

PARTE I

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

A cura di Sabina Nuti

1. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

Il presente rapporto illustra i risultati ottenuti dalla sanità toscana per l'anno 2011.

La Regione Toscana considera ormai da anni il sistema di valutazione della performance, presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale essenziale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è 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 grazie alla collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana fin dal 2005 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.

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.

Ogni anno l'intero sistema e i nuovi indicatori introdotti sono sottoposti alla supervisione scientifica di un comitato di esperti a livello internazionale ed in molti suoi ambiti condiviso con un network di Regioni italiane che hanno adottato lo stesso sistema di valutazione. Compongono il network le seguenti Regioni: Basilicata, Liguria, Marche, Umbria, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento. Anche il Veneto sta per aderire al network. Con i referenti di queste regioni è in atto un proficuo lavoro di revisione continua dello strumento per adattarlo ai cambiamenti in atto nel sistema, renderlo sempre più adeguato a supportare i processi decisionali della Regione e delle Aziende Sanitarie e per permettere un confronto permanente dei risultati.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sanitario nel suo insieme sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (vedi figura n. 1).



Fig. 1 - 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 nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.
- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**
Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.
- **La valutazione socio-sanitaria (C)**
In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.
- **La valutazione esterna (D)**
In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.
- **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 sui 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)**
In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. 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, quali 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).

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.

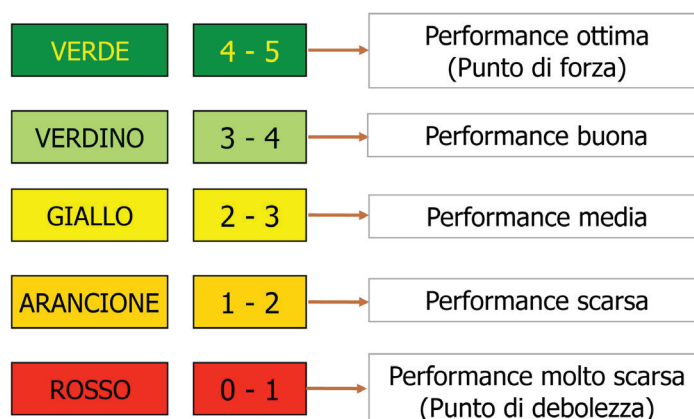


Fig. 2 - Le fasce di valutazione



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 o nel piano sanitario regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment (generalmente età e genere) per rendere possibile il confronto tra le aziende.

2. Gli indicatori del sistema

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, nella figura seguente la valutazione è data dalla media dei punteggi del sottoindicatore 1 e del sottoindicatore 2 (vedi figura n. 3). Il sottoindicatore 3 è di "osservazione", quindi non è valutato e non concorre alla definizione del punteggio di sintesi.

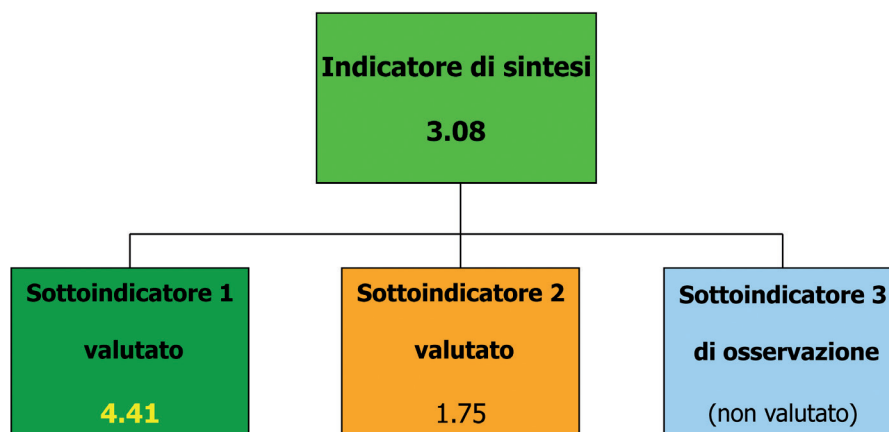


Fig. 3 - Un esempio di indicatore ad albero

Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno sono circa 350. Il loro numero può variare perché ogni anno la Regione, in particolare nella dimensione relativa alla capacità di perseguire gli obiettivi strategici, può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti. I tempi di attesa ad esempio sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini è misurata ogni due anni.

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



3. La performance della Regione Toscana

La Regione Toscana, per valutare la capacità di perseguire gli indirizzi del piano strategico, ha attivato fin dal 2004 il Sistema di Valutazione della Performance presentato in questo rapporto, mediante il quale ha potuto orientare e governare il sistema, al fine di garantire al cittadino valore e qualità dei servizi rispetto alle risorse utilizzate.

Grazie ai risultati presi in esame sistematicamente nell'ambito del Sistema di valutazione, strutturato in modo da monitorare le dimensioni più significative in sanità, quali la qualità, la soddisfazione degli utenti e degli operatori, e la sicurezza del paziente, la Regione Toscana può oggi dimostrare di avere conseguito un miglioramento nell'ultimo anno su circa il 60% degli indicatori, riuscendo in molti casi anche a garantire una riduzione della variabilità intraregionale, perseguendo meglio l'equilibrio di equità sostanziale.

Migliorare i risultati di esito, garantire maggiore equità e mantenere condizioni di sostenibilità finanziaria sono stati gli obiettivi di sintesi globale che la Regione Toscana ha definito per il ciclo di programmazione strategica sanitaria del periodo 2008-2011. Tutti e tre questi grandi obiettivi sono stati pienamente raggiunti. Pur essendo la Regione Toscana, fin dal 2008, una delle Regioni italiane con risultati eccellenti e superiori alla media nazionale, al termine di questo ciclo di programmazione la vita media dei toscani si è ulteriormente allungata. La mortalità per tumori si è ridotta, così come quella determinata da malattie cardiocircolatorie che è diminuita.

Il sistema sanitario toscano ha lavorato in questi anni per far sì che questi eccellenti risultati di esito non fossero solo patrimonio dei cittadini più colti e con condizioni economiche agiate. La complessa sfida per riuscire a rispondere ai bisogni dei cittadini non in modo uniforme ma in base alle specifiche esigenze, in modo da dare maggiori opportunità a chi ha più necessità, è stata affrontata e si evidenziano i primi risultati. Esito ed equità sono stati gli obiettivi guida della sanità toscana senza però mettere in crisi la sostenibilità finanziaria del sistema. Ogni anno il bilancio complessivo è stato chiuso in pareggio senza imposte aggiuntive e senza alcun taglio o riduzione del livello dei servizi, sia in termini di volumi che di qualità, ma grazie a un netto miglioramento di appropriatezza delle prestazioni. E questo risultato è stato raggiunto anche nel 2011, pur in presenza già di un'inversione di tendenza nelle risorse a disposizione, determinata dalla difficile congiuntura economica.

Considerando infatti i risultati di output conseguiti si evidenziano, oltre ai miglioramenti in termini di equità, significativi passi avanti nella qualità dei servizi, appropriatezza e potenziamento dei servizi territoriali.

La tenuta economico-finanziaria del sistema da un lato, e il miglioramento della qualità dei servizi dall'altro, è stata ottenuta infatti grazie ad un insieme di azioni che ha permesso di rendere più coerente l'offerta dei servizi nei setting assistenziali più adeguati.

I risultati del 2011 evidenziano un rinnovato impegno da parte di tutte le aziende sanitarie a ridurre l'uso inappropriato della costosa risorsa dell'ospedale, sempre più da utilizzare solo per patologie acute. Si registra complessivamente una riduzione della degenza media nel 2011 del 3%, così come una riduzione delle giornate di degenza preoperatoria per interventi chirurgici programmati (da 0,77 a 0,74). La maggiore efficienza ospedaliera non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero, anzi si registra un netto miglioramento negli indicatori specifici: i ricoveri entro trenta giorni per la stessa patologia sono passati da 5,14% a 5,09%, le fratture di femore operate entro due giorni da 55% a 60% che risulta essere, tra l'altro, il risultato migliore dopo la Provincia autonoma di Bolzano a livello nazionale ed il migliore in assoluto in termini di capacità di miglioramento. Nei servizi di ricovero ospedaliero grande attenzione hanno avuto le pratiche e gli interventi per garantire la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico.

Le risorse quindi sono state utilizzate in misura più appropriata e ridotta in ospedale per curare meglio i pazienti sul territorio. Il grande progetto della "sanità d'iniziativa", particolarmente orientato ad un approccio proattivo e preventivo per prendere in carico i pazienti cronici fin dalle prime fasi sul territorio, ha preso avvio e registra i suoi primi incoraggianti risultati. L'ospedalizzazione per diabete si è ridotta del 4,83%, e si registra un miglioramento netto negli indicatori di processo: tra gli altri, il numero di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata registra un ulteriore miglioramento rispetto al 2010 di circa il 3%.

Fa parte della sanità d'iniziativa anche il progetto Attività Fisica Adattata. Unico nel panorama italiano, il progetto AFA prevede l'attivazione di percorsi di attività fisica per persone con oltre 65 anni affetti da patologie croniche. I risultati sono lusinghieri: negli ultimi anni sono stati attivati sul territorio regionale circa 2500 corsi, grazie al lavoro di squadra realizzato dalle Società della Salute con gli enti locali, le associazioni, la collettività.

Molti dei risultati sono stati conseguiti anche grazie alla disponibilità di un sistema informativo in continua espansione e capace sempre più di misurare i processi e i risultati. Significativo in proposito l'avvio della Carta Sanitaria Elettronica per il cittadino, che permetterà nel tempo di raccogliere tutte le informazioni significative in un "fascicolo" elettronico, in cui sarà possibile tenere la memoria storica delle prestazioni e prescrizioni farmaceutiche del paziente.

In sintesi, tutto il sistema sanitario toscano è nettamente migliorato nella maggior parte degli indicatori monitorati dal sistema di valutazione, riuscendo in molti casi anche a ridurre la variabilità intraregionale, garantendo quindi anche un miglioramento dell'equità sostanziale per i cittadini toscani.

Nella tabella successiva si presentano i risultati complessivi della Regione Toscana e gli ambiti, segnalati con ✓, in cui è stato possibile anche conseguire una riduzione positiva della variabilità intraregionale.



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2006-2008	valore 2007-2009	delta %	variabilità
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE					
A1	Mortalità Infantile				
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	2,70	2,71	0,28	
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)	1,20	1,27	6,02	
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)	1,94	1,93	-0,32	✓
A2	Mortalità per tumori	166,01	163,75	-1,36	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	166,40	162,83	-2,15	✓
A4	Mortalità per suicidi	5,28	5,43	2,84	
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)	3557	3786	6,43	
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2008	valore 2009	delta %	variabilità
A7	Speranza di vita				
A7.1	Speranza di vita alla nascita				
A7.1.1	Speranza di vita alla nascita maschi	79,65	-	-	
A7.1.2	Speranza di vita alla nascita femmine	84,77	-	-	
A7.2	Speranza di vita a 75 anni				
A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni maschi	11,00	11,10	0,89	
A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni femmine	13,55	13,63	0,60	
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
CAPACITA' DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI (B)					
B2	Stili di vita (PASSI)				
B2.1	Attività fisica				
B2.1.1	Percentuale di sedentari	28,67	28,47	-0,71	✓
B2.1.2	Percentuale di persone sedentarie consigliati dal medico di fare attività fisica	31,80	33,80	6,30	
B2.2	Situazione nutrizionale				
B2.2.1	Percentuale di persone obese	8,05	8,45	4,92	
B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	47,99	50,89	6,06	✓
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica	39,20	42,89	9,42	
B2.3	Consumo di alcol				
B2.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto				
B2.3.2	Percentuale di binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno				
B2.4	Abitudine al Fumo				
B2.4.1	Percentuale di fumatori	30,38	26,51	-12,74	
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	51,02	51,03	0,01	
B5	Estensione ed adesione allo screening				
B5.1	Screening Mammografico				
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	-	93,60	-	
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	72,65	72,46	-0,26	
B5.2	Screening cervice uterina				
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	-	96,14	-	
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	54,71	55,39	1,24	✓
B5.3	Screening coloretale				
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	-	85,55	-	
B5.3.2	Adesione corretta dello screening coloretale	51,18	49,50	-3,27	
B6	Donazioni				
B6.1	Donazioni di organi				
B6.1.1	Percentuale Morti Encefaliche individuate	55,10	60,87	10,47	
B6.1.2	Percentuale Donatori Effettivi	53,74	53,57	-0,32	
B6.1.3	Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti	136,72	122,67	-10,28	
B6.2	Donazioni di sangue				
B6.2.1	Indice di non conformità del plasma conferito all'industria	0,50	0,71	42,00	
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine	103,00	104,00	0,97	
B7	Copertura vaccinale				
B7.1	Copertura per vaccino MPR	92,04	92,12	0,09	
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	68,76	67,75	-1,46	
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	66,87	69,33	3,68	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
B8a	Gestione Dati				
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	69,01	71,92	4,23	✓
B8.2	Tempestività e conformità prodotti finiti prevenzione				
B8.2.1	Tempestività prodotti finiti prevenzione	92,00	91,67	-0,36	
B8.2.2	Conformità prodotti finiti prevenzione	91,67	91,67	0,00	
B8.3	Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata	7,42	1,64	-77,90	✓
B8.4	Completezza e qualità dei flussi				
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino	-	-	-	
B8.4.2	Completezza e qualità 118	-	-	-	
B8.4.3	Completezza e qualità AD RSA	-	-	-	
B8.4.4	Corretta identificazione anagrafica AD RSA	-	99,50	-	
B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso UVM e schede di valutazione trasmesse AD RSA	-	24,19	-	
B8.4.6	SDO: qualità informazioni per FSE	-	8,98	-	
B8.4.7	Qualità PS RFC 106				
B9	Equità ed accesso				
B9.5	Ospedalizzazione dei cronici per titolo di studio				
B9.5.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per scompenso per titolo di studio	1,24	-	-	
B9.5.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per diabete per titolo di studio	1,34	-	-	
B9.5.3	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per BPCO per titolo di studio	1,62	-	-	
B9.5.4	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione per polmonite per titolo di studio	1,41	-	-	
B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio	1,52	-	-	
B9.7	Rapporto tra tassi di parto cesareo NTSV per titolo di studio	0,94	-	-	
B9.8	Rapporto tra tassi di IVG per straniere	7,33	-	-	
B11	Complessità (AOU)				
B11.1	Peso medio DRG	1,65	1,68	1,97	✓
B11.1.1	Peso medio Drg medici	1,04	1,05	1,52	✓
B11.1.2	Peso medio Drg chirurgici	2,29	2,33	1,72	✓
B11.1.2.1	Percentuale Drg Chirurgici di alta complessità	34,18	33,96	-0,66	
B11.1.2.2	Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità	4,62	4,75	2,79	✓
B12a	Mobilità				
B12.1	Fughe				
B12.1.1	Fughe extra Area Vasta				
B12.1.1.1	Percentuale Fughe extra Area Vasta	8,85	8,17	-7,73	
B12.1.1.2	Percentuale Fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità	11,79	9,36	-20,67	
B12.1.2	Fughe extra Regione				
B12.1.2.1	Percentuale fughe extra Regione totali	6,01	-	-	
B17a.2	Percentuale fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	7,44	-	-	
B17.3	Percentuale fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)	8,24	-	-	
B12.2	Attrazioni				
B12.2.1	Attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità	10,29	11,04	7,30	✓
B12.2.2	Attrazioni extra Regione				
B12.2.2.1	Percentuale attrazioni extra Regione	17,25	17,24	-0,05	
B12.2.2.2	Percentuale attrazioni extra Regione per Drg ad alta complessità	14,19	13,93	-1,85	
B15	Capacità attività di ricerca (AOU)				
B15.1	Impact Factor medio del personale				
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente	1,44	1,67	15,72	✓
B15.1.2	Impact Factor medio articoli per dipendente	0,32	0,37	15,72	✓
B15.2	Impact Factor per articolo				
B15.2.1	Impact Factor Totale	4937,06	5712,96	15,72	
B15.2.2	Impact Factor medio per articolo	3,64	3,95	8,51	
B15.2.3	Impact Factor mediano per articolo		2,92		
B15.2.4	Percentuale di articoli con Impact Factor maggiore di 5		17,72		
B15.3	Impact Factor per specialità				
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	49,79			
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	42,26			
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino				
B16.1	Sistema carta dei servizi				
B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti secondo la carta dei servizi	81,14	85,26	5,08	✓
B16.1.2	Comitato di partecipazione	51,47	66,18	28,58	✓
B16.2	Front-office	79,78	81,25	1,84	✓
B20	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni	36,00	35,54	-1,28	
B20.1	Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche prenotate entro 15 giorni	36,34	34,85	-4,11	
B20.2	Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche prenotate entro 15 giorni	34,10	32,68	-4,17	
B20.3	Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche prenotate entro 15 giorni	38,20	37,56	-1,67	
B20.4	Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche prenotate entro 15 giorni	32,50	35,51	9,26	✓
B20.5	Percentuale di prime visite specialistiche otorino prenotate entro 15 giorni	57,50	53,73	-6,56	
B20.6	Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche prenotate entro 15 giorni	24,50	26,17	6,81	✓
B20.7	Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche prenotate entro 15 giorni	36,96	28,91	-21,77	
B20.8	Percentuale di prime visite specialistiche urologiche prenotate entro 15 giorni	35,50	37,36	5,24	
B20.9	Percentuale di prime visite specialistiche chirurgia generale prenotate entro 15 giorni	61,10	57,90	-5,25	
B21	Percentuale di esami diagnostici prenotati entro 30 giorni	61,00	43,31	-29,00	
B21.1	Percentuale Tac senza contrasto prenotati entro 30 giorni	62,90	60,72	-3,46	
B21.2	Percentuale Tac con contrasto prenotati entro 30 giorni	57,88	55,24	-4,56	
B21.3	Percentuale RMN senza contrasto prenotati entro 30 giorni	54,00	48,12	-10,89	
B21.4	Percentuale RMN con contrasto prenotati entro 30 giorni	52,00	45,26	-12,96	
B21.5	Percentuale ecografia internistica prenotati entro 30 giorni	66,84	41,05	-38,58	
B21.6	Percentuale di ecografia ostetrico-ginecologica prenotati entro 30 giorni	78,03	42,93	-44,98	
B21.7	Percentuale di ecodoppler prenotati entro 30 giorni	49,70	35,42	-28,74	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
B22	Attività fisica adattata (AFA)				
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	1,24	1,38	11,29	
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	1,35	1,77	31,11	
B23	Accreditamento				
B23.1	Percentuale attestazioni dei requisiti di esercizio per i presidi nei tempi previsti	-	84,06	-	
B23.2	Percentuale attestazioni di accreditamento per le strutture organizzative funzionali nei tempi previsti	-	90,31	-	
B23.3	Percentuale media dei requisiti trasversali raggiunti dalle strutture organizzative funzionali	-	85,11	-	
B23.4	Percentuale media dei requisiti specifici di percorso raggiunti dalle strutture organizzative funzionali	-	85,75	-	
B23.5	Percentuale media totale dei requisiti trasversali e specifici di percorso raggiunti dalle strutture organizzative funzionali	-	85,15	-	
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)				
B24.1	Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali (Percentuale TS-CNS e FSE attivati)	-	-	-	
B24.2	Referto di laboratorio e radiologia: completezza e qualità dati pubblicati	-	-	-	
B24.2.1	Percentuale referti firmati digitalmente	-	-	-	
B24.2.2	Percentuale corretta identificazione cittadino	-	-	-	
B24.2.3	Percentuale dei referti inviati rispetto al volume atteso	-	-	-	
B25	Ristrutturazione dell'offerta ospedaliera				
B25.1	Variabilità delle prestazioni sanitarie				
B25.1.1	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione delle prestazioni Sanitarie				
B25.1.1.1	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Sostituzione Ginocchio	1,48	1,33	-10,38	
B25.1.1.2	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Sostituzione Anca	1,75	1,75	0,06	
B25.1.1.3	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Angioplastica Coronarica	7,83	10,96	39,99	
B25.1.1.4	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Isterectomia	1,90	1,85	-2,86	
B25.1.1.5	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Tonsillectomia	3,74	2,69	-28,09	
B25.1.1.6	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Ernia Inguinale	1,91	1,47	-22,80	
B25.1.1.7	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Stripping Vene	2,57	2,42	-5,95	
B25.1.1.8	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Colectomia	1,46	1,31	-10,02	
B25.1.1.9	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per interventi di Colectomia	1,78	1,47	-17,45	
B25.1.1.10	High Low Ratio Tasso di Ospedalizzazione per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata	2,86	2,94	2,96	
B25.1.2	Coefficiente di variazione della degenza media delle prestazioni Sanitarie				
B25.1.2.1	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Sostituzione Ginocchio	0,37	0,34	-8,24	
B25.1.2.2	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Sostituzione Anca	0,41	0,38	-6,38	
B25.1.2.3	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Angioplastica Coronarica	0,89	0,85	-4,17	
B25.1.2.4	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Isterectomia	0,44	0,59	33,86	
B25.1.2.5	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Tonsillectomia	0,38	0,69	84,55	
B25.1.2.6	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Ernia Inguinale	0,66	0,93	40,30	
B25.1.2.7	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Stripping Vene	1,15	1,76	53,82	
B25.1.2.8	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Colectomia	1,30	1,18	-9,24	
B25.1.2.9	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di Colectomia	0,85	0,66	-22,96	
B25.1.2.10	Coefficiente di variazione della degenza media per prostatectomia transuretrale, per iperplasia benigna prostata	0,66	0,62	-6,16	
B26	Sanità di Iniziativa				
B26.1	Percentuale popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	-	34,70	-	
B26.2	Percentuale raggiungimento obiettivi finali moduli (DGRT 716/2009 e 335/2010)	-	-	-	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA (C)					
C1a	Capacità di governo della domanda				
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	145,43	139,07	-4,37	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione std DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti	40,96	38,42	-6,20	✓
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti	103,65	99,27	-4,23	
C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti	50,46	50,01	-0,88	
C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti	50,69	46,86	-7,56	
C1.1.1.3.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati DRG Medici per 1.000 residenti	16,33	14,58	-10,69	✓
C1.1.2	Tasso ospedalizzazione std DH acuti per 1.000 residenti	38,17	36,16	-5,27	
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione std DH medico acuti per 1.000 residenti	16,72	14,71	-12,05	
C1.1.2.2	Tasso ospedalizzazione std DH chirurgico acuti per 1.000 residenti	17,55	17,58	0,13	
B17.1	Trend volumi attività chirurgica programmata	3,77	-1,42	-137,60	
B17.1.1	Trend volumi attività chirurgica programmata Ricoveri ordinari	7,41	-3,88	-152,41	
B17.1.2	Trend volumi attività chirurgica programmata Day-Hospital	-6,23	6,35	201,82	
B17.4	Trend peso attività chirurgica in ricovero ordinario programmato	-1,23	2,40	294,47	
C2a	Indice di performance degenza media	-0,14	-0,22	-52,37	✓
C3	Degenza media pre-operatoria (AOU)	0,77	0,74	-3,65	
C3.1	Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno (AOU)	1,15	1,11	-3,75	
C3.2	Degenza media pre-operatoria residenti toscani (AOU)	0,72	0,68	-4,43	
C14	Appropriatezza medica				
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010)	249,84	225,12	-9,89	
C4.9	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010)	-	69,44	-	
C14.2	Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)	43,77	36,87	-15,77	✓
C14.2.2	Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010) - pediatrici	76,57	66,63	-12,98	
C14.3	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)	19,59	18,67	-4,66	
C14.3.2	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010) - pediatrici	29,16	28,10	-3,63	
C14.4	Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)	3,19	3,08	-3,53	✓
C4a	Appropriatezza chirurgica				
C4a.1	Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)	14,37	13,02	-9,36	✓
C4.1.1	Percentuale Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	14,60	13,57	-7,04	
C4.1.2	Percentuale Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital	13,12	10,82	-17,58	✓
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	52,99	58,86	11,08	✓
C4.12	Drg LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010)	70,70	74,31	5,11	
C5a	Qualità di processo				
C5.2	Percentuale fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	54,58	59,73	9,45	✓
C5.12	Percentuale fratture femore operate sulle fratture diagnosticate	88,34	89,25	1,03	✓
C5.3	Percentuale prostatectomie transuretrali	61,31	61,19	-0,19	
C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	62,78	60,47	-3,68	
C5.8	Percentuale ventilazioni meccaniche non invasive	33,75	39,01	15,57	
C5.10	Percentuale resezioni programmate al colon in laparoscopia	31,55	36,73	16,42	✓
C5.11	Percentuale appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	82,22	87,74	6,71	✓
C16.4	Percentuale pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	91,19	92,18	1,09	
C5b	Qualità di esito				
C5.1	Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	5,14	5,09	-0,97	✓
C5.1.1	Percentuale ricoveri ripetuti medici entro 30 giorni con stessa MDC	7,04	7,03	-0,17	✓
C5.1.2	Percentuale ricoveri ripetuti chirurgici entro 30 giorni con stessa MDC	2,56	2,47	-3,48	✓
C5.15	Indice sintetico di esito - Piano Nazionale Esiti (PNE)	0,28	-	-	
C6a	Rischio clinico				
C6.1	Indice di richieste di risarcimento	7,31	7,59	3,83	
C6.1.1	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere	5,12	6,93	35,35	
C6.1.2	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture territoriali	0,05	0,11	120,00	
C6.1.3	Capacità di gestione del risarcimento	69,80	98,64	41,32	✓
C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting:				
C6.2.1.1	Indice di diffusione degli Audit - in strutture ospedaliere	-	3,11	-	
C6.2.1.2	Indice di diffusione degli Audit - in strutture territoriali	-	1,19	-	
C6.2.2.1	Indice di diffusione delle M&M - in strutture ospedaliere	-	4,94	-	
C6.2.2.2	Indice di diffusione delle M&M - in strutture territoriali	-	3,32	-	
C6.2.3	Percentuale report inviati telematicamente tramite registrazione dei dati nel software GRC	-	77,58	-	
C6.4	Sicurezza del paziente:				
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione	2,49	2,59	4,10	
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	0,61	0,64	3,79	
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	1,98	2,02	2,06	
C6.5	Livello di diffusione delle buone pratiche ospedaliere	1,68	7,73	360,12	
C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	10,78	12,05	11,78	✓
C6.7	Segnalazione e gestione eventi sentinella				
C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella: monitoraggio tempi invio scheda A e scheda B	-	67,92	-	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
C7a	Materno-Infantile				
C7.1a	Fase parto				
C7.1	Percentuale parti cesarei depurata (NTSV)	20,35	18,69	-8,16	✓
C7.1.1	Percentuale parti cesarei grezza	26,96	25,82	-4,21	
C7.2	Percentuale parti indotti	18,37	19,86	8,08	
C7.3	Percentuale episiotomia depurata (NTSV)	33,44	28,11	-15,93	
C7.5	Percentuale di fughe per parto	16,91	16,75	-0,90	✓
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	6,89	7,28	5,66	
C7.12	Percentuale attaccamento al seno entro le 2 ore	75,37			
C7.1b	Assistenza territoriale				
C7.15	Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile (14-49 anni)	202,72			
C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	29,81	27,13	-8,98	
C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4	13,79	13,07	-5,19	✓
C7.16	Accesso all'area maternità del consultorio di donne straniere	73,88			
C7.17	% donne residenti con almeno tre presenze al corso di preparazione alla nascita	25,24			
C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	49,81			
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)				
C7.10	Tasso IVG per 1.000 residenti	7,32	6,84	-6,59	✓
C7.11	Percentuale IVG ripetute negli ultimi 3 anni				
C7.19	Tasso di accesso al consultorio giovani	60,5			
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione (14-24 anni)	23,84			
C8a.19	Pediatria di base				
C7.7	Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)	11,36	11,05	-2,68	✓
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	45,62	28,52	-37,48	✓
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti	200,29	156,41	-21,91	✓
C8b	Efficacia del territorio				
C8a.1	Percentuale ricoveri con degenza >30 gg per residenza	0,93	0,88	-5,93	✓
C8a.12	Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione ADI per 100.000 abitanti	23,19	133,10	473,97	
C8b.13	Tasso di prestazioni AD sanitaria per 1.000 residenti oltre 65 anni	-	337,36	-	
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)	94,97	98,12	3,32	
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso	-	315,67	-	
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica				
C9.6.1	Statine (Ipolepemizanti)				
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	15,29	14,34	-6,21	
C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine	40,16	42,18	5,03	
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione	83,62	87,32	4,43	
C9.6.2	Antipertensivi				
C9.3	Incidenza dei sartani	41,87	42,21	0,80	
C9.7	Gastrointestinali				
C9.1	Consumo di Inibitori di Pompa Protonica (Antiacidi)	24,29	25,99	6,98	
C9.8	Antimicrobici				
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici	22,89	22,47	-1,84	✓
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili	27,56	26,12	-5,23	
C9.9	Antidepressivi				
C9.4	Consumo di antidepressivi (SSRI)	48,27	48,60	0,68	
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	27,92	26,73	-4,25	✓
C9.11	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi	27,57	28,82	4,53	
C9.5	Consumo di altri antidepressivi	11,63	11,03	-5,13	✓
B4.1	Controllo del dolore				
B4.1.1	Consumo di farmaci oppioidi	1,59	1,83	14,94	
B4.1.3	Consumo di morfina	2,26	2,63	16,33	
B4.1.5	Incidenza della morfina	-	5,05	-	
C9.14	Cura dell'osteoporosi				
C9.15	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79	-	-	-	
C9.16	Percentuale pazienti fratturati aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79	-	-	-	
C9.17	Ospedalizzazione				
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	1,28	1,41	10,07	
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti	47,25	66,89	41,57	
C9.18	Incidenza del filgrastim nei reparti	-	51,51	-	
C10	Percorso oncologico				
C10.2	Percorso della mammella				
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	73,84	70,95	-3,91	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono il linfonodo sentinella	67,60	66,99	-0,90	
C10.2.3	Re-intervento entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa per tumore alla mammella	7,34	6,47	-11,91	
C10.2.4	Percentuale radioterapia in pazienti con chirurgia conservativa per neoplasia mammaria				
C10.2.5	Volumi di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ				
C10.3	Percorso del colon-retto				
C10.3.1	Numero di interventi chirurgici al retto in soggetti con tumore al retto	715,00	691,00	-3,36	
C10.3.2	Pazienti con tumore retto trattati con radioterapia preoperatoria	16,64	18,16	9,09	
C10.3.3	%di pazienti con intervento per tumore al colon retto che eseguono almeno un dosaggio CEA nell'anno successivo	71,83	68,92	-4,05	
C10.3.4	% di pazienti con intervento per tumore al colon retto che eseguono una ecografia o TAC epatica nei 12 mesi successivi	69,49	69,61	0,18	
C10.3.5	Volumi di interventi chirurgici al colon retto				



