

## PARTE I

# LA VALUTAZIONE COME METODO DI LAVORO: IL SISTEMA ADOTTATO DALLA REGIONE TOSCANA

*A cura di Sabina Nuti*

### 1. PREMESSA

Nel 2008 la spesa pubblica destinata alla sanità in Toscana è stata pari a 6.179 milioni di euro, corrispondente a circa il 70 % del budget di spesa complessivo della Regione. Il sistema sanitario regionale pubblico conta su più di 50.000 dipendenti ed i suoi servizi incidono enormemente sulla vita dei cittadini, sia in termini sociali - in quanto rappresentano una determinante rilevante della qualità di vita della persona, sia in termini economici come spesa che la collettività sostiene, sia come volano di sviluppo economico. Il sistema sanitario regionale infatti contribuisce in modo rilevante alla generazione dei redditi dell'economia toscana.

La rilevanza del sistema sanitario per la Regione Toscana è, quindi, tale da rendere cruciale la sua gestione intesa sia in termini di capacità di fornire ai cittadini servizi adeguati in qualità e volume, sia in termini di sostenibilità economica e di impatto per lo sviluppo del territorio. Essa rappresenta sempre di più, infatti, una tra le sfide più difficili in quanto dal suo buon funzionamento e da una qualità adeguata dei servizi sanitari il cittadino basa in buona misura il suo giudizio per valutare i risultati conseguiti dall'amministrazione regionale. Si tratta di servizi "vicini" alla gente, che incidono pesantemente sulla vita delle persone, che coinvolgono direttamente e indirettamente tutta la popolazione.

In questo contesto il sistema di misurazione dei risultati ottenuti dal sistema sanitario è diventato un vero e proprio fondamentale strumento di governance. La revisione della legge regionale 40 approvata nel 2008 prevede appunto l'introduzione sistematica della valutazione quale strumento fondamentale nelle mani dell'amministrazione regionale e delle aziende del sistema per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nella pianificazione strategica (Art.10).

Grazie al sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, la Regione Toscana ha inteso introdurre fin dal 2005, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo fossero monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato, con la finalità di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Fondamentale è, infatti, che le risorse della collettività creino "valore", ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

Con questi presupposti il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana, presenta in questo volume i risultati conseguiti nel 2008 dal sistema sanitario toscano nel suo complesso e di ciascuna delle aziende che lo compongono, quelle territoriali ed ospedaliero-universitarie nonché gli Estav (cfr. parte VIII).

Nel contesto della sanità pubblica le aziende rappresentano strumenti che, se utilizzati con competenza, possono garantire il perseguimento della missione del sistema sanitario pubblico.

Pur basandosi sulle aziende quali pilastri del sistema, nella regione Toscana la competizione basata sul mercato non è stata ritenuta auspicabile in primo luogo perché nei servizi sanitari l'utente è in condizioni di asimmetria rispetto ai soggetti erogatori, in secondo luogo perché vi è un altissimo rischio di utilizzare in maniera poco appropriata risorse della comunità, ossia di duplicare investimenti soprattutto in tecnologie e macchinari per attirare la domanda in modo inadeguato. Pertanto, nel sistema sanitario pubblico, affinché le aziende svolgano il loro ruolo in modo efficiente ed efficace, spetta alle Regioni e allo Stato attivare meccanismi che svolgano il ruolo che nel privato è svolto dal prezzo e dalle tariffe. Tra questi meccanismi, determinante è la programmazione basata sui bisogni (quelli veri) della popolazione e sul sistema di valutazione dei risultati. Questo deve essere trasparente e chiaro, condiviso nelle linee e nelle modalità da tutti i soggetti che compongono il sistema, ma deve essere anche oggettivo, rigoroso e sistematico.

Il sistema di valutazione dei risultati è fondamentale anche per attivare i processi di innovazione permettendo, attraverso il confronto delle performance, di individuare le best practices, di crescere e di valorizzare i risultati ottenuti dai migliori.

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l'azione delle 12 aziende sanitarie locali e delle 5 aziende ospedaliero-universitarie<sup>1</sup> quali soggetti fondamentali del sistema, responsabili della realizzazione degli orientamenti regionali, la Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l'attivazione di un sistema per monitorarne la performance, prevedendo la misurazione di molteplici variabili rilevanti nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali.

Il presente testo rappresenta il terzo Report pubblicato. Nel corso del 2008 e 2009 il sistema qui presentato è stato adottato anche dalle Regioni Umbria, Liguria e Piemonte e altre Regioni hanno richiesto di aderire al network. Nel mese di giugno 2009 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità sono stati presentati i primi risultati delle quattro regioni aderenti al network sul confronto dei risultati clinico sanitari. Nel corso del 2009 questo lavoro sarà ampliato e permetterà di presentare non solo i bersagli di ciascuna Asl nel confronto regionale ma anche considerando le Asl delle altre regioni. Questa prospettiva appare particolarmente utile ed interessante soprattutto per il benchmarking delle aziende ospedaliere universitarie che sono poche nel contesto toscano e quindi non possono che trarre beneficio da un confronto più allargato.

## 1.1. La storia del sistema

Con queste premesse, nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425 del 18/12, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna<sup>2</sup> l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

Successivamente, con decreto n. 3065/2003, richiese una prima implementazione del sistema alla Scuola Superiore Sant'Anna selezionando quattro aziende sanitarie in cui avviare la sperimentazione, ossia l'Azienda USL 3 di Pistoia, l'Azienda USL 5 di Pisa, l'Azienda USL 8 di Arezzo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

La sperimentazione attivata nel 2004 nelle prime quattro aziende sanitarie selezionate, è stata impostata in modo da garantire la replicabilità successiva del sistema nelle altre realtà aziendali sanitarie toscane che hanno iniziato l'implementazione a conclusione della prima fase di sperimentazione. L'approccio che ha contraddistinto la metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati, delle informazioni e degli strumenti di valutazione già esistenti ed utilizzati dalla Regione e dalle Aziende coinvolte.

Al termine della fase di sperimentazione nelle quattro aziende pilota, il Management delle aziende coinvolte e la Regione stessa hanno ritenuto assai soddisfacenti i risultati ottenuti e nel 2005 il sistema è stato implementato in tutte le aziende territoriali della Regione. Per quanto concerne le realtà ospedaliero-universitarie, è stato ritenuto necessario attivare un processo ulteriore di coinvolgimento dei professionisti medici per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità rispetto alla missione di questa tipologia di aziende. In questo stesso anno il Laboratorio Management e Sanità ha dato, quindi, avvio ad un percorso formativo modulare regionale, in cui sono stati coinvolti i circa cinquanta direttori di dipartimento ad attività integrata delle quattro aziende ospedaliero-universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Meyer). In questo ambito i direttori di D.A.I. (Dipartimenti ad Attività Integrata) hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano e, con il supporto di alcuni docenti-facilitatori della Facoltà di Economia dei tre Atenei toscani<sup>3</sup> e della Scuola Superiore Sant'Anna, hanno attivato dei "laboratori", ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance, individuando una rosa di indicatori specifici soprattutto per la componente sanitaria. Questo percorso si è concluso con un workshop pubblico a marzo 2006, in cui i partecipanti hanno presentato più di 200 indicatori per le realtà toscane individuati e calcolati durante i gruppi di lavoro. Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità con le direzioni aziendali delle aziende ospedaliero-universitarie Careggi, Meyer, Pisana e Senese, fino a pervenire ad una sintesi condivisa a livello regionale che ha permesso, nel mese di luglio del 2006, la predisposizione di un primo report pilota per le aziende ospedaliero-universitarie. Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione della performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliero-universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici coerenti con la missione svolta nel sistema sanitario. Nel mese di aprile 2007 il report relativo ai risultati conseguiti nel 2006 dalle quattro aziende ospedaliero-universitarie è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Firenze e Siena.

<sup>1</sup> Nel 2007 le aziende ospedaliero-universitarie della Toscana sono diventate 5. Alla AOU Pisana, AOU Senese, AOU Careggi e AOU Meyer si è aggiunta la Fondazione Monasterio, costituita congiuntamente con il CNR.

<sup>2</sup> Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna, è coordinato dall'autrice di questo capitolo, ed è stato composto dai ricercatori Anna Bonini, Milena Vainieri, Paolo Tedeschi, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo, Sara Barsanti, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Chiara Seghieri, Maria Giulia Senigallia, Cristina Campanale, Francesca Sanna, Carmen Calabrese, Alessandro Mengoni, Silvia Zett, Chiara Speroni, e Maria Sole Bramanti. Per maggiori dettagli sul laboratorio MES si rinvia alla scheda negli allegati.

<sup>3</sup> In proposito si ringrazia per la collaborazione fornita i prof. Mario Del Vecchio, Gavino Maciocco e Niccolò Persiani dell'Università di Firenze; il prof. Antonio Barretta dell'Università di Siena, i prof. Mauro Bendinelli e prof. Daniele Dalli dell'Università di Pisa e i prof. Marco Frey e Lino Cinquini della Scuola Superiore Sant'Anna.

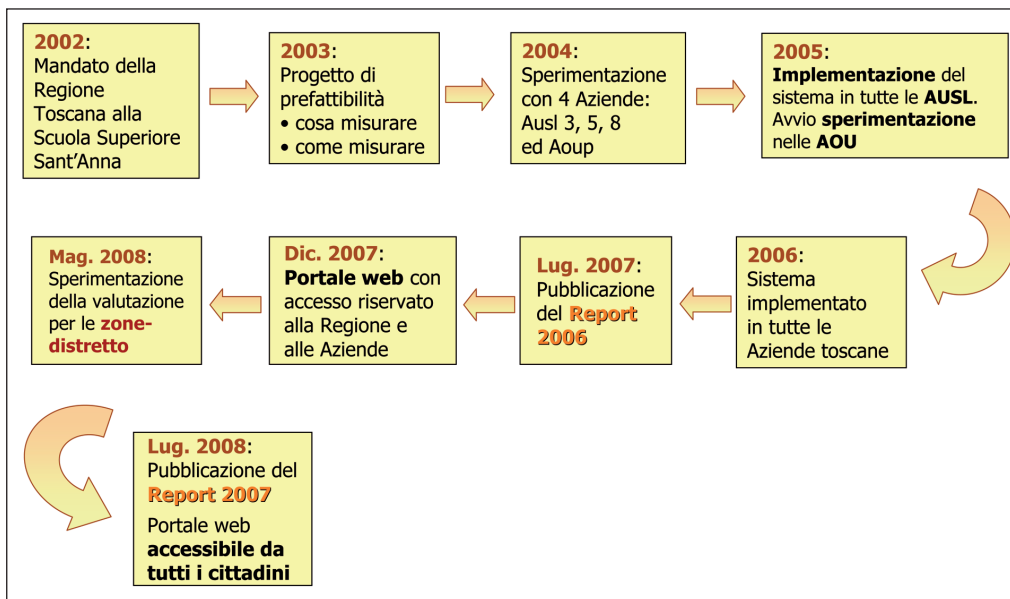


Fig. 1. La storia del sistema

Oggi il sistema è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione. Nel mese di luglio del 2007 è stato pubblicato il primo report relativo alla performance conseguita dalla sanità toscana nel 2006<sup>4</sup> e reso disponibile alla Giunta e al Consiglio Regionale nonché ai cittadini che lo hanno richiesto. Questo volume quindi rappresenta la terza edizione del Report relativa ai risultati del 2008. Inoltre nel volume "La valutazione della performance in sanità", edito dalla Società Editrice Il Mulino nel 2008<sup>5</sup>, sono state raccolte anche le indicazioni sia metodologiche che di supporto al sistema di valutazione stesso adottato nella Regione Toscana. Nel 2008 per la prima volta è stato anche pubblicato il report sperimentale del sistema di valutazione a livello di zona distretto, a supporto della predisposizione dei piani integrati di salute e per la valutazione dei risultati e delle diversità di funzionamento per zona distretto. Il Report per zona è in corso di predisposizione e sarà pubblicato anche questo anno (settembre 2009) con i dati del 2008 in forma più definitiva.

## 1.2. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

La finalità del sistema di valutazione della performance è stata fin dalla sua progettazione, quella di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile non solo ai fini della valutazione della performance conseguita, ma anche alla valorizzazione dei risultati ottenuti. Il sistema progettato ed implementato nelle quattro realtà pilota ha permesso di capire che lo strumento poteva diventare un mezzo fondamentale per supportare la funzione di governo soprattutto a livello regionale. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "best practices" delle aziende sanitarie, mediante il quale i managers e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere. La presentazione dei dati sempre in benchmarking tra le realtà aziendali della Toscana facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali margini di miglioramento.

Nel corso della progettazione, sperimentazione ed implementazione, sono stati oggetto di studio e confronto i sistemi di valutazione della performance adottati in altri contesti sanitari pubblici, in particolare il sistema adottato fin dal 1997 in Canada nella regione dell'Ontario per le realtà ospedaliere<sup>6</sup>. Sono stati spunto di riflessione e di analisi anche il sistema implementato nel sistema sanitario inglese ed olandese, nonché la ricca bibliografia scientifica sul tema della valutazione della performance in sanità.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello aziendale e regionale ed è collegato al sistema di incentivazione per la direzione aziendale. Le aziende del sistema a loro volta hanno collegato lo strumento al loro sistema di budget interno.

Per rappresentare efficacemente i risultati del sistema nel progetto di prefattibilità il gruppo di ricerca ha elaborato

<sup>4</sup> Confronta "La valutazione della sanità toscana: report 2006" a cura di Sabina Nuti, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna, ETS Pisa 2007.

<sup>5</sup> Confronta "La valutazione della performance in sanità" a cura di Sabina Nuti, Edizioni Il Mulino, 2008.

<sup>6</sup> Confronta [www.hospitalreport.com](http://www.hospitalreport.com)

un primo modello (figura 2) capace di descrivere le relazioni di causa ed effetto nel processo di erogazione dei servizi di un'azienda sanitaria. Il gruppo di ricerca ha inteso evidenziare nel modello sia le tipologie di risultati attesi dalle istituzioni sanitarie, sia le modalità con cui questi vengono operativamente conseguiti. Nel prospetto proposto, partendo dalla destra dello schema, si evidenziano i risultati "ultimi" ottenuti dall'istituzione sanitaria, ossia gli *outcome*, che possono essere perseguiti solo in un orizzonte temporale di medio e lungo periodo e si riferiscono alla finalità ultima dell'azienda sanitaria, ovvero il miglioramento del benessere sociale e dello stato di salute della popolazione. Questa tipologia di risultati, per la complessità dei meccanismi di misurazione da utilizzare e del sistema di fattori che congiuntamente determinano il loro perseguimento, difficilmente si presta ad orientare l'azione del management nel breve periodo anche se permangono il punto di partenza e di arrivo dell'azione delle aziende sanitarie. Nonostante spesso siano necessari anni o decenni per migliorare un indicatore di *outcome*, è dall'analisi dello stato di salute della popolazione che parte il processo di programmazione e di orientamento dell'azione delle istituzioni sanitarie e a cui, di nuovo, si deve ricorrere per valutare l'efficacia intrapresa delle azioni intraprese. Si pensi, a titolo di esempio, alle attività di *screening* per il tumore al seno o al colon retto.

Nello schema proposto gli *outcome*, che comunque sono oggetto di monitoraggio da parte sia dell'Agenzia sanitaria regionale che della Direzione Generale regionale stessa, sono preceduti dai risultati di *output*, che concorrono fortemente a determinarli. Questi risultati di *output* sono classificati in quattro ambiti:

- la soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità a partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;
  - la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
  - l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
  - la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema azienda.
- Nel modello proposto questi risultati sono raggiungibili con modalità ed azioni assai differenti in base al contesto aziendale specifico. Le determinanti, quindi, necessitano un'analisi specifica per i tre livelli assistenziali presenti nelle Ausl toscane ossia:

- Ospedale;
- Territorio, comprensivo della medicina e pediatria di base, l'attività diagnostica e ambulatoriale, nonché di tutti i servizi coordinati dalle zone (Sert, Handicap, salute mentale adulti e infanzia, consultori...);
- Prevenzione, comprensiva dei settori di veterinaria, Igiene e salute pubblica, medicina dello sport, medicina del lavoro, medicina legale.

In questi tre contesti, le dimensioni più rilevanti da monitorare nel processo di erogazione del servizio sono molteplici e così sintetizzabili:

- l'efficacia strutturale, intesa come livello di adeguatezza della struttura (edifici, attrezzature, spazi, arredi) rispetto alla missione e alla tipologia di servizi che l'istituzione sanitaria è chiamata ad assolvere nell'ambito del sistema sanitario regionale;
- l'efficienza operativa, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate; l'attenzione è rivolta all'analisi della produttività del sistema e dei suoi fattori;
- l'accesso, inteso come l'insieme delle modalità con cui viene garantito e facilitato l'accesso ai servizi sanitari con logiche di equità e trasparenza;
- la sicurezza ed il risk management; intesa come capacità di operare garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema, sia gli operatori che gli utenti.

Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di *input* (vedi la parte sinistra dello schema della figura 2). La tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna azienda per servire il proprio territorio.

Rispetto alle caratteristiche della popolazione e del territorio ciascuna azienda sanitaria concorda con la Regione gli obiettivi strategici da perseguire, alla luce degli orientamenti presenti nel piano sanitario regionale. Oltre quindi agli indicatori di risultato e di processo, il modello prevede la misurazione dell'efficacia strategica, intesa appunto come capacità di pianificare e programmare l'attività in linea con le esigenze del territorio, ossia degli utenti, ma anche la capacità dell'azienda di operare nel contesto del sistema sanitario regionale e di seguire gli orientamenti del Piano sanitario regionale e delle delibere successive di applicazione.



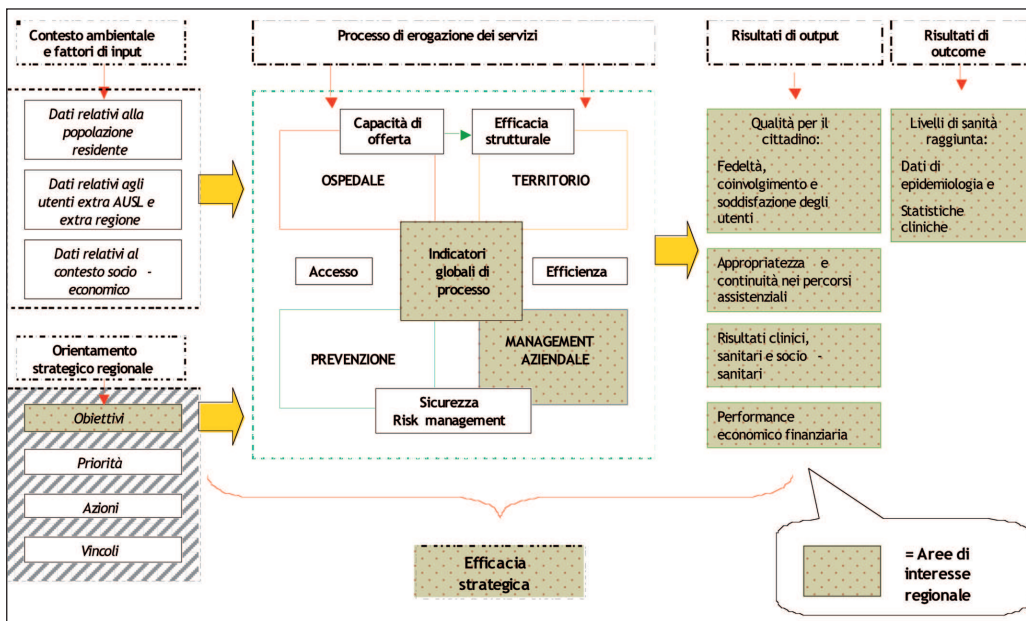


Fig. 2. Il Sistema Azienda

Il gruppo di ricerca e l'Assessorato alla salute regionale, pur condividendo la rappresentazione nel modello delle modalità con cui le aziende perseguono i loro risultati e pur volendo mantenere una dimensione aziendale del sistema, hanno concentrato l'attenzione nel monitoraggio dei risultati (le aree con sottofondo colorato nella figura 2) e su pochi macro indicatori di processo, lasciando alle aziende l'autonomia e la responsabilità di monitorare gli indicatori di processo per livello assistenziale, necessari per comprendere e gestire le determinanti dei risultati stessi.

Fa eccezione, rispetto a questa scelta, la decisione di considerare nel sistema regionale di misurazione della performance, la valutazione del management, intesa come l'insieme delle scelte e delle politiche adottate dalla direzione per gestire e governare il sistema aziendale ed in particolare le risorse umane. Questa eccezione si fonda sulla considerazione che il management è scelto, nella figura del direttore generale, dall'Assessore regionale per la salute ed il suo operato quindi è da considerare oggetto rilevante in ottica di valutazione regionale.

Per la rappresentazione finale dei risultati del sistema di valutazione della performance sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario, come evidenziato in figura 3.



Fig. 3. Le dimensioni della valutazione

Le dimensioni della valutazione sono:

- *La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)*

Pur sapendo che questa tipologia di valori quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi è spesso determinato dalle scelte gestionali effettuate, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno tre indicatori di sintesi, anche per mantenere

focalizzata l'attenzione dei managers sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione;

- *La valutazione della capacità di perseguire le strategie del sistema regionale (B)*

Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma, anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in una logica di squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti gli utenti. In questo senso è importante che le aziende siano attente agli orientamenti strategici regionali, applicando le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati;

- *La valutazione socio sanitaria (C)*

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione;

- *La valutazione esterna (D)*

In questa dimensione viene considerata la valutazione data all'attività aziendale dai cittadini, come utenti e non, dei servizi sanitari. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie;

- *La valutazione interna (E)*

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati;

- *La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)*

Si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo...) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna...).

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate era necessario individuare una modalità semplice e chiara, capace di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance dell'azienda analizzata. Particolarmente frequente nella bibliografia e strumentazione manageriale è l'utilizzo della metafora della "tela di ragno", ossia di uno schema a più dimensioni in cui i risultati sono posizionati sulla "tela" e dove maggiore è la vicinanza al centro peggiori sono i risultati.

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha optato per una simbologia che fosse ancora più semplice e che avesse una immediata valenza positiva, infatti, è stato utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde, fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica è compresa tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma, certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa, quando la performance è sotto l'unità 1.

Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale definito con delibera regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment per rendere possibile il confronto tra le aziende (in genere sono stati considerati il genere di appartenenza e l'età degli utenti).

Ogni azienda, quindi, vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi di circa 50 indicatori selezionati che a loro volta sintetizzano i circa 130 indicatori monitorati annualmente. La maggior parte degli indicatori, infatti, rappresentano la sintesi di un "albero" di più indicatori. A titolo di esempio la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari items su cui è stato richiesto un giudizio all'utenza quali l'organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari

Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno e oggetto di valutazione sono circa 130 e altrettanti indicatori sono inseriti nella reportistica senza valutazione per facilitare la comprensione delle determinanti del risultato conse-

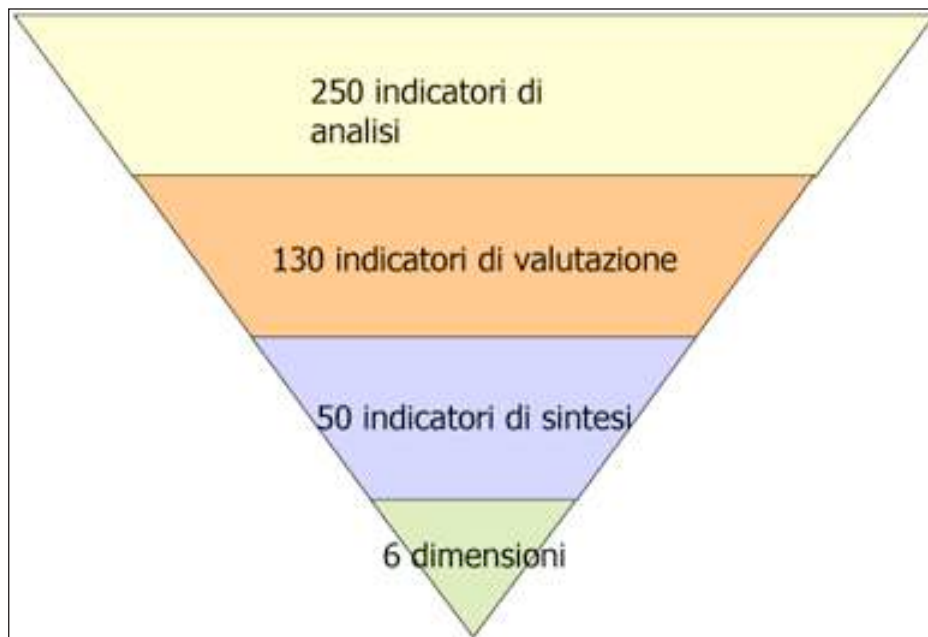


Fig. 4. La struttura degli indicatori di valutazione

guito. Il loro numero complessivo può variare perché ogni anno la Regione può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti ( ad esempio i tempi di attesa ad esempio sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini per i servizi della medicina di base è misurata ogni due anni).

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate che risultano essenziali per ottenere dati confrontabili.

Non sempre però i dati disponibili nel sistema informativo regionale o ricavabili mediante le indagini di campo sono stati sufficienti a soddisfare il fabbisogno di controllo, soprattutto nell'ambito della dimensione relativa alla capacità di perseguire gli orientamenti regionali. A tal fine quindi sono stati attivati processi di valutazione ad hoc di cui al prossimo paragrafo.

In termini di modalità di uso il bersaglio a livello regionale e per singola azienda è stato fino ad oggi fornito su formato elettronico con modalità che consentono, cliccando su ciascun punto presente sul bersaglio, di visualizzare l'indicatore nel dettaglio con i punteggi a confronto tra le aziende nonché il dato in trend, la tabella dei dati e la scheda illustrativa delle modalità di calcolo, così come illustrato nei capitoli successivi. Nel bersaglio sono indicati i risultati relativi agli ultimi dati disponibili.

### 1.3. I processi di valutazione "ad hoc"

In termini metodologici il gruppo di ricerca ha previsto che il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane fosse alimentato da flussi informativi sistematici, attendibili e certi nelle fonti e nei processi di elaborazione, in modo da garantire la riproducibilità del sistema, l'attendibilità dei risultati e la possibilità di misurare anche l'andamento nel tempo della performance.

Disporre di un flusso informativo sistematico, certo e attendibile a livello regionale richiede molto tempo e un grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Tale investimento, quindi, è da proporre e da realizzare solo per gli aspetti

che certamente richiedono attenzione continua nel tempo e in cui il monitoraggio a livello regionale è essenziale per valutare i processi complessivi di miglioramento del sistema sanitario e del livello di salute della popolazione.

Spesso però sia a livello aziendale che regionale può essere estremamente utile e necessario poter disporre di informazioni e dati in tempi rapidi, capaci di segnalare al management l'impatto di alcune decisioni, o la realtà di alcune situazioni in essere nell'organizzazione o nei processi di erogazione di alcuni servizi. Si può trattare di situazioni precise e puntuali ma che sono ritenute critiche e sintomatiche da parte della Direzione. In questi casi non appare praticabile l'idea di impostare un sistema di rilevazione sistematico ma può essere opportuno attivare un processo di indagine integrativo al sistema di valutazione sistematico che il team di ricerca ha denominato "valutazione ad hoc".

Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico in cui si ricerca una risposta semplice al quesito base, dove il risultato atteso può essere anche di tipo qualitativo, trasformabile successivamente in termini quantitativi, se necessario. I tempi di risposta attesi per questa risposta sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine può essere anche di tipo esterno, ossia senza il coinvolgimento dei soggetti interni coinvolti nel processo di erogazione dei servizi o nello svolgimento delle attività oggetto di analisi. La logica di effettuazione di questi processi di valutazione ad hoc, in linea con l'essere puntuale e specifica, è quella di fornire una fotografia della situazione indagata e non un "film" con un prima, un durante e un dopo. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

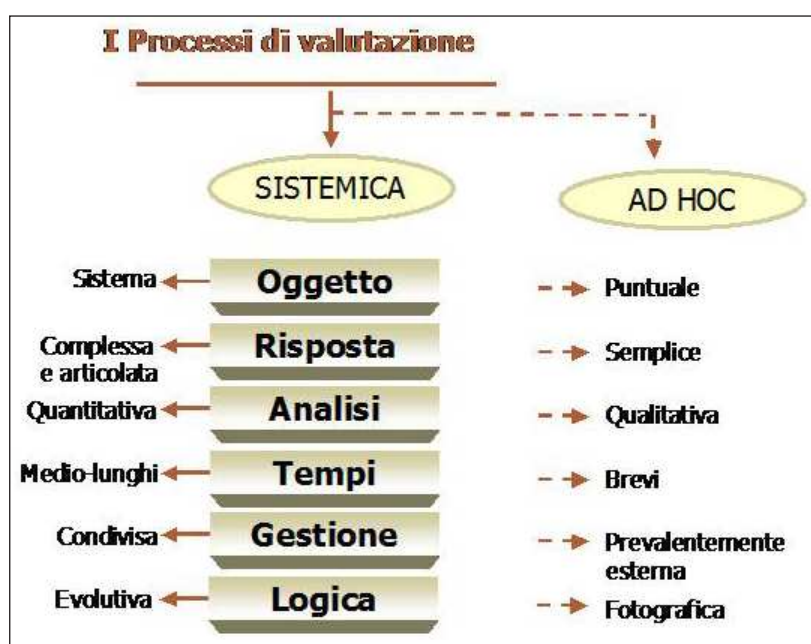


Fig. 5. I processi di valutazione "ad hoc"

Gli indicatori che si possono ricavare da questa tipologia di indagine sono da considerare come "segnali sentinella", utili per attivare eventuali indagini di approfondimento se necessarie. In particolare nel contesto della Regione Toscana questa metodologia può essere utile per:

- verificare lo stato di attuazione di alcune Delibere Regionali di elevata criticità;
- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra le diverse realtà locali per orientare e supportare il processo di programmazione a livello regionale e aziendale.

Gli strumenti adottabili nei processi di valutazione "ad hoc" sono molteplici. Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono stati testati ed utilizzati i seguenti:

- i focus group, ossia indagini qualitative con il coinvolgimento di un gruppo di utenti selezionati per discutere su opinioni, valutazioni e percezioni dell'assistenza sanitaria ricevuta;
- le osservazioni strutturate, ossia indagini qualitative basate sull'osservazione passiva dello svolgimento di un servizio/attività secondo uno schema determinato, con eventuale ripresa fotografica delle situazioni oggetto di osservazione;
- le esperienze di utente simulato, ossia indagini qualitative in cui il ricercatore veste i panni dell'utente testando il servizio oggetto di analisi in forma diretta o telefonica;
- le interviste strutturate, ossia indagini qualitative realizzate mediante interviste in profondità all'utente/paziente seguendo una traccia predefinita.

I focus group e gli altri strumenti utilizzati nei processi di valutazione ad hoc hanno permesso di elaborare degli indicatori e di ottenere delle misure. La diversa natura di tali misure è stata segnalata nel sistema di valutazione in modo

differente rispetto alle misure elaborate mediante una metodologia sistematica, ovvero con il simbolo di un campanello. Questo segno avverte che la misura ha valore solo segnaletico, che può necessitare di ulteriori e più approfondite indagini. Gli indicatori ad hoc presenti sul bersaglio sono comunque esigui, non più di due o tre ogni anno su un totale di cinquanta punti di valutazione sintetica.

#### 1.4. Gli indicatori del sistema

Nelle tabelle successive sono presentati gli indicatori selezionati per ciascuna delle sei dimensioni della valutazione (Figg. 6 e 7) e i sottoindicatori che compongono gli alberi di valutazione quando questa risulta composta da più indicatori (Figg. 8-10).

Nel caso in cui la valutazione si basi su più indicatori il risultato finale può essere il frutto di una semplice media oppure di una media "pesata" che considera in modo differenziato i risultati conseguiti in base alla rilevanza degli indicatori presi in considerazione. Per ogni indicatore di sintesi la scelta specifica è stata effettuata con il coinvolgimento degli operatori aziendali nella fase di sperimentazione e successivamente con l'approvazione della direzione regionale e del management aziendale. Il peso che ciascun indicatore ha nel calcolo della valutazione sintetica finale può anche subire modifiche da un anno all'altro se la Regione intende dare maggiore rilevanza ad un risultato rispetto ad altri.

In particolare la prima tabella (Figg. 6 e 7) indica quali indicatori sono stati selezionati per ciascun anno e ciascun oggetto di valutazione. Sono inoltre indicati nella colonna "obiettivo" quegli indicatori che sono stati collegati in termini diretti e quantitativi al sistema di incentivi per i direttori generali della Ausl toscane. La selezione degli indicatori è stata condivisa con le direzioni aziendali e con i professionisti sanitari. Il Laboratorio MeS nel tempo ha provveduto a correggere le modalità di calcolo di alcuni di questi in base ai suggerimenti migliorativi pervenuti dalle aziende.

