Scuola Superiore Sant'Anna
Istituto di Management
Laboratorio Management e Sanità

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Basilicata, P.A. Bolzano, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto

REPORT 2017 - REGIONE BASILICATA

A cura di Sabina Nuti, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Daniel Adrian Lungu, Antonio Parenti, Federico Vola

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna
Via San Zeno 2, Pisa
www.meslab.santannapisa.it

© Copyright 2018 Laboratorio MeS

ISBN - 978-88-6995-487-0

INTRODUZIONE

Nel 2018, il Network che condivide il sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali e provinciali è composto da 10 Regioni e dalle due Province Autonome: Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Il coordinamento è affidato a un soggetto terzo e pubblico, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha il compito di assicurare il rigore metodologico del processo di calcolo e il sistematico sviluppo e aggiornamento dello strumento. L'obiettivo della collaborazione è quello di condividere un sistema di valutazione, attraverso il confronto di un set di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi sanitari.

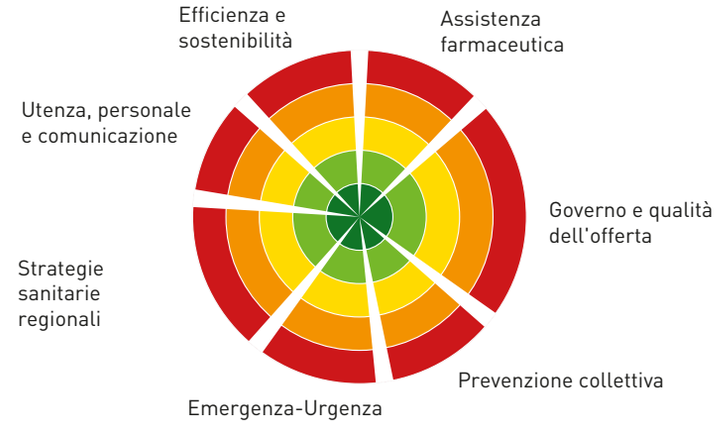
I risultati sono pubblicamente consultabili, previa registrazione automatica, all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval, accessibile anche attraverso il QR Code riportato in questa pagina.

Gli esiti del confronto inter-regionale sono oggetto di una pubblicazione annuale (liberamente consultabile all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval): questa riporta in dettaglio la metodologia sottesa al sistema di valutazione e si rimanda pertanto ad essa per eventuali approfondimenti. Il presente lavoro offre un ulteriore carotaggio, attraverso la restituzione sintetica dei risultati aziendali.

La performance di ogni Azienda è rappresentata attraverso una pluralità di soluzioni grafiche.

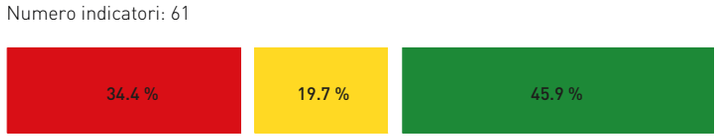
a. Per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati aziendali, gli indicatori sono riportati in una rappresentazione a "bersaglio" (figura 1). Lo schema del bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I pallini del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori di sintesi e sono ordinati seguendo le dimensioni del sistema (efficienza e sostenibilità; utenza, personale e comunicazione; capacità di perseguimento delle strategie sanitarie regionali; presa in carico dell'emergenza-urgenza; prevenzione collettiva; governo e qualità dell'offerta; assistenza farmaceutica). Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Lo stato di salute della popolazione non è riportato nel bersaglio, ma sopra di esso: questo sia per evidenziare che esso rappresenta l'obiettivo ultimo verso cui tende ogni sistema sanitario, sia per ricordare che l'offerta sanitaria – in sé – rappresenta solo una delle determinanti dello stato complessivo di salute di una popolazione. Una considerazione a parte meritano i bersagli delle Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS e affini, i quali riportano non gli indicatori compositi (di sintesi), bensì una selezione di singoli indicatori di valutazione. Lo stesso ordine in cui questi compaiono non ricalca le dimensioni di cui sopra, ma alcune aree maggiormente coerenti con l'attività istituzionale di queste Aziende: missione, efficienza, appropriatezza organizzativa, qualità dei percorsi, compliance, percorso oncologico, percorso materno-infantile, sicurezza del paziente e rischio clinico, pronto soccorso, assistenza farmaceutica e dispositivi. Data la loro rilevanza, gli indicatori dedicati alla valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati al di fuori del bersaglio, per darne ulteriore evidenza.

Figura 1. Il Bersaglio



b. Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema: una fotografia dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione; non è, però, in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna Azienda per migliorare la performance da un anno all'altro. Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene pertanto corredato da due ulteriori soluzioni grafiche. Una barra in pila restituisce – per ciascuna Azienda – il trend tra il 2016 e il 2017, rappresentando la percentuale di indicatori migliorati, peggiorati o stabili (mossisi in un intorno compreso tra +1% e -1%).

