

MALATTIE NON TRASMISSIBILI. CURE SICURE PER TUTTA LA VITA

a cura del Settore Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna

BOLOGNA – 16 SETTEMBRE 2026

Titolo

Case delle Comunità per la gestione delle cronicità

Relatore *Andrea Donatini, Settore Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna*



LE SEI MISSIONI



1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura
50,07
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
69,96
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
31,46
4. Istruzione e ricerca
33,81
5. Inclusione e coesione
29,62
6. Salute
20,23

Valori espressi in miliardi di euro



La Riorganizzazione Territoriale

disciplina di tali scambi, occorre aggiornare le regole procedurali di carattere tecnico-operativo, il Ministero della giustizia provvede con uno o più decreti emanati ai sensi del comma 1-bis all'adeguamento delle regole procedurali ivi indicate.

2. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice identificativo di cui all'articolo 43, il decreto dirigenziale è adottato sentito altresì il Ministero dell'interno. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice fiscale, fatte salve la disciplina in materia di anagrafe tributaria e codice fiscale e le relative competenze del Ministero dell'economia e delle finanze e delle agenzie fiscali, il decreto è adottato altresì sulla base delle prescrizioni tecniche stabilite con decreto dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze.

3. Le tecnologie informatiche sono finalizzate a prevenire e correggere eventuali errori nella immissione, scambio, trasmissione e conservazione dei dati, anche in collegamento con il sistema informatizzato dei registri.

«Art. 43 (Codice identificativo sulla base delle impronte digitali). — 1. Al fine di consentire la sicura riferibilità di un procedimento ad un cittadino di Stato appartenente all'Unione europea, che non abbia il codice fiscale, ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza o ad un apolide, con decreto dirigenziale del Ministero della giustizia, di concerto con il Ministero dell'interno, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie - e il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabilite le regole tecniche che consentono, nei casi previsti dal presente testo unico, l'adozione di un codice identificativo attraverso l'utilizzazione del sistema di riconoscimento delle impronte digitali esistente presso il Ministero dell'interno, come eventualmente modificato o integrato dalla normativa di attuazione prevista dall'art. 34 della legge 30 luglio del 2002, n. 189, e successive modificazioni.

2. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, possono essere determinate le modalità di collegamento tra il sistema previsto dall'art. 2 comma 7 del decreto legge 9 settembre 2002, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2002, n. 222, e il casellario giudiziale».

Note all'art. 4:

— Si riporta il testo dell'articolo 4 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 75 (Attuazione della decisione 2009/316/GAI che istituisce il Sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS), in applicazione dell'articolo 11 della decisione quadro 2009/315/GAI):

«Art. 4. (Modalità di trasmissione delle informazioni). — 1. Nella trasmissione delle informazioni relative alla qualificazione giuridica del fatto e alle disposizioni normative applicabili si menziona il codice corrispondente a ciascuno dei reati indicati secondo la tavola comune delle categorie e sottocategorie di reato di cui all'allegato A al presente decreto.

2. In assenza di corrispondenza del reato con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altri reati".

3. Nella trasmissione delle informazioni sul contenuto della condanna, specificamente sulle pene e sulle misure di sicurezza nonché sulle decisioni successive che applicano misure alternative si menziona il codice corrispondente a ciascuna delle pene e delle misure, secondo la tavola comune delle categorie e delle sottocategorie delle pene e delle misure di cui all'allegato B al presente decreto.

4. In assenza di corrispondenza delle pene o delle misure di cui al comma 3 con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria di pene e misure o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altre pene e misure".

5. L'Ufficio centrale provvede a definire la corrispondenza dei reati e delle pene, oltre che delle altre misure di cui al comma 3, con le indicazioni delle tavole di cui agli allegati A e B al presente decreto, curando altresì l'aggiornamento delle stesse.

6. L'Ufficio centrale, nel fornire le informazioni richieste, specifica, ove possibile, se il reato è stato commesso in forma consumata o tentata, con modalità concorsuali, se sono stati riconosciuti e applicati difetti di imputabilità, cause di giustificazione o cause di non punibilità, se è stata riconosciuta ed applicata la recidiva. Può dare, altresì, se pertinenti, informazioni circa la natura e le condizioni di esecuzione delle pene e delle altre misure applicate, secondo i parametri di cui all'allegato B al presente decreto.

7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne».

— Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.

22G00083

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui



Case della Comunità	1 Casa della Comunità <i>hub</i> ogni 40.000-50.000 abitanti
COT	1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti
116117	1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti
UCA	1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti
ADI	10% della popolazione over 65 da prendere in carico
OSCO	1 Ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 100.000 abitanti
IFEC	1 ogni 3.000 abitanti
Cure palliative	1 di Cure Palliative Domiciliari ogni 100.000 abitanti 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti
Salute minori, donne, coppie e famiglie	1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti
Prevenzione	Dipartimenti di Prevenzione 1: 500.000 abitanti





Case della Comunità

214,7 ml € PNRR

AUSL	Interventi previsti con fondo PNRR (nuove realizzazioni e interventi su strutture già attive)			Nuove edificazioni	Target realizzato al 31 agosto
	CdC hub	CdC spoke	TOTALE		
Piacenza	4	2	6	2	5
Parma	3	6	9	5	9
Reggio Emilia	4	6	10	3	10
Modena	6	6	12	3	10
Bologna	6	11	17	3	16
Imola	2	1	3	0	3
Ferrara	6	-	6	0	6
Romagna	17	4	21	8	17
RER	48	36	84	24	76

Rete Territoriale – DM 77/22 – 166 CdC

Piacenza (Pop. 288.187)

Distretti: 3
9 CdC attive
2 OSCO

Modena (Pop. 711.214)

Distretti: 7
20 CdC attive
4 OSCO

Ferrara (Pop. 341.051)

Costo PP: 2.398,27
Distretti: 3
6 CdC attive
5 OSCO

Parma (Pop. 460.35)

Distretti: 4
30 CdC attive
7 OSCO

Reggio Emilia (Pop. 532.237)

Distretti: 6
24 CdC attive
4 OSCO

Romagna (Pop. 1.124.403)

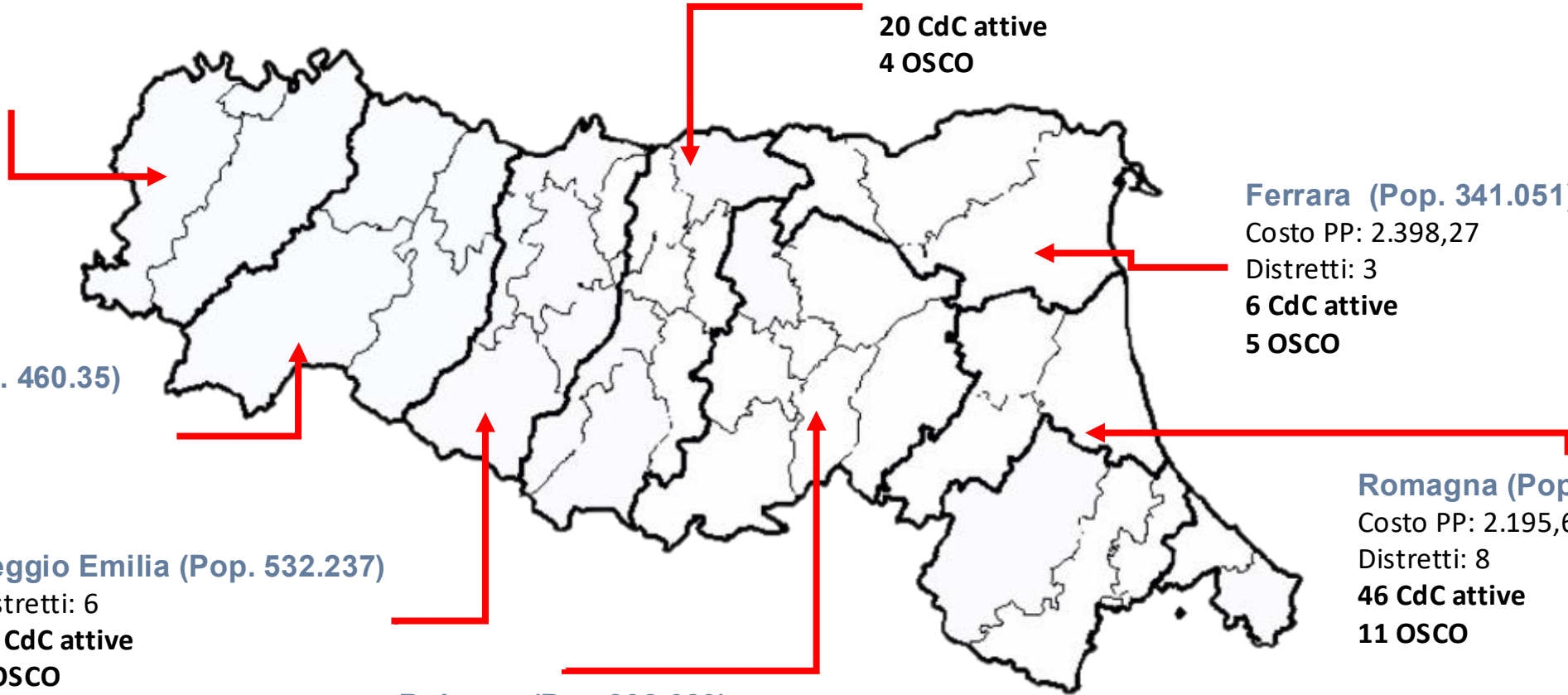
Costo PP: 2.195,60
Distretti: 8
46 CdC attive
11 OSCO

Bologna (Pop 892.683)

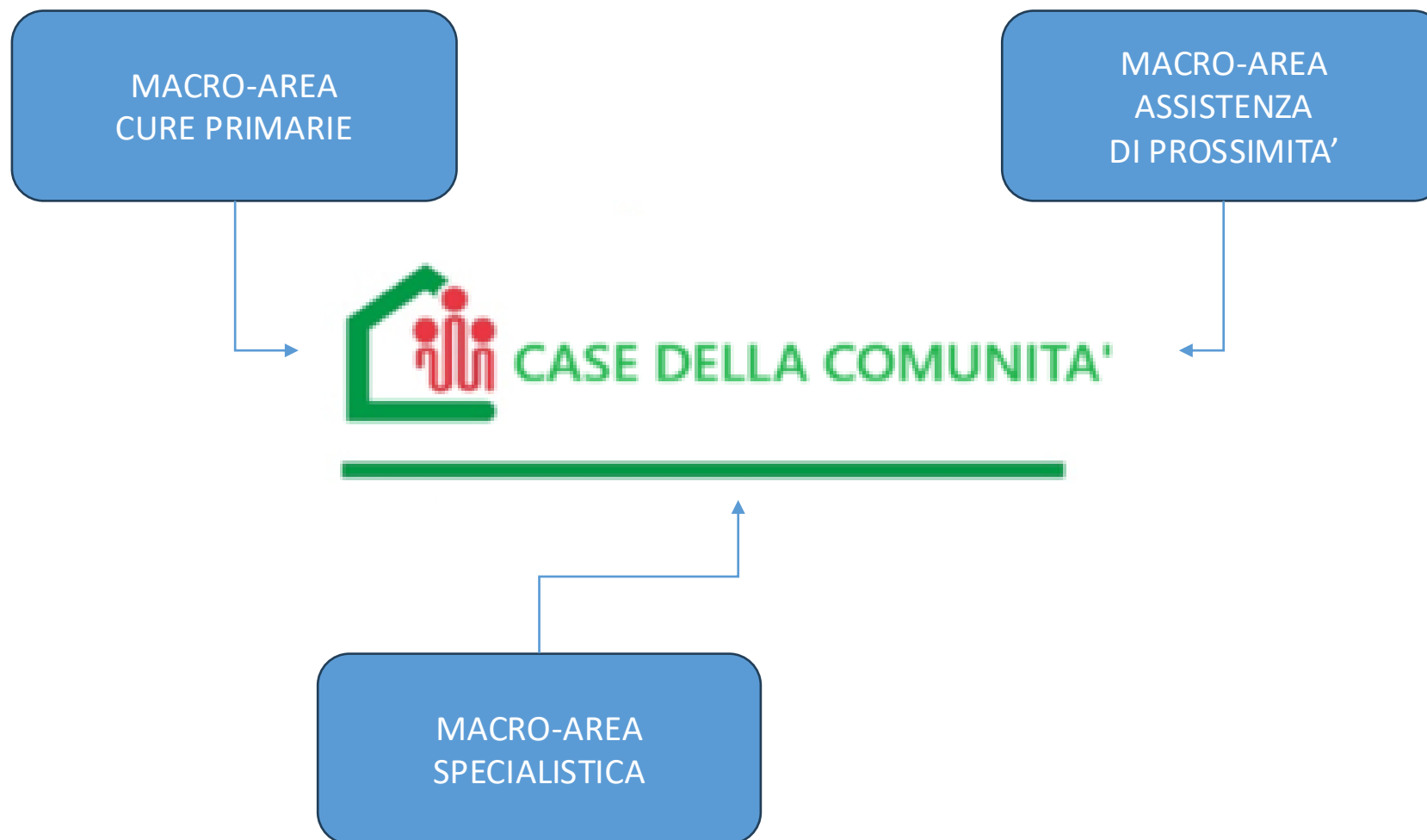
Distretti: 6
27 CdC attive
6 OSCO

Imola (Pop. 132.851)

Costo PP: 2.358,75
Distretti: 1
4 CdC attive
1 OSCO



Cos'è la CdC



La multidisciplinarietà delle equipe di riferimento



Le funzioni di prossimità:

Accesso e presa in carico integrata; risposta non differibile



MACRO-AREA
ASSISTENZA
DI PROSSIMITA'

- Assistenza medica
- Servizi infermieristici
- Punto Unico di Accesso
- Integrazione con servizi sociali
- Assistenza domiciliare

Una nuova vocazione per la specialistica



MACRO-AREA
SPECIALISTICA

- Attività ambulatoriale specialistica per patologie ad elevata prevalenza
- Attività diagnostica di base
- Punto prelievi
- Altri servizi (consultori, vaccinazioni, screening, salute mentale, ecc.)

INIZIAMO

A CHE
PUNTO
SIAMO?



FACCIAMO
UN PUNTO
CHIARO E
TONDO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

REGIONE EMILIA - ROMAGNA

PNRR Missione 6 Componente 1

Istruttoria sulla programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con gli standard e i modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'assistenza territoriale DM 77/2022
PNRR MISSIONE 6 - SALUTE
AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

1° semestre 2026



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero della Salute



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero della Salute



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA ECONOMICA

Presenza medica H24

Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR
M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di
attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.1 – Case della
Comunità e presa in carico della persona

Presenza di personale

Presenza infermieristica H12

MMG presenti nell'87% delle CdC

Spoke



Hub



PLS presenti nel 60% delle CdC

Spoke



Hub

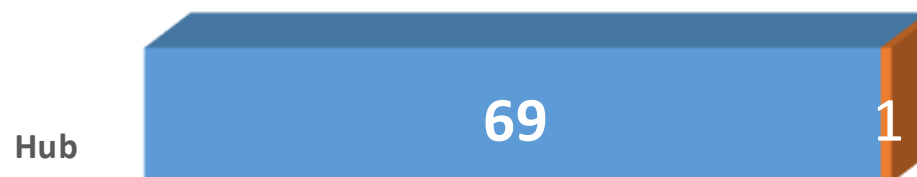


Specialisti presenti nel 91% delle CdC



Tutte le strutture territoriali ed intermedie hanno adottato misure formalizzate per la prevenzione del rischio clinico (SignalER)

Ambulatori infermieristici per la cronicità presenti nel 95% delle CdC









Quali sfide?



- Il ruolo della medicina generale
- Modelli innovativi
- Strumenti per la stratificazione (RiskER)
- Lavoro in equipe multidisciplinare

Ruolo unico
della medicina
generale

AFT



Ruolo unico della medicina generale

- Dal 1 gennaio 2025, tutti i nuovi medici di medicina generale acquisiscono il ruolo unico....non più medico di assistenza primaria e medico di continuità assistenziale,

MA.....

-medico con un unico incarico con:
 - Assistiti e
 - Debito orario inversamente correlato al numero di assistiti



Definizione AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali



Aggregazioni monoprofessionali, prive di personalità giuridica, con **compiti e funzioni di governo clinico** della medicina generale, come da ACN vigenti;



Condividono strumenti di valutazione della qualità assistenziale e linee guida/protocolli operativi, svolgono audit organizzativi e clinici e utilizzano cruscotti informativi a supporto dell'attività e dei processi decisionali dei medici in esse operanti, in un continuo rapporto tra pari.



Le AFT perseguono **obiettivi di salute e di attività indicati dall'Azienda USL secondo modelli definiti dalla Regione**, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN



Sede di riferimento con attività ambulatoriale continuativa rivolta a tutta la popolazione di riferimento dell'AFT, **almeno dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00.**

NCP e AFT – DGR 660/2026

	NCP	N° AFT Maggio 2026	Residenti per AFT
Piacenza	12	10	27.918
Parma	21	13	35.412
Reggio Emilia	23	19	25.659
Modena	36	25	26.645
Bologna	40	32	27.615
Imola	5	5	23.563
Ferrara	13	11	27.348
Romagna	48	42	26.698
TOTALE	198	157	27.496

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 660 del 04/05/2026
Seduta Num. 21

Questo lunedì 04 del mese di Maggio
dell' anno 2026 si è riunita in via Aldo Moro, 52 BOLOGNA- MISTA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- 1) de Pascale Michele

2) Colla Vincenzo

3) Allegni Gessica

4) Baruffi Davide

5) Fabi Massimo

6) Frisoni Roberta

7) Mammi Alessio

8) Mazzoni Elena
- Presidente

Vicepresidente

Assessore

Assessore

Assessore

Assessore

Assessore

Assessore

Funge da Segretario:

Proposta:

Struttura proponente:

Assessorato proponente:

Oggetto:

Iter di approvazione previsto:

Responsabile del procedimento:

Colla Vincenzo

GPG/2026/666 del 16/04/2026

SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALU

ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

ATTO DI AGGIORNAMENTO DELLA PROGRAMMAZION
LA ISTITUZIONE E ATTUAZIONE DELLE AGGREGAZIOI
TERRITORIALI DELLA MEDICINA GENERALE - AFT.

Delibera ordinaria

Ilaria Camplone

DGR 660/2026

4.3 AUSL di Reggio Emilia

Distretto	AFT	Territorio (Comuni/Quartieri)	Sede AFT	Tipologia sede AFT	Codice di riferimento
Reggio Emilia	Reggio Emilia Nord	Reggio Emilia	CdC Nord di Reggio Emilia	CdC Spoke	CdC Reggio Emilia Nord
Reggio Emilia	Reggio Emilia Sud	Reggio Emilia	CdC Sud di Reggio Emilia	CdC Spoke	CdC Reggio Emilia Sud
Reggio Emilia	Reggio Emilia Est	Reggio Emilia	CdC Ovest di Reggio Emilia	CdC Hub	CdC Reggio Emilia Est
Reggio Emilia	Reggio Emilia Ovest	Reggio Emilia	CdC Ovest di Reggio Emilia	CdC Hub	CdC Reggio Emilia Ovest
Reggio Emilia	Reggio Emilia Centro	Reggio Emilia	CdC Reggio Centro	CdC Hub	CdC Reggio Emilia Centro
Reggio Emilia	Unione Colline Matildiche	Albinea - Vezzano Sul Crostolo - Quattro Castella	CdC Puianello	CdC Hub	CdC Unione Colline Matildiche
Reggio Emilia	Unione Terre Di Mezzo	Castelnovo Di Sotto - Cadelbosco Sopra - Bagnolo In Piano	CdC Castelnovo di Sotto	CdC Hub	CdC Unione Terre Di Mezzo
Guastalla	Brescello - Poviglio - Boretto	Brescello - Poviglio - Boretto	CdC Brescello	CdC Spoke	CdC Guastalla
Guastalla	Guastalla - Gualtieri - Luzzara	Guastalla - Gualtieri - Luzzara	CdC Guastalla	CdC Hub	CdC Guastalla
Guastalla	Reggiolo/Novellara	Reggiolo - Novellara	CdC Novellara	CdC Spoke	CdC Guastalla

Obiettivi di cronicità di AFT



Indicatore	Target	Punteggio
1. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT con ricovero con diagnosi di scompenso cardiaco con adeguata copertura con farmaci con azione bloccante dei recettori β -adrenergici nell'anno successivo al ricovero indice	<40 40% - 49% 50% - 59% 60% - 69% $\geq 70\%$	0 3 5 8 10
2. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da patologia diabetica che abbiano effettuato adeguato numero di esami ematici per il dosaggio dell'emoglobina glicata nell'anno di osservazione (≥ 1 misurazione)	<40% 40% - 49% 50% - 59% 60% - 69% $\geq 70\%$	0 3 5 8 10
3. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva con adeguata copertura con farmaci con azione broncodilatatrice a lunga durata d'azione nell'anno di osservazione	<11% 11% - 14% 15% - 16% 17% - 19% $\geq 20\%$	0 3 5 8 10
4. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da malattia renale cronica (E023; E061) che abbiano eseguito adeguati esami laboratoristici nell'anno di osservazione (1 creatininemia 1 microalbuminuria/proteinuria) media dei due punteggi	Creatininemia <75% 75% - 80% 80% - 85% 85% - 90% >90% Proteinuria/Albuminuria <35% 35 - 44% 45% - 54% 55% - 64% $\geq 65\%$	0 3 5 8 10
5. Proporzione percentuale di assistiti dell'AFT eleggibili per età con screening colon retto eseguito.	<30% 30% - 40% 40% - 50% 50% - 54% >55%	0 3 5 8 10
6. Prese in carico over 65 in Assistenza Domiciliare AFT secondo i target assegnati alle Aziende	8 - 10% >10% over 65	5 10

-
- https://www.agenas.gov.it/images/multidisciplinari_nelle_Case.pdf

LE ÉQUIPE
MULTIPROFESSIONALI
E MULTIDISCIPLINARI
NELLE CASE
DELLA COMUNITÀ
LINEE DI INDIRIZZO
TECNICHE



- https://www.agenas.gov.it/images/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def_con_Data.pdf
-



Emilia-Romagna
Prossima settimana

LINEE DI INDIRIZZO
INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

Presa in carico della fragilità



Quali finalità?

- identificare fasce di popolazione che possano beneficiare di interventi di medicina d'iniziativa
- gruppi di popolazione rappresentati da pazienti con bisogni assistenziali complessi o da pazienti definiti «fragili» o «vulnerabili»

BMJ Open Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis

Daniel Z Louis,¹ Mary Robeson,¹ John McAna,² Vittorio Maio,² Scott W Keith,³ Mengdan Liu,¹ Joseph S Gonnella,¹ Roberto Grilli⁴

To cite: Louis DZ, Robeson M, McAna J, et al. Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis. *BMJ Open* 2014;4:e005223. doi:10.1136/bmjopen-2014-005223

Prepublication history and additional material is available. To view please visit the journal (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005223>).

Received 7 March 2014
Revised 30 August 2014
Accepted 3 September 2014

ABSTRACT

Objectives: Develop predictive models using an administrative healthcare database that provide information for Patient-Centred Medical Homes to proactively identify patients at risk of hospitalisation for conditions that may be impacted through improved patient care.

Design: Retrospective healthcare utilisation analysis with multivariate logistic regression models.

Data: A population-based longitudinal database of residents served by the Emilia-Romagna, Italy, health service in the years 2004–2012 including demographic information and utilisation of health services by 3 726 380 people aged ≥18 years.

Outcome measures: Models designed to predict risk of hospitalisation or death in 2012 for problems that are potentially avoidable were developed and evaluated using the area under the receiver operating curve C-statistic, in terms of their sensitivity, specificity and positive predictive value, and for calibration to assess performance across levels of predicted risk.

Results: Among the 3 726 380 adult residents of Emilia-Romagna at the end of 2011, 449 153 (12.1%) were hospitalised in 2012; 4.2% were hospitalised for the selected conditions or died in 2012 (3.6% hospitalised, 1.3% died). The C-statistic for predicting 2012 outcomes was 0.856. The model was well calibrated across categories of predicted risk. For those patients in the highest predicted risk decile group, the average predicted risk was 23.9% and the actual prevalence of hospitalisation or death was 24.2%.

Conclusions: We have developed a population-based model using a longitudinal administrative database that identifies the risk of hospitalisation for residents of the Emilia-Romagna region with a level of performance as high as, or higher than, similar models. The results of this model, along with profiles of patients identified as high risk are being provided to the physicians and other healthcare professionals associated with the Patient Centred Medical Homes to aid in planning for care management and interventions that may reduce their patients' likelihood of a preventable, high-cost hospitalisation.

Strengths and limitations of this study

- This study included the entire adult population of the Emilia-Romagna Region of Italy, over 3.7 million people.
- The study used an existing longitudinal administrative healthcare database with both the advantage of much lower cost than new data collection and the disadvantage of potential errors in administrative data.
- The results of the study are being used to assist in the development of newly formed Patient-Centred Medical Homes.

patients' problems, is shifting to a more proactive model designed to take the initiative in providing care for an increasingly older population that has a greater prevalence of chronic conditions, often with multiple medical and social needs. These changes are driving the reorganisation of the primary care system, emphasising coordination and cooperation among healthcare professionals.^{1–4} Among the approaches to addressing this need has been the establishment of Patient-Centred Medical Homes, organisations in which teams of healthcare providers are engaged in delivering comprehensive, coordinated, patient-centred care to patient-defined populations.

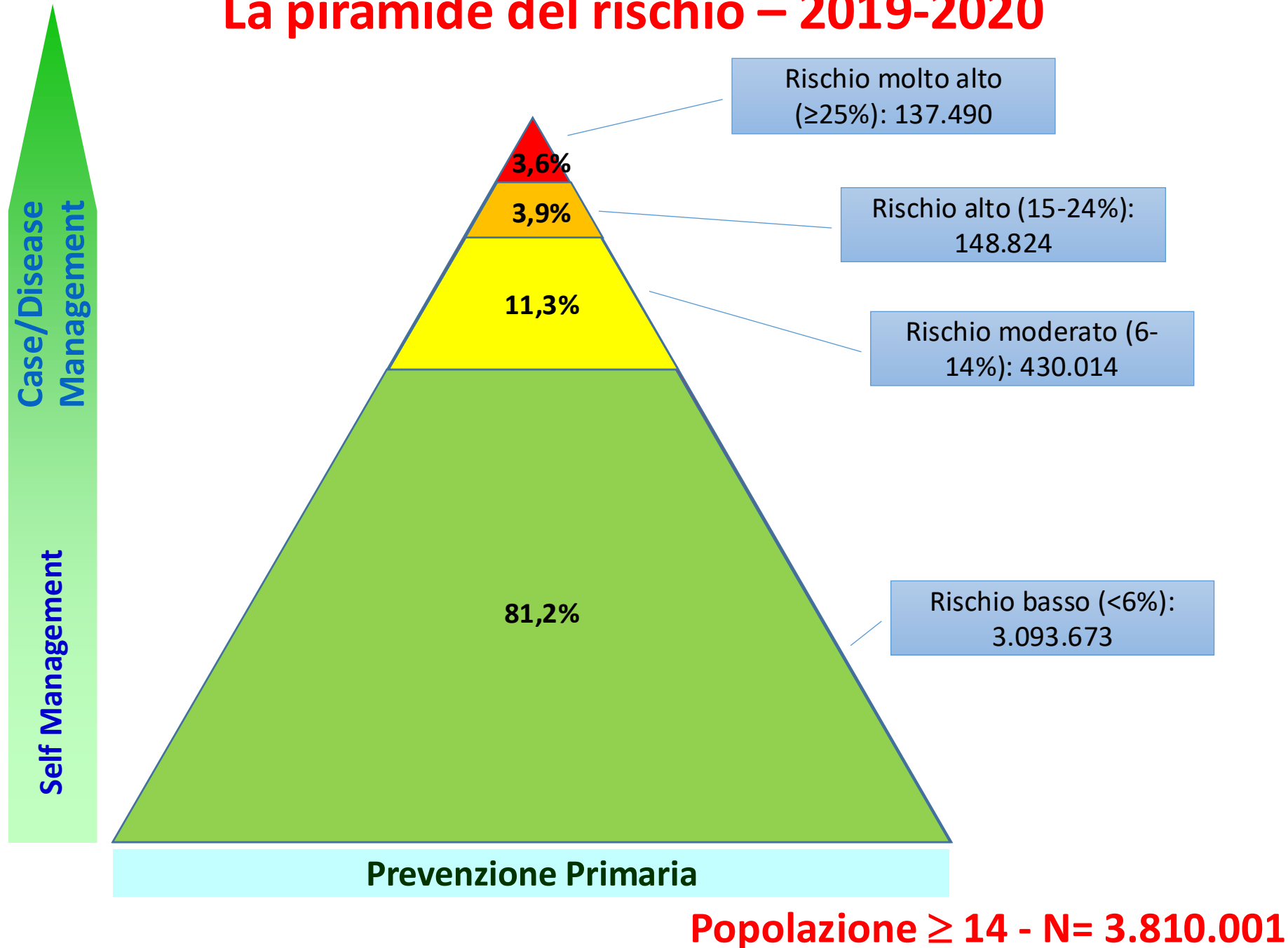
Primary care has a central role in the Italian National Health Service (NHS). Twenty-one regional governments are responsible for ensuring the delivery of a health benefits package through a network of geographically defined, population-based Local Health Authorities. Primary care physicians work for these authorities as independent contractors and act as 'gatekeepers' for specialty and other referral services for their patients.⁴

With the belief that a strong primary care system is conducive to improving population



For numbered affiliations see end of article.

La piramide del rischio – 2019-2020





Profili dei Nuclei di Cure Primarie

Indicatori di qualità

Contenuti del tema 5

Filtra...

Area cardiovascolare

Proporzione di pazienti dimessi per Infarto Miocardico Acuto (IMA) o Scompenso Cardiaco che: 1- entro 90 giorni dalla dimissione...

Stats

 1



Diabete

Proporzione di pazienti diabetici, con età maggiore o uguale a 18 anni, che hanno effettuato le prestazioni di diagnostica o di...

Stats

 1



Malattie respiratorie

BPCO : - Proporzione di pazienti con età maggiore o uguale a 45 anni, affetti da BPCO, che risultano essere stati aderenti alla...

Stats

 1



Condizioni Sensibili al Trattamento Ambulatoriale

Le condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC) sono considerate condizioni pe...

Stats

 1



Insufficienza Renale Cronica

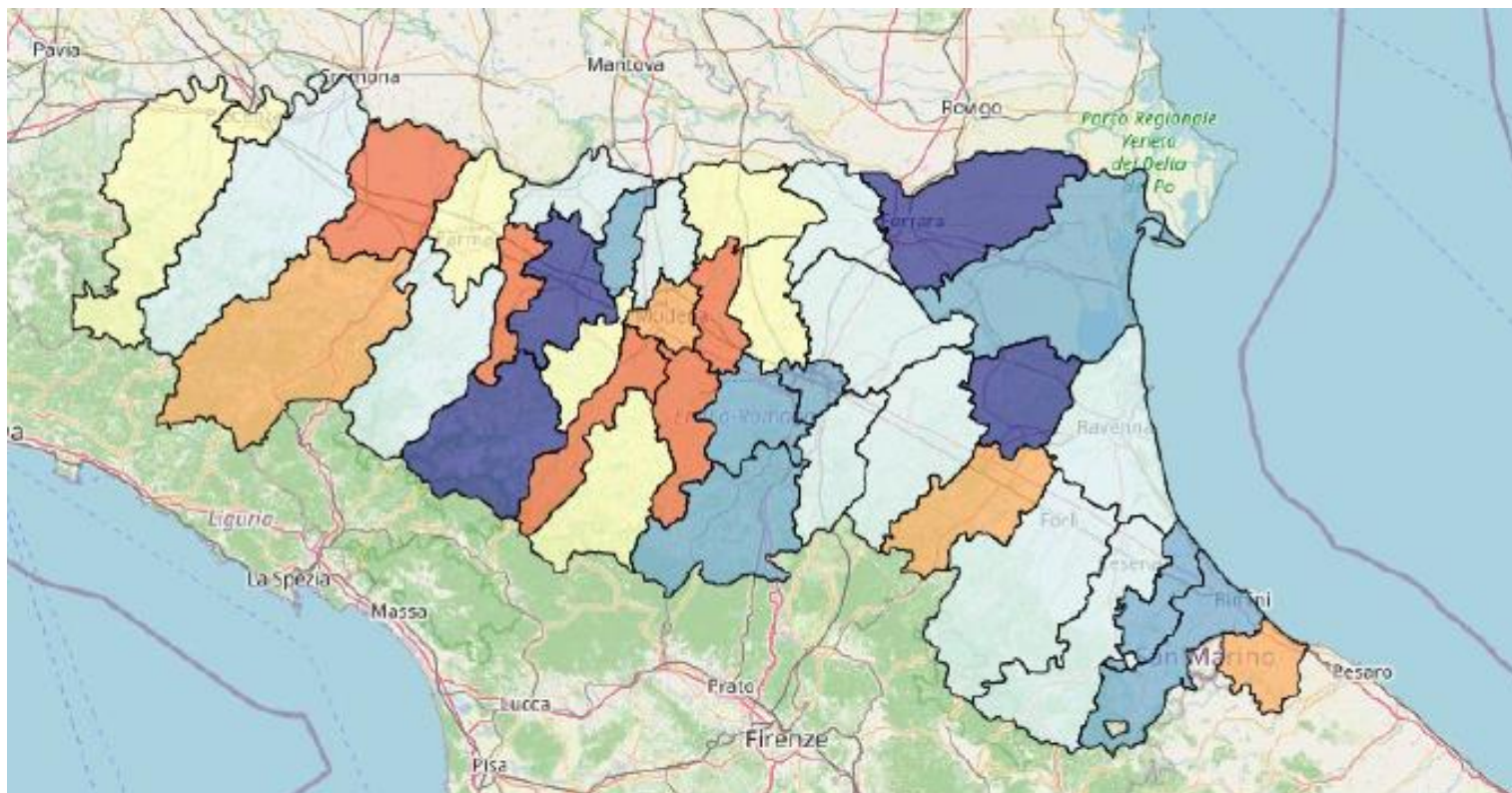
Proporzione di pazienti affetti da Insufficienza Renale Cronica (IRC) che hanno effettuato gli esami di laboratorio previsti dalle Linee...

Stats

 1



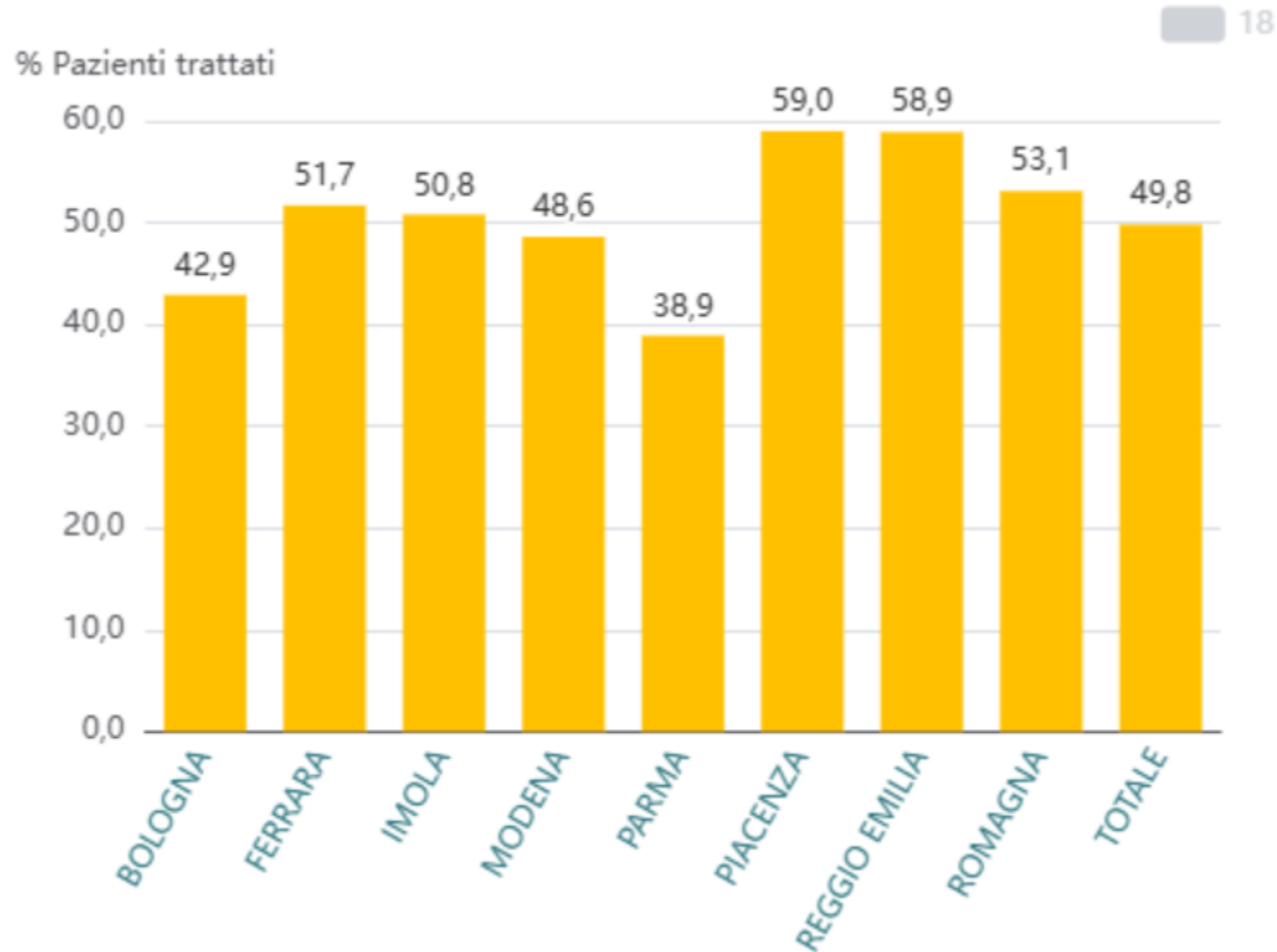
% Pazienti con scompenso trattati con Betabloccanti



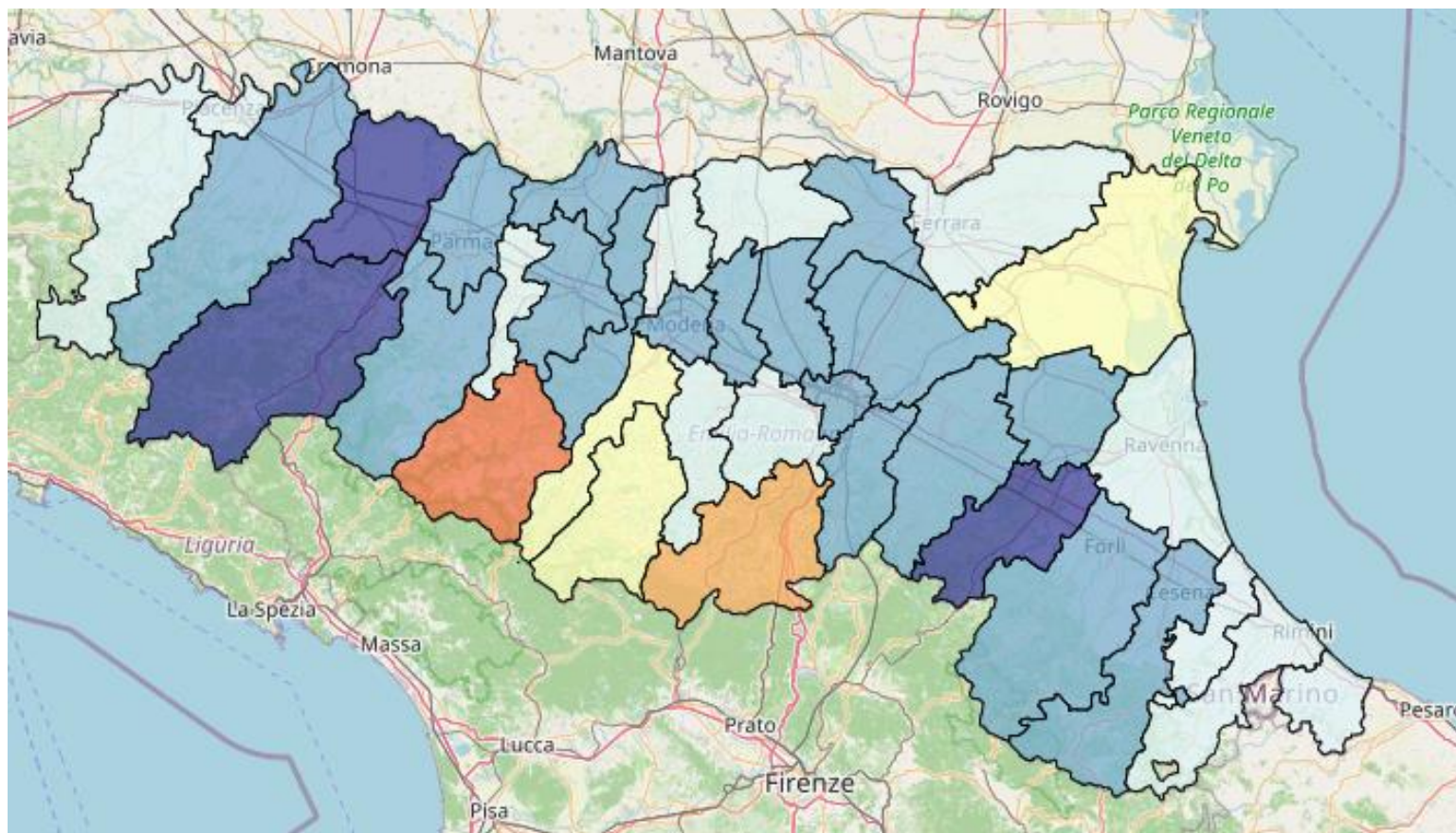
Legenda

■ $\leq 71,3$ ■ $> 71,3 - 74,2$ ■ $> 74,2 - 77,1$ ■ $> 77,1 - 80,0$ ■ $> 80,0 - 82,9$ ■ $> 82,9$

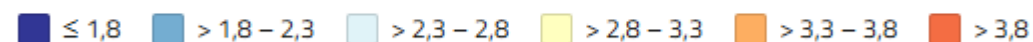
% Pazienti con diabete con almeno 2 emoglobine glicate/anno



**Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) per ricoveri evitabili
(complicanze del diabete, scompenso, BPCO)**



Legenda



Andrea Donatini
Settore Assistenza Territoriale
Regione Emilia-Romagna
Andrea.donatini@regione.emilia-romagna.it
Cell.3296639380

