

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana

Report 2006



mms

INDICE

Il Laboratorio Management e Sanità	9
Prefazione	11
<i>Enrico Rossi</i>	

PARTE I

Il sistema di valutazione della performance della Sanità Toscana	13
<i>Sabina Nuti</i>	
La valutazione 2006 della performance delle aziende sanitarie toscane	29
<i>Sabina Nuti</i>	

PARTE II

LA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

A cura di Anna Bonini

1. Tasso Mortalità Infantile – A1	47
<i>Carmen Calabrese</i>	
2. Tasso Mortalità tumori – A2	50
<i>Carmen Calabrese</i>	
3. Tasso Mortalità per malattie del sistema circolatorio – A3	51
<i>Carmen Calabrese</i>	
4. Mortalità per suicidi – A4	51
<i>Carmen Calabrese</i>	

PARTE III

LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DEGLI ORIENTAMENTI REGIONALI

A cura di Sara Barsanti

1. Tempi di attesa per visite specialistiche – B3	54
<i>Francesca Sanna</i>	
2. Strategie per il controllo del dolore – B4	58
<i>Carmen Calabrese, Anna Maria Murante</i>	
3. Estensione ed adesione agli screening oncologici – B5	62
<i>Sara Barsanti</i>	
4. Donazioni di organi – B6	66
<i>Barbara Lupi</i>	
5. Grado di apertura vaccinale – B7.....	68
<i>Sara Barsanti</i>	
6. Tempestività SIR – B8	69
<i>Sara Barsanti</i>	
7. Equità ed accesso ai servizi sanitari – B9	70
<i>Sara Barsanti</i>	
8. Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero ospedaliero – B10	76
<i>Anna Maria Murante</i>	
9. Complessità della casistica (AA.OO.UU.) – B11	78
<i>Anna Bonini</i>	

10. Mobilità (AA.OO.UU.) – B12	80
<i>Anna Bonini</i>	
11. Continuità assistenziale nel percorso nascita – B13	82
<i>Milena Vainieri</i>	
12. Capacità della ricerca (AA.OO.UU.) – B15	86
<i>Sara Barsanti</i>	

PARTE IV

LA VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

A cura di Anna Bonini

1. Capacità di governo della domanda – C1	96
<i>Carmen Calabrese</i>	
2. Efficienza delle attività di ricovero – C2	100
<i>Chiara Seghieri</i>	
3. Efficienza pre-operatoria – C3	106
<i>Chiara Seghieri</i>	
4. Appropriatelyzza – C4	107
<i>Anna Bonini</i>	
5. Qualità clinica – C5	111
<i>Anna Bonini</i>	
6. Percorso Materno Infantile – C7	116
<i>Barbara Lupi</i>	
7. Efficacia sanitaria delle attività territoriali – C8	121
<i>Barbara Lupi</i>	
8. Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica – C9	127
<i>Carmen Calabrese, Linda Marcacci</i>	
9. Percorso oncologico – C10	130
<i>Anna Bonini, Barbara Lupi</i>	

PARTE V

LA VALUTAZIONE ESTERNA

A cura di Sabina Nuti

1. Pronto Soccorso – D8	136
<i>Anna Maria Murante, Linda Marcacci</i>	
2. Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso – D9	142
<i>Anna Maria Murante, Linda Marcacci</i>	
3. Percentuale insoddisfatti del pronto Soccorso – D10	144
<i>Anna Maria Murante, Linda Marcacci</i>	
4. Qualità dell'assistenza nel ricovero – D11	145
<i>Anna Maria Murante</i>	
5. Umanizzazione nel ricovero – D12	147
<i>Anna Maria Murante</i>	
6. Comunicazione sanitaria nel ricovero – D13	150
<i>Anna Maria Murante</i>	
7. Comfort ed ambiente nel ricovero – D14	152
<i>Anna Maria Murante</i>	

PARTE VI

LA VALUTAZIONE INTERNA

A cura di Sabina Nuti

1.	Tasso di assenteismo – E2.....	155
	<i>Alessandro Campani, Domenico Cerasuolo</i>	
2.	Tasso di infortuni dei dipendenti – E3	156
	<i>Alessandro Campani, Domenico Cerasuolo</i>	
3.	Tasso di risposta all'indagine di clima interno – E1	157
	<i>Alessandro Campani, Domenico Cerasuolo</i>	
4.	Valutazione del Management da parte dei responsabili di struttura – E5	159
	<i>Alessandro Campani, Domenico Cerasuolo</i>	
5.	Valutazione del Management da parte dei dipendenti – E7	160
	<i>Alessandro Campani, Domenico Cerasuolo</i>	

PARTE VII

LA VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA

A cura di Milena Vainieri

1.	Equilibrio economico – F1	164
	<i>Elisabetta Felloni</i>	
2.	Equilibrio patrimoniale – F3	166
	<i>Elisabetta Felloni</i>	
3.	Equilibrio finanziario – F5	170
	<i>Elisabetta Felloni</i>	
4.	Servizi interni – F7	173
	<i>Milena Vainieri</i>	
5.	Valutazione del Budget – F8	175
	<i>Milena Vainieri</i>	
6.	Governo della spesa farmaceutica – F10	176
	<i>Carmen Calabrese, Linda Marcacci</i>	
7.	Indice di compensazione – F11	177
	<i>Milena Vainieri</i>	
8.	Efficienza prescrittiva farmaceutica – F12	178
	<i>Carmen Calabrese, Linda Marcacci</i>	
9.	Procedure di controllo interno dei magazzini – F13	181
	<i>Cristina Campanale</i>	
10.	Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria – F14	185
	<i>Cristina Campanale</i>	
11.	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro – F15	189
	<i>Cristina Campanale</i>	
BIBLIOGRAFIA		197
RIFERIMENTI NORMATIVI		199

IL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ

Nel 2004 la Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana ha costituito il Laboratorio Management e Sanità con l'obiettivo di produrre innovazione organizzativa e gestionale per lo sviluppo della tutela della salute e know how manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

La **missione** del Laboratorio MeS è la valorizzazione delle logiche fondanti il sistema sanitario toscano, lo studio delle sue specificità, anche in confronto con altri sistemi regionali e internazionali, e la verifica degli impatti organizzativi e gestionali nelle realtà dei soggetti istituzionali che compongono il sistema. Le attività che svolge sono classificabili in formazione manageriale per le figure apicali del sistema sanitario toscano e per gli alti potenziali, la ricerca applicata per supportare i soggetti del sistema nel processo di cambiamento organizzativo e nell'innovazione gestionale del sistema e infine nella valutazione della performance. A questo tema il Laboratorio Management e Sanità ha dedicato molte delle sue risorse costituendo anche un centro per lo svolgimento delle indagini telefoniche presso gli utenti (centro C.A.T.I.).

Il team di ricerca che segue il **Sistema di Valutazione della Performance** è costituito da:

Responsabile scientifico: Prof. Sabina Nuti

Coordinatore operativo: Anna Bonini

Progettazione e gestione del sistema informativo: Domenico Cerasuolo

VALUTAZIONE LIVELLI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE:

Responsabile di Area: Anna Bonini

Ricercatore: Carmen Calabrese

VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI:

Responsabile di Area: Sara Barsanti

Ricercatori: Anna Bonini, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Francesca Sanna, Milena Vainieri

VALUTAZIONE DELLA DIMENSIONE SOCIO-SANITARIA:

Responsabile di Area: Anna Bonini

Ricercatori: Carmen Calabrese, Valentina Camerini, Barbara Lupi, Linda Marcacci, Chiara Seghieri

VALUTAZIONE DELLA DIMENSIONE ESTERNA:

Responsabile di Area: Anna Maria Murante

Ricercatori: Fabio Ferretti, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Chiara Seghieri, Milena Vainieri

Centro C.A.T.I.:

Responsabile: Annalisa Brambini

Coordinamento operativo: Claudia Bassani

Telefonisti: Elisa Bassani, Gabriella Brogna, Sara Dore, Davide Laringi, Serena Moscatelli, Maria Cristina Rizzo, Giuseppina Solari, Letizia Venturi

VALUTAZIONE DELLA DIMENSIONE INTERNA:

Progettazione e gestione SISTEMA C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interviewing): Domenico Cerasuolo

Responsabile di Area: Domenico Cerasuolo, Maria Giulia Sinigaglia

Ricercatori: Daniela Binelli, Annalisa Brambini, Carmen Calabrese, Cristina Campanale, Alessandro Campani, Lucilla Carta, Domenico Cerasuolo, Elisabetta Felloni, Anna Maria Murante, Francesca Sanna

VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA OPERATIVA E DELLA DINAMICA ECONOMICO FINANZIARIA:

Responsabile Scientifico: Prof. Lino Cinquini

Responsabile di Area: Milena Vainieri

Ricercatori: Cristina Campanale, Elisabetta Felloni

Il presente Report sintetizza la valutazione della performance della sanità toscana relativa all'anno 2006.

Un ringraziamento particolare a Annalisa Brambini che, con l'aiuto di Valentina Camerini, ha seguito la predisposizione del presente testo.

PREFAZIONE

Enrico Rossi

In un sistema sanitario come quello toscano, che punta più alla cooperazione che alla competizione, abbiamo ritenuto importante sviluppare e implementare un sistema per valutare i risultati conseguiti. Un sistema che fosse condiviso tra le aziende e tra queste e la Regione, trasparente e chiaro nel metodo e nelle finalità, capace di monitorare non solo la capacità delle aziende di raggiungere e mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario, ma anche di centrare gli obiettivi strategici definiti a livello di Sistema Sanitario Regionale. In questa ottica per la Regione, in linea con gli orientamenti del Piano Sanitario Regionale, era fondamentale poter disporre di un metodo capace di esaminare altre tipologie di risultati, considerati significativi per migliorare lo stato di salute e di benessere dei cittadini, quali ad esempio la qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza, la produttività delle risorse, la capacità di soddisfare le esigenze degli utenti ma anche il gradimento e la soddisfazione del personale dipendente. Il sistema di valutazione della performance quindi, fin dal suo primo avvio, è stato vissuto come una sfida per tutto il servizio regionale, non come uno strumento per dare il "voto" al management e alle aziende, ma come un'opportunità per poter capire, crescere ed apprendere, un mezzo a disposizione della Regione e del management aziendale per supportare il governo della "macchina sanitaria" nel suo complesso ma anche nelle sue specifiche unità di erogazione. Una modalità per valorizzare ciò che è eccellente e per migliorare ciò che i numeri indicano come area di criticità e di debolezza.

La scelta di affidare ad una Università la conduzione del progetto 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 del progetto e farne una missione propria come 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 competenza nell'area del 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, Siena e Firenze.

Con queste premesse nel 2004 è stato costituito, in partnership con la Scuola Superiore Sant'Anna, il "Laboratorio Management e Sanità", a cui è stato affidato il compito di svolgere attività di formazione manageriale, ricerca e valutazione a favore del sistema sanitario toscano. Grazie al lavoro svolto dal team di ricerca del Laboratorio Management e Sanità oggi la Regione e le Aziende sanitarie toscane possono contare su un sistema in grado di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle Aziende stesse, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma anche necessario per la valorizzazione e la comunicazione dei risultati ottenuti.

Il sistema progettato e sperimentato nel 2004 in quattro realtà pilota, successivamente implementato nel 2005 in tutte le Aziende territoriali e infine nel 2006 adottato anche da quelle ospedaliere universitarie, è diventato nel tempo uno strumento fondamentale che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale. Ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare non solo i risultati delle istituzioni sanitarie in termini economico finanziari, ma anche le modalità con cui queste si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione, la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini. Il modello è semplice e complesso insieme. Semplice, perché la metafora del "bersaglio" che è stata utilizzata è di immediata chiarezza, ma anche complesso, perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi, permette di analizzare con passaggi di sempre ulteriore dettaglio i dati di origine e le loro determinanti.

Inoltre, la presentazione dei dati a confronto tra le Aziende, pur in un clima di collaborazione e di integrazione, spinge le aziende a superare l'autoreferenzialità e facilita i processi di scambio e di apprendimento. Il processo di valutazione della performance infatti è propedeutico a quello di valorizzazione delle "best practices", ossia delle migliori pratiche delle Aziende sanitarie, che sono da diffondere e imitare, dando la meritata attenzione a chi riesce ad ottenere risultati eccellenti.

Questo sistema di valutazione multidimensionale dei risultati, che sostiene già da anni il processo di programmazione e controllo della Regione e delle Aziende, viene pubblicato per la prima volta in tutte le sue parti in questo report relativo al 2006, per far conoscere ai consiglieri regionali, ai sindaci e ai cittadini toscani quali sono i risultati conseguiti dal Servizio sanitario regionale e con quali modalità, rigorose e attente, le strutture del sistema sono monitorate, per garantire il più efficace ed efficiente utilizzo di risorse pubbliche a favore della collettività.

Dal mese di luglio i dati saranno disponibili anche sul web.

Infine la Regione conta di ampliare l'utilizzo di questo modello per poter disporre nei prossimi anni di un sistema capace di valutare in modo integrato sia le competenze dei professionisti sanitari sia, in modo più analitico, le attività territoriali, in modo da accompagnare con le necessarie conoscenze i processi di programmazione e controllo delle Società della Salute.

PARTE I
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
DELLA SANITÀ TOSCANA

A cura di Sabina Nuti

La Regione Toscana ha inteso introdurre, con il sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, 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 al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Se, infatti, è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario questo non è però certamente sufficiente. Fondamentale è 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, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana il Sistema di Valutazione della Performance, per misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Già nel Piano sanitario regionale 2002-2004 infatti, e poi successivamente nei piani sanitari regionali successivi, la Regione Toscana indicava gli obiettivi, i valori ed i principi operativi del modello toscano di sanità. Tra questi, sicuramente irrinunciabili il principio dell'universalità e della programmazione, dell'efficacia e dell'efficienza.

In particolare la programmazione è stata ritenuta fondamentale per ottenere la corrispondenza tra i bisogni dei cittadini e la tipologia, la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l'appropriatezza dei servizi.

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l'azione delle aziende 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.

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'Anna¹ 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. Queste aziende sanitarie furono scelte perché:

- rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti²;
- la Ausl 5 di Pisa e l'AOU Pisana quali realtà rappresentative la prima delle aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'azienda ospedaliero-universitaria, la seconda di un'azienda con una missione diversa dalle aziende sanitarie territoriali, in cui accanto all'assistenza sono obiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

La sperimentazione attivata nel 2004 nelle prime quattro aziende sanitarie selezionate, inoltre, 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

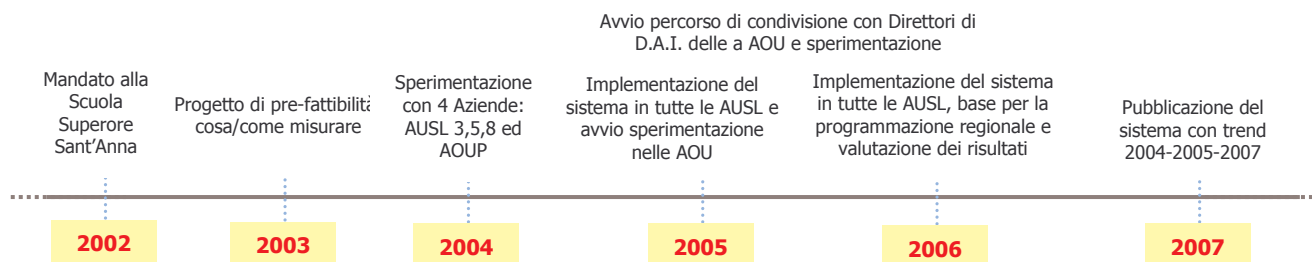
¹ Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna, nella prima fase di progettazione, è stato coordinato dall'autrice di questo capitolo, ed è stato composto dai professori Lino Cinquini e Domenico Bodega, dai ricercatori senior Alessia Macchia, Cristina Renzi, Danilo Neglia, Gabriella Giuliano, dai consulenti Paolo Martinez e l'avv. Marco Lovo, dalla dottoressa Emanuela Tangolo, e dai ricercatori Manuele Bellonzi, Milana Vainieri, Anna Bonini, Angelo Boccaccio, Annalisa Brambini, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo. Il prof. Riccardo Varaldo ha seguito il progetto in qualità di responsabile scientifico.

² Nel sistema sanitario toscano le aziende sanitarie locali gestiscono a livello territoriale tutti e tre i livelli assistenziali ossia prevenzione, attività territoriali e ospedali di primo e secondo livello. Le aziende ospedaliere universitarie sono quattro (Siena, Pisa, Careggi di Firenze e Meyer) e sono integrate con i tre atenei di Siena, Pisa e Firenze. A loro è affidata l'assistenza di terzo livello di Area Vasta e l'assistenza ospedaliera per i cittadini o parte di essi che risiedono nel capoluogo in cui insistono.

metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati, le informazioni e gli 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 ed il sistema nel 2005 è stato implementato in tutte le aziende territoriali della Regione. Per quanto concerne le realtà ospedaliere 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 ospedaliere universitarie di Pisa, Siena, Firenze (Careggi e Meyer). Questa iniziativa prevedeva nella prima fase tre momenti di due giornate ciascuno in cui, in due edizioni miste, i direttori DAI hanno approfondito e discusso il processo di evoluzione in atto nel sistema sanitario toscano, la dinamica economica finanziaria e l'assetto organizzativo dipartimentale delle aziende ospedaliere universitarie. Nella seconda parte del percorso formativo i partecipanti, con il supporto di docenti della facoltà di economia dei tre atenei toscani³ e della Scuola Superiore Sant'Anna nel ruolo di facilitatori, 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 il 3 marzo 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto in cui sono stati presentati dai partecipanti stessi gli indicatori individuati e calcolati (più di 200) per le realtà toscane. Questo rapporto è stato successivamente discusso e approfondito dal gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità con le direzioni aziendali di Careggi, Meyer, Pisa e Siena, 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 ospedaliere universitarie. Nel secondo semestre del 2006 il sistema di valutazione della performance è entrato a regime anche nelle realtà ospedaliere universitarie della Toscana con l'elaborazione di alcuni indicatori specifici quali ad esempio la capacità di produrre ricerca. Nel mese di aprile del 2007 il report relativo alla performance delle quattro aziende ospedaliere universitarie relativo ai risultati conseguiti nel 2006 è stato consegnato per la prima volta ai rettori dei tre atenei di Pisa, Firenze e Siena.

Fig. 1 – La storia del sistema



Oggi il sistema è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione e nel 2007 sarà implementato anche nella Direzione generale Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione. Dal mese di luglio del 2007 sarà disponibile su web.

Le finalità e le modalità d'uso del sistema

La finalità del sistema di valutazione della performance è stata fin dalla sua progettazione iniziale, quella di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma anche per la valorizzazione dei risultati ottenuti. Il sistema progettato ed implementato nelle quattro realtà pilota ha permesso di capire inoltre 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 spazi 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

³ 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 il prof. Lino Cinquini della Scuola Superiore Sant'Anna.

dal 1997 in Canada nella regione dell'Ontario per le realtà ospedaliere⁴. 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 incentivante per la direzione aziendale. Le aziende del sistema a loro volta hanno collegato lo strumento al loro sistema di budget interno.

Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

Nel progetto di prefattibilità il gruppo di ricerca ha elaborato 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. Pur se spesso sono necessari anni o decenni per muovere e 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, per valutare l'efficacia di un'azione intrapresa, si deve ricorrere per l'analisi dell'impatto sullo stato di salute della popolazione. 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.

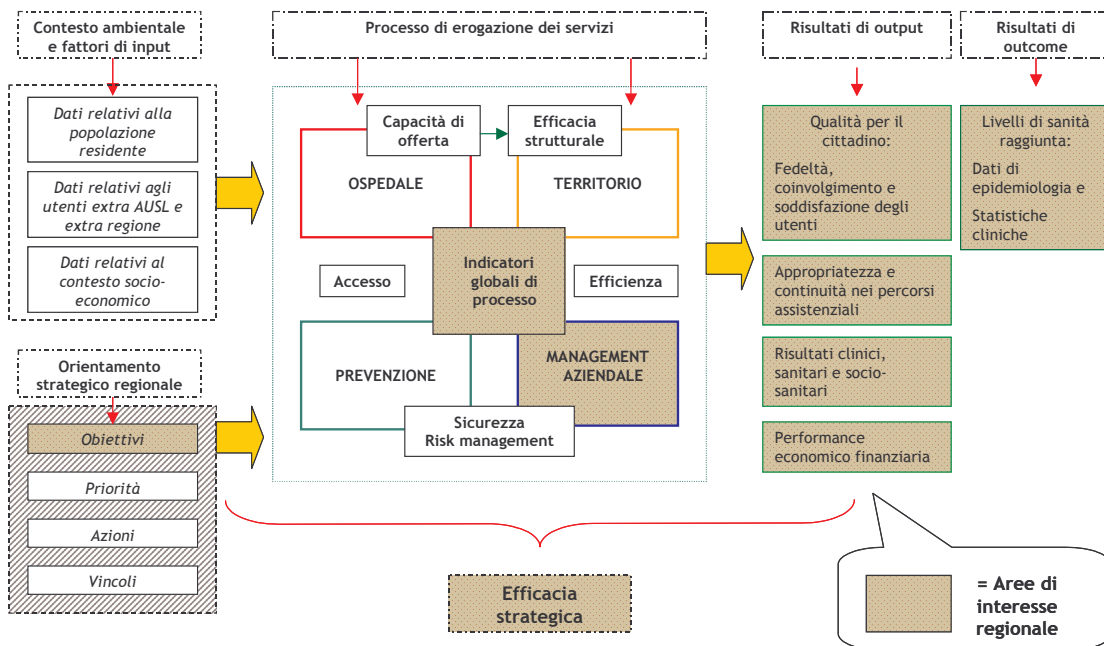
Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di

⁴ Confronta www.Hospital report.com

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 suo 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 progetto, hanno concordato di concentrare 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 (vedi figura n. 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 spesso è 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 gli orientamenti del sistema regionale (B)**
Le aziende sanitarie toscane rispondono, infatti, non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale che operano in logica di squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti i cittadini della regione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare 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, 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 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. È stato infatti 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 (vedi figura n. 4), mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

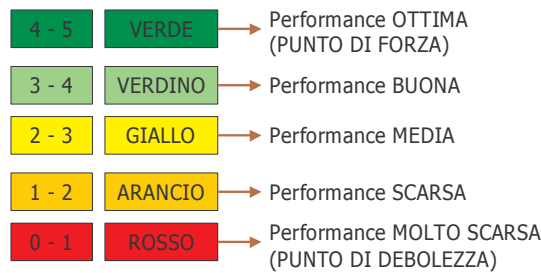
Fig. 4 – Le dimensioni della valutazione e la logica del bersaglio



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 oscilla 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.

Fig. 5 – Le fasce di valutazione



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 .

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. Alcuni indicatori 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 (vedi figura n. 6).

Fig. 6– la valutazione della medicina di base



Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico (figura n.7), 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 post. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

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

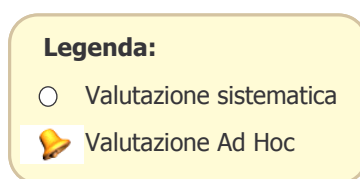
- verificare dello stato di attuazione di alcune Delibere Regionali di elevata criticità;
- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra 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 rispetto all'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 di 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 (vedi figura n.8).

Fig. 8 – La legenda per la rappresentazione della valutazione sistematica e "ad hoc"



Gli indicatori del sistema

Nelle tabelle successive si presentano gli indicatori selezionati per ciascuna delle sei dimensioni della valutazione e i sottoindicatori che compongono gli alberi di valutazione quando questa risulta composta da più indicatori.


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 considerati.

L'indicatore C7 nell'ambito della valutazione sanitaria misura la qualità del percorso materno infantile ad esempio ed il risultato è calcolato considerando il tasso dei cesarei depurato da complessità con un peso pari al 50% mentre il restante 50% è il risultato della media tra gli 4 altri Indicatori che compongono l'albero dell'indicatore C7.

La tabella successiva indica quali indicatori sono stati selezionati per ciascun anno e oggetto di valutazione. Sono inoltre indicati nella colonna "obiettivo" quali indicatori 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.

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)						
A1	Mortalità Infantile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A1.2	Mortalità neonatale nei primi 6 giorni di vita		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A1.3	Mortalità nei primi 28 giorni di vita		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A2	Mortalità tumori	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
A4	Mortalità per suicidi		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)						
B1	La costituzione e il funzionamento del CORD	<input checked="" type="checkbox"/>				
B2	Attivazione e conoscenza del SUP	<input checked="" type="checkbox"/>				
B3	Tempi di attesa per visite specialistiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Strategie per il controllo del dolore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B4.1	Consumo di farmaci oppioidi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B4.2	Indagini di soddisfazione degli utenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B5	Estensione ed adesione allo screening	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B5.1	Screening Mammografico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B5.2	Screening cervice uterina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B5.3	Screening coloretale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B6	Donazioni di organi		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B6.1	% Morti Encefaliche individuate		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B6.2	% Donatori Effettivi		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B7	Grado di copertura vaccinale		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B8	Tempestività SIR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B9	Equità ed accesso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.1	Percorso materno infantile		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.2	Pronto Soccorso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.3	Ricovero Ospedaliero		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B9.4	Servizi territoriali				<input checked="" type="checkbox"/>	
B10	Organizzazione del percorso assistenziale del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
B10.1	Percezione processi organizzativi		<input checked="" type="checkbox"/>			
B10.2	Coordinamento		<input checked="" type="checkbox"/>			
B11	Complessità (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B11.1	Percentuali Drg C di alta complessità		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B11.2	Peso medio Drg C di alta complessità		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12	Mobilità (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.1	Indice di fuga intraregionale extra Area Vasta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.2	Indice di attrazione intraregionale extra Area Vasta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.3	Indice di fuga extraregionale		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B12.4	Indice di attrazione extraregionale		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B13	Continuità assistenziale: percorso materno infantile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B13.1	Pre-parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B13.2	Parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B13.3	Post-parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
B14	Tempi di attesa per prestazioni di diagnostica				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B15	Capacità attività di ricerca		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE SANITARIA (C)						
C1	Valutazione della capacità di governo della domanda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C1.1	Tasso ospedalizzazione globale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C1.2	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C1.3	Tasso ospedalizzazione DH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C1.4	Tasso ospedalizzazione DH medico		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C1.5	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C1.6	Tasso di prestazioni ambulatoriali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2	Valutazione di efficienza delle attività di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.1	Degenza media colecistectomia laparoscopica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.2	Degenza media isterectomia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.3	Degenza media prostatectomia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.4	Degenza media ictus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.5	Degenza media IMA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.6	Degenza media emorragia gastrointestinale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.7	Degenza media scompenso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C2.8	Degenza media polmonite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C3	Valutazione di efficienza pre-operatoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Valutazione di appropriatezza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (divisi RO e DH)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4.2	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4.3	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C4.4	Drg LEA Medici: % standard raggiunti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5	Valutazione della qualità clinica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5.1	% re-ricoveri		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.2	% fratture anca operate in 2 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5.3	% prostatectomie transuretrali		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.4	Mortalità intraospedaliera per infarto		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.5	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.6	% di utilizzo di 1 mammaria nel by-pass (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C6	Rischio clinico	<input checked="" type="checkbox"/>				
C7	Valutazione Materno-Infantile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C7.1	% cesarei depurato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C7.2	% parti indotti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.3	% episiotomia depurato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.4	Tasso Apgar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.5	% ventosa e forcipe		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.6	Tasso di ricoveri in pediatria: RO e DH		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C7.7	Tasso di fughe per parto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8	Valutazione dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.1	Tasso ospedalizzazione scompenso		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.2	Tasso ospedalizzazione polmonite		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.3	Tasso ospedalizzazione diabete		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C8.4	Tasso concepimenti minorenni		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8.5	Tasso di ricoveri >30 gg sulla popol. resid.		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8.6	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per residenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C8.7	% di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.1	Inibitori di pompa protonica: riduzione n. unità posologiche		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.2	Statine: tasso di abbandono		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % confezioni sartani		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C9.4	inibitori selettivi ricaptazione serotonina: riduzione DDD		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10	Valutazione del percorso oncologico		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10.1	% interventi conservativi per tumore alla mammella		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10.2	% interventi per tumore al polmone fuori Area Vasta (AOU)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
C10.3	% deceduti a casa per tumore maligno		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE ESTERNA (D)						
D1	Percorso oncologico colon-retto	<input checked="" type="checkbox"/>				
D2	Medicina di base	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D3	Attività ambulatoriale	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D4	Attività diagnostica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D5	Servizi di prevenzione	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
D6	Conoscenza URP	<input checked="" type="checkbox"/>				
D7	Presenza in carico del paziente nel percorso oncologico da parte del MMG	<input checked="" type="checkbox"/>				
D8	Soddisfazione percorso emergenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D8.1	Percorso complessivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D8.2	Accoglienza e privacy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D8.3	Personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D9	Percentuale abbandoni pronto soccorso		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
D10	Insoddisfazione percorso emergenza 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10.1	Percorso complessivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10.2	Accoglienza e privacy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D10.3	Personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D11	Qualità dell'assistenza del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.1	Cortesie e la disponibilità		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.2	Accuratezza dell'assistenza sanitaria		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.3	Valutazione complessiva cure prestate		<input checked="" type="checkbox"/>			
D11.4	Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero rispetto alle aspettative		<input checked="" type="checkbox"/>			
D12	Umanizzazione del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
D12.1	Empatia		<input checked="" type="checkbox"/>			
D12.2	Gestione Dolore		<input checked="" type="checkbox"/>			
D13	Comunicazione sanitaria del ricovero		<input checked="" type="checkbox"/>			
D13.1	Informazioni cliniche		<input checked="" type="checkbox"/>			
D13.2	Partecipazione		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14	Comfort e ambiente		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.1	Orario visite familiari		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.2	Pulizia degli spazi		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.3	Confort camera da letto		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.4	Gradevolezza dei pasti		<input checked="" type="checkbox"/>			
D14.5	Orario pasti		<input checked="" type="checkbox"/>			
VALUTAZIONE INTERNA (E)						
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
E2	Tasso di assenteismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E4	Condizioni di lavoro per i responsabili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4.1	Il mio lavoro	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E4.2	Condizioni di lavoro	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E4.3	Lavoro di gruppo	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E5	Management per i responsabili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E5.1	Comunicazione ed informazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E5.2	Il mio responsabile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E5.3	La mia azienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
E6	Condizioni di lavoro per i dipendenti	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E7	Management per i dipendenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E7.1	Comunicazione ed informazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E7.2	Il mio responsabile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E7.3	La mia azienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E8	Evoluzione aziendale	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
E9	Attività di formazione	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

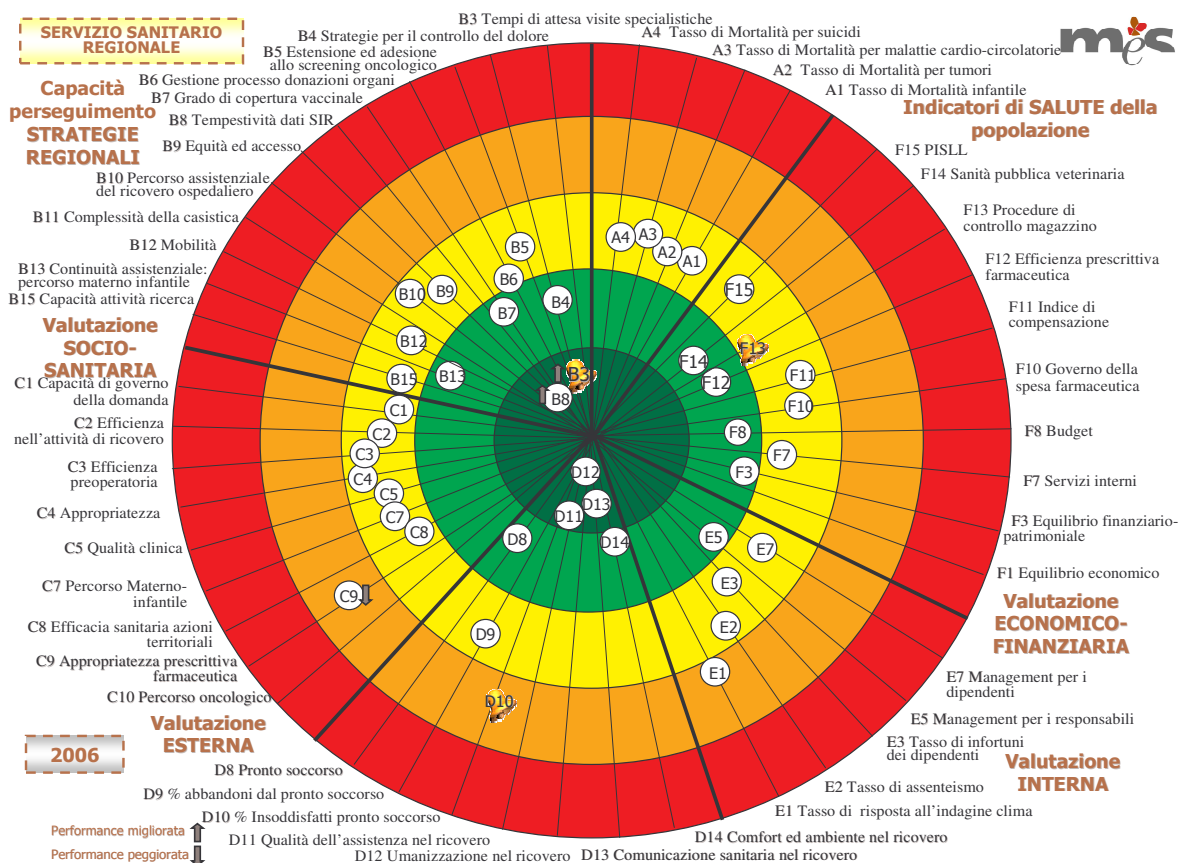
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio	Bersaglio	Obiettivo	Bersaglio	Obiettivo
		2005	2006	2006	2007	2007
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)						
F1	Equilibrio Economico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F1.1	Equilibrio Economico Generale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F1.3	ROI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3	Equilibrio Patrimoniale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.1	Indice di disponibilità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.2	Tasso di obsolescenza tecnica		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.2.1	Incidenza dei canoni leasing		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F3.3	Indice di rinnovo degli investimenti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5	Equilibrio Finanziario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5.1	Indice di elasticità finanziaria	<input checked="" type="checkbox"/>				
F5.2	Costo delle scelte di finanziamento		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5.2.1	Composizione dei debiti finanziari		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F5.2.2	Dilazione media dei debiti		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F7	Servizi Interni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F8	Budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F10	Governo della spesa farmaceutica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
F11	Indice di compensazione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12	Efficienza prescrittiva farmaceutica		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.1	Inibitori di pompa protonica: costo medio unitario		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.2	Statine: costo medio unitario		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.3	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % Enalapril		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.4	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici: % Tamsulosina		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F12.5	Antidepressivi: costo medio unitario		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13	Procedure controllo interno magazzino		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.1	Conoscenza principi contabili		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.2	Esistenza procedura scritta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.3	Applicazione procedura		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.4	Informazioni prospetti Conto Economico e Stato Patrimoniale		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.5	Informazioni Prospetto Nota Integrativa		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F13.6	Imputazioni costo ai Centri di Costo		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14	Efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.1	Sicurezza Alimentare e Piani Residui		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.2	Flussi informativi		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.3	Qualifiche sanitarie		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F14.4	Dilazione di pagamento dei rimborsi agli allevatori		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F15	Efficienza dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F15.1	Copertura del territorio		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
F15.2	Efficienza Produttiva		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

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 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.

La performance del sistema sanitario Toscano nel 2006

Nel 2006 il sistema sanitario nel suo complesso ha ottenuto una performance positiva su alcuni indicatori e una performance media nella maggior parte degli indicatori selezionati. Questo è chiaramente dovuto al fatto che i risultati rappresentati sul bersaglio regionale, soprattutto nel primo anno di elaborazione, in molti casi sono calcolati sulla media dei risultati conseguiti dalle aziende e ricadono, quindi, nella fascia gialla. Negli anni successivi al primo di elaborazione, la Regione è stata in grado di individuare un obiettivo di azione per ciascun indicatore ed il posizionamento dell'indicatore del bersaglio si è spostato dal livello intermedio in base alla capacità del sistema regionale di migliorare. I dati nel bersaglio si riferiscono al 2006, ad eccezione degli indicatori B5, B13, di quelli di salute della popolazione e di alcuni indicatori della dimensione F.

Fig. 9 – Il bersaglio regionale 2006



Come appare dal bersaglio regionale (figura n. 9), gli indicatori in cui si registra la performance più elevata sono quelli relativi alla dimensione esterna. I cittadini hanno infatti espresso un giudizio significativamente positivo relativamente ai servizi sanitari su cui è stata realizzata l'indagine di soddisfazione, ossia il servizio di ricovero, il pronto soccorso e il percorso materno infantile. Ottima la performance raggiunta riguardo al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche da erogare entro i 15 giorni per la prima visita (indicatore B3). Nel 2007, sono oggetto di misurazione anche i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche.

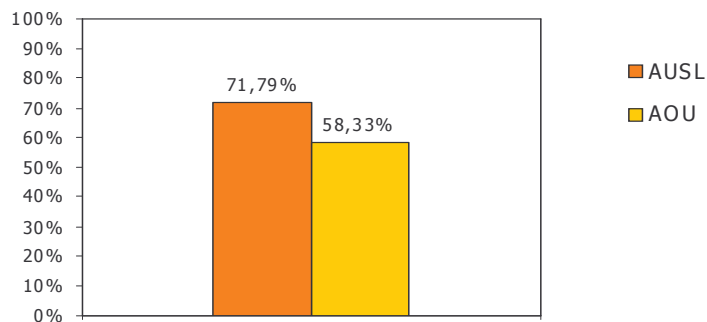
Pur se la valutazione media della soddisfazione è elevata, rimane ancora alto il numero di utenti insoddisfatti dei servizi di pronto soccorso (indicatore D10) e si registrano alcune criticità nella continuità e coordinamento del percorso assistenziale di ricovero ospedaliero (indicatore B10). Assai critico è anche l'indicatore E1, che registra una scarsa performance sul tasso di risposta dei dipendenti all'indagine di clima: la bassa adesione è un significativo segnale di sofferenza e di scarsa attenzione alle problematiche aziendali.

Poiché le aziende mostrano una notevole variabilità in molti degli indicatori presenti nella dimensione socio-sanitaria, a livello regionale si registra una performance media, ad eccezione di un indicatore. Ciò dipende anche dal fatto che in buona misura la valutazione si basa su standard definiti a livello regionale, proprio per spingere le aziende al miglioramento del processo di offerta dei servizi.

Confrontando la performance degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione nel 2006 e che sono confrontabili con il 2005, a livello regionale si registra che le aziende sanitarie territoriali sono riuscite a conseguire un miglioramento della performance nel 72% dei casi, mentre per le aziende ospedaliero-universitarie il miglioramento della performance è presente nel 58% dei casi.

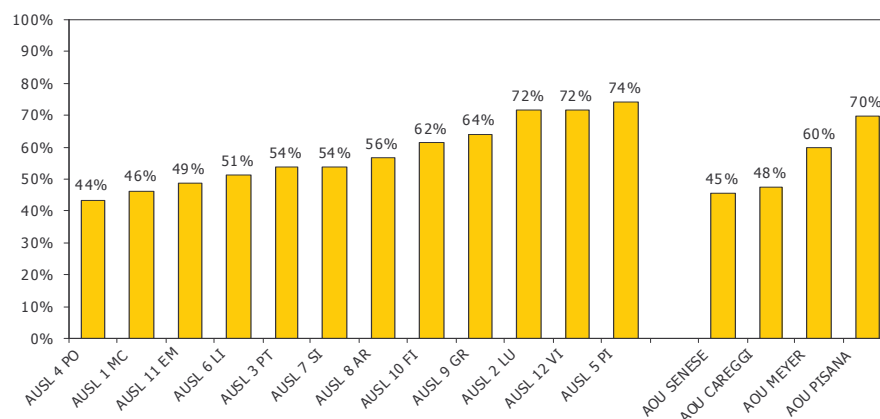
La differenza dipende dal fatto che le aziende ospedaliero universitarie hanno adottato il sistema successivamente a quelle territoriali e che hanno avuto meno tempo per orientare la propria azione in linea con gli indicatori oggetto di verifica. In questo primo periodo di adozione del sistema di valutazione della performance le aziende hanno registrato capacità diverse di attivare processi di cambiamento e di perseguire miglioramenti nei risultati negli indicatori del sistema.

Fig. 10 - Percentuale regionale per AUSL e AOU di indicatori del 2006 con una performance migliore rispetto al 2005



Da sottolineare la capacità delle aziende territoriali di Lucca, Versilia, Pisa e Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana che hanno registrato dal 2005 al 2006 un miglioramento su più del 70% degli indicatori. Questo dato va letto congiuntamente con la situazione di partenza dell'azienda. Alcune aziende, come ad esempio Arezzo e Empoli, pur non registrando una elevata percentuale di indicatori con risultati in miglioramento, conseguono una performance positiva iniziale in molte dimensioni oggetto di monitoraggio.

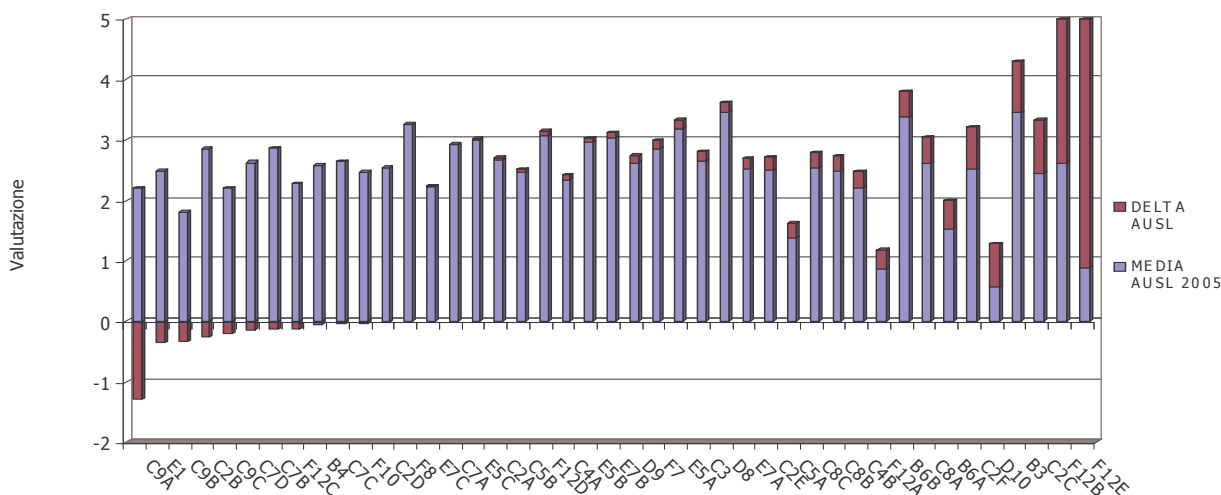
Fig. 11 - Percentuale di indicatori migliorati rispetto al 2005



Anche se il bersaglio regionale, elaborato sulle medie dei risultati delle aziende, non presenta alcun indicatore sulla fascia rossa, questi sono invece presenti in alcuni casi nei bersagli delle singole realtà aziendali rappresentati nel capitolo successivo.

Il grafico successivo evidenzia l'andamento per tutti gli indicatori del bersaglio presenti sia nel 2005 che nel 2006. La colonna in blu evidenzia il risultato in termini di valutazione da 0 a 5 ottenuto nel 2005 mentre la parte in viola evidenzia il differenziale ottenuto nel 2006 in aggiunta alla colonna del 2005 se positivo oppure segnalato in negativo se peggiorativo. Come appare evidente dal grafico il numero di indicatori in cui si registra un miglioramento è nettamente superiore a quelli in cui la performance è peggiorata e questo dimostra la capacità del sistema di attivare cambiamenti, certamente anche grazie al sistema di reporting introdotto.

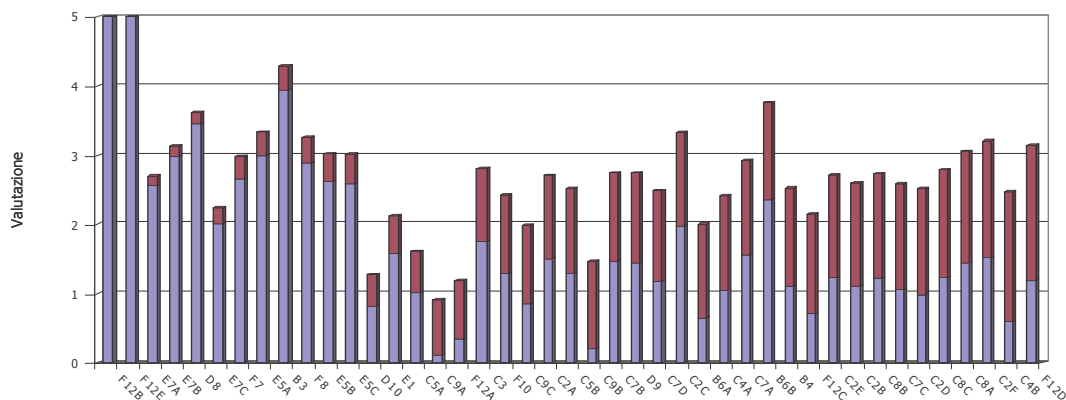
Punteggi 2005 e variazione 2005-2006 degli indicatori Aziende USL (media regionale)



Significativo è anche analizzare quali indicatori registrano tra le aziende alte variazioni di risultato e quali invece hanno un allineamento regionale. Il grafico seguente evidenzia nelle colonne la performance ottenuta per ciascun indicatore nel 2006. La parte in viola evidenzia in particolare la variabilità registrata tra la performance delle aziende sull'indicatore.

È ipotizzabile che la performance degli indicatori con bassa deviazione standard sia frutto delle strategie o caratteristiche proprie del sistema sanitario, mentre quella con alta variabilità sia determinata maggiormente dalle scelte del management aziendale. I risultati ad alta variabilità dipendono molto dalla organizzazione, nonché dalle competenze professionali presenti. Nel primo gruppo molti indicatori dell'area "capacità di perseguimento delle strategie regionali" e della "valutazione interna", nel secondo gruppo molti indicatori di valutazione sanitaria. Nel primo caso è ipotizzabile che quando la Regione individua una linea di azione formalizzata in delibere con precisi obiettivi, tutto il sistema tenda a muoversi in modo compatto verso il raggiungimento dell'obiettivo. È il caso dei tempi di attesa o delle vaccinazioni antinfluenzali agli anziani. Assai variegata, invece, la performance nella dimensione socio sanitaria, che dipende molto di più dai professionisti e dall'assetto organizzativo presente in ogni azienda. In questa area la responsabilità del management aziendale è più evidente e maggiori sono le possibilità di apprendimento mediante il confronto con le "best practices".

Punteggi 2006 e deviazioni standard degli indicatori Aziende USL (media regionale)

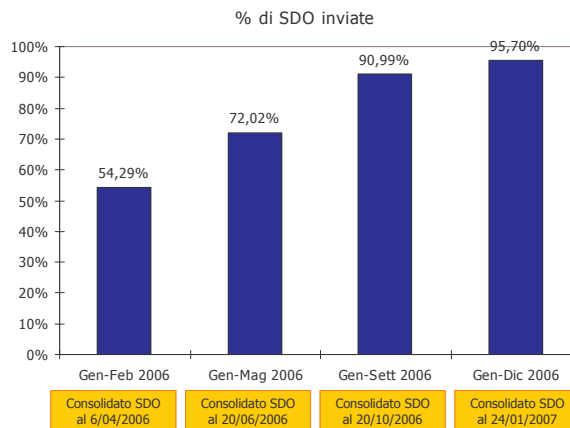


Infine, l'indicatore che registra la percentuale di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) inviate nel corso del 2006 rispetto al corrispondente periodo del 2005, passa dal 54% del primo invio di aprile al 96% dell'invio di gennaio 2007. Tale indicatore è significativo per esprimere la capacità di cambiamento delle aziende sanitarie toscane e soprattutto della volontà di aderire ad un sistema che permette una valutazione più trasparente e chiara della performance aziendale.

Tutti gli operatori e i sistemi informativi aziendali hanno sostenuto al riguardo un elevato impegno. Ricevere con tempestività e continuità nel tempo una reportistica capace di evidenziare i processi di miglioramento conseguiti dalle aziende del sistema a confronto ha sicuramente consolidato il rapporto di fiducia ed invogliato tutti i soggetti del sistema a fare del loro meglio per alimentare il sistema informativo regionale⁵.

Regione Toscana

% di SDO inviate nel 2006 rispetto al numero di ricoveri erogati nel corrispondente periodo del 2005



⁵ In proposito un ringraziamento particolare a Emanuele Giusti, responsabile Settore Sistema Informativo e ICT della Regione Toscana e al suo staff tra cui in particolare Serenella Acciai, per il grande contributo fornito nella elaborazione dei dati.

LA VALUTAZIONE 2006 DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

di Sabina Nuti

Nei grafici successivi si riporta la valutazione dei risultati conseguiti dalle Ausl e AOU toscane nel 2006. Gli indicatori che sul bersaglio compaiono con una freccia verticale segnalano quei risultati che dal 2005 al 2006 hanno registrato un "salto di fascia", ossia una performance in cui la fascia di riferimento si è modificata. Conseguire i "salti di fascia" positivi nel corso di un anno è estremamente complesso e impegnativo.

Nel corso degli incontri mensili tra l'Assessorato Regionale e le Direzioni aziendali per la programmazione e il controllo del sistema sanitario, i risultati di ciascuna azienda sono stati analizzati e discussi. Inoltre il management ha provveduto a predisporre un piano di miglioramento gestionale per conseguire nel 2007/2008 uno spostamento degli indicatori posizionati in fascia rossa e arancione del bersaglio nelle fasce gialle e verdi.

Nei paragrafi successivi si illustra sinteticamente la performance conseguita in ogni realtà aziendale del sistema nel 2006.

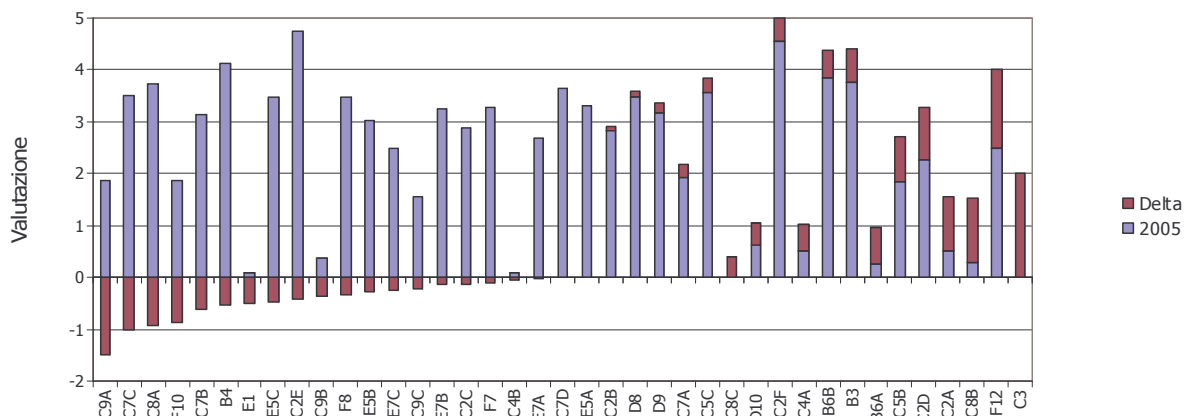
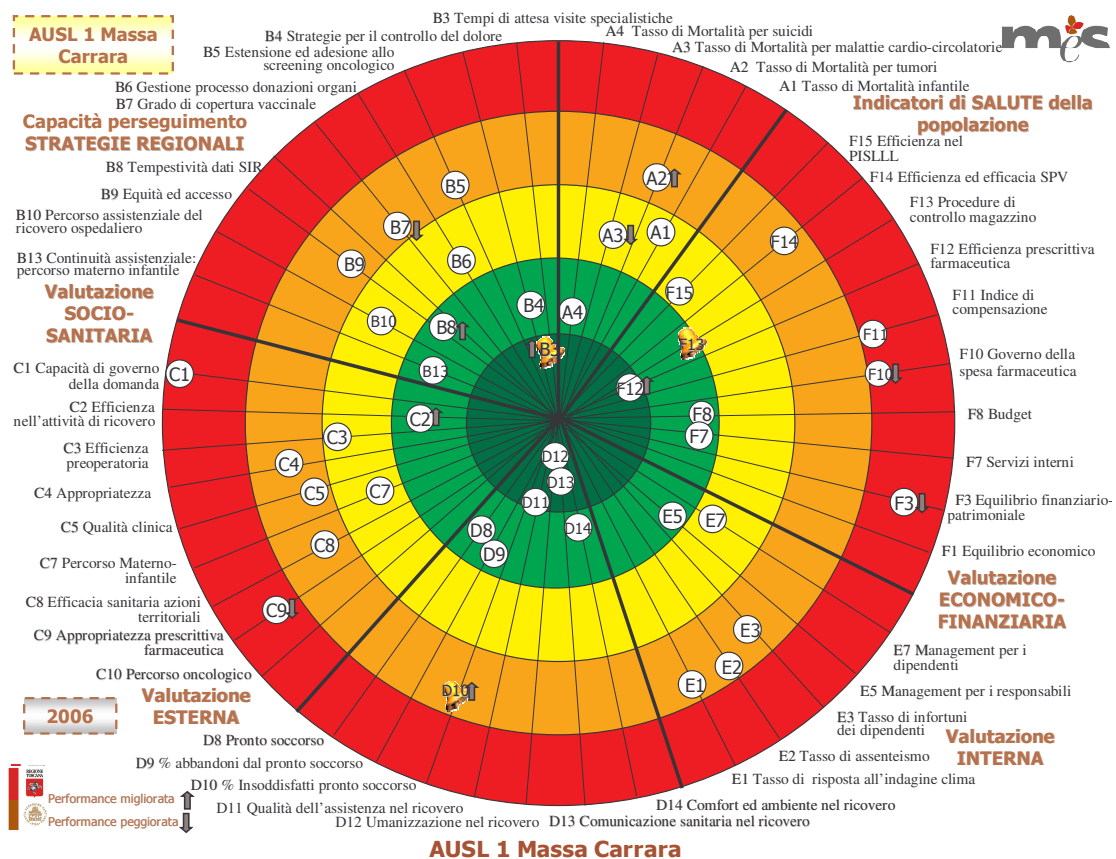
Si ricorda che la valutazione è relativa al 2006, ad eccezione di quegli indicatori i cui dati, al momento della predisposizione del seguente report, non erano ancora disponibili; tali indicatori, quindi, si riferiscono al 2005, come ad esempio gli indicatori la cui fonte è il bilancio aziendale, gli screening (indicatore B5) e gli indicatori relativi alla salute della popolazione, che si riferiscono al triennio 2003-2005. In sintesi, sono rappresentati gli indicatori con riferimento agli ultimi dati a disposizione.

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, in termini differenziali, sulla capacità di produrre ricerca e di svolgere attività clinico-sanitaria di elevata complessità.

La performance dell'Ausl 1 di Massa Carrara

Analizzando il bersaglio dell'azienda Ausl 1 di Massa Carrara si evidenziano 17 risultati conseguiti in fascia verde. Permane una criticità rilevante nel tasso di ospedalizzazione ancora molto elevato (C1), che evidenzia ancora una certa inappropriata nell'uso dell'ospedale, confermata dalla scarsa performance sull'indicatore C8 che misura l'efficacia del territorio nella cura dei pazienti cronici, negativa per Massa Carrara soprattutto per i pazienti affetti da polmonite e diabete con complicazioni a lungo periodo. L'uso inappropriato dell'ospedale dipende anche da fattori di tipo organizzativo, come per esempio la degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati che non dovrebbe superare la giornata e che invece in questa azienda registra un valore doppio (C3). Il territorio presenta delle difficoltà di governo anche sul fronte della spesa e dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, nonché nel grado di copertura vaccinale, evidenziando complessivamente la necessità di intervenire con azioni specifiche nella gestione della medicina di base. Molto positiva invece la percezione degli utenti sul pronto soccorso, ricovero e percorso materno infantile dove i cittadini dichiarano un elevato livello di soddisfazione per i servizi ricevuti. Risulta, al contrario, problematica l'area della valutazione interna, dove tre indicatori su cinque sono in fascia arancione evidenziando problemi di clima e di produttività (tasso di assenteismo). Da segnalare infine il grande sforzo fatto da questa azienda per rendere adeguato e tempestivo l'invio dei dati per l'alimentazione del sistema informativo regionale, nonché la valutazione positiva che i dirigenti di struttura hanno dato ai servizi interni e al processo di budget (F7 e F8).

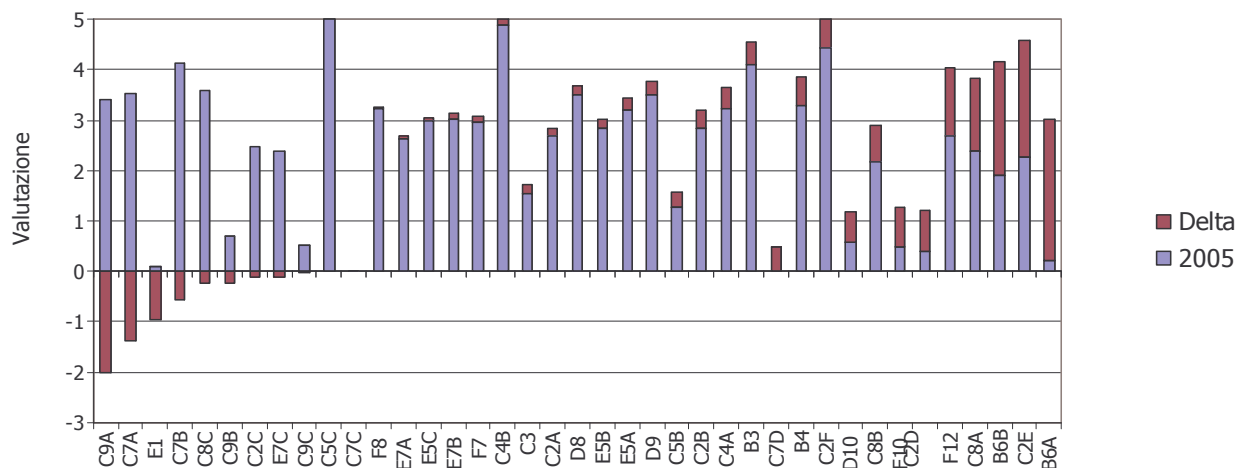
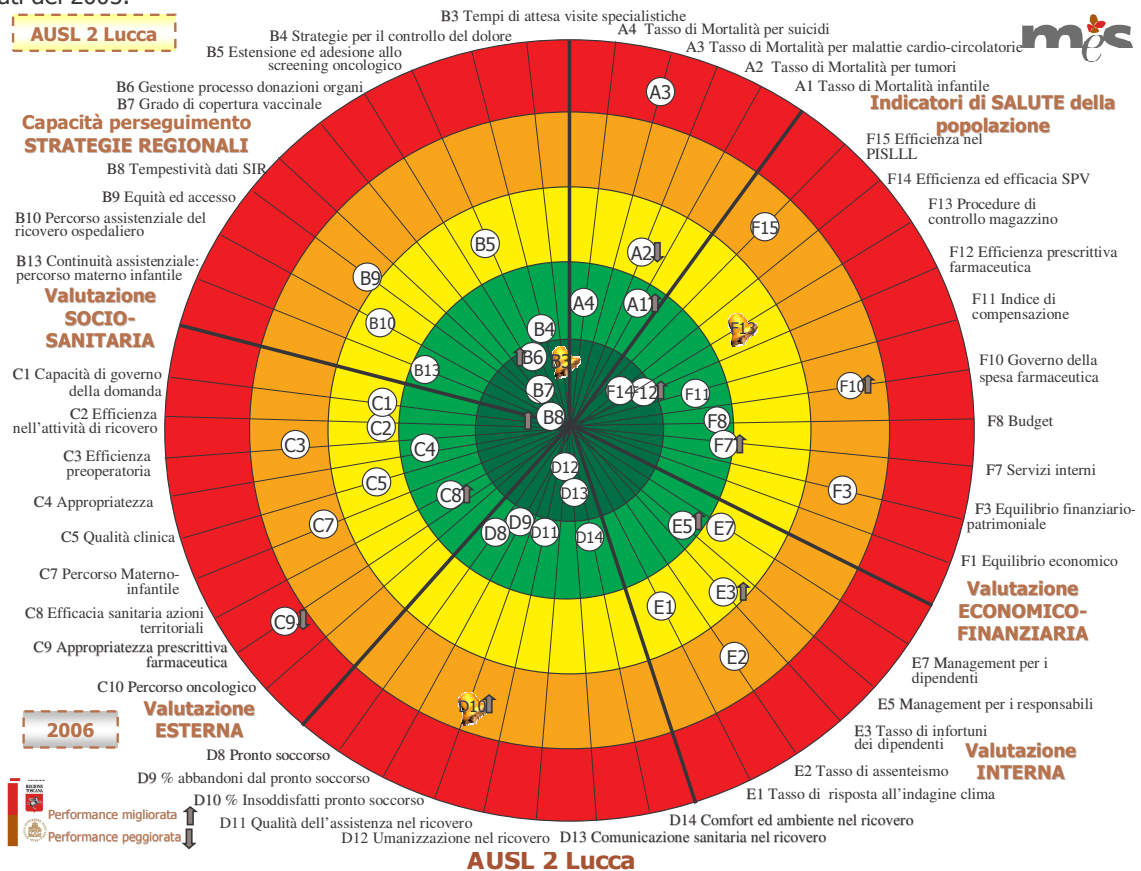
Questa azienda in termini di trend è riuscita a conseguire un miglioramento su circa il 50% degli indicatori oggetto di valutazione, ottenendo in molti casi una performance elevata, oltre il 4.



La performance dell'Ausl 2 di Lucca

La performance della Ausl 2 di Lucca appare complessivamente buona, registrando ben 22 indicatori nelle fasce verdi su 50 monitorati nel 2006. Pur presentando alcuni indicatori in fascia arancione attinenti in particolare all'efficienza e al governo delle risorse, appare complessivamente positiva sia la dimensione B relativa alle capacità di perseguimento delle strategie regionali, sia la dimensione D relativa alla soddisfazione dei cittadini. Permane critico anche in questa azienda il tasso di assenteismo, ma in compenso molti degli indicatori relativi alla valutazione interna migliorano e in due casi, tasso infortuni sui dipendenti (E3) e valutazione del management da parte dei dirigenti di struttura complessa E5, si registra una salto di fascia positivo. Il governo della farmaceutica in termini di costi e di appropriatezza prescrittiva resta critico, ma positiva è la valutazione della capacità del territorio di gestione dei pazienti cronici, soprattutto scompensati e diabetici con complicanze di lungo periodo (C8). Da segnalare infine alcune best practices a livello regionale come il numero di prostatectomie transuretrali effettuate in ben l'81% dei casi, e la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day surgery nel 77% dei casi. Entrambi i risultati sono i migliori della Regione.

In termini di trend questa azienda registra una buona capacità di attivare processi di miglioramento: la maggioranza degli indicatori infatti ha ottenuto una performance più elevata (delta segnalato in viola) rispetto ai risultati del 2005.



La performance dell'Ausl 3 di Pistoia

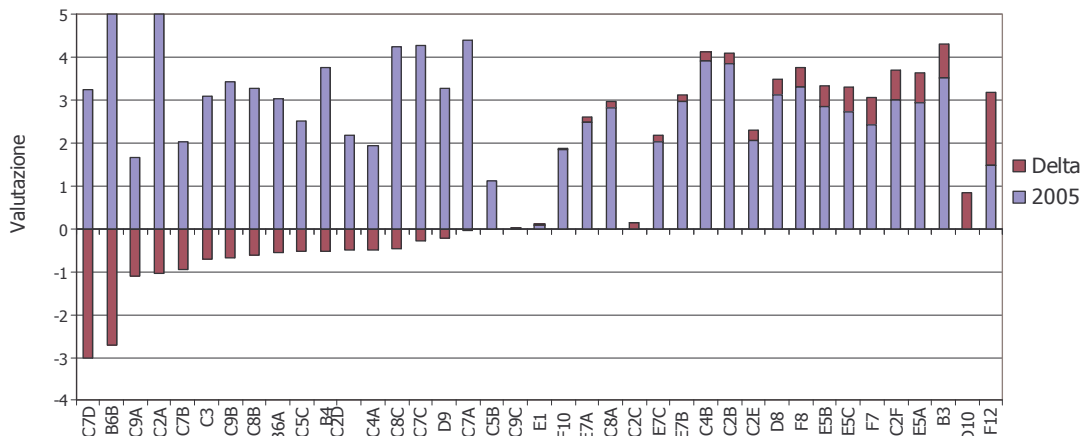
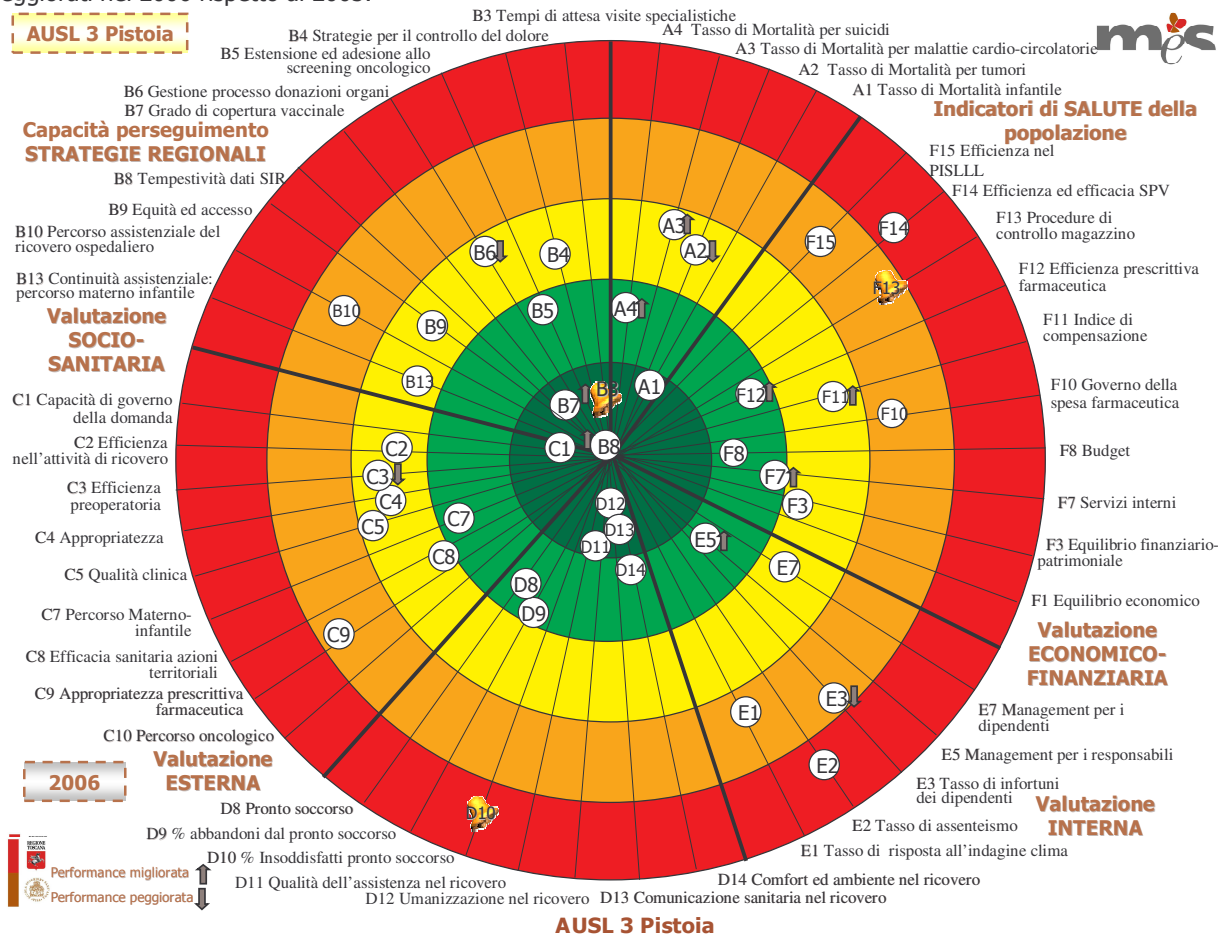
La performance della Ausl 3 di Pistoia appare complessivamente buona, registrando ben 20 indicatori nelle fasce verdi su 50 monitorati. In netto miglioramento nel 2006 gli indicatori della dimensione di valutazione dell'efficienza operativa e economico finanziaria che presenta ben tre indicatori con cambio fascia positivo. In particolare è molto buona nel confronto regionale la valutazione dei dirigenti di struttura complessa dell'utilizzo del budget come strumento di management.

Ottimo il tasso di ospedalizzazione (C1) dove Pistoia con Empoli registra la migliore performance della regione, valutazione confermata anche dall'indicatore C8 che evidenzia una buona capacità del territorio di evitare per i malati cronici ricoveri inappropriati. Mediamente buona la gestione delle attività di ricovero con una punta positiva per il percorso materno infantile, dove i punti nascita di Pistoia e Pescia registrano uno dei tassi più bassi della regione di cesarei in assenza di complicanze.

Da migliorare la performance del settore prevenzione, dove sia gli indicatori relativi alla veterinaria (F14) che al Pisl (F15) risultano rispettivamente in fascia rossa e arancione.

Particolarmente critico è anche il tasso di assenteismo (E2) in fascia rossa e la percentuale di utenti insoddisfatti del servizio di pronto soccorso che è tra i più elevati della Toscana.

In termini di trend si evidenzia una situazione abbastanza diversificata con un certo numero di indicatori peggiorati nel 2006 rispetto al 2005.

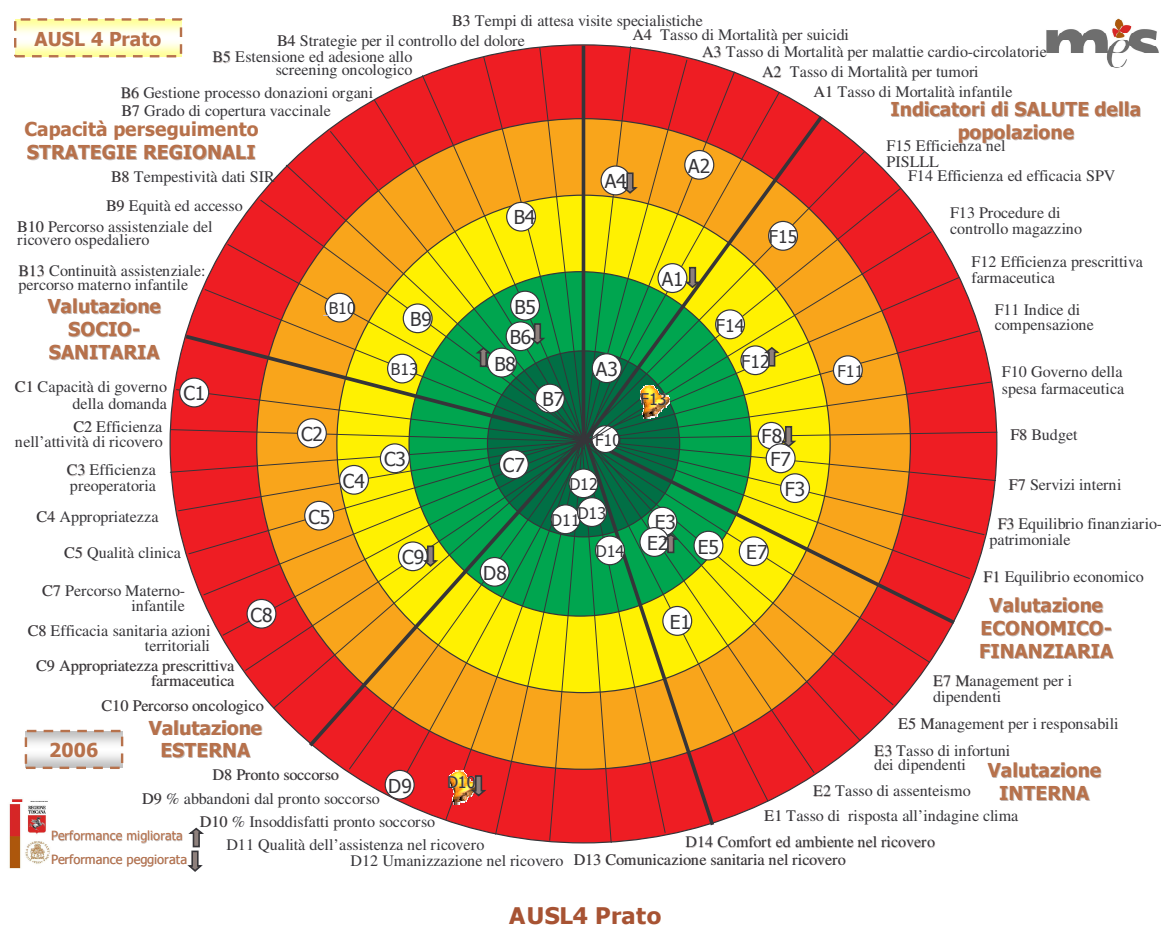


La performance dell'Ausl 4 di Prato

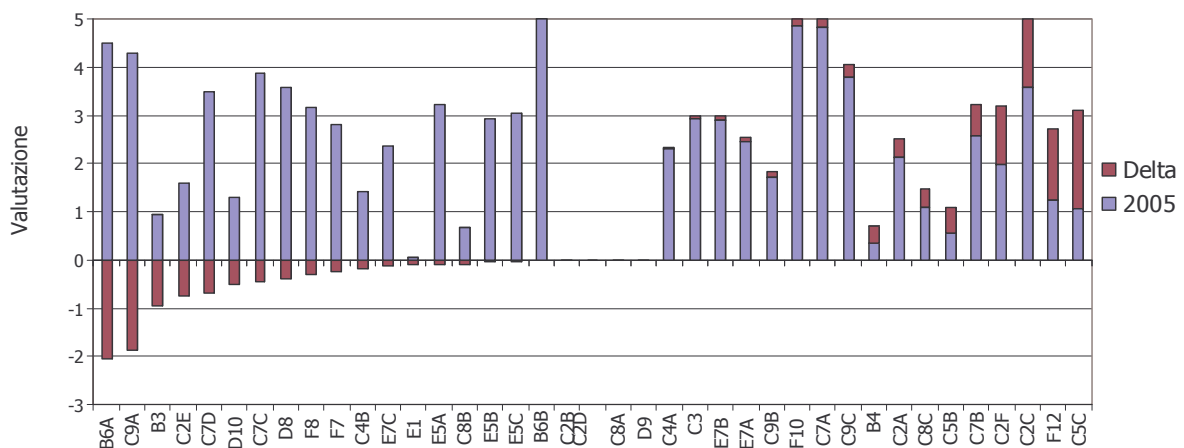
I risultati dell'Ausl 4 di Prato sono complessi nella loro interpretazione. Si tratta di un'azienda che nel 2006 presenta 17 indicatori nelle fasce verdi su 50, con risultati assai positivi in termini di efficienza e produttività (vedi tasso di assenteismo E2 e tasso infortuni E3), con nessun indicatore in fascia rossa o arancione nella dimensione interna, ma con qualche problema di efficacia sanitaria. L'indicatore C1 relativo al tasso di ospedalizzazione e C8 relativo all'ospedalizzazione inappropriata dei malati cronici evidenziano che parte dei servizi erogati in ospedale in realtà avrebbero potuto essere evitati considerando le patologie e l'età mediamente più giovane della popolazione. Ottima la performance del percorso materno infantile dove l'azienda registra nel tasso dei cesarei la migliore performance toscana così come nell'indicatore F10 relativo alla capacità di governo della spesa farmaceutica.

Una certa debolezza si registra invece nella valutazione di soddisfazione dell'utenza dove, sia per il pronto soccorso che per i servizi di ricovero, la Ausl 4 di Prato, pur conseguendo sempre un livello soddisfazione mediamente elevato, risulta in molti aspetti l'azienda con i risultati più bassi della Regione. Il dato per il pronto soccorso è confermato dall'elevato numero di abbandoni dal pronto soccorso (D9).

In termini di trend dal 2005 al 2006 l'azienda registra indicatori con andamenti diversificati. Un certo numero di questi presenta nei due anni una valutazione stabile soprattutto nei casi di performance molto bassa.



AUSL4 Prato



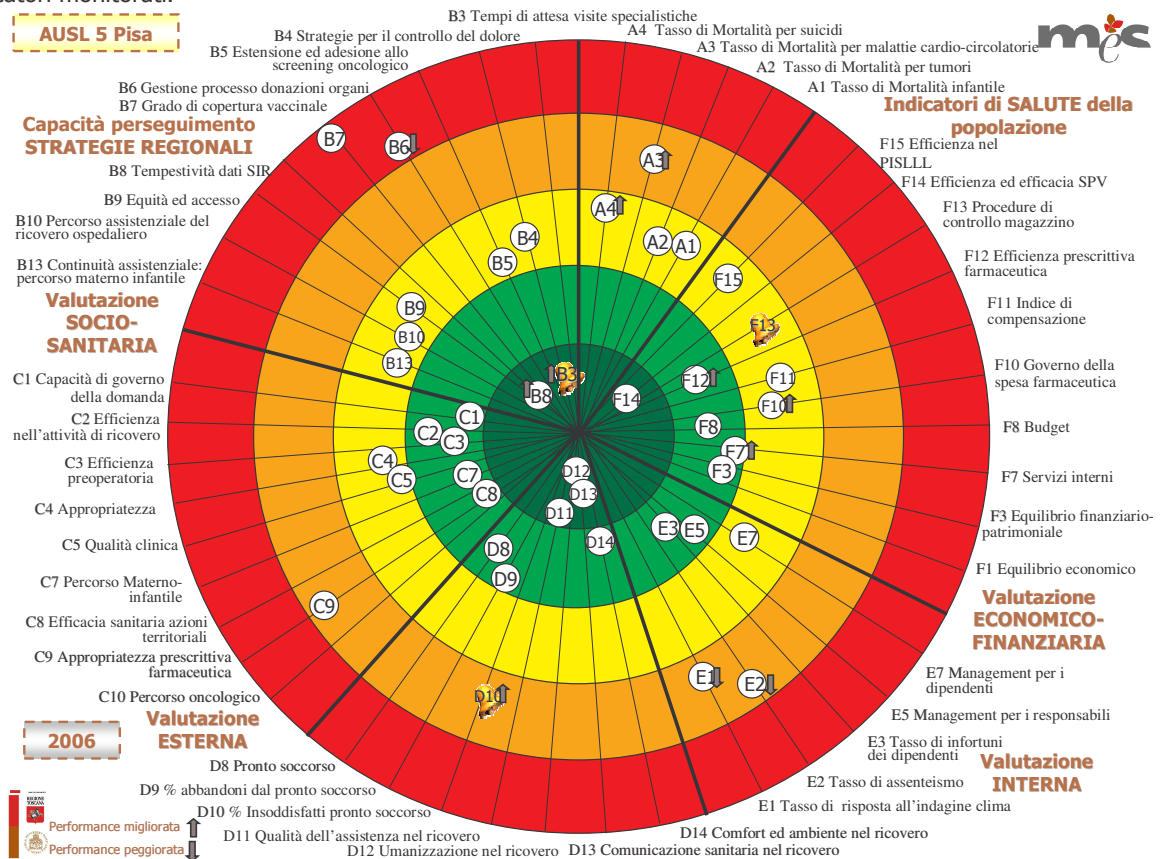
La performance dell'Ausl 5 di Pisa

L'Ausl 5 di Pisa ha ben 20 indicatori su 50 nelle fasce verdi del bersaglio. Ha un'ottima performance nella dimensione socio sanitaria dove registra ben 5 indicatori su 8 in fascia verde. Risulta corretto e appropriato l'utilizzo del ricovero ospedaliero, evidenziato dal basso livello di ospedalizzazione dei residenti e dei malati cronici (C1 e C8), ma anche dall'eccellente grado di efficienza evidenziato dalle ridotte degenze medie per le principali patologie (C2) e per la degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati (C3). Si registra inoltre quale best practice a livello regionale la percentuale di ricoveri ripetuti entro trenta giorni per la stessa patologia (MDC), dove l'azienda si attesta nel 2006 su una percentuale pari al 4,1%.

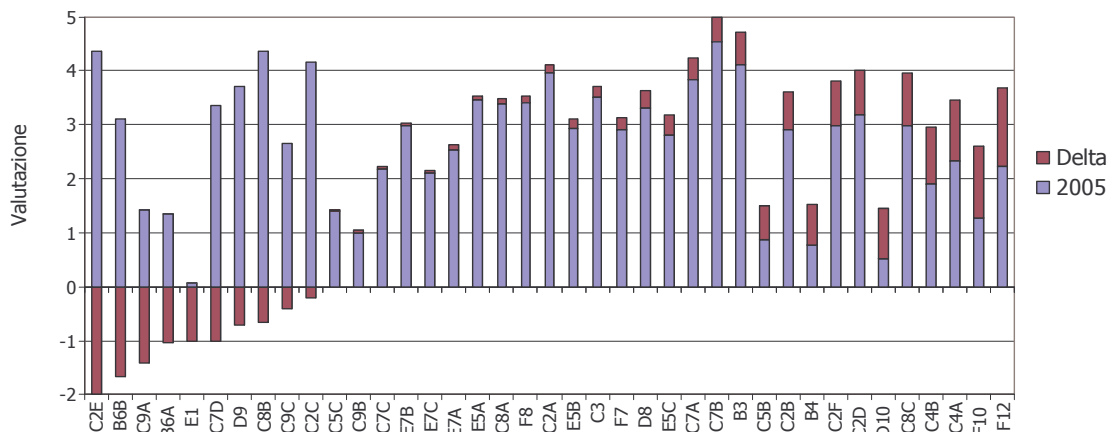
Risulta ancora problematico l'indicatore relativo alla tempestività dell'intervento di frattura del femore che però registra un miglioramento rispetto al 2005.

Un po' più debole invece la performance nella capacità di perseguimento delle strategie regionali in cui l'azienda registra il peggior risultato relativo alla copertura vaccinale (B7). Complessivamente questa azienda presenta un numero molto limitato di indicatori nelle fasce critiche rossa e arancione.

Anche in termini di trend si evidenzia che l'azienda è riuscita a conseguire miglioramenti nella maggior parte degli indicatori monitorati.



AUSL5 Pisa



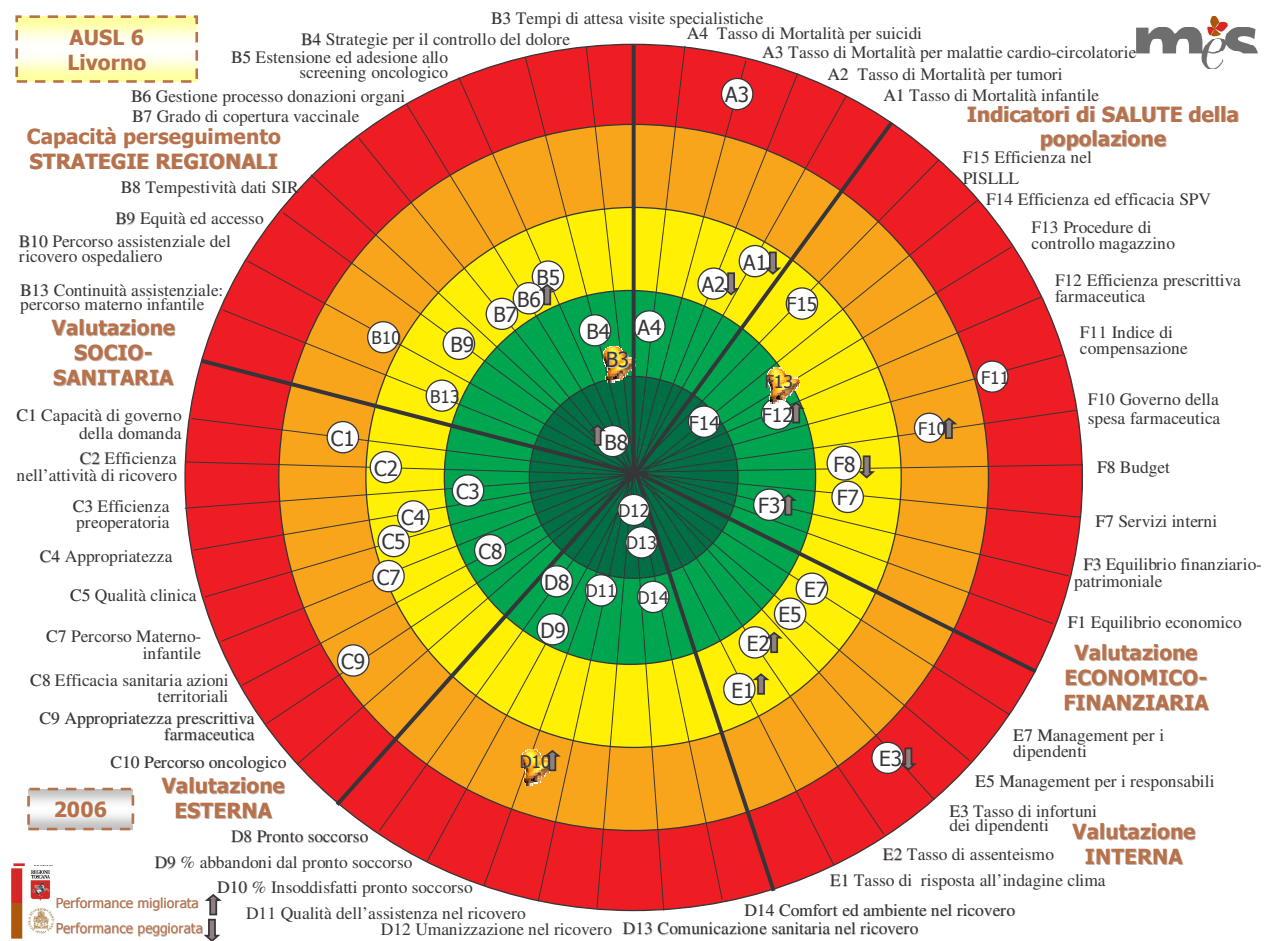
La performance dell'Ausl 6 di Livorno

L'azienda Ausl 6 di Livorno, pur avendo non più di 16 indicatori nelle fasce verdi, registra pochi indicatori nelle fasce rossa e arancione, attestandosi in molti casi nella fascia gialla intermedia.

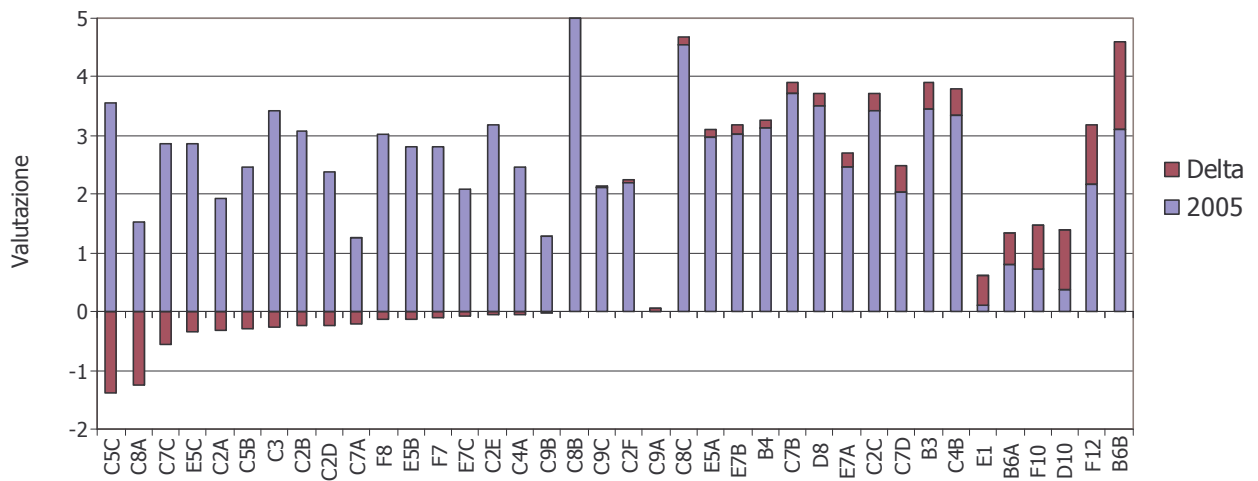
Se appare positiva la valutazione del livello di soddisfazione degli utenti sui servizi erogati di ricovero, pronto soccorso e materno infantile, più problematici sono gli indicatori calcolati sulla base dell'indagine di clima organizzativo interno. Infatti, questi ultimi si attestano tutti in fascia gialla, presentando in alcuni casi tra le performance più critiche a livello regionale (E5 - valutazione del management da parte dei dirigenti di struttura complessa).

Assai critico anche l'indicatore relativo al tasso di infortuni sui dipendenti (E3) mentre il tasso di assenteismo (E2) registra un notevole miglioramento rispetto al 2005.

In termini di trend l'azienda registra miglioramenti su circa il 50% degli indicatori monitorati (nel grafico seguente delta positivo in viola su dati 2005).



AUSL 6 Livorno

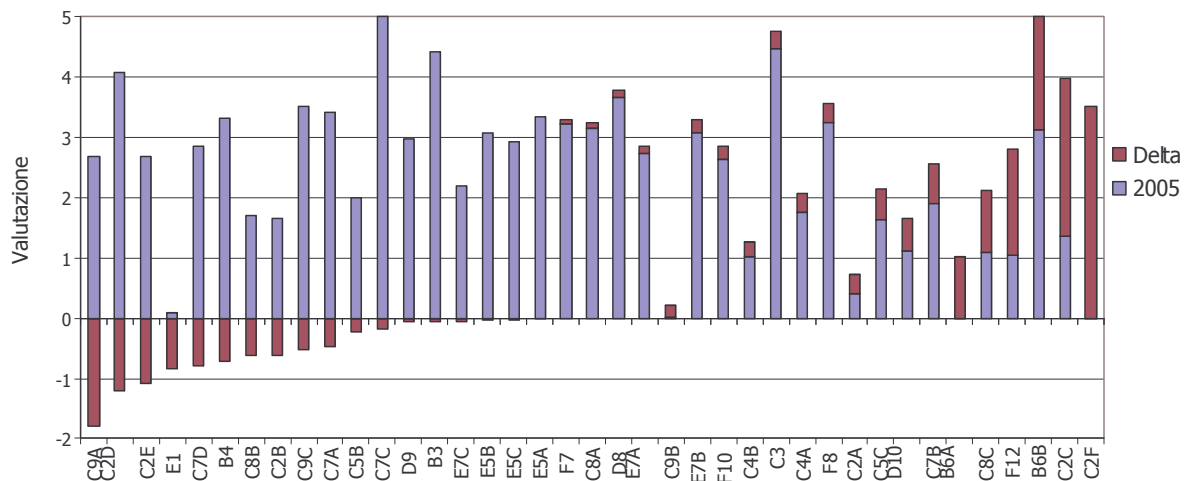
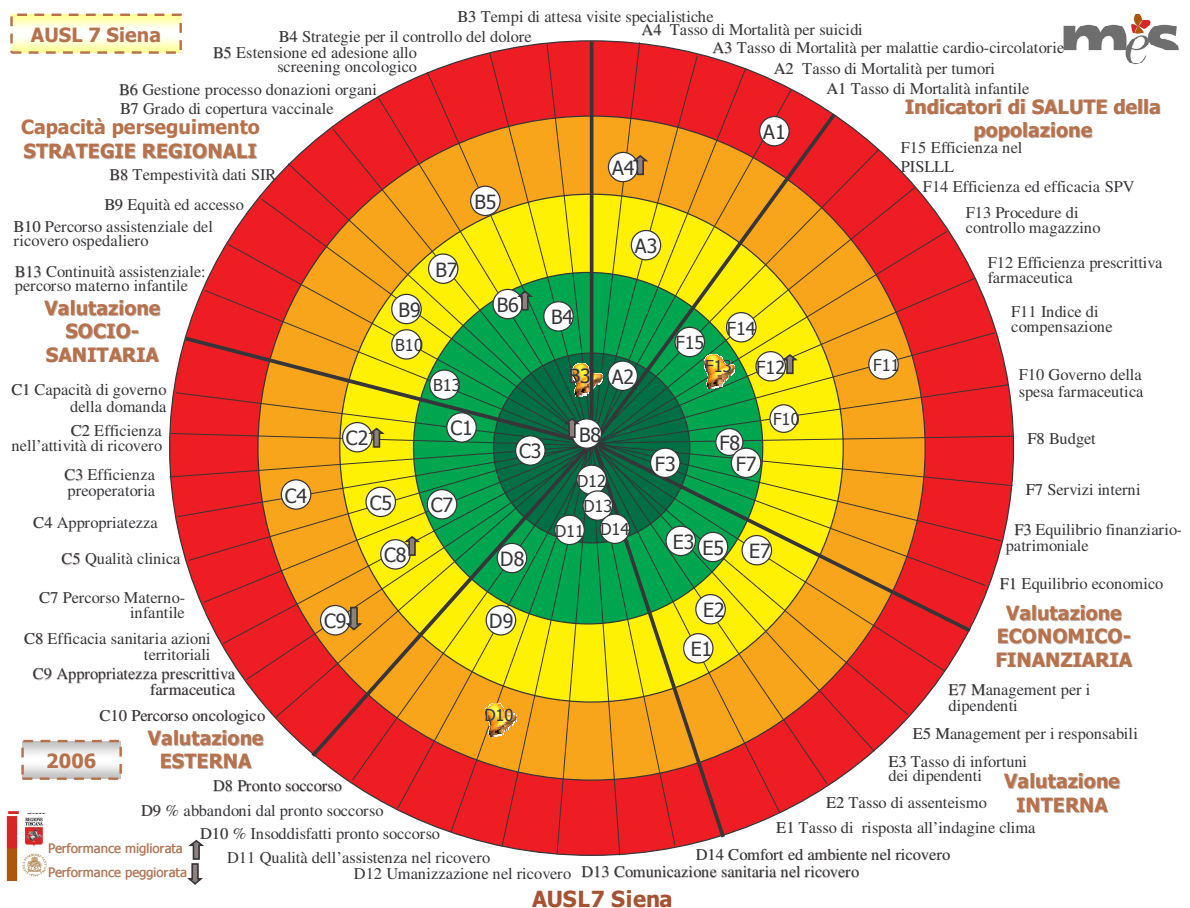


La performance dell'Ausl 7 di Siena

La Ausl 7 di Siena presenta ben 22 indicatori su 50 monitorati nelle fasce verdi. Ha un'ottima capacità in termini di gestione dell'efficienza, soprattutto nell'indicatore C3, che registra la degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati, che risulta la migliore performance regionale. Si tratta di un indicatore che indirettamente evidenzia il buon livello di organizzazione dell'ospedale, soprattutto nel rapporto tra attività programmata e ricoveri da pronto soccorso. L'efficienza risulta anche nell'ambito della prevenzione (F15 e F14), nonché nella capacità di invio dei dati completi e tempestivi al sistema informativo regionale (B8).

In fascia arancione si trovano le attività di screening oncologico B5 (i cui dati però risalgono al 2005) e l'appropriatezza (C4).

In termini di trend l'azienda evidenzia una buona capacità di attivare processi di cambiamento e miglioramento, pur partendo da una situazione sostanzialmente positiva.

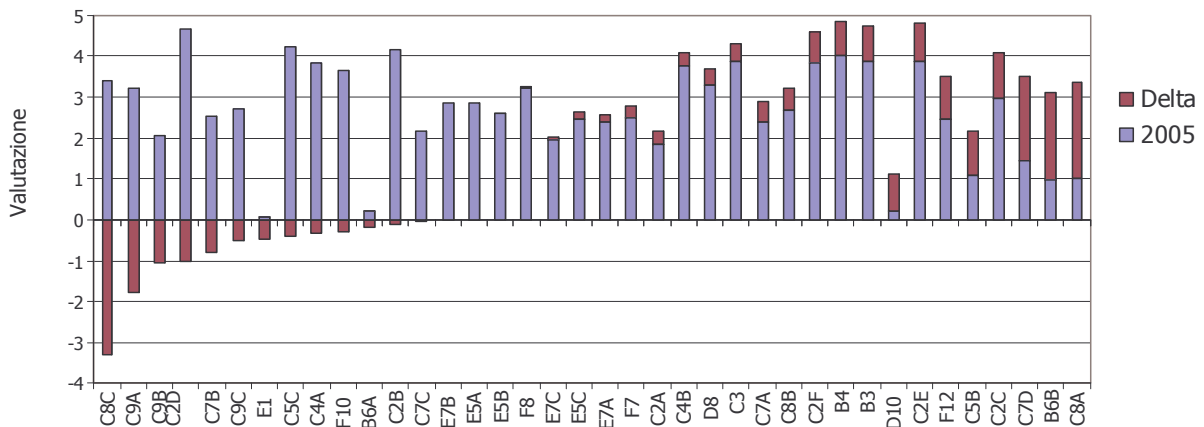
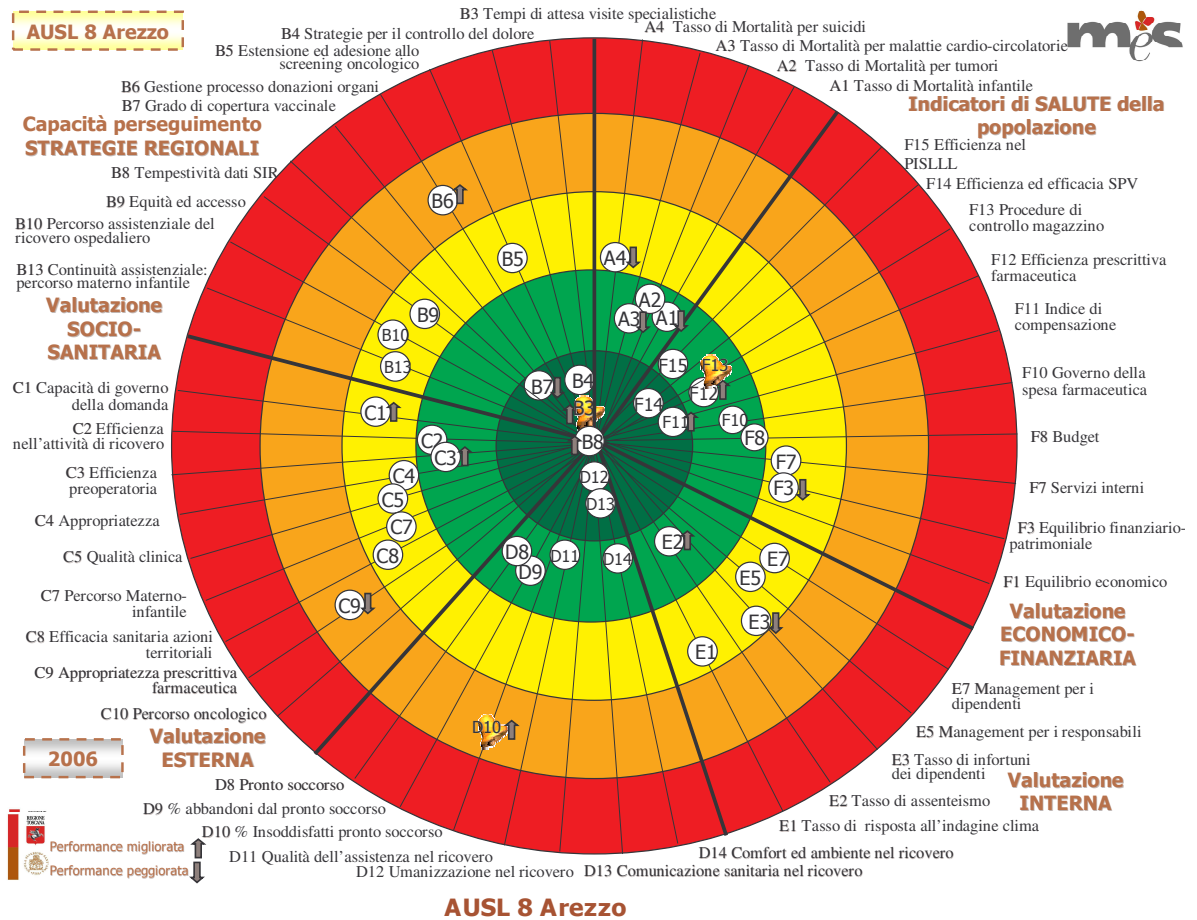


La performance dell'Ausl 8 di Arezzo

La Ausl 8 di Arezzo rappresenta la realtà che, insieme alla Ausl 10 di Firenze, registra numero elevato di indicatori, ben 24, posizionati nelle fasce verdi. Non ha nessun indicatore in fascia rossa e solo tre indicatori in fascia arancione. Partendo da un livello di salute della popolazione tra i migliori della regione, l'azienda dimostra una grande capacità di gestione dell'efficienza operativa (dimensione F) e produttività registrando il tasso più basso a livello regionale di assenteismo (E2). Ottima la performance anche sui tempi di attesa per le sette prestazioni specialistiche da erogare in 15 giorni (B3) e sulle strategie per il controllo del dolore sia in termini di consumo di oppioidi che di valutazioni emerse dagli utenti nel corso delle indagini di soddisfazione (B4).

Rimane problematico il numero di utenti del Pronto soccorso che si dichiarano insoddisfatti del servizio di Pronto soccorso (D10), ma anche su questo indicatore l'azienda è riuscita ad ottenere un salto di fascia positivo.

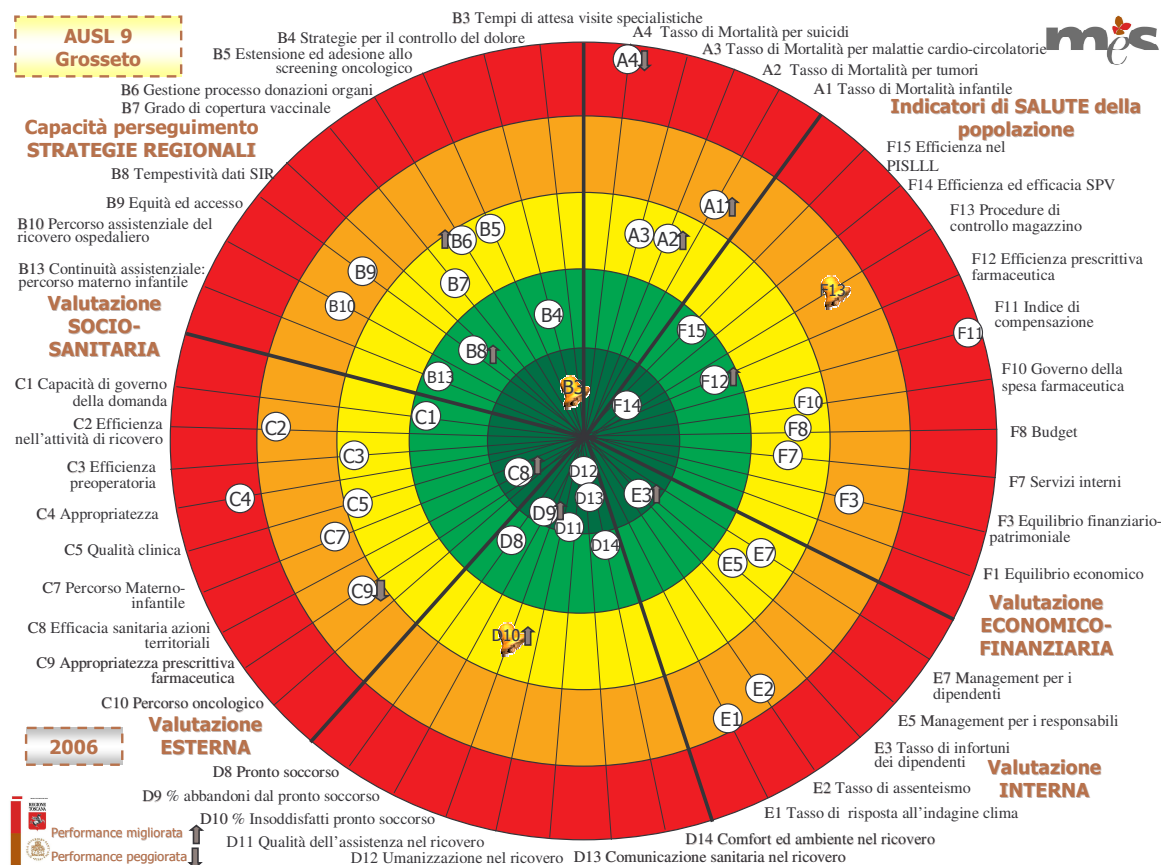
In termini di trend dal 2005 al 2006 l'azienda con dinamicità registra miglioramenti su buona parte degli indicatori.



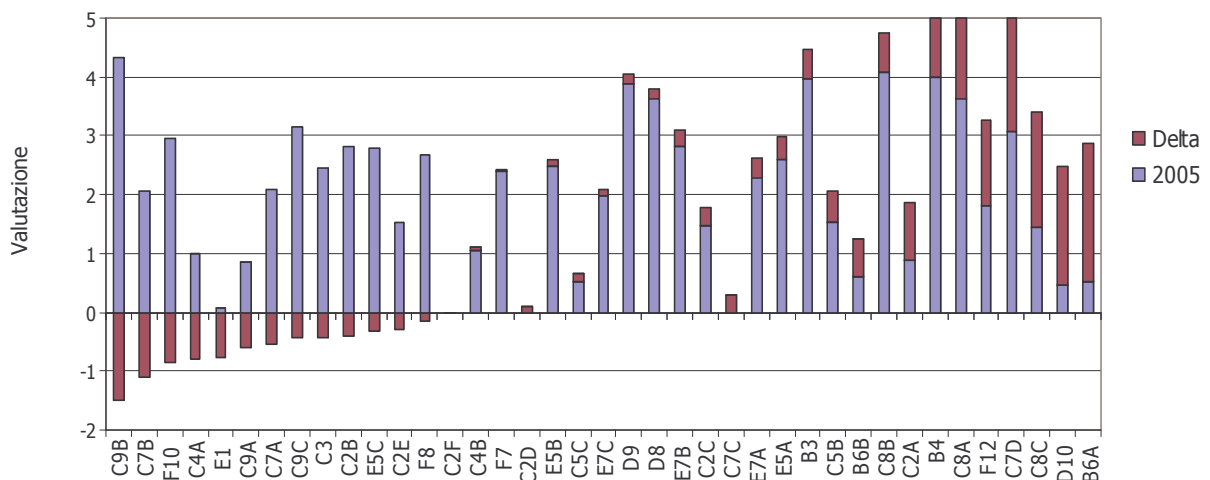
La performance dell'Ausl 9 di Grosseto

L'Ausl 9 di Grosseto presenta una situazione complessa con 16 indicatori nelle fasce verdi e un numero abbastanza elevato di indicatori nelle fasce arancione e rossa. Nella dimensione relativa al livello di salute della popolazione, da segnalare il dato emblematico e differenziale rispetto alle altre Ausl relativo al tasso di suicidi che è il più alto della regione pari a 154 morti per 100.000 residenti (A4). I dati che emergono dall'indagine di clima, così come il tasso di assenteismo e il tasso di risposta all'indagine di clima stesso (E2 e E1) risultano estremamente critici, mentre positiva è la valutazione della soddisfazione dei cittadini nella dimensione esterna D. In particolare si evidenzia un netto miglioramento nella performance del Pronto Soccorso. L'azienda non presenta problemi di appropriatezza nell'uso del servizio di ricovero ospedaliero, riportando una buona performance sia nell'indicatore C1 che C8. Registra, invece, criticità nell'efficienza dell'uso della struttura ospedaliera, come appare nell'indicatore C2 che monitora le degenze medie per le maggiori patologie e nel C4 relativo all'appropriatezza organizzativa.

Malgrado la situazione di partenza difficile l'azienda è riuscita a perseguire un miglioramento dal 2005 al 2006 sulla maggior parte degli indicatori.



AUSL9 Grosseto



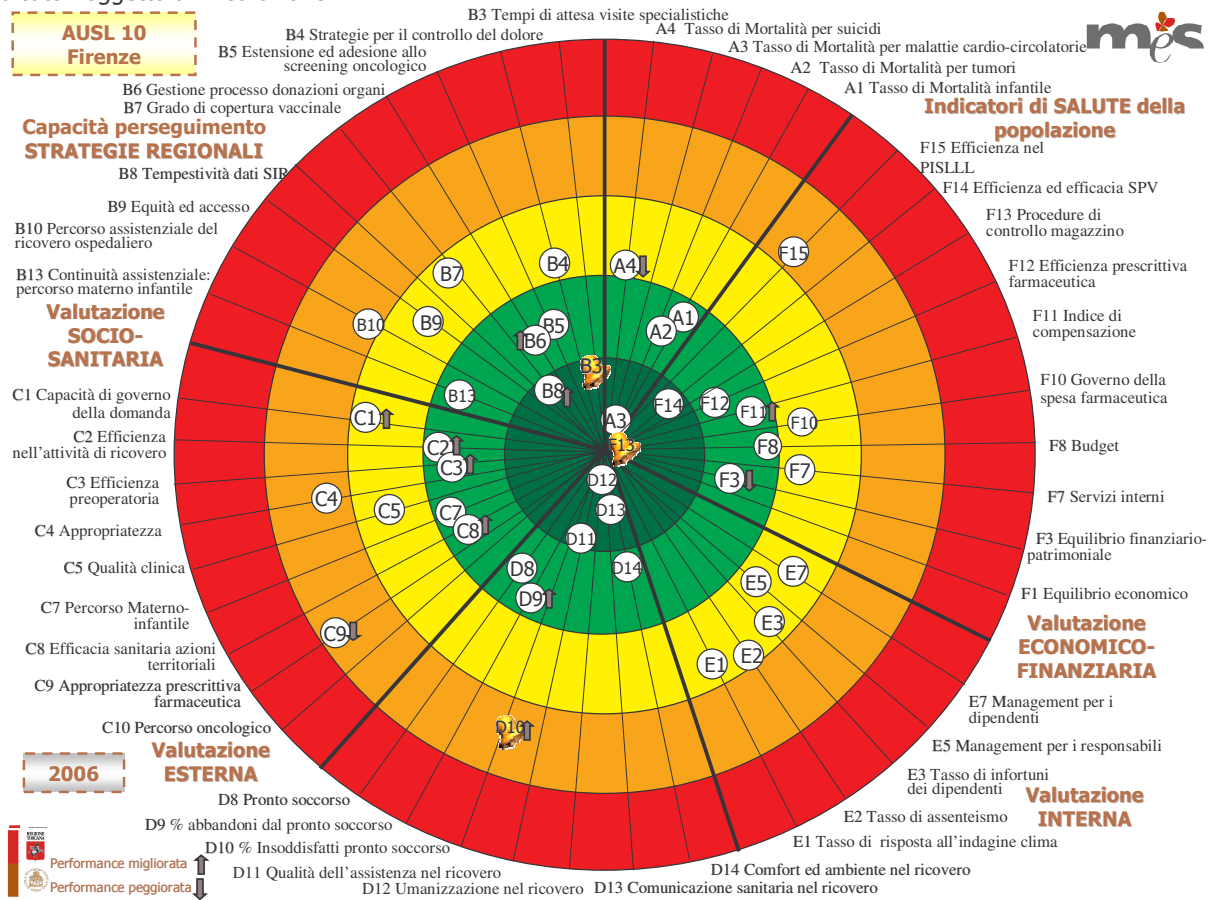
La performance dell'Ausl 10 di Firenze

Anche questa azienda, come la Ausl 8 di Arezzo, presenta ben 24 indicatori nelle fasce verdi. Buona è la valutazione sia dei cittadini nella dimensione D sia della performance socio sanitaria, con un buon governo dell'efficienza ospedaliera (C2 e C3) sia con un buon lavoro (ad eccezione della polmonite) sul contenimento del tasso di ricovero per i pazienti cronici, soprattutto diabetici con complicanze a lungo periodo, dove l'azienda consegue il miglior risultato regionale.

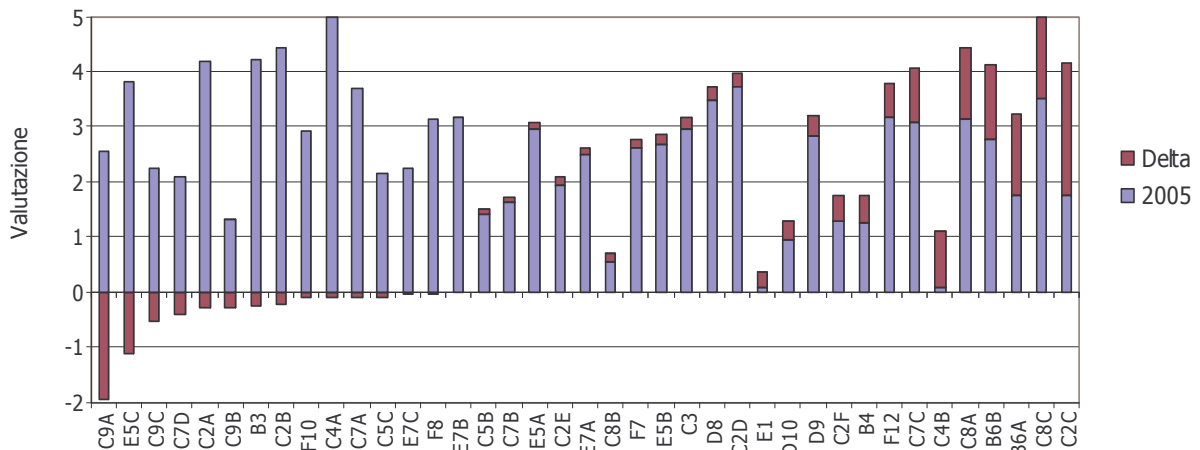
La dimensione con maggiori criticità è quella interna dove gli indicatori si posizionano tutti in fascia gialla. E' evidente a questo proposito che le dimensioni organizzative rilevanti dell'azienda e l'elevato numero di dipendenti non facilitino i processi di comunicazione interna e il clima interno.

Ancora qualche problema nel numero di utenti insoddisfatti per il pronto soccorso, anche se l'indicatore presenta dal 2005 al 2006 un salto fascia positivo.

In termini di trend l'azienda riesce a conseguire dal 2005 al 2006 un miglioramento sulla maggior parte degli indicatori oggetto di misurazione.



AUSL 10 Firenze



La performance dell'Ausl 11 di Empoli

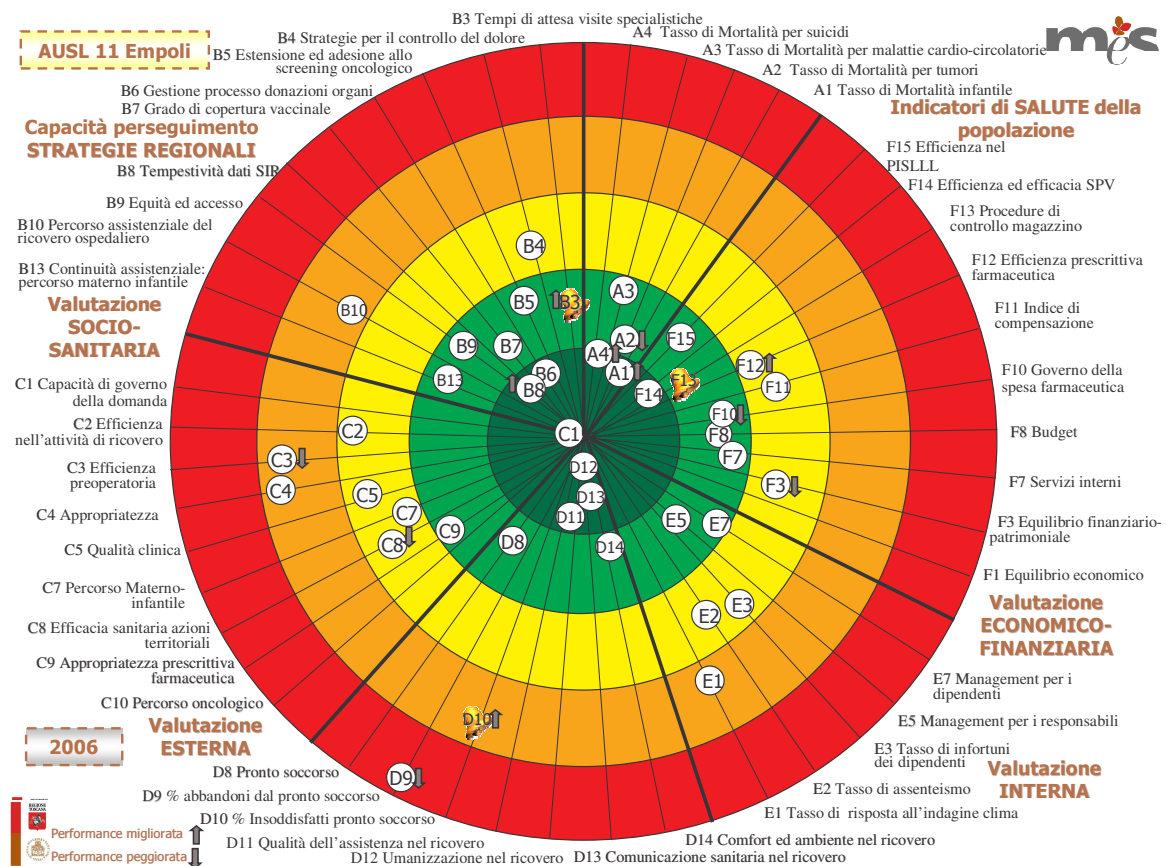
La Ausl 11 di Empoli è l'azienda con il maggior numero di indicatori nelle fasce verdi che risultano essere ben 27, oltre il 50 %. E' l'azienda che registra la migliore performance complessiva nella capacità di perseguire le strategie regionali con 7 indicatori su 9 in fascia verde e con buoni risultati anche sull'indicatore B9 relativo all'equità di accesso.

Registra inoltre la migliore performance regionale nel tasso di ospedalizzazione dei residenti, superando notevolmente l'obiettivo regionale.

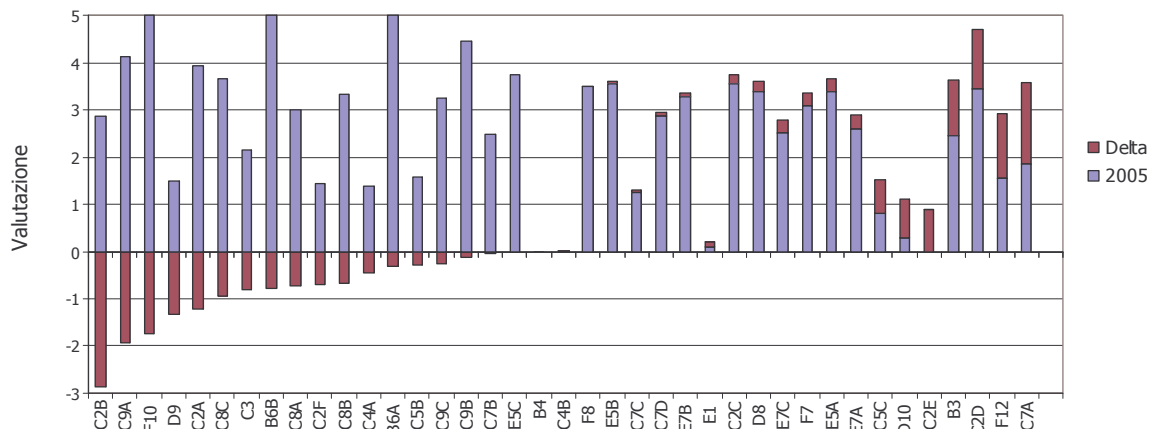
Ottimo anche il governo di tutta la farmaceutica sia in termini di spesa che di appropriatezza prescrittiva.

Critico risulta la percentuale di abbandoni dal pronto soccorso D9, che è peggiorato dal 2005 al 2006 e che è tra i risultati più problematici della regione.

Partendo da una buona performance l'azienda è riuscita a consolidare nel 2006 buona parte dei suoi risultati, pur registrando in alcuni indicatori risultati inferiori all'anno precedente.



AUSL 11 Empoli

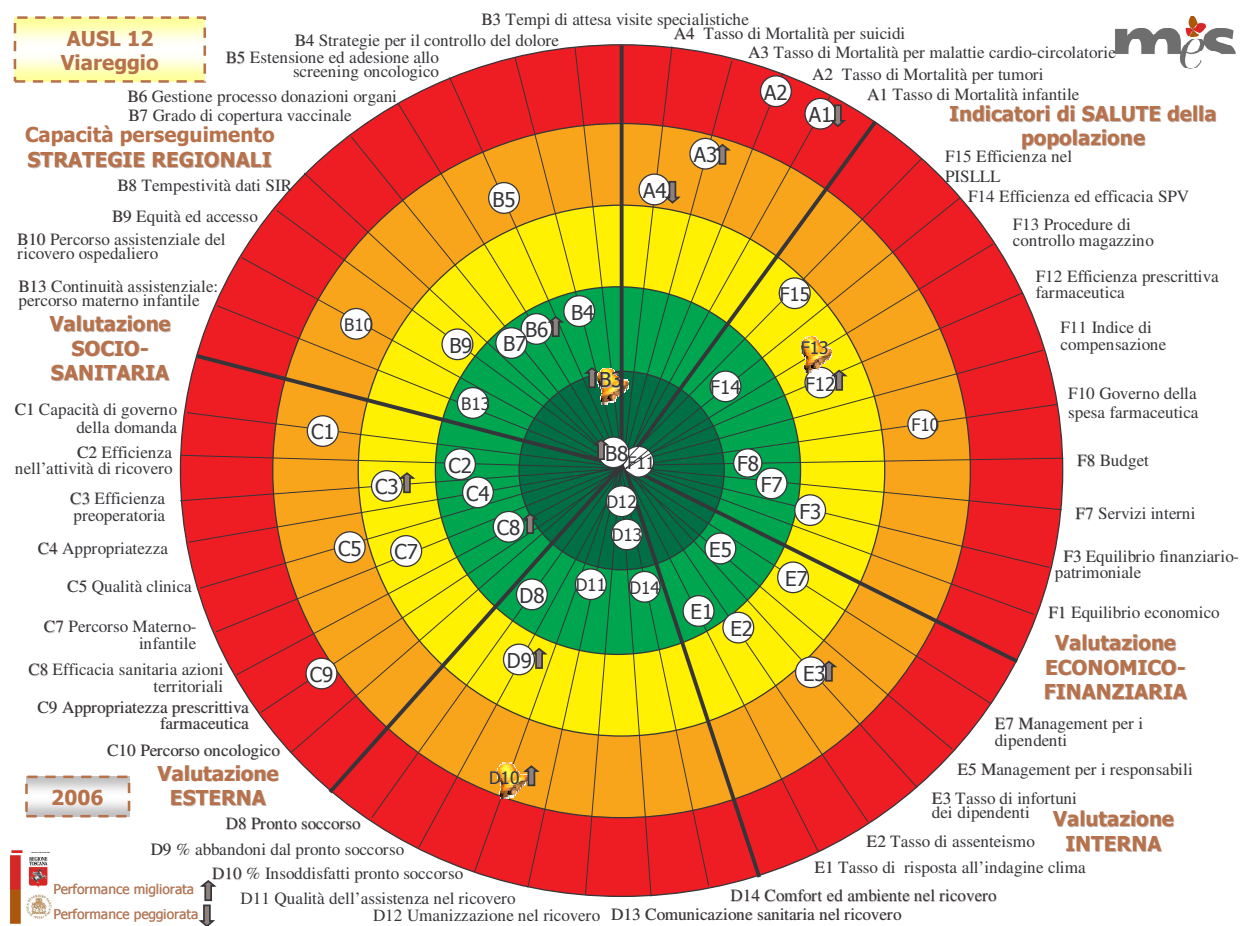


La performance dell'Ausl 12 Versilia

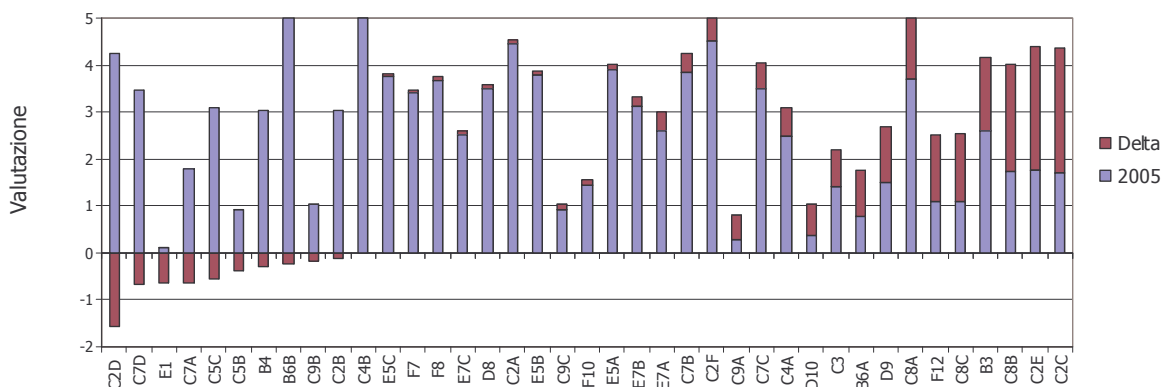
La Ausl 12 Versilia registra 20 indicatori su 50 nelle fasce verdi. E' l'azienda che presenta maggiori criticità nella dimensione relativa al livello di salute della popolazione con tutti e quattro gli indicatori in fascia rossa o arancione. Chiaramente, le problematiche che emergono da questa dimensione non sono direttamente imputabili all'azione dell'Ausl, ma sono determinate da molteplici fattori su cui l'azienda deve impostare una efficace strategia di risposta specifica. Certamente meglio la situazione in tutte le altre dimensioni, dove si registrano numerosi salti di fascia positivi. Questa azienda infatti è quella che ha dimostrato la più elevata capacità di cambiamento e miglioramento, riuscendo a ottenere risultati più elevati rispetto al 2005 nel 74% dei casi.

Particolarmente positivi sono gli indicatori della dimensione interna, dove si registra la migliore performance regionale per quanto concerne l'indicatore E1, tasso di risposta all'indagine di clima, ed E5, valutazione del management da parte dei responsabili di struttura complessa. Questi risultati sono dovuti in parte alle dimensioni ridotte dell'azienda, ma molto anche alle politiche di coinvolgimento e partecipazione del personale attivate nell'azienda.

Problematica ancora la gestione della farmaceutica sia in termini di spesa che di appropriatezza. Ottima la capacità sanitaria del territorio (C8) in fascia verde.



AUSL 12 Versilia



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

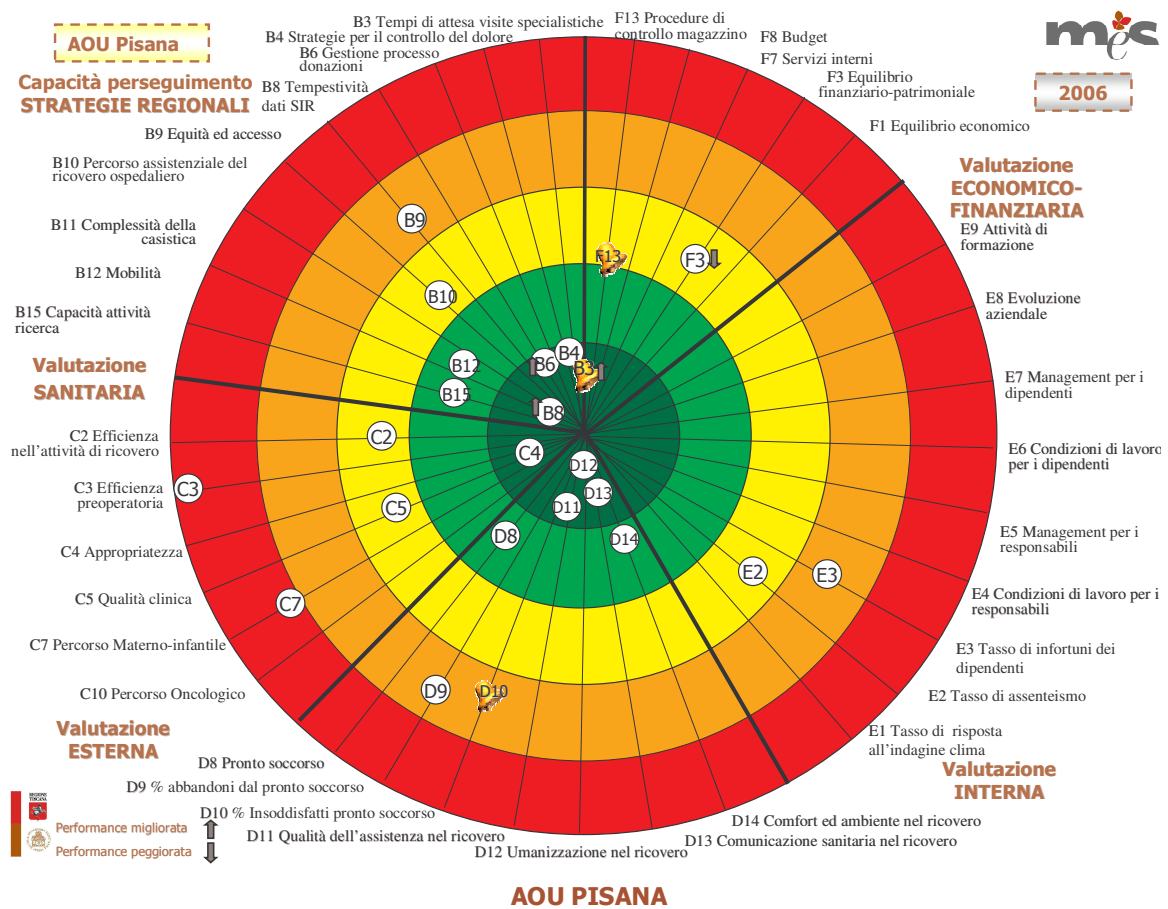
Il bersaglio per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana appare privo di alcuni indicatori nella dimensione interna, in quanto l'indagine di clima nel 2006 non è stata effettuata ed è in programma nel secondo semestre del 2007.

Particolarmente buona appare la performance nella capacità di perseguimento degli orientamenti, sia nelle strategie di controllo del dolore (B4), che nella tempestività di invio dei dati al sistema informativo regionale (B8), ma anche nella capacità di produrre ricerca (B15) e nella Mobilità (B12), dove questa azienda registra la migliore performance regionale.

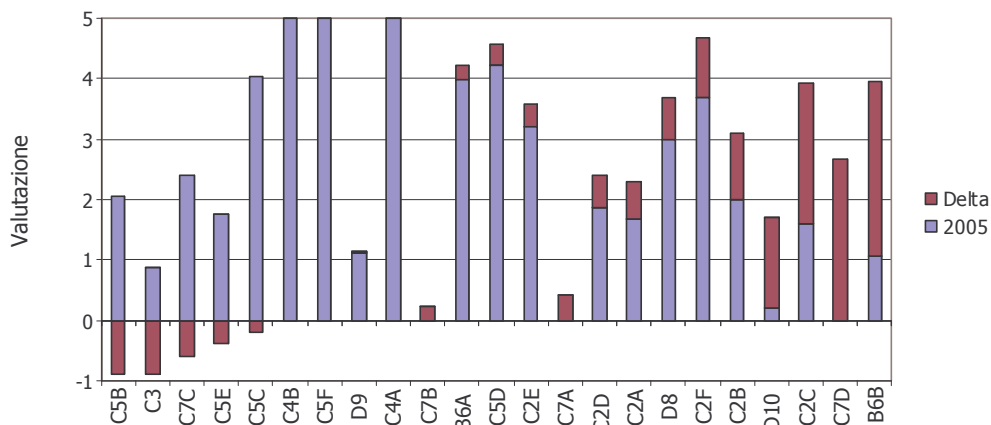
Ottima è anche la valutazione che i cittadini danno al servizio di ricovero dove nella qualità dell'assistenza l'azienda registra la performance più elevata della regione.

Critica risulta la performance del percorso materno infantile C7 e l'efficienza preoperatoria C3 con il peggior risultato a livello regionale.

In termini di trend dal 2005 al 2006 l'azienda ha dimostrato capacità di miglioramento nella maggioranza degli indicatori monitorati.



AOU PISANA



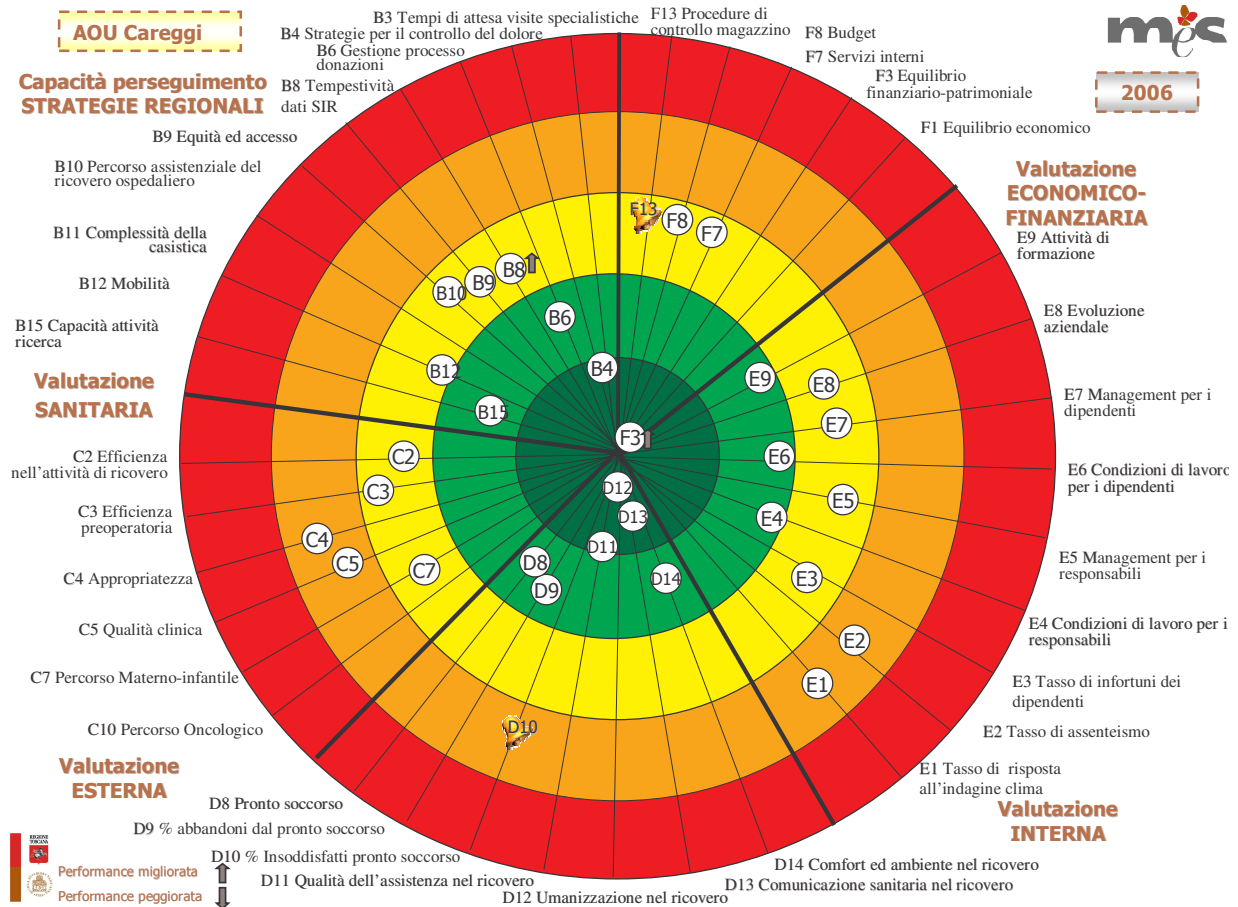
La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

L'azienda presenta una ottima performance nella dimensione esterna, ossia nella valutazione dei cittadini per i servizi di ricovero e di pronto soccorso, registrando anche un basso numero di abbandoni dal Pronto Soccorso (D9). I risultati di maggiore criticità si registrano nella dimensione interna. L'elevato tasso di assenteismo e il basso tasso di risposta all'indagine di clima evidenziano alcune problematiche nella gestione delle risorse umane dovute in parte anche alle rilevanti dimensioni dell'azienda stessa.

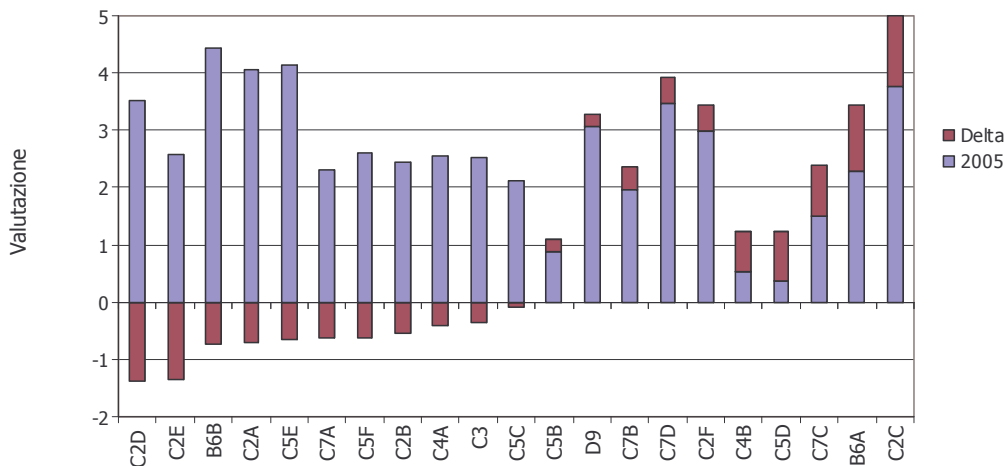
Ampi margini di miglioramento possono in futuro essere ottenuti dall'azienda anche nella valutazione sanitaria dove gli indicatori di qualità C5 e Appropriatelyzza sono oggi in fascia arancione.

Buona la capacità dell'azienda di svolgere attività di ricerca (B15) che risulta in fascia verde.

In termini di trend dal 2005 al 2006 l'azienda ha ottenuto un risultato migliore in circa il 50 % degli indicatori monitorati.



AOU CAREGGI



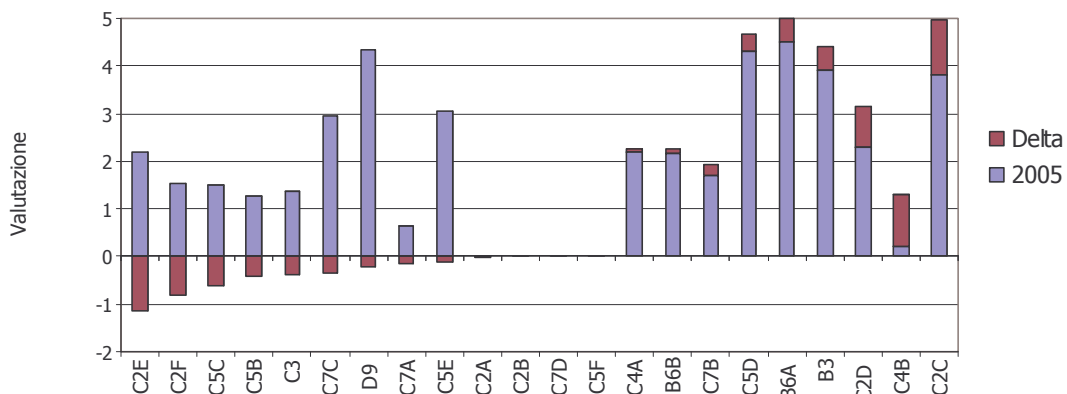
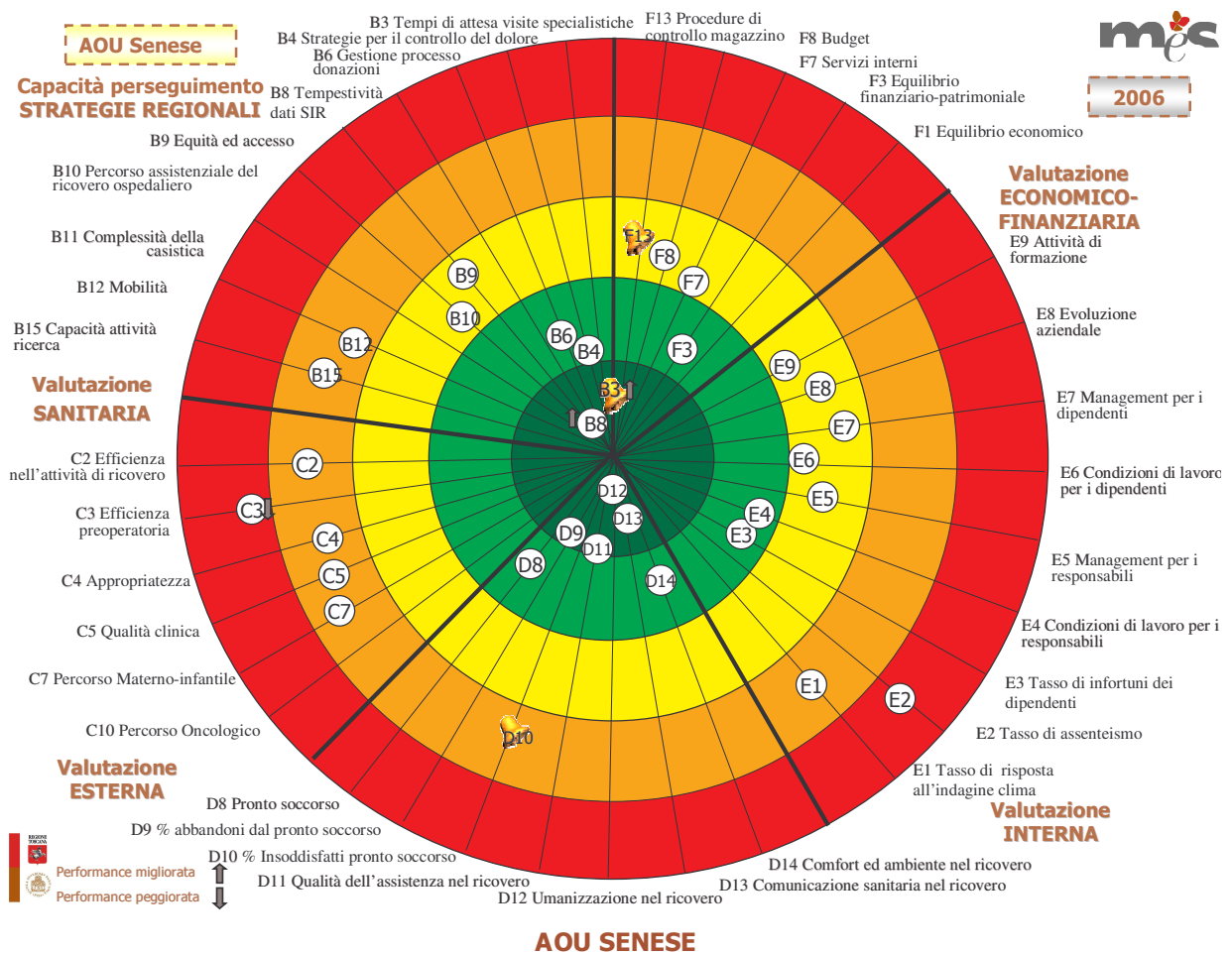
La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

L'azienda Ospedaliero-Universitaria Senese presenta una situazione complessa e articolata. Ottima è la valutazione dei pazienti sia sui servizi di ricovero che di pronto soccorso con un numero estremamente basso di abbandoni (D9) registrando la migliore performance regionale.

Critica invece è la performance 2006 della dimensione sanitaria dove tutti gli indicatori sono posizionati in fascia arancione o rossa. Qualche problema si registra anche negli indicatori relativi alla mobilità (B12) e alla capacità nell'attività di ricerca (B15). Molto positiva è la performance relativa alla tempestività di invio dei dati al sistema informativo regionale (B8) e ai tempi di attesa per le sette visite specialistiche da erogare entro quindici giorni (B3).

L'azienda infine registra un dato preoccupante relativamente al tasso di assenteismo che è tra i più alti della regione.

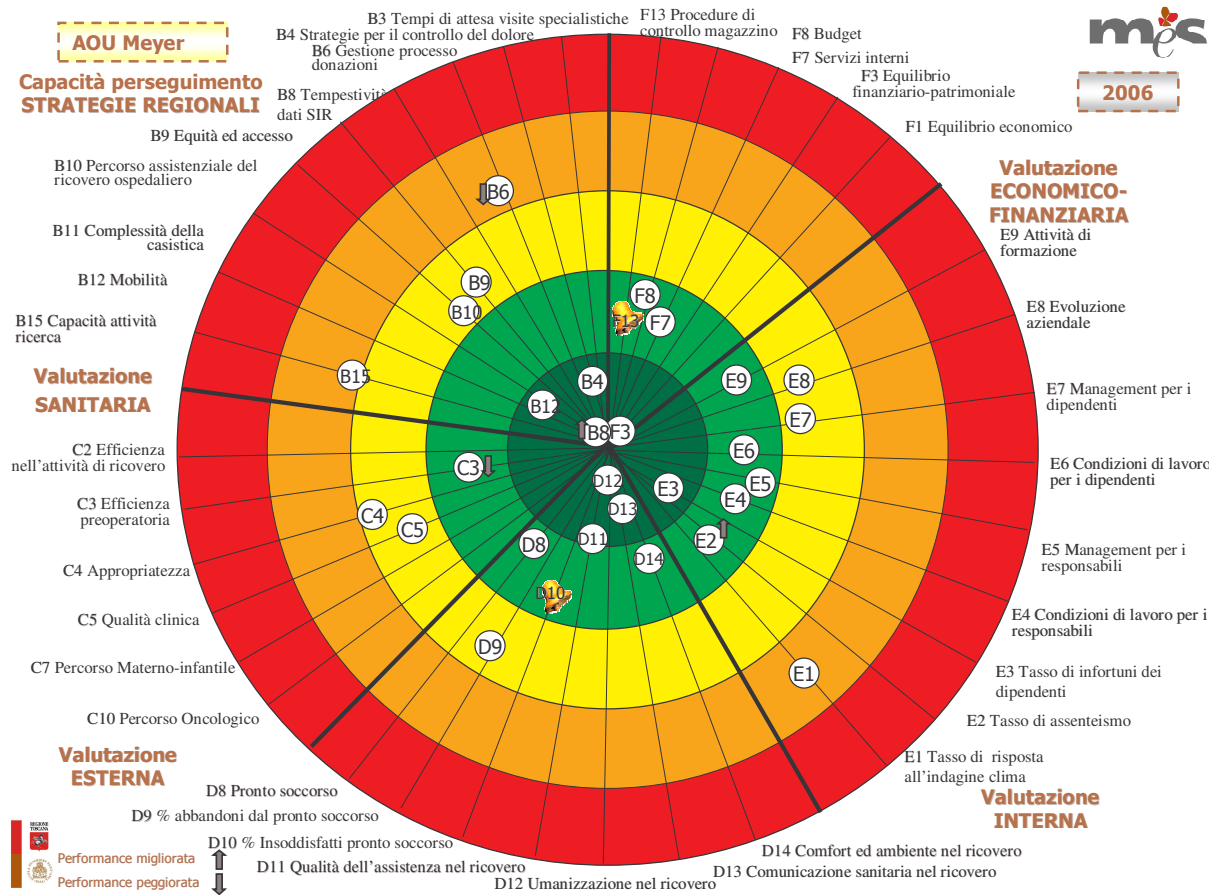
In termini di trend dal 2005 al 2006 si registra una situazione variegata relativamente alla capacità di miglioramento.



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

Questa azienda è certamente particolare rispetto alle altre in quanto si tratta di un ospedale pediatrico. La performance nel 2006 risulta complessivamente molto positiva nella maggior parte degli indicatori registrandone ben 20 nelle fasce verdi.

Gli unici indicatori in fascia arancione sono il tasso di risposta all'indagine di clima (E1), su cui forse il personale ha ricevuto un'insufficiente informazione, e il B6 relativo alle donazioni di organi.



PARTE II

LA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

A cura di Anna Bonini

Nell'ambito della valutazione multidimensionale della performance, sono stati definiti alcuni indicatori di outcome che monitorano il livello di salute della popolazione. La scelta di aver considerato e incluso negli obiettivi strategici regionali anche i risultati di outcome di maggiore rilevanza vuole evidenziare l'attenzione di tutto il sistema regionale a ciò che rappresenta sia il punto di partenza che il vero punto di arrivo nel medio lungo periodo. È chiaro che i risultati di outcome si muovono lentamente nel tempo e dipendono da molteplici fattori e determinanti, riconducibili solo in parte alle azioni delle istituzioni sanitarie, ma è altrettanto vero che ogni operatore sanitario deve aver chiaro che il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta la finalità primaria dell'intero sistema.

In questa ottica, i dati di mortalità vengono utilizzati in campo sanitario come indicatori della distribuzione delle patologie presenti in una determinata popolazione e servono a valutarne quindi il relativo stato di salute, identificando i problemi sanitari esistenti e le eventuali priorità di intervento.

Sono stati selezionati 4 indicatori di mortalità nell'area di valutazione in questione: il tasso di mortalità infantile, per malattie cardiovascolari, per tumori e per suicidi.

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore proxy del livello di salute della popolazione. Si tratta di un parametro essenziale che rileva il livello di sviluppo di un territorio in relazione alle sue caratteristiche sanitarie, sociali ed ambientali, in quanto rappresenta una misura sensibile sia della condizione socio-economica (sovraffollamento delle abitazioni, livello di urbanizzazione, l'educazione sanitaria, abitudini dannose in gravidanza quali fumo, alcool, ecc., reddito, occupazione), sia del livello di organizzazione sanitaria di una popolazione.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la più importante causa di morte in Toscana, come peraltro in tutti i Paesi industrializzati. Infatti, esse da sole causano il 30% dei decessi; circa il 30% della popolazione adulta è ipertesa e il 10% degli ultrasessantacinquenni è affetto da scompenso cardiaco (PSR 2005-2007). Nei maschi predomina la cardiopatia ischemica (infarto e altre patologie delle coronarie), mentre fra le femmine prevalgono le malattie cerebrovascolari, ed in particolare l'ictus.

I tumori sono la seconda causa di morte in Toscana, pari al 28,6% della mortalità totale. Tra le patologie neoplastiche, le principali cause di morte sono per gli uomini il tumore del polmone, del colon-retto, della prostata e dello stomaco, mentre tra le donne quello della mammella, del colon-retto, dello stomaco e dell'ovaio¹.

Per quanto riguarda la mortalità per suicidi, si osserva come la Toscana sia tra le poche regioni che considera il suicidio una problematica di salute pubblica, quando ancora oggi, molto spesso, non viene percepito come tale.

I dati presentati in questa sezione provengono dal Registro di Mortalità Regionale e sono elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità; fanno riferimento ai dati disponibili più recenti, ovvero al periodo 2003-2005. Gli indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali sarebbe soggetto a notevoli variazioni dovute in gran parte alla numerosità della casistica.

La valutazione della performance delle aziende presenti sul territorio toscano viene effettuata sulla media regionale. Il tasso grezzo di mortalità esprime il tasso effettivamente osservato in una popolazione in un periodo, e rappresenta il parametro di base per misurare l'andamento della mortalità. Per svolgere un adeguato confronto tra territori differenti si utilizza il tasso standardizzato per età, in grado di eliminare l'influenza del fattore età. Tale misura si ottiene imponendo alle popolazioni prese in esame una distribuzione per età analoga a quella di riferimento, nel caso specifico la popolazione toscana Istat 2000.

1. TASSO MORTALITÀ INFANTILE – A1 *di C. Calabrese*

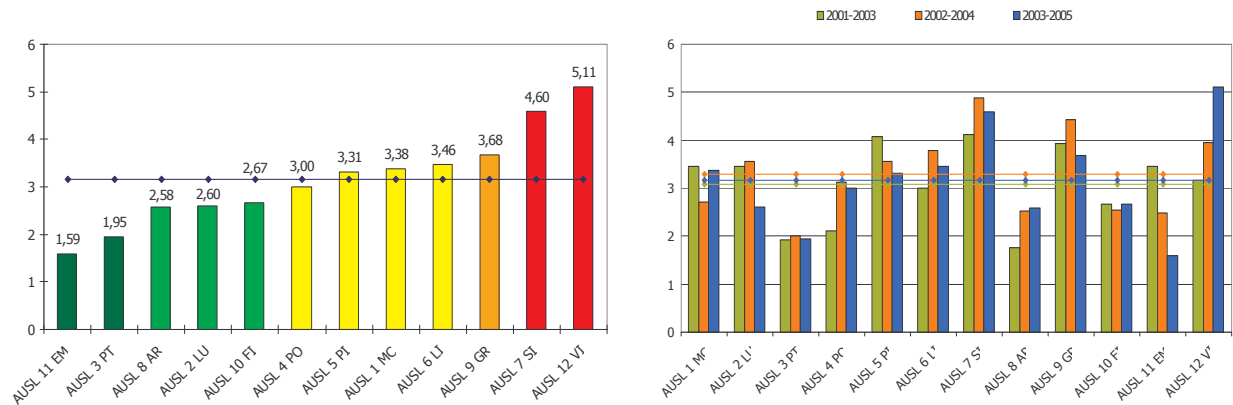
L'indicatore rileva la mortalità che colpisce i nati vivi nell'intervallo tra la nascita e il primo anno di vita, ogni 1.000 nati vivi. Si ottiene rapportando il numero dei bambini morti entro il primo anno di vita nell'unità di tempo considerata al numero dei bambini nati vivi nello stesso periodo, moltiplicando il risultato finale per mille.

Mortalità infantile
2,53

¹ Istituto Toscano Tumori: http://www.cspo.it/REGISTRI/REGISTRO_RTT/rtrt/tumoriintoscana/index_tumoriintoscana.html

Il valore medio della Regione Toscana, pari a 3,16 decessi ogni 1.000 nati vivi, è un ottimo risultato, tra i migliori al mondo. Tuttavia, vi sono ancora margini di miglioramento, specialmente nella disomogeneità territoriale, che presenta valori che vanno dall'1,59 a 5,11 per 1.000 nati vivi per il triennio 2003- 2005. In particolar modo, due aziende si discostano in maniera negativa dal valor medio di riferimento.

Dal grafico del trend si può apprezzare l'andamento temporale del tasso di mortalità infantile in Toscana. Esso presenta un andamento disomogeneo nelle varie aziende: in alcune è aumentato mentre in altre è diminuito. Si sottolinea però che tali variazioni sono in gran parte legate alla bassa numerosità della casistica, per cui una variazione di valore assoluto di poche unità può cambiare notevolmente il tasso. A livello regionale come si evince dalla tabella il tasso ha registrato un lieve rialzo, infatti il valore medio è passato da 3,09 nel periodo 2001-2003 a 3,16 nel periodo 2003-2005.

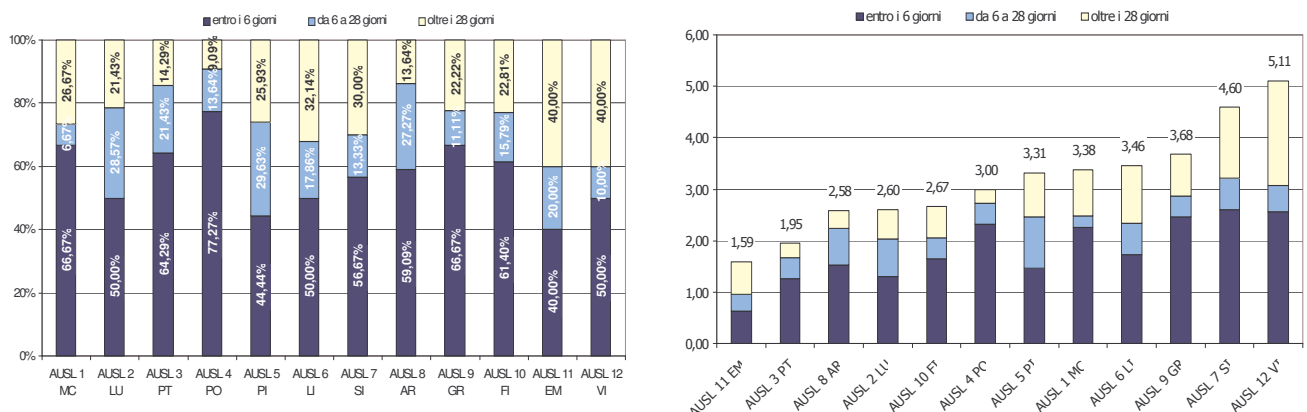


AZIENDA	2001-2003		2002-2004		2003-2005	
	Numero Deceduti	Tasso Standard	Numero Deceduti	Tasso Standard	Numero Deceduti	Tasso Standard
AUSL 1 MC	15	3,45	12	2,71	15	3,38
AUSL 2 LU	18	3,46	19	3,56	14	2,60
AUSL 3 PT	13	1,93	14	2,00	14	1,95
AUSL 4 PO	14	2,10	22	3,12	22	3,00
AUSL 5 PI	31	4,08	28	3,55	27	3,31
AUSL 6 LI	23	2,99	30	3,78	28	3,46
AUSL 7 SI	25	4,12	31	4,88	30	4,60
AUSL 8 AR	14	1,76	21	2,53	22	2,58
AUSL 9 GR	18	3,94	21	4,43	18	3,68
AUSL 10 FI	54	2,66	54	2,54	57	2,67
AUSL 11 EM	20	3,45	15	2,49	10	1,59
AUSL 12 VI	12	3,16	15	3,95	20	5,11
Media intraregionale	21	3,09	24	3,30	23	3,16

Definizione:	Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di deceduti nel primo anno di vita
Denominatore:	Numero di nati vivi residenti
Formula matematica:	$\frac{N. \text{ deceduti nel primo anno di vita}}{N. \text{ nati vivi residenti}}$
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale

Scendendo nel dettaglio, la mortalità infantile si compone delle seguenti componenti: la mortalità neonatale, se il decesso avviene entro il 28° giorno di vita, e mortalità post-neonatale se il decesso avviene tra il 28° e il 365° giorno di vita. Il periodo neonatale, a sua volta può essere suddiviso in precoce (fino al 6° giorno) e tardivo (dal 7° al 28° giorno).

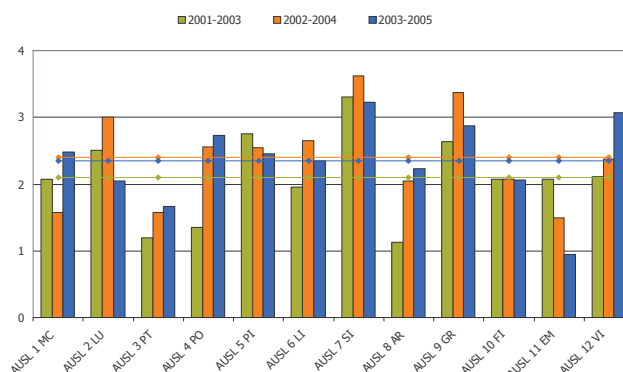
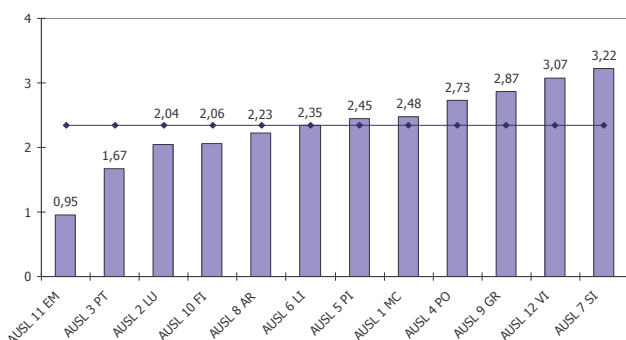
Tale distinzione è utile per valutare le cause che possono determinarla. Dal grafico si può osservare il peso delle principali componenti della mortalità infantile toscana. La componente più importante è data dalla mortalità entro i primi 6 giorni di vita. Si osserva inoltre che le aziende con i tassi più elevati registrano anche una maggiore mortalità post-neonatale.



1.1 - Mortalità neonatale totale

Per quanto riguarda il tasso di mortalità neonatale totale (nei primi 28 giorni), esso è dato dal rapporto tra il numero di deceduti tra il 1° e 28° giorno di vita, e il numero di nati vivi residenti per 1.000 nati vivi. Nel triennio 2003-2005, la situazione si presenta variegata, difatti si riscontrano alcune differenze tra le aziende, alcune delle quali si mantengono al di sotto o in corrispondenza della media regionale mentre altre si collocano su valori superiori.

L'andamento temporale, come si osserva dal grafico e dalla tabella, si caratterizza per la maggior parte delle aziende per un trend crescente non lineare, ad eccezione di alcune dove si riscontra una diminuzione. Conseguentemente, il tasso medio a livello regionale mostra un modesto aumento passando da 2,09 decessi nei primi 28 giorni di vita ogni 1.000 nati vivi nel triennio 2001-2003, a 2,34 nel triennio 2003-2005.



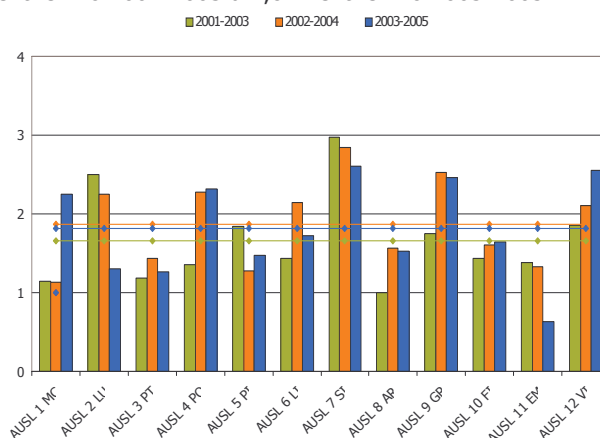
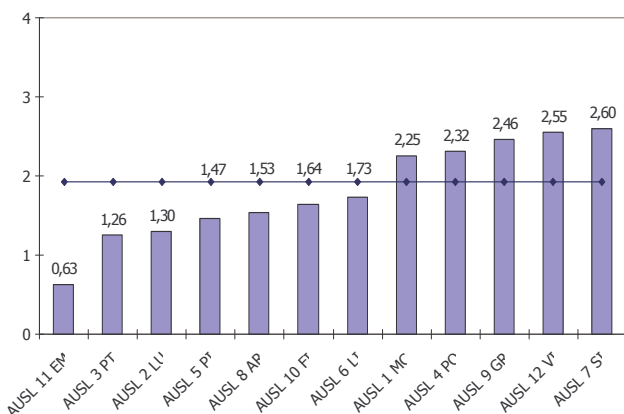
AZIENDA	2001-2003		2002-2004		2003-2005	
	Numero Deceduti	Tasso	Numero Deceduti	Tasso	Numero Deceduti	Tasso
AUSL 1 MC	9	2,07	7	1,58	11	2,48
AUSL 2 LU	13	2,50	16	3,00	11	2,04
AUSL 3 PT	8	1,19	11	1,57	12	1,67
AUSL 4 PO	9	1,35	18	2,56	20	2,73
AUSL 5 PI	21	2,76	20	2,54	20	2,45
AUSL 6 LI	15	1,95	21	2,65	19	2,35
AUSL 7 SI	20	3,30	23	3,62	21	3,22
AUSL 8 AR	9	1,13	17	2,04	19	2,23
AUSL 9 GR	12	2,63	16	3,37	14	2,87
AUSL 10 FT	42	2,07	44	2,07	44	2,06
AUSL 11 EM	12	2,07	9	1,50	6	0,95
AUSL 12 VI	8	2,11	9	2,37	12	3,07
Media intraregionale	15	2,09	18	2,41	17	2,34

Definizione:	Tasso di mortalità nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:	Numero di nati vivi residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi}}{\text{N. nati vivi residenti}}$
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale

1.2 - Mortalità neonatale precoce

Il tasso di mortalità neonatale precoce, evidenzia, all'interno del precedente indicatore, il numero di deceduti nei primi 6 giorni di vita. Per quanto riguarda il triennio 2003-2005, come si può notare dal grafico, a livello regionale la situazione risulta essere divisa in due gruppi di aziende: circa la metà sono considerevolmente al di sotto del livello medio regionale, mentre l'altra metà si posiziona abbastanza al di sopra di tale valore di riferimento.

Da un punto di vista temporale, il grafico del trend presenta un quadro eterogeneo nelle varie Aziende: tranne alcune realtà in cui si riscontra una evidente diminuzione, nel complesso si nota un incremento del tasso di mortalità. Pertanto, poiché le variazioni in aumento sono state superiori rispetto a quelle in diminuzione, a livello regionale il tasso medio è leggermente cresciuto, passando da 1,65 nel triennio 2001-2003 a 1,81 nel triennio 2003-2005.



Azienda	2001-2003		2002-2004		2003-2005	
	Numero Deceduti	Tasso	Numero Deceduti	Tasso	Numero Deceduti	Tasso
AUSL 1 MC	5	1,15	5	1,13	10	2,25
AUSL 2 LU	13	2,50	12	2,25	7	1,30
AUSL 3 PT	8	1,19	10	1,43	9	1,26
AUSL 4 PO	9	1,35	16	2,27	17	2,32
AUSL 5 PI	14	1,84	10	1,27	12	1,47
AUSL 6 LI	11	1,43	17	2,14	14	1,73
AUSL 7 SI	18	2,97	18	2,84	17	2,60
AUSL 8 AR	8	1,00	13	1,56	13	1,53
AUSL 9 GR	8	1,75	12	2,53	12	2,46
AUSL 10 FI	29	1,43	34	1,60	35	1,64
AUSL 11 EM	8	1,38	8	1,33	4	0,63
AUSL 12 VI	7	1,85	8	2,10	10	2,55
Media intraregionale	12	1,65	14	1,87	13	1,81

Definizione:	Tasso di mortalità nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:	Numero di nati vivi residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi}}{\text{N. nati vivi residenti}}$
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale

2. TASSO DI MORTALITÀ PER TUMORI – A2 di C. Calabrese

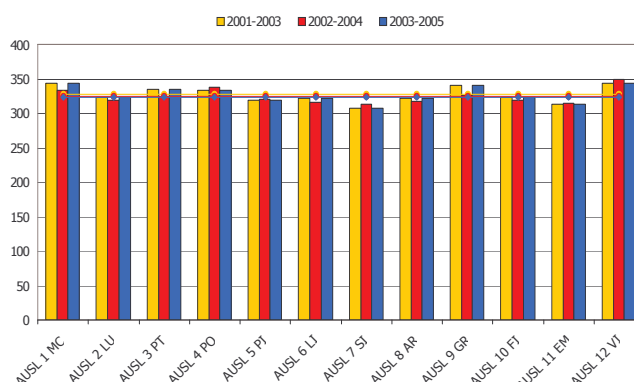
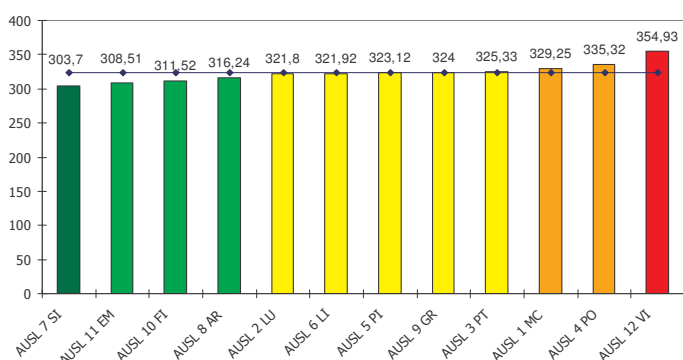
L'indicatore è calcolato come rapporto tra il numero di deceduti per patologie tumorali e il numero di residenti in una azienda, espresso per 100.000 residenti. Come precedentemente spiegato, il tasso è standardizzato per età, per permettere il confronto tra popolazione diverse. A livello regionale la valutazione è di 2,56 in quanto il valore è calcolato sulla media dei punteggi delle aziende.

Mortalità per tumori

2,56

I dati del triennio 2003-2005 mostrano valori che variano da 303,7 decessi per 100.000 residenti della Ausl 7 di Siena a 354,93 dell'Ausl 12 di Viareggio, azienda che si discosta in maniera più marcata rispetto al valore medio regionale, che si attesta su 322,97.

Dal grafico del trend e dalla tabella si evince come la mortalità per tutti i tumori della Regione Toscana presenta un quadro sostanzialmente invariato in quanto nel tempo la mortalità per questo gruppo di cause in alcune aziende mantiene una certa stabilità e in altre si osserva una lieve flessione. Nonostante tali variazioni, a livello regionale il tasso standardizzato è migliorato passando da 327,26 nel periodo 2001-2003, a 322,97 nel periodo 2003-2005.



Azienda	2001-2003			2002-2004			2003-2005		
	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard
AUSL 1 MC	2128	358,11	342,85	2087	351,65	332,94	2085	349,33	329,25
AUSL 2 LU	2149	335,70	323,55	2125	338,85	318,14	2177	340,5	321,8
AUSL 3 PT	2718	335,33	334,91	2684	329,47	342	2736	332,59	325,33
AUSL 4 PO	2033	294,58	333,53	2094	302,38	338,34	2125	302,09	335,32
AUSL 5 PI	3051	321,59	318,97	3116	326,68	320,33	3191	332,14	323,12
AUSL 6 LI	3461	341,13	321,80	3425	339,61	315,91	3528	347,74	321,92
AUSL 7 SI	2679	352,22	307,61	2761	360,75	312,91	2712	350,4	303,7
AUSL 8 AR	3216	330,58	322,07	3228	329,62	317,35	3251	328,48	316,24
AUSL 9 GR	2388	374,02	341,10	2320	363,23	325,48	2362	365,64	324
AUSL 10 FI	8068	343,48	323,25	8079	344,37	319,08	8008	337,72	311,52
AUSL 11 EM	2021	307,58	313,58	205	311,97	315,12	2060	306,71	308,51
AUSL 12 VI	1619	335,12	343,92	1694	348,05	348,71	1761	358,93	354,93
MEDIA AUSL	2962	335,87	327,26	2974	336,80	324,06	3000	337,68	322,97

Definizione:	Tasso di mortalità per tumori
Numeratore	Numero di deceduti per tumore
Denominatore	Numero totale residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero deceduti per tumore}}{\text{Numero totale residenti}}$
Note per l'elaborazione:	Codifiche ICD-9 CM: 140 - 239
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale - Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)
Significato:	È un indicatore che mostra la prevalenza delle malattie per tumori nella popolazione residente

3. TASSO DI MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO – A3

di C. Calabrese

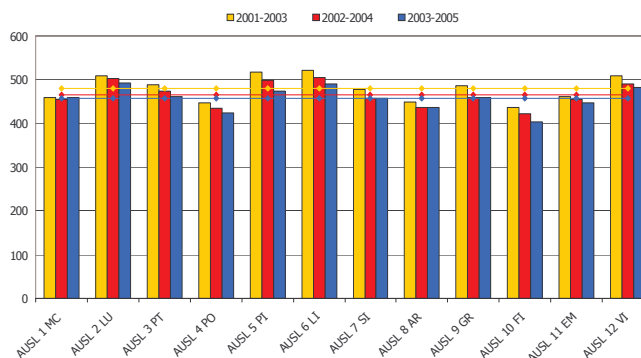
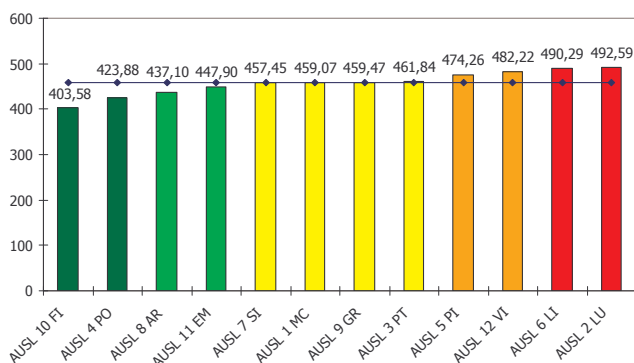
Come il precedente indicatore, anche il tasso per mortalità di patologie cardiocircolatorie è calcolato come rapporto tra il numero di deceduti per malattie cardiovascolari e il numero dei residenti, per 100.000 residenti. I dati presentati si riferiscono sempre a tassi standardizzati per età. Poiché la valutazione avviene sulla media regionale, chiaramente il valore medio regionale si posiziona intorno al punteggio medio, con un valore di 2,47.

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

2,47

Analizzando i dati per azienda si possono cogliere le differenze territoriali e il diverso livello di performance raggiunto dalle aziende, considerando che i valori variano tra 403,58 dell'Ausl 10 di Firenze e 492,59 dell'Ausl 2 di Lucca. Il valore medio regionale è di 457,47 decessi ogni 100.000 residenti.

Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, dal grafico risulta che il tasso di mortalità per malattie cardiocircolatorie, si caratterizza per un costante trend in diminuzione per la maggior parte delle aziende per le quali si registra una tendenza ad un modesto decremento, mentre per le altre aziende i valori rimangono comunque stabili. Complessivamente il dato medio regionale relativo al tasso standardizzato si è notevolmente ridotto passando da 480,39 decessi ogni 100.000 residenti nel periodo 2001-2003, a 457,47 nel triennio 2003-2005.



Azienda	2001-2003			2002-2004			2003-2005		
	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard
AUSL 1 MC	288	485,00	469,67	285	480,88	454,42	297	487,06	459,07
AUSL 2 LU	345	539,09	509,40	338	532,27	502,56	331	518,18	492,59
AUSL 3 PT	405	500,04	489,27	394	484,12	473,56	386	489,95	461,84
AUSL 4 PO	260	377,61	447,51	258	370,04	435,45	256	389,1	423,88
AUSL 5 PI	422	517,63	517,48	421	494,95	488,78	401	468,5	474,26
AUSL 6 LI	592	551,17	521,70	544	538,88	503,8	530	522,59	490,29
AUSL 7 SI	433	570,20	477,54	416	543,95	457,95	415	536,84	457,45
AUSL 8 AR	452	464,99	449,38	443	453,18	437,42	449	453,99	437,10
AUSL 9 GR	394	524,38	486,06	319	500,23	469,15	325	518,26	459,47
AUSL 10 FI	1117	473,30	436,22	1087	461,06	422,22	1039	437,72	403,58
AUSL 11 EM	298	454,61	461,71	296	446,9	465,87	295	432,52	447,90
AUSL 12 VI	229	477,29	508,71	227	467,03	489,7	225	489,62	482,22
MEDIA AUSL	4344	484,60	480,39	4230	481,12	465,91	4154	470,78	457,47

Definizione:	Tasso di mortalità per malattie del sistema cardio circolatorio
Numeratore:	Numero di deceduti per malattie del sistema circolatorio
Denominatore:	Numero totale residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero deceduti per malattie del sistema circolatorio}}{\text{Numero residenti}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	Codifiche ICD - 9 CM : 390 - 459
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di Mortalità Regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione toscana ISTAT 2000)
Significato:	E' un indicatore che mostra la prevalenza delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione residente

4. MORTALITÀ PER SUICIDI – A4 di C. Calabrese

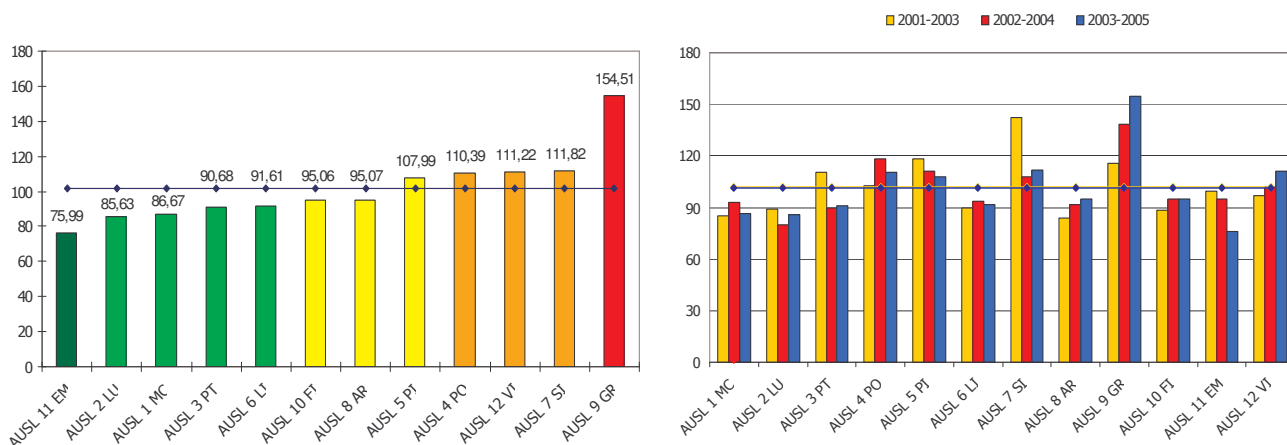
L'indicatore è costruito come rapporto standard tra il tasso di suicidi di ogni singola azienda e il tasso della Regione Toscana, ponendo dunque il valore regionale di riferimento pari a 100. I valori delle aziende sono standardizzati per età, come se tutte avessero la stessa distribuzione della popolazione per età.

Mortalità per suicidi

2,58

Nello scenario regionale, si osserva che il tasso standardizzato di mortalità per suicidi presenta un andamento disomogeneo tra le Aziende. I valori presentano un range che va da 75,99 dell'Ausl 11 di Empoli a 154,51 dell'Ausl 9 di Grosseto. Buona parte di esse comunque si attesta intorno al parametro regionale (che è fatto pari a 100 decessi ogni 100.000 residenti), ma in misura diversa, comportando un diverso livello di valutazione. Mentre altre aziende si collocano su valori leggermente superiori al valore di riferimento, con una punta massima di oltre 150 decessi per una sola azienda.

Per quanto riguarda il trend, dal grafico e dalla tabella, si osserva una situazione disomogenea nelle varie aziende: in alcune si è ridotto, in altre è aumentato, mentre altre ancora hanno mantenuto un valore sostanzialmente invariato. Una sola azienda, la Ausl 9 di Grosseto, presenta un significativo andamento negativo e un trend in crescita. Nel complesso, a livello regionale si ottiene un dato medio che rimane stabile nel tempo, passando da 101,80 nel triennio 2001-2003, a 101,30 nel triennio 2003-2005.



Azienda	2001-2003		2002-2004		2003-2005	
	Nemero Decessi	Rapporto standard	Nemero Decessi	Rapporto standard	Nemero Decessi	Rapporto standard
AUSL 1 MC	38	85,03	39	93,19	35	86,67
AUSL 2 LU	43	89,12	36	80,22	37	85,63
AUSL 3 PT	67	110,48	51	89,48	50	90,68
AUSL 4 PO	51	102,72	55	117,99	50	110,39
AUSL 5 PI	85	118,21	75	111,39	70	107,99
AUSL 6 LI	70	89,53	68	93,49	64	91,61
AUSL 7 SI	86	142,17	61	107,68	61	111,82
AUSL 8 AR	62	83,54	64	91,80	64	95,07
AUSL 9 GR	58	115,77	65	138,59	70	154,51
AUSL 10 FI	159	88,55	159	94,82	154	95,06
AUSL 11 EM	49	99,66	44	95,18	34	75,99
AUSL 12 VI	34	96,76	34	101,76	36	111,22
Media AUSL	67	101,80	62,58	101,30	60,42	101,39

Definizione:	Mortalità per suicidio: rapporto standard
Numeratore	Tasso di suicidio per Ausl
Denominatore	Tasso di suicidio per la Regione Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti per suicidio Ausl}}{\text{Popol. Residente Ausl}} : \frac{\text{N. deceduti per suicidio RT}}{\text{Popol. Residente RT}}$
Note per l'elaborazione:	Il rapporto standard si riferisce al rapporto tra il tasso di suicidi della singola Ausl e il tasso dell'intera Regione Toscana. Il valore regionale è dunque pari a 100. <i>Codifiche ICD-9 CM: E950 - E959</i>
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: <i>Registro di mortalità regionale</i>
Parametro di riferimento:	Valore regionale: 100
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)

PARTE III

LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DEGLI ORIENTAMENTI REGIONALI

A cura di S. Barsanti

L'area di valutazione del conseguimento delle strategie regionali (area B) ha lo scopo di valutare le capacità delle aziende sanitarie di perseguire gli orientamenti strategici di indirizzo regionale, ossia la capacità delle aziende stesse di mettere in atto le indicazioni delle delibere regionali. Gli indicatori compresi in questa dimensione si modificano in parte ogni anno in linea con le priorità indicate dalla Regione. In particolare, il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 (PSR) propone 12 progetti speciali di interesse regionale a cui sono associate precise scelte strategiche ed azioni. Molti degli indicatori selezionati in questa area di valutazione hanno, quindi, lo scopo di monitorare il conseguimento di tali strategie.

Il PSR 2005-2007 dedica particolare attenzione alla qualità dei servizi sanitari, sia in termini di tempestività nell'erogazione delle prestazioni, sia in termini di equità di accesso al sistema. Il tempo di attesa per le visite specialistiche costituisce una delle massime criticità nella fruizione di tale servizio. Il progetto speciale "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità" prevede per alcune visite specialistiche un'erogazione massima in 15 giorni. L'indicatore "tempi di attesa per le visite specialistiche - B3", infatti, ha lo scopo di monitorare la capacità delle aziende di fornire tali visite entro i 15 giorni.

Per quanto riguarda, invece, l'equità del servizio sanitario, il PSR 2005-2007 ribadisce l'importanza di ridurre le disuguaglianze di accesso ed utilizzo dei servizi stessi tra gruppi di individui dovute a determinanti socio-economiche: è di estrema importanza, infatti, che le prospettive di equità siano a pieno titolo incluse nelle logiche gestionali al fine di aumentare la sensibilità degli operatori sulle modalità perseguite nell'erogazione dei servizi (Nuti, Barsanti 2006). L'indicatore "Equità ed accesso - B9", elaborato per alcuni punti di accesso al sistema, è stato costruito al fine di monitorare l'effettiva capacità delle aziende di disegnare i processi ed i percorsi in maniera tale da uniformare l'effettivo utilizzo dei servizi stessi, le informazioni e gli outcome di salute dei gruppi più svantaggiati con quelli dei gruppi più benestanti e più colti.

Il primo dei 12 progetti speciali su cui si è focalizzato il PSR è dedicato alla prevenzione e cura dei tumori: in particolare, la Regione si pone obiettivi specifici da raggiungere entro il 2007 sia in termini di estensione, sia in termini di adesione degli screening della mammella, della cervice e del colon-retto. L'indicatore "estensione ed adesione agli screening oncologici - B5" si riferisce al monitoraggio dei tre programmi di screening attivati dalle aziende sanitarie, misurando il conseguimento degli obiettivi sia per l'estensione degli inviti ai programmi, sia per la partecipazione ai programmi stessi. Per quanto riguarda la prevenzione, la Regione dedica particolare attenzione anche ai vaccini: l'indicatore "copertura vaccinale B7" misura l'effettiva copertura su alcuni gruppi di popolazione del vaccino antinfluenzale e del vaccino contro il morbillo, la parotite e la rosolia.

Il Sistema Sanitario Toscano da sempre si è focalizzato sui percorsi assistenziali, avendo come obiettivi sia la riorganizzazione degli stessi in termini di integrazione intersettoriale e di continuità assistenziale, sia un orientamento verso i bisogni e le aspettative dei pazienti. Per ciò che riguarda la continuità assistenziale, il sistema di valutazione si è concentrato sul percorso materno infantile, a cui è dedicato anche uno dei progetti speciali regionali ("Nascere in Toscana"), attraverso l'elaborazione dell'indicatore "Continuità assistenziale del percorso materno infantile -B13". L'indicatore "Organizzazione del ricovero ospedaliero -B10", invece, ha lo scopo di evidenziare, attraverso le risposte dei pazienti all'indagine sui servizi di ricovero ospedaliero, eventuali criticità nell'erogazione di tale servizio, sia in termini di percezione del processo, che di coordinamento. Anche il controllo del dolore rappresenta una priorità regionale (si veda il progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore"): l'indicatore "strategie per il controllo del dolore -B4", ha lo scopo di valutare l'operato delle aziende sanitarie nella distribuzione dei farmaci oppioidi e nella misurazione del dolore al paziente. Non meno importante è il processo di donazione degli organi, a cui è dedicato l'indicatore "Processi di donazione degli organi - B6".

Infine, data la complessità del sistema sanitario e la sua importanza in termini di ricerca ed innovazione, la Regione si è concentrata sullo sviluppo da una parte dell'attività di ricerca e, dall'altra, dei sistemi informativi. In particolare, l'indicatore "Tempestività di invio dei dati al Sistema Informativo Regionale -B8" misura la capacità di tutte le aziende di inviare i dati e le informazioni, ricomprese nei flussi informativi regionali, in maniera rapida e puntuale. L'indicatore "Capacità attività della ricerca - B15", sviluppato solo per le AOU, invece, vuole monitorare tali aziende nella loro attività di ricerca, in termini di sperimentazioni cliniche, pubblicazioni e brevetti.

Per le AOU, inoltre, sono stati elaborati due indicatori specifici (Complessità -B11 e Mobilità -B12). Le AOU rappresentano ospedali di terzo livello: l'indicatore B11, infatti, ha l'obiettivo di monitorare la complessità della casistica. La Regione, inoltre, si è posta come obiettivo la riduzione delle fughe, sia in termini extraregionali, sia tra Aree Vaste diverse: l'indicatore B12 ha, infatti, lo scopo di valutare la capacità delle AOU da una parte di attrarre pazienti da altre regioni e, dall'altra, di ridurre le fughe tra Aree Vaste.

Gli indicatori presenti in questa dimensione sono eterogenei sia nelle fonti dei dati, sia nella metodologia di costruzione. Sono, infatti, utilizzate come fonti dei dati:

- flussi sanitari regionali (si vedano ad esempio gli indicatori B11 e B12 relativi alla complessità e alla mobilità per le AOU),
- indagini telefoniche specifiche,
- indagini ad hoc,
- dati provenienti da istituti/agenzie regionali/nazionali (si veda a titolo di esempio l'indicatore B5 relativo alla valutazione degli screening oncologici, la cui fonte dei dati è rappresentata dal Rapporto Regionale sugli Screening elaborato dal Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Nei paragrafi successivi vengono descritti gli indicatori elencati ed i risultati conseguiti negli ultimi anni, sia in termini regionali, sia per singola azienda.

1. TEMPI DI ATTESA PER VISITE SPECIALISTICHE- B3 di F. Sanna

La Regione Toscana, già nel Piano Sanitario 2001-2002, aveva individuato tra gli obiettivi prioritari la riduzione delle liste di attesa.

Successivamente, nel Piano Sanitario 2002-2004, la Regione aveva previsto sei classi di priorità, ridotte a quattro nella DGR 887 del 2003, che ricalcano sostanzialmente, quelle previste dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002. Tale accordo prevede standard di attesa da garantire su tutto il territorio italiano per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero di particolare rilevanza ed individua quattro¹ classi di priorità per il ricovero e tre per l'ambulatoriale, sulla base dell'intensità del dolore, della disabilità, del livello di influenza sulla prognosi.

Il Piano Sanitario Regionale Toscana 2005-2007 prevede il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di sette prestazioni specialistiche sanitarie (ginecologia, cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, ortopedia e neurologia) in un tempo massimo di 15 giorni.

Il Laboratorio Management e Sanità ha avviato, a partire dall'anno 2005, un'indagine "ad hoc" per conoscere e monitorare i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie sopra citate da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliere Universitarie. Ogni mese i ricercatori, in veste di utenti, hanno effettuato una telefonata in ogni Centro Unico di Prenotazione (CUP)² oggetto di indagine per richiedere un appuntamento per una prima visita per ciascuna delle 7 specialità previste dal PSR 2005-2007.

I risultati emersi sono stati confrontati sistematicamente con i dati forniti dalle AUSL. I casi in cui il dato relativo ai giorni di attesa è risultato differente rispetto a quello fornito dalle aziende sono stati estremamente rari e dovuti alla diversa metodologia di analisi.

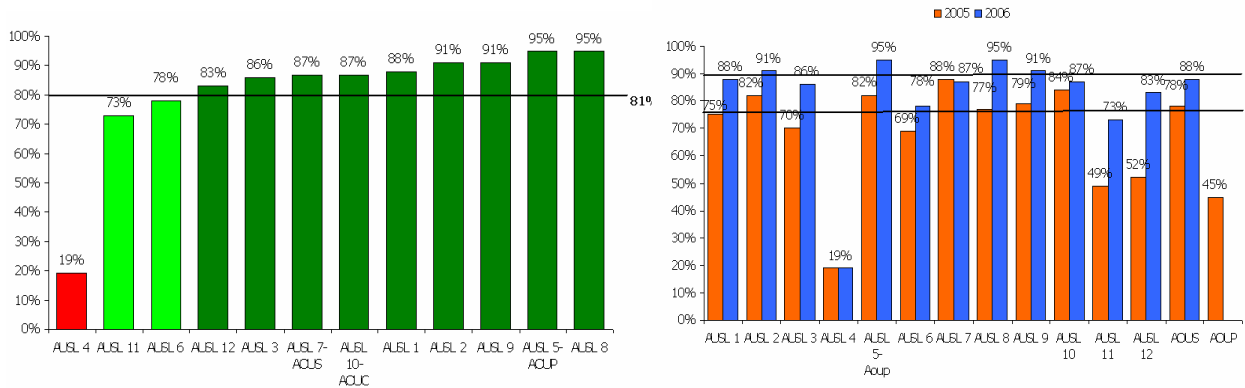
**TEMPI DI ATTESA PER LE
VISITE SPECIALISTICHE
3,96**

La valutazione media regionale mostra una buona performance (punteggio 3,96). L'indagine, relativamente all'anno 2006³, ha rilevato una capacità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali entro 15 giorni in circa l'81% dei casi.

¹ L'accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002 fa riferimento a: iter diagnostico del paziente con sospetta neoplasia, RMN, TAC cerebrale, ecodoppler, visita cardiologica, visita oculistica, esofagogastroduodenoscopia, ecografia dell'addome. Per i ricoveri, assumono rilevanza nazionale l'intervento per cataratta, di protesi d'anca, e la coronarografia.

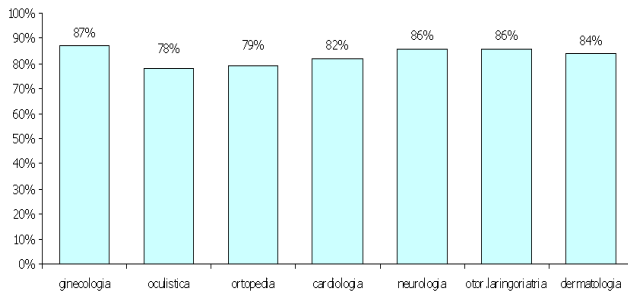
² Sono integrati i CUP: AUSL 5-AOUP; AUSL 10-AOUC; AUSL 7- AOUS.

³ La rilevazione è stata effettuata durante l'anno 2006 con esclusione del mese di Agosto.



Si evince, quindi, una buona capacità delle Aziende Sanitarie di rispettare l'indicazione regionale. In particolare, spiccano i risultati ottenuti dall'Ausl 8 di Arezzo (95%) e dall'Ausl 5-AOUP di Pisa (94%), che dimostrano un'ottima capacità nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in 15 giorni. Considerazioni a parte, merita il risultato dell'AUSL 11 di Empoli (73%) che aderisce al progetto Mattone "Tempi di attesa" del Ministero della Salute dall'anno 2005⁴, (la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriale avviene tramite codici colore che rappresentano le differenti classe di priorità). Il dato della Ausl 4 di Prato si riferisce al periodo Gennaio-Aprile 2006, non essendo stata possibile la rilevazione nei mesi successivi; questa azienda, infatti, ha adottato un sistema di classificazione delle prime visite da parte dei medici di famiglia in base all'urgenza, garantendo ai cittadini i 15 giorni previsti di attesa previsti solo per le visite definite "urgenti".

La performance del 2006 è ancora più significativa se si confronta con i risultati dell'indagine svolta dal Laboratorio MeS nell'anno 2005⁵, in cui la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo regionale si attestava su una capacità media del 68%, dimostrando un miglioramento del 13%.



Azienda di Erogazione	Anno	B3: tempi di attesa delle 7 prestazioni ambulatoriali
AUSL 1	2006	88%
AUSL 2	2006	91%
AUSL 3	2006	86%
AUSL 4	2006	19%*
AUSL 5-AOUP	2006	95%
AUSL 6	2006	78%
AUSL 7-AOUS	2006	87%
AUSL 8	2006	95%
AUSL 9	2006	91%
AUSL 10- AOUC	2006	87%
AUSL 11	2006	73%
AUSL 12	2006	83%

Esaminando i risultati relativi alle singole specialità ambulatoriali per l'anno 2006, la specialità più virtuosa risulta essere la ginecologia con un raggiungimento dell'obiettivo regionale nel 87% dei casi, a cui seguono la neurologia e l'otorinolaringoiatria, erogate entro i 15 giorni per l'86%. L'oculistica e l'ortopedia riportano le percentuali più basse.

Nel mese di giugno 2006 è entrata in vigore la delibera della G.R. n.143 del 27 febbraio 2006, intitolata "Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie specialistiche", che ha istituito l'impegno delle Aziende Sanitarie di rispettare il diritto dell'utente a ricevere le prestazioni sanitarie relative a sette specialità ambulatoriali previste dalla DGRT 887/2003 (ginecologia, cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, ortopedia e neurologia) in un tempo massimo di 15 giorni, come da Piano Sanitario regionale 2005-2007, indipendentemente dalla specifica residenza distrettuale ed in almeno un punto di offerta dell'azienda sanitaria.

L'entrata in vigore della delibera G.R. 143/2006 ha determinato un netto miglioramento nei tempi di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nel mese di Giugno si evidenzia un miglioramento nell'erogazione delle prestazioni entro 15 giorni, passando da un 67% del mese di Maggio ad un 82% nel mese di Giugno.

⁴ Progetto mattone "Tempi di attesa". Principi generali e prime proposte operative". Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

⁵ La rilevazione è stata effettuata durante l'anno 2005 con esclusione del mese di Agosto

Tale percentuale è migliorata nei mesi successivi fino a registrare una performance nel mese di Ottobre pari al 99%.

Ma quali sono le direzionali alla base del contenimento dei tempi di attesa? I principi si possono riassumere in tre concetti chiave (Rossi, 2006):

- 1) Miglioramento dell'efficienza del sistema;
- 2) Appropriatelyzza delle prescrizioni;
- 3) Responsabilizzazione dei cittadini.

In primo luogo, si vuole perseguire l'efficienza del sistema organizzando l'offerta delle prestazioni sanitarie in maniera meno dispersiva possibile. Fondamentale è stata l'istituzione di sistemi di prenotazioni unificati, i Centri Unici di Prenotazione (CUP), con funzioni di coordinamento, che costituiscono una rete integrata di servizi.

I CUP sono centri informatizzati capaci di controllare la disponibilità delle prestazioni nei diversi ambulatori e laboratori presenti nelle aziende sanitarie locali e di indicare all'utente il presidio in grado di fornire la prestazione nel tempo più breve.

In Toscana l'apertura del CUP è garantita per il 46% delle strutture eroganti dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 ed il sabato mattina, per il 31% dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e solo per il 23% con copertura giornaliera di mezza giornata.

In secondo luogo, l'appropriatelyzza delle prestazioni, ovvero il fornire una giusta risposta in tempi brevi, presuppone il coinvolgimento del medico di medicina generale, il cui ruolo non si deve ridurre al soddisfacimento della richiesta del paziente, ma deve essere capace di garantire la stabilità delle prestazioni.

Per ultimo, ma non meno importante, il principio della responsabilizzazione dei cittadini. È necessario che il cittadino sia cosciente del valore di ogni singola prestazione per il sistema e per l'utente stesso, affinché non adotti comportamenti in grado di produrre sprechi (Turco, 2006) (es. mancata presentazione all'appuntamento per la scelta di un altro erogatore per la prestazione o per la cessazione del problema di salute, a cui non consegue la comunicazione presso la struttura in cui si è effettuata la prima prenotazione).

La delibera G.R. 143/2006 introduce una sorta di corresponsabilità del cittadino e dell'azienda sanitaria al rispetto dei tempi di attesa. Nel caso in cui l'AUSL non renda disponibile la visita specialistica entro il tempo massimo di 15 giorni in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva, all'utente sarà riconosciuto da parte dell'AUSL un risarcimento economico di 25 euro. Il rifiuto della prenotazione proposta entro il tempo previsto per una diversa scelta del luogo, della data e/o del professionista libera l'azienda da tale onere risarcitorio.

Si prevede inoltre che quando l'utente, dopo aver prenotato ed accettato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenta alla visita prevista, senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire della prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, debba versare la quota di compartecipazione al costo della prestazione, se non esente.

In seguito, con la delibera della Giunta Regionale 440/2006 "Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche. Integrazione e proroga termini di applicazione per: Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda USL 10 di Firenze e Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer", la Regione Toscana ha stabilito che l'utente non possa godere del bonus per più di una volta, per la stessa visita specialistica, in un arco temporale di tre mesi. Inoltre, nel caso in cui non abbia provveduto a disdire un appuntamento o non abbia ritirato un referto, non potrà usufruire del bonus per una delle sette visite per un arco temporale di 6 mesi successivi alla data in cui l'utente non ottempera al proprio dovere.

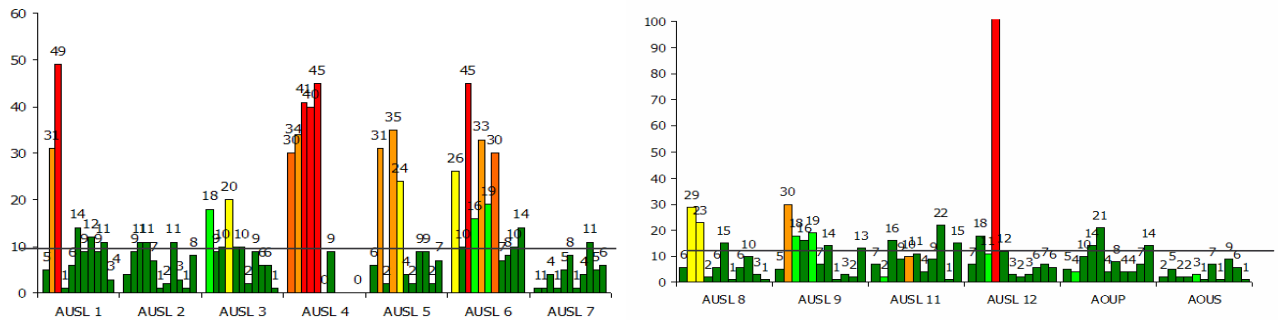
I risultati conseguiti non esauriscono il lavoro, in quanto la sfida al contenimento dei tempi di attesa è un impegno costante che richiede il coinvolgimento di tutti i principali protagonisti del sistema sanitario, dagli amministratori del sistema, alle aziende, passando per gli operatori sanitari e i cittadini stessi, con le loro associazioni di tutela.

Nel 2007 oggetto di indagine saranno anche le prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale previste nella delibera numero 867 del 20 novembre 2006, che stabilisce il diritto dell'utente ad effettuare entro il tempo massimo di 30 giorni le prestazioni di diagnostica strumentale oggetto della delibera.

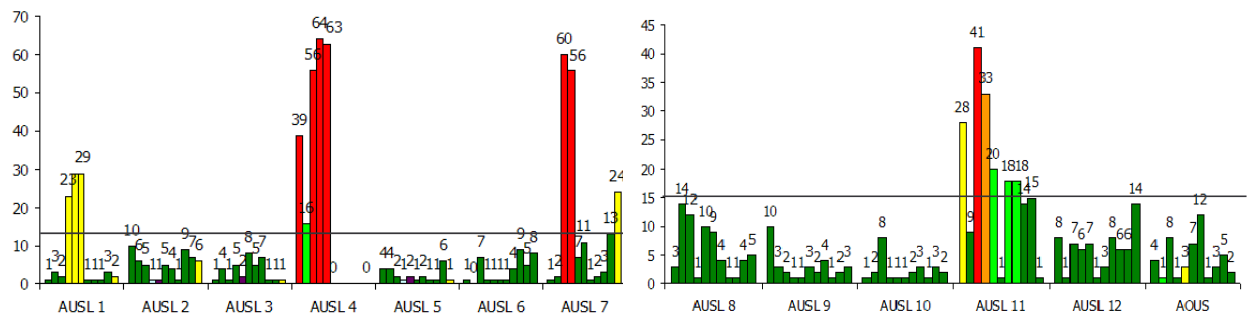
In seguito si riportano i risultati dell'indagine dell'anno 2006 per prestazione specialistica ambulatoriale⁶:

⁶ Le barre degli istogrammi si riferiscono ai diversi mesi in cui è stata condotta l'indagine: I barra: indagine Gennaio - II barra: indagine Febbraio - III barra: indagine Marzo - IV barra: indagine Aprile - V barra: indagine Maggio - VI barra: indagine Giugno - VII barra: indagine Luglio - VIII barra: indagine Settembre - IX barra: indagine Ottobre - X barra: indagine Novembre - XI barra: indagine Dicembre.

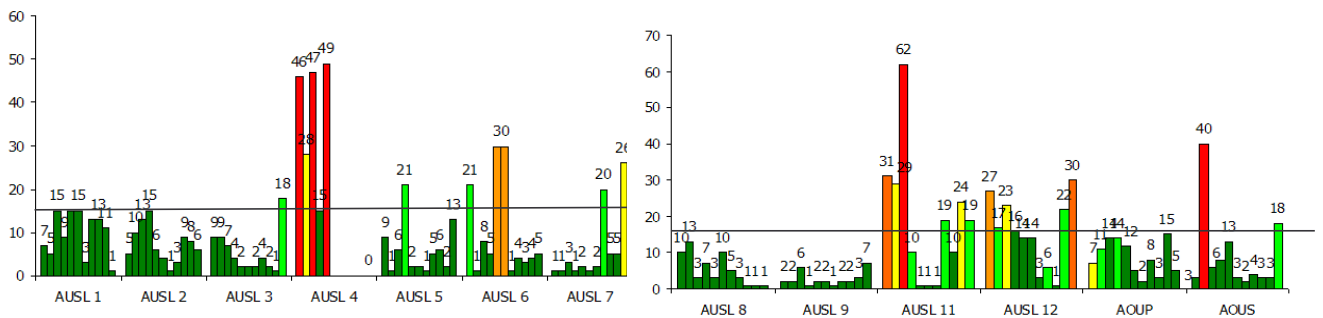
- Tempi di attesa in giornate visita ortopedica



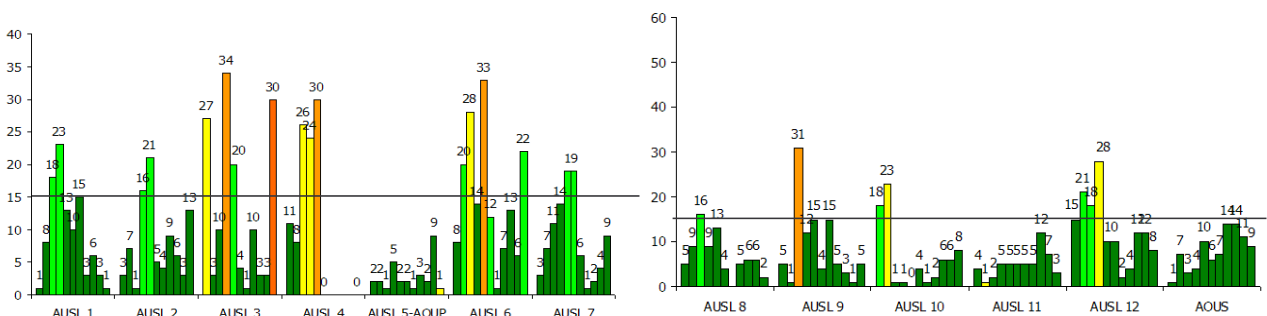
- Tempi di attesa in giornate visita ginecologica



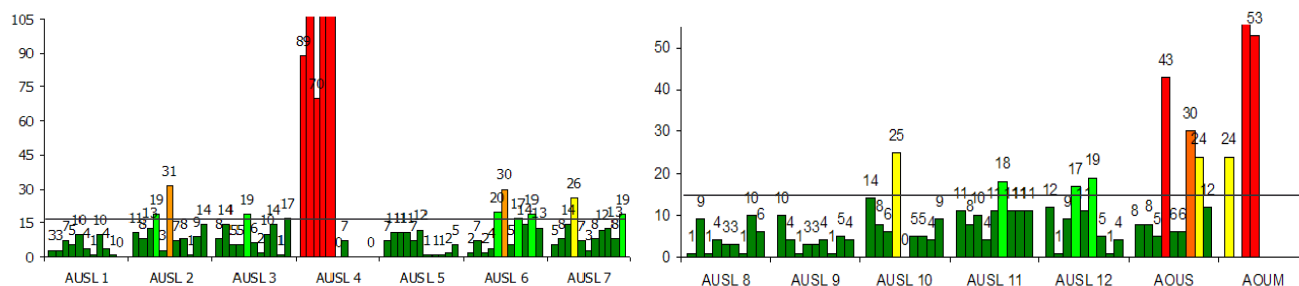
- Tempi di attesa in giornate visita cardiologia



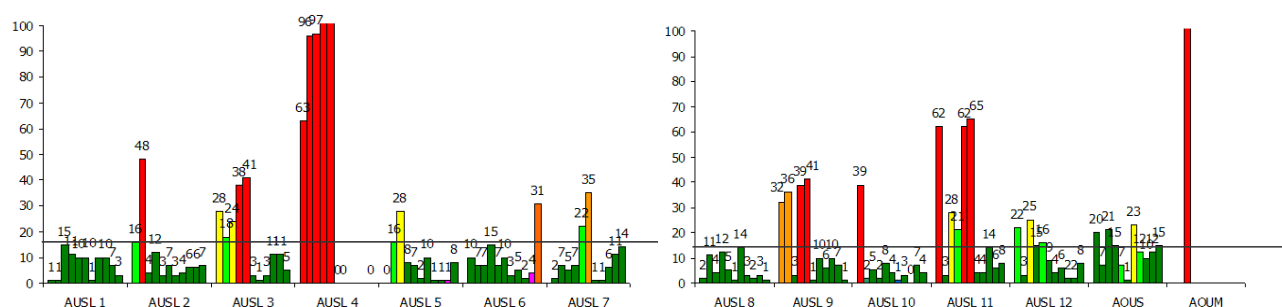
- Tempi di attesa in giornate visita dermatologica



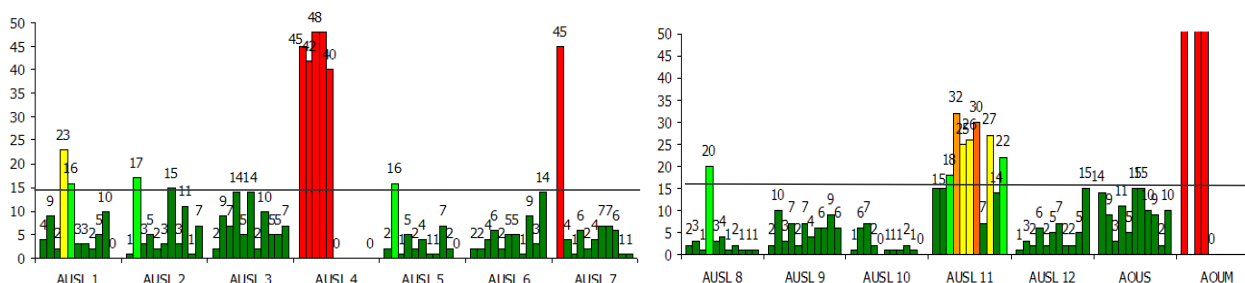
- Tempi di attesa in giornate visita neurologica



- Tempi di attesa in giornate visita oculistica



- Tempi di attesa in giornate visita otorinolaringoiatria



2. STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE – B4 di C. Calabrese e A.M. Murante

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2000) definisce la salute, non solo come l'assenza di malattie o infermità, ma come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale. Uno dei fattori che incide profondamente sulla qualità della vita è il dolore.

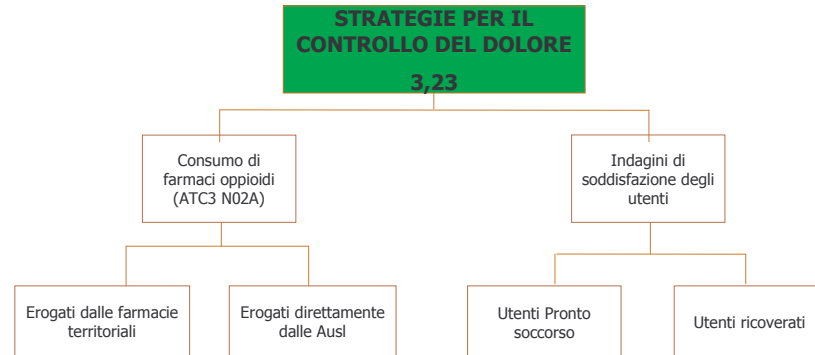
La Regione Toscana nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007, sulla scia di progetti internazionali e su indicazione dell'OMS, ha dichiarato il suo impegno per il controllo e la cura del dolore, a cui viene data attuazione mediante i seguenti obiettivi specifici (si veda il progetto speciale regionale "Il controllo e la cura del dolore"):

- Valutazione del dolore nei reparti ospedalieri,
- Aumento del consumo di farmaci oppioidi⁷,
- Programmi di formazione/informazione.

⁷ Sono farmaci derivati dall'oppio. Sono indicati soprattutto nel trattamento di dolori di intensità da moderata a grave. I farmaci oppioidi deboli più usati sono: codeina, ossicodone e tramadolo. I farmaci oppioidi forti più utilizzati sono: buprenorfina, morfina, metadone e fentanyl.

L'indicatore B4 risponde dunque alla necessità di verificare l'attuazione degli indirizzi programmatici regionali contenuti nel PSR 2005-2007 in materia di controllo del dolore.

Come mostra la figura, tale l'indicatore è la sintesi della valutazione assegnata alle aziende per il consumo di farmaci oppioidi e per il livello di soddisfazione degli utenti del pronto soccorso e del servizio di ricovero ospedaliero ordinario. La valutazione regionale appare buona, con una performance di 3,23.



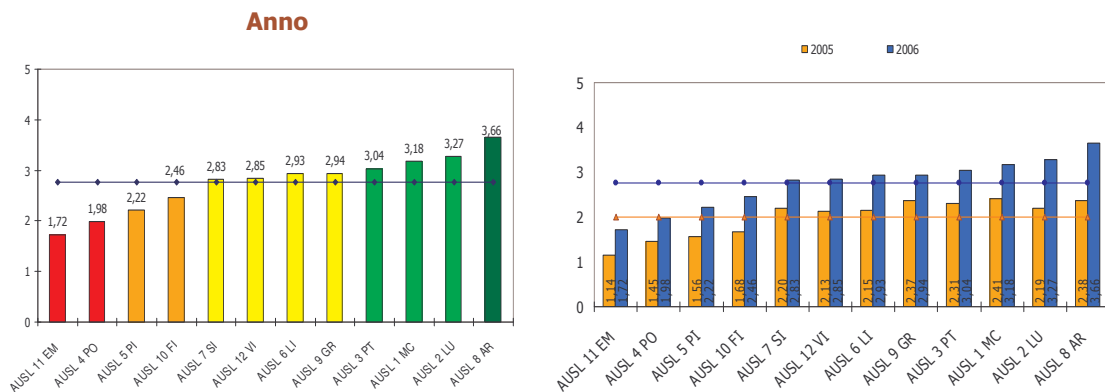
2.1 - Consumo di farmaci oppioidi

Per quanto riguarda il consumo dei farmaci oppioidi, si considera sia l'erogazione dei farmaci dalle farmacie territoriale, sia il consumo di dosi giornaliere per 1000 residenti. I dati elaborati provengono dal Settore della Farmaceutica, del Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

Il consumo dei farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.

Nell'anno 2006 il consumo di tali farmaci tramite le farmacie territoriali è compreso tra 1,72 e 3,66 DDD ogni 1000 residenti, con una media regionale di 2,76 DDD. La maggior parte delle ha riportato una performance positiva, superando il valore medio regionale⁸.

Da un punto di vista temporale, si osserva un trend in crescita in tutte le aziende con maggiore evidenza per alcune di esse.



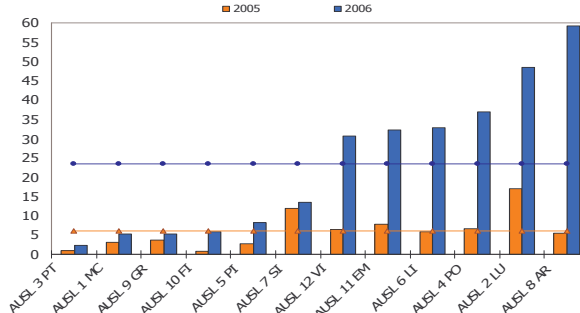
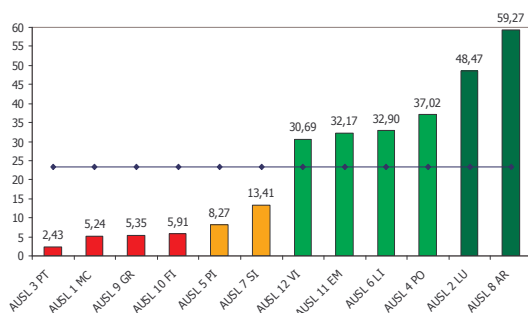
⁸ Da segnalare che per alcune aziende non era possibile rilevare la distribuzione degli stessi farmaci nell'assistenza domiciliare.

Azienda	2005	2006
	consumo di oppioidi ddd	consumo di oppioidi ddd
AUSL 1 MC	2,41	3,18
AUSL 2 LU	2,19	3,27
AUSL 3 PT	2,31	3,04
AUSL 4 PO	1,45	1,98
AUSL 5 PI	1,56	2,22
AUSL 6 LI	2,15	2,93
AUSL 7 SI	2,20	2,83
AUSL 8 AR	2,38	3,66
AUSL 9 GR	2,37	2,94
AUSL 10 FI	1,68	2,46
AUSL 11 EM	1,14	1,72
AUSL 12 VI	2,13	2,85
MEDIA AUSL	2,00	2,76

Definizione:	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi (ATC = N02A) erogati dalle farmacie territoriali per 1.000 residenti
Numeratore:	N° totale DDD farmaci oppioidi consumate nel periodo per principio attivo x 1000
Denominatore:	N° residenti x giorni del periodo
Formula matematica:	$\frac{\text{N° totale DDD farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{N° residenti} \times \text{giorni nel periodo}}$
Note per l'elaborazione:	I farmaci oppioidi sono appartenenti alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per aziende di erogazione
Fonte:	Ministero della salute – Progetto Sfera
Parametro di riferimento:	Media regionale

Il consumo derivante dalla distribuzione diretta, invece, è calcolato attraverso il rapporto tra unità posologiche di farmaci e la popolazione pesata secondo il PSR 2005-2007.

Osservando i grafici, si nota come nell'anno 2006 molte delle aziende ha fatto un largo uso di questa categoria di farmaci rispondendo positivamente agli indirizzi programmatici regionali; in ottica di trend, inoltre, l'incremento tra il 2005 ed il 2006 è stato particolarmente virtuoso.



Azienda	2005	2006
	consumo di oppioidi up	consumo di oppioidi up
AUSL 1 MC	3,22	5,24
AUSL 2 LU	17,05	48,47
AUSL 3 PT	0,94	2,43
AUSL 4 PO	6,65	37,02
AUSL 5 PI	2,79	8,27
AUSL 6 LI	5,84	32,90
AUSL 7 SI	11,85	13,41
AUSL 8 AR	5,49	59,27
AUSL 9 GR	3,77	5,35
AUSL 10 FI	0,73	5,91
AUSL 11 EM	7,77	32,17
AUSL 12 VI	6,40	30,69
MEDIA AUSL	6,04	23,43

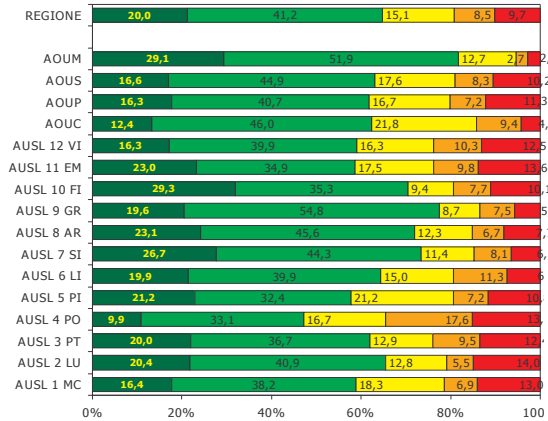
Definizione:	Consumo di farmaci oppioidi (ATC= N02A) distribuiti direttamente per 1.000 residenti
Numeratore:	N. unità posologiche di farmaci oppioidi erogate x 1000
Denominatore:	Popolazione 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007
Formula matematica:	$\frac{\text{N. totale u.p. farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{Popolazione 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007}}$
Note per l'elaborazione:	I dati sono per aziende di residenza e tengono conto della mobilità intraregionale
Fonte:	Flusso FED
Parametro di riferimento:	Media regionale

2.2 - Il controllo del dolore per i pazienti del pronto soccorso

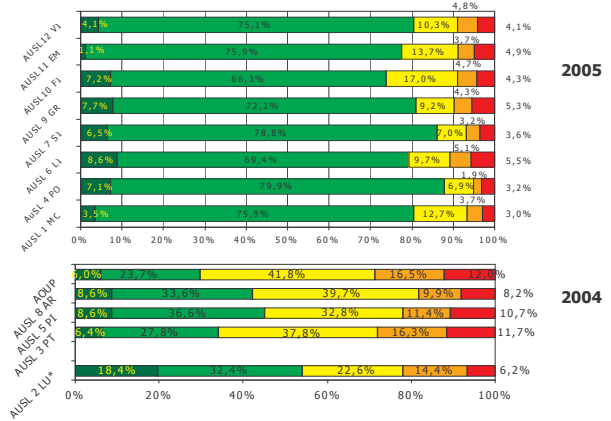
Ai pazienti che hanno risposto durante l'indagine di provare dolore nella permanenza in pronto soccorso è stato chiesto di valutare l'attenzione dedicata loro dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare tale dolore: oltre il 20% degli intervistati ha dichiarato di essere poco o per nulla soddisfatto e il 15,2% soddisfatto solo in parte. Rispetto all'indagine precedente i risultati appaiono peggiori, soprattutto per alcune aziende.

Come valuta l'attenzione a lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?

2006



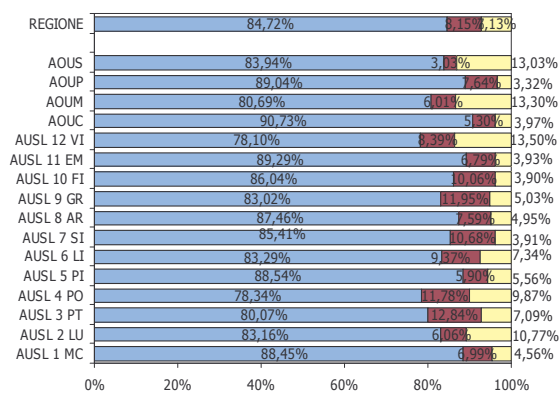
Legend: Totalmente soddisfatto (dark green), Molto soddisfatto (medium green), Così così (yellow), Poco soddisfatto (orange), Per nulla soddisfatto (red)



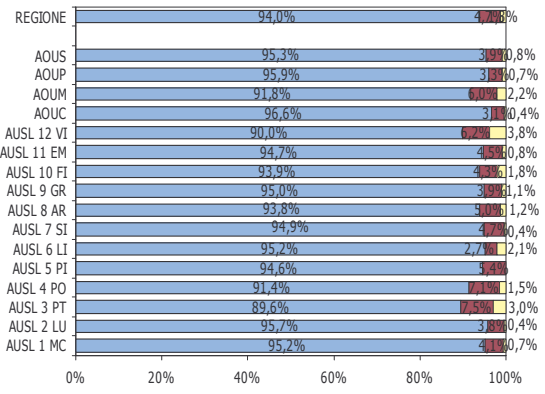
2.3 - Il controllo del dolore per i pazienti ospedalieri

Ai pazienti dei reparti ospedalieri toscani è stato, invece, domandato se il personale sanitario avesse loro chiesto se provavano dolore: nell'84,72% dei casi il personale sanitario si è sempre interessato a questo aspetto, mentre 7 volte su cento il personale non ha mai interrogato il paziente. I dati rilevano sicuramente un'attenzione degli operatori al problema, attenzione che non è sufficiente laddove la percentuale di risposte "qualche volta" e "mai" supera il 20%.

Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?



Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?



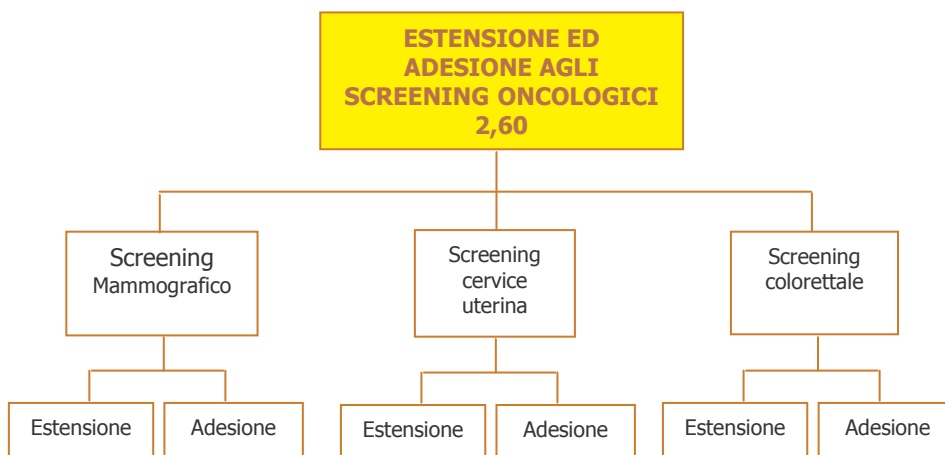
Agli stessi pazienti è stato inoltre chiesto se a loro avviso lo staff dell'ospedale avesse fatto quanto possibile per controllare il dolore: ancora una volta l'esperienza degli utenti può considerarsi positiva poiché il ben il 94% del campione intervistato ha raccontato che il personale sanitario ha sempre fatto il possibile per attenuare il dolore che provavano durante la degenza.

Definizione:	Livello di soddisfazione degli utenti nel Percorso Emergenza, relativamente agli aspetti del controllo del dolore
Note per l'elaborazione:	Il punteggio viene calcolato in base alla distribuzione delle risposte degli utenti alla domanda del questionario: "Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?"
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del Percorso Emergenza" - Anno 2006
Popolazione di riferimento:	All'indagine ha partecipato un campione di utenti maggiorenni che si è recato in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo settembre-ottobre 2006. Non hanno concorso alla determinazione del campione: -Utenti che hanno espresso il proprio dissenso all'iniziativa, -Utenti esclusi al triage perché incoscienti, incapaci di intendere e di volere, o non parlano la lingua italiana

Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla umanizzazione.
Questi:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: «Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?» «Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?»
Nota metodologica per il campionamento:	Popolazione di riferimento: utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre - 14 ottobre e 15 ottobre - 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine. Campionamento: per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero". Campione: la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview).
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" - Anno 2006

3. ESTENSIONE ED ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI –B5 di S. Barsanti

I programmi di screening oncologico della Regione Toscana sono tre: screening mammografico, screening cervicale e screening coloretale. Su tali programmi, considerando sia l'estensione, sia l'adesione, è stato costruito l'indicatore B5.



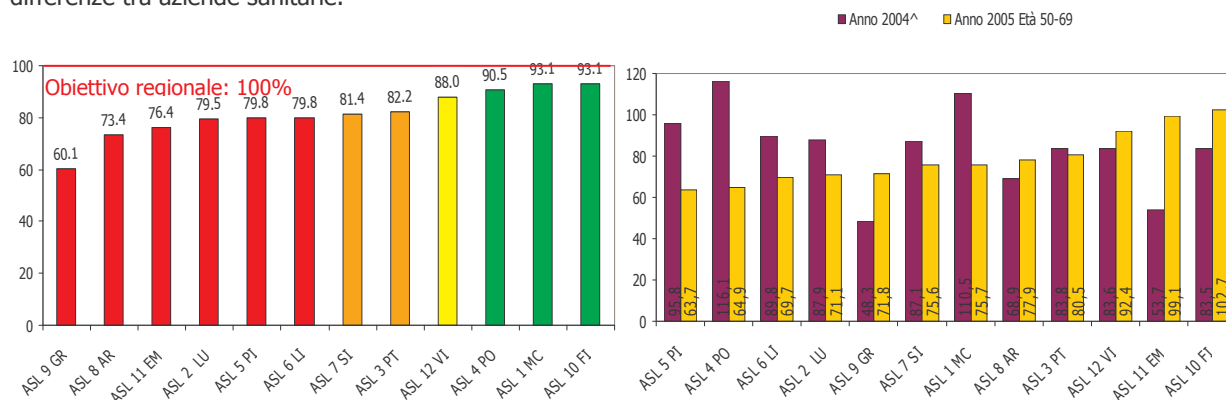
Gli obiettivi fissati dal piano sanitario regionale prevedono il perseguimento di obiettivi precisi tanto in termini di estensione che in termini di adesione agli stessi da parte della popolazione target. Per estensione si intende la percentuale di utenti invitati rispetto alla popolazione target individuata. Per adesione, invece, si intende il rapporto tra gli esami eseguiti e gli utenti invitati. Ai fini di una corretta analisi dei dati è importante effettuare alcune precisazioni. Tali obiettivi dovranno perseguirsi entro il triennio 2005-2007, così come fissato dal Piano Sanitario Regionale. Nella valutazione sono stati fissati degli obiettivi intermedi annuali.

I valori relativi all'estensione dei tre programmi di screening vanno letti tenendo conto di quelle che sono le attività programmatiche, perciò il dato relativo all'estensione dell'attività di screening mammografico e coloretale deve considerarsi un dato biennale, mentre è triennale il dato relativo all'estensione dello screening della cervice uterina. L'analisi dei dati sull'adesione ai programmi di screening ha, invece, base annuale.

Tanto per lo screening mammografico, che per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica (fascia colore rosso) un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel primo caso e su tre anni nel secondo caso); per lo screening coloretale si inizia a parlare di criticità (fascia colore arancione) per valori inferiori al 60% (questo dato deve perseguirsi in un biennio); per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico e coloretale e del 60% per lo screening della cervice uterina. I dati elaborati provengono dal "Rapporto sugli screening della Regione Toscana" (settimo rapporto annuale), a cura del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) e si riferiscono all'anno 2005.

3.1 - Gli screening mammografici

Per quanto riguarda gli screening mammografici, rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni, l'estensione media regionale del biennio 2004-2005 è stata dell'81,8%. Si registrano, però, ancora forti differenze tra aziende sanitarie.



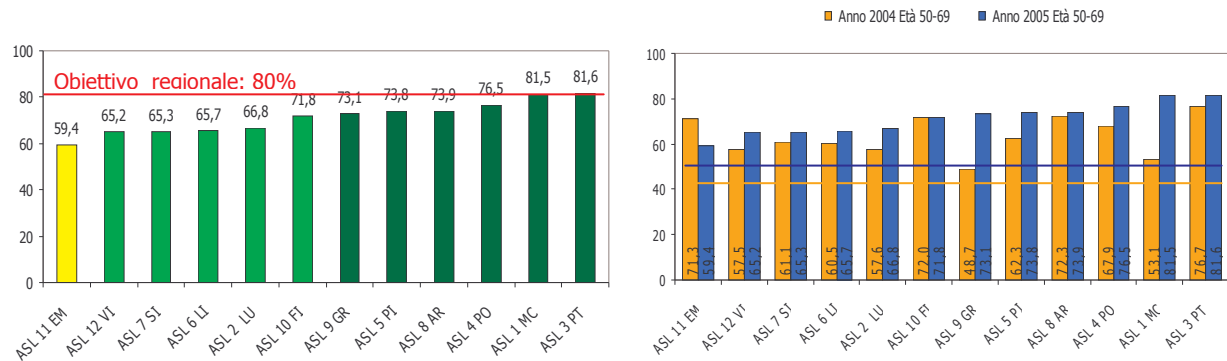
Soltanto in tre aziende sanitarie l'estensione⁹ agli screening mammografici ha superato il 90%; in particolare si segnala la scarsa performance di alcune aziende che hanno registrato percentuali di estensione inferiori al 80%. Si varia, infatti, dal 60,1% della AUSL 9 di Grosseto al 93,1% della AUSL 10 di Firenze.