Figura 2. La barra in pila

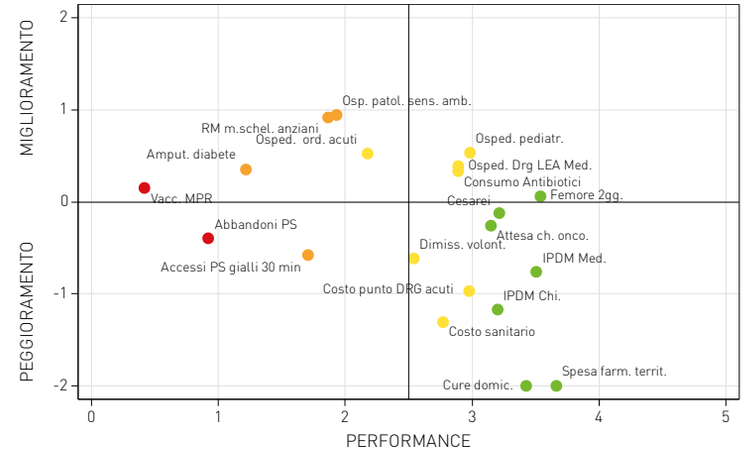


c. Alla barra in pila viene affiancata la mappa di performance che indica (per una selezione di indicatori), da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto alle altre Aziende. Nelle mappe di performance, la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2017-2016, riproporzionata – attraverso il confronto con le altre Aziende – in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica il peggioramento più marcato e +2 il miglioramento maggiore). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2017, associato a ciascun indicatore selezionato. Si possono, quindi, individuare 4 quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio di 2.5.

Tabella 1. Gli indicatori selezionati per la costruzione delle mappe di *performance*, anno 2017

Codice	Definizione
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
B7.1	Copertura vaccinale MPR
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente
B15.4.1	Valutazione IF mediano per Specialità
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici, con DRG chirurgico alla dimissione
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C30.3.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti
C5.2	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni
C7.1	Percentuale di cesarei depurati (NTSV)
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio
D18	Percentuale di dimissioni volontarie
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)
F10.1	Spesa farmaceutica territoriale pro capite
F17	Costo sanitario pro capite
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

Figura 3. La mappa di *performance*



d. Il bersaglio e la mappa di performance restituiscono una buona sintesi dei risultati aziendali ma difficilmente aiutano a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, lungo il percorso di cura. A tal fine, viene offerta un'ulteriore forma di rappresentazione dei risultati, che abbraccia una prospettiva di percorso. L'obiettivo è quello di analizzare le performance considerando non il soggetto erogatore dei servizi ma l'utente a cui sono rivolti. Ai tre percorsi individuati nel 2016 – materno-infantile, oncologico e cronicità – viene nel 2017 affiancato quello dell'emergenza-urgenza. Le rispettive fasi e gli indicatori associati a ciascuna fase di ciascun percorso sono riportati nelle tabelle sottostanti. Evocando la metafora della "musica suonata a favore del paziente", i percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma – anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione – articolati nelle diverse fasi (le "battute" del pentagramma): le "note" riproducono i singoli indicatori. Attraverso questa soluzione grafica vengono riportati esclusivamente gli indicatori cui sia attribuita una valutazione: gli indicatori "di osservazione" inclusi nei quattro percorsi sono comunque consultabili su web, all'indirizzo www.performance.sssup.it/netval. Nella logica di superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi assistenziali, i pentagrammi sono realizzati non solo a livello regionale ma anche a livello di area infra-regionale: questa riproduce i confini geografici delle Aziende territoriali e per ciascuna area sono riportati i risultati dei diversi erogatori aziendali che geograficamente insistono su di essa, nell'ottica di una loro co-responsabilizzazione nella presa in carico complessiva del bisogno di salute (vedi figura 4). La modalità rappresentativa del pentagramma consente quindi una visualizzazione dei risultati che congiuntamente permea i confini dei setting assistenziali (nell'ottica di una valutazione del percorso complessivo) e puntualmente valorizza il contributo dei singoli provider al conseguimento del risultato complessivo.

Tabella 2a. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Oncologico

B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	Screening
B5.1.2	Adesione corretta allo screening mammografico	
B5.1.4	*Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI)*	
B5.1.5	*Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo*	
B5.1.6	*Percentuale di adesione agli approfondimenti*	
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	
B5.2.2	Adesione corretta allo screening cervice uterina	
B5.2.4	*Adesione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI)*	
B5.3.1	Estensione corretta dello screening colorettale	
B5.3.2	Adesione corretta allo screening colorettale	
B5.3.5	*Adesione volontaria allo screening colorettale (PASSI)*	
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei Biomarcatori tumorali	Diagnosi
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Trattamento
C10.4.2	*Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata*	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	
C17.1.3	*Percentuale di reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella*	
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	
C17.5.3	*Percentuale di reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata*	
C17.6.1a	*Volumi interventi tumore maligno al colon*	
C17.2.1a	*Volumi interventi tumore maligno al retto*	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella	
C10.2.2.1	*Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari*	
C10.2.4	*Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella*	
C10.2.5	*Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario*	
C10.3.1	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)	
C10.3.2	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)	
C10.3.3	*Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon*	
C10.6.1	*Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento*	
F10.2.1c	*Spesa media per farmaci oncologici (ASL)*	
F10.2.1d	*Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU/HUB)*	
C10.2.6	*Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella*	Follow up
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	Fine Vita
C28.2	*Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg*	
C28.2b	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni	