INDICATORI DI VALUTAZIONE - OBIETTIVI								
LIVELLO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ( A )		Bersaglio 2005	Obiettivo 2006	Bersaglio 2006	Obiettivo 2007	Bersaglio 2007	Obiettivo 2008	Bersaglio 2008
A1	Mortalità infantile	✓		✓		✓		✓
A2	Mortalità tumori	✓		✓		✓		✓
A3	Mortalità per malattie cardiocircolatorie	✓		✓		✓		✓
A4	Mortalità per suicidi			✓		✓		✓
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)							✓
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI ( B )		Bersaglio 2005	Obiettivo 2006	Bersaglio 2006	Obiettivo 2007	Bersaglio 2007	Obiettivo 2008	Bersaglio 2008
B1	La costituzione e il funzionamento del CORD	✓						
B2	Attivazione e conoscenza del SUP	✓						
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
B4	Strategie per il controllo del dolore	✓		✓		✓		✓
B5	Estensione ed adesione allo screening	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
B6	Donazioni di organi		✓	✓		✓	✓	✓
B7	Grado di copertura vaccinale		✓	✓	✓	✓	✓	✓
B8	Tempestività SIR		✓	✓	✓	✓	✓	✓
B9	Equità ed accesso			✓		✓		✓
B10	Organizzazione del percorso assistenziale del ricovero			✓			✓	✓
B11	Complessità (AOU)			✓		✓		✓
B12	Mobilità (AOU)			✓		✓	✓	✓
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile	✓		✓	✓	✓		
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica				✓	✓	✓	✓
B15	Capacità attività di ricerca			✓		✓		✓
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino							✓
VALUTAZIONE SANITARIA ( C )		Bersaglio 2005	Obiettivo 2006	Bersaglio 2006	Obiettivo 2007	Bersaglio 2007	Obiettivo 2008	Bersaglio 2008
C1	Valutazione della capacità di governo della domanda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C2	Valutazione di efficienza delle attività di ricovero	✓	✓	✓		✓	✓	✓
C3	Valutazione di efficienza pre-operatoria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C4	Valutazione di appropriatezza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C5	Valutazione della qualità clinica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C6	Rischio clinico	✓				✓	✓	✓
C7	Valutazione Materno-Infantile	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C8	Efficacia del territorio		✓	✓	✓	✓	✓	✓
C9	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva			✓		✓		✓
C10	Valutazione del percorso oncologico			✓		✓		✓
C11	Efficacia assistenziale delle cure primarie					✓	✓	✓
C12	Efficienza dell'attività chirurgica							✓

Fig. 6. Indicatori di valutazione (continua in Fig. 7)



VALUTAZIONE ESTERNA ( D )		Bersaglio 2005	Obiettivo 2006	Bersaglio 2006	Obiettivo 2007	Bersaglio 2007	Obiettivo 2008	Bersaglio 2008
D1	Percorso oncologico	✓						
D2	Medicina di base	✓				✓		
D3	Attività ambulatoriale	✓			✓	✓		
D4	Attività diagnostica	✓			✓	✓		
D5	Servizi di prevenzione	✓						
D6	Conoscenza URP	✓						
D7	Presenza in carico del paziente nel percorso oncologico da parte del MMG	✓						
D8	Soddisfazione percorso emergenza	✓		✓		✓		✓
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso			✓		✓		✓
D10	Insoddisfazione percorso emergenza		✓	✓	✓	✓	✓	✓
D11	Qualità dell'assistenza del ricovero			✓			✓	
D12	Umanizzazione del ricovero			✓				
D13	Comunicazione sanitaria del ricovero			✓				
D14	Comfort e ambiente			✓				
D15	Servizi distrettuali					✓	✓	✓
D16	Capacità di informazione sui servizi della Ausl					✓	✓	
D17	Percorso materno infantile					✓		
D19	Ricoveri ospedalieri					✓	✓	✓
D20	Assistenza domiciliare							✓
VALUTAZIONE INTERNA ( E )		Bersaglio 2005	Obiettivo 2006	Bersaglio 2006	Obiettivo 2007	Bersaglio 2007	Obiettivo 2008	Bersaglio 2008
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E2	% di assenza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	✓		✓		✓		✓
E4	Condizioni di lavoro per i responsabili	✓			✓	✓		
E5	Management per i responsabili	✓		✓		✓	✓	
E6	Condizioni di lavoro per i dipendenti	✓				✓		
E7	Management per i dipendenti	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
E8	Evoluzione aziendale	✓				✓		
E9	Attività di formazione	✓				✓		
E10	Management per i dipendenti						✓	✓
E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti							✓
E12	Management per i responsabili							✓
E13	Comunicazione e informazione per i responsabili							✓
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA ( F )		Bersaglio 2005	Obiettivo 2006	Bersaglio 2006	Obiettivo 2007	Bersaglio 2007	Obiettivo 2008	Bersaglio 2008
F1	Equilibrio Economico-Reddituale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F2	Tendenza dell'equilibrio economico	✓						
F3	Equilibrio Patrimoniale	✓		✓		✓		✓
F4	Tendenza dell'equilibrio patrimoniale	✓						
F5	Equilibrio Finanziario	✓		✓		✓		
F6	Tendenza dell'equilibrio finanziario	✓						
F7	Servizi Interni	✓		✓		✓		✓
F8	Budget	✓		✓		✓		✓
F9	Costo medio del personale	✓						
F10	Governo della spesa farmaceutica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F11	Indice di compensazione	✓		✓		✓		✓
F12	Efficienza prescrittiva farmaceutica			✓		✓	✓	✓
F13	Procedure controllo interno magazzino			✓		✓		
F14	Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria			✓		✓		✓
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro			✓		✓		✓
F18	Indice di produttività risonanze magnetiche							✓

Fig. 7. Indicatori di valutazione (segue da Fig. 6)

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori
<b>VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE ( A )</b>	
A1	Mortalità Infantile
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A4	Mortalità per suicidi
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)
<b>CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI ( B )</b>	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B4	Strategie per il controllo del dolore
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore
B4.1.1	Farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali
B4.1.2	Farmaci oppioidi distribuiti direttamente
B4.1.3	Morfina
B4.2	Gestione del dolore per gli utenti
B4.2.1	Indagini di soddisfazione degli utenti del percorso emergenza
B4.2.2	Indagini di soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario
B5	Estensione ed adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico
B5.2	Screening cervice uterina
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina
B5.3	Screening colorettaie
B5.3.1	Estensione corretta dello screening colorettaie
B5.3.2	Adesione corretta dello screening colorettaie
B6	Donazioni di organi
B6.1	% Morti Encefaliche individuate
B6.2	% Donatori Effettivi
B6.3	Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti
B7	Grado di copertura vaccinale
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
B8	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale
B9	Equità ed accesso
B9.5	Tasso di ospedalizzazione per titolo di studio
B10	Organizzazione del percorso assistenziale del ricovero
B10.1	Percezione processi organizzativi
B10.2	Coordinamento
B11	Complessità (AOU)
B11.1	Peso medio DRG
B11.1.1	Peso medio Drg medici
B11.1.2	Peso medio Drg chirurgici
B11.1.2.1	% Drg Chirurgici di alta complessità
B11.1.2.2	Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità
B12	Mobilità (AOU)
B12.1	Fuga
B12.1.1	Fuga extra Area Vasta
B12.1.1.1	% fuga extra Area Vasta
B12.1.1.2	% fuga extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
B12.1.2	Fuga extra Regione
B12.1.2.1	Percentuale fughe extra Regione totali
B12.1.2.2	Percentuale di fughe extraregionali di alta complessità
B12.2	Attrazione
B12.2.1	Attrazione extra Area Vasta
B12.2.2	Attrazione extra Regione
B12.2.2.1	% attrazione extra Regione
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità

Legenda:

	Nuovi indicatori 2008
	Indicatori non di valutazione

Fig. 8. Indicatori e sottoindicatori (continua in Fig. 9)

B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale
B15	Capacità attività di ricerca
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino
B16.1	Sistema carta dei servizi
B16.1.1	% impegni raggiunti secondo la carta dei servizi
B16.1.2	Comitato di partecipazione
B16.2	Front-office
B16.3	Soddisfazione del cittadino sulla comunicazione
<b>VALUTAZIONE SANITARIA ( C )</b>	
C1	Capacità di governo della domanda
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari
C1.1.2	Tasso ospedalizzazione DH
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico
C1.1.2.2	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico
C1.2	Tasso di prestazioni ambulatoriali
C2a	Efficienza delle attività di ricovero
C2.a	Indice di performance degenza media
C3	Efficienza pre-operatoria
C4	Appropriatezza
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital
C4.2	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti
C4.3	Drg LEA Medici: % standard raggiunti
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.5	Valore pro-capite di inappropriatezza potenziale
C4.6	Valore pro-capite di inadeguatezza potenziale
C5	Qualità clinica
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	Tempestività intervento di frattura del femore
C5.2a	Tempestività di intervento di frattura anca
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C5.4	Mortalità intraospedaliera per infarto
C5.5	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive
C5.9	% appendicectomie urgenti in laparoscopia
C5.10	% resezioni programmati al colon in laparoscopia
C5.11	% prostatectomie radicali effettuate tramite robotica in Area Vasta
C6	Rischio clinico
C6.1	Indice di sinistrosità
C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting:
C6.2.1	Indice di diffusione degli audit
C6.2.2	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità
C6.3	Impatto economico
C6.4	Sicurezza del paziente:
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica
C7	Materno-Infantile
C7.1	% cesarei depurato (NTSV)
C7.2	% parti indotti
C7.3	% episiotomia depurato (NTSV)
C7.4	Tasso neonati con Apgar <7 al 5° minuto
C7.5	Tasso di fughe per parto
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
C7.7	Tasso di ricoveri in pediatria
C8a	Efficacia del territorio
C8a.1	% ricoveri >30 gg
C8a.2	% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni
C8a.5	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti maggiorenni
C8a.6	% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti
C8a.7	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti minorenni

Fig. 9a. Indicatori e sottoindicatori (continua in Fig. 9b)

C8a.10	Tasso di accesso al consultorio
C8a.11	Indice di Ritenzione al SERT
C8a.12	Uso degli antidepressivi nella popolazione generale
C8a.13	Tasso di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche
C8a.14	Utenti minorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale
C8a.15	Nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale
C8a.16	Utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale
C8a.17	Nuovi utenti maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale
C9	Appropriatezza prescrittiva
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)
C9.2	Tasso di abbandono delle statine (Anticolesterolo)
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)
C10	Percorso oncologico
C10.1	% deceduti a casa per tumore maligno
C11a	Efficacia assistenziale delle cure primarie
C11a.1	Scompenso
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso
C11a.1.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante
C11a.2	Diabete
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete
C11a.3	BPCO
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO
C11a.4	Polmonite
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite
C11a.5	Ictus
C11a.5.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.
C11a.6	Ipertensione
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C12	Efficienza dell'attività chirurgica
C12.1	Volumi e setting di ricovero dell'attività chirurgica
C12.2	Week Surgery
<b>VALUTAZIONE ESTERNA (D)</b>	
D8a	Soddisfazione percorso emergenza
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso
D10a	Insoddisfazione percorso emergenza
D15a	Servizi distrettuali
D19	Ricovero Ospedaliero
D20a	Assistenza Domiciliare
<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima
E2	Tasso di assenza
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti
E9	Attività di formazione
E10	Management per i dipendenti
E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti
E12	Management per i responsabili
E13	Comunicazione e informazione per i responsabili
<b>VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)</b>	
F1	Equilibrio Economico-Reddittuale
F1.1	Equilibrio Economico Generale
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria
F1.3	ROI
F3	Equilibrio Patrimoniale
F3.1	Indice di disponibilità
F3.2	Tasso di obsolescenza tecnica
F3.2.1	Incidenza dei canoni leasing
F3.3	Indice di rinnovo degli investimenti
F5	Equilibrio Finanziario
F5.1	Indice di elasticità finanziaria

Fig. 9b. Indicatori e sottoindicatori (continua in Fig. 10)

F5.2	Costo delle scelte di finanziamento
F5.2.1	Composizione dei debiti finanziari
F5.2.2	Dilazione media dei debiti
F7	Servizi Interni
F8	Budget
F10	Governo della spesa farmaceutica
F11	Indice di compensazione
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto (Anticolessterolo)
F12a.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)
F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12a.8	% di macrolidi a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12a.10	Costo medio per unità posologica di altri antidepressivi (Antidepressivi)
F14	Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria - fino al 2008
F14.1	Sicurezza alimentare e Piani Residui
F14.2	Flussi informativi
F14.2.1	Flussi in ritardo
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme
F14.2.3	Flussi con dati non congrui
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro
F15.1	Copertura del territorio
F15.1.1	Unità Locali controllate/ Unità Locali totali
F15.1.2	Cantieri visitati/ Notifiche ricevute
F15.1.3	Verifica Imp. obbl. fatte/ Ver. imp. in carico
F15.1.4	Attività di Formazione
F15.2	Efficienza Produttiva
F15.2.1	Attività di Vigilanza
F15.2.2	Attività di Formazione
F15.2.3	Attività Sanitaria
F15.3	Risultato
F15.3.1	Tasso di infortuni
F15.3.2	Ottemperanza alle prescrizioni
F16	Efficienza ed efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN) - dal 2009
F16.1	Flussi informativi
F16.1.1	Flussi in ritardo
F16.1.2	Flussi con modulistica non conforme
F16.1.3	Qualità dei dati
F16.2	Nutrizione
F16.3	Campioni eseguiti per i piani PNAA e PNR
F16.4	Copertura del territorio
F16.4.1	Imprese Alimentari Fascia 1
F16.4.2	Imprese Alimentari Fascia 2
F16.5	Efficienza produttiva
F16.5.1	(PF2+PF49)/Personale come da Country Profile
F16.5.2	PF4/Personale come da Country Profile
F16.5.3	PF43/Personale come da Country Profile
F16.6	Efficacia organizzativa
F16.6.1	Non conformità certificazione ISO 9001
F16.6.2	Effettuazione verifiche interne ISO 9001
F16.7	Check-list BND di Teramo
F16.8	Farmacovigilanza
F17	Costo sanitario pro-capite
F18	Indice di produttività di RM
F18.1	Prestazioni medie per RM
F18.2	Prestazioni RM per 100 residenti

Fig. 10. Indicatori e sottoindicatori



## 1.5. L'integrazione con il sistema di incentivazione per la direzione generale

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana ha previsto, fin dal 2006, l'integrazione con il sistema di incentivazione delle direzioni generali delle aziende sanitarie e ospedaliero-universitarie. Fin dalla sua progettazione infatti la Regione aveva richiesto alla Scuola Superiore Sant'Anna di considerare anche questo aspetto.

L'incentivazione per le direzioni generali può incidere fino al 20% della retribuzione complessiva e, fino al 2005, questa era basata sulla capacità dei direttori generali di mantenere le aziende in condizioni di equilibrio economico. In alcuni casi l'incentivazione era basata anche su progetti specifici condotti dal management. Gli obiettivi a cui erano collegati gli incentivi però non erano stati negoziati tra assessorato e direzioni generali all'inizio del periodo di tempo oggetto di analisi, né vi è stata una misurazione specifica e oggettiva, ad eccezione che per gli aspetti economici.

Dal 2006 invece, grazie al sistema di valutazione della performance, è stato possibile individuare tra gli indicatori monitorati quelli di maggiore rilevanza ai quali collegare l'incentivazione. Nel 2006 la capacità di mantenere l'azienda in condizioni di equilibrio economico ha pesato per il 50% dell'incentivazione, mentre il restante 50% è stato collegato al perseguimento degli obiettivi monitorati dal sistema di valutazione della performance (Delibera n. 32/2008, valutazione 2006; Delibera n. 802/2007, criteri di incentivazione 2007).

A partire dal 2006 l'accordo tra l'Assessorato e le Direzioni generali è sempre stato siglato ad inizio anno e trimestralmente il Laboratorio Management e Sanità ha predisposto la reportistica relativa al set di indicatori selezionati per l'incentivazione. Questa reportistica ha rappresentato la documentazione di supporto negli incontri periodici tra Assessore e Direttori Generali, realizzati per monitorare nel tempo le strategie adottate dalle singole aziende ed è stata strutturata in modo da evidenziare l'andamento di ciascun indicatore oggetto di incentivazione e segnalare con un doppio segno verde il raggiungimento dell'obiettivo.

Nel corso del 2007, successivamente alla pubblicazione dei dati, è stata calcolata l'entità dell'incentivazione per ciascun direttore generale. Per la prima volta questa non è stata pari per tutti i direttori generali ad oltre il 90%, come lo era stata negli anni precedenti, ma è risultata diversificata tra i managers. I direttori hanno conseguito dal 48 al 72% degli incentivi previsti.

Azienda USL X					
	RISULTATI 2006	RISULTATI 2007	1 SEMESTRE 2008	OBIETTIVI 2008	Andamento 2008 rispetto al 2007 e vs ob. 2008
<b>Valutazione sanitaria</b>					
Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni	494	412	414	*	424 ✓✓
Tasso di ricovero per BPCO ≥ 65 anni	305	239	241	*	251 ✓✓
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco ≥ 65 anni	1537	1441	1519	*	1437 ↓
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	21,62	26,16	32	*	23,67 ↓
Degenza media pre-operatoria (grezza)	1,25	1,19	1,19		1,13 =
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	21,63%	19,89%	18,86%		18,13% ✓
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gc	39,38%	59,03%	70,10%		65,00% ✓✓
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	27,59%	42,86%	48,89%		52,10% ✓
Percentuale parti cesarei depurato	14,20%	19,12%	13,11%		17,21% ✓✓
Percentuale di ricoveri degenza >30gg per popolazione residente	1,13%	0,97%	1,05%		0,90% ↓
Indice di performance degenza media	-0,70	-1,02	-0,96		-1,02 ↓
<b>Conseguimento strategie regionali</b>					
Tempi di attesa prestazioni di diagnostica (% visite entro 30gg)		96%	83,75%	>90% 50% I sem.	↓
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione			72,69%	80% II sem	✓✓
<b>Obiettivi di Area Vasta</b>					
Percentuale fughe extra Area Vasta	5,39%	5,40%	5,20%	5,00%	✓
*proiezione su base annuale					
Stima completezza invio dati SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera): 97,77%			✓✓ obiettivo raggiunto		
Stima completezza invio dati CAP (Certificato di Assistenza al Parto): 92,29%			✓ trend in miglioramento		
			= stabilità		
			↓ trend in peggioramento		

Fig. 11.  
Esempio di scheda indicatori sanitari

Per il 2007 il sistema ha previsto ulteriori modifiche. Se infatti gli incentivi nel 2006 sono stati assegnati in base ad una valutazione "dicotomica", ossia positiva o negativa in base al punteggio puntuale conseguito, nel 2007 la Regione Toscana assegnerà l'incentivazione per ogni obiettivo individuato in proporzione percentuale al miglioramento conseguito. Nel 2006 infatti alcuni direttori generali non avevano conseguito alcuna incentivazione anche su obiettivi in cui l'azienda aveva raggiunto un risultato assai migliore dell'anno precedente pur se non aveva centrato perfettamente l'obiettivo assegnato per valori minimi.

La componente economica nel 2008 incide per il 22% dell'incentivazione ed il restante 78% si distribuisce su diversi ambiti di valutazione. Si riporta nelle seguenti figure il sistema di incentivazione 2008 per Aziende sanitarie territoriali (Fig. 12), Aziende ospedaliero-universitarie (Fig. 13) e gli Estav (Fig. 14), nonché l'evoluzione in corso nel triennio 2007-2008-2009 (Fig. 15).

OBIETTIVI 2008		
Aziende Sanitarie Locali	Incentivi	
Valutazione sanitaria	% singolo indicatore	% dimensione
Tasso di ospedalizzazione standardizzato	3	22
Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni	1	
Tasso di ricovero per BPCO ≥ 65 anni	1	
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco ≥ 65 anni	2	
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	1	
Degenza media pre-operatoria (grezza)	4	
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	2	
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	1	
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	3	
Percentuale parti cesarei depurato	2	
Percentuale di ricoveri degenza >30gg per popolazione residente	1	
Indice di performance degenza media	1	
<b>Conseguimento strategie regionali</b>		
Tempi di attesa prestazioni diagnostiche (% visite entro 30gg)	2	22
Estensione ed adesione allo screening	2	
Copertura vaccino antinfluenzale	2	
Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi	1	
Percentuale di donatori effettivi di organi	1	
Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale	2	
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione	2	
Continuità assistenziale: copertura guardia medica	2	
Hospice	2	
Riorganizzazione pronto soccorso	2	
Progetto PSR Sanità di iniziativa: Malati cronici	1	
Implementazione ospedale per intensità di cura	2	
Progetto PSR: Cup- reti informatiche- carta sanitaria	1	
<b>Valutazione esterna (del cittadino)</b>		
Riduzione percentuale insoddisfatti Qualità globale del Pronto Soccorso	3	10
Riduzione percentuali insoddisfatti Coordinamento del ricovero ospedaliero	3	
Soddisfazione della capacità di informazione sui servizi offerti dalle AUSL	2	
Soddisfazione dell'organizzazione dei servizi del distretto	2	
<b>Valutazione interna (risorse umane)</b>		
Tasso di assenza	3	6
Tasso di risposta all'indagine di clima interno	1	
Valutazione della formazione	1	
Valutazione del management (dipendenti e responsabili)	1	
<b>Efficienza economica</b>		
Accordi di bilancio	16	20
Spesa farmaceutica territoriale (convenzionata + diretta)	2	
Spesa farmaceutica ospedaliera	2	
<b>Obiettivi di Area Vasta</b>		
Programmazione Sanitaria	4	10
Obiettivi ESTAV	4	
Percentuale fughe extra Area Vasta	1	
Percentuale fughe extra Regione	1	
<b>Sintesi dei risultati di valutazione</b>		
(performance positiva-performance negativa)/n. totale indicatori	10	10
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fig. 12. Tabella incentivazione ASL Aziende Sanitarie Locali 2008

OBIETTIVI 2008		
Aziende Ospedaliere Universitarie	Incentivi	
Valutazione sanitaria	% singolo indicatore	% dimensione
Tasso di ricovero per BPCO ≥ 65 anni	1	22
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco ≥ 65 anni	2	
Tasso di ricovero per diabete con cc a lungo periodo > 17 anni	1	
Degenza media pre-operatoria (grezza)	5	
Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	3	
Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	2	
Percentuale fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione	4	
Percentuale parti cesarei depurato	3	
Indice di performance degenza media	1	
<b>Conseguimento strategie regionali</b>		
Tempi di attesa prestazioni diagnostiche (% visite entro 30gg)	2	22
Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi	1	
Percentuale di donatori effettivi di organi	1	
Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale	2	
Completezza schede SDO: livello di scolarizzazione	3	
Riorganizzazione pronto soccorso	3	
Progetto PSR Sanità di iniziativa: Malati cronici	2	
Implementazione Ospedale per intensità di cura	2	
Progetto PSR: Cup- reti informatiche - carta sanitaria	2	
Percentuale fughe extra Area Vasta con Drg >2,5	4	
<b>Valutazione esterna (del cittadino)</b>		
Riduzione percentuale insoddisfatti Qualità globale del Pronto Soccorso	4	10
Riduzione percentuali insoddisfatti Coordinamento del ricovero ospedaliero	3	
Soddisfazione della qualità dell'assistenza nel ricovero	3	
<b>Valutazione interna (risorse umane)</b>		
Tasso di assenza	3	6
Tasso di risposta all'indagine di clima interno	1	
Valutazione della formazione	1	
Valutazione del management (dipendenti e responsabili)	1	
<b>Efficienza economica</b>		
Accordi di bilancio	16	20
Costo medio per punto DRG	2	
Spesa farmaceutica ospedaliera	2	
<b>Obiettivi di Area Vasta</b>		
Programmazione Sanitaria	4	10
Obiettivi ESTAV*	4	
Percentuale fughe extra Area Vasta	1	
Percentuale fughe extra Regione	1	
*Si veda tabella allegata obiettivi ESTAV		
<b>Sintesi dei risultati di valutazione</b>		
(performance positiva-performance negativa)/n. totale indicatori	10	10
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fig. 13. Tabella incentivazione AOU Aziende Ospedaliere-Universitarie 2008

OBIETTIVI 2008		
Estav	INCENTIVI	
Obiettivi di Area Vasta	% singolo indicatore	% dimensione
Integrazione ed organizzazione del CUP di Area Vasta nei tempi previsti	3	15
Trasferimento della funzione «procedure concorsuali per il reclutamento del personale» nei tempi previsti	3	
Trasferimento della funzione «Pagamento delle competenze del personale» nei tempi previsti	3	
Conclusione fase di trasferimento della funzione «Logistica»	3	
Piano del trasferimento del personale dalle aziende all'Estav nelle varie funzioni trasferite e da trasferire	3	
Efficienza operativa		
Economie conseguite dall'Estav sul totale aggiudicato	8	52
Redazione listino prezzi per i beni in magazzino e prontuario per DM	6	
Tempo di risposta per gli acquisti/servizi (solo per gare sotto soglia)	6	
% di intermediazione sugli acquisti	8	
Razionalizzazione rimanenze AV	6	
Incidenza costo logistica	6	
Tempi di pagamento fornitori	6	
Numero magazzini 2008/Numero magazzini 2007	6	
Efficienza economica		
Accordi di bilancio Regioni/Estav	20	20
Soddisfazione esterna		
Percezione della qualità dei servizi dell'Estav dei dirigenti delle aziende dell'AV	5	10
Percezione della qualità dei servizi dell'Estav del top management delle aziende dell'AV	5	
Programmazione sanitaria di AV	3	3
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fig. 14. Tabella incentivazione Estav 2008

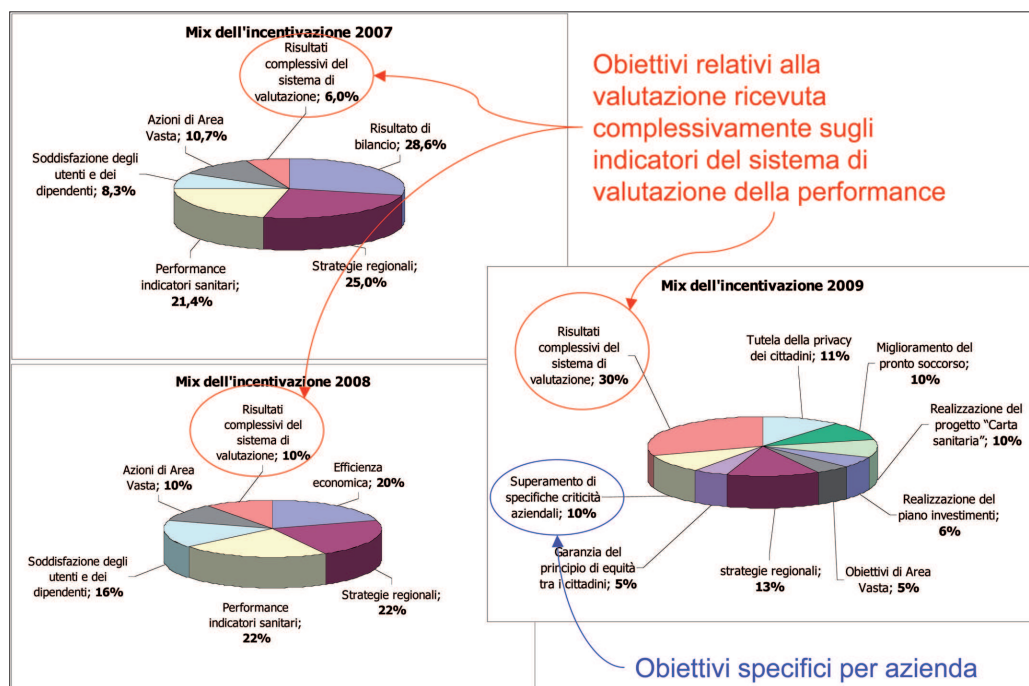


Fig 15. Evoluzione del sistema di incentivazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Toscane

Gli ambiti di valutazione sono quindi correlati alle dimensioni con cui è costruito il sistema di valutazione, prevedendo però anche una selezione di obiettivi a cui è collegata una incentivazione specifica. Si tratta di un set di indicatori, selezionati ogni anno, che sono considerati indicatori capaci di evidenziare la "tenuta del sistema", ossia indicativi dello stato di salute dell'organizzazione. E' il caso di indicatori quali il tasso di ospedalizzazione standardizzato, la misurazione delle degenze medie, il tasso di assenteismo o l'estensione e adesione degli screening oncologici. Altri rappresentano invece le priorità di intervento per l'anno. Oltre agli obiettivi collegati agli indicatori del sistema di valutazione vi sono inoltre degli obiettivi legati a specifici progetti dove la valutazione è rimasta dicotomica. Se l'azienda realizza il progetto nei tempi previsti avrà assegnata l'incentivazione altrimenti la performance risulterà negativa. E' il caso del progetto per la razionalizzazione dei laboratori in cui è stato richiesto a ciascuna Azienda di presentare un proprio piano di realizzazione.

Gli obiettivi connessi agli indicatori sono fissati per ciascuna azienda sulla base dei risultati conseguiti l'anno precedente, richiedendo un miglioramento della performance differenziato in base al punto di partenza. All'azienda che presenta il miglior risultato viene proposto di mantenere la propria posizione o comunque di migliorare meno la propria performance rispetto a quelle che si posizionano sotto la media regionale in cui viene richiesto di raggiungere almeno questo traguardo. Con tale approccio, pur prevedendo diversi obiettivi specifici per azienda, la Regione nel complesso si propone di conseguire, a livello di sistema, un determinato livello di miglioramento in linea con le strategie espresse nel Piano Sanitario Regionale e nelle delibere approvate dalla Giunta.

Infine vi è un indicatore di sintesi, che vale il 10% dell'incentivazione complessiva, che viene calcolato considerando la performance di tutte le misure presenti sul bersaglio. Alla somma di tutti i risultati in fascia verde e verde scuro viene sottratta la somma dei risultati in fascia rossa ed arancione.

In particolare, l'indicatore prende in considerazione la differenza tra il numero di indicatori con performance positiva (posizionati nelle prime due fasce interne) e il numero di indicatori con performance negativa (posizionati nelle prime due fasce esterne).

Tale differenza è successivamente rapportata al numero di indicatori presenti sul bersaglio.

L'obiettivo per tutte le aziende è il 50%.

## 1.6. Il processo di informatizzazione del sistema di valutazione

Le fonti dei dati sono il sistema informativo regionale, i bilanci delle aziende, le indagini realizzate direttamente dal Laboratorio MeS con le stesse metodologie in tutte le realtà aziendali per quanto concerne la valutazione interna ed esterna, e le elaborazioni dell'Agenzia Regionale di Sanità per quanto concerne la valutazione dello stato di salute della popolazione. Solo per gli indicatori "tasso di assenteismo" e "infortuni sui dipendenti", nell'ambito della valutazione interna, i dati sono forniti direttamente dalle aziende al Laboratorio Mes che ha provveduto ad elaborarli.

DIMENSIONI	FONTI
INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ( A )	ARS Toscana
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI ( B )	- Flussi ministeriali e regionali - Indagini MeS sugli utenti - Flussi aziendali
VALUTAZIONE SOCIO -SANITARIA ( C )	Flussi ministeriali e regionali
VALUTAZIONE ESTERNA ( D ) Campione da 300 a 600 utenti ad azienda	Indagini CATI svolte dal MeS: - sulla popolazione e utenti ADI - sugli utenti ricoverati - sulle partorienti - sugli utenti del PS
VALUTAZIONE INTERNA ( E ) Campione da 400 a 1300 dipendenti (dal 2008 intera popolazione)	- Indagine CAWI di clima organizzativo svolte dal MeS - Flussi aziendali
VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO -FINANZIARIA ( F )	- Flussi ministeriali e regionali - Bilanci aziendali

Fig. 16. Dimensioni e Fonti



I dati del sistema di valutazione per gli anni 2005 – 2006 – 2007–2008 sono accessibili alle aziende toscane mediante sul portale web <https://report.sssup.it><sup>7</sup> (Cerasuolo, Nuti 2008). Il principale beneficio riconosciuto dagli osservatori esterni consiste sia nella facilità di comprensione dei dati (indicatori di sintesi posizionati su fasce di colore concentriche) sia nella possibilità di effettuare confronti trasversali o "drill-down" analitici (es. ovvero confronti longitudinali, spaziali, approfondimenti vari). Non a caso l'architettura informatica del sistema di valutazione è oggi coperta da un brevetto nazionale (n. 0001358839, rilasciato il 10/04/2009), costituendo di fatto un'innovazione nel campo del management sanitario.

Ciascuna azienda può interrogare il sistema in qualsiasi momento ed ottenere il bersaglio "last" con i dati disponibili più aggiornati. I dati sono rappresentati sul bersaglio quando sono consolidati per il periodo di riferimento e quindi è possibile procedere alla loro valutazione e all'assegnazione del punteggio relativo. Se quindi nel corso dell'anno viene realizzata un'indagine sulla soddisfazione dell'utenza, questa è reperibile sul sito web appena conclusa e la valutazione che ne emerge compare in tempi rapidi sul bersaglio "last".

