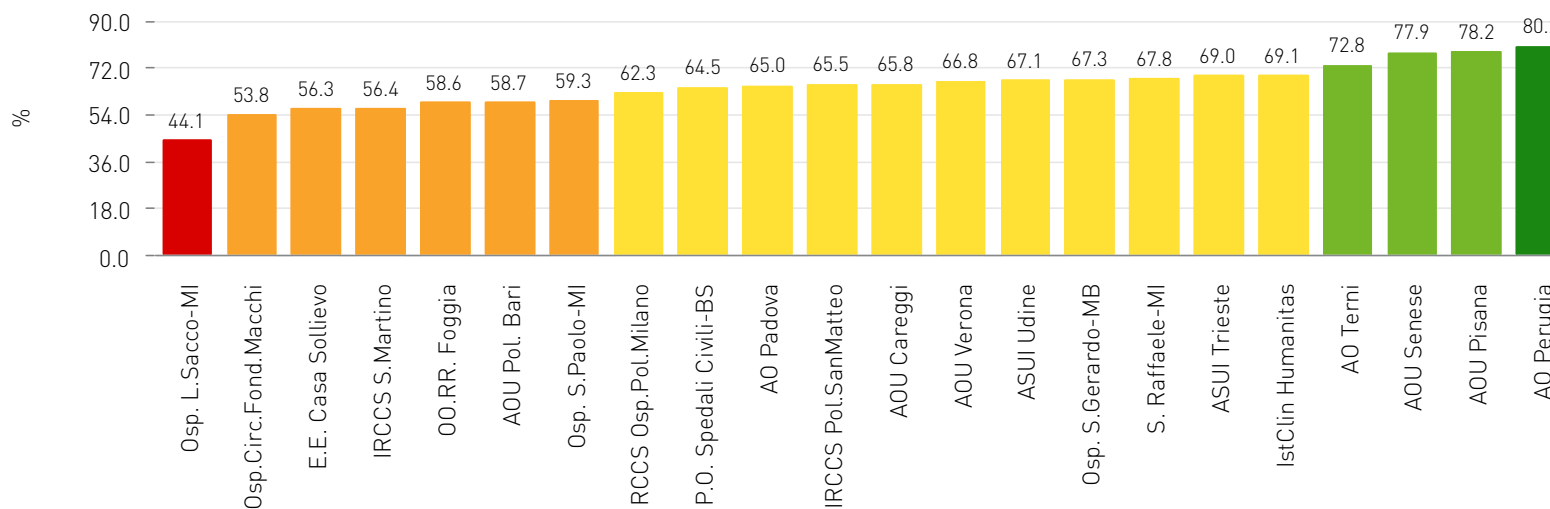
<b>Numeratore</b>	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
<b>Denominatore</b>	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo Regionale - SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) - Flussi regionali farmaceutica





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

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



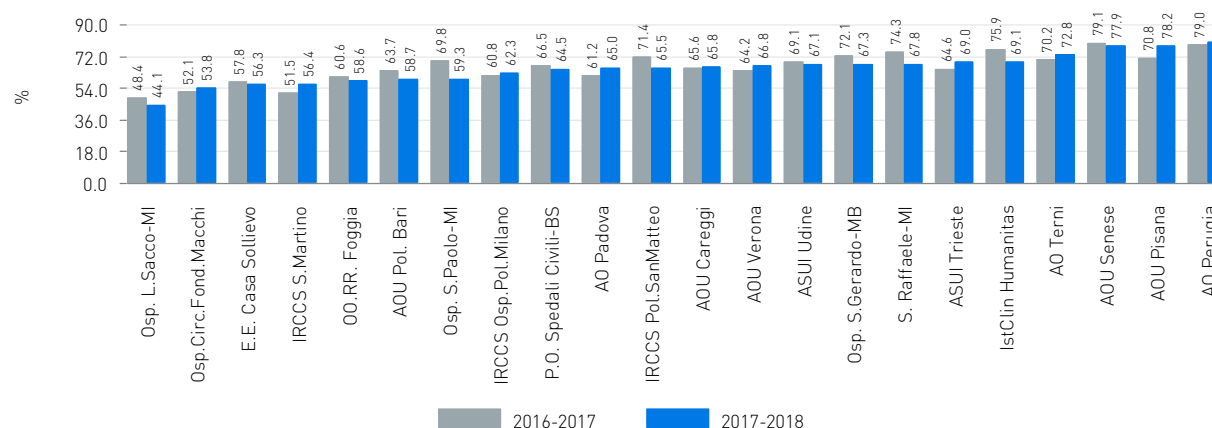
**Numeratore**  
Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

---

**Denominatore**  
Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione

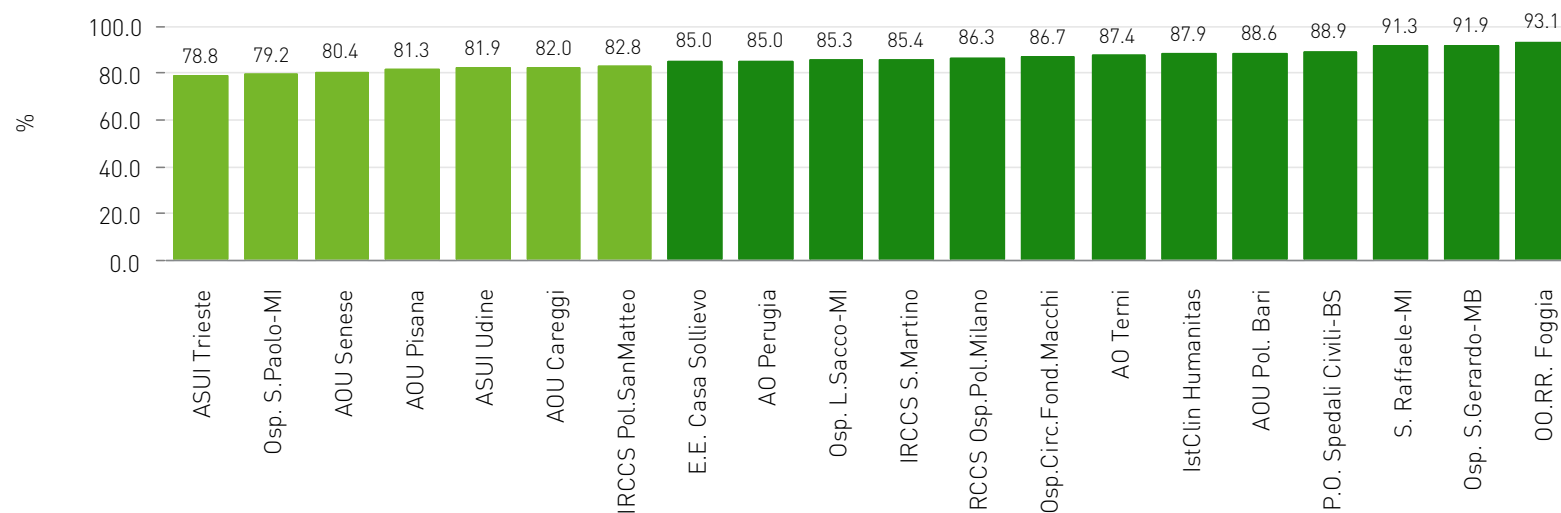
---

**Fonte**  
Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica

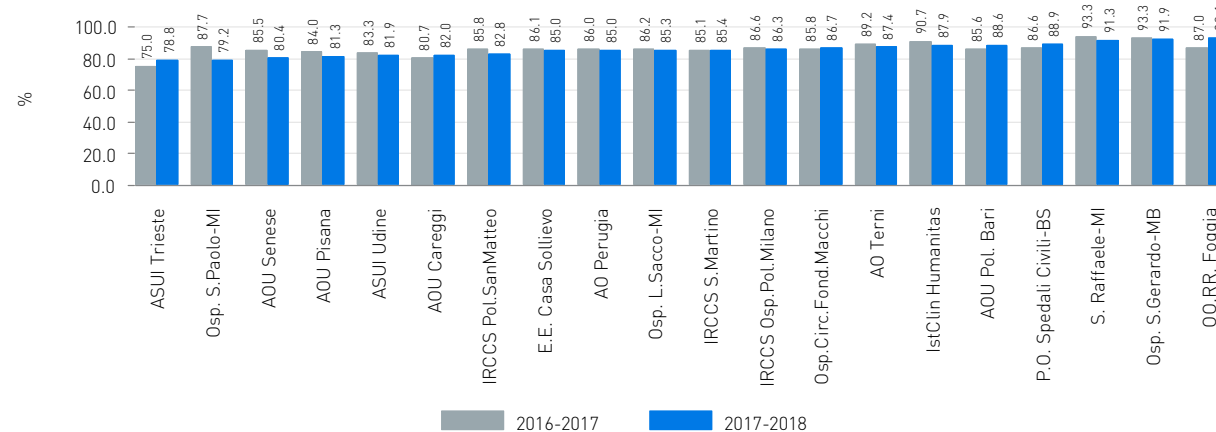


### C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

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



<b>Numeratore</b>	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
<b>Denominatore</b>	Numero di pazienti contestualmente eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo Regionale - SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) - Flussi regionali farmaceutica





---

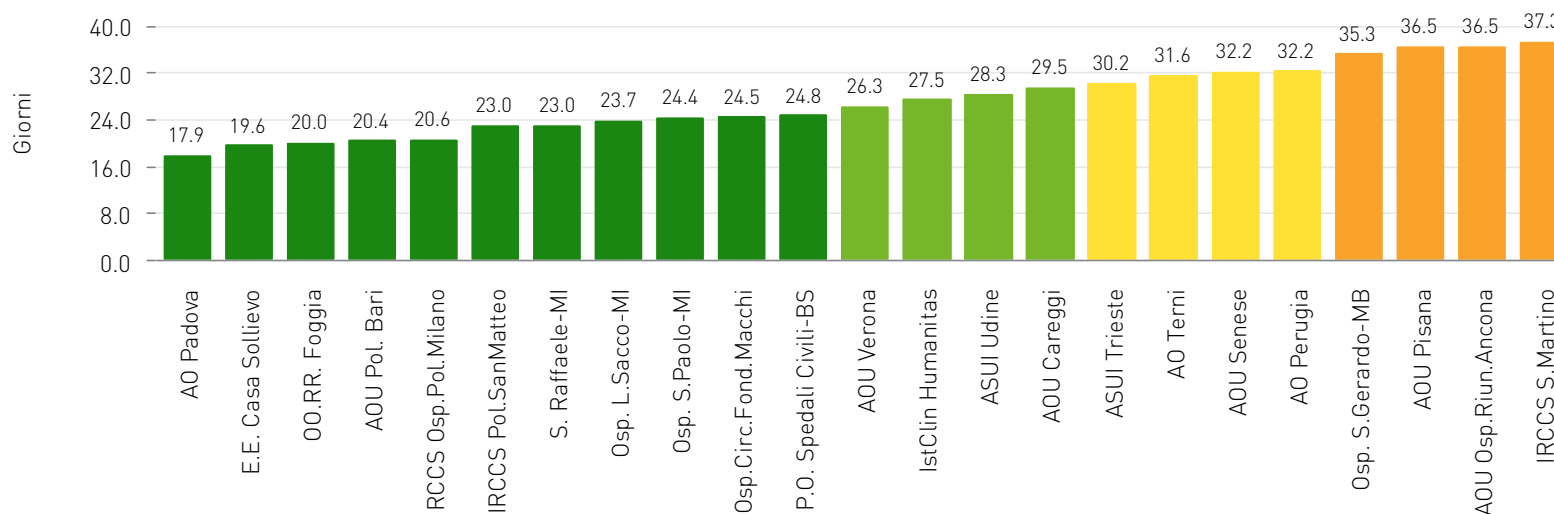
# PERCORSO ONCOLOGICO





## C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

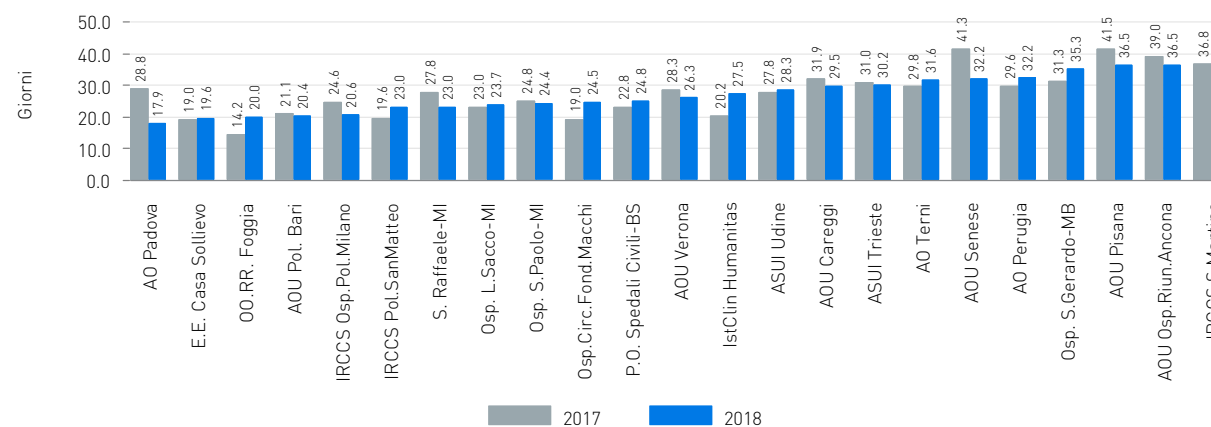
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per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



**Numeratore** N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore

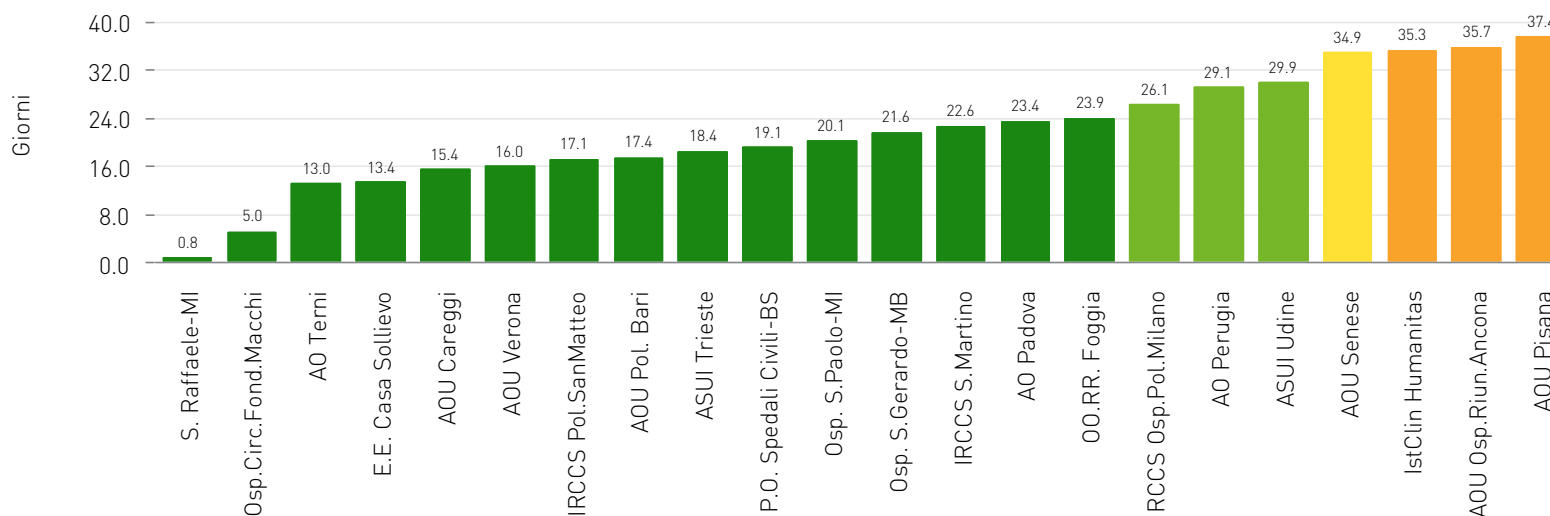
**Denominatore** N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore

**Fonte** Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



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

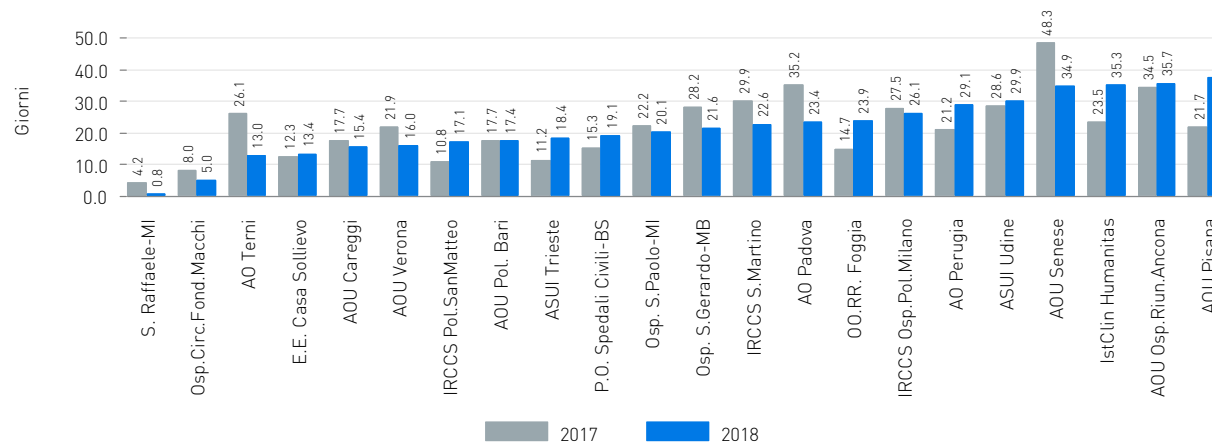
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al polmone e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



**Numeratore** N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al polmone

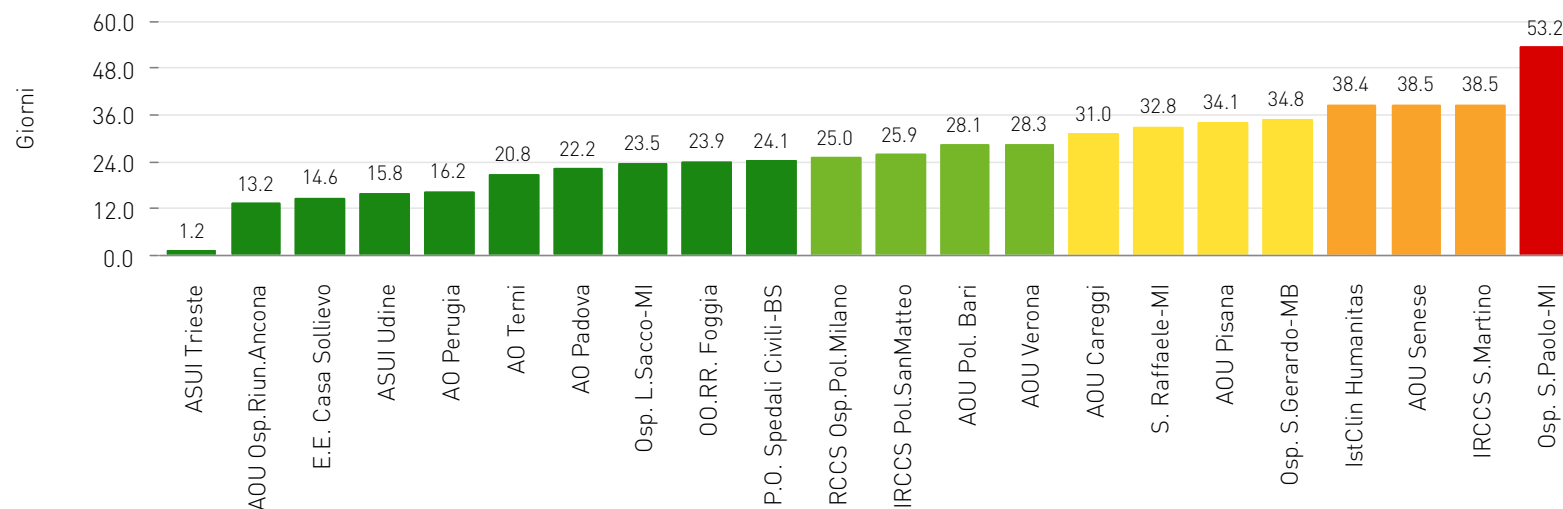
**Denominatore** N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al polmone

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

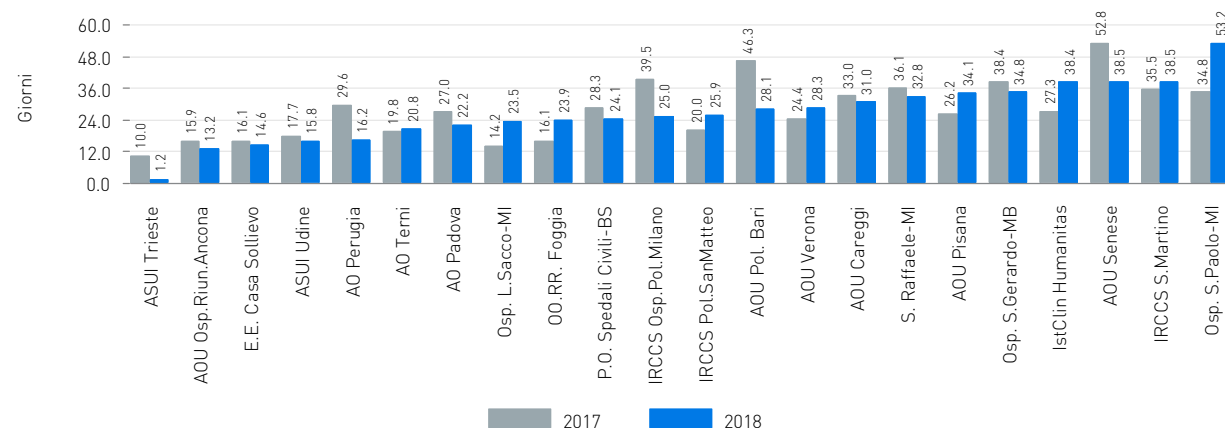
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno all'utero e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



**Numeratore** N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore all'utero

**Denominatore** N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore all'utero

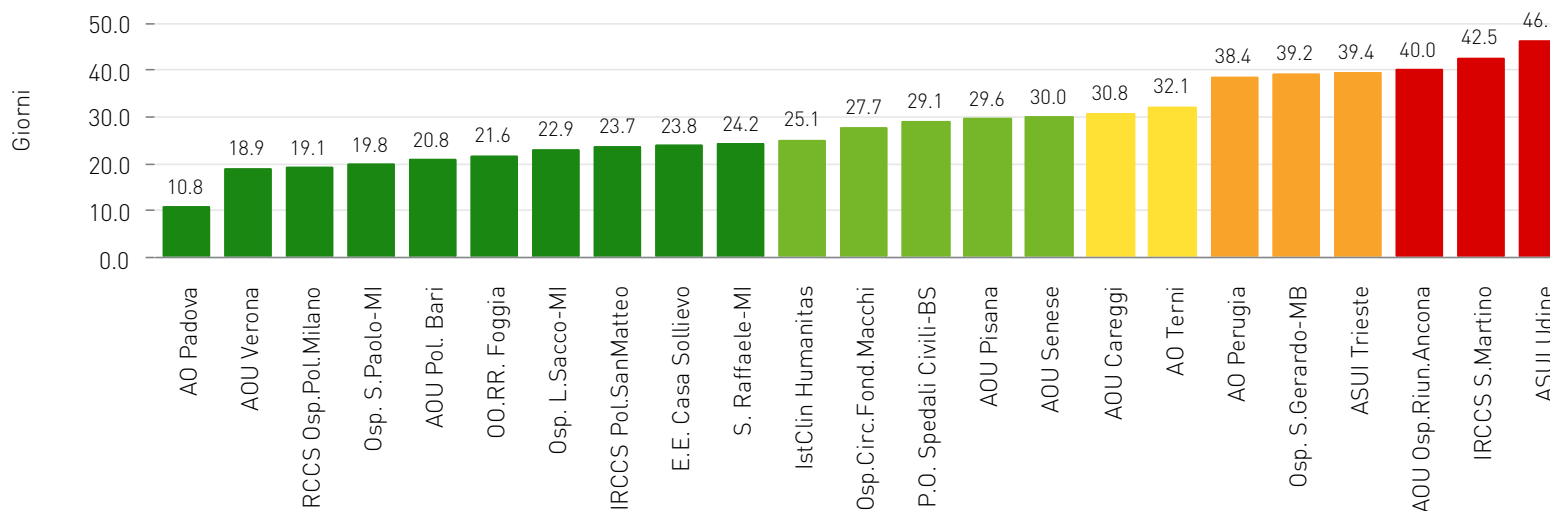
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





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

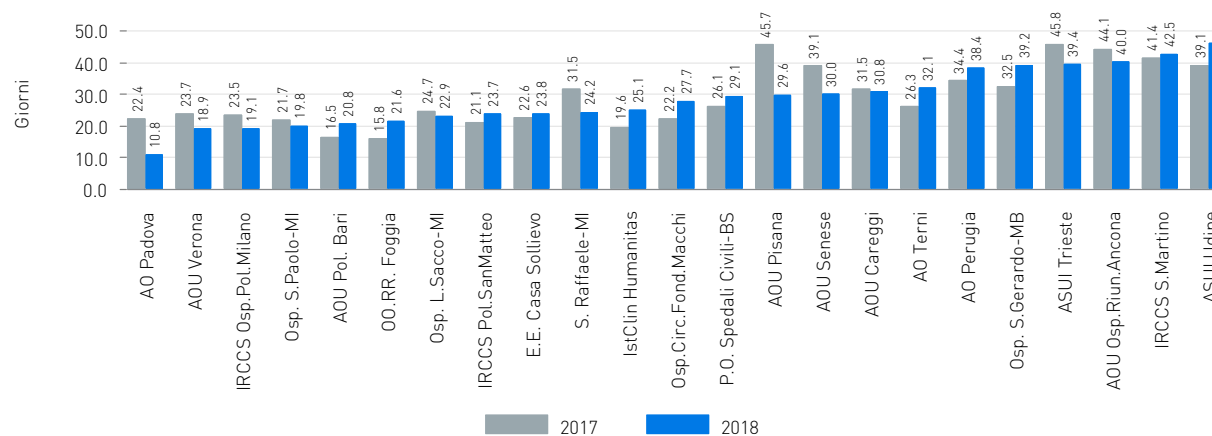
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno alla mammella e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



**Numeratore** N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella

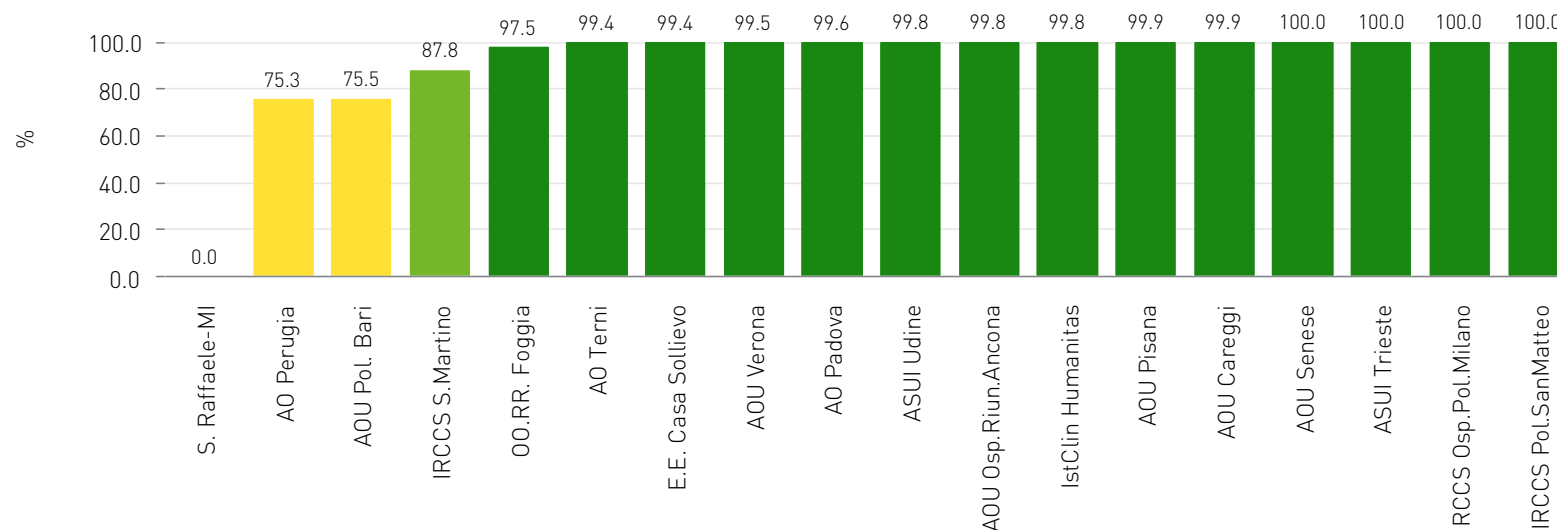
**Denominatore** N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella

**Fonte** Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



### C10.1.3 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella

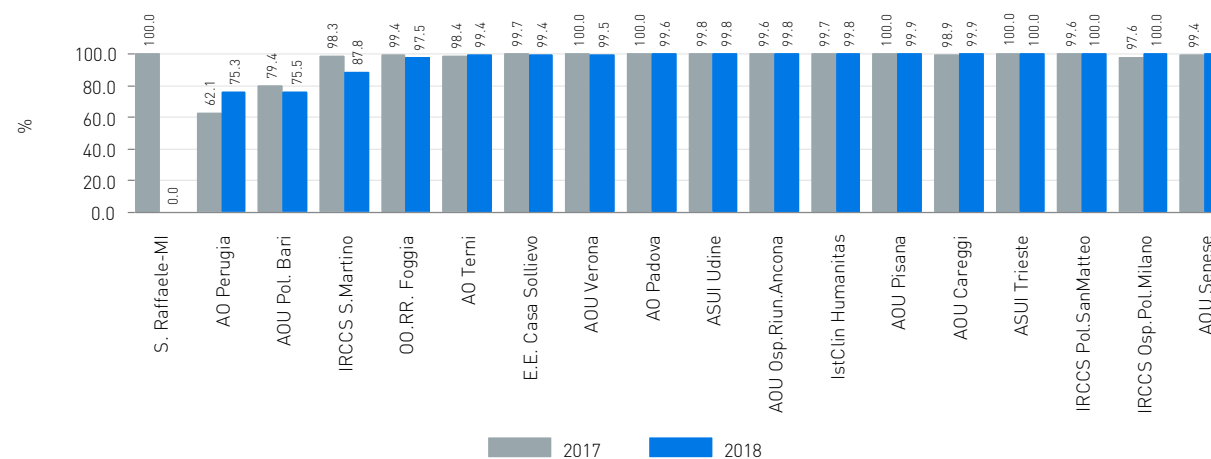
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia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



**Numeratore** N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia

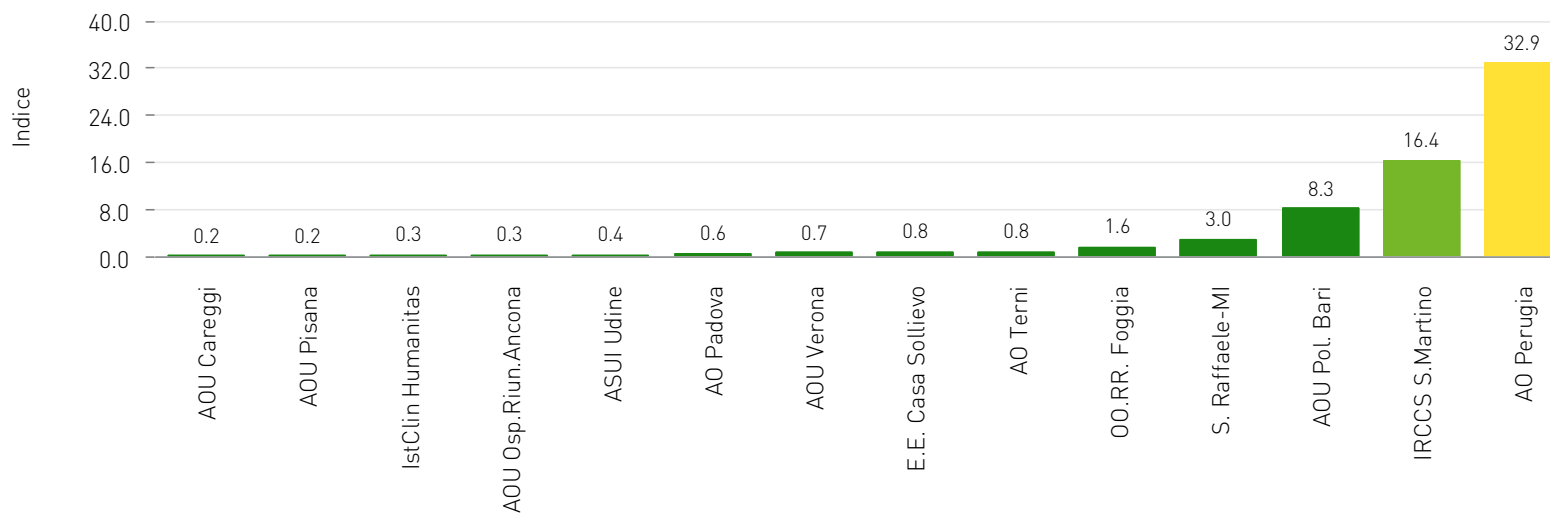
**Denominatore** N. ricoveri erogati totali

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



### C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore maligno alla mammella è inferiore alla soglia prevista (150/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia, moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati. L'indice di dispersione della casistica non viene calcolato per le aziende che risultano sopra soglia (indicatore C10.1.3).



**Numeratore**

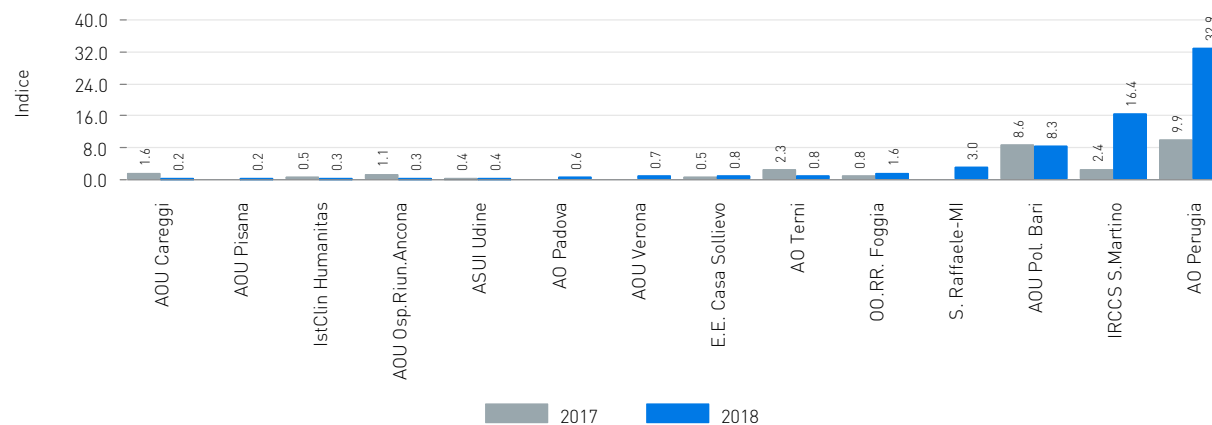
Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione

**Denominatore**

Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia

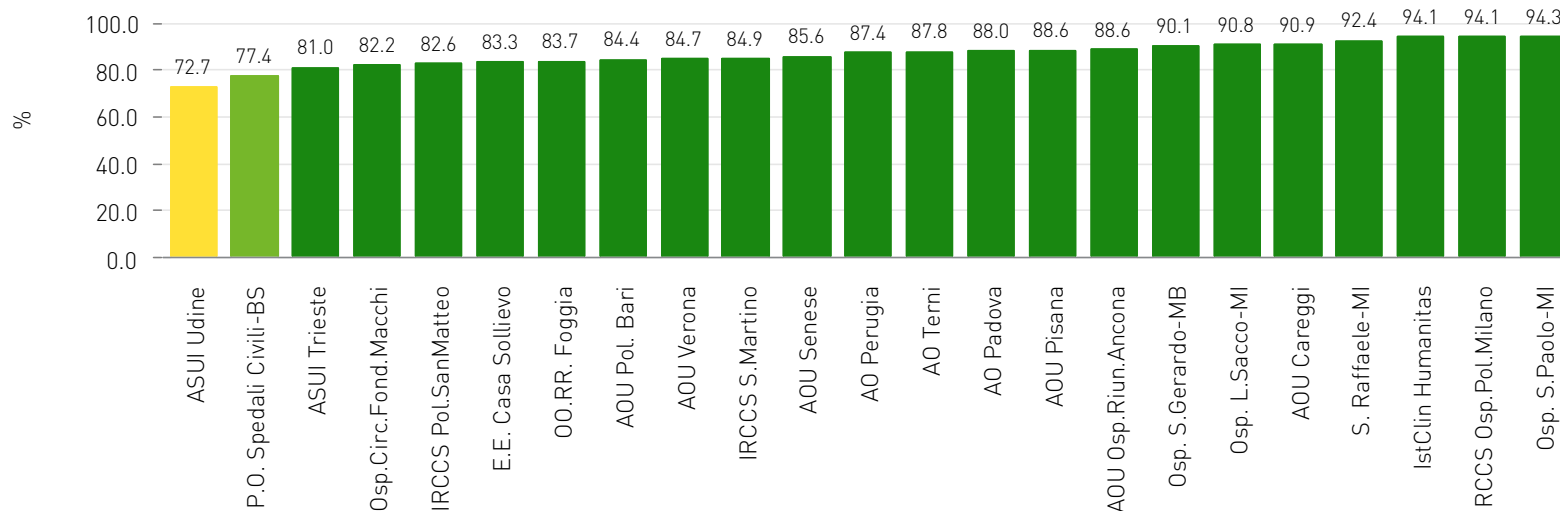
**Fonte**

Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



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

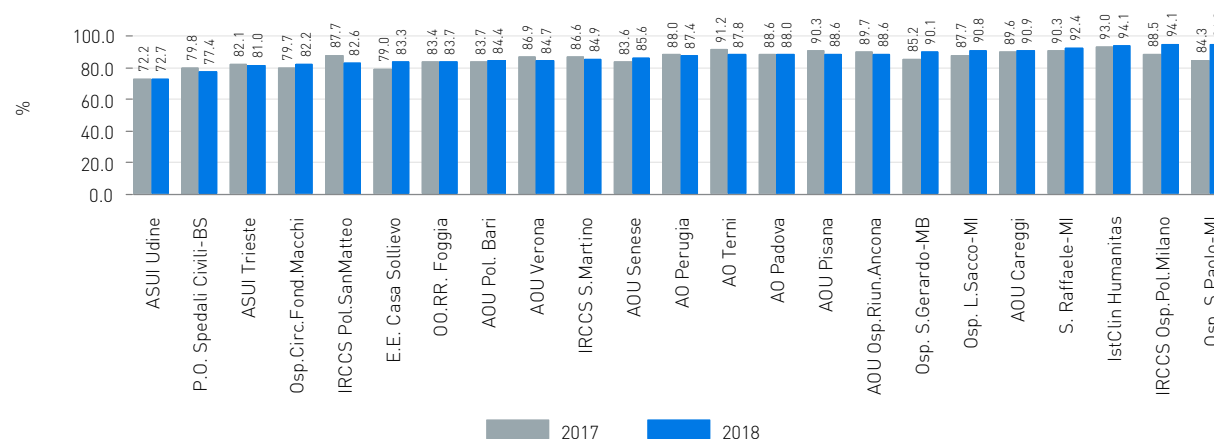
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in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



**Numeratore** Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100

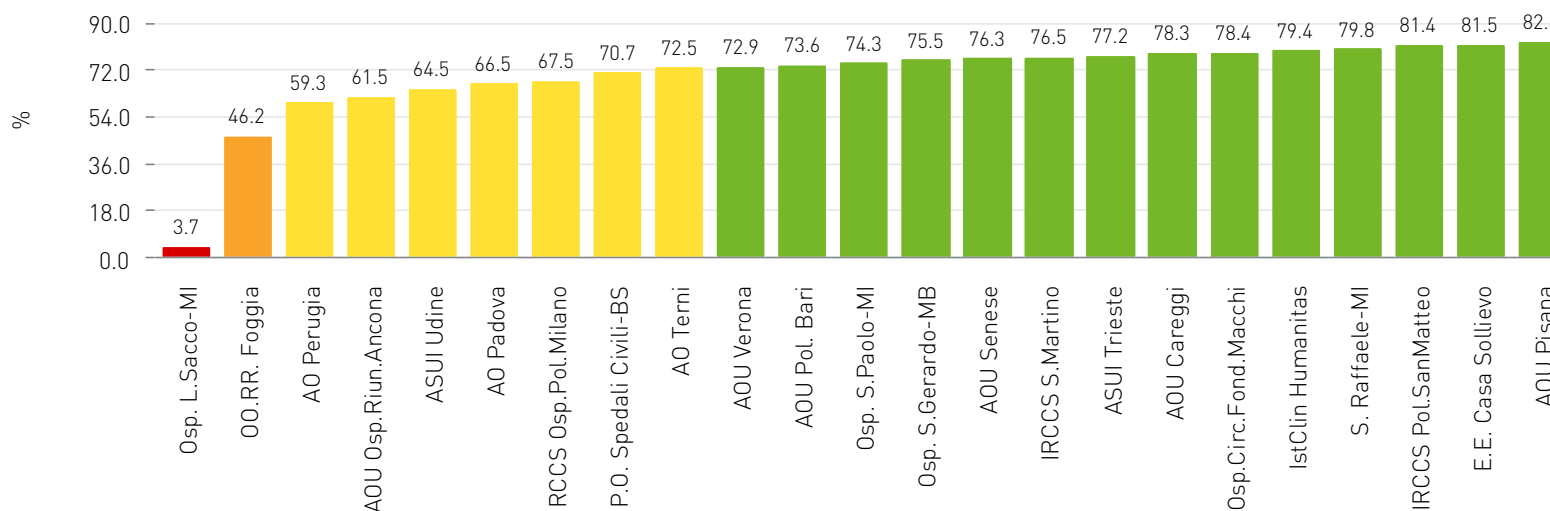
**Denominatore** Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

