

## Il sistema di valutazione della performance del *network* delle regioni

SABINA NUTI, ANNA BONINI, ANNA MARIA MURANTE, LINDA MARCACCI

### I. Premessa

Il progetto *Network Regioni* è stato attivato nel 2008 con la collaborazione di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. Bolzano e Marche e nel 2011 la Regione Basilicata. L'obiettivo del progetto è di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi.

Per sviluppare ed implementare un sistema multidimensionale di Valutazione della Performance del sistema sanitario il Network delle Regioni si basa su quanto già progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) e implementato con successo presso la Regione Toscana dal 2004. Il Laboratorio MeS, già dal 2002, ha infatti iniziato un percorso di condivisione con la Regione Toscana per la predisposizione del sistema di valutazione che è stato oggetto di brevettazione con titolarità congiunta della Scuola Superiore Sant'Anna<sup>1</sup>. Con l'avvio del progetto "Network Regioni", tale sistema è stato riadattato attraverso un processo di condivisione inter-regionale che ha portato alla definizione di 130 indicatori di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione volti a descrivere e confrontare, tramite un processo

1. Per ulteriori informazioni sul Laboratorio MeS e il sistema di valutazione della performance toscano: [www.meslab.sssup.it](http://www.meslab.sssup.it)

di benchmarking, vari aspetti o “dimensioni” della performance del sistema sanitario.

Tale iniziativa appare particolarmente significativa se si considera il cammino in atto nel nostro paese verso un sistema di federalismo fiscale che avrà un rilevante impatto sul sistema di finanziamento della sanità pubblica. Infatti la presenza di un network di regioni capaci di confrontarsi e di adottare un metodo per strutturare processi di apprendimento sulla base del benchmarking permette a queste regioni di affrontare adeguatamente la questione relativa all’elaborazione del “costo standard”, ossia dei criteri di valorizzazione delle risorse rispetto ai risultati prodotti, quale metodo di riferimento per l’assegnazione delle risorse da parte della collettività.

L’implementazione del sistema di valutazione avviene attraverso l’utilizzo da parte di ciascuna delle regioni del network di un portale web del Laboratorio MeS per la gestione, condivisione e visualizzazione dei dati, con accesso riservato.

Il confronto può avvenire sia in un’ottica inter-regionale che attraverso la creazione di un bersaglio intra-regionale focalizzato sul confronto tra le Aziende di ciascuna regione. Quest’ultimo approccio, in particolare, garantisce a ogni regione la possibilità di inserire indicatori volti ad esplorare particolari aspetti legati a proprie strategie regionali e non necessariamente condivisi con gli altri membri del gruppo. Naturalmente questa possibilità coinvolge *in primis* le regioni “multi-azienda”, anche se non si esclude l’opportunità anche per regioni quali P.A. di Trento, P.A. Bolzano, Valle d’Aosta e Marche di creare un bersaglio intra-regionale che prenda come unità di analisi i distretti.

## 2. L’architettura del sistema di valutazione

Il Sistema di valutazione delle performance in un’ottica di confronto regionale risponde all’obiettivo di fornire a ciascuna regione una

modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti (benchmarking interregionale). In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di 130 indicatori di analisi (vedi tabella 1 in fondo al capitolo), di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario.

Gli indicatori di valutazione sono stati raggruppati tramite strutture ad “albero” in 36 indicatori di sintesi<sup>2</sup> al fine di facilitare la lettura dei risultati di performance, mentre i 50 indicatori di osservazione servono di aiuto per interpretare i risultati.

Le dimensioni della valutazione sono:

- a) *La valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A)*. Gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari, in quanto il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta la finalità principale di ciascun sistema sanitario. La determinazione della salute della popolazione si traduce spesso nella misura dell'*assenza di salute* che trova nell'evento “morte” la sua espressione negativa più certa e più facilmente quantificabile. Con tale premessa sono stati individuati 4 indicatori di mortalità: mortalità infantile (A1), mortalità per tumori (A2), mortalità per malattie circolatorie (A3) e per suicidi (A4). Questa tipologia di valori si muove lentamente nel tempo e un miglioramento registrato oggi, spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato. Gli indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali

2. La valutazione dell'indicatore di sintesi è in genere ottenuta tramite la media semplice delle valutazioni dei suoi sottoindicatori

sarebbe fortemente soggetto alla numerosità della casistica. A questi indicatori si aggiungono, inoltre, altri due indicatori volti a descrivere lo stato di salute attuale della popolazione in analisi: la speranza di vita alla nascita (A7) e gli stili di vita della popolazione (A6), secondo la logica del progetto Ministeriale *Guadagnare Salute*, derivante dall'indagine PASSI.

- b) *La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)*. Le aziende sanitarie rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome, ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

Gli indicatori contenuti in questa dimensione sono orientati a valutare, da un lato, l'operato delle aziende sanitarie nella gestione del dolore (B4); dall'altro, il raggiungimento di obiettivi di prevenzione e promozione della salute: (B5) estensione e adesione a programmi di screening e (B7) copertura vaccinale.

- c) *La valutazione socio-sanitaria*. In questa dimensione sono compresi una serie di indicatori volti a descrivere i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale che per le attività del territorio. Con l'espressione governo della domanda, che fa riferimento agli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione (C1) e ai tassi di prestazioni ambulatoriali specialistiche e diagnostiche (C13), si intende la capacità delle aziende di orientare l'accesso dei cittadini al sistema sanitario regionale e di determinare i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali.

Con efficienza si indica generalmente la capacità dell'azienda di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati. Nell'assistenza ospedaliera il concetto di efficien-

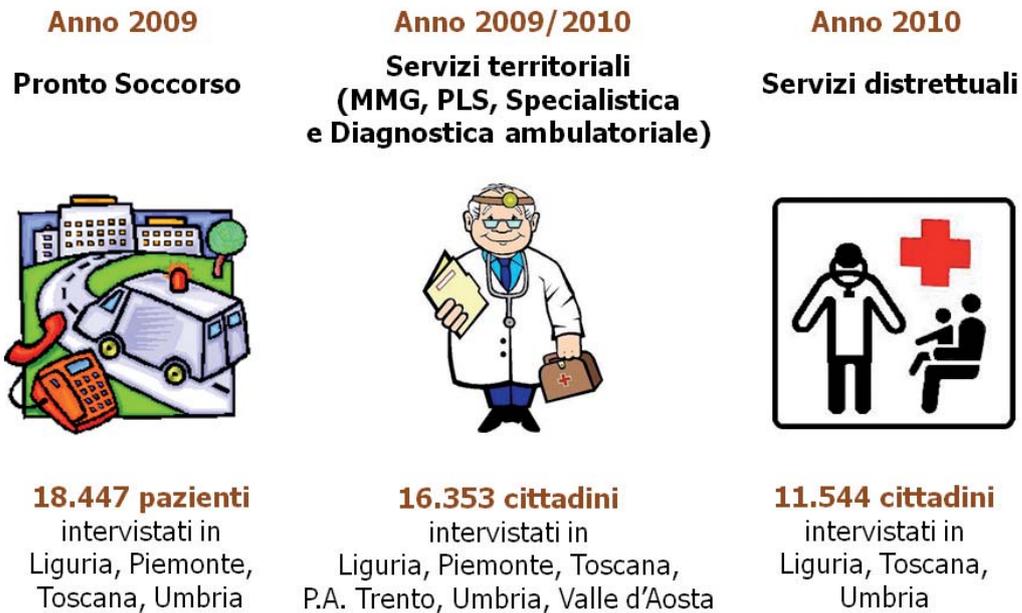
za è misurato in termini di indice di performance di degenza media per acuti (C2a) e degenza media pre-operatoria negli interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010) (C3). Il perseguimento dell'appropriatezza rappresenta un punto chiave nell'erogazione dei servizi al fine di garantire, da un lato, l'accesso a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno evitando possibili danni alla salute legati ad un consumismo incontrollato; dall'altro di conseguire la sostenibilità economica del sistema sanitario. Tale aspetto è indagato tramite gli indicatori di appropriatezza chirurgica C4, appropriatezza medica C14 e appropriatezza prescrittiva farmaceutica C9; nei primi due sono compresi diversi indicatori presenti nel Patto per la Salute.

La qualità clinica è valutata tramite un nutrito albero di indicatori (C5) che analizzano l'adozione di protocolli clinici e tecniche strumentale e altri di rischio clinico (C6) che misurano la sicurezza del paziente con particolare riferimento alla fase post-operatoria.

Le attività ed i servizi forniti dall'assistenza territoriale sono valutati tramite il livello di integrazione ospedale-territorio (C8a) che considera l'efficacia delle attività territoriali in termini di continuità assistenziale, appropriata gestione delle prestazioni specialistiche e attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici omogenei.

Inoltre, in riferimento ai percorsi assistenziali analizzati, quello materno-infantile (C7) ha l'obiettivo di analizzare la qualità sanitaria del percorso nascita; quello delle patologie croniche (C11a) vuole incentivare lo sviluppo di percorsi di disease management per alcune delle principali forme di cronicità: scompenso cardiaco, diabete e BPCO. Infine, il percorso dedicato alla salute mentale (C15) viene valutato al fine di evitare il diffondersi di condizioni di malessere sociale con la conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

- d) *La valutazione esterna (D)*. In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, deve tener conto della sua esperienza. Il giudizio del cittadino è stato raccolto tramite un'indagine condotta dal Lab. MeS secondo la metodologia C.A.T.I (Computed Assisted Telephone Interview) che consente, attraverso un apposito software di gestire automaticamente i contatti telefonici inseriti nelle liste campionarie, supportando e guidando il rilevatore nella compilazione del questionario. I servizi sanitari indagati nelle rilevazioni (figura 1) sono stati il pronto soccorso nel 2009 (indicatori D8a e D10a), i servizi territoriali in particolare medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialistica ambulatoriale e diagnostica ambulatoriale nel 2009 e 2010 (indicatori D1, D2, D3 e D4) e infine i distretti nel 2010 (D15a). Non tutte le Regioni del network hanno attivato tutte le indagini, bensì hanno scelto quelle di maggiore interesse. Inoltre, viene monitorato l'indicatore relativo alle dimissioni volontarie (D18), strettamente correlato con la soddisfazione dei pazienti rispetto al ricovero ospedaliero.
- e) *La valutazione interna (E)*. In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli



**Figura 1.** Indagini di soddisfazione degli utenti

operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati. La valutazione interna è particolarmente complessa in quanto richiede una raccolta di dati *ad hoc* attraverso la somministrazione di un questionario ai dipendenti. L'indagine è svolta attraverso il metodo CAWI che prevede la compilazione di un questionario on-line gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna. Gli indicatori presenti nel sistema sono il tasso di risposta all'indagine di clima interno (E1), la valutazione data dai dipendenti alla formazione (E9), al management (E10) e alla comunicazione e informazione (E11). Si affiancano ad essi due indicatori oggettivi, proxy del clima: la percentuale di assenza (E2) e il tasso di infortuni dei dipendenti (E3).

- f) *La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F)*  
 La dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse, sia a livello complessivo, attraverso l'analisi di bilancio sia a livello specifico, come ad esempio l'uso delle risorse per il consumo di farmaci. Ad oggi il sistema contiene i dati relativi al governo della farmaceutica territoriale, esplicitati tramite la spesa farmaceutica territoriale pro-capite (F10) e l'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12a) che monitora nello specifico alcune tra le categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Relativamente ai dati di bilancio le Regioni aderenti al Network hanno intrapreso un percorso per l'introduzione di alcuni indicatori economici di livello complessivo. Nel corso del 2011 si è infatti avviato un gruppo di lavoro volto alla definizione condivisa di indicatori relativi agli aspetti economici e di efficienza. Il gruppo di lavoro sta calcolando in via sperimentale gli indicatori degli allegati 1 e 2 del patto per la salute facendo ricorso ai dati dei flussi ministeriali economici (quali CE ed LA), di risorse (conto annuale del personale) e di attività (SDO ed attività ambulatoriale).

### **3. Il Network delle regioni: il processo di condivisione**

Il Network delle regioni è stato attivato nel 2008 con il coinvolgimento di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte e Umbria. La prima dimensione analizzata è stata quella relativa alla valutazione socio-sanitaria per un totale di 45 indicatori. Nel corso degli anni si sono poi aggiunte le regioni Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Marche e, nel 2011, la Regione Basilicata. Dal 2009 sono state implementate, dopo un adeguato processo di condivisione inter-regionale, tutte le 6 dimensioni del



Figura 2. Le fasce di valutazione secondo il metodo dei quintili

bersaglio per un totale di 130 indicatori.

L'obiettivo di questo processo di condivisione è stato di sviluppare il progetto in una logica di trasparenza e ciò è stato fondamentale per l'accettazione dello strumento di valutazione quale mezzo per uscire dall'auto-referenzialità, al fine di intraprendere un percorso di miglioramento della performance guidato dal costante confronto con altre realtà più o meno simili.

Il sistema di valutazione del Network delle regioni si compone di due parti: (i) la valutazione interregionale dove le regioni, grazie ad incontri bimestrali, condividono gli indicatori e le modalità di calcolo per avere confrontabilità; (ii) la valutazione intra-regionale, ovvero un bersaglio potenzialmente personalizzabile e adattabile da ogni singola regione con indicatori di strategia regionale.

Per quanto riguarda la valutazione inter-regionale e gli standard condivisi, la valutazione è stata fin'ora basata sul metodo dei quintili

ovvero ordinando le regioni/aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione dei valori in 5 classi di pari ampiezza. Le regioni con la performance migliore sono quelle che ricadono nel I quintile, mentre quelle con la performance peggiore nel V quintile. Inoltre, alle fasce di valutazione adottate corrispondono i seguenti punteggi e colori di riferimento, come mostrato in fig.2. Questo metodo, tuttavia, pone dei limiti in quanto la performance dipende dalla variabilità dell'indicatore per cui le regioni con un numero maggiore di aziende tendono a posizionarsi attorno al livello medio di performance. Per ovviare a tali limitazioni nel corso del 2011 le regioni hanno condiviso degli standard di riferimento per gli indicatori, su cui applicare le fasce di performance.

Nella valutazione intra-regionale, invece, le performance vengono valutate secondo le cinque fasce di valutazione tramite l'utilizzo di diversi criteri rispondenti a standard internazionali e nazionali laddove presenti ma soprattutto regionali spesso al fine di rispondere alle strategie e alle priorità della singola regione<sup>3</sup>.

### 3.1. *L'Output*

Dal 2008 viene prodotto un report annuale con i risultati delle Regioni sugli indicatori identificati. Nei primi due anni il report è stato diffuso ed utilizzato dalle regioni aderenti al network, ma non pubblicamente, in quanto si è concordato che dovesse prima essere conosciuto e condiviso con il sistema sanitario, manager e professionisti, affinché si diffondesse la cultura della valutazione. Da quest'anno invece il report del 2010 (in corso di pubblicazione) sarà reso pubblico, fruibile da tutti gli stakeholders, cittadini compresi.

Il report contiene, per ciascun indicatore, un commento sul significato dello stesso, i dati a confronto tra le regioni e tra le aziende di

3. Attualmente la maggior parte delle regioni utilizza per il bersaglio intra-regionale le fasce di valutazione adottate dalla Regione Toscana con alcune eccezioni per particolari indicatori.



**Figura 3.** Il bersaglio interregionale

tutte le regioni, una tabella contenente numeratore, denominatore e valore dell'indicatore e una scheda di costruzione dell'indicatore con i dettagli tecnici per l'elaborazione. Gli indicatori sono poi sinteticamente rappresentati tramite il cosiddetto "bersaglio".

Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda su tutte le sei dimensioni del sistema e di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza della regione/azienda considerata. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio, identificando le migliori performance dell'ente, quelli con performance scarsa sulla fascia rossa più esterna, corrispondenti alle criticità regionali o aziendali.

Viene inoltre resa disponibile una tabella contenente il nome dell'azienda, il valore dell'indicatore, il numeratore, il denominatore

**Indicatore C4: Appropriatelyzza chirurgica**
**Livello: Azienda  
di erogazione**
**C4.1.1 Percentuale di DRG medici dimessi da  
reparti chirurgici: Ricoveri ordinari**

<b>Definizione:</b>	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
<b>Numeratore:</b>	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
<b>Denominatore:</b>	N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
<b>Formola matematica:</b>	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari}} \times 100$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica.</p> <p>Si considera inclusa la One Day-Surgery.</p> <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)</li> <li>- i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)</li> <li>- i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125</li> <li>- le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95</li> <li>- i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico</li> </ul>
<b>Fonte:</b>	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

**Figura 4.** La scheda indicatore

e l'anno di riferimento. Infine, l'indicatore è corredato da una scheda (figura 3) con la finalità di descriverne dettagliatamente le modalità di costruzione, in un'ottica sia di replicabilità e confrontabilità, che di miglior comprensione e interpretazione dell'indicatore.

#### 4. Il Sistema in Regione Basilicata

In Regione Basilicata sono stati presentati i dati provvisori per l'anno 2010 delle 8 regioni del network, caricati a quella data sulla piattaforma condivisa. Si è proceduto ad analizzare nello specifico ciascun indicatore, sia nel confronto tra le regioni che nel benchmarking

aziendale, commentando i risultati e discutendone le determinanti, vista la conoscenza approfondita della realtà locale da parte dei partecipanti. Una particolarità della Regione Basilicata è la possibilità di visualizzare, oltre al livello regionale e aziendale, anche i dati dei 5 distretti: è stato dunque possibile analizzare tale ulteriore livello di dettaglio, che in diversi casi, ha messo in luce differenze significative tra distretti anche appartenenti alla stessa azienda sanitaria, come avviene d'altronde anche nella Regione Toscana.

#### Elenco degli indicatori condivisi dal network delle regioni

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2010
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	
A1	Mortalità Infantile
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A4	Mortalità per suicidi
A6	Stili di vita (PASSI)
A6.1	Attività fisica
A6.1.1	Percentuale di sedentari
A6.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico di fare attività fisica
A6.2	Situazione nutrizionale
A6.2.1	Percentuale di persone obese
A6.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
A6.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica
A6.3	Consumo di alcol
A6.3.1	Percentuale di bevitori a rischio
A6.3.2	Percentuale di bevitori a rischio consigliati dal medico di bere meno
A6.4	Abitudine al Fumo
A6.4.1	Percentuale di fumatori
A6.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
A7	Speranza di vita
A7.1	Speranza di vita alla nascita
A7.1.1	Speranza di vita alla nascita maschi
A7.1.2	Speranza di vita alla nascita femmine

A7.2	Speranza di vita a 75 anni
A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni maschi
A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni femmine

---

**CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI ( B )**


---

B4	Strategie per il controllo del dolore
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
B5	Estensione ed adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.1.1	Estensione grezza dello screening mammografico
B5.1.2	Adesione grezza dello screening mammografico
B5.2	Screening cervice uterina
B5.2.1	Estensione grezza dello screening della cervice uterina
B5.2.2	Adesione grezza dello screening cervice uterina
B5.3	Screening coloretale
B5.3.1	Estensione grezza dello screening coloretale
B5.3.2	Adesione grezza dello screening coloretale
B7	Copertura vaccinale
B7.1	Copertura per vaccino MPR
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale >= 65 anni

---

**VALUTAZIONE SANITARIA ( C )**


---

C1	Capacità di governo della domanda
C1.1	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.2	Tasso ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.2.2	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C1.3	Posti letto pro-capite
C2a	Indice di performance degenza media per acuti
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010)
C14	Appropriatezza medica
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010)
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)
C14.2.1	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica —adulti
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica —pediatrici
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)
C14.3.1	% ricoveri ordinari medici brevi —adulti
C14.3.2	% ricoveri ordinari medici brevi —pediatrici
C14.4	% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)
C4	Appropriatezza Chirurgica
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

C4.1.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari programmati
C4.1.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari urgenti
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5	Qualità clinica
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C5.4	Mortalità intraospedaliera per infarto
C5.5	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
C5.6	% di utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO)
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AO)
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive
C5.10	% resezioni programmate al colon in laparoscopia
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
C5.12	% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate
C6	Rischio clinico
C6.4	Sicurezza del paziente:
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica
C7	Materno-Infantile
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C7.2	% parti indotti
C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)
C7.4	Tasso neonati con Apgar<7 al 5° minuto
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
C7.7	Tasso di ricoveri in pediatria per 100 residenti (0-14 anni)
C7.13	% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>=12 <sup>a</sup> settimana gestazionale)
C7.14	% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4
C8a	Integrazione ospedale-territorio
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg per residenza
C8a.2	% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)
C8a.19	Pediatria di base
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi): riduzione n. unità posologiche
C9.2	% di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Antiipertensivi)
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con (Antidepressivi)
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche

C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50–74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20–74 anni)
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50–74 anni)
C13	Tasso di prestazioni ambulatoriali specialistiche e diagnostiche
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso
C13.1.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali intra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.1.2	Tasso di prestazioni ambulatoriali extra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.1.1	Tasso di prestazioni TAC intra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.1.2	Tasso di prestazioni TAC extra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN intra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.2.2	Tasso di prestazioni RMN extra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.3.1	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler intra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.3.2	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler extra–regione per 1.000 residenti std età e sesso
C13.2.4	Tasso di prestazioni Ecografica grezzo per 1.000 residenti
C13.2.4.1	Tasso di prestazioni Ecografica intra–regione grezzo per 1.000 residenti
C13.2.4.2	Tasso di prestazioni Ecografica extra–regione grezzo per 1.000 residenti
C13.2.5	Tasso di prestazioni Rx tradizionale grezzo per 1.000 residenti
C13.2.5.1	Tasso di prestazioni Rx tradizionale intra–regione grezzo per 1.000 residenti
C13.2.5.2	Tasso di prestazioni Rx tradizionale extra–regione grezzo per 1.000 residenti
F18.1	Prestazioni medie per Risonanza Magnetica
C15	Salute mentale
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C8a.13.1	% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti psichiatrici maggiorenni, corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale
C8a.13.2	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni, per azienda di erogazione
C8a.5	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
C8a.6	% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti
C8a.7	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni

---

**VALUTAZIONE ESTERNA (D )**


---

D1	Valutazione dei cittadini sull'assistenza della pediatria di libera scelta
D2	Valutazione dei cittadini sull'assistenza del medico di medicina generale
D3	Valutazione dei cittadini sull'assistenza dell'attività specialistica ambulatoriale
D4	Valutazione dei cittadini sull'assistenza dell'attività diagnostica ambulatoriale
D8a	Valutazione degli utenti sui servizi del pronto soccorso
D10a	Insoddisfazione degli utenti sui servizi del pronto soccorso
D15a	Valutazione dei servizi distrettuali
D18	% dimissioni volontarie

---

**VALUTAZIONE INTERNA (E)**


---

E1	Percentuale di risposta dei dipendenti all'indagine di clima organizzativo
E2	Percentuale di assenza
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti
E9	La formazione
E10	Management per i dipendenti
E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti

---

VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)

---

F10	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiacidi)
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolemizzanti)
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antidepressivi)
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)
F12a.11	% di Losartan non associato sui sartani non associati (Antiipertensivi)
F12a.12	% di Losartan associato sui sartani associati (Antiipertensivi)

---