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche				
C11a.1	Scompenso				
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	190,33	195,11	2,51	
C11a.1.2	Percentuale residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	56,00	58,50	4,46	✓
C11a.1.3	Percentuale residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani	58,40	56,40	-3,43	
C11a.1.4	Percentuale residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante	39,60	40,90	3,28	
C11a.2	Diabete				
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	21,37	20,34	-4,83	✓
C11a.2.2	Percentuale residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	66,80	68,70	2,84	✓
C11a.2.3	Percentuale residenti con Diabete con almeno un esame della Retina	31,30	32,10	2,56	
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	42,36	42,14	-0,53	
C11a.2.4.1	Tasso di rivascularizzazione nei pazienti diabetici per 100.000 residenti	34,93	34,70	-0,68	
C11a.2.4.2	Percentuale di rivascularizzazione nei pazienti diabetici	3,61	3,67	1,77	✓
C11a.3	BPCO				
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	52,20	53,35	2,21	
C11a.5	Ictus				
C11a.5.1	Percentuale residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50Percentuale giorni di oss.	61,70	52,20	-15,40	
C11a.6	Ipertensione				
C11a.6.1	Percentuale residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico	51,70	51,00	-1,35	
C13	Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche				
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali	3044,99	2963,17	-2,69	
C13.2	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini				
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC prescritte, extra Ps, per 1.000 residenti	59,08	57,80	-2,17	
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	24,54	24,12	-1,73	✓
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM prescritte, extra Ps, per 1.000 residenti	73,63	72,03	-2,17	
C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler std per 1.000 residenti	64,12	64,37	0,40	
C13.2.4	Tasso grezzo di prestazioni Ecografia per 1.000 residenti	251,77	241,12	-4,23	
C13.2.5	Tasso grezzo di prestazioni RX tradizionale per 1.000 residenti	460,84	445,47	-3,33	
C15	Salute Mentale				
C15.1	Prevalenza di pazienti con almeno 10 prestazioni in attività domiciliare sulla popolazione residente maggiorenne	42,89	42,79	-0,23	
C15.1.1	Prevalenza di pazienti grandi utilizzatori con almeno 18 prestazioni sulla popolazione residente maggiorenne	27,08	28,34	4,65	✓
C15.2	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero	39,96	36,95	-7,55	
C15.2.1	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero da strutt. Pubbliche	44,58	41,07	-7,87	
C15.2.2	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero da strutt. private accreditate	12,90	11,29	-12,54	
C8a.13	Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	14,23	11,89	-16,45	✓
C8a.13.2	Percentuale ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	7,41	5,49	-25,97	✓
C8a.5	Tasso di ricoveri con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	289,78	279,70	-3,48	✓
C8a.5.1	Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	63,08	62,45	-1,00	
C8a.5.2	Tasso di ricovero per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	76,59	74,61	-2,59	✓
C8a.5.3	Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	28,50	31,45	10,35	
C8a.5.4	Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	20,48	16,84	-17,79	✓
C8a.5.5	Tasso di ricovero per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	20,73	17,94	-13,48	✓
C8a.5.6	Tasso di ricovero per demenze per 100.000 residenti maggiorenni	28,40	26,51	-6,65	
C8a.5.7	Tasso di ricovero per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	30,45	27,11	-10,98	✓
C8a.5.8	Tasso di ricovero per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	21,55	22,81	5,82	
C16a	Pronto Soccorso				
C16.1	Percentuale pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	69,62	71,92	3,30	✓
C16.2	Percentuale pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	76,20	78,26	2,71	✓
C16.3	Percentuale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	82,11	83,79	2,05	✓
C16.5	Percentuale pazienti in OB	-	-	-	
C16.6	Percentuale pazienti ricoverati dopo OB	-	-	-	
C16.7	Percentuale pazienti dimessi da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico	60,34	61,82	2,45	✓
C16.8	Percentuale pazienti ricoverati da Pronto Soccorso e inviati entro 24 ore in area critica	1,15	1,11	-3,75	✓
VALUTAZIONE ESTERNA (D)					
D8a	Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso				
D8a.1	Personale medico				
D8a.1.2	Chiarezza delle informazioni	-	71,27	-	
D8a.1.3	Cortesia	-	70,32	-	
D8a.1.4	Lavoro di squadra	-	74,14	-	
D8a.1.5	Fiducia [solo valutazione]	-	70,64	-	
D8a.2	Personale infermieristico				
D8a.2.2	Chiarezza delle informazioni	-	86,35	-	
D8a.2.3	Cortesia	-	66,11	-	
D8a.2.4	Fiducia	-	71,26	-	
D8a.3	Coinvolgimento e umanizzazione				
D8a.3.6	Gestione del dolore	-	83,64	-	
D8a.3.1	Umanizzazione	-	48,42	-	
D8a.3.2	Umanizzazione infermieri	-	82,80	-	
D8a.3.3	Coinvolgimento	-	82,58	-	
D8a.3.4	Disponibilità del personale	-	67,73	-	
D8a.3.5	Informazioni alle dimissioni	-	83,88	-	
D8a.4	Accesso/Accoglienza				
D8a.4.1	Tempi di attesa	-	88,39	-	
D8a.4.2	Cortesia al triage	-	54,45	-	
D8a.4.3	Fiducia nel triage	-	73,77	-	
D8a.5	Comfort				
D8a.5.1	Comfort sala di attesa	-	72,22	-	
D8a.5.2	Pulizia sala di attesa	-	66,07	-	
D8a.5.3	Pulizia bagni	-	72,65	-	
		-	68,48	-	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	3,86	3,22	-16,52	✓
D18	Percentuale pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,94	0,99	5,38	
D19	Valutazione degli utenti del Ricovero Ospedaliero ordinario	-	76,93	-	
D19.1	Rapporto Medico - Paziente				
D19.1.1	Comunicazione	-	87,84	-	
D19.1.2	Fiducia	-	92,73	-	
D19.1.3	Cortesia	-	78,96	-	
D19.1.4	Assistenza	-	79,09	-	
D19.1.5	Umanizzazione	-	76,73	-	
D19.1.6	Medico di riferimento	-	50,22	-	
D19.2	Rapporto Medico - Infermiere				
D19.2.1	Comunicazione	-	83,74	-	
D19.2.2	Fiducia	-	88,70	-	
D19.2.3	Cortesia	-	76,36	-	
D19.2.4	Tempestività di risposta	-	90,35	-	
D19.2.5	Umanizzazione	-	77,12	-	
D19.2.6	Infermiere di riferimento	-	9,40	-	
D19.3	Comunicazione				
D19.3.1	Informazioni ricevute durante il ricovero	-	78,98	-	
D19.3.2	Comunicazione con i familiari	-	81,79	-	
D19.3.3	Rispetto della privacy	-	89,20	-	
B4a	Gestione del dolore				
B4a.2.2	Gestione del dolore dei pazienti ricoverati	-	90,50	-	
B10a.1	Percezione dei processi organizzativi				
B10a.1.1	Ammissione	-	61,83	-	
B10a.1.2	Dimissione	-	90,79	-	
B10a.1.3	Organizzazione del reparto	-	73,88	-	
B10a.2	Coordinamento				
B10a.2.1	Pareri discordanti	-	88,04	-	
B10a.2.3	Medico di famiglia	-	78,97	-	
B10a.2.4	Lavoro di squadra	-	74,97	-	
VALUTAZIONE INTERNA (E)					
E2	Percentuale di assenza	6,35	6,54	2,99	
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	4,55	4,66	2,42	
E14	% operatori sanitari SST con obbligo ECM che hanno conseguito almeno 60 crediti ECM (2009-2011)	-	28,88	-	
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)					
F1	Equilibrio Economico-Reddittuale				
F1.1	Equilibrio Economico Generale	-1,48	-0,69	-53,15	
F1.2	Equilibrio Economico Sanitario	0,18	1,96	1015,97	
F1.3	ROI	0,17	-	-	
F3	Equilibrio Patrimoniale - Finanziario				
F3.1	Indice di disponibilità	0,68	-	-	
F3.2	Politiche di investimento				
F3.2.1	Incidenza dei canoni leasing	4,88	-	-	
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica	68,33	-	-	
F3.2.3	Percentuale nuovi investimenti	9,32	-	-	
F3.3	Indice di elasticità finanziaria	-18,25	-	-	
F3.4	Costi di finanziamento				
F3.4.1	Indice di onerosità	4,21			
F3.4.2	Dilazione dei debiti	184,58			
F10a	Governo della spesa farmaceutica				
F10	Spesa farmaceutica territoriale	214,12	212,15	-0,92	✓
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera	54,83	58,60	6,88	
F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica				
F12a.14	Percentuale molecole a brevetto scaduto	59,68	64,72	8,44	✓
F12a.15.1	Statine (Ipolipemizzanti)				
F12a.2	Percentuale di statine a brevetto scaduto	50,92	52,66	3,42	✓
F12a.15.2	Antipertensivi				
F12a.3	Percentuale di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)	94,72	98,92	4,44	✓
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antipertensivi)	80,59	91,31	13,30	
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)	84,33	84,11	-0,26	
F12a.11	Percentuale Losartan sui sartani non associati	18,40	23,03	25,13	
F12a.12	Percentuale Losartan sui sartani associati	16,92	20,07	18,64	✓
F12a.16	Gastrointestinali				
F12a.1	Percentuale di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)	84,06	96,59	14,90	✓
F12a.17	Antimicrobici				
F12a.13	Antibiotici: costo medio per confezione	8,28	7,48	-9,66	✓
F12a.18	Sistema nervoso				
F12a.5	Percentuale di antidepressivi (SSRI) a brevetto scaduto	84,32	83,52	-0,95	
F12a.10	Percentuale di altri antidepressivi a brevetto scaduto (Antidepressivi)	79,95	80,39	0,55	✓
F12a.20	Cura dell'osteoporosi				
F12a.21	Percentuale di bifosfonati (cura dell'osteoporosi) a brevetto scaduto	-	62,80	-	
F12a.19	Ospedaliera				
F20.3	Percentuale Eritropoietina a brevetto scaduto	1,76	17,67	903,70	
F20.4	Percentuale Somatotropina a brevetto scaduto	3,94	5,36	36,11	
F20.5	Percentuale Filgrastim a brevetto scaduto	20,24	65,75	224,93	✓
F11	Indice di compensazione extraregionale	1,18	1,16	-1,96	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2011 Regione Toscana	valore 2010	valore 2011	delta %	variabilità
F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro (PISLL)				
F15.1.s	Efficacia strutturale				
F15.1.1s	<i>N. Unità locali su personale qualificato</i>	349,20	366,65	5,00	
F15.1.4s	<i>Lavoratori occupati su personale qualificato</i>	3118,55	3274,41	5,00	✓
F15.1	Copertura del territorio				
F15.1.6	Percentuale cantieri edili diversi ispezionati	111,17	115,53	3,92	✓
F15.1.7	Prodotti finiti 25, 26, 72 su unità locali	1,08	1,10	1,85	
F15.1.8	Percentuale aziende agricole controllate	150,14	117,75	-21,57	
F15.2	Efficienza				
F15.2.4	N. Prodotti Finiti 25-26-27-72 su operatori qualificati	44,03	45,02	2,25	✓
F15.2.6	<i>Prodotti Finiti 25 -26 -27 -72 pesati</i>	-	2805,36	-	
F15.3	Risultato				
F15.3.1	Tasso di infortuni standardizzato	32,17	30,47	-5,28	
F15.4	Flussi				
F15.4.1	Puntualità	2,78	5,56	100,00	
F15.4.2	Conformità dei dati	95,28	92,22	-3,21	
F15.4.3	<i>Qualità dei dati</i>	-	97,00	-	
F16	Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione				
F16.1	Flussi Informativi				
F16.1.1	Flussi informativi in ritardo rispetto alla scadenza prevista	4,82	2,12	-56,05	
F16.1.2	Flussi informativi con modulistica non conforme	2,01	2,68	33,51	
F16.1.3	Qualità dei dati	3,70	0,71	-80,81	✓
F16.2	Nutrizione				
F16.2.1	Valutazione e controllo Piani Nutrizione	94,24	103,24	9,55	✓
F16.2.2	Liste di riscontro sui piani nutrizionali validate	96,84	100,40	3,67	✓
F16.3	Sicurezza Alimentare e Piani Residui				
F16.3.1	<i>Campioni accettati per i piani PNAA e PNR</i>	103,47	100,87	-2,51	
F16.3.2	Rispetto della programmazione trimestrale per i piani PNAA e PNR	96,09	98,98	3,01	✓
F16.4.2	Copertura del territorio - n.esercizi fascia rischio II	24,56	35,30	43,74	
F16.5	Efficienza produttiva				
F16.5.4	PF49/PF4/PF43 chiusi su programmati	-	110,08	-	
F16.5.5	PF49/PF4/PF43 sul personale	60,79	45,88	-24,52	
F16.6.3	Valutazione audit regionali (Indicatore Biennale)	-	85,29	-	
F16.7	Check-list BND di Teramo				
F16.7.1	Check-list bovini	8,54	6,72	-21,31	
F16.7.2	Check-list caprini/ovini	4,10	2,71	-33,90	
F16.7.3	Check-list suini	1,63	1,30	-20,09	
F16.8	Farmacosorveglianza				
F16.8.1	Ingrossi	96,15	95,83	-0,33	
F16.8.2	Farmacie	32,79	35,58	8,51	✓
F17	Costo sanitario pro-capite				
F19	Costo per tariffa DRG	1,52	-		
F19.1	<i>Costo per valore del punto DRG (assistenza ospedaliera)</i>	1,50	-		
F19.2	<i>Costo per tariffa DRG (assistenza ambulatoriale)</i>	1,56	-		
F21	Efficienza ed efficacia nell'Igiene Pubblica				
F21.1	Flussi informativi				
F21.1.1	<i>Flussi informativi in ritardo rispetto la scadenza prevista</i>	-	5,56	-	
F21.1.2	<i>Flussi informativi con modulistica non conforme</i>	-	0,00	-	
F21.1.3	<i>Qualità dei dati</i>	-	21,88	-	
F21.2	<i>Prodotto Finito 2 sul Personale assegnato</i>	-	25,45	-	
F21.3	<i>Studio Passi : Interviste</i>	-	94,70	-	

Note:

In corsivo gli indicatori non di valutazione (di osservazione)

In arancione i nuovi indicatori

Il simbolo ✓ nella colonna della variabilità è presente quando il dato migliora tra il 2010 e il 2011 e la variabilità diminuisce



4. La rappresentazione dei risultati: dal bersaglio alle mappe di performance

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. 5), mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

In seguito si presenta il bersaglio del sistema sanitario toscano 2010 a confronto con le altre regioni del Network. La performance della Regione Toscana appare assai positiva, con la maggior parte degli indicatori posizionati verso il centro del bersaglio.

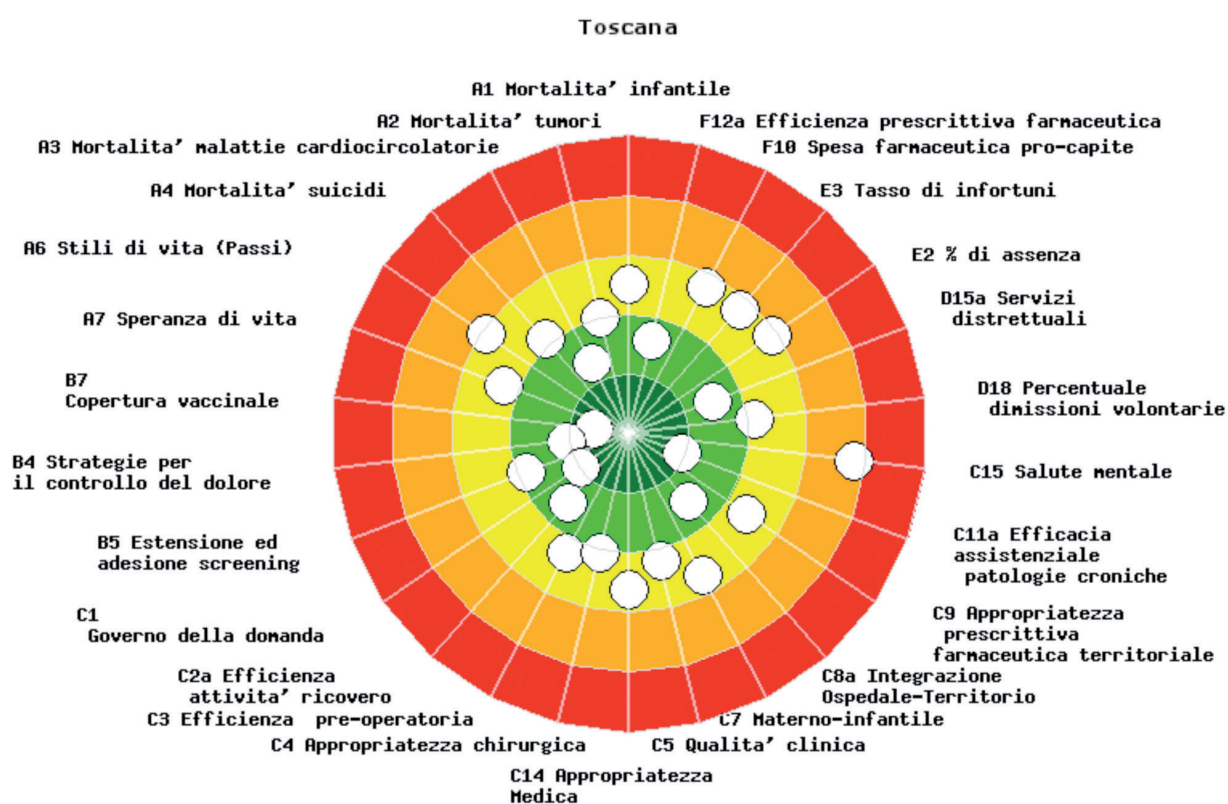


Fig. n. 5 - Il bersaglio del Sistema Sanitario Toscano anno 2010, confronto nel network regioni.

Se il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata in Toscana per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema relativamente all'anno considerato, quale 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 e dal sistema nel suo complesso per migliorare la performance da un anno all'altro.

Per permettere di evidenziare quanto le aziende sanitarie sono state in grado di migliorare i risultati rispetto all'anno precedente è stata messa a punto una nuova modalità di rappresentazione della performance che indica da un lato la performance dell'indicatore nell'anno in corso e dall'altro la capacità di miglioramento rispetto al 2010 e rispetto alle altre aziende.

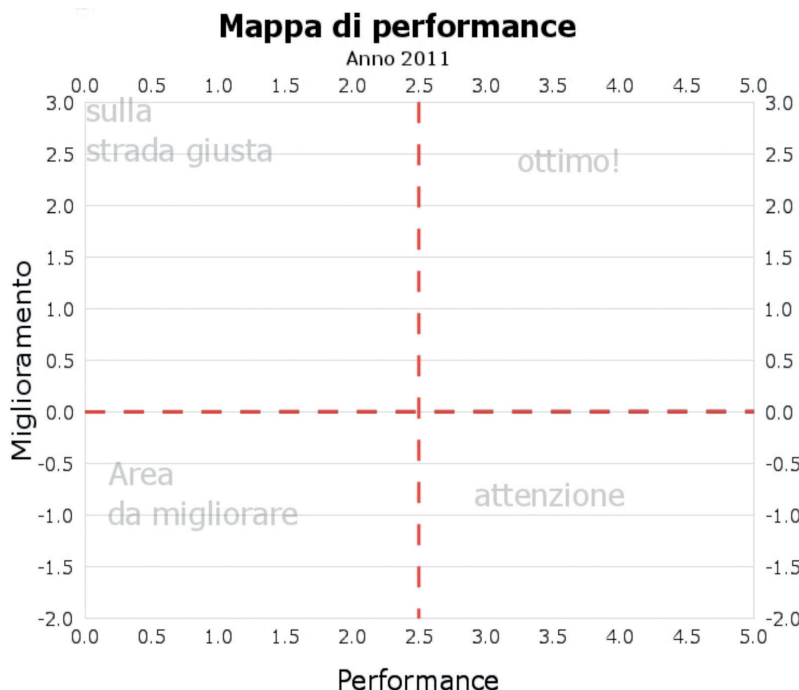


Fig. n. 6 - La mappa di performance

Nelle mappe di performance la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni azienda e per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2011-2010 riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +3 (dove -2 indica capacità di miglioramento pessima e +3 ottima). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x) invece corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2011 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 medio regionale.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra il quadro è positivo, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre aziende sia in termini di capacità di miglioramento dal 2010 al 2011, ovvero l'azienda nel 2011 per l'indicatore selezionato ha dimostrato un'ottima performance, con un trend 2010-2011 in miglioramento rispetto alle altre aziende. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra significa che è migliorato dal 2010 al 2011 rispetto alle altre aziende ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2011 e si colloca pertanto "sulla buona strada".

Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2011 ma registra un trend peggiore alle altre aziende e si pone quindi in una situazione di "attenzione". Se infine il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra risulta nell'area "da migliorare" in quanto la valutazione è inferiore rispetto alla media regionale con trend in peggioramento.

Per ogni azienda in questa sezione del Report si presentano 2 mappe di performance: una dedicata all'area ospedaliera e una all'ambito territoriale. Non è stato possibile inserire tutti gli indicatori monitorati dal sistema di valutazione nelle mappe di performance in quanto dal punto di vista metodologico i dati devono essere disponibili per l'anno in corso ed il precedente e devono essere di valutazione. Non per tutti gli indicatori si può calcolare il trend in quanto in alcuni casi è cambiato il criterio di calcolo da un anno all'altro. La scelta inoltre tiene conto anche della rilevanza dell'indicatore per rendere più semplice la lettura della mappa.

LA VALUTAZIONE 2011 DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

A cura di Sabina Nuti

Nei paragrafi successivi si illustra sinteticamente la performance conseguita in ogni realtà aziendale del sistema nel 2011.

I risultati di ciascuna azienda sono stati analizzati e discussi in corso d'anno durante gli incontri periodici tra l'Assessorato Regionale e le Direzioni Aziendali relativi alla programmazione e al controllo della gestione aziendale. I ricercatori del Laboratorio MeS inoltre hanno collaborato direttamente con i professionisti sanitari e con il management per approfondire gli ambiti di criticità e soprattutto per valorizzare le best practice. Nell'ambito dei percorsi formativi organizzati dalla Scuola Superiore Sant'Anna infatti, nonché in convegni, workshop e pubblicazioni è stato dato ampio spazio ad illustrare e promuovere meccanismi organizzativi, scelte operative e progetti attuativi che hanno consentito alle aziende di conseguire ottime performance in diversi ambiti o significativi risultati in termini di miglioramento. Si sottolinea in proposito che il Sistema di Valutazione è consultabile sul sito <http://performance.sssup.it/toscana> ed è attivo uno spazio in cui i professionisti, i cittadini e gli operatori sanitari hanno la possibilità di inviare commenti, suggerimenti e proposte per migliorare lo strumento.

Quest'anno inoltre, data la numerosità degli indicatori monitorati dal Sistema, il presente Report contiene soltanto gli indicatori di valutazione, ossia quelli a cui è associato un colore e un punteggio. I cosiddetti dati di "osservazione", cioè quelli che permettono una lettura più accurata ed approfondita di un certo fenomeno ma che non sono valutati, non sono presenti in questa stampa ma sono consultabili direttamente su web (<http://performance.sssup.it/toscana>). Così come gli indicatori della dimensione A relativi allo stato di salute della popolazione, che si riferiscono al triennio 2007-2009 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria.

Quest'anno nel sistema per gli indicatori di ambito ospedaliero calcolati per azienda erogatrice sono stati inseriti anche i dati a livello di Area Vasta e i dati relativi all'attività erogata complessivamente da tutte le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale (circa 30 strutture). Nei prossimi mesi il Laboratorio MeS predisporrà un report specifico per le zone-distretto e per uno per gli stabilimenti ospedalieri, in cui saranno inseriti gli indicatori relativi alle strutture private accreditate che hanno aderito al sistema di valutazione, che ad oggi sono circa 18 strutture.

È da ricordare che la valutazione è relativa al 2011, ad eccezione di quegli indicatori i cui dati, al momento della predisposizione del seguente report, non erano ancora disponibili. In particolare gli indicatori sulle fughe extraregionali (B12.1.2.1, B12.1.2.2, B17.2 e B17.3), F1.3 "ROI" e F3 "Equilibrio Patrimoniale Finanziario" sono relativi all'anno 2010.

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



La performance della Ausl 1 Massa

La Ausl 1 di Massa Carrara registra una performance in netto miglioramento rispetto al 2010, sebbene il bersaglio presenti ancora alcuni punti di debolezza. Malgrado l'Azienda sia stata chiamata ad affrontare una situazione economica difficile, ha saputo rispondere in modo efficace riducendo i costi operativi e al tempo stesso migliorando la qualità e l'appropriatezza dei servizi.

Per quanto riguarda la capacità di perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra ottimi risultati: vanta la migliore performance a livello regionale per l'estensione ed adesione agli screening oncologici (B5) - per quanto l'adesione a quello coloretale segna una netta flessione rispetto al 2010 -, e presenta risultati molto buoni per la Copertura vaccinale (B7) e per la Gestione dei dati (B8a). La gestione delle donazioni di organi (B6.1), invece, offre margini di miglioramento.

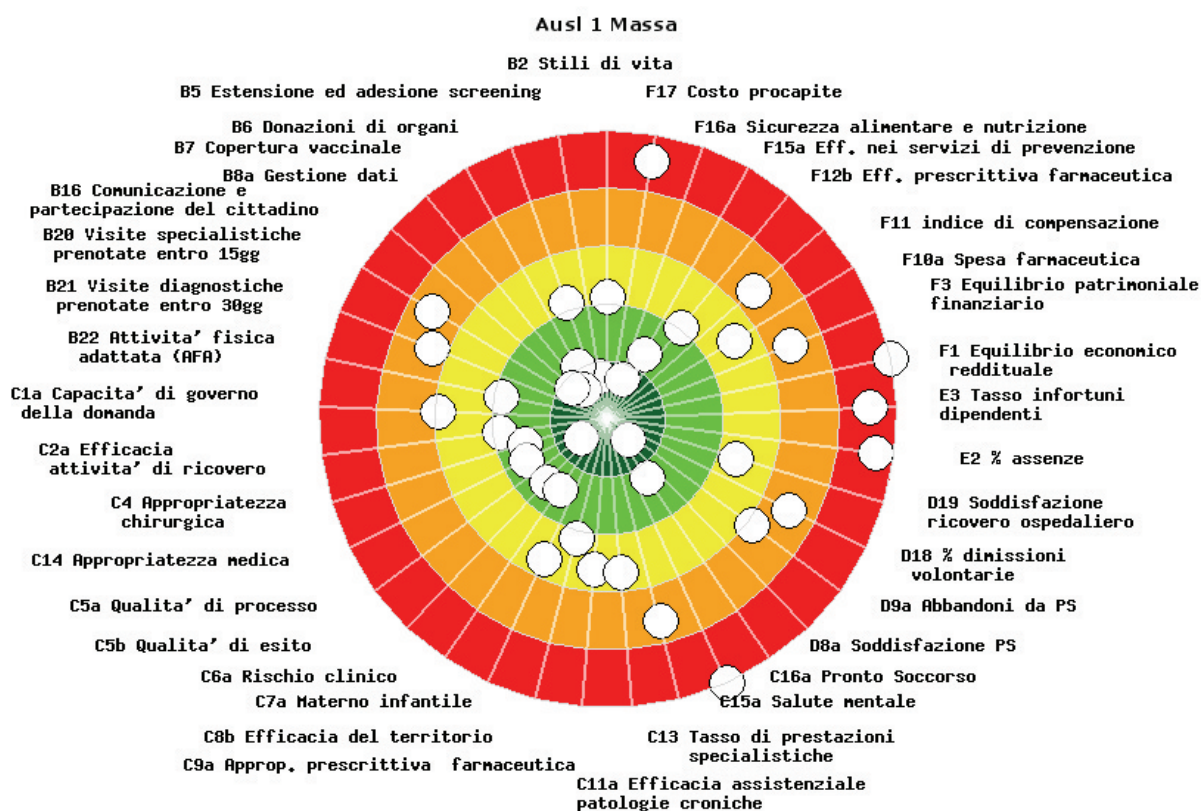
Rispetto al 2010, l'Azienda mostra significativi progressi nella capacità di controllo della domanda (ossia di corretto orientamento dell'utenza verso il setting assistenziale più adeguato): il tasso di ospedalizzazione ha registrato, nel triennio 2009-2011, il miglioramento più significativo dell'intera regione; resta invece il più elevato della Toscana, ma con margini di differenza, rispetto alle altre Ausl, ridotti. In questa stessa direzione vanno gli apprezzabili risultati nell'appropriatezza medica (C14) e in quella chirurgica (C4a): l'Azienda dimostra di aver senza dubbio prestato grande attenzione all'offerta ospedaliera, per quanto ancora permangano aree da tenere sotto controllo (*in primis*, la percentuale di colecistectomie laparoscopiche - C4.4 -, per le quali tuttavia si assiste ad un lieve ma promettente miglioramento rispetto al 2010). Lo stesso indice di performance della degenza media per acuti (C2a) - tra i migliori della regione - comprova la capacità degli ospedali dell'Azienda di farsi carico delle patologie più complesse mantenendo ridotti i tempi di ospedalizzazione. L'elevata qualità dell'assistenza ospedaliera è inoltre confermata dagli indicatori di processo (C5a) e di esito (C5b). I risultati concernenti il rischio clinico (C6a) avvalorano la buona gestione del settore ospedaliero.

Buona la performance del Pronto Soccorso (C16a), tendenzialmente riconosciuta dal giudizio degli utenti stessi (D8a). Desta qualche perplessità l'alta percentuale di abbandoni da PS (D9a), e il suo aumento rispetto al 2010.

Va tuttavia notato come, a fronte di indicatori di processo e di esito complessivamente buoni, la valutazione da parte degli utenti ricoverati (D19) non sia eccellente, e il tasso di dimissioni volontarie si attesti su valori elevati. Nonostante i buoni risultati relativi all'indagine di clima interno, si evidenzia ancora un'alta percentuale di assenza (E2) ed un alto tasso di infortuni dei dipendenti (E3), anche se quest'ultimo dato si inserisce in un contesto provinciale nel quale da anni vi è il più alto tasso di infortuni a livello regionale.

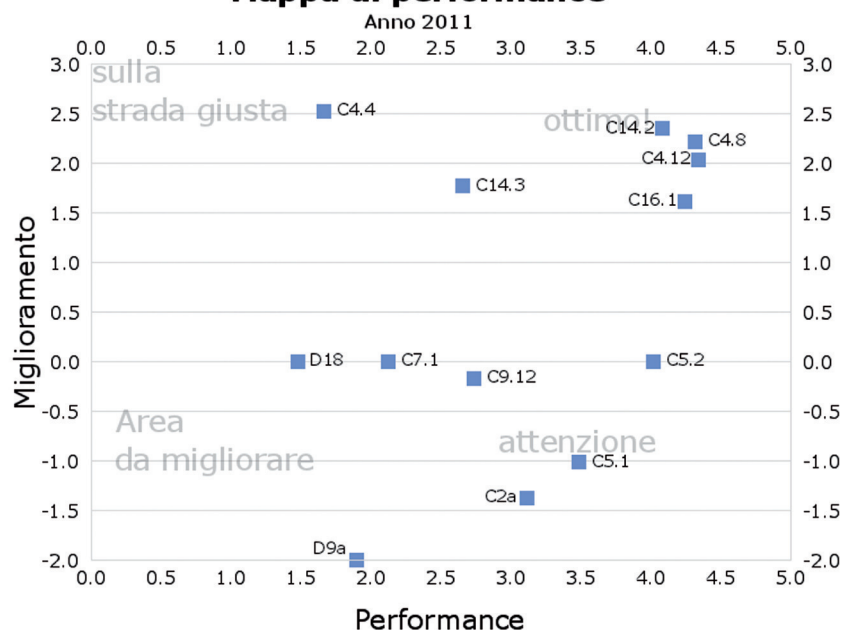
In merito al percorso materno-infantile (C7a), l'Azienda registra una performance complessivamente in linea con la Regione, per quanto il tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (C7.10) sia ancora tra i peggiori della Toscana, nonostante un calo rispetto al 2010.

Se l'Azienda può vantare sensibili miglioramenti per quanto attiene l'offerta ospedaliera, tradisce tuttavia qualche difficoltà nell'area territoriale. In prima battuta, è il rapporto tra ospedale e territorio a dover essere consolidato: il tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI (C8a.12) è relativamente basso, il tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite (C8a.19.2) tra i peggiori della Toscana. In seconda battuta, l'Azienda mostra alcune lacune nell'efficacia assistenziale delle patologie croniche (C11a), in particolare per l'alto tasso di amputazioni maggiori per Diabete (C11a.2.4). L'aumento dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani (C14.4) fa suonare un campanello di allarme che segnala una potenziale difficoltà nella presa in carico dell'utente da parte del territorio. Il tasso di risonanze magnetiche muscolo scheletriche per pazienti anziani (C13.2.2.1) infine risulta tra i più elevati della regione.



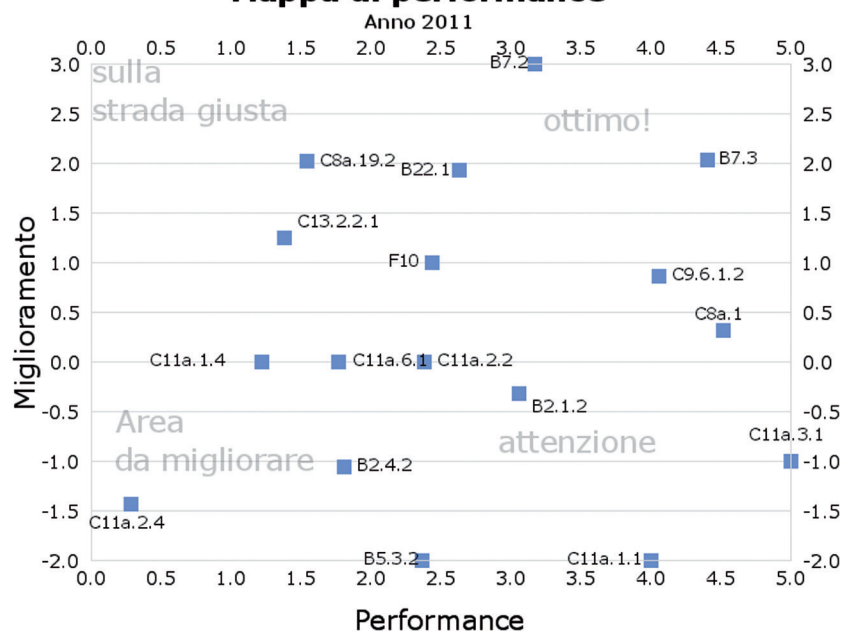


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening coloretale
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 2 Lucca

La performance della Ausl 2 di Lucca appare nel complesso positiva pur mostrando alcuni punti di debolezza.

Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, sono positivi i dati relativi agli screening oncologici (B5), con la sola eccezione dell'adesione allo screening colorettole (B5.3.2). L'Azienda mostra una buona performance per quanto concerne i dati sulle Donazioni (B6) e sulla Copertura vaccinale (B7), raggiungendo il miglior risultato regionale sull'indicatore B6.2 Donazioni di Sangue; può tuttavia migliorare sulla tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8a), che risulta al di sotto della media regionale. L'indagine sugli stili di vita (PASSI) mostra un quadro con margini di miglioramento sulla promozione dell'attività fisica e sulla percentuale di fumatori ai quali è stato consigliato dal medico di smettere di fumare.

In ambito ospedaliero, l'Azienda consegue risultati positivi in termini di utilizzo dei setting assistenziali, come si desume dagli indicatori di appropriatezza in area chirurgica e medica (C4a e C14), quasi tutti in miglioramento rispetto al 2010. In particolare raggiunge la migliore performance regionale sull'indicatore C4.4 % di colecistectomia laparoscopica in Day Surgery o Ricovero Ordinario 0-1 giorno. Molto buona la qualità di processo e di esito (C5a e C5b); peggiora però la percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni (C5.2), che passa da 61% a 57% circa. Positiva la gestione del rischio clinico, con qualche debolezza solo nell'indice di richieste di risarcimento nelle strutture ospedaliere (C6.1.1).

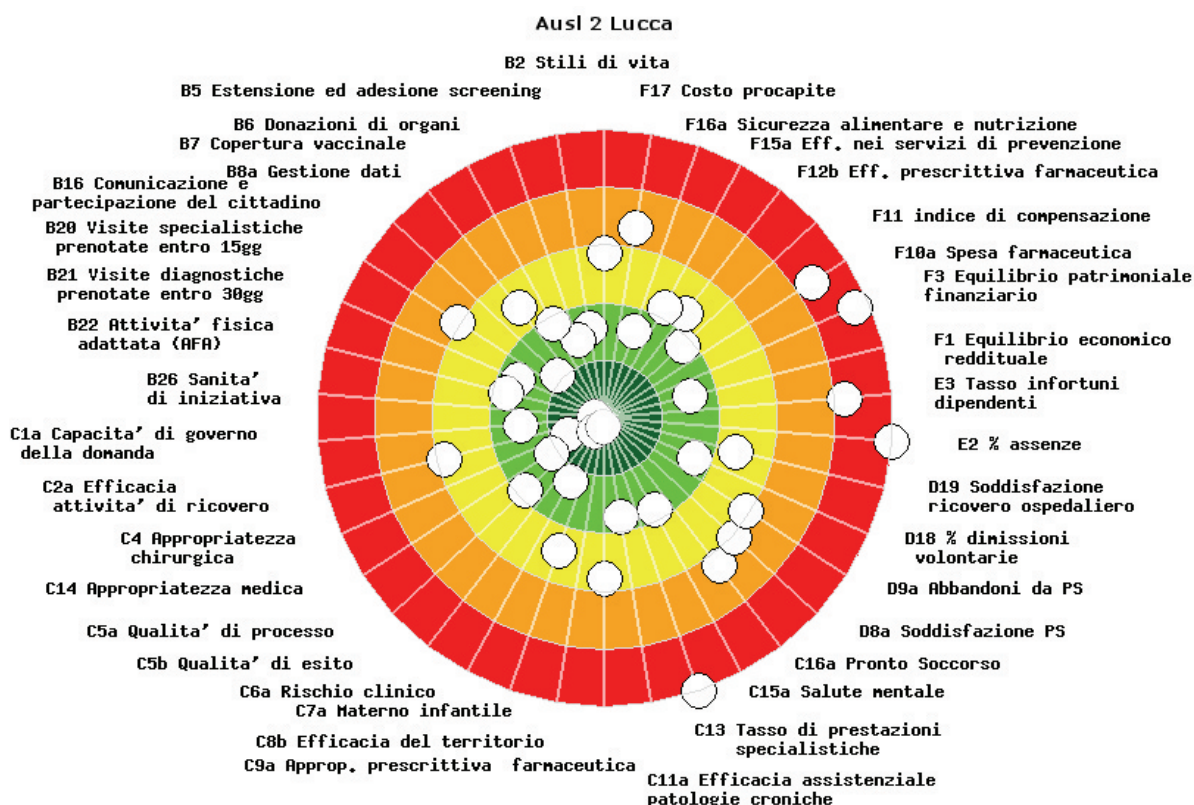
Complessivamente la soddisfazione dell'utenza per il ricovero ospedaliero (D19) è in linea con la media regionale, ma evidenzia alcune aree da presidiare meglio. Un giudizio analogo è riservato al Pronto Soccorso dell'Azienda, percepiti dai cittadini come mediamente soddisfacenti.

Il tasso di abbandono da Pronto Soccorso (D9a) e quello di Dimissioni volontarie (D18) fungono da proxy della soddisfazione: i dati ricalcano quanto rilevato direttamente, mostrando valori medi in leggero peggioramento rispetto al 2010. Sul fronte della valutazione interna, il tasso di assenza (E2) e di infortuni tra i dipendenti (E3) risultano elevati rispetto al quadro regionale e fanno registrare un trend in peggioramento rispetto al 2010.

Nel percorso materno-infantile (C7a), l'Azienda registra una performance in linea con la media regionale, per quanto debba senz'altro prestare attenzione ai parti cesarei (C7.1), nuovamente in aumento rispetto al 2010, così come i parti indotti (C7.2). Le fughe per parto (C7.5) si mantengono su valori elevati, ma in riduzione rispetto agli anni passati.

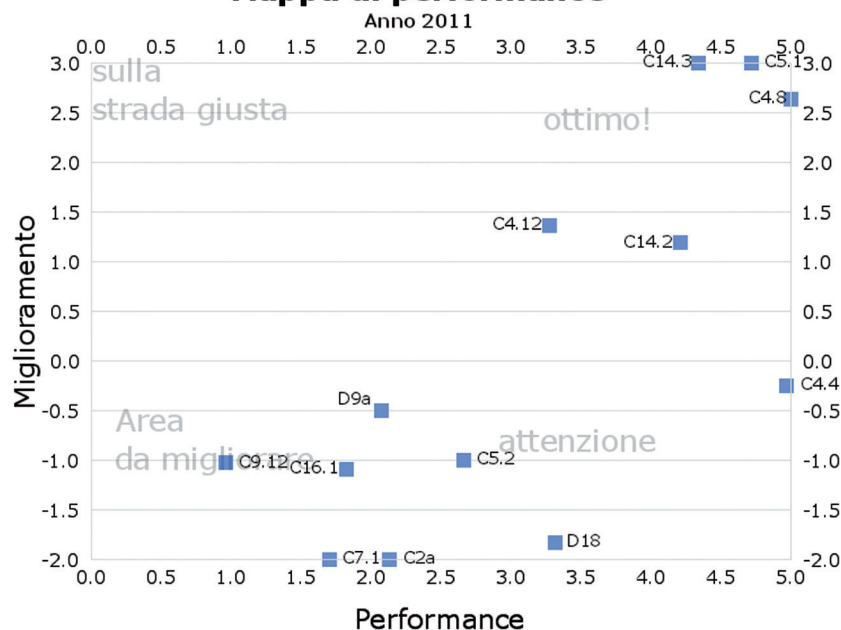
Sul versante territoriale, il quadro è molto positivo: l'Azienda presenta i tassi di ospedalizzazione per diabete e BPCO più bassi della Toscana. L'efficacia del territorio è confermata dalla bassa percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1) e dall'ottima performance nel tasso ospedalizzazione per polmonite, per il quale l'Azienda si conferma best practice regionale. È interessante inoltre rilevare che Lucca è la best practice - insieme con la AUSL 9 di Grosseto - anche per quanto concerne la percentuale di popolazione assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa (B26.1). È alto il tasso di risonanze magnetiche muscolo scheletriche per pazienti anziani, ritenute inappropriate, in peggioramento rispetto al 2010.

L'area della farmaceutica presenta anch'essa margini di miglioramento, in particolare per quanto riguarda i farmaci del Sistema nervoso (C9.9) e la farmaceutica ospedaliera: il consumo di antibiotici nei reparti (C9.12) mostra un ulteriore peggioramento rispetto allo scorso anno. Per quanto riguarda l'efficienza prescrittiva farmaceutica, sono senza dubbio da presidiare meglio le statine a brevetto scaduto (F12a.2), gli antibiotici (F12a.13) e, a livello ospedaliero, eritropoietina e somatotropina. Complessivamente è l'Azienda che in Regione più spende a livello territoriale per la farmaceutica (F10), seppur con un leggero decremento rispetto al 2010.



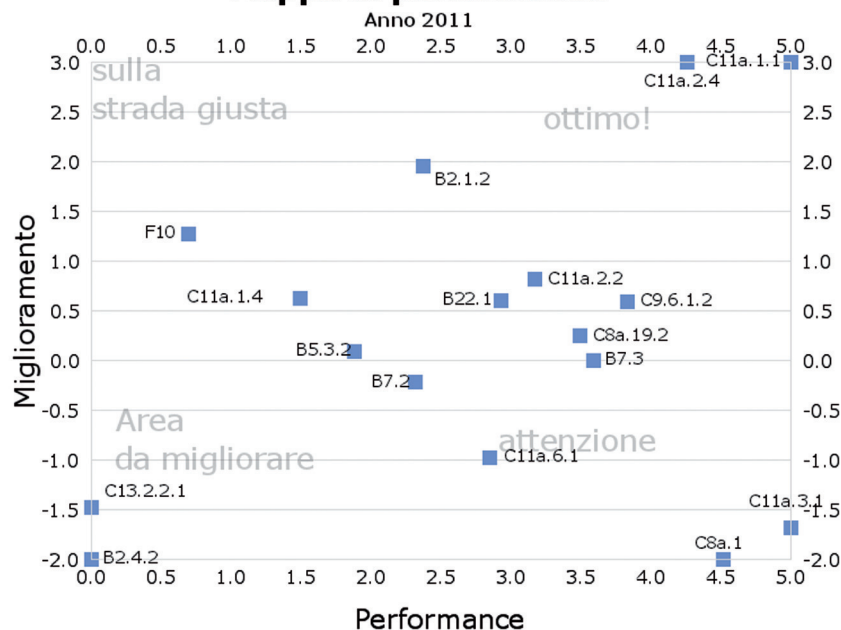


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % D5
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 3 Pistoia

L'Azienda Ausl 3 di Pistoia mostra una performance positiva, pur presentando alcuni punti di debolezza, con la maggior parte degli indicatori collocati nella aree centrali del bersaglio.

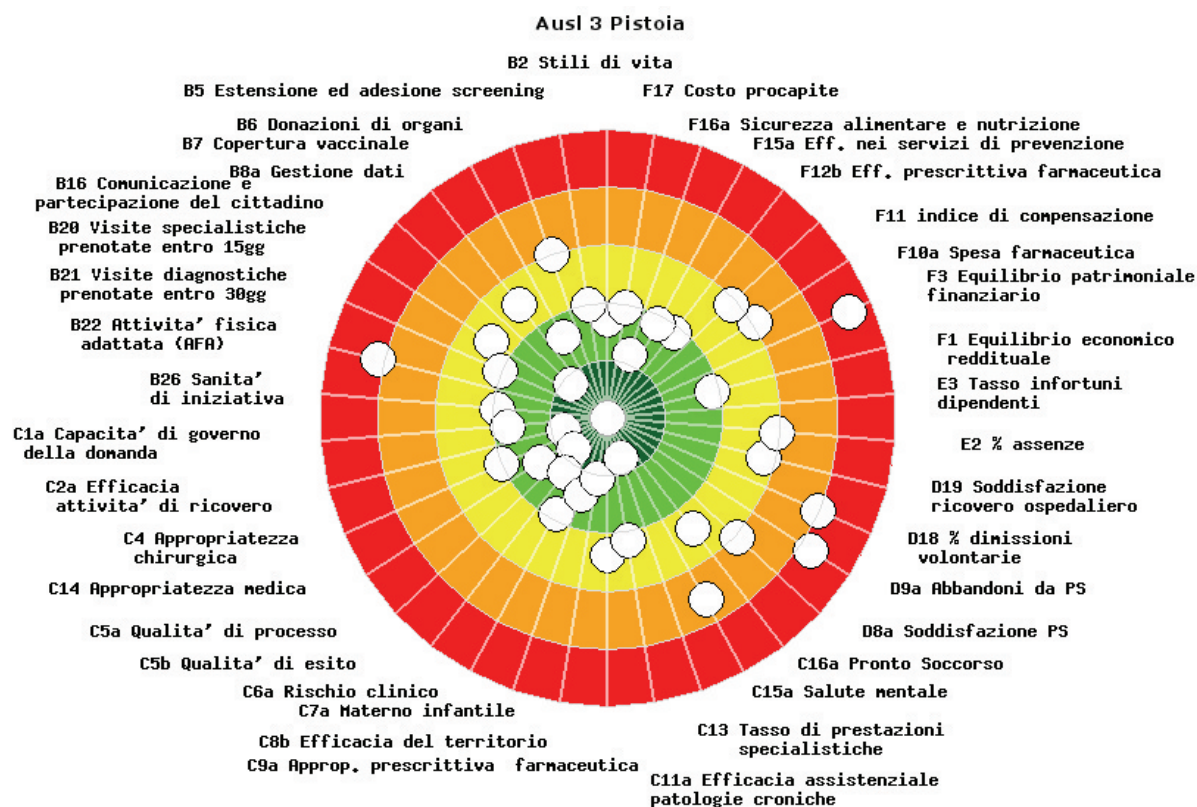
Rispetto al conseguimento delle strategie regionali, l'Azienda ottiene risultati complessivamente buoni sugli screening oncologici (B5), fatta eccezione per l'estensione dello screening al colon-retto, che risulta ancora inferiore rispetto alla media regionale, così come il tasso di donazioni di sangue (B6.2.2). Può migliorare anche la tempestività dei dati al sistema informativo regionale (B8a), che si colloca in fascia arancione con trend in peggioramento.

Nell'ambito dell'area ospedaliera l'Azienda ottiene nel complesso buoni risultati in termini di appropriatezza medica e chirurgica, pur registrando ancora un elevato numero di DRG medici da reparti chirurgici, in particolare sul versante dei ricoveri ordinari, presumibilmente dovuti a difficoltà strutturali che si risolveranno con il nuovo ospedale. Molto positivi i dati sulla qualità di esito e di processo, che nella maggior parte dei casi migliorano ulteriormente rispetto al 2010. Buono anche il quadro relativo al rischio clinico, nonostante una criticità sulla segnalazione degli eventi sentinella.

Se i pazienti danno una valutazione in linea con la media regionale sui servizi di ricovero ospedaliero, la valutazione sul Pronto Soccorso mostra invece un livello di soddisfazione che può migliorare. Sono inoltre da considerare proxy della soddisfazione i dati sulle dimissioni volontarie dei pazienti ricoverati e sugli abbandoni dal Pronto Soccorso, che risultano sempre piuttosto elevati. Sul fronte della valutazione interna l'Azienda raggiunge un risultato in linea con la media regionale rispetto al tasso di assenza (E2) mentre risulta best practice sulla percentuale di infortuni (E3).

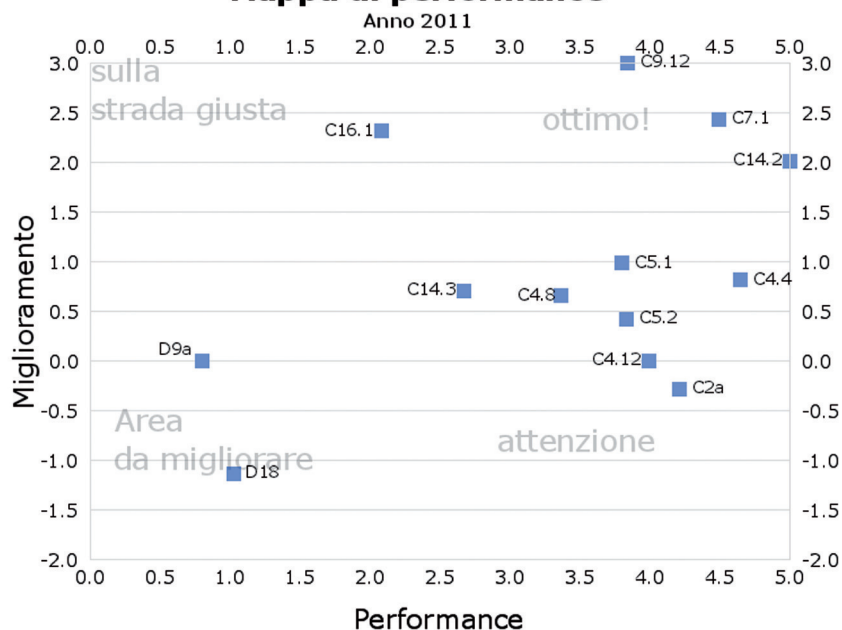
Sul fronte territoriale l'Azienda mostra una buona capacità di gestione delle patologie croniche, con tassi di ospedalizzazione evitabile che si mantengono bassi ed una efficace presa in carico dei pazienti diabetici. Anche i ricoveri oltre 30 giorni confermano un buon funzionamento del territorio, così come il basso tasso di ricoveri pediatrici per gastroenterite. Risulta invece problematica l'attivazione dei corsi AFA (B22), in particolare per quelli ad alta disabilità. Ottimo invece il dato relativo al tasso di risonanze magnetiche muscolo scheletriche per gli oltre 65 anni (C13.2.2.1), che risulta il più basso a livello regionale.

L'area della farmaceutica mostra una situazione che può migliorare sia sul fronte della spesa, che è in crescita rispetto al 2010 e si colloca al di sopra della media regionale, sia su quello dell'appropriatezza prescrittiva, in particolare rispetto al consumo degli inibitori di pompa e degli antidepressivi, che continua ad essere il più elevato in Toscana e in aumento rispetto allo scorso anno.



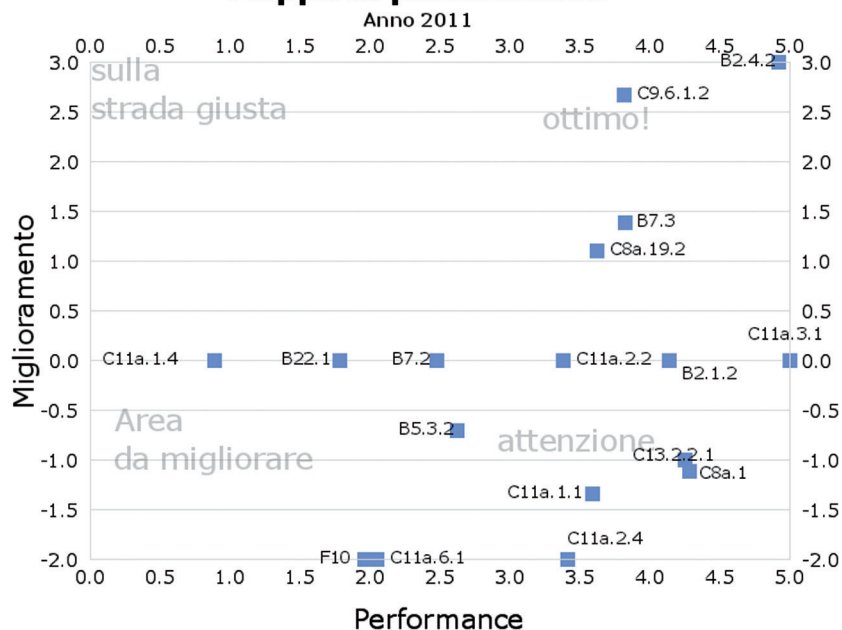


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 4 Prato

L'Azienda Ausl 4 di Prato mostra una performance complessiva buona e in forte miglioramento rispetto al 2010, come risulta dagli indicatori del bersaglio posizionati generalmente nell'area centrale.

Rispetto al conseguimento delle strategie regionali, l'Azienda ottiene risultati buoni sugli screening oncologici (B5), con alcune criticità solo nell'estensione dello screening della cervice uterina (B5.2.1). Le Donazioni (B6) sono in linea con la performance regionale, per quanto i tassi di donazione (B6.2.2) siano i più bassi della Regione, e in peggioramento rispetto al 2010. Circa la copertura vaccinale, è in calo rispetto al 2010 quella per morbillo, parotite e rosolia (B7.1). Complessivamente buona la Gestione dei dati (B8a). L'indagine sugli stili di vita (PASSI) restituisce un quadro soddisfacente, per quanto l'alta percentuale di persone sedentarie e di persone obese inviti ad una maggiore attenzione.

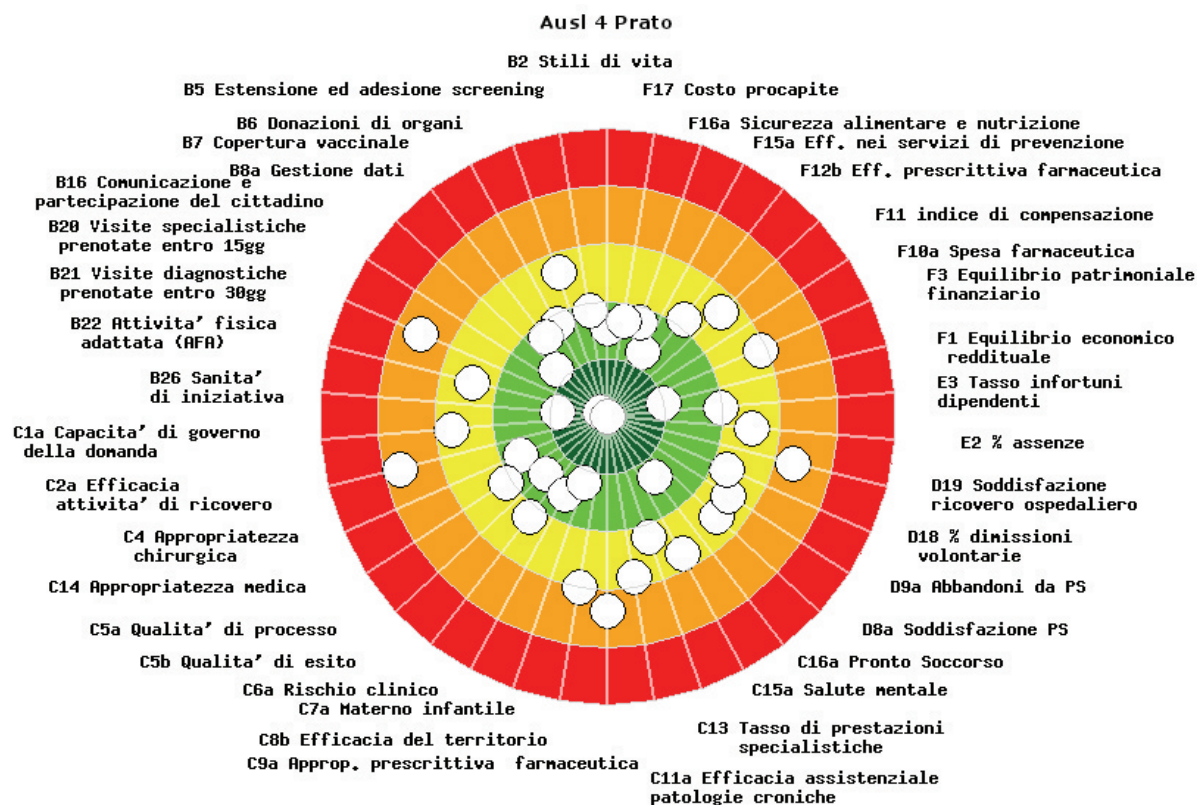
Nell'ambito ospedaliero, l'Azienda registra nel complesso buoni risultati in termini di appropriatezza medica e chirurgica, con un significativo miglioramento nella percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3). Positivi i dati sulla qualità di esito e di processo, per quanto si osservi un peggioramento nella percentuale di ricoveri ripetuti (C5.1). Buono anche il quadro relativo al rischio clinico (C6a).

La percezione del servizio ospedaliero da parte dell'utenza è tuttavia inferiore alla media regionale, mentre il giudizio sul Pronto Soccorso è allineato con le altre Aziende. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso è doveroso segnalare una significativa tendenza al miglioramento, sia sul fronte della soddisfazione sia sugli indicatori di attività (C16), che premia il grande sforzo intrapreso dall'azienda sul versante della riorganizzazione dei processi. I dati sulle dimissioni volontarie dei pazienti ricoverati e sugli abbandoni dal Pronto Soccorso, che vanno considerati proxy della soddisfazione, non si allontanano dalla media regionale, così come gli indicatori sulla valutazione interna (tasso di assenza, E2, e percentuale di infortuni, E3). È da notare comunque come la percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso tra il 2010 e il 2011 si sia ridotta del 60% circa, passando da 8,07% a 3,15%.

Con riferimento al percorso materno-infantile (C7a), l'Azienda deve presidiare con attenzione il tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (C7.10), che attualmente risulta il più elevato della Toscana e in crescita rispetto al 2010.

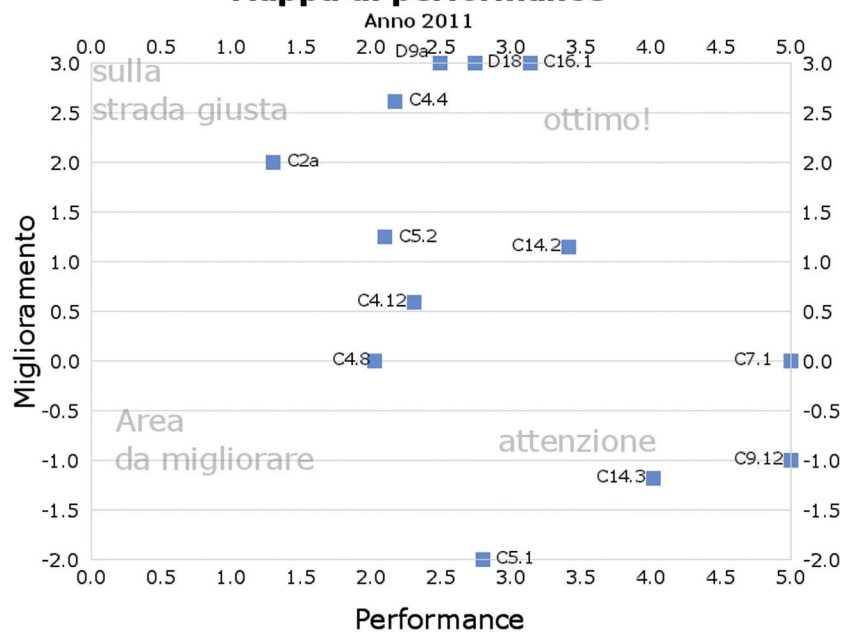
Sul fronte territoriale, l'Azienda mostra una capacità di gestione delle patologie croniche soddisfacente, pur essendo questa peggiorata rispetto al 2010, in relazione a tutte le principali patologie oggetto di monitoraggio. L'alta percentuale di popolazione assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa (B26) prova comunque l'attenzione dell'Azienda verso la presa in carico preventiva delle cronicità. I ricoveri oltre 30 giorni confermano un buon funzionamento del territorio, così come il basso tasso di ricoveri pediatrici per gastroenterite. Rispecchia la media regionale anche il dato relativo al tasso di risonanze magnetiche muscolo scheletriche per gli oltre 65 anni (C13.2.2.1).

L'area della farmaceutica mostra ampi margini di miglioramento - in particolare con riferimento al consumo di inibitori di pompa protonica, statine, antidepressivi e farmaci per la terapia del dolore -, per quanto il livello di spesa sia tra i più bassi della regione.



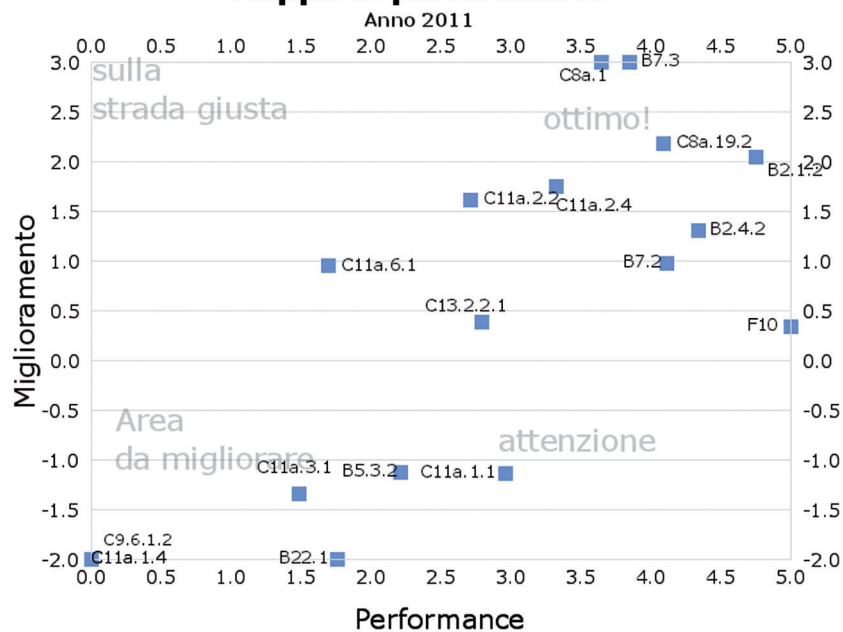


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



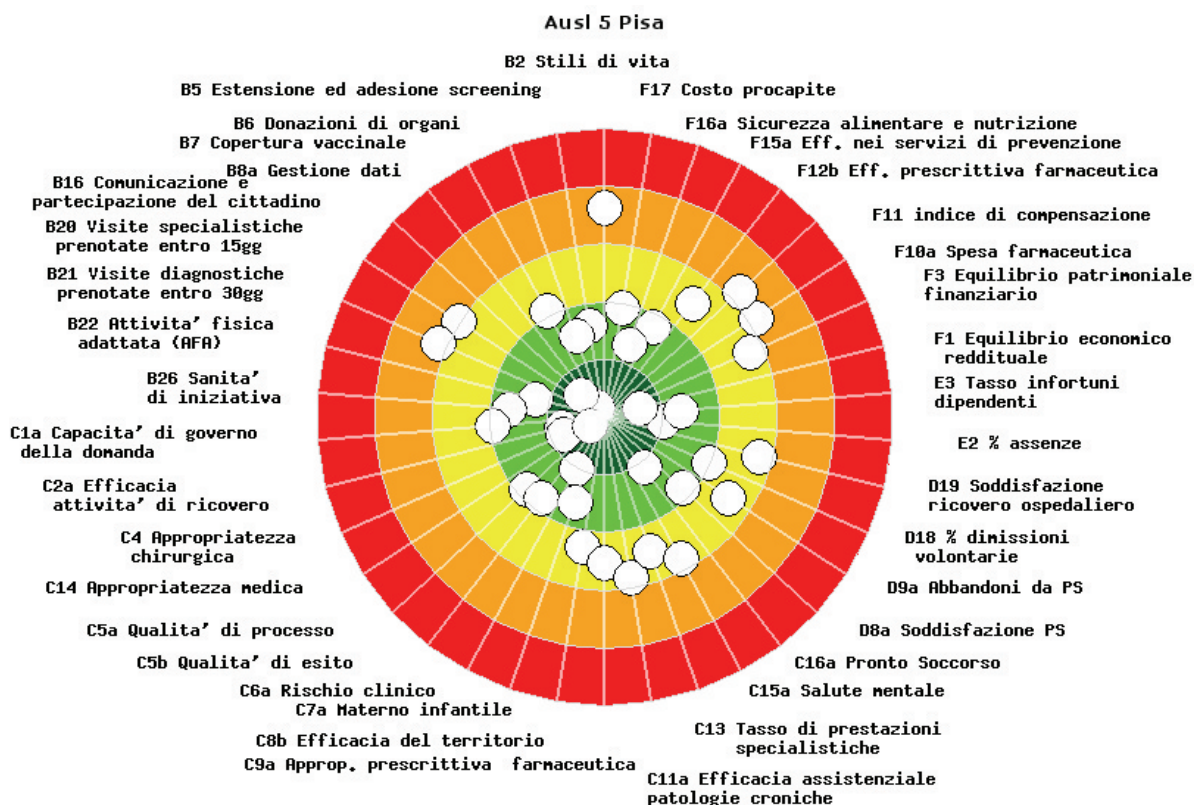
La performance della Ausl 5 Pisa

La Ausl 5 di Pisa nel 2011 ha realizzato una performance ottima e ha dimostrato capacità di ulteriore miglioramento in molti degli indicatori monitorati.

Riguardo al conseguimento delle strategie regionali, l'Azienda conferma i risultati molto positivi sulla gestione dei dati (B8a), può migliorare invece la copertura del vaccino antinfluenzale per gli anziani (B7.2). L'Azienda, in linea con le strategie della nuova pianificazione sanitaria e sociale regionale, dovrebbe porre maggiore attenzione agli stili di vita, la cui performance risulta al di sotto della media regionale. La percentuale di sedentari, obesi e fumatori risulta infatti tra le più elevate della toscana (B2).

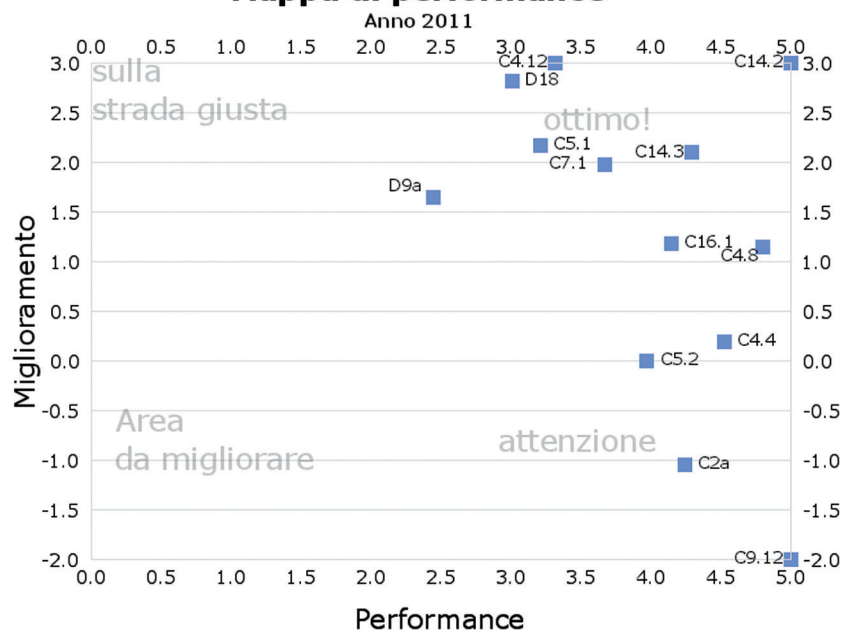
Sul versante ospedaliero l'Azienda dimostra un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, come si evince dagli indicatori di appropriatezza in area medica e chirurgica (C4a, C14); rispetto allo scorso anno consegue inoltre un buon miglioramento sull'indicatore sulla percentuale di DRG LEA chirurgici da effettuarsi in Day-Surgery (C4.12). Ottima anche l'efficienza e la qualità clinica: si registrano infatti eccellenti performance nella durata media di degenza (C2a) e nella percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia su donne tra 15 e 49 anni (C5.11). Sul fronte del rischio clinico (C6a), l'Azienda mostra un'ottima diffusione del sistema di incident reporting (C6.2) e del numero di buone pratiche attestate (C6.5). Il percorso materno infantile presenta risultati molto buoni e complessivamente migliori rispetto alla media regionale, facendo registrare una riduzione nella percentuale di parti cesarei depurati (C7.1). Positivo anche il quadro relativo al Pronto Soccorso, come dimostrano i dati di attività (C16), il miglioramento del numero di abbandoni dal Pronto Soccorso (D9a) e la soddisfazione dei pazienti.

L'Azienda presenta buone capacità di integrazione ospedale-territorio sebbene risulti un punto di debolezza nella gestione dei pazienti diabetici, per i quali si osservano ancora un numero elevato di ricoveri e amputazioni del piede diabetico, di responsabilità congiunta insieme alla l'AOU Pisana. Nell'ambito della farmaceutica l'Azienda ha ancora buoni margini di miglioramento ma è doveroso sottolineare che rispetto al 2010 sono molti gli indicatori con trend positivo, un esempio tra gli altri la spesa farmaceutica territoriale, che nonostante risulti al di sopra della media regionale, scende da 219 a 214 euro pro capite.



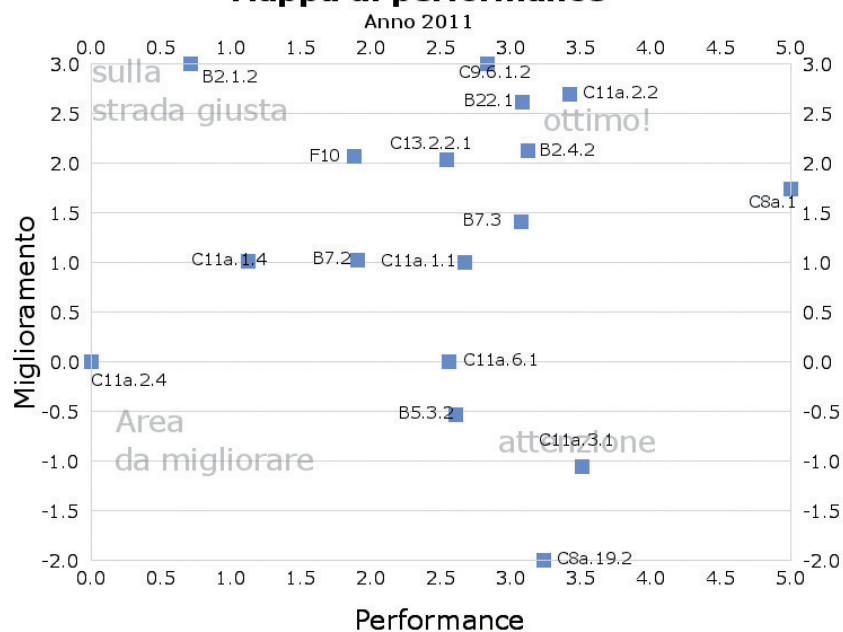


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 6 Livorno

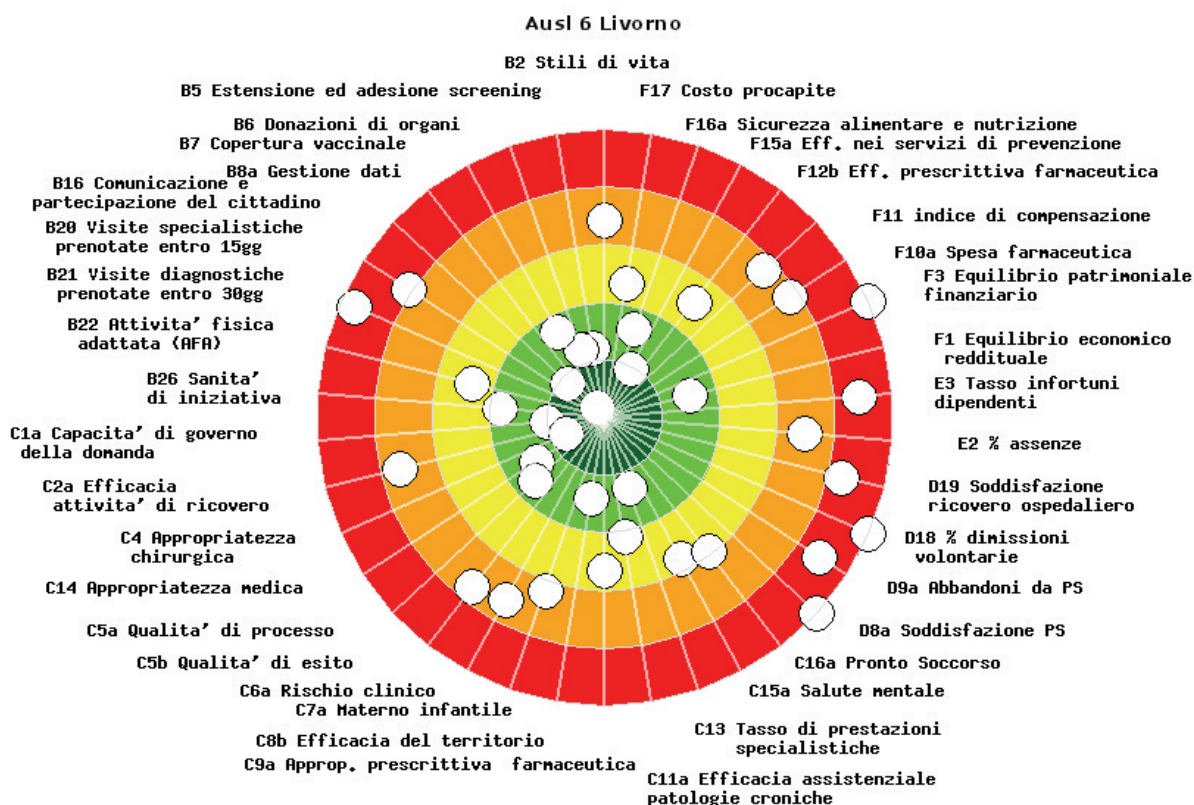
La Ausl 6 di Livorno evidenzia nell'anno 2011 una performance in forte miglioramento rispetto al 2010 sebbene il bersaglio mostri ancora alcuni punti di debolezza.

Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, molto positivi i dati relativi agli screening oncologici (B5), in particolare l'estensione per la cervice uterina e per il colon retto. Molto buoni anche i risultati sul grado di copertura vaccinale sulle donazioni (B6). La tempestività di trasmissione dei dati al sistema informativo (B8.1) fa registrare un netto miglioramento rispetto allo scorso anno, facendo raggiungere all'Azienda ottimi livelli. Ancora troppo basso invece il numero di corsi AFA ad alta disabilità attivati (B22.2). L'Azienda, in linea con le strategie della nuova pianificazione sanitaria e sociale regionale, dovrebbe porre maggiore attenzione agli stili di vita, la cui performance risulta al di sotto della media regionale.

Nell'ambito dell'area ospedaliera l'Azienda raggiunge nel complesso buoni risultati, dimostrando un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, come si evince dagli indicatori di appropriatezza in area medica e chirurgica (C4a, C14): i dati sono molto più positivi rispetto allo scorso anno, l'Azienda migliora in modo significativo sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche i DS e RO 0-1 giorno (C4.4) e sui ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche (C14.2). Positivo anche il bilancio sulla qualità, cresce la percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni, sebbene la percentuale di ricoveri presenti margini di miglioramento. Risulta problematica invece la gestione del rischio clinico, in particolare sul controllo delle cadute.

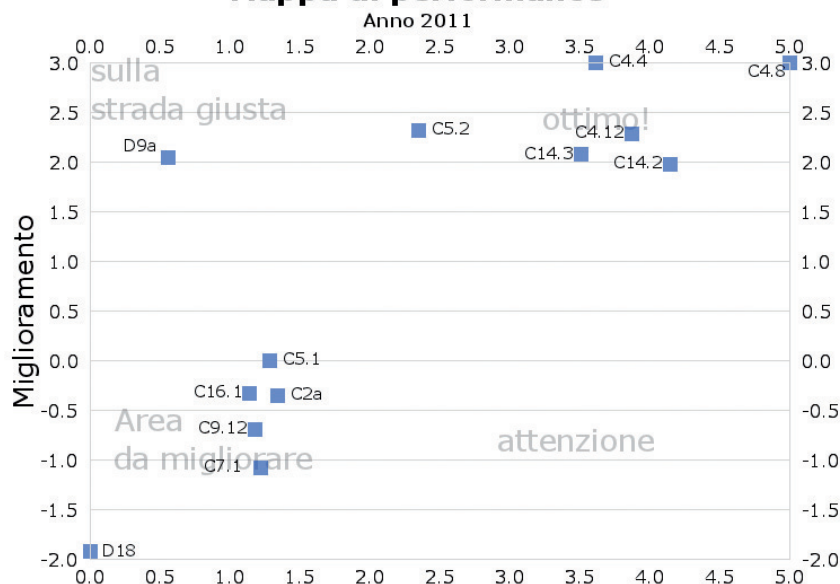
Nonostante gli sforzi dell'Azienda e le azioni intraprese, che certamente hanno segnato tappe importanti nel percorso di miglioramento, i dati sulla soddisfazione mostrano il bisogno di recuperare la fiducia e il rapporto con i cittadini. Ciò emerge dai dati sui pazienti ricoverati (D19) e sui pazienti del Pronto Soccorso (D8a). Sono inoltre da considerare proxy della soddisfazione i dati sugli abbandoni da Pronto Soccorso e sulle dimissioni volontarie: i primi, pur migliorando molto rispetto allo scorso anno, sono sempre piuttosto elevati; i secondi invece fanno registrare un ulteriore peggioramento, passando da 1,42% a 2,15%. Anche sul fronte della valutazione interna, il tasso di assenza e di infortuni risultano più elevati rispetto al quadro regionale e fanno registrare un trend in peggioramento rispetto al 2010.

Sul versante territoriale il quadro è positivo, l'Azienda presenta bassi tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche scompenso, diabete e BPCO. Si confermano positivi il tasso di ospedalizzazione per polmonite (C11a.4.1) e la percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1), mentre continua ad essere molto elevato il tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite, pur con trend positivo. (C8a.19.2). Buono anche il tasso di risonanze magnetiche muscolo scheletriche per gli oltre 65 anni (C13.2.2.1), tra i più bassi a livello regionale, che si riduce ulteriormente rispetto al 2010. L'area della farmaceutica mostra ancora margini di miglioramento, in particolare sull'efficienza prescrittiva (F12b) e sulla spesa territoriale, per quanto nella maggior parte degli indicatori i dati risultino migliorati. La spesa farmaceutica territoriale (F10), pur restando superiore alla media regionale, si riduce notevolmente.



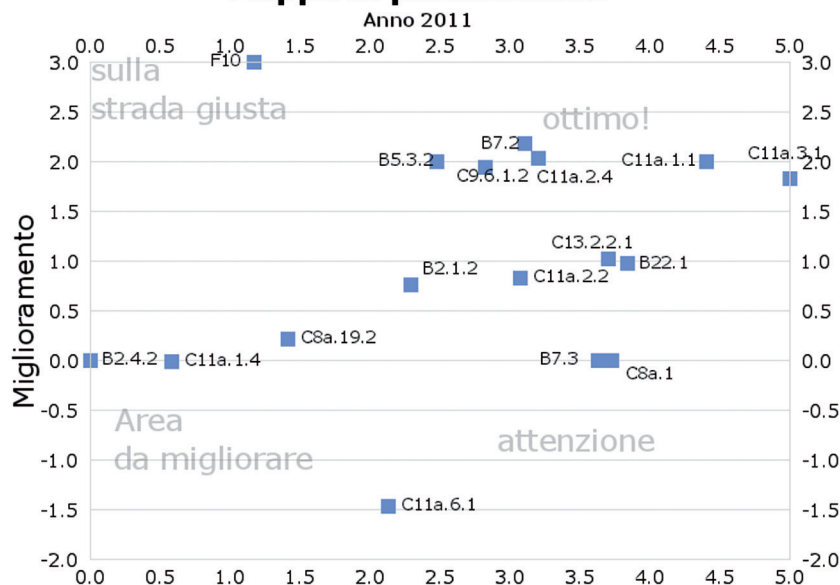


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 7 Siena

La Ausl 7 di Siena nel 2011 ha realizzato una performance molto positiva, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle aree centrali del bersaglio.

Con riferimento al conseguimento delle strategie regionali, l'Azienda pur presentando dati in linea con la media regionale, mostra di avere margini di miglioramento per quel che riguarda gli screening oncologici, in particolare sullo screening mammografico e coloretale, le donazioni e la Copertura del vaccino antinfluenzale per le persone anziane (B7.2). Buona invece la Gestione dei dati (B8a).

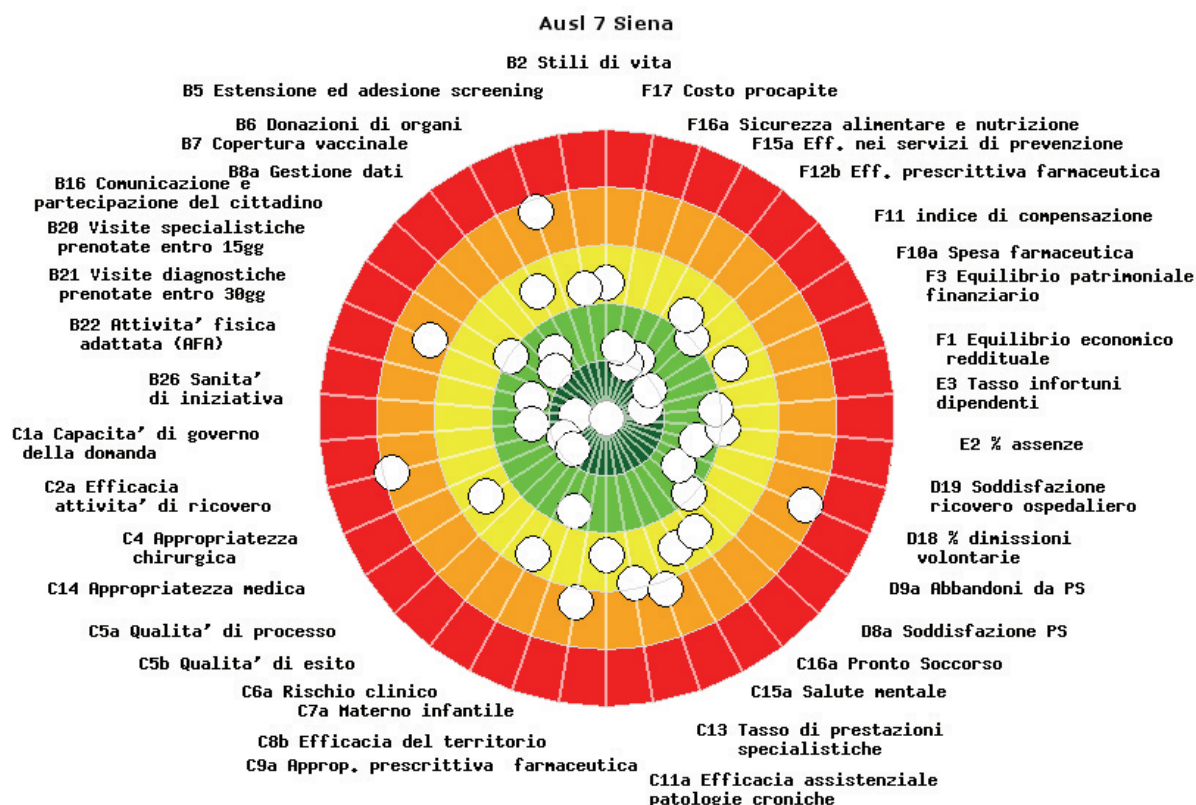
Sul versante ospedaliero, l'Azienda dimostra un utilizzo corretto dei setting assistenziali - come desumibile dagli indicatori di appropriatezza in area medica e chirurgica (C4, C14) -, per quanto la percentuale di ricoveri medici oltresoglia di pazienti anziani (C14.4), l'indice di performance della degenza media per acuti (C2a) e le fughe extra regione per specialità chirurgiche di base (B17.2) individuino alcune aree da presidiare con maggiore attenzione. Ottimi i risultati sulla qualità di processo (C5a) e di esito (C5b) in cui l'Azienda si conferma best practice regionale per quanto riguarda i ricoveri ripetuti (C5.1). La gestione del rischio clinico (C6a) rappresenta invece un'area su cui l'Azienda dovrebbe investire maggiormente in futuro.

A fronte di una percentuale di dimissioni volontarie di pazienti ricoverati superiore alla media regionale (D18), la valutazione degli assistiti è buona, sia per quel che riguarda gli episodi di ricovero (D19), sia per quanto riguarda la percezione del servizio offerto dal Pronto Soccorso (D8a). Quest'ultima è confermata dal basso tasso di abbandoni da Pronto Soccorso (D9a), per quanto gli indicatori di performance del settore (C16a) denotino un lieve peggioramento rispetto allo scorso anno. I dati sulla valutazione interna (tasso di assenza, E2, e percentuale di infortuni, E3), che vanno considerati proxy del clima Aziendale, non si discostano dalla media regionale, sebbene presentino una lieve flessione rispetto al 2010.

In merito al percorso materno-infantile (C7a), l'AUSL di Siena registra buone performance, anche se cresce rispetto all'anno passato la percentuale di parti indotti (C7.2).

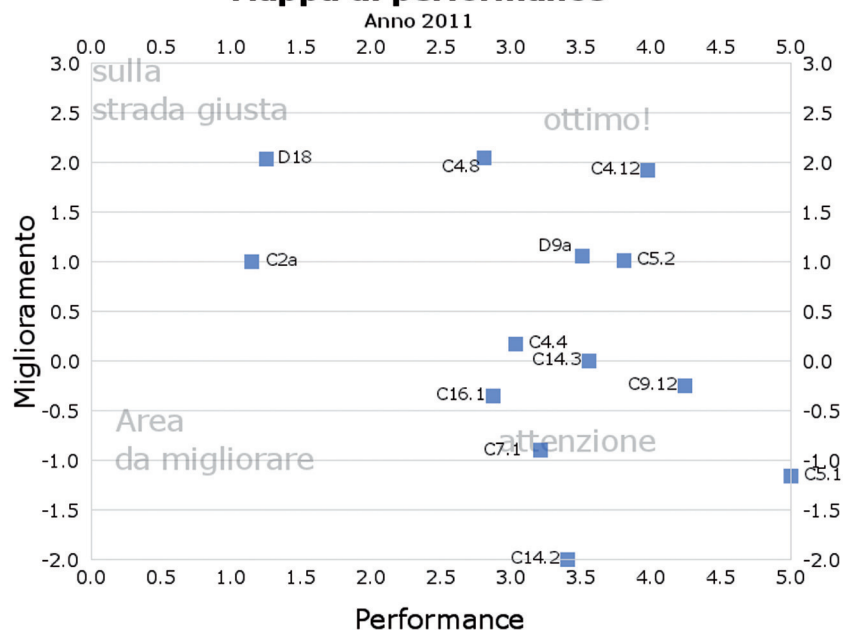
Sul versante territoriale, l'Azienda ha spazi di miglioramento, sia per quanto concerne l'integrazione ospedale-territorio, sia per quanto riguarda la gestione delle patologie croniche (in particolare, scompenso cardiaco e BPCO). Gli indicatori inerenti la Sanità d'iniziativa (B26) e l'Attività Fisica Adattata (B22) premiano l'impegno dell'Azienda in questi progetti. L'indagine sugli stili di vita (PASSI) svela tuttavia come la percentuale di persone sedentarie o sovrappeso alle quali sia stato consigliato dal medico di fare attività fisica (B2.1.2 e B2.2.3) si sia ridotta rispetto al 2010, e individua nel controllo del fumo un'area alla quale l'Azienda dovrà in futuro riservare maggiore attenzione.

Concludendo con il settore farmaceutico, l'Azienda registra un basso livello di spesa (F10a), pur potendo senz'altro gestire con modalità maggiormente appropriate la prescrizione di statine, sartani e antidepressivi. È tuttavia a livello ospedaliero che l'AUSL senese ha la possibilità di cogliere le più significative opportunità di miglioramento, presidiando più adeguatamente la prescrizione di antibiotici iniettabili, e di farmaci non coperti da brevetto.



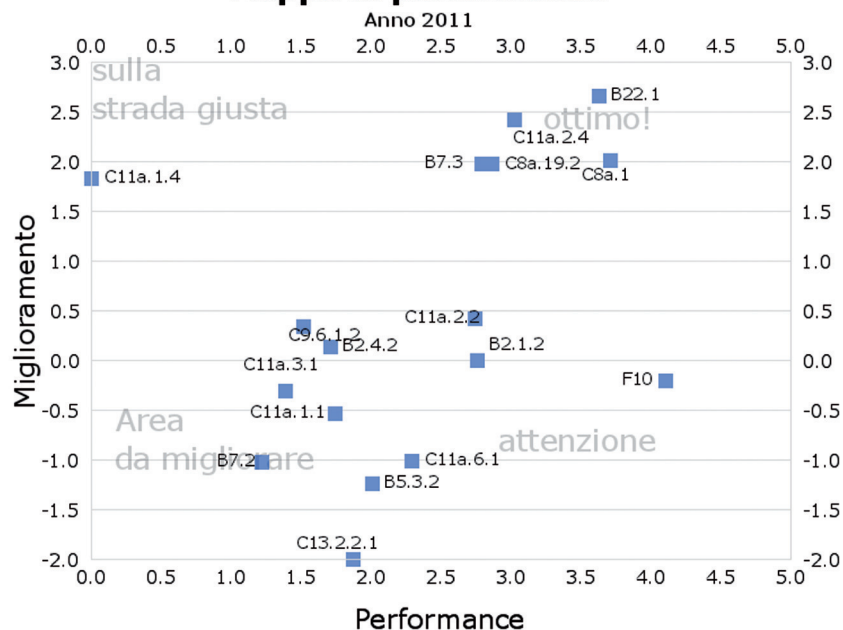


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 8 Arezzo

L'Ausl 8 di Arezzo registra anche quest'anno una performance decisamente positiva, come emerge dagli indicatori del bersaglio, che risultano collocati generalmente nelle fasce interne.

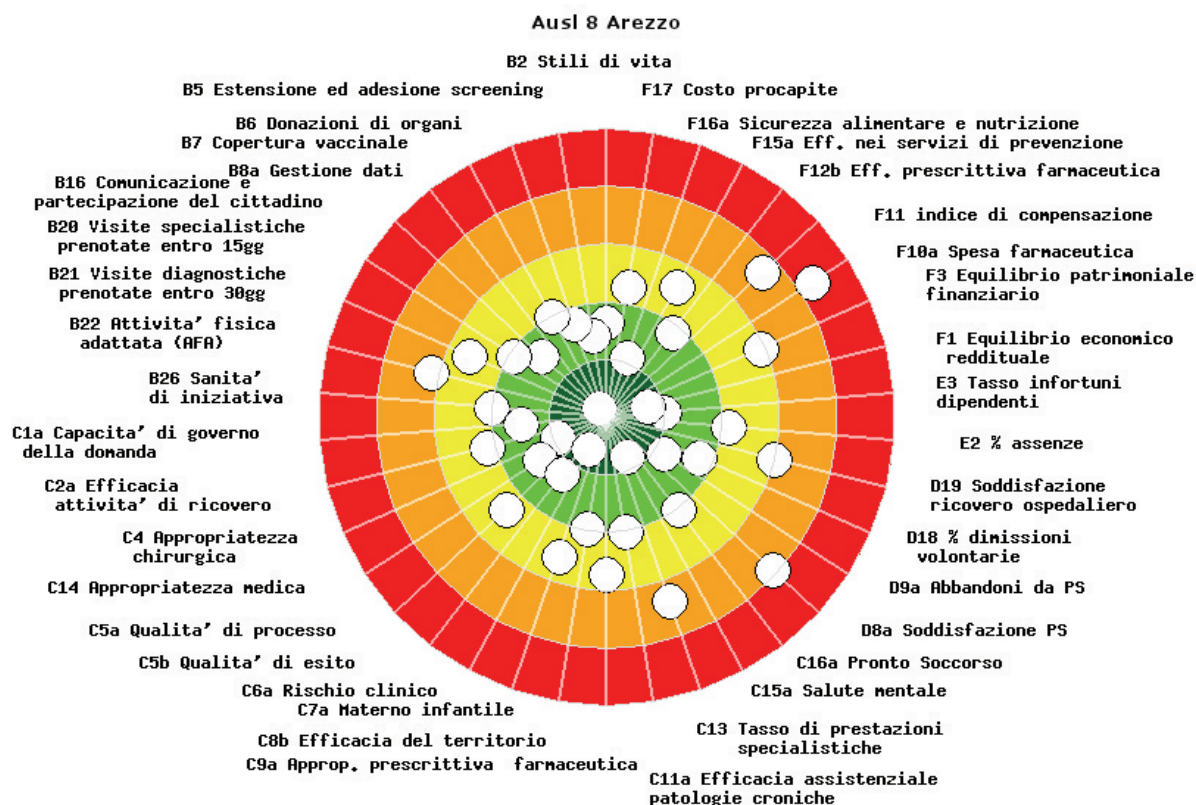
Riguardo al perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda dimostra di essere capace di gestire efficacemente gli screening oncologici (B5), per quanto l'adesione a quello colorettole (B5.3.2) segna una significativa flessione rispetto al 2010. Ugualmente, il grado di copertura vaccinale è superiore alla media regionale, sebbene quello per Papilloma virus (HPV) si sia fortemente contratto. Molto buona anche la gestione delle Donazioni, nonostante una percentuale di donatori effettivi (B6.1.2) inferiore alla media regionale, e in calo rispetto al 2010. Risulta ottima invece la Gestione dei dati (B8a). L'indagine sugli stili di vita (PASSI) restituisce un quadro complessivamente buono, con alcune problematiche soltanto per quanto riguarda il fenomeno dell'obesità (B2.2.1 e B2.2.2).

L'Azienda, oltre a registrare un basso tasso di ospedalizzazione (C1.1), dimostra una capacità ottima di utilizzo appropriato dei corretti *setting* assistenziali (C4a, C14). Sul piano della qualità (C5a, C5b), i dati sono nel complesso soddisfacenti, sebbene occorra prestare attenzione alla flessione delle fratture di femore operate entro 2 giorni (C5.2). Gli indicatori sul rischio clinico (C6a) dimostrano l'impegno dell'Azienda in questo ambito.

In riferimento alla soddisfazione del cittadino, l'Azienda presenta alcuni ambiti di miglioramento sia per quanto riguarda la percezione dei servizi ospedalieri (D19), sia per quanto concerne il Pronto Soccorso (D8a), nonostante la percentuale di abbandoni da PS (D9a) sia inferiore alla media regionale e gli indicatori sui dati di attività (C16a) siano migliori delle altre aziende (sebbene in *trend* di peggioramento).

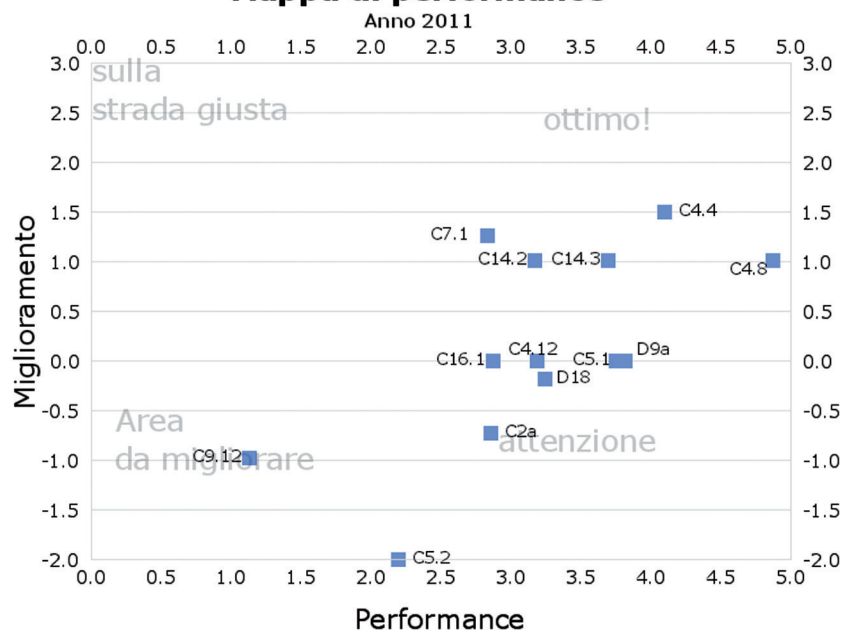
Sul versante territoriale, per quanto gli indicatori delineino un quadro tutto sommato soddisfacente, il loro marcato peggioramento rispetto al 2010 suggerisce una riflessione sulla capacità di presa in carico da parte del territorio: come emerge dalla percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1), dal tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite (C8a.19.2) e dal numero elevato di ricoveri medici oltresoglia di pazienti anziani (C14.4). Il monitoraggio dell'efficacia assistenziale delle patologie croniche (C11a) conferma questa difficoltà: sono lo scompenso cardiaco, la polmonite e l'ictus (terapia farmacologica) le aree che presentano le maggiori criticità. Probabilmente un investimento sulla sanità d'iniziativa (B26) e sull'Attività Fisica Adattata (AFA) potrebbe contribuire a migliorare la gestione di queste patologie complesse.

Concludendo con il settore della farmaceutica, l'Azienda aretina mostra ampi margini di miglioramento sia nell'appropriatezza prescrittiva (C9a) sia nell'efficienza prescrittiva (F12b). Sono i consumi di antibiotici, sartani, antidepressivi, statine e morfina a dover essere presidiati con maggiore attenzione. Da qui, la spesa farmaceutica territoriale pro-capite più alta della regione (F10a), insieme con la Ausl di Lucca.



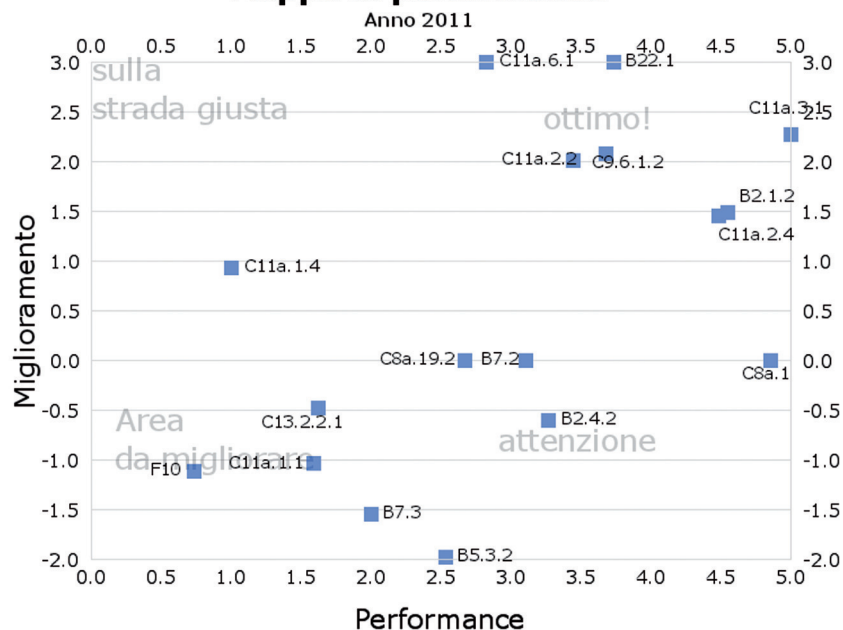


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	DrG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	DrG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 9 Grosseto

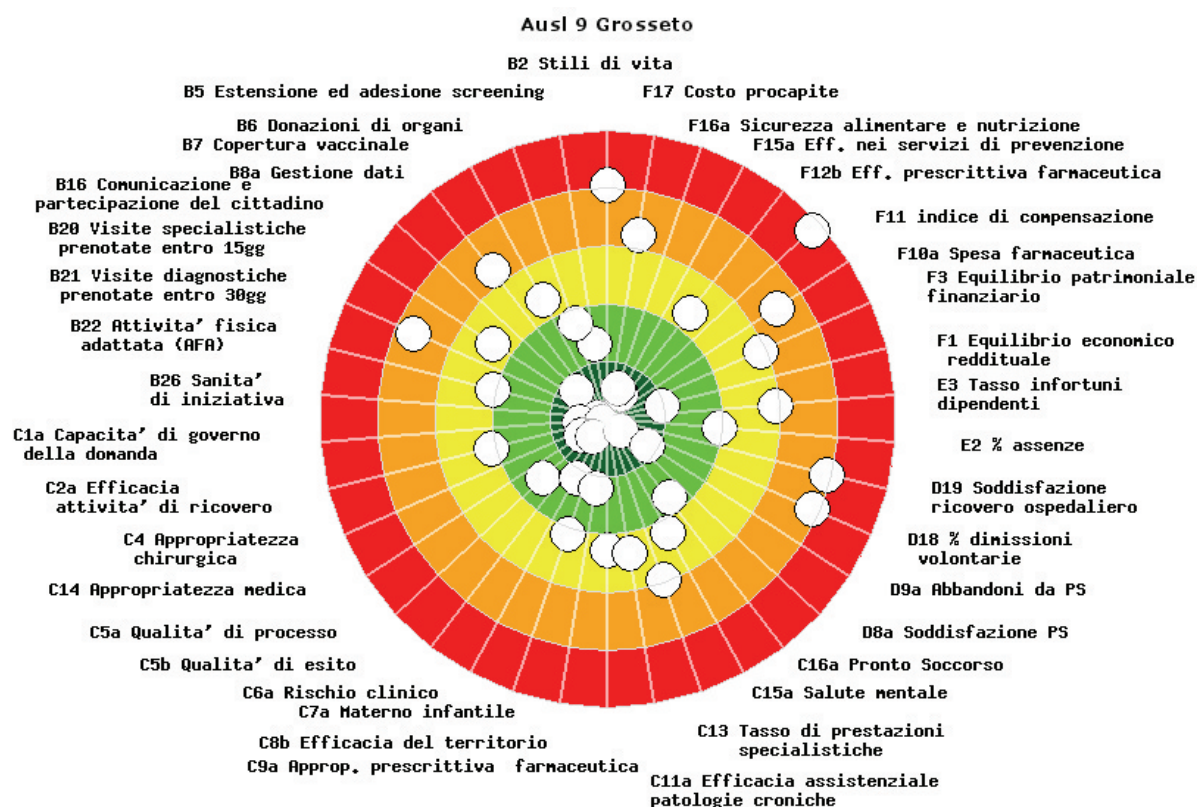
L'Ausl 9 di Grosseto fa registrare complessivamente una performance molto buona, come mostra l'elevato grado di concentrazione degli indicatori nelle fasce centrali del bersaglio.

Riguardo al perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda presenta un quadro nel complesso positivo in relazione agli screening oncologici (B5), pur essendo al di sotto della media regionale sull'adesione allo screening del colon retto e mammografico. Anche il grado di copertura vaccinale (B7) mostra margini di miglioramento sul versante del vaccino antinfluenzale e per il papilloma virus. Esistono buoni margini di manovra anche sulla tempestività dei dati al sistema informativo (B8.1), che risulta un punto di debolezza.

L'Azienda, oltre a riportare il miglior risultato regionale relativamente al tasso di ospedalizzazione per acuti tra le aziende (C1.1), è riuscita a ridurre in modo significativo anche la degenza media (C2), dimostrando un utilizzo appropriato dei corretti setting assistenziali (C4a, C14). L'Azienda raggiunge infatti ottimi livelli per i DRG LEA chirurgici erogati in Day Surgery (C4.12) e per i DRG medici dimessi da reparti chirurgici (C4a.1). Spiccano inoltre le best practice regionali, in continuo miglioramento, per l'ospedalizzazione dei DRG LEA medici (C4.8) e per il controllo dei ricoveri medici brevi (C14.3). Sul piano della qualità (C5a, C5b), i dati sono positivi, sebbene la percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore (C5.2) risulti al di sotto della media regionale. Relativamente al rischio clinico (C6a), l'Azienda spicca nelle buone pratiche attestate e nella diffusione dell'audit in ospedale, mentre emerge una criticità rispetto al ricorso dei cittadini al contenzioso, che sottolinea la necessità di una maggiore attenzione al livello di soddisfazione degli stessi: la performance risulta, infatti, inferiore alla media regionale sui servizi di ricovero ospedaliero. Anche le dimissioni volontarie dei pazienti ricoverati aumentano leggermente, essendo, come per il 2010, influenzate probabilmente dalla stagionalità legata alla vocazione turistica della zona. Sul Pronto Soccorso invece il quadro è molto positivo, come emerge in modo sinergico dai dati di attività (C16a), dal basso numero di abbandoni (D9) e dalle valutazioni molto positive dei cittadini (D8a).

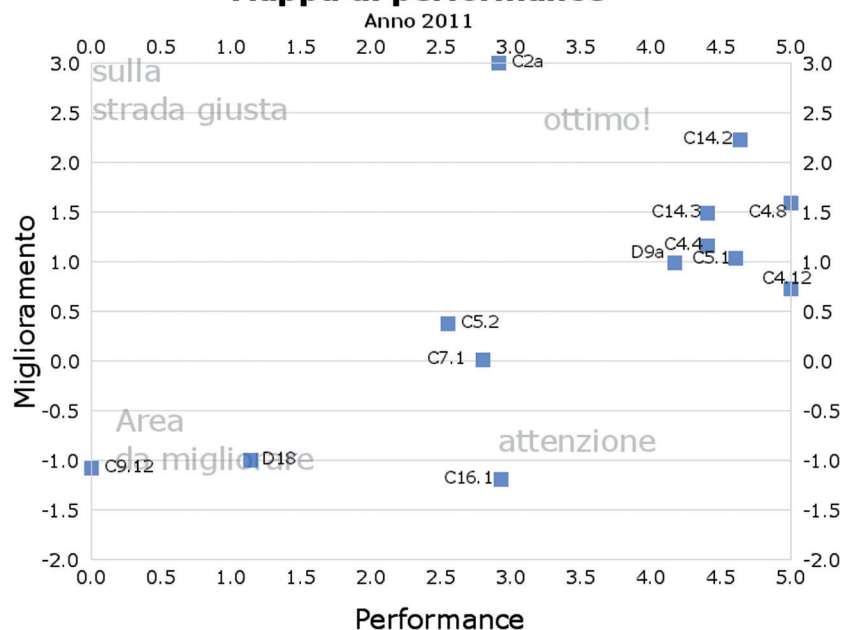
Sul versante territoriale, l'Azienda si dimostra efficace per la capacità di contenere i ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1). Riguardo all'efficacia nella gestione delle patologie croniche (C11a), pur avendo un dato complessivo in linea con la media regionale grazie ai bassi tassi di ospedalizzazione, emergono alcune criticità sugli indicatori di processo, in particolare per l'elevato tasso di amputazioni maggiori per diabete (C11a.2.4). Spiccano invece un forte miglioramento nel tasso pediatrico di ospedalizzazione per gastroenteriti (C8a.19.2) e la best practice regionale nella diffusione della sanità di iniziativa (B26). Un elemento sul quale l'Azienda si trova a dover prestare attenzione è rappresentato dai livelli critici di tutte le dimensioni di analisi rilevate attraverso l'indagine sugli stili di vita della popolazione (B2). L'Azienda mostra risultati estremamente positivi sull'efficienza ed efficacia sia nei servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro sia nella sicurezza alimentare e nutrizione.

Sul fronte della farmaceutica, l'Azienda mostra margini di miglioramento sia sull'appropriatezza prescrittiva (C9) sia sul piano dell'efficienza prescrittiva (F12b). La spesa farmaceutica territoriale pro capite, pur mantenendosi ai livelli del 2010, continua ad essere superiore alla media regionale.



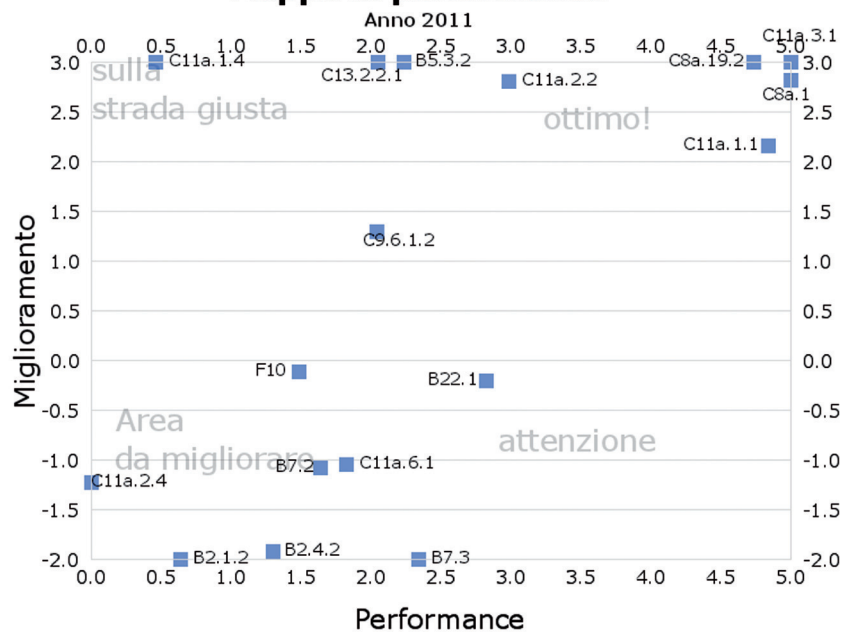


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening colorettales
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della ASF 10 Firenze

L'Azienda 10 di Firenze presenta una buona performance, in forte miglioramento rispetto al 2010.

Riguardo al conseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra buoni risultati sulla diffusione della copertura vaccinale (B7) e degli screening oncologici (B5), per i quali spicca la best practice per lo screening della cervice uterina (B5.2). Sussistono invece margini di manovra per migliorare la tempestività d'invio dei dati al Sistema Informativo regionale (B8.1). L'Azienda presenta inoltre una situazione nel complesso positiva riguardo agli stili di vita della popolazione (B2), nonostante la percentuale di fumatori risulti al di sopra della media regionale e con trend in peggioramento.

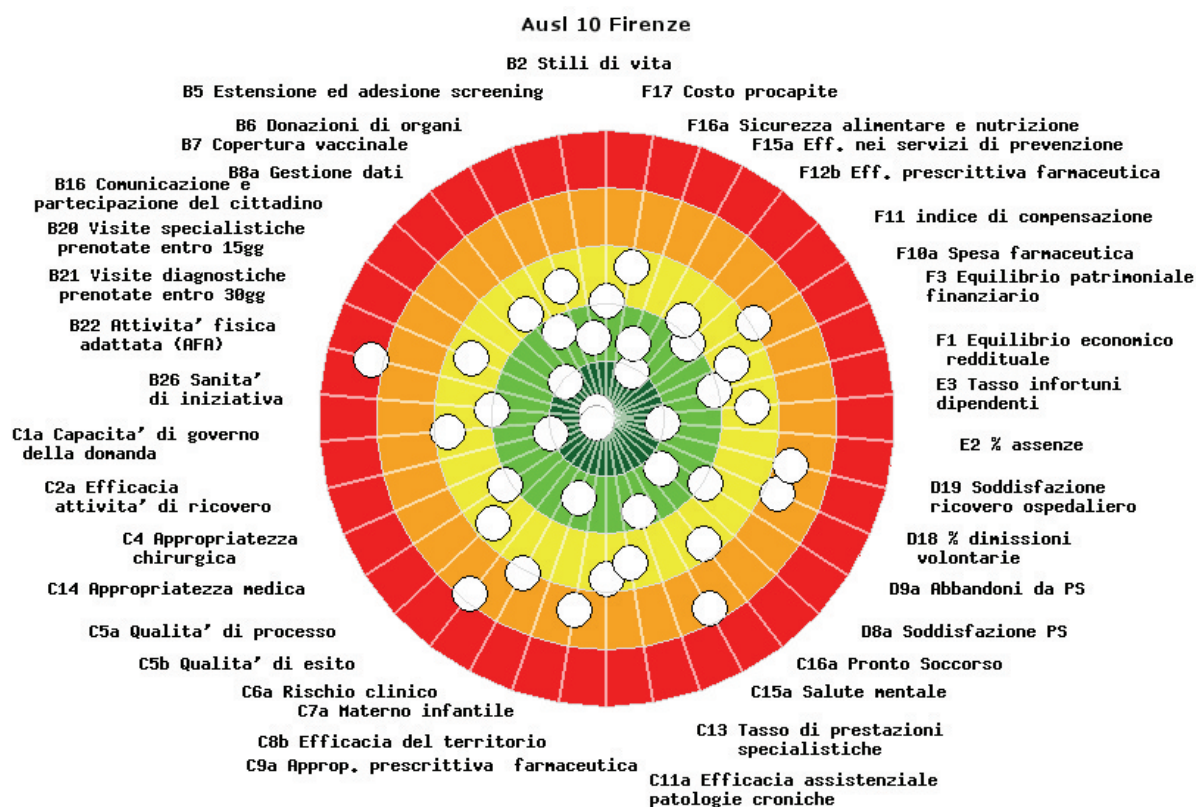
Sul versante ospedaliero, l'Azienda ha incrementato i già positivi livelli di efficienza espressi dal controllo della degenza media (C2a). L'appropriatezza conseguita nell'utilizzo dei posti-letto chirurgici (C4a) si dimostra anche quest'anno un punto di forza, facendo registrare in particolare il livello più alto di raggiungimento degli standard per i DRG LEA chirurgici erogati in Day Surgery (C4.12). Riguardo all'appropriatezza medica l'Azienda mostra margini di miglioramento: il tasso di ospedalizzazione per DRG LEA medici - la cui responsabilità è condivisa con l'AOU Careggi, l'AOU Meyer ed una significativa rappresentanza del Privato Accreditato - risulta infatti superiore alla media regionale. Spicca invece l'eccellente capacità di contenere i ricoveri medici in Day Hospital con finalità diagnostica (C14.2), in costante diminuzione dal 2009. Per quanto riguarda la qualità (C5a, C5b), l'Azienda può mettere in atto azioni per contenere maggiormente i ricoveri ripetuti (C5.1), mentre sul versante del rischio clinico (C6) appare possibile migliorare le performance, potenziando, ad esempio, la capacità di controllo delle cadute (C6.6). L'Azienda presenta inoltre margini di miglioramento sul grado di soddisfazione dei pazienti (D19) e sul numero di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ospedaliero (D18). Le prestazioni del Pronto Soccorso (C16a) risultano nel complesso al di sotto della media regionale, ad eccezione dell'indicatore che misura la percentuale di pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti (C16.1). Inoltre si registra una significativa riduzione della percentuale di abbandono (D9a) e una valutazione molto positiva espressa dai cittadini (D8a).

Nel percorso materno-infantile l'Azienda ottiene nel complesso risultati positivi, registrando, in particolare, una percentuale di parti cesarei che si attesta al di sotto della media toscana (C7.1).

Riguardo all'efficacia territoriale, l'Azienda riesce a ben contenere la percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni che diminuisce ulteriormente rispetto al 2010 (C8a.1). Permangono inoltre sia criticità nella diffusione dell'AFA (B22), che potenzialità di miglioramento nell'efficacia assistenziale per le patologie croniche (C11a).

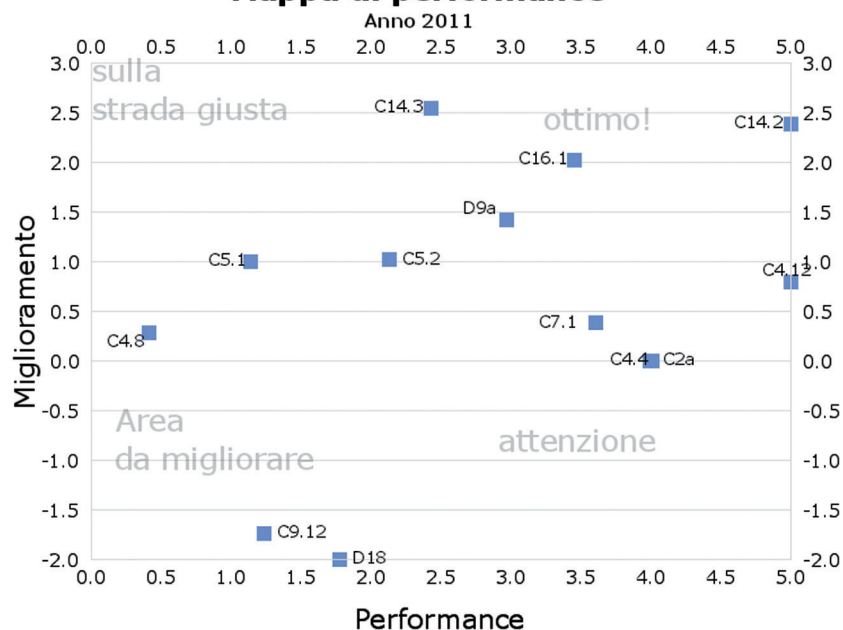
L'Azienda mostra risultati estremamente positivi sull'efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'area farmaceutica presenta complessivamente risultati migliorabili sul piano dell'appropriatezza prescrittiva (C9a), della spesa (F10a) e dell'efficienza prescrittiva (F12b). In particolare, l'Azienda ha spazi per incrementare le performance agendo sui consumi di antibiotici nei reparti (C9.12), sulla scelta delle formulazioni iniettabili (C9.13) e sul maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto.



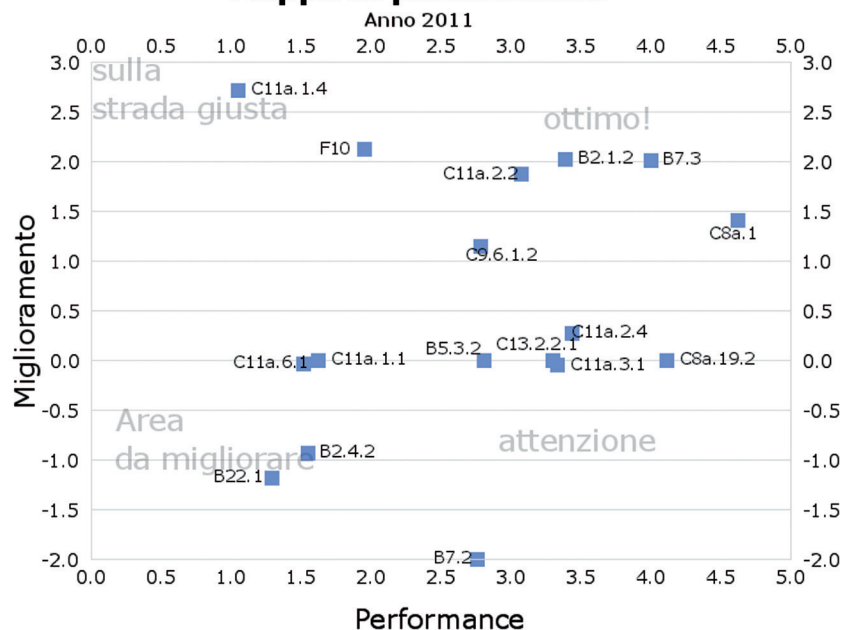


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening coloretale
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 11 Empoli

L'Ausl 11 di Empoli presenta uno tra i migliori bersagli anche per il 2011, facendo registrare complessivamente un'ottima performance, espressa da un elevato grado di concentrazione degli indicatori nelle fasce al centro del bersaglio.

Riguardo al perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda ottiene performance complessivamente molto buone sulla diffusione degli screening (B5), tra le quali spicca la best practice regionale sullo screening mammografico (B5.1). In relazione alla copertura vaccinale (B7), con risultati in linea con la media regionale, l'Azienda può migliorare la diffusione del vaccino antinfluenzale per gli over 65 (B7.2), in calo dal 2009. I dati sugli stili di vita della popolazione (B2) restituiscono un quadro generalmente positivo sebbene la percentuale di persone sedentarie e di persone obese sia in crescita.

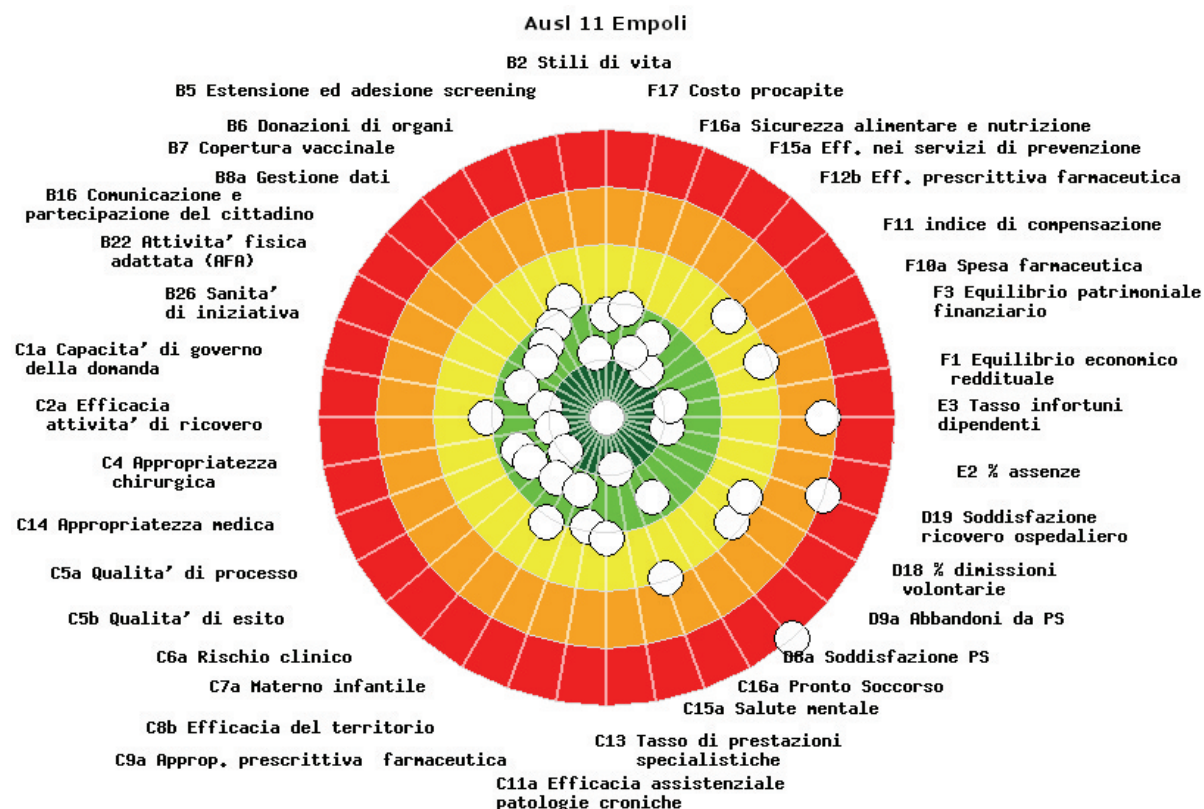
Per quanto riguarda l'area ospedaliera, l'Azienda mostra una buona capacità di governo della domanda (C1a) e fa registrare un significativo miglioramento nel controllo della degenza media (C2a). L'Azienda ha conseguito risultati in termini di appropriatezza chirurgica (C4a) complessivamente buoni, confermati in particolare da un forte aumento del numero di standard raggiunti per l'erogazione in Day Surgery dei DRG LEA chirurgici (C4.12). Riguardo all'appropriatezza medica (C14), che si attesta di poco al di sotto della media regionale, l'Azienda si è dimostrata molto efficace nel diminuire l'utilizzo dei ricoveri medici per finalità diagnostica (C14.2), che passano da 17% a 9%. Sulla qualità (C5a, C5b) i risultati nel complesso sono soddisfacenti in particolare per quanto riguarda il contenimento dei ricoveri (C5.1).

Molto significativo il miglioramento della percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore (C5.2), che passa da 56% a 82%. Buona anche la gestione del rischio clinico (C6a), pur registrando margini di miglioramento sulle segnalazioni degli eventi sentinella (C6.7.1). L'Azienda presenta un livello di soddisfazione dei cittadini inferiore alla media regionale sia per i ricoveri sia per il Pronto Soccorso: la causa potrebbe essere ricercata nelle difficoltà organizzative legate alla transizione verso il modello per intensità di cura e all'accentramento del Pronto Soccorso. Quest'ultimo fa comunque registrare nel complesso buoni risultati sui dati di attività (C16a).

Per quanto riguarda il percorso materno-infantile (C7a), l'Azienda riduce significativamente la percentuale di parti cesarei, che passa dal 22% al 13%.