Gli indicatori relativi alla dimensione sanitaria sono calcolati trimestralmente, per fornire alle aziende e alla Regione un'indicazione sul loro andamento nel corso dell'anno, e sono presenti sul web ma, senza la valutazione in cinque fasce. Questa compare sul bersaglio solo quando i risultati sono consolidati a livello annuale, ossia durante l'anno successivo.

Questa modalità di accesso all'informazione ha permesso di ampliare molto la loro conoscenza e il loro utilizzo nelle aziende e tra i cittadini.

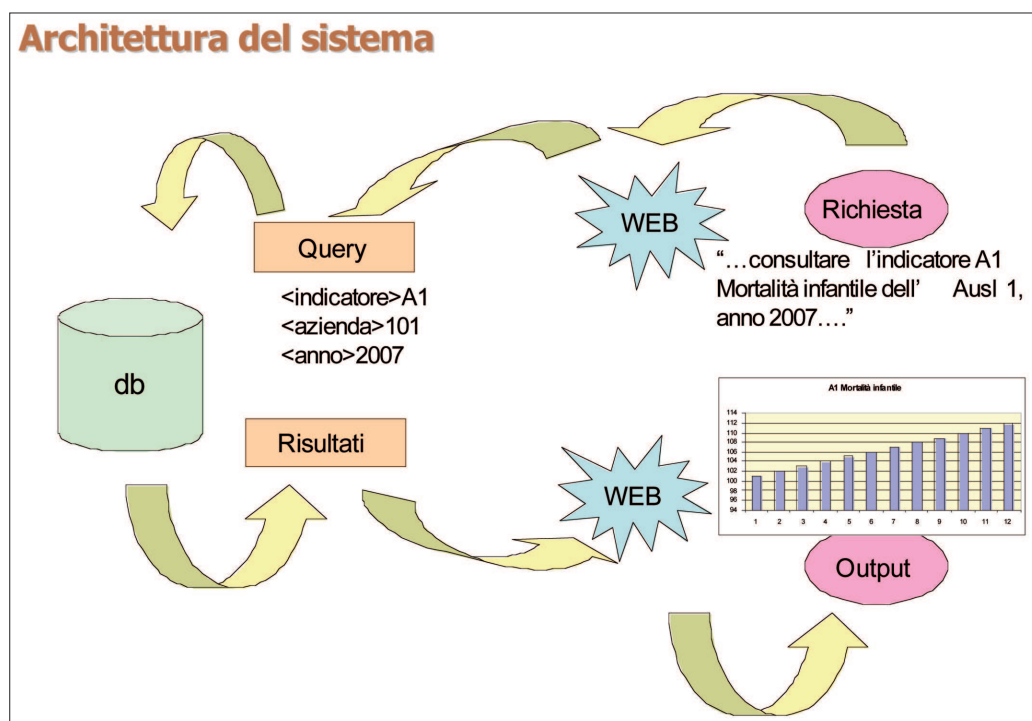


Fig. 17. Architettura informatica del sistema di valutazione

### 1.7. Il collegamento del sistema di valutazione con la pianificazione strategica regionale

Nel corso dell'anno 2007 la Regione Toscana ha avviato la predisposizione del nuovo Piano sanitario regionale 2008–2010 ed i risultati monitorati mediante il sistema di valutazione della performance hanno rappresentato uno strumento fondamentale, insieme alla relazione sanitaria predisposta dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana sullo stato di salute dei cittadini toscani per fare il punto sulla realtà della sanità toscana e sulle aree su cui puntare per migliorare i servizi erogati.

Al terzo anno di utilizzo del sistema di valutazione della performance, avendo conseguito un certo grado di solidità sia in termini di affidabilità delle metodologie adottate, sia in termini di pervasività del sistema negli ambiti di maggiore rilevanza gestionale, l'elaborazione del piano sanitario regionale ha rappresentato una tappa importante per valutare la capacità di questo strumento di valutazione integrato con la programmazione strategica di sistema. Questa integrazione è apparsa quanto mai necessaria sia per garantire l'allineamento delle scelte operative agli orientamenti strategici, sia per garantire la coerenza tra questi e il sistema di incentivi.

<sup>7</sup> Il sistema di valutazione si fonda su una piattaforma informatica originale ed innovativa la cui architettura è stata progettata e sviluppata "in-house" da Domenico Cerasuolo con tecnologie open-source.

Proprio in considerazione dei risultati raggiunti ed in coerenza con la filosofia di governo della Regione Toscana, nel nuovo PSR si confermano i valori di riferimento, in particolare quelli dell'uguaglianza, della umanizzazione, della salute intesa come diritto/dovere, della continuità, dell'equità e dell'accessibilità.

Il nuovo P.S.R. intende integrare i valori e i principi "storici" del sistema toscano con ulteriori elementi in grado di connotare con coerenza ed efficacia i nuovi bisogni, assumendo un valore di riferimento e di valutazione delle iniziative e dei programmi futuri<sup>8</sup>.

In questo senso sono assunti quali elementi guida della pianificazione strategica regionale i principi dell'appropriatezza e della qualità, della produttività e dell'iniziativa.

L' "Appropriatezza", ossia dare a ciascuno secondo il bisogno senza sprechi e senza carenze, senza consumi inutili e senza penuria di mezzi, utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie secondo il criterio della programmazione e dell'integrazione dei servizi, in linea con le più avanzate pratiche mediche e assistenziali, garantendo l'innovazione, a livello tecnologico ed organizzativo, e attuando il principio della rete e della specializzazione basata sulla casistica e sui differenti gradi di complessità.

La "Qualità", in modo da garantire in ogni punto del Servizio Sanitario e per tutte le prestazioni nelle sue componenti di accesso, di presa in carico, di percorso assistenziale, di relazione umanamente ricca tra operatori e pazienti. Si vuole attuare mediante il conseguimento del più alto livello di valorizzazione e miglioramento continuo delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione, garantendo con l'informazione e la comunicazione, un controllo continuo da parte del cittadino-utente.

L' "Iniziativa" ossia la proposta di una sanità che non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino ma, orienta l'attività verso chi "meno sa e meno può" e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.

L'iniziativa dei servizi rivolta prima di tutto ai più deboli riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero.

In questo senso si propone che il sistema ripensi, impiegando anche parte delle risorse che si sono liberate dall'implementazione dei processi di appropriatezza, qualità e produttività, i modelli d'intervento in modo che questi siano capaci di individuare chi ha più bisogno ed a questi sia dedicata particolare attenzione, superando il rischio di una distribuzione di "parti uguali tra disuguali".

Questi problemi richiamano il senso profondo del valore dell'eguaglianza nelle cure come fondamento del Servizio Sanitario Pubblico.

Il Piano si propone perciò di realizzare concretamente modelli d'intervento ed obiettivi di iniziativa che privilegino le categorie più deboli.

Questo passaggio viene considerato come la naturale e al tempo stesso "virtuosa" evoluzione del sistema sanitario toscano, che, dopo aver assolto alla garanzia del diritto alla cura, intende ora operare perché questo si realizzi pienamente anche in quelle fasce che, pur avendone bisogno, hanno una minore consapevolezza dell'offerta disponibile.

Questo aspetto, che va dall'utilizzo non uniforme degli screening oncologici e dei controlli in gravidanza, a quello della prevenzione delle carie nei bambini, dei programmi di educazione alimentare, richiede una nuova modulazione dell'organizzazione dei servizi, in grado di intercettare una domanda potenziale che non trova la capacità di esprimersi o di essere adeguatamente rilevata.

La "Produttività" intesa come il risultato della realizzazione nei servizi sanitari del più alto livello possibile di appropriatezza e qualità che in sanità è in molti casi portatrice di riduzione di costi. Questo concetto, spesso utilizzato nel mondo delle imprese private, si traduce in sanità come un dovere etico verso il cittadino che finanzia ed utilizza il servizio. Perciò è necessario contrastare, con senso di equilibrio e giustizia, gli sprechi, le inefficienze, le situazioni di lassismo.

In questa ottica il nuovo PSR intende proporre un'etica del lavoro nella Pubblica Amministrazione in generale e in Sanità in particolare, che valorizzi il rispetto nei confronti dei colleghi (ogni giorno di assenza non giustificato aumenta il carico di lavoro di chi lo sostituisce) e contrasti un'idea di inoperosità del pubblico, cui viene contrapposta una visione quasi miracolistica, in termini di efficienza, attribuita al privato.

Nel piano si prevede di raggiungere questo non solo oggettivando i risultati che già il sistema è in grado di produrre, ma anche ricercando un nuovo e più avanzato equilibrio tra garanzie dei diritti dei lavoratori, valorizzazione del senso di appartenenza, riconoscimento del merito dei singoli.

<sup>8</sup> Sul sito della Regione Toscana è disponibile la versione integrale del PSR.

Il Laboratorio Management e Sanità ha svolto nel 2007 un'indagine telefonica su 5.400 cittadini toscani. L'indagine si proponeva di consegnare alla valutazione pubblica i nuovi principi enunciati nella proposta di Piano.

Allo scopo di acquisire "interpretazioni, convinzioni, idee" sui temi ed obiettivi cruciali, sono state poste, a ciascun cittadino, queste domande:

- Pensando alla sanità, la parola INIZIATIVA cosa le fa venire in mente?
- Pesando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA QUALITÀ cosa le viene in mente?
- Pensando alla sanità, se le dico MIGLIORARE LA PRODUTTIVITÀ cosa le viene in mente?

Il sondaggio ha fornito preziose indicazioni; le persone intervistate non solo hanno tradotto e "pesato" i principi guida in aspettative esigibili, frutto di esperienze, valori, interessi che vorrebbero veder realizzati, ma hanno anche restituito un insieme di requisiti sui quali il Sistema stesso dovrà misurarsi e "rendere conto".

Il Cittadino:

- chiede accessibilità alle cure, trasparenza e tempestività di percorsi diagnostici terapeutici;
- esige attenzione come persona ed un rinnovato rapporto professionista – paziente;
- domanda una informazione maggiore sulle cause di fragilità e sulle qualità necessarie per mantenersi in salute;
- richiede al sistema una sostanziale efficienza nei comportamenti organizzativi evitando gli sprechi e la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Vuole, in sintesi, una nuova cultura delle responsabilità che, accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ponga le dimensioni dell'equità, della trasparenza, della correttezza in tutti gli aspetti della relazione e della gestione della salute.

Con questi presupposti, e con modalità integrate con l'elaborazione del PSR, è stata progettata la mappa strategica con l'individuazione dei macro processi da perseguire, degli obiettivi specifici e degli indicatori da utilizzare per guidare le aziende nel prossimo triennio.

Per poter monitorare la capacità del sistema sanitario toscano di perseguire gli obiettivi del PSR e di realizzare le azioni previste al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini garantendo la sostenibilità stessa del sistema, è stato individuato un set di indicatori di sintesi, in buona parte già presenti nel sistema di valutazione della performance, classificati in quattro macro tipologie (Fig. 18):

- I presupposti conoscitivi a supporto dei processi decisionali e di governo consapevole, ossia le informazioni di cui il sistema deve dotarsi nel triennio per orientare efficacemente le azioni che intraprende;
- gli Indicatori di processo per monitorare le "azioni", ossia le misure in grado di monitorare sia gli interventi di razionalizzazione sia le strategie di riorientamento e riqualificazione dei servizi erogati
- Indicatori di output per misurare i risultati di breve periodo, ossia i risultati attesi capaci di rappresentare l'efficacia delle strategie intraprese mediante il psr
- Indicatori outcome per misurare i risultati di medio- lungo periodo, ossia il consolidamento del risultato in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione

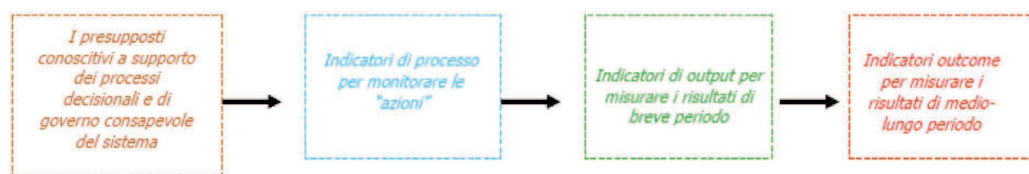


Fig. 18. Indicatori di sintesi per il raggiungimento degli obiettivi del PSR

Le sfide del nuovo PSR sono state quindi tradotte in termini di obiettivi con questa classificazione e illustrate in una mappa strategica descritta nella figura 19.

Tra i presupposti fondamentali poter disporre di un sistema informativo più ampio e ricco di informazioni per produrre quelle conoscenze ed evidenze nel sistema capaci di creare apprendimento e orientamento dell'azione. Grazie all'ampliamento delle informazioni raccolte, elaborate e restituite al sistema con le metodologie di benchmarking sarà possibile proseguire nelle azioni tese a migliorare la produttività delle risorse mediante una corretta allocazione delle risorse.

Senza quindi contare su risorse aggiuntive ma usando meglio ciò che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico, garantire un approccio più segmentato di risposta alla domanda che permetta di non fallire sui target a massima priorità dove cioè il bisogno sanitario si incrocia in termini di rilevanza con il bisogno socio economico.

In questi termini si inseriscono le azioni relative alla sanità di iniziativa e il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

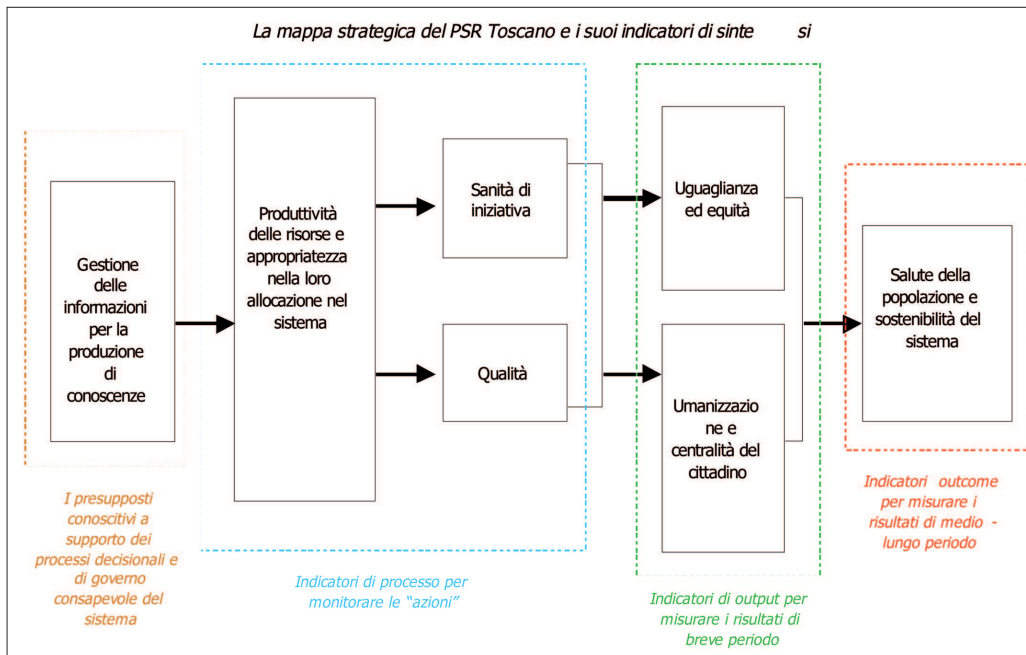


Fig. 19. La mappa strategica

Mediante gli indicatori di sintesi e gli obiettivi strategici si intende perseguire un miglioramento negli output, ossia una maggiore uguaglianza ed equità ma anche una focalizzazione in termini di risposta ai bisogni di umanizzazione dei servizi resi.

Come già accennato, in linea con le evidenze emerse dal sistema di valutazione della performance adottato in Toscana fin dal 2005, che dimostrano come la definizione di parametri di misurazione e obiettivi quantitativi siano fondamentali per dettare il passo del cambiamento nelle organizzazioni sociosanitarie, il PSR 2008-2010 quindi ha voluto integrare la valutazione nel processo complessivo di pianificazione per garantire maggiore efficacia all'azione del sistema.

In questo senso, sia nella mappa strategica, ma anche in molti punti del PSR si fa riferimento sistematico ad un sistema di misure che possa di volta in volta supportare il management nei processi decisionali, sia a livello aziendale, sia a livello di Società della Salute (SdS).

Questa impostazione viene ripresa e formalizzata nella revisione della legge regionale 40/2005, ovvero la legge regionale 60/2008, che nell'articolo 2 prevede la definizione stessa del termine valutazione, quale "il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati."

Negli articoli successivi si definiscono soggetti, obiettivi e livelli in cui si declina il processo di valutazione nel contesto sociosanitario regionale.

Nell'articolo 10 si afferma che alla Giunta Regionale spetta il compito di individuare "le procedure e le modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:

- a) i risultati complessivi delle aziende sanitarie e delle società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione;
- b) i risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;
- b bis) i risultati specifici raggiunti dalle società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale;
- c) la qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza".

Per quanto concerne l'oggetto della valutazione in molti passaggi della legge, laddove si affronta i temi della programmazione, viene sistematicamente aggiunto il complementare processo di verifica e valutazione dei risultati. Così l'articolo 18 e 19 affrontano gli strumenti di programmazione sociosanitaria a livello regionale ed il successivo articolo 20 definisce nello specifico gli strumenti di valutazione e monitoraggio, articolati nel livello regionale (rapporto annuali di monitoraggio e valutazione, nonché relazione sociale e sanitaria), a livello aziendale (relazione sanitaria aziendale) e a livello di SdS o Conferenza Zonale. Infine per quanto riguarda il soggetto preposto a predisporre l'elaborazione dei rapporti di valutazione e a seguire la definizione e l'elaborazione degli indicatori individuati dal sistema, l'articolo 20

bis indica che "nel quadro delle politiche di promozione della salute, al fine di definire gli strumenti e le procedure per la valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata e di individuare idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, dell'evoluzione dei fenomeni sociali, dello stato dei servizi, la Giunta regionale determina i rapporti di collaborazione, oltre che con l'Istituto per la Prevenzione Oncologica (ISPO) e con l'ARS, con istituti universitari con specifica esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato, delle attività di formazione avanzata e della misurazione e valutazione della "performance" del sistema sanitario e sociale integrato e dei soggetti che lo costituiscono".

Per il triennio 2008-2010 l'allegato 6 del PSR prevede che tale funzioni sia svolta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna. La scelta di affidare la conduzione del processo ad una università non è casuale: per garantire l'affidabilità, il rigore e la trasparenza del sistema è stato ritenuto fondamentale coinvolgere un soggetto terzo, pubblico, di livello universitario, che potesse condividere la finalità stessa dello strumento e farne una missione propria come un servizio reso al territorio in cui opera. La Scuola Superiore Sant'Anna, quale istituto universitario a statuto speciale, poteva garantire un approccio multidisciplinare, una consolidata esperienza nel campo di management sanitario, e una posizione esterna a tutte le aziende sanitarie toscane, non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nelle tre aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Firenze e Siena (Rossi E., 2007).

### 1.8. Prospettive future

Il sistema di valutazione della performance, di cui in questo rapporto si presentano i risultati a livello aziendale per l'anno 2008, prevede ulteriori ampliamenti. In primo luogo il confronto con altre Regioni che hanno aderito al sistema quali la Liguria, l'Umbria e il Piemonte, ma anche la possibilità di leggere e valutare i risultati con maggiore livello di dettaglio, ossia per zona distretto ma anche singola struttura di direzione complessa. In questo caso il set di indicatori da adottare è in fase di condivisione a livello regionale e prevederà un set multidimensionale di misure. Ciascuna struttura complessa sarà misurata a livello regionale considerando la valutazione degli utenti, dei dipendenti e grazie a un piccolo numero di indicatori, selezionati dal Consiglio Sanitario Regionale, di valutazione sulla qualità e appropriatezza clinica.

Questi risultati a confronto regionale elaborati per Struttura complessa saranno messi a disposizione di ciascuna Asl e Aou per poterli utilizzare nel proprio sistema interno di budget e di valutazione dei dirigenti.

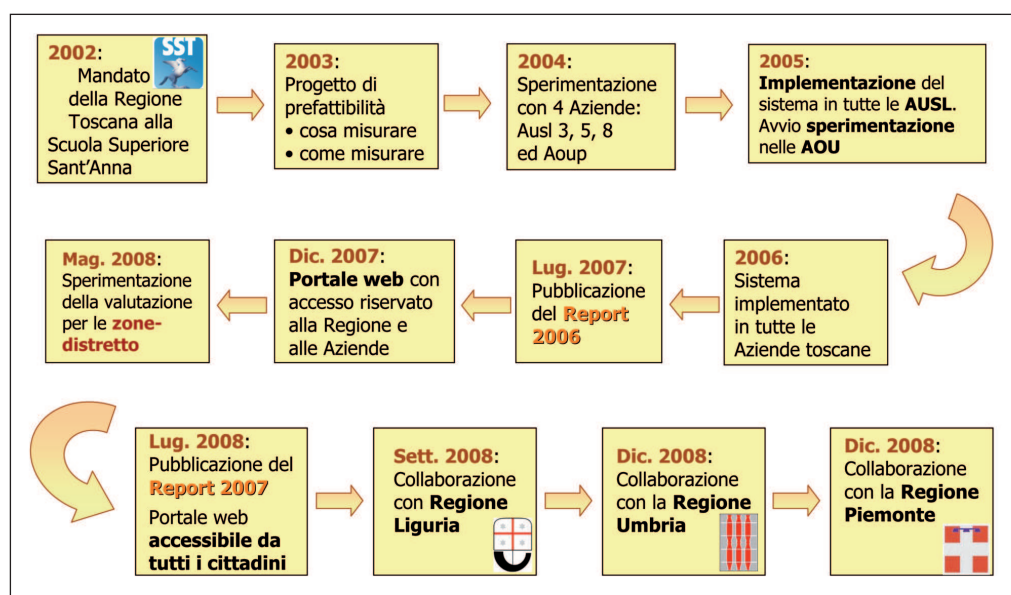


Fig. 20. Prospettive future: il network regionale

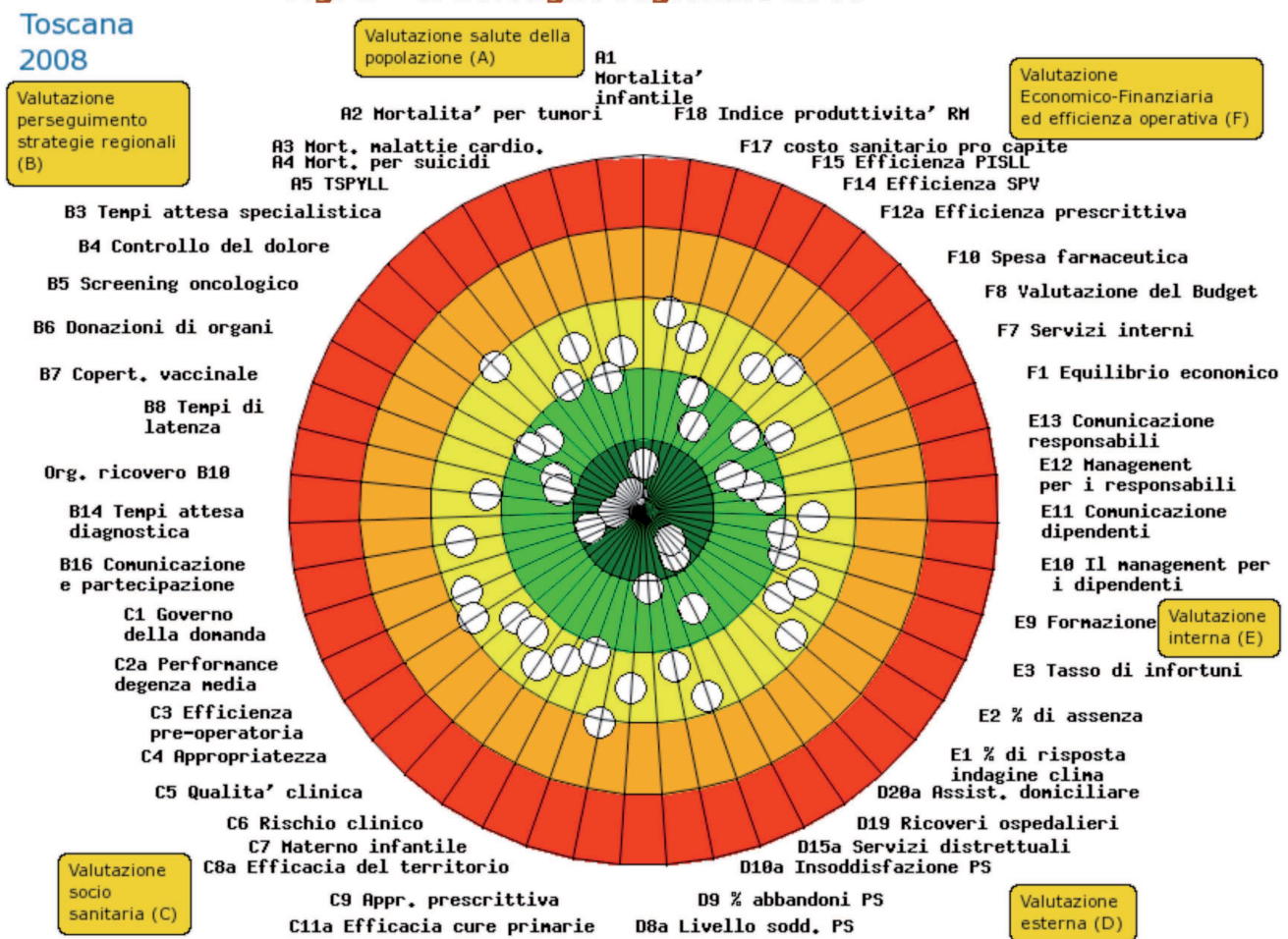


## 2. LA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO *di S. Nuti*

Il tema della performance delle amministrazioni pubbliche e dei sistemi da adottare per la loro misurazione e valutazione è argomento al centro del dibattito politico ed istituzionale. La Regione Toscana ha dato prova che questa misurazione può essere compiuta e può diventare distintiva tra chi si limita a "programmare" e chi verifica gli effettivi traguardi raggiunti, assumendosi le responsabilità sia positive che negative.

La performance complessiva della Regione Toscana del 2008 vede un netto miglioramento su buona parte degli indicatori monitorati. Questi risultati sono stati ottenuti grazie alla sempre maggiore pervasività del sistema. In quasi tutte le aziende infatti è stato completato il processo di integrazione del sistema di valutazione con il meccanismo di budget, in modo da permettere una partecipazione al processo di miglioramento dei servizi erogati più estesa possibile tra tutti gli operatori. In generale si assiste infatti ad un'ulteriore concentrazione di indicatori dalla fascia verde a verde scuro, nonché ad una riduzione della variabilità della performance tra le aziende.

**Fig. 1 – Il bersaglio regionale 2008**



Copyright Laboratorio Mes

Come appare dal bersaglio regionale, gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono 6 distribuiti su quattro dimensioni (salute della popolazione – relativa però agli anni 2004-2006, strategie regionali, valutazione socio-sanitaria e valutazione esterna). Riguardo alle strategie regionali si registra un complessivo miglioramento rispetto al 2007 con diversi indicatori in fascia verde: tempi di attesa sia per le 7 principali prestazioni ambulatoriali (B3) sia per la diagnostica strumentale (B14), seguiti poi in fascia verde dall'estensione di trasmissione dati al SIR (B8), dalla copertura vaccinale (B7), dall'estensione e adesione agli screening oncologici (B5), ed infine dalla donazione di organi (B6). Rispetto all'anno precedente nel 2008 compare in fascia verde scuro un indicatore della valutazione socio-sanitaria, ovvero la capacità di governo della domanda (C1 – essenzialmente per la performance positiva del tasso standardizzato di ospedalizzazione per residenti). Sono presenti anche molti indicatori della dimensione esterna, ossia relativa alla soddisfazione ed esperienza degli utenti, ovvero la soddisfazione per i ricoveri (D19) e per l'assistenza domiciliare (D20a), a

cui si aggiungono poi la soddisfazione per il pronto soccorso (D8a) ed i servizi distrettuali (D15) in fascia verde. Da questo punto di vista è opportuno segnalare una crescente partecipazione pubblica: per valutare i servizi erogati nel 2008 sono stati intervistati telefonicamente ben 31.000 cittadini toscani chiedendo loro un giudizio sul ricovero ospedaliero, il pronto soccorso, l'assistenza domiciliare, i servizi distrettuali. Una ricchezza di dati e informazioni unica in Italia che può aiutare non solo il top management aziendale ma tutti i dirigenti di struttura complessa a orientare il proprio lavoro a servizio dei cittadini.

Nel corso del 2008 i temi del clima organizzativo e dei processi di miglioramento della gestione delle risorse umane sono stati oggetto di ulteriore attenzione e lavoro condiviso nei percorsi formativi manageriali per i dirigenti di struttura complessa e della direzione aziendale, proprio per attivare strategie di cambiamento in questa area della performance assai critica e influente sui risultati complessivi. Ciò è testimoniato anche dalla presenza di diversi indicatori di valutazione interna nella fascia verde del bersaglio, ovvero: comunicazione ed informazione per i responsabili (E13), il management per i responsabili di struttura (E12), il management per i dipendenti (E10). In questo senso da segnalare il buon esito della prima esperienza di estensione dell'indagine di clima organizzativo a tutti i dipendenti del sistema sanitario che ha registrato una partecipazione veramente elevata pari al 45% del personale (oltre 21.000 persone): ciò è riscontrabile anche tramite l'indicatore E1 che passa dalla fascia arancione a quella gialla. Infine anche la valutazione economico-finanziaria presenta quattro indicatori in fascia verde: equilibrio economico-reddituale (F1), valutazione del budget (F8), efficienza ed efficacia nella SPV (F14), efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (F15).

Codice indicatore	Descrizione indicatore	Valutazione
B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali	4,70
B14	Tempi di attesa prestazioni diagnostica strumentale	4,58
D20a	Assistenza domiciliare	4,45
A1	Mortalità infantile	4,34
D19	Ricoveri ospedalieri	4,23
C1	Capacità di governo della domanda	4,22
D8a	Livello soddisfazione PS	3,90
B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR	3,79
B7	Copertura vaccinale	3,69
F1	Equilibrio economico - reddituale	3,68
F14	Efficienza ed efficacia nella SPV	3,62
E13	Comunicazione e informazione per i responsabili	3,46
D15a	Servizi distrettuali	3,44
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,34
E12	Il management per i responsabili di struttura	3,22
F8	Valutazione del Budget	3,22
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro	3,19
B6	Donazioni di organi	3,18
A3	Mortalità per malattie cardiocircolatorie	3,07
E10	Il management per dipendenti	3,01

Fig. 2. Indicatori con performance ottima e buona

Nella fascia intermedia permangono la maggior parte degli indicatori della dimensione di valutazione socio-sanitaria C, che pur registra nel 2008 un miglioramento rispetto al 2007, così come altri indicatori di valutazione interna e di valutazione economico-finanziaria che presentano oscillazioni positive o negative, rimanendo tuttavia all'interno del colore giallo; questo dipende anche dal fatto che in questa dimensione molti indicatori sono valutati sulla media regionale. La peggiore performance a livello regionale si riscontra nell'indicatore C9 relativo all'appropriatezza prescrittiva, a testimonianza della necessità di una continua attenzione sul governo farmaceutico, così come il controllo del dolore (B4) risulta in peggioramento rispetto al 2007. In sintesi nel 2008 si sono ridotte le rilevanti differenze aziendali nella valutazione socio sanitaria, anche se la variabilità ancora esistente dimostra la presenza di spazi di manovra organizzativi a livello aziendale.

Rapportando la performance degli indicatori oggetto di valutazione nel 2008 e confrontabili con il 2007, a livello regionale si registra un miglioramento della performance nella maggioranza dei casi, per alcuni indicatori in misura rilevante. In particolare, le aziende sanitarie territoriali sono riuscite a conseguire un miglioramento della performance nel 61,99% dei casi, mentre per le aziende ospedaliero-universitarie il miglioramento della performance è presente nel 57,41% dei casi. Rispetto all'anno precedente il differenziale tra aziende territoriali ed ospedaliero-universitarie si è ridotto (le prime nel 2007 avevano migliorato il 70% degli indicatori, le seconde il 53,85%). Da un lato il rallentamento

delle Aziende sanitarie locali appare in parte fisiologico, molto positivo risulta invece l'incremento della parte ospedaliero-universitaria.