Azienda	Popolazione bersaglio totale età 50-69	N° invitate 50-69 Anno 2005	Estensione		Estensione Media
			Anno 2005 Età 50-69	Anno 2004 [^]	
ASL 1 MC	26.621	10.081	75,7	110,5	93,10
ASL 2 LU	28.241	10.043	71,1	87,9	79,50
ASL 3 PT	36.543	14.702	80,5	83,8	82,15
ASL 4 PO	30.146	9.783	64,9	116,1	90,50
ASL 5 PI	43.628	13.894	63,7	95,8	79,75
ASL 6 LI	47.326	16.489	69,7	89,8	79,75
ASL 7 SI	34.151	12.902	75,6	87,1	81,35
ASL 8 AR	42.637	16.600	77,9	68,9	73,40
ASL 9 GR	30.544	10.969	71,8	48,3	60,05
ASL 10 FI	111.526	57.253	102,7	83,5	93,10
ASL 11 EM	28.464	14.097	99,1	53,7	76,40
ASL 12 VI	22.291	10.301	92,4	83,6	88,00
Media AUSL	40.177	16.426	78,8	84,1	81,42

[^] Popolazione di riferimento diversa

Definizione:	Estensione dello screening mammografico
Numeratore:	N. donne invitate allo screening in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-69)
Formula:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento (50-69)}}$
Note:	Si considera l'estensione grezza, poiché i dati per la corretta non risultano attendibili
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005 - 2007

L'adesione, invece, presenta performance assai migliori, con una percentuale media regionale di partecipazione al programma di circa 71%. L'adesione corretta delle donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni varia tra il 59,4% della AUSL 11 di Empoli ed il 81,6% della AUSL 3 di Pistoia.



Se si confrontano i dati relativi all'adesione degli anni 2004 e 2005, si osserva che la percentuale di partecipazione al programma è aumentata in tutte le aziende. La media regionale di adesione allo screening mammografico è passata, infatti, dal 63,4% al 71,2%, con un miglioramento in tutte le aziende sanitarie. Solo l'AUSL di Empoli ha registrato un lieve peggioramento nell'anno 2005.

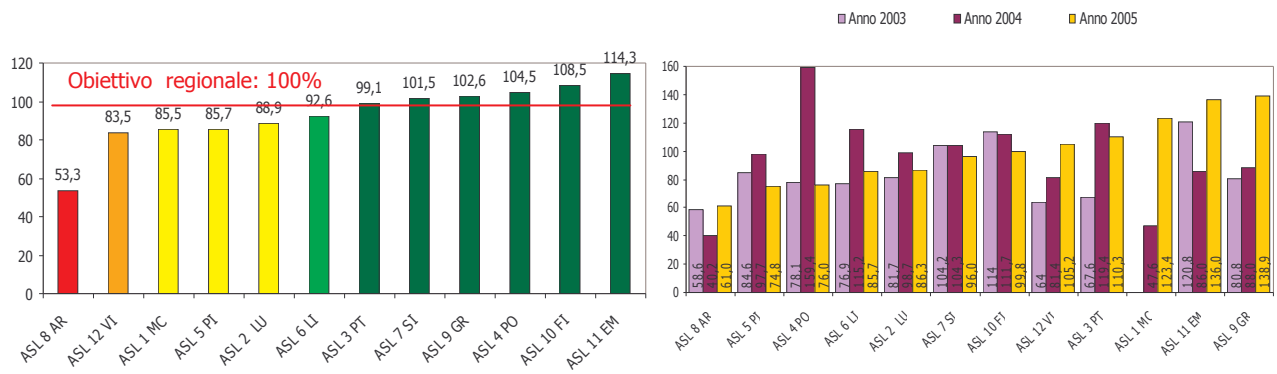
Azienda	N° invitate 50-69	N° inviti inesitati 50-69	N° escluse dopo invito per MX recente 50-69	N° rispondenti 50-69	Adesione corretta	
					Anno 2005 Età 50-69	Anno 2004 Età 50-69
ASL 1 MC	10.081	165	547	7.632	81,5	53,1
ASL 2 LU	10.043	21	7.018	70	66,8	57,6
ASL 3 PT	14.702	358	278	11.483	81,6	76,7
ASL 4 PO	9.783	12	880	6.804	76,5	67,9
ASL 5 PI	13.894	381	1.112	9.153	73,8	62,3
ASL 6 LI	16.489	214	78	10.637	65,7	60,5
ASL 7 SI	12.902	254	8.258	65	65,3	61,1
ASL 8 AR	16.600	163	1.095	11.333	73,9	72,3
ASL 9 GR	10.969	739	451	7.149	73,1	48,7
ASL 10 FI	57.253	613	2.084	39.156	71,8	72,0
ASL 11 EM	14.097	117	157	8.205	59,4	71,3
ASL 12 VI	10.301	390	717	5.992	65,2	57,5
Media AUSL	16.426	286	1.890	9.807	71,2	63,4

Definizione:	Adesione corretta dello screening mammografico
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
Denominatore:	N. donne invitate allo screening mammografico
Formula:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico}}{\text{N. donne invitate allo screening mammografico}}$
Note:	Nelle donne invitate allo screening sono escluse coloro che hanno effettuato di recente una MX
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

3.2 - Gli screening cervice uterina

Per quanto riguarda, invece, lo screening della cervice uterina, rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni, si registra una estensione media regionale nel triennio 2003-2005 di circa il 93,3%. Se si osservano, però, le performance di ciascuna azienda si rilevano forti differenze.

⁹ Solo per gli screening mammografici è stata considerata l'estensione grezza.



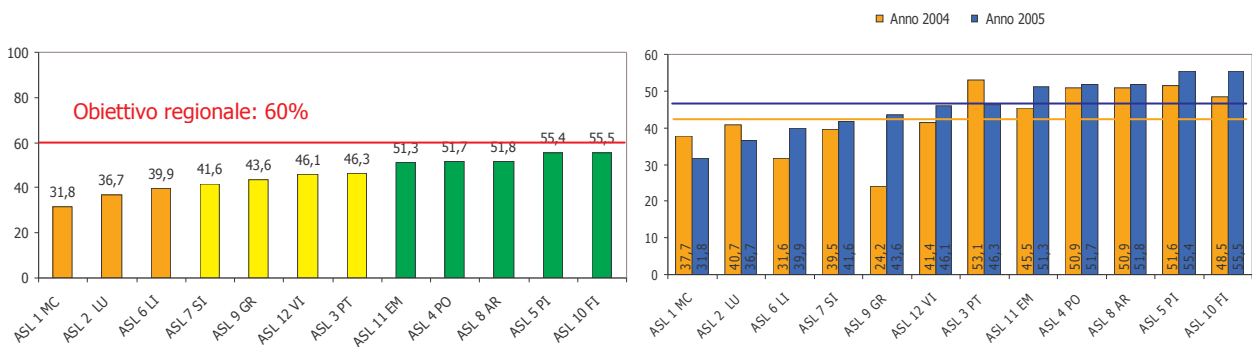
Se alcune aziende sanitarie hanno invitato una percentuale di donne superiore rispetto alla popolazione target, con una percentuale di estensione, quindi, superiore al 100%, altre, invece, mostrano livelli di estensione piuttosto bassi, con valori inferiori al 90%.

Disaggregando in dati relativi all'estensione nei tre anni 2003-2004-2005, si nota che in ogni azienda l'estensione in termini percentuali è aumentata rispetto al 2003 o comunque non è varita per quelle aziende che già nel 2003 mostravano ottime performance.

Azienda	Popolazione bersaglio/anno [^]	N° escluse	N° invitate	Estensione Corretta			Estensione media triennio 2003 - 2005
				Anno 2005	Anno 2004	Anno 2003	
ASL 1 MC	18.744	560	22.441	123,4	47,6		85,50
ASL 2 LU	19.929	0	17.204	86,3	98,7	81,7	88,90
ASL 3 PT	26.378	2.890	25.916	110,3	119,4	67,6	99,10
ASL 4 PO	22.835	0	17.363	76	159,4	78,1	104,50
ASL 5 PI	30.767	929	22.309	74,8	97,7	84,6	85,70
ASL 6 LI	32.472	0	27.830	85,7	115,2	76,9	92,60
ASL 7 SI	23.819	927	21.976	96	104,3	104,2	101,50
ASL 8 AR	30.754	1.089	18.110	61	40,2	58,6	53,27
ASL 9 GR	20.601	7.537	18.147	138,9	88	80,8	102,57
ASL 10 FI	76.105	12.127	63.828	99,8	111,7	114	108,50
ASL 11 EM	21.103	2.292	25.581	136	86	120,8	114,27
ASL 12 VI	15.833	3.855	12.600	105,2	81,4	64	83,53
Media AUSL	28.278	2.684	24.442	99,5	95,8	84,7	93,33

Definizione:	Estensione corretta dello screening della cervice uterina
Numeratore:	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi.
Denominatore:	Popolazione di riferimento (25-64)
Formula:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening per tre anni consecutivi}}{\text{Popolazione di riferimento (25-64)}}$
Note:	Nell'estensione corretta non si contano le donne escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale.
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

L'adesione allo stesso programma per l'anno 2005, invece, a livello regionale è di circa il 46%, con differenze tra le performance aziendali, che oscillano fino ad un massimo del 20%.



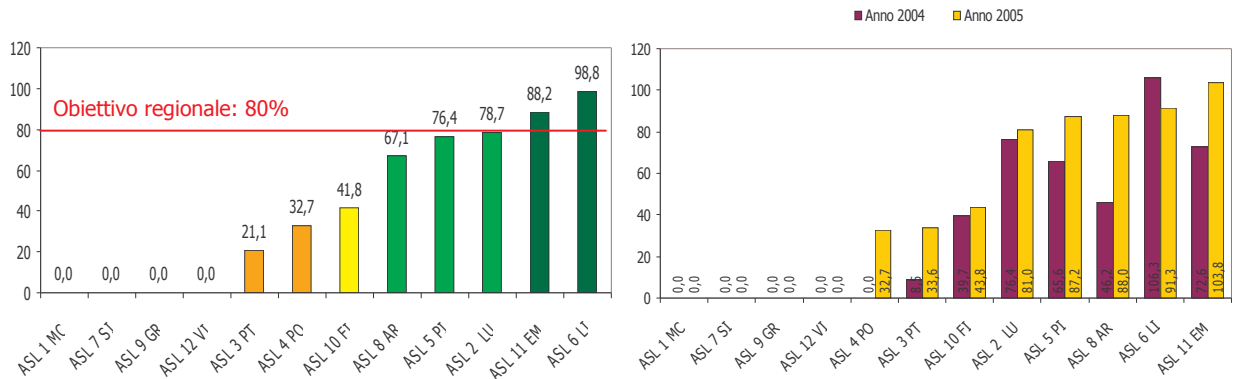
Azienda	N° invitate	N° inviti inesitati	N° escluse	N° rispondenti	Adesione corretta	
					Anno 2005	Anno 2004
ASL 1 MC	22.441	0	0	7.132	31,8	37,7
ASL 2 LU	17.204	91	0	6.282	36,7	40,7
ASL 3 PT	25.916	558	115	11.682	46,3	53,1
ASL 4 PO	17.363	51	2.074	7.884	51,7	50,9
ASL 5 PI	22.309	1.077	1.632	10.866	55,4	51,6
ASL 6 LI	27.830	1.095	150	10.620	39,9	31,6
ASL 7 SI	21.976	165	0	9.065	41,6	39,5
ASL 8 AR	18.110	121	1.649	8.463	51,8	50,9
ASL 9 GR	18.147	1.327	1.535	6.667	43,6	24,2
ASL 10 FI	63.828	1.446	2.480	33.221	55,5	48,5
ASL 11 EM	25.581	320	0	12.961	51,3	45,5
ASL 12 VI	12.600	667	5	5.493	46,1	41,4
Media AUSL	24.442	577	803	10.861	46,0	43,0

Definizione:	Adesione corretta dello screening cervice uterina
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening
Denominatore:	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
Formula:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening}}{\text{N. donne invitate allo screening della cervice uterina}}$
Note:	Nell'adesione corretta non si contano le donne escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

Il trend regionale rispetto all'adesione al programma mostra un lieve miglioramento tra il 2004 (43%) ed il 2005 (46%).

3.3 - Gli screening coloretali

Il programma di screening coloretale, rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni, non era stato attivato in tutte le aziende sanitarie: nel 2005 dovevano ancora dare avvio al servizio ancora la AUSL 1 di Massa Carrara, la AUSL 7 di Siena, la AUSL 9 di Grosseto, la AUSL 12 di Viareggio.



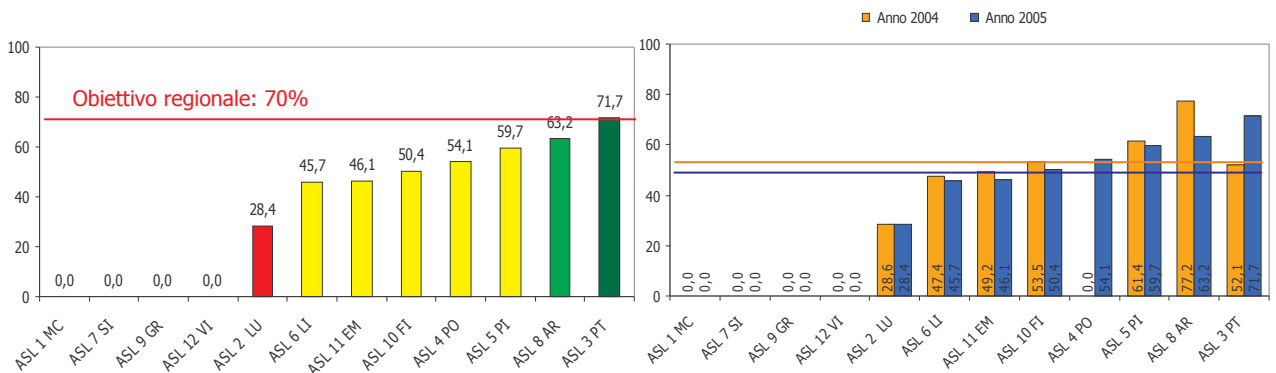
La media regionale dell'estensione è di circa il 63,1%, con notevoli differenze tra le AUSL. Come testimoniano i dati, alcune aziende non riescono ancora a garantire nel biennio l'invito alla metà della popolazione target. Se nel 2004 la media regionale relativa all'estensione degli inviti era di circa il 59,3%, nel 2005 è passata al 70,2 %. Da notare che la AUSL 4 di Prato ha attivato il servizio nell'anno 2005.

Azienda	Popolazione bersaglio/anno*	N° esclusi**	N° invitati	Estensione Corretta***		Estensione Media
				Anno 2005	Anno 2004	
ASL 1 MC**	27.082		na			
ASL 2 LU	28.947		23.433	81	76,4	78,7
ASL 3 PT*	36.709	1.340	11.880	33,6	8,5	21,05
ASL 4 PO*	30.435	529	9.789	32,7		32,7
ASL 5 PI	43.636	31	38.023	87,2	65,6	76,4
ASL 6 LI	47.031		42.962	91,3	106,3	98,8
ASL 7 SI**	34.597		na			
ASL 8 AR	43.587	337	38.070	88	46,2	67,1
ASL 9 GR***	30.789		na			
ASL 10 FI	110.144	6.234	45.481	43,8	39,7	41,75
ASL 11 EM	28.736		29.840	103,8	72,6	88,2
ASL 12 VI**	22.364		na			
Media AUSL	40.338	1.694	29.935	70,2	59,3	63,1

Definizione:	Estensione corretta dello screening coloretale
Numeratore:	N. inviti allo screening coloretale in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-70)
Formula:	$\frac{\text{N. inviti allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento (50-70)}}$
Note:	Nell'estensione corretta non si contano le persone escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale.
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

* Metà della popolazione residente di età 50-70 anni - ISTAT 31.12.04;
 ** N. esclusi prima dell'invito;
 *** Estensione aggiustata per persone escluse prima dell'invito.

La partecipazione media regionale al programma è stata del 51,6% per l'anno 2005, simile a quella del 2004 (50,4%). La AUSL 2 di Lucca mostra una performance scarsa: solo il 28,4%, infatti, degli invitati partecipa effettivamente al programma. Buone, invece, le performance dell'AUSL 8 di Arezzo e della AUSL 3 di Pistoia.



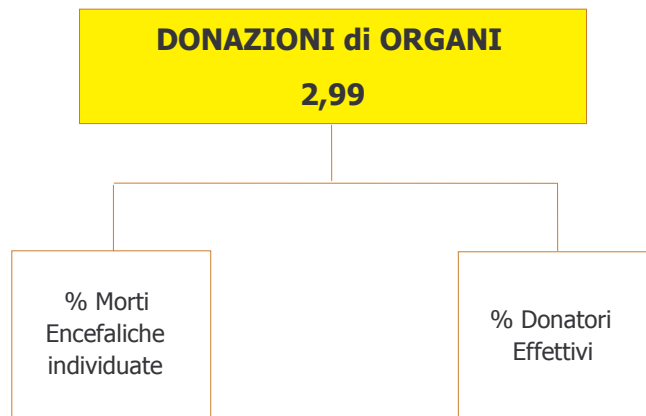
Tra il 2004 ed il 2005 non si evidenziano sostanziali differenze nel trend delle aziende. Se nel 2004 l'adesione media regionale era del 53%, nel 2005 è stata del 52%.

Azienda	N° invitati	N° inviti inesitati	N° esclusi	N° rispondenti	Adesione Corretta	
					Anno 2005	Anno 2004
ASL 1 MC						
ASL 2 LU	23.433	59		6.643	28,4	28,6
ASL 3 PT	11.880	54		8.483	71,7	52,1
ASL 4 PO	9.789	43	14	5.263	54,1	
ASL 5 PI	38.023	981	27	22.100	59,7	61,4
ASL 6 LI	42.962	731	79	19.273	45,7	47,4
ASL 7 SI						
ASL 8 AR	38.070	479	191	23.624	63,2	77,2
ASL 9 GR						
ASL 10 FI	45.481	877	205	22.374	50,4	53,5
ASL 11 EM	29.840	70	335	13.582	46,1	49,2
ASL 12 VI						
Media AUSL	29.935	412	142	15.168	52,4	53,4

Definizione:	Adesione corretta dello screening coloretale
Numeratore:	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale
Denominatore:	N. inviti allo screening coloretale
Formula:	$\frac{\text{N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale}}{\text{N. inviti allo screening coloretale}}$
Note:	Nell'adesione corretta non si contano le persone escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - 7° rapporto annuale
Parametro di riferimento:	PSR 2005-2007

4. DONAZIONI DI ORGANI – B6 di B. Lupi

L'indicatore B6 relativo alle donazioni di organi è costituito da due sottoindicatori, che insieme permettono di valutare l'intero processo di donazioni, dall'individuazione del potenziale donatore al prelievo degli organi.



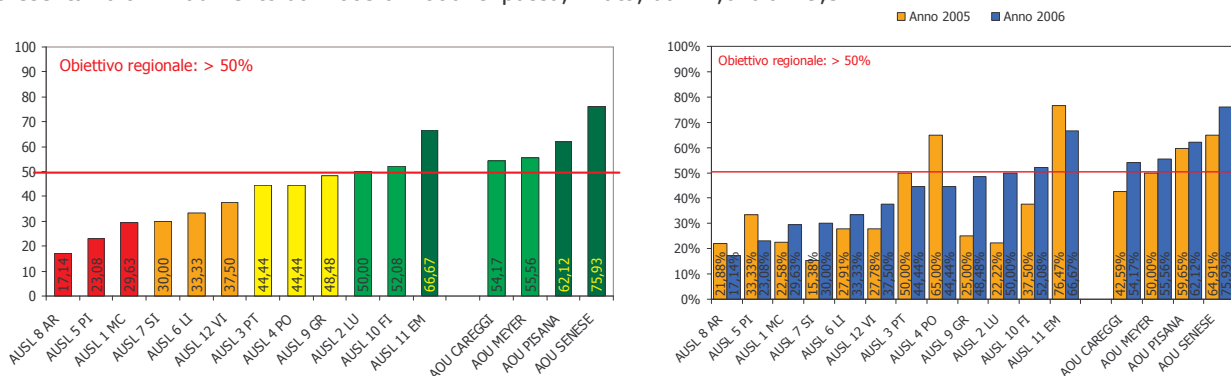
I dati provengono dal Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT del Centro Regionale Referente per la Qualità della Donazione Organi e Tessuti AOU Pisa.

Il primo indicatore (la percentuale di morti encefaliche individuate) valuta la percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi; si tratta di un indicatore ad elevata specificità, in quanto il rapporto considera solo i decessi in UTI che possono esitare in morti encefaliche e misura, pertanto, il potenziale di generazione di donatori di organi.

Il secondo indicatore (percentuale di donatori effettivi) misura la percentuale di donatori effettivi di organi, è dato dal rapporto fra donatori effettivi su morti encefaliche, che misura, in forma aggregata ma scomponibile, le fasi del processo della donazione dalla segnalazione del potenziale donatore (morti encefaliche) al prelievo degli organi.

4.1 - Percentuale di individuazione dei potenziali donatori di organi

L'indicatore presenta valori piuttosto disomogenei fra le varie aziende: l'obiettivo regionale del 50% di individuazione delle morti encefaliche viene raggiunto sempre nelle aziende ospedaliero-universitarie, mentre, per quanto riguarda le aziende territoriali, solo tre lo raggiungono. Bisogna comunque tenere presente che il numero dei casi su cui viene calcolato l'indicatore è molto ridotto, pertanto la percentuale può variare anche notevolmente per una stessa azienda da un anno all'altro. Nel complesso, a livello regionale, l'indicatore presenta valori in aumento dal 2005 al 2006: si passa, infatti, dal 42,6% al 49,3%.



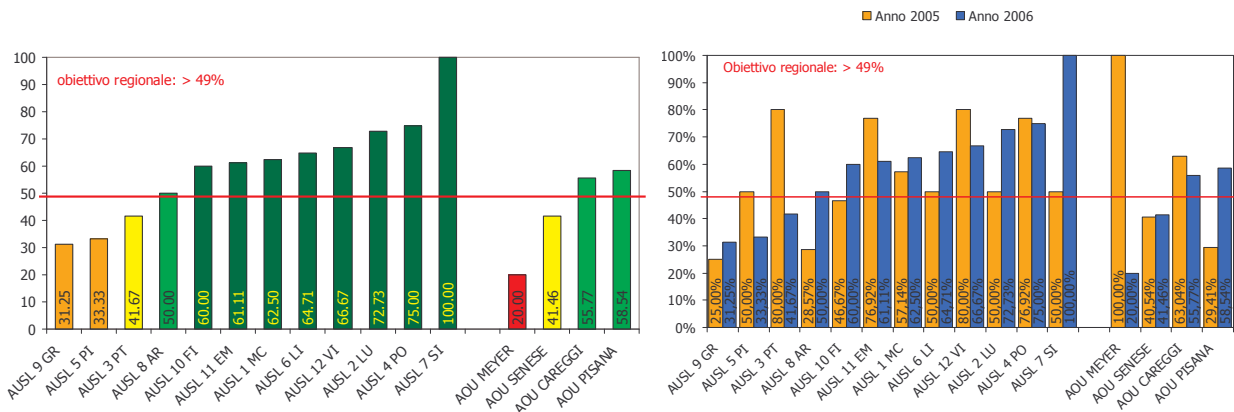
Azienda	Anno 2005			Anno 2006		
	% morti encefaliche individuate	N. morti encefaliche	N. decessi con lesioni cerebrali	% morti encefaliche individuate	N. morti encefaliche	N. decessi con lesioni cerebrali
AUSL 1 MC	22,58%	7	31	29,63%	8	27
AUSL 2 LU	22,22%	4	18	50,00%	11	22
AUSL 3 PT	50,00%	10	20	44,44%	12	27
AUSL 4 PO	65,00%	13	20	44,44%	8	18
AUSL 5 PI	33,33%	2	6	23,08%	3	13
AUSL 6 LI	27,91%	12	43	33,33%	17	51
AUSL 7 SI	15,38%	2	13	30,00%	3	10
AUSL 8 AR	21,88%	7	32	17,14%	6	35
AUSL 9 GR	25,00%	4	16	48,48%	16	33
AUSL 10 FI	37,50%	15	40	52,08%	25	48
AUSL 11 EM	76,47%	13	17	66,67%	18	27
AUSL 12 VI	27,78%	5	18	37,50%	6	16
AOU PISANA	59,65%	34	57	62,12%	41	66
AOU SENESE	64,91%	37	57	75,93%	41	54
AOU CAREGGI	42,59%	46	108	54,17%	52	96
AOU MEYER	50,00%	1	2	55,56%	5	9
Regione	42,57%	212	498	49,28%	272	552

Definizione:	Percentuale di Morti Encefaliche individuate
Numeratore:	N. di Morti Encefaliche
Denominatore:	N. decessi con lesioni cerebrali nelle UTI dotate di ventilatore meccanico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Morti Encefaliche}}{\text{N. decessi con lesioni cerebrali nelle UTI}} \times 100$
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale >50%
Significato:	E' un indicatore che valuta la qualità della individuazione dei potenziali donatori di organi nelle UTI

4.2 - Percentuale di Donatori Effettivi di Organi

La percentuale di donatori effettivi è il risultato dell'intero processo di donazione, costituito da una serie di fasi che comprendono la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi e infine il prelievo.

L'indicatore presenta una notevole variabilità fra le aziende: si passa da un massimo di 31,2% di Grosseto al 100% di Siena; come nel caso del precedente indicatore, anche per questo i numeri su cui si calcola la percentuale di donatori effettivi sono molto ridotti, è pertanto possibile che i valori varino anche notevolmente da un anno all'altro.



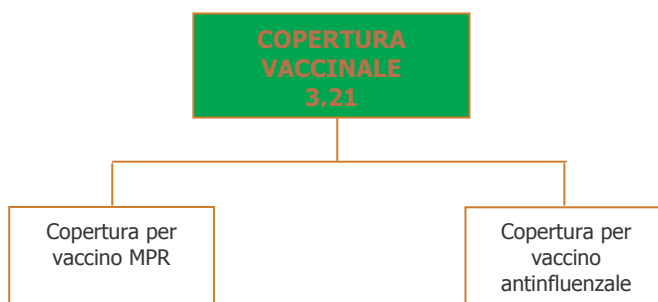
Azienda di Residenza	Anno 2005			Anno 2006		
	% di Donatori Effettivi	N. di Donatori Effettivi	N. di Morti Encefaliche	% di Donatori Effettivi	N. di Donatori Effettivi	N. di Morti Encefaliche
AUSL 1 MC	57,14%	4	7	62,50%	5	8
AUSL 2 LU	50,00%	2	4	72,73%	8	11
AUSL 3 PT	80,00%	8	10	41,67%	5	12
AUSL 4 PO	76,92%	10	13	75,00%	6	8
AUSL 5 PI	50,00%	1	2	33,33%	1	3
AUSL 6 LI	50,00%	6	12	64,71%	11	17
AUSL 7 SI	50,00%	1	2	100,00%	3	3
AUSL 8 AR	28,57%	2	7	50,00%	3	6
AUSL 9 GR	25,00%	1	4	31,25%	5	16
AUSL 10 FI	46,67%	7	15	60,00%	15	25
AUSL 11 EM	76,92%	10	13	61,11%	11	18
AUSL 12 VI	80,00%	4	5	66,67%	4	6
AOU PISANA	29,41%	10	34	58,54%	24	41
AOU SENESE	40,54%	15	37	41,46%	17	41
AOU CAREGGI	63,04%	29	46	55,77%	29	52
AOU MEYER	100,00%	1	1	20,00%	1	5
Regione	52,36%	111	212	54,41%	148	272

Definizione:	Percentuale di Donatori Effettivi
Numeratore:	N. di Donatori Effettivi
Denominatore:	N. di Morti Encefaliche
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Donatori Effettivi}}{\text{N. Morti Encefaliche}} \times 100$
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale >49%
Significato:	E' un indicatore che valuta la qualità del processo della Donazione nelle fasi successive alla individuazione

5. COPERTURA VACCINALE – B7 di S. Barsanti

L'indicatore sulla copertura vaccinale considera la copertura del vaccino antinfluenzale e del vaccino per morbillo, parotite e rosolia (MPR) sulla rispettiva popolazione di riferimento. L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica. Nella stagione epidemica, infatti, i virus influenzali possono infettare, in un periodo di tempo "concentrato", il 5-10% della popolazione. I costi sociali della malattia sono elevati e, nei Paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenta la terza causa di morte per malattie infettive, immediatamente dopo AIDS e tubercolosi. Il principale strumento per combattere l'influenza è la vaccinazione (Ministero della Salute). I dati elaborati provengono dal Settore di Igiene e Sanità Pubblica, del Dipartimento del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

L'indicatore, quindi, risulta così composto.

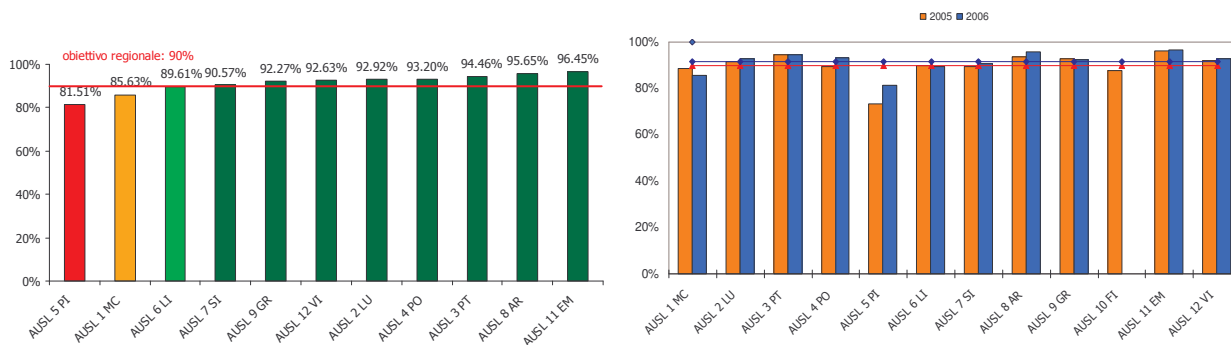


A livello regionale la valutazione della copertura vaccinale è buona, con un punteggio medio di 3,21.

5.1 - Il vaccino per MPR

Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno e il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. La Regione Toscana ha fissato come obiettivo di copertura il 90% della popolazione target.

Per l'anno 2007 la media regionale di copertura di tale vaccino è stata di circa il 91,35% (escluso il valore della AUSL 10 di Firenze, non disponibile al momento della pubblicazione).



La maggior parte delle aziende sanitarie riesce a raggiungere l'obiettivo del 90% di copertura; solo la AUSL 5 di Pisa e la AUSL 1 di Massa Carrara si discostano notevolmente dall'obiettivo regionale, con rispettivamente una percentuale di copertura dell'81,51% e dell' 85,63%.

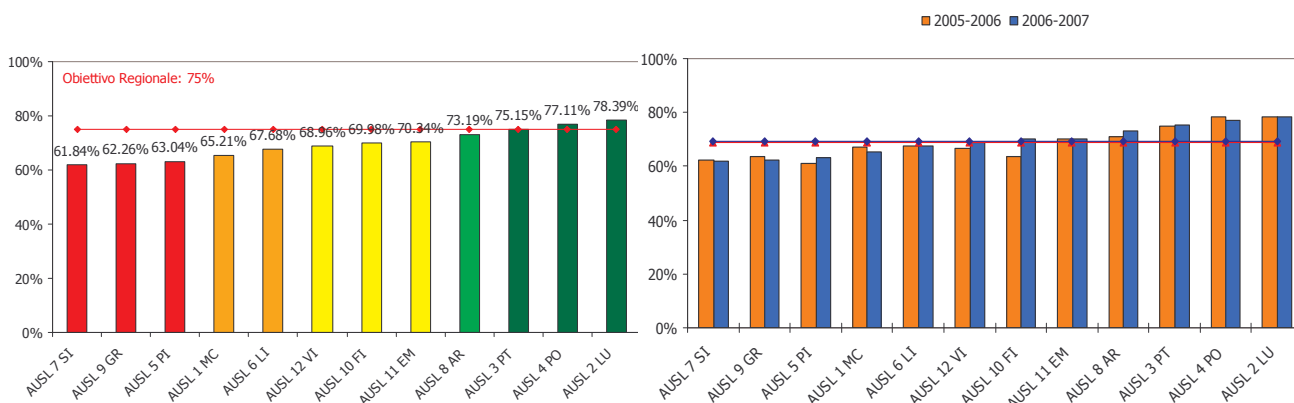
Rispetto alla media regionale del 2005 (89,43%), nell'anno 2006 si registra un lieve miglioramento (91,35%).

Azienda	2006			2005			Definizione:
	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili	Grado di copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	N° bambini vaccinabili	
AUSL 1 MC	85.63%	1335	1559	88.62%	1.394	1.573	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
AUSL 2 LU	92.92%	1732	1864	91.36%	1.681	1.840	Numeratore: Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
AUSL 3 PT	94.46%	2355	2493	94.60%	2.295	2.426	Denominatore: Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2004)
AUSL 4 PO	93.20%	2205	2366	89.27%	1.981	2.219	Formula matematica: $\frac{\text{Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni} \times 100}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}}$ (FONTE ISTAT, 31/12/2004)
AUSL 5 PI	81.51%	2363	2899	73.33%	2.002	2.730	
AUSL 6 LI	89.61%	2544	2839	89.94%	2.415	2.685	Fonte: Regione Toscana Direzione Generale Diritto alla Salute Settore Igiene Pubblica
AUSL 7 SI	90.57%	1970	2175	89.61%	1.932	2.156	
AUSL 8 AR	95.65%	2880	3011	93.72%	2.597	2.771	Parametro di riferimento: Obiettivo regionale
AUSL 9 GR	92.27%	1504	1630	92.69%	1.382	1.491	
AUSL 10 FI				87.72%	6.243	7.117	
AUSL 11 EM	96.45%	2062	2138	96.27%	1.962	2.038	
AUSL 12 VI	92.63%	1206	1302	92.03%	1.178	1.280	
MEDIA AUSL	91.35%	2014.18	2206.91	89.93%	2.255	2.527	

5.2 - Il vaccino antinfluenzale

Il vaccino antinfluenzale si riceve gratuitamente dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della AUSL ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio, come ad esempio gli anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc... I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono comunque considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di età pari o inferiore ai 65 anni, secondo i dati ISTAT aggiornati al 31/12/2004.

L'obiettivo regionale è fissato al 75% di copertura per la popolazione target. La media regionale di copertura per vaccino antinfluenzale per la stagione 2006-2007 è stata del 69,43%.



La situazione regionale risulta assai eterogenea: soltanto tre aziende sanitarie riescono a raggiungere una copertura maggiore del 75%, con la best practise della AUSL 2 di Lucca con il 78,39% di copertura; le AUSL di Siena, Grosseto e Pisa mostrano, invece, percentuali di copertura inferiori al 65%.

Non si evidenziano variazioni significative tra la stagione 2005-2006 e la stagione 2006-2007; da notare il notevole miglioramento della AUSL 10 di Firenze che passa dal 63,61% al 69,98%.

Azienda	2005-2006			2006-2007			Definizione:	Grado di copertura per vaccino MPR
	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2002)	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (FONTE ISTAT, 31/12/2004)		
AUSL 1 MC	67.12%	31,786	47,357	65.21%	31,354	48,082	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR x100 ----- N° bambini vaccinabili	
AUSL 2 LU	78.32%	38,859	49,613	78.39%	39,402	50,264		
AUSL 3 PT	75.06%	46,392	61,806	75.15%	47,184	62,786		
AUSL 4 PO	78.31%	36,500	46,609	77.11%	36,820	47,749		
AUSL 5 PT	61.09%	44,445	72,758	63.04%	46,277	73,407		
AUSL 6 LI	67.51%	54,272	80,397	67.68%	55,904	82,596		
AUSL 7 SI	62.35%	40,750	65,354	61.84%	40,813	65,997		
AUSL 8 AR	71.16%	53,964	75,840	73.19%	55,995	76,502		
AUSL 9 GR	63.57%	34,410	54,128	62.26%	34,037	54,671		
AUSL 10 FI	63.61%	120,253	189,037	69.98%	133,586	190,897		
AUSL 11 EM	69.95%	34,563	49,409	70.34%	35,258	50,125		
AUSL 12 VI	66.79%	24,494	36,674	68.96%	25,766	37,363		
MEDIA AUSL	68.74%	46,724	69,082	69.43%	48,533	70,037		
Fonte:	Fonte: Regione Toscana Direzione Generale Diritto alla Salute Settore Igiene Pubblica							
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale							

6. TEMPESTIVITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI AZIENDALI AL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE – B8 di S. Barsanti

Il Sistema Sanitario Toscano, nell'attuale piano sanitario, conferma il processo di implementazione ed evoluzione del sistema informativo regionale iniziato con il precedente piano sanitario, con l'obiettivo cardine di sviluppare una "cultura dell'informazione e del dato", come supporto alle decisioni sia in termini di programmazione ed organizzazione del sistema, sia in termini di processi clinici ed assistenziali. Relativamente ai flussi informativi regionali, il sistema si è orientato inizialmente sulla tempestività di invio dei dati contenuti nei principali flussi informativi. Passo successivo sarà quello di valutare anche la qualità delle stesse informazioni tramite indici specifici.

L'indicatore B8, sviluppato all'interno del sistema di valutazione dal Settore Sistema Informativo Socio-Sanitario del Dipartimento del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, è calcolato tramite l'indice di latenza annuale aziendale. Il tempo di latenza è il tempo che intercorre tra la data di erogazione di una prestazione e la data di invio del relativo record al Sistema Informativo Regionale. L'indice di latenza mensile di ogni flusso è costruito come rapporto tra il numero medio di giorni di latenza e il numero massimo di giorni di latenza per quel mese.

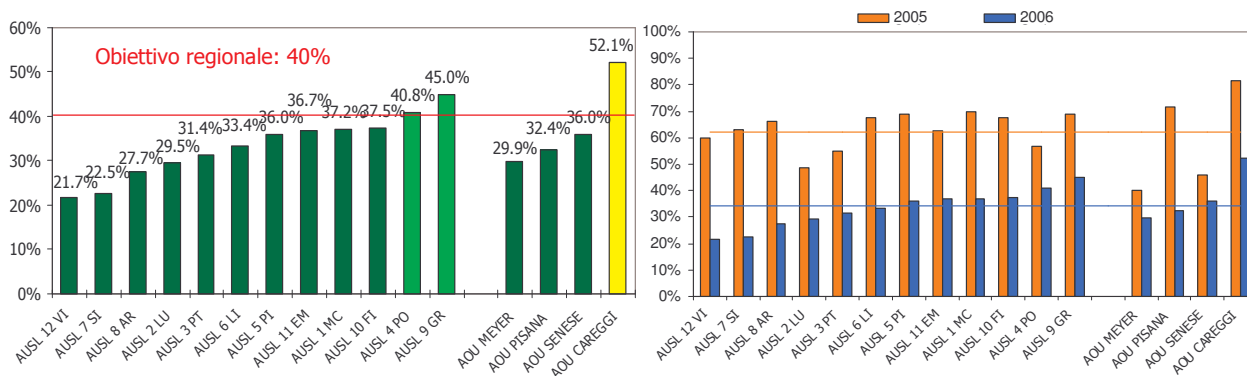
L'indice varia tra 0, se i dati sono inviati lo stesso giorno in cui accade l'evento e 100, se i dati sono inviati l'ultimo giorno disponibile. L'indice di latenza annuale, per ogni singolo flusso, si ottiene tramite media aritmetica dei 12 indici mensili. L'indice di latenza annuale aziendale si calcola come media aritmetica di tutti gli indici annuali di flusso. Tanto minore è, quindi, il valore dell'indicatore, tanto più l'azienda invia tempestivamente i dati relativi ai flussi indicati al SIR.

I flussi informativi considerati per il calcolo sono:

Certificati di Assistenza al Parto;	Prestazioni Farmaceutiche;
Aborti Spontanei;	Prestazioni Termali;
Interruzioni volontarie di Gravidanza;	Prestazioni di Riabilitazione;
Farmaci Erogati Direttamente;	Trasporti con Elisoccorso;
Prestazioni Ambulatoriali;	Contenuti e tracciati delle Prestazioni di Ricovero.
Prestazioni di Assistenza Protetica;	

**TEMPESTIVITA' DI
TRASMISSIONE DATI AL SIR**
4,47

L'obiettivo regionale è fissato al 40%. La valutazione regionale per tale indicatore è di 4,47; tale punteggio evidenzia un'ottima performance delle aziende.



Per l'anno 2006 il valore medio regionale di tempestività dei dati è stato di circa il 34,36%. Tutte le aziende hanno raggiunto, quindi, l'obiettivo prefissato, esclusa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, che ha un indice pari al 52,1%. Rispetto ai dati del 2005, tutte le aziende sanitarie mostrano un netto miglioramento: la media regionale, infatti, passa dal 62,12% nell'anno 2005 al 34,36% del 2006.

Azienda di erogazione	Indice di latenza annuale aziendale 2005	Indice di latenza annuale aziendale 2006
AUSL 1 MC	69.80%	37.15%
AUSL 2 LU	48.45%	29.45%
AUSL 3 PT	54.84%	31.42%
AUSL 4 PO	56.60%	40.85%
AUSL 5 PI	69.01%	36.01%
AUSL 6 LI	67.73%	33.42%
AUSL 7 SI	63.09%	22.50%
AUSL 8 AR	66.36%	27.65%
AUSL 9 GR	69.13%	44.99%
AUSL 10 FI	67.49%	37.49%
AUSL 11 EM	62.70%	36.73%
AUSL 12 VI	59.76%	21.73%
AOU PISANA	71.79%	32.43%
AOU SENESE	45.86%	35.99%
AOU CAREGGI	81.31%	52.09%
AOU MEYER	39.94%	29.86%
Media Intra-regionale	62.12%	34.36%

Definizione:	Indice di latenza annuale aziendale
Calcolo:	Indice di latenza mensile di flusso: $\frac{n. \text{ medio di gg. di latenza}}{n. \text{ max di gg. di latenza}}$ Indice di latenza mensile: media aritmetica indice latenza mensile di ogni flusso Indice di latenza annuale: media aritmetica dei 12 indici di latenza mensili
Flussi considerati nel calcolo:	Certificati di assistenza al parto; Aborti Spontanei; Interruzioni volontarie di Gravidanza; Farmaci Erogati Direttamente; Prestazioni Ambulatoriali; Prestazioni di Assistenza Protetica; Prestazioni Farmaceutiche; Prestazioni Termali; Prestazioni di Riabilitazione; Trasporti con Elisoccorso; Contenuti e tracciati delle Prestazioni di Ricovero.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale
Significato:	E' un indicatore che valuta la tempestività con cui l'azienda invia i dati al sistema informativo regionale.

7. EQUITÀ ED ACCESSO AI SERVIZI SANITARI – B9 di S. Barsanti

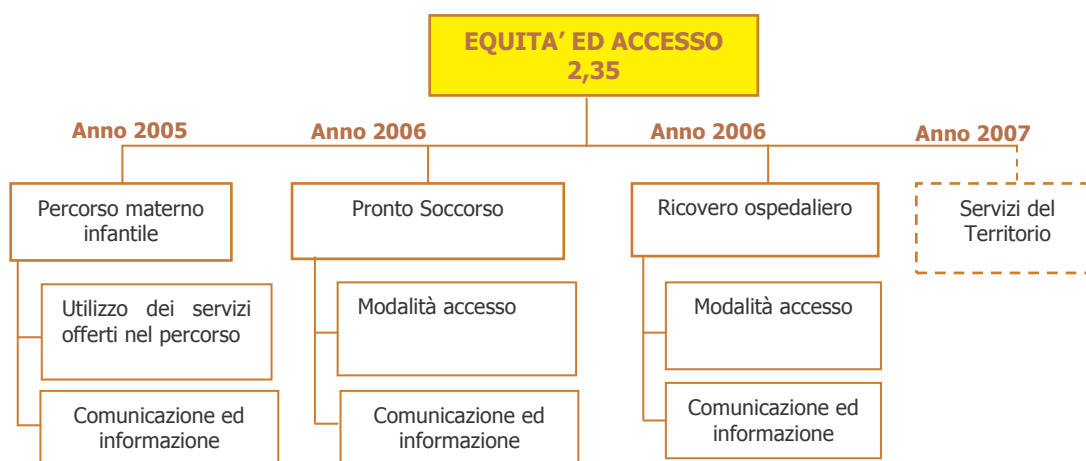
L'offerta delle aziende sanitarie deve in primo luogo rispondere al principio secondo cui il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni "di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi" (dlgs.23 dicembre 1978, n.833). La Regione Toscana, anche all'interno del Piano sanitario regionale 2005-2007, si propone tra gli

obiettivi di salute la riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, sia territoriali, sia di tipo socio-economico.

L'indicatore B9 costruito all'interno del sistema di valutazione, infatti, ha lo scopo di evidenziare, all'interno del sistema sanitario regionale, eventuali disuguaglianze nell'erogazione dei servizi, con particolare attenzione alla fase di accesso, secondo le caratteristiche socioeconomiche dei pazienti. Data la mancanza fino ad oggi nei principali flussi informativi regionali di informazioni riguardanti il livello socioeconomico dei pazienti, l'indicatore è stato sviluppato a partire dai risultati di alcune indagini telefoniche di soddisfazione dell'utenza, condotte nel 2005/2006 dal Laboratorio MeS e Regione Toscana, su un campione statisticamente rappresentativo a livello aziendale e regionale¹⁰.

All'interno del questionario, completamente anonimo, è stata rilevato il titolo di studio di ciascun paziente che ha partecipato all'indagine: il titolo di studio costituisce una buona *proxy* del livello socio-economico di un individuo per analisi di accesso ai servizi sanitari (Costa, 1994). Le risposte dei pazienti sono state poi elaborate in base al titolo di studio degli stessi, al fine di poter evidenziare eventuali disuguaglianze all'interno del sistema per pazienti più svantaggiati.

I punti di accesso considerati ai fini della valutazione e le relative indagini sono: il percorso materno infantile (Indagine di soddisfazione delle utenti nel percorso nascita anno 2004/2005 –Laboratorio MeS Regione Toscana-), il pronto soccorso (Indagine di soddisfazione degli utenti nel percorso emergenza urgenza 2006 – Laboratorio MeS Regione Toscana), il ricovero ospedaliero ordinario (Indagine di soddisfazione degli utenti nei servizi di ricovero ordinario 2006, Laboratorio MeS-Regione Toscana), i servizi territoriali (Indagine di soddisfazione degli utenti nei servizi territoriali 2007, Laboratorio MeS-Regione Toscana, ancora in corso).



Ciascun punto di accesso, successivamente, è stato analizzato su alcuni aspetti fondamentali, tra cui:

- le modalità di accesso al servizio,
- l'utilizzo del servizio offerto,
- la comunicazione e l'informazione verso il paziente.

In particolare ogni aspetto analizzato è stato valutato sia secondo una logica di accesso, indipendentemente dal titolo di studio del paziente, sia secondo una logica di equità, ovvero considerando la distribuzione del titolo di studio dei pazienti ai fini della valutazione della performance.

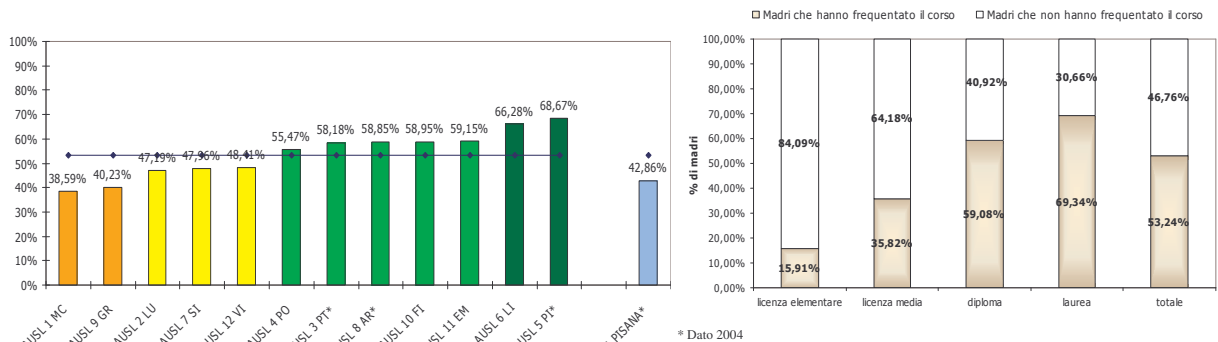
A livello regionale la valutazione si attesta su valori medi (2,35). Per ciascun punto di accesso, riportiamo alcuni risultati principali sia a livello aziendale, che a livello regionale.

7.1 - Utilizzo dei servizi offerti: il corso di preparazione alla nascita

Per quanto riguarda il percorso materno infantile, risultati interessanti si sono riscontrati nella partecipazione al corso di preparazione al parto. È ormai sostenuto dalla maggior parte dei medici che i corsi di preparazione alla nascita siano strumenti utili per aumentare la consapevolezza delle madri e che risultino associati ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della madre e del bambino. Si evidenzia nei grafici seguenti la percentuale di madri che hanno frequentato il corso per ciascuna azienda di residenza.

Secondo la Delibera Regionale DRG 784/2004, la fruizione di tale servizio dovrebbe essere garantita a circa l'80% delle madri primipare. Le percentuali di utilizzo di tale servizio variano tra le aziende sanitarie, invece, da un minimo del 38% ad un massimo del 65%.

¹⁰ Per ulteriori dettagli sulle modalità delle indagini si veda il capitolo dedicato alla valutazione esterna.



Osservando la distribuzione dell'accesso al corso di preparazione alla nascita secondo il titolo di studio della madre, si nota che la frequenza del corso è fortemente influenzata dal titolo di studio della madre: solo il 15% delle madri con livelli di istruzione più bassi frequenta il corso, tale percentuale sale al 69,34% per le madri laureate. Si può ipotizzare, quindi, che il servizio (corso di preparazione alla nascita) non sia erogato equamente tra le madri.

Azienda di erogazione	% minima di madri che hanno frequentato il corso	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di madri che hanno frequentato al corso	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima di accesso al corso
AUSL 1 MC	23,26%	scuola dell'obbligo	53,33%	laurea	30,07%
AUSL 9 GR	34,29%	scuola dell'obbligo	58,97%	laurea	24,69%
AUSL 2 LU	46,30%	scuola dell'obbligo	68,75%	laurea	22,45%
AUSL 7 SI	39,77%	scuola dell'obbligo	78,72%	diploma	38,95%
AUSL 12 VI	62,79%	scuola dell'obbligo	100,00%	laurea	37,21%
AUSL 3 PT	39,19%	scuola dell'obbligo	84,09%	laurea	44,90%
AUSL 8 AR	19,40%	scuola dell'obbligo	63,83%	laurea	44,43%
AUSL 10 FI	35,37%	scuola dell'obbligo	76,09%	laurea	40,72%
AUSL 11 EM	25,58%	scuola dell'obbligo	69,23%	laurea	43,65%
AUSL 4 PO	38,20%	scuola dell'obbligo	77,01%	laurea	38,81%
AUSL 5 PI	33,93%	scuola dell'obbligo	85,19%	laurea	51,26%
AUSL 6 LI	32,56%	scuola dell'obbligo	67,74%	laurea	35,18%
AOU PISANA	25,00%	scuola dell'obbligo	48,84%	diploma	23,84%

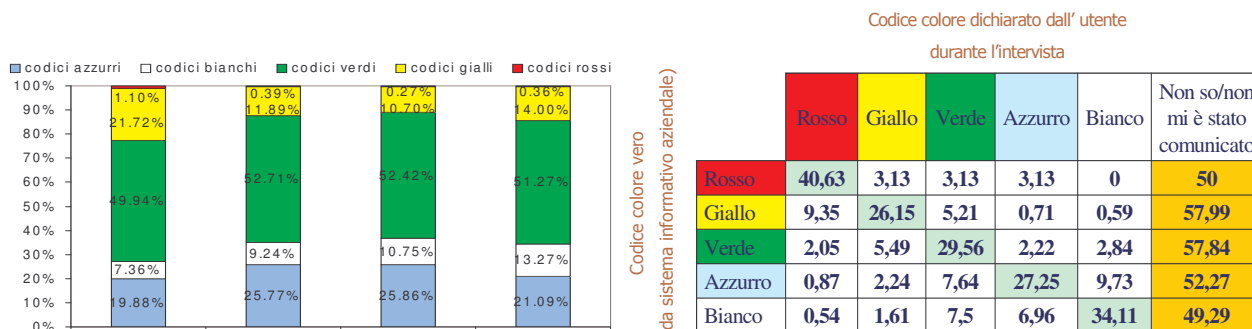
Definizione:	Frequenza corso di preparazione al parto
Numeratore:	Numero di utenti che hanno dichiarato di aver/non aver partecipato al corso di preparazione al parto per titolo di studio, escluse le madri che hanno risposto di non aver partecipato al corso perché già frequentato in edizioni precedenti
Denominatore:	Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista
Formula matematica:	Numero di utenti che hanno dichiarato di aver/non aver partecipato al corso di preparazione al parto per titolo di studio, escluse le madri che hanno risposto di non aver partecipato al corso perché già frequentato in edizioni precedenti x100 Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
Quesiti:	"Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto?"
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione delle utenti nel percorso materno infantile" Anno 2004-2005

Se si analizza il motivo per cui le madri hanno deciso di non frequentare il corso, si nota che la percentuale di donne che ritenevano il corso non utile o che erano disinformate diminuisce con l'aumentare del titolo di studio: circa il 34% delle madri con licenza elementare, infatti, considera il corso non utile o era disinformata; tale percentuale si riduce al 5% nelle madri con titolo universitario.

È evidente, quindi, una forte asimmetria informativa a scapito delle madri più svantaggiate che, invece, dovrebbero essere destinatarie di politiche selettive per la riduzione delle disuguaglianze (Nutti, Barsanti 2006).

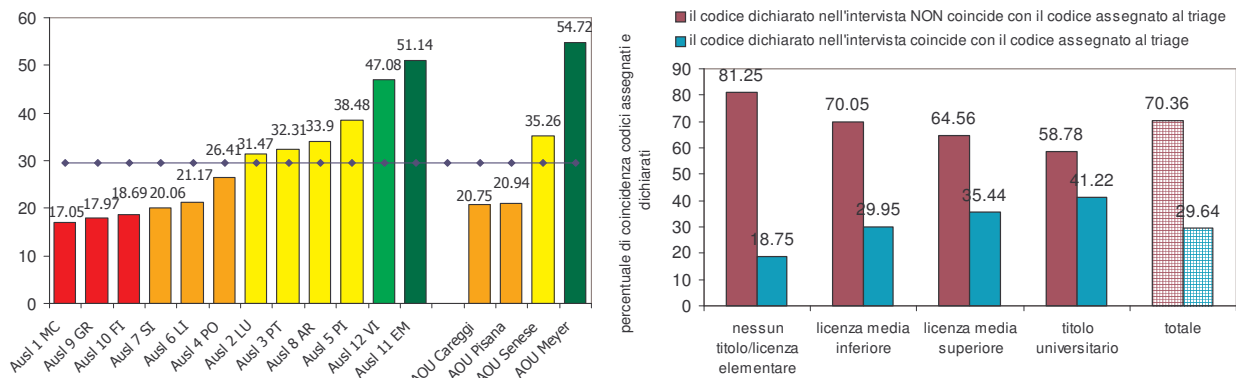
7.2 - Comunicazione ed informazione: il triage al pronto soccorso

Per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione al paziente, particolari risultati emergono nella fase di assegnazione del codice colore al triage del pronto soccorso, dove risultano evidenti differenze a scapito di coloro che hanno livelli di istruzione più bassi. In generale, la maggior parte delle persone che si reca in pronto soccorso ha bisogno di cure soprattutto di carattere ambulatoriale: mediamente su dieci codici assegnati, sette sono di colore verde, due bianchi e uno giallo/rosso (Bruni et al., 2006). Osservando la distribuzione dei codici colore per titolo di studio, si nota che i codici verdi rappresentano la maggioranza dei codici assegnati.



La conoscenza del proprio codice colore risulta essere una componente fondamentale durante la permanenza al pronto soccorso, proprio perché costituisce l'elemento che contraddistingue la priorità per i pazienti sulla base dell'effettiva gravità, più che sull'ordine di arrivo. Le percentuali di coloro che hanno dichiarato nell'intervista telefonica lo stesso codice colore assegnato al triage, indipendentemente dal titolo di

studio, sono relativamente basse: ad esempio solo il 29% di coloro che hanno ricevuto un codice colore verde ha dichiarato lo stesso codice durante l'intervista. Le percentuali di coloro che dichiarano che il codice colore non è stato assegnato sono assai elevate: per i codici verdi si tratta del 57%.



La percentuale di coincidenza dei codici colori varia notevolmente tra le aziende sanitarie: solo in due aziende sanitarie più della metà degli intervistati ha dimostrato di conoscere il codice colore assegnato. La conoscenza del codice colore, inoltre, cresce al crescere del titolo di studio: solo il 18% di coloro che non hanno nessun titolo o licenza elementare mostra di conoscere il proprio codice colore, mentre tale percentuale sale oltre il 40% per coloro che hanno titoli di studio elevati.

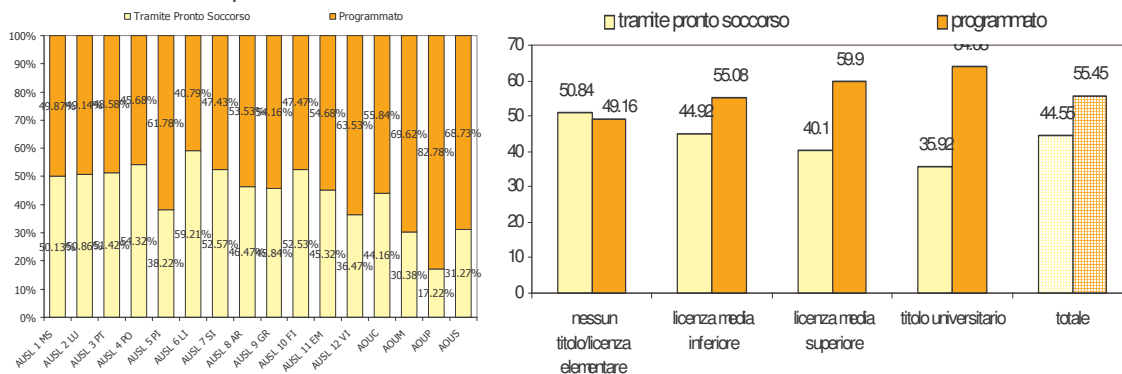
Aziende	Percentuali di utenti che hanno dichiarato lo stesso codice colore assegnato al triage per titolo di studio				
	nessun titolo/licenza elementare	licenza media inferiore	licenza media superiore	titolo universitario	differenziale
Ausl 1 MC	5.62	17.74	25.23	18.18	19.61
Ausl 2 LU	18.56	24.24	42.74	60.00	41.44
Ausl 3 PT	17.58	36.36	40.63	35.29	23.05
Ausl 4 PO	21.85	21.50	36.05	36.00	14.55
Ausl 5 PI	22.94	37.86	50.00	68.18	45.24
Ausl 6 LI	13.10	20.80	22.03	40.63	27.53
Ausl 7 SI	12.17	26.21	23.33	19.23	14.04
Ausl 8 AR	16.99	35.85	44.97	43.18	27.98
Ausl 9 GR	6.43	22.67	19.21	35.29	28.86
Ausl 10 FI	7.33	22.22	24.08	21.05	16.75
Ausl 11 EM	47.52	48.65	58.33	62.50	14.98
Ausl 12 VI	42.57	46.15	51.14	57.89	15.32
AOU Pisana	13.64	15.12	25.45	29.31	15.67
AOU Senese	16.04	45.74	43.33	43.59	29.70
AOU Careggi	13.25	17.65	24.51	31.25	11.26
AOU Meyer	25	47.89	52.29	67.09	42.09
Media Regione	18.75	29.95	35.44	41.22	22.47

Definizione:	Confronto tra il codice colore dichiarato nell'intervista e codice colore effettivamente assegnato al triage per titolo di studio
Numeratore:	Numero di pazienti che hanno dichiarato lo stesso/diverso codice colore che hanno effettivamente ricevuto al triage
Denominatore:	Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno dichiarato lo stesso/diverso codice colore che hanno effettivamente ricevuto al triage}}{\text{Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}}$
Quesiti:	"Quale era il codice colore che le è stato assegnato?"
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
Fonte:	Flussi informativi Pronto Soccorso e Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Pronto Soccorso" Anno 2006

7.3 - Modalità di accesso: il ricovero ospedaliero ordinario

Ciascun paziente può accedere la ricovero ospedaliero ordinario¹¹ sia tramite un ricovero programmato, sia tramite il pronto soccorso. Un ricovero programmato ha dietro di sé una diagnosi, una presa in carico da parte di uno specialista, con un'assistenza tempestiva ed appropriata; un ricovero in urgenza, invece, esclusi i ricoveri per incidente, può rappresentare nella maggior parte delle volte, un caso in cui il paziente non è stato coinvolto nel sistema in maniera adeguata e tempestiva né nella fase di prevenzione, né nella fase di ospedalizzazione.

Dai risultati dell'intervista, sono emerse forti differenze nella modalità di accesso al ricovero ospedaliero in base ai titoli di studio del paziente.



¹¹ Si esclude quindi il ricovero in day hospital e day surgery.

A livello regionale circa il 55% dei ricoveri è avvenuto tramite ricoveri programmati, mentre il restante 45% tramite pronto soccorso. All'aumentare del titolo di studio aumenta la percentuale di coloro che hanno ricevuto un ricovero programmato: se per coloro senza nessun titolo di studio o con licenza elementare tale percentuale è di circa del 49%, per coloro che hanno titoli di studio universitari arriva al 64%.

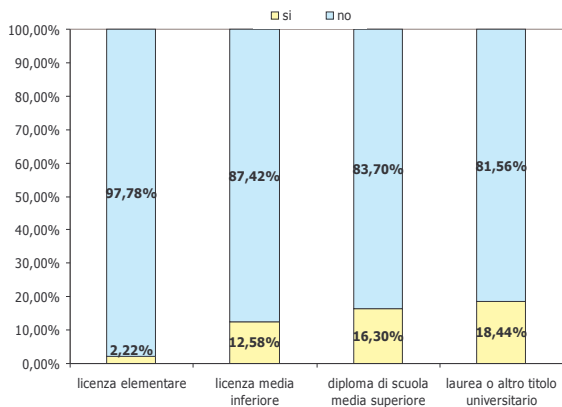
titolo di studio	indicatori	tramite pronto soccorso	programmato	totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	994	961	1955
	percentuale di riga	50.84	49.16	
	percentuale di colonna	38.16	29.64	33.44
licenza media inferiore	frequenza	685	840	1525
	percentuale di riga	44.92	55.08	
	percentuale di colonna	26.3	25.91	26.08
licenza media superiore	frequenza	727	1086	1813
	percentuale di riga	40.1	59.9	
	percentuale di colonna	27.91	33.5	31.01
titolo universitario	frequenza	199	355	554
	percentuale di riga	35.92	64.08	
	percentuale di colonna	7.64	10.95	9.47
Totale	Totale	2605	3242	5847
	Percentuale Totale	44.55	55.45	100

Definizione:	Distribuzione delle modalità di accesso al ricovero ospedaliero per titolo di studio del paziente
Numeratore:	Numero di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati tramite pronto soccorso o ricovero programmato per titolo di studio
Denominatore:	Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno risposto di essere stati ricoverati tramite pronto soccorso o ricovero programmato per titolo di studio}}{\text{Numero di pazienti che hanno partecipato all'intervista}}$
Quesiti:	"Come è avvenuto il suo ricovero?" (1. Tramite pronto soccorso 2. programmato)
Titolo di studio:	1. Nessun titolo o licenza elementare; 2. Licenza media inferiore; 3. Licenza media superiore; 4. Titolo universitario. (dichiarato nell'intervista)
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione degli utenti nei servizi di Ricovero Ospedaliero Ordinario" Anno 2006

I risultati mostrano come, anche in un sistema sanitario pubblico, esistano disuguaglianze nell'accesso ai servizi tra gruppi di popolazione e come il sistema toscano abbia ampi margini di miglioramento in termini di equità. L'inserimento, infatti, nel sistema di valutazione, di tali misure ha lo scopo di verificare non solo i risultati raggiunti mediante i servizi offerti, ma anche le capacità delle aziende di attuare interventi ed azioni proattive per evitare disuguaglianze nell'accesso, in modo che anche i gruppi di utenti più svantaggiati per reddito e livello di istruzione siano in grado di usufruire dei benefici derivanti dalle azioni stesse (Maciocco, 2006).

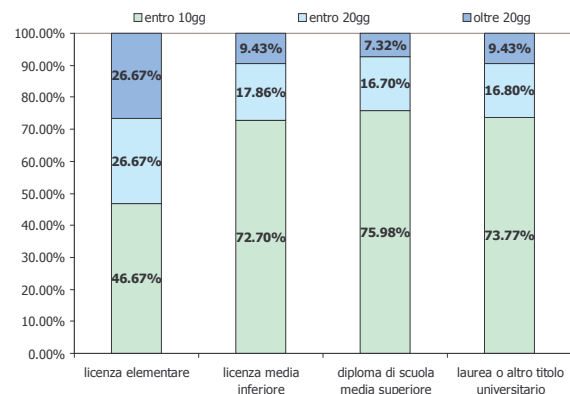
Si allegano altri indicatori di equità ed accesso con i relativi grafici.

7.4 - Visite ostetriche a domicilio per titolo di studio (situazione regionale e tabella con dettaglio aziendale)



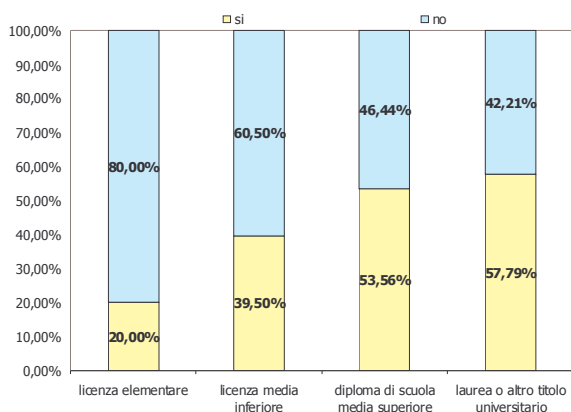
Azienda	% minima di madri che hanno usufruito della visita	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di madri che hanno usufruito	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima
AUSL 1 MC	3,02%	diploma	11,32%	laurea	8,31%
AUSL 2 LU	11,27%	laurea	27,17%	scuola dell'obbligo	15,91%
AUSL 3 PT	17,07%	scuola dell'obbligo	23,68%	laurea	6,61%
AUSL 4 PO	5,61%	scuola dell'obbligo	11,41%	diploma	5,80%
AUSL 5 PI	3,45%	scuola dell'obbligo	13,68%	diploma	10,24%
AUSL 6 LI	4,40%	scuola dell'obbligo	22,92%	laurea	18,52%
AUSL 7 SI	7,59%	scuola dell'obbligo	12,73%	laurea	5,13%
AUSL 8 AR	11,24%	scuola dell'obbligo	25,93%	diploma	14,69%
AUSL 9 GR	0,00%	laurea	4,21%	scuola dell'obbligo	4,21%
AUSL 10 FI	22,94%	scuola dell'obbligo	31,19%	laurea	8,26%
AUSL 11 EM	17,14%	scuola dell'obbligo	21,15%	laurea	4,01%
AUSL 12 VI	11,32%	scuola dell'obbligo	22,16%	diploma	10,83%
AOU PISANA	0,00%	scuola dell'obbligo	3,77%	diploma	3,77%
AOU SENESE					
AOU CAREGGI					
MEDIA INTRAREGIONALE	8,85%		17,79%		8,95%

7.5 - Prima visita pediatrica del neonato (tempo in giorni tra la nascita e la visita) (situazione regionale e tabella con dettaglio aziendale)



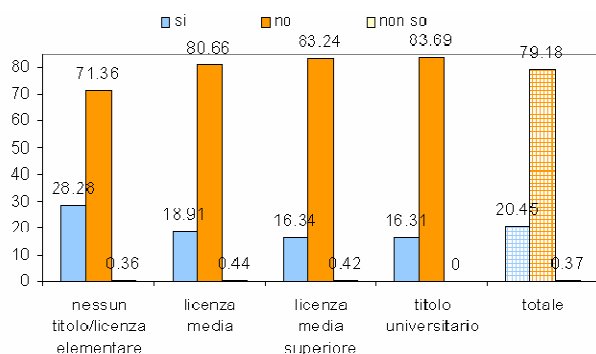
Azienda	% minima di prime visite pediatriche entro 10gg dal parto	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di prime visite pediatriche entro 10gg dal parto	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima di visite pediatriche entro 10gg dal parto
AUSL 1 MC	81,91%	scuola dell'obbligo	90,57%	laurea	8,65%
AUSL 2 LU	75,00%	laurea	76,09%	scuola dell'obbligo	1,09%
AUSL 3 PT					
AUSL 4 PO	71,96%	scuola dell'obbligo	85,71%	laurea	13,75%
AUSL 5 PI					
AUSL 6 LI	78,02%	scuola dell'obbligo	83,33%	laurea	5,31%
AUSL 7 SI	50,91%	laurea	58,97%	diploma	8,07%
AUSL 8 AR					
AUSL 9 GR	61,05%	scuola dell'obbligo	72,46%	diploma	11,40%
AUSL 10 FI	61,47%	laurea	67,89%	diploma	6,42%
AUSL 11 EM	79,10%	scuola dell'obbligo	88,57%	laurea	9,47%
AUSL 12 VI	70,75%	scuola dell'obbligo	85,00%	laurea	14,25%
AOU PISANA					

7.6 - Ricevimento informazioni relative alla tutela della donna lavoratrice in gravidanza (situazione regionale e tabella con dettaglio aziendale)



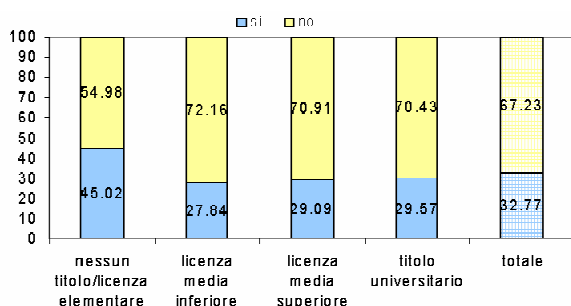
Azienda	% minima di madri che hanno ricevuto la normativa che tutela la donna lavoratrice in gravidanza	titolo di studio della madre associato alla percentuale minima	% massima di madri che hanno ricevuto la normativa che tutela la donna lavoratrice in gravidanza	titolo di studio della madre associato alla percentuale massima	differenza tra la % minima e la % massima di ricevimento della normativa
AUSL 1 MC	55,32%	scuola dell'obbligo	75,47%	laurea	20,15%
AUSL 2 LU	38,04%	scuola dell'obbligo	66,67%	laurea	28,62%
AUSL 3 PT					
AUSL 4 PO	31,78%	scuola dell'obbligo	43,62%	laurea	11,85%
AUSL 5 PI					
AUSL 6 LI	43,96%	scuola dell'obbligo	62,50%	laurea	18,54%
AUSL 7 SI	29,11%	scuola dell'obbligo	52,73%	laurea	23,61%
AUSL 8 AR					
AUSL 9 GR	29,47%	scuola dell'obbligo	47,06%	laurea	17,59%
AUSL 10 FT	37,61%	scuola dell'obbligo	57,80%	laurea	20,18%
AUSL 11 EM	34,33%	scuola dell'obbligo	61,54%	laurea	27,21%
AUSL 12 VI	44,34%	scuola dell'obbligo	67,50%	laurea	23,16%
AOU PISANA					

7.7 - Consultazione del medico di famiglia prima di recarsi al pronto soccorso (situazione regionale)



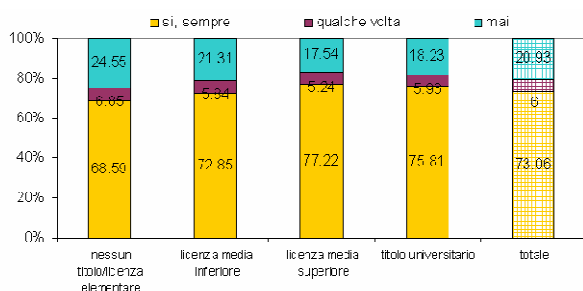
titolo di studio	indicatori	si	no	non so	Totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	466	1176	6	1648
	percentuale di colonna	7,87	19,86	0,1	27,83
	percentuale di riga	28,28	71,36	0,36	
licenza media inferiore	frequenza	346	1476	8	1830
	percentuale di colonna	5,84	24,93	0,14	30,91
	percentuale di riga	18,91	80,66	0,44	
licenza media superiore	frequenza	308	1559	8	1885
	percentuale di colonna	5,2	26,5	0,14	31,84
	percentuale di riga	16,34	83,24	0,42	
titolo universitario	frequenza	91	467	0	558
	percentuale di colonna	1,54	7,89	0	9,42
	percentuale di riga	16,31	83,69	0	
Totale	Totale	1211	4688	22	5921
	Percentuale Totale	20,45	79,18	0,37	100

7.8 - Rassicurazione da parte del personale medico durante l'attesa in pronto soccorso (situazione regionale)



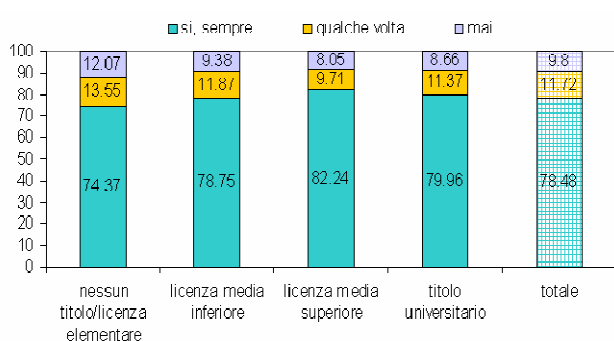
titolo di studio	indicatori	si	no	Totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	217	265	482
	percentuale di colonna	11,4	13,92	25,32
	percentuale di riga	45,02	54,98	
licenza media inferiore	frequenza	169	436	607
	percentuale di colonna	8,88	23	31,88
	percentuale di riga	27,84	72,16	
licenza media superiore	frequenza	183	446	629
	percentuale di colonna	9,61	23,42	33,04
	percentuale di riga	29,09	70,91	
titolo universitario	frequenza	55	131	186
	percentuale di colonna	2,89	6,88	9,77
	percentuale di riga	29,57	70,43	
Totale	Totale	624	1280	1904
	Percentuale totale	32,77	67,23	100

7.9 - Ricevimento informazioni circa gli eventuali rischi legati alle cure e circa le eventuali alternative possibili nel ricovero ospedaliero (situazione regionale)



titolo di studio	indicatori	si, sempre	qualche volta	mai	totale
nessun titolo/licenza elementare	frequenza	1341	134	480	1955
	percentuale di riga	68,59	6,85	24,55	
	percentuale di colonna	31,39	38,18	39,22	33,44
licenza media inferiore	frequenza	1111	89	325	1525
	percentuale di riga	72,85	5,84	21,31	
	percentuale di colonna	26,01	25,36	26,55	26,08
licenza media superiore	frequenza	1400	95	318	1813
	percentuale di riga	77,22	5,24	17,54	
	percentuale di colonna	32,77	27,07	25,98	31,01
titolo universitario	frequenza	420	33	101	554
	percentuale di riga	75,81	5,96	18,23	
	percentuale di colonna	9,83	9,4	8,25	9,47
Totale	Totale	4272	351	1224	5847
	Percentuale Totale	73,06	6	20,93	100

7.10 - Coinvolgimento del paziente nelle decisioni relative alle cure ed ai trattamenti che la riguardavano nel ricovero ospedaliero (situazione regionale)



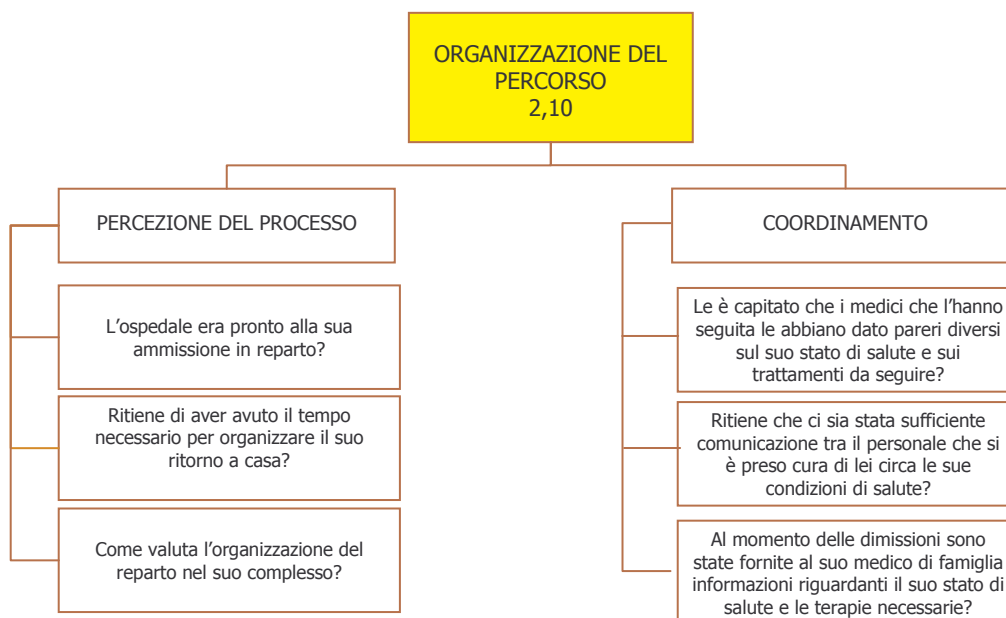
titolo di studio	indicatori	si, sempre	qualche volta	mai	totale
nessun titolo/licenza	<i>frequenza</i>	1454	265	236	1955
	<i>percentuale di riga</i>	74.37	13.55	12.07	
licenza media inferiore	<i>frequenza</i>	1201	181	113	1525
	<i>percentuale di riga</i>	78.75	11.87	9.38	
licenza media superiore	<i>frequenza</i>	1491	176	146	1813
	<i>percentuale di riga</i>	82.24	9.71	8.05	
titolo universitario	<i>frequenza</i>	443	63	48	554
	<i>percentuale di riga</i>	79.96	11.37	8.66	
Totale	<i>Totale</i>	4589	585	573	5847
	<i>Percentuale Totale</i>	78.48	11.72	9.8	100

8. ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE NEL RICOVERO OSPEDALIERO – B10 di A.M. Murante

L'indicatore "Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero (B10)" è stato costruito per rilevare la percezione degli utenti relativamente al percorso di cura ospedaliero e al coordinamento tra le varie figure coinvolte nel processo di erogazione. L'indicatore è stato calcolato partendo dai risultati dell'indagine di soddisfazione rivolta ad un campione rappresentativo di utenti del servizio di ricovero ospedaliero intervistati nel 2006¹².

La valutazione assegnata per ciascun aspetto indagato tiene conto solo delle risposte con accezione negativa, evidenziando, appunto, la necessità per il sistema sanitario di ridurre o evitare i casi in cui il percorso assistenziale, all'interno dell'ospedale e fuori dallo stesso, non sia organizzato in modo efficace.

In particolare, l'indicatore è la sintesi dei risultati ottenuti attraverso i quesiti sulle fasi del processo (ammissione, ricovero e dimissione) e sulla percezione maturata circa il livello di coordinamento tra tutto il personale sanitario coinvolto nell'offerta del servizio, soprattutto tra medici ospedalieri e medico di medicina generale. Il coordinamento è un aspetto cruciale per i servizi sanitari, ormai orientati verso un'assistenza integrata, interfunzionale (ad esempio, ospedale per intensità di cura) e tra ospedale e territorio.



A livello regionale l'indicatore assume valori intermedi (2,10), condizionati soprattutto dai dati sul coordinamento, che secondo l'opinione dei pazienti è talvolta assente.

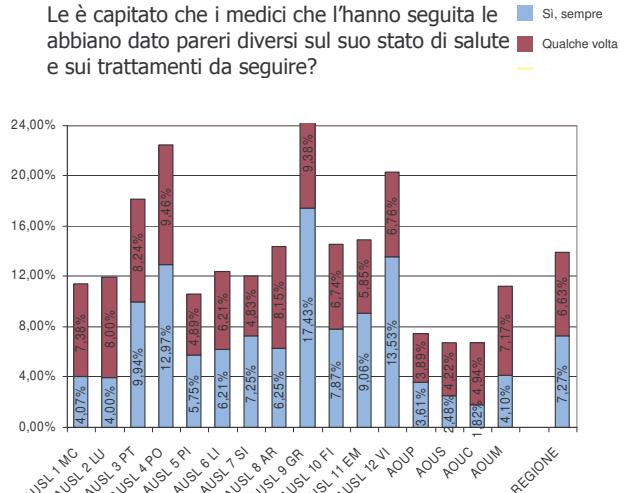
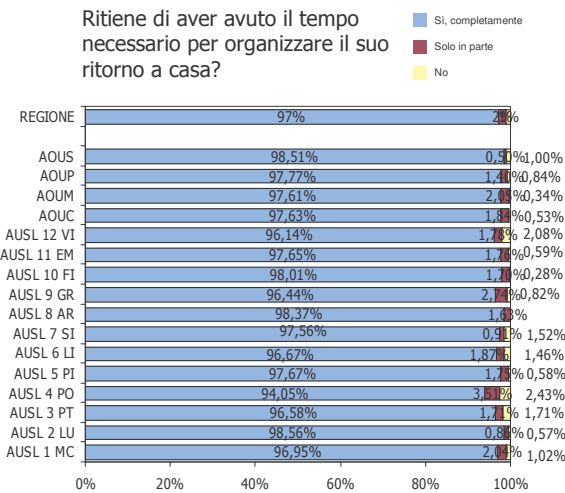
¹² Per le metodologie di indagine cfr *L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero* in Parte IV.

8.1 - Le dimissioni

Il percorso, con particolare riferimento alla fase di dimissione, ha ricevuto dai pazienti valutazioni molto positive. Il 97% del campione dichiara di aver avuto tutto il tempo necessario per organizzare la propria dimissione: in alcune aziende tale percentuale raggiunge addirittura il 99%. Agli stessi utenti è stato chiesto, inoltre, con quale anticipo avesse ricevuto comunicazione della dimissione ed è stato rilevato che ben 25 volte su 100 l'informazione è stata data immediatamente prima o qualche ora prima. Quest'ultimo risultato non ha condizionato la valutazione dei pazienti: si è infatti osservato che per alcune aziende sanitarie sono soprattutto i pazienti che arrivano in reparto direttamente dal pronto soccorso a non essere informati con largo anticipo. Chi ha invece programmato il proprio ricovero conosce sin dall'inizio la durata della degenza ed è in grado di organizzare il proprio rientro a casa.

8.2 - Informazioni discordanti

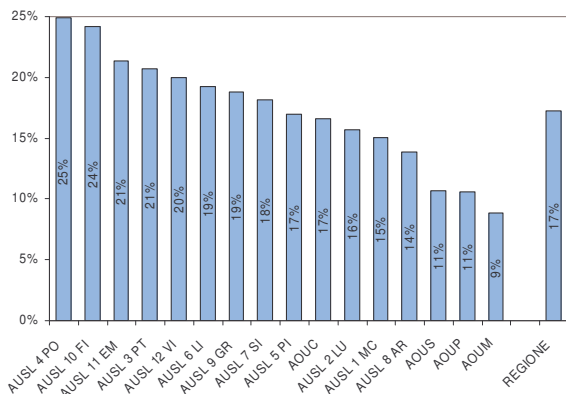
Ai pazienti campionati è stato chiesto se durante il ricovero avessero ricevuto informazioni discordanti dalle diverse figure sanitarie con cui hanno avuto contatti: in media 14 pazienti su 100 raccontano di aver osservato sempre o qualche volta una mancanza di coordinamento. I risultati mostrano differenze notevoli tra le aziende, in alcune delle quali più del 10% dei pazienti denuncia di aver ricevuto sempre pareri discordanti.



8.3 - Ospedale e medico di famiglia

Il percorso di cura non sempre si esaurisce con la dimissione del paziente dal reparto, ma prosegue a casa, attraverso i servizi di assistenza presenti sul territorio. Per assicurare, dunque, al paziente un percorso assistenziale coordinato ed efficace, è fondamentale il ruolo del medico di famiglia, il quale dovrà sempre essere informato anche a proposito dei trattamenti effettuati durante il ricovero ospedaliero.

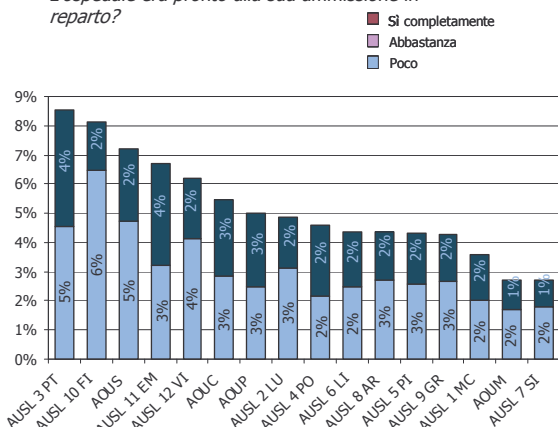
È stato dunque chiesto al campione se alla dimissione l'ospedale avesse inviato al medico di medicina generale una comunicazione sull'assistenza prestata e sui risultati ottenuti. In media, nel 17% dei casi ciò non è avvenuto e 3 pazienti su 100 non ne sono stati a conoscenza. Osservando la distribuzione tra le aziende delle percentuali relative ai casi in cui la comunicazione non c'è stata, si evidenzia una situazione locale molto varia, con percentuali che oscillano tra il 9 e il 25%.



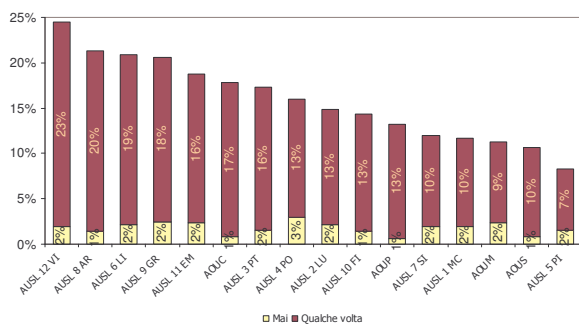
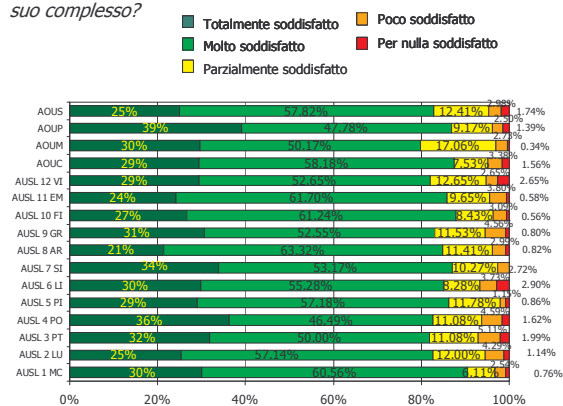
Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente all'organizzazione del percorso assistenziale.
Questiti:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: <ul style="list-style-type: none"> • L'ospedale era pronto alla sua ammissione in reparto? • Ritiene di aver avuto il tempo necessario per organizzare il suo ritorno a casa? • Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso? • Le è capitato che i medici che l'hanno seguita le abbiano dato pareri diversi sul suo stato di salute e sui trattamenti da seguire? • Ritiene che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute? • Al momento delle dimissioni sono state fornite al suo medico di famiglia informazioni riguardanti il suo stato di salute e le terapie necessarie?
Note elaborazione	I punteggi sono stati assegnati considerando le sole risposte con accezione negativa (es. Per nulla soddisfacente e Poco soddisfacente, Mai e Qualche volta, ecc.).
Nota metodologica per il campionamento	Popolazione di riferimento: utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine. Campionamento: per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero". Campione: la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview).
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006

8.4 - Altre domande

L'ospedale era pronto alla sua ammissione in reparto?



Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso?



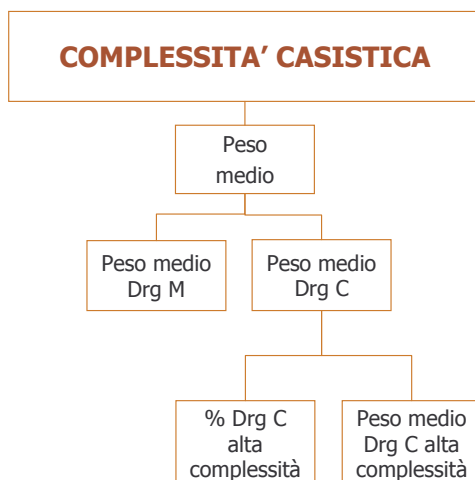
Ritiene che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?

Si sempre
Qualche volta
Mai

9. COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA – B11 di A. Bonini

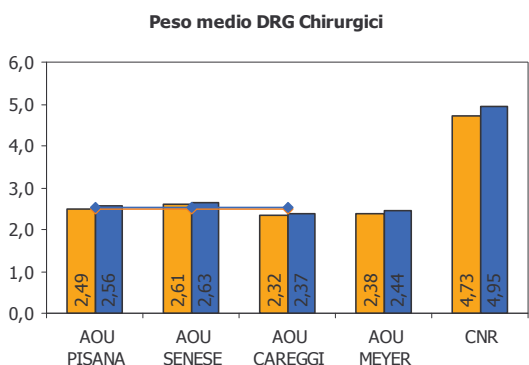
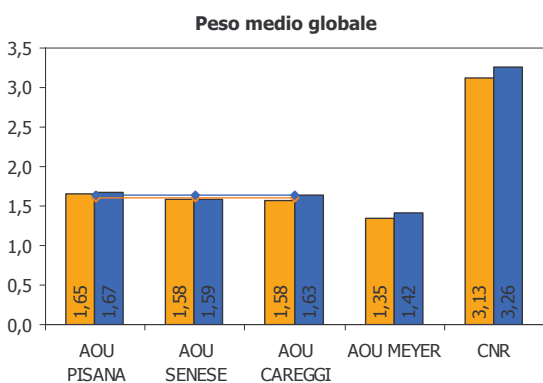
L'indicatore è calcolato esclusivamente per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, che si propongono come missione di trattare in particolar modo le patologie più complesse, essendo strutture di terzo livello.

La misura che rispecchia la complessità della casistica è il peso del Drg associato ad ogni ricovero, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero; la remunerazione corrisposta per ciascun Drg è difatti direttamente proporzionale al peso. Si considerano ad alta complessità i Drg con peso superiore a 2,5.



Gli indicatori presenti in tale albero non sono oggetto di valutazione, ma di osservazione. I dati provengono dal flusso regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

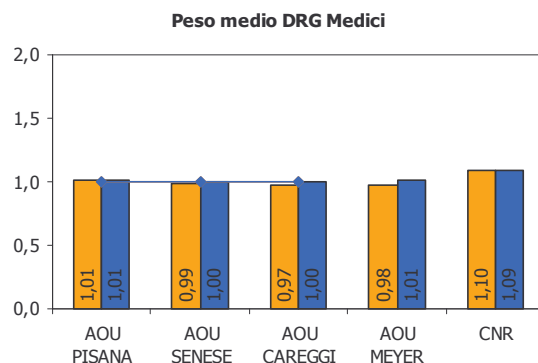
9.1 - Peso medio Drg



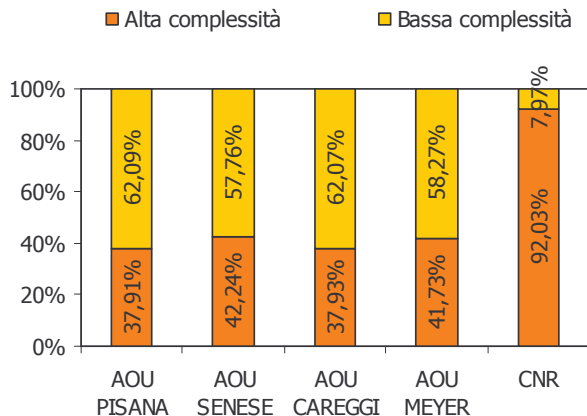
Anno 2005	Totale			Drg Chirurgici			Drg Medici		
	Azienda erogazione	Peso medio DRG	Somma dei pesi	N. dimissioni	Peso medio DRG C	Somma dei pesi	N. Drg C	Peso medio DRG M	Somma dei pesi
AOU PISANA	1,65	76.183	46.149	2,49	49.612	19.936	1,01	26.570	26.213
AOU SENESE	1,58	45.213	28.620	2,61	27.130	10.400	0,99	18.083	18.220
AOU CAREGGI	1,58	93.836	59.565	2,32	61.609	26.501	0,97	32.227	33.064
AOU MEYER	1,35	8.664	6.414	2,38	4.049	1.701	0,98	4.615	4.713
CNR	3,13	11.255	3.600	4,73	9.516	2.012	1,10	1.739	1.588
Media AOU*	1,60	71.744	44.778	2,47	46.117	18.946	0,99	25.627	25.832

Anno 2006	Totale			Drg Chirurgici			Drg Medici		
	Azienda erogazione	Peso medio DRG	Somma dei pesi	N. dimissioni	Peso medio DRG C	Somma dei pesi	N. Drg C	Peso medio DRG M	Somma dei pesi
AOU PISANA	1,67	78324	46897	2,56	51354	20062	1,01	26969,4	26835
AOU SENESE	1,59	45157	28354	2,63	27254	10363	1,00	17902,9	17991
AOU CAREGGI	1,63	91420	56082	2,37	61072	25750	1,00	30347,7	30332
AOU MEYER	1,42	9570	6731	2,44	4746	1946	1,01	4823,72	4785
CNR	3,26	12011	3686	4,95	10248	2071	1,09	1762,62	1615
Media AOU*	1,63	71.634	43.778	2,52	46.560	18.725	1,00	25.073	25.053

* nel calcolo della media sono esclusi L'AOU Meyer e il CNR

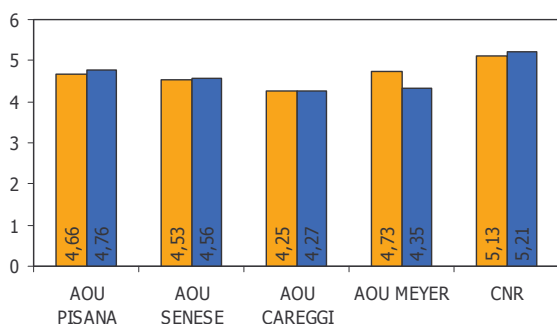


9.2 - Percentuale Drg chirurgici di alta e bassa complessità



2006	Alta complessità		Bassa complessità	
	% Drg C con peso DRG >= 2,5	N° Drg C con peso DRG >= 2,5	% Drg C con peso DRG < 2,5	N° Drg C con peso DRG < 2,5
AOU PISANA	37,91%	7.606	62,09%	12.456
AOU SENESE	42,24%	4.377	57,76%	5.986
AOU CAREGGI	37,93%	9.768	62,07%	15.982
AOU MEYER	41,73%	812	58,27%	1.134
CNR	92,03%	1.906	7,97%	165
Media AOU	39,95%	5.641	60,05%	8.890

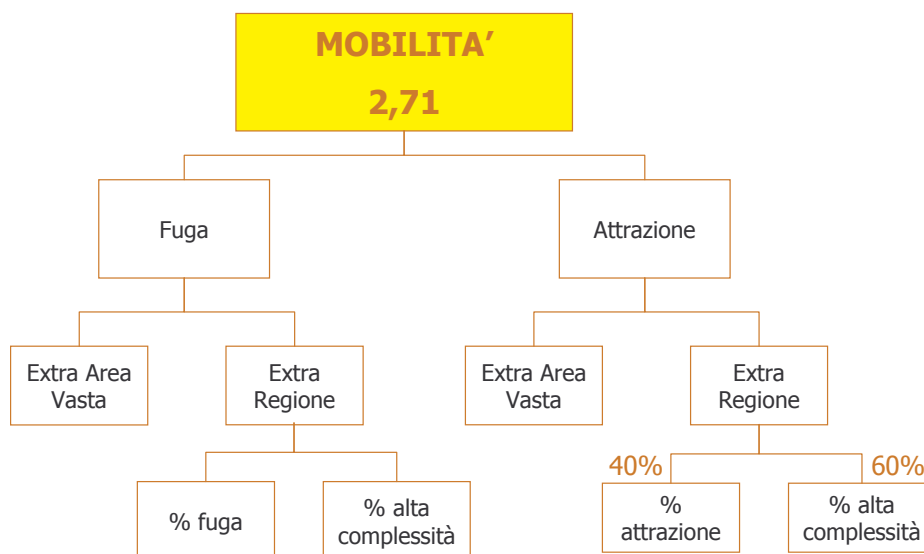
9.3 - Peso medio Drg chirurgici di alta complessità



Azienda di erogazione	2005			2006		
	Peso medio DRG C >= 2,5	Somma dei pesi	N. Drg C >= 2,5	Peso medio DRG C >= 2,5	Somma dei pesi	N. Drg C >= 2,5
AOU PISANA	4,66	34.244	7.356	4,76	36.201	7.606
AOU SENESE	4,53	19.923	4.394	4,56	19.980	4.377
AOU CAREGGI	4,25	41.834	9.849	4,27	41.758	9.768
AOU MEYER	4,73	3.096	655	4,35	3.529	812
CNR	5,13	9.048	1.764	5,21	9.935	1.906
Media AOU	4,54	24.774	5.564	4,49	25.367	5.641

10. MOBILITÀ – B12 di A. Bonini

Come il precedente, anche tale indicatore si riferisce alle Aziende Ospedaliero-Universitarie. La valutazione della mobilità prende in considerazione le fughe e le attrazioni, in termini di ricoveri, sia fuori Area Vasta che fuori Regione.

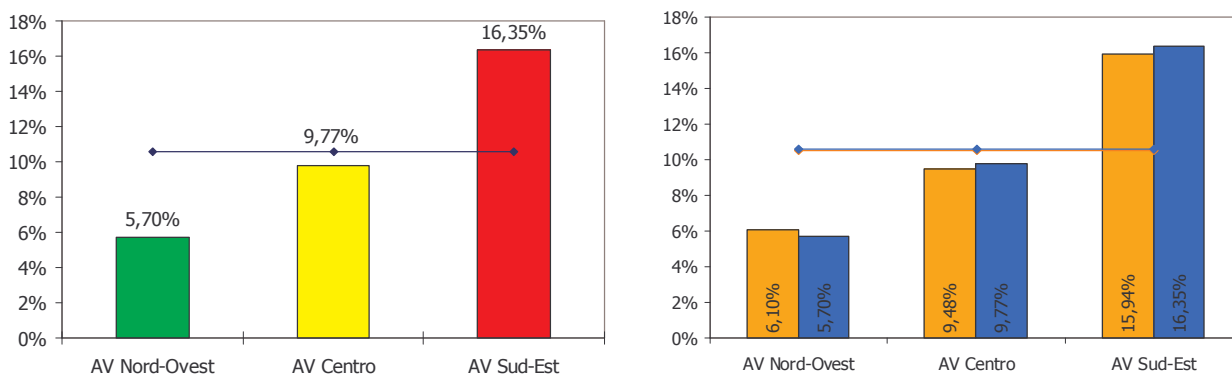


Per quanto riguarda la mobilità tra Aree Vaste, l’organizzazione regionale prevede che ciascuna Area Vasta si faccia carico dei bisogni di salute dei propri cittadini, in modo da evitare lo spostamento dei pazienti, fatta eccezione per alcuni specifici centri regionali di riferimento. È stato valutato, quindi, il livello di fughe dall’Area Vasta come indicatore di una mancata risposta al cittadino; l’indicatore di attrazione tra Aree Vaste, invece, non è di valutazione, poiché tale fenomeno non è incentivato a livello regionale, in quanto il sistema sanitario toscano si basa su logiche collaborative e non competitive.

Nel valutare la mobilità tra Aree Vaste si considera la casistica complessa, ovvero i Drg che hanno un peso > 2,5.

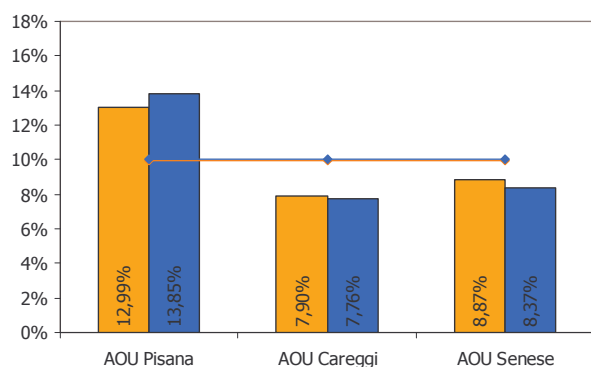
10.1 - Fuga extra Area vasta per Drg ad alta complessità

L’indicatore considera la percentuale dei ricoveri fuori Area Vasta, in Regione Toscana, relativi a residenti nella corrispondente Area Vasta. Tale misura, quindi, indica quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero. Trattandosi dei ricoveri ad alta complessità, la valutazione è attribuita alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, come strutture di terzo livello.



Area Vasta residenza	2005			2006		
	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT	Indice di fuga extra AV	N. residenti in AV dimessi in RT fuori AV	N. residenti in AV dimessi in RT
AV Nord-Ovest	6,10%	396	6.491	5,70%	373	6.546
AV Centro	9,48%	954	10.068	9,77%	964	9.871
AV Sud-Est	15,94%	703	4.410	16,35%	758	4.635
Media AOU	10,51%	684	6.990	10,61%	698	7.017

10.2 - Attrazione extra Area vasta per Drg ad alta complessità



Azienda erogazione	2006			2006		
	Indice di attrazione extra AV	N. dimessi toscani, residenti fuori AV	N. dimessi toscani dall'Azienda	Indice di attrazione extra AV	N. dimessi toscani, residenti fuori AV	N. dimessi toscani dall'Azienda
AOU Pisana	12,99%	910	7.005	13,85%	992	7.165
AOU Careggi	7,90%	782	9.896	7,76%	749	9.656
AOU Senese	8,87%	361	4.068	8,37%	354	4.231
Media AOU	9,92%	684	6.990	9,99%	698	7.017

Per quanto riguarda la mobilità extraregionale, si considerano sia i volumi dei ricoveri in movimento, sia la loro complessità, ossia si verifica quanti pazienti si spostano da e verso la Regione Toscana e per quale grado di complessità.

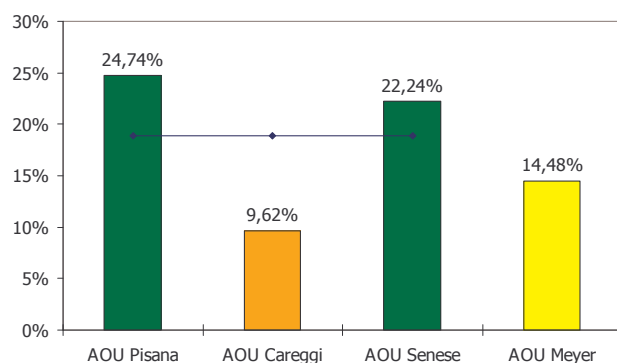
10.3 - Fuga extra Regione

La riduzione delle fughe extra regione è posta fra gli obiettivi regionali, perché, anche nel caso di patologie complesse, la Regione si impegna ad assicurare un centro specializzato per la loro cura. I dati del 2006 non sono disponibili, in quanto deve ancora pervenire il flusso extraregionale proveniente appunto dalle altre regioni.

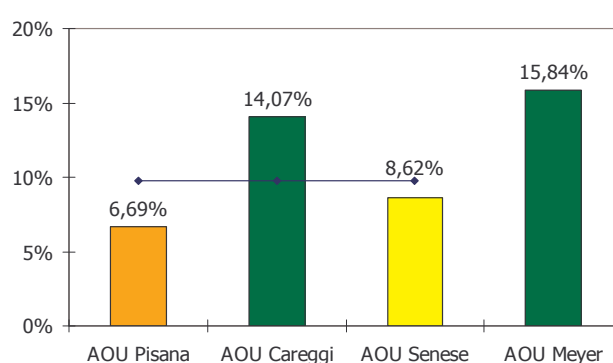
10.4 - Attrazione extra Regione

La capacità di attrarre utenti da fuori regione è il segno della presenza in una regione di servizi di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Inoltre le attrazioni hanno un impatto positivo a livello economico. Nei grafici che seguono si osservano sia le percentuali di ricoveri delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di pazienti provenienti da altre regioni, sia quanta parte di tali attrazioni avviene per patologie complesse, ovvero con peso Drg > 2,5.

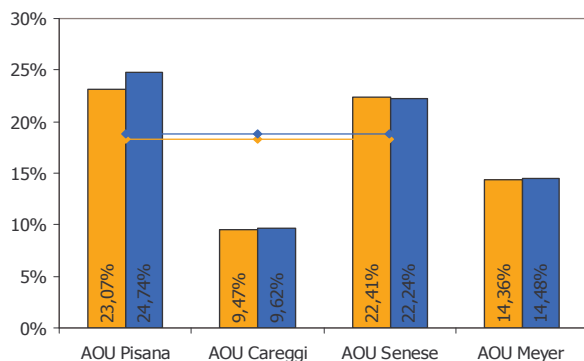
Volumi di attrazione extraregionale



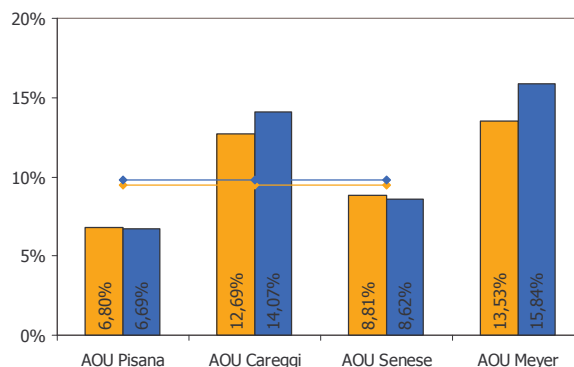
% di attrazione extraregionale di alta complessità



Volumi di attrazione extraregionale



% di attrazione extraregionale di alta complessità



Azienda di erogazione	2005			2006		
	Indice di attrazione Extraregionale	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate	Indice di attrazione Extraregionale	N. dimessi non toscani	Totale dimissioni erogate
AOU Pisana	23,07%	17.086	74.051	24,74%	19.098	77.190
AOU Careggi	9,47%	7.763	81.947	9,62%	7.541	78.367
AOU Senese	22,41%	9.144	40.795	22,24%	9.052	40.699
AOU Meyer	14,36%	2.372	16.514	14,48%	2.658	18.351
Media AOU*	18,32%	11.331	65.598	18,87%	11.897	65.419

* dalla media si esclude il valore relativo all'AOU Meyer

Azienda di erogazione	2005			2006		
	% Drg alta complessità	N. dimessi non toscani Drg alta complessità	N. dimessi non toscani	% Drg alta complessità	N. dimessi non toscani Drg alta complessità	N. dimessi non toscani
AOU Pisana	6,80%	1.162	17.086	6,69%	1278	19098
AOU Careggi	12,69%	985	7.763	14,07%	1061	7541
AOU Senese	8,81%	806	9.144	8,62%	780	9052
AOU Meyer	13,53%	321	2.372	15,84%	421	2658
Media AOU*	9,43%	984	11.331	9,79%	1.040	11.897

* dalla media si esclude il valore relativo all'AOU Meyer

11. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEL PERCORSO NASCITA – B13 di M. Vainieri

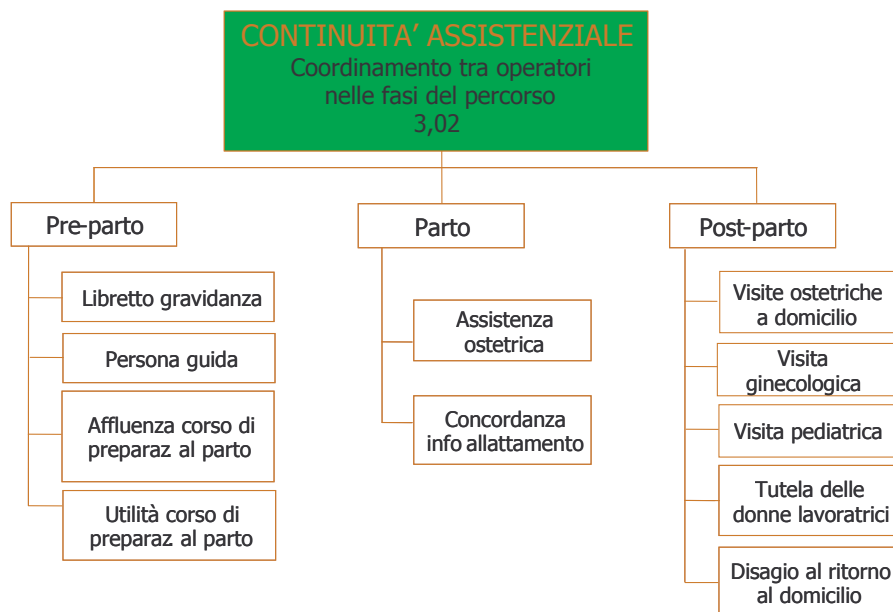
Le delibere DGR n.555/2004 e n.784/2004 individuano gli indirizzi per le aziende sanitarie relativamente alla tutela della donna all'assistenza ostetrica nel "percorso nascita" e le azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della "rete materno infantile" regionale in attuazione del PSR 2002-2004.

Il focus regionale sul percorso nascita è ribadito anche nel PSR 2005-2007 nelle azioni di piano al paragrafo 5.2.1.5.:

"Il Piano sanitario regionale 1999/2001 ha affrontato, con il progetto obiettivo "Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza", le tematiche complessive dell'area "materno infantile", con particolare attenzione all'età adolescenziale, con l'intento di promuovere la salute della persona nel suo naturale percorso di crescita sia sul piano preventivo e sociale, sia mediante un'adeguata e qualificata copertura sanitaria. Gli orientamenti espressi in ordine agli obiettivi e alle strategie generali, nonché al ruolo e alle funzioni della rete dei servizi nelle sue componenti fondamentali, sono risultati validi anche nel precedente Piano sanitario Regionale e sono confermati anche per il prossimo triennio."

In sintesi, gli aspetti ritenuti strategici e indagati con le interviste telefoniche del 2004 (per l'AUSL 3 di Pistoia, AUSL 5 di Pisa, AUSL 8 di Arezzo e AOUP) e del 2005 (per le altre aziende sanitarie territoriali della Regione Toscana) sono relativi all'allattamento al seno, all'umanizzazione del percorso ed alla continuità assistenziale lungo tutto il percorso materno infantile.

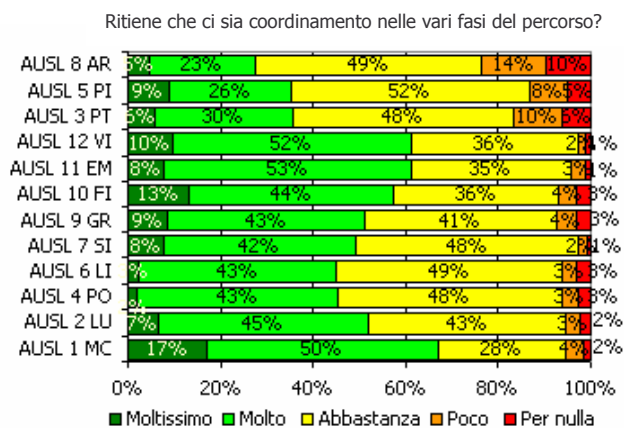
Sulla continuità assistenziale sono stati indagati una serie di temi raggruppati nelle tre macro fasi del percorso nascita: pre-parto, parto e post-parto. Sebbene gli aspetti indagati, riportati nell'albero dell'indicatore B13, siano ritenuti strategici, la valutazione è stata data solamente alla domanda complessiva di come le donne abbiano percepito il coordinamento degli operatori nelle varie fasi del percorso.



La valutazione media regionale data dalle donne al coordinamento nelle fasi del percorso è positiva, infatti l'indicatore si posiziona su una performance buona.

11.1 - Coordinamento tra gli operatori nelle fasi del percorso

Questo indicatore è costituito esclusivamente dalla percezione del grado di coordinamento nelle varie fasi del percorso nascita. La distribuzione delle frequenze fra i cinque livelli di coordinamento evidenzia differenze fra le aziende; tale variabilità è statisticamente significativa.



Definizione:	Valutazione del coordinamento delle varie fasi nel percorso materno infantile
Numeratore:	Distribuzione della modalità di risposta (moltissimo, molto, abbastanza, poco per nulla).
Denominatore:	Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista
Formula matematica:	$\frac{\text{Distribuzione della modalità di risposta (moltissimo, molto, abbastanza, poco per nulla)}}{\text{Numero di utenti che hanno partecipato all'intervista per titolo di studio}}$
Quesiti:	"Ritiene che ci sia stato coordinamento nelle varie fasi del percorso?"
Fonte:	Indagine telefonica "La soddisfazione delle utenti nel percorso materno infantile" Anno 2004-2005

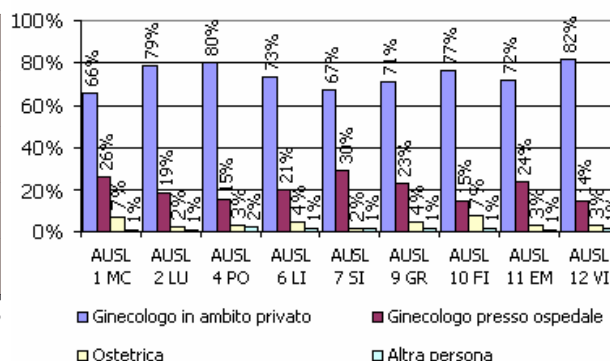
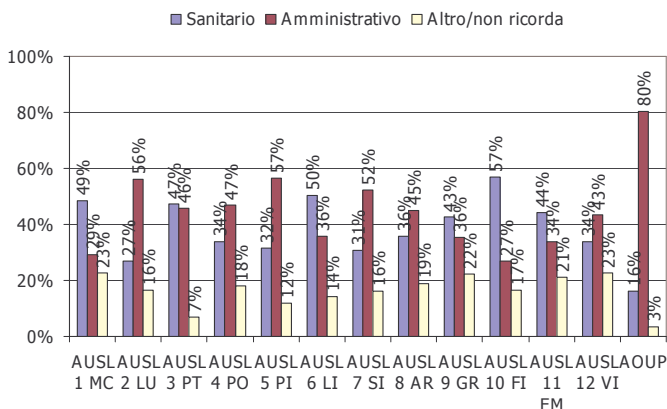
11.2 - Pre-parto

La delibera DGR n.555/2004 individua nell'ostetrica (intesa anche come équipe) la persona guida e di riferimento della donna per tutto il percorso nascita. Essa, quindi, rappresenta la figura centrale che ha il compito di garantire una continuità ed omogeneità dell'assistenza.

Dalle interviste emerge che la persona di riferimento per la donna è il ginecologo; la percentuale delle donne seguite dall'ostetrica (del consultorio o dell'ospedale) si attesta fra l'1,5% e il 7%. Inoltre, nella maggior parte dei casi, la donna preferisce essere seguita dal ginecologo in ambito privato (presso il suo studio privato o per visite a pagamento presso gli ambulatori dell'AUSL).

Da quale operatore ha ricevuto il libretto regionale di guida alla gravidanza?

Da quale figura professionale è stata seguita durante l'ultima gravidanza?



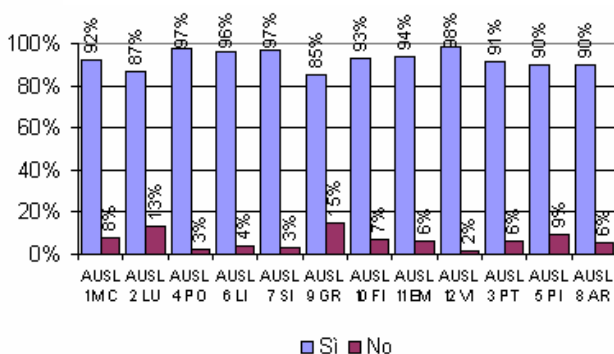
Un'altra informazione che si ottiene intervistando le donne si riferisce al libretto di guida alla gravidanza. Sempre nella delibera 555/2004, si afferma che "all'inizio della gravidanza, nel Consultorio l'ostetrica consegna alla donna il Libretto ricettario regionale contenente le indicazioni sugli esami e sugli accertamenti gratuitamente previsti e consigliati per il monitoraggio della gravidanza. In tale occasione, l'ostetrica promuove l'incontro della donna con i servizi ed è a disposizione per fornirle tutte le informazioni utili sui servizi e sulle varie opportunità di cui può fruire e per orientarla a scelte consapevoli".

Il libretto di guida alla gravidanza diventa un momento di informazione – formazione della donna ed è perciò opportuno che sia consegnato dall'ostetrica o dal personale sanitario, che può informare correttamente la donna, e non dal personale amministrativo. Dalle interviste emerge chiaramente che la situazione in Toscana è eterogenea: ci sono aziende in cui il libretto viene principalmente consegnato dal personale sanitario e altre, invece, in cui il libretto viene consegnato dal personale amministrativo.

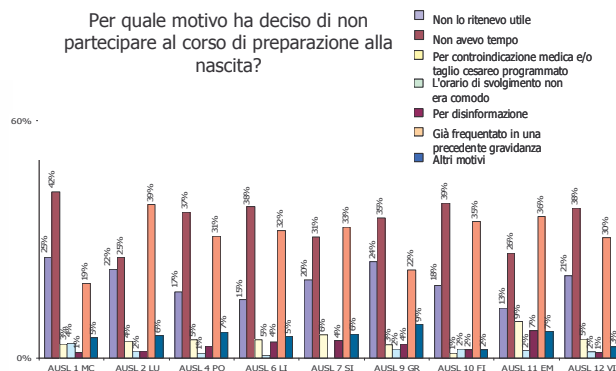
La promozione dei corsi di preparazione alla nascita rientra fra gli obiettivi del "Progetto Obiettivo Materno-Infantile" del D.M. 24-4-2000. Anche la delibera regionale 784/2004 indica il corso di preparazione alla nascita come uno dei passaggi più significativi del percorso. In tale occasione, infatti, la donna può essere informata ed educata su una serie di aspetti: dall'allattamento al seno, ai servizi offerti dall'azienda per il percorso nascita e così via.

Le donne confermano l'utilità di questo servizio: circa il 90% delle donne che ne hanno usufruito ritiene che il corso di preparazione alla nascita l'abbia aiutata a vivere meglio la gravidanza e il parto. Non mancano, però, delle differenze fra le aziende.

Il corso di preparazione al parto l'ha aiutata a vivere meglio la gravidanza e il parto?



Per quale motivo ha deciso di non partecipare al corso di preparazione alla nascita?



Non tutte le donne che partoriscono hanno seguito il corso di preparazione alla nascita, la delibera DGR 784/2004 stima che la partecipazione ai corsi per le primipare sia dell'80%. Dalle interviste emerge che meno della metà delle donne frequenta il corso con delle differenze fra le aziende: si oscilla da un 33% ad un 59% di affluenza. Restringendo il campo alle sole primipare, la percentuale di donne che partecipa ai corsi aumenta: si supera il 60% ma nessuna azienda raggiunge l'80%.

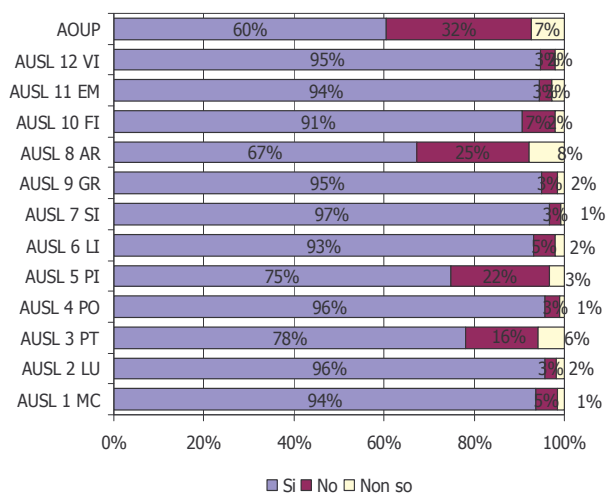
Mediamente più di una donna su quattro afferma di non aver partecipato al corso per mancanza di tempo (è la principale causa), fra le primipare, la percentuale aumenta, una donna su due, infatti, dichiara di non aver avuto tempo. È probabile che ancora in molti casi l'orario in cui viene proposto il corso di preparazione alla nascita non sia adeguato alle esigenze delle partorienti, sicuramente delle donne lavoratrici (si veda anche l'indicatore B9 – Equità ed accesso).

11.3 - Parto

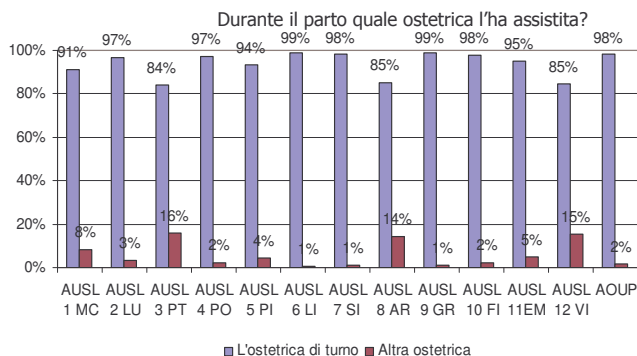
Per quanto riguarda il parto, gli aspetti di continuità assistenziale indagati riguardano l'assistenza ostetrica e la concordanza delle informazioni relative all'allattamento al seno fornite dagli operatori durante il ricovero.

Le aziende in cui le informazioni sono maggiormente discordanti sono quelle in cui l'indagine si è svolta nel 2004. Nel corso dei primi mesi del 2005 sono stati promossi una serie di incontri formativi sul tema dell'allattamento al seno, per cui sembra che questa azione abbia sortito i propri effetti: le informazioni discordanti circa l'allattamento al seno non arrivano nel 2005 al 10%.

L'altro tema indagato era collegato alla possibilità della donna di scegliere l'ostetrica durante il parto. Ciò che si evidenzia è che, ad eccezione di poche aziende, le donne partoriscono nel 94% dei casi con l'ostetrica di turno.



Le ostetriche e le infermiere con cui ha avuto contatto durante il ricovero le hanno fornito informazioni simili (concordavano) riguardo l'allattamento?



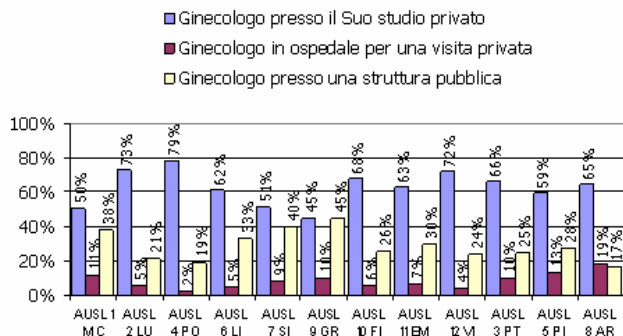
11.4 - Post-parto

Per quanto riguarda il post-parto e quindi la continuità dell'assistenza dopo la dimissione, la Regione Toscana segnala che le aziende si organizzino per effettuare una visita ostetrica a domicilio, che la donna effettui una visita ginecologica e che il bambino sia visitato dal pediatra.

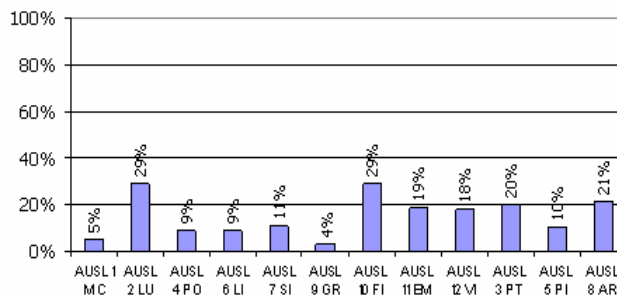
La visita pediatrica, nella maggior parte dei casi, viene effettuata dal pediatra di libera scelta entro 10 giorni dalla dimissione; sussiste comunque una certa variabilità fra le aziende: si passa da un 87% ad un 57% di donne che dichiarano che il bimbo è stato visitato entro il decimo giorno.

Più del 70% delle donne effettua una visita ginecologica dopo la dimissione. Nella fase del post-parto si riduce il numero di donne che si rivolge al ginecologo in regime privatistico.

A chi si è rivolta per la prima visita ginecologica dopo il parto?



Dopo il parto ha usufruito di visite ostetriche a domicilio?

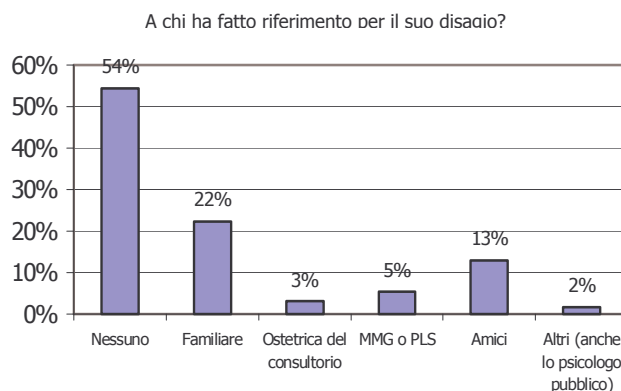
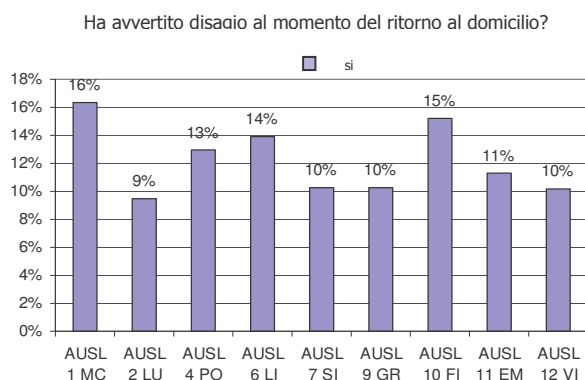


Delle tre visite, la visita ostetrica a domicilio è il servizio meno utilizzato da parte delle donne e registra molta disomogeneità fra le aziende: si passa, infatti, da un 4% ad un 29% di donne che hanno ricevuto la visita. La principale motivazione per il mancato utilizzo del servizio è che questo non interessa; resta comunque alta la disinformazione: da un 9% ad un 49% di donne (in base all'azienda) non era a conoscenza del servizio.

Un ultimo aspetto che riguarda la continuità dell'assistenza dopo la dimissione è collegato al fenomeno della depressione post-partum.

Circa un 12% di donne dichiara di avvertire disagio al ritorno al domicilio a causa della stanchezza fisica, del calo d'umore, del senso di isolamento o proprio a causa di una depressione post-partum.

Delle donne che dicono di avvertire disagio ben il 54% ha preferito non parlarne con nessuno, il 22% ha cercato di risolvere la situazione in famiglia, un 13% si è rivolto ad amici e quasi un 10% (sommando ostetrica del consultorio, MMG e PLS e altra figura, che include lo psicologo del consultorio e dell'ospedale) si è rivolto al SSR.



12. CAPACITÀ ATTIVITÀ DELLA RICERCA - B15 di S. Barsanti

L'attuale Piano Sanitario Regionale prevede una crescita diffusa del settore 'ricerca e innovazione' in tutto il servizio sanitario e nei settori ad esso correlati, a partire dalle strutture naturalmente vocate (ad esempio le Aziende Ospedaliero-Universitarie). All'interno del sistema di valutazione è stato sviluppato nel 2006 un indicatore (B15), limitatamente alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, al fine di poter monitorare l'attività di ricerca, sia in termini quantitativi che qualitativi, sviluppata nel corso dell'anno di riferimento da tali aziende. In particolare, tale indicatore considera tre aspetti fondamentali della ricerca in campo sanitario ed universitario:

1. le sperimentazioni cliniche,
2. le pubblicazioni in riviste scientifiche internazionali,
3. i brevetti (in corso di elaborazione).

Ai fini della valutazione, sono state considerate, in questa fase iniziale, soltanto le sperimentazioni cliniche per ciascuna azienda di riferimento. La valutazione regionale si attese su valori medi (2,54), in quanto è calcolata sulla media regionale ed è al suo primo anno di elaborazione.



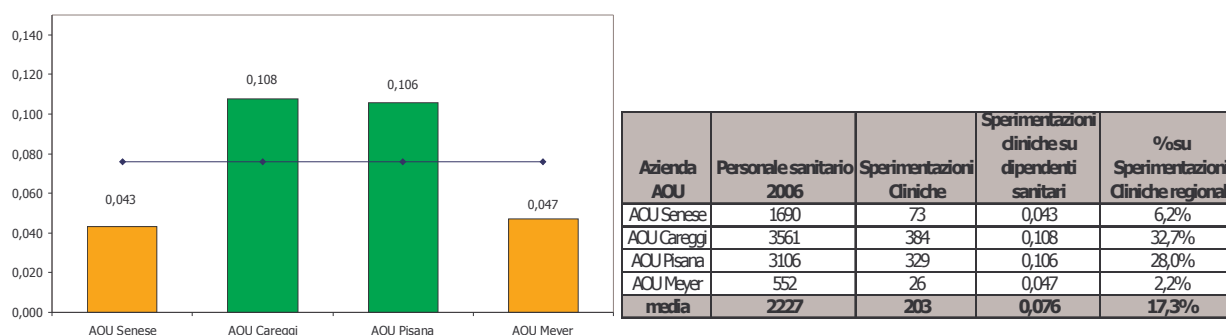
12.1 - Le sperimentazioni cliniche (SC)

Una sperimentazione clinica può essere definita come lo studio sistematico sull'uomo, sia paziente che volontario sano, finalizzato a :

- scoprire gli effetti clinici, farmacologici e/o altri effetti farmacodinamici di uno o più medicinali sperimentali,
- identificare ogni reazione avversa al medicinale in esame,
- studiare l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dello stesso medicinale.

Tale studio ha come obiettivo finale quello di accertare l'efficacia e la sicurezza del medicinale in esame. La fonte dei dati dell'indicatore del sistema di valutazione riferito alle sperimentazioni cliniche è costituita dal 5° Rapporto Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche in Italia, elaborato dall'Agenzia Nazionale del Farmaco.

In particolare, sono state considerate tutte le SC dal 1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2005, escluse quelle di fase I.



Al fine di poter confrontare le performance tra le AOU è stato calcolato il rapporto tra sperimentazioni cliniche effettuate e personale sanitario dell'azienda stessa. La media regionale, considerando esclusivamente la AOU, è di circa 0,076 SC per dipendente sanitario. Sia L'AOU di Careggi, che l'AOU Pisana hanno valori superiori alla media: ogni SC in tali aziende è seguita in media da circa 10 dipendenti sanitari. Occorre comunque sottolineare che la valutazione di tale indicatore è ancora in fase sperimentale.

12.2 - Le pubblicazioni

Ai fini di poter valutare e monitorare l'attività di pubblicazione delle AOU, è stata impostata un'analisi sia in termini quantitativi, sia in termini qualitativi, di articoli pubblicati in riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2005) per l'anno 2005 e 2006.

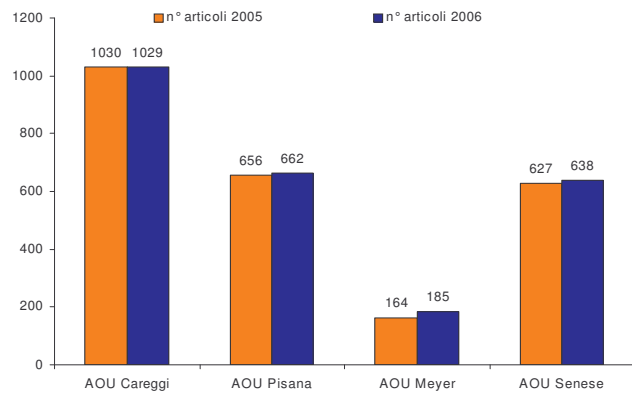
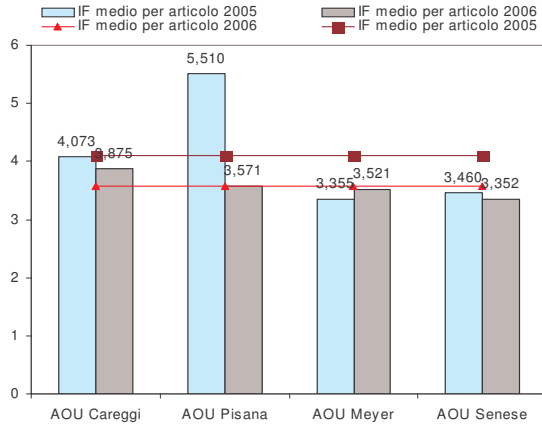
Come indicatore relativo alla "qualità della pubblicazione" è stato utilizzato il fattore di impatto (Impact Factor, IF): l'IF di una rivista misura la frequenza con cui la rivista è stata citata mediamente in un anno. L'impact factor viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni di articoli pubblicati nei precedenti due anni per il numero totale di articoli pubblicati nei precedenti due anni.

Partendo dal sito web del JCR, si è utilizzato come criterio della ricerca per le pubblicazioni il cognome del dipendente dell'azienda ospedaliero-universitaria: per ciascuna azienda, infatti, sono stati considerati tutti i medici, sia universitari che ospedalieri.

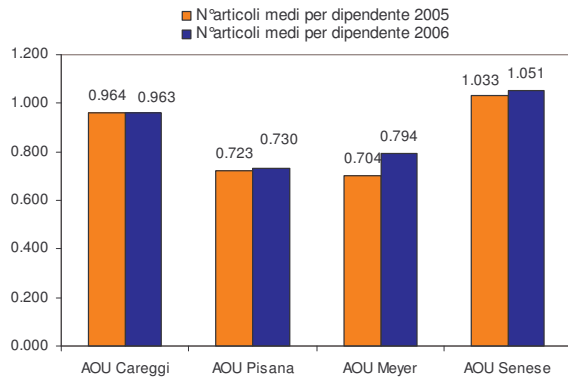
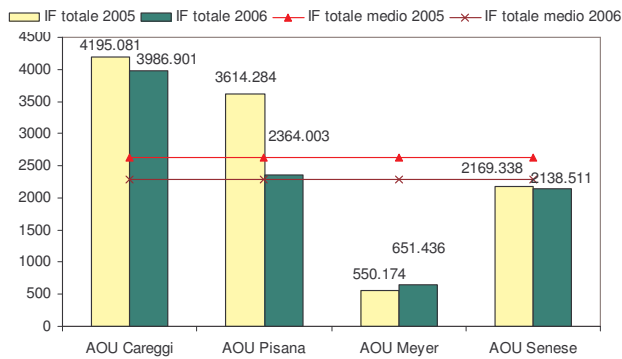
Uno stesso articolo compare, quindi, tante volte quante sono gli autori che il motore di ricerca considera come tali. Una volta avuta la lista degli articoli, essa è stata collegata alla lista delle riviste e ai relativi IF riportati dal JCR. Le pubblicazioni risultate sono state divise sia per dipartimento aziendale, sia per categoria tematica secondo la classificazione delle riviste riportata dal JCR.

All'interno di uno stesso dipartimento e di una stessa categoria lo stesso articolo è stato considerato una sola volta, mentre se un articolo compare in più dipartimenti, esso verrà considerato una volta per ciascun dipartimento di appartenenza.

Una prima analisi è stata effettuata utilizzando il fattore di impatto (Impact Factor-IF). Ad ogni articolo è stato attribuito l'IF della rivista su cui esso è stato pubblicato. Ai fini di una corretta valutazione dell'attività di pubblicazione, la lettura dell'IF medio va accompagnata dal numero di pubblicazioni.



L'IF medio regionale per articolo per l'anno 2005 è stato di circa 4,09, mentre per l'anno 2006 di 3,5. Non si notano importanti differenze tra le aziende in termini di IF, tranne nell'anno 2005 per l'AOU Pisana che ha registrato un IF medio per articolo di 5,5. Il numero medio di pubblicazioni per dipendente sanitario a livello regionale è di circa 0,8 pubblicazioni, sia per l'anno 2005 che per l'anno 2006.



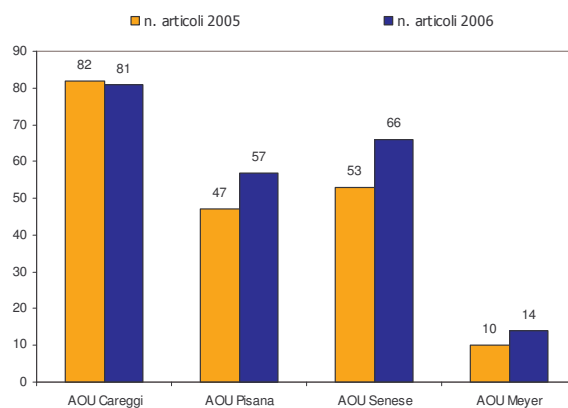
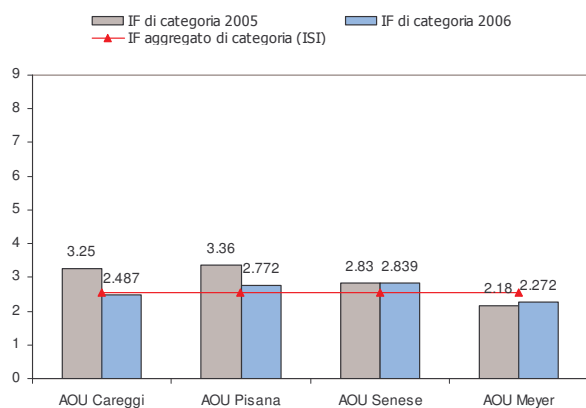
Osservando, invece, l'IF totale aziendale si notano variazioni tra le aziende.

Azienda AOU	IF totale 2005	IF totale 2006	n° articoli 2005	n° articoli 2006	N° Dipendenti	IF medio per dipendente 2005	IF medio per dipendente 2006	IF medio per articolo 2005	IF medio per articolo 2006	N° articoli medi per dipendente 2005	N° articoli medi per dipendente 2006
AOU Careggi	4195,081	3986,901	1030	1029	1193	3,516	3,342	4,073	3,875	0,863	0,863
AOU Pisana	3614,284	2364,003	656	662	907	3,985	2,606	5,510	3,571	0,723	0,730
AOU Meyer	550,174	651,436	164	185	233	2,361	3,521	3,355	3,521	0,704	0,794
AOU Senese	2169,338	2138,511	627	638	607	3,574	3,500	3,460	3,352	1,033	1,051
Media	2632,219	2285,213	619	629	735	3,359	3,242	4,099	3,580	0,831	0,859

Per ciascuna delle categoria tematiche riportate dal JCR (ad esempio chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna...), è stato calcolato l'IF medio aziendale e confrontato con l'IF aggregato di categoria, elaborato direttamente dal JCR. Quest'ultimo IF risulta essere un buon indicatore in termini di qualità, essendo più alto in valore dell'IF medio di categoria.

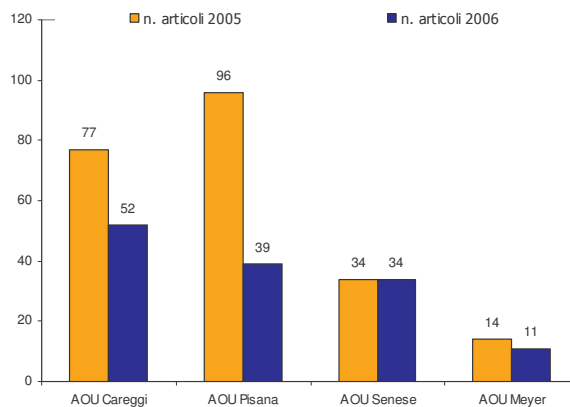
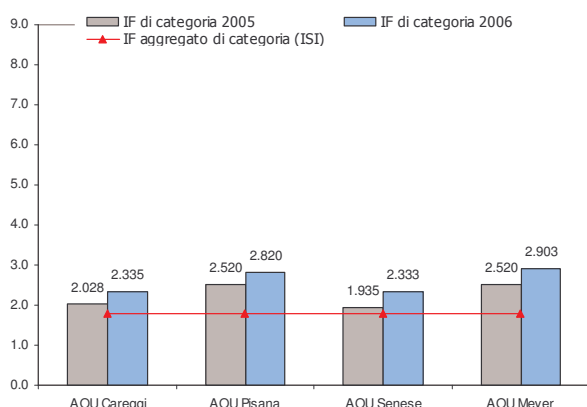
Per le pubblicazioni della categoria "neurologia clinica", ad esempio, si evidenziano buone performance di tutte le aziende, in entrambi gli anni di riferimento: l'IF medio regionale, infatti, per il 2005 è stato del 2,90, mentre per il 2006 di 2,59 contro un IF aggregato di categoria di 2,54; anche il numero delle pubblicazioni negli anni è mediamente aumentato.

Neurologia clinica



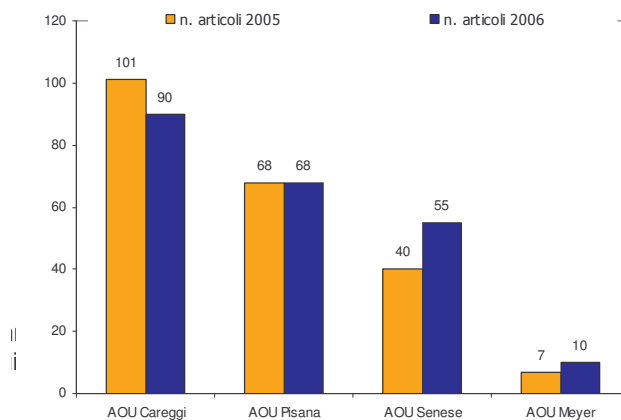
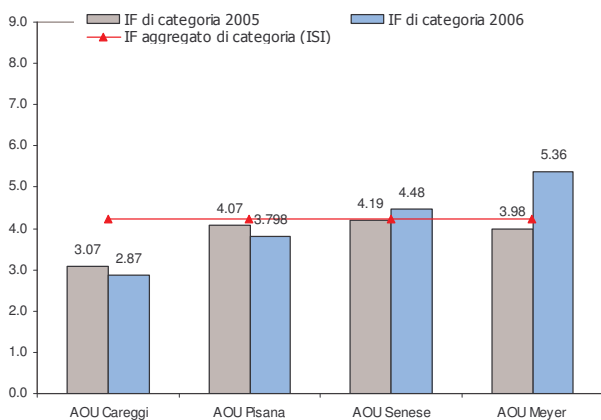
Per la categoria di riviste associate a "chirurgia", invece, tutte le aziende hanno riportato IF medi superiori all'IF aggregato di categoria: l'IF aggregato di categoria di 1,78 è stato superato sia nell'anno 2005 (IF 2,25), sia nell'anno 2006 (2,60); il numero di pubblicazioni, però, risulta notevolmente diminuito.

Chirurgia

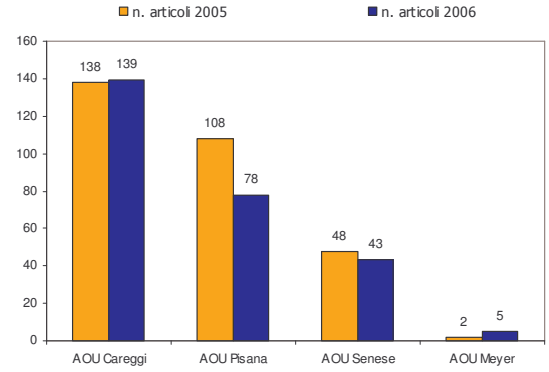
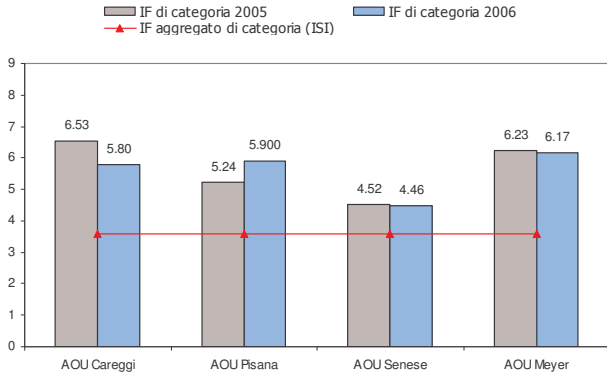


Per la categoria "oncologia", invece, non tutte le aziende riescono a raggiungere l'IF aggregato di categoria: l'IF medio regionale per il 2005 è stato di 3,83, per il 2006 di 4,13 contro un IF aggregato di 4,26; il numero delle pubblicazioni medio regionale rimane stabile.

Oncologia



Cardiologia



neurologia clinica					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.541	3.249	2.487	82	81
AOU Pisana		3.364	2.772	47	57
AOU Senese		2.825	2.839	53	66
AOU Meyer		2.175	2.272	10	14
media		2.90	2.59	48.00	54.50

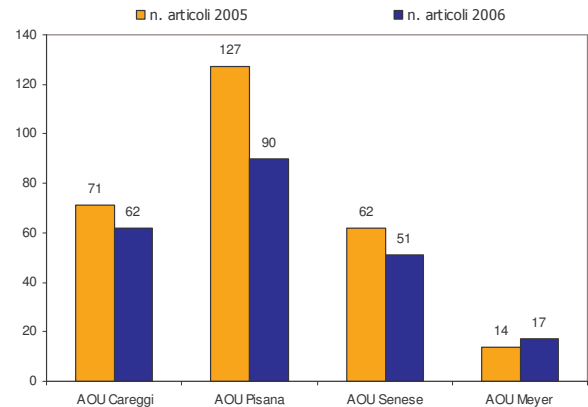
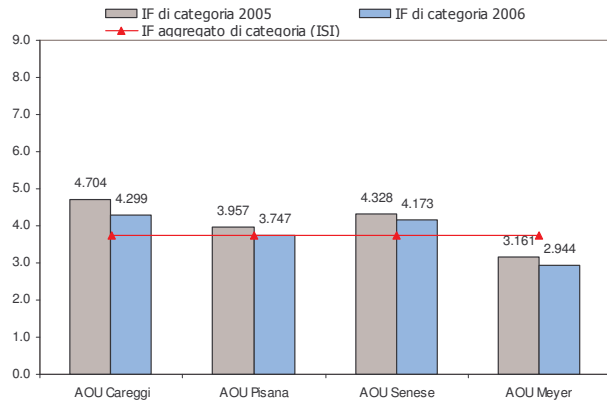
chirurgia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	1.783	2.028	2.335	77	52
AOU Pisana		2.520	2.820	96	39
AOU Senese		1.935	2.333	34	34
AOU Meyer		2.520	2.903	14	11
media		2.25	2.60	55.25	34.00

oncologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	4.226	3.07	2.87	101	90
AOU Pisana		4.07	3.798	68	68
AOU Senese		4.19	4.48	40	55
AOU Meyer		3.98	5.36	7	10
media		3.83	4.13	54.00	55.75

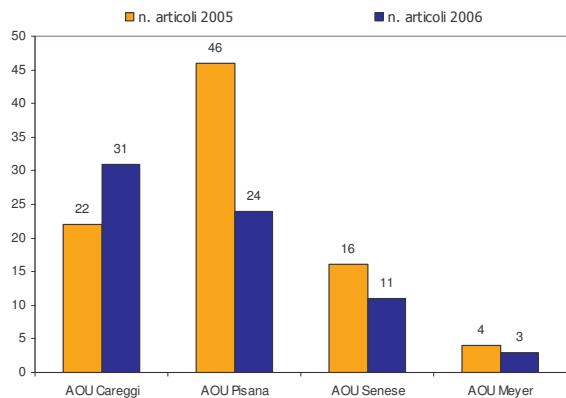
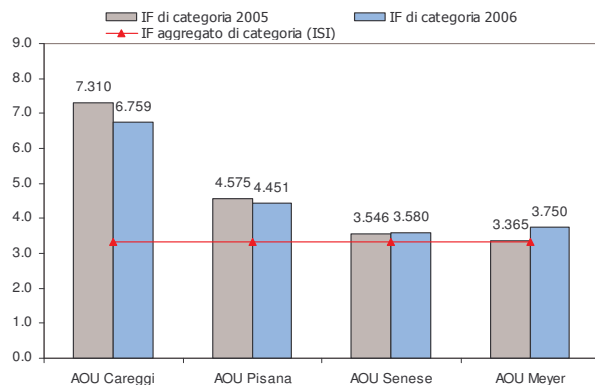
cardiologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.603	6.53	5.80	138	139
AOU Pisana		5.24	5.90	108	78
AOU Senese		4.52	4.46	48	43
AOU Meyer		6.23	6.17	2	5
media		5.63	5.58	74.00	66.25

Seguono i grafici e le tabelle relative alle altre categorie considerate.

Endocrinologia e metabolismo



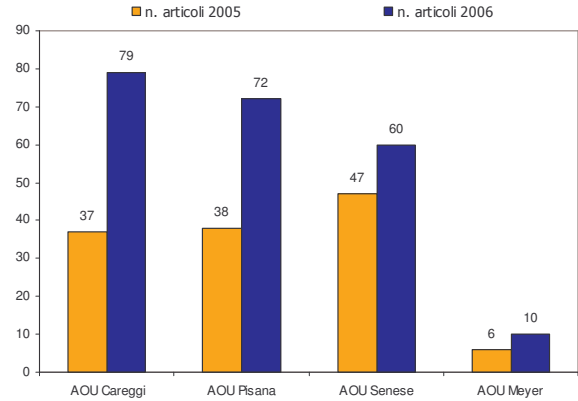
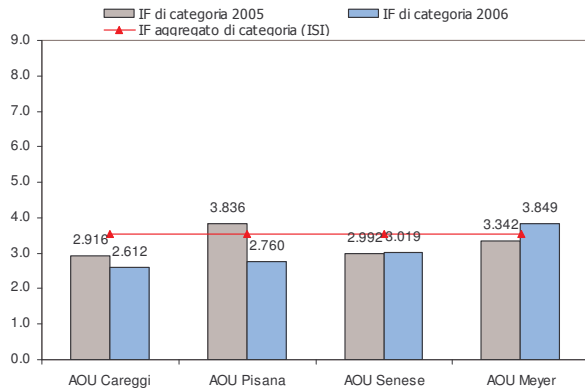
Gastroenterologia e epatologia



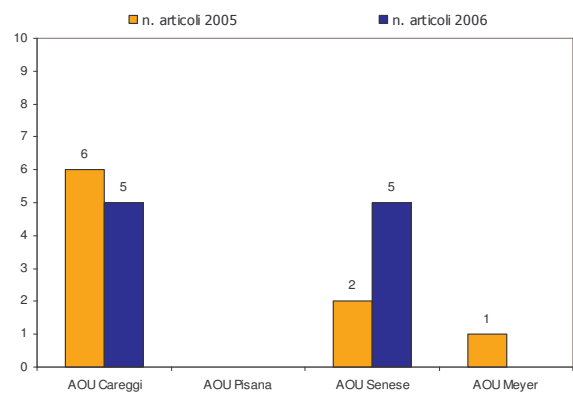
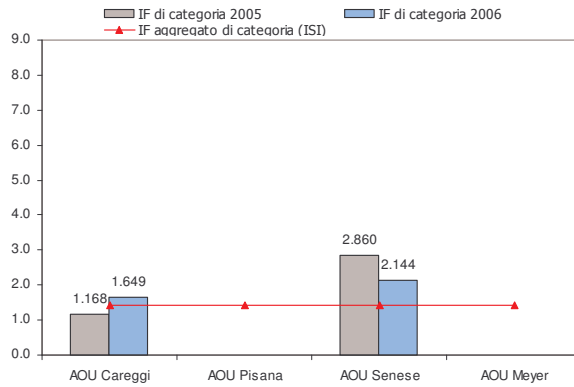
endocrinologia e metabolismo					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.746	4.704	4.299	71	62
AOU Pisana		3.957	3.747	127	90
AOU Senese		4.328	4.173	62	51
AOU Meyer		3.161	2.944	14	17
media		4.04	3.79	68.50	55.00

gastroenterologia ed epatologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.332	7.310	6.759	22	31
AOU Pisana		4.575	4.451	46	24
AOU Senese		3.546	3.580	16	11
AOU Meyer		3.365	3.750	4	3
media		4.70	4.63	22.00	17.25

Neuroscienze



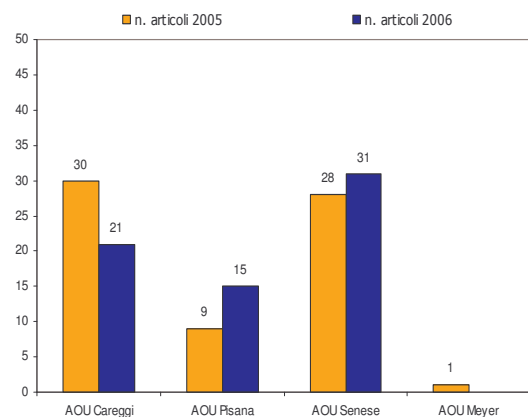
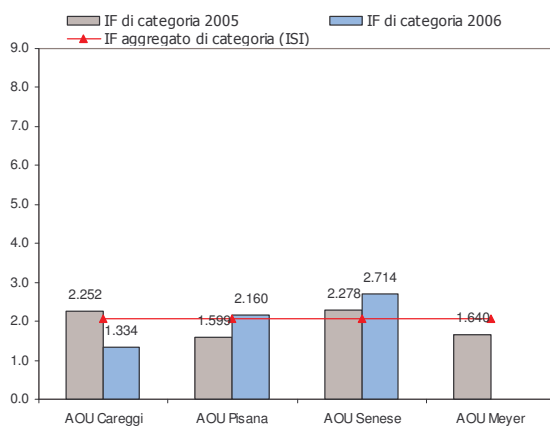
Ortopedia



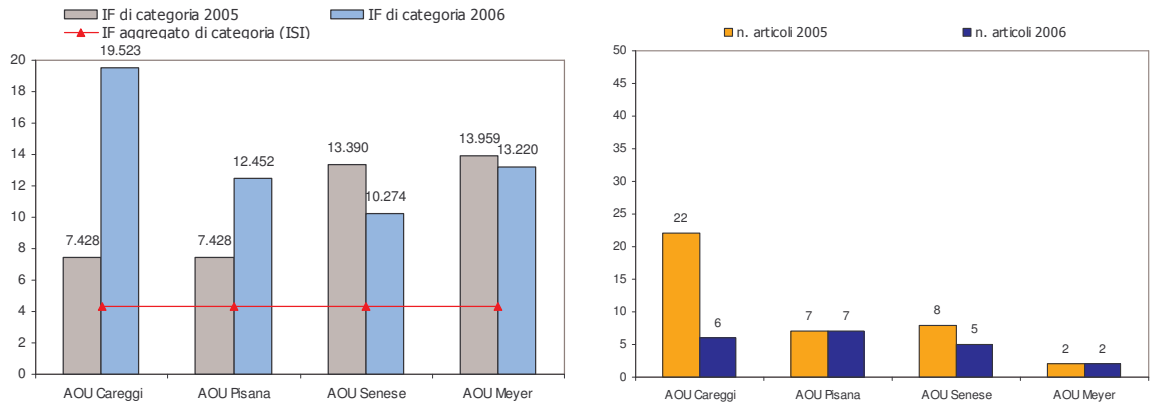
neuroscienze					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.552	2.916	2.612	37	79
AOU Pisana		3.836	2.760	38	72
AOU Senese		2.992	3.019	47	60
AOU Meyer		3.342	3.849	6	10
media		3.27	3.06	32.00	55.25

ortopedia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	1.415	1.168	1.649	6	5
AOU Pisana					
AOU Senese		2.860	2.144	2	5
AOU Meyer		2.187		1	
media		2.86	2.14	1.50	5.00

Ostetricia e ginecologia



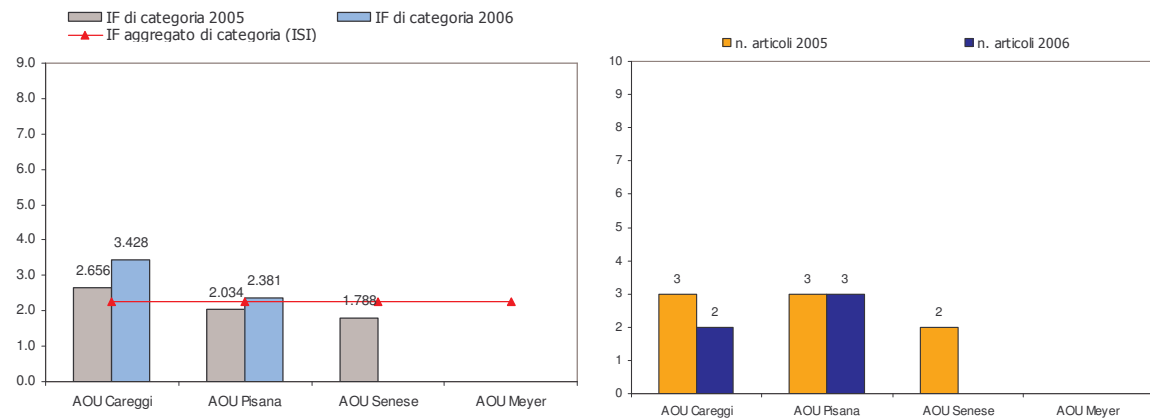
Medicina generale ed interna



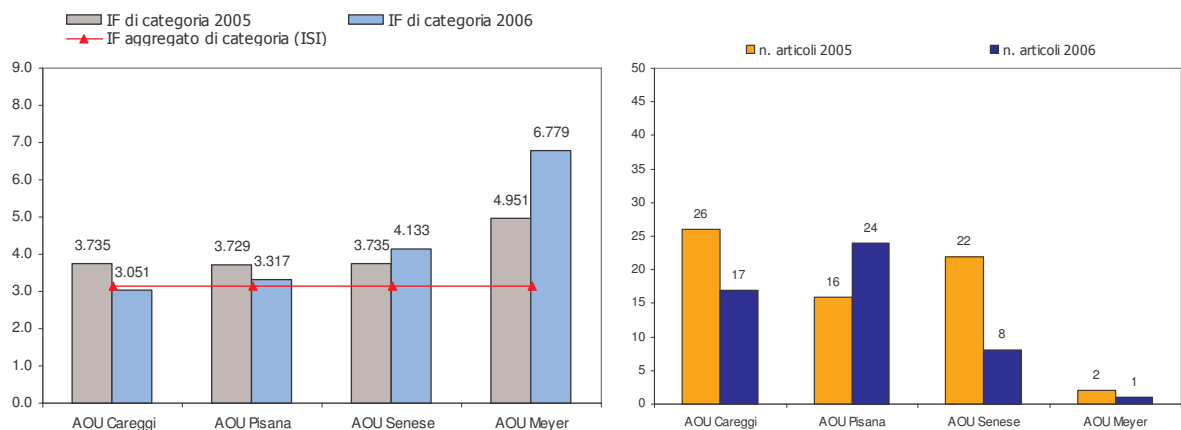
ostetricia e ginecologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.068	2.252	1.334	30	21
AOU Pisana		1.599	2.160	9	15
AOU Senese		2.278	2.714	28	31
AOU Meyer		1.640		1	
media		1.94	2.07	17.00	22.33

medicina generale ed interna					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	4.35	7.428	19.523	22	6
AOU Pisana		7.428	12.452	7	7
AOU Senese		13.390	10.274	8	5
AOU Meyer		13.959	13.220	2	2
media		10.55	13.87	9.75	5.00

Psicologia



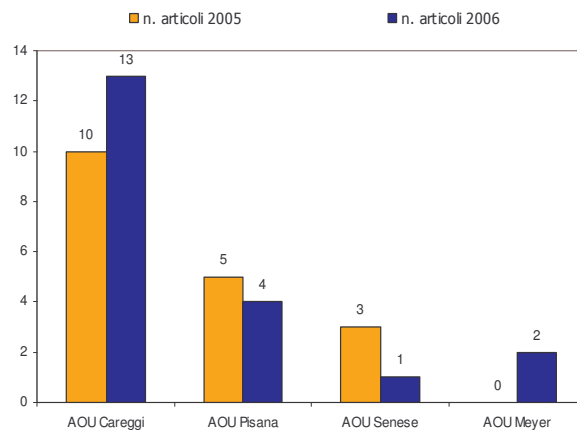
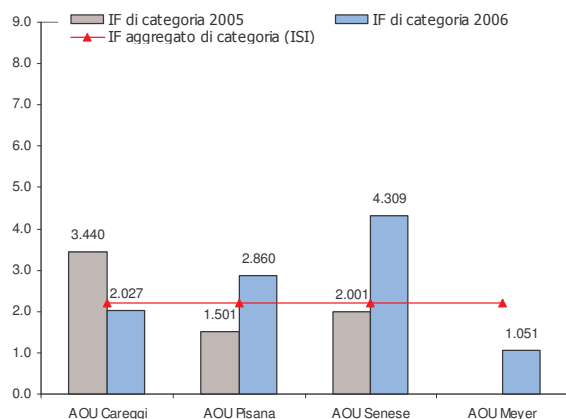
Psichiatria



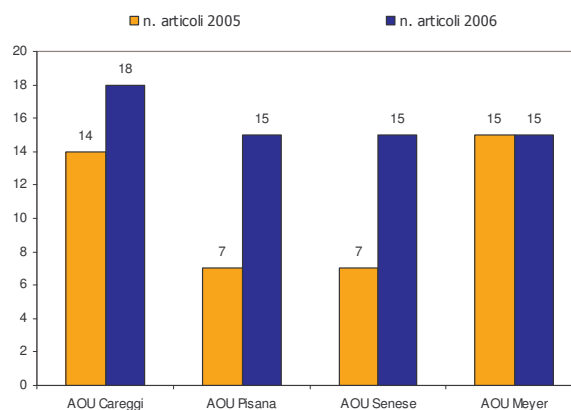
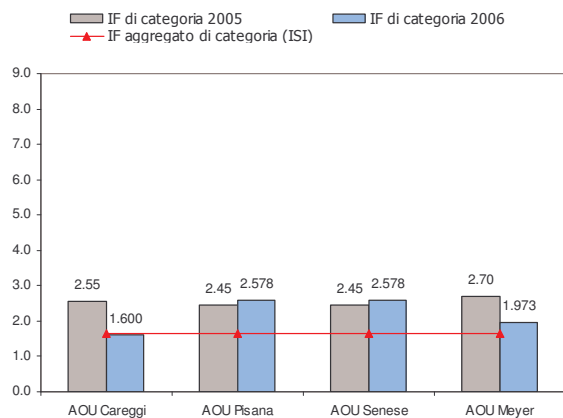
psicologia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.266	2.656	3.428	3	2
AOU Pisana		2.034	2.381	3	3
AOU Senese		1.788		2	
AOU Meyer					
media		2.16	2.90	2.67	2.50

psichiatria					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	3.154	3.735	3.051	26	17
AOU Pisana		3.729	3.317	16	24
AOU Senese		3.735	4.133	22	8
AOU Meyer		4.951	6.779	2	1
media		4.04	4.32	16.50	12.50

Anestesia



Pediatria



anestesia					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	2.191	3.440	2.027	10	13
AOU Pisana		1.501	2.860	5	4
AOU Senese		2.001	4.309	3	1
AOU Meyer			1.051	0	2
media		2.31	2.56	4.50	5.00

pediatria					
Azienda OU	IF aggregato di categoria (ISI)	IF di categoria 2005	IF di categoria 2006	n. articoli 2005	n. articoli 2006
AOU Careggi	1.643	2.549	1.600	14	18
AOU Pisana		2.455	2.578	7	15
AOU Senese		2.455	2.578	7	15
AOU Meyer		2.702	1.973	15	15
media		2.54	2.18	10.75	15.75

PARTE IV

LA VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

A cura di Anna Bonini

L'area di valutazione socio-sanitaria considera i servizi erogati dalle aziende sanitarie toscane in termini di qualità clinica, efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa. Fornire attività sanitarie di alta qualità, adeguate in termini di volumi e di tipologie di prestazioni, nel rispetto di un appropriato consumo di risorse, rappresenta un obiettivo fondamentale per le aziende sanitarie.

In questa dimensione in particolar modo, la notevole variabilità riscontrata su diversi indicatori tra le aziende toscane permette di evidenziare le differenze organizzative e professionali, utili per evidenziare le best practices.

L'indicatore "Governo della domanda - C1" intende valutare la capacità delle aziende di controllare l'accesso dei cittadini al sistema sanitario regionale e a determinare i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali. Non solamente attraverso i volumi di attività, ma anche tramite una valutazione di "Appropriatezza" (indicatore C4), che permette di valutare l'erogazione di attività e prestazioni in termini di efficacia clinica ed adeguatezza rispetto ai bisogni di salute del paziente, e di "Qualità clinica" (indicatore C5), che considera il raggiungimento dei risultati in relazione agli obiettivi prefissati, per quanto riguarda le tecniche strumentali e i protocolli clinici.

Dal punto di vista dell'efficienza, ovvero la capacità dell'azienda di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati, tale tematica è esplicitata in due indicatori, "Efficienza delle attività di ricovero - C2" ed "Efficienza pre-operatoria - C3", che mirano a valutare, rispettivamente, la degenza media su alcune patologie scelte e le giornate di degenza media precedenti ad un intervento chirurgico.

Le attività ed i servizi forniti dall'assistenza territoriale sono valutati tramite l'indicatore "Efficacia sanitaria delle attività territoriali - C8", che raggruppa una serie di sottoindicatori mirati a evidenziare la capacità del territorio di integrarsi efficacemente con l'assistenza ospedaliera.

Due degli indicatori sono legati a percorsi assistenziali strategici per la toscana, quali il percorso materno-infantile (indicatore C7) e il percorso oncologico (indicatore C10). In particolare sul secondo, nel 2007 il Laboratorio MeS, insieme all'Istituto Toscano Tumori, intende proseguire l'attività di ricerca per ampliare gli elementi da considerare.

Infine, è compreso in questa dimensione l'indicatore "Appropriatezza prescrittiva farmaceutica - C9" che completa la valutazione della capacità aziendale di fornire servizi sanitari adeguati in termini di prestazioni e di interventi terapeutici.

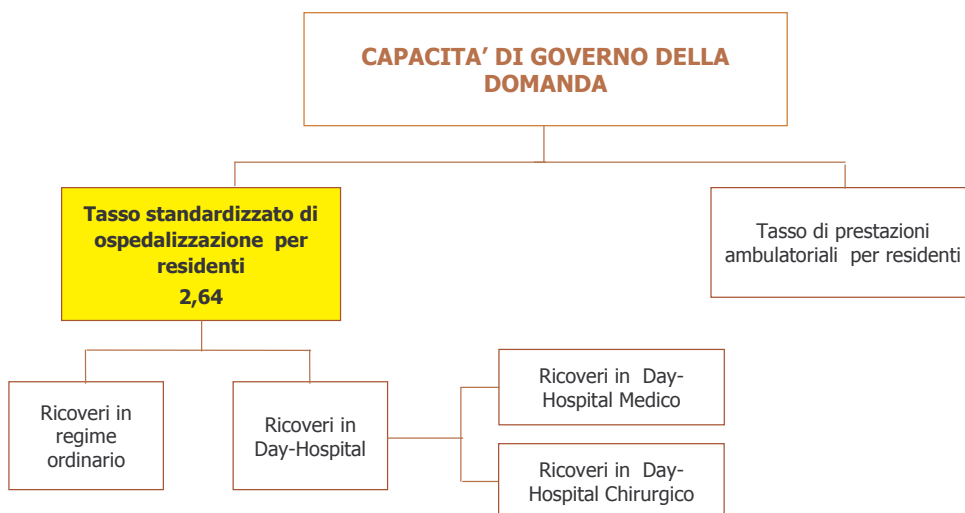
I dati provengono dai flussi regionali delle Schede di Dimissione Ospedaliera e, per il percorso materno-infantile, dai Certificati di Assistenza al Parto. Fanno eccezione gli indicatori del percorso oncologico, la cui elaborazione è fornita dal Registro Tumori della Regione Toscana - Istituto Toscano Tumori, e dei dati farmaceutici, forniti dal Settore Farmaceutica, della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

Di seguito sono presentati nello specifico gli indicatori e sottoindicatori della dimensione relativa alla valutazione socio-sanitaria.

1. CAPACITÀ DI GOVERNO DELLA DOMANDA – C1 di C. Calabrese

Nell’attuale scenario la fisionomia di ospedale sta profondamente mutando: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, capace di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità.

Tale specifica caratterizzazione del ruolo dell’ospedale nel complesso della rete assistenziale sanitaria, fa sì che se le prestazioni vengono eseguite a un livello di assistenza più intensivo di quello necessario, tale intervento viene definito inappropriato. Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno di fatto inciso sulla diminuzione delle attività di ricovero ordinario attribuita sia a Drg Medici che Chirurgici, in buona parte riconvertiti in modalità di degenza diurna, in day hospital e/o day surgery, e compensati da un parallelo incremento delle prestazioni ambulatoriali.



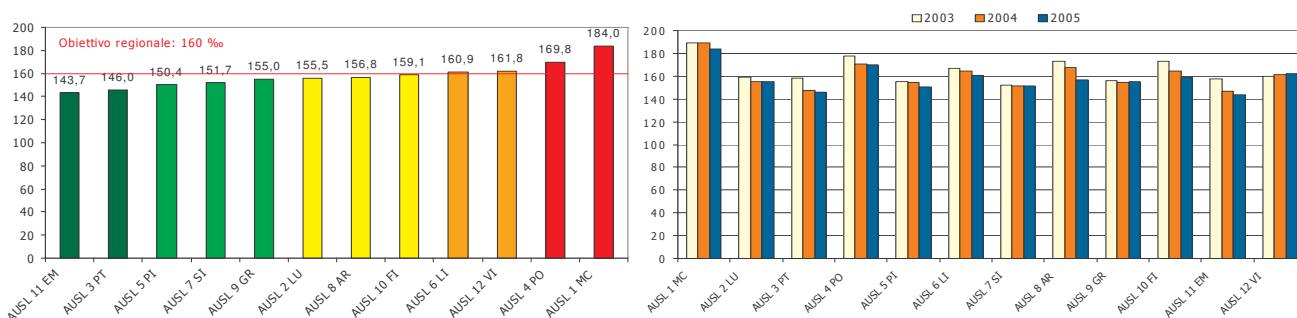
La Regione Toscana, coerentemente con questa evoluzione culturale ed organizzativa, mira a sviluppare e migliorare l’accesso e i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali, elementi che vengono valutati tramite indicatori che consentono il governo della domanda espressa dai cittadini:

I dati fanno riferimento all’anno 2005 poiché quelli del 2006 sono ancora parziali, comprendendo infatti solo la quota di ricoveri intra-regionali, ovvero erogati in Toscana a cittadini toscani. Mancano invece i dati relativi alla mobilità extra-regionale, che, provenendo dalle altre regioni, non sono ancora pervenuti alla data odierna.

Il benchmarking, e dunque la valutazione, sono effettuati sul tasso standardizzato di ospedalizzazione, che consente di confrontare il dato delle diverse aziende territoriali, in quanto depura il dato grezzo dall’effetto della diversa composizione per età delle aziende.

Il grafico sottostante indica l’andamento complessivo del tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per l’anno 2005 (extra regione incluso). Quasi tutte le aziende si mantengono al di sotto o in corrispondenza dello standard di riferimento regionale, fissato nel PSR pari al 160‰, rispondendo alle indicazioni programmatiche regionali orientate appunto al contenimento dei ricoveri ordinari. Solo le aziende di Prato e di Massa si discostano in maniera significativa rispetto a tale parametro registrando una performance decisamente molto scarsa.

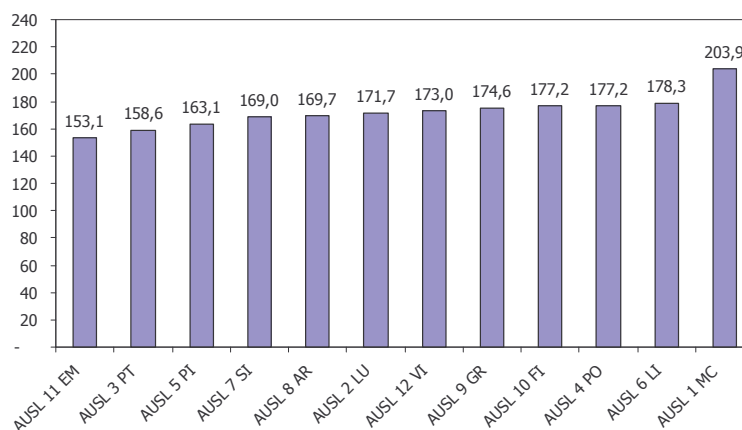
Analizzando il trend del tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti, risulta un miglioramento progressivo nel corso degli anni, espresso in una evidente e generalizzata diminuzione in tutte le Aziende, in alcuni casi più modesta, in altri più marcata. Ciò comporta che a livello regionale il tasso standardizzato sia sceso in misura considerevole passando da un valore medio pari a 164,77 ricoveri ogni 1.000 abitanti nell’anno 2003 a un valore medio pari a 157,90 ricoveri nel 2005.



Azienda di Residenza	2003				2004				2005			
	TO std	TO grezzo	Dinesti	Popolazione	TO std	TO grezzo	Dinesti	Popolazione	TO std	TO grezzo	Dinesti	Popolazione
AUL 1 MC	189,4	207,4	40.987	197.52	189,34	218,61	41.449	198,64	183,56	203,90	40.911	206,44
AUL 2 LU	159,06	174,97	37.091	211.985	155,05	170,90	36.394	212,99	155,50	171,67	36.807	214,10
AUL 3 PT	159,04	171,6	46.596	271.443	147,74	159,69	43.781	274,167	146,04	159,59	43.993	277,028
AUL 4 FO	177,95	184,83	42.735	231.217	170,96	177,94	41.530	233,32	169,80	177,21	42.321	238,826
AUL 5 PI	155,22	168,55	53.464	317.200	154,57	167,86	53.880	320,816	150,42	163,10	52.635	322,726
AUL 6 LI	166,67	184,5	62.076	336.371	164,62	182,38	61.699	338,00	160,91	178,30	60.642	340,104
AUL 7 SI	152,2	169,78	43.169	294.270	151,40	169,65	43.703	298,821	151,72	169,95	44.079	260,892
AUL 8 AR	173,01	187,61	61.192	326.172	167,89	182,00	60.094	330,123	156,80	169,73	56.585	333,355
AUL 9 GR	155,87	173,5	36.794	212.001	154,66	173,46	37.449	215,894	154,99	174,62	38.036	218,159
AUL 10 FI	172,98	192,57	149.393	757.706	164,23	182,55	146.148	756.100	159,10	177,16	141.782	800,292
AUL 11 BM	157,22	168,21	37.085	220.474	146,60	155,17	34.993	224,065	143,73	153,10	34.770	227,106
AUL 12 VI	159,66	170,11	27.538	161.835	161,16	171,85	28.197	164,077	161,82	173,02	28.497	164,707
Media intraregionale	164,77	179,48	53,176	293,025	160,69	175,19	52,361	297,173	157,90	172,46	51,755	299,886

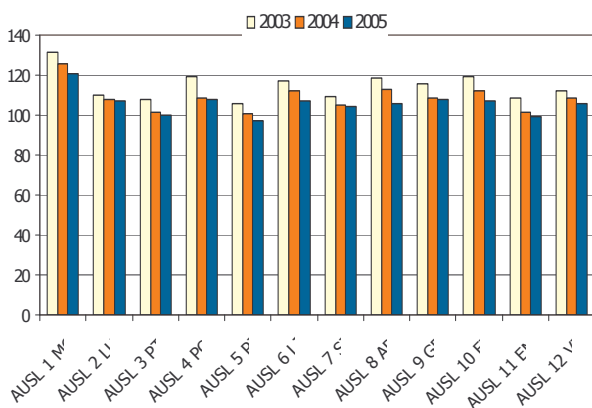
Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età
Numeratore:	N. Ricoveri relativi ai residenti
Denominatore:	N. Residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Ricoveri relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Standard regionale: 160 ‰
Standardizzazione:	Età (La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998, fonte ISTAT).
Significato:	È un indicatore di governo della domanda; indica qual'è il fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Ausl in termini di ricoveri ospedalieri

Si riporta qui di seguito il grafico del tasso di ospedalizzazione grezzo, riferito all'anno 2005, comprensivo dei ricoveri extra regione.

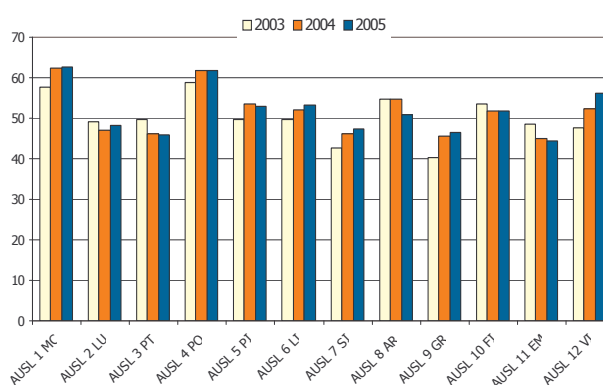


Per un'analisi più approfondita, si esamina il tasso di ospedalizzazione standardizzato separatamente per ricoveri ordinari e Day-Hospital. Il trend del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri in regime ordinario è in diminuzione costante per tutte le aziende; questo si traduce a livello regionale in un forte calo, da 114,57 ricoveri per 1.000 residenti nel 2003 a 105,83 ricoveri nel 2005. L'attività erogata in regime di ricovero diurno, nel corso del triennio 2003-2005, presenta invece una certa variabilità tra le aziende, con valori in calo per alcune e in aumento per altre. Nel complesso, comunque, la tendenza media regionale registra una lieve crescita per quanto riguarda l'attività di Day Hospital, con un valore che passa da 50,20 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2003 a 51,81 ricoveri nel 2005.

Tasso di Ospedalizzazione in regime Ordinario, standardizzato per età



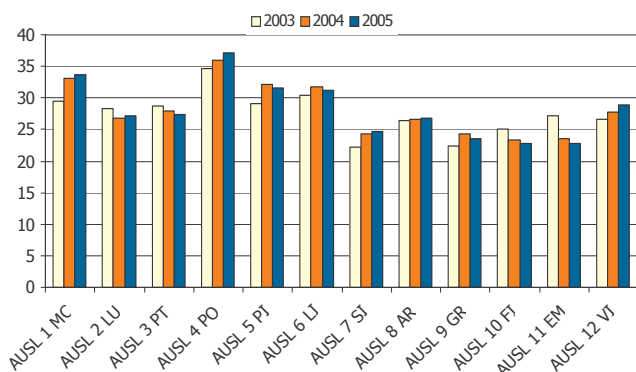
Tasso di ospedalizzazione in Day-Hospital, standardizzato per età



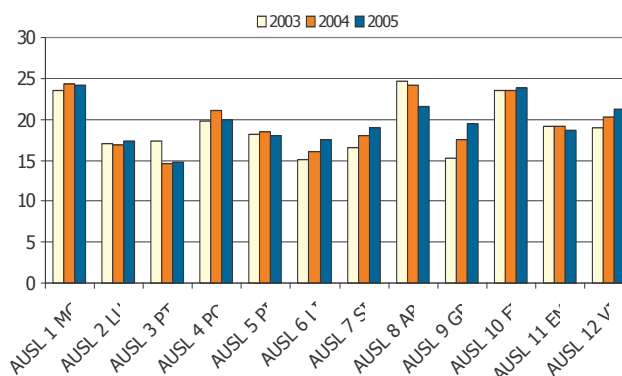
Azienda di Residenza	2003				2004				2005			
	TO RO	Dimessi RO	TO DH	Dimessi DH	TO RO	Dimessi RO	TO DH	Dimessi DH	TO RO	Dimessi RO	TO DH	Dimessi DH
AUSL 1 MC	131,73	29.252	57,7	11.735	125,97	28.324	62,47	12.877	120,37	27.625	62,71	13.056
AUSL 2 LU	109,94	26.272	49,11	10.819	107,72	25.980	47,2	10.377	107,11	26.084	48,32	10.704
AUSL 3 PT	108,2	32.356	49,84	14.240	101,34	30.785	46,17	12.913	100,12	30.944	45,74	12.926
AUSL 4 PO	119,13	28.841	58,83	13.894	108,64	26.729	61,91	14.704	107,8	27.269	61,71	14.979
AUSL 5 PI	105,51	37.180	49,71	16.284	100,98	36.056	53,48	17.750	97,24	34.978	53,07	17.618
AUSL 6 LI	116,98	44.710	49,7	17.366	112,3	43.225	52,16	18.361	107,37	41.595	53,38	18.978
AUSL 7 SI	109,54	31.732	42,67	11.437	105,04	31.106	46,06	12.483	104,17	31.173	47,23	12.786
AUSL 8 AR	118,3	42.762	54,71	18.430	113,02	41.504	54,61	18.472	105,7	39.342	50,78	17.106
AUSL 9 GR	115,58	28.060	40,28	8.734	108,85	27.254	45,48	10.092	108,18	27.469	46,47	10.531
AUSL 10 FI	119,4	105.267	53,57	44.126	112,18	102.078	51,84	42.831	107,19	98.726	51,71	42.831
AUSL 11 EM	108,62	25.948	48,6	11.137	101,54	24.726	45,01	10.251	99,2	24.498	44,48	10.258
AUSL 12 VI	111,95	19.622	47,71	7.906	108,6	19.345	52,43	8.826	105,53	18.940	56,11	9.523
Media intraregionale	114,57	37.667	50,20	15.509	108,85	36.426	51,57	15.828	105,83	35.720	51,81	15.941

L'indicatore viene ulteriormente suddiviso per i ricoveri diurni in medici e chirurgici, per verificare i cambiamenti avvenuti nei due diversi ambiti di ricovero: in entrambi i casi la tendenza è in crescita, anche se si notano alcune eccezioni di aziende in calo o stabili. La quota di ricoveri in Day-Surgery si attesta nel 2006 sui 28,12 ricoveri per 1.000 residenti, mentre per il Day-Hospital il valore è di 19,62 ricoveri.

Tasso di ospedalizzazione in Day-Hospital chirurgico, standardizzato per età



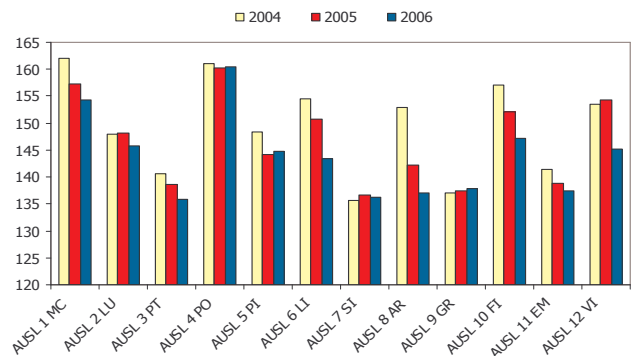
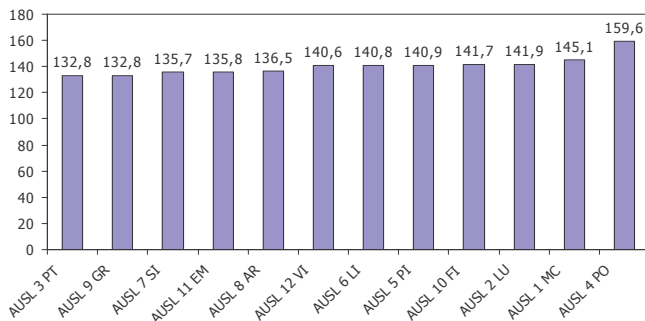
Tasso di ospedalizzazione in Day-Hospital medico, standardizzato per età



Azienda di Residenza	2003				2004				2005			
	TO DH medic	Dimessi DH medic	TO DH chir.	Dimessi DH chir.	TO DH medic	Dimessi DH medic	TO DH chir.	Dimessi DH chir.	TO DH medic	Dimessi DH medic	TO DH chir.	Dimessi DH chir.
AUSL 1 MC	23,47	4.660	29,5	6.008	24,31	4.933	33,19	6.824	24,21	4.955	33,62	6.976
AUSL 2 LU	17,06	3.723	28,27	6.187	16,84	3.691	26,77	5.820	17,32	3.796	27,25	6.076
AUSL 3 PT	17,28	4.776	28,63	8.281	14,67	4.011	27,95	7.814	14,8	4.071	27,4	7.764
AUSL 4 PO	19,73	4.588	34,68	8.248	21,13	4.938	35,94	8.571	19,93	4.772	37,06	9.017
AUSL 5 PI	18,14	6.006	29,12	9.423	18,44	6.192	32,13	10.528	17,94	5.941	31,51	10.401
AUSL 6 LI	15,12	5.190	30,44	10.559	16,07	5.595	31,83	11.077	17,56	6.151	31,21	11.002
AUSL 7 SI	16,51	4.278	22,28	6.011	18,08	4.829	24,27	6.547	18,94	5.037	24,67	6.647
AUSL 8 AR	24,64	8.160	26,38	8.945	24,23	8.136	26,53	8.945	21,64	7.244	26,77	9.009
AUSL 9 GR	15,2	3.222	22,31	4.861	17,53	3.880	24,4	5.376	19,45	4.414	23,51	5.233
AUSL 10 FI	23,55	18.818	25,14	20.955	23,55	19.249	23,4	19.099	23,87	19.588	22,8	18.559
AUSL 11 EM	19,14	4.330	27,11	6.259	19,13	4.392	23,48	5.200	18,59	4.276	22,7	5.199
AUSL 12 VI	18,9	3.127	26,69	4.403	20,22	3.376	27,77	4.641	21,24	3.577	28,91	4.836
Media intraregionale	19,07	5.906	27,54	8.345	19,52	6.099	28,14	8.378	19,62	6.152	28,12	8.387

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per DH Medico per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età
Numeratore:	N. Ricoveri in DH Medico relativi ai residenti
Denominatore:	N. Residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Ricoveri in DH Medico relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri in DH Medico ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani - relativi ai dh oncologici (Drg 409, 410, 492)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età (La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998, fonte ISTAT).

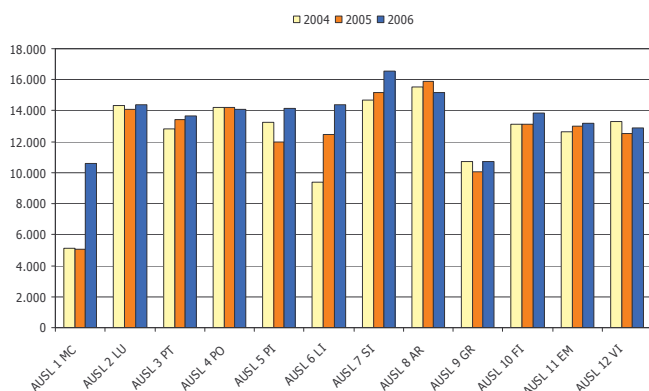
Per quanto riguarda l'anno 2006, viene riportato il tasso di Ospedalizzazione standardizzato per età relativo alla componente intraregionale. Tale indicatore presenta ovviamente valori molto più bassi, poiché sono esclusi i ricoveri extra regionali, erogati a cittadini toscani in altre regioni. Il grafico del trend mostra chiaramente come ci sia stata una netta diminuzione del tasso per la maggior parte delle aziende, che ha comportato una marcata riduzione del dato medio regionale (da 149,34 ricoveri per 1.000 residenti nel 2005 a 143,79 nel 2006).



Azienda	2004				2005				2006			
	TO std	TO grezzo	Dimessi	Popolazione	TO std	TO grezzo	Dimessi	Popolazione	TO std	TO grezzo	Dimessi	Popolazione
AUSL 1 MC	162,11	180,20	35.796	198.647	157,32	175,89	35.292	200.644	154,25	172,18	34.573	200.793
AUSL 2 LU	147,92	163,71	34.864	212.959	148,21	164,34	35.236	214.410	145,80	161,60	34.729	214.911
AUSL 3 PT	140,70	152,46	41.800	274.167	138,70	150,98	41.827	277.028	135,82	147,71	41.219	279.061
AUSL 4 PO	161,08	167,88	39.182	233.392	160,15	167,38	39.974	238.826	160,53	167,91	40.717	242.497
AUSL 5 PI	148,25	161,56	51.828	320.806	144,26	157,01	50.672	322.726	144,77	157,28	51.057	324.631
AUSL 6 LI	154,55	172,14	58.197	338.080	150,80	167,98	57.130	340.104	143,42	159,92	55.291	345.742
AUSL 7 SI	135,59	152,01	39.344	258.821	136,62	153,08	39.937	260.882	136,21	152,89	40.042	261.894
AUSL 8 AR	152,82	166,27	54.889	330.123	142,20	154,86	51.627	333.385	137,05	149,34	50.105	335.500
AUSL 9 GR	137,03	155,12	33.480	215.834	137,47	156,45	34.130	218.159	137,94	155,49	34.129	219.496
AUSL 10 FI	157,09	175,08	139.205	795.100	152,02	169,76	135.856	800.292	147,10	164,50	131.771	801.060
AUSL 11 EM	141,33	150,94	33.821	224.065	138,74	148,14	33.643	227.106	137,36	146,96	33.648	228.961
AUSL 12 VI	153,56	164,06	26.918	164.077	154,39	165,38	27.240	164.707	145,23	156,31	25.842	165.326
Media Ausl	149,34	163,45	49.110	297.173	146,74	160,94	48.547	299.856	143,79	157,67	47.760	301.656

Analizzando invece i volumi delle prestazioni ambulatoriali, si osserva che nell'arco degli ultimi tre anni tutte le aziende hanno aumentato il tasso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate. Conseguentemente, il valore medio regionale è cresciuto passando da 12.434 visite ambulatoriali ogni 1.000 abitanti nel 2004 a 13.634 nel 2006.

Si segnala però che il notevole incremento registrato in alcune aziende da un anno all'altro, come per la Ausl 1 di Massa-Carrara e la Ausl 6 di Livorno, è almeno in parte dovuto alla messa a regime del sistema di rilevazione, poiché negli anni scorsi molte prestazioni ambulatoriali non venivano registrate.



Definizione:	Tasso di prestazioni specialistiche ambulatoriali per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età
Numeratore:	N. prestazioni specialistiche ambulatoriali
Denominatore:	N. residenti
Formula matematica:	$\frac{N. \text{ prestazioni specialistiche ambulatoriali}}{N. \text{ residenti}} \times 1000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in Toscana a residenti toscani
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SPA
Standardizzazione:	Età (La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998, fonte ISTAT).
Significato:	E' un indicatore di governo della domanda; indica qual è il fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Ausl in termini di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Azienda di residenza	Tasso di prestazione specialistica ambulatoriale			Prestazione specialistica ambulatoriale			Residenti		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
AUSL 1 MC	5.123,85	5.068,10	10.591,75	1.141.817	1.675.320	2.399.788	198.647	200.644	200.793
AUSL 2 LU	14.356,37	14.061,29	14.412,15	3.443.985	3.404.676	3.448.362	212.959	214.410	214.911
AUSL 3 PT	12.847,72	13.422,59	13.640,88	3.935.183	4.115.981	4.162.832	274.167	277.028	279.061
AUSL 4 PO	14.199,69	14.196,05	14.097,66	3.505.262	3.572.549	3.562.180	233.392	238.826	242.497
AUSL 5 PI	13.240,60	11.970,60	14.152,25	5.317.564	4.924.334	5.230.430	320.806	322.726	324.631
AUSL 6 LI	9.390,68	12.488,86	14.363,75	3.852.194	5.097.035	5.776.469	338.080	340.104	345.742
AUSL 7 SI	14.690,45	15.167,37	16.565,81	4.349.524	4.468.130	4.900.401	258.821	260.882	261.894
AUSL 8 AR	15.557,74	15.877,26	15.149,34	5.596.692	5.765.534	5.505.147	330.123	333.385	335.500
AUSL 9 GR	10.732,14	10.063,94	10.737,61	2.650.392	2.519.319	2.668.971	215.834	218.159	219.496
AUSL 10 FI	13.126,08	13.125,62	13.860,78	12.128.281	12.252.182	12.323.542	795.100	800.292	801.060
AUSL 11 EM	12.645,46	12.981,49	13.171,34	3.100.761	3.212.191	3.257.950	224.065	227.106	228.961
AUSL 12 VI	13.298,43	12.521,24	12.862,24	2.408.984	2.389.697	2.331.587	164.077	164.707	165.326
MEDIA AUSL	12.434	12.579	13.634	4.285.887	4.449.746	4.630.638	297.173	299.856	301.656

2. EFFICIENZA DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO - C2 di C. Seghieri

L'indicatore C2 valuta il livello di efficienza del ricovero ospedaliero tramite la misura della degenza media di alcuni gruppi di pazienti, selezionati per la rilevanza della patologia o dell'intervento chirurgico per cui è stato effettuato il ricovero. Il valore dell'indicatore è ottenuto dalla media pesata dei punteggi di otto sottoindicatori riguardanti, ognuno, la degenza media delle seguenti patologie: colecistectomia laparoscopica, isterectomia, prostatectomia, ictus, infarto miocardio acuto, emorragia gastrointestinale, scompenso cardio-circolatorio e polmonite.



Le degenze medie relative allo scompenso e alla polmonite non sono oggetto di valutazione in quanto per tali patologie viene valutato il ricorso all'ospedalizzazione nell'indicatore C8. Inoltre, il punteggio assegnato alla degenza media per colecistectomia laparoscopica è pesato in base alla performance ottenuta dall'azienda nel sottoindicatore C4 "Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery", secondo il seguente criterio:

% colecistectomia laparoscopica in DS	peso ind. Degenza media
Performance molto scarsa	100%
Performance scarsa	75%
Performance media	50%
Performance buona	25%
Performance ottima	0%

Le degenze medie sono standardizzate per età e sesso, considerando come popolazione standard l'insieme dei ricoveri toscani per la patologia e l'anno presi in esame. Il procedimento di standardizzazione consente di calcolare indicatori come se le popolazioni a confronto avessero la stessa distribuzione per le variabili in esame. Pertanto, le misure standardizzate per età e sesso consentono di confrontare le aziende eliminando l'influenza della diversa composizione per età e sesso dei gruppi di pazienti in esame.

Oltre al valore della degenza media, per ciascuna patologia viene fornito il valore del coefficiente di variazione, che misura la variabilità del fenomeno. Lo standard di riferimento è 1: un valore inferiore all'unità indica che i casi analizzati hanno una durata di degenza simile e sono omogenei; al contrario un valore superiore a 1 rileva una certa disomogeneità. Dunque un basso valore dell'indicatore sta a significare che i ricoverati con una certa patologia hanno una degenza con durata molto simile, ipotizzando che ciò sia dovuto all'applicazione di protocolli o procedure standard. Al contrario, valori sopra lo standard indicano una disomogeneità nella durata delle degenze, che può segnalare una differenza di comportamento dei professionisti.

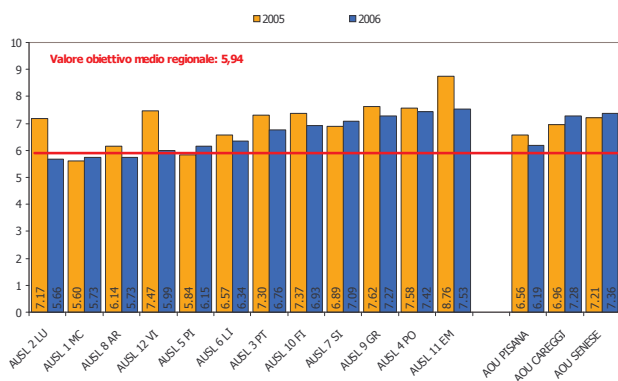
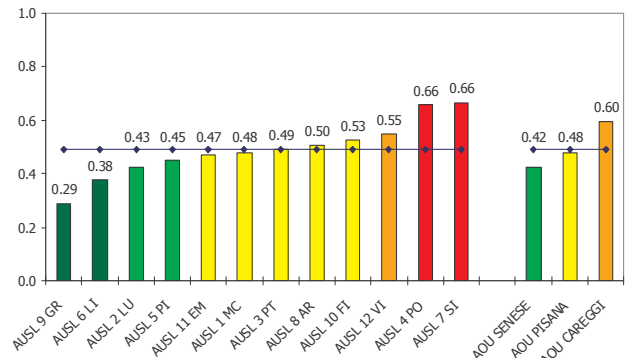
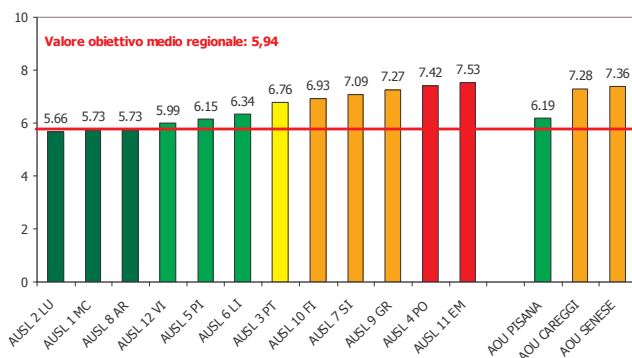
Di seguito vengono considerati in dettaglio alcuni dei risultati relativi alle degenze medie standardizzate di selezionate patologie.

2.1 - Degenza media per Isterectomia

Il dato relativo all'anno 2006 mostra, per la maggior parte delle aziende toscane una degenza media superiore all'obiettivo regionale pari a 5,94 giorni. Solo 3 aziende sanitarie locali, l'Ausl 2 di Lucca, l'Ausl 1 di Massa Carrara e l'Ausl 8 di Arezzo, riportano un valore inferiore all'obiettivo. Il coefficiente di variazione presenta valori molto bassi per tutte le aziende, indicando una notevole omogeneità di durata della degenza.

Per quanto riguarda il trend temporale dei valori delle aziende sanitarie locali, emerge una complessiva riduzione della degenza media nel 2006 rispetto al 2005. In particolare l'Ausl 12 di Viareggio e l'Ausl 2 di Lucca, con una riduzione di circa 1,5 giorni, sono le aziende che registrano il miglioramento più significativo. Occorre inoltre evidenziare che l'Ausl 11 di Empoli, nonostante i livelli di performance molto scarsi nel 2006, ha comunque mostrato una notevole capacità di recupero diminuendo la degenza media di circa 1,2 giorni rispetto al 2005.

In merito ai risultati conseguiti nel 2006 delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, solo l'AOU Pisana, con una degenza media di 6,19 giorni si avvicina al valore regionale; al contrario, le AOU di Careggi e Siena registrano un valore superiore a quello auspicabile. Rispetto al 2005, solo l'AOU Pisana riduce la degenza media per isterectomia.



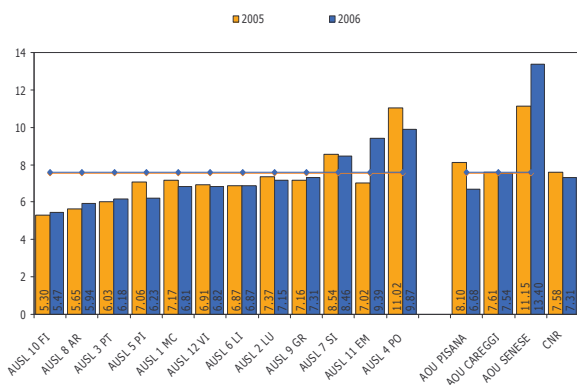
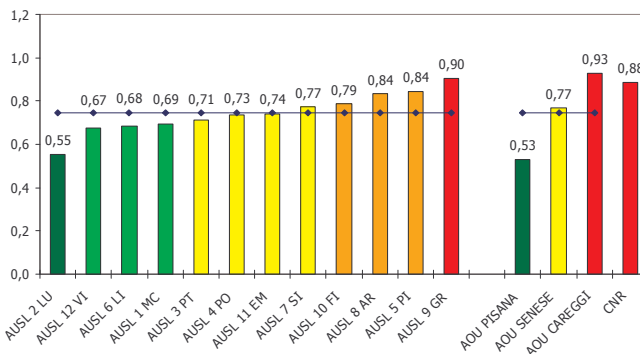
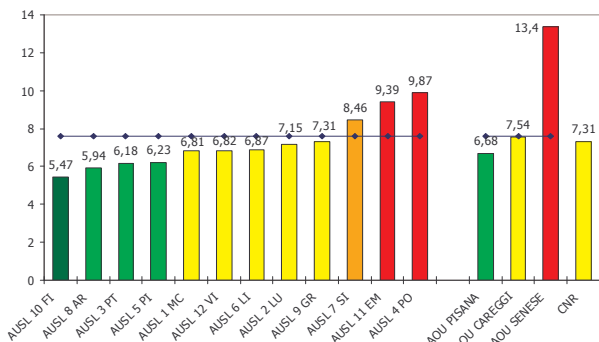
Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	Ni ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	Ni ricoveri
AUSL 1 MC	5.61	5.51	0.69	191	5.73	5.61	0.48	177
AUSL 2 LU	7.17	7.18	0.39	143	5.66	5.66	0.43	148
AUSL 3 PT	7.31	7.19	0.65	211	6.76	6.83	0.49	218
AUSL 4 PO	7.58	6.91	0.85	33	7.42	7.51	0.69	71
AUSL 5 PT	5.84	5.77	0.29	133	6.15	6.10	0.45	117
AUSL 6 LI	6.57	6.74	0.38	46	6.34	6.28	0.38	46
AUSL 7 SI	6.88	6.98	0.31	87	7.09	7.21	0.66	92
AUSL 8 AR	6.14	6.19	0.65	228	5.73	5.79	0.51	213
AUSL 9 GR	7.62	7.66	0.35	169	7.27	7.35	0.29	147
AUSL 10 FI	7.37	7.63	0.71	283	6.93	7.03	0.53	312
AUSL 11 EM	8.76	8.41	0.49	169	7.53	7.74	0.47	117
AUSL 12 VI	7.47	7.47	0.51	172	5.99	6.01	0.55	124
AOU PISANA	6.91	6.54	0.47	345	6.19	6.08	0.48	381
AOU SIENESE	7.21	7.17	0.32	212	7.36	7.31	0.42	191
AOU CAREGGI	6.96	7.03	0.52	291	7.28	7.31	0.60	325
Media Intra-regionale	7.00	6.95	0.51	180	6.63	6.66	0.48	178

2.2 - Degenza media per Infarto Miocardio Acuto

Dall'analisi dell'indicatore, il cui calcolo stato effettuato sui soli dimessi vivi, si evidenzia una degenza media standardizzata regionale, per l'anno 2006, di 7,6 giorni, con un range che per azienda varia tra i 5,5 giorni dell'Ausl 10 di Firenze ed i 9,8 dell'Ausl 4 di Prato. Tra le sedici aziende sanitarie solo una, la Ausl 10 di Firenze, raggiunge un

livello di performance ottimo. Risalta il valore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese che presenta una degenza media per pazienti dimessi per infarto di 13,4 giorni, doppia rispetto alle altre AOU.

Osservando il trend emerge che per la maggior parte delle aziende il dato 2006 sembra sovrapporsi a quello del 2005. Fanno eccezione la Ausl 4 di Prato e la AOU Pisana, che mostrano un recupero positivo: la degenza media è infatti diminuita in entrambe le aziende di oltre 1 giorno di ricovero dal 2005 al 2006. Al contrario, la Ausl 11 di Empoli e la AOU Senese denotano una tendenza in peggioramento, con valori che aumentano in valore assoluto di oltre 2 giorni.

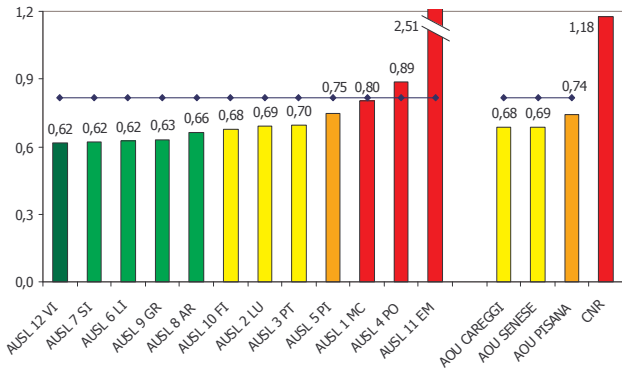
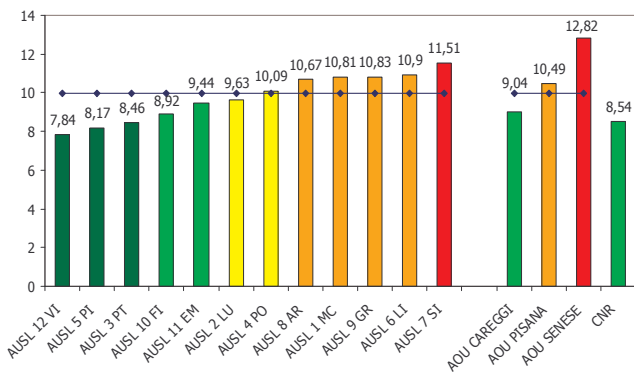


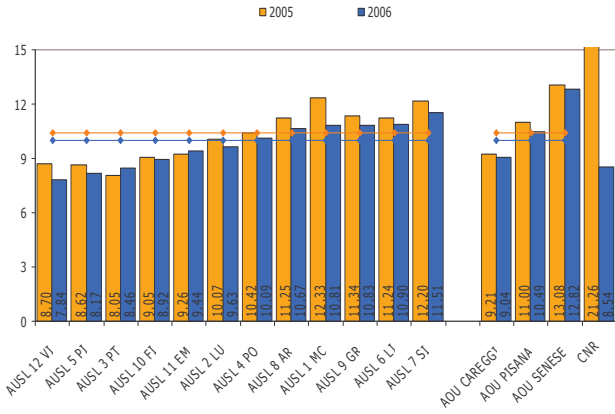
Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	7,17	7,06	0,71	500	6,81	6,72	0,69	412
AUSL 2 LU	7,37	7,12	0,73	527	7,15	7,10	0,55	498
AUSL 3 PT	6,03	6,01	0,76	196	6,18	5,82	0,71	137
AUSL 4 PO	11,02	10,59	0,71	119	9,87	10,14	0,73	127
AUSL 5 PI	7,06	6,43	0,85	230	6,23	5,84	0,84	225
AUSL 6 LI	6,87	6,83	0,62	703	6,87	6,86	0,68	723
AUSL 7 SI	8,54	8,83	0,70	222	8,46	9,29	0,77	206
AUSL 8 AR	5,65	5,62	0,88	237	5,94	6,00	0,84	239
AUSL 9 GR	7,16	6,74	0,88	531	7,31	6,94	0,90	544
AUSL 10 FI	5,30	5,68	0,90	348	5,47	5,61	0,79	370
AUSL 11 EM	7,02	7,11	0,65	99	9,39	8,58	0,74	93
AUSL 12 VI	6,91	6,80	0,70	458	6,82	6,66	0,67	320
AOU PISANA	8,10	7,99	0,73	147	6,68	7,04	0,53	94
AOU SENESE	11,15	11,41	0,79	132	13,40	11,80	0,77	90
AOU CAREGGI	7,61	7,35	0,84	148	7,54	6,87	0,93	186
Media Intra-regionale	7,59	7,44	0,76	306	7,61	7,42	0,74	284
CNR	7,58	7,70	0,78	40	7,31	6,48	0,88	33

2.3 - Degenza media per Ictus

Anche per tale tipologia di pazienti, l'indicatore è calcolato sui soli dimessi vivi. I dati relativi ai giorni di degenza media standardizzata per ictus, nel 2006, presentano un andamento eterogeneo tra le aziende, con un range che per azienda varia tra i 7,8 giorni dell'Ausl 12 di Viareggio ed i 12,82 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese. Solo tre delle sedici aziende registrano valori significativamente inferiori al valore medio regionale di 10 giorni, riportando quindi livelli di performance ottima, mentre la metà delle aziende si colloca tra livelli di performance scarsa e molto scarsa.

A livello regionale dal 2005 al 2006 i valori tendono a diminuire, in particolar modo l'Ausl 1 di Massa-Carrara. I valori del CNR oscillano ampiamente nei due anni, ma si tenga conto che la degenza media in entrambi gli intervalli temporali è calcolata su 3 casi ciascuno.

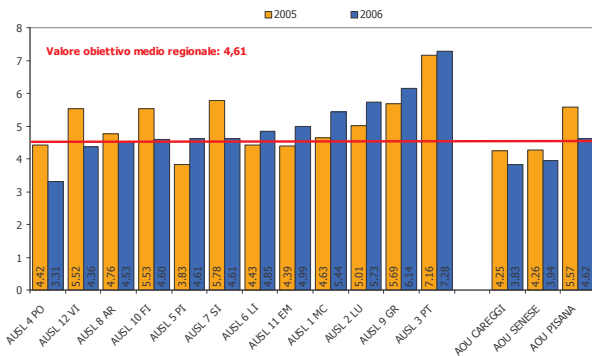
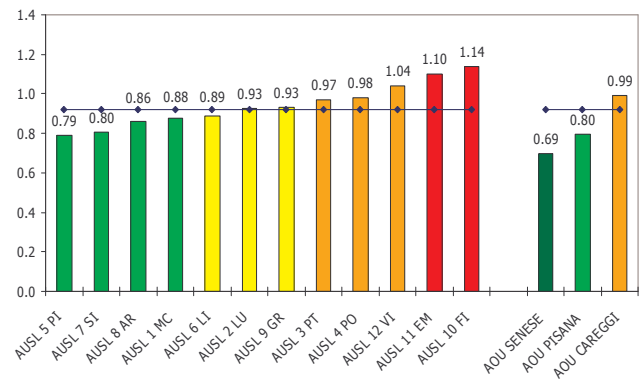
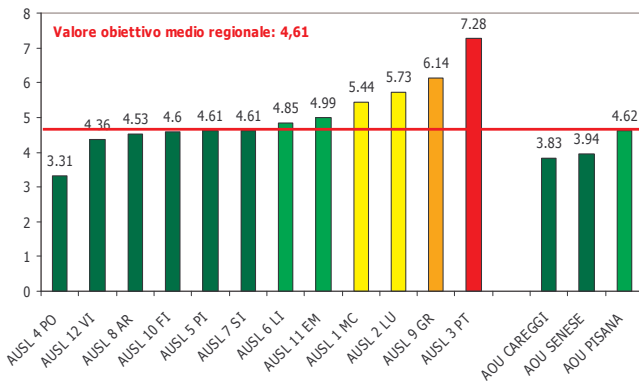




Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	12.33	11.94	1.35	476	10.81	11.06	0.80	544
AUSL 2 LU	10.07	10.04	0.69	543	9.63	9.55	0.69	565
AUSL 3 PT	8.05	8.12	0.74	566	8.46	8.24	0.70	573
AUSL 4 PO	10.42	10.51	0.80	490	10.09	10.01	0.85	496
AUSL 5 PI	8.63	8.54	0.58	375	8.17	8.21	0.75	455
AUSL 6 LI	11.24	11.64	0.65	227	10.58	10.70	0.62	260
AUSL 7 SI	12.20	11.94	0.71	331	11.51	11.58	0.62	322
AUSL 8 AR	11.25	11.21	0.73	821	10.67	10.73	0.66	901
AUSL 9 GR	11.34	11.32	0.88	575	10.83	10.64	0.63	530
AUSL 10 FT	9.05	9.10	0.64	951	8.52	9.02	0.68	906
AUSL 11 EM	9.26	9.04	0.98	428	9.44	9.50	2.51	464
AUSL 12 VI	8.70	8.50	0.56	318	7.84	7.69	0.62	346
AOU PISANA	11.00	10.51	0.76	455	10.49	9.96	0.74	465
AOU SENESE	13.08	12.69	0.87	415	12.82	12.45	0.69	385
AOU CAREGGI	9.21	8.92	0.76	782	9.04	8.82	0.68	722
Media Intra-regionale	10.39	10.23	0.77	552	9.97	9.88	0.82	562
CNR	21.26	17	1.05	3	8.54	9.01	1.18	3

Di seguito si allegano i dati relativi alle degenze medie delle altre patologie.

2.4 - Degenza media per Colectomia laparoscopica

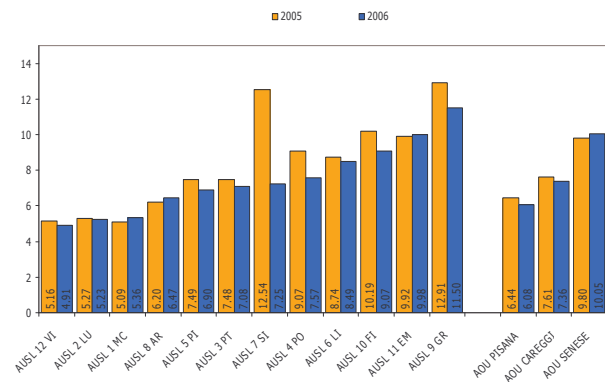
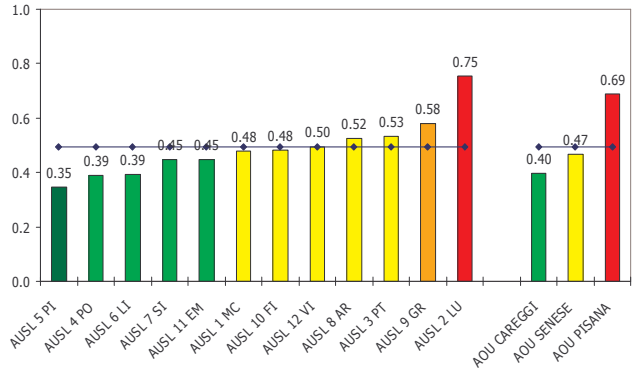
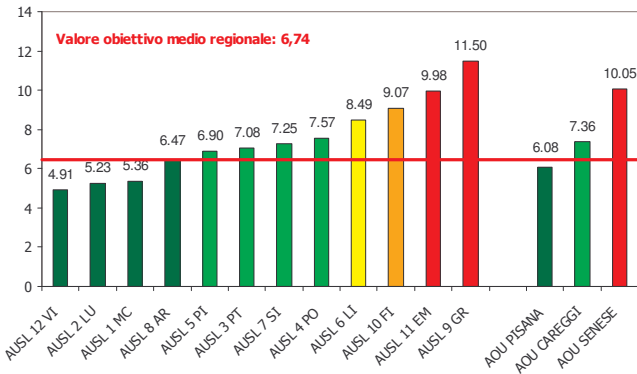


Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	4.63	4.77	0.82	322	5.44	5.62	0.88	296
AUSL 2 LU	5.01	5.20	0.76	122	5.73	5.42	0.93	71
AUSL 3 PT	7.16	7.76	1.12	335	7.28	7.77	0.97	279
AUSL 4 PO	4.42	4.26	0.95	191	3.31	3.35	0.98	226
AUSL 5 PI	3.83	4.11	0.76	175	4.61	4.52	0.79	146
AUSL 6 LI	4.43	4.64	0.98	368	4.85	4.74	0.89	292
AUSL 7 SI	5.78	5.92	0.84	192	4.61	4.80	0.80	166
AUSL 8 AR	4.76	4.93	0.88	287	4.53	5.03	0.86	294
AUSL 9 GR	5.69	5.65	0.98	494	6.14	5.93	0.93	417
AUSL 10 FT	5.53	5.58	1.78	591	4.60	5.06	1.14	578
AUSL 11 EM	4.39	4.46	0.88	253	4.99	4.73	1.10	249
AUSL 12 VI	5.52	5.90	0.76	127	4.36	4.98	1.04	106
AOU PISANA	5.57	5.53	1.23	265	4.62	4.83	0.80	252
AOU SENESE	4.26	4.20	0.62	176	3.94	4.03	0.69	168
AOU CAREGGI	4.25	4.18	0.86	636	3.83	3.69	0.99	724
Media Intra-regionale	5.03	5.14	0.94	296	4.86	4.97	0.92	284

Definizione:	Giorni di degenza media, per patologia
Numeratore:	N. giorni di degenza, per patologia
Denominatore:	N. di dimessi, per patologia
Formula matematica:	$\frac{\text{N. giorni di degenza, per patologia}}{\text{N. di dimessi, per patologia}}$
Note per l'elaborazione:	Sono inclusi solo i presidi pubblici e i pazienti maggiorenni. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60,75) <i>Codifiche DRG Gruper XIX e ICD-9 CM per patologia</i>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (popolazione standard: insieme dei ricoveri toscani per quella patologia nell'anno di riferimento)

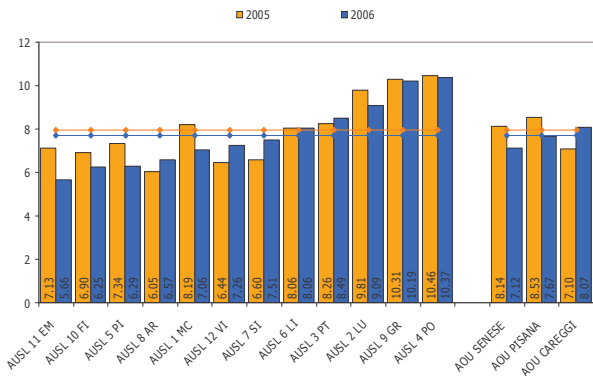
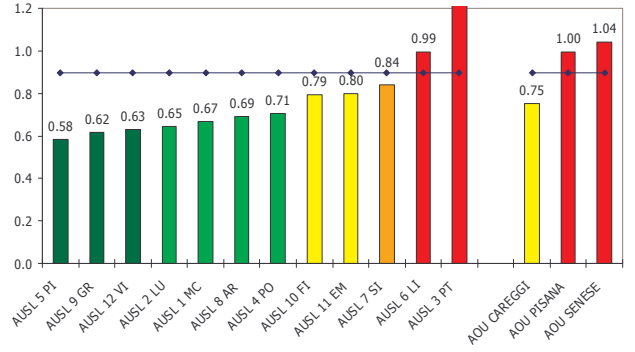
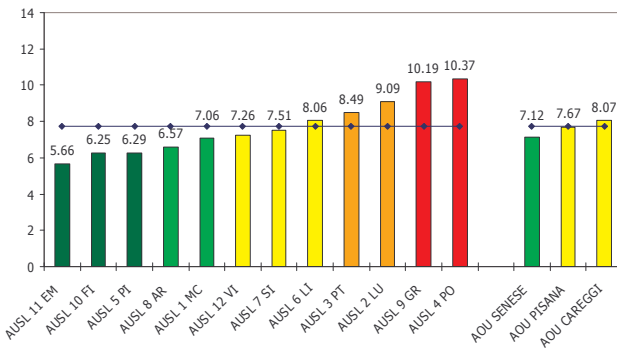
Definizione:	Coefficiente di variazione della degenza media, per patologia
Numeratore:	Deviazione standard della degenza media, per patologia
Denominatore:	Degenza media, per patologia
Formula matematica:	$\frac{\text{Deviazione standard della degenza media}}{\text{Degenza media}}$
Note per l'elaborazione:	Sono inclusi solo i presidi pubblici e i pazienti maggiorenni. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60,75) <i>Codifiche DRG Gruper XIX e ICD-9 CM per patologia</i>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale, standard di riferimento: 0,75-1
Standardizzazione:	Misura la variabilità del fenomeno; un basso valore dell'indicatore sta a significare che i ricoverati con una certa patologia hanno una degenza con una durata molto simile, ipotizzando che ciò sia dovuto all'applicazione di protocolli o procedure standard. Al contrario, valori sopra lo standard indicano una disomogeneità nella durata delle degenze, che può segnalare una differenza di comportamento dei professionisti.

2.5 - Degenza media per Prostatectomia



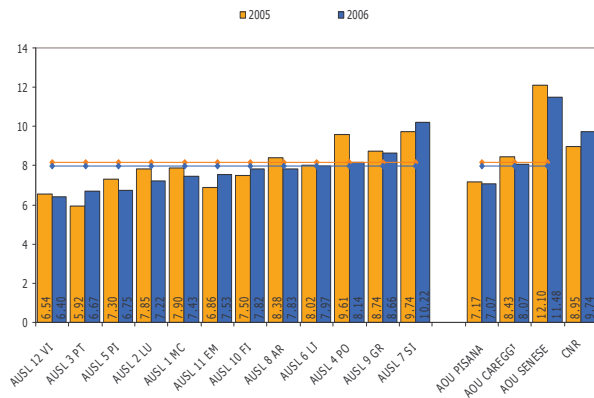
Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	5.09	5.13	0.44	152	5.36	5.39	0.48	158
AUSL 2 LU	5.27	5.41	0.98	226	5.23	5.23	0.75	210
AUSL 3 PT	7.48	7.48	0.40	189	7.08	7.32	0.53	204
AUSL 4 PO	9.07	9.47	0.53	59	7.57	7.62	0.39	93
AUSL 5 PT	7.49	7.34	0.41	131	6.90	6.92	0.35	101
AUSL 6 LI	8.74	8.40	0.52	43	8.49	9.00	0.39	16
AUSL 7 ST	12.54	12.90	0.77	24	7.25	8.33	0.45	12
AUSL 8 AR	6.20	6.17	0.43	277	6.47	6.42	0.52	308
AUSL 9 GR	12.91	12.95	0.38	252	11.50	11.58	0.58	245
AUSL 10 FT	10.19	9.95	1.85	401	9.07	9.12	0.48	384
AUSL 11 EM	9.92	10.18	0.25	114	9.98	10.04	0.45	126
AUSL 12 VI	5.16	5.22	0.47	262	4.91	4.88	0.51	261
AOU PISANA	6.44	6.52	0.54	479	6.08	6.14	0.69	505
AOU SENESE	9.81	9.65	0.43	236	10.05	10.24	0.47	257
AOU CAREGGI	7.61	7.48	0.41	711	7.36	7.35	0.40	724
Media Intra-regionale	7.61	7.48	0.59	236.80	7.55	7.70	0.50	240

2.6 - Degenza media per Emorragia gastrointestinale



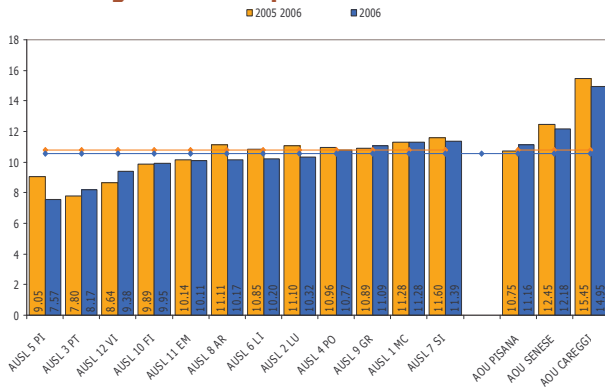
Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	8.19	8.02	1.00	226	7.06	7.12	0.67	224
AUSL 2 LU	9.81	8.54	0.73	223	9.05	9.05	0.65	193
AUSL 3 PT	8.26	7.82	0.93	306	8.49	8.69	2.69	249
AUSL 4 PO	10.46	10.13	0.70	218	10.37	9.94	0.71	212
AUSL 5 PT	7.34	7.15	0.59	97	6.29	6.10	0.58	86
AUSL 6 LI	8.06	8.10	0.67	341	8.06	8.26	0.99	324
AUSL 7 ST	6.06	6.25	0.78	243	7.51	6.93	0.84	198
AUSL 8 AR	6.05	6.01	0.76	324	6.57	6.39	0.69	315
AUSL 9 GR	10.31	10.04	0.67	195	10.19	10.01	0.62	172
AUSL 10 FT	6.99	6.65	0.63	414	6.25	6.25	0.79	386
AUSL 11 EM	7.13	6.51	0.85	161	5.66	5.41	0.81	155
AUSL 12 VI	6.44	6.55	0.59	153	7.26	7.06	0.63	158
AOU PISANA	8.52	8.55	0.71	186	7.67	7.86	1.01	199
AOU SENESE	8.14	7.99	1.15	137	7.12	7.10	1.04	147
AOU CAREGGI	7.10	7.00	0.63	327	8.07	7.73	0.75	307
Media Intra-regionale	7.99	7.68	0.79	236.73	7.71	7.59	0.90	221.20
CNR	12.00	12.00	0.00	1	10.00	10.00		1

2.7 - Degenza media per Scompenso



Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di Variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	7.93	7.93	0.69	751	7.45	7.24	0.75	1001
AUSL 2 LU	7.85	7.70	0.70	945	7.22	7.22	0.73	853
AUSL 3 PT	5.92	5.65	0.75	1100	6.67	6.66	0.88	1138
AUSL 4 PO	9.61	9.35	0.81	1493	8.14	8.05	0.86	1628
AUSL 5 PI	7.31	7.31	0.65	594	6.75	6.84	0.68	651
AUSL 6 LI	8.02	8.04	0.72	1798	7.97	8.00	0.72	1778
AUSL 7 SI	9.74	9.70	0.73	764	10.22	10.35	0.70	715
AUSL 8 AR	8.38	8.41	0.81	1819	7.83	7.85	0.76	1325
AUSL 9 GR	8.74	8.75	0.65	872	8.66	8.64	0.64	794
AUSL 10 FI	7.50	7.52	0.72	2016	7.82	7.90	1.14	1936
AUSL 11 EM	6.86	6.98	0.88	895	7.53	7.55	0.64	894
AUSL 12 VI	6.54	6.63	0.65	492	6.44	6.44	0.63	528
AOU PISANA	7.17	7.14	0.84	937	7.07	7.21	0.81	1033
AOU SENESE	12.10	12.12	0.68	506	11.48	11.66	0.77	564
AOU CAREGGI	8.43	8.46	0.89	1417	8.07	7.95	0.75	1336
Media Intra-regionale	8.14	8.13	0.75	1086	7.99	7.99	0.76	1074
CNR	8.95	9.38	0.72	321	9.74	10.30	1.15	313

2.8 - Degenza media per Polmonite



Azienda	2005				2006			
	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di variazione	N. ricoveri	Degenza media standardizzata	Degenza media grezza	Coefficiente di variazione	N. ricoveri
AUSL 1 MC	11.28	11.72	1.05	662	11.28	11.59	1.18	559
AUSL 2 LU	11.10	11.17	0.74	487	10.33	10.33	0.66	401
AUSL 3 PT	7.81	7.61	1.02	552	8.17	8.26	0.94	563
AUSL 4 PO	10.96	10.81	0.68	995	10.77	10.62	0.74	994
AUSL 5 PI	9.05	8.68	0.95	293	7.57	7.72	0.98	211
AUSL 6 LI	10.65	10.49	0.68	538	10.24	10.14	0.75	461
AUSL 7 SI	11.60	11.83	0.78	422	11.33	11.25	0.66	401
AUSL 8 AR	11.19	11.03	0.71	774	10.17	10.46	0.74	647
AUSL 9 GR	10.89	10.73	0.66	446	11.06	10.86	0.64	406
AUSL 10 FI	9.88	9.91	0.96	1074	9.95	9.81	0.88	886
AUSL 11 EM	10.14	9.96	0.73	381	10.11	10.16	0.66	398
AUSL 12 VI	8.64	8.47	0.71	351	9.38	9.25	0.73	247
AOU PISANA	10.75	10.46	0.81	324	11.16	10.98	0.77	391
AOU SENESE	15.45	15.19	0.66	301	14.95	15.43	0.75	343
AOU CAREGGI	12.45	12.78	1.02	1152	12.08	12.08	0.96	1173
Media Intra-regionale	10.80	10.75	0.79	556	10.58	10.60	0.77	512

Definizione:	Giorni di degenza media, per patologia
Numeratore:	N. giorni di degenza, per patologia
Denominatore:	N. di dimessi, per patologia
Formula matematica:	$\frac{\text{N. giorni di degenza, per patologia}}{\text{N. di dimessi, per patologia}}$
Note per l'elaborazione:	Sono inclusi solo i presidi pubblici e i pazienti maggiorenni. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60,75) <i>Codifiche DRG Gruper XIX e ICD-9 CM per patologia</i>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (popolazione standard: insieme dei ricoveri toscani per quella patologia nell'anno di riferimento)

Definizione:	Coefficiente di variazione della degenza media, per patologia
Numeratore:	Deviazione standard della degenza media, per patologia
Denominatore:	Degenza media, per patologia
Formula matematica:	$\frac{\text{Deviazione standard della degenza media}}{\text{Degenza media}}$
Note per l'elaborazione:	Sono inclusi solo i presidi pubblici e i pazienti maggiorenni. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60,75) <i>Codifiche DRG Gruper XIX e ICD-9 CM per patologia</i>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale, standard di riferimento: 0,75-1
Standardizzazione:	Misura la variabilità del fenomeno; un basso valore dell'indicatore sta a significare che i ricoverati con una certa patologia hanno una degenza con una durata molto simile, ipotizzando che ciò sia dovuto all'applicazione di protocolli o procedure standard. Al contrario, valori sopra lo standard indicano una disomogeneità nella durata delle degenze, che può segnalare una differenza di comportamento dei professionisti.

Patologia	DRG Gruper XIX	Diagnosi principale di dimissione ICD 9 - CM	Codice intervento chirurgico principale
Colecistectomia laparoscopica	493 or 494		51.23 or 51.24
Isterectomia	353 and		68.6 or 68.7 or 68.8 or 71.5
	or (354 or 355 or 358 or 359) and		68.3 or 68.4 or 68.5 or 68.51 or 68.59 or 68.9
Prostatectomia	(334 or 335) and		60.3 or 60.4 or 60.5 or 60.62 or 60.69
	or (336 or 337) and		60.2 or 60.21 or 60.29
	or 476		

Patologia	DRG Gruper XIX	Diagnosi principale di dimissione ICD 9 - CM	Codice intervento chirurgico principale
Ictus -esclusi i deceduti-	14		
IMA -esclusi i deceduti-	121 or 122		
Emorragia gastrointestinale	174 or 175		
Scompenso cardiocircolatorio	127 and	402.01 or 402.11 or 402.91 or 428 or 428.0 or 428.1 or 428.9	
Polmonite	79 or 80 or 81 or 89 or 90 or 91		

3. EFFICIENZA PRE-OPERATORIA - C3 di C. Seghieri

L'indicatore di efficienza pre-operatoria è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa, in termini di degenza media pre-operatoria, vale a dire il numero medio di giornate che ogni paziente passa in ospedale tra il giorno dell'ammissione e il giorno dell'intervento chirurgico. Tale misura esprime la capacità organizzativa dell'azienda nelle attività di ricovero e nel sistema di pre-ospedalizzazione, considerando che tale indicatore è calcolato prendendo in esame unicamente i ricoveri ordinari programmati. L'obiettivo posto a livello regionale è pari a 1 giorno, significando che l'intervento chirurgico programmato dovrebbe avvenire al massimo il giorno seguente a quello del ricovero. Come avviene per l'indicatore C2 dell'efficienza delle attività di ricovero, anche la degenza media pre-operatoria è opportunamente standardizzata per età e sesso, considerando come popolazione standard l'insieme dei dimessi chirurghi toscani nell'anno di riferimento. Inoltre, anche qui si effettua il calcolo del coefficiente di variazione della degenza media pre-operatoria.

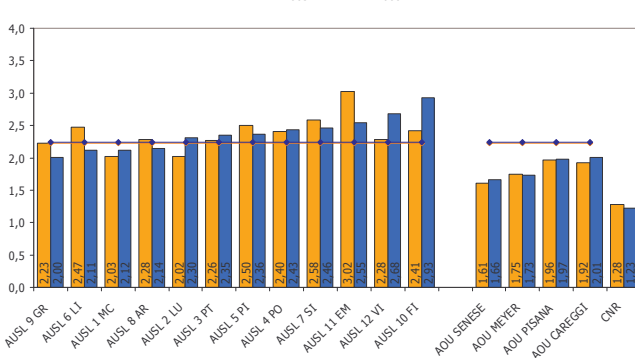
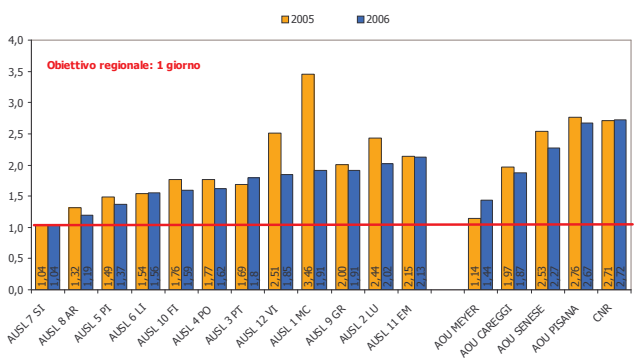
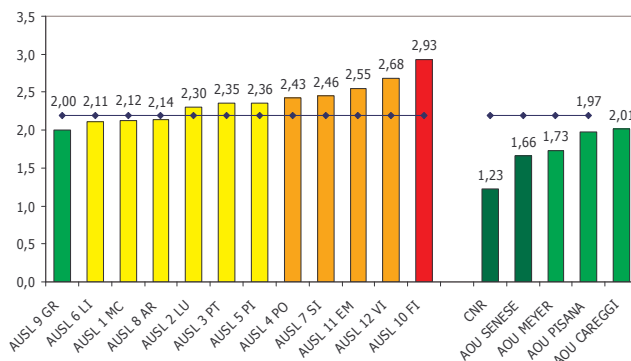
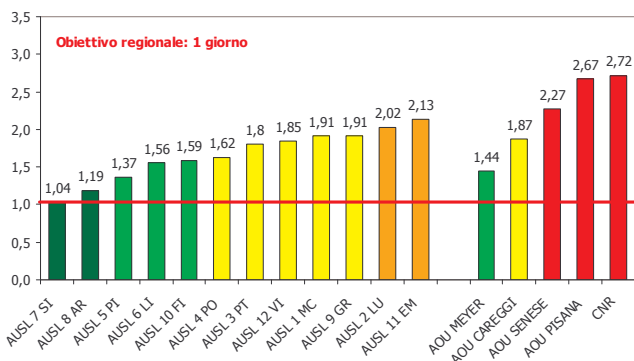


L'indicatore mostra per il 2006 valori abbastanza elevati: solo due aziende, la Ausl 7 di Siena e la Ausl 8 di Arezzo, si avvicinano all'obiettivo regionale, mentre due aziende territoriali e due aziende ospedaliero-universitarie, più il CNR, hanno un valore superiore ai 2 giorni, vale a dire oltre il doppio rispetto all'obiettivo regionale.

Si rileva però un trend in miglioramento in pressoché tutte le aziende, evidenziando in particolar modo il notevole sforzo della Ausl 1 di Massa Carrara e dalla Ausl 12 di Viareggio per abbassare il valore dell'indicatore largamente fuori standard nel 2005.

Il coefficiente di variazione mostra valori piuttosto elevati, ben al di sopra dell'unità che corrisponderebbe ad una situazione di disomogeneità; tale fenomeno trova una spiegazione nel fatto che l'indicatore prende in considerazione una notevole quantità di ricoveri, con un'ampia e differenziata casistica, per cui ci si aspettano variazioni di trattamento. Ciò non toglie che si rilevano valori molto diversi tra le aziende, con la particolarità che le aziende ospedaliero-universitarie hanno i valori più bassi.

Il trend del coefficiente di variazione rileva andamenti diversi tra le aziende, indicando che non c'è un cambiamento comune; l'Ausl 11 di Empoli si evidenzia per una diminuzione notevole della variabilità della degenza media pre-operatoria.



Azienda di erogazione	2005				2006			
	Degenza media pre-operatoria standardizzata	Degenza media pre-operatoria grezza	Coeff. di variazione	N. dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria standardizzata	Degenza media pre-operatoria grezza	Coeff. di variazione	N. dimessi chirurgici
AUSL 1 MC	3,46	3,71	2,03	7.572	1,91	2,04	2,12	7.443
AUSL 2 LU	2,44	2,45	2,02	6.117	2,02	2,05	2,30	4.411
AUSL 3 PT	1,69	1,67	2,26	4.852	1,8	1,77	2,35	4.814
AUSL 4 PO	1,77	1,51	2,40	6.775	1,62	1,36	2,43	6.646
AUSL 5 PI	1,45	1,32	2,50	4.447	1,37	1,25	2,38	4.439
AUSL 6 LI	1,54	1,53	2,47	7.759	1,56	1,52	2,11	7.176
AUSL 7 SI	1,04	0,94	2,58	3.960	1,04	0,94	2,46	3.844
AUSL 8 AR	1,32	1,31	2,28	10.201	1,19	1,19	2,14	9.831
AUSL 9 GR	2,01	2,18	2,23	6.374	1,91	2,11	2,00	6.086
AUSL 10 FI	1,78	1,88	2,41	8.345	1,59	1,68	2,93	8.480
AUSL 11 EM	2,15	2,08	3,02	4.657	2,13	2,26	2,55	3.700
AUSL 12 VI	2,51	2,57	2,28	4.591	1,85	1,92	2,68	4.162
Media intraregionale	1,97	2,04	2,22	8.355	1,77	1,79	2,24	8.153
OR	2,71	2,84	1,28	1.657	2,72	2,97	1,23	1.523

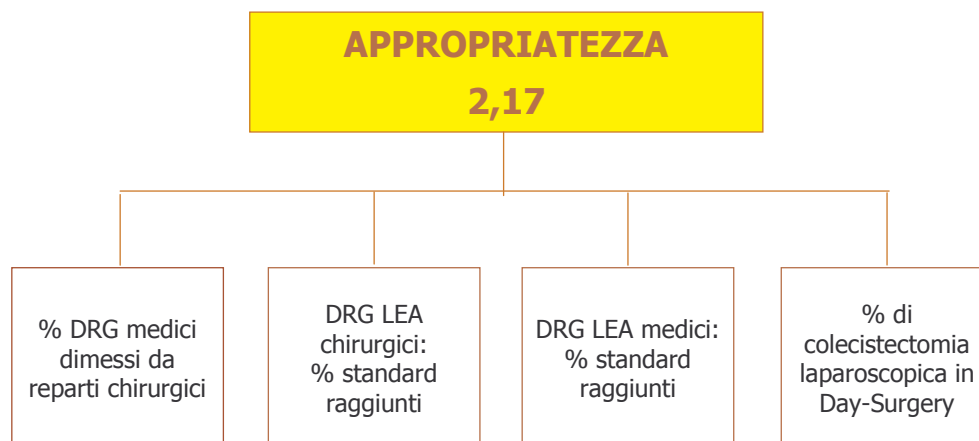
Definizione:	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
Numeratore:	N. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
Denominatore:	N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico}}{\text{N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico}}$
Note per l'elaborazione:	Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. <i>Codifiche ICD-9 CM:</i> Codici di procedure chirurgiche: da 01 a 86 (interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie). <i>Sono esclusi:</i> - I dimessi da reparti di riabilitazione e lungodegenza - I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento - I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno - I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 1 giorno
Standardizzazione:	Età e sesso (Popolazione standard: dimessi chirurgici regionali nell'anno di riferimento)

4. APPROPRIATEZZA – C4 di A. Bonini

Il PSR 2005-2007 dichiara che per appropriatezza in ambito socio-sanitario si intende la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza, e di non erogare attività e prestazioni inefficaci o dannose. Per efficacia s'intende la capacità, erogando un'attività o prestazione, di modificare positivamente la storia naturale della malattia e lo stato di salute obiettivo e soggettivo dell'utente che si rivolge al servizio. Per adeguatezza si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio beneficio per il cittadino e con tempi congrui rispetto al bisogno.

L'indicatore C4 mira a valutare quest'ultimo aspetto, l'appropriatezza organizzativa, vale a dire le strategie organizzative messe in atto dalle aziende in ambito ospedaliero per ottenere un maggiore beneficio del paziente con un minore impiego di risorse. In molti casi si tratta di una riconversione delle attività in un diverso setting di ricovero, da regime ordinario a day-hospital o day-surgery, a prestazioni ambulatoriali. L'appropriata attribuzione delle prestazioni a questi tre livelli permette di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione, consentendo allo stesso tempo un risparmio dei costi e una maggior soddisfazione del cittadino.

L'albero dell'indicatore, che a livello regionale nel 2006 registra una valutazione pari a 2,17 su 5, è composto dai seguenti sottoindicatori:

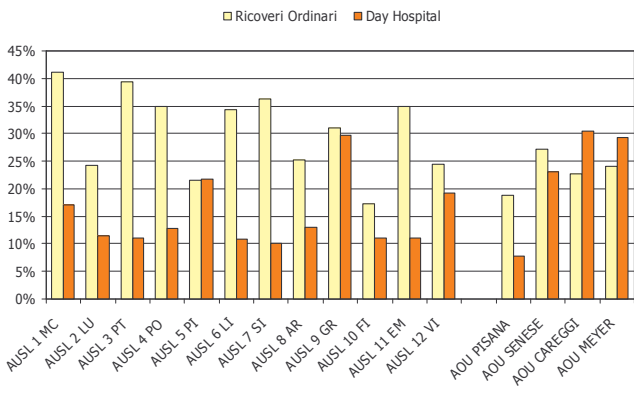
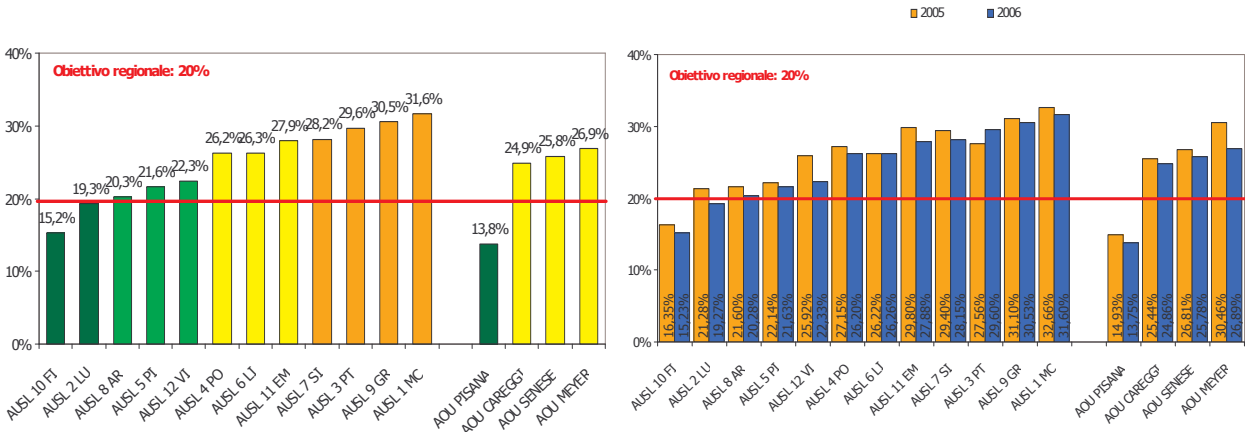


4.1 - Percentuale di Drg medici dimessi da reparti chirurgici

L'indicatore mette in luce un aspetto relativo all'inappropriatezza organizzativa che si verifica quando un paziente viene dimesso da un reparto chirurgico senza essere stato sottoposto ad alcun intervento chirurgico. Poiché il costo letto di un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è auspicabile ricercare soluzioni organizzative che contengano il più possibile tali casi, per limitare eventualmente un improprio assorbimento di risorse. L'obiettivo regionale è fissato al 20%, tenendo conto che tale percentuale è sufficiente a coprire quei casi in cui è invece appropriato il ricovero in reparto chirurgico. Si segnala che sono state apportate modifiche di costruzione dell'indicatore, escludendo dall'analisi i pazienti che riportano nella Scheda di dimissione ospedaliera il Drg 470, classificato dal sistema Drg come medico, corrispondente a "Non attribuibile". Inoltre non entrano nel conteggio i pazienti sottoposti a litotripsia (ovvero la frantumazione di calcoli vescicali e renali tramite un'apparecchiatura ad onde d'urto), poiché tale procedura necessita di un ricovero in reparto chirurgico.

Le performance del 2006 presentano valori molto differenziati tra le aziende, con un range che va dal 13,8% dell'AOU Pisana al 31,6% della Ausl 1 di Massa-Carrara. Solamente due aziende territoriali e una azienda ospedaliero-universitaria raggiungono l'obiettivo regionale, ed altre tre ci si avvicinano. Si evidenzia però un miglioramento generale dal 2005 al 2006, che porta il valore medio regionale dal 25,55% al 24,39%, ad eccezione di una sola azienda territoriale che incrementa il proprio valore di inappropriately organizzativa sotto tale aspetto.

Per un'analisi maggiormente approfondita, si riporta la distinzione dell'indicatore per azienda di erogazione calcolato sui ricoveri ordinari e sui Day-Hospital. Il livello di inappropriately organizzativa rappresentata dall'indicatore in questione si riscontra maggiormente, come previsto, nel ricovero ordinario: in tale modalità di ricovero la percentuale media regionale di Drg medici dimessi da reparti chirurgici è pari al 28,58% mentre nei day-hospital è molto più limitata, con un valore pari al 16,85%. Tale situazione si osserva in pressoché tutte le aziende, fatta eccezione di due aziende territoriali, in cui i valori del ricovero ordinario e del Day-Hospital sono all'incirca pari, e di due aziende ospedaliero-universitarie, che presentano valori di inappropriately organizzativa largamente superiori nel Day-Hospital.



Azienda di erogazione	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	% dimessi con Drg medici da reparti chirurgici	N° ricoveri medici da reparti chirurgici	% dimessi con Drg medici da reparti chirurgici	N° ricoveri medici da reparti chirurgici
AUSL 1 MC	41,10%	3.169	7,71%	16,98%
AUSL 2 LU	24,32%	1.395	5,73%	11,48%
AUSL 3 PT	39,45%	2.831	7,17%	11,02%
AUSL 4 PO	34,94%	1.928	5,51%	12,88%
AUSL 5 PI	21,62%	762	3,52%	21,65%
AUSL 6 LI	34,30%	3.394	9,86%	10,88%
AUSL 7 SI	36,27%	1.533	4,22%	10,13%
AUSL 8 AR	25,19%	2.525	10,02%	12,94%
AUSL 9 GR	30,96%	2.462	7,95%	29,68%
AUSL 10 FI	17,19%	1.755	10,20%	11,01%
AUSL 11 EM	34,86%	1.968	5,64%	11,13%
AUSL 12 VI	24,52%	1.324	5,39%	19,24%
Media Intra-regionale	28,58%	2.304	8,49%	16,85%

Azienda di erogazione	2005			2006		
	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici	Dimessi con Drg medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici	Dimessi con Drg medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici
AUSL 1 MC	32,66%	4.106	12.572	31,60%	4.020	12.723
AUSL 2 LU	21,28%	2.066	9.710	19,27%	1.822	9.456
AUSL 3 PT	27,56%	3.133	11.367	29,60%	3.250	10.980
AUSL 4 PO	27,15%	2.656	9.781	26,20%	2.394	9.136
AUSL 5 PI	22,14%	1.438	6.496	21,63%	1.358	6.278
AUSL 6 LI	26,22%	4.192	15.988	26,26%	3.957	15.069
AUSL 7 SI	29,40%	1.797	6.113	28,15%	1.726	6.132
AUSL 8 AR	21,60%	3.637	16.838	20,28%	3.392	16.722
AUSL 9 GR	31,10%	3.729	11.991	30,53%	3.653	11.964
AUSL 10 FI	16,35%	2.419	14.794	15,23%	2.277	14.951
AUSL 11 EM	29,80%	2.442	8.194	27,88%	2.230	8.000
AUSL 12 VI	25,92%	2.513	9.695	22,33%	2.063	9.239
Media Intra-regionale	25,55%	3.276	13.547	24,39%	3.108	13.416

Definizione:	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Numeratore:	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Denominatore:	N. di dimessi da reparti chirurgici
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici}}$
Note per l'elaborazione:	Vengono considerati Drg medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione nell'elenco delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ex D.M. 30/06/97 Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica (esclusa la specialità 37 ostetricia e ginecologia) Sono esclusi i ricoveri: - con drg 470: non attribuibile - con litotripsia in intervento principale (codice ICD9-CM: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 20%

4.2 - Drg LEA Chirurgici e Medici: percentuale di standard raggiunti

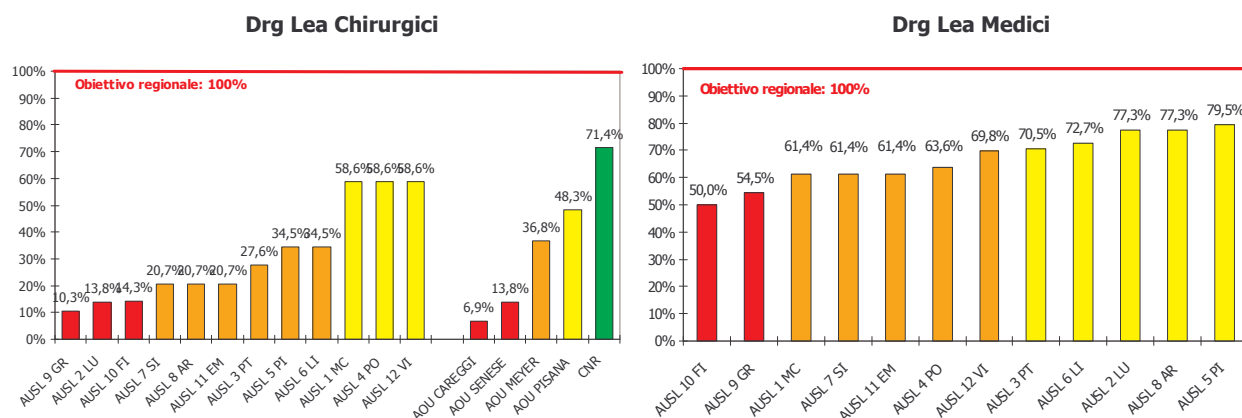
La Regione Toscana, seguendo le direttive nazionali relative alla definizione dei livelli essenziali di assistenza contenute nel DPCM del 29 novembre 2001, ha promosso e incoraggiato fin dal 2002 adeguati interventi di riconversione delle attività al fine di ottimizzare l'appropriatezza dei ricoveri. La delibera n.859 del 5 agosto 2002 definiva, infatti, degli standard per una serie di Drg, individuati come "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di ricovero ordinario. Il sistema toscano ha coerentemente risposto alle indicazioni regionali e gli obiettivi posti nella delibera sopracitata sono stati in gran parte raggiunti o superati.

Volendo proseguire in tale direzione, la Regione Toscana con delibera n.252 del 2006 ha aggiornato le indicazioni della precedente, rivedendo gli standard di riferimento e integrando l'elenco dei Drg potenzialmente a rischio di inappropriatezza. Come nell'antecedente deliberazione, le linee di azione si differenziano per Drg medici e Drg chirurgici: l'appropriatezza in area chirurgica rinvia infatti alla scelta del setting assistenziale nel quale vengono effettuate le singole procedure o interventi, sia privilegiando l'attività in Day-Surgery rispetto al ricovero ordinario, sia individuando nuove prestazioni effettuabili in regime ambulatoriale. In area medica, invece, l'appropriatezza organizzativa si basa su percorsi assistenziali, diagnostico/terapeutici, che privilegiano l'assistenza territoriale, e lo sviluppo delle attività di Day-Service in alternativa al ricovero ospedaliero.

Nello specifico, la delibera del 2006 stabilisce, per ciascuno dei 29 Drg Chirurgici individuati, una percentuale minima di interventi da effettuare in Day-Surgery per azienda erogatrice. L'indicatore è calcolato come percentuale degli obiettivi raggiunti sul totale dei 29 prefissati. Si nota che nel 2006 le performance registrate dalle aziende sono per la maggior parte scarse, con un valore medio regionale attorno al 30%. Si evidenzia però una situazione diversificata tra le aziende, con un range di raggiungimento degli obiettivi che va dal 10% ad oltre il 58%.

Per quanto riguarda i Drg Medici, la regione pone l'obiettivo in termini di ricorso al ricovero, vale a dire stabilisce per ciascuno dei 44 Drg menzionati nella delibera il tasso standardizzato di ospedalizzazione massimo per 10.000 abitanti per azienda di residenza. L'indicatore, come il precedente, è calcolato come percentuale degli obiettivi raggiunti sul totale dei 44 stabiliti. La situazione dell'area medica appare migliore rispetto a quella dell'area chirurgica, con un valore medio regionale di obiettivi raggiunti del 66%; inoltre la variabilità delle aziende è ridotta, con percentuali che vanno dal 50% al 79%.

La maggior parte delle performance rilevate sono comunque considerate scarse, in quanto lasciano spazio a notevoli possibilità di miglioramento. C'è da sottolineare, però, che la delibera è entrata in vigore in corso d'anno, il 10 aprile del 2006, e poiché le aziende necessitano di un certo tempo per la riorganizzazione, migliori risultati si potrebbero apprezzare nel 2007, in cui ci si aspetta un netto miglioramento della performance su tali indicatori.



Azienda di erogazione	% obiettivi Drg Chirurgici LEA raggiunti	N. obiettivi Drg Chirurgici LEA raggiunti	N. obiettivi Drg Chirurgici LEA
AUSL 1 MC	58,62%	17	29
AUSL 2 LU	13,79%	4	29
AUSL 3 PT	27,59%	8	29
AUSL 4 PO	58,62%	17	29
AUSL 5 PI	34,48%	10	29
AUSL 6 LI	34,48%	10	29
AUSL 7 SI	20,69%	6	29
AUSL 8 AR	20,69%	6	29
AUSL 9 GR	10,34%	3	29
AUSL 10 FI	14,29%	4	28
AUSL 11 EM	20,69%	6	29
AUSL 12 VI	58,62%	17	29
AOU PISANA	48,28%	14	29
AOU SENESE	13,79%	4	29
AOU CAREGGI	6,90%	2	29
AOU MEYER	36,84%	7	19
Media intraregionale	29,92%	8	28
CNR	71,43%	5	7

Azienda di residenza	% obiettivi Drg Medici LEA raggiunti	N. obiettivi Drg Medici LEA raggiunti	N. obiettivi Drg Medici LEA
AUSL 1 MC	61,36%	27	44
AUSL 2 LU	77,27%	34	44
AUSL 3 PT	70,45%	31	44
AUSL 4 PO	63,64%	28	44
AUSL 5 PI	79,55%	35	44
AUSL 6 LI	72,73%	32	44
AUSL 7 SI	61,36%	27	44
AUSL 8 AR	77,27%	34	44
AUSL 9 GR	54,55%	24	44
AUSL 10 FI	50,00%	22	44
AUSL 11 EM	61,36%	27	44
AUSL 12 VI	69,77%	30	43
Media AUSL	66,61%	29	44

Definizione:	Percentuale di standard raggiunti per i Drg LEA Chirurgici secondo la delibera G.R.T. 252/2006
Numeratore:	N. di standard raggiunti per i DRG Chirurgici LEA
Denominatore:	N. DRG Chirurgici LEA
Formula matematica:	$\frac{\text{N. standard raggiunti per i DRG Chirurgici LEA}}{\text{N. DRG Chirurgici LEA}}$
Note per l'elaborazione:	I DRG considerati sono quelli individuati nella Delibera G.R.T. n.252 del 10.04.2006, che stabilisce per ogni Drg LEA Chirurgico la percentuale minima di interventi da effettuare in regime di Day-Surgery. Si considerano i ricoveri erogati in Toscana. Sono esclusi i ricoveri: - relativi a neonati sani - relativi a day-hospital farmacologici - erogati da strutture private non accreditate - dimessi dai reparti di riabilitazione e lungodegenza
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 100%

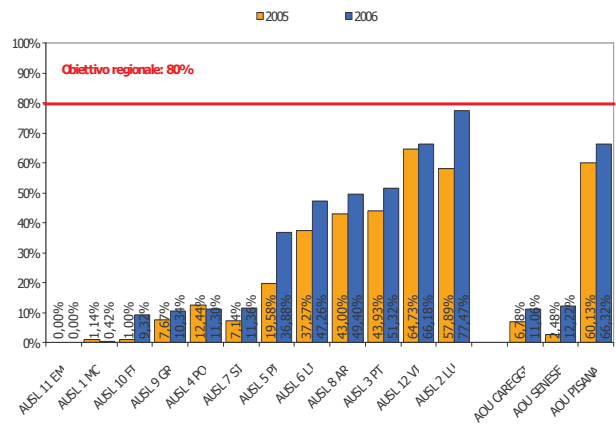
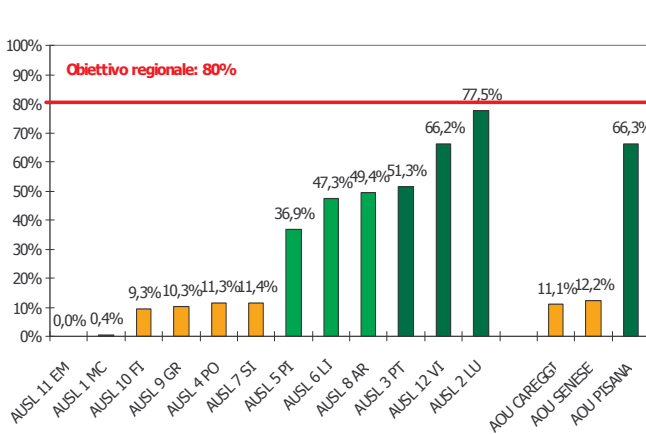
Definizione:	Percentuale di standard raggiunti per i Drg LEA Medici secondo la delibera G.R.T. 252/2006
Numeratore:	N. di standard raggiunti per i DRG Medici LEA
Denominatore:	N. DRG Medici LEA
Formula matematica:	$\frac{\text{N. standard raggiunti per i DRG Medici LEA}}{\text{N. DRG Medici LEA}}$
Note per l'elaborazione:	I DRG considerati sono quelli individuati nella Delibera G.R.T. n.252 del 10.04.2006, che stabilisce per ogni Drg LEA Medico uno standard di riferimento, che corrisponde al tasso standardizzato di ospedalizzazione per 10.000 abitanti. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione è calcolato rapportando le dimissioni attese al totale della popolazione standard. Le dimissioni attese sono ottenute sommando i tassi specifici per classe di età moltiplicati al numero di persone appartenente ad ogni fascia di età della popolazione presa a riferimento. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 1998 (fonte ISTAT). Si considerano i soli ricoveri erogati in regione a favore di utenti residenti in Toscana. Sono esclusi i ricoveri: - relativi a neonati sani - relativi a day-hospital farmacologici - erogati da strutture private non accreditate - dimessi dai reparti di riabilitazione e lungodegenza
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 100%

4.3 - Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery

Tale indicatore misura l'appropriatezza del setting di ricovero nell'effettuazione di uno specifico intervento chirurgico, la colecistectomia laparoscopica. La bibliografia internazionale riferisce che tale intervento nella maggior parte dei ricoveri può essere eseguito in Day-Surgery, fatti salvi alcuni casi in cui il paziente deve essere monitorato più a lungo; in considerazione di ciò, l'obiettivo regionale è posto all'80%. Si fa riferimento ai soli ricoveri programmati; gli urgenti sono esclusi in quanto tali pazienti possono necessitare di una stabilizzazione prima dell'intervento, non rendendo possibile la sua esecuzione in regime di day-surgery. Si esplicita che per Day-Surgery si intende inclusa anche la One Day-Surgery, ossia la dimissione del paziente entro le 24 ore.

La performance del 2006 è molto differenziata a seconda dell'azienda erogatrice, evidenziando che la scelta dipende dal professionista e dall'organizzazione: la metà delle aziende territoriali e due aziende ospedaliere universitarie utilizzano in minima parte o per niente il regime in Day-Surgery per la colecistectomia per via laparoscopica. L'altra metà, invece, effettua tale intervento in Day-Surgery con percentuali che vanno dal 37% ad oltre il 77%. Le aziende che registrano un'ottima performance, in ottica di benchmarking, sono considerate quelle che superano il 50%, ossia la Ausl 2 di Lucca, la Ausl 12 di Viareggio, la Ausl 3 di Pistoia e la AOU Pisana.

Per quanto riguarda il trend, l'indicatore è migliorato in pressoché tutte le aziende, con un valore medio regionale in aumento dal 24,35% del 2005 al 30,72% del 2006. In particolare, si registrano notevoli miglioramenti nella Ausl 5 di Pisa, che vede quasi raddoppiato il ricorso al Day-Surgery per l'intervento in questione, e nella Ausl 2 di Lucca, che, presentando già un'ottima performance nel 2005, ulteriormente migliorata del 20% nel 2006, diventa la best practise con un valore del 77,5%.



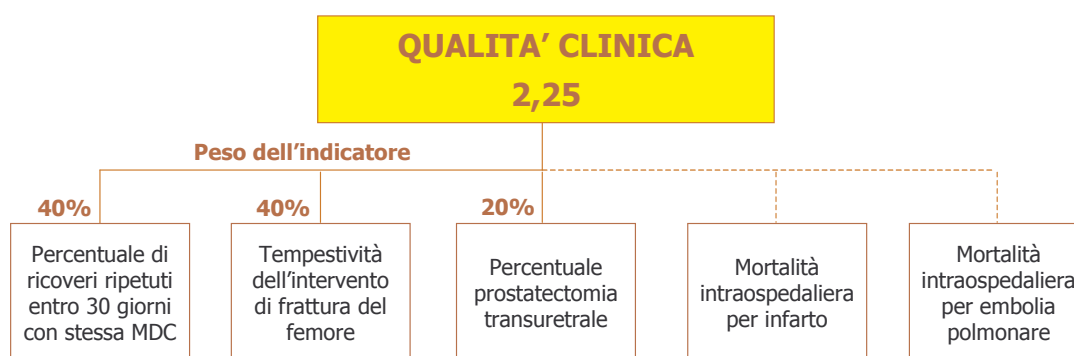
Azienda di erogazione	2005		2006	
	% colecistectomia laparoscopica in DS	N. colecistectomie laparoscopiche in DS	% colecistectomia laparoscopica in DS	N. colecistectomie laparoscopiche in DS
AUSL 1 MC	1,14%	3	0,42%	1
AUSL 2 LU	37,89%	99	77,47%	141
AUSL 3 PT	43,93%	134	51,32%	136
AUSL 4 PO	12,44%	25	11,30%	27
AUSL 5 PI	19,58%	28	36,88%	59
AUSL 6 LI	37,27%	161	47,26%	190
AUSL 7 SI	7,14%	10	11,36%	15
AUSL 8 AR	43,00%	169	49,40%	207
AUSL 9 GR	7,67%	25	10,34%	36
AUSL 10 FT	1,07%	4	9,32%	40
AUSL 11 EM	0,00%	0	0,00%	0
AUSL 12 VI	64,73%	145	66,18%	180
AOU PISANA	60,13%	273	66,32%	317
AOU SENESE	2,48%	4	12,22%	22
AOU CAREGGI	6,78%	37	11,06%	79
Media intraregionale	24,35%	74	30,72%	97

Definizione:	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery
Numeratore:	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery
Denominatore:	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e in ricovero ordinario
Formula matematica:	$\frac{\text{N. colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery}}{\text{N. colecistectomie laparoscopiche}}$
Note per l'elaborazione:	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grupper XIX: colecistectomia: DRG 493-494 AND Codifiche ICD9-CM: intervento chirurgico: 51.23, 51.24
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≥ 80%

5. QUALITÀ CLINICA— C5 di A. Bonini

La Regione Toscana persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità e di introdurre protocolli e tecniche che possano incidere sul miglioramento delle prestazioni erogate. Nell'indicatore in questione, si fa riferimento all'adozione di tecniche strumentali e cliniche, e di procedure diagnostiche e curative che i professionisti sanitari considerano più idonee per far fronte ai bisogni ottenendo il miglior risultato per il paziente.

Gli indicatori presenti nell'albero della qualità clinica, non esaustivi ma significativi, intendono dunque valutare la capacità dell'azienda di raggiungere i migliori risultati in relazione agli obiettivi prefissati, in termini di salute del paziente.



Come si vede nell'albero, i primi tre sottoindicatori sono oggetto di valutazione, mentre gli altri due, relativi ai tassi di mortalità intraospedaliera, non sono oggetti di valutazione ma vengono inclusi come indicatori di riferimento.

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie, proprio per la loro natura e missione diversa dalle aziende territoriali, sono valutate tramite tre ulteriori sottoindicatori, individuati dai Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata delle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie toscane:

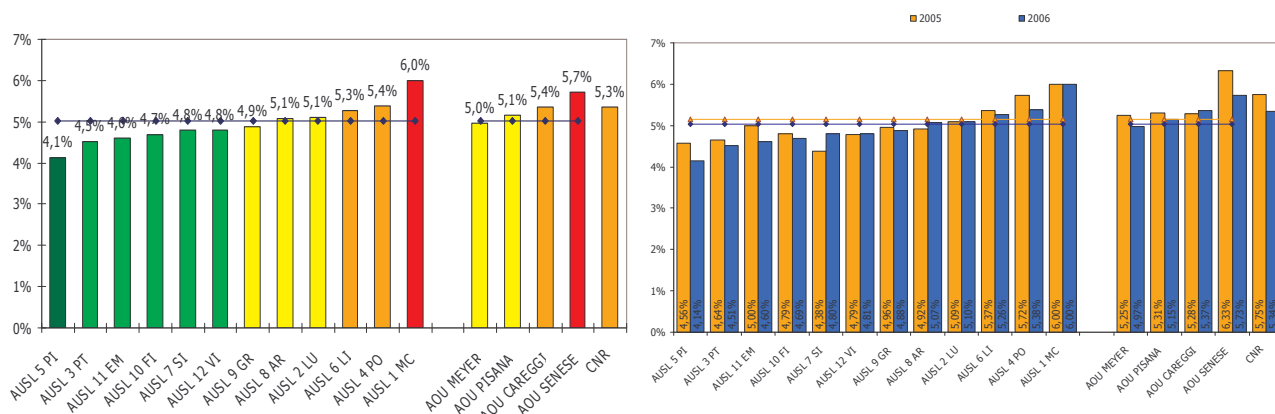
- percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass
- percentuale di riparazione della valvola mitrale
- percentuale di ventilazione meccanica non invasiva

5.1 - Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con la stessa Mdc

L'indicatore in questione misura la qualità delle prestazioni erogate verificando quanti pazienti rientrano in ospedale in un breve lasso di tempo per lo stesso motivo di salute, ipotizzando che il secondo ricovero possa essere dovuto a una carenza nelle cure prestate nel primo ricovero. In concreto, si considerano i pazienti che vengono dimessi in entrambi i ricoveri con la stessa Mdc (Categoria Diagnostica Principale), ovvero lo stesso raggruppamento di Drg, supponendo in tal modo che i due eventi di ricovero siano clinicamente legati; l'intervallo temporale stabilito tra la dimissione del primo ricovero e l'ammissione al secondo, affinché si ritenga ripetuto un ricovero, è di 30 giorni. Per eliminare dal conteggio i trasferiti da un'azienda ad un'altra, sono stati esclusi quei pazienti che presentano una data di ammissione uguale alla data di dimissione di un precedente ricovero. Il ricovero ripetuto viene attribuito all'azienda in cui avviene il primo ricovero. Nel caso ne avvenga un terzo, sempre entro 30 giorni dal primo, esso è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo. Per approfondimenti, specifici criteri di esclusione sono riportati nella scheda di costruzione dell'indicatore che segue.

Per l'anno 2006, le aziende territoriali riportano valori che variano tra il 4,1% della Ausl 5 di Pisa, che registra la migliore performance, e il 6% della Ausl 1 di Massa-Carrara, con un valore medio regionale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso motivo di salute che si attesta sul 5,03%. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie presentano valori più simili, che oscillano tra il 5% e il 5,7%.

La maggior parte delle aziende migliorano la loro performance sull'indicatore in questione, ad eccezione di due aziende territoriali, che invece mostrano un aumento della percentuale di ricoveri ripetuti. Si apprezza in particolar modo lo sforzo della AOU Senese che presenta la maggior diminuzione, pari allo 0,70%, pur mantenendosi su percentuali elevate. Il valore medio regionale, complessivamente, scende leggermente, passando dal 5,15% del 2005 al 5,03% del 2006.



Azienda di 1 ricovero	2005			2006		
	% ricoveri ripetuti	N. ricoveri ripetuti	N. ricoveri	% ricoveri ripetuti	N. ricoveri ripetuti	N. ricoveri
AUSL 1 MC	6,00%	1.499	25.001	6,00%	1.476	24.590
AUSL 2 LU	5,09%	1.075	21.100	5,10%	1.013	19.863
AUSL 3 PT	4,64%	1.137	24.483	4,51%	1.105	24.481
AUSL 4 PO	5,72%	1.277	22.315	5,38%	1.235	22.951
AUSL 5 PT	4,56%	599	13.132	4,14%	542	13.102
AUSL 6 LI	5,37%	1.737	32.373	5,26%	1.655	31.468
AUSL 7 SI	4,38%	598	13.649	4,80%	648	13.514
AUSL 8 AR	4,92%	1.702	34.593	5,07%	1.688	33.294
AUSL 9 GR	4,95%	1.096	22.117	4,88%	1.093	22.398
AUSL 10 FT	4,79%	1.920	40.066	4,69%	1.852	39.482
AUSL 11 EM	5,00%	908	18.150	4,60%	820	17.826
AUSL 12 VI	4,79%	780	16.278	4,81%	740	15.395
AOU PISANA	5,31%	2.267	42.729	5,15%	2.232	43.364
AOU SENESE	6,33%	1.702	26.905	5,73%	1.514	26.445
AOU CAREGGI	5,28%	2.894	54.812	5,37%	2.779	51.789
AOU MEYER	5,25%	296	5.637	4,97%	295	5.930
Media intraregionale	5,15%	1.343	25.834	5,03%	1.293	25.368
CNR	5,75%	202	3.511	5,34%	191	3.576

Definizione	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una delle strutture pubbliche toscane
Numeratore	N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una delle strutture pubbliche toscane
Denominatore	N. ricoveri
Formula matematica	$\frac{\text{N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC}}{\text{N. ricoveri}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati da presidi pubblici toscani relativi a pazienti residenti in Italia, con codice fiscale corretto, in regime di ricovero ordinario.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con data di ammissione uguale alla data di dimissione di un precedente ricovero, considerando tali ricoveri come trasferiti - con reparto di ammissione: psichiatria (codice 40) - con reparto di dimissione: unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 56) - relativi ai DH oncologici (drg 409, 410, 492) <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stesso codice fiscale - stessa MDC - tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione <30 giorni <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p>
Parametro di riferimento:	Media regionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

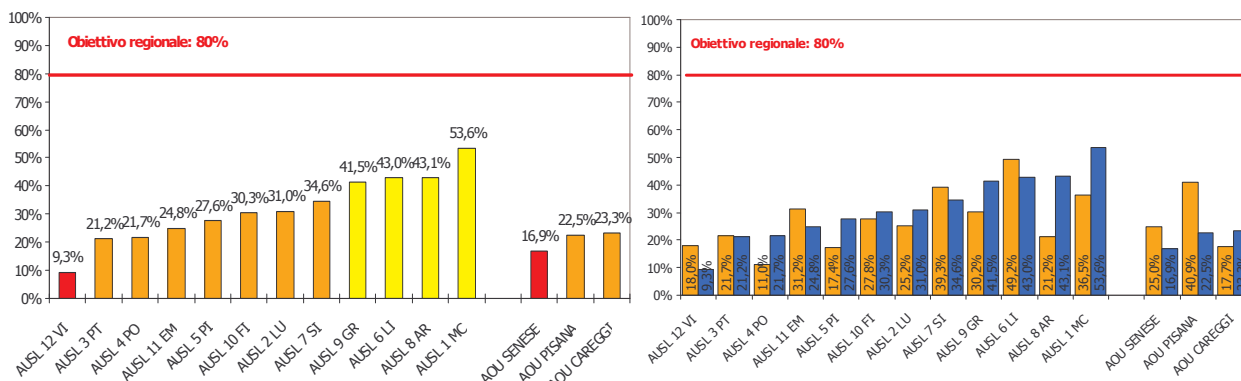
5.2 - Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione

L'intervento di endoprotesi dell'anca riguarda il rifacimento esclusivo della testa del femore in conseguenza ad una frattura, normalmente in persone anziane; questo rende conto della proporzione dei casi incidenti a favore della donna (osteoporosi). La tempestività con cui viene effettuato l'intervento è una determinante del recupero funzionale dell'individuo, ovvero, prima il paziente viene operato, minore sarà la probabilità di effetti negativi, da un eventuale disabilità fino al decesso. La Regione Toscana, in linea con la letteratura internazionale, stabilisce nel PSR 2005-2007 che la prestazione in esame deve essere garantita entro un tempo massimo di 24-48 ore dalla frattura del femore.

Sulla base di tali elementi, l'indicatore si calcola come percentuale di interventi di endoprotesi dell'anca effettuati entro 2 giorni dal ricovero; l'obiettivo regionale è posto all'80%, considerando quei casi in cui il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere con l'operazione.

Si riscontrano notevoli differenze tra le aziende, con valori che vanno dal 9,3% della Ausl 12 di Viareggio al 53,6% della Ausl 1 di Massa-Carrara; le aziende ospedaliero-universitarie registrano percentuali ancora più basse delle aziende territoriali, non superando il 24%. Le aziende sono ben lontane dal raggiungimento dell'obiettivo regionale dell'80%, per cui nessuna ha ottenuto una valutazione di performance ottima o buona.

Il trend dal 2005 al 2006 presenta una situazione eterogenea, con miglioramenti in alcune aziende e peggioramenti in altre; si evidenzia il notevole aumento della Ausl 1 di Massa-Carrara e della Ausl 8 di Arezzo, che raddoppia il proprio valore. Si riscontrano invece diminuzioni della tempestività dell'intervento in due delle tre Aziende Ospedaliero-Universitarie. Complessivamente, a livello regionale, la percentuale di interventi effettuati entro i 2 giorni aumenta lievemente, dal 27,47% al 29,63%.



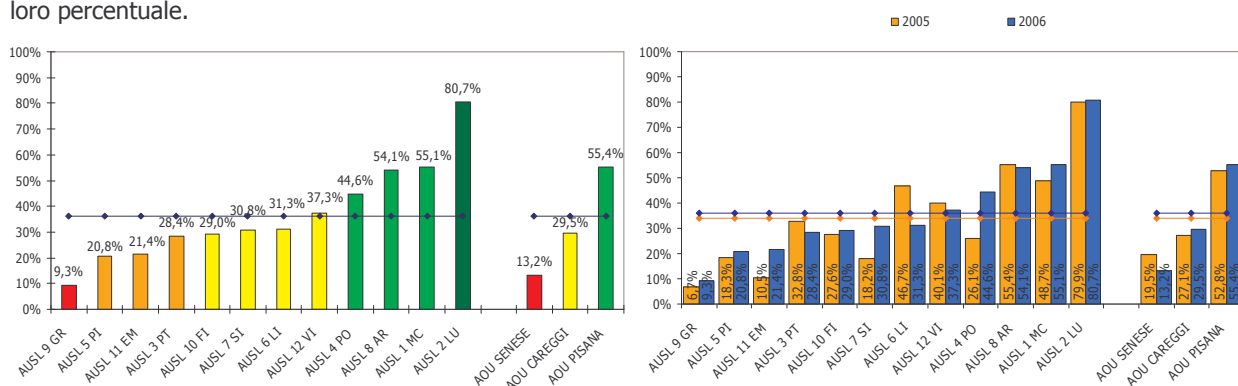
Azienda	2005			2006		
	% di endoprotesi operate in 2 gg	N. interventi effettuati in 2 gg	N. interventi endoprotesi anca	% di endoprotesi operate in 2 gg	N. interventi effettuati in 2 gg	N. interventi endoprotesi anca
AUSL 1 MC	36,46%	35	96	53,57%	45	84
AUSL 2 LU	25,19%	34	135	31,01%	40	129
AUSL 3 PT	21,66%	34	157	21,21%	28	132
AUSL 4 PO	10,98%	9	82	21,74%	20	92
AUSL 5 PI	17,39%	8	46	27,59%	16	58
AUSL 6 LI	49,18%	60	122	42,96%	61	142
AUSL 7 SI	39,34%	24	61	34,62%	18	52
AUSL 8 AR	21,19%	25	118	43,06%	62	144
AUSL 9 GR	30,19%	32	106	41,46%	51	123
AUSL 10 FI	27,84%	54	194	30,33%	74	244
AUSL 11 EM	31,19%	34	109	24,76%	26	105
AUSL 12 VI	17,95%	14	78	9,33%	7	75
AOU PISANA	40,91%	18	44	22,54%	16	71
AOU SENESE	25,00%	16	64	16,90%	12	71
AOU CAREGGI	17,65%	33	187	23,31%	31	133
Media intraregionale	27,47%	29	107	29,63%	34	110

Definizione:	Percentuale di interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Numeratore:	N. interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Denominatore:	N. interventi per endoprotesi dell'anca
Formula matematica:	$\frac{\text{N. interventi per endoprotesi dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento } \leq 2 \text{ giorni}}{\text{N. interventi per endoprotesi dell'anca}}$
Note per l'elaborazione:	Codifiche ICD9-CM: 81.52 - Sostituzione parziale dell'anca
Note per l'interpretazione:	Endoprotesi dell'anca: l'intervento riguarda il rifacimento esclusivo della testa del femore conseguente a frattura in persone anziane. Questo rende conto della proporzione dei casi incidenti a favore della donna (osteoporosi).
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≥ 80%
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO

5.3 - Percentuale di prostatectomie transuretrali

L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia, come misura di qualità professionale; la procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva, che assicura la stessa qualità ma con maggior beneficio per il paziente, che generalmente ha un recupero post-operatorio più rapido, con una degenza in ospedale più breve, il che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse. L'indicatore è calcolato come percentuale delle prostatectomie transuretrali effettuate sul totale degli interventi di prostatectomia.

Il grafico evidenzia una forte variabilità tra le aziende, che rispecchia il diverso pensiero e comportamento dei professionisti: vi sono aziende che fanno poco ricorso alla tecnica in questione, come la Ausl 9 di Grosseto con il 9,3% di interventi in transuretrale, mentre altre la utilizzano correntemente, come la Ausl 2 di Lucca che presenta un valore di oltre l'80%. Il trend mostra un crescente ricorso alla tecnica transuretrale, con un valore medio regionale che passa dal 34,03% del 2005 al 36,06% del 2006, pur con alcune eccezioni di aziende che invece diminuiscono la loro percentuale.

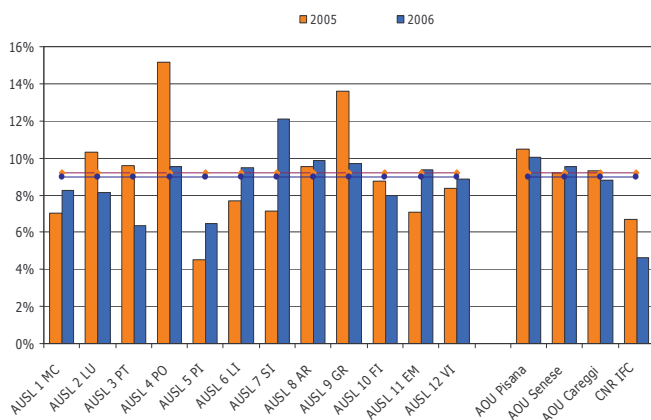


Azienda di erogazione	2005			2006		
	Percentuale prostatectomia transuretrale	N. ricoveri interventi prostatectomie transuretrali	N. ricoveri interventi prostatectomie	Percentuale prostatectomia transuretrale	N. ricoveri interventi prostatectomie transuretrali	N. ricoveri interventi prostatectomie
AUSL 1 MC	48,73%	77	158	55,09%	92	167
AUSL 2 LU	79,94%	247	309	80,70%	230	285
AUSL 3 PT	32,80%	62	189	28,43%	58	204
AUSL 4 PO	26,09%	18	69	44,60%	62	139
AUSL 5 PI	18,32%	24	131	20,79%	21	101
AUSL 6 LI	46,67%	21	45	31,25%	3	16
AUSL 7 SI	18,18%	4	22	30,77%	4	13
AUSL 8 AR	55,40%	154	278	54,07%	166	307
AUSL 9 GR	6,69%	17	254	9,27%	23	248
AUSL 10 FI	27,61%	111	402	29,02%	112	386
AUSL 11 EM	10,53%	12	114	21,43%	27	126
AUSL 12 VI	40,08%	105	262	37,31%	100	268
AOU PISANA	52,82%	253	479	55,40%	282	509
AOU SENESE	19,49%	46	236	13,18%	34	258
AOU CAREGGI	27,14%	193	711	29,52%	214	725
Media intraregionale	34,03%	90	244	36,06%	95	250

Definizione:	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
Numeratore:	N. di interventi di prostatectomia transuretrale
Denominatore:	N. interventi di prostatectomia
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di interventi di prostatectomia transuretrale}}{\text{N. interventi di prostatectomia}}$
Note per l'elaborazione:	Codifiche: Interventi di prostatectomia transuretrale: DRG 336-337 & Codice Intervento ICD 9-CM 60.2, 60.21, 60.29 Altri interventi di prostatectomia: Interventi maggiori sulle pelvi maschili: DRG 334-335 & Codice intervento ICD 9-CM 60.3, 60.4, 60.5, 60.62, 60.69 Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale: DRG 476
Parametro di riferimento:	Media intraregionale
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Significato indicatore:	E' un indicatore di qualità clinica

Seguono i due indicatori riguardanti la mortalità intraospedaliera per patologia, non oggetto di valutazione.

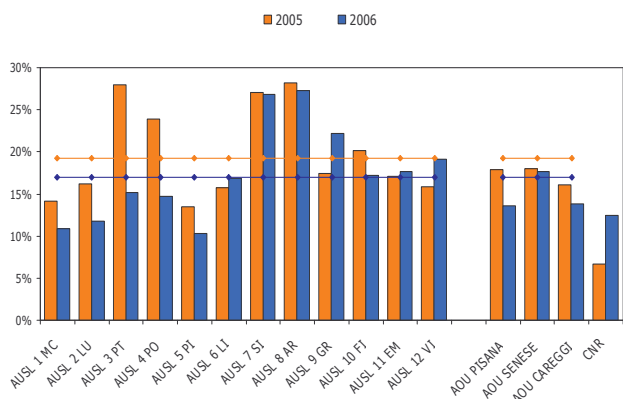
5.4 - Tasso di mortalità intraospedaliera per infarto



Azienda erogazione	2005			2006		
	Mortalità intraospedaliera per infarto	N deceduti con diagnosi di infarto	N pazienti con diagnosi di infarto	Mortalità intraospedaliera per infarto	N deceduti con diagnosi di infarto	N pazienti con diagnosi di infarto
AUSL 1 MC	7,00%	51	729	8,27%	54	653
AUSL 2 LU	10,31%	70	679	8,16%	54	662
AUSL 3 PT	9,60%	48	500	6,34%	30	473
AUSL 4 PO	15,18%	56	369	9,55%	36	377
AUSL 5 PI	4,52%	17	376	6,46%	23	356
AUSL 6 LI	7,68%	94	1224	9,50%	117	1232
AUSL 7 SI	7,12%	22	309	12,07%	35	290
AUSL 8 AR	9,55%	74	775	9,85%	80	812
AUSL 9 GR	13,58%	101	744	9,68%	70	723
AUSL 10 FI	8,78%	85	968	8,00%	69	862
AUSL 11 EM	7,07%	33	467	9,34%	41	439
AUSL 12 VI	8,39%	46	548	8,86%	42	474
AOU Pisana	10,50%	76	724	10,06%	65	646
AOU Senese	9,22%	65	705	9,54%	60	629
AOU Careggi	9,30%	119	1280	8,83%	114	1291
CNR IFC	6,67%	26	390	4,61%	20	434
Media intraregionale	9,19%	64	693	8,97%	59	661

Definizione:	Mortalità intraospedaliera per infarto
Numeratore:	N. deceduti con diagnosi di infarto
Denominatore:	N. dimessi con diagnosi di infarto
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti con diagnosi di infarto}}{\text{N. dimessi con diagnosi di infarto}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ordinari, dimessi da presidi pubblici. Infarto in diagnosi principale o in una delle secondarie. <i>Codifiche ICD9-CM:</i> 410.xx Infarto miocardico acuto
Parametro di riferimento:	Media intraregionale
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO

5.5 - Tasso di mortalità intraospedaliera per embolia polmonare

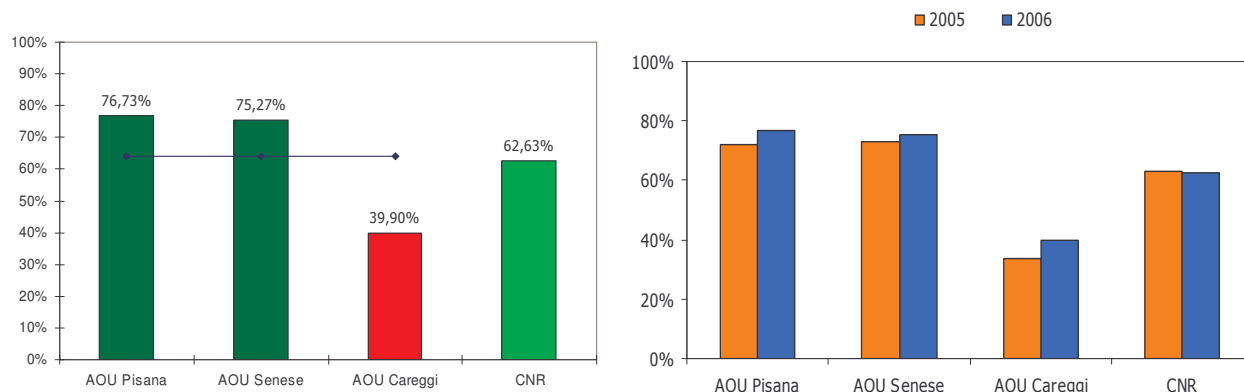


Azienda di erogazione	2005			2006		
	Tasso di mortalità intraospedaliera per embolia polmonare	N. deceduti con diagnosi di embolia polmonare	N. dimessi con embolia polmonare	Tasso di mortalità intraospedaliera per embolia polmonare	N. deceduti con diagnosi di embolia polmonare	N. dimessi con embolia polmonare
AUSL 1 MC	14,13%	13	92	10,87%	10	92
AUSL 2 LU	16,24%	44	271	11,72%	34	290
AUSL 3 PT	27,93%	31	111	15,15%	15	99
AUSL 4 PO	23,88%	21	88	14,74%	14	95
AUSL 5 PI	13,51%	10	74	10,31%	10	97
AUSL 6 LI	15,78%	29	184	16,92%	33	195
AUSL 7 SI	27,03%	20	74	26,87%	18	67
AUSL 8 AR	28,24%	48	170	27,27%	54	198
AUSL 9 GR	17,44%	30	172	22,15%	35	158
AUSL 10 FI	20,10%	40	199	17,17%	34	198
AUSL 11 EM	17,11%	13	76	17,65%	12	68
AUSL 12 VI	15,85%	13	82	19,15%	18	94
AOU PISANA	17,88%	32	179	13,64%	27	198
AOU SENESE	17,95%	21	117	17,65%	21	119
AOU CAREGGI	16,02%	37	231	13,78%	31	225
Media intraregionale	19,27%	27	141	17,00%	24	146

Definizione:	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
Numeratore:	N. deceduti con diagnosi di embolia polmonare
Denominatore:	N. dimessi con diagnosi di embolia polmonare
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti con diagnosi di embolia polmonare}}{\text{N. dimessi con diagnosi di embolia polmonare}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ordinari, dimessi da presidi pubblici. Embolia polmonare in diagnosi principale o in una delle secondarie. <i>Codifiche ICD9-CM:</i> 415.xx Malattia cardiopolmonare acuta
Parametro di riferimento:	Media intraregionale
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO

Come accennato precedentemente, le Aziende Ospedaliero-Universitarie sono valutate tramite tre ulteriori sottoindicatori:

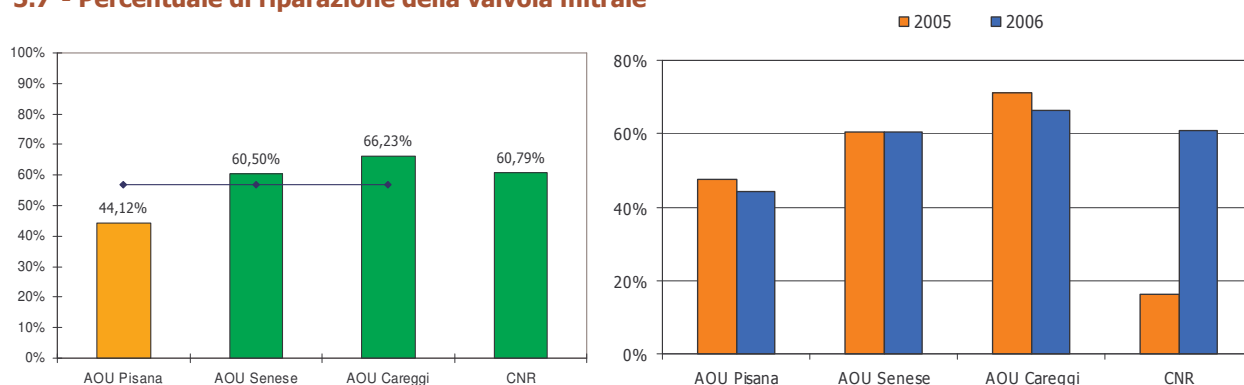
5.6 - Percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass



Azienda erogazione	2005			2006		
	% di utilizzo di una mammaria nel by-pass	N. interventi con 1 mammaria nel by-pass	N. dimessi con intervento di By-pass	% di utilizzo di una mammaria nel by-pass	N. interventi con 1 mammaria nel by-pass	N. dimessi con intervento di By-pass
AOU Pisana	72,20%	309	428	76,73%	300	391
AOU Senese	72,91%	218	299	75,27%	213	283
AOU Careggi	33,75%	163	483	39,90%	164	411
CNR	63,18%	254	402	62,63%	243	388
Media AOU	59,62%	230	403	63,97%	226	362

Definizione:	Percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass
Numeratore:	N. dimessi con intervento di by-pass con utilizzo di una mammaria
Denominatore:	N. dimessi con intervento di by-pass
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con intervento di by-pass con una mammaria}}{\text{N. dimessi con intervento di by-pass}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ordinari. Bypass in intervento principale o in uno dei secondari. <i>Codifiche ICD9-CM:</i> 36.1x Bypass per rivascularizzazione cardiaca di cui 36.15 Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica
Parametro di riferimento:	Media Aziende Ospedaliero Universitarie
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO

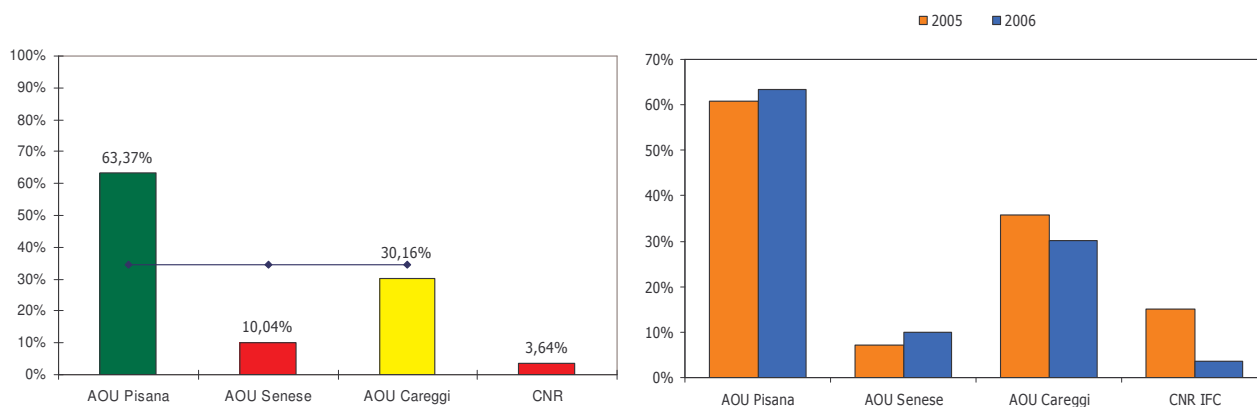
5.7 - Percentuale di riparazione della valvola mitrale



Azienda di erogazione	2005			2006		
	% di interventi di riparazione della valvola mitrale	N. interventi di riparazione della valvola mitrale	N. interventi alla mitrale	% di interventi di riparazione della valvola mitrale	N. interventi di riparazione della valvola mitrale	N. interventi alla mitrale
AOU Pisana	47,44%	37	78	44,12%	30	68
AOU Senese	60,40%	61	101	60,50%	72	119
AOU Careggi	71,08%	177	249	66,23%	153	231
CNR	16,04%	34	212	60,79%	169	278
Media AOU	48,74%	77	160	56,95%	106	174

Definizione:	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale
Numeratore:	N. dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale
Denominatore:	N. dimessi con intervento alla valvola mitrale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale}}{\text{N. dimessi con intervento alla valvola mitrale}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ordinari. Intervento alla valvola mitrale in intervento principale o in uno dei secondari. NUM: codici intervento 35.02, 35.12 DEN: codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24 <i>Codifiche ICD9-CM:</i> 35.02 Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Parametro di riferimento:	Media Aziende Ospedaliero Universitarie
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO

5.8 - Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva



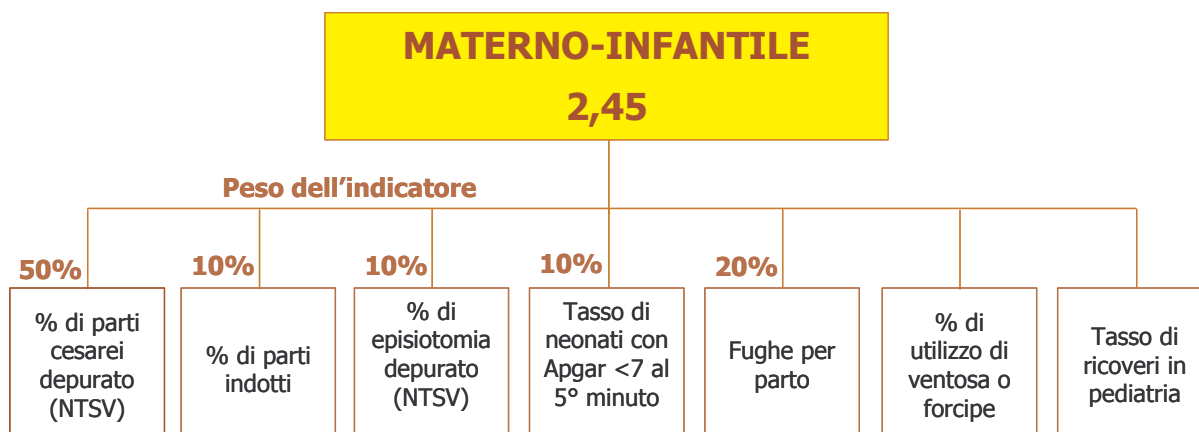
Azienda di erogazione	2005			2006		
	% pazienti sottoposti a Ventilazione Meccanica Non Invasiva	N. pazienti sottoposti a Ventilazione Meccanica Non Invasiva	N. dimessi sottoposti a Ventilazione Meccanica	% pazienti sottoposti a Ventilazione Meccanica Non Invasiva	N. pazienti sottoposti a Ventilazione Meccanica Non Invasiva	N. dimessi sottoposti a Ventilazione Meccanica
AOU Pisana	60,81%	346	569	63,37%	417	658
AOU Senese	7,15%	51	713	10,04%	72	717
AOU Careggi	35,87%	179	499	30,16%	149	494
CNR IFC	15,00%	3	20	3,64%	2	55
Media AOU	34,61%	192	594	34,52%	213	623

Definizione:	Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
Numeratore:	N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
Denominatore:	N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva}}{\text{N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica}}$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari. Ventilazione in intervento principale o in uno dei secondari.</p> <p>NUM: codici intervento 93.90 DEN: codici intervento 93.90, 96.70, 96.72</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM:</i> 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) 96.70 Ventilazione meccanica continua di durata non specificata 96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più</p>
Parametro di riferimento:	Media Aziende Ospedaliere Universitarie
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO

6. PERCORSO MATERNO-INFANTILE - C7 di B. Lupi

La Regione Toscana ha posto molta attenzione al percorso nascita in questi ultimi anni, prevedendo molteplici iniziative di formazione e di confronto al fine di migliorare i servizi e rendere questo percorso meno medicalizzato e più adeguato alle esigenze delle donne e dei nuovi nati. Il percorso materno-infantile è uno dei 12 progetti speciali del Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

L'albero riguardante il percorso nascita intende misurare la qualità sanitaria del percorso stesso tramite 7 indicatori clinico-sanitari, scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale (Health Canada, 2001; Sutter Women's & Children's Services, 2001), sia della condivisione con le aziende sanitarie stesse. Di questi i primi 5 sono oggetto di valutazione, mentre gli altri vengono forniti come ulteriori elementi di osservazione.



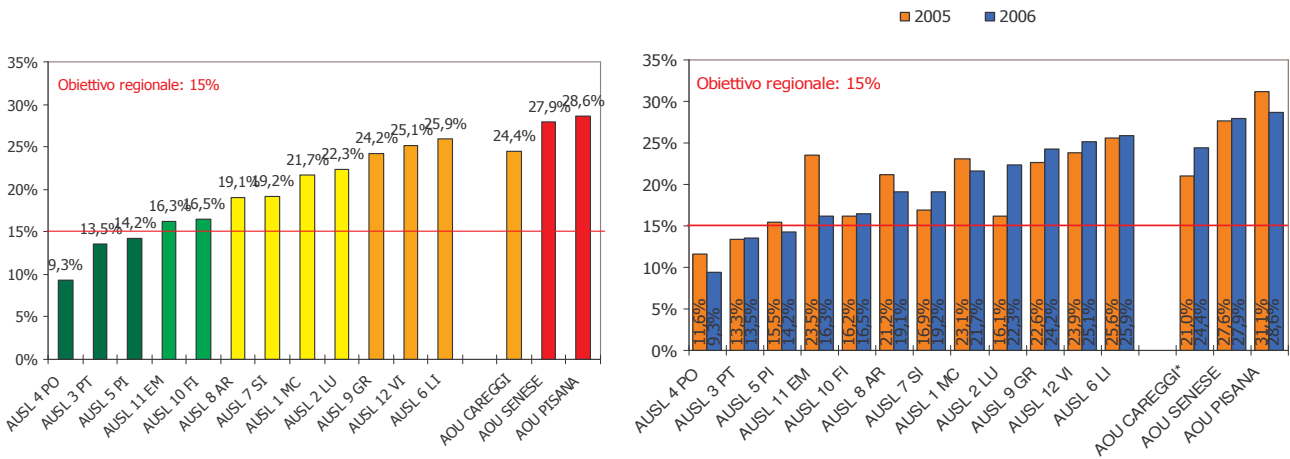
Gli indicatori si basano sui dati contenuti nel flusso CAP, relativo ai Certificati di Assistenza al Parto, oltre che a quelli del flusso SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

6.1 - Percentuale di parti cesarei depurato

Tale indicatore misura l'appropriatezza della modalità di parto, mettendo in luce comportamenti dei professionisti riguardo al ricorso al parto cesareo. Il calcolo della percentuale di parti cesarei è depurato da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso, pertanto si considerano esclusivamente le donne primipare, con parto non gemellare, con bambino in posizione vertice, con gravidanza a termine (considerando la settimana di amenorrea tra la 38° e la 43° settimana incluse, e le partorienti tra i 14 e 49 anni). Si escludono inoltre, dal calcolo dell'indicatore, i parti con indicazione di procreazione medico-assistita.

Si riscontra una notevole differenza tra le Aziende Sanitarie toscane che presentano percentuali di taglio cesareo, depurate da fattori di rischio, che nel 2006 variano dal 9,3% di Prato al 28,6% dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Il valore di riferimento del 15% posto dall'OMS, per la percentuale di cesarei grezza, in Toscana è stato adottato anche per la percentuale depurata (che proprio perché depurata dai fattori di rischio risulta sempre inferiore alla percentuale grezza). Ad oggi risultano inferiori o comunque vicine a tale valore solo 5 aziende, tuttavia dal 2005 al 2006, in alcuni casi, si sono osservati dei buoni miglioramenti.

Il trend presenta un andamento disomogeneo, in quanto circa la metà delle aziende ha diminuito il ricorso al cesareo avvicinandosi all'obiettivo regionale, mentre l'altra metà ha aumentato i propri valori. Si evidenzia un notevole miglioramento dell'Ausl 11 di Empoli che scende dal 23 al 16%. Complessivamente, a livello regionale, i valori della percentuale di parti cesarei depurata si mantengono stabili intorno al 20,5%.



*Il dato del 2005 è stato rilevato secondo le settimane di gestazione

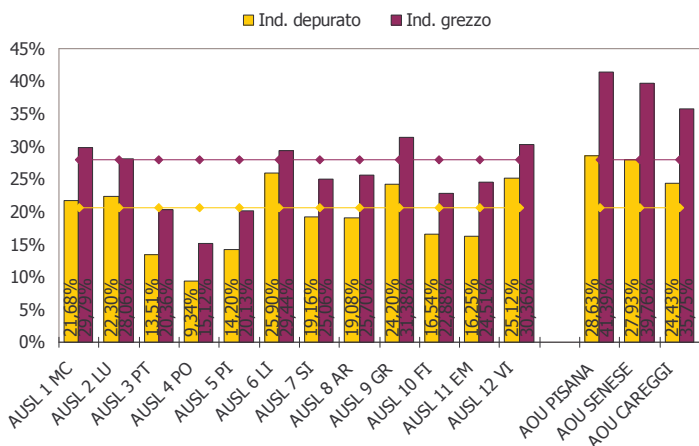
Azienda di erogazione	2005			2006		
	% cesarei NTSV	N° cesarei NTSV	N° parti NTSV	% cesarei NTSV	N° cesarei NTSV	N° parti NTSV
AUSL 1 MC	23,09%	148	641	21,68%	150	692
AUSL 2 LU	16,11%	107	664	22,30%	151	677
AUSL 3 PT	13,32%	132	991	13,51%	151	1118
AUSL 4 PO	11,58%	139	1200	9,34%	113	1210
AUSL 5 PI	15,45%	95	615	14,20%	93	655
AUSL 6 LI	25,60%	268	1047	25,90%	282	1089
AUSL 7 SI	16,92%	122	721	19,16%	141	736
AUSL 8 AR	21,15%	269	1272	19,08%	228	1195
AUSL 9 GR	22,58%	168	744	24,20%	121	500
AUSL 10 FI	16,20%	251	1549	16,54%	260	1572
AUSL 11 EM	23,47%	180	767	16,25%	125	769
AUSL 12 VI	23,89%	177	741	25,12%	151	600
AOU PISANA	31,13%	273	877	28,63%	264	922
AOU SENESE	27,58%	155	562	27,93%	150	537
AOU CAREGGI*	20,99%	208	991	24,43%	139	569
Media intraregionale	20,60%	179	892	20,55%	168	856

*Il dato del 2005 è stato rilevato secondo le settimane di gestazione

Definizione:	Percentuale di parti cesarei NTSV
Numeratore:	N. di parti cesarei NTSV
Denominatore:	N. di parti NTSV
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti cesarei NTSV}}{\text{N. parti NTSV}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare, • parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse, • parto non gemellare, • bambino in posizione vertice <p>Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 15%
Significato:	E' un indicatore di appropriatezza della modalità di parto, relativo al comportamento dei professionisti riguardo al parto cesareo, depurato da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso.

Si riporta di seguito il grafico con il confronto fra la percentuale di parti cesarei depurata e grezza. La percentuale grezza risulta essere sempre più elevata rispetto alla depurata, la sua media regionale per il 2006 raggiunge circa il 28%; il risultato è buono se confrontato con la media nazionale, secondo il rapporto CeDAP 2004 del 34% di parti in ospedali pubblici che avviene con taglio cesareo. Rimangono, tuttavia, ampi spazi di miglioramento, vista la particolare variabilità fra le diverse aziende, indice di un comportamento disomogeneo dei professionisti.

Il confronto fra percentuale grezza e depurata evidenzia, nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie come previsto, una maggiore differenza fra i due valori, poiché è nei punti nascita di terzo livello che si concentrano i casi più complessi che richiedono in misura maggiore il ricorso al taglio cesareo.



Azienda di erogazione	Dati depurati (NTSV)			Dati grezzi		
	Ind. depurato	N° cesarei NTSV	N° parti NTSV	Ind. grezzo	N° cesarei	N° parti
AUSL 1 MC	21,68%	150	692	29,79%	530	1779
AUSL 2 LU	22,30%	151	677	28,06%	413	1472
AUSL 3 PT	13,51%	151	1118	20,36%	469	2304
AUSL 4 PO	9,34%	113	1210	15,12%	410	2711
AUSL 5 PI	14,20%	93	655	20,13%	284	1411
AUSL 6 LI	25,90%	282	1089	29,44%	678	2303
AUSL 7 SI	19,16%	141	736	25,06%	404	1612
AUSL 8 AR	19,08%	228	1195	25,70%	682	2654
AUSL 9 GR	24,20%	121	500	31,38%	476	1506
AUSL 10 FI	16,54%	260	1572	22,88%	960	4196
AUSL 11 EM	16,25%	125	769	24,51%	414	1689
AUSL 12 VI	25,12%	151	600	30,36%	466	1534
AOU PISANA	28,63%	264	922	41,39%	870	2102
AOU SENESE	27,93%	150	537	39,76%	522	1313
AOU CAREGGI	24,43%	139	569	35,75%	729	2039
Media intraregionale	20,55%	168	856	27,98%	554	2042

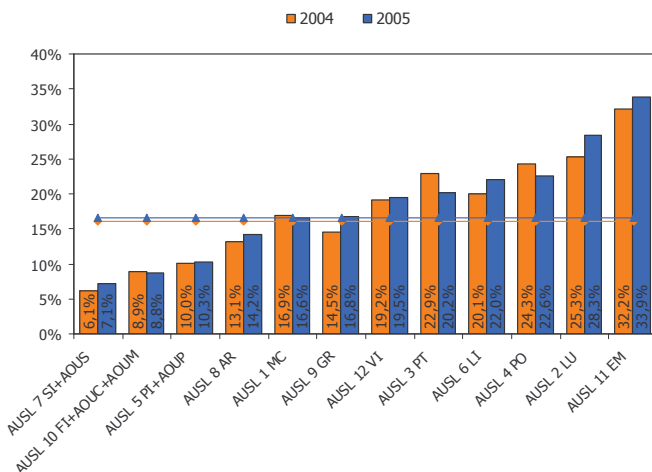
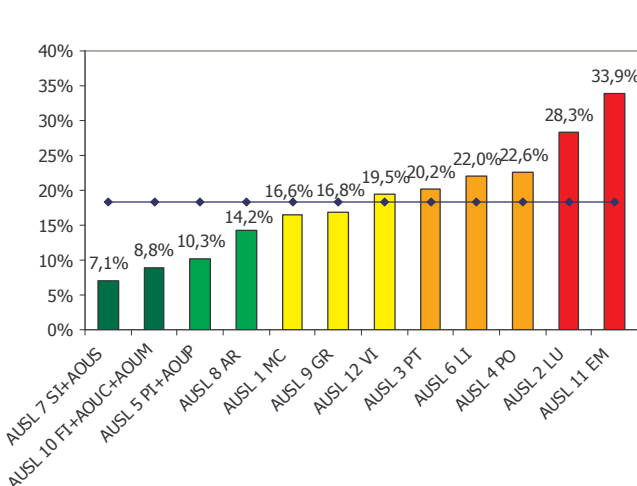
6.2 - Percentuale di fughe per parto

Un indicatore significativo del intero percorso materno infantile, è quello relativo alla mobilità, quindi la percentuale di fughe per parto. E', infatti, da considerare obiettivo regionale che ogni donna in attesa possa trovare nel punto nascita più vicino alla sua residenza la risposta adeguata ai propri bisogni ed esigenze. Se una donna sceglie di partorire in un punto nascita lontano da casa, indirettamente esplicita un giudizio non positivo sulle strutture del suo territorio.

Il calcolo dell'indicatore si basa sulle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO); i dati nel presente report si riferiscono all'anno 2005, poiché al momento i dati del 2006 sono parziali, in quanto non sono ancora disponibili le informazioni dei parti effettuati fuori Regione. Si considerano congiuntamente le Ausl e AOU che insistono sullo stesso territorio, per cui le fughe si riferiscono a parti di donne residenti avvenuti fuori Ausl e AOU di riferimento, oltre che fuori Regione.

Le fughe presentano valori che, nel 2005, variano dal 7,1% al 33,9%; naturalmente le aziende che hanno percentuale più bassa di fughe per parto sono quelle sul cui territorio sono presenti le Aziende Ospedaliero-Universitarie. Il fenomeno non è significativo per le donne che abitano sui territori di confine tra una Ausl e l'altra ma diventa rilevante quando le percentuali di fuga superano il 10% dei casi.

La media regionale è pressoché stabile: dal 16,1% del 2004 al 16,6% del 2005. Tutte le aziende senza un ospedale di terzo livello sul territorio, hanno valori prossimi alla media regionale, fatta eccezione per Empoli e Lucca, con il 28,3 e il 33,9%, che nel 2005 sono ulteriormente peggiorate rispetto all'anno precedente.

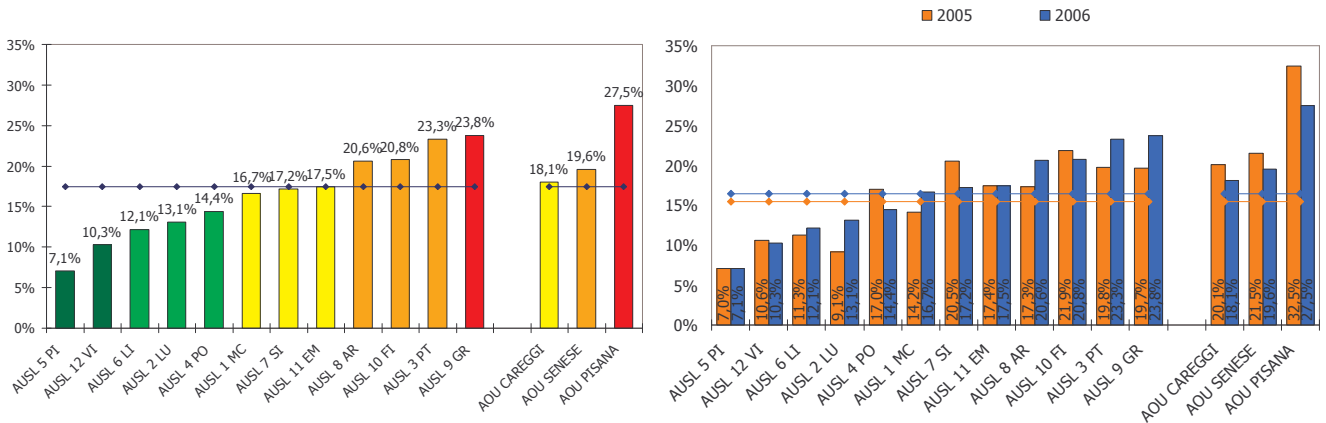


Azienda di erogazione	2004			2005		
	% parti erogati fuori Asl e fuori Regione	Parti erogati fuori Asl e fuori Regione	Parti residenti	% parti erogati fuori Asl e fuori Regione	Parti erogati fuori Asl e fuori Regione	Parti residenti
AUSL 1 MC	16,95%	243	1.434	16,56%	243	1.467
AUSL 2 LU	25,28%	451	1.784	28,34%	516	1.821
AUSL 3 PT	22,95%	526	2.292	20,16%	480	2.381
AUSL 4 PO	24,35%	543	2.230	22,61%	534	2.362
AUSL 5 PI+AOUP	10,02%	262	2.615	10,25%	282	2.751
AUSL 6 LI	20,05%	534	2.663	22,02%	579	2.629
AUSL 7 SI+AOUS	6,08%	130	2.138	7,12%	153	2.148
AUSL 8 AR	13,11%	376	2.869	14,24%	407	2.858
AUSL 9 GR	14,52%	222	1.529	16,77%	269	1.604
AUSL 10 FI+AOUC+AOUM	8,93%	623	6.979	8,80%	621	6.966
AUSL 11 EM	32,18%	660	2.051	33,91%	710	2.094
AUSL 12 VI	19,16%	237	1.237	19,45%	255	1.311
Regione	16,12%	4.807	29.821	16,61%	5.049	30.392

Definizione:	Percentuale di fughe per parto
Numeratore:	N. parti di donne residenti erogati fuori Asl e AOU di riferimento e fuori regione
Denominatore:	N. parti di donne residenti nella Asl ovunque erogati
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti di residenti erogati fuori Asl e AOU di riferimento e Regione}}{\text{N. parti di residenti nella Asl ovunque erogati}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	Si considerano congiuntamente le Asl e AOU che insistono sullo stesso territorio; le fughe sono relative a parti di residenti avvenuti fuori Asl e AOU di riferimento e fuori Regione <i>Codifiche DRG: 370-371-372-373-374-375</i>
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 10%

Di seguito si allegano i grafici e le tabelle relativi agli altri indicatori del percorso materno-infantile.

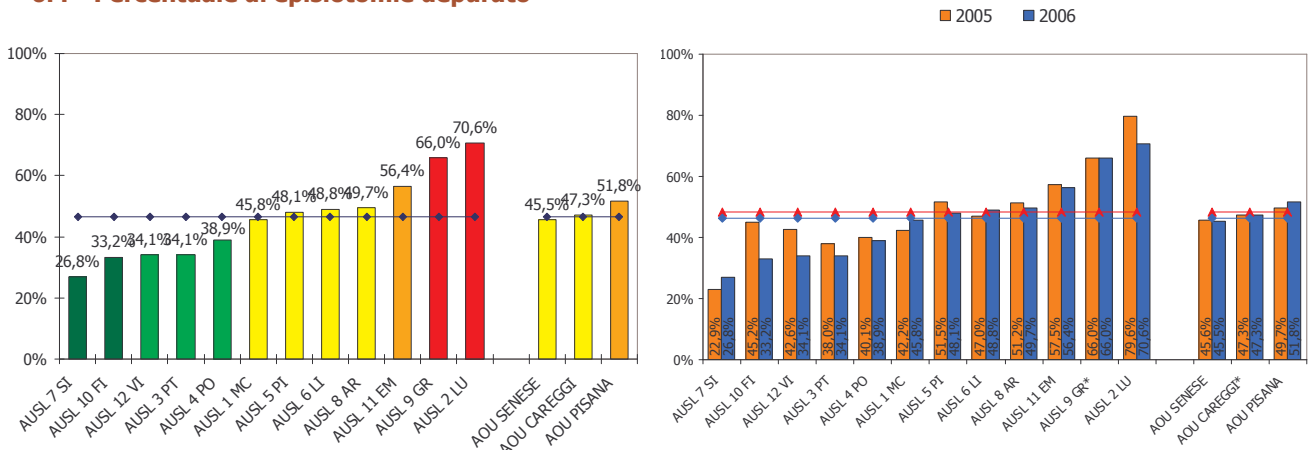
6.3 - Percentuale di parti indotti



Azienda di erogazione	2005			2006		
	% di parti indotti	N° parti indotti	N° parti vaginali	% di parti indotti	N° parti indotti	N° parti vaginali
AUSL 1 MC	14,16%	162	1.144	16,65%	208	1.249
AUSL 2 LU	9,15%	104	1.137	13,13%	139	1.059
AUSL 3 PT	19,80%	331	1.672	23,27%	427	1.835
AUSL 4 PO	17,05%	379	2.223	14,42%	331	2.296
AUSL 5 PI	7,02%	72	1.025	7,10%	80	1.127
AUSL 6 LI	11,28%	168	1.490	12,12%	197	1.625
AUSL 7 SI	20,51%	251	1.224	17,22%	208	1.208
AUSL 8 AR	17,29%	344	1.990	20,64%	407	1.972
AUSL 9 GR	19,67%	188	956	23,78%	239	1.005
AUSL 10 FI	21,91%	680	3.103	20,77%	672	3.236
AUSL 11 EM	17,42%	208	1.194	17,49%	223	1.275
AUSL 12 VI	10,57%	114	1.079	10,27%	109	1.061
AOU PISANA	32,47%	378	1.164	27,52%	339	1.232
AOU SENESE	21,53%	175	813	19,60%	155	791
AOU CAREGGI	20,11%	402	1.999	18,06%	234	1.296
Media intraregionale	15,48%	250	1.520	16,40%	270	1.579

Definizione:	Percentuale di parti con induzione farmacologica
Numeratore:	N. di parti vaginali con induzione farmacologica
Denominatore:	N. di parti vaginali
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti vaginali con induzione farmacologica}}{\text{N. parti vaginali}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale

6.4 - Percentuale di episiotomie depurato

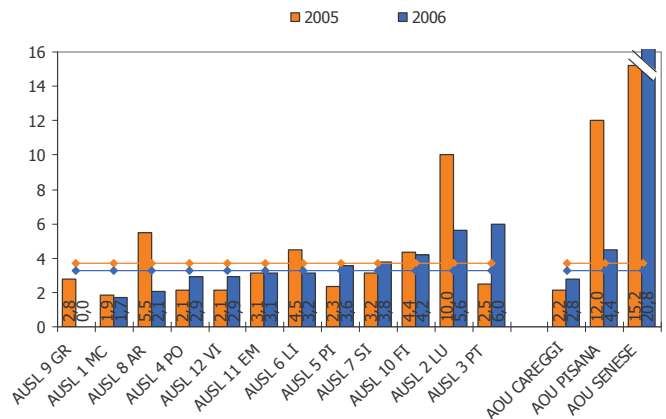
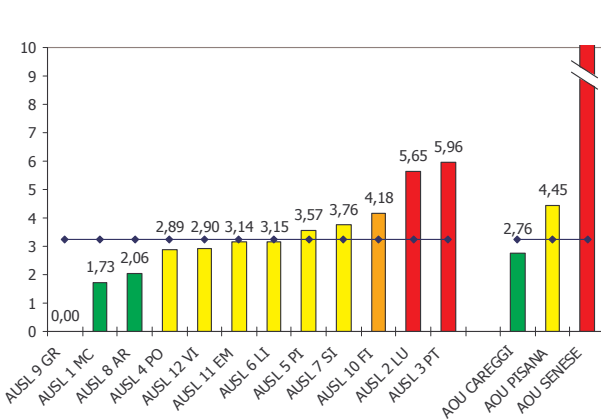


Azienda	2005			2006		
	% Episiotomia su parti vaginali NTSV	N° episiotomie su donne NTSV	N° parti vaginali NTSV	% Episiotomia su parti vaginali NTSV	N° episiotomie su donne NTSV	N° parti vaginali NTSV
AUSL 1 MC	42,19%	208	493	45,76%	248	542
AUSL 2 LU	79,61%	445	559	70,57%	374	530
AUSL 3 PT	37,96%	331	872	34,14%	337	987
AUSL 4 PO	40,13%	433	1.079	38,89%	434	1.116
AUSL 5 PI	51,54%	268	520	48,06%	272	566
AUSL 6 LI	47,02%	371	789	48,85%	403	825
AUSL 7 SI	22,92%	138	602	26,85%	160	596
AUSL 8 AR	51,18%	520	1.016	49,69%	486	978
AUSL 9 GR*	66,01%	202	306	66,01%	125	218
AUSL 10 FI	45,16%	579	1.282	33,16%	435	1.312
AUSL 11 EM	57,48%	342	595	56,41%	365	647
AUSL 12 VI	42,61%	248	582	34,14%	156	457
AOU PISANA	49,68%	307	618	51,78%	349	674
AOU SENESE	45,58%	191	419	45,50%	182	400
AOU CAREGGI*	47,26%	190	402	47,26%	190	402
Media intraregionale	48,42%	318	676	46,47%	301	683

* dato 2005 rilevato secondo settimana di gestazione

Definizione:	Percentuale di episiotomie su donne NTSV
Numeratore:	N. di episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV
Denominatore:	N. di parti vaginali NTSV
Formula matematica:	$\frac{\text{N. episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV}}{\text{N. parti vaginali NTSV}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): • donne primipare, • parto a termine tra la 38° e la 43° settimana incluse, • parto non gemellare, • bambino in posizione vertice Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia; per questo alcuni dati non sono disponibili o incompleti Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale

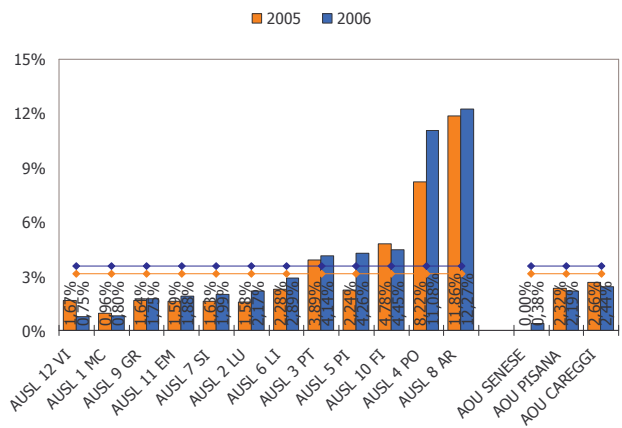
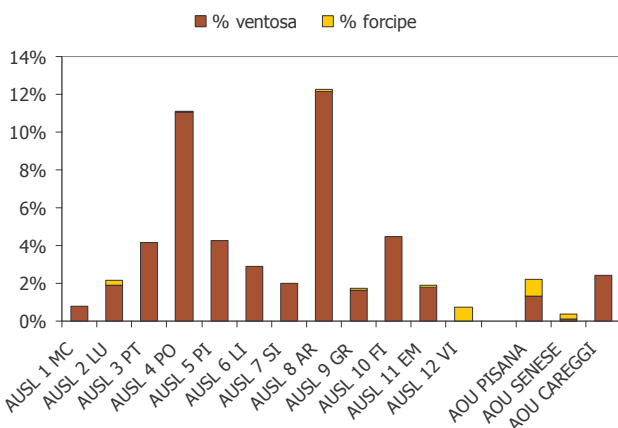
6.5 - Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica



Azienda di erogazione	2005			2006		
	Tasso neonati con Apgar <7 al 5° min	N° neonati con Apgar <7 al 5° min	N° nati vivi	Tasso neonati con Apgar <7 al 5° min	N° neonati con Apgar <7 al 5° min	N° nati vivi
AUSL 1 MC	1,88	3	1592	1,73	3	1730
AUSL 2 LU	10,00	15	1500	5,65	8	1416
AUSL 3 PT	2,52	5	1988	5,96	13	2183
AUSL 4 PO	2,10	5	2376	2,89	7	2426
AUSL 5 PI	2,34	3	1284	3,57	5	1401
AUSL 6 LI	4,45	9	2021	3,15	7	2220
AUSL 7 SI	3,16	5	1581	3,76	6	1597
AUSL 8 AR	5,46	14	2566	2,06	5	2432
AUSL 9 GR	2,80	3	1071	0,00	0	1170
AUSL 10 FI	4,37	14	3203	4,18	14	3350
AUSL 11 EM	3,13	5	1598	3,14	5	1591
AUSL 12 VI	2,15	3	1397	2,90	4	1379
AOU PISANA	12,03	23	1912	4,45	9	2023
AOU SENESE	15,19	19	1251	20,76	25	1204
AOU CAREGGI	2,17	5	2309	2,76	4	1449
Media AUSL	3,70	7	1848	3,25	6	1908

Definizione:	Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica, per 1.000 nati vivi
Numeratore:	N. di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica
Denominatore:	N. nati vivi da gravidanza fisiologica
Formula matematica:	$\frac{\text{N. neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto da gravidanza fisiologica}}{\text{N. nati vivi da gravidanza fisiologica}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i neonati con un valore di Apgar corretto (compreso tra i valori ammissibili): flag errore Apgar = 0
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale
Significato:	E' un indicatore di sofferenza fetale durante il parto

6.6 - Percentuale di utilizzo di ventosa o forcipe

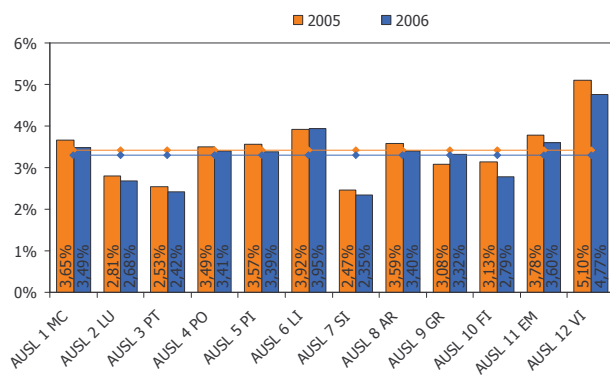


Azienda	2005			2006		
	Percentuale di ventose e forcipe	N. ventose e forcipi	N. parti vaginali	Percentuale di ventose e forcipe	N. ventose e forcipi	N. parti vaginali
AUSL 1 MC	0,96%	11	1144	0,80%	10	1.249
AUSL 2 LU	1,58%	18	1137	2,17%	23	1.059
AUSL 3 PT	3,89%	65	1672	4,14%	76	1.835
AUSL 4 PO	8,22%	183	2227	11,08%	255	2.301
AUSL 5 PI	2,24%	23	1025	4,26%	48	1.127
AUSL 6 LI	2,28%	34	1490	2,89%	47	1.625
AUSL 7 SI	1,63%	20	1224	1,99%	24	1.208
AUSL 8 AR	11,86%	236	1990	12,27%	242	1.972
AUSL 9 GR	1,64%	16	973	1,75%	18	1.030
AUSL 10 FI	4,78%	149	3117	4,45%	144	3.236
AUSL 11 EM	1,59%	19	1194	1,88%	24	1.275
AUSL 12 VI	1,67%	18	1079	0,75%	8	1.068
AOU PISANA	2,32%	27	1164	2,19%	27	1.232
AOU SENESE	0,00%	0	813	0,38%	3	791
AOU CAREGGI	2,66%	56	2103	2,44%	32	1.310
Media intraregionale	3,16%	58	1.490	3,56%	65	1.488

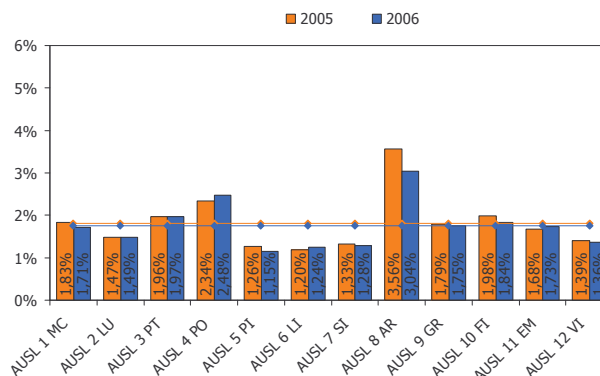
Definizione:	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Numeratore:	N. di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Denominatore:	N. parti vaginali
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti vaginali con utilizzo di ventosa o forcipe}}{\text{N. parti vaginali}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale

6.7 - Tasso di ricovero in pediatria

Ricovero ordinario



Day-Hospital



Azienda di residenza	2005				2006					
	Tasso RO	N. RO	Tasso DH	N. DH	Popol. (0-14)	Tasso RO	N. RO	Tasso DH	N. DH	Popol. (0-14)
AUSL 1 MC	3,65%	830	1,83%	416	22.720	3,49%	797	1,71%	391	22.831
AUSL 2 LU	2,81%	723	1,47%	379	25.766	2,68%	699	1,49%	388	26.079
AUSL 3 PT	2,53%	855	1,96%	663	33.764	2,42%	834	1,97%	678	34.420
AUSL 4 PO	3,49%	1.100	2,34%	738	31.515	3,41%	1.102	2,48%	800	32.317
AUSL 5 PI	3,57%	1.362	1,26%	480	38.193	3,39%	1.323	1,15%	448	39.060
AUSL 6 LI	3,92%	1.516	1,20%	463	38.660	3,95%	1.561	1,24%	492	39.549
AUSL 7 SI	2,47%	749	1,33%	404	30.378	2,35%	728	1,28%	396	30.970
AUSL 8 AR	3,59%	1.472	3,56%	1.460	41.029	3,40%	1.417	3,04%	1.267	41.712
AUSL 9 GR	3,08%	730	1,79%	424	23.739	3,32%	801	1,75%	423	24.120
AUSL 10 FI	3,13%	3.040	1,98%	1.921	97.050	2,79%	2.725	1,84%	1.797	97.836
AUSL 11 EM	3,78%	1.119	1,68%	498	29.635	3,60%	1.091	1,73%	525	30.342
AUSL 12 VI	5,10%	1.013	1,39%	277	19.870	4,77%	950	1,36%	271	19.904
MEDIA AUSL	3,43%	1.209	1,82%	677	36.027	3,30%	1.169	1,75%	656	36.595

Definizione:	Tasso di ricoveri di residenti in pediatria, in regime ordinario o in day hospital
Numeratore:	N. di ricoveri di residenti in pediatria, in regime ordinario o in day hospital
Denominatore:	Popolazione residente (0-14 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri di residenti in pediatria, in regime ordinario o in day hospital}}{\text{Popolazione residente (0-14 anni)}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

7. EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI - C8 di B. Lupi

Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono inseriti alcuni indicatori per la valutazione indiretta dell'efficacia sanitaria delle attività territoriali. Si ricorre a misure indirette basate sui flussi ospedalieri, in quanto non esiste, al momento, un sistema informativo che rilevi le attività del territorio.

Degli indicatori riportati solamente i primi tre sono oggetto di valutazione. Essi misurano il grado di ospedalizzazione per patologie croniche e non, per le quali è necessario un modello di assistenza territoriale che permetta di evitare, non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato non vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità, impedendo un sistema adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite sul territorio, adeguatamente attrezzato, in grado di contenere il numero di pazienti che arrivano alla fase acuta, riducendo, in tal modo, la loro ospedalizzazione.

EFFICACIA DEL TERRITORIO

2,73

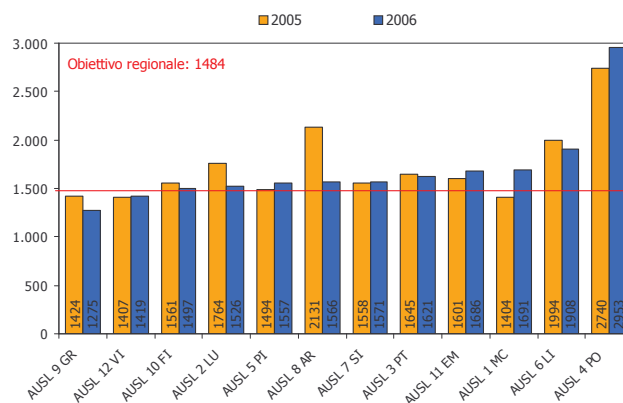
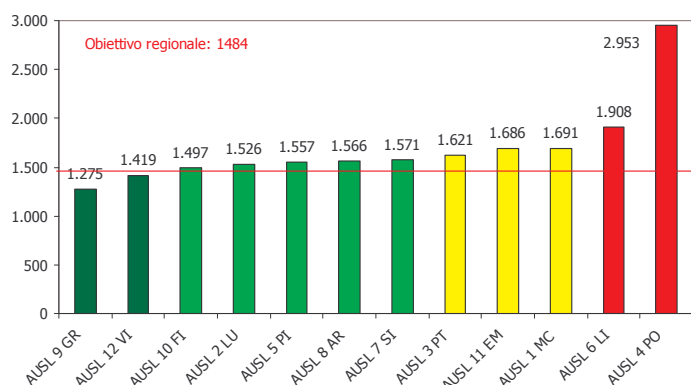


7.1 - Tasso di ospedalizzazione per scompenso

Pur essendo la Toscana un'area a rischio medio-basso per le patologie cardiovascolari, esse rappresentano una parte importante delle malattie dell'età adulta ed anziana (Piano Sanitario Regionale Toscano 2005-2007), è necessario, dunque, che l'offerta dei servizi territoriali sia in grado di prevenire e tenere sotto controllo le patologie del sistema cardio-circolatorio limitando il ricorso al ricovero ospedaliero.

Il tasso di ospedalizzazione per scompenso viene calcolato rapportando il numero di ricoveri per scompenso alla popolazione residente di ogni azienda sanitaria toscana. L'analisi è limitata agli ultra sessantacinquenni.

L'indicatore presenta un andamento omogeneo fra le aziende che si posizionano sulle prime tre fasce di valutazione, fatta eccezione per due aziende che presentano valori più elevati; nel caso di Prato si raggiungono addirittura valori di ospedalizzazione doppi rispetto all'obiettivo medio regionale posto a 1484 ricoveri per 100.000 abitanti.



Azienda	2005			2006		
	Tasso di ricovero per scompenso > 65 anni	N. ricoveri	Popolazione ≥ 65 anni	Tasso di ricovero per scompenso > 65 anni	N. ricoveri	Popolazione ≥ 65 anni
AUSL 1 MC	1.404	665	47.357	1.691	813	48.082
AUSL 2 LU	1.764	875	49.613	1.526	767	50.264
AUSL 3 PT	1.645	1.017	61.806	1.621	1.018	62.786
AUSL 4 PO	2.740	1.277	46.609	2.953	1.410	47.749
AUSL 5 PI	1.494	1.087	72.758	1.557	1.143	73.407
AUSL 6 LI	1.994	1.603	80.397	1.908	1.576	82.596
AUSL 7 SI	1.558	1.018	65.354	1.571	1.037	65.997
AUSL 8 AR	2.131	1.616	75.840	1.566	1.198	76.502
AUSL 9 GR	1.424	771	54.128	1.275	697	54.671
AUSL 10 FI	1.561	2.951	189.037	1.497	2.858	190.897
AUSL 11 EM	1.601	791	49.409	1.686	845	50.125
AUSL 12 VI	1.407	516	36.674	1.419	530	37.363
MEDIA AUSL	1.727	1.182	69.082	1.689	1.158	70.037

Definizione:	Tasso di ricovero per scompenso cardio-circolatorio
Numeratore:	N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio ≥ 65 anni
Denominatore:	Popolazione ≥ 65 anni
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio} \geq 65 \text{ anni}}{\text{Popolazione} \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	Sono esclusi i ricoveri extra regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Codifiche: Drg 127
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 1484 X 100.000 abitanti

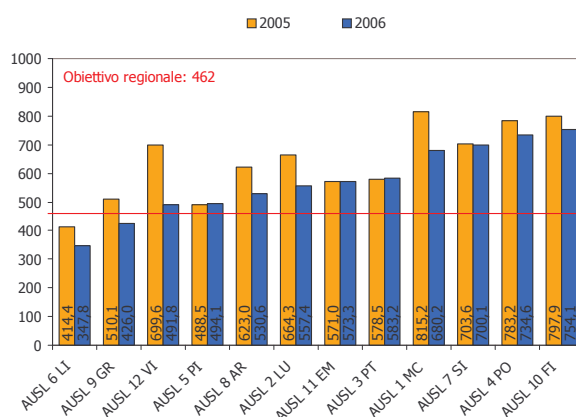
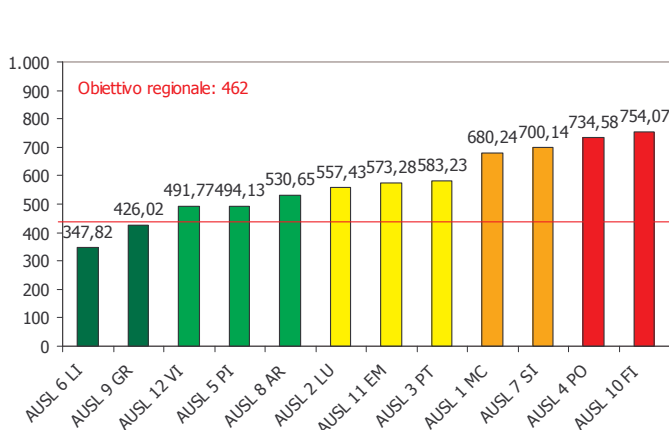
Fra il 2005 e il 2006 quattro aziende sanitarie presentano una buona riduzione del tasso di ricovero, compresa quella di Grosseto che è l'azienda con la migliore performance a livello regionale. Globalmente, se si considera l'intera

regione, si osserva una riduzione dell'ospedalizzazione per scompenso che da 1.727 pazienti su 100.000 dimessi nel 2005, passa a 1.689 nel 2006.

7.2 - Tasso di ospedalizzazione per polmonite

Il tasso di ricovero per polmonite, calcolato sui residenti di età maggiore o uguale a 60 anni, presenta una notevole variabilità fra le aziende, sintomo di una differente organizzazione e funzionamento territoriale. Si va da un minimo di 348 ricoveri per 100.000 residenti a un massimo di 754 ricoveri. Solo due aziende hanno tassi di ospedalizzazione sotto l'obiettivo medio regionale pari a 462 ricoveri, rimangono, pertanto, ampi spazi di miglioramento per tale indicatore.

Quasi tutte le aziende rispetto al 2005 hanno ridotto i ricoveri per polmonite, così che la media regionale, nel 2006, si è abbassata da 637 a 572 ricoveri per 100.000 residenti. Si evidenziano i notevoli sforzi compiuti dalle Ausl 12 e 1 e altre per abbassare tale tasso.



Azienda	2005			2006		
	Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni	N. ricoveri	Popolazione ≥ 60 anni	Tasso di ricovero per polmonite ≥ 60 anni	N. ricoveri	Popolazione ≥ 60 anni
AUSL 1 MC	815,23	490	60.106	680,24	407	59.832
AUSL 2 LU	664,33	419	63.071	557,43	352	63.147
AUSL 3 PT	578,47	453	78.310	583,23	460	78.871
AUSL 4 PO	783,23	472	60.263	734,58	448	60.987
AUSL 5 PI	488,49	452	92.530	494,13	458	92.688
AUSL 6 LI	414,39	425	102.561	347,82	364	104.653
AUSL 7 SI	703,57	568	80.731	700,14	563	80.413
AUSL 8 AR	623,02	591	94.861	530,65	504	94.978
AUSL 9 GR	510,06	346	67.835	426,02	290	68.072
AUSL 10 FI	797,93	1918	240.373	754,07	1807	239.634
AUSL 11 EM	571,03	354	61.993	573,28	358	62.448
AUSL 12 VI	699,61	330	47.169	491,77	233	47.380
MEDIA AUSL	637,45	568	87.484	572,78	520	87.759

Definizione:	Tasso di ricovero per polmonite
Numeratore:	N. ricoveri per polmonite ≥ 60 anni
Denominatore:	Popolazione ≥ 60 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per polmonite} \geq 60 \text{ anni}}{\text{Popolazione} \geq 60 \text{ anni}}$
Note per l'elaborazione:	Sono esclusi i ricoveri extra regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Codifiche: Drg 79-80-81-89-90-91
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 462 X 100.000 abitanti

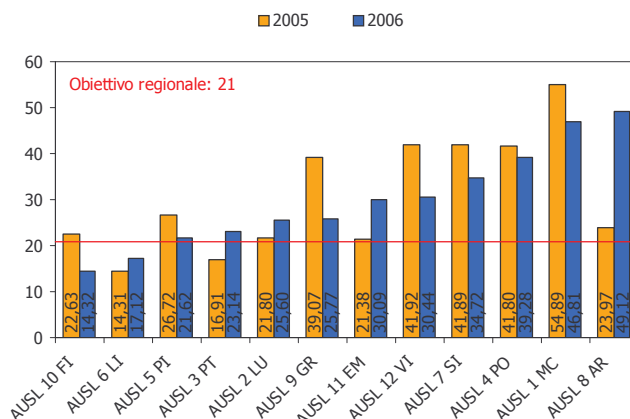
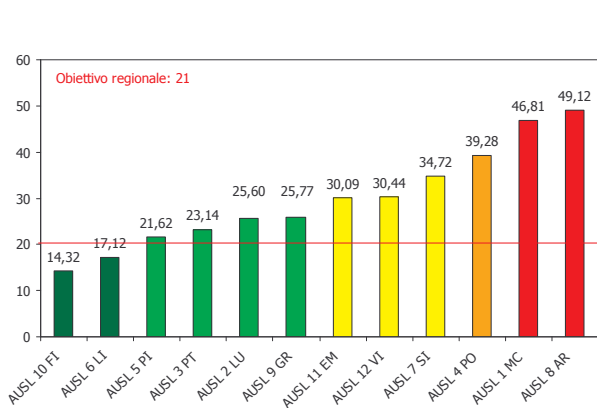
7.3 - Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicazioni a lungo periodo

Il diabete è una malattia con un elevato impatto sociale e alti costi sanitari, è una condizione cronica, senza cura risolutiva, che, se non viene trattata adeguatamente, può comportare numerose complicanze sia nel breve che nel lungo periodo. In particolare, per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, il diabete causa diverse complicanze invalidanti che coinvolgono principalmente il sistema cardiovascolare, la retina, i reni, il sistema nervoso periferico.

L'indicatore del tasso di ospedalizzazione per diabete, che dà luogo alla valutazione, prende in considerazione esclusivamente i casi di diabete con complicazioni a lungo periodo, mirando in tal modo a circoscrivere l'analisi sui pazienti che, con un'efficace azione preventiva, dovrebbero evitare il ricorso al ricovero per conseguenze cliniche di lungo periodo.

Le aziende sanitarie toscane presentano una notevole disomogeneità nei valori di ospedalizzazione: si va, infatti, da 14,3 ricoveri per 100.000 residenti a 49,1. Nel 2006 due aziende sono sotto l'obiettivo regionale di 21 ricoveri per 100.000 residenti, e altre quattro ci si avvicinano ottenendo una buona performance.

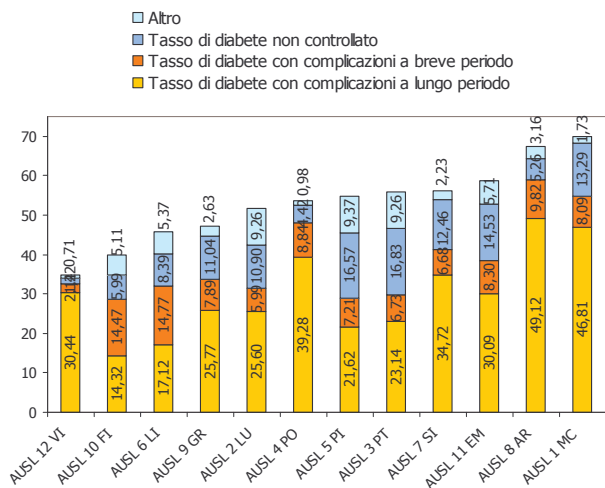
A livello regionale i valori si mantengono mediamente stabili fra il 2005 e il 2006, nonostante importanti variazioni in positivo e negativo per le singole aziende. Tali variazioni possono in parte dipendere dai volumi ridotti del numero di ricoveri.



Azienda di residenza	2005			2006		
	Tasso di diabete a lungo periodo	N. diabete a lungo periodo	popolaz. > 17 anni	Tasso di diabete a lungo periodo	N. diabete a lungo periodo	popolaz. > 17 anni
AUSL 1 MC	54,89	95	173.081	46,81	81	173.036
AUSL 2 LU	21,80	40	183.511	25,60	47	183.565
AUSL 3 PT	16,91	40	236.541	23,14	55	237.689
AUSL 4 PO	41,80	84	200.972	39,28	80	203.670
AUSL 5 PI	26,72	74	276.960	21,62	60	277.573
AUSL 6 LI	14,31	42	293.556	17,12	51	297.835
AUSL 7 SI	41,89	94	224.406	34,72	78	224.679
AUSL 8 AR	23,97	68	283.673	49,12	140	284.988
AUSL 9 GR	39,07	74	189.420	25,77	49	190.180
AUSL 10 FI	22,63	155	684.896	14,32	98	684.316
AUSL 11 EM	21,38	41	191.767	30,09	58	192.733
AUSL 12 VI	41,92	59	140.757	30,44	43	141.240
MEDIA AUSL	30,61	72	256.628	29,84	70	257.625

Definizione:	Tasso di ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo
Numeratore:	N. ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo > 17 anni
Denominatore:	Popolazione residente > 17 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per diabete con complicazioni a lungo periodo > 17 anni}}{\text{Popolazione residente > 17 anni}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Sono esclusi i ricoveri extra regione Si considerano solo i ricoveri ordinari</p> <p>Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie e disturbi del periodo neonatale)</p> <p>Codifiche ICD9-CM: 250.4x: Diabete con complicanze renali 250.5x: Diabete con complicanze oculari 250.6x: Diabete con complicanze neurologiche 250.7x: Diabete con complicanze circolatorie periferiche 250.8x: Diabete con altre complicanze specificate 250.9x: Diabete con complicanze non specificate</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: < 21 X 100.000 abitanti

Per un'ulteriore analisi sul tasso di ospedalizzazione per diabete si riporta di seguito la composizione del tasso di diabete globale suddiviso nelle diverse tipologie. Il maggiore ricorso al ricovero ospedaliero avviene per le complicazioni a lungo termine del diabete, fatta eccezione per le aziende di Firenze e Livorno dove si ricoverano in uguale misura pazienti con complicazioni a breve e lungo periodo. Importante, ma più limitato numericamente, il ricorso al ricovero per diabete non controllato

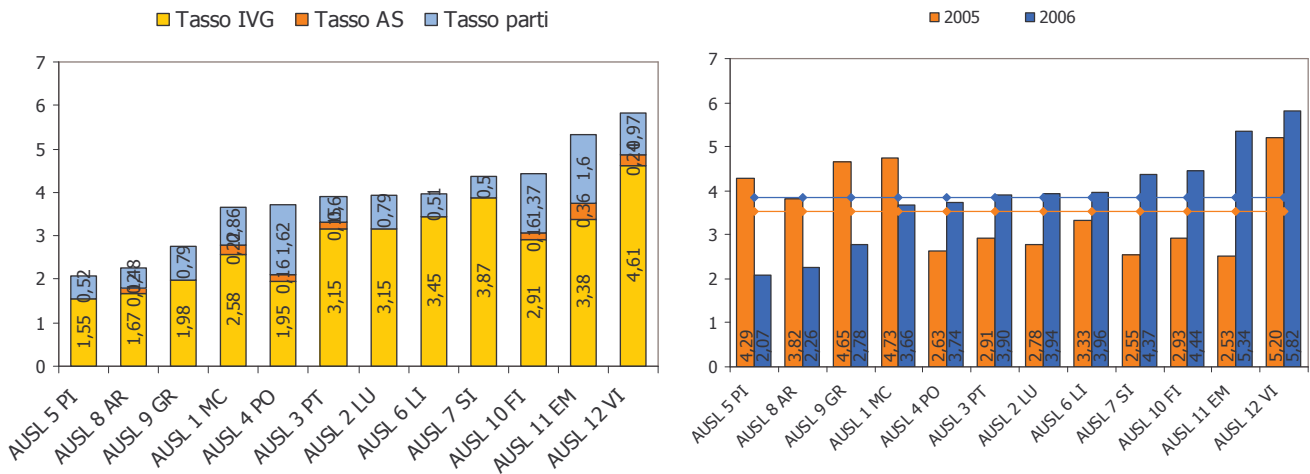


Azienda di residenza	N. diabete compl. lungo p.	Tasso di diabete compl. lungo p.	N. diabete compl. breve p.	Tasso di diabete compl. breve p.	N. diabete non controllato	Tasso di diabete non controllato	N. altro	Altro	popolaz. >17 anni
AUSL 1 MC	81	46,81	14	8,09	23	13,29	3	1,73	173.036
AUSL 2 LU	47	25,60	11	5,99	20	10,90	17	9,26	183.565
AUSL 3 PT	55	23,14	16	6,73	40	16,83	22	9,26	237.689
AUSL 4 PO	80	39,28	18	8,84	9	4,42	2	0,98	203.670
AUSL 5 PI	60	21,62	20	7,21	46	16,57	26	9,37	277.573
AUSL 6 LI	51	17,12	44	14,77	25	8,39	16	5,37	297.835
AUSL 7 SI	78	34,72	15	6,68	28	12,46	5	2,23	224.679
AUSL 8 AR	140	49,12	28	9,82	15	5,26	9	3,16	284.988
AUSL 9 GR	49	25,77	15	7,89	21	11,04	5	2,63	190.180
AUSL 10 FI	98	14,32	99	14,47	41	5,99	35	5,11	684.316
AUSL 11 EM	58	30,09	16	8,30	28	14,53	11	5,71	192.733
AUSL 12 VI	43	30,44	3	2,12	2	1,42	1	0,71	141.240
MEDIA	70	29,84	25	8,41	25	10,09	13	4,63	257.625

Di seguito si allegano i grafici e le tabelle relativi agli altri indicatori dell'efficacia del territorio non di valutazione.

7.4 - Tasso di concepimento per minorenni

L'indicatore è costruito su 1.000 minorenni residenti, di età compresa fra i 12 e 17 anni, che hanno partorito, o si sono sottoposte all'Interruzione Volontaria di Gravidanza, o che hanno avuto un aborto spontaneo nel corso del 2006. I dati provengono dai flussi CAP, IVG, AS del Sistema Informativo Regionale.

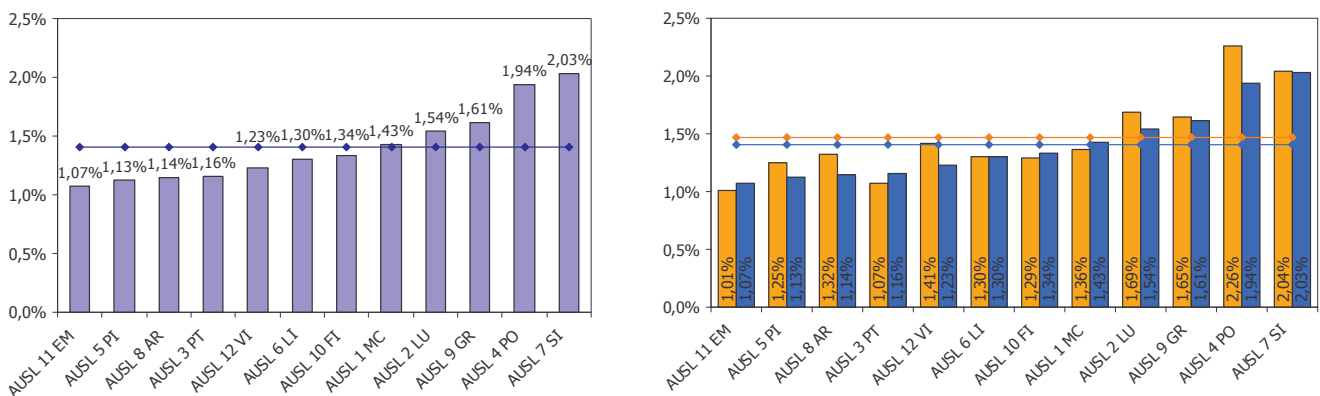


Azienda di residenza	N. concepimenti	N. IVG	N. AS	N. parti	Popolazione 12-17 anni	Tasso concepimenti	Tasso IVG	Tasso AS	Tasso parti
AUSL 1 MC	17	12	1	4	4.645	3,66	2,58	0,22	0,86
AUSL 2 LU	20	16	0	4	5.080	3,94	3,15	0,00	0,79
AUSL 3 PT	26	21	1	4	6.663	3,9	3,15	0,15	0,60
AUSL 4 PO	23	12	0	10	6.154	3,74	1,95	0,16	1,62
AUSL 5 PI	16	12	0	4	7.728	2,07	1,55	0,00	0,52
AUSL 6 LI	31	27	0	4	7.834	3,96	3,45	0,00	0,51
AUSL 7 SI	26	23	0	3	5.948	4,37	3,87	0,00	0,50
AUSL 8 AR	19	14	1	4	8.389	2,26	1,67	0,12	0,48
AUSL 9 GR	14	10	0	4	5.045	2,78	1,98	0,00	0,79
AUSL 10 FI	81	53	3	25	18.226	4,44	2,91	0,16	1,37
AUSL 11 EM	30	19	2	9	5.619	5,34	3,38	0,36	1,60
AUSL 12 VI	24	19	1	4	4.123	5,82	4,61	0,24	0,97
MEDIA AUSL	27,25	19,83	0,75	6,58	7.121	3,86	2,85	0,12	0,88

Definizione:	Tasso di concepimento nelle minorenni
Numeratore:	N. parti + N. interruzioni volontarie di gravidanza + N. aborti spontanei in donne minorenni
Denominatore:	Popolazione di donne minorenni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti} + \text{N. interruzioni volontarie di gravidanza} + \text{N. aborti spontanei in donne minorenni}}{\text{N. donne minorenni}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	La popolazione di riferimento è costituita da donne minorenni (12-17 anni) per azienda di residenza
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP, IVG, AS
Parametro di riferimento:	Media regionale

7.5 - Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni

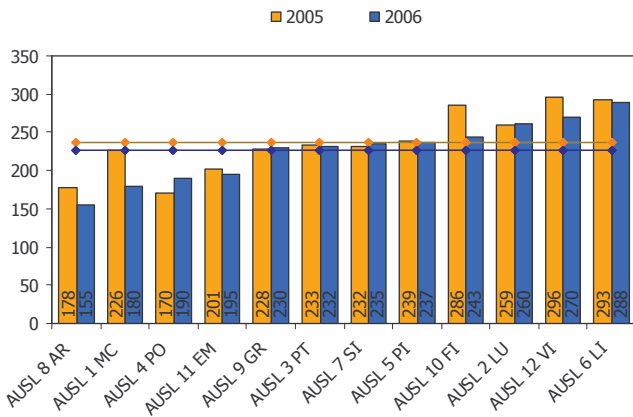
I ricoveri con degenza superiore ai 30 giorni vengono considerati come un indicatore indiretto della capacità del territorio di evitare i cosiddetti ricoveri sociali. Dall'indicatore sono esclusi i ricoveri effettuati in reparti dove le degenze sono abitualmente lunghe, come ad esempio i reparti di Unità spinale, Psichiatria, Grandi ustionati, Terapia intensiva, Recupero e riabilitazione funzionale ed altri.



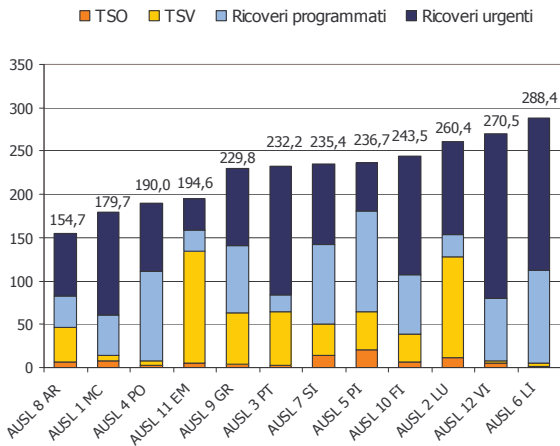
Azienda erogazione	2005			2006		
	% ricoveri > 30 giorni	N° dimissioni di ricoveri > 30 giorni	Totale dimissioni	% ricoveri > 30 giorni	N° dimissioni di ricoveri > 30 giorni	Totale dimissioni
AUSL 1 MC	1,36%	317	23.295	1,43%	323	22.608
AUSL 2 LU	1,69%	404	23.938	1,54%	354	23.033
AUSL 3 PT	1,07%	305	28.526	1,16%	321	27.740
AUSL 4 PO	2,26%	554	24.496	1,94%	490	25.269
AUSL 5 PI	1,25%	397	31.743	1,13%	360	31.956
AUSL 6 LI	1,30%	492	37.761	1,30%	481	37.055
AUSL 7 SI	2,04%	569	27.833	2,03%	571	28.127
AUSL 8 AR	1,32%	453	34.235	1,14%	385	33.636
AUSL 9 GR	1,65%	398	24.136	1,61%	382	23.735
AUSL 10 FI	1,29%	1.084	84.015	1,34%	1.077	80.477
AUSL 11 EM	1,01%	232	22.954	1,07%	246	22.891
AUSL 12 VI	1,41%	229	16.211	1,23%	190	15.455
Media AUSL	1,47%	453	31.595	1,41%	432	30.999

Definizione:	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni sui ricoveri per residenti
Numeratore:	N. dimessi con ricovero superiore a 30 giorni per Ausl di residenza
Denominatore:	N. dimessi per Ausl di residenza
Formula matematica:	$\frac{N. \text{ dimessi con ricovero } > 30 \text{ gg per Ausl di residenza}}{N. \text{ dimessi per Ausl di residenza}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi: - i ricoveri erogati da strutture private non accreditate - i ricoveri relativi ai neonati sani - i pazienti ammessi o trasferiti o dimessi dai reparti di: Unità spinale 28, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, neuroriabilitazione 75
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Significato:	E' un indicatore indiretto della capacità del territorio di evitare i cosiddetti ricoveri sociali

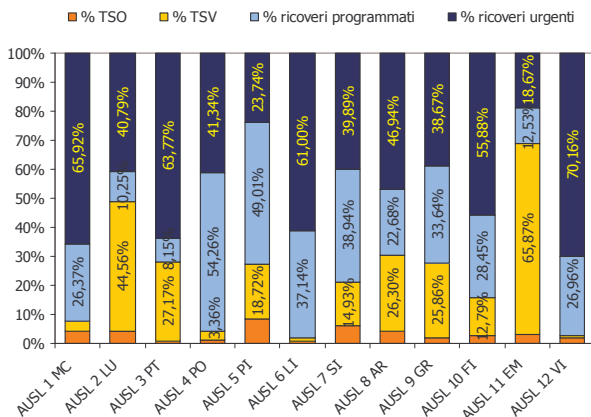
7.6 - Tasso di dimessi con patologie psichiatriche > 17 anni



Azienda di residenza	2005			2006		
	Tasso ricov. psichiatrici	N. ricoveri psichiatrici	Popolazione maggiorenne	Tasso ricov. psichiatrici	N. ricoveri psichiatrici	Popolazione maggiorenne
AUSL 1 MC	225,91	391	173.081	179,73	311	173.036
AUSL 2 LU	258,84	475	183.511	260,40	478	183.565
AUSL 3 PT	232,52	550	236.541	232,24	552	237.689
AUSL 4 PO	170,17	342	200.972	190,01	387	203.670
AUSL 5 PI	239,38	663	276.960	236,69	657	277.573
AUSL 6 LI	292,96	860	293.556	288,41	859	297.835
AUSL 7 SI	231,72	520	224.406	235,45	529	224.679
AUSL 8 AR	178,37	506	283.673	154,74	441	284.988
AUSL 9 GR	227,54	431	189.420	229,78	437	190.180
AUSL 10 FI	285,74	1.957	684.896	243,45	1.666	684.316
AUSL 11 EM	201,29	386	191.767	194,57	375	192.733
AUSL 12 VI	296,26	417	140.757	270,46	382	141.240
Media AUSL	236,72	625	256.628	226,33	590	257.625

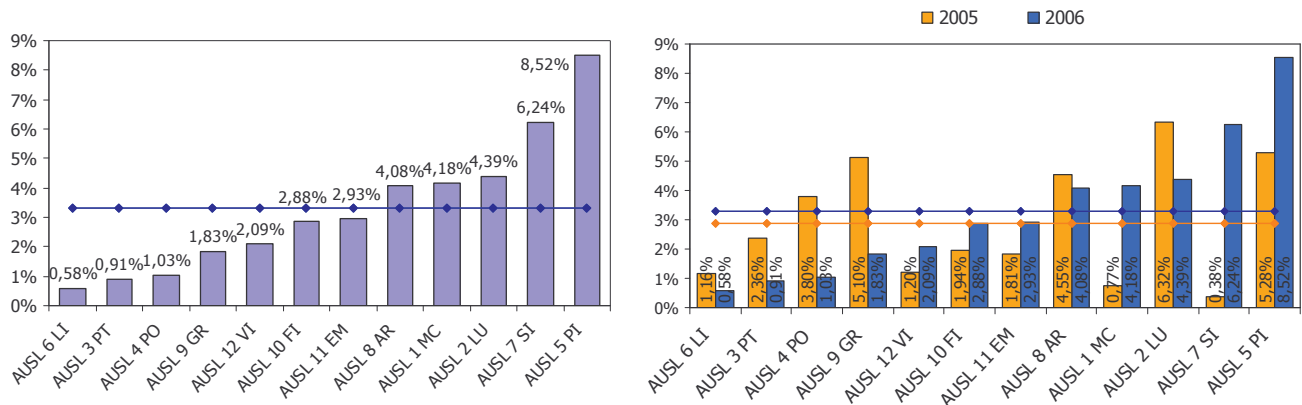


Azienda di residenza	N. TSO	N. TSV	N. ricoveri programmati	N. ricoveri urgenti	N. tot ricoveri psichiatrici	Tassi su popol. maggiorenne					
						Popol. >18 anni	TSO	TSV	Ricoveri programmati	Ricoveri urgenti	Tasso tot ricoveri psichiatrici
AUSL 1 MC	13	11	82	205	311	173.036	7,51	6,36	47,39	118,47	179,73
AUSL 2 LU	21	213	49	195	478	183.565	11,44	116,04	26,69	106,23	260,40
AUSL 3 PT	5	150	45	352	552	237.689	2,10	63,11	18,93	148,09	232,24
AUSL 4 PO	4	13	210	160	387	203.670	1,96	6,38	103,11	78,56	190,01
AUSL 5 PI	56	123	322	156	657	277.573	20,17	44,31	116,01	56,20	236,69
AUSL 6 LI	5	11	319	524	859	297.835	1,68	3,69	107,11	175,94	288,41
AUSL 7 SI	33	79	206	211	529	224.679	14,69	35,16	91,69	93,91	235,45
AUSL 8 AR	18	116	100	207	441	284.988	6,32	40,70	35,09	72,63	154,74
AUSL 9 GR	8	113	147	169	437	190.180	4,21	59,42	77,30	88,86	229,78
AUSL 10 FI	48	213	474	931	1666	684.316	7,01	31,13	69,27	136,05	243,45
AUSL 11 EM	11	247	47	70	375	192.733	5,71	128,16	24,39	36,32	194,57
AUSL 12 VI	8	3	103	268	382	141.240	5,66	2,12	72,93	189,75	270,46
Media AUSL	19	108	175	287	590	257.625	7,37	44,71	65,82	108,42	226,33



Definizione:	Tasso di dimessi con patologie psichiatriche >17 anni, per 100.000 residenti
Numeratore:	N. residenti dimessi con patologie psichiatriche > 17 anni
Denominatore:	Popolazione residente > 17 anni
Formula matematica:	$\frac{N. \text{ residenti dimessi con patologie psichiatriche } > 17 \text{ anni}}{\text{Popolazione residente } > 17 \text{ anni}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani Si considerano i ricoveri ordinari, di residenti maggiorenti, dimessi con DRG psichiatrici Codifiche DRG: 425 – 432 Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Standard regionale

7.7 - Percentuale di TSO su dimessi con patologie psichiatriche > 17 anni



Azienda di residenza	2005			2006		
	Tasso ricoveri psich. in TSO	N. ricoveri in TSO	N. ricoveri psichiatrici	Tasso ricoveri psich. in TSO	N. ricoveri in TSO	N. ricoveri psichiatrici
AUSL 1 MC	0,77%	3	391	4,18%	13	311
AUSL 2 LU	6,32%	30	475	4,39%	21	478
AUSL 3 PT	2,36%	13	550	0,91%	5	552
AUSL 4 PO	3,80%	13	342	1,03%	4	387
AUSL 5 PI	5,28%	35	663	8,52%	56	657
AUSL 6 LI	1,16%	10	860	0,58%	5	859
AUSL 7 SI	0,38%	2	520	6,24%	33	529
AUSL 8 AR	4,55%	23	506	4,08%	18	441
AUSL 9 GR	5,10%	22	431	1,83%	8	437
AUSL 10 FI	1,94%	38	1.957	2,88%	48	1.666
AUSL 11 EM	1,81%	7	386	2,93%	11	375
AUSL 12 VI	1,20%	5	417	2,09%	8	382
Media AUSL	2,89%	17	625	3,31%	19	590

Definizione:	Percentuale di TSO (ricovero per trattamento sanitario obbligatorio) su dimessi da psichiatria per 100 residenti maggiorenni
Numeratore:	N. di TSO per residenti > 17 anni
Denominatore:	N. residenti dimessi da psichiatria > 17 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di TSO per residenti > 17 anni}}{\text{N. residenti dimessi da psichiatria > 17 anni}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani Ricoveri ordinari, di residenti maggiorenni, dimessi con DRG psichiatrici <i>Codifiche DRG: 425 – 432</i> Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Standard regionale

8. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA – C9 di C. Calabrese, L. Marcacci

In linea con le necessità di contenimento della spesa sanitaria complessiva e del perseguimento di obiettivi di efficienza, le aziende della Regione Toscana, ai sensi della delibera regionale n. 463 del 2006, sono tenute al rispetto di obiettivi inerenti l'uso appropriato dei farmaci per contenere la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSR nei limiti di ciò che è veramente necessario per la salute dei cittadini.

Al fine di monitorare l'andamento di questi aspetti, sono stati fissati degli indicatori utili a misurare la performance relativa all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (Indicatore C9) e all'efficienza prescrittiva farmaceutica (Indicatore F12), che, rispettivamente, misurano il consumo e il costo, con una specifica attenzione a quelle categorie di farmaci che rappresentano il 60% dell'incremento della spesa a cui è imputabile il maggior aumento dei consumi e da cui quindi sono ottenibili i risparmi più consistenti.

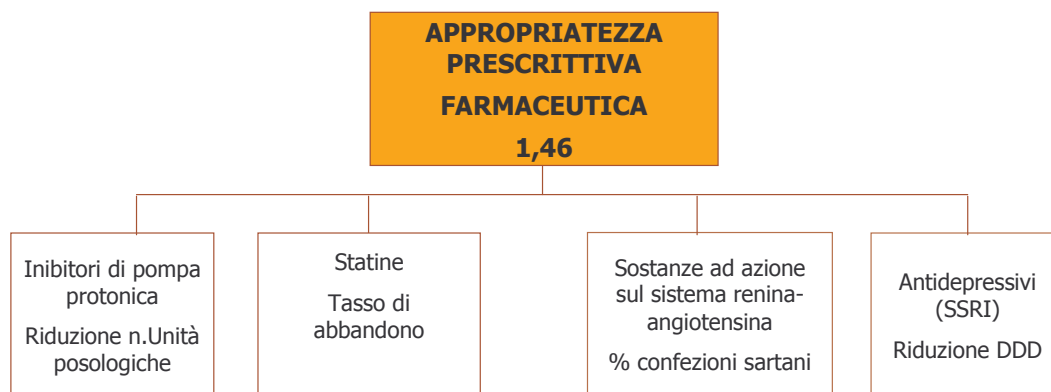
I sottoindicatori riprendono le seguenti categorie farmaceutiche a cui fa riferimento la delibera:

- Inibitori di pompa protonica (farmaci per l'acidità di stomaco o antiulcera),
- inibitori della HMG CoA reductasi (statine, farmaci per la cura del colesterolo);
- Sostanze ad azione sul Sistema renina Angiotensina (farmaci antiipertensivi);
- Antagonisti dei recettori alfa adrenergici (farmaci per la cura del tumore alla prostata),
- Inibitori selettivi della serotonina (farmaci antidepressivi).

La delibera in oggetto fissa degli obiettivi di consumo e di costo, e stabilisce che gli stessi debbano essere completamente raggiunti dalle aziende nel mese di dicembre 2006. In realtà essa è stata approvata il 26 giugno del 2006, per cui le aziende hanno avuto solo alcuni mesi a disposizione per adeguarsi e porre in essere le azioni necessarie per il loro conseguimento. Di conseguenza, come si vede anche dai grafici sotto riportati, in molti casi i risultati raggiunti a fine anno sono negativi, in quanto non rispettano i parametri fissati. Per questo stesso motivo la valutazione è stata effettuata solo sul mese di dicembre 2006 e non su tutto l'anno.

I dati provengono dal Settore Farmaceutica, della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

L'albero dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica è composto dai seguenti indicatori:

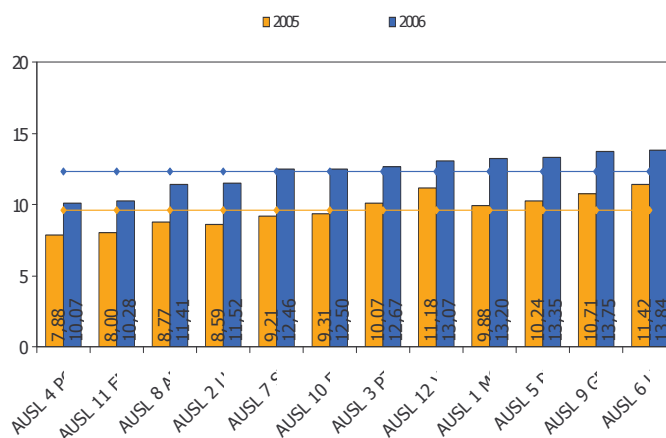
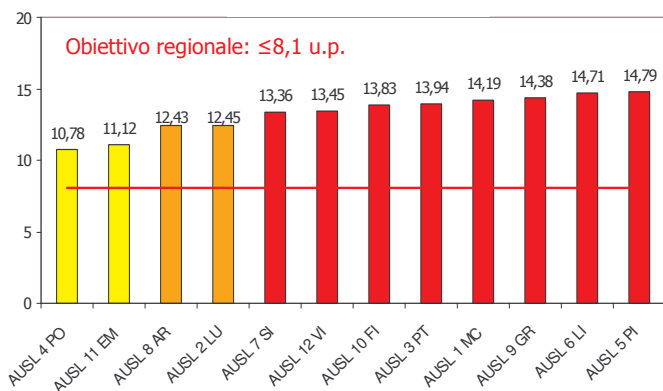


8.1 - Inibitori di pompa protonica

Per quanto riguarda gli Inibitori di Pompa Acida erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionato, è stato stabilito che il loro consumo deve essere mantenuto in ogni singola Azienda entro il limite di 8,1 unità posologiche all'anno per assistito pesato. Nel corso degli anni infatti si è registrato un forte aumento del numero delle prescrizioni di antiacidi, spesso legato ad un consumo eccessivo di questi farmaci.

A dicembre 2006, nonostante i risultati ottenuti mostrano andamenti non omogenei tra i differenti contesti territoriali, tutte le aziende risultano comunque essere lontane dall'obiettivo regionale. Osservando il trend 2005-2006 si nota la crescita dei consumi da parte di tutte le aziende, facendo così registrare un aumento del dato medio regionale che nell'arco di un anno è passato da 9,61 a 12,34.

Dicembre 2006



Azienda di erogazione	2005			2006		
	N. unità posologiche pro-capite	N. unità posologiche	Popolazione Gennaio 2005 pesata con pesi PSR 2003-2005	N. unità posologiche pro-capite	N. unità posologiche	Popolazione Gennaio 2005 pesata con pesi PSR 2005-2007
AUSL 1 MC	9,88	2.009.910	203.340	13,20	2.687.496	203.606
AUSL 2 LU	8,59	1.845.340	214.802	11,52	2.475.914	214.893
AUSL 3 PT	10,07	2.737.070	271.839	12,67	3.437.616	271.309
AUSL 4 PO	7,88	1.741.236	220.955	10,07	2.204.020	218.766
AUSL 5 PI	10,24	3.276.742	319.931	13,35	4.264.862	319.549
AUSL 6 LI	11,42	3.955.098	346.355	13,84	4.863.950	351.412
AUSL 7 SI	9,21	2.485.686	269.857	12,46	3.383.870	271.553
AUSL 8 AR	8,77	2.888.326	329.324	11,41	3.757.292	329.314
AUSL 9 GR	10,71	2.434.138	227.304	13,75	3.136.840	228.126
AUSL 10 FI	9,31	7.573.062	813.168	12,50	10.175.998	813.916
AUSL 11 EM	8,00	1.749.398	218.722	10,28	2.241.876	218.123
AUSL 12 VI	11,18	1.819.230	162.671	13,07	2.118.718	162.153
MEDIA AUSL	9,61	2.876.270	299.856	12,34	3.729.038	300.227

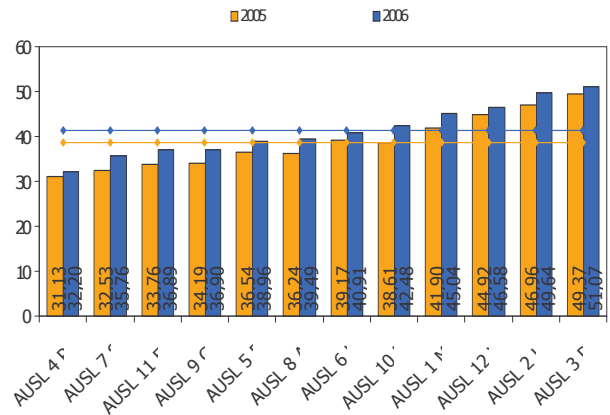
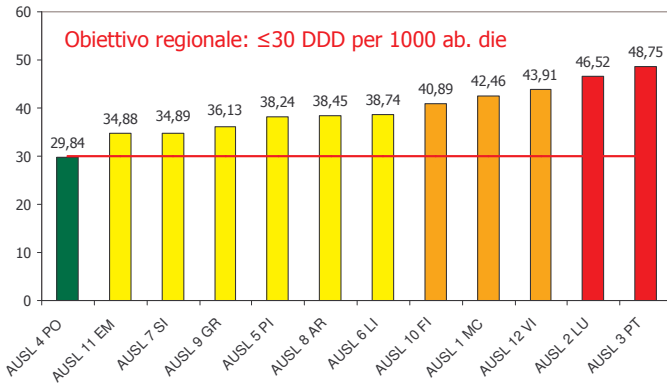
Definizione:	Consumo di farmaci Inibitori di pompa protonica (IPP ATC= A02BC) erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:	N. unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	Popolazione residente gennaio 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}{\text{Popolazione residente gennaio 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale, delibera n°463/06

8.2 - Antidepressivi: inibitori selettivi della serotonina

Altra categoria di farmaci considerata dalla delibera è quella relativa agli antidepressivi o Inibitori Selettivi della Serotonina. L'obiettivo fissato, per quanto riguarda l'impiego di questi farmaci erogati tramite le farmacie territoriali in regime convenzionale, è che il consumo deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola azienda, entro il limite di 30 DDD (Dose Definita Giornaliera) per mille abitanti al giorno.

Ad eccezione dell'Ausl 4 di Prato che raggiunge l'obiettivo regionale fissato, tutte le altre aziende sono al di sopra di tale parametro, molto spesso in misura rilevante, registrando una performance scarsa. Da un punto di vista temporale, come si osserva dal grafico, tutte le aziende registrano un trend crescente dal 2005 al 2006, aumentando il consumo di questa categoria di farmaci, che mediamente a livello regionale passa da 9,61 a 12,34 DDD per mille abitanti.

Dicembre 2006



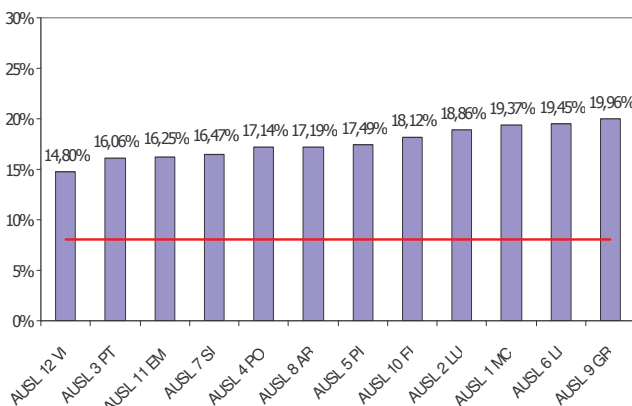
Azienda di erogazione	2005			2006		
	N° DDD per 1000 ab die erogate	DDD complessive	Popolazione Gennaio 2005 pesata con pesi PSR 2003-2005	N° DDD per 1000 ab die erogate	DDD complessive	Popolazione Gennaio 2005 pesata con pesi PSR 2005-2007
AUSL 1 MC	41,90	3.037.931	198.647	45,04	3.265.385	203.606
AUSL 2 LU	46,96	3.650.525	212.959	49,64	3.858.567	214.893
AUSL 3 PT	49,37	4.940.763	274.167	51,07	5.110.260	271.309
AUSL 4 PO	31,13	2.651.978	233.392	32,20	2.743.448	218.766
AUSL 5 PI	36,54	4.279.055	320.806	38,96	4.562.544	319.549
AUSL 6 LI	39,17	4.833.225	338.080	40,91	5.047.921	351.412
AUSL 7 SI	32,53	3.072.669	258.821	35,76	3.378.095	271.553
AUSL 8 AR	36,24	4.366.950	330.123	39,49	4.758.523	329.314
AUSL 9 GR	34,19	2.693.253	215.834	36,90	2.906.838	228.126
AUSL 10 FI	38,61	11.205.626	795.100	42,48	12.326.914	813.916
AUSL 11 EM	33,76	2.760.612	224.065	36,89	3.017.366	218.123
AUSL 12 VI	44,92	2.690.028	164.077	46,58	2.789.649	162.153
MEDIA AUSL	38,78	4.181.885	297.173	41,33	4.480.459	300.227

Definizione:	Consumo giornaliero di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI (ATC= N06AB) erogati dalle farmacie territoriali per 1000 residenti
Numeratore:	N.totale DDD farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI (ATC= N06AB) consumati nel periodo per principio attivo x 1000
Denominatore:	N.residenti x giorni del periodo
Formula matematica:	$\frac{\text{N.totale DDD farmaci consumati nel periodo per principio attivo} \times 1000}{\text{N. residenti} \times \text{giorni nel periodo}}$
Formula matematica:	Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale, delibera n°463/06

8.3 - Tasso di abbandono delle statine

Le statine, impiegate nel trattamento delle iperlipidemie, per essere efficaci da un punto di vista clinico, richiedono un utilizzo costante e continuativo nel tempo da parte dei pazienti. L'indicatore misura la percentuale di pazienti che consumano meno di due confezioni l'anno, il che segnala un utilizzo del farmaco non appropriato.

Anno 2004



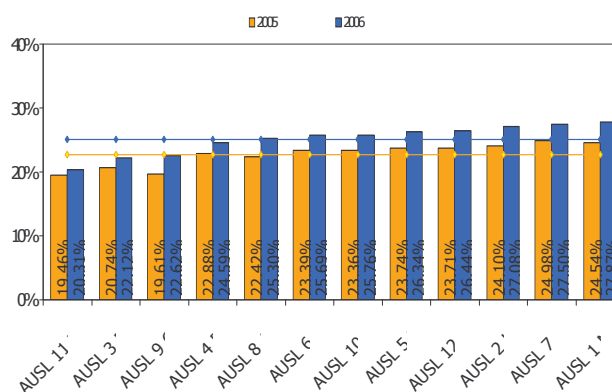
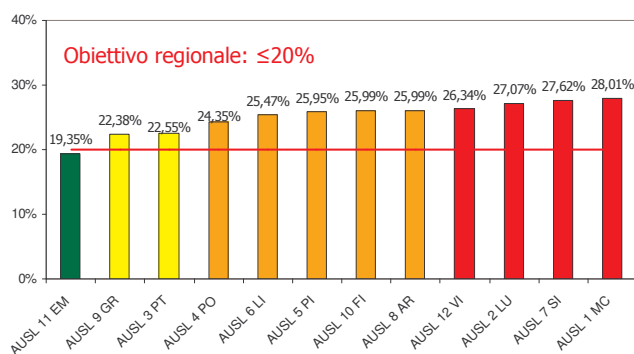
Anno 2004

Azienda di erogazione	% di utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno	N. di utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno	N. di utenti che consumano statine
AUSL 1 MC	19,37%	2.024	10.450
AUSL 2 LU	18,86%	1.942	10.298
AUSL 3 PT	16,06%	2.108	13.124
AUSL 4 PO	17,14%	1.692	9.873
AUSL 5 PI	17,49%	2.987	17.080
AUSL 6 LI	19,45%	3.864	19.865
AUSL 7 SI	16,47%	2.103	12.767
AUSL 8 AR	17,19%	2.385	13.872
AUSL 9 GR	19,96%	1.929	9.665
AUSL 10 FI	18,12%	6.391	35.280
AUSL 11 EM	16,25%	1.388	8.539
AUSL 12 VI	14,80%	1.130	7.635
MEDIA AUSL	17,60%	2.495	14.037

Definizione:	% utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (ATC= C10AA) all'anno
Numeratore:	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'annox100
Denominatore:	N. utenti che consumano statine
Formula matematica:	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'annox100}}{\text{N. utenti che consumano statine}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale, delibera n°463/06

8.4 - Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina

Dicembre 2006



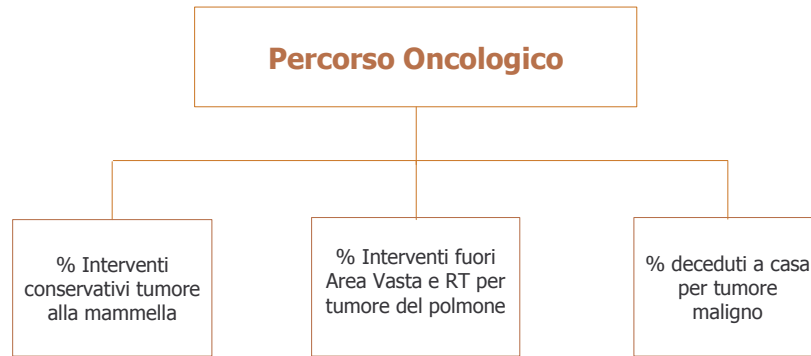
Azienda di erogazione	2005			2006		
	% confezioni di antagonisti dell'angiotensina II erogate	N° confezioni di antagonisti dell'angiotensina II erogate	N° confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate	% confezioni di antagonisti dell'angiotensina II erogate	N° confezioni di antagonisti dell'angiotensina II erogate	N° confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate
AUSL 1 MC	24,54%	128.903	525.240	27,87%	153.980	552.503
AUSL 2 LU	24,10%	132.848	551.149	27,08%	157.057	579.967
AUSL 3 PT	20,74%	148.555	716.422	22,12%	166.400	752.246
AUSL 4 PO	22,88%	105.083	459.372	24,59%	115.478	469.550
AUSL 5 PI	23,74%	165.242	696.106	26,34%	193.852	736.023
AUSL 6 LI	23,39%	197.968	846.299	25,69%	227.242	884.442
AUSL 7 SI	24,98%	156.109	624.855	27,50%	180.312	655.788
AUSL 8 AR	22,42%	187.264	835.268	25,30%	223.876	884.918
AUSL 9 GR	19,61%	109.764	559.598	22,62%	131.546	581.621
AUSL 10 FI	23,36%	444.934	1.904.998	25,76%	518.251	2.011.754
AUSL 11 EM	19,46%	99.031	508.919	20,31%	108.828	535.704
AUSL 12 VI	23,71%	93.739	395.331	26,44%	106.479	402.740
MEDIA AUSL	22,74%	164.120	718.630	25,14%	190.275	753.938

Definizione:	Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC= C09C e C09D) erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale rispetto al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina"
Numeratore:	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
Denominatore:	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale} \times 100}{\text{N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale, delibera n°463/06

9. PERCORSO ONCOLOGICO – C10 di A. Bonini e B. Lupi

Ogni anno, secondo il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, vengono diagnosticati tra i residenti in Toscana circa 19.000 nuovi casi di tumore (in età compresa fra 0 e 84 anni), e approssimativamente 12.000 decessi si possono attribuire a un tumore.

Visto il continuo aumento dell'incidenza dei casi di tumore maligno, in buona parte dovuto anche all'invecchiamento generale della popolazione, nell'ambito della problematica oncologica, è fondamentale operare su differenti livelli: sulla diminuzione del rischio di ammalarsi (prevenzione primaria), sulla tempestività della diagnosi (prevenzione secondaria) e sulla qualità delle cure, ovvero sulla presa in carico del paziente oncologico e sulla somministrazione di terapie appropriate ed efficaci. Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 dedica alle "Azioni per la prevenzione e la cura dei tumori" il primo dei 12 Progetti speciali di interesse regionale, che sono stati individuati come prioritari per la salute dei cittadini toscani.



Gli indicatori sono elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana - Istituto Toscano Tumori; la fonte dei dati sono il flusso regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera e, per il terzo indicatore presente nell'albero, il Registro di Mortalità Regionale. I dati si riferiscono all'anno 2005.

9.1 - Percentuale di interventi conservativi di tumore alla mammella

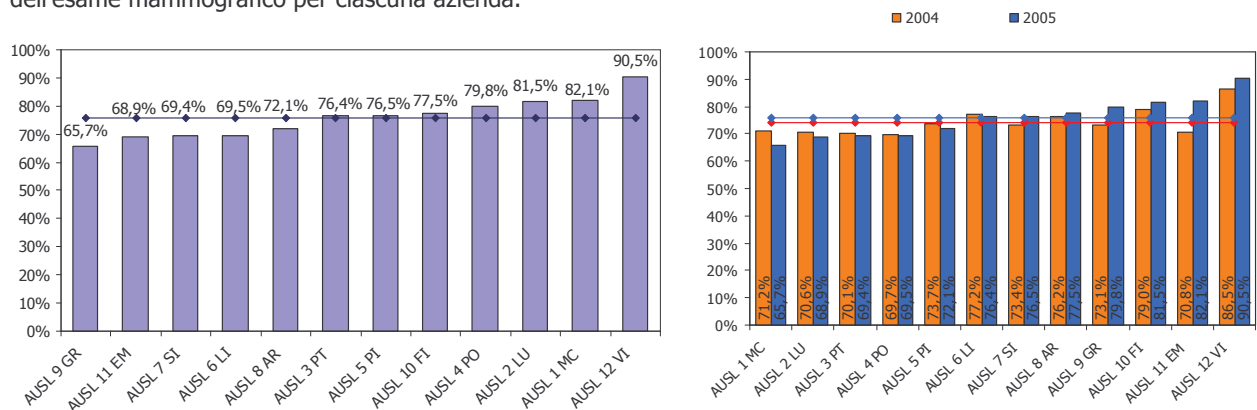
Il tumore della mammella è la neoplasia di gran lunga più frequente nel sesso femminile. Nel periodo 2000-2003, secondo il CSPO, ha rappresentato il 24,8% del totale delle diagnosi tumorali in Toscana e pertanto il rischio di avere una diagnosi di tumore della mammella nel corso della vita, per donne in età compresa fra 0 e 74 anni, è del 95‰ (1 caso ogni 11 donne), e in termini di mortalità è risultata la seconda fra le cause tumorali con il 15,4% del totale dei decessi dopo il colon retto.

Nel corso del tempo l'incidenza del tumore della mammella ha mostrato un trend in crescita (anche per effetto dei programmi di screening) mentre la mortalità risulta in diminuzione. Le fasce di età in cui si rilevano i valori più elevati dell'incidenza sono quelle successive ai 50 anni, mentre la sopravvivenza, relativa a 5 anni, si attesta attorno al 90%, con un graduale incremento nel corso del tempo.

I ricoveri dovuti a questa patologia oncologica, nella Regione Toscana sono stati pari a 10.001 nel 2004, ma si evidenzia un incremento dei ricoveri in day-hospital nel periodo 1998-2004, a fronte di una lieve diminuzione dei ricoveri di tipo ordinario.

Negli ultimi anni la chirurgia del cancro della mammella ha compiuto notevoli progressi passando da interventi radicali e demolitivi ad interventi conservativi (asportazione di una sola parte del tessuto mammario). Questo grazie ad una maggiore conoscenza del comportamento biologico e della diffusione della neoplasia. Di conseguenza la terapia locale del carcinoma mammario, che prima vedeva nella chirurgia l'unica possibilità terapeutica, oggi è diventata multidisciplinare; richiede, infatti, la collaborazione stretta tra chirurgo, radioterapisti ed oncologo. La scelta tra le diverse opzioni terapeutiche dipende da una serie di fattori quali lo stadio della malattia, l'età, lo stato menopausale, le dimensioni del tumore, la presenza o meno di recettori estro-progestinici sulla superficie delle cellule tumorali. Sicuramente, quando è possibile, l'intervento conservativo alla mammella rappresenta un elemento di qualità, che permette sia di evitare il trauma fisico ed emozionale alla donna che subisce l'asportazione del seno, sia di ridurre la durata del ricovero e della convalescenza della paziente.

I dati riportati si riferiscono alla percentuale di interventi conservativi alla mammella per azienda di residenza dell'anno 2005. I valori presentano una certa variabilità tra le aziende, con un intervallo fra il 65,7% e il 90,5%. Dal 2004 al 2005 la metà delle aziende aumentano il ricorso all'intervento conservativo, mentre l'altra metà vede diminuito il proprio valore. Nel complesso, il valore medio regionale aumenta leggermente, passando dal 74,29% al 75,83%. Le notevoli differenze aziendali possono essere dovute sia alla tempestività dell'azione preventiva tramite screening, sia al tipo di approccio del chirurgo rispetto a questo tipo di intervento. L'indicatore in questione è dunque da leggersi insieme all'indicatore B5, relativo agli screening, che riporta le percentuali di estensione ed adesione dell'esame mammografico per ciascuna azienda.



Azienda di residenza	2004			2005		
	% interventi conservativi	N. interventi conservativi	N. interventi	% interventi conservativi	N. interventi conservativi	N. interventi
AUSL 1 MC	70,80%	131	185	82,10%	124	151
AUSL 2 LU	79,00%	147	186	81,50%	145	178
AUSL 3 PT	77,20%	142	184	76,40%	159	208
AUSL 4 PO	73,10%	152	208	79,80%	150	188
AUSL 5 PI	73,40%	188	256	76,50%	179	234
AUSL 6 LI	69,70%	209	300	69,50%	189	272
AUSL 7 SI	70,10%	162	231	69,40%	145	209
AUSL 8 AR	73,70%	157	213	72,10%	176	244
AUSL 9 GR	71,20%	126	177	65,70%	111	169
AUSL 10 FI	76,20%	547	718	77,50%	518	668
AUSL 11 EM	70,60%	115	163	68,90%	104	151
AUSL 12 VI	86,50%	141	163	90,50%	162	179
MEDIA AUSL	74,29%	185	249	75,83%	180	238

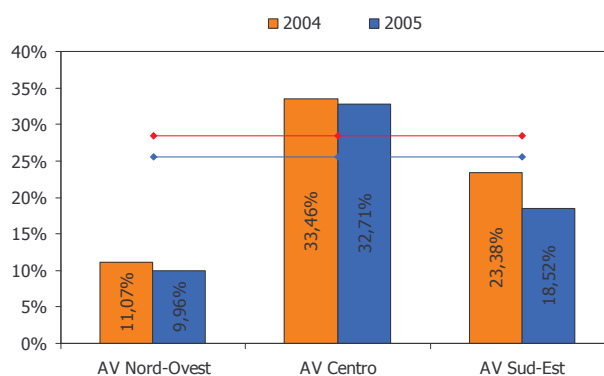
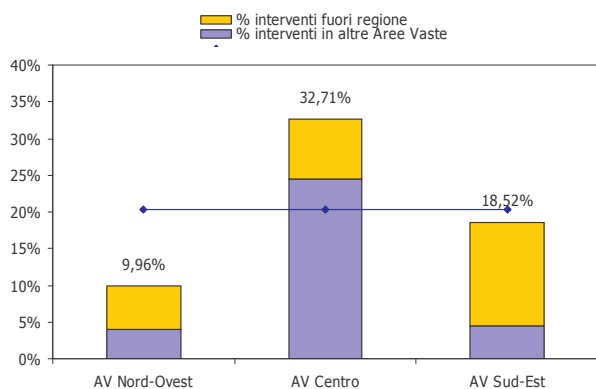
Definizione:	% interventi alla mammella di tipo conservativo in soggetti con tumore della mammella, per Asl di residenza
Numeratore:	N. interventi conservativi mammella
Denominatore:	N. interventi mammella
Formula matematica:	$\frac{\text{N. interventi conservativi mammella}}{\text{N. interventi mammella}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Codici ICD9-CM in diagnosi principale: <i>Interventi conservativi:</i> 85.21, 85.22 <i>Altri interventi:</i> 85.23, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.7, 85.48
Fonte:	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana – ITT, dall'archivio SDO Regionale consolidato
Parametro di riferimento:	Media Regionale

9.2 - Percentuale di interventi fuori Area Vasta ed extra Regione per tumore al polmone

Il tumore del polmone, in termini di frequenza, è risultato al terzo posto per gli uomini e al quinto per le donne. Rappresenta, invece, la prima causa di morte tumorale (27,2%) per gli uomini e la quarta per le donne (10,0%). L'incidenza e la mortalità crescono all'aumentare dell'età fino agli 80 anni, tuttavia nel corso del tempo sia l'incidenza che la mortalità per il tumore del polmone presentano un trend decrescente (dati CSPO).

Il tumore del polmone resta pertanto una delle sedi a peggior prognosi: la sopravvivenza a 5 anni è molto bassa e pari a circa il 10%. Per questo la Regione Toscana ha voluto intraprendere importanti iniziative sia in ambito di prevenzione primaria che di prevenzione secondaria. Il Piano sanitario 2005-2007 prevede una piena estensione degli screening per raggiungere la copertura del 100% della popolazione target (dati CSPO). Inoltre l'avvio dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) consente di rendere operativi alcuni obiettivi strategici che mirano alla riunificazione, in un unico sistema, del governo della prevenzione, alla definizione di procedure che garantiscano l'omogeneità dell'offerta, a garantire cure appropriate ed efficaci e a sviluppare forti relazioni interaziendali (intra e inter Area Vasta) nella logica di percorsi assistenziali appropriati, condivisi e di qualità. A tale proposito ogni Area Vasta dovrebbe garantire al paziente oncologico lo stesso tipo di servizio in tutte le fasi della malattia, riducendo gli eventuali spostamenti da un'Area Vasta all'altra.

Le percentuali di interventi fuori Area Vasta ed fuori Regione per tumore al polmone, calcolate secondo all'azienda di residenza, presentano nel 2005 valori decisamente differenti fra le tre Aree Vaste, con un valore molto elevato di residenti nell'Area Vasta Centro che si operano in altre Aree Vaste, ed in percentuale minore fuori regione toscana. Nell'Area vasta Sud-Est si nota, invece, che circa i tre quarti degli interventi per tumore al polmone effettuati sui residenti sono erogati in altre regioni. Per quanto riguarda il trend, tra il 2004 e il 2005 le percentuali sono in diminuzione in tutte e tre le Aree Vaste, pertanto a livello regionale i valori passano dal 28,4% al 25,6%.



Azienda di residenza	2004			2005		
	Fughe extra AV e RT	N. interventi fuori AV e RT	N. totale interventi	Fughe extra AV e RT	N. interventi fuori AV e RT	N. totale interventi
AV Nord-Ovest	11,07%	32	289	9,96%	27	271
AV Centro	33,46%	88	263	32,71%	88	269
AV Sud-Est	23,38%	36	154	18,52%	25	135
MEDIA AV	28,42%	62	209	25,62%	57	202

Definizione:	% interventi al polmone extra AV e extra RT di soggetti con tumore del polmone o dei bronchi, per AV di residenza
Numeratore:	N. interventi fuori AV e RT, per AV di residenza
Denominatore:	N. totale interventi, per AV di residenza
Formula matematica:	$\frac{\text{N. interventi fuori AV e RT}}{\text{N. totale interventi}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Codici ICD9-CM in diagnosi principale: 32.09, 32.29, 32.3, 32.4, 32.5, 32.6, 32.9
Fonte:	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana – ITT, dall'archivio SDO Regionale consolidato
Parametro di riferimento:	Media Regionale

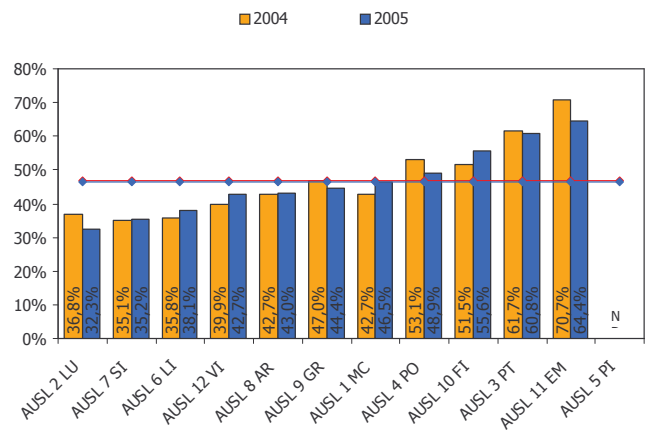
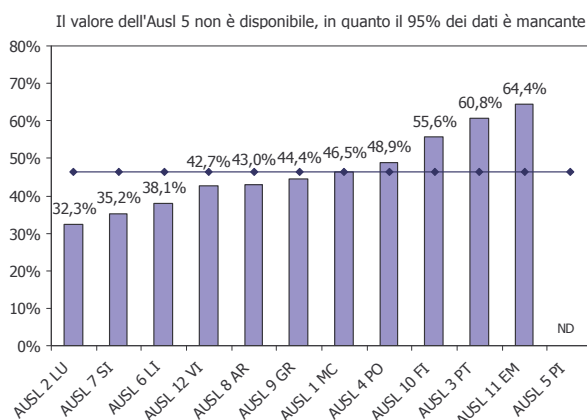
9.3 - Percentuale di deceduti a casa per tumore maligno

L'obiettivo principale del "prendersi cura" dei malati nella fase terminale e delle loro famiglie è il mantenimento della miglior qualità di vita (Toscani F., 1991; Derek D. et al., 1999).

Già nel PSR 1999-2001, nell'allegato C "Le basi epidemiologiche della programmazione", vi è una sezione specifica, "Opportunità di deospedalizzazione dei malati terminali", dove si valuta l'opportunità di garantire al paziente una morte dignitosa a casa. Si stima che circa l'80% dei decessi per neoplasia avvengano in soggetti che hanno attraversato una fase terminale, laddove per malato terminale si intende la persona affetta da patologia cronica in una fase così grave da prevedere una speranza di vita non superiore ai tre mesi.

Sempre l'allegato C riporta che la disponibilità estesa di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata permette di ridurre circa della metà l'ospedalizzazione dei malati in fase terminale, diminuendo così la frequenza dei decessi in ospedale. Tale servizio ha il significato di ridurre un tipo di ospedalizzazione ad altissimo impatto sulle strutture sanitarie e nello stesso tempo di umanizzare la morte, riportandola, quando possibile e opportuno, nell'ambito familiare.

I dati riportati, relativi all'anno 2005, mostrano che mediamente nella regione Toscana poco meno della metà dei pazienti oncologici in fase terminale muore in casa, ma con ampie differenze tra territori; infatti mentre per i cittadini residenti nelle aziende di Lucca e Siena il decesso in fase oncologica terminale avviene in casa solo nel 32-35% dei casi, a Pistoia ed Empoli si registrano percentuali che salgono al 60-64%. Tale variabilità suggerisce che vi è un ampio spazio di miglioramento, soprattutto in alcuni territori.



Azienda di residenza	2004			2005		
	% deceduti a casa*	N. deceduti a casa*	N. deceduti	% deceduti a casa*	N. deceduti a casa*	N. deceduti
AUSL 1 MC	42,70%	349	817	46,48%	324	697
AUSL 2 LU	36,80%	286	777	32,35%	240	742
AUSL 3 PT	61,70%	608	985	60,79%	552	908
AUSL 4 PO	53,10%	410	772	48,90%	334	683
AUSL 5 PI	ND	ND	ND	ND	17	1080
AUSL 6 LI	35,80%	454	1.268	38,06%	454	1193
AUSL 7 SI	35,10%	382	1.088	35,24%	314	891
AUSL 8 AR	42,70%	500	1.171	42,99%	466	1084
AUSL 9 GR	47,00%	387	823	44,43%	363	817
AUSL 10 FI	51,50%	1.606	3.118	55,59%	1477	2657
AUSL 11 EM	70,70%	502	710	64,38%	432	671
AUSL 12 VI	39,90%	253	634	42,67%	265	621
MEDIA AUSL	47,00%	522	1.106	46,53%	437	1.004

* inclusi i soggetti deceduti presso una RSA

Definizione:	% soggetti deceduti a casa per tumore maligno, per azienda di residenza
Numeratore:	N. deceduti a casa per tumore maligno
Denominatore:	N. deceduti per tumore maligno
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti a casa per tumore maligno}}{\text{N. deceduti per tumore maligno}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nel luogo casa sono inseriti i dati relativi ai deceduti in RSA (dato presente nella certificazione ISTAT)
Fonte:	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana - ITT, da fonte registro di Mortalità Regionale RMR
Parametro di riferimento	Media Regionale

PARTE V

LA VALUTAZIONE ESTERNA

A cura di Sabina Nuti

Nelle organizzazioni che operano sul mercato in contesti competitivi il cliente riesce, con il suo diritto di scelta, ad occupare una posizione di preminenza e di potere tale da indurre le organizzazioni stesse ad impostare tutta la loro azione in termini di risposta ai suoi bisogni. I risultati economico finanziari di breve, in primo luogo il profitto, risultano già indicatori precisi della capacità aziendale di essere "efficace", ossia in grado di rispondere alle esigenze della domanda. Nella realtà delle istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità, che in molti casi operano in situazione di monopolio, le possibilità di scelta del cliente/utente sono estremamente limitate e sovente scarsamente facilitate dall'operatore pubblico. Nel caso poi dei servizi sanitari l'utente si trova in situazione di "asimmetria informativa" ossia in possesso di informazioni, conoscenze e competenze assai minori rispetto al soggetto erogatore e quindi, spesso, non in condizioni di dare un giudizio consapevole sulla qualità del servizio ricevuto. Un paziente non medico può giudicare la qualità della diagnosi ricevuta e del trattamento terapeutico a cui è stato sottoposto? Questo solo a distanza di tempo potrà esprimere un giudizio corretto sul servizio ricevuto, considerando lo stato della sua salute. Nel breve sarà portato ad esprimere un giudizio basato sulle sue percezioni su ciò che è in grado di presidiare, tendendo a dare una valutazione complessiva in linea con le sue aspettative.

Il giudizio dell'utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere quindi articolato nel dettaglio, per cogliere tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, deve raccogliere la sua esperienza. In particolare quest'ultima è informazione preziosa per le aziende. Sulla base di queste evidenze le organizzazioni sanitarie possono avere spunti importanti per riorientare la loro attività in modo che il cittadino sia sempre più protagonista e partecipe del proprio processo di cura.

Con l'obiettivo quindi di raccogliere le percezioni e le esperienze degli utenti e cittadini, con la convinzione che per una "sanità dei cittadini" sia essenziale introdurre strumenti capaci di mettere il punto di vista dell'utente al centro dei processi di management sanitario, fin da 2004 il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna - Regione Toscana ha realizzato molteplici indagini presso i cittadini toscani.

Queste sono state condotte in tutte le aziende sanitarie toscane, territoriali e ospedaliero – universitarie, secondo una metodologia comune, tanto nella fase del reclutamento che del campionamento e della rilevazione¹, al fine di assicurare la confrontabilità dei risultati tra le varie aziende. Avere infatti l'80% di cittadini soddisfatti è un risultato lusinghiero ma diventa un punto di partenza per attivare processi di miglioramento interno se rappresenta il risultato più basso registrato tra tutte le aziende del sistema regionale.

Secondo la logica del monitoraggio continuo, anche gli indicatori della valutazione esterna devono assicurare una lettura temporale del fenomeno soddisfazione, per verificare ad esempio se eventuali azioni correttive abbiano prodotto i loro effetti. È per questo motivo che le indagini vengono ripetute nel tempo, non necessariamente tutti gli anni, come mostra la tabella.

INDAGINE	2004/2005	2006	2007
PERCORSO ONCOLOGICO (Focus group)	✘		
ASSISTENZA TERRITORIALE	✘		✘
PERCORSO MATERNO INFANTILE	✘		✘
PERCORSO EMERGENZA	✘	✘	✘
SERVIZIO DI RICOVERO OSPEDALIERO ORDINARIO		✘	

Nella dimensione *Valutazione esterna* compaiono dunque gli indicatori costruiti sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione condotte nel 2006 relativamente ai servizi di emergenza (indicatori D8 e D10) e di ricovero ospedaliero ordinario (indicatori D11, D12, D13, D14). L'indicatore D9 esprime, invece, il tasso di abbandono al

¹ Ad eccezione dell'indagine (qualitativa) sul percorso oncologico, condotta secondo la tecnica del focus group, le altre indagini (quantitative) si sono basate su interviste telefoniche condotte secondo la metodologia CATI (Computer Assisted Telephone Interview), che permette la gestione automatica dei contatti telefonici, la guida del rilevatore nelle diverse sezioni del questionario, l'implementazione delle risposte nel corso dell'intervista, il monitoraggio continuo dell'indagine e, infine, la verifica durante la stessa intervista della compatibilità delle risposte.

pronto soccorso, cioè la percentuale di utenti che dopo la registrazione al triage abbandonano la sala d'attesa prima ancora di essere visitati da un medico e senza darne comunicazione.

Nel 2006 è stata realizzata per il secondo anno consecutivo l'indagine rivolta agli utenti del pronto soccorso della Regione Toscana con l'intento di monitorare il livello di soddisfazione degli utenti e di verificare l'effetto di eventuali azioni di miglioramento promosse sulla base dei risultati dell'indagine precedente (2004/2005).

Il campione è stato estratto dal database dei pazienti che hanno avuto accesso al pronto soccorso della Regione Toscana nel settembre 2006. Dalla lista degli utenti assistiti campionabili sono stati esclusi sin dall'inizio i nominativi dei pazienti che nelle tre settimane di reclutamento hanno rifiutato di partecipare alla rilevazione e i dati degli utenti che il personale del triage ha segnalato come incoscienti, incapaci di intendere e di volere. Sono stati inoltre esclusi anche i cittadini stranieri che non parlavano la lingua italiana.

Il campione di 5921 pazienti maggiorenni², significativo per azienda, è stato stratificato per pronto soccorso e per il codice colore assegnato al triage. Inoltre, nella definizione della numerosità campionaria è stato assicurato per ciascun pronto soccorso un numero di interviste proporzionale agli accessi registrati nel periodo di reclutamento.

Gli intervistati hanno risposto telefonicamente a quesiti sul percorso (qualità dell'assistenza, qualità organizzativa, tempi d'attesa, ruolo del triage, controllo del dolore), sull'accoglienza e sul rispetto della privacy, sul rapporto paziente-personale sanitario (medico/infermieristico), ecc.

Sempre nel 2006 è stata realizzata la prima indagine rivolta agli utenti toscani che si prevede di ripetere nel 2008. La popolazione obiettivo ha avuto come riferimento tutti i degenti in regime ordinario ricoveranti presso le strutture ospedaliere delle aziende sanitarie toscane, territoriali e ospedaliero-universitarie, nel periodo 14 settembre – 14 novembre 2006. Non sono confluiti nella lista dei pazienti campionabili i ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni, i pazienti segnalati dal personale sanitario come non intervistabili per motivi linguistici o per la gravità delle condizioni cliniche e quanti nel corso del reclutamento hanno esplicitamente dichiarato di non voler partecipare all'indagine.

Il campione, stratificato per presidio, con significatività statistica a livello aziendale $P=0,05$ e precisione delle stime $D=0,05$, ha richiesto la conclusione di un numero di interviste pari a 5847. La rilevazione telefonica, secondo metodologia CATI è avvenuta nel periodo 24 novembre 2006 – 15 gennaio 2007.

Il questionario somministrato nel corso dell'indagine ha consentito di ripercorrere l'intera esperienza vissuta dai degenti, dall'ingresso nella struttura fino al momento della dimissione, rilevando aspetti del servizio, quali ad esempio: la qualità dell'assistenza, l'organizzazione del servizio³, la comunicazione sanitaria, l'umanizzazione e l'ambiente e il comfort ospedaliero .

1. PRONTO SOCCORSO - D8 di A.M. Murante e L. Marcacci

L'indicatore D8 sintetizza il livello di soddisfazione maturato dagli utenti del percorso emergenza che hanno partecipato all'indagine di soddisfazione del 2006. L'indicatore è calcolato come media pesata dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone: *Percorso complessivo*, *Accoglienza e Privacy*, *Personale medico e infermieristico*.

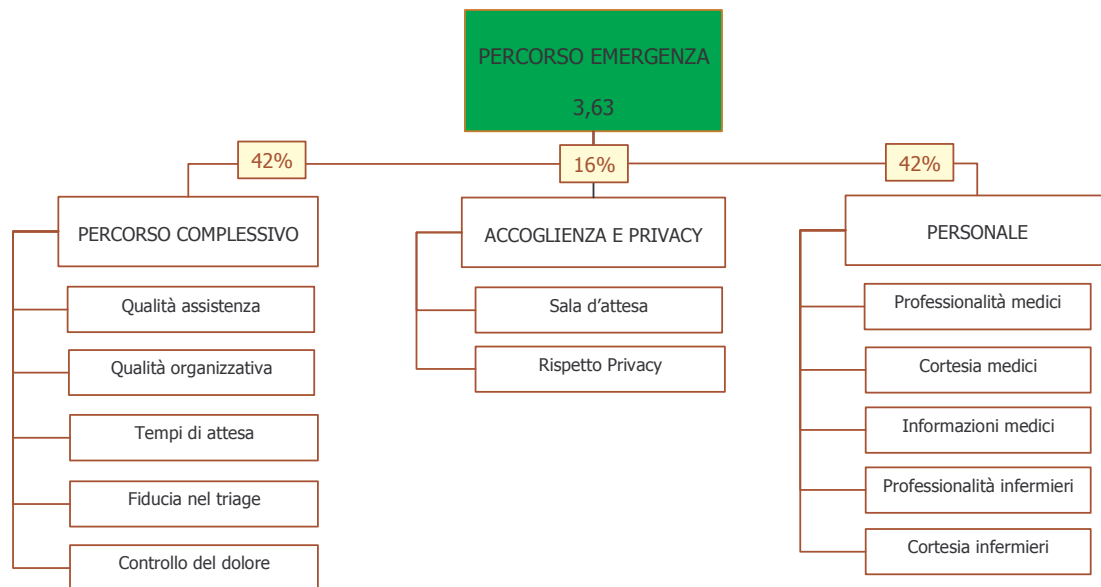
Per ciascuna delle domande che sono alla base dell'indicatore è possibile osservare il dato 2006 a confronto con i risultati dell'indagine condotta nel 2004-2005⁴. Il confronto manca per le Aziende ospedaliero – universitarie Senese, Meyer e Careggi, per le quali l'indagine è stata condotta per la prima volta nel 2006.

Nella dimensione *Percorso complessivo* sono raccolti i quesiti utilizzati per valutare la qualità assistenziale complessiva, la qualità del sistema organizzativo generale, i tempi d'attesa prima e dopo la registrazione al triage, la capacità del personale di comprendere le reali condizioni del paziente all'arrivo al triage e la gestione del dolore.

² Nel caso dell'Azienda ospedaliero – universitaria Meyer il questionario è stato somministrato ai genitori/tutori dei giovani pazienti.

³ Cfr indicatore B10

⁴ La prima edizione dell'indagine rivolta agli utenti del pronto soccorso ha coinvolto tutte le aziende del sistema sanitario regionale in due momenti differenti. Nel 2004, anno di sperimentazione del sistema di valutazione, hanno partecipato alla rilevazione gli utenti del pronto soccorso delle Aziende usl di Lucca, Pistoia, Pisa e Arezzo e dell'azienda ospedaliero – universitaria Pisana. Nel 2005 lo stesso questionario è stato somministrato ai pazienti del pronto soccorso delle Aziende usl di Massa e Carrara, Prato, Livorno, Siena, Grosseto, Firenze, Empoli e Viareggio.



1.1 - Qualità dell'assistenza

Come mostrano i grafici, nel 2006 il campione di cittadini toscani che si sono rivolti ai pronto soccorso presenti sul territorio regionale dichiara di essere soddisfatto (molto e totalmente) della qualità dell'assistenza offerta 76 volte su 100. In particolare si osserva che in tutte le realtà aziendali aumenta il numero dei pazienti totalmente soddisfatti, e in alcuni casi aumentano anche le valutazioni negative del servizio (poco e per nulla soddisfacente).

Come valuta globalmente la qualità dell'assistenza da lei ricevuta in pronto soccorso?

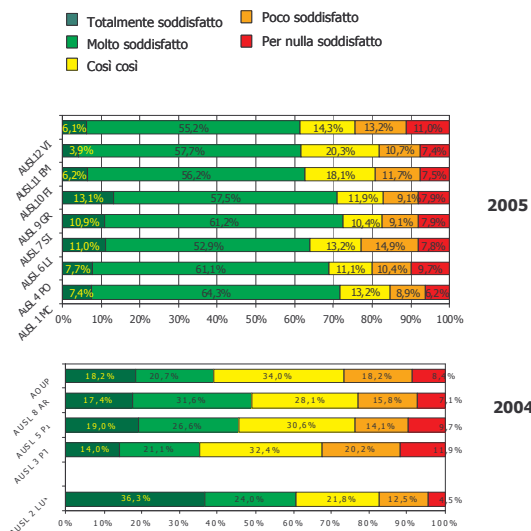
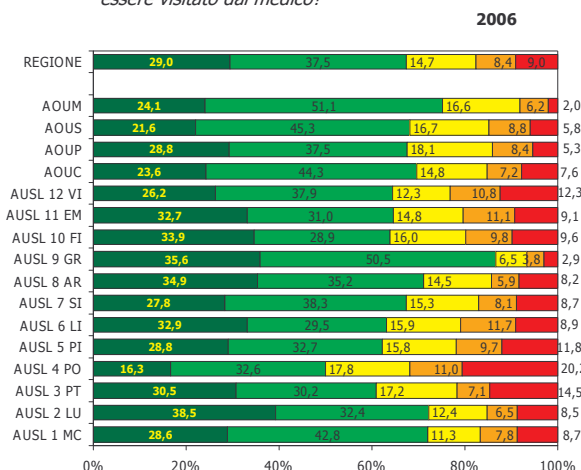


1.2 - I tempi d'attesa

I pazienti che ricorrono all'assistenza in pronto soccorso, dopo la registrazione al triage si trovano spesso a dover attendere ancora per essere visitati da un medico. La durata dell'attesa è condizionata non necessariamente ed esclusivamente dal numero di pazienti presenti in sala, ma anche e soprattutto dalla gravità dei casi. L'assegnazione del codice colore al momento dell'accettazione, oltre ad essere uno strumento organizzativo interno, dovrebbe aiutare il paziente a comprendere la gravità delle proprie condizioni e le ragioni dell'attesa. Ma se l'utente non riceve questa informazione o non la comprende, avrà difficoltà a sopportare una lunga permanenza in sala.

I risultati del 2006 sono differenti rispetto a quelli registrati nel 2004/2005: alcune aziende riescono a ridurre la percentuale di insoddisfatti, con un significativo aumento di utenti totalmente soddisfatti, ma non mancano realtà in cui si registra una tendenza opposta.

Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?

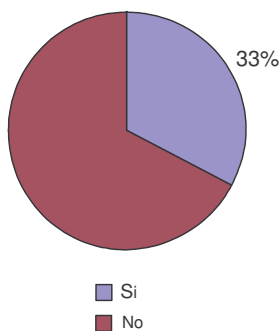


Nel corso dell'indagine di soddisfazione è stato chiesto ai pazienti campionati quale codice colore è stato loro assegnato all'accesso e, incrociando questo risultato con il dato registrato dal sistema informativo del triage, è emerso che oltre il 50% degli intervistati non ricordava o non conosceva il codice assegnatogli, mentre il 30% delle volte ne ricordava uno errato. Questi risultati possono dunque spiegare l'alta percentuale di pazienti poco o per nulla soddisfatti del tempo atteso (oltre il 17% degli intervistati).

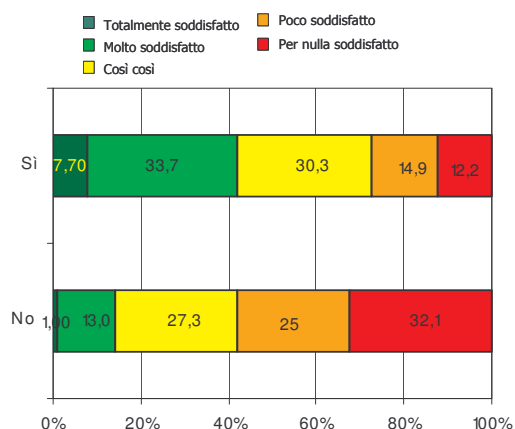
		Codice colore dichiarato dall'utente durante l'intervista					
		Rosso	Giallo	Verde	Azzurro	Bianco	Non so / non mi è stato comunicato
codice colore effettivamente dichiarato dal sistema informativo aziendale	Rosso	40,63	3,13	3,13	3,13	0,00	50,00
	Giallo	9,35	26,15	5,21	0,71	0,59	57,99
	Verde	2,05	5,49	29,56	2,22	2,84	57,84
	Azzurro	0,87	2,24	7,64	27,25	9,73	52,27
	Bianco	0,54	1,61	7,50	6,96	34,11	49,29

Inoltre, dai dati emerge che, se il personale durante il periodo di attesa (dopo il triage e prima della visita del medico e del trattamento) si relaziona con l'utente e lo rassicura, la valutazione del tempo atteso migliora nettamente. I grafici mostrano che solo il 33 % degli utenti è stato rassicurato dal personale sanitario durante il periodo di attesa e che gli utenti rassicurati dal personale sanitario risultano assai più soddisfatti. Questi risultati evidenziano appunto quanto sia importante il processo di comunicazione e informazione per i cittadini.

Durante il periodo di attesa è stato rassicurato e aiutato dal personale dedicato?

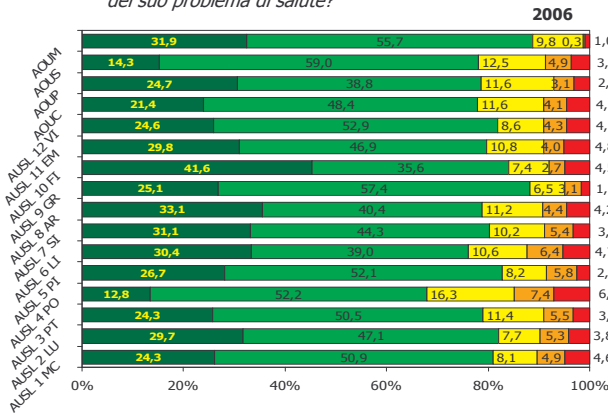


Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?

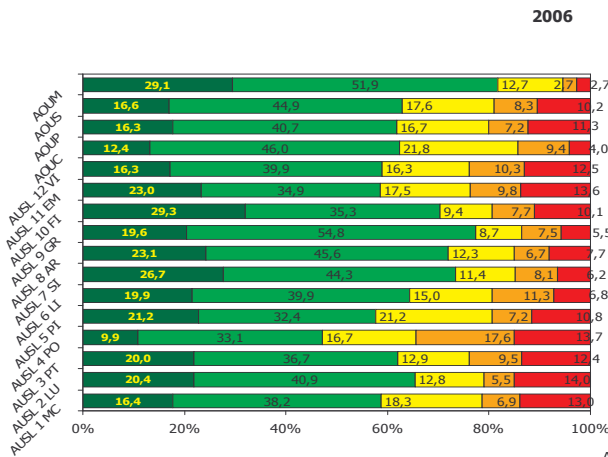


1.3 - Altre domande

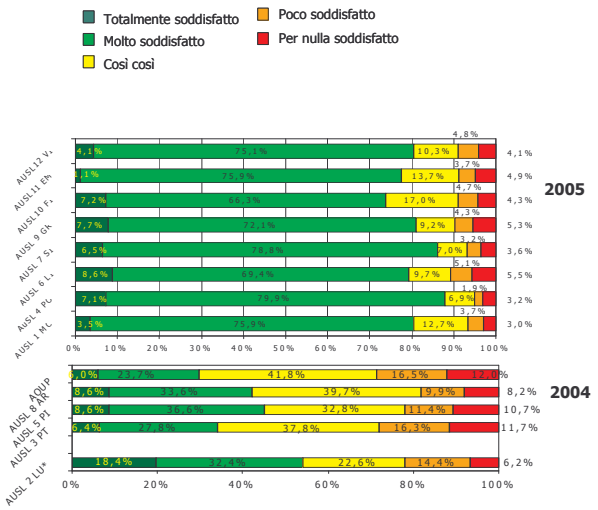
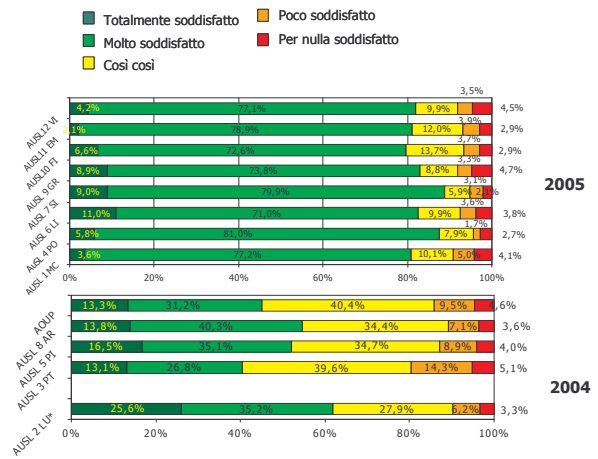
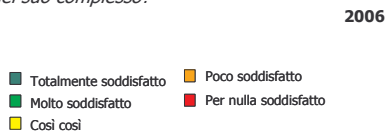
Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del suo problema di salute?



Come valuta l'attenzione a lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?



Come valuta l'organizzazione del pronto soccorso del suo complesso?



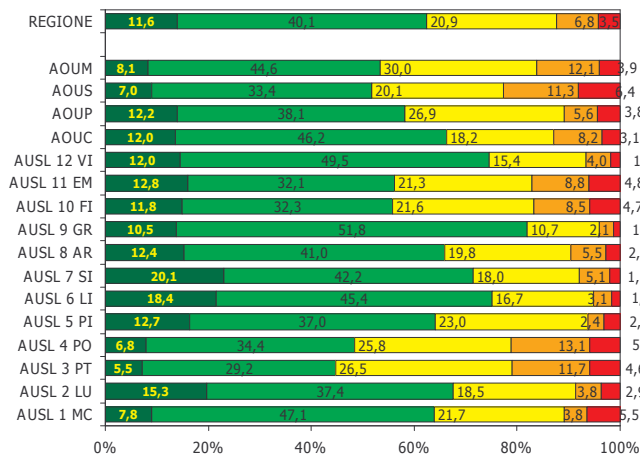
La dimensione *Accoglienza e privacy*, sintesi dei quesiti relativi al rispetto della privacy e all'accoglienza e al comfort della sala d'attesa, seppur raccolga valutazioni positive, evidenzia alcune criticità rispetto al passato.

1.4 - Sala d'attesa

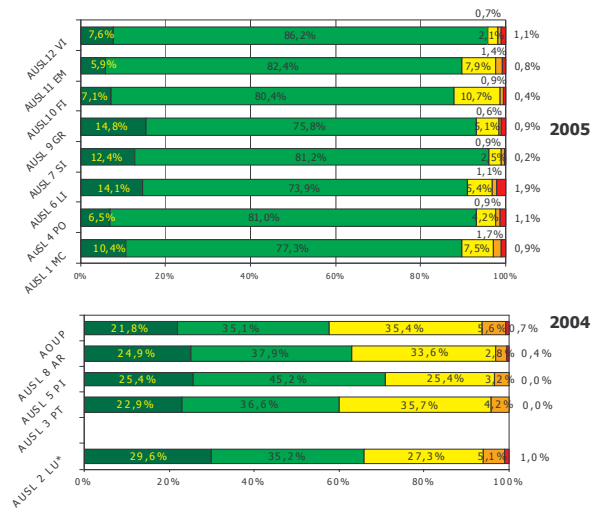
Quando ai pazienti è stato chiesto cosa pensavano dell'accoglienza e del comfort della sala d'attesa, l'11,6% e il 40,1% li hanno giudicati totalmente e molto soddisfacenti contro il 10,3% che ne ha dato un giudizio poco o per nulla soddisfacente. La sensazione è che non ci siano stati grandi miglioramenti rispetto al passato; infatti, confrontando i due grafici si osserva che nella prima rilevazione le percentuali di utenti insoddisfatti sono piccole o quasi nulle mentre nel 2006 aumentano in modo significativo.

Come valuta l'accoglienza e il comfort della sala d'attesa del pronto soccorso?

2006

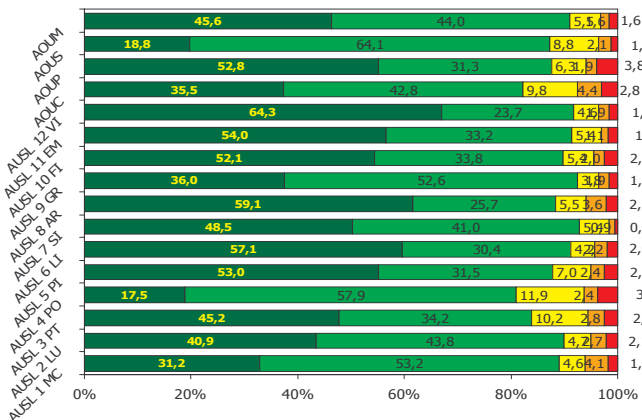


■ Totalmente soddisfatto
 ■ Molto soddisfatto
 ■ Così così
 ■ Poco soddisfatto
 ■ Per nulla soddisfatto

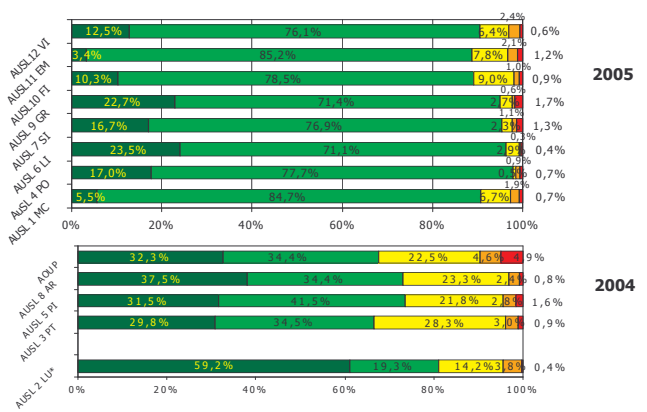


1.5 - Altre domande

Quanto ritiene sia stato rispettato il suo diritto alla riservatezza (privacy) durante la sua permanenza in Pronto Soccorso?



■ Totalmente soddisfatto
 ■ Molto soddisfatto
 ■ Così così
 ■ Poco soddisfatto
 ■ Per nulla soddisfatto

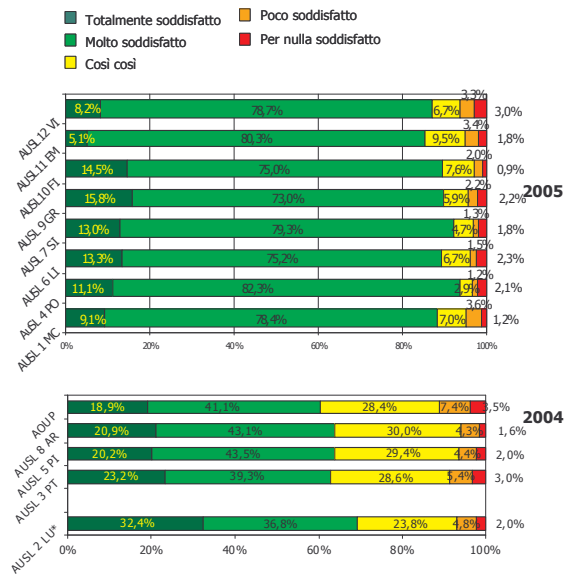
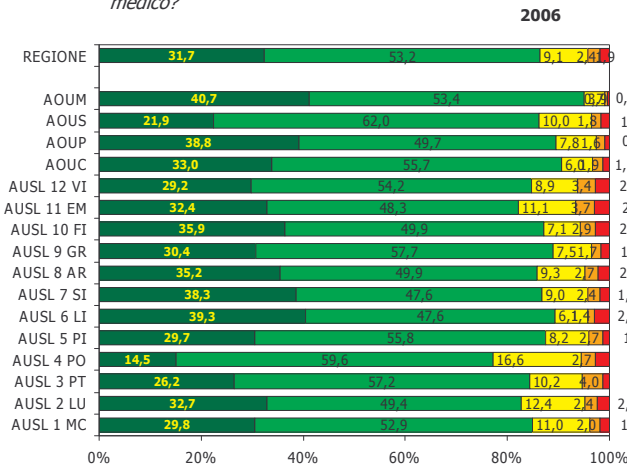


Il rapporto con il personale è una variabile che può condizionare il livello di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità globale del servizio, come osservato in altre indagini condotte tra gli utenti dei servizi di medicina di base, specialistica e diagnostica (Vainieri M., 2006). Di qui la necessità di misurare la soddisfazione dei pazienti rispetto alla cortesia e alla gentilezza del personale medico e infermieristico, alla loro professionalità e rispetto alle informazioni che i medici forniscono ai pazienti durante la visita.

1.6 - Cortesia e gentilezza del personale medico

Alla domanda *Come valuta la cortesia e la gentilezza del personale medico*, i pazienti intervistati che hanno risposto "totalmente" e "molto soddisfacenti" sono stati rispettivamente il 31,7% e il 53,2%. Questo risultato regionale sintetizza valutazioni che a livello di singola azienda appaiono complessivamente molto omogenee, se si considera che la percentuale degli insoddisfatti (poco o per nulla soddisfatti) varia dall'1% al 6,5%, mentre variano in modo più significativo i giudizi positivi o parzialmente positivi. Rispetto al passato si evidenzia una tendenza al miglioramento, seppur aumentino le valutazioni intermedie.

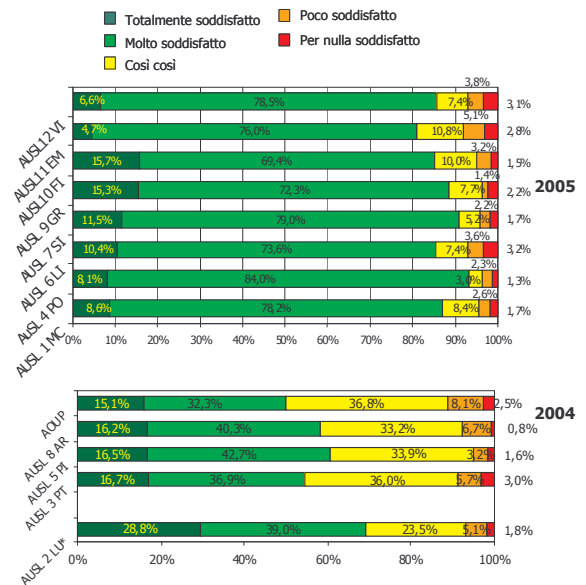
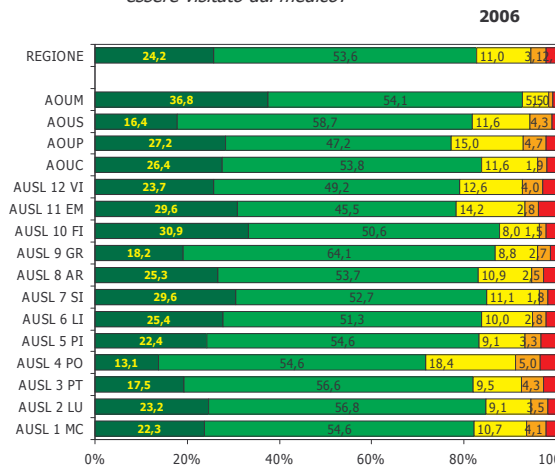
Come valuta la cortesia e la gentilezza del personale medico?



1.7 - Professionalità del personale infermieristico

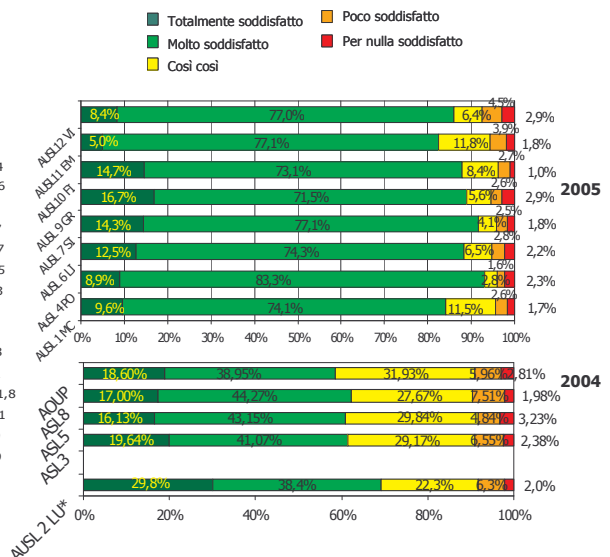
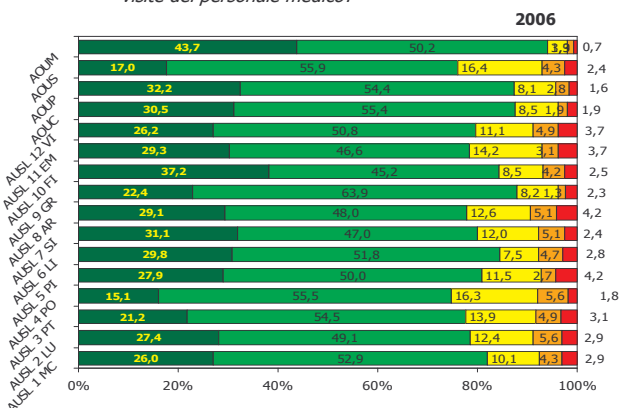
I pazienti del pronto soccorso hanno giudicato positivamente la professionalità del personale infermieristico che opera in pronto soccorso: nel 77,8% dei casi le valutazioni sono state molto e totalmente soddisfacenti. In alcune realtà locali gli utenti totalmente soddisfatti sono anche il 30%, i molto soddisfatti variano dal 45,5% al 58,7%, mentre è più omogenea la distribuzione dei giudizi negativi. Questi risultati evidenziano delle diversità aziendali più marcate rispetto alla rilevazione precedente.

Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?

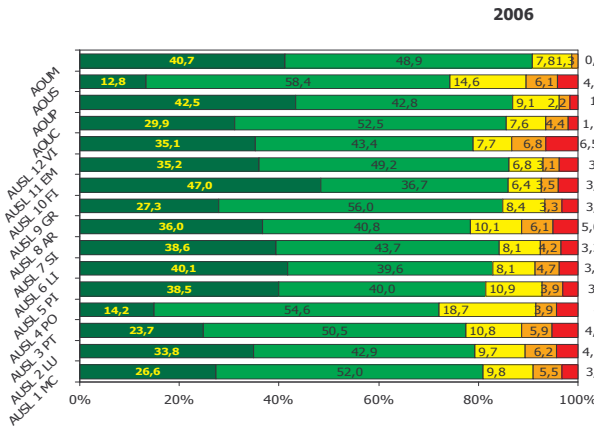


1.8 - Altre domande

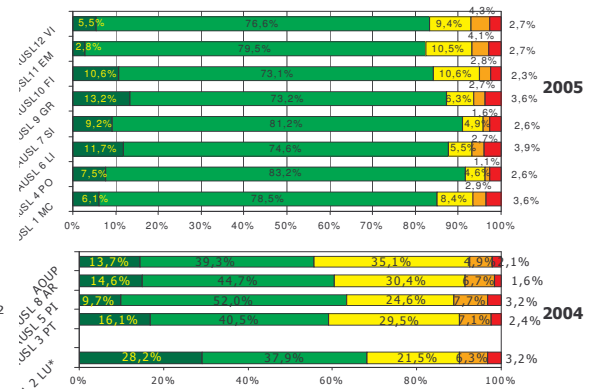
Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico?



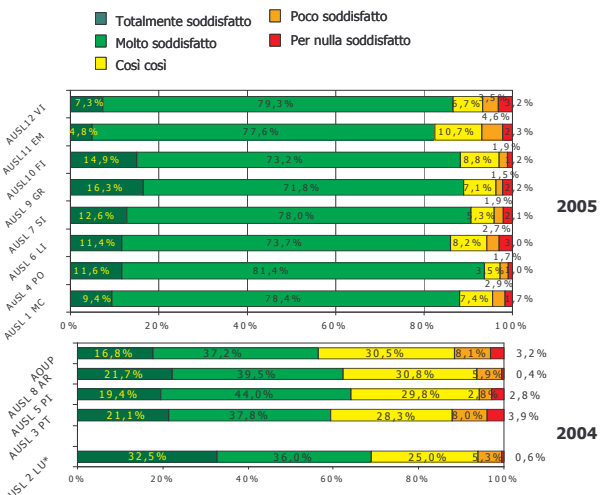
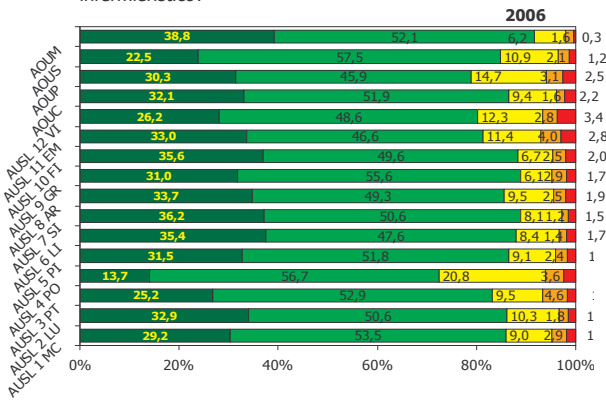
Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo al suo stato di salute in termini di chiarezza e completezza?



■ Totalmente soddisfatto
 ■ Poco soddisfatto
 ■ Per nulla soddisfatto
 ■ Così così
 ■ Molto soddisfatto



Come valuta la cortesia e la gentilezza del personale infermieristico?



Definizione:	Livello di soddisfazione nel Percorso emergenza
Note per l'elaborazione:	Il punteggio deriva dalla media pesata dei punteggi delle dimensioni di cui si compone l'indicatore: - Percorso complessivo - Come valuta globalmente la qualità dell'assistenza da Lei ricevuta in Pronto Soccorso? - Come valuta l'organizzazione del Pronto Soccorso nel suo complesso? - Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico? - Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del Suo problema di salute? - Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore? - Accoglienza e Privacy - Come valuta l'accoglienza e il comfort della sala d'attesa del Pronto Soccorso? - Quanto ritiene sia stato rispettato il Suo diritto alla riservatezza (privacy) durante la sua permanenza in Pronto Soccorso? - Personale medico e infermieristico - Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico? - Come valuta la cortesia/gentilezza del personale medico? - Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo al Suo stato di salute in termini di chiarezza e completezza? - Come valuta la professionalità del personale infermieristico? - Come valuta la cortesia/gentilezza del personale infermieristico?
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del Percorso Emergenza" – Anno 2006
Popolazione di riferimento:	All'indagine ha partecipato un campione di utenti maggiorenni che si è recato in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo settembre-ottobre 2006. Non hanno concorso alla determinazione del campione: -Utenti che hanno espresso il proprio dissenso all'iniziativa, -Utenti esclusi al triage perché incoincidenti, incapaci di intendere e di volere, o non parlano la lingua italiana

2. PERCENTUALE ABBANDONI DAL PRONTO SOCCORSO – D9 di A.M. Murante e L. Marcacci

L'indicatore D9 misura la percentuale di abbandoni dal pronto soccorso, ossia il numero di pazienti che dopo la registrazione al triage abbandonano la sala d'attesa senza essere visitati dal medico e senza darne preavviso al personale.

L'indicatore, calcolato sulla base dei dati forniti dalle aziende, è stato inserito nella dimensione *Valutazione esterna*, perché esprime un sintomo di insoddisfazione da parte dell'utenza che è stanca di aspettare e preferisce andar via.

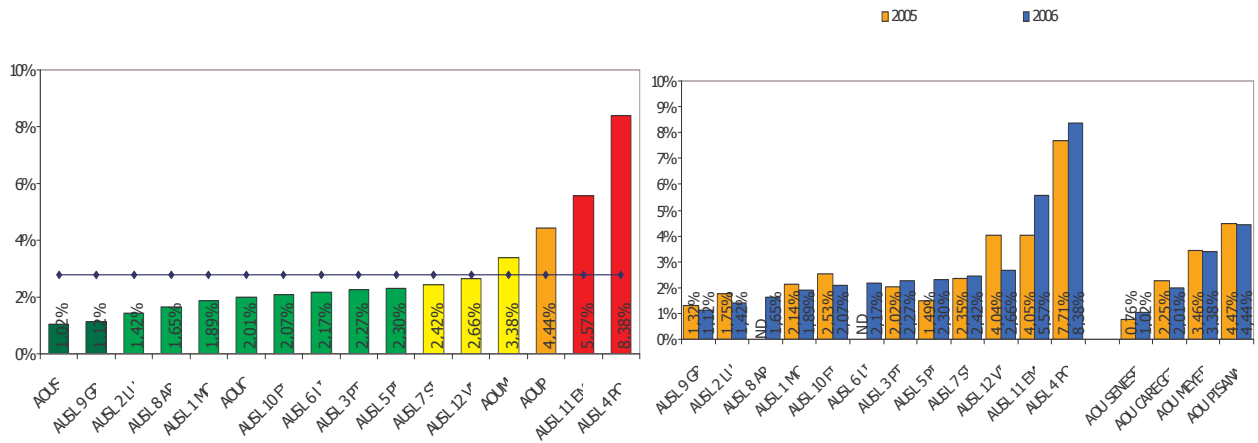
Inoltre, seppur si possa credere che buona parte degli abbandoni si riferisca ad accessi inappropriati, nel cui caso è più probabile che l'utente sia scoraggiato dalla lunga attesa e decida di rivolgersi alla guardia medica o di ritornare in un altro momento, non si può escludere che tra questi pazienti vi siano persone che realmente necessitano di una assistenza immediata. Se così fosse, si rischierebbe di lasciar uscire dal pronto soccorso persone con un reale problema di salute, esposte a rischi non controllabili.

È importante dunque monitorare episodi di questo tipo ed interrogarsi sulle eventuali cause che possono averli indotti. È possibile che il paziente non abbia compreso le regole che disciplinano i tempi d'attesa in pronto soccorso (sistema codice colore) o che nessuno gli abbia spiegato quali fossero le sue reali condizioni di salute.

% ABBANDONI DAL PRONTO SOCCORSO
2,20

L'indicatore D9 permette di verificare l'entità del fenomeno e come varia anno dopo anno, tenuto conto di eventuali azioni promosse per controllarne/ridurne le dimensioni.

La valutazione è assegnata in base della percentuale media regionale di abbandoni, che si attesta sul 2,88%, cioè ogni 100 accessi al pronto soccorso si registrano 2,88 abbandoni. Le percentuali a livello aziendale variano in alcuni casi in modo notevole, con percentuali che oscillano dall'1,02% all'8,88%.



Il secondo grafico mostra qual è l'andamento nel tempo: si osserva che nel 2006 per 7 aziende su 16 il numero di abbandoni si riduce rispetto al 2005, a volte anche in modo significativo.

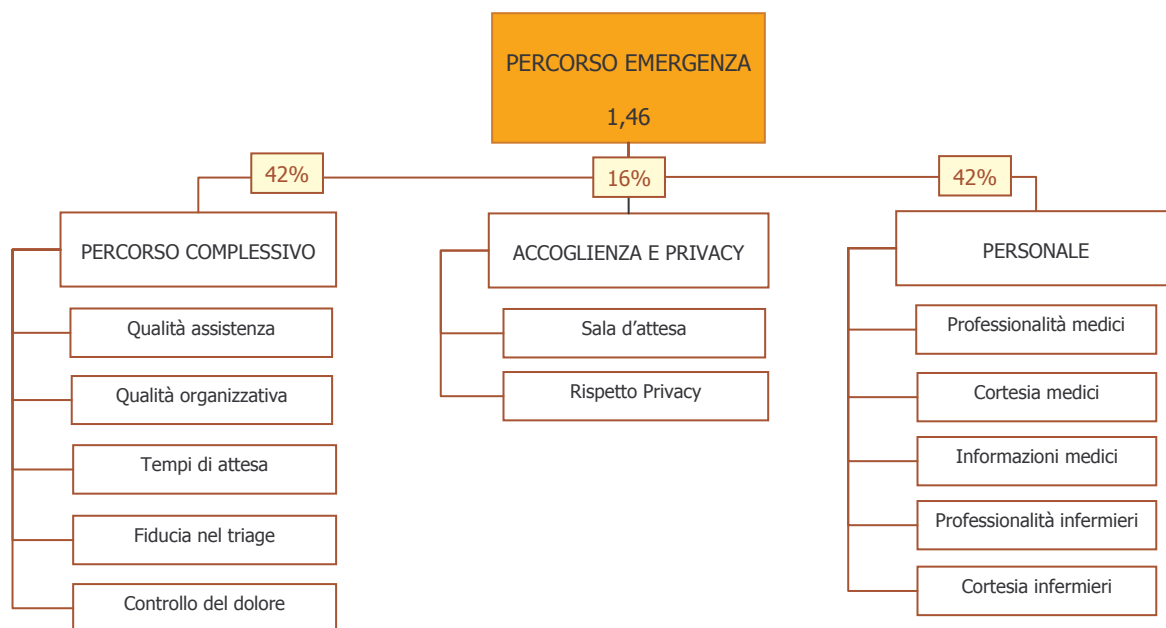
Azienda	2005			2006		
	% abbandoni	Numero pazienti che abbandonano il PS dopo il triage e prima della visita	Numero accessi al PS	% abbandoni	Numero pazienti che abbandonano il PS dopo il triage e prima della visita	Numero accessi al PS
ASL 1 MC	2,14%	1.848	86.556	1,89%	1.664	88.164
ASL 2 LU	1,75%	1.073	61.256	1,42%	1.151	80.880
ASL 3 PT	2,02%	1.869	92.630	2,27%	2.140	94.356
ASL 4 PO	7,71%	5.050	65.499	8,38%	5.656	67.505
ASL 5 PR	1,49%	1.151	77.406	2,30%	1.949	84.610
ASL 6 LI	ND	ND	ND	2,17%	2.991	137.554
ASL 7 SI	2,35%	1.388	59.020	2,42%	1.474	60.784
ASL 8 AR	ND	ND	ND	1,65%	1.596	96.957
ASL 9 GR	1,32%	1.235	93.924	1,12%	1.073	95.820
ASL 10 FI	2,53%	3.617	143.212	2,07%	3.005	144.996
ASL 11 EM	4,05%	1.456	35.964	5,57%	4.734	84.941
ASL 12 VI	4,04%	2.246	55.621	2,66%	1.513	56.908
AOU PISANA	4,47%	3.155	70.620	4,44%	3.273	73.667
AOU SENESE	0,76%	352	46.309	1,02%	485	47.422
AOU CAREGGI	2,25%	1.003	44.634	2,01%	904	45.019
AOU MEYER	3,46%	1.191	34.409	3,38%	1.231	36.467
Media intraregionale	2,88%	1.902	69.076	2,80%	2.177	81.003

Definizione:	%Abbandoni dal Pronto Soccorso
Numeratore:	N. di abbandoni (persone che lasciano il Pronto Soccorso dopo il triage e prima della visita)
Denominatore:	N. Accessi al Pronto Soccorso
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di abbandoni (persone che lasciano il Pronto Soccorso dopo il triage e prima della visita)} \times 100}{\text{N. Accessi al Pronto Soccorso}}$
Fonte:	Dati aziendali anno 2006

3. PERCENTUALE DI INSODDISFATTI DEL PRONTO SOCCORSO – D10 di A.M. Murante e L. Marcacci

Affinché uno studio sul livello di soddisfazione degli utenti sia utilizzato come uno strumento di miglioramento capace di individuare le fasi o gli aspetti del servizio più critici agli occhi dei pazienti è fondamentale evidenziare i risultati negativi, grandi o piccoli che siano, con l'intento di ridurli al minimo se non annullarli.

È per questo che, partendo dalla stessa struttura utilizzata per l'indicatore D8, è stato costruito un indicatore che consentisse di valutare il servizio di pronto soccorso tenendo conto dei soli giudizi negativi (poco o per nulla soddisfacenti). Gli utenti infatti che si dichiarano totalmente insoddisfatti sono spesso stati protagonisti di esperienze critiche che se non gestite dall'organizzazione, rischiano di lasciare per molto tempo un ricordo negativo del servizio assai assai difficilmente modificabile.



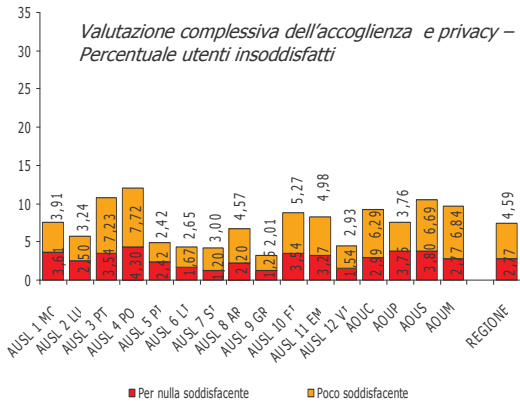
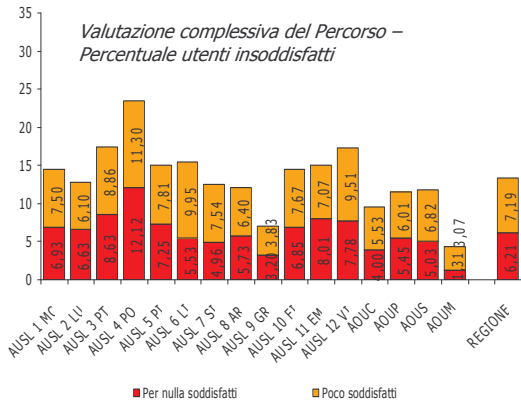
La valutazione assegnata dall'indicatore D10 al percorso emergenza evidenzia la presenza di un numero significativo di utenti poco o per nulla soddisfatti. In particolare vedremo di seguito come variano tali percentuali a seconda delle tre sotto-dimensioni dell'indicatore: *Percorso complessivo*, *Accoglienza e privacy*, *Personale*.

3.1 - Percorso complessivo

Come mostra il grafico oltre il 13% dei cittadini che si sono rivolti ad un pronto soccorso toscano hanno giudicato il percorso complessivo poco o per nulla soddisfacente (esattamente nel 7,19% e nel 6,21% dei casi): si tratta di percentuali medie che sintetizzano situazioni aziendali in alcuni casi molto diverse, con punte di insoddisfazione che variano dal 4,38% al 23,42%.

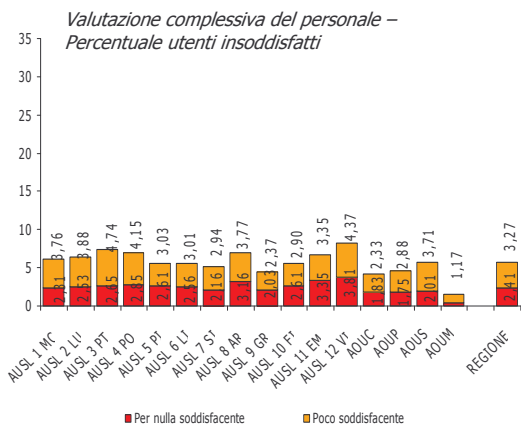
3.2 - Accoglienza e privacy

I pazienti insoddisfatti della sala d'attesa e del rispetto della privacy sono a livello regionale oltre il 7%, con il 4,59% di pazienti poco soddisfatti e il 2,77% per nulla soddisfatti. Come mostra il grafico, nelle singole realtà aziendali i risultati sono abbastanza vari.



3.3 - Personale

La valutazione del personale, medico ed infermieristico, è tra le migliori. Dal confronto dei tre grafici si osserva, infatti, che questo è l'aspetto del percorso emergenza che registra il minor numero di pazienti insoddisfatti, con un 3,27% di poco soddisfatti ed un 2,41% di pazienti per nulla soddisfatti. Il risultato regionale rispecchia quasi fedelmente la valutazione data nelle singole aziende.



Definizione:	Livello di insoddisfazione nel Percorso Emergenza
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio deriva dalla media pesata dei punteggi delle tre dimensioni di cui si compone l'indicatore, tenendo conto soltanto degli utenti che hanno risposto "poco soddisfatto" e "per nulla soddisfatto":</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percorso complessivo - Come valuta globalmente la qualità dell'assistenza da Lei ricevuta in Pronto Soccorso? - Come valuta l'organizzazione del Pronto Soccorso nel suo complesso? - Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico? - Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del Suo problema di salute? - Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore? - Accoglienza e Privacy - Come valuta l'accoglienza e il comfort della sala d'attesa del Pronto Soccorso? - Quanto ritiene sia stato rispettato il Suo diritto alla riservatezza (privacy) durante la sua permanenza in Pronto Soccorso? - Personale medico e infermieristico - Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico? - Come valuta la cortesia/gentilezza del personale medico? - Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo al Suo stato di salute? in termini di chiarezza e completezza? - Come valuta la professionalità del personale infermieristico? - Come valuta la cortesia/gentilezza del personale infermieristico?
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del Percorso Emergenza" – Anno 2006
Popolazione di riferimento:	All'indagine ha partecipato un campione di utenti maggiorenni che si è recato in uno dei Pronto Soccorso toscani nel periodo settembre-ottobre 2006. Non hanno concorso alla determinazione del campione: -Utenti che hanno espresso il proprio dissenso all'iniziativa, -Utenti esclusi al triage perché incoscienti, incapaci di intendere e di volere, o non parlano la lingua italiana

4. QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NEL RICOVERO – D11 di A.M. Murante

L'indicatore D11 ha come obiettivo quello di misurare la qualità dell'assistenza offerta nel corso del ricovero ospedaliero attraverso la percezione dei pazienti. Il punteggio assegnato è la sintesi dei risultati registrati nel corso dell'indagine relativamente a: qualità delle cure prestate, cortesia, gentilezza e accuratezza del personale medico ed infermieristico. L'indicatore, inoltre, tiene conto anche della valutazione data all'esperienza complessiva rispetto alle attese iniziali del paziente.

La figura sottostante che raffigura la struttura dell'indicatore riporta la valutazione media regionale della qualità dell'assistenza ricevuta dai pazienti ospedalieri: si tratta di un risultato molto positivo, che riflette in modo adeguato quanto accade in tutte le aziende sanitarie toscane.



Di seguito sono riportati i risultati delle domande utilizzate per la costruzione dell'indicatore.

4.1 - Le cure prestate

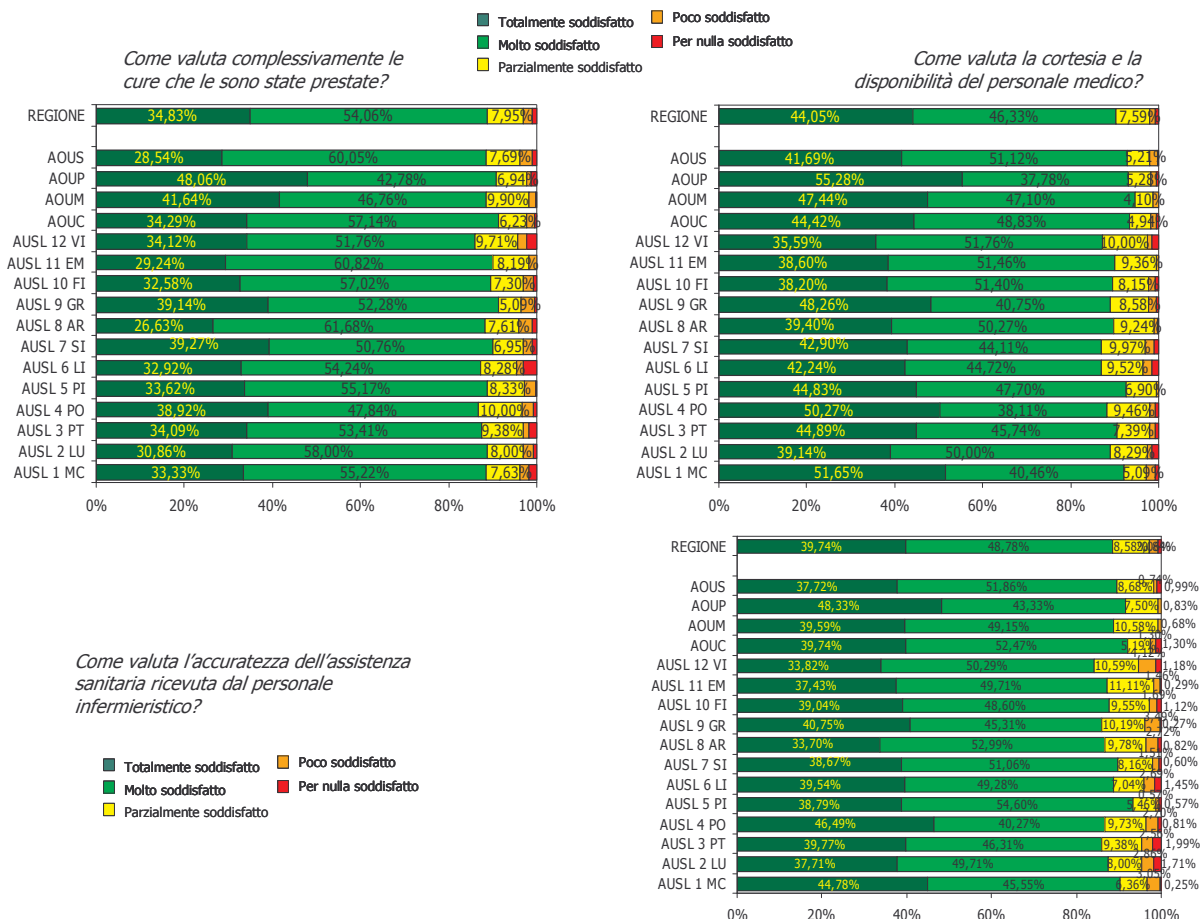
La valutazione che i pazienti campionati hanno dato della qualità dell'assistenza, relativamente agli items presenti nell'albero, è in generale molto positiva. In particolare, rispetto alla qualità complessiva delle cure prestate ben il 34,83% degli ospiti delle strutture ospedaliere toscane ha risposto di essere totalmente soddisfatto e il 54,06% molto soddisfatto. A livello di singola azienda non c'è una grande variabilità, il totale dei pazienti totalmente e molto soddisfatti registra valori simili, anche se, come mostra il grafico, in alcuni casi i primi appaiono più numerosi.

4.2 - La cortesia e disponibilità dei medici

Molto positiva è la valutazione della cortesia e disponibilità del personale medico: il 90,38% dei degenti campionati ha giudicato questo aspetto del rapporto medico-paziente totalmente e molto soddisfacente. Anche in questo caso si osservano piccole differenze tra le diverse realtà aziendali, per alcune delle quali, ad esempio, le percentuali di pazienti insoddisfatti sono quasi nulle.

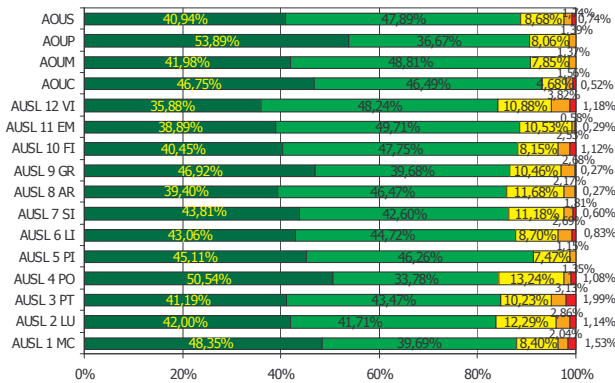
4.3 - L'accuratezza dell'assistenza infermieristica

Agli utenti intervistati è stato chiesto di esprimere un'opinione anche sull'accuratezza dell'assistenza infermieristica. La valutazione data è molto buona: quasi il 90% dei pazienti dichiara di esserne totalmente e molto soddisfatto, mentre non superano il 3% i pazienti poco o per nulla soddisfatti.

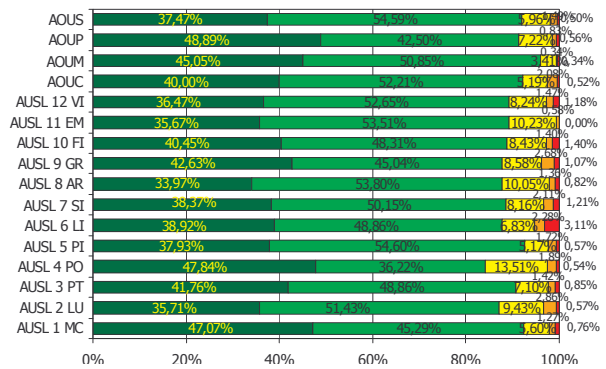


4.4 - Altre domande

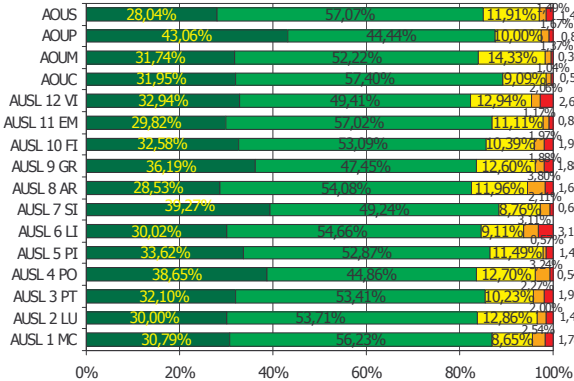
Come valuta la gentilezza e disponibilità del personale infermieristico?



Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico?



Come valuta complessivamente l'esperienza rispetto alle sue aspettative?



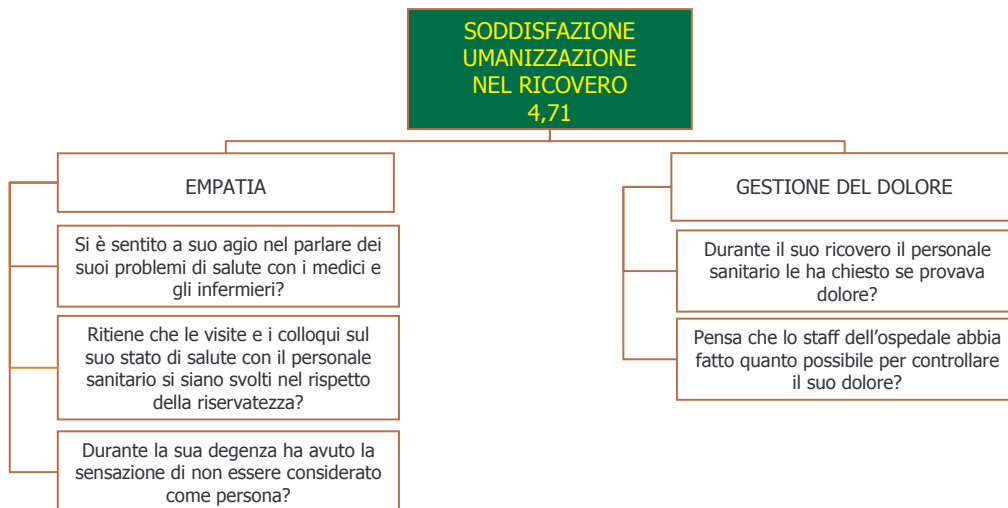
Definizione:	Livello di soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla qualità dell'assistenza ricevuta.
Questiti:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: <ul style="list-style-type: none"> • Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale medico? • Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale infermieristico? • Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico? • Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale infermieristico? • Come valuta complessivamente l'esperienza di ricovero rispetto alle sue aspettative? • Come valuta complessivamente le cure che le sono state prestate?
Nota metodologica per il campionamento	<i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre - 14 ottobre e 15 ottobre - 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine. <i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero". <i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. <i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview).
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" - Anno 2006.

5. UMANIZZAZIONE NEL RICOVERO – D12 di A.M. Murante

I cittadini che si rivolgono al sistema sanitario non sono solo pazienti che necessitano di assistenza medica ma in primo luogo persone, che hanno bisogno di sentirsi considerate tali. Da tempo ormai nell'erogazione delle prestazioni sanitarie si pone l'accento sull'umanizzazione del servizio, inteso appunto come rispetto della persona. Il paziente che si relaziona con il personale sanitario ha bisogno di sentirsi a suo agio nell'esprimere le proprie paure ed ansie.

Umanizzazione significa anche aiutare il paziente ad affrontare/superare condizioni dolorose: secondo il PSR 2005-2007 «non provare dolore inutile è un diritto di ogni cittadino» e «ogni medico ha il dovere di porre attenzione al dolore manifestato dai propri pazienti, di prendere in carico tale problema, di conoscere i relativi trattamenti per prevenirlo e combatterlo nel modo più adeguato ed efficace»⁵.

⁵ Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007, pag. 25.



È stato dunque costruito un indicatore che fosse in grado di sintetizzare il livello di umanizzazione presente nelle strutture ospedaliere toscane, in termini di empatia tra paziente e chi eroga la prestazione e in termini di controllo del dolore. La valutazione di questo aspetto del servizio di ricovero ospedaliero ordinario si ottiene dalla sintesi di alcuni dei risultati dell'indagine condotta negli ospedali delle 16 Aziende sanitarie toscane. I quesiti del questionario dedicati all'umanizzazione e inseriti nell'albero dell'indicatore hanno consentito di rilevare l'esperienza concreta dei pazienti, attraverso domande dirette e non di soddisfazione. Questa scelta è stata condizionata dalla necessità di riuscire ad avere informazioni più oggettive e chiare in merito ad aspetti così importanti.

A livello regionale i risultati appaiono molto positivi, con percentuali significative di pazienti che dichiarano di aver riscontrato nel servizio un buon livello di umanizzazione, così come sintetizza la valutazione media regionale. In particolare vedremo di seguito quante volte i pazienti si sono sentiti considerati come persone e se il personale sanitario ha prestato attenzione alla cura del dolore.

5.1 - Il paziente come persona

Il 92% dei pazienti ricoverati presso gli ospedali toscani dichiarano di essere stati considerati sempre come persone, anche se il numero di coloro che la pensano in modo contrario varia, a seconda della azienda, dallo 0,74% al 14,21%. Si tratta dunque di risultati positivi che lasciano comunque spazio a margini di miglioramento.

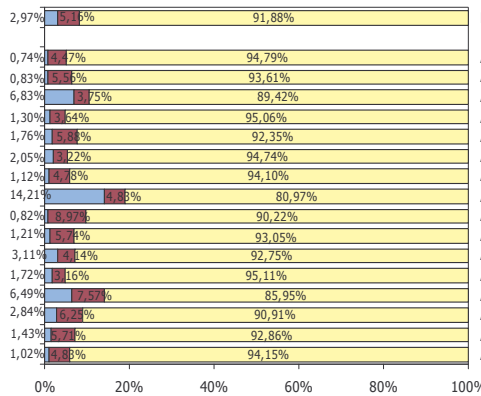
5.2 - Il controllo del dolore

Ai pazienti che durante il ricovero provavano dolore è stato chiesto se qualcuno se ne è interessato. I risultati mostrano che nell'84,72% il personale sanitario si è sempre interessato a questo aspetto contro il 7,13% dei casi in cui il personale non ha mai interrogato il paziente. I dati rilevano sì un'attenzione al problema da parte degli operatori, ma non sufficiente se in alcune Aziende i casi di persone che rispondono qualche volta e mai superano il 20%.

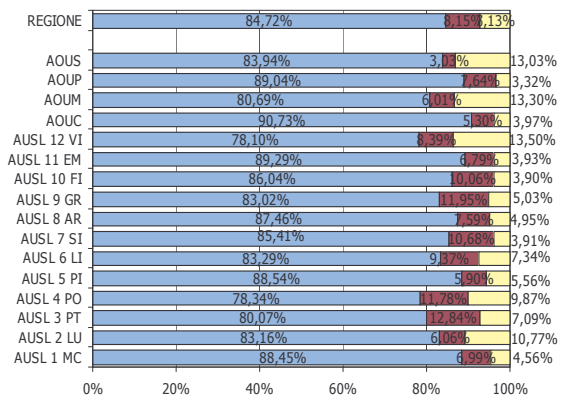
5.3 - Il rispetto della privacy

Molto apprezzato dai degenti è stata la riservatezza assicurata nel corso dei colloqui e delle visite avvenuti in reparto durante la degenza. Nel 94,54% dei casi i pazienti rispondono che è stata rispettata la propria privacy. Non si osservano grandi differenze nelle risposte rilevate azienda per azienda.

Durante la sua degenza ha mai avuto la sensazione di non essere considerato come persona?

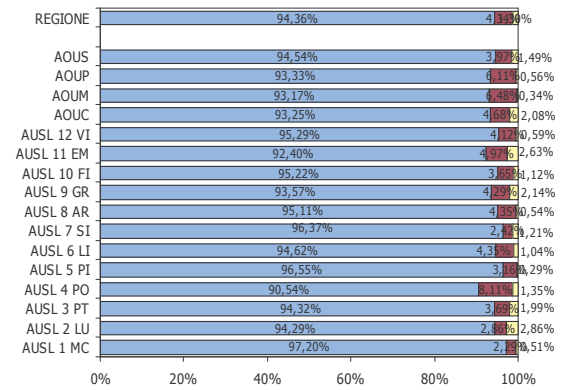


Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?



Ritiene che le visite e i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?

Si sempre
Qualche volta
Mai



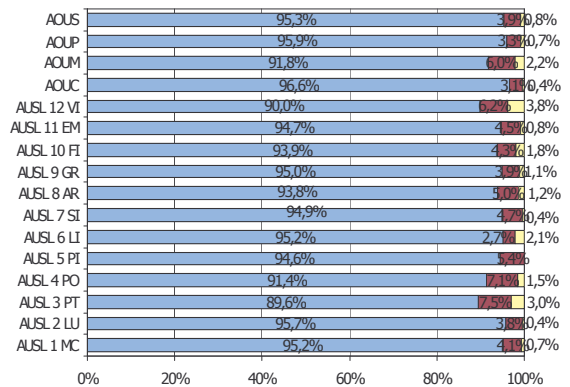
5.4 - Altre domande

Si è sentito a suo agio nel parlare dei suoi problemi di salute con i medici e gli infermieri?



Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?

Si sempre
Qualche volta
Mai

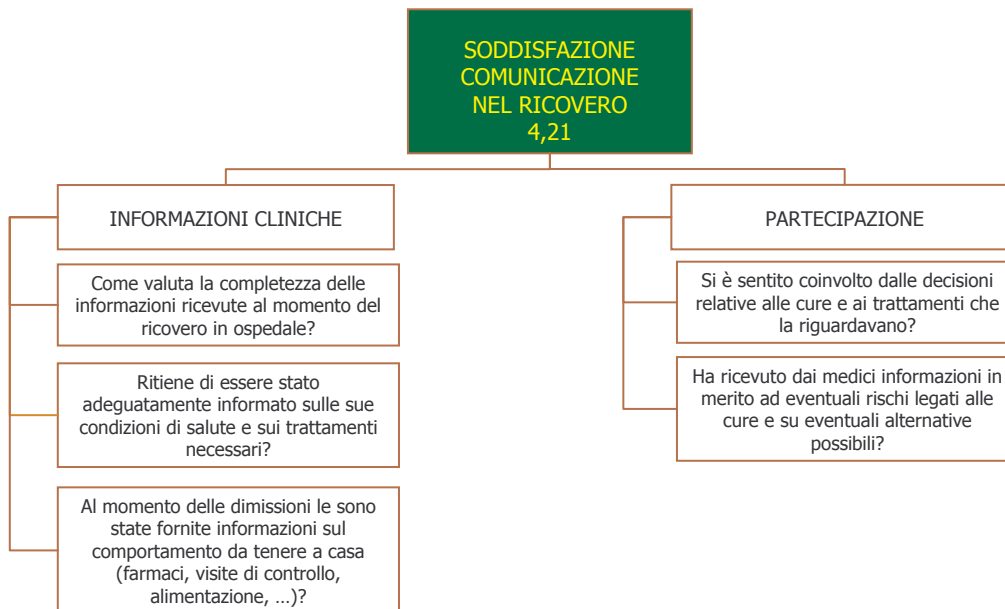


Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla umanizzazione.
Quesiti	<p>L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si è sentito a suo agio nel parlare dei suoi problemi di salute con i medici e gli infermieri? • Ritiene che le visite e i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza? • Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico? • Durante la sua degenza ha avuto la sensazione di non essere considerato come persona? • Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore? • Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?
Nota metodologica per il campionamento	<p>Popolazione di riferimento: utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre - 14 ottobre e 15 ottobre - 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p>Campionamento: per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisca una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p>Campione: la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview).</p>
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" - Anno 2006

6. COMUNICAZIONE SANITARIA NEL RICOVERO – D13 *di A.M. Murante*

L'indicatore D13 intende rilevare la qualità delle informazioni ricevute dal paziente nel corso della degenza e il livello di partecipazione al percorso di cura. Il processo di comunicazione che viene ad instaurarsi tra paziente e chi eroga la prestazione è cruciale per l'intero percorso assistenziale. È importante che il paziente riceva informazioni chiare e complete e che sia adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti affinché possa sentirsi coinvolto nel processo di cura diventandone soggetto attivo, anche una volta dimesso.

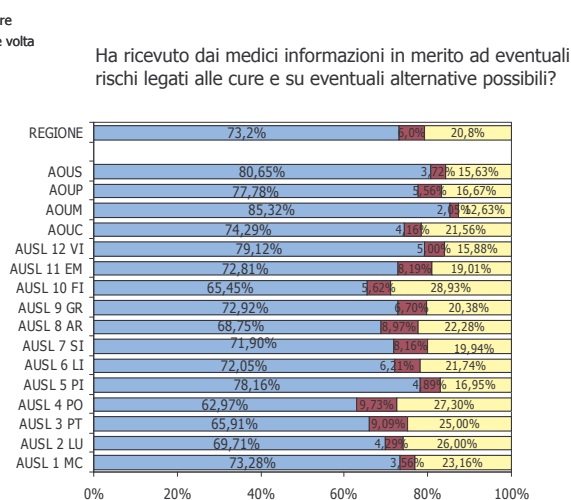
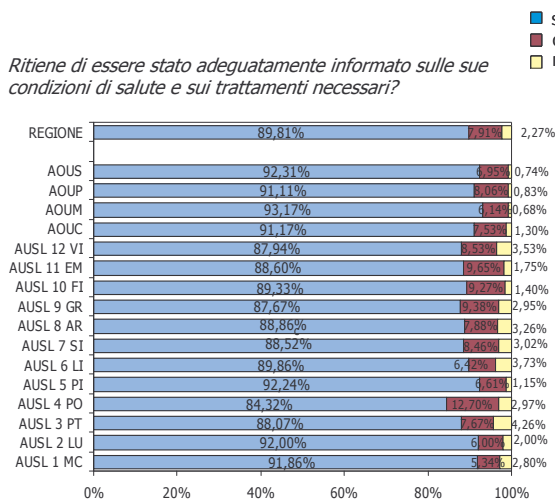
L'indicatore è strutturato in due sotto-dimensioni, dedicate alla comunicazione clinica e alla partecipazione.



La valutazione complessiva è molto positiva. Tuttavia, guardando ai risultati delle singole domande, si osserva che, sebbene il personale riesca a comunicare nella maggior parte dei casi in modo chiaro e completo in tutte le fasi dell'assistenza ospedaliera (ingresso, degenza e dimissione), il paziente sente di non essere sempre partecipe dell'intero percorso di cura, mancando un coinvolgimento continuo nelle decisioni relative ai trattamenti in corso, soprattutto relativamente alle informazioni sui rischi a cui è eventualmente esposto.

6.1 - Essere informati sul proprio stato di salute e sui trattamenti

In media gli utenti che rispondono di essere stati sempre informati in modo adeguato sulle proprie condizioni di salute sono il 90% del campione intervistato. Percentuali molto basse si registrano tra i pazienti che ritengono di non essere mai stati informati, mentre il dato diventa significativo, soprattutto per alcune aziende, se si guardano i casi in cui l'informazione giunge solo qualche volta (a volte superano anche il 10%).



6.2 - Essere informati sui rischi

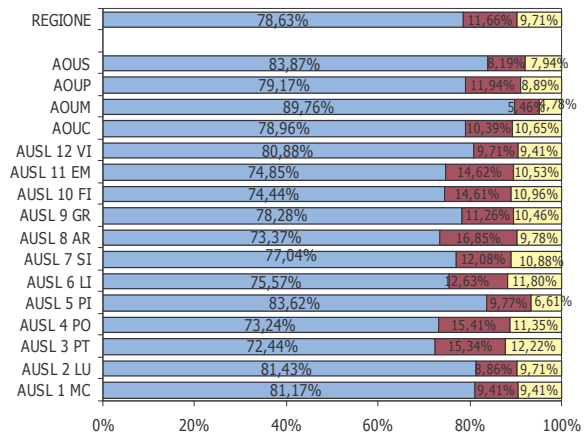
Dall'esperienza dei pazienti intervistati emerge che il 73% delle volte il paziente è informato sui rischi legati alle cure e ai trattamenti a cui è sottoposto. Ma sono ben 27 su 100 i casi di degenti che dichiarano di non essere affatto informati o di esserlo solo alcune volte. A livello aziendale le percentuali variano notevolmente: ad esempio i pazienti che non ricevono informazioni sugli effetti delle cure o su eventuali trattamenti alternativi variano dal 13 al 29%.

6.3 - Essere coinvolti nelle decisioni relative alle cure

È ormai dimostrato che il sentirsi coinvolti nel processo di cura, aumentando il livello di consapevolezza e partecipazione, può avere effetti positivi sui risultati delle cure stesse (Gerteis M., 1993). Per osservare qual è il livello di partecipazione dei degenti ospedalieri toscani è stato chiesto al campione intervistato se si è sentito coinvolto dal personale sanitario nelle decisioni che riguardavano le cure e i trattamenti a cui era stato sottoposto. Sono sicuramente in tanti ad avere avuto una percezione positiva (quasi l'80%), tuttavia 22 pazienti su 100 dichiarano di non essere mai stati coinvolti o solo qualche volta. Come mostra il grafico il dato a livello aziendale è piuttosto variabile.

Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?

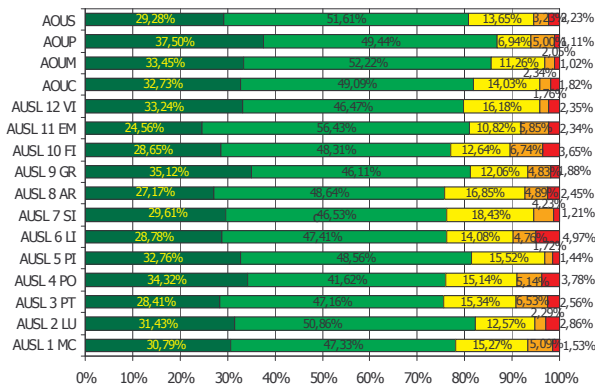
■ Sì sempre
■ Qualche volta
■ Mai



6.4 - Altre domande

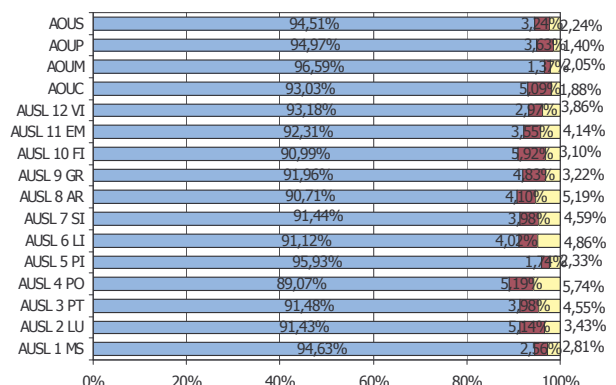
Come valuta la completezza delle informazioni ricevute al momento del ricovero in ospedale?

■ Totalmente soddisfatto
■ Molto soddisfatto
■ Parzialmente soddisfatto
■ Poco soddisfatto
■ Per nulla soddisfatto



Al momento delle dimissioni le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, ecc.)?

■ Sì sempre
■ Qualche volta
■ Mai



Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla comunicazione sanitaria.
Questi	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: • Come valuta la completezza delle informazioni ricevute al momento del ricovero in ospedale? • Ritieni di essere stato adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti necessari? • Al momento delle dimissioni le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, ...)? • Si è sentito coinvolto dalle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano? • Ha ricevuto dai medici informazioni in merito ad eventuali rischi legati alle cure e su eventuali alternative possibili?
Nota metodologica per il campionamento	<i>Popolazione di riferimento:</i> utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre – 14 ottobre e 15 ottobre – 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti. Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine. <i>Campionamento:</i> per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale P=0,05 e una precisione delle stime D=0,05. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero". <i>Campione:</i> la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti. <i>Metodologia di rilevazione:</i> CATI (Computer Assisted Telephone Interview).
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" – Anno 2006

7. COMFORT ED AMBIENTE NEL RICOVERO— D14 di A.M. Murante

Altro aspetto valutato è il comfort e l'ambiente. Il cittadino che riceve assistenza ospedaliera chiede al servizio sanitario non solo prestazioni mediche ma anche condizioni ambientali adeguate, che gli assicurino una degenza il più possibile confortevole. È stato dunque costruito un indicatore che fosse in grado di sintetizzare la qualità delle strutture da un punto di vista ambientale che tenesse conto, ad esempio, di aspetti quali: orario delle visite, pulizia degli spazi, comodità della camera e cibo.

Anche questa volta il valore dell'indicatore sintetizza il livello di soddisfazione degli utenti in merito a tali aspetti. La valutazione media regionale, tra le più basse registrate per gli indicatori del servizio di ricovero, evidenzia comunque un livello di soddisfazione abbastanza buono. Le valutazioni date ai singoli aspetti variano, rilevando maggiore criticità per la gradevolezza del cibo.

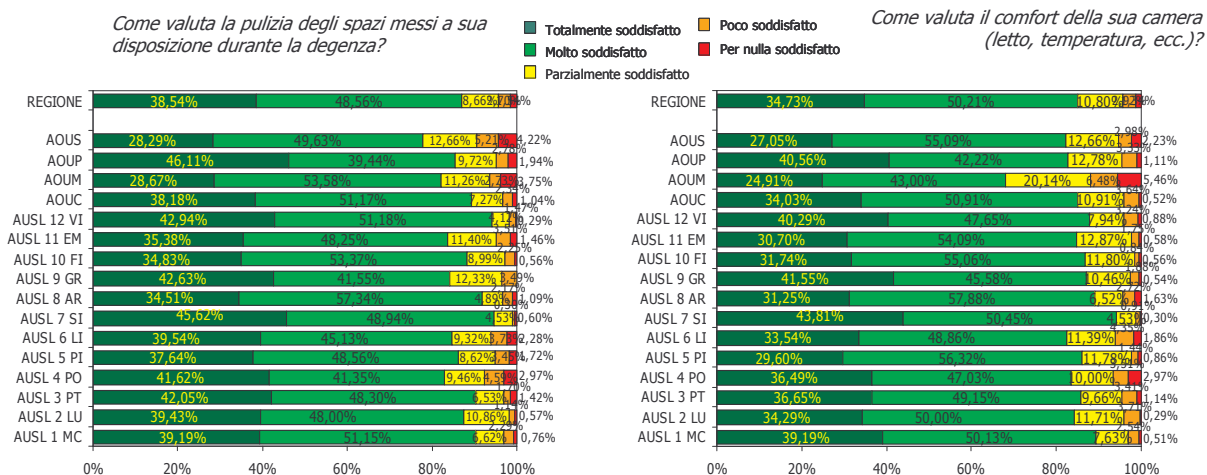


7.1 - La pulizia degli spazi

I degenti degli ospedali toscani valutano positivamente la pulizia degli spazi messi a loro disposizione nel corso del ricovero: il 38,54% e il 48,56% degli intervistati esprime giudizi totalmente e molto soddisfacenti. Si tratta di percentuali significative, che a livello aziendale variano dal 78 al 95%.

7.2 - Il comfort della camera

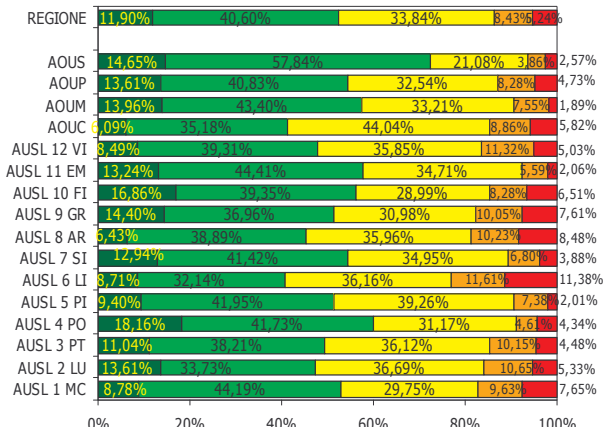
Ancora positivi sono i giudizi sulla comodità della stanza (letto, temperatura, ecc.): i pazienti toscani rispondono di essere totalmente soddisfatti nel 34,75% dei casi e molto soddisfatti nel 50,21% contro il 2,92% e l'1,34% di pazienti poco o per nulla soddisfatti. Tra le singole aziende si osservano alcune differenze.



7.3 - La gradevolezza del cibo

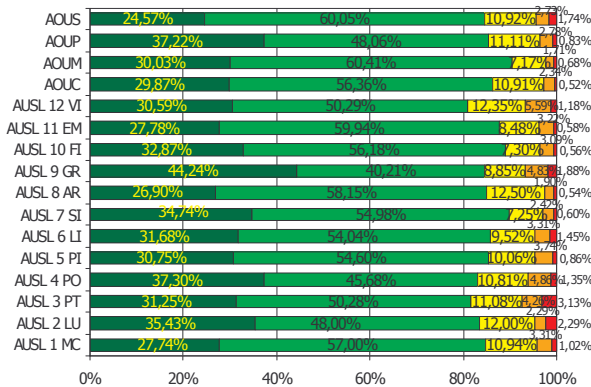
La gradevolezza del cibo è uno degli aspetti più critici della dimensione alberghiera, che fa registrare i più alti giudizi di insoddisfazione. Poco più della metà del campione da del servizio un giudizio positivo, per lo più molto soddisfacente, mentre il 33,84%, l'8,43% e il 5,24% valuta il cibo parzialmente, poco e per nulla soddisfacente. A seconda che il ricovero sia avvenuto presso le strutture di un'azienda o di un'altra, i giudizi possono variare con livelli di soddisfazione positiva complessiva che vanno dal 41 al 72%.

Come valuta la gradevolezza del cibo che le è stato offerto?

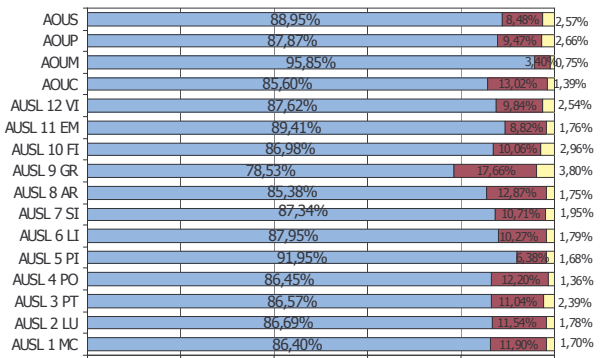
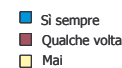


7.4 - Altre domande

Come valuta l'organizzazione dell'orario delle visite dei familiari?



Gli orari di distribuzione del cibo sono stati adeguati alle sue necessità?



Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente al comfort e all'ambiente.
Quesiti	<p>L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Come valuta l'organizzazione dell'orario delle visite dei familiari? • Come valuta la pulizia degli spazi messi a sua disposizione durante la degenza? • Come valuta il comfort della sua camera (letto, temperatura, ecc.)? • Come valuta la gradevolezza del cibo che le è stato offerto? • Gli orari di distribuzione del cibo sono stati adeguati alle sue necessità?
Nota metodologica per il campionamento	<p>Popolazione di riferimento: utenti accettati e dimessi nei periodi 14 settembre - 14 ottobre e 15 ottobre - 14 novembre, per un totale regionale di 55.316 pazienti.</p> <p>Non sono stati inseriti tra gli utenti campionabili i pazienti in regime di day hospital e day surgery, quanti sono stati ricoverati presso le terapie intensive, le rianimazioni e i nidi e quei pazienti che nella fase di reclutamento hanno dichiarato di non voler partecipare all'indagine.</p> <p>Campionamento: per ogni azienda, sulla base della propria popolazione di riferimento, è stata individuata una numerosità campionaria che garantisce una significatività a livello aziendale $P=0,05$ e una precisione delle stime $D=0,05$. La selezione del campione è stata realizzata secondo la tecnica del campionamento stratificato, dove la stratificazione è data dal "presidio ospedaliero".</p> <p>Campione: la numerosità campionaria regionale complessiva è pari a 5.847 pazienti.</p> <p>Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview).</p>
Fonte:	Indagine "L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario" - Anno 2006

PARTE VI LA VALUTAZIONE INTERNA

A cura di Sabina Nuti

La valutazione interna riguarda la verifica della soddisfazione del personale che opera nelle strutture del sistema sanitario regionale. Alcune aziende sanitarie negli ultimi anni avevano già svolto alcune indagini interne per verificare il grado di soddisfazione dei dipendenti ed il clima organizzativo interno, ma con strumenti e metodologie spesso solo qualitativi e, comunque, non confrontabili in termini di periodo di svolgimento, di impostazione e di risultati ottenuti.

La valutazione interna è stata realizzata attraverso l'utilizzo di due strumenti complementari:

- a) analisi di alcuni "Indicatori Oggettivi";
- b) la somministrazione di un questionario ai dipendenti.

Tra i primi sono stati individuati un set di indicatori proxy, la cui lettura con riferimento a scelti standard di riferimento rivela, seppur complessivamente, il livello della qualità dell'ambiente interno all'organizzazione aziendale. Gli indicatori scelti sono:

- tasso di assenteismo;
- percentuale di infortuni sul lavoro.

L'indagine ha previsto l'utilizzo di due tipologie di strumento di indagine: un questionario "A" da somministrare a tutti i dirigenti responsabili di struttura, ed un questionario "B" ad un campione casualmente scelto e stratificato di tutti i dipendenti dell'azienda sanitaria, in cui sia rappresentata la macro area di appartenenza (ospedale, territorio, prevenzione, amministrazione e direzione) e il ruolo (dirigenti medici, coordinatori, altri dipendenti).

I questionari (A e B) presentano dimensioni di indagine che si equivalgono, fatta eccezione per quella della "valutazione dei servizi interni" specificatamente individuata per i responsabili di struttura (questionario A). Le domande sono formulate diversamente a seconda che si rivolgano ai dirigenti con responsabilità di "gestione/budget", o agli altri dipendenti che svolgono solo un ruolo professionale.

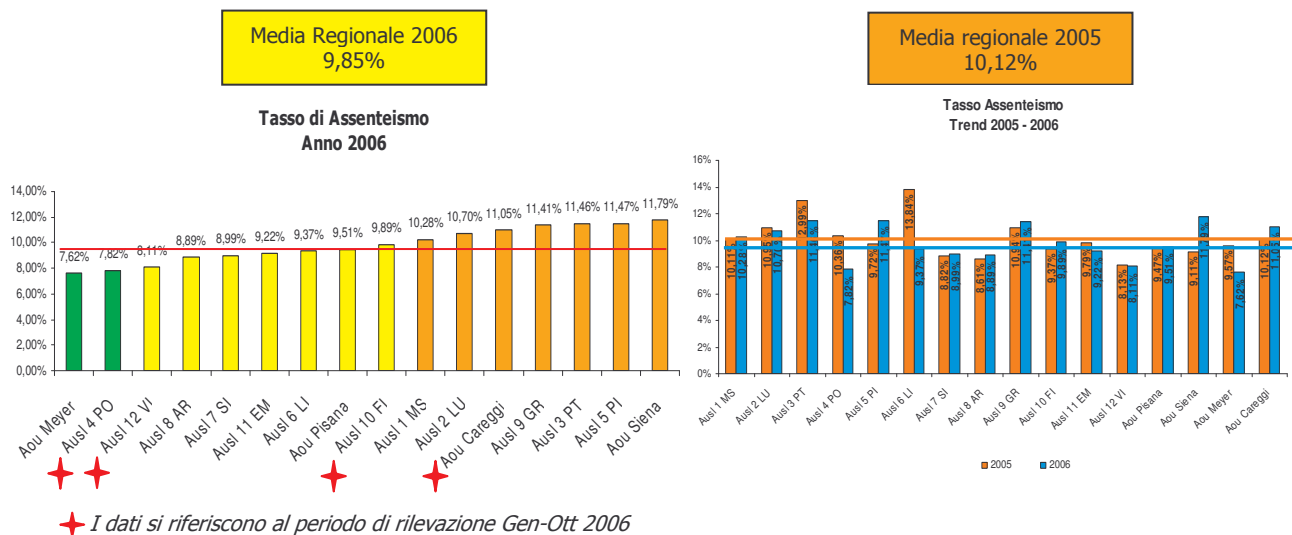
L'indagine è stata svolta per entrambe le tipologie di dipendenti con questionari online, somministrati presso le strutture delle aziende sanitarie e gestiti mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna.

1. TASSO DI ASSENTEISMO – E2 di A. Campani e D. Cerasuolo

Il Tasso d'assenteismo è un indicatore il cui risultato rappresenta un campanello di allarme importante per un'organizzazione. L'indicatore di per sé non è in grado di individuare le cause sottostanti al fenomeno, ma fornisce un'indicazione indiretta utile sul clima interno, sulla produttività e sulla qualità delle prestazioni erogate.

L'indicatore prende in considerazione diversi aspetti e situazioni che determinano l'assenza da lavoro retribuita. Gli elementi rilevati riguardano infatti le assenze per permessi (da quelle sindacali fino a quelle per il diritto allo studio), per gravidanza, per malattia e per infortuni. L'indicatore fornisce in questo modo uno spaccato dell'assenteismo in azienda evidenziando tutte le cause d'assenza.

Per le aziende sanitarie è diventato fondamentale e strategico monitorare questo indicatore su cui la Regione sta focalizzando l'attenzione per aumentare l'efficienza e la produttività del sistema.



Il risultato complessivo regionale del tasso di assenteismo ha un valore abbastanza critico. Se da un lato esiste un divario eccessivo tra le migliori performance e le peggiori, dall'altro rimane inequivocabile che questo valore risulta troppo elevato se paragonato con altre attività di produzione di beni e servizi, soprattutto nel settore privato.

È evidente dunque come le aziende debbano lavorare per migliorare questi valori, dato che la soglia per il riconoscimento di una performance accettabile viene fissata con ampio margine su un valore inferiore al 7%.

I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore sono stati forniti direttamente dalle aziende sanitarie toscane. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce a tutto il 2006 (ad eccezione della AUSL 4 di Prato, 10 di Firenze, 12 di Viareggio e dell'AOU di Viareggio i cui dati si riferiscono al periodo Gennaio-Ottobre 2006).

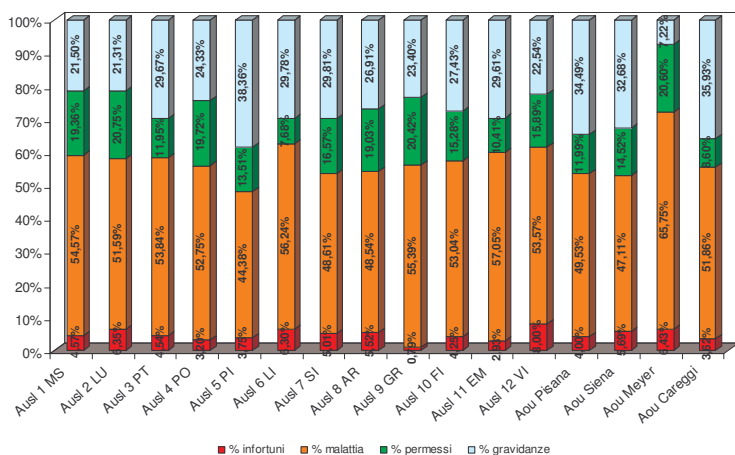
Nella figura viene riportato il trend del tasso d'assenteismo degli ultimi due anni. Dal grafico emerge che, al di là di qualche risultato che si discosta sensibilmente rispetto all'anno precedente da considerarsi come outlier, è possibile confermare un miglioramento a livello regionale rispetto all'anno di introduzione di questo indicatore (dal 10,12% del 2005 al 9,84% del 2006). Pertanto a differenza di indicatori come quelli rilevati dalle indagini di clima interno, dove spostare un risultato richiede un forte impegno in termini di intensità ma anche di tempo, su questo indicatore è possibile agire in modo più incisivo anche in breve tempo.

Interessante ai fini dell'analisi di questo indicatore è la scomposizione dello stesso nelle tipologie di cause di assenza che lo determinano.

Dai dati emerge che in aziende dove il personale è più giovane la percentuale di assenteismo è in parte condizionata da un numero più elevato di gravidanze; a questa situazione si contrappone quella di aziende con professionisti anagraficamente più anziani dove risulta preponderante la percentuale di assenze per malattie.

È importante sottolineare invece la situazione di aziende come la Ausl 9 di Grosseto che ha la migliore performance come ore di assenza dovute a infortuni (non significa avere meno infortuni in assoluto, ma risulta la migliore come conseguenze in termini di ore di assenza dal luogo di lavoro) e la Ausl 6 di Livorno che detiene il primato del minor numero di ore di assenza per permessi.

Composizione percentuale ore di assenza 2006



Definizione:	Tasso di assenteismo dei dipendenti
Numeratore:	N. ore di assenza (al netto)
Denominatore:	N. ore lavorabili da contratto (al netto)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ore di assenza (al netto)}}{\text{N. ore lavorabili da contratto (al netto)}}$
Note per l'elaborazione:	<p>Il numero di ore di assenza (al netto) risulta dalla somma di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ore Gravidanza retribuita - n. ore Assenza per Malattia (100%, 90%, 50% e 0%) - n. ore Assenza per Infortuni - n. ore Permessi Retribuiti <p>Il numero di ore lavorabili da contratto si intende al netto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ore per Ferie di competenza - n. ore Permessi retribuiti - n. ore Distacco Sindacale - n. ore Permessi Sindacali - n. ore Sciopero - n. ore Assistenza facoltativa per malattia del figlio - n. ore Aspettative senza assegni
Fonte:	Dato Aziendale – Ufficio del Personale
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore mostra la percentuale di assenteismo dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno

2. TASSO DI INFORTUNI DEI DIPENDENTI – E3 di A. Campani e D. Cerasuolo

Il Tasso d'infortuni è un indicatore significativo perché può evidenziare aspetti legati a carenze organizzative o strutturali, ad elementi che riguardano lo scarso rispetto di procedure e protocolli per la sicurezza sui luoghi di lavoro e, in generale, alle carenze organizzative che sarebbero necessarie per fare fronte al problema.

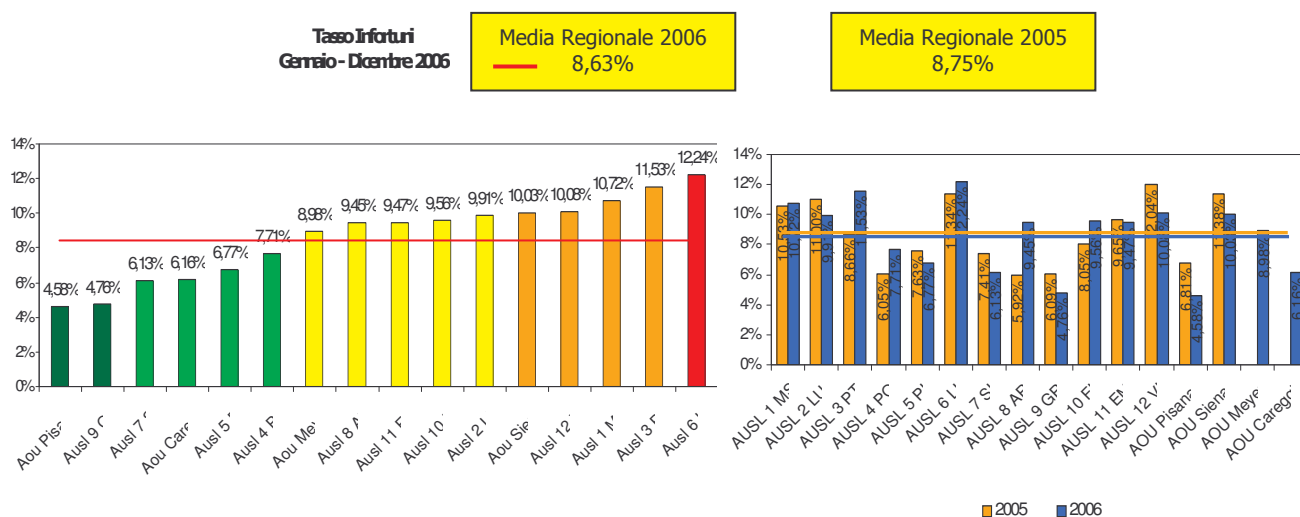
Oltre ad aspetti puramente gestionali e ai costi legati a questi eventi, questo indicatore si carica di una valenza etico-morale su cui oggi esiste un'attenzione particolare da parte delle istituzioni e su cui si investe molto soprattutto nei settori dove la mortalità per infortuni è elevata.

Gestire, governare e monitorare questo indicatore significa, infatti, adottare un piano strategico mirato, con azioni volte ad identificare i fattori di rischio, a rafforzare la prevenzione primaria, ad aumentare le capacità professionali per informare le persone a rischio e a scegliere procedure di sicurezza chiare e conosciute a tutti.

**Tasso di
Infortuni
2,70**

Il risultato mostrato dal grafico sottolinea una situazione fortemente disomogenea in relazione al numero di infortuni registrati nelle Aziende Sanitarie. A prescindere dall'eterogeneità dei compiti e dalle figure professionali che operano nel Servizio Sanitario Toscano, il dato sugli infortuni è comunque confortante, soprattutto perché in controtendenza rispetto alla situazione nazionale, dove il numero di infortuni è aumentato più che proporzionalmente nell'ultimo quinquennio rispetto al personale (10% di aumento personale contro il 20,6% di aumento del numero di infortuni – dati INAIL).

Nella tabella che analizza il trend si evince una riduzione degli infortuni negli ultimi due anni che seppur minima si discosta dalla situazione nazionale.



La valutazione degli infortuni, rapportati non al numero di dipendenti ma alle ore lavorabili da contratto, fa emergere una situazione positiva per AOU Meyer e per l'AOU Pisana. La variazione è dovuta alla percentuale delle varie tipologie di contratti presenti in azienda. Ad esempio il numero di part-time può influenzare il dato: il dipendente viene conteggiato come unità, ma la sua presenza in termini di ore è inferiore. Nei prossimi anni sarà oggetto di valutazione questo secondo indicatore, che appare di maggiore significatività.

3. TASSO DI RISPOSTA ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO – E1 di A. Campani e D. Cerasuolo

Attraverso gli indicatori della dimensione valutazione del clima interno¹ viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie.

Come la parte sommersa di un iceberg, che non è visibile ad una prima occhiata ma ne costituisce la porzione più voluminosa, il clima interno rappresenta la dimensione invisibile del sistema organizzativo.

I moderni studi sul tema evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo, la qualità dei servizi erogati e la soddisfazione degli utenti dei servizi stessi.

La rilevazione del clima è stata avviata nel 2004 in via sperimentale in 4 aziende del sistema sanitario toscano: Ausl 3 di Pistoia, Ausl 5 di Pisa, Ausl 8 di Arezzo e Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. Dal 2005 la rilevazione è stata estesa a tutte le aziende del sistema sanitario toscano.

La rilevazione avviene utilizzando il metodo C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interviewing) dove il dipendente supportato da una maschera Web, compila on-line il questionario al quale accede attraverso un processo di identificazione che ne garantisce l'anonimato.

Il processo di rilevazione prevede la somministrazione del questionario a tutti i responsabili di struttura mentre viene costruito un campione significativo distinto per tutti i dirigenti e i dipendenti dell'azienda.

Una volta individuato numericamente, il campione viene estratto casualmente dall'elenco dei dipendenti aggiornato al 31 dicembre dell'anno precedente a quello dell'indagine. Le modalità di campionamento garantiscono

¹ Il clima organizzativo è l'atmosfera che si instaura in un gruppo, è l'insieme delle percezioni soggettive condivise dai membri dell'organizzazione e riflette gli stati d'animo del personale. Il clima è l'espressione del morale delle persone e della loro capacità di far fronte agli impegni, con convinzione e partecipazione

per le Ausl un livello di significatività per macroaree (Amministrazione, Ospedale, Territorio e Prevenzione) anche con percentuali di risposta molto basse.

Un primo elemento di valutazione del clima interno è costituito dal Tasso di risposta all'indagine. Questo rappresenta un primo segnale forte nei confronti dell'azienda, un modo chiaro per manifestare il proprio dissenso e disagio. La media regionale si attesta su valori bassi con un trend negativo rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente (in diminuzione del 10%), dal 49,98% del 2005 al 39,9% del 2006.

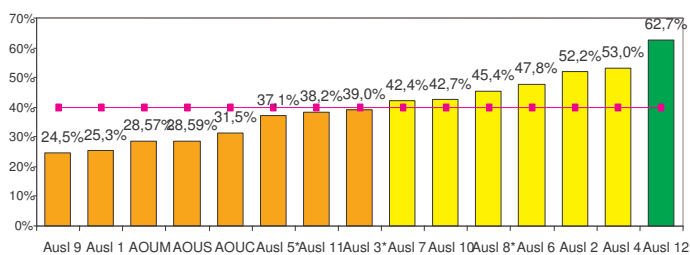
Tasso di risposta
1,99

L'indicatore Tasso di risposta presenta quindi delle criticità importanti che dovrebbero spingere le Direzioni a cercare di rafforzare il senso di appartenenza dei propri dipendenti e a valorizzare aspetti non secondari come il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti alla vita in azienda.

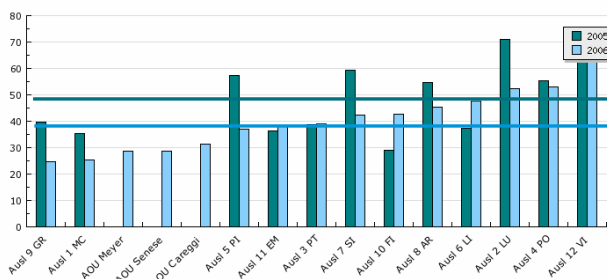
Media Regionale 2006
39,9%

Media Regionale 2005
49,98%

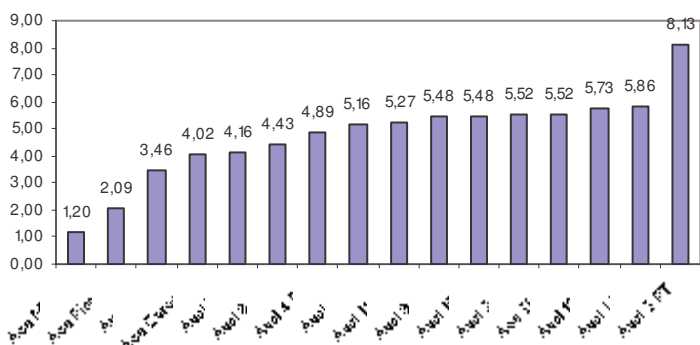
Tasso di risposta 2006



Tasso di risposta indagine di clima - Trend



Infortuni su Ore lavorabili da contratto (x 100.000)



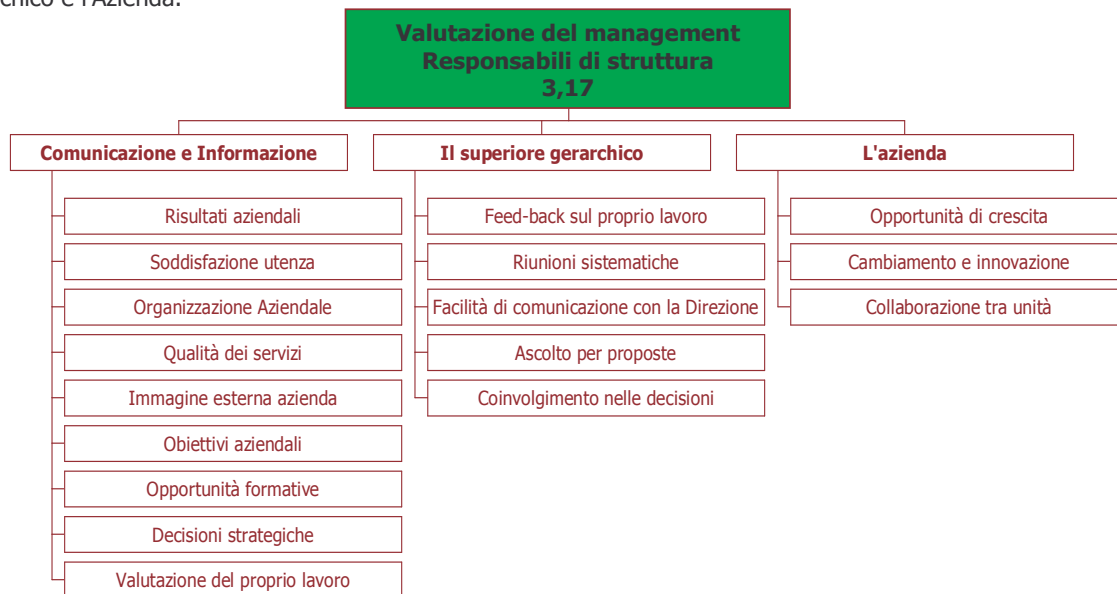
Definizione:	Percentuale di Infortuni dei dipendenti dell'azienda
Numeratore:	N. di Infortuni
Denominatore:	N. di dipendenti (tempo indeterminato + tempo determinato)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di Infortuni}}{\text{N. di dipendenti (tempo indeterminato + tempo determinato)}} \times 100$
Fonte:	Dato Aziendale – Ufficio del Personale
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore mostra la percentuale di infortuni dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno

4. VALUTAZIONE DEL MANAGEMENT DA PARTE DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA – E5

di A. Campani e D. Cerasuolo

Gli indicatori determinati dal risultato dell'indagine di clima puntano dunque a fornire una fotografia dell'azienda su alcuni aspetti ritenuti fondamentali. In particolare l'attenzione si concentra su la macrodimensione della valutazione del management distinta tra i responsabili di struttura e tutti gli altri dipendenti.

Tale valutazione si compone di una serie di sottoindicatori sui temi: Comunicazione e Informazione, Il superiore gerarchico, L'azienda.



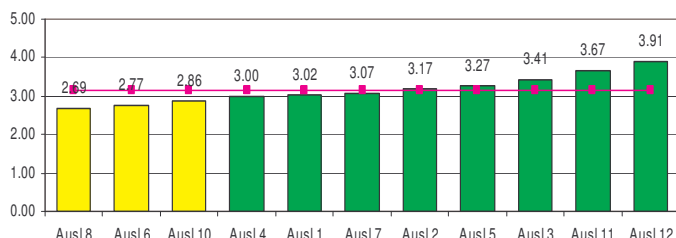
Puntare al miglioramento dei risultati necessita di una focalizzazione sui sistemi e sui meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

Il valore individuato dall'indagine sulla valutazione del management da parte dei responsabili di struttura evidenzia una performance buona per tutta la Regione, con realtà dove il risultato si attesta su livelli significativamente positivi.

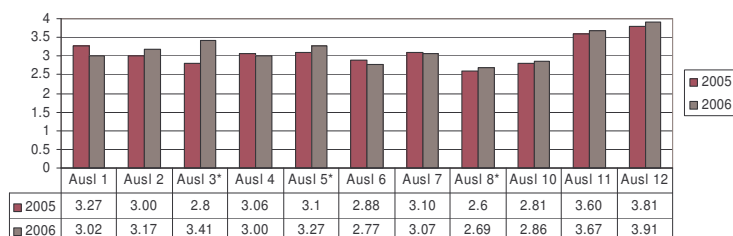
Lo spirito di gruppo e la possibilità di conoscersi, collaborare e integrarsi viene in qualche modo agevolata anche dalle dimensioni più contenute, non a caso sono le aziende più piccole ad ottenere le migliori performance.



Valutazione del Management 2006
Responsabili di Struttura



Valutazione del Management Responsabili di Struttura
Confronto 2005 - 2006



Analizzando il trend 2005-2006 si nota che questo risultato, peraltro già buono, è indirizzato verso un ulteriore miglioramento.

È opinione diffusa che l'utilizzo di questi strumenti e la restituzione di dati in un contesto di benchmarking per il sistema sanitario toscano abbia sicuramente influenzato e migliorato il giudizio sulle variabili oggetto dell'indagine. Gli aspetti indagati sono rappresentati, nei vari sottoindicatori, dalla conoscenza dei risultati aziendali e dalla possibilità di esprimersi e fare nuove proposte, elementi che indicano il livello di coinvolgimento nelle decisioni e quanto il management sia orientato al cambiamento utilizzando nuovi strumenti per la gestione strategica. Si può quindi

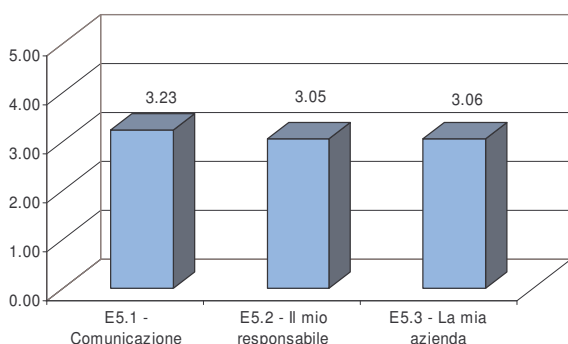
sostenere che l'indagine di per sé assume un ruolo fondamentale nel migliorare l'opinione che i professionisti hanno del management e dell'azienda in generale.

Se poi si analizza come si è determinato più nello specifico il risultato complessivo attraverso i risultati dei sottoindicatori, emerge come la comunicazione e l'informazione non rappresentino una criticità per i responsabili di struttura. A spostare verso il basso l'indicatore sono i giudizi espressi sul rapporto con il proprio superiore gerarchico, che per i dirigenti di struttura complessa è da identificarsi con la Direzione Aziendale, e il giudizio sull'Azienda.

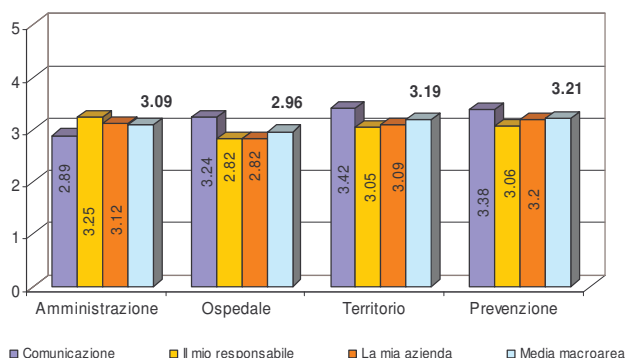
Se analizziamo il risultato sulle quattro macroaree che l'indagine individuava, ovvero Amministrazione, Ospedale, Territorio e Prevenzione è possibile compiere ulteriori osservazioni interessanti.

I più soddisfatti complessivamente risultano i professionisti che operano nella Prevenzione mentre i più scontenti risultano gli operatori dell'Ospedale. Per gli Amministrativi esiste una criticità per quanto riguarda gli aspetti della comunicazione e informazione ma esprimono un giudizio particolarmente positivo verso il proprio responsabile in termini di coinvolgimento, feed-back sul lavoro etc., e sulla propria Azienda riguardo a opportunità di crescita, cambiamento, innovazione e collaborazione tra unità.

E5 - Media regionale per sottoindicatore



E5 - Media regionale per macroarea

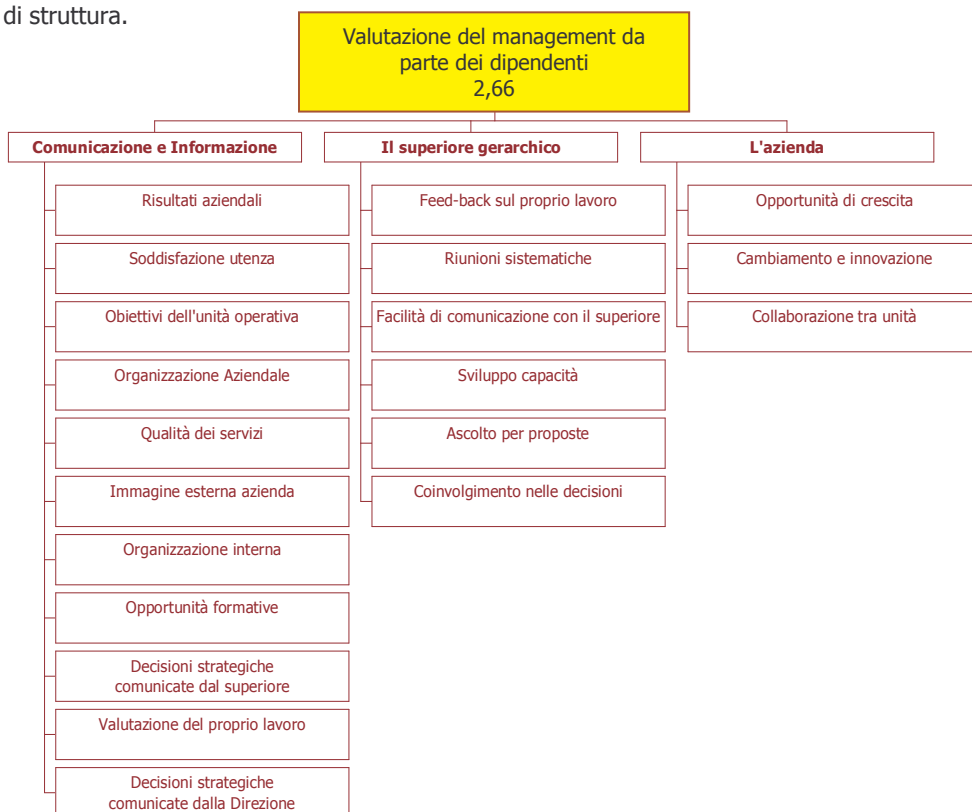


Sono proprio i giudizi sui rapporti con il proprio superiore dati dai professionisti e in generale il giudizio sull'Azienda a trainare verso il basso il valore emerso dalla macroarea Ospedale.

Come già detto, sono considerazioni specifiche che lasciano intatto il giudizio positivo sul risultato ottenuto.

5 – VALUTAZIONE DEL MANAGEMENT DA PARTE DEI DIPENDENTI - E7 di A. Campani e D. Cerasuolo

La valutazione del management da parte dei dipendenti, al di là di due casi, presenta una situazione più critica, resa evidente da una media regionale sull'indicatore sensibilmente più bassa rispetto al risultato emerso per i responsabili di struttura.

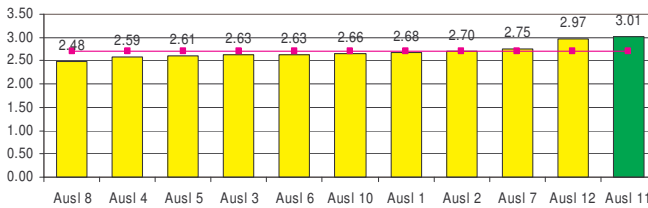


Il risultato impone una riflessione sull'asimmetria informativa sui fatti dell'azienda che caratterizza i vertici aziendali dal resto dei professionisti.

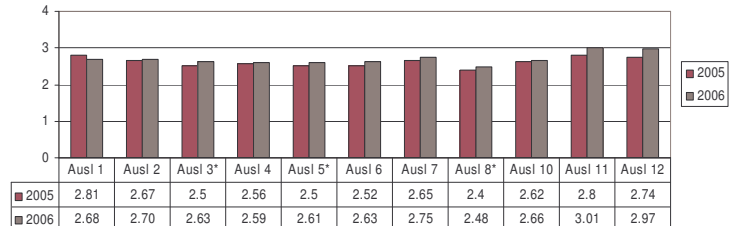
L'analisi del trend 2005-2006 evidenzia un leggero miglioramento.



Valutazione del management 2006
Dipendenti

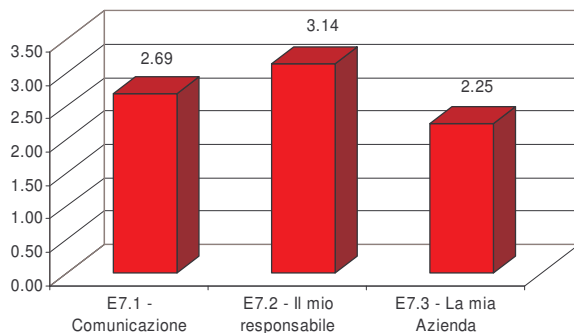


Valutazione del Management Dipendenti
Confronto 2005 - 2006

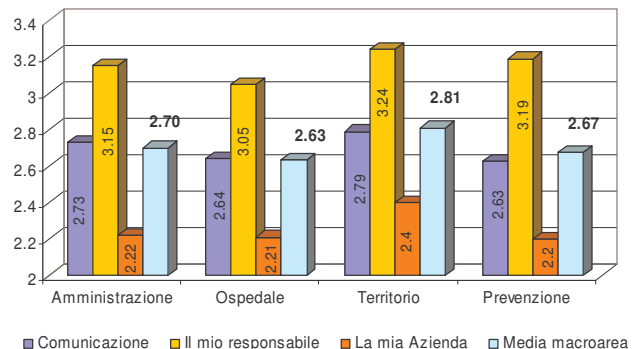


A conferma di quanto ipotizzato, se si scompone il risultato nei sottoindicatori che lo compongono, emerge come l'esito è condizionato dal giudizio negativo nei confronti dell'azienda, in termini di opportunità di crescita professionale, di cambiamento e di innovazione e di iniziative utili a facilitare la collaborazione tra unità. Anche sugli aspetti della comunicazione il giudizio risulta peggiore rispetto a quello espresso dai responsabili di struttura, mentre risulta positivo il giudizio sul proprio responsabile.

E7 - Media regionale sottoindicatori
(dipendenti)



E7 - Media regionale per macroarea
(dipendenti)



Se si analizza il risultato suddiviso per le quattro macroaree individuate Amministrazione, Ospedale, Territorio e Prevenzione si possono fare alcune considerazioni.

Rispetto all'indicatore precedente c'è maggiore omogeneità di risposta, a conferma del fatto che i problemi per i dipendenti sono criticità diffuse in tutta l'azienda. Il giudizio peggiore lo esprime ancora una volta l'Ospedale ma non si discosta molto dagli altri.

Anche per i sottoindicatori il giudizio è omogeneo nelle quattro macroaree. Il risultato peggiore è dato dal giudizio dei dipendenti sulla propria azienda; risulta lievemente critico il tema della comunicazione e dell'informazione, mentre il risultato sul tema del proprio responsabile risulta elemento trainante verso l'alto del valore dell'indicatore, con un risultato particolarmente positivo per il Territorio.

In conclusione, dall'indagine di clima emerge un quadro complessivamente abbastanza positivo con delle criticità su alcuni aspetti noti per le pubbliche amministrazioni; in particolare, quello del coinvolgimento dei professionisti e della comunicazione e dell'informazione per chi non ricopre dei ruoli apicali. L'aspetto forse più critico è la difficoltà espressa da chi lavora in ospedale.

PARTE VII

LA VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA

A cura di M. Vainieri

Gli indicatori della dimensione "valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa" sono di natura diversa e monitorano aspetti differenti che possono essere riassunti in 3 categorie:

1. Indicatori che valutano la dinamica economico-finanziaria;
2. Indicatori che valutano i meccanismi gestionali;
3. Indicatori che valutano l'efficienza operativa.

Gli indicatori che valutano la dinamica economico-finanziaria sono indici che provengono dall'analisi dei documenti di bilancio: conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa. Questo gruppo di indicatori analizza quindi la capacità di mantenere i diversi equilibri: economico, patrimoniale e finanziario che le aziende devono perseguire per garantire all'azienda una vita duratura. Gli indicatori compresi nel sistema sono tre: F1 equilibrio economico, F3 equilibrio patrimoniale-finanziario ed F11 compensazione extraregionale. Non tutti gli indicatori di questo gruppo hanno una valutazione, in quanto molti di essi sono calcolati più per dare al management uno strumento di riflessione sulle strategie adottate che una valutazione. L'idea, infatti, è di accompagnare e supportare le aziende nell'utilizzo di metodologie di analisi di bilancio in linea con la strategia regionale che prevede di portare entro il 2008 tutte le aziende del sistema ad avere i bilanci certificati da società di revisione esterna.

In questo report *non* sono presenti i dati relativi agli indicatori dell'equilibrio economico e dell'indice di compensazione (F1 ed F11) perché i bilanci 2005 e 2006 delle aziende sanitarie non sono ancora stati approvati dalla Giunta Regionale. Sono invece presenti le prime elaborazioni dei dati patrimoniali degli anni 2004 e 2005; in questo caso il confronto tre i due anni non sempre risulta significativo in quanto solo nel 2005 tutte le aziende della regione Toscana hanno applicato principi contabili uniformi.

Gli indicatori che valutano i meccanismi gestionali fanno riferimento alle interviste effettuate dagli allievi del Master MeS ai responsabili del controllo di gestione/di bilancio/di magazzino sulle procedure di controllo interno dei magazzini ed all'indagine di clima organizzativo che ha coinvolto tutti i responsabili di struttura delle aziende sanitarie toscane. L'indicatore F13 analizza la presenza e l'utilizzo di procedure di controllo interno dei magazzini. Nel sistema di valutazione esso è rappresentato con un campanello, ossia una valutazione ad "hoc", infatti, sebbene la rilevazione si sia basata su un questionario strutturato, non ha valore statistico né riguarda un flusso informativo regionale.

Gli indicatori F7 ed F8, che analizzano rispettivamente la valutazione dei servizi interni e la valutazione del budget, si basano sull'indagine di clima interno rivolta a tutti i responsabili di struttura e ad un campione casualmente selezionato di dipendenti delle aziende toscane. La percezione del management allargato (intendendo quindi tutti i responsabili di struttura) dei servizi di supporto offerti dall'azienda e, in particolare, del supporto dato dal budget è un indicatore importante in quanto segnala la capacità dello staff o di altri servizi non sanitari nel fornire il supporto necessario per la gestione delle strutture sanitarie e non.

L'ultimo gruppo di indicatori, invece, valuta la capacità di gestire in modo efficiente le proprie risorse. Fanno parte di questa categoria l'indicatore F10 governo della spesa farmaceutica, F12 efficienza prescrittiva farmaceutica, F14 efficienza ed efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria ed F15 efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro. Questi indicatori derivano da flussi regionali e fanno riferimento a come sono state impiegate le risorse in relazione all'attività svolta. In particolare, l'indicatore F12 sull'efficienza prescrittiva farmaceutica è collegato all'indicatore C9 che analizza l'appropriatezza prescrittiva. Questi indicatori si riferiscono a delibere regionali volte a razionalizzare ed ottimizzare l'allocazione delle risorse in ambito farmaceutico. Gli indicatori F14 ed F15 rappresentano la novità del 2006, in quanto i servizi della prevenzione non sono mai stati oggetto di valutazione.

1. EQUILIBRIO ECONOMICO – F1 di E. Felloni

Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono inseriti alcuni indicatori per la valutazione economica che esprimono la capacità dell'azienda di raggiungere l'efficacia e l'efficienza tali da garantire condizioni di funzionalità e sviluppo nel tempo.



È opportuno precisare che il "Return on investment" è calcolato solo per le AA.OO.UU, dove i ricavi correnti sono correlati al volume di attività svolta, diversamente a quanto accade nelle aziende sanitarie locali, dove i ricavi non sono causati da un processo di scambio monetario con i cittadini in relazione ai servizi erogati, ma sono determinati e concessi dall'Amministrazione regionale in relazione al numero di abitanti corretto da alcuni parametri specifici, quali l'anzianità media della popolazione, le caratteristiche geografiche, epidemiologiche, etc.

1.1 - Equilibrio economico generale

L'equilibrio economico generale è calcolato come rapporto tra il risultato economico Ante Rettifiche ed il valore della produzione ed esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse disponibili, considerando l'effetto di tutte le gestioni (tipica, accessoria, finanziaria e straordinaria) e delle imposte sul risultato complessivo aziendale prime delle rettifiche.

Il Risultato Ante Rettifiche è un risultato intermedio che precede il risultato di esercizio nel modello a scalare del Conto Economico ed è dato dalla differenza tra il valore della produzione e tutti i costi della gestione.

Tali rettifiche vanno ad incrementare o ridurre il valore della produzione sulla base di alcune valutazioni di carattere gestionale; in particolare queste voci di rettifica riguardano: gli ammortamenti sterilizzati, le risorse integrative e alcuni costi esogeni.

Le rettifiche relative agli ammortamenti sterilizzati e le risorse integrative hanno un effetto negativo sul valore della produzione, secondo il criterio che i fattori produttivi utilizzati per la gestione aziendale costituiscano un costo, e quindi tutti gli ammortamenti relativi a beni materiali utilizzati dall'azienda per il proprio ciclo produttivo, compresi quelli sterilizzati, sono da considerarsi come un costo di esercizio.

Nel calcolo del risultato Ante Rettifiche non si prende in considerazione l'effetto della sterilizzazione degli ammortamenti (Cinquini L., Miolo Vitali P., Nuti S. 2002).

Le risorse integrative sono deliberate dalla Giunta Regionale prima della chiusura dei bilanci, sulla base di accordi fra il management e la Regione; su indicazione regionale queste risorse integrative vengono trattate come gli ammortamenti sterilizzati (Cinquini L., Nuti S., Boccaccio A., Vainieri M. 2005).

Definizione	Indica il risultato d'esercizio complessivo dell'azienda in relazione al valore della produzione
Numeratore	Risultato Ante rettifiche
Denominatore	Valore della produzione
Formula	$\frac{\text{Risultato Ante rettifiche}}{\text{Valore della produzione}} \times 100$
Fonte	Flusso CE - dati regionali
Parametro di riferimento	Pareggio
Significato	La capacità dell'azienda di raggiungere il pareggio, considerando tutte le gestioni (caratteristica, atipica, finanziaria e straordinaria).

I costi esogeni, come ad esempio il costo relativo ai rinnovi contrattuali dell'anno 2004 e 2005, o l'aumento della spesa farmaceutica oltre alcuni limiti, vengono considerati come "fattori esogeni", poiché non dipendono dalla gestione aziendale, ma dall'andamento macroeconomico o da accordi nazionali. Questi costi hanno un effetto positivo sul valore della produzione.

La ratio di questa scelta è quella di riuscire a valutare il management per la gestione svolta e la capacità di controllare i costi di produzione sulla base delle risorse assegnate attraverso l'indice di accesso e gli altri proventi derivanti dalle attrazioni e dalla compartecipazione alla spesa dei cittadini.

1.2 - Equilibrio economico sanitario

Questo indicatore è calcolato come rapporto tra margine sanitario netto e valore della produzione; tale margine è significativo perché evidenzia la capacità dell'azienda di coprire i costi relativi alla gestione dei servizi sanitari, ossia la sua gestione caratteristica. L'indice mostra la capacità dell'azienda di contenere i costi della produzione tipica entro i limiti delle remunerazioni assegnate o dei contributi tariffari connessi all'attività erogata.

È interessante in sede di valutazione dell'attività propria dell'azienda sanitaria e delle sue prospettive future, dove l'obiettivo del management è l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili con il raggiungimento del pareggio di bilancio.

Definizione	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al valore della produzione
Numeratore	Margine Sanitario Netto
Denominatore	Valore della produzione
Formula	$\frac{\text{Margine Sanitario Netto} \times 100}{\text{Valore della produzione}}$
Fonte	Fuoco CE - dati regionali
Parametro di riferimento	Valore positivo
Significato	La capacità dell'azienda di raggiungere il pareggio considerando solo l'attività caratteristica.

1.3 - Return on investment

Questo indicatore, inteso come rapporto fra margine sanitario netto e capitale investito, evidenzia l'efficienza con la quale è utilizzato il capitale investito nell'azienda ed è significativo per le sole aziende universitarie dove i ricavi correnti sono correlati al volume di attività svolta, diversamente a quanto accade nelle aziende sanitarie locali.

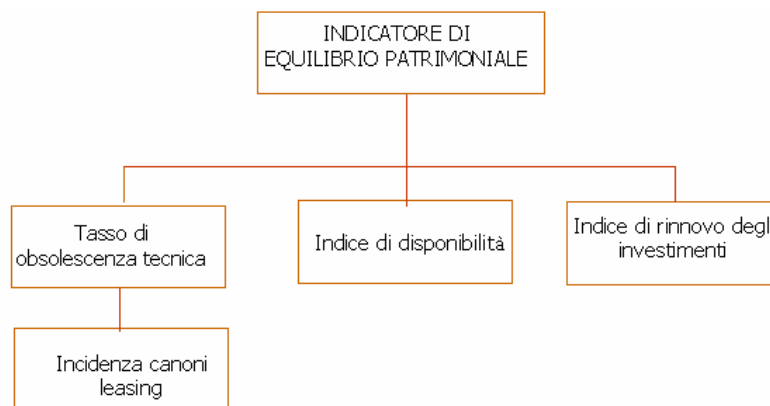
Definizione	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al valore del capitale investito.
Numeratore	Margine Sanitario Netto
Denominatore	Totale Attivo
Formula	$\frac{\text{Margine Sanitario Netto} \times 100}{\text{Totale Attivo}}$
Fonte	Fuoco CE - dati regionali
Parametro di riferimento	Valore positivo
Significato	La capacità dell'azienda di generare reddito in misura adeguata al capitale investito.

In questo report *non* sono presenti i dati, perché i bilanci 2005 e 2006 delle aziende sanitarie non sono ancora stati approvati dalla Giunta Regionale.

2. EQUILIBRIO PATRIMONIALE – F3 di E. Felloni

L'analisi dell'equilibrio patrimoniale, espresso dalla seconda classe di indicatori, ha come obiettivo quello di capire se l'azienda risulta essere eccessivamente indebitata o, diversamente, presenta un equilibrato rapporto fra capitali propri e mezzi di terzi.

Pur non essendo stati approvati dalla Giunta regionale i bilanci 2005 e 2006, sono state effettuate le prime elaborazioni patrimoniali sulla base dei dati pervenuti.



La solidità e la solvibilità dell'azienda sono due facce della stessa medaglia, ossia della capacità aziendale di far fronte ai propri impegni nei tempi previsti dagli accordi contrattuali: la solidità rappresenta il presupposto strutturale (equilibrio patrimoniale), mentre la solvibilità esprime il presupposto dinamico di questa capacità (equilibrio finanziario), vale a dire la presenza di un'equilibrata sincronizzazione fra entrate e uscite finanziarie.

Gli altri tre indici, il Tasso di obsolescenza tecnica, l'Incidenza dei canoni leasing sui costi delle immobilizzazioni e l'Indice di rinnovo degli investimenti, vanno guardati congiuntamente in quanto offrono informazioni complementari sullo stesso fenomeno, ovvero la politica degli investimenti.

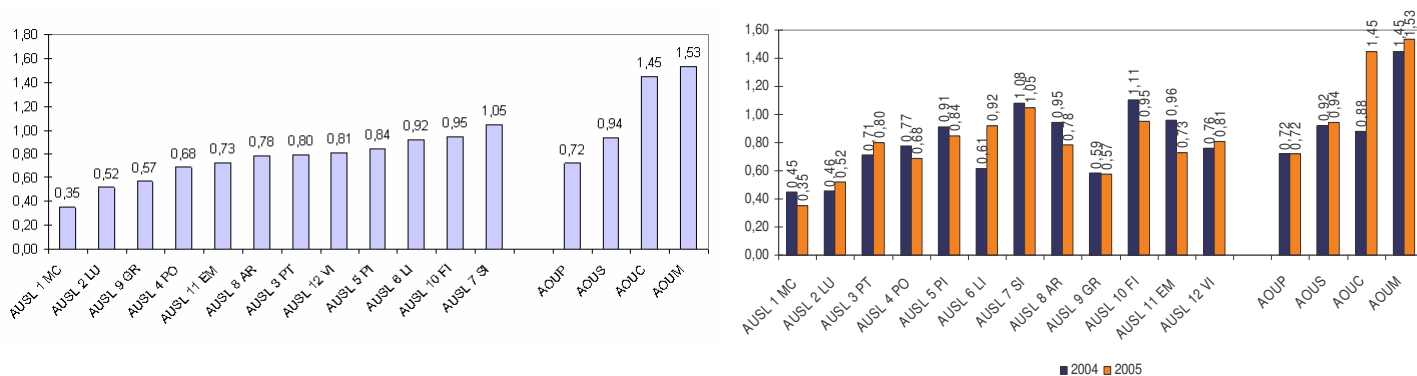
Oggi, infatti, la medicina può definirsi un settore ad alto contenuto tecnologico, dove la capacità di diagnosi e di cura sono strettamente correlate alla disponibilità dei moderni mezzi messi a disposizione dalla tecnologia esistente e quindi la propensione dell'azienda ad investire in questo senso è un indicatore proxy della volontà di mantenere costante i livelli qualitativi dei servizi offerti.

La fonte dei dati sono le note integrative delle aziende.

2.1 - Indice di disponibilità

L'unico indice oggetto di valutazione dell'equilibrio patrimoniale è l'indice di disponibilità, in quanto gli altri tre indici, che analizzano le politiche di investimento in attrezzature sanitarie e macchinari, vengono mostrati per stimolare ed educare il management ad utilizzare informazioni ufficiali di bilancio a supporto delle proprie decisioni grazie anche al confronto con le altre aziende.

È dato dal rapporto tra attivo corrente e passivo corrente ed esprime la capacità dell'azienda sanitaria di rimborsare le passività correnti con la liquidità generata dalla gestione.



I valori di equilibrio dell'indice sono quelli superiori all'unità, in quanto si richiede che nel complesso solo una parte dell'attivo circolante sia impiegato per il rimborso degli impegni a breve e questo per avere un margine di

sicurezza che tenga conto di poste che, sebbene presenti nel circolante sono di difficile realizzazione in termini monetari, come crediti nei confronti della Regione verso cui l'azienda ha scarso potere contrattuale.

In media le aziende sanitarie registrano una performance che si avvicina all'unità, esprimendo una certa difficoltà finanziaria.

Fra il 2004 e 2005 quattro aziende sanitarie presentano un miglioramento dell'indice di disponibilità ed il Meyer e l'Ausl 7 di Siena sono le aziende con la migliore performance a livello regionale, la prima tra le aziende ospedaliere e la seconda tra le aziende sanitarie territoriali.

Azienda	2004			2005		
	ATTIVO CIRCOLANTE	PASSIVO CIRCOLANTE	INDICATORE	ATTIVO CIRCOLANTE	PASSIVO CIRCOLANTE	INDICATORE
AUSL 1 MC	63.945,77	142.661,39	0,45	73.995,22	212.239,07	0,35
AUSL 2 LU	69.597,63	152.128,15	0,46	102.796,95	198.305,35	0,52
AUSL 3 PT	129.321,19	181.277,67	0,71	172.602,28	215.898,69	0,80
AUSL 4 PO	116.358,93	150.458,37	0,77	110.870,41	161.879,03	0,68
AUSL 5 PI	261.715,17	287.628,41	0,91	274.050,79	324.596,98	0,84
AUSL 6 LI	154.055,56	251.179,78	0,61	169.018,40	183.591,92	0,92
AUSL 7 SI	222.553,39	206.253,55	1,08	241.182,00	229.771,96	1,05
AUSL 8 AR	147.884,35	156.224,39	0,95	143.485,78	182.897,32	0,78
AUSL 9 GR	103.007,73	175.858,78	0,58	114.796,59	200.243,17	0,57
AUSL 10 FI	667.718,00	603.983,39	1,11	668.097,91	703.574,11	0,95
AUSL 11 EM	142.036,26	148.111,11	0,96	123.696,24	169.126,65	0,73
AUSL 12 VI	86.918,50	117.086,88	0,76	97.783,99	120.692,95	0,81
AOUPI	106.052,04	148.080,20	0,72	140.996,20	195.379,89	0,72
AOUS	82.832,37	90.041,57	0,92	132.989,54	141.223,10	0,94
AOUIC	201.064,92	228.747,56	0,88	395.237,87	273.381,93	1,45
AOUIM	37.003,43	25.564,61	1,45	50.849,47	33.184,13	1,53
MEDIA REGIONALE	180.592,71	214.404,32	0,78	191.026,38	241.901,43	0,75

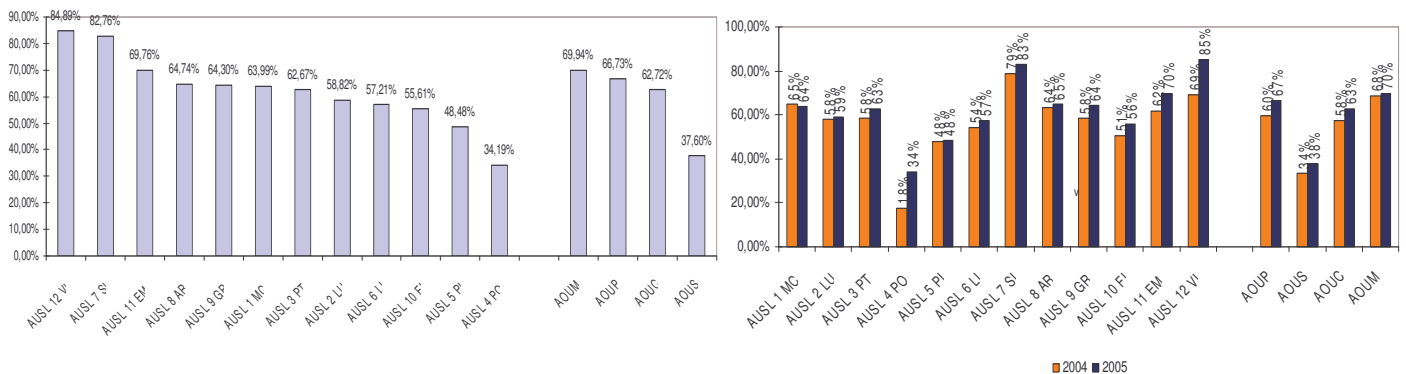
Definizione	Indica il rapporto fra attività e passività correnti
Numeratore	Attivo Circolante
Denominatore	Passivo Corrente
Formula	$\frac{\text{Attivo Circolante}}{\text{Passivo Corrente}}$
Note per l'elaborazione	
Fonte	Stato Patrimoniale
Parametro di riferimento	Letteratura – Valore superiore all'unità
Significato	La capacità dell'azienda di rimborsare le passività correnti con la liquidità generata dalla gestione.

2.2 - Tasso di obsolescenza tecnica

Il tasso di obsolescenza mostra la diminuzione del valore delle immobilizzazioni materiali, ed è costruito come rapporto tra ammortamenti effettuati e costo storico delle immobilizzazioni materiali, con riferimento agli impianti e macchinari (sanitari e non sanitari) e attrezzature sanitarie e scientifiche.

La sua importanza è da collegarsi all'attività di programmazione e di sostituzione sistematica di impianti obsoleti ed indica la necessità di prevedere un piano di rinnovo degli investimenti tanto più urgente quanto più l'indice si avvicina a 100.

Come possiamo osservare dal grafico, tutte le aziende sanitarie mostrano un valore superiore al 50%, con l'eccezione dell'Ausl 4 e Ausl 5 e dell'AOUS. E' interessante osservare come le aziende sanitarie toscane garantiscono ai propri cittadini il mantenimento delle attrezzature sanitarie e dei macchinari, analizzando sia il ricorso al leasing, sia il peso dei nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali.



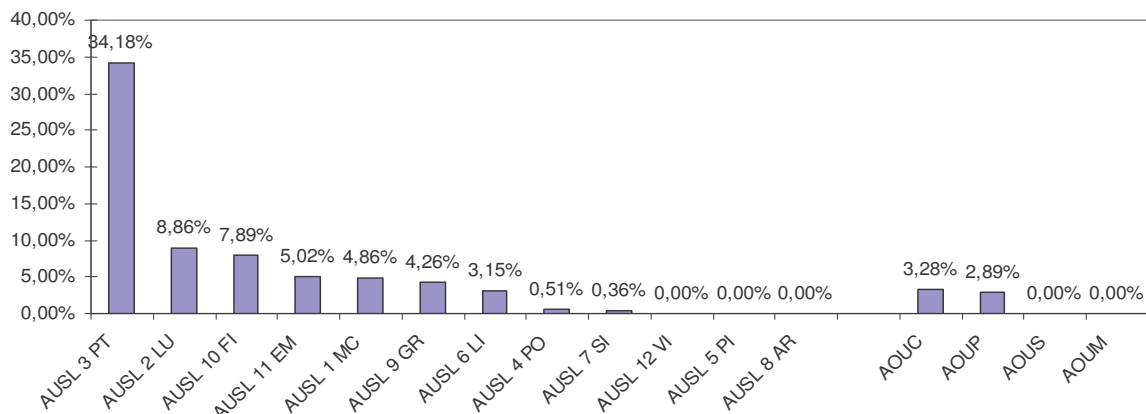
Azienda	2004			2005		
	Tot. F.di Amm.to IMMOBILIZZAZIONI SANITARIE	Valore di acquisto o di produzione MACCHINARI E ATTREZZATURE SANITARIE	INDICATORE	Tot. F.di Amm.to IMMOBILIZZAZIONI SANITARIE	Valore di acquisto o di produzione MACCHINARI E ATTREZZATURE SANITARIE	INDICATORE
AUSL 1 MC	20.914.482,00	32.348.816,00	64,65%	24.324.129,00	38.012.820,00	63,99%
AUSL 2 LU	33.338.773,00	57.533.222,00	57,95%	37.951.693,00	64.518.964,00	58,82%
AUSL 3 PT	18.378.023,39	31.488.054,43	58,37%	19.708.964,98	31.449.512,23	62,67%
AUSL 4 PO	2.839.116,34	15.963.436,84	17,79%	6.052.427,68	17.702.246,74	34,19%
AUSL 5 PI	14.752.908,52	30.710.251,19	48,04%	17.205.633,69	35.488.336,84	48,48%
AUSL 6 LI	33.215.024,00	61.499.010,00	54,01%	37.982.470,00	66.387.863,00	57,21%
AUSL 7 SI	29.016.953,35	36.762.502,38	78,93%	31.995.939,80	38.660.030,74	82,76%
AUSL 8 AR	30.853.288,00	48.554.771,00	63,54%	33.764.577,00	52.156.712,00	64,74%
AUSL 9 GR	24.631.758,00	42.239.792,00	58,31%	28.409.881,00	44.164.582,00	64,30%
AUSL 10 FI	26.463.632,12	52.114.791,60	50,78%	33.619.976,17	60.451.439,53	55,61%
AUSL 11 EM	22.126.809,00	35.847.443,00	61,72%	26.770.659,00	38.372.814,00	69,76%
AUSL 12 VI	16.702.456,41	24.159.456,49	69,13%	19.667.075,97	23.167.191,95	84,89%
AOUP	57.128.996,43	95.858.593,92	59,60%	67.572.980,85	101.270.397,97	66,73%
AOUS	14.194.910,99	42.026.759,18	33,78%	17.280.645,87	45.954.013,54	37,60%
AOUC	57.196.366,00	99.434.480,00	57,52%	66.426.383,00	105.911.769,00	62,72%
AOUM	8.007.359,22	11.695.390,33	68,47%	9.735.952,80	13.920.914,11	69,94%
MEDIA REGIONALE	22.769.435,34	39.101.795,58	56,94%	26.454.452,27	42.546.041,92	62,29%

Definizione	Indica l'obsolescenza delle immobilizzazioni materiali
Numeratore	Totale fondi ammortamento delle immobilizzazioni materiali
Denominatore	Valore di acquisto o di produzione delle immobilizzazioni materiali
Formula	$\frac{\text{Totale Fondo Ammortamenti imm. Mat.}}{\text{Valore immobilizzazioni sanitarie}}$
Note per l'elaborazione	Immobilizzazioni materiali sono: impianti e macchinari (sanitari e non sanitari), attrezzature sanitarie e scientifiche. I dati provengono dalla nota integrativa
Fonte	Stato Patrimoniale e Nota Integrativa
Significato	Stato di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali. Un valore uguale al 100% segnala che lo stato delle immobilizzazioni materiali è obsoleto

2.3 - Incidenza dei canoni leasing

Questo indicatore mostra il ricorso a immobilizzazioni materiali non di proprietà, ed è costruito come rapporto tra canoni leasing e sommatoria dei canoni leasing ed ammortamenti, con riferimento alle sole immobilizzazioni materiali.

Mostra la scelta dell'azienda di ricorrere alle immobilizzazioni materiali di proprietà oppure a quelle di non proprietà.



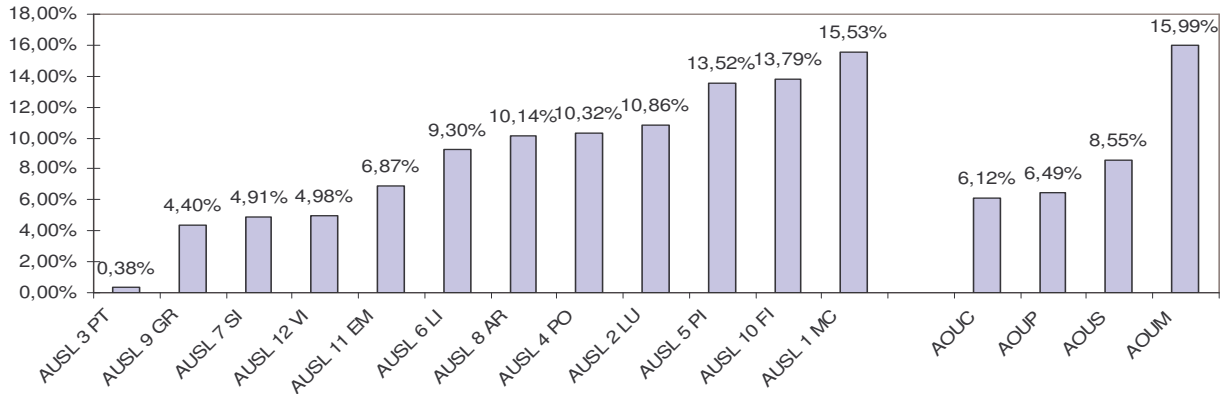
Come evidenzia il grafico relativo all'esercizio 2005, questo strumento è poco diffuso, ad eccezione della Ausl 3 di Pistoia dove il ricorso al leasing rappresenta il 34,18%.

Azienda	2005		
	CANONI DI LEASING	AMMORTAMENTI E CANONI DI LEASING	INDICATORE
AUSL 1 MC	-373,00	-7.681,00	4,86%
AUSL 2 LU	-965,00	-10.887,00	8,86%
AUSL 3 PT	-1.528,00	-4.470,00	34,18%
AUSL 4 PO	-37,00	-7.200,00	0,51%
AUSL 5 PI	0,00	-5.497,00	0,00%
AUSL 6 LI	-402,00	-12.751,00	3,15%
AUSL 7 SI	-25,00	-6.910,00	0,36%
AUSL 8 AR	0,00	-10.100,00	0,00%
AUSL 9 GR	-300,00	-7.039,00	4,26%
AUSL 10 FI	-1.472,00	-18.649,00	7,89%
AUSL 11 EM	-411,00	-8.193,00	5,02%
AUSL 12 VI	0,00	-6.297,00	0,00%
AOUP	-469,00	-16.255,00	2,89%
AOUS	0,00	-3.907,00	0,00%
AOUC	-543,00	-16.579,00	3,28%
AOUM	0,00	-2.698,00	0,00%
MEDIA REGIONALE	-459,42	-8.806,17	5,76%

Definizione	Indica il ricorso a immobilizzazioni materiali non di proprietà
Numeratore	Canoni leasing
Denominatore	Ammortamenti e Canoni leasing
Formula	$\frac{\text{Canoni leasing}}{\text{Ammortamenti e Canoni leasing}}$
Note per l'elaborazione	Limitare se possibile l'analisi esclusivamente alle immobilizzazioni materiali
Fonte	Flusso CE e Bilancio 2005
Significato	La percentuale di ricorso a beni esterni nell'uso totale delle attrezzature

2.4 - Percentuale nuovi investimenti

Questo indicatore di rinnovo degli investimenti è dato dal rapporto tra i nuovi investimenti ed il costo storico delle immobilizzazioni materiali. Esso mostra quante risorse sono destinate ogni anno alla sostituzione di queste ultime. Per nuovi investimenti si intendono le acquisizioni e donazioni nell'esercizio di immobilizzazioni materiali, con riferimento agli impianti e macchinari (sanitari e non sanitari) e attrezzature sanitarie e scientifiche.



Si è circoscritta l'analisi alle immobilizzazioni materiali in quanto ad esse sono riconducibili gli investimenti in tecnologia sanitaria, politica necessaria per mantenere alta la qualità dei servizi sanitari offerti, anche se da sola sappiamo non essere sufficiente.

Come mostra il grafico, l'Ausl 3 di Pistoia ha il valore più basso, con lo 0,38%; va però ricordato l'impegno di questa azienda sanitaria ad avere il più alto valore di incidenza dei canoni leasing, nella logica di contenimento di spese finanziarie. Le aziende di Lucca e Firenze evidenziano un impiego parallelo tra leasing e nuovi investimenti, rispettivamente di 8,86% e 10,86% per l'Ausl 2 e del 7,89% e 13,79% per l'Ausl 10.

Azienda	2005		INDICATORE
	NUOVI INVESTIMENTI IN IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	Valore di acquisto o di produzione MACCHINARI E ATTREZZATURE SANITARIE	
AUSL 1 MC	5.904.980,00	38.012.820,00	15,53%
AUSL 2 LU	7.006.091,00	64.518.954,00	10,86%
AUSL 3 PT	118.887,33	31.449.512,23	0,38%
AUSL 4 PO	1.827.638,56	17.702.246,74	10,32%
AUSL 5 PI	4.799.204,76	35.488.336,84	13,52%
AUSL 6 LI	6.171.206,00	66.387.863,00	9,30%
AUSL 7 SI	1.897.528,36	38.660.030,74	4,91%
AUSL 8 AR	5.290.572,00	52.156.712,00	10,14%
AUSL 9 GR	1.944.790,00	44.184.582,00	4,40%
AUSL 10 FI	8.336.647,93	60.451.439,53	13,79%
AUSL 11 EM	2.634.398,00	38.372.814,00	6,87%
AUSL 12 VI	1.153.206,42	23.167.191,95	4,98%
AOUP	6.575.890,11	101.270.397,97	6,49%
AOUS	3.927.780,29	45.954.013,54	8,55%
AOUC	6.483.408,00	105.911.769,00	6,12%
AOUM	2.225.523,78	13.920.914,11	15,99%
MEDIA REGIONALE	3.923.762,53	42.546.041,92	8,75%

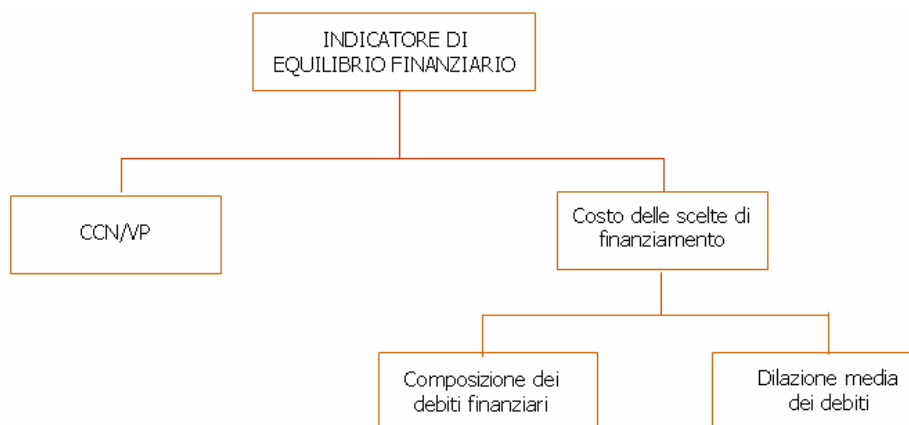
Definizione	Indica la capacità di rinnovare gli investimenti delle immobilizzazioni materiali nel tempo
Numeratore	Nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali
Denominatore	Valore delle immobilizzazioni materiali (al costo storico)
Formula	$\frac{\text{Nuovi Investimenti in immobilizzazioni}}{\text{Valore immobilizzazioni}}$
Note per l'elaborazione	Immobilizzazioni materiali sono: impianti e macchinari (sanitari e non sanitari), attrezzature sanitarie e scientifiche. I nuovi investimenti si riferiscono alle acquisizioni e donazioni dell'esercizio.
Fonte	Stato Patrimoniale e Nota integrativa
Significato	La capacità dell'azienda di rinnovare le proprie immobilizzazioni sanitarie

È da ricordare anche che la realizzazione di nuovi investimenti va ad aumentare non solo i costi direttamente legati all'investimento (ammortamento annuo), ma anche quelli indiretti, relativi ad altre attività di gestione ad esso collegate (ad esempio i costi di manutenzione dell'investimento, i costi generali o specifici connessi al suo utilizzo).

3. EQUILIBRIO FINANZIARIO – F5 di E. Felloni

Gli indicatori utilizzati per l'analisi finanziaria *non* sono oggetto di valutazione, ma vengono utilizzati per mostrare l'andamento delle aziende sugli aspetti relativi alla liquidità calcolata in modo indiretto tramite gli indici di bilancio.

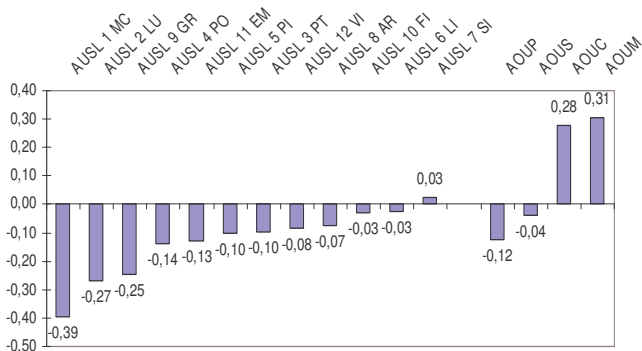
Anche nell'analisi dell'equilibrio finanziario, abbiamo provveduto ad una prima elaborazione dei dati, pur non essendo stati approvati i bilanci 2005-2006 dal Giunta Regionale.



3.1 - Indice di elasticità finanziaria

L'indice di elasticità finanziaria è calcolato come rapporto tra il capitale circolante netto ed il valore della produzione, dove il CCN misura il margine residuo di attivo corrente al netto degli impegni a breve dell'azienda.

In questo senso segnala la capacità della gestione aziendale di produrre liquidità (immediata o differita) disponibile a breve termine ed è stato scelto poiché è impiegato a livello internazionale nella valutazione delle aziende sanitarie.



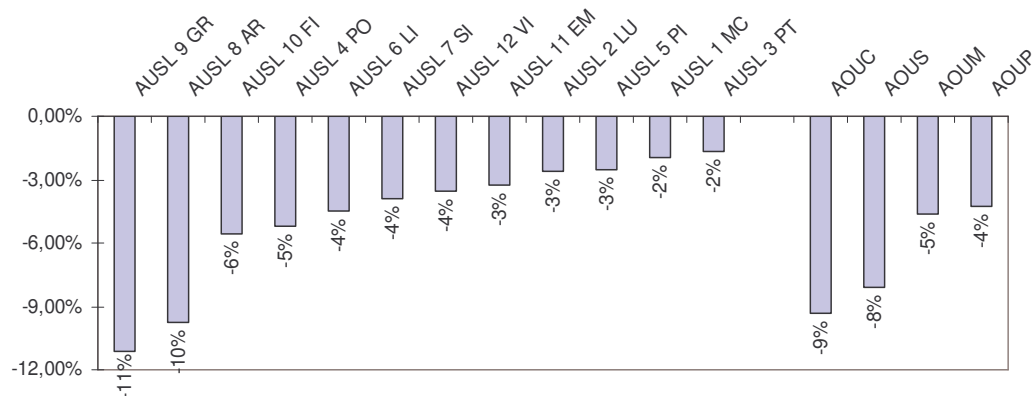
Azienda	2004			2005		
	CCN	VP	INDICATORE	CCN	VP	INDICATORE
AUSL 1 MC	-78.715,61	332.955,00	-0,24	-138.243,85	350.641,85	-0,39
AUSL 2 LU	-82.530,51	326.293,00	-0,25	-95.508,41	354.404,56	-0,27
AUSL 3 PT	-51.956,49	407.442,00	-0,13	-43.296,41	442.284,56	-0,10
AUSL 4 PO	-34.099,44	340.512,03	-0,10	-51.008,62	369.320,07	-0,14
AUSL 5 PI	-25.913,24	460.166,00	-0,06	-50.546,19	495.478,77	-0,10
AUSL 6 LI	-97.124,23	509.269,06	-0,19	-14.573,52	540.559,08	-0,03
AUSL 7 SI	16.299,83	391.067,00	0,04	11.410,04	425.374,76	0,03
AUSL 8 AR	-8.340,04	494.171,00	-0,02	-39.411,54	535.349,51	-0,07
AUSL 9 GR	-72.851,05	324.825,00	-0,22	-85.506,58	348.862,54	-0,25
AUSL 10 FI	63.734,61	1.228.405,00	0,05	-35.476,19	1.293.027,55	-0,03
AUSL 11 EM	-6.074,85	322.731,00	-0,02	-45.430,41	348.582,00	-0,13
AUSL 12 VI	-28.168,38	252.259,00	-0,11	-22.908,95	272.614,54	-0,08
AOUP	-42.028,16	431.510,00	-0,10	-54.383,69	436.735,27	-0,12
AOUS	-7.209,20	192.166,00	-0,04	-8.233,57	202.971,05	-0,04
AOUC	-27.682,64	462.304,00	-0,06	121.855,94	436.629,12	0,28
AOUM	11.438,82	52.266,00	0,22	17.665,33	57.713,70	0,31
MEDIA REGIONALE	-38.811,62	449.174,59	-0,10	-50.875,05	481.373,31	-0,13

Definizione	Indica la liquidità potenziale dell'azienda rapportata al valore della produzione
Numeratore	Capitale Circolante Netto
Denominatore	Valore della Produzione
Formula	$\frac{\text{Capitale Circolante Netto}}{\text{Valore della produzione}}$
Fonte	Flusso CE e Stato Patrimoniale
Parametro di riferimento	Media Interaziendale
Significato	La disponibilità potenziale di risorse monetarie gestibili dall'azienda.

3.2 - Costo delle scelte di finanziamento

Il Costo delle scelte di finanziamento è calcolato come rapporto tra oneri finanziari e debiti finanziari medi, risultanti dalla media dei debiti finanziari di breve e lungo periodo di due anni consecutivi.

Questo indicatore mostra il costo medio dei finanziamenti preso a prestito dall'azienda sanitaria sia nel breve che nel lungo termine.



Occorre notare che si passa da un valore minimo del 2% per l'Ausl 1 e l'Ausl 3, fino ad massimo dell'11% per l'Ausl 9 di Grosseto. A parte i casi singolari di Arezzo e Grosseto, le altre aziende sanitarie presentano un costo compreso dal 2% al 6%. Le aziende universitarie ospedaliere hanno un costo del finanziamento che va da un minimo del 4% ad un massimo del 9%, mostrando un costo medio superiore del 1,70%.

Il costo del finanziamento dipende da più variabili, quali la composizione dei debiti finanziari a breve e lungo termine (di solito sono meno onerosi quelli a lungo termine) ed il potere contrattuale che l'azienda sanitaria ha nei confronti delle banche, legato al maggiore o minore indebitamento.

Altra variabile che incide sul costo del finanziamento è la tipologia di finanziamento a cui si ricorre (ad esempio l'apertura di credito in c/c ha un costo superiore rispetto all'anticipo sui futuri contributi della Regione).

Azienda	2005		
	ONERI FINANZIARI	DEB. FINANZIARI MEDI	INDICATORE
AUSL 1 MC	-611,00	30.833,26	-1,98%
AUSL 2 LU	-491,00	18.967,11	-2,59%
AUSL 3 PT	-507,00	30.569,34	-1,66%
AUSL 4 PO	-212,00	4.061,72	-5,22%
AUSL 5 PI	-522,00	20.793,23	-2,51%
AUSL 6 LI	-761,00	17.095,27	-4,45%
AUSL 7 SI	-1.280,00	32.620,61	-3,92%
AUSL 8 AR	-371,00	3.812,11	-9,73%
AUSL 9 GR	-1.171,00	10.516,23	-11,14%
AUSL 10 FI	-3.406,00	61.378,60	-5,55%
AUSL 11 EM	-338,00	10.310,71	-3,28%
AUSL 12 VI	-562,00	15.758,10	-3,57%
AOUP	-1.821,00	42.575,54	-4,28%
AOUS	-1.691,00	20.967,94	-8,06%
AOUC	-1.925,00	20.611,55	-9,34%
AOUM	-30,00	648,50	-4,63%
MEDIA REGIONALE	-852,67	21.393,02	-4,63%

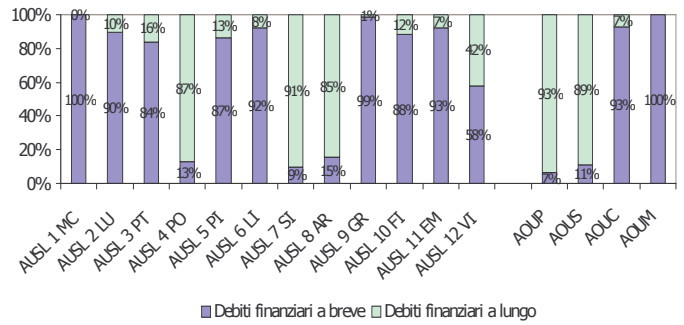
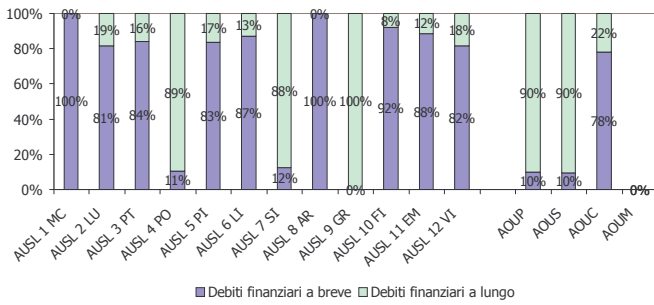
Definizione	Indica il costo delle scelte di finanziamento
Numeratore	Oneri finanziari
Denominatore	debiti finanziari medi
Formula	$\frac{\text{Oneri finanziari} \times 100}{\text{Debiti finanziari medi}}$
Note per l'elaborazione	Debiti finanziari medi sono calcolati come la media dei debiti finanziari di breve e lungo periodo dell'anno 2004 e dell'anno 2005
Fonte	Flusso CE e Stato Patrimoniale
Significato	La capacità dell'azienda di gestire la dilazione dei finanziamenti in relazione agli oneri da sostenere

3.3 - Composizione dei debiti finanziari

La composizione dei debiti finanziari è espressione della capacità dell'azienda di gestire la struttura finanziaria ed è calcolata come rapporto tra debiti finanziari a breve moltiplicati per 100, e la somma dei debiti finanziari medi, sia a breve che a lungo termine.

Questo indice esprime quanto i debiti finanziari a breve termine siano predominanti su quelli a lungo termine o viceversa.

Il primo grafico indica la composizione nell'anno 2004 ed il secondo nell'anno 2005.



Confrontando i dati relativi alla composizione dei debiti finanziari dal 2004 al 2005 si evidenzia la tendenza generalizzata all'aumento di quelli a breve termine.

Azienda	2004				2005			
	DEBITI FINANZIARI A BREVE	DEBITI FINANZIARI A BREVE + DEBITI FINANZIARI A LUNGO	Debiti finanziari a breve (%)	Debiti finanziari a lungo (%)	DEBITI FINANZIARI A BREVE	DEBITI FINANZIARI A BREVE + DEBITI FINANZIARI A LUNGO	Debiti finanziari a breve (%)	Debiti finanziari a lungo (%)
AUSL 1 MC	29.739,48	29.739,48	100%	0%	31.927,03	31.927,03	100%	0%
AUSL 2 LU	12.653,44	15.541,79	81%	19%	20.111,14	22.392,43	90%	10%
AUSL 3 PT	27.959,55	33.159,66	84%	16%	23.409,77	27.979,01	84%	16%
AUSL 4 PO	452,39	4.287,92	11%	89%	487,38	3.835,52	13%	87%
AUSL 5 PI	16.807,91	20.152,42	83%	17%	18.579,21	21.434,05	87%	13%
AUSL 6 LI	12.984,72	14.950,08	87%	13%	17.757,70	19.240,46	92%	8%
AUSL 7 SI	4.216,59	34.087,97	12%	88%	2.957,41	31.153,24	9%	91%
AUSL 8 AR	4.108,98	4.108,98	100%	0%	537,82	3.515,24	15%	85%
AUSL 9 GR	0,00	0,00	0%	100%	20.775,13	21.032,47	1%	99%
AUSL 10 FI	72.831,00	79.118,40	92%	8%	38.572,39	43.638,90	88%	12%
AUSL 11 EM	8.631,00	9.760,93	88%	12%	10.048,31	10.860,48	93%	7%
AUSL 12 VI	15.894,96	19.475,64	82%	18%	6.956,64	12.040,57	58%	42%
AQUP	3.601,48	36.001,48	10%	90%	3.313,16	49.149,60	7%	93%
AOUS	2.101,01	22.018,44	10%	90%	2.188,37	19.917,44	11%	89%
AOUC	12.439,35	15.918,57	78%	22%	23.429,50	25.304,53	93%	7%
AQUM	0,00	0,00	0%	100%	1.297,01	1.297,01	100%	0%
MEDIA REGIONALE	17.190,00	22.031,94	78%	22%	16.009,99	20.754,11	78%	22%

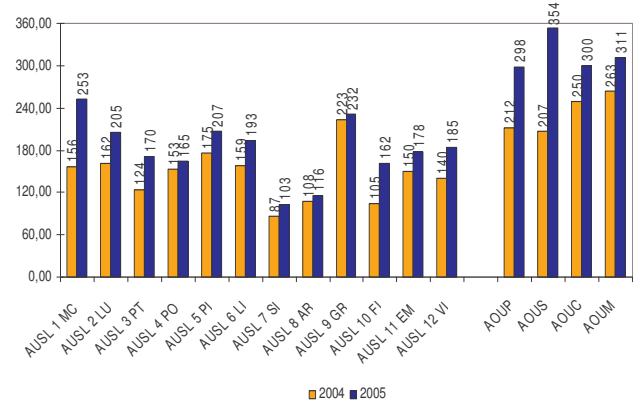
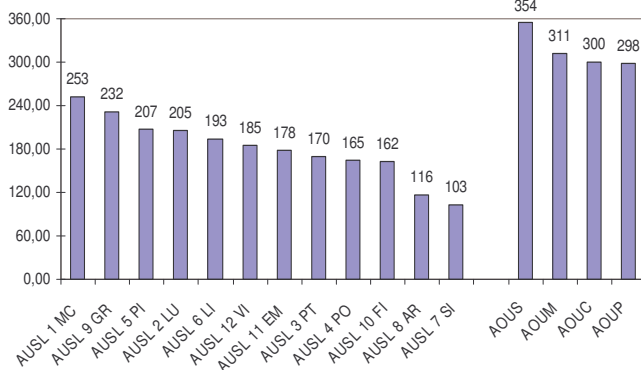
Definizione	Composizione dei debiti finanziari
Numeratore 1	Debiti finanziari a breve
Numeratore 2	Debiti finanziari a lungo
Denominatore	Debiti finanziari a breve e lungo termine
Formula	$\frac{\text{Debiti finanziari a breve}}{\text{Debiti fin. a lungo termine} + \text{Deb fin. a breve termine}} \times 100$ $\frac{\text{Debiti finanziari a lungo}}{\text{Debiti fin. a lungo termine} + \text{Deb fin. a breve termine}} \times 100$
Fonte	Stato Patrimoniale
Parametro di riferimento	
Significato	La capacità dell'azienda di gestire la struttura finanziaria

3.4 - La dilazione dei debiti

L'indicatore dilazione media dei debiti è dato dal rapporto fra i debiti verso i fornitori e gli acquisti di beni e servizi (costituiti da acquisti di beni, spesa per assistenza specialistica ambulatoriale, altri costi per prestazioni da servizio privato, spesa farmaceutica, manutenzione e riparazione, godimento beni di terzi e canoni leasing), moltiplicato per 360 giorni.

L'indice si traduce in termini di numero di giorni il rapporto tra lo stock di debiti rilevati a fine anno rispetto al totale dei costi che generano indebitamento di fornitura durante l'anno.

Tale risultato esprime la durata media dell'indebitamento, ovvero la durata media con cui sono pagati i debiti verso fornitori, evidenziando il potere contrattuale dell'azienda sanitaria ed il suo grado di correttezza dei rapporti con i fornitori. Questo, ad oggi, si traduce spesso in un abuso, poiché, nonostante la normativa, si evidenziano pagamenti oltre tre mesi dalla fatturazione, esponendo le aziende fornitrici ad elevato rischio finanziario, dovuto all'eccessiva dilazione dei crediti a cui sono costretti.



Il primo grafico mostra la dilazione dei debiti, che passa da un minimo di 103 giorni per l'Ausl 7 di Siena ad un massimo di 253 giorni per l'Ausl 1 di Massa e Carrara, mentre la situazione delle aziende universitarie ospedaliere mostra una maggiore dilazione dei debiti che vanno da minimo 298 giorni ad massimo di 354 giorni.

Tra l'anno 2004 e 2005 si rileva un aumento della dilazione dei debiti per tutte le aziende sanitarie a dimostrazione delle crescenti difficoltà finanziarie.

La dilazione dei debiti risulta essere uno degli aspetti più critici a livello regionale ed in generale del settore sanitario, a causa dei ritardi che si sono registrati nella disponibilità tempestiva della liquidità assegnata dallo Stato alle Regioni.

Azienda	2004			2005			Definizione
	DEBITI VS FORNITORI	ACQUISTO BENI E SERVIZI	INDICATORE	DEBITI VS FORNITORI	ACQUISTO BENI E SERVIZI	INDICATORE	Indica la durata media dei debiti commerciali in giorni
AUSL 1 MC	63.205,10	145.833,00	156,03	101.041,61	143.946,00	252,70	Numeratore
AUSL 2 LU	61.477,27	136.763,00	161,83	84.459,01	148.059,00	205,36	Debiti verso fornitori*360
AUSL 3 PT	63.068,96	182.640,00	124,31	91.300,47	192.877,00	170,41	Denominatore
AUSL 4 PO	66.701,91	156.641,62	153,30	76.613,26	167.482,00	164,68	Acquisti beni e servizi
AUSL 5 PI	85.501,47	175.588,00	175,30	103.979,92	181.184,00	206,60	Formula
AUSL 6 LI	90.271,15	204.785,11	158,69	114.482,26	213.507,00	193,03	$\frac{\text{Debiti verso fornitori} * 360}{\text{Acquisti beni e servizi}}$
AUSL 7 SI	31.139,75	128.872,00	86,99	37.687,70	132.193,00	102,63	Note per l'elaborazione
AUSL 8 AR	62.693,53	208.885,00	108,05	74.116,16	229.217,00	116,40	Acquisti beni e servizi si compone delle seguenti voci: Acquisti di beni+spesa per assistenza specialistica ambulatoriale+Altri costi per prestazioni da privato+spesa farmaceutica+Manutenzione e riparazioni+ Godimento beni terzi+Canoni leasing
AUSL 9 GR	79.728,60	128.891,00	222,69	90.597,21	140.641,00	231,90	Fonte
AUSL 10 FI	150.705,75	516.797,00	104,98	248.401,98	551.807,00	162,06	Flusso CE e Stato Patrimoniale
AUSL 11 EM	47.098,77	112.669,00	150,49	57.921,77	117.085,00	178,09	Parametro di riferimento
AUSL 12 VI	46.275,56	119.340,00	139,59	62.917,12	122.675,00	184,64	Media Interaziendale
AOUP	95.941,77	162.752,00	212,22	142.974,49	172.480,00	298,42	Significato
AOUS	47.799,24	83.138,00	206,98	88.742,39	90.224,00	354,09	I tempi medi di pagamento delle aziende
AOUC	140.133,39	201.998,00	249,75	178.404,52	213.832,00	300,36	
AOUM	11.776,31	16.099,00	263,34	16.479,15	19.047,00	311,47	
MEDIA REGIONALE	70.655,65	184.808,73	145,19	95.293,21	195.056,08	180,71	

Va precisato che per alleviare la tensione con i fornitori e per aiutare le aziende in una chiara difficoltà nella gestione della liquidità, la regione Toscana ha attuato nel 2006 una manovra finanziaria che dovrebbe permettere una riduzione dei tempi di pagamento ed una contestuale riduzione degli oneri finanziari dovuti ad un inferiore ricorso ad anticipazioni del tesoriere.

4. VALUTAZIONE DEI SERVIZI INTERNI— F7 di M. Vainieri

La valutazione dei servizi interni è un indicatore collegato alla percezione del management relativa ai principali servizi di supporto all'attività sanitaria: budget (oggetto poi di uno specifico indicatore, indicatore F8, per la sua importanza nell'attività di controllo e programmazione aziendale), sistemi informativi, fornitura di beni e servizi e dei servizi di manutenzione.

La fonte delle informazioni (relative alla percezione) proviene dall'indagine di clima interno rivolta ai responsabili di struttura.



Come mostra l'albero dell'indicatore F7, gli aspetti associati ai servizi interni sono otto.

Per ogni aspetto è stata formulata una domanda alla quale il responsabile di struttura era chiamato ad esprimere un giudizio di accordo o disaccordo.

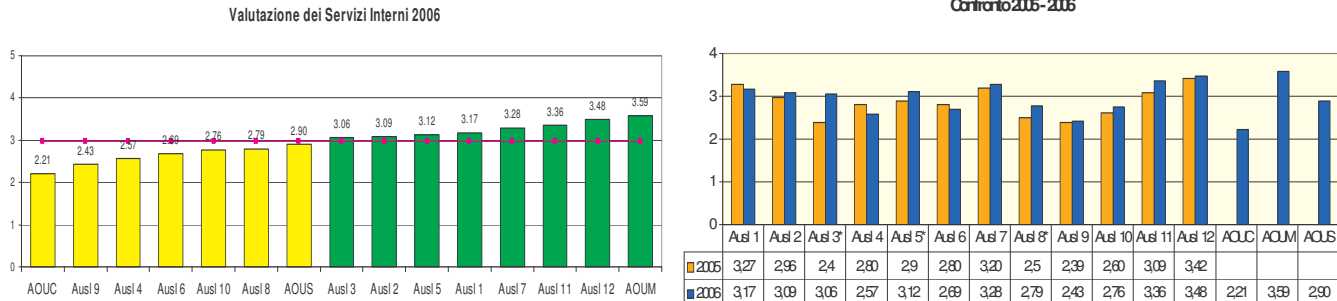
I servizi oggetto di valutazione da parte del management sono cinque: budget (con due domande), sistemi informativi (con due domande), servizi di fornitura e manutenzione (con due domande) ed infine la posta elettronica. Questo ultimo non è un vero e proprio servizio; è stato comunque inserito nell'indicatore dei servizi interni perché indice di quanto i responsabili di struttura utilizzino strumenti di comunicazione al passo con i tempi. L'utilizzo della posta elettronica è infatti un mezzo di comunicazione veloce e sicuro che permette la trasmissione di comunicazioni e documenti in formato elettronico nonché un'efficiente archiviazione dei documenti e delle comunicazioni.

Di seguito si riportano le affermazioni alle quali ciascun responsabile di struttura era chiamato ad indicare il grado di accordo o disaccordo:

1. Supporto dei dati e delle informazioni fornite dal controllo di gestione
2. Per comunicazioni interne utilizzo un servizio di posta elettronica interna
3. Soddisfazione per supporto ricevuto dal controllo di gestione nelle fasi di progettazione e negoziazione di budget
4. Il sistema informativo aziendale è affidabile e preciso
5. Il sistema informativo aziendale supporta le esigenze specifiche della mia struttura
6. Le richieste di fornitura sono soddisfatte secondo le necessità della mia struttura
7. I servizi di manutenzione nella mia struttura sono affidabili e precisi
8. Gli interventi di manutenzione delle strutture e attrezzature sono realizzati con prontezza

La performance regionale si attesta su una valutazione media. In otto aziende su quindici che hanno effettuato l'indagine, il management valuta positivamente i propri servizi interni; il restante delle aziende invece si colloca nella fascia di performance intermedia. L'AOUP non è presente perché nel 2006 non ha realizzato l'indagine di clima interno.

Valutazione dei Servizi Interni
Confronto 2005-2006



A livello regionale, facendo una media complessiva fra le aziende che hanno partecipato ad entrambe le indagini, la performance migliora leggermente.

L'aspetto con valutazione media maggiore riguarda l'utilizzo della posta elettronica come mezzo di comunicazione: in tutte le aziende per questo ambito il grado di accordo è elevato, infatti la valutazione attribuita rimane fra una performance buona ed una ottima.

Gli aspetti critici variano da azienda ad azienda, complessivamente in alcune aziende gli aspetti riferiti al budget non raggiungono una performance media, segnalando quindi una criticità negli strumenti manageriali a supporto dei primi utilizzatori (responsabili di struttura).

5. VALUTAZIONE DEL BUDGET – F8 di M. Vainieri

La valutazione del budget è un indicatore collegato alla percezione dei responsabili di struttura circa l'utilità, il coinvolgimento, l'efficacia e le modalità con cui si gestisce il budget.

La fonte delle informazioni (relative alla percezione) proviene dall'indagine di clima interno rivolta ai responsabili di struttura.

La percezione e la valutazione del budget da parte dei primi utilizzatori dello strumento (i responsabili di struttura) assume una valenza importante, in quanto segnala la capacità di utilizzare strumenti manageriali per gestire l'azienda.

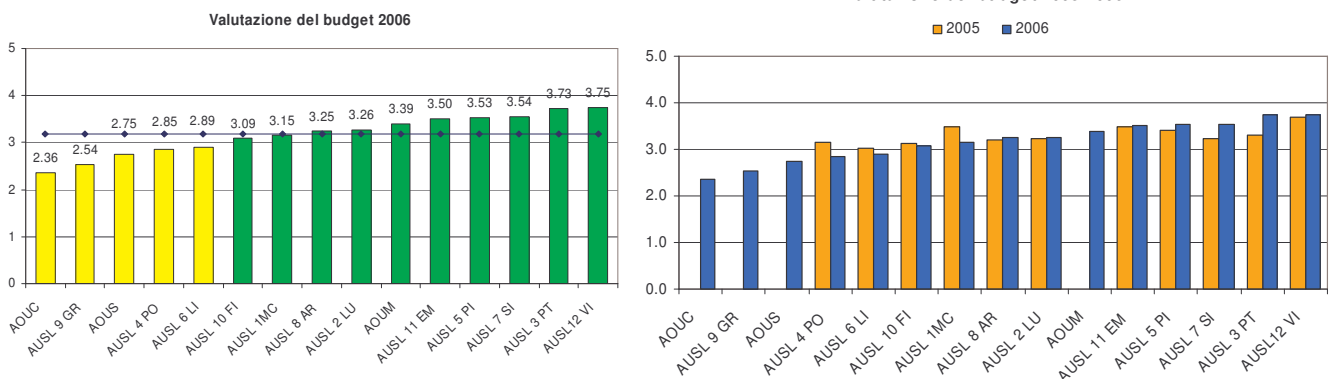


Come mostra l'albero dell'indicatore F8, gli aspetti associati alla valutazione del budget sono otto. Per ognuno di essi è stata formulata una domanda alla quale il responsabile di struttura era chiamato ad esprimere un giudizio di accordo o disaccordo.

Le domande riguardano l'intero processo di budget: dalla formulazione degli obiettivi con la direzione ed i collaboratori all'interno della struttura alle verifiche intermedie e finali del raggiungimento dei risultati. Di seguito si riportano le affermazioni alle quali ciascun responsabile di struttura era chiamato ad indicare il grado di accordo o disaccordo:

1. Il processo di budget è chiaro e condiviso a tutti i livelli aziendali coinvolti
2. Gli obiettivi di budget sono concordati con i miei collaboratori
3. Il budget della mia struttura è negoziato con la Direzione Aziendale
4. Il budget è uno strumento di condivisione della strategia aziendale
5. Il sistema di budget è collegato al sistema di valutazione della dirigenza
6. Esistono efficaci momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno
7. Il budget mi aiuta nella conduzione della mia struttura aziendale
8. Durante il processo di formazione del budget il grado di difficoltà di raggiungimento degli obiettivi è adeguatamente valutato

A livello regionale la performance è buona: più dei due terzi delle aziende viene valutata positivamente e nessuna azienda si colloca nella fascia arancione con performance scarsa. Si evidenziano comunque maggiori problematiche nelle aziende ospedaliero-universitarie. L'AOUP non è presente perché nel 2006 non ha realizzato l'indagine di clima interno.



Come si evince dal grafico contenente le valutazioni medie di confronto fra il 2005 e il 2006, complessivamente la performance è stabile. Per la maggior parte delle aziende vi sono lievi oscillazioni fra un anno e l'altro; in due aziende la valutazione migliora molto ed in altre due la valutazione peggiora. Nel 2006 due aziende si spostano nella fascia intermedia.

A livello regionale, facendo una media complessiva fra le aziende che hanno partecipato ad entrambe le indagini, la performance migliora leggermente.

Includendo nell'analisi anche l'AUSL 9 di Grosseto e le aziende ospedaliero-universitarie che hanno partecipato all'indagine del 2006, la performance regionale si riduce ma mantiene una performance buona.

Le domande con valutazione mediamente più bassa (pur rientrando in una performance media) sono quelle relative alla chiarezza e condivisione del budget fra i livelli aziendali coinvolti, alle verifiche del raggiungimento degli obiettivi ed alla valutazione del grado di difficoltà nel raggiungere gli obiettivi durante il processo di formazione del budget.

L'aspetto con valutazione media maggiore riguarda la percezione del management che il budget è uno strumento attraverso il quale sono comunicate e condivise le strategie aziendali.

6. GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA – F10 di C. Calabrese, L. Marcacci

Nel 2006 il totale della spesa farmaceutica (convenzionata e non convenzionata) a livello regionale è stato pari a 1.078 milioni di euro e, secondo le stime del Settore Farmaceutica della Regione Toscana, ipotizzando un incremento del 4% dovuto all'invecchiamento della popolazione e all'introduzione di nuovi farmaci più costosi, si prevede che per l'anno 2007 la spesa sarà pari a 1.121 milioni di euro.

Rispetto a tale stima, la Regione Toscana stabilisce che per l'anno 2007 la spesa farmaceutica pubblica del Servizio Sanitario Regionale Toscano dovrà essere pari a 1.042 milioni di euro, di cui 649 milioni di euro riferiti alla spesa farmaceutica convenzionata e 393 milioni di euro destinati alla erogazione diretta sul territorio e al consumo interno ai presidi ospedalieri della Toscana.

Dato il contesto sopra descritto, diventa imprescindibile il perseguimento di obiettivi regionali di razionalizzazione e risparmio della spesa farmaceutica, da una parte mediante un attento esame dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, e dall'altra agendo sul versante dei costi tenendo conto della discriminante economica per meglio indirizzare la scelta verso le terapie meno costose, a parità di efficacia e sicurezza dei cittadini.

L'indicatore F10 rileva la spesa farmaceutica pro-capite, ovvero la somma di tutti i costi relativi alla farmaceutica rapportati alla popolazione residente, pesata secondo i criteri espressi nel PRS 2005-2007.

I canali di distribuzione dei farmaci sono:

- La distribuzione convenzionata (farmaci erogati tramite le farmacie convenzionate presenti sul territorio)
- La distribuzione diretta (farmaci acquistati ed erogati direttamente dalle aziende o erogati sul territorio tramite specifici accordi con le farmacie convenzionate)
- La distribuzione ospedaliera (farmaci erogati nei reparti ospedalieri).

L'indicatore in questione tiene conto per l'anno 2006 e precedenti solo della spesa farmaceutica convenzionata e diretta, dal momento che il flusso che rileva i consumi ospedalieri all'interno del presidio fino a livello di reparto, in termini di quantità e di spesa, è stato attivato a partire dal 2007. I dati provengono dal Settore Farmaceutica, della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

La valutazione dell'indicatore si basa sulla media regionale, per cui il punteggio medio regionale si attesta sul valore centrale da 0 a 5:

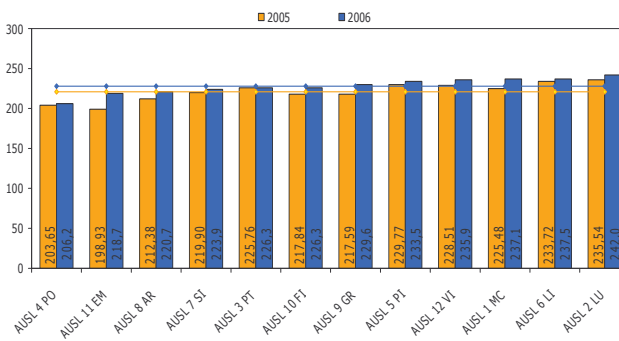
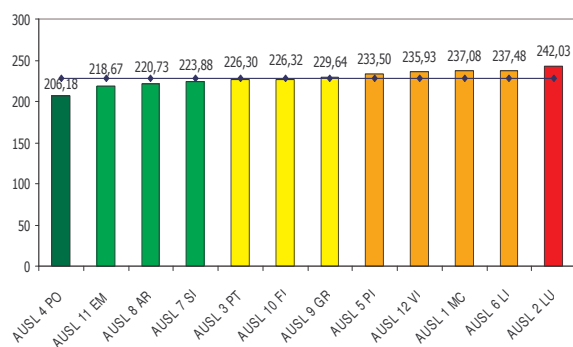
SPESA PRO CAPITE

2,46

Come si rileva dal grafico, nell'anno 2006 l'intervallo dei valori è compreso tra un minimo di 206,18 euro della Ausl 4 di Prato, che consegue la performance migliore, e un valore massimo di 242,03 euro della Ausl2 di Lucca che, posizionandosi al di sopra del valore medio regionale, ottiene la performance peggiore.

Il grafico del trend mostra come nell'arco di un anno, dal 2005 al 2006, la spesa pro-capite sia leggermente aumentata in tutte le aziende, contrariamente alla strategia di riduzione. Il valore medio regionale passa dal 220,76 del 2005 a 228,15 euro di spesa pro-capite nel 2006. Visto che una serie di fattori sono già stati presi in esame nel

considerare la popolazione pesata, le differenze rilevabili tra le aziende meritano un'adeguata analisi per comprenderne le determinanti.



Azienda	2005				Popolazione Gennaio 2005 pesata con pesi PSR 2005-2007	2006				Popolazione Gennaio 2006 pesata con pesi PSR 2005-2007
	Costi netti farmaceutica convenzionata anno 2005	Costi distribuzione diretta anno 2005	Costi totali 2005	Costi pro capite 2005		Costi netti farmaceutica convenzionata anno 2006	Costi distribuzione diretta anno 2006	Costi totali 2006	Costi pro capite 2006	
AUSL 4 PO	3998509	1108867	4497376	20,65	22095	3375596	11300311	46105899	20,62	21876
AUSL 11 EM	5800371	764040	4350771	19,99	28872	37194729	10543192	47697921	20,67	218123
AUSL 8 AR	6239493	754378	6993871	212,38	329324	63135216	9553888	72689104	220,7	329314
AUSL 7 SI	4938014	956660	5934664	219,90	298657	49048040	11746548	60794598	223,9	271593
AUSL 9 PT	5150986	9779271	6130271	225,76	27169	5182160	956166	6138315	226,3	271309
AUSL 10 FI	14820215	2880663	17740888	217,84	813168	60811817	3339379	194201568	226,3	813916
AUSL 9 GR	42127819	7330363	4948182	217,59	227304	4400660	8336102	5236793	229,6	229126
AUSL 5 PI	6101578	1249197	7350765	229,77	39991	6149959	12725929	74615098	233,5	319549
AUSL 12 VI	3095888	627008	3712886	228,51	162671	3046398	7787555	3826920	225,9	162163
AUSL 1 MC	3835526	748993	4684520	225,48	20340	4069442	7805720	4620122	237,1	219405
AUSL 6 LU	6765205	132374	8096920	233,72	34636	6826219	1520918	8348125	237,5	351412
AUSL 2 LU	4106541	748999	5055510	235,54	21482	4352822	8498760	5201152	242,0	21488
MEDIA AUSL	55398311	10755066	66153377	220,76	299866	55244797	12191951	68406748	228,15	300227

Definizione:	Spesa pro-capite
Numeratore:	Costi netti farmaceutica convenzionata e costi per distribuzione diretta
Denominatore:	Popolazione gennaio 2005 pesata secondo i criteri previsti nel PSR 2005-2007
Formula matematica:	$\frac{\text{Costi farmaceutica convenzionata} + \text{costi distribuzione diretta}}{\text{Popolazione pesata}}$
Note per l'elaborazione:	Il costo relativo alla farmaceutica convenzionata è per azienda di residenza e tiene conto della mobilità intra-regionale. Il costo relativo alla distribuzione diretta è per azienda di erogazione. I costi delle AO sono stati ribaltati sull'azienda di residenza in base alla mobilità dei flussi FED. E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa.
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media Regionale

7. INDICE DI COMPENSAZIONE – F11 di M. Vainieri

L'indice di compensazione è un indicatore sintetico costituito da un unico valore: il saldo delle compensazioni extraregionali.

L'indicatore viene calcolato soltanto per le aziende territoriali (AUSL), in quanto solo loro sono soggette a compensazione passiva: il sistema di finanziamento del SSN e del SSR prevede infatti che le aziende territoriali debbano garantire l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a tutti gli assistiti del proprio territorio ed è l'AUSL di residenza che sostiene i costi dei servizi usufruiti dai propri assistiti sia nelle proprie strutture che in strutture di altre aziende pubbliche o private convenzionate.

Questo indicatore quindi esprime la capacità dell'azienda di mantenere un equilibrio fra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extraregionali gestendo le fughe (mobilità passiva) dei propri residenti verso altre regioni e le attrazioni (mobilità attiva) di utenti fuori regione.

Sono prese in considerazione esclusivamente le compensazioni extraregionali in quanto se fossero state comprese anche le compensazioni intra-regione, le aziende sarebbero state indotte a competere sui servizi offerti cercando di attrarre quanti più utenti possibili dalle aziende confinanti. Questa logica contrasta con la scelta regionale di promuovere la cooperazione fra le aziende sanitarie della regione.

L'indicatore è calcolato come la differenza fra la compensazione attiva extraregionale e la compensazione passiva extraregionale in percentuale sui costi esterni. Nei costi e ricavi derivanti dalla mobilità extraregionale sono presi in considerazione i servizi ospedalieri, ambulatoriali e di riabilitazione forniti dalle aziende sanitarie. La compensazione comprende anche la fatturazione attiva e passiva che intercorre direttamente fra le aziende sanitarie.

Come per gli altri indicatori derivanti dal bilancio, *non* sono presenti i dati, perché i bilanci 2005 e 2006 delle aziende sanitarie non sono ancora stati approvati dalla Giunta Regionale.

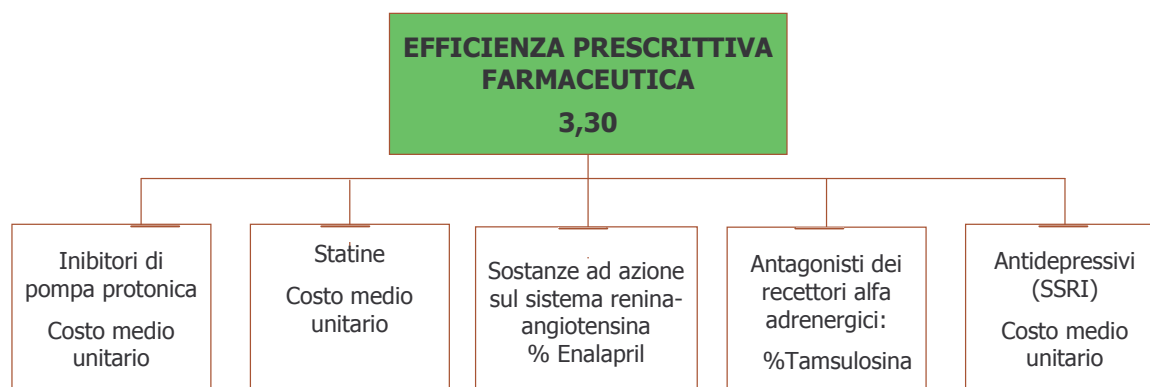
Definizione	Indica l'andamento del saldo delle compensazioni in relazione al totale dei costi esterni
Numeratore	Compensazione extraregionale attiva - Compensazione extraregionale passiva
Denominatore	Totale dei costi esterni
Formula	$\frac{\text{Compensazione extraregionale attiva} - \text{Compensazione extraregionale passiva}}{\text{Totale Costi esterni}} \times 100$
Fonte	Flusso CE
Significato	La capacità dell'azienda di gestire le fughe dei propri residenti verso altre regioni e le attrazioni di utenti fuori regione in relazione ai costi esterni.

8. EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA – F12 di C. Calabrese, L. Marcacci

La Regione Toscana, ai sensi della delibera regionale N. 463 del 2006, prevede che le aziende si adoperino per il contenimento del consumo dei farmaci e della spesa farmaceutica territoriale a carico del SSR prevedendo politiche di acquisto dei farmaci che selezionino i prodotti a più basso prezzo di acquisto a parità di efficacia.

I dati provengono dal Settore Farmaceutica, della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

Per quanto riguarda l'Efficienza Prescrittiva Farmaceutica, la valutazione media regionale è pari a 3,3 su 5 e l'albero dell'indicatore è così composto:

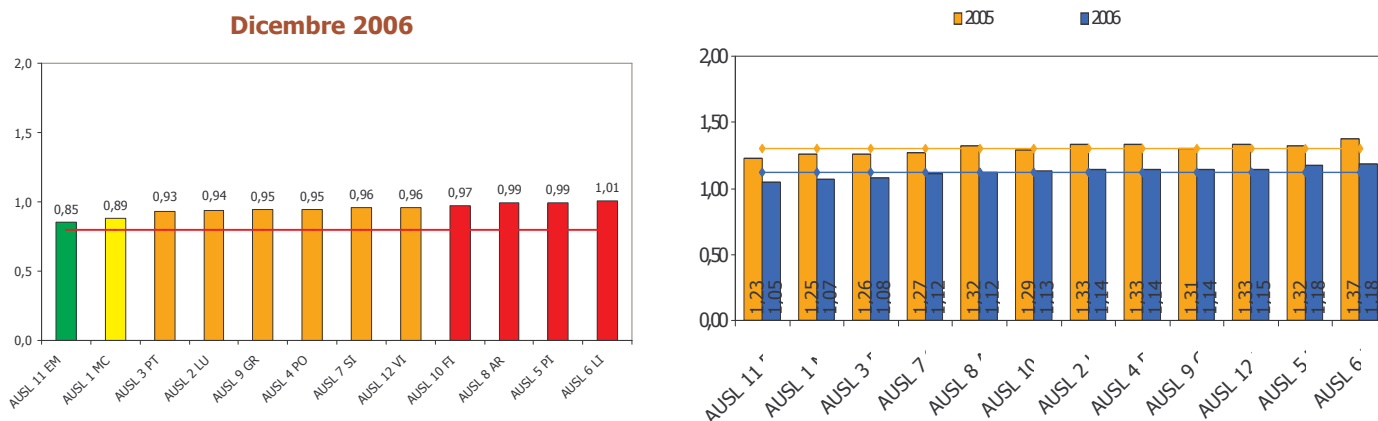


8.1 - Inibitori di pompa protonica

Per quanto riguarda gli Inibitori di Pompa Acida, la delibera stabilisce che a livello regionale e di ogni singola Azienda il costo medio unitario ponderato di ogni singola unità posologica non deve superare gli 0,8 Euro.

Nel mese di dicembre 2006, nessuna azienda ha rispettato lo standard di riferimento. Pur rilevando delle diversità tra le varie aziende, tutte superano il valore obiettivo fissato.

Per quanto riguarda l'andamento temporale, dal grafico e dalla tabella, si osserva come ci sia stata una diminuzione generalizzata da parte di tutte le aziende con maggiore evidenza da parte di alcune di esse, facendo così abbassare il dato medio regionale passando da 1,30 a 1,12.



Azienda di erogazione	2005			2006		
	Costo medio unitario ponderato per singola unità posologica	Importi	N° unità posologiche	Costo medio unitario ponderato per singola unità posologica	Importi	N° unità posologiche
AUSL 1 MC	1,25	2.522.360	2.009.910	1,07	2.864.258	2.687.496
AUSL 2 LU	1,33	2.462.690	1.845.340	1,14	2.817.398	2.475.914
AUSL 3 PT	1,26	3.439.190	2.737.070	1,08	3.718.487	3.437.616
AUSL 4 PO	1,33	2.314.962	1.741.236	1,14	2.509.647	2.204.020
AUSL 5 PI	1,32	4.327.775	3.276.742	1,18	5.020.075	4.264.862
AUSL 6 LI	1,37	5.430.252	3.955.098	1,18	5.742.983	4.863.990
AUSL 7 SI	1,27	3.164.462	2.485.686	1,12	3.775.013	3.383.870
AUSL 8 AR	1,32	3.811.056	2.888.326	1,12	4.224.904	3.757.292
AUSL 9 GR	1,31	3.181.007	2.434.138	1,14	3.573.999	3.136.840
AUSL 10 FI	1,29	9.787.654	7.573.062	1,13	11.504.622	10.175.998
AUSL 11 EM	1,23	2.151.459	1.749.398	1,05	2.348.388	2.241.876
AUSL 12 VI	1,33	2.422.397	1.819.230	1,15	2.432.016	2.118.718
MEDIA AUSL	1,30	3.751.272	2.876.270	1,12	4.210.982	3.729.038

Definizione:	Costo medio unitario ponderato per singola unità posologica erogata dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale
Numeratore:	Costo delle unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N. unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale
Formula matematica:	Costo delle unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale N. Unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale
Fonte:	Settore Farmaceutica: Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale, delibera n° 463/06

8.2 – Antidepressivi: inibitori selettivi della serotonina

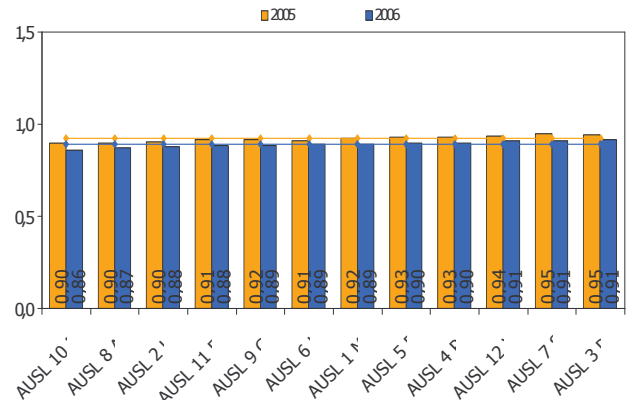
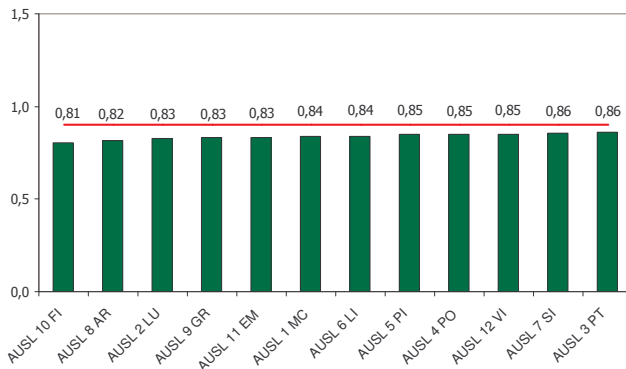
Per gli Inibitori selettivi della Serotonina la delibera ha fissato che il costo medio unitario ponderato di ogni DDD (Dose Definita Giornaliera) non deve essere superiore a 0,55 euro.

Con riferimento al mese di dicembre 2006 i risultati raggiunti dalle aziende sono quelli riportati dal grafico, dal quale emerge chiaramente che tutte le aziende raggiungono senza difficoltà l'obiettivo fissato, riportando così una performance positiva.

Da un punto di vista temporale, si può osservare dal grafico e dalla tabella, che dal 2005 al 2006 c'è stata una diminuzione marcata e generalizzata del trend, ciò ha fatto ridurre il dato medio regionale, il quale è passato da 0,65 nel 2005 a 0,56 nel 2006.

Si allegano di seguito i grafici e le tabelle relativi agli altri sottoindicatori dell'albero della efficienza prescrittivi farmaceutica.

Dicembre 2006

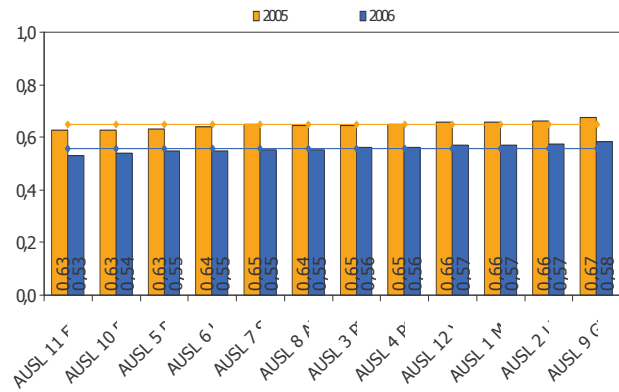
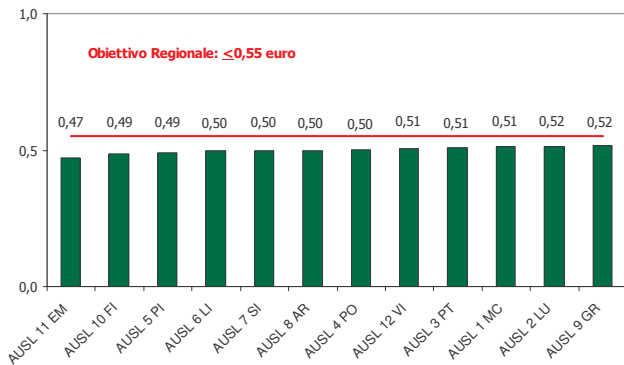


Azienda di erogazione	2005		2006	
	Costo medio unitario ponderato per DDD	Importi	Costo medio unitario ponderato per DDD	Importi
AUSL 1 MC	0,66	2.252.120	0,57	1.862.896
AUSL 2 LU	0,66	2.757.932	0,57	2.216.343
AUSL 3 PT	0,65	3.658.497	0,56	2.866.855
AUSL 4 PO	0,65	1.957.302	0,56	1.539.403
AUSL 5 PI	0,63	3.151.394	0,55	2.496.399
AUSL 6 LI	0,64	3.566.018	0,55	2.773.004
AUSL 7 SI	0,65	2.299.478	0,55	1.865.985
AUSL 8 AR	0,64	3.281.542	0,55	2.637.693
AUSL 9 GR	0,67	2.056.953	0,58	1.696.490
AUSL 10 FI	0,63	8.165.981	0,54	6.626.115
AUSL 11 EM	0,63	2.028.236	0,53	1.603.367
AUSL 12 VI	0,66	2.014.397	0,57	1.589.285
MEDIA AUSL	0,65	3.099.154	0,56	2.481.153

Definizione:	Costo medio unitario ponderato per singola DDD erogata dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:	Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N° DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale N° DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale, delibera n° 463/06

8.3 - Statine: costo medio unitario

Dicembre 2006

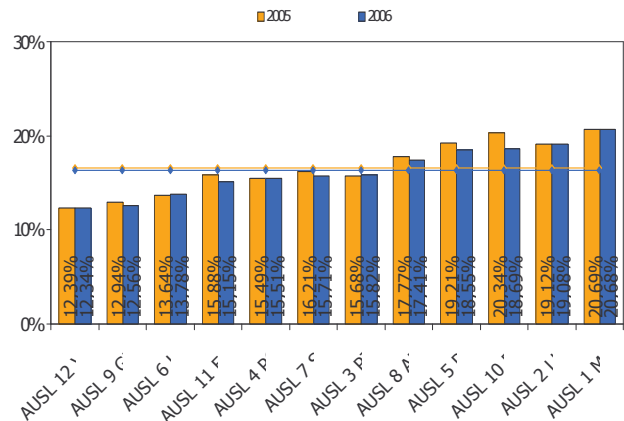
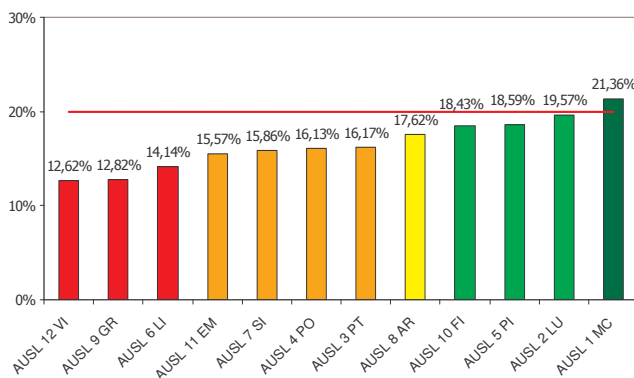


Azienda di erogazione	2005			2006		
	Costo medio unitario ponderato per DDD	Importi	DDD complessive	Costo medio unitario ponderato per DDD	Importi	DDD complessive
AUSL 1 MC	0,92	3.315.644	3.597.234	0,89	3.836.840	4.303.874
AUSL 2 LU	0,90	3.092.774	3.425.728	0,88	3.316.398	3.781.049
AUSL 3 PT	0,95	4.296.853	4.545.963	0,91	4.559.869	4.988.209
AUSL 4 PO	0,93	2.908.037	3.135.128	0,90	2.993.738	3.327.736
AUSL 5 PI	0,93	5.014.856	5.397.209	0,90	5.415.069	6.022.043
AUSL 6 LI	0,91	5.661.069	6.227.191	0,89	6.176.134	6.941.258
AUSL 7 SI	0,95	3.660.401	3.862.268	0,91	3.915.155	4.287.630
AUSL 8 AR	0,90	4.690.114	5.225.931	0,87	5.346.122	6.140.593
AUSL 9 GR	0,92	3.450.929	3.751.795	0,89	3.928.882	4.432.962
AUSL 10 FI	0,90	11.053.512	12.305.526	0,86	12.420.994	14.410.369
AUSL 11 EM	0,91	2.565.941	2.805.400	0,88	2.770.416	3.136.407
AUSL 12 VI	0,94	2.193.724	2.342.296	0,91	2.253.744	2.483.554
MEDIA AUSL	0,92	4.325.321	4.718.472	0,89	4.744.447	5.354.640

Definizione:	Costo medio unitario ponderato per singola DDD erogata dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:	Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N. DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}{\text{N. DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale, delibera n° 463/06

8.4 - Sostanze ad azioni sul sistema renina angiotensina: % Enalapril

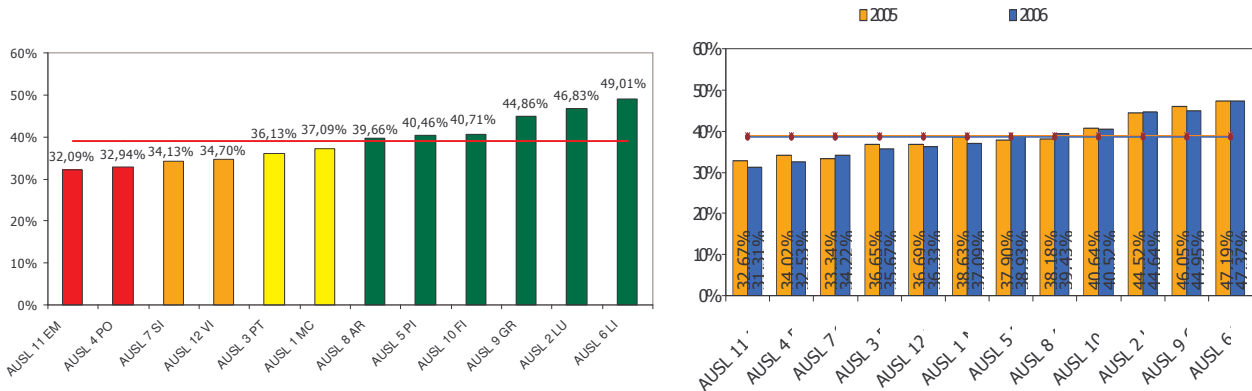
Dicembre 2006



Azienda di erogazione	2005			2006		
	%confezioni di Enalapril erogate	N° confezioni di Enalapril erogate	N° confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate	%confezioni di Enalapril erogate	N° confezioni di Enalapril erogate	N° confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate
AUSL 1 MC	20,69%	108.679	525.240	20,68%	114.280	552.503
AUSL 2 LU	19,12%	105.360	551.149	19,08%	110.668	579.957
AUSL 3 PT	15,88%	112.336	716.422	15,82%	118.982	752.246
AUSL 4 PO	15,49%	71.137	459.372	15,51%	72.842	469.550
AUSL 5 PI	19,21%	133.690	696.106	18,59%	136.533	736.023
AUSL 6 LI	13,64%	115.459	846.299	13,78%	121.833	884.442
AUSL 7 SI	16,21%	101.290	624.855	15,71%	103.004	655.788
AUSL 8 AR	17,77%	148.467	835.268	17,41%	154.055	884.918
AUSL 9 GR	12,94%	72.426	559.598	12,59%	73.076	581.621
AUSL 10 FI	20,34%	387.502	1.904.998	18,69%	375.970	2.011.754
AUSL 11 EM	15,88%	80.806	508.919	15,15%	81.176	535.704
AUSL 12 VI	12,39%	48.988	395.331	12,34%	49.687	402.740
MEDIA AUSL	16,61%	123.845	718.630	16,27%	126.008	753.938

Definizione:	% confezioni di farmaci a base di Enalapril (ATC= C09AA02 e C09BA02) erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09 (sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina)
Numeratore:	N° confezioni di Enalapril erogate X 100
Denominatore:	N° confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{N° confezioni di Enalapril erogate} \times 100}{\text{N° confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale, delibera n° 463/06

8.5 - Antagonisti dei recettori alfa adrenergici. % Tamsulosina



Azienda di erogazione	2005			2006		
	% confezioni di Tamsulosina erogate	N° confezioni di Tamsulosina erogate	N° confezioni di antagonisti recettori alfa adrenergici erogate	% confezioni di Tamsulosina erogate	N° confezioni di Tamsulosina erogate	N° confezioni di antagonisti recettori alfa adrenergici erogate
AUSL 1 MC	38,63%	14.908	38.593	37,09%	15.103	40.719
AUSL 2 LU	44,52%	25.791	57.927	44,64%	26.619	59.624
AUSL 3 PT	36,65%	32.396	88.393	35,67%	32.608	91.415
AUSL 4 PO	34,02%	19.679	57.851	32,53%	18.905	58.124
AUSL 5 PI	37,90%	40.410	106.611	38,93%	43.573	111.918
AUSL 6 LI	47,19%	53.442	113.243	47,37%	55.503	117.158
AUSL 7 SI	33,34%	28.121	84.353	34,22%	30.584	89.376
AUSL 8 AR	38,18%	36.682	96.070	39,43%	40.250	102.086
AUSL 9 GR	46,05%	27.534	59.787	44,95%	28.221	62.789
AUSL 10 FI	40,64%	107.389	264.242	40,52%	111.303	274.657
AUSL 11 EM	32,67%	24.750	75.758	31,31%	25.221	80.543
AUSL 12 VI	36,69%	18.987	51.752	36,33%	18.286	50.335
MEDIA AUSL	38,87%	35.841	91.215	38,58%	37.181	94.895

Definizione:	% confezioni di farmaci a base di Tamsulosina (ATC= G04CA02) erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico G04CA (antagonisti dei recettori alfa adrenergici)
Numeratore:	N° confezioni di Tamsulosina erogate X 100
Denominatore:	N° confezioni di antagonisti dei recettori alfa adrenergici erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{N° confezioni di Tamsulosina erogate} \times 100}{\text{N° confezioni di antagonisti dei recettori alfa adrenergici erogate}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale, delibera n° 463/06

9. PROCEDURE DI CONTROLLO INTERNO DEI MAGAZZINI – F13 di C. Campanale

L'indicatore di sintesi "Procedure di controllo interno dei magazzini" illustra in che misura sono recepite e applicate le procedure di controllo interno del magazzino. Esso è un indicatore di carattere qualitativo e per poterlo comprendere è necessario svilupparlo nelle sue molteplici determinanti, in quanto solo dalla loro combinazione sarà possibile valutarlo. A livello regionale si osserva un discreto livello di recepimento/applicazione delle procedure di controllo interno legate alle problematiche dei magazzini (esso, con un punteggio di 2,94 si avvicina molto ad un buon livello).



I requisiti individuati per un corretto controllo interno sono relativi ai seguenti aspetti:

- Conoscenza dei principi contabili;
- Esistenza di una procedura scritta;
- Applicazione della procedura;
- Informazioni desumibili dai Prospetti di Stato Patrimoniale e Conto Economico;
- Informazioni desumibili Prospetto Nota Integrativa;
- Criteri di imputazioni dei costi ai Centri di Costo;

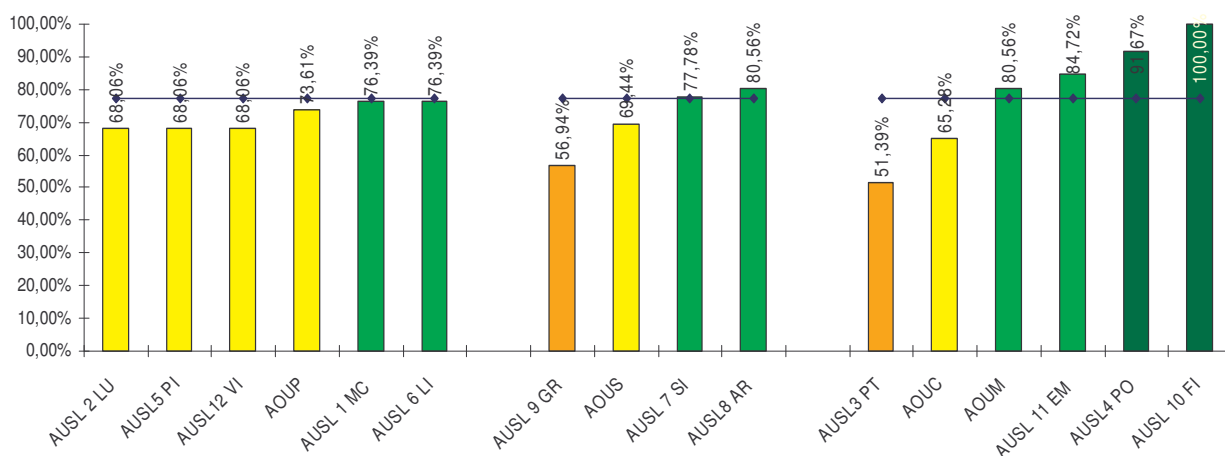
La presenza di tali requisiti è stata verificata attraverso l'analisi degli esiti di una serie di questionari somministrati agli allievi del Master Mes I Edizione. Per ognuno di essi domande specifiche mirano a verificare se e in che misura esistono una serie di elementi chiave. L'indagine è stata effettuata su un numero ristretto di soggetti che, non costituendo un campione rappresentativo, non hanno permesso di ottenere un dato statisticamente significativo. Tuttavia, l'esito costituisce un "campanellino" che permette di porre l'attenzione, e quindi di approfondire successivamente, le criticità che si riscontrano in tali procedure.

In generale le tre aree vaste si collocano al di sotto della media regionale, con situazioni più eterogenee nelle aree vaste Sud-Est e Centro.

L'Area Vasta Nord Ovest è caratterizzata da una certa omogeneità tra le aziende, le quali sono tuttavia al di sotto del valore medio

Nelle altre aree vaste invece l'andamento è più eterogeneo: in queste infatti le aziende si collocano in fasce che vanno dalla medio-bassa a quella alta, con valori che possono oscillare del 51,39% per la Ausl di Pistoia e il 100% per la Ausl di Firenze nel caso dell'Area Vasta Centro.

Gli aspetti più carenti per quanto concerne le procedure di controllo del magazzino sono quelli relativi alla conoscenza dei principi contabili, all'esistenza di procedure condivise e adeguatamente comunicate e alla loro applicazione. Riteniamo quindi opportuno analizzarli nel dettaglio.



Azienda	N. esistenza e applicazione procedure controllo interno del magazzino	N. procedure controllo interno del magazzino oggetto di analisi	Indicatore
AUSL 1 MC	4,58	6	76,39%
AUSL 2 LU	4,08	6	68,06%
AUSL 3 PT	3,08	6	51,39%
AUSL 4 PO	5,50	6	91,67%
AUSL 5 PI	4,08	6	68,06%
AUSL 6 LI	4,58	6	76,39%
AUSL 7 SI	4,67	6	77,78%
AUSL 8 AR	4,83	6	80,56%
AUSL 9 GR	3,42	6	56,94%
AUSL 10 FI	6,00	6	100,00%
AUSL 11 EM	5,08	6	84,72%
AUSL 12 VI	4,08	6	68,06%
AOUP	4,42	6	73,61%
AOUS	4,17	6	69,44%
AOUC	3,92	6	65,28%
AOUM	4,83	6	80,56%
Media regionale	4,46	6	77,08%

Definizione:	Percentuale esistenza ed applicazione delle procedure di controllo interno del magazzino
Numeratore:	N. procedure di controllo esistenti e applicate nel magazzino
Denominatore:	N. procedure di controllo interno del magazzino oggetto di analisi
Formula matematica:	N. procedure di controllo esistenti e applicate nel magazzino
	N. procedure di controllo interno del magazzino oggetto di analisi
Note per l'elaborazione:	
Fonte:	Indagine allievi Master Mes I Edizione
Parametro di riferimento:	Media regionale

9.4 - Informazioni Prospetti Stato Patrimoniale e Conto Economico

Domanda	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VI	AOUC	AOUM	AOUP	AOUS
Sono rispettati gli schemi dello Stato Patrimoniale e del Conto economico per le voci riguardanti le rimanenze e la variazione delle rimanenze?	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

9.5 - Informazioni Prospetto Nota Integrativa

Tutte le aziende indicano in nota integrativa i criteri di valutazione delle scorte, tuttavia quasi nel 50% dei casi non è disponibile l'informazione circa la disposizione delle scorte rispetto ai differenti magazzini dell'azienda in modo tale che non è possibile ricostruire la giacenza dei differenti presidi.

Domanda	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VI	AOUC	AOUM	AOUP	AOUS
Informazioni prospetto Nota Integrativa	0,50	0,50	0,50	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	1,00	1,00
a In nota integrativa è riportato il criterio di valutazione delle scorte?	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
b In nota integrativa è riportata una tabella riepilogativa nella quale si suddividono le rimanenze presso i magazzini centrali rispetto a quelle presso i presidi dell'azienda?	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00

9.6 - Imputazioni ai Centri di costo

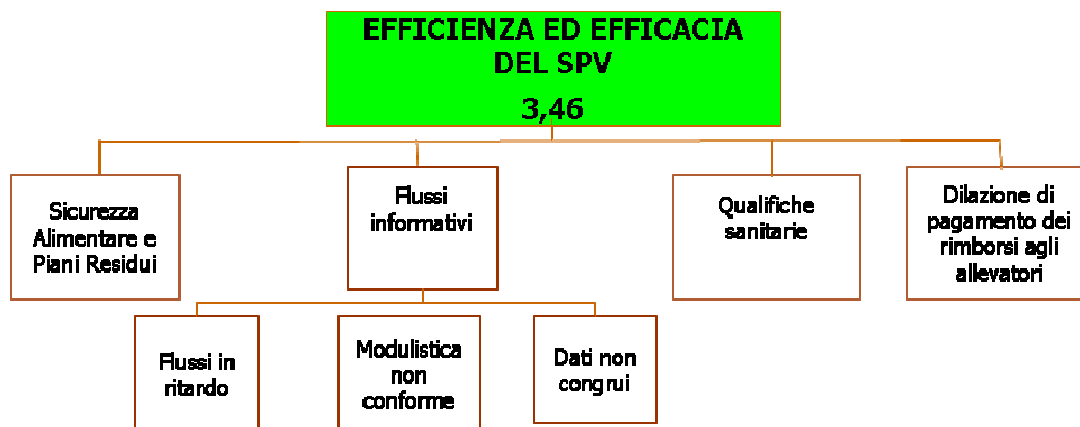
Tutte le aziende utilizzano come criterio di valutazione delle rimanenze il costo medio ponderato, tuttavia circa il 50% delle aziende non valorizza correttamente il consumo dei centri di costo.

Il consumo, infatti, è dato dalla somma algebrica tra acquistato e variazione delle rimanenze (Esistenze iniziali – Rimanenze finali), per cui, imputando ai Centri di Costo solamente gli scarichi di magazzino e trascurando la variazione delle rimanenze, non si riesce ad avere la percezione di quello che è stato effettivamente consumato nel corso dell'anno con l'ulteriore difficoltà a realizzare una corretta programmazione degli acquisti.

Domanda	AUSL 1 MC	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 EM	AUSL 12 VI	AOUC	AOUM	AOUP	AOUS
Imputazioni dei costi ai Centri di Costo (CdC)	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	1,00
a Attraverso la contabilità di magazzino sono valorizzate le rimanenze finali al costo medio ponderato?	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
b Per valorizzare l'effettivo consumo annuo dei Centri di Costo vengono imputati ai CdC, oltre ai costi degli scarichi di magazzino, anche la variazione delle rimanenze?	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00

10. EFFICIENZA ED EFFICACIA NELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA – F14 di C. Campanale

Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono inseriti alcuni indicatori per la valutazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e in particolare della Sanità Pubblica

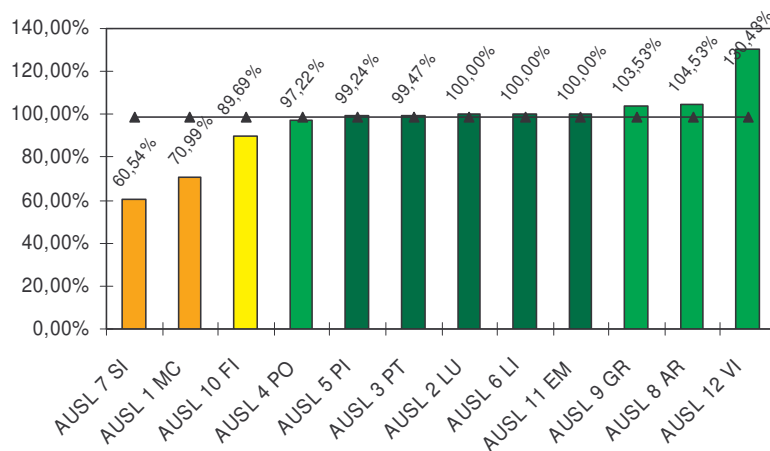


I dati per la costruzione degli indicatori hanno come riferimento il PNA (Piano Nazionale Alimentazione), PNR (Piano Nazionale Residui) e la Reportistica Periodica Standardizzata fornita dalle Aziende. Gli indicatori che andremo a descrivere sono in via sperimentale e sono stati introdotti per la prima volta nel 2006. Tuttavia la loro introduzione ha portato a risultati interessanti fin dall'inizio, in quanto per l'anno 2007 ha costituito un forte impulso alla raccolta sistematica di molti dati che fino ad oggi non venivano monitorati.

10.1 - Sicurezza alimentare e piani residui

L'obiettivo annuo in materia di sicurezza alimentare impone che le aziende riescano, rispetto ai campioni annui assegnati in base al PNA e al PNR, a raggiungere un obiettivo del 100%; per tale motivo, sono ritenute buone solo le performance di quelle aziende che hanno effettuato tra il 98% e il 100% dei campioni programmati. Nel momento in cui l'indicatore superava il 100% si è assegnata una performance inferiore in quanto può essere sintomo o di una non adeguata programmazione o di un eccessivo uso delle risorse.

Dieci aziende su dodici realizzano una performance che oscilla da molto buona a ottima, mentre solamente per due aziende (Siena, Massa Carrara) si evidenzia una performance scarsa: in tali casi infatti si osserva che la percentuale di campioni eseguiti è molto bassa (anche se rispetto a un numero molto più consistente di campioni programmati).

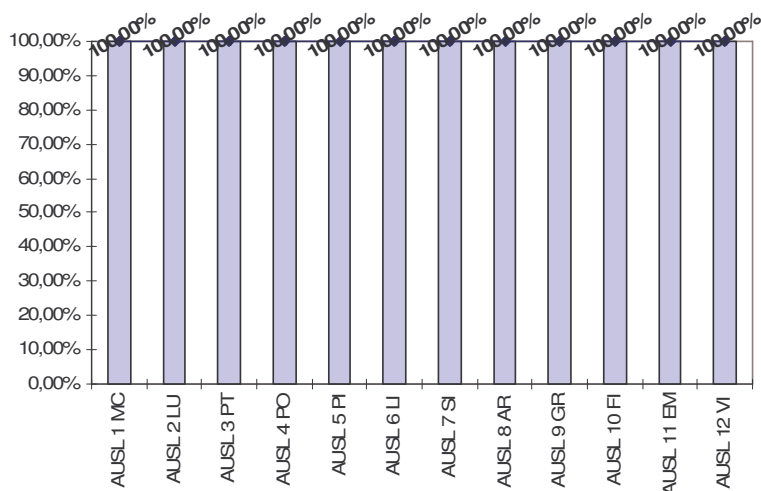


2006			
Azienda	Totale campioni eseguiti	Totale campioni assegnati	Indicatore
AUSL 1 MC	93	131,00	70,99%
AUSL 2 LU	134	134,00	100,00%
AUSL 3 PT	186	187,00	99,47%
AUSL 4 PO	35	36,00	97,22%
AUSL 5 PI	131	132,00	99,24%
AUSL 6 LI	73	73,00	100,00%
AUSL 7 SI	135	223,00	60,54%
AUSL 8 AR	323	309,00	104,53%
AUSL 9 GR	352	340,00	103,53%
AUSL 10 FI	87	97,00	89,69%
AUSL 11 EM	145	145,00	100,00%
AUSL 12 VI	30	23,00	130,43%
MEDIA REGIONALE	143,67	152,50	98,60%

Definizione:	Sicurezza alimentare
Numeratore:	N. campioni effettuati
Denominatore:	N. campioni assegnati
Formula matematica:	$\frac{\text{N. campioni effettuati}}{\text{N. campioni assegnati}}$
Note per l'elaborazione:	
Fonte:	PNA 2006, PNR 2006
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

10.2 - Qualifiche sanitarie

L'indicatore ha lo scopo di monitorare se le Aziende stanno effettuando i dovuti controlli finalizzati al rilascio delle qualifiche sanitarie. La scelta in questo caso è stata quella di non inserire l'indicatore nella valutazione della performance, in quanto al termine dell'anno tutte le Ausl riescono a raggiungere l'obiettivo del 100% ms di mantenere l'indicatore perché questa attività è caratterizzata da una forte stagionalità e nel corso dell'anno si potrebbero determinare al contrario situazioni molto eterogenee.



2006			
Azienda	Numero aziende controllate	Numero aziende sottoposte a programma	INDICATORE
AUSL 1 MC	1050	1050	100,00%
AUSL 2 LU	379	379	100,00%
AUSL 3 PT	184	184	100,00%
AUSL 4 PO	85	85	100,00%
AUSL 5 PI	575	575	100,00%
AUSL 6 LI	266	266	100,00%
AUSL 7 SI	693	693	100,00%
AUSL 8 AR	1066	1066	100,00%
AUSL 9 GR	1774	1774	100,00%
AUSL 10 FI	1098	1098	100,00%
AUSL 11 EM	153	153	100,00%
AUSL 12 VI	136	136	100,00%
MEDIA REGIONALE	621,58	621,58	100,00%

Definizione:	Qualifiche sanitarie ottenute
Numeratore:	N. aziende controllate
Denominatore:	N. aziende sottoposte a programma
Formula matematica:	$\frac{\text{N. aziende controllate}}{\text{N. aziende sottoposte a programma}}$
Note per l'elaborazione:	Le qualifiche si riferiscono a: tubercolosi bovina e bufalina, brucellosi bovina, brucellosi ovis-caprina e leucosi bovina.
Fonte:	Reportistica periodica standardizzata regionale
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

10.3 - Flussi informativi

Per quanto concerne il recepimento dei flussi informativi, alcuni aspetti sono ritenuti di particolare importanza ai fini di un'agevole e celere rielaborazione dei dati; essi sono: la puntualità con cui questi sono inviati dalle aziende rispetto alla scadenza, il rispetto della modulistica prevista e la congruità del dato intesa come correttezza dei dati di dettaglio e del dato di sintesi che ne deriva.

Per tale motivo la considerazione di elementi è ritenuta fondamentale per effettuare una valutazione complessiva rispetto ad un efficiente ed efficace recepimento dei flussi informativi che pervengono alla Regione.

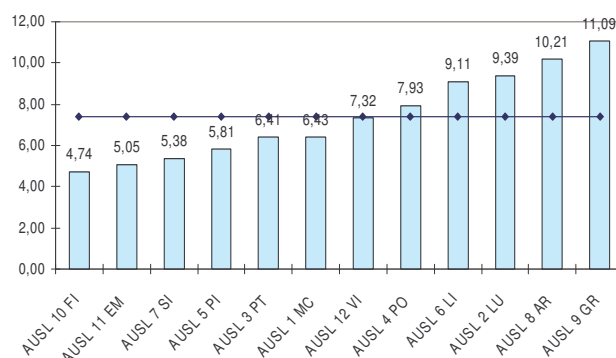
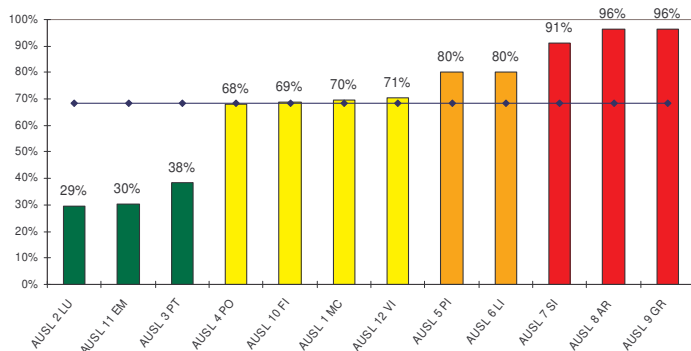
Tuttavia, dato che fino al 2006, non è stata prevista una rilevazione sistematica dei dati è stato possibile analizzare solamente l'indicatore relativo al ritardo dei flussi e alla conformità delle relative modulistiche.

La valutazione su tali indicatori è basata sui valori medi riscontrati.

10.4 - Flussi in ritardo

L'indicatore vede valori molto eterogenei con aziende che si collocano su fasce di valutazione che vanno da molto buona a molto negativa. Tuttavia l'indicatore è basato sull'assunto che un flusso è considerato in ritardo indipendentemente dal numero di giorni successivi alla scadenza con cui è arrivato. In termini gestionali, quindi, è significativo misurare anche i giorni di ritardo medio con i quali le aziende inviano i flussi richiesti. In tal caso si osserva che ci sono delle situazioni in cui la scarsa performance in termini di numero di flussi in ritardo è confermata anche da un numero medio di giorni piuttosto elevato, ma possono esserci anche dei casi in cui aziende caratterizzate da una bassa percentuale di flussi in ritardo (e quindi da una performance ottima) siano caratterizzate da un numero medio di giorni piuttosto alto o viceversa (come i due opposti casi di Lucca e di Siena).

Un elemento gestionale molto interessante è la disponibilità del dato a livello di singolo flusso. In tal caso la tabella sottostante evidenzia come ci siano dei flussi particolarmente critici in quanto, rispetto a questi, le aziende sono sistematicamente in ritardo (è l'esempio del flusso 22, 23 e 25). Tale informazione evidenzia innanzitutto alcune delle determinanti di un certo livello di performance, ma spinge anche all'effettuazione di un'analisi critica del flusso stesso. Per quanto concerne la tabella in questione non è stata effettuata alcuna valutazione, ma ci siamo limitati semplicemente a indicare con il colore rosso i flussi in ritardo e con il colore verde quelli puntuali.



2006			
Azienda	N. FLUSSI ATTESI	N.FLUSSI ritardo	INDICATORE
AUSL 1 MC	28,00	19,50	70%
AUSL 2 LU	28,00	8,25	29%
AUSL 3 PT	28,00	10,75	38%
AUSL 4 PO	28,00	19,00	68%
AUSL 5 PI	28,00	22,50	80%
AUSL 6 LI	28,00	22,50	80%
AUSL 7 SI	28,00	25,50	91%
AUSL 8 AR	28,00	27,00	96%
AUSL 9 GR	28,00	27,00	96%
AUSL 10 FI	28,00	19,25	69%
AUSL 11 EM	28,00	8,50	30%
AUSL 12 VI	28,00	19,75	71%
MEDIA REGIONALE	28,00	19,13	68%

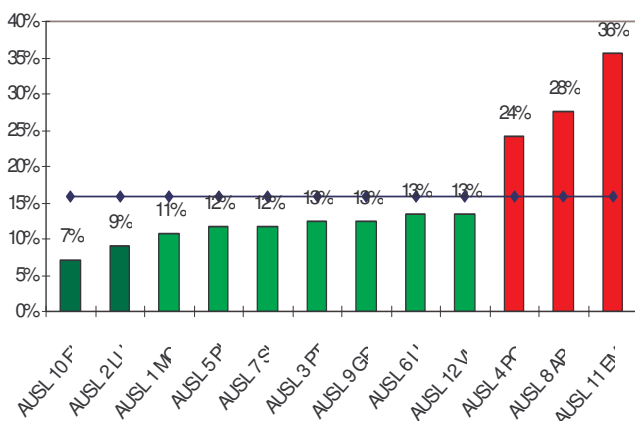
Definizione:	Flussi informativi
Numeratore:	N. Flussi in ritardo
Denominatore:	N. Flussi attesi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Flussi in ritardo}}{\text{N. Flussi attesi}}$
Note per l'elaborazione:	I flussi attesi presi in considerazione sono i seguenti: 2,3,4,5,6,7,9,12,13,15,16,17,22,23,24,25,28,29,30 A,32,35 (allegato 1, 2, 3, 6mvs, 6psc, 7mvs, 7psc),36.
Fonte:	Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Anno 2006	
Azienda	Giorni di ritardo
AUSL 1 MC	6.43
AUSL 2 LU	9.39
AUSL 3 PT	6.41
AUSL 4 PO	7.93
AUSL 5 PI	5.81
AUSL 6 LI	9.11
AUSL 7 SI	5.38
AUSL 8 AR	10.21
AUSL 9 GR	11.09
AUSL 10 FI	4.74
AUSL 11 EM	5.05
AUSL 12 VI	7.32
MEDIA REGIONALE	7.40

Flusso	Ausl 1	Ausl 2	Ausl 3	Ausl 4	Ausl 5	Ausl 6	Ausl 7	Ausl 8	Ausl 9	Ausl 10	Ausl 11	Ausl 12	Giorni di Ritardo Medio per Flusso
2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.25
3	0	0	0	5.5	0	0	0	0	0	0	0	0	7.78
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.67
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13.43
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.86
7	0	0	8	25	0	0	0	0	0	0	0	0	13.50
9	34	31	27	20	20	13	34	21	29	24	nd	26	25.36
12	25.5	0	7	0	3	3	1.5	0.5	1	0	0	9	6.31
13	2	11	14	0.5	11	11.5	4	21	nd	1	0	11.5	8.75
15	0	0	0	0	nd	7	7	6	nd	1	12	nd	6.60
16	1	nd	nd	1	16	10	7	7	nd	1	8	nd	6.38
17	1	0	nd	0	13	9	3	8	nd	1	0	18	7.14
22	6.25	5.75	1.5	14.3	3.75	9.75	5.5	5.25	6	3.75	0.75	2.25	5.40
23	5.25	7.75	0.25	3.75	3	9.75	5.5	7	12.3	3.5	0.75	4	5.23
24	0	4	0	7	0	0	0	4	12	0	0	7	6.80
25	6.25	9	1.5	6.75	3	11	5.5	5.25	7.5	2.25	5.25	2.25	5.46
28	1	0	3	10	1	10	4	10	16	1	0	0	6.22
29	4	0	1	0	2	11	3	21	11	3	1	3	6.00
30 A	0	4	0	nd	15	4	nd	13	nd	0	7	nd	8.60
32	6	0	0	22	0	4	1	5	0	4	13	13	10.14
35.1	7.25	0	1.25	7	2	10	5.5	5.25	6.75	4	0.75	2.5	4.75
35.2	4	0	0	2	2	3	3	3	9	8	0	0	4.25
35.3	4	0	0	2	2	3	3	3	9	8	0	0	4.25
35.6mvs	4	0	0	2	2	0	0	0	9	0	0	0	3.83
35.6psc	4	0	0	2	2	0	0	0	9	0	0	0	3.83
35.7mvs	4	0	0	nd	nd	nd	nd	9	6	0	3	3	5.00
35.7psc	4	0	0	2	0	11	3	3	9	3	0	3	4.75
36	1	0	6	9	16	7	7	7	2	1	13	7	6.91
	6.43	9.39	6.41	7.93	5.81	9.11	5.38	10.21	11.09	4.74	5.05	7.32	7.48

10.5 - Flussi con modulistica non conforme

Per quanto concerne il rispetto della modulistica, i tre quarti delle aziende realizzano performance molto buone e ottime, mentre solo tre aziende si discostano da tale generale andamento, realizzando al contrario performance molto negative. L'aspetto è tuttavia un po' anomalo, in quanto la modulistica predisposta viene in genere ampiamente condivisa e comunicata. Anche in tal caso, comunque, è interessante osservare come ci siano dei flussi particolarmente critici come ad esempio il flusso 22, 23 (caratterizzati anche dal sistematico ritardo) e 32 ed anche in questo caso sono valide le osservazioni fatte in precedenza. Per quanto concerne la tabella in questione non abbiamo effettuato alcuna valutazione ma ci siamo limitati a indicare con il colore rosso i flussi con modulistica non conforme e con colore verde quelli con modulistica conforme.



Flusso	Ausl 1	Ausl 2	Ausl 3	Ausl 4	Ausl 5	Ausl 6	Ausl 7	Ausl 8	Ausl 9	Ausl 10	Ausl 11	Ausl 12	N. di aziende con modulistica non conforme
2				1.00				1.00					2,00
3	0.50			1.00							0.50		3,00
4								1.00					1,00
5			1.00	1.00									2,00
6	1.00							1.00	1.00				3,00
7													0,00
9													0,00
12													0,00
13													0,00
15													0,00
16													1,00
17								1.00					1,00
22	0.25	0.25	0.50	0.75	0.00	0.75	0.25	0.75	0.50		0.75	0.75	5,50
23	0.25	1.00	1.00	0.75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	11,00
24													0,00
25													0,00
28													0,00
29													0,00
30 A													0,00
32	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	12,00
35.1		0.25		0.25	0.25						0.75		1,50
35.2											1.00		1,00
35.3											1.00		1,00
35.6mvs											1.00		1,00
35.6psc											1.00		1,00
35.7mvs				1.00	1.00	1.00	1.00				1.00		5,00
35.7psc											1.00		1,00
36													0,00
Totale flussi per Ausl	3,00	2,50	3,50	6,75	3,25	3,75	3,25	7,75	3,50	2,00	10,00	3,75	53,00

2006			
Azienda	N. FLUSSI ATTESI	N. FLUSSI modulistica non CONFORME	INDICATORE
AUSL 1 MC	28,00	3,00	11%
AUSL 2 LU	28,00	2,50	9%
AUSL 3 PT	28,00	3,50	13%
AUSL 4 PO	28,00	6,75	24%
AUSL 5 PI	28,00	3,25	12%
AUSL 6 LI	28,00	3,75	13%
AUSL 7 SI	28,00	3,25	12%
AUSL 8 AR	28,00	7,75	28%
AUSL 9 GR	28,00	3,50	13%
AUSL 10 FI	28,00	2,00	7%
AUSL 11 EM	28,00	10,00	36%
AUSL 12 VI	28,00	3,75	13%
MEDIA REGIONALE	28,00	4,42	16%

Definizione:	Flussi informativi
Numeratore:	N. Flussi con modulistica non conforme
Denominatore:	N. Flussi attesi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Flussi con modulistica non conforme}}{\text{N. Flussi attesi}}$
Note per l'elaborazione:	I flussi attesi presi in considerazione sono i seguenti: 2,3,4,5,6,7,9,12,13,15,16,17,22,23,24,25,28,29,30 A,32,35 (allegato 1, 2, 3, 6mvs, 6psc, 7mvs, 7psc),36.
Fonte:	Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11. EFFICIENZA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO - F15 di C. Campanale

Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono inseriti alcuni indicatori per la valutazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e in particolare della Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro.



L'esempio prescelto analizza il fenomeno da vari punti di vista: la Copertura del Territorio, l'Efficacia strutturale e l'Efficienza Produttiva. Permette quindi di individuare, dato un certo grado di Copertura del territorio, quali sono gli elementi che lo hanno influenzato e di capire quali sono quelli su cui hanno fatto forza le best practice. E' infatti possibile raggiungere un certo obiettivo di Copertura del Territorio grazie a un buon grado di dotazione strutturale o grazie a una buon livello di efficienza o grazie ad entrambi. Quindi, analizzando in parallelo i tre indicatori si riesce a comprendere meglio le determinanti che hanno portato a un certo livello di attività.

Agli indicatori di copertura del territorio sono associati pesi differenti, infatti l'indicatore che indica la percentuale di imprese oggetto di sopralluoghi è ritenuto il più importante.

Gli indicatori sottoposti a valutazione sono tutti quelli relativi alla Copertura del Territorio e l'indicatore di efficienza "Numero di sopralluoghi per Personale PISL". Non sono invece valutati gli indicatori di Efficacia Strutturale e gli altri indicatori di Efficienza Produttiva.

Non essendoci una normativa di riferimento che definisce quali sono gli obiettivi annui da raggiungere, la base per la costruzione delle fasce è il valore medio dell'indicatore: tale valore si collocherà quindi sulla fascia centrale (quella gialla, che va da 2 a 3).

I dati relativi al numero di sopralluoghi e al numero del personale PISLL sono estratti dai Piani di Sviluppo 2005. Il numero di imprese invece deriva dall'8° Censimento dell'Industria e dei Servizi e dal 5° Censimento generale dell'agricoltura.

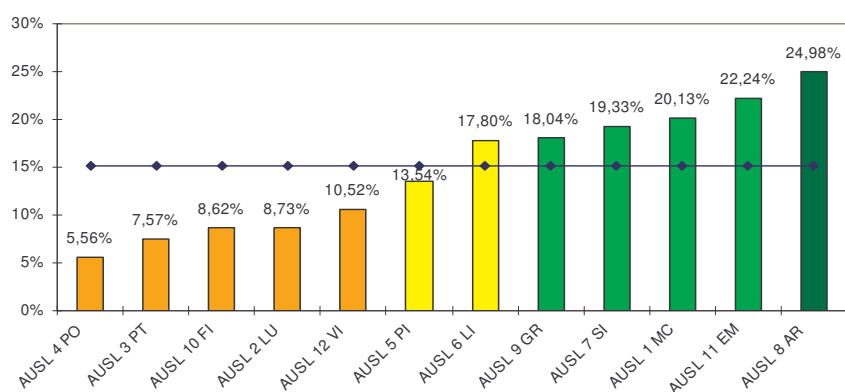
È opportuno fare tuttavia delle precisazioni: sono state prese in considerazione le imprese pubbliche, private, le istituzioni e le aziende agricole; inoltre sono state escluse quelle che non hanno dipendenti in quanto non sono oggetto di sopralluoghi (vedere normativa). Per quanto riguarda il personale viene preso in considerazione solo quello qualificato che comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione e altri laureati, mentre è escluso quello che effettua esclusivamente verifiche tecnico - impiantistiche.

Inoltre il numero di sopralluoghi così come definiti dai Piani di Sviluppo non risultava adeguato per la costruzione di alcuni indicatori, per cui si è dovuto procedere a una correzione: infatti i Piani di Sviluppo li definiscono come "Numero di accessi per operatori", indicando di fatto un valore equivalente alla sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per il numero di operatori. Questo dato non risulta confrontabile con il numero di imprese, per cui viene corretto per il numero medio di operatori per sopralluogo (stimato pari a 1,8). Il valore, quando corretto in tal modo, verrà indicato con un asterisco.

11.1 - Numero di Sopralluoghi* su Numero di Imprese

Questo indicatore illustra quale è la percentuale di imprese oggetto di sopralluoghi. A livello regionale si osserva un grado di Copertura del Territorio pari a 15,17%, al di sopra del quale si collocano circa la metà delle aziende. Emergono valori piuttosto eterogenei, in particolare, circa un terzo si assesta su una fascia bassa, un terzo su una fascia media, e un terzo su una fascia alta. L'indicatore va osservato anche in relazione alla dotazione strutturale e all'efficienza produttiva, tuttavia una possibile influenza può derivare anche dalle realtà di riferimento che possono essere caratterizzate da tante imprese di piccole dimensioni o da poche imprese di grandi dimensioni.

Osserviamo però il dato relativo alla struttura dell'offerta.



2005			
Azienda	N.sopralluoghi*	Imprese	INDICATORE
AUSL 1 MC	1722	8.556	20,13%
AUSL 2 LU	880	10.085	8,73%
AUSL 3 PT	1096	14.479	7,57%
AUSL 4 PO	781	14.028	5,56%
AUSL 5 PI	1850	13.662	13,54%
AUSL 6 LI	2448	13.757	17,80%
AUSL 7 SI	2525	13.065	19,33%
AUSL 8 AR	4246	16.996	24,98%
AUSL 9 GR	1841	10.203	18,04%
AUSL 10 FI	3293	38.194	8,62%
AUSL 11 EM	2670	12.003	22,24%
AUSL 12 VI	848	8.065	10,52%
MEDIA REGIONALE	1895	14424	15,17%

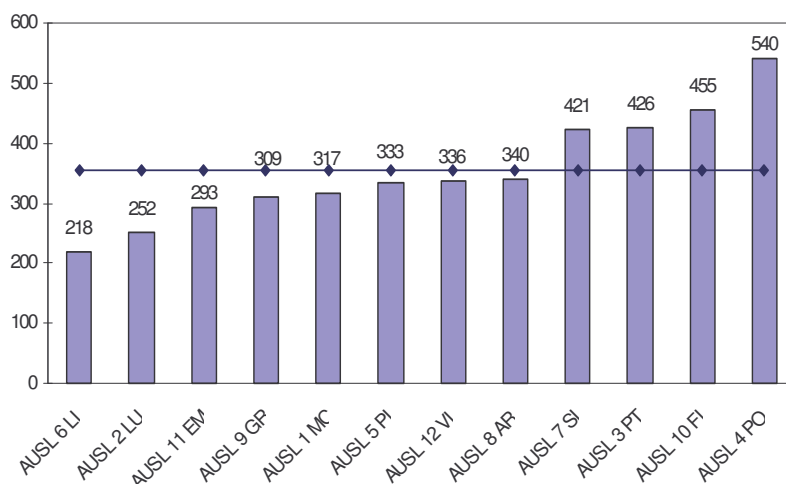
Definizione:	Copertura del territorio
Numeratore:	N. sopralluoghi*
Denominatore:	N. di imprese
Formula matematica:	$\frac{\text{N. sopralluoghi}^*}{\text{N. di imprese}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Le imprese considerate sono quelle con almeno un dipendente. Le tipologie sono le seguenti: pubbliche, private, istituzioni e aziende agricole I Piani di sviluppo definiscono i sopralluoghi come N° di accessi per operatori per giorno (sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per gli operatori partecipanti ai sopralluoghi). In questo caso i sopralluoghi, come definiti dai Piani di Sviluppo, vengono divisi per il numero medio di persone a sopralluogo (per tutti il valore stimato è 1,8)
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 5° Censimento dell'agricoltura e 8° Censimento dell'industria e dei servizi
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11.2 - Numero di Imprese su Personale PISLL

L'indicatore illustra quale è la dotazione strutturale del settore PISLL in termini di numero medio di aziende da sottoporre a sopralluogo per singolo operatore. Un valore dell'indicatore alto significa una scarsità o inadeguatezza del personale rispetto al numero di imprese presenti: questo potrebbe determinare una probabile incapacità a realizzare una adeguata copertura del territorio.

In generale si osserva come otto aziende su dodici si attestano sotto la media regionale, questo risulta molto positivo perché significa che le aziende caratterizzate da scarsa disponibilità di personale sono poche.

Anche in tal caso l'indicatore può essere influenzato dalla tipologia di imprese che caratterizzano il territorio e dalle loro dimensioni: è ovviamente un indicatore basso in realtà dove sono presenti poche imprese di grandi dimensioni, come ad esempio Livorno, e alto in zone caratterizzate da tante piccole imprese, come ad esempio Prato e Firenze. Per tale motivo esso andrebbe interpretato anche in relazione a tale aspetto.

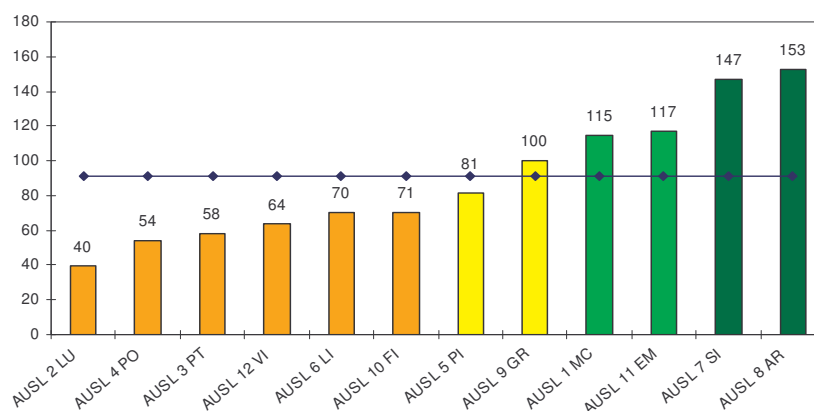


2005			
AZIENDA	Imprese*	N. personale PISLL*	INDICATORE
AUSL 1 MC	8.556	27	317
AUSL 2 LU	10.085	40	252
AUSL 3 PT	14.479	34	426
AUSL 4 PO	14.028	26	540
AUSL 5 PI	13.662	41	333
AUSL 6 LI	13.757	63	218
AUSL 7 SI	13.065	31	421
AUSL 8 AR	16.996	50	340
AUSL 9 GR	10.203	33	309
AUSL 10 FI	38.194	84	455
AUSL 11 EM	12.003	41	293
AUSL 12 VI	8.065	24	336
MEDIA	14.424,00	40,08	353,34

Definizione:	Efficacia strutturale
Numeratore:	N. imprese
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{N. imprese}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Le imprese considerate sono quelle con almeno un dipendente. Le tipologie sono le seguenti: pubbliche, private, istituzioni e aziende agricole. Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 5° Censimento dell'agricoltura e 8° Censimento dell'industria e dei servizi
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11.3 - Numero di Sopralluoghi su Numero di Personale PISLL

L'indicatore evidenzia il numero di sopralluoghi per un'unità di Personale PISLL e fornisce quindi un'indicazione sul grado di efficienza del settore. Questo, come si osserva dal grafico, varia notevolmente tra le aziende evidenziando notevoli possibilità di miglioramento. La media regionale è 91,06 sopralluoghi per persona.



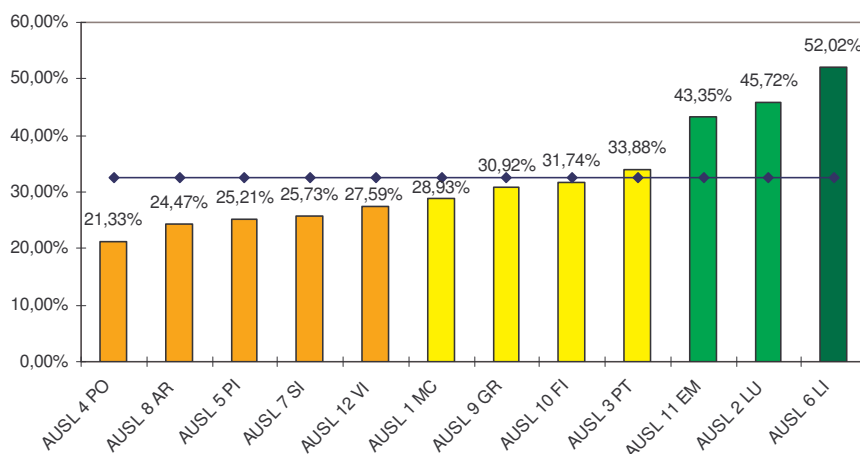
2005			
Azienda	N Sopralluoghi 2005	Personale PISLL	INDICATORE
AUSL 1 MC	3.100	27	115
AUSL 2 LU	1.584	40	40
AUSL 3 PT	1.972	34	58
AUSL 4 PO	1.405	26	54
AUSL 5 PI	3.330	41	81
AUSL 6 LI	4.407	63	70
AUSL 7 SI	4.545	31	147
AUSL 8 AR	7.643	50	153
AUSL 9 GR	3.314	33	100
AUSL 10 FI	5.928	84	71
AUSL 11 EM	4.806	41	117
AUSL 12 VI	1.527	24	64
MEDIA REGIONALE	3.589,31	40,08	91,06

Definizione:	Efficienza produttiva
Numeratore:	N. sopralluoghi
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{N. sopralluoghi}{N. personale PISLL}$
Note per l'elaborazione:	I Piani di sviluppo definiscono i sopralluoghi come N° di accessi per operatori per giorno (sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per gli operatori partecipanti ai sopralluoghi). Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Come anticipato, il grafico che illustra il grado di Copertura del territorio va letto in parallelo ai grafici di Efficacia Strutturale e di Efficienza Produttiva i quali permettono di comprendere meglio cosa ha determinato il grado di Copertura del Territorio. Nella maggior parte dei casi i dati sono coerenti. Si può osservare come in generale ci sia una certa proporzionalità tra grado di Copertura del Territorio e l'efficienza con cui le aziende operano. Le aziende che presentano valori dell'indicatore da medio ad alti sono da considerare più efficienti (unica eccezione per la Ausl di Livorno, che pare invece fare leva soprattutto sulle disponibilità di personale). Molto interessante è l'esempio di Arezzo e Siena che, nonostante siano alcune tra le meno dotate dal punto di vista del personale, realizzano ottimi livelli di Copertura del territorio, grazie a gradi di efficienza che sono i tra i più alti. Inoltre si osserva come, in generale, le aziende col grado di Copertura del Territorio più basso siano non solo quelle col minore grado di Efficacia Strutturale (fatta eccezione per Lucca, che invece lo ha tra i migliori) ma anche quelle meno efficienti.

11.4 - Numero di Verifiche su Numero di Imprese

L'indicatore illustra quale è la percentuale di imprese che riceve una verifica ed è una indicazione del grado di copertura del territorio. I tre quarti delle imprese realizzano una performance che va da media a bassa e comunque tutte si collocano al di sotto della media regionale, la quale è fortemente influenzata da tre imprese che invece si discostano molto dalle altre, realizzando performance che vanno da molto buone a ottima.



2005			
Azienda	N.verifiche tecniche impiantistiche	N. imprese	INDICATORE
AUSL 1 MC	2475	8.556	28,93%
AUSL 2 LU	4611	10.085	45,72%
AUSL 3 PT	4905	14.479	33,88%
AUSL 4 PO	2992	14.028	21,33%
AUSL 5 PI	3444	13.662	25,21%
AUSL 6 LI	7156	13.757	52,02%
AUSL 7 SI	3361	13.065	25,73%
AUSL 8 AR	4159	16.996	24,47%
AUSL 9 GR	3155	10.203	30,92%
AUSL 10 FI	12121	38.194	31,74%
AUSL 11 EM	5203	12.003	43,35%
AUSL 12 VI	2225	8.065	27,59%
MEDIA	4.651	14.424	32,57%

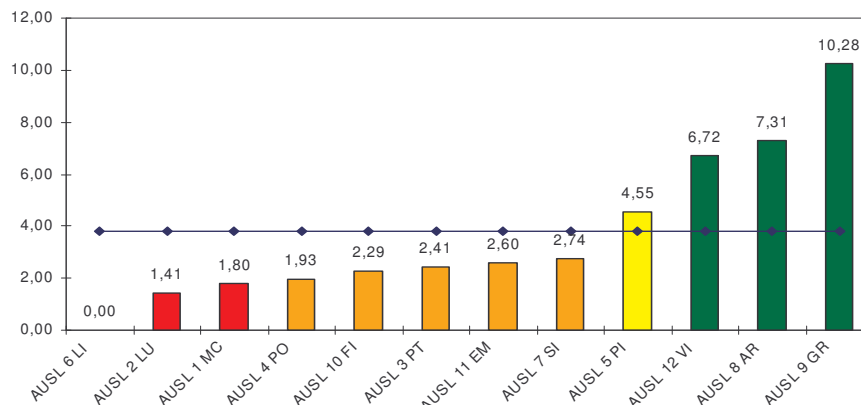
Definizione:	Copertura del territorio
Numeratore:	N. di verifiche tecniche impiantistiche
Denominatore:	N. di imprese
Formula matematica:	$\frac{N. di verifiche tecniche impiantistiche}{N. di imprese} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Le imprese considerate sono quelle con almeno un dipendente. Le tipologie sono le seguenti: pubbliche, private, istituzioni e aziende agricole
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 5° Censimento dell'agricoltura e 8° Censimento dell'industria e dei servizi
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11.5 - Ore di formazione per mille occupati

Questo indicatore si basa sull'assunto che quanto più alto è il numero medio di ore di formazione fatte nei confronti degli occupati tanto più è ipotizzabile un minore numero di incidenti sul lavoro.

Circa un terzo delle aziende realizza performance da medie a scarse collocandosi in molti casi molto al di sotto della media regionale. Valori molto positivi si realizzano solamente per tre aziende che sono nettamente al di sopra della media.

Questo indicatore tuttavia va analizzato parallelamente al grado di Efficacia Strutturale e quindi a quelle che sono effettivamente le disponibilità in termini di risorse.

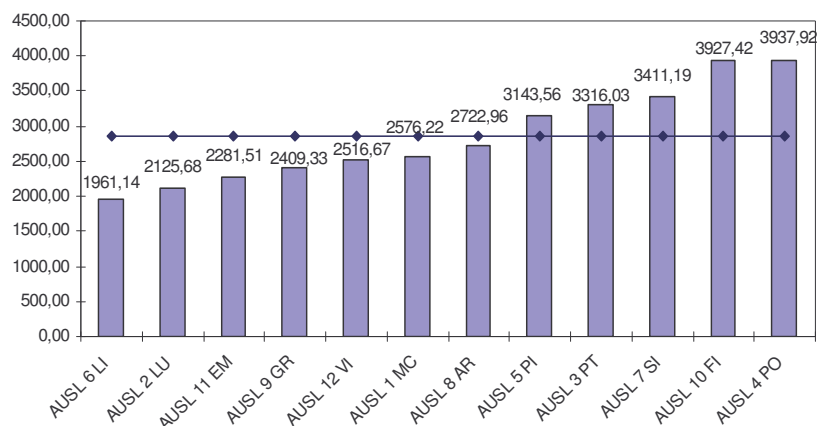


2005			
Azienda	N.ore formazione	Popolazione occupata ISTATagg.	INDICATORE
AUSL 1 MC	125	69558	1,80
AUSL 2 LU	120	85027	1,41
AUSL 3 PT	272	112745	2,41
AUSL 4 PO	198	102386	1,93
AUSL 5 PI	586	128886	4,55
AUSL 6 LI	nd	123552	
AUSL 7 SI	290	105747	2,74
AUSL 8 AR	995	136148	7,31
AUSL 9 GR	817	79508	10,28
AUSL 10 FI	754	329903	2,29
AUSL 11 EM	243	93542	2,60
AUSL 12 VI	406	60400	6,72
MEDIA REGIONALE	411	114.450,67	3,82

Definizione:	Copertura del territorio
Numeratore:	N. ore formazione
Denominatore:	Popolazione occupata
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ore formazione}}{\text{Popolazione occupata}} \times 1000$
Note per l'elaborazione:	Nella media non è compresa la Ausl 6 di Livorno
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 2000-2001
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11.6 - Popolazione occupata su Personale PISLL

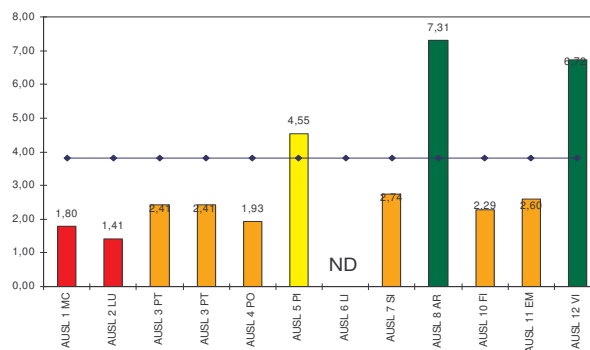
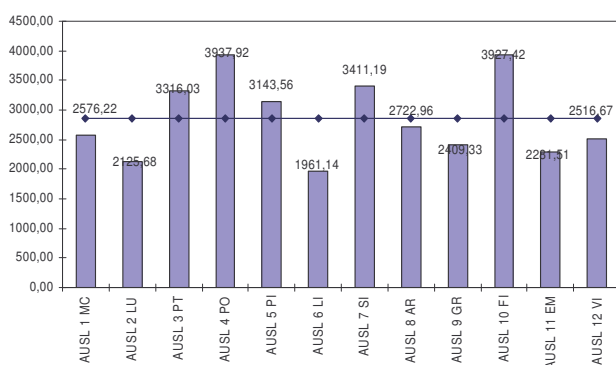
Come già anticipato, il numero di ore di formazione effettuato può essere influenzato dal numero medio di personale PISLL rispetto alla popolazione occupata che le aziende hanno a disposizione. Sarebbe ipotizzabile realizzare un numero di ore di formazione più elevata per quelle aziende le quali, rispetto alla popolazione, hanno una maggiore dotazione strutturale.



2005			
Azienda	Popolazione occupata ISTATagg.	N. personale PISLL	INDICATORE
AUSL 1 MC	69.558	27	2576,22
AUSL 2 LU	85.027	40	2125,68
AUSL 3 PT	112.745	34	3316,03
AUSL 4 PO	102.386	26	3937,92
AUSL 5 PI	128.886	41	3143,56
AUSL 6 LI	123.552	63	1961,14
AUSL 7 SI	105.747	31	3411,19
AUSL 8 AR	136.148	50	2722,96
AUSL 9 GR	79.508	33	2409,33
AUSL 10 FI	329.903	84	3927,42
AUSL 11 EM	93.542	41	2281,51
AUSL 12 VI	60.400	24	2516,67
MEDIA REGIONALE	118.950	41,17	2860,80

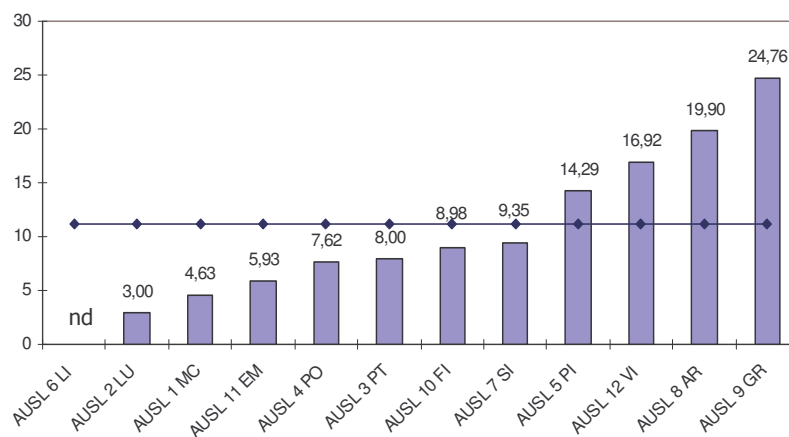
Definizione:	Efficacia strutturale
Numeratore:	Popolazione occupata
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{Popolazione occupata}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 2000-2001
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

In generale, le aziende che realizzano un'ottima copertura del territorio sono anche quelle con una buona efficacia strutturale, mentre non è sempre vero il contrario, in quanto alcune delle aziende che realizzano una performance scarsa, come ad esempio la Ausl 1, la Ausl 2 e la Ausl 11, sono caratterizzati da una efficacia strutturale abbastanza buona rispetto alla media e comunque molto simile a quella delle aziende che invece realizzano performance ottime.



11.7 - Ore di formazione per Personale PISLL

Il numero medio di ore di formazione è un possibile indicatore del grado di efficienza con cui il personale PISLL svolge il suo lavoro. Questo vede un andamento molto eterogeneo con valori medi che possono oscillare addirittura dalle 3 ore della Ausl 6 alle 24 ore circa della Ausl 9.



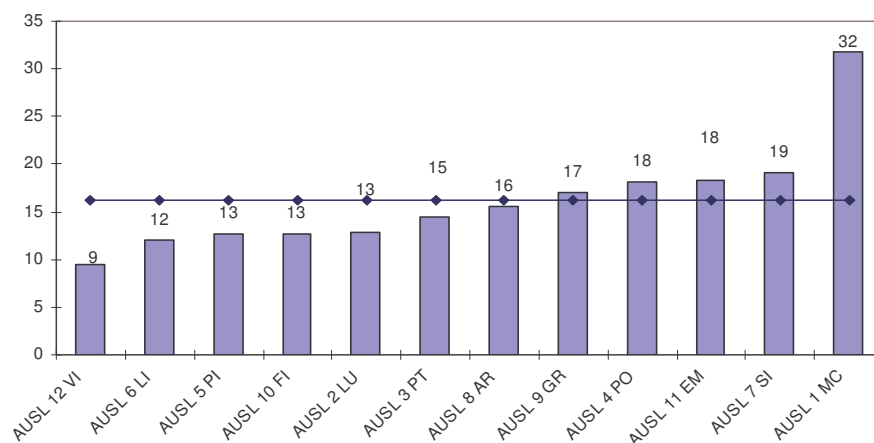
2005			
Azienda	N.ore formazione	N. personale PISLL	INDICATORE
AUSL 1 MC	125	27	4,63
AUSL 2 LU	120	40	3,00
AUSL 3 PT	272	34	8,00
AUSL 4 PO	198	26	7,62
AUSL 5 PI	586	41	14,29
AUSL 6 LI	nd	63	nd
AUSL 7 SI	290	31	9,35
AUSL 8 AR	995	50	19,90
AUSL 9 GR	817	33	24,76
AUSL 10 FI	754	84	8,98
AUSL 11 EM	243	41	5,93
AUSL 12 VI	406	24	16,92
MEDIA REGIONALE	874	41,17	11

Definizione:	Efficienza produttiva
Numeratore:	Ore di formazione
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{Ore di formazione}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11.8 - Provvedimenti su Personale PISLL

Il numero medio di provvedimenti è un altro indicatore che permette di comprendere l'efficienza con cui opera il personale PISLL, indicatore che, come già accennato, non viene valutato in quanto si ritiene che questo possa generare un incentivo ad incrementare i provvedimenti.

Con esclusione di due aziende che si collocano agli estremi con un numero medio di provvedimenti molto alto nel caso della Ausl 1 e molto basso nel caso della Ausl 12, tutte le altre sono caratterizzate da una certa omogeneità.



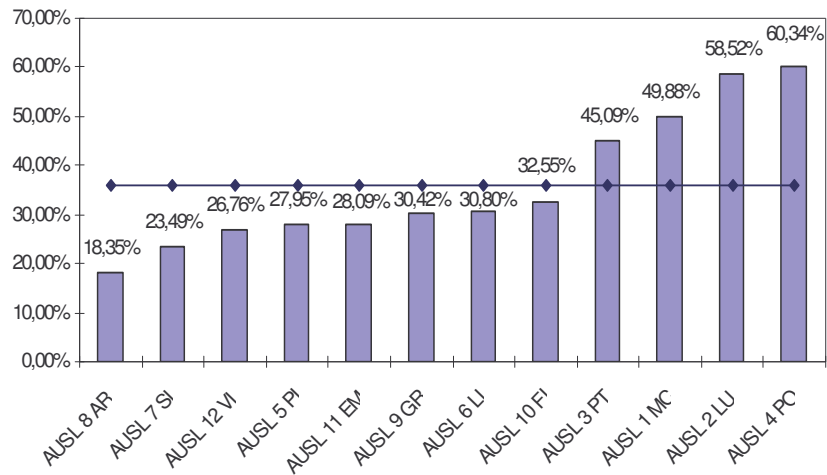
2005			
Azienda	N Provvedimenti 2005	Personale PISLL	INDICATORE
AUSL 1 MC	859	27	32
AUSL 2 LU	515	40	13
AUSL 3 PT	494	34	15
AUSL 4 PO	471	26	18
AUSL 5 PI	517	41	13
AUSL 6 LI	754	63	12
AUSL 7 SI	593	31	19
AUSL 8 AR	779	50	16
AUSL 9 GR	560	33	17
AUSL 10 FI	1.072	84	13
AUSL 11 EM	750	41	18
AUSL 12 VI	227	24	9
MEDIA REGIONALE	633	41,17	16

Definizione:	Efficienza produttiva
Numeratore:	N. provvedimenti
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{N. provvedimenti}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

11.9 - Provvedimenti su Sopralluoghi

L'indicatore è molto interessante perché evidenzia direttamente il livello di efficacia anche dell'attività di formazione. La realizzazione di una bassa percentuale di provvedimenti rispetto ai sopralluoghi effettuati rappresenta quindi un segnale positivo.

Si evidenziano valori superiori alla media per un terzo delle aziende.



Azienda	2005		
	N Provvedimenti	N.sopralluoghi *	INDICATORE
AUSL 1 MC	859	1.722	49,88%
AUSL 2 LU	515	880	58,52%
AUSL 3 PT	494	1.096	45,09%
AUSL 4 PO	471	781	60,34%
AUSL 5 PI	517	1.850	27,95%
AUSL 6 LI	754	2.448	30,80%
AUSL 7 SI	593	2.525	23,49%
AUSL 8 AR	779	4.246	18,35%
AUSL 9 GR	560	1.841	30,42%
AUSL 10 FI	1.072	3.293	32,55%
AUSL 11 EM	750	2.670	28,09%
AUSL 12 VI	227	848	26,76%
MEDIA REGIONALE	633	2.017	36,02%

Definizione:	Efficienza produttiva
Numeratore:	N. provvedimenti
Denominatore:	N. sopralluoghi*
Formula matematica:	$\frac{N. provvedimenti}{N. sopralluoghi*} \times 100$
Note per l'elaborazione:	I Piani di sviluppo definiscono i sopralluoghi come N° di accessi per operatori per giorno (sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per gli operatori partecipanti ai sopralluoghi). In questo caso i sopralluoghi, come definiti dai Piani di Sviluppo, vengono divisi per il numero medio di persone a sopralluogo (per tutti il valore stimato è 1,8)
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale del Farmaco (2006), *Quinto Rapporto Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche*, disponibile su <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2007), *Progetto mattone "Tempi di attesa". Principi generali e prime proposte operative*, disponibile su http://www.assr.it/mattone_listeAttesa.htm
- Aidemark L.G. (2001), *The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization*, "Financial Accountability & Management", vol. 17 (1), pp. 23-40
- Centro per lo Studio e Prevenzione Oncologia (2006), *"Rapporto sugli screening della Regione Toscana" (settimo rapporto annuale)* disponibile su <http://www.cspo.it/>
- Chang L. . – Lin S.W. – Northcott D.N. (2002), *The NHS Performance Assessment Framework. A "balanced scorecard approach?"*, "Journal of Management in Medicine", vol. 16, pp. 345
- Cinquini L. – Miolo Vitali P. – Nuti S. (2003), *La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie toscane*, Franco Angeli, Milano
- Cinquini L. – Nuti S. – Boccaccio A. – Vainieri M. (2005), *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della regione toscana*, "Mecosan" n. 54
- Costa G. – Faggiano F. (1994), *L'equità nella salute in Italia*, Franco Angeli
- CSPO (2007), http://www.cspo.it/REGISTRI/REGISTRO_RTT/rtrt/tumoriintoscana/index_tumoriintoscana.html
- Cumbey D.A. – Alexander J.W. (1998), *The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing*, "Journal of Nursing Administration", vol. 28 (5), pp. 39-46
- Derek D, Geoffrey H, Mac Donald N. What is "Palliative Medicine"? Oxford Textbook of Palliative Medicine, second edition, Oxford 1999, 1: 3-9
- Gerteis M. – Edgman-Levitan S. – Daley J. (1993), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Delbanco TL: Jossey Bass, San Francisco, California
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication, Canada Health Act Division, Canada Health Act – Annual report*
- Kaplan R.S. – Norton D.P. (1996), *Using the balanced scorecard as a strategic management system* "Harvard Business Review", vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S. – Norton D.P. (1996) *Linking the balanced scorecard to strategy*, "California Management Review", vol. 4, pp. 53-79
- Maciocco G. (2006) *A caro prezzo. Le disuguaglianze in salute. Secondo rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute globale* in *Terzo Rapporto sull'Osservatorio Nazionale sulla Salute Globale*, Edizioni ETS.
- Mariotti G. (2006), *Priorità cliniche in sanità- come governare i tempi di attesa con il coinvolgimento dei professionisti. Con il focus group su tempi e liste di attesa di Carlo Liva*, Franco Angeli, Milano
- Martinelli M. (2001), *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, "Il Sole 24 Ore", Milano
- Mc Nair C.J. CMA– Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, New York, USA, John Wiley & Sons

- Nuti S., (2005) *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in S. Baraldi (a cura di) *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano
- Nuti S. – Macchia A.(2005), *The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities* in R.Tartaglia, S.Albolino, T.Bellandi, S. Bagnara (a cura di) *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis
- Nuti S. – Barsanti S, (2006), *Equità ed accesso nel percorso materno infantile*, "Salute e Territorio", n. 158
- OHA,(1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Toronto, Ontario: Ontario Hospital Association
- OHA,(2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*,Queen's Printer for Ontario
- OMS, (2000) ,*The World Health Report 2000*
- Persiani N. (1999), *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio dell'azienda sanitaria*, CEDAM, Padova
- Pink G.H. – Mc Killop I. – Schraa E.G. – Preyra C. – Montgomery C. – Baker R. (2001), *Creating a Balanced Scorecard for Hospital System*, "Health Care Finance", vol. 27 (3), pp. 1-20
- Rossi E. (2006), *Il sistema pubblico di fronte alla sfida dei tempi di attesa*, "Monitor", n. 17
- Studnicki J. – Murphy F.V. – Malvey D. – Costello R.A. – Luther S.L. – Werner D. (2002), *Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement* "Health Care Management Review", vol. 27 (1), pp. 76-95
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, California, Sutter Health
- Tagiuri R (1968), *The concept of organizational climate* in Tagiuri R, Litwin G.H., *Organizational climate: explorations of a concept*, Cambridge, Harvard University
- Toscani F. (1991), *Is Palliation Medicine? Ethical and epistemological problems*, "J. Palliative Care", 7: 33-9
- Turco L.(2006), *Liste di attesa: una questione di responsabilità*, "Monitor", n. 17
- Vainieri M. (2006), *Cosa influenza la soddisfazione dei cittadini toscani nei servizi territoriali di base?*, "Salute e Territorio", n. 156
- 2007 Journal Citation Report <http://scientific.thomson.com/products/jcr/>

RIFERIMENTI NORMATIVI

Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002

D.lgs n. 833 del 23 dicembre 1978 *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"* in Gazzetta Ufficiale n.360 del 28 dicembre 1978

D.M. del 24 aprile 2000, *"Progetto obiettivo materno infantile allegato al piano sanitario nazionale 1998 – 2000"* in Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000

Decreto Regione Toscana n. 7425 del 18 dicembre 2001 *"Approvazione schema di contratto tra Regione Toscana e Scuola Superiore di Studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa per la redazione di un progetto finalizzato alla realizzazione di un processo di monitoraggio delle Aziende sanitarie e del sistema sanitario regionale"*

Decreto Regione Toscana n. 3065 del 21 maggio 2003 *"Approvazione dello schema di contratto fra la Regione Toscana e la Scuola Superiore di Studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa per la progettazione di un sistema di monitoraggio del servizio sanitario regionale"*

DGRT n. 859 del 5 agosto 2002 *"Indicazioni sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e del D.P.C.M. 29 novembre 2001 (allegato 2c). Individuazione di standard per la remunerazione delle attività di ricovero ad alto rischio di inappropriatazza"*

DGRT n. 887 del 8 agosto 2003 *"Approvazione del progetto: specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile"*

DGRT n. 555 del 7 giugno 2004 *"La tutela del diritto della donna all'assistenza ostetrica nel "percorso nascita": indirizzi alle Aziende Sanitarie"*

DGRT n. 713 del 20 luglio 2004 *"Formazione manageriale per le funzioni direzionali del S.S.N. - Collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa"*

DGRT n. 784 del 2 agosto 2004 *"Azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della "rete materno infantile" regionale in attuazione del P.S.R. 2002/2004. Indirizzi alle Aziende sanitarie"*

DGRT n. 143 del 27 febbraio 2006 *"Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie specialistiche"*

DGRT n. 252 del 10 aprile 2006 *"Indicazioni sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero in attuazione del PSR 2005-2007 e del DPCM 29/11/2001. Individuazione di standard per la verifica delle attività di ricovero ad alto rischio di inappropriatazza"*

DGRT n. 440 del 19 giugno 2006 *"Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche. Integrazione e proroga termini di applicazione per: Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda USL 10 di Firenze e Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer"*

DGRT n. 463 del 26 giugno 2006 *"Assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende Sanitarie"*

DGRT n. 867 del 20 novembre 2006 *"Indirizzi alle aziende sanitarie in materia di erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche strumentali"*

Piano Sanitario Regione Toscana 1999-2001

Piano Sanitario Regione Toscana 2001-2002

Piano Sanitario Regione Toscana 2002-2004

Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007

ERRATA CORRIGE REPORT 2006

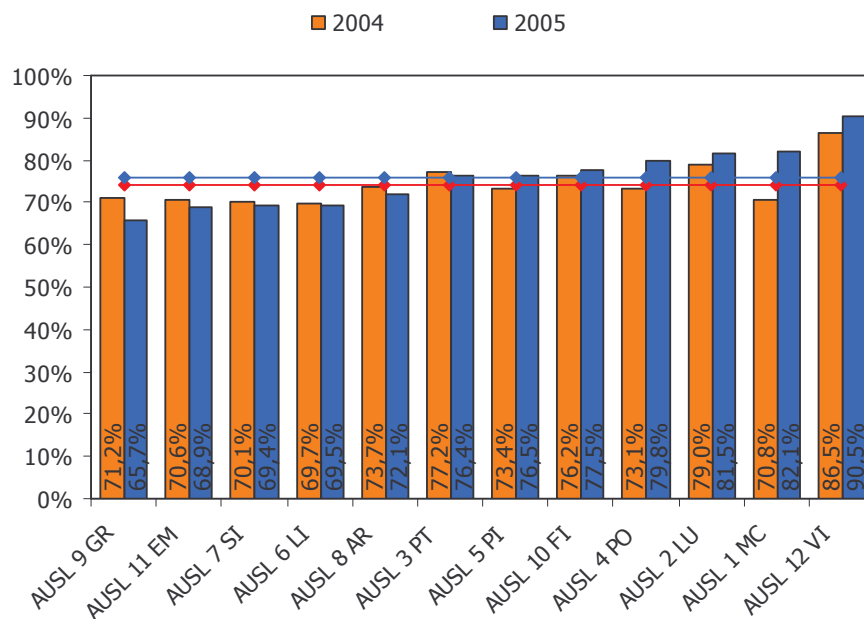
Parte I, pp. 30-45:

Il punto relativo all'indicatore F14 "Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria" è erroneamente rappresentato in alcuni bersagli delle aziende. Di seguito si riporta il dettaglio delle incongruità:

- Il bersaglio dell'Ausl 1 riporta l'indicatore F14 in fascia arancione mentre la fascia di valutazione effettiva in cui si colloca è quella gialla (come correttamente indicato nella presentazione relativa a pagina 185 del Report).
- Il bersaglio dell'Ausl 3 riporta l'indicatore F14 in fascia rossa mentre la fascia di valutazione effettiva in cui si colloca è quella verde scuro (come correttamente indicato nella presentazione relativa a pagina 185 del Report), pertanto l'indicatore F14 non rappresenta un punto di debolezza per l'Ausl 3 (come descritto a pagina 32 – Parte I) ma un punto di forza.
- I bersagli delle Ausl 5, 6, 10, e 11 riportano l'indicatore F14 in fascia verde scuro mentre la fascia di valutazione effettiva in cui si colloca è quella verde (come correttamente indicato nella presentazione relativa a pagina 185 del Report).
- Il bersaglio dell'Ausl 7 riporta l'indicatore F14 in fascia gialla mentre la fascia di valutazione effettiva in cui si colloca è quella arancione (come correttamente indicato nella presentazione relativa a pagina 185 del Report), pertanto l'indicatore non evidenzia una situazione di efficienza (come descritto a pagina 36 – Parte I) ma una situazione da migliorare.
- Il bersaglio dell'Ausl 8 riporta l'indicatore F14 in fascia verde scuro mentre la fascia di valutazione effettiva in cui si colloca è quella arancione (come correttamente indicato nella presentazione relativa a pagina 185 del Report).
- Il bersaglio dell'Ausl 9 riporta l'indicatore F14 in fascia verde scuro mentre fascia di valutazione effettiva in cui si colloca è quella gialla (come correttamente indicato nella presentazione relativa a pagina 185 del Report).

Parte IV, paragrafo 9.1, p. 131:

Nel grafico del trend dell'indicatore "Percentuale di interventi conservativi di tumore alla mammella" i nomi delle aziende non concordano con i valori degli istogrammi, si allega il grafico corretto.



Parte IV, paragrafo 9.2, p. 132:

La media di Area Vasta nella tabella relativa all'indicatore "Percentuale di interventi fuori Area Vasta ed extra Regione per tumore al polmone" non è calcolata correttamente, si allega la tabella con i valori corretti.

Azienda di residenza	2004			2005		
	Fughe extra AV e RT	N. interventi fuori AV e RT	N. totale interventi	Fughe extra AV e RT	N. interventi fuori AV e RT	N. totale interventi
AV Nord-Ovest	11,07%	32	289	9,96%	27	271
AV Centro	33,46%	88	263	32,71%	88	269
AV Sud-Est	23,38%	36	154	18,52%	25	135
MEDIA AV	22,64%	52	235	20,40%	47	225