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



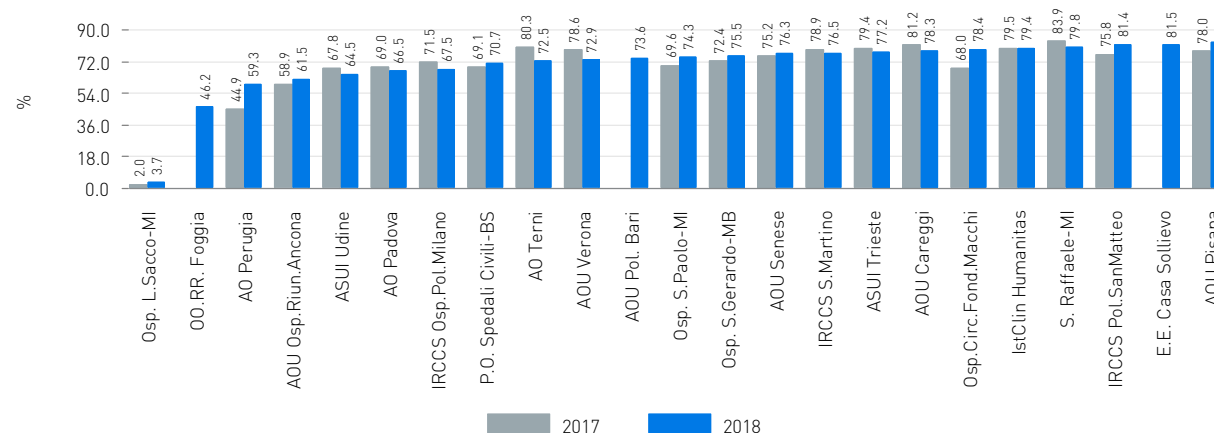
**Numeratore** Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte all'applicazione della metodica del linfonodo sentinella x 100

---

**Denominatore** Numero di donne con intervento chirurgico per tumore maligno della mammella

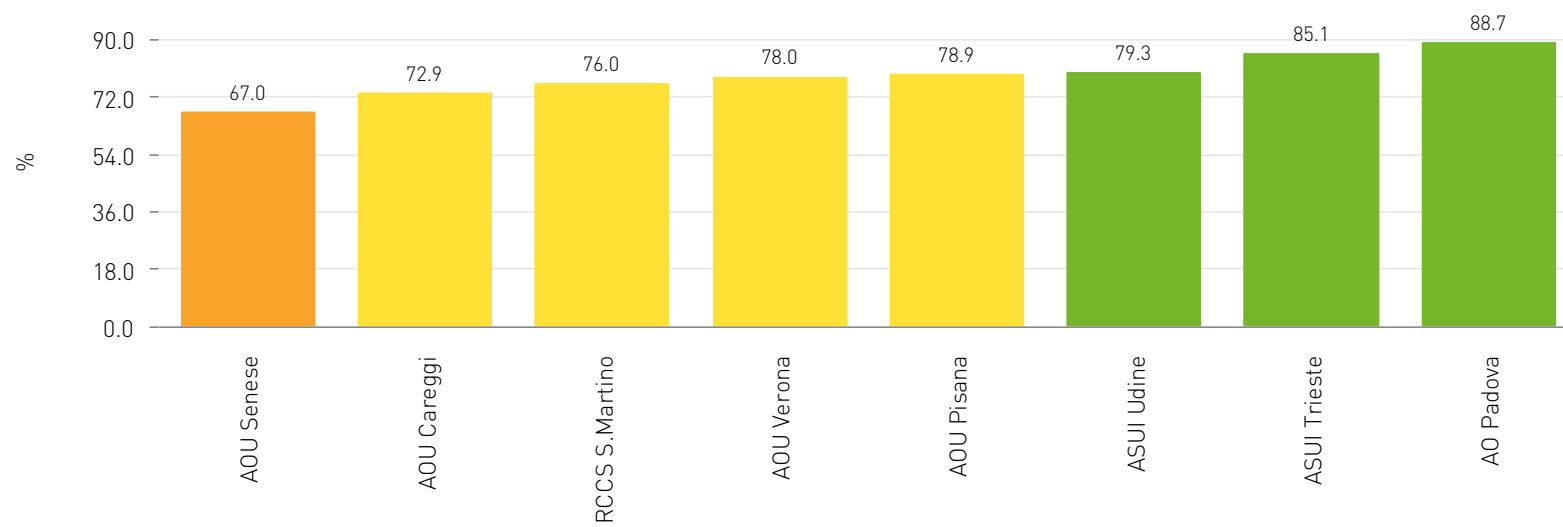
---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

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



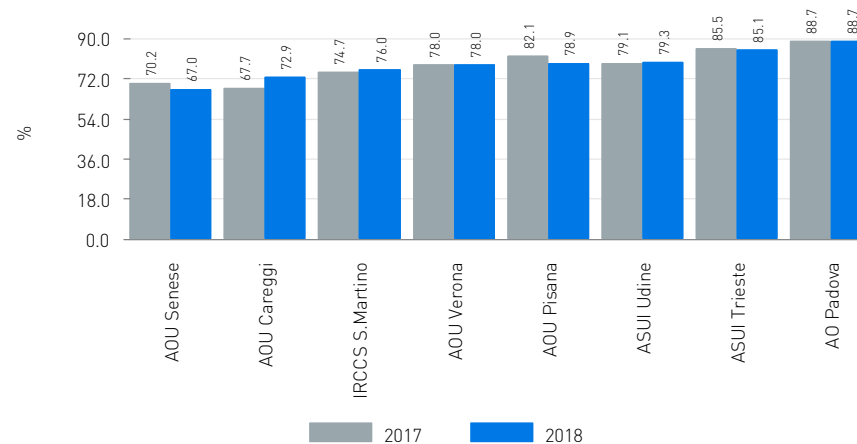
**Numeratore** Numero di donne che effettuano una mammografia tra 6 e 18 mesi dalla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice

---

**Denominatore** Numero di donne con intervento chirurgico per tumore della mammella

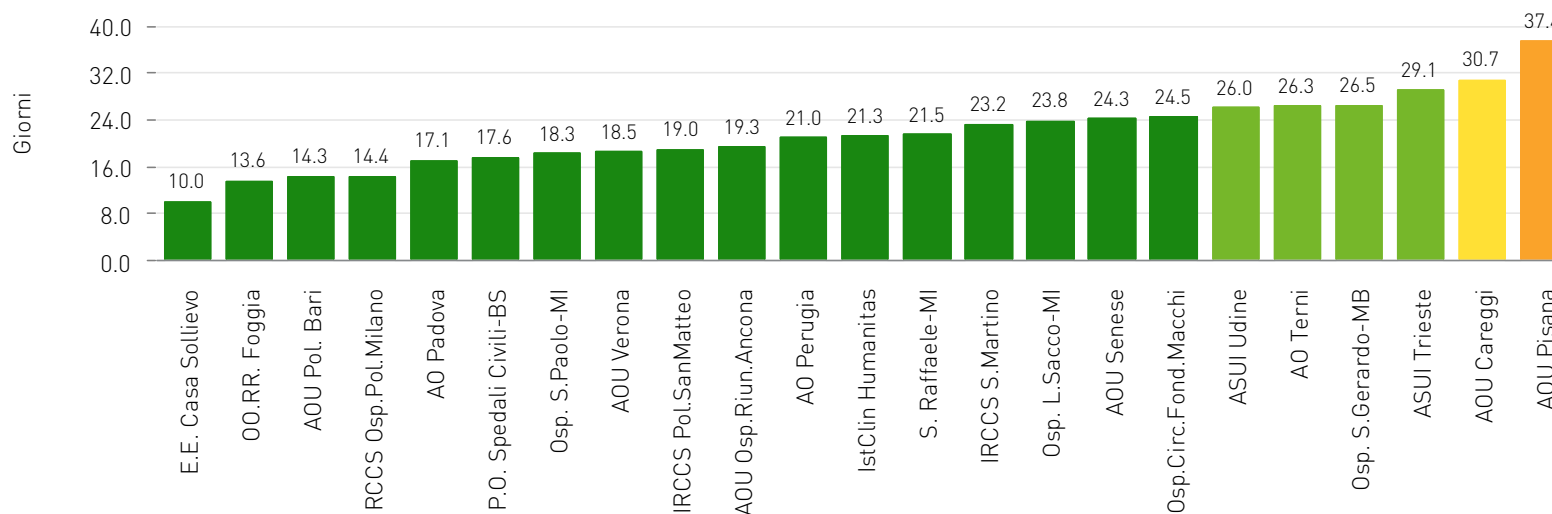
---

**Fonte** Flusso SDO, Flusso SPA, Flusso Anagrafe assistiti, Scheda di morte



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

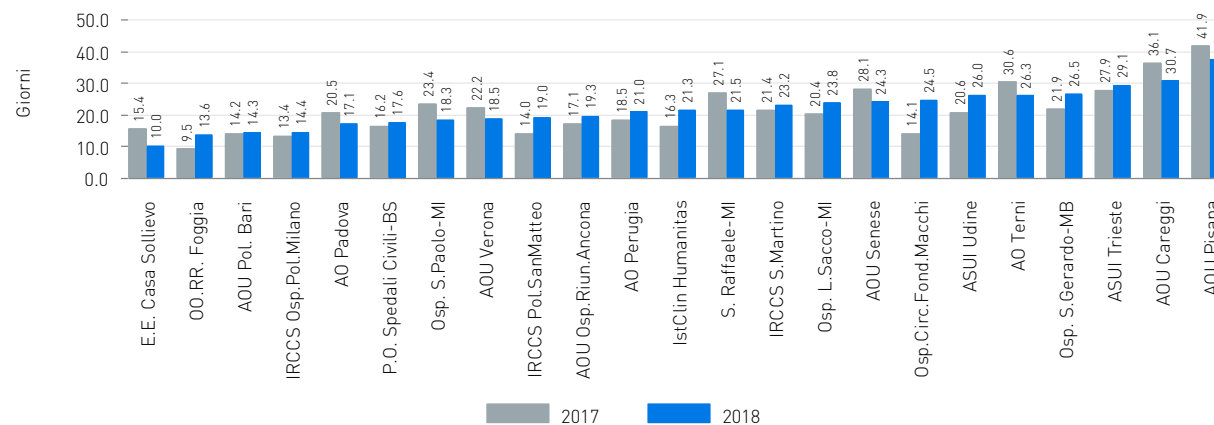
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al colon e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



**Numeratore** N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al colon

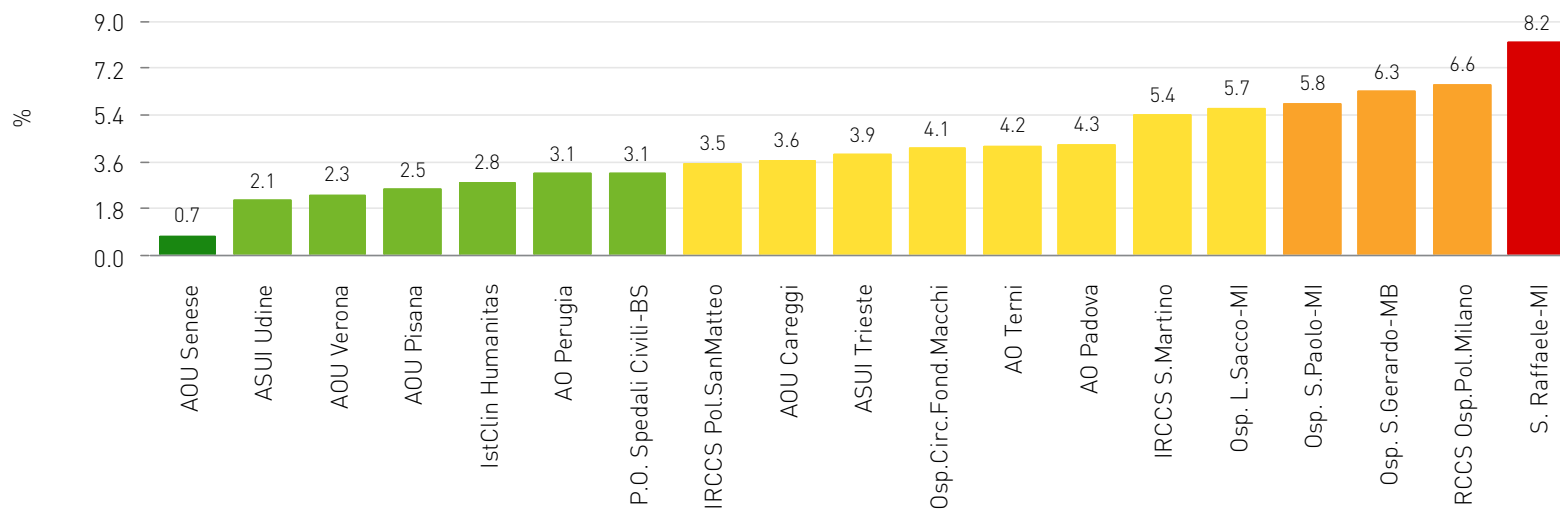
**Denominatore** N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al colon

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

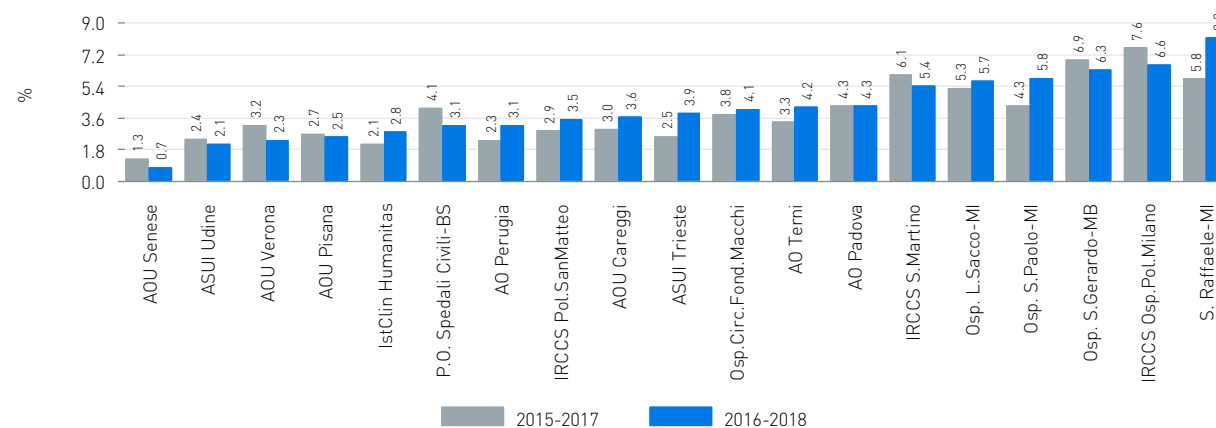
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



**Numeratore** Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon nei tre anni (ricovero indice)

**Denominatore** Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti ad intervento nei tre anni (ricovero indice)

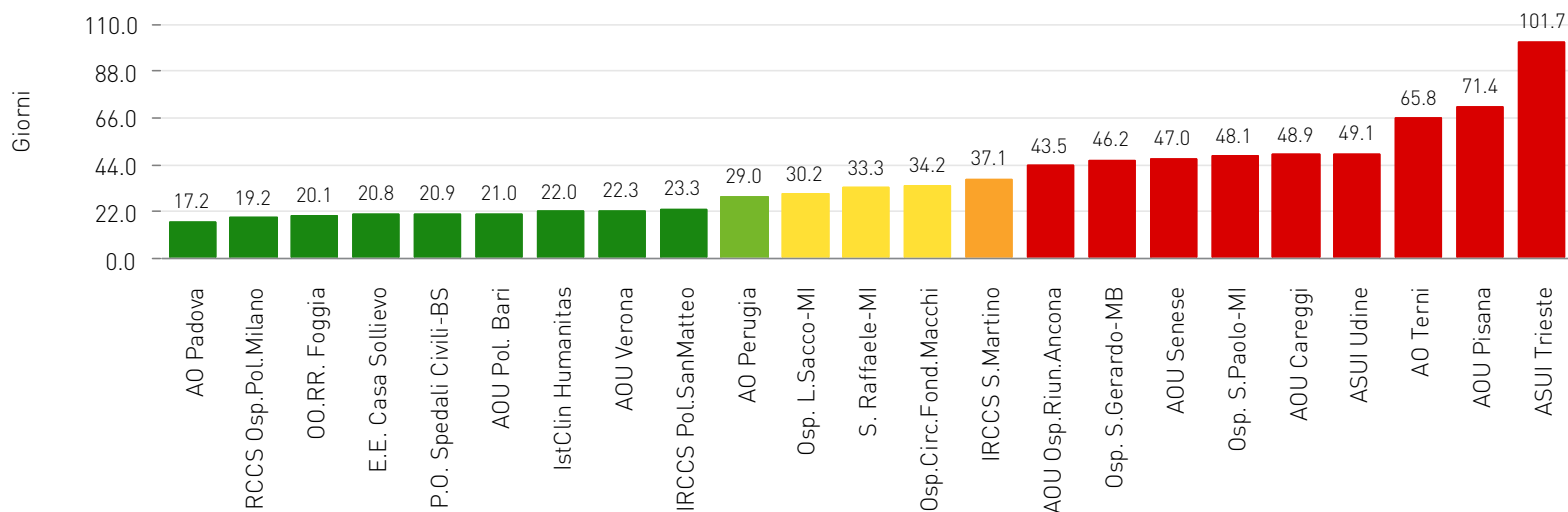
**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO





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

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al retto e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



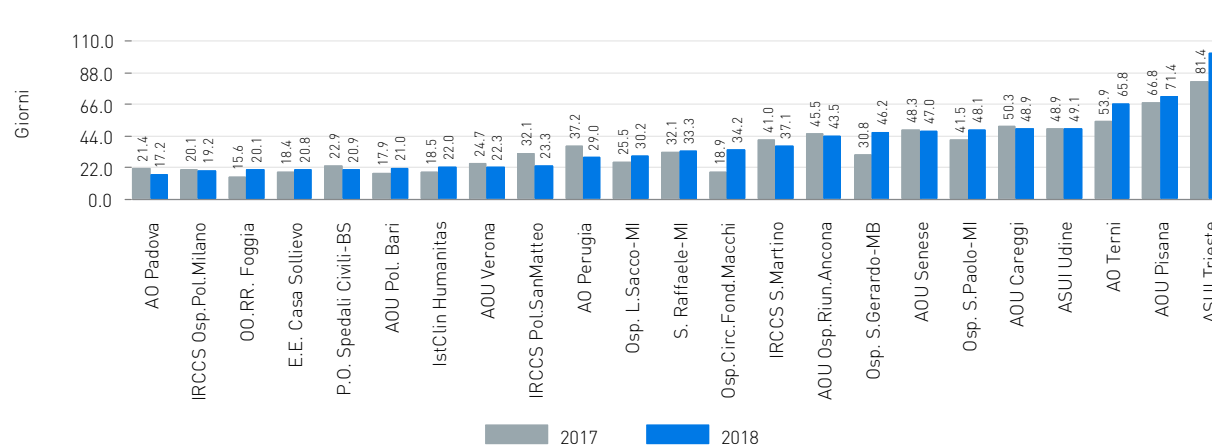
**Numeratore** N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al retto

---

**Denominatore** N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al retto

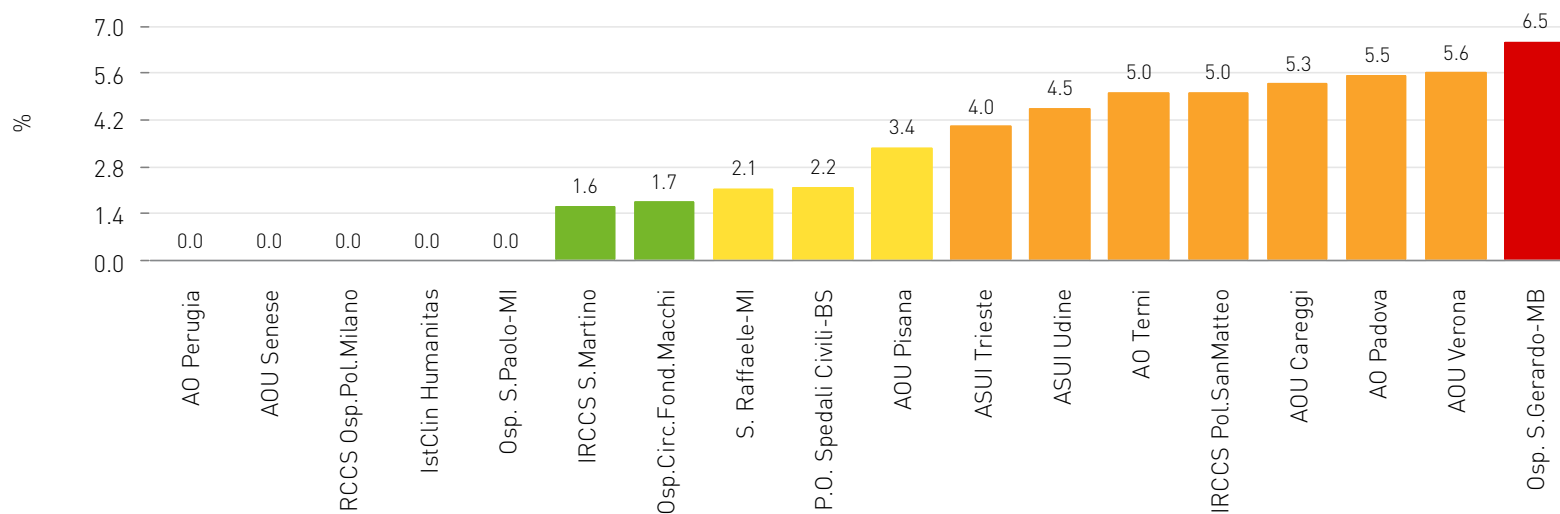
---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

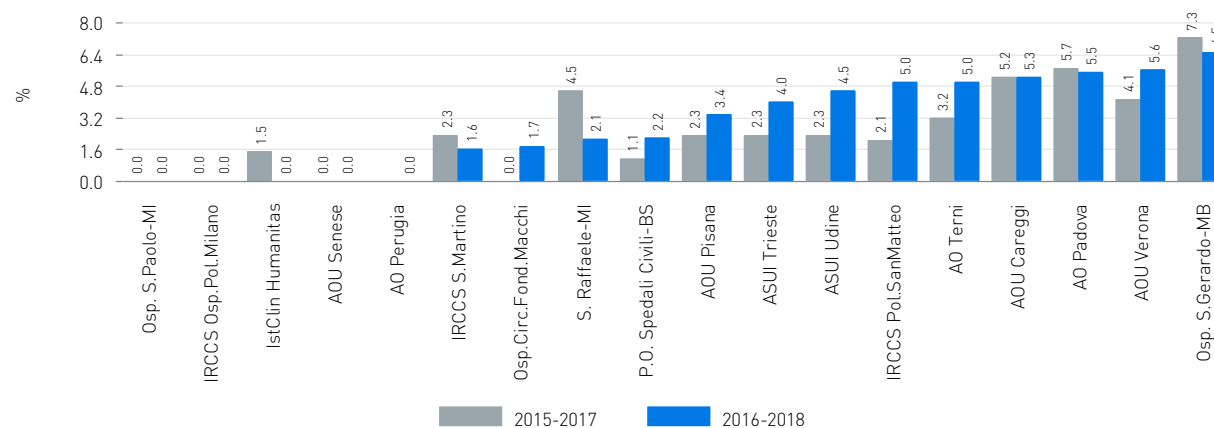
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



**Numeratore** Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dall'intervento al retto nei tre anni (ricovero indice) x100

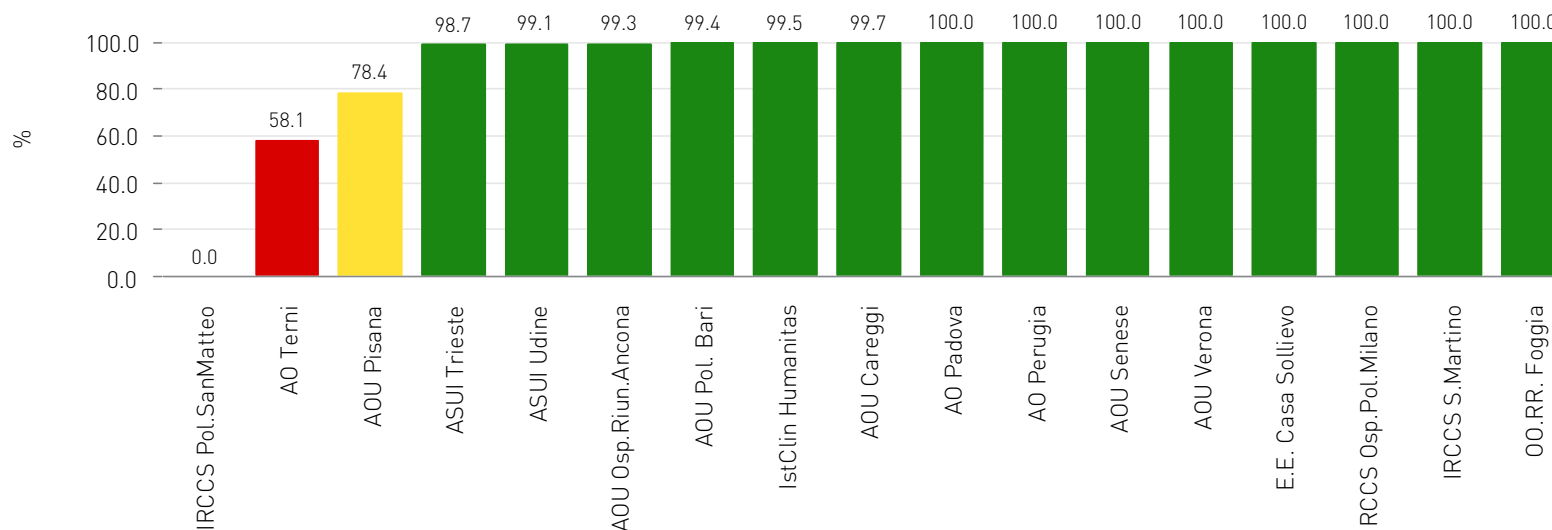
**Denominatore** Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti ad intervento nei tre anni (ricovero indice)

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

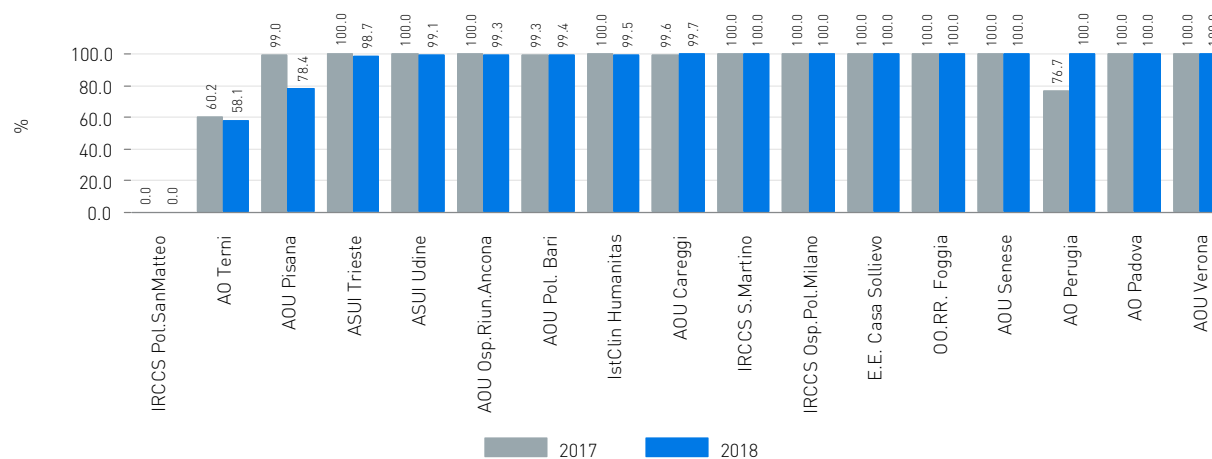
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di interventi per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi per tumore alla prostata superiore al valore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



**Numeratore** N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia

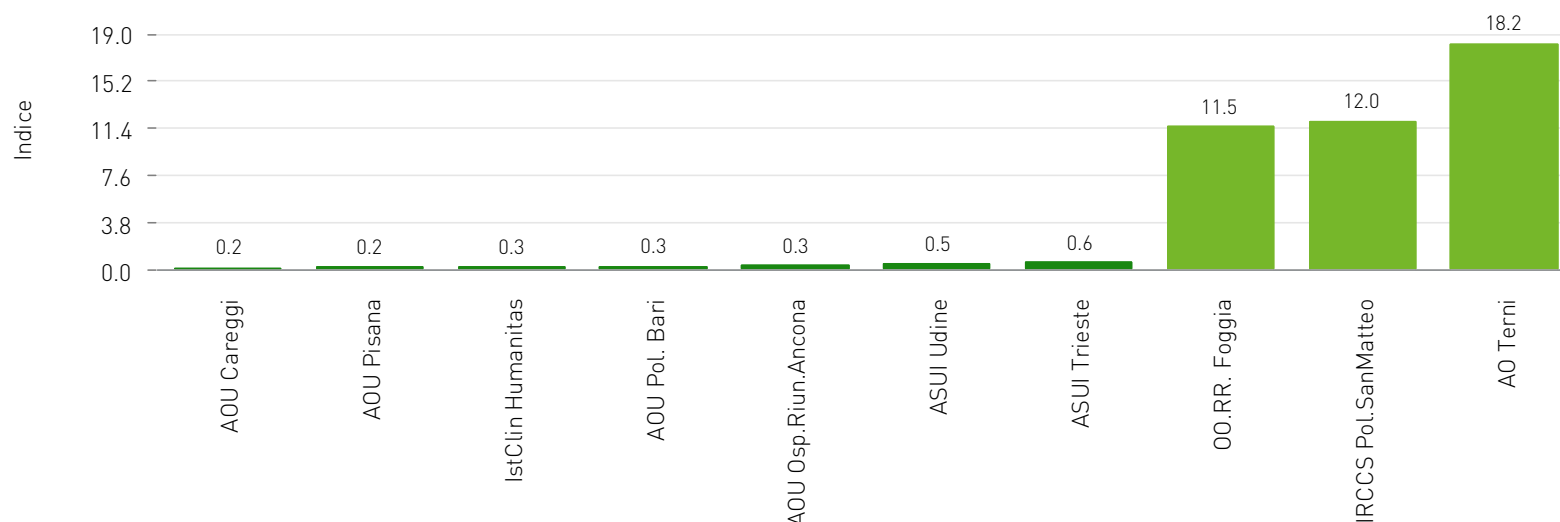
**Denominatore** N. ricoveri erogati totali

**Fonte** Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



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

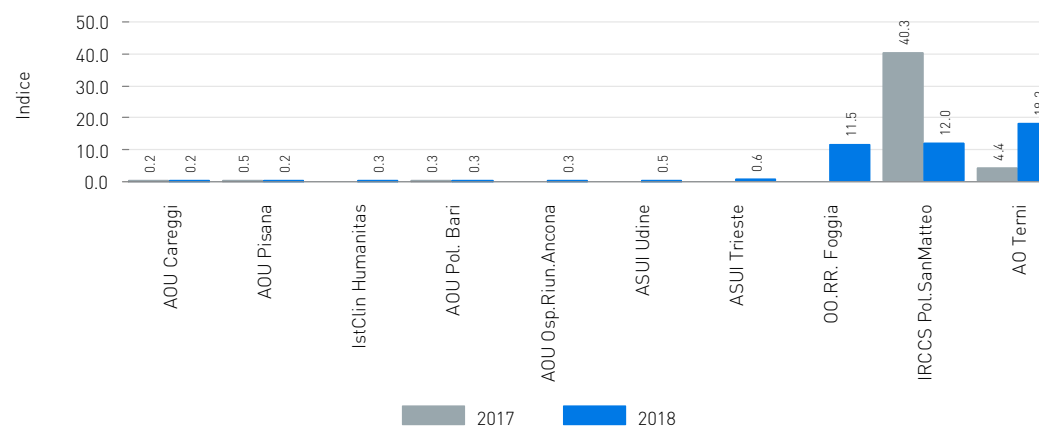
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (50/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze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



**Numeratore** Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione

**Denominatore** Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia

**Fonte** Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO





---

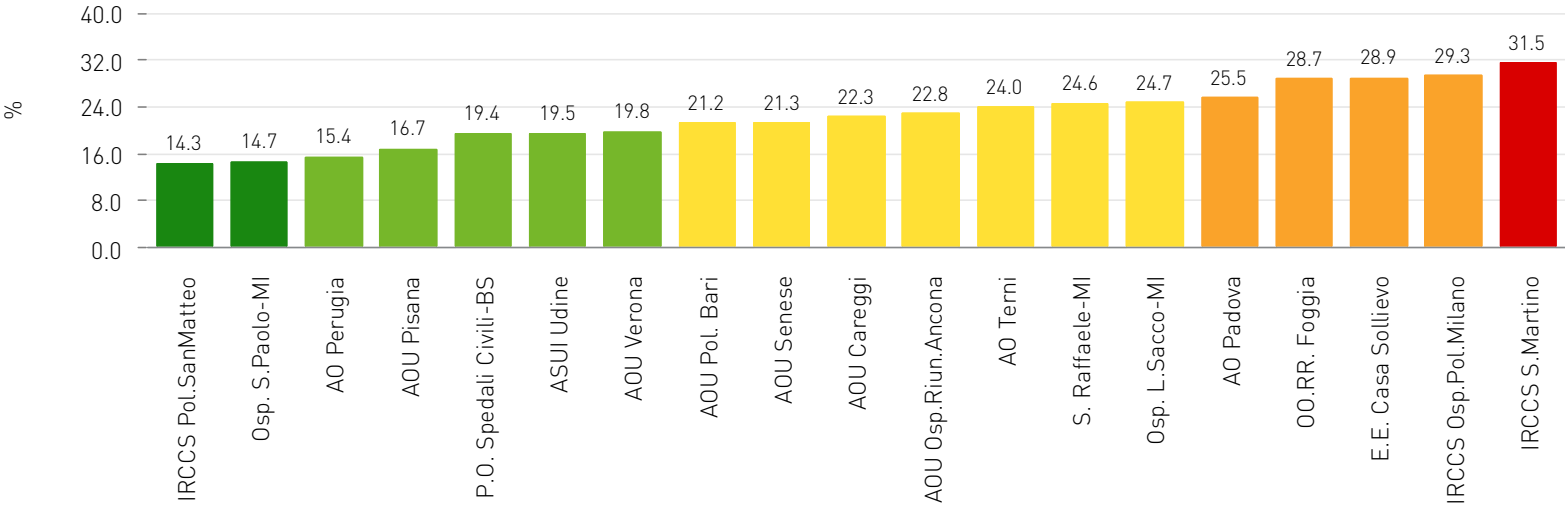
MATERNO-INFANTILE



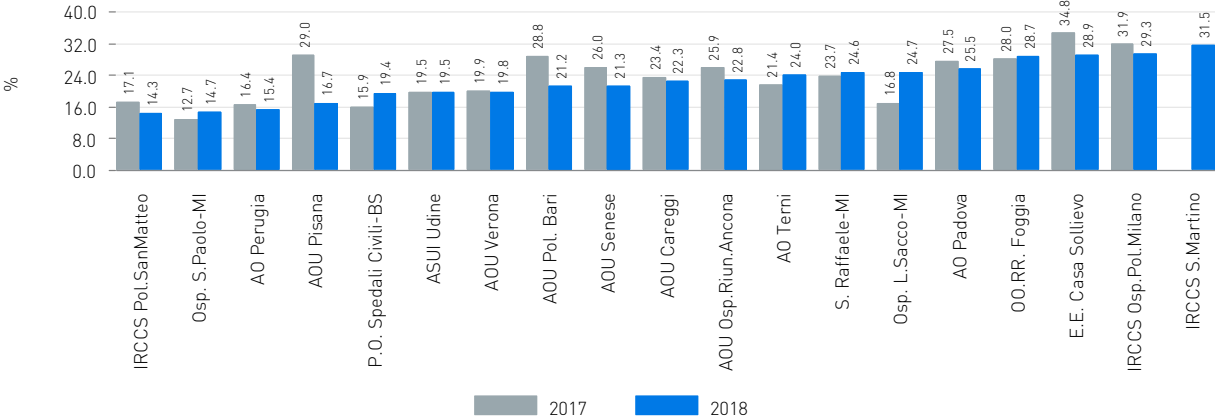


### C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

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



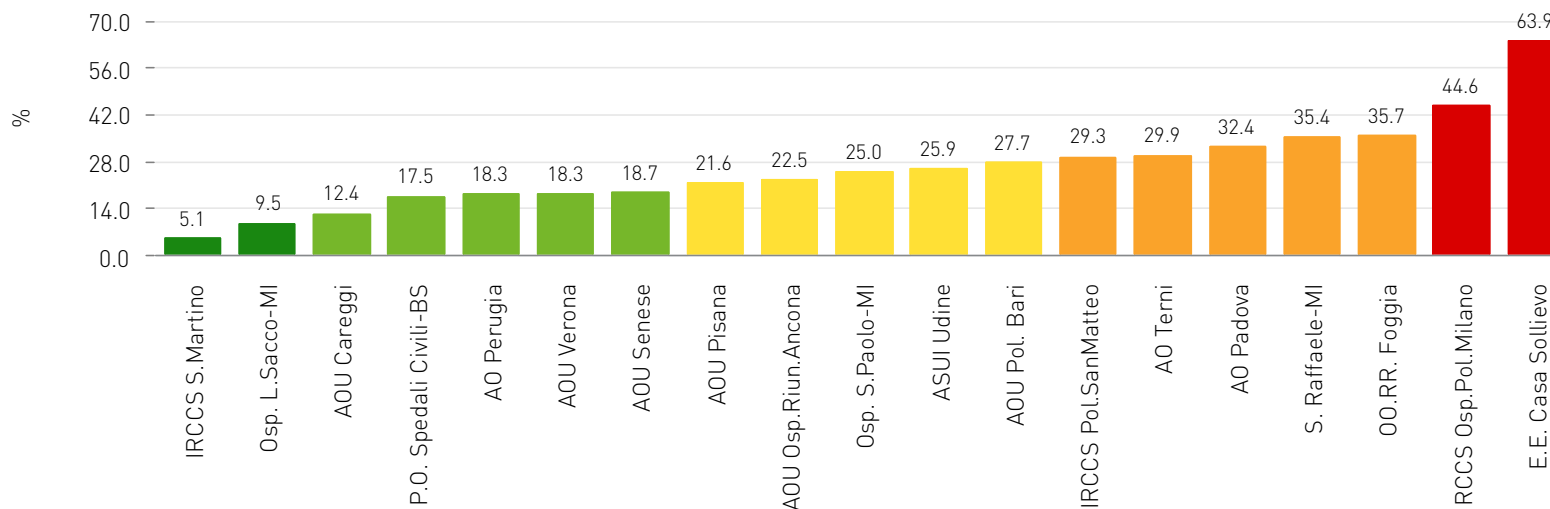
<b>Numeratore</b>	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
<b>Denominatore</b>	Numero di parti depurati (NTSV)
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP





### 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). L'OMS considera buona pratica ostetrica una percentuale di episiotomie inferiore al 20%.



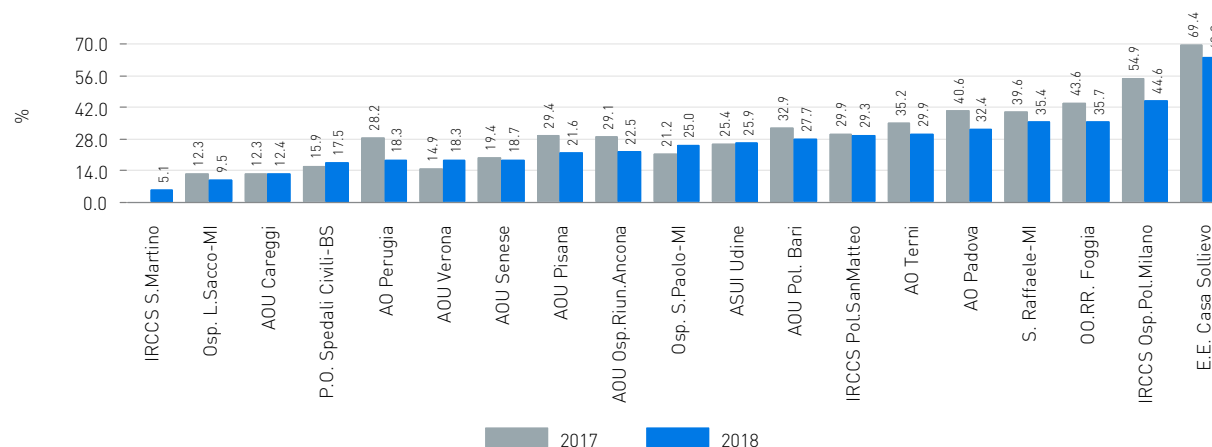
**Numeratore** Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100

---

**Denominatore** Numero di parti vaginali depurati (NTSV)

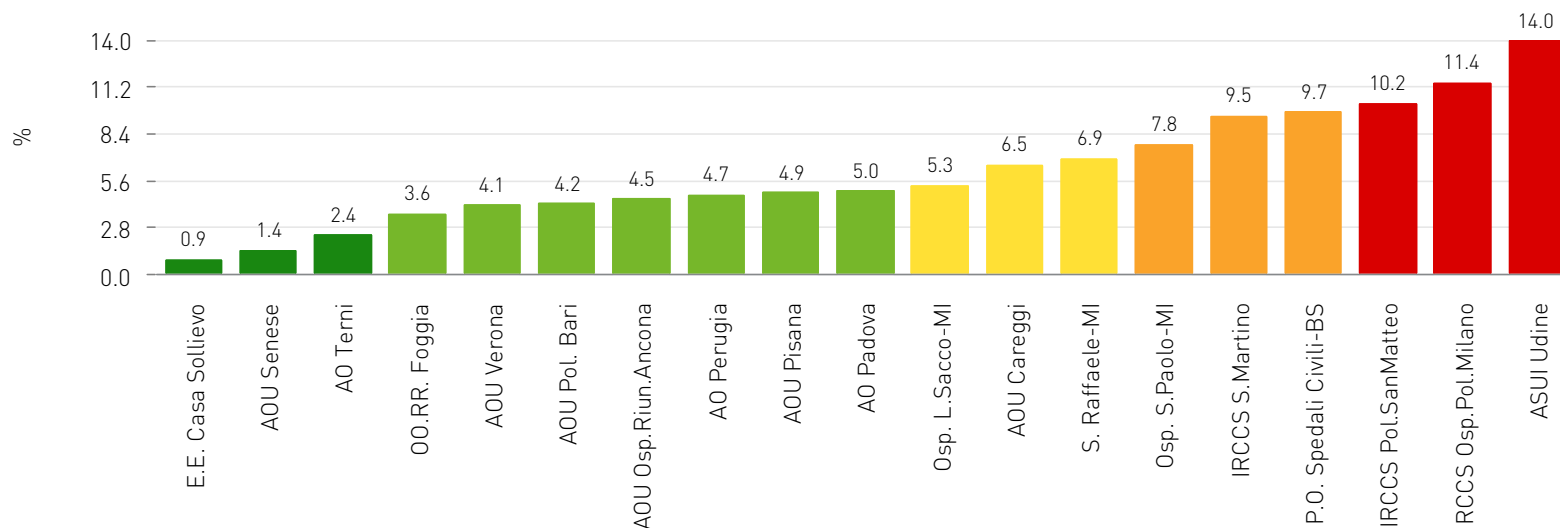
---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP. Regioni: Basilicata, Friuli, Umbria e P.A. Bolzano flussi CEDAP e SDO



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

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



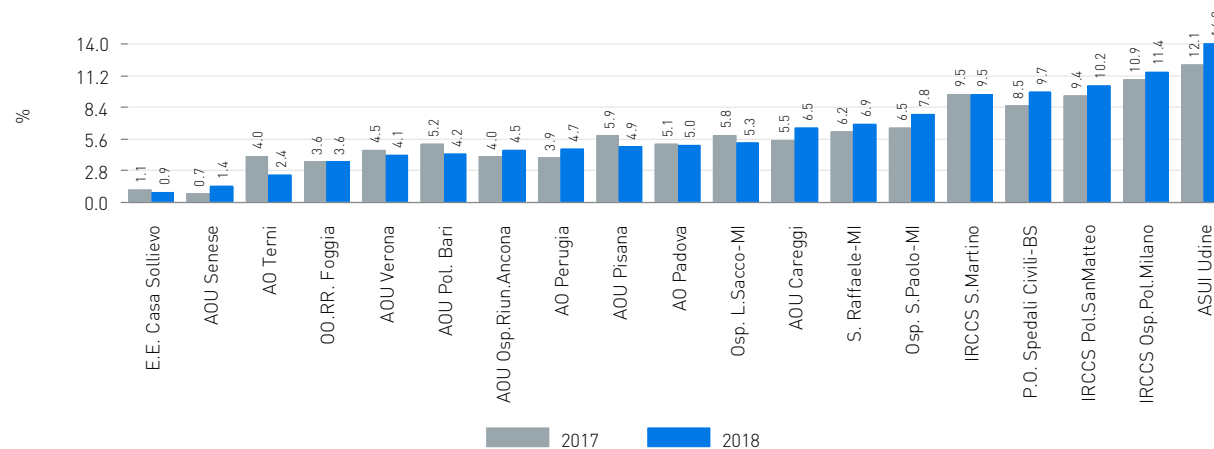
**Numeratore** Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100

---

**Denominatore** Numero di parti vaginali

---

**Fonte** Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP





---

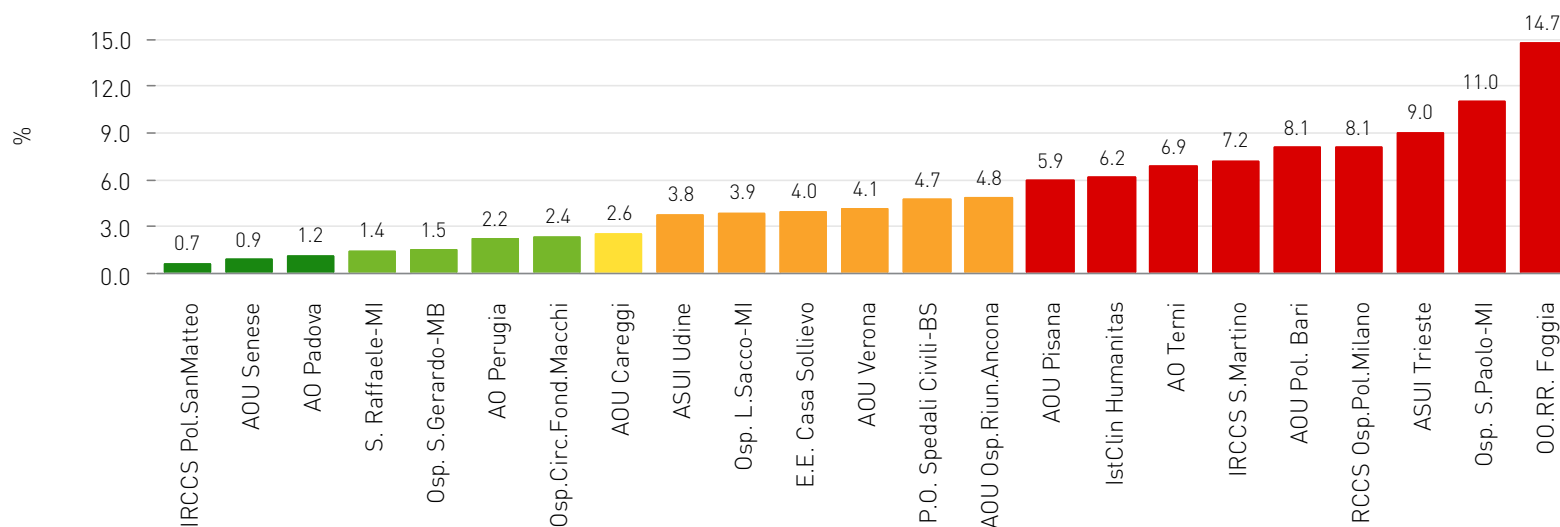
PRONTO SOCCORSO





## D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

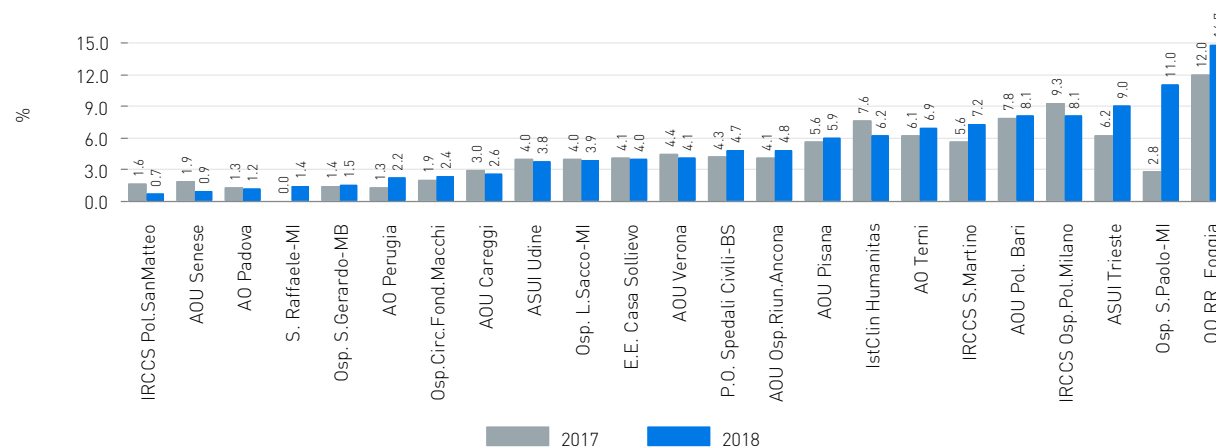
Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, perché un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta,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



**Numeratore** N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100

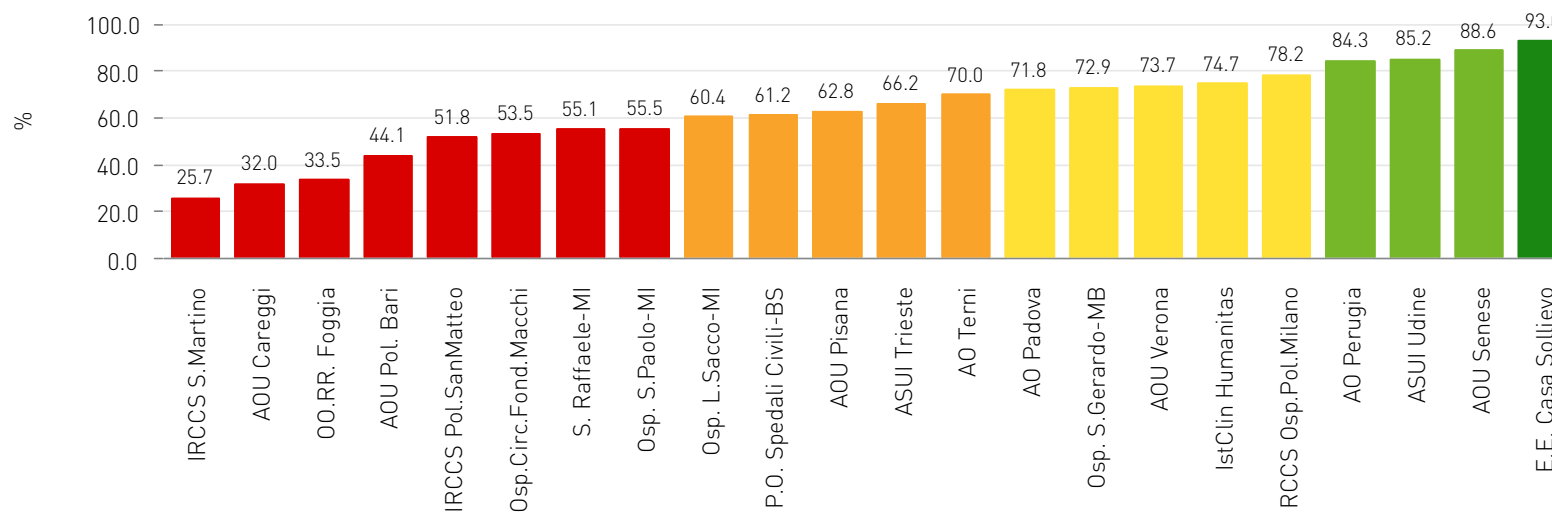
**Denominatore** N. accessi in Pronto Soccorso

**Fonte** Flusso Pronto Soccorso



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

I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso: questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).



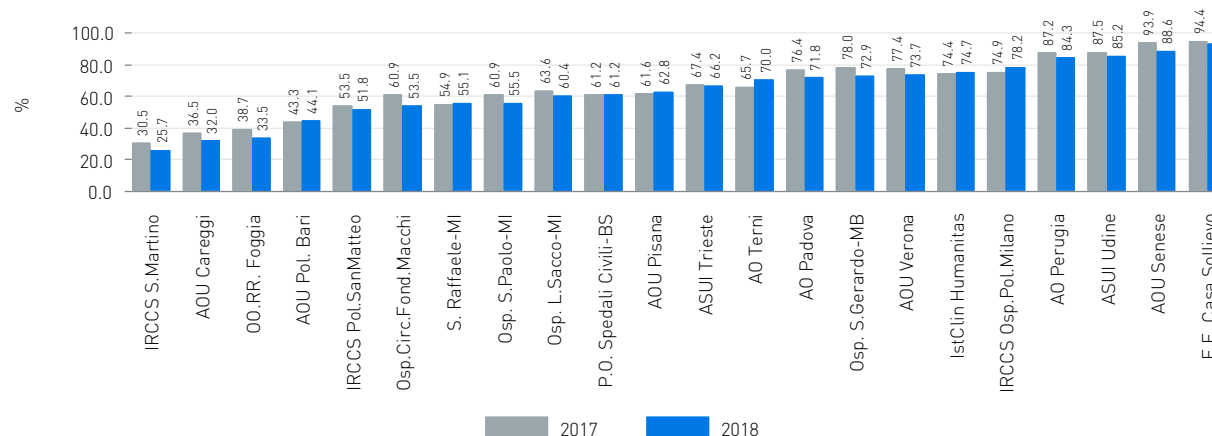
**Numeratore** N° accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100

---

**Denominatore** N° accessi in Pronto Soccorso con codice giallo

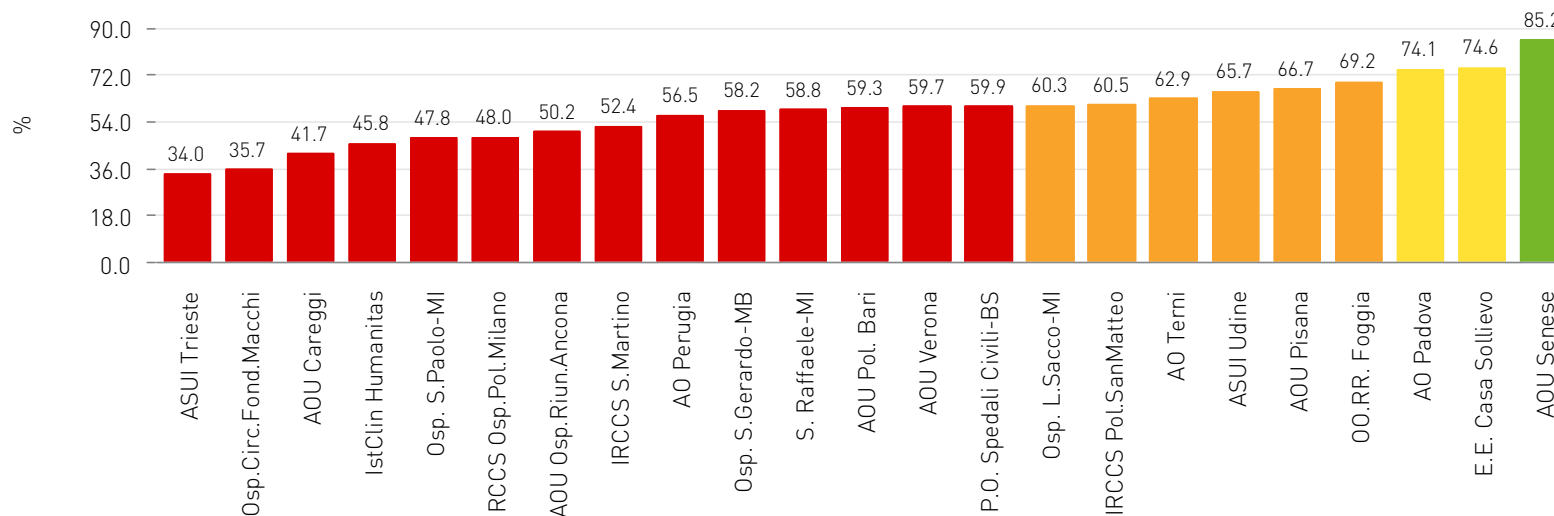
---

**Fonte** Flusso Pronto Soccorso



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

L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro un'ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in altri setting assistenziali, ma che preferiscono rivolgersi al Pronto Soccorso in quanto punto di riferimento disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e da cui è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti. Questa tipologia di pazienti costituisce da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra loro spesso si registrano elevati livelli di insoddisfazione, connessi proprio ai tempi di attesa.



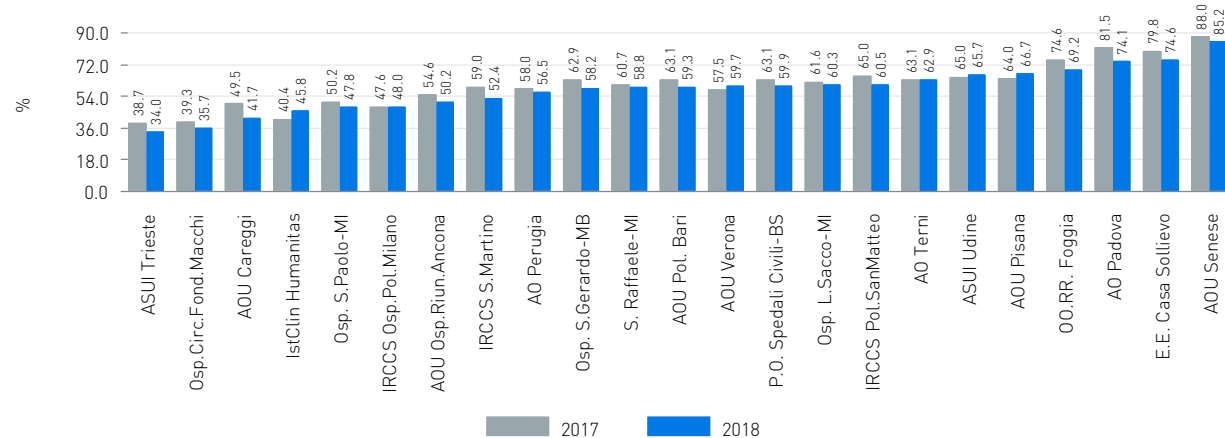
**Numeratore** N° accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora x 100

---

**Denominatore** N° accessi in Pronto Soccorso con codice verde

---

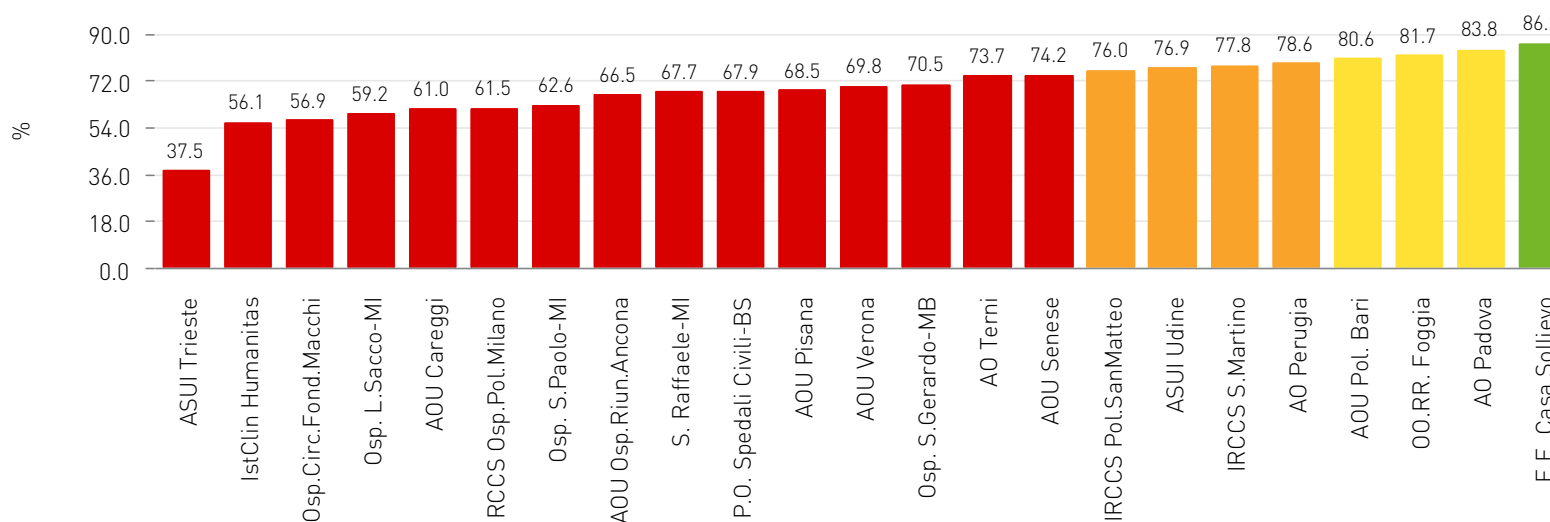
**Fonte** Flusso Pronto Soccorso





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

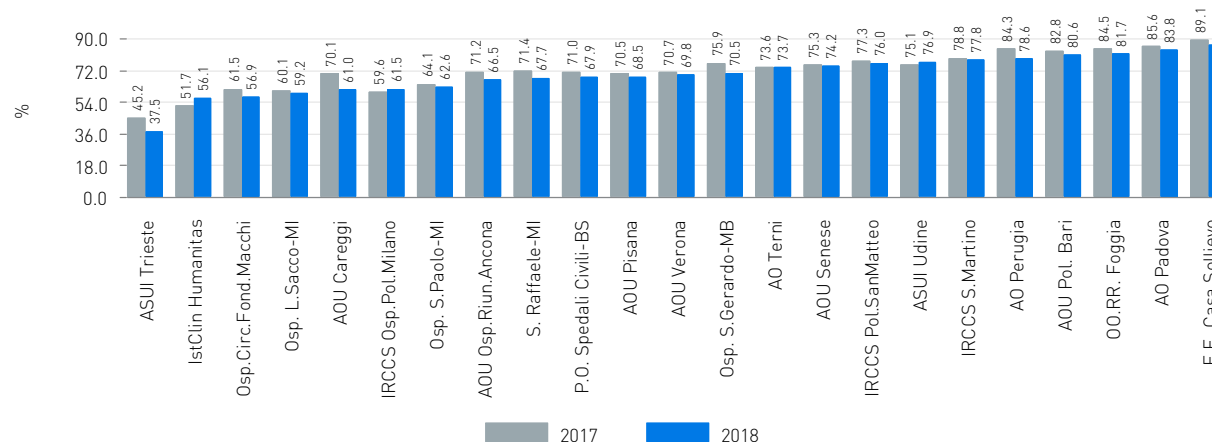
L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento dell'assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in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



**Numeratore**  
N° accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100

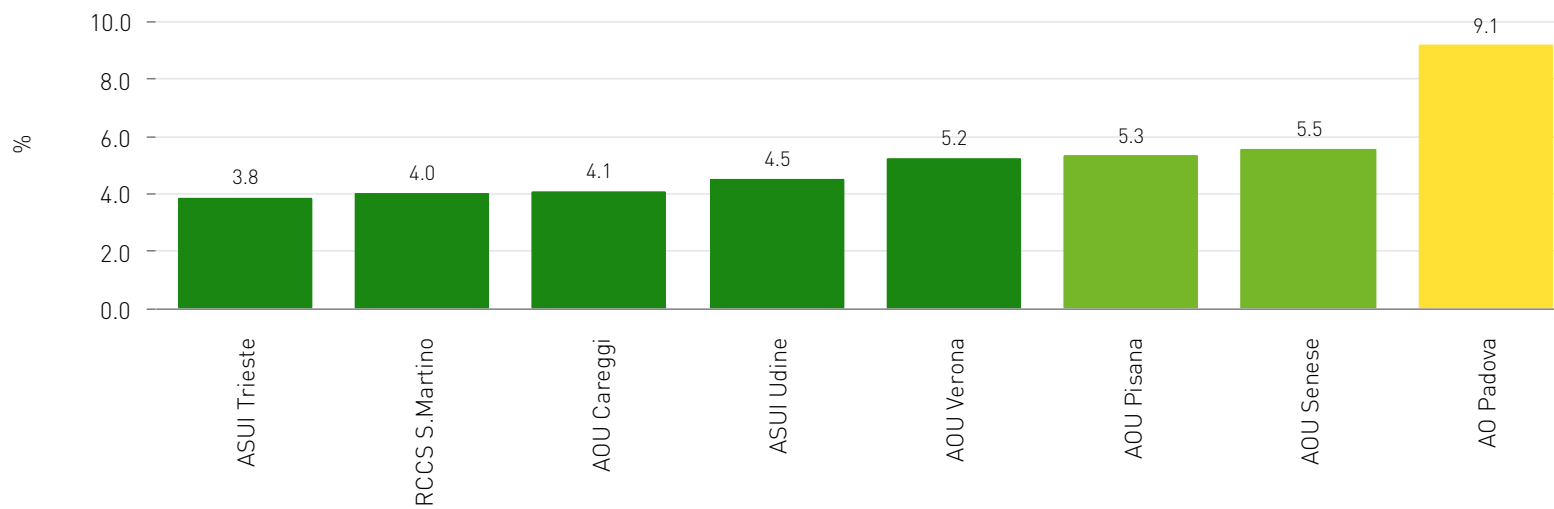
**Denominatore**  
N° accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero

**Fonte** Flusso Pronto Soccorso



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

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS effettuati dai residenti regionali. Un ulteriore sviluppo di questo indicatore prevederà di focalizzare l'analisi degli accessi ripetuti in funzione delle diagnosi dei pazienti che vengono registrate di volta in volta.

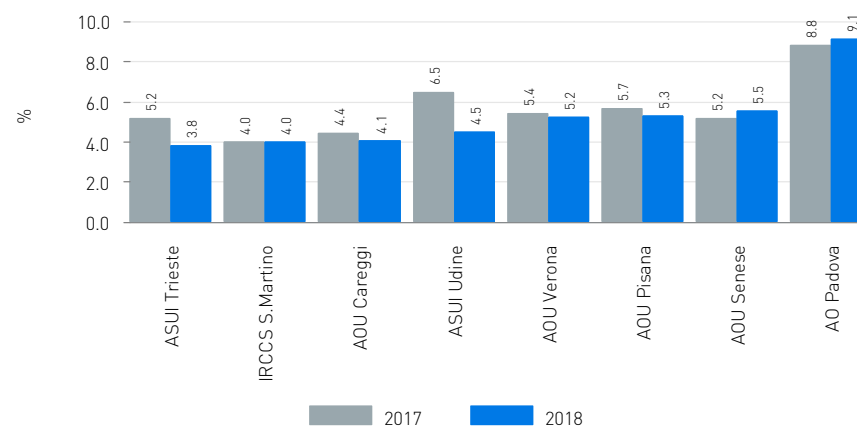


**Numeratore** N. di accessi ripetuti entro 72 ore in qualunque PS per qualsiasi causa

---

**Denominatore** N. di accessi effettuati da pazienti residenti in regione, con un esito compatibile con la possibilità di effettuare un accesso ripetuto

**Fonte** RFC - Flusso del Pronto Soccorso





---

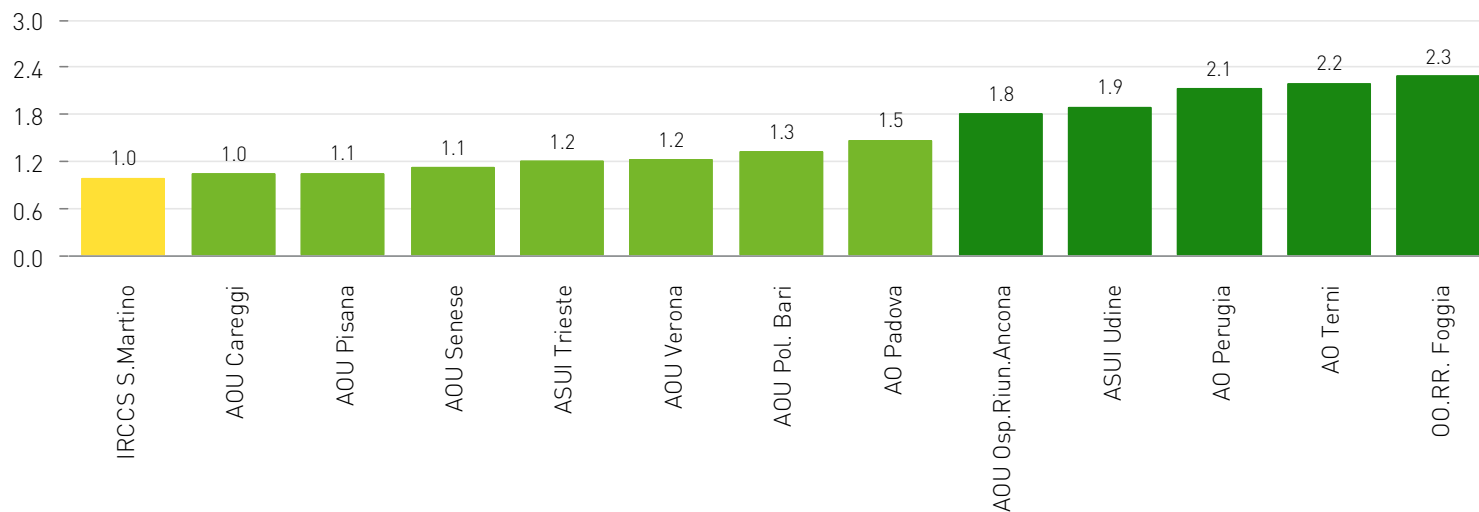
# EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO





### F3.1 Indice di disponibilità

L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le attività correnti, ossia cassa, crediti a breve termine e rimanenze di magazzino. La fonte dei dati è il bilancio 2017.

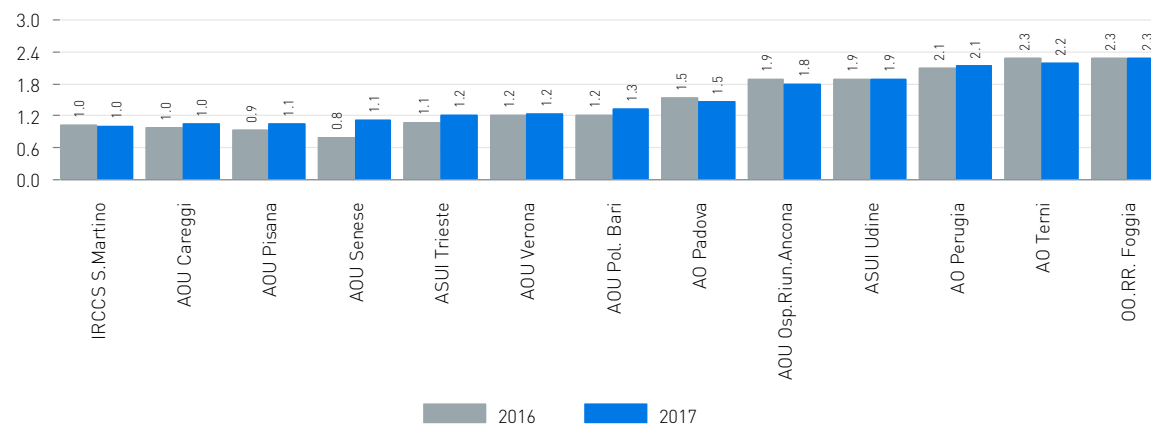


**Numeratore** Attivo Circolante

---

**Denominatore** Passivo Corrente

**Fonte** Flusso SP 2017





---

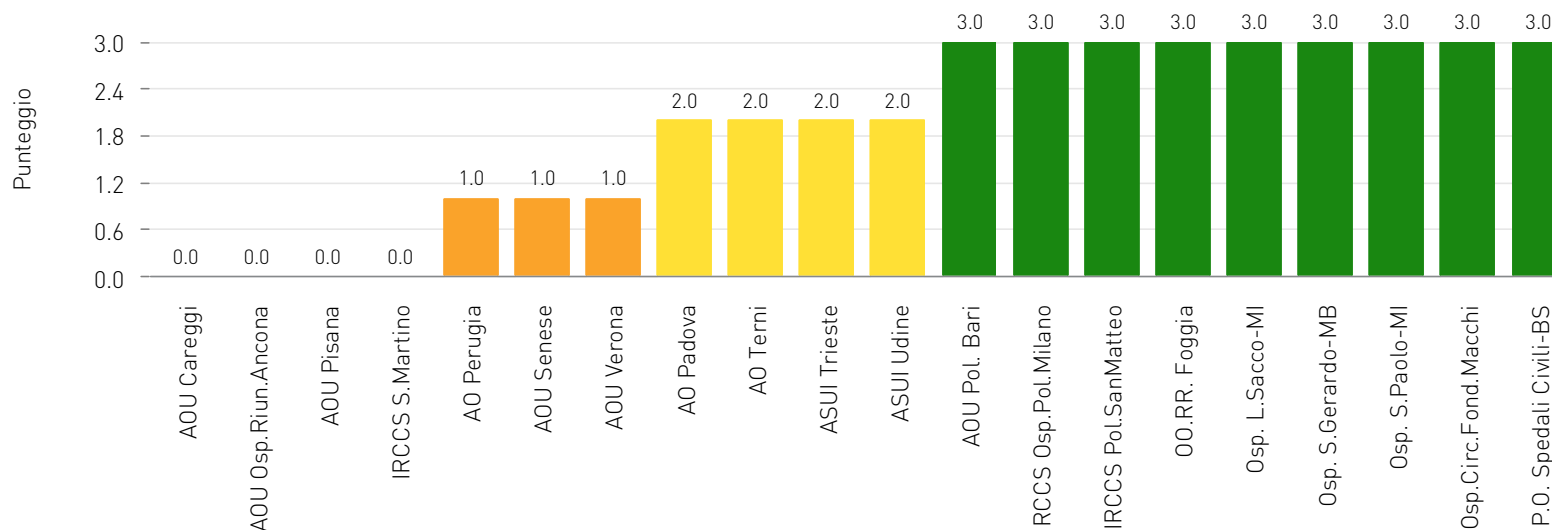
# UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE



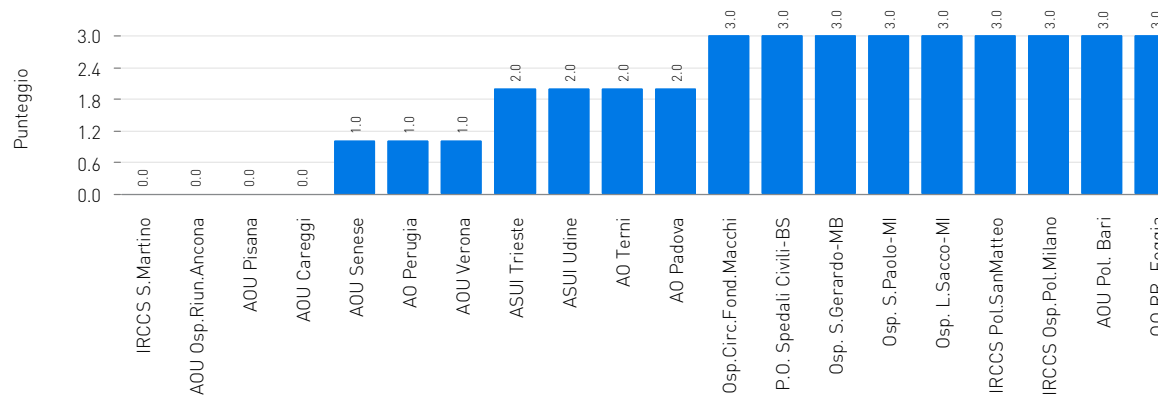


### B31.1.1A Digitalizzazione servizi di prenotazione delle visite specialistiche

L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione delle visite specialistiche mediante canali digitali. Verifica se l'Azienda offre il servizio di prenotazione online tramite il sito web e/o l'applicazione (APP) mobile (per smartphone). Intende misurare quanto ampia sia l'offerta delle Aziende in termini di canali di accesso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie. Sono esclusi gli strumenti "salta-fila", che permettono di ritirare il ticket per l'accesso diretto ad una prestazione sanitaria come le analisi di laboratorio.



**Numeratore** |  
**Denominatore** |

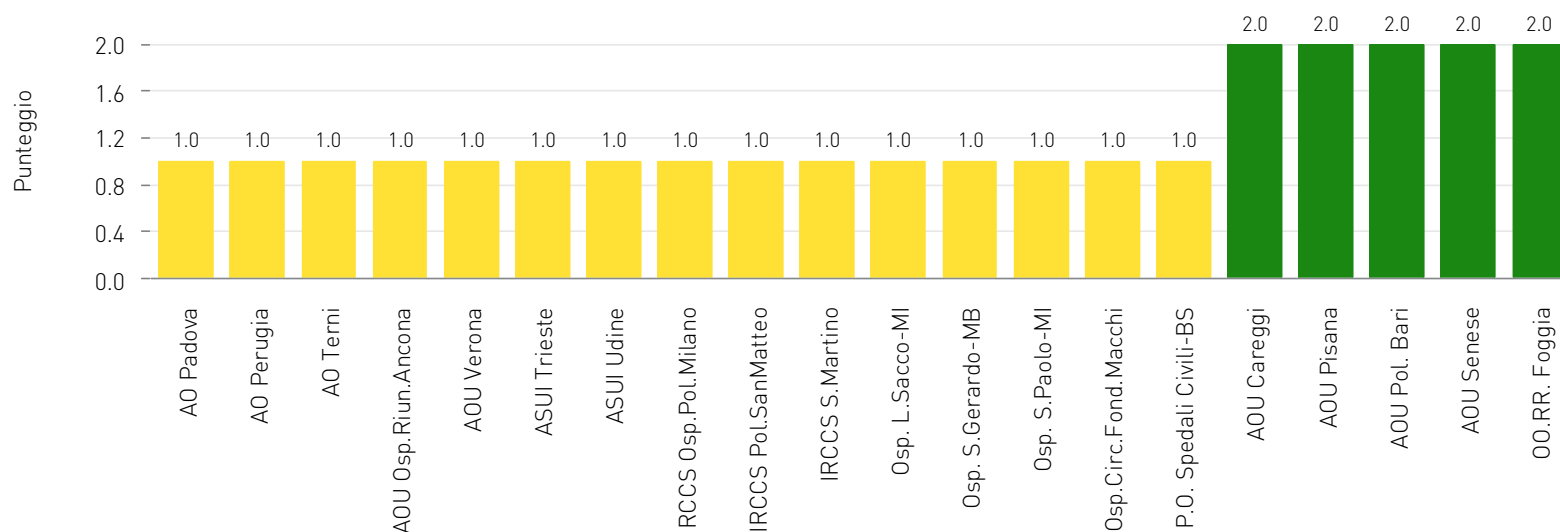


■ 2018

**Fonte** | Sito aziendale, Store digitali online – analisi MeS

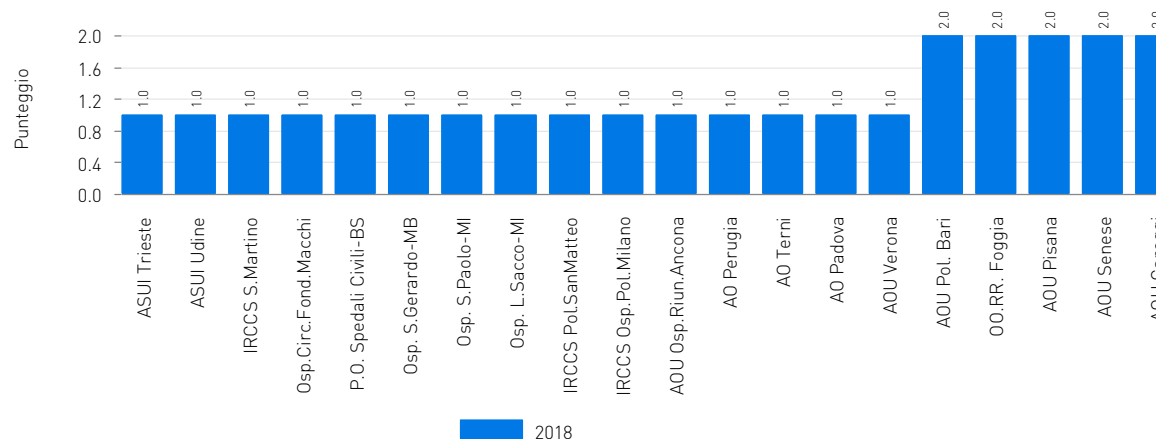
### B31.1.2A Digitalizzazione servizi di pagamento delle visite specialistiche

L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di pagamento del ticket delle visite specialistiche mediante canali digitali. In particolare, verifica se l'azienda offre il servizio di prenotazione online tramite il sito web e/o l'applicazione (APP) mobile (per smartphone). Intende misurare quanto ampia sia l'offerta delle aziende in termini di canali di accesso al pagamento delle prestazioni sanitarie specialistiche.



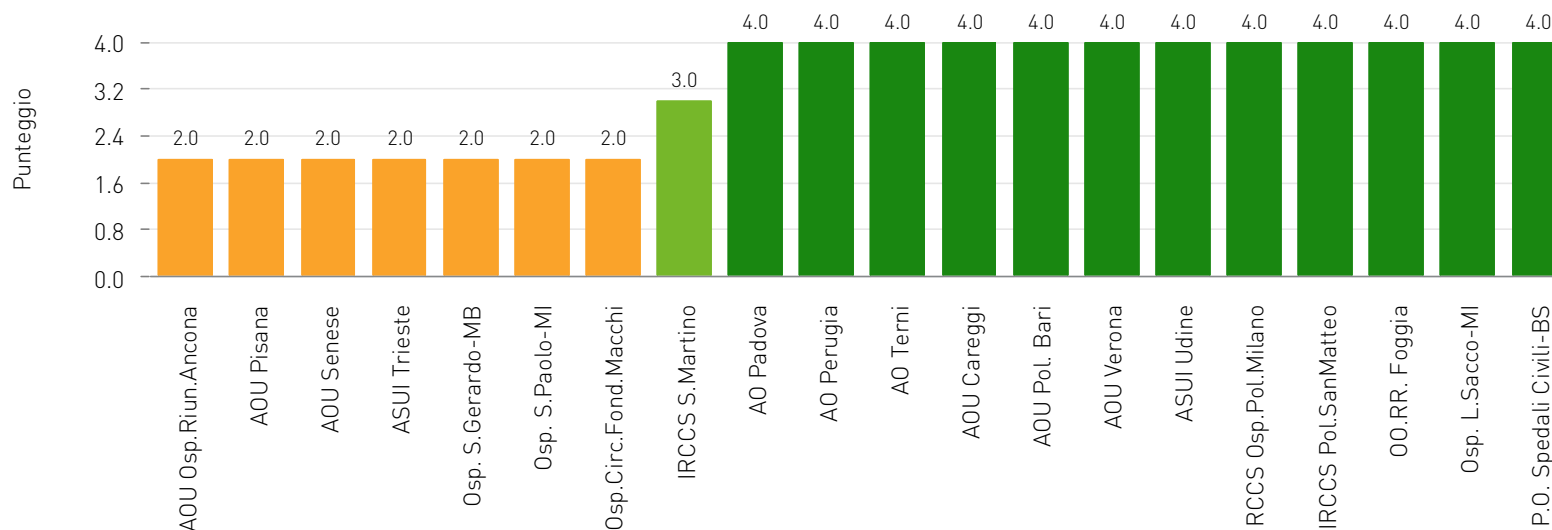
**Numeratore** |  
**Denominatore** |

**Fonte** | Sito aziendale, Store digitali online - analisi MeS



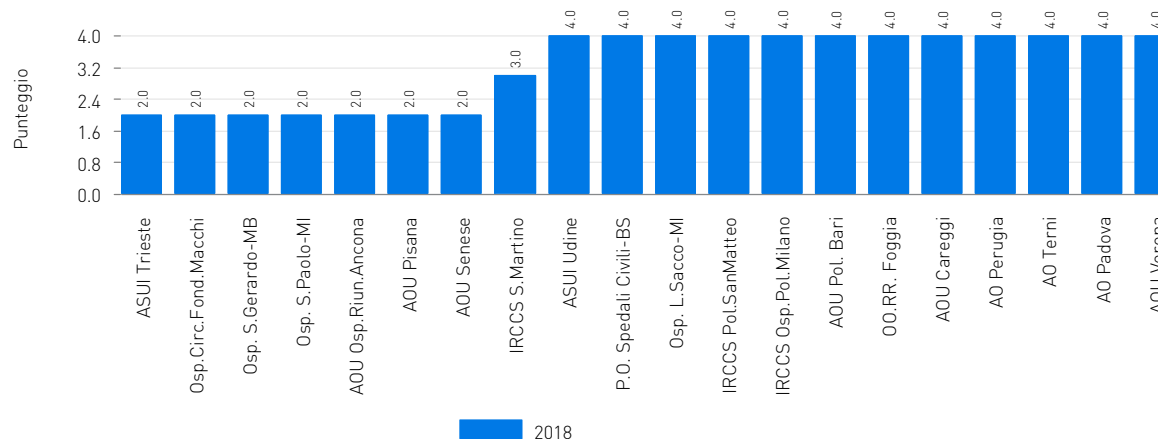
### B31.2.1 Responsive Web Design (RWD)

L'indicatore misura la capacità del sito web di adattarsi graficamente in modo automatico al dispositivo con cui è visualizzato. È composto da misure che indicano se il design del sito è responsivo/adattivo per la visualizzazione corretta dei contenuti del sito web da: 1) schermi di diverse dimensioni; 2) diversi dispositivi mobili (smartphone/tablet). Intende misurare quanto i contenuti dei siti web dalle aziende siano accessibili da diversi dispositivi senza problemi di visualizzazione, anche in versione mobile.



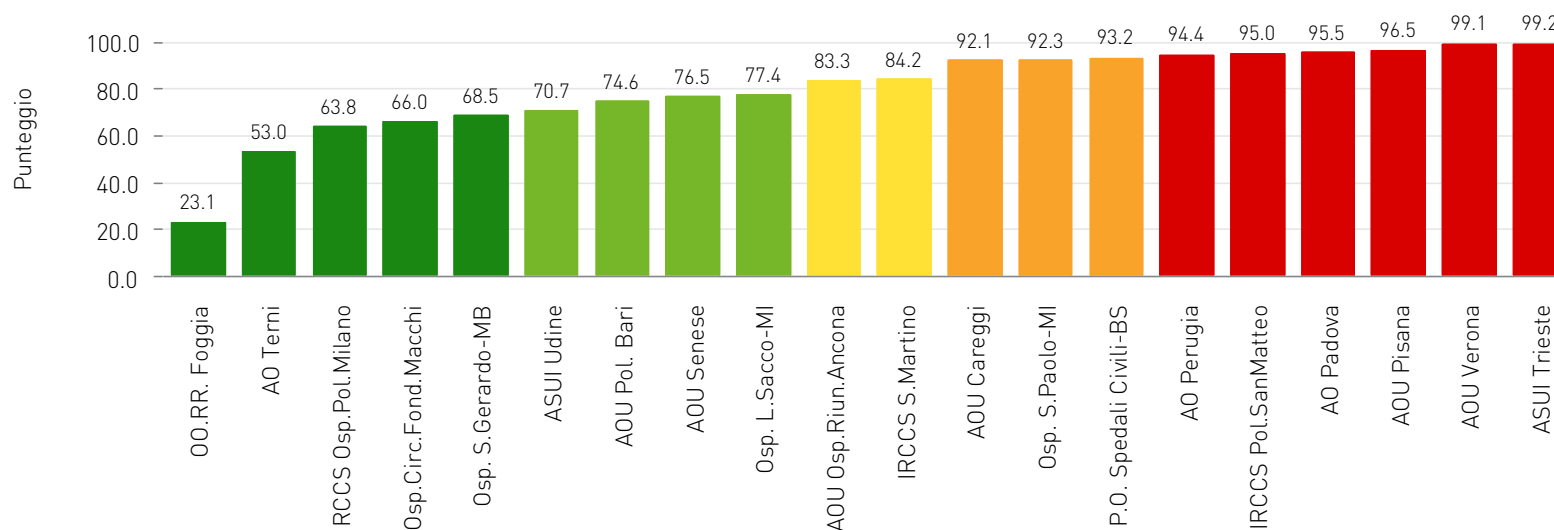
**Numeratore** |  
**Denominatore** |

**Fonte** | Sito aziendale - Analisi MeS



### B31.2.2.1A Leggibilità GLOBALE della pagina di spiegazione su come prenotare

L'indicatore di leggibilità READ-IT GLOBALE è un modello basato sulla combinazione di tratti di varia natura: - caratteristiche generali del testo del modello READ-IT BASE: la lunghezza della frase, calcolata come numero medio di parole per frase, e la lunghezza delle parole, calcolata come numero medio di caratteri per parola (utilizzate nell'indice Gulpease); - caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT LESSICALE: composizione del vocabolario così come dalla sua ricchezza lessicale; - caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT SINTATTICO: informazione di tipo grammaticale, ovvero sulla combinazione di tratti morfo-sintattici e sintattici desunti dai corrispondenti livelli di analisi linguistica. Per ciascun modello, la misura esprime il livello di difficoltà, ovvero si riferisce alla probabilità di appartenenza del testo analizzato alla classe dei testi di difficile leggibilità: più alta è la misura espressa dall'indicatore, più il testo è difficile.

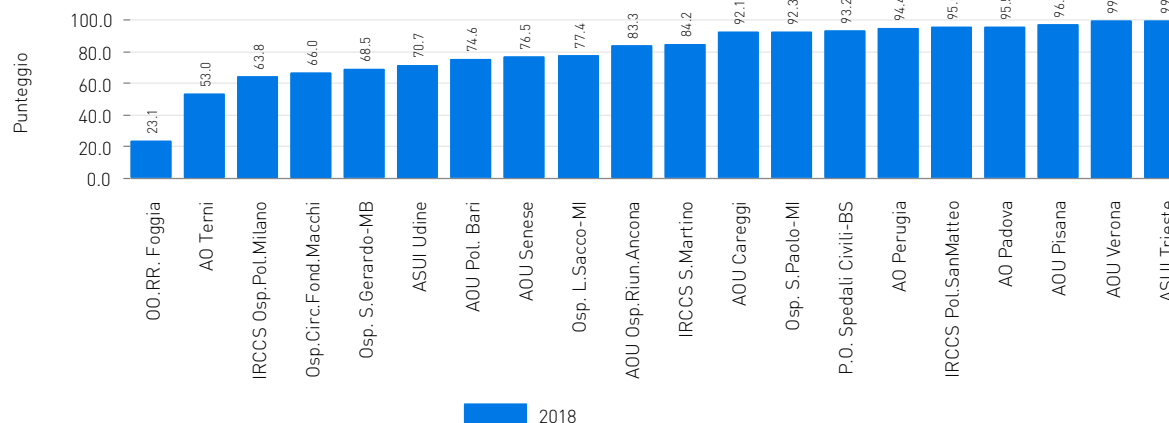


**Numeratore** |

**Denominatore** |

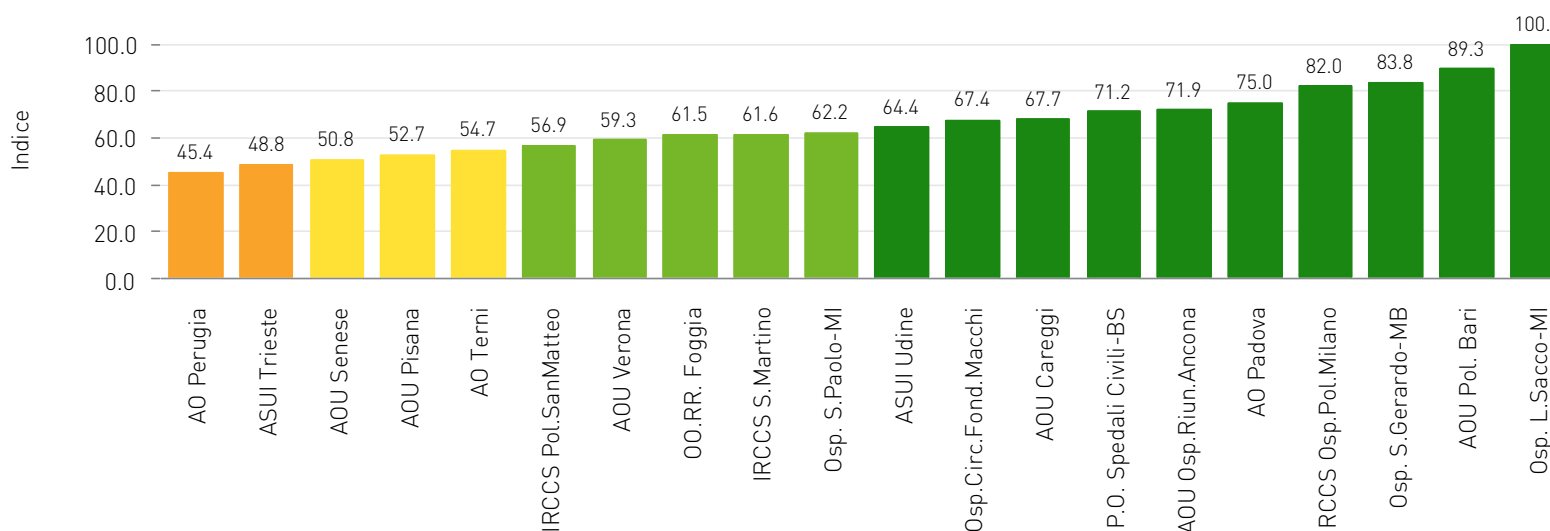
**Fonte**

Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale - Software READ-IT dell'ILC-CNR

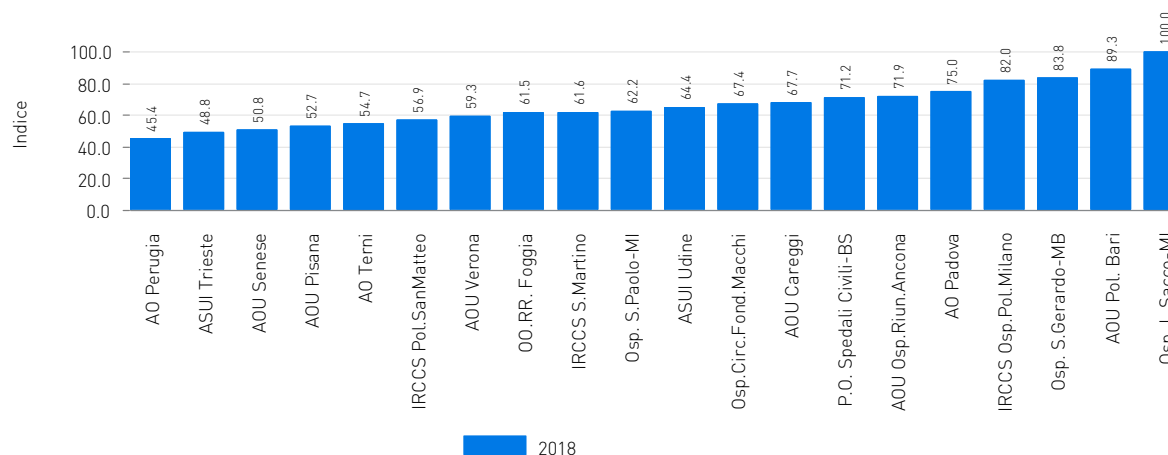


### B31.2.2.1.1 Indice Gulpese della pagina di spiegazione su come prenotare

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

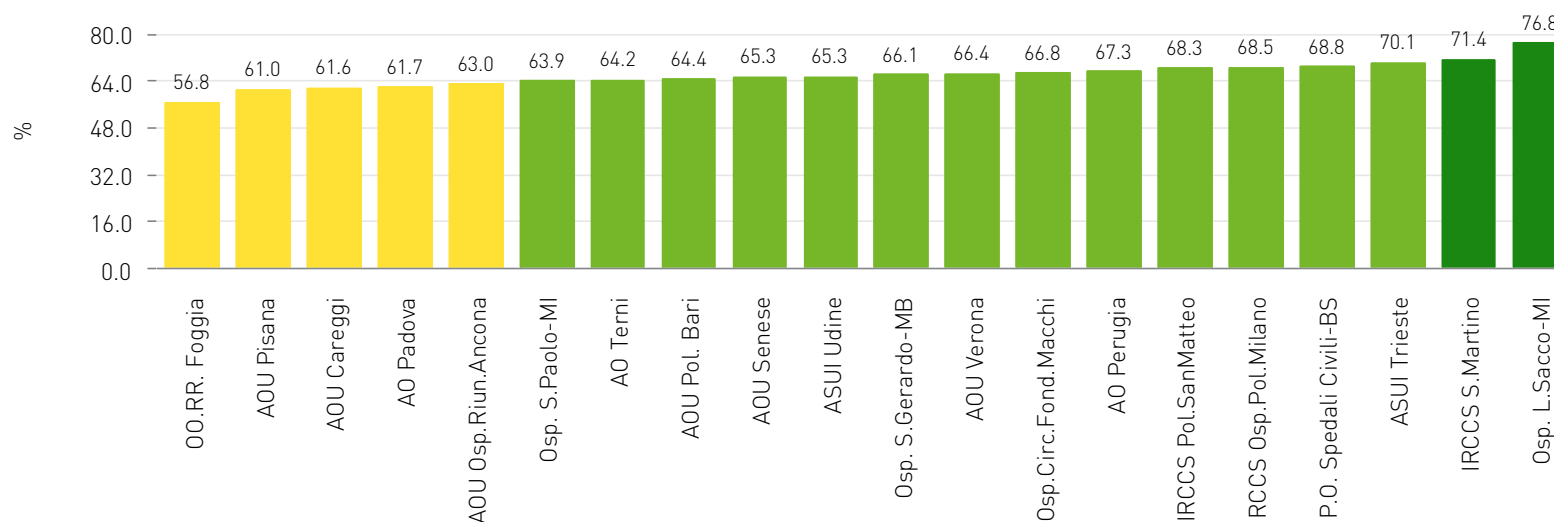


<b>Numeratore</b>	$89 + (300 * (N. \text{frasi}) - 10 * (N. \text{lettere}))$
<b>Denominatore</b>	N. Parole
<b>Fonte</b>	Sito web aziendale (Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale) - Software READ-IT dell'ILC-CNR



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

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



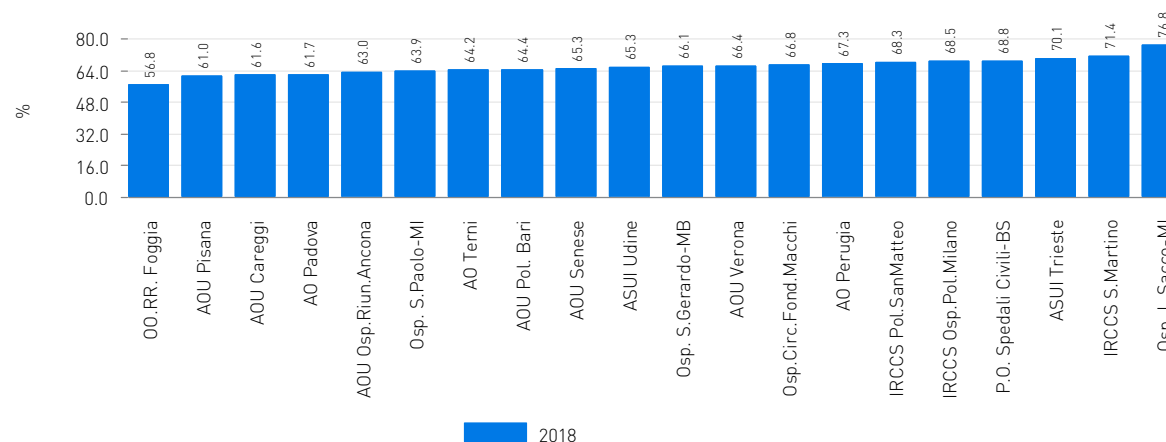
**Numeratore** N. Parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale

---

**Denominatore** N. Parole

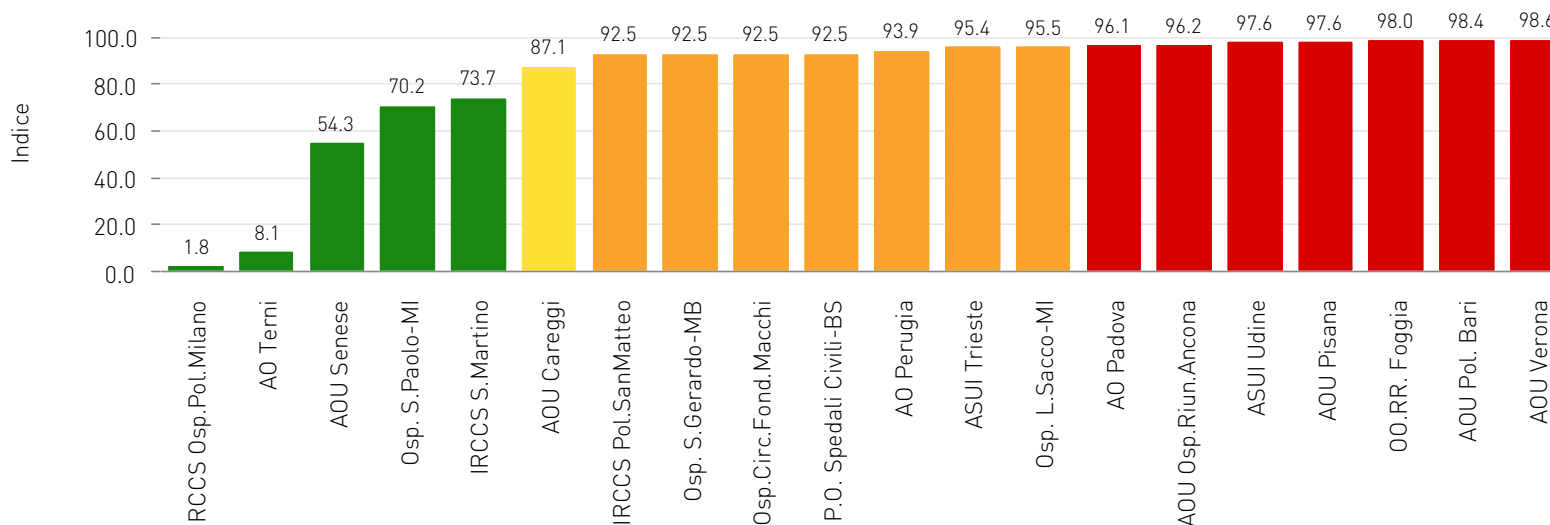
---

**Fonte** Sito web Aziendale - Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale. Software READ-IT dell'ILC-CNR



### B31.2.2.3 Leggibilità GLOBALE della pagina sui tempi d'attesa

L'indicatore di leggibilità READ-IT GLOBALE è un modello basato sulla combinazione di tratti di varia natura: - caratteristiche generali del testo del modello READ-IT BASE: la lunghezza della frase, calcolata come numero medio di parole per frase, e la lunghezza delle parole, calcolata come numero medio di caratteri per parola (utilizzate nell'indice Gulpease);- caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT LESSICALE: composizione del vocabolario così come dalla sua ricchezza lessicale;- caratteristiche lessicali del testo del modello READ-IT SINTATTICO: informazione di tipo grammaticale, ovvero sulla combinazione di tratti morfo-sintattici e sintattici desunti dai corrispondenti livelli di analisi linguistica. Per ciascun modello, la misura esprime il livello di difficoltà, ovvero si riferisce alla probabilità di appartenenza del testo analizzato alla classe dei testi di difficile leggibilità: più alta è la misura espressa dall'indicatore, più il testo è difficile.



Numeratore

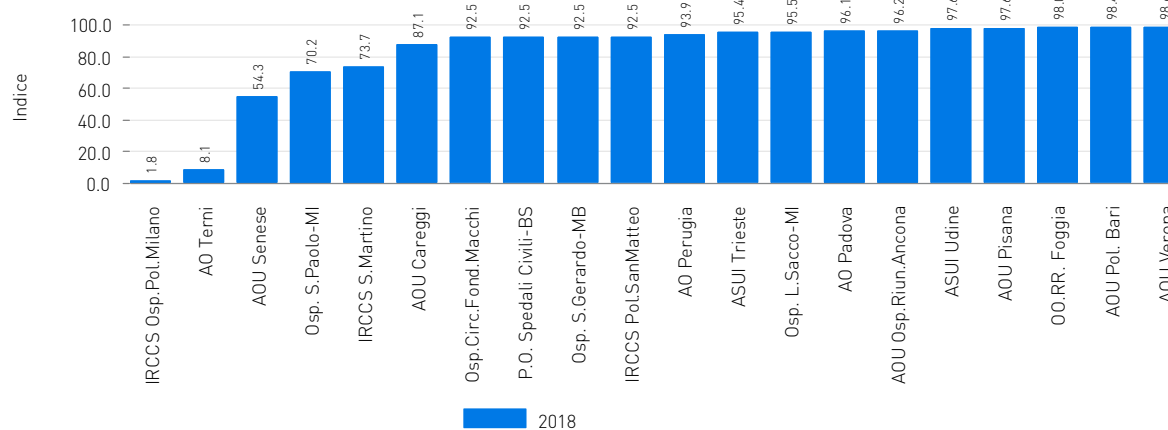
—

Denominatore

—

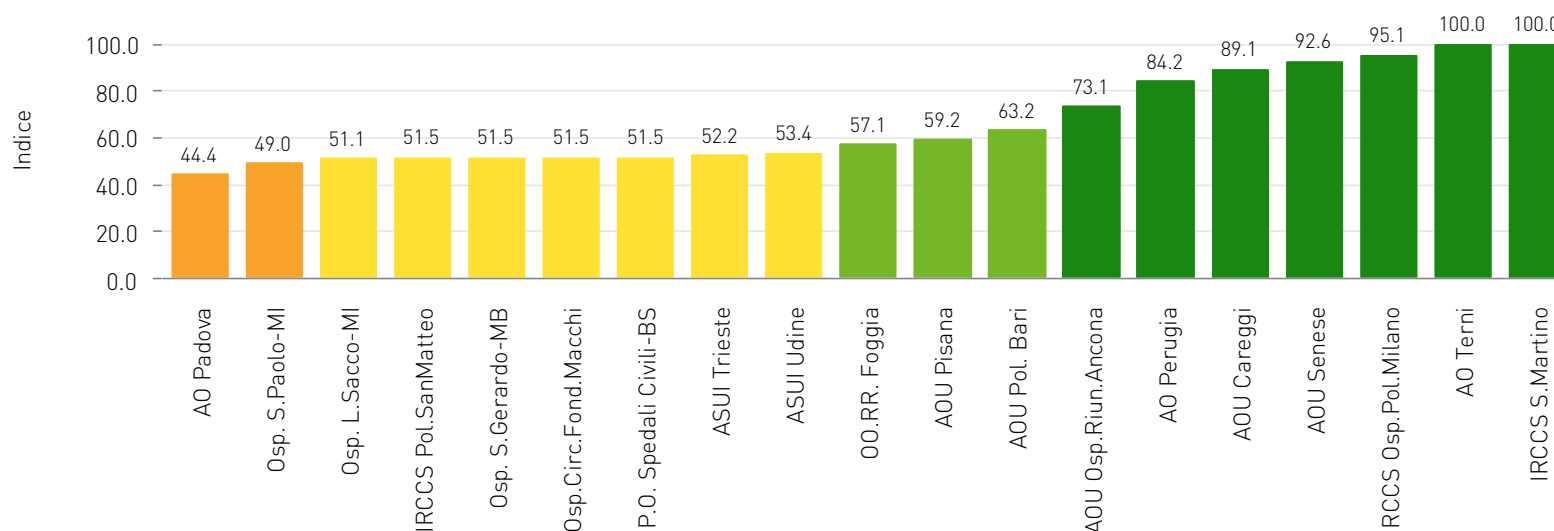
Fonte

Parte testuale della pagina web relativa sui tempi d'attesa presente sul sito aziendale. - Software READ-IT dell'ILC-CNR

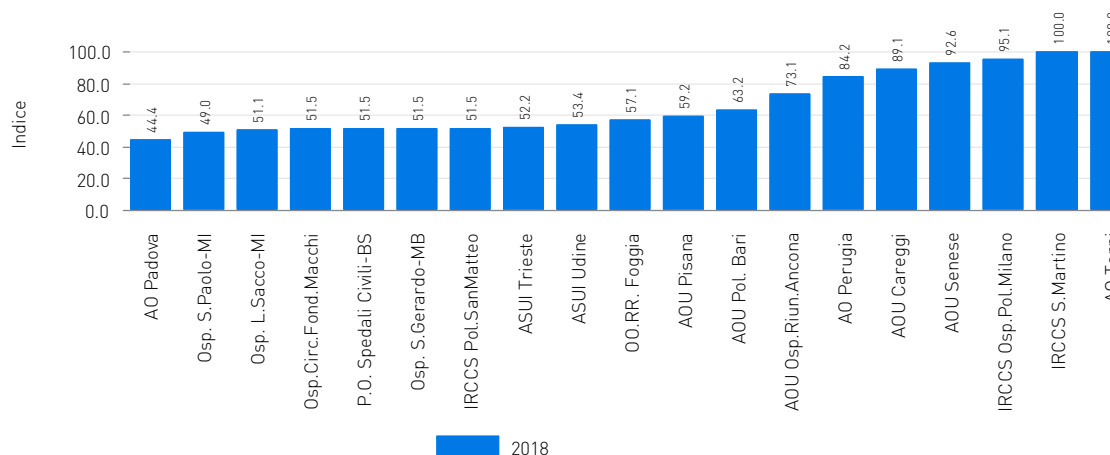


### B31.2.2.3.1 Indice Gulpease della pagina sui tempi d'attesa

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



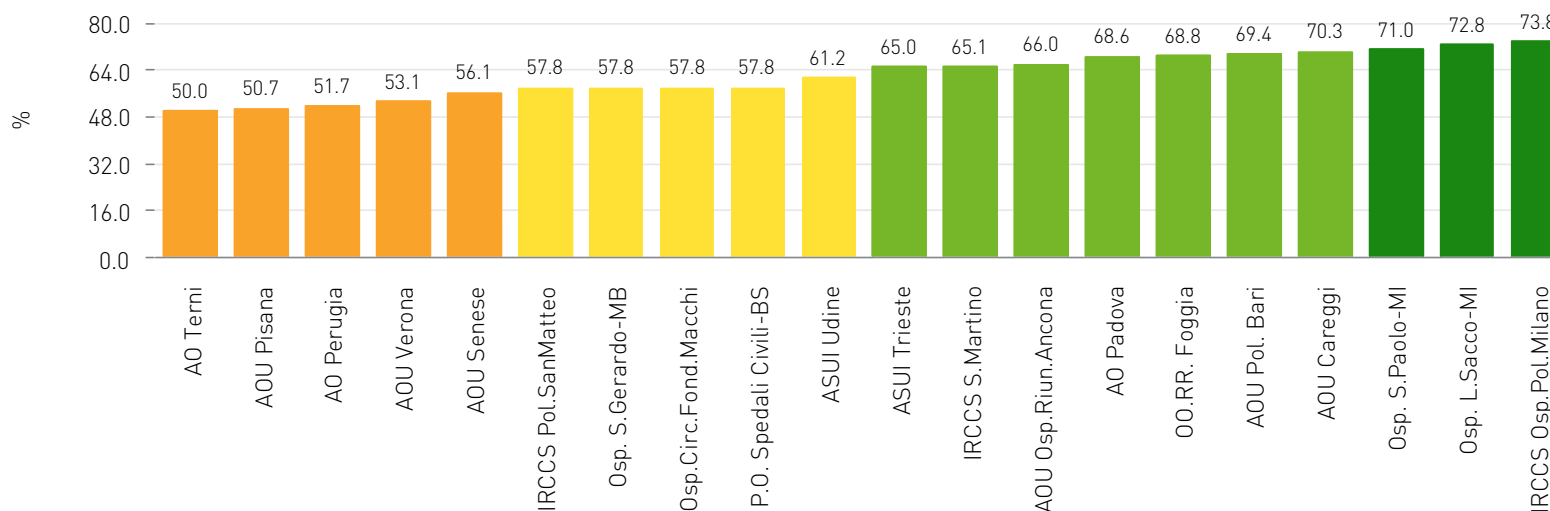
<b>Numeratore</b>	$89 + (300 * (N. frasi) - 10 * (N. lettere))$
<b>Denominatore</b>	N. Parole
<b>Fonte</b>	Parte testuale della pagina web relativa ai tempi di attesa presente sul sito aziendale - Software READ-IT dell'ILC-CNR





### B31.2.2.3.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina sui tempi d'attesa

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



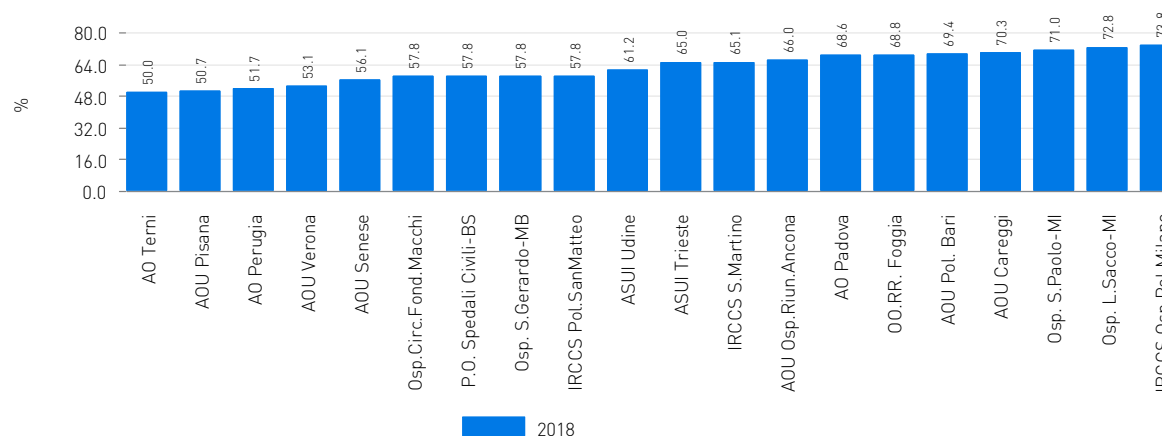
**Numeratore** N. Parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale

---

**Denominatore** N. Parole

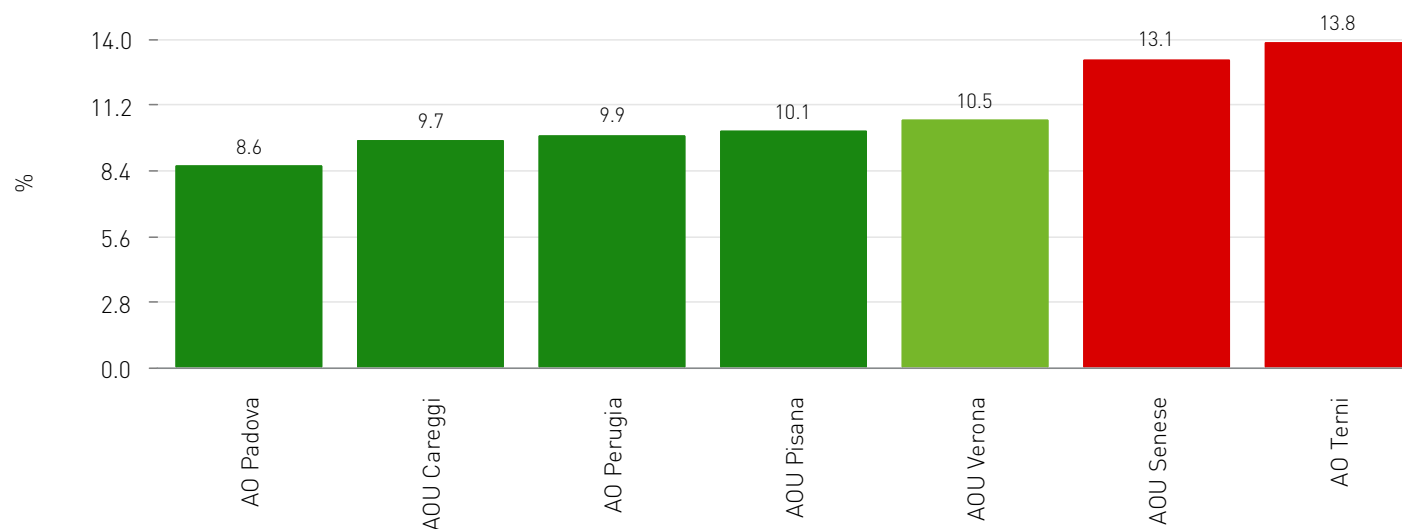
---

**Fonte** Sito web Aziendale - Parte testuale della pagina web relativa ai tempi di attesa. Software READ-IT dell'ILC-CNR



## E2 Percentuale di assenza

L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per maternità, congedo parentale e malattia dei figli, per altri permessi ed assenze retribuite, per sciopero e per altre assenze non retribuite (al numeratore) ed il numero di giornate lavorabili al netto delle ferie godute (al denominatore). Con riferimento alle aziende ospedaliero-universitarie, l'indicatore considera anche il personale universitario (coerentemente con quanto disposto dalla Circolare del 15 aprile 2016, n. 13). I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore corrispondono ai dati forniti dalle aziende per la compilazione dal conto annuale. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce all'anno 2017.



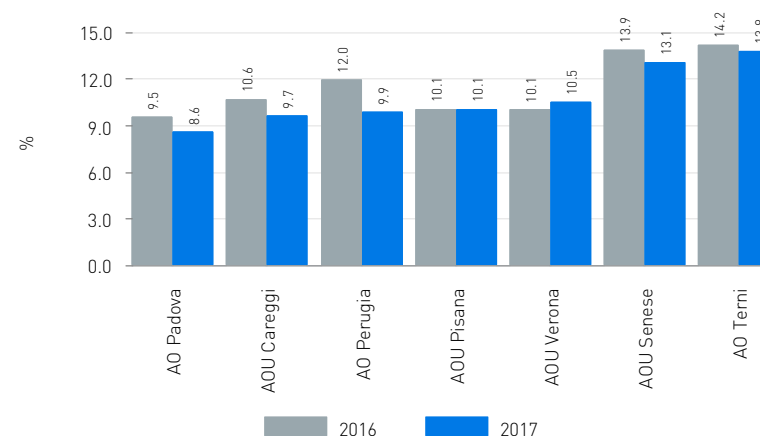
**Numeratore** N. giornate di assenza

---

**Denominatore** N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute

---

**Fonte** Conto Annuale 2017





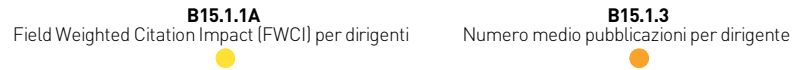
# 3

## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AOU

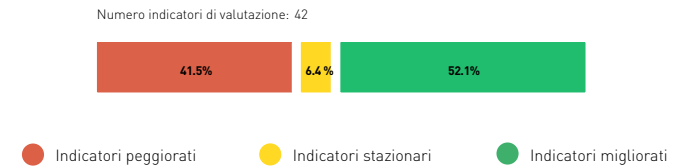


# AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE

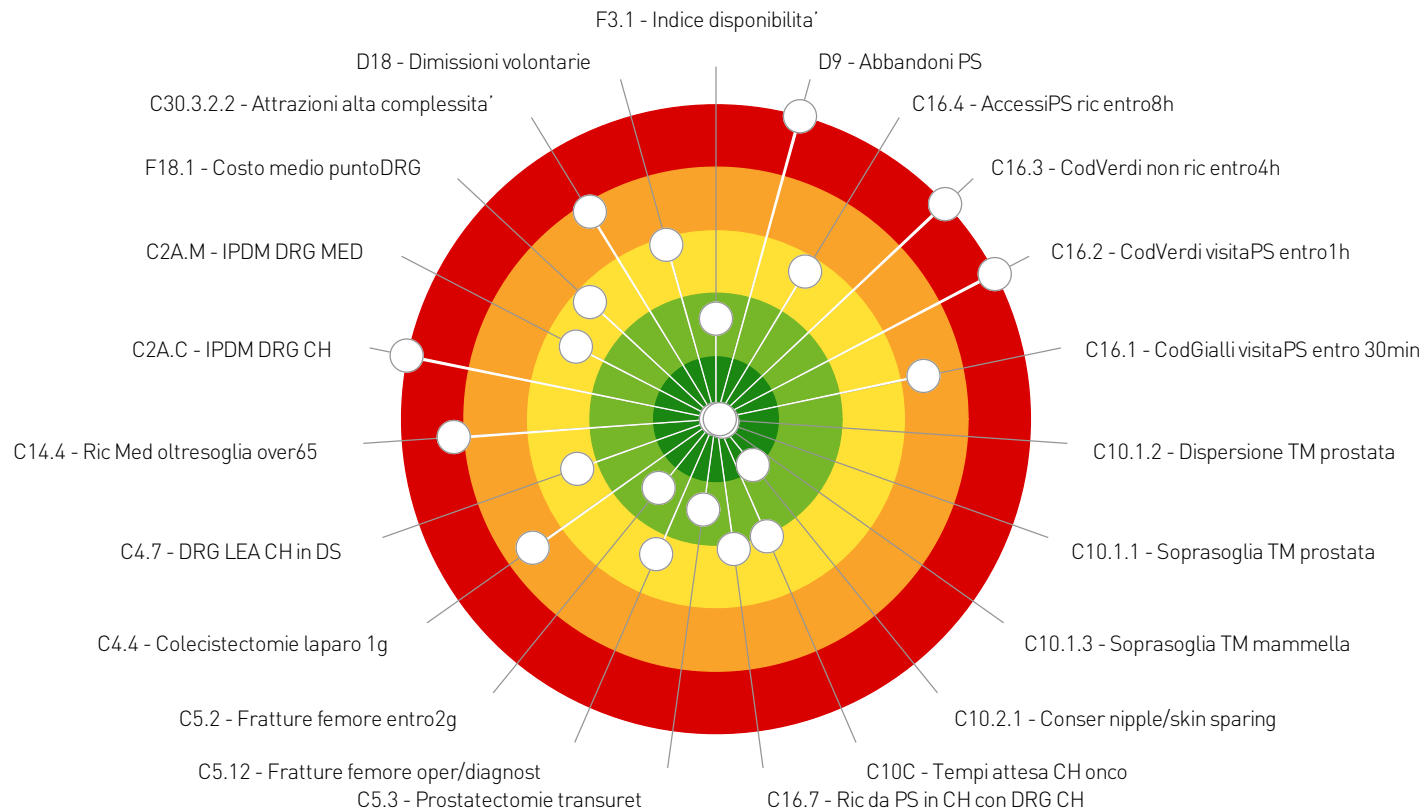
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



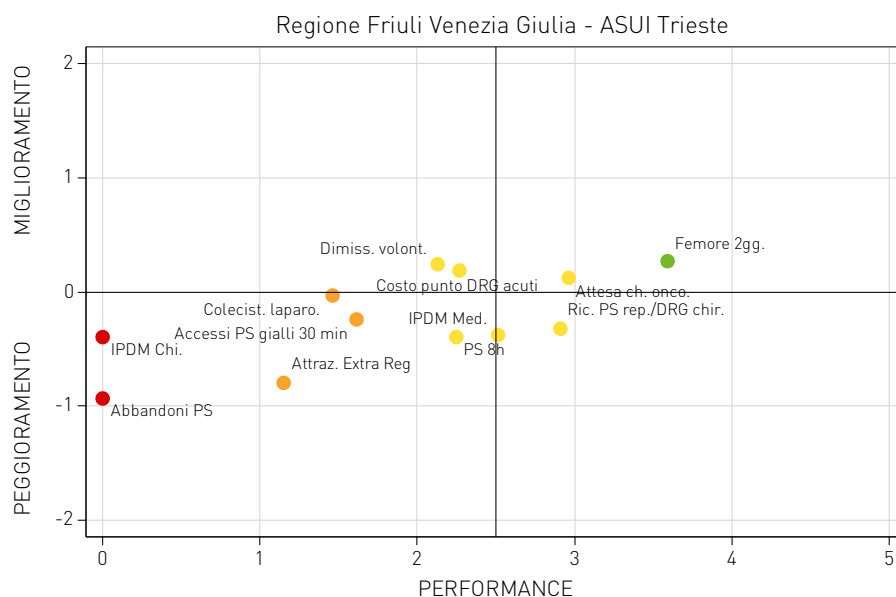
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	3.05		●	●	●
Cardiologia	-2.60	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.91	●	●	●	●
Medicina	0.52	●	●	●	
Neurochirurgia	2.57	●	●	●	●
Neurologia	4.71	●	●	●	
Ortopedia	0.32	●	●	●	●
Urologia	0.03	●	●	●	●

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

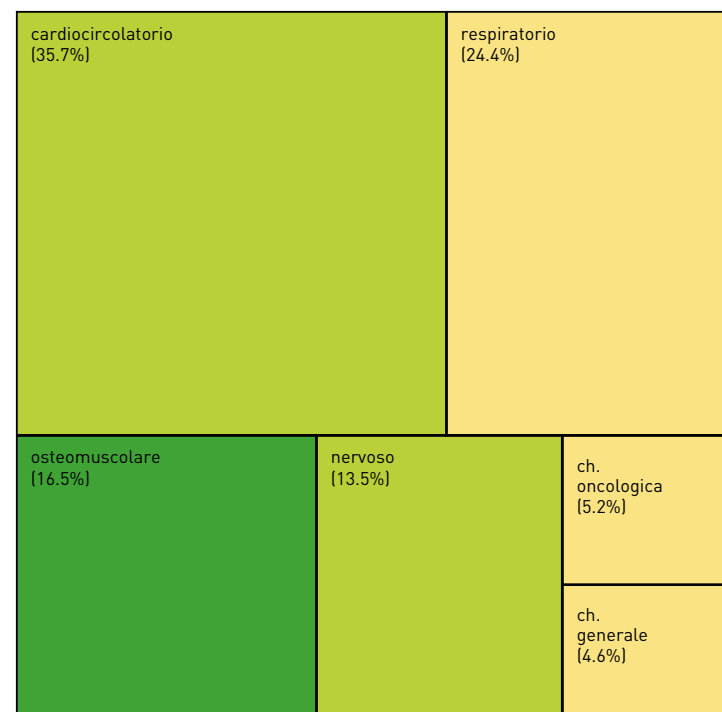
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

ASUI Trieste



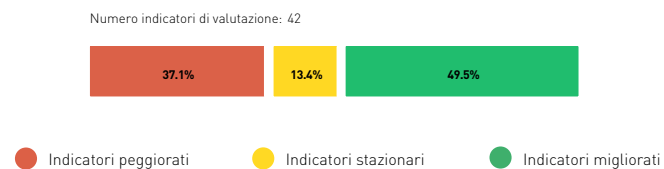
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

# AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE

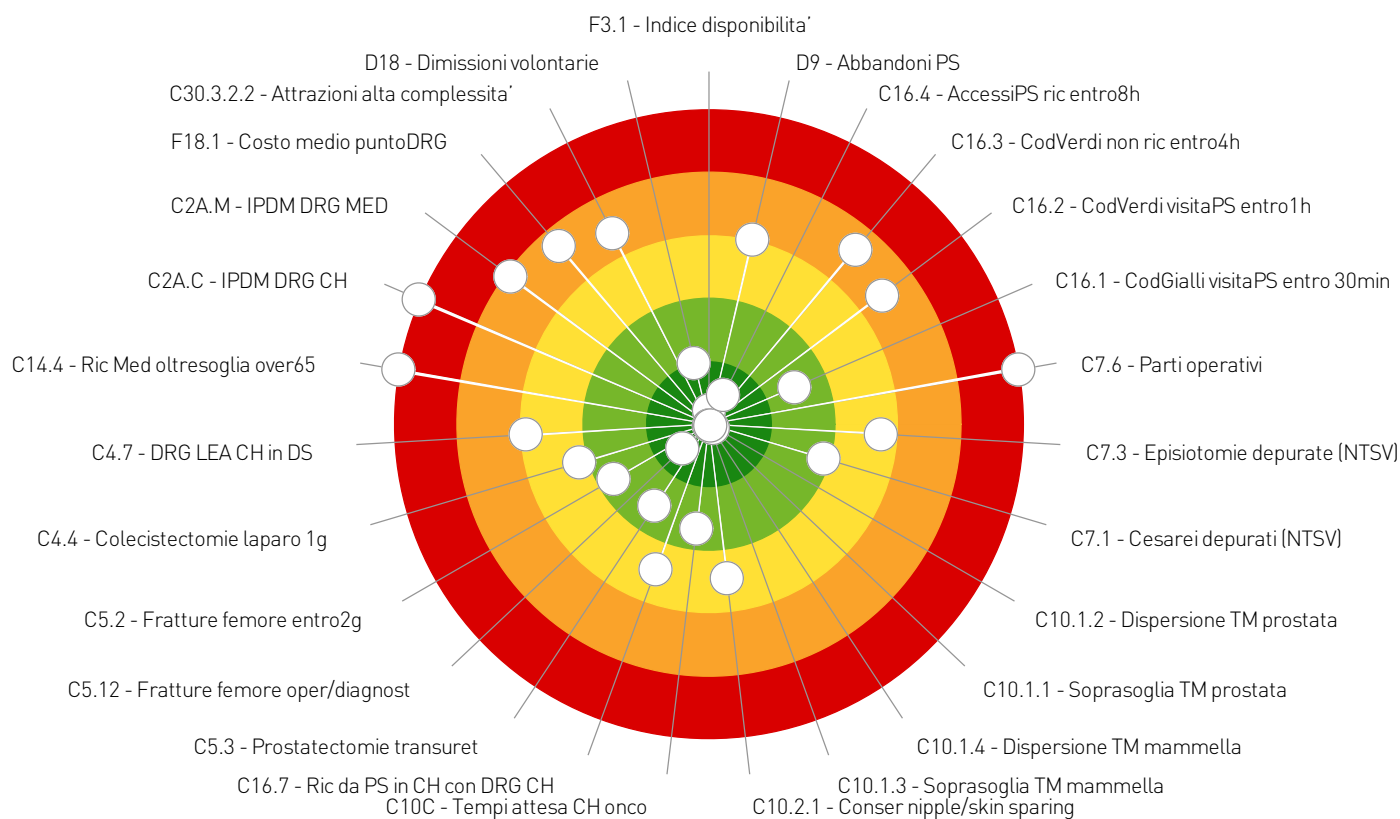
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

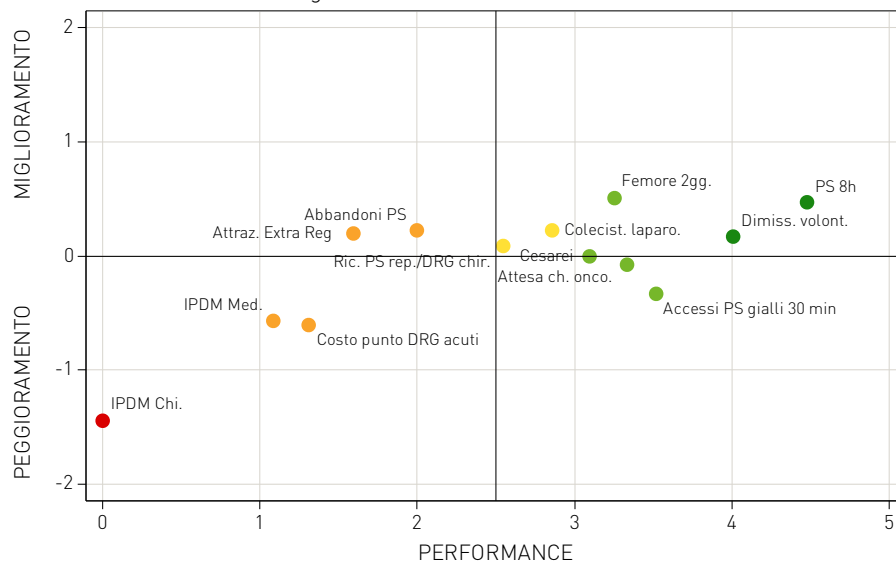
Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	6.28		●	●	●
Cardiologia	0.29	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.55	●	●	●	●
Medicina	1.52	●	●	●	
Neurochirurgia	0.29	●	●	●	●
Neurologia	0.36	●	●	●	
Ortopedia	1.87	●	●	●	●
Urologia	-1.02	●	●	●	●

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

### Mapa Performance Trend 2017-2018

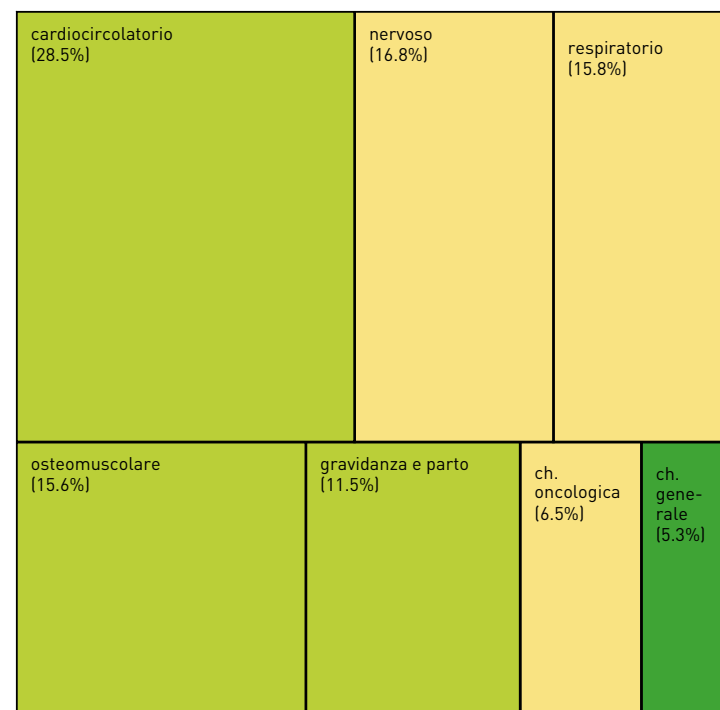
Regione Friuli Venezia Giulia - ASUI Udine



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

ASUI Udine



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



## IRCCS SAN MARTINO - GENOVA

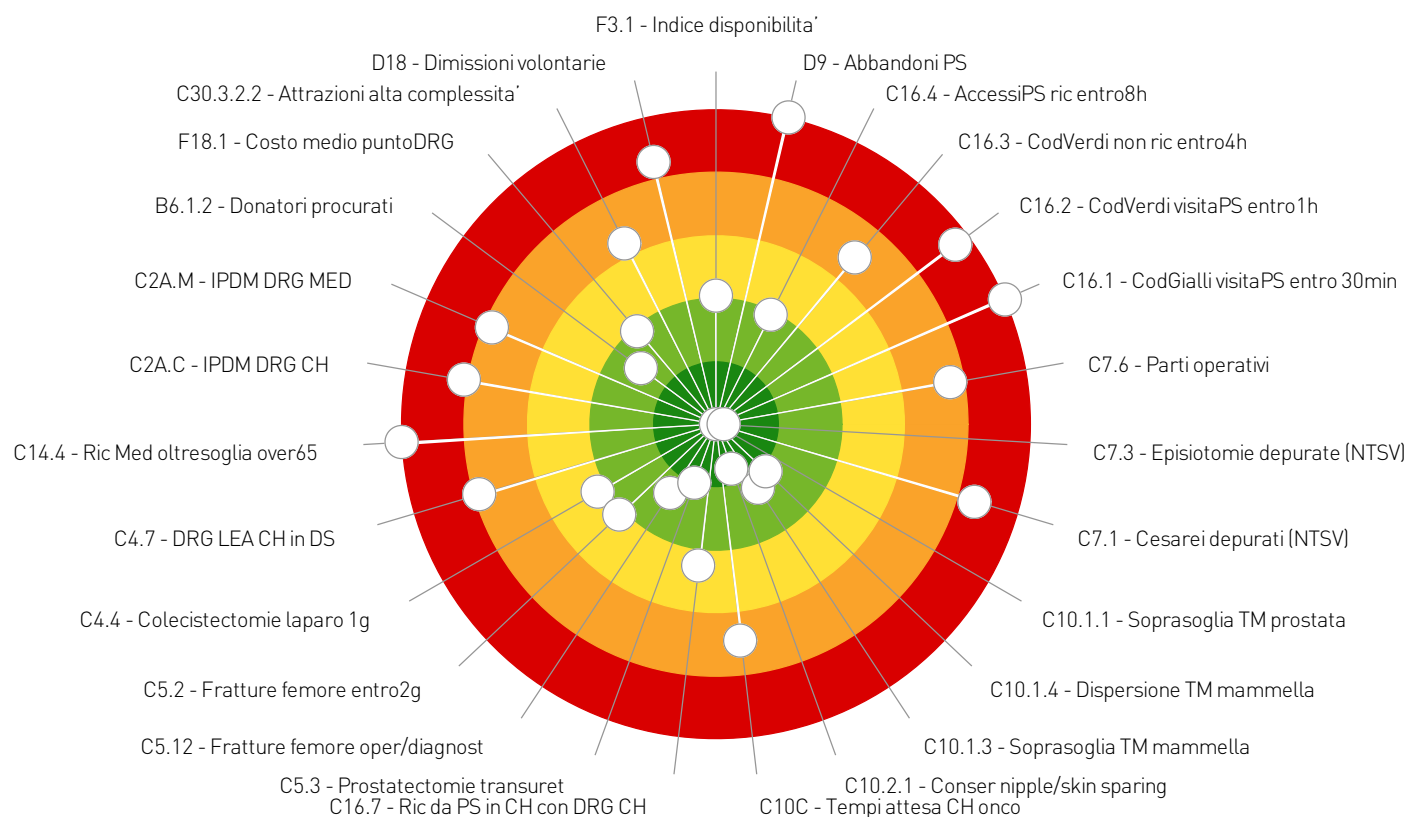
### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



### Andamento indicatori - Trend 2017-2018



### Valutazione della performance 2018



### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

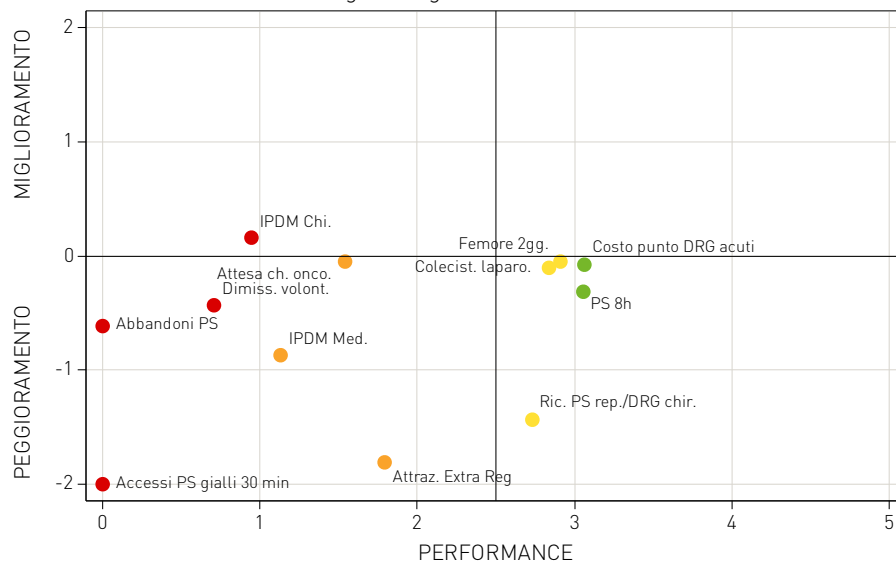
Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	4.59		●	●	●
Cardiologia	-0.82	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.61	●	●	●	●
Medicina	5.88	●	●	●	
Neurochirurgia	1.24	●	●	●	●
Neurologia	2.10	●	●	●	
Ortopedia	-0.56	●	●	●	●
Urologia	-0.01	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018

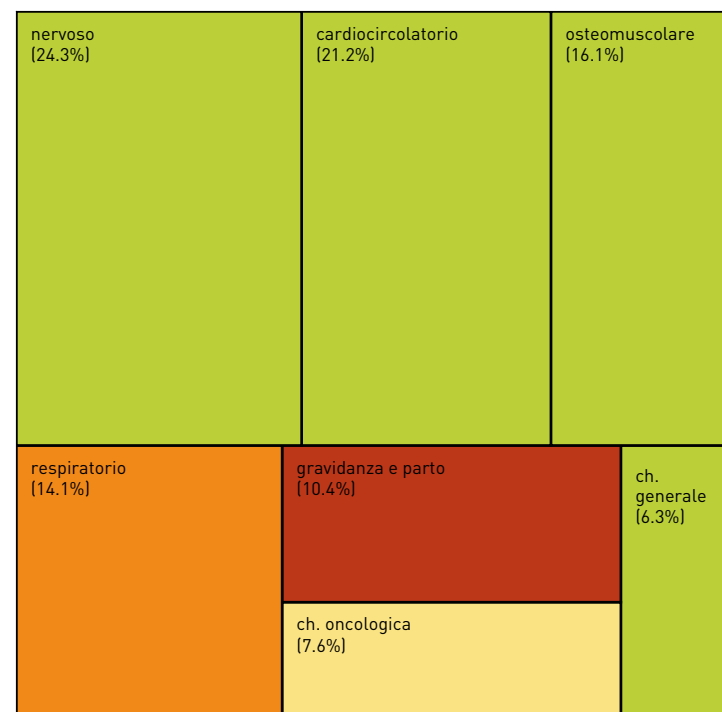
Regione Liguria - IRCCS S. Martino



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

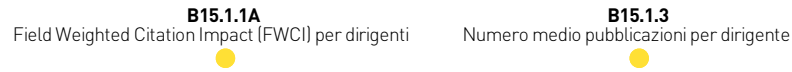
IRCCS S. Martino - Genova



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

## OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI - VARESE

### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



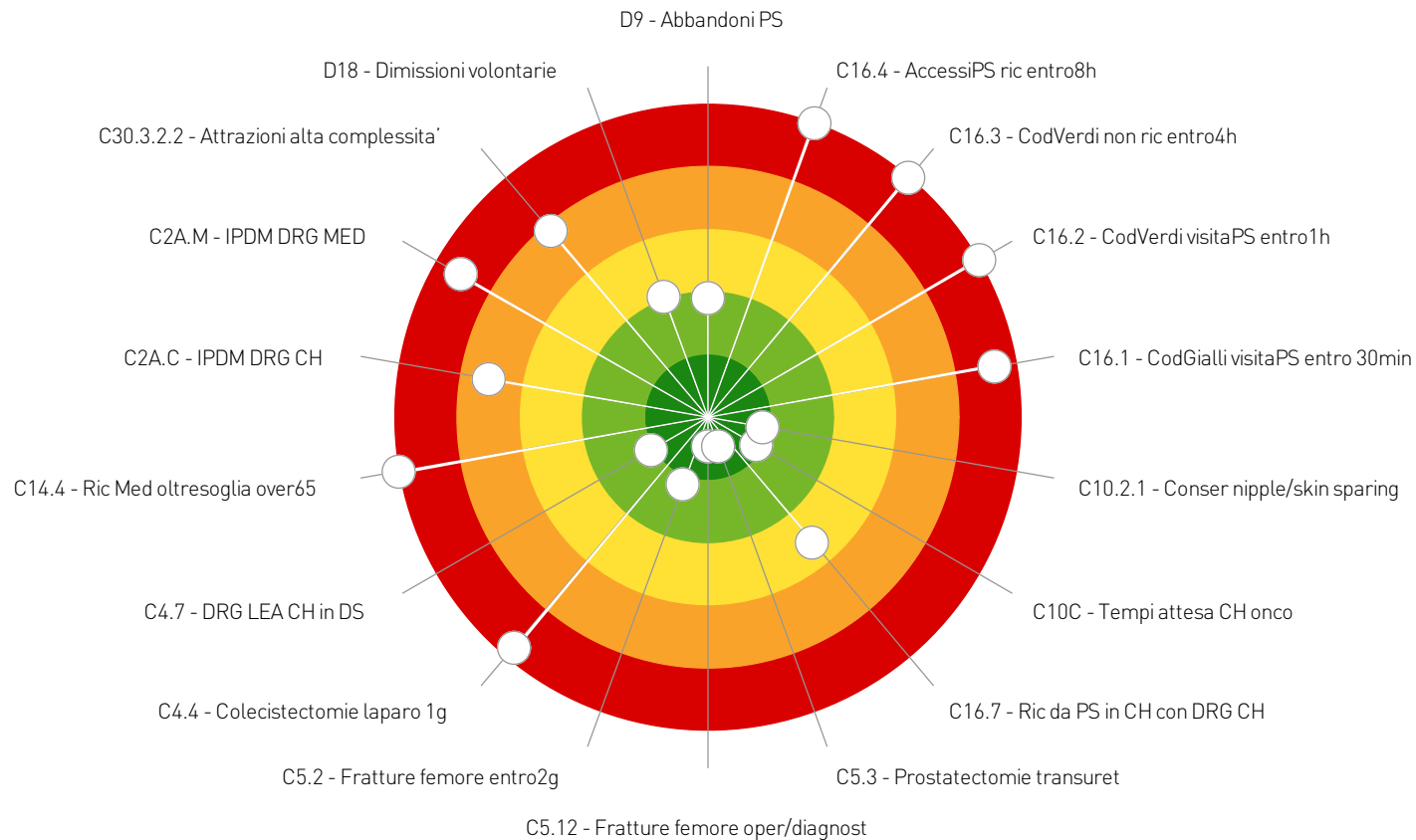
### Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 28



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2018



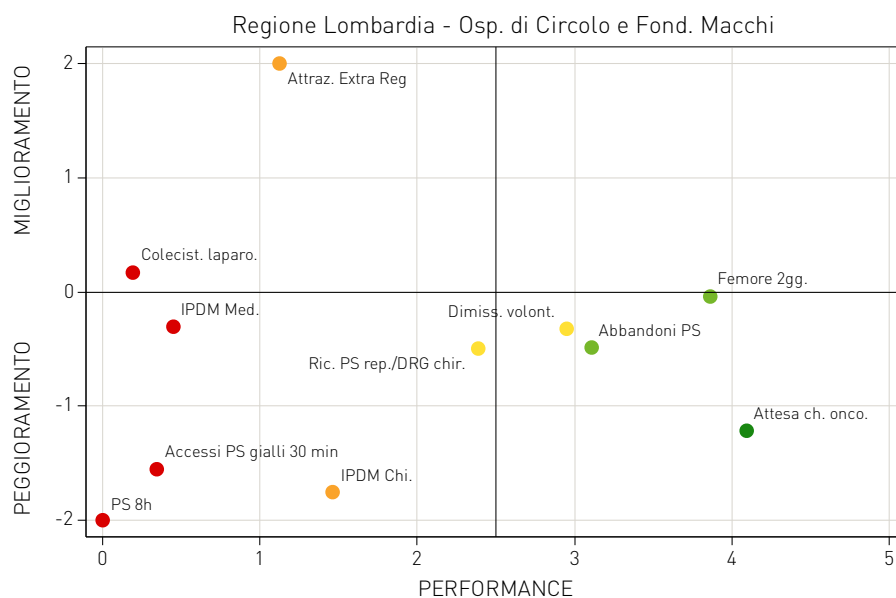
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	1.05	●	●	●	●
Cardiologia	0.95	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.60	●	●	●	●
Medicina	1.53	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.32	●	●	●	●
Neurologia	2.40	●	●	●	●
Ortopedia	-1.44	●	●	●	●
Urologia	0.68	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

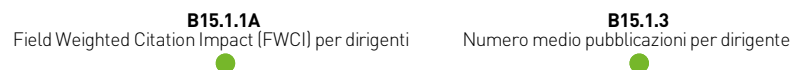
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi



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

## PRESIDIO OSPEDALIERO SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



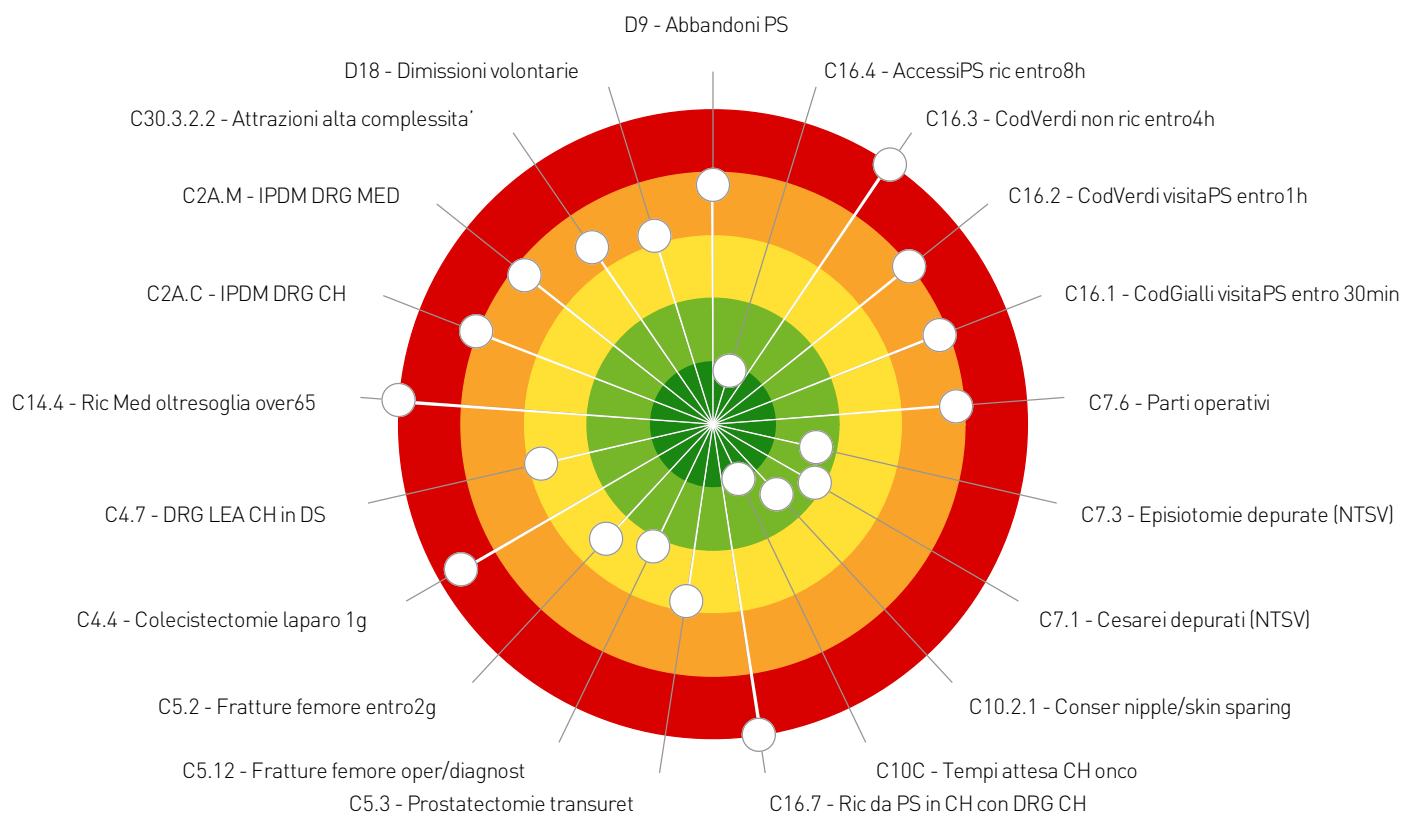
### Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 32



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2018



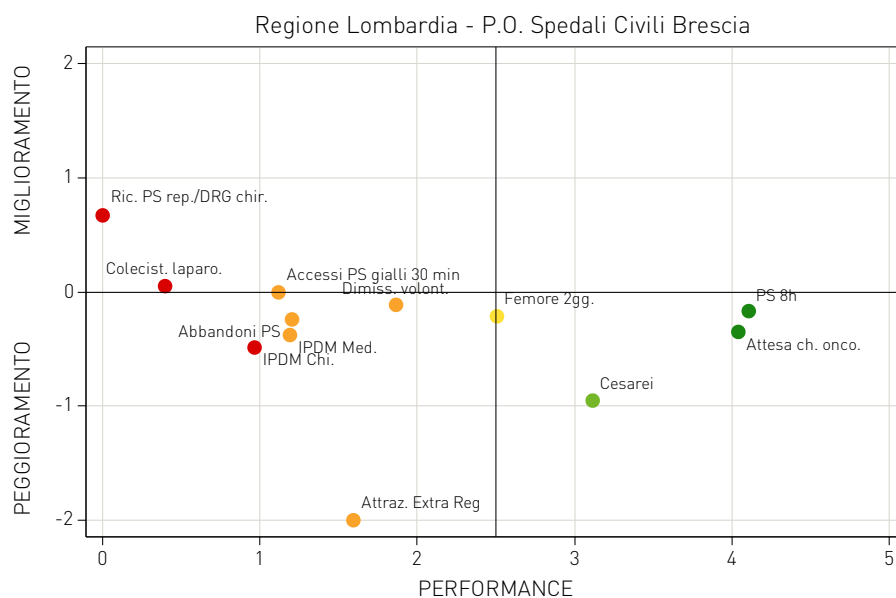
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.58		●	●	●
Cardiologia	-0.08	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.36	●	●	●	●
Medicina	3.09	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.28	●	●	●	●
Neurologia	-0.40	●	●	●	●
Ortopedia	1.04	●	●	●	●
Urologia	0.00	●	●	●	●

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

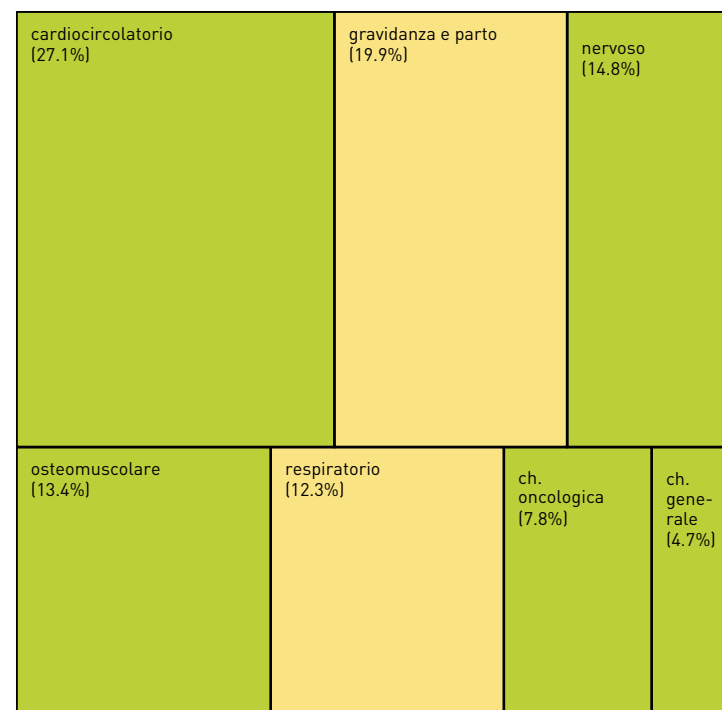
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

Presidio Ospedaliero Spedali Civili Brescia



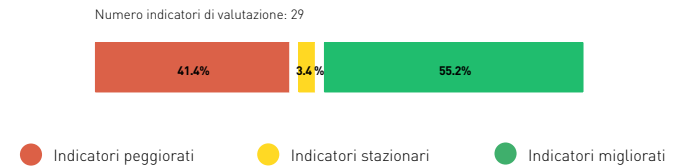
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

# OSPEDALE SAN GERARDO - MONZA

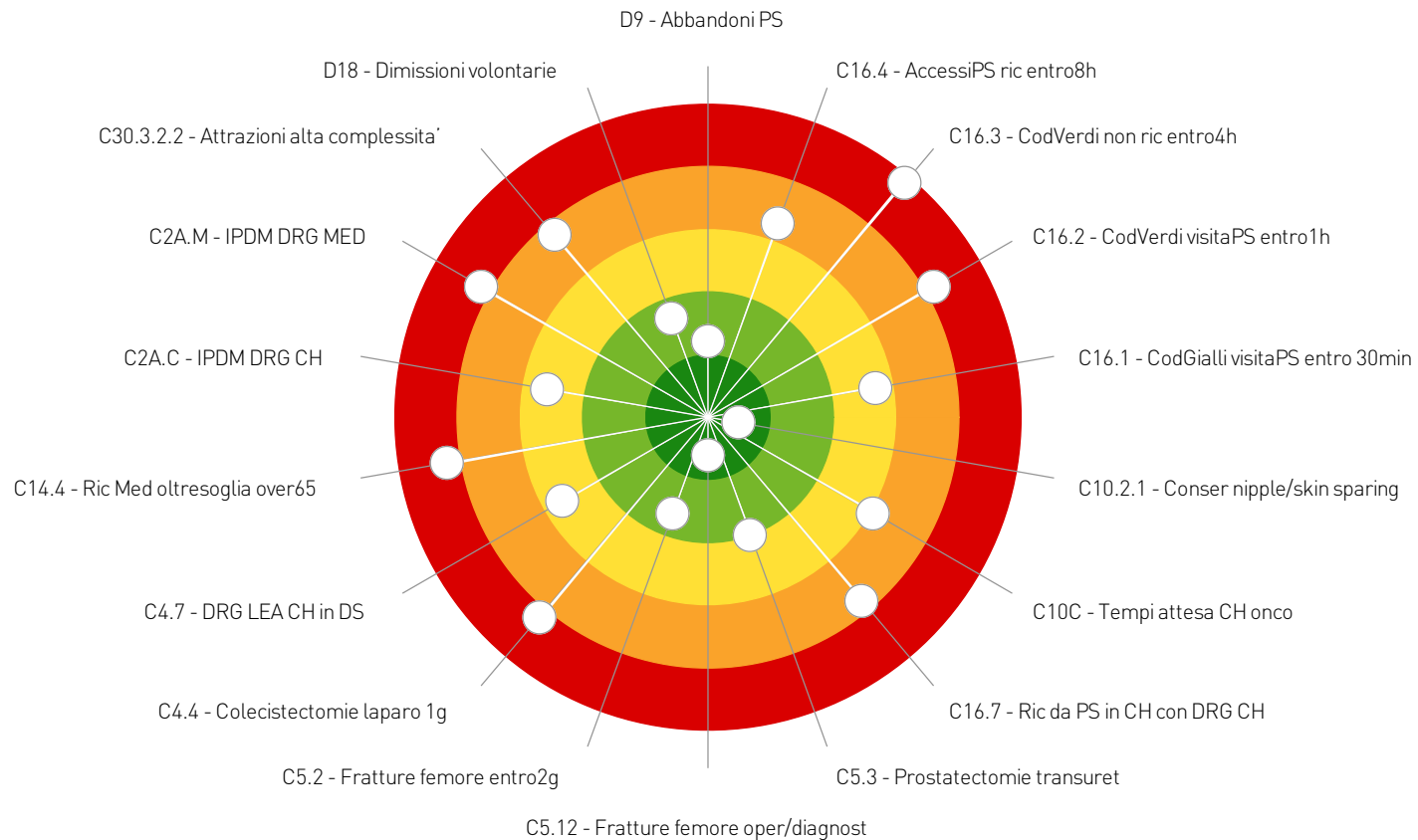
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



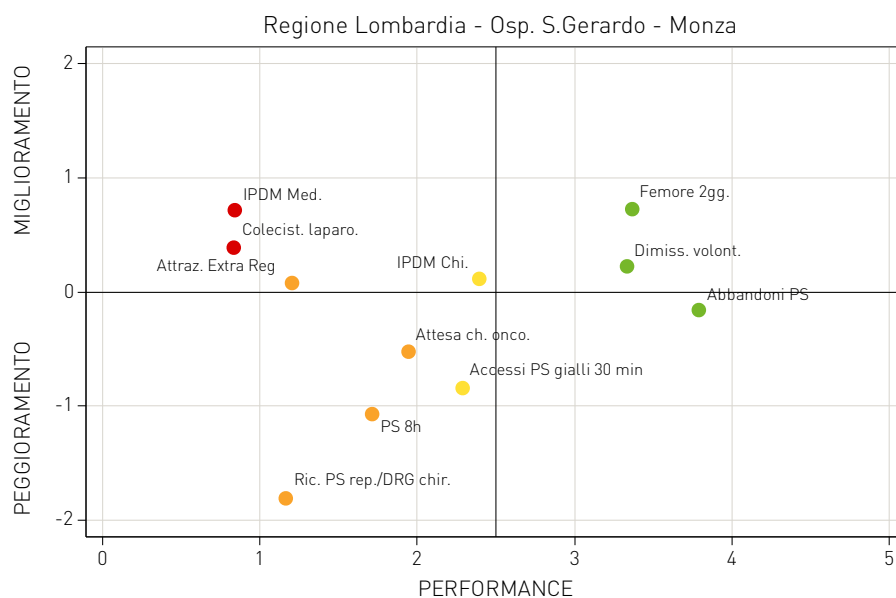
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	2.70	●	●	●	●
Cardiologia	-0.64	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.44	●	●	●	●
Medicina	1.94	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.24	●	●	●	●
Neurologia	1.38	●	●	●	●
Ortopedia	0.57	●	●	●	●
Urologia	-0.74	●	●	●	●

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

### Mapa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### Ospedale San Gerardo Monza

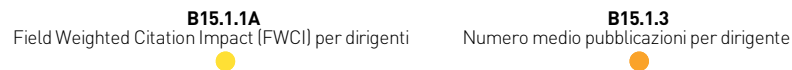


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

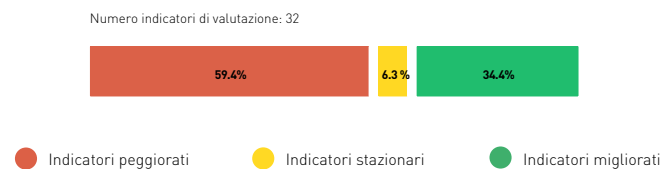


# OSPEDALE SAN PAOLO - MILANO

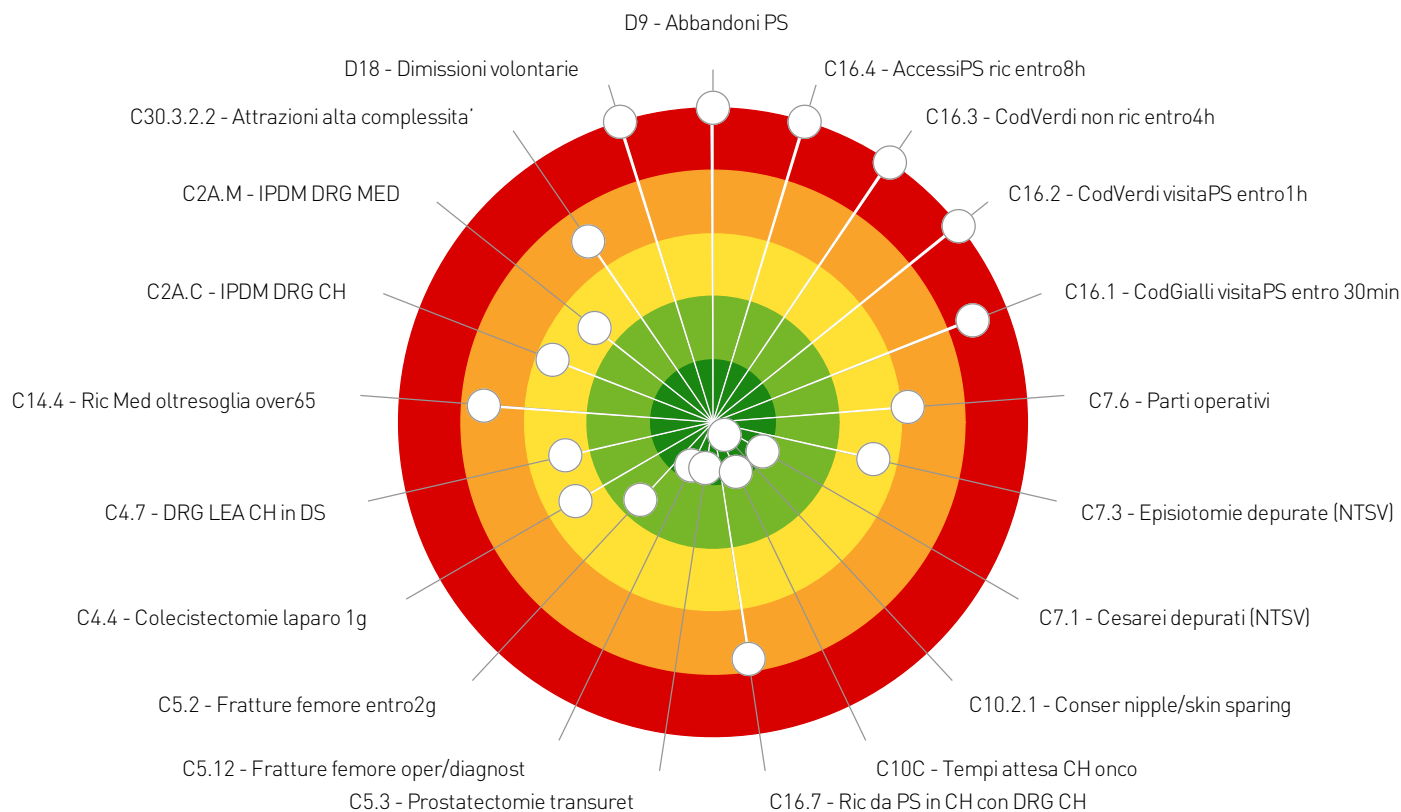
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

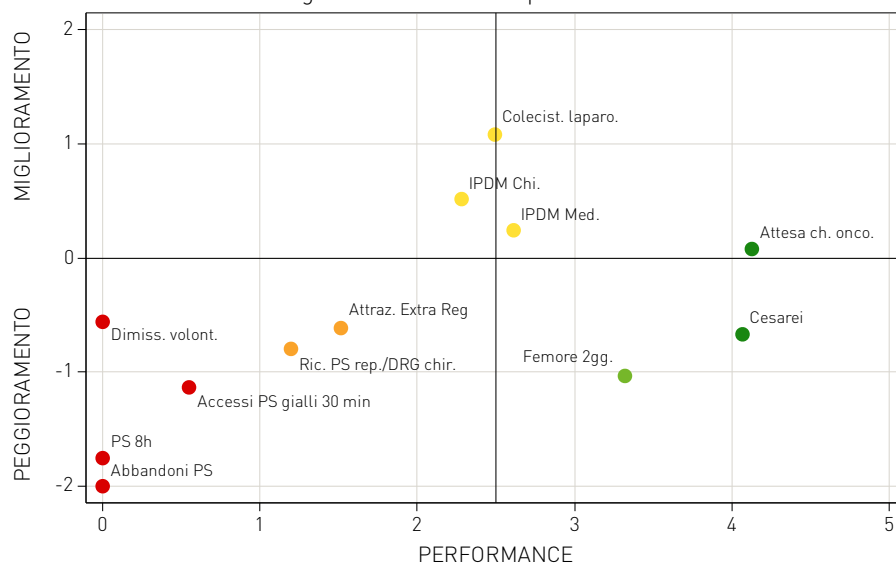
Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	1.28	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.49	●	●	●	●
Medicina	0.54	●	●	●	●
Neurologia	2.65	●	●	●	●
Ortopedia	1.94	●	●	●	●
Urologia	0.62	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018

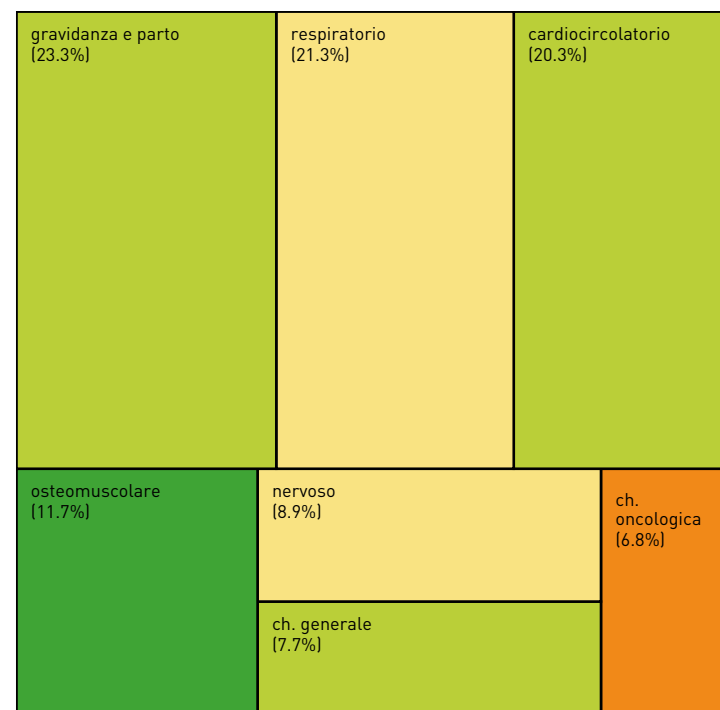
Regione Lombardia - Osp. S. Paolo - Milano



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

Ospedale S. Paolo Milano



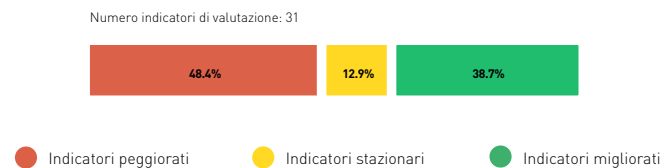
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

## OSPEDALE L. SACCO - MILANO

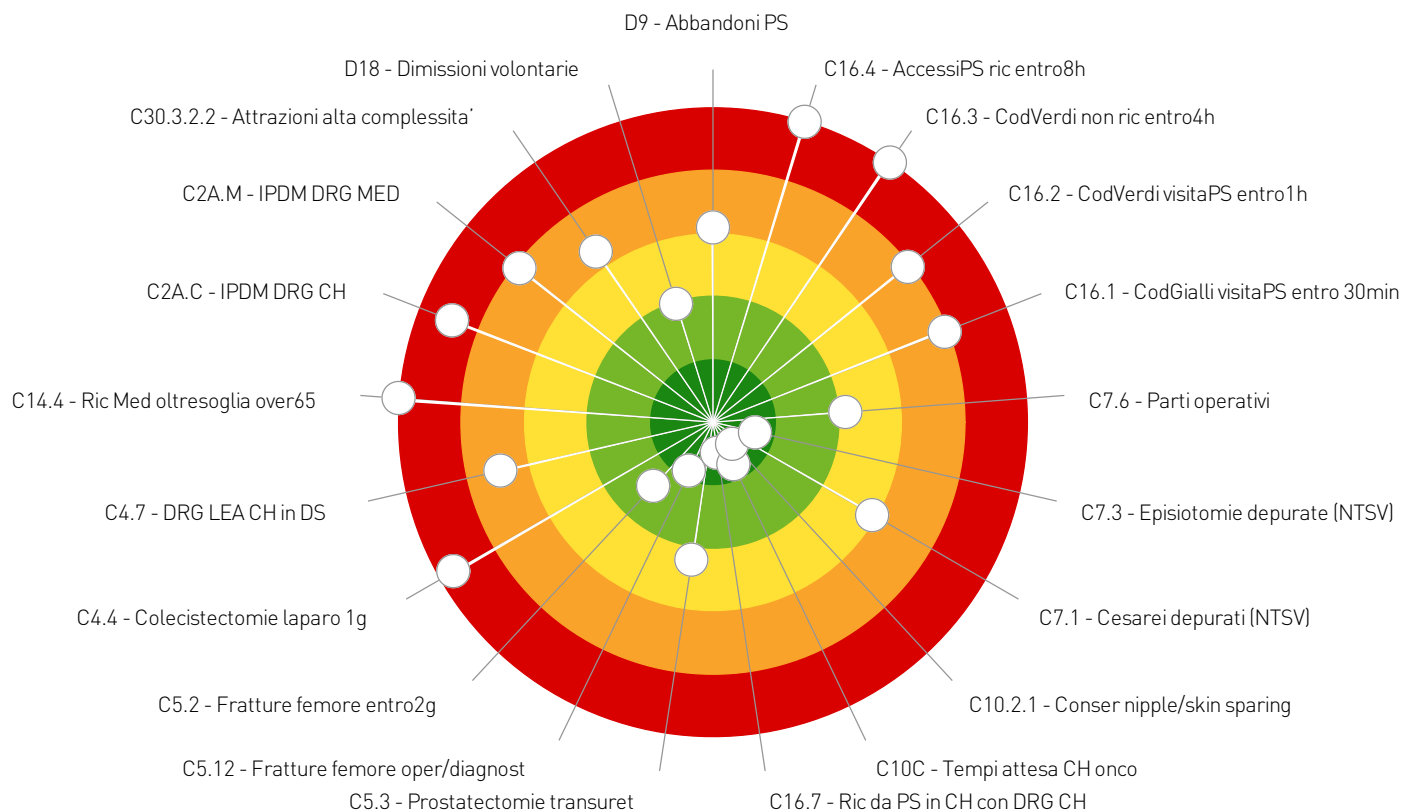
### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



### Andamento indicatori - Trend 2017-2018



### Valutazione della performance 2018



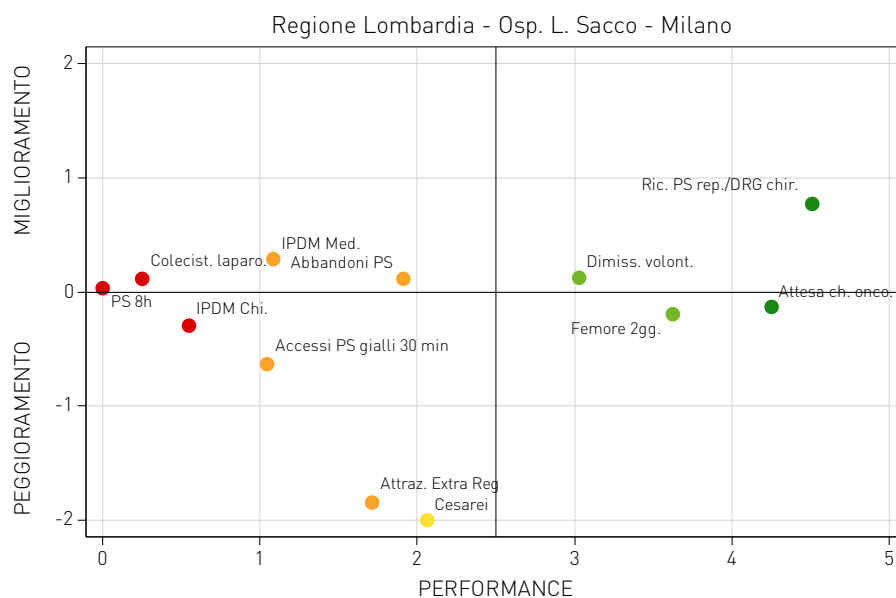
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	1.77				
Cardiologia	1.61				
Chirurgia generale	0.61				
Medicina	1.11				
Neurologia	0.15				
Ortopedia	1.40				
Urologia	0.09				

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### Ospedale L. Sacco Milano



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

# IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO - PAVIA

## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



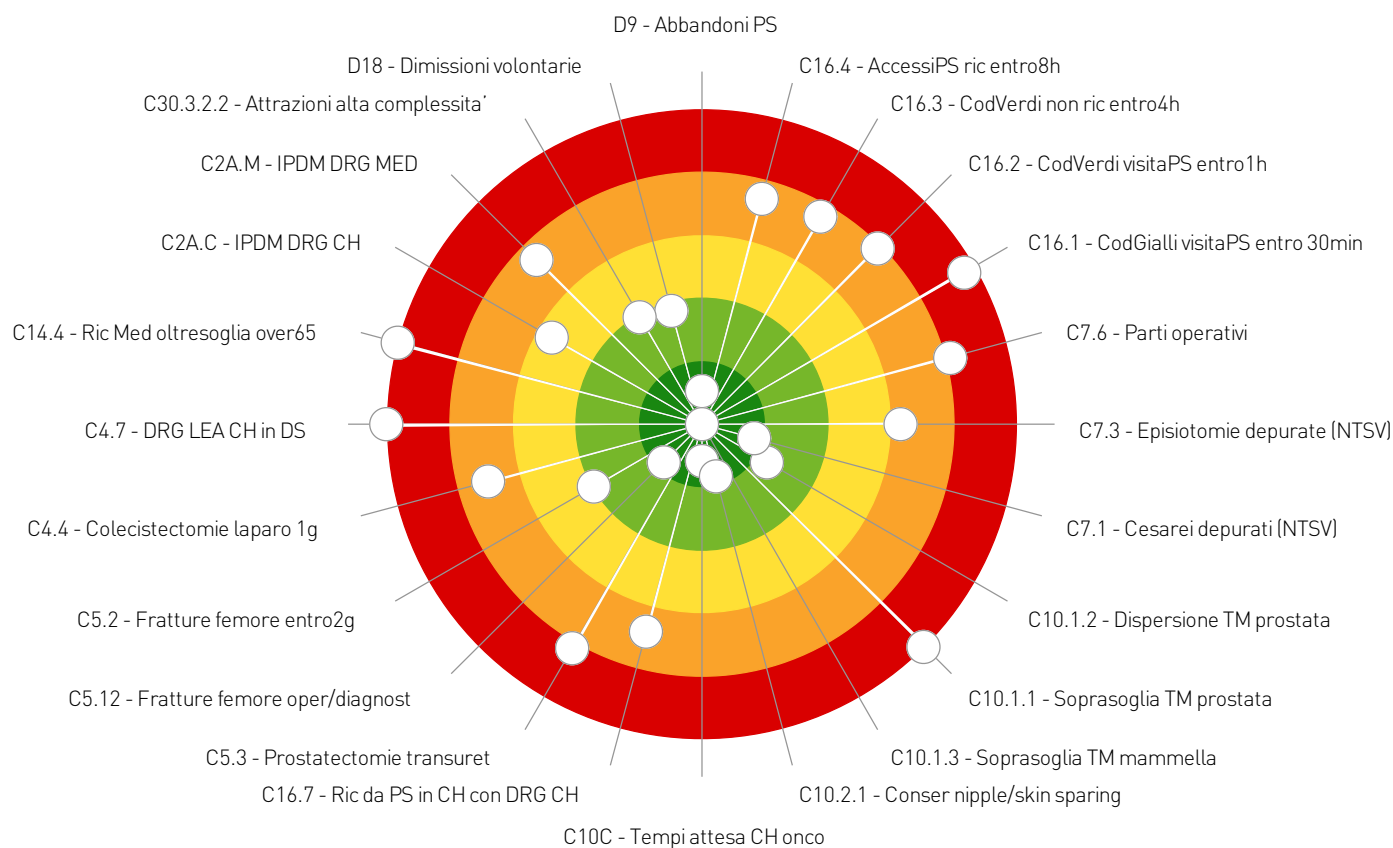
## Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 36



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2018



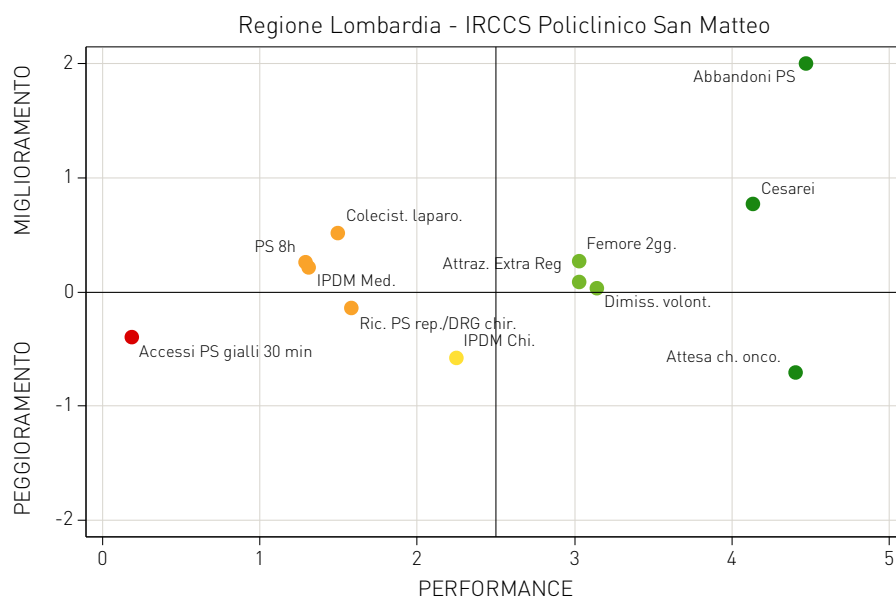
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	2.21				
Cardiologia	-0.98				
Chirurgia generale	0.44				
Medicina	3.95				
Neurochirurgia	-1.82				
Neurologia	-4.14				
Ortopedia	-1.54				
Urologia	0.89				

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

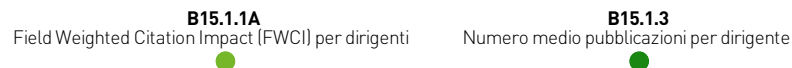
#### Policlinico S. Matteo Pavia



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

# FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO - MILANO

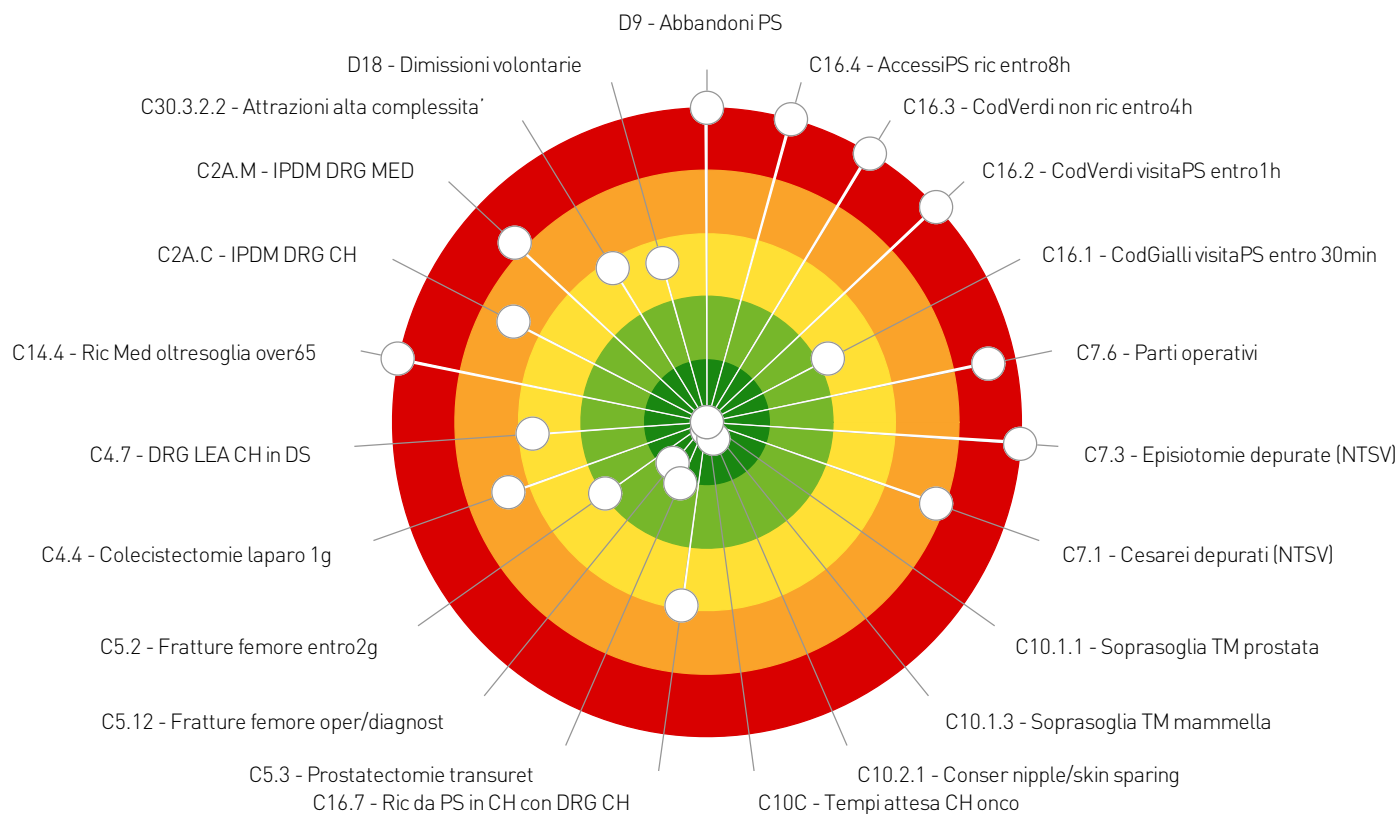
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



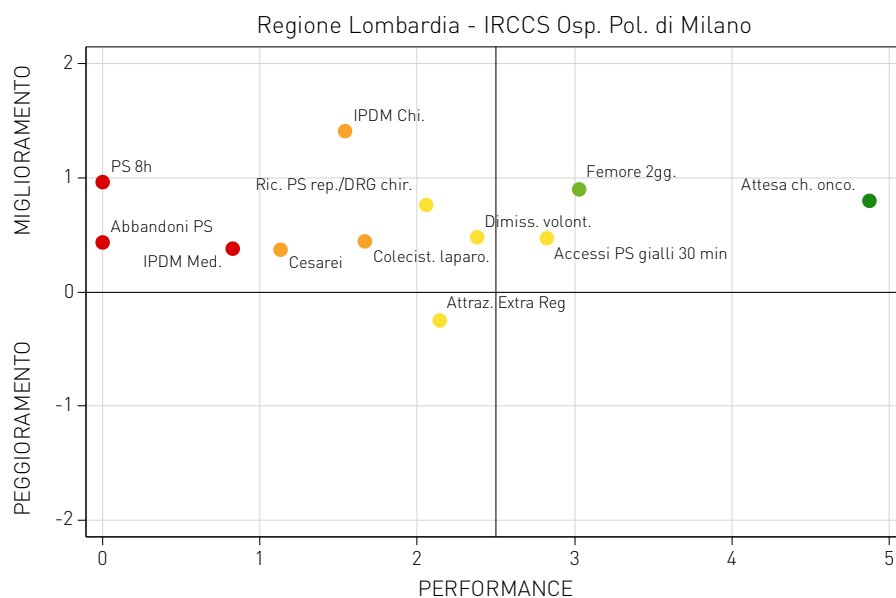
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.96	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.59	●	●	●	●
Medicina	1.94	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.22	●	●	●	●
Neurologia	2.28	●	●	●	●
Ortopedia	0.32	●	●	●	●
Urologia	-0.94	●	●	●	●

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

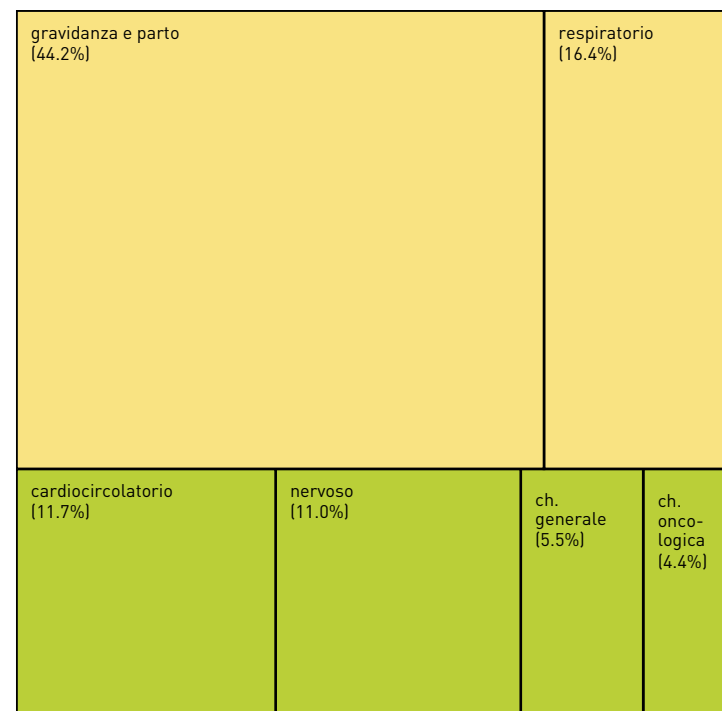
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### IRCCS Ca' Granda Osp Maggiore

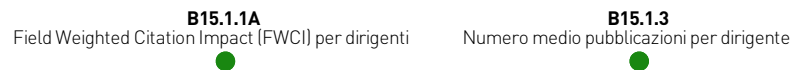


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio



# OSPEDALE SAN RAFFAELE - MILANO

## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



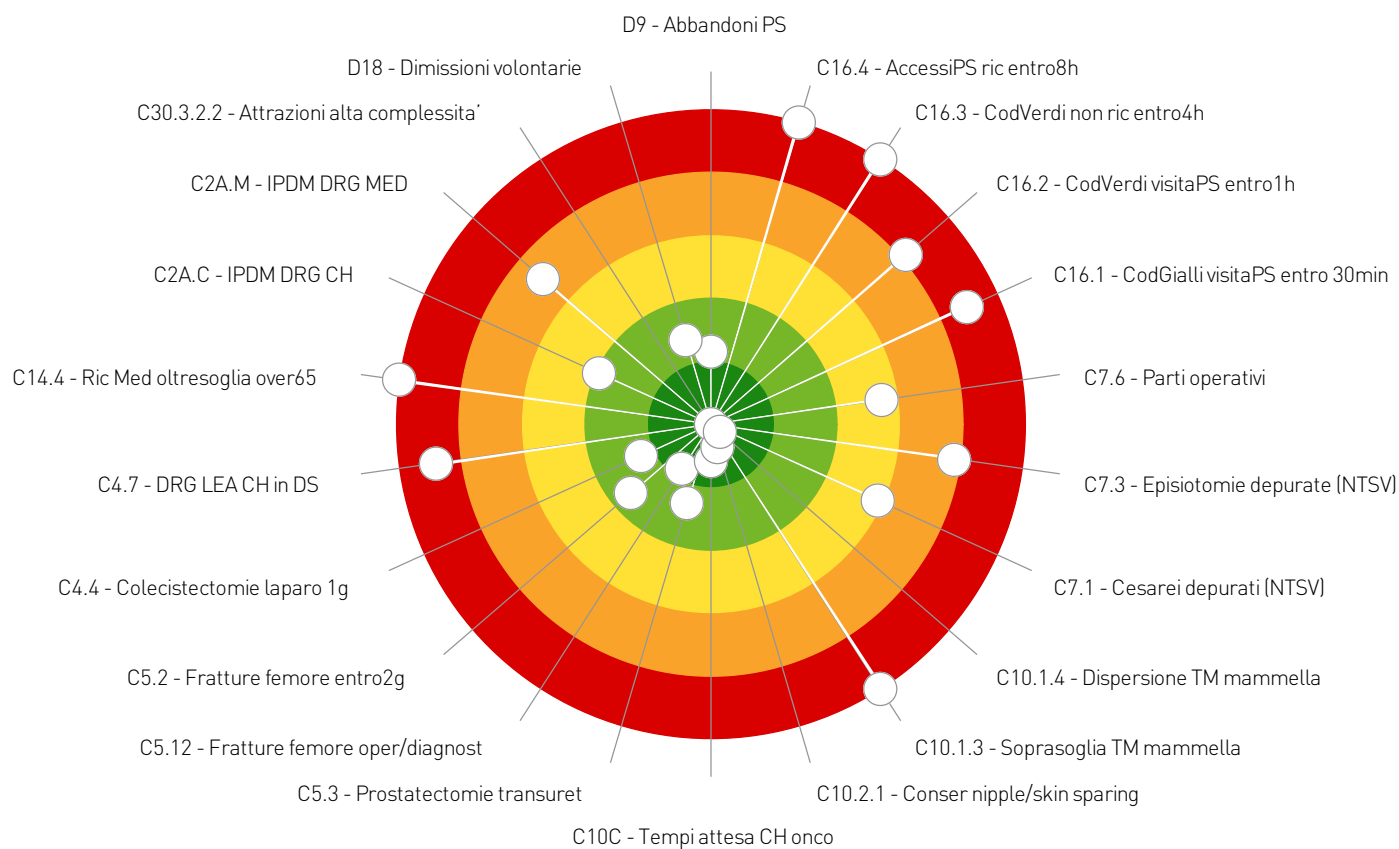
## Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 34



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2018



### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

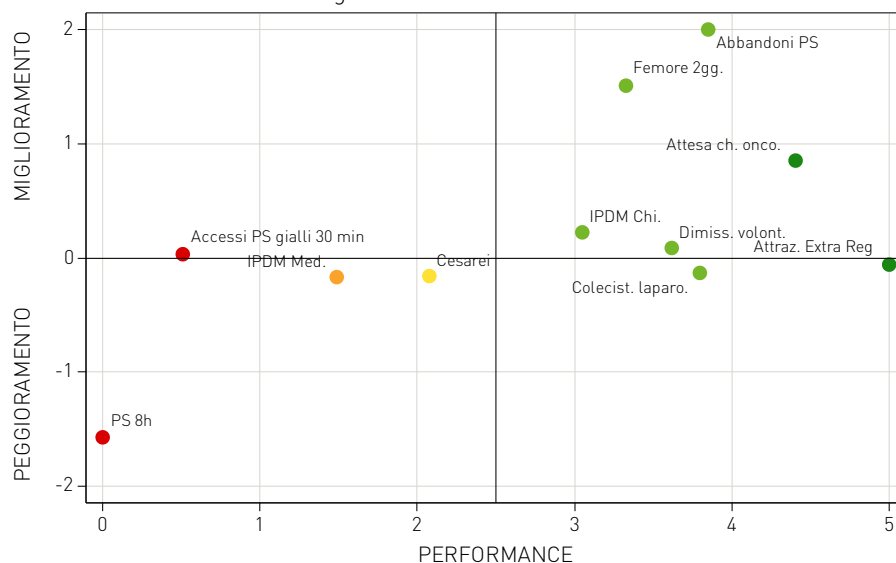
Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.28	●	●	●	●
Cardiologia	-0.89	●	●	●	●
Chirurgia generale	-2.04	●	●	●	●
Medicina	4.01	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.01	●	●	●	●
Neurologia	0.10	●	●	●	●
Ortopedia	0.79	●	●	●	●
Urologia	-1.10	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018

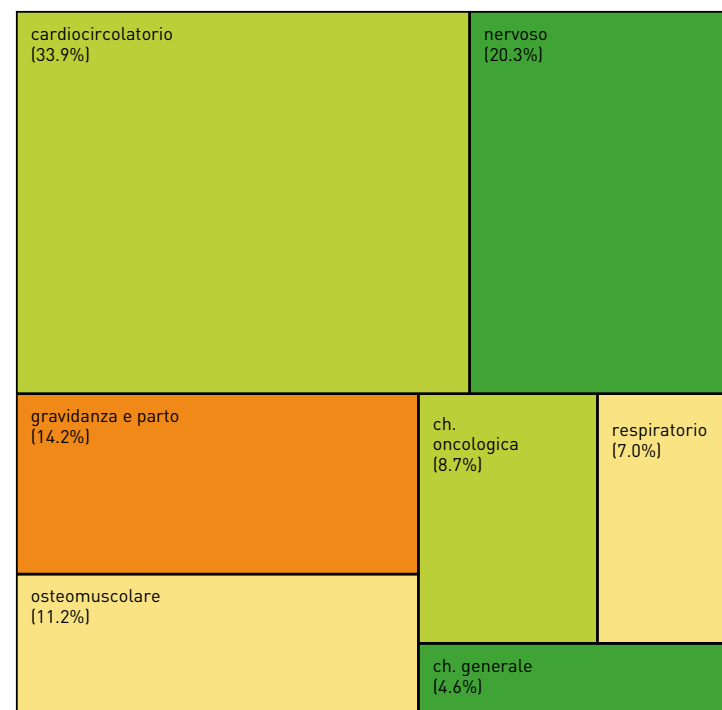
Regione Lombardia - S. Raffaele - MI



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

IRCCS S. Raffaele Milano



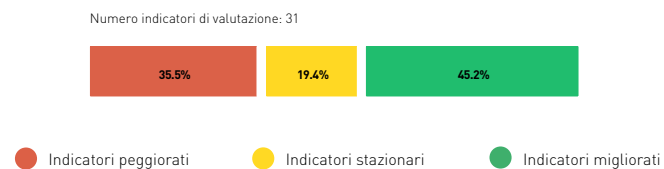
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

# ISTITUTO CLINICO HUMANITAS - ROZZANO

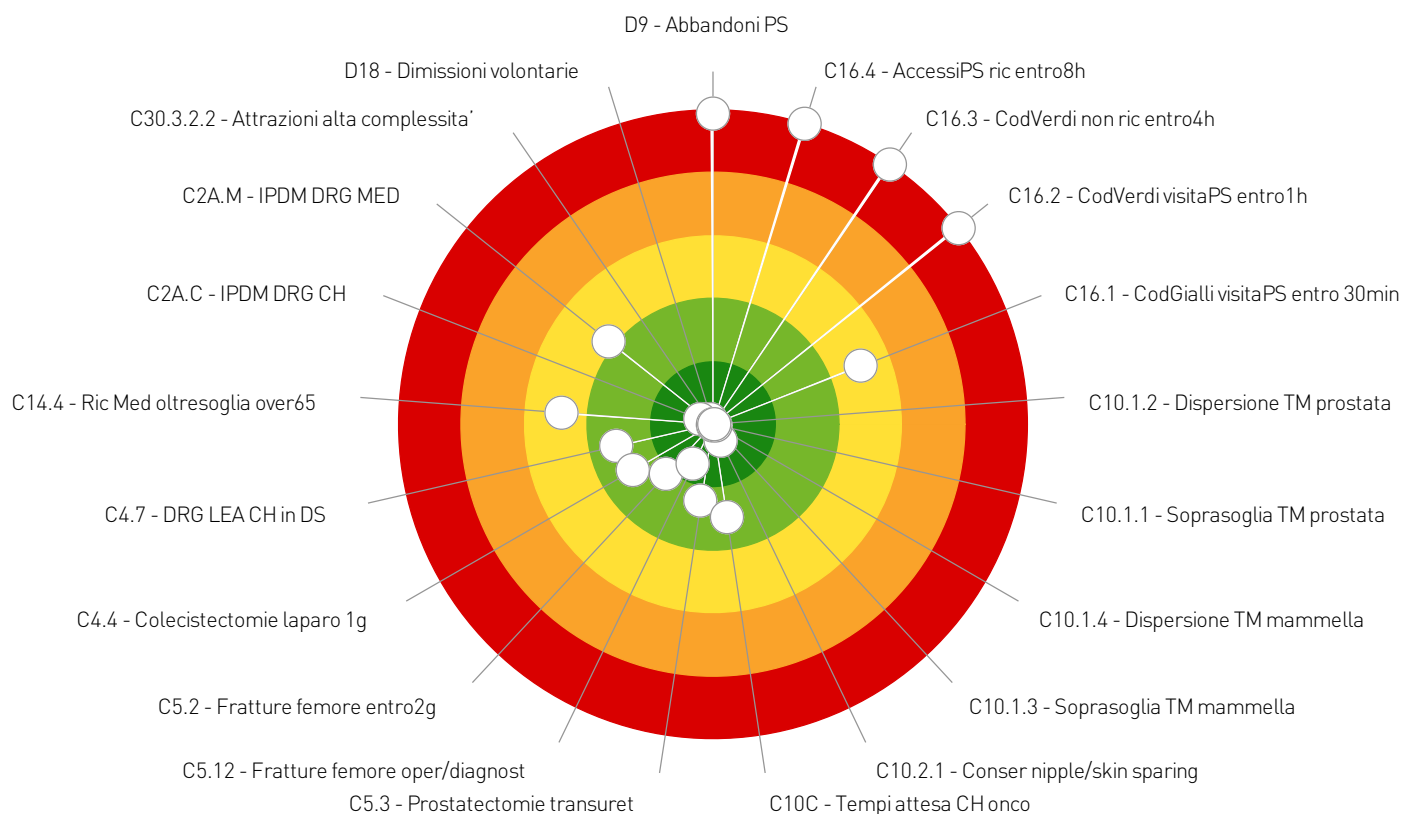
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

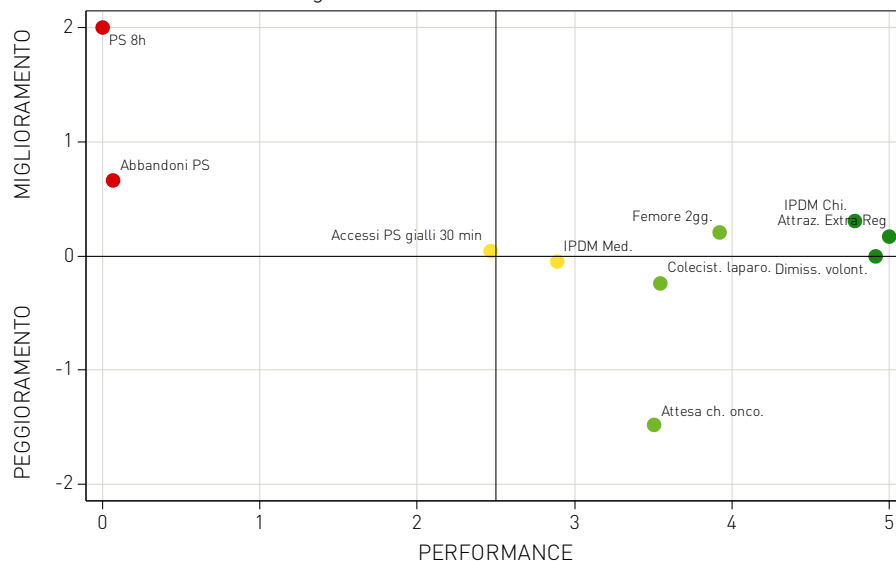
Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.28		●	●	●
Cardiologia	-1.76	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.77	●	●	●	●
Medicina	0.60	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.05	●	●	●	●
Neurologia	0.69	●	●	●	●
Ortopedia	-2.46	●	●	●	●
Urologia	-0.19	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018

Regione Lombardia - Ist. Clin. Humanitas



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

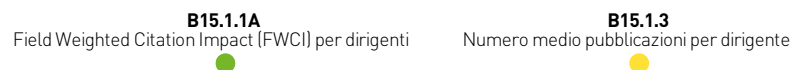
Istituto Clinico Humanitas Rozzano



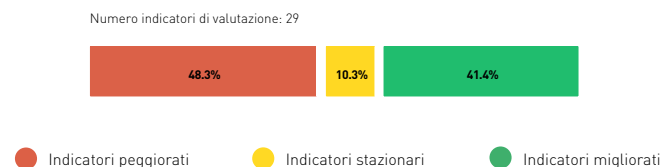
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

## AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

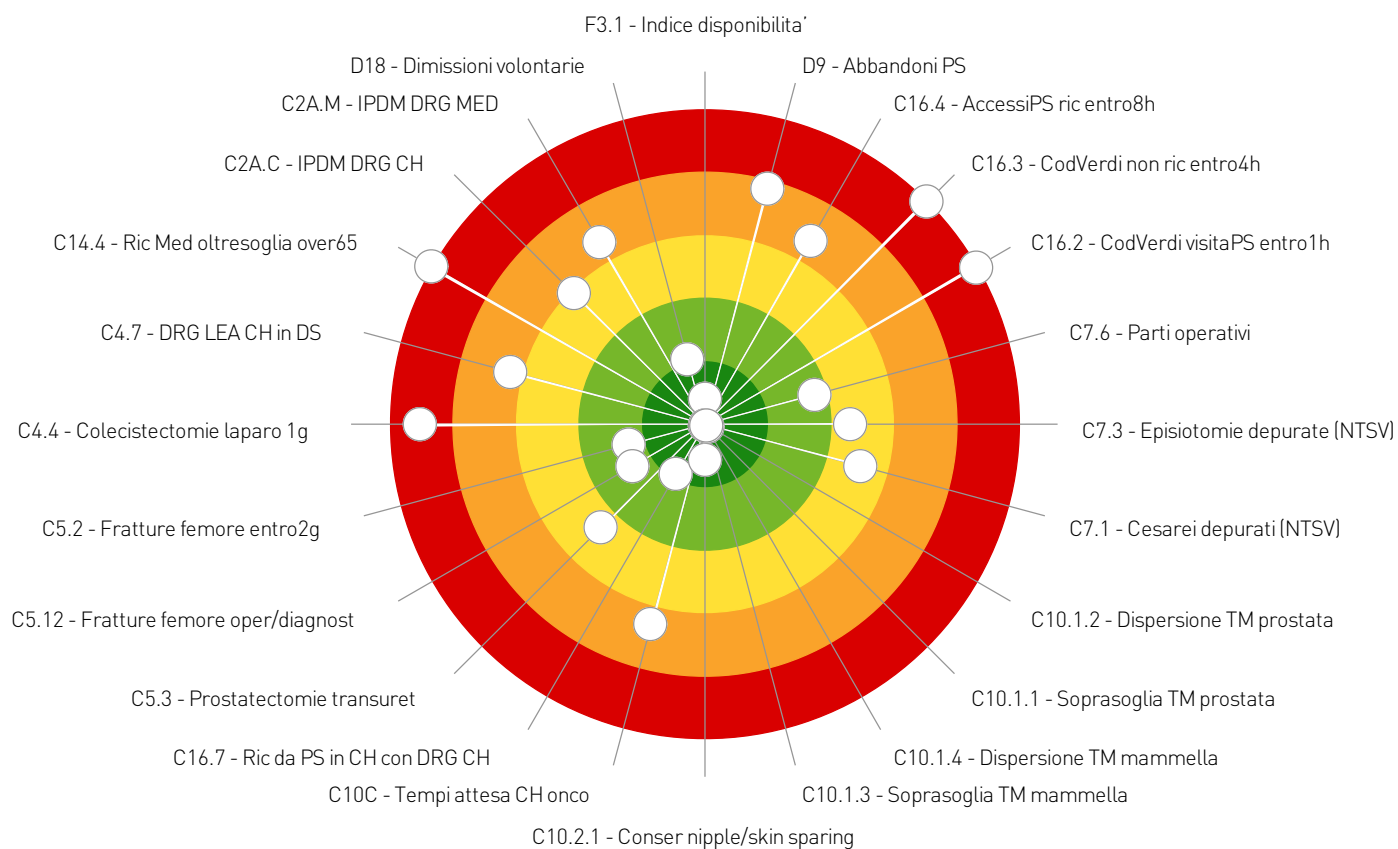
### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



### Andamento indicatori - Trend 2017-2018



### Valutazione della performance 2018



### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

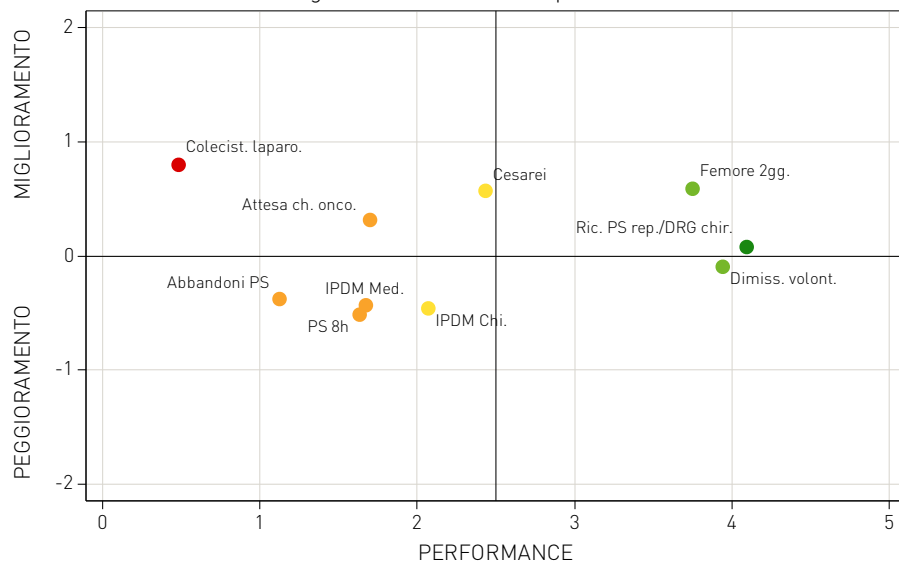
Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.54		●	●	●
Cardiologia	0.84	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.31	●	●	●	●
Medicina	-0.85	●	●	●	
Neurochirurgia	2.97	●	●	●	●
Neurologia	1.33	●	●	●	
Ortopedia	3.89	●	●	●	●
Urologia	-1.13	●	●	●	●

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

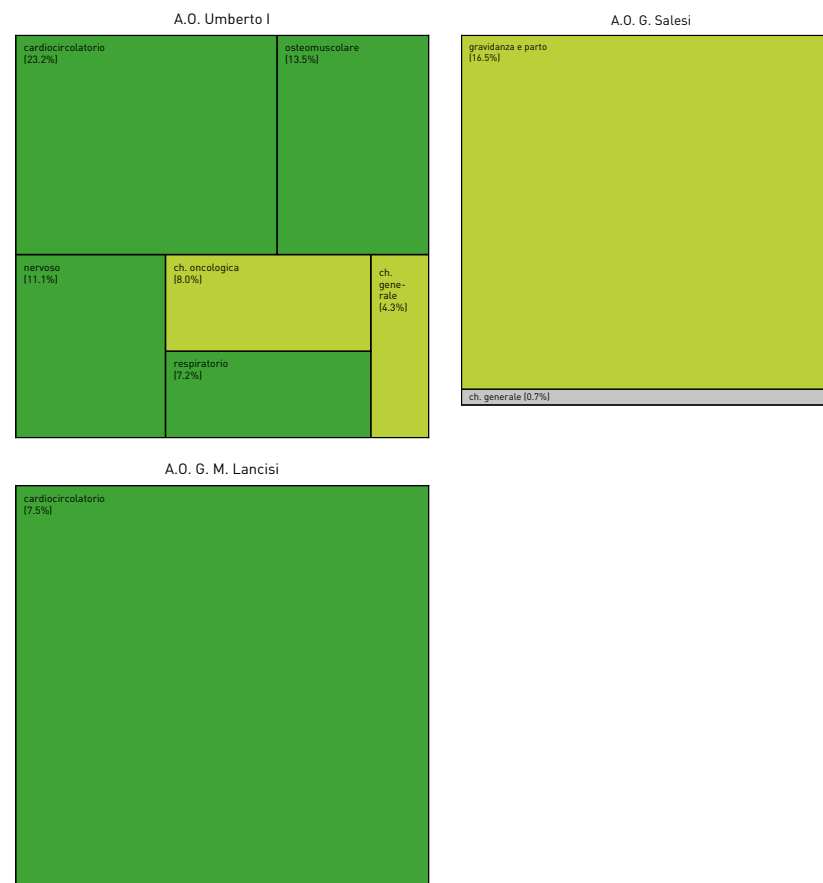
### Mappa Performance Trend 2017-2018

Regione Marche - AOU Osp. Riun. Ancona



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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



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

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

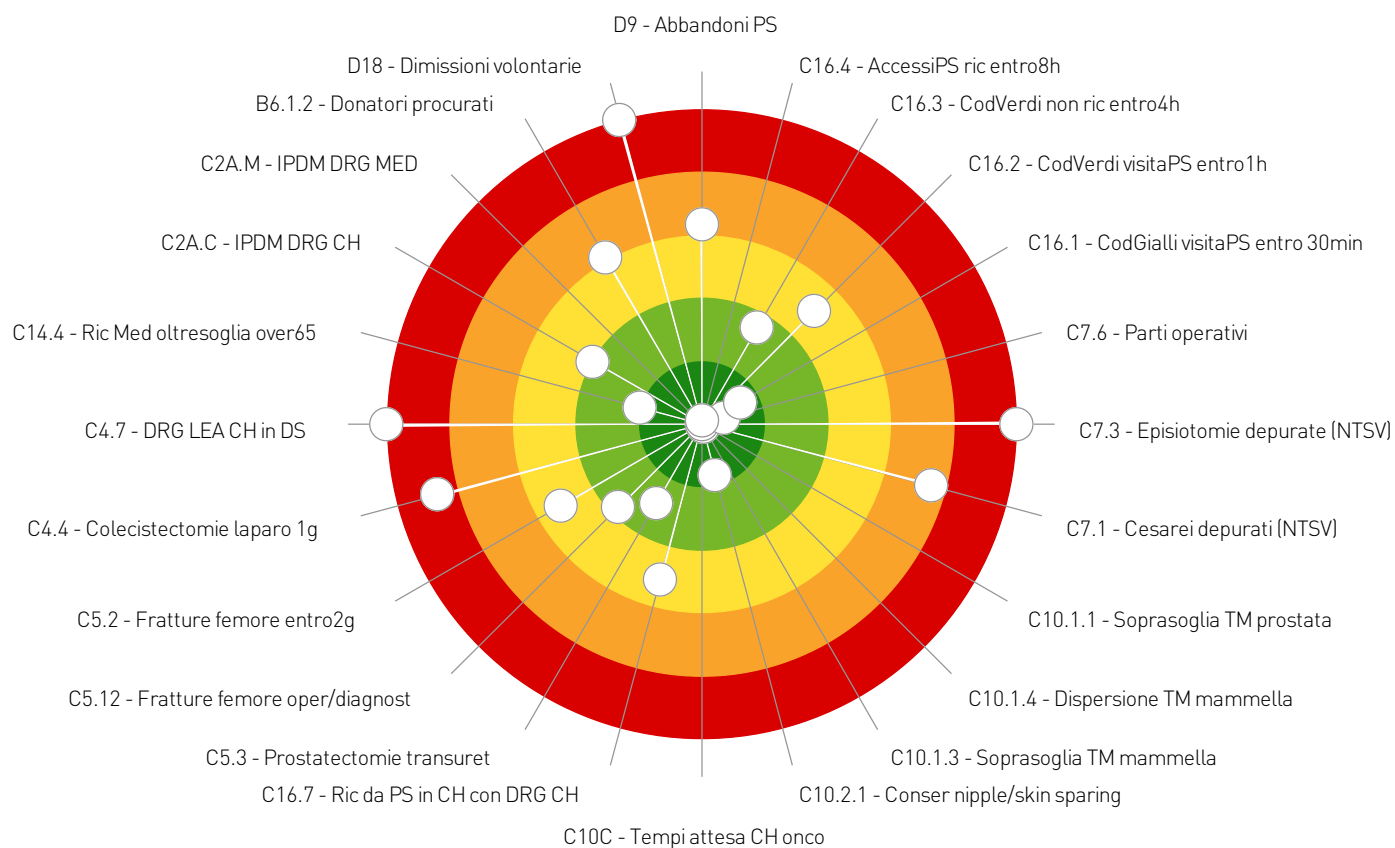
### Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 33



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2018



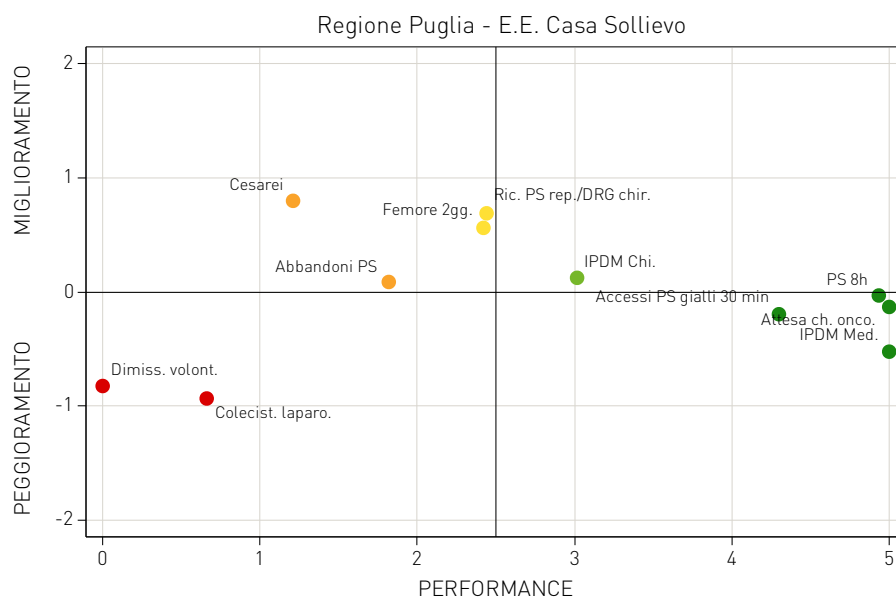
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.96		●	●	●
Cardiologia	-1.54	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.17	●	●	●	●
Medicina	-0.62	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.24	●	●	●	●
Neurologia	0.30	●	●	●	●
Ortopedia	-0.01	●	●	●	●
Urologia	1.08	●	●	●	●

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

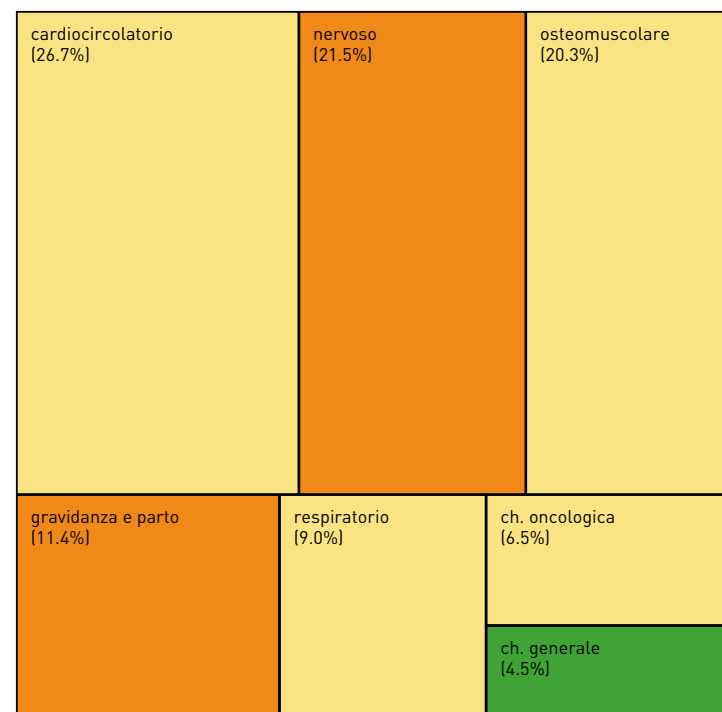
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### E.E. Casa Sollievo delle Sofferenze San Giovanni Rotondo (FG)

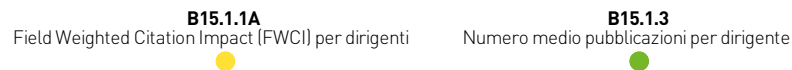


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

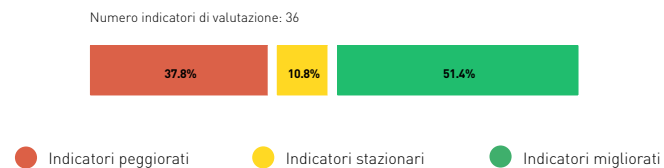


## AOU POLICLINICO BARI

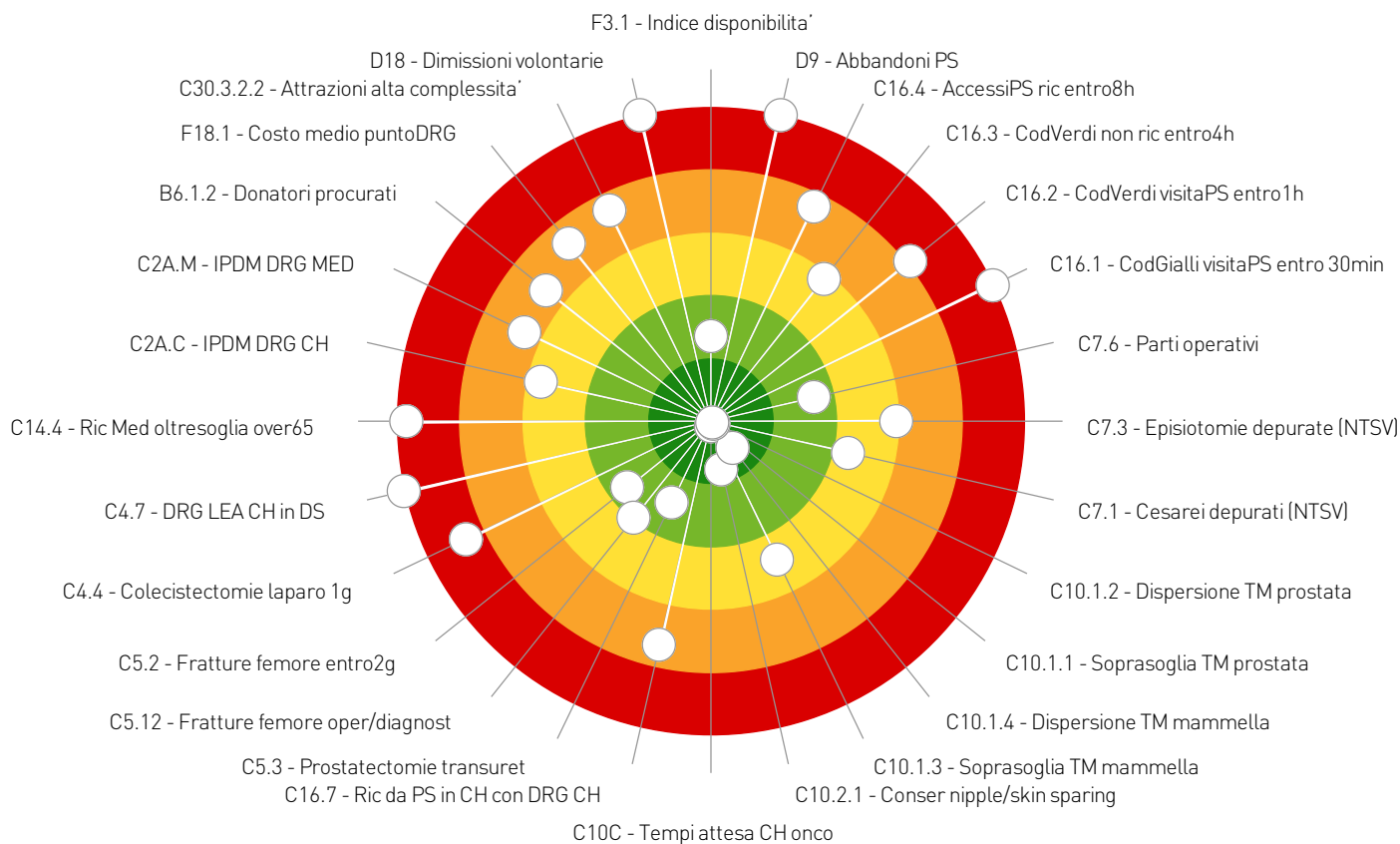
### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



### Andamento indicatori - Trend 2017-2018



### Valutazione della performance 2018



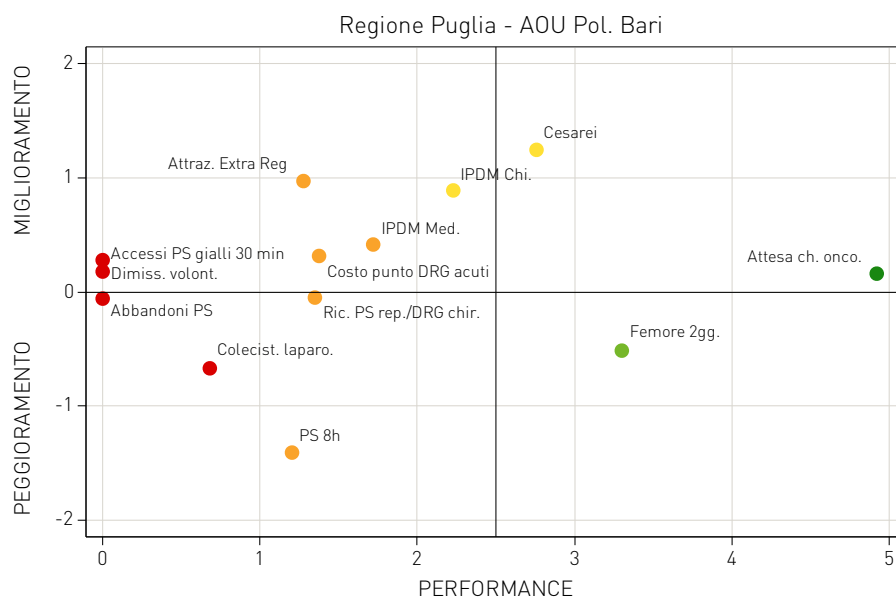
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.44		●	●	●
Cardiologia	0.34	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.76	●	●	●	●
Medicina	1.30	●	●	●	
Neurochirurgia	-0.53	●	●	●	●
Neurologia	3.01	●	●	●	
Ortopedia	-0.28	●	●	●	●
Urologia	-0.79	●	●	●	●

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

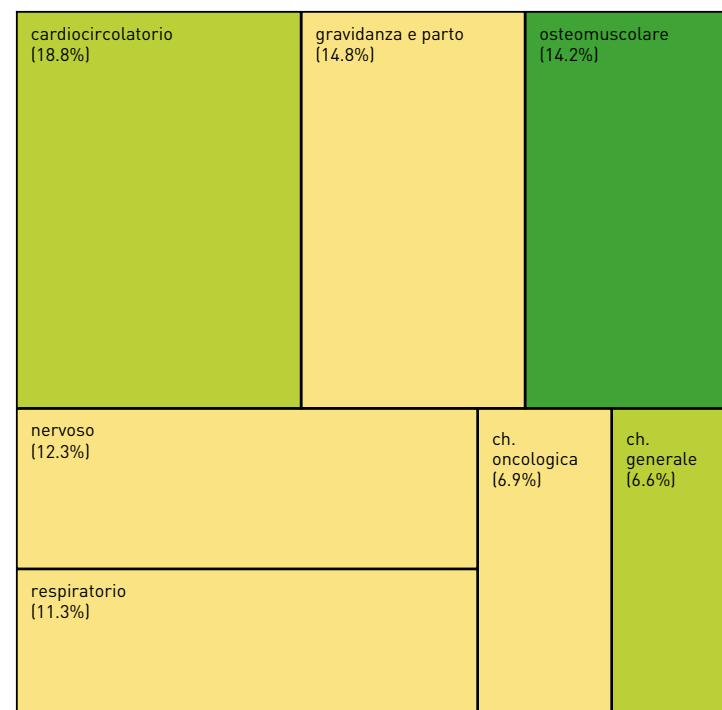
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

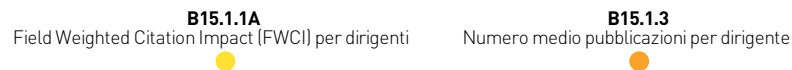
#### AOU Policlinico Bari



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

## 00.RR. FOGGIA

### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



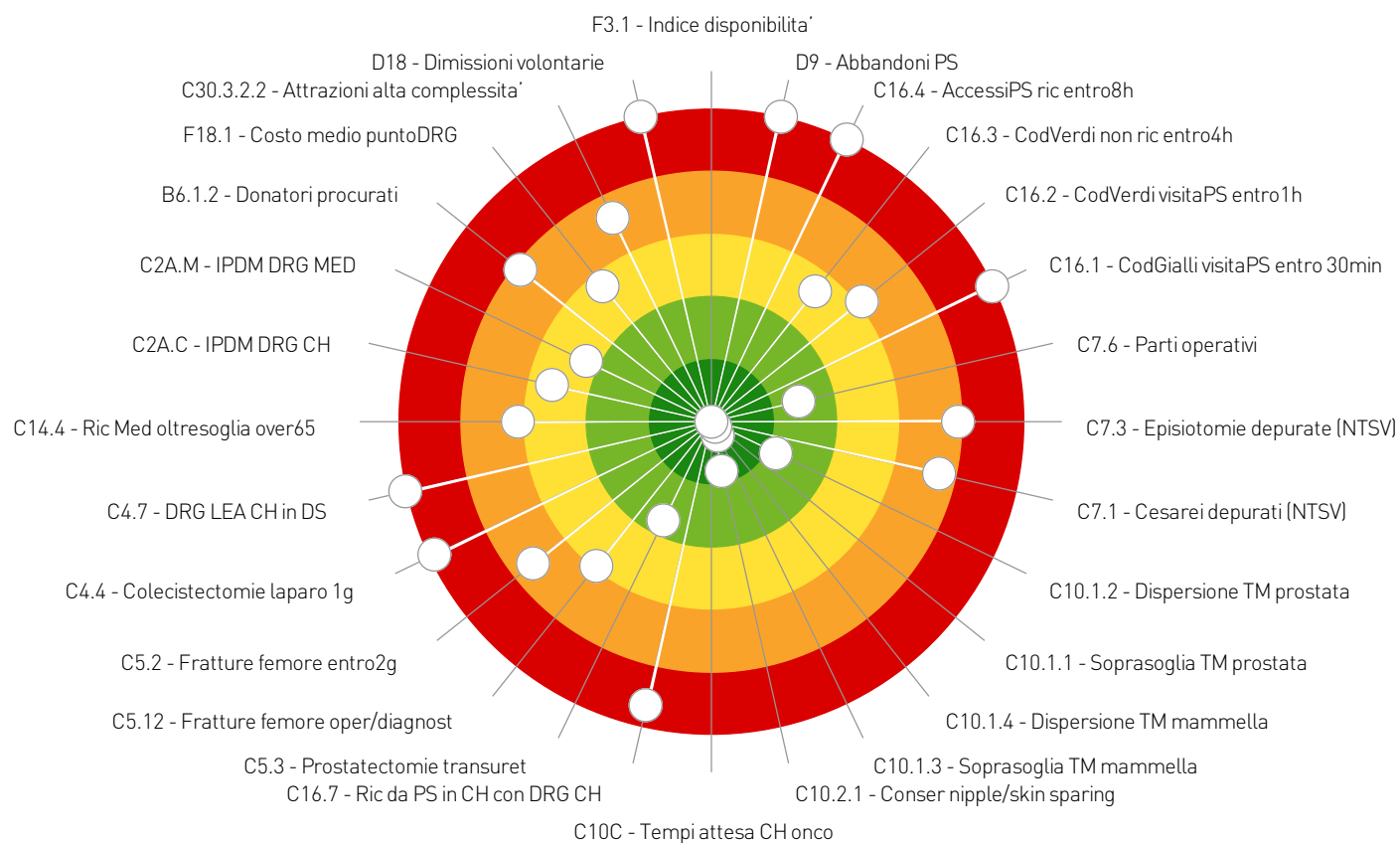
### Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 35



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2018



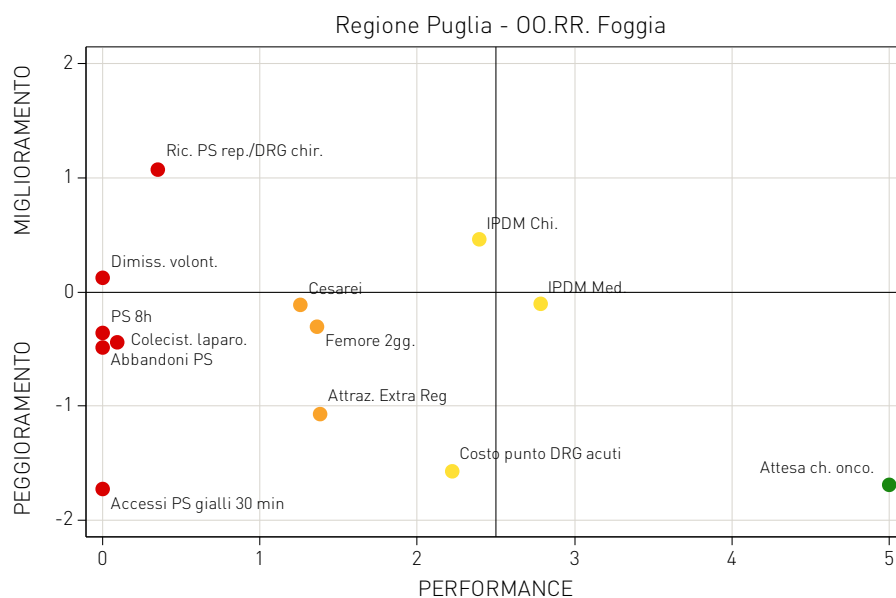
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-1.13	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.28	●	●	●	●
Medicina	-0.71	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.72	●	●	●	●
Neurologia	-1.68	●	●	●	●
Ortopedia	-0.38	●	●	●	●
Urologia	0.17	●	●	●	●

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

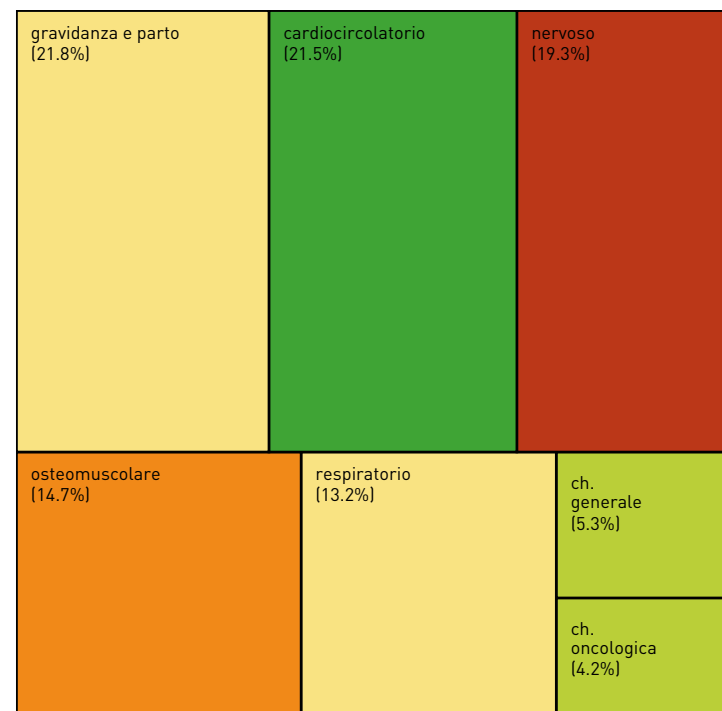
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

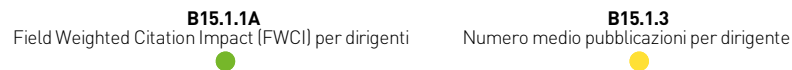
#### Ospedali Riuniti Foggia



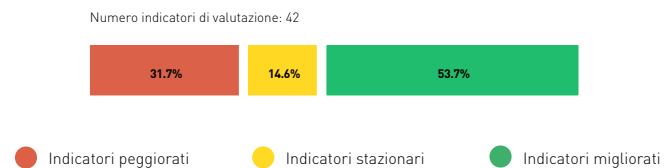
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

# AOU PISANA

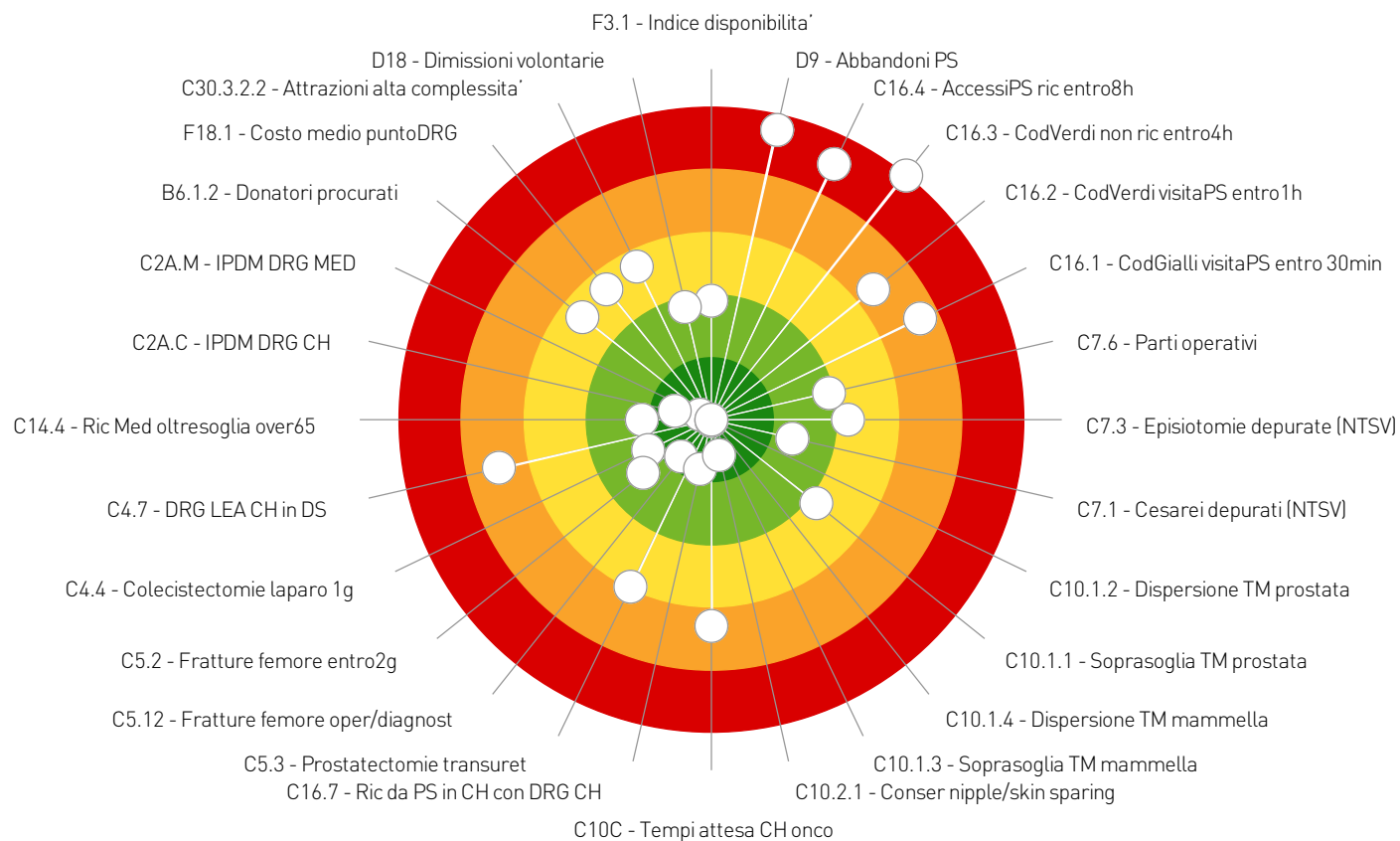
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



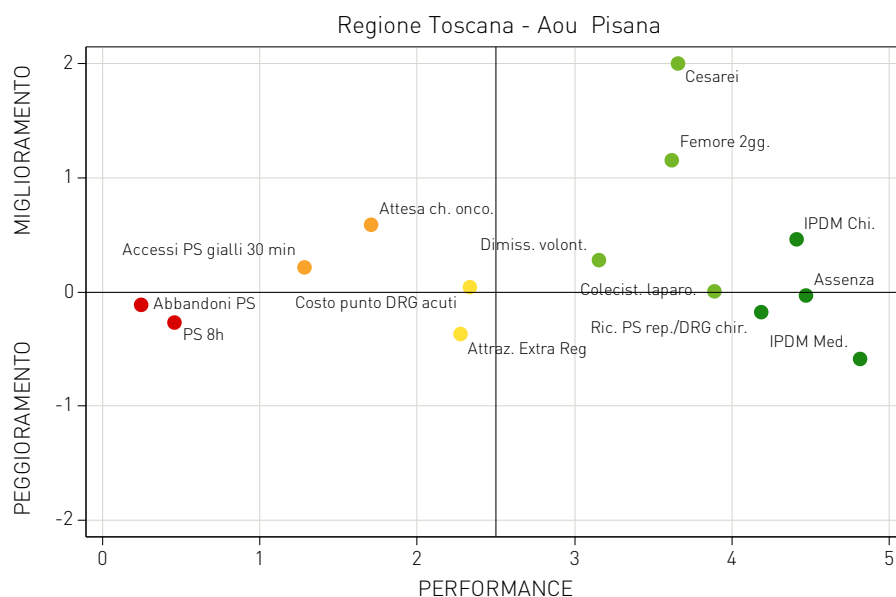
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	1.05		●	●	●
Cardiologia	-1.17	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.26	●	●	●	●
Medicina	-2.93	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.18	●	●	●	●
Neurologia	-1.25	●	●	●	●
Ortopedia	-1.66	●	●	●	●
Urologia	-2.00	●	●	●	●

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

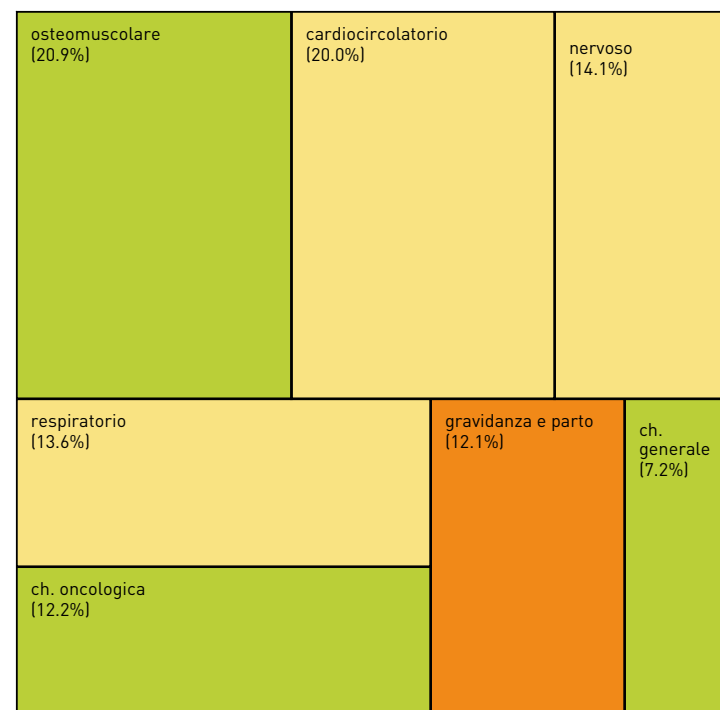
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

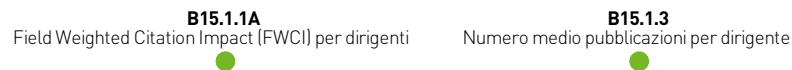
AOU Pisana



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

# AOU SENESE

## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



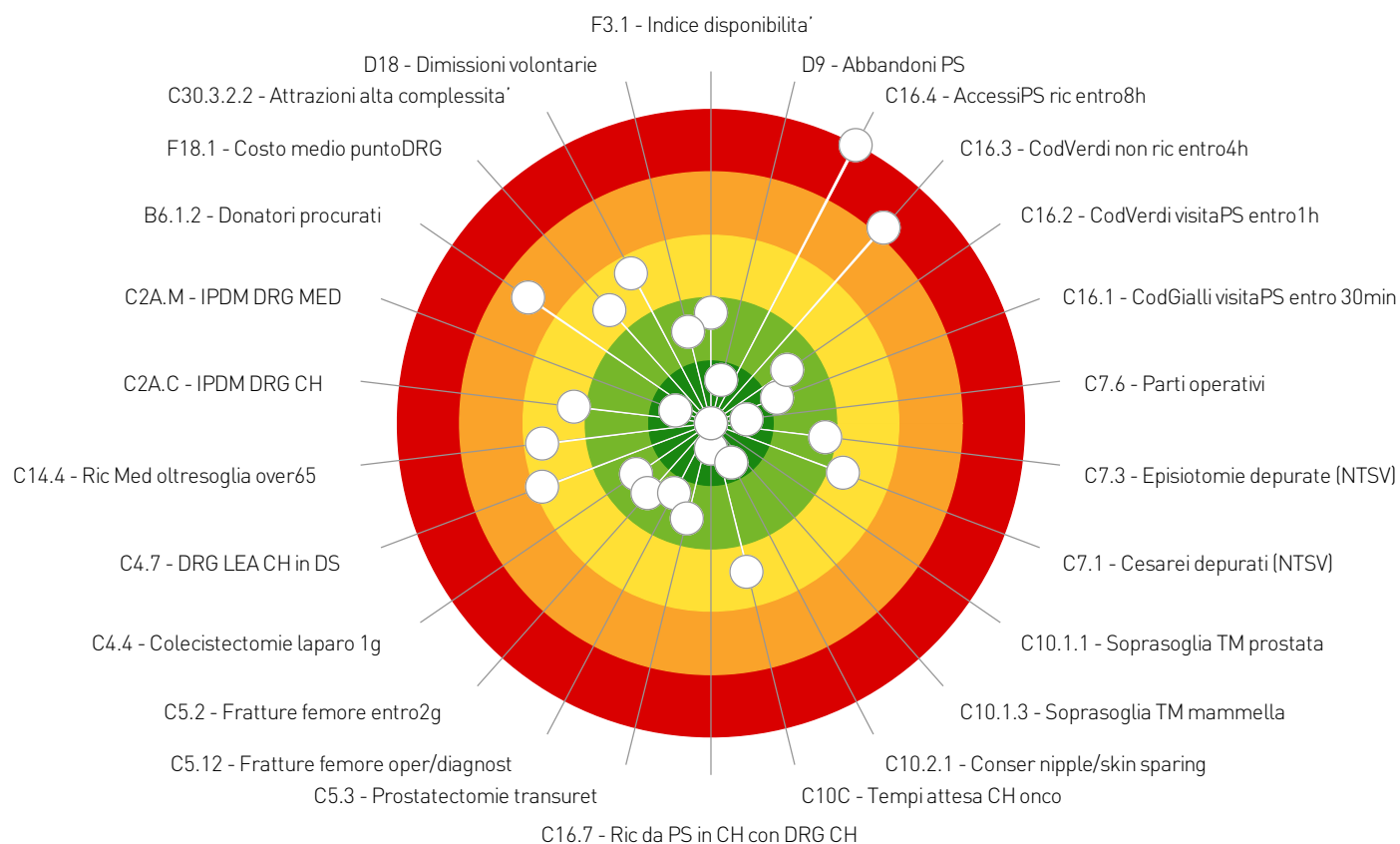
## Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 42



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2018



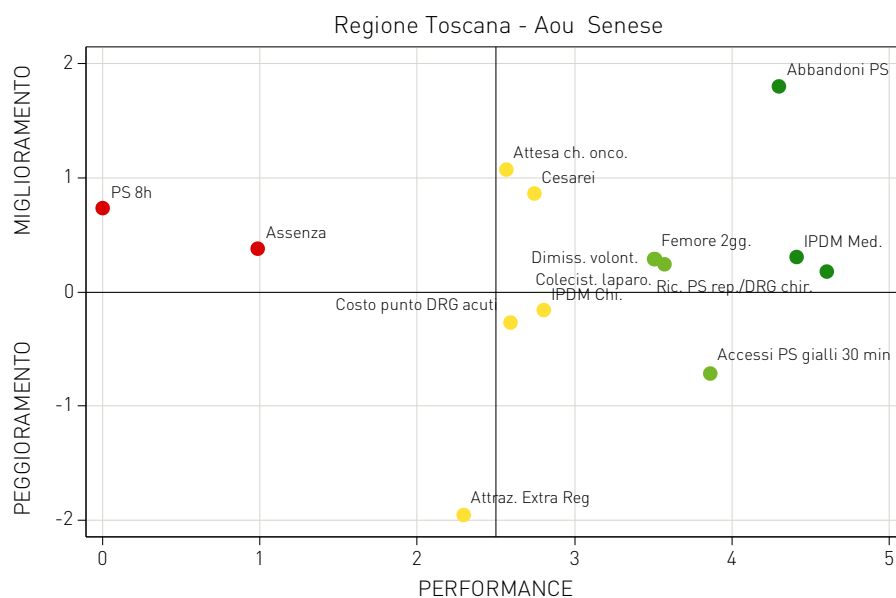
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.05		●	●	●
Cardiologia	0.36	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.14	●	●	●	●
Medicina	3.36	●	●	●	
Neurochirurgia	-0.28	●	●	●	●
Neurologia	-0.97	●	●	●	
Ortopedia	-0.98	●	●	●	●
Urologia	-2.31	●	●	●	●

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

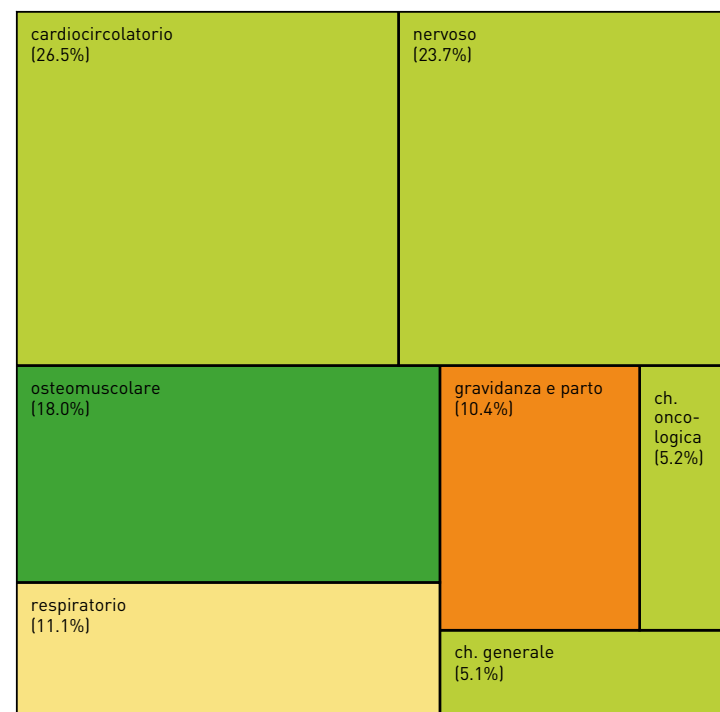
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### AOU Senese



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



## AOU CAREGGI

### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



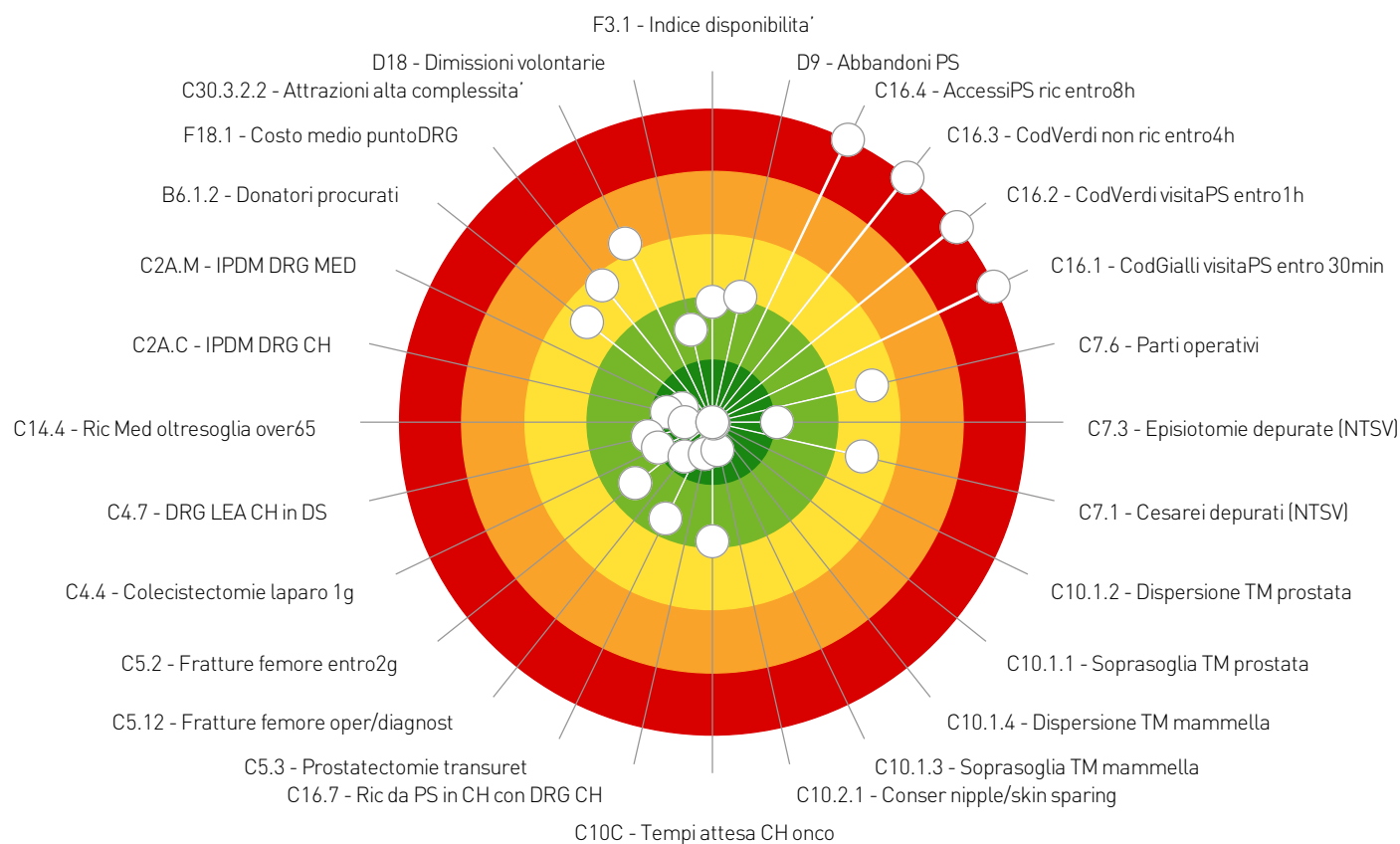
### Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 43