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Tabella 2b. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Cronicità		
A6.2.2	*Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso*	
A6.2.3	*Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica*	
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	**Prevenzione**
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	
C9.2	Percentuale di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti)	
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)	
F12.11a	*Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza*	
F12a.6	*Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)*	**Efficienza**
F12a.7	*Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)*	
F12a.2	*Percentuale di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza*	
C9.10.1	*Polypharmacy*	
C16T.4	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11a.1.1.1	*Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18*	
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	**Ospedalizzazioni Evitabili**
C11a.2.1.1	*Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18*	
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	
C11a.3.1.1	*Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18*	
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (triennale)	**Esiti**

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Tabella 2c. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Materno-Infantile

C7.13	*Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione)*	**Gravidanza**
C7.13.1	*Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12ª settimana di gestazione)*	
C7.14	*Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4*	
C7.14.1	*Percentuale donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4*	
C7.16	*Accesso area maternità del consultorio*	
C7.1	Percentuale cesarei depurati (NTSV)	**Parto**
C7.1.2	*Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)*	
C7.1.3	*Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)*	
C7.1.4	*Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati*	
C17.4.1	*Percentuale ricoveri sopra soglia per parti*	
C17.4.2	*Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti*	
C17.4.3	*Percentuale di punti nascita sotto soglia per parti*	
C7.3	Percentuale episiotomie depurate (NTSV)	
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
C7.20	*Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum*	
C7.18	*Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum*	**Primo anno di vita**
C7.12.3	*Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi*	
C7.12.4	*Percentuale di allattamento esclusivo a cinque mesi*	
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	
B7.1	Copertura vaccinale MPR	
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico	
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico	
B7.7	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	
B7.8	Copertura vaccinale varicella	**Età pediatrica > 1 anno**
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	
C7.7.4	*Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)*	
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	

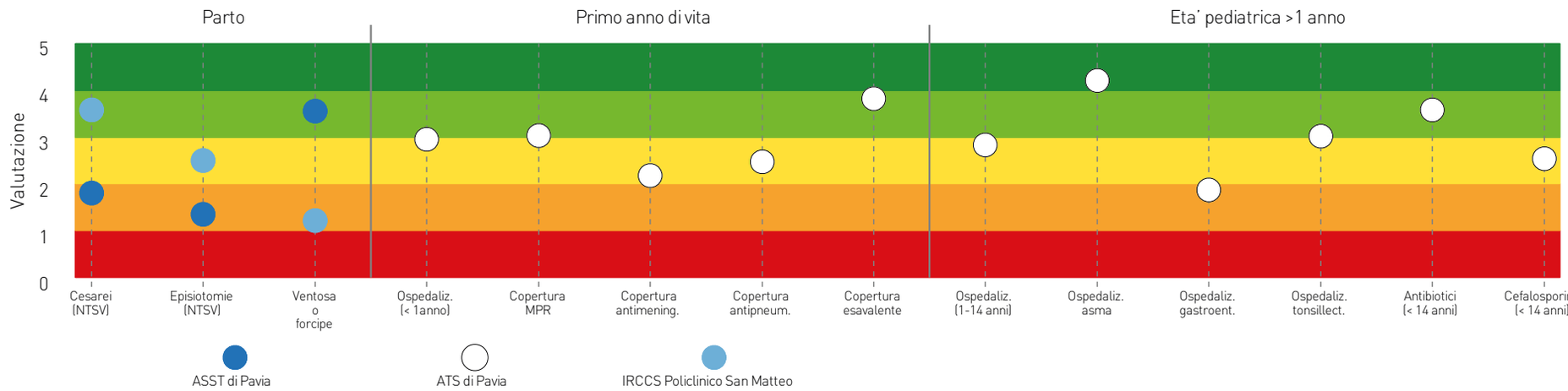
Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Tabella 2d. I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati

Percorso Emergenza-Urgenza		
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)	**Emergenza-Urgenza**
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	
C16.2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	
C16.9	*Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero*	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	
C16.8	*Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica*	
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Figura 4. Un esempio di pentagramma di area del percorso materno-infantile



I RISULTATI 2017
REGIONE BASILICATA

ASP Potenza

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)

