

Relazione sulla Performance 2017

Giuseppina Rossi



Agenda

- ◆ Relazione sulla Performance: razionale
- ◆ Struttura del documento
- ◆ Dimensioni ed aree di performance
 - Indicatori
 - Risultati
- ◆ Conclusioni



Relazione sulla Performance 2017

- ◆ La Relazione sulla Performance 2017, è stata elaborata sulla base degli indirizzi definiti dall'OIV-RER nelle Delibere:
 - n. 1/2014 “Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance”,
 - n. 2/2015 “Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende e OAS”,
 - n. 3/2016 “Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance”



Relazione sulla Performance 2017

- Vi sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2017, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2016-2018, con l'indicazione dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, rispetto agli andamenti attesi, nelle diverse dimensioni ed aree di performance in cui è strutturato il piano.





Relazione sulla Performance 2017

- ◆ Alla Relazione sulla Performance 2017 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 8030/2017”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d’esercizio 2017 (Deliberazione n. 271 del 27/04/2018)
- ◆ Delibera di adozione: n. 452 del 28/06/18



Relazione sulla Performance 2017

Il documento si articola in cinque capitoli:

1. Premessa
2. Executive summary
3. Risultati raggiunti nelle dimensioni ed aree di performance
 - Rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti nel 2017
 - Tabella nella quale vengono descritti gli andamenti attesi/registrati per gli indicatori (tratti da InSider) relativi all'area di performance considerata
4. Conclusioni
5. Allegati



Indicatori di risultato

- ◆ E' stato scelto un set comune di indicatori di risultato (83 indicatori, 74 di valutazione e 9 di sola osservazione) a garanzia della confrontabilità con le altre realtà regionali, della trasparenza e della coerenza al sistema.
- ◆ Disponibili in InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna) per ogni Area della performance assegnati secondo una logica di *prevalenza* e privilegiando comunque la prospettiva dell'utente.



Indicatori di risultato

- Al fine di qualificare meglio le caratteristiche del sistema di cure in cui opera l'Azienda USL di Parma, sono stati identificati alcuni indicatori aggiuntivi che riguardano ambiti di particolare rilevanza nelle strategie di programmazione aziendali riferiti alle Case della Salute, ed alle Cure Intermedie (10 indicatori contraddistinti dal colore lilla)



Indicatori di risultato

- ◆ Per ogni indicatore viene indicato il trend del triennio
 - Considerati indicatori di **dettaglio** con le seguenti caratteristiche:
 - di **valutazione** (con fasce, maggiormente consolidati e, una volta normalizzati, concorrono al punteggio)
 - di **osservazione**, inseriti con il solo scopo di monitoraggio (contraddistinti dal colore blu)
 - di **esito**, misurano la performance in termini di esiti sanitari (non aggiustati, contraddistinti dal colore fucsia)

- ◆ Presenti nella Griglia LEA e nel PNE

- ◆ In numero ragionevolmente contenuto



Area della performance

- ◆ Rappresentano raggruppamenti misurabili di indicatori di dettaglio, il loro **valore** è espresso in modo normalizzato su una scala di misurazione unitaria della performance
 - da 0 - performance pessima 
 - a 5 - performance ottima 
 - viene calcolato a partire dagli indicatori di **dettaglio**

Dimensione di Performance dell'utente: area dell'accesso e della domanda di prestazioni

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti (Griglia LEA)	143,52	149,33	151,92	134,48	↓	140
TdA ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,22	92,36	92,36	97,05	=	98,18
TdA ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,07	96,86	96,86	98,31	=	98,98
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	93,32	95,28	85,26	64,41	=	93,62
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi Salute Mentale Adulti	5,48	4,54	10,5	10,22	=	7,37
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso – (Griglia LEA)	16	16	16	16	=	15
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	83,27	78,91	82	67,87	=	74,45
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	69,71	68,66	68,80	60,96	=	70,13
Tasso di accesso in PS	304,17	306,79	313,41	381,94	=	310,58
% Case della Salute attivate rispetto alle Case della salute programmate	63,0	61,6	57,7		↑	63,0
Posti letto di cure intermedie attivati	48	46	30		↑	66*

Dimensione di Performance dell'utente: area dell'integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite – (Griglia LEA)	178,79	265,18	266,45	126,63	↓	185,64
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni (Griglia LEA)	418,64	404,12	350,06	415,31	=	404,03
Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI – (Griglia LEA)	7,96	5,47	5,77	4,14	=	3,81
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	25,15	29,35	31,14	22,36	↓	19,51
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	59,77	61,82	61,19	65,24	↑	64,04
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	32,57	27,14	30,27	18,03	↓	28,26
Tasso specifico di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	243,3	243,52	240,05	194,03	=	158,92
% popolazione assistita nelle Case della salute	31,5	30,8	-		↑	31,6
% di anziani >= 65 anni trattati nelle cure intermedie x 1000	2,8	1,8	-		↑	1,35
Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in cure intermedie	11,8	13,6	-		↓	11,3



DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE: AREA DEGLI ESITI

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	72,73	72,54	72,95	80,73	↑	64,56
Mortalità a 30 giorni per IMA	8,43	14,97	14,87	9,06	↓	11,11
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	1,01	4,19	5,64	43,18	↑	1,89
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	16,14	13,23	9,88	12,68	↓	17,6
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	11,68	12,65	13,89	10,66	↓	13,5
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	11,83	9,25	11,64	9,99	=	11,62
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	0	21,51	18,18	6,11	↓	0
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	9,84	8,33	-	4,74	↓	7,02
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	5,5	2,84	-	4,35	=	8,65
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,77	0,78	-	0,9	=	0,46
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,7	0,56	-	0,98	=	0,96
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	66,83	65,8	58,76	72,8	↑	66,46
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	15,56	17,72	20,17	18,01	=	16,65
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	80,45	50,69	64,22	82,06	↑	72,47
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	0	0	0	81,55	↑	0
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	3	3	3	2	↓	2
Mortalità durante il ricovero nelle cure intermedie	8,7	2,9	-		=	7,4
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso nelle cure intermedie	0,0	0,0	-		=	2,1



Dimensione di Performance dei processi interni: area della produzione ospedaliera

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,32	4,56	3,51	0	↓	0
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,4	0,41	0,43	-0,34	↓	0,75
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,22	0,2	-0,7	-0,52	↓	0,54
Degenza media pre-operatoria	1,27	1,24	1,05	0,73	↓	0,96
Volume di accessi in PS	40.239	40.860	40.790	1.891.003	=	40.699
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.843	14.946	15.509	359.943	=	16.330
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	11.244	11.329	11.028	256.848	=	10.864
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.068	2.152	2.294	38.898	↓	1.764
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	6.693	7.121	7.528	84.951	=	6.590



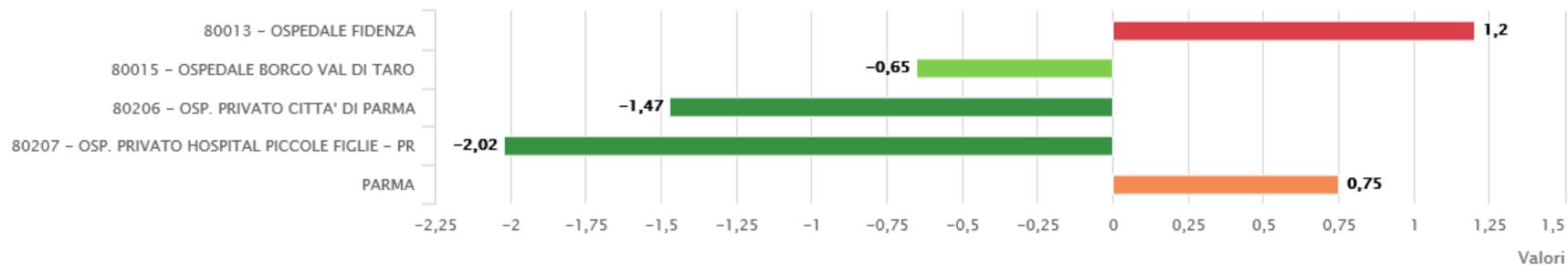
IND0301 IPDM ricoveri acuti chirurgici

Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PARMA

Righe: [Torna a Azienda](#)