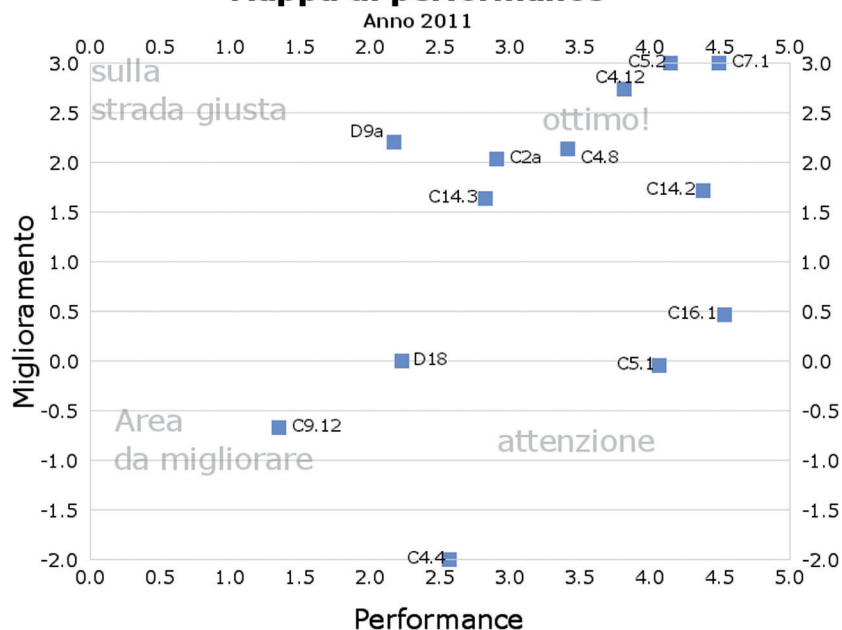
Sull'efficacia del territorio, l'Azienda consegue ottimi risultati sul contenimento dei ricoveri maggiori di 30 giorni (C8a.1) e sul tasso di risonanze magnetiche muscolo scheletriche per pazienti anziani (C13). L'Azienda si conferma inoltre best practice per la diffusione dei corsi AFA (B22) e consegue risultati positivi sull'efficacia assistenziale per le patologie croniche (C11a).

Sul versante della farmaceutica, l'Azienda dimostra anche nel 2011 una forte capacità di controllo della spesa farmaceutica (F10a), facendo registrare la minore spesa territoriale pro-capite tra le aziende. Inoltre, l'appropriatezza prescrittiva (C9a) si attesta al di sopra della media regionale, pur con un aumento nell'utilizzo di antibiotici iniettabili nei reparti (C9.13). Anche sul piano dell'efficienza (F12b) infine i risultati anche quest'anno si confermano complessivamente molto positivi.



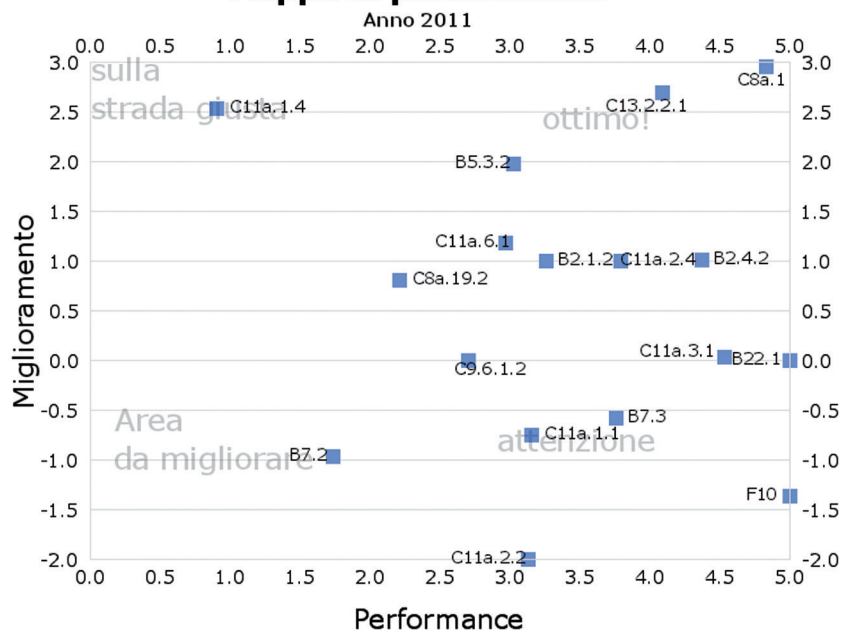


Mappa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drq LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mappa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening coloretale
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	% di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance della Ausl 12 Viareggio

L'Azienda Ausl 12 di Viareggio mostra per il 2011 una buona performance complessiva, caratterizzata da punti di forza e da alcune criticità.

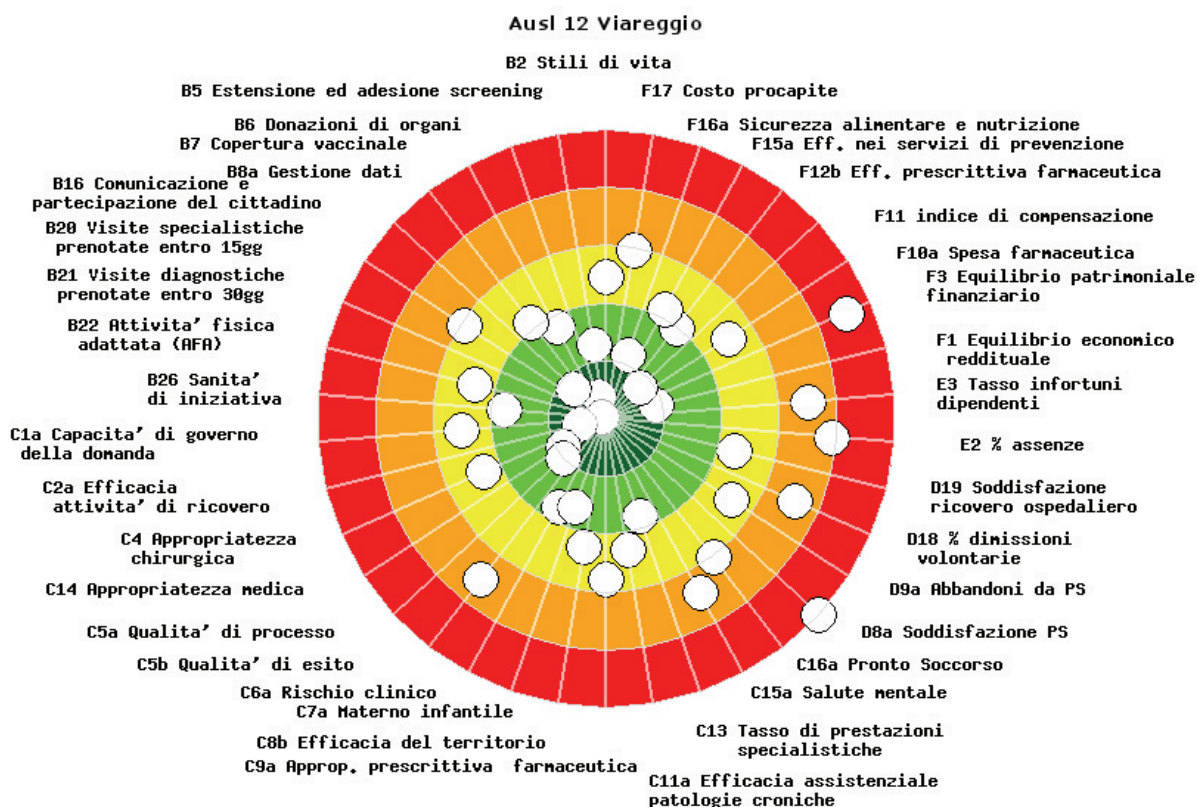
Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda ottiene anche quest'anno risultati ottimi per il coinvolgimento del cittadino (B16) e molto positivi sulla diffusione degli screening oncologici (B5), mostrandosi inoltre best practice per la donazione di organi (B6). Sussistono invece margini di miglioramento nella gestione dei dati (B8a) e nella copertura vaccinale (B7), in particolare per il vaccino anti-influenzale per gli over 65 (B7.2), in calo dal 2009. L'indagine sugli stili di vita della popolazione (B2) ha messo in luce criticità riguardo alla percentuale di persone sedentarie e ai livelli relativamente alti e in aumento di persone obese.

Sul versante ospedaliero, l'Azienda dimostra un'ottima capacità di contenimento della degenza media (C2a) attestandosi quale best practice regionale. Riguardo all'utilizzo appropriato dei posti-letto chirurgici (C4a), consegue invece risultati sotto la media regionale e mostra in particolare ampi margini di miglioramento sui livelli di erogazione dei DRG LEA chirurgici in Day Surgery (C4.12), critici e in forte calo dal 2009. L'appropriatezza medica (C14) risulta invece un punto di forza dell'Azienda, che fa registrare complessivamente ottimi risultati, pur con margini per ridurre i ricoveri brevi (C14.3). Pur in presenza di buoni risultati complessivi sul rischio clinico (C6), si registra un aumento delle richieste di risarcimento (C6.1). Buona la qualità di processo (C5.a), per la quale l'Azienda si riconferma best practice regionale nella capacità di operare le fratture di femore entro 48 ore (C5.2). Fanno inoltre segnare risultati molto positivi le azioni messe in atto, probabilmente a seguito del peggioramento registrato nel 2010, al fine di aumentare il basso ricorso alla laparoscopia per le appendicectomie urgenti in donne tra i 15 e i 49 anni (C5.11). Riguardo alla qualità di esito (C5b), sussistono margini di miglioramento sul contenimento dei re-ricoveri, che risultano invece in aumento. I pazienti hanno espresso giudizi in linea con la media regionale riguardo all'assistenza ricevuta (D19), mentre si conferma il trend in aumento delle dimissioni volontarie (D18). Qualche problema è presente nel Pronto Soccorso, che registra un livello di soddisfazione degli utenti inferiore alla media regionale. Sul percorso materno-infantile, l'Azienda fa registrare buoni risultati nella percentuale di parti cesarei (C7.1), che passa dal 16% al 13% circa.

Sul versante territoriale, l'Azienda mostra un'eccellente capacità nel contenimento dei ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1). Può migliorare la diffusione dei corsi AFA (B22) e l'efficacia assistenziale per le patologie croniche (C11a). Si registra invece un forte miglioramento del tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite (C8a.19.2).

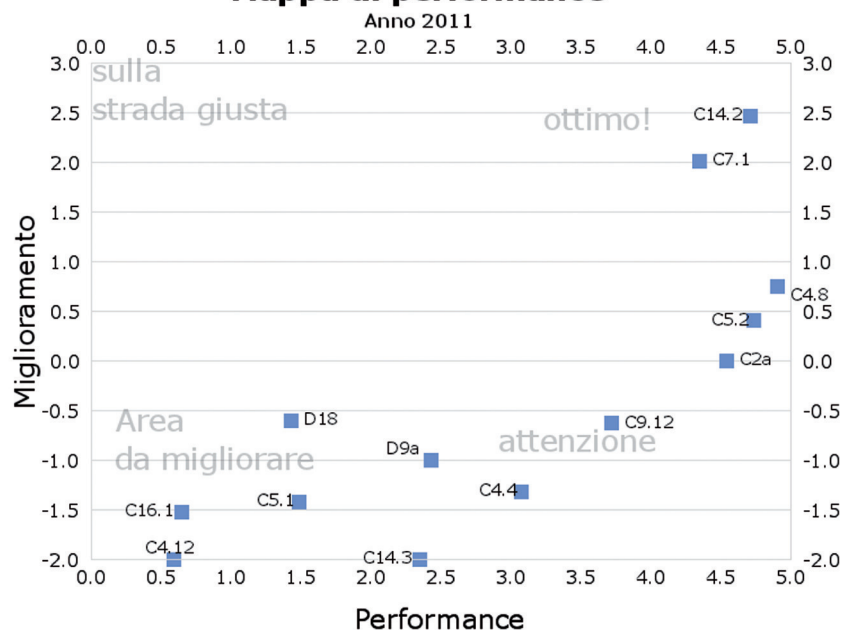
Sul versante della farmaceutica, l'Azienda mostra margini di miglioramento circa l'appropriatezza prescrittiva (C9a), facendo peraltro registrare trend non sempre positivi dei vari indicatori, come nel caso dell'incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti (C9.13), quasi raddoppiata rispetto al 2010. La spesa pro-capite territoriale (F10) resta in linea con la media regionale, sebbene si possano osservare margini per incrementare ulteriormente l'utilizzo di farmaci non coperti da brevetto sul versante dell'efficienza prescrittiva (F12b).

Relativamente alla valutazione interna, restano da presidiare i dati sulla percentuale di assenza (E2) e sul tasso di infortuni (E3) degli operatori, in peggioramento rispetto al 2010.



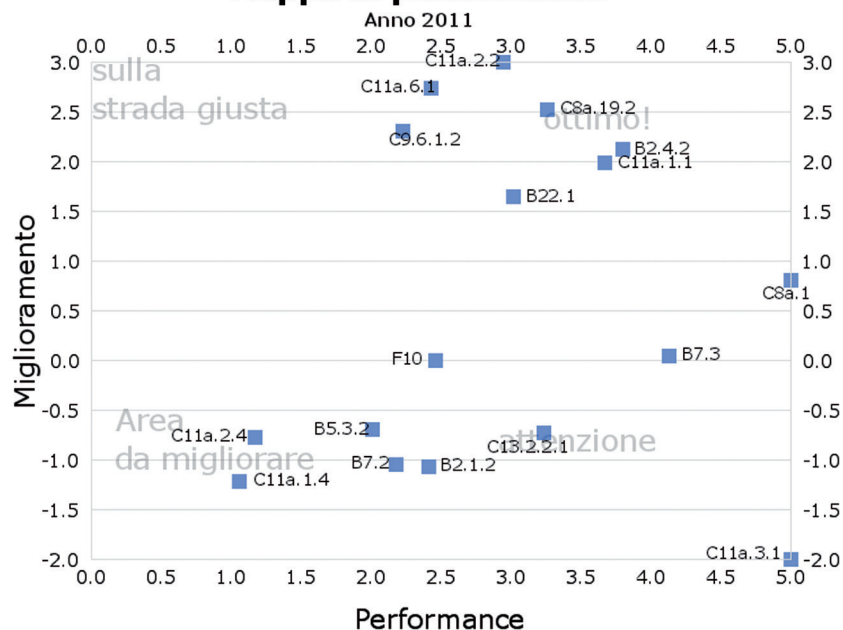


Mapa di performance



MAPPA OSPEDALE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
C2a	Indice di performance degenza media
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Mapa di performance



MAPPA TERRITORIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B2.1.2	% di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica
B2.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.3.2	Adesione screening coloretale
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il bersaglio dell'AOU Pisana restituisce una performance complessivamente soddisfacente, sebbene sussistano alcune aree potenzialmente migliorabili.

Nel perseguimento delle strategie regionali, l'indicatore che misura la mobilità dei pazienti (B12a) è buono: l'Azienda dimostra apprezzabili capacità di contenimento delle fughe (con solo alcune difficoltà nelle fughe extra regione per alta specialità chirurgica), e al contempo un'eccellente attrattività. L'attività di ricerca (B15) si allinea alla media delle altre aziende ospedaliero-universitarie. Buona la gestione delle donazioni di organi (B6), mentre la trasmissione dei dati al Sistema Informativo regionale, sebbene in miglioramento rispetto al 2010, potrebbe essere più tempestiva.

Per quanto concerne l'area ospedaliera, l'Azienda ha dimostrato una grande capacità nel ridurre la degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3), e al contempo è significativamente migliorata la degenza media per acuti (C2a). Se per quanto riguarda l'appropriatezza chirurgica l'AOU pisana registra performance eccellenti, per quanto concerne l'appropriatezza medica mostra invece qualche difficoltà. In particolare, sono i ricoveri in *day hospital* medico con finalità diagnostica (sebbene in leggero miglioramento rispetto al 2010) e quelli ordinari medici brevi a poter essere presidiati meglio. Molto buoni invece i risultati sulla qualità di processo (C5a) - con la percentuale delle fratture di femore operate entro 2 giorni che passa dal 59 al 79% - mentre, per quanto riguarda la qualità di esito, la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni è in linea con la media regionale. Buoni inoltre gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (C5c) e la gestione del rischio clinico (C6a), per quanto audit e rassegne di mortalità e morbilità potrebbero essere maggiormente diffusi.

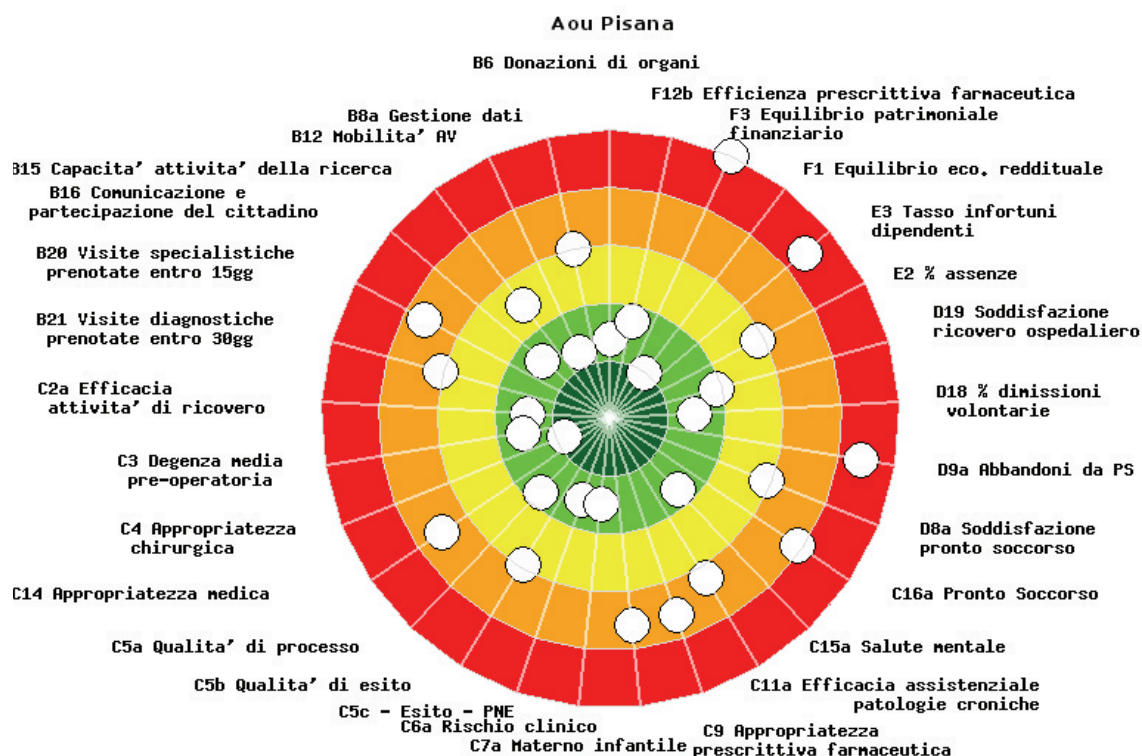
L'utenza giudica complessivamente buono il servizio offerto dall'Azienda durante l'esperienza di ricovero (D19), e la bassa percentuale di dimissioni ospedaliere volontarie (D18) pare confermare questo apprezzamento, per quanto aumenti leggermente rispetto al 2010.

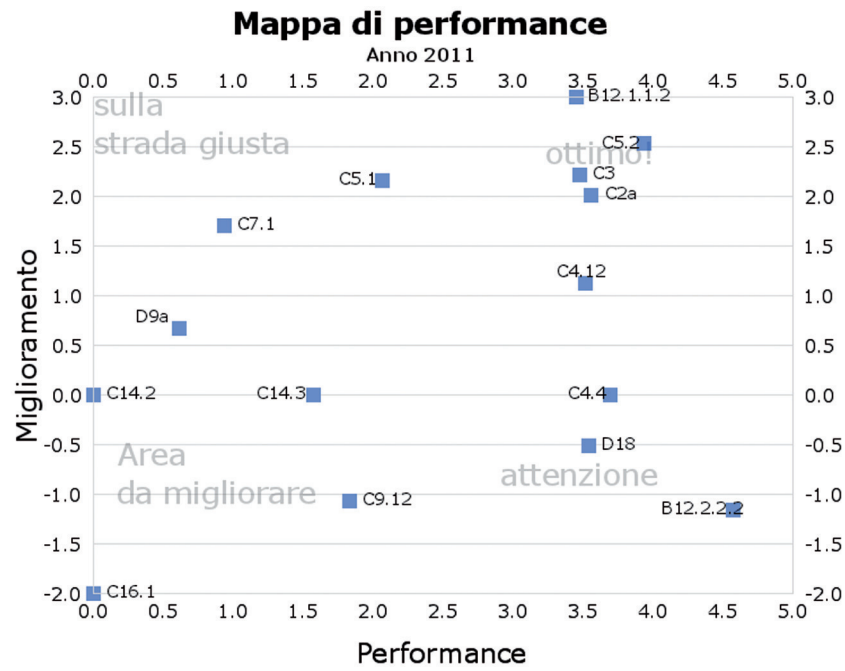
Il Pronto soccorso rappresenta invece un nodo critico dell'offerta ospedaliera: l'aumento significativo dei tempi di attesa rispetto al 2010 (C16a) e la percentuale di abbandoni (D9a) - tra le più elevate della Toscana, nonostante in leggera flessione rispetto allo scorso anno - indicano una situazione problematica. Nonostante ciò, la valutazione da parte dell'utenza (D8a) non si discosta dalla media regionale. Tali risultati vanno letti tenendo conto del trasferimento nel nuovo Pronto Soccorso avvenuto a fine 2011.

Per quanto riguarda il percorso materno-infantile, l'Azienda registra ancora il più alto tasso di parti cesarei in Regione (27,3%), sebbene in significativo calo rispetto al 2010 (31,2%).

Nella dimensione interna, i valori sulla percentuale di assenza dei dipendenti (E2) e soprattutto sul tasso di infortuni (E3) continuano a segnalare una situazione motivazionale non facile.

Concludendo con il settore della farmaceutica, l'Azienda potrebbe migliorare sul versante dell'appropriatezza prescrittiva (C9a), presidiando meglio il consumo di antibiotici, mentre consegue buoni risultati su quello dell'efficienza (F12b).





MAPPA AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B12.1.1.2	% Fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità
C2a	Indice di performance degenza media
C3	Degenza media pre-operatoria
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

La performance dell'AOU Senese mostra una valutazione in forte miglioramento rispetto al 2010 sebbene il bersaglio rilevi ancora alcuni punti di debolezza.

Nel perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda presenta quasi tutti i punti in fascia verde o verde scuro: in particolare sono ottimi i tempi di attesa sulle visite diagnostiche (B21) e buoni su quelle specialistiche (B20). L'indicatore che misura la mobilità dei pazienti (B12a) è complessivamente buono, con ottime performance nelle attrazioni extraregionali, mentre sono ancora critiche le fughe, in particolare quelle extra Area Vasta. Sull'attività di ricerca (B15), la performance dell'Azienda è nella media, con un punto di debolezza nell'Impact Factor medio per articolo per dirigente. Buona la gestione delle donazioni di organi (B6) ed in miglioramento la tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8a).

Per quanto concerne la valutazione ospedaliera, emerge un punto di debolezza in relazione all'efficienza del ricovero sia riguardo alla degenza media pre-operatoria (C3) che all'indice di performance della degenza media (C2a), seppur in miglioramento.

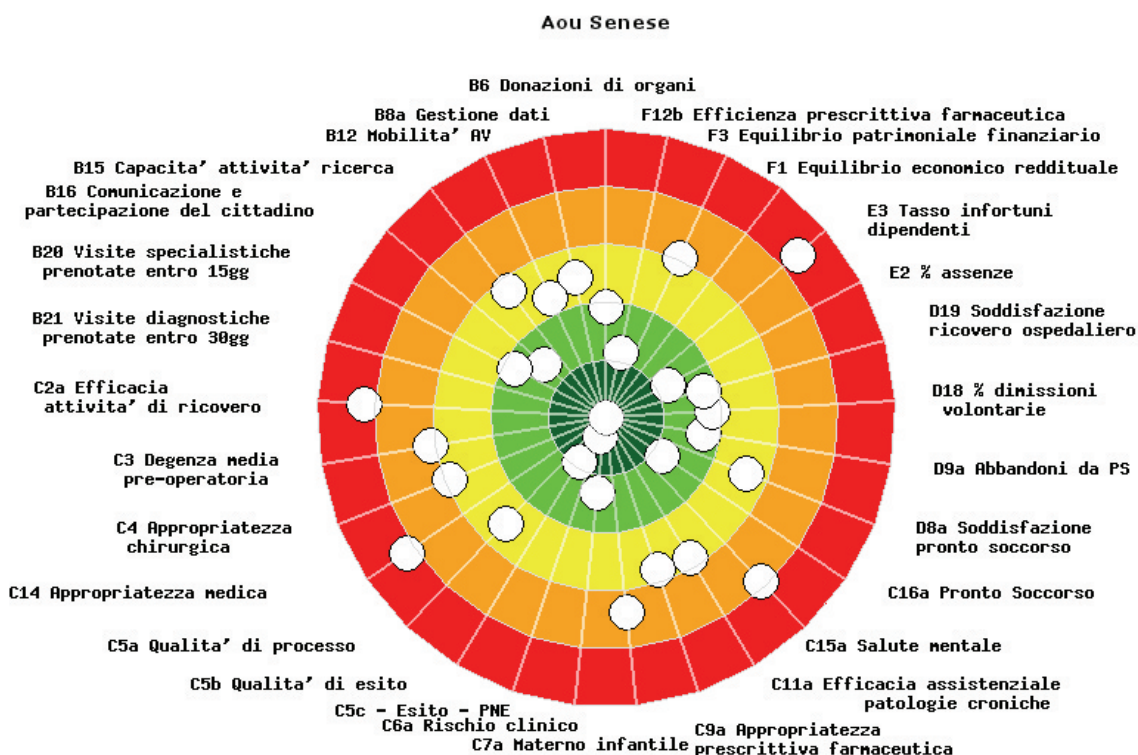
In merito all'appropriatezza chirurgica (C4a) è critica la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici nei Day-Hospital, mentre è ottima quella relativa ai ricoveri ordinari. Sul versante dell'appropriatezza medica (C14) si rileva una performance fortemente negativa, con ancora troppi ricoveri medici oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni e Day-Hospital medici con finalità diagnostica, anche se questi ultimi sono in notevole miglioramento, evidenziando che è stato attivato il Day-Service.

Ottimi risultati riguardo alla qualità di esito, sia relativamente ai ricoveri ripetuti (C5b) che agli indicatori del Piano Nazionale Esiti (C5c), mentre nella qualità di processo (C5a) migliora la tempestività di intervento per fratture di femore; si pone, inoltre, l'attenzione sull'indicatore relativo all'utilizzo della tecnica laparoscopica nelle appendicectomie urgenti: pur restando su livelli inferiori alle altre Aziende, il valore aumenta però notevolmente, dal 9% al 54%.

Buona la gestione del rischio clinico (C6a), con un'ottima performance sulla segnalazione e gestione degli eventi sentinella e una criticità sulla capacità di controllo delle cadute. Nel percorso Materno-Infantile (C7a) cala sensibilmente la percentuale di parti cesarei depurato, dal 30,34% al 24,87%, per quanto tale miglioramento si accompagni ad un notevole aumento sia dei parti indotti che delle episiotomie.

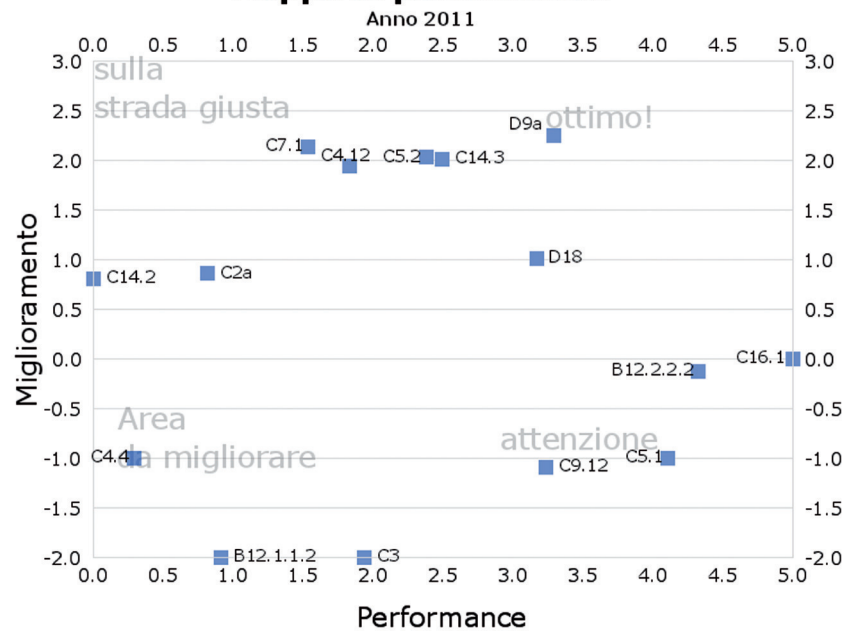
Positivo il quadro relativo al Pronto Soccorso, come dimostrano sia i dati di attività (C16a), con ottime performance sui tempi di attesa, sia la riduzione degli abbandoni dal Pronto Soccorso (D9a), mentre la soddisfazione dei pazienti (D8a) è nella media. Buoni i giudizi espressi dai pazienti anche relativamente al servizio ospedaliero (D19), così come le dimissioni volontarie (D18). Nella dimensione interna buona la percentuale di assenza (E2), mentre rimane critico il tasso di infortuni (E3), seppur in miglioramento.

Relativamente alla parte farmaceutica, nella media la performance dell'appropriatezza prescrittiva (C9a), mentre risulta buona quella relativa all'efficienza (F12b), soprattutto grazie alle buone percentuali di eritropoietina e somatotropina a brevetto scaduto erogate.





Mappa di performance



MAPPA AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B12.1.1.2	% Fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità
C2a	Indice di performance degenza media
C3	Degenza media pre-operatoria
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi presenta punti di forza ma persistono alcune criticità, come si evince dal bersaglio.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda presenta la miglior performance regionale riguardo al contenimento delle fughe fuori regione dei pazienti per l'alta complessità (B12.1), mentre può migliorare sulla capacità di attrarre pazienti da altre regioni (B12.2). Relativamente all'attività di ricerca (B15), la performance dell'Azienda è nella media, con un punto di forza nell'Impact Factor medio per articolo. La gestione delle donazioni (B6) presenta un ottimo risultato riguardo al percorso delle donazioni di organi, mentre è migliorabile il livello di donazione di sangue, di cui Careggi è corresponsabile insieme alla ASF 10. Permane la forte criticità nella tempistica di invio dei dati al sistema informativo regionale (B8a), seppur il dato sia migliorato rispetto all'anno precedente.

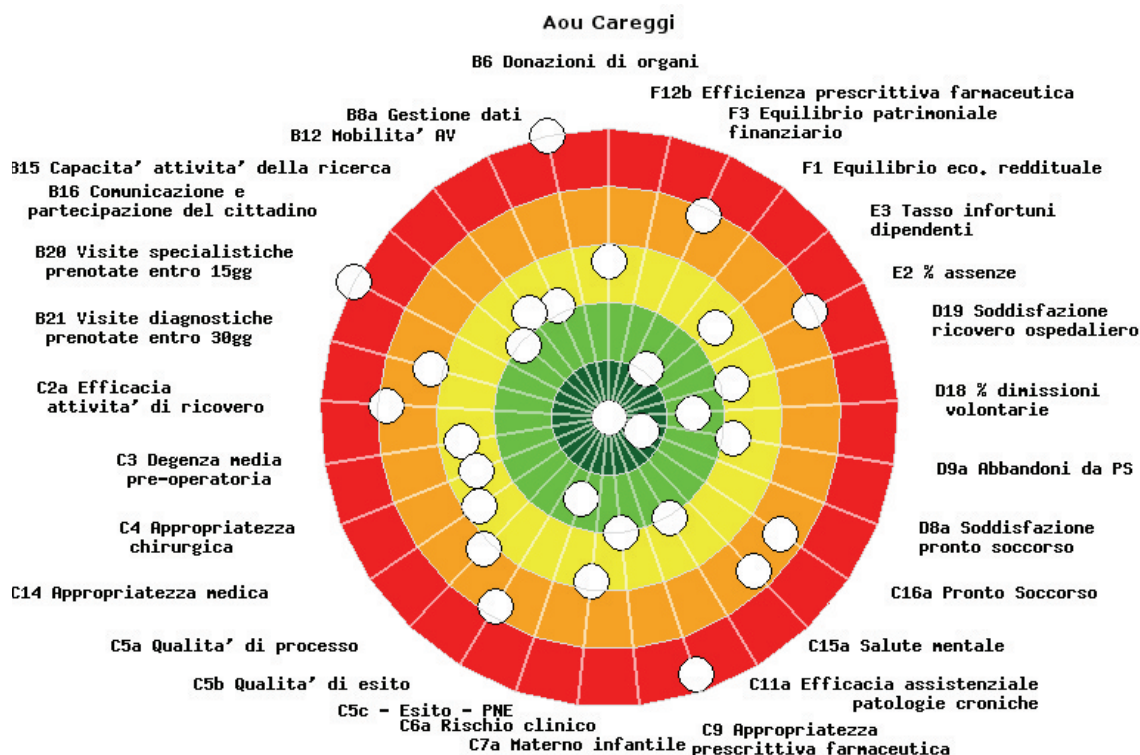
Rispetto all'efficienza del ricovero, migliorano sia la degenza media pre-operatoria (C3) che l'indice di performance della degenza media (C2a), anche se quest'ultimo rimane piuttosto elevato. L'Azienda vanta sensibili miglioramenti sull'appropriatezza medica (C14), in particolare si riducono ulteriormente i ricoveri diagnostici in Day-Hospital medico, mentre sul versante dell'appropriatezza chirurgica (C4a) è ottima la gestione dei posti letto in chirurgia, riscontrabile dal basso livello di ricoveri medici in reparti chirurgici, buona e in continuo aumento la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno; persiste invece la criticità relativa ai DRG chirurgici a rischio di inappropriately, per i quali è auspicabile un maggiore ricorso al Day-Surgery.

Rispetto alla qualità di processo (C5a), è da sottolineare il miglioramento delle fratture di femore operate entro due giorni, dal 25% al 34%, conseguente alla riorganizzazione messa in atto a metà del 2011; tale risultato è ancora critico nel confronto con quello delle altre aziende, ma mostra un mutamento rispetto ad una situazione immobile da anni. Qualche difficoltà si registra nella qualità di esito (C5b), dove appare migliorabile la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni, mentre gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (C5c) presentano buoni risultati.

Complessivamente nella media le performance relative al rischio clinico (C6a), che mostra ancora delle debolezze, soprattutto nello sviluppo del sistema di incident reporting (audit e rassegne di mortalità e morbidità) e nel controllo delle cadute; nota positiva invece per quanto riguarda l'indice di richieste di risarcimento. Risultati apprezzabili nel percorso Materno-infantile (C7a), dove la percentuale di cesarei si riduce ulteriormente, ma va tuttavia messo in luce l'aumento dei parti indotti; il dato sulle episiotomie, invece, risulta non attendibile in quanto mai segnalato nei Certificati di Assistenza al Parto.

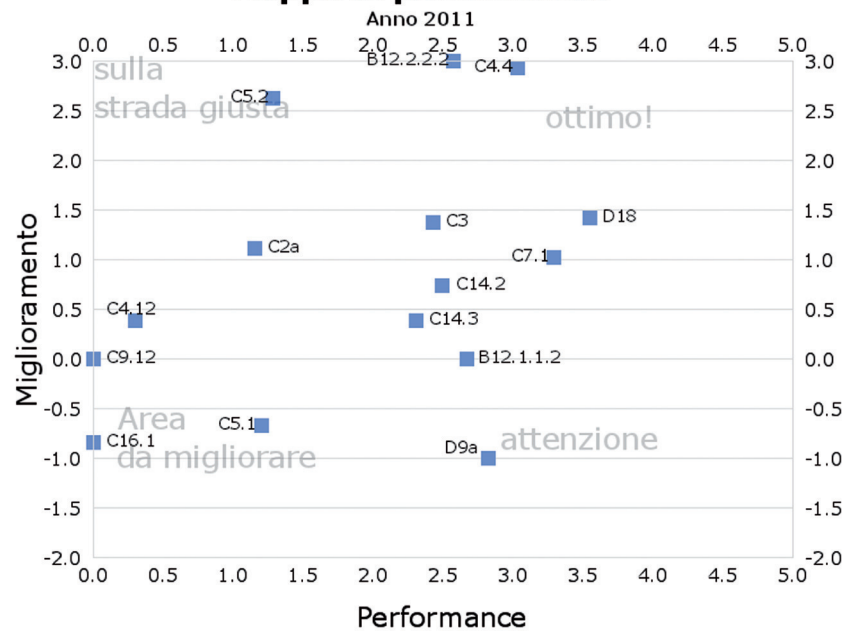
L'Azienda registra qualche difficoltà nei tempi di attesa al Pronto Soccorso (C16a), ma nonostante ciò i pazienti ne danno un giudizio particolarmente positivo (D8a), in special modo riguardo al rapporto con i medici. Rispetto al ricovero ospedaliero, gli utenti esprimono una soddisfazione nella media (D19), con un apprezzamento specifico per la tempestività di risposta in caso di chiamata col campanello dal posto letto e una nota dolente riguardo all'umanizzazione.

Relativamente alla valutazione interna, è ancora elevato il tasso di infortunio dei dipendenti (E3), mentre la percentuale di assenza (E2) è nella media. Nel settore farmaceutico, l'Azienda mostra risultati opposti: da un lato è la migliore Azienda quanto a efficienza prescrittiva (F12b), dall'altro mostra notevoli difficoltà sul lato dell'appropriatezza nel consumo di antibiotici (C9a).





Mappa di performance



MAPPA AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B12.1.1.2	% Fughe extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità
C2a	Indice di performance degenza media
C3	Degenza media pre-operatoria
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, in quanto ospedale pediatrico di riferimento regionale, presenta alcune peculiarità in relazione alla tipologia di utenti a cui si rivolge e, per questo motivo, molti degli indicatori del sistema di valutazione vanno letti alla luce di tale specificità.

La performance dell'anno 2011 è molto buona, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce verde e verde scuro del bersaglio.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda presenta la best practice regionale sulla mobilità dei pazienti (B12a), espressa tramite una buona percentuale di attrazioni extraregione e un ottimo livello di attrazioni di alta complessità, entrambe in crescita negli ultimi anni. Buona anche l'attività di ricerca (B15), con un indice di Impact Factor delle pubblicazioni in aumento. Si conferma una buona gestione dei dati (B8a), che vengono inviati al Sistema Informativo Regionale nei tempi utili.

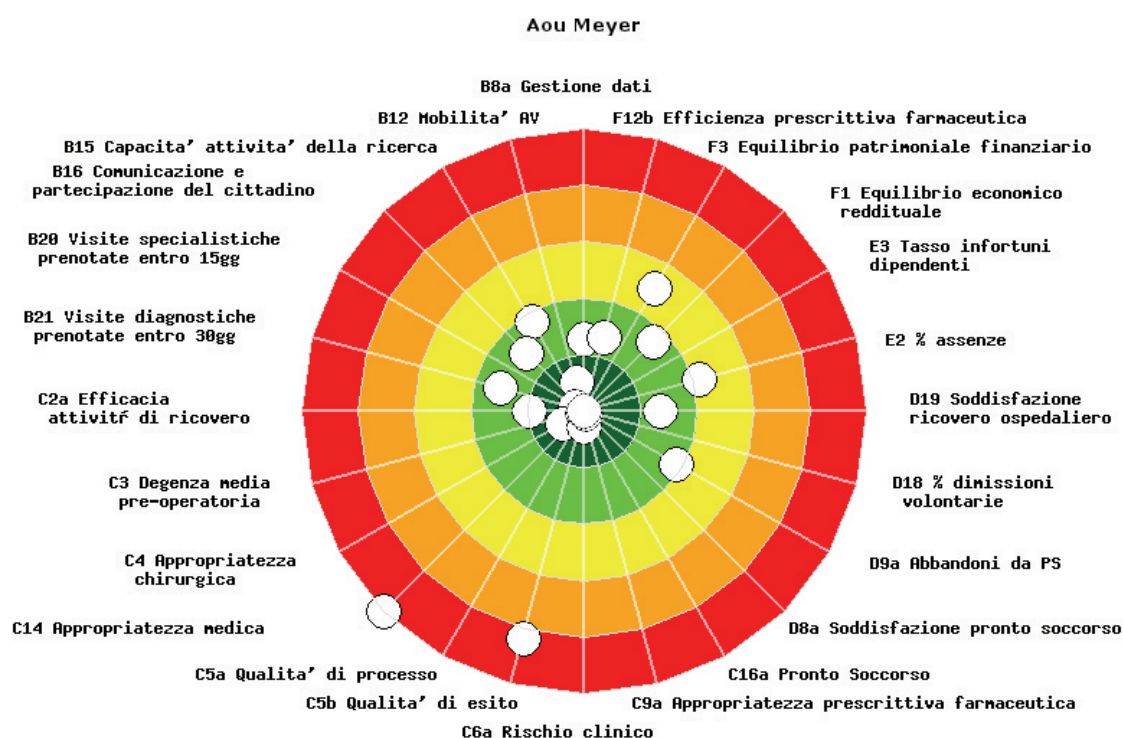
Dal bersaglio si evince l'ottima organizzazione ospedaliera, tramite il dato relativo all'efficienza, sia della degenza media per acuti (C2a) che della degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3). Ottima performance anche in relazione all'appropriatezza chirurgica (C4a), dove si sottolinea in particolar modo l'aumento del ricorso al Day-Surgery per i DRG LEA a rischio di in appropriatezza. Dal lato dell'appropriatezza medica (C14), si registra un trend in notevole miglioramento rispetto all'anno 2010 nella percentuale dei ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2), mentre permane un'elevata percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3): i dati risultano tuttavia meno critici se confrontati con quelli dei soli ricoveri pediatrici delle altre aziende toscane e con quelli delle altre realtà pediatriche di rilevanza nazionale.

Per quanto concerne l'indicatore che misura la qualità di esito (C5b), l'Azienda Meyer ottiene la peggiore performance regionale nella percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni; in particolare è molto migliorato il re-ricovero originato da un primo ricovero chirurgico, mentre la componente medica è in lieve peggioramento. La qualità di processo (C5a) ottiene la best practice sulla percentuale di pazienti ricoverati che permangono in Pronto Soccorso meno di 8 ore, confermando un'ottima gestione dei percorsi e dei posti letto.

Sul fronte del rischio clinico (C6a), l'Azienda presenta il più basso indice di richieste di risarcimento e ottimi risultati su tutti gli indicatori.

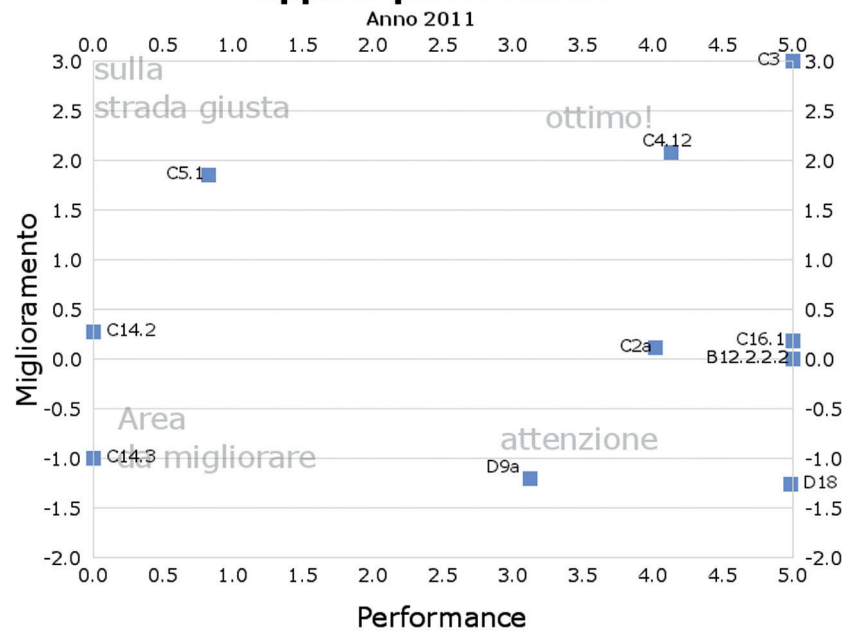
Il Pronto Soccorso è un punto di forza dell'Azienda: il quadro è molto positivo, come emerge in modo sinergico dai dati di attività (C16a), dal basso numero di abbandoni (D9a) e dalle migliori valutazioni regionali date dai cittadini (D8a). Riguardo al ricovero ospedaliero, si registra la best practice sul basso numero di dimissioni volontarie dei pazienti (D18), dato confermato anche dal giudizio molto positivo espresso dai familiari dei pazienti rispetto all'esperienza del ricovero (D19).

Relativamente alla valutazione interna, la percentuale di assenza (E2) è nella media, mentre il tasso di infortuni dei dipendenti (E3) mostra un'ottima performance, ma si segnala che entrambi gli indicatori sono lievemente peggiorati.





Mappa di performance



MAPPA AOU MEYER	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità
C2a	Indice di performance degenza media
C3	Degenza media pre-operatoria
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero



La performance della Fondazione Monasterio

La Fondazione Monasterio viene valutata in modo da tenere conto delle proprie peculiarità, essendo un ospedale di terzo livello specializzato sulle patologie cardiologiche e cardiocirurgiche, sia in pazienti adulti che pediatrico/neonatali.

La performance dell'anno 2011 si conferma molto buona, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce verde e verde scuro del bersaglio.

Per quanto concerne il perseguimento delle strategie regionali, la Fondazione Monasterio presenta un'ottima performance rispetto alle attrazioni extraregionali (B12), in particolare per i pazienti ad alta complessità, anche se in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti. L'attività di ricerca (B15) è un punto di forza, con una produzione scientifica che ha il più alto livello in termini di impact factor rispetto alle altre Aziende Ospedaliero-Universitarie. Ottimo anche l'indicatore relativo alla tempestività nell'invio dei dati al sistema informativo regionale (B8a), con trend in miglioramento.

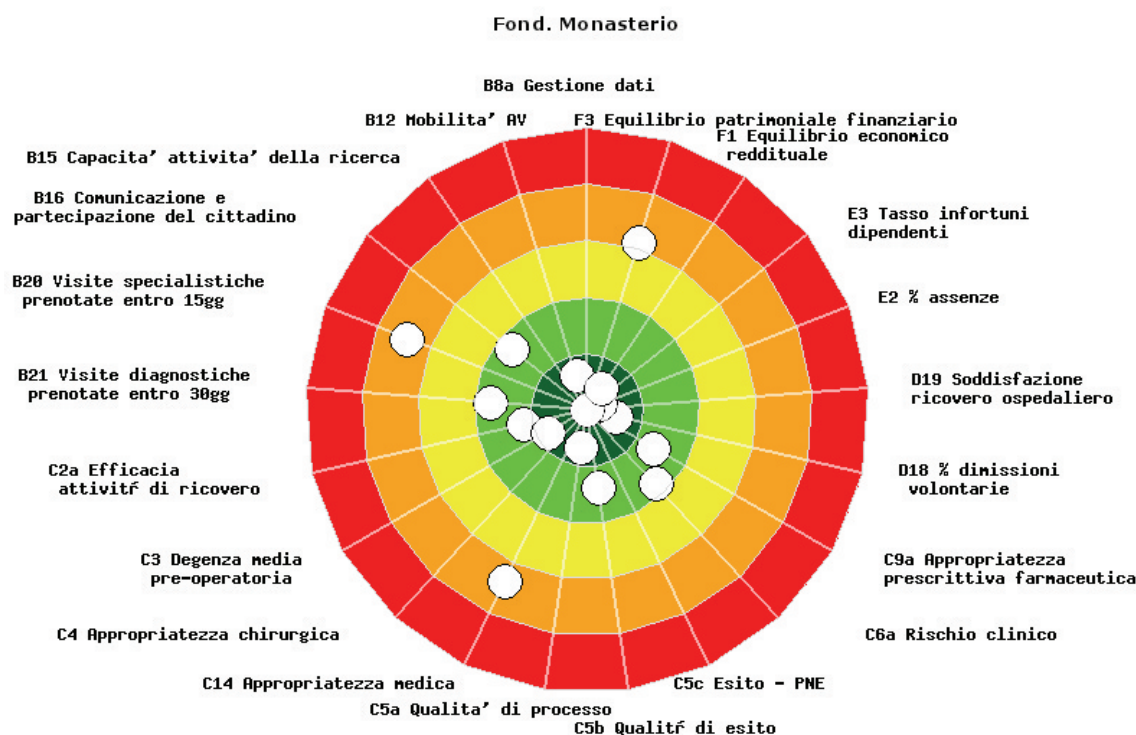
Rispetto all'efficienza del ricovero, ottimo il dato relativo alla degenza pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3) e buono quello della degenza media per acuti (C2a), anche se si nota un *trend* in peggioramento. Si conferma la best practice regionale rispetto all'appropriatezza chirurgica (C4a), con riferimento alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici.

Dal lato dell'appropriatezza medica (C14) si registrano alcuni punti di debolezza: performance negativa nella percentuale di ricoveri in Day-Hospital medico con finalità diagnostica, che però mostra significativi miglioramenti dal 74% al 54%, e nei ricoveri ordinari medici brevi, che presentano invece un *trend* negativo.

La qualità dell'assistenza ospedaliera è eccellente, con ottimi risultati sia di processo (C5a), in relazione alla percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva che è una best practice regionale, sia di esito (C5b), con un contenuto numero di ricoveri ripetuti. Tali risultati sono confermati dagli indicatori del Piano Nazionale Esiti (C5c), dove la Fondazione Monasterio presenta dati sempre significativamente migliori della media nazionale. Buona la gestione del rischio clinico (C6a), che dimostra che l'Azienda ha svolto un ottimo lavoro sulle buone pratiche, ma risulta piuttosto elevato l'indice di richieste di risarcimento, anche se in numeri assoluti si tratta di 5 casi.

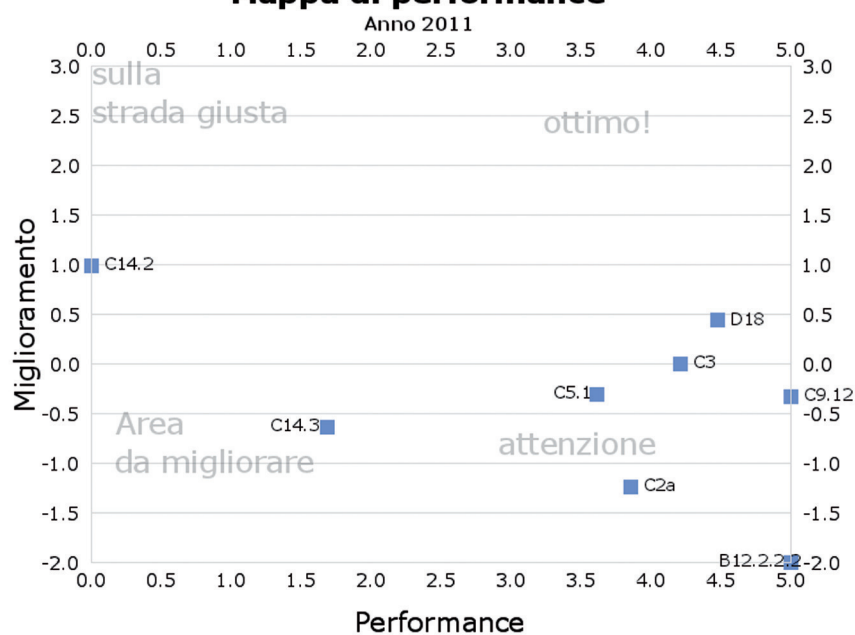
La Fondazione Monasterio presenta la più elevata soddisfazione dei pazienti rispetto all'esperienza del ricovero (D19), con ottimi giudizi su quasi tutti gli elementi indagati; tale risultato è confermato anche dal basso numero di pazienti che decidono volontariamente di lasciare l'ospedale (D18). Analogamente, anche i dipendenti esprimono un'alta soddisfazione dell'ambiente lavorativo tramite i due indicatori proxy relativi alla percentuale di assenza (E2) e al tasso di infortuni (E3), che sono molto contenuti, ma con un *trend* lievemente negativo.

Infine, relativamente alla tematica della farmaceutica, l'Azienda dimostra di presidiare l'attività prescrittiva (C9a) tramite un ridotto utilizzo degli antibiotici.





Mappa di performance



MAPPA FONDAZIONE MONASTERIO	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità
C2a	Indice di performance degenza media
C3	Degenza media pre-operatoria
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero