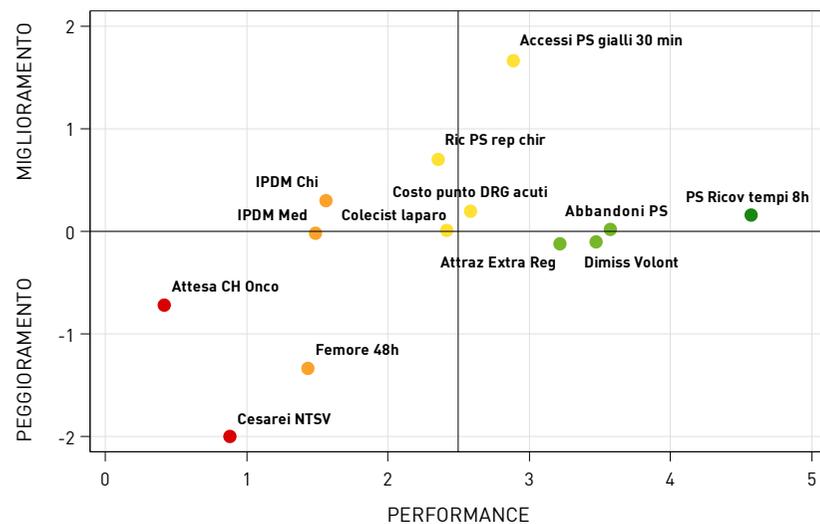


Figura 3 La mappa di performance/trend



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

a cura di Paolo Berta, Giuseppe D'Orio, Tommaso Grillo Ruggieri e Giorgio Vittadini

In combinazione ai bersagli, anche nel report di quest'anno sono presentate le griglie di valutazione degli esiti per specialità di dimissione per l'anno 2016, elaborate secondo la metodologia CRISP-MeS.

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

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

Il calcolo degli indicatori per le quattro misure di esito è stato realizzato tramite l'applicazione di un modello di regressione logistica multilivello a due livelli: il livello individuale del paziente e il reparto di dimissione. Le caratteristiche dei pazienti incluse nel modello (vedi Tabella 3) hanno funzione di risk adjustment e consentono di garantire una valutazione ceteris paribus che non sia condizionata dal diverso case-mix trattato dai reparti. Sia gli indicatori di outcome che le variabili di risk adjustment sono definiti sulla popolazione dei pazienti ricoverati negli ospedali, con informazioni desunte dalla fonte amministrativa delle SDO. Viene inoltre utilizzata l'Anagrafe degli assistiti per ricavare le informazioni circa la mortalità successiva alla dimissione. Per garantire una maggiore equità di valutazione, sono previste alcune selezioni a priori sul database delle ospedalizzazioni: si considerano i ricoveri ordinari per acuti, escludendo i ricoveri dei pazienti non residenti nella Regione dell'ospedale di dimissione (pazienti extraregionali). Si escludono inoltre i ricoveri per pazienti con età alla dimissione inferiore a 18 anni.

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

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

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

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

Il primo indicatore costruito riguarda le «Dimissioni volontarie», cioè i ricoveri con una dimissione richiesta dal paziente senza il consenso da parte del medico. Questo indicatore rappresenta una proxy per stimare la soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla degenza in reparto (Murante et al. 2013) e al contempo una proxy della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione. Per determinare una dimissione volontaria viene dunque usata la specifica codifica del campo SDO «Modalità di dimissione». Per escludere i percorsi di accompagnamento a domicilio del fine-vita, in presenza di una dimissione volontaria da SDO e di un decesso del paziente entro 2 giorni dalla dimissione, l'indicatore assume valore pari a zero.

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

Considerare la sola mortalità intraospedaliera non consentirebbe di valutare in modo completo tale esito. È ben noto, infatti, come in determinate circostanze il decesso del paziente avvenga al domicilio ma possa essere considerato al pari di una mortalità intraospedaliera. Inoltre, in un'analisi di efficacia, la mortalità intraospedaliera non

consente di intercettare la mortalità post-dimissione direttamente imputabile ad una malpractice ospedaliera.

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

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

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

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

Per i reparti dell'area medica Medicina generale e Neurologia, non viene evidentemente considerato l'outcome dei «Ritorni in sala operatoria».

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

Alle quattro misure di esito, da quest'anno si affianca l'indicatore indice di performance

della degenza media (IPDM), che confronta, per ciascun DRG, le giornate di degenza osservate da quelle attese (quest'ultime computate come degenza media dei singoli DRG registrata nel 2016 dalle specialità oggetto di analisi delle AOU del Network). L'indicatore al numeratore riporta la somma di tutte le differenze tra osservato ed atteso per ciascun DRG; al denominatore sono incluse le dimissioni totali. Tale formula consente di leggere la misura come numero di giornate di degenza in più o meno che mediamente sono registrate da una AOU, a parità di casistica dimessa. Un valore negativo è dunque indice di maggiore efficienza. Per il computo di questo indicatore sono inclusi i ricoveri ordinari dimessi dalle otto specialità di dimissione inclusi nel modello CRISP-MeS erogati per pazienti residenti nella Regione dell'ospedale. Sono esclusi le dimissioni volontarie e i ricoveri con modalità di dimissione "Deceduto", in presenza di giornate di degenza superiori a 365 giorni e per DRG 391 – Neonato normale. Anche per questo indicatore, vengono esclusi i reparti con meno di 100 dimissioni annue. Non è invece previsto il risk adjustment predisposto per gli indicatori di esito. In base alla distribuzione dei risultati, sono infine assegnate le fasce di valutazione a 5 colori con le stesse modalità utilizzate per gli indicatori MeS.

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

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

L'assenza di valutazione in alcune celle può essere dovuta a tre motivazioni. Per i reparti dell'area medica Medicina generale e Neurologia, non viene calcolato l'outcome dei «Ritorni in sala operatoria». Per la specialità di Cardiocirurgia, il modello di regressione logistica multilivello per l'indicatore «Dimissioni volontarie» non ha prodotto stime significative, data l'esigua presenza di questo fenomeno.

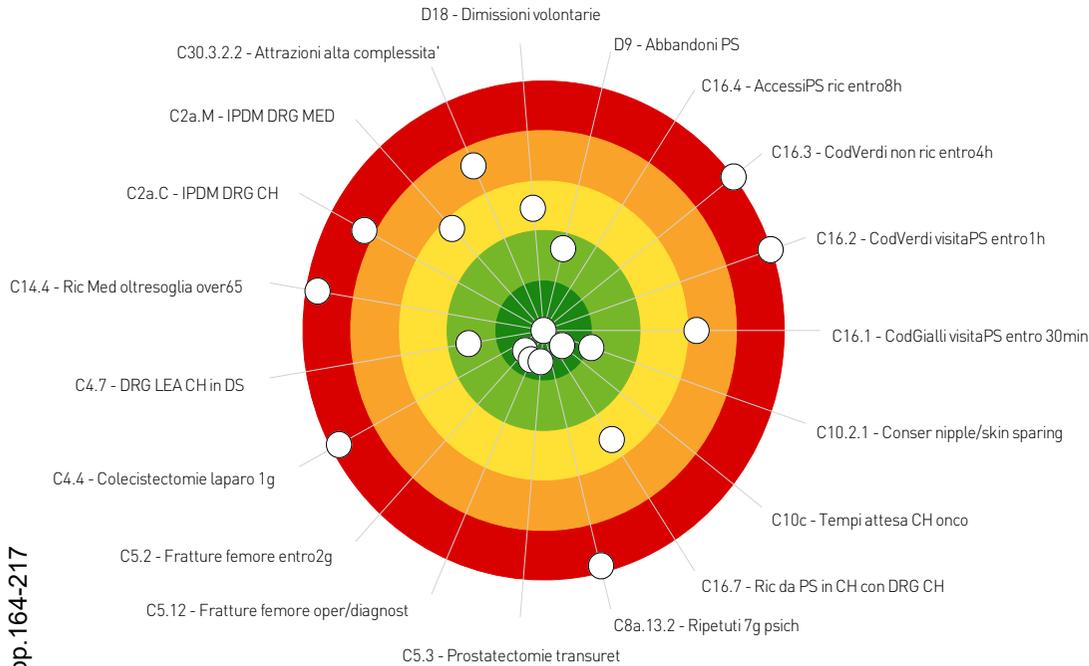
Infine, i reparti che presentano volumi erogati inferiori alla soglia individuata di 100 ricoveri non sono valutati. L'indice di performance della degenza media (IPDM) è invece incluso nella griglia inserendo il numero di giornate in più o in meno mediamente registrate dalle specialità e dai reparti a parità di casistica dimessa, segnalando al contempo il colore della valutazione a 5 fasce (dalla performance peggiore alla migliore, rispettivamente: rossa, arancione, gialla, verde chiaro, verde scuro).

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AOU

OSPEDALE DI CIRCOLO e FONDAZIONE MACCHI

Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Valutazione Performance 2016



Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.77	●	●	●	●
Cardiologia	0.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.88	●	●	●	●
Medicina	1.96	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.17	●	●	●	●
Neurologia	1.69	●	●	●	●
Ortopedia	-1.37	●	●	●	●
Urologia	0.66	●	●	●	●

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

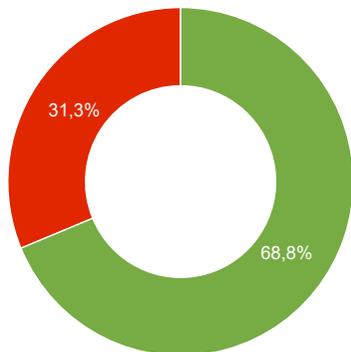
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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



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

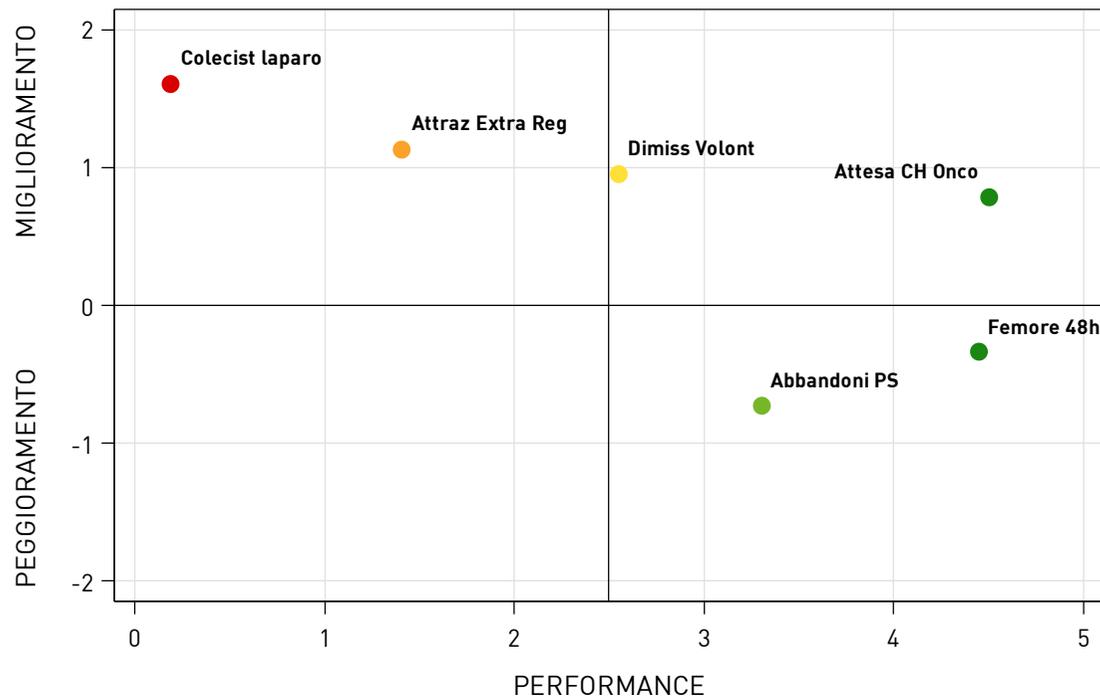
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Peggiorati: trend negativo

Totale indicatori:16

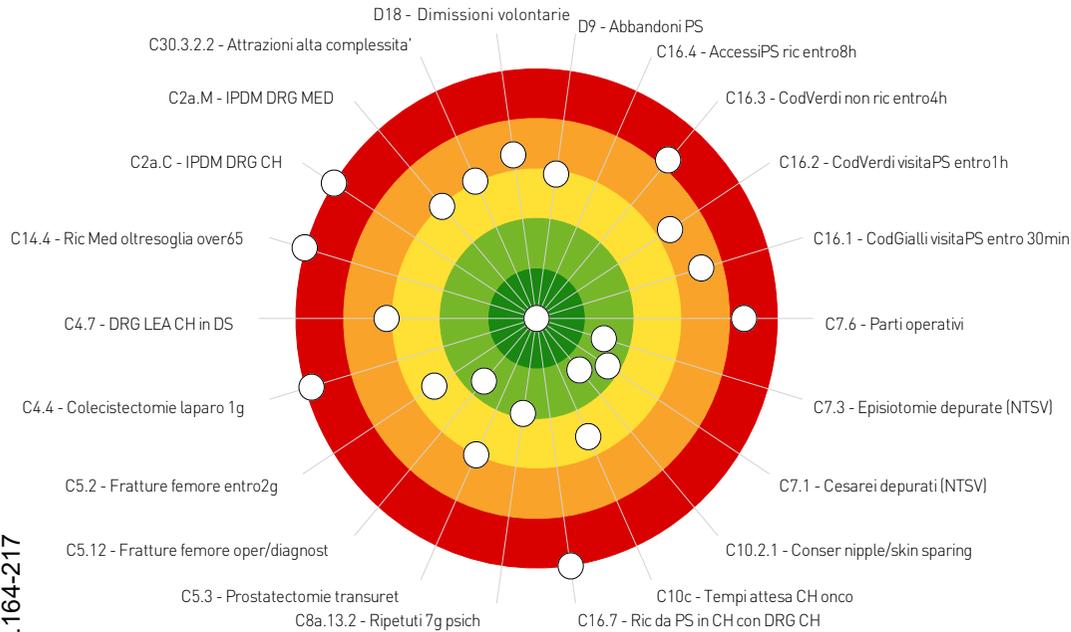
Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



PRESIDIO OSPEDALIERO SPEDALI CIVILI BRESCIA

Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Valutazione Performance 2016

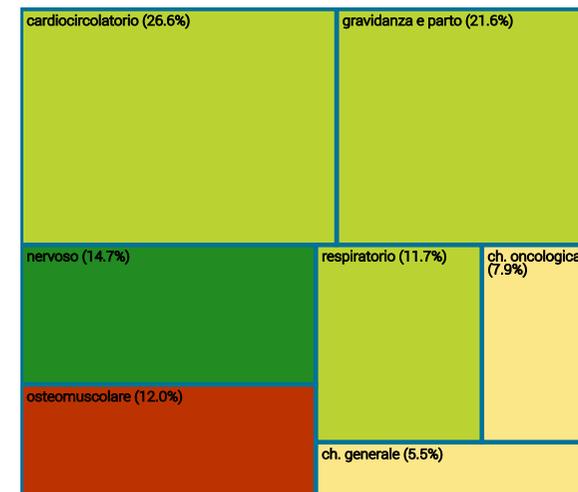


Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.78	●	●	●	●
Cardiologia	0.23	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.15	●	●	●	●
Medicina	3.30	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.85	●	●	●	●
Neurologia	0.05	●	●	●	●
Ortopedia	0.35	●	●	●	●
Urologia	-0.03	●	●	●	●

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

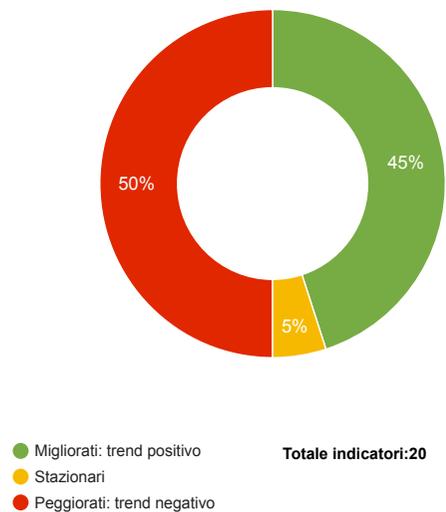
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

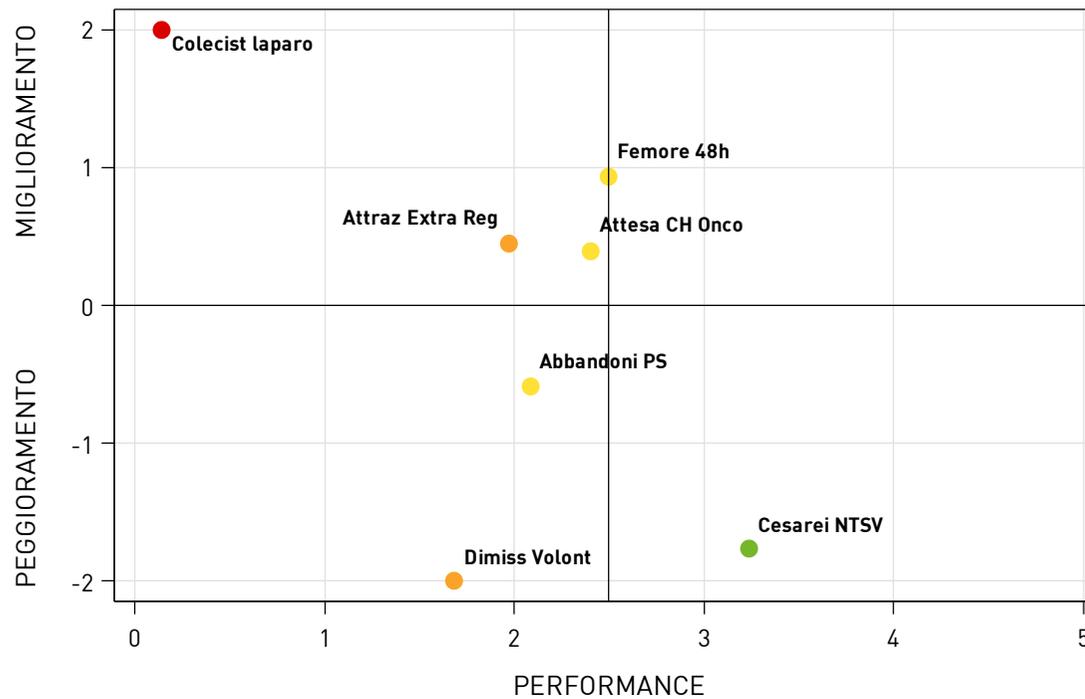


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

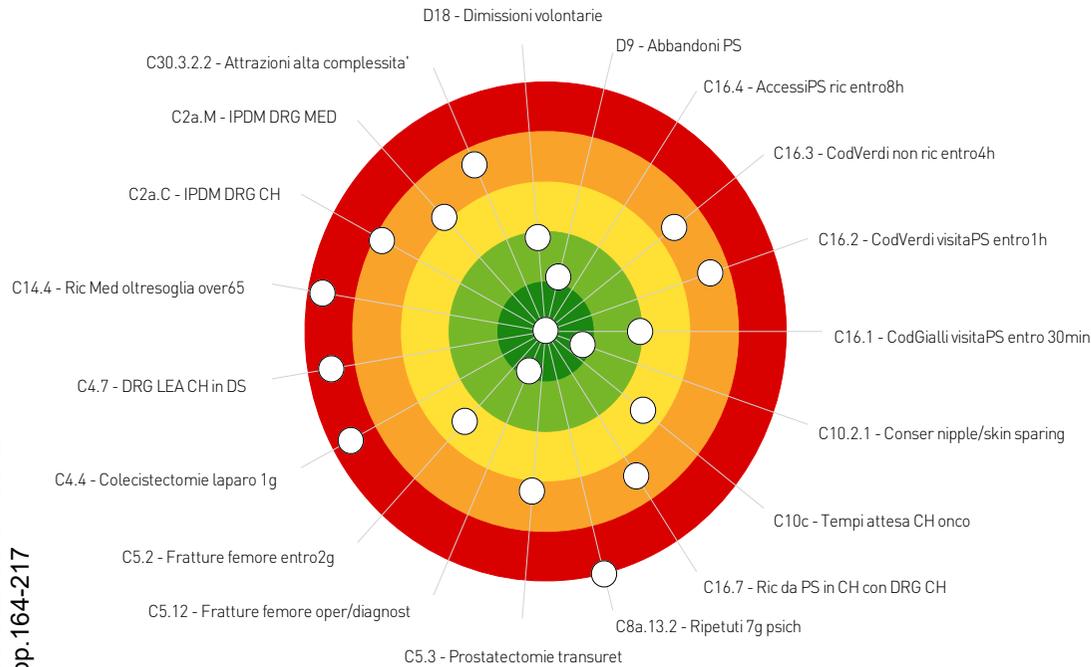


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



OSPEDALE SAN GERARDO MONZA

Valutazione Performance 2016



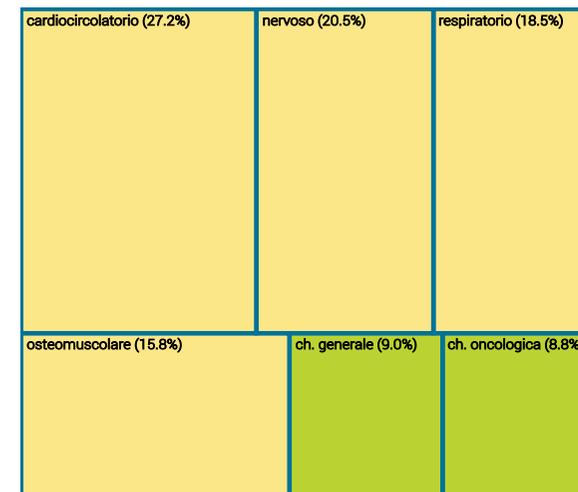
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.17	●	●	●	●
Cardiologia	-0.32	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.01	●	●	●	●
Medicina	3.53	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.70	●	●	●	●
Neurologia	2.60	●	●	●	●
Ortopedia	0.69	●	●	●	●
Urologia	-0.43	●	●	●	●

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

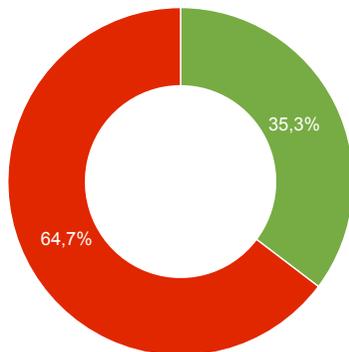
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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



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

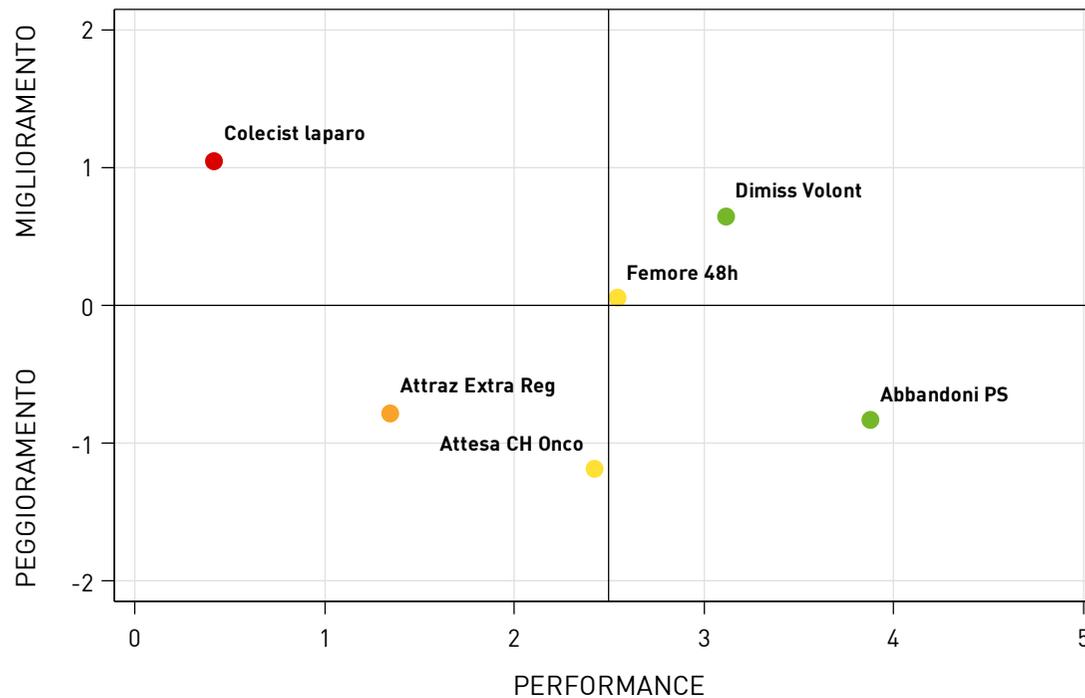
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Peggiorati: trend negativo

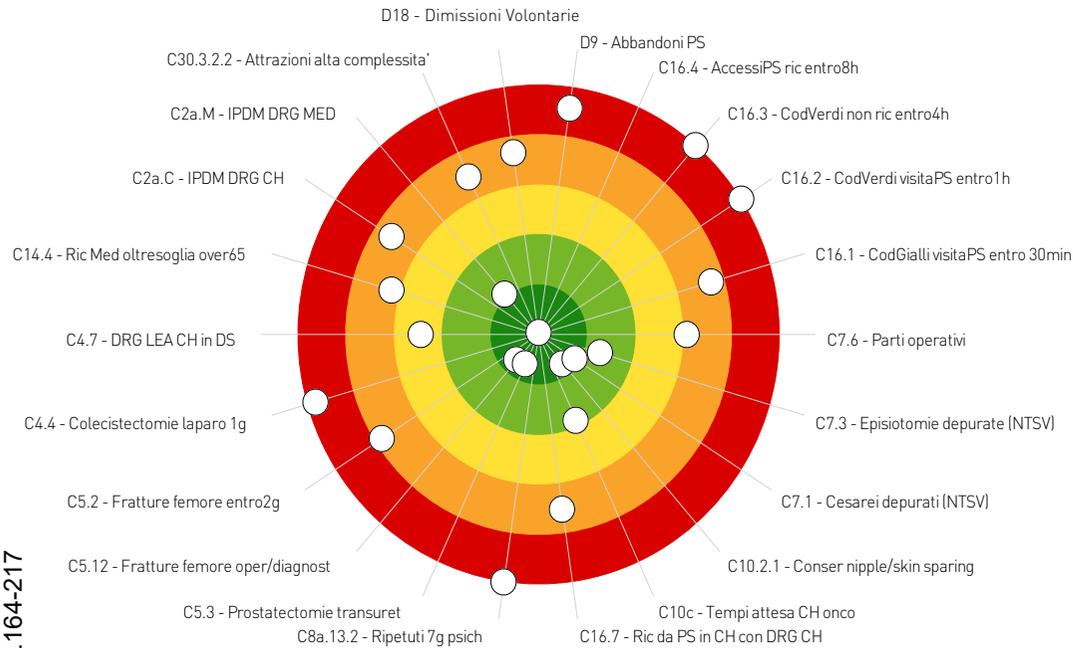
Totale indicatori: 17

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



OSPEDALE S. PAOLO MILANO

Valutazione Performance 2016



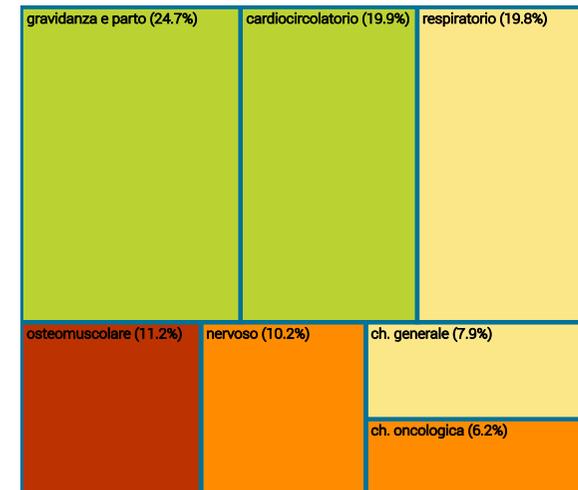
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	1.12	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.16	●	●	●	●
Medicina	0.54	●	●	●	
Neurologia	3.82	●	●	●	
Ortopedia	2.70	●	●	●	●
Urologia	0.38	●	●	●	●

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

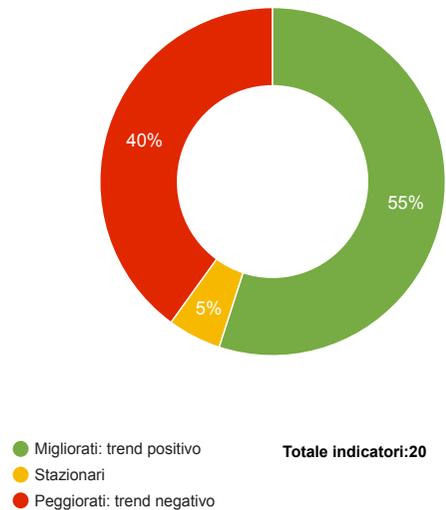
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

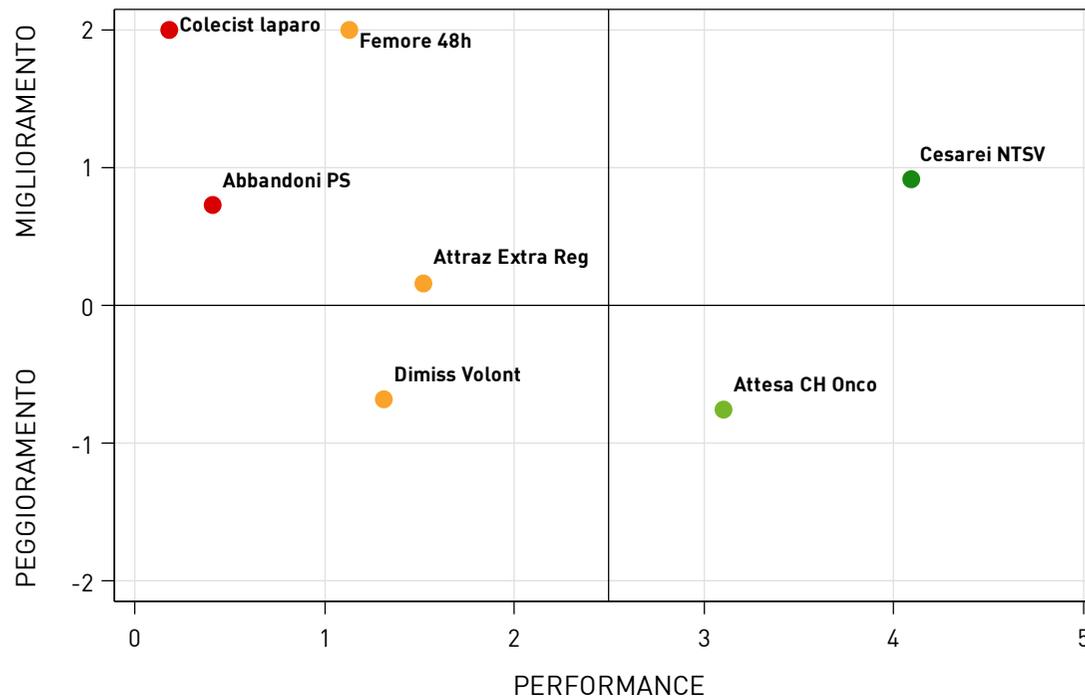


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

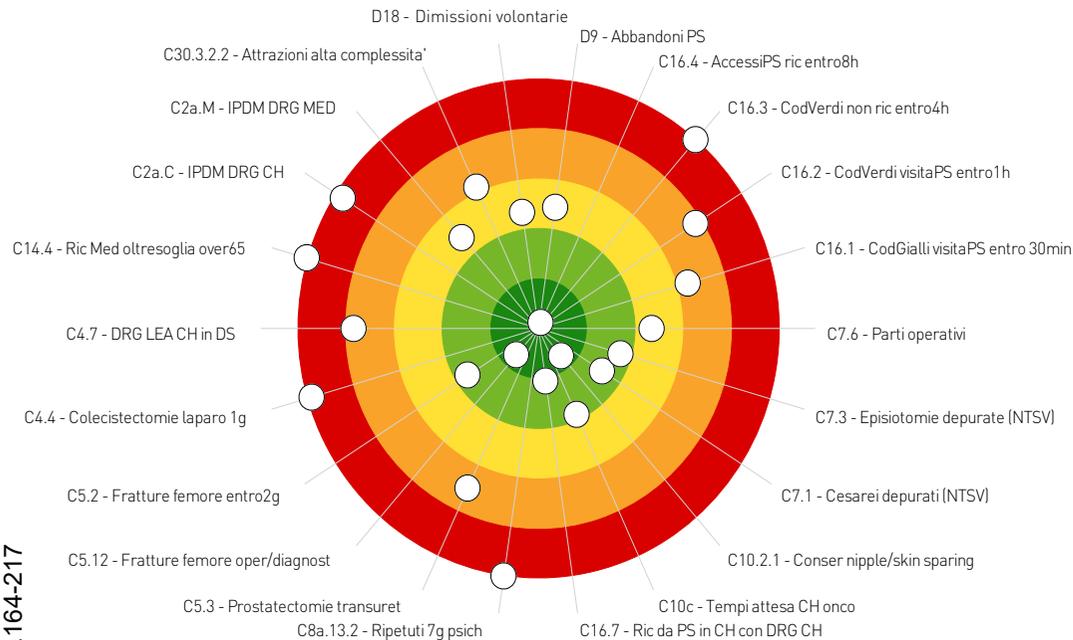


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



OSPEDALE L. SACCO MILANO

Valutazione Performance 2016

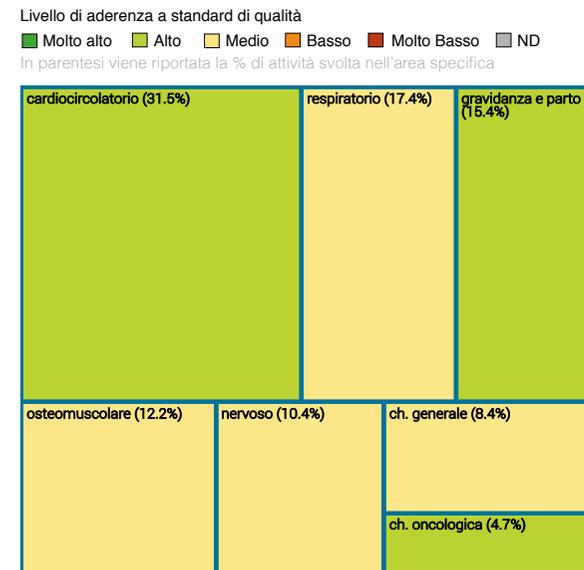


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	1.85	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.06	●	●	●	●
Medicina	1.36	●	●	●	●
Neurologia	0.80	●	●	●	●
Ortopedia	0.22	●	●	●	●
Urologia	-0.49	●	●	●	●

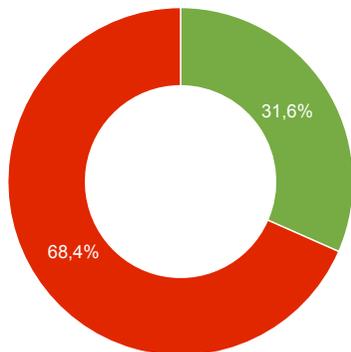
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015



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

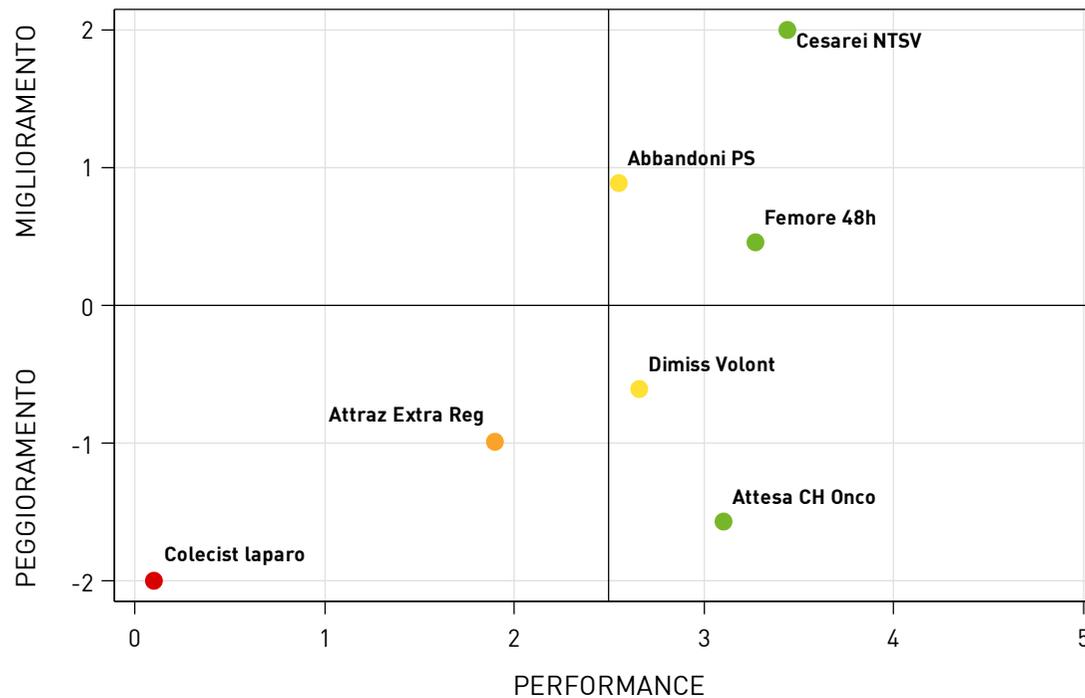
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Peggiorati: trend negativo

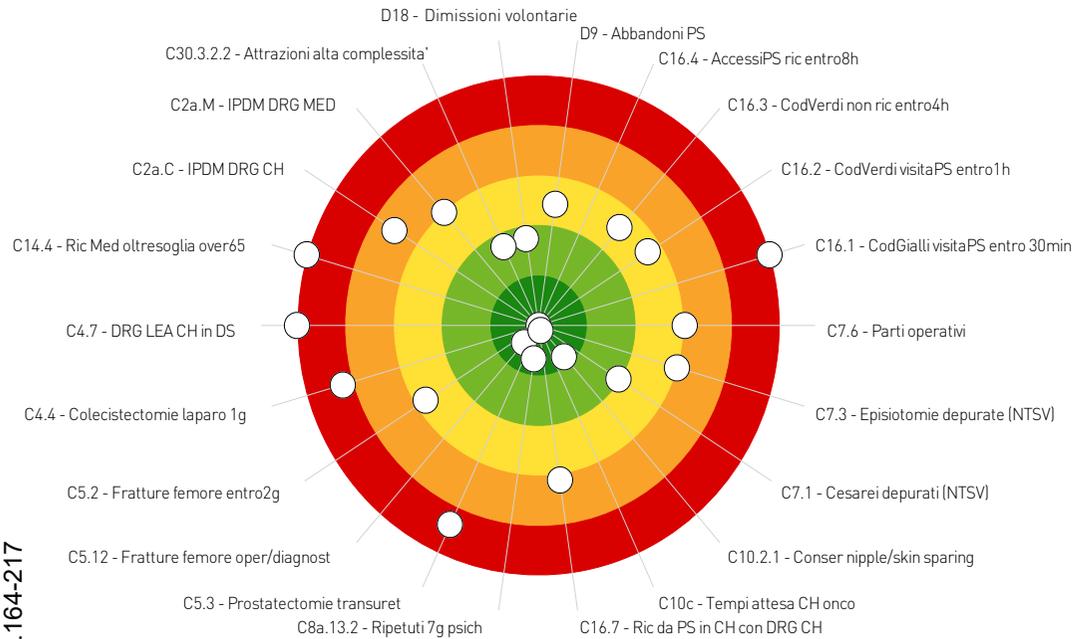
Totale indicatori:19

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



POLICLINICO S.MATTEO PAVIA

Valutazione Performance 2016



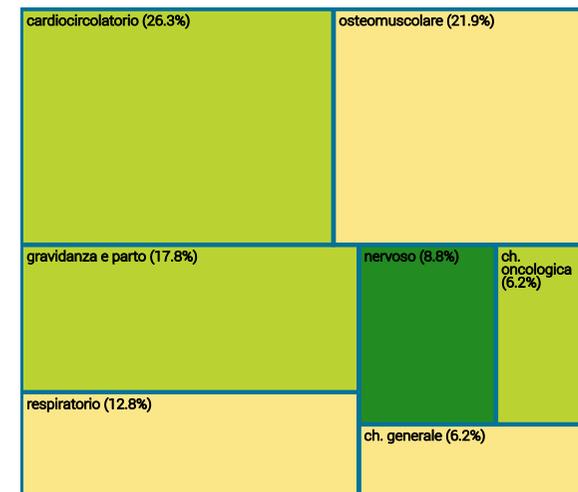
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-1.10	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.78	●	●	●	●
Medicina	3.37	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.85	●	●	●	●
Ortopedia	-1.55	●	●	●	●
Urologia	0.65	●	●	●	●

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

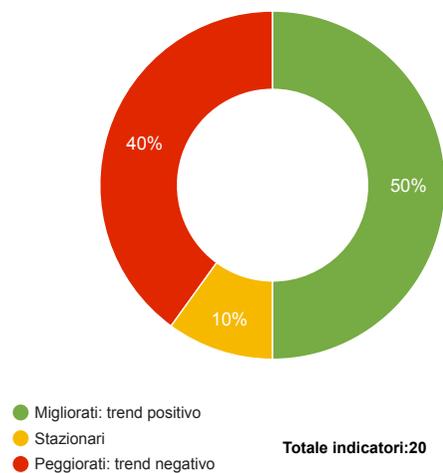
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

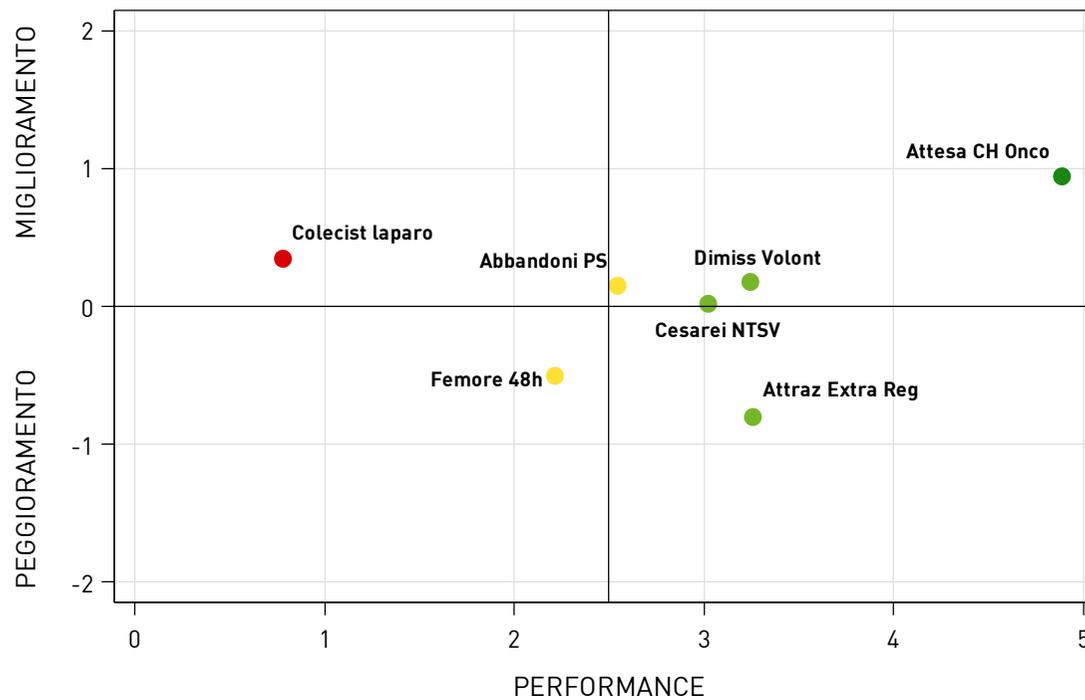


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

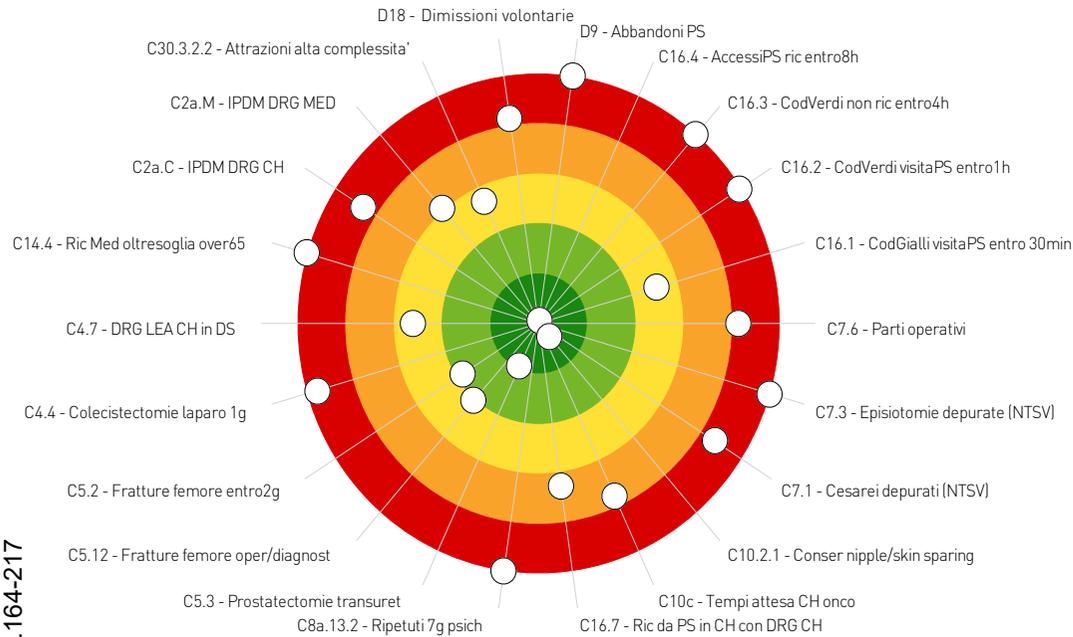


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



FONDAZ IRCCS CA' GRANDA OSP MAGGIORE

Valutazione Performance 2016

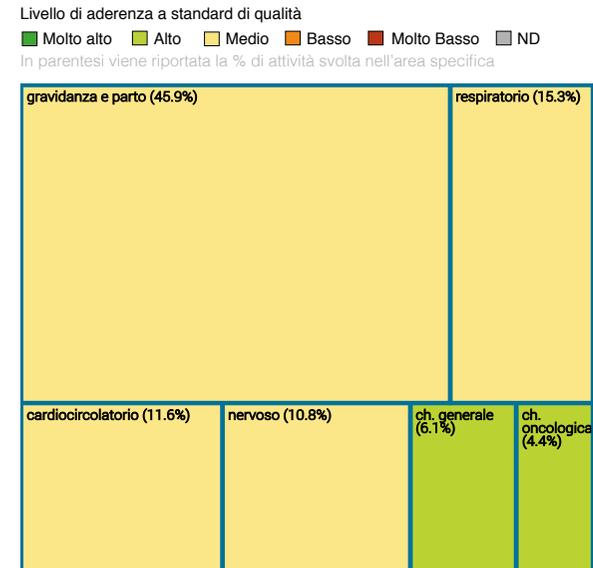


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.89	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.50	●	●	●	●
Medicina	3.08	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.69	●	●	●	●
Neurologia	2.32	●	●	●	●
Ortopedia	1.22	●	●	●	●
Urologia	-0.18	●	●	●	●

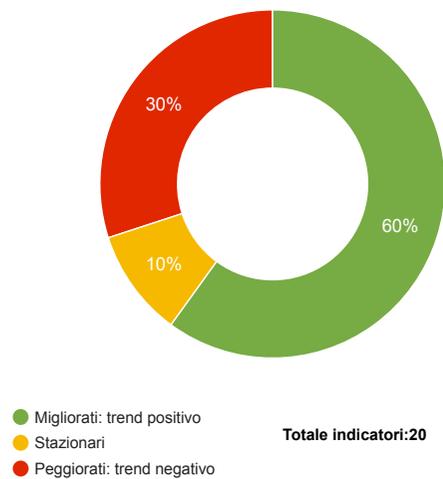
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

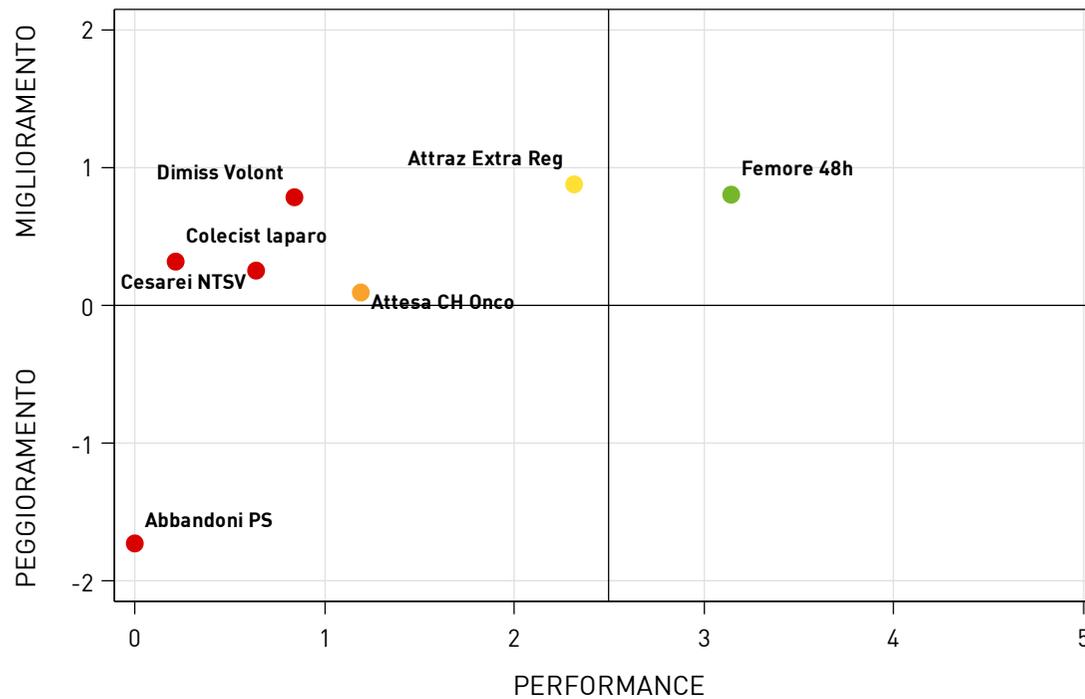


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

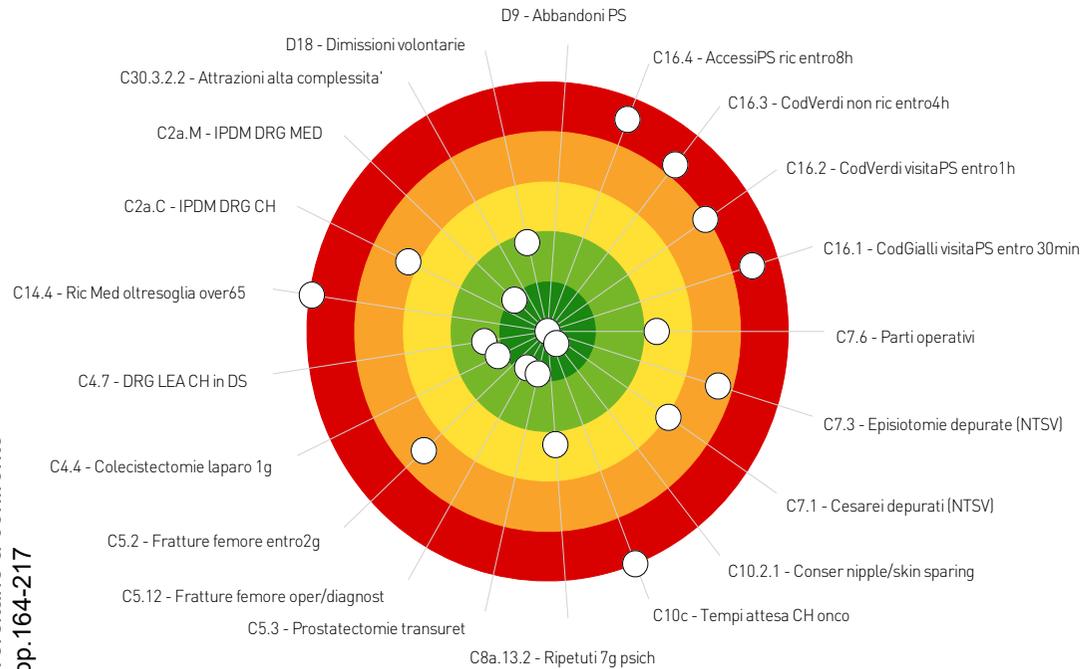


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



IRCCS S. RAFFAELE MILANO

Valutazione Performance 2016

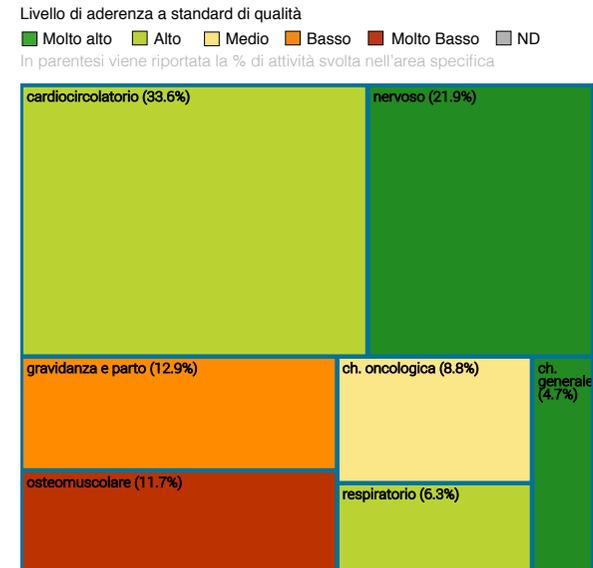


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.37	●	●	●	●
Cardiologia	-0.77	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.63	●	●	●	●
Medicina	3.66	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.77	●	●	●	●
Neurologia	0.52	●	●	●	●
Ortopedia	1.54	●	●	●	●
Urologia	-1.58	●	●	●	●

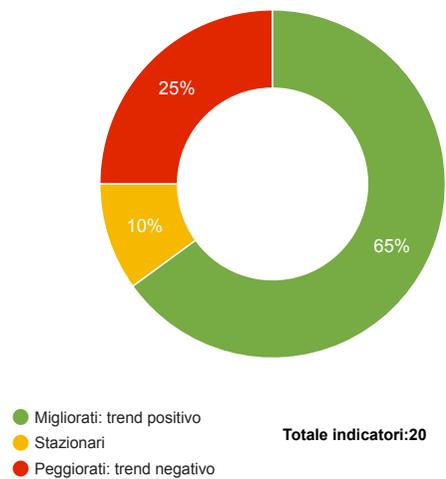
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

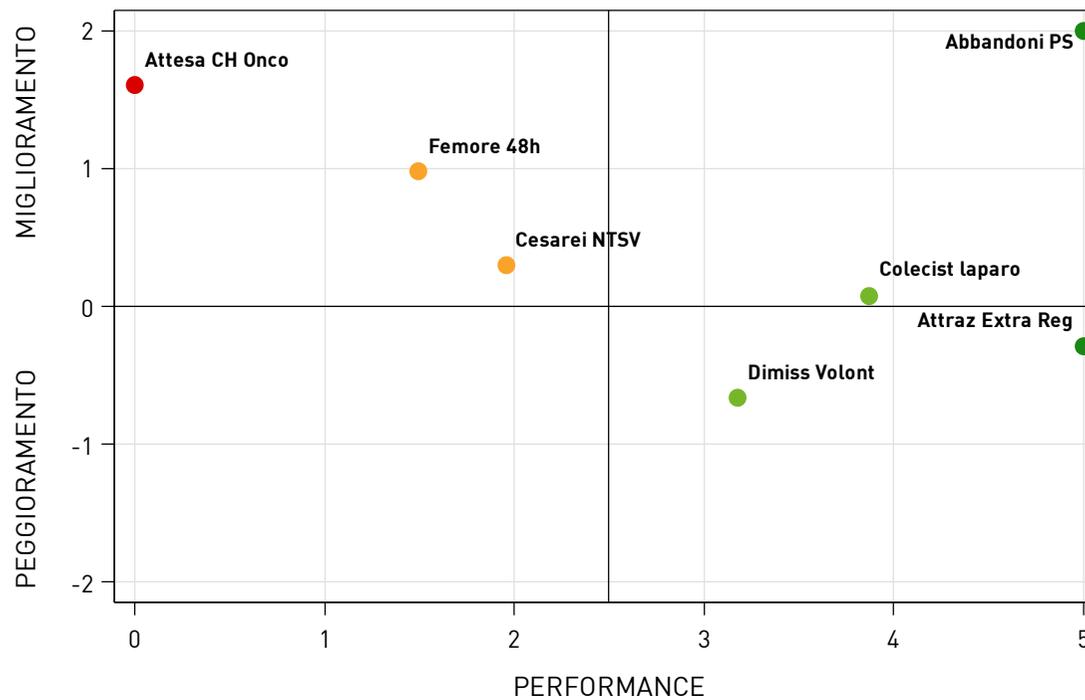


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

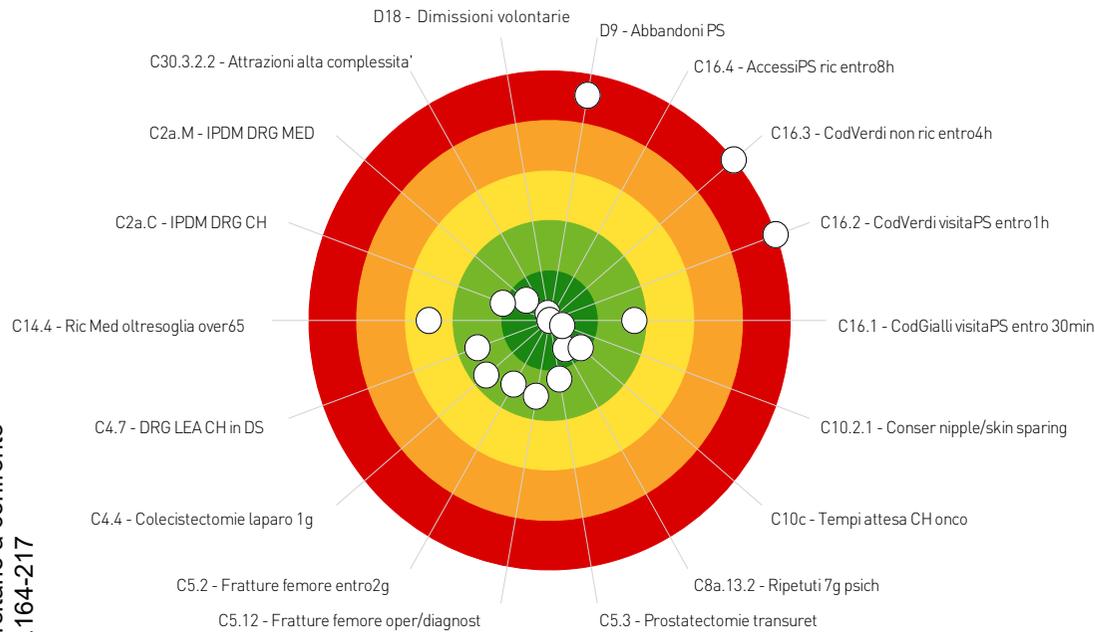


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



ISTITUTO CLINICO HUMANITAS ROZZANO

Valutazione Performance 2016



Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.00	●	●	●	●
Cardiologia	-1.45	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.73	●	●	●	●
Medicina	0.29	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.53	●	●	●	●
Neurologia	1.14	●	●	●	●
Ortopedia	-2.31	●	●	●	●
Urologia	-0.52	●	●	●	●

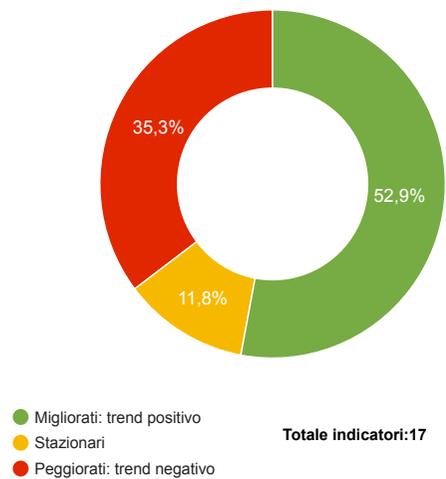
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

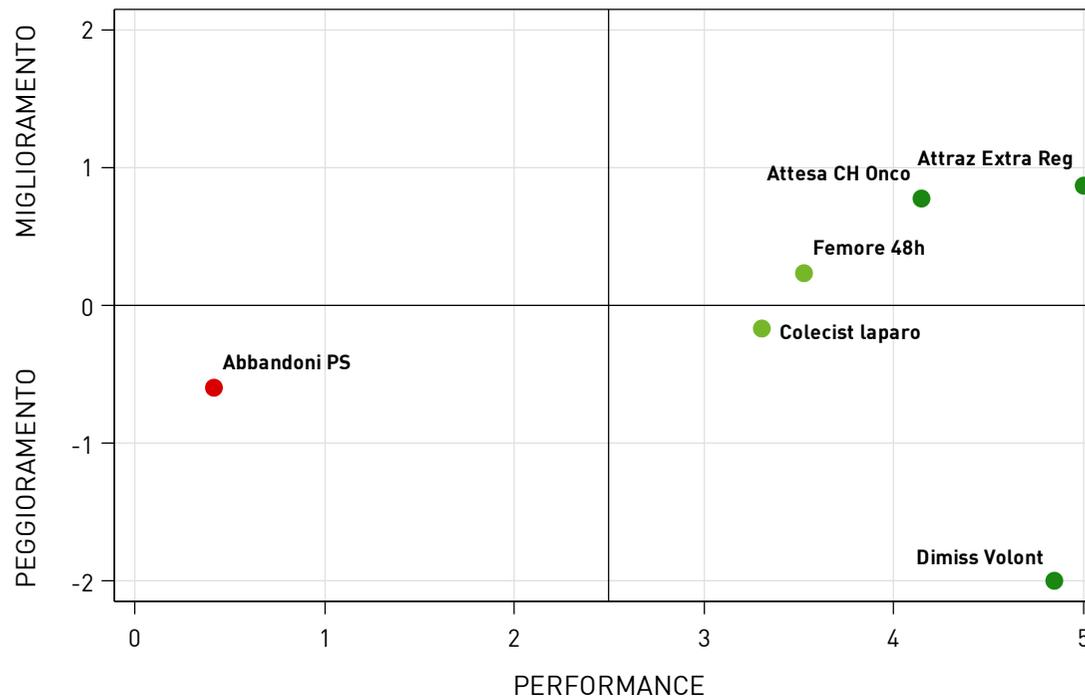


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

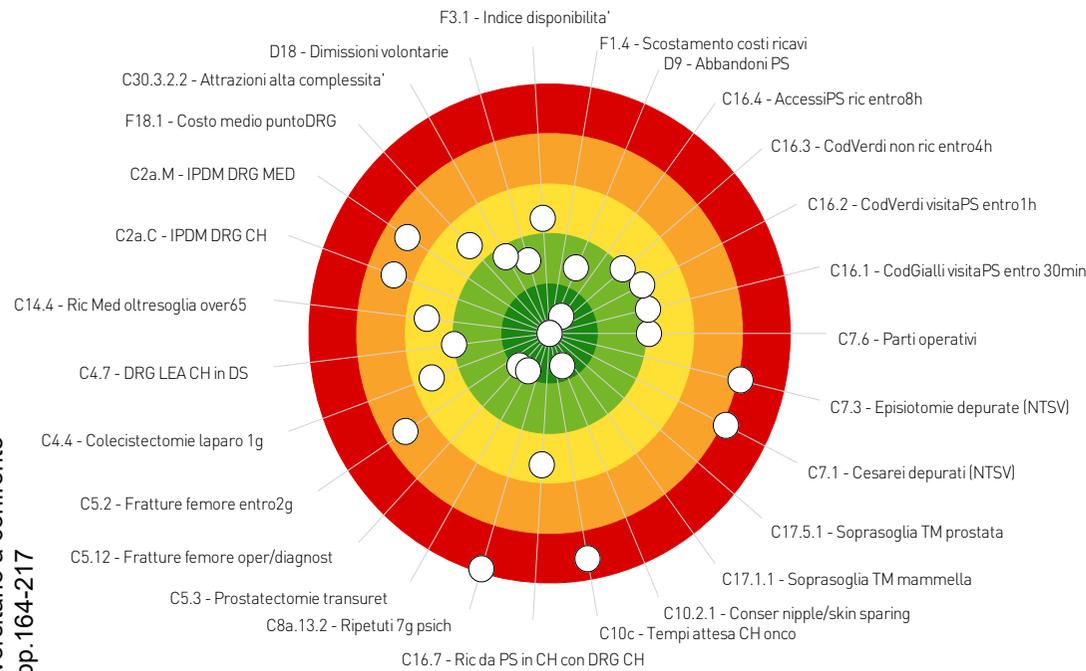


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

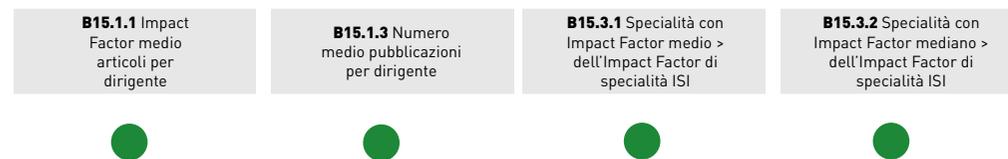


AO DI PADOVA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



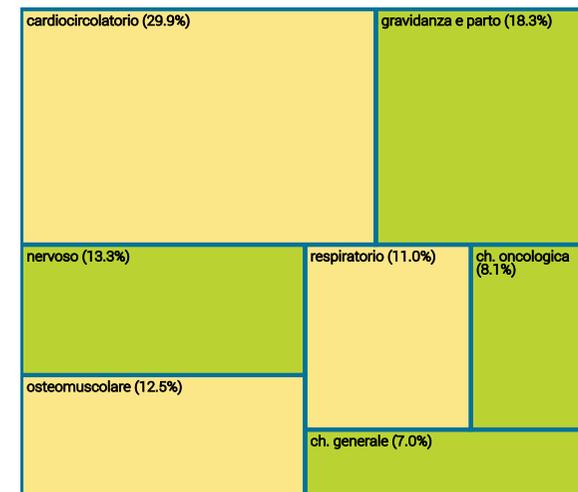
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.17	●	●	●	●
Cardiologia	1.19	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.69	●	●	●	●
Medicina	1.37	●	●	●	●
Neurochirurgia	3.17	●	●	●	●
Neurologia	-0.02	●	●	●	●
Ortopedia	1.60	●	●	●	●
Urologia	0.05	●	●	●	●

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

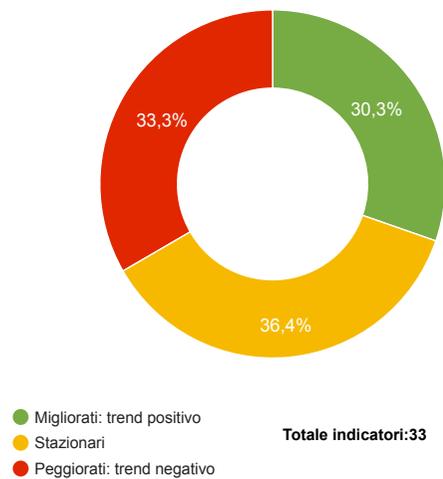
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

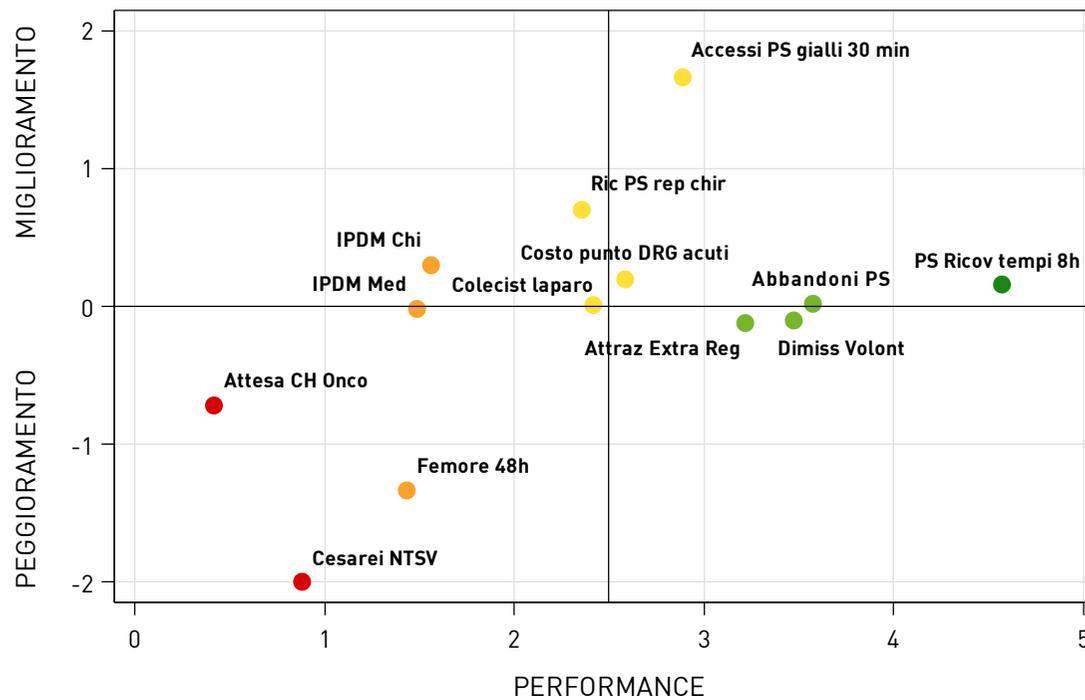


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

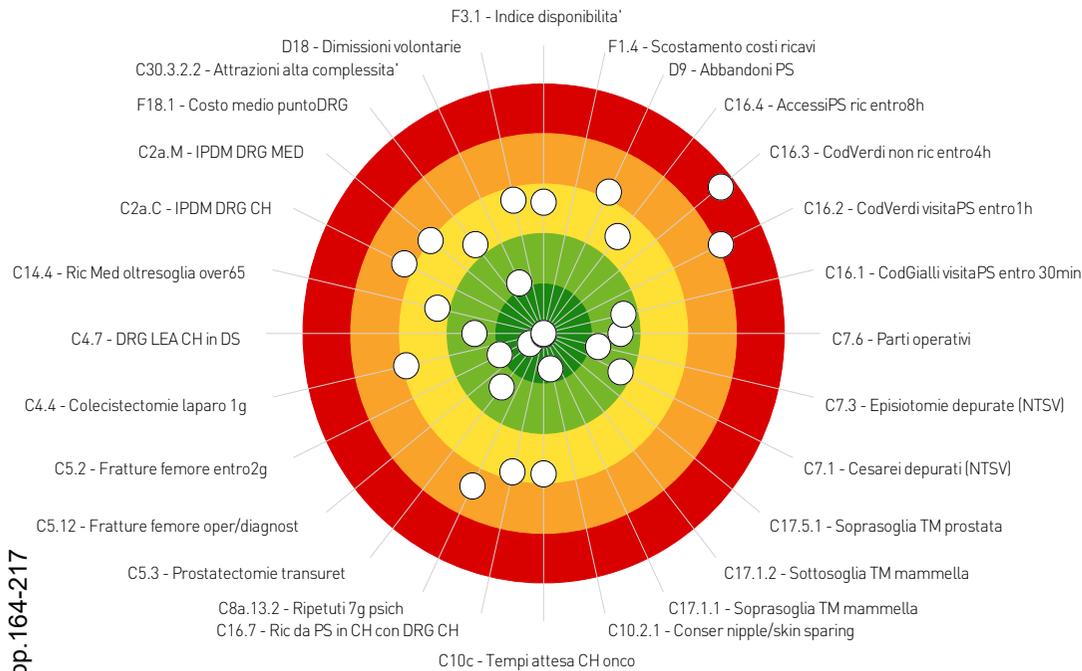


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

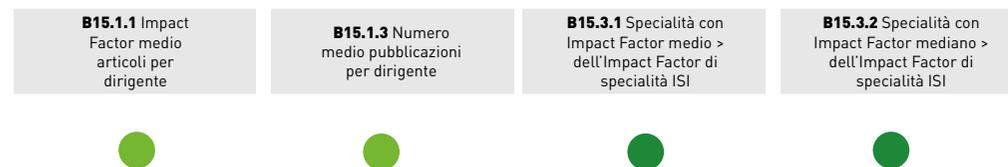


AOU VERONA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

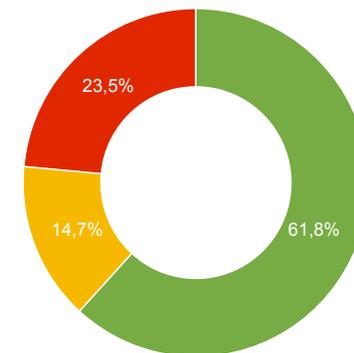


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.00	●	●	●	●
Cardiologia	3.27	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.93	●	●	●	●
Medicina	1.24	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.00	●	●	●	●
Neurologia	1.59	●	●	●	●
Ortopedia	-0.16	●	●	●	●
Urologia	-0.58	●	●	●	●

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

Trend 2015-2016 Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Stazionari
● Peggiorati: trend negativo

Totale indicatori: 34

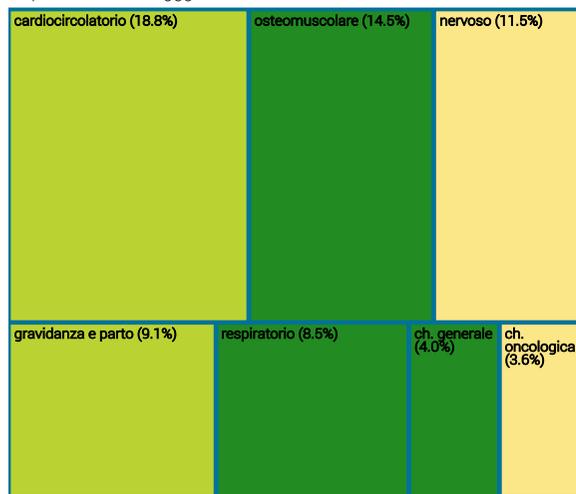
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità

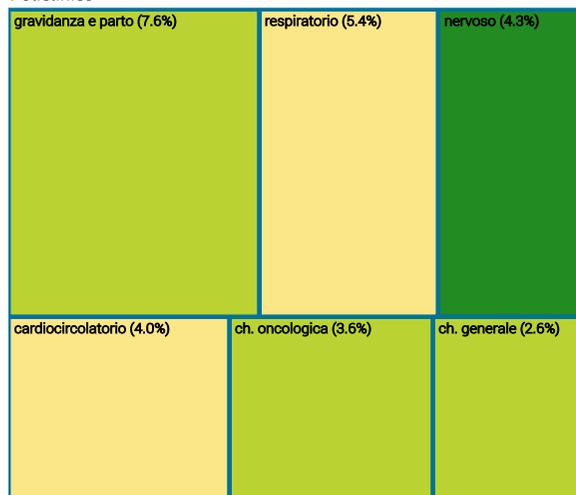
Molto alto Alto Medio Basso Molto Basso ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

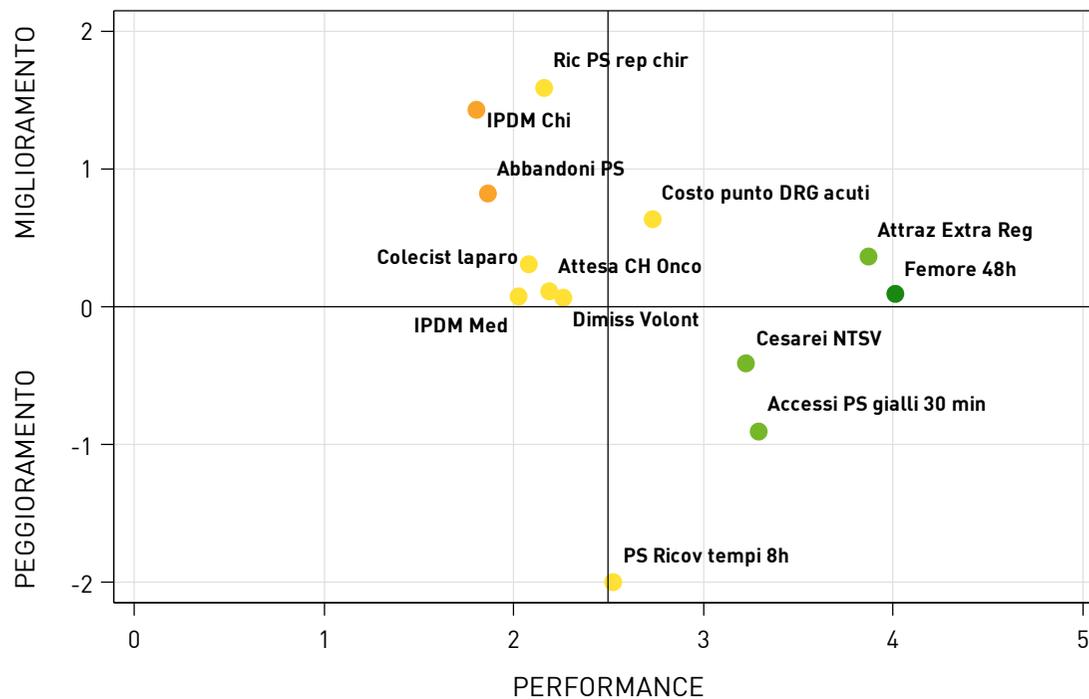
Ospedale Civile Maggiore



Policlinico

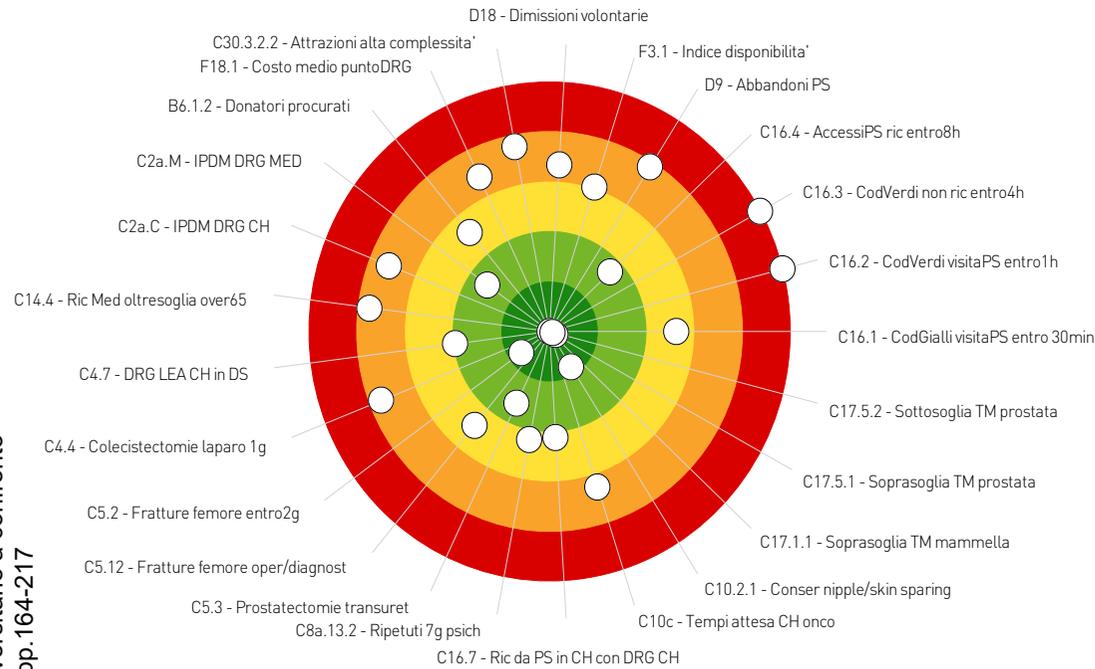


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



ASUI TRIESTE

Valutazione Performance 2016

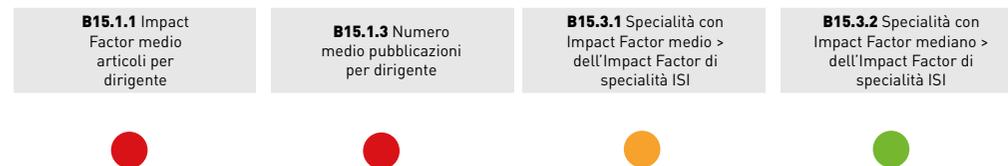


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	4.46	●	●	●	●
Cardiologia	-2.36	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.23	●	●	●	●
Medicina	0.18	●	●	●	●
Neurochirurgia	2.99	●	●	●	●
Neurologia	5.55	●	●	●	●
Ortopedia	0.72	●	●	●	●
Urologia	-0.24	●	●	●	●

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

Valutazione attività di ricerca 2013-2015

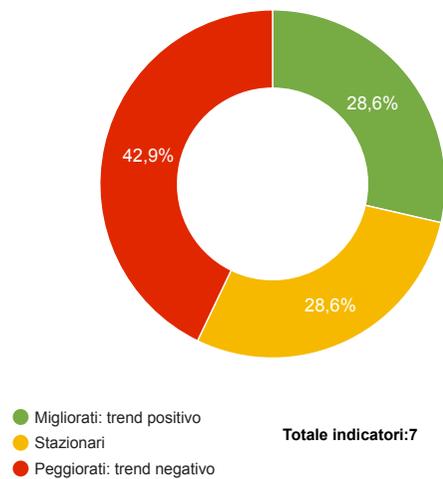


Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

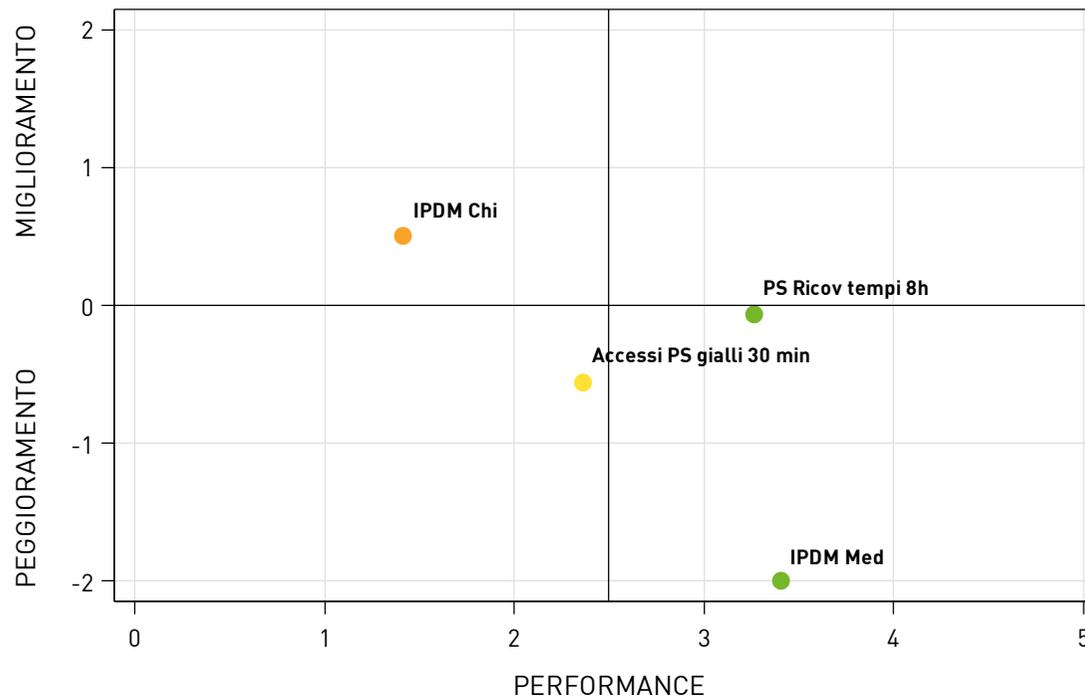


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

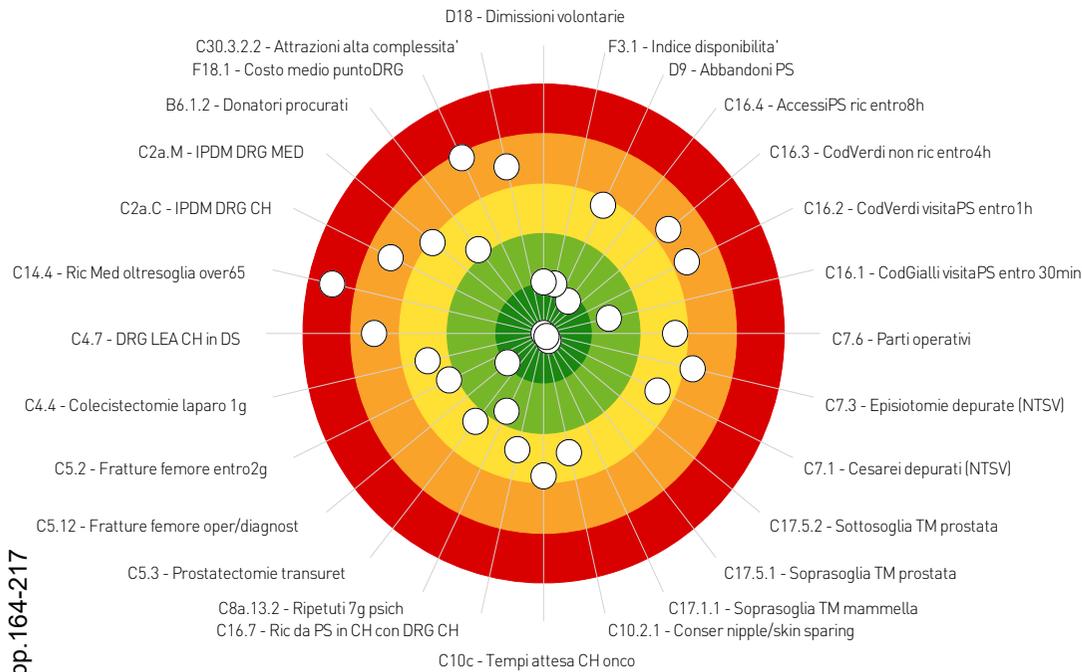


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

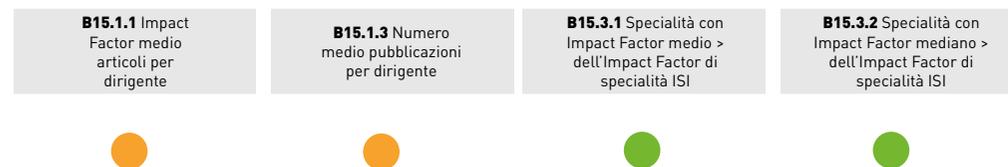


ASUI UDINE

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

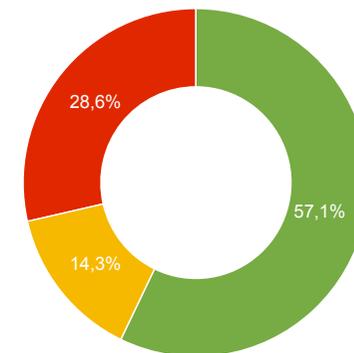


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	5.59	●	●	●	●
Cardiologia	-0.53	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.73	●	●	●	●
Medicina	1.26	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.29	●	●	●	●
Neurologia	0.47	●	●	●	●
Ortopedia	1.83	●	●	●	●
Urologia	-1.55	●	●	●	●

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

Trend 2015-2016 Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



Totale indicatori: 7

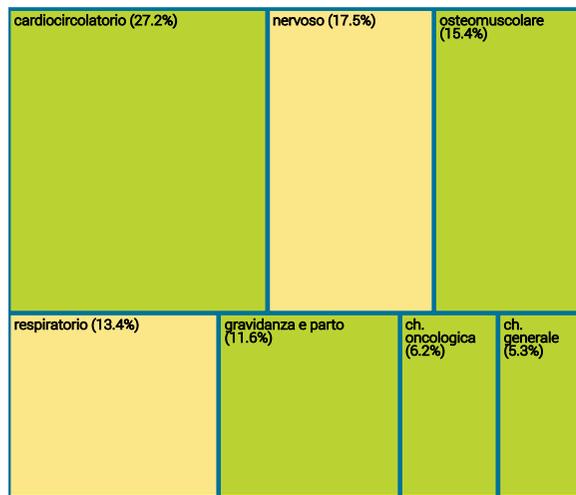
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità

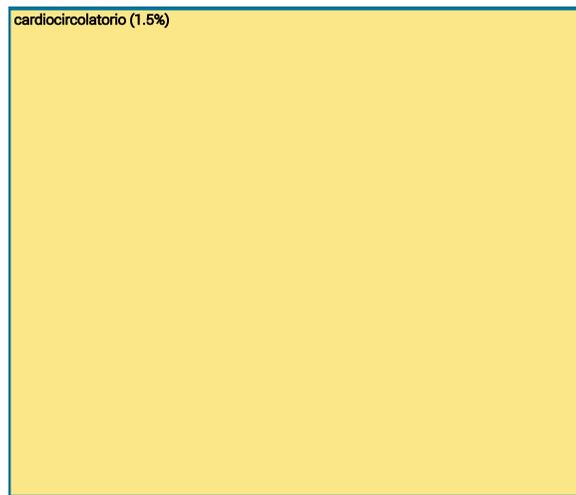
■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto Basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

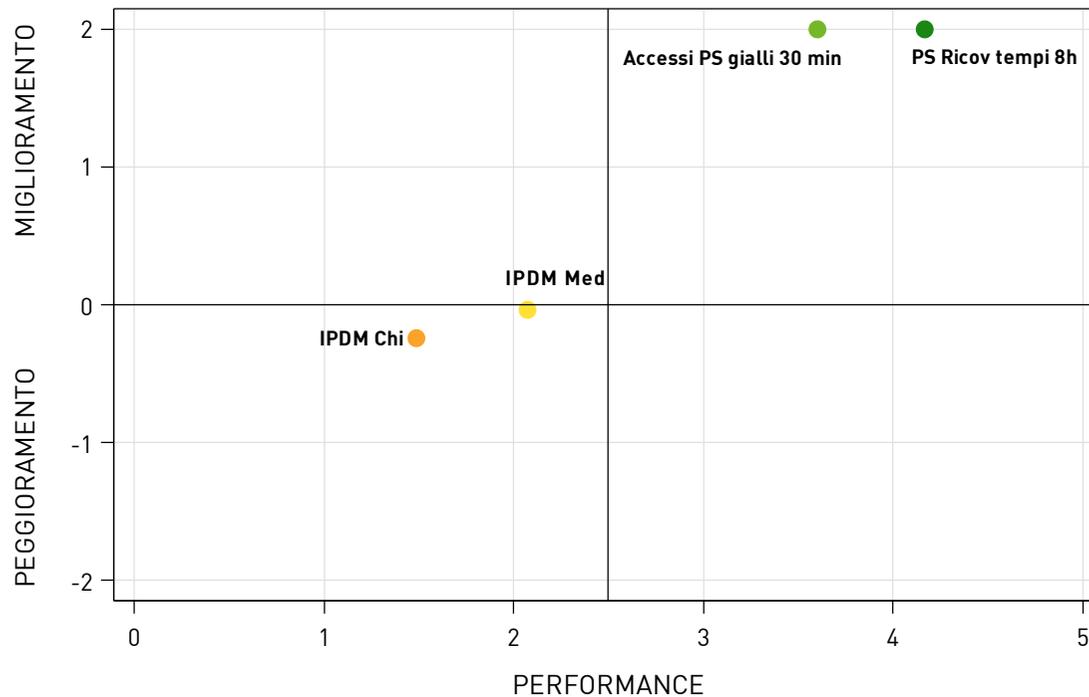
Sede di Udine



Sede di Cividale

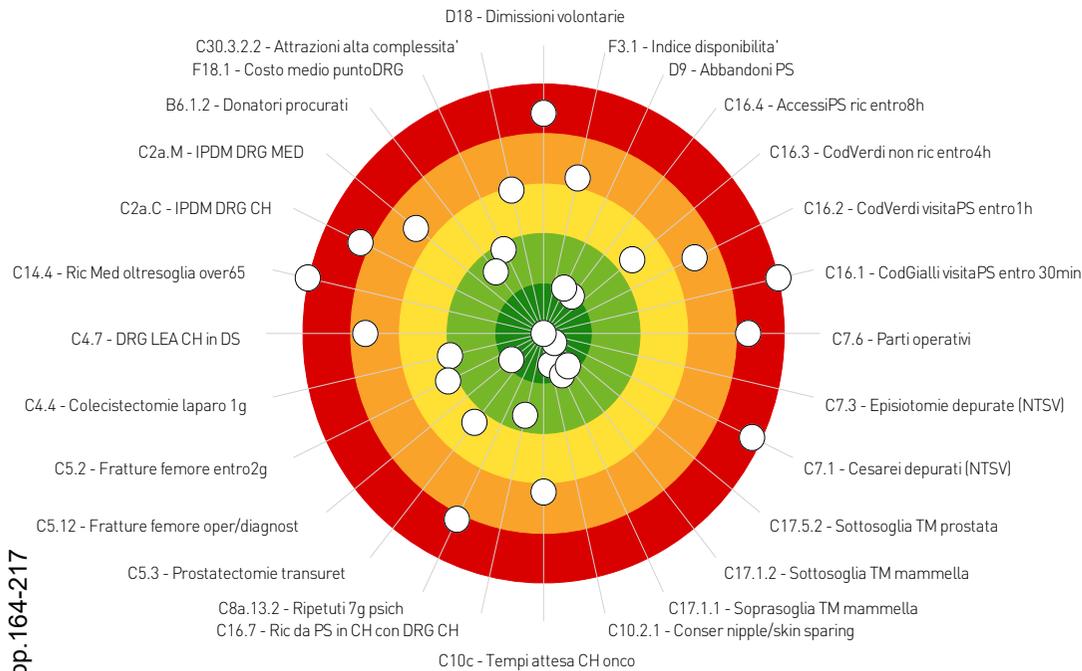


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

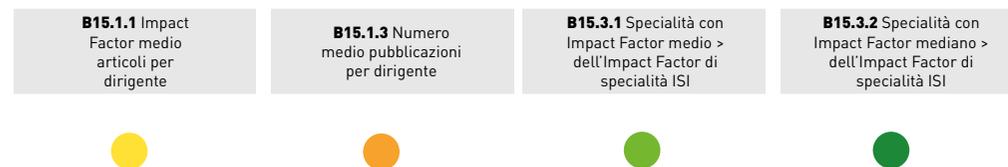


IRCCS S. MARTINO - GENOVA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	4.65				
Cardiologia	-0.91				
Chirurgia generale	-0.26				
Medicina	6.01				
Neurochirurgia	1.49				
Neurologia	1.34				
Ortopedia	-0.12				
Urologia	1.40				

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

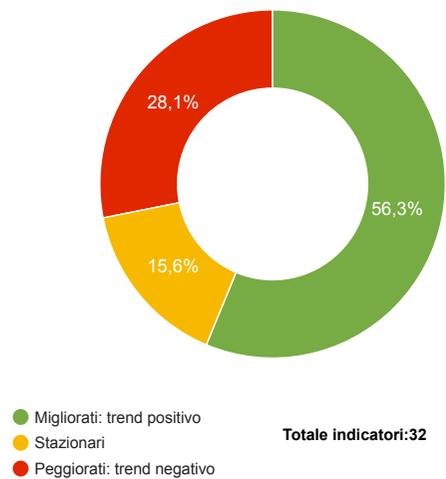
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

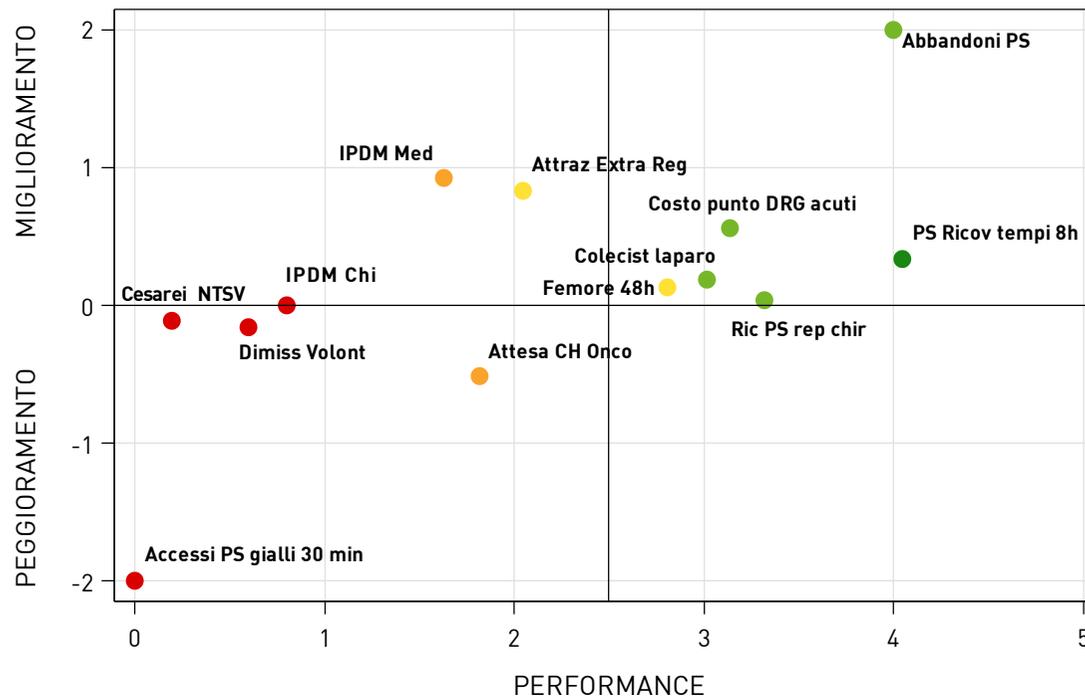


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

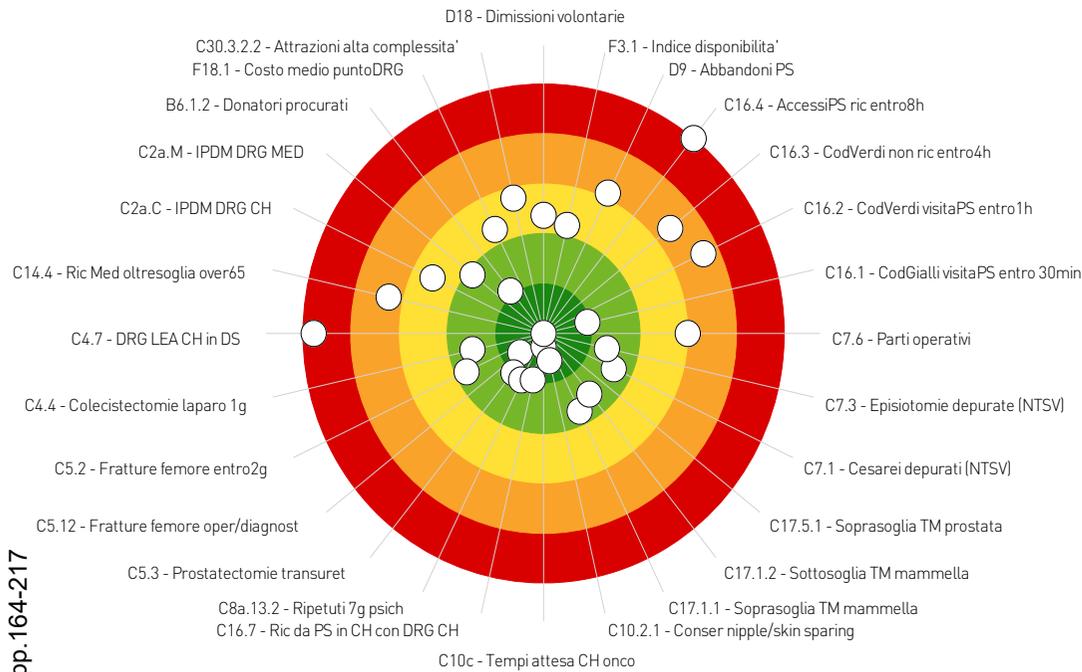


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

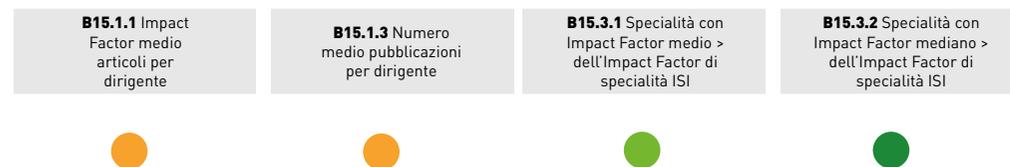


AOU PARMA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



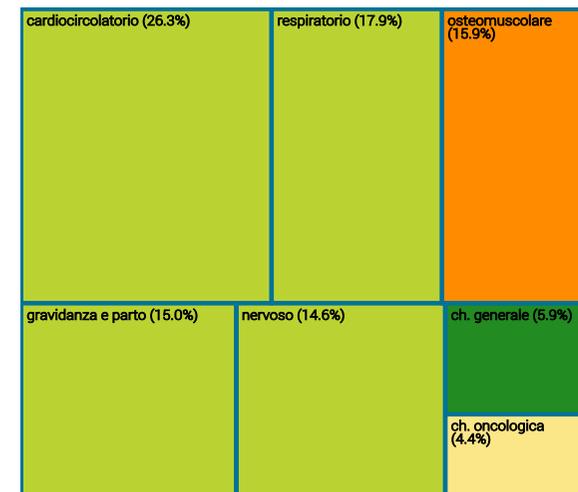
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.85	●	●	●	●
Cardiologia	1.46	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.38	●	●	●	●
Medicina	-0.87	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.16	●	●	●	●
Neurologia	-0.77	●	●	●	●
Ortopedia	0.64	●	●	●	●
Urologia	-0.64	●	●	●	●

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

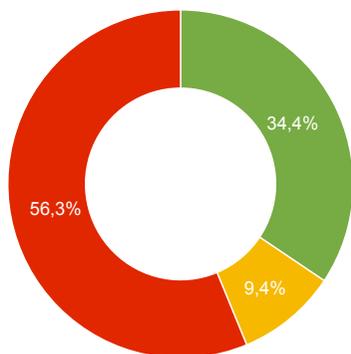
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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



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

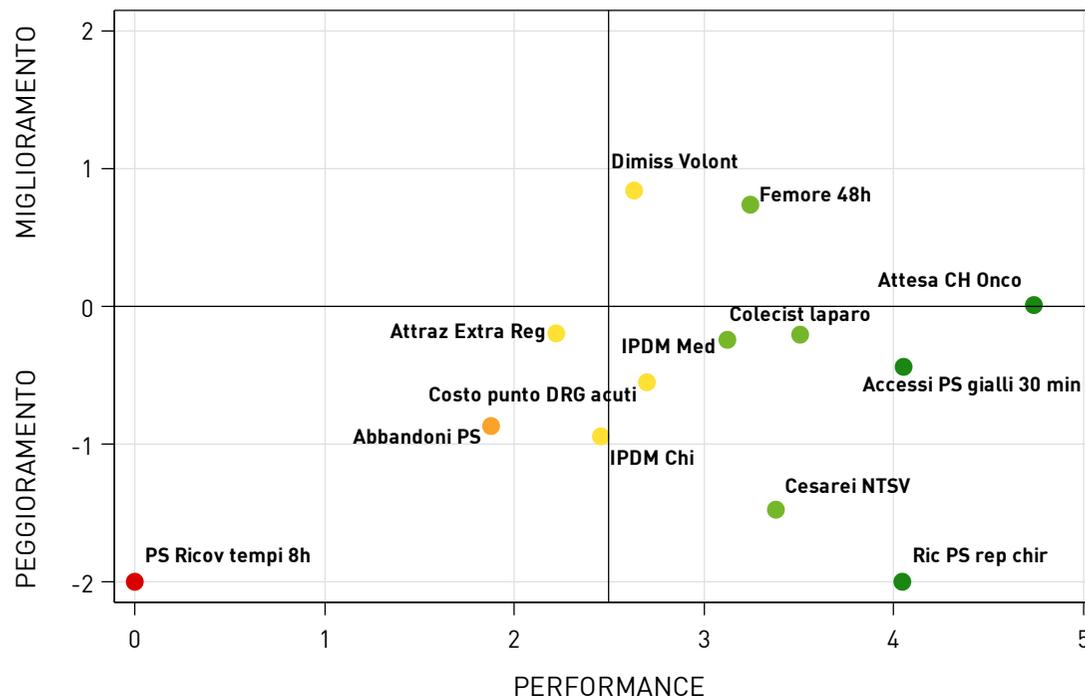
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



- Migliorati: trend positivo
- Stazionari
- Peggiorati: trend negativo

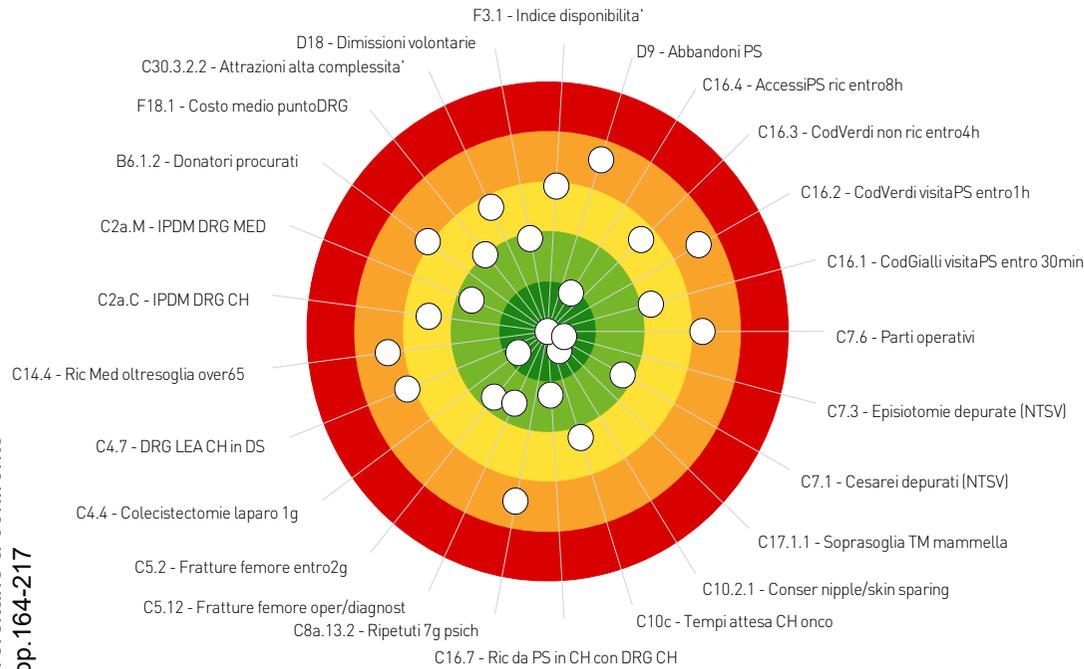
Totale indicatori:32

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

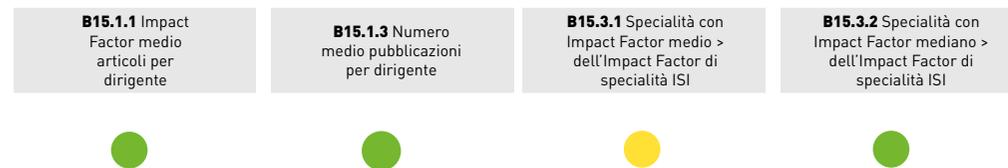


AOU MODENA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

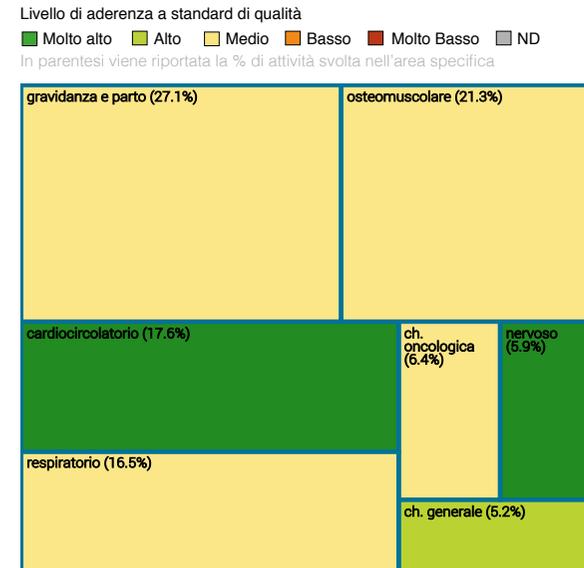


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.63	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.30	●	●	●	●
Medicina	0.82	●	●	●	●
Ortopedia	-1.28	●	●	●	●

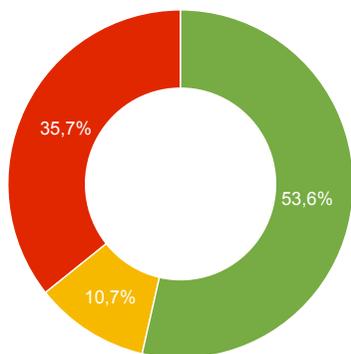
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015



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

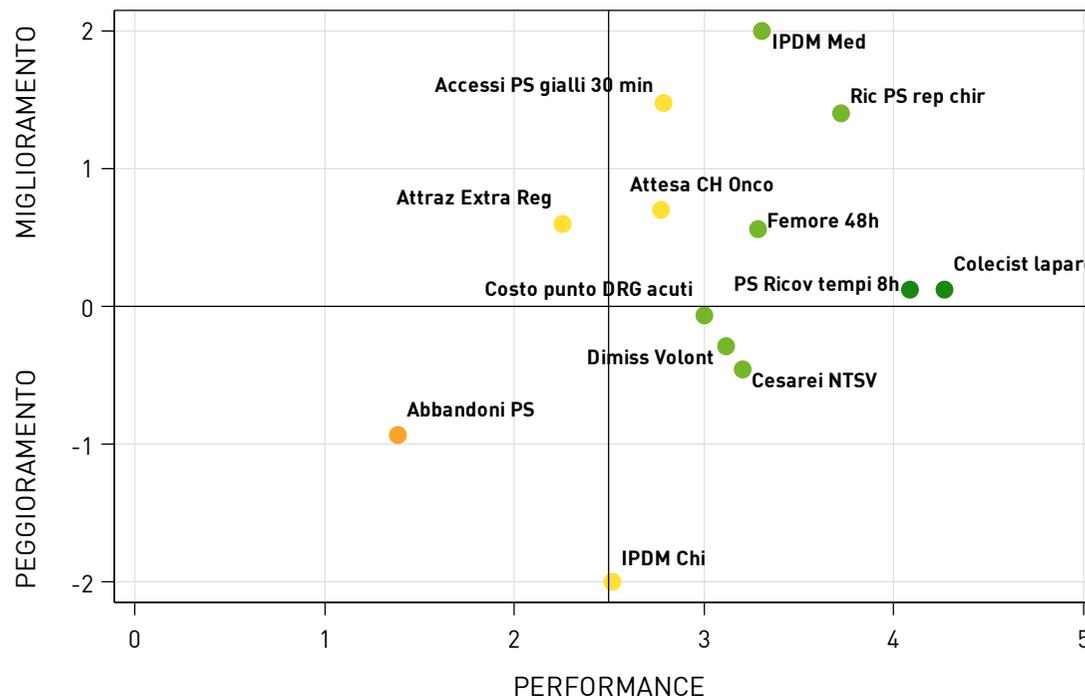
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



- Migliorati: trend positivo
- Stazionari
- Peggiorati: trend negativo

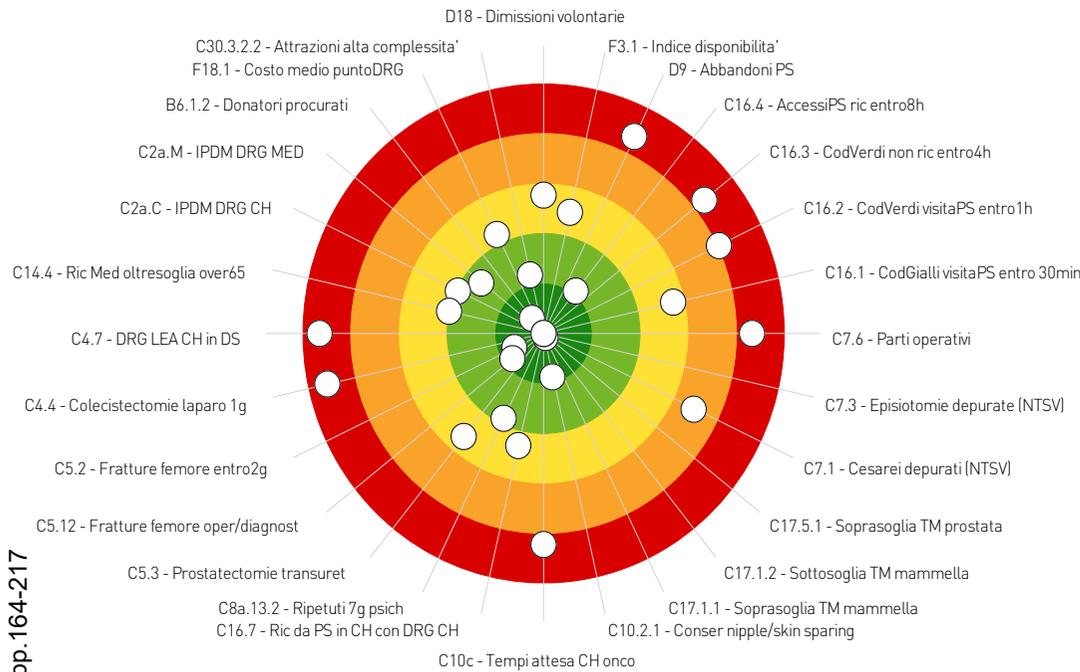
Totale indicatori:28

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

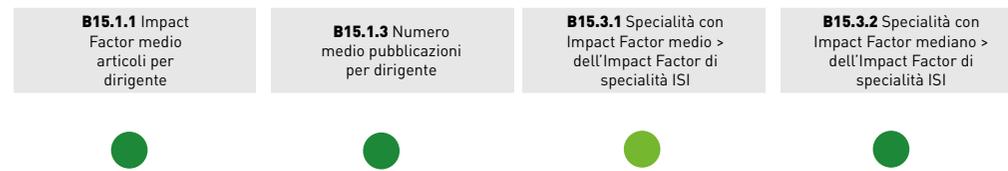


AOU BOLOGNA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

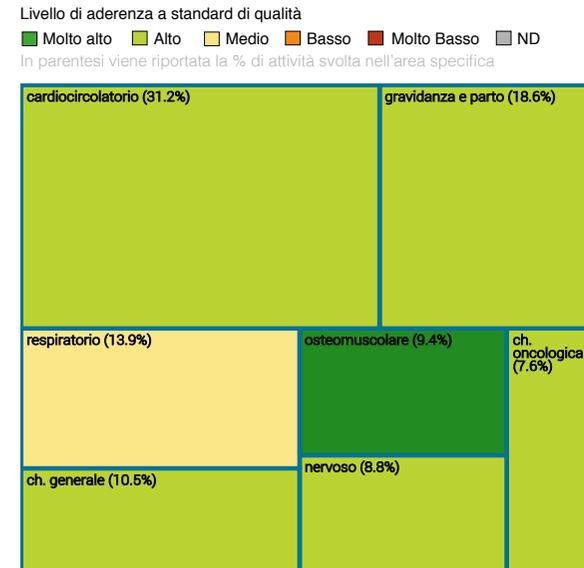


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.99		●	●	●
Cardiologia	-0.31	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.34	●	●	●	●
Medicina	-0.10	●	●	●	
Ortopedia	-0.01	●	●	●	●
Urologia	-1.61	●	●	●	●

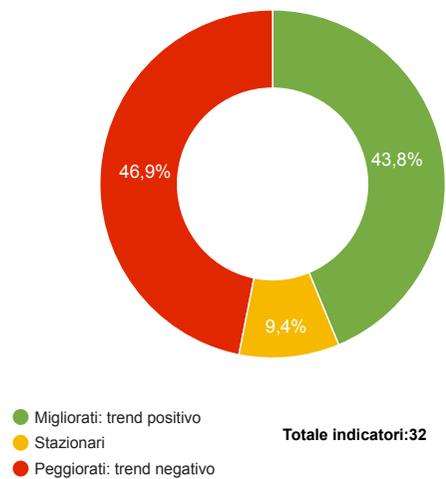
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

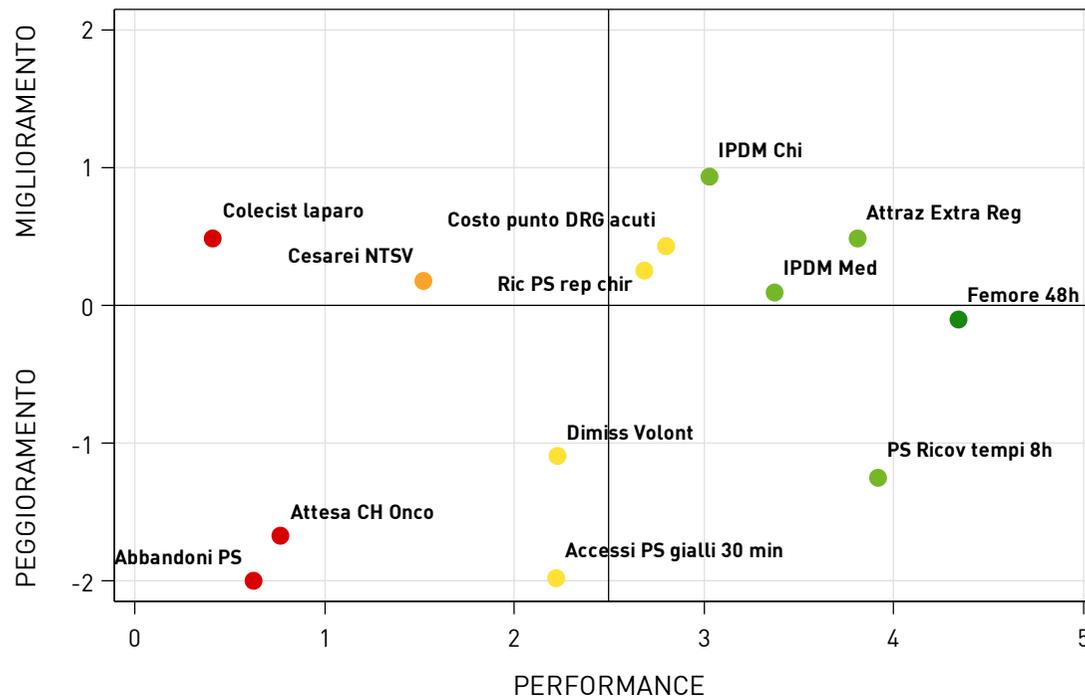


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

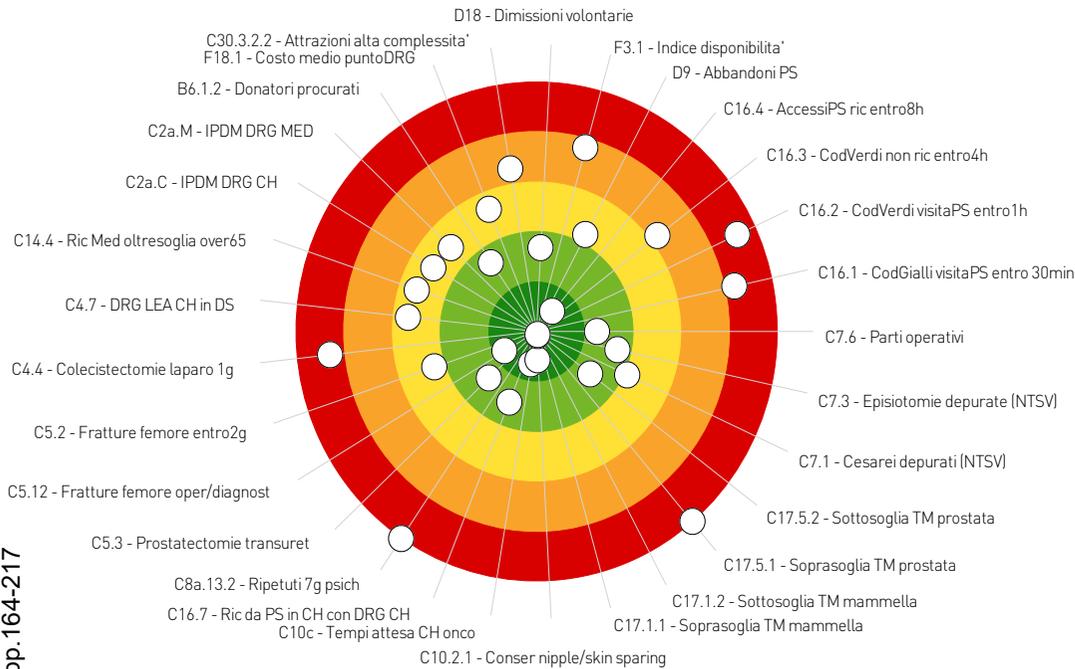


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

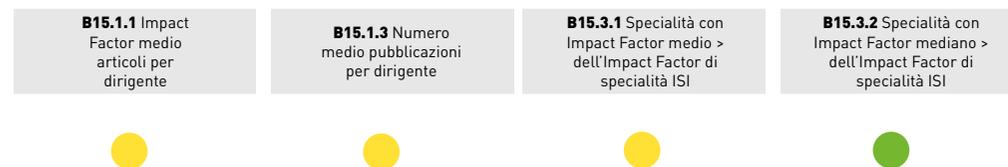


AOU FERRARA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

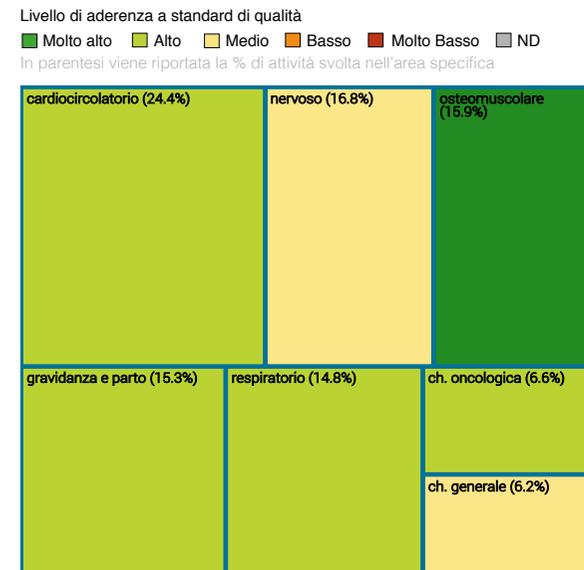


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-2.44	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.40	●	●	●	●
Medicina	0.69	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.94	●	●	●	●
Neurologia	-0.44	●	●	●	●
Ortopedia	0.45	●	●	●	●
Urologia	0.25	●	●	●	●

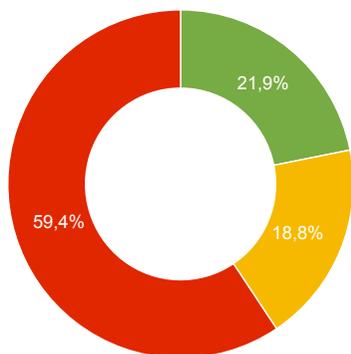
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015



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

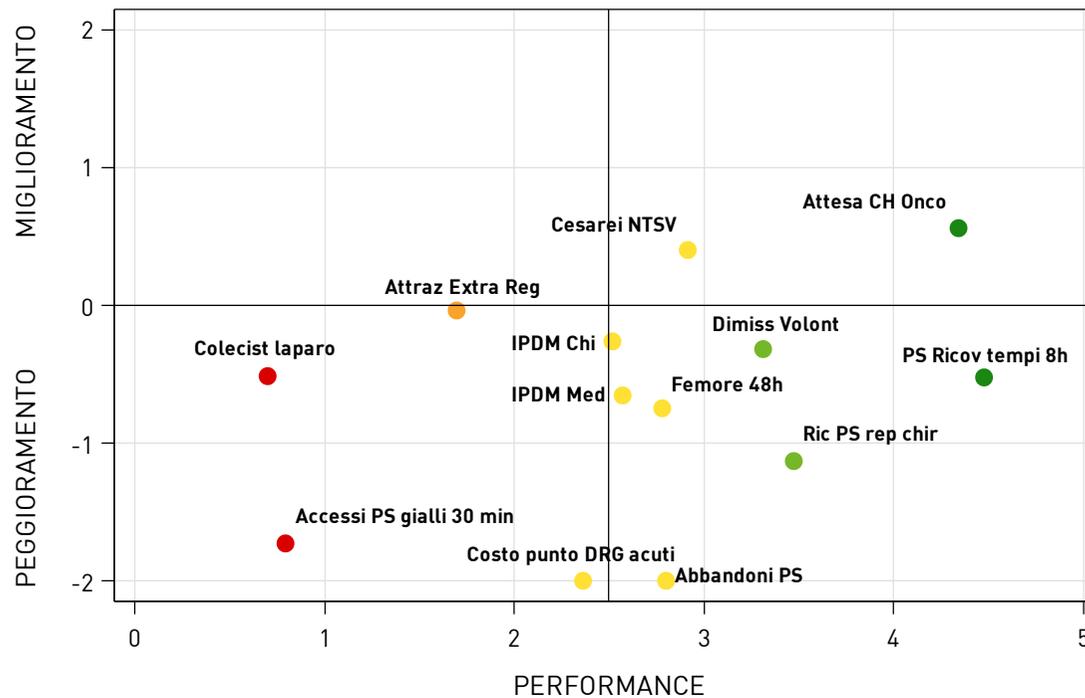
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



- Migliorati: trend positivo
- Stazionari
- Peggiorati: trend negativo

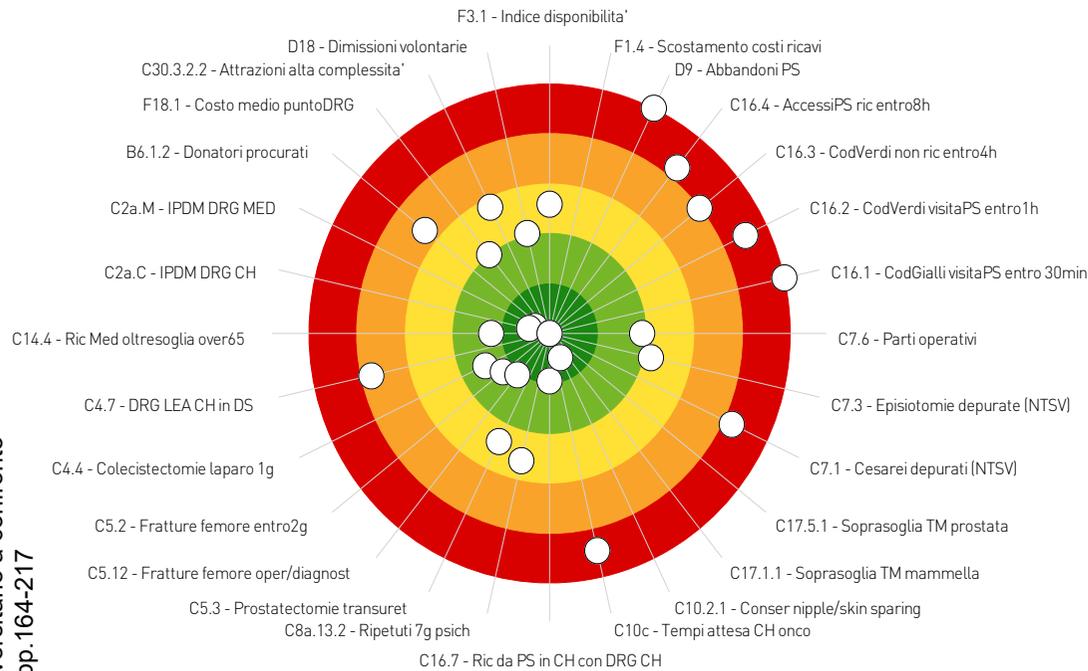
Totale indicatori:32

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

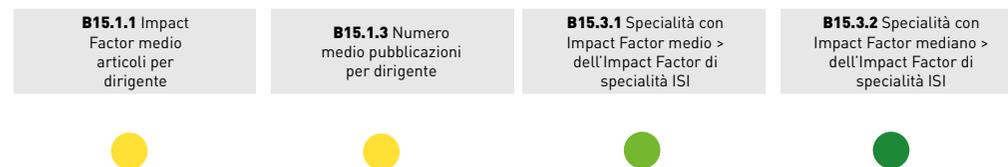


AOU PISANA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.45		●	●	●
Cardiologia	-0.95	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.03	●	●	●	●
Medicina	-2.83	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.97	●	●	●	●
Neurologia	-0.95	●	●	●	●
Ortopedia	-2.46	●	●	●	●
Urologia	-2.21	●	●	●	●

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

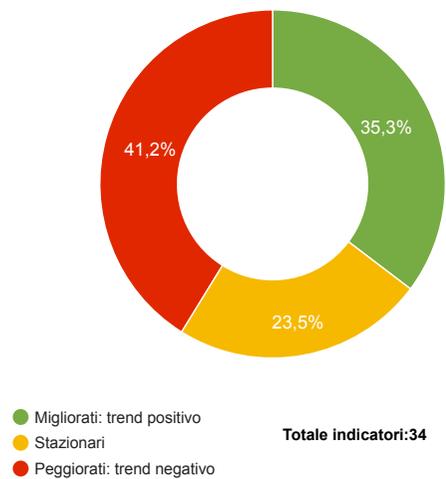
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

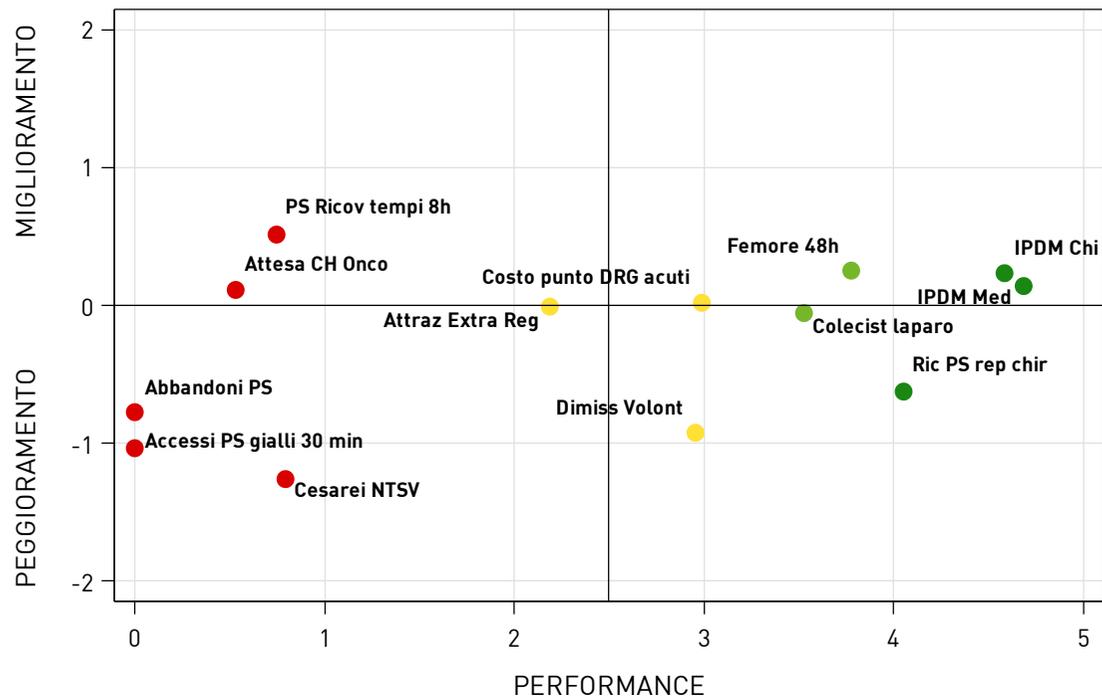


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

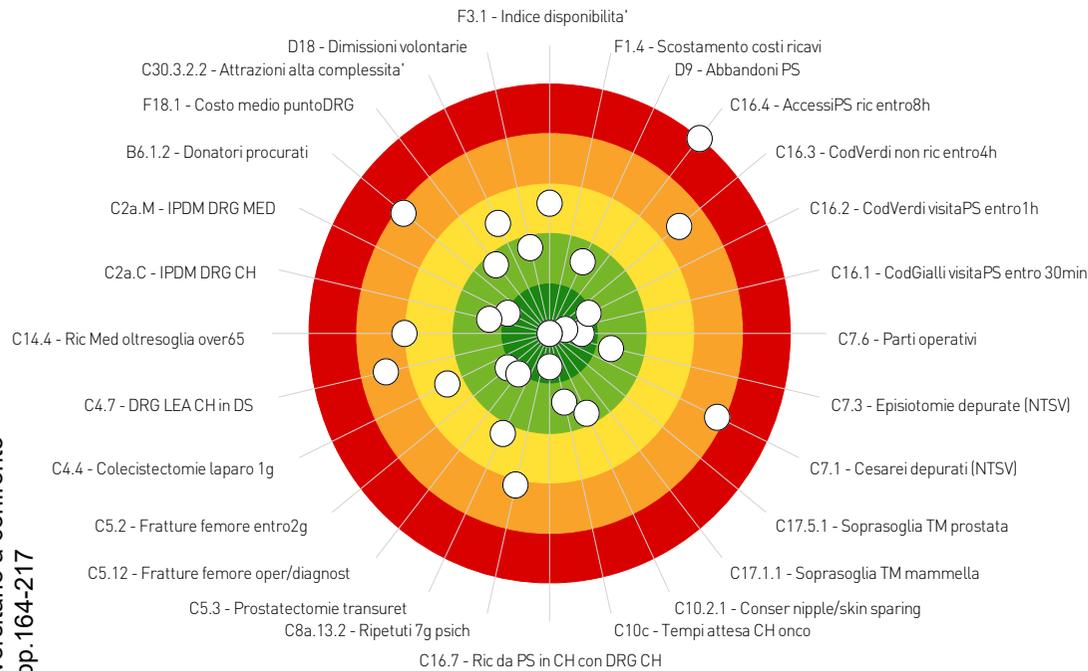


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

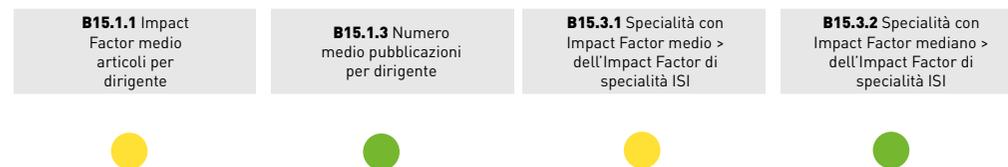


AOU SENESE

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



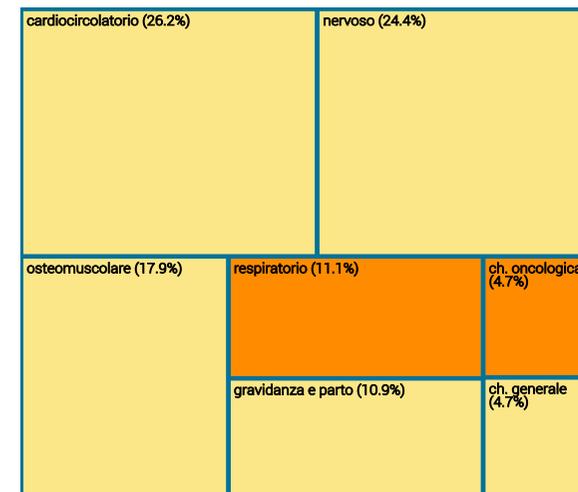
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.06	●	●	●	●
Cardiologia	0.26	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.44	●	●	●	●
Medicina	2.34	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.05	●	●	●	●
Neurologia	-0.43	●	●	●	●
Ortopedia	-1.59	●	●	●	●
Urologia	-2.86	●	●	●	●

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

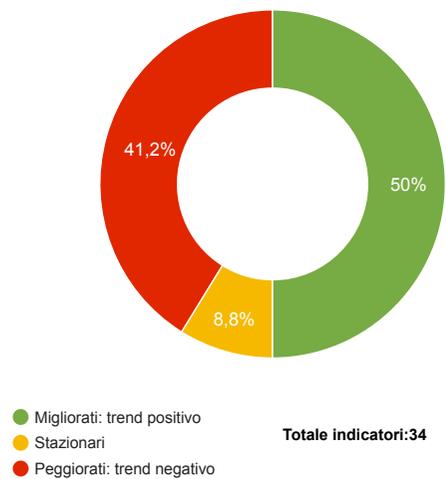
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

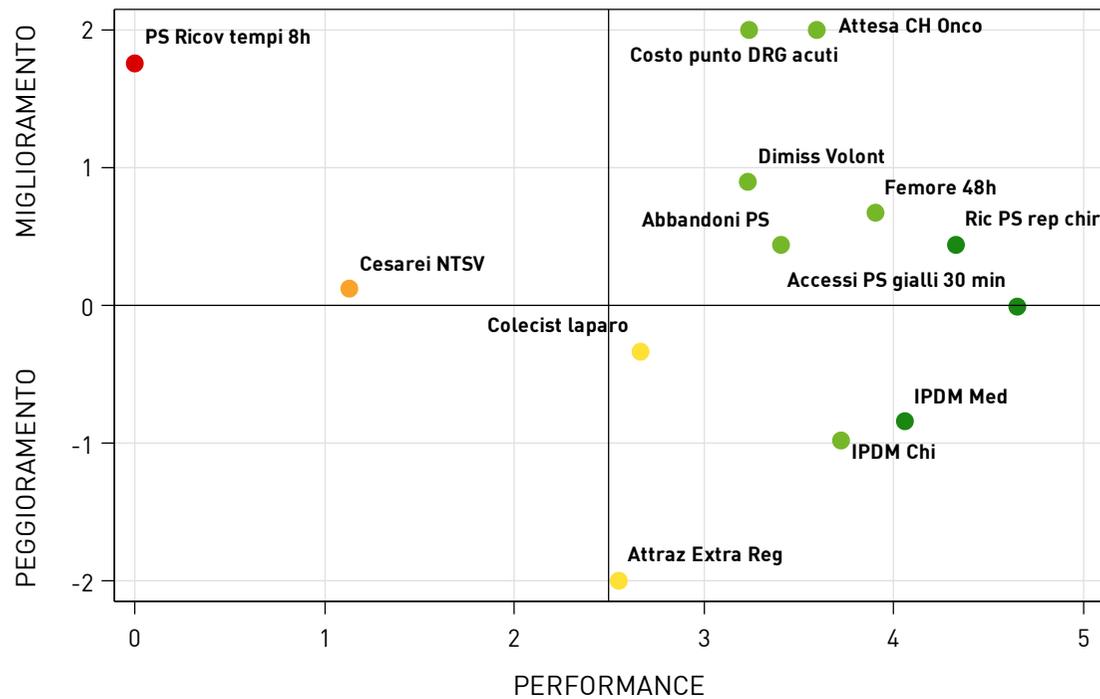


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

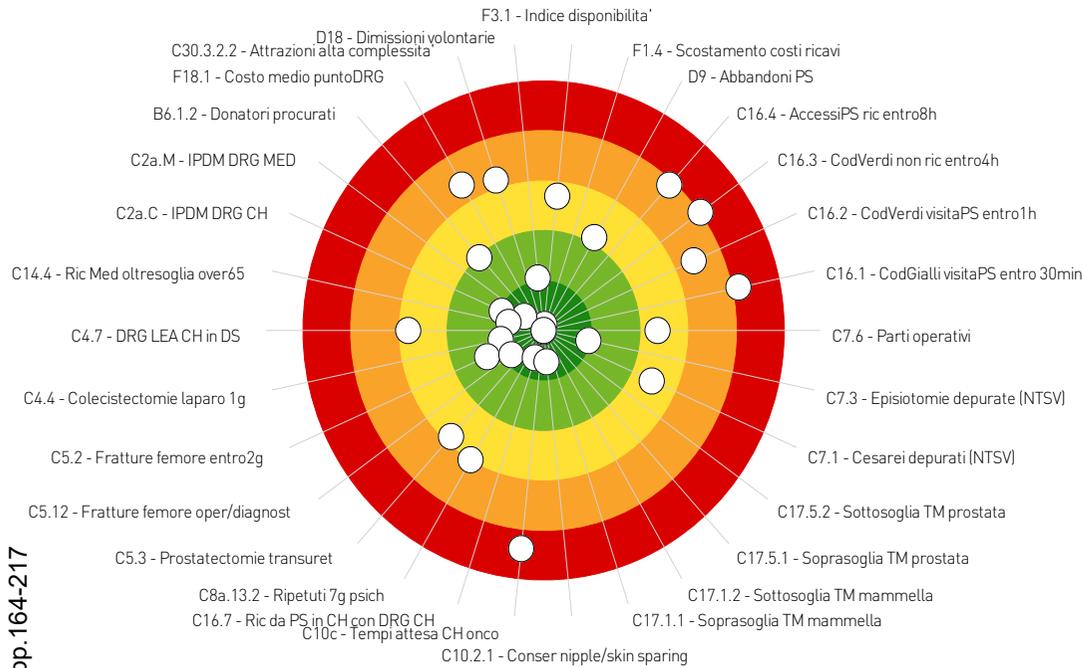


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

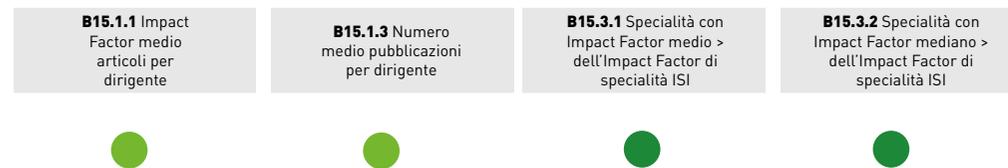


AOU CAREGGI

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.48	●	●	●	●
Cardiologia	-1.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	-2.09	●	●	●	●
Medicina	-1.75	●	●	●	●
Neurochirurgia	-2.78	●	●	●	●
Neurologia	-1.73	●	●	●	●
Ortopedia	0.51	●	●	●	●
Urologia	-0.81	●	●	●	●

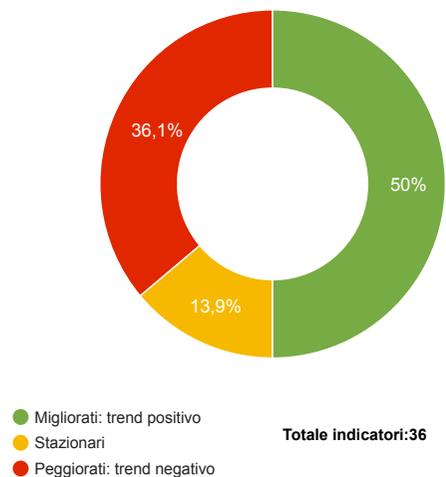
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

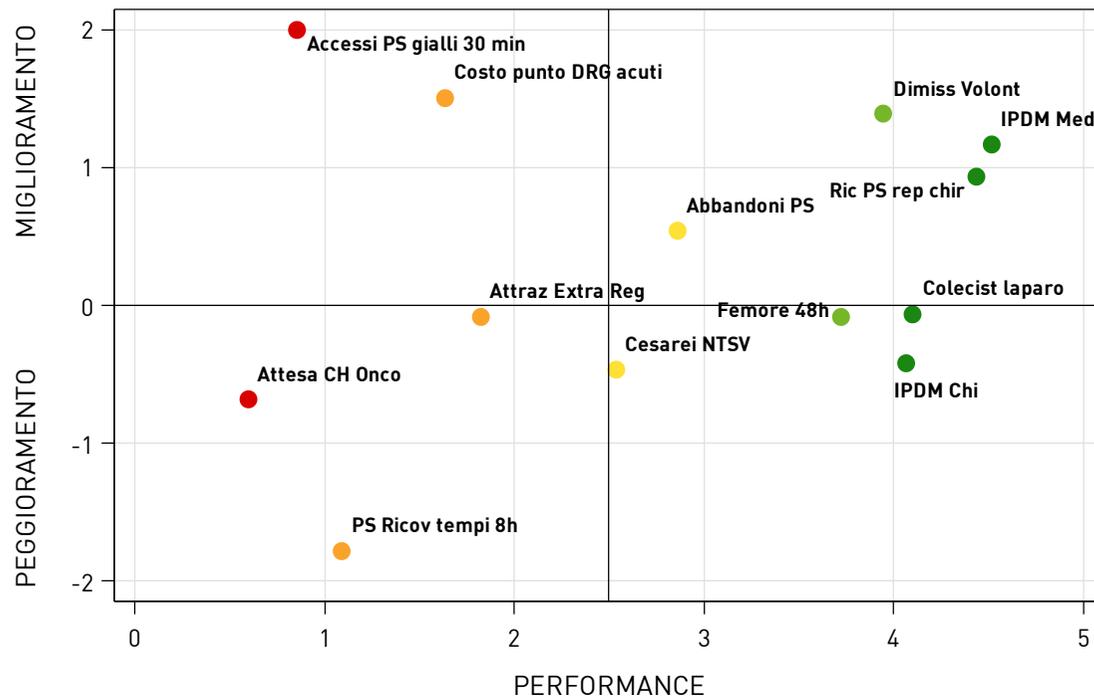


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

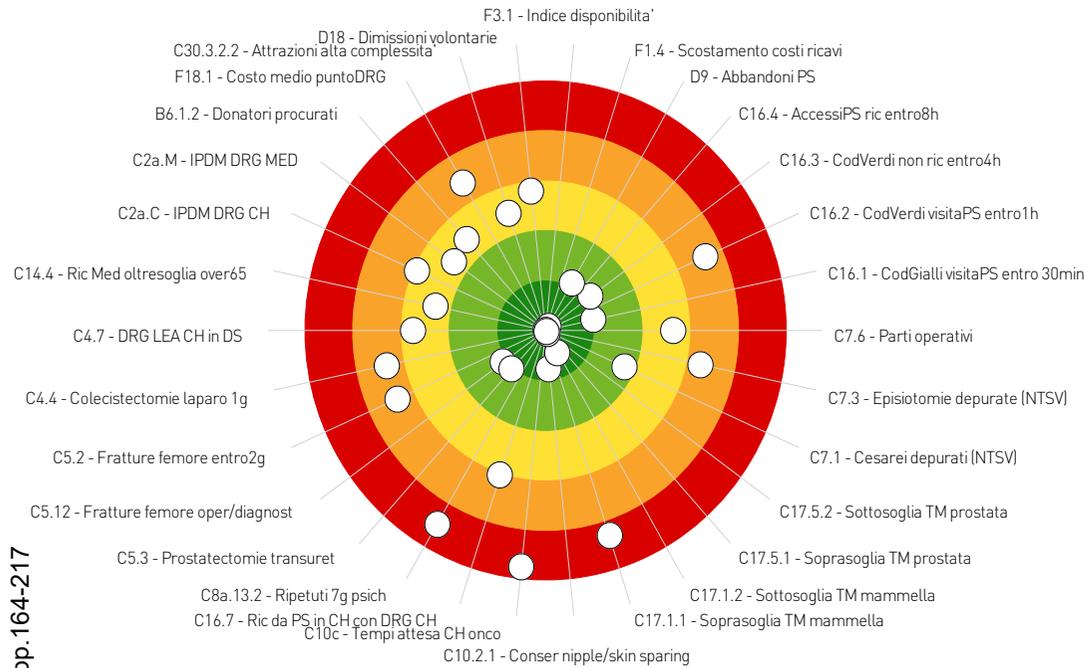


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

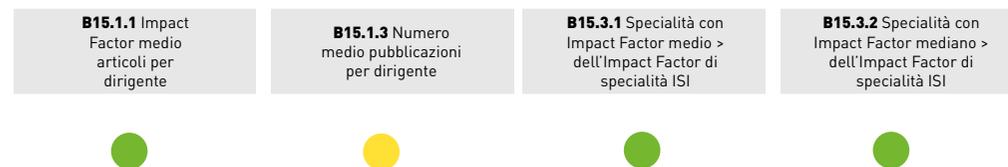


AO PERUGIA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



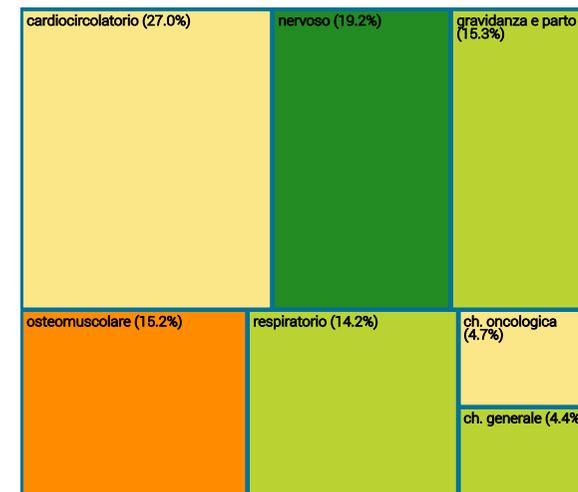
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	5.22			
Cardiologia	-1.98			
Chirurgia generale	0.24			
Medicina	-0.04			
Neurochirurgia	-0.08			
Neurologia	-0.92			
Ortopedia	-1.82			
Urologia	1.02			

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

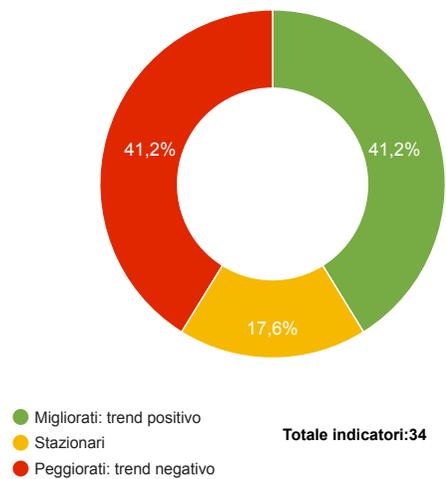
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

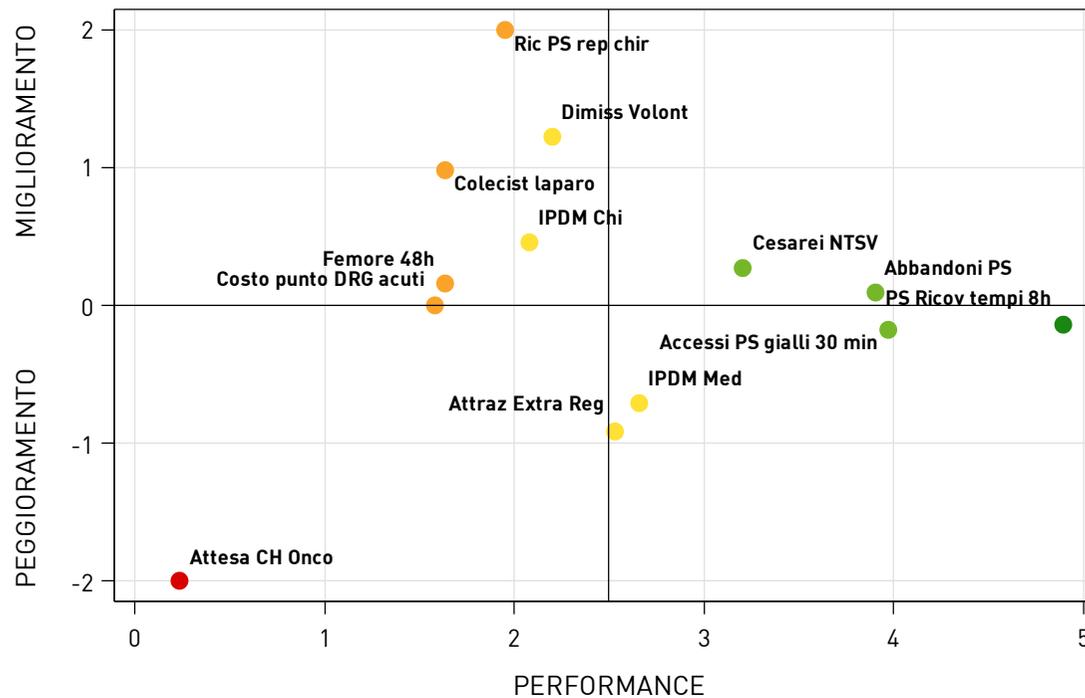


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

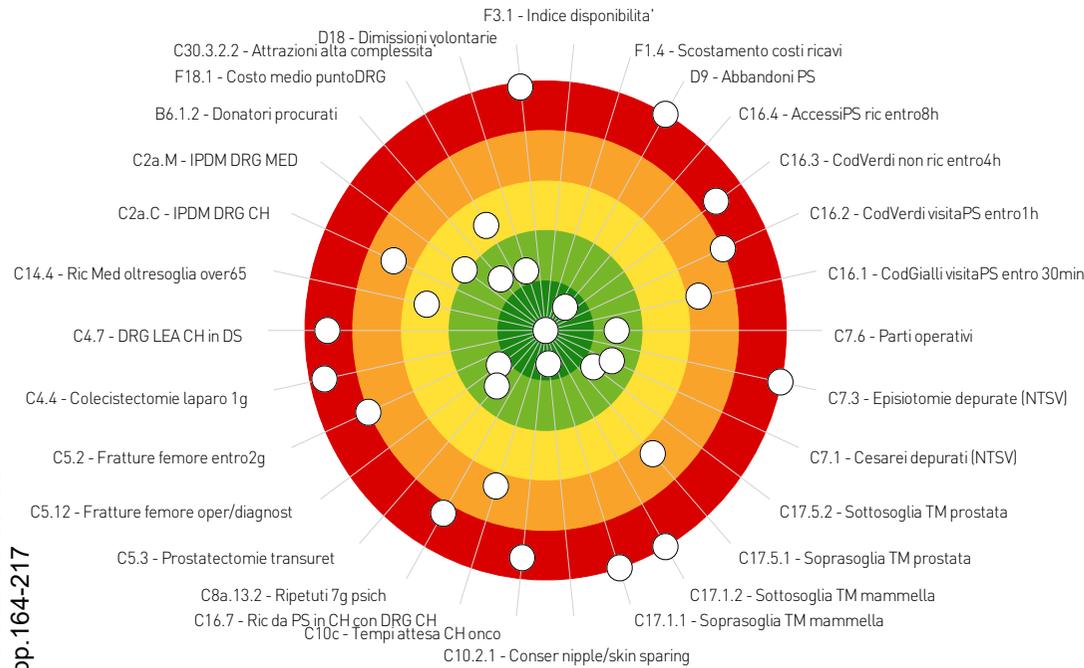


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

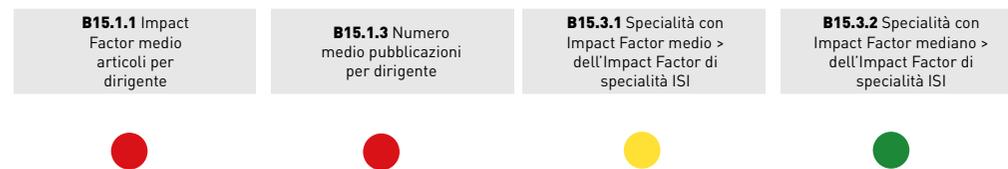


AO TERNI

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

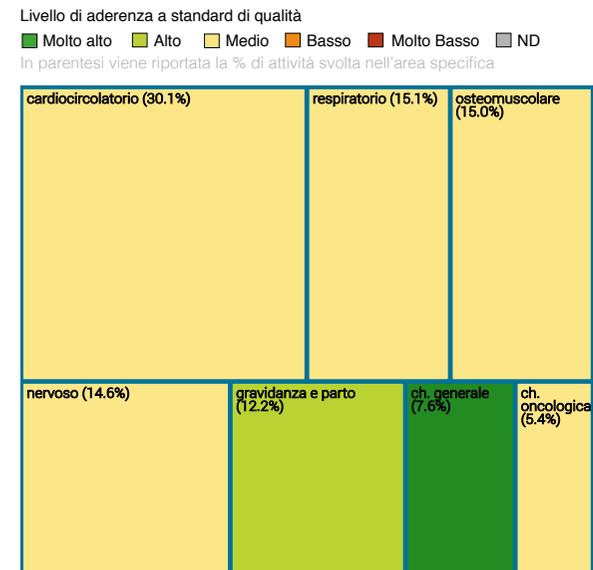


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	2.30		●	●
Cardiologia	-1.48	●	●	●
Chirurgia generale	0.40	●	●	●
Medicina	-0.66	●	●	●
Neurochirurgia	-0.61	●	●	●
Neurologia	0.72	●	●	●
Ortopedia	-0.10	●	●	●
Urologia	1.66	●	●	●

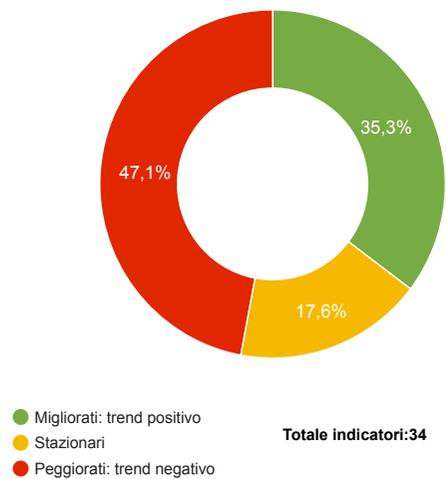
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

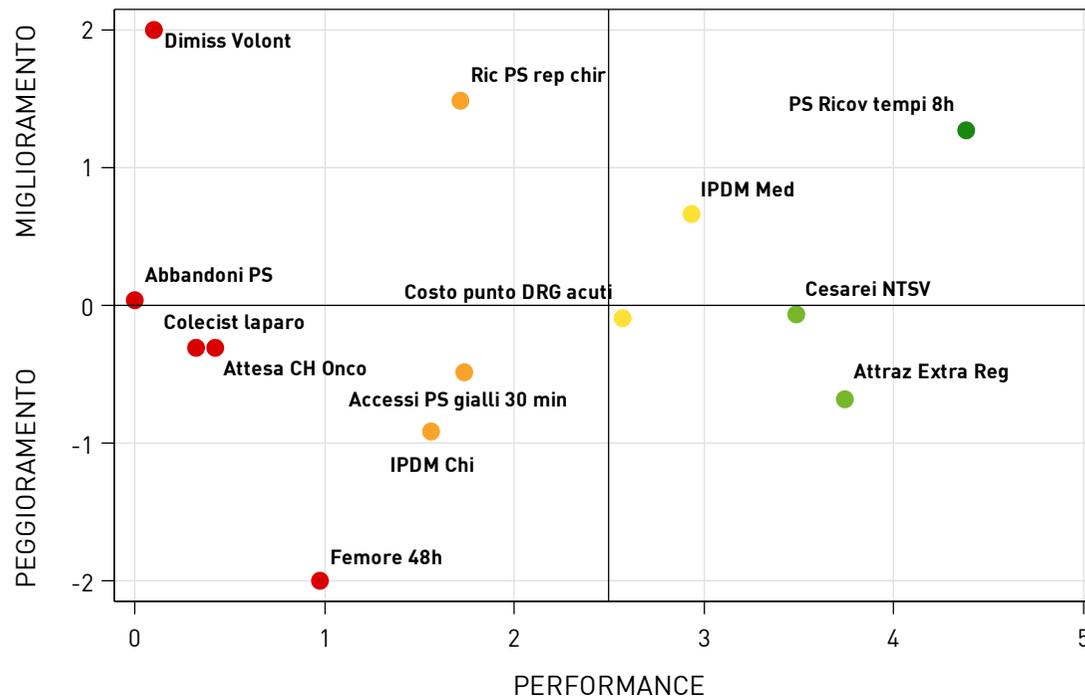


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

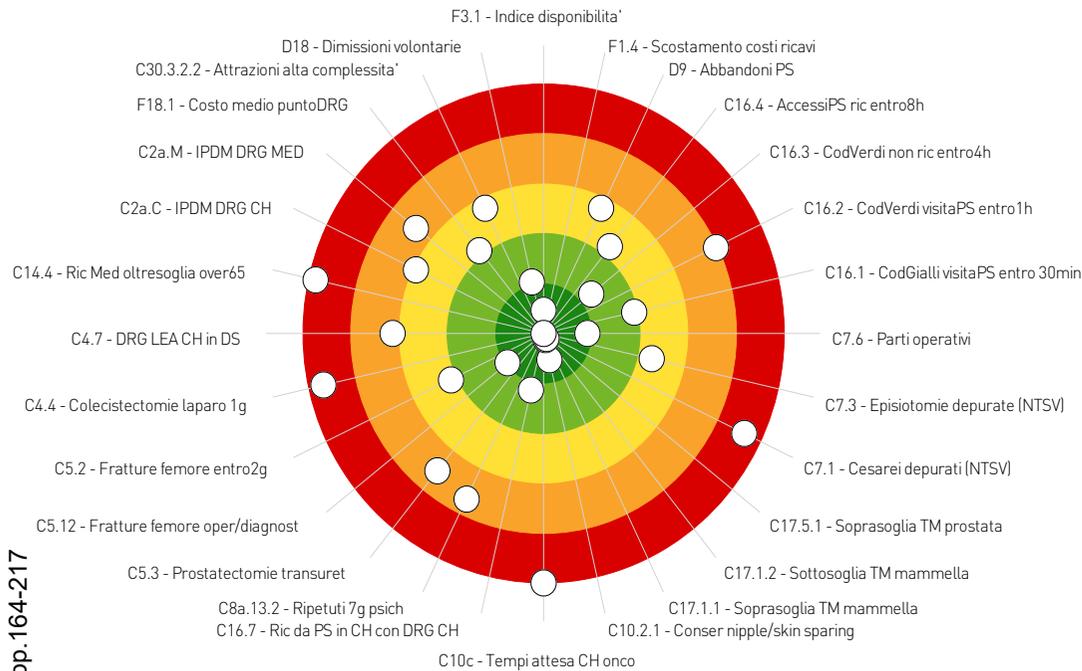


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA

Valutazione Performance 2016

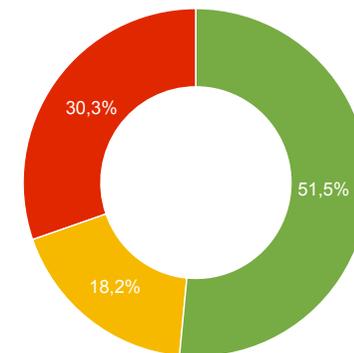


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiologia	-2.48	●	●	●
Cardiologia	0.78	●	●	●
Chirurgia generale	-0.30	●	●	●
Medicina	0.24	●	●	●
Neurochirurgia	1.84	●	●	●
Neurologia	3.09	●	●	●
Ortopedia	4.23	●	●	●
Urologia	-0.87	●	●	●

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

Trend 2015-2016 Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



- Migliorati: trend positivo
- Stazionari
- Peggiorati: trend negativo

Totale indicatori: 33

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

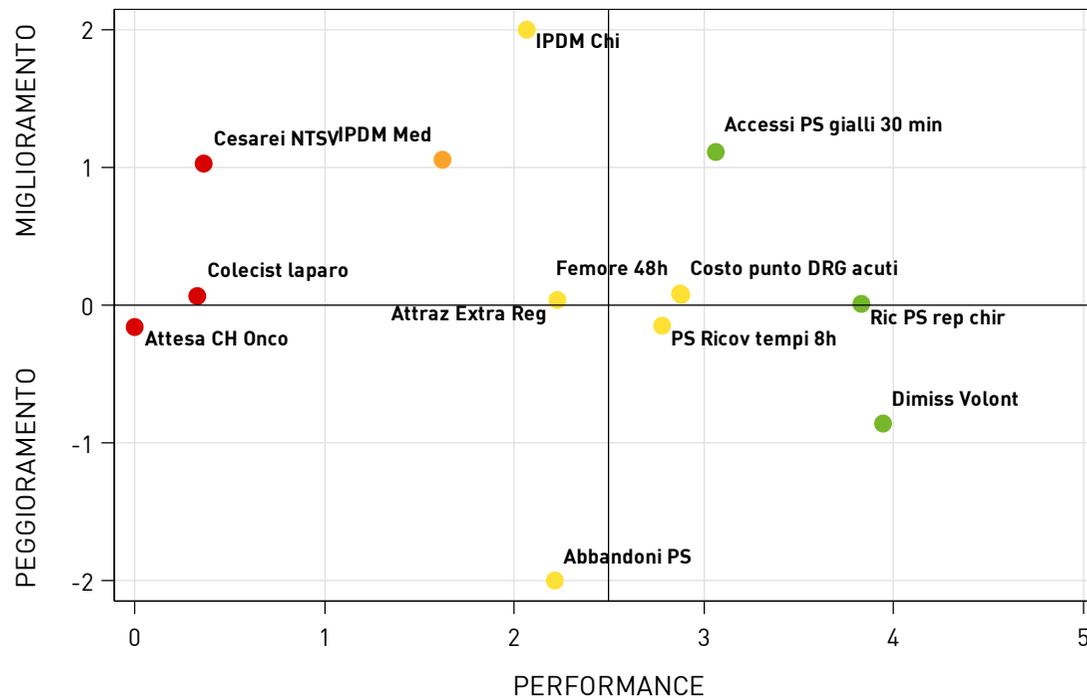
Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto Basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



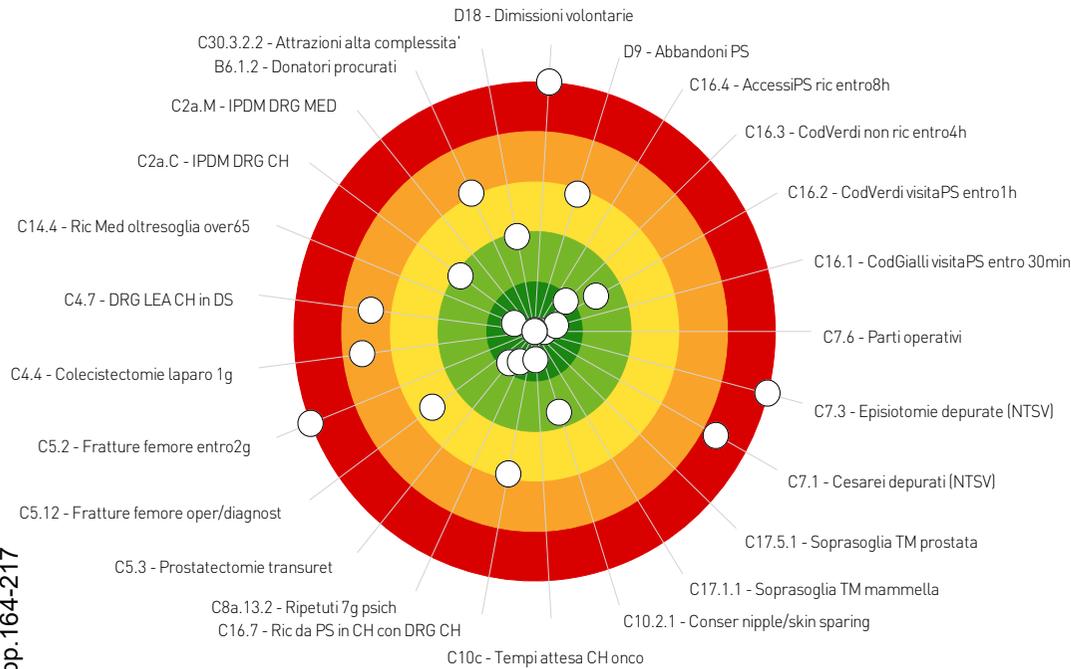
Mapa Performance Trend Indicatori MeS 2016



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)

Valutazione Performance 2016



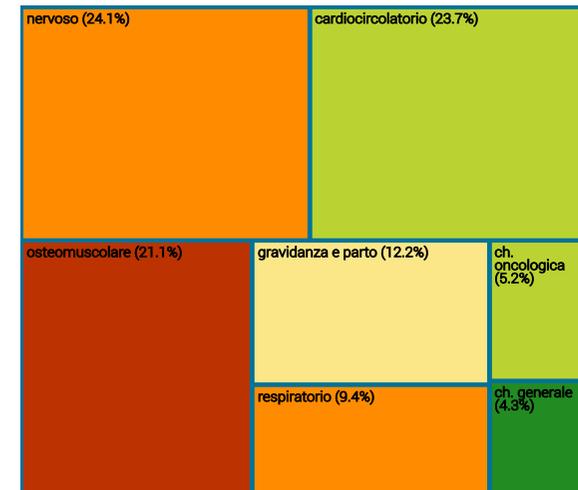
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.68	●	●	●	●
Cardiologia	-2.12	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.13	●	●	●	●
Medicina	-0.25	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.31	●	●	●	●
Neurologia	-0.75	●	●	●	●
Ortopedia	0.55	●	●	●	●
Urologia	1.06	●	●	●	●

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

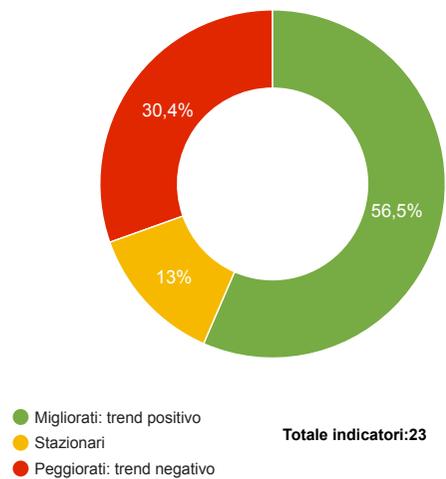
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

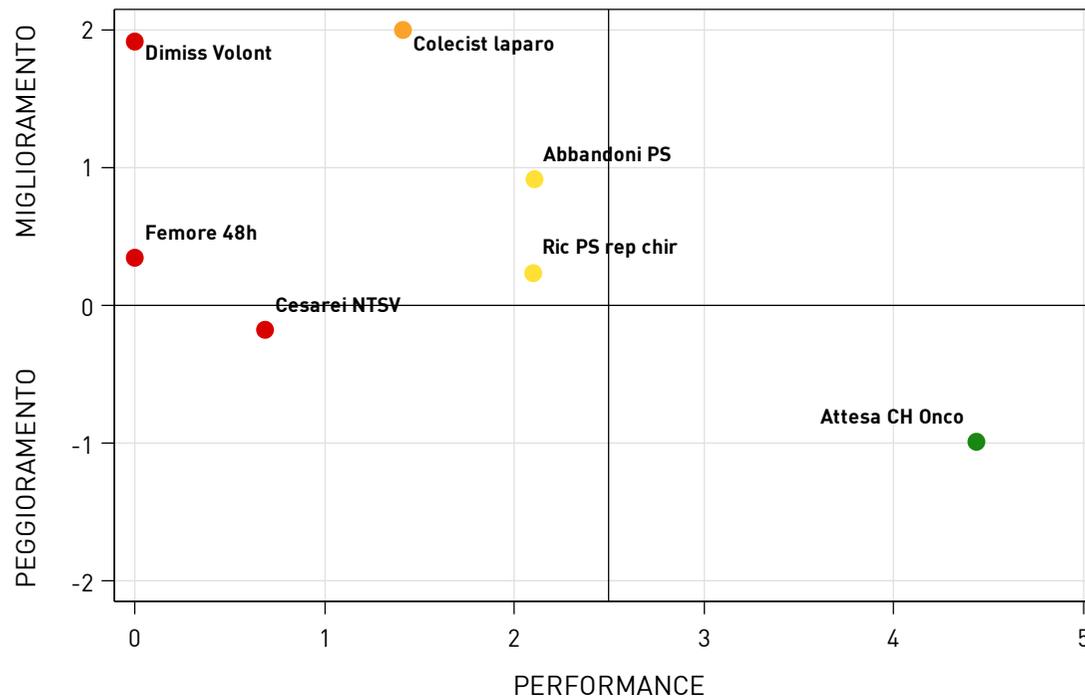


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

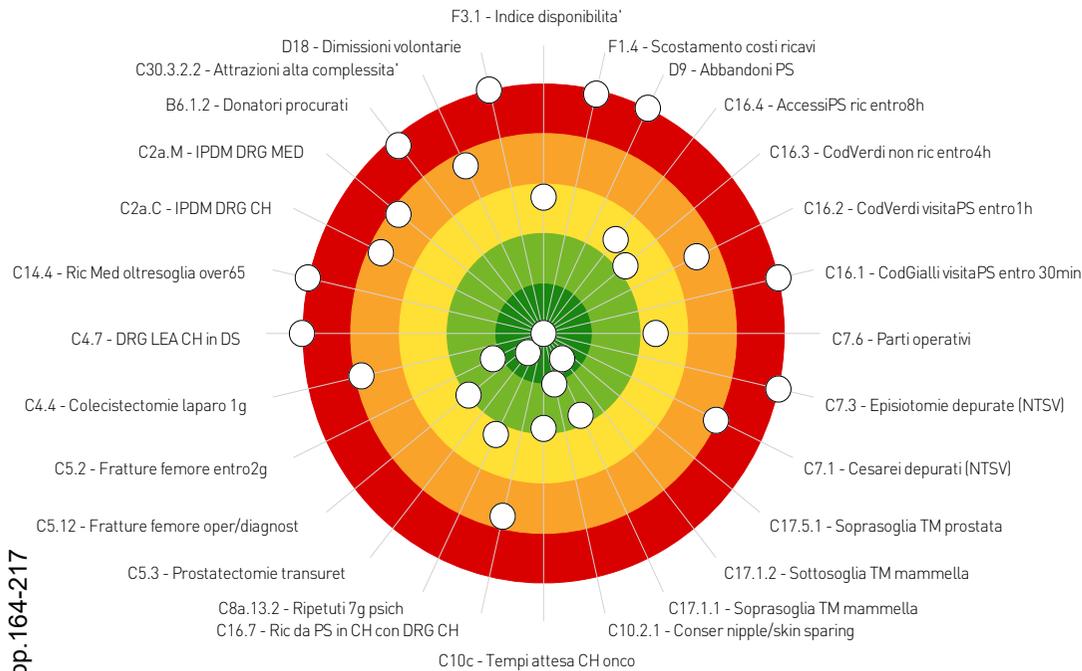


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

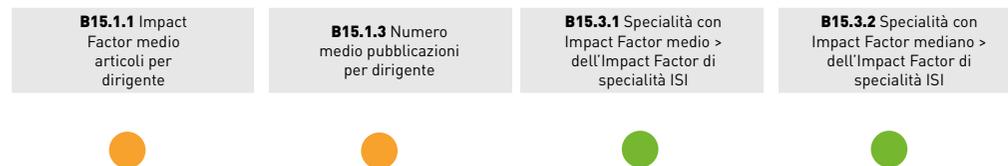


AOU POLICLINICO BARI

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



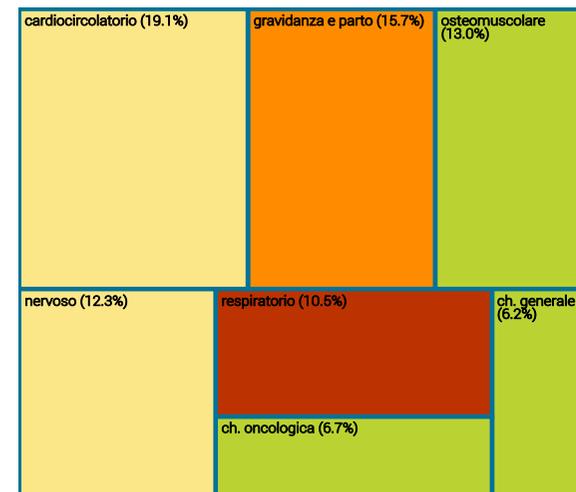
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.29				
Cardiologia	1.46				
Chirurgia generale	-0.59				
Medicina	1.18				
Neurochirurgia	3.33				
Neurologia	3.38				
Ortopedia	0.32				
Urologia	-0.10				

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

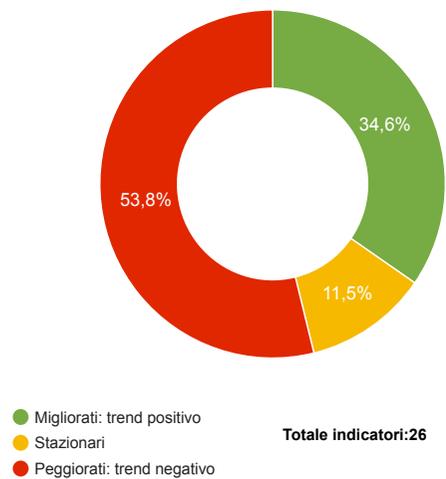
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

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

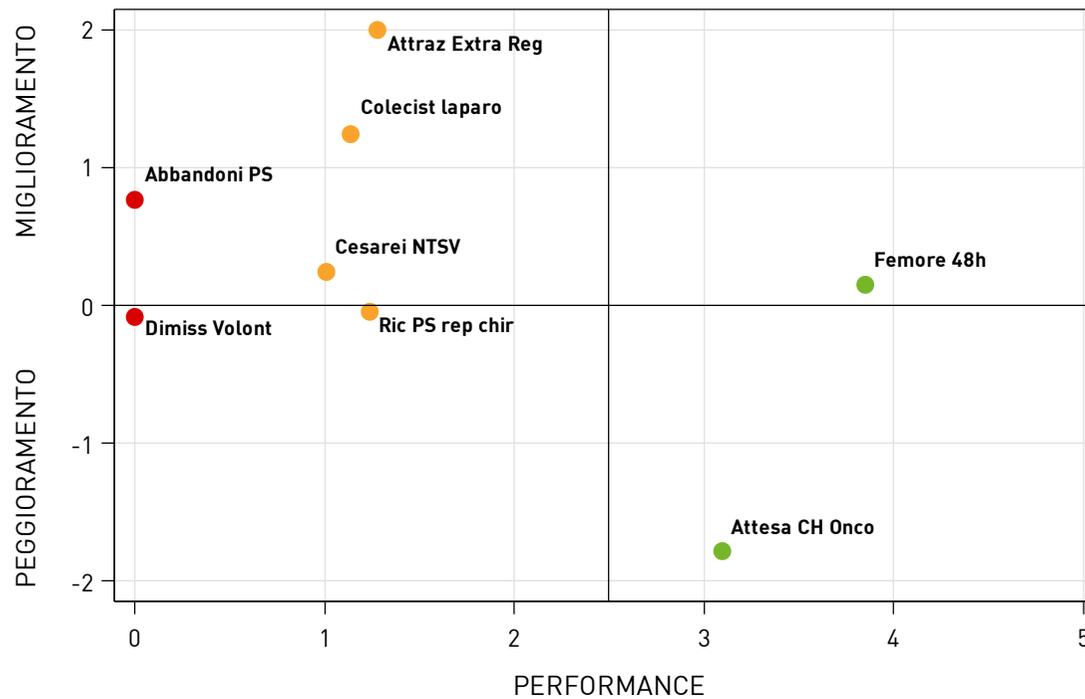


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

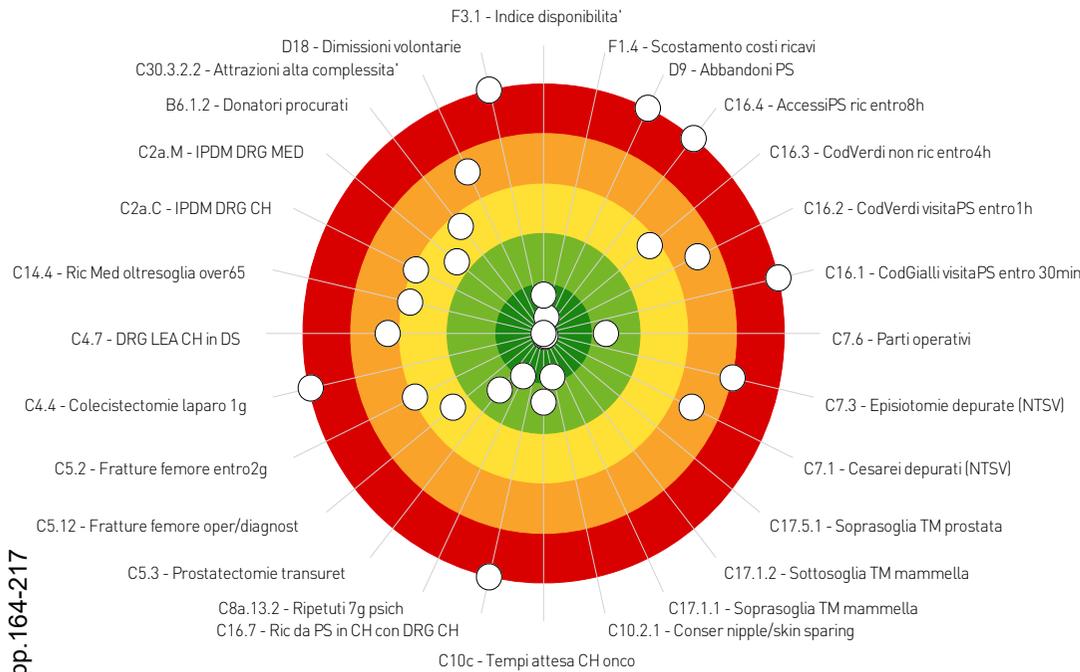


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

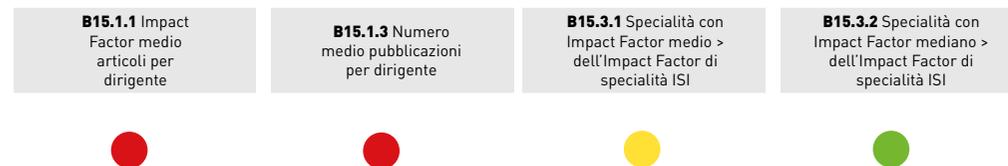


00. RR. FOGGIA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

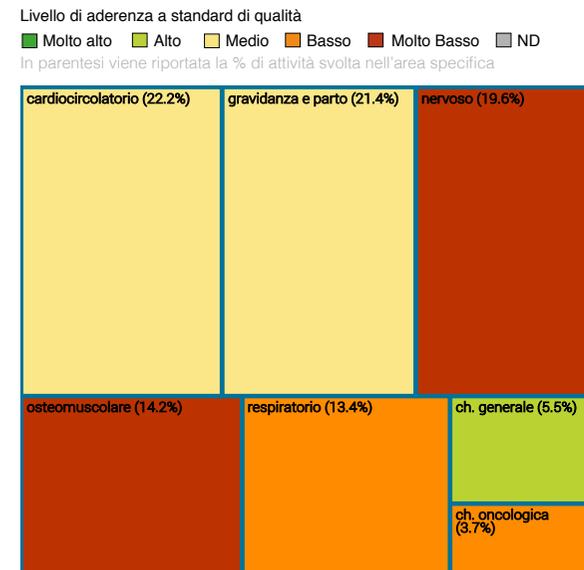


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.94	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.07	●	●	●	●
Medicina	-0.30	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.55	●	●	●	●
Neurologia	-1.98	●	●	●	●
Ortopedia	-0.55	●	●	●	●
Urologia	0.77	●	●	●	●

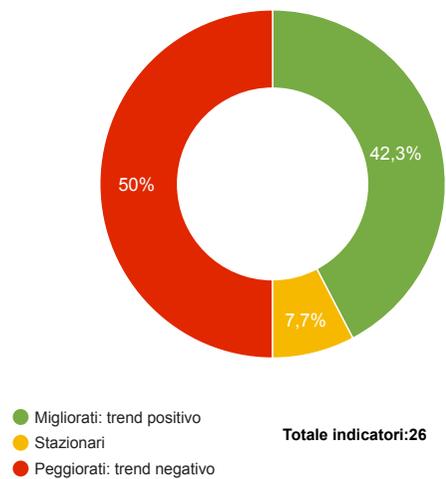
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

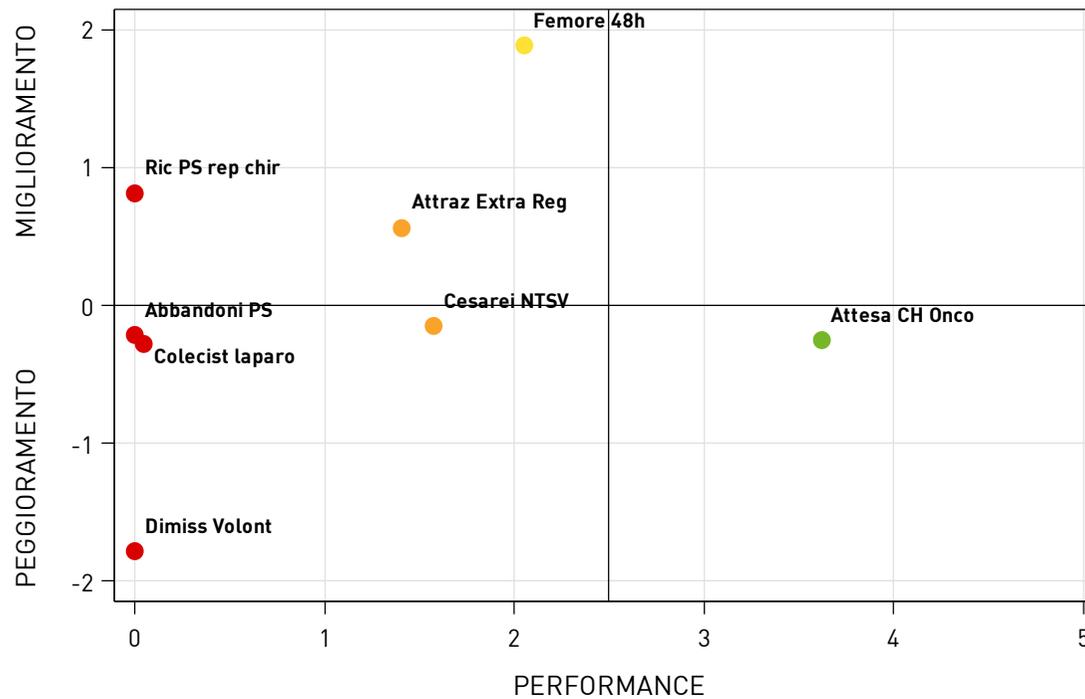


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



BIBLIOGRAFIA

- Abramo, G., D'Angelo, C. A. (2014). How do you define and measure research productivity? *Scientometrics*, 101(2), 1129- 1144.
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization ", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- Audiweb (2016), *Total digital audience*, Report Gennaio 2016
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Barsanti S., Giovanelli S., Nuti S. (2014), Come valutare la ricerca nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie? Metodi e proposte operative. *Mecosan*, 90, 9:32
- Barsanti S., Nuti S. (2013), *The equity lens in the Health care performance evaluation system*, International Journal of Health Planning and Management, Vol. 29, Issue 3, pp. 233-246
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Berta P., Seghieri C., Vittadini G. (2013), *Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region*, Health Care Management Science, Issue 1
- Bini B., Nuti S., Vainieri M. (2015), *Definizione delle priorità di intervento in sanità: approcci socio-tecnici a confronto*. In: MECOSAN. Management e economia sanitaria, 2015, vol. 2015/93, issue 93, pages 49-73
- 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
- Boncianni, M., Lupi, B.; Nuti, S. (2015), *Performance evaluation in healthcare: the experience of maternity pathway from Tuscany to the Italian network of regions*. In Italian Journal of Pediatrics 2014, 40(Suppl 1):A35
- Brown, A.D., Nuti, S. (2016), *The Continuing Relevance of Academics to Health System Reform*, HealthcarePapers, 16 (Special Issue) September 2016: 4-6. doi:10.12927/hcpap.2016.24718"
- Calland Forrest J, Tanaka Koji, Foley Eugene, Bovbjerg Viktor E, Markey Donna W, Blome Sonia, Minasi John S, Hanks John B, Moore Marcia M, Young Jeffery S, Jones Scott R, Schirmer, Bruce D, Adams Reid B (2001), Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway, *Ann Surg* 2001; 233(5):704-715.
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- 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, Firenze University Press, par. 2.1
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621
- Cramer J.A, Rosenheck R. (1998), Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201 <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- 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. 51-5
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne.
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Fantini MP, Nuti S, Vola F (2016). Il governo dell'innovazione farmaceutica in Italia. Dallo stato dell'arte a un modello di gestione regionale equa e sostenibile dei farmaci

- innovativi e ad alto costo. Del Gallo Editori 2016
- Fortino A., Lispi L., Matera 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
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Franchina V., Vacca R. (1986), Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione, Linguaggi*, a. III, n. 3, pp. 47-9
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online.
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- OECD (2011), *Health at glance 2011. OECD Indicators*, OECD
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act*
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmler J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313.
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni, *Bollettino della Società Filosofica Italiana*, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Vesper, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, *Progetto SIVEAS*, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
- Ministero della Salute, Patto per la Salute 2010-2012. Roma, disponibile all'indirizzo <http://www.salute.gov.it>
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- Mazzoleni, F., et al. (2011), Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5: 11-16
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", *NIH Consensus Statement*, September 14-16, <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>
- Nutbeam D. (1998), *Health promotion glossary*, in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- 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., Daraio C., Speroni C., Vainieri M. (2011), *Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy*, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 23, No. 3, pp. 324-330
- Nuti, S., Grillo Ruggieri, T. (eds), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto*, Il Mulino, Bologna, 2016.
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., Podetti S. (2016), *Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions*, BMJ Open 2016

- 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., Seghieri C. (2014), *Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy*, Health Policy, Vol. 114 (2014) pp. 71-78.
- Nuti S., Tartaglia R., Nicolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- Nuti S., Vainieri M. (2012), *Managing waiting times in diagnostic medical imaging*, British Medical Journal BMJ
- Nuti S., Vainieri M., Frey M., (2012), *Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies*, The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Vol. 25 No. S4, pp. 48-51
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. (2012), *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience*, The Journal of Management and Governance, May 2012.
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2015), Making governance work in the healthcare sector: evidence from a "natural experiment" in Italy, Health Economics, Policy and Law, Cambridge University Press.
- Nuti S, Vola F. (2016), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2015. Del Gallo Editori, 2016
- Nuti S, Vola F, Milena V (2016). The Interregional Performance Evaluation System (IRPES). SO WHAT? Strategies across Europe to assess quality of care. European Union 2016; 5314/16
- Nuti S, Vainieri M, Vola F (2017). Priorities and targets: supporting target-setting in healthcare. Public Money & Management 2017;37(1)
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
- OHA (2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016) (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal - Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20
- Politecnico di Milano (2016), *Osservatorio Mobile & App Economy*
- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 2: 186-196
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), *Rapporto Osservasalute 2004*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), *Rapporto Osservasalute 2009*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2017), *Rapporto Osservasalute 2016*, Osservasalute, Roma
- Rosselli Del Turco M, Ponti A, Bick U, Biganzoli L, Cserni G, Cutuli B, Decker T, Dietel M, Gentilini O, Kuehn T, Mano MP, Mantellini P, Marotti L, Poortmans P, Rank F, Roe H, Scaffidi E, van der Hage JA, Viale G, Wells C, Welnicka-Jaskiewicz M, Wengstöm Y, Cataliotti L (2010), Quality indicators in breast cancer care, *European Journal of Cancer* 2010;46(13):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*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. (1998), "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Smith T, Whitchurch C. The Future of the Tripartite Mission: Re-examining the Relationship Linking Universities, Medical Schools and Health Systems. *Higher Education Management and Policy* 2002;14(2):39-52 doi:10.1787/hemp-v14-art12-en
- Speroni C., Barsanti S., Seghieri C., Nuti S. (2011), *La promozione della salute: una sfida per il management delle Aziende sanitarie*, Politiche Sanitarie, Vol. 12, No.1, pp. 13-21.
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J. Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35 (5): 426-434.
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8.
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre

2005

- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017). Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference. *Health Care Management Review* 2017;44(1)
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2016), Health care policies between rationing and rationalization: the role and evolution of the monitoring system for pharmaceutical assistance at regional level, *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*
- Vainieri, F., Vola, F. Gomez Soriano, G., Nuti, S. (2016), How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions, *Health Policy*, Sept. 2016
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2013), "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), Discontinuation and 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: 230-235
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (1991), The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html

Collane MeS

- Nuti, S., Grillo Ruggieri, T. (2016), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto*, Il Mulino, Bologna
- Barsanti S., Bonciani M., Roti L., (2016), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze

- Panero C., Nuti S., Marcacci L. Rosselli A., (2016) *Il Quaderno del Pronto Soccorso*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze
- Vainieri, M., Nuti, S., (2015), *Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali*, Edizioni Il Mulino, Bologna
- 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., Editore il Mulino, Bologna, n. pag. 354
- Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), *Il Quaderno del Percorso Materno Infantile*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze, n. pag. 79.
- 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*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 277
- Nuti, S., Vainieri M. (2013), *Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 330
- Niccolai F., Nuti S. (2012), *Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag 303
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 296.
- Nuti S., Furlan M. (2012), *La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag.140
- Nuti S., Vainieri M. (2011), *Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 238
- Barretta A. D., (2009), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca operativa ed esperienze operative a confronto*, Edizioni il Mulino, Bologna
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), *La sanità come volano dello sviluppo economico*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag. 439.
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana – Una sfida aperta*, Collana "Creare valore nella sanità pubblica", Edizioni ETS, Pisa, n. pag. 194.
- Nuti S. (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Edizione Il Mulino, Bologna, pp. 772.
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna, n. pag. 281.
- Nuti S. (2005), *Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag. 228.
- Miolo Vitali P., Nuti S. (a cura di), (2004) *Sperimentazione dell'activity based management nella sanità pubblica: l'esperienza dell'azienda USL 3 di Pistoia*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Vitali P.M., Nuti S., (2003) *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Milano, n. pag. 136.
- Cinquini L., Vitali P.M., Nuti S. (2003), *La dinamica economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie Toscane: analisi a confronto*, Franco Angeli, Milano, n. pag. 192