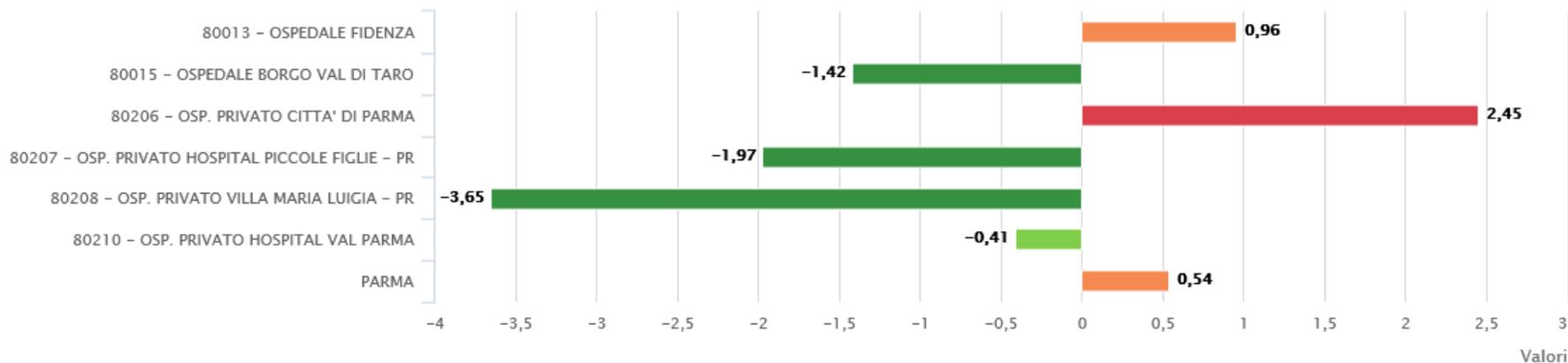
IND0302 IPDM ricoveri acuti medici

Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PARMA

Righe: [Torna a Azienda](#)



Dimensione di Performance dei processi interni: area della produzione territoriale

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,75	20,88	19,67	20,57	=	20,33
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	79,65	77,73	73,75	78,65	=	82,47
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	418.781	421.129	425.002	6.839.955	=	425.720
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	360.332	354.963	348.498	6.519.422	=	366.291
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.450.662	2.661.380	2.669.245	2.450.662	=	2.512.889
Volume di ricoveri in cure intermedie	485	374			↑	565
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici delle Case della salute*	41.277 *					114.937

Dimensione di Performance dei processi interni: area della produzione della prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	54,4	52,3	55	49,1	=	55,3
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,8	39,8	41,4	35,1	=	39,9
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	73,36	69,41	65,57	75,65	↑	64,23
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	51,3	51,58	56,91	49,03	↑	46,74
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	44,37	43,27	42,45	53,25	↑	44,6
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	93,97	95,29	94,49	94,03	=	95,53
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,92	10,19	11,2	9,79	=	10,72
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	97,99	-	100	=	100

Dimensione di Performance dei processi interni: area della appropriatezza, della qualità e gestione del rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,43	53,75	54,92	49,65	↑	50,62
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,3	5,62	6,02	6,86	↓	6,34
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	1,99	2,11	2,71	2,17	=	2,07
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	102,29	109,26	109,94	33,49	↓	39,55
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,23	0,26	0,26	0,21	↓	0,25
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,63	11,92	11,58	10,06	↓	10,45
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	1,8	0	0	3,91	=	0,9
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,38	1,52	1,95	1,9	=	1,31
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	17,93	20,55	15,72	43,54	↑	20,27
N° di cadute /1000 giorni di degenza nelle cure intermedie	0,5	0,7		1,4	=	0,35



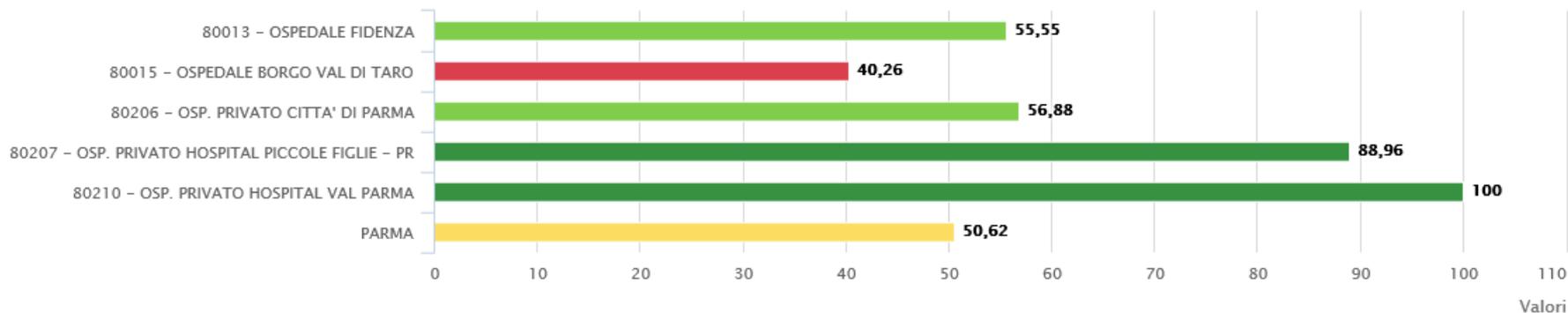
IND0125 % ricoveri in Day Surgery per DRG LEA Chirurgici

% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PARMA

[↑ Torna a Azienda](#)





IND0216 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza

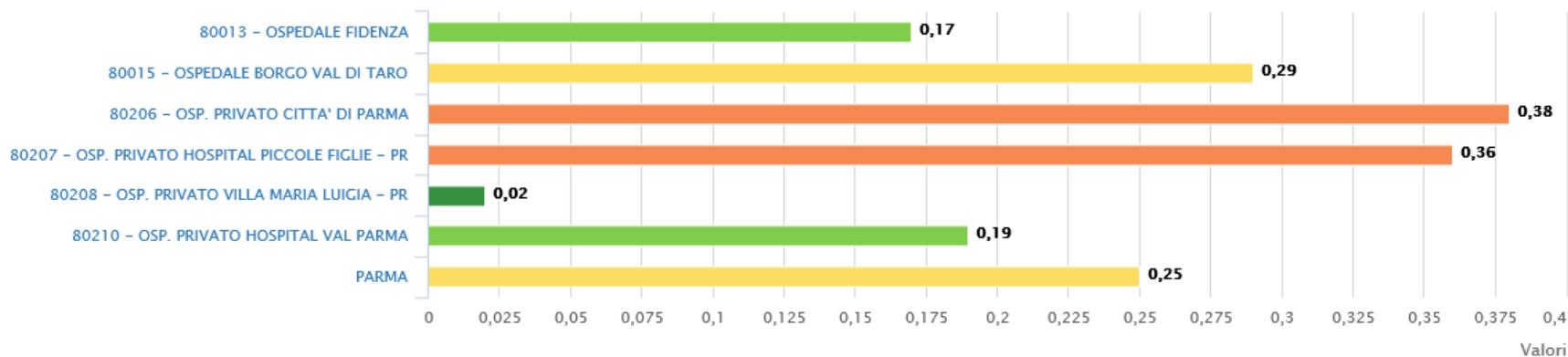
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PARMA

↑ Torna a Azienda

↓ Vai a Reparto





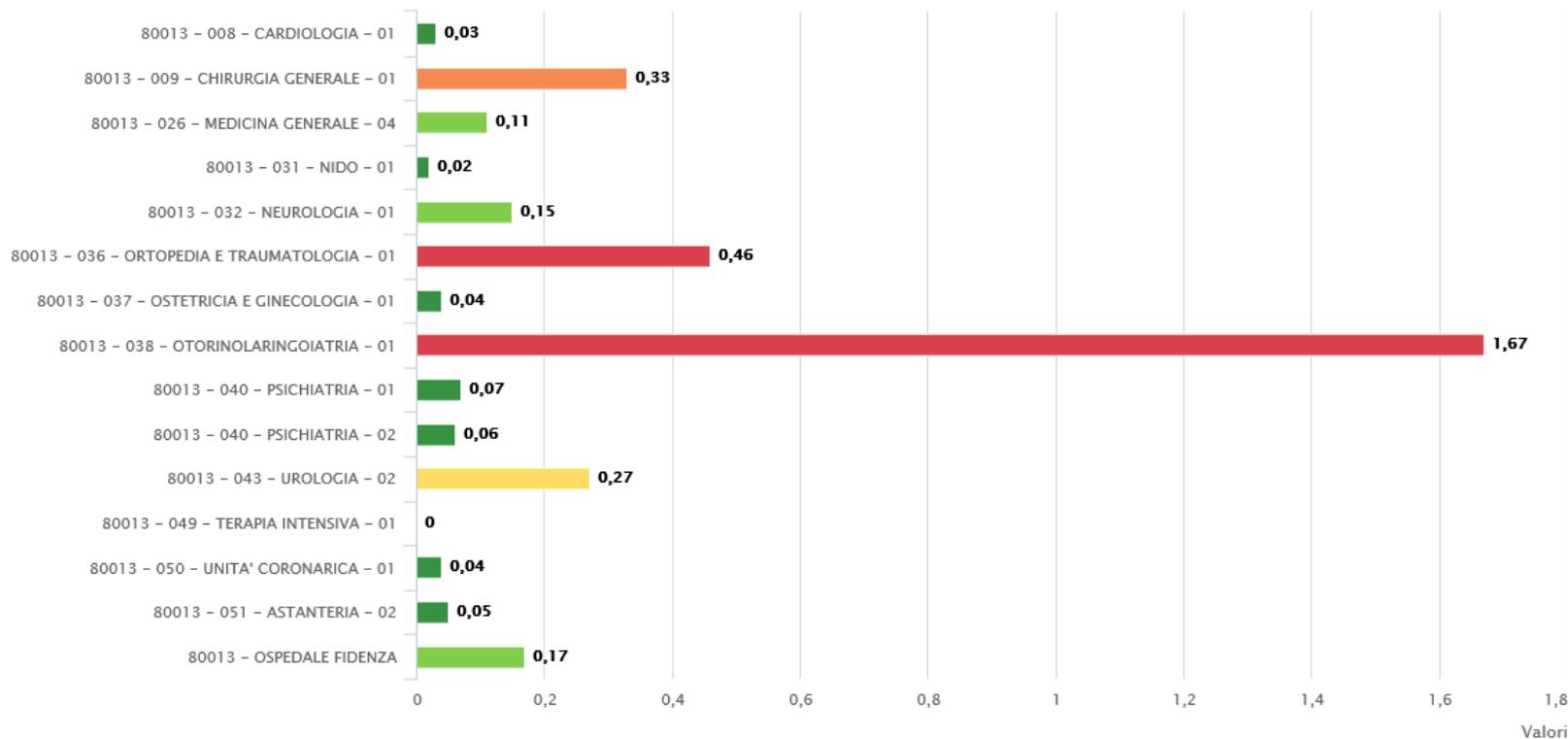
DRG ad alto rischio inappropriately Ospedale Fidenza

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: 80013 - OSPEDALE FIDENZA

[↑ Torna a Stabilimento](#)





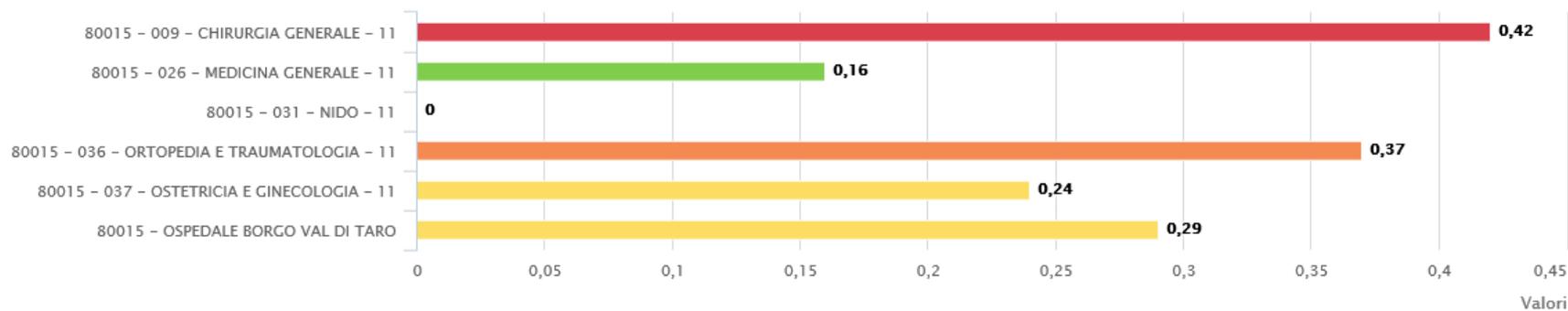
DRG ad alto rischio inappropriatelyzza Ospedale Borgotaro

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: 80015 - OSPEDALE BORGHO VAL DI TARO

[↑ Torna a Stabilimento](#)





Dimensione di Performance dei processi interni: area dell'organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza (Flussi SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice)	6,8	5,9	-	6,4	↑	Indicatore non rilevato



Dimensione di Performance dei processi interni: area dell'anticorruzione e della trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	89,21	96,91	89,37	98,75	=	100
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	46,43	45,74	44,3	45,75	=	54,63
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	19,85	15,5	17,41	37,96	↑	18,1



Dimensione di Performance della innovazione e dello sviluppo: area della ricerca e della didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	8	9	8		=	



Dimensione di Performance della innovazione e dello sviluppo: area dello sviluppo organizzativo

- ◆ L'indagine sul clima organizzativo non è stata ripetuta e, pertanto, l'indicatore non è più rilevabile

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2015	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di adesione all'indagine di clima interno	Indagine non ripetuta	29,13		26,52	↑	Indagine non ripetuta

Dimensione di Performance della sostenibilità: area economico-finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Costo pro capite totale	1.676	1.655	1.782,47	1.750	=	1.697
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	49	51	51,58	53	=	52
Costo pro capite assistenza distrettuale	977	958	997,58	1.044	=	992
Costo pro capite assistenza ospedaliera	654	652	738,95	653	↓	655
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	95,93	100,75	102,21	97,48	=	95,38
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	81,31	81,4	79,6	83,65	=	84,98
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	154,44	145,48	146,64	164,77	=	156,27
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	155,97	137,42	126,86	143,39	=	97,98
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	8,37	24,36	-	-	=	-15,86



