Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

management e sanità

ISTITUTO DI MANAGEMENT
Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto

REPORT 2020

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 2020

a cura di:
Sabina Nuti, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Anna Noci,
Antonio Parenti, Milena Vainieri, Federico Vola

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

© Copyright 2021 Laboratorio MeS

ISBN 979-12-5486-047-2

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto

Report 2020

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: Anna Noci, Federico Vola
Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo
Supervisione statistica: Giuseppe D'Orio
Coordinamento per la redazione del Report: Antonio Parenti, Francesco Noferi, Alessia Caputo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A.O.U. Sant'Andrea: Adriano Marcolongo, Paolo Anibaldi, Francesco Stella, Riccardo Macera, Marco Sabatini, Francesca Romana Benedetto, Enrico Bertamino, Luigi Vittorini, Andrea Folino.

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

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:
I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto
Report 2020

Introduzione **7**

Indicatori **15**

Missione 17

Efficienza e appropriatezza organizzativa 23

Qualità dei percorsi 27

Compliance 33

Utenza, personale e comunicazione 37

Percorso oncologico 39

Materno infantile 57

Pronto Soccorso 61

Resilienza 67

La valutazione della performance delle AOU **97**

Bibliografia **153**

1

INTRODUZIONE

management e sanità

Introduzione

Il 2020 è l'anno in cui tutti i nostri sistemi sociali – politico, economico, educativo, sanitario – sono stati chiamati a rivoluzionare i propri assetti, in tempi strettissimi. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), da parte sua, ha dovuto rispondere alla sfida dell'emergenza sanitaria da COVID-19, lungo le tre fasi che abbiamo imparato a conoscere: quella della "serrata", del "lockdown" – in cui ha concentrato i suoi sforzi sul contenimento dell'epidemia e sul trattamento dei malati –, quella del progressivo riavvio dei servizi "non-COVID", e quella del rilancio. Le tre "R" della Resistenza, della Ripartenza e della Resilienza.

L'attività di valutazione della *performance*, da parte sua, si è sforzata per supportare il processo di cambiamento, prima virando le proprie competenze verso la vigilanza e il monitoraggio dell'epidemia, quindi focalizzando la propria attenzione sui processi di riavvio dei servizi e ora di rilancio in sicurezza dei servizi sanitari regionali. Valutare la *performance* di un sistema è infatti un'attività intrinsecamente dinamica, che deve costantemente adattarsi alle esigenze conoscitive degli attori del sistema stesso, a meno di non voler diventare un mero esercizio di stile.

Sappiamo ora che la sfida che si para davanti al SSN è oltremodo complessa, perché richiede di bilanciare la risposta alle tre macro-categorie di bisogno – patologie acute, patologie croniche, patologie infettive – ponderando con cautela l'esigenza di efficienza e sostenibilità economica, da una parte, con quella di previsione di margini di ridondanza nel dimensionamento e allocazione delle risorse, dall'altra. L'esperienza COVID-19 ha prepotentemente enfatizzato l'importanza di un'efficace integrazione tra le componenti di offerta dei sistemi sanitari, ovvero la capacità di integrare l'attività del settore prevenzione, con quella dell'assistenza territoriale, con l'offerta ospedaliera.

Le AOU sono state direttamente interessate dalla pandemia, in quanto costrette a una repentina riorganizzazione delle loro attività. Nella prima ondata pandemica, le AOU hanno avuto un coinvolgimento attivo nella risposta all'emergenza sanitaria, con specifiche misure di contenimento ai danni dell'attività di chirurgia elettiva. Le successive fasi pandemiche hanno tuttavia rappresentato una duplice sfida per tali strutture, chiamate da un lato a contribuire all'emergenza sanitaria, e dall'altro ad adottare una programmazione di recupero dell'attività di chirurgia elettiva, a riprova del ruolo estremamente complesso che tali strutture ricoprono nel SSN.

Le evidenze dimostrano che la variabilità dei risultati tra le AOU italiane (Nuti et al. 2016) è assai rilevante e superiore di quella presente tra le restanti aziende ospedaliere italiane e che quindi non si può 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 (SSR) richiede alle AOU di contribuire alla sfida della gestione dell'*aging* della popolazione, al superamento delle barriere tra i *setting* assistenziali, a favore di una maggiore continuità ed integrazione tra ospedale e territorio, nonché alla creazione di sempre maggior valore per euro speso per il paziente e per la popolazione, 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 le migliori infrastrutture a docenti e discenti.

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

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

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.

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 (MeS) (www.performance.santannapisa.it) 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 AOU presenti nel Network delle Regioni di assolvere alla propria triplice missione (Ricerca, Formazione, Assistenza).

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

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. Nel 2020 il Network è composto da dieci Regioni e due Province Autonome (P.A.), ossia la Basilicata, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Lombardia, le Marche, il Piemonte, 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 SSR include e confronta in *benchmarking* i risultati di circa 400 indicatori, di cui circa 140 di valutazione e la restante parte di osservazione.

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

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

Figura 1. *Le fasce di valutazione*

La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostrutture regionali o direttamente al Laboratorio MeS per alcuni casi (ad esempio, gli indicatori sull'attività di 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 e la restituzione dei dati avvengono dal 2015 attraverso tecnologia API (*Application Programming Interface*), progettata dal Laboratorio MeS. Si tratta di uno strumento che 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).

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. In riferimento specifico alle AOU, a partire dal 2015 si è preferita la costruzione dei bersagli prevedendo il posizionamento delle singole misure di valutazione

piuttosto che il posizionamento degli indici sintetici come utilizzato nel Sistema di Valutazione del Network delle Regioni.

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

Il focus sulle Aziende Ospedaliero-Universitarie[1]

Il presente *report* è dedicato a confrontare le *performance* delle AOU polispecialistiche, sedi dei corsi di specializzazione, elencate nella tabella 1 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 SSN. 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 dei servizi offerti.

A seguito dell'adesione al Sistema di Valutazione da parte di più Regioni, il numero più ampio di AOU 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. Pertanto, 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;
- 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.

Il presente *report* raccoglie dunque il confronto dedicato alle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni relativo ai risultati 2020 derivanti dall'aggiornamento degli indicatori già in uso o di nuova introduzione nel Sistema di Valutazione.

Nel presente *report*, sono presentati solo gli indicatori di valutazione. È possibile consultare gli indicatori di osservazione online, al seguente link: www.performance.santannapisa.it.

Con riguardo agli indicatori di valutazione, sono state utilizzate le medesime fasce di valutazione condivise con le Regioni per le altre aziende sanitarie.

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 2018 e 2019. 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 e i 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 diverse realtà aziendali.

A tale scopo, si è deciso di riaggregare gli indicatori e il loro conseguente ordinamento all'interno del bersaglio non più attraverso le otto dimensioni di analisi tradizionalmente in uso sul Sistema di Valutazione, ma attraverso dieci aree maggiormente coerenti con l'attività delle AOU.

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

Pertanto, il bersaglio AOU presenta un ordinamento degli indicatori basato sulle seguenti 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;[2]

- **Efficienza e appropriatezza organizzativa**, area che include alcuni indicatori di utilizzo efficiente del *setting* ospedaliero, soprattutto sul confronto dei tempi di degenza, e 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 (IMA);

- **Equilibrio economico-finanziario,** che include la valutazione dell'equilibrio reddituale e patrimoniale. Nell'anno 2020 non sono presenti indicatori afferenti a questa area;

- **Utenza, personale e comunicazione**, che racchiude un indicatore relativo alla percentuale di assenza del personale;

- **Percorso oncologico**, che racchiude numerose misure riferite ad alcune patologie oncologiche;

- **Materno infantile**, che include tre indicatori relativi al parto;

- **Pronto Soccorso**, con indicatori sui tempi di attesa e sugli abbandoni;

- **Resilienza**, che misura la capacità dei sistemi sanitari regionali di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non COVID. Più nel dettaglio, sono stati selezionati indicatori riferiti alle prestazioni sanitarie che la normativa e le indicazioni nazionali susseguitesi nel corso del 2020 hanno individuato quali «prestazioni non differibili». Si tratta in particolar modo di prestazioni attinenti all'ambito oncologico e cardio-circolatorio, rispetto alle quali i Sistemi sanitari sono stati chiamati ad uno sforzo per contenere la contrazione dei volumi. A complemento di questo primo gruppo, è stato condiviso un set di indicatori per la valutazione della capacità di mantenimento dell'erogazione di prestazioni non ospedaliere quali le visite ambulatoriali di controllo. È opportuno specificare che, per alcune Regioni, il valore degli indicatori delle AOU è condiviso con l'azienda territoriale che insiste sulla medesima area geografica.

[2] 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
B15.1.1A	Field-weighted citation impact medio per dirigente	Missione
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente	
D18	Percentuale di dimissioni volontarie	
B6.1.2	Percentuale donatori procurati	
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - Ricoveri per DRG chirurgico	Efficienza e approrpiatezza organizzativa
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - Ricoveri per DRG medico	
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	
C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Qualità dei percorsi
C5.12	Percentuale di fratture femore operate sulle fratture diagnosticate	
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	Compliance
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
E2	Percentuale di assenza	Utenza, personale e comunicazione
C10.4.7	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Percorso oncologico
C10.4.8	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
C10.4.9	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	
C10.4.10	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	
C10.4.11	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.12	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C10.4.13	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	
C10.4.14	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla tiroide	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	
C10.3.1	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)	
C10.3.2	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)	
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	
C7.1	Percentuale cesarei depurati (NTSV)	Materno infantile
C7.3	Percentuale episiotomia depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	

Codice Indicatore	Indicatore	Area
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pronto Soccorso
C16.2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
S.M3.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	Resilienza
S.M4.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	
S.M5.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	
S.M6.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	
S.M7.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	
S.M8.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	
S.M9.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	
S.M10.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	
F.M4.R	Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	
S.M12.R	Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI	
S.M13.R	Variazione nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	
S.M14.R	Variazione nei volumi per ricoveri per ictus ischemico	
S.M16.R	Variazione nei volumi per ricoveri per inteventi di By pass aortocoronarico	
A.M17.R	Variazione nei volumi per visita di controllo cardiologica	
A.M18.R	Variazione nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	
A.M19.R	Variazione nei volumi per visita di controllo endocrinologica	
A.M20.R	Variazione nei volumi per visita di controllo neurologica	
A.M21.R	Variazione nei volumi per visita di controllo oculistica	
A.M22.R	Variazione nei volumi per visita di controllo ortopedica	
A.M23.R	Variazione nei volumi per visita di controllo ginecologica	
A.M24.R	Variazione nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	
A.M25.R	Variazione nei volumi per visita di controllo urologica	
A.M26.R	Variazione nei volumi per visita di controllo dermatologica	
A.M27.R	Variazione nei volumi per visita di controllo fisiatrica	
A.M28.R	Variazione nei volumi per visita di controllo gastroenterologica	
A.M29.R	Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica	
A.M30.R	Variazione nei volumi per visita di controllo pneumologica	
PS.M2.R	Variazione nele tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	

Il Report AOU prevede inoltre la pubblicazione, a fianco dei bersagli, 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 del Programma Nazionale Esiti (PNE) registrati dai diversi stabilimenti ospedalieri, che riassume i risultati raggiunti su specifiche aree cliniche oggetto di monitoraggio annuale fornito dall' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). Per la metodologia utilizzata si rimanda al documento predisposto da PNE, disponibile al seguente link: https://pne.agenas.it/main/doc/metodi_statistici_PNE2021.pdf;

- Un grafico a pila (Figura 3) che sintetizza la capacità di miglioramento suddividendo gli indicatori di valutazione tra:
  - Migliorati: indicatori con *trend* di *performance* 2019-2020 in miglioramento;
  - Stabili: con *trend* 2019-2020 compreso tra -1 e 1%;
  - Peggiorati: indicatori con *trend* di *performance* 2019-2020 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 2019-2020, 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) corrisponde al punteggio di valutazione tra 0 e 5 dell'anno 2020, 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 2019 e il 2020;

2. quadrante in alto a sinistra: area cd. "sulla strada giusta", con indicatori in miglioramento tra il 2019 e il 2020 e rispetto alle altre aziende ma con livello di *performance* 2020 che ancora non può essere ritenuto soddisfacente;

3. quadrante in basso a destra: area cd. "di attenzione" che include indicatori con *performance* 2020 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*

Figura 4. *La mappa di performance/trend*

2

INDICATORI

management e sanità

MISSIONE

management e sanità

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

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

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 2017-2019.

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.

Numeratore	Numero di dimissioni volontarie x 100
Denominatore	Numero di ricoveri
Fonte	Flusso SDO

B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

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

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).

Numeratore	Numero Accertamenti di Morte Encefalica in UTI
Denominatore	Numero di posti letto in UTI non Covid19 nel corso del 2020
Fonte	Flussi regionali

EFFICIENZA E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

management e sanità

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	Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese) per DRG medici
Denominatore	N. Dimissioni per DRG medici
Fonte	Flusso SDO

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

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

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

management e sanità

C5.2 Percentuale di fratture del 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.

Numeratore	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni x 100
Denominatore	Numero interventi per frattura del collo del femore
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

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

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

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

management e sanità

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.

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 beta-bloccanti alla dimissione
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO– 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 – Flusso SDO – 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.

Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti contestualmente eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO – Flussi regionali farmaceutica

UTENZA, PERSONALE E COMUNICAZIONE

management e sanità

E2 Percentuale di assenza

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

Numeratore	N. giornate di assenza
Denominatore	N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute
Fonte	Conto Annuale 2019

PERCORSO ONCOLOGICO

management e sanità

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno alla mammella con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno alla mammella
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno alla prostata con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno alla prostata
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno al colon con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno al colon
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno al retto con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno al retto
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno al polmone con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno al polmone
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno all'utero con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento di tumore maligno all'utero
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento per melanoma con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento per melanoma
Fonte	Flusso SDO

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

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

Numeratore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento per tumore maligno alla tiroide con tempo di attesa tra ricovero e data di prenotazione inferiore ai 30 giorni
Denominatore	Numero di ricoveri con classe di priorità A per intervento per tumore maligno alla tiroide
Fonte	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 prestazioni ambulatoriali, Flusso Anagrafe assistiti, Scheda di morte

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

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

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

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

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

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

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

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore 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	Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
Denominatore	Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital
Fonte	Flusso SDO

MATERNO INFANTILE

management e sanità

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.

Numeratore	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti depurati (NTSV)
Fonte	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: FVG e Umbria 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

management e sanità

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

I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso: questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage). Per l'anno 2020, l'indicatore riporta un dato parziale per le Regioni Veneto e Lombardia, mentre manca il dato della Regione Toscana perché in questo contesto regionale è stata avviata o si è completata la transizione del modello di triage che si basava sui codici colore al modello per codici di priorità.

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. Per l'anno 2020, l'indicatore riporta un dato parziale per le Regioni Veneto e Lombardia, mentre manca il dato della Regione Toscana perché in questo contesto regionale è stata avviata o si è completata la transizione del modello di triage che si basava sui codici colore al modello per codici di priorità.

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

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

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

Numeratore	N° accessi in Pronto Soccorso con codice 3 visitati entro 1 ora x 100
Denominatore	N° accessi in Pronto Soccorso con codice 3
Fonte	Flusso Pronto Soccorso

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

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

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 Pronto Soccorso effettuati dai residenti.

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 Pronto Soccorso

RESILIENZA

management e sanità

S.M3.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M4.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M5.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M6.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al tumore al retto per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M7.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M8.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M9.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M10.R - Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

F.M4.R - Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M12.R - Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M13.R - Variazione nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M14.R - Variazione nei volumi per ricoveri per ictus ischemico

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

S.M16.R - Variazione nei volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso SDO

A.M17.R - Variazione nei volumi per visita di controllo cardiologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M18.R - Variazione nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M19.R - Variazione nei volumi per visita di controllo endocrinologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M20.R - Variazione nei volumi per visita di controllo neurologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M21.R - Variazione nei volumi per visita di controllo oculistica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M22.R - Variazione nei volumi per visita di controllo ortopedica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M23.R - Variazione nei volumi per visita di controllo ginecologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M24.R - Variazione nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M25.R - Variazione nei volumi per visita di controllo urologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M26.R - Variazione nei volumi per visita di controllo dermatologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M27.R - Variazione nei volumi per visita di controllo fisiatrica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M28.R - Variazione nei volumi per visita di controllo gastroenterologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M29.R - Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

A.M30.R - Variazione nei volumi per visita di controllo pneumologica

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso prestazioni ambulatoriali

PS.M2.R - Variazione del tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero

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

Numeratore	Volumi anno 2020 - Volumi anno 2019
Denominatore	Volumi anno 2019
Fonte	Flusso EMUR Pronto Soccorso

3

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AOU

management e sanità

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 SANTA MARIA MISERICORDIA - UDINE

BY-NC-ND

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 GIULIANO ISONTINA

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 CATTINARA E MAGGIORE - TRIESTE

BY-NC-ND

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

AOU SANT'ANDREA

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 SANT'ANDREA

BY-NC-ND

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

IRCCS S. MARTINO - GENOVA

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 16

Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 15

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 14

Indicatori peggiorati Indicatori stazionari Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 15

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 15

Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 13

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 13

Indicatori peggiorati
Indicatori stazionari
Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

A.O. UMBERTO I - A.O. G. M. LANCISI - ANCONA

A.O. G. SALESI - ANCONA

BY-NC-ND

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

AO SAN LUIGI

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 12

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 S. LUIGI

BY-NC-ND

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

AO OSP. MAGGIORE DELLA CARITÀ

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 16

Indicatori peggiorati
Indicatori stazionari
Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA

BY-NC-ND

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

AO CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 16

Indicatori peggiorati Indicatori stazionari Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO - TORINO

OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA - TORINO

OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE - TORINO

OSPEDALE OSTETRICO GINECOLOGICO SANT'ANNA - TORINO

BY-NC-ND

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 2019-2020

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 DELLA SOFFERENZA - SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori peggiorati
Indicatori stazionari
Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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

OO.RR. FOGGIA

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 34

Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

OO. RR. FOGGIA

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori peggiorati Indicatori stazionari Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

BY-NC-ND
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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori peggiorati
Indicatori stazionari
Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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

AOU CAREGGI - FIRENZE

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 35

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 36

Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 37

Indicatori peggiorati Indicatori stazionari Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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

BY-NC-ND

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 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 38

Indicatori peggiorati · Indicatori stazionari · Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

BY-NC-ND
Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

AO VERONA

Valutazione attività di ricerca 2017-2019

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

B15.1.3
Numero medio pubblicazioni per dirigente

Andamento indicatori/Trend 2019-2020

Numero indicatori di valutazione: 38

Indicatori peggiorati | Indicatori stazionari | Indicatori migliorati

Valutazione della performance 2020

Mappa Performance Trend 2019-2020

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2020

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 - VERONA

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE - VERONA

BY-NC-ND

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

4

BIBLIOGRAFIA

management e sanità

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EU Expert Group on Health System Performance Assessment (2020)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

diabetes and pregnancy, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", Journal of Business and Psychology, 18(1), 73-99
Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", Surgical Clinics of North America, Dec. 88(6), pp. 1295-313
Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana, Scuola e Città, 3(31), pp. 57-68
Lynch R.L., Cross K.F. (1993), Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività, Franco Angeli Editore, Milano
Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", Mecosan, 74, pp.3-18
Mastidoro N., Amizzoni A. (1993), Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni, Bollettino della Società Filosofica Italiana, 149, pp. 49-46
Mazzoleni, F., et al. (2011), "Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale", Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 5, pp. 11-16
McKee M., Healy J. (2002), Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", Southern Medical Journey, vol. 97(8), pp. 729-733
McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), Benchmarking: a tool for continuous improvement, Harper Business, New York
Ministero della Salute (2010), Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
Ministero della Salute, Progetto SIVEAS, disponibile all'indirizzo http://salute.gov.it
Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", The International Journal of Health Planning and Management, 29(3), pp. 247-260
National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", NIH Consensus Statement, September 14-16, disponibile all'indirizzo http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm
Nutbeam D. (1998), "Health promotion glossary", in Health promotion international, Oxford University Press, vol. 13(4), pp. 349-364
Nuti S. (2005), Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane, in Baraldi S. (a cura di), Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, Mc Graw Hill, Milano
Nuti S. (a cura di) (2008), La valutazione della performance in Sanità, Il Mulino, Bologna
Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", Salute e Territorio, 158(1), pp. 303-306
Nuti S., Bini B., Grillo Ruggieri T. (2016), "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany", International Journal of Integrated Care, 16(2)
Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto. Report 2016, Pisa, Pacini Editore
Nuti S., Macchia A. (2005), "The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities", in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety, Taylor & Francis, London
Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", Journal of Healthcare Management, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale, Il Mulino, Bologna
Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", Mercati e competitività, 1, pp. 119-139
Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana, Edizioni ETS, Pisa
Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", Health Policy, 95(2-3), pp. 137-143
Nuti S., Vinci A., Vola F. (2021), "Stato e Regioni: la Performance dei Sistemi sanitari regionali", La Rivista delle Politiche Sociali, 2(1), pp.99-125
OECD (2009), Health at glance 2009. OECD Indicators, OECD
OECD (2011), Health at glance 2011. OECD Indicators, OECD
OECD (2016), Engaging Public Employees for a high performing civil service, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
OHA (1999), Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
OHA (2006), The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), Rapporto Osservasalute 2004, Osservasalute, Roma
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), Rapporto Osservasalute 2009, Osservasalute, Roma
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2012), Rapporto Osservasalute 2011, Osservasalute, Roma
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2016), Rapporto Osservasalute 2015, Osservasalute, Roma
Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), Il quaderno del Pronto Soccorso, Polistampa Editore, Firenze
Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", Health Care Finance, 27(3), pp. 1-20
Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", British Medical Journal – Quality and Safety, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
Politecnico di Milano (2016), Osservatorio Mobile & App Economy
Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", The Journal of Emergency Medicine, 42(2), pp. 186-196

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

Pubblicazioni del Laboratorio MeS

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

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

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

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

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

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

Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

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

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

Creare valore in sanità, edito da ETS

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

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

I quaderni, editi da Polistampa

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

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

management e sanità

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