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2018



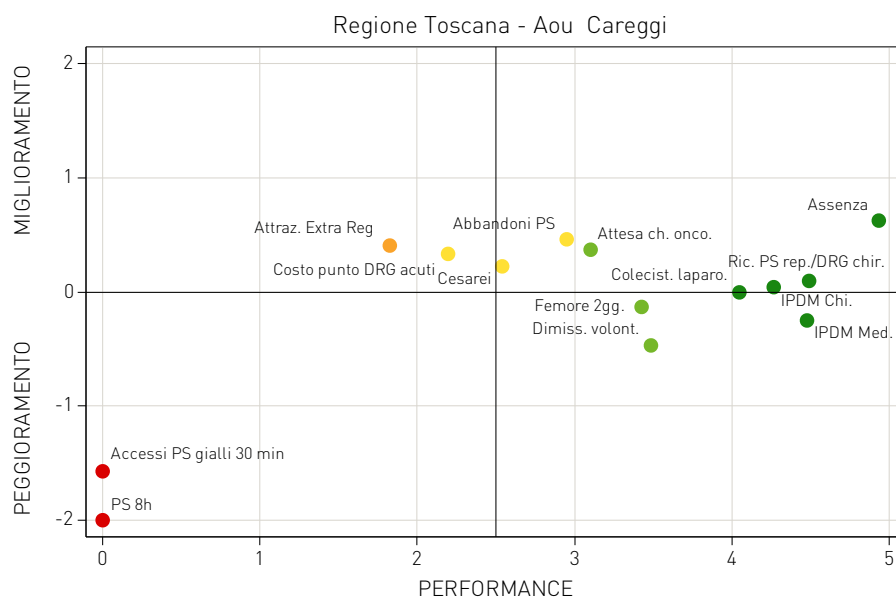
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.55	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.93	●	●	●	●
Medicina	-2.34	●	●	●	●
Neurochirurgia	-3.47	●	●	●	●
Neurologia	-2.54	●	●	●	●
Ortopedia	0.15	●	●	●	●
Urologia	-0.83	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

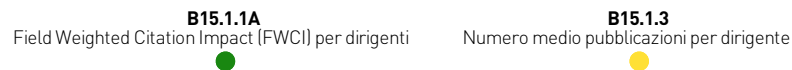
#### AOU Careggi



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

# AO PERUGIA

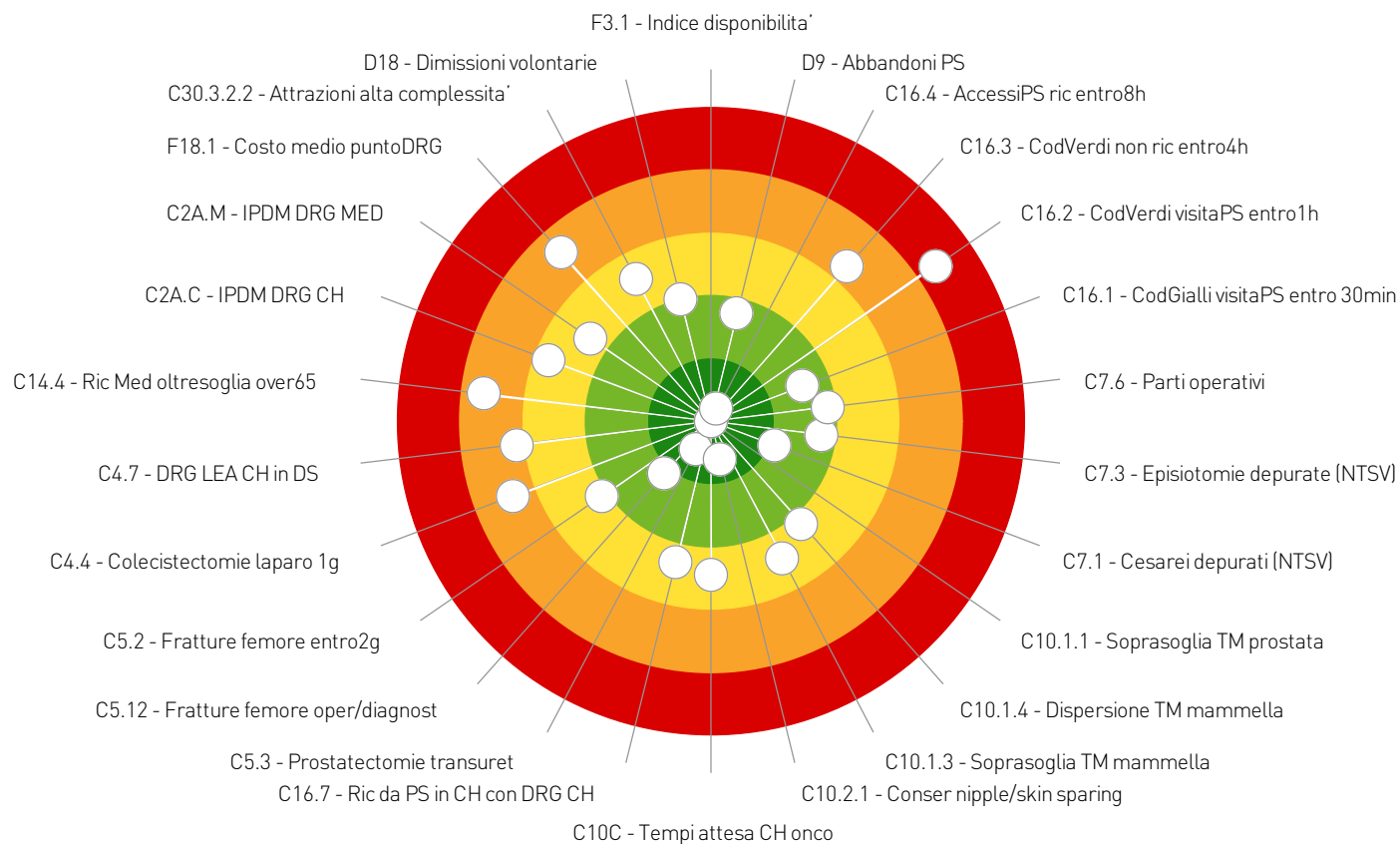
## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



## Andamento indicatori - Trend 2017-2018



## Valutazione della performance 2018



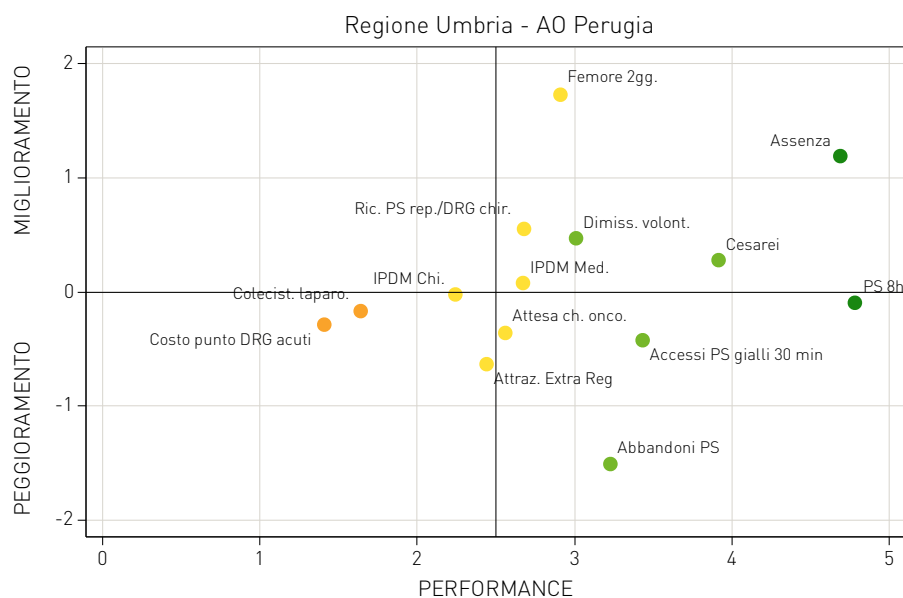
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	5.23		●	●	●
Cardiologia	-1.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.08	●	●	●	●
Medicina	0.17	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.06	●	●	●	●
Neurologia	-1.87	●	●	●	●
Ortopedia	-1.57	●	●	●	●
Urologia	0.75	●	●	●	●

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

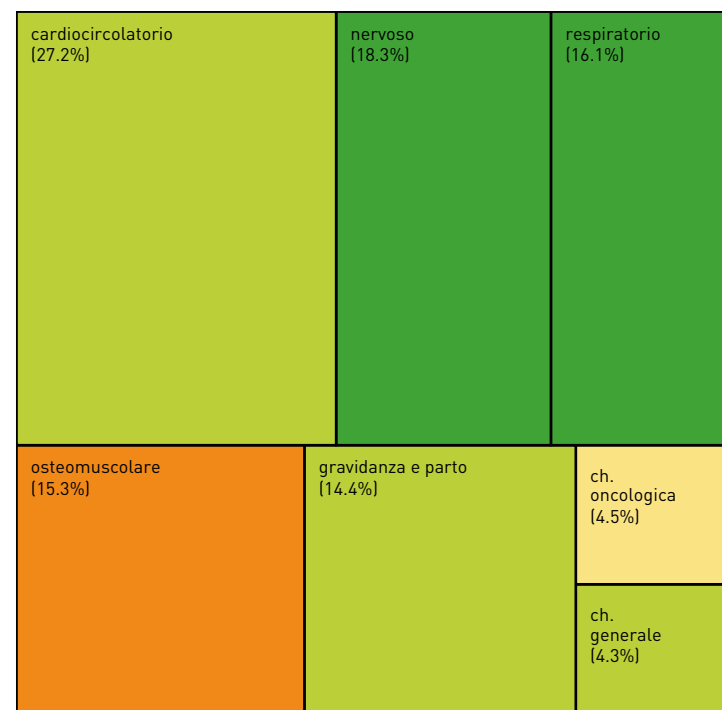
### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### AO Perugia



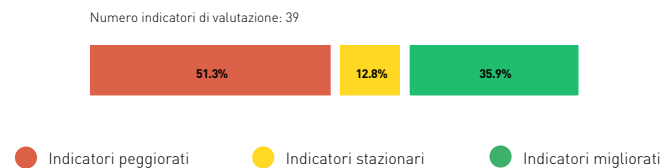
Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)  
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -  
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

## AO TERNI

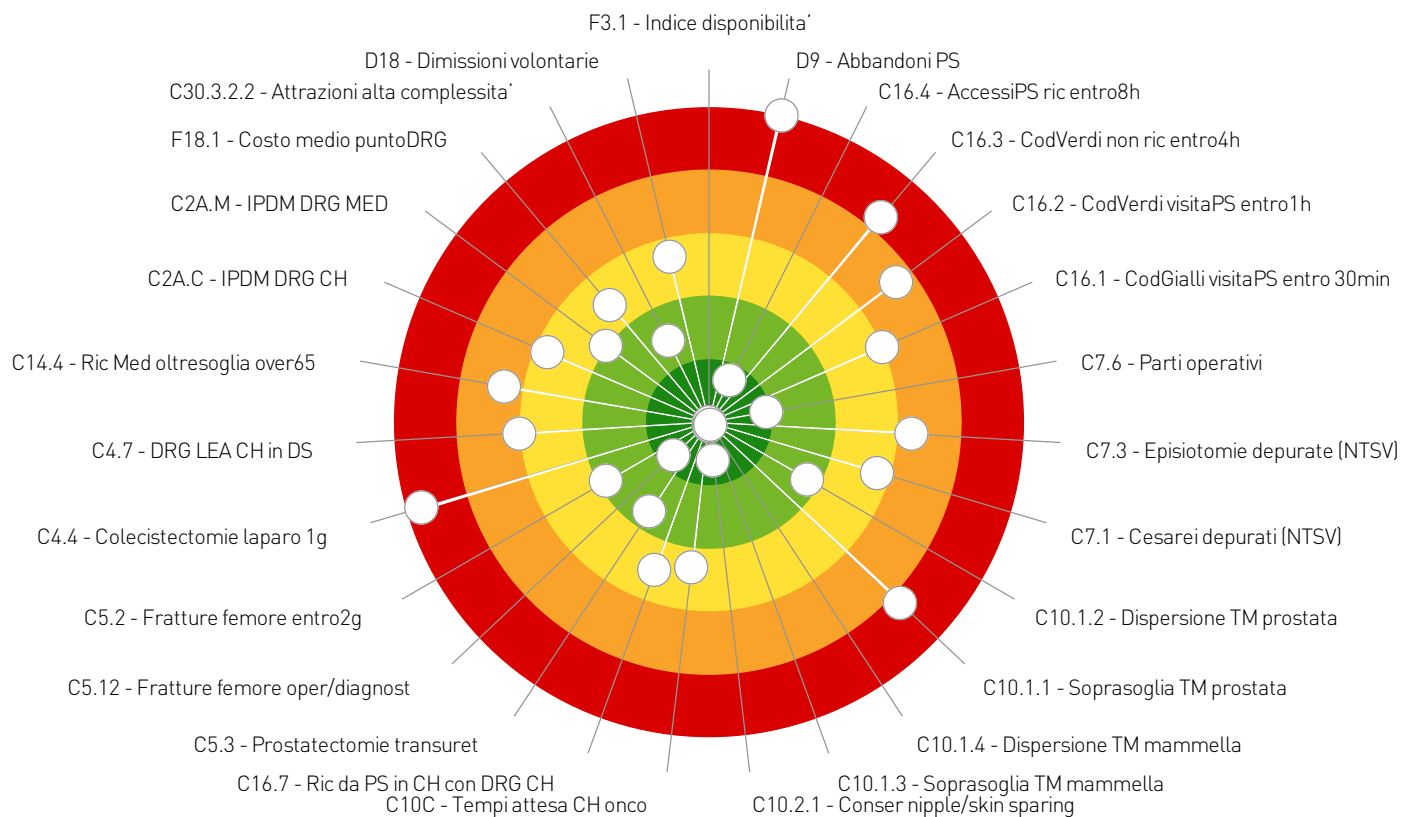
### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



### Andamento indicatori - Trend 2017-2018



### Valutazione della performance 2018



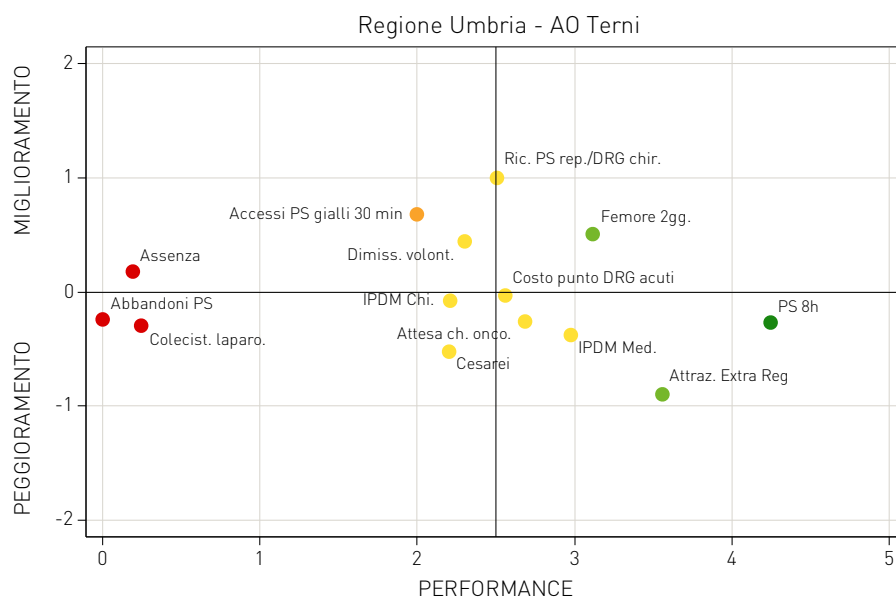
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.23		●	●	●
Cardiologia	-1.45	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.58	●	●	●	●
Medicina	-0.72	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.45	●	●	●	●
Neurologia	0.89	●	●	●	●
Ortopedia	0.14	●	●	●	●
Urologia	1.15	●	●	●	●

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

### Mapa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### AO Terni



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

## AO PADOVA

### Valutazione attività di ricerca 2015-2017



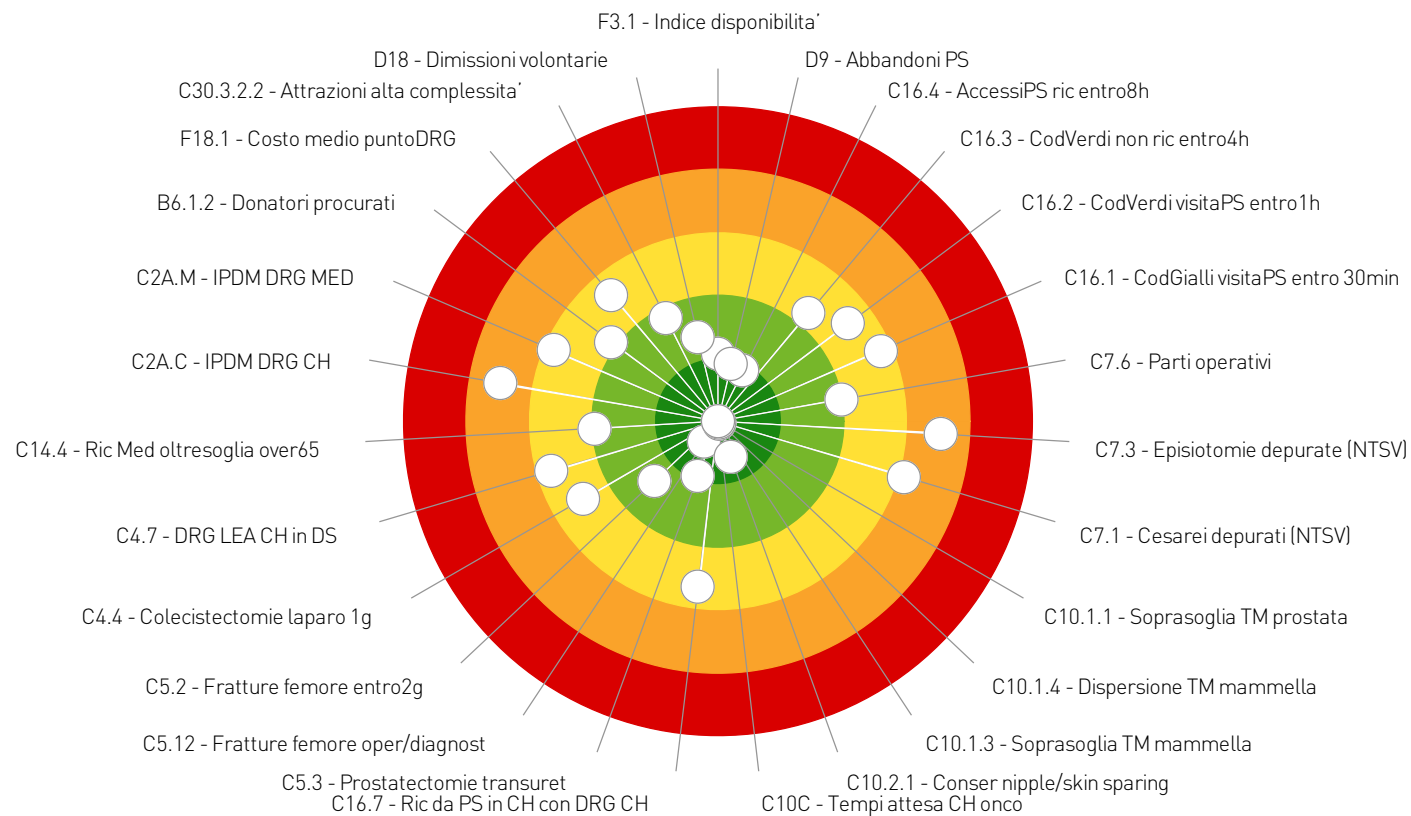
### Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 39



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

### Valutazione della performance 2018



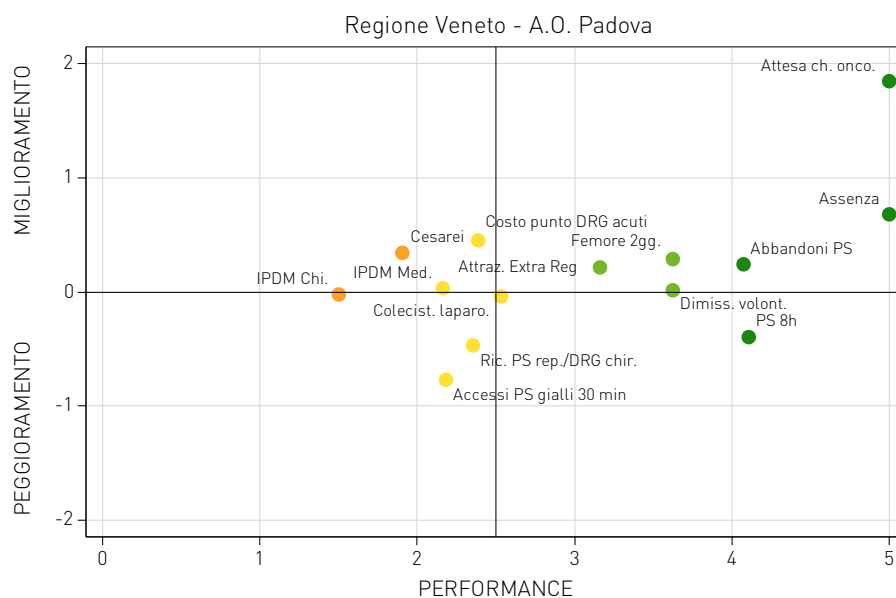
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	2.31		●	●	●
Cardiologia	1.21	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.47	●	●	●	●
Medicina	0.43	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.13	●	●	●	●
Neurologia	-0.44	●	●	●	●
Ortopedia	1.04	●	●	●	●
Urologia	-0.76	●	●	●	●

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

### Mappa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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

#### AO di Padova



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



# AOU VERONA

## Valutazione attività di ricerca 2015-2017



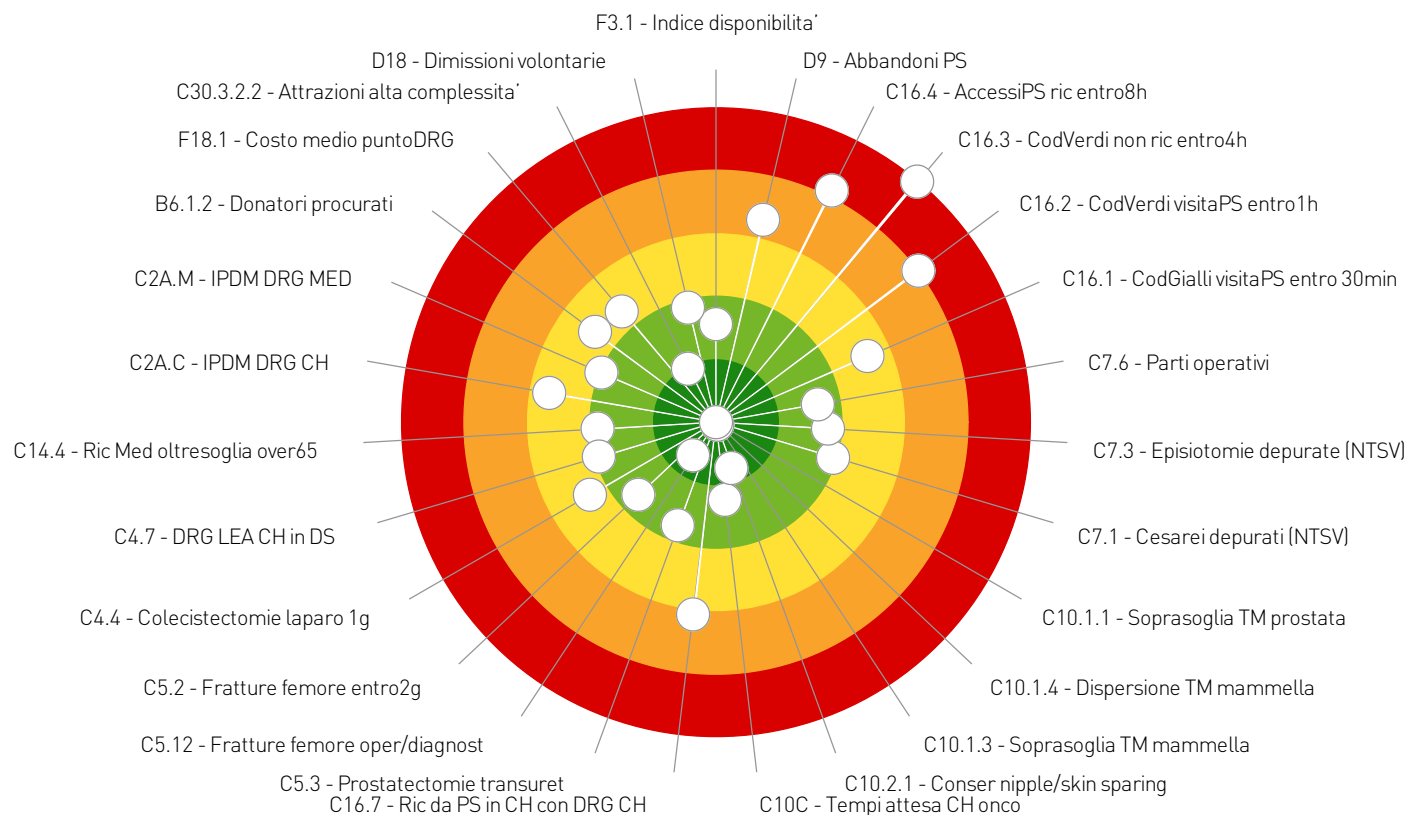
## Andamento indicatori - Trend 2017-2018

Numero indicatori di valutazione: 39



● Indicatori peggiorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori migliorati

## Valutazione della performance 2018



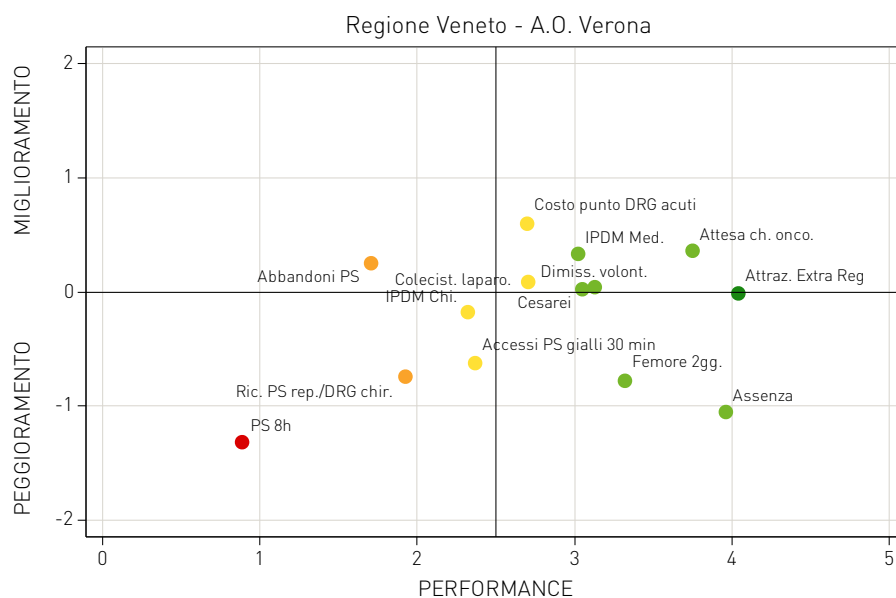
### Valutazione esiti per specialità di dimissione 2018

Metodologia CRISP-MES

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.32		●	●	●
Cardiologia	1.90	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.11	●	●	●	●
Medicina	0.20	●	●	●	
Neurochirurgia	-0.47	●	●	●	●
Neurologia	0.14	●	●	●	
Ortopedia	-0.23	●	●	●	●
Urologia	-0.67	●	●	●	●

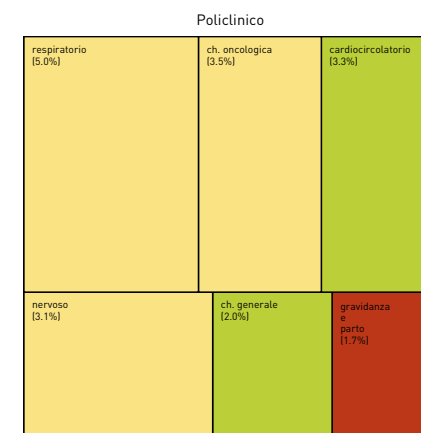
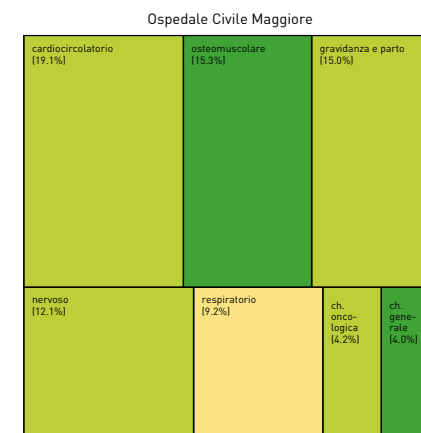
Esiti per Reparto disponibili su: <http://performance.sssup.it/netval>

### Mapa Performance Trend 2017-2018



### Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2017

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



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



4

# BIBLIOGRAFIA



- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale, Il Mulino, Bologna*
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", [http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf)
- Freeman, R.K., American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- Audiweb (2016), Total digital audience, Report Gennaio 2016
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Basaglia S., Paolino C. (2015), *Clima aziendale: crescere dando voce alle persone*, EGEA, Milano
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_2024\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf)
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Cerasuolo D., Campani A., Sinigaglia M.G., Seghieri C. (2008), "La valutazione interna", in Nuti S. (a cura di), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze University Press, Firenze
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621
- Cramer J.A., Rosenheck R. (1998), *Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders*, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201
- <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbe D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), *Com'è nato il vocabolario di base*, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), *Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana*, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne
- De Mauro T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EURO-PERISTAT Project. *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1001\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf)
- Franchina V., Vacca R. (1986), *Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore*, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione, Linguaggi*, a. III, n. 3, pp. 47-9
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione. Linee guida online*
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie, Report 2014*
- OECD (2009), *Health at glance 2009. OECD Indicators*, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011. OECD Indicators*, OECD
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act*
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85

- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmilller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, *Bollettino della Società Filosofica Italiana*, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Vesper, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, Progetto SIVEAS, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1238\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf)
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- Mazzoleni, F., et al. (2011), *Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale*, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5: 11-16
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", NIH Consensus Statement, September 14-16, <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>
- Nutbeam D. (1998), "Health promotion glossary", in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364
- Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in Baraldi S. (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", *Salute e Territorio*, n. 158, n. 1, pp. 303-306
- Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", *International Journal of Integrated Care*, 16(2)
- Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento*, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), *I risultati delle Aziende Ospedaliere-Universitarie a confronto. Report 2016*, Pisa, Pacini Editore
- Nuti S., Macchia A. (2005), "The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities", in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis, London
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- OECD (2016), *Engaging Public Employees for a high performing civil service*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
- OHA (2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal - Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20
- Politecnico di Milano (2016), *Osservatorio Mobile & App Economy*

- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 2: 186-196
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), Rapporto Osservasalute 2004, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), Rapporto Osservasalute 2009, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2012), Rapporto Osservasalute 2011, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2016), Rapporto Osservasalute 2015, Osservasalute, Roma
- Rosselli Del Turco M. et al. (2010), "Quality Indicators in Breast Cancer Care", *European Journal of Cancer* 46(13):2344-56
- Rojas D., Seghieri C., Nuti S. (2014), "Organizational climate: Comparing private and public hospitals within professional roles", *Suma De Negocios*, 5(1): 10-14
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J., Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5): 426-434
- Sutter Women's & Children's Services (2001), First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile", 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.0000000000000164
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra razionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*, 7(4): 20-28
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and re-starting in patients on statin treatment: prospective open cohort study using a primary care database", *BMJ*; 353:i3305
- Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J.Jr. (2005), "The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review", Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD)
- White B.A., Biddinger P.D., Chang Y., Grabowski B., Carignan S., Brown D.F.M. (2013), "Boarding Inpatients in the Emergency Department Increases Discharged Patient Length of Stay", *The Journal of Emergency Medicine*, 44, 1: 230-235
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (1991), The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), The World Health Report 2000, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), Preventing suicide: A global imperative, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), [http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html)

L'attività di ricerca e la produzione scientifica del Laboratorio MeS valorizzano le logiche fondanti della valutazione della performance a supporto della gestione dei sistemi sanitari. Di seguito una selezione dei principali contributi:

- Ferrè F., Vinci B., Murante A.M. (2019), "Performance of care for end of life cancer patients in Tuscany: The interplay between place of care, aggressive treatments, opioids, and place of death. A retrospective cohort study", *The International Journal of Health Planning and Management*
- Giacomelli G., Ferrè F., Furlan M., Nuti S. (2019), "Involving hybrid professionals in top management decision-making: How managerial training can make the difference", *Health services management research*
- Lungu D. A., Grillo Ruggieri T., Nuti S. (2019), "Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery", *BMC Health Services Research*
- Noto G., Giacomelli G., Barsanti S. (2019), "I sistemi di controllo manageriale nel contesto dell'accen- tramento istituzionale: il caso della Regione Toscana", *Azienda Pubblica*
- Noto G., Corazza I., Kļaviņa K., Lepikšone J., Nuti S. (2019), "Health system performance assessment in small countries: The case study of Latvia", *The International Journal of Health Planning and Management*
- Seghieri C., Berta P., Nuti S. (2019), "Geographic variation in inpatient costs for Acute Myocardial Infarction care: Insights from Italy", *Health Policy*
- Seghieri G., Seghieri C., Policardo L., Gualdani E., Francescon P., Voller F. (2019), "Adherence to diabe- tes care process indicators in migrants as compared to non-migrants with diabetes: a retrospective cohort study", *International Journal of Public Health*
- Aimo A., Seghieri C., Nuti S., Emdin M. (2018), "Utilisation of real-world data from heart failure regi- stries in OECD countries - A systematic review", *IJC Heart and Vasculature*
- Barsanti S. (2018), "Hospitalization among migrants in Italy: Access to health care as an opportunity for integration and inclusion", *International Journal of Health Planning and Management*
- Barsanti S., Bonciani M. (2018), "General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy", *Health Services Management Research*
- Battaglio R. P., Belardinelli P., Bellé N., Cantarelli P. (2018), "Behavioral Public Administration ad fontes: A Synthesis of Research on Bounded Rationality, Cognitive Biases, and Nudging in Public Organizations", *Public Administration Review*
- Belardinelli P., Bellé N., Sicilia M., Steccolini I. (2018), "Framing Effects under Different Uses of Per- formance Information: An Experimental Study on Public Managers", *Public Administration Review*
- Bellé N., Cantarelli P., Belardinelli P. (2018), "Prospect Theory Goes Public: Experimental Evidence on Cognitive Biases in Public Policy and Management Decisions", *Public Administration Review*
- Bevan G., Evans A., Nuti S. (2018), "Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world", *Health Economics, Policy and Law*, 21(1)
- Bonciani M., Schäfer W., Barsanti S., Heinemann S., Groenewegen P. P. (2018), "The benefits of co- location in primary care practices: The perspectives of general practitioners and patients in 34 countries", *BMC Health Services Research*
- Calovi M., Seghieri C. (2018), "Using a GIS to support the spatial reorganization of outpatient care services delivery in Italy", *BMC Health Services Research*
- De Rosis S. (2018), "The online communication of healthcare organisations in the "post-truth" era: An analysis of 167 websites in Italy", *International Journal of Integrated Care*
- Grillo Ruggieri T., Berta P., Murante A. M., Nuti S. (2018), "Patient Satisfaction, patients leaving hospi- tal against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis", *BMC Health Services Research*
- Kumah E., Sciolli G., Toraldo M. L., Murante, A. M. (2018), "The diabetes self-management educatio- nal programs and their integration in the usual care: A systematic literature review", *Health Policy*
- Nuti S., Noto G., Vola F., Vainieri M. (2018), "Let's play the patients music: A new generation of perfor- mance measurement systems in healthcare", *Management Decision*
- Pavlič D. R., Sever M., Klemenc-Ketiš Z., Švab I., Vainieri M., Seghieri C., Maksuti A. (2018), "Strength of primary care service delivery: A comparative study of European countries, Australia, New Zea- land, and Canada", *Primary Health Care Research and Development*
- Seghieri C., Calovi M., Ferrè F. (2018), "Proximity and waiting times in choice models for outpatient cardiological visits in Italy", *PLoS ONE*
- Tocchioni V., Seghieri C., De Santis G., Nuti S. (2018), "Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy", *International Journal for Quality in Health Care*
- Vainieri M., Lungu D. A., Nuti S. (2018), "Insights on the effectiveness of reward schemes from 10- year longitudinal case studies in 2 Italian regions", *International Journal of Health Planning and Management*
- Vainieri M., Quercioli C., Maccari M., Barsanti S., Murante, A. M. (2018), "Reported experience of pa- tients with single or multiple chronic diseases: Empirical evidence from Italy", *BMC Health Servi- ces Research*
- Nuti S., De Rosis S., Bonciani M., Murante A.M. (2017), "Rethinking Healthcare Performance Evalua- tion Systems towards the People-Centredness Approach: Their Pathways, their Experience, their Evaluation", *Healthcare Papers*, 17(1): 56-64
- Nuti S., Vainieri M., Vola F. (2017), "Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare", *Public Money and Management*, 2017, 37(4): 277-284
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", *Health Care Management Review*, doi: 10.1097/HMR.000000000000164

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



---

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

### **Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino**

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

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

### **Creare valore in sanità, edito da ETS**

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

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

### **I quaderni, editi da Polistampa**

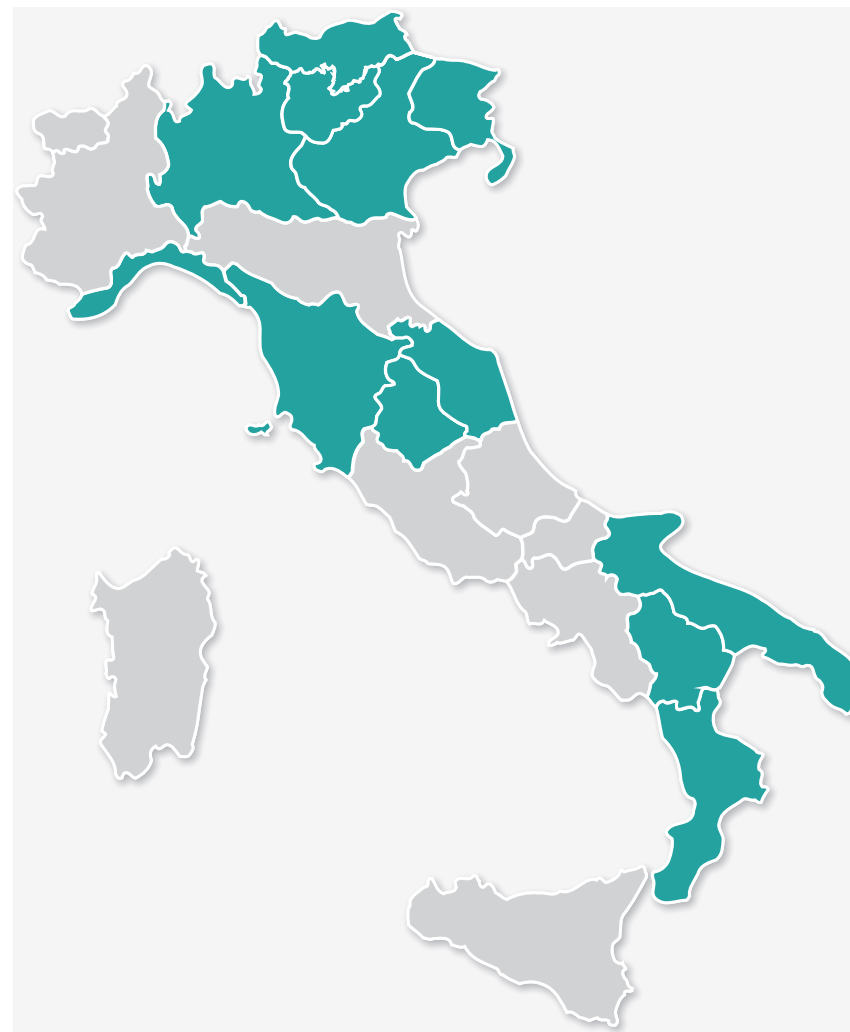
I volumi pubblicati in questa collana approfondiscono l'analisi dei dati disponibili nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana, in ottica di percorso assistenziale, per evidenziare e condividere con i professionisti sanitari l'interpretazione delle determinanti e dei risultati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

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

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, lavora nell'ambito della ricerca e formazione in economia e management sanitario con Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale e internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali e internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute e infine nella sistematizzazione di *know-how* manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

[www.meslab.santannapisa.it](http://www.meslab.santannapisa.it)



ISBN: 978-88-6995-624-9



9 788869 956249