Dimensione di Performance della sostenibilità: area degli investimenti

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	52,04	35,9	18,8		↑	14,43



Sintesi risultati

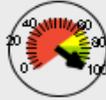
*Performance Ausl 2017
(situazione 31/12/2017)*



Performance
92,77%

<i>Dimensione</i>	<i>Performance</i>
<i>Performance dell'utente</i>	87
<i>Performance dei Processi Interni</i>	92
<i>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</i>	100
<i>Performance della sostenibilità</i>	100



Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>1 – Performance dell’Utente</u>  87%	<u>1.1 - Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</u>	 99%
	<u>1.2 - Area dell'integrazione</u>	 83%
	<u>1.3 - Area degli Esiti</u>	 78%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>2 – Performance dei Processi Interni</u>  92%	<u>2.1 - Area della Produzione</u>	 91%
	<u>2.2 - Area dell’Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</u>	 85%
	<u>2.3 - Area dell'Organizzazione</u>	Indicatore non rilevato
	<u>2.4 - Area dell’Anticorruzione e della trasparenza</u>	 100%



Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>3 – Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</u>  100%	<u>3.1 - Area della ricerca e della didattica</u>	 100%
	<u>3.2 - Area dello sviluppo organizzativo</u>	L'indagine sul clima interno non è stata ripetuta e pertanto l'indicatore non è rilevabile
Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>4 - Performance della sostenibilità</u>  100%	<u>4.1 - Area economico-finanziaria</u>	 100%
	<u>4.2 - Area degli investimenti</u>	Indicatore osservazionale.



Sintesi risultati

- ◆ Da segnalare il miglior risultato raggiunto a livello regionale nei seguenti indicatori:
 - tasso di accesso in Pronto Soccorso,
 - sorveglianza malattie infettive negli allevamenti,
 - costo pro-capite assistenza distrettuale,
 - % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza,
 - spesa farmaceutica pro-capite.



I sistemi di valutazione

- Il sistema di valutazione utilizzato per dare conto delle Performance Aziendali si incardina in un ampio contesto, nazionale, interregionale e regionale di misurazione, confronto e rappresentazione delle grandezze che descrivono i fenomeni Sanitari nelle loro diverse dimensioni.
- La Regione Emilia Romagna negli ultimi anni ha sviluppato InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna) un portale dedicato al tema della valutazione delle performance del Servizio Sanitario.
- Attraverso InSiDER si accede a diversi «mondi di valutazione», tra loro interrelati: SIVER, Piano delle Performance, Griglia LEA, Indicatori Economico Finanziari...
- Il InSiDER è disponibile, per gli utenti aziendali accreditati al seguente link:

<https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/restricted/DashboardMainPage>



I sistemi di valutazione

InSiDER, la pagina di navigazione

InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna

 SIVER	 Piano Performance Aziendale 2016-2018	 Piano Performance Aziendale 2018-2020	 Griglia LEA	 DM 70/2015	 Economico-Finanziario	 Osservazione
--	--	--	---	---	--	---

ReportER

 TDA PRP 272/2017	 Spesa farmaceutica	 Strumenti per la rendicontazione economica
---	---	---

Dashboard

 Dashboard Pronto Soccorso
--

Link esterni

 Bersaglio MES	 PNE
--	--

SIGLA

 SIGLA
--



I sistemi di valutazione

InSiDER: una finestra sulla Valutazione e l'Analisi dei Sistemi Sanitari

Oltre agli elementi per la Valutazione Sanitaria in senso stretto, InSiDER si arricchisce costantemente di sezioni di particolare interesse per il monitoraggio e la valutazione dei Sistemi Sanitari: Cruscotti tematici sui Tempi di Attesa, Spesa farmaceutica, Pronto Soccorso, etc., fornendo una vista su specifiche tematiche analizzate in dettaglio da ReportER, il sistema di reportistica della Regione Emilia Romagna che, attingendo dalle banche dati sanitarie, permette di compiere analisi, statiche e dinamiche, scendendo nel dettaglio dei singoli flussi informativi (SDO, ASA, PS, CEDAP, ADI,) attraverso la selezione delle variabili dimensionali e dei periodi di interesse.

Inoltre tramite il InSiDER, si può accedere a sistemi di valutazione in ambito sanitario che, seppur con finalità e *focus* differenti, costituiscono il riferimento metodologico e scientifico per i sistemi di valutazione Sanitari, tra cui, *in primis*, il Piano Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS, che rappresenta il principale strumento per Servizio Sanitario italiano di valutazione degli esiti degli interventi sanitari.

I sistemi di valutazione

Griglia LEA Regione Emilia Romagna, anno 2017

Browser address: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/restricted/DashboardGrigliaLEA?edizione=2018&ang=3>

Search: Ricerca indicatore per codice o parola chiave (Es. diabet)

Sicurezza alimentare

ASSISTENZA DISTRETTUALE

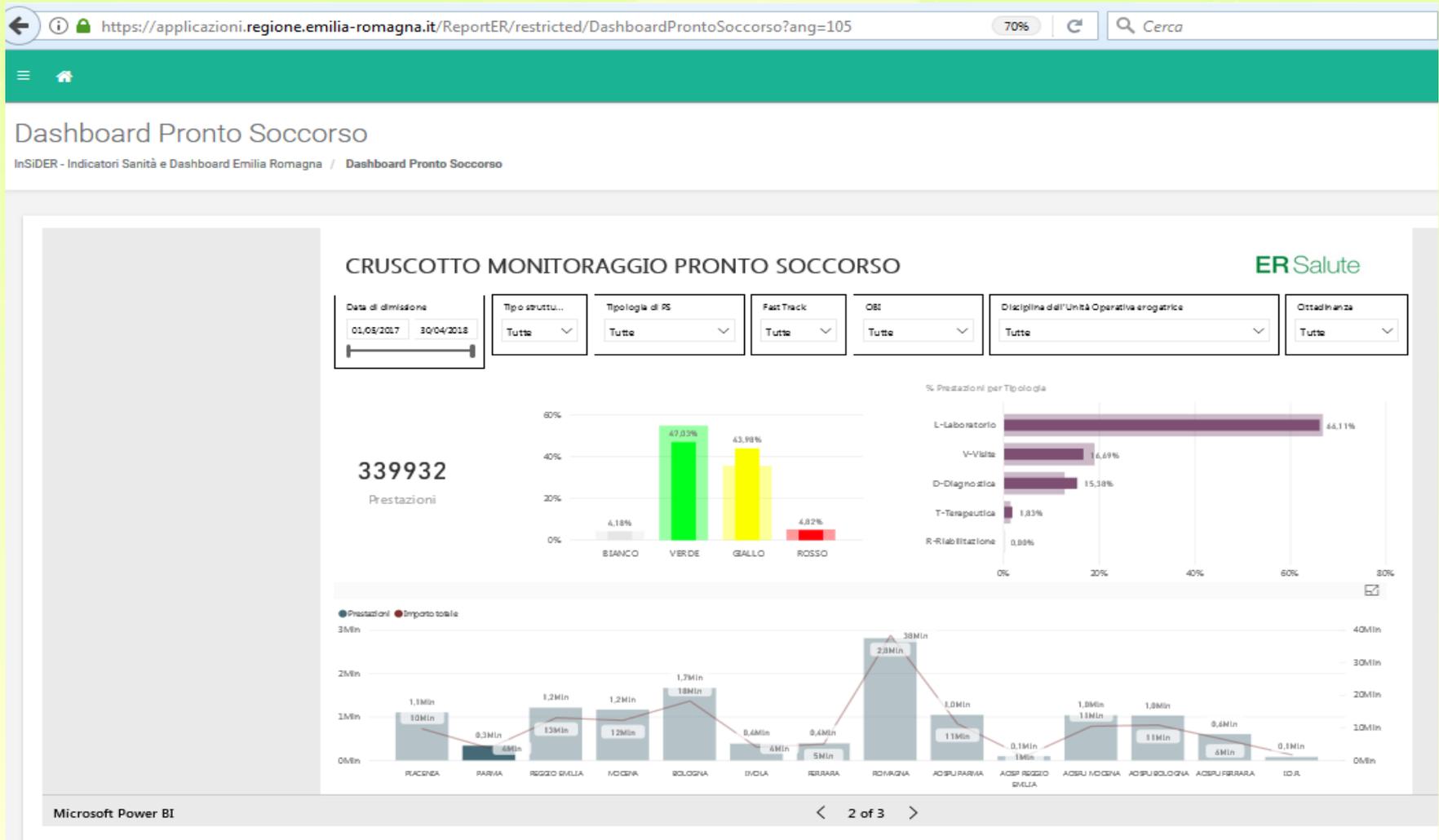
Ospedalizzazione in età pediatrica

Ospedalizzazione per patologie croniche

	Emilia-Romagna	PIACENZA	PARMA	REGGIO EMILIA	MODENA	BOLOGNA	IMOLA	FERRARA	ROMAGNA	AOSPU PARMA	AOSP REGGIO EMILIA	AOSPU MODENA	AOSPU BOLOGNA	AOSPU FERRARA	I.O.R.
IND0686 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IND0687 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine) x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IND0688 - Tasso std di ospedalizzazione per BPCO x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IND0689 - Tasso std di ospedalizzazione per scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Anziani															
IND0207 - % di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IND0208 - Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali x 1.000 anziani residenti - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IND0706 - Numero di posti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali x 1.000 anziani residenti - GRIGLIA LEA	📄	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