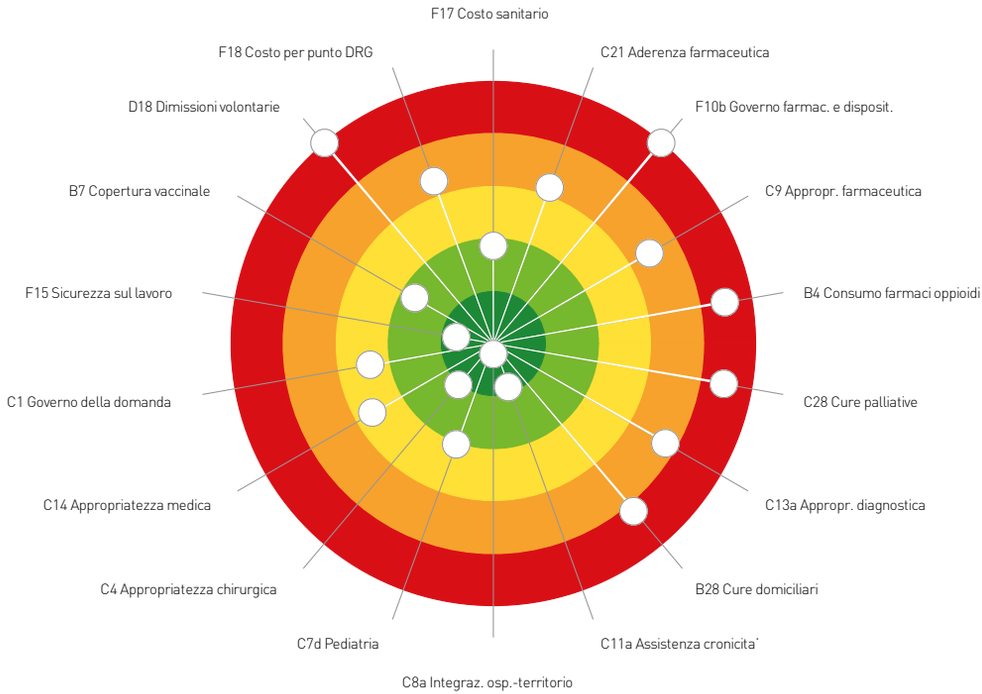
A1
Mortalita' infantile

A3
Mortalita' per malattie circolatorie

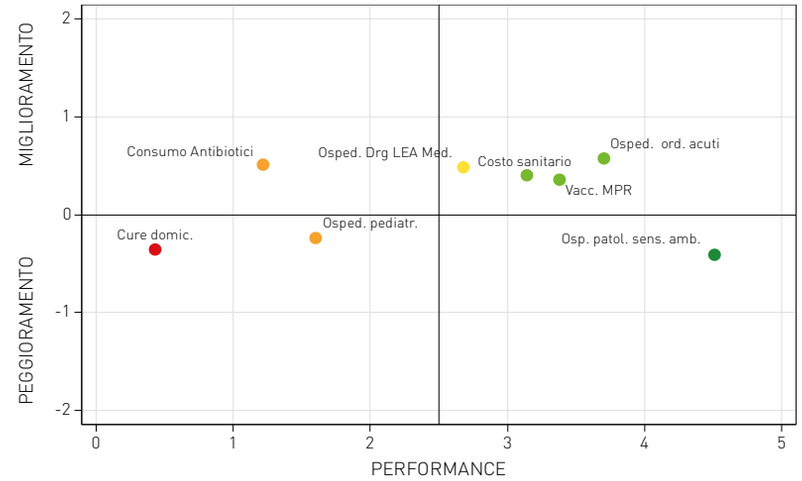
A4
Mortalita' per suicidi

A10
Stili di vita (PASSI)

Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)



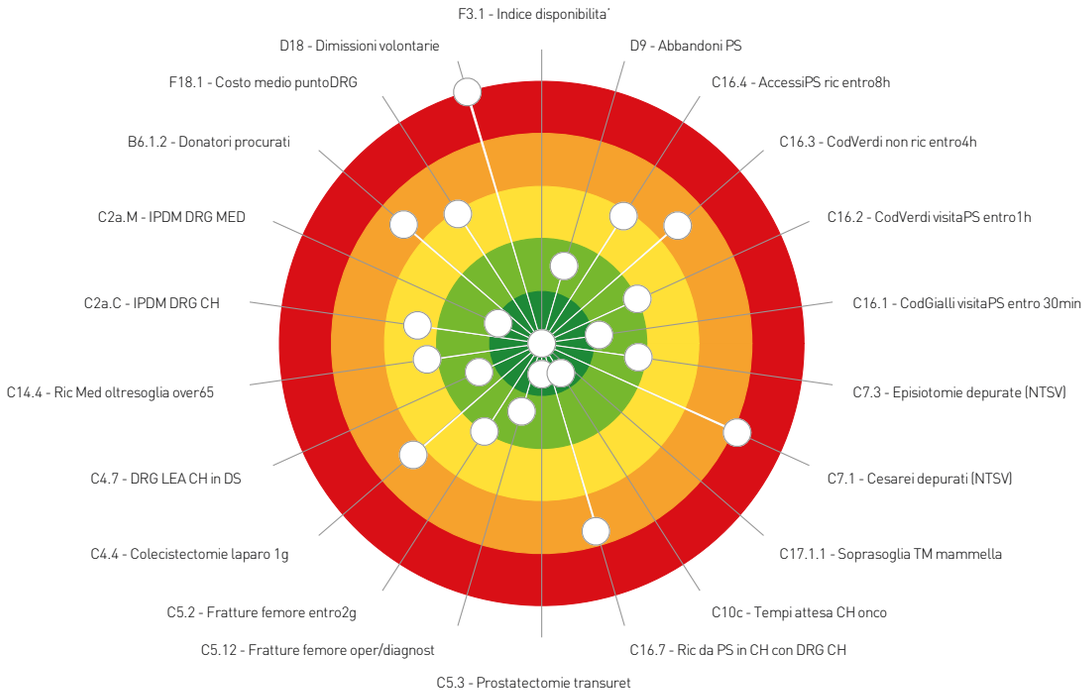
Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 36