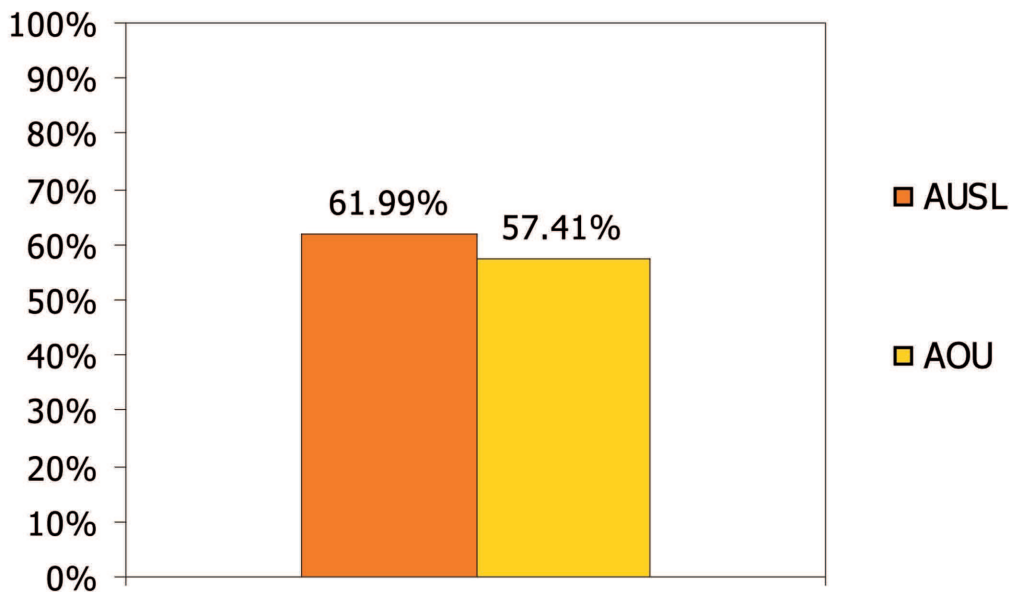


Fig. 3. Percentuale media di indicatori 2008 migliorati rispetto al 2007 per Ausl e Aou

La capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente è stata perseguita dalle aziende con modalità diverse e con differenti risultati nelle dimensioni monitorate. Nel grafico seguente si presenta la percentuale di indicatori sulla quale ciascuna azienda è riuscita a perseguire un risultato di miglioramento nel 2008 rispetto al 2007. Da sottolineare la capacità delle aziende territoriali di Empoli, Siena, Grosseto, Lucca, Pistoia, Massa-Carrara e Arezzo che hanno registrato un miglioramento su oltre il 60% degli indicatori. Tale dato va letto congiuntamente con la situazione di partenza dell'azienda. Alcune aziende, come ad esempio Pisa, Firenze, Viareggio ed Prato, pur registrando percentuali di miglioramento minori, contavano già su una performance positiva iniziale dell'anno precedente in molte dimensioni oggetto di monitoraggio. Nello specifico, le aziende di Empoli, Pisa e della Versilia presentano il più alto numero di indicatori in fascia verde e verde scuro (30 per le prime due e 27 per l'ultima) e rispettivamente 20, 14 e 17 best practices.

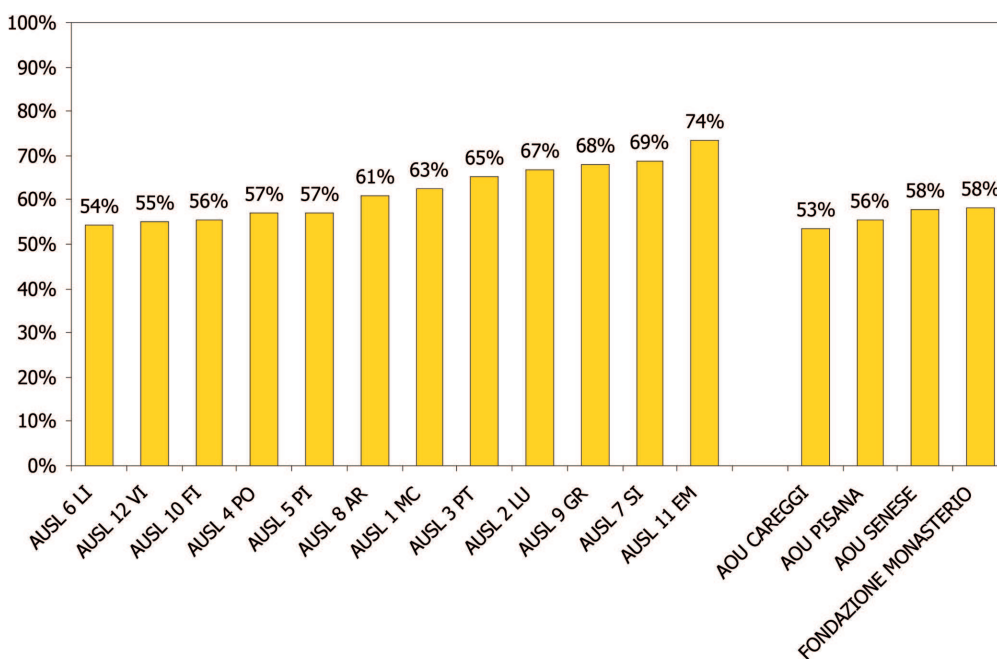


Fig. 4. Percentuale di indicatori 2008 migliorati rispetto al 2007

Il grafico successivo evidenzia l'andamento per tutti gli indicatori del bersaglio presenti sia nel 2007 che nel 2008. La colonna globale evidenzia il risultato in termini di valutazione da 0 a 5 ottenuto nel 2007, mentre la parte in viola mostra la differenza di punteggio tra il 2007 ed il 2008, che naturalmente può essere sia positiva che negativa. Come appare evidente dal grafico, il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quello in cui la performance è peggiorativa, e questo dimostra la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie al sistema di valutazione introdotto.

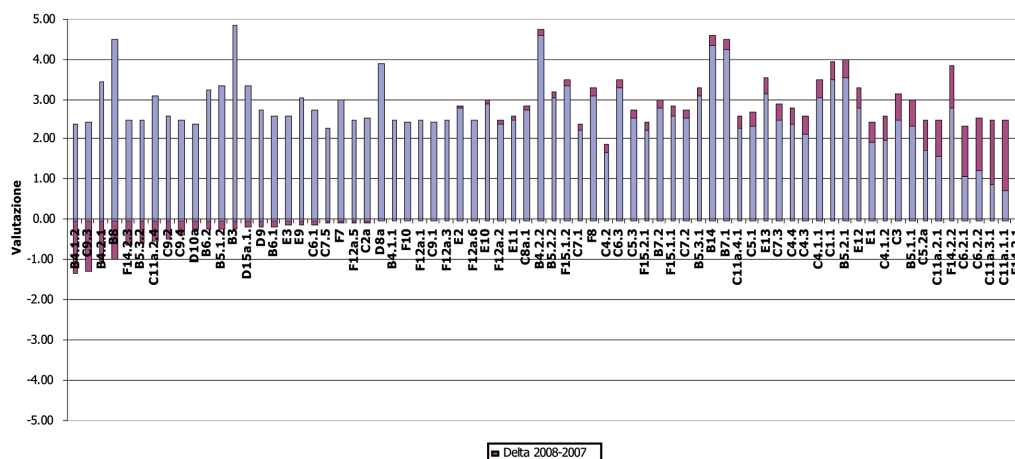


Fig. 5. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007, media regionale Ausl e Aou

Significativo è anche analizzare quali indicatori registrano tra le aziende un'elevata variabilità di risultato e quali, invece, hanno un allineamento regionale. Il grafico seguente mostra la deviazione standard di ciascun indicatore.

È ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa variazione sia frutto delle strategie o caratteristiche proprie del sistema sanitario, mentre quella con alta variabilità sia determinata maggiormente dalle scelte del management aziendale e di assetto organizzativo locale. I risultati ad alta variabilità dipendono molto dalla organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti.

Per quanto riguarda gli indicatori oggetto di incentivazione specifica per le direzioni generali delle aziende sanitarie nel 2008, in base ai dati al momento disponibili è stato possibile effettuare il calcolo del grado di raggiungimento su molti degli obiettivi stabiliti distinguendo tra Aziende territoriali ed ospedaliere-universitarie. Le prime, a livello medio

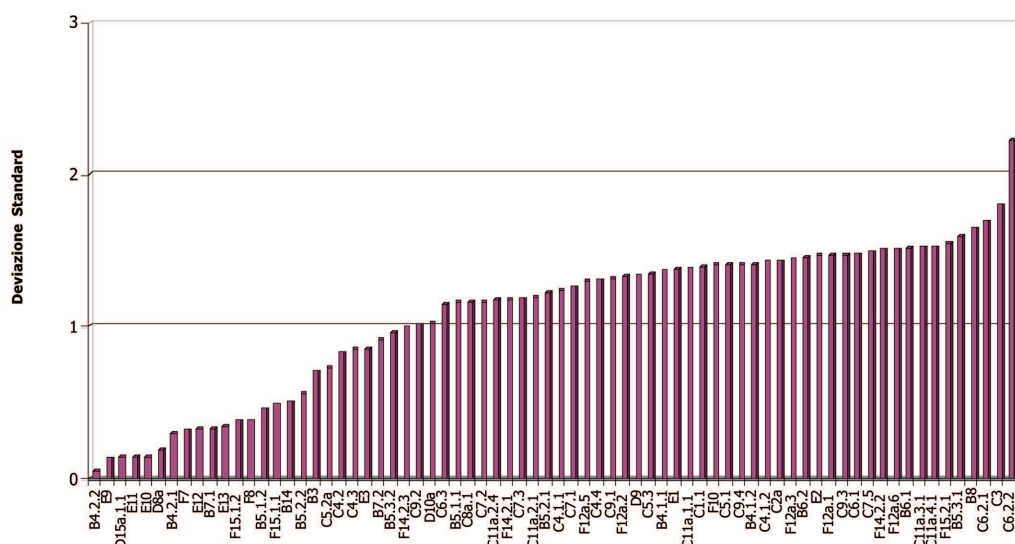


Fig. 6. Deviazione standard dei Punteggi 2008

regionale, hanno raggiunto il 70% degli incentivi previsti (49 punti su 70), con quattro dimensioni superiori al 50% (valutazione interna, valutazione socio-sanitaria, strategie regionali e valutazione esterna) e solo uno inferiore al 50% (efficienza economica). Le seconde, sempre a livello medio regionale, hanno raggiunto il 50% degli incentivi previsti (37 punti su 73), con tre dimensioni superiori al 50% (strategie regionali, valutazione interna e valutazione esterna) e due inferiori al 50% (valutazione socio-sanitaria e efficienza economica).

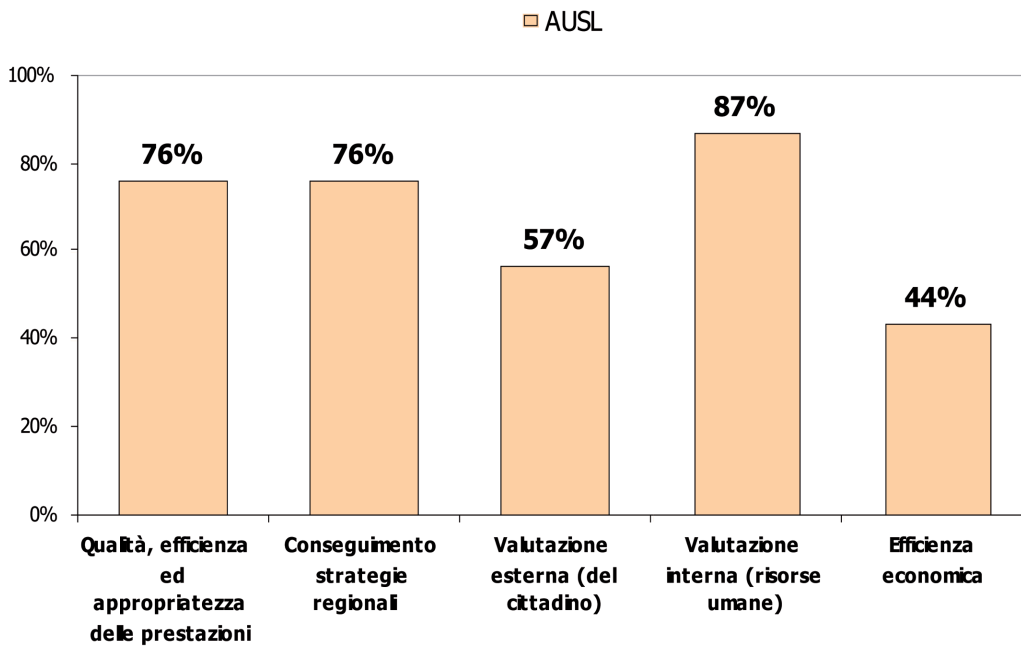


Fig. 7. Incentivazione DG 2008: primi risultati AUSL

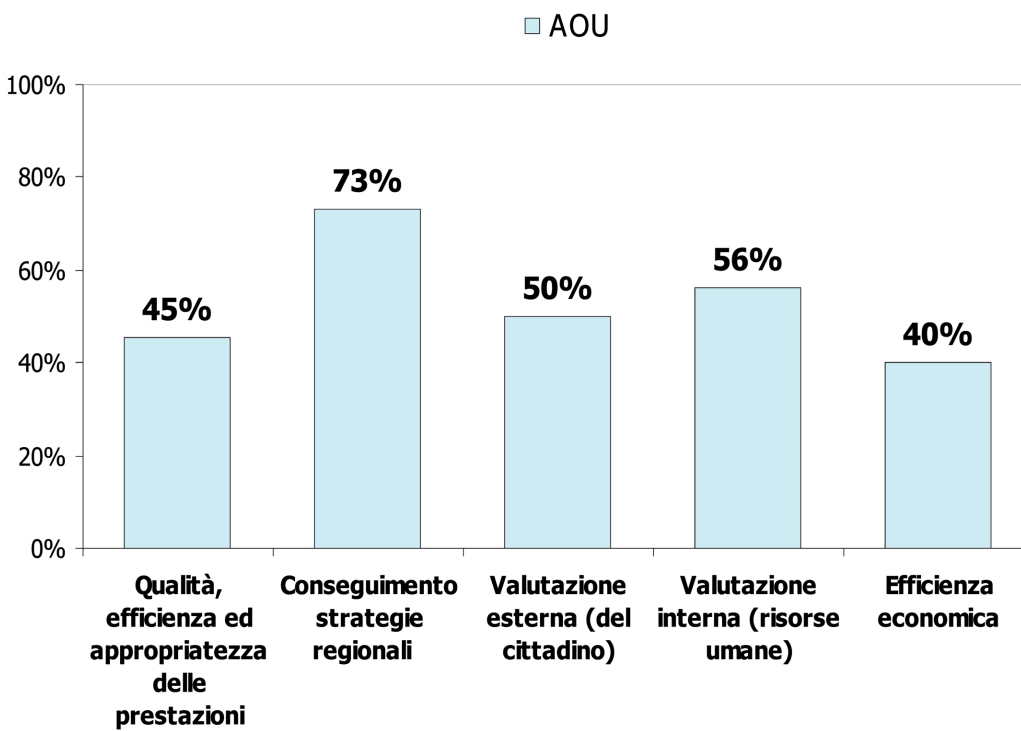


Fig. 8. Incentivazione DG 2008: primi risultati AOU



### 3. LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO

di C. Donati, N. Persiani, L. Giorgetti, G. Polvani, P. Nocentini

Con la definizione dell' accordo Stato-Regioni del 08/08/2001, il metodo e gli scopi della misurazione della spesa sanitaria delle Regioni da parte dello Stato sono stati profondamente modificati. Con tale accordo infatti lo Stato da una parte ha dato certezza al livello di finanziamento necessario per garantire i livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese, dall'altra ha attribuito alle Regioni piena "autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità" e piena responsabilità sui fondi assegnati. Per contro è stato stabilito che alla certezza e piena responsabilità delle risorse del Fondo dovesse corrispondere l'impegno delle stesse ad adottare misure di programmazione e garantire risultati in equilibrio. Tali risultati sono periodicamente sottoposti alla verifica di un "Tavolo di monitoraggio" cui partecipano rappresentanti di Ministeri dell'Economia, della Salute e rappresentanti delle Regioni e che verifica l'adempimento o meno della singola Regione rispetto alle regole individuate dalla normativa. In base all'attuale normativa qualora un sistema regionale si trovi in stato di disavanzo e si dimostri non in grado di garantire con le risorse attribuite, i livelli di essenziali di assistenza, esso sarà costretto ad applicare immediate misure di riduzione della spesa (il c.d. Piano di Rientro) nonché misure di rifinanziamento del deficit tramite l'innalzamento delle aliquote di imposta o l'applicazione di maggiori ticket. A questo contesto complessivo occorre allora fare riferimento per valutare lo stato di salute dei conti sanitari regionali. La strutturazione di un sistema di monitoraggio della spesa su base nazionale, correlato alla piena autonomia regionale nell'organizzazione dei sistemi aziendali, comporta infatti una duplice livello di analisi e valutazione. Una prima valutazione viene effettuata a livello regionale. Tale valutazione è operata dal Tavolo di monitoraggio del Ministero tramite una procedura che, pur partendo dai dati dei bilanci aziendali, rielabora i valori ed i risultati in esso rappresentati e li consolida nel bilancio dello Stato. Responsabilità della Regione è, in questo caso, garantire l'equilibrio nella gestione della spesa e correttezza nella rendicontazione dei dati. Conseguenza di una errata gestione delle risorse, come anticipato, è l'inasprimento fiscale a livello locale, l'obbligo di intervento sulla spesa regionale ed una serie di sanzioni accessorie che possono portare fino al commissariamento. Una seconda valutazione che è quella effettuata sui bilanci delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Tale valutazione avviene in base ai dati esposti nei bilanci delle aziende e misura il livello di efficienza, efficacia ed economicità della gestione. Responsabilità di tale controllo è della Regione. Ai fini del monitoraggio sui conti pubblici effettuato dai Ministeri dell'Economia e della Salute, il risultato complessivo del SSRT, è determinato quale differenza tra il fondo sanitario nazionale assegnato alla Regione per l'anno di competenza, cui sono aggiunte le eventuali quote di entrata specifica regionale e le entrate aziendali, con i costi aziendali e con quelli direttamente sostenuti dalla Regione per le spese sanitarie. Nella seguente tabella sono evidenziate le risorse a disposizione della Regione Toscana per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2008 espresse in milioni di euro.

	2004	2005	2006	2007	2008
Risorse statali indistinte	5.012	5.559	5.695	5.918	6.179
Risorse statali a destinazione vincolata e contributi diversi	153	118	95	103	95
Economie esercizi precedenti			12		
Entrate aziendali	484	447	532	778	622
Plusvalenze da alienazioni realizzate	15	3	10	21	19
<b>ENTRATA</b>	<b>5.664</b>	<b>6.127</b>	<b>6.344</b>	<b>6.820</b>	<b>6.915</b>

Tab. 1. Le risorse a disposizione della Regione Toscana per la gestione del servizio sanitario regionale, anni 2004-2008

Tale situazione gestionale viene rendicontata periodicamente tramite i modelli CE trimestrali al tavolo di monitoraggio, che, esclude però dalla valutazione tutti i costi e i ricavi di natura non monetaria, quindi tutti gli ammortamenti e accantonamenti e le relative sterilizzazioni, secondo la logica della contabilità finanziaria che regola il meccanismo di consolidamento dei conti nazionali e il controllo della spesa pubblica esprimendo, per il 2008 (IV trimestre), il seguente risultato:

<b>Regione Toscana</b>
Risultato di Gestione al Tavolo di Monitoraggio IV trimestre 2008
<b>+ 7,399 Milioni</b>

Tab. 2. Risultato al Tavolo di Monitoraggio 2008

Se ne deduce, per il settimo o anno consecutivo, un giudizio pienamente positivo della gestione di tali risorse da parte del sistema regionale. La Regione Toscana infatti è una delle poche regioni italiane a non aver mai introdotto tasse addizionali pur avendo garantito pienamente i livelli di assistenza. Il sistema risulta solidamente in equilibrio garantendo addirittura economie che possono essere reinvestite nel sistema o accantonate per gli anni futuri. Il risultato del Servizio Sanitario Regionale pur essendo, come visto, distinto dal risultato delle singole aziende, trova nello stesso la sua compo-

nente principale. In particolare la garanzia di un buon risultato al termine dell'anno può essere garantito solo dal corretto monitoraggio della spesa nei singoli bilanci. Per tale ragione la Regione Toscana ha avviato un percorso di studio delle norme contabili regionali recependo anche nei bilanci delle aziende del Servizio Sanitario Regionale i principi contabili nazionali e costruendo principi contabili regionali che li adattassero alla realtà sanitaria. Con tale sistema si è cercato di imporre la rilevazione di costi e ricavi secondo principi di prudenza, certezza e determinabilità delle poste. Sono in particolare oggetto del controllo da parte della regione e del tavolo di Monitoraggio Nazionale tre specifiche voci:

- **Il risultato di esercizio aziendale**, ovvero l'utile o la perdita rappresentato nel bilancio e nella rendicontazione alla regione (il c.d. modello CE) dalle aziende. Tale risultato contribuisce alla definizione del risultato regionale in maniera determinante in quanto attraverso le aziende è gestita la parte principale delle risorse;
- **I costi di ammortamento**, ovvero la misurazione del consumo delle risorse patrimoniali. Tale valore è escluso dal sistema di monitoraggio nazionale in quanto il rinnovo del patrimonio è legato alla dinamica di specifici finanziamenti in conto capitale.
- **I costi capitalizzati**, per la ragione precedente anche questi valori positivi sono esclusi dal valore del risultato aziendale per depurarlo dalle componenti patrimoniali in esso contenute nonché dalla dinamiche del processo contabile detto di sterilizzazione. Nella tabella che segue è rappresentato il risultato, come sopra determinato, prodotto dal Servizio Sanitario Regionale per gli anni 2004-2008 (Iv trimestre). **Tale risultato, è estremamente positivo ed in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti soprattutto considerando gli ammortamenti non sterilizzati dalle aziende, ed evidenzia la capacità del sistema di rafforzare, tramite il processo di autofinanziamento, la propria struttura patrimoniale.** Appare comunque utile osservare anche la tabella successiva che presenta gli utili e perdite complessivi delle aziende. In questo caso il sistema presenta una perdita complessiva di € 20 milioni, assolutamente esigua rispetto al volume di risorse trattate dal Servizio Sanitario Regionale, e che considerando quanto sopra riportato, non necessita di ulteriori rifinanziamenti da parte della Regione. Data la natura patrimoniale delle perdite espresse nei bilanci (ovvero scaturente dalla dinamica degli ammortamenti non sterilizzati), questa copertura si realizza di fatto con la ricapitalizzazione delle aziende ovvero come destinazione di risorse che sta avvenendo, sotto forma di specifici contributi vincolati all'acquisizione di nuove tecnologie ed al potenziamento delle strutture patrimoniali aziendali.

	2004	2005	2006	2007	2008 *
RISULTATO di esercizio ( Aziende Sanitarie)	-54	-83	-106	-29	-20

Tab. 3. Risultanti di esercizio Aziende Sanitarie

\* In questo caso, il risultato riguarda la pura somma algebrica dei valori dei risultati di esercizio delle Aziende Sanitarie

### 3.1. Il Piano degli Investimenti 2008/2010

Nel corso del 2008 è stato predisposto un piano regionale degli investimenti sanitari per il triennio 2008/2010 che prevede investimenti per oltre 2,5 mld € nel triennio di cui circa 1,6 mld € per nuovi interventi e circa 0,9 mld € per completamento di interventi in corso. Tali risorse sono temporalmente ripartite in circa 420 mln € per il 2008 e circa 600 mln € per ogni annualità 2009 e 2010. A tali somme si aggiungeranno oltre 900 mln € previsti oltre il 2010 per portare a compimento tutti gli interventi previsti. Nel dettaglio per l'annualità 2008 era prevista, in fase di programmazione una spesa complessiva di € 417.959.741,91. In base al monitoraggio effettuato dagli uffici regionali al 31/12/2008 risultano spesi € 322.197.795,54 pari a circa il 77% del previsto. La minore spesa è causata dal ritardo con cui si sono rese disponibili le risorse finanziarie, in particolare la firma dell'Accordo di Programma Stato-Regione Toscana per il riparto delle risorse previste dalla Finanziaria 2007 che ha comportato lo slittamento di alcuni interventi per la mancanza di parte della copertura finanziaria. Comunque, in base ad una proiezione svolta dagli uffici regionali sui dati comunicati da parte delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliero-universitarie e considerato che lo slittamento temporale del programma riguarda soltanto il 12% degli interventi previsti, il ritardo dovrebbe essere riassorbito nel corso del 2009 e 2010 per arrivare alla fine del triennio al raggiungimento degli obiettivi per oltre il 95%.

Di seguito si riportano, per ogni azienda, le risorse spese nel 2008 per investimenti.



	<b>Spesa effettiva annualità 2008 per investimenti</b>
USL 1 Massa e Carrara	€ 12.891.434,29
USL 2 Lucca	€ 12.863.614,95
USL 3 Pistoia	€ 11.029.997,23
USL 4 Prato	€ 18.050.135,31
USL 5 Pisa	€ 18.837.470,50
USL 6 Livorno	€ 32.593.793,52
USL 7 Siena	€ 7.098.000,00
USL 8 Arezzo	€ 11.283.960,31
USL 9 Grosseto	€ 13.931.115,92
USL 10 Firenze	€ 62.283.899,50
USL 11 Empoli	€ 36.379.990,77
USL 12 Viareggio	€ 7.131.547,74
AOU Careggi	€ 33.657.998,00
AOU Meyer	€ 10.294.031,38
AOU Pisana	€ 31.242.716,47
AOU Senese	€ 2.628.089,65

Tab. 4. Il piano degli investimenti 2008

### 3.2. La costruzione di nuovi ospedali

- Attraverso il progetto denominato "Nuovi Ospedali", localizzati a Massa, Lucca, Pistoia e Prato, la Regione intende realizzare la radicale sostituzione dei presidi portanti della rete ospedaliera con interventi innovativi. Il principale sostegno finanziario del progetto deriva da risorse statali, cui si aggiungono risorse derivanti dalla dismissione programmata delle strutture ospedaliere esistenti da parte delle Aziende interessate, e da strumenti di finanza di progetto. Per la realizzazione del progetto è stato firmato uno specifico Accordo di Programma tra Regione Toscana, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze, che regola le modalità di finanziamento e di attivazione dell'intervento. La gestione del progetto è stata affidata al SIOR (Sistema Integrato Ospedaliero Regionale), un'associazione di coordinamento tra le Aziende Sanitarie interessate delegata allo svolgimento di tutte le attività funzionali alla aggiudicazione dell'appalto.
- L'iter ha avuto inizio nel Novembre 2005, momento in cui sono stati sottoscritti dagli Enti interessati, i 4 Accordi di Programma finalizzati alla realizzazione delle opere infrastrutturali connesse ai nuovi presidi ospedalieri. Nel mese di dicembre 2005 il SIOR ha provveduto alla approvazione del Progetto Preliminare, da mettere in gara secondo la procedura del project financing ex art. 34 quater Legge 109/94 e s.m.i., ed all'aggiornamento del quadro economico; mentre la Regione ha inoltrato al Min. della Salute la prevista istanza per l'assegnazione definitiva del finanziamento. In data 31/01/2006 il Ministero della Salute, con proprio decreto dirigenziale, ha ammesso a finanziamento l'intervento denominato "Progetto Nuovi Ospedali", a valere sull'Accordo di Programma del 27/05/2004, per un importo complessivo pari ad Euro 162.182.367,23. In data 07/04/2006 il SIOR ha provveduto a pubblicare sulla GUCE il bando di gara di licitazione privata. Nel mese di Luglio 2007 la procedura di scelta del contraente si è conclusa con l'aggiudicazione provvisoria da parte del SIOR, mentre l'aggiudicazione definitiva è intervenuta nel settembre 2007. Il 19 novembre 2007 è stata sottoscritta la convenzione tra le quattro Aziende USL interessate ed il Concessionario RTI Astaldi, per la realizzazione dei 4 ospedali e la gestione dei servizi non sanitari e dei servizi commerciali previsti. Nel mese di maggio 2008 è stato approvato dalla Conferenza dei Servizi indetta dal Comune di Massa il Progetto definitivo relativo al Nuovo ospedale delle Apuane. Nel successivo mese di Luglio, sono stati approvati dalle rispettive Conferenze Servizi i progetti degli altri 3 nuovi ospedali. Sono quindi immediatamente iniziate le procedure relative alla acquisizione delle aree tramite espropriazione per pubblica utilità, che consentiranno la conclusione della consegna dei terreni interessati al concessionario, nel mese di Luglio 2009. Nel contempo sono continuate le attività per la definizione del Progetto esecutivo dei 4 ospedali, che dovrebbe essere consegnato alle Aziende USL entro il mese di Luglio 2009. A seguire sarà attivata la procedura di validazione.

<b>PROGETTO NUOVI OSPEDALI</b>	<b>Fabbisogno finanziario complessivo</b>	<b>Risorse statali</b>	<b>Valori beni dimessi/ dismissibili e altre risorse</b>
Totale	422	169	253

Tab. 5. Quadro Finanziario Riassuntivo relativo ai Nuovi Ospedali (Milioni €)

#### 4. LA VALUTAZIONE 2008 DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE *di S. Nuti*

Nei paragrafi successivi si illustra sinteticamente la performance conseguita in ogni realtà aziendale del sistema nel 2008.

I risultati di ciascuna azienda sono stati analizzati e discussi in corso d'anno durante gli incontri periodici tra l'Assessorato Regionale e le Direzioni Aziendali relativi alla programmazione e al controllo della gestione aziendale. Il management ha predisposto un piano di miglioramento con azioni specifiche per incidere su quegli indicatori con performance scarsa o molto scarsa al fine di ottenere più risultati nelle fasce verdi del bersaglio.

E' da sottolineare che la valutazione è relativa al 2008, ad eccezione di quegli indicatori i cui dati, al momento della predisposizione del seguente report, non erano ancora disponibili.

In particolare gli indici relativi alla gestione patrimoniale si riferiscono al 2007 (indicatore F3), mentre gli indicatori relativi alla salute della popolazione (indicatori A1, A2, A3 e A4) fanno riferimento al triennio 2004-2006.

Infine, i bersagli relativi alle Aziende Sanitarie Territoriali e quelli delle Aziende Ospedaliero-Universitarie sono in parte differenti, perché diversa è la missione che questi soggetti perseguono nel sistema sanitario. In particolare, per le prime sono oggetto di monitoraggio molti indicatori relativi alle azioni intraprese sul territorio, mentre le seconde sono valutate nello specifico sulla capacità di svolgere attività clinico-sanitaria di elevata complessità e sulla capacità di produrre ricerca.

#### 4.1. La performance dell'Ausl 1 di Massa Carrara

L'azienda Ausl 1 di Massa Carrara è riuscita a perseguire un risultato di miglioramento rispetto al 2007 su un buon numero tra gli indicatori monitorati, dimostrando capacità di cambiamento e miglioramento. Nel sistema di valutazione del 2008, in ben 12 casi, illustrati nella tabella seguente, questa Asl presenta il miglior risultato regionale. Nel 2008 il bersaglio dell'azienda Asl 1 di Massa Carrara presenta 16 risultati in fascia verde e 6 in fascia verde scuro, rispetto ai 9 in fascia gialla, 9 in fascia arancione e 7 in fascia rossa. Il miglioramento si registra rispetto al 2007 in buona parte degli indicatori monitorati anche se vi sono ancora delle criticità. L'Ausl presenta inoltre 12 best practices a livello regionale.

Per quanto riguarda la capacità di perseguire le strategie regionali ottima è la performance sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche. Si registra invece un lieve peggioramento nelle politiche per facilitare il controllo del dolore. Risulta infatti diminuita l'erogazione di farmaci oppioidi nel 2008 rispetto all'anno precedente mentre su questo aspetto risultano completamente soddisfatti gli utenti dei servizi di ricovero ospedaliero. Pur con un miglioramento rispetto al 2007, ancora critica risulta la capacità aziendale di inviare in Regione i flussi completi e tempestivi (indicatore B8 tempi di latenza).

Relativamente all'area di valutazione della performance socio-sanitaria critico è ancora il tasso di ospedalizzazione superiore alla media regionale ma certamente vi è stato un rilevante miglioramento rispetto al 2007: infatti il tasso è sceso di ben 7 punti, da 179 ricoveri per mille abitanti a 172. Conseguentemente sono stati ridotti i ricoveri potenzialmente inappropriati come si osserva dall'indicatore C4 nelle sue diverse componenti in cui, pur ottenendo ancora una performance critica rispetto alla media regionale si registra un sostanziale miglioramento rispetto al 2007.

In termini di efficienza nell'ambito dei servizi di ricovero ospedaliero positiva è la performance di questa azienda che registra circa 0,5 giornate di degenza in meno per ricovero rispetto alla media regionale (indicatore C2).

Per quanto riguarda la qualità ottimo è il risultato rispetto alla capacità di realizzare prostatectomie in via transuretrale e nettamente migliorata la capacità di operare le fratture di femore entro due giorni, passata da una percentuale pari al 51 al 54%. Ancora critico il numero di rricoveri entro trenta giorni per la stessa MDC.

Buono il risultato sul percorso materno infantile che si attesta in fascia verde così come l'efficacia delle cure territoriali. Più critica la capacità di gestire sul territorio le patologie croniche, dove, malgrado il netto miglioramento rispetto al 2007, questa Asl risulta ancora sotto la media regionale.

Positivi sono i giudizi degli utenti sui servizi ricevuti, soprattutto relativamente al ricovero ospedaliero dove la Asl Massa Carrara risulta su molti aspetti superiore alla media regionale e con una performance migliore rispetto al 2006.

Più critica la situazione di clima interno: migliorabile la percentuale di assenza che risulta la più alta tra le Asl regionali (7,53 al netto delle gravidanze), pur se registra un miglioramento rispetto all'anno precedente (8,28).

**Ausl 1 MC  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali  
(B)

Valutazione salute della  
popolazione (A)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

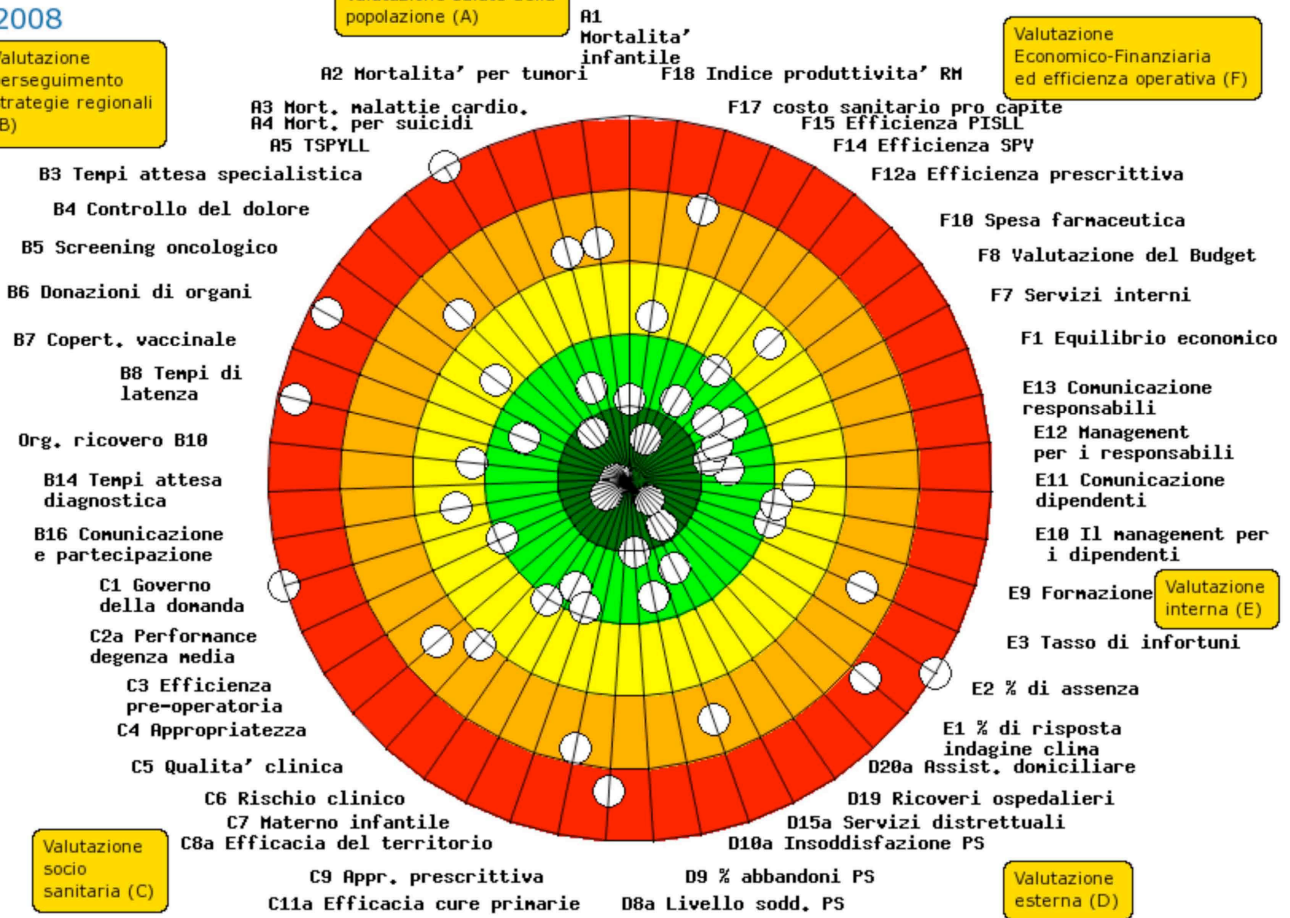


Fig. 1. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 1 MC

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
D20a	Assistenza domiciliare
F12a.2	Statine: % molecole a brevetto scaduto
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico

Fig. 2. Best Practices della'Ausl 1 MC

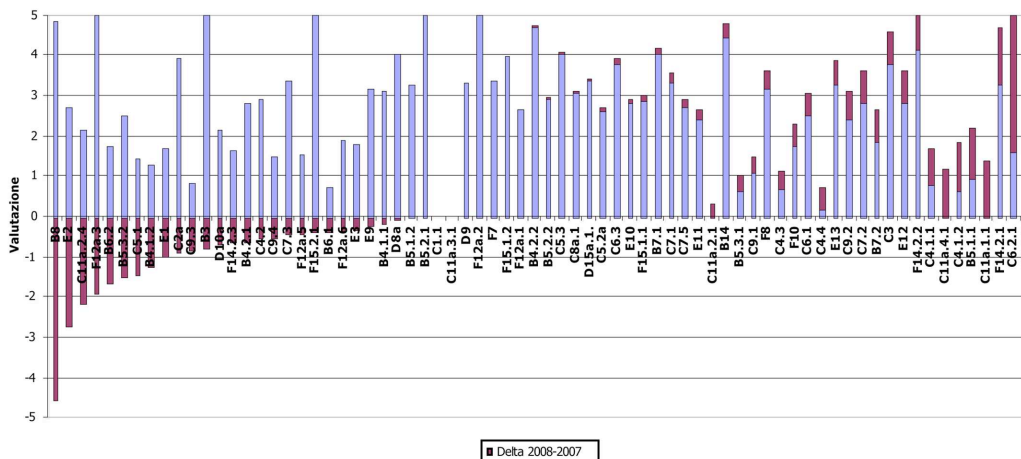


Fig. 3 Punteggi 2007, e  
variazione 2008-2007  
dell'Ausl 1 MC

## 4.2. La performance dell'Ausl 2 di Lucca

La performance della Ausl 2 di Lucca nel 2008 appare complessivamente buona, registrando 25 indicatori nelle fasce migliori: 14 indicatori sono in quella verde e 11 in quella verde scuro su un totale di 47 monitorati; in fascia gialla ne sono rilevati 12, 8 in quella arancione e solo 2 nella rossa. Significativo il numero di best practice della Als 2 di Lucca a livello regionale, ben 20.

Per quanto riguarda la capacità di perseguire le strategie regionali la Asl di Lucca registra performance buone e in alcuni casi ottime, come nel caso della copertura vaccinale antiinfluenzale per gli anziani in cui registra il miglior risultato a livello regionale. Per quanto concerne gli screening oncologici la performance potrebbe essere ulteriormente migliorata, ma certamente questa Asl è stata in grado di migliorare significativamente l'adesione, soprattutto negli screening colon retto e cervice uterina, che sono passati nel primo caso dal 32 al 46,7% della popolazione invitata a partecipare, e nel secondo caso dal 45,2 al 50,8%.

Ancora critici i tempi di latenza, ossia la capacità di invio tempestivo dei dati in Regione.

Per quanto concerne la valutazione sanitaria l'Asl 2 di Lucca registra una buona performance su tutti gli indicatori di appropriatezza e sulla gestione delle patologie croniche, ad eccezione del tasso di ospedalizzazione per BPCO. Rimane critico l'indice di performance della degenza media (C2a), ossia la degenza media risulta in media più lunga rispetto alla media regionale.

Ancora elevata la percentuale di parti cesarei, anche se si registra un miglioramento rispetto al 2007: infatti la percentuale, calcolata sui parti non complicati, passa dal 26 al 24.

Per quanto riguarda la qualità clinica si registra una best practice regionale nella percentuale di prostatectomie transuretrali, migliorabile la percentuale di interventi di frattura sia sul femore che sull'anca entro due giorni, anche se, in questi indicatori, si registra un sostanziale miglioramento rispetto al 2007, di quasi 10 punti percentuali.

Migliorabile risulta l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, dove la Asl 2 di Lucca risulta complessivamente in fascia arancione.

I cittadini dichiarano elevati i livelli di soddisfazione in tutti i servizi monitorati dalle indagini realizzate dal MeS. In particolare si registra un miglioramento su tutti gli indicatori di questa dimensione. Per quanto concerne il Pronto Soccorso gli utenti valutano quale aspetto di migliore qualità del servizio ricevuto l'assistenza infermieristica, mentre reputano il punto di debolezza il comfort della sala d'attesa. Per quanto concerne i ricoveri ordinari ottima la performance relativamente alla capacità di comunicazione con i familiari, soprattutto nella fase di dimissione dal ricovero, mentre migliorabile risulta la tempestività di risposta che gli infermieri possono dare alla chiamata dell'utente con il campanello.

Ottima appare la valutazione data dai dipendenti relativamente al clima organizzativo interno aziendale, ma si registra ancora un tasso di assenza estremamente elevato, pur se è stato ottenuto un miglioramento di oltre 1 punto percentuale rispetto al 2007 che era l'obiettivo assegnato.

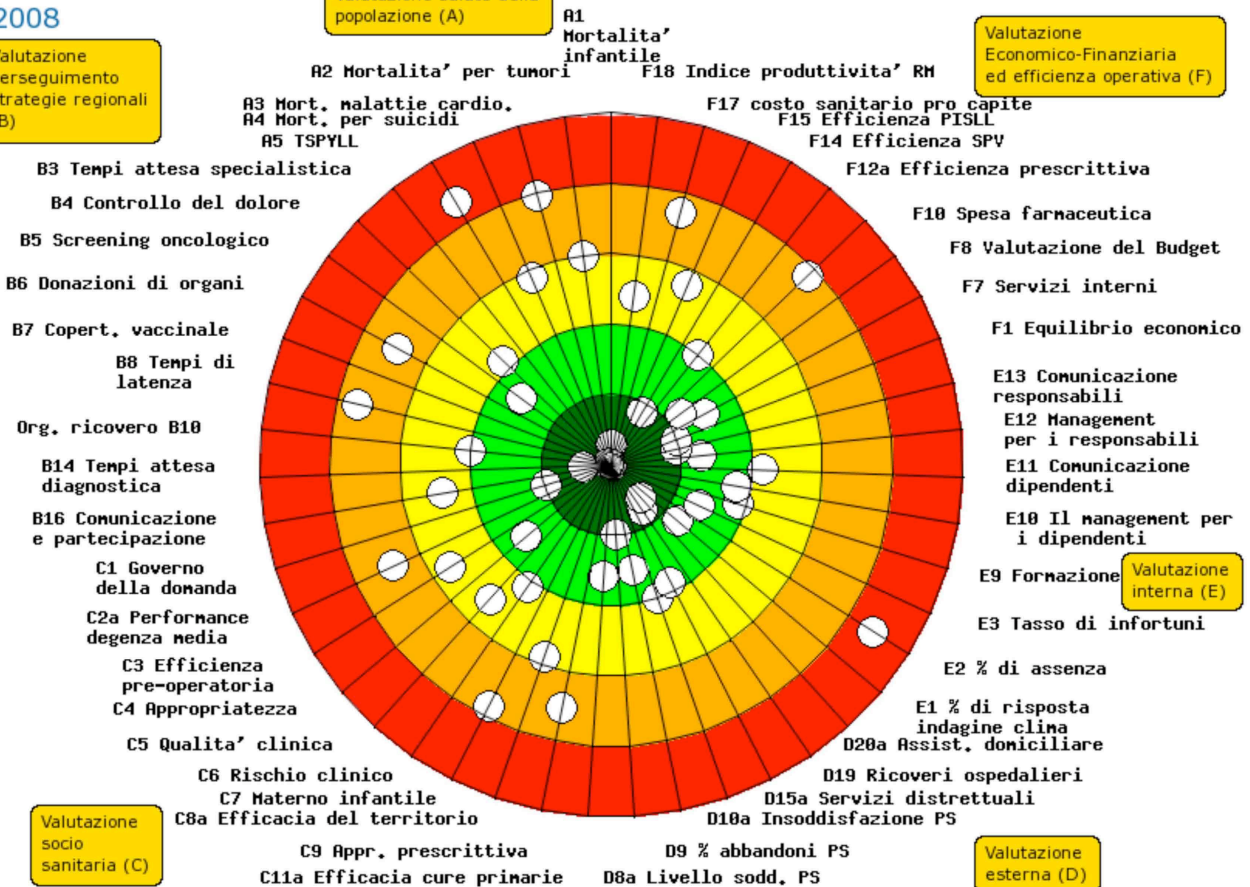


**Ausl 2 LU  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali  
(B)

Valutazione salute della  
popolazione (A)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)



Valutazione  
socio  
sanitaria (C)

Valutazione  
interna (E)

Valutazione  
esterna (D)

Fig. 4. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 2 LU

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale			
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche	E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti
B5.1	Screening mammografico	E12	Il management per i responsabili di struttura
B5.1.1	Screening mammografico: estensione	E13	Comunicazione e informazione per i responsabili
B7	Grado di copertura vaccinale	F1	Equilibrio economico - reddituale
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	F1.1	Equilibrio economico generale
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	F7	Valutazione dei servizi interni
C5.3	% prostatectomie transuretrali	F8	Valutazione del Budget
C11a.1	Scompenso	F12a.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso	F14.2.1	Flussi in ritardo
C11a.2	Diabete	F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme
E9	Formazione	F14.2.3	Flussi con dati non congrui
		F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico

Fig. 5. Best Practices della'Ausl 2 LU

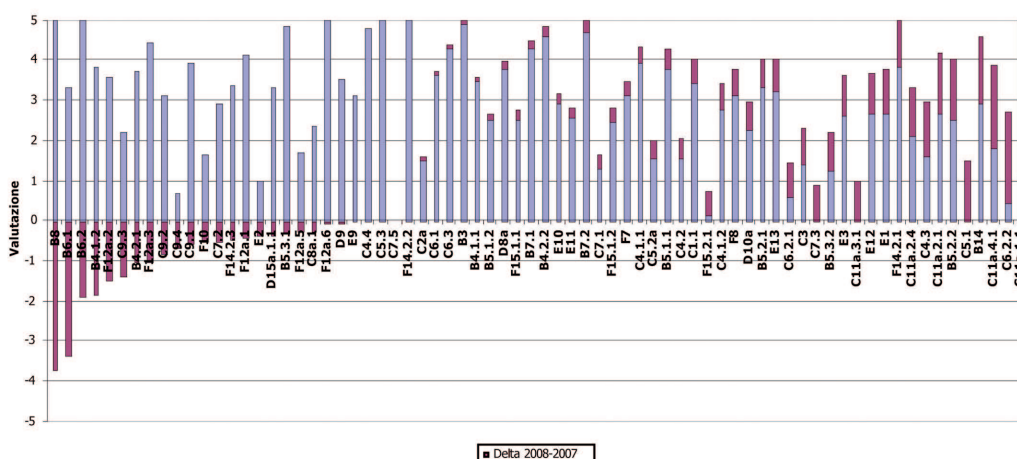


Fig. 6. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 2 LU



### 4.3. La performance dell'Ausl 3 di Pistoia

La performance della Ausl 3 di Pistoia appare complessivamente molto buona, in quanto nel 2008 si registrano un solo indicatore in fascia rossa (vedi nota su indicatore F18 a fondo pagina) e tre in fascia arancione. Si rilevano 17 indicatori in fascia verde e 9 in fascia verde scura; vi sono infine 17 indicatori in fascia gialla, ed infine questa Ausl in 10 casi presenta la best practice regionale.

Per quanto concerne la capacità di perseguire le strategie regionali la performance della Asl 3 appare assai positiva, ad eccezione del risultato conseguito sugli screening oncologici, dove non risulta ancora avviato il programma per il colon retto.

Rimane ancora da migliorare la capacità di trasmissione tempestiva dei dati al sistema informativo regionale (risultato in fascia gialla), mentre ottima la copertura vaccinale, così come gli indicatori relativi alle donazioni di organi.

Per quanto riguarda la valutazione sociosanitaria la Asl 3 ha il tasso più basso di ospedalizzazione della Toscana e un'ottima performance anche in termini di efficienza (indice di performance degenza media). Buona la performance anche relativamente all'appropriatezza e alla qualità clinica. Rimane in fascia arancione la capacità di intervenire su frattura dell'anca e del femore entro due giorni, anche se si registra un miglioramento rispetto al 2007 di oltre 10 punti percentuali.

Appare migliorabile la performance relativa agli indicatori sul rischio clinico, sia per quanto riguarda la diffusione degli audit, sia relativamente allo sviluppo del sistema di incident reporting aziendale.

Buona la capacità di gestire sul territorio le patologie croniche, sia la performance complessiva dei servizi sanitari territoriali.

Per quanto riguarda la valutazione dei servizi data dai cittadini si registra un particolare miglioramento nel livello di soddisfazione per i servizi del Pronto Soccorso. Tra le Asl Pistoia registra infatti la migliore performance regionale e la valutazione passa nella fascia verde scura.

Migliora anche rispetto al 2006 la valutazione dei pazienti sui servizi di ricovero ospedaliero, pur registrando qualche criticità nella tempestività di risposta degli infermieri alle chiamate dei pazienti con il campanello.

L'indagine di clima organizzativo, che raccoglie le opinioni dei dipendenti (che hanno partecipato all'indagine nella misura del 51% del personale), evidenzia alcune criticità sia sulla validità dell'attività formativa svolta sia sulla capacità di comunicazione ed informazione.

La percentuale di assenza dei dipendenti è leggermente superiore alla media regionale, ma assai migliorata (da 7,16 a 5,97) rispetto al 2007.

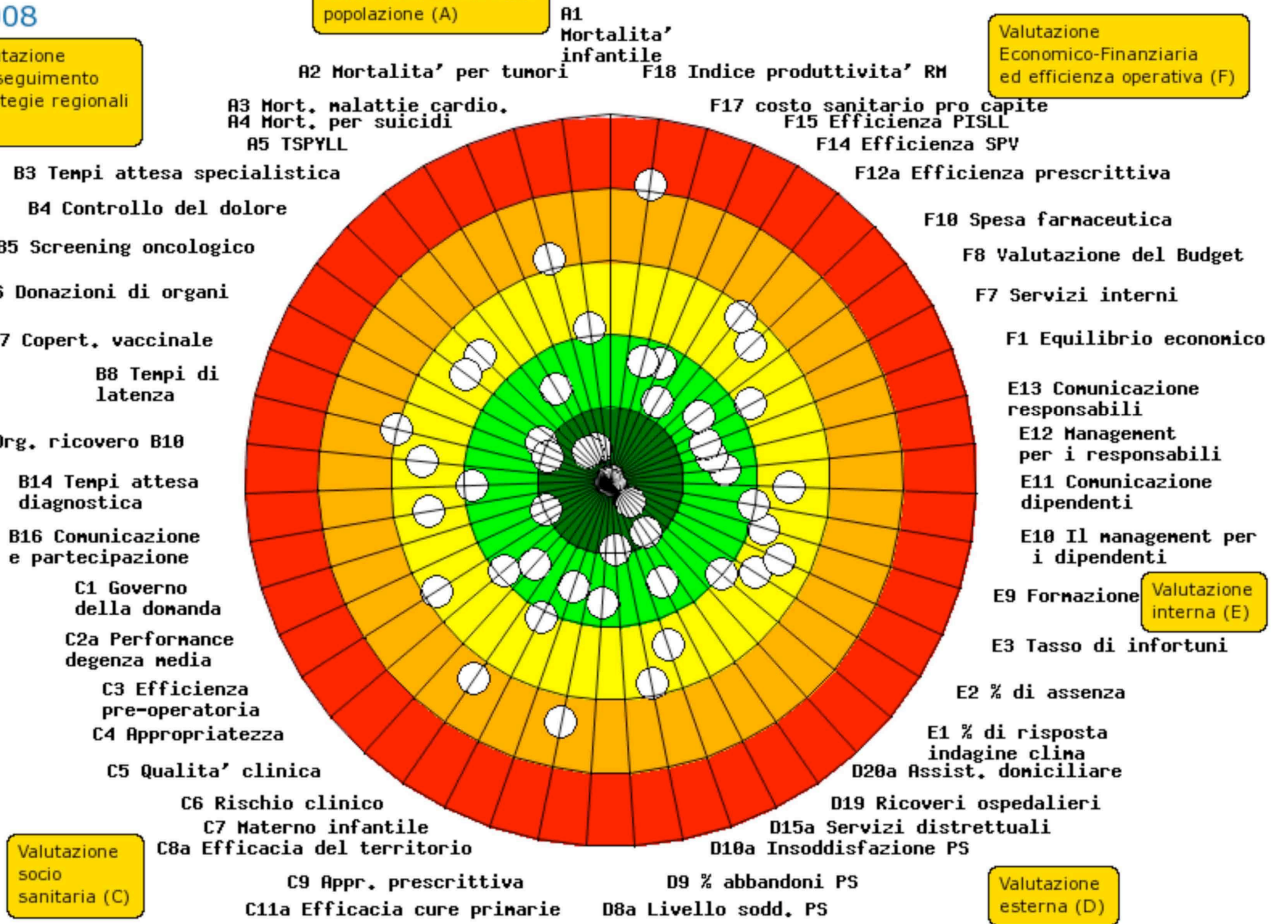
Gli indicatori nella dimensione di valutazione dell'efficienza presentano risultati positivi, ad eccezione dell'indicatore F18 relativo alla produttività per risonanza magnetica, dove Pistoia registra ampi margini di miglioramento rispetto ad altre Asl toscane, sebbene occorra tenere presente che uno dei due apparecchi per la RMN è al termine del ciclo di vita, fatta salva la dichiarazione, e ne è già stata prevista la sostituzione ad inizio 2010.

**Ausl 3 PT  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali  
(B)

Valutazione salute della  
popolazione (A)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)



Valutazione socio  
sanitaria (C)

Valutazione  
esterna (D)

Valutazione  
interna (E)

Fig. 7. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 3 PT

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B6.1	% Morte Encefaliche individuate
C1	Capacità di governo della domanda
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale
C4.3	Drg LEA Medici: % standard raggiunti
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
D20a	Assistenza domiciliare
F12a.10	Costo medio per unità posologica di altri antidepressivi
F14.2.3	Flussi con dati non congrui
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico

Fig. 8. Best Practices della'Ausl 3 PT

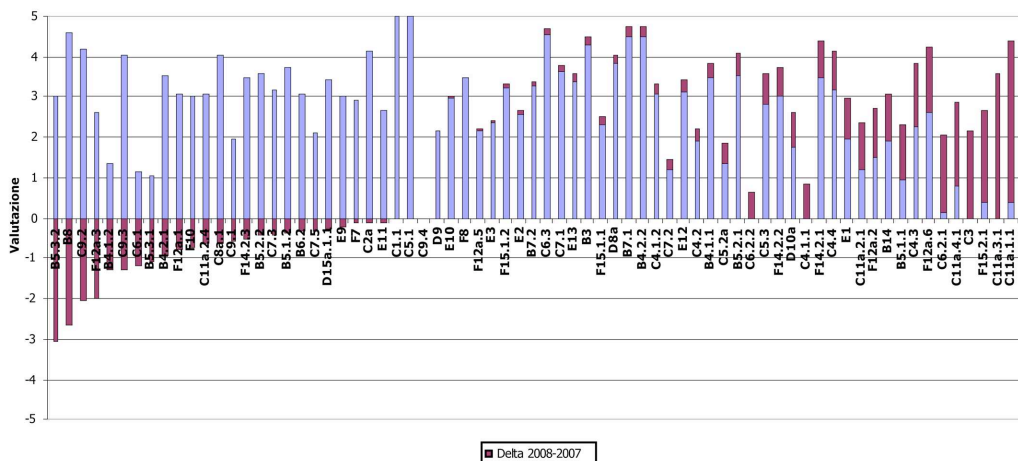


Fig. 9. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 3 PT

#### 4.4. La performance dell'Ausl 4 di Prato

L'azienda Usl 4 di Prato nel 2008 registra una performance complessivamente buona, con 11 indicatori nella fascia verde scuro e 13 in quella verde. Ha 14 indicatori in fascia gialla, 5 in quella arancione e 4 nella rossa. In particolare su ben 14 indicatori consegue la best practice regionale.

Complessivamente buona la capacità di perseguimento delle strategie regionali, con nessun indicatore nella fascia rossa o arancione, ad eccezione dell'indicatore Strategie per il controllo del dolore (B4), dove si registra una criticità nel consumo dei farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali (anche se ciò non considera la ritribuzione a domicilio o ambulatoriale a livello di cure palliative o di hospice).

Sulla valutazione sociosanitaria è da sottolineare il grande sforzo compiuto da questa azienda per ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri e riportare il tasso di ospedalizzazione nella media regionale, abbassandolo di quasi 10 punti. Sugli altri indicatori relativi all'appropriatezza e alla qualità si registrano risultati positivi e nella maggior parte dei casi superiori alla media regionale. Si registra qualche criticità sugli indicatori di efficienza, soprattutto nella durata dei ricoveri, che risultano superiori alla media regionale e sui ricoveri superiori a 30 giorni.

Per quanto riguarda gli indicatori di soddisfazione degli utenti la Asl di Prato, pur registrando un miglioramento rispetto al 2007, continua ad avere una valutazione media da parte dei cittadini per i servizi di Pronto Soccorso inferiore al dato ottenuto dalla maggioranza delle Asl toscane. Buona invece la valutazione relativa al servizio di ricovero ospedaliero. Positivi e in media regionale i giudizi dei cittadini relativi ai servizi distrettuali.

Relativamente alla valutazione interna data dai dipendenti si registra una certa criticità nella percentuale di partecipazione del personale all'indagine relativa alla valutazione del clima interno, in cui si raggiunge una percentuale di poco superiore al 37%. Il giudizio dato dai dipendenti sulla comunicazione, il management e la formazione si attesta sulle medie regionali, mentre ottima è la percentuale di assenza dei dipendenti, che registra tra i migliori risultati regionali ed un miglioramento di oltre 1 punto rispetto al 2007.

Sugli indicatori relativi all'efficienza operativa i risultati sono tutti in fascia verde o gialla, ad eccezione dell'indicatore F18 relativo alla produttività delle risonanze magnetiche, dove questa Asl presenta ampi margini di miglioramento (pur considerando che una macchina è un artroscanner e la seconda è in fase di aggiornamento, parzialmente sostituita da un RMN mobile).

**Ausl 4 PO  
2008**

Valutazione perseguimento strategie regionali (B)

Valutazione salute della popolazione (A)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)

Valutazione socio sanitaria (C)

Valutazione esterna (D)

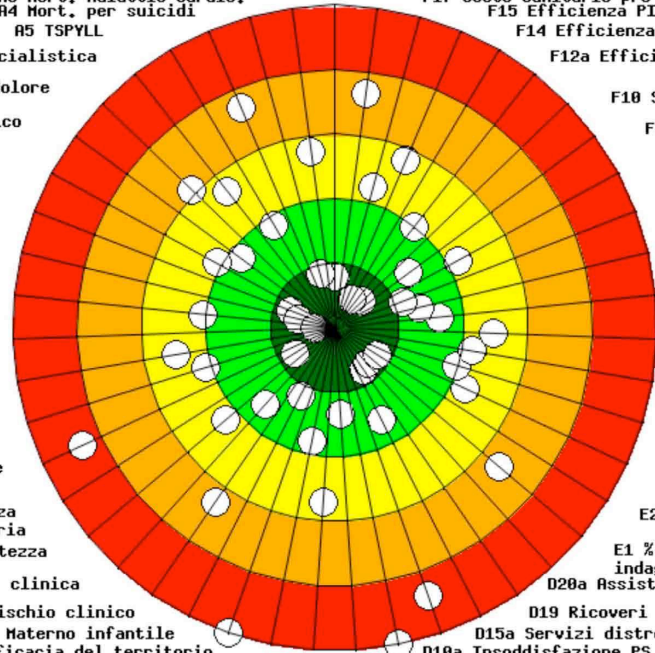


Fig. 10. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 4 PO

Copyright: Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale		
B4.1.2	Farmaci oppioidi distribuiti direttamente	
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	
B16.1.1	% impegni raggiunti secondo la carta dei servizi	
C4.2	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti	
C7	Materno-Infantile	
C7.1	% cesarei depurato (NTSV)	
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	
F12a.8	F12a.8 % di macrolidi a brevetto scaduto (Antibiotici)	
F14	Efficienza ed efficacia nella SPV	
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui	
F14.2.1	Flussi in ritardo	
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme	
F14.2.3	Flussi con dati non congrui	
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico	

Fig. 11. Best Practices della Ausl 4 PO

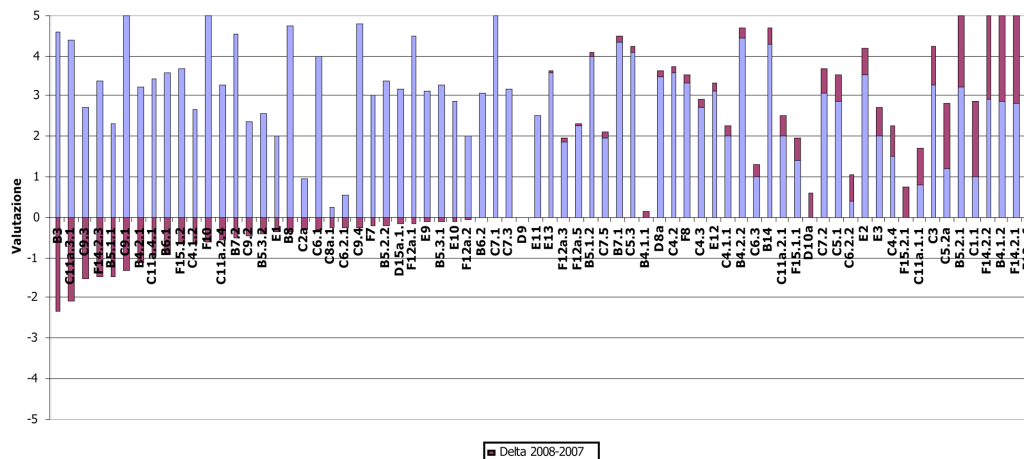


Fig.12 Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 4 PO

#### 4.5. La performance dell'Ausl 5 di Pisa

L'Azienda Usl 5 di Pisa presenta uno tra i migliori bersagli della Regione anche nel 2008. Ha infatti un solo indicatore in fascia rossa, relativo alla percentuale di utenti insoddisfatti per i servizi di Pronto Soccorso, che è leggermente aumentato rispetto al 2007. Presenta 3 indicatori in fascia arancione e 13 in fascia gialla, ben 18 in fascia verde e 12 in fascia verde scuro. In 14 casi risulta inoltre best practice regionale.

Ottima è la capacità di perseguire le strategie regionali con la quasi totalità degli indicatori in fascia verde e verde scura, con qualche margine di miglioramento relativa all'indicatore B16 sulla capacità di comunicazione ai cittadini e implementazione di strumenti per attivarne la partecipazione, su cui comunque tutte le Asl toscane presentano ampi margini di miglioramento.

Relativamente alla valutazione sociosanitaria questa Asl non ha alcun indicatore in fascia critica, e registra ottima la capacità di governo della domanda.

Sugli indicatori di qualità si evidenziano margini di miglioramento perseguibili nella percentuale di prostatectomie transuretrali, mentre nella tempestività di intervento entro 48 ore sulla frattura dell'anca si registra un miglioramento rispetto al 2007 di oltre 14 punti percentuali.

Buona complessivamente l'appropriatezza prescrittiva (terza azienda nel ranking regionale) con qualche criticità solo nell'indicatore C9.3 relativo all'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina.

Per quanto riguarda la valutazione di clima interno espressa dai dipendenti la Asl 5 registra un'ottima performance in termini di percentuale di partecipazione all'indagine, raggiungendo il 67% dei dipendenti. Ottimo risultato anche sulla valutazione relativa alla percentuale di assenza, inferiore alla media regionale. Qualche criticità si registra invece sulla valutazione dell'attività formativa, in leggero calo rispetto al 2007, che registra una performance leggermente inferiore alla media infraregionale.

Per quanto riguarda la dimensione relativa all'efficienza operativa la Asl 5 presenta qualche criticità nella capacità di governo della spesa farmaceutica territoriale, con un risultato superiore alla media regionale pari a 224 euro pro capite.



**Ausl 5 PI  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali  
(B)

Valutazione salute della  
popolazione (A)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

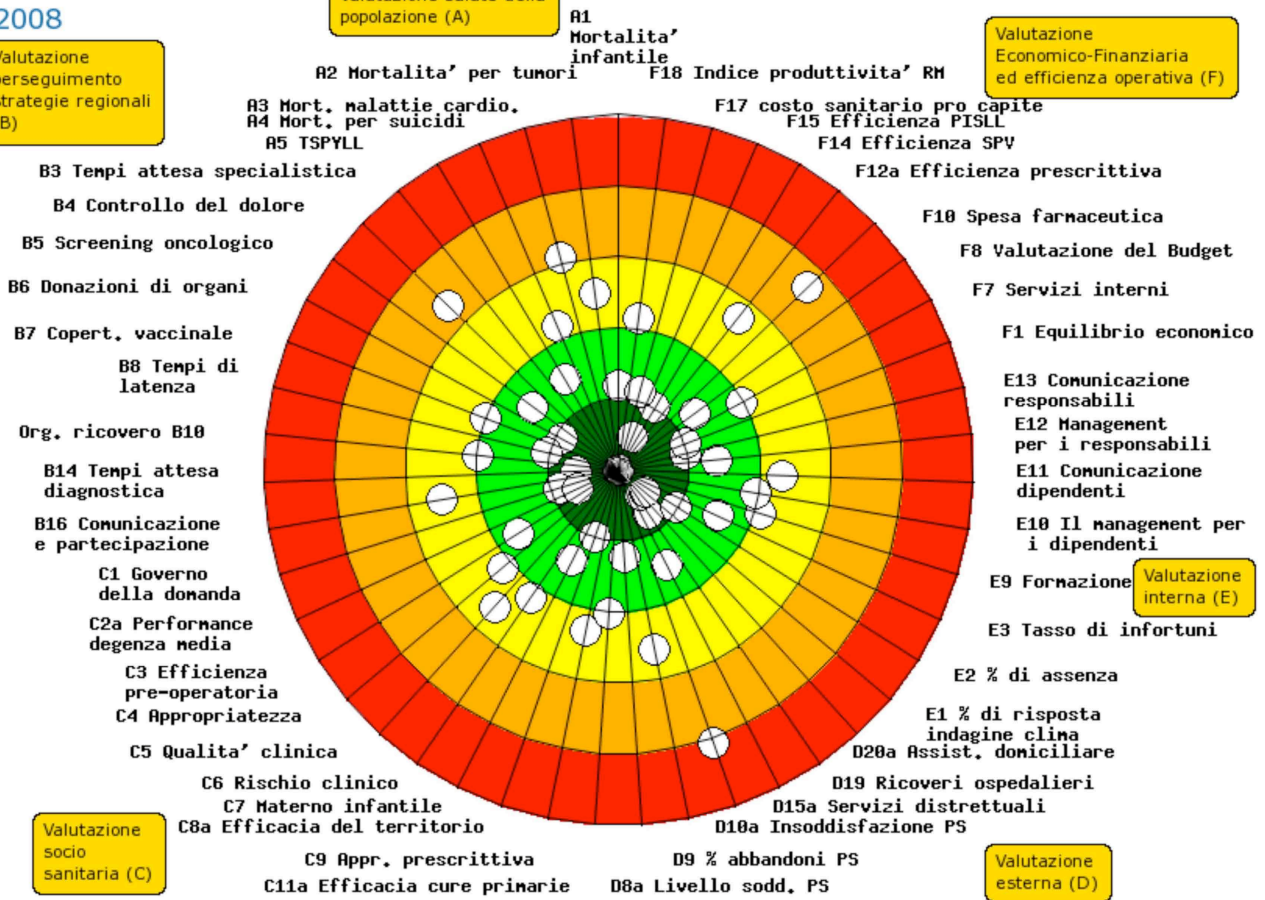


Fig. 13. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 5 PI

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B5	Screening Mammografico
B12.2.2.1	% attrazione
C6.2.2	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità
C6.3	Impatto economico
C7.2	% parti indotti
C8a	Efficacia del territorio
C8a.1	% ricoveri > 30 giorni
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui
F14.2.3	Flussi con dati non congrui
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico
F15.2	Efficienza Produttiva
F15.2.1	Attività di Vigilanza
F17	Costo sanitario pro-capite

Fig. 14. Best Practices della'Ausl 5 PI

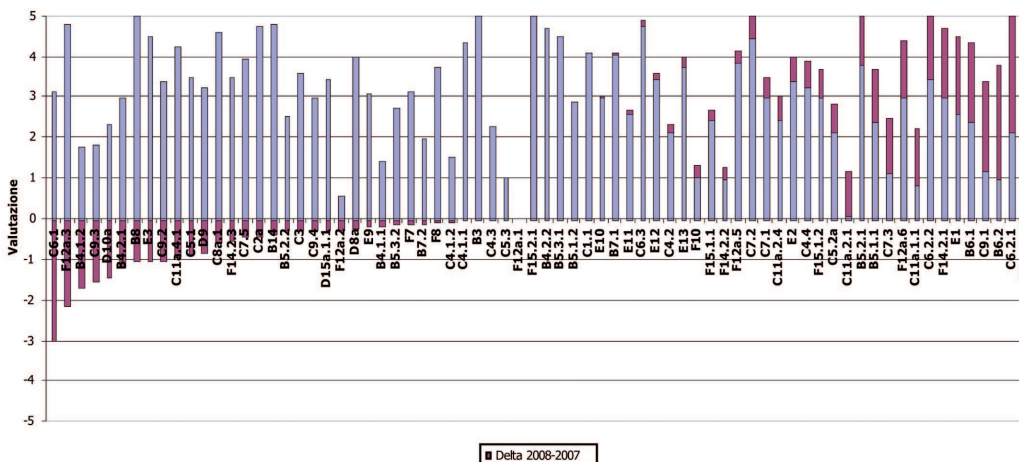


Fig.15. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 5 PI

#### 4.6. La performance dell'Ausl 6 di Livorno

L'azienda Ausl 6 di Livorno nel 2008 presenta una performance variegata, anche se con nessun risultato in fascia rossa. Risultano comunque 10 indicatori in fascia arancione e 19 in fascia gialla. Ha inoltre 12 indicatori in fascia verde e 6 in quella verde scuro. Raggiunge la best practice regionale in 7 casi.

Per quanto riguarda la capacità di perseguire le strategie regionali buona parte degli indicatori sono in fascia verde. Buona la performance sugli screening oncologici, ed in particolare ottima la performance relativa allo screening colon retto.

Per quanto riguarda la valutazione sanitaria alcuni indicatori presentano margini di miglioramento, soprattutto risulta più lunga della media regionale la degenza media (C2) e migliorabile l'indicatore relativo al rischio clinico, dove ancora risultano carenti la diffusione degli audit e lo sviluppo del sistema di incident reporting. Altri, come ad esempio il tasso di ospedalizzazione o la percentuale delle protesi d'anca operate in 48 ore dall'ammissione, risultano in linea o addirittura oltre il target assegnato per il 2008.

Gli indicatori relativi al percorso materno infantile evidenziano ancora una certa criticità, soprattutto nella percentuale di cesarei, che non registra miglioramenti rispetto al 2007.

Per quanto concerne la valutazione dei servizi fatta dai cittadini la performance è complessivamente positiva seppur con andamenti differenti. In particolare risulta migliorabile la soddisfazione per i servizi del Pronto Soccorso, soprattutto per quanto concerne il comfort della sala di attesa e la capacità del personale di lavorare in squadra. Al contrario la percezione complessiva dei servizi di ricovero ospedaliero è migliorata.

Nella media regionale la valutazione dei cittadini relativamente ai servizi distrettuali.

Per quanto riguarda la valutazione interna si evidenzia un grande miglioramento nel livello di partecipazione all'indagine di clima organizzativo interno da parte dei dipendenti, che supera il 50% rispetto al 27,7 del 2007. In termini di risultati emersi invece si registra una certa criticità rispetto alla media regionale, in particolare sui processi di comunicazione e informazione, sia nella percezione dei dipendenti, che in quella dei responsabili di struttura.

La percentuale di assenza è minore rispetto alla media regionale e registra un miglioramento, passando dal 6,98 del 2007 al 5,42 del 2008.

Tutti gli indicatori della fascia F relativa alla valutazione di efficienza e dinamica economico-finanziaria risultano nella media regionale, ad eccezione della spesa farmaceutica convenzionata, dove il risultato appare superiore alla media regionale ma in netto miglioramento rispetto al 2007: la spesa pro capite passa da 232 euro a 223 euro.

**Ausl 6 LI  
2008**

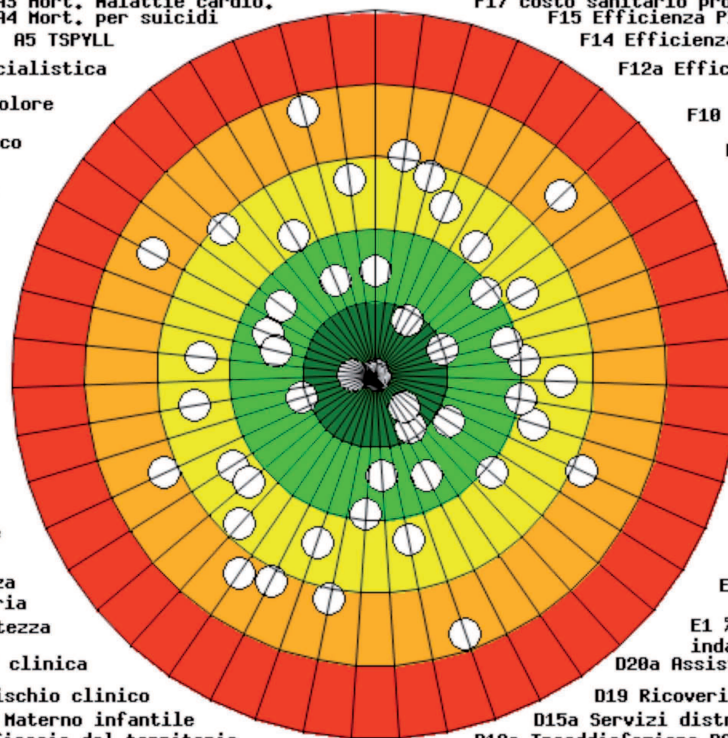
Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali  
(B)

Valutazione salute della  
popolazione (A)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

- B3 Tempi attesa specialistica
- B4 Controllo del dolore
- B5 Screening oncologico
- B6 Donazioni di organi
- B7 Copert. vaccinale
- B8 Tempi di latenza
- Org. ricovero B18
- B14 Tempi attesa diagnostica
- B16 Comunicazione e partecipazione
- C1 Governo della domanda
- C2a Performance degenza media
- C3 Efficienza pre-operatoria
- C4 Appropriatezza
- C5 Qualita' clinica
- C6 Rischio clinico
- C7 Materno infantile
- C8a Efficacia del territorio
- C9 Appr. prescrittiva
- C11a Efficacia cure primarie

Valutazione socio  
sanitaria (C)



- F18 Indice produttività RM
- F17 costo sanitario pro capite
- F15 Efficienza PISLL
- F14 Efficienza SPV
- F12a Efficienza prescrittiva
- F10 Spesa farmaceutica
- F8 Valutazione del Budget
- F7 Servizi interni
- F1 Equilibrio economico
- E13 Comunicazione responsabili
- E12 Management per i responsabili
- E11 Comunicazione dipendenti
- E10 Il management per i dipendenti
- E9 Fornazione
- E3 Tasso di infortuni
- E2 % di assenza
- E1 % di risposta indagine clima
- D20a Assist. domiciliare
- D19 Ricoveri ospedalieri
- D15a Servizi distrettuali
- D10a Insoddisfazione PS
- D9 % abbandoni PS
- D8a Livello sodd. PS

Valutazione  
interna (E)

Valutazione  
esterna (D)

Fig. 16. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 6 LI

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B5.1	Screening mammografico
C9.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)
C11a.4	Polmonite
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui
F14.2.1	Flussi in ritardo
F15.1.2	Cantieri visitati/ Notifiche ricevute

Fig. 17. Best Practices della'Ausl 6 LI

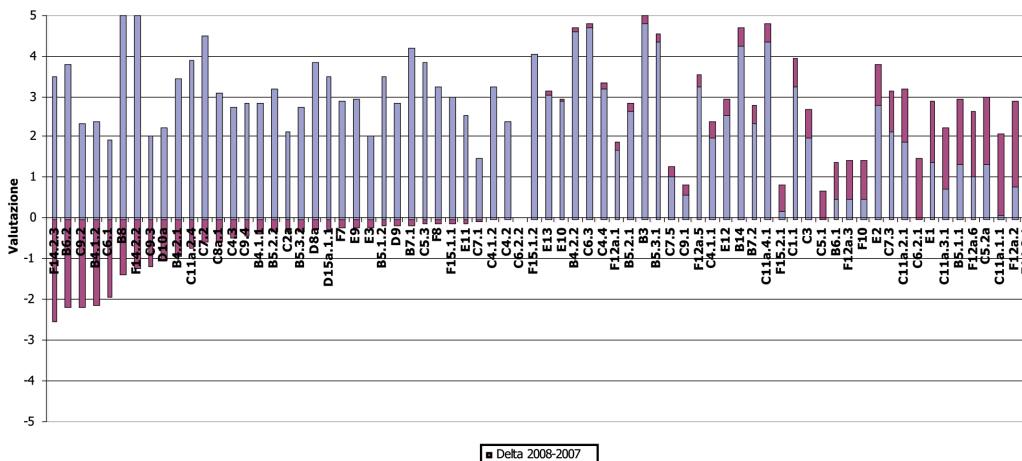


Fig. 18. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 6 LI

#### 4.7. La performance dell'Ausl 7 di Siena

La Ausl 7 di Siena presenta una performance complessiva positiva, con pochissimi indicatori in fascia arancione (5) ed un solo indicatore in fascia rossa (produttività RMN, peraltro entrambe in funzione solo da fine 2007), escludendo la dimensione A relativa ai risultati di outcome, che si riferisce a dati del triennio 2004-2006. Ha 8 indicatori in fascia gialla, ben 16 in fascia verde e 8 in quella verde scuro, e in 9 casi risulta la best practice regionale.

La capacità di perseguimento delle strategie regionali appare positiva, pur con alcune aree di potenziale miglioramento, ad esempio sugli screening oncologici. Su quello relativo al colon retto si registra un netto miglioramento in termini di estensione, ma ancora il risultato appare lontano dalle best practice regionali.

Sugli indicatori relativi alla valutazione sanitaria buona è la capacità di governo della domanda, con un basso tasso di ospedalizzazione, buona l'efficienza delle attività di ricovero, pur con margini di miglioramento. Ottima l'efficienza preoperatoria, ossia le giornate di degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati, in cui la Asl 7 raggiunge la best practice regionale. Buona la performance in termini di qualità, con una percentuale bassa di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC (5,17).

Qualche problema si ha invece relativamente alla capacità di ridurre i ricoveri superiori a 30 giorni che, risultano solo per la zona senese, a livello aziendale pari all'1,53 dei ricoveri complessivi. In realtà su questo indicatore vi è stato un netto miglioramento rispetto al 2007, in cui questa percentuale era pari all'1,96 sul totale dei ricoveri.

La valutazione dei cittadini sui servizi ricevuti appare molto buona, tale da permettere a questa Asl di posizionarsi sempre nei primi posti nel ranking regionale.

Per quanto riguarda la valutazione interna questa azienda non ha effettuato l'indagine di clima nel 2008, in quanto l'aveva già realizzata nel 2007 con la specificità della partecipazione di tutti i dipendenti e con un'adesione record pari al 67%. La percentuale di assenza migliora, passando dal 6,6% del 2007 al 5,81 del 2008, così come il tasso di infortuni, che passa dal 4,76 al 3,40.

Per quanto riguarda gli indicatori della dimensione F relativi alla valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa la performance della Asl 7 appare quasi sempre in fascia verde, ad eccezione dell'indicatore F12 relativo all'efficienza prescrittiva, dove su alcuni items, quali per esempio la percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto, questa asl presenta ampi margini di miglioramento rispetto alle altre Asl regionali.



**Ausl 7 SI  
2008**

Valutazione perseguimento strategie regionali (B)

Valutazione salute della popolazione (A)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)

Valutazione socio sanitaria (C)

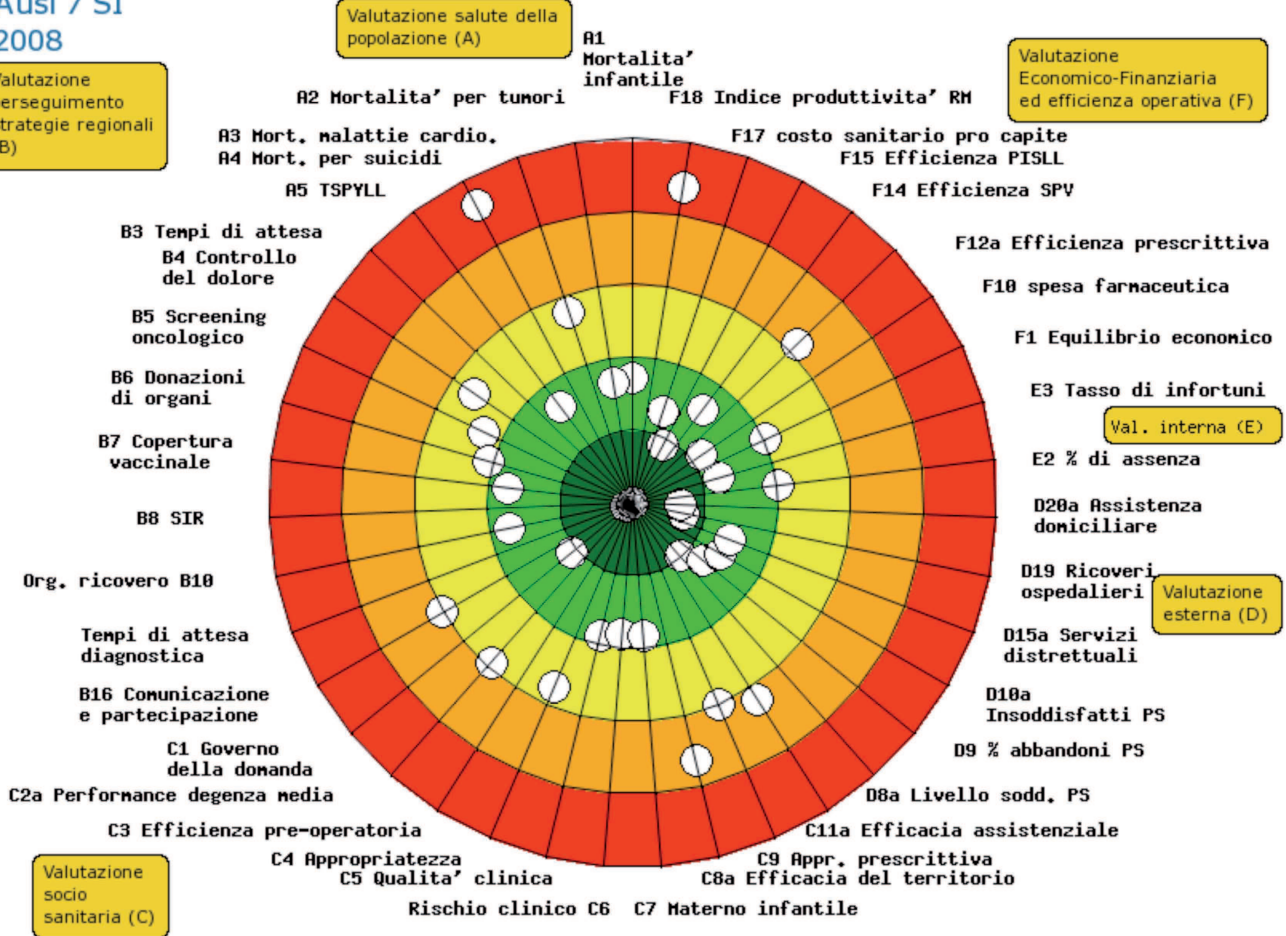


Fig. 19. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 7 SI

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B5.3.2	Adesione corretta dello screening colorettales
B6.2	% Donatori Effettivi
B8	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale
C3	Efficienza pre-operatoria
C7.5	Tasso di fughe per parto
F14.2.1	Flussi in ritardo (Efficienza ed efficacia nella SPV)
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico

Fig. 20. Best Practices della'Ausl 7 SI

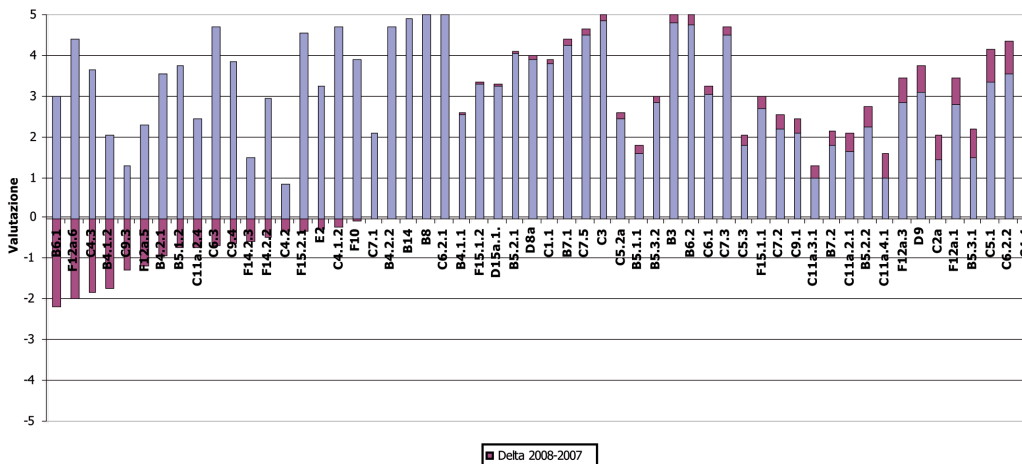


Fig. 21. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 7 SI



#### 4.8. La performance dell'Ausl 8 di Arezzo

L'Azienda Usl 8 di Arezzo presenta un ottimo bersaglio, con un'elevata concentrazione di risultati in fascia verde (15) e verde scura (11), 17 in fascia gialla, 3 soli indicatori in fascia arancione e uno solo in fascia rossa. In 16 occasioni risulta inoltre la best practice regionale.

Relativamente alla capacità di perseguire le strategie regionali la Asl 8 di Arezzo presenta risultati mai peggiori rispetto alla media regionale, ma in molti casi migliori. Molto buona la performance sugli screening, soprattutto sull'estensione degli screening colon retto, dove raggiunge l'84%.

Con margini di miglioramento risulta l'indicatore relativo alla capacità di comunicazione al cittadino e sua partecipazione ai processi di erogazione dei servizi, così come per altro risulta la performance di tutte le Asl della regione.

Per quanto riguarda la valutazione sanitaria ottima è la capacità di governo della domanda, così come l'efficienza preoperatoria e l'appropriatezza. Migliorabile l'indicatore relativo alla gestione del rischio clinico e critica la performance relativa al percorso materno infantile, dove i risultati sono inferiori alla media regionale e in alcuni casi peggiorati rispetto al 2007 (percentuale di parti cesarei depurato passa dal 19 del 2007 al 23,4 del 2008).

Sull'appropriatezza prescrittiva si registra una situazione variegata, con alcuni buoni risultati, per esempio sul consumo degli inibitori di pompa protonica e invece un'elevata criticità sull'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina.

Buona è l'efficacia del territorio nella gestione delle patologie croniche.

Per quanto riguarda la valutazione dei cittadini in merito ai servizi erogati dalla Asl 8 si registra un miglioramento sulla soddisfazione relativa ai ricoveri ordinari e un risultato nella media regionale per gli altri indicatori.

La valutazione interna registra un miglioramento nell'indicatore E1 relativo alla percentuale di dipendenti che hanno partecipato all'indagine di clima interno, che passa dal 39,6 al 46%. Sugli altri indicatori di questa dimensione questa Asl presenta risultati nella media regionale, ad eccezione del tasso di infortuni, dove si registra un lieve peggioramento rispetto al 2007.

In merito alla valutazione dell'efficienza operativa e della dinamica economico-finanziaria la Asl 8 di Arezzo presenta risultati in media positivi, ad eccezione della spesa pro capite farmaceutica, dove registra la peggiore performance regionale, con un costo pro capite pari a 229 euro, in crescita rispetto al 2007.

Critica risulta anche l'efficienza prescrittiva.

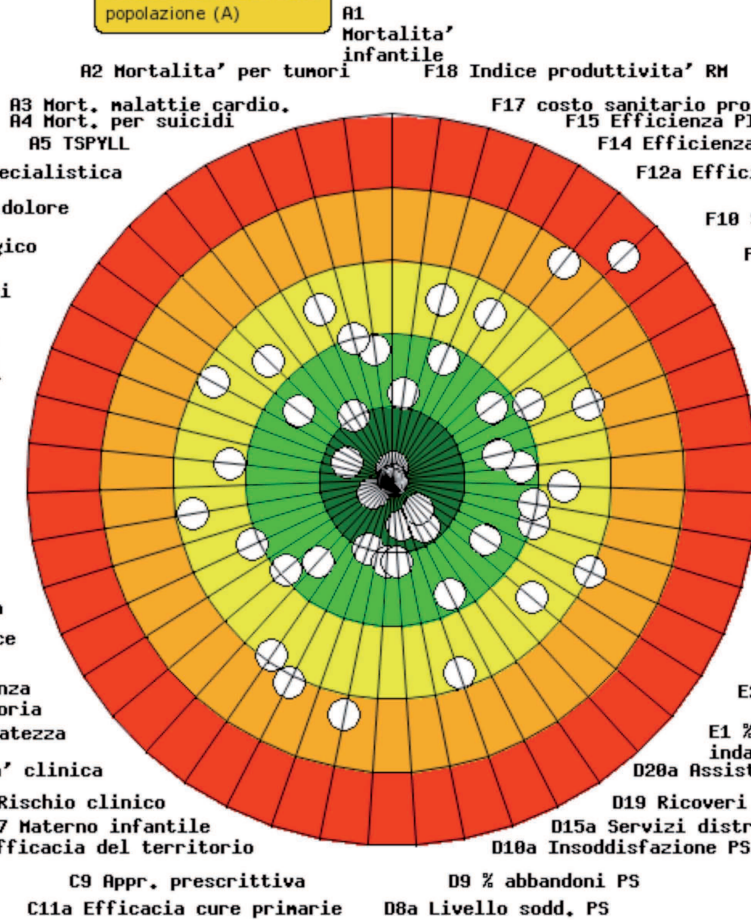
**Ausl 8 AR  
2008**

Valutazione perseguimento strategie regionali (B)

Valutazione salute della popolazione (A)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)

- B3 Tempi attesa specialistica
- B4 Controllo del dolore
- B5 Screening oncologico
- B6 Donazioni di organi
- B7 Copert. vaccinale
- B8 Tempi di latenza
- Org. ricovero B10
- B14 Tempi attesa diagnostica
- B16 Comunicazione e partecipazione
- C1 Governo della domanda
- C2a Performance degenza media
- C3 Efficienza pre-operatoria
- C4 Appropriattezza
- C5 Qualita' clinica



- F18 Indice produttivita' RM
- F17 costo sanitario pro capite
- F15 Efficienza PISLL
- F14 Efficienza SPV
- F12a Efficienza prescrittiva
- F10 Spesa farmaceutica
- F8 Valutazione del Budget
- F7 Servizi interni
- F1 Equilibrio economico
- E13 Comunicazione responsabili
- E12 Management per i responsabili
- E11 Comunicazione dipendenti
- E10 Il management per i dipendenti
- E9 Formazione
- E3 Tasso di infortuni
- E2 % di assenza
- E1 % di risposta indagine clima
- D20a Assist. domiciliare
- D19 Ricoveri ospedalieri
- D15a Servizi distrettuali
- D10a Insoddisfazione PS
- D9 % abbandoni PS
- D8a Livello sodd. PS

Valutazione socio sanitaria (C)

Valutazione esterna (D)

Fig. 22. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 8 AR

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore
B4.1.1	Consumo di farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR
B8	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale
C1	Capacità di governo della domanda
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale
C8a	Efficiacia del territorio
C8a.1	% ricoveri >30 gg
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete
C11a.3	BPCO
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico

Fig. 23. Best Practices della'Ausl 8 AR

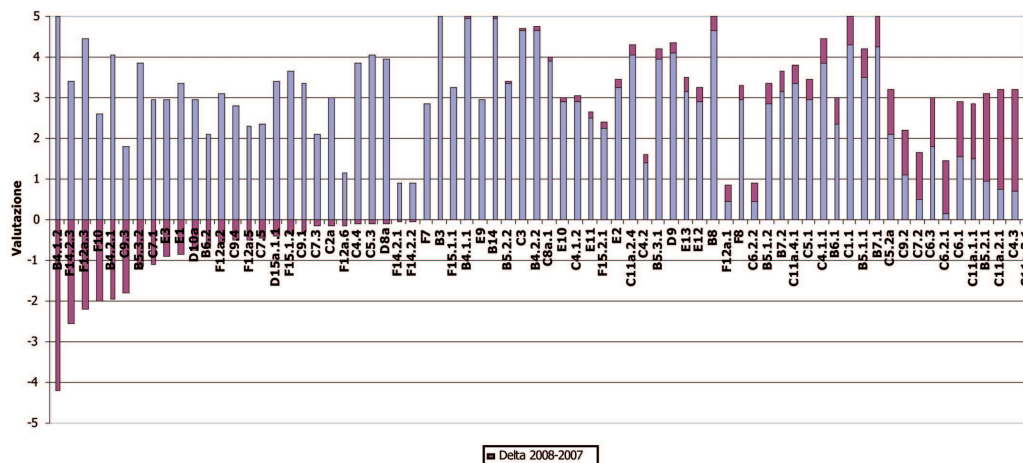


Fig. 24. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 8 AR

#### 4.9. La performance dell'Ausl 9 di Grosseto

L'Ausl 9 di Grosseto presenta nel 2008 un bersaglio ancora variegato ma con un netto miglioramento su molti indicatori rispetto al 2007. In particolare si sono ridotti gli indicatori in fascia rossa e arancione e molti indicatori sono passati dalla fascia gialla alla fascia verde: ci sono solo 3 indicatori in fascia rossa e 5 in fascia arancione, mentre in 25 casi si raggiungono i risultati migliori (12 in fascia verde scuro, 13 in quella verde). Quanto alle best practices gli indicatori che raggiungono la miglior performance a livello regionale sono ben 22.

Buona è la capacità di perseguire le strategie regionali. Sugli screening oncologici risulta l'azienda con la maggiore percentuale di miglioramento rispetto all'anno precedente, con addirittura in alcuni casi un doppio salto di fascia: l'estensione dello screening coloretale passa dall'1,7% ad oltre il 50% della popolazione selezionata.

Nell'indicatore B16 relativo alla capacità di comunicazione al cittadino risulta la best practice regionale.

Per quanto riguarda la valutazione sociosanitaria ancora da migliorare risultano l'indice di performance di degenza media e gli indicatori del percorso materno infantile, mentre sugli indicatori di qualità critica permane solo la percentuale di prostatectomie transuretrali.

Nella media regionale la capacità di curare sul territorio le patologie croniche, mentre critico risulta il tasso di ospedalizzazione per polmonite, più elevato della media regionale.

Per quanto riguarda la valutazione interna Grosseto presenta dati di netto miglioramento rispetto al 2007. In primo luogo è stata l'azienda che ha registrato la più alta percentuale di risposta all'indagine di clima, con ben il 70% di dipendenti che hanno partecipato. Inoltre la valutazione dei processi di comunicazione interna del management e della formazione è nettamente migliorata sia per i dipendenti che per i responsabili. La percentuale di assenza è pari a 6,16, in linea con la media regionale, ma registra un miglioramento rispetto al 2007 di oltre 2 punti percentuali (6,16 a fronte di 8,67).

Per quanto riguarda la valutazione di efficienza operativa e la dinamica economico-finanziaria la performance appare ancora con margini di miglioramento, soprattutto sulla parte economica, ma si registra comunque anche in questo caso un miglioramento, con una riduzione del costo pro capite (F17).

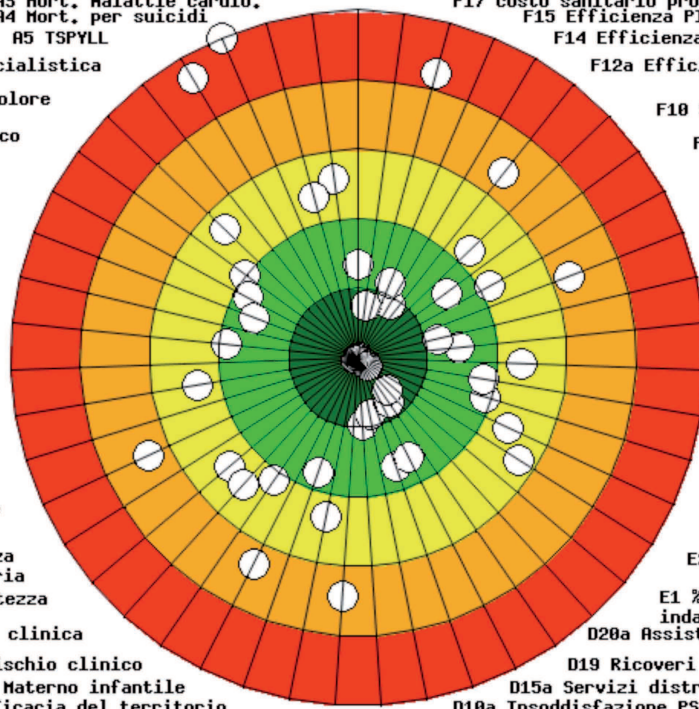
**Ausi 9 GR  
2008**

Valutazione perseguimento strategie regionali (B)

Valutazione salute della popolazione (A)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)

- B3 Tempi attesa specialistica
- B4 Controllo del dolore
- B5 Screening oncologico
- B6 Donazioni di organi
- B7 Copert. vaccinale
- B8 Tempi di latenza
- Org. ricovero B10
- B14 Tempi attesa diagnostica
- B16 Comunicazione e partecipazione
- C1 Governo della domanda
- C2a Performance degenza media
- C3 Efficienza pre-operatoria
- C4 Appropriattezza
- C5 Qualita' clinica
- C6 Rischio clinico
- C7 Materno infantile
- C8a Efficacia del territorio
- C9 Appr. prescrittiva
- C11a Efficacia cure primarie



- F18 Indice produttività RM
- F17 costo sanitario pro capite
- F15 Efficienza PISLL
- F14 Efficienza SPV
- F12a Efficienza prescrittiva
- F10 Spesa farmaceutica
- F8 Valutazione del Budget
- F7 Servizi interni
- F1 Equilibrio economico
- E13 Comunicazione responsabili
- E12 Management per i responsabili
- E11 Comunicazione dipendenti
- E10 Il management per i dipendenti
- E9 Formazione
- E3 Tasso di infortuni
- E2 % di assenza
- E1 % di risposta indagine clima
- D20a Assist. domiciliare
- D19 Ricoveri ospedalieri
- D15a Servizi distrettuali
- D10a Insoddisfazione PS
- D9 % abbandoni PS
- D8a Livello sudd. PS

Valutazione socio sanitaria (C)

Valutazione esterna (D)

Valutazione interna (E)

Fig. 25. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausi 9 GR

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B4.1.3	Morfina
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina
B8	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale
B10.2.2	Comunicazione tra il personale
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino
B16.1	Sistema carta dei servizi
B16.1.2	Comitato di partecipazione
C1	Capacità di governo della domanda
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale

C4.3	Drg LEA Medici: % standard raggiunti
C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting
C6.2.1	Indice di diffusione degli audit
E1	Tasso di risposta indagine di clima
F14.2.1	Flussi in ritardo (Efficienza ed efficacia nella SPV)
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme (Efficienza ed efficacia nella SPV)
F14.2.3	Flussi con dati non congrui (Efficienza ed efficacia nella SPV)
F15.1	Copertura del territorio
F15.1.1	Unità Locali controllate/ Unità Locali totali (Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro)
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico (Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro)

Fig. 26. Best Practices della'Ausi 9 GR

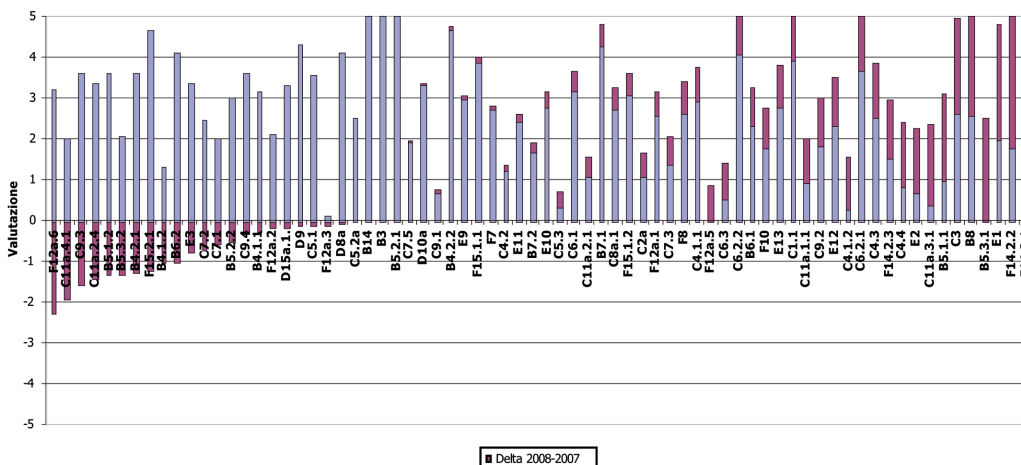


Fig. 27. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausi 9 GR

#### 4.10. La performance dell'Ausl 10 di Firenze

Buona anche nel 2008 la performance complessiva dell'Azienda Asf 10 di Firenze. Non ci sono indicatori in fascia rossa, e se ne individuano solo 6 in quella arancione. Quanto ai risultati positivi ci sono 11 indicatori sono in fascia verde scuro e 15 in quella verde. L'Asf presenta la best practice toscana in 8 occasioni.

In particolare buona parte degli indicatori relativi al perseguimento delle strategie regionali risulta in fascia verde e verde scura. Molto buona è la performance sugli screening oncologici, sulla copertura vaccinale, sui tempi di attesa per le visite specialistiche. Migliorabili i risultati sulle strategie per il controllo del dolore e sulla donazione di organi.

Per quanto riguarda la performance sociosanitaria critico risulta solo l'indicatore relativo al governo del rischio clinico, soprattutto per quanto concerne la diffusione dell'audit, delle rassegne di mortalità e morbilità. In compenso risultano migliore rispetto alla media l'indice di performance della degenza media e gli indicatori relativi al percorso materno infantile. In questo caso la percentuale di cesarei è pari al 17%, con un miglioramento rispetto al 2007 pari a oltre 1 punto percentuale.

Sulla capacità di curare sul territorio le patologie croniche si registra un'alta complessità, soprattutto sullo scompenso, dove la Asf registra il tasso più elevato a livello regionale per pazienti fino a 74 anni di età, con un valore pari a 273 ricoveri per 100.000 abitanti. Elevato è anche il dato per i ricoveri per polmoniti a 121.85, sempre per 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda il punto di vista dell'utenza i risultati si attestano nella media regionale con performance stabili rispetto agli anni precedenti.

In merito alla valutazione interna la performance risulta complessivamente buona. Il dato peggiore risulta la percentuale di risposta (E1), malgrado sia comunque in forte crescita (dal 22,7 del 2007 al 43,1 del 2008). In fascia gialla e migliori rispetto ai risultati del 2007 sono gli indicatori relativi alla formazione (E9), passato da 2,83 a 2,93, ed alla Comunicazione e informazione per i dipendenti (E11), con un punteggio di 2,59 contro il 2,47 del 2007. In particolare gli indicatori E10 ed E12 (valutazione del management secondo i dipendenti e secondo i responsabili di struttura) nel 2008 sono passati entrambi dalla fascia gialla a quella verde.

Per quanto riguarda la valutazione di efficienza operativa e la dinamica economico-finanziaria, la performance del 2007 si conferma anche nel 2008 con un sostanziale equilibrio reddituale (F1). Si registra tuttavia un peggioramento della spesa farmaceutica con un valore pro-capite (F10) tra i più elevati delle Aziende sanitarie locali ed un incremento sensibile da 218,3 a 225,3 euro tra il 2007 ed il 2008. Migliora leggermente invece l'efficienza prescrittiva.



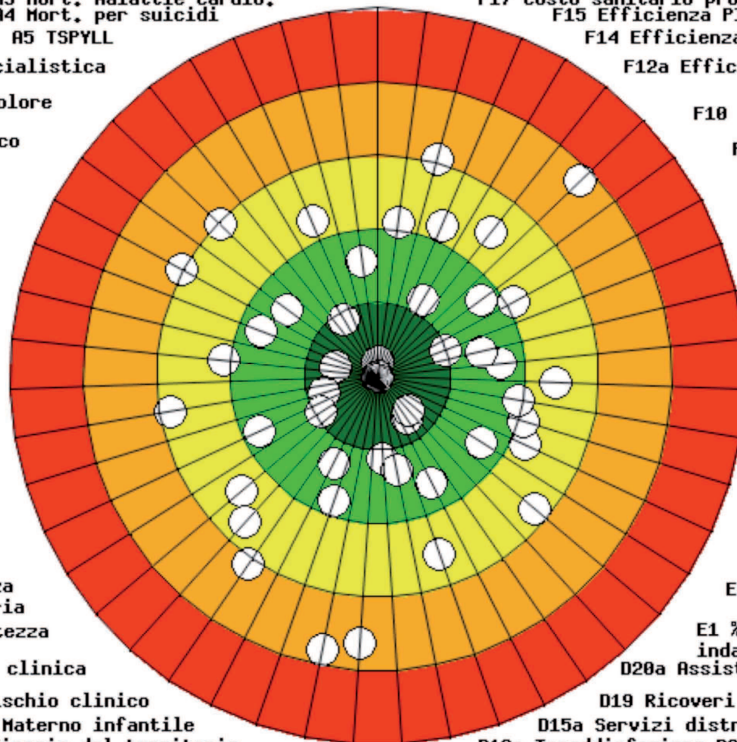
**Ausl 10 FI  
2008**

Valutazione perseguimento strategie regionali (B)

Valutazione salute della popolazione (A)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)

- B3 Tempi attesa specialistica
- B4 Controllo del dolore
- B5 Screening oncologico
- B6 Donazioni di organi
- B7 Copert. vaccinale
- B8 Tempi di latenza
- Org. ricovero B10
- B14 Tempi attesa diagnostica
- B16 Comunicazione e partecipazione
- C1 Governo della domanda
- C2a Performance degenza media
- C3 Efficienza pre-operatoria
- C4 Appropriattezza
- C5 Qualita' clinica
- C6 Rischio clinico
- C7 Materno infantile
- C8a Efficacia del territorio
- C9 Appr. prescrittiva
- C11a Efficacia cure primarie



- F18 Indice produttivita' RM
- F17 costo sanitario pro capite
- F15 Efficienza PISLL
- F14 Efficienza SPV
- F12a Efficienza prescrittiva
- F10 Spesa farmaceutica
- F8 Valutazione del Budget
- F7 Servizi interni
- F1 Equilibrio economico
- E13 Comunicazione responsabili
- E12 Management per i responsabili
- E11 Comunicazione dipendenti
- E10 Il management per i dipendenti
- E9 Formazione
- E3 Tasso di infortuni
- E2 % di assenza
- E1 % di risposta indagine clima
- D20a Assist. domiciliare
- D19 Ricoveri ospedalieri
- D15a Servizi distrettuali
- D10a Insoddisfazione PS
- D9 % abbandoni PS
- D8a Livello sodd. PS

Valutazione socio sanitaria (C)

Valutazione esterna (D)

Valutazione interna (E)

Fig. 28. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 10 FI

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale
B5.2	Screening cervice uterina
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital
F12a.3	% ACE inibitori non associati a brevetto scaduto
F14.2.1	Flussi in ritardo (Efficienza ed efficacia nella SPV)
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico (Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro)

Fig. 29. Best Practices della'Ausl 10 FI

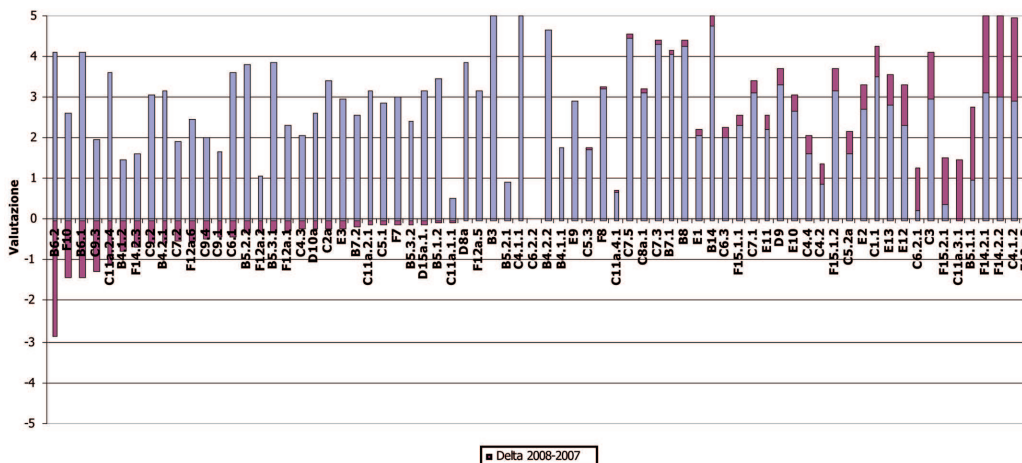


Fig. 30. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 10 FI

#### 4.11. La performance dell'Ausl 11 di Empoli

L'Azienda Usl 11 di Empoli nel 2008 conferma una delle migliori performance a livello regionale. Si rilevano solo due indicatori in fascia rossa e 4 in quella arancione. In fascia verde e verde scura complessivamente sono presenti 30 indicatori, 14 dei quali nella fascia più scura. Quanto alle miglior performance regionali Empoli risulta la migliore in 20 casi.

Riguardo alle strategie regionali si segnala un miglioramento della copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia, che passa da 95,58 a 96,61 (B7.1), ma anche un leggero peggioramento del controllo del dolore (B4) legato soprattutto ancora ad un basso consumo di farmaci oppioidi erogati sia dalle farmacie territoriali sia tramite distribuzione diretta, seppur in aumento rispetto al 2007. Lo screening oncologico B5 non registra particolari miglioramenti.

La valutazione socio-sanitaria registra un tendenziale miglioramento (dalla fascia arancione a quella gialla); l'appropriatezza C4 presenta una performance positiva (in particolare a livello di DRG medici dimessi da reparti chirurgici e ricoveri in day-hospital, ma non della colecistectomia laparoscopica in day –surgery), migliora la qualità clinica C5 (da arancione nel 2007 a giallo nel 2008), mentre aumenta leggermente la degenza media (C2a) e l'efficienza pre-operatoria (C3). L'efficacia delle cure primarie è riscontrabile attraverso il terzo miglior risultato in termini di ricoveri per polmoniti per 100.000 abitanti a 70,33, nonché il secondo minor valore di amputazioni maggiori del diabete a 21,37.

Riguardo alla valutazione esterna, l'Azienda presenta un aumento lieve della percentuale di abbandono del Pronto Soccorso (D9), anche se rispetto al 2007 diminuisce il livello di insoddisfazione (D10).

Per quanto concerne la valutazione interna il tasso di assenza E2 registra una delle migliori performance a livello regionale (in fascia verde scuro con 5,10). Anche sulla formazione E9 il risultato è tra i sei migliori a livello regionale anche se in calo rispetto al 2007 (da 3,49 a 3,08). Infine la percentuale di risposta E1 è in fascia medio-alta con un punteggio superiore alla media infra-regionale (52,11 rispetto a 46,09).

In termini di valutazione di efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria, l'Azienda presenta un miglioramento complessivo (da un indicatore in fascia arancione e tre in gialla ad uno in giallo e gli altri in verdi). In particolare si segnala il miglior governo della spesa farmaceutica F10 (il costo pro-capite risulta tra i più bassi in assoluto e scende dal 2007 al 2008 da 211,80 a 197,71 euro).

**Ausl 11 EM  
2008**

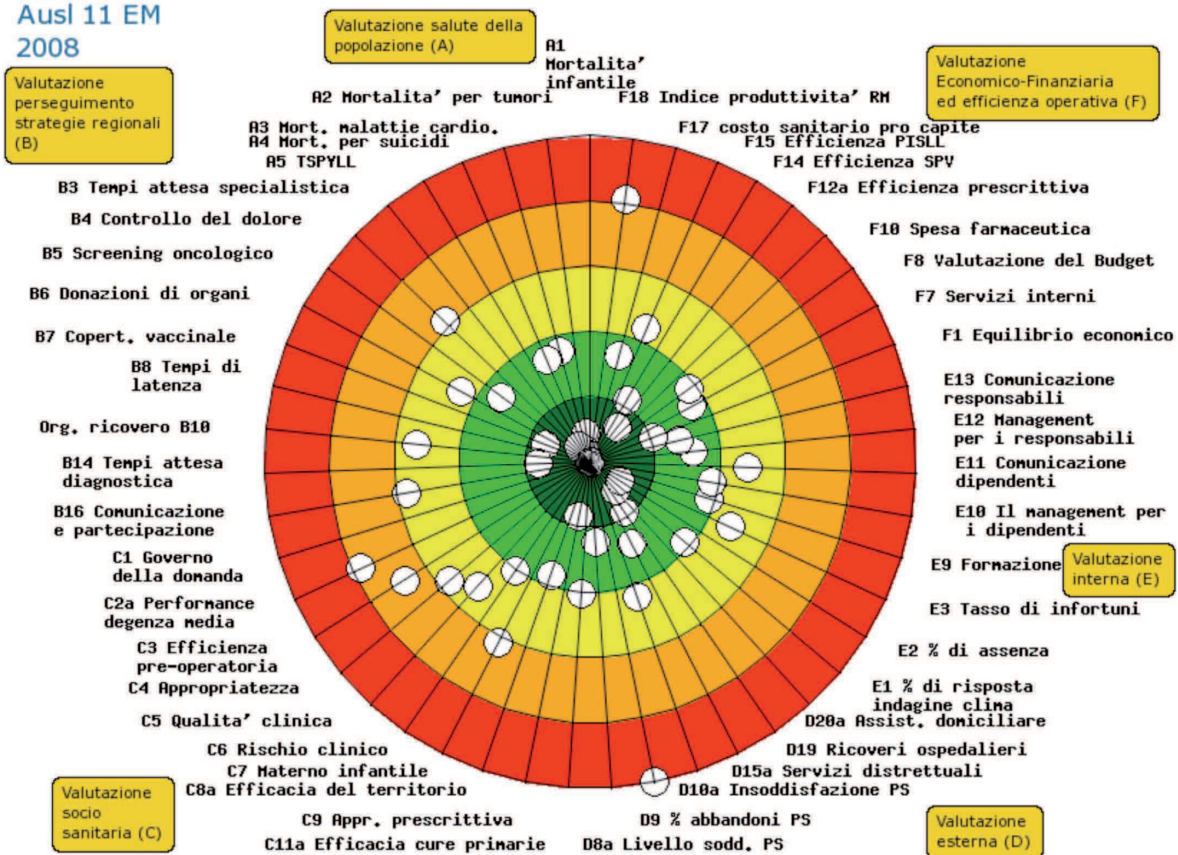


Fig. 31. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 11 EM

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale			
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	E2	Tasso di assenza
B5.3	Screening coloretale	F10	Governo della spesa farmaceutica
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR	F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica
B8	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	F12a.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)
B16.2	Front-office	F12a.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)
C1	Capacità di governo della domanda	F12a.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale	F14.2.1	Flussi in ritardo (Efficienza ed efficacia nella SPV)
C9	Appropriatezza prescrittiva	F14.2.3	Flussi con dati non congrui (Efficienza ed efficacia nella SPV)
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico (Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro)
C9.2	Tasso di abbandono delle statine (Anticoagulanti)		

Fig. 32. Best Practices della'Ausl 11 EM

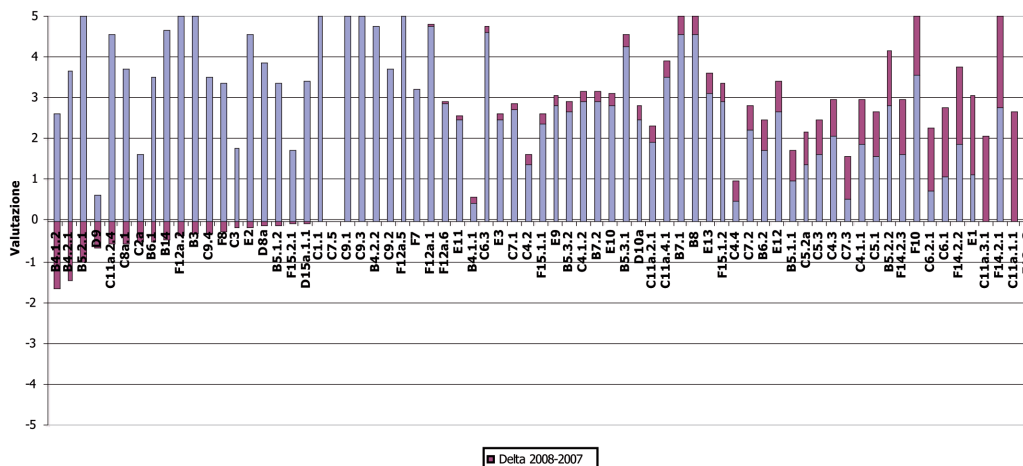


Fig. 33. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 11 EM

#### 4.12. La performance dell'Ausl 12 Versilia

L'Azienda Usl 12 Versilia si conferma tra le migliori Aziende sanitarie toscane. Presenta 2 indicatori in fascia rossa e 5 in fascia arancione, mentre in 16 casi si raggiunge la fascia verde e in 11 quella verde scuro. Risulta avere la best practice regionale per 17 indicatori.

Per quanto concerne le strategie regionali si segnala un peggioramento del controllo del dolore B4 (dalla fascia verde alla gialla), una performance tra le migliori sullo screening della cervice uterina, un limite nell'adesione allo screening coloretale (fascia arancione assieme ad altre due Aziende).

In termini di valutazione sociosanitaria, la performance della degenza media C2a migliora (passando in fascia verde scuro, con il terzo miglior risultato a livello regionale), così come l'efficienza pre-operatoria C3. Peggiorano invece sia l'appropriatezza C4, che dal 2007 al 2008 passa dal verde al giallo (ad esempio i DRG Lea medici sono passati da 72,73% a 68,18%) sia l'appropriatezza prescrittiva C9 (soprattutto a causa di un netto peggioramento nel tasso di abbandono delle statine da 18,02 nel 2007 a 25,47 nel 2008, nonché dell'elevata incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina). L'efficacia delle cure primarie è invece riscontrabile dal buon andamento dei tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche (es. miglior tasso sul diabete a 12,30 per 100.000 abitanti a fronte però del secondo più alto valore di amputazione maggiori per il diabete a 59,85, nonché scompenso cardiaco a 142 per 100.000 abitanti, BPCO a 49,34, polmoniti a 58,48 – tutti secondi miglior risultati regionali nel 2008).

Riguardo alla valutazione esterna, ossia il giudizio dato dai cittadini, migliora rispetto al 2007 la soddisfazione per il Pronto Soccorso D8 (con la migliore umanizzazione degli infermieri). Peggiora invece il dato sugli insoddisfatti del PS D10 a causa prevalentemente della scarsa chiarezza delle informazioni e fiducia nel triage.

La valutazione interna rivela un peggioramento della percentuale di risposta del personale E1, pur mantenendo una performance superiore alla media regionale, il tasso di infortunio E3 più alto di tutta la Regione (anche se in miglioramento rispetto al 2007 da 6,97 a 6,75). La valutazione della Formazione E9, pur essendo ancora in fascia verde, presenta un calo rispetto al 2007 (da 3,32 a 3,03).

Per quanto concerne la valutazione di efficienza operativa e la dinamica economico-finanziaria, all'interno di un quadro di sostanziale stabilità, migliorano sia il governo della spesa farmaceutica F10 (da 221,53 a 213,35 euro procapite) sia l'efficienza prescrittiva F12a (malgrado una performance ancora limitata sulla percentuale di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto).



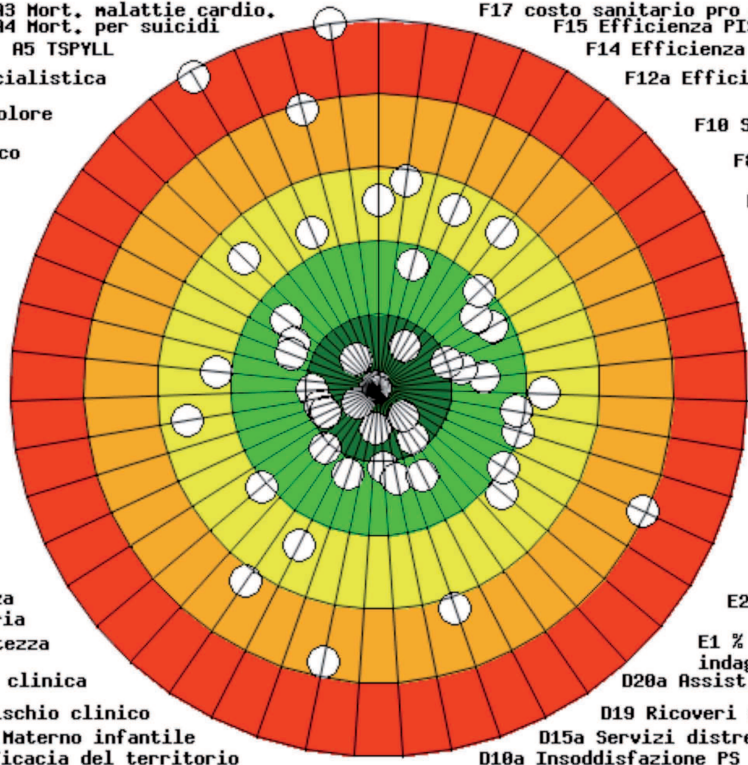
**Ausl 12 VI  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali  
(B)

Valutazione salute della  
popolazione (A)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

B3 Tempi attesa specialistica  
B4 Controllo del dolore  
B5 Screening oncologico  
B6 Donazioni di organi  
B7 Copert. vaccinale  
B8 Tempi di latenza  
Org. ricovero B10  
B14 Tempi attesa diagnostica  
B16 Comunicazione e partecipazione  
C1 Governo della domanda  
C2a Performance degenza media  
C3 Efficienza pre-operatoria  
C4 Appropriatezza  
C5 Qualita' clinica  
C6 Rischio clinico  
C7 Materno infantile  
C8a Efficacia del territorio  
C9 Appr. prescrittiva  
C11a Efficacia cure primarie



F18 Indice produttività RM  
F17 costo sanitario pro capite  
F15 Efficienza PISLL  
F14 Efficienza SPV  
F12a Efficienza prescrittiva  
F10 Spesa farmaceutica  
F8 Valutazione del Budget  
F7 Servizi interni  
F1 Equilibrio economico  
E13 Comunicazione responsabili  
E12 Management per i responsabili  
E11 Comunicazione dipendenti  
E10 Il management per i dipendenti  
E9 Formazione  
E3 Tasso di infortuni  
E2 % di assenza  
E1 % di risposta indagine clima  
D20a Assist. domiciliare  
D19 Ricoveri ospedalieri  
D15a Servizi distrettuali  
D10a Insoddisfazione PS  
D9 % abbandoni PS  
D8a Livello sodd. PS

Valutazione socio  
sanitaria (C)

Valutazione  
esterna (D)

Valutazione  
interna (E)

Fig. 34. Sistema di valutazione 2008 dell'Ausl 12 VI

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performancea livello regionale	
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina
B5.3.1	Estensione corretta dello screening colorettaie
B16.3	Soddisfazione del cittadino sulla comunicazione
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C5	Qualità clinica
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	Tempestività di intervento di frattura femore
C5.2a	Tempestività di intervento di frattura anca

C7.3	% di episiotomia depurato (NTSV)
C11a	Efficacia assistenziale delle cure primarie
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale
D15a	Servizi distrettuali
F14.1	Sicurezza alimentare e Piani Residui
F14.2.1	Flussi in ritardo
F14.2.2	Flussi con modulistica non conforme
F15.1.5	Unità locali controllate su unità locali in carico

Fig. 35. Best Practices della'Ausl 12 VI

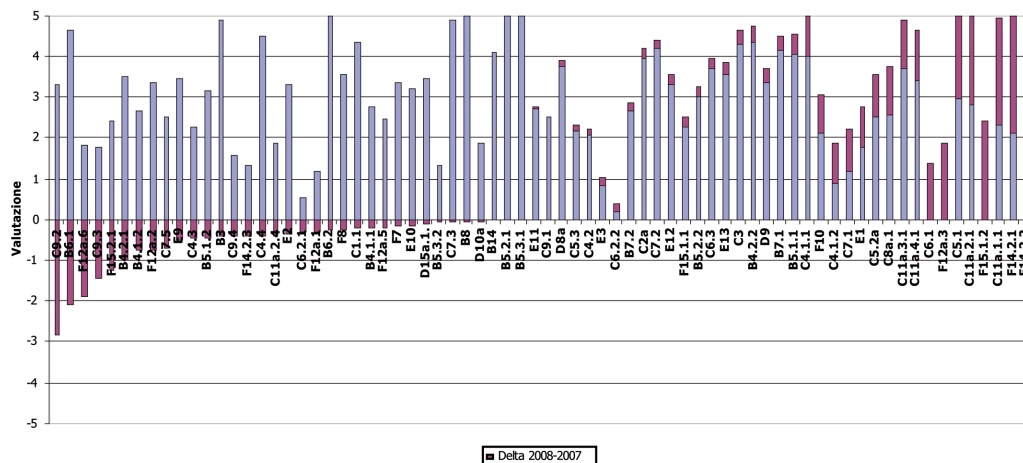


Fig. 36. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'Ausl 12 VI



#### 4.13. La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il bersaglio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria appare buona e in netto miglioramento rispetto al 2007. L'azienda presenta il peso medio globale (B11) più elevato rispetto alle altre Aziende Ospedaliero-Universitarie, ed anche quello relativo ai DRG chirurgici ad alta complessità.

L'appropriatezza (C4) e la qualità clinica (C5) sono punti di forza dell'azienda: sugli indicatori di appropriatezza l'azienda registra la migliore performance a livello regionale, in particolare sulla percentuale di DRG medici da reparti chirurgici (C4.1) e una delle migliori sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day-surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4), che supera il 70%. Sulla qualità clinica la percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass (C5.6) e la percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (C5.8) riportano la migliore delle performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Anche nella percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni (C5.2) l'azienda ottiene risultati tra i migliori a livello regionale, con un valore oltre al 62%, estremamente migliorato rispetto al 28% del 2007.

Risulta ancora critica, anche se migliorata rispetto al 2007, l'efficienza monitorata nell'indicatore C3, relativo alla degenza media per le attività chirurgiche programmate, pari a 1,86 giorni medi rispetto all'obiettivo regionale che è pari ad una giornata di degenza. Migliorabile la performance sanitaria conseguita nel percorso materno infantile, soprattutto a causa del tasso di cesarei tra i più elevati della Regione (C7.1). Rimane tra i più alti valori della regione anche la percentuale di parti indotti farmacologicamente (C7.2), anche se presenta un netto trend in miglioramento, con un valore che cala dal 29% del 2007 al 20% del 2008.

La soddisfazione degli utenti del pronto soccorso presenta margini di miglioramento, sia per quanto riguarda gli insoddisfatti (D10a), che la percentuale di abbandoni (D9), che, seppur migliorando in trend, rimane nella fascia arancione. Per quanto riguarda i risultati conseguiti mediante l'indagine di clima è da evidenziare che, benché la partecipazione all'indagine da parte dei dipendenti sia stata bassa (E1 in fascia arancione), risulta comunque superiore alle altre Aziende Ospedaliero-Universitarie, così come la valutazione dell'andamento aziendale data dai dipendenti che hanno aderito. Positiva anche la valutazione relativa al tasso di assenza (E2), che risulta ben al di sotto della media regionale.

Complessivamente sui 31 indicatori fino ad oggi monitorati l'azienda AOUP consegue nel 2008 13 risultati in fascia verde e verde scuro.

**AOU Pisana  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali (B)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

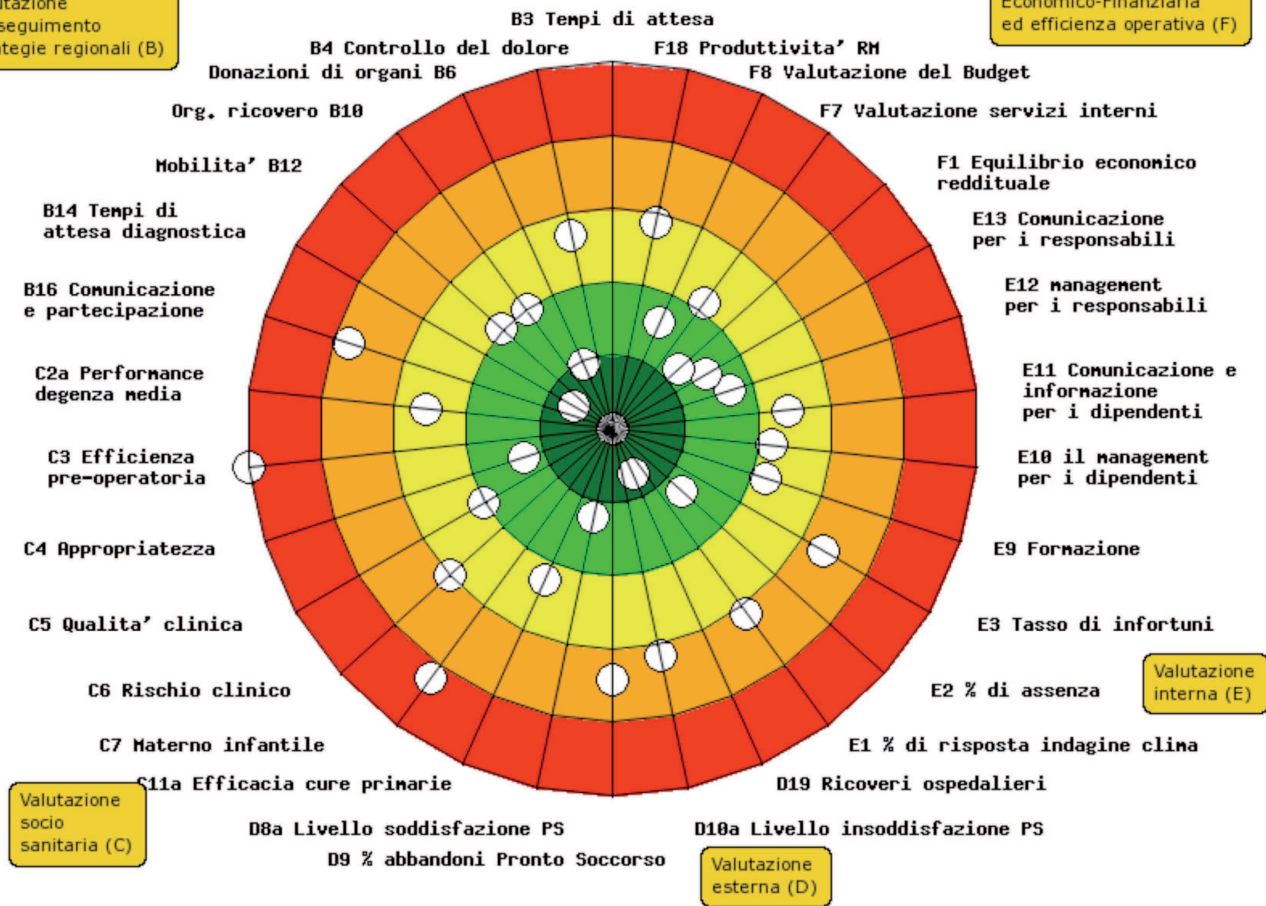


Fig. 37. Sistema di valutazione 2008 dell'AOU Pisana

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B6.2	% Donatori Effettivi
B12.2.2.1	% attrazione extra Regione
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive
C8a.1	% ricoveri >30 gg
F1.2	Equilibrio economico gestione sanitaria

Fig. 38. Best Practices della'AOU Pisana

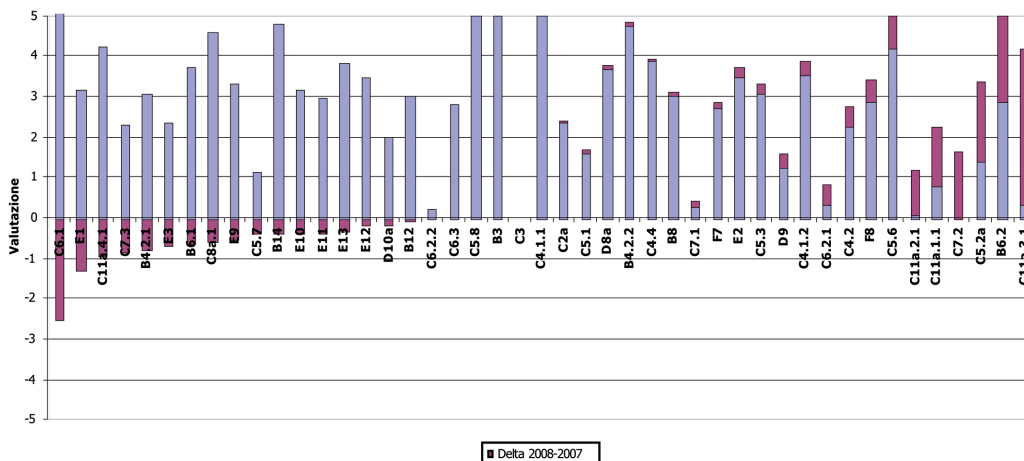


Fig. 39. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'AOU Pisana

#### 4.14. La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

La situazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese nel 2008 è differenziata a seconda degli indicatori: risulta positiva la valutazione dei pazienti sul ricovero ospedaliero (D19), i tempi di attesa (B3 e B14). Tra le Aziende Ospedaliero-Universitarie, quella Senese presenta il più elevato peso medio per i DRG chirurgici (B11.1.2) e la maggior percentuale di DRG ad alta complessità sempre per l'attività chirurgica.

Appare critica, invece, la performance relativa all'efficienza di ricovero, sia per ciò che concerne la degenza media (C2a), più elevata del resto della regione, che la degenza media preoperatoria per le attività chirurgiche programmate (C3). Si registrano problematiche anche negli indicatori relativi al percorso materno infantile, che presenta ancora un'elevata percentuale sia di parti cesarei (C7.1) che di parti indotti farmacologicamente (C7.2). Molto positiva è la performance relativa alla percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass (C5.6), indicatore di qualità clinica, mentre ha margini di miglioramento la percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (C5.8). L'indicatore relativo alla percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC (C5.1) presenta un buon trend in calo.

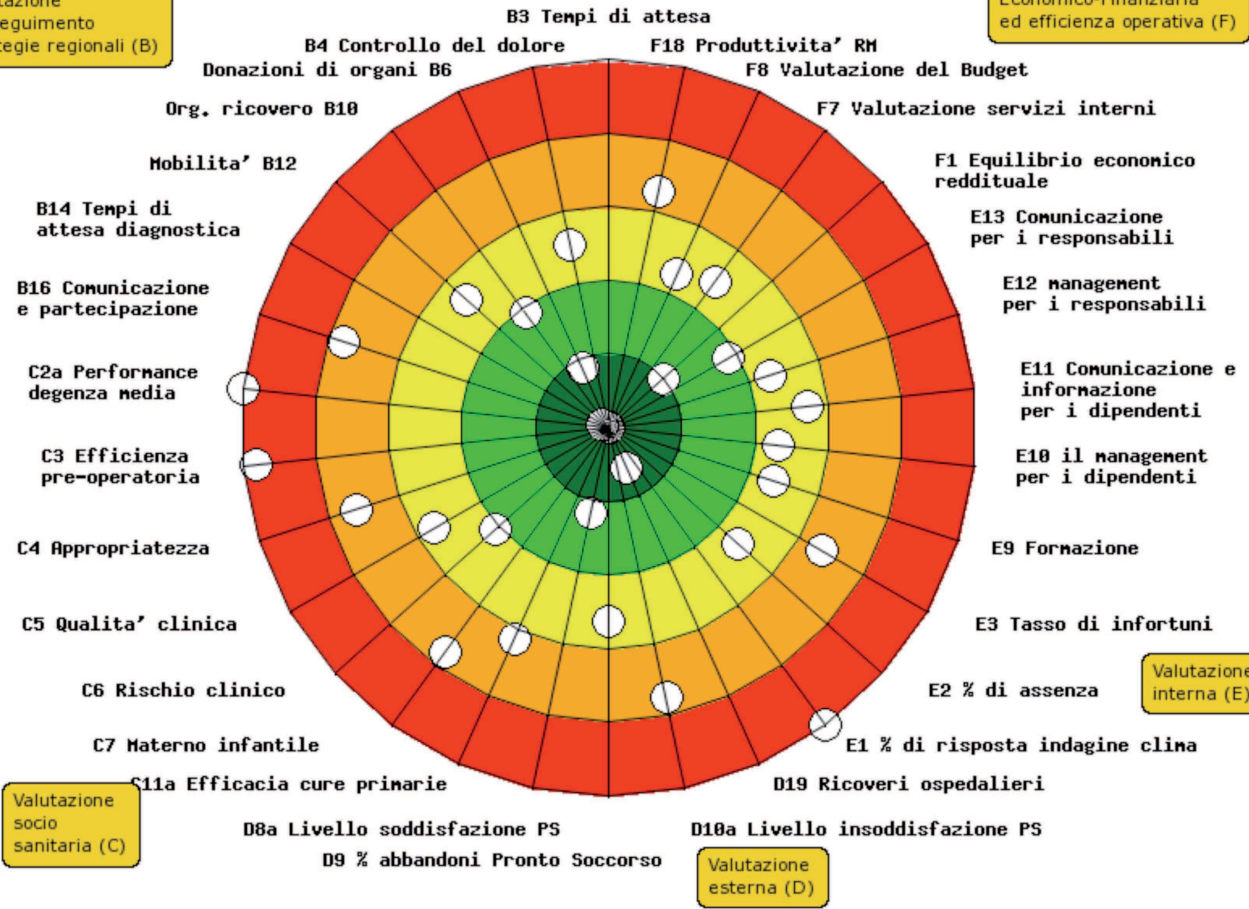
La soddisfazione degli utenti del pronto soccorso presenta margini di miglioramento, sia per quanto riguarda gli insoddisfatti (D10a), che la percentuale di abbandoni (D9), che peggiora notevolmente dal 2007. L'azienda registra la peggiore performance a livello regionale sul tasso di risposta all'indagine di clima, ulteriormente peggiorata rispetto all'anno precedente, dal 27% al 19%. Risulta critica anche la comunicazione e partecipazione del cittadino (B16).

Sul bersaglio su un totale di 31 indicatori, 9 sono quelli con una buona o ottima performance (6 in fascia verde scuro e 3 in quella verde).

**AOU Senese  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali (B)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)



Copyright Laboratorio Mes

Fig. 40. Sistema di valutazione 2008 dell'AOU Senese

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B6	Donazioni di organi
B6.1	% Morti Encefaliche individuate
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)

Fig. 41. Best Practices della'AOU Senese

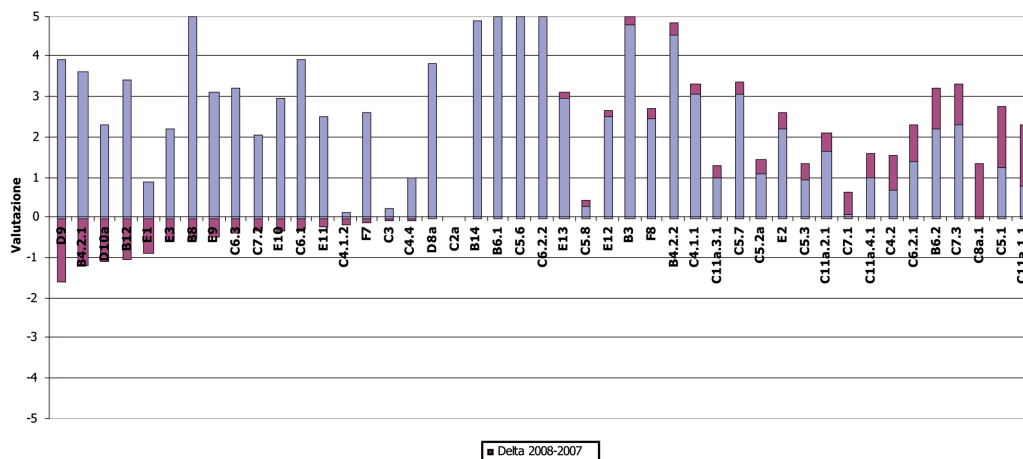


Fig. 42. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'AOU Senese

#### 4.15. La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi presenta una performance complessivamente buona ma con margini di miglioramento. Rispetto alle altre Aziende Ospedaliero-Universitarie, fatta eccezione per il Meyer, evidenzia una migliore valutazione delle attrazioni extraregione riguardo al ricovero ospedaliero, non in termini di volumi complessivi quanto di quei ricoveri ad alta complessità attratti da fuori regione, pari al 13,80% (B12.2).

Rimangono in fascia arancione gli indicatori relativi all'efficienza, quali l'indice di performance della degenza media (C2a), in molti casi più lunga rispetto alla media regionale (anche se si deve tenere conto della selezione della casistica che afferra presso la struttura), la degenza media preoperatoria per le attività chirurgiche programmate (C3) e gli indicatori di appropriatezza (C4). Riguardo alla qualità clinica, è ottima la performance della percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (C5.8), che risulta essere la best practice regionale con un valore del 39%, mentre la performance sulla percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni (C5.2) rimane il fanalino di coda con un valore pari al 23% rispetto ad una media regionale del 46%.

Positivo il posizionamento degli indicatori sanitari dell'area materno-infantile, con il tasso dei parti cesarei depurato (C7.1) che cala dal 24,70% al 22% in un anno e la percentuale di episiotomia (C7.3) che migliora notevolmente, passando dal 44% al 32%. Buona anche la percentuale di parti indotti farmacologicamente (C7.2) che rimane stabile attorno al 32%, contro una media regionale del 39%.

Riguardo al pronto soccorso, la valutazione data dai pazienti (D8a), rimane su buoni livelli; in peggioramento la percentuale di abbandoni dal pronto soccorso (D9) e il numero di utenti molto o totalmente insoddisfatti (D10a), che aumentano dal 3,68% del 2007 al 6,72% del 2008.

Per quanto riguarda il clima interno, questo appare con ampi margini di miglioramento: le valutazioni dei dipendenti sono tra i più bassi della regione, così come sono critici sia il tasso di assenza (E2) che il tasso di risposta all'indagine di clima (E1). Registra invece una buona performance il livello di infortuni dei dipendenti (E3) che risulta tra i più bassi, con un valore pari a 3,39 per 100.000 ore lavorabili.

Complessivamente l'azienda AOUC registra nel 2008 10 risultati in fascia verde e verde scuro sul totale dei 31 indicatori monitorati.



**AOU Careggi  
2008**

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali (B)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

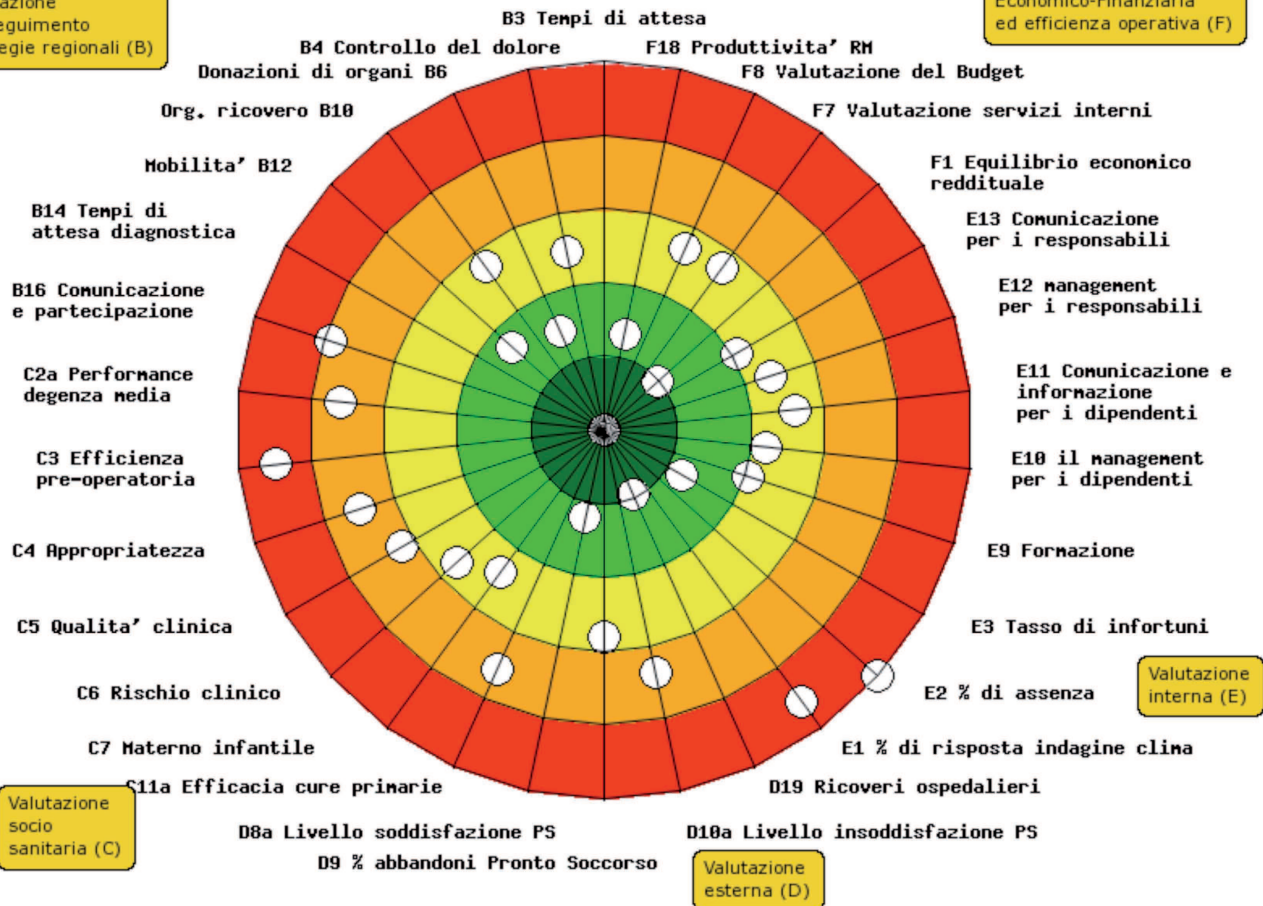


Fig. 43. Sistema di valutazione 2008 dell'AOU di Careggi

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale

Fig. 44. Best Practices della'AOU di Careggi

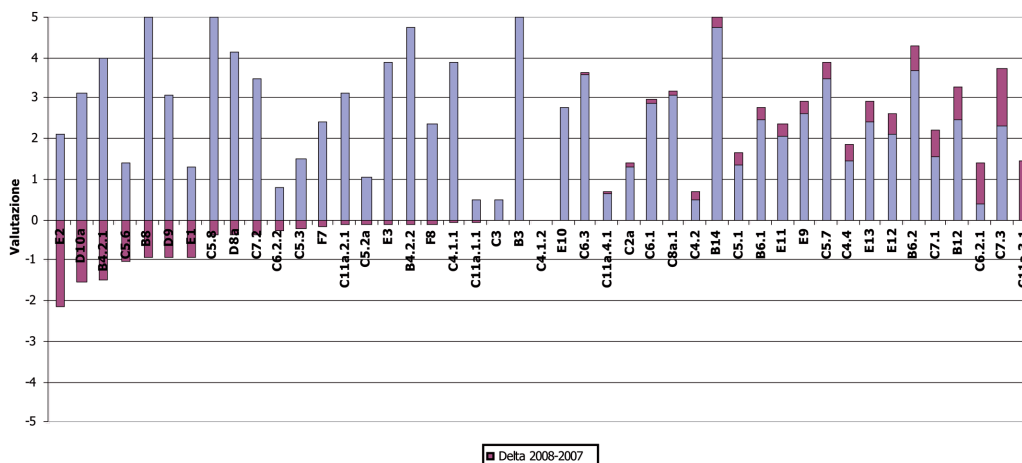


Fig. 45. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'AOU di Careggi

#### 4.16. La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer rappresenta l'ospedale pediatrico di riferimento regionale: molti degli indicatori quindi vanno interpretati tenendo presente la specificità degli utenti a cui si rivolge.

La performance nel 2008 risulta complessivamente positiva nella maggior parte degli indicatori registrandone ben 14 risultati in fascia verde e verde scuro, sui 26 indicatori monitorati. L'azienda registra inoltre numerose best practice: sugli indicatori di efficienza (C2a, C3) non solo ha i migliori risultati a livello regionale, ma presenta anche un trend in netto miglioramento, con una diminuzione della degenza media pre-operatoria da 1,08 giorni del 2007 a 0,76 del 2008. Inoltre, l'Azienda ha il più elevato indice di produttività delle risonanze magnetiche (F18), pari a circa 8.000 prestazioni per macchina, mentre la media regionale si attesta sui 4.500.

Rispetto alla mobilità, mette in luce la maggior percentuale di attrazioni extraregionali per ricoveri ad alta complessità (B12.2), pari a oltre il 15%. Anche relativamente al tasso di assenza mostra la migliore performance, con una percentuale pari al 5,10% a fronte della media regionale del 6%.

Riguardo alla soddisfazione sul pronto soccorso, gli utenti esprimono la migliore valutazione della toscana e solo l'1,61% si dichiara insoddisfatto, rispetto ad una media regionale del 5,5% (D10a). Ottima anche la valutazione degli utenti rispetto alla gestione del dolore, soprattutto in pronto soccorso (B4.2). Al contrario, invece, il tasso di abbandoni dal pronto soccorso (D9) mostra una valutazione scarsa pressoché costante rispetto al 2007.

La criticità maggior risulta essere la comunicazione e partecipazione del cittadino (B16), che presenta uno scarso risultato in quanto dai dati trasmessi risulta essere assente il comitato di partecipazione ed il front office telefonico ha degli orari di disponibilità limitati.

Per rendere maggiormente significativo il benchmarking, è in corso un confronto con altre realtà pediatriche di rilevanza nazionale, in particolare l'Istituto Gaslini di Genova e l'Azienda Ospedaliera O.I.R.M – Sant'Anna di Torino.

# AOU Meyer 2008

Valutazione  
perseguimento  
strategie regionali (B)

Valutazione  
socio  
sanitaria (C)

Valutazione  
Economico-Finanziaria  
ed efficienza operativa (F)

Valutazione  
esterna (D)

Valutazione  
interna (E)

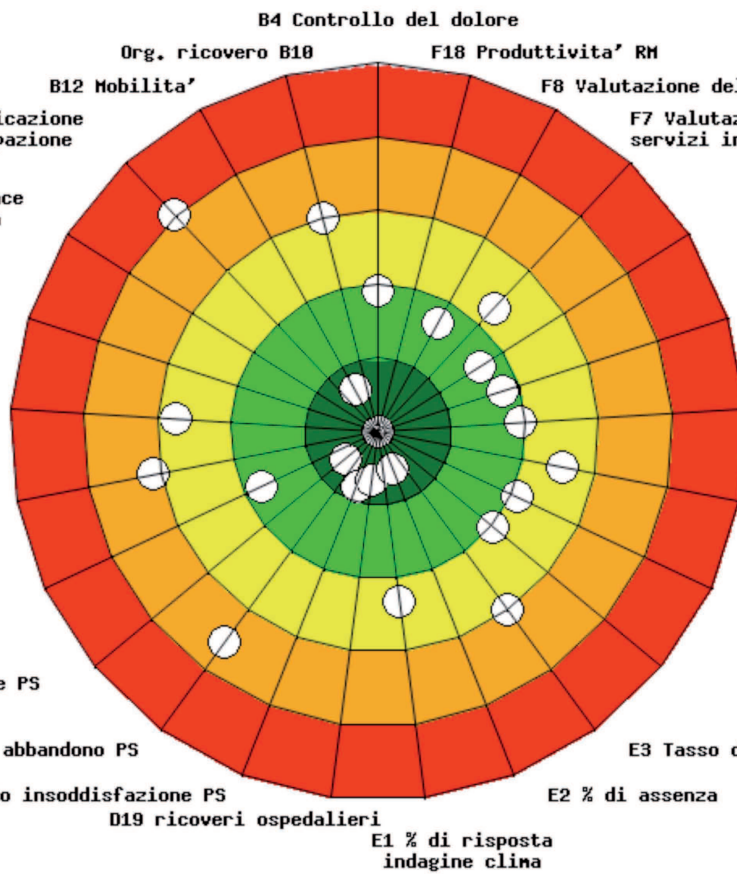


Fig. 46. Sistema di valutazione 2008 dell'AOU Meyer

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale			
B4	Strategie per il controllo del dolore	C3	Efficienza pre-operatoria
B4.2.1	Indagini di soddisfazione degli utenti del percorso emergenza	C6	Valutazione del rischio clinico
B12	Fuga	C6.1	Indice di sinistrosità
B12.2	Attrazione	D8a	Soddisfazione percorso emergenza
B12.2.2	Attrazione extra Regione	D10a	Insoddisfazione percorso emergenza
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità	E2	Tasso di assenza
C2a	Indice di performance degenza media	F18	Indice di produttività di RM
		F18.1	Prestazioni medie per RM

Fig. 47. Best Practices della'AOU Meyer

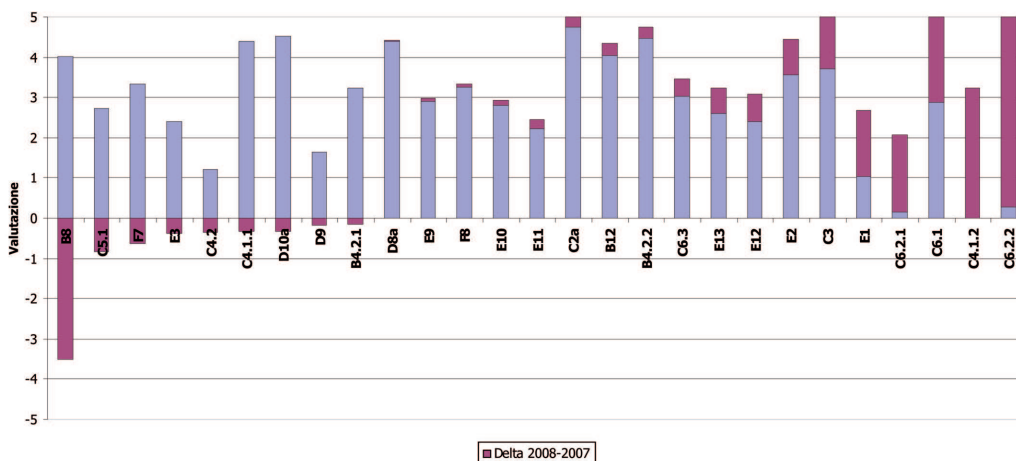


Fig. 48. Punteggi 2007, e variazione 2008-2007 dell'AOU Meyer

#### 4.17. La performance della Fondazione G. Monasterio

Per la prima volta si presenta il bersaglio della Fondazione G. Monasterio, nonostante sia composto da meno indicatori e sia necessario un approfondimento specifico che renda conto delle sue peculiarità di ospedale di terzo livello per le patologie cardiologiche e cardichirurgiche, sia degli adulti che pediatriche.

La performance nel 2008 appare complessivamente buona, registrando 11 indicatori nelle fasce migliori su un totale di 18 monitorati; inoltre è significativo il numero di best practice ottenute. Nello specifico, la Fondazione raggiunge i risultati più elevati in termini di complessità della casistica (B11), in particolar modo la percentuale di DRG chirurgici ad alta complessità è pari al 93% rispetto a circa il 40% delle altre Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Ottima è la valutazione data dai cittadini al ricovero ospedaliero (D19) e all'organizzazione del percorso assistenziale del ricovero (B10), soprattutto riguardo all'organizzazione del reparto e al lavoro di squadra. Gli indicatori di appropriatezza ottengono una buona performance, in particolar modo la percentuale di Drg medici da reparti chirurgici (C4.1), evidenziando nuovamente una buona organizzazione aziendale.

Anche il tasso di infortuni (E3) dei dipendenti è tra le best practice regionali, con un valore pari a 0,58 infortuni per 100.000 ore lavorabili a fronte di un valore medio regionale del 4,7, mentre la percentuale di assenza (E2) risulta più elevata della media regionale. I dipendenti hanno risposto positivamente all'indagine di clima organizzativo interno aziendale: il tasso di risposta è del 45% (E1) e la Fondazione presenta la valutazione migliore data al management da parte dei dipendenti (E10).

L'indice di produttività delle risonanze magnetiche (F18) mostra un numero medio di prestazioni per macchina pari a 2.600, mentre la media regionale si attesta sui 4.500, differenza dovuta alla tipologia delle prestazioni limitate esclusivamente alle alte specialità cardiologiche e neurologiche.

Punto di debolezza è l'equilibrio economico-reddituale (F1).

Fond. Monasterio  
2008

Valutazione socio sanitaria (C)

Valutazione Economico-Finanziaria ed efficienza operativa (F)

Valutazione esterna (D)

Valutazione interna (E)

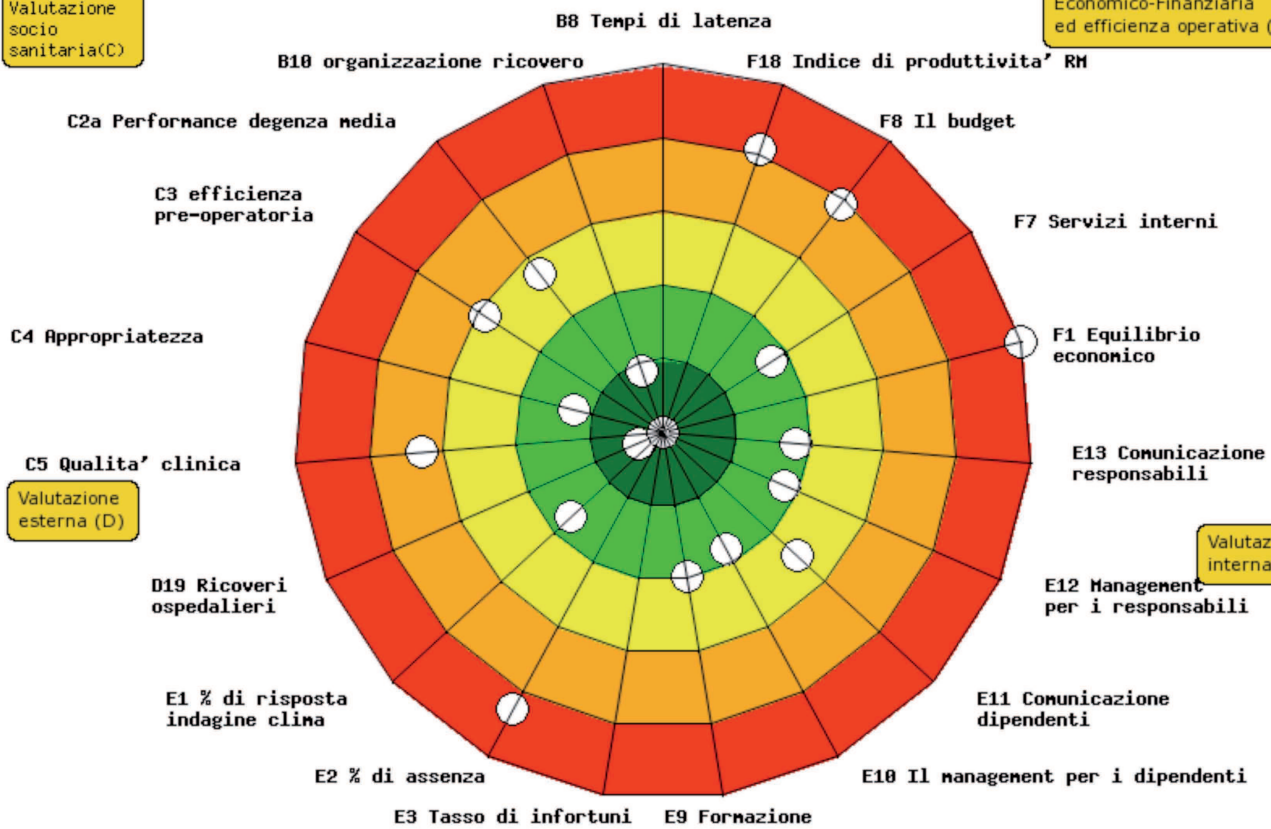


Fig. 49. Sistema di valutazione 2008 della Fondazione Monasterio

Copyright Laboratorio Mes

Indicatori con la migliore performance a livello regionale	
B4.2.2	Utenti ricoveri
B8	Tempestività di trasmissione dati al SIR
B10	Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero
B10.1	Percezione dei processi organizzativi nel ricovero
B10.1.3	Organizzazione reparto
B10.2	Coordinamento nel ricovero
B10.2.1	Pareri discordanti
B10.2.4	Lavoro di squadra
C4	Appropriatezza
C4.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici
C5.7	Percentuale di riparazione della valvola mitrale
D19	Ricoveri ospedalieri
E10	Il management per dipendenti
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti

Fig. 50. Best Practices della Fondazione Monasterio

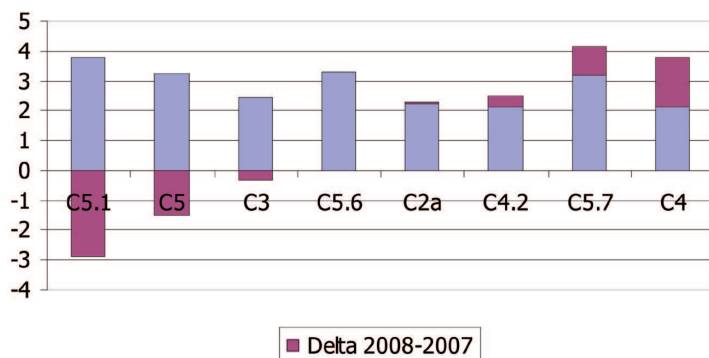


Fig. 51. Punteggi 2007 e variazione 2008-2007 della Fondazione Monasterio