I sistemi di valutazione

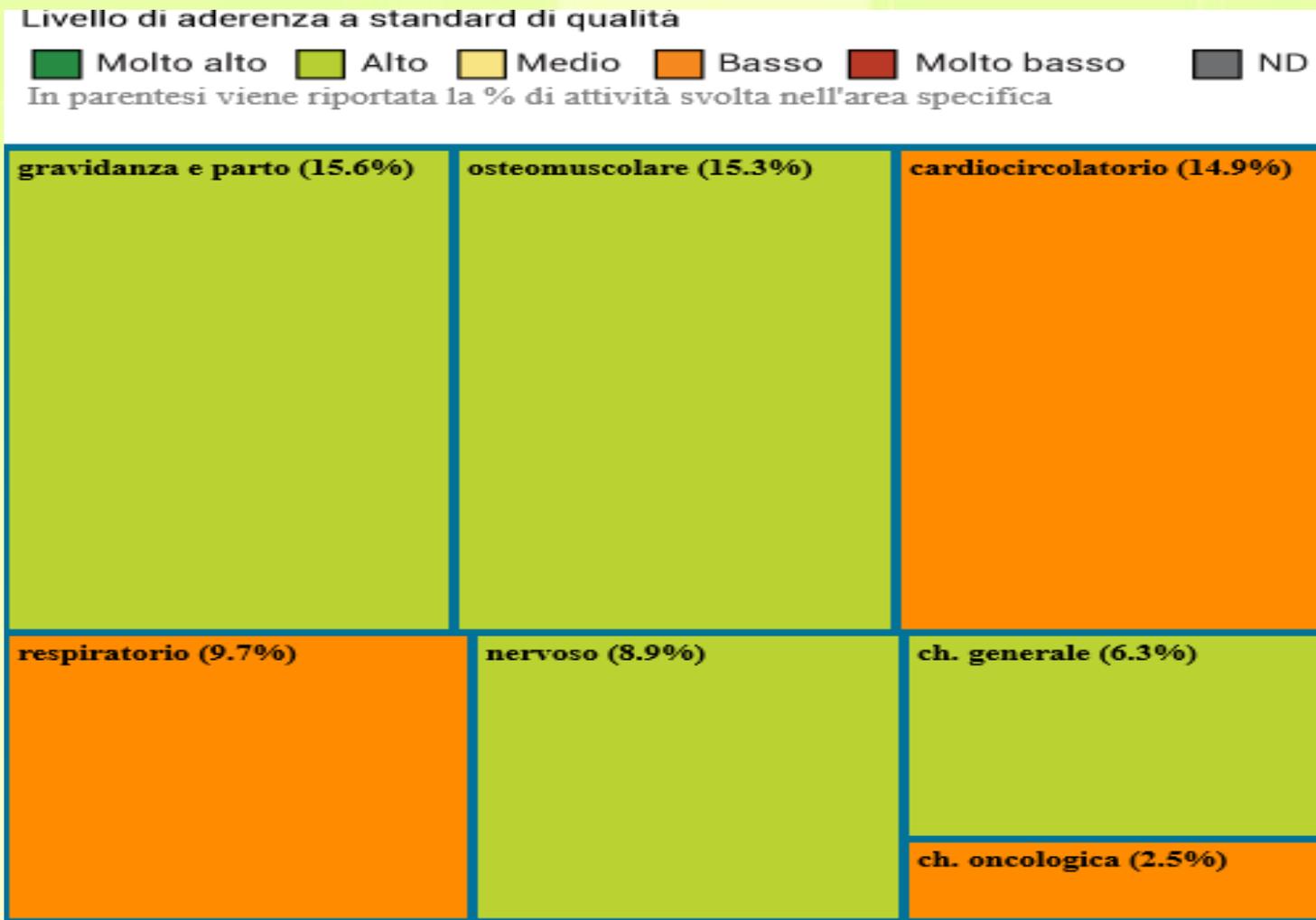
Dashboard dinamico Pronto Soccorso





I sistemi di valutazione

Piano Nazionale Esiti: Treemap per Ospedale di Fidenza, anno 2017





Grazie per l'attenzione