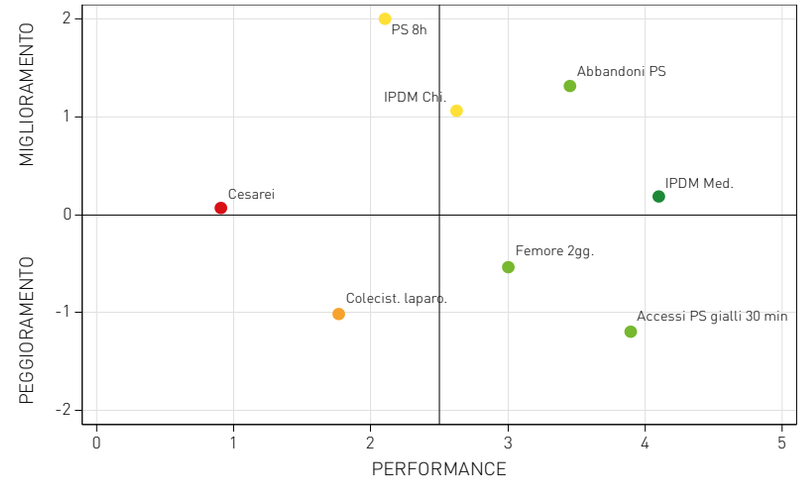
Indicatori migliorati: trend positivo
Indicatori stazionari
Indicatori peggiorati: trend negativo

AO S. Carlo

Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)



Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 15

- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

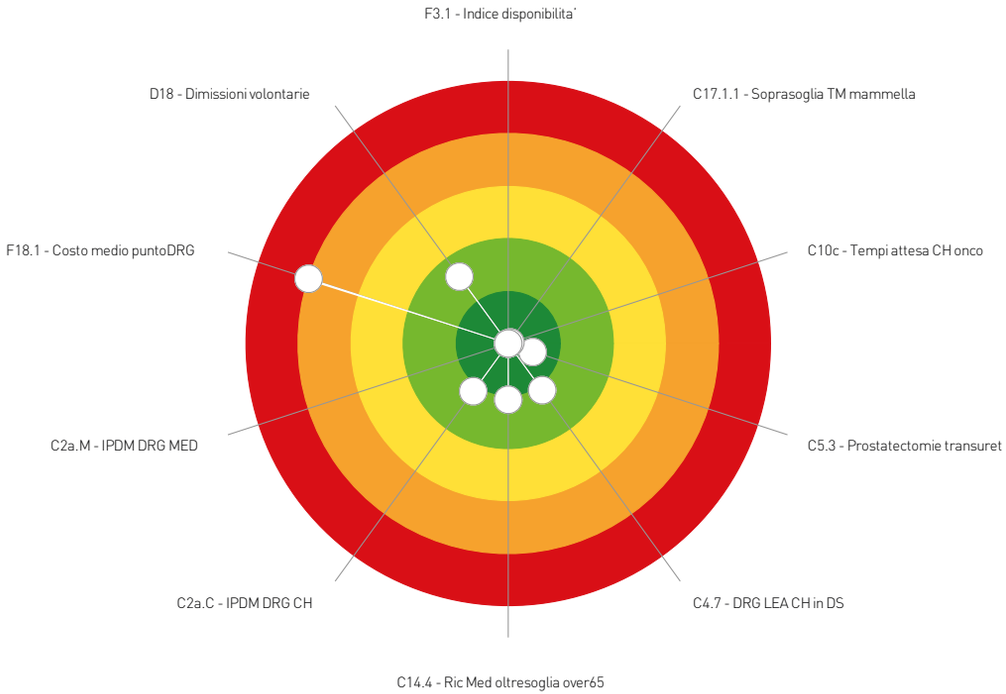
IRCCS CROB Rionero

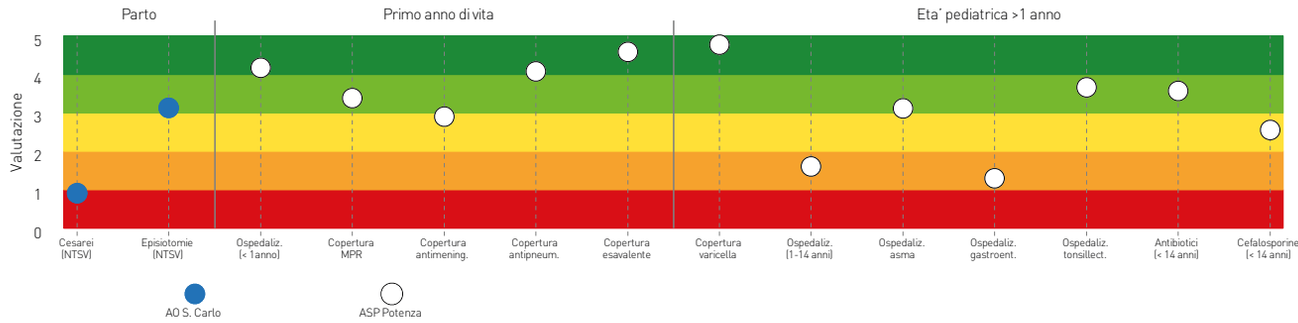
Valutazione dell'attività di ricerca (anni 2014-2016)

B15.4.1
Valutazione Impact Factor mediano per specialita'

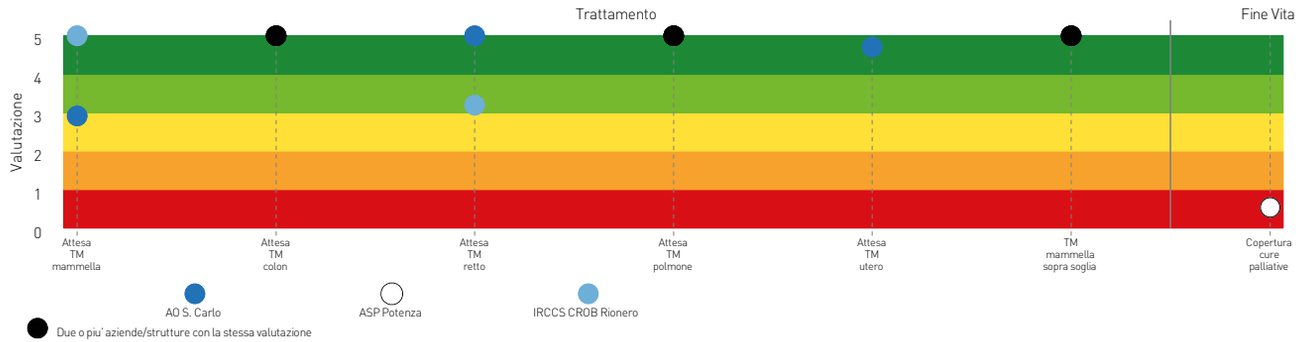
B15.4.2
Valutazione scostamento percentuale Impact Factor mediano per specialita'

Valutazione della performance 2017

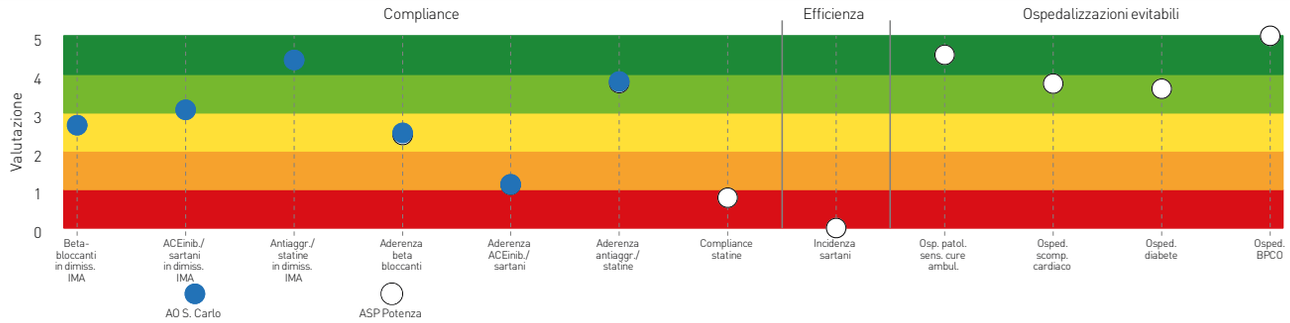




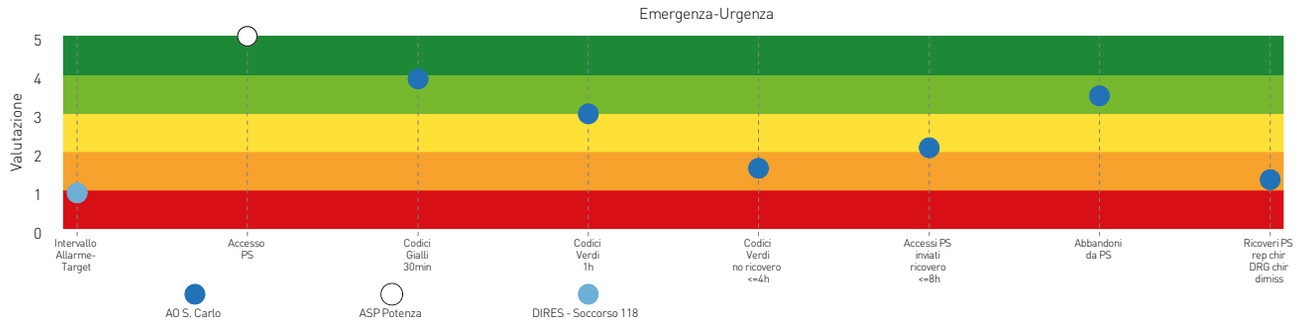
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



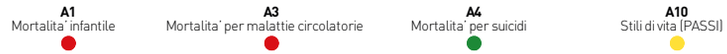
PERCORSO CRONICITÁ



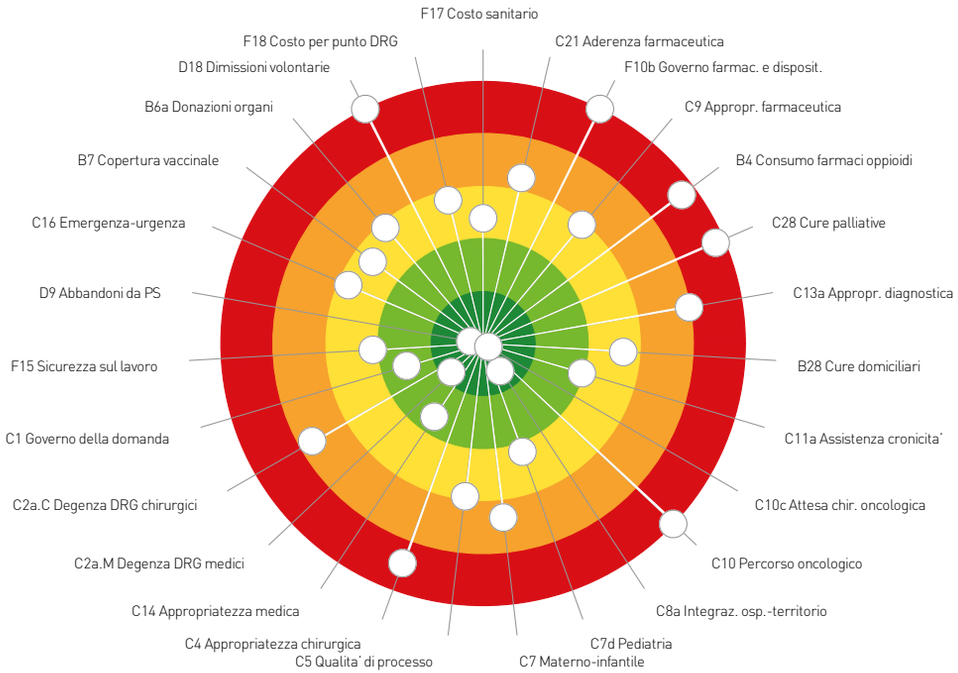
PERCORSO EMERGENZA URGENZA

ASM Matera

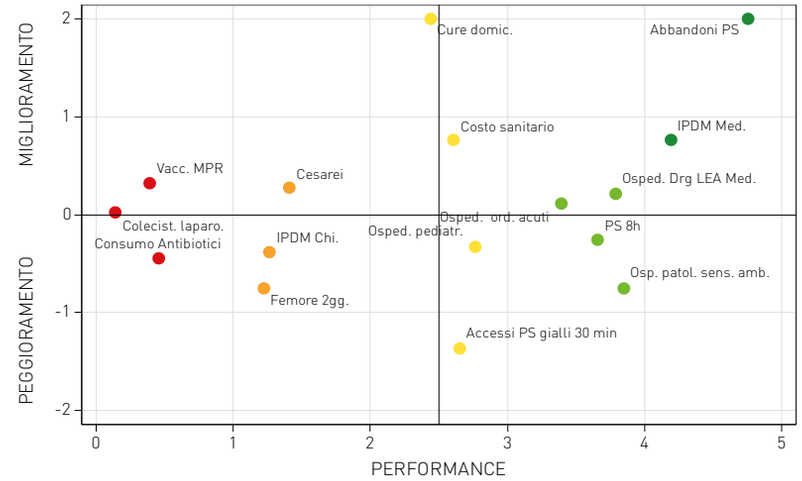
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017

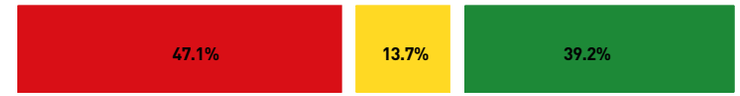


Mappa di performance e trend (2016-2017)

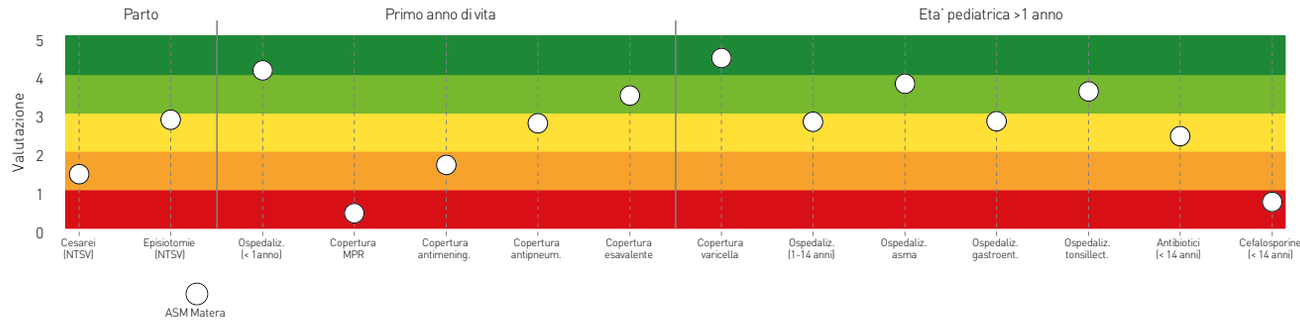


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

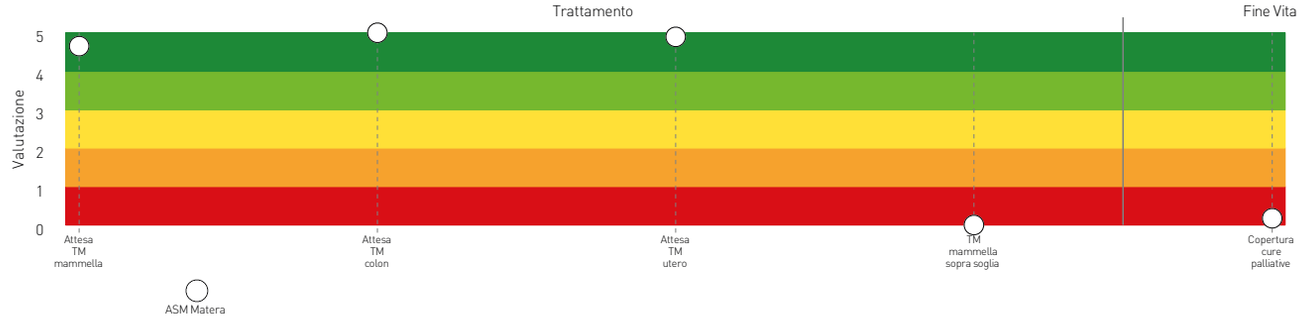
Numero indicatori: 51



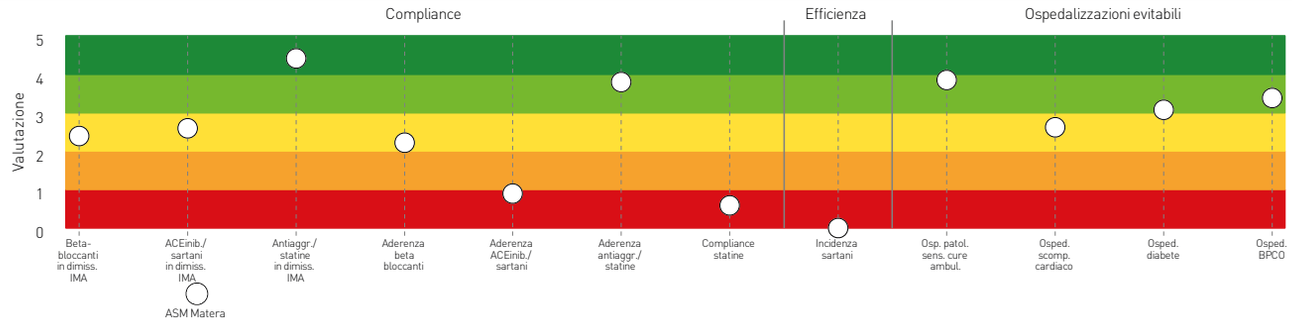
Indicatori migliorati: trend positivo
Indicatori stazionari
Indicatori peggiorati: trend negativo



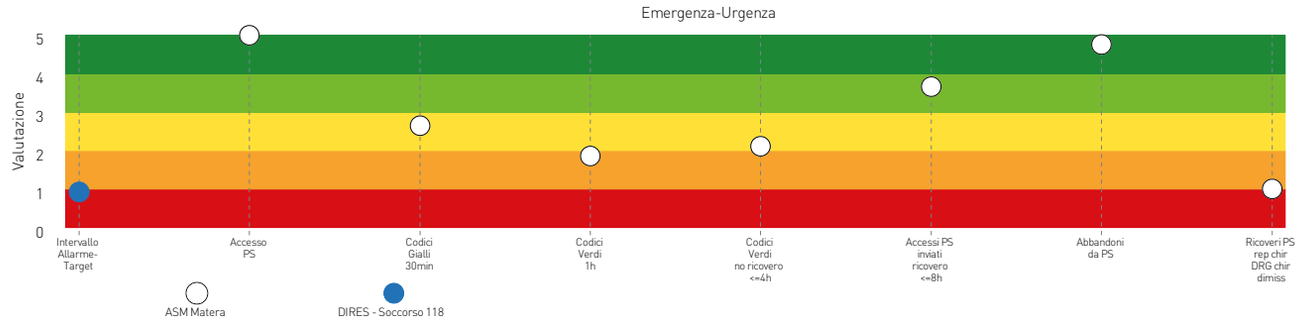
